



北京大学肿瘤医院(北京肿瘤医院)淋巴瘤科

“得了肿瘤上哪看？看看网友投票就知道！”《生命时报》与“好大夫”网站合作，根据网友支持率进行统计，挑选出最具知名度和支持率的 5 家医院。多年来，北京大学肿瘤医院在**淋巴瘤**、胃癌、直肠癌、结肠癌、黑色素瘤五个病种中始终位居第一名。

北京大学肿瘤医院淋巴瘤科是我国成立最早的淋巴瘤专业科室，以淋巴系统肿瘤为诊治特色，所收治的患者全部为各种类型的淋巴瘤患者。经过 38 年的发展历程，已经成为国内外淋巴瘤领域的著名中心，也是北京大学肿瘤医院特色品牌科室，专业从事淋巴瘤的诊断、常规治疗、自体干细胞移植、细胞及免疫治疗等。

淋巴瘤科拥有普通病床 36 张（内科楼十层），干细胞移植床 11 张（内科楼九层），南院病区床位 15 张，日间化疗病床和 VIP 床位数张。现有正副主任医师 10 人、主治医师 2 人、住院医师 5 人、护士 30 余人、专业科研人员 1 人、技术员 2 人、科研护士 1 人。每年门诊接诊淋巴瘤患者 1.8 万人次，新收住院淋巴瘤患者 500 余例，出入院患者 4500 余人次，自体干细胞移植 70 例。北京市每年新发淋巴瘤患者的半数在我科诊治，另 2/3 患者来自全国各省市、港澳台及海外华人和外籍患者。

为了给患者提供更好的个体化综合诊治平台，2005 年，我院即在国内率先成立了以淋巴瘤科为主的淋巴瘤多学科协作组，与病理科、外科、放疗科、影像科、核医学科等密切合作，定期进行学术交流和疑难病例会诊，为患者制定个体化的综合诊疗方案。并在国内积极推广和促进淋巴瘤规范化诊治，是中国版 NCCN 指南主要制定单位，卫生部淋巴瘤临床路径主要制定单位。

结合国际诊治指南和实际工作经验，我科不断改良创新治疗方案。在前任主任勇威本教授的工作基础上，我科以化放疗序贯和同步治疗的双重模式，创造性的将门冬酰胺酶联合 CEOP 类方案用于 NKT 细胞淋巴瘤的一线治疗中，获得了 70%以上的治愈率，使这一致死性恶性肿瘤的治愈率得到了极大提高，而且该治疗方案毒性低、耐受性好，在 NK/T 细胞淋巴瘤治疗领域处于国际领先水平，受到国内外同道的广泛关注。

我科积极开展自体干细胞移植和DC-CIK及DLI等细胞免疫治疗，并结合国情改良预处理方案，疗效好，安全性高，是目前国内淋巴瘤自体干细胞移植数量最多的科室之一，治疗相关死亡率为零；开展EB病毒细胞治疗以提高EB病毒相关淋巴瘤的疗效；开展新型CAR T细胞免疫治疗，并初步取得了令人欣喜的疗效；对于尚缺乏治疗标准和规范的淋巴瘤领域，积极开展研究者发起的临床研究，引领行业规范。

我科已经参加四十余项国内和国际新药临床试验，是国内参加淋巴瘤临床研究最多的科室之一，为患者提供了更多的治疗机会和方法，为国内同行提供了新药应用经验，也为该领域的发展进步和新药创新

做出了贡献。

我科承担了北京及各省市大量疑难病例会诊、学术讲座、教学查房等，平均每周 1-2 次省市级学术讲座或巡诊；年接收全国各地进修医师、访问学者、博士后和其他观摩学习人员 60 余人，为国内培养了大量淋巴瘤专业人才。成功举办国际淋巴瘤会议 3 次，是国内专业水平最高的淋巴瘤会议之一，促进了国内外淋巴瘤的学术交流。定期为患者及家属举办康复课堂教育活动。



科主任及学术带头人朱军，主任医师，博士研究生导师，医院党委书记，大内科主任，中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会副主任委员，中国抗癌协会临床肿瘤协会（CSCO）执委会委员，CSCO淋巴瘤联盟副主任委员，候任主任委员，CSCO基金会副主任委员，在国内外淋巴瘤领域享有盛誉。

其他医生的详细介绍您可以登录：

我院网站：<http://www.bjcancer.org>

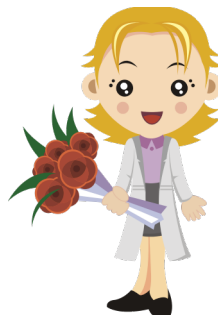
我科网站<http://lbl.bjcancer.org>



北京大学肿瘤医院淋巴瘤患者就诊手册

淋巴瘤科能够发展到今天并取得一定成就，首先要感谢患者及家属朋友们多年来给予我们的信任、理解和支持！在未来的工作中，我们将继续一如既往、竭尽全力为淋巴瘤患者提供正确、规范化的诊治！

为了能使患者更方便快捷的来我院就诊，更快更多的了解淋巴瘤知识，医患之间更顺利的配合完成治疗过程，我们特别编辑了这本手册，希望能够为患者及家属提供方便。



我科门诊时间：

	周一	周二	周三	周四	周五
上午	林宁晶 平凌燕	王小沛 宋玉琴	朱军(特需) 郑文 涂梅峰	王小沛	谢彦
下午	郑文 刘卫平	平凌燕	宋玉琴	张晨 宋玉琴(特需)	刘卫平

注：带的为副高及以上职称。医师出诊时间可能有变化，以挂号室为

准。

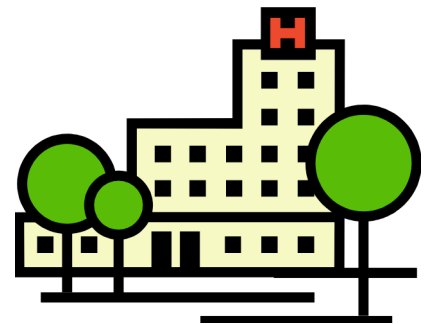
挂号方式：可以通过网络、电话提前预约，也可以现场挂号。初次就诊可先挂普通号进行初步处理，接诊的医师可帮您预约本科室的专家门诊。

现场挂号：门诊大厅挂号窗口。如果号已满，您可以在上午 11 点及下午 4 点以前直接到**内科就诊区**找我科医生加号，但是请自觉按照秩序排队就诊，之后不再加号；特需门诊挂号在门诊二层；

现场预约：外科楼一层 66 号窗口，电话 010-8819 6155；

电话预约：直接拨打 114 或者 116114，或者 010-8819 6155；

网上预约：<http://www.bjguahao.gov.cn>；



门诊就诊流程

来门诊就诊的患者需要准备哪些资料？

建议患者亲自前来就诊，同时带齐所有与本病有关的诊疗资料，尤其是曾经取过病理活检的患者，请到当地医院病理科借阅全部染色片以及切白片 20 张左右（或病理蜡块）随身带来。

门诊医生能够为您提供哪些诊疗服务？

- 1、为您答疑解惑；
- 2、明确诊断；
- 3、提供治疗建议，但是仅供您在当地医院的主管医生参考，具体治疗方案还是要由主管医生决定；
- 4、如果您决定在我科接受治疗，门诊医生会根据病情开病理会诊单、相关检查单、住院单，请参考下面的就诊流程！

在治疗前，淋巴瘤患者还需要做哪些检查？

应进行全面检查，对疾病进行尽可能准确的分期，并留存发病初期的基础数据，以便于在治疗后对疗效进行评估。

一般来说，常规分期检查包括浅表淋巴结 B 超、胸腹盆腔增强 CT（有鼻咽病灶的还需要做颈部增强 CT）。PET/CT 是当前一种重要的医学检查手段，它不仅能够显示肿瘤病灶的大小，还可以显示肿瘤内部的代谢活性，常规 CT/B 超有时候难以判断稍大的淋巴结是否为淋巴瘤侵犯，此时 PET/CT 就具有较好的判断价值，但是某些惰性淋巴瘤显像不好，因此最贵的并非就是最好的，您可以咨询医生的意见。

另外，还需要行血液学检查，包括血象、生化全项、乳酸脱氢酶、 $\beta 2$ 微球蛋白、血沉、肝炎等指标检查。

患者可以放心的是，除少数有严重症状或者伯基特淋巴瘤、淋巴瘤母细胞淋巴瘤患者需尽快治疗外，绝大多数患者等待 1-2 周的时间进

行化疗前的全面检查是安全的，不会对您的病情造成不良后果。

哪些检查需要在门诊完成？

由于我科住院床位紧张，患者需要在门诊会诊病理并完成部分检查。如果在当地医院取的病理组织不能确诊淋巴瘤，或者还有疑问，医生会建议患者在我院重新取活检，并会做相应安排。

由于我院患者多，B 超检查可能需要第二天完成，当时就会出报告；CT/磁共振检查可能需要 2-3 日才能全部完成，第二天出报告；PET-CT 需提前 1-2 天预约，检查后第 2-3 天出报告。

血液学检查一般在当天下午或者第二天上午能拿到报告。

如果您是外地患者，门诊检查和治疗费用不能报销，您可以联系淋巴瘤科住院总医师，会尽量安排住院记账。我科在南院病区专门留有部分床位，以方便外地患者检查记账，发票为我院住院发票，主管医生和护士为我科工作人员。

