吴金玉主任医师查房记录

患者宾能英，女，41岁，因“反复下腹胀痛5年余”于 2021年4月24日15时18分由门诊拟白塞氏病收治入院。

 患者诉右上腹阵发性胀痛，脐周腹部持续性胀闷，餐后10分钟腹胀明显，无腹泻，无恶寒发热，无反酸嗳气，无口腔溃疡，近日纳欠佳，寐可，大便未解，小便调。查体：脉搏：63次/分，血压：107/70mmHg。舌暗，舌边齿痕，苔白，脉沉弱无力。两肺呼吸音稍粗。口腔无异味，口唇无紫绀、疱疹、皲裂、溃疡及色素沉着。腹软，右上腹轻压痛，无反跳痛，无液波震颤，右下腹见一大小约1\*1cm陈旧性手术疤痕，全腹未触及包块，肝脾肋下未触及。外阴见散在少许红色小颗粒状皮疹，有触痛，无溃疡，少许白带，色白。辅助检查：风湿三项：C反应蛋白 11.980mg/L↑、抗链球菌溶血素O 280.40IU/mL↑；电解质：钾 3.28mmol/L↓；肝功能：总蛋白 59.9g/L↓、白蛋白 34.1g/L↓。心肌酶、免疫球蛋白、葡萄糖测定、肾功能、凝血五项、补体C3/C4、铁四项、尿常规、血常规未见特殊异常。心电图：1、窦性心动过缓；2、电轴右偏：+94°。 建议结合临床，动态心电图监测协助完善诊断。**吴金玉主任医师查房后指出**，四诊合参，本病当属祖国医学之“狐惑病”范畴，缘由患者久病致脾虚，气虚无力推动血液运行，运化失司故痰瘀留滞，见腹胀纳差，脾虚湿浊难化，湿性粘滞易化热趋下，下注肝经，故见外阴散在红色颗粒状皮疹，白带色白。舌暗，舌边齿痕，苔白，脉沉弱无力均为脾虚痰瘀之象。中医诊断：狐惑病-脾虚痰瘀证。中医鉴别诊断：本病可与“阴阳毒”相鉴别，两者均可出现粘膜破溃，后者多见口腔粘膜，且易表现出颜面和四肢的红斑，而本病表现为咽喉、口腔及外阴、肠道溃烂，眼炎，腹胀腹泻，该本人以反复口腔、外阴、肠道为主症，故予鉴别。西医诊断依据：患者中年女性，慢性病程，反复口腔、外阴及肠道溃疡，曾有皮下结节，并伴发热，明确诊断“白塞氏病”，既往有有“两肺弥漫性病变 呼衰（慢性）、重症社区获得性肺炎（金黄色葡萄球菌、耶氏肺孢子菌混合感染）”“胆汁反流性胃炎”“胆囊结石”“双肾结石”“混合痔”“鼻窦炎”“慢性咽炎”病史。西医诊断：1、白塞氏病；2、胆汁反流性胃炎；3、混合痔。西医鉴别诊断：本病应与“阿弗他溃疡”相鉴别，两者均可见反复口腔溃疡，后者以单纯颊粘膜，舌粘膜溃疡为主，具有复发性、周期性、自限行。前者出口腔溃疡外，还合并外阴、肠道溃疡及眼炎，故可鉴别。健康宣教：告知患者烟草危害，嘱患者避免主动以及被动吸烟，患者白蛋白偏低，既往有“低蛋白血症”病史，嘱患者清淡饮食，加强蛋白摄入。治疗上，患者血钾偏低，予补充氯化钾溶液，明早复查电解质。患者C反应蛋白偏高，血常规正常，腹胀明显，考虑由基础病“白塞氏病”引起，用药上继续予甲氨蝶呤联合沙利度胺免疫抑制，予美沙拉秦肠溶片、甲泼尼龙片抑制肠壁炎症，雷贝拉唑肠溶片、替普瑞酮护胃。患者诉餐后腹胀明显，予加用莫沙必利促进胃动力，余治疗继续碳酸钙D3片补钙，阿法骨化醇软胶囊促进钙吸收。患者心电图提示心动过缓，监测脉搏大于60次/分，平素无胸闷不适，无一过性黑朦，予继续观察，必要时可予动态心电监测。中医治疗：患者腹胀明显，予雷火灸腹部、双上肢、双下肢以健脾益气，中药内服治以健脾祛湿，益气活血为法，方拟参苓白术散加减，方中党参、山药、莲子益气健脾和胃，白术、茯苓、薏苡仁、白扁豆健脾渗湿，佐以白芥子化痰、砂仁理气宽胸，黄芪、炙甘草益气和中，加当归、川芎、桃仁、红花活血化瘀，拟方如下：

 党参10g 黄芪20g 白术10g 茯苓10g

 炙甘草10g 山药15g 莲子肉10g 白扁豆10g

 砂仁10g 薏苡仁15g 当归15g 川芎10g

 桃仁10g 红花10g 白芥子10g

 每日一剂，水煎后温服，日服两次（暂拟方）