

41例恶性淋巴瘤死亡病例临床分析

第四军医大学附属一院内二科 张家华

本文收集我科1960—1982年期间41例恶性淋巴瘤死亡病例。全部病例系我科住院患者，均有活体病理检查或尸检证实。通过分析吸取一些经验教训。现将资料报告如下。

临床资料

一、性别、年龄分布

男性30例，女性11例，男女之比为2.7：

1。年龄范围12—67岁，平均年龄33.5岁，小于20岁8例（19.5%），20—40岁21例（51.2%）为发病高峰年龄，40—60岁10例（24.4%），60岁以上2例（4.9%）。

二、组织学分类及临床分期

何杰金氏病13例（31.7%），其中淋巴瘤细胞为主型1例，混合细胞型6例，淋巴细胞削减型1例，其余5例未分型；非何杰金氏淋巴瘤28例（68.3%）含淋巴瘤肉瘤22例，网状细胞肉瘤6例，非何杰金氏淋巴瘤中含白血肉瘤9例（21.95%）。根据1971年Ann,Arbar国际分期法，本文41例临床分期如下：I期0，II期13例（31.7%），III期11例（26.8%），IV期17例（41.5%）。大多数病例未进行外科分期。

三、症状和体征

临床症状和体征主要决定于肿瘤部位。腹腔型淋巴瘤主要是发热、腹痛、腹泻、便血和腹部包块；颈前部包块型或纵膈型淋巴瘤是发热、呼吸困难或吞咽困难。41例患者症状、体征分布见表（1）。

四、诊断符合率

41例中临床诊断与病理诊断相符者18例，误诊19例，疑诊4例。误诊为淋巴结核，

引至骶前，可根据不同情况采用不同径路，不必强求一致。②伸引大网膜无须隧道，这样易于观察网膜血运，可避免因进入隧道太紧、扭转等导致大网膜坏死的发生。③与对照组比较，住院日期明显缩短，且术后随访无1例并发症发生。本法经临床实践证实是一行之有效的方法，值得推广。

小 结

本文报道34例直肠癌根治术病人，20例

表（1）临床症状和体征

症 状	例数	%	体 征	例数	%
发 热	40	97.5	表浅淋巴结肿大	32	78
腹 痛	23	56.1	肝 大	16	39
呼 吸 困 难	13	31.7	腹部包块	13	31.7
便 血	12	29.3	纵膈增宽	9	21.9
腹 泻	10	24.4	胸 水	8	19.5
(含脂肪泻1例)			黄 疸	8	19.5
吞 咽 困 难	4	9.7	脾 大	7	17.1
排 尿 困 难	3	7.3	颈部包块	6	14.6
下 肢 瘫 痪	3	7.3	腹 水	5	12.2
呕 吐	2	4.9	肺内转移灶	5	12.2
腰 痛	2	4.9	肺门包块	4	9.7
左 下 肢 痛	2	4.9	肠穿孔	3	7.3
声 音 嘶 哑	1	2.4	剥脱性红皮病	2	4.9

淋巴结炎者9例占误诊病例的47%，其它分别误诊为肠炎、痢疾、胃癌、肝癌急性白血病，横贯性脊髓炎和甲状旁腺机能亢进等。

五、治疗及死亡原因

41例中单纯应用化疗21例，单用放疗1例，化疗联合放疗11例，剖腹探查6例，抗结核及激素治疗2例。

41例中主要死于呼吸道梗阻、窒息6例，消化道大出血5例，感染8例，全身广泛性出血4例，肠梗阻3例，肠穿孔并发急性腹膜炎3例，恶病质2例，昏迷休克2例，败血症1例，肺水肿1例，中毒性肝炎2例，食道气管漏1例，冷凝集反应1例，急性肾功能衰竭1例，药物中毒1例。

15例腹腔型淋巴瘤中10例（66.6%）死于消化道出血、肠梗阻。肠穿孔并发急性腹

应用骶前大网膜填塞，会阴部创口拆线均一期愈合，术后平均住院11天。对照组14例病人，术后平均住院37天。住院日期明显缩短，获得满意效果。

参 考 文 献

- (1) 柴仲培等。中华外科杂志，19（10）580，1981
- (2) 李世拥等。实用外科杂志4（4）211，1984

膜炎；颈部包块型3例中2例死于呼吸道梗阻，颈部包块同时伴有纵膈包块型3例全部死于呼吸道梗阻，单纯纵膈型4例死于出血、肺水肿、呼吸道梗阻和药物中毒。白血肉瘤9例，其中5例死于感染和出血。

