吴金玉主任医师查房记录

患者李华源，男，18岁，因“四肢肌肉疼痛1月余”于 2021年2月24日11时02分由门诊拟四肢肌肉疼痛查因（多发性肌炎？感染性肌炎？）收治入院。

患者诉四肢肌肉疼痛疼痛，以双上肢、双下肢近端肌肉为主，伸展及活动时疼痛明显，呈阵发性酸痛，休息可缓解，可自行下蹲，厌食油腻，四肢乏力，无头晕头痛，无视物黑曚，无发热咳嗽，无鼻塞流涕，无咽干咽痛，无胸闷胸痛，无腹痛腹泻等不适，纳食欠佳，寐可，二便调。查体：呼吸：20次/分，脉搏：100次/分，血压：121/72mmHg。神清，精神可。舌质淡，苔薄白，边有齿痕，脉沉细。两肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动正常，律齐，心音正常，各瓣膜听诊区未闻及杂音，心包摩擦音未闻及。腹部软，无压痛反跳痛，全腹未触及包块，肠鸣音正常，4次/分，未闻及振水音及血管杂音。专科检查：全身未见明显皮疹及红斑，双侧上臂、双大腿肌肉无明显压痛，肤温不高，双上肢近端、双下肢近端肢体肌力5-级，余肢体肌力正常，肌张力正常。辅查：血常规：白细胞计数 15.56\*10^9/L、中性粒细胞百分比 84.9%、淋巴细胞百分比 12.2%、红细胞计数 3.93\*10^12/L↓、血红蛋白 111g/L、血小板计数 510\*10^9/L↑；C反应蛋白 206.480mg/L；降钙素原 0.216ng/mL；肝功能：白蛋白 31.3g/L、丙氨酸氨基转移酶 96U/L、天门冬氨酸氨基转移酶 53U/L；凝血四项：凝血酶原时间 15.3秒↑、纤维蛋白原 8.34g/L↑；甲功五项：三碘甲状腺原氨酸 0.81nmol/l↓；铁四项：铁蛋白 1429.90ug/L、转铁蛋白 1.860g/L、总铁结合力 42.65umol/L、转铁蛋白饱和度 0.28；心肌酶全套、空腹葡萄糖、电解质六项、血脂六项、肿瘤五项未见明显异常。心电图检查：窦性心动过速；逆钟向转位；ST-T改变（V3～V6ST段上斜型、弓背型抬高）。心脏彩超：心脏形态结构，瓣膜活动及心功能未见明显异常。检查时心动过速。宝石CT胸部平扫：右肺尖及右肺中叶多个实性小结节灶，纤维增殖结节灶可能。**吴金玉主任医师查房后分析：**四诊合参，本病当属祖国医学"痹病"范畴，缘由素体脾虚，脾失健运，气血生化无源，气血津液运行不畅，发为本病，不通、不荣则痛，可见肌肉疼痛无力、纳呆；舌质淡，苔薄白，边有齿痕，脉沉细，均为脾肾亏虚之征。病位在皮肤肌肉，病性属虚实夹杂。中医鉴别诊断：本病当与"痿病"相鉴别，支持点：两者都属于肢体疾病。不支持点："痿病"临床上以肢体软弱无力，行动艰难，甚则瘫软于床为表现，一般无肢体关节疼痛；而本病以肢体关节疼痛、酸楚、麻木、重着、屈伸不利为主症，故可鉴别。西医诊断依据：1、患者为青少年男性，因“四肢肌肉疼痛1月余”入院。2、症见：四肢肌肉疼痛，以双上肢、双下肢近端肌肉为主，伸展及活动时加重，呈阵发性酸痛，休息可缓解，厌食油腻，伴四肢乏力，近2月体重下降约6kg。3、专科情况：双上肢近端、双下肢近端肢体肌力5-级，余肢体肌力正常，肌张力正常。4、辅查：（录我院门诊2021-02-20）红细胞沉降率:97mm/h；C反应蛋白:189.170mg/L；抗链球菌溶血素O、类风湿因子、肾功能未见明显异常。（录我院肾病科门诊2021-02-22）血常规：白细胞计数22.15\*10^9/L、中性粒细胞百分比 95.0%、血红蛋白 110g/L、血小板计数 460\*10^9/L↑；补体3 2.010g/L↑、补体4 0.490g/L↑；尿液分析：尿胆原 2+；尿总蛋白定量 369.71mg/L↑；心肌酶全套、抗核抗体未见明显异常。西医诊断：四肢肌肉疼痛查因（多发性肌炎？感染性肌炎？）。西医鉴别诊断：目前尚未明确诊断，结合患者病史、症状、体征，需考虑以下疾病：1、肌营养不良症：支持点：两者均可见肌肉无力酸痛。不支持点：肌营养不良症有遗传病史，肌无力从肢体远端开始，无肌压痛。结论：可鉴别。2、痛风性关节炎：支持点：二者均可出现肌肉关节疼痛。不支持点：后者多见四肢关节疼痛，急性发作期关节局部肤温偏高，疼痛呈周期节律性，口服降尿酸类药物可缓解，患者尿酸正常，关节肤温正常，结论：可鉴别。目前检查结果尚未回报，注意追踪相关检查结果回报明确诊断，以拟定下一步治疗方案。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。诊疗：患者查肌酶指标不高，现四肢近端肌肉疼痛症状不明显，肌肉稍松弛，可自行蹲起等，予完善肌电图检查，了解是否存在肌肉受损情况。感染指标白细胞、C-反应蛋白、降钙素原均有明显升高，但肺部未见明显感染病灶，无咳嗽咳痰、无尿频尿急尿痛等感染征象，暂不能排除风湿免疫系统疾病，故予完善ANCA血管炎、HLA-B27测定等检查。肝功能提示ALT、AST高于正常值，故药物上暂予甘草酸二铵肠溶胶囊及水飞蓟宾葡甲胺片护肝降酶，同时予雷贝拉唑钠肠溶片护胃。血常规示血红蛋白111g/L，考虑感染可能所致以及摄入不足所致。患者铁蛋白高，考虑现患者存在肝细胞受损，使铁蛋白自主释放增加，转铁蛋白、总铁结合力、转铁蛋白饱和度偏低，结合血红蛋白容量、体积情况，嘱患者多食含铁丰富食物，必要时予多糖铁复合物胶囊补充造血原料。余治疗待检查结果回报后再拟下一步治疗方案。中医治疗：外治予中药涂擦、烫熨治疗双上臂、双大腿以舒经通络止痛，予穴位贴敷（双肝俞、脾俞、肾俞、足三里、阴陵泉）益气健脾，中药内服治以“补益脾肾，通络止痛”为法，方选补中益气汤加减，具体拟方如下：

当归5g 丹参15g 山药30g 砂仁10g

党参片15g 葛根10g 牛膝10g 法半夏10g

川芎10g 黄芪20g 桂枝 5g 陈皮 10g

薏苡仁 20g 白芍 10g 白术 10g 茯苓 15g

日一剂，分两次温服。