

## II 期鼻腔非何杰金氏淋巴瘤的放射治疗

### ——附 68 例疗效分析

湖北省肿瘤医院 肖小炜\* 李长青

**摘要** 本文总结 1975 年至 1988 年收治 II 期鼻腔非何杰金氏淋巴瘤 68 例, 单纯放射治疗和放化综合治疗各 34 例。全组随访率为 98.5% (67/68), 5 年生存率为 52.9% (36/68), 单纯放疗组为 32.4% (11/34), 综合治疗组为 73.5% (25/34) ( $P < 0.01$ )。放疗剂量以 55~65GY 适宜, 主要死亡原因是远处转移。

**关键词:** 鼻腔; 非何杰金氏淋巴瘤; 综合治疗

本文收集湖北省肿瘤医院和江汉油田中心医院自 1975 年至 1988 年收治的 68 例 II 期鼻腔非何杰金氏淋巴瘤进行回顾性分析。

#### 资料与方法

1. 临床资料: 按国际分期标准<sup>[1]</sup>均为 II 期病例, 共 68 例, 男 39 例, 女 29 例。年龄 15~67 岁, 以 30~60 岁为高发年龄。病理类型: 全组均经病理组织学证实, 按 1985 年成都会议分类方案分类<sup>[2]</sup>, 其中低度恶性 16 例, 中度恶性 28 例, 高度恶性 24 例。68 例均未作淋巴造影, 胸腔镜及 CT 等特殊检查。

2. 治疗方法: 本组采用<sup>60</sup>Co 外照射为主, 少数加用加速器, 电子束或 X 线照射。放疗设野以鼻前野为主, 原发灶肿瘤量 55~65GY/5~7 周, 预防区域剂量 40GY 左右。放化综合治疗组在放疗前后用 CTX、VCR、强的松联合化疗。一般化疗 2~4 周期。

#### 结 果

本组病例均随访 5 年以上, 1 例失访, 随访率为 98.5%。失访按死亡计算, 5 年生存率为 52.9%, 单纯放疗组为 32.4%, 放化综合治疗组为 73.5%, 经统计学处理有非常显著差异 ( $P < 0.01$ )。病理类型、治疗方法与 5 年生存率的关系见表。

表 病理类型、治疗方法与 5 年生存率的关系

病理类型	放化综合治疗组	单纯放疗组	P 值
低 度	75.0% (6/8)	50.0% (4/8)	
中 度	69.2% (9/13)	28.6% (4/14)	
高 度	76.9% (10/13)	25.0% (3/12)	
合 计	73.5% (25/34)	32.4% (11/34)	<0.01

死亡原因: 本组已知死亡 31 例 (不包括失访), 其中, 骨髓侵犯 2 例, 远处淋巴结侵犯 11 例, 腹腔侵犯 12 例, 原发灶复发 1 例, 非肿瘤死亡 1 例, 死

亡原因不明 4 例。在明确死因的 27 例中, 远处淋巴结及远隔脏器侵犯 23 例, 占 85.2% (23/27), 放化综合治疗组远处侵犯率为 20.6% (7/34), 单纯放疗组为 47.1% (16/34), 经统计学处理有非常显著差异 ( $P < 0.01$ )。

#### 讨 论

1. 治疗原则: 鼻腔非何杰金氏淋巴瘤的根治性治疗仅适用于 I、II 期患者, 照射范围主要选用鼻前野加双侧耳前野, 病灶侵犯邻近解剖部位者选用双侧面颈联合野加鼻前野, 放疗剂量文献报告不一, 多数作者认为治疗量以 50~60GY 为佳<sup>[3~5]</sup>。本文放化综合治疗组 5 年生存率为 73.5% (25/34), 单纯放疗组为 32.4% (11/34), 两组生存率有非常显著差异 ( $P < 0.01$ )。

2. 化疗的重要性: II 期非何杰金氏淋巴瘤放射治疗失败的主要原因是侵犯远隔脏器和隔下淋巴结<sup>[6]</sup>, 本文明确死因的 27 例中, 23 例为远隔侵犯, 其中单纯放疗组远隔侵犯率为 47.1% (16/34), 综合治疗组为 20.6% (7/34), 两组有明显差异 ( $P < 0.01$ )。分析两者的 5 年生存率和远隔侵犯率我们认为: 对鼻腔 II 期非何杰金氏淋巴瘤足量放疗后加用化疗, 以达到降低其远处转移率, 提高其生存率。采用 CTX 和 VCR 联合化疗是行之有效的治疗方法。

#### 参 考 文 献

- 1 Fletcher, FH. Textbook of radiotherapy 3rd ed, Lea and Febiger Philadelphia, 1980, 414: 589
- 2 第四届全国淋巴瘤座谈会技术组. 1985 年成都会议修订非何杰金氏淋巴瘤工作分类方案及诊断指标. 肿瘤, 1987, 5: 277
- 3 顾仲义, 等. I、II 期鼻腔非何杰金氏淋巴瘤的放疗. 中国放射肿瘤学, 1987, 1 (2): 17
- 4 皮正超, 等. 鼻腔非何杰金氏淋巴瘤放射治疗. 中国放射肿瘤学, 1990, 4 (3): 16