如何完成门诊检查？

门诊检查需要提前预约，门诊医生开单后，请按照下列说明预约检查：

血液学检查：在门诊大厅，请于早晨 9 点之前抽血化验。血象检查不需要空腹，但是其他检查需要空腹，请于夜间 12 点后不要进食，如果干渴，可进少量水润喉；

X 线、MRI 和 CT 检查：都在门诊地下一楼，请仔细阅读预约检查单上面的说明；

B 超，在门诊二楼，腹部 B 超需要早晨禁食水；

PET/CT 在门诊三层核医学科，做此项检查前禁止输入任何液体，且需要禁食 6 小时以上；

胃镜、肠镜、鼻咽镜和气管镜：在门诊三层；

心电图和肺功能检查：在门诊二楼南侧心肺功能室，请在 15:30 以前检查；

病理活检：需主管医师提前与外科或病理科医师联系后安排；

病理会诊：无需预约，之间携带会诊单和病理标本送到内科楼一层的病理科，一般 2 个工作日能出报告，但是如果需要加做免疫组化，则通常再需要 3-5 个工作日。

如何联系住院？

经门诊医生诊疗后确认需要住院的患者，会开具住院单。患者可根据住院单上的联系电话与住院总医师联系住院时间

住院总医师电话：010-88196118

预约住院时间：周一～周五，下午 3 点--5 点打电话预约。此时第二天的空床数已经通知住院总医生，能够比较准确告诉你能否住院。





住院流程

如何办理入院手续？

住院总医生通知您住院后，请患者本人及家属在住院当天携带住院单、住院押金、身份证和日常用品，到一楼住院处办理住院手续
接诊→住院处斜对面）佩戴腕带 到内科→层（如您收治在
干细胞移植病区，请到九层）病房护士站接诊，然后 到
医生办公室找自己的主管医生。

通知住南院病区的患者，请于早晨九点到外科楼门诊做班车到南院病区办理住院手术，然后到病房找淋巴瘤科医生。

日间化疗和 VIP 的患者，请办理住院手续后到内科楼四层日间化疗病区或者 VIP 病房的护士站接诊，护士会通知主管医生接诊。

入院后的诊疗过程

- 您办完住院手续后，请先到护士站登记，将有护士为您测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重、身高，并为您安排床位，介绍病区环境及您的主管医师。
- 入院后请尽量不要离开病房，主管医生将很快询问病史及查体，并进行有关治疗。如果需要短时间离开，请告诉负责的护士或者医生。
- 由于病床紧张、出入院患者多，每天上午，住院患者往往还没有

办理完出院手续，甚至还在输液、占用床位，或者护工人员还未来得及更换床单被褥和消毒，因此，请您在病房外的座椅上耐心等待。您可以询问主管医生当天可否空腹抽血，如果不能，请及时进食早餐，等待第二天抽血化验。

- 通常在入院第二天早晨需要空腹（夜里 12 点后尽量不喝水、不吃东西），为您抽血做相关检查，护士会在前一天晚上通知您。

如果通知您留取尿、大便及痰标本，留取方法如下：

尿： 清晨第一次尿（留取中段尿）。

大便： 清晨留取。如没有，白天任何时候有大便时留取。

痰： 先清水漱口后咳出咽深部痰送检（勿刷牙）。

以上标本留好后请放在污物间的专用小车上，除了清晨留取的标本，其他时段留取标本后请通知护士，以便我们能及时为您送检。

- 淋巴瘤患者还应该进行骨髓穿刺，简称骨穿，目的有两个：（1）骨髓是否有侵犯？（2）骨髓功能是否正常，能否承受化疗？这是本科常见的一种检查，在操作前会给您注射局麻药，您不会感到太疼痛，这点请您放心。
- 腰锥穿刺：简称腰穿，目的也有两个：（1）中枢神经系统是否有侵犯？（2）预防性给药，防止中枢神经系统被侵犯。这也是我科常做的一种操作，操作前会注射局麻药，您不会感到太疼痛，但是腰穿后您需要去枕头平卧 6 小时（为了预防您头痛的发生）。因此这个检查往往需要住院后做。

科室管理和治疗方案的制定

全部检查结束后，就会根据患者的病情和病理类型讨论和决定是否开始治疗、何种治疗方案、大概的治疗计划等等。

我们实行科主任领导下的三级医师负责制：科主任或者副主任——主管医生（带组医生）——住院医师、进修医师、研究生（分管医生）。

我科共分为 5 个治疗组：内科楼十层有两个治疗组，九层一个，四层日间病区和 VIP 病房一个，南院病区一个。

每个治疗组有一个带组医生，也就是您的主管医生，通常半年会轮转一次；下级医生的轮转频率比较高，通常 2-3 个月更换一次。因此，再次住院时下级医生可能不同，但上级医生对每个患者的病情都很了解，他们会每天巡视病房，指导下级医生安排治疗计划。

周一到周五的上午，朱军主任和宋玉琴医生都会固定查房，讨论患者的病情，所有新患者的方案制定、以及治疗过程中需要调整治疗方案，都是经科主任和全科讨论后决定的。

与主管医生的沟通交流

科主任支持下的科室病例讨论后，主管医生会与患者、家属之间进行治疗方案的沟通，双方需要坦诚的谈论病情、治疗方案、剂量、大概的治疗计划、费用、有效率、可能的不良反应、如何处理不良反应、将来的复发率、复发后可能的治疗方案等等。

现代医学信息流畅，各种交流频繁，因此目前国内的很多肿瘤

的治疗规划和方案、剂量都是遵循国际规范化治疗，并根据患者的身高、体重、体表面积等计算治疗剂量。淋巴瘤也不例外。但是患者个体之间也会千差万别，因此会根据肝肾功能、心脏功能、血象、血糖及其他合并症等做适当的调整。在治疗过程中会常规对各种常见的不良反应做预防性处理，比如止吐、保护肝肾功能心功能的药物等。即使如此，也不能完全避免某些不良反应的出现。例如，几乎所有的化疗药物都有骨髓功能抑制、脱发、胃肠道反应、肝肾功能损伤等等，只是发生程度和侧重面不同而已，因此，为了安全、为了顺利按时地开始下一个周期的化疗，如有异常情况应该及时向主管医生和值班医生报告病情变化，并按照规定定期复查血象及肝肾功能。

任何一种化疗方案都不可能达到 100% 的疗效，是否有效主要与患者的个体差异有关，有的患者天然携带某些耐药基因，对某些化疗药物天生耐药，因此一般每化疗 2—3 个周期后要进行一次评效检查。评效的目的是为了评价化疗方案的效果，如果没有达到理想效果，可能需要增加剂量或者更改新的治疗方案。

住院期间请您注意以下几点

- 请您遵守医院的各项规章制度，服从病房管理，配合医生和护理工作。
- 病房是公共场所，请保持病室内整洁卫生。床头及输液架上不要搭毛巾、衣物。床下不要放置杂物，请放在储物柜中。

- 淋巴瘤患者治疗期间免疫功能低下，请陪床家属不要坐卧在病床上，以免将细菌病毒等带给患者，影响治疗，甚至导致严重并发症。
- 请爱护公物，节约用水、用电。为了患者安全，请不要在病房内使用电炉、电热杯及其它任何电器。
- 请勿随意进入护士站、治疗室、换药室，以免影响诊疗质量。不要在护士站无故逗留聊天。请不要擅自翻阅医疗文件、化验单。如果需要了解病情，请向主治医师询问。
- 请遵照医嘱用药，按时服药，如果因各种原因未服药，也请及时告知主管医生，以便及时调整用药方案。外购药需征得主管医师同意，以免影响治疗药物的疗效，或者导致其他不良反应。
- 请不要在病房内放置过多钱财及贵重物品，以免给您带来不必要的经济损失。
- 晚上 9:30 请您自觉关闭电视机及大灯，以免影响其他患者休息。
- 我院规定，住院患者一律不得请假在外住宿。因此，医生护士无权利批准任何患者留宿院外；医院将不定期对住院患者检查，如果发现夜间留宿院外，电脑系统将于第二天早晨自动终止您的住院，请您办理出院手续。
- 为了保证患者的休息和治疗，医院规定探视时间为每日下午 3:00-7:00，非探视时间请勿进入病房影响患者治疗；每次探视不要超过两人，不要将婴幼儿带入病房，以免影响孩子健康；请保持安静。

- 需要陪住的患者，主管医师会开医嘱，但是只陪住 1 人，为了患者安全，请不要坐卧在病床上，请陪住人员协助护士为患者做一些生活护理，保持室内整洁，发现问题及时报告医护人员。

- **病房作息时间，供您参考**

- 6: 00 起床。遵医嘱抽血和留取痰、尿、便标本。
- 7: 00 早餐。
- 8: 00 医护人员晨会交班。
- 8: 00-11: 00 查房、治疗、护理时间，请您尽量不要离开病房，不要看电视，如有特殊检查和治疗，请您告诉主管护士。
- 11: 00 午餐。
- 12: 00-14: 00 午休。
- 14: 00-14: 30 测量体温、脉搏、呼吸及大便情况（大便次数为前一天下午 2: 00 后到当天下午 2: 00 的大便次数）。
- 15: 00 可以看电视。
- 17: 00 晚餐。
- 18: 30-20: 30 休息、散步、患者可洗澡、可收看电视。
- 21: 30 熄灯，关闭电视机。如果需要，您可以使用床头的小灯。



