

肋间以下叩诊浊音,并可闻及散在水泡音,右肺呼吸音清,心界无扩大,心律不齐,心率 76~80 次/分。胸部后前位片:双肺门影增大,增浓,双肺纹理紊乱增强,双肺中区可见“2级密集度 q”,左上及右上、下肺区可见一级密集度 q/p,左肋膈角消失。B超检查:左侧胸腔积液。诊断为I期矽肺,肺泡癌?左侧胸腔积液性质待查。住院后反复左侧胸腔穿刺抽液,外观为咖啡色液体,理化指标符合渗出液改变,但未查到癌细胞。CT检查:各层面所示散在弥漫性结节状密度影,纵隔内可见肿大淋巴结,结合临床,不排除肺泡癌。入院期间经抗炎及对症治疗 20天,患者症状无好转。回顾既往胸片及本次发病以来的胸片变化,认为双肺中区“2级密集度 q”出现快,不符合尘肺病逐渐进展的规律,根据患者临床表现,辅助检查及动态胸片的改变,临床诊断为肺泡癌,胸膜转移。患者于 1996年 8月 4日呼吸循环衰竭死亡。

2 讨论

及早地做出尘肺与肺泡癌的鉴别诊断是提高尘肺

诊断符合率的必要措施之一。例 1中所述邵某为切塑工段切布工,工作中应用滑石粉起润滑布的作用,既往胸片有肺纹理紊乱增强的改变,入院时胸片可见双肺中下肺区小结节样改变,符合尘肺发病的一般规律,但住院期间发现该患咳嗽气短,经抗炎及对症治疗后不仅没有减轻,反而逐渐加重,多次复查胸片后又发现该患肺部病变进展快,同时胸片可见心影进行性增大,B超提示心包积液,心包穿刺液中查出了癌细胞。由于患者及时住院观察,明确了肺泡癌的诊断。

例 2入院时根据胸片改变曾考虑II期矽肺的诊断,住院期间经动态观察胸片改变,多次抽胸水及CT检查证实患者双肺中区“2级密集度 q”为肺泡癌所致。

以上两例临床报告提示:在尘肺诊断中必须注意以下两点:(1)对有粉尘接触史但不符合尘肺改变规律的病变,应及时收住院观察;(2)注重观察患者胸片的动态改变,做出及时准确的诊断和鉴别诊断,以提高尘肺诊断的符合率。

(收稿 1998-02-26)

408例矽肺并发心律失常分析

方 兹

矽肺在致肺部纤维化过程中,由低氧引发心律失常。为进一步认识两者关系和规律,本文对 408例矽肺并发心律失常进行分析。

1 资料与结果

408例矽肺均经市尘肺诊断组确诊,其中I期 195例,II期 186例,III期 27例。并发心律失常(不包括窦性心律失常) 77例(18.87%),I、II、III期发病率各为 17.43%(34/195)、17.74%(33/186)、37.03%(10/27)。

408例矽肺合并肺部感染 107例(26.22%),I、II、III期感染率各为 24.62%(48/195)、27.95%(52/186)、25.92%(7/27)。

186)、25.92%(7/27)。

矽肺合并感染后,心律失常的发生率明显增加。本文 408例矽肺中合并感染 107例,心律失常发生 33例;无合并感染 301例,心律失常发生 44例,两者比较差异有非常显著意义($\chi^2=8.726, P<0.01$)。

心律失常类型见表 1。从表 1中可见:(1)77例心律失常中激动起源异常占 48.03%(37/77),激动传导异常占 51.94%(40/77),两者比较差异无显著意义($P>0.05$)。(2)激动起源异常中以房性早搏占多数(55.26%),激动传导异常以右束支传导阻滞最多(58.97%)。

表 1 心律失常类型

期别	房性早搏	室性早搏	心房纤颤	右束支传导阻滞		房室传导阻滞 I	左前分支阻滞
				完全性	不完全性		
I	8	6	4	2	5	2	6
II	10	3	0	8	6	2	4
III	2	2	2	0	2	0	3
合计	20	11	6	10	13	4	13

