

淋巴瘤学刊

向中华人民共和国卅周年国庆献礼



3

1979

85424

《淋巴瘤学刊》编辑组

目 录

淋巴瘤研究的重要意义

..... 顾绥岳 (1)

论 著

非何杰金氏型恶性淋巴瘤命名分类的建议 I

——102例病理形态观察和临床分析

..... 涂莲英 杨邦杰 法锡元 (8)

非何杰金氏型恶性淋巴瘤命名分类的建议 II 赵体平 何桂芬 涂莲英 (13)

非何杰金氏型恶性淋巴瘤命名分类的建议 III

——10例结节型淋巴瘤的病理形态观察和临床分析

..... 涂莲英 韩蕴华 (20)

213例胃肠道恶性淋巴瘤的病理组织学分类命名及其

病理形态的诊断标准 涂莲英 乔思杰 (26)

21例非何杰金氏型恶性淋巴瘤尸检病例的病理形态观察和分析

..... 涂莲英 沈铭昌 文锦 (34)

非何杰金氏型恶性淋巴瘤针吸涂片与切片的对照研究

——203例涂片及50例切片的分析

..... 涂莲英 孔祥光 王龙富 邓卫芳 (47)

43例胃肠原发性淋巴瘤临床病理分析

——影响预后的病理因素

..... 王懿龄 钟永明 穆怀德 吴美云 法锡元 (54)

原发性咽淋巴环非何杰金氏型淋巴瘤

——132例临床病理分析

..... 许越香 王懿龄 华培显 李竞贤 隋延仿 (64)

口、鼻、咽非何杰金氏型恶性淋巴瘤

..... 陆献瑜 李 瑛 陈光华 (74)

淋巴结何杰金氏型淋巴瘤

——48例临床病理分析

..... 项美弟 涂莲英 金杏泉 蔡凯华 (81)

淋巴结付皮质区T小结的组织形态学观察

..... 储 谦 杜心婷 李采苹 陆敏敏 刘璇如 刘 桢 夏伟亚 (88)

眶部恶性淋巴瘤

——15例临床病理分析及鉴别诊断

..... 吴本第 (93)



A0072631

85424

r-链病及 α -链病病例报告 李 璞 (97)

淋巴结弥漫型反应性增生与淋巴肉瘤病理形态学的鉴别

..... 涂莲英 杨金福 詹榕洲 (103)

浅表恶性淋巴瘤四例化疗并用新物理疗法(激光、冷刀)的初步报告 励世晟 (109)

恶性淋巴瘤组织切片中血管内皮细胞胞核及红细胞大小的测量 王锐 (112)

RNA、NSE(非特异性酯酶)在鉴别淋巴结恶性淋巴瘤上的应用 黄子氏 (114)

小鼠腹水型网状细胞肉瘤ARS和SRS染色体组型的比较研究 许良中 程立 (119)

小鼠ARS腹水型网状细胞肉瘤的电子显微镜观察及其无细胞滤液致白血病作用的探讨

..... 程立 程关荣 (128)

小鼠SRS腹水型网状细胞肉瘤的实验性研究 I. 瘤株的建立及其生物学特性

..... 季文琴 吴厚生 朱益栋 程立 金丕煊 (133)

小鼠SRS腹水型网状细胞肉瘤的实验性研究 II. 瘤细胞的电子显微镜及其无细胞滤液

的致白血病作用观察 程立 程关荣 季文琴 吴正泉 黄春妹 (142)

病例报告

T-区淋巴瘤一例 邢寿富 陈德基 (148)

技术方法

淋巴结组织学常规方法探讨

苏木精伊红染色和特殊染色 胡佩华 王金妹 (151)

文献综述

非何杰金氏淋巴瘤 Rappaport 分类的新概念 钱韻兰 (153)

非何杰金氏型恶性淋巴瘤(NHL)的命名和分类 陈其三 (162)

国外对淋巴白血病与淋巴瘤研究的进展 陈钦材 (167)

重链病 陈光华 (177)

胃恶性淋巴瘤 乔思杰 (181)

译 文

T-区淋巴瘤 徐纪为 (184)

血管-免疫母细胞性淋巴腺病 8例观察和文献复习 司徒在孝 (189)

非何杰金氏淋巴瘤一在第十二届国际癌症会议专题讨论会上的总结性发言

K·Musshoff(西德) 陈剑经 (195)

淋巴瘤鉴别诊断在方法学上的必要条件 韩蕴华 (197)

会议报导

全国恶性淋巴瘤病理学术会议在洛阳召开 (206)

淋巴组织恶性肿瘤组织学分类 修订郑州方案. (207)

淋巴瘤研究的重要意义

上海第一医学院病理解剖教研组

上海第一医学院肿瘤医院病理研究室

顾 绥 岳

近廿年来,恶性淋巴瘤的研究有飞跃的进展并取得光辉的成果,这是由于基础与临床学科的密切结合,各门学科科学工作者共同协作的结果。淋巴瘤在病理形态上的表现变化多端,因此最先也是从病理学方面引起各国学者的重视。Lukes 等于1966年对何杰金氏病的新分类已为世人所公认,它对提示临床家治疗和估计患者的预后作出了贡献。继之 Lukes 与 Collins对非何杰金氏病的分类引进了免疫病理学概念,改变了近百年来纯形态学的分类且发现绝大多数所谓网状细胞肉瘤仍属于淋巴细胞系统肉瘤。这一新的分类引起了国际上的注意。Lukes 等工作不但说明了病理形态学家在肿瘤研究上能起很大的作用,同时也表明病理学已从七十年代跨入了跨学科的新时代,标志着古老的病理学已青春焕发,在医学科学领域内重振旗鼓矣。

淋巴瘤研究的重要意义表现在以下三个方面:

