

肾盂、输尿管癌_肿瘤科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_82_BE_E7_9B_82_E3_80_81_E8_c22_611731.htm 肾盂和输尿管腔均被覆尿路上皮，由此发生的肿瘤统称为尿路上皮性肿瘤。肾盂、输尿管是排尿的连续通道，膀胱是储尿器官，尿液通过或贮存。尿路上皮性肿瘤有多器官发病的倾向，由于尿流方向的关系，约30%(50%上尿路肿瘤以后发生膀胱癌，多器官发病可以是同时，也可以是先后发病。肾盂癌约占尿路上皮肿瘤的5%，输尿管癌更少见。二者90%以上为移行性上皮癌。输尿管癌73%发生在下端，24%在中段，近端则只3%。输尿管、肾盂的壁薄血运丰富，易浸润转移。

1. 分期(见表)
2. 临床表现 血尿是上尿路肿瘤最常见的症状，也是大多数患者的最初症状。肉眼血尿最常见，少数为镜下血尿。肿瘤病人多数无阳性体征。一般无明显腰痛。当肿瘤发生浸润和输尿管发生梗阻时会出现腰部疼痛，以非放射性钝痛为主。如果有活动性出血伴血块形成时，可因急性尿梗阻而出现间歇性阵发性绞痛。晚期病人可出现全身症状，如消瘦、贫血、下肢水肿、腹部肿物、骨痛等。
3. 诊断 (1) 尿脱落细胞学检查。(2) 排泄性尿路造影 可发现肾盂或输尿管内的充盈缺损，或继发于血块和肿瘤引起梗阻所致的无功能肾。应注意与肠气、凝血块、阴性结石相鉴别。(3) 膀胱镜检 膀胱镜检时可观察膀胱内有无肿瘤，输尿管口有无喷血及肿物从输尿管口脱出。(4) 逆行肾盂造影 可发现肾盂或输尿管有无充盈缺损，输尿管扩张及肾盂积水。输尿管肿瘤造影后，表现为高脚酒杯状，对诊断有意义。同时可收集尿液进行细胞学

检查，也可进行刷取活检。（5）输尿管肾镜、肾盂镜检查：可直接观察肿瘤，并可取活体组织进活检。（6）b超、ct及mri b超可作为普查方法。ct可显示上尿路充盈缺损，特别是肾盂及肾盏的病变。可检查有无肿瘤扩散，对肿瘤分期很有指导意义。磁共振水成像技术，特别适合于已产生梗阻，不显影或有严重肾功能损害的肾盂、输尿管肿瘤的诊断。

3. 手术治疗（1）肾盂癌 根治性肾、输尿管切除术 肾盂肿瘤具有多中心特点，易多器官发病，所以肾、输尿管全程包括输尿管口周围的膀胱袖口状切除术，是最经典手术方法。肾盂癌一般不主张行淋巴结清除术。因有淋巴结转移时往往已有远处扩散。应用腹腔镜行肾、输尿管全程包括输尿管及膀胱袖口状切除术，也取得满意的效果。 肾盂移行细胞癌的保存器官手术。目前都认为保守性手术，只能在特殊的孤立肾、肾功能有损害、双侧肿瘤或患小的、息肉样的、高分化、低分期的表浅的肾盂癌才适用。对低分化、高分期的双侧肿瘤或低分化、高分期的孤立肾癌应行孤立肾切除加血透，以后再考虑行肾移植。 经内窥镜电灼或切除术。如经皮肾镜治疗肾盂肿瘤，可进行活检，肿瘤电切等。肿瘤电切适于单发、高分化、低分期、小肿瘤。（2）输尿管癌 多主张肾、输尿管全程包括输尿管口周围的膀胱袖口状切除术。也可以通过腹腔镜进行此手术。 对上、中段输尿管肿瘤，如为孤立肾患者，高分化则可行节段性输尿管切除，输尿管端端吻合术，如为多发性病变或低分化高分期的孤立肾仍应行肾、输尿管全切除术。 对孤立肾中下段输尿管肿瘤可行末段输尿管、膀胱袖口切除术及输尿管膀胱再植术，或输尿管皮肤造口术。 输尿管镜治疗 可进行电灼，电切，激光治

疗等。适用于肿瘤小于1cm，累及范围不超过输尿管周径的一半；孤立肾或对侧肾功能严重受损；分期是0-a期/ I - II级及局限于输尿管的肿瘤。

4．化学治疗 对肾盂移行细胞癌比较有效的化疗药物有顺铂，阿霉素，长春新碱，甲氨蝶呤，紫杉醇等。随着内腔镜技术的发展，可通过内腔镜将化疗药物直接灌注到肾盂及输尿管内。

5．放射治疗 放射治疗对移行性细胞癌不敏感。疗效较差。但是对晚期骨转移伴顽固性疼痛的患者有比较好的疗效。

6．免疫治疗 免疫治疗包括卡介苗，各种免疫细胞抗体等。干扰素，白细胞介素2，肿瘤坏死因子应用的较多且取得了一定疗效。

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