

### 3 讨论

尘肺的自然病程转归目前仍认为是不能逆转的，随着尘肺的进展，必然累及多种脏器的功能而产生一系列并发症。本文表2、表3资料表明虽然临床与病理诊断方法不一，但两组资料分析均说明尘肺的主要并发症为呼吸道感染、肺结核、肺心病和呼吸衰竭。其死亡原因主要为呼吸衰竭、肺心病和肺结核，这与国际劳工组织统计的肺结核、呼吸功能不全和急性肺部感染是尘肺三个主要并发症及最常见的死亡原因完全相符。

值得注意的是本组88例尸检资料中可见尘肺合并呼吸道感染竟高达97.7%，从病理上还发现尘肺临死前大多合并小叶性肺炎，这提示尘肺合并呼吸道感染是直接影响患者预后的重要因素。

从三级预防的观点分析，尘肺的根本问题在于认真做好一级预防，只要完全或几乎完全消灭空气中飞扬的可吸入粉尘，就能在新矿工中防止尘肺的发生。但一级预防又常常受技术水平与经济条件所限，因此第二级、第三级预防仍然是极为重要的补救措施。第二级预防主要是早期发现病损，其措施是除了定期开展接尘工人普查、早期发现尘肺病人外，还应积极做好尘肺合并症的早期发现，这对患者及时接受治疗，

延缓尘肺进展，改善预后仍有积极作用。尘肺的第二级预防主要是发病后的预防，即积极治疗合并症，预防病情进展。值得提出的是尘肺的第三级预防当前尚未引起应有的重视，在目前尘肺病尚无根治的条件下，积极开展第三级预防不仅是广大尘肺患者的迫切需要，也是厂矿企业保护劳动力，降低病死率的一项重要措施。从本组合并症与死因资料的回顾性分析中，对尘肺的第三级预防提出以下几点建议：（1）发现尘肺合并症者应及早收住院治疗；（2）尘肺合并症中最重要的是控制呼吸道感染，尘肺合并呼吸道感染的临床特点为顽固、难治、疗效差、易于复发，积极有效地控制感染可预防肺心病和呼吸衰竭的发生；（3）组织Ⅱ期尘肺越冬疗养，尤其在晚秋至初春季要加强防冬、保暖措施，以防止呼吸道感染而加重尘肺的进展；（4）加强矿区防痨，重点是及早发现传染源，积极治疗病人，控制传染源，预防结核感染；（5）早期发现肺心病，及时进行有效治疗可推迟肺心病失代偿期的发生；（6）注意营养卫生和必要锻炼活动，戒掉抽烟等不良生活习惯，增强和调正全身免疫功能。

尘肺的第三级预防是整个三级预防中不可分割的一部分，在开展一、二级预防的同时认真做好第三级预防有其重要意义。

## 浅谈硝酸灼伤合并创伤性腥红热患者的护理

沈阳市劳动卫生职业病研究所 (110024) 石桂芬

我院曾收治1例颜面及多处硝酸灼伤继发创伤性腥红热的患者，住院49天痊愈出院。

### 1 病例简介

患者，女，49岁，配料工，操作中不慎将硝酸液溅散在右颜面部 $10 \times 10\text{cm}^2$ ，右颈 $10 \times 10\text{cm}^2$ ，右耳与下颞角交界处 $2.5 \times 2.5\text{cm}^2$ ，右肩胛下 $4 \times 4\text{cm}^2$ ，创面呈褐色、浅褐色或浅黄色。当即清水冲洗5~6分钟后来院，再以4%重碳酸钠液湿敷创面72小时。后发现灼伤处红肿、疼痛，有少量脓性分泌物，无臭味，右眼睑水肿，右眼视力正常，无流泪、畏光等。首诊诊断：硝酸灼伤（总面积5%）Ⅱ度合并感染。灼伤4日后患者前胸及后背部可见针尖大丘疹，融合成片，压之褪色，但未见苍白圈及潘氏线，体温高达 $40^\circ\text{C}$ ，白细胞 $29.6 \times 10^9/\text{L}$ ，嗜酸0.02，杆状0.07，

分叶0.83，淋巴0.03，单核0.02，诊断为硝酸灼伤合并创伤性腥红热。全身大剂量联合使用抗生素及激素类药物，局部创面严格消毒按时换药，5日后皮疹消退，白细胞恢复正常。

### 2 护理体会

创伤性腥红热是一种比较少见而严重的急性外科感染，主要是由于创面化脓灶的产物，包括细菌及其毒素、蛋白质分解物等，可进入血液循环引起全身病情变化，如对体温调节中枢、细菌毒素等作为一种致热原能引起发热反应；细菌刺激交感神经能兴奋心血管和肾上腺髓质，对造血系统感染能刺激白细胞生成，大量的感染产物，还能直接引起周围血管舒缩失调，血液凝固和纤维蛋白原溶解的紊乱，及一过性心肌损害等，如不及时治疗和精心护理，能危及病人的生

