吴金玉主任医师查房记录

患者梁运刚，男，96岁，因“关节疼痛1月余。”于 2021年11月7日17时10分由门诊拟“骨质疏松症”收治入院。

患者家属代诉患者仍有四肢关节及腰骶部疼痛，时轻时重，全身乏力，偶有咳嗽咳痰，痰白量少质黏，难咳出，双上肢不自觉抖动，后枕部稍疼痛，听力下降，言语不利，无四肢关节肿胀，无头晕头痛，无恶心欲吐，无腹胀腹泻，无四肢麻木，纳寐差，小便不能完全控制，尿量正常，大便难解。查体:体温：36.5℃，脉搏：76次/分，呼吸：20次/分，血压：156/86mmHg。舌淡，苔白，脉沉细弱。神志清楚，精神欠佳，心腹部查体大致同前，双肺叩诊呈清音，两肺呼吸音粗,可闻及少许干湿性啰音。生理反射存在，病理反射未引出，Kernig征正常。专科检查：腰骶部棘突轻压痛，无叩击痛，双膝、双髋关节轻压痛，活动稍受限。辅助检查：血常规：白细胞15.24\*10^9/L↑、中性粒细胞百分比83.80%↑、中性粒细胞绝对值12.76\*10^9/L↑、红细胞5.00\*10^12/L、血红蛋白143g/L、血小板274\*10^9/L；凝血五项：纤维蛋白原5.48g/L↑、D-二聚体1.44mg/L↑；风湿三项：C反应蛋白132.290mg/L↑、抗链球菌溶血素、类风湿因子未见异常；降钙素原：0.109ng/mL↑；血沉：37.0mm/h↑；肝功能：总蛋白60.0g/L↓、白蛋白33.7g/L↓；糖化血红蛋白HBA1c 6.2%↑；尿常规、电解质、肾功能、心肌酶全套、血脂六项未见明显异常。心电图：1、窦性心律；2、完全性右束支阻滞；3、左前分支阻滞；4、V2～V4 ST段抬高0.1～0.15mV；建议结合临床、心肌坏死标志物检验监测复查诊断。**吴金玉主任医师查房后指示：**四诊合参，本病属中医学"痹症"范畴，缘由患者年老体虚，脏腑功能失调，肝肾亏虚，骨失充养，股质脆弱，而发为本病，肾为腰之府，而发为腰膝酸软疼痛。舌质暗，苔薄白，脉沉细弦为肝肾亏虚之征，本病病位在肝、肾，证属肝肾亏虚，病性属虚实夹杂。中医诊断：痹症-肝肾亏虚证。中医鉴别诊断：本病当与肾痹相鉴别：肾痹是指腰背强直弯曲，不能屈伸，行动困难，支持点：均有腰部不适，不支持点：本病患者无腰背强直弯曲，腰部活动尚可。结论：可鉴别。西医诊断依据：1、患者老年男性，因“关节疼痛1月余。”入院。2、入院症见：神清，精神欠佳，全身多处关节疼痛，以四肢关节、腰骶部为主，时轻时重，全身乏力，时有咳嗽咳痰，痰白量少质黏，难咳出，双上肢不自觉抖动。3、辅助检查及专科查体同前。西医诊断：1、骨质疏松症；2、社区获得性肺炎；3、头部外伤；4、帕金森综合征。西医鉴别诊断：本病与“骨软化症”鉴别，支持点：两者均有全身骨关节不适症状，不支持点：骨软化症常有胃肠吸收不良、脂肪痢、胃大部切除病史或肾病病史，后期可出现假骨折线或骨骼变形，患者现无胃肠道症状，无相关疾病病史，结论：可鉴别。治疗上：健康宣教：嘱患者低盐低脂饮食，畅情志，适寒温，适当运动，活动时应注意，预防摔倒造成骨折。西医治疗：1、患者因关节疼痛入院，结合患者病史，诊断骨质疏松症，待完善相关检查再拟进一步治疗方案。2、患者时有咳嗽咳痰，入院查血象及炎症指标偏高，查体两肺可闻及湿性啰音，考虑社区获得性肺炎，继续予头孢他啶抗感染治疗；患者痰难以咳出，予氨溴索雾化吸入稀释痰液，继续完善肺部CT，注意追踪结果，定期复查相关指标评估炎症情况。3、患者肝功能提示蛋白偏低，考虑患者年老营养摄入少，嘱患者家属予优质蛋白饮食，必要时予补充蛋白，提升免疫力；查凝血功能示D二聚体偏高，患者年老现卧床为主，结合患者低蛋白血症，血栓易感性较高，容易发生血栓，嘱患者家属勤翻身，防止血栓形成；4、查心电图提示异常，患者无心慌胸闷等不适，查心肌酶未见明显异常，既往无心脏血管等基础疾病，暂予观察，定期复查心电图；患者半月前及3日前有摔伤病史，现头部创面已缝合，注意追踪头颅MRI结果，了解头颅情况。中医治疗：患者年老，脏腑功能衰弱，内服汤剂以补益肝肾，活血通络为法，方选独活寄生汤加减，方中独活、秦艽、防风祛风除湿，杜仲、牛膝、寄生补益肝肾、祛风除湿；当归、地黄、白芍养血活血；茯苓、甘草益气；山药、枸杞健脾养阴；知母、黄柏清热凉血除湿，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。