تقرير ملخص السجل الطبي لـ MediMatch.

تقرير عينة • يتم إنشاء هذا التقرير من حالة طبية خيالية. لا يحتوي على أي معلومات حقيقية عن المريض وهو للإشارة فقط.

I. معلومات المريض.

عنصر.	تفاصيل.
الاسم.	السيدة وانغ (اسم مستعار)
الجنس / العمر	أنثى / 42 عامًا.
مهنة.	كاتب مكتب.
مكان الإقامة.	منطقة بودونغ الجديدة، شنغهاي.
تشخيص مؤكد.	التهاب المفاصل الروماتويدي (RA)
مدة المرض.	3 سنوات (بدء الأعراض في آذار 2023)
مستشفى حالي	قسم الروماتيزم والمناعة في مستشفى تخصصي في منطقة بودونغ الجديدة بشنغهاي.

II. الشكوى الرئيسية والقضايا السريرية الرئيسية.

الشكوى الرئيسية: تورم متكرر وألم في مفاصل متعددة لمدة 3 سنوات، مع تفاقم الأعراض وتورم في الركبة اليسرى لمدة أسبوعين.

القضية السريرية الرئيسية: نشاط مرض التهاب المفاصل الروماتويدي غير المُسيطر عليه بشكل كافٍ، واستجابة متقلبة للعلاج، والتهاب مفصلي الركبة الأيسر النشط مؤخرًا. ومع الحفاظ على التحسن الذي تم تحقيقه حتى الآن، يجب تحسين استراتيجية الإدارة طويلة المدى للحد من تكرار النكسات وتقييم ما إذا كان هناك حاجة إلى تصعيد العلاج أم لا.

III. قم بزيارة الخط الزمني.

تاريخ	نوع الزيارة.	النتائج الرئيسية.	الإدارة.
2023-03	الزيارة الأولية.	تورم وتألم متناظران في المفصلات الوسيطة للأصابع والمفصلات بين عظام الأيدي في كلتا اليدين لمدة 4 أسابيع؛ تصلب صباحي > ساعة واحدة.	دراسات شاملة للأجسام المضادة الذاتية، والعلامات الالتهابية، والتصوير.
2023-04	التشخيص.	RF 256 وحدة دولية لكل مليلتر، anti-CCP >300 وحدة دولية لكل مليلتر، ESR 68 مم/ساعة، CRP 45 ملغ/لتر؛ أظهرت صور الأشعة السينية لليد تورمًا في الأنسجة الرخوة دون تدمير العظام.	تم تشخيص مرض الروماتويدي (RA)؛ تم البدء في تناول ميثوتريكسيت (MTX) بجرعة 15 مجم/أسبوع بالإضافة إلى حمض الفوليك بجرعة 5 مجم/أسبوع.
2023-07	متابعة.	انخفض تورم المفصل والألم؛ واختصرت تصلب الصباح إلى 20 دقيقة؛ وانخفض معدل ترسيب الأرومات إلى 32، والبروتين 反应-C إلى 12.	تم الحفاظ على MTX عند 15 ملغ/أسبوع؛ واستمرت المتابعة.
2023-10	تقليل الجرعة ذاتيًا.	قام المريض بشكل مستقل بتخفيض جرعة MTX إلى 10 ملغ/أسبوع بسبب مخاوفه من الآثار الجانبية للدواء.	— (لا توجد زيارة طبية)
2024-01	قم بزيارة موقع "Visit for Relapse".	زيادة التورم والألم في المفصل، مع محدودية نطاق الحركة في المعصم الأيمن؛ عاد معدل ترسيب الأرجحين (ESR) إلى 55، والبروتين التفاعلي للالتهابات (CRP) إلى 38؛ وإصابة متزامنة في الجهاز التنفسي العلوي.	استؤنف استخدام الميثوتريكسيت (MTX) عند جرعة 15 ملغ/أسبوع؛ وأضيف هيدروكسيكلوروكين (HCQ) بجرعة 200 ملغ مرتين يوميًا.
2024-05	متابعة.	تحسنت الأعراض بشكل ملحوظ بعد 3 أشهر من العلاج المركب؛ CRP، ESR 25 عادي.	تم الحفاظ على نظام العلاج المركب من MTX + HCQ.
2024-08	وظيفة الكبد غير طبيعية.	ALT 85 U/L (ضعف الحد الأعلى للقيمة الطبيعية)، دون أي إزعاج واضح.	تم تخفيض MTX إلى 10 ملغ/أسبوع؛ تم إضافة العلاج المحمي للكبد؛ تكرار الاختبار بعد أسبوعين.
2024-11	متابعة.	عادت وظائف الكبد إلى طبيعتها (ALT 35)، لكن أعراض المفاصل عادت جزئيًا.	تم تعديل MTX إلى 12.5 مجم/أسبوع + تم الحفاظ على HCQ + جرعة منخفضة من البريدنيزون 5 مجم/يوم كعلاج انتقالي.
2025-04	متابعة.	درجة DAS28 هي 3.2 (نشاط مرضي منخفض)، ووظيفة الكبد طبيعية، ووظيفة المفاصل جيدة.	تم تقليص جرعة البريدنيزون تدريجياً وإيقافها ؛ تم الحفاظ على MTX + HCQ.
2025-07	أحدث زيارة.	تورم في الركبة اليسرى، معدل ترسيب الأرومات 35، بروتين التفاعل-C 15؛ أظهرت تصوير الرنين المغناطيسي للركبة اليسرى تسربًا في المفصل وتثخنًا في الغشاء المفصلي.	حقن ديبروسبان (مركب بيتاميثازون) داخل المفصل بمقدار 1 مل في الركبة اليسرى، مع تخفيف الأعراض.

