吴金玉主任医师查房记录

患者方德馨，女，80岁，因“反复口干、眼干6年余，加重1年。”于 2020年08月09日11时23分由门诊拟“干燥综合征”收治入院。

患者自诉口干、眼干，夜间尤甚，饮食干燥食物需水送服，双手小指末端疼痛，无肌痛及肌无力，无牙齿脱屑，无吞咽困难，无关节红肿，无恶寒发热，无咳嗽咳痰等不适，纳寐可，大便正常，尿频，4-5次/日，尿急，无尿痛，小便质清色淡黄。查体：神清，精神好，舌暗红，苔薄白，脉沉细。腹软，无压痛及反跳痛，腹部可见一长约6cm陈旧性手术疤痕，心肺查体未见明显异常。四肢无畸形，无明显水肿，四肢关节无肿胀，肤温、肤色正常。辅助检查：肝功能：总蛋白 62.7g/L↓；白蛋白 34.2g/L↓；电解质：钙 2.07Mmol/L↓；葡萄糖 6.44mmol/L↑；血常规、肾功能、铁四项、风湿三项、血脂、免疫球蛋白、凝血功能未见明显异常。心电图提示：1、窦性心律；2、顺钟向转位；3、左胸导联低电压。**吴金玉主任医师查房后分析：**四诊合参，本病当属祖国医学之燥痹范畴，缘由患者肝肾亏损，气血俱虚，痹阻经络，停滞关节，致寒凝痰瘀，肢节失于气血温煦濡养，而出现关节疼痛、双手指麻木；肝开窍于目，肝肾亏虚，不能濡养双目，故见眼干；舌暗红，苔薄白，脉沉细均为燥痹之侯。**中医诊断**：燥痹-肝肾亏虚，瘀血内阻证。中医鉴别诊断：燥痹需与“消渴”相鉴别。支持点：两者均可有口干症状，不支持点：燥痹多是外邪侵袭，损伤肝肾阴精所致，多有明显的眼干症状，可合并关节肿痛；而消渴常由饮食不节所致，阴虚燥热，多伴有多食、多尿，小便甜。结论：可鉴别。西医诊断依据：1、患者老年女性，慢性病程。2、口干、眼干，饮食干燥食物需水送服，小指关节疼痛，查唾液腺ECT示双侧唾液腺摄取功能正常，排泄功能障碍；右下唇病理示涎腺组织，小叶结构存在，腺泡萎缩，导管扩张，偶见肌上皮增生，间质纤维组织增生，腺泡间单个核细胞浸润，细胞个数50-100个/4平方毫米，诊断：唇腺活检度III度；明确诊断为：“干燥综合征”。3、尿频，4-5次/日，尿急，无尿痛，小便质清色淡黄；4、既往有“冠脉心肌桥、脂肪肝、动脉粥样硬化、焦虑症、腰椎管狭窄”等病史。西医诊断：1、干燥综合征2、冠脉心肌桥3、脂肪肝4、动脉粥样硬化5、焦虑症6、泌尿系感染？。西医鉴别诊断：患者既往已行唇腺活检，明确诊断干燥综合征。无需鉴别。健康宣教：告知患者烟草含有多种有害物质，远离吸烟人群，避免接触二手烟。分析与处理：1、患者既往明确干燥综合征，拒绝西药免疫抑制治疗，反复与患者沟通病情后，患者表示了解病情并坚决拒绝，治疗上暂予人工泪液、人工唾液自备对症治疗，配合中药以补益肝肾，益气生津；2、患者查血糖偏高，既往否认糖尿病史，待相关结果回报，必要时监测血糖及进一步检查评估病情再拟定降糖方案，暂嘱其患者注意低糖饮食；3、患者既往有动脉粥样硬化、脂肪肝病史，予阿托伐他汀钙片调脂稳斑；4、患者蛋白低，考虑为慢性病引起的消耗，及饮食摄入不足所致，嘱患者优质蛋白饮食；5有焦虑症病史，予盐酸度洛西汀抗焦虑抑郁等对症治疗；**6、中医治疗：**以祛风除湿，补益肝肾为法，方选独活寄生汤加减，拟方如下：

防风15g 桑寄生15g 桂枝10g 当归10g

白术10g 秦艽15g 白芍10g 独活10g

茯苓15g 甘草10g

日1剂，每剂水煎至200ml，分两次早晚餐后温服。