

头颅 CT 及胸部 X 线之外, 应及时开展动静脉血气分析, 氧饱和度及血浆渗透压的监测, 并根据血气分析结果对机械通气的参数作出及时的调整。

第三个高峰期为创伤后数天至数周, 死亡原因多为并发器官功能衰竭和严重感染, 故对入院的多发伤患者的血流动力学监测, 可以早期发现患者的病情, 尽早给予干预。低血压持续时间、严重挤压伤及继发于腹腔脏器损伤所造成的严重感染是并发 MODS 的主要原因, 因此除对循环、呼吸功能进行严密的监测与支持之外, 还应对肾功能、肝功能、血常规及机体的凝血功能状态作出及时的监测及处理, 进行床旁 B 超、床旁 X 线及支气管镜检、CT 检查。

多发伤患者常因伤势严重, 反应差, 生理紊乱较为严重, 医护人员在早期主要以抢救生命为主, 故易发生漏诊和误诊。因此对多发伤患者在入院后应进行全面细致的体检之外, 还应了解受伤机制, 对持续性低氧血症、合并胸部挫伤的患者, 应高度警惕血气胸、肺挫裂伤甚至支气管断裂的可能, 诊断性穿刺、动脉血气分析、床旁 X 线及支气管镜检, 这些都是确诊并跟踪疗效的有力措施。对下胸部或上腹部损伤者除动态观察腹部情况外, 还应检测淀粉酶, 必要时行腹部 CT 检查。而一旦怀疑上述损伤存在, 即应给予胃肠减压并抑制胰液及胃酸分泌, 这对于防止发生 MODS 有重要意义。本组患

者病程中延迟诊断 27 例, 主要为气胸、血气胸、肺挫裂伤、肋骨骨折及腹内脏器损伤, 除 1 例硬膜下水肿死亡外, 其余均在 2 d 内得到及时的诊断和治疗。故多发伤时除优先处理威胁生命的伤情外, 对没有明确创伤部位和程度的患者应严密观察病情变化, 综合分析伤情, 不要过分依赖病史。

多发伤患者病情严重, 并发症多而重, 根据 APACHE II 对收住的患者进行评分, 分值越高, 病情越重, MODS 的发生率越高。比较不同得分段的病死率可以看出, 随着得分的升高, 病死率明显升高。

综上所述, APACHE II 的评分可预测预后, 同时能够对伤员分清轻重缓急, 进行统筹处理, 抢救工作因而能够高质量进行, 提高抢救存活率。根据其分值尽早对患者加强相应的监测, 特别对可能引起 MODS 的始动因素加强监测, 给予积极治疗, 对降低病死率有意义。

参考文献:

[1] 邵孝祺, 蒋朱明. 急诊医学 [M]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2001, 766-769.
[2] Kraus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985, 13 (10): 818-829.
[3] 徐道妙, 徐启明, 艾宇航, 等. 器官功能监测与维护在多发伤治疗中的价值 [J]. 湖南医科大学学报, 2000, 25 (3): 288-290.

28 例矽肺误诊肺癌分析

Clinical analysis on 28 cases of silicosis misdiagnosed as lung cancer

朱启上, 彭莉君, 徐家林

ZHU Qi-shang, PENG Li-jun, XU Jia-lin

(四川大学华西第四医院肺科, 四川 成都 610041)

摘要: 报道了 28 例矽肺误诊为肺癌的情况, 分析了造成误诊的可能原因, 指出误诊可以通过接尘史、X 线胸片和/或肺 CT 等多方面避免, 同时, 强调了在医务人员中普及职业病知识的重要性。

关键词: 矽肺; 肺癌; 误诊

中图分类号: R135. 2 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2003)02-0088-02

近年来, 矽肺患者有增多的趋势, 各级医院不可避免的会遇到矽肺患者。如何正确诊断矽肺, 避免误诊或由于误诊而引起的医疗纠纷, 是广大医务工作者必须重视的问题。现将我院在临床诊疗中所遇到的 28 例矽肺误诊为肺癌分析如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