一、恶性肿瘤是我国规定的国家重点科研项目之一,淋巴瘤的发病率虽不及胃、肺、肝、乳腺等几种最常见的恶性肿瘤,但发病率大致为十万分之三至四,据上海市1976年统计,发病率占恶性肿瘤的第十五位。由于我国人口众多,患者数目也很可观,因其发病以青壮年为多见,危害性也很严重。国家科委与卫生部已将淋巴瘤与白血病并列作为国家重点肿瘤研究项目之一。因此我国临床与病理学工作者理应挑起这一重担,下定决心为降低淋巴瘤的发病率与死亡率,大幅度提高生存率与治愈率,抢救临床处于死亡边缘的病人,为保障人民的健康,早日实现祖国的四化而贡献自己的力量。

二、恶性淋巴瘤的病因和发病机制目前尚未能肯定,但鉴于何杰金氏病和 Burkitt 淋巴瘤分别与免疫监督系统的能力下降和E、B病毒有关,因此在肿瘤病因学上是有价值的研究课题。恶性淋巴瘤可引起非特殊间叶组织反应伴同实质损害,发现于何杰金氏病患者的脾、肝,淋巴结和骨髓,这可能由于何杰金氏病的病原体的直接作用所致而并非病原体的实际累及上述器官。近年来发现 Burkitt 淋巴瘤常具有14号染色体附加一条额外的终带以及在何杰金氏病人中出现17号长臂等臂染色体,细胞遗传学的研究在淋巴瘤的病因学中引起了重视。国外正在从细胞学、组织学、病毒学、免疫学、酶学、细胞遗传学等多方面进行研究。我国淋巴瘤研究工作方兴未艾,随着病因工作的逐步深入必将促进上述学科的迅速发展。

三、恶性淋巴瘤几年前尚被视为不治之症,但在今日由于诊断方法巨大的改进,综合治疗措施的应用,治疗效果已有大幅度的提高。例如近年来何杰金氏病的五年生存率已从30—40%提高至70%以上,治疗效果与病理分型和临床分期密切相关,越重视淋巴瘤组织和细胞的病理分型和临床分期则其治疗成果越大。

放射治疗是治疗成功的最主要方法，几个国际大的治疗中心都取得相同的良好效果，同时也看到疗效的提高有一定的限制，但是斗蓬式和全身放射治疗的应用为进一步提高疗效提供了有力的武器。化学治疗特别是采用混合化学物对淋巴瘤的治疗在几个肿瘤中心也证明有良好的前景。病理组织学和穿刺细胞学诊断在目前是最可靠的手段，但这也不是完全孤立的，有时病理学家遇到不能区别肿瘤与非肿瘤的疑难病例，纯形态学观察不能解决问题时则有赖于其他实验室的测定如各种不同的丙球蛋白的检测、荧光膜标记、免疫标记等。外科采用光学内腔镜的检查为内脏淋巴瘤的确诊，临床分期和治疗方法的选择提供了手段。今日淋巴瘤已不是不治之症，而是可治愈之症，只要病理工作者与临床工作者密切配合，狠抓“三早”（早期发现，早期诊断，早期治疗），在淋巴瘤的防治工作上一定会出现一个崭新的局面。

无疑地，目前我国在恶性淋巴瘤研究方面落后于美、欧等先进国家，但是我国医学科学家决不甘心于落后，积极响应国家的号召，努力投入恶性淋巴瘤的研究工作中去。我国病理工作者解放思想，勇挑重担，先后于77年和79年在河南省郑州和洛阳召开了淋巴瘤的病理学座谈会和读片会，讨论了各国非何杰金氏淋巴瘤分类分型的利弊，制订了我国自己的淋巴瘤分类命名方案（郑州会议方案）和修订方案（洛阳会议方案），成立了全国淋巴瘤防治研究协作组，提出在淋巴瘤研究方面如何赶超世界先进水平的初步设想和规划。为了汇集有关淋巴瘤的学术资料，及时反映国内外的研究进展，座谈会决定出版《淋巴瘤学刊》，第一期和第二期分别由河南省和北京市诸同道主办，受到了各地病理学家的欢迎。本学刊第三期是由上海和广州共同负责办理，在第三期的组稿过程中，适逢中华人民共和国成立卅周年，我们把各地研究恶性淋巴瘤的成果汇集于《淋巴瘤学刊》第三期中向党献礼。

我们预祝我国科研人员响应党的十一届三中全会的号召，奋发图强，团结协作，在制服恶性淋巴瘤的战斗中取得新的更大的成绩。

R733.4
3470
K3C.4

论 著

非何杰金氏型恶性淋巴瘤

命名分类的建议——I

——102例病理形态观察和临床分析

上海第一医学院肿瘤医院病理科 涂莲英 杨邦杰* 法锡元[△]

近年来非何杰金氏型恶性淋巴瘤的命名和分类问题引起了国内外学者的广泛重视。(10) Rappaport(1) Bennett(2) Dorfman(3) Gerard—Marchant(4) Mathe(5) Lukes 和 Collins(6)等相继提出了一系列命名和分类法。顾绥岳(7)对这些分类都作了评价。河南省淋巴瘤学术座谈会也提出了分类意见(8)。这些分类虽然在不同程度上反映了近年来免疫学研究的成果,但是到目前为止。B细胞、T细胞、免疫母细胞和U细胞等的本质和相互关系尚未完全探明;同时免疫测定等先进技术目前在国内外均未普及,还不能应用于常规病理检验工作,因此, Lukes 等提出的免疫学分类很难付诸于临床病理诊断。本文通过102例非何杰金氏型恶性淋巴瘤的临床病理分析,初步提出一个用光学显微镜和常规制片技术能重复的,既简单明瞭又与生物学行为和免疫观点有一定联系的命名分类意见,与国内同道们商榷。

