吴金玉主任医师查房记录

患者李仁弟，男，69岁，因“反复四肢关节疼痛6年余，加重伴发热2天”于 2022年6月7日17时23分由门诊拟“类风湿性关节炎”收治入院。

患者右手近端指间关节、掌指关节、腕关节、踝关节肿痛，肤温升高，左手第2-5指间关节疼痛，右大腿外侧及腹股沟酸胀，双上肢、双下肢皮肤散在瘀斑、瘀点，时有咳嗽，口干口苦，偶有腰部酸胀，活动不利，暂无发热，无咳痰，无鼻塞流涕，无胸闷心慌，无气喘，无腹痛腹泻，无恶寒，无口干眼干，无下肢放射痛，小便黄，夜尿3-4次/天，大便正常，纳寐尚可，近期体重未见明显变化。查体：体温：36.8℃，脉搏：110次/分，呼吸：20次/分，血压：140/85mmHg。神志清楚，精神好，慢性病容，全身皮肤粘膜无黄染、出血点、蜘蛛痣及皮疹，双上肢、双下肢皮肤散在瘀斑、瘀点，最大1\*1cm，无肝掌,皮肤松弛，双下肢凹陷性水肿。全身浅表淋巴结无肿大及压痛。双侧瞳孔等大等圆，直径约为3mm，对光灵敏。心肺腹查体未见明显异常。生理反射存在，病理反射未引出，Kernig征正常。专科查体：右手近端指间关节、右手掌指关节、右腕关节肿胀，轻压痛，肤温升高；右踝关节肿胀，无压痛，肤温升高；左手第2-5指间关节轻压痛，肤温不高；左手第三指间关节呈纽扣样畸形，关节无肤色改变；双肩关节上举受限，双膝关节活动度尚可，直腿抬高试验（-），“4”字征（-），其余关节无压痛、畸形、肤温肤色改变。辅助检查：降钙素原：0.105ng/mL↑；红细胞沉降率：105mm/h↑，凝血四项：纤维蛋白原 5.79g/L↑，白介素-6 186.97 ↑pg/mL，尿液分析+沉渣定量：蛋白质 +-，葡萄糖 6.45mmol/L↑，铁四项：铁 3.4600umol/L↓，铁蛋白 682.20ug/L↑，转铁蛋白 1.010g/L↓，不饱和铁结合力 26.10umol/L↓，总铁结合力 29.56umol/L↓，转铁蛋白饱和度 0.12↓，免疫球蛋白全套：免疫球蛋白A 5.780g/L↑，免疫球蛋白G 20.890g/L↑，大便常规：隐血试验 阳性，电解质、心肌酶、肿瘤五项、补体C3/C4两项、血脂五项、糖化血红蛋白测定未见明显异常。常规心电图：1、窦性心动过速；2、不完全性右束支阻滞。 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：**患者以全身多关节疼痛为主症，舌质红，苔黄腻，脉弦滑,四诊合参，本病属祖国医学“尪痹”范畴，缘由患者久病，损伤脾胃，脾失运化，运化水湿不利，以致水湿内聚，日久水湿化热，聚湿成痰，痰湿痹阻关节，阻滞气机，故关节活动不利，肤温升高。舌质红，苔黄腻，脉弦滑均为湿热痹阻之征。病位在全身多处关节，病性属虚实夹杂，证属湿热痹阻。中医诊断：尪痹-湿热痹阻证。本病中医应与“颤证”相鉴别，支持点：二者均可见肢体行动不利，不支持点：尫痹患者以多关节疼痛为主，无四肢不自主颤动。而颤证以头身摇动颤抖，不能自制为主症的疾病。可鉴别。西医诊断依据：1.患者老年男性，慢性病程，既往明确诊断“类风湿性关节炎”。因“反复四肢关节疼痛6年余，加重伴发热2天”。2.患者症状以对称性关节疼痛为主，累及小关节并伴有晨僵，关节肿痛数＞10个（含小关节），查类风湿因子、血沉升高。