

肝癌的CT与MRI影像学表现

□刘燕

在肝癌的诊断与评估中,CT(计算机断层成像)检查和MRI(磁共振成像)检查扮演着不可替代的角色。了解这两种检查的影像学特点,有助于患者更好地理解诊断过程,配合后续治疗。

CT检查通过X线分层扫描肝脏,经计算机处理后形成断层图像,具有扫描速度快、空间分辨率高的特点,能清晰显示肝脏的解剖结构和病灶的位置、大小。在肝癌的CT表现中,平扫期(未注射造影剂时)的病灶多呈低密度,即病灶区域的影像比正常肝组织更暗,这是因为肝癌细胞的密度低于正常肝细胞,但部分分化较好的肝癌或合并脂肪肝的患者,其病灶可能表现为等密度或稍高密度。若出现这种情况,容易漏诊,此时需要进行增强扫描以进一步判断。

CT增强扫描是诊断肝癌的重要工具,通过静脉注射造影剂,观察病灶在动脉期、门静脉期和

延迟期的强化变化,形成“三期扫描”图像。肝癌的血供供应主要来自肝动脉,因此在动脉期(注射造影剂后20秒~30秒)病灶会迅速强化,表现为高密度,与周围正常肝组织形成明显对比;在门静脉期(注射造影剂后60秒~90秒),造影剂逐渐流出病灶,病灶密度快速下降,变为低密度,而正常肝组织此时因接受门静脉供血仍保持较高密度;在延迟期(注射造影剂后3分钟~5分钟),病灶密度持续降低,与正常肝组织的密度差异更加显著。这种“快进快出”的强化模式是肝癌典型的CT特征,也是与其他肝脏病变鉴别的重要依据。

此外,CT检查还能清晰地显

示肝癌的其他特征,如病灶是否侵犯血管(如门静脉、肝静脉),是否存在肝内转移或腹腔淋巴结肿大等。当肝癌侵犯门静脉时,可在血管内看到充盈缺损,提示癌栓形成。若病灶突破肝脏包膜,还可观察到肝周脂肪间隙模糊或邻近组织受到侵犯。

与CT检查相比,MRI检查利用磁场和射频脉冲生成肝脏的详细信息,具有更高的软组织分辨率,尤其适用于对肝脏小病灶的检出和定性诊断。MRI检查可通过多种序列成像,其中T1加权成像(T1WI)和T2加权成像(T2WI)是最基础的序列。在T1WI上,肝癌多表现为低信号或等信号;而在T2WI上,多数肝癌

呈现高信号,信号强度不均匀,部分病灶内部可见低信号的纤维化或出血区,有“结节中结节”的表现。

MRI的增强扫描原理与CT类似,但使用的造影剂不同(常用钆剂),且能更清晰地显示病灶的血供特点。肝癌在MRI增强扫描中同样呈现“快进快出”的强化模式,但由于其软组织分辨率更高,能更敏感地捕捉到病灶在各期的信号变化,尤其是对直径小于1厘米的微小肝癌,检出率明显高于CT检查。此外,MRI检查的特殊序列如弥散加权成像(DWI)对肝癌的诊断也有重要价值。在DWI上,肝癌细胞因水分子扩散受限,常表现为高信号,这有助于区分

良恶性病变。

MRI检查还能提供更多功能信息,例如通过肝胆特异性造影剂,可观察病灶是否摄取造影剂。正常肝细胞能摄取这类造影剂并在延迟期呈现高信号,而肝癌细胞因缺乏正常肝细胞的功能,在延迟期表现为低信号,这一特征进一步提高了肝癌诊断的准确性。同时,MRI检查能更清晰地显示癌栓和对血管的侵犯,能明确癌栓的范围和程度,为判断病情分期提供重要依据。

需要注意的是,在临床上,常联合使用CT和MRI检查,以提高诊断的准确性。

(作者供职于山东省沂源县中医医院)

破解检验报告上的数字“密码”

□易涛

检验报告上的数字常让人紧张不已,看到箭头向上就焦虑,看到数值超标就恐慌。医学专家告诉你,检验数值的高低,未必直接对应病情的轻重。

检验数值的“参考范围”从何而来

检验报告上的“参考范围”(俗称“正常值”)并非绝对的健康标准线,而是基于大规模健康人群的统计结果。例如,某地区95%的健康人血清钾浓度在3.5毫摩尔/升~5.5毫摩尔/升之间,这个区间就被标注为正常。但统计规律无法覆盖所有人。

