

原发性大肠恶性淋巴瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E5_8E_9F_

[E5_8F_91_E6_80_A7_E5_c22_301967.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E5_8E_9F_) 名称原发性大肠恶性

淋巴瘤所属科室消化内科病因 恶性淋巴瘤的确切致病因素尚
不明了，可能与辐射、化学致癌剂及病毒等因素合作用有关

。病理一、组织学特点：诊断恶性淋巴瘤的病理组织学主要

依据为两方面： 淋巴细胞（包括T、B两型）或组织细胞单

一地或两种类型细胞同时异常地过度增生，主要表现为瘤细

胞的不同程度的不分化；瘤细胞的相对单一性；核分裂的异

常性；浸润性生长； 淋巴结或结外淋巴网状组织正常结构

部分或全部破坏，其主要表现为：淋巴滤泡的消失；淋巴窦

消失，小血管的异常，网状纤维正常分布型的破坏；瘤组织

侵犯血管淋巴管。二、分类法：在HD分型方面已取得比较

统一的分类法（表1）。而NHL的分类方面存在着不同的看法

，尚未取得一致。表1 HD的RYE会议分类 分型 频率(%) 镜

影(R-S)细胞 其他细胞成分 淋巴细胞为主型(LP) 10~15 罕见

丰富的淋巴细胞 结节硬化型(NS) 30~70 可见 嗜酸性细胞 浆

细胞胶原等 混合细胞型(MC) 20~40 常见 淋巴细胞 浆细胞 嗜

酸性细胞 组织细胞 淋巴细胞消减型(LD) 5~15 丰富 纤维变性

我国病理工作以Lukes-Collins(1974)分类为基础，在1982年制

订了我国恶性淋巴瘤工作分类方案，并在1985年进一步予以

修正（表2）。表2 1985年成都会议修订的NHL工作分类方案

低度恶性 中度恶性 高度恶性 1.小淋巴细胞性 2.淋巴浆细胞性

3.浆细胞性（滤泡型） 4.裂细胞性() 5.裂mdash.无裂细胞性(弥

漫型) 7.无裂细胞性(滤泡型) 8.无裂细胞性(弥漫型) 9.伯基特氏

淋巴瘤(Burkitt) 10.免疫母细胞性 11.髓外浆细胞瘤(分化好) 12.髓外浆细胞瘤(分化差) 13.蕈样肉芽肿Srrarr.手术(进一步病变分期、根治性切除肿瘤或姑息性肿瘤切除、残余病灶银夹标记等) rarr.放疗(或不用) rarr.放疗middot.d), 口服, 第1~14天; Pred 40mg/(m² middot.d), 口服, 第8~14天; 21~28天为一周期, 连用3个周期为一疗程, 第1疗程结束后, 每2~4个月重复1个疗程, 酌情应用1~3年。 ABVD方案: ADM 40~60mg/m², 静注, 第1天; BLM 10mg/m², 静注, 第1、14天; VBL 6mg/m², 静注, 第1、14天; DTIC 150mg/m², 静注, 第1~5天。 ABVD方案28天为一周期。其中BLM可改为PYM10mg/m², 静脉注射, 第1、3、7、10天各1次。VBL要改为VCR1.4mg, 静脉注射, 第1、7天各1次。 CEP方案: CCNU80mg/m², 第1天, 口服; Etoposide 100mg/m², 口服或静滴, 第1~5天; Prednimustine(松龙苯芥)60mg/m², 口服第1~5天。此方案28天重复, 作为三线治疗被用于对C-MOPP和ABVD都抗拒的晚期HD。初步的观察结果表明, 在40例连续使用或间断使用MOPP/ABVD方案失败的病例中, 仍可有35%的完全缓解率和25%的部分缓解率, 中位无复发生存期为17个月。此外, 对MOPP抗拒的18例病人交替使用ABVD/CEP, 仍有61%达CR, 中位时间超过20个月。

2.治疗NHL常用化疗方案: CHOP方案: CTX 750mg/m², 静注, 第1天; ADM 50mg/m², 静注, 第1天; VCR 1.4mg/m², 静注, 第1天; Pred 100mg/m², 口服, 第1~5天; 以上每3周重复。 CHOPB方案(耶鲁方案): CTX 1.00mg/m², 静注, 第1天; ADM 40mg/m², 静注, 第1天; VCR 2mg/m², 静注, 第1天; Pred 100mg/m², 口服, 第1~5天;

BLM 15mg，静注，第1、5天。以上每4周重复。CHOP和本方案为NHL第一线化疗方案。

M-BACOD方案：BLM 10mg/m²，肌注，第1天；ADM 45mg/m²，静注，第1天；CTX 600mg/m²，静注，第1天；VCR 1mg/m²，静注，第1天；DXM 6mg/m²，口服，第1~5天；MTX 3000mg/m²，静注，第14天；甲酰四氢叶酸（CF）解救15mg，口服，每6小时1次，共18次，于MTX后24小时开始。本方案21天重复，为治疗NHL第二线方案。

ProMACE/MOPP方案：CTX 650mg/m²，静注，第1天；ADM 25mg/m²，静注，第1天；Etoposide 120mg/m²，静注，第1天；Pred 60mg/m²，口服，第1~14天；HN 26mg/m²，静注，第8天；VCR 1.4mg/m²，静注，第8天；PCB 100mg/m²，口服，第8~14天；MTX 500mg/m²，静注，第15天；CF解救同以上方法。本方案28天重复。为治疗NHL耐药的第三线联合化疗方案。

预防及预后
原发性大肠恶性淋巴瘤的预后明显优于继发者。国内有报告根治性切除组3年生存率为42.30%，病灶残留及未切除组为37.5%。上海肿瘤医院报告5年生存率为54%。国外Shin报告手术加放疗5年生存率为35%。Richards报道根治性手术加放疗的10年生存率为50%。国内外资料均显示，未能切除的病例，几乎无生存达5者。影响预后的因素较多，主要与其生物学行为有关。Jinnai诊断病变范围与病理类Contreary等报告病灶局限在肠内或仅累及肠壁淋巴结者，5年生存率为50%，有远处淋巴结受累者5年生存率则降为12%。大肠原发性恶性淋巴瘤中，NHL较HD预后为优。另外治疗措型是主要的预后因素。施与患者的预后亦有密切的联系。如同属 1E 者，单纯手术治疗者44%复发，而手术加放疗则仅有18%复发。所以要改善

原发性大肠恶性淋巴瘤的预后，必须重视合理的综合治疗，而且病期越晚越必要。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com