

特色强, 临床诊治手段水平高。但是缺乏职业卫生问题导致职业病发生的意识^[4]。对《职业病防治法》及其配套法规、职业病诊断标准缺乏系统的认知, 在诊断中对相关政策和标准的理解不足或有偏差, 容易引起争议或异议。各专业队伍的医师忙于门诊、病房或手术等临床事宜, 没有时间和精力专注于职业医学所涉及的疾病。医疗机构中的科室分类较细, 涉及的专业科室, 如呼吸内科、神经内科、血液内科、烧伤科、皮肤科、耳鼻喉科等各专业相差很大, 诊断的相关培训工作难有针对性。简单职业病诊断回归综合医院是无法完成职业病诊断任务的。随着国家各部门职能的调整, 职业病现场检测重新回归国家卫生健康大环境中, 建议借鉴欧美国家或台湾地区的经验, 充分考虑职业病诊断的特殊性, 对其诊断的内在规律进行分解, 在搭建能与职业病诊断相适应的机构、人员、工作机制模块的基础上, 重新调整, 规划出一个适合我国当下经济和医药发展的职业病诊断体系和规则, 真正做到职业病诊断工作高效、公正、科学, 保障劳动者和用人单位合法权益以及国家的利益。

建议: (1) 三级甲等医院必须设立职业病科/职业病诊断组, 职业病诊断必须由职业病专科医师负责; 或通过促进职业

病专业机构综合医疗能力发展, 以满足职业病诊断的需求; (2) 可考虑成立职业病诊断办公室, 协助职业病诊断医师, 帮助患者完善诊断所需的材料; (3) 核算职业病诊断成本, 明确收费标准, 收费标准应在成本基础上适当增加诊断中的不确定因素, 诊断费用要明确由工伤保险基金或用人单位承担; 或者将承担职业病诊断职能的机构纳入公共财政预算, 给予专项基金支持; (4) 加强对职业病诊断鉴定政策、体系和规则的研究, 做好诊断与劳动保障部门的衔接工作, 争取流行病学、毒理学和职业卫生专家参与其中, 共同解决复杂疑难问题。

参考文献:

- [1] 孙承业, 孙道远. 我国职业健康发展历程与思考 [J]. 中国工业医学杂志, 2018, 31 (4): 244.
- [2] 翟炜, 戴华. 职业病患者生活状况及满意度的综合评估分析 [J]. 安徽预防医学杂志, 2004, 10 (4): 197-198.
- [3] 顾友多. 美国和欧洲的职业病诊断标准体系 [J]. 职业卫生与应急救援, 2007, 25 (6): 283-284.
- [4] 刘向阳, 吴晓霞, 张震巍, 等. 职业病诊断医师培养意向及相关情况调查 [J]. 上海预防医学, 2011, 23 (10): 516-517.

11例职业病鉴定病例分析

傅恩惠, 尚波

(淄博市职业病防治院, 山东 淄博 255000)

关键词: 职业病诊断; 鉴定

中图分类号: R135 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2019)02-0152-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2019.02.029

2008—2017年在我院诊断的职业病人中, 有11例因劳动者或用人单位对诊断结论有异议而申请职业病鉴定。现对鉴定病例的基本情况、鉴定原因和结果进行分析和探讨。

1 基本情况

2008—2017年我院共诊断职业病人2 044例, 有11例(0.54%)对诊断结论有异议申请了职业病鉴定。其中, 劳动者有异议6例(54.55%)、用人单位有异议5例(45.45%)。申请鉴定原因中, 对有无职业病存在异议7例(63.64%), 对诊断职业病程度(期别)有异议的2例(18.18%), 对职业病危害接触史有异议的2例(18.18%)。按职业病类别, 职业性化学中毒6例(54.55%)、职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病4例(36.36%)、职业性噪声聋1例(9.09%)。

2 结果

2.1 市级职业病鉴定

经市级职业病诊断鉴定委员会鉴定, 11例中5例鉴定结论与诊断结论一致; 4例职业病诊断名称正确, 但机体损伤的程度(期别)不一致, 占36.36%; 2例鉴定结论与诊断结论

不一致, 占18.18%(2009年诊断“职业性急性化学物刺激反应”1例, 经鉴定为“职业性急性轻度刺激性气体中毒”证据不足; 2012年诊断“尘肺观察对象+肺结核”1例, 经鉴定为“矽肺壹期”)。

