

行性加重,弥漫分布圆形小阴影密度增加,数量明显增多、聚集,形态为 q 多见,多分布于肺野中外带。由于小阴影周围组织气肿明显,对比良好,小阴影轮廓变得清晰,可以确定矽肺。因此,如果有高浓度粉尘接触史,胸片发现可疑小阴影征象,既往无呼吸系统疾病,出现严重呼吸困难症状,一定要注意密切观察动态变化。如果短期内肺内病变变化大,小阴影迅速增多、聚集、增大,同时肺纤维化导致肺野缩小,合并肺气肿,提示预后不良。

【例 2】初诊胸片表现为大片阴影,半年内迅速聚集成团块,其周围气肿带明显,肺内其他部位局限气肿也很严重,由于上述病变发展较快,虽然肺组织气肿严重,胸廓却无桶状胸变形,呼吸困难进行性加重,预后亦不良。

相对于前 2 例病人,【例 3】的 X 线影象学表现较典型,临床症状轻微,诊断较明确。这可能是虽然同处于相同的作

业环境,但个体健康状况、吸尘量的不同,其 X 线形态学表现也不尽相同,病变发展也不一致。

快进型矽肺接触粉尘浓度高,多见于石英磨粉工和石英喷砂工,发病工龄短,临床进展快,许多病人短期就会死于呼吸衰竭,是一种严重危害劳动者的职业病。其 X 线表现主要以圆形小阴影为主,但由于一些病人病情重,合并症多,影像学表现复杂,掩盖小阴影,使得小阴影识别有一定困难。因此,小阴影定性及定量是诊断的关键。对于快进型矽肺,尤其呼吸困难进行性加重者,胸片动态观察间隔要缩短,如果发现圆形小阴影短期内迅速增多、聚集、增大或大片阴影迅速聚集成团块而且全肺气肿迅速加重,提示预后不良。病理解剖与肺部 X 线形态的对照研究,有利于提高对尘肺 X 线等形态学改变的认识,应不断总结经验,提高临床诊断水平。

## 矽肺中叶综合征 4 例临床分析

### Clinical analysis on four cases of silicosis complicated with middle lobe syndrome

邱晓莹

DI Xiao-ying

(沈阳市第九人民医院,辽宁 沈阳 110024)

**摘要:**通过对 4 例矽肺中叶综合征患者临床资料的分析,以了解矽肺中叶综合征的病因及临床特点。

**关键词:** 矽肺; 中叶综合征

中图分类号: R135.2; R563.4 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2006)03-0158-02

矽肺是由于长期吸入游离二氧化硅粉尘所致的以肺部弥漫性纤维化为主的全身性疾病。中叶综合征(middle lobe syndrome)是以肺中叶(包括左肺舌叶)不张为主要表现的 X 线综合征,其作为矽肺的合并症比较少见。我院自 1997 年以来收治了 4 例矽肺中叶综合征患者,现分析报告如下。

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

本组 4 例均为男性,发病年龄 70~82 岁,接尘史 10~32 年,平均 20.8 年;其中翻砂工 2 人,原料加工、粉碎工各 1 人。I 期矽肺合并肺结核 1 人,II 期矽肺合并肺结核 1 人,III 期矽肺 1 人,III 期矽肺合并肺结核 1 人。

##### 1.2 症状及实验室检查

本组患者均有不同程度的咳嗽、咳痰、气短等呼吸道症状,其中间断性咳嗽 1 例,3 例常年反复咳嗽者中,1 例咳白色粘痰,2 例咳黄色脓痰;2 例有发热;4 例查体均双肺背部闻及湿啰音,右肺呼吸音减弱,散在干鸣音。血常规检查提示 2 例 WBC 增高,1 例中性增高。4 例痰查抗酸杆菌均阴性。2 例痰细菌培养为阳性,均为铜绿假单胞菌。

