

肾癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E8_82_BE_E7_99_8C_c22_306082.htm 名称肾癌所属科室泌尿生殖外科病理肾癌常为单侧单病灶，左右侧发病数相似肾癌多数为圆形，大小十分悬殊。肿瘤无组织学包膜，但有被压迫的肾实质和纤维组织行成的假包膜，少数为均匀的黄色或棕色，多数体有出血、坏死、纤维化斑块，出血坏死可形成囊性，本身为乳头状囊腺癌。肿瘤可破坏全部肾脏，并可侵犯邻近脂肪、肌肉组织、血管，淋巴管等，肾四周筋膜是防止局部扩散的一层屏障。肾癌易向静脉内扩展形成癌栓，可伸延进入肾静脉、下腔静脉。远处转移常见为肺、脑、骨等。电镜检查见肾癌细胞大多数表现为不同程度的近曲小管的超微结构，认为肾癌发生于近曲小管。肾癌大多数为透明细胞癌，亦可同时或大多数为颗粒细胞，这种细胞形为梭状，有时酷似肉瘤，这种恶性程度较大的肾癌，称为未分化癌。临床表现肾癌患者的主诉和临床表现多变，轻易误诊为其他疾病。肾位置隐蔽，与外界主要的联系是尿，因此血尿是发现肾癌最常见的病状，但血尿的出现必须在肿瘤侵入肾盂后方有可能，因此已不是早期病状。多年来，把血尿、疼痛和肿块称为肾癌的“三联征”，大多数病人就诊时已具有1个~2个病状，三联征俱全者占10%左右，很少有可能治愈。

1. 血尿：血尿常为无痛性间歇发作肉眼可见全程血尿，间歇期随病变发展而缩短。肾癌出血多时可能伴肾绞痛，常因血块通过输尿管引起。肾癌血尿的血块可能因通过输尿管形成条状。血尿的程度与肾癌体积大小无关。肾癌有时可表现为持久的镜下血尿。
2. 腰痛：腰痛为肾癌另一常见症状，多数为钝痛，局限在腰部

，疼痛常因肿块增长充胀肾包膜引起，血块通过输尿管亦可引起腰痛已如前述。肿瘤侵犯四周脏器和腰肌时疼痛较重且为持续性。3．肿块：肿块亦为常见症状，大约 $1/3 \sim 1/4$ 肾癌患者就诊时可发现肿大的肾脏。肾脏位置较隐蔽，肾癌在达到相当大体积以前肿块很难发现。一般腹部摸到肿块已是晚期症状。4．疼痛：疼痛约见于50%的病例，亦是晚期症状，系肾包膜或肾盂为逐渐长大的肿瘤所牵扯，或由于肿瘤侵犯压迫腹后壁结缔组织、肌肉、腰椎或腰神经所致的患侧腰部持久性疼痛。5．其他症状：不明原因的发热，或刚发觉时已转移，有乏力、体重减轻、食欲不振、贫血、咳嗽和咳血等肺部症状。另外，肾腺癌的作用是由肿瘤内分泌活动而引起的，包括红细胞增多症、高血压、低血压、高钙血症，发热综合症。虽然这些全身性、中毒性和内分泌的作用是非非凡性的，但约30%的病人首先有许多混合的表现。因而是有价值的线索，这种发现考虑为肿瘤的系统作用。诊断I.一般检查：血尿是重要的症状，红细胞增多症多发生于3%~4%；亦可发生进行性贫血。双侧肾肿瘤，总肾功能通常没有变化，血沉增高。某些肾癌患者并无骨骼转移，却可有高血钙的症状以及血清钙水平的增高，肾癌切除后症状迅速解除，血钙亦回复正常。有时可发展到肝功能不全，如将肿瘤肾切除，可恢复正常。2．X线造影术为诊断肾癌的主要手段(1)X线平片：X线平片可以见到肾外形增大，轮廓改变，偶有肿瘤钙化，在肿瘤内局限的或广泛的絮状影，亦可在肿瘤四周成为钙化线，壳状，尤其年轻人肾癌多见。(2)静脉尿路造影，静脉尿路造影是常规检查方法，由于不能显示尚未引起肾盂肾盏未变形的肿瘤，以及不易区别肿瘤是否肾癌。肾血管平

滑肌脂肪瘤，肾囊肿，所以其重要性下降，必须同时进行超声或CT检查进一步鉴别。但静脉尿路造影可以了解双侧肾脏的功能以及肾盂肾盏输尿管和膀胱的情况，对诊断有重要的参考价值。(3)肾动脉造影：肾动脉造影可发现泌尿系统造影未变形的肿瘤，肾癌表现有新生血管，动静脉瘘，造影剂池样聚集(Pooling)包膜血管增多。血管造影变异大，有时肾癌可不显影，如肿瘤坏死，囊性变，动脉栓塞等。肾动脉造影必要时可向肾动脉内注入肾上腺素正常血管收缩而肿瘤血管无反应。在比较大的肾癌。选择性肾动脉造影时亦可随之进行肾动脉栓塞术，可减少手术中出血肾癌不能手术切除而有严重出血者可行肾动脉栓塞术作为姑息性治疗。

