DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.02.024

骨原发性恶性淋巴瘤（附11例报告）

王家瑚[△]（第一附属医院 骨科）

骨原发性恶性淋巴瘤又称非何杰金氏病（NHL），它起源于髓内淋巴网状组织，是一种分化程度不同的恶性淋巴肿瘤。原发于骨者，国内报告不多，我院从1957年1月至1987年2月收治10例，会诊1例，共11例，均经手术与病理证实。现结合文献复习，着重讨论诊断与鉴别诊断。

临床资料（见表）

附表 临床资料

病例	性别	年龄	部位	病程	临床与X线表现	治疗方式	随访
1	男	39	左股骨下端	3个月	肿胀、包块、压痛、活动受限。股骨下端弥漫性破坏，破坏区呈斑点状，无明显骨膜反应，软组织阴影内无钙化。	大腿中下1/3截肢术	术后2年死亡
2	男	27	右肱骨下端	3个月	疼痛、轻压痛、活动受限。肱骨下端破坏似溶冰样改变，无骨膜反应，软组织阴影不明显	肿瘤段切除，人工肘关节置换	术后10年健在，肘关节活动尚好
3	女	45	右距骨	5个月	肿胀、疼痛、活动受限。距骨有2cm骨质破坏，无骨膜反应及软组织阴影	第一次局部切除，第二次复发后小腿中下1/3截肢术	术后半年死亡
4	男	30	右上颌骨	4个月	肿、痛、咀嚼活动受限。上颌骨有2.5cm骨质破坏，破坏区呈斑点状改变	局部切除	术后半年死亡
5	女	52	右胫骨中段	4个月	疼痛、包块。胫骨中段破坏区为8cm，溶骨似溶冰状，残存骨呈不规则网条状，无骨膜反应，软组织阴影内无骨化	大腿中下1/3截肢术	术后4个月死亡
6	女	13	左胫骨上端	4个月	肿块、皮肤温度高、静脉怒张、压痛明显。胫骨中上段广泛骨膜增生为分层状，边缘呈花边状，骨皮质有广泛增生	大腿中下1/3截肢术	术后7个月死亡
7	男	35	左上颌骨	2个月	肿、痛、张口活动受限，上颌骨有3cm溶骨性破坏，周围有硬化征象	局部切除术	术后半年死亡
8	男	30	左肱骨上端	1年半	肿、痛、包块、静脉怒张、皮温高、压痛、关节活动受限。肱骨溶骨性破坏，病理性骨折，无骨膜反应	切开引流术	术后2个月死亡
9	男	34	左下颌骨	1年8个月	痛、咀嚼活动受限。下颌骨有骨质透明区，边缘模糊不清	下颌骨部分切除术	失访
10	男	18	右肱骨中段	2年	肿、痛、关节活动受限。肱骨下端骨质弥漫性破坏、无骨膜反应及软组织阴影	肩关节离断术	失访
11	男	31	右肱骨上端	2个月	肿、痛、活动受限。肱骨上端斑点状破坏、骨皮质破裂、无软组织阴影及骨膜反应。病理性骨折	肩关节离断术加化疗	术后1年健在

[△]原在第二附属医院

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

讨　论

一、骨原发性恶性淋巴瘤　是肿瘤原发于某骨，并经病理组织学检查为恶性淋巴瘤。并排除其它部位淋巴瘤的骨转移。患者具有孤立破坏性骨病变，在其他部位无任何伴行造血组织受累，患者在6个月内未出现他处症状并证实无播散者[1]。

本组11例均符合上述条件，故应为原发性。

二、临床表现

1．发病率：为骨肿瘤及瘤样病变的0.019%，恶性骨肿瘤的4.6%[2]、或5.0%[3]。

2．性别：男多于女，男与女之比为2.8∶1，本组男性8例，女性3例，男与女之比为2.7∶1，与国内文献接近。

3．年龄：好发于10～60岁，Dahlin报告50～70岁[4]，Huvos报告50岁以下[5]。本组为13～52岁，平均41.2岁，20岁以上9例（占82.0%）。