28 例均为男性, 有确切的接触粉尘史, 最短的 1 年, 最长的 18 年, 平均 15 年。分别为水电隧道、铅矿、铁矿、煤矿及金矿掘进工。平均年龄 47.5 (25~65) 岁。

1.2 症状和体征

本组病例均有气紧、咳嗽、胸痛, 痰中带血 10 例, 湿啰音 9 例, 干啰音 12 例, 呼吸音减弱 7 例, 气管移位 3 例。

1.3 X 线胸片和胸部 CT 主要表现

全部病例 X 线胸片提示双肺存在圆形小阴影和不规则小阴影。26 例中上肺有不小于 1 cm×2 cm 的大阴影, 2 例大阴影位于下肺, 有 7 例大阴影单侧存在, 有 21 例大阴影对称存在, 大阴影长轴全部与肋骨垂直, 所有大阴影密度较高而且均匀, 无分叶和毛刺, 有 9 例大阴影内有钙化点。21 例有灶周气肿和双肺肺纹理减少。有 17 例胸片和/或 CT 片示有胸膜增厚。有 4 例肺门淋巴结钙化。3 例被手术切除肺叶内分别有 2 cm×4 cm、3 cm×5 cm 和 4 cm×7 cm 的大阴影, 其长轴与肋骨垂直, 密度高而不十分均匀, 其内隐约可见融合迹象, 边界较清楚, 但不光滑, 无毛刺, 其对侧相应肺叶未见大阴影, 但有小阴影成簇状融合的趋势存在, 都有灶周气肿存在。

收稿日期: 2002-10-22

作者简介: 朱启上 (1956-), 女, 副主任医师, 从事肺科临床及部分教学工作。

2 误诊情况

误诊时间最短的 3 月, 最长的 5 年。就诊时均未被询问职业接尘史, 主动提供职业接尘史者 6 例。有 3 例因胸前区痛和咯血到当地县医院就诊, 被区县级医院诊断为右上肺癌和左下肺癌, 分别做了纤维支气管镜病理活体和刷片, 未发现肿瘤组织和肿瘤细胞; 其中 2 例分别在市级医院做了右肺上叶摘除术, 另 1 例到省级医院就诊仍诊断为肺癌并在省级肿瘤医院做了相应肺叶切除术。术前各级医院均未询问职业接尘史。术中发现肿块坚硬如石。3 例术后病理组织报告提示查见多量炭末样或沙石样粉尘沉积, 纤维化矽肺结节或煤矽肺结节等, 未见肿瘤组织。3 例后经省尘肺诊断组确诊为肺 II 期。其余病例多是由于气紧、咳嗽、胸痛到医院就诊, 经胸部 X 线片和/或 CT 检查后诊断为肺癌, 少数病例未做纤维支气管镜检查, 大多数纤维支气管镜病理活体未发现肿瘤组织, 痰查癌细胞阴性, 仍被诊断为肺癌。这些病例后经省尘肺诊断组确诊为肺 III 期。仅有 1 例胸部 X 线片和 CT 报告提示为肺癌, 纤维支气管镜病理活体未发现肿瘤组织, 纤维支气管镜刷片未发现肿瘤细胞, 3 次痰检有 1 次查见癌细胞, 未做手术, 观察 2 年后诊断为矽肺 III 期, 其后追踪 5 年肺部大阴影无明显增大。

3 讨论

长期以来, 矽肺属于职业病范畴, 过去国营企业或事业单位有粉尘接触史的人员定期由职业病医疗部门进行体检, 管理较为规范和严格, 加之个体从事粉尘作业者少, 非职业病医生对此病接触不多, 误诊机会相对较少。近年来, 随着市场经济体制的建立, 乡镇企业、私人企业发展迅速, 劳动

