

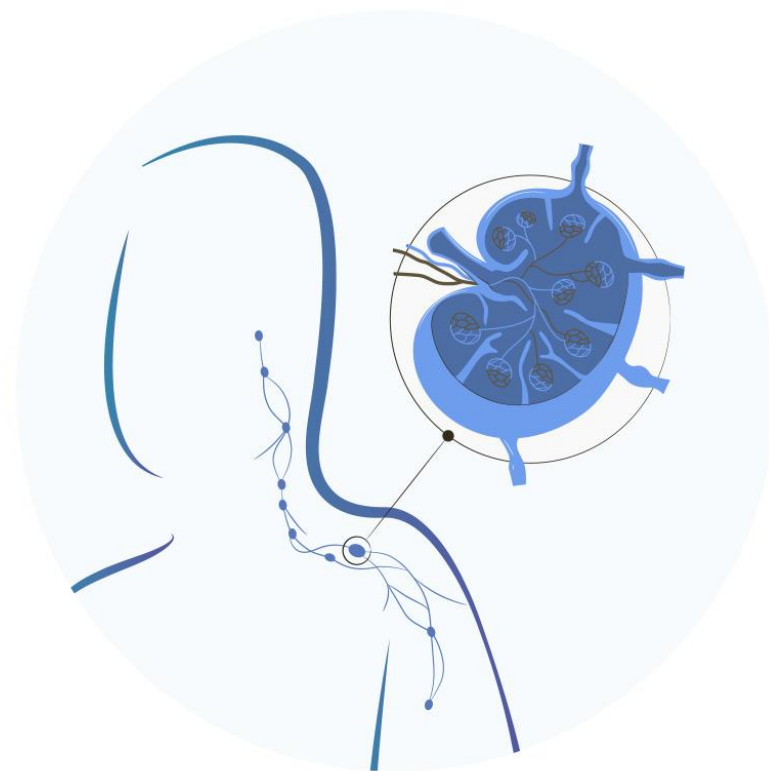


中国抗癌协会

CHINA ANTI-CANCER
ASSOCIATION

中国抗癌协会 淋巴瘤患者指南

GUIDELINES FOR PATIENTS
WITH LYMPHOMA



目录

致广大患者朋友和家属的一封信.....	01		
第一章 基础知识.....	02		
1.淋巴系统.....	02		
2.淋巴瘤定义.....	03		
3.发病情况.....	03		
4.淋巴瘤病因.....	04		
第二章 预防措施.....	08		
1.预防方法.....	08		
2.筛查方法.....	09		
第三章 诊断方法.....	10		
1.症状表现.....	10		
2.辅助检查.....	12		
3.淋巴瘤分期.....	20		
4.鉴别诊断.....	23		
第四章 治疗方式.....	24		
1.化学治疗.....	25		
		2.放射治疗.....	27
		3.靶向治疗.....	29
		4.免疫治疗.....	30
		5.外科治疗.....	33
		6.造血干细胞移植.....	33
		7.中医中药治疗.....	34
		8.常见淋巴瘤的治疗原则.....	34
		第五章 康复管理.....	40
		1.居家护理.....	40
		2.合理饮食.....	41
		3.心态平衡.....	44
		4.科学运动.....	46
		5.定期随访复查.....	47
		6.预防复发.....	47
		7.淋巴瘤预后.....	49
		第六章 推荐阅读.....	50

指南编委会

主编（姓氏笔划排序）

石远凯（中国医学科学院肿瘤医院）

冯继锋（江苏省肿瘤医院）

纪春岩（山东大学齐鲁医院）

李建勇（江苏省人民医院）

邱录贵（中国医学科学院血液病医院）

张清媛（哈尔滨医科大学附属肿瘤医院）

编委会成员（姓氏笔划排序）

丁凯阳（安徽省肿瘤医院）

王华庆（天津市人民医院）

王季石（贵州医科大学附属医院）

王 欣（山东省立医院）

王晓波（大连医科大学附属第二医院）

牛 挺（四川大学华西医院）

白 鸥（吉林大学第一医院）

冯 茹（南方医科大学南方医院）

刘 红（南通大学附属医院）

刘丽宏（河北医科大学第四医院）

刘艳艳（河南省肿瘤医院）

刘 辉（北京医院）

刘 耀（重庆大学附属肿瘤医院）

江松福（温州医科大学附属第一医院）

苏丽萍（山西省肿瘤医院）

苏 毅（中国人民解放军西部战区总医院）

李文瑜（广东省人民医院）

李玉华（南方医科大学珠江医院）

李炳宗（苏州大学附属第二医院）

李 菲（南昌大学第一附属医院）

杨建民（上海长海医院）

杨 威（中国医科大学附属盛京医院）

杨海燕（中国科学院大学附属肿瘤医院）

吴 晖（福建省肿瘤医院）

吴德沛（苏州大学附属第一医院）

沈建箴（福建医科大学附属协和医院）

宋永平（郑州大学第一附属医院）

宋 奎（湘西自治州人民医院）

初晓霞（青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院）

张会来（天津医科大学肿瘤医院）

张利玲（华中科技大学同济医学院附属协和医院）

张明智（郑州大学第一附属医院）

张智慧（四川省肿瘤医院）

张 瑾（浙江大学医学院附属邵逸夫医院）

陈 彤（复旦大学附属华山医院）

金 洁（浙江大学医学院附属第一医院）

周 辉（湖南省肿瘤医院）

赵 莹（佛山市第一人民医院）

赵维莅（上海交通大学医学院附属瑞金医院）

侯 明（山东大学齐鲁医院）

侯 健（上海交通大学医学院附属仁济医院）

施文瑜（南通大学附属医院）

闻淑娟（新疆医科大学附属肿瘤医院）

姜义荣（东莞市人民医院）

洪国平（贺州市人民医院）

贺鹏程（西安交通大学第一附属医院）

袁国林（襄阳市中心医院）

夏凌辉（华中科技大学同济医学院附属协和医院）

顾伟英（常州市第一人民医院）

顾洪飞（淋巴瘤之家）

顾康生（安徽医科大学第一附属医院）

柴 晔（兰州大学第二医院）

徐 兵（厦门大学附属第一医院）

高广勋（中国人民解放军空军军医大学第一附属医院）

黄文荣（解放军总医院第五医学中心）

黄 亮（华中科技大学同济医学院附属同济医院）

黄晓兵（四川省人民医院）

黄慧强（中山大学附属肿瘤医院）

曹军宁（复旦大学附属肿瘤医院）

彭志刚（广西医科大学第一附属医院）

景红梅（北京大学第三医院）

曾 珊（中南大学湘雅医院）

翟志敏（安徽医科大学第二附属医院）

颜晓菁（中国医科大学附属第一医院）

薛宏伟（青岛大学附属医院）

致广大患者朋友和家属的一封信

尊敬的患者朋友：

淋巴瘤是最常见的淋巴造血系统恶性肿瘤，我国每年淋巴瘤发病人数约10万，类型复杂，临床表现多样。淋巴瘤虽然高发，但并不可怕，随着医学技术的不断进步，淋巴瘤在一定程度上成了可治愈的肿瘤，越在早期发现、规范治疗，治愈率越高。然而，很多淋巴瘤患者诊断与治疗不够及时，首次治疗不够重视，导致后期治疗难度增加。

因此，我们中国抗癌协会集合了全国顶级的淋巴瘤临床专家，结合国内外淋巴瘤诊疗新进展，撰写了这本《淋巴瘤患者指南》，这也是由多学科权威专家集体编写的中国第一本淋巴瘤患者指南，它全面、系统、科学地介绍了淋巴瘤的防、筛、诊、治、康基础知识。为广大读者提供权威、实用的淋巴瘤科普知识，希望能帮助读者了解淋巴瘤的防治，保持健康的生活方式，积极配合医生进行规范化诊疗，获得更好的治疗效果，提高生活质量。

——中国抗癌协会

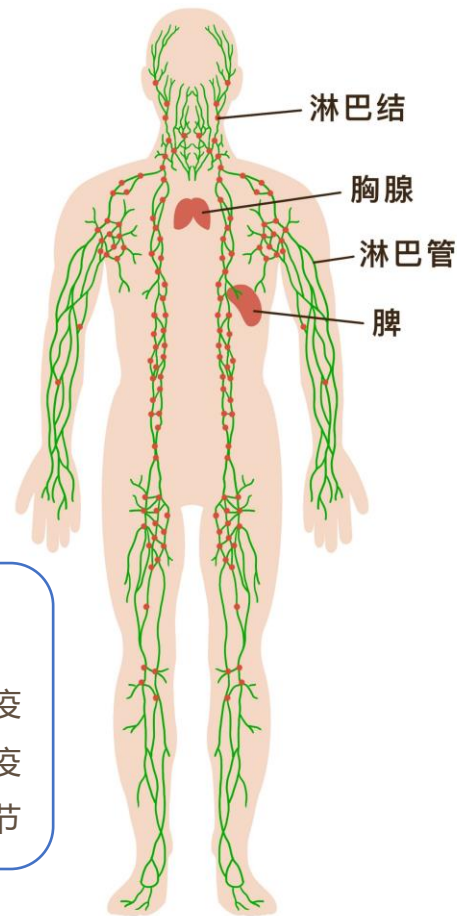
第一章 基础知识

1. 淋巴系统

淋巴系统是机体重要的免疫系统，能够起到防御疾病的作用，它遍布身体各处，由淋巴管、淋巴细胞、淋巴结及淋巴组织或淋巴器官构成。

淋巴细胞主要包括T细胞、B细胞和NK细胞三类，功能为参与细胞免疫、参与体液免疫和发挥免疫调节作用。淋巴组织是免疫应答的场所，其以网状结缔组织为支架，充满大量淋巴细胞和其他免疫细胞。淋巴器官则主要由淋巴组织构成，可分为中枢淋巴器官（胸腺、骨髓）和外周淋巴器官（淋巴结、脾、扁桃体等）。