3.辅助检查：（录2022-06-06，我院门诊）血常规：中性粒细胞百分比 84.40%↑，红细胞计数 3.67\*10^12/L↓，血红蛋白 115g/L↓；红细胞沉降率 105mm/h↑；风湿三项：C反应蛋白 115.080mg/L↑，类风湿因子 387.30IU/mL↑；肝功能：白蛋白 27.7g/L↓；肾功能未见明显异常。入院随机血糖6.6mmol/L。西医诊断：类风湿关节炎。本病当与银屑病关节炎相鉴别：支持点：四肢关节疼痛以大关节为主；不支持点：好发于中年人，起病缓慢，主要以脊柱和骶髂关节病变为主，常为单侧，伴有银屑病家族史或银屑病样皮疹，指（趾）甲病变，患者现皮肤影像检查可见于皮炎、湿疹，无银屑病样皮疹表现，需继续完善背部皮肤活检送病理以了解病情，本患者无明显皮疹，以对称性关节疼痛为主，结论：可鉴别。分析与处理：（1）患者明确诊断“类风湿关节炎”，入院查铁蛋白、血沉偏高，考虑目前类风湿关节炎处于疾病活动期，治疗上暂口服自备甲泼尼龙片4mg qd消炎止痛；服用激素易导致胃黏膜损伤，予替普瑞酮胶囊保护胃黏膜；服用激素易导致骨质疏松，碳酸钙D3片[Ⅱ]补钙、予阿法骨化醇软胶囊促进钙吸收。患者免疫球蛋白A、免疫球蛋白G升高，考虑与类风湿关节炎相关，暂继续口服自备甲氨蝶呤片10mg qw、艾拉莫德片免疫抑制剂治疗；根据患者白介素-6值偏高，根据目前抗风湿方案控制效果欠佳，待余相关检查结果回报后，再拟更换抗风湿方案。（2）患者入院前有发热，查降钙素原稍高，时有咳嗽，无咳痰，不除外存在肺部感染可能，注意追踪胸部CT结果。（3）患者入院查心率较快，偶有咳嗽无咳痰，无胸闷心慌，无气促等不适，心脏查体未见异常征象，心电图提示不完全性右束支阻滞，查心肌酶肌酸激酶偏低，考虑心脏存在器质性改变，但不除外类风湿关节炎疼痛导致肌肉运动较少引起，建议患者继续完善动态心电图、心脏彩超等，必要时可请心内科会诊指导诊疗。患者甲状腺可见稍肿大，故心动过速不除外甲亢所致，予完善甲功三项及甲状腺彩超以辅助诊断。（4）现患者双下肢凹陷性水肿，结合患者门诊查白蛋白低，不除外低蛋白血症，建议患者予人血白蛋白或水解白蛋白补充蛋白，患者表示经济拮据，不同意使用。患者尿常规示蛋白质 +-，无肉眼泡沫尿，注意复查尿常规，必要时完善24小时尿蛋白定量。患者空腹血糖稍高，糖化血红蛋白正常，暂予观察，注意监测血糖。患者大便隐血阴性，追问患者病史，否认有痔疮病史，无柏油样便，无血便，暂予观察，注意观察患者血红蛋白变化，复查大便常规。患者铁、转铁蛋白、不饱和铁结合力、总铁结合力、转铁蛋白饱和均有所下降，结合患者长期贫血病史，考虑为缺铁性贫血，嘱患者可多食用富含铁质的食物，必要时补充铁剂。（5）中医治疗：中药内服方以清热通络、祛风除湿为法，方药选白虎加桂枝汤，方中生石膏为君，取其辛甘大寒，制阳明气分内盛之热；知母为臣，其性苦寒，润燥滋阴；甘草、粳米为佐，益胃生津，防止大寒伤中；桂枝温阳通脉，忍冬藤清热解毒，疏风通络，连翘疏散风热，黄柏、土茯苓清热泻火除湿，薏苡仁健脾利湿，拟方如下：

知母15g 生石膏30g 甘草10g 粳米10g

桂枝10g 忍冬藤10g 连翘10g 黄柏10g

薏苡仁20g 土茯苓10g

日一剂，水煎内服，饭后温服。