

请通过下方链接
完成我们的在线调查
NCCN.org/patients/survey



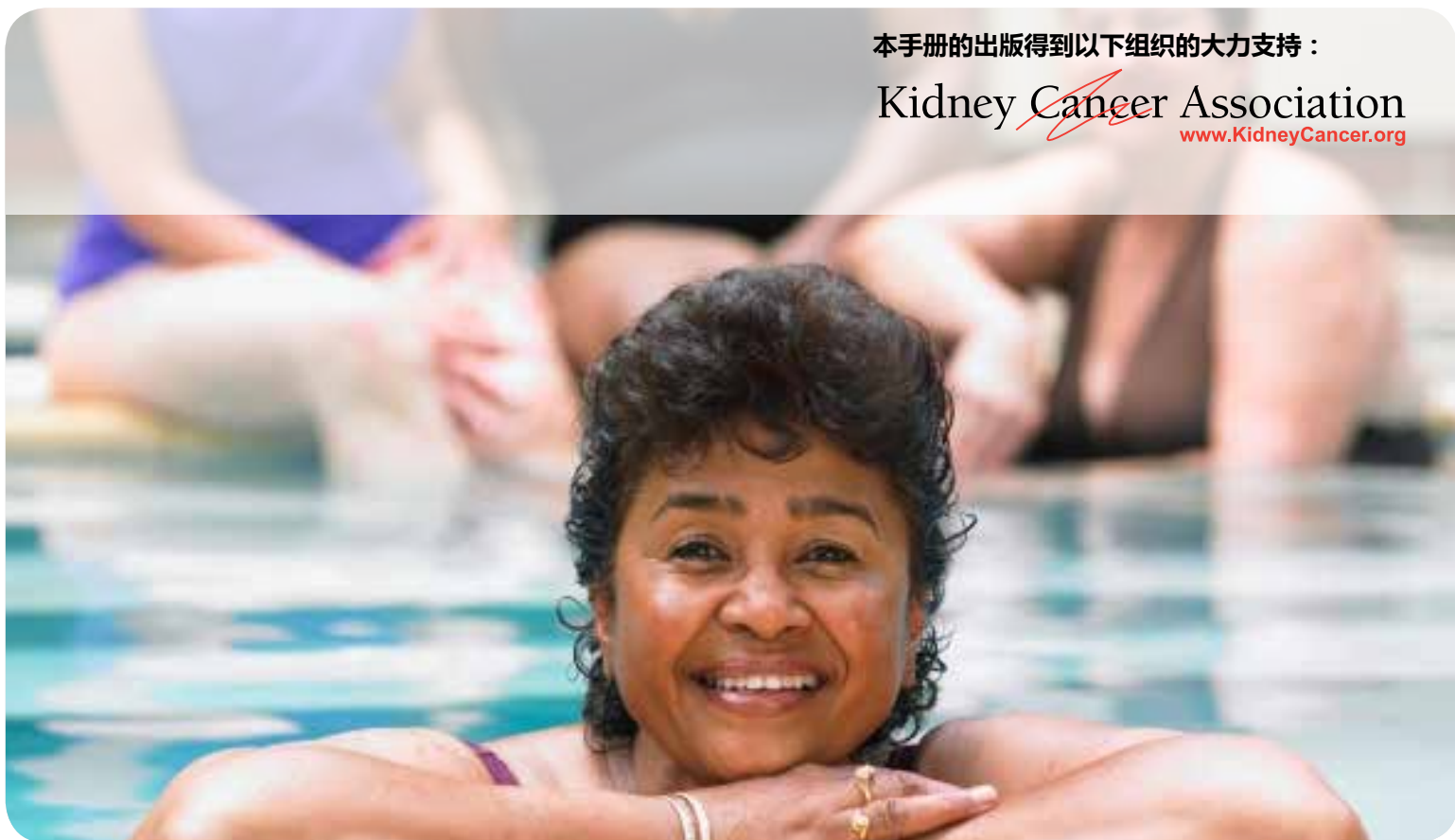
NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients[®])

2015 年第 1 版

肾癌

本手册的出版得到以下组织的大力支持：

Kidney Cancer Association
www.KidneyCancer.org



可于 NCCN.org/patients 在线获取资源



肾癌

被诊断出患有癌症无异于晴天霹雳。本手册旨在帮助您获得最好的治疗效果。本手册讲解说明肾癌专家推荐的癌症检查和治疗方法。

美国国家综合癌症网络 (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®) 是由 26 家世界顶尖癌症中心所组成的非营利联盟。来自 NCCN® 的专家编写了专供医生查阅的肾癌治疗指南。这些治疗指南指明癌症治疗中所适用的最佳实践。本患者手册中的信息正是基于这些专为医生编写的指南内容。

本手册重点介绍肾癌的治疗。NCCN 还提供有关乳腺癌、卵巢癌、胰腺癌以及其他癌症类型的患者手册。访问 NCCN.org/patients 获取全套患者手册，以及其他有关患者和照护者的资源。

NCCN 旨在改善对癌症患者的治疗水平。NCCN 工作人员与专家合作，为许多利益攸关方创建实用项目和资源。利益攸关方包括医疗保健提供者、患者、企业及其他方。资源中包括一系列名为 NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients®) 的患者专用手册。每本手册都对应其中一类癌症，提供相关的最佳实践内容。专为医生编写的癌症临床治疗实践指南构成本患者手册的内容基础。这些指南称为 NCCN 肿瘤学临床实践指南 (NCCN 指南 (NCCN Guidelines®))。临床实践指南中列出了可供患者群体选择的最佳健康保健选项。许多医生利用这些指南为患者制定癌症治疗计划。NCCN 指南 (NCCN Guidelines®) 由专家小组编撰而成。大部分专家来自 NCCN 成员机构。小组成员包括外科医生、放射肿瘤学家、医学肿瘤学家以及患者支持者。NCCN 指南中的建议是以临床试验和小组成员的经验为基础。NCCN 指南至少每年进行一次更新。如果获得资助，患者手册将予以更新，以反映最新版本的医生专用 NCCN 指南。

要了解更多有关 NCCN 指南的信息，请访问 NCCN.org/clinical.asp。

参与编写医患指南的 NCCN 工作人员包括：

NCCN 患者指南

Dorothy A. Shead 女士，主任
患者和临床信息整理

Laura J. Hanisch，心理学博士，
医学文案作者 / 患者信息专家

Lacey Marlow，医学文案作者助理

NCCN 指南

Mary A. Dwyer 女士
资深经理，指南

Rashmi Kumar 博士
资深经理，临床内容

NCCN 营销

Susan Kidney，平面设计专员

NCCN 药物和生物制剂项目

Rachael Clarke，医学编辑

支持及赞助方之一

Kidney Cancer Association
www.KidneyCancer.org

肾癌协会 (KIDNEY CANCER ASSOCIATION) 强烈赞同为医患提供肾癌方面的指导，并因为能够支持提供这一综合性的患者及家属专用资源而深感自豪。www.kidneycancer.org/

NCCN 基金会 (NCCN Foundation®) 提供支持



NCCN 基金会支持美国国家综合癌症网络 (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®) 承担起改善癌症患者治疗水平的使命。其目的之一是筹集资金以提供全套患者手册。要了解更多有关 NCCN 基金会的信息，请访问 NCCN.org/foundation。



© 2015 National Comprehensive Cancer Network, Inc. 保留所有权利。未经 NCCN 明确书面许可，不得以任何形式、为任何目的复制 NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients®) 及其中的插图。

美国国家综合癌症网络 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)
275 Commerce Drive • Suite 300
Fort Washington, PA 19034
+1 215.690.0300

肾癌

- 4 如何使用本手册
- 5 **第 1 部分**
肾癌基础知识
解释肾癌引发于何处以及扩散方式。
- 13 **第 2 部分**
肾癌检查
描述肾癌识别与确诊中所使用的检查。
- 23 **第 3 部分**
癌症分期
解释医生如何对体内肾癌的严重程度进行评级。
- 29 **第 4 部分**
癌症治疗概述
描述肾癌可能适用的治疗类型。
- 41 **第 5 部分**
治疗指南
介绍从癌症诊断到癌症治疗后的推荐做法。
- 61 **第 6 部分**
做出治疗决定
提供建议以获得可满足您所有需求的治疗计划。
- 71 **术语表：**
 - 72 词典
 - 77 首字母缩略词
- 80 **NCCN 小组成员**
- 81 **NCCN 成员机构**
- 82 **索引**

谁应阅读这本手册？

本手册围绕肾细胞癌这一成人最常见的肾癌类型展开。其中不会探讨移行细胞癌、肾母细胞瘤或肾肉瘤等类型。患者以及支持人员（照护者、家人和朋友）可能会发现这本手册的实用性。本手册中的信息可以帮助您与您的治疗团队进行交流，了解医生的意见，并为治疗做好准备。

整本手册都适用于我吗？

本手册所含信息对应于多种情况。因此，并不是每个人都需要接受所有列出的检查和治疗。您的治疗团队会指出适用于您的方面，并为您提供更多信息。您可能会发现，在阅读本手册的过程中，列出需要询问医生的问题很有帮助。

本手册中的建议是以科学知识和 NCCN 专家的经验为基础。然而患者情况各异，这些具体的建议可能并不适合您。您的医生可能会根据您的健康及其他因素，建议采用其他检查或治疗。本手册无法取代您医生的知识和建议。

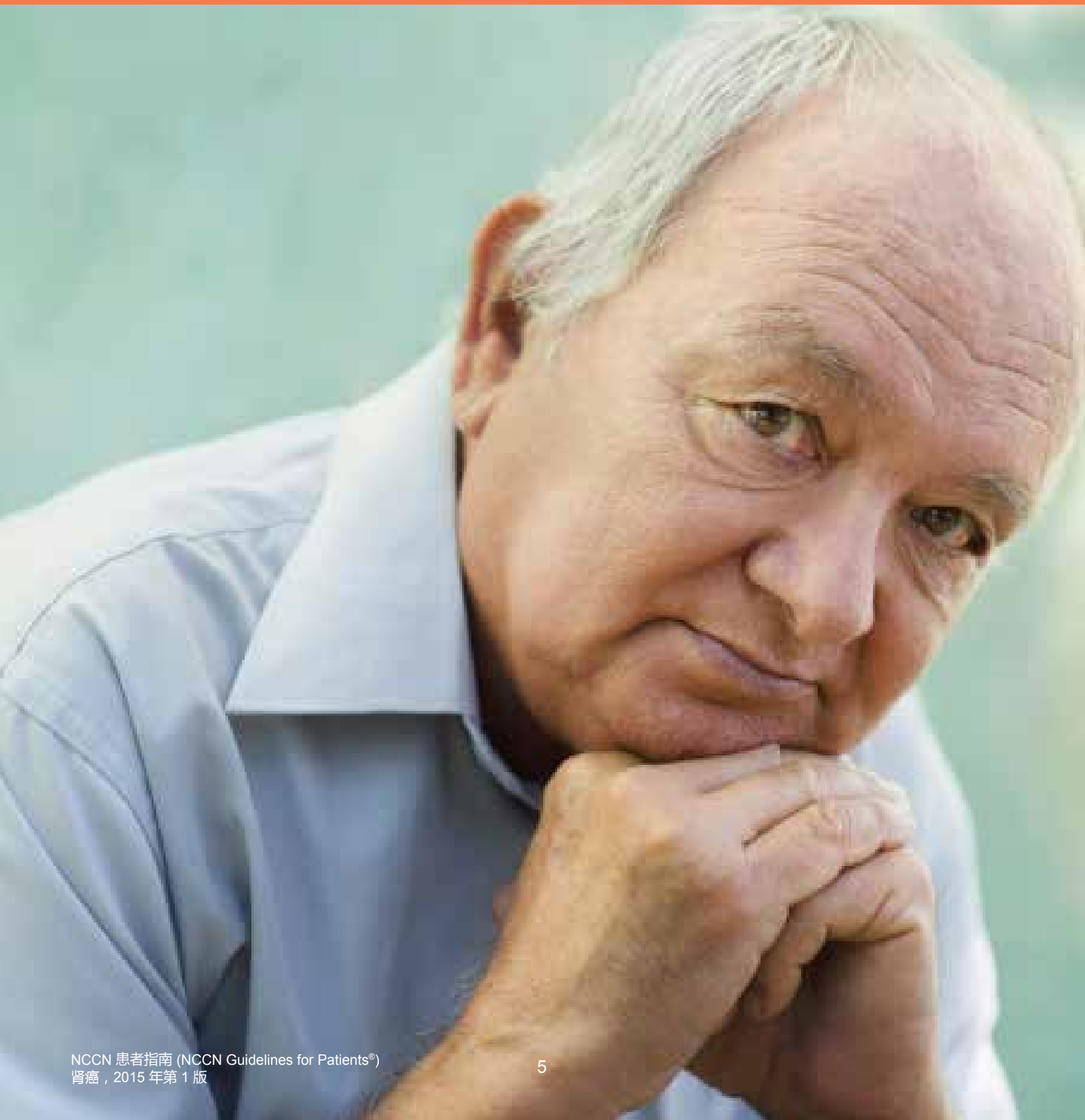
理解医学术语

本手册中包括许多描述癌症、检查 and 治疗的医学术语。这些词汇您有可能从治疗团队那里听到过。您可能从未接触过其中的某些信息，还有许多东西有待学习。

所以在阅读时请不要气馁。继续阅读并回顾这些信息。如果遇到不理解的词汇或短语，一定要让您的治疗团队解释清楚。

您可能不清楚的一些词汇，可以在正文或词典中找到相应解释。词典中的词汇首次出现在某页时，会标注下划线。当首字母缩略词首次在正文中使用，会提供相应定义，同时也会列在术语表中。首字母缩略词是由其他词汇的首字母所构成。比如 CBC 代表的是 **complete blood count**（全血细胞计数）。

肾癌基础知识



1 肾癌基础知识

- 6 什么是肾脏？
- 9 肾癌是如何引发的？
- 11 肾癌是如何扩散的？
- 12 回顾



被诊断出患有癌症无异于晴天霹雳。第 1 部分解释说明有关肾癌的一些基础知识，可以帮助您更好地了解这种疾病。这些基础知识也有助于您开始进行治疗规划。

什么是肾脏？

肾脏是一对位于肚腹部位（腹部）后部的器官，刚好在腰部。其中一个肾脏位于脊柱（脊椎）左侧，另一个位于脊椎右侧。请参见图 1.1。

每个肾脏大约是成年人一个拳头的大小。肾脏外包覆着一薄层如苹果皮般的组织。这层组织称为肾囊。“renal（肾脏，形容词）”是指肾脏，或与肾脏有关的部分。例如，“renal disease（肾脏疾病）”是一种与肾脏有关的疾病。

每个肾脏的顶部都有一个肾上腺。肾脏和肾上腺都被一层脂肪包围着。脂肪上覆盖着叫做杰氏筋膜的纤维组织外层。请参见图 1.2。

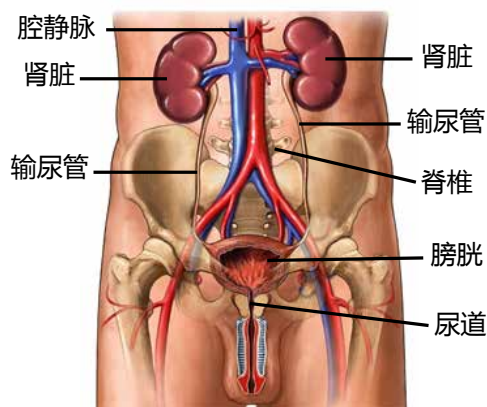
肾脏在体内发挥的作用

肾脏是泌尿系统的一部分，如图 1.1 所示。泌尿系统是由一组将身体废物以尿液形式排出体外的器官所组成。该系统包括肾脏、输尿管、膀胱和尿道。

肾脏进行着大量旨在保持身体健康的工作。它们会制造有助于控制血压的激素。它们也制造能让身体产生更多红细胞的激素。肾脏的主要工作是过滤血液，将废物和身体不需要的多余水分清除出去。血液中排出的废物是它们制造尿液的来源。借由过滤血液，肾脏还控制和平衡着体内液体和化学物质的水平。

图 1.1
肾脏和泌尿系统

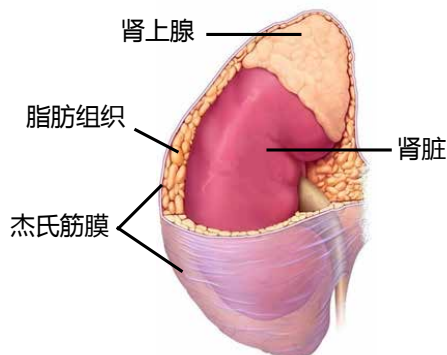
肾脏是腹部的一对器官。肾脏是泌尿系统的主要器官。它们从血液中过滤废物并生成尿液。输尿管、膀胱和尿道在尿液排出身体之前储存和运输尿液。



插图版权所有 © 2015 Nucleus Medical Media，保留所有权利。www.nucleusinc.com

图 1.2
肾脏和肾上腺

每个肾脏的顶部都有一个肾上腺。肾脏和肾上腺都有一层脂肪组织包覆。脂肪周围是一层被称为杰氏筋膜的纤维组织。



来自 NCI Visuals Online 的 Alan Hoofring 的肾脏和肾上腺衍生图片。可通过 <https://visualsonline.cancer.gov/details.cfm?imageid=4355> 获取相关内容

肾脏如何过滤和清洁血液

肾动脉将携带废物的血液运输至肾脏。请参见图 1.3。然后血液流经肾脏内称作肾小管的微小过滤管。血液流经肾小管时得到“清洁”。肾小管将废物和其他物质排出血液。这些物质就形成了尿液。

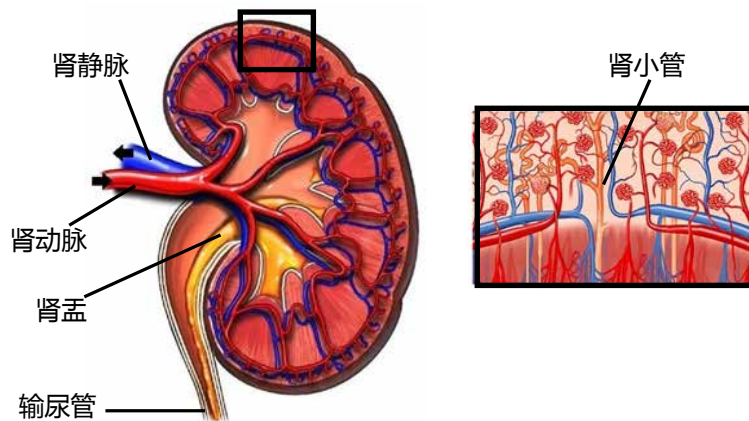
过滤后的干净血液通过肾静脉流出肾脏。肾静脉再汇聚成更大的静脉，这条静脉称为腔静脉。腔静脉将干净的血液运回心脏。

