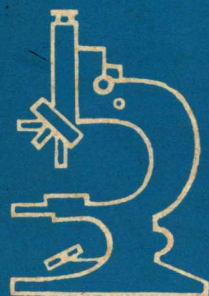


淋巴瘤学刊

LINBALIUXUEKAN



一九八三年四月六日



1982

《淋巴瘤学刊》编辑组
中山医学院出版

前 言

1982年3月，在上海召开了全国第三届淋巴瘤病理协作组会议。中山医学院受大会和主编顾绥岳教授的委托，负责编辑出版第6期《淋巴瘤学刊》。

本期共刊登36篇文章，约20万字，63幅插图。内容反映了国内外淋巴瘤研究的一些最新成果和研究方向。特别介绍了1982年上海会议上提出的非何杰金氏淋巴瘤工作分类以及用石蜡切片代替冰冻切片作ANAE的新技术。由于篇幅所限对来稿在文字上作了必要的删节，精简了一些图片和表格，谨此希望有关作者见谅。

由于我们业务水平和条件所限，不对之处敬请同道及读者批评指正。

《淋巴瘤学刊》第6期编辑组

中山医学院病理解剖教研室

中山医学院肿瘤医院病理科

1982年10月，广州

目 录

前 言 论 著

介绍1982年上海会议上提出的非何杰金氏淋巴瘤工作分类.....顾绥岳(1)

应用“洛阳方案”进行淋巴组织肿瘤分类的体会
.....江苏省淋巴瘤协作组部分单位(5)

100例消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤的病理分析(附图见137页)
.....李 瑛 罗安泰 钟思陶(10)

173例儿童恶性淋巴瘤的病理临床分析.....陆献瑜(马瑞霖)(16)

70例非何杰金氏型恶性淋巴瘤尸检病例的病理和临床分析
.....涂莲英 文 锦 沈铭昌 沈守雨 唐庚云(21)

28例恶性淋巴瘤的细胞遗传学研究.....金约生 区宝祥(27)

非何杰金氏恶性淋巴瘤232例病理分析.....陈文卿 蔡 杰 赵 林(35)

携带EB病毒基因的QP1, QP2鼻咽癌类淋巴瘤细胞株细胞遗传学的研究
.....许良中 刘亦法 李 宁 刘育希(39)

Burkitt's淋巴瘤细胞株基因转移的初步研究(附图见137页)
.....陈剑经 罗惠玲 简少文 卢泰祥 吴 宝 张新华(43)

117例弥漫型非何杰金氏恶性淋巴瘤的组织学分类及其与临床的联系
.....涂莲英 赵体平 何桂芬 杨邦杰(47)

非何杰金氏恶性淋巴瘤164例(附图见138页)
.....匡希文 陶荣安 程嘉骥(53)

32例非何杰金氏淋巴瘤光镜和电镜观察(附图见139—141页)
.....刘国胜 王懿龄 项美弟 张静清(57)

33例小儿非何杰金氏淋巴瘤尸检病例的病理分析(附图见142页)
.....周慕珩 李 瑛 陈光华 叶玉玲(64)

上海市七十年代恶性淋巴瘤流行特点.....屠基陶 邓 杰 高玉堂(72)

原发性中枢神经系统恶性淋巴瘤(附图见143页)
.....李 瑛 杨邦杰 陈系古(75)

头颈部的髓外浆细胞瘤.....叶玉玲 周慕珩(79)

病例报告

睾丸原发性非何杰金氏淋巴瘤10例病理报告.....任超玲 叶玉玲(83)

免疫母细胞性淋巴结节.....廖适生 陆献瑜(85)

颅内孤立性浆细胞瘤.....熊 敏(88)



Burkitt's淋巴瘤的组织化学及超微结构形态观察 (附图见143页)

.....何 毅 胡永伟 (90)

骨原发性恶性淋巴瘤 (多形T细胞性) 一例报告

(附图见144页) 李 瑛 董书堃 (93)

儿童淋巴结T淋巴母细胞性恶性淋巴瘤一例报告

(附图见144页) 陈光华 何坚娘 林汉良 (95)

胸腺非何杰金氏恶性淋巴瘤 (四例报告)

(附图见145页) 刘子君 杨邦杰 (96)

技术介绍

何杰金氏病瘤细胞的酸性醋酸 α -萘酯酯酶染色反应

.....林汉良 董 郡 (100)

介绍用石蜡切片代替冰冻切片显示T淋巴细胞 ANAE 的方法

(附图见145页) 凌启波 林汉良 (100)

综述、翻译及其它

人类T淋巴细胞肿瘤的研究进展

..... 许良中 (103)

恶性淋巴瘤的超微结构研究 (附图见146页)

..... 严庆汉 (109)

原发性胃肠道淋巴瘤——30年回顾

..... 陈光华 李瑛 (113)