肿瘤直接致死（肠梗阻、肠穿孔、呼吸道梗阻、消化道出血、恶病质等）21例（51.2%），非肿瘤直接致死（感染、出血、肝肾功不全、中毒等）20例（48.8%）。

六、影响预后的因素

根据本文资料，患者预后与性别、临床分期、组织学类型，有无骨髓受累以及肿瘤原发部位有一定的关系。41例存活期与预后因素详见表（2）。病程计算：自诊断至死亡止。

表（2）影响预后的因素

	临床分期			性别		组织学分型			骨髓受累		肿瘤原发部位			
	I	II	IV	男	女	何杰金氏病	非何杰金氏病	淋巴瘤	无	有	腹腔内	颈部和（或）纵膈包块	其它	
例数	13	11	17	30	11	13	28	19	9	15	10	16		
病程（月）	8	4	1.9	6.1	0.9	8.0	2.5	3.1	1.9	4.0	2.5	4.0		

讨 论

本组病例临床与病理诊断符合率低，误诊率高。类似情况国内也有报告^[8]。根据本资料，有以下方面的经验教训：1. 腹腔型淋巴瘤误诊率最高，15例中13例误诊。

2. 最易误诊为结核和肠炎，占误诊数的63.1%。一例22岁患者因慢性腹痛，腹泻，腹部可扪及包块，长期按肠结核、溃疡性结肠炎治疗，三年后消化道大出血，尸检证实腹膜后何杰金氏病。3. 腹腔内淋巴瘤常不伴有表浅淋巴结肿大，本组15例中有9例使检查者不易想到淋巴瘤。同时因为腹腔淋巴瘤的主要症状无特异性，常误想到其它常见的肠道疾病如肠结核、痢疾、溃疡性结肠炎等。因此，对于有长期发热、腹痛、腹泻、便血或腹部有包块者要警惕腹腔淋巴瘤。

4. 要注意特殊首发表现类型的淋巴瘤。本组中2例表现为急性白血病。1930年丹麦报告802例何杰金氏病中有5例演变成急性白血病^[5]。另2例表现为上腹部包块误诊为

肝癌和胃癌；1例表现为截瘫误诊为横贯性脊髓炎；1例表现骨痛误诊为甲状旁腺机能亢进；1例表现脂肪泻误诊为肠炎。另一例先患冷凝血素病，采用CTX及CB₁₃₄₈治疗，20个月后发现淋巴结肿大，诊断淋巴瘤。据文献报告约2%的淋巴瘤可并发自家免疫性疾病，包括冷凝血素病，又据报告，免疫抑制剂治疗自家免疫性疾病又可促发淋巴瘤的产生。

淋巴瘤患者死亡原因可分为肿瘤直接致死和非肿瘤直接致死两大组。本组病例非肿瘤直接致死率高于国内外某些报道^(1、2、6)。非肿瘤直接致死率高可能是患者存活期缩短的一个重要原因。本组肿瘤直接致死者平均存活期16.1月，非肿瘤直接致死者平均存活期8.4月。在11例女性病例中8例（73%）是非肿瘤直接致死，其存活期明显缩短。造成非肿瘤直接致死率高的原因可能是多方面的。如一例颈部及纵膈包块伴呼吸困难患者，连续2天内静脉注射CTX800毫克（400mg×2），5天后白细胞由9,7000下降到3,500，尿中大量非晶形尿酸盐，突然尿闭，血pH6.91死亡。肾组织病理检查发现肾小管内多量尿酸沉积及肾小管广泛坏死，考虑系化疗后并发高尿酸血症所致急性肾功能衰竭。

根据本组资料提示：1. 性别：性别与预后的报告不一，一般认为女性愈后比男性好^(4、9)。本组女性病例中晚期病例占82%，由于并发症致死者高达73%。这可能是本组女性存活期显著短于男性组的原因；2. 何杰金氏病比非何杰金氏淋巴瘤预后好；3. 临床分期越晚，预后越差；4. 恶性淋巴瘤并发白血病者比未并发白血病者预后差；5. 颈部和（或）纵膈型伴有呼吸道梗阻者预后差。

小 结

本文报道41例恶性淋巴瘤死亡病例，分析了几种影响生存期的因素和几种主要死亡原因，在诊断上提出了误诊的几点经验教训。

参 考 文 献

1. 涂楚英等：70例非何杰金氏淋巴瘤尸检病例的病理形态观察和分析。淋巴瘤学刊，5：3，1981
2. 叶玉玲等：57例非何杰金氏淋巴瘤尸检病理分析。淋巴瘤学刊，5：4，1981

