

关于尘肺诊断质量的调查分析

辽宁省劳动卫生研究所 (110005) 邓绍瑞 范思惠 黄瑞田 杜玉安

辽宁省卫生厅 葛卫东

尘肺病是一种危害比较严重的职业病。为加强管理,提高诊断质量,保护从业人员健康,辽宁省卫生厅组织省诊断组专家对全省尘肺病诊断管理工作进行了一次全面考核。本文仅就有关诊断质量问题做概要分析,报告如下。

1 具体作法

将全省在1991、1992年两年已经定诊的病例列为考核对象。按全省职报累计为2 644例。由于部分地区材料保管分散,收集不齐,此次实际共复核了2 033例,占总例数的76.5%。

对收集到的病例,详细查证职业史、工作岗位粉尘浓度监测记录、诊断组登记、讨论与处理记录等资料;由省、市、企业诊断组专业人员共同严格按照国家诊断标准,逐例复阅系列胸片,评价摄片质量,认证病变特点,重新判定定诊级别;并与原诊断比较,确定符合比率,查找误差原因,商讨改进办法。通过这次考核,基本摸清了存在的问题,强调了规范化诊断程序,明确了严格的质量要求,收到了互相启发、互有补益的效果。

2 初步结果

1994年1~5月,历时4个月完成了考核工作,初步结果如下。

2.1 诊断符合率

诊断符合率是指原有诊断与此次复核诊断相符合的比率。一些比较好的地区,诊断符合率达到80%以上;一般地区,波动在40%~70%区间;少数地区,尚达不到40%。总体看,诊断符合率偏低。

2.2 错诊类型

错诊是指原有诊断与此次复核诊断不相符合。按情况又可分为以下几种类型。

2.2.1 冒诊 这类错诊又可分为两种情况。一种是胸片无确切尘肺改变,结合职业史综合判定应划为“0”的,而按尘肺划期定诊的病例。这种情况仅在少数地区控制在5%以内,一般都在5%~20%,个别的也有超过20%的。另一种情况是胸片有确切尘肺改变,但诊断结果高出实际改变程度或诊断时间明显提前。这种情况一般在2%~5%之间,个别的也有超过10%的。

2.2.2 迟延诊断 迟延诊断是指胸片有确切尘肺改变,结合职业史综合判定应当划期诊断而未予诊断,或拖延数年后才予诊断,或定诊级别明显低于应定诊级别1~2个档位。这类情况大多数地区在1%~4%区间,但在少数地区接近10%或更高。

2.2.3 鉴别失当 鉴别失当是指将慢性支气管炎、肺结核、心脏病等所致X线影像改变误判为尘肺改变并予定诊。其中,慢性支气管炎影响为2.77%,肺结核影响为1.69%。也有将尘肺团块误认为肺癌,经手术及病理检查后,重新认定诊断的,此为极个别病例。

2.3 摄片质量

在复核的2 033个病例的定诊胸片中,按国家规定的四级分类标准衡量,只在少数地区合格片率达到80%以上,大多数地区的合格片率在20%~40%之间。全省三级片率为61.7%,四级片率为8.4%。而且,约有3%的病例是用四级片做出诊断的。

3 讨论

各地的诊断符合率变差较大,总体符合率偏低,这是一个值得重视并认真加以解决的问题。直接影响诊断质量的因素是多方面的,但主要的是以下几点。

3.1 诊断机构

诊断机构的健全与稳定是做好尘肺诊断工作的组织保证。但是,近年来各地诊断组成员变动比较频繁。一些熟悉尘肺诊断工作的老同志和部分经过系统培训与实践锻炼的中青年骨干离开,同时,又有一批不熟悉工作、未经培训人员进入岗位。人员交替使技术承接出现断带,难于保证诊断工作连续、稳定、熟练地进行,导致诊断工作质量起落无定,这是一个具有普遍性的问题。我们也注意到,一些组建较早、技术力量配套、有老同志做核心把关的地区,诊断质量就稳定,诊断符合率就高;而且还能发现探索一些新问题。例如,此次考核中,发现在铸工尘肺病例胸片上胸膜斑的检出率比较高,提示可能混有石棉尘的影响。沈阳地区诊断组较早地注意到这个问题。在部分铸造工人进行肺灌洗检查时,查到石棉小体;现场劳动卫生调研也证实确有石棉粉尘危害存在。为重新审视铸工尘肺,开展深入探

