

胸部X线检查:1965年12月2日胸片(片号6063)示,双肺野透光度增大,肺纹理变粗,肺门影加大增宽,双肺野内显示P形影,密集度为2级,范围双肺上中下,双上外带显示少许斑片条影。1978年5月22日胸片示,在前片基础上,左肺门密度加大,双上分别出现 $6 \times 2\text{cm}$ 和 $5 \times 1.5\text{cm}$ 大小的大阴影,右侧阴影密度高而均匀,边缘清晰,左侧阴影密度略低而不甚均匀,边缘欠清晰,阴影呈对称分布并与胸廓纵轴呈平行走向,外缘可视透光度增大的气肿区,右中下外、内带显示5个直径为 $1 \sim 1.5\text{cm}$ 大小的圆形阴影,密度均匀,边缘较清晰。1984年11月13日胸片(片号7450)示,双肺门影继续增大、密度加深,双上大阴影增大、密度加大,右中下外带4个圆形影未见明显变化,右中内带圆形灶与肺门融合。

讨论

类风湿尘肺的病因至今尚未完全明了,多数学者认为与机体免疫有关,有人推测肺内的类风湿尘肺结节可能是肺内的矿尘与类风湿因子间的化学反应的结果。本例患者系煤矿工人,长期从事采煤和井下运输等工作,在35年前即出现有类风湿关节炎的症状,指关节变形呈梭形肿大;5年前又出现了咳嗽、气紧等呼吸道症状。1965年胸片显示P型圆形阴影,双肺外带又出现了斑片条影,患者既患有类风湿性关节炎又患有煤工尘肺,二者诊断确定无疑。至于类风湿性关节炎在先,抑或尘肺在先,由于本例患者未能进行定

期体检而无法确定,一般认为,类风湿性关节炎常在矽肺后发病,但亦可在矽肺前或与矽肺同时发病。

类风湿尘肺X线表现的特点在于有多个轮廓分明的、遍及两肺野分布的直径为 $0.5 \sim 5\text{cm}$ 的圆形阴影。本例1978年胸片上除在双上出现的PMF的大阴影外,在右中下外、内带还显示了5个直径为 $1 \sim 1.5\text{cm}$ 大小、密度均匀、边缘清晰的圆形阴影,表明本例类风湿结节与PMF同时存在。从1978年至1984年没有明显改变,1989年本例类风湿因子测定为阴性,表明患者当时的类风湿病变正处在稳定阶段。但由于缺乏对类风湿尘肺的认识,本例曾仅作了煤工尘肺Ⅱ期而未作类风湿尘肺的诊断。在日常尘肺诊断工作中,有时不易将尘肺大块纤维化和类风湿尘肺结节相鉴别,若能注意如下3方面的问题则也不难区分:

- (1)认识类风湿结节与PMF X线表现的各自特征;
- (2)PMF病例大阴影多在单纯性尘肺背景上出现,而类风湿结节的尘肺背景可能很少或缺如;
- (3)类风湿结节阴影往往突然发生,而这种情况在PMF的发生和发展过程中通常不易见到。应指出,二者可单独存在,也可以并存,只是发生的先后时间不一,类风湿结节可发展演变为PMF。

类风湿尘肺的预防,重点在于有效地控制粉尘浓度,对受粉尘危害的工人进行类风湿因子的测定,将阳性反应者及时调离粉尘作业环境。

煤工尘肺并发食管受压1例报道

新疆煤矿医院(830000)乌鲁木齐矿务局劳动卫生职业病研究所

刘培成 范秀珍 马雪娥 张 盾 苏汉新

本文报告1例经尸解证实的煤工尘肺并发食管受压患者,以其生前详细X线检查资料与尸解所见作对照观察,结合文献复习,以提高其认识和鉴别能力。

病例摘要

患者,男,52岁。井下采煤、掘进30年。发热、咳嗽、咳痰、胸痛1月,吞咽困难加重20天。查体:慢性病容,消瘦、贫血貌。双肺呼吸音粗。肝脾未触及。实验室检查:Hb 76g/L, RBC $2.66 \times 10^{12}/\text{L}$, WBC $13.4 \times 10^9/\text{L}$, L 0.13, N 0.87; ESR 146 mm/h; TTT 4u, TTFT阴性, SGPT 27u; HBsAg阴性;大小便(-)。

X线检查:胸部平片及高千伏摄影、肋骨微焦点放大摄影、骨盆、胸腰段、头颅摄片,显示煤工尘肺

(Ⅰ期)合并多发骨转移瘤(右2、6、7肋骨、胸9椎体、骨盆溶骨性转移)。消化道钡餐检查:食道于T₆高度显示一较大弧形之外来性压迹,边缘光滑。食道向左向前受压移位,受压区粘膜聚集,但无破坏或充盈缺损。管壁保持柔软。胃、小肠、结肠均未见特殊。提示纵隔淋巴结肿大压迫食管。

病理诊断:煤矽肺(Ⅰ期);气管旁、支气管及肺门淋巴结煤矽肺结核;小叶性肺炎;肺气肿;纤维素性胸膜炎;骨转移(来自肝);原发性肝细胞肝癌(肝右叶瘤体 $6.5 \times 5\text{cm}$)。

气管、支气管及肺门淋巴结共取28个,其表面呈黑色,质硬如橡胶,似蚕豆、黄豆大小。气管旁淋巴结肿大融合成巨大肿块($6.5 \times 2.5 \times 1\text{cm}$),切开呈墨

