

• 经验交流 •

187 例中老年肾脏肿瘤患者的临床分析

康熙梅 牟善初 张晓英

肾脏肿瘤是老年人多见的恶性肿瘤之一,大部分患者发病初期无特异临床表现,早期诊断较困难。作者收集解放军总医院 1993 年 6 月至 1999 年 2 月 187 例 >45 岁肾脏肿瘤患者的临床资料,进行回顾性分析,现将汇总情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 187 例肾脏肿瘤患者,年龄 45~83 岁。分两组:老年组(≥ 60 岁)109 例,男性 93 例,女性 16 例;中年组(45~59 岁)78 例,男性 65 例,女性 13 例。

1.2 就诊情况 见表 1。

表 1 187 例两组肾脏肿瘤患者就诊情况

项 目	例数(%)	
	老年组	中年组
无痛性肉眼血尿	29(26.6)	18(23.1)
腰酸胀痛、腹痛	30(27.5)	33(42.3)
腹部包块	7(6.4)	5(5.1)
体检发现(无症状)	37(33.9)	11(14.1)
其他症状(发热、纳差、消瘦等)	23(21.1)	10(12.8)
有转移症状者	13(11.9)	8(10.3)
精索静脉曲张	4(3.7)	0(0)
贫血	11(10.1)	4(5.1)
红细胞增多症	6(0.9)	4(5.1)
血沉增快	28(25.7)	6(7.7)
癌胚抗原($\geq 5\mu\text{g/L}$)	7(17.1)	3(14.3)

1.3 临床检查 B 超 187 例, 83.4% 为肾实质肿块; 16.6% 为肾实质不均肿块。B 超大部分示肾脏增大,形态失常。CT 检查 95 例,均示占位性病变。

1.4 手术情况 手术 167 例,根治术 160 例,剜除、部分切除、单纯患肾摘除术各 2 例,未切除 1 例。切除率为 88.8%。术前栓塞 4 例。失去手术者 20 例。

1.5 病理资料 187 例中,肾腺癌 166 例(88.8%);

移行细胞癌 4 例;其他 7 例;10 例无病理资料。腺癌中,透明细胞癌 113 例(68.1%);混合型癌 38 例(22.9%);颗粒细胞癌 9 例(5.4%);其他 8 例(4.8%)。

1.6 临床分期、肿瘤大小及部位 按 Robson 分期原则分期。见表 2。肿瘤最小 $1.2\text{cm} \times 1.3\text{cm}$, 最大 $19\text{cm} \times 20\text{cm}$, 平均 $5.6\text{cm} \times 5.2\text{cm}$ 。其中直径 $\leq 3\text{cm}$ 者 34 例(18.2%)。3.1~5cm 者 67 例(35.8%);5.1~10cm 者 69 例(36.9%);>10cm 者 16 例(8.6%)。肿块位于肾上、中、下极分别为 57, 63, 52 例,广泛分布者 20 例。左、右侧为 90, 92 例;双肾癌 5 例(2.7%)。

1.7 确诊时间 从首发症状至手术(病理)证实时间。 ≤ 3 个月者 139 例(72.4%);3~6 个月者 17 例(8.8%);0.5~1 年者 12 例(6.3%);>1 年者 24 例(12.5%)。

表 2 187 例肾脏肿瘤患者两组 Robson 分期比较

分期	例数(%)		
	老年组	中年组	合计
I	52(47.7)	44(56.4)	96(51.3)
II	26(23.9)	18(23.1)	44(23.5)
III [▲]	17(15.6)	7(9)	24(12.8)
IV [▲]	14(12.8)	9(11.5)	23(12.3)
合计	109(100)	78(100)	187(100)

注:▲Ⅲ期、Ⅳ期末再分 a, b 期

2 讨论

2.1 肾脏肿瘤发生率有性别及年龄差异 据吴青等报道(1991)男性为女性患者的 2 倍多,本组略高,其中 60~70 岁肾脏肿瘤发生率最高。肾脏肿瘤早期临床表现无特异性,极易漏诊/误诊。因此, >45 岁中老年人要定期检查尿常规和肾脏 B 超。