尿液流出肾小管，并集中在肾脏中部的一个空腔里。该空腔称为肾盂。尿液通过名为输尿管的长管道离开肾盂。输尿管将尿液输送至膀胱。膀胱储存尿液，直到通过小便排出体外。一段被称为尿道的短管将尿液从膀胱排出体外。

大部分人有两个肾脏。但是每个肾脏独立工作，并不需要另一个肾脏协调配合。这就意味着身体通常可以在少于一个完整肾脏的情况下运转良好。很多只有一个肾脏的人也过着正常而健康的生活。

图 1.3
肾脏过滤血液来清除废物

血液通过血管所构成的网络流经全身。携带废物和多余水分的血液通过肾动脉进入肾脏。在肾脏内，肾小管清除血液中的多余水分和其他废物，从而产生尿液。尿液从肾小管渗入肾盂，然后经由输尿管离开肾脏。过滤后的干净血液经由肾静脉流出肾脏。



插图版权所有 © 2015 Nucleus Medical Media，保留所有权利。www.nucleusinc.com

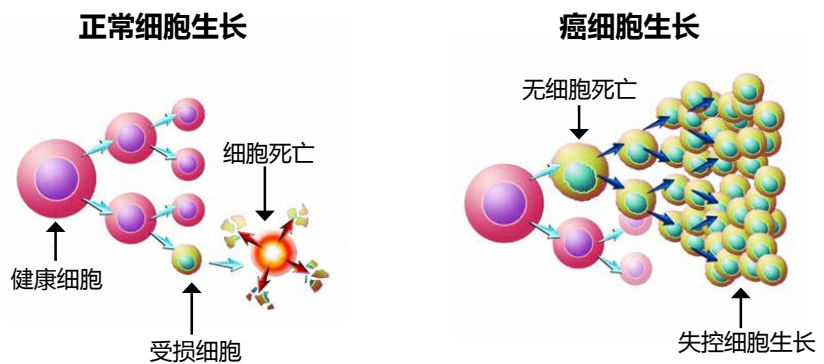
肾癌是如何引发的？

癌症是由构成身体组织的基石即细胞发生病变所致。所有细胞中都存在着用于生成新细胞和控制细胞行为的编码指令。这些编码指令就称为基因。基因的异常变化（突变）可使正常肾细胞转变为癌细胞。

正常细胞通过生长分裂形成新细胞。身体形成新细胞，来代替受伤或死亡的细胞。当正常细胞衰老或受损时，它们就会死亡。癌细胞并不如此。基因的变化导致癌细胞进行大量的自我复制。**请参见图 1.4。**癌细胞制造出人体不需要的新细胞，且在衰老或受损时不会立即死亡。随着时间的推移，癌细胞进行生长分裂，直至形成一个名为肿瘤的肿块。因癌细胞过度生长而形成的首个肿瘤称为原发性肿瘤。

图 1.4
正常细胞和癌细胞的生长

正常细胞在人体需要时分裂产生新细胞。正常细胞一旦衰老或受损就会死亡。癌细胞制造出人体不需要的新细胞，且在衰老或受损时不会立即死亡。



插图版权所有 © 2015 Nucleus Medical Media，保留所有权利。www.nucleusinc.com

肾癌引发于何处？

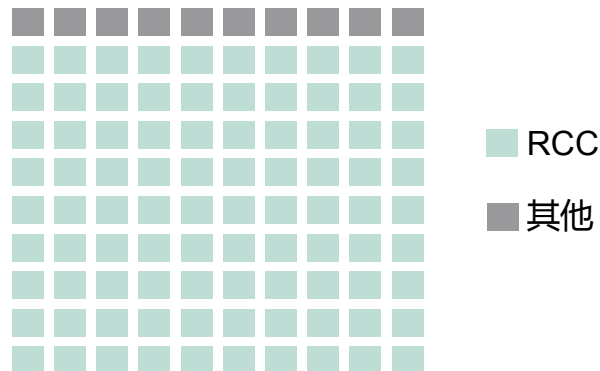
几乎所有的肾肿瘤都属于癌。癌是由位于人体内表面和外表面上的细胞所引发的癌症。在肾脏中，癌通常引发于肾小管上的细胞。这称为 **RCC** (renal cell carcinoma, 肾细胞癌)，它也是本手册的探讨重点。大约 90% 的肾癌都是 RCC。请参见图 1.5。因为 RCC 是最常见的肾癌类型，所以通常简称为肾癌。

另有三种同样始于肾脏但较不常见的癌症类型。但它们与 RCC 的机理不同，不能采取与 RCC 相同的治疗方法。这些较不常见的类型是：**TCC** (transitional cell carcinoma, 移行细胞癌)、**肾母细胞瘤**和**肾肉瘤**。TCC 来源于肾盂上的细胞。肾母细胞瘤几乎只发生在幼儿时期。肾肉瘤起源于肾脏的血管或结缔组织。(要了解有关肉瘤的信息，请阅读 *NCCN 患者指南：软组织肉瘤*，可访问 www.nccn.org/patients 获取。)

图 1.5
肾癌的常见类型

RCC 是最常见的肾癌类型。大约 90% 的肾癌都是 RCC。在所有肾癌患者中，TCC 患者占到 5% 到 10%。肾肉瘤患者不足 1%。肾母细胞瘤很罕见，且几乎只发生在幼儿时期。

肾癌种类



肾癌是如何扩散的？

与正常细胞相比，癌细胞主要有三种不同的作用方式。第一，癌细胞的生长不受控制。与正常细胞不同，癌细胞制造出人体不需要的新细胞，且不会按照预期死亡。癌细胞积聚形成原发性肿瘤。

第二，癌细胞可以长到（侵入）其他组织中。正常细胞并不如此。随着时间的推移，原发性肿瘤会长大并侵入肾脏以外的组织。它可能会侵入邻近组织，比如周围的脂肪、血管、肾上腺以及杰氏筋膜。

第三，癌细胞不会一直留在预期位置。与正常细胞不同，癌细胞可以扩散到人体的其他部位。这个过程称为转移。癌细胞可以脱离原发性肿瘤并进入血液或淋巴管。它们可以通过血液或者淋巴液到达远处的部位。然后癌细胞可以在身体的其他部位形成新肿瘤。新的肿瘤称为转移性肿瘤或者转移瘤。

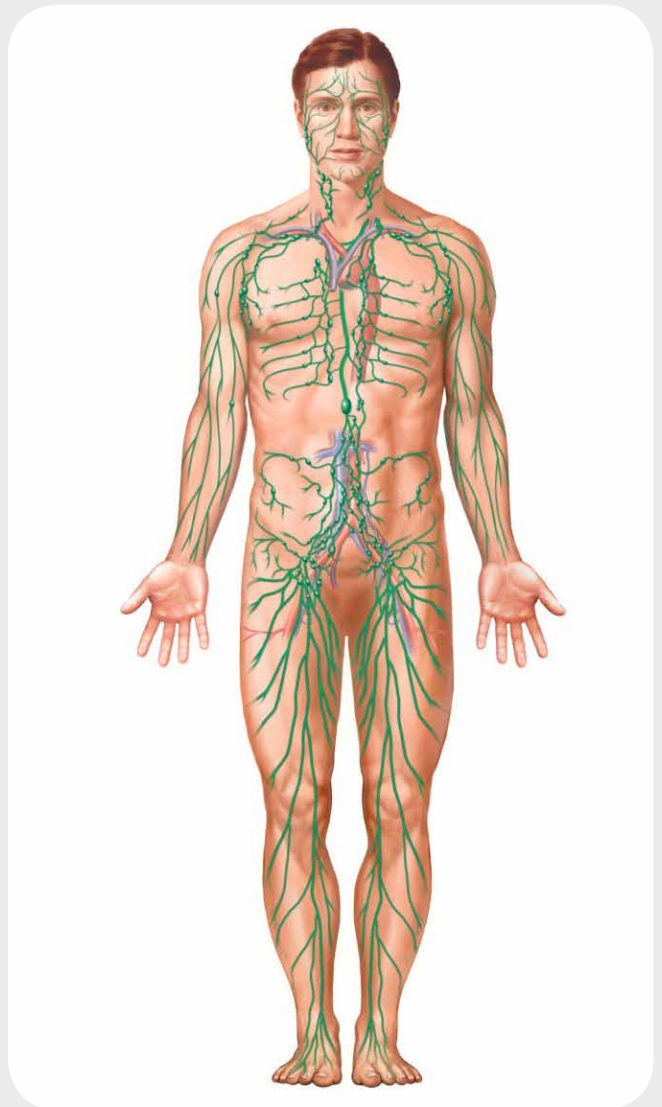
肾癌往往会扩散到远处的部位，比如肺、淋巴结、骨头、肝脏，有时甚至是脑部。癌细胞的失控生长和扩散让癌症变得十分危险。癌细胞可以取代正常组织或者使其发生畸变，进而导致器官停止工作。

通过淋巴液扩散

淋巴液是一种能给予细胞水分和养料的清澈液体。其中含有可帮助对抗病菌的白细胞。如同血液一样，淋巴液通过细小管道网络流经全身。这些细小管道称为淋巴管。淋巴结是由特殊的抗病细胞所组成的小集群。淋巴结会过滤淋巴液以清除病菌。淋巴结通过淋巴管相互连接。淋巴管和淋巴结遍布全身。请参见图 1.6。肾脏附近的淋巴结称为区域淋巴结。人体中其他部分的淋巴结称为远处淋巴结。

图 1.6 淋巴管和淋巴结

淋巴结和淋巴管遍布全身。淋巴结是由特殊的抗病细胞所组成的小集群。淋巴结通过名为淋巴管的细小管道网络相互连接。



插图版权所有 © 2015 Nucleus Medical Media，保留所有权利。
www.nucleusinc.com

肾癌检查



整体健康检查

病史

在癌症治疗前后，医生会评估您的病史。您的病史包括您生活中的任何健康情况以及您服用过的所有药物。您的医生会问您曾经出现过什么症状和健康问题。这些信息可能会影响适用癌症治疗方法的选择。在家中列一份新旧药物清单并带到医生办公室，可能会比较有帮助。

家族病史

一些健康问题会在家族中频繁发生。所以，医生可能会询问您血缘亲属的病史。知道家族成员中有谁患有什么疾病很重要。了解疾病的发病年龄也很重要。此类信息称为家族病史。

肾癌的发生原因通常不明。但是，一些人具有遗传性健康问题，会增加患肾癌的风险。遗传性意味着疾病通过基因从父母传给孩子。比如 VHL (von Hippel-Lindau) 疾病，也称为 VHL 综合征。这种疾病是由 VHL 基因的非正常变化（突变）引起的。VHL 疾病患者患上肾癌及其他类型癌症的几率会更高。

体检

医生通常会在了解家族病史的同时进行体检。体检是对身体所出现的疾病征兆进行检查，比如感染、异常出血或瘀伤部位。

在检查期间，医生可能会听诊肺、心和肠发出的声音。医生可能也会触摸身体的某些部位，查看器官大小是否正常，软硬度如何，或者触碰时是否会产生痛觉。您的肾脏位于腹部深处，体检时通常触摸不到。但是，当肾脏肿大或者有大型肿瘤时，医生可能会感觉得到。

影像学检查

影像学检查会拍摄体内照片（图像）。影像学检查用于发现和确认（诊断）肾癌。也可以用于评估癌症的程度以帮助进行治疗规划。

影像学检查通常简单易行。在检查之前，可能会要求停止进食或饮水数小时。还应取下身体上所有的金属物体。影像学检查通常没有副作用。

CT 扫描

CT（computed tomography，计算机断层扫描）扫描利用 x 光来拍摄体内照片。它使用多束 x 光从不同角度对身体同一部位进行扫描。将所有 x 光照片结合起来，就可得到某个身体部位的详细照片。这种扫描适合显示肾脏肿瘤的情况。

建议对肚腹部位（腹部）和骨盆进行 CT 扫描，检查肾脏中是否有肿瘤。照片可以清晰显示肿瘤大小、形状和位置。这项检查也可以显示肿瘤是否已长到邻近组织中。

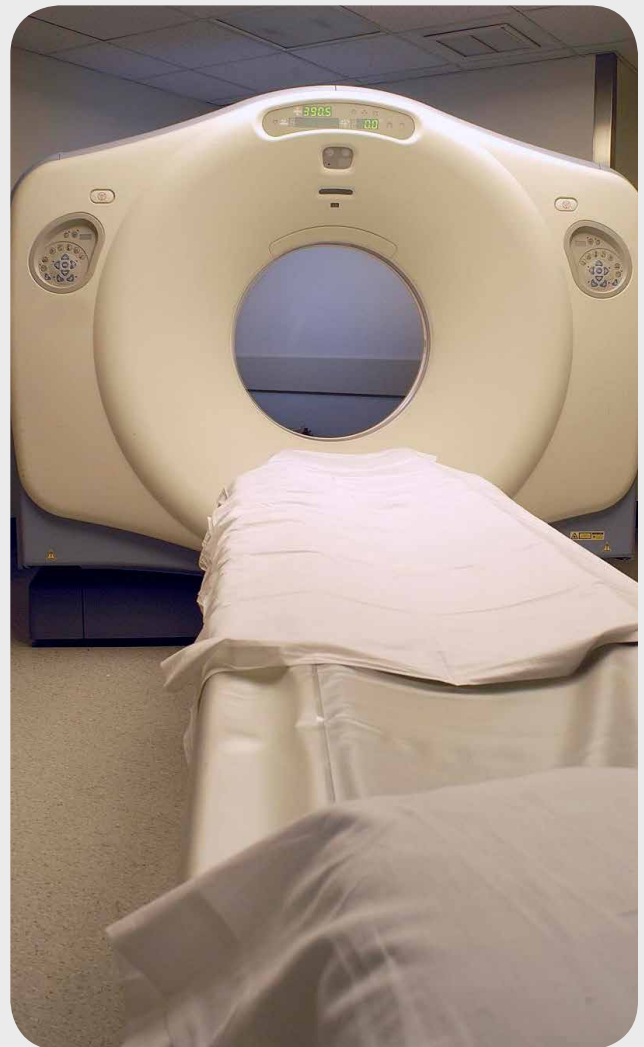
在 CT 扫描前，可能需要服用或注射造影剂，使照片更为清晰。可能会将造影剂放入一杯水中口服送入，或者可能注射到静脉中。它有可能引起皮肤潮红或荨麻疹。但很少发生严重的过敏反应。如果您过去有过不良反应，请告诉医生。如果您有严重的过敏情况，或肾脏不能正常工作，则不会使用造影剂。

CT 扫描仪体积很大，中间有个舱体。请参见图 2.1。在扫描过程中，需要仰卧在可以移入舱体的工作台上。扫描仪将旋转周围的 x 光束，从多个角度拍摄照片。期间将会听到嗡嗡声、咔哒声以及呼呼声。

一次 x 光扫描大约需要 30 秒的时间。但整个检查可能需要 15 到 60 分钟完成。根据扫描身体部位的不同，所需时间或多或少。计算机将所有 x 光照片组合成一幅详细的照片。可能需要在几天后才能得知结果，因为放射科医生需要查看这些照片。放射科医生是解读影像学检查照片的专家。

图 2.1 CT 扫描仪

CT 扫描仪体积很大，中间有个舱体。在检查过程中，需要躺在可以缓慢移入舱体的工作台上。



MRI 扫描

MRI (magnetic resonance imaging, 核磁共振成像) 扫描利用无线电波和强大的磁场来拍摄体内照片。这种检查并不使用 x 光。MRI 扫描适合显示脊椎和软组织 (如肾脏和大脑) 的情况。在观察血管方面也非常有用。

如果您有过敏情况或者肾脏不能正常工作, 可以无法进行 CT 扫描。在这种情况下, 可以用腹部 MRI 扫描来检查肾脏中的肿瘤。在 MRI 扫描中, 仍然需要使用造影剂来让照片更为清晰。MRI 扫描使用的造影剂类型与 CT 扫描不同。但是如果您的肾功能低于特定水平, 则不会使用造影剂。在肾功能低下的人群中, MRI 造影可能会引起一种称为肾源性系统性硬化的病症, 虽然罕见, 但非常严重。

MRI 扫描的进行与 CT 扫描类似。但 MRI 扫描所需的时间更长。整个检查通常会持续一个小时或者更久。

在扫描过程中, 需要躺在工作台上, 然后随着工作台移入扫描仪的大型舱体内。扫描可能会使身体感到有点热。与 CT 扫描类似, 可能需要在几天后才能得知结果, 因为放射科医生需要查看这些照片。

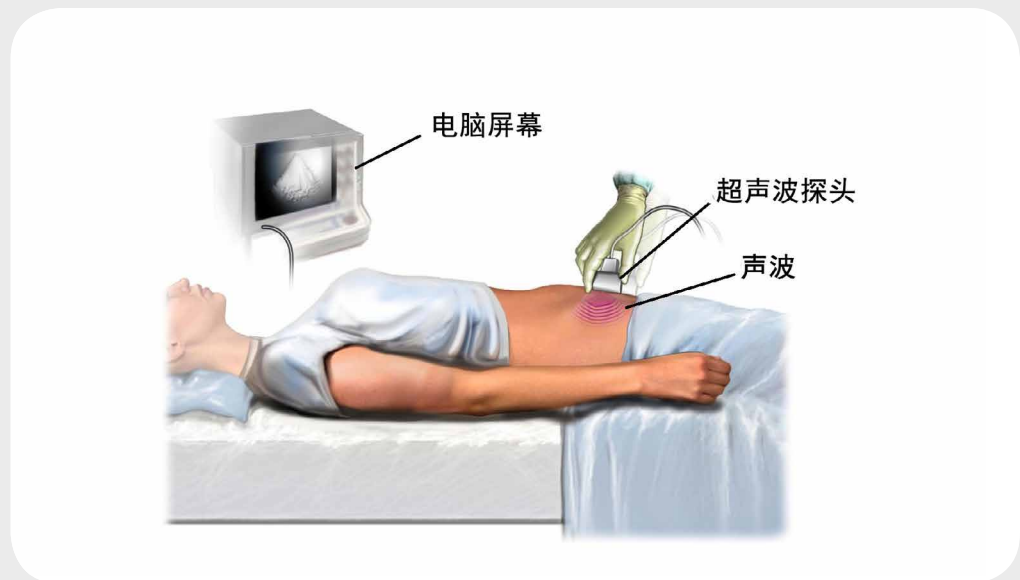
超声波

超声波检查是利用声波拍摄体内照片。**请参见图 2.2。**该项检查可以显示肾脏中是否有肿块。也可以显示该肿块是固体状态, 还是充满液体。肾癌肿瘤更有可能是固体。

