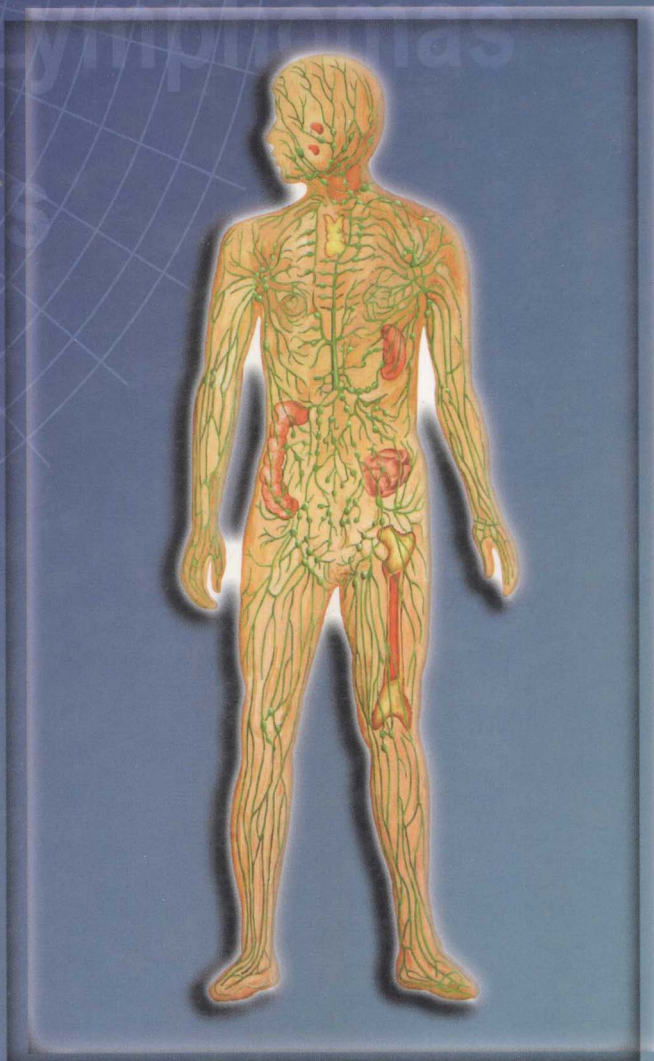


国家重大出版工程项目
中国常见癌症丛书

淋巴瘤

LYMPHOMAS

主编 石远凯



北京大学医学出版社

国家重大出版工程项目
中国常见癌症丛书

淋 巴 瘤

LYMPHOMAS

主 编 石远凯
副 主 编 刘尚梅 吴 宁 何小慧 李晔雄
主 编 助 理 杨 晟 桂 琳
编 委 (以姓氏笔画为序)

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 于燕霞 | 王贵齐 | 王维虎 | 艾 斌 |
| 石远凯 | 刘 鹏 | 刘尚梅 | 何 静 |
| 何小慧 | 吴 宁 | 李 博 | 李晔雄 |
| 张长弓 | 罗 扬 | 罗志国 | 杨 晟 |
| 杨建良 | 周生余 | 周立强 | 周爱萍 |
| 胡 毅 | 秦 燕 | 黄鼎智 | 董 梅 |

北京大学医学出版社

LYMPHOMAS

图书在版编目 (CIP) 数据

淋巴瘤 / 石远凯主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007.6

(中国常见癌症丛书)

国家重大出版工程项目

ISBN 978-7-81071-972-8

I. 淋… II. 石… III. 淋巴瘤—诊疗 IV. R733.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 026246 号

淋 巴 瘤

主 编: 石远凯

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京圣彩虹制版印刷技术有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 郝春杰 白 玲 责任校对: 杜悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 889mm × 1194mm 1/16 印张: 26.5 字数: 752 千字

版 次: 2007 年 7 月第 1 版 2007 年 7 月第 1 次印刷 印数: 1-4000 册

书 号: ISBN 978-7-81071-972-8

定 价: 138.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



中国常见癌症丛书编委会

名誉主任 孙 燕 吴孟超
主 任 储大同
副 主 任 秦叔逵 马 军 吴一龙
编 委 (按姓氏笔画为序)
马 军 于振涛 王金万 王建民
王绿化 石远凯 李 力 李 槐
吴一龙 余子豪 吴令英 吴孟超
张熙增 沈 锋 邵志敏 周纯武
赵 平 赵锡江 徐兵河 高 黎
储大同 蒋国梁 蔡三军