材 料 和 方 法

上海第一医学院肿瘤医院1964年1月至1976年12月共收治非何杰金氏型恶性淋巴瘤254例。其中有临床资料并有组织切片可供复查的163例,除去61例淋巴结以外淋巴瘤(如口咽环、胃肠道淋巴瘤和蕈样霉菌病等)可供分析的共102例全部均系石蜡包埋切片,H、E染色,部分作了 Gomori 网状纤维染色。

为了确定瘤细胞在常规切片中光镜下能辨认的类型,经过反复观察与讨论,统一观察标准和方法如下:(1)由于细胞浆常境界不清,影响因素较多,因此测量细胞大小以胞核为准;(2)多数切片中病变比较弥漫一致,部分切片内肿瘤边缘部的细胞较中心部的为小,且呈圆形,确定以中心部为代表性区域,(3)三人(涂、杨、法)分别在代表性区域中每例数100个细胞,并用目镜测微器测量细胞核的大小(长径),同时观察核形、核仁,核膜和核染色质的特征,分别记录。在统一标准后,三人观察计数结果基本一致。然后根据观察到的形态学规律参考临床,提出我们的命名分类意见。

* 扬州医学专科学校病理教研组,在本科进修时参加本项科研

[△] 江苏省镇江市人民医院病理科在本科进修时参加本项科研

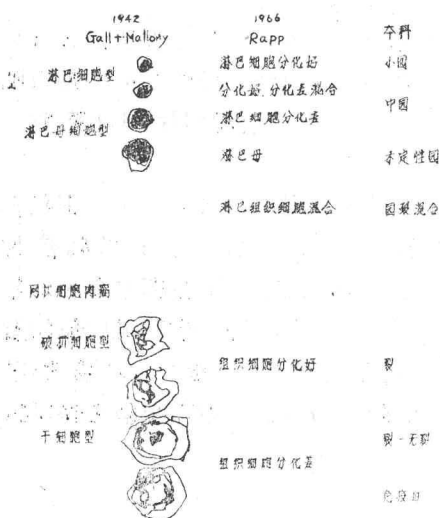
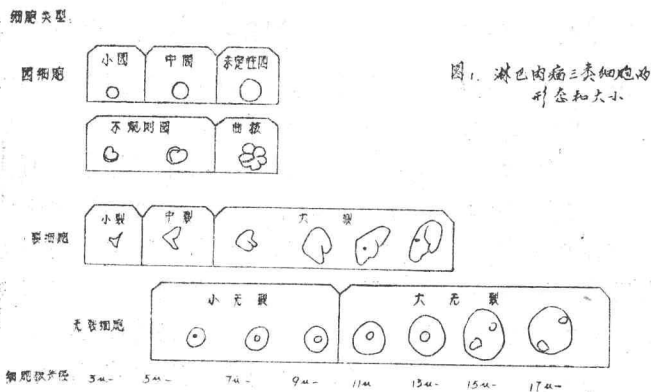
病理观察结果和分析

一、组织学类型

按瘤细胞排列方式,分为结节型和弥漫型。我们认为切片内真性肿瘤结节区域占25%以上者,才能算为结节型⁽⁹⁾。这与 Dorfman⁽¹⁵⁾提出的标准相同。本组102例中10例结节型。92例弥漫型。

二、细胞类型

在光学显微镜下可观察到的瘤细胞有圆形和明显不规则形。两者之间还看到不同程度的核型变化,可将它们排列成连续亡变的系列(图1)。



我们把核形明显不规则、染色质疏松、有凝块、胞浆境界不清的细胞称为裂细胞（图8）；把圆形细胞中有明显大核仁，染色质呈粗块状、稀疏分布的细胞称为无裂细胞（图10）；其他细胞的核虽然有些小凹陷或裂隙、但外形基本上呈圆形，核染色质呈细粒状均匀分布，统称为园细胞（图2. 3. 5）；为了把核明显呈园形和那些稍有裂隙或凹陷基本上是园形的细胞区别开来，我们将后者称为不规则园细胞（图4）、这种细胞形似晒干的小枣或葡萄干。

三、细胞核的大小

瘤细胞核直径最小 3μ ，最大可达 17μ 。各例中瘤细胞核的大小差距不一，大多数病例在 $4-6\mu$ 范围内，极少数可达 14μ 。还发现占优势的细胞成分核愈大，伴存的瘤细胞类型愈多，细胞核的大小差距也愈大。（见表 1）