大肠癌侵犯膀胱的临床表现

解放军总医院普通外科 韩淑媛

1975年2月至1985年2月,我院收治大肠癌496例(乙状结肠癌69例,升、横结肠100例,直肠癌327例)。其中有四例肿瘤侵犯到膀胱。四例中有三例具有泌尿系症状,一例并发结肠膀胱瘘,另一例虽肿瘤侵犯到膀胱,但并无泌尿系临床症状。

1. 大肠癌浸润膀胱,亦即原发肿瘤已穿透肠壁浆膜。从解剖部位看,乙状结肠、直肠、降结肠、迴盲部均毗邻膀胱、子宫。因此在处理大肠癌时,应从病史、临床症状和一些特殊检查结果进行详细分析和推敲,既使无泌尿系症状,亦应想到有侵犯膀胱的可能性。如本组四例大肠癌侵犯到膀胱,其中三例原发肿瘤在乙状结肠,一例是直肠。三例有泌尿系症状,另一例(例3)虽肿瘤与膀胱紧密粘连,但并无泌尿系症状。

2. 大肠癌侵犯膀胱的临床表现不一,早期多为尿频、尿急、尿痛的表现,用抗菌素治疗,症状可减轻,但难以彻底奏效。如例1,曾并用抗菌素治疗,不久即出现粪尿、气尿才确诊。肿瘤侵犯膀胱壁越深,泌尿系症状越明显,除尿频、尿急、尿痛外,甚而出现全身症状、发热、消瘦、贫血,若肿瘤侵犯到膀胱粘膜,可使粘膜血管破裂出血,导致严重的全程血尿、贫血症状。当肿瘤继续发展,穿透肠壁、膀胱壁而形成瘘管一大肠膀胱瘘,此时可出现粪尿、气尿或尿中有食物纤维等典型症状。

3. 若肿瘤侵犯膀胱未达粘膜层,临床也可在一般时间内不出现泌尿系症状。因此在制定手术方案时,要考虑肿瘤对邻近脏器的侵犯,手术应该彻底,免致复发。本组四例中就有二例是乙状结肠癌术后复发,致

使病变发展侵犯到膀胱。分析此二例在第一次手术切除肿瘤时,切除范围比较姑息,以致术后相隔只有几个月,局部肿瘤就复发,并扩散到膀胱。

4. 如何鉴别肿瘤是由膀胱侵犯到大肠,还是由大肠转移到膀胱,主要应通过如下一些必要的检查,如钡灌肠、膀胱造影、尿液分析及膀胱镜检。膀胱镜检查是一个有效的方法,可直接窥视膀胱粘膜、瘘口病变和周围炎症,但有时分辨是炎症或是肿瘤,亦是比较困难的。应取活体组织病理检查或进行细胞学检查,如为移行上皮或乳头状细胞,则原发肿瘤在膀胱,相反,则可判断原发肿瘤在大肠。

5. 1967年ALdrete⁽¹⁾曾提及在13000例结肠癌手术中,仅有42例形成瘘,约占0.32%。而我院296例中只有一例,约占0.33%,与国外资料相似。ALdrete⁽¹⁾亦提到由大肠癌引起膀胱瘘的部位,34例中大部分在乙状结肠,4例在直肠,4例在迴盲部。徐汉明⁽²⁾分析,也以结肠癌为多,其中以乙状结肠癌为最多。本组病例与上述报导相同。

大肠膀胱瘘虽属晚期表现,但如手术彻底,预后并非无望。ALdrete⁽¹⁾提到如有可能应将结肠的肿瘤、肿瘤瘘管,以及膀胱受侵犯的部位全部切除。Carson⁽³⁾曾报告三年治愈率45%。本组4例随诊时间短,尚在观察中。

参考文献

1. ALdrete et al; Arch Surg 1967;94: 672
2. 徐汉明; 中华泌尿外科 1984; 5卷2期
3. Carson c c et al; J urol; 1978, 119: 744

3. 北京市肿瘤研究所内科: 恶性淋巴瘤 110例临床分析. 中华内科杂志 19(1): 30, 1980

4. Fisher R. I et. al; Factors Predicting Long-term survival in diffuse mixed, histiocytic, or undifferentiated Lymphoma, Blood J. Am.

Soc.Hema.58(1); 45, 1981

5. Nordentoft A. M et. al; Hodgkin's disease in Denmark Scand. J. Hematal 24: 321 1980

6. 周际昌等; 400例恶性淋巴瘤临床表现及预后分析 天津医药输血及血液学附刊 2: 326, 1984