

肾盂肿瘤和输尿管肿瘤 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\\_9B\\_82\\_E8\\_82\\_BF\\_E7\\_c22\\_306089.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E8_82_BE_E7_9B_82_E8_82_BF_E7_c22_306089.htm) 名称肾盂肿瘤和输尿管肿瘤所属科室泌尿生殖外科病因化学致癌的物质同膀胱癌，将在下节内具体讨论。巴尔干半岛肾病是间质性肾炎，为肾盂输尿管癌的常见病因，包括南斯拉夫、罗马尼亚、保加利亚、希腊等有明显的区域性，甚至村落之间有界限，发展缓慢，肾功能减退，男女发病数相似，双侧10%。曾进行环境、职业、遗传等调查，原因仍不清楚。因为轻易有肾功能损伤、表浅、多发，治疗应尽可能保留肾组织。止痛片可引起肾盂癌，近年认为acetaninophen(Tylen01)是其代谢物具致癌质。止痛片致癌常需积累超过5kg，与每日吸15支烟20年的致癌机会相似。慢性刺激如尿石所致的炎症等可引起肾盂癌，多数为鳞癌，鳞癌患者中50%以上有结石病史。有家族性发病现象。McCullough报告父亲和二子发生上尿路多发肿瘤，Gitte见到三兄弟多发肿瘤，先有膀胱肿瘤。家族性发病可能与梅病毒感染、代谢异常和接触致癌质有关。病理病理分期和膀胱肿瘤相似国家抗癌协会UICC JewettTis 0 原位癌Ta 0 粘膜乳头状癌T1 A 浸润固有层T2 B1 浸润浅肌层T3a B2 浸润深肌层T3b C 浸润肌层外脂肪T4 D 浸润四周器官肿瘤细胞分化程度常与分期一样。决定治疗的方法和其预后。肾盂、输尿管癌转移至四周相似相邻的淋巴结，因其淋巴引流是弥散和境界不清的，范围不定。尚可转移至骨、肾、肾上腺、胰腺、脾、肝、肺等。临床表现男女为2 1，40岁~70岁占80%，平均55岁。血尿为最常见初发症状，肉眼可见，间歇性，

无痛，如有血块通过输尿管时可引起肾绞痛，有虫样血条，有时患者表现为腰部钝痛。多数病人无明显的阳性体征，但有7%左右表现为恶液质，是晚期病例。有5%~15%可摸到增大之肾脏，可能有脊肋角压痛。有报告10%~15%无临床症状，仅在其他疾病检查时偶然发现。肾盂输尿管癌有多器官发病的性质，可能存在膀胱刺激症状即膀胱肿瘤的表现。局部扩散时可出现精索静脉曲张、后腹膜腰肌征等。鳞状细胞癌常表现为结石或感染的病象。

诊断1. 排泄性泌尿系造影：可见充盈缺损，应与尿酸结石、基质石鉴别，有时缺损可因血块所致。肾实质肿瘤和囊肿均可能见肾盂肾盏充盈缺损，有时需配合B超和CT方可确诊。肾盂小的缺损可能因肾动脉及其分支引起。肿瘤可引起输尿管不显影，尤其是输尿管肿瘤时，有统计肾盂癌不显影时1/3系高期即浸润性癌，输尿管癌引起不显影时60%~80%为浸润性。肾积水占35%，输尿管有充盈缺损而发现肾积水者占20%。泌尿系造影正常者85%为低期的肿瘤。排泄性泌尿系造影不良时应配合逆行性造影或其他检查。

2. 逆行性泌尿系造影：其重要性为：造影更清楚，尤其是排泄性造影显影不良时；可能见到病侧输尿管口喷血，下端输尿管肿瘤向输尿管口突出；直接收集病侧尿行肿瘤细胞学检查或刷取活检；膀胱镜检查以除外膀胱内肿瘤。逆行造影时，肾盂内注入过多对比剂可能遮盖小的充盈缺损，输尿管造影必须使全输尿管充盈方可明确诊断。球状头(bulb)导管输尿管造影，其输尿管导管头似橄榄或橡子块，插入输尿管口荧屏下注入对比剂，可见肿瘤推向上方，输尿管下方扩张如同“rdquo.，如系结石则下方不扩张，浸注性肿瘤表面不光滑，尿石并发水肿时可误诊。有时