机体遭受各类病原微生物感染、化学药物、外来的毒物、异物、机体自身的代谢产物等多种因素都可以引起淋巴结内的细胞成分如淋巴细胞的增生，导致淋巴结肿大。淋巴结肿大，可以是炎症性的，也可以是肿瘤性的。



功能

参与细胞免疫
参与体液免疫
发挥免疫调节

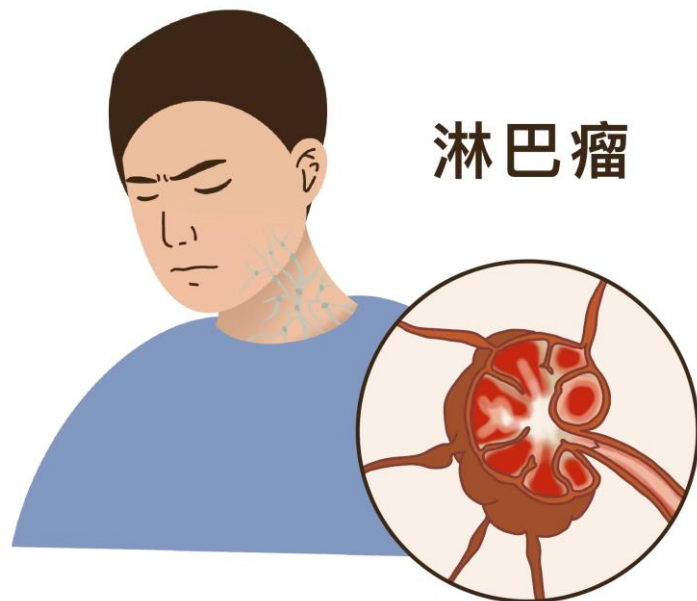
第一章 基础知识

2.淋巴瘤定义

淋巴瘤是最常见的淋巴造血系统恶性肿瘤，是一类以淋巴组织或淋巴细胞异常增生为特征的恶性肿瘤，淋巴瘤病理类型复杂，临床表现多样，可以累及全身各个系统或组织。淋巴瘤的发病可能与感染、免疫功能异常、物理、化学因素等有关。淋巴瘤通常可分为霍奇金淋巴瘤（HL）和非霍奇金淋巴瘤（NHL）两大类。霍奇金淋巴瘤占淋巴瘤的9%~10%；非霍奇金淋巴瘤占全部淋巴瘤病例的90%左右，分类复杂，恶性程度不同，预后差别较大。

3.发病情况

我国淋巴瘤的总体发病率为4.75/10万，明显低于欧美各国及日本，但近些年我国淋巴瘤的发病率呈逐年上升的趋势。据世界卫生组织统计显示2020年我国新发霍奇金淋巴瘤6829例，其中男性4506例，女性2323例；死亡2807例，其中男性1865例，女性942例。2020年我国新发非霍奇金淋巴瘤92834例，其中男性50125例，女性42709例；死亡54351例，其中男性29721例，女性24630例；男性NHL发病率和死亡率均居全部恶性肿瘤第10位；女性NHL发病率和死亡率均未进入全部恶性肿瘤的前10位。



第一章 基础知识

4.淋巴瘤病因

目前淋巴瘤的发病原因尚未明确，可能与多种因素有关，如感染、免疫功能异常、物理、化学因素等。其中免疫功能异常占较大比重，常见于自身免疫性疾病、遗传性免疫功能不全、接受器官移植后服用免疫抑制剂的患者。这些免疫功能异常患者，极易感染细菌、病毒，在感染艾滋病病毒、人类T细胞白血病/淋巴瘤病毒-1（HTLV-1）、Epstein-Barr病毒（EB病毒）等病毒时，都会增加患淋巴瘤的机会。

4.1 感染因素

4.1.1 病毒感染

EB病毒：又名人类疱疹病毒-4（HHV-4），是人类认识的第一个与肿瘤密切相关的病毒，研究分析显示，EBV感染与多种淋巴瘤的发生有关，包括伯基特淋巴瘤、NK/T细胞淋巴瘤、经典型霍奇金淋巴瘤等。



第一章 基础知识

人类T细胞白血病/淋巴瘤病毒-1 (HTLV-1)：是一种RNA病毒，被证实是成人T细胞白血病/淋巴瘤的病因。

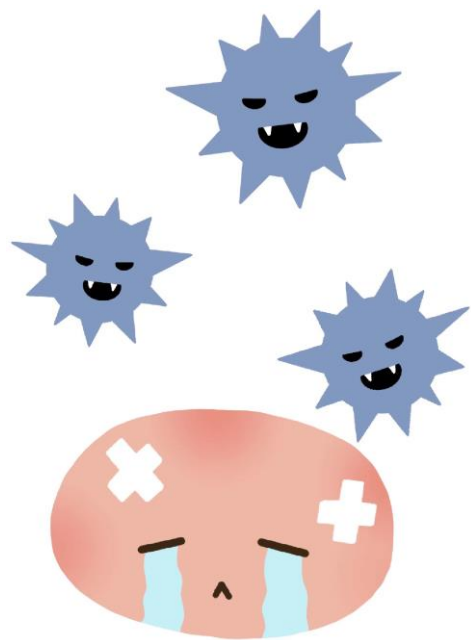
人类疱疹病毒-8 (HHV-8)：也被称为卡波氏肉瘤相关性疱疹病毒，被认为是原发于体腔内的淋巴瘤的病因。

人类免疫缺陷病毒 (HIV)：可以攻击体内T淋巴细胞，引起免疫力下降，人们发现HIV阳性患者后期除了易合并机会性感染外，还容易合并卡波氏肉瘤和淋巴瘤等肿瘤。

此外，还有研究认为人类嗜T淋巴细胞病毒2型 (HTLV-2) 与原发皮肤的T细胞淋巴瘤-蕈样霉菌病发病可能有关。

4.1.2 细菌感染

幽门螺旋杆菌 (Hp) 感染与胃黏膜相关淋巴瘤的发病相关。空肠弯曲菌与小肠黏膜相关淋巴瘤的发病相关。



病毒攻击细胞

第一章 基础知识

4.2 免疫因素

4.2.1 免疫功能缺陷

免疫功能缺陷与淋巴瘤发病关系密切。很多原发性免疫缺陷及获得性免疫障碍的病人更易发生淋巴瘤及其他肿瘤。

4.2.2 免疫抑制

淋巴瘤的发生与免疫抑制药物的应用密切相关。

4.2.3 免疫功能紊乱

临床研究表明免疫功能紊乱与淋巴瘤的发生有密切关系，如干燥综合征、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、系统性硬化症和皮肤炎等自身免疫性疾病患者发生淋巴瘤的几率高于正常人群。

第一章 基础知识

4.3 环境因素

4.3.1 物理因素

电离辐射可以引起淋巴瘤，淋巴瘤的发病与接受电离辐射剂量有关，如果长时间接触电离辐射，会增加患淋巴瘤的风险。



4.3.2 化学因素

①长期使用杀虫剂、农药等农耕、林业人员发生淋巴瘤的可能性增加；②长期接触苯丙烯、苯等化学物质的职业人员发生淋巴瘤的可能性增加；③染发剂中“偶氮染料”成分与淋巴瘤发生相关。



4.4 遗传因素

遗传改变与淋巴瘤有一定关系。部分患者可见明显的家族聚集性，兄弟姐妹可先后或同时患淋巴瘤。另外，不同人种的淋巴瘤亚型发病率有明显区别。白种人霍奇金淋巴瘤或部分非霍奇金淋巴瘤的发病率高于其他人种。而东亚人种的NK/T淋巴瘤发病率明显高于其他人种。

第二章 预防措施

1.预防方法

目前尚无明确的方法能够预防淋巴瘤的发生，但针对导致淋巴瘤的病因采取一定的措施，能够降低淋巴瘤的发病风险。

1.1 预防感染

预防如EB病毒、人类嗜T淋巴细胞病毒1型（HTLV-1）、人类免疫缺陷病毒（HIV）、幽门螺旋杆菌（Hp）等与淋巴瘤相关的感染，一旦明确及早治疗，能够降低淋巴瘤的发生风险。

1.2 避免接触引起淋巴瘤的环境因素

①避免放射线照射和放射线尘埃接触，或采取有效防护措施；②避免接触相关的毒性物质，如苯丙烯、苯、氯乙烯、砷、橡胶、汽油和有机溶剂涂料等化学物质；③尽量避免使用含有“偶氮染料”的染发剂。