2.2 省级职业病鉴定

对市级鉴定结论, 8例当事人无异议, 3例向省级卫生行政部门申请了再次鉴定。经省级职业病诊断鉴定委员会鉴定, 2例与市级鉴定结论一致(2012年诊断“煤工尘肺壹期”1例, 2016年诊断“无职业性刺激化学物致慢性阻塞性肺疾病”1例); 1例与市级鉴定结论不一致, 该病例诊断结论和市级鉴定结论均为“职业性噪声聋观察对象”, 经省级鉴定确诊为“职业性轻度噪声聋”。

3 讨论

3.1 职业病鉴定是解决诊断矛盾和纠纷的最有效途径

职业病鉴定是《中华人民共和国职业病防治法》(以下简称《职业病防治法》)和《职业病诊断鉴定管理办法》(以下简称《办法》)中的重要内容, 是依法化解当事人对职业病诊断结论不服提供的必要程序和首选途径, 也是避免和化解因职业病诊断而产生医患纠纷的最有效、最直接的方法。因此, 职业病诊断机构和诊断医师不仅要依法做好职业病诊断工作, 更要重视职业病鉴定工作。诊断机构在作出职业病诊断结论后, 应根据《职业病防治法》和《办法》的规定, 告知劳动者和用人单位; 如果对诊断有异议应在规定的时限内申请职业病鉴定, 并将上述权利在《职业病诊断证明书》上予以注明。尤其在明知劳动者或用人单位对诊断结论

收稿日期: 2018-03-21; 修回日期: 2018-05-17

作者简介: 傅恩惠(1965—), 女, 副主任医师, 主要从事职业病诊疗工作。

有异议的情况下, 诊断机构应高度重视, 积极引导当事人按有关程序向职业病鉴定委员会申请鉴定。诊断机构和诊断医师在整个鉴定过程中要积极配合, 并且要尊重鉴定结论, 不要发表任何不负责任的言论, 以免引起不良后果, 产生不必要的纠纷。

3.2 职业病诊断机构要重视鉴定结论和诊断结论的符合率, 不断提高诊断水平

职业病鉴定结论和诊断结论的符合率, 是反映职业病诊断机构诊断水平的一项重要指标。我院 10 年间共诊断职业病人 2 044 例, 仅有 11 例有异议申请了鉴定, 且 11 例的鉴定结论和诊断结论的符合率也相当高, 这是对本院诊断水平的检验, 同时也印证了我院重视职业病诊断管理工作, 不断提高诊断水平所取得的成果。通过职业病诊断实践总结以下体会:

- (1) 按照《职业病防治法》和《办法》的规定, 依法获取职业病诊断所需资料, 确保在有充足依据的基础上进行诊断。
- (2) 诊断人员按时参加国家、省专业机构组织的职业病诊断培训班, 及时学习掌握新修订的诊断标准, 严格按标准诊断。
- (3) 对于新诊断病例, 一般要经过一段时间的住院医学观察, 排除其它疾病后再诊断。
- (4) 坚持集体诊断。我院具有诊断资质的医师较多, 每次诊断会一般在 5 人以上。对特殊的病例, 在诊断前还要进行会诊和病例讨论, 以解决职业病诊断中可能遇到的问题。诊断中要求每位诊断医师独立提出诊断意见, 对诊断结论有分歧时, 按半数以上诊断医师的意见形成诊断结论, 并如实记录不同意见。

3.3 关于对“无职业病”诊断和鉴定结论出具的建议

在 11 例鉴定病例中, 有 1 例鉴定申请人对“无职业性刺激化学物致慢性阻塞性肺疾病”的结论有异议而申请鉴定。

省、市两级鉴定结论均与诊断结论一致, 但当事人坚持认为自己患有职业病, 并非诊断和鉴定出具的职业病名称, 而是其他职业病, 并准备以新的职业病再次申请职业病诊断。对此我们反思后认为, 诊断“无职业性刺激化学物致慢性阻塞性肺疾病”确实有不妥之处, 如果我们诊断结论是“无职业病”或“无职业性尘肺及其他呼吸系统疾病”, 可能会更确切^[1], 也可能会避免当事人再次或多次申请职业病诊断的问题。