尿石可合并肿瘤。输尿管息肉常表现为表面光滑的长条状充盈缺损。可有分支。输尿管肿瘤时可使以下导管弯曲或呈圈状。如插管通过肿瘤可发现其上方为清尿，而导管旁边流出的为血尿。造影时必须防止带入气泡造成误诊。

3. 刷取活检：当临床怀疑肿瘤而细胞学检查阳性者，可在静脉注入对比剂后，选择可疑的部位刷取活检，小刷子通过F5导管，组织可附在刷子毛上，取出刷子后输尿管导管流出液内可能有小组织碎块，用少量盐水反复冲洗，收集液体作检查。输尿管导管应留置过夜后拔出。

4. 超声检查：可以区别结石与软组织病变，肿瘤与坏死乳头、血块、基质结石等难以鉴别。输尿管病变超声检查不可靠。

5. CT：可区分肾盂肾盏内移行细胞癌和肾癌。肾盂癌表现为肾盂内实性肿物有或肾盏呈球状，肾窦脂肪移位和受压；注射对比剂后增强不明显；肿瘤旁对比剂充盈的曲线；肾实质增强延伸(肿瘤大影响引流时)；保留肾外形。

6. 肾动脉造影：可发现肾内动脉变细或阻塞，常说明已有浸润。直径3cm以上可见到肿瘤出血。

7. 输尿管镜和肾盂镜：可能用于诊断和治疗。肾盂镜可能引起肿瘤移植，其实际价值尚难作结论。

8. 核磁共振：可用于鉴别肾癌和肾盂癌，亦可用于输尿管病变诊断，并可免用造影剂(对造影剂过敏者)。如能开发应用对比剂可提高诊断的准确性。

9. 细胞学检查：分化良好的低期肿瘤80%假阴性，而分化不良的肿瘤60%阳性或高度怀疑。

治疗肾输尿管癌行肾输尿管切除包括膀胱壁段已有50年历史，如不做输尿管全长切除则输尿管发生肿瘤的可能性高达84%，17例肾盂癌有残留输尿管者7例(41.2%)在三年内残端出现肿瘤，半数在一年内。有的认为是肾盂癌种植至输尿管，实际是因为肿

瘤多发性，致癌质的作用基于种植。近年的熟悉随着对肿瘤的生物学特征的了解，肾输尿管肿瘤手术不能千篇一律。低期低级的肾输尿管癌行部分肾输尿管切除和根治手术疗效相同。高期高级癌则应行根治性手术，否则难以治愈，非凡是细胞学阳性者。有主张高期高级的局限的癌病变时仍可行部分切除的手术，最后发现90%死于癌，而根治手术者死于癌仅30%。输尿管切除必须包括膀胱壁段，否则60%可发生膀胱癌。根治手术是否应行淋巴结清扫术？一般持否定态度，因为有淋巴结转移者很少自下而上超过一年的。孤立肾或双肾同时有肿瘤者如属低期低级，尿细胞学阴性者应争取尽可能保留肾组织，高期高级者则透析下根治手术。有时对细胞学阴性低级的肿瘤行径肾盂镜检切除肿瘤。输尿管肿瘤行部分切除保留肾脏者约占20%。肾盂癌无浸润者5年生存率40%~59%，有浸注分化不良者10%~25%。北京医科大学肾盂癌手术后5年生存率达60.3%。已如前述肾盂输尿管肿瘤轻易出现器官肿瘤，必须紧密随访有主张每6个月行尿细胞学检查一次，膀胱镜检查随访2年。在治疗肾输尿管肿瘤时必须注重与输尿管息肉相鉴别，输尿管息肉是间叶组织上覆的一层薄的良性尿路上皮，蒂很长，且可以有分支表现光滑，细胞学阳性。组织内混有血管和纤维组织，血管多的被称为“严重血尿，纤维多者称”。息肉多发于年轻人。

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](http://www.100test.com)