

## · 职业病诊断与鉴定 ·

# 1例职业性轻度周围神经病诊断与鉴定结论不一致原因分析

张君<sup>1,2</sup>, 王瑜<sup>1,2</sup>, 夏玉静<sup>3</sup>

(1. 北京市疾病预防控制中心, 北京 100013; 2. 北京市预防医学研究中心, 北京 100013; 3. 首都医科大学附属北京朝阳医院职业病科, 北京 100020)

**关键词:** 职业性; 化学中毒; 周围神经病; 鉴别诊断

**中图分类号:** R135 **文献标识码:** C

**文章编号:** 1002-221X(2017)06-0472-02

**DOI:**10.13631/j.cnki.zgggyx.2017.06.029

职业病诊断与鉴定是一项技术性、政策性、专业性很强的工作。劳动者在工作中接触化学毒物, 恰好又具有周围神经受损的临床症状, 职业病诊断医师往往仅凭患者的主诉及个别神经-肌电图的改变, 便诊断为化学物中毒引起的周围神经病, 对于神经受损的病因是化学物中毒还是临床其他原因没有进行鉴别诊断, 从而引发职业病诊断与鉴定纠纷。在实际工作中, 鉴别诊断往往涉及临床专科疾病的诊断, 这使得职业病诊断与鉴定的体制和机制面临着极大的挑战。本文对1例职业病诊断鉴定案例进行分析, 探讨职业病诊断鉴定的有关技术和社会问题。

### 1 职业接触史

患者, 女, 55岁, 质检分析检测员。1983年8月至1999年7月主要接触正己烷、苯、苯酚、丙酮, 接触量较少, 以微量注射器采样, 在通风橱下操作。工作环境从未进行职业病危害因素检测。

### 2 发病过程

1989年患者开始出现双脚和双手麻木、走路有踩棉花感及蚁走感。5年后麻木感由远端延伸到肩部和髋部并伴有疼痛, 同时出现双膝、双髋和双肩多发大关节红肿和疼痛, 就诊某综合医院, 诊断为风湿性关节炎。2014年4月于某综合医院诊治, 查体四肢肌力5级, 肌张力正常, 右侧肱二、三头肌腱反射及膝腱反射活跃, 左侧肱二、三头肌腱反射及膝腱反射正常, 双侧足踝以下痛觉、温觉减退, 双侧 Babinski 征(-), 脑膜刺激征(-)。考虑为周围神经损害。

2014年3月神经-肌电图诱发电位显示上下肢周围神经传导未见神经源性损害。4月肌电图诱发电位报告双侧上下肢所检运动和感觉神经传导未见异常, 右胫神经 F 波和 H 反射未见异常。4月17日肌电图检查示上下肢运动感觉神经传导系统完全正常。2015年1月四肢体感诱发电位未见异常。2015年2月神经-肌电图左桡神经复合肌肉动作电位(CMAP)、左腓肠神经感觉神经动作电位(SNAP)未测出, 右正中神经 SNAP 波幅下降, 左指总伸肌可疑神经源性损害。2014年7月脑 MR 平扫未见明显异常。2014年3月双下肢动脉超声影像诊断动脉血流通畅, 频谱波形及血流速度未见明

显异常。

### 3 职业病诊断

2015年5月因无明显诱因左上肢肌力显著下降, 左手无法持物、握手, 该患者入住具有职业病诊断资质的医疗机构。入院体检: 意识清, 双下肢肌力4级, 左上肢肌力3级, 右上肢肌力4级, 四肢肌张力正常, 双侧肱二、三头肌腱反射正常, 双侧膝、跟腱反射正常, Babinski 征(-), 左下肢针刺觉、位置觉减退。2015年5月13日由职业病机构诊断为职业性慢性化学物中毒性轻度周围神经病。

