

尘肺患者停止接尘后的胸片动态观察

诸一中 王珏

我们对于资料较完整的42例已定尘肺患者停止接尘后定期胸片追踪观察其X线征象的动态变化,以求同道共识。

1 一般资料

1.1 对象

本组42例,男性37人,女性5人。年龄43~82岁,平均63岁,其中60岁以上29人。初定I期尘肺30例,其中I期铸工尘肺25例,焊工尘肺5例;I⁺期铸工尘肺10例;II期铸工尘肺2例。停止接尘时限1~5年6例,6~10年11例,11年以上25例;其中在岗改换工种2例,其余40例均已退休。每年复查一胸片33例,其余复查间期不超过2年。累计胸片最少4张,最多者达9张,5~7张为27例。

1.2 临床情况

1.2.1 吸烟史:男性37人中吸烟者29人,其中每日吸烟20支以上者13人;吸烟20年以上15人。女性5人中有1人吸烟,每日吸烟10支以内,烟史10年。

表1 42例尘肺并发症发生情况

	观察年限	慢支	肺气肿	肺大泡	肺心病	肺结核	胸膜增厚
铸工尘肺	1~5年	13 (31%)	6 (14%)	1 (2%)	2 (5%)	2 (5%)	2 (5%)
	6~10年	4 (10%)	2 (5%)	1 (2%)	5 (12%)	3 (7%)	1 (2%)
焊工尘肺	1~5年	2 (5%)	3 (7%)	2 (5%)	3 (7%)	1 (2%)	4 (10%)
	6~10年		2 (5%)		1 (2%)		1 (2%)
合计		19 (45%)	13 (31%)	4 (10%)	11 (26%)	6 (14%)	8 (19%)

3 讨论

3.1 尘肺病根据接触粉尘不同,在临床上大致分为5类,其发病机理,出现X线征象到诊断,以及发展、转归、结局均有不同规律,不仅与粉尘性质有关,而且与粉尘的直径、密度及个体差异、敏感程度、防护条件、接尘时间等均密切相关。当停止接尘后未经任何有效措施,如肺灌洗等,其病程仍可有一定规律进展。铸工、焊工尘肺的致病机理基本为接触混合性粉尘的尘肺病。在肺部所形成的小圆形及不规则阴影为大量粉尘与胶原纤维形成的粉尘纤维灶及间质纤维化所致,并侵及胸膜,造成胸膜增厚为结局。由于病理改变涉及细小支气管及间质,引起支气管壁增厚、破坏等,导致不同程度的肺气肿及通气功能障碍。一般发病工龄较长,多为20~30年。停止接尘后,肺内由于生物膜破坏导致分泌一种非类脂质的蛋白质或半乳糖的H因子以及复杂免疫反应所引起纤维化过程将继续发展。如经控制并发症发生及有效临床处理,则可延缓这恶性循环的进展。

本组42例尘肺,其中每年复查胸片有33例,其中27例可供观察诊断胸片为5~7张,追踪观察评定升级14例,5年内升级11例,6~10年评定升级3例,可以看出停止接尘后5

1.2.2 临床症状:慢性咳嗽咳痰25例,气喘37例,胸闷19例,夜间不能平卧19例,合并肺心病11例,冠心病4例。

1.3 摄片条件

使用高千伏,95~115千伏,100毫安小焦点,曝光时间为0.04~0.08秒,焦片距180厘米,使用栅比为12:1的固定滤线栅。

2 结果

2.1 追踪观察尘肺等级评定情况

铸工尘肺I期升为II期者5例,其中5年内升级4例,6~10年升级1例。铸工尘肺I期升为I⁺期8例,其中5年内升级6例,6~10年升级2例。焊工尘肺I期升为I⁺期1例,追踪观察时限为3年。本组中有14例升级,占33%,其中5年内升级11例,占全部升级的79%。

2.2 尘肺并发症发生情况(见表1)

年内为观察尘肺进展的最佳时限。

3.2 评定升级的相关因素。本文42例尘肺患者在停止接尘后评定升级14例,达33%,我们认为与下列因素有关。

3.2.1 定期一年的胸片检查,保证观察肺内小圆形及不规则阴影大小、密集度及肺区分布变化的系统性和连续性,以求X线征象动态变化的真实性。本文升级14例中,每年胸片一次者13人,占93%。

3.2.2 良好质量的胸片是尘肺诊断、升级的必要条件。我们参照原胸片条件及并发症情况,采用简要千伏值计算方式为(胸厚×2)+70,胸厚20~22厘米使用0.06秒,当胸厚增减超过4厘米时,曝光使用0.08秒及0.04秒,并发咳嗽气喘者千伏值减少3~4。胸片质量达II级片条件方嘱患者离开。

3.2.3 有无肺部并发症虽是尘肺病必然趋势,病程延长及并发症掩盖有别于其他类尘肺的铸工、焊工尘肺的较为浅淡小圆形及不规则阴影,影响评定升级,本组未能升级的28例尘肺中就有23例合并非此即彼的并发症,达82%。因此,评定尘肺等级除依据胸片客观标准外,是否应参照临床症状及肺功能测定等有价值的辅助指标值得尘肺病诊断工作者商榷。

3.3 胸片追踪观察,其X线征象的改变与尘肺的分类有着内在联系。本组铸工、焊工尘肺的X线征象变化以不规则影的变化为主体,直径从s至t变化有7例,密集度及肺区分布变

化均有不同程度进展,小圆形影的变化居次。肺部并发症与尘肺进展、工龄增长、临床症状的出现和加重有着必然的因果联系,但肺部并发症常导致肺气肿肺部透亮度增强,隐匿肺区内尘肺阴影而影响等级评定。因而在追踪观察中应密切结合老片及临床情况,以减少延误评定升级。