IV. اتجاهات المختبر.

تاريخ	معدل تخثر الدم (mm/h)	معدل تخثر البلازما (ملغ/لتر)	RF (وحدات دولية/مل)	مضاد CCP (وحدة/مل).	ALT (U/L)	درجة DAS28.	نشاط المرض.
2023-04	↑ 68	↑ 45	↑ 256	↑ 300<	22	5.8	عالي
2023-07	32	12	128	300<	25	3.8	معتدل.
2024-01	↑ 55	↑ 38	198	300<	28	5.2	عالي.
2024-05	25	6	95	245	32	3.1	منخفض.
2024-08	28	8	88	230	85 ↑	3.4	منخفض.
2025-01	30	10	92	228	35	3.5	منخفض.
2025-04	22	5	78	215	28	3.2	منخفض.
2025-07	↑ 35	↑ 15	85	220	30	3.6	منخفض إلى معتدل.

نطاقات المرجعية: ESR 0–20 مم/ساعة؛ CRP 0–8 مجم/لتر؛ RF 0–20 وحدة دولية لكل مليمتر مربع؛ anti-CCP 0–5 وحدة لكل مليمتر مربع؛ ALT 0–40 وحدة لكل لتر. درجة DAS28: - <2.6: فترة مغفرة، - 2.6–3.2: نشاط مرضي منخفض، - 3.2–5.1: نشاط مرضي معتدل، - >5.1: نشاط مرضي مرتفع.

V. النتائج التصويرية.

صور شعاعية لليد (مقارنة متسلسلة)

تاريخ	النتائج الرئيسية.	الأهمية السريرية.
2023-04	تورم الأنسجة الرخوة حول المفصلات المشتركة للأصابع في اليدين ، دون أي تدمير واضح للعظام.	الالتهاب الروماتويدي المبكر، مع عدم وجود أي تلف هيكلي حتى الآن.
2024-01	تضييق مساحات مفصلتي المعصم كلتيهما؛ تغيرات كيسية صغيرة تحت الغضروف في المعصم الأيمن.	تآكل العظام المبكر أثناء المرض النشط.
2025-04	تضيّق مفصل الرسغ الثنائي دون تغيير عما كان عليه من قبل؛ لا يوجد تدمير جديد للعظام.	لا يوجد تطور في الأضرار الهيكلية بعد العلاج المركب؛ المرض مُحكم السيطرة عليه إلى حد معقول.

تصوير الترميز بالرنين المغناطيسي للركبة اليسرى (2025-07).

تراكم سائل معتدل في مفصل الركبة الأيسر مع تضخم مفصلي انتشاري. أظهر التصوير المعزز بالتباين تضخمًا مفصليًا، مما يتماشى مع التهاب المفصل النشط. لم يتم تحديد أي تمزق في الغضروف أو إصابة في الرباط.

VI. مسار العلاج وتحليل تقلبات المرض.

يستعرض هذا القسم نقاط التحول الرئيسية في مسار العلاج حسب التسلسل الزمني، ويحلل أسباب كل تحسن أو تدهور وفعالية التدخلات، ويساعد الطبيب المعالج على فهم نمط تطور المرض بسرعة.