非何杰金氏淋巴瘤 (NHL) 用LSGJ分类法分析109日本病例

..... 陈光华 陆献瑜 (117)

日本非何杰金氏恶性淋巴瘤的特殊性

..... 梁国桢 朱逢春 (121)

成人T细胞白血病或淋巴瘤的病因学说

..... 窦桂荣 涂莲英 (125)

组织细胞淋巴瘤的亚型与病人生存率及分类法的可重复性的联系

..... 郭瑞珍 梁国桢 (126)

非何杰金氏恶性淋巴瘤的细胞遗传学

..... 丛锦雯 王绍仁 (127)

非何杰金氏恶性淋巴瘤免疫分类在常规应用中的若干问题

..... 蔡德巍 刘振廷 涂莲英 (128)

学习应用非何杰金氏恶性淋巴瘤工作分类的体会

..... 黄必强 王宗敏 (131)

骨髓活检在恶性淋巴瘤诊断中的应用

..... 徐天蓉 王根顺 (132)

消息报道

广东通讯 (135)

《华南片第二期淋巴瘤诊断普及班消息报道》 (135)

介绍1982年上海会议上提出的非何杰金氏 淋巴瘤工作分类

顾 绥 岳

本期学刊专门编辑了淋巴瘤的论文，交流当前我国研究淋巴瘤的工作，以此来纪念1832年Thomas Hodgkin发现何杰金氏淋巴瘤150周年。科学的大厦总是经过一代又一代人的劳动，一层又一层地建筑起来的。近二十年来，由于发现了淋巴组织和淋巴细胞新的形态和功能，将淋巴细胞区分为T细胞和B细胞，进一步了解到淋巴细胞衍化的前后，不仅开辟了免疫学新的研究领域，同时也把淋巴瘤的研究工作带进了新的领域。本期专刊的论文反映了我国目前这些方面成就，应该说这便是对前驱者Thomas Hodgkin最好的纪念。

我国淋巴瘤的研究工作已陆续开展，研究队伍不断扩大，《淋巴瘤学刊》已出版至第6期，并于1977、1979和1982年分别在郑州、洛阳和上海召开了全国性的淋巴瘤学术会议，杨简、杨述祖、陈钦材、李瑛等教授和来自全国各地的病理学工作者，先后出席了会议，交流了经验，探讨和协商淋巴瘤的研究工作。

在上海会议上。我们集中地讨论了非何杰金氏淋巴瘤的病理学分类。参照国际分类，结合我国具体情况，在洛阳分类的基础上提出了非何杰金氏淋巴瘤工作分类。借此机会，我将“工作分类”推荐给学术界，恳切地希望专家们提出指正：

非何杰金氏恶性淋巴瘤工作分类

全国淋巴瘤协作组第三次会议（1982年于上海）

一、恶性淋巴瘤 滤泡型：

低度恶性：（一）小裂细胞性

低度恶性：（二）混合细胞性

中度恶性：（三）大裂或无裂细胞性

二、恶性淋巴瘤 弥漫型：

低度恶性：（一）小淋巴细胞性

低度恶性：（二）淋巴浆细胞性

中度恶性：（三）裂细胞性（小及/或大）

中度恶性：（四）混合（裂一无裂）细胞性

高度恶性：（五）无裂细胞性（小及/或大）

高度恶性：（六）免疫母细胞性

高度恶性：(七)透明细胞性

高度恶性：(八)多形细胞性

高度恶性：(九)淋巴母细胞性

(1)曲核细胞性

(3)非曲核细胞性

(3)中圆细胞性

(十)浆细胞性

(十一)蕈样霉菌病(Sezary氏综合征)

(十二)Burkitt淋巴瘤

(十三)组织细胞性

(十四)组合性淋巴瘤

(十五)未定性：按细胞大、中、小或混合注明，并写出考虑的类型。

注：伴浆细胞样分化、印戒细胞、反应性组织细胞及上皮样细胞，硬化等需要附加说明。

非何杰金氏淋巴瘤各类型的形态诊断要点：

一、恶性淋巴瘤，滤泡型

滤泡型淋巴瘤起源于B淋巴系转化的滤泡中心细胞，肿瘤细胞可以全部，也可以部分或少数呈滤泡样结构，瘤细胞组成成分2/3以上为小裂细胞的为小裂细胞性，2/3以上为大裂细胞或无裂细胞的为大裂或无裂细胞性。其它为混合性。

二、恶性淋巴瘤，弥漫型

(一)小淋巴细胞性：肿瘤由弥漫性小淋巴细胞组成，细胞大小较一致，胞核直径3—5微米，圆形，少数可有小陷凹，染色质比较丰富、聚集成团块状、核仁不易见到，胞质极少。偶尔可有散在的核大淡染的细胞，有明显的核仁，这种淋巴样细胞有时聚集成滤泡样小团，即“假滤泡”。来源于T细胞的小淋巴细胞型，在光镜下不易与B淋巴细胞型区别，有些病例，在油镜下可以见到核扭曲或核表面及边缘略有皱纹，血管较丰富。

