

积总和超过右上肺区 1 例; 总体密集度 1 级 31 例, 2 级 19 例, 3 级 30 例。圆形阴影分布多累及 6 个肺区, 以两肺上、中肺野外带最为多见。出现结核病灶 11 例, 气胸 3 例, 肺心病 2 例, 肺大泡 1 例^[2]。

5 讨论

5.1 临床表现特点和诊断 急性矽肺是指发生在接触二氧化硅含量很高且浓度亦很高的粉尘作业工人中, 一般 1~4 年发病, 迅速进展并因呼吸衰竭死亡^[3]。本文调查的 285 人和 13 例死亡患者, 粉尘接触史明确, 作业场所粉尘浓度严重超标(超标 25 倍), 石英粉游离二氧化硅含量 $\geq 80\%$; 共检出 72 例患者, 检出率达 25.1%, 发病工龄最短的 0.5 年, 最长的 7.5 年(该例一经诊断即为 II 期, 真实发病工龄应低于 7.5 年), 平均接尘工龄仅 2.5 年; 13 例死亡患者平均死亡年龄 36.6 岁, 接尘工龄在 1.5~4.5 年之间, 平均接尘工龄 3.5 年; 作出病因诊断的 8 例死亡患者中 II 期 4 例, III 期 4 例。上述患者大多数呼吸系统症状明显, 短时间内有 13 人相继死亡, 可见病情进展迅速, 符合急性矽肺的临床特点。

5.2 X 线特性 确诊的 80 例矽肺患者(包括已死亡的 8 例), X 线胸片病灶表现均为圆形阴影, 密度较高, 边缘清楚, 其中 q 影占 90%(72/80), 多累及 6 个肺区, 以两上、中肺多见; 小阴影聚集 8 例, 出现在双上肺 7 例, 中肺 1 例, 右侧多见于左侧; 13 例大阴影, 出现在上肺野 8 例, 累及中肺野 5 例, 呈圆形类圆形融合, 系急性矽肺典型 X 线表现。

5.3 死亡原因分析 在 13 例死亡的患者中, 平均接尘工龄 3.5 年, 8 例因有可靠的病历及 X 线胸片资料作为诊断依据得

以确认, 其一经诊断即达 II~III 期, 推测其真实发病工龄应远低于 3.5 年; 另 5 例死亡病例亦有明显的接尘史, 但 4 例因缺少 X 线胸片, 1 例因两肺均发生气胸(肺压缩面积右侧约 70%, 左侧约 40%) 而难作诊断。由于 13 例死亡患者均有明确的粉尘接触史, 结合 8 例诊断患者病历资料及亲属陈述的症状, 推测死亡原因可能为矽肺并发症, 如气胸、肺结核、肺部感染等。

5.4 尘肺病的防治 矽肺是尘肺病中最为常见的一种, 也是危害尤其严重的一种职业病。改革开放以来, 出现农村剩余劳动力转移浪潮, 农民工已逐渐成为城镇中一支强大的劳动大军, 为地方经济作出了巨大贡献, 但他们文化素质较低, 缺乏劳动技能, 多从事职业病危害较严重的体力劳动, 加之缺乏职业卫生知识和自我保护意识淡薄, 很易发生各种职业病危害事件。本文所报道的农民工罹患急性矽肺病事件绝非偶然, 如不及时采取措施, 类似事件将可能不断发生。提示外出农民工的职业病危害是新的社会条件下出现的新问题, 需要认真对待。

(对我省参加诊断工作的蔡淙滢、吴家昌、聂旭东老师致谢。)

参考文献:

- [1] 姚丹成, 朱光成, 王广松, 等. 某村办石英厂民工矽肺发病及死亡情况调查 [J]. 工业卫生与职业病, 2004, 30 (5): 304-305.
- [2] 李德鸿. 职业病医师培训教材·尘肺病 [M]. 北京: 人民日报出版社, 2003. 170-171.
- [3] 苏冬梅, 梁宏立, 王晶, 等. 急进型矽肺 32 例临床分析 [J]. 工业卫生与职业病, 2003, 29 (2): 111-112.