个体差异:年龄、性别、种族甚至生活环境都会影响数值。例如,新生儿的血红蛋白通常高于

成人,运动员的肌酐水平可能因肌肉量较大而偏高。

生理波动:同一人一天中不同时间、不同状态下的数值可能不同。如皮质醇水平早晨最高,夜间最低;进食后血糖会暂时升高。

检测方法差异:不同医院使用的仪器、试剂或检测技术可能存在细微差别,导致参考范围略有不同。

结论:“参考范围”是大多数健康人的数值区间,而非绝对健康线。稍微超出范围,未必需要紧张。

数值异常的常见原因:疾病只是其中之一

当检验数值超出“参考范围”

时,医生会结合多项指标和临床表现综合判断。以下情况可能导致数值异常,但未必与疾病相关。

生理性波动:如运动后肌酸激酶升高、女性经期孕酮变化、儿童淋巴细胞比例偏高等。

检测干扰:某些食物(如高脂饮食影响血脂检测)、药物(如维生素C干扰尿常规检查结果)、采样方式(如止血带绑太久影响血液成分)都可能影响检测结果。

标本状态:若血液标本发生溶血(红细胞破裂),会导致钾、乳酸脱氢酶等指标假性升高;尿液标本放置过久,细胞分解可能使尿蛋白、潜血出现假阳性。

个体基线值:部分人长期存在某些指标轻微异常,但无任何

不适症状,且多年稳定,这可能是其独特的“生理基线”。

关键点:若单次数值异常,需到医院进行复查。连续多次异常,才具有临床意义。

数值与病情的“非线性关系”

即使数值异常确实由疾病引起,其高低与病情的严重程度也常不成正比。

急性与慢性差异:急性感染时,白细胞计数可能急剧升高,但及时治疗后可迅速恢复正常。慢性骨髓增生性疾病患者的白细胞可能长期轻度升高,但病情更复杂。

指标敏感性:某些指标(如C反应蛋白)在炎症早期迅速升高,

如何看懂药品说明书

□王硕

发不良反应。

适应症:指导患者对症下药

适应症说明药品用于治疗哪些疾病或缓解哪些症状。比如感冒清热颗粒,药品说明书上标注用于风寒感冒、头痛发热、恶寒身痛等。只有当症状与药品说明书上的适应症相符时,用药才可能有效。如果随意用药,不仅会耽误病情,还可能带来风险。例如,把治疗风寒感冒的药用于治疗风热感冒,可能会加重病情。

用法用量:精准用药保安全

用法用量是用药的核心指引,包括服用的时间(饭前、饭后、空腹等)、方式(口服、外用、注射

等)和剂量。不同药品的服用时间

有讲究,肠溶片通常需要空腹服用,以便药物快速通过胃部,在肠道发挥作用;对胃有刺激的药则多建议饭后服用。剂量更是关键,随意增减剂量可能影响药效或引发不良反应。比如降压药,若剂量不足,会控制不住血压;若过量服用,可能会导致低血压,引发头晕甚至晕厥。

不良反应:提前知晓早防范

不良反应部分详细列出了用药后可能出现的不适症状。需要注意的是,药品说明书上列出的不良反应并非每个人都会出现,只是提示存在发生的可能性。了

解这些信息,能让我们在用药过程中保持警惕,及时发现异常。例如,服用某些抗生素可能出现腹泻、皮疹等症状,知道这些后,一旦出现类似情况,能及时联系医生,让医生判断是否需要调整用药。

禁忌和注意事项:避开用药“雷区”

禁忌明确指出哪些情况绝对不能使用,比如孕妇禁用、对药物成分过敏者禁用等。注意事项则涵盖了用药期间需关注的各种细节,如饮食禁忌、不能同时服用的其他药物等。服用头孢类抗生素期间禁

止饮酒,否则可能引发严重的双硫仑样反应,危及生命。严格遵守禁忌和注意事项,是安全用药的重要保障。

有效期和贮藏条件:确保药品的有效性

有效期决定了药品的使用期限。过期药品不仅药效下降,还可能产生有害物质。贮藏条件同样重要,不同的药品对温度、湿度、光照等有不同的要求。胰岛素需要冷藏保存,若在常温下放置时间过长,就会失去活性。了解有效期和贮藏条件,能让我们用到有效的药品。