#### 1.3 X 线检查及诊断

4 例患者入院后均摄后前位及侧位高千伏 X 线胸片及双肺 CT,提示 4 例均有不同程度的肺门淋巴结肿大、钙化。依据《尘肺病的诊断》诊断分期见表 1。

表 1 4 例患者诊断分期

| 工种    | 诊断           | 阴影形态 | 总体密集度 | 阴影分区 | X 线表现                                         |
|-------|--------------|------|-------|------|-----------------------------------------------|
| 石英粉碎工 | I 期矽肺合并肺结核   | p/q  | 1     | 1/0  | 双上肺结核,右肺门增大,见多组淋巴结钙化,右中叶外侧段见致密影,斜裂增厚,提示右中叶不张。 |
|       |              |      |       | 1/1  |                                               |
|       |              |      |       | 1/2  | 1/1                                           |
| 翻砂工   | II 期矽肺合并肺结核  | q/p  | 2     | 1/1  | 0/1                                           |
|       |              |      |       | 2/1  | 1/0                                           |
|       |              |      |       | 2/1  | 1/1                                           |
| 原料工   | III 期矽肺      | q/r  | 2     | 1/0  |                                               |
|       |              |      |       | 2/1  | 2/2                                           |
|       |              |      |       | 2/1  | 1/1                                           |
| 翻砂工   | III 期矽肺合并肺结核 | q/r  | 2     | 2/1  | 1/1                                           |
|       |              |      |       | 2/2  | 2/2                                           |
|       |              |      |       | 2/2  | 2/1                                           |

#### 1.4 治疗经过

4 例患者均为住院期间发生中叶综合征,分别给予头孢哌酮-舒巴坦钠、头孢他啶、左氧氟沙星、环丙沙星等静脉滴注抗炎。1 例治疗无效死亡;3 例经系统抗炎治疗半月后症状、体征好转,复查胸片、肺 CT 提示右中叶不张好转。

#### 2 讨论

中叶综合征又称 Brock 综合征或 Graham-Burford-Mayer 综合

收稿日期: 2005-03-28; 修回日期: 2005-08-11

作者简介: 邱晓莹(1972-),女,主治医师,主要从事职业病临床工作。

征。原指由于支气管管外受淋巴结肿大的压迫阻塞,引起右肺中叶(包括左肺舌叶)肺不张,肺叶缩小或并发炎症实变。目前中叶综合征含义更为广泛,用于描述各种原因引起的中叶的慢性或反复的炎症,包括支气管肺癌(20%~40%)、良性肿瘤、其他类型的支气管狭窄(包括支气管结石)、外源性压迫、支气管扩张、慢性感染等<sup>[1]</sup>。右肺中叶(包括左肺舌叶)之所以易造成肺不张,与中叶特殊的解剖特点有关:叶支气管细而长,易发生炎症和阻塞;右中叶支气管起点周围有前、内、外3组淋巴结,且汇集右肺和左肺2/3的淋巴液,因此淋巴结受累肿大的机会较多,肿大时可从前、内、外压迫中叶支气管而导致本征<sup>[2]</sup>。

矽肺合并中叶综合征比较少见,是指矽肺发生、发展病理过程中出现的支气管旁淋巴结肿大,周围的矽肺团块挤压造成的肺叶不张。矽肺病人多为老年人,慢性长期病程(本组4例病人年龄72~82岁,接尘史10~32年,咳嗽、气短病史20~30年),机体抵抗力下降、易于发生肺内感染,分泌物潴留,导致中叶产生肺不张。

矽肺中叶综合征应及早作出诊断。X线胸片及肺CT等放射学检查是诊断中叶综合征最重要的手段,基本可明确中叶不张的存在。纤维支气管镜检查是中叶综合征最有价值的诊断手段之一,能直接窥视各段、叶支气管开口情况,多数情况下可在镜下直接找到各种阻塞性病变,同时还可进行肺灌洗、肺活检,可以协助病因学诊断。该4例患者早期即出现咳嗽加重,咳痰性状改变,肺部体征较前改变,胸正侧位片及肺CT均提示右肺中叶不张,1例左舌叶不张,以上几点提示矽肺中叶综合征诊断明确。

治疗上可依据痰细菌培养结果选择抗菌素,条件不允许情况下可经验性用药,因患者反复感染,故选择使用广谱抗菌素,足量、足疗程为佳。本组4例中3例反复发生肺内感染,其中1例死亡,表明矽肺中叶综合征临床治疗困难,预后不良。

#### 参考文献:

- [1] 朱元珏,陈文彬,等.呼吸病学[M].北京:人民卫生出版社,2003.901.
- [2] 牛汝楫.呼吸疾病诊疗指南[M].北京:科学出版社1999.347.

