吴金玉主任医师查房记录

患者黄桂洁，女，69岁，因“反复四肢关节肿痛3年余”于 2021年5月20日16时04分由门诊拟“类风湿关节炎”收治入院。

患者双膝关节肿痛，双手关节有晨僵，活动10余分钟后可缓解，伴颈肩部及腰部疼痛麻木，可放射至四肢末端，四肢远端肿胀，眼干，无口腔溃疡、光过敏，无肌痛、肌无力，无活动受限，无雷诺现象，无畏寒发热等不适，纳寐可，二便正常。查体：生命体征平稳，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。神志清楚，精神好，正常面容，心肺腹查体未见明显异常。专科查体：双手指间关节见赫博登结节，双手无变形及压痛，双膝关节肿胀压痛，活动时有关节弹响，四肢远端轻度水肿。辅助检查：尿液分析+沉渣定量：白细胞酯酶 +-；补体：补体4 0.409g/L↑；风湿三项：类风湿因子 709.50IU/mL↑；血脂四项测定：甘油三脂 2.35mmol/L↑、高密度脂蛋白胆固醇 0.88mmol/L↓、低密度脂蛋白胆固醇 1.7700mmol/L↓、极低密度脂蛋白 1.07mmol/l↑。血常规、粪便常规、免疫球蛋白全套、电解质、肝功全套、心肌酶、凝血五项未见明显异常。红细胞沉降率、双下肢血管超声、常规心电图检查结果未回。**吴金玉主任医师查房后指示：**四诊合参，本病属祖国医学“痹证”范畴，缘由患者痹病日久，气血耗伤，肝肾亏虚，筋骨失养，加之邪痹经络，气血津液运行不畅而发为本病。邪气深入筋骨，故见关节僵硬、屈伸不利，舌质淡红，苔薄白，脉弦细，均为肝肾亏虚之象。病位在经络、肢节，病性虚实夹杂。中医诊断：痹证-肝肾亏虚证。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，活动不利等不适症状；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.患者老年女性，慢性病程，反复四肢关节肿痛，累及双手小关节，对称性，大于3个关节区域，晨僵，类风湿因子阳性，既往明确诊断“类风湿关节炎”。2.既往有“高血压病2级”、“2型糖尿病”、“骨关节炎”、“痛风性关节炎”、“高血脂”、“颈椎病”、“腰椎骨质增生”、“肩周炎”、“带状疱疹”、“脂肪肝”病史。西医诊断：1、类风湿关节炎2、骨关节炎3、痛风性关节炎4、高血压病2级（高危组）5、2型糖尿病 6、双眼干眼症 7、双眼老年性白内障（初发期)。西医鉴别诊断：与混合性结缔组织病相鉴别，支持点：二者都有关节疼痛；不支持点：混合性结缔组织病有雷诺现象、手指肿胀及食管运动功能减低，肺、心脏、肾等多系统损害，ANA及抗RNP抗体呈高滴度阳性；结论：可予鉴别。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、患者关节肿痛较上月减轻，类风湿关节炎明确，复查C反应蛋白炎症指标正常，类风湿因子较上月下降，目前病情稳定，继续予口服甲氨蝶呤+艾拉莫德免疫抑制治疗，患者既往骨关节炎、痛风性关节炎、高血压、糖尿病病史，继续予钙片补钙，阿法骨化醇促进钙吸收，美洛昔康片抗炎止痛，雷贝拉唑护胃，甲钴胺片营养神经，富马酸比索洛尔片控制血压，阿托伐他汀调脂稳斑，阿卡波糖胶囊控制血糖，非布司他降尿酸，口服双醋瑞因+静滴云克保护骨关节治疗。注意监测血压、血糖，据血压、血糖情况调整降压、降糖药物。2、中医治疗：中医外治予虎力散胶囊贴敷疗法消肿止痛，予中药烫熨疗法以温经通脉止痛；中药内服方选独活寄生汤加减，方中独活、红花通血脉；防风疏经肾阳以祛风；杜仲补肝肾，强筋骨；桑寄生、羌活、黄柏益气血，祛风湿，合杜仲、牛膝健骨强筋而固下；当归、白芍生地活血补阴；生地、知母清热凉血生津；山药、茯苓健脾，补肺，固肾益精，甘草调和诸药，拟方如下：

独活10g 桑寄生15g 杜仲10g 牛膝15g

防风10g 茯苓15g 当归15g 白芍15g

羌活10g 生地15g 山药30g 枸杞10g

红花5g 知母10g 黄柏10g 甘草10g

水煎服，日一剂，分两次早晚温服。