المرحلة 1: التشخيص والعلاج الأولي. تم تحسينه.

الفترة: من أبريل 2023 إلى يوليو 2023.

دورة: بعد التشخيص، تم بدء العلاج بـ MTX 15 مجم/أسبوع بالإضافة إلى حمض الفوليك. MTX هو الدواء الأساسي في علاج التهاب المفاصل الروماتويدي ويؤدي تأثيرات مضادة للالتهابات ومعدلة للاستجابة المناعية من خلال تثبيط ديهيدروفولات ريدوكتاز. بعد 3 أشهر من العلاج، تحسنت تورم المفاصل والألم لدى المريض بشكل ملحوظ، وانخفض تصلب الصباح من >1 ساعة إلى 20 دقيقة، وانخفض معدل ترسيب الدم من68 إلى 32 مم/ساعة، وانخفض مؤشر DAS28 من 5.8 إلى 3.8.

سبب التحسن: وصل MTX إلى تركيزات ثابتة في البلازما وقمع التهاب السنوية بشكل فعال. خفض تناول حمض الفوليك من الآثار الجانبية المرتبطة بـ MTX مثل التهاب الغشاء المخاطي للفم وحسّن الالتزام بتناول الأدوية.

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends MTX as the first-line anchor drug for RA (grade of recommendation A, level of evidence 1a). MTX monotherapy enables approximately 40–50% of patients with RA to achieve low disease activity (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

المرحلة 2: الحد من الجرعة بشكل ذاتي وانتكاس المرض. تفاقمت الحالة.

الفترة: من أكتوبر 2023 إلى يناير 2024.

دورة: بسبب المخاوف بشأن الآثار الضارة طويلة المدى لـ MTX (التسمم الكبدي وقمع نخاع العظام)، قام المريض بشكل مستقل بتخفيض جرعة MTX من 15 ملغ إلى 10 ملغ/أسبوع دون استشارة الطبيب. في يناير 2024 (الشتاء)، بعد إصابته بعدوى في الجهاز التنفسي العلوي، تفاقم تورم المفاصل والألم بشكل ملحوظ، وأصبح نطاق الحركة في المعصم الأيمن محدودًا، وارتدت معدل ترسب الصفائح الدموية (ESR) إلى 55 مم/ساعة، وارتفع مؤشر DAS28 مرة أخرى إلى 5.2.

سبب التدهور: عوامل متعددة مساهمة - (1) جرعة غير كافية من MTX أدت إلى ضعف السيطرة على المرض؛ (2) درجات حرارة الشتاء الباردة يمكن أن تفاقم أعراض المفاصل؛ و (3) التهاب الجهاز التنفسي العلوي أدى إلى تفعيل الجهاز المناعي، مما أدى إلى زيادة في نشاط مرض التهاب المفاصل الروماتويدي. العدوى هي عامل محفز شائع لتفاقم مرض التهاب المفاصل الروماتويدي الحاد.

> **Evidence Note:** The ACR 2021 guideline emphasizes that patients with RA should not adjust DMARD doses on their own (strong recommendation, moderate-quality evidence). Infection can trigger RA relapse through molecular mimicry and bystander activation (Catrina et al., Nat Rev Rheumatol 2021).

المرحلة 3: العلاج المُشترك. تم تحسينه.

الفترة: من فبراير 2024 إلى مايو 2024.

الدورة: تم استئناف ميثوتريكسات بجرعة 15 ملغ/أسبوع، وتم إضافة هيدروكسي كلوروكين (HCQ) بجرعة 200 ملغ مرتين يوميًا. يُمارس هيدروكسي كلوروكين تأثيرات مناعية من خلال تثبيط مسارات إشارات مستقبلات تول، وله تأثير تآزر مع ميثوتريكسات. بعد 3 أشهر من العلاج المركب، انخفض معدل ترسيب الدم الهلامي (ESR) إلى 25 مم/ساعة، وعاد مستوى بروتين التفاعل-C (CRP) إلى طبيعته، وانخفض مؤشر تقييم نشاط المرض (DAS28) إلى 3.1، مما أدى إلى تحقيق نشاط مرضي منخفض.

سبب التحسن: قمع العلاج المركب من MTX + HCQ الالتهاب بشكل تآزري، ويمكن أن تقلل HCQ أيضًا من خطر السمية الكبدية المرتبطة بـ MTX. تحسن امتثال المريض للعلاج بعد التثقيف بشأن الانتكاسة السابقة.