1.3 定期体检

①定期体检，早发现早治疗；②积极治疗自身免疫性疾病或慢性疾病；③长期应用免疫抑制剂者，应在医生指导下定期复查。

1.4 健康生活

适当体育锻炼，健康膳食，戒烟限酒，保持乐观的健康心态，有助于机体免疫功能稳定。

第二章 预防措施

2.筛查方法

2.1 一般人群

每2~3年1次常规体检。

2.2 淋巴瘤高危人群

如长期接触放射线照射或放射线尘埃接触史者、免疫功能低下、有自身免疫性疾病或器官移植史者，建议每年进行一次常规体检。

2.3 体检项目包含

- ①体格检查：浅表淋巴结、肝脏和脾脏触诊；
- ②超声检查：浅表淋巴结、腹腔淋巴结和肝脾超声；
- ③血常规和生化检查。



第三章 诊断方法

目前淋巴瘤诊断已进入将临床特征、组织形态学、免疫表型及分子遗传特征相结合的时代。结合患者的临床表现、体格检查、实验室检查、影像学检查及病理学检查结果进行综合诊断。组织病理学和分子病理学诊断是决定治疗原则和判断预后的重要依据，是淋巴瘤诊断的金标准。

1. 症状表现

淋巴瘤的临床表现多样化，症状主要包括局部症状和全身症状。

1.1 局部症状

淋巴结肿大是淋巴瘤最常见的症状，一般是不对称、无痛、进行性增大。淋巴瘤在身体任何部位都可发病，其中颈部、腋下、腹股沟浅表淋巴结肿大最常见，此外结外组织器官也可发病，如胃肠道、乳腺、肺脏、中枢神经系统和骨骼等。根据发生淋巴瘤的部位不同，受到肿大的淋巴结压迫或者侵犯的范围和程度不同，引起的症状也是不同的，如一侧肢体水肿、胸腹水、排尿困难、血尿、腹痛等，累及神经系统引起截瘫，累及骨骼引起骨折。



第三章 诊断方法

1.2 全身症状

部分患者可出现：①发热：38℃以上，排除其他原因的发热；②盗汗：夜间大量出汗，需要更换衣服及被褥；③消瘦：6个月内体重减轻10%以上；④皮肤瘙痒；⑤乏力。

出现以下异常现象时，应该提高警惕，并及时去医院就诊：

- (1) 颈部、锁骨上、腋下或腹股沟区等浅表淋巴结逐渐增大，而且无疼痛症状；
- (2) 吞咽困难、鼻塞、鼻出血、颌下淋巴结增大；
- (3) 腹痛、腹泻、腹胀、腹部可触及肿块；
- (4) 不明原因的发热、盗汗、消瘦、皮肤瘙痒。



发 烧



盗 汗



消 瘦



皮肤瘙痒



乏 力

第三章 诊断方法

2.辅助检查

2.1 体格检查

医生首先检查您全身各个部位浅表的淋巴结是否有肿大，淋巴结肿大部位的皮肤颜色变化，有没有皮疹、瘢痕、瘰管等，然后判断浅表淋巴结的大小、质地、光滑度、与淋巴结旁边的组织是否有粘连、有无触痛。淋巴瘤患者的肿大淋巴结多数无痛、表面光滑、质韧饱满，早期大小不等、非对称分布、孤立或散在，后期相互融合、与皮肤粘连、固定或破溃。其次，医生会通过触诊和叩诊判断您是否存在肝脾肿大、腹腔包块、胸腹腔积液等。

2.2 实验室检查

2.2.1 血液和骨髓检查

霍奇金淋巴瘤患者偶有贫血，白细胞增多以粒细胞为主，骨髓病理及免疫组化检查有助于判断是否发生骨髓转移；非霍奇金淋巴瘤白细胞多正常，偶有淋巴细胞相对或绝对增加，晚期出现白血病样血象和骨髓象。因此，对患者进行血常规和骨髓检查十分必要。



体格检查

第三章 诊断方法

2.2.2 生化检查

生化检查一般需包含肝肾功能、乳酸脱氢酶（LDH）、碱性磷酸酶、 β_2 -微球蛋白、血糖、血脂和电解质等指标。淋巴瘤活动期会出现血沉加快、血清乳酸脱氢酶和 β_2 -微球蛋白增高，其中乳酸脱氢酶或者 β_2 -微球蛋白升高常提示患者预后不良。

2.2.3 血清病原微生物检查

对诊断为淋巴瘤的患者，建议进行病原微生物的感染筛查：乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）、人类免疫缺陷病毒（HIV）、Epstein-Barr病毒（EBV）、巨细胞病毒（CMV）和梅毒等检查。对于怀疑胃淋巴瘤的患者，还应进行幽门螺旋杆菌检查。

2.2.4 脑脊液相关检查

若存在中枢神经系统受累风险，则需行腰椎穿刺进行脑脊液常规、生化及细胞学检查。

第三章 诊断方法

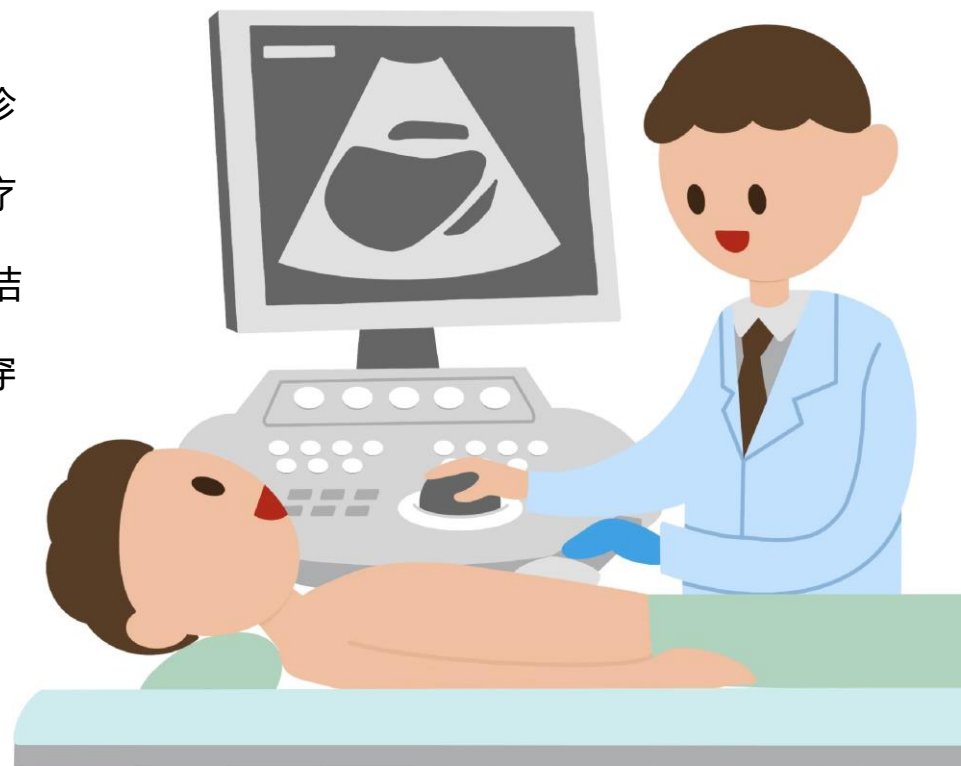
2.3 影像学检查

最常见的影像学检查是超声、CT和MRI。侵袭性的淋巴瘤对淋巴瘤侵犯部位进行准确判断时，还需要做PET-CT（正电子发射计算机断层显像CT）检查。

2.3.1 超声检查

可用于浅表淋巴结和浅表器官（如睾丸、甲状腺及乳腺等）病变的辅助诊断和随诊检查，但一般不用于淋巴瘤的分期诊断。对于浅表淋巴结和浅表器官病变的诊断和治疗后的随诊检查具有低成本、无创等优势，也可作为CT和MRI检查的补充。在浅表淋巴结活检时，选取超声检测声像图异常的淋巴结，有助于提高活检的准确性。超声引导下穿刺活检也是获取深部淋巴结、肝脏、纵隔等病变部位组织并进行病理检验的方法。

注意事项：在进行腹部超声检查时，如检查肝、胆、胰、脾以及胆管等器官时，需要空腹8小时以上。检查时应配合医生的要求进行呼气、憋气或改变体位。



第三章 诊断方法

2.3.2 CT (X线计算机断层成像) 检查

CT可提供连续的断层图像，目前仍作为淋巴瘤分期、再分期、疗效评价和随诊的最常用影像学检查方法，对于无碘对比剂禁忌证的患者，应尽可能采用增强CT。

CT检查的注意事项

- 检查前应除去检查部位的硬质或金属物品，检查时听从医生指导，配合进行平静呼吸、屏气等。
- 增强CT检查有可能发生碘过敏，检查前注意与医护沟通。
- 要提前空腹，以免影响影像医师对腹腔器官的判断。
- 另外，做腹部CT检查的患者，检查前1周最好不做钡餐检查。



第三章 诊断方法

2.3.3 MRI（磁共振成像）检查

MRI检查对人体无辐射伤害，MRI多序列扫描及多期动态增强扫描，可显著提高淋巴瘤的检出率及鉴别诊断的准确性。对于中枢神经系统、骨髓和肌肉部位的病变应作为首选；对于肝、脾、肾脏、子宫等实质器官病变可以选择或者首选MRI检查，尤其对于不宜行增强CT者，或者作为CT发现可疑病变后的进一步检查。但一般不用于空腔脏器的检查，如胃肠道等。

MRI检查的注意事项

- 腹部增强检查前须禁食4小时，其它的部位检查前无须禁食。
- 检查过程中保持呼吸平稳、静止不动。
- 由于MRI设备周围（5米内）具有强大磁场，严禁患者和家属将任何有铁磁性的物品及电子产品靠近、带入检查室。体内装有心脏起搏器、除颤器、静脉滤器、假牙等的患者，应在检查前向医师确认能否行MRI检查，以免发生危险。
- 检查时机器噪音较大，扫描时间较长，这是正常现象，患者要做好心理准备，不要惊慌。