主编简介

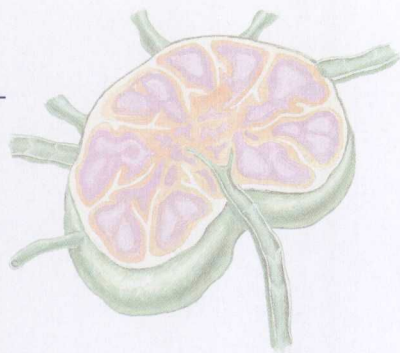


石远凯，博士，教授，博士研究生导师。1978～1984年在中国医科大学医疗系日文学专业读大学本科，1985～1988年在该校攻读肿瘤学硕士学位，1988～1992年在中国协和医科大学攻读肿瘤学博士学位，1989～

1992年在日本大阪大学留学，1996～1997年在美国阿拉巴马大学伯明翰分校做访问学者，2000年在美国得克萨斯 M.D. Anderson 癌症中心做访问学者。1992～2005年任中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所内科副主任，2005年起任内科主任；1998～2001年任中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所党委副书记，2001年起任中国医学科学院肿瘤医院研究所副院长。目前担任中国抗癌协会副秘书长及常务理事、中国抗癌协会肿瘤化疗专业委员会副主任委员、中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会副主任委员、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会副主任委员、中国抗癌协会肿瘤姑息治疗专业委员会委员、中国抗癌协会胰腺癌专业委员会委员、中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会常务委员、国家食品药品监督管理局新药审评专家、国家科学技术奖励评审专家、中华医学奖评审专家、国家自然科学基金评审专家等学术职务，《白血病·淋巴瘤》杂志副主编、《中华医学

杂志》等国内十余种专业杂志的编委、*Leukemia and Lymphoma*等国内外多种杂志的审稿人、美国临床肿瘤学会会员、美国血液学会会员、亚洲临床肿瘤学会理事。

石远凯教授师从我国著名肿瘤内科专家孙燕院士，长期从事恶性肿瘤的临床与基础研究，在淋巴瘤、肺癌、乳腺癌、消化系统肿瘤、泌尿生殖系统肿瘤和儿童肿瘤等恶性实体瘤的内科治疗方面积累了丰富的临床经验，最早在我国开展实体瘤的自体造血干细胞移植，具有较深的造诣。承担了国家“九·五”、“十·五”攻关课题、“863计划”等多项科研课题。石远凯教授研究领域主要集中在淋巴瘤、肺癌、乳腺癌以及消化系统肿瘤的内科治疗及其与分子预后指标的相关性、高剂量化疗联合自体外周血造血干细胞移植等方面，进行了多种抗肿瘤新药的临床研究。在国内外发表了110余篇文章，主编或参加了10余部学术专著的编写，培养了10多位博士和硕士研究生。1997年获得“全国中青年医学科技之星”和“茅以升北京青年科技奖”，并享受“国务院政府特殊津贴”，2000年作为第一完成人获得北京市科技进步二等奖，2002年获得“卫生部有突出贡献中青年专家”，2004年入选“新世纪百千万人才工程国家级人选”，2005年入选“协和骄子”，2006年获得亚洲临床肿瘤协会“KOBAYASHI 临床肿瘤学研究杰出贡献奖”和“中国协和医科大学优秀研究生导师”称号。



编者

(按姓氏笔画为序)