在检查过程中, 需要躺在检查台上。在肾脏附近的皮肤上铺展一层凝胶。接下来, 医生会将超声波探头放在您的皮肤上, 并在凝胶中来回导引。探头发出声波, 经由器官和组织反射产生回声。探头同时也会接收回声。电脑利用回声制成照片并显示在屏幕上。

图 2.2 超声波

超声波利用声波拍摄体内照片。



插图版权所有 © 2015 Nucleus Medical Media, 保留所有权利。www.nucleusinc.com



输尿管镜检查

输尿管镜检查利用名为“输尿管镜”的纤细管状工具，将其伸入身体中并拍摄照片。输尿管镜检查不适用于肾癌。但是，当医生怀疑您患有 ICC 或膀胱癌时，可能会使用这种影像学检查。

输尿管镜的一端有小型光机和镜头，可查看身体内部的情况。医生用它查看输尿管和肾脏中部称为肾盂的部分。在检查过程中，输尿管镜将经由尿道伸入身体中。然后会经过膀胱、输尿管，最后到达肾脏肾盂。

血检

医生对血液进行检查，来寻找疾病征兆，并评估整体健康状况。这些检查并不用于确认（诊断）肾癌。但如果结果异常，可能表明您的肾脏或其他器官存在问题。异常结果可能由肾癌或其他健康问题所致。

在血检过程中，医生会把针头插入静脉提取血液样本。血液通常从胳膊上的静脉提取。针头可能会伤到皮肤，血检过后有可能会感觉头晕。

血样将被送到实验室进行化验。用于肾癌的血检方法如下所述：

CBC

CBC（complete blood count，全血细胞计数）用于测定红细胞、白细胞和血小板的数目。医生会想了解，是否有足够的红细胞携带氧气并输送到全身各处，是否有足够的白细胞来抵抗感染，以及是否有足够的血小板来控制出血。

肾癌患者的 CBC 检查结果常有异常。红细胞数量少，即称为贫血，这在患有肾癌的人群中很常见。因为肾癌或者其他健康问题，您的血细胞计数结果可能会不正常，或者很高，或者很低。

血液化学检查

血液化学检查测定血液中化学物质的水平。血液中的化学物质来自肝脏、骨骼和其他器官及组织。肾脏将体内多余的化学物质和废物过滤出去。

医生利用血液化学检查，来评估某些器官和人体系统是否运转良好。某些化学物质的浓度异常，可能表明肾功能有问题。浓度异常，比如太高或者太低，也可能是癌症扩散到身体其他部位的征兆。

当最初发现或怀疑患有肾癌时，血液化学检查将与其他初始检查一并进行。在肾癌治疗期间和治疗后，也会借此检查治疗结果。

血生化检查是医生为患有或可能患有肾癌的人进行的常见检查。血生化检查会测定一份血样中许多不同的化学物质。医生通过血生化检查而评估的一些主要化学物质如表 2.1 所示。

该检查可能还包括肝功能检查，借以评估肝脏的健康状况。肝脏为人体进行着许多重要的工作，比如清除血液中的毒素。肝功能检查测定肝脏产生或处理的化学物质。化学物质含量过高或过低，可能是肝脏损伤或者癌症扩散的征兆。其中一种化学物质是 ALP (alkaline phosphatase, 碱性磷酸酶)。ALP 水平过高意味着癌症已扩散到骨骼或者肝脏。[请参见表 2.1](#) 以了解更多详情。

表 2.1 血液化学检查

化学物质名称	为何重要
钙	<ul style="list-style-type: none"> 钙是一种主要存在于骨骼中的矿物元素。 血液中含有高浓度钙可能是癌症扩散到骨骼的征兆。 钙的浓度异常，也可能表明肾功能有问题。
肌酐	<ul style="list-style-type: none"> 肌酐是肌肉产生的废物，通过肾脏从血液中过滤出去。 血液中含有高浓度肌酐可能表明肾功能有问题。
尿素	<ul style="list-style-type: none"> 尿素是肝脏产生的废物，通过肾脏从血液中过滤出去。 血液中含有高浓度尿素可能表明肾功能有问题。
ALP	<ul style="list-style-type: none"> ALP 是在身体的大多数组织（包括肾脏和骨骼）中发现的蛋白质。 血液中含有高浓度 ALP 可能表明癌症扩散到骨骼。

组织检查

活组织检查是从身体中取出组织样本进行化验的过程。医生化验肿瘤组织，以检查癌细胞并观察癌细胞的特征。活组织检查是确认（诊断）大多数癌症类型的唯一方法。对于其他癌症，必须在开始治疗之前进行活组织检查。但肾癌与之不同。

影像学检查能够很好地显示肾脏肿瘤是否是癌症。医生通常可以根据影像学检查结果来确认癌症。因此，在开始治疗之前，很少需要对肿瘤进行活组织检查。但是当通过手术切除肿瘤时，可以进行活组织检查。

活组织检查可以在治疗之前于特定情况下进行，例如：

- 肿瘤非常小，可能不需要手术治疗。在这种情况下，可以进行活组织检查，以确认肾癌并帮助指导治疗计划的制定。
- 医生认为肿瘤可能是 TCC。在这种情况下，可以进行活组织检查，以确认癌症类型。

有多种类型的活组织检查。对于肾癌来说，使用采样针进行活组织检查。这称为针吸活检。针吸活检使用中空长针插入皮肤中，以采取肿瘤样本。

在活组织检查之前，将清洁肾脏附近的皮肤区域。还会进行局部麻醉。接下来，当医生插入针时，可能会要求您屏住呼吸。医生会用针穿过皮肤并进入肾脏肿瘤。影像学检查，例如 CT 扫描或超声波，有助于将针导向正确位置。肿瘤组织的样本将收集到针中空部分的中心区域。



针吸活检可能需要一个小时来完成。检查之后可能会感觉到肚腹部位有些疼痛。很少会出现像流血这种严重的问题。

通过活组织检查或手术取出的组织样本将被送往病理学家处。病理学家是借助细胞化验来发现疾病的医学专家。病理学家将用显微镜观察组织样本以寻找癌细胞，并将评估癌细胞的特征以找出亚型。

RCC 亚型

RCC 是最常见的肾癌类型。基于癌细胞在显微镜下所表现出来的形态，RCC 具有许多亚型。目前最常见的亚型是透明细胞 RCC。在显微镜下观察时，透明细胞看起来非常苍白或清澈。另外三种较不常见的亚型是乳头状 RCC、嫌色细胞 RCC 和集合管 RCC。还有一些非常罕见的 RCC 亚型。当癌细胞看起来不属于任何亚型时，则称为未分类 RCC。



3 癌症分期

24 分期检查

26 TNM 评级

27 肾癌分期

28 回顾



癌症分期是医生对体内肾癌严重程度评估和描述。根据特定检查的结果对癌症评级，也就是我们所说的癌症分期。医生根据癌症分期来进行最适合您的治疗规划。第 3 部分描述用于确定分期的检查，并定义肾癌的各个阶段。此信息可帮助您充分使用第 5 部分的治疗指南。

分期检查

医生利用某些检查来查明癌症在体内生长和扩散的部位和程度。这些被称为分期检查。建议刚发现肾癌的所有患者进行其中一些分期检查。其他分期检查则仅推荐给具有某些癌症扩散体征或症状的患者。肾癌的分期检查列于表 3.1 中，在下文会有相关说明。

CT 扫描

CT 扫描是利用 x 光来拍摄体内照片的影像学检查。(请参见第 16 页第 2 部分以了解更多详情。)对腹部进行 CT 扫描，将显示肾脏肿瘤是否已长到相连的肾上腺或邻近的淋巴结上。对胸部进行 CT 扫描可用于检查癌症是否扩散到肺部或胸部区域。肺是肾癌能扩散到的最常见的远处部位之一。因此，在最初发现肾癌时，常常使用此种检查。如果有症状表明癌症已经扩散到脑部，可能会对脑部进行 CT 扫描。脑癌症状包括慢性头痛、癫痫发作、失去平衡、偏瘫、性格改变，以及走路、说话或视觉障碍。

MRI 扫描

MRI 扫描是利用无线电波和强大的磁场来拍摄照片的影像学检查。(请参见第 17 页第 2 部分以了解更多详情。)对腹部进行 MRI 扫描可以清楚地显示肾脏附近的血管。此方法用于检查癌症是否已经扩散到腔静脉等主要血管。与 CT 扫描相比, MRI 扫描可以得到更好且更清晰的血管照片。MRI 在脑部检查方面也十分有用。如果有症状表明癌症已经扩散到脑部,可能会对脑部进行 MRI 扫描。

X 光

X 光是利用少量辐射来获得体内照片的检查。对胸部拍摄 x 光片用于检查癌症是否扩散到肺部或胸部区域。X 光能很好地显示骨骼和一些软组织(如肺)的情况。但是,常规 x 光片的详细程度不及胸部 CT 扫描。

拍摄 x 光片是无痛的,大约需要 20 分钟。通常会拍摄两张照片,一张是从胸部后侧拍摄,另一张从侧面拍摄。

骨扫描

骨扫描是一种能够显示癌症是否扩散到骨骼的影像学检查。此检查仅适用于出现特定症状的情况,比如骨痛或者血液中的 ALP 浓度过高。这些症状可能表明癌症已经扩散到骨骼。

骨扫描使用放射性示踪剂来拍摄骨骼内部照片。放射性示踪剂是一种能释放少量辐射的物质。在拍摄照片之前,会将示踪剂注射到静脉中。示踪剂进入骨骼大约需要 3 小时。在扫描过程中,需要一动不动地躺在手术台上。随着示踪剂在体内的移动,有一台特殊的相机会为骨骼内的示踪剂拍照。拍照大约需要 45 到 60 分钟。与骨骼健康区域相比,骨骼受损区域会积累更多示踪剂,在照片中会相应地显示为亮点。骨骼受损可能由癌症或其他健康问题所致。

表 3.1 分期检查

普遍适用的分期检查	基于症状的分期检查
• 腹部 CT 扫描	• 脑部 CT 扫描
• 胸部 CT 扫描	• 脑部 MRI 扫描
• 胸部 x 光片	• 骨扫描
• 腹部 MRI 扫描	

TNM 评级

AJCC (American Joint Committee on Cancer, 美国癌症联合委员会) 分期系统用于对肾癌进行分期。在此系统中, 字母 T、N、M 分别描述癌细胞生长的不同区域。根据癌症检查结果, 医生会为每个字母分配一个等级。这些等级将组合在一起, 并为癌症进行分期。

T = 肿瘤

T 级描述原发性肿瘤的生长情况。此等级告诉您肿瘤的大小。也可以说明肿瘤是否已长到邻近组织中。肿瘤大小用 cm (centimeters, 厘米) 来测量。用日常物品来对比肿瘤的大小可能会有些帮助。例如, 豌豆大小的肿瘤宽度约为 1 cm。高尔夫球大小的肿瘤宽度稍大于 4 cm。棒球大小肿瘤宽度稍大于 7 cm。肾癌的 T 等级包括:

- **T1** 肿瘤仅存在于肾脏中, 最宽处小于等于 7 cm。
 - **T1a** 肿瘤小于等于 4 cm。
 - **T1b** 肿瘤大于 4 cm 但小于等于 7 cm。
- **T2** 肿瘤仅存在于肾脏中, 最宽处大于 7 cm。
 - **T2a** 肿瘤大于 7 cm 但小于等于 10 cm。
 - **T2b** 肿瘤大于 10 cm。
- **T3** 肿瘤延伸到肾脏外。肿瘤已长到主要静脉中, 比如肾静脉或腔静脉, 或者长到肾脏周围的脂肪组织中。肾静脉将血液输送到肾脏之外, 然后与腔静脉汇聚。腔静脉是向心脏输送血液的大静脉。T3 肿瘤未长到肾脏顶部的肾上腺中, 或者未长到杰氏筋膜外。

- **T3a** 肿瘤已长到肾脏或周围的脂肪中, 也可能长到静脉或静脉所在的肌肉中 (或者两者都有)。
- **T3b** 肿瘤已长到肾静脉下方的膈肌中, 膈肌是肋下帮助呼吸的一块肌肉。
- **T3c** 肿瘤已长到膈肌上方的腔静脉或腔静脉内壁中。
- **T4** 肿瘤已长到杰氏筋膜外, 并且可能延伸至肾脏顶部的肾上腺中。

N = 淋巴结

N 等级描述癌症在邻近淋巴结中的扩散程度。淋巴结是由特殊抗病细胞所组成的小集群并且遍及全身。肾癌的 N 等级包括:

- **N0** 是指癌症未扩散到邻近淋巴结。
- **N1** 是指癌症已扩散到邻近淋巴结。

M = 转移

M 等级说明癌症是否扩散到远处的部位。肾癌往往会扩散到肺、肝、脑部、骨骼和远处的淋巴结。肾癌的 M 等级包括:

- **M0** 是指癌症未扩散到远处的部位。
- **M1** 是指癌症已扩散到远处的部位。

肾癌分期

肾癌分期用罗马数字 I 到 IV 标记。同一分期的肾癌患者往往会得到相似的结果（预后），因此治疗方法也相似。一般来说，早期癌症患者可以获得较好的结果。但医生是用成千上万个患者的信息来确定癌症分期，所以癌症分期给出的是平均结果。它可能无法告知特定患者的结果。一些患者会好于预期。另一些则会比预期差。其他并不用于确定癌症分期的因素，例如整体健康状况，也非常重要。

肾癌分期的归类会在下面叙述。分期的归类根据 AJCC 分期系统的 TNM 等级进行定义。

I 期肾癌

T1, N0, M0：肿瘤仅存在于肾脏中，且小于等于 7 cm (T1)。癌症未扩散到邻近淋巴结 (N0)、体内其他邻近或远处的组织 (M0)。

II 期肾癌

T2, N0, M0：肿瘤大于 7 cm，但仅存在于肾脏中 (T2)。癌症未扩散到邻近淋巴结 (N0)、体内其他邻近或远处的组织 (M0)。

III 期肾癌

T3, N1 或 N0, M0：肿瘤延伸至肾脏外并进入某些邻近组织 (T3)。癌症可能或没有扩散到邻近淋巴结 (N1 或 N0)，但没有扩散到远处部位 (M0)。肿瘤未长到肾脏顶部的肾上腺中，或者未长到杰氏筋膜外。

T1 或 T2, N1, M0：肿瘤仅存在于肾脏中 (T1 或 T2)，但是癌症已扩散到邻近淋巴结 (N1)。癌症未扩散到体内其他邻近或远处的组织 (M0)。肿瘤未长到肾脏顶部的肾上腺中，或者未长到杰氏筋膜外。

IV 期肾癌

T4, N1 或 N0, M0：肿瘤已长到杰氏筋膜外，并且可能进入肾上腺 (T4)。癌症可能或没有扩散到邻近淋巴结 (N1 或 N0)。癌症未扩散到体内的远处部位 (M0)。

T1-T4, N1 或 N0, M1：肿瘤为任意尺寸，并且可能或没有延伸至肾脏外 (T1-T4)。癌症可能或没有扩散到邻近淋巴结 (N1 或 N0)。但是，癌症已经扩散到体内的远处部位 (M1)。

癌症治疗概述



4 癌症治疗概述

- 30 手术
- 34 积极监控
- 34 热消融
- 35 靶向疗法
- 37 免疫疗法
- 38 支持疗法
- 39 临床试验
- 40 回顾



治疗肾癌的方法不止一种。其主要类型将在下几页中描述。此信息可帮助您充分使用第 5 部分的治疗指南。也有助于您了解在治疗期间会遇到什么情况。并非每个肾癌患者都将接受列出的每一种治疗。

手术

手术是切除或修复身体某个部分的操作。手术是治疗大部分肾癌的基本治疗方法。基本治疗是消除体内癌细胞的主要治疗方法。因此，手术的目标是去除体内的所有癌症。为此，手术将切除部分或全部带有肿瘤的肾脏，也可能切除其他邻近组织。

治疗肾癌的手术不止一种。手术的类型和范围取决于许多因素。其中包括肿瘤大小、位置以及扩散范围。用于治疗肾癌的主要手术类型将在下文叙述。

部分肾切除术

部分肾切除术仅切除带有肿瘤的部分肾脏。通过此手术，肾脏的健康部分和邻近组织仍保留在体内。这种手术也称为保留肾单位或保留肾脏手术，因为其尽可能多地保留（留下）肾脏。

肾脏仍然可以继续工作（运转），并且在部分切除后可以完成其在体内的工作。因此部分肾切除术的一个好处是可以保护肾功能。对于患有肾功能衰弱或具有此风险的患者而言，该手术是一种理想选择。这包括仅有一个肾脏、肾功能衰弱或两个肾脏皆有肿瘤的患者。但是，这个手术也适用于其他患者。

部分肾切除术通常用于早期肾癌患者，此时肿瘤很小并且仅存在于肾脏中。当小型肿瘤不超过 4 cm 宽时，此手术可作为首选治疗方法。有时也可用于治疗宽达 7 cm 的肿瘤。就大多数小型肿瘤而言，部分肾切除术可以彻底去除癌症，且长期效果良好。但是，外科医生的技能和经验是关键因素。

部分肾切除术是项复杂的手术。就技术性而言，它比切除整个肾脏的手术更难。部分肾切除术只能由经常进行这类手术的权威外科医生完成。根据肿瘤尺寸和位置等因素谨慎地挑选患者也很重要。只有在整个肿瘤可以安全切除，并且肾脏的健康部分完好无损的情况下，才可以进行这项手术。

在手术之前的短时间内，需要停止饮食和服用某些药物。停止吸烟也很重要。这项手术是在全身麻醉的条件下进行，全身麻醉是指通过药物使患者处于可控的无知觉状态。能够完成部分肾切除术的方法不止一种。可能用到的手术方法会在第 33 页叙述。