第三章 诊断方法

2.3.4 PET-CT（正电子发射计算机断层扫描）检查

PET-CT是一种根据生化影像进行肿瘤定位诊断的方法，可以对肿瘤的良恶性进行判别，显示病灶部位与代谢特点，是大多数淋巴瘤分期与再分期、疗效评价和预后预测的最佳检查方法。

注意事项

- ①怀孕妇女不宜进行PET-CT检查，哺乳期妇女检查时，请主动向医生说明；
- ②已行其他特殊检查或手术活检者，需与医师沟通后确定检查时间；
- ③检查前6小时需禁食、禁饮含糖饮料，禁食前两天应采用高蛋白、低碳水化合物饮食，避免剧烈运动；
- ④正在使用药物或血糖异常的患者应听从医生指导；
- ⑤检查后多喝水，有利于注射的显像药物尽快排出体外。

2.3.5 同位素骨扫描检查（ECT）

对怀疑有骨骼受累时，可进行骨扫描，但淋巴瘤骨受侵患者的全身骨显像缺乏特征性改变，与骨转移瘤、多发性骨髓瘤、骨结核、骨纤维异常增殖症、甲状旁腺功能亢进、感染性疾病等进行鉴别，需要结合患者的病史、实验室检查和其他影像学检查。

第三章 诊断方法

2.3.5 同位素骨扫描检查（ECT）

怀疑有骨骼受累时，需进行骨扫描检查。淋巴瘤骨受侵患者的全身骨显像缺乏特征性改变，与骨转移瘤、多发性骨髓瘤、骨结核、骨纤维异常增殖症、甲状旁腺功能亢进、感染性疾病等进行鉴别，需要结合患者的病史、实验室检查和其他影像学检查。

2.3.6 胃肠镜检查

适用于可疑胃肠道受侵的患者，内镜检查同时可完成活检，明确病理类型。

2.4 淋巴结活检

淋巴结活检对于淋巴瘤的确诊非常重要，对高度怀疑恶性病变的淋巴结进行穿刺活检或切除活检是最可靠的诊断方法。

2.5 病理学检查

病理学检查是诊断淋巴瘤的金标准，是淋巴瘤诊断的主要手段。对于淋巴结病灶，应尽可能切除完整淋巴结。如果淋巴结病灶位于浅表，一般选择颈部、锁骨上和腋窝淋巴结。对于无法切除或切取病变组织的患者，可通过穿刺获取病变组织进行诊断。淋巴瘤的病理诊断需综合应用形态学、免疫组织化学（IHC）、流式细胞术及遗传学和分子生物学技术（包括二代测序、液体活检）等。

第三章 诊断方法

2.5.1 组织学形态分析

对染色标本进行组织病理形态学检查，可以通过淋巴瘤细胞特征性和诊断学形态特点进行诊断，此后通过进一步检查确定亚型，一些辅助检查的结果（如免疫表型分析、分子遗传学检测等），只有结合形态正确解读才具诊断价值。

2.5.2 免疫组化（IHC）检查

用于鉴别淋巴瘤细胞的免疫表型，是淋巴瘤的诊断与鉴别诊断以及分型所必须的。①判断肿瘤细胞来源（例如：B细胞或T、NK细胞淋巴瘤）；②判断肿瘤性免疫细胞的分化程度；③检测肿瘤的遗传学改变；④鉴别良、恶性疾病；⑤检测病原微生物（如EBV、HHV8、HIV、Hp等）；⑥为临床免疫或靶向治疗提供依据（如CD20、CD30、CD19、CD22、CD38、CD79b、PD-L1、ALK等靶点的检测）；⑦提示疾病预后。

2.5.3 荧光原位杂交检测技术（FISH）

已广泛应用于淋巴瘤遗传学分析，可以发现特定的染色体断裂、易位以及缺失或扩增等，对特定染色体异常相关淋巴瘤的辅助诊断及预后预测有指导意义。

第三章 诊断方法

2.5.4 淋巴细胞抗原受体基因重排检测技术

淋巴细胞受体基因克隆性重排是淋巴瘤细胞的主要特征，可用于协助鉴别淋巴细胞增殖的单克隆性与多克隆性，以及无法通过IHC诊断的淋巴瘤，是对形态学和IHC检查的重要补充。

2.5.5 其他病理学检查

包括二代测序、流式细胞技术等，是常规病理学诊断方法的有益补充。流式细胞技术可作为淋巴瘤重要的辅助诊断方法，具有快速、敏感、准确分析细胞亚群的特点，助于明确淋巴瘤类型，并进行微小残留病灶的监测。

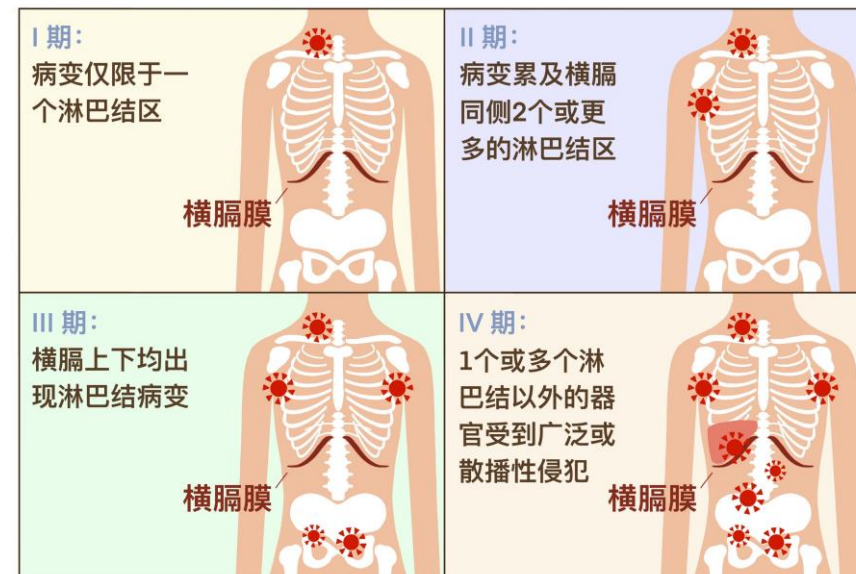
3.淋巴瘤分期

淋巴瘤为一组异质性较大的恶性肿瘤，通过影像诊断技术明确患者分期、病理分型，根据各自风险评估结果，对制定适合的治疗方案具有重要意义。

第三章 诊断方法

3.1 Ann-Arbor分期系统

分期	临床特征
I 期	I：病变仅限于1个淋巴结区 I E：淋巴结外的一个器官局部受到病变累及
II 期	II：病变累及横膈同侧（上侧或者下侧）2个或更多的淋巴结区 II E：病变局限性地侵犯淋巴结以外的器官及横膈同侧1个以上淋巴结区
III 期	III：横膈上下均出现淋巴结病变 III S：可伴随脾脏累及 III E：淋巴结以外的器官局限受到病变累及 III SE：脾脏与局限性的淋巴结以外器官受到病变累及
IV 期	1个或多个淋巴结以外的器官受到广泛性或播散性的侵犯，伴随有或不伴随淋巴结的肿大。肝或骨髓只要受到病变累及均属IV期。



Ann-Arbor 分期系统

第三章 诊断方法

3.2 慢性淋巴细胞白血病的 Rai 分期

分期	临床特征	危险分层
0	淋巴细胞增多，外周血淋巴细胞计数 $>5\times10^9/L$ ，且骨髓中淋巴细胞比例 $>40\%$	低危
I	0期，伴淋巴结增大	中危
II	0~ I 期，伴脾肿大、肝肿大或两者均有	中危
III	0~ II期，伴血红蛋白 $<110g/L$ 或红细胞压积 $<33\%$	高危
IV	0~ III期，伴血小板 $<100\times10^9/L$	高危

3.3 慢性淋巴细胞白血病的Binet 分期系统

分期	临床特征
A期	血红蛋白 $\geq 100g/L$ ，血小板 $\geq 100\times10^9/L$ ，受累淋巴结区域 <3 个
B期	血红蛋白 $\geq 100g/L$ ，血小板 $\geq 100\times10^9/L$ ，受累淋巴结区域 ≥ 3 个
C期	血红蛋白 $<100g/L$ 和/或血小板 $<100\times10^9/L$ ，受累淋巴结区域不限

第三章 诊断方法

3.4鼻型 NK/T 细胞淋巴瘤 CA 分期系统

分期	临床特征
I 期	病灶侵犯鼻腔或鼻咽，不伴肿瘤局部侵犯（皮肤、骨、鼻窦）
II 期	非鼻型病变或病灶侵犯鼻腔或鼻咽，伴有局部侵犯（皮肤、骨、鼻窦）
III 期	病灶伴有区域淋巴结侵犯
IV 期	非区域淋巴结侵犯或横膈上下淋巴结侵犯或广泛播散性病灶

4.鉴别诊断

淋巴瘤需要与其他淋巴结肿大疾病相鉴别，淋巴结肿大可发生于任何年龄段人群，可见于多种疾病，有良性，也有恶性，故应重视淋巴结肿大的原因，如果肿块无痛且进行性肿大，需要警惕是否患有淋巴瘤；如果淋巴结红肿是突发性且有触痛，那可能是感染等引起的淋巴结炎症，可以看看最近是否有感冒、口腔溃疡、咽部不适等情况。此外，结核性淋巴结炎、巨大淋巴结增生或者其他恶性肿瘤发生淋巴结转移也可引起淋巴结肿大，应及时就诊、确诊，以免误诊、漏诊。