3.4 职业病鉴定机构要加强专家库的建设

近年来, 在职业病鉴定中对鉴定专家方面的问题表现的较为突出^[2]。《办法》对职业病鉴定专家库的设立以及参与鉴定专家的组成有明确规定, 但有些地区却没有执行规定的要求。(1) 专家库多年未更新, 部分专家已退休或已多年不从事职业病临床工作; (2) 未按照专业类别进行分组, 以至抽取参加鉴定的专家从事该临床工作与所要鉴定的职业病类别不符; (3) 没有充分吸收相关学科(专业)的专家参与专业性较强的职业病鉴定工作; (4) 未按《办法》的要求抽取专家。在此情况下作出的鉴定结论, 其合法性会备受质疑。因此, 鉴定机构要按《办法》要求设立并及时调整专家库, 以满足职业病鉴定工作的需要。

参考文献:

[1] 秦宏, 王苗苗, 洪霞. 无锡市职业病诊断与鉴定的问题和对策 [J]. 中国工业医学杂志, 2017, 30 (6): 473-475.
 [2] 张君, 王瑜, 夏玉静. 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 [J]. 中国工业医学杂志, 2017, 30 (6): 472-473.

(上接第 108 页)

表 1 两组颅多普勒超声检查结果 例 (%)

| 组别 | 例数 | 正常 | 异常 | | 血管频谱形态异常 |
|------------|----|------------|------------|------------|------------|
| | | | 流速减慢 | 流速增快 | |
| 观察组 | 70 | 11 (15.71) | 41 (58.57) | 18 (25.71) | 44 (62.86) |
| 对照组 | 70 | 55 (78.57) | 10 (14.29) | 5 (7.14) | 17 (24.29) |
| χ^2 值 | | 55.496 | 29.641 | 8.792 | 21.179 |
| P 值 | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.2 脑血管搏动指数和平均血流速度

观察组双侧大脑中动脉搏动指数显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者双侧大脑中动脉平均血流速度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 脑血管搏动指数和平均血流速度

| 组别 | 例数 | 脑血管搏动指数 | | 平均血流速度 (cm/s) | |
|-----|----|-----------|-----------|---------------|-------------|
| | | 左侧大脑中动脉 | 右侧大脑中动脉 | 左侧大脑中动脉 | 右侧大脑中动脉 |
| 观察组 | 70 | 1.26±0.15 | 1.23±0.16 | 51.58±13.16 | 53.27±11.87 |
| 对照组 | 70 | 0.78±0.17 | 0.88±0.18 | 50.13±12.78 | 52.86±12.01 |
| t 值 | | 17.714 | 12.159 | 0.661 | 0.203 |
| P 值 | | <0.05 | <0.05 | >0.05 | >0.05 |

2.3 观察组脑电图检查结果

观察组出院时脑电图正常率 (68.58%) 明显高于入院时 (38.57%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。脑电图轻度、中度、重度异常率分别为 17.14%、10.0%、4.29%, 明显低于

入院时的异常率 (31.43%、22.86%、7.14%)。

3 讨论

研究表明^[2], 慢性乙醇中毒患者脑组织呈低灌注状态, 脑叶局部血流量下降, 以额叶的血流量下降明显。经颅多普勒超声检查显示, 观察组脑血流量流速减慢、流速增快例数和血管频谱形态异常发生率以及双侧大脑中动脉搏动指数显著高于对照组 ($P < 0.05$), 表明长期大量饮酒导致脑血流动力学改变, 脑供血不足, 是脑血管疾病的高危因素。本研究结果还显示, 两组患者大脑中动脉平均血流速度比较无显著差异。考虑可能与脑血流量血管横截面积对侧支的影响不同有关; 此外, 饮酒时间越长, 血浆中收缩血管物质含量越多, 也是影响平均血流速度的主要因素。观察组出院时脑电图正常率明显高于入院时, 轻度、中度异常率明显低于入院时 ($P < 0.05$)。

采用经颅多普勒超声、脑电图诊断, 能够判断慢性乙醇中毒性脑病患者的病情, 对评估预后, 提高生活质量有一定的意义。

参考文献:

[1] 中华医学会精神科分会, 南京医科大学脑科医院. 中国精神疾病分类方案与诊断标准 [M]. 2 版. 南京: 东南大学出版社, 1995: 44-49.
 [2] 董克然. 慢性乙醇中毒性脑病患者的脑电图改变 [J]. 疑难病杂志, 2010, 9 (3): 216-217.