讨提供了宝贵借鉴。相反,在一些组建较晚、人员变动频繁、技术力量不配套的地区,诊断质量就不稳定,还可能在一些基本问题上产生误差。因此,注意诊断机构的调整建设,由卫生行政部门按照国家规定,考、聘合格人员持证上岗,加强对上岗人员、特别是中青年骨干进行严格的技术培训和职业道德教育,提高诊断组成员的技术素质,保持诊断组的相对稳定,是保证诊断质量的重要环节。

3.2 关于摄片质量

摄片质量不理想,是影响诊断质量的重要技术因素。除少数地区合格片率较高外(沈阳为100%,鞍山87.9%,鞍钢83.3%),其他地区仅为20%~40%;全省三级片率为61.7%,四级片率为8.4%。合格片率低,原因不在人员技术,主要是设备条件较差。目前,各地用于诊断的多为国产老型号200mA机或流动摄影装置。按照结果,多为三、四类片,根本无法保证诊断需用,更难奢谈诊断质量。要提高摄片质量,可选用三个途径。一是添置技术性能好的新设备,但从目前情况看经费困难难以解决。二是对老、旧的200mA机进行技术改造,投资量小,一般可以承担。性能改善好、运行稳定。根据改装实例与文献报告,可以认为是一个可行办法(丁茂柏,1993)。三是积极开展高千伏摄影技术,尽快完成向以高千伏摄片进行诊断的技术过渡。如果从技术改造上找到出路,使合格片率达到70%~80%,则全省尘肺诊断工作质量可望有较大幅度的提高。不容讳言的是,如果忽略这一点,按照国家逐步禁用三级片进行诊断工作的规定,那么,在一些地区很快会面临不得不中止尘肺诊断工作的局面。形势是相当严峻的。

3.3 关于宏观调控与约束机制

在尘肺诊断工作中,严格按照诊断组工作程序,依据国家诊断标准,随时与标准片相比对,注意诊断工作的科学性、政策性、连续性、权威性,防止各类干扰因素,杜绝诊断的随意性,是健全内部约束机制的重要体现。是保证诊断质量、提高工作水平的切实保障条件。各地诊断符合率的变差,与这种内部约束机制的优劣,在某种程度上存有相当密切的关系。

同时,在国家、省(市、自治区)职业病诊断鉴定委员会及市(州、盟)职业病诊断组三级机构之间,在完成相应授权职责的同时,还有逐级监督、考核、指导的责任,体现为宏观调控功能。比如,要了解下级诊断组织的实际工作状况,对于存在的问题,要指导或纠正;对于发生于局部、可能带有全局性或影响的问题,要研究和解决。这样才能确保诊断管理的全局得以稳定和均衡发展。此次考核中,发现部分矿山企业,由于局部作业环境、人员年龄构成等因素影响,出现了尘肺发病与晋期率高,短时限内集中发生的现象;限于企业承受能力,致使迟延诊断率居高不下。这个问题并无技术难点,但基层诊断组确无力进行调整。通过上级诊断机构介入,进行督促和协助,在行政、技术部门共同努力下,商讨了具体步骤和办法,找到了使诊断管理工作尽快进入合理过程的途径。同时,也为全省诊断管理工作的稳定、均衡发展提供了必要条件。

综上所述,为求得尘肺诊断质量的稳定和提高,加强诊断机构建设,改善摄片质量,发挥宏观调控和内部约束功能,是至关重要的。

(收稿:1995—02—16 修回:1995—09—04)

《急性中毒临床诊断与急救》出版

《急性中毒临床诊断与急救》由张寿林、黄金祥研究员,周安寿副研究员主编。全书共约50余万字,全面叙述了急性中毒基本概念、临床特点、诊断及治疗原则。重点介绍了各种各样的急性中毒,包括金属和非金属、无机和有机化合物共330余种,农药100余种,药物370余种,有毒动植物220余种,特别介绍了食物中毒30余种。

分别列出其临床表现、诊断要点和急救处理。

本书供各级医院急诊科、内科、职业病科医生参考及适合工矿医生、乡村医生阅读。

本书由化工出版社(北京)出版。每册定价37.00元。

1996年8月出版,欢迎订购。