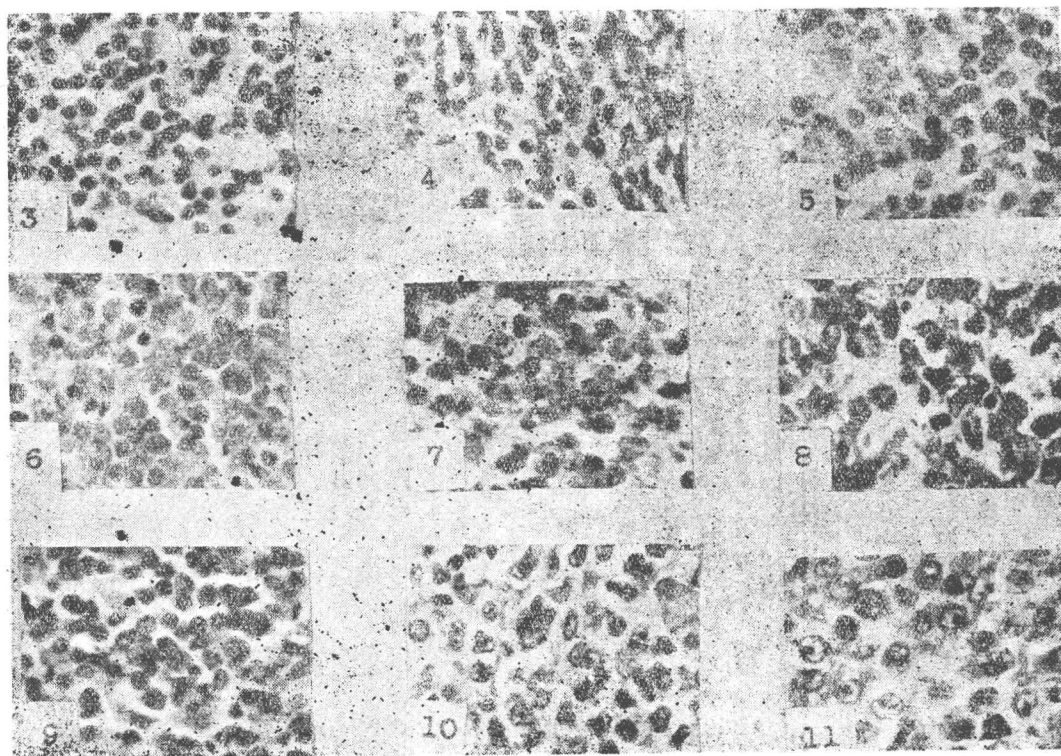


图 3 小园细胞

图 4 不规则园细胞

图 5 中园细胞

图 6 未定性园细胞

图 7 曲核细胞

图 8 裂细胞

图 9 园——裂混合

图 10 裂——无裂细胞

图 11 免疫母细胞

表 1 细胞计数、记录方法与分型举例

细胞核大小								
类型	病例编号	3μ—	5μ—	7μ—	9μ—	11μ—	13μ—	15μ—
小园	11	园95	5					
中园	21	园75 裂	15 10	3 2				
园裂	105	园30 裂20	25 25		10			
裂——无裂	30		裂5 无裂5	10 5	10 10	30 5	10 10	5

为了观察制片对细胞大小的影响,我们测量了全部切片(其中有外单位寄来的会诊片)内形态较完好的红细胞大小,结果直径均在 $3-5\mu$ 之间。因此我们认为切片中红细胞可作为判断细胞大小的参考。根据血液细胞学的知识,小淋巴细胞 $\leq$ 红细胞,于是确定以 3μ 为观察起点,每增 2μ 为一单元,即分别以 3μ —, 5μ —, 7μ —等依次计数。

四、细胞类型与大小的关系

92例弥漫型的测量结果总和列表如下(表2)

表2、 92例弥漫型淋巴瘤组成细胞的类型和大小的数量分布

细胞 总数 细胞类型	细胞核大小								合计
	3μ —	5μ —	7μ —	9μ —	11μ —	13μ —	15μ —	17μ —	
园细胞	2940	2477	200	20					5637
裂细胞	645	1606	848	131	39	10			3279
无裂细胞		16	108	105	30	15	8	2	284
合计	3585	4099	1156	256	69	25	8	2	9200

从表2可以看出:(1)瘤细胞的数量以园细胞最多,占总数62%;裂细胞次之,占35%;无裂细胞最少,仅占3%,三者差别很大。(2)各类细胞的大小分布也有一定的规律。园细胞96%分布在 7μ 以下的尺度内,裂细胞94%分布在 $3-9\mu$ 之间并与园细胞和无裂细胞混合的机会多;无裂细胞94%在 7μ 以上。(3)细胞的大小和形态有一定联系。在核为 $3-5\mu$ 的细胞中,主要是园细胞,裂细胞极少,细胞成分较为单一;而在核为 $7-9\mu$ 的细胞中,裂细胞占多数,园细胞较少,无裂细胞也有少量,细胞成分较为复杂。

综上所述,瘤细胞核的大小变化能反映出园细胞,裂细胞和无裂细胞的出现顺序和消失规律。这与淋巴细胞转化过程的概念基本一致,因此这三类细胞核的大小及其在每个病例中的组合方式可以作为分类的形态学依据。

五、分型和分组

(一)结节型:共10例。结节中心以中裂细胞(核在 $5-7\mu$ 之间的裂细胞)为主者7例,以不规则园细胞为主者2例,以裂一无裂细胞为主者1例⁽⁹⁾。

(二)弥漫型,瘤细胞弥漫分散,不形成结节或仅有少数结节出现。按瘤细胞形态分为以下几组:

1. 园细胞组:50%以上是园细胞的病例归入此组,共47例。按细胞大小可分为:

(1)小园细胞组: $3-5\mu$ 的园细胞占70%以上的病例属此组,共19例(其中4例占95%以上)(图3)。本组细胞成分单一,形态一致,偶见散在的无裂细胞。这种小园细胞的核园而浓染,少数卵圆形或稍不规则形,核染色质形成凝集块贴核膜,胞浆均极少,形态与小淋巴细胞相似。分裂象不易找到。

(2) 中圆细胞: 5—7 μ 的圆和不规则圆细胞占优势, 如果混有7 μ 以上的圆细胞或曲折细胞均不能超过15%, 共21例(图5)。中圆细胞核染色质呈细粒状或凝成小块, 核膜薄, 可有不明显的小核仁, 胞浆中等量, 分裂象多少不等。形态上大部分相当于过去所谓“淋巴瘤细胞”或Rappaport的“淋巴细胞分化差”。不规则圆细胞(图4)可能表示在淋巴细胞谱系中, 中圆细胞与裂细胞之间的过渡, 有些病例伴随出现少量裂细胞及无裂细胞。

(3) 未定性圆细胞组: 细胞核与中圆细胞相似, 7 μ 以上的核占15%以上, 共有4例(图6)。此种细胞核圆, 染色比中圆深, 染色质更致密, 颗粒状, 核仁不明显, 胞浆少, 在低倍镜下细胞排列密集, 几无间隙。分裂相多, 核碎裂多见。

