

考研复习指导之考研西医内科学辅导101考研 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/543/2021\\_2022\\_\\_E8\\_80\\_83\\_E7\\_A0\\_94\\_E5\\_A4\\_8D\\_E4\\_c73\\_543055.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/543/2021_2022__E8_80_83_E7_A0_94_E5_A4_8D_E4_c73_543055.htm)

淋巴瘤 淋巴瘤是免疫系统的恶性肿瘤，可发生在身体的任何部位，但以淋巴结、扁桃体、脾脏及骨髓最易受累及。当淋巴瘤浸润血液和骨髓时可形成淋巴细胞性白血病；如累及皮肤可表现为蕈样肉芽肿病或红皮病。淋巴瘤分霍奇金淋巴瘤(HL，原称何杰金氏病、霍奇金病HD)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)。两者的共同特点是无痛性淋巴结肿大和局部肿块，同时可有相应器官压迫的症状。患者常有发热、消瘦、盗汗及瘙痒等全身症状。病理及分型尽管考试大纲不作要求，但常考。

1. 霍奇金淋巴瘤(HL、HD) (1)R-S细胞(Reed-Stenberg，里-斯细胞) R-S细胞散布在淋巴细胞、嗜酸性粒细胞、组织细胞之间，占1%~2%。直径20~60 $\mu\text{m}$ ，核大、可多叶多核、也可单核。形态不规则，胞浆嗜双色性。R-S细胞的病理分型见本讲义《病理学》第15章：淋巴造血系统疾病。R-S细胞为霍奇金淋巴瘤具有诊断意义的细胞。R-S细胞见于 霍奇金淋巴瘤； 传染性单核细胞增多症； 结缔组织病。R-S细胞的起源不明。有学者认为来源于高度突变的滤泡性细胞，也有学者认为来源于细胞或树突状细胞。

(2)霍奇金淋巴瘤的病理及分型(Rye会议，1965) 分型 病理学特点 临床特点 淋巴细胞为主型 结节性浸润，主要为中小淋巴细胞，R-S细胞少见，病变局限，预后好 结节硬化型 多数腔隙细胞 少量典型R-S细胞；胶原纤维多形成结节较多的淋巴细胞、浆细胞、中性粒细胞及嗜酸性粒细胞常伴纵隔肿块 混合细胞型 较多R-S细胞存在

, 其间有背景细胞纤维化伴局限性坏死预后较差(内科学)病变播散, 常有全身症状 淋巴细胞消减型 主要为组织细胞浸润、弥漫纤维化及坏死多形性R-S细胞, 数量不等老年多见, 预后差 发病率混合细胞型最多见、结节硬化型次之。预后淋巴细胞为主型gt.混合细胞型&gt.淋巴细胞消减型。转化各型间可转化, 淋巴细胞为主型2 / 3可转化为其他类型, 结节型较固定。

2. 非霍奇金淋巴瘤的病理及分型 NHL病变的淋巴结呈鱼肉状, 镜下正常淋巴结结构破坏, 淋巴滤泡和淋巴窦可消失。淋巴瘤细胞多为B细胞性。NHL常原发累及结外淋巴组织, 往往跳跃性播散。大部分NHL为多中心起源, 具侵袭性, 发展迅速。NHL的国际工作分型(IWF, 1982)见6版内科学P621表6-10-2。很少考到。

3. 淋巴组织肿瘤WHO分型(2000) 淋巴组织肿瘤WHO分型详见6版内科学P621表6-10-3。请掌握NHL的T、B淋巴细胞来源类型, 这是考试重点。一些常考的淋巴瘤的B、T细胞来源类型归纳如下。

淋巴瘤亚型	B细胞型 (%)	T细胞型 (%)
小淋巴细胞性(B)淋巴瘤	7.7%	7.7%
滤泡中心细胞淋巴瘤	41.2%	23.4%
小裂细胞	6.4%	7.7%
大裂细胞	3.7%	3.0%
小无裂细胞(Burkitt淋巴瘤)	4.0%	
大无裂细胞		
免疫母细胞肉瘤(B)		
毛细胞白血病		
边缘区淋巴瘤		
滤泡性淋巴瘤		
外套细胞淋巴瘤		
粘膜相关性淋巴组织淋巴瘤		
间变性大细胞淋巴瘤	1.7%	11.0%
蕈样肉芽肿-Sezary综合征	2.0%	5.0%
免疫母细胞肉瘤(T)		1.3%
淋巴瘤 上皮样细胞淋巴瘤		