看懂药品说明书上的这6个核心信息,能帮助我们更科学、更安全地用药。下次用药前,不妨多花几分钟,仔细阅读药品说明书。

(作者供职于山东省潍坊市人民医院)

应定期进行眼底检查

□王莉

我们的眼睛如同精密的相机,眼底则是相机里负责成像的底片。这个位于眼球后部的神秘区域,包含视网膜、视神经乳头、黄斑等重要结构,一旦发生病变,不仅会模糊视野,还可能悄无声息地夺走“光明”。然而,由于眼底病早期症状隐匿,很多人往往错过最佳治疗时机。因此,定期进行眼底检查,成为守护视力的关键防线。

眼底病为什么危害这么大?它与眼底结构的特殊性密切相关。视网膜上的神经细胞属于不可再生细胞,一旦受损便无法修复。例如,发生视网膜脱离后,视神经上发生层与色素上皮层分离,若未能在48小时内复位,脱离区域的神经细胞会因缺血缺氧坏死,造成不可逆转的视力丧失。黄斑作为视网膜上负责精细视觉和色觉的核心区域,其病变更是

严重影响生活质量——患者可能无法阅读、驾驶,甚至难以辨认亲人的面容。

定期检查是早期发现眼底病的唯一有效手段。与身体其他部位不同,眼底是唯一能直接观察到血管和神经的“窗口”。通过专业检查设备,医生可以清晰地看到视网膜血管的形态、黄斑的色泽、视神经的状态,从而判断是否存在病变。对于健康人群,建议40岁后每年进行一次眼底检查;对于高危人群,则需要频繁监测。

哪些人属于眼底病高危人

群?一是糖尿病患者。高血糖会损伤视网膜血管,眼底病发病率约为34.6%,且血糖控制越差,发病越早。二是高血压患者。长期高血压会导致视网膜动脉硬化、出血,严重时可能引发视力骤降。三是高度近视(近视度数超过600度)人群。他们的视网膜更薄,容易出现裂孔、脱离等问题。四是孕妇。其在妊娠期也可能出现高血压性视网膜病变,需要在孕定期监测眼底。

眼底检查并不复杂,且无创伤。基础检查包括视力检查、眼

压测量和散瞳眼底检查,其中散瞳眼底检查能让医生全面观察眼底各个部位,避免遗漏周边区域的病变。对于高危人群,还可进行眼底照相、光学相干断层扫描(OCT)等进一步检查。OCT能清晰地显示视网膜各层的细微结构,帮助医生早期发现黄斑水肿、变性等病变。

在日常生活中,除了定期检查,我们还可以通过一些细节发现眼底病。比如,突然出现眼前黑影飘动、看东西变形、视野中有遮挡感、视力骤降等症状,都可能是眼底病发出的信号,应立即就医。

定期进行眼底检查,不仅是对视力的保护,更是对生活质量的守护。

(作者供职于山东省济宁市金乡县人民医院)

甲状腺切除对身体的影响

□吴文臣

甲状腺是人体重要的内分泌腺体,位于颈部前方,形似蝴蝶,负责分泌甲状腺激素,调控新陈代谢、能量消耗、体温调节及神经系统功能。当因疾病切除甲状腺后,机体会发生一系列适应性变化。

代谢功能方面:能量平衡的重新调整

甲状腺激素是人体代谢的“加速器”。切除甲状腺后,激素分泌减少,基础代谢率下降,患者可能会出现怕冷、乏力、体重增加等症状。这是因为甲状腺激素不足会降低细胞对能量的利用效率,导致热量产生减少,同时脂肪分解速度减缓,易引发脂肪堆积。

应对建议:术后需终身服用左甲状腺素钠片替代治疗,定期监测甲状腺功能,根据相关指标调整剂量。在饮食方面,应控制总热量的摄入,增加优质蛋白和膳食纤维的摄入,避免摄入高糖、高脂食物。

