



明明白白看病 · 医患对话丛书

102

医患对话

淋巴瘤

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室
组织编写



KP 科学普及出版社



明明白白看病·医患对话丛书 102

医患对话

淋巴瘤

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室 组织编写

科学普及出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

医患对话. 淋巴瘤/郭晓楠编著. —北京: 科学普及出版社, 2003. 7

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05777-1

I. 医... II. 郭... III. 淋巴瘤-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 053978 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话:62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

*

开本:787 毫米×1092 毫米 1/32 印张:1 字数:22 千字

2003 年 7 月第 1 版 2003 年 7 月第 1 次印刷

印数:1—5000 册 定价:3.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主	问主	曹荣桂	迟宝兰	李士					
副主	任主	于宗河	赵淳						
主副	任主	陈春林	李恩	武广华					
主副	任主	于宗河	宋振义	刘建新	宋光耀				
委	任主	李慎廉							
	任主	(按姓氏笔画排序)							
	任主	于宗河	王正义	王西成	王国兴	王继法			
	任主	马番宏	叶任高	孙建德	朱耀明	刘玉成			
	任主	刘世培	刘兵	刘学光	刘运祥	刘建新			
	任主	刘冠贤	刘湘彬	许凤	江观玉	李玉光			
	任主	李连荣	李金福	李恩	李继光	李道章			
	任主	李慎廉	李镜波	杜永成	苏汝好	杨秉辉			
	任主	陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋述博			
	任主	宋宣	宋振义	张阳德	欧石生	苗志敏			
	任主	范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森			
	任主	郎鸿志	姜恒丽	赵升阳	赵建成	赵淳			
	任主	贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高岩			
	任主	寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建辉			
	任主	曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧立	黄建忠			
	任主	韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	戴建平			
	任主	郭晓楠							
	任主	郝文明							

本册编著
特约编辑

策 划 许 英 林 培
责任校对 王 勤 杰

责任编辑 高 纺 云
责任印制 王 沛



淋巴瘤是怎么回事

医患对话

淋巴瘤



● 淋巴系统在人体的位置、主要结构与功能是怎样的

人体淋巴系统包括：淋巴管道、淋巴器官和淋巴组织。

▲ 淋巴管道

由毛细淋巴管、淋巴管、淋巴干和淋巴导管组成。毛细淋巴管位于组织间隙内，除脑、脊髓、脾髓、上皮、角膜、晶状体、牙釉质、软骨等组织之外遍布全身。就好像一棵枝繁叶茂的大树，由粗壮的树干（好似淋巴导管）、分叉的由粗至细的树枝（好似淋巴干及淋巴管）及众多的细小的枝叶组成。淋巴管道像网络一样遍布全身，内含循环流动着的淋巴液，执行免疫监视功能。

▲ 淋巴器官

主要指淋巴结、扁桃体、脾脏、骨髓及胸腺等。

淋巴结多沿血管周围分布，位于身体较为隐蔽且活动度



大和较为安全的地方(图1)。淋巴结遍布身体各个部位,大小通常不超过1厘米。淋巴结的主要功能是滤过淋巴液,清除病原体及其他抗原物质;其次是进行免疫应答。淋巴结就好似我们的共和国卫士,守卫着祖国边疆,防止一切入侵者!