(4) 曲折细胞组: 是一个特殊类型。瘤细胞在3—9 μ 之间, 形态与中圆细胞较难区别。曲折细胞的特点是, 核呈圆形, 但表面凹凸不平, 形成脑回状沟纹, 似有细线分割, 典型者呈“鸡爪印”样。我们把这种典型曲折细胞超过15%, 临床上有纵膈块影的年轻患者归入本组, 共有3例(图7)。低倍镜下细胞核大小较一致, 排列紧密, 无满天星图象, 纤维间隔内的瘤细胞常挤成单行排列。分裂相易见。与裂细胞的一个主要区别是染色质细、色深, 核膜与核仁不明显。

2. 裂细胞组: 裂细胞占优势的病例归入本组, 共16例(图8)(裂细胞均在60%以上, 其中8例在90%以上), 混有少量圆细胞和无裂细胞。裂细胞的大小变化幅度很大, 从小到大形成一个细胞谱系: 小裂细胞(核长径3—5 μ)核形不规则, 有沟纹, 染色质呈细块状, 核仁不明显, 核膜薄, 胞浆少, 境界不清; 中裂细胞(5—7 μ 之间), 核形很不规则, 有些较长, 核裂沟明显, 染色质粗, 分布稀疏, 亦可呈粗凝块状, 常有嗜酸性小核仁, 核膜厚, 胞浆丰富, 境界不清, 有时有突起; 大裂细胞(7 μ 以上)核异形显著, 常有分叶状, 马蹄形等古怪形状, 核染色质粗但分布稀疏, 核仁有时明显。在裂细胞为主的病例中, 裂细胞的大小差距一般在6—10 μ 之间, 最多可达14 μ , 并且大中小细胞相互混杂。某种大小的裂细胞在数量上占绝对优势并不多见。相对地讲, 小裂细胞为主的有5例。对照上述各组的临床和预后, 未发现明显差异⁽¹⁹⁾。因此, 尽管Lukes将其分为小裂细胞和大裂细胞, 我们这组病例却未能提供将裂细胞再行细分的有力依据, 有待积累更多病例进一步观察分析。

3. 圆细胞——裂细胞组: 圆细胞、裂细胞混杂, 比例接近各半(均不少于40%)的病例属于此组, 有17例(图9)。主要细胞成分的大小为5—7 μ , 有部分细胞介于圆细胞与裂细胞之间, 难以划定细胞类型。无裂细胞极少。

4. 裂细胞——无裂细胞组: 以大裂细胞为主, 无裂细胞占10%以上(其他类型中虽然也有无裂细胞, 但最多不超过5%, 本组病例中无裂细胞占10—30%), 共有9例(图10)。典型无裂细胞的核呈圆形或卵圆形, 染色质和裂细胞相似, 核仁大、圆形, 往往嗜酸性, 胞浆丰富。本组细胞混杂最为严重, 圆细胞、裂细胞、无裂细胞均可出现, 各例瘤细胞大小差距幅度很大, 从6 μ 到14 μ 。

5. 免疫母细胞组: 免疫母细胞大小在9 μ 以上, 核圆形, 有大而圆的嗜酸性核仁, 胞浆嗜双色性, 派若宁染色强阳性。这种细胞达50%以上者归入此类, 仅有1例(图11)。

淋巴组织来源的肿瘤命名和分类的建议

我们根据上述形态学特点, 结合临床和免疫学理论。提出命名和分类的建议如下:

一、淋巴细胞来源：（按细胞排列方式可分为结节型和弥漫型）

（一）结节型淋巴肉瘤（肿瘤性结节占全切片25%以上）

1. 不规则园细胞
2. 裂细胞（分大、中、小裂为主）
3. 裂——无裂细胞（裂——无裂细胞总和超过30%）

（二）弥漫型淋巴肉瘤

1. 淋巴肉瘤
 - （1）小园细胞（相当于小淋巴细胞）
 - （2）中园细胞，包括不规则园细胞
 - （3）园细胞——裂细胞
 - （4）裂细胞（可分为大、中、小裂为主）
 - （5）裂细胞——无裂细胞（以裂细胞为主，无裂细胞超过15%）
 - （6）免疫母细胞肉瘤
 - （7）曲折细胞
 - （8）未定性园细胞
 - （9）Burkitt 淋巴瘤
2. 蕈样霉菌病和 Sezary 综合征

二、组织细胞来源 组织细胞型恶性淋巴瘤

三、浆细胞来源 浆细胞肉瘤

四、组合型

五、无法分类

注：以上各型若伴有浆细胞样分化或硬化要另加说明。

为了进一步判定本分类与临床、予后的联系，作者将本文 102 例的临床资料与本分类作了详尽对照和分析⁽¹⁰⁾，显示有一定临床意义。

讨 论

一、光镜下细胞分类的依据

一般识别细胞不外从大小、形态和染色特征三方面进行观察。以大小而论，淋巴肉瘤细胞的直径大的集中在 $5-7\mu$ 左右， 5μ 以下和 7μ 以上都较少。多数病例的细胞大小较接近。以形态而论，淋巴肉瘤细胞基本上是园形细胞，在印片上很明显。由于淋巴细胞有从小园转化到裂再到无裂的亡变过程，各类细胞间有过渡形态，形成一个不易找出明显界限的细胞谱系，这就提出一个如何划分细胞类型标准的问题。Lukes 结合免疫功能提出将细胞的形态分为三大类，并用细胞形态特征来命名。这个方法较其他学者的命名更直接明了。因此，我们以 Lukes 提出的园、裂、无裂作基础，结合染色质的深浅，分布和核仁的大小、形态以及胞浆的多少，境界等特征来分类。这样比较容易掌握，并且反映了免疫功能。

二、裂细胞大小的划分和组合

根据我们的观察，裂细胞的大小差距很大，可由 3μ 到 17μ ，因为 49% 在 $5\mu-7\mu$ 之间，因此我们取 7μ 为界，定 5μ 到 7μ 为中裂， 3μ 到 5μ 为小裂， 7μ 以上为大裂。由于裂细胞为