部分肾切除术的风险和副作用

任何类型的手术都有一定的健康风险和副作用。副作用是由治疗引起的不健康或不舒服的状况。部分肾切除术可能出现的副作用包括感染、出血、手术切口疼痛和肾漏尿。

根治性肾切除术

根治性肾切除术会切除带有肿瘤是整个肾脏以及肾脏周围的脂肪组织。该手术可能还会切除肾脏顶部的肾上腺和邻近淋巴结。需要切除多少组织取决于肿瘤的分布范围。

切除肾上腺的手术称为肾上腺切除术。如果在影像学检查中发现相连的肾上腺异常，则可能对其进行切除。如果肿瘤接近肾上腺所在的肾脏顶部，也可能需要切除它。

手术切除邻近的淋巴结称为淋巴结清扫术。淋巴结清扫术不常作为标准根治性肾切除术的一部分。如果在影像学检查中发现邻近淋巴结肿大，或者在体检过程中触摸到淋巴结肿大，则需要切除。

如果肿瘤已长到肾静脉和腔静脉中，那么可能需要切开静脉以消除所有癌细胞。由于手术在腔静脉中进行，心脏可能需要在短时间内停止跳动。当心脏停止跳动时，体内血液的循环通过心肺机进行。这个过程非常困难和复杂。此手术应该由经验丰富的专家团队来完成。

根治性肾切除术是 II 期或 III 期肾癌患者的标准治疗方法。也是肿瘤延伸至腔静脉时的首选治疗方法。根治性肾切除术很复杂，并且只能由经常进行这类手术的权威外科医生完成。



手术方法

部分或根治性肾切除术有两种手术方法。第一种方法称为开腹手术。第二种方法是腹腔镜手术，也称为微创外科手术。

开腹手术

开腹手术将在肋下切开大型手术切口，以移除目标组织。切口可能在腹部区域（腹部）、侧腰或腰背部。大型切口有助于医生直接观察并接触肾脏肿瘤以将其切除。开腹手术可能需要花费几个小时或更久。术后几天或更长时间都需要住院康复。术后可能感觉侧腰疼痛，且疼痛感将长达数周或几个月。

腹腔镜手术

腹腔镜手术采用几个小切口，而非一个大型切口。通过各个小切口置入小型工具来完成手术。其中一种工具是腹腔镜，由细长导管和末端摄像头组成。医生可通过摄像头看到腹部的肾脏和其他组织的情况。其他工具用于切除部分或全部的患癌肾脏。进行腹腔镜手术时，还可使用机械臂来控制手术工具。这称为机器人辅助腹腔镜手术。

腹腔镜手术可能需要几个小时甚至更长时间。术后需要住院康复，通常为 1 至 2 天。腹腔镜手术疼痛较轻，住院时间较短，康复时间也较短。

积极监控

积极监控包括常规性检查，即观察肿瘤的生长情况，可在之后根据需要进行治疗，而不是立即开始。这可以用于仅肾脏中有肿瘤且肿瘤非常小（3 cm 或更小）的患者。

如果患者年龄偏高，或有其他严重的健康问题，则可以选择积极监控。此类患者的健康状况可能不允许接受手术或其他癌症疗法。此外，癌症可能并非是影响其健康的最大风险因素。

所有的癌症治疗都有一定的健康风险和副作用。当年龄较大并且具有其他健康问题时，出现严重副作用和并发症的风险也会增加。对于这些患者来说，治疗中的潜在风险可能比癌症本身更危险。

在积极监控期间，医生会安排一个检查时间表。这可能包括数月一次的影像学检查，例如 CT 扫描、MRI 扫描和超声波。但是，这些检查以及其他检查并不会均匀进行。检查和时间表的安排将视您的一些具体因素而定。这些因素包括年龄、健康情况、个人意愿，以及肿瘤的大小、形态和生长速度。

热消融

热消融是一种借助极冷或极热的温度环境来摧毁癌细胞的治疗方法。这种方法可以摧毁小型肿瘤，而且几乎不会损伤邻近组织。在某些不适合进行手术的情况下，可以使用热消融疗法。对于老年患者以及具有其他严重健康问题的患者来说，可能不适合通过手术治疗。对于很小的肿瘤（4 cm 或者更小）而言，热消融疗法的效果最佳。

主要有两种方法来“消融”肾脏肿瘤。冷消融利用液氮等寒冷气体来冷冻并杀死癌细胞。射频消融通过加热来杀死癌细胞，或利用高能无线电波“煮死”癌细胞。

这两种类型的热消融都使用一种特殊针具（探针）来插入肿瘤。在进行冷消融时，探针释放寒冷气体来冷冻并摧毁肿瘤。在进行射频消融时，探针发射无线电波来加热并摧毁肿瘤。

探针可插入皮肤，并且在 CT 扫描、超声波以及其他影像学检查的引导下到达指定位置。在进行腹腔镜手术时，探针也可插入并引导到位。在治疗期间，会利用影像学检查来监测肿瘤，以确保整个肿瘤已被摧毁。探针将在治疗完成时移出。

在进行热消融时，可能需要局部麻醉或全身麻醉。也可服用镇定药来帮助自己放松。热消融可能出现的副作用包括出血以及对肾脏或邻近组织造成损害。

靶向疗法

靶向疗法是利用药物对癌细胞的某项特定或唯一特征开展的治疗。这些药物抑制那些可帮助癌细胞生长的分子的活动。靶向疗法用于治疗已经扩散到身体其他部位的肾癌。在过去的 10 年中，有 7 种靶向疗法用药已经被批准用于治疗晚期肾癌。

靶向疗法用药以几种不同的方式治疗肾癌。其中一些药物指向并阻断可引起新血管形成的信号。另一些药物会阻断可告知肾癌细胞生长分裂的信号。通常情况下，这些药物有不止一个目标。不同类型的靶向疗法以其各自目标命名。

贝伐单抗

贝伐单抗是一类名为**血管生成抑制剂**的靶向疗法用药。血管生成是指新血管的生长。与正常细胞一样，癌细胞的生长也需要血液中的养料和氧气。肾癌细胞非常善于让新血管长到肿瘤中，以“喂养”肿瘤细胞。癌细胞释放大量称为 VEGF (vascular endothelial growth factor, 血管内皮生长因子) 的蛋白质。VEGF 与细胞上形成血管的受体结合。这种结合能引发细胞中的信号，指示新血管长到肿瘤中。

贝伐单抗附着于 VEGF，阻止 VEGF 与细胞上的受体结合。这就会阻止 VEGF 发送可指示新血管形成的信号。贝伐单抗借此减缓并阻止血管的生长，使肿瘤“饿死”。



贝伐单抗是一种液体，通过输液给药。输液是用针头将药物缓慢注入静脉的一种给药方式。第一剂大约需要 90 分钟，之后的剂量只需要 30 分钟。可以单独使用贝伐单抗，也可以与干扰素、免疫治疗药物（如第 37 页所述）配合使用。

虽然贝伐单抗以肿瘤血管为目标，但也会影响正常的血管。这可能会导致副作用。副作用是由治疗引起的不健康或不舒服的身体或情绪状况。尽管有些副作用会使人不舒服，但并不严重，不过也有一些副作用会非常严重。贝伐单抗一些常见的副作用有高血压、头痛、流鼻血、流鼻涕、味觉改变、皮疹、皮肤干燥和背部疼痛。罕见但严重的副作用包括中风、心脏病发作、肾损伤、肠穿孔和体内出血。

索拉非尼、舒尼替尼、帕唑帕尼和阿西替尼

索拉非尼、舒尼替尼、帕唑帕尼和阿西替尼是一类名为 TKI (tyrosine kinase inhibitors , 酪氨酸激酶抑制剂) 的靶向疗法用药。酪氨酸激酶是一种细胞蛋白质, 对许多细胞功能都非常重要。这包括在细胞中发送信号, 以控制细胞生长、存活和死亡。

TKI 与细胞中的酪氨酸激酶结合, 从而阻断发送有助于肾癌生长和扩散的信号。酪氨酸激酶的类型繁多。一些酪氨酸激酶发出信号, 使癌细胞生长并分裂产生新细胞。还有一些酪氨酸激酶发出信号使新血管长到肿瘤中。

每种 TKI 的作用方式略有不同。某些 TKI 指向并阻断一种类型的酪氨酸激酶。这些可称为多激酶抑制剂。索拉非尼、舒尼替尼、阿西替尼和帕唑帕尼属于多激酶抑制剂。在肾癌中, 这些药物的主要目的是阻断控制血管生长的信号。阻断这些信号可以减缓或阻止癌症的生长和扩散。这也可能导致肿瘤萎缩。

阿西替尼指向并阻断可引起新血管长到肿瘤中的信号。通过阻断这些信号, 阿西替尼可以“饿死”肿瘤。这会减缓肿瘤生长或者造成肿瘤萎缩。

所有四种 TKI 均以药丸的形式吞服。索拉非尼和阿西替尼每日服用两次。舒尼替尼和帕唑帕尼每日服用一次。

每种药物都可能引起副作用。一些副作用由一种或几种 TKI 引起。另一些副作用由所有 4 种 TKI 引起, 但发生的可能性大小各不相同。用于治疗肾癌的 TKI 的一些常见副作用包括: 皮疹、手足综合征、脱发、感觉疲劳或虚弱、异常出血、皮肤或毛发的颜色变化、高血压、腹泻、恶心、呕吐、胃部不适、肚腹部位疼痛、口腔溃疡、味觉改变、无饥饿感、体重减轻、咳嗽、气短、声音变化或声音嘶哑、肝功能检查异常、手臂或腿部疼痛或肿胀。

依维莫司和替西罗莫司

依维莫司和替西罗莫司是一类名为 mTOR 抑制剂的靶向疗法用药。mTOR 是细胞中的一种蛋白质, 对细胞的生长和存活非常重要。mTOR 可将一种名为磷酸盐的化学物质从一个分子中移动到另一个分子中。磷酸盐“激发”第二个分子。通过转移磷酸盐, mTOR 可发送信号使细胞生长和分裂。

依维莫司和替西罗莫司可阻断 mTOR 对磷酸盐的转移。这样可阻止细胞接收控制生长和分裂的信号。通过阻断 mTOR 的作用, 这些药物可减缓肿瘤的生长。

依维莫司以药丸的形式吞服。频率为每日一次。这种药物最常见的一些副作用有: 感觉疲劳或虚弱、咳嗽、腹泻、口腔溃疡、恶心、无饥饿感、感染的风险增加、皮疹, 以及液体积聚产生的肿胀。其中一种较不常见但严重的副作用是肺损伤。这可能会导致气短或其他问题。

替西罗莫司通过输液给药, 频率为每周一次。输液大约需要 30 到 60 分钟。一些患者对输液有过敏反应。过敏反应症状包括潮红、胸痛和呼吸困难。输液前, 您可能需服用药物, 以降低过敏反应的风险。这种药物的一些其他常见副作用有: 恶心、无饥饿感、口腔溃疡、感觉疲劳或虚弱、皮疹, 以及液体积聚产生的肿胀。



埃罗替尼

埃罗替尼是一类名为 EGFR (epidermal growth factor receptor, 表皮生长因子受体) 抑制剂的靶向疗法用药。EGFR 是细胞表面上参与细胞生长的蛋白质。其在正常细胞和癌细胞上均有发现。细胞外的分子可附着于 EGFR 上。当这种情况发生时, EGFR 向细胞发出使细胞生长的信号。

埃罗替尼会阻断 EGFR 发出使癌细胞生长的信号。这会减缓或阻止产生新的癌细胞。埃罗替尼以药丸的形式吞服。这种药物的常见副作用包括皮疹、腹泻、恶心、感觉疲劳、无饥饿感。

“患者和 / 或照护者与医疗团队沟通任何可能产生的副作用及其严重性非常重要。最好将这些信息记录在日志中以备问诊时使用, 并且在问诊时做好笔记以供将来参考。”

— 患者支持者

肾癌协会

免疫疗法

免疫系统是人体抵御感染和疾病的自然屏障。免疫系统包括许多化学物质和蛋白质。这些化学物质和蛋白质是身体中自然生成的。

免疫疗法是增加免疫系统活性的一种治疗。这样做可以提高人体发现并破坏癌细胞的能力。免疫疗法用于治疗已经扩散到身体其他部位的肾癌。用于晚期肾癌治疗的免疫疗法用药有干扰素 α 和 IL-2 (interleukin-2, 白细胞介素-2)。

干扰素 α 和 IL-2 是一种名为细胞因子的蛋白质, 作用是刺激免疫细胞。细胞因子由人体自然产生, 是免疫系统的一部分。但是, 这些蛋白质也可以通过实验室合成以用于癌症治疗。因此, 干扰素 α 和 IL-2 也称为细胞因子疗法。

治疗肾癌需要使用非常高的 IL-2 剂量。这可能引起严重的副作用, 有时甚至是生命危险。IL-2 一些最常见的副作用有: 低血压、肾脏和肝功能检查异常、精神混乱、气短、畏寒、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、感觉疲劳或乏力以及尿量偏少。罕见但严重的副作用包括呼吸问题、低血压、肾损伤、心跳加快、昏迷、出血和感染。

由于存在严重风险, IL-2 仅用于身体健康状况足以应对副作用的患者。要进行这种治疗, 整体健康状况应比较良好。肾脏和其他器官功能也要正常。高剂量的 IL-2 应仅在具备相关专业知识和经验的癌症中心使用。IL-2 以输液的方式给药, 此过程大约需要 15 分钟。在治疗期间, 可能需要住几天院。

干扰素 α 并不单独用来治疗肾癌。它总是和贝伐单抗、靶向疗法用药搭配使用（如第 35 页所述）。干扰素 α 是一种用针头进行皮下注射的液体。通常每周注射三次。

干扰素 α 也有副作用，但没有 IL-2 那么严重。干扰素 α 的副作用通常包括流感样症状，例如发热、畏寒、感觉疲劳或虚弱、头痛和身体疼痛。其他常见的副作用有腹泻、恶心、呕吐、无饥饿感和抑郁。

支持疗法

支持疗法旨在缓解癌症症状和癌症治疗的副作用。它不对癌症本身进行治疗。支持疗法的目标是提高生活质量，减轻可能具有的不适感。

在癌症的任何阶段都可进行支持疗法，但其通常是癌症晚期的主要治疗类型。当用于晚期癌症时，支持疗法通常称为姑息性治疗。

支持疗法可以满足许多需求。其中一些例子包括针对身体和情绪症状的治疗，帮助做出治疗决定，以及协调医疗保健人员之间的护理工作。与您的治疗团队交流来进行最佳的支持疗法规划。用于肾癌患者的一些关键支持疗法将在下文叙述。

放射疗法

放射疗法使用高能射线束杀死癌细胞。放射疗法不作为肾癌的标准或基本治疗方法。相反，其可以用于缓解因肾癌扩散（转移）至体内远处部位而引起的症状。

放射疗法通常通过外部机器来完成。这种方法称为 EBRT（external beam radiation therapy，外束放射治疗）。EBRT 可以缓解骨转移瘤（癌症扩散到骨骼中）引起的疼痛。其也可用于治疗脑转移瘤（癌症扩散到脑部）。

立体定向放射治疗是 EBRT 的一种类型，可用于治疗小型或单一的脑部转移。立体定向放射治疗将高能量辐射作用于体内特定的小块区域。全脑照射可用于大型或大量的脑部转移瘤。

骨骼健康药物

当肾癌扩散到远处时，就有可能扩散到骨骼中。当肾癌扩散到骨骼时，将增加骨骼受损和患病的风险。这些问题包括骨折、骨痛和挤压（压迫）脊髓。称为高钙血症的问题也时有发生，其表现为血液中钙的浓度很高。

例如唑来膦酸 (Zometa) 和狄诺塞麦 (Xgeva) 等药物可以用来治疗骨骼问题。这些药物可帮助缓解骨骼疼痛，并减少产生其他骨骼问题的风险。它们通过减缓并阻止骨骼破坏来发挥作用。它们也有助于增加骨厚度。

然而，这些药物可能对颌骨造成损伤，这种情况称为骨坏死。请务必询问您的医生，了解这种风险发生的可能性，以及其他可能产生的副作用。用药时还建议配合服用钙和维生素 D。

手术

即使不能根治癌症，手术也有助于缓解癌症引起的症状。这称为姑息性手术。这种疗法可用于原发性肿瘤或者扩散到其他人体部位的癌症所引起的症状。

随着肾脏肿瘤逐渐增大，可能引起尿痛、尿血等严重症状。切除肾脏的手术可用于缓解这些症状。这种手术称为姑息性肾切除术。

姑息性手术可用于治疗已经扩散到骨骼的癌症所引起的问题。这类问题可能包括骨痛、骨折和脊髓压迫。

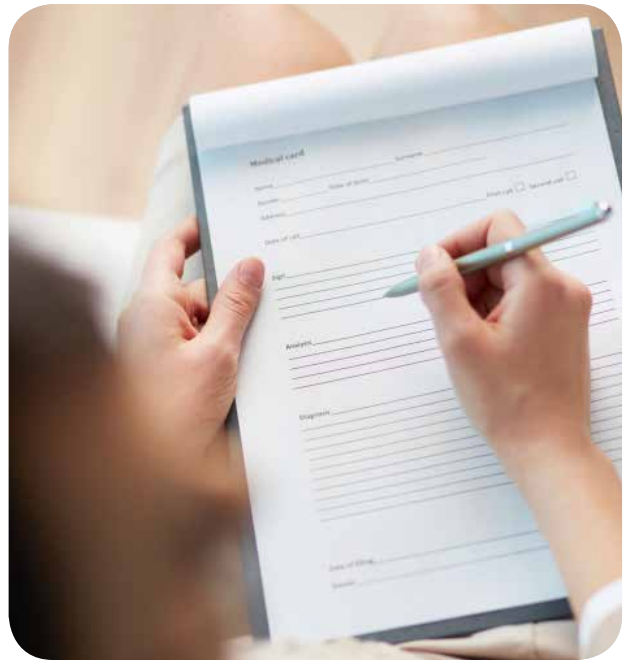
临床试验

新检查和治疗方法并不会立即对外公开。首先需要进行研究。新使用的检查和治疗方法也需要经过研究。

临床试验是对某项检查或治疗开展的一种研究。临床试验主要研究检查和治疗方法的安全性和有效性。一旦确定安全和有效，即可将之用作未来的治疗标准。正是通过临床试验，本手册中的检查和治疗方法，现在得以广泛应用在患者治疗当中。

对检查和治疗进行一系列临床试验，是为了确保其安全有效。如果不进行这一步，则无法得知检查或治疗方法的安全性或有效性。临床试验分为一系列的步骤，称为阶段。以新药物治疗为例，临床试验的四个阶段说明如下：