(二)淋巴浆细胞性：属B细胞系，以小淋巴细胞为背景，伴有浆细胞样淋巴细胞。浆细胞样淋巴细胞的形态介于小淋巴细胞和浆细胞之间，细胞呈圆形或椭圆形、核圆形偏位，染色质聚集于核膜下，具浆细胞特征。在部分细胞核与胞质内可见到PAS阳性及嗜派洛宁的球形包涵物，用Giemsa染色常见肥大细胞增多是本型的另一特征。

(三)裂细胞性：属B细胞系，以裂细胞占优势，裂细胞的大小相差悬殊，胞核的直径变动于3~19微米。大裂细胞的核接近或超过正常组织细胞的核，核呈多角形或梭形，具有切迹或线状裂沟，染色质呈颗粒状，分布疏松，核仁较小。细胞境界不清，中等量胞质，嗜派洛宁。小裂细胞的核呈不规则圆形，略示裂纹或裂沟，染色质呈细块状，胞质少。大裂细胞的核不规则较显著，常出现怪形的细胞，小裂细胞占2/3以上者为小裂细胞性，大裂细胞超过2/3者为大裂细胞性，本型往往伴有细索状和粗带状硬化。

(四) 混合(裂一无裂)细胞性: 各种核裂、无裂细胞相混杂, 无某一类细胞占优势。

(五) 无裂细胞性: 属B细胞系。无裂细胞形态较规则, 呈圆形或卵圆形, 无明显裂沟, 染色质集呈点块状, 分布稀疏。核仁明显, 可有2~4个, 呈嗜硷性, 贴附于核膜。胞质量中等, 派若宁染色呈阳性, 细胞界限不清, 可伴有满天星图象。无裂细胞占1/2以上者即可归入此型, 或个别高倍视野下几乎全部为无裂细胞者亦可归入本型。无裂细胞相当于组织细胞的核大小者为小无裂性, 大于组织细胞核者为大无裂性。

(六) 免疫母细胞性: B细胞系的免疫母细胞体积大, 胞质丰富, 细胞界限清楚, 呈双染色性或明显的嗜硷性, 强嗜派若宁。核形规则, 圆形或卵圆形, 直径在9微米以上, 核偏位, 核膜厚, 染色质集聚于核膜下, 呈粗块状, 核仁明显, 体积大, 呈嗜硷性或嗜酸性。

(七) 透明细胞性: 属周围T细胞系。细胞比B型免疫母细胞稍小, 胞质界限清楚, 相互粘附。核膜较薄, 染色质呈网状, 分布疏松, 可有1~2个核仁、可杂有扭曲、脑回或分叶状核的细胞、派若宁染色呈阴性或弱阳性。

不能归入以上二型者, 可不区分T、B属性, 归入未定类大细胞型。

(八) 多形细胞性: 来源属周围T细胞, 瘤细胞可大可小、核呈脑回褶皱, 麻花或分叶状, 核膜薄, 染色质呈点彩状, 分布较密。胞浆透亮或呈淡伊红色, 这些特征在中等大小以上的瘤细胞更为显著。胞核有时巨大, 呈单核、多核、扭曲形或分叶状, 核仁大, 红染, 像R-S细胞。肿瘤细胞常为大小细胞混杂一起, 有明显多形性, 也可以中、小细胞为主或以大细胞为主。本型可伴有上皮样组织细胞、嗜酸性细胞和浆细胞浸润。毛细血管后静脉增多, 将瘤组织分割成小区。早期肿瘤细胞分布限于T区, 称T区淋巴瘤, 瘤组织之间有残存的淋巴滤泡。

(九) 淋巴母细胞性: 主要属中央T细胞系, 也可为B细胞系。

(1) 曲核细胞性: 曲核细胞呈圆形、大小一般为7~9微米, 小者接近小淋巴细胞(3~4微米), 大者可大3~4倍。细胞排列紧, 胞浆量少。核呈不规则圆形, 核膜薄, 染色质细腻均匀, 核仁不明显, 核有数条浅或深的线样分割, 因而呈鸡爪样、花瓣样或脑回样。以上特征需在油镜下反复转动细调节才能看到, 分裂相易见, 偶有满天星图象。曲核细胞易侵犯血管壁, 显示分层排列特点。