2 讨论

作者单位:310014 杭州市职业病防治院

低氧是发生心律失常原因之一^[1]。矽肺的主要病

变为矽结节形成和肺间质纤维化。后者影响肺部血流和通气,造成血液中低氧和二氧化碳增高滞留,进而抑制窦房结功能,使心肌兴奋性、传导性发生改变,诱发心律失常。同时由于长期低氧血症,二氧化碳滞留,使肺动脉压力升高,右房压增高,刺激右房压力感受器,促使心律失常发生^[2,3]。本文408例矽肺心律失常并发率为18.87%,各期并发率提示随矽肺病变的加重,期别上升,心律失常的并发率也随之增加。矽肺患者机体免疫功能低下,体质差,呼吸道防御能力受损,故较易发生肺部感染。文献报道感染率27%^[4],本文26.22%与之相近。由于肺部感染,进一步加重了肺通气换气功能障碍,加重了低氧血症和高碳酸血症,更促使心律失常

常发生。本文矽肺合并感染时,心律失常发生率明显增加是个例证。

3 参考文献

- 1 黄宛,主编.临床心电图学.第四版.北京:人民卫生出版社,1995,11:206
- 2 孟昭阁,等,主编.矿山矽肺与结核防治.第一版.北京:能源出版社,1985,273
- 3 李长育.慢性呼吸衰竭急性发作期的心律失常.医师进修杂志,1994,5:12
- 4 张春发,等.100例矽肺患者并发症分析.中国工业医学杂志,1990,3(3):39

(收稿:1996-11-15 修回:1997-03-05)

煤工尘肺肺底积液1例临床分析

卜江龙 马立军

自1990年以来本科共收治1例煤工尘肺肺底积液患者,现对其进行临床分析如下。

1 临床资料

1例均为男性,平均年龄66岁,I期3例,II期3例,III期9例。14例发热(高热2例,中热3例,低热1例),全部病例均有程度不同的胸痛、气短、咳嗽、呼吸困难,超声波检查均证实有积液。13例胸水常规检查,其中浆液性渗出液9例,血性渗出液4例。经最后诊断为结核13例,肺癌、肝癌胸膜转移致肺底积液3例,心衰致肺底积液1例。X线检查:右侧积液14例,左侧3例;流动型积液14例,包裹积液3例,后前位,全组假膈征均为阳性,膈动减弱12例,消失3例,最高点移到外1/3者9例,消失3例。心脏向健侧移位2例。侧位片:共检查1例,其中14例患侧膈肌升高,3例后肋肌变平,5例肋膈角消失。

2 转归

1例中,13例结核均予正规抗痨并加用激素治疗,并抽液200~1000ml全部病例液体均完全吸收。吸收时间4~53天,平均21天。肺癌、肝癌3例均死亡。1例心衰经对症处理症状缓解胸水吸收。

3 讨论

肺底积液系液体体积聚在肺底与横膈间的胸膜内。

国内报告多属结核性。随着煤工尘肺期别进展,发病率也相应增高。本文皆结核病例并发积液,占同期住院煤工尘肺肺结核的0.42%,占煤工尘肺结核胸膜炎的6.52%。按积液X线表现可分为分流型与包裹性,后者又分含气型和不含气型,其中症状因原发病及积液而异。由于肺底部承担较多呼吸量,多数病人有气急症状。少量肺底积液X线不易发现,即使液体较多,立位X线检查也仅表现为膈肌升高,临床上容易忽略造成误诊、漏诊。但是肺底积液对肺的呼吸功能影响较大,积液量达700ml时,患者即可出现呼吸困难症状。本病在X线上可有如下特征:(1)正位胸片或立位透视见到一侧膈肌升高;(2)胸片或胸透发现膈顶最高点外移。肺底—胃泡间隙增宽征;(3)立位胸透患侧膈肌活动度减弱或倾斜立位肋膈角有液影显示;(4)侧位胸片可见积液呈密度均匀的下弦月状;(5)卧位水平X线投照检查:可见侧胸壁显示清晰的密度增高之带状液影;(6)对疑似肺底积液的病例采用超声波检查或诊断性穿刺抽液有助于临床确诊。

原发病的治疗,本组对13例结核肺底积液给予强化抗痨同时加用激素,目前均治愈。胸穿抽液临床上疗效显著,但肺底积液穿刺抽液应慎重,以免刺伤肺及膈下脏器。

(收稿:1996-09-15 修回:1996-12-31)

作者单位:232033 淮南矿务局职防院