4. WHO分型方案中较常见的淋巴瘤亚型 Burkitt淋巴瘤经常考, 内科学和病理学有关内容一并归纳于本讲义《病理学》第15章造血系统疾病。百考试题编辑祝各位好运! 淋巴瘤

临床表现 霍奇金淋巴瘤(HL)非霍奇金淋巴瘤(NHL)发病率 占淋巴瘤8%~11%占淋巴瘤89%~92%发病年龄 青年多见，儿童少见 各年龄组，随年龄增长而增加 发病性别 男多于女 男多于女 首发症状 无痛性颈或锁骨上淋巴结肿大(占60%~80%)无痛性颈或锁骨上淋巴结肿大(占22%)原发病变 多在淋巴结，也可在结外组织 结外淋巴组织 转移方式 向邻近淋巴结依次转移 跳跃转移，更易结外浸润 压迫症状 神经(疼痛)、纵隔淋巴结肿大(咳嗽、胸闷、肺不张、上腔静脉压迫综合征)、输尿管、脊髓易侵犯纵隔淋巴结 中枢神经系统以脑膜、脊髓为主 全身症状 持续或周期性发热(Pel-Ebstein热)盗汗、疲乏、皮肤瘙痒、消瘦 饮酒后淋巴结疼痛为HL特有 发热、盗汗、疲乏、皮肤瘙痒少见 结外浸润 少见 多见 结外累及 可有肝脾肿大(占10%)可浸润身体的任何部位 胃肠道以回肠最多见(占50%)确立诊断 淋巴结活检 淋巴结活检 淋巴瘤实验室检查和特殊检查血液 HL轻或中度贫血，WBC  $\downarrow$ ，1/5患者嗜酸性粒细胞  $\uparrow$  NHTWBC多正常，淋巴细胞  $\downarrow$  骨髓象 骨髓涂片阳性率低(3%)，找到R-S细胞是HL骨髓浸润的依据化验检查 活动期ESR  $\uparrow$ ，LDH  $\uparrow$  (提示预后不良)，血清碱性磷酸酶或血钙  $\uparrow$  (提示骨骼受累)CT检查是腹部检查的首选方法，能显示腹主动脉旁淋巴结、脾门、肝门受累情况 免疫表型检查 可以区分B、T、NK细胞来源。NHL多为B细胞性染色体易位检查 t(14;18)滤泡细胞淋巴瘤t(B;14)Burkitt淋巴瘤t(11;14)套细胞淋巴瘤t(2;5)间变性大细胞淋巴瘤 淋巴瘤分期 HL分4期，NHL也可参照使用。每个临床分期按全身症状的有无分A、B两组。无症状者为A，有症状者为B。全身症状包括三个方面：  
发热 $\geq 38^\circ\text{C}$ 以上，连续3天以上，且无感染原因； 6

个月内体重减轻10%以上；盗汗(入睡即出汗)。期病变局限于2个淋巴结(I)或单个结外器官局部受累( E) 期病变累及横膈同侧2个或更多的淋巴结区( )，或病变局限侵犯淋巴结以外器官及横膈同侧1个以上淋巴结区( E) 期横膈上下均有淋巴结病变( )。可伴脾累及( s)、结外器官局限受累( E)，或脾与局限性结外器官受累(IIISE) 期1个或多个结外器官受到广泛性或播散性侵犯，伴或不伴淋巴结肿大。肝或骨髓受累属 期 淋巴瘤治疗 1. 霍奇金淋巴瘤的治疗 主要应用高能射线和联合化疗，根据不同分期选择治疗方案。

(1) IA、 A期主要采用扩大照射。病变在膈上采用斗篷式，在膈下采用倒“Y”字照射。(2) IB、 II B、 IIIA、 IIIB、 IV期主要采用联合化疗 局部照射。联合化疗多使用MOPP或ABVD方案。照射剂量30~40C,y，3~4周为1疗程×6疗程。(3)MOPP方案M(氮芥) O(长春新碱) P(甲基苄胍) P(泼尼松)。MOPP方案的副作用为影响生育能力和引起继发性肿瘤。上述M改为CTX即为COPP方案。(4)ABVD方案A(阿霉素) B(博莱霉素) V(长春碱) D(甲氮咪胺)。该方案对生育影响小，不引起继发性肿瘤；疗效与MOPP方案相同，目前已成为HL的首选化疗方案。 2. 非霍奇金淋巴瘤的治疗 疗效取决于病理类型，而临床分期的重要性不如HL。6版内科学已删除放疗原则。 惰性淋巴瘤 侵袭性淋巴瘤 特点 发展较慢，化放疗有效，但不易缓解 发展快，不论分期应以化疗为主，辅以放疗 举例 小淋巴细胞淋巴瘤、边缘区淋巴瘤 滤泡性淋巴瘤、蕈样肉芽肿—Sezary综合征套细胞淋巴瘤、大B细胞淋巴瘤Burkitt淋巴瘤、血管免疫母细胞性淋巴瘤化疗 COP(环磷酰胺、长春新碱、泼尼松)CHOP(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼

松)免疫 凡CD20 者，可使用CD20。单抗(利妥昔单抗)治疗B型淋巴瘤凡CD20 者，可使用CD20单抗(利妥昔单抗)治疗B型淋巴瘤 (1)低度恶性组以放疗为主，尽可能推迟化疗，因为本组 、 期放疗后可无复发，存活达10年。 、 期患者的中位生存时间也可达10年，部分患者肿瘤可自发消退。(2)中高度恶性组 以联合化疗为主，仅在必要时补充局部照射。包括 、 期。标准化疗方案是CHOP，即环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼的松。更强烈的化疗方案为MACOP-B方案。(3)骨髓移植用于治疗弥漫性、进展性淋巴瘤。百考试题编辑祝各位好运！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](http://www.100test.com)