

·临床研究·

原发扁桃体非霍奇金淋巴瘤 89 例临床分析

秦燕, 石远凯, 何小慧, 杨建良, 杨晟,
于燕霞, 李博, 王奇璐, 周立强, 孙燕

Clinical Features of 89 Patients with Primary Non-Hodgkin's Lymphoma of the Tonsil

QIN Yan, SHI Yuan-Kai, HE Xiao-Hui, YANG Jian-Liang, YANG Sheng,
YU Yan-Xia, LI Bo, WANG Qi-Lu, ZHOU Li-Qiang, SUN Yan

中国医学科学院
中国协和医科大学
肿瘤医院/肿瘤研究所
内科,
北京 100021

Department of Medical Oncology,
Cancer Hospital/Cancer Institute,
Chinese Academy of Medical
Sciences & Peking Union Medical
College,
Beijing, 100021,
P. R. China

通讯作者:石远凯

Correspondence to:SHI Yuan-Kai
Tel:86-10-87788268
Fax:86-10-67705068
E-mail:syunkai@yahoo.com.cn
syk@pubem.cicams.ac.cn

基金项目:教育部博士点专项科
研基金项目(No. 20050023045)

Grant: Scientific Research
Foundation from Ministry of
Education (No. 20050023045)

收稿日期:2005-07-12

修回日期:2005-08-29

[ABSTRACT] BACKGROUND & OBJECTIVE: Head and neck lymphoma develops predominantly in the tonsil. This study was to investigate the clinical features of primary non-Hodgkin's lymphoma (NHL) of the tonsil, and to explore possible ways to improve the prognosis and quality of life of the patients after treatment. **METHODS:** Clinical data of 89 naïve patients with NHL of the tonsil, treated from May 1990 to Jan. 2003, were retrospectively reviewed. All patients were confirmed pathologically and classified according to revised European-American Lymphoid Neoplasms and World Health Organization Classification, and staged according to the Ann Arbor classification. Stage I – II patients received radiochemotherapy-predominant treatment, whereas stage III – IV patients received chemotherapy-predominant treatment. **RESULTS:** Of the 89 cases, 60 (67%) were diffuse large B-cell subtype, 11 (12%) were peripheral T-cell subtype, 5 (6%) were indolent lymphoma, 1 was anaplastic large T-cell lymphoma, and 1 was T lymphoblastic lymphoma; 81 (91%) were stage I – II disease. Of the 89 patients, 58 (72%) received radiochemotherapy, 19 (21%) received radiotherapy alone, 3 received chemotherapy alone, and 1 received radiochemotherapy combined with rituximab. The 5-year overall survival rate was 80%, that of stage I – II patients was 84%. Cox regression multivariate analysis showed that the survival rate was correlated to the value of international prognostic index (IPI), and whether the patient had primary refractory or relapsed disease, but was not correlated to sex, age, pathologic subtype, B symptoms, and bulky disease. **CONCLUSIONS:** Most patients with NHL of the tonsil are at early stages, with good prognosis. Diffuse large B-cell lymphoma is the most common pathologic subtype. Primary refractory, relapse, and IPI>1 are independent prognostic factors. **KEYWORDS:** Tonsil neoplasm; Non-Hodgkin's lymphoma; Chemotherapy; Radiotherapy; Prognosis

【摘要】背景与目的: 扁桃体是原发头颈部非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma,NHL)的最常见部位。本研究主要分析和总结原发扁桃体 NHL 的临床特点及治疗预后,探讨进一步改善预后和治疗后生存质量的可能途径。**方法:** 回顾性分析 1990 年 5 月至 2003 年 1 月,89 例初治原发扁桃体 NHL 患者的临床资料。按照改良的欧洲-美国淋巴瘤和 WHO 淋巴瘤分类原则进行病理分类。根据 Ann Arbor 标准进行分期。I 期和 II 期患者主要接受放化疗联合治疗,III 期和 IV 期患者以化疗为主。**结果:** 89 例患者中弥漫大 B 细胞型 60 例(67%),外周 T 细胞型 11 例(12%),惰性淋巴瘤 5 例(6%),间变大 T 细胞型和 T 淋巴母细胞型各 1 例,未明确分类 11 例(12%)。I 期和 II 期患者 81 例(91%),其中 58 例(72%)为放化疗联合治疗,19 例(23%)为单纯放疗,3 例(4%)为单纯化疗,1 例(1%)为放化疗联合美罗华治疗。全组患者 5 年总生存率和无病生存率均为 80%,I 期和 II 期患者的

