维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)02-0204-02

儿童恶性淋巴瘤79例临床分析

宪 莹，徐百华

（重庆医科大学儿科学院血液科 重庆 400014）

【中国图书分类法分类号】R733.4 、【文献标识码】A

【收稿日期】2000-03-12

为提高儿童恶性淋巴瘤的早期诊断率，本文就我院1989年2月至2000年1月间收治的经病理组织学确诊的79例恶性淋巴瘤的临床特点及误诊原因进行了分析，报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

79例小儿恶性淋巴瘤中何杰金氏病(HD)27例（占34.2%），非何杰金氏淋巴瘤（NHL）52例（占65.8%）。其中HD男性22例，女性5例，男女之比为4.4:1；发病年龄以5～10岁最多13例(占48.1%)，最小年龄为3岁2个月；住院前病程＞6月者17例(占63.0%)，＜3月者5例（占18.5%），最短病程20余天。NHL中男性41例，女性11例，男女之比为3.7:1；发病年龄仍以5－10岁最多33例（占63.5%），最小年龄为1岁11个月；住院前病程＜3月者37例（占71.2%），＞6月者11例（占21.2%），最短仅4天。

1.2 临床表现

1.2.1 首发部位 HD全部27例均首发于淋巴结内，无1例首发于淋巴结外器官，其中颈部18例（占66.7%），腹股沟3例，腋窝2例，腹膜后1例，纵隔1例，多组淋巴结2例。NHL首发于淋巴结内44例（占84.6%），其中颈部14例，腋窝1例，腹股沟1例，纵隔12例，肠系膜8例，腹膜后6例，多组淋巴结2例；首发于淋巴结外者8例（占15.4%），其中皮肤4例，咽部1例，胃肠1例，胸腺1例，心包1例。

1.2.2 首发症状 依肿瘤原发部位的不同而临床表现多种多样。以浅表淋巴结起病者，表现为慢性、无痛性、进行性淋巴结肿大；纵隔病变者常以肿瘤所致的压迫症状为首发表现，出现刺激性咳嗽、声嘶、胸痛、气促等，甚至有3例出现上腔静脉压迫综合征，胸腔积液发生率较高，占26.6%。腹腔病变者，早期多表现为反复、不规则的腹痛、腹胀，且程度不一，继之可出现腹部肿块。其他皮肤、咽部病变者首发症状为皮肤包块及咽痛等。

1.2.3 伴随症状 发烧（52.7%），消瘦（35.1%）、盗汗（8.1%）贫血（56.9%）。

1.2.4 累及部位 骨髓：NHL16例，HD3例。肺：NHL12例、HD1例。胸膜：NHL6例，HD0例。骨骼：NHL3例，HD1例。中枢神经系统：NHL2例，HD1例。肝脏：NHL29例，HD11例。脾脏：NHL15例，HD8例。腮腺：NHL2例，HD0例。

1.3 误诊情况

确诊前在院外诊断为其他疾病44例，误诊率55.7%。其中诊断为结核20例（最长抗痨时间为1年半）；慢性淋巴结炎12例；化脓性胸膜炎4例；肺吸虫病2例；肾炎1例；纵隔炎1例；肠蛔虫症1例；扁桃体炎1例；美克尔息室1例，胸腺瘤1例。

1.4 实验室检查

血红蛋白＜110g/L者45例（占56.9%），其中＜60g/L者仅6例，白细胞＜4×10^9/L者11例（占13.9%）；＞10×10^9/L 16例（占20.3%）。血小板＜100×10^9/L者9例（占11.4%）。骨髓形态学检查49例，HD13例中有3例(23.1%)异常，出现典型司-瑞细胞；NHL36例中有16例（44.4%）异常，出现瘤样化细胞1%－78%不等，且有9例（占25%）发展为淋巴细胞白血病，表现完全同急性淋巴细胞白血病的髓象改变，但尚可见瘤样化细胞。骨髓染色体检查共16例，NHL12例中有8例（66.7%）异常，HD4例中3例(75%)异常，主要为染色体数目异常，7例亚二倍体增加超过10%，2例超二倍体增加超过10%，2例多倍体高达9%。

1.5 临床分期

按Ann Arbor国际标准分期[1]，HD Ⅰ期（37.0%），Ⅱ期（14.8%），Ⅲ期（14.8%），Ⅳ期（33.4%）；NHL中Ⅰ期（0%），Ⅱ期（15.4%），Ⅲ期（23.1%），Ⅳ期(61.5%)。

2 讨 论

2.1 小儿恶性淋巴瘤的特点

恶性淋巴瘤是小儿时期常见的肿瘤，通过79例病例分析发现儿童淋巴瘤以男性发病多，5－10岁多见，NHL发病高于HD。HD首发部位以颈淋巴结最多，进展多较缓慢，淋巴结外部位侵犯少，临床分期以Ⅰ期为主，但Ⅳ期也不少见。NHL首发部位仍是淋巴结，但纵隔及腹腔淋巴结病变者明显多于HD；也可以首发于淋巴结外器官，但淋巴结外器官的发生率不及文献报告的高[2]。NHL起病多较急，进展迅速，在诊断时多发生广泛的转移，易侵犯的部位是骨髓，肺及肝