第四章 治疗方式

淋巴瘤分型众多，针对不同分型的淋巴瘤治疗的方式存在差异，其中霍奇金淋巴瘤采取化疗联合放疗的综合治疗方式。非霍奇金淋巴瘤的治疗策略则以免疫化疗为主。比起单纯化疗，利妥昔单抗的加入显著提高了CD20阳性B细胞淋巴瘤的缓解率，其疗效和安全性已在临床应用中被证实。2019年我国首款利妥昔单抗生物类似药获批上市，已惠及10万中国患者。目前，多种新型治疗方法在国内外已被用于复发难治性淋巴瘤的治疗，中国首个嵌合抗原受体 T 细胞免疫疗法（CAR-T）产品阿基仑赛用于治疗复发或难治性大B细胞淋巴瘤取得了良好的疗效。此外，造血干细胞移植治疗亦有所应用。

淋巴瘤的治疗需要医患双方紧密配合，医生会根据患者病情采用最佳治疗方案，医患双方需要坦诚沟通病情、治疗方案、费用、有效率、可能的不良反应及处理、复发率及复发后的治疗原则等，通过积极治疗，定期评估疗效，可取的良好治疗效果。



医患坦诚交流

第四章 治疗方式

1.化学治疗

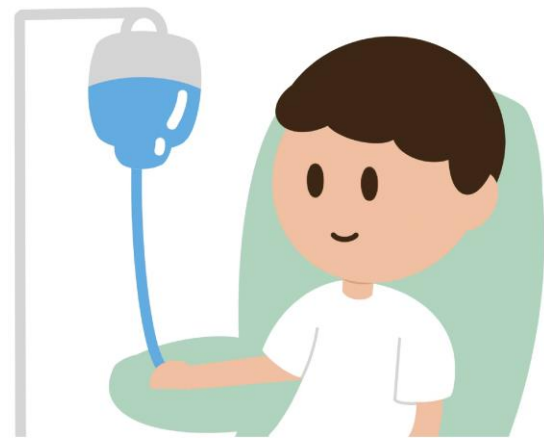
简称化疗，是利用化学合成药物杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤生长的一种治疗方法。化疗在淋巴瘤治疗中占据重要作用，是当前治疗淋巴瘤最主要的手段。Ⅰ～Ⅱ期霍奇金淋巴瘤患者通过化疗多数能取得较好的治疗效果，如果经过治疗后病灶退缩不完全，或存在年龄较大等一些预后不良因素，则会联合放疗；Ⅲ～Ⅳ期的霍奇金淋巴瘤则以化疗联合放疗为主。

不良反应与并发症

(1) 血液学相关不良反应：接受化疗的淋巴瘤患者常见的血液学相关不良反应为白细胞减低、中性粒细胞减低、血小板减低、贫血。这类患者感染、出血等风险增加，如果不能及时纠正还可能出现休克进而危及生命。此外，出现较严重血液学相关不良反应或长时间不能恢复的患者，医生会对化疗方案，化疗剂量及化疗时间进行调整。

(2) 胃肠道反应：化疗药物刺激胃肠，可出现恶心、呕吐、食欲下降、腹胀、腹泻等症状。

(3) 另外还可引起脱发、营养不良、贫血、抵抗力下降等情况。



化学治疗

第四章 治疗方式

化疗期间注意事项

(1) 建议化疗期间，使用血液学毒性较大的化疗方案的淋巴瘤患者，规律监测血常规数值，根据严重程度适时给予升粒细胞（如重组人粒细胞集落刺激因子）、升血小板（如TPO-RA、rhIL-11、rhTPO和血小板输注）、升红细胞（如红细胞输注、促红细胞生长素）治疗。所有的药物应遵医嘱使用，不要私自服用。

(2) 如使用高催吐性化疗方案的患者，可在医生指导下使用止吐药物（如奈妥匹坦帕洛诺司琼）预防恶心呕吐。

(3) 做好日常护理，注重个人卫生及饮食卫生，饮食应摄入营养丰富、易消化吸收的食物，注意休息，避免过度劳累。如有特殊不适及时向医生报告病情变化，并按照要求定期复查。

化疗效果的确认

一般建议患者在完成每两个周期化疗后，遵照医嘱复查血清肿瘤标志物、增强CT等评价化疗效果。

每周期按照医嘱规律复查血常规、肝肾功能、电解质等了解化疗毒副反应情况。

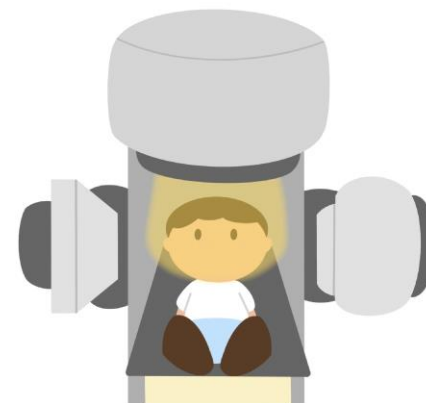
第四章 治疗方式

2.放射治疗

简称放疗，是将射线的辐射剂量集中到肿瘤靶区内，最大程度的杀死肿瘤细胞，又尽可能保护正常组织和器官的治疗方法，在不产生严重放疗并发症的情况下，控制肿瘤。对早期及 I ~ II 期霍奇金淋巴瘤进行放疗可延长患者生存期，对于预后不良的 III ~ IV 期的霍奇金淋巴瘤，放疗是其姑息治疗的主要手段。

不良反应

- (1) 放疗全身反应表现为一系列的功能紊乱与失调，如精神不振，食欲下降、身体衰弱、疲乏、恶心呕吐、食后胀满等。
- (2) 射线照射的皮肤部位，可能会出现干燥、脱皮、瘙痒、起泡等现象。
- (3) 若照射部位为头颈部，还可能出现毛发脱落、口腔黏膜溃疡、吞咽困难等症状。
- (4) 若照射部位为胸部，可能出现放射性肺炎等。
- (5) 若照射部位为腹部，可能出现腹泻、排尿改变、性功能障碍等现象。



放射治疗



恶心呕吐



皮肤瘙痒



吞咽困难



咳嗽



腹泻

第四章 治疗方式

放疗后护理

(1) 患者应注意卧床休息，多饮水，以促进代谢产物的排泄。

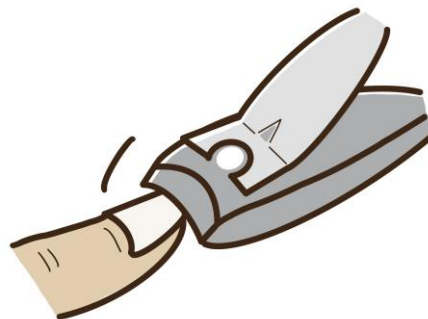
(2) 如因放疗引起的食欲不振，可服用改善胃口的药物或考虑中医中药治疗。少食多餐，吃易消化的食物，不吃过甜、辛辣油腻食物。

(3) 有血小板减少者，应注意有无出血倾向，防止损伤，预防出血。发生出血时，积极使用止血药，但很少需要暂停放疗。血象下降严重者，应停止放疗，及时纠正，预防感染。

(4) 放疗前后患者应着柔软宽松，吸水性强全棉或丝质衣服，保持皮肤局部清洁干燥；照射野皮肤禁止剃刮毛发；避免直接日晒；切忌用手抓挠和剥去脱屑的皮肤，应修剪指甲，以免睡眠时抓挠皮肤引起糜烂；妥善处理伤口及切口。



多饮水



修剪指甲

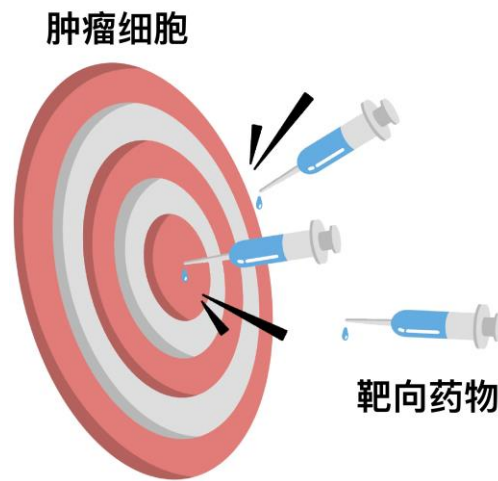
第四章 治疗方式

放疗效果的确认：若无特殊情况，建议患者在放疗结束后1个月返院复查第一次，进行放疗效果的确认，若症状稳定且无其他治疗时，可3个月后再返院复查，复查项目包括：基本查体、血常规、肝肾功能、肿瘤标志物、CT、MRI，必要时PET-CT等影像学检查，遵照医生的意见进行。

3. 靶向治疗

靶向治疗是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点的抗肿瘤治疗方式，靶向药物进入体内会特异地结合致癌位点，特异性的杀伤肿瘤细胞，而不会波及肿瘤周围的正常组织细胞，所以分子靶向治疗又被称为“生物导弹”。淋巴瘤是最早提出靶向治疗的领域，早在二十世纪九十年代就已经出现了针对淋巴造血系统肿瘤的靶向治疗药。利妥昔单抗是最早出现的用于治疗非霍奇金淋巴瘤的靶向药物，利妥昔单抗通过靶向B细胞表面的靶点CD20发挥疗效，联合化疗可以明显改善患者的预后。

