吴金玉主任医师查房记录

患者杨志妹，女，48岁，因“反复颜面及双下肢浮肿8年余”于 2020年06月19日9时53分由门诊拟“系统性红斑狼疮”收治入院。

患者现无颜面及双下肢无水肿，无双下肢乏力,无胸闷心慌，无头晕头痛，无恶心欲吐，无腹胀腹痛，无恶寒发热，无口腔溃疡、光过敏、皮疹，纳寐可，二便调。查体：生命征正常。神清，精神可，满月脸，舌质暗淡，苔薄白，脉细涩。心肺腹查体未见明显异常。双下肢未见明显水肿。辅助检查：糖化血红蛋白A1C 6.50%↑；餐后2小时血糖9.52mmol/L↑；感染性四项：乙肝表面抗原 > 250.00IU/mL↑；免疫球蛋白全套：免疫球蛋白M0.25g/L↓；血常规、大便常规、补体、凝血四项、血沉、肿瘤五项、葡萄糖测定、心肌酶、肝功能、风湿三项、抗双链DNA抗体、乙肝病毒DNA检测未见明显异常。心电图未见异常。**吴金玉主任医师查房后分析：**四诊合参，本病属中医学之“阴阳毒”范畴，缘由患者久病，脾肾受损，日久脾肾气虚，脾失运化，肾失主水，水湿内停，泛溢肌肤，发为阴阳毒；久病，血行不利，瘀血内阻，故见舌暗。舌质暗淡，舌苔薄白，脉细涩，皆为脾肾气虚，瘀血内阻之证。病位在脾肾，病性属本虚标实。**中医诊断：**阴阳毒-脾肾气虚，瘀血内阻。中医鉴别诊断：本病当与"附骨疽"相鉴别。支持点：两者均可表现皮肤红，甚至关节皮肤破溃、流脓。不支持点：后者儿童常见，无血管手术史，局部胖肿，附筋着骨，推之不移，疼痛彻骨，溃后脓水淋漓，可损伤筋骨。可鉴别。西医诊断依据：1、患者中年女性，病程长，既往在我院行肾穿刺活检术明确诊断为“系统性红斑狼疮-狼疮性肾炎V型 肾性高血压”，长期予激素抑制免疫治疗。2、既往有“慢性乙型病毒性肝炎”、“回盲部憩室”、“慢性浅表性胃窦炎”病史。西医诊断：1、系统性红斑狼疮 狼疮性肾炎V型 肾性高血压；2、慢性乙型病毒性肝炎；3、慢性浅表性胃窦炎；4、回盲部憩室。西医鉴别诊断：已明确诊断为系统性红斑狼疮，无需鉴别。健康宣教：告诫患者烟草中含有多种有害物质，对健康不利，请注意避免被动吸烟，远离吸烟环境，发放控烟资料。分析与处理：1、患者中年女性，既往确诊系统性红斑狼疮-狼疮性肾炎V型，目前无明显红斑皮疹、关节疼痛、下肢水肿等不适，入院查ESR、CRP、补体、抗ds-DNA抗体未见明显异常，目前病情稳定，继续予甲泼尼龙、硫酸羟氯喹片免疫抑制；2、余治疗上继续予兰索拉唑肠溶片护胃，硝苯地平缓释片、盐酸贝那普利片控制血压，别嘌醇片抑制尿酸合成，阿托伐他汀钙片降脂，碳酸钙D3片补钙，阿法骨化醇软胶囊促进钙吸收，胸腺五肽调节免疫，双嘧达莫片抗血小板聚集治疗、预防血栓形成等治疗；3、患者糖化及餐后2小时血糖指标升高，既往无糖尿病病史，曾行OGTT未见明显异常，予继续监测血糖，并请内分泌科会诊以协助专科诊治；4、乙肝表面抗原阳性，既往有“慢性乙型病毒性肝炎”病史，肝功能及乙肝病毒DNA未见明显异常，目前病毒复制不活跃，嘱患者坚持规律口服恩替卡韦抗病毒，注意定期复查肝功能及乙肝病毒DNA；5、**中医治疗：**中成药予百令胶囊益肾排毒，内服方以健脾益气补肾为治法，方选四君子汤合六味地黄汤化裁，列中药如下：

 党参12g 白术12g 茯苓15g 陈皮8g

山药12g 仙灵脾10g 甘草6g 山茱萸10g

丹参12g 熟地12g 红花10g

日1剂，每剂水煎至200ml，分两次早晚餐后温服。