主的病例绝大多数有大、中、小裂细胞混合存在,我们建议统称为裂细胞型。结节型淋巴瘤的病例多数是由中裂细胞组成,因此,我们采用了中裂细胞型这个名称直接明了。大裂细胞为主的病例若伴有相当数量的大无裂细胞,预后不好,因此我们将其另列为一型,称裂一无裂,此型与河南省淋巴瘤学术座谈会提出的“大细胞型”以及 Lennert(11)“生发中心母细胞型”是一致的。文献上关于划分裂细胞的具体标准谈的很少, Lennert 描述了一种“由中间大小淋巴样细胞组成的亚型”称之为,“发生中心细胞型”,他测量了这型的每个病例中的代表性区域中30—70个细胞,求得每例中细胞直径的平均值,最小是 4.6μ ,最大 8.2μ 。他根据平均直径所呈现的2个峰,将 6.5μ 到 8.2μ 之间的称“大发生中心细胞型”, 4.6μ 到 6.5μ 之间的称“小发生中心细胞型”, 8.2μ 以上的与大无裂细胞归在一起称“发生中心母细胞型”,这与我们的分法基本上是一致的,所不同的是他采用的名称和我们不统一,并且划分为“大裂”的尺度比我们略高一些。Lukes 划分裂细胞是以组织细胞核的大小为界,组织细胞的核一般在 $7-9\mu$ 之间,若取其中间数可以 8μ 计算。大于这个尺度的称“大裂”,小于这个尺度的称“小裂”。Lukes 的“小裂型”相当于 Lennert 的“生发中心细胞型”以及我们的中、小裂细胞为主的裂细胞型。Lukes 在描述中也提到“中等大小的裂细胞”,和我们的中裂细胞大小相似,但他没有以“中裂”命名,而把它归入“小裂细胞”。Lukes 将“大裂”作为单独一型。但根据我们的材料,大裂细胞为主的病例多数伴有相当数量的大无裂细胞,因此采用联合命名确切些。

三、园细胞的亚型及“园”、“裂”细胞的界限

“园”细胞核直径在 $3-9\mu$ 之间,其中 $3-5\mu$ 的小园细胞是公认的一种亚型。T细胞来源的曲折细胞。B细胞来源的 Burkitt 淋巴瘤和无特殊膜标记的未定性细胞也渐渐获得广泛承认,已分别列为独特的亚型。

在我们47例“园”细胞为主的病例中,除去上述四型以外,尚有21例核直径在 $5-7\mu$ 之间,大多数细胞核形态确实较园,核染色质密集颗粒状,核仁不明显,胞浆少,这类细胞我们称之为“中园细胞”。过去可能将它归入“淋巴母细胞肉瘤”。Lennert的“T区淋巴瘤”、Dorfman 的“不典型小淋巴样型”、Rappaport 的“淋巴细胞分化差混合的恶性淋巴瘤”,可能相当于我们的“中园细胞型”,

有些“园”和“裂”细胞有过渡形态,二者的划分是分类中的一个难题。这种过渡细胞的核基本上是园的,染色质细、粒状或呈小块集聚于核膜,核仁不明显,胞浆不多,形似淋巴细胞,但核有小凹陷或裂沟。Lukes 在描述转化淋巴细胞时也提到一种偏园的稍大一点的“中间型小园细胞”他指出这种细胞与核稍不规则的小裂细胞不易区分。Tones(12)和 Patchefsky(13)观察到“淋巴细胞分化好”和“淋巴细胞分化差”之间由于细胞分化程度不一,存在着过渡形态。目前有趋向将这一细胞归入“小裂细胞型”。我们认为,基于这些“园”细胞的直径多数在 $5-6\mu$ 左右,若将“小裂”的尺度定在 $5-6\mu$ 以下,这样归类尚有可取之处;若将“小裂”的尺度定在 $7-9\mu$ 以下,将这些中间大小的“园”细胞和一连串大大小小的裂细胞均归入“小裂”(即 Lennert 的“生发中心细胞型”以及我们的“裂细胞型”),则幅度太大,势必将二种不同细胞归在一起,这样就不能反映生物学行为上的区别。同时我们在结节型淋巴瘤和结节型反应性增生中所观察到的此种过渡形态的细胞,绝大多数位于结节外。因此,我们建议将裂细胞的标准定的严一些,以中裂细胞的特征作为标准,将那些既不象“园”,又不象“裂”的过渡细胞暂归中园细胞,可称为“不规则园细胞”以资区别。