关于医药费用的查询

- 科室计算机没有设置“每日清单”系统，无法为患者打印每日清单；患者在住院期间所发生的一切医药费用随时可以到出院处打印清单（1元/次）。
- 若您对清单中的任何一项有疑问，请及时向护士长或主管护士提出。我们将仔细核对医嘱，采取“多退少补”的原则，将给您一个满意的答复。
- 在医生开具患者出院医嘱时，主班护士将从您入院的第一天起核对您的医药费用及医嘱单。对于“多记、多收；漏记、少收”的项目采取“多退少补”的原则。
- 若患者查看所用药物数量的多少，请以医生开具的长短期医嘱为准。
- 患者在做一些检查/治疗项目时所消耗的卫材、药费等费用由该检查科室记帐收费。如：B超、CT、MRI等等。
- 患者最好在出院结帐前打印清单，核对无误后再去办理结帐手续。因为在您办理完结帐后就不能再办理“收费、退费”手续。



如何办理出院手续？

主管医师根据患者病情决定出院时间，会提前一天开具出院医嘱并通知患者及家人。为了您能快速办理出院手续，请提前一天告诉主管医生您所需要的出院带药。出院当日不能开药，如您需要开药，请在办理完出院手续后到门诊挂号开药。

非北京医保患者出院流程：

出院当天等待护士通知结帐——带好住院押金条去出院处结账并领取诊断证明——中心药房领取出院带药——离院。

北京医保患者出院流程：

有出院带药的患者，出院当天由护工到药房打带药单——护工到医保处审核出院带药——护工交给您取药单，您去门诊二楼中心药房领取出院带药——离院——三个工作日后下午到出院处结账。

北京医保患者如果没有出院带药，出院当天可以直接离院，三个工作日后到出院处结账。



出院后有哪些注意事项？

- 1、**化验血：**各种化疗方案几乎都会影响血象和肝肾功能，出院后请在门诊或当地医院每周复查 2 次血象，1 次肝肾功能。化验后务必请医生判断结果，行相应处理并决定复查时间。
- 2、**预约下次住院：**患者出院前请询问主管医生下次化疗的时间，并仔细阅读出院诊断证明书，结账后即到门诊挂号，开下一次住院的住院预约单（一式两份，患者保留一份，接诊医生将另一份交住院总医生）。预约单只能由我科医师开出。
- 3、**评效检查：**通常每化疗 2-3 周期后要进行一次评效检查。出院后带诊断证明书至我科门诊开所有复查的检查单，分别至相应科室预约，在下次化疗前完成评效检查。检查项目基本与第一次检查项目相同，有病灶的部位是复查的重点。
- 4、**下次住院需备：**患者住院前应该有近 3 日的血常规和近 1 周的肝肾功能化验结果，如需评效应该备齐所有的评效检查结果。备齐上述资料后提前 1-3 天联系住院总医师。
- 5、出院期间如有不适，应该来我科门诊就诊，夜间或周末时间可至我院急诊室就诊。如病情紧急，应该就近医院就诊。
- 6、我科有随诊电话，会在患者出院后 1 周左右电话询问。



关于复印病历

请于出院 1 周后带患者身份证和委托人身份证到住院病案室复印所需资料，以备报销及再次就诊时使用（在门诊大厅地下一层）。





淋巴瘤康复课堂

为了帮助淋巴瘤患者及家人正确认识淋巴瘤，积极配合规范化诊治，降低治疗风险，提高生活质量，我科将定期举办“淋巴瘤康复课堂”活动，针对淋巴瘤诊断、放化疗、预后、治疗副作用及并发症的处置和护理、中医与康复、治疗后的随访问题等等，进行专题讲座，同时现场举行义诊活动，邀请各个领域的专家现场答疑解惑。

地点：北京大学肿瘤医院学术报告厅或者门诊三层会议室；

活动详情请提前两周参见我院网站：<http://www.bjcancer.org>

我科网站：<http://lbl.bjcancer.org>

或者 <http://songyuqin.haodf.com>

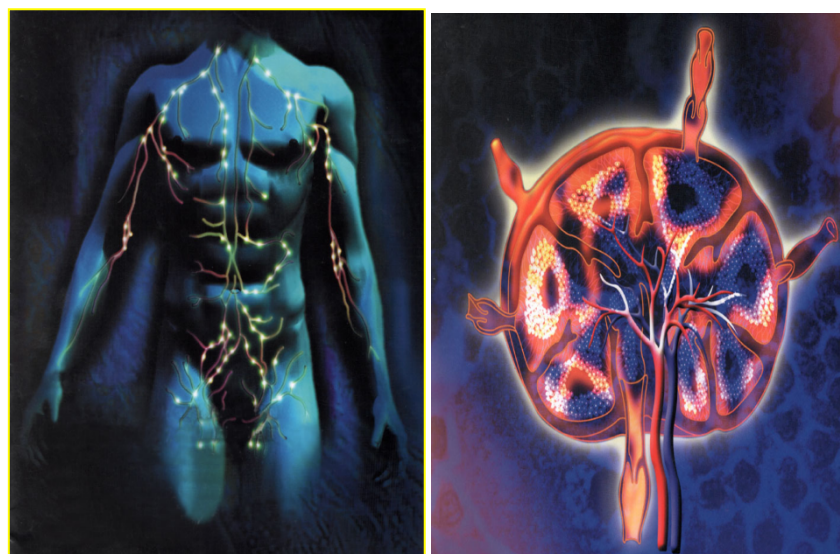
淋巴瘤基本知识



什么是淋巴瘤？为什么会发生淋巴瘤？

淋巴细胞是人体的健康卫士，他们抵抗外来细菌、病毒等的入侵，清除机体内衰老坏死的细胞，维护着机体内环境的“整洁有序”。淋巴细胞是一个“多民族大家庭”，至少有三大谱系：从胸腺发育而来的淋巴细胞称为 T 细胞，从骨髓发育而来的淋巴细胞称为 B 细胞，还有一些细胞是“天然杀手”，称为 NK 细胞。这些淋巴细胞发育成熟后就会“离开家庭、走向社会”，迁徙到全身的淋巴结和其他淋巴组织，包括脾和扁桃体等。蚕豆状的淋巴结成群地分布在淋巴管汇集的部位和静脉周围，筑起了保护人体健康的“防御性长城”。另外，除毛发、指甲、角膜以外的其他组织和器官，如胃肠道、支气管、泌尿系统、生殖系统、皮肤、甲状腺等也广泛分布着大量的淋巴组织，共同组成保护人体健康的淋巴免疫系统屏障（见图）。

淋巴细胞的天性就是永无休止的战斗，几乎遍布全身的淋巴结和淋巴组织就是它们的战场。因此，从我们出生到生命终老，这两大主战场上就充斥着激烈的厮杀。在长期的战斗环境和紧张的工作压力下，淋巴细胞发生量变和（或）质变也就不足为奇了。淋巴细胞发生了恶变即称为淋巴瘤。



A

B

图 1 全身淋巴结分布图 (A) 及淋巴结结构图 (B)

值得注意的是，淋巴管瘤不是淋巴瘤。淋巴结遍布人体全身，就像一个个串珠，他们之间有淋巴管相连接。淋巴结里面的淋巴细胞发生恶变称为淋巴瘤，而淋巴管扩张称为淋巴管瘤。淋巴管瘤是良性病变，可以通过手术或者局部放疗等控制病情，无需化疗。

哪些人容易患淋巴瘤？

目前尚未完全发现淋巴瘤的明确病因，较为公认的是某些感染因素可能与某些类型淋巴瘤的发病有关。例如，人类免疫缺陷病毒（艾滋病病毒）感染患者最常罹患的恶性肿瘤就是淋巴瘤，发病率比普通人群高 60~100 倍；霍奇金淋巴瘤、伯基特淋巴瘤和鼻 NK 细胞淋巴瘤的发病可能与 EB 病毒感染有关；HTLV-1 病毒与成人 T 细胞淋巴瘤/白血病密切相关；幽门螺杆菌是胃 MALT 淋巴瘤的可能病因；丙型肝炎病毒与脾淋巴瘤相关；鹦鹉衣原体感染与眼附属器淋巴瘤的发生相关。

机体免疫功能异常、自身免疫性疾病、器官移植后长期大量应用免疫抑制药物、老龄化很可能是近年来淋巴瘤发病率明显增加的重要原因。放射线、杀虫剂、除草剂、染发剂、重金属、苯等物理因素和化学品也可能与淋巴瘤的发病相关。目前尚未发现淋巴瘤有非常明显的遗传倾向和家族聚集性。

虽然有的家庭可能出现不止一个淋巴瘤患者，但是目前尚未发现淋巴瘤有非

常明显的遗传倾向和家族聚集性，这与家族性乳腺癌、结肠癌是完全不同的概念。此外，如上文所述，虽然淋巴瘤的发病原因很可能与部分细菌病毒有关，但是肿瘤发生的机制非常复杂，感染只是其中一个外在因素，目前也没有发现淋巴瘤有传染的倾向性和群发性。因此，作为淋巴瘤患者的亲属，淋巴瘤的发病风险并不会明显高于普通人群。