急性中毒诱发癔症样发作病因探讨

张恒东

在临床工作中,经常发现患者的症状与毒物毒性无关。本文结合两起中毒事故作简要探讨。

1 典型病例

〔例1〕 严某,男,18岁,某化工厂操作工,性格内向,初中文化。1992年10月2日工作中不慎将氟氯苯胺倾倒在破溃的右拇趾上,当即脱离工作环境,并予清水、酒精冲洗,半小时后患者出现头晕、恶心、呕吐、口唇青紫,并逐渐转入昏迷,静注美蓝80mg,次日5时清醒,9小时后出现四肢抽搐,口唇青紫,再次静注美蓝40mg,发绀好转,但仍反复出现四肢抽搐,遂转入县医院治疗,给予对症处理,10月26日症状缓解后出院。11月23日再次四肢抽搐、口唇颤抖,每次持续10~20分钟,2小时发作一次,发作后转入昏睡,发作时口唇无青紫,大小便无失禁。遂转来我院,入院查体:生命体征平稳,精神极度萎靡,全身皮肤粘膜无瘀点瘀斑,巩膜无黄染,口唇无青紫,心肺听诊无异常,腹平软,肝肋下约1.2cm,质软,无触痛,病理征阴性。辅助检查:血、尿、便常规正常,肝肾功能正常,乙肝两对半阴性,纤维胃镜、结肠气钡双重造影未见器质性病变,脑电图、脑地形图、脑血流图、头颅CT均示正常。入院后予吸氧、胞二磷胆碱、肝泰乐等综合治疗,仍反复发作,追问病史,当地医生讲“将来会生肝癌,以后会慢慢瘫痪,造成终生残疾。”请南京市脑科医院会诊,诊断为“癔症性痉挛”,予精神暗示及针刺治疗,发作逐渐减少,住院12周后痊愈出院。

〔例2〕某化工厂在生产氯乙烯排放尾气过程中,先后有100名左右初中生因处于下风向而引起呼吸道刺激症状,表现为眼部刺痛、流泪、流涕、刺激性干咳,两天内有19名患者出现四肢痉挛抽搐、端坐呼吸。年龄14~19岁,男:女为3:16,查体1例合并上呼吸道感染咽部充血,4例呼吸音粗糙,其余均无阳性体征。辅助检查:胸片均示正常,1例心电图偶发室性早搏,给予隔离暗示治疗,一周后症状全部消失,诊断为:(1)刺激性气体吸入反应,(2)群发性癔症样发作。

2 讨论

急性中毒若处理不当,可以致癔症样发作,表现为动作夸张,情感色彩浓厚,哭笑无常,或屏气不语,全身僵直,两手呈鸡爪样抽搐等。国外有人称之为“假定疾病存在综合

4 参考文献

- 1 哈宽庭.镇江东风煤矿煤工尘肺病情况30年动态观察.中国工业医学杂志,1997,10(2):79
- 2 陆仲高,陈德田,丁明庆,等.权台煤矿110例尘肺发病情况的分析.中国工业医学杂志,1997,10(2):117

(收稿:1997-07-17 修回:1998-03-02)

征”或“多种化学物质敏感综合征(MCS),”认为至少有15种症状发生率很高,大致分为三组:(1)中枢神经系统症状;(2)刺激性症状;(3)胃肠道症状。中枢神经系统症状包括:极度疲劳、头痛、头晕、记忆力丧失、睡眠障碍、注意力不能集中、抑郁、焦虑、移动性疼痛和易激惹;鼻塞、发痒或眼部刺激症状发生于刺激性症状的人群;而恶心、腹泻、便秘、肠痉挛、胀气则出现于胃肠道反应组的人群。

从国内报导及本组病例中,可以发现发病者以青少年为主,且以女性为主。这是由于青春期内分泌系统特别是性发育逐渐成熟,植物神经系统不稳定,情绪易激动,对外界应激因素敏感,在遭遇到生活事件中的应激因素时容易出现神经衰弱、强迫症、癔症。本组病例均为青少年,女性占80%,这与在重大恶性刺激面前心理承受能力差,受暗示强有一定的关系。Bell等人曾用杀虫剂、汽车尾气、涂料、新地毯、香水等5种物质给643名在校大学生做过试验,结果有66%的学生对5种物质中的1种或1种以上有不适反应,女性总体高于男性,与抑郁、焦虑、胆怯人格直接相关。Bell等人假设了一个唤起模型,在猫的实验中已证明这种可能性的存在。唤起是一种特殊形式的时间依赖性激敏反应,重复、间断地用低于最小反应强度的刺激使神经系统的应答扩大化,末梢发生痉挛样发作。嗅球、杏仁核、海马回是大脑边缘系统中的唤起作用发生反应的主要结构,女性体内雌激素可促进唤起——激敏作用的发生,这也是本组病例及Bell等人试验中女性占较大比例的原因。

对毒物毒性认识不清及医务人员处理不当,亦是诱发癔症样发作的主要原因之一;由于事故发生突然,变化不定,无法预测结果,患者容易接受外界的语言、文字信息,此时如果对毒物毒性解释不清,医务人员处理不当,加上家属表现的恐惧、焦虑情绪,易对患者造成恶性刺激,引起本病的发生,本组病例中均存在类似的情况,造成患者不必要的痛苦。

治疗上医护人员应将患者分散或隔离,帮助患者正确认识本病,将本病的有关知识告诉病人,使其了解本病是由于高级神经元的活动失调,发作性症状是暂时性的脑机能障碍,是完全能够治愈而不致于留下残疾,同时向患者解释接触毒物的毒性以及它可能引起的损害,使患者充分认识本病原因,必要时行暗示疗法。

(收稿:1997-03-28 修回:1997-06-02)