> **Evidence Note:** The MTX + HCQ combination regimen has been shown to be superior to MTX-monotherapy in multiple RCTs (grade of recommendation A). HCQ can reduce the incidence of MTX-related liver enzyme elevation (O'Dell et al., Arthritis Rheum 2002).

المرحلة 4: وظيفة الكبد غير طبيعية وتعديل العلاج. تم تعديله.

الفترة: من أغسطس 2024 إلى نوفمبر 2024.

دورة: كشف المتابعة الروتينية عن ارتفاع مستوى ALT إلى 85 وحدة/لتر (ضعف الحد الأعلى للطبيعي)، دون أي إزعاج واضح. تم تخفيض جرعة MTX إلى 10 ملغ/أسبوع، وتم إضافة العلاج المحمي للكبد. عاد وظيفة الكبد إلى طبيعتها بعد شهرين (ALT 35 وحدة/لتر)، لكن أعراض المفاصل عادت جزئيًا بعد تخفيض جرعة MTX. تم تعديل جرعة MTX لاحقًا إلى 12.5 ملغ/أسبوع، مع إضافة جرعة منخفضة من البريدنيزون 5 ملغ/يوم كعلاج انتقالي.

نتيجة التدخل: تعافت وظائف الكبد بشكل جيد، لكن خفض جرعة MTX أدى إلى ضعف السيطرة على المرض، مما يشير إلى أن هذا المريض حساس نسبيًا لجرعة MTX. عوض استخدام الجلوكورتيكويد بجرعة منخفضة بفعالية عن نقص التأثير المضاد للالتهابات أثناء خفض جرعة MTX.

> **Evidence Note:** MTX-related liver enzyme elevation occurs in 15–20% of patients; most cases are transient and resolve after dose reduction or temporary discontinuation (Kremer et al., Arthritis Rheum 1994). EULAR recommends monitoring liver function every 8–12 weeks during MTX treatment (grade of recommendation A).

المرحلة 5: الاستقرار بعد العلاج الانتقالي. مستقر.

الفترة: من يناير 2025 إلى أبريل 2025.

دورة: بعد 3 أشهر من العلاج الانتقالي باستخدام ميثوتريكسيت 12.5 مجم/أسبوع + هيدروكورتيزون 200 مجم مرتين يوميًا + بريدنيزون 5 مجم/يوم، تراجع مؤشر DAS28 إلى 3.2 وتم تحقيق هدف نشاط المرض المنخفض. تم تقليص جرعة البريدنيزون تدريجيًا وإيقافها، وتم الاحتفاظ بنظام العلاج المشتمل على ميثوتريكسيت وهيدروكورتيزون.

سبب الاستقرار: التنفيذ الفعال لاستراتيجية "العلاج الموجه للهدف" (T2T) - تم استخدام درجة DAS28 كهدف للعلاج، وتم تعديل نظام العلاج على الفور، وتم تحقيق السيطرة على المرض في نهاية الأمر. وفّر العلاج الجسريّ بالجلوكورتيكويد تغطية مضادة للالتهابات على المدى القصير قبل أن تصبح أدوية تعديل المرض فعالة بالكامل.

> **Evidence Note:** The T2T strategy has been demonstrated to be superior to conventional care in multiple RCTs (grade of recommendation A, level of evidence 1a). EULAR 2022 strongly recommends remission or low disease activity as the treatment target (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

المرحلة 6: الانتكاسة الموضعية والحقن الداخلي في المفصل. محسّن.

الفترة: يوليو 2025 (الأحدث)

دورة: على الرغم من التحكم الجيد في المرض الجهازي، تطور تورم منعزل في الركبة اليسرى. أكد التصوير بالرنين المغناطيسي على وجود التهاب مفصلي نشط. تم إعطاء حقنة داخل المفصل من "ديبروسبان" بمقدار 1 مل في الركبة اليسرى؛ تلاشى التورم بشكل ملحوظ في غضون أسبوع واحد بعد الحقن، وعاد نطاق الحركة إلى طبيعته.

سبب التحسين: يعمل حقن الجلوكوكورتويد داخل المفصل بشكل مباشر على الالتهاب المحلي وله آثار جانبية نظامية قليلة. تعد نوبات المفصل المعزولة شائعة نسبيًا في التهاب المفاصل الروماتويدي ولا تتطلب بالضرورة تعديل نظام العلاج النظامي.

