吴金玉主任医师查房记录

患者梁利，女，53岁，因“全身乏力伴多关节疼痛13年”于2019年6月4日11时32分由门诊拟“系统性红斑狼疮”收住入院。

患者诉咳嗽,痰粘难以咳出,伴咽痒,无咽痛及发热，活动后感少许气促,休息后可缓解,夜间可平卧入睡,全身乏力症状较前好转,仍觉双目干涩,伴异物感,畏光流泪，无关节疼痛，无面部红斑，无口腔溃疡，无脱发,无头晕头痛,无胸闷胸痛,无腹胀腹泻等不适，纳尚可，麻差，难入睡，易醒，二便调。查体:生命体征正常，神志清楚,精神尚可,舌质淡，苔薄白,脉沉细。两肺呼吸音粗,左下肺可闻及少许湿性啰音,余肺部查体未见异常,心腹查体未见明显异常;专科查体:双小腿胫前皮肤片状暗紫色瘀斑,双大腿散在暗色瘀斑,四肢关节无畸形、肿胀、压痛，肤温、肤色正常。四肢肌力及肌张力均正常。辅助检查:免疫球蛋白G 6.760g/L;补体30.580g/L↓3电解质:钙1.97mmo1/,肾功能、心肌酶、风湿三项、抗双链DNA抗体IgG、抗核抗体、大便常规未见明显异常;cT胸部平扫:1.右肺上叶前段、中叶部分支气管扩张,并感染，复查中叶部分支气管较前扩张。2.两肺慢性炎症及纤维增殖灶,复查大致同前。3.主动脉钙化。4.两侧多发肋骨陈旧性骨折，胸腰椎多发椎体压缩变扁,病理性骨折待排，胸椎骨小梁稀疏，请结合临床进一步检查。常规心电图检查提示:1、窦性心律:2、T波轻度改变;建议结合临床。动态心电图检查协助完善诊断。吴金玉主任医师查房后指示:四诊合参,本病当属祖国医学之“红蝴蝶疮”范畴,缘由是者久病迁延不愈损伤脾肾,脾主运化，乃气血生化之源，肾乃五脏之根，脾肾气虚,机体推动功能减弱，气血乏源,故患者见乏力,舌质淡,苔薄白,脉沉细，证乃脾肾气虚之证。本病病性属虚，病位在脾肾。中医诊断:红蝴蝶疮-脾肾气虚证;西医诊断依据:1.患者梁利，中年女性，因“全身乏力伴多关节疼痛13年余”入院，病史较长，起病缓，既往我院明确诊断系统性红斑狼疮血液系统损害,长期服用激素治疗。2入院症见:全身乏力,双下肢乏力为主，双目干涩,有异物感,畏光流泪,口苦，偶有活动后气喘，夜间可平卧，偶有咳嗽咳痰,质粘色黄难咳出,纳尚可,麻差，难入睡，易醒,二便调。3.既往有“支气管扩张并感染、重度骨质疏松伴病理性骨折、两侧多发肋骨陈旧性骨折、胸腰椎多发骨折、G-6-PD酶缺乏症”病史。4.专科查体:双小腿腔前皮肤片状暗紫色猱斑，双大腿散在暗色瘀斑，四肢关节无畸形、肿胀、压痛,肤温、肤色正常。四肢肌力及肌张力均正常。5.辅助检查:血常规提示:白细胞计数17.4\*10"9Lt,中性粒细胞计数13.43\*1019Lt，中性粒细胞百分比77.20%,血小板数87\*10^9A↓。入院随机血糖8.?mmol几。西医诊断:1.系统性红斑狼疮血液系统损害 2支气管扩张并感染3.重度骨质疏松伴病理性骨折两侧多发肋骨陈旧性骨折胸腰椎多发骨折4.C-6-PD酶缺乏症。诊断明确，无需鉴别。治疗上:患者明确诊断为系统性红斑狼疮,现血小板仍低,继续予硫酸羟氯唯片联合甲泼尼龙片免疫抑制治疗，予科可君片升血小板对症处理;予雷贝拉唑钠肠溶片护胃:患者重度骨质疏松，予碳酸钙p3片补钙,阿法骨化醇软胶囊促进钙吸牧;适时复查血常规以动态了解血小板变化情况。患者复查胸部cT提示支气管扩张并感染，现偶有咳嗽，痰粘难以咳出,结合病情和体征，需用环孢素免疫制剂对症治疗，予请呼吸内科会诊评估是否继续抗感染再用药,暂予咽痒咳合剂止咳对症治疗，并注意痰培养结果回报。患者复查心电图提示T波轻度改变,较前变化不大,患者无明显胸闷胸痛,心肌酶正常,暂予观察;中医治疗;中医治以补肾健脾益气为法，中药内服方选四君子汤合金匮肾气丸加减,方中黄芪、白术、党参补气健牌;茯苓、泽泻健脾燥湿;熟地、山茱萸补益肝肾;山药、丹皮益气健脾,清热凉血;桂枝温通经脉，温阳化气;炙甘草健脾益气。拟方如下:

黄芪20 白术10 党参15 茯苓10

泽泻10 熟地15 山茱萸10 山药10

丹皮10 桂枝5 炙甘草

日一付，水煎分早晚饭后温服