于燕霞

中国医学科学院肿瘤医院内科

王贵齐

中国医学科学院肿瘤医院内镜科

王维虎

中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科

艾斌

中国医学科学院肿瘤医院内科

石远凯

中国医学科学院肿瘤医院内科

刘鹏

中国医学科学院肿瘤医院内科

刘尚梅

中国医学科学院肿瘤医院病理科

何静

中国医学科学院肿瘤医院内科

何小慧

中国医学科学院肿瘤医院内科

吴宁

中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科

李博

中国医学科学院肿瘤医院内科

李晔雄

中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科

张长弓

中国医学科学院肿瘤医院内科

罗扬

中国医学科学院肿瘤医院内科

罗志国

中国医学科学院肿瘤医院内科

杨晟

中国医学科学院肿瘤医院内科

杨建良

中国医学科学院肿瘤医院内科

周生余

中国医学科学院肿瘤医院内科

周立强

中国医学科学院肿瘤医院内科

周爱萍

中国医学科学院肿瘤医院内科

胡毅

中国医学科学院肿瘤医院内科

秦燕

中国医学科学院肿瘤医院内科

黄鼎智

中国医学科学院肿瘤医院内科

董梅

中国医学科学院肿瘤医院内科



序 言

肿瘤是一类古老的疾病，无论西方和东方的医学文献中早有记载，但一直属于罕见疾病。而且动植物也可以有肿瘤生长。近 150 年来特别是进入 20 世纪以后先是发达国家，以后是发展中国家，肿瘤的发生率和死亡率迅速增高，目前在全球已经成为一类严重威胁人类健康和生命的疾病。世界卫生组织最近公布 2000 年全球共有恶性肿瘤患者男性 530 万，女性 470 万，死于这一疾病的 620 万，占总死亡人数的 12%，在多数发达国家这一数字可达 25%。随着发展中国家城市化的进程和饮食习惯密切相关的肿瘤均将逐渐变成经济发达国家的类型。我国目前疾病的特点是发达国家和发展中国家的疾病并存。进入 21 世纪以来癌症已经占居民死亡原因的首位，接近发达国家的水平。在北京和上海分别为 24% 和 26%，如果这一趋向得不到改善，预计到 2020 年每年新发生的病人将达 1500 万，在发展中国家癌症总数将增加 73%，发达国家为 29%。很大程度上是老年人口增加的结果，因此强调各国应当采取必要的预防措施。我国卫生部统计，2000 年我国城市中癌症死亡已经占首位，在农村中占第 2 位。癌症发病率逐年提高，每年新发癌症病人 180 万，每年死于癌症的人数超过 140 万。而且专家预测，由于我国目前环境污染和吸烟问题仍然严重，在 2025 年前癌症总的发病率不大可能下降，因此癌症已成为一种我们每个人必须面对的多发病、常见病。近 50 年来，我国癌症的发病率总体来说一直处于上升趋势，只是癌症谱有所变化：原来高发的胃癌、宫颈癌、阴茎癌、食管癌和鼻咽癌等有不同程度的下降；而肺癌、乳腺癌、结肠癌和前列腺癌等发病率有明显上升。尤其是大城市和沿海发达地区有较大幅度增加，这主要是与生活方式和饮食结构等有关。因之，如何开展肿瘤的

预防和治疗成为大家十分关注的课题，WHO 和我国政府都已经将癌症列为继续解决的重点问题之一。

在医学领域中临床肿瘤学（Clinical Oncology）是一门发展较晚的学科。1965 年美国临床肿瘤学会（ASCO）成立标志着美国医学会承认临床肿瘤学为一门独立的专科。目前在世界各地学科发展迅速，欧美国家均有规模较多的肿瘤中心从事肿瘤防治研究和临床防治工作，并有很多专著和刊物，是当前最活跃的医学领域之一，并受到政府和人民的广泛关注。1933 年我国在北京协和医院外科学系成立了肿瘤组，1954 年在上海镭锭医院的基础上成立了上海肿瘤医院。以后各省逐渐成立肿瘤医院或在综合医院中成立肿瘤中心。从 20 世纪 60 年代以来也有不同规模的专著和刊物。

在相当年代里，中外医学都强调肿瘤是一种全身性疾病。近百年来，随着生物化学、免疫学、分子生物学和现代物理学等生命科学的发展，人们对肿瘤的认识越来越深入。目前，很多研究都说明原癌基因控制正常细胞的生长和发展，同时也有生化和免疫学方面的改变。单纯形态学的描述已经远远不能满足临床上制定治疗方案、预测可能的治疗结果、判断有无微量残存肿瘤细胞及监测复发的需要。

当前我们在临床上对肿瘤的认识仍然基本上停留在细胞水平。肿瘤的定义可以概括为：生物机体内的正常细胞在众多内因（包括遗传、内分泌失调和营养不良等状况、过度紧张等）和外因（包括物理性、化学性、生物性等因素）长期作用下发生了质的改变，从而具有过度增殖的能力而形成的。这种异常增殖既不符合正常细胞生长的规律，也不符合生理的需要。现有对肿瘤的认识