> **Evidence Note:** Intra-articular glucocorticoid injection is a first-line local treatment for isolated joint flares in RA (grade of recommendation A). The ACR 2021 guideline suggests that, when systemic disease is well controlled, local therapy may be prioritized over escalation of the systemic regimen for an isolated joint flare.

VII. نظام الأدوية الحالي.

الدواء.	الجرعة.	الطريق.	ملاحظات
ميثوتريكسيت (MTX)	12.5 ملغ مرة واحدة في الأسبوع.	شفويًا.	الدواء الأساسي؛ تم الحفاظ عليه بجرعة مخفضة بسبب تاريخ من الوظيفة الكبدية غير الطبيعية.
حمض الفوليك.	5 ملغ مرة واحدة أسبوعيًا (في اليوم التالي لـ MTX)	شفوي.	يقلل من الآثار الجانبية المرتبطة بـ MTX.
الهيدروكسيكلوروكين (HCQ)	200 ملغ مرتين يوميًا.	شفويًا.	أدوية تعديل المرض المستخدمة بالاشتراك لتحقيق فعالية تآزرية.

ملاحظة: الأدوية والجرعات المذكورة أعلاه مقتطفة من سجلات الوصفات الطبية التي قدمها المريض، وهي للإشارة للطبيب فقط؛ وهي لا تشكل نصيحة طبية بشأن الأدوية.

VIII. التقييم السريري الحالي.

درجة DAS28: 3.6 (نشاط مرضي منخفض إلى معتدل).

اتجاه نشاط المرض: يظهر الاتجاه العام انخفاضًا. تم تحقيق نشاط مرضي منخفض (3.2) في أبريل 2025، مع زيادة طفيفة إلى 3.6 في يوليو 2025 بسبب انتكاسة موضعية في الركبة اليسرى.

أضرار هيكلية: تضيّق مشترك في مفصلي الرسغ على الجانبين (تم ملاحظته لأول مرة في يناير 2024)، مع عدم حدوث تطور أثناء المتابعة في أبريل 2025.

الحالة الوظيفية: مستقل في أنشطة الحياة اليومية؛ قيود خفيفة على نطاق حركة المعصم الأيمن؛ تعافٍ وظيفي جيد للركبة اليسرى بعد الحقن.

التحديات الرئيسية: تعتمد جرعة MTX على وظائف الكبد ولا يمكن زيادتها إلى الجرعة الكاملة؛ حيث يتقلب نشاط المرض بين مستويات منخفضة ومعتدلة، ولم يتم تحقيق مغفرة كاملة بعد.

⚠️ Issues Requiring Attention:

(1) جرعة MTX الحالية غير كافية لتحقيق مغفرة كاملة؛ يجب تقييم إضافة دواء حيوي أو دواء DMARD اصطناعي مستهدف؛

(2) يشير تاريخ وظائف الكبد غير الطبيعية إلى تحمل محدود لـ MTX، مما يتطلب مراقبة مستمرة؛

(3) أدى تخفيض الجرعة الذاتي السابق إلى الانتكاس، ويجب تعزيز التعليم حول الالتزام بالأدوية؛

(4) تشير مستويات الأجسام المضادة لـ CCP المرتفعة باستمرار إلى تشخيص أسوء وتستدعي إدارة أكثر استباقية للأمراض.

تاسعًا: استنتاجات الطبيب المحلي.

المريض مصاب بتشخيص مؤكد للتهاب المفاصل الروماتويدي مع مدة مرض تبلغ 3 سنوات، ولديه حاليًا نشاط مرضي منخفض إلى معتدل. كان مزيج من ميثوتريكسيت (MTX) والهيدروكورتيزون (HCQ) فعالًا، لكن جرعة الدواء محدودة بسبب وظائف الكبد ولم يتم تحقيق الشفاء التام. يُوصى بإحالة المريض إلى قسم الروماتولوجيا والمناعة في مركز الإحالة الثالثي لتقييم تصعيد العلاج إلى العلاج البيولوجي. تم توجيه المريض إلى عدم تعديل جرعات الأدوية بشكل مستقل، والحضور للمراقبة المنتظمة.

X. تحليل التخصص الفرعي.

التخصص الموصى به: أمراض الروماتيزم والمناعة.