(2) 非曲核细胞性: 核圆形, 未见明显线样分割者归入本型。

(3) 中圆细胞性: 直径为5~7微米, 核圆形或稍不规则, 染色质呈细颗粒状, 可有不明显的小核仁出现。

(十) 浆细胞性: 可以分化好或分化差。分化好的细胞与较成熟的浆细胞相似, 分化差的具有异型形态, 比正常浆细胞大2~3倍。胞浆可多可少, 呈嗜硷性, 派若宁染色呈强阳性, 核大分布偏位或居中, 染色质疏松伴粗凝块, 有核仁, 有的呈双核, 恶性程度与分化程度有关。

(十一) 蕈样霉菌病及Sezary综合征: 属原发皮肤T细胞系肿瘤。形态特征是真皮浅层有大小不一淋巴样瘤细胞浸润, 染色质细而密, 不易看到核仁, 核膜起皱或扭曲, 线条状沟纹。晚期或进展期有散在分布的大细胞, 呈脑回状图象, 胞浆透明, 即“霉菌细胞”。瘤细胞在表皮内聚集成巴氏微“脓肿”是典型特征之一, Sezary综合征除上

述皮肤病变外，周围血液中有淋巴样瘤细胞，称 Sezary 细胞，细胞核呈现明显地扭曲和脑回状特征，低度恶性。

(十二) 伯基特淋巴瘤 (Burkitts)：属 B 细胞系，主要由小无裂细胞组成，可伴有少量免疫母细胞。瘤细胞之间常有胞浆丰富而透明的巨噬细胞，形成满天星图象，偶尔有类似滤泡的结构。印片、涂片和冰冻切片检查在鉴别诊断中有一定的价值，应用 Giemsa 染色、胞浆显示深紫色，并有大量小空泡，派若宁呈强阳性。油红染色显示胞浆内有脂滴。恶性程度高。

(十三) 组织细胞性：肿瘤细胞体积较大，胞浆丰富，淡伊红色，有时呈泡沫状，核凹陷处出现空泡区，核的大小幅度由 6~16 微米，呈圆形、椭圆形、肾形、分叶状，折叠，染色质呈细网状，不凝集于核膜，核仁大小不一。细胞界限不清，似有胞突，但也有界限清楚的。瘤细胞之间嗜银纤维增多。本型可以分化好，也可分化差，恶性程度与分化程度有关。

(十四) 组合性淋巴瘤：本型是以上不同类型的混合，需注明混合的类型。

(十五) 未定型：形态特点不符合上述各型者归入本型。应说明瘤细胞为大、中、小或混合，并写出考虑的类型。

上海分类，一方面反映了当代最新的研究成果，一方面又给研究工作提出了新的方向和任务，我国人口众多，材料十分丰富。开展好淋巴瘤的研究工作，必将对国际学术界作出我们的贡献，恳切地希望在淋巴瘤的研究工作中，能够协作好和组织好。我们面临的任务是依据新的分类，调查各型淋巴瘤在我国的分布和发病率，多少来源于 B 细胞，多少来源于 T 细胞，探索我国淋巴瘤的病因，和病毒的关系？流行病学情况如何？等等，有大量的工作等待我们去做，我建议：一方面对已往几十年积累的材料，应用新方法，进行“回顾性”研究、例如，应用 PAP 免疫组织化学方法，在石蜡切片上研究细胞淋巴瘤在我国所占的百分率。同时进行 ABC 单克隆抗体的标记方法，确定 T 细胞淋巴瘤的百分率。探索 T 细胞淋巴瘤和生物性病原（病毒）的关系；一方面举办进修班，统一观点、标准和方法，组织力量更好地进行“前瞻性”研究，并且做好流行病学统计和随访工作，对各类型的恶性程度提出准确的数字等等。

让我们借党的十二大强劲东风，勇攀高峰，奋勇前进。

1982年6月20日于上海第一医学院

1983年第七期《淋巴瘤学刊》将由贵州遵义医学院病理解剖教研室编印，希踊跃投稿及预订。1983年7月底为截稿日期。稿件请寄贵州省遵义医学院病解教研室第七期《淋巴瘤学刊》编辑组收。

应用“洛阳方案” 进行淋巴组织肿瘤分类的体会

——对548例淋巴组织肿瘤的回顾性分析

江苏省淋巴瘤协作组部分单位*

南京医学院病理解剖教研室及一附院病理科、南京鼓楼医院、江苏省肿瘤防治研究所、南京军区总医院、第八一医院、海军四一四医院、徐州地区医院病理科、扬州医专、镇江医专病理解剖教研室、镇江第一人民医院、常州第二人民医院、无锡第一人民医院、扬州地区医院、扬州市人民医院病理科。

江苏省淋巴瘤协作组的部分单位，于今年将以往诊断为淋巴瘤的病例选出，以洛阳方案为依据，参考上海等单位的分类建议，作一回顾性分析，总结在分类上产生的问题，并提出我们的意见和今后打算。