但是，如果接受过大剂量、多疗程化疗，尤其是某些影响生殖功能的药物，建议患者在治疗期间避免生育；为了孩子的健康和家庭的幸福，也建议在治疗结束3年后考虑生育。

爱护环境、减少污染、培养良好的生活习惯、对机体的某些慢性炎症性疾病及时治疗、改善机体的免疫功能，不仅有可能减少淋巴瘤的发病率，也是减少其他恶性肿瘤发病率的共同原则。

淋巴瘤有哪些临床表现和症状？

淋巴细胞既可以在它的出生地（胸腺、骨髓）发生恶变，也可以在它战斗的岗位上（淋巴结、脾、扁桃体及全身其他组织和器官的淋巴组织）出现变化，所以，其临床表现是复杂多样的，用“千变万化”来形容毫不夸张。

（1）淋巴瘤最典型的表现是浅表部位的淋巴结无痛性、进行性肿大，表面光滑，质地较韧，触之如乒乓球感，或像鼻尖硬度。以颈部和锁骨上淋巴结肿大最常见，腋窝、腹股沟淋巴结次之。也有患者以深部的淋巴结肿大为主要表现，如纵隔、腹腔、盆腔淋巴结肿大，起病较隐匿，发现时淋巴结肿大往往已比较明显。

（2）进行性肿大的淋巴结可能对周围的组织器官造成影响或压迫，并引起相应的症状。如纵隔巨大淋巴结可压迫上腔静脉，导致血液回流障碍，表现为面部颈部肿胀、胸闷、胸痛、呼吸困难等；盆腔和腹腔巨大淋巴结可压迫胃肠道、输尿管或胆管等，造成肠梗阻、肾盂积水或黄疸，并引起腹痛、腹胀。

（3）淋巴瘤也可以侵及淋巴系统以外的器官，表现为相应器官的受侵、破坏、压迫或梗阻。如胃肠道淋巴瘤的表现如同胃癌和肠癌，可出现腹痛、胃肠道溃疡、出血、梗阻、压迫等症状；皮肤淋巴瘤常被误诊为银屑病、湿疹、皮炎等；侵及颅脑，可能出现头痛、视物模糊、言语障碍、意识不清、性格改变、部分躯

体和肢体的感觉及运动障碍，甚至瘫痪；侵及骨骼，可致骨痛、骨折；侵及鼻咽部，可出现鼻塞、流涕、鼻出血等，类似于鼻咽癌的表现。

（4）淋巴瘤是全身性疾病，因此，除了上述局部症状，约半数患者还可能出现发热、盗汗、乏力、消瘦、食欲缺乏、皮疹、瘙痒、贫血等全身症状。

由此可以看出，如果是浅表部位的淋巴结肿大为主要表现，有可能会提醒我们早发现，深部病灶往往长到比较大的时候才有症状，因此很难早诊断。好在淋巴瘤的分期并不像其他恶性肿瘤那样重要，分期只是决定预后的多个因素之一，病理类型以及肿瘤细胞对化疗方案是否敏感更加重要，因此，不必因为病情发现较晚就感到绝望和懊恼。

淋巴结肿大或淋巴组织增生就是淋巴瘤吗？

与胃肠、肺、乳腺等恶性肿瘤相比，淋巴瘤是相对少见的恶性肿瘤类型。虽然在全球各个国家和地区的发病率并不一致，但通常为（2~5）/10 万人，在全部恶性肿瘤的发病率排位中仅排在第 8~10 位。何况，淋巴细胞的职能就是人体的卫士，淋巴结和淋巴组织就是主战场，因此，每个正常人在其一生中都会反复发生淋巴结肿大和淋巴组织增生。尤其是双侧颌下和腹股沟淋巴结，前者的主要功能是监测和对抗口腔、鼻咽部的炎症反应，后者主要是监测和对抗双下肢、外阴及肛周的炎症反应。在我们一生中，这些部位几乎不可避免地会发生或多或少的感染和炎症反应，出现不同程度的淋巴结肿大也就不足为奇了。大多数情况下，炎症反应消除后，增生肿大的淋巴结也会恢复至正常大小，但如果是长期、慢性炎症刺激，增生、肿大的淋巴结就难以彻底恢复原貌。但这些淋巴结中的淋巴细胞本质是好的，并没有发生恶变，称为淋巴结良性疾病，如慢性淋巴结炎、淋巴结结核、结节病等，此时淋巴结的肿大常较轻，质地较软，有触痛感，抗炎或抗结核治疗有效。

事实上，淋巴细胞从良性到恶性的转变是一个量变到质变的过程。有些淋巴结病变可能介于良、恶性之间，很难做出一个肯定的诊断，或者是一种低度恶性的（也可称为惰性）淋巴瘤。但经过一定时间的演变，有些病变可能彻底转化为恶性度高的（即侵袭性）淋巴瘤，即可能从低度恶性淋巴瘤转化为恶性程度更高的淋巴瘤，对生命造成威胁，需要积极治疗。

淋巴结还是人体的“清洁滤器”，各种恶性肿瘤进展到一定程度都有可能在相应的淋巴引流区域出现淋巴结转移。例如，头颈部恶性肿瘤、肺癌、胃癌、食管癌、乳腺癌晚期会出现颈部和锁骨上淋巴结转移；妇科肿瘤、泌尿系统肿瘤或下肢肿瘤会出现盆腔、腹股沟淋巴结肿大等，我们称之为“淋巴结转移癌”，不是淋巴瘤。因此，淋巴结肿大还需要与淋巴结的转移癌相鉴别。无论哪种恶性肿瘤转移到淋巴结，都要以治疗原发肿瘤为根本原则，例如，肺癌发生淋巴结转移，应该治疗肺癌本身。就像“北京人在纽约”，无论移民到美国多久，仍然是黄皮肤黑眼睛，本质没有改变。

如何鉴别诊断良、恶性淋巴结肿大？

淋巴瘤的发病部位不一，临床表现多样，与其他肿瘤相比，诊断更为困难。最常需要鉴别的是良性疾病引起的淋巴结增生、肿大，此外，还需要与淋巴结转移癌相鉴别。此时的主要依据是病理诊断，也就是在显微镜下寻找恶性细胞。医生丰富的从医经验、高水平的望闻问切、视触叩听、精细的检查和化验，有助于提出正确的诊断方向、可能的疾病类型以及适宜的诊断手段，但都不能替代病理诊断。

由此可以看出，病理诊断是淋巴瘤，也是所有恶性肿瘤诊断的“根本依据”。不管病灶的深浅、位置、大小、形状、硬度如何，必须进行病理活检才能诊断或排除淋巴瘤。浅表淋巴结可以行切除活检，深部病灶则需要在B超或CT引导下进行粗针穿刺活检。胃肠道、鼻咽部、呼吸道病灶可以行内镜检查并取组织活检，胸腔或盆、腹腔病灶可以行胸、腹腔镜检查和活检，必要时可能需要开腹、开胸探查取病理组织。虽然比较麻烦，但对于确诊淋巴瘤是不可缺少的。即便过去曾经患过淋巴瘤，再次出现淋巴结肿大，考虑复发时也要尽量再取组织进行病理诊断。一方面是为了明确淋巴瘤是否复发，另一方面是因为某些淋巴瘤类型可能会发生病理转化，转变为其他类型的淋巴瘤，治疗和预后往往也会随之而变。

有的患者可能会担心这些穿刺和活检可能会造成淋巴瘤细胞转移。实际上，如果真是淋巴瘤或者其他恶性肿瘤，即便不穿刺，肿瘤细胞也会突破肿瘤包膜或者侵入肿瘤内部丰富的血管和淋巴管，导致广泛播散，这是恶性肿瘤的特性。如果不做穿刺或活检，就得不到正确的病理诊断，选择任何治疗都是盲目的，误诊

误治的概率极高，既不符合医疗规范，也会给患者造成极大的伤害。

如果病理诊断初步考虑为淋巴瘤，还需要进行多种免疫组化染色进一步确诊。即便确诊了淋巴瘤，也要继续进行病理分型，因为目前已知淋巴瘤有近 70 种类型，不同类型淋巴瘤的治疗方法和治疗方案，以及治疗效果和预后的差别都非常明显。

由于患病的淋巴结和淋巴组织是人体的健康屏障，是人体抵御入侵者和整顿内部环境的“战场”，常常“满目疮痍、敌我难辨”，在良、恶性疾病之间有时难以鉴别。因此，与其他恶性肿瘤相比，淋巴瘤的病理诊断更为困难，也更容易被误诊。这是由人体淋巴组织的特殊使命和当今医学的局限性造成的，即便全世界最优秀的病理专家也难以做到百分之百的正确诊断和分型。对于有疑问的病例，可能需要多位经验丰富的病理专家进行会诊。甚至为了取得满意的病理组织需要反复取活检，虽然繁琐又延误时间，但是本着对患者高度负责的态度，这是必需的过程，需要患者和家属的理解和耐心。