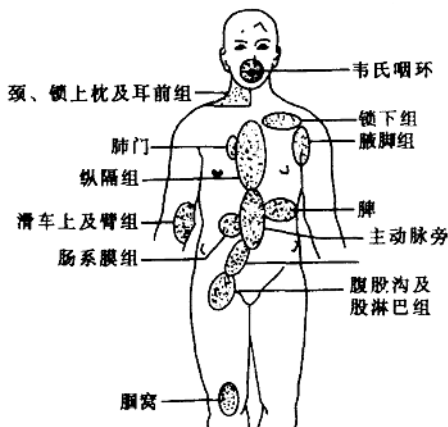


图1 淋巴结区域图

脾脏位于左季肋部,恰与第9~11肋相对,就是说脾脏在左上腹肋骨里面,正常情况下是摸不到的。脾脏是最大的周围淋巴器官,位于血液循环的通路上。脾的结构分为白髓、边缘髓和红髓,其主要功能是:①清道夫—将血液中人体代谢分解产生的废物、衰老的细胞及有毒物质清除掉;②人体卫士—免疫应答,主要对血源性抗原产生应答(而淋巴结是对淋巴液中的抗原产生应答)。换句话说就是人体遭受外来有害物质侵入时,调动免疫系统及时将异物消灭掉,保证机体的安全及健康;③造血、储血功能等。

胸腺位于胸腔上纵隔前部,由胸腺细胞和胸腺基质细胞



组成。是T细胞分化成熟的器官;起免疫调节作用;并建立自身耐受和维持免疫自稳状态,是中枢性淋巴器官。

扁桃体位于咽部,舌腭弓和咽腭弓之间,是经常接触抗原并引起免疫应答的免疫器官。

骨髓兼具中枢及周围免疫器官的作用,上述这些淋巴器官不论是中枢性还是周围性,都起着免疫应答作用。

▲ 淋巴组织

淋巴组织是广泛分布于消化道、呼吸道黏膜内的含有大量淋巴细胞的网状结缔组织,即黏膜相关的淋巴组织。机体50%以上的淋巴组织存在于黏膜系统。

总之,淋巴系统是机体的免疫监视系统,就像一支训练有素的特种部队(或公安部队),一旦有“敌人”入侵或体内有异常情况,它们就积极行动起来,相互呼应,各司其职,组成一张强大的防护网,将“敌人”消灭掉。

● 什么是淋巴瘤

淋巴瘤:是长在淋巴结及淋巴组织的肿瘤,它与淋巴组织的免疫应答反应中增殖分化产生的各种免疫细胞有关,是免疫系统的恶性肿瘤。

“谈癌色变”几乎是一般民众在面对癌症这个话题的直接反应。据了解,多数人对癌症的认识仅限于雾里看花的阶段。长久以来,“癌症是不是绝症?”困扰了许多人,但在医学日益进步的今天,我们可以肯定地说,癌症当然不是绝症。只要早期发现,绝大多数癌症比其他慢性重症疾病的治愈率还要高。

简单地说,癌细胞只是一群失去生长蓝图的细胞,它会毫无节制地恶性分裂,过度增殖,到了一定阶段,癌细胞会随着血液或淋巴液流窜到身体其他部位,对正常组织或器官进



行挤压及侵害,导致其失去正常功能进而受伤。癌细胞就像不听话或失去管教的小孩,如果不及时纠正思想或言行,日后当然有可能危害社会、人群。

淋巴瘤细胞是癌细胞的一种,它也是在失去正常控制的情况下,拼命地过度分裂、增殖,不断地扩大自己的地域范围。因此人体的淋巴结及淋巴器官就会肿大,机体的免疫系统遭到破坏,导致其失去正常功能,同时还可以殃及周围邻近的器官和组织,使它们也失去正常的功能。这样人体遭到肿瘤细胞的侵袭,就会发病。

根据病人的得病方式、病理特点、淋巴结外组织器官肿大多少、病程进展快慢及治疗反应的不同,医学上将淋巴瘤分为霍奇金病(简称HD)和非霍奇金淋巴瘤(简称NHL)两大类。

● 淋巴瘤是怎样得的

到目前为止,全世界科学家还没有找到一个确切的病因,但是大多数人认为和以下两个方面因素有关:

▲ 病毒感染

目前认为病毒感染是导致淋巴瘤最可能的原因,特别是EB病毒(EBV)及成人T细胞白血病/淋巴瘤病毒(HTLV)。1964年爱波斯坦(Epstein)等首先从非洲儿童伯基特(Burkitt)淋巴瘤组织传代培养中分离得Epstein-Barr(EB)病毒,这类DNA疱疹型病毒可引起人类B淋巴细胞恶变而导致伯基特淋巴瘤。以后的研究相继得出结论,在淋巴瘤病人的血清、肿瘤细胞及组织中均可以找到EB病毒感染的证据。1980年和1982年美国Gallo和日本昭赖夫等分别从T细胞淋巴瘤和白血病细胞分离出一种独特的C型逆转录RNA病毒,命名为成人T细胞白血病/淋巴瘤病毒HTLV-I,另一种病毒



HTLB-Ⅱ被认为与T细胞皮肤淋巴瘤-蕈样肉芽肿的发病有关。这些研究资料有力地证明病毒感染在淋巴瘤发病学上有重要意义。但是,有些淋巴瘤患者体内从未检测到病毒感染的证据,所以认为除了病毒病因外还有其他因素在起作用。近几年来,有些学者研究发现,胃幽门螺杆菌与黏膜相关性淋巴组织样淋巴瘤的发病有密切关系。

▲ 宿主的免疫功能决定对淋巴瘤的易感性

换句话说,就是免疫功能低下的病人容易得淋巴瘤。比如,有遗传性免疫缺陷的病人(如毛细血管扩张性共济失调、遗传性丙种球蛋白缺乏症等疾病)得淋巴瘤的可能性显著增加;另外器官移植并长期接受免疫抑制剂治疗的患者也有易发淋巴瘤的现象,自身免疫性疾病(如干燥综合征、系统性红斑狼疮等)也有并发淋巴瘤者。

除此之外,射线、一些药物、毒物、环境污染、遗传等许多因素对本病发生也起重要促进作用。

人体是一个完整的有机体,也可以看成是一个小“社会”,有优良公民——正常细胞,有劣等公民——突变细胞、犯罪团伙——癌巢。每人每天都有几十万正常细胞变成突变细胞,又有几十万个突变细胞变成癌细胞。但只要体内的“公安部队”——免疫系统功能正常,就可以不断地识别和杀灭癌细胞,保持人体小“社会”的稳定和发展。面对外来入侵者——病毒,机体会调动免疫监视系统,将其杀死,从而保护机体的健康。但是一旦机体免疫功能失常,不是“公安部队”的数量减少,能力下降,就是“腐败”了,与“敌人”同流合污了,或有外界有害物质的干扰,或受到不良刺激,机体的战斗力大打折扣,导致入侵者进入机体,或者内部发生冲突,破坏免疫监视系统,造成淋巴组织无控制增殖,而发生肿瘤。



淋巴瘤占人类肿瘤的3%~4%，国际上一些统计资料表明全球范围的淋巴瘤的发病率都持续增高。在美国，淋巴瘤的发病率已经上升至肿瘤的第5位，上海地区统计非霍奇金淋巴瘤发病率上升至12位。



● 得了淋巴瘤有哪些表现

无痛性、进行性淋巴结肿大往往是淋巴瘤的首发表现，发热、消瘦、贫血、脏器功能衰竭直至恶病质是疾病进展的结果。

▲ 淋巴结肿大

有一半以上的病人，首先表现为淋巴结肿大，特别是颈部淋巴结肿大。开始在颌下或颈部长出一个或数个黄豆或花生米大小的肿物，也就是俗称的疙瘩，不疼、不痒，无明显不适感觉。随着病情的发展，逐渐长大，可伴有轻微疼痛，或在逐渐长大过程中又有一些缩小。肿物可以为单个，也可以数



个融合在一起,摸起来有像硬橡胶一样硬韧的感觉。有些病人认为这些肿大的淋巴结不影响日常衣食住行,不曾引起注意,结果延误病情,影响治疗效果。对于淋巴结肿大我们可以随时自查。淋巴结触诊依下列顺序进行:枕部、耳后、耳前、胸锁乳突肌前方与后方、颌下、锁骨上、腋窝、胸廓两侧、滑车上、腹股沟、腘窝等。如发现有肿大的疙瘩或其他异常情况,要及时就医。

