

对尘肺病临床诊断的几点看法

叶绿素, 王永义

(重庆市职业病防治院, 重庆 400060)

关键词: 尘肺病; 临床诊断; 国际疾病分类; 分级诊断

中图分类号: R135.2 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2019)01-0078-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2019.01.028

截至2017年,我国累计报告职业病病例95万余例,其中尘肺85万余例,占89.8%^[1]。尘肺病是一种慢性疾病,大多数尘肺病发病时间为接尘后10~20年,甚至更长,脱离粉尘接触后仍可发病。因此新发病例将不断发生,患者群体将越来越大^[2],对尘肺病的临床诊断尤为迫切,需要更多的医务人员参与。

1 现状

现行的职业性尘肺病诊断标准是《职业性尘肺病的诊断》(GBZ 70—2015)和《职业性尘肺病的病理诊断》(GBZ 25—2014)。职业性尘肺病诊断需要用人单位提供劳动者职业史和职业病危害因素接触史,诊断后可享受职业病待遇,并有权向用人单位提出赔偿要求。在诊断上不仅涉及科学性,更体现政策性。

2016年1月,原国家卫生计生委、国家发展改革委等10部委印发《关于加强农民工尘肺病防治工作的意见》指出,“劳动者有粉尘接触史且临床表现以及辅助检查结果符合尘肺病特征的,医疗机构应当及时作出尘肺病相关临床诊断”。对于无法满足职业性尘肺病诊断条件的患者,如用人单位已经不存在、无法确定劳动关系、无固定用人单位等情况,目前主要是参照GBZ70—2015进行临床诊断,但存在诸多问题。

1.1 诊断和治疗存在分离

目前,尘肺病的诊断大多数在职业病诊断机构进行,如疾病预防控制中心和职业病专科医院,但多数尘肺病患者在综合性医院呼吸科进行治疗,诊断和治疗未能很好衔接,影响了治疗效果和诊治水平。尘肺病病情程度与尘肺种类、分期、肺功能损伤程度、并发症及合并症密切相关,现行的职业性尘肺病诊断结论仅涉及种类和分期,不能全面反映病情,对后续治疗和康复指导意义不强。

1.2 诊断范围存在局限

Policard等^[3]在1952年报道非洲撒哈拉沙漠地区发现非职业性尘肺病患者;Mathur等^[4]1997年报告在印度西北塔尔沙漠地区农民中存在“沙漠肺综合征”患者。我国的调查也发现,西北风沙较严重地区70岁以上农民X线胸片的硅沉着病检出率达10.34%,病理检查示双肺有硅结节及弥漫性肺间

质纤维化,X线衍射及电子探针检测证实肺组织有大量石英存在^[5]。孟紫强等^[6]在甘肃民勤县流行病学调查也发现非职业性尘肺患病率达5.33%。可见生活环境中接触粉尘也可能导致尘肺病,而现行的职业性尘肺病病因仅限于生产性矿物性粉尘,并未包括上述情况,诊断范围局限。

1.3 诊断技术单一

GBZ70—2015以X射线高千伏或数字化摄影(DR)后前位胸片表现为诊断主要依据,需要对照标准片进行判断,对疑难病例容易出现漏诊或误诊。呼吸专科的诊断手段已有更多选择,如影像学检查技术方面的胸部CT、核磁共振成像及肺功能检查、组织学检查和支气管肺泡灌洗液分析、分子生物学检验技术等^[7,8],如能综合运用上述方法,可以提高尘肺病的诊断准确率。

1.4 诊断需求和医疗服务能力缺口增大

我国从事粉尘作业的人数估计接近1000万,每年报告尘肺新发病例数均超过2万例。据统计,截至2010年底,仅有4986名医师获取职业病诊断医师资格,每10万从业人员拥有职业病诊断医师0.65名^[9]。近年来,由于种种原因,部分职业病防治机构消失,从事职业病诊断的医疗机构和专业技术人员呈下降趋势,导致诊断需求和服务能力缺口进一步增大。同时由于现行的职业性尘肺病诊断模式和其他疾病诊断模式有一定差异,综合性医院医生缺乏参与尘肺病临床诊断的积极性,无法满足诊断需求。