可以概括为：①绝大多数临床肿瘤是由机体细胞而来的，不是外来的；②80%以上主要是由环境因素引起的。动物实验早已证明，许多物质可以诱发肿瘤。这些物质可以是物理的（如X射线）、化学的（如苯并芘）、生物的（如致癌病毒），统称为致癌物。这些致癌物引起细胞遗传物质的改变，使细胞出现正常细胞所没有的许多生物学特征。这些特征又通过遗传，传给子代细胞；③在肿瘤的形成中，内因也很重要。2001年北欧研究人员发表了对于44 788对双胞胎和他们的医学档案进行了调研分析。由于双胞胎的遗传基因相同，如果一个患癌另一个未患癌则可认为癌症不是遗传因素所致。结果由于遗传因素导致的病例占30%；而环境因素造成的占70%。这说明了“外因通过内因起作用的”的事实。目前证实与肿瘤发生有关的内因包括遗传、营养和内分泌失调、细胞免疫缺损和长期过度应激反应如精神紧张和其他不良刺激等；④通过长期内外因的作用，细胞发生一定变化，表现为难以治愈的炎症反应、增生或过度增生。一般在这些癌前病变时期在一定程度上是可逆的。但如果恶变已经发展到一定阶段，一般是不可逆的。分子生物学研究正在阐明这种失控的原因。原癌基因大多数是正常细胞生长所必需的生长因子及其受体，由于发生基因突变、扩增、重排，以致细胞的过度生长；此外，还有另一些基因，当缺少、丢失、失活或变异时会导致病人发生肿瘤或促进肿瘤的发展，因之命名为抑癌基因或抗癌基因。在临床上，我们还可以看到各种免疫细胞如巨噬细胞、T淋巴细胞、自然杀伤细胞（NK）功能的失调和抑癌基因（如p53、p16）的丢失。这些，都可理解为祖国医学中“正虚”的范畴；⑤正常细胞的生长受到体内许多因素的严格控制和约束，包括神经、内分泌、遗传和免疫方面的调控。例如组织受到损伤后，

细胞生长加快直到损伤完全修复，伤口愈合，细胞生长停止或恢复常态。由于有严格的控制，组织的修复总是恰到好处。肿瘤细胞的过度生长是生长失控的后果，分子生物学研究已经找到肿瘤细胞生长失控的原因，正是这些原癌基因的活化。所以，肿瘤的临床特点是，虽然具有一定阶段性却是不断发展的。

目前，临床肿瘤学正处于一个重大变革时期。21世纪的临床医学需要脱离几千年经验医学的模式发展为循证医学（Evidence Based Medicine, EBM）。可靠的临床试验和从中得出的数据将使我们愈来愈明白在一定情况下何种治疗更好，从而使疗效进一步提高。医生的任务是向患者提供最好的服务，什么是最好就需要拿出数据。这就把科学严谨的临床试验提到更高的地位，在肿瘤临床中就更为重要。循证医学、诊疗规范化和个体化已经成为学术界公认的趋向。因此，肿瘤的预防、诊断和治疗将会发生巨大变革。

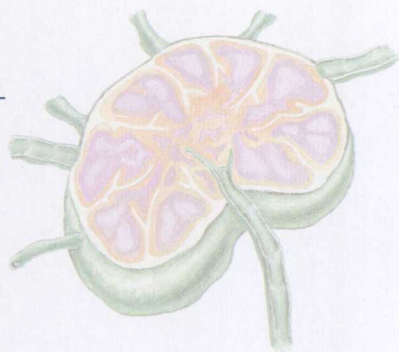
进入21世纪以来，各国都在制定供本国参考的诊疗规范。我国人事部、卫生部、医师协会已经开始通过专科考试和继续教育推动医学领域内各个专科的建设，并由中华医学会组织制定了常见肿瘤的诊疗规范。为了适应学科发展的需要，CSCO组织大家编写本丛书的目的是及时向专科医师提供最新和实用的重要参考资料，其中包括病因、预防措施、WHO编写的新分类、AJCC编写的新分期和美国NCCN及我国2003年制定的诊疗规范中的处理原则；并且吸取当前最新的进展和富有成效的新处理方法，从而给广大患者带来裨益。

尽管如此，由于各位编者学识和经验有限，不足之处在所难免，所以需要在实践中不断完善，形成具有我国特色的防治规范，才能真正给患者带来裨益。

孙 燕

中国工程院院士
中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会(CSCO)
指导委员会主任委员

2005年5月



前 言

淋巴瘤又被称为“恶性淋巴瘤”，是最常见的恶性肿瘤之一，包括霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类疾病。国内外流行病学的调查结果均表明，随着工业化和现代化进程的加速，虽然霍奇金淋巴瘤的发病率有所下降，但非霍奇金淋巴瘤却是发病率增长最快的恶性肿瘤。

淋巴瘤是治疗效果较好的恶性肿瘤，主要治疗手段是药物治疗和放射治疗。近代内科肿瘤学就是以氮芥治疗非霍奇金淋巴瘤开始的，并且内科肿瘤学的每次重大进步都与淋巴瘤治疗效果的改善有关。20世纪60年代诞生的MOPP方案使霍奇金淋巴瘤的治疗效果有了显著的提高，并且由此改变了霍奇金淋巴瘤的治疗模式，也使内科治疗在肿瘤综合治疗中的位置由姑息走向根治。20世纪70年代以蒽环类药物为核心组成的CHOP方案，大大改进了非霍奇金淋巴瘤的治疗效果，20世纪90年代开始的肿瘤分子靶向治疗，使某些类型淋巴瘤的治疗效果在传统化疗的基础上有了新的提高。与此同时，由于免疫学、细胞生物学和分子生物学等相关领域的研究进展，使人们对淋巴系统恶性肿瘤的本质有了更深入的认识。2001年世界卫生组织提出了淋巴瘤新的分类方法，为人们更正确地认识和区分不同类型的淋巴瘤、制定个体化的治疗方案提供了新的依据。