靶向治疗不良反应：靶向治疗比起化疗，不良反应更小，但也存在一定的副作用，如输注反应、乙肝病毒再激活、间质性肺炎、心律失常等。不同类型靶向治疗的常见副作用各不相同，治疗期间出现了不良反应建议在医生的指导下和随访下进行相关的处理。



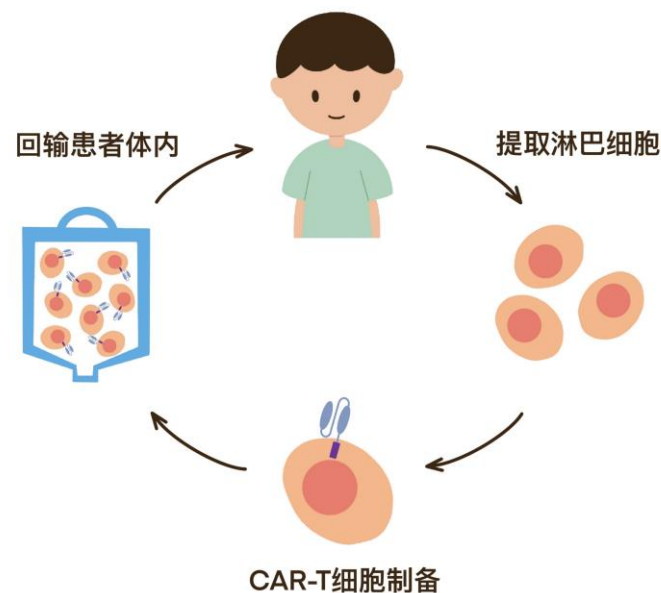
第四章 治疗方式

4.免疫治疗

淋巴瘤的免疫治疗是近年来的新型治疗方法，通过调节身体的免疫系统，重新恢复机体的抗肿瘤免疫反应，让我们的免疫系统能够有效的识别肿瘤细胞，对抗肿瘤，免疫治疗在淋巴瘤的治疗中发挥着重要作用。免疫治疗包括细胞免疫治疗和免疫检查点抑制治疗等。

4.1 细胞免疫治疗

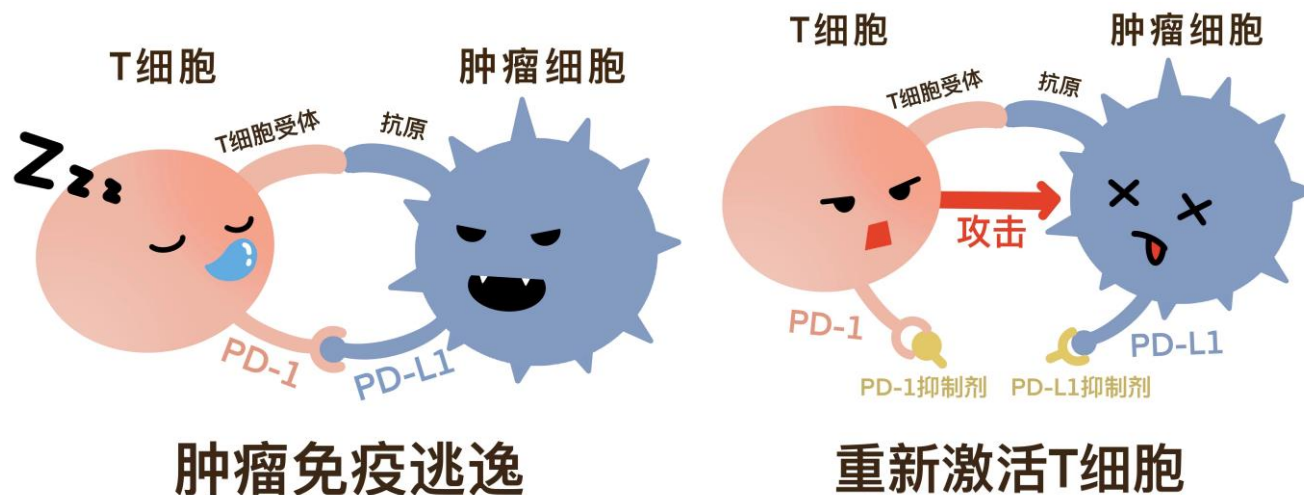
目前主要的细胞免疫治疗为嵌合抗原受体T细胞疗法（CAR-T疗法），CAR-T产品如阿基仑赛治疗复发或难治性大B细胞淋巴瘤已取得良好的疗效。该治疗是将患者T淋巴细胞提取出来，通过基因工程技术，将T细胞激活并装上定位导航装置CAR(嵌合抗原受体)，之后回输入患者体内，当CAR-T细胞在患者体内遭遇到肿瘤抗原后会迅速增殖，特异性杀伤肿瘤细胞。细胞免疫疗法是目前复发难治淋巴瘤最为有效的挽救治疗手段。



第四章 治疗方式

4.2 免疫检查点抑制治疗

免疫检查点抑制剂通过阻断T细胞表面的免疫抑制性受体，恢复T细胞功能，进而起到杀灭肿瘤细胞的作用。淋巴瘤领域已获批的免疫检查点抑制剂为PD-1抑制剂,治疗复发难治霍奇金淋巴瘤取得了良好疗效。在其他类型淋巴瘤如NK/T细胞淋巴瘤、EBV阳性的大B细胞淋巴瘤，PD-1抑制剂也表现出一定疗效。



免疫治疗不良反应：免疫治疗在攻击肿瘤细胞的同时，也可能对正常组织造成损害，在安全性上，免疫治疗血液学毒性比起化疗药物小，但有部分特殊的免疫相关不良反应。常见的不良反应包括免疫相关性病变、皮肤症状、胃肠道症状、乏力、内分泌功能紊乱等，多为轻中度，具有可逆性，重度不良反应发生率较低。在接受治疗期间和治疗结束后一段时间内，定期进行相关检验指标和脏器功能检查，可及时发现不良反应。

第四章 治疗方式

患者免疫治疗期间的自我管理

用药期间或用药后出现下述症状，应及时就诊或/并告知主管医生：

- (1) 输液期间或输液后出现过敏反应症状：面部肿胀、头晕、心悸或呼吸困难等；
- (2) 疑似感染症状：发热（ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）伴寒战、严重咽痛伴咳痰（咳脓痰或发绿痰）、尿液浑浊或发臭、皮肤红肿疼痛；
- (3) 胃肠道症状：黑色柏油便、血液/粘液便、腹泻、腹痛、恶性呕吐；
- (4) 肺部症状：新出现的或加重的咳嗽、胸痛、咯血、呼吸困难；
- (5) 皮肤症状：皮肤出现皮疹、水疱或瘙痒。
- (6) 其他症状：如异常疲倦、巩膜/皮肤黄染、体重异常增加或减轻、怕冷/怕热等。

免疫治疗效果的确认

若无特殊情况，建议患者在免疫治疗开始后1个月返院复查第一次，进行治疗效果的确认，此后遵照医生的意见进行。

第四章 治疗方式

5.外科治疗

淋巴瘤不同于其他实体肿瘤，它是一种全身性疾病，总体而言，外科手术并不是治疗淋巴瘤的主要方式。与其他早期实体肿瘤的治疗方式不同，对于淋巴瘤患者，一般手术的作用仅限于获取部分病变组织进行病理检查，以明确诊断，或是帮助处理并发症，而非发挥治疗作用。除了对少数孤立性病变完整切除，手术并不能改变淋巴瘤患者的预后。

6.造血干细胞移植(HSCT)

造血干细胞移植是通过大剂量放化疗预处理，清除受者体内的肿瘤或异常细胞，再将自体或异体造血干细胞移植给受者，使受者重建正常造血及免疫系统。达到彻底治愈，降低复发率或延长复发时间的目的。



外科治疗

第四章 治疗方式

7. 中医中药治疗

中医把淋巴瘤归属于石疽、恶核、失荣、痰核的范畴，中医治疗淋巴瘤采用辨病与辨证相结合的方法，常见中医证型多为两种或多种证候要素组成的复合证型，如痰热蕴结型、气郁痰阻型、脾虚痰湿型、气血两虚型、肝肾阴虚型等，中医治疗以整体观念和辨证施治为原则，既要考虑全身阴阳平衡状态，也要考虑减瘤祛邪，即以经方为基础的“平衡阻断”抗肿瘤。化、放疗的同时配合中医药治疗可以减毒增效，减轻化、放疗的消化道反应、骨髓抑制、周围神经炎等不良反应，增加疗效。对化、放疗结束的患者，中医药可以通过调整患者身体的阴阳平衡状态，从而改善体质，提高免疫功能，促进患者康复。

8. 常见淋巴瘤的治疗原则

8.1 霍奇金淋巴瘤（HL）

霍奇金淋巴瘤分为2个主要类型，包括经典霍奇金淋巴瘤（CHL）和结节性淋巴细胞为主的霍奇金淋巴瘤（NLPHL），其中经典霍奇金淋巴瘤又分为：富于淋巴细胞型、结节硬化型、混合细胞型、淋巴细胞削减型。在过去几十年中，HL的治疗取得了显著进展；对大部分患者，已成为可治愈的恶性肿瘤。

第四章 治疗方式

8.1.1 经典霍奇金淋巴瘤 (CHL)