确诊淋巴瘤后还需要做哪些检查？

淋巴细胞和淋巴结、淋巴组织分布全身的特性，决定了淋巴瘤是一类全身性疾病。起病时往往不止一个病灶，除了毛发、指甲、角膜外，全身有淋巴组织和淋巴结的部位都有可能受到侵犯，包括血液和骨髓。因此，在淋巴瘤诊断明确后，还应对全身病灶的部位、多少、大小等进行全面评估和检查，目的有两个：①对疾病进行分期：同种类型的淋巴瘤，如果分期不同，治疗原则、疗程和预后往往也有较大差别；②留存起病初期的基础数据，便于在治疗后对治疗方案的疗效进行评估，决定是继续原方案治疗还是调整剂量或更换更有效的方案。

PET/CT 是一种重要的医学检查手段，它不仅能够显示肿瘤病灶的大小，还可以显示肿瘤内部的代谢活性，尤其对于淋巴瘤，常规 CT/B 超有时候难以判断稍大的淋巴结是正常淋巴结、淋巴结增生、还是淋巴瘤侵犯，此时 PET/CT 就具有较好的判断价值。因此，如果经济条件允许，建议应该尽量选择行 PET/CT 检查。但是由于惰性淋巴瘤代谢活性低，因此不建议首先选择 PET/CT 检查，但是如果临床上怀疑伴有大细胞转化，PET/CT 是个非常有效的检查方法。

另外，还需要常规检查血象、生化及心电图或心脏超声等。这些项目主要是

为了判断患者的身体状况是否能够耐受化疗？心、肺、肝、肾等重要脏器是否有严重的功能缺陷，是否需要其他科治疗保驾护航？化疗药物和剂量是否需要调整？有无影响预后的不良因素等。

患者可以放心的是，绝大多数淋巴瘤类型的 I 期和 II 期之间、III 期和 IV 期之间治疗和预后差别不大，因此，等待 1~2 周的时间进行化疗前的全面检查是安全的。当然，对于有严重症状的患者可能发展极快，属高度侵袭性的淋巴瘤类型，如伯基特淋巴瘤、淋巴母细胞性淋巴瘤等，就需要尽快治疗。

淋巴瘤都是恶性肿瘤吗？

过去在书籍文献中，我们往往在“淋巴瘤”的前面加上“恶性”两字，近年来，随着对淋巴瘤发病机制的了解越来越深入，目前认为淋巴瘤均为恶性，没有必要再进一步强调“恶性”。因此，临床和病理诊断的“淋巴瘤”都是恶性肿瘤，无“良性淋巴瘤”的说法。

虽然是恶性肿瘤，但是淋巴瘤有几十种亚型，不同亚型的临床过程差别巨大，就像冠心病一样，有的冠心病患者一发病就是心肌梗死，甚至都没有机会抢救，但是有的冠心病患者，虽然心绞痛、胸闷不适多年，但是并没有对生命造成严重威胁。淋巴瘤也是如此，有的类型进展极快，如果不治疗，只能生存数周或者数月；有的发展极慢，甚至在长达 10 年的时间里都无需治疗。因此，明确淋巴瘤的类型非常重要，只有明确了病理类型，才能采取正确的治疗措施，避免治疗过度 and 延误治疗。

需要注意的是，腺淋巴瘤（Warthin 瘤）不是淋巴瘤。腺淋巴瘤是涎腺常见的良性肿瘤，主要采用手术治疗，多发病灶可以复发，但是恶性变罕见。为了避免和淋巴瘤混淆，现在统一称为 Warthin 瘤。

确诊淋巴瘤后如何决定治疗？

全部检查结束后，医生会和患者及家属沟通，根据病情决定是否开始治疗、何种治疗方案、治疗计划等。

总体而言，淋巴瘤是所有恶性肿瘤中治愈率和生存率最高的肿瘤，大部分淋巴瘤患者通过治疗有希望得到治愈或长期生存。但是和其他肿瘤一样，**首次**

治疗方法和治疗方案正确是保证疗效的关键。化疗是目前主要治疗手段，部分患者联合免疫靶向治疗能显著提高有效率、改善生存期。部分患者可联合放疗。手术不是主要治疗手段，只有极少数情况下选择。

由于淋巴瘤多数对化疗敏感，因此治疗方案往往是所有肿瘤化疗方案中最弱的，而且医生在治疗过程中还会对常见不良反应做预防性处理，因此，淋巴瘤患者在化疗过程中一般不会出现显著的不良反应。但也不能完全避免，如骨髓功能抑制、胃肠道反应、肝肾功能损伤等，医生丰富的经验和患者的积极配合是正确处理不良反应的保障。

化疗开始后每 2-3 个周期需进行一次评估检查以评价化疗方案的效果，如果没有达到理想效果，可能需要增加剂量或者更改新的治疗方案。

被宣传的神乎其神的细胞治疗或者生物治疗不是淋巴瘤的常规治疗手段，初治患者应该以正规化疗或者放疗为主，对于某些复发难治的患者可以根据病情酌情选择。

淋巴瘤的治疗方案有哪些？

按照“世界卫生组织淋巴系统肿瘤病理分类标准”，目前已知淋巴瘤有近 150 种病理类型，大体可分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类。根据临床病程的进展速度，还可以分为惰性淋巴瘤、侵袭性淋巴瘤、高度侵袭性淋巴瘤三大类。治疗的基本原则是：①惰性淋巴瘤属于不可治愈性疾病，以缓解症状、改善患者生存质量、尽量减少对骨髓造血干细胞的永久性伤害为原则；②侵袭性淋巴瘤和高度侵袭性淋巴瘤属于可治愈性的肿瘤，但是不同类型的治愈率差别很大。而且这些类型的淋巴瘤属于“一招毙命”的肿瘤，也就是说，一旦确诊，就应该给予规范化、足疗程、足剂量的标准治疗，因为只有一线治疗达到完全缓解的患者才有希望治愈，否则一旦出现病情进展或者复发，只有少数患者能够通过挽救化疗和自体或者异基因干细胞移植才有治愈的希望。因此，对于侵袭性和高度侵袭性淋巴瘤，首次治疗方案和治疗过程极其重要。

经典霍奇金淋巴瘤（HL）属于侵袭性淋巴瘤，治疗方案相对简单经济，效果较好，通常早期霍奇金淋巴瘤可以选择化、放疗联合的治疗模式，或者单纯 ABVD 方案化疗，10 年生存率平均可达 70%~80%。晚期患者，可以选择 BEACOPP 或者

ABVD 方案，必要时也可以联合放疗，10 年生存率平均仍然可以达到 50%~60%。

非霍奇金淋巴瘤占全部淋巴瘤病例的 90% 左右，并且近十几年来发病率逐年升高。非霍奇金淋巴瘤分为 B 细胞型和 T/NK 细胞型两大类。B 细胞型淋巴瘤占 70% 左右，又进一步分为高度侵袭性、侵袭性和惰性淋巴瘤三大类；T/NK 细胞型淋巴瘤约占 30%，主要分为高度侵袭性和侵袭性两大类。随着基础和临床研究的不断发展，淋巴瘤的分类还在进一步细化和完善。

弥漫大 B 细胞淋巴瘤是非霍奇金淋巴瘤中最常见的类型，约占 40% 以上。这也是一组有治愈希望的淋巴瘤。一般而言，CHOP+美罗华方案是目前的标准治疗选择，单纯 CHOP 方案的治愈率约 30%，如果有条件联合美罗华，可以提高 15-20% 的治愈率。化疗周期数是根据分期和预后、中期疗效评估情况等决定的。但是弥漫大 B 细胞淋巴瘤是一大组疾病，可以分十几种亚型，有的治疗完全不同，还是需要具体情况具体分析。

外周 T/NK 细胞淋巴瘤是非霍奇金淋巴瘤的另一大类，但遗憾的是这类淋巴瘤对现有的化疗方案疗效都较差。一般参考弥漫大 B 细胞淋巴瘤的化疗方案，但是由于这类淋巴瘤细胞表面没有美罗华的治疗靶点，所以不能应用美罗华。III~IV 期、尤其是伴有多个不良预后因素的患者，如果年轻、体能状况好，建议在获得缓解后建议继续进行大剂量化疗联合自体造血干细胞移植进行巩固治疗。

惰性淋巴瘤也是非霍奇金淋巴瘤的一大类型，包括多种 B 细胞和 T 细胞亚型。这组淋巴瘤进展较为缓慢，可以长期带病生存，甚至不太影响患者的生活质量。目前即使进行大强度的治疗也无法保证根治这组淋巴瘤，而适当的观察或小强度的化疗可以延长患者的无病生存时间，让患者生活得更加乐观、更接近健康人的生活状态。因此，在没有严重的症状或不适，病情进展不快的情况下，可以适当推迟治疗的时间。但部分惰性 B 细胞淋巴瘤患者，可能会进展成侵袭性淋巴瘤类型，此时就需要积极治疗。是否是惰性淋巴瘤，诊断非常重要，否则可能延误病情；此外应该密切随访，如果出现需要治疗的指征，应该尽快开始治疗，以免造成不可挽回的后果。

不同的淋巴瘤类型，治疗的原则不同，治疗方案和疗程也不同；即便是同一种类型，不同的分期、不同的部位和预后条件、不同的年龄，治疗也不完全相同；血象、肝肾功能、心脏疾病、糖尿病、肝炎等都会影响到治疗方案的选择和药物