## 口腔医护人员职业感染及防护

郑立娟

(大连市口腔医院,辽宁 大连 116021)

口腔科临床医护人员每天与病人近距离的频繁接触,经常暴露于各种感染的危险中,被列为易感传染性疾病的职业群体。

### 1 口腔医护人员所能接触到的传染病

#### 1.1 医疗操作中飞沫、气雾介导的传染

高速手机造成的微细气雾( $<5\mu\text{m}$ ),可带致病的细菌及病毒进入口、鼻、眼结膜及破损皮肤而造成感染。有研究发现,被细菌污染的飞沫及气雾多分布在医生手臂表面、颈下、胸部及口罩上,而分布情况受操作类型、牙位及患者体位、口腔呼吸道内细菌水平、诊室是否使用高容量抽吸装置及空气灭菌装置等诸多因素影响。此外,气雾及飞沫还可以污染综合治疗台及周围物体表面,造成交叉感染。

#### 1.2 接触传播的疾病

口腔治疗操作时,当手机停止转动的一瞬间,手机头部的空气呈负压状态,导致病员口腔中的唾液、血液、微生物、切割碎屑吸入手机内部及水气管道,病原微生物在手机内部及管道侧壁形成菌落和微生物膜并进行生长繁殖。当再次使用手机时,污染物质可随水路进入患者口中造成交叉感染。此外临床常用专科用药,如樟脑酚等,器械有车针等,均需在患者口内反复使用,若消毒不彻底或未达到无菌操作,也极易造成污染。上述污染,不仅造成患者间交叉感染,也能感染医护人员。例如,在治疗过程中,医生接触患者的唾液、菌斑中的致病菌均可由患者传给医护人员,又可通过医护人员的手和其他途径传播给其他患者或医护人员,这种交叉感染又称之为医院内感染,已引起人们的重视。

#### 1.3 血液传播的疾病

口腔诊治过程中,医务人员及患者均易被扩大针及针头等锐器损伤,造成病原微生物进入血液,直接感染。另外,拔牙创面、牙髓腔的出血,使唾液带血,血性唾液可能污染器械,感染医护人员,器械消毒不彻底,也可感染其他患者。美国疾病预防控制中心(CDC)报告,每年卫生行业的职员中被针刺伤或经皮肤受伤有60~80万人。而这些刺伤所致疾病的头号杀手就是肝炎和艾滋病。

### 2 根据疾病的传播途径采取相应的防护措施

#### 2.1 呼吸道传播的防护

嘱病人治疗前,洁牙齿、净口腔,以减少飞沫的细菌含量。医护人员戴口罩、护目镜、穿隔离衣以减少病人的体液、血液、分泌物等污染;诊室密度(设备、人员等)安排合理;对可能造成污染的治疗环境表面及时清洁、消毒处理,每日定时通风或进行空气净化,每周对环境进行1次彻底的消毒。

#### 2.2 接触防护

进入口腔内的所有诊疗器械,必须达到“一人一用一消毒或灭菌”的要求。接触病人血液或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械,如手术治疗器械等,使用前必须进行灭菌,首选压力蒸气灭菌;接触病人完整黏膜的器械,如口镜等,使用前必须达到消毒;物理测量仪器等用消毒剂擦拭表面,并对消毒或灭菌的效果进行化学及生物等监测,以确保消毒灭菌合格。管道系统治疗前和结束后及时冲洗管腔,减少回吸污染;有条件可配备管腔防回吸装置,或使用防回吸牙科手机。

#### 2.3 血行传播的防护

采取“一致对待”的原则,即假定每位患者均有血源性传播的感染性疾病,在诊治过程中,一律严格按防交叉感染原则进行。口腔利器多为锐器,禁止徒手传递和器物盖帽;一次性使用医疗用品,应集中统一焚烧处理;操作时戴手套,既隔离血污,又减少针刺破时进入体内的血量(因手套弹性擦拭作用)。

总之,口腔医务工作者应该提高防范意识,采取积极有效措施,尽量把职业感染控制在最低限度。