材料和方法

本组材料是由江苏省淋巴瘤协作组部分单位病理科所提供的。以淋巴结淋巴瘤为主，少数为胸腺组织肿瘤。每例均经过至少二人或二人以上的复查，取得统一认识以后，才归入各类。少数无法取得统一意见的或在形态学上无法分类者归入“不能分类”组。除去何杰金氏病，共有548例。标本均为石蜡包埋，HE染色；少数病例曾做PAS、网织纤维及派洛宁染色。

结果及体会

一、分类工作中存在的问题及我们的建议。

1. 本组(表1)滤泡性淋巴肉瘤的百分率比四川^②、广州^③、上海^④都高，这是否与各家掌握标准不一致有关。如洛阳方案中提出，只要在切片中看到肿瘤性滤泡即归本型。我们是按这个标准分类的。但上海的标准是切片内有25%以上滤泡样结节的才归入滤泡型。

2. 关于小淋巴细胞性淋巴肉瘤的诊断标准，我们同意徐世麟^⑤的意见，即它是单

一性的，接近于小淋巴细胞的弥漫增生，结构消失。细胞比正常小淋巴细胞大，核的直径为4~6微米（洛阳方案为3~5微米）。一般为圆形，少数呈椭圆形。有的呈不规则的形态。低倍镜下常可看到片中散布多少不一的边界不清的淡染区，用高倍镜检查，可见淡染区内的瘤细胞具有少量清淡的胞浆，使细胞核彼此分离，显得不如周围的细胞密集而形成“假结节”的组织象^③。细胞核也呈不规则形，有的和小裂细胞相似，这种组织象易误认为滤泡型小淋巴细胞或小裂细胞淋巴瘤。

3. 洛阳方案的滤泡型和弥漫型中裂与无裂两型的分类，似乎以考虑“功能”分类为主。如裂细胞型，不论大裂小裂均属此型。我们在观察中，发现一种类型，多见于成年或年龄较大者，瘤细胞核的直径大多在6~8微米之间。细胞形态不规则，但大小比较一致，组织象很是特殊。这一型相当于Lennert^④的中心细胞型。预后较好。因此我们将其作为一个单独类型称为“小裂细胞”型。如果切片中大多为大裂细胞，即不归入此型。这是与洛阳方案的不同之处。小裂细胞型病例不多，而大多数病例瘤细胞多样，其中有裂、有无裂、有大、有小。因此我们增加一个混合细胞型，片中如果多数为大的细胞，不论是大裂或大无裂，或二者混合，我们都归入大裂大无裂细胞型。这一型估计预后较差。

4. 对淋巴母细胞性淋巴瘤的认识：传统认为淋巴母细胞性淋巴瘤是起源于幼稚的或分化不成熟的淋巴细胞。复查以往诊断为“淋巴母细胞淋巴瘤”的切片，其中多为无裂细胞性淋巴瘤。少数病例的瘤细胞，基本呈圆形，大小较一致或略有差异。胞浆少，核染色质细，分布均匀。核仁不明显，或只见有类似核仁的染色质凝块。用高倍或油镜检查，有的病例部分细胞的核呈脑回状结构。病人的年龄，多为儿童或青春期少年；少数为成人。我们认为这是一种特殊类型的肿瘤。瘤细胞可能相当于分化未成熟的淋巴细胞（淋巴母细胞）。

Nathwani^⑤等复查以往病理资料，亦发现30例类似病例。经涂片或印片证明瘤细胞属淋巴母细胞。故称淋巴母细胞性恶性淋巴瘤。多发生在儿童及青春期，亦见于成年人。50%伴有纵隔肿块。根据细胞核的形态又分为曲核和非曲核两型。除细胞的形态不同外，两型在临床上如年龄分布及伴发纵隔肿块的机率无明显差别。Rosen^⑥等人曾报告12例成年人曲核细胞性恶性淋巴瘤。Lukes^⑦认为曲核性恶性淋巴瘤的瘤细胞相当于免疫功能尚未成熟的胸腺皮质细胞。分析以上报告的病例，应属同一类型的恶性淋巴瘤即淋巴母细胞性淋巴瘤。我们这组病例符合以上特点。所以我们认为淋巴母细胞性淋巴瘤是一单独类型肿瘤，分曲核与非曲核两个亚型，多见于儿童或青春期，亦可见于成年人。

淋巴母细胞性淋巴瘤，习惯上是指T细胞来源的恶性淋巴瘤。但是淋巴细胞在分化过程中由“干”细胞或“零”细胞向T及B细胞两个方向分化（图1），也经过“前B”细胞这样一个幼稚阶段。所以理论上B细胞型淋巴母细胞淋巴瘤以及“零”细胞型淋巴瘤都存在的。对洛阳方案中的淋巴母样细胞（中圆细胞）的来源及命名尚有争论，其形态标准亦难掌握^⑧。我们的体会，中圆细胞可能相当于某一分化阶段的淋巴母细胞。故暂归入本类。