作者介绍：宪 莹（1964-），女，重庆人，副教授，
主要研究方向：儿科血液及肿瘤。

维普资讯 http://www.cqvip.com

脾、Ⅲ、Ⅳ期的比例较高。骨髓受累者、可出现明显贫血及血小板减少。骨髓染色体检查例次虽少、但异常率不低、两组共占68.8%、藉此可作为淋巴瘤的病因诊断依据。

以上特点除临床分期比例及NHL的发病年龄外、与国内外文献报告基本一致[2~6]。

2.2 小儿恶性淋巴瘤的诊断

文献报告经综合治疗的淋巴瘤患者、其5年生存率在Ⅰ、Ⅱ期与Ⅲ、Ⅳ期之间有显著性差异[2]、Ⅰ、Ⅱ期病人预后远好于Ⅲ、Ⅳ期、因此早期诊断是取得良好预后的关键。但由于小儿淋巴瘤临床表现复杂多样、加上部分医生对其警惕性不高、因此误诊率相当高、本组达55.7%。分析误诊原因为：1、淋巴瘤的淋巴结肿大特点为无痛性、多数进展缓慢、因而常被家长忽略、仅当肿大突出或累及其他部位时方发现。2、对本病的临床表现复杂多样性认识不足、多以原发部位的主要症状或体征而误诊为相应的常见症。3、淋巴瘤病人常有发烧、消瘦、盗汗、乏力等、易与炎症混淆、往往首先考虑炎症性疾病如慢性淋巴结炎及结核病等。4、以纵隔或腹腔起病者、可不伴浅表淋巴结肿大、当肿瘤未引起压迫症状时也不易发现。5、病理误诊、该病的确诊靠病理组织学检查、但如不结合临床联系病理报告分析、也易出现误诊。造成病理误诊的原因：（1）淋巴瘤的病变侵犯非均质性、当取材部位未及病变部位时可呈假阴性。（2）浅表淋巴结活检最方便、但胸、腹腔病变者可不伴浅表淋巴结侵犯、因此不直接在原发灶取材活检也可致假阴性。（3）检查者水平问题。

综上所述、对于小儿恶性淋巴瘤的早期诊断应重在对该病的警惕、因此对：（1）原因不明的淋巴结肿大、尤其是起于颈部、局部又未找到感染灶者；（2）不明原因的腹痛、腹胀、特别是有腹部肿块者；（3）起病急骤的咳嗽、胸痛、气促、用呼吸道感染不能解释、尤其伴有反复、大量、血性胸腔积液者；（4）对不明原因的发烧、消瘦、贫血者均应尽早作B超、X线摄片等以发现肿瘤原发部位、并尽早作病理活检。对于一次病理检查正常而临床不能用其他疾病解释者、应严密随访、必要时应重复多部位活检。

参 考 文 献

[1] Carbone PP, Kaplan HS. Musshoff K, et al. Report of the committee on Hodgkins disease staging classfication[J]. Cancer Res. 1971;31:1860-1865.

[2] 佟琳如、方淑馥、张洪业、等. 小儿恶性淋巴瘤107例临床分析和随访[J]. 中华儿科杂志、1985;23(2)88-90.

[3] 潘良庶、钱 宏. 小儿恶性淋巴瘤111例临床分析[J]. 江苏医药、1990;7:369-371.

[4] 张尚福、杜丽惠、李廿地、等. 四川地区儿童恶性淋巴瘤--附304例病理临床分析[J]. 华西医科大学学报、1994;25(1):94-97.

[5] Poppema S, Lennert K. Hodgkins's disease in childhood. Histopathologic classification and relation to age and sex[J]. Cancer, 1980;45:1443-1447.

[6] Wilson JF, Jenkin RDT. Anderson JR, et al. Studies on the pathology of Non-Hodgkins lymphoma of childhood. The role of routine histopathology as a prognostic factor: A report from the children's cancer study group[J]. Cancer, 1984;53:1695-1704.

(上接第203页)

细胞的发生、发展，化疗的作用更能明显地表现出来。抗雄激素治疗对肝癌的化疗有协同作用。

在肿瘤未切除组中、甲孕酮与非甲孕酮小组死亡率也存在显著差异、这与甲孕酮治疗后肿瘤细胞增殖减缓有关。

临床随访发现服用甲孕酮后肝功能有一定损害，表现为酶学指标升高，这与甲孕酮在肝脏中代谢途径有关、停用甲孕酮保肝治疗后，肝功能多可恢复。建议在用药过程中要随访肝功能，调整用药时间及剂量。

总之、抗雄激素治疗对肝癌有较好疗效、是肝癌综合治疗的手段之一。其远期效果有待临床进一步观察总结。

参 考 文 献

[1] Nagasue N. Gug JF; Roy Ak. Androgen receptors in heptocelluar carcinoma and surrouding parenchyma[J]. Gastroenterology, 1985;89(3):643-647.

[2] Nagasue N. Bannister P, Roy AK. Androgen receptor in cirrhotic liver adenomatoas hyperplastic nodule and hepatocellular carcinoma in the human[J]. HepatoGastroenterol. 1992;39:455-460.

[3] Forbes AML, Iqbat MJ. Response to cyproterone acetate treatment in primary HCC is related to afall in free 5 a -dihydrotestosterone[J]. Eur J Cancer clin Oncol. 1987;23:1659-1664.

[4] 岁 放、马绍华、唐时森、等. 126例肝癌性激素受体免疫组化检测[J]. 重庆医科大学学报、1996;21(s)52-55.