لقد تم تشخيص المريض بمرض التهاب المفاصل الروماتويدي منذ 3 سنوات، ويعاني حاليًا من نشاط مرضي منخفض إلى معتدل. تتطلب المشاكل التالية تقييمًا من قبل أخصائي:

(1) تقييم تصعيد العلاج. لا يمكن استخدام ميثوتريكسات بجرعة كاملة بسبب وظيفة الكبد غير الطبيعية، ولم تصل نشاط المرض إلى مغفرة كاملة عند الجرعة الحالية (12.5 مجم/أسبوع). وفقًا لتوصيات EULAR لعام 2022، عندما يفشل ميثوتريكسات مقترنًا بالأدوية المضادة للروماتيزم الاصطناعية التقليدية (csDMARDs) في تحقيق هدف العلاج، يجب النظر في إضافة دواء حيوي مضاد للروماتيزم (bDMARD) أو دواء مضاد للروماتيزم الاصطناعي مستهدف (tsDMARD). يجب على الأخصائي تقييم فوائد ومخاطر تصعيد العلاج.

(2) اختيار العلاج الحيوي. بالنسبة للمرضى المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي والذين لا يستجيبون بشكل كافٍ لميثوتريكس، فإن أدوية تثبيط عامل نخر الورم (مثل أداليموماب وإيتانيرسيبت)، ومضادات مستقبلات إنترلوكين 6 (مثل توكيليزوماب)، ومثبطات جينات كيناز الجزيئات الصغيرة (مثل توفاسيتينيب وبارسيتينيب) كلها خيارات محتملة. يجب أن يأخذ الاختيار في الاعتبار وظائف الكبد لدى المريض، وخطر الإصابة بالعدوى، والأمراض المصاحبة، والاعتبارات المالية.

(3) حماية العظام على المدى الطويل. لدى المريض بالفعل تآكل في العظام في كلتا المعصمين، وتشير مستويات عالية من مضادات CCP إلى خطر مرتفع نسبياً من تدمير العظام التدريجي. يجب تقييم كثافة المعادن في العظام، ويجب التفكير في تناول مكملات الكالسيوم وفيتامين د، ويجب بدء العلاج المضاد لهشاشة العظام إذا لزم الأمر.

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends adding a bDMARD or tsDMARD when MTX combined with csDMARDs fails to achieve the treatment target (grade of recommendation A). The efficacy of TNF inhibitors, IL-6 antagonists, and JAK inhibitors in patients with RA and an inadequate response to MTX has been demonstrated in multiple phase III RCTs.

XI. المتخصصون المتطابقون.

استنادًا إلى الملف السريري للمريض (التهاب المفاصل الروماتويدي، وعدم الاستجابة المناسبة للـ MTX، والحاجة إلى تقييم العلاج الحيوي)، يُوصى بأخصائيي الروماتيزم والمناعة التاليين في شنغهاي:

التوصية 1: باو تشوندي، الطبيب الرئيسي.

مستشفى رينجي، كلية الطب بجامعة شنغهاي جياوتونغ، قسم الروماتيزم والمناعة.

الخبرة: تشخيص وإدارة الأمراض الروماتيزمية، بما في ذلك التهاب المفاصل الروماتويدي، والذئبة الحمامية الجهازية، والتهاب الفقار المقاوم للعلاج، مع خبرة واسعة بشكل خاص في العلاجات الحيوية.

موقع المستشفى الرسمي: https://www.renji.com

التوصية 2: جيانغ ليندي، الطبيب الرئيسي.

مستشفى تشونغشان بجامعة فودان، قسم الروماتيزم والمناعة.

الخبرة: التهاب المفاصل الروماتويدي، ومتلازمة شوغرن، والتهاب الأوعية الدموية، مع إجراء بحث متعمق حول العلاج الفردي للتهاب المفاصل الروماتويدي المقاوم للعلاج.

موقع المستشفى الرسمي: https://www.zs-hospital.sh.cn

التوصية 3: وان ويغو، الطبيب الرئيسي.

مستشفى هواشان، جامعة فودان، قسم الروماتولوجيا والمناعة.

النائب التنفيذي لمدير قسم الروماتولوجيا والمناعة. الخبرة: تشخيص وإدارة الأمراض الروماتيزمية، بما في ذلك التهاب المفاصل الروماتويدي، والتهاب الفقار المقيِّد، والذئبة الحمامية، والنقرس. ويركز بحثه بشكل أساسي على فقر الدم المرتبط بالتهاب المفاصل الروماتويدي وهشاشة العظام الناجمة عن الجلوكورتيكويد.

