吴金玉主任医师查房记录

患者梁少欢，女，45岁，因“反复四肢关节肿痛2年余，发热2月”于 2021年8月20日16时40分由急诊拟“1.类风湿关节炎2.发热查因”收治入院。

患者诉左腕关节稍肿痛，伴活动受限，双手小指畸形，脱发明显，发热，昨日体温波动在37.5-37.9℃之间，时有咳嗽，咳痰，咳白色泡沫痰，无恶寒，偶有气紧，无口干，无腹痛腹泻，等不适，纳寐一般，二便调。查体：神志清楚，精神尚可，舌暗红，苔薄白，脉弦数。两肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。语音传导两侧对称。心前区无隆起，心尖搏动正常，心尖搏动有力，位于第五肋左侧锁骨中线内0.5cm，未触及震颤，心包摩擦感未触及，心界正常，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。腹部查体未见明显异常。辅助检查：血常规：红细胞计数 3.49\*10^12/L↓、血红蛋白 105g/L↓；电解质+肾功能：钾 2.77mmol/L↓、钙 1.94mmol/L↓；(2021-08-21复查)电解质四项：钾 3.02mmol/L↓、钙 1.94mmol/L↓；肝功：前白蛋白 142mg/l↓、总蛋白 61.1g/L↓、白蛋白 31.6g/L↓；铁四项测定：铁 3.8600umol/L↓、转铁蛋白饱和度 0.08↓；风湿三项：类风湿因子 76.00IU/mL↑；葡萄糖测定、血脂六项、免疫球蛋白全套、心肌酶、补体C3/C4、凝血四项未见明显异常。**吴金玉主任医师查房分析：**四诊合参，本病属祖国医学"尪痹"范畴，缘由患者久病体虚，邪留经络，邪气深入筋骨，发为本病；痰瘀交结，痹阻经络，停滞关节，而出现关节僵硬，疼痛，屈伸不利，舌暗红，苔薄白，脉弦数，均为痰瘀痹阻之候。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：1、类风湿关节炎2、发热查因（感染性发热？自身免疫性疾病？）西医诊断依据：1.患者为中年女性，慢性病程，四肢多关节对称性肿痛，曾查类风湿因子高滴度阳性，抗CCP抗体阳性，曾在外院明确诊断“类风湿关节炎”。2.既往史：2021年8月于梧州市中医医院诊断：1.双肺间质性肺炎2.电解质紊乱（低钾、低钠、低氯）3.干燥综合征4.缺铁性贫血5.呼吸性碱中毒6.玻璃体混浊7.双侧腋窝淋巴结肿大；既往有“慢性咽炎、慢性鼻炎”病史（具体不详）；西医鉴别诊断：既往在外院明确诊断为类风湿关节炎，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、目前患者发热原因未明确，需排除免疫相关性疾病、结核相关性疾病、寄生虫感染、病毒感染、真菌感染、非典型病原菌感染等可能，积极完善肥达氏试验、肝吸虫抗体检测、血管炎组合检测、EB病毒感染六项、甲型肝炎抗体测定、Coombs试验、血液疟原虫检查、结核分枝杆菌特异性T细胞检测、呼吸道病原体抗体联合检测、降钙素原测定、真菌葡聚糖检测等相关检测寻找原因，密切监测患者体温，及时处理。2、患者昨夜血钾偏低，已静滴联合口服补钾，复查钾较前升高，继续按原方案补钾，定期复查电解质，并完善尿电解质，积极寻找低钾原因。3、患者入院查血常规提示是血红蛋白偏低，查铁四项降低，不除外缺铁性贫血，予多糖铁复合物胶囊补充造血原材料。4、肝功提示蛋白稍低，嘱患者加强高蛋白饮食。5、患者时有咳嗽，予乙酰半胱氨酸雾化稀释痰液，促进痰液排出。6、患者类风湿关节炎诊断明确，继续予醋酸泼尼松片联合硫酸羟氯喹片抗风湿，雷贝拉唑钠肠溶片护胃，阿法骨化醇软胶囊促进骨吸收，碳酸钙D3片补钙。7、中医治疗：患者四肢关节疼痛，外治予虎力散胶囊贴敷治疗，烫熨治疗活血通络止痛；内服汤剂以中药内服汤剂以活血化瘀，化痰散结为法，方选双合汤加减，方中桃仁、红花、当归、川芎、白芍、半夏活血化瘀，通络止痛；生地清热凉血生津；茯苓、陈皮利水渗湿，健脾宁心；白芥子、竹茹、姜汁温中散寒，通络止痛，拟方如下：

桃仁10g 红花6g 当归10g 川芎10g

生地10g 白芍10g 陈皮6g 半夏8g

茯苓15g 白芥子10g 竹茹10g 甘草6g

生姜10g

水煎服，日一剂，分两次早晚温服。