5. 关于多形细胞性淋巴瘤。近年来，相继有人报告T细胞来源的淋巴瘤或白

血病^{①②}，与淋巴母细胞型淋巴肉瘤不同之处在于它们只见于年龄较大的病人，不伴有纵隔肿块，易侵犯淋巴组织以外的组织或器官如皮肤、皮下组织、骨、生殖器官（卵巢）、肺及胸膜等处。细胞学的主要特点为核的多形性，其大小及形态差异很大。有的甚至呈分叶或多核。他们认为这一类型肿瘤系起源于不同转化阶段的周围T淋巴细胞。报告的病例除共同特点外，还有各别独特的地方，如Pinkus^③等强调细胞核的异形性，有的呈分叶甚至多核。细胞核的直径为7.5~18微米。75%的细胞核大于10微米。染色质细，或有1~2个小核仁；并强调核仁靠近核膜。Walton^④的病例除了细胞异形外，强调大小差异的悬殊。大的细胞核可超过30微米。有的呈分叶或多核。有1~2个明显核仁，核仁有位于中央的倾向，有的类似R—S细胞。胞浆丰富，染色清淡，边界清楚；小的细胞甚至接近成熟的淋巴细胞。每10~30个细胞有聚集成团的倾向。有纤细的胶原纤维完全或不全地围绕于细胞团周围。片中血管丰富，有的并呈分枝状，从这两组病例可以看出。所谓T细胞来源的淋巴瘤可能相当于不同转化阶段的细胞。包括T免疫母细胞甚至T记忆细胞。转化的T细胞在形态或标记上，可能有一个相当广的谱系（图1）。每例肿瘤，含有这个谱系中某一段的细胞，因此瘤细胞不但在不同病例之间有差异，即使在同一病例也有大小、形态不同。

日本学者Takashi Uchiyama^⑤报告16例T细胞白血病的病例。临床及细胞学的特点与上述的病例类似，其中9例出生于南方的九州，提示这型肿瘤有地区的特异性。T细胞淋巴瘤在日本多见，多发生在南方沿海地区，甚至多于B细胞淋巴瘤^⑥。我国T细胞淋巴瘤发病情况如何，尚待进一步研究。

我们对周围T细胞淋巴瘤的认识还很肤浅。在实践中发现一些病例，有的细胞异形特别明显，甚至呈分叶核，不象裂细胞或何杰金氏病；有的细胞大小差异很大，胞浆丰富而清淡，部分细胞核的形状亦不规则；还有一些病例表现血管丰富，细胞异形不明显，但胞浆清淡，核仁不明显。仔细检查，少数细胞亦为多形性。以上形态都符合T细胞淋巴瘤。由于不能作功能测定，所以暂定这一类肿瘤为多形细胞型淋巴肉瘤。

T淋巴细胞有明显多种不同的功能。相应地可能有多种类型的T细胞淋巴瘤的存在。随着新的鉴别技术不断使用，不同类型的T细胞将会逐步识别出来而新型的T细胞淋巴瘤也将不断地被发现。本组多形细胞型约占3.10%，与涂莲英^⑦报告的百分率相似。随着对这型肿瘤的认识的提高，将来这型肿瘤的百分率可能会增加。

6. 本组分类意见。分析以上提出的问题，我们在洛阳方案的基础上，参考上海等地的分类建议，提出分类（表2）。与洛阳方案不同之处，主要是明确了淋巴母细胞性淋巴肉瘤这一类型，分曲核与非曲核两个亚型（包括中圆细胞）；增加了多形细胞型（包括T免疫母细胞）；在裂与无裂两型之间增加混合细胞型。并强调细胞大小与分类的关系，各类型肿瘤与不同类型淋巴细胞相对应关系见图1。

二、今后的打算

洛阳会议以后，我们即计划用新的方案进行诊断。曾和临床医生共同举行学术活动，交流工作经验，介绍新的分类。但至今我们还没有完全按新的分类应用于临床。分析原因，首先是普及工作做得不够。有的单位病理科还未能掌握新的分类，我们自己也没有学好。其次是和临床联系不够。淋巴瘤协作组打算在这次会议以后，立即传达贯