5年生存率为84%。早期患者的生存率与原发耐药、复发和国际预后指数(international prognostic index, IPI)评分有显著性相关;而性别、年龄、病理类型、B症状、是否有巨块等对生存率均无显著性影响。**结论:**原发于扁桃体的NHL绝大部分为Ⅰ期和Ⅱ期的早期患者,因此预后较好。病理类型以弥漫大B细胞型最为多见。Cox回归分析显示在早期患者中原发耐药、复发和IPI>1是影响预后的主要因素。

关键词:扁桃体肿瘤;非霍奇金淋巴瘤;化学疗法;放射疗法;预后

中图分类号:R733.1;R739.64;R730.58 **文献标识码:**A

文章编号:1000-467X(2006)04-0481-05

原发头颈部的非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL)绝大部分起源于韦氏环,韦氏环的解剖部位包括扁桃体、舌根、口咽和鼻咽,在NHL的分期标准中韦氏环被定义为结内器官。原发于韦氏环的NHL在我国的发病率高于西方,而原发扁桃体的NHL约占韦氏环发病率的70%^[1]。国内对于原发扁桃体NHL的报道不多,本研究详尽分析了原发于扁桃体的NHL的临床特点、分期、病理类型以及治疗后的生存情况。

由于原发扁桃体的NHL患者在起病时多表现为单侧扁桃体肿大,疼痛或吞咽不适等,往往发现较早,约80%左右为早期,故预后较好,多数患者可长期生存^[2]。目前原发扁桃体NHL的标准治疗是放化疗联合,本研究探讨如何在现有治疗基础上,进一步改善患者治疗后的生存质量。

1 资料与方法

1.1 患者资料

1990年5月至2003年1月中国医学科学院肿瘤医院收治的初治原发扁桃体NHL患者89例,男性53例,女性36例,中位随访51个月,随访截止日期为2005年5月31日。所有患者均按改良的欧洲-美国淋巴瘤(revised European-American lymphoid neoplasms, REAL)和世界卫生组织(WHO)淋巴瘤分类原则进行病理分类。患者的分期根据体检、胸片、CT扫描和骨髓活检结果按Ann Arbor分期确定。凡局部病变超出韦氏环范围,到达鼻腔、喉及口腔的患者均定义为局部结外受侵。原发耐药定义为在完整的首次诱导化疗中没有达到完全缓解(complete response, CR)的患者,包括治疗后部分缓解、稳定或治疗中进展三种情况。

1.2 治疗方法

Ⅰ期和Ⅱ期患者主要采用化放疗联合治疗,Ⅲ

期和Ⅳ期患者以化疗为主。化放疗联合方式有化疗加放疗,放疗加化疗和化疗加放疗加化疗夹心方式。Ⅰ期和Ⅱ期患者共81例,其中58例(72%)行放化疗联合治疗,19例(23%)单纯放疗,3例(4%)单纯化疗,1例(1%)为化放疗联合美罗华治疗。

放疗采用6 MV或8 MV直线加速器,面颈联合野加下颈切线野照射。面颈联合野照射范围包括韦氏环和上颈部,当原发病变侵及临近器官或结构时,照射野相应扩大以充分包括受侵部位。大部分原发肿瘤的照射剂量为50 Gy。所有治疗均为常规分割,每次照射2 Gy,每周5次。

初治化疗方案多为CHOP方案或类似方案,89例患者共行335周期化疗,其中CHOP方案258周期, BACOP方案33周期, CHEP方案25周期, ProMACE-CytaBOM方案13周期,其它各种方案共6周期。CHOP方案为环磷酰胺750 mg/m²第1天,长春新碱1.4 mg/m²第1天,阿霉素40 mg/m²或表阿霉素50~60 mg/m²第1天,强的松100 mg第1~5天,21天一周期。BACOP方案为博来霉素10 mg/m²第15、21天,阿霉素25 mg/m²或表阿霉素40 mg/m²第1、8天,环磷酰胺650 mg/m²第1、8天,长春新碱1.4 mg/m²第1、8天,强的松100 mg第15~28天,28天一周期。ProMACE-CytaBOM方案为环磷酰胺650 mg/m²第1天,阿霉素25 mg/m²或表阿霉素40 mg/m²第1天,足叶乙甙120 mg/m²第1天,强的松60 mg/m²第1~10天,阿糖胞苷300 mg/m²第8天,博来霉素10 mg/m²第8天,长春新碱1.4 mg/m²第8天,甲氨蝶呤120 mg/m²第8天,甲氨蝶呤用后24 h开始四氢叶酸解救,25 mg/m²口服,每6 h一次,连服4次。

1.3 统计学方法

总生存时间是指从疾病确诊日期至患者死于任何疾病、最后随诊或截止观察日期的时间。无病生存时间是指治疗后达临床CR之日到肿瘤复发进展、最后随诊和截止观察日期的时间。生存率计算用Kaplan-Meier方法,组间生存率比较应用log-rank检验,临床各种因素对预后的影响用COX多因素回归分析。应用SPSS 11.5统计学分析软件完成统计分析。