\* 江汉油田中心医院肿瘤科进修医师

5 张志贤, 等. 鼻腔非何杰金氏恶性淋巴瘤的放射治疗. 中华肿瘤杂志, 1984, 6 (4) : 287

6 高淑珍, 等. 咽淋巴环非何杰金氏淋巴瘤的放射治疗. 中国放射肿瘤学, 1989, 3 (2) : 84

## Radiotherapy of Stage I Non-Hodgkin's lymphoma in Nose — Analysis of 68 Patients

Xiao xiao wei, et al

Hubei cancer Hospital, wuhan 430070, China

This paper report 68 patients with Stage I Non-Hodgkin's lymphoma in nose were treated from 1975 to 1988, There are 34 patients treated by radiotherapy alone, 34 radiotherapy plus chemotherapy in these patients The 5-year follow-up rate was 98.5%, the overall 5-year survival rates was 52.9%. The 5-year survival rates of radiotherapy alone and radiotherapy plus chemotherapy were 32.4% and 73.5% ( $P < 0.01$ ). Radical doses ranging from 55—56GY are considered to be suitable The chief cause of failure was distant metastasis.

**Key words:** Nose; Non-Hodgkin's lymphoma; combine therapy

## 普查鼻咽癌 51000 人小结

广州市肿瘤医院头颈外科 陈显明

鼻咽癌在我国的分布具有明显的地区性, 广东、广西、湖南、福建、台湾等省(区)是鼻咽癌的高发区。中山医科大学肿瘤医院、肿瘤研究所曾对广东中山市 242757 例居民进行鼻咽癌普查, 发现 555 例鼻咽增生性病变, 对其中 307 例作了活检, 33 例病理确诊为 I 期鼻咽癌。我们先后在广州、花县、云浮县等 42 家厂、矿进行鼻咽癌普查共 51000 人, 发现鼻咽可疑性癌变及增生性病变 495 例, 对其中 405 例作了活检, 16 例病理确诊为鼻咽癌, 58 例为鼻咽粘膜腺体鳞状化生及淋巴组织增生, 6 例为鼻咽囊肿, 2 例鼻咽结核, 1 例鼻咽毛细血管瘤, 322 例为鼻咽粘膜慢性炎症改变。

### 讨 论

李振权认为: 凡鼻咽前顶中央, 特别是鼻咽侧壁发生的增生性结节, 大小在 0.5cm 直径以上; 腺样体合并重度感染, 尤其是合并结节形成或肉芽肿者; 鼻咽腺样体高度增殖都应视为癌前期病变。对上述病变发生了表面粘膜粗糙、糜烂、溃破、出血、或粘膜色泽改变为灰白色都应考虑为癌变。对鼻咽顶侧交界和侧壁发生的, 以及在腺样体基础上发生的增生性结节或粘膜下隆起, 更要注意。我们在普查中发现的 16 例鼻咽癌患者中, 有 10 例是发生在鼻咽顶

或侧壁的增生性结节隆起且有溃疡形成, 而另 6 例是发生在鼻咽隐窝处见有慢性炎症样增殖伴肉芽样突出, 有 7 例可以摸及颈深上淋巴结肿大, 所以我们认为, 对鼻咽粘膜发生增生性结节伴溃疡或肉芽样突出, 同时在普查中应认真检查颈深上淋巴结有无肿大。1984 年我们在广东省云浮硫铁矿鼻咽癌普查中, 发现鼻咽慢性炎症增殖性病变的职工人数都比较高, 而该矿历年的鼻咽癌发病亦同样高, 几乎每年都有新发病例, 所以鼻咽慢性炎症增殖性病变与鼻咽癌的发生关系, 值得进一步研究探讨。中山医科大学肿瘤研究所总结鼻咽增生性病变的临床病理和生物学特性的研究结果, 对病理组织学诊断为单纯性增生或化生、异型性增生或化生的病例, 3 年追踪的结果可由单纯性病变→异型性病变→恶性病变。我们于 1984 年在广州某工厂普查鼻咽癌时, 有 2 例在当时检查只是发现鼻咽顶有增殖性慢性炎症, 经活检病理报告也是鼻咽粘膜呈慢性炎症改变, 未见癌, 但 2 年后病者发现有涕血及耳鸣, 来医院门诊, 经病理确诊为鼻咽癌低分化鳞状细胞癌。所以我们认为, 对鼻咽癌高发区, 在条件许可的情况下, 尤其是厂矿, 应每 2~3 年普查一次, 对普查出来的鼻咽增殖性病变, 应作定期追踪复查。