

CT检查前 准备要做对

一场及时雨般的检查

深夜的急诊室,45岁的张先生因剧烈头痛被送来。他面色苍白,双手不停颤抖,医生立即为他安排了头部CT检查。随着仪器安静地运转,短短2分钟后,清晰的影像显示基底节区有直径3cm的出血灶——正是这个影像结果,让医生在黄金时间内完成了微创手术。如今,这样精准高效的CT检查已成为现代医疗不可或缺的“侦查兵”。

CT检查的“火眼金睛”:五大核心用途

1. 颅脑:守护生命的“精密雷达”
当遇到突发头痛、意识模糊时,CT能像探照灯般穿透颅骨。它不仅可以在3分钟内确认脑出血范围,还能发现5~15mm大小的腔隙性脑梗死病灶。在肿瘤筛查中,在CT增强扫描下会呈现不规则强化环等现象,这些特征让医生能第一时间辨别良恶性肿瘤。
2. 头颈部:五官疾病的“高清放大镜”
对于反复鼻塞患者,CT能清晰显示鼻窦黏膜肥厚、息肉形态,甚至窦腔骨壁有无明显吸收和破坏。在耳科领域,乳突气房密度

增高,黏膜增厚,周围骨质增生硬化,往往提示中耳乳突炎。甲状腺检查时,发现不规则低密度肿块,边界不清,可伴有细小钙化灶,这是甲状腺癌的重要警示信号。

3. 胸部:肺癌筛查的“得力帮手”

CT的密度分辨力是普通X线的10倍以上,能发现小至几毫米的病变。在肺癌筛查中,低剂量胸部CT可检测到早期肺结节,很大程度上降低肺癌死亡率。一位45岁的吸烟男性因持续咳嗽就诊,CT发现右肺有一个5mm的磨玻璃结节,经及时手术证实为早期肺癌,成功避免了病情恶化。

4. 腹部:消化系统的“透视仪”

当医生怀疑急性胰腺炎时,CT增强扫描不仅能显示胰腺肿胀程度,还能通过“蜂窝状”改变判断坏死范围。对于肝脏检查,动脉期强化明显而门脉期快速消退的“快进快出”特征,是原发性肝癌的典型表现。

5. 骨关节:运动损伤的“三维地图”

对于复杂骨折,CT三维重建能呈现立体的“骨块拼图”。在椎间盘突出诊断中,它能精确

测量突出物大小,当超过椎管直径1/3时为临床医生提供是否手术干预参考。

可见,无论是排查脑出血、追踪肿瘤,还是评估骨折,CT都能为医生提供精准的“地图”。

CT检查前,这些准备你做好了没

1. 金属物品:影像质量的隐形杀手
实验数据显示,一枚发卡会使图像产生长达15cm的放射状伪影。建议检查前:摘除项链、耳环、发卡等金属物品;更换无金属扣的检查服;女士提前卸除带金属纽扣的内衣;告知医生体内是否有金属植入物(如心脏支架)。
2. 呼吸训练:决定成败的20秒
胸腹部CT需要配合呼吸;检查前务必要配合医生做好屏气训练;吸气量保持在75%避免过度膨胀;屏气时间一般控制在10~15秒。
3. 空腹与憋尿:按需“管住嘴”
对于腹部盆腔检查,要进行肠道的准备。
腹部检查:需空腹4~6小时,减少肠道气体干扰;盆腔检查:可能需憋尿,充盈膀胱以清晰显示器官。

4. 特殊准备:增强检查需谨慎
若需注射碘对比剂(增强CT);提前告知过敏史、肾功能情况;检查后多喝水,加速对比剂排出;糖尿病患者服用二甲双胍者需遵医嘱停药;甲亢患者禁用含碘对比剂。

科学检查,健康生活

CT如同一把双刃剑,用对了是救命的利器,滥用则可能带来风险。

作为患者,我们应:
信任医生:不盲目拒绝检查,也不过度要求“拍个全身CT”;
做好配合:检查前认真准备,提高诊断准确性;

定期体检:高危人群(如吸烟者、家族肿瘤史)可按需进行低剂量CT筛查。

医学进步的目的是守护生命,而非制造焦虑。

下次面对CT检查时,不妨将它视为一次“身体旅行”,让科技为健康保驾护航!