表一

本组分类与洛阳方案对照

洛 阳 方 案	本 组	
	分 类	例数 %
一、淋巴细胞肉瘤	一、淋巴细胞肉瘤	
I 淋巴细胞肉瘤	1. 滤泡型	
A 滤泡型	(1) 小裂细胞	15 2.7
(1) 裂细胞	(2) 混合细胞	46 8.4
(2) 裂及无裂细胞	(3) 大裂大无裂细胞	6 1.1
B 弥漫型	2. 弥漫型	
(1) 小淋巴细胞	(1) 小淋巴细胞	10 1.8
(2) 浆细胞样淋巴细胞	(2) 浆细胞样淋巴细胞	14 2.5
(3) 裂细胞	(3) 小裂细胞	89 16.2
(4) 无裂细胞	(4) 混合细胞	133 24.3
(5) 免疫母细胞	(5) 大裂大无裂细胞	66 12.0
(6) 扭曲细胞	(6) 免疫母细胞	3 0.6
(7) 淋巴母样细胞(中圆细胞)	(7) 浆细胞	13 2.4
(8) 伯基特细胞	(8) 多形细胞	17 3.1
(9) 未定型细胞	(9) 淋巴母细胞	
II 蕈样霉菌病	曲核	20 3.7
二、组织细胞	非曲核	75 13.9
三、浆细胞肉瘤	(10) 特殊类型	9 1.7
四、何杰金氏病	Burkitt's 淋巴瘤, T区淋巴瘤	
五、不能分类组	蕈样霉菌病, Lennert 淋巴瘤	
	淋巴肉芽肿 X	
	二、组织细胞肉瘤	15 2.7
	三、何杰金氏病	
	四、不能分类	17 3.1
	总 计	548 100.0

彻, 学习新制订的分类方案, 统一标准, 进一步作回顾性分析。利用各种机会将新的分类法普及到各病理科, 密切联系临床, 协作组要开展新技术的应用, 建立登记, 随访制度, 编制文献索引, 定期进行学术交流, 不断进行总结, 使淋巴瘤的研究工作逐步深入。

小结:

本文以洛阳方案为基础,参考上海等地的分类方案,将548例淋巴组织恶性肿瘤作回顾性分析,并提出我们的分类建议。其中有的分类既考虑功能又照顾形态进行分类,如小裂细胞、混合细胞、大裂大无裂细胞三型和洛阳方案中的裂、无裂型相对应。确定淋巴母细胞性为一单独类型,含有曲核与非曲核两个亚型,将中圆细胞暂归入此型。增加多形细胞型。把国内少见的或尚未取得统一意见的类型如 Burkitt's 淋巴瘤、蕈样霉菌病、T区淋巴瘤、Lennert淋巴瘤、淋巴肉芽肿X等归入特殊类型中。对多形细胞性、淋巴母细胞性、小淋巴细胞性的诊断问题提出了讨论。

参 考 文 献

- ① 淋巴瘤学刊 (3):207, 1979.
- ② 淋巴瘤学刊 (4):1, 1930.
- ③ 淋巴瘤学刊 (2):12, 1978.
- ④ 淋巴瘤学刊 (2):29, 1978.
- ⑤ Cancer 41:1440, 1978.
- ⑥ Malignant Lymphomas, Springer-Verlag, 1978.
- ⑦ Cancer 38:964, 1976.
- ⑧ Ann Intern Med 89 319, 1978.
- ⑨ Am J Clin Pathol 72:540, 1979.
- ⑩ Cancer 40:1604, 1977.
- ⑪ Blood 50:431, 1977.
- ⑫ 许良中、穆怀德:在第三届淋巴瘤协作组会议上的发言。
- ⑬ 淋巴瘤学刊 (5):1, 1981.

100例消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤 的病理分析

中山医学院病理解剖学教研室 李 瑛 罗安泰 钟思陶

国内外已有消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤报告^{①②③④}。现将我教研室100例消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤,按1982年上海非何杰金氏恶性淋巴瘤工作分类^⑤,报告如下。

材料方法

我教研室自1954年至1978年223,292例活检中,有消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤 39 例,外地会诊30例,8,940例尸体解剖中31例,全部重新复查确诊。所有标本均经福尔马林固定,苏木素伊红染色,部分病例作嗜银纤维染色。

分析结果

(一) 一般情况

100例中男69例,女31例,其中活检69例中男48例,女21例。尸体解剖 31 例中,男21例,女10例,男与女之比为2.2:1。年龄分布见表一,最小4个月,最大61岁,平均年龄32.33岁。

表一 100例消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤病例年龄分布

年龄	9岁以下	10—19岁	20—29岁	30—39岁	40—49岁	50—59岁	60岁以上	不明
例数	17	5	19	17	21	16	2	3

临床表现 100例中以腹痛最多(62例),其它症状依次为:腹部肿块(37例)、血便(19例)、发热(17例)、腹泻(16例)、腹胀(13例)等。并发症中以肠穿孔性腹膜炎最多(12%),肠套叠(8%)、肠不完全性梗阻(2%)次之。

好发部位:表二指出69例活检以小肠和回盲部最多,共49例(71%);胃次之,为12例(17.4%);结肠5例(7.2%);十二指肠2例(2.8%);食道仅有一例(1.4%)。表三为31例尸检所示,累及消化道单个部位的有5例,而累及多个部位的却有26例。