神经系统方面:从兴奋到平稳的过渡

甲状腺激素对神经系统的发育和功能维持至关重要。切除甲状腺后,患者可能出现记忆力减退、反应迟钝,甚至情绪低落或抑郁。部分人因激素波动发生失眠或嗜睡交替出现情况。

应对建议:保持规律作息,避免熬夜。通过低强度运动(如散

步、瑜伽)促进脑部血液循环。若情绪问题持续存在,可寻求心理咨询或加入患者互助团体,缓解心理压力。

消化系统方面:从快到慢的转变

甲状腺激素能促进胃肠蠕动和消化液分泌。切除甲状腺后,胃肠动力减弱,患者常感到腹胀、便秘,甚至食欲不振。长期代谢减缓还可能影响营养吸收,导致贫血或维生素缺乏。

应对建议:饮食以清淡易消化为主,增加膳食纤维的摄入,每日饮水1500毫升~2000毫升。若便秘严重,可在医生的指导下使用缓泻剂。定期进行血常规检

查,补充铁剂或维生素B₁₂。

骨骼与钙磷代谢方面:要防范潜在的风险

甲状腺旁腺紧邻甲状腺,手术可能误伤,导致甲状旁腺激素分泌不足,引发低钙血症。患者会出现手足麻木、抽搐,甚至喉痉挛或窒息。

应对建议:术后密切监测血钙水平,常规补充钙剂(如碳酸钙)和维生素D。避免进食高磷食物(如动物内脏、碳酸饮料)。若出现抽搐,应立即就医。

声音与颈部功能方面:要精细操作,避免损伤

甲状腺手术可能损伤喉返神经(控制声带运动),导致声音嘶

哑、饮水呛咳,甚至呼吸困难。颈部淋巴结清扫术可能限制肩部活动,引发僵硬感。

应对建议:术后避免大声说话或长时间用嗓。进行颈部康复训练(如缓慢转头、低头仰头),幅度由小到大。肩部接受清扫术者需做爬墙运动,以恢复上肢灵活性。若声音嘶哑问题持续3个月以上,需进行嗓音评估。

心理与社会适应方面:保持良好心态,减少信息焦虑

甲状腺切除后,患者需面对终身服药、定期复查及颈部瘢痕等问题,易产生焦虑、自卑等情绪。

应对建议:家人应给予情感支持。患者可通过记录身体变化(如体重、心率)增强自我管理意识;参加健康讲座或线上社群,获取科学的信息,减少信息焦虑。

(作者供职于山东省济宁市金乡县人民医院)

在传统中医理论中,痹症是指因风、寒、湿等外邪侵袭人体,导致气血运行不畅、经络阻滞,引发肌肉、关节等处疼痛、麻木、屈伸不利的病症。风湿病是一类以关节、肌肉、骨骼及周围软组织病变为主要表现的疾病总称,包括类风湿关节炎、强直性脊柱炎、痛风等数十种病症。风湿病多为自身免疫性疾病,发病隐匿,病程较长,且大多具有遗传倾向。痹症与风湿病是中西医理论体系中两个相关但不同的概念。

身体发出“求救”信号,往往从局部不适开始。关节疼痛是常见的表现之一。中医认为“不通则痛”,这与现代医学中炎症刺激关节滑膜、软骨等组织引发疼痛的机制相呼应。需要留意的是,风湿病引起的关节痛多具有对称性,如类风湿关节炎常累及双手近端指间关节、掌指关节,且疼痛在晨起时更为明显,伴僵硬感,活动后数小时才逐渐缓解,这种“晨僵”现象是其区别于普通关节劳损的重要特征。

除了关节,肌肉与骨骼的异常也不容忽视。中医所说的“痹在筋”“痹在骨”,在风湿病中可能表现为肌肉酸痛无力、骨骼疼痛或畸形。例如:多发性肌炎患者会出现四肢近端肌肉乏力,蹲下后难以站起来;强直性脊柱炎以脊柱关节受累为主,患者可能出现腰背部疼痛,夜间或久坐后加重,活动后减轻,若未及时治疗,可能导致脊柱强直、活动受限。

皮肤与黏膜的改变也是身体发出的“预警”信号。中医认为,痹症若兼夹湿热,可能引发皮肤红斑、肿胀。现代医学发现,系统性红斑狼疮患者常出现面部蝶形红斑,日晒后加重;痛风患者可能有关节周围出现黄白色的痛风石,这是尿酸盐结晶沉积的结果。此外,口干、眼干等黏膜症状,提示可能存在干燥综合征等风湿免疫性疾病。

对于这些身体发出的“求救”信号,中西医有着不同的应对思路。中医强调“辨证施治”,根据风、寒、湿等外邪的性质,采用祛风、散寒、除湿等方法,配合针灸、推拿等手段疏通经络、调和气血。现代医学注重通过实验室检查(如类风湿因子、抗核抗体、尿酸等检查)和影像学检查(如X线、超声、磁共振等检查)明确诊断,然后采用非甾体抗炎药、免疫抑制剂、生物制剂等药物控制炎症、调节免疫功能,同时结合康复锻炼维持关节功能。