2 建议

2.1 尘肺病临床诊断和法定诊断应加以区分

尘肺病临床诊断和法定诊断的目的有一定区别,前者主要是明确病情程度,以便判断预后和进一步指导治疗和康复;后者是在治疗的基础上,更好地保护劳动者的健康及其相关合法权益(职业病待遇、经济赔偿等),属于归因诊断,其诊断结论具有法律效力。2000年美国的尘肺病相关条例已将临床尘肺病和法定尘肺病区分开^[10],国内也有学者建议将尘肺病的医学诊断和归因诊断分开^[11]。虽然国家尘肺病诊断标准已在尘肺病名称前加上了“职业性”这一定语,但由于我国职业病诊断的相关法规对此尚无明确的界定,故目前仅有少数医疗机构进行尘肺病的临床诊断。因此,尘肺病的临床诊断应在具备条件的所有医疗机构中开展,呼吸科医生参与将有助于提高我国尘肺病的诊疗水平。

2.2 临床诊断分类应与国际疾病分类(ICD-10)接轨

目前,医院通用的疾病分类是ICD-10,该分类中涵盖了12种法定尘肺,如石棉和其他矿物纤维所致尘肺病(石棉肺,J61)、二氧化硅粉尘所致尘肺病(矽肺,J62)、无机粉尘所致尘肺病(J63)等^[12]。采用ICD-10更有利于临床统一病名,也利于尘肺病的诊断、治疗、康复和研究。

收稿日期:2018-08-25;修回日期:2018-09-30

基金项目:重庆市农民工尘肺病相关临床诊断指南的研究(2016-18)

作者简介:叶绿素(1977—),男,主治医师,从事职业病临床工作。

通信作者:王永义,主治医师,E-mail: wyy5888@163.com。

2.3 对尘肺病的病情进行分级诊断

“尘肺病治疗中国专家共识”中提出,进行尘肺病诊疗时应先评估病情后进行分级治疗^[2]。现行的职业性尘肺病诊断病名包括尘肺种类和分期,尚不能全面反映病情程度,需要进行完善。建议将影响病情及预后的因素如粉尘性质、期别、临床症状、肺功能损伤程度、并发症及合并症、危险因素(如吸烟、营养不良等)也纳入尘肺病临床诊断分级,用于分级诊疗、康复指导和预后评估,即症状严重程度可参照慢阻肺评估试验(CAT)评分表、呼吸困难程度可选用呼吸困难评分表(mMRC)、肺功能损伤程度可根据肺功能测定和血气分析检查结果判定、并发症及合并症可根据各个独立疾病病情分级(或分度)进行评估、危险因素可按照因素多少和对病情影响程度进行评估。综合上述因素后可将尘肺病分为 A、B、C、D 四个等级,每一级再分为稳定期和急性加重期,其诊断结论可表述为矽肺(A 级)稳定期、矽肺(A 级)急性加重期等。稳定期是指病情相对平稳,症状稳定或症状较轻;急性加重期是指有急性起病过程,表现为临床症状恶化,超出日常的变异,需要改变当前治疗方案。

目前大多数尘肺病患者是在综合性医院呼吸科治疗,临床诊断不应局限于职业性尘肺病诊断标准,而应在此标准的基础上,按照循证医学的原则,借鉴呼吸科的前沿技术和方法,探索并制定出能反映病情程度的相关标准,使临床诊断和治疗有机结合,患者得到更科学和高效的医疗服务,以利于尘肺病诊治能力和学术水平的提高。

参考文献:

[1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2017 年我国卫生健康事业

发展统计公报 [EB/OL] [2018-06-12].