中国医学科学院肿瘤医院内科自1959年建科时起，就把淋巴瘤作为治疗和研究的主要疾病之一。宋少章教授、孙燕院士、王奇璐教授等诸多前辈们为此付出了不懈的努力和杰出的贡献，他们与放射治疗科、病理科、影像诊断科等学科的

同道密切协作，在20世纪70年代建立了我国最早的淋巴瘤多学科综合治疗组，并且一直延续至今，同时还进行了相关的基础研究。取得的经验，推动了我国淋巴瘤治疗水平的普遍提高。孙燕院士等专家在国内外多个学术会议上介绍我们的工作，受到同行们的广泛认可和赞誉，2005年我们又与美国MD Anderson癌症中心成功地举行了中美淋巴瘤学术研讨会。

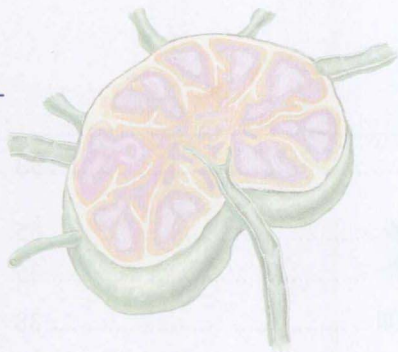
进入21世纪，随着恶性肿瘤分子靶向治疗时代的到来，淋巴瘤治疗和研究领域取得了诸多新的进展。为使我国相关领域的同行们能够系统、全面地了解国际上该领域新的研究成果，中国医学科学院肿瘤医院内科及其他有关科室从事淋巴瘤诊断和治疗的同事们一起编写了这部书籍，作者都是目前活跃在临床一线的中青年业务骨干。编写过程中，作者参考了国际上具有代表性的淋巴瘤专著和美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)等权威学术机构和组织制定的淋巴瘤最新治疗指南，同时向读者们介绍了中国医学科学院肿瘤医院淋巴瘤诊断治疗的体会和经验，希望借此能够对大家的工作有所借鉴和帮助。

本书的病理图片由中国医学科学院肿瘤医院病理科刘尚梅教授提供，影像学图片由中国医学科学院肿瘤医院影像诊断中心吴宁教授提供，内镜图片由中国医学科学院肿瘤医院内镜科王贵齐教授提供，在此一并表示感谢。

由于本书编写的时间紧迫，加之作者的学识有限，错误和不足之处在所难免，恳请广大读者提出宝贵的意见和建议，以改进我们的工作。

石远凯

2007年3月28日



目 录

第一篇 总 论

第一章

| | |
|--------------------|---|
| 淋巴瘤的流行病学和病因学 | 3 |
| 第一节 概述 | 3 |
| 第二节 霍奇金淋巴瘤 | 4 |
| 一、流行病学 | 4 |
| 二、病因学 | 4 |
| 第三节 非霍奇金淋巴瘤 | 6 |
| 一、流行病学 | 6 |
| 二、病因学 | 6 |

第二章

| | |
|------------------------|----|
| 淋巴瘤的病理分类 | 11 |
| 第一节 霍奇金淋巴瘤的病理分类 | 12 |
| 一、结节性淋巴细胞为主型 | 12 |
| 二、富于淋巴细胞的经典型 | 13 |
| 三、结节硬化型 | 13 |
| 四、混合细胞型 | 13 |
| 五、淋巴细胞消减型 | 13 |
| 第二节 非霍奇金淋巴瘤的病理分类 | 14 |

第三章

| | |
|-------------------------------|----|
| 淋巴瘤的分子生物学 | 19 |
| 第一节 免疫球蛋白及T细胞受体基因重排 ... | 19 |
| 一、免疫球蛋白受体基因重排 | 19 |
| 二、T细胞受体基因重排 | 21 |
| 三、基因重排的检测 | 21 |
| 四、基因重排的临床应用 | 21 |
| 第二节 非霍奇金淋巴瘤的遗传机制 | 22 |
| 一、染色体易位 | 22 |
| 二、染色体缺失和突变 | 23 |
| 第三节 非霍奇金淋巴瘤细胞常见的分子生物学改变 | 23 |
| 一、滤泡淋巴瘤 | 23 |
| 二、黏膜相关淋巴组织淋巴瘤 | 24 |
| 三、套细胞淋巴瘤 | 24 |
| 四、弥漫大B细胞淋巴瘤 | 25 |
| 五、伯基特淋巴瘤 | 25 |
| 六、间变大细胞淋巴瘤 | 25 |
| 第四节 霍奇金淋巴瘤的分子生物学 | 26 |
| 一、R-S细胞的遗传学改变 | 26 |
| 二、R-S细胞的转录控制 | 26 |
| 三、经典型霍奇金淋巴瘤的细胞因子和细胞表面受体 | 27 |
| 四、R-S细胞的促增殖和抗凋亡表型 | 27 |

