吴金玉主任医师查房记录

患者樊海丽，女，56岁，因“反复四肢关节疼痛2年余”于 2020年12月19日12时01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。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：外治予中药涂擦、雷火灸、穴位贴敷治疗、烫熨治疗以加强温经通络止痛；加予盘龙七片以祛风除湿，通络除痹及内服中药以祛湿除痹，益气健脾活血为法，方选蠲痹汤合六君子汤加减，方中秦艽、羌活、独活以祛风除湿；桑枝、海风藤以祛湿痛通络；茯苓、白术、当归、川芎、人参以益气活血和营；柴胡、木香以疏肝理气；肉桂少许以祛寒湿；乳香以活血止痛；半夏、陈皮理气化痰以除湿；甘草以调和诸药，拟方如下：

 茯苓 10g 白术 12g 北柴胡 9g 桑枝 10g

 当归 12g 川芎 10g 醋乳香 9g 木香 9g

 甘草片 9g 羌活 9g 秦艽 9g 肉桂 3g

 独活 9g 人参片 9g 陈皮 9g 法半夏 9g

 海风藤 15g

 水煎服，日一剂，分2次饭后温服。