试验阶段 I 是要找出新药物在产生最小副作用时的最佳使用剂量以及给药方式。药物安全性一旦确定，则进入第 II 试验阶段的研究。



试验阶段 II 评估药物对特定癌症类型的效用。在此阶段，患癌类型相同的较大型患者小组将参与进来。

试验阶段 III 对照标准疗法研究新药物的疗效。试验阶段采用随机抽选的方法，将患者随机分入治疗小组。

试验阶段 IV 测试经 FDA (U.S. Food and Drug Administration, 美国食品药品监督管理局) 批准的药物，了解其短期副作用、长期副作用及其安全性。试验对象包括患癌类型不同的许多患者。

参加临床试验可获得诸多益处。第一，将接受最先进的癌症治疗。第二，将接受最佳健康保健管理。第三，治疗结果将得到仔细追踪。第四，可以帮助到其他癌症患者。

临床试验也有风险。与任何检查或治疗相同，也可能产生副作用。而且新型检查或治疗的效果可能不及当前的治疗。另一缺点是，可能需要提供相关资料，并要多次往返医院。

要参与临床试验，须满足研究相关的必要条件。参与临床试验的患者通常患癌类型相似，且身体状况也相似。这有助于确保任何反应均可归因于治疗，而与患者的个体差异无关。参与临床试验，还须阅读并签署一份称为知情同意书的文件。同意书中将详细说明该项研究，包括可能的风险和益处。

请向治疗团队咨询是否有开放性临床试验可以参与。您接受治疗的医院或附近其他医疗中心可能提供临床试验。

回顾

- 基本治疗仍是消除体内癌细胞的主要治疗方法。
- 手术通常是肾癌的基本治疗方法。
- 部分肾切除术仅切除带有肿瘤的部分肾脏。
- 根治性肾切除术会切除带有肿瘤的整个肾脏，可能还会切除如肾上腺和淋巴结等邻近组织。
- 靶向疗法是利用药物对癌细胞的某项特定或唯一特征开展的治疗。
- 免疫疗法，也称为细胞因子疗法，能帮助免疫系统消除癌细胞。
- 支持疗法旨在缓解癌症症状和癌症治疗的副作用。
- 临床试验是对某项检查或治疗方法的安全性和有效性进行研究。



5 治疗指南

44 5.1 I 期肾癌

列出肿瘤很小且仅存在于肾脏中时建议使用的治疗及复查。

50 5.2 II、III 期肾癌

列出肿瘤稍大且仍仅存在于肾脏或某些邻近组织时建议使用的治疗及复查。

52 5.3 IV 期和复发性肾癌

列出癌细胞已长到肾脏外、扩散至身体远处组织或治疗后又复发时建议使用的治疗及复查。





第 5 部分就肾癌患者适用的治疗方案给予指导。内容说明不同条件下建议使用的不同检查和治疗。该信息摘自 NCCN 专家为肾癌医生编写的治疗指南。

依据癌症分期编排治疗方案的相关内容。该指南力求通俗易懂。通过图表列出治疗方案，并以治疗流程标示各个步骤。每个图表旁均提供文字说明，解释图表中的信息。您可能不清楚的一些词汇，可以在页面内容或第 72 页的词典中找到相应解释。有关本指南中检查和治疗的更新信息，可参见第 2 - 4 部分。



5.1 I 期肾癌

表 5.1.1 基本治疗

分期和肿瘤大小	基本治疗
I 期 (T1a) 肿瘤小于等于 4 cm	<ul style="list-style-type: none"> • 部分肾切除术 (首选) , • 根治性肾切除术 , • 积极监控或 • 热消融
I 期 (T1b) 肿瘤大小为 4.1 cm 至 7 cm	<ul style="list-style-type: none"> • 部分肾切除术或 • 根治性肾切除术

表 5.1.1 说明 I 期肾癌的基本治疗方案，此时肿瘤小于等于 7 cm，且癌细胞仅存在于肾脏中。基本治疗是消除体内癌细胞的主要治疗方法。手术是 I 期肾癌最常用的基本治疗方法。但手术类型有很多。另外，也有几种其他选择。

肿瘤大小是影响基本治疗方案的一个关键因素。根据肿瘤大小，I 期又分成两个较小群组。T1a：肿瘤小于等于 4 cm。T1b：肿瘤大于 4 cm 但小于等于 7 cm。

基本治疗

I 期 (T1a) 有四种基本治疗方案可供选择。首选方案为部分肾切除术。部分肾切除术仅切除带有肿瘤的部分肾脏。（请参见第 30 页以了解更多详情。）如果肿瘤很小，通常无需切除整个肾脏即可去除全部癌细胞。仅切除部分肾脏能在更大程度上保留肾功能。因此，对于仅有一个肾脏、肾功能衰弱或两个肾脏皆有肿瘤的患者而言，该手术是理想选择。

但有时无法实施部分肾切除术。比如肿瘤十分靠近肾脏中心或近主静脉。如果无法实施部分肾切除术，则可以选择根治性肾切除术。根治性肾切除术会在手术中切除带有肿瘤的整个肾脏。该手术可能还会切除相连的肾上腺和邻近淋巴结。需要切除多少组织取决于肿瘤的分布范围。（请参见第 31 页以了解详情。）

手术治疗方案可能并非人人都适用。医生将根据众多因素来确定您的健康状况是否适合做手术。这类因素包括年龄、整体健康状况、当前其他健康问题，以及您的肺、心脏和其他器官的功能状况。基于以上及其他因素，医生可能会判定您并不适合接受手术。

如果肿瘤很小，除手术外，还有两种其他基本治疗方案。其中之一是积极监控。积极监控包括常规性检查，即观察肿瘤的生长情况。根据检查结果，可在之后根据需要进行治疗，而不是立即开始。如果患者年龄偏高，或有其他严重的健康问题，这是个不错的选择。这两种因素都会增加术中或术后出现严重问题的风险。

如果患者的健康状况不适合手术，可以选择的另一个方案是热消融。热消融借助极热或极冷的温度环境来摧毁小型肿瘤。此类治疗对邻近组织的损伤极小。与手术相比，该治疗方案产生的副作用相对较小。（请参见第 34 页以了解热消融的更多详情。）

对于 I 期 (T1b) 而言，手术是基本治疗方法。您可能需要接受如上所述的部分肾切除术或根治性肾切除术。医生会综合众多因素来确定最适合您的手术类型。此类因素包括整体健康状况、肾功能，以及肿瘤大小、位置和分布范围。NCCN 专家建议，应尽可能实施部分肾切除术。但有时无法实施部分肾切除术。比如肿瘤较大，且十分靠近肾脏中心或主静脉。在此种情况下，根治性肾切除术可能是最佳方案。

后续步骤：

I 期肾癌经过基本治疗后，将开始进行复查。有关积极监控期间的推荐检查，请参见第 46 页的表 5.1.2。如果接受过部分肾切除术、根治性肾切除术或热消融，请参见第 48 页的表 5.1.3，了解推荐的复查。

表 5.1.2 积极监控期间的检查

检查	时间表
病史和体检	<ul style="list-style-type: none"> • 连续 2 年每 6 个月一次，然后 • 诊断后连续 5 年每年一次
血生化检查和其他血检	<ul style="list-style-type: none"> • 连续 2 年每 6 个月一次，然后 • 诊断后连续 5 年每年一次
腹部影像学检查	<ul style="list-style-type: none"> • 开始监控的 6 个月内进行 CT 或 MRI 检查，然后 • 每年至少进行一次 CT、MRI 或超声波检查
胸部影像学检查	<ul style="list-style-type: none"> • 如果通过活组织检查确诊患癌，则每年进行一次 CT 或 x 光检查
肾盂影像学检查	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行
头部 CT 或 MRI 检查或脊椎 MRI 检查	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行
骨扫描	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行

表 5.1.2 列出肿瘤小于等于 4 cm 时，积极监控期间建议进行的检查。积极监控包括持续的常规性检查，即观察肿瘤的生长情况。积极监控期间，会重复进行诊断及癌症分期中用到的检查。（请参见第 14 页第 2 部分以及第 24 页第 3 部分，以了解图表中各项检查的更多详情。）

但是并没有哪一个复查计划具有普适性。应为每位患者安排对应的检查和时间表。与其他人相比，您需要进行的检查或许更多，也或许更少。应根据自身因素确定复查时间和时长。这些因素包括年龄、整体健康状况、肿瘤大小以及位置。

将进行一系列不同的检查，来监控癌症的发展状况，确定何时或是否需要展开治疗。病史、体检以及血检都将有助于医生了解整体健康状况。血液化验检查也有助于发现如肝脏和肾脏等器官的功能是否正常。（请参见第 18 页以了解血检的更多详情。）

腹部影像学检查用于检查肿瘤是否随着时间生长及其生长速度。最初的几项影像学检查有助于医生评估生长速度。生长速度是对癌细胞在特定时间段内增长情况的度量值。持续的影像学检查可用来观察增长速度，以查看病况变化。

通过影像学检查可以查看癌症是否扩散至肺部。不建议将肾盂、头部、脊椎或骨骼的影像学检查作为所有患者的标准复查。可视需要进行此类检查，如查看某些特定体征或症状。头部或脊椎影像学检查可用于查看癌症是否扩散至脑部。脑癌的一些症状包括慢性头痛、癫痫发作、失去平衡以及偏瘫。如果骨痛或血液中的 ALP 浓度过高，则可能需要进行骨扫描，以查看癌症是否已扩散至骨骼。请参见第 16 页和第 24 页，以了解关于影像学检查方法和原因的更多详情。

检查次数可能随着时间的推移而发生变化。这可能是归因于肿瘤生长速度的变化或其他因素。如果肿瘤生长缓慢或停止生长，检查次数可能会减少。如果肿瘤生长加快，则可能要增加检查频率。如果肿瘤不断增大或生长加快，则可能需要接受治疗。但此类决定必须以个人情况为准。

后续步骤：

如果医生确定您需要治疗，请参见第 44 页的表 5.1.1，了解 I 期肾癌的推荐治疗。

表 5.1.3 治疗后复查

检查	时间表
病史和体检	<ul style="list-style-type: none"> • 连续 2 年每 6 个月一次，然后 • 诊断后或手术后连续 5 年每年一次
血生化检查和其他血检	<ul style="list-style-type: none"> • 连续 2 年每 6 个月一次，然后 • 诊断后或手术后连续 5 年每年一次
腹部影像学检查	<p>部分或根治性肾切除术后</p> <ul style="list-style-type: none"> • 手术后 3 - 12 个月内进行基线 CT、MRI 检查或超声波检查，然后 • 如果基线检查时并无癌症迹象： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 部分肾切除术后，可能基于复发风险连续 3 年每年进行一次检查。 ◦ 根治性肾切除术后，根据医生诊断，可能在 12 个月之后进行检查。 <p>热消融术后</p> <ul style="list-style-type: none"> • 热消融术后 3 - 6 个月内进行 CT 或 MRI 检查，然后 • 连续 5 年每年至少进行一次 CT、MRI 或超声波检查
胸部影像学检查	<p>部分或根治性肾切除术后</p> <ul style="list-style-type: none"> • 连续 3 年每年进行一次 CT 或 x 光检查，然后 • 视需要进行 <p>热消融术后</p> <ul style="list-style-type: none"> • 连续 5 年每年进行一次 CT 或 x 光检查
重复进行活组织检查	<p>热消融术后</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根据影像学检查结果视需要进行
肾盂影像学检查	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行
头部 CT 或 MRI 检查或脊椎 MRI 检查	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行
骨扫描	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行

表 5.1.3 列出 I 期肾癌治疗后建议进行的复查。医生通过复查来监控健康状况，并查看治疗后是否有癌症复发或扩散（转移）的迹象。治疗后的癌症复发现象称为复萌或复发。复查也用于查看肾功能以及治疗

的副作用。复查期间，会重复进行诊断和分期中用到的许多检查。（请参见第 14 页第 2 部分以及第 24 页第 3 部分，以了解各项检查的更多详情。）

并没有哪一个复查计划具有普适性。医生将根据一系列因素及肿瘤情况为您调整复查计划。其中的关键因素包括接受的治疗类型、肿瘤大小和分布范围，以及整体健康状况。与其他人相比，您需要进行的检查或许更多，也或许更少。应根据复发几率（风险）以及其他特定因素，来确定复查时间和时长。根据医生诊断，可能在五年之后进行复查。

复查

常规病史检查、体检、和血检都将有助于医生了解整体健康状况。血液化验检查也有助于发现如肝脏和肾脏等器官的功能是否正常。结果异常可能是癌症复发或扩散至身体其他部位的迹象。

腹部影像学检查可用于查看是否有局部复发的迹象。局部复发是在原发性肿瘤位置或其附近复发癌症。应在部分或根治性肾切除术后 3 至 12 个月内进行基线影像学检查。基线检查可作为未来检查的参照起点。

如果基线检查时并无癌症迹象，则后续可降低复查频率。接受部分肾切除术后，可能连续 3 年每年进行一次检查。复查的频率和时长依据复发风险而定。较之小型肿瘤，肿瘤较大时，其复发风险也稍高。因此可能需要更频繁的复查。接受根治性肾切除术后，医生将决定所需的复查频率。

与手术相比，建议热消融术后进行更频繁、更长期的腹部影像学检查。因为热消融术后，局部复发的几率要比手术后略高。应同时使用和不使用造影剂进行初始影像学检查，以获得更清晰的照片。如果影像学检查显示有肿瘤生长、扩散或复发的迹象，则建议进行活组织检查。

胸部 x 光或 CT 扫描可显示癌症是否扩散至肺部。胸部影像学检查也非常重要，因为肺部是癌症远处复发的最常见部位。接受治疗后的最初几年应每年做一次胸部影像学检查。之后可视需要借此检查肺部患癌的体征或症状。

不建议将肾盂、头部、脊椎和骨骼的影像学检查作为所有患者的标准复查。可视需要进行此类检查，如查看是否出现癌症扩散的体征或症状。可能进行头部 CT 或 MRI 扫描，以查看癌症是否已扩散至脑部。脑癌的一些症状包括慢性头痛、癫痫发作、失去平衡以及偏瘫。如果骨痛或血液中的 ALP 浓度过高，则可能需要进行骨扫描，以查看癌症是否已扩散至骨骼。（请参见第 25 页以了解这些检查的更多详情）

后续步骤：

如果复查显示癌症复发，请参见第 54 页的表 5.3.2，了解复发性肾癌的推荐治疗。

5.2 II 期和 III 期肾癌

表 5.2 基本治疗和复查

基本治疗	复查时间表
• 根治性肾切除术	<ul style="list-style-type: none"> • 病史和体检 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 连续 3 年每 3 - 6 个月一次，然后 ◦ 手术后连续 5 年每年一次，然后 ◦ 视需要进行
	<ul style="list-style-type: none"> • 血生化检查和其他血检 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 连续 2 年每 6 个月一次，然后 ◦ 手术后连续 5 年每年一次，然后 ◦ 视需要进行
	<ul style="list-style-type: none"> • 腹部影像学检查 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 手术后 3 - 6 个月内进行基线 CT、MRI 检查，然后 ◦ 至少连续 3 年每 3 - 6 个月进行一次 CT、MRI 或超声波检查，然后 ◦ 连续 5 年每年一次，然后 ◦ 视需要进行，然后 ◦ 视需要进行定位影像学检查，以查看是否有任何症状
	<ul style="list-style-type: none"> • 胸部影像学检查 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 手术后 3 - 6 个月内进行基线 CT 检查，然后 ◦ 至少连续 3 年每 3 - 6 个月进行一次 CT 或 x 光检查，然后 ◦ 连续 5 年每年一次，然后 ◦ 基于患者具体情况及复发风险视需要进行
	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行肾盂影像学检查
	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行头部 CT 或 MRI 检查或脊椎 MRI 检查
	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行骨扫描

表 5.2 列出 II 期或 III 期肾癌患者建议进行的基本治疗和复查。II 期肾癌是指肿瘤大于 7 cm，但仍仅存在于肾脏中。III 期肾癌是指肿瘤已长到脂肪组织或肾脏周围及邻近静脉和 / 或淋巴结中。（请参见第 27 页以了解各个癌症分期的更多详情。）

基本治疗

基本治疗是消除体内癌细胞的主要治疗方法。根治性肾切除术是 II 期和 III 期肾癌首选以及建议作为基本治疗的唯一方案。根治性肾切除术会在手术中切除带有肿瘤的整个肾脏。可能也会切除相连的肾上腺、邻近淋巴结和其他组织。需要切除多少组织取决于肿瘤的分布范围。（请参见第 31 页以了解更多详情。）

复查

经过基本治疗后，将开始进行复查。复查旨在监控您接受治疗后的健康状况。医生通过复查，来查看治疗后是否有癌症复发或扩散（转移）的迹象。治疗后的癌症复发现象称为复萌或复发。复查也用于查看术后保留肾脏和其他器官的功能是否正常。复查期间，会重复进行诊断和分期中用到的许多检查。（请参见第 14 页第 2 部分以及第 24 页第 3 部分，以了解各项检查的更多详情。）

并没有哪一个复查计划具有普适性。医生将根据一系列因素及肿瘤情况为您调整复查计划。其中的关键因素包括接受的治疗类型、肿瘤大小和分布范围，以及整体健康状况。与其他人相比，您需要进行的检查或许更多，也或许更少。应根据复发风险以及其他特定因素，来确定复查时间和时长。根据医生诊断，可能在 5 年之后进行复查。

常规病史检查、体检和血检，都有助于医生了解整体健康状况。血液化学检查也有助于发现如肝脏和肾脏等器官的功能是否正常。监控术后保留肾脏的健康状况至关重要。肾功能衰弱可能增加发生其他健康问题的风险。血液化学检查结果异常可能表明器官受损。结果异常也可能是癌症复发或扩散至身体其他部位的迹象。

腹部影像学检查可用于查看是否有局部复发的迹象。局部复发是在原发性肿瘤位置或其附近复发癌症。应在手术后 3 - 6 个月内进行腹部基线 CT 或 MRI 扫描。基线检查可作为未来检查的参照起点。建议连续 5 年定期进行腹部影像学检查。5 年后可视需要进行检查。可能还会对腹部的特定部位进行影像学检查，查看是否有任何体征或症状。这称为定位影像学检查。