第四章

| | |
|---------------------------|----|
| 淋巴瘤的临床表现、诊断、分期和疗效评价 | 33 |
| 第一节 临床表现 | 33 |
| 一、局部表现 | 33 |
| 二、全身表现 | 34 |
| 第二节 诊断 | 34 |
| 一、病理检查 | 35 |
| 二、分期检查 | 35 |
| 三、预后评价 | 35 |
| 第三节 临床分期 | 38 |
| 第四节 疗效评价 | 40 |

第二篇 霍奇金淋巴瘤的治疗

第五章

| | |
|-----------------------------|----|
| 霍奇金淋巴瘤的综合治疗 | 49 |
| 一、经典型霍奇金淋巴瘤的治疗 | 50 |
| 二、结节性淋巴细胞为主型霍奇金淋巴瘤的治疗 | 54 |
| 三、结语 | 54 |

第六章

| | |
|-------------------------------|----|
| 霍奇金淋巴瘤的放射治疗 | 57 |
| 第一节 历史回顾 | 57 |
| 第二节 I ~ II 期霍奇金淋巴瘤的放疗 | 57 |
| 一、单纯放疗 | 58 |
| 二、单纯放疗和综合治疗或单纯化疗的随机对照研究 | 59 |
| 三、综合治疗 | 62 |
| 第三节 III ~ IV 期霍奇金淋巴瘤的放疗 | 65 |
| 一、完全缓解后的辅助性放疗 | 66 |
| 二、部分缓解或化疗前大肿块的辅助性放疗 | 67 |
| 第四节 放疗后复发的挽救治疗 | 67 |
| 第五节 放射治疗技术 | 68 |
| 一、射野技术 | 68 |
| 二、照射剂量 | 76 |
| 第六节 放疗并发症 | 78 |
| 一、肺毒性 | 78 |
| 二、心脏毒性 | 78 |
| 三、第二原发肿瘤 | 78 |
| 四、其他毒性 | 78 |

第三篇 非霍奇金淋巴瘤的治疗

第七章

| | |
|----------------------------|----|
| 小淋巴细胞淋巴瘤 / 慢性淋巴细胞白血病 | 85 |
| 一、临床表现 | 85 |
| 二、诊断和鉴别诊断 | 85 |
| 三、组织病理学 | 85 |
| 四、免疫表型 | 85 |
| 五、细胞遗传学 | 86 |
| 六、分子遗传学 | 86 |
| 七、分期 | 86 |
| 八、具有预后价值的临床特征 | 87 |
| 九、治疗 | 88 |

第八章

| | |
|--------------------|-----|
| 滤泡淋巴瘤 | 95 |
| 一、流行病学 | 95 |
| 二、临床表现 | 95 |
| 三、病理学 | 95 |
| 四、免疫表型和遗传学特征 | 96 |
| 五、预后 | 97 |
| 六、治疗策略和指南 | 98 |
| 七、一线治疗 | 98 |
| 八、复发耐药患者的治疗 | 100 |
| 九、维持治疗 | 102 |
| 十、其他治疗方法 | 103 |

第九章

| | |
|-------------------|-----|
| 黏膜相关淋巴组织淋巴瘤 | 109 |
| 一、病理学 | 109 |
| 二、细胞遗传学 | 110 |
| 三、临床特点 | 111 |
| 四、诊断 | 111 |
| 五、治疗 | 111 |
| 六、总结 | 113 |

第十章

| | |
|-----------------|-----|
| 套细胞淋巴瘤 | 117 |
| 一、流行病学 | 117 |
| 二、病理学 | 118 |
| 三、细胞遗传学 | 119 |
| 四、诊断与鉴别诊断 | 120 |
| 五、临床表现与预后 | 120 |
| 六、治疗 | 121 |
| 七、总结 | 124 |