至于“中园细胞”在淋巴细胞发生和转化过程中属哪一阶段，我们还难以确定，有待进一步探讨。

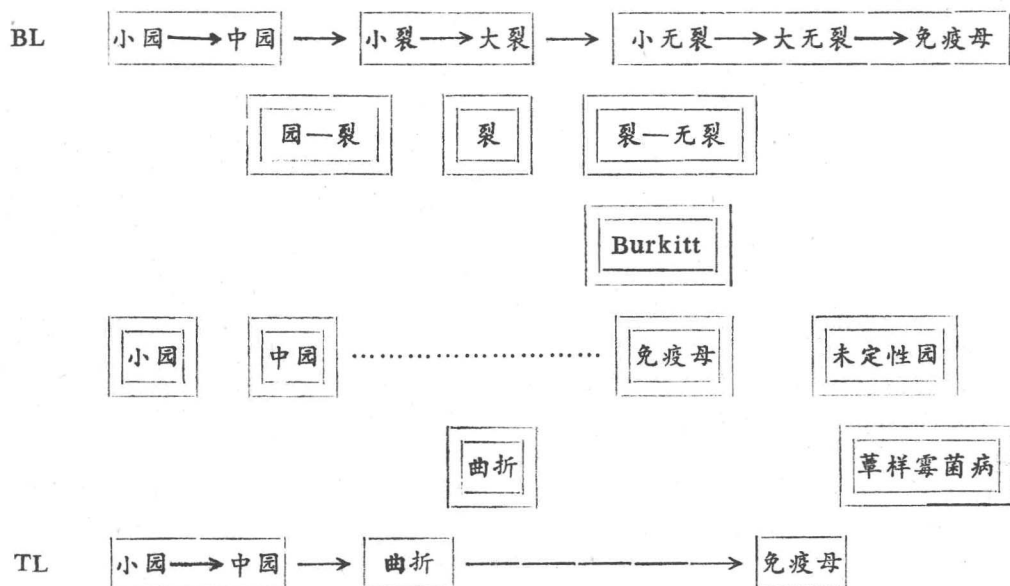
四、关于曲核细胞型的形态，文献中有外形曲折，脑回状和鸡爪形等描述

根据我们的观察，这些描述是一致的，是从不同角度观察核的形态的结果。即如果从平面上看，可见核的表面呈鸡爪形或脑回状的沟纹，有时近似皱纹纸样；如果从外形轮廓看，则可见核形曲折，乃至有近似于分叶状者。

鉴于如前所述，淋巴瘤细胞类型及形态多变，特别是有时个别裂细胞和不规则园细胞可与曲核细胞相似，因此，我们认为仅见个别曲核细胞样形态，尚无不足够把握纳入该型分类，只有当出现一定数量和较典型的形态后，才能归入此类，故目前我们暂定 15% 以上比例。

五、与淋巴转化学说的联系、见表 3

表 3 弥漫型淋巴肉瘤命名分类与淋巴转化学说的可能联系(示意图)



图例

- 本文分类名称
- 本文划分的细胞类型
- 淋巴细胞的转化方向
- BL与TL系的分界线

说明

1. 的位置，大小与该类型包含的转化淋巴细胞成分相对应。
2. 位于虚线上方的属 BL 系，位于虚线下方的属 TL 系，介二者之间的类型表示 BL 系与 TL 系均有。
3. 未定性园细胞不属于转化细胞之列，故另列于后。
4. 草样霉菌病的细胞成分复杂，难以用位置上的对应表示此也放在后面 TL 系一侧。

六、与其它分类对照

我们应用 Rappaport 的分类作对照（见表4），发现两种分类之间尚存在一定的联系。

表4 Rappaport 分类和本文分类对照

本文 分类 Rappaport 分类	小 圆	中 圆	未 定 性 圆	圆 裂	裂	裂 无 裂	免 疫 母	合 计
DLwD	4							4
DLwD + DLPD	15	5						20
DLPD		16	8	14	5			43
DMHL				3	4			7
DH					8	9	1	18
合 计	19	21	8	17	17	9	1	92

DLwD = 弥漫淋巴细胞分化好

DLPD = 弥漫淋巴细胞分化差

DMHL = 弥漫、组织、淋巴细胞混合型

DH = 弥漫组织细胞型

Gall 和Mallory 以及 Rappaport 和本文分类的对照见图2。

七、命名的选择

最理想的分类必须是根据淋巴瘤细胞的本质而定的，要做到这点，还待进行大量的研究工作，然而从当前的实际出发迫切需要的是一个暂时可应用的，又有相对稳定性，又有发展余地的分类，国外在名称的选择上分歧特别大（表5）。

表5 各种分类命名对照

Gall Mallory	Rappaport	Dorfman	Bennet	Lennert	本文
淋巴肉瘤	DLwD LPDD	小淋巴样	分化好淋巴细 胞(小圆)	淋巴细胞	小圆
		小淋巴样 (不典型)	中度分化淋巴 细胞(小滤泡)	淋巴细胞伴浆 细胞分化	中圆
		淋巴母	分化差淋巴细 胞(淋巴母)	淋巴母细胞 (曲核细胞)	未定性圆
网状细胞 肉瘤	DMHL	大小混合	大小混合 (混合滤泡)	生发中心细胞	圆—裂
	DH	大淋巴样	未分化大细胞 (大淋巴样)	生发中心母— 生发中心细胞	小裂
		免疫母		生发中心母细 胞	中裂
		组织细胞	组织细胞	免疫母细胞 组织细胞	裂—无裂免 疫母 组织细胞

国内意见比较接近、在1978年河南省淋巴瘤座谈会上，一致认为 Lukes 首创的名称既形象化也易掌握，他把免疫功能和光镜下直接看到的形态结合起来，我们同意采用 Lukes 提的名称。

小 结

本文对 102 例临床病理资料比较完整的非何杰金氏型恶性淋巴瘤的病理形态特征用光镜作了仔细的观察和分析。初步摸索到组织学类型、细胞大小和类型之间的变化规律和内在联系。以形态特征为依据，结合临床提出了命名分类建议，对分类中的几个具体问题作了讨论、并与淋巴转化学说和其他分类作了对照。

国内对淋巴瘤分类的研究方兴未艾。今后期望全国协作，从病理形态学、免疫学和临床治疗学等诸方面协同攻关。尽早制定出符合客观规律又适合我国情况的淋巴瘤命名分类方案。（本文承蒙顾绥岳教授详细审阅修改，特致谢意）

参 考 文 献

1. Recent Results in Cancer Research, Lymphoid Neoplasias I. 1978
2. Nathwani, B.N., Kim, H., Rappaport, H., et al: Cancer 41:303—325, 1978
3. Bennett, M. H., Farrer-Brown, G., Henry, K. et al : Lancet 2 : 405-406, 1974
Henny, K., Bennett, M.H., Farrer-Brown : Recent Advances in Histopathology, No.10. P275, 1978.
4. Dorfman R.F.: Lancet 1: 1295, 1974. Lancet 2: 961, 1974
5. Gerard-Marchant, R., Hamlin, I., Lennert, K. et al: Lancet 2: 406-408, 1974
6. Mathe, G., Rappaport, H. et al: Geneva. WHO international Histological Classification of Tumors. No. 14, 1976
7. Lukes, R. J. and Collins, R. D. : Cancer 34: 1488—1503, 1974.
In Comprehensive Immunology No 4. P239, 1978. Edited by J. J. Twomey and R. A. Good.
8. 顾绥岳 淋巴瘤学刊 第1期 1978年
9. 郑州分类(草案)淋巴瘤学刊 第1期 1978年
10. 涂莲英、韩蕴华、淋巴瘤学刊 3:20, 1979
11. 赵体平、涂莲英、淋巴瘤学刊 3:13, 1979
12. Lennert, K.: Malignant lymphomas other than Hodgkin's Disease. 1978.
13. Jones, S. E et al: Cancer 31: 806. 1973
14. Patchefsky A. S.: Cancer 34:1173, 1974.
15. Gall, E. A. and Mallory, T. B. : Am. J. path. 18:381, 1942.
16. Dorfman, R. F.: Cancer Treatment Reports .61, 945-951, 1977.