胸部影像学检查也非常重要，因为肺部是癌症远处复发的最常见部位。胸部 x 光或 CT 扫描可显示癌症是否扩散至肺部。建议手术后 3 - 6 个月内进行胸部基线 CT 扫描。基线检查后，应在接下来的几年定期进行 x 光或 CT 扫描。5 年后，可根据癌症复发风险以及其他特定因素，视需要进行影像学检查。癌症分期和肿瘤大小是影响复发风险的两大因素。

不建议将肾盂、头部、脊椎和骨骼的影像学检查作为所有患者的标准复查。可视需要进行此类检查，如查看是否出现癌症扩散的体征或症状。可能进行头部 CT 或 MRI 扫描，以查看癌症是否已扩散至脑部。脑癌的一些症状包括慢性头痛、癫痫发作、失去平衡以及偏瘫。如果骨痛或血液中的 ALP 浓度过高，则可能需要进行骨扫描，以查看癌症是否已扩散至骨骼。（请参见第 25 页以了解这些检查的更多详情）

后续步骤：

如果治疗后的复查显示癌症复发，请参见第 54 页的表 5.3.2，了解复发性肾癌的推荐治疗。

5.3 IV 期和复发性肾癌

表 5.3.1 基本治疗

检查结果	基本治疗方案
原发性肿瘤可通过手术切除 + 只有一处转移	• 肾切除术 + 转移瘤切除术
原发性肿瘤可通过手术切除 + 多个转移瘤	• 药物治疗之前进行减瘤性肾切除术
原发性肿瘤无法通过手术切除	• 药物治疗

表 5.3.1 列出 IV 期肾癌建议使用的基本治疗方案。IV 期肾癌是指肿瘤已长到肾脏和杰氏筋膜外，癌症扩散至远处部位，或两种情况均有。（请参见第 27 页以了解肾癌分期的更多详情。）

基本治疗是消除体内癌细胞的主要治疗方法。共有三种主要治疗方案可供选择。选择适合的基本治疗方案时，取决于许多因素。其中一个重要因素是原发性肿瘤的大小和分布范围。另一重要因素是转移瘤的数量。转移瘤是在远离首个肿瘤的身体部位所形成的肿瘤。

医生将确定原发性肿瘤的大小和分布范围，以决定是否可通过手术进行切除。如果通过手术无法切除整个原发性肿瘤，则建议进行药物治疗。如果通过手术可以切除整个原发性肿瘤，则根据转移瘤的数量确定治疗方案。

如果只有一处转移，则建议手术切除原发性肿瘤和转移瘤。肾切除术会切除带有肿瘤的整个肾脏。转移瘤切除术是消除转移的手术。这些手术可以同时进行，也可以分开进行。肾切除术期间，可能也会切除其他邻近组织。需要切除多少组织取决于原发性肿瘤的分布范围。（请参见第 31 页和第 32 页以了解这些手术的详情）

但该方案可能并非人人都适用。医生会综合考虑各种因素，比如整体健康状况以及完成每日活动的的能力，以确定您的健康状况适合做手术。医生还将查看转移的位置，以确定是否可以安全切除。

如果有较多转移瘤，则一般建议手术切除原发性肿瘤（不包括转移瘤）。手术后建议进行药物治疗。减瘤性肾切除术会切除带有肿瘤的整个肾脏。该手术的目标是减少体内癌细胞的数量。由于手术无法彻底切除所有的转移瘤，随后将采取药物治疗。首先切除原发性肿瘤可以改善针对转移瘤的药物治疗效果。

但该治疗方案可能并非人人都适用。医生将评估整体健康状况以及完成每日活动的的能力。以确定您的健康状况适合做手术。医生还将查看转移瘤的位置，并综合其他因素，以确定该方案是否适合您。

后续步骤：

如果接受过减瘤性肾切除术或无法做手术，请参见第 54 页的表 5.3.2，了解推荐的药物治疗。

如果接受过肾切除术和转移瘤切除术，请参见第 56 页的表 5.3.3，了解推荐的复查。

表 5.3.2 药物一线治疗

细胞亚型	治疗方案
透明细胞	• 临床试验，
	• 舒尼替尼，
	• 替西罗莫司（针对特定患者），
	• 贝伐单抗 + 干扰素 α ，
	• 帕唑帕尼，
	• 高剂量 IL-2（针对特定患者），
	• 阿西替尼或
• 索拉非尼	+ 最佳支持疗法
非透明细胞	• 临床试验（首选），
	• 替西罗莫司（针对特定患者），
	• 索拉非尼，
	• 舒尼替尼，
	• 帕唑帕尼，
	• 阿西替尼，
	• 依维莫司，
	• 贝伐单抗，或
• 埃罗替尼	+ 最佳支持疗法

表 5.3.2 列出无法通过手术切除或手术后再次出现（复发）的肾癌所适用的一线治疗方案。一线治疗是癌症治疗中使用的第一种或第一组药物。有多种主要治疗方案可供选择。选择适合的方案时，取决于许多因素。其中一大因素是细胞亚型。最常见的亚型是透明细胞 RCC。其他亚型则不太常见，因此简单称之为“非透明细胞”。（请参见第 21 页以了解更多详情。）

一线治疗

临床试验中的治疗方案面向所有患者。过去 10 年，许多新药物都通过临床试验，批准用于肾癌的治疗。但大部分研究是针对透明细胞 RCC。仍需进行更多研究来寻找非透明细胞 RCC 的最佳治疗方案。因此，如果患有非透明细胞 RCC，则接受临床试验中的治疗是首选方案。（请参见第 30 页第 4 部分，以了解各项治疗的更多详情。）

透明细胞 RCC 除临床试验外，还有数种治疗方案可供选择。大部分方案属于靶向疗法。舒尼替尼、帕唑帕尼、阿西替尼和索拉非尼是一类名为 TKI 的靶向疗法用药。它们能够阻断细胞内帮助肾癌生长和扩散的信号。每种 TKI 的作用方式都略有不同，并会引发副作用。基于不同的原因，每种药物都可以成为良好的选择。务必仔细权衡每种药物的风险和益处，以做出最佳选择。

替西罗莫司是一类名为 mTOR 抑制剂的靶向疗法用药。对某些患者（如有三种或更多高风险因素）而言，它可能是种不错的选择。高风险因素会增加癌症加重及快速发展的风险。高风险因素包括无法正常进行日常活动或工作、两个或更多器官中有转移瘤、血液中钙浓度过高，以及诊断后开始药物治疗的时间不足一年。

另一选择是接受贝伐单抗和干扰素 α 治疗。贝伐单抗是一类名为血管生成抑制剂的靶向疗法用药。干扰素 α 是一种细胞因子疗法（也称为免疫疗法）。干扰素 α 与贝伐单抗搭配使用时，能更好地对抗肾癌。但每种药物都有副作用，当同时使用两种药物时，其副作用可能会加重。

高剂量 IL-2 是某些患者可选择的另一种细胞因子疗法。由于其严重的副作用风险，高剂量 IL-2 并不适合所有患者。只有在整体健康状况良好、器官功能正常，且可以正常进行日常活动时，才推荐使用。

非透明细胞 RCC 除临床试验外，也有数种治疗方案可供选择。许多方案与透明细胞 RCC 所建议使用的方案相同。其中包括替西罗莫司、所有四种 TKI 以及贝伐单抗，但不包括干扰素 α 。

依维莫司和埃罗替尼是仅推荐给非透明细胞 RCC 患者使用的两种选择。它们都属于靶向疗法用药：依维莫司属于 mTOR 抑制剂，而埃罗替尼是一种 EGFR 抑制剂。这些药物以稍有不同的方式，来阻断可刺激癌细胞生长的信号。

支持疗法

采用一线疗法时建议所有患者同时使用支持疗法。支持疗法旨在缓解癌症症状或癌症治疗的副作用。其目标是提高生活质量，减轻可能具有的不适感。

支持疗法可能包括放射疗法、手术、药物或其他治疗方法。放射疗法可用于减轻癌症扩散至骨骼或脑部所带来的疼痛。骨骼强化药物可能对缓解骨转移瘤造成的疼痛或其他问题也有帮助。

切除原发性肿瘤的手术也可用于缓解如疼痛或尿血等症状。切除转移瘤的手术可能对缓解症状也有帮助。（请参见第 38 页以了解有关支持疗法的更多详情。）

后续步骤：

有关推荐用于查看治疗效果的复查，请参见第 56 页的表 5.3.3。

表 5.3.3 药物治疗期间复查

检查	时间表
病史和体检	<ul style="list-style-type: none"> • 药物治疗期间每 6 - 16 周进行一次，或 • 根据用药情况更频繁地进行
血生化检查及其他血检	<ul style="list-style-type: none"> • 根据用药情况并视需要进行
胸部、腹部和肾盂影像学检查	<ul style="list-style-type: none"> • 开始治疗或观察前进行基线 CT 或 MRI 检查 • 根据医生诊断和癌症状况每 6 - 16 周进行一次检查
头部 CT 或 MRI 检查	<ul style="list-style-type: none"> • 治疗前进行可能的基线检查，然后 • 视需要进行，然后 • 根据医生诊断每年进行一次可能的检查
脊椎 MRI 检查	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行
骨扫描	<ul style="list-style-type: none"> • 视需要进行

表 5.3.3 列出药物治疗期间或之后建议进行的复查。IV 期肾癌进行肾切除术和转移瘤切除术之后也建议进行这些检查。

复查用于监控健康状况和治疗效果。与治疗相关的结果或改善称为治疗反应。医生通过复查，来查看治疗后是否有癌症复发或扩散（转移）的迹象。治疗后的癌症复发现象称为复萌或复发。复查也用于查看肾功能以及治疗的副作用。复查期间，会重复进行诊断和分期中用到的许多检查。（请参见第 14 页第 2 部分以及第 24 页第 3 部分，以了解各项检查的更多详情。）

并没有哪一个复查计划具有普适性。医生将根据一系列因素为您调整复查计划。一些关键因素包括整体健康状况、癌症分布范围以及您的用药类型。与其他人相比，您需要进行的检查或许更多，也或许更少。检查次数可能随着时间的推移而发生变化。这可能是归因于肿瘤生长速度的变化、治疗反应或其他因素。

常规病史检查、体检和血检，都有助于医生了解整体健康状况。血液化验检查也有助于发现如肝脏和肾脏等器官的功能是否正常。异常结果可能是器官功能异常的迹象。异常结果也可能是由癌症、治疗或其他健康问题所致。

根据用药类型，可能需要更频繁地进行血检。例如，如果使用帕唑帕尼，则要更频繁地进行血检，以检查肝功能。因为帕唑帕尼会对肝脏造成显著损害。可能还需其他血检，以检测其他药物的特定副作用。

胸部、腹部以及肾盂影像学检查都是复查的重要组成部分。每种影像学检查的作用方式略有不同。（请参见第 16 页以了解详情。）这些检查可帮助医生观察治疗期间癌症大小和位置的变化。

开始治疗前应进行基线 CT 或 MRI 扫描。基线检查可作为未来检查的参照起点。基线检查后，应持续进行影像学检查，以查看癌细胞随着时间推移的生长或萎缩情况。

头部影像学检查可显示癌症是否扩散至脑部。开始治疗前，医生可能要为您进行脑部基线 CT 或 MRI 扫描。之后可能需要每年进行一次头部 CT 或 MRI 扫描。应视需要进行影像学检查，如检查某些特定症状。

不建议将其他影像学检查（如骨扫描或脊椎 MRI 扫描）作为所有患者的标准复查。可视需要进行此类检查，如查看是否出现癌症扩散的体征或症状。如果有症状表明癌症已扩散至脑部或脊髓，可能会对脊椎进行 MRI 扫描。脑癌的一些症状包括慢性头痛、癫痫发作、失去平衡以及偏瘫。如果骨痛或血液中的 ALP 浓度过高，则可能需要进行骨扫描，以查看癌症是否已扩散至骨骼。

后续步骤：

如果复查显示肾切除术以及转移瘤切除术后癌症复发，请参见第 54 页的表 5.3.2，了解药物治疗。

如果在透明细胞 RCC 一线治疗期间或之后，仍有癌细胞生长现象，请参见第 58 页的表 5.3.4，了解推荐的治疗。

如果在非透明细胞 RCC 一线治疗期间或之后，仍有癌细胞生长现象，则可能需要接受表 5.3.2 中所列的其他药物治疗。

表 5.3.4 透明细胞 RCC 一线治疗后的治疗

一线治疗	后续治疗方案
TKI 疗法 (阿西替尼、帕唑帕尼、 索拉非尼或舒尼替尼)	<ul style="list-style-type: none"> • 临床试验 或 • 靶向疗法用药：依维莫司、阿西替尼、索拉非尼、帕唑帕尼、替西罗莫司或贝伐单抗 或 • 细胞因子疗法用药：高剂量 IL-2 (针对特定患者)
细胞因子疗法用药 (干扰素 α 或 高剂量 IL-2)	<ul style="list-style-type: none"> • 临床试验 或 • 靶向疗法用药：阿西替尼、索拉非尼、舒尼替尼、帕唑帕尼、替西罗莫司或贝伐单抗

+ 最佳支持疗法

+ 最佳支持疗法

表 5.3.4 列出透明细胞 RCC 在一线治疗期间或之后出现生长现象时建议进行的后续治疗方法。将根据一线治疗所使用的药物类型推荐后续的治疗方法。这是因为某些药物在其他一些药物之后使用，可获得更好的疗效。

如果在一线治疗时使用过 TKI，那么您有三个主要的选择。第一个选择是接受临床试验中的治疗方案。临床试验用于研究治疗方法的安全性和有效性。

第二种选择是接受以下其中一项靶向疗法用药：依维莫司、阿西替尼、索拉非尼、帕唑帕尼、替西罗莫司

或贝伐单抗。每种靶向疗法用药的作用方式都略有不同，并会引发副作用。基于不同的原因，每种药物都可以成为良好的选择。务必仔细权衡每种药物的风险和益处，以做出最佳选择。（请参见第 35 页以了解靶向疗法的更多详情。）

第三种选择是使用高剂量 IL-2，这是一种细胞因子疗法（也称为免疫疗法）。由于其严重的副作用风险，高剂量 IL-2 并不适合所有患者。只有在整体健康状况良好、器官功能正常，且可以正常进行日常活动时，才推荐使用。

如果在一线治疗时使用过**细胞因子疗法**，那么您有三个主要的选择。第一个选择是接受临床试验中的治疗方案。另一个选择是接受以下其中一项靶向疗法用药：阿西替尼、索拉非尼、舒尼替尼、帕唑帕尼、替西罗莫司或贝伐单抗。

癌症治疗中**建议所有患者同时使用支持疗法**。支持疗法旨在缓解癌症症状或癌症治疗的副作用。其目标是提高生活质量，减轻可能具有的不适感。

支持疗法可能包括放射疗法、手术、药物或其他治疗方法。放射疗法可用于减轻癌症扩散至骨骼或脑部所带来的疼痛。骨骼强化药物可能对缓解骨转移瘤造成的疼痛或其他问题也有帮助。切除转移瘤的手术可用于缓解症状。（请参见第 38 页以了解有关支持疗法的更多详情。）

做出治疗决定



6 做出治疗决定

62 制定治疗计划

65 您在计划中的角色

65 征求第 2 意见

66 要咨询医生的问题

70 网站

70 回顾



癌症会令人感到非常焦灼。在接受患癌这一事实的同时，还必须了解检查和治疗方面的信息。同时，允许您确定治疗计划的时间可能很紧迫。第 1 至 5 部分重点讲解肾癌及其治疗方法，以及其他挑战。第 6 部分主要让您了解如何与医生沟通，并做出适合自己的治疗决定。

制定治疗计划

被诊断出患有癌症后，如同踏上了一段茫茫的旅途，不知所终。治疗计划则相当于这段旅途的路线图。它是一份关于治疗及其他方面的书面行动方案。它能为您、您的挚爱以及您的治疗团队提供帮助。

治疗计划要能够解决所有的癌症治疗需求，同时尊重您的信仰、预期和价值观。在治疗期间，它还可以有所变更和延展。计划中将包括您医生的职责，以及您进行自我帮助的方法。治疗计划通常具有以下几部分：

癌症信息

即使患癌器官相同，病症也可能迥异。在治疗计划中，会报告可描述癌症病况的检查结果。这些检查结果包括癌症位置、细胞类型以及癌症分期。请参见第 2 部分和第 3 部分，以了解肾癌检查的更多详情。

您的治疗团队

肾癌治疗需要多学科医师参与。泌尿科医师主治泌尿系统和男性生殖系统疾病。医学肿瘤学家是药物治疗癌症的医学专家。放射肿瘤学家是使用放射疗法治疗癌症的医学专家。外科医生是通过手术切除或修复身体部位的医学专家。病理学家是通过细胞和组织化验来发现疾病的专家。

您的基础护理医生也可以加入治疗团队。基础护理医生可帮助您就治疗问题向团队表达您的想法。在了解您的癌症治疗情况后，他或她还可能改善其他健康问题的治疗效果。除医生外，您还会从护士、社会工作者以及其他健康专家处获得相关护理。请咨询您医疗保健人员的姓名和联系信息，并记录到治疗计划中。

癌症治疗

并没有哪一种治疗实践具有普适性。通常，我们会提供包括临床试验在内的多种治疗方案。临床试验主要研究某项治疗方法的有效性和安全性。

可在第 5 部分查看肾癌治疗方案指南。在治疗计划中，应报告您与医生共同商定的治疗方案。注明治疗目标和获得良好治疗结果的几率也十分重要。应列出全部已知的副作用，并记录副作用治疗所需的时间。请参见第 4 部分的列表，以了解肾癌治疗可能带来的一些副作用。

如有信息更新，您的治疗计划可能有所变更。您也许会改变治疗想法。检查可能发现新的结果。治疗效果也可能有变。遇到这些变化中的任何一项，都可能需要制定新的治疗计划。

压力和症状控制

癌症及其治疗可能会引起很棘手的症状。患癌压力也可能导致出现相应的症状。许多症状都有多种治疗方式，因此请告诉治疗团队您都有哪些症状。

治疗之前、期间以及之后您可能会经历失眠现象。睡眠不充足可能影响心情、交流沟通，以及进行日常活动的的能力。如果可能，请注意休息，找他人帮忙，并向医生了解服用安眠药的事宜。行为睡眠医学（一种谈话疗法）可能也会有所帮助。

癌症患者很容易出现焦虑感和沮丧感。您所在癌症中心的癌症领航员、社会工作者以及其他专家都能提供帮助。其中包括支持小组、谈话疗法或药物治疗。有些患者可以通过运动、与亲人交谈或放松休闲，缓解不良情绪。