موقع المستشفى الرسمي: https://www.huashan.org.cn

XII. توصيات الاختيار.

الأولوية للتشاور.

يُوصى بإجراء استشارة في الروماتولوجيا والمناعة في غضون أسبوعين، مع التركيز على تقييم تصعيد العلاج الحيوي. على الرغم من أن نشاط المرض الحالي ليس في نطاق مرتفع، إلا أن جرعة MTX المحدودة ومستويات عالية من الأجسام المضادة لـ anti-CCP تشير إلى تشخيص سيئ. قد يساعد تصعيد العلاج المبكر في تأخير تطور تدمير العظام.

معايير الاختيار.

قسم الروماتولوجيا والمناعة في مستشفى رينجي كان أحد أوائل أقسام الروماتولوجيا المتخصصة التي تأسست في الصين، ولديه خبرة واسعة بشكل خاص في الاستخدام السريري للعوامل الحيوية، مما يجعله مناسبًا للمرضى الذين يحتاجون إلى تصعيد العلاج. قسم الروماتولوجيا والمناعة في مستشفى تشونغشان لديه خبرة مميزة في العلاج الفردي للتهاب المفاصل الروماتويدي المقاوم للعلاج، وهو مناسب للمرضى الذين يستجيبون بشكل سيء للعلاج التقليدي. يُوصى بمستشفى رينجي كخيار أول بسبب مكانته الأكاديمية القوية وخبرته السريرية في العلاج الحيوي للتهاب المفاصل الروماتويدي.

استمرارية الرعاية.

يُوصى بمتابعة طويلة المدى مع نفس أخصائي الروماتيزم المعالج. يجب تقييم DAS28 كل 3 أشهر، ويجب إجراء اختبارات متابعة وظائف الكبد، وفحص الدم الكامل، والتصوير كل 6 أشهر. الحفاظ على استمرارية نظام العلاج أمر ضروري للتحكم في التهاب المفاصل الروماتويدي على المدى الطويل.

XIII. قائمة مراجعة للتحضير للمقابلة.

ا. الوثائق التي يجب إحضارها (موصى بها)

1. السجلات الطبية الكاملة: السجلات/التقارير الطبية للمرضى الخارجيين من الزيارة الأولى في مارس 2023 إلى آخر زيارة في يوليو 2025.

2. تقارير المختبر (بما في ذلك الفواصل المرجعية): جميع نتائج ESR و CRP و RF و anti-CCP ووظائف الكبد (ALT/AST) السابقة، وخاصةً التقرير الكامل عن حالة وظائف الكبد غير الطبيعية في آب 2024.

3 مواد التصوير: الأشعة السينية لليد والتقارير من 2023-04 و2024-01 و2025-04؛ صور التصوير بالرنين المغناطيسي للركبة اليسرى والتقرير الكامل من 2025-07 (أحضر أيّ صفحات تحتوي على تفاصيل كميّة أيضًا).

4.قائمة الأدوية الحالية وسجلات الوصفات الطبية: نسخ من الوصفات الطبية أو عبوات الأدوية الأصلية لـ MTX، وحمض الفوليك، وHCQ، بما في ذلك تاريخ تعديل الجرعات.

5. سجل الحقن الداخل المفصل: سجل الإجراء لحقن Diprospan في الركبة اليسرى في يوليو 2025.

6. سجلات الأدوية المحمية للكبد التي تم استخدامها خلال النوبة السابقة من الوظيفة الكبدية غير الطبيعية.

7. إذا تم إجراء استشارات أو اختبارات سابقة في مستشفيات أخرى، فقم بإحضار التقارير الأصلية أو النسخ المقابلة.

اا. معلومات إضافية مطلوبة.

1. نتائج كثافة المعادن في العظام: إذا لم يتم إجراء الاختبار بعد، فينصح بإجرائه قبل الزيارة (المرضى المصابون بالتهاب المفاصل الروماتويدي لديهم خطر متزايد للإصابة بهشاشة العظام، ويُطلب إجراء التقييم قبل العلاج الحيوي).

2. نتائج فحص التهاب الكبد B والتهاب الكبد C والسل: يجب إكمال هذه الفحوصات قبل العلاج البيولوجي، ويُنصح بإجراء الفحوصات مقدمًا.