2 结果

2.1 发病时临床表现

多数患者以咽痛或无痛性咽部不适,伴有吞咽不适感或吞咽困难起病。扁桃体肿物伴有溃疡形成

者可以伴有血痰、口腔异味。肿物在短时间内生长迅速者可发生急性阻塞性呼吸困难。侵及喉返神经可出现声嘶。少数患者首先发现颈部淋巴结肿大,而后体检发现扁桃体肿物。发病初期易误诊为扁桃体炎,部分患者抗菌治疗可有短期缓解。

2.2 性别和发病年龄

89 例患者中男女比例为 1.5:1。患者的发病年龄从 6 岁到 76 岁,中位年龄 48 岁。在 89 例患者中有 3 例患者小于 20 岁,均在初治后短期内复发,并出现病情迅速进展。

2.3 临床分期及国际预后指数 (International Prognostic Index, IPI) 评分

均为初治患者,Ⅰ期 32 例,Ⅱ期 49 例,Ⅲ期 7 例,Ⅳ期 1 例。Ⅰ期和Ⅱ期患者占 91%。9 例患者有 B 症状,5 例有结外受侵,受侵部位多为韦氏环周围组织,如鼻腔、喉、颅内以及面神经等。远处结外受侵仅一例,表现为皮肤受侵。5 例有大于 10 cm 的巨块病灶。单侧扁桃体受累 72 例,双侧受累 17 例。IPI 评分为 0~1 分者 83 例(93%),2~4 分者 6 例(7%)。

2.4 病理类型

在 89 例患者中,弥漫大 B 细胞型(diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL)60 例(67%),非特异性外周 T 细胞型(peripheral T-cell lymphoma, PTCL)11 例(12%),惰性淋巴瘤 5 例(6%),T 淋巴母细胞型 1 例,间变大 T 细胞型 1 例,未明确分类者 11 例(12%)。5 例惰性来源中包括滤泡型 3 例,边缘带和小淋巴细胞型各 1 例。

2.5 治疗结果

在 89 例患者中,采用 CHOP 和 CHEP 方案化疗者 58 例, BACOP 方案化疗者 9 例, ProMACE-CytaBOM 方案化疗者 2 例,其它方案者 2 例。Ⅰ期和Ⅱ期患者中位化疗 4 个周期,Ⅲ期和Ⅳ期患者中位化疗 6 个周期。在 81 例Ⅰ期和Ⅱ期患者中,化放疗联合者 58 例,单纯放疗者 19 例,单纯化疗者 3 例,化放疗联合美罗华者 1 例。

在早期患者中,放化疗联合和单纯放疗患者的 CR 率分别为 84.5% 和 94.7%,复发率分别为 8.1% 和 6.7%,5 年生存率分别为 84.5% 和 89.5%。

81 例Ⅰ期和Ⅱ期患者中 11 例为原发耐药,70 例初治后达 CR,8 例复发。8 例Ⅲ期和Ⅳ期患者中 6 例为原发耐药,2 例持续 CR 30 个月和 34 个月。

5 例惰性淋巴瘤患者中,除 1 例小淋巴细胞型患者首发于扁桃体,诊断时已为Ⅳ期外,其它 4 例

均为Ⅰ期或Ⅱ期的早期患者。2 例患者在治疗后短期进展并出现骨髓受侵,3 例患者分别随访 55 个月、53 个月和 34 个月无病生存。

2.6 生存统计

采用回院复查、电话和发随访信的方式随访。随访截至 2005 年 5 月 31 日,89 例均获随访。

全组的 5 年总生存率和无病生存率均为 80%,Ⅰ期和Ⅱ期患者的 5 年生存率为 84%,Ⅰ期和Ⅱ期患者的生存率无显著性差异(图 1)。Ⅲ期和Ⅳ期患者的 2 年总生存率为 25%。72 例侵袭性淋巴瘤患者(包括 DLBCL 和 PTCL)的 5 年总生存率和无病生存率分别为 78% 和 74%。

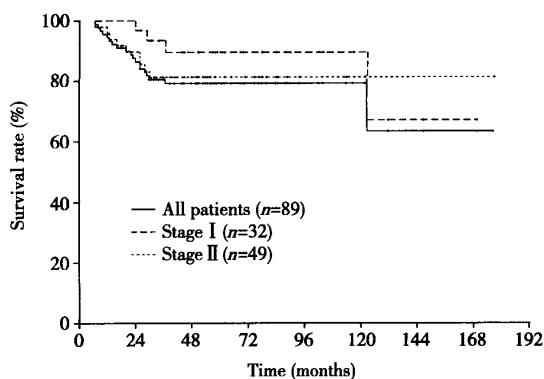


图 1 所有患者和Ⅰ、Ⅱ期患者的总生存率曲线

Figure 1 Overall survival curve and survival curves of the patients at stage I or II