经典霍奇金淋巴瘤的治疗以化、放疗综合治疗为主，免疫靶向治疗药物逐渐应用于临床。按照预后良好型、预后不良型、是否有大肿块以及中期PET-CT疗效评价结果等因素，决定化疗周期数、是否放疗和放疗剂量等。复发难治患者的整体治疗策略是选择合适的二线方案进行解救化疗，化疗缓解后，适合高剂量化疗联合自体造血干细胞移植（HDT/ASCT）的患者进行HDT/ASCT的巩固性治疗±放疗；不适合移植的患者，可以根据疗效选择更换药物治疗方案、放疗或观察随诊。二线以后免疫调节剂PD1/PDL1单抗目前显示出良好的疗效。

8.1.2 结节性霍奇金淋巴瘤 (NLPHL)

结节性霍奇金淋巴瘤常表现为慢性病程，大部分患者分期较早，I A/局限II A期、无大肿块者以放疗为主，手术完整切除了孤立淋巴结病变的IA期患者，可以选择观察。IA伴大肿块、II A病变广泛或伴大肿块、以及I B/II B期，采用免疫化疗联合放疗的综合治疗，III/IV期以免疫化疗为主，对有症状的局部病变进行姑息性放疗。

第四章 治疗方式

8.2 非霍奇金淋巴瘤 (NHL)

8.2.1 弥漫大B细胞淋巴瘤 (DLBCL)

弥漫大B细胞淋巴瘤是一种高度侵袭性的淋巴瘤。常用的方法是R-CHOP（利妥昔单抗、环磷酰胺、多柔比星、长春新碱、泼尼松）方案化疗±受累部位放疗，近年来靶向药物利妥昔单抗的应用，明显改善了弥漫性大B细胞淋巴瘤的预后。此外，对于复发或难治性DLBCL患者，也可考虑参加合适的临床试验、高剂量化疗联合自体干细胞移植±受累部位放疗、异基因造血干细胞移植、抗CD19嵌合抗原受体T细胞（CAR-T）治疗或姑息放疗、支持治疗等。

8.2.2 滤泡性淋巴瘤 (FL)

滤泡性淋巴瘤1~2级为惰性淋巴瘤，病程进展缓慢，除极少数病灶非常局限者经放疗±化疗可得到治愈外，绝大部分不能治愈。

I/II期通过积极治疗，病情可得到长期控制，以受累部位放疗（ISRT）为主，或放疗联合全身免疫化疗，利妥昔单抗联合化疗是目前初治FL的首选标准方案，可改善近期和远期预后。对无症状、局部淋巴结病灶已切除者，可选择观察随诊。

第四章 治疗方式

Ⅲ/Ⅳ期滤泡性淋巴瘤属于不可治愈的疾病。无治疗指征者可观察随诊，具有治疗指征的患者，治疗以保护骨髓功能、保障后续治疗的长期可行性为前提。可选择的治疗方案较多，如化疗、免疫治疗、参加临床试验、局部放疗等。另外，通过维持治疗可延长晚期FL缓解时间、推迟复发。治疗指征包括：有肿瘤相关症状、器官功能受损、进行性血细胞减少、大肿块和疾病持续进展等。

8.2.3 边缘区淋巴瘤（MZL）

边缘区淋巴瘤属于惰性淋巴瘤，包括黏膜相关淋巴组织（MALT）结外边缘区淋巴瘤、结内边缘区淋巴瘤及脾边缘区淋巴瘤（SMZL）三种亚型，治疗方案需要根据具体分型分期和治疗指征而定。无症状、无治疗指征者可以观察随访；有治疗指征患者通过免疫化疗、局部的放疗、手术等综合治疗，可以取得良好效果。对复发/难治性边缘区淋巴瘤可考虑局部放疗、非交叉耐药的免疫化疗、干细胞移植、巩固维持治疗等。

SMZL脾大伴HCV阳性者，如肝功正常，需进行抗HCV治疗。原发胃MALT淋巴瘤治疗前须进行Hp的相关检测，判断感染情况，决定是否抗Hp治疗。对某些特定部位的结外MALT淋巴瘤（如肺、甲状腺、结肠、小肠、乳腺等），可选择手术切除。

第四章 治疗方式

8.2.4 套细胞淋巴瘤 (MCL)

套细胞淋巴瘤是一种罕见的B细胞起源的非霍奇金淋巴瘤，MCL同时具有惰性和侵袭性淋巴瘤的恶性特点，侵袭性较强，临床发现多为晚期，对传统放化疗不敏感，预后较差。目前许多化疗方案有较高的治疗有效率，但晚期常不能治愈，不可避免复发。治疗需要根据患者年龄、体质、有无合并症、治疗状态和治疗目标选择合适的治疗方案。包括化疗、巩固治疗、维持治疗、利妥昔单抗联合化疗等，新兴治疗策略也不断涌现，如BTK抑制剂、BCL2抑制剂、CAR-T细胞治疗等，其中，CAR-T疗法治疗复发难治MCL缓解率非常高，完全缓解率高达60%~70%，且部分患者能获持续缓解。

8.2.5 慢性淋巴细胞白血病 (CLL)

慢性淋巴细胞白血病主要发生在中老年人，以淋巴细胞在外周血、骨髓、脾脏和淋巴结聚集为特征，不同的患者预后差别很大，少部分患者甚至终身无需治疗。CLL治疗前须进行全面评估，包括病史和体检、体能状态、症状、血常规、血清生化、骨髓活检等，须根据患者的身体状态选择相应的免疫化疗方案，对于复发或难治性患者也可进行维持治疗或参加相关的临床试验。由于大多数CLL发病年龄较大，有体液免疫缺陷且治疗方案大多含有免疫抑制剂，因此需要注意预防各种病原体（细菌、病毒）感染。另外，不是所有CLL都需治疗，无治疗指征者，每2~6个月随访1次。

第四章 治疗方式

8.3 T细胞淋巴瘤

T细胞淋巴瘤是起源于成熟T细胞的恶性淋巴瘤，包括外周T细胞淋巴瘤-非特指型（PTCL-NOS）、NK/T细胞淋巴瘤、T淋巴瘤母细胞淋巴瘤（LBL）等。

最佳治疗方案仍在探索中，推荐参加合适临床试验，若无合适的临床试验，一般以化疗、局部放疗、自体造血干细胞移植（ASCT）、异基因造血干细胞移植(allo-SCT)为主，NK/T细胞淋巴瘤如果是局限性早期，可通过单纯放疗根治。

第五章 康复管理

1.居家护理

1.1 安全用药

淋巴瘤患者所用药物应严格遵循医生制定的个体化用药方案，严格遵循剂量、疗程等用药指导建议，规范用药，同时应密切关注身体情况，一旦出现不适症状，及时向医生反馈。

1.2 并发症预防

淋巴瘤患者可能有如下并发症，采取规范、积极的监测、随访可以有效的避免或及早发现相关并发症：

- (1) 上腔静脉综合征（SVCS）
- (2) 胸腔积液、腹水
- (3) 肿瘤溶解综合征
- (4) 出凝血障碍
- (5) 精神障碍
- (6) 第二肿瘤

第五章 康复管理

1.3 晚期疼痛护理

80%的疼痛因癌症本身引起。对于晚期癌症患者，疼痛会导致患者身心俱疲，生活质量严重下降，因此，需要严格按照疼痛情况，使用镇痛药物，以实现预期的镇痛效果。

常见的镇痛药包括口服药物、透皮贴、皮下注射剂以及静脉注射剂等，考虑到使用的便利性，优先应用口服药物或透皮贴。在使用镇痛药物时，应遵照医嘱，严格按时间用药，切不可随意加减量，以免造成不必要的危险。如果出现严重的不良反应，应及时就诊。除用药之外，也可以给患者肢体按摩和抚触，放松患者肌肉。恰当的按摩能够缓解疼痛感，同时也可缓解患者疲劳，预防肌肉萎缩。但不建议按摩肝脏或肿瘤部位。

2.合理饮食

2.1 营养不良危害

淋巴瘤患者可因肿瘤细胞分泌的细胞因子导致厌食或引发代谢异常，增加身体消耗，或因治疗过程中出现的消化道副反应导致进食减少，此外，疼痛、焦虑、抑郁、失眠等情绪也可能导致食欲下降，以上因素都可能使患者出现营养不良。营养不良对于淋巴瘤诊疗和预后有很大的影响，肿瘤患者平均营养不良发生率在30%左右，20%的晚期癌症患者死于营养不良。

第五章 康复管理

2.2 营养状态评估

营养评定就是对患者营养状态进行全面的评估。通过营养评定，可以判定机体的营养状况，确定营养不良的类型和程度，评估营养不良所致的危险性，并监测营养支持的疗效。常用的评定指标有：体重、肱三头肌皮肤褶皱厚度、上臂肌围、握力测定、内脏白蛋白测定、淋巴细胞计数、氮平衡测定、肌酐/身高指数等。

2.3 治疗期间的饮食营养

患者日常饮食应多样化，少食多餐。进食新鲜水果蔬菜，保证营养均衡及足够的热量。避免辛辣刺激、生冷和坚硬的食物。戒烟戒酒，适量饮水。具体建议如下：

(1) 平衡膳食：保证平衡膳食，注意摄入富含蛋白质（瘦肉、牛奶、鸡蛋）及维生素（菠菜、芦笋、西红柿、萝卜、猕猴桃、橙子）的食物。



第五章 康复管理

(2) 饮食调整，增加摄入：少食多餐好于只进三餐；选择清淡易消化，同时营养密度高的食物（软米饭、面条、饺子、低脂酸奶、鸡蛋羹）；如果进食困难，可切碎，搅拌，制软；避免油炸、辛辣刺激、粗硬不好消化的食物（油条、干辣椒、硬米饭）。

