吴金玉主任医师查房记录

患者宾能英，女，40岁，因“反复下腹胀痛、发热5年余”于 2020年08月22日10时44分由门诊拟“白塞病”收治入院。

患者体温再次升高，目前最高：39.1℃。科主任吴金玉查看患者，患者诉身热乏力，全身多关节酸痛，外阴仍有瘙痒，咽部异物感，下腹部稍感胀痛，无吞咽困难，无嗳气反酸，无恶心欲吐。纳差，寐尚可，大便日行1次，便软、色黄，无黑便、粘液脓血便，小便调。查体：神志清楚，精神差，面色潮红，急性面容，舌质暗红，舌边齿痕，苔黄腻，脉滑数，心肺查体未见明显异常。专科查体：左侧咽颚弓见一疑似溃疡，口腔无异味，口唇无紫绀、疱疹、皲裂及色素沉着，无龋齿，无义齿，无缺齿，无残根，牙龈无红肿疼痛。腹部软，左下腹轻压痛无反跳痛，无液波震颤，无疤痕，全腹未触及包块，肝脾肋下未触及。外阴充血，白带量多、色黄。辅助检查：凝血五项：D-二聚体 1.49mg/L↑；风湿三项(ASO\RF\CRP)测定：C反应蛋白 29.060mg/L↑、抗链球菌溶血素O 528.80IU/mL↑；铁四项测定：铁 7.5300umol/L↓、转铁蛋白 1.710g/L↓、总铁结合力 39.13umol/L↓、转铁蛋白饱和度 0.19↓；血常规：白细胞计数 3.09 10^9/L↓；红细胞沉降率(ESR：红细胞沉降率 54mm/h↑；甲功三项未见异常；常规心电图检查：1、窦性心律；2、电轴右偏：+97°。**吴金玉主任医师查房后示：**四诊合参，本病当属祖国医学之“狐惑病”范畴，缘由患者久病致肝郁脾虚，运化失司，湿邪内生，郁久化热，湿热下注，故时有腹胀纳差，大便稀烂，色黄；湿热之邪上浊口咽，故见口腔溃烂，咽部如有炙脔；湿热下注肝经，肝经循行于会阴部，故见会阴瘙痒，白带量多。舌质暗红，苔黄腻，脉滑数均为肝脾湿热之象。**中医诊断：**狐惑病-肝脾湿热证。中医鉴别诊断：本病应与时令感冒鉴别，时令感冒具有季节性特点，临床表现为发热恶寒，流涕，喷嚏，头身酸沉、困重，伴有恶心呕吐、腹泻等症状。西医诊断依据：1.患者中年女性，因“反复下腹胀痛、发热4年余”入院，慢性病程，既往明确诊断“白塞病”。既往有“胆汁反流性胃炎”、“胆囊结石”、“双肾结石”病史。2.入院症见：发热，肢节酸痛、乏力。下腹部阵发性胀痛，饥饿时加重，无嗳气反酸，无恶心欲吐。外阴瘙痒。近日纳差、寐可，大便日行1-2次，变软、色黄，无黑便、粘液脓血便，小便调。3.查体：腹部软，左下腹轻压痛无反跳痛，无液波震颤，无疤痕，全腹未触及包块，肝脾肋下未触及。外阴充血，白带量多、色黄。4.辅助检查：（录2020-02-25我院）电子肠镜：全结肠多发溃疡（性质待查，血管炎可能性大）。肠镜病理：（降部）符合溃疡伴急慢性炎，可见炎性肉芽组织形成，活检组织有限，未必反映病变全貌，请结合临床。免疫组化结果：炎性肉芽组织中血管表达CD31、CD34、ERG阳性，部分粘膜腺体表达Ki-67阳性。（录2020-12-14我院）电子肛肠镜：血栓外痔；混合痔。（录2020-12-17我院）抗核抗体测定(ANA)、抗ENA抗体十二项、ANCA血管炎组合检测未见明显异常。西医诊断：1、白塞氏病2、胆汁反流性胃炎3、胆囊结石 4、双肾结石5、混合痔。西医鉴别诊断：本病可与“结肠癌”相鉴别：结肠癌主要以便血、腹泻或便秘、里急后重、消瘦等为主要临床表现，针对该患者，支持点：可见便血，患者既往有“腹膜假性粘液瘤”、“阑尾粘液性肿瘤”等肿瘤病史。不支持点：该患者目前无消瘦等恶病质，需完善电子肠镜及病理检查可明确诊断。治疗上：1.患者发热，全身多关节酸痛，予降温贴外敷降温，萘普生缓释胶囊解热止痛；2.患者有“胆汁反流性胃炎”病史，目前服用泼尼松龙片及萘普生免疫抑制及抗炎解热治疗，予替普瑞酮胶囊及雷贝拉唑钠肠溶片抑酸护胃，停服兰索拉唑；3.患者咽部异物感，口腔查体左侧咽颚弓见一疑似溃疡，特请耳鼻喉科会诊，行喉镜检查，协助诊疗；4.余治疗继续予甲泼尼龙片、沙利度胺片抑制免疫，**中医治疗：**予盘龙七片活血化瘀、除湿止痛。中医治以调和肝脾、利湿除热为法，方拟半夏泻心汤加减，拟方如下：

 北柴胡20g 姜半夏9g 生姜6g 党参15g

 炙甘草6g 荆芥10g 桔梗9g 大黄3g

 酒炒黄芩10g 黄连6g 葛根15g 玄参5g

 每日一剂，水煎后温服，日服两次