

录可作为噪声性聋诊断和评价听力损失的初步依据”。当拟诊为“噪声聋”者，应在脱离噪声一周后复查听力，确系永久性听力损伤者方可确诊。

3.2 放宽噪声听力下降标准。前文已阐述工厂对“听力下降”要求复查大多不予理睬，而对拟诊“职业性噪声聋”要求复查则较为重视有所行动。我们认为这是在概念上给人造成的一种错觉诱导。“征求意见稿”将听力下降分为Ⅰ—Ⅴ级。作者以为听力下降Ⅰ级 $N_1 + A$ ；Ⅱ级 $N_1 + B$ ；Ⅲ级 $N_1 + C$ 可视为高频听损。另外Ⅳ级听力下降 $D + A$ ；Ⅴ级 $D + B$ ；Ⅵ级 $D + C$ ；Ⅶ级 $E + B$ 或 C 均是在高频听损基础上语频段也有明确

损伤，能否将其拟诊为“职业性噪声聋”，而不用Ⅰ—Ⅴ级“听力下降”一词，有待商榷。

3.3 加强噪声聋防治的宣传工作。工厂作业工人的体检与复查，只有在企业领导和有关部门的大力支持、积极配合下才能顺利展开。因此，我们要积极宣传噪声对人体的危害及其防治措施，使之充分认识噪声防治工作的重要性和必要性，定期组织体检，特别是纯音测听，以便早期发现听力损伤，及时采取有效的防护措施，使职业性噪声聋的发病率降低到最低限度。

（本文得到肖方威副主任医师的指导，谨以致谢！）

谈职业医学及发展中的问题

贵州省职业病防治院(550006) 王明启

我国引用“职业医学”这一概念已有十余年的历史，但对其含义、范围、任务及存在的问题仍值得进一步探讨。现就就简要叙述个人的一点粗浅看法。

认为“职业病学”就是“职业医学”这是不完全的、较含糊的认识。职业病学是研究职业病的临床表现、诊断和治疗为主的临床科学，在我国原属大内科的一个分支。而职业医学的范畴则比职业病学更为广泛和深入，作为预防医学的一个分支，它不仅研究职业病患者个体，而且还要研究接触职业有害因素人群的健康状况，包括各种职业危害因素在职业人群中造成的功能障碍、器官损伤，作用条件和机理、病理过程及危害程度，亚临床及临床表现，职业伤害及职业多发病的诊断、治疗、药物和检测技术，康复和劳动能力鉴定，预防性健康监护等。在与有关科学和边缘学科交叉发展中逐渐形成或创建以下学科或专业：如职业病理学、工业毒理学、职业病诊断学、职业病检验学、职业性伤害急救学、临床职业病学、职业病理学、职业心理学、职业流行病学、职业伤残康复治疗学、职业医学管理等。事实上有些专业已形成，如职业病的病理、检验、急救、临床等，并且学术活动十分活跃，大量的科研成果得到交流、推广和应用，无论在理论上或实践上都极大的丰富了职业医学的宝库，为其发展奠定了基础。

职业医学虽有发展，但也伴随不少新的问题出现。目前全国有近50万尘肺病人和数万中毒病人，而且每年还有4~5万新发职业病人出现，但实际上不少省级职防院有床位而收不到职业病人，出现了服务和需求不可理解的背离。如此下去，职业医学如何发展？科研如何着手？大批职业病人的医疗保障又

何从落实？值得深思。

职业病是可以预防的，但直到目前国家劳动和卫生行政部门在此方面的职责仍在争论中，加上防尘防毒经费、措施、技术、监督管理等方面落实也不尽人意，使职业病患者每年都有较大数量的增加，特别是乡镇工业和三资企业的兴起和出现，更加剧了职业病患者数量的增加。因此，关于职业医学中的立法问题，在当前显得更为迫切。随着市场经济的发展，企业经营机制的转换，单纯靠行政管理已不适应。盼望我国职业病防治法早日出台，职业病赔偿法或保险法也要尽快配套，让职业病专科医院充分发挥服务能力，让成千上万为社会主义建设积劳成疾的职业病伤残者真正得到实惠。当然相应的技术规范、诊断标准、健康监护规范、劳动能力鉴定规范也要逐步完善，更要努力改变职业病防治管理不协调的状况，让职业医学在服务中发展。

目前的职业医学缺少专门的人材培养体系，仅在实际工作中靠少数老同志帮带青年工作者，业务骨干形成慢、数量少，职业医学向高水平发展很难实现。就我院的情况来看，建院已27年，有一定数量床位，职业病临床基础应该讲比较好，但临床部高级医疗技术人员仅占4.7%，中级人员也只占23.3%，力量也相当薄弱，再加上经济效益远低于综合医院，稳定队伍已是件难事。人材严重断层，专业人员如何加速培养已到非解决的地步。

职业医学在我国能否顺利发展，希望能成为全社会关注的问题，并能切实纳入国家发展规划，以不断发展，造福于劳动人民。