

非何杰金淋巴瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/309/2021_2022__E9_9D_9E_E4_BD_95_E6_9D_B0_E9_c22_309034.htm 名称非何杰金淋巴瘤所属科室儿科病理病变部淋巴结肿大，包膜早期尚完整，以后由于肿瘤浸润，正常结构消失。瘤细胞突破淋巴结的包膜，浸润到四周的脂肪及结缔组织。淋巴结内纤维增生，有时可见出血与坏死。诊断这类肿瘤的诊断主要根据肿瘤生长的部位、短期迅速增长的病史和病理活检来证实。纵隔淋巴瘤用X线检查，可见肿瘤阴影位于中心，向两侧发展，当其压迫气管造成呼吸道梗阻时，可立即进行放疗若肿瘤缩小，对诊断亦有帮助，胸水或腹水中检查出瘤细胞亦有助于诊断。未合并白血病或无骨髓侵犯者，血象一般正常。有广泛浸润者，血浆尿酸和乳酸脱氢酶增高。凡有条件的应做T与B细胞分型。治疗非霍奇金淋巴瘤以化疗为主，可采用治疗急性淋巴细胞白血病的治疗方案，如COAP方案即长春新碱每次1~2mg/m²第1, 8, 15, 22天静推；强的松40~60mg/m²/d口服；环磷酰胺600mg/m²，第1天；阿霉素30~40mg/m²第1天静注或第21天重复1次，也可将阿霉素换成柔红霉素或去甲氧柔红霉素（每次10mg/m²，连用2~3次）。左旋门冬酰胺酶10.000IU(m²ċd)静点或肌肉注射，连用10天，对~期病人，尤其合并骨髓浸润的病例效果尤佳。此外尚可以博来霉素、6巯基嘌呤交替应用。近年来国外推荐使用大剂量氨甲蝶呤（HD-MTX）每次3~7.5g/m²治疗性非霍奇金淋巴瘤，应用时需甲酰四氢叶酸钙解救，同时应碱化尿液，保证充足的液量。该法对减少中枢神经系统及睾丸、卵巢的

并发症起重要作用。新药的应用： 表阿霉素（epirubicin）和吡喃阿霉素（THP-ADM）：抗瘤谱和细胞毒性同阿霉素，但对心脏毒性比阿霉素小，脱发、胃肠道反应也轻，主要为骨髓抑制。价格较贵； 威猛（VM26）：为鬼臼类的抗肿瘤药，剂量每次100~150mg/m²静点，与其同类的还有足叶乙甙（VP16），二者可单用或与阿糖胞苷、环磷酰胺等联合应用，主要的副作用为骨髓抑制； 此外还有米托蒽醌（mitoxantrone）、阿克拉霉素（aclacinomycin）。放疗应用的范围较小，只限于少数病变局限在某一部位者或由于肿物压迫引起一些严重的症状，可用放疗缓解，而晚期病变广泛者放疗一般在化疗后进行。手术对非霍奇金淋巴瘤仅起诊断作用，对原发于腹腔的肿大淋巴结和/或伴内脏浸润，有压迫症者一般先化疗使瘤体缩小，再行手术摘除，术后仍应继续化疗。化疗一般应持续1.5~2年，合并白血病者应延长至3年或更长，主要取决于病期和病理分裂。自身骨髓移植是治疗除合并白血病的晚期淋巴瘤的一个很好手段，可大大增加化疗和放疗的剂量，对难治的恶性淋巴瘤的治疗提供了一条新的途径。异基因骨髓移植效果虽好，但配困难。加之排异反应和价格昂贵，在儿科难以开展。免疫治疗：随着细胞生物学、分子生物学及生物工程技术的发展，为免疫治疗带来转机，生物反应调节（biological response modifier, BRM）理论的提出，传统的肿瘤免疫治疗理论与实践，建立了手术、放疗及化疗以外的肿瘤第四代治疗方程式，即肿瘤的生物治疗。干扰素（interferon, INF），相继在临床单独或联合应用，为肿瘤的治疗开辟了新的前景。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