剂量的调整。因此，应该选择专业科室进行治疗。

淋巴瘤治疗过程中需要注意哪些事项？

全部检查结束后，医生会根据病情和病理类型决定是否开始治疗、采用何种治疗方案、大概的治疗计划等。此时，主管医生与患者、家属之间的沟通非常重要。

患者之间存在个体差异，医生会根据肝肾功能、心脏功能、血象、血糖及其他并发症等做适当的调整。在治疗过程中会常规对各种常见的不良反应做预防性处理，如止吐，使用保护肝肾功能、心功能的药物等。即使如此，也不能完全避免某些不良反应的出现，几乎所有的化疗药物都有骨髓抑制、脱发、胃肠道反应、肝肾功能损伤等副反应，只是发生程度和侧重面不同而已。因此，为了能够安全、按时地开始下一个周期的化疗，如有异常情况应及时向主管医生和值班医生报告病情变化，并按照要求定期复查血象及肝肾功能。

任何一种化疗方案都不可能达到 100% 的疗效，是否有效主要与患者的个体差异有关，有的患者天然携带某些耐药基因，对某些化疗药物天生耐药，所以，一般每化疗 2~3 个周期后要进行一次评估疗效的检查。评估疗效的目的是为了评价治疗方案的效果，如果没有达到理想效果，可能需要增加剂量或者更改治疗方案。检查项目基本与第一次的检查项目相同，有病灶的部位是复查的重点。

能够预防淋巴瘤复发吗？

经过化疗或联合放疗后达到完全缓解的恶性肿瘤患者，并非就彻底根除了肿瘤细胞，这种完全缓解只是一种临床意义上的初步治疗成功，实际上此时体内还可能残留许多肿瘤细胞，只是用目前常用的 CT、B 超、PET-CT 和血液学检查还难以检测到而已。例如，霍奇金淋巴瘤和弥漫大 B 细胞淋巴瘤，虽然初治的有效率很高，完全缓解率也很高，但仍有约四分之一至三分之一的病例会复发。外周 T 细胞淋巴瘤的复发率就更高了。而大多数惰性淋巴瘤用目前的治疗方法也是基本不可能完全治愈的，或早或晚都可能会复发。

哪些措施能够预防复发呢？目前，临床研究的数据显示，仅对于滤泡性淋巴瘤和老年套细胞淋巴瘤有比较肯定的结论，认为单药美罗华维持治疗，每 2~3

个月一次，可以延缓复发的时间，是否能够减少复发的概率还不得而知。对于其他 B 细胞淋巴瘤类型，结论不是非常肯定，通常要依据具体病例的临床病理特点和治疗过程综合分析。对于其他类型淋巴瘤，还没有预防复发的确切、有效的措施。

初次治疗效果不好或复发了，是否意味着失去了治愈的希望？

虽然和其他绝大多数恶性肿瘤相比，淋巴瘤的整体治疗效果和预后结果较好，但是这主要是指接受一线治疗的初治患者。如果一线治疗效果不佳，虽然对多数淋巴瘤类型而言，复发的患者再次接受规范治疗后仍然幸运的有 30%~50% 的有效率，某些惰性淋巴瘤的有效率更高。但是在此需要特别强调的是，即便二线方案效果不错，但是也很难通过常规化疗获得治愈。患者可能对很多方案有效，但是却不能根除淋巴瘤，往往在数个周期化疗后病情再次进展，再更换方案可能仍然有效，但是不久后再次进展，如此反复迁延，人体被肿瘤和各种治疗折磨消耗的羸弱不堪，而肿瘤却在这场持久战中被锻造的更加顽固和耐药，在不太久的时间内，肿瘤终将会战胜人体。因此，诊断淋巴瘤之后的首个治疗方案是决定能否治愈的关键所在，建议到正规、有经验的治疗中心就诊。

无论哪种类型的淋巴瘤，经过更改化疗方案再次治疗后，绝大部分患者会再次复发，如果单纯依靠常规剂量的普通化疗，侵袭性非霍奇金淋巴瘤和霍奇金淋巴瘤患者很难获得治愈的机会，因此对于这类淋巴瘤，如果是年轻患者，建议在第二次治疗效果比较好的情况下，要尽早考虑大剂量化疗联合自体干细胞移植，部分患者仍然有希望治愈。必要的时候甚至需要异基因干细胞移植。惰性淋巴瘤患者虽然一而再、再而三的治疗仍然有效，但是大部分类型的有效持续时间会越来越短，复发的频率越来越高，疗效越来越差，因此年轻患者也要考虑干细胞移植这类积极的治疗方式。

淋巴瘤为什么要进行造血干细胞移植？

复发或者难治的淋巴瘤患者，接受常规剂量的化疗后很难达到治愈，为了提

高治愈率，减少复发，就需要提高化疗剂量和强度，但是伴随而来的是，骨髓造血功能也受到破坏，患者长时间处于骨髓抑制状态，容易合并感染、出血和贫血，同时免疫功能也受到影响。因此，对于需要大剂量化疗的淋巴瘤患者，在化疗有效、肿瘤得到一定程度缓解的情况下，往往要预先将造血干细胞从外周血中分离出来，并冻存在-80 度冰箱或者液氮中。当经过多周期化疗后，淋巴瘤病灶达到完全缓解或者接近完全缓解的情况下，患者进入移植病区接受大剂量化疗，化疗后就可以回输预先冻存的造血干细胞进行支持治疗，帮助患者的机体尽快恢复骨髓造血功能和免疫功能的重建。这就是自体干细胞移植。

少数淋巴瘤患者，对化疗不敏感或者骨髓持续存在肿瘤细胞，这种情况下就无法接受自体干细胞移植，需要异基因干细胞移植，也就是需要他人提供造血干细胞。这种治疗的风险较大，费用高，往往是不得已而为之。

靶向药物能否替代化疗治疗淋巴瘤？

利妥昔单抗（美罗华）是第一个应用于恶性肿瘤并取得满意疗效的单克隆抗体靶向药物，其后，在淋巴瘤领域里相继又诞生了多个靶向药物，取得了满意疗效，而毒性、耐受性均较好，在 2012 年的美国血液学年会上就提出了“淋巴瘤远离化疗”，2013 年的美国临床肿瘤学大会上也出现了“化疗缺席淋巴瘤治疗”！让人禁不住向往着“无需化疗即可治愈淋巴瘤”的梦想。或许对惰性淋巴瘤而言，这个梦想并不遥远，惰性淋巴瘤不可治愈和慢性病程的生物学特点，以及目前靶向药物在这类淋巴瘤中显现的高效性，让临床医生已经具有了这种信心，或许不久的将来，我们治疗惰性淋巴瘤就像治疗糖尿病一样，每天一粒药就足够了。但是我们也要清醒地认识到，靶向药物获得的疗效其实非常脆弱，绝大多数为部分缓解，完全缓解率极低，而且价格昂贵，因此每天一粒药片就能控制惰性淋巴瘤的梦想还需要时日；对侵袭性淋巴瘤而言，毫无疑问，化疗依然是一线和挽救治疗的主力！

淋巴瘤患者如何随访？

淋巴瘤属于恶性肿瘤，无论哪种类型都有复发的风险，因此淋巴瘤治疗结束

后不能掉以轻心，仍然需要定期复查。治疗结束后前两年复发的风险比较高，复查的频率要高一些，通常 3~4 个月复查一次，两年后可半年复查一次，五年后可改为每年复查一次，坚持终身。虽然通常把治疗后五年不复发作为肿瘤治愈的判断标准，但不同类型淋巴瘤之间的差别比较大，例如，惰性淋巴瘤不能根治随时都可能复发，而伯基特淋巴瘤在治疗结束一年后就很少复发了。

检查的项目依病变部位、病理类型而定，总之，原来的患病部位是复查的重点，其他部位及血液学检查也要兼顾。由于惰性淋巴瘤的复发概率极高，而且复发时间可以拖延很久，因此不建议这类患者经常行 CT 检查，尽量选择超声检查等无辐射或者低辐射的检查替代。而侵袭性淋巴瘤类型，由于 2 年后复发的概率明显降低，因此也不建议经常行 CT 检查。

尽管 PET/CT 有很多优点，但是，通常不把 PET/CT 作为常规的随访检查手段。只有临床高度怀疑病情复发，或者某些 B 细胞低度恶性淋巴瘤可能向侵袭性淋巴瘤发生转化时，为判断病情或者指导更加精确的病灶定位活检，才考虑进行 PET/CT 检查。

患过淋巴瘤是否就被打上了终身患病的烙印？

随着淋巴瘤治疗效果的极大改善，许多患者能够长期生存、甚至结婚生育，从表面上看和普通人群没有差别，但是远期并发症和生活质量却是长期生存的淋巴瘤患者不容忽视的重要问题，如第二肿瘤、心血管疾病、不孕不育、心理障碍等。

淋巴瘤患者治疗结束 10 年后出现第二肿瘤的发病率明显高于普通人群，一线方案联合放疗的患者发生第二肿瘤的概率更高。肺癌和乳腺癌是最常见的继发肿瘤，患者应每年进行 X 线胸片或 CT 检查。女性患者应定期自检乳腺，每年进行乳腺健康查体。接受胸部或腋窝放疗的患者，在治疗结束后 8~10 年或 40 岁后应每年进行乳腺磁共振成像筛查。

