吴金玉主任医师查房记录

患者刘荣光，男，66岁，因“反复四肢关节肿痛5年余，左髋关节疼痛3天。”于 2020年10月07日16时39分由门诊拟类风湿关节炎收治入院。

患者诉左髋关节疼痛，活动时疼痛加重，伴左下肢乏力，无跛行，无脚踩棉花感，无明显关节活动受限，无红肿热痛，无晨僵，双手指间关节无僵硬感，无雷诺现象，无恶寒发热。纳可，寐差，偶有解少量泡沫尿，大便正常。查体：血压：99/72mmHg，生命体征平稳。心肺腹查体未见明显异常。专科检查：左臀后外侧压痛，左髋部关节活动轻度受限，未触及明显摩擦感，双侧“4”字试验(-)，双下肢直腿抬高试验80°(-)，双下肢股神经牵拉试验（-），双下肢感觉正常，双下肢肌力未见明显异常，双侧腱反射对称性存在，左足第二跖趾关节内翻畸形，余肢体关节未见明显异常。四肢关节活动无明显受限。辅助检查：血常规：血红蛋白 113g/L↓；肾功能：肌酐 110umol/L↑、尿酸 436umol/L↑；肝功能：前白蛋白 175mg/l↓、白蛋白 36.2g/L↓；风湿三项：C反应蛋白 20.310mg/L↑、类风湿因子 345.10IU/mL↑；红细胞沉降率 59mm/h↑；凝血四项、尿常规、葡萄糖测定、电解质、血脂六项测定、心肌酶、免疫球蛋白全套（无补体）、补体C、铁四项、糖化血红蛋白测定、大便常规未见明显异常。心电图：1、窦性心律；2、T波改变。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，本病属祖国医学“尪痹”范畴，缘由患者痹病日久，邪痹经络，气血津液运行不畅，致痰浊瘀血互结留滞经络、关节、肌肉而发为本病。舌暗有瘀斑，苔厚腻，脉沉，均为痰瘀痹阻之象。病位在经络、肢节，病性虚实夹杂。**中医诊断：**尪痹-痰瘀痹阻证。中医鉴别诊断：本病当与“痉病”相鉴别，支持点：两者均表现为肢体疼痛不适症状；不支持点：痉证以项背强直、四肢抽搐，甚则口噤、角弓反张为主要表现，严重时可出现昏迷；患者无项背强直、四肢抽搐等，结论:可鉴别。西医诊断依据：1、患者老年男性，病程长，起病隐匿，既往我院明确诊断“类风湿关节炎”；2、既往有四肢多关节对称性肿痛，肿痛关节数＞10个，伴晨僵，查类风湿因子、CCP阳性。关节MRI提示右腕、右手环指及小指近侧指间关节周围滑膜炎，符合临床类风湿性关节炎改变。明确诊断为类风湿关节炎。3、既往有“慢性肾脏病（CKD3期）”、“糖耐量异常”、“主动脉硬化”、“腱鞘囊肿切除”病史。西医诊断：1、类风湿关节炎；2、双膝骨性关节炎；3、慢性肾脏病（CKD3期）；4、糖耐量异常；5、腱鞘囊肿切除术后；6、主动脉硬化； 7、左股骨头坏死？。西医鉴别诊断：患者已明确诊断为类风湿关节炎，此次为评估病情及行托珠单抗治疗来诊，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。治疗上：1、患者类风湿关节炎诊断明确，此次入院为评估病情及行托珠单抗治疗，结合相关抽血检查结果，可予今日行托珠单抗治疗，余治疗继续予甲泼尼龙片消炎止痛，维D钙咀嚼片补钙，阿法骨化醇软胶囊促进钙吸收。2、患者左髋关节疼痛，予查双髋关节DR，结果回报后再拟定下一步治疗方案，必要时请骨科会诊。3、慢性肾脏病，入院后查肌酐稍高，考虑与之相关，继续予金水宝片护肾治疗。**4、中医治疗：**中医以中药内服汤药以化痰祛瘀，搜风通络为法，方选双合汤加减，拟方如下：

 当归12g 白芍12g 川芎10g 熟地20g

 桃仁10g 红花10g 陈皮9g 半夏10g

 茯苓12g 白芥子6g 竹茹6g 生姜9g

 日一剂，水煎300ml，分两次温服。（暂拟方）