4．部位：常见发生于长管状骨、股骨（25%）[5]，扁平骨以骨盆多见（15.5%）[4]。本组肱骨4例、颌骨3例、股骨1例、胫骨2例、距骨1例。

5．病程：一般为2个月至20个月不等。

6．症状与体征：局部疼痛与肿胀为主要症状。全组均有不同程度疼痛。肿块为重要体征，肿块大者为12×10cm、小者为3×2 cm，均有压痛，发生于近骨端者有关节活动受限。发生于颌骨者咀嚼活动或张口活动受限。

三、X线表现

本瘤有三种基本类型：完全溶骨型、硬化型、混合型。(1).溶骨型：常发生于长管状骨干骺端，早期髓腔呈虫蚀状或斑点状、条索状改变（图1），继之，发展呈斑片状骨质破坏，最后呈溶冰样改变（图2）。(2).硬化型：骨皮质破坏，病灶中可出现小斑片状改变，有时有明显硬化增生现象。(3).混合型：既有溶骨改变，同时又有硬化现象（图3）。可有病理性骨折。一般不产生骨膜反应。肿瘤穿破骨皮质，产生软组织阴影，其内无骨化与钙化。发生于扁平骨者比长管状骨的X线诊断更困难，多为不明显的溶骨性破坏。

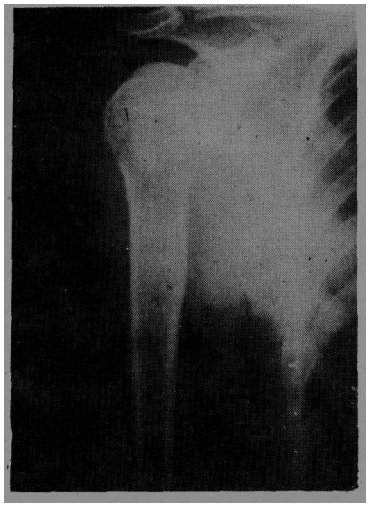


图1　肱骨上端病变上下端呈斑点状破坏，中间为条索状改变，内侧骨皮质破裂



图2　胫骨中段8cm完全溶骨性破坏区，似溶冰样，残存骨呈不规则网状，有软组织阴影，内无骨化或钙化

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net



图3 混合型：股骨远端既有溶骨性改变，又有硬化现象，病变上端有斑点改变

本组溶骨型9例，硬化型1例，混合型1例。骨膜反应1例，软组织阴影2例，病理性骨折2例。

四、病理

大体：肿瘤呈灰红色鱼肉样或灰白色均匀较脆，有的出现出血、坏死，肿瘤侵入软组织后可形成肿块，多呈灰暗肉芽样坏死。

光镜：瘤细胞形态较一致，弥漫分布，网状纤维分布于瘤细胞之间，PAS染色阴性。最近我国将骨源性NHL分为三类：B细胞源性、T细胞源性及组织细胞性淋巴瘤[6]。

绝无成骨现象。

例11发生于肱骨上端，电镜检查显示成片淋巴瘤细胞，核规则，胞浆细胞器较丰富（图4）。

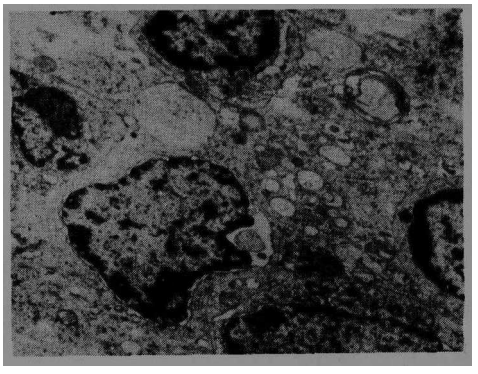


图4 电镜示成片淋巴细胞，核规则，胞浆细胞器丰富×5000

五、诊断

根据本瘤多发生于男性中、青年，局部疼痛，X线片显示长管状骨干骺部，病变于髓腔内，早期呈弥漫性斑点状、虫蚀样或溶冰状改变，少见有骨膜反应者，应考虑本瘤。

六、鉴别诊断

1．尤文氏肉瘤（见下表）：

	骨恶性淋巴瘤	尤文氏肉瘤
年　龄	20～50岁	5～15岁
病情及全身情况	轻	重
病　程	稍慢	快
X线表现	溶骨性破坏，无或少见骨膜反应	多有骨膜反应
病　理	网状细胞，淋巴细胞	均匀弥漫小圆形细胞
转　移	少　见	常　见
预　后	稍　好	差