一些抗肿瘤药物和纵隔放疗可产生心脏毒性作用，幸存者出现症状或发生致死性心脏病的风险显著增加，并且大多数患者同时具有其他的心脏病危险因素。因此，对于血压和血脂异常的患者应进行积极地监测和治疗。出现进行性疲乏或胸痛症状的患者应进行心血管专科检查。对于妊娠的女性患者，由于心脏压力显

著增加，应进行心功能监测。

约 50%长期生存的淋巴瘤患者可合并甲状腺功能异常，尤其是曾接受颈部和上纵隔放疗的女性患者发病率更高。最常见的是甲状腺功能低下，甲状腺功能亢进及甲状腺良、恶性结节也较常见，并与放射剂量有关。因此，对治疗后的淋巴瘤患者应每年进行甲状腺功能检测，异常者应常规给予激素替代治疗，甚至可能需要终生服药。

盆腔放疗及烷化剂、丙卡巴肼化疗对性腺的毒副作用极大，尤其是处于青春期的患者更为敏感脆弱，可导致患者性腺功能低下和不孕不育。

因此，建议淋巴瘤幸存患者定期到专业肿瘤医院进行随访并持续终生。

中医在肿瘤治疗中的作用有哪些？（作者系北京大学肿瘤医院中西医结合科 薛冬副主任）

肿瘤患者常会问这样一些问题，“我不想手术和化疗，能吃中药治疗肿瘤吗？”“听说化疗毒性很大，病人受不了，用中药治疗行吗？”

中药只是肿瘤综合治疗的方法之一，中医药不能代替手术、化疗和放疗。那么，中医在肿瘤治疗中有哪些作用呢？从目前的证据和经验来讲，中医有以下作用：

（1）减轻放化疗的副作用，提高机体的耐受力。化疗药往往都有一定的毒副作用，根据化疗药的不同，副作用的表现也不同。如白细胞下降、恶心、呕吐、腹泻、手足麻木等，中药可辅助西药减轻这些副作用，同时还可改善机体脏腑的功能。如通过养血补肾法，保护骨髓的造血功能；通过和胃止呕法，在减轻恶心症状的同时改善食欲；健脾止泻法，减轻化疗引起的腹泻；用活血通脉的方法减轻手足麻木；用养阴生津法，改善放疗引起的口干等。在减轻放化疗副作用的同时提高机体的耐受力，使患者较顺利地完成放化疗。

（2）改善不适症状，提高生活质量。很多患者在治疗中都会出现不同的症状，如咳嗽、腹泻、口干、失眠、食欲不振、疲乏、疼痛等，这些症状给患者造成了很大的痛苦，甚至影响治疗。中医通过辨证施治，可改善患者的不适症状，减轻患者的痛苦，同时减轻心理压力，提高生活质量。

（3）配合放化疗增加疗效。许多临床研究证实中西医结合治疗可提高肿瘤

的治疗效果。如晚期非小细胞肺癌的治疗，鼻咽癌的放疗，晚期胃癌的治疗等，国内外一些临床试验进一步证实了中西医结合在控制肿瘤和延长患者的生存方面有更大的优势。

（4）对于不能接受手术或放化疗的患者，特别是一些晚期肿瘤患者多次治疗后产生耐药，或因严重的内科疾病、重要脏器功能严重受损等，接受相对积极的治疗有较大的生命风险，中医药是可以选择的一种方法。特别是通过中医的整体调节，扶正抑瘤，可以提高带瘤生存的生活质量。而且价格相对便宜，特别是汤药，对于经济困难的患者可以承受。

（5）养生康复。由于治疗不可避免地会对机体有不同的伤害，很多患者在治疗后面临如何康复的困惑。祖国医学在调养、锻炼、扶正及恢复机体功能、增强体力等方面有一定特点和宝贵经验。希望患者在有经验的专科医生指导下，结合自身情况调理身心，恢复健康。

任何一种治疗方法，都有其适应证和局限性。我们要客观了解中医在肿瘤疾病治疗中的作用，才不会盲目走入治疗的误区！

如果您对中医中药治疗、康复、营养、理疗等问题有任何疑问，请参考我院中西医结合科李萍萍主任主编的《癌症离你有多远：肿瘤是可以预防的》和季加孚院长主编的《肿瘤防治篇》！



淋巴瘤化疗中都有哪些常见副作用？

A. 骨髓抑制：俗称“血象低”，包括：白细胞减少、感染、贫血、血小板减少及出血。任何化疗药物都有可能出现这些问题，只是程度不同，出现的时间不同，不同患者的敏感性也不同，因此，化疗后及时查血象，及时使用升白细胞药物是根本。有的患者由于担心升白细胞药物可能会对骨髓有影响，坚持不用。其实这种担心大可不必，这些升白细胞药物是人体本身就存在的，只不过正常情况下人体含量低，化疗后血象低，人体供应不足，因此需要外来补充，不会对人体有任何长远副作用。

B. 胃肠道和粘膜副反应：恶心、呕吐、腹泻、便秘、口腔粘膜炎、肛周脓肿或者炎症。化疗期间的饮食以清淡、易消化、少量多餐为主，如果有便秘或者腹泻，请及时通知医生。注意保持口腔和肛周清洁。

C. 皮肤毒性：接受化学治疗或生物治疗的患者都可能产生一系列的皮肤并发症，包括皮疹、皮肤干燥、色素沉着、甲周炎、眼部反应如结膜炎、干燥性角膜结膜炎、流泪等。注意保护，避免刺激，必要时请到皮肤科治疗。

D. 脱发：多数化疗药物都会导致脱发，蒽环类药物更明显，很难避免，但是化疗后头发一定能够重新恢复，而且往往比既往的头发更好，因此，患者大可放心。

E. 心血管毒性：包括心律失常，低血压，高血压，不稳定型心绞痛，急性心肌梗死等，需要定期进行心电图，超声心动图等检查，治疗期间持续使用心电监护，感到心慌、呼吸困难或头晕时，立即告知医护人员。

F. 肺毒性：如果在治疗过程中或者治疗间歇期，出现呼吸困难、呼吸急促、咳嗽、紫绀等，请尽快就医。

G. 出血性膀胱炎：如果出现血尿、膀胱刺激症状，出现排尿困难、尿频尿急、排尿烧灼感、夜尿症或少尿症，需要及时就诊，并多饮水。

H. 肝脏、肾脏毒性：所有化疗药物都会经过肝脏和肾脏代谢和排泄，这使得肾脏和肝脏容易受到伤害。化疗期间注意大量饮水，避免服用肝肾毒性的药物非常重要，尤其是一些中药和保健药，都会有不同程度的肝肾毒性。此外，脂肪肝和慢性肝炎病人也会容易出现化疗性肝损伤，前者需要清淡饮食，后者有的患者需要抗乙肝治疗。

I . 神经毒性：多数化疗药物的神经毒性都比较低，但是长春碱类药物是淋巴瘤非常重要的化疗药物，其主要副作用就是神经毒性，如果出现刺痛、麻木、感觉异常、皮肤对轻微的触感和针刺感减退或消失等，要及时告知医生，可以适当更改药物，也可以到我院中医科门诊开中药泡脚手脚，效果不错，也可以服用营养神经的药物。

J. 疲乏：疲乏是癌症治疗最常见的副作用，包括睡眠紊乱，情绪低落和活动减少，不要太担心，应合理摄入热量，要特别注意补充体液和电解质，注意休息，平衡活动与休息时间。

K. 发热：又称体温过高，当腋下温度超过 37.3℃或口腔温度超过 37.5℃，可称为发热。发热是淋巴瘤患者常见的症状之一，常常是白细胞低合并感染导致的，部分药物也会引起发热。

发热时应及时通知护士或医生，或者到门诊就诊，给予相应处理。

患者要多饮水，以补充高热消耗的大量水分，并促进毒素和代谢产

物的排除；保持口腔、鼻腔、肛周及皮肤清洁；给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质食物，少量多餐；减少活动，适当休息。保持休息环境清洁，室温适宜，空气流通。



化疗期间的饮食和注意事项

由于化疗可以引起恶心、呕吐、腹泻、便秘、口腔溃疡、口腔粘膜炎症、白细胞减少、贫血、血小板减少、感染、心律失常、肺损伤等。因此，在化疗期间应当注意饮食、卫生等。

1、在化疗前应当告知原有的疾病史，如胃或十二指肠溃疡、冠心病、乙型肝炎、肺结核等。因上述疾病可能在化疗后加重，发生并发症而给您的健康带来危险。

2、鼓励少量多餐。多进食低脂、高蛋白、多维生素和易消化的食物，避免进食油腻、辛辣、高盐和口味重的食物。

3、多饮水。建议在化疗期间每日饮水量至少为 8-10 杯，同时医生还会给予输液，以减轻化疗药物或其代谢产物对人体肾脏、膀胱的损伤。基本要求是要保证每天的尿液清亮。