用工制度也发生了很大变化, 职业病的防治及管理面临严峻的局面。如粉尘接触人员有不适症状后大都自行到医院就诊, 一般医院临床医师对职业病尘肺缺乏必要了解的问题便显现出来, 本文误诊的主要原因属于这种情况的居多。28 例患者就诊时职业接尘史在各级医院完全被忽略, 有 6 例主动提供了职业接尘史但未被重视; 当肺部出现块状大阴影时, 未曾想到与尘肺鉴别, 一味地归结为肿瘤, 甚至手术中发现肿块坚硬如石仍不改初衷, 导致肺叶终被切除。

X 线胸片是诊断矽肺的重要手段, 对矽肺 X 线胸片表现的基本特征不熟悉是误诊的另一个原因。矽肺 III 期和肺癌的胸 X 线片都可见大阴影, 但 III 期矽肺除肺部大阴影外, 往往还伴有圆形小阴影和/或不规则小阴影, 且大阴影常对称出现, 长轴与肋骨垂直。此外, III 期矽肺还有灶周气肿或肺大泡, 肺纹理减少, 大阴影内钙化点或肺门淋巴结蛋壳样钙化等特点, 这些特点一般肺癌并不具备, 因此, 熟悉矽肺的 X 线胸片基本特征, 误诊并非难以避免。

职业病的诊断, 职业史是必备条件, 且具有病因学意义。因此就诊时的职业史询问非常重要。尽管矽肺某些临床表现和影像学表现与肺癌有相似的地方, 但通过职业接尘史和对矽肺 X 线胸片的基本特征的掌握, 配以胸部 CT 片、纤维支气管镜、痰查癌细胞等检查, 完全可以减少误诊。实在难以鉴别时, 利用病人的过去系列胸片或定期摄片动态观察肺部大阴影变化不失为防止误诊的可行性方法。而要做好这些, 就必须在医务人员中普及职业病知识, 学习我国颁布的各种职业病诊断标准。特别是在《职业病防治法》和《医疗事故处理条例》颁布实施的今天, 这一点显得尤为重要。

急性氨中毒患者心肌肌钙蛋白 T 的检测意义

The significance of the measurement of serum CTnT on diagnosis of myocardial lesion in patients with acute ammonia poisoning

张颖新, 刘 伟

ZHANG Ying-xin, LIU Wei

(聊城市人民医院中心实验室, 山东 聊城 252000)

摘要: 测定急性氨中毒患者及正常对照人群的心肌肌钙蛋白 T (CTnT) 和心肌酶谱 (ME), 并做心电图检查 (ECG)。结果重度氨中毒组各指标均显著异常, 且阳性检出率 CTnT 显著高于 ME 和 ECG。提示 CTnT 比 ME 及 ECG 更具诊断价值。

关键词: 急性氨中毒; 肌钙蛋白 T; 心肌损伤

中图分类号: R135. 14 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2003)02-0089-02

急性氨中毒是吸入氨气后引起的以呼吸系统急性损害为主要表现的中毒性疾病, 严重者常引起心脏、肝脏等脏器的

损伤。心肌损伤的检测指标通常是心肌酶谱和心电图检查^[1], 心肌肌钙蛋白 T (cardiac troponin T, CTnT) 是近年发展起来的反映心肌损伤的血清标志物。本文着重探讨 CTnT 测定对急性氨中毒患者心肌损伤的临床诊断价值。

1 对象与方法

1.1 材料

2002 年 7 月我市一化肥厂因液氨管道破裂而发生重大的群体氨气中毒事故。有 51 例急性氨中毒患者在我院接受治疗, 其中女 28 例, 男 23 例, 年龄 3~58 岁, 平均 34.6 岁, 自述既往健康。按国家《职业性急性氨中毒诊断标准》^[2] 分级, 刺激反应及轻度氨中毒 15 例, 中度氨中毒 14 例, 重度氨中毒 22 例。选择同期门诊体检身体健康者 20 例做正常对照, 其中男 8 例, 女 12 例, 年龄 5~54 岁, 平均 29.3 岁。

收稿日期: 2002-08-14; 修回日期: 2002-10-21

作者简介: 张颖新 (1975-), 女, 山东聊城市人, 医学学士, 在读研究生, 主要从事免疫学研究工作。