本瘤与尤文氏肉瘤两者均属于小圆细胞，其组织学区分亦较困难。但尤文氏肉瘤细胞稍不规则，常成巢状排列，网状纤维主要分布于巢之间。瘤细胞可见糖元颗粒（PAS阳性）。电镜显示成堆糖元，可与本瘤鉴别。

2．骨肉瘤：发病年龄15～20岁，病程短，疼痛重，尤其夜间为甚，骨破坏明显，常见骨膜反应（层状、放射状、Codman's三角），软组织阴影内有钙化或骨化征象，碱性磷酸酶增高，对放射不敏感，肺转移早，预后极差。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3．以淋巴细胞浸润为主的慢性骨髓炎：有时临床与X线相混淆。本组有3例临床与X线误诊骨髓炎，其中例8发生于肱骨上端误诊为骨髓炎作了切开引流术，但只要重视术前穿刺，脓液镜检，不难诊断。

4．转移性未分化癌或神经母细胞瘤：二者均有原发灶。细胞呈多形，成巢排列，偶出现腺、鳞细胞瘤分化特点如印戒细胞，角化细胞。神经母细胞瘤有菊花状排列之特点[7]。

六、治疗与预后

本瘤对放疗极为敏感，给予小剂量照射后肿瘤迅速缩小，疼痛明显减轻，大剂量照射治疗疗效较好。

本组治疗以手术为主，截肢术5例、肿瘤切除术5例、切开引流术1例。例11于术前化疗，然后行肩关节离断术，术后再次化疗，术后已1年正在治疗与观察中。例2作了肿瘤段切除加人工肘关节置换术10年，仍健在。2例失访。其余7例均在术后1年内死亡。本组病例生存率较低，主要由于以往以手术为主，术后又未作有效放疗和化疗。

根据最近文献报道对骨原发性恶性淋巴瘤应行综合治疗，术前放疗、化疗使肿瘤缩小，便于手术，为防止微小病灶转移，术后再次放疗或化疗，对防止局部复发及全身转移十分重要。

参考文献

1. Wilner D. Radiology of bone tumors and allied bisorders. London, WB Saunders Company Philadelphia 1982; 2938～9
2. 刘子君，等。骨肿瘤及瘤样病变12 404病例分析。中华骨科杂志 1986；6:162
3. Lichtenst L. Bone Tumors. 4th Ed, Saint Louis, The CV Mosby Company 1972:315～29
4. Dahlin DC. Bone Tumors. 3th Ed. Illinois USA, Charles C Thomas. Publisher 1978:173～89
5. Huvos AG. Bone Tumors. Philadelphia, WB Saunders Company 1979; 392～402
6. 杨侃整理。全国淋巴瘤研究座谈会采用的各型淋巴瘤诊断标准介绍。中华肿瘤杂志 1983；5:151
7. 朱梅刚。实用淋巴网状组织肿瘤病理学。人民军医出版社 1985；121～2
8. 过邦辅，等。骨关节肿瘤。上海科学技术出版社 1980；152～4

骨髓坏死三例报告

张一军（第一附属医院 血液科）

1980年元月至1986年12月七年中，我院共进行2 700例骨髓穿刺和/或活检，发现骨髓坏死（BMN）3例，发生率为0.11%。与文献中BMN发生率相近（0.15%）[1]。

病历摘要

例1，男，22岁。因进行性骨痛5个月，加重伴不规则发热月余，经当地医院按“风湿热”静滴青霉素（1 200万u/d）强地松(60mg/d)治疗不缓解于86年9月13日入院。查体：重度贫血貌，左肘、膝周围散在出血点。双颌下及腋下蚕豆大小淋巴结各1～3个，触痛（+）。双肺（-），心尖区sm Ⅱ°。肝肋下0.5cm，脾肋下2cm。下颌、胸骨、骨盆及胫骨上端明显触压痛。神经检查(-)。化验：Hb 62g/L，WBC2.5×10⁹/L，N 77%，L 16%，中性中幼粒1%，中性晚幼粒4%，有核红细胞5:100，血小板42×10⁹/L。LDH1 480u，AKP

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net