第十一章

| | |
|-------------------------|-----|
| 弥漫大 B 细胞淋巴瘤 | 129 |
| 一、流行病学和病因学 | 129 |
| 二、病理学 | 129 |
| 三、发病机制 | 131 |
| 四、临床表现 | 133 |
| 五、诊断和分期 | 133 |
| 六、治疗 | 135 |
| 七、预后判断 | 142 |
| 八、结语 | 146 |
| 附：弥漫大 B 细胞淋巴瘤的新亚型 | 146 |
| 纵隔(胸腺)大 B 细胞淋巴瘤 | 146 |
| 血管内大 B 细胞淋巴瘤 | 151 |

第十二章

| | |
|-----------------------------|-----|
| 成熟 T 细胞和 NK 细胞淋巴瘤 | 175 |
| 第一节 概 论 | 175 |
| 一、流行病学 | 175 |
| 二、病理学和临床特征 | 176 |
| 三、治疗 | 180 |
| 第二节 外周 T 细胞淋巴瘤 (非特指型) | 184 |
| 一、流行病学 | 184 |
| 二、细胞形态学和组织病理学 | 184 |
| 三、细胞免疫学 | 184 |
| 四、细胞和分子遗传学 | 184 |
| 五、临床表现 | 184 |
| 六、诊断与鉴别诊断 | 185 |
| 七、治疗 | 185 |
| 第三节 鼻腔和鼻型 NK/T 细胞淋巴瘤 | 187 |
| 一、病理学和免疫表型 | 187 |

| | | | |
|-------------------|-----|--|-----|
| 二、临床表现..... | 189 | 四、免疫表型..... | 202 |
| 三、临床分期..... | 190 | 五、治疗..... | 203 |
| 四、治疗..... | 191 | 第五节 其他成熟T细胞和NK细胞淋巴瘤..... | 204 |
| 五、照射方法..... | 196 | 一、血管免疫母细胞T细胞淋巴瘤..... | 204 |
| 六、结论和治疗建议..... | 198 | 二、成人T细胞白血病/淋巴瘤..... | 209 |
| 第四节 间变大细胞淋巴瘤..... | 198 | 三、肝脾T细胞淋巴瘤..... | 215 |
| 一、病理形态学特点及分类..... | 198 | 附：肝脾 $\alpha\beta$ T细胞淋巴瘤..... | 219 |
| 二、遗传学特征及发病机制..... | 200 | 四、CD4 ⁺ /CD56 ⁺ 的血液-皮肤肿瘤 | |
| 三、临床特征..... | 201 | (母细胞NK细胞淋巴瘤)..... | 219 |

第十三章

| | | | |
|---------------|-----|----------------|-----|
| 伯基特淋巴瘤..... | 251 | 七、鉴别诊断..... | 255 |
| 一、流行病学..... | 251 | 八、治疗..... | 255 |
| 二、病因学..... | 251 | 九、新的治疗策略..... | 257 |
| 三、病理学..... | 252 | 十、预后..... | 257 |
| 四、病理分类演变..... | 253 | 附：伯基特样淋巴瘤..... | 257 |
| 五、临床特征..... | 254 | | |
| 六、诊断和分期..... | 255 | | |

第十四章

| | | | |
|-----------------|-----|-----------|-----|
| 前体淋巴母细胞淋巴瘤..... | 261 | 三、治疗..... | 264 |
| 一、病理及遗传学特点..... | 261 | | |
| 二、临床特点..... | 263 | | |

第十五章

| | | | |
|-------------------------|-----|--------------------|-----|
| AIDS 相关淋巴瘤..... | 269 | 四、原发中枢神经系统淋巴瘤..... | 275 |
| 一、AIDS 相关淋巴瘤的流行病学和 | | 五、原发渗出性淋巴瘤..... | 276 |
| 高活性抗逆转录病毒治疗的疗效.... | 269 | 六、浆母细胞口腔淋巴瘤..... | 276 |
| 二、免疫调节异常和 AIDS 相关淋巴瘤 | | 七、结论..... | 277 |
| 发生中的病毒..... | 270 | | |
| 三、全身 AIDS 相关非霍奇金淋巴瘤.... | 272 | | |

第十六章

| | | | |
|----------------------|-----|----------------------|-----|
| 皮肤淋巴瘤..... | 281 | 第二节 原发性皮肤T细胞淋巴瘤..... | 286 |
| 第一节 概述..... | 281 | 一、蕈样霉菌病和 Sézary | |
| 一、定义..... | 281 | 综合征..... | 286 |
| 二、对原发性皮肤淋巴瘤的新认识..... | 281 | 二、原发性皮肤T细胞淋巴瘤, 非蕈样 | |
| 三、皮肤恶性淋巴瘤的分类..... | 283 | 霉菌病/Sézary 综合征..... | 293 |
| 四、分期..... | 284 | | |