▲ 肝脾肿大

有近1/4~1/3的病人有脾脏肿大,还有少部分伴有肝脏肿大,有些病人即使肝脾肿大也没有什么表现,有些则感觉上腹饱胀、食欲不振、恶心、便秘等。正常人体肝脏在右上腹、脾脏在左上腹,因此,要提高警惕,定时触摸腹部,了解有否包块、肝脾大不大等等。

▲ 压迫症状

即肿大的淋巴结或淋巴器官对周围组织及器官的压迫症状。比如,纵隔淋巴结肿大,可压迫相邻的气管,表现为咳嗽、呼吸困难、喘憋等;压迫相邻的心脏,表现为心慌、心跳有间歇等;压迫相邻的上腔静脉,表现为上腔静脉梗阻综合征,颈部增粗、颈肩皮肤水肿、静脉怒张像树枝一样等。腹腔内淋巴结肿大或伴有脾脏肿大,可压迫肠道,引起消化道症状:如不思饮食、腹部胀痛、恶心、呕吐、腹泻或便秘等。

▲ 淋巴结外器官侵犯

淋巴瘤病人除了有浅表及深部淋巴结肿大外,有些还可以出现脏器侵犯,特别是非霍奇金淋巴瘤类型。可以累及胃肠道、胸部、中枢神经系统、骨骼、皮肤等。侵犯不同的器官会有相应的临床表现,比如侵犯中枢神经系统,可以出现头疼、看不清楚东西、说话不清楚、走路不稳、大小便不能自控等;



如果侵犯骨骼可有全身骨痛,容易骨折等。要及时发现,尽快检查。

▲ 全身症状

发热,体温持续超过 38°C ,3天以上;体重减轻,半年内体重减轻10%以上;盗汗即入睡后出汗等等。有些淋巴瘤病人,特别是霍奇金病类型,会有全身瘙痒,但并没有皮疹,也没有过敏现象。

▲ 淋巴瘤晚期

疾病到了晚期,可出现贫血、黄疸、脏器功能衰竭及恶病质等。





诊断淋巴瘤需要做哪些检查

医患对话

淋巴瘤



● 必做什么检查

△病史:病人要向医生详细说明得病经过,特别注意有没有发热、消瘦、盗汗等表现。

△体检:医生要仔细检查,重点为扁桃体、淋巴结、肝、脾和神经系统;参考(图1)为人体淋巴结区示意图。

△一般常规检查:血常规、尿常规、大便常规加潜血、胸片(正侧位)、心电图、血型、骨髓涂片等。

△血生化:肝功能、肝炎标志物检测、肾功能、电解质系列、血糖、免疫球蛋白等。

△影像学检查:腹部B超(包括腹腔淋巴结)。

△活检:可取肿大的淋巴结、皮肤包块、肝或脾脏穿刺、骨髓活检等。



以上检查,前5项对病人无损害,有些检测需要病人配合,晨起不吃饭、不喝水、抽血等。活检检查为有创检查,且有一定的风险。尽管如此,在大多数情况下,最终确定疾病的确切诊断,还得依靠诊断病理学,特别是对肿瘤诊断更是如此。肿瘤诊断是诊断病理学的核心工作,而肿瘤又是威胁广大人民群众生命的最严重的疾病之一,因此早期诊断及早治疗是治疗肿瘤的关键。那么,如何做到早期诊断自然是广大医生和病人最关心的问题,也是肿瘤诊断的难点之一。所以在前5项检查的基础上,尽快做活组织检查,只有病理诊断才是确诊依据。