表二 69例活检消化道非何杰金氏淋巴瘤分布部位

年龄 与性别	食道	胃	十二 指肠	小肠	回盲部	结肠	直肠
9岁以下	0	0	0	2	4	1	0
10—19岁	0	0	0	0	0	0	0
20—29岁	0	1	1	2	7	2	0
30—39岁	1	2	1	7	2	1	0
40—49岁	0	4	0	6	5	1	0
50—59岁	0	5	0	3	6	0	0
60岁以上	0	0	0	1	1	0	0
不 明	0	0	0	1	2	0	0
男	1	7	2	12	23	4	0
女	0	5	0	10	4	1	0
共 计	1	12	2	22	27	5	0

• 以空肠为主。

(二) 病理改变:

肉眼所见: 100例消化道原发性非何杰金氏恶性淋巴瘤中以息肉(结节或扁平结节)(图2)型最多(60%), 其次为弥漫增厚型(26%), 最少是溃疡型(10%)。见表四。

31例尸解肿瘤的转移情况见表五。

31例尸解有23例发生局部及远处淋巴结转移(74.19%)。内脏转移依次为肝(15例, 48.4%)、胰、肾、肾上腺(各13例, 42%)、脾、肺(各10例, 32.2%)、心脏

表三 31例尸检消化道非何杰金氏淋巴瘤分布部位

部位 例数	累及消化道 单个部位				累及消化道多个部位																		
	胃	十二指肠	空肠	回盲部	食道+横结肠	食道+胃+十二指肠	胃+十二指肠+	空肠+回肠	胃+小肠+结肠	胃+横结肠	胃+结肠+直肠	胃+回肠+回盲肠	胃+回肠	胃+回肠+回盲部+阑尾	十二指肠-空肠+回肠	十二指肠+空肠+结肠	十二指肠+降结肠	空肠+回肠	回肠+乙状结肠	空肠+回肠+阑尾	小肠+横结肠	回肠+盲肠	
9岁以下						1	1	1	1	2		1			1				1	1			0:10
10—19岁				1					1						2			1				2	1:6
20—29岁					1	1											1	1					0:4
30—39岁	1			1					1														2:1
40—49岁		1							2								1				1		1:4
50—59岁			1								1												1:1
60岁以上																							
合计	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	5:26

表四 肉眼类型及其分布

肉眼类型	食道	胃	十二指肠	小肠	回盲部	结肠	直肠	共计
息肉或结节	1	10	3	22	24	4	0	64
弥漫增厚	0	3	5	10	4	4	0	26
溃疡	0	5	0	2	3	0	0	10
共计	1	18	8	34	31	8	0	100

表五 31例尸解消化道非何杰金氏恶性淋巴瘤转移情况

组织类型	淋巴结	肝	脾	胰	肾	肺	下 泌 尿 道	肾 上 腺	胸 腺	垂 体	生 殖 器	心 脏	甲 状 腺	扁 桃 体	椎 骨	颅 骨	前 列 腺	横 纹 肌	
																			弥
小淋巴																			
浆细胞样	1	1	1		1	1		1		1									
无核裂	3	2	1	2	3	1	3	2			1	4	2				1	1	
核裂	16	10	7	9	8	6	5	8	1	1	7	4	2	1	1	1	2	1	1
曲核	1			1	1			1				1	1						
淋巴母	1	1		1		1		1	1										
组织细胞型	1	1	1			1													
合 计	23	15	10	13	13	10	8	13	2	2	8	9	5	1	1	2	3	1	1

9例(29%)、生殖系统、下泌尿道(各8例, 25.8%)、甲状腺(5例, 16.1%)等。绝大多数病例死于恶液质或肿瘤多处转移, 一些病例则死于肠穿孔性腹膜炎、肾衰、心衰(图1)和肝衰, 少数为继发感染, 如败血症、支气管肺炎。

组织学分型:(表六)以核裂最多(44%), 其次为无核裂(39%)。除一例为滤泡型(无核裂型)外, 99%为弥漫型。浆细胞样分化6例(6%), 其中两例属 γ 及 α

表六 100例消化道恶性淋巴瘤组织学分型

组织 分型	滤泡型		弥 漫 型							共 计	
	核 裂	无 裂	小 淋 巴	浆 细 胞 样	无 核 裂	核 裂	免 疫 母	曲 核	淋 巴 母		组 织 细 胞 肉 瘤
9岁以下					7	8			1		16
10—19岁					2	3		1			7
20—29岁			1	2	9	7				1	20
30—39岁				1	4	7			3		15
40—49岁			1		8	12					21
50—59岁		1		3*	4	7			1		16
60岁以上					2						2
不 明					3						3
共 计		1	2	6	39	44		1	5	2	100

* 包括2例重链病。