4、改正不良的口腔卫生习惯，建议使用软毛刷刷牙。有龋齿、牙龈炎的患者应在治疗间歇期到我科口腔科门诊及早处理，避免导致严重感染而影响治疗。

如果发生口腔溃疡，可根据情况采用生理盐水、口泰、制霉菌素漱口液等漱口，并给予口腔溃疡被膜散等药物治疗。

5、出现粒细胞减少时，注意保持室内清洁、空气流通、紫外线消毒、保持口腔及肛门清洁等。注意进食卫生。严重者需要住院接受保护性隔离及抗生素治疗。

6、当血小板减少低于五万时（ $50 \times 10^9/L$ ），应减少活动，避免磕碰，必要时卧床休息。避免进食带刺、带骨头的食物，保持大便通畅。严重者需要及时给以升血小板药物治疗或者住院治疗。抽血或者穿刺的部位要较长时间按压，避免出血。

7、心理放松。注意适当休息，保证睡眠充足，可以通过看书、看电视、听音乐等来放松心情。可以寻求家人、护士及医师的帮助。

必要时心理门诊就诊。

8、如果在化疗中发生不适，如恶心、呕吐、心慌、发热、咳嗽、呼吸困难等应尽早告知医护人员，并查明原因，给予相应的治疗。



需要放疗的患者，放疗过程中请注意以下事项

照射部位皮肤的护理：选用全棉柔软内衣，避免粗糙衣物摩擦；照射野皮肤可用温水和柔软毛巾轻轻沾洗，禁用肥皂等碱性较大的清洁剂清洗或热水浸浴；局部皮肤禁用碘酒、酒精等刺激性消毒剂，避免冷热刺激如热敷、冰袋等，也不要使用浴霸；为了避免造成感染，照射区皮肤禁止剃毛发，宜用电剃须刀，防止损伤皮肤；照射区皮肤不能进行注射或输液；外出时防止日光直晒，应予遮挡；局部皮肤不要搔抓，皮肤脱屑切忌用手撕剥；多汗区皮肤如腋窝、腹股沟、外阴等处保持清洁干燥。也可以请放疗科医生提前开立专用的药物或药膏以作预防。

头颈部肿瘤照射护理：应保持照射部位的清洁。注意鼻腔冲洗，保持清洁卫生，对眼、耳、鼻可滴抗生素，切忌使用含金属眼药，以免增加眼结膜反应。加强口腔卫生，每次饭后用软毛牙刷刷牙，漱口液含漱 3 次/日。若鼻腔干燥可滴以无菌石蜡油湿润，鼻塞可滴用麻黄素，



保持室内一定的温、湿度。口腔照射应事先摘掉假牙、金牙，减少口腔黏膜反应。唾液分泌减少者应使用氟制牙膏。

腹腔、盆腔照射护理：照射前应排空小便，减少膀胱反应。

营养和饮食护理：注意色、香、味，少量多餐，鼓励家属送一些病人可口的食品，为病人提供丰富的营养。头部放疗时可出现嗅觉、味觉异常或消失，应注意营养搭配，保证进食；切忌追求重口味，刺激性食物。对全腹或盆腔放疗引起的腹泻，宜进少渣、低纤维饮食，避免吃易产气的食物如糖、豆类、洋白菜、碳酸类饮料。严重腹泻时，需暂停治疗。放疗期间多饮水，每日 3000ml 以增加尿量。

注意：进放射治疗室不能带入金属物品如手表，钢笔等。

清洁时注意照射区域标记线，如标记不清时可找放疗科医生重新做标记。



骨穿、腰穿、胸穿、腹穿术后注意事项

- 穿刺处皮肤要保持清洁、干燥，若敷料脱落或有渗液，或者贴敷料的部位有瘙痒疼痛等感觉，请及时通知我们，以便及时处理。
- 腰椎穿刺术后请您去枕头平卧 6 小时，您可以在床上翻身，可以仰卧和侧卧，但头部不能抬起高于胸部。
- 胸腔穿刺后，如有胸闷、气短、心悸痛、头晕、恶心、呕吐等不适症状，请及时通知医生护士，以便给予相应处理。如胸腔注入化疗药，请尽量左右翻动，使药物在体内充分吸收。
- 腹腔穿刺后如有胸闷、气短、心悸、腹部疼痛等不适症状，请及时通知医生护士。如腹腔注入化疗药，请尽量左右翻动，使药物在体内充分吸收。
- 以上操作术后的当日，应尽量多休息，减少外出，不要做剧烈运动，术后三日内请保持局部敷贴整洁，保护好穿刺部位不被污染，不能沐浴。



中心静脉插管后的健康指导

- 为了保证治疗顺利，减少反复静脉穿刺的痛苦、化疗药物对血管的刺激、以及药物渗漏对周围皮肤肌肉造成破坏，淋巴瘤科患者大部分留有中心静脉置管。主要有两种，一种是 PICC（经外周静

脉置入中心静脉导管)，一般在前臂或上臂；另一种是 CVC（中心静脉置管），多在颈部、锁骨下，及腹股沟等部位。

- 输液过程中，如发现流速减慢或不畅时通知医护人员以便及时处理。
- 留置导管的患者应密切观察上肢有无肿胀或疼痛，有无局部皮肤红肿。静脉炎或静脉栓塞时易发生上述症状，请及时通知护士，以免延误病情。
- 避免导管弯曲打死折，让导管处于自然放置状态；但也不需要刻意的伸直手臂，完全不动。
- 通常 PICC 每周更换一次贴膜及接头，并用生理盐水进行冲管。CVC 贴膜每周更换 2 次，接头每周更换 1 次；需每周冲管 2 次，并用肝素盐水封管，可以和换膜同时进行。因穿刺点渗出较多或出汗较多致使贴膜翘起或脱落，应立即更换。门诊患者请到门诊三层静脉导管中心处理。
- PICC 导管内禁止做增强 CT 时加入药物，需另建静脉通路。
- 减少留置管部位的活动，尤其是重体力活动，避免拎 5 公斤以上的重物，如举重、抱小孩等，避免导管向外滑脱、折断或堵管。若导管出现断裂等情况应立即就医。
- 剧烈咳嗽或呕吐时，应按住导管，必要时遵医嘱使用止咳药。
- 在淋浴时注意保护导管贴膜，避免感染。可用保鲜膜缠绕包裹。洗澡后如发现贴膜固定不牢时，及时找护士更换。
- 禁止泡浴和游泳。

干细胞动员采集（分血）过程中要注意哪些问题？

分血前：

- 分血前清淡饮食，避免高脂肪食物。
- 医生会为您留置分血使用的深静脉置管，通常在腹股沟部位，请减少活动量，避免局部出血。
- 护士会通知您去 9 层输血科进行分血的时间，并为您注射分血前的药物。
- 可以自带水杯、便盆。

分血中

- “分血”过程中会由专业的机器从深静脉置管中抽取血液，将需要的干细胞从您的血液中分离出来，然后将其他血液成分再输回您的身体。
- 采集过程没有损失自身血液。
- 分血过程中不会出现明显不适，您可能会出现口角轻微麻木感或轻微抽搐，护士将为您口服或静推葡萄糖酸钙即可缓解。
- 您身边会有医护人员陪同，请您不用紧张。紧张会使血管收缩，更不利于分血的顺利进行。

分血后：

- 分血后如有头晕、恶心、呕吐等不适时，及时找医护人员，我们会给予相应的处理。
- 一般分血会需要 2~3 个小时，连续分血三天，也有可能缩短或

延长时间。

- 每天分血结束后，为了保持深静脉置管的通畅，夜班护士会在您睡前和晨起分别为您冲管，请您不要长时间离开病房。
- 整个分血结束后医生会为您拔除深静脉置管，并帮助您按压 **10 分钟左右**，之后请您或家属再认真按压穿刺点 **20-30 分钟**，以免出血。拔管后 **3 小时**内请您不要下蹲（尤其是蹲着穿鞋或上厕所），不要使劲憋气或腹部用力。
- 3 天以后可以洗澡。



如果您对肿瘤治疗过程中的毒副作用、中医中药治疗、康复、营养、理疗等问题还有任何疑问，请参考我院中西医结合科李萍萍主任主编的《癌症离你有多远：肿瘤是可以预防的》和季加孚院长主编的《肿瘤防治篇》！这两本书能够回答您所有的疑问！

北京大学肿瘤医院地理位置及交通方式

我院位于北京市海淀区阜成路 52 号，在海淀区西八里庄，航天桥西。

- 距离北京首都国际机场 39 公里：可乘坐出租车 110 元左右；或者乘坐机场大巴至航天桥下车，转乘出租车 10 元即到；或者乘坐机场快轨转地铁 10 号线在西钓鱼台站下车，西行 1000 米即到。
- 距离北京火车站 14 公里：可乘坐出租车 30 元左右；或者乘坐地铁 2 号线到阜成门站下车，转乘出租车西行 20 元左右；或者转乘地铁 10 号线在西钓鱼台站下车，西行 1000 米即到。
- 距离北京火车西站 6 公里：可乘坐出租车 15 元左右；或者乘 40 路公交车至西钓鱼台站下车，西行 1000 米即到；或者转乘地铁 10 号线在西钓鱼台站下车，西行 1000 米即到。
- 北京火车南站：可乘坐出租车 50 元左右；或者乘坐地铁 4 号线，转乘地铁 10 号线在西钓鱼台站下车，西行 1000 米即到。
- 如有疑问，也可咨询我院网站：<http://www.bjcancer.org>
我科网站：<http://lbi.bjcancer.org>