### 4 职业病鉴定

用人单位对诊断结论有异议, 到职业病鉴定机构申请首次职业病鉴定, 理由是患者工作中接触毒物剂量小, 不足以造成周围神经病。鉴定机构受理后, 抽取4名职业病专家和3名神经内科专家组成专家组集体讨论。专家组成员根据职业史和临床表现, 进行了详细的神经系统体检, 结果显示四肢运动肌力3/5, 肌容积尚好, 无肌肉萎缩, 触觉、振动觉、温差觉正常, 无异痛感及痛觉过敏, 皮温正常, 无汗少征, 四肢跟腱反射对称活跃, 双侧病理征(-), 双手 Rossolimo 征(±), Romberg 征(-)。资料显示患者在申请职业病诊断前已经多次在不同医疗机构做过神经-肌电图检查, 2015年1月前所做的5次神经-肌电图检查结论均无异常, 只有2015年2月神经-肌电图报告显示个别神经受损。

根据上述情况, 专家组综合分析当事人职业接触史、临床表现和肌电图检查结果, 按照国家职业卫生标准《职业性慢性化学物中毒性周围神经病的诊断》(GBZ/T 247—2013)和《职业性慢性正己烷中毒诊断标准》(GBZ 84—2002), 鉴定结论为无职业性慢性化学物中毒性轻度周围神经病。

### 5 讨论

#### 5.1 本案例鉴定的焦点在于是否患有周围神经病

正己烷是化工企业常见的有机溶剂, 具有高挥发性、高脂溶性, 并在体内具有蓄积作用。正己烷在机体内的代谢产物2,5-己二酮具有周围神经毒性。据报道<sup>[1]</sup>, 正己烷中毒潜伏期平均为5个月, 前驱症状有头晕、头痛、食欲减退等, 起病时主要症状为四肢麻木乏力, 肌腱反射异常, 从四肢远端向近端缓慢出现上行性的感觉和运动异常, 下肢较上肢严重。发病过程中神经-肌电图异常的出现次序常为感觉动作电位幅度下降→运动动作电位幅度下降→运动传导速度减慢和远端潜伏期延长<sup>[2]</sup>; 其次诱发电位和中枢神经传导也可异常。有报道<sup>[3]</sup>正己烷中毒神经-肌电图特点为病程早期即可显示神经源性损害, 双侧上下肢神经及远近端各节段均可受累, 以四肢远端为重。NCV 检测结果显示, MCV 总异常率98.56%,

收稿日期: 2016-12-07; 修回日期: 2017-04-24

作者简介: 张君(1963—), 女, 副研究员, 研究方向: 职业病诊断与鉴定管理。

SCV 总异常率 96.54%，EMG 呈神经源性损害阳性率为 42.58%。

患者主诉走路时脚部疼痛剧烈，手部无力致无法持碗，但睡眠中未出现过疼痛难忍的症状，会诊时嘱患者触摸及搂抱物品时亦未导致剧烈疼痛。患者主诉走路有踩棉花感，但现场检查其闭目难立征阴性，说明无深感觉障碍。2014 年 4 次神经-肌电图检查均正常，不符合正己烷中毒神经-肌电图改变。跟腱反射是客观的检查指标，不受主观支配，患者双侧膝、跟腱反射均活跃，说明没有周围神经损害反射降低的现象，至少未出现周围运动和感觉神经的损害。患者未出现肌肉萎缩，临床表现肌无力 3 级，说明查体时患者受主观意识影响未积极配合检测。患者主诉肢体麻木由远端延伸到肩部和髋部并伴有疼痛，肩部和髋部并非周围神经支配的区域，因此可排除对称性周围神经病。

## 5.2 正确理解和使用神经-肌电图检查结果

《职业性慢性化学物中毒性周围神经病的诊断》标准(GBZ/T 247—2013) 仅有对轻度周围神经病神经-肌电图检查结果的描述，并无进一步的详尽说明。由于并非所有神经内科专家都掌握神经受损与神经-肌电图检查结果之间相对应的因果关系。进行职业病诊断与鉴定的临床医生虽然从事职业病诊断工作时间较长，但围绕神经电生理与化学物中毒之间的关系，普遍研究得不够透彻，诊断技能尚待加强。而患者为能诊断为职业病往往会夸大其临床表现，从而加大了职业病诊断与鉴定的难度。化学物中毒引起神经-肌电图的改变一般在接触化学毒物 2 周后神经电生理便可以出现异常。本患者 2015 年 2 月的神经-肌电图检查只是个别神经损伤，与化学中毒无关，而化学中毒引起的神经-肌电图改变，一定是对称多发的神经损害。