| | | | |
|-------------------------|-----|----------------------|-----|
| 第三节 原发性皮肤 B 细胞淋巴瘤 | 298 | 附: 原发性皮肤霍奇金淋巴瘤 | 302 |
| 一、原发性皮肤滤泡中心细胞淋巴瘤 .. | 299 | 一、临床表现 | 302 |
| 二、原发性皮肤边缘带 B 细胞淋巴瘤 .. | 300 | 二、组织学 | 302 |
| 三、原发性皮肤大 B 细胞淋巴瘤, | | 三、诊断 | 302 |
| 腿型 | 300 | 四、鉴别诊断 | 302 |
| 四、原发性皮肤血管内大 B 细胞 | | 五、治疗 | 302 |
| 淋巴瘤 | 301 | | |

第十七章

| | | | |
|------------------------|-----|--------------------|-----|
| 不同原发部位的恶性淋巴瘤 | 305 | | |
| 第一节 原发韦氏环的淋巴瘤 | 305 | 七、预后 | 341 |
| 一、概论 | 305 | 第五节 原发卵巢的淋巴瘤 | 342 |
| 二、病理学 | 305 | 一、流行病学 | 342 |
| 三、临床表现及诊断 | 306 | 二、病理学 | 342 |
| 四、治疗 | 307 | 三、临床表现 | 343 |
| 五、预后因素 | 307 | 四、诊断 | 343 |
| 第二节 原发胃肠道的淋巴瘤 | 308 | 五、临床分期 | 343 |
| 一、流行病学 | 308 | 六、鉴别诊断 | 344 |
| 二、病理学 | 308 | 七、治疗 | 344 |
| 三、临床分期和国际预后指数 | 310 | 八、预后 | 344 |
| 四、临床表现 | 310 | 第六节 原发乳腺的淋巴瘤 | 345 |
| 五、诊断与鉴别诊断 | 312 | 一、临床表现 | 345 |
| 六、治疗 | 314 | 二、影像学 | 345 |
| 七、中国医学科学院肿瘤医院资料 | 316 | 三、病理学 | 346 |
| 第三节 原发中枢神经系统的淋巴瘤 | 317 | 四、诊断标准及分期 | 348 |
| 一、流行病学 | 317 | 五、鉴别诊断 | 348 |
| 二、病因及发病机制 | 318 | 六、治疗 | 348 |
| 三、病理学 | 318 | 七、预后 | 349 |
| 四、临床表现 | 319 | 第七节 原发喉的淋巴瘤 | 350 |
| 五、诊断 | 321 | 一、概述 | 350 |
| 六、治疗 | 323 | 二、病理学 | 350 |
| 七、预后 | 332 | 三、临床表现及诊断 | 350 |
| 八、总结 | 333 | 四、治疗及预后 | 350 |
| 第四节 原发睾丸的淋巴瘤 | 335 | 第八节 原发骨的淋巴瘤 | 351 |
| 一、发病及病因学 | 335 | 一、概述 | 351 |
| 二、病理学 | 335 | 二、病理学 | 351 |
| 三、临床表现 | 336 | 三、临床表现 | 351 |
| 四、诊断 | 336 | 四、影像学 | 351 |
| 五、鉴别诊断 | 338 | 五、诊断与分期 | 351 |
| 六、治疗 | 339 | 六、治疗和预后 | 351 |

第十八章

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 高剂量化疗联合造血干细胞移植 | 365 |
| 第一节 霍奇金淋巴瘤 | 365 |
| 一、耐药和复发的霍奇金淋巴瘤 | 365 |
| 二、伴有高危预后因素的晚期霍奇金淋巴瘤 | 367 |
| 三、影响高剂量化疗联合造血干细胞移植疗效的因素 | 367 |
| 第二节 非霍奇金淋巴瘤 | 367 |
| 一、惰性淋巴瘤 | 367 |
| 二、侵袭性淋巴瘤 | 368 |
| 三、高度侵袭性淋巴瘤 | 372 |
| 四、异基因造血干细胞移植 | 373 |
| 五、高剂量化疗联合造血干细胞移植治疗非霍奇金淋巴瘤的新进展 | 373 |

附录 1

| | |
|------------------------|-----|
| 淋巴瘤常用药物的中英文名称和缩写 | 381 |
|------------------------|-----|

附录 2

| | |
|-----------------|-----|
| 淋巴瘤常用化疗方案 | 385 |
|-----------------|-----|

附录 3

| | |
|-------------|-----|
| 常用缩略语 | 391 |
|-------------|-----|

附录 4

| | |
|-------------------|-----|
| 与淋巴瘤相关的研究组织 | 395 |
| 索引 | 397 |

第一篇

总论