黑色,有点状灰白色区。镜检观察有三种表现:(1)多数淋巴结正常结构几无存留,代之为大量玻璃样变之胶原纤维性融合砂结节,呈同心圆或类同心圆排列,其间夹有煤尘颗粒,有些中心可见凝固性坏死,并有柳叶状胆固醇结晶析出。有些淋巴结内还可见到典型的结核结节。上述主要见于气管旁、支气管及右肺门淋巴结。(2)淋巴结正常结构大部破坏,皮髓质不清,有大量煤尘细胞沉着及纤维组织增生,偶尔见煤砂结核结节。(3)淋巴结皮髓质尚清楚,部分皮髓质内有多量煤尘细胞沉着及轻度纤维化。所见胸内淋巴结均无转移癌的改变。

肺叶经多张切片及抗酸染色均未见结核病变及结核菌。

讨 论

尘肺时,受累之淋巴结内可有大量煤尘沉积,形成弥漫性纤维化和砂结节,淋巴组织萎缩消失,被尘性组织取代。其包膜增厚、相互连接,可产生渐进性坏死和玻璃样变,使淋巴回流障碍。肿大淋巴结易压迫食管,使其移位、狭窄,致使吞咽困难;亦可侵蚀破入食管和支气管,引起支气管食管瘘,Carasso报

道1例尘肺蛋壳样肺门、纵隔淋巴结钙化,引起支气管结石和食管支气管瘘。另外肿大淋巴结还可侵蚀累及毗邻的其他器官,如气管、气管分叉、主支气管、主动脉、心包、喉返神经等。

尘肺可因并发感染(结核或/和非特异性)等因素使纵隔淋巴结病变加重,压迫邻近器官。国内报道4例均有呼吸道感染;2例并发肺结核,本例既有胸内多发淋巴结煤砂肺结核,又并发小叶性肺炎和胸膜炎。

尘肺受累淋巴结初期肿大,后期纤维硬化,其体积可缩小。因此,食管受压程度并非一定呈渐进性加重趋势。其临床症状亦可相应缓解。

本例接尘工龄30年,尸解表明,受累淋巴结之部位与CT观察的好发部位完全一致。尘肺肿大淋巴结的检出率与尘肺的严重程度相一致。其食管受压的机率多与尘肺的病期相平行。

尘肺患者有吞咽困难症状者,在鉴别诊断时要想到本症的可能。应进行系列X线检查、内窥镜、细胞学检查及锁骨上淋巴结活检,均有助于鉴别诊断。

急性硫化氢中毒3例报告

邵阳市第一人民医院(422001) 钟惠梅

现将我院收治的3例重度硫化氢中毒报告如下。

某染料厂在生产时因反应釜出故障,一电工(例1)入釜修理,由于排送硫化氢的管道漏气,吸入高浓度硫化氢当即昏倒于釜内。另2人(例2及例3)未采取任何防护措施,先后入釜救援,均相继昏倒。15分钟后由戴防毒面具者将3人救出。在输氧中急送我急诊室。诊断为重度急性硫化氢中毒,经抢救后脱险并全部痊愈。

[例1]男,25岁,电工,住院号7203。因吸入硫化氢,昏迷20分钟而入院。查体: $T 37^{\circ}\text{C}$, $P 108$ 次/分, $R 33$ 次/分, $BP 14.5/5.3$ kPa, 神志不清;急性重病容,面色青紫,角膜反射及瞳孔对光反射消失,唇发绀,口鼻外涌大量血性分泌物。“三凹”征明显,双肺可闻及大量湿罗音。心律齐,108次/分,未闻杂音。肝脾未触及。实验室检查: $\text{Hb } 140\text{g/L}$, $\text{WBC } 15.5 \times 10^9/\text{L}$, $\text{N } 0.92$, $\text{L } 0.08$, $\text{CO}_2 \text{CP } 19.13$ mmol/L, $\text{BUN } 8.1$ mmol/L, 血钾 3.8 mmol/L, 血钠 132 mmol/L, 血氯化物 109.6 mmol/L, 血钙 2.25 mmol/L。ECG示窦性心动过速,电轴右偏 $+234^{\circ}$,完全性右束支传导阻滞、右室肥大。诊断为重度

急性硫化氢中毒,中毒性肺水肿。立即鼻管输氧。地塞米松20mg、美兰0.1、西地兰0.4mg、速尿40mg、苄胺唑啉10mg、氨茶碱0.25、洛贝林9mg,分别加入10%糖液中静注。继20%甘露醇250ml、苄胺唑啉10mg、氨苄青霉素、细胞色素C等药分别加入10%糖液中静滴。半小时后口鼻分泌物稍减少,1个半小时后血压降至10.6/5.3 kPa,心率增快达150次/分,静注西地兰0.2mg。地塞米松一小时内静注4次,总量达80mg,美兰两小时内分3次静注,总量达250mg。眼底检查示视神经乳头水肿并有出血点。考虑并发中毒性脑水肿,续用甘露醇、激素、速尿及能量合剂等药后,发绀稍减轻,但呼吸困难仍无改善。接输库存一日血300ml。2个半小时后口鼻分泌物增多,吸痰不畅,气管插管未成,急作气管切开,抽出血性分泌物约300毫升,呼吸困难才有所缓解,但肺部湿罗音仍无明显减少。加强纠酸、抗炎治疗,血压升至13.3/9.5 kPa。4个半小时后出现吞咽反射。又分两次输新鲜血600ml,肺部湿罗音大为减少,病情明显好转。31小时后T、P、R、BP均正常,神清,角膜反射及瞳孔对