石棉肺并肺癌致纵隔疝引发上腔静脉受压综合征 1 例报告

Compression syndrome of superior vena cava caused by mediastinal hernia stemmed from asbestosis complicated with lung cancer

金满春

JIN Man-chun

(苏州市第五人民医院, 江苏 苏州 215007)

摘要: 报道 1 例职业性肿瘤引起肺不张, 同时合并纵隔疝及上腔静脉受压综合征 (SVCS) 患者的临床特点及治疗情况。

关键词: 石棉肺; 肺癌; 纵隔疝; 上腔静脉受压综合征

中图分类号: R135.2 R734.2 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2005)04-0215-02

1 临床资料

患者, 男, 68 岁, 因反复咳嗽 20 余年, 痰血伴发热 4d, 于 2003 年 8 月 20 日入院。该患者在石棉厂工作 30 年, 石棉尘接触史 12 年, 于 1989 年被确诊为石棉肺 I 期。本次发病为低热、晨起痰中带血丝为主要症状, 无明显胸闷、胸痛。入院查

体: 一般情况良好, BP 105/75 mmHg, 口唇、指甲无明显发绀, 颈静脉不怒张, 肝颈回流征(一), 两侧胸廓对称, 双肺呼吸音粗, 无明显干湿啰音, 两侧语颤对称。HR 80 次/min, 心律齐, 各瓣膜区无病理性杂音。腹部无异常。双下肢不水肿, 浅静脉曲张明显。住院健康疗养。2003 年 9 月 8 日, 胸片“左肺下舌段不张”。9 月 9 日 13:45 站立小便时突感胸前区剧痛, 向右侧放射, 胸闷, 呼吸困难, 大汗淋漓。查体: 头面部充血明显, 球结膜充血水肿(似酒醉貌)。颈静脉怒张, 肝颈回流征(一)。左侧胸廓萎陷, 叩诊音浊, 呼吸音消失。心电监护: BP 120/80 mmHg, HR 90 次/min, SaO₂ 83%, R 40 次/min。经吸氧、平喘等对症治疗病情略稳定。高度怀疑肺梗塞。16:00 经肺动脉造影, 排除肺动脉梗塞, 提示左肺不张。9 月 10 日, CT 示右肺中央型肺癌(IIIb, T₃N₃M₀)。左肺舌段及左下叶不张, 左下叶支气管闭塞, 右肺下

收稿日期: 2004-09-13; 修回日期: 2005-04-20

作者简介: 金满春(1968-), 男, 主治医师, 从事呼吸及肿瘤介入治疗工作

叶内基底段由后下纵隔疝入对侧胸腔,并有狭窄疝颈构型,同时上腔静脉扭曲变形,纵隔左移,纵隔淋巴结广泛转移。9月14日,纤支镜检,左侧支气管上下叶分叉处,见新生物完全阻塞下叶支气管开口,左上叶支气管开口不完全堵塞。9月18日行左侧支气管支架植入术。术后于9月19日4:10患者胸闷、胸痛症状缓解,头面部充血症状消失。下床活动后无明显胸闷气促。9月20日,复查胸片示左肺完全复张,左侧支气管支架膨胀良好。进一步行MVP(MMC+VDS+CDDP)方案化疗2次,患者病情稳定,出院休养。

2 讨论

石棉肺主要并发症为胸膜间皮瘤和肺癌,大约50%的石棉肺患者死于肺癌。支气管肺癌起病多隐匿,通常在接触石棉粉尘20~30年后发现。由于肺纤维化,致使肺癌早期诊断较困难^[1],因此许多患者失去治疗机会,出现严重并发症。本例患者在以往多次胸片检查中均未发现明确肿瘤阴影,以至发生急性肺不张时造成诊断困难。急性大面积肺不张常为开胸手术后并发症^[2],并且同时伴有上腔静脉受压综合征,起病急骤,症状危重,在内科治疗中较为罕见。分析胸部X-