3. سجلات التطعيم: قد تؤثر العوامل البيولوجية على وظيفة المناعة، ويجب تقييم حالة التطعيم.

4. أحدث نتائج تعداد الدم الكامل ووظائف الكلى.

5. يوميات الأعراض: سجل مواقع تورم المفاصل والألم، ومدة التصلب الصباحي، والعوامل المسببة، والأعراض المرتبطة بها لمساعدة الطبيب على تقييم نشاط المرض.

6. لم يتم توثيق ما إذا تم إجراء اختبارات أخرى، مثل تخطيط صدى القلب واختبارات وظائف الغدة الدرقية، في السجلات المتاحة.

7. تاريخ العائلة: هل هناك أي تاريخ عائلي للتهاب المفاصل الروماتويدي أو أمراض المناعة الذاتية الأخرى.

XIV. الرعاية الطبية في الصين: قائمة مراجعة السفر.

السجلات الطبية ووثائق التعريف.

• جواز السفر والتأشيرة ووثائق التأمين؛ تأكد مما إذا كان قسم الخدمات الطبية الدولية يدعم الفواتير المباشرة مع تأمينك.

• السجلات الطبية الأصلية، وتقارير الاختبار، وملفات التصوير الأصلية (DICOM)، وشرائح علم الأمراض/كتل البارافين (إذا كان ذلك ممكناً).

• السجلات الجراحية السابقة، وملخصات الخروج من المستشفى، وقائمة الأدوية، وتاريخ الحساسية.

تأكيد ما قبل السفر.

• تحقق من جداول عيادة الطبيب، ومتطلبات مواعيد الخدمات الطبية الدولية، والوثائق المطلوبة من خلال القنوات الرسمية للمستشفى.

• تأكد مما إذا كانت هناك حاجة إلى الترجمة الشفهية، أو المرافقة، أو التقييم المسبق عن بعد، وخصص وقتًا كافيًا للاختبارات والزيارات المتابعة.

• ادفع الرسوم الطبية للمستشفى مباشرةً؛ لا يحل هذا التقرير محل عرض الأسعار من المستشفى أو تأكيد الموعد.

ماذا يجب أن تجلب إلى المستشفى؟

• أحضر بطاقة الهوية وتأكيد الموعد حسب ما تطلبه المستشفى، وتأكد من موقع المستشفى والطابق مقدمًا.

• أحضر التقارير والأدوية الأصلية؛ لا تتوقف عن تناول الأدوية، أو تزيد الجرعات، أو تعدل العلاج بأي شكل آخر بنفسك.

• في حالة حدوث حالة طوارئ مثل الألم الحاد الشديد، أو صعوبة في التنفس، أو تغير في الوعي، انتقل فورًا إلى قسم الطوارئ الأقرب.

XV. المراجع والقيود.

توصيات الإرشادات الطبية المذكورة في هذا التقرير (EULAR 2022 وACR 2021) مستمدة من إرشادات الممارسة السريرية المنشورة علنًا، ويتم الإبلاغ عن درجات التوصية ومستويات الأدلة كما هو موضح في الإرشادات الأصلية. يتم تنسيق المراجع على النحو التالي: "المؤلف وآخرون، المجلة، السنة" حتى يتمكن القراء المهتمون من الاطلاع على المنشورات الأصلية.

الاستنتاجات السريرية، ومسارات الاستشارة الموصى بها، والرسوم، وجداول العيادات تخضع للسجلات الطبية الأصلية والتحقق منها مع المستشفيات. تم الحصول على روابط موقع المستشفى الرسمي المدرجة في هذا التقرير من مصادر عامة؛ يرجى التأكد من خلال قنوات المستشفى الرسمية قبل زيارتك.

إخلاء المسؤولية: تم إنشاء هذا التقرير بواسطة الذكاء الاصطناعي استنادًا إلى السجلات الطبية المقدمة، وهو مخصص فقط لتنظيم المعلومات الطبية ودعم مطابقة الأطباء. ولا يشكل نصيحة تشخيصية أو علاجية أو متعلقة بالأدوية. قد يقوم الذكاء الاصطناعي بإجراء أخطاء في التعرف أو التفسير. يرجى إحضار السجلات الطبية الأصلية حتى يتمكن الطبيب المعالج من إجراء تقييمات وفحوصات شخصية. في حالة الطوارئ، اتصل بخدمات الطوارئ المحلية على الفور أو اذهب إلى قسم الطوارئ.