

电视监控转床上动态观察 IVP 的临床价值

吴晓茶

【摘要】 目的: 动态观察泌尿系统的生理显影全过程^[1], 正确了解病变的部位与性质, 作出 X 线诊断。方法: 选择 150 例因常规 IVP 不能明确诊断的肾病患者, 采用电视监控转床上行 IVP, 常规 IVP 作对照组。结果电视监控转床上 IVP 的 X 线诊断与临床符合明显高于常规 IVP 和临床碎石治疗手术及病理所见, 取得一致意见。

结论: 电视监控转床上 IVP 对泌尿系统有无结石, 结石的数目、部位和重叠阻光影作出鉴别诊断, 特别对输尿管狭窄、梗阻与膀胱充盈不良有特定意义, 并能查明肾腔病变, 对早期肾结核作出诊断。

材料与方 法

选择 150 例收住院的泌尿系统患者, 并具有常规 KUB 和 IVP 检查, 尚不能明确诊断的: 男 86 例, 女 64 例; 最小年龄 24 岁, 最大年龄 58 岁, 平均年龄为 41 岁; 有泌尿系统结石史的 38 例。原常规 IVP 作对照组。

使用匈牙利 500mA 电视转床 X 线机, 造影剂 75% 泛影葡胺 20~40ml。患者仰卧于转床上, 捆绑输尿管压迫器, 重病人可不加压, 采用转床头低足高位, 待造影剂注射完毕, 电视监控动态观察泌尿系统显影全过程。①如肾小盏显示不够清楚, 监控转床改变体位, 多方位局部点片, 摒除重叠混淆阴影。②解松压迫器后, 摄输尿管全程及膀胱片。输尿管移行处, 需除外其它阳光影重叠, 可摄左右斜位观察; 输尿管狭窄、梗阻端不够清晰时, 可使转床慢慢起立, 待输尿管狭窄、梗阻端清晰显示后点片。③膀胱充盈不良时, 可起立转床约 60° 或满意后摄片左右斜位片观察。

讨 论

从表上可以看出肾盏显示不规则及肾腔破坏空洞常规 IVP 39 例与 16 例, 电视监控转床上 IVP 27 例与 9 例, 摒除 12 例肾盏病变及 7 例肾腔病变。

常规 IVP 输尿管显示不清 54 例, 输尿管狭窄、梗阻 48 例, 电视监控转床上 IVP 无一例输尿管显示不清, 输尿管狭窄、梗阻 71 例, 其中查明 3 例因肾盂巨大积液致输尿管移位, 6 例输尿管对称性狭窄。31 例属正常。膀胱充盈不良与缺损常规 IVP 共 68 例, 电视监控转床上 IVP 27 例, 摒除 41 例膀胱病变。

结 论

电视监控转床上 IVP 与常规 IVP 的 X 线征象对

表 1 电视监控转床上 IVP 与常规 IVP 的 X 线征象对照表

X 线征象		常规 IVP (例)	电控转床 IVP(例)	备注
肾 廓	正常	37	37	
	增大	55	62	
	不清	58	51	
肾 盏	正常显影	0	28	
	扩张	68	60	
	不规则显影	39	27	
肾 盂	结石	43	35	
	正常显影	30	31	
	扩张	60	60	
输 尿 管	破坏空洞	16	9	
	结石	44	50	
	全程显影	0	28	
膀 胱	移位	0	3	巨大肾盂积液 6例对称狭窄
	梗阻狭窄	48	71	
	结石	58	69	
	显示不清	54	0	
	结石	37	37	
膀 胱	充盈不良	45	0	
	缺损	23	27	
	容积正常	45	86	

照, 如表 1。

常规 IVP 只能摄取同一个平面的 X 线像, 对重叠结构不易区分, 采用电视监控转床可改变不同体位, 摄取不同平面的 X 线像加以鉴别。

电视监控转床上 IVP, 对输尿管狭窄、梗阻有独到之处, 改变不同体位能动态观察输尿管狭窄、梗阻端的形态, 确定狭窄梗阻原因, 明确病变部位, 作出正确 X 线诊断, 为临床决定治疗方案, 切中选择、碎石定位提供可靠科学依据。

正常肾盂、肾盏显影最佳时间为 20~30min, 而电视监控 IVP 能正确掌握显影时间, 并根据诊断要求适时摄片, 即缩短时间又节约 X 线胶片, 病人满意。

通过电视监控观察膀胱内有无造影剂, 可鉴别肾功能不良或压迫过松引起的肾盂、肾盏显影不良。

电视转床监控 IVP 全过程能录像或储存, 可随时调用, 对诊断、治疗和教学有价值。

(1999-07-09 收稿)