CT,可发现右肺后下纵隔疝^[1],纵隔左移,引起上腔静脉受压、扭曲、变形,是引起急性SVCS的主要原因,并且经支气管支架治疗,左肺复张后,SVCS症状完全消失,可排除纵隔淋巴结肿大,压迫上纵隔所致SVCS的可能。患者在住院期间病情急剧变化,经快速相关检查,明确诊断,及时实施支气管支架植入术,对挽救患者生命,减少严重并发症的发生,起到了积极的作用。但因肺不张及纵隔疝所致急性SVCS属罕见病例,且肺复张后症状明显缓解,为本病例急性SVCS的发生提供了明确依据,对病情发生发展的分析及今后临床治疗工作有较重要的指导意义。慢性职业性肺部疾病患者,尤以高龄患者应定期做常规胸部X-CT检查,尽早发现隐匿性肿瘤,对肿瘤早期诊断、早期治疗,避免严重并发症的发生具有重要价值。

参考文献:

- [1] 罗慰慈. 现代呼吸病学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 1997. 902-904 976.
- [2] Mark H. Beers M D. 默克诊疗手册 [M]. 第16版. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 701.

·短篇报道·

气管插管在抢救急性有机磷中毒伴呼吸衰竭中的主导作用

孙远新, 曹丽君, 王贺平

(沈阳急救中心, 辽宁 沈阳 110006)

1998年8月~2003年9月,我中心共收治682例急性有机磷农药中毒的患者,其中对203例口服有机磷农药中毒伴呼吸衰竭的患者,同时实施紧急气管插管与插胃管洗胃,收到良好效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 203例患者中男43例,女160例,年龄19~78岁,均为口服有机磷农药中毒伴呼吸衰竭。有机磷农药包括:甲胺磷(94例)、敌敌畏(53例)、对硫磷(35例)、乐果(21例)。服毒量50~500ml,服毒至就诊时间为(3.4±3.2)h。

1.2 诊断 (1)呼吸困难,呼吸频率<10次/min; (2)意识障碍; (3)血气分析 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, 伴或不伴有 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$; (4)血胆碱酯酶活力<30%。

1.3 救治方法 患者就诊时,立即气管插管,必要时辅助机械通气,改善通气,减轻肺水肿,纠正呼吸衰竭;并在气管导管引导下插入胃管床头洗胃,清除胃内毒物。全部病例配合使用阿托品、解磷定等综合治疗措施。经上述救治,成功抢救187例,占92.1%,其中中心肺复苏成功23例,死亡16例。

2 讨论

2.1 急性呼吸衰竭是急性有机磷农药中毒病人的首位死亡原因。机械通气是一项重要的抢救措施,而气管插管建立人

工气道又是成功的关键。急性有机磷中毒患者在就诊时常因昏迷、舌后坠、口中大量唾(痰)液、喉头水肿、肺水肿以及中枢性呼吸抑制而致呼吸减慢、微弱,造成通气、换气功能障碍,严重者迅速导致呼吸、心跳停止。气管插管为急性有机磷农药中毒并呼吸衰竭患者提供了安全呼吸通道,且利用连接呼吸机给予机械通气,以及吸氧、吸痰,纠正低氧血症和高碳酸血症。机械通气还能有效地改善呼吸功能,有利于缓解心、脑、肾等重要脏器缺氧状况,减轻或避免进一步加剧脑水肿和脑组织的继发性损伤、心肌损伤和血液循环障碍,为进一步治疗中毒性损害创造一个良好的条件。

2.2 在急性有机磷农药中毒的抢救中,及时洗胃与紧急气管插管同样重要。急性有机磷农药中毒的患者,常因食管黏膜水肿、食管痉挛等因素,造成胃管插入失败或误入气管。但是在气管导管的引导下,胃管插入的成功率为100%,同时避免了胃内容物反流误吸导致吸入性肺炎或窒息。在临床工作中,我们曾遇到急性有机磷中毒患者在洗胃过程中出现呼吸骤停而终止洗胃,进行心肺复苏,影响了毒物的排除,对中毒的救治非常不利。

实践证明,对急性有机磷农药中毒伴呼吸衰竭患者同时实施紧急气管插管与插胃管等抢救措施,可尽快改善通气,清除毒物,并可避免吸入性肺炎与急性肺损伤的发生,极大地提高中毒患者的抢救成功率。