- [2] 中华预防医学会劳动卫生与职业病分会职业性肺部疾病分组. 尘肺病治疗中国专家共识(2018 年版) [J]. 环境与职业医学, 2018, 35 (8): 677-689.
- [3] Policard A, Collet A. Deposition of siliceous dust in the lungs of the inhabitants of the Saharan regions [J]. A. M. a archives of Industrial Hygiene & Occupational Medicine, 1952, 5 (6): 527-534.
- [4] Mathur ML, Choudhary RC. Desert lung syndrome, in rural dwellers of the Thar Desert, India [J]. Journal of Arid Environments, 1997, 35 (3): 559-562.
- [5] 赵金垣. 临床职业病学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2017: 158, 180-181.
- [6] 孟紫强, 杨振华, 潘竞界, 等. 沙尘天气多发地区民勤县发现多例非职业性尘肺病 [J]. 生态毒理学报, 2008, 3 (4): 337-342.
- [7] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀, 等. 实用内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 1676-1677, 1772-1775.
- [8] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 87-89.
- [9] 王焕强, 李涛, 齐放, 等. 我国职业病诊断机构及诊断医师资质分析 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2013, 32 (10): 721-725.
- [10] Greenan JW. Defending federal black lung claims under the new regulations [M]. Lexington: Energy & Mineral Law Institute, 2001: 247-281.
- [11] 王焕强, 李涛. 尘肺病的定义与历史 [J]. 中国职业医学, 2017, 14 (4): 485-493.
- [12] Wickramasekaran RN, Jewell MP, Sorvillo F, *et al.* The changing trends and profile of pneumocystosis mortality in the United States, 1999—2014 [J]. Myccses, 2017, 60 (9): 607-615.

(上接第 73 页)

对于日常的医院感染上报工作,在高精度的预测模型下,可以信赖系统预警的结果,接受系统预警的病例,忽略系统未预警的病例,并做出针对性回应,使基于高精度的数据库所产生的包括国家要求在内的医院感染管理相关的数据^[6],达到结果真实、准确、有效和及时上报的目的。

对于医院感染管理相关政策的制定,由于有了高精度数据库和有效分析结果的支持,完全可以做到“有的放矢”^[7]。例如对于住院天数超过 10 d 的患者更易发生医院感染这一现象,对于住院天数超过 15 d (如骨折等)的病患则可根据具体的分析结果制定有针对性的政策,而不是千篇一律地采取“加强消毒隔离,加强个人防护,加强手部卫生,降低感染风险”等缺乏实际意义的措施。由于有了明确的分析因素,在进行管理干预的前后还可以进行医院感染病例发生率的对比,以获得真实数据层面的管理效果反馈。

参考文献:

[1] 赵烁,付强. 中国基层医疗机构医院感染管理现状及对策 [J].

中华医院感染学杂志, 2017, 27 (24): 5699-5703.

- [2] 张文彤,董伟. SPSS 统计分析高级教程 [M]. 2 版. 北京: 高等教育出版社, 2013: 162-180.
- [3] Zhang HJ, Hou YY, Zhang JY, *et al.* A new method for nondestructive quality evaluation of the resistance spot welding based on the radar-chart method and the decision tree classifier [J]. The International Journal of Advanced Manufacturing Technology, 2015 (78): 841-851.
- [4] Liu JG, Huffman T, Shang JL, *et al.* Identifying major crop types in eastern Canada using a fuzzy decision tree classifier and phenological indicators derived from time series MODIS data [J]. Canadian Journal of Remote Sensing, 2016, 42 (3): 259-273.
- [5] 周欣彤. 神经网络模型在医院感染病例预警中的实际应用 [D]. 中国医科大学, 2018.
- [6] 牟霞,徐艳,张骥,等. 依托信息化进行医院感染现患率调查 [J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24 (19): 4887-4889.
- [7] 万艳春,李玉. 医院感染管理信息系统的开发与应用 [J]. 中国卫生质量管理, 2015, 22 (2): 70-72.