可以说,痹症是中医对局部经络病变的概括,风湿病则是现代医学对全身性免疫疾病的统称,两者在理论和实践中均有显著差异。

无论是痹症还是风湿病,治疗核心都是早期发现、及时干预。当身体出现持续的关节疼痛、肌肉无力、皮肤黏膜异常等症状时,不应简单归结为劳累或衰老,应及时寻求专业医疗帮助,通过医学检查明确病因。在疾病管理中,不仅要借鉴中医“治未病”的理念,防寒防潮,合理饮食,适度锻炼,增强体质,还要进行规范治疗,控制病情进展,提高生活质量。

了解身体发出的“求救”信号,有助于提高警惕,守护好健康。在治疗疾病时,中西医结合具有独特优势。

(作者供职于山东省职业卫生与职业病防治研究院)

肥胖症是病 非单纯的胖

□黄晴晴

在日常生活中,很多人提起肥胖,第一反应就是“吃得太多、动得太少”导致体重超标,甚至将其简单地归为身材问题。事实上,当体重超出正常范围且达到医学诊断标准时,不再是单纯的身材问题,而是一种需要警惕的慢性代谢性疾病——肥胖症。肥胖症不仅影响外在形象,还会引发全身代谢紊乱,威胁身体健康。

按照世界卫生组织标准,以体重指数(BMI)判断肥胖程度,当BMI≥28时,即可诊断为肥胖症。

但是,比数值更关键的是,肥胖症的核心并非脂肪多,而是代谢系统失衡。脂肪组织不只是能量仓库,还会分泌瘦素、脂联素等激素,调节血糖、血脂等代谢。脂肪细胞过度增生或肥大时,会引发激素分泌紊乱,如瘦素抵抗(对饱腹信号不敏感,易暴饮暴食)、胰岛素抵抗(细胞对胰岛素敏感性下降,血糖难利用,易诱发糖尿病),进而形成“代谢紊乱”恶性循环。

肥胖症是代谢病而非单纯的胖,核心是它会全面扰乱代谢系统。肥胖症是2型糖尿病的重要诱因,会导致血脂异常(脂肪堆积引发高胆固醇、高甘油三酯,增加动脉粥样硬化风险),干扰内分泌(女性易患多囊卵巢综合征),还会导致非酒精性脂肪肝、胃食管反流病。这些连锁反应均为代谢失调所致,印证了其代谢病的属性。

很多人认为“肥胖是因为自律性差”。实际上,肥胖症的成因远比“吃得多、动得

痹症和风湿病的病理机制及治疗

□李作强

少”复杂。除了后天的生活习惯,遗传因素也扮演着重要角色——如果父母都较胖,子女患肥胖症的概率高达70%;先天代谢基因缺陷,可能让有些人天生就比别人更易储存脂肪。此外,环境因素也不可忽视。高油、高糖、高热量的“快餐化”饮食,久坐不动的工作和生活模式,甚至长期熬夜、精神压力大导致的激素紊乱,都会打破身体的代谢平衡,诱发肥胖症。因此,将肥胖症简单归咎于不自律,既不符合医学事实,也容易给患者带来不必要的心理负担。

肥胖症需“科学治疗+管理”,而非单纯追求快速减重。生活方式干预是基础。减少高糖、高油、高盐食物的摄入,增加蔬菜、水果、全谷物、鸡蛋、瘦肉等的摄入,避免极端节食(会降低基础代谢率,导致越减越胖)。建议每周150分钟以上中等强度有氧运动(快走、慢跑等),搭配2次~3次力量训练,助力增肌、改善代谢。必要时可进行医学干预。若生活方式干预无效或已出现糖尿病、高血压等并发症,需在医生的指导下进行医学干预,包括使用减重药物、做手术(如胃旁路手术)。

更关键的是要转变认知。肥胖症不是身材缺陷,而是需重视的慢性疾病;治疗的目的不是追求美观,而是守护健康。无论是否患病,都要关注体重异常增加、血糖偏高、血脂异常等代谢异常信号,及时就医检查,早发现,早干预。

(作者供职于山东省济宁市金乡县人民医院)