89 例患者中,无复发者 64 例、原发耐药者 17 例和复发者 8 例,5 年总生存率分别为 98%、42% 和 17%,三者之间生存率具有显著性差异(图 2)。IPI 评分为 0~1 分患者的 3 年生存率为 85%,2~4

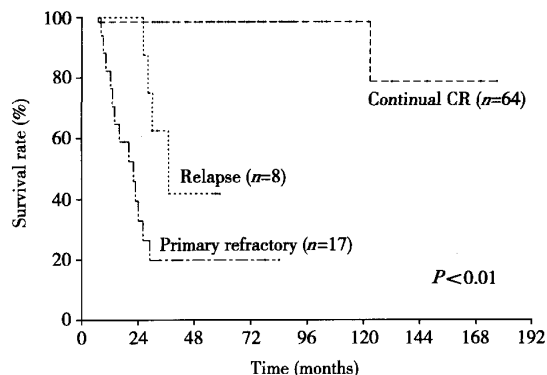


图 2 原发耐药、复发和持续完全患者的总生存率曲线

Figure 2 Survival curves of the patients with primary refractory disease, tumor relapse, or achieved continual complete remission (CR)

分者的 3 年生存率 33%,两者之间具有显著性差异 ($P=0.00$,图 3)。

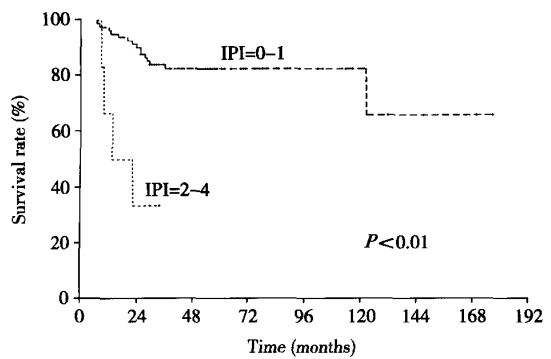


图 3 不同 IPI 预后指数患者的总生存曲线
Figure 3 Survival curves of the patients with different IPI scores

单纯放疗和放化疗联合治疗对于 I 期和 II 期患者的总生存率无显著影响。DLBCL 患者的 5 年总生存率为 80%,而 PTCL 患者的 5 年总生存率为 61%,两者之间无显著性差异 ($P=0.25$)。性别、年龄、病理类型、B 症状、巨块等对生存均无显著影响。

2.7 原发耐药和复发患者特点

17 例原发耐药患者的中位生存期为 22 个月。2 例患者长期无病生存,1 例常规解救治疗已无病生存 5 年以上,1 例行高剂量化疗联合自身造血干细胞移植后随访 30 个月仍无病生存。见表 1。

表 1 原发耐药和复发患者的临床特点
Table 1 Clinical characteristics of the patients with primary refractory or relapsed disease

Item	Primary refractory	Relapsed disease
Total	17	8
Stage		
I - II	11	8
III - IV	6	0
B symptoms	4	0
Pathologic subtype		
Diffuse large B-cell lymphoma	11	6
Peripheral T-cell lymphoma	3	1
Indolent lymphoma	2	0
T lymphoblastic lymphoma	1	0
Extranodal involvement	2	1
Bulky disease	2	0
IPI score		
0-1	13	8
2-4	4	0
Initial therapy		
Radiochemotherapy	11	4
Radiotherapy alone	1	2
Chemotherapy alone	5	2

COX 分析结果显示,原发耐药与 B 症状 ($P=0.018$)和结外受侵($P=0.008$)相关,与 IPI 预后指数、分期、病理类型、初治方式和是否有巨块均无显著性相关。

8 例 CR 后复发患者复发部位多为局部和远处淋巴结,2 例患者复发时侵及皮肤,2 例侵及胃肠道,1 例侵及肾脏,1 例侵及中枢神经系统。3 例患者随访 55 个月、51 个月和 18 个月时无病生存,2 例患者的复发部位为淋巴结,1 例为结肠。8 例复发患者的中位生存期为 37 个月。见表 1。

COX 分析结果显示,复发与结外受侵 ($P=0.028$)、B 症状($P=0.036$)相关,与 IPI、分期、病理类型、初治方式及是否有巨块均无显著性相关。

3 讨 论

本研究 89 例患者的中位发病年龄 48 岁,男女性别比为 1.5:1。I 期和 II 期患者占 91%,多数的病理类型为侵袭性,以 DLBCL 为主,其次为 PTCL。5 年的总生存率为 80%,侵袭性淋巴瘤患者的 5 年