治疗期间可能会失业或误工。或者，您的医疗保险非常低、甚至没有。将工作、保险或经济方面的问题告知医疗团队。他们将把这些情况纳入治疗计划，以帮助您管理财务或医药费。

生存护理

癌症生存护理从被诊断出患有癌症的那一天开始。对于许多幸存者而言，结束积极治疗的确值得高兴，但同时伴有严重的焦虑感。这种反应很非常。由于癌症护理团队不再进行定期随访，您可能需要相关支持以应对相关问题。此外，您的治疗计划还应包括癌症复查、长期副作用治疗以及整体健康护理的时间表。

预立医疗自主计划

与医生讨论您的预后事项有助于治疗规划的制定。如果癌症无法得到控制或治愈，可以制定临终医疗计划。然而，此番对话总会被拖到最后，或者根本来不及进行。由于担心您可能会失去希望、变得很沮丧，或失去求生意志，医生可能会推迟这些对话。研究表明这些担心很多余。相反，预立医疗自主计划有颇多益处。它有利于：

- 充分了解预期状况，
- 充分利用时间，
- 减轻照护者的压力
- 确保实现自己的遗愿，
- 享受更优质的生活，以及
- 得到良好的照顾

预立医疗自主计划始于您与医生之间一次诚实的对话。您不必全盘掌握预后事项的细枝末节。仅有个大致的想法就能为计划提供帮助。有了这些信息，您可以决定何时终止癌症治疗（如果真的发生）。您还可以选择缓解症状的治疗方法，如放射疗法、手术或药物治疗。

计划的另一部分涉及临终关怀。临终关怀不包括癌症对抗治疗，而是要减轻癌症带来的症状。如果不想接受更多的癌症治疗、没有其他可以采用的癌症治疗方法，或者已厌倦癌症治疗，则可以开始临终关怀。临终关怀会尽可能地让您享有最佳生活质量。每周七天、每天二十四小时提供照护。您可以选择在家或在临终关怀中心接受照护。一项研究发现，临终关怀开始的越早，患者和照护者就越能享受到更高的生活质量。



“我鼓励每位患者尽可能地做一名积极的支持者，并尽其所能参与到治疗与决策过程中去。”

— 患者支持者
肾癌协会

“预立医疗指示”说明当您没有能力表达自我意愿时，想要接受的治疗方法。您还可以在其中指出希望由谁代替自己做出决定。这属于医生必须遵循的法律文件。借助它您可以表明对于使用生命维持机器（如饲管）的意愿。其中还可以包括如果发生心脏或肺衰竭，您希望采取的治疗方式。如果您已写好“预立医疗指示”，可能需要进行更新，使其具备法律效力。

您在计划中的角色

患者想在治疗计划中扮演的角色有所不同。您的医生和治疗团队将为您提供所需信息，以供您做出明智的选择。但您可能更倾向于让别人引导您做出治疗决定。因为您的情绪可能处于高度紧张状态。可能很难听取或知道别人在说什么。紧张感、疼痛和药物可能导致您无法做出良好决定。您可能从未听说过用于描述肾癌、检查或治疗的词汇。同样，您可能认为自己的判断没有医生的好。

您可以单纯依赖医生做出正确的决定。您还可以让亲人帮忙。他们能帮您收集信息、代表您发言，并与医生一起做决定。即使是由他人决定您将接受何种治疗，但是还是需要您签署同意书。

另一方面，您可能更倾向于主动或与他人一起做决定。在一起做决定时，您以及您的医生将共享信息、权衡多种方案，并就治疗计划达成一致。您的医生了解治疗肾癌的科学方法。但您更了解自己的关注点和目标。通过共同合作而确定的治疗护理计划，可能会让您感觉更舒服、更满意。治疗方法、地点以及主治医生都可能符合您的意愿。

征求第 2 意见

癌症诊断期间可能会令人极度紧张。癌症患者通常都希望能尽早开始治疗。他们希望尽快消除癌症，避免进一步扩散。癌症不容忽视，但仍有时间仔细考虑，选择最适合您的治疗计划。

您可能希望让另一位医生查看您的检查结果，以及目前的医生所推荐的治疗方案。这就称为征求第 2 意见。您可能完全信任您的医生，但就适合的治疗方案征求第 2 意见，将为治疗提供帮助。

需要将全部检查结果的副本递交给提供第 2 意见的医生。有人可能羞于向医生索要副本。但第 2 意见其实是癌症治疗中的常规组成部分。

当医生患癌症时，大都会会在选择治疗方案之前，与其他多位医生讨论。此外，有些保健计划要求提供第 2 意见。如果您的保健计划并不给付第 2 意见的费用，您可以选择自行支付。选择癌症治疗是非常重要的决定。它会影响生命的长度和质量。

关于治疗的问题

1. 我是否必须接受治疗？
2. 我有哪些治疗方案？
3. 我是否会有多种治疗方案？
4. 如果手术是其中一种方案，您会推荐何种手术类型？
您实施这类手术的频率为何？
5. 是否可选择腹腔镜手术？
6. 每种肾癌治疗方案有何风险和益处？
7. 我的年龄、整体健康状况、癌症分期和其他医药条件是否会限制我的治疗选择？
8. 您会为我推荐何种治疗方法？如何实施该治疗方案？
9. 多长时间后会开始为我治疗？该治疗会持续多长时间？
10. 我会在何处接受治疗？我必须住院还是每次治疗后都可以回家？
11. 我应为检查做哪些准备？我是否应停止服药？
我是否应事先存血以备输血之需？
12. 治疗的花费如何？我如何才能查看保险公司的报销金额？
13. 治疗后我能痊愈的几率为何？
14. 我在接受肾癌治疗时，应注意哪些症状？
15. 我何时可以重新正常地进行活动？
16. 癌症复发或扩散的几率有多大？
17. 完成治疗后我应做些什么？
18. 是否有我可以参加的任何支持服务？支持小组？

关于临床试验的问题

1. 是否有我可以参加的临床试验？
2. 该研究的目的为何？
3. 该研究涉及哪些类型的检查和治疗？
4. 治疗包括哪些内容？
5. 该治疗是否之前有过实践？其是否用于其他类型的癌症治疗？
6. 我是否会知道自己接受的是哪项治疗？
7. 对我而言，接受或不接受该新治疗会发生什么？
8. 我是否还有其他选择？它们有哪些益处和风险？
9. 该研究会如何改变我的日常生活？
10. 该研究会带来哪些副作用？这些副作用是否可控？
11. 我是否必须住院？如果需要住院，我需要住院的频率和时长为何？
12. 该研究是否需要我支付任何费用？这些治疗是否免费？
13. 如果我在研究中受伤，则我可能会接受何种治疗？
14. 该研究包含哪种类型的长期复查护理？

网站

美国癌症协会

www.cancer.org/cancer/kidneycancer/index

美国国家癌症研究所

www.cancer.gov/cancertopics/pdf/treatment/renalcell/Patient

肾癌协会

www.kidneycancer.org/

美国国家肾脏基金会

www.kidney.org/atoz/content/kidneycancer

泌尿护理基金会

www.urologyhealth.org/urologic-conditions/kidney-cancer

美国国家癌症幸存者联盟

www.canceradvocacy.org/toolbox

癌症支持团体

www.cancersupportcommunity.org/MainMenu/About-Cancer/Quality-of-Life

NCCN

www.nccn.org/patients/resources/default.aspx

回顾

- 在治疗及其结束后为您提供帮助的治疗计划。
- 其包含许多问题：检查结果、治疗以及支持项目。
- 您可以选择在计划您的治疗时发挥何种积极作用。
- 您还可以就治疗计划选择第 2 意见。

术语表

词典 首字母缩略词

词典

EGFR 抑制剂

阻断 EGFR (表皮生长因子受体, 一种在细胞表面上向细胞发出信号使其生长的蛋白质) 发挥作用的药物。

mTOR 抑制剂

阻断 mTOR (在细胞中发送化学信号以控制细胞生长、存活的蛋白质) 发挥作用的一种药物。

mTOR

一种在细胞中发送化学信号以控制细胞生长、存活的蛋白质。

x 光

利用少量辐射来拍摄体内照片。

癌

由位于人体内器官和组织表面上的细胞所引发的癌症。

癌症分期

对癌症生长及其在体内扩散情况的评级。

癌症分期

对您体内癌症扩散情况评级和描述的过程。

靶向疗法

利用药物对癌细胞的某项特定或唯一特征开展的治疗。

白细胞

帮助对抗体内感染的一种血细胞。

表皮生长因子受体 (EGFR)

一种在细胞表面上向细胞发出信号使其生长的蛋白质。

病理学家

通过细胞和组织化验来发现疾病的专家。

病史

与健康问题有关的所有事件及服用过的所有药物。

部分肾切除术

切除带有肿瘤的一小部分肾脏的手术。

肠

对通过胃部的食物再次进行消化的器官。

超声波

利用声波拍摄体内照片的检查。

放射科医生

解读影像学检查 (拍摄体内照片的检查) 照片的专家。

放射疗法

使用高能量射线破坏癌细胞。

放射性示踪剂

一种能释放少量能量 (辐射) 的物质, 将其置入体内以使照片更加清晰。

放射肿瘤学家

使用放射疗法治疗癌症的医学专家。

非透明细胞 RCC

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态, 这是一种不同于透明细胞的 RCC (肾细胞癌) 亚型。

肺

位于胸部的一对器官, 由气管和肺泡构成, 为人体提供氧气。

分期

对您体内癌症扩散情况评级和描述的过程。

复查

治疗后进行的对治疗效果的检查。

复发

治疗后的癌症复发现象。也称为复萌。

复萌

治疗后的癌症复发现象。也称为复发。

副作用

由治疗引起的不健康或不舒服的状况。

腹部

胸部和肾盂之间的肚腹部位。

腹腔镜手术

使用小型工具和腹腔镜（末端带照明和摄像头的细长导管）、通过腹部几个小切口插入进行的一种手术。

钙

保持牙齿、骨骼以及其他身体组织健康所需的一种矿物元素。

肝功能

对肝功能是否正常的描述。

肝功能检查

测定肝脏制造或处理的化学物质以查看肝功能是否正常的血液检查。

肝脏

清除血液中废物、并制造液体促进食物消化的器官。

高风险因素

增加癌症加重及快速生长（发展）的几率（风险）的因素。

根治性肾切除术

切除带有肿瘤的整个肾脏以及肾脏周围的脂肪组织的手术，可能还会切除相连的肾上腺和附近的淋巴结。

姑息性手术

用于缓解癌症症状的手术。

姑息性治疗

对某种疾病症状的治疗。有时也称为支持疗法。

骨扫描

使用放射性物质检查骨骼内是否有癌细胞或受损的影像学检查。

骨折

骨头上的裂缝或破裂。

骨转移瘤

已从首个（原发性）肿瘤扩散至骨骼部位的癌细胞。

过敏

对于对大部分人无害的物质，某些人的免疫系统会作出异常反应，这种情况即为过敏。

过敏反应

当身体抵御侵入物时，会出现相关症状。

核磁共振成像 (MRI) 扫描

利用无线电波和强大的磁场来拍摄体内照片的检查。

红细胞

携带肺部氧气并输送到身体其他部位的血细胞。

活组织检查

从身体上切下一小部分组织以检查是否有疾病。

肌酐

肌酐是一种肌肉产生的废物，并通过肾脏从血液过滤到尿液中。

积极监控

进行频繁持续的检查，观察癌症的生长情况，而不会进行积极治疗。

基本治疗

消除体内癌细胞的主要治疗方法。

基线

用于与未来检查结果做对比的起点。

基线检查

用于与未来检查结果做对比的首次检查结果。

基因

细胞内所存在的用于生成新细胞和控制细胞的行为的编码指令。

激素

身体中刺激细胞或器官的化学物质。

集合管 RCC

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态，这是第四常见的 RCC（肾细胞癌）亚型。

脊髓

脊椎（脊柱）中在脑部和其他身体部位之间传递信息的神经束。

脊椎

从颅骨底部至尾椎的骨骼、肌肉和其他组织部分。也称为脊柱。

计算机断层 (CT) 扫描

从多角度使用 X 光来拍摄体内照片的检查。

减瘤性肾切除术

当癌症扩散至众多远处部位且无法将其全部切除时，会切除带有肿瘤的整个肾脏。

碱性磷酸酶 (ALP)

身体大部分组织中存在的蛋白质。

杰氏筋膜

包覆肾脏的纤维组织外层。

静脉

将身体各部分血液运回心脏的血管。

局部复发

治疗后癌症复发，且出现在原发性肿瘤位置或其附近。

局部麻醉

通过药物使身体的一小部分处于可控的无知觉状态。

开腹手术

通过较大切口切除组织的手术。

酪氨酸激酶

一种对多种细胞功能（如发送细胞生长和存活信号）有重要作用的细胞蛋白质。

酪氨酸激酶抑制剂 (TKI)

阻断酪氨酸激酶（发送细胞生长和存活信号的细胞蛋白质）发挥作用的一种药物。

立体定向放射治疗

将高能量的辐射作用于体内的特定小块区域的放射疗法。

临床试验

对检查或治疗的研究，以评估其安全性或有效性。

淋巴管

将淋巴液（一种富含可抵抗感染和疾病的白细胞的透明液体）输送至身体各处、并连接各个淋巴结的管道。

淋巴结

由特殊抗病细胞所组成的小集群并且遍及全身。

淋巴液

一种富含可抵抗感染和疾病的白细胞的透明液体。

美国食品药品监督管理局 (FDA)

管理美国药品和食品的联邦政府机构。

泌尿科医师

主治男女泌尿系统和男性生殖系统疾病的专家。

泌尿系统

一组将身体废物以尿液形式排出体外的器官。由肾脏、输尿管、膀胱和尿道组成。

免疫疗法

刺激或增强人体对于疾病的自然防御机制（免疫系统）以对抗癌症的治疗方法。

免疫系统

人体抵御感染和疾病的自然屏障。

脑转移瘤

已从首个（原发性）肿瘤扩散至脑部的癌细胞。

尿道

将尿液从膀胱排出体外的管道。

尿素

肝脏产生的废物，通过肾脏从血液中过滤出去。

尿液分析

使用显微镜和化学测试来检查尿液成分的检查方法。

膀胱

储存并排出体内尿液的器官。

腔静脉

将血液运回心脏的主要大静脉。

全身麻醉

通过药物使身体处于可控的无知觉状态。

全血细胞计数 (CBC)

对血细胞数量的检查。

热消融

借助极热或极冷的温度环境来摧毁癌细胞的治疗方法。

乳头状 RCC

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态，这是第二常见的 RCC（肾细胞癌）亚型。

肾动脉

将血液输送至肾脏的血管。

肾功能

对肾功能是否正常的描述。

肾静脉

将过滤后的干净血液运出肾脏的血管。

肾母细胞瘤

起源于肾脏的一种罕见癌症类型，且几乎只发生在幼儿时期。

肾切除术

切除肾脏的手术。

肾肉瘤

起源于肾脏血管或结缔组织的癌症。

肾上腺

位于每个肾脏顶部制造激素的小器官。

肾细胞癌 (RCC)

最常见的肾癌类型。起源于肾小管（过滤血液并生成尿液的细小管道）。

肾小管

肾脏中将废物过滤血液并将废物和多余水分生成尿液的细小管道。

肾盂

髌骨之间的身体部位。

肾盂

肾脏中部的空间，储存即将通过细长输尿管流出肾脏的尿液。

肾源性系统性硬化

一种导致皮肤异常硬厚、进而可能影响其他软组织功能的健康问题。

肾脏

过滤血液并将其产生的废物通过尿液排出体外的一对器官。

生长速度

在一段时间内对癌细胞生长情况的测定。

手术

切除或修复身体部位的手术。

手足综合征

手掌或足底部位发红、疼痛、肿胀或起水泡。

受体

细胞表面上的蛋白质，物质可附在其上对细胞造成某种特定影响。

输尿管

将尿液从肾脏运输至膀胱的细长管道。

输液

一种用针头将药物缓慢注入静脉的给药方式。

体检

健康专家对身体是否有疾病征兆的检查。

透明细胞 RCC

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态，这是最常见的 RCC（肾细胞癌）亚型。

外科医生

通过手术切除或修复身体部位的医学专家。

外束放射治疗 (EBRT)

通过身体外部的机器进行的放射治疗（使用高能量射线破坏癌细胞）。

晚期肾癌

癌症已从首发位置扩散至身体其他部位。

细胞因子

身体中自然生成或通过实验室合成的一种蛋白质，能够增强或刺激免疫系统。

细胞因子疗法

将通过实验室合成的、增强或刺激免疫系统的蛋白质用于对抗癌症的药物治疗。

嫌色细胞 RCC

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态，这是第三常见的 RCC（肾细胞癌）亚型。

显微镜

通过镜片观察肉眼无法看到之微小物体的工具。

血管

在身体各处运输血液的管道。

血管内皮生长因子 (VEGF)

附着在血管构成细胞上的蛋白质。

血管生成

血管生成是指新血管的生长。

血管生成抑制剂

阻断新血管生成以停止喂养癌细胞的一种药物。

血生化检查

对一份血样中许多不同化学物质进行测定的检查。

血液化学检查

测定血液中化学成分的量，以查看是否有疾病或器官受损征兆的检查。

亚型

基于在显微镜下观察到的癌细胞形态，将一种类型的癌症分成更小的群组。

一线治疗

用于癌症治疗的第一种或第一组药物。

医学肿瘤学家

药物治疗癌症的医学专家。

移行细胞癌 (TCC)