(作者:叶伟亮 漳州市长泰区疾病预防控制中心 副主任技师)

五类降压药的“使用说明书” 这样用才对

口服降压药物是控制血压、改善高血压患者预后的重要手段,降压药物的正确应用与否将关系着患者的病情控制效果甚至生命安危。然而很多患者和家属对于降压药物具有一定的误解,这也使得不规范用药的情况时有发生。

降压药物的分类与适用人群

目前临床当中比较常用的降压药物可分为五大类型,各个类型的降压药物在作用机制以及适用人群方面都有所不同。

(1)利尿剂:常用药物有氢氯噻嗪以及呋达帕胺等,有利于促使机体当中的多余钠盐及水分排除,降低血容量,有助于控制血压,是轻、中度高血压的常用治疗药物,特别是同时合并充血性心力衰竭、单纯收缩期高血压或者年龄偏高的高血压患者比较适用。长期应用利尿剂可能出现电解质紊乱。

(2)钙通道阻滞剂(CCB):常见药物有硝苯地平、氨氯地平等,此类药物能够对钙离子进入人体血管平滑肌细胞进行阻碍,并可促使血管扩张,实现降压作用。适合应用于各类型的高血

压,尤其是老年患者、合并稳定性心绞痛、周围血管病变以及冠脉粥样硬化病变的高血压患者,可能出现的不良反应有头痛、面部潮红以及肢体水肿等。

(3)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI):比较常用药物有卡托普利以及依那普利等,此类药物能够对血管紧张素转换酶活性进行抑制,抑制血管紧张素Ⅱ生成,有利于血管扩张并降低血压水平,比较适合应用于合并心力衰竭、糖尿病肾病以及心肌梗死或存在糖耐量减退的高血压患者,一些患者长期应用可能出现干咳。

(4)血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB):常用药物有氯沙坦、缬沙坦等,此类药物的作用机制和ACEI类药物比较相似,是通过阻断血管紧张素Ⅱ与受体的结合来实现降压目的,通常适合应用于无法耐受ACEI药物的患者,ARB类药物的安全性较高,较少出现不良反应,偶有患者出现恶心、头晕等情况。

(5) β 受体阻滞剂:常用药物有美托洛尔、比索洛尔,此类

药物能够对心脏 β 受体进行抑制,控制心率,调低心肌收缩力,有助于降低心输出量,从而实现降低血压的目的。比较适合应用在心率较快的高血压患者或具有心绞痛以及心力衰竭的高血压患者中。

降压药物的口服原则

(1)小剂量原则:通常情况下降压药物的口服应首先从小剂量起,有利于预防药物不良反应,若小剂量降压效果不佳可逐步增加口服剂量。

(2)优选长效制剂:由于长效降压药物患者每日仅需口服一次便可控制24小时内的血压水平,预防血压大幅波动。

(3)联合用药:单一用药疗效不佳的高血压患者可采取联合用药方案治疗,这有利于提升降压疗效,同时也可减少每种降压药物的用量。

(4)个体化原则:在降压药物应用中需结合病情、耐受度以及身体状况等制定个体化的降压药物方案。

降压药物的常见使用误区

(1)误区一:血压水平正常就

停用药物。一些高血压患者在口服一段时间降压药物后,发现血压恢复至正常水平,因此便自行停药,擅自停药很可能导致血压快速升高,同时治疗难度大大提升,还可能诱发心脑血管疾病。

(2)误区二:盲目用药。一些患者认为自己没有出现头晕、恶心、头痛等症状,因此无需用药,事实上很多高血压患者,尤其是在患病早期,通常并无症状表现,然而长期的高血压状态下容易对心、脑、肾等器官造成慢性损害。

(3)误区三:单纯依赖降压药物。降压药物是高血压患者的主要治疗手段,能够控制血压,除了要应用降压药物治疗外,还需加强饮食管理,坚持运动锻炼,并严格戒烟戒酒等。

降压药物是高血压患者的主要治疗手段,然而此类药物的应用是十分复杂的过程,患者应该在医生的指导下规范用药,避免用药误区。

(作者:林霖 闽侯县南通镇卫生院 主管药师)