3.超声扫描

：超声检查是最简便无创伤的检查方法，可作为常规体检的一部分。肾脏内超过1cm肿块即可被超声扫描所发现，重要的是鉴别肿块是否是肾癌。肾癌为实性肿块，由于其内部可能有出血、坏死、囊性变，因此回声不均匀，一般为低回声，肾癌的境界不甚清楚，这一点和肾囊肿不同。肾内占位性病变都可能引起肾盂、肾盏、肾窦脂肪变形或断裂。肾乳头状囊腺癌超声检查酷似囊肿，并可能有钙化。肾癌和囊肿难以鉴别时可以穿刺，在超声引导下穿刺是比较安全的。穿刺液可作细胞学检查并行囊肿造影。囊肿液常为清亮、无肿瘤细胞、低脂肪，造影时囊壁光滑可肯定为良性病变。如穿刺液为血性应想到肿瘤，可能在抽出液中找到肿瘤细胞，造影时囊壁不光滑即可诊断为恶性肿瘤。肾血管平滑肌脂肪瘤为肾内实性肿瘤，其超声表现为脂肪组织的强回声，轻易和肾癌相鉴别。在超声检查发现肾癌时，亦应注重肿瘤是否穿透包膜、肾周脂肪组织，有无肿大淋巴结，肾静脉、下腔静脉内

有无癌栓，肝脏有无转移等。4. CT扫描：CT对肾癌的诊断有重要作用，可以发现未引起肾盂肾盏改变和无病状的肾癌，可准确的测定肿瘤密度，并可在门诊进行，CT可准确分期。有人统计其诊断准确性：侵犯肾静脉91%，肾四周扩散78%，淋巴结转移87%，四周脏器受累96%。肾癌CT检查表现为肾实质内肿块，亦可突出于肾实质，肿块为圆形，类圆形或分叶状，边界清楚或模糊，平扫时为密度不均匀的软组织块，CT值 $>20\text{Hu}$ ，常在 $30\sim 50\text{Hu}$ 间，略高于正常肾实质，也可相近或略低，其内部不均匀系出血坏死或钙化所致。有时可表现为囊性CT值但囊壁有软组织结节。经静脉注入造影剂后，正常肾实质CT值达 120Hu 左右，肿瘤CT值亦有增高，但明显低于正常肾实质，使肿瘤境界更为清楚。如肿块CT值在增强后无改变，可能为囊肿，结合造影剂注入前后的CT值为液体密度即可确定诊断。肾癌内坏死灶，肾囊腺癌以及肾动脉栓塞后，注入造影剂以后CT值并不增高。肾血管平滑肌脂肪瘤由于其内含大量脂肪，CT值常为负值，内部不均匀，增强后CT值升高，但仍表现为脂肪密度，嗜酸细胞瘤在CT检查时边缘清楚，内部密度均匀一致，增强后CT值明显升高。

CT检查确定肾癌侵犯程度的标准。(1)肿块局限于肾包膜内：患肾外形正常或局限性凸出，或均匀增大。突出表面光滑或轻度毛糙，如肿块呈结节状突入肾囊，表面光滑仍考虑局限在肾包膜内。脂肪囊内清楚，肾周筋膜无不规则增厚。不能用脂肪囊是否存在判定肿瘤是否局限在肾筋膜内，尤其是消瘦患者。(2)局限在脂肪囊内肾四周侵犯：肿瘤凸出并代替局部正常肾实质，肾表面毛糙显著，肾筋膜不规则增厚。脂肪囊内有边界不清的软组织结节，线状软组织影不作诊断

。(3)静脉受侵：肾静脉增粗成局部呈梭状膨隆，密度不均匀，异常增高或降低，密度改变与肿瘤组织相同。静脉增粗的标准，肾静脉直径 $>0.5\text{cm}$ ，上腹部下腔静脉直径 $>2.7\text{cm}$ 。

。(4)淋巴结受侵：肾蒂，腹主动脉，下腔静脉以及其间的圆形软组织影。增强后密度变化不显著，可考虑为淋巴结， $<1\text{cm}$ 者不作诊断，

2)培养能够产生效应细胞称为淋巴因子激活杀伤细胞即LAK细胞。一组LAK细胞与IL-2治疗肾癌57例；LAK细胞+IL-236例、单纯IL-221例，LAK细胞+IL-2组完全缓解(CR)4例，部分缓解(PR)8例，有效率 $12/36(33\%)$ 。IL-2组仅1/21例CR。肿瘤浸润淋巴细胞即TIL细胞亦可在体外用IL-2扩增，在动物实验发现这种过继性的转移TIL，其治疗效果比LAK细胞强50倍~100倍，并可破坏其肺和肝的转移灶。其临床应用的可能性尚在探讨中。

3. 化学治疗：肾癌的化疗效果不好，单用药治疗效果更差。有专家统计37种化疗药物单药治疗肾癌其中以烷化剂效果较好。联合化疗中疗效较好的组合为：长春花碱+氨甲喋呤+博来霉素+Tamoxifen+睾丸.长春新碱 阿霉素 BCG 甲基乙醛氧孕酮；长春花碱 阿霉素 羟基脲+MA。总之多药治疗优于单药。

4. 免疫治疗和化疗结合：一组957例肾癌转移+肾癌复发者应用+干扰素A LPHA-2A治疗，单用时有效率12%，如与长春花碱合并治疗，则有效率24%。有效者2年可能生存者50%~70%，无效者生存10%~15%，理想剂量为干扰素180万单位皮下或肌肉注射，每周3次，长春花碱 0.1mg/kg 静脉注射，3周一次。预防及预后决定肾癌的生存因素已如前述。一般肾癌经肾切除治疗后5年生存率35%~40%，10年生存率17%~30%。肾癌的预后有时难以估计，可以在肾癌切除手术

后20年、30年，甚至更长的时间出现转移病灶。100Test 下载
频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com