命。在护理上要注意：

(1) 密切观察生命体征：灼伤后皮肤屏障的破坏、免疫功能的抑制、创面坏死组织及毒素吸收、负氮平衡或机体抵抗力下降、创面严重感染导致全身中毒症状明显，随时都可能引起中毒性休克，因此要密切观察体温、脉搏、呼吸及血压的变化，及时掌握病情。

(2) 药物疗效的观察：由于需要大剂量的联合使用抗生素，在用药过程中，要随时了解病人药物疗效及反应，合理安排输液顺序，保证血液中抗生素的有效浓度，根据药物的半衰期决定给药时间长短。

(3) 灼伤创面的处理及观察：由于创面在颜面部，血管比较丰富，创面分泌物较多，换药时注意观察创面分泌物的颜色、气味、有无痂下积脓。化学灼伤的特点是创面结有一层蛋白质凝固坏死形成的较厚痂皮，根据这个特点，可采用消毒凡士林油涂抹痂皮一日两次，促进痂皮及早剥离，痂皮脱掉、分泌物多时，可用氯霉素注射液0.25g加水100ml及庆大霉素4万单位加水10ml交替冲洗，一日两次，药液浓度

大小、多少，根据创面大小而定；如果创面红肿加重，分泌物增多可用氯霉素或庆大霉素注射液稀释后，在创面处湿敷20~30分钟，再用清洁消毒凡士林纱条换药，以促进炎症加快吸收；后期分泌物减少时，可每日或隔日一次换药，既可保持创面的湿润与清洁，又有利于创面的引流和生长。

(4) 保持室内清洁和一定温度、湿度，紫外线照射一日两次，每次45分钟，保持床铺平整干燥。

(5) 高热和护理：患者持续高热4天中，我们主要采取物理降温方法，同时配合药物降温。降温过程患者出汗多时，可适当加快输液速度，以防虚脱，同时加强皮肤、口腔护理。

(6) 饮食护理：应给予高蛋白、高维生素等易消化的高热量饮食，经常调节饮食种类，鼓励病人多进食水等。

(7) 心理护理：进行细致的心理护理，告诉病人疾病的可治性，帮助病人解除日后的担忧及焦虑心理。

## “驱铅试验”的临床应用体会

湖南省隆回县卫生防疫站 (422200) 卿质彬

多年来在应用驱铅试验作为铅吸收和铅中毒的辅助诊断方面，我们有如下一些实际体会。

1 我县自1979年以来，共对铅作业普查760人次，共查出尿铅超标者91人，检出率为12%，其中属常规尿铅检查超标者21人（检出率为2.8%），驱铅检查尿铅超标者70人，占检出人数的76.9%。在尿铅超标

91人中，诊为铅中毒者36人，其中由驱铅尿铅超标作为辅助诊断的23人，占63.9% (23/36)，可见驱铅试验作为辅助诊断的重要性。

2 长期在铅浓度较低的生产环境下工作，而尿铅检查在正常范围以内者，应考虑用驱铅试验进行辅助诊断（参见下表）。

生产环境空气中铅浓度与两种尿铅测定结果的比较

组别	毒物名称	空气中铅 (mg/m <sup>3</sup> )			常规尿铅			驱铅尿铅			P
		样本	均数	范围	检查人数	超标人数	%	检查人数	超标人数	%	
1	铅尘	66	0.0391	0.006~0.1160	374	13	3.5	88	42	47.7	<0.01
2	铅尘	9	0.820	0.2765~3.0320	30	10	33.3	16	6	37.5	>0.05
3	铅烟	17	0.0845	0.0260~0.320	15	7	46.7	11	6	54.5	>0.05

注：组别：1组为采铅和排字作业工人；2组为蓄电池作业工人；3组为锡焊和铅浇铸作业工人；

超标为：尿铅>0.08mg/L或驱铅尿铅>0.3mg/L。

由上表可见，长期在含铅浓度较低的生产环境中劳动，如第1组作业工人两种尿铅检查超标率差异非常显著。

3 在脱离铅作业较长时间的接铅工人进行健康检查时，必须做驱铅试验以辅助诊断。我们对已调离铅作业1~3个月的15名工人（原接铅工龄5~18年，平均9.75年）做常规尿铅检查，无1例超过正常范围，

经驱铅试验，有8例超过正常范围，超标率达53%。

4 长期在含铅浓度较低的生产环境中劳动，但有神经衰弱症候群，或兼有消化和血液系统中某一项症状阳性者，尤应进行驱铅试验以辅助诊断。有临床症状者，其驱铅试验结果，阳性率与无明显症状者差异有很大显著性(P<0.01)。