(3) 控制症状，改善食欲：如发生疼痛、恶心等症状，可开一些对症药物；食欲不振、消化不良，可补充 B 族维生素及消化酶、益生菌制剂，并选用开胃助消化的食物（山楂、白萝卜、山药、刀豆、酸奶）；如果副反应太大，勿强迫进食，但要注意补水。

(4) 注意摄入蛋白质丰富的食物（瘦肉、牛奶、鸡蛋），有利于保持体力；豆类有助于恢复体力。

(5) 营养支持，辅助治疗：这段时间使用营养补充品（全营养素，复合维生素和微量元素片）对于正常进食不足的患者改善体力，提高免疫力很有效。

(6) 避免空腹治疗，患者可在治疗前 1 小时左右，适当吃一些清淡食物，以提高对治疗耐受性。

2.4 特殊患者的饮食营养

(1) 手术患者术前宜采用高蛋白、高维生素和高热量饮食，但术前 12 小时应禁食，术前 4~6 小时要禁水。

(2) 已经发生营养不良的患者可以请营养师会诊，通过饮食调整或肠内外营养支持来改善营养状况，可多吃一些营养丰富的食物，或口服补充肠内营养制剂。

第五章 康复管理

(3) 在骨髓抑制期，白细胞低的患者，建议避免生冷食物（包括水果），避免放置时间过长的食物，避免过饱。血小板低的患者，建议避免有小刺的食物（如河鱼，剁碎有骨荏的禽类）。不建议在治疗期间进食既往没有吃过的高蛋白食物。

3.心态平衡

3.1 心理特征

淋巴瘤患者常见如下的心理特征：

(1) 怀疑心理：当患者知道自己得了淋巴瘤，会出现焦躁不安、多疑、紧张等情绪，并企图以否认的心理方式来达到心理平衡，怀疑医生的诊断错误或检查上的错误。

(2) 愤怒心理：部分患者在确诊淋巴瘤后会出现强烈的愤怒和悲痛情绪，并试图把这种情绪向周围的人宣泄。如借故表现出愤怒和嫉妒，常常与亲人、医护人员发生吵闹，这种情绪持续不退会消耗患者战胜疾病和正常生活的精力。

(3) 恐惧悲观心理：患者知道自己得了淋巴瘤，经常表现出恐惧和悲观，对生活失去希望，非常的牵挂自己的亲人。家属及医务人员应给予充分的理解，给患者进行心理疏导，树立战胜疾病的信心，避免延误病情。

第五章 康复管理

(4) 认可心理：经过一段时间后，患者心理已经接受自己患有此病的事实，能以较为平和的心态面对淋巴瘤，希望得到治疗，在这种较好的心理状态下，患者的生存质量也会得到一定程度的改善。

3.2 家庭心理疏导

保持健康的心理状态和乐观的情绪很重要。患者出现不良情绪时，家属应帮助患者调整状态，重新增强治疗信心。家属需多给予患者安慰和鼓励，为患者树立信心。认真倾听，用心陪伴，使患者振作起来才是根治不良情绪的最好方式。建议患者多接受正面积积极的信息，坚定以乐观的心态面对癌症，拒绝负面情绪。

3.3 病友交流

肿瘤患者和家属互助小组在欧美国家发展已经很成熟，研究显示，参加互助小组的人比不参加的人的焦虑水平更低。淋巴瘤患者是身心极度痛苦的特殊群体，通过病友交流的方式，使情绪释放和表达，压力得到缓解，有助于日走出病魔的阴影，重燃生活的希望。



第五章 康复管理

4.科学运动

4.1 运动方式及强度

运动是淋巴瘤患者康复的重要一环。在结束治疗，疾病控制较好的情况下，适当的中强度运动可以帮助患者改善疲乏，有利于改善睡眠，提高免疫力；运动还可以帮助控制体重、调节情绪和减轻心理压力。

4.2 注意事项

安全第一，循序渐进，量力而行；先慢慢增加训练时间，然后增加强度。运动中如果出现头晕、心悸、恶心、呕吐、疼痛等症状，应马上减低运动量或停止，原地休息。如果症状没有减轻，应及时就医。



科学运动

第五章 康复管理

5.定期随访复查

5.1 随访频次

在治疗结束的5年中：第1-2年，每3-6个月复查一次；第3年，每6-12个月复查一次；之后每年复查一次。复查结果及时与医生交流，医生会根据患者复查结果对随访频次进行调整。

5.2 随访内容

随访内容包括病史、体格检查、常规实验室检查、影像学检查。通常不推荐PET-CT作为随访检查手段。

6.预防复发

6.1 复发原因

淋巴瘤复发的根本原因是体内有耐药细胞的残留，放疗和化疗未杀能灭所有的肿瘤细胞，体内残留的肿瘤细胞对化疗药物产生耐药，久而久之，化疗药物对残留肿瘤细胞的杀伤力逐步减弱，进而耐药肿瘤细胞不断增殖，从而导致淋巴瘤复发。

第五章 康复管理

6.2 选择适当的维持药物

前期治疗后获得缓解的患者，在主管医生的建议下，根据不同疾病类型、治疗效果、自身经济能力及当地医保政策，部分淋巴瘤患者可以进行一段时间的维持治疗。比如老年弥漫大B细胞淋巴瘤患者，可以选用来那度胺维持治疗2年。比如滤泡淋巴瘤、套细胞淋巴瘤患者，可以选用利妥昔单抗进行2年维持治疗。



6.3 尽早发现疾病的复发

当淋巴瘤患者出现不明原因的淋巴结肿大、发热、乏力或体重减轻时，应高度警惕复发的可能。有很多患者在没有任何症状的情况下，在医院定期复查时发现了复发迹象。因此，即使治疗完全缓解后也不能掉以轻心，应按要求定期复查，有助于尽早发现复发病灶，及时治疗。

第五章 康复管理

7.淋巴瘤预后

淋巴瘤的预后与很多因素有关，不能一概而论。部分非霍奇金淋巴瘤可以通过放化疗达到临床治愈；早期霍奇金淋巴瘤采用化疗、放疗等综合治疗，治愈率可高达90%以上。随着综合治疗经验的积累以及新药、新的联合方案的出现，恶性淋巴瘤的近期疗效和远期生存都在逐渐提高，通过积极的治疗，可有效延长患者的寿命。但要注意一点，临床治愈并非是指疾病痊愈，而是指临床及影像学检查结果肿瘤消失，并且5年内无复发。

- 霍奇金淋巴瘤患者比非霍奇金淋巴瘤患者预后要好；
- 早期患者治疗效果及预后最好；
- 身体状况好的患者比体弱的患者预后好；
- 青壮年患者比老年患者的预后好；
- 治疗前有巨大肿块的患者预后较差，有全身症状如发热、盗汗、体重下降等表现的患者预后比没有以上症状的患者差；
- 首次治疗的成功与否也会影响以后的治疗效果。

第六章 推荐阅读

如果您想了解更多的淋巴瘤防治知识，可以在互联网上找到相关的信息，例如专业的肿瘤学术组织或数据库。同时，您也可以权威的诊疗规范或指南上寻求淋巴瘤的权威诊治策略。国内外均有相关的资料及网站，这里列举部分：

1.中国抗癌协会科普平台

中国抗癌协会（China Anti-Cancer Association, CACA）是民政部注册、中国科学技术协会主管、具有独立法人资格的肿瘤学科的国家一级学会，是我国肿瘤医学领域历史最久、规模最大、影响力最强的科技社团。1995年发起创建“全国肿瘤防治宣传周”活动，成为我国规模和影响力最大的肿瘤科普品牌活动，组建多学科的科学传播专家团队，在全国创建数百家科普教育基地，每年组织全国肿瘤科普能力大赛，编写发布《中国抗癌协会科普指南》，聚焦预防、早筛、临床、康复的全程管理，助力科学抗癌。

中国抗癌协会肿瘤防治科普平台是CACA创立的肿瘤科普网站，在这里您可以查询到更多更详细的关于肿瘤的防治知识。

中国抗癌协会网址：<http://www.caca.org.cn/>

中国抗癌协会肿瘤防治科普平台网址：<http://www.cacakp.com/>

中国抗癌协会肿瘤防治科普平台公众号：CACAKP

2.淋巴瘤诊疗指南（2022年版）、中国淋巴瘤治疗指南（2021年版）

第六章 推荐阅读

4.国内外常用数据库及网站

(1) 中国知网(CNKI) <http://www.cnki.net/>

中国知识基础设施工程 (CNKI) 是由清华同方光盘股份有限公司、清华大学中国学术期刊电子杂志社、光盘国家工程研究中心联合建设的综合性文献数据库。

(2) 中文科技期刊数据库/维普数据库 <http://www.cqvip.com/>

维普数据库是由科技部西南信息中心直属的重庆维普资讯公司开发的数据库。

(3) 万方数据知识服务平台 <http://www.wanfangdata.com.cn/>

万方数据库是由万方数据公司开发的，涵盖期刊、会议纪要、论文、学术成果、学术会议论文的大型网络数据库。

(4) PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

PubMed是互联网上最著名的免费Medline数据库，由美国国立医学图书馆的生物信息技术中心提供。

(5) 美国国立综合癌症网络 <https://education.nccn.org/>

美国国立综合癌症网络 (NCCN) 每年发布的各种恶性肿瘤临床实践指南，得到了全球临床医师的认可和遵循。



中国抗癌协会