起源于肾盂（在肾脏中部储存即将通过细长输尿管流出肾脏的尿液）细胞的癌症。TCC 还会在输尿管和膀胱中产生。

影像学检查

拍摄体内照片（图像）的检查。

预后

疾病的可能或预测病程及结果。

原发性肿瘤

身体中的首个癌细胞群。

远处复发

治疗后癌症复发，且出现在距首个（原发性）肿瘤较远的身体部位。

造影剂

置入您体内以在影像学检查时拍摄更加清晰照片的制剂。

诊断

查明或确认某种疾病的过程。

症状

人们出现的新的或有所改变的健康问题，可能表明存在某种疾病或健康问题。

支持疗法

用于缓解某种疾病症状的治疗。也称为姑息性治疗。

治疗计划

一份关于癌症治疗及其他方面的书面行动方案。

肿瘤

因细胞过度生长而形成的异常肿块。

转移

癌细胞从首个肿瘤扩散至身体其他部位的转移过程。

转移瘤

癌细胞从首个肿瘤扩散至身体远处其他部位而形成的肿瘤。

转移瘤切除术

切除远离癌症首发位置所形成的肿瘤的手术。

转移性

包含从首个肿瘤所扩散的癌细胞。

首字母缩略词

AJCC

美国癌症联合委员会

ALP

碱性磷酸酶

CBC

全血细胞计数

cm

厘米

CT

计算机断层

EBRT

外束放射治疗

EGFR

表皮生长因子受体

FDA

美国食品药品监督管理局

IL-2

白介素 -2

MRI

核磁共振成像

RCC

肾细胞癌

TCC

移行细胞癌

TKI

酪氨酸激酶抑制剂

VEGF

血管内皮生长因子

VHL

von Hippel-Lindau

NCCN 缩略语和首字母缩略词

NCCN®

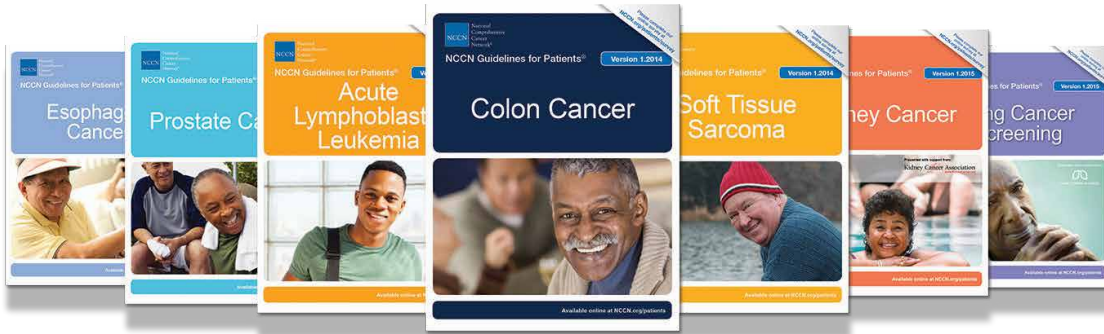
美国国家综合癌症网络 (National Comprehensive Cancer Network®)

NCCN 患者指南

NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients®)


NCCN 指南 (NCCN Guidelines®)

NCCN 肿瘤学临床实践指南 (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology®)



NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

Patient-friendly versions of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

View and download your free copy  NCCN.org/patients

Order print copies  Amazon.com (Search 'NCCN Guidelines for Patients')

Acute Lymphoblastic Leukemia
Adolescents and Young Adults (AYAs) with Cancer
Breast Cancer
 Carcinoma in Situ (Stage 0)
 Early-Stage (Stages I and II)
 Stage III Breast Cancer
 Stage IV Breast Cancer
Chronic Lymphocytic Leukemia
Chronic Myelogenous Leukemia
Colon Cancer
Esophageal Cancer

Hodgkin Lymphoma
Kidney Cancer
Lung Cancer (Non-Small Cell Lung Cancer)
Lung Cancer Screening
Malignant Pleural Mesothelioma
Melanoma
Multiple Myeloma
Myelodysplastic Syndromes
Nausea and Vomiting

Non-Hodgkin's Lymphomas
 Diffuse Large B-cell Lymphoma
 Follicular Lymphoma
 Mantle Cell Lymphoma
 Mycosis Fungoides
 Peripheral T-cell Lymphoma
Ovarian Cancer
Pancreatic Cancer
Prostate Cancer
Soft Tissue Sarcoma
Stomach Cancer

The NCCN Guidelines for Patients® are supported by charitable donations made to the NCCN Foundation®

DONATE NOW
nccnfoundation.org

pay it forward

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
FOUNDATION®
Guiding Treatment, Changing Lives.



NEW!

NCCN Quick Guide™ Sheets

Key points from the complete NCCN Guidelines for Patients

Visit NCCN.org/patients for free access

NCCN QUICK GUIDE™
Prostate Cancer Version 1.2016

This NCCN QUICK GUIDE™ sheet summarizes key points from the complete NCCN Guidelines for Patients®: Prostate Cancer. These guidelines explain which tests and treatments are recommended by experts in cancer. To view and download the guidelines, visit NCCN.org/patients or to order printed copies, visit amazon.com.

Is there any good news about prostate cancer? 8

How can I know if the cancer has or will spread? 12

- By tests that detect and confirm the cancer 12
- By your doctor's ratings of the extent of the cancer 18
- By other tests and tools used to assess if the cancer will become life-threatening 22

Where do I start in deciding treatment? 46

Risk groups can be a starting point to learn which options will likely have the best results.

What are the options for the risk groups?

Very low risk	NCCN experts are concerned about the over-treatment of these cancers. Thus, if you're older or quite sick, observation is recommended. For everybody else, active surveillance is an option. If you'll likely live 20 or more years, other options are radiation therapy (external or brachy) and surgery to remove your prostate and maybe lymph nodes.	46
Low risk	Like very low risk, observation is the option if you're older or quite sick. Otherwise, active surveillance, external or brachy, and surgery to remove your prostate and maybe lymph nodes are options.	50
Intermediate risk	If you're older or quite sick, options are observation, external radiation + brachy, external or brachy, and in some cases, active surveillance only. For everybody else, you have the same radiation options but also surgery to remove your prostate and maybe lymph nodes. Active surveillance may be an option for some men, but needs more research.	54

NCCN QUICK GUIDE™
Prostate Cancer, Version 1.2016

As of October 30, 2016

NCCN.org – For Clinicians | NCCN.org/patients – For Patients

各州资金筹集通知

佛罗里达州：可拨打州内免费电话 1-800-HELP-FLA 从消费者服务部门获取 NCCN 基金会的官方注册和财务信息副本。注册并不表示获得州政府认可、批准或推荐。佛罗里达州注册编号 CH33263。**乔治亚州**：根据要求，将发送以下信息：(A) 一份对 NCCN 基金会项目和活动全面清楚的描述；(B) 一份财务声明或汇总，且根据 Code Section 43-17-5，应与州务卿处归档的财务声明一致。**肯萨斯州**：NCCN 基金会的年度财务报告（地址：275 Commerce Drive, Suite 300, Fort Washington, PA 19034, +1-215-690-0300；州注册编号 445-497-1）在州务卿处归档。**马里兰州**：可拨打 +1 215-690-0300 联系 NCCN 基金会或写信至 275 Commerce Drive, Suite 300, Fort Washington, PA 19034 获取 NCCN 基金会财务报告副本。根据马里兰州慈善组织法，关于复印、邮寄、文件提供和信息归档的费用，可从州务卿处获取，地址：Charitable Division, State House, Annapolis, MD 21401, 1-410-974-5534。**密歇根州**：注册编号 MICS 45298。**密西西比州**：可拨打 +1 888-236-6167 从密西西比州州务卿办公室获取 NCCN 基金会的官方注册和财务信息。在州务卿处注册并不表示获得州务卿认可。**新泽西州**：在司法部长处归档。与本次慈善募捐以及本慈善机构在最新报告期间所接收的慈善捐款比例有关的信息，可通过拨打 +1 973-504-6215 从新泽西州司法部长处获取，或从以下网站获取：www.njconsumeraffairs.gov/ocp.htm#charity。在司法部长处注册并不表示获得认可。**纽约州**：可从 NCCN 基金会（地址：275 Commerce Drive, Suite 300, Fort

Washington, PA 19034）或法律部门慈善处（地址 120 Broadway, New York, NY 10271）获取最新年度报告副本。**北卡罗来纳州**：可拨打 +1 888-830-4989（北卡罗来纳州境内）或 +1 919-807-2214（北卡罗来纳州境外）从州募捐许可处获取组织的财务信息及许可副本。该许可并不表示获得州政府认可。**宾夕法尼亚州**：宾夕法尼亚州境内可拨打 +1 800-732-0999 从宾夕法尼亚州州务院获取 NCCN 基金会的官方注册和财务信息。注册并不表示获得认可。**弗吉尼亚州**：如果提出请求，可从州消费者事务部（地址：P.O.Box 1163, Richmond, VA 23218; 1-804-786-1343）获取最近财年的财务声明。**华盛顿州**：我们的慈善机构在州政府秘书长处注册，可从州政府秘书长处获取我们的财务相关信息，华盛顿州居民可拨打免费热线电话：+1 800-332-4483。**西弗吉尼亚州**：西弗吉尼亚州居民可从州政府秘书长处（地址：State Capitol, Charleston, WV 25305）获取一份注册和财务文件摘要。注册并不表示获得认可。

有关税收减免情况，请咨询 IRS（美国国税局）或您的税务专员。在州政府机构注册或取得许可并不构成或表示获得州政府认可、批准或推荐。我们非常注重您的隐私、与您的沟通方式以及我们使用并分享您的信息的方式。如要获取 NCCN 基金会的隐私政策副本，请拨打 215.690.0300 或访问我们的网站 www.nccn.org。

NCCN 肾癌小组成员

Robert J. Motzer, 医学博士 / 主席
斯隆凯德琳癌症纪念研究中心

Eric Jonasch, 医学博士 / 副主席
德州大学 MD 安德森癌症中心

Neeraj Agarwal, 医学博士
犹他州大学亨斯迈癌症研究所

Clair Beard, 医学博士
丹娜法伯 / 布列根和妇女医院
癌症中心

Sam Bhayani, 医学博士
巴恩斯 - 犹太医院
赛特曼癌症中心和
华盛顿医学院

Graeme B. Bolger, 医学博士
阿拉巴马大学伯明翰分校
综合癌症中心

Sam S. Chang, 医学博士
范德比尔特 - 英格拉姆癌症中心

Toni K. Choueiri, 医学博士
丹娜法伯 / 布列根和妇女医院
癌症中心

Brian A. Costello, 医学博士,
理学硕士
梅奥诊所癌症中心

Ithaar H. Derweesh, 医学博士
加州大学圣地亚哥分校穆尔斯癌症中心

Shilpa Gupta, 医学博士
莫非特癌症研究中心

Steven L. Hancock, 医学博士
斯坦福癌症研究院

Jenny J. Kim, 医学博士
约翰霍普金斯基墨尔癌症中心

Timothy M. Kuzel, 医学博士
西北大学罗伯特 H. 卢里
综合癌症中心

Elaine T. Lam, 医学博士
科罗拉多大学癌症中心

Clayton Lau, 医学博士
希望之城综合癌症中心

Ellis G. Levine, 医学博士
罗斯威尔帕克癌症研究院

Daniel W. Lin, 医学博士
福瑞德·哈金森癌症研究中心 /
西雅图癌症护理联盟

M. Dror Michaelson, 医学博士,
博士
麻省总医院癌症中心

Thomas Olencki, 骨科医生
俄亥俄州立大学综合性肿瘤中心
- 詹姆斯癌症医院
和 Solove 研究院

Roberto Pili, 医学博士
罗斯威尔帕克癌症研究院

Elizabeth R. Plimack, 医学博士,
理学硕士
福克斯切斯癌症中心

Edward N. Rampersaud, 医学博士
杜克癌症研究院

Bruce G. Redman, 骨科医生
密歇根大学综合癌症中心

Charles J. Ryan, 医学博士
加州大学旧金山分校 (UCSF) 海伦迪勒家庭
综合癌症中心

Joel Sheinfeld, 医学博士
斯隆凯德琳癌症纪念研究中心

Brian Shuch, 医学博士
耶鲁癌症中心 / 斯米洛癌症医院

Kanishka Sircar, 医学博士
德州大学
MD 安德森癌症中心

Bradley G. Somer, 医学博士
田纳西大学健康科学中心

Richard B. Wilder, 医学博士
莫非特癌症研究中心

有关公开信息, 请访问 www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

NCCN 成员机构

巴菲特癌症中心
内布拉斯加州奥马哈市
+1 800-999-5465
nebraskamed.com/cancer

凯斯综合癌症中心 / 塞德曼癌症中心
癌症中心和克利夫兰诊所
陶西格癌症研究所
俄亥俄州克利夫兰市
+1 800-641-2422 • UH 塞德曼癌症中心
uhhospitals.org/seidman
+1 866-223-8100 • CC 陶西格癌症研究所
my.clevelandclinic.org/services/cancer
+1 216-844-8797 • 凯斯 CCC (综合癌症中心)
case.edu/cancer

希望之城综合癌症中心
加利福尼亚州洛杉矶市
+1 800-826-4673
cityofhope.org

丹娜法伯 / 布列根和妇女医院癌症中心
麻省总医院癌症中心
马萨诸塞州波士顿市
+1 877-332-4294
dfbwcc.org
massgeneral.org/cancer

杜克癌症研究院
北卡罗来纳州杜罕市
+1 888-275-3853
dukecancerinstitute.org

福克斯切斯癌症中心
宾夕法尼亚州费城
+1 888-369-2427
foxchase.org

犹他大学亨斯迈癌症研究院
犹他州盐湖城
+1 877-585-0303
huntsmancancer.org

福瑞德·哈金森癌症研究中心
西雅图癌症治疗联盟
华盛顿西雅图
+1 206-288-7222 • seattlecca.org
+1 206-667-5000 • fredhutch.org

约翰霍普金斯基
墨尔癌症中心
马里兰州巴尔的摩市
+1 410-955-8964
hopkinskimmelcancercenter.org

西北大学罗伯特 H. 卢里
综合癌症中心
伊利诺斯州芝加哥市
+1 866-587-4322
cancer.northwestern.edu

梅奥诊所癌症中心
亚利桑那州凤凰城 / 斯科茨代尔市
佛罗里达州杰克逊维尔市
明尼苏达州罗彻斯特市
+1 800-446-2279 • 亚利桑那州
+1 904-953-0853 • 佛罗里达州
+1 507-538-3270 • 明尼苏达州
mayoclinic.org/departments-centers/mayo-
clinic-cancer-center

斯隆凯德琳癌症纪念研究中心
纽约州纽约市
+1 800-525-2225
mskcc.org

莫菲特癌症研究中心
佛罗里达州坦帕市
+1 800-456-3434
moffitt.org

俄亥俄州立大学综合性肿瘤中心
詹姆斯癌症医院和 Solove 研究院
俄亥俄州哥伦布市
+1 800-293-5066
cancer.osu.edu

罗斯威尔帕克癌症研究院
纽约州布法罗市
+1 877-275-7724
roswellpark.org

巴恩斯 - 犹太医院
赛特曼癌症中心和
华盛顿医学院
密苏里州圣路易斯市
+1 800-600-3606
siteman.wustl.edu

圣犹大儿童研究医学 /
田纳西大学健康科学中心
田纳西州孟菲斯市
+1 888-226-4343 • stjude.org
+1 901-683-0055 • westclinic.com

斯坦福癌症研究院
加利福尼亚州斯坦福市
+1 877-668-7535
cancer.stanford.edu

阿拉巴马大学伯明翰分校综合癌症中心
阿拉巴马州伯明翰市
+1 800-822-0933
www3.ccc.uab.edu

加州大学圣地亚哥分校穆尔斯癌症中心
加利福尼亚州拉荷亚市
+1 858-657-7000
cancer.ucsd.edu

加州大学旧金山分校 (UCSF) 海伦迪勒
家庭综合癌症中心
加利福尼亚州旧金山
+1 800-689-8273
cancer.ucsf.edu

科罗拉多大学癌症中心
科罗拉多州奥罗拉市
+1 720-848-0300
coloradocancercenter.org

密歇根大学综合癌症中心
密歇根州安娜堡市
+1 800-865-1125
mcancer.org

德州大学 MD 安德森癌症中心
德克萨斯州休斯敦市
+1 800-392-1611
mdanderson.org

范德比尔特 - 英格拉姆癌症中心
田纳西州纳什维尔市
+1 800-811-8480
vicc.org

耶鲁癌症中心 / 斯米洛癌症医院
康涅狄格州纽黑文市
+1 855-4-SMILLOW
yalecancercenter.org

索引

- 癌 4, 10, 12
- 癌症分期 24, 27, 28, 43, 50–52, 62
- 靶向疗法 35–38, 40, 55, 58, 59
- 部分肾切除术 30, 31, 33, 40, 44, 45, 48, 49
- 非透明细胞 RCC 54, 55, 57
- 分期 23–28, 46, 49, 51, 56
- 复查 47–51, 53, 55–57
- 副作用 16, 31, 32, 34–40, 45, 48, 55–59, 63
- 根治性肾切除术 31–33, 40, 44, 45, 48–50
- 核磁共振成像 (MRI) 17, 25, 34, 46, 48–51, 56, 57
- 活组织检查 21, 22, 46, 48, 49
- 积极监控 30, 34, 44–46
- 基本治疗 30, 38, 40, 44, 45, 50–52
- 计算机断层扫描 (CT) 16, 17, 21, 24, 25, 34, 46, 48–51, 56, 57
- 减瘤性肾切除术 32, 52, 53
- 杰氏筋膜 6, 7, 11, 26, 27, 52
- 酪氨酸激酶抑制剂 (TKI) 36, 55, 58
- 免疫疗法 35, 37, 40, 55, 58
- 腔静脉 7, 8, 25, 26, 31
- 热消融 34, 44, 45, 48, 49
- 肾功能 17, 31, 32, 44, 48, 51, 56
- 肾静脉 8, 26, 31
- 肾上腺 6, 7, 11, 24, 26, 27, 31, 40, 44, 50
- 手术 21, 30–34, 39, 40, 44, 45, 48–55, 59, 64
- 透明细胞 RCC 21, 22, 54, 55, 57, 58
- 细胞因子疗法 37, 40, 55, 58
- 血管生成 35, 55
- 血检 18, 19, 46, 48–51, 56, 57
- 一线治疗 54, 55, 57, 58
- 影像学检查 14, 16–18, 21, 22, 24, 25, 31, 34, 46–51, 56, 57
- 支持疗法 38, 40, 54, 55, 58, 59
- 转移瘤切除术 32, 52, 53, 56, 57



NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients®)

肾癌

2015 年第 1 版

NCCN 基金会 (NCCN Foundation®) 无比感激肾癌协会 (Kidney Cancer Association)、美国辉瑞公司 (Pfizer Inc.) 以及普罗米修斯实验室公司 (Prometheus Laboratories Inc.) 对我们编制 NCCN 患者指南所给予的大力支持。NCCN 患者指南 (NCCN Guidelines for Patients®) 由 NCCN 独立制作并分发。我们的支持者并不参与 NCCN 患者指南的制作，并且不对其中包含的内容和建议负责。



National
Comprehensive
Cancer
Network®

275 Commerce Drive
Suite 300
Fort Washington, PA 19034
+1 215-690-0300

NCCN.org/patients – 患者相关 | NCCN.org – 临床医生相关