● 选用检查有哪些

△血生化:蛋白电泳、抗人球蛋白试验、腰穿等。

△影像学检查:淋巴管造影、磁共振、放射性核素扫描等。



● 特殊检查有哪些

△血生化:血沉、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶及血钙等。

△影像学检查:胸、腹部CT、全胃肠钡餐造影等。

△染色体检查:t(14;18)及t(8;14)是最常见的染色体核型异常。

△剖腹探查。

● 淋巴瘤的诊断标准

▲ 霍奇金病

本病的确诊依靠病理组织学检查,没有特征性的临床表现或实验室检查可据此做出诊断。然而,通常系由临床征像引起注意而进行活体组织检查确诊。

△临床表现:①无痛性淋巴结肿大;②不同部位的淋巴结肿大引起相应的器官压迫症状;③可伴有发热或不伴发热、消瘦、盗汗、皮肤瘙痒等全身症状;④随着病情进展,可侵犯腹膜后淋巴结,以及肝、脾、骨、骨髓等结外组织并引起相应症状。

△实验室检查:①可有中性粒细胞增多及不同程度的嗜酸性粒细胞增多;②血沉增快及粒细胞碱性磷酸酶活性增高往往反映疾病活跃;③在本病较晚期,骨髓穿刺可能发现典型里德-斯特恩伯格细胞(R-S细胞);④少数病人可并发抗球蛋白试验阳性或阴性溶血性贫血。

△病理组织学检查:多型性细胞、组织学分四型。

▲ 非霍奇金淋巴瘤

△临床表现:以无痛性淋巴结肿大为主(约发生于2/3的病人),结外病变可侵犯韦氏咽环、胃肠道、骨、骨髓、皮肤、唾液腺、甲状腺、神经系统、睾丸等。分别表现为局部肿块、压迫、浸润或出血等症状。20%~30%病人出现发热、体重减轻、



盗汗等全身症状。

△实验室检查:骨髓受累时,可发生血细胞减少。某些类型非霍奇金淋巴瘤(NHL)易侵犯中枢神经系统,有脑脊液异常。血清乳酸脱氢酶(LDH)水平升高可作为预后不良的指标。

△病理组织学检查:系确诊本病的主要依据。其特点为:淋巴结正常结构消失,为肿瘤组织所取代;恶性增生的淋巴细胞形态呈异形性,无里德-斯特恩伯格细胞;淋巴包膜被侵犯。根据组织学特征、细胞来源和免疫表型以及预后,可将非霍奇金淋巴瘤分为不同类型。

● 淋巴瘤的临床分期

本病诊断建立后尚须确定病变范围,进行临床分期,有利于制订合理治疗方案及估计预后。主要用于霍奇金病,非霍奇金淋巴瘤也可参用。

△Ⅰ期:病变仅限于一个淋巴结区(Ⅰ),或淋巴结以外单一器官(Ⅰ_E);

△Ⅱ期:病变累及横膈同一侧二个或更多的淋巴结区(Ⅱ),或病变局限侵犯淋巴结以外器官及横膈同侧一个以上的淋巴结区(Ⅱ_E);

△Ⅲ期:膈上下都已有淋巴结病变(Ⅲ),可同时伴有脾累及(Ⅲ_E)或淋巴结以外某一器官受累,加上膈两侧淋巴结受累(Ⅲ_E);

△Ⅳ期:病变已侵犯多处淋巴结及淋巴结以外的部位,如累及肺、肝及骨髓等(可表示为骨髓M⁺、肝H⁺、骨骼O⁺、肺L⁺、胸膜P⁺、皮肤D⁺等)。

A组:无全身症状

B组:有全身症状(连续3天发热达38℃以上,且无明显感



染表现:6个月内体重减轻1/10或更多;盗汗,即入睡后就出汗)。

在分期中,“E”表示在淋巴结外的组织或器官病变,且是由邻近的淋巴结病灶直接蔓延的结果。如由纵隔或肺门病灶直接蔓延播散到附近的肺组织局部病变,就和Ⅳ期肺实质性病变在预后和治疗方面有完全不同的意义。

医患对话

淋巴瘤