非何杰金氏型恶性淋巴瘤

命名分类的建议—II

上海第一医学院肿瘤医院内科
上海第一医学院肿瘤医院病理科

赵体平 何桂芬
涂莲英

非何杰金氏型恶性淋巴瘤的命名分类是国内外学者一直有所争论而始终没有解决的一个问题。以往,临床工作中沿用较多的是 Rappaport 1966年提出的分类方法,即首先将淋巴瘤从组织学上分为结节型与弥漫型两大型。每型中再根据细胞学特点进一步分类,分类方法尚简明易行,对病情预后的判断也有一定帮助。1975年 Lukes 根据现代免疫学的观点,将淋巴细胞分为T、B、U三种,遂出现以功能分类的方法,其分类及命名方法自较 Rappaport 的细胞形态学分类方法合理,如 Rappaport 将大的淋巴瘤细胞称为组织细胞,但从免疫学观点看,这些大细胞是与生发中心内淋巴细胞转化相应的细胞。然而 Lukes 的分类中,将淋巴细胞分为T、B、U三种细胞的免疫学技术较为复杂,T、B、U三种细胞也不可能完全通过细胞形态来加以鉴别,应用于日常临床工作,存在一定困难。鉴于上述情况,我院病理科通过对 102 例非何杰金氏型恶性淋巴瘤的临床病理分析,提出了一种应用常规制片技术和光学显微镜检查,又能与生物学行为和免疫学观点有一定联系的命名分类方法⁽¹⁾。我们将这102例病例的临床资料进一步加以分析,以考验这分类方法在临床上是否适用。从临床观点看,一个好的分类方法,应该能起到以下作用。各不同病理类型应有其独特的临床特点,从而有利于推测疾病的发展趋势,判断预后及指导临床治疗。因此,我们就从这几个方面来评价本分类方法的临床应用价值。

材料与分析

上海第一医学院肿瘤医院内科自1964年1月至1976年12月共有住院诊治的非何杰金氏型恶性淋巴瘤病人 254 例。其中病理切片可供复查的有 162 例,经反复复查临床病史及病理切片,其中61例属淋巴结外淋巴瘤,或病理切片中组织过少,或缺乏随访资料等原因而被剔除。本文对尚余的 102 例进行了临床分析。

各类非何杰金氏型淋巴瘤的病理形态学特点可参看“非何杰金氏型恶性淋巴瘤命名分类的建议—I”一文⁽¹⁾,本文不再重复。

102例非何杰金氏型淋巴瘤中有小圆细胞19例,中圆细胞21例,裂一无裂细胞10例,裂细胞17例,圆一裂细胞17例,未定性圆细胞8例,结节型10例。现将以上各亚型的临床特点分析如下:

I 性别: 各组的性别分布可见表 1

性别	类别 例数	小圆 细胞	中圆 细胞	裂一无裂 细胞	裂 细胞	圆裂 细胞	未定性圆 细胞	结节型	总数
男		17	17	6	17	11	6	8	82
女		2	4	4	0	6	2	2	20

表 I、102例非何杰金氏型恶性淋巴瘤的性别分布

总的男女比例为4:1。但应当说明,由于本组对象限于住院病人,因此男女病人的例数,受到病房男女床位比例的影响,这个比例数不能反映出男女性病人的实际发病情况。

Ⅱ. 年龄: 从表Ⅱ可见各亚型发病率与年龄的关系。每组 $\frac{2}{3}$ 以上的病人,分别集中于下列高发年龄: 未定性圆细胞10—19岁,小圆细胞10—29岁及40—59岁,中圆细胞20—49岁,结节型30—49岁,裂一无裂细胞30—59岁,裂细胞40—69岁,而圆裂细胞的病人则平均分布于各年龄组。

	<10岁	10—19岁	20—29岁	30—39岁	40—49岁	50—59岁	60—69岁	70—79岁
小圆细胞 (19例)	1	5	6	1	3	2	1	
中圆细胞 (21例)		1	8	7	3		1	1
裂一无裂细胞 (10例)			1	2	3	4		
裂细胞 (17例)				1	9	4	3	
圆裂细胞 (17例)		2	3	3	4	3	2	
未定性圆细胞 (8例)		6	1		1			
结节型 (10例)			1	4	4	1		

表Ⅱ 102例非何杰金氏型恶性淋巴瘤的年龄分布

Ⅲ. 临床表现: 各组的临床表现特点可参考表Ⅲ。在起病方式方面,起病时无发热,盗汗,消瘦等全身症状者,在未定性圆细胞约占 $\frac{1}{2}$,在小圆细胞,中圆细胞,裂一无裂细胞,裂细胞,圆裂细胞各约占 $\frac{1}{2}$,而结节型则 $\frac{2}{3}$ 以上患者起病时无全身症状。每一组内患者在起病时有无全身症状,与预后无明显关系。Dumont⁽³⁾1974年提出,在非何杰金氏型恶性淋巴瘤起病时无全身症状者,平均生存在2年以上,有全身症状者平均生存期短于9个月。在