## 5.3 职业病诊断与鉴定一定要临床多学科参与集体讨论

职业病诊断机构根据患者临床表现双下肢肌力 4 级，左上肢肌力 3 级，右上肢肌力 4 级，正己烷职业接触史以及 2015 年 2 月肌电图报告右正中神经 SNAP 波幅下降、左指总伸肌可疑神经源性损害的结果，做出“职业性慢性化学物中毒性轻度周围神经病”诊断结论。

职业性慢性化学物中毒性轻度周围神经病涉及临床专科诊断的问题，职业病诊断医师不能仅仅依据患者夸大、虚假的临床表现，以及仅凭神经-肌电图检查个别神经受损就诊断为职业病。必须邀请通晓神经-肌电图的神经内科专家参与，做好临床鉴别诊断，方能保证职业病诊断与鉴定结论的正确性。另外 GBZ/T 247—2013 中关于神经-肌电图检查结果的描述比较笼统，不够明确。建议修改标准时，将化学中毒引起的神经-肌电图的改变加以详尽说明，包括受损神经部位、损伤程度、是否对称等。

职业病诊断与鉴定需要综合临床医学知识，标准的制定与修改也需要临床多学科的参与，故必须做到科学严谨，否则会给诊断和鉴定工作带来困难，造成漏诊误诊，从而引发社会问题。

## 参考文献：

- [1] 赵乾魁, 傅绪珍, 李思惠, 等. 慢性职业性正己烷中毒患者神经-肌电图表现特征分析 [J]. 环境与职业医学, 2011, 28 (2): 68-72.
- [2] 邝守仁. 正己烷中毒临床概述 [J]. 中国工业医学杂志, 2000, 13 (4): 225-227.
- [3] 樊春月, 黄汉林, 陈嘉斌, 等. 38 例职业性慢性正己烷中毒的临床及神经-肌电图特点 [J]. 中国工业医学杂志, 2016, 29 (5): 323-328.

# 无锡市职业病诊断与鉴定中的问题 and 对策

秦宏, 王苗苗, 洪霞

(无锡市疾病预防控制中心职业卫生科, 江苏 无锡 214023)

**关键词:** 职业病诊断; 鉴定; 问题; 对策

**中图分类号:** R135 **文献标识码:** C

**文章编号:** 1002-221X(2017)06-0473-03

**DOI:** 10.13631/j.cnki.zggyyx.2017.06.030

职业病诊断鉴定工作政策性、技术性强，社会关注度高，事关劳动者、用人单位的切身利益和社会稳定大局。修订的《中华人民共和国职业病防治法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》(卫生部令 [2013] 第 91 号) (以下分别简称《职业病防治法》和《办法》)，强化了诊断中用人单位的举证责任，完善了职业病诊断鉴定的程序设计<sup>[1]</sup>，解决了原先法律制度在职业病诊断与鉴定中存在的缺陷，维护了职业病患

者的合法权益。《办法》实施 3 年多以来，我们又遇到一些新的问题并提出了部分相关对策，现与同行进行商榷。

## 1 存在的主要问题及原因

### 1.1 申请职业病诊断、鉴定例数明显增多

近年来，随着《职业病防治法》《劳动合同法》等事关劳动者切身利益的法律宣传贯彻力度加大，劳动者维权意识不断增强，劳动者和用人单位之间的各种利益冲突凸显，职业病纠纷进入高发期，申请职业病诊断、鉴定病例明显增多<sup>[2]</sup>。据统计，2008—2016 年无锡市职业病诊断机构共接诊 2 780 例患者，诊断新发职业病 1 298 例，年均 200 多例 (2015 年度最高达到 256 例)。期间申请市级职业病鉴定 212 人次，申请省级职业病鉴定 58 人次。从 2012 年开始，申请职业病诊断、鉴定的劳动者例数呈明显增长趋势，见图 1、图 2。诊断结论为非职业病病例开始明显增多，比例从 2011 年的 0.87 %

收稿日期: 2017-06-12; 修回日期: 2017-08-22

作者简介: 秦宏 (1968—)，男，主任医师，研究方向: 职业病危害评价与中毒事故处理。