2.2 病变情况 肾脏肿瘤常为单侧病灶,左、右侧相似;上、中、下极分布相近;双肾肿瘤 2.7%。由于 B 超的普及,其早期发现率与吴青等报道相比:Ⅰ期/Ⅱ期:51.3%/23.5%增高;Ⅲ期/Ⅳ期 12.8%/12.3%下降。小肾癌(直径 $\leq 3\text{cm}$)增高(18.2%)。

作者单位:100853 北京,中国人民解放军总医院南二科

作者简介:康熙梅,女,医学硕士,主治医师

通讯作者:康熙梅,电话:010-66937443

小肾癌 B 超加 CT 可提高确诊率。小肾癌术中常规送快速活检,病理证实为肾脏肿瘤后,再行剜除/部分患肾切除术,不可盲目切除肾脏。

2.3 确诊依据 手术证实 B 超、CT 诊断符合率为 97.4%, 98.4%; 静脉肾盂造影术能定位,不能定性; CT 及磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 对是否转移很有价值; B 超经济方便,适合普查。对直径 $\leq 1.5\text{cm}$ 者以严密观察肿块是否增大为宜。据李本义 (1998) 报道,尿端粒酶活性检测对泌尿系统肿瘤诊断符合率高达 90%~95.7%,值得推广。

2.4 手术/辅助治疗 肾脏肿瘤以根治术为最佳。以持续性硬膜外麻醉较妥。对中、晚期肾脏肿瘤,先选择肾动脉造影,再做肾动脉插管,注入抗癌药及栓

塞剂。据黄福贵等报道 (1997) 栓塞后 1~3 个月肿块坏死缩小 $>50\% \sim 70\%$, 栓塞后再切除,术后病理证实肾脏肿瘤细胞坏死 95%。李炎唐报道 (1993) 对单灶小肾癌,可行剜除/部分切除术,其 5 年生存率与根治术无差别;对单侧多灶性肿瘤,一定要行根治性切除术,以免术后复发。

总之,对 >45 岁中老年人,尤其是 60~70 岁的男性老年人要特别提高警惕,每半年行尿常规及肾脏 B 超检查 1 次,配合 CT, MRI, 尿端粒酶活性检测等,综合判断;积极治疗;术后随访;做到群防、群治,系统化、科学化管理。

(收稿日期:2002-05-24)

(本文编辑 周宇红)

· 会 讯 ·

老年人退行性心血管疾病全国学术研讨会征文通知

年龄因素在器质性心血管疾病的发生及发展中有重要作用,但某些心血管疾病无其他可发现的器质性病因,因而推测这些心血管疾病属于老年人退行性心血管疾病,例如老年退行性瓣膜病、高龄患者的特发性心房颤动、Lev 病等。老年人的心血管解剖学、功能学 (收缩功能、舒张功能、电功能等)、生理学、生物化学等多方面会有生理性的退行性变,轻者属于功能性问题,严重时则能起到致病作用,表现为疾病。国外某些研究中心的资料表明,老年患者心脏瓣膜置换术的 50% 是因退行性瓣膜病。

为强调和重视老年人退行性心血管疾病的发病、流行病学、诊断和治疗的特点,《中华老年医学杂志》编辑部、北京大学人民医院和卫生部北京医院将于 2003 年在江苏省无锡市共同主办“老年人退行性心血管疾病全国学术研讨会”。研讨会重点讨论老年心血管系统解剖学、生理学、功能学退行性改变的表现和机制,重点讨论老年退行性心血管疾病的种类、范围、认识、诊断和治疗。研讨会将邀请国内著名的解剖学、生理学和生物化学方面的基础医学专家,邀请老年医学、心血管疾病方面的临床医学专家,共同围绕这一专题做深入的学术研讨。

现征文如下:① 征文内容:有关老年人退行性心血管疾病的临床、流行病学、诊断、治疗等。② 文稿体裁:论著、综述、个案报告、重要的译文。③ 文稿要求:未正式发表的全文和约 800 字摘要各 1 份,摘要的内容包括:目的、方法、结果、结论,并将文题、作者单位、邮政编码及作者姓名在摘要上方标出。④ 征文截稿时间:2003 年 8 月 30 日。⑤ 论文请寄至:北京东单大华路 1 号 北京医院内《中华老年医学杂志》编辑部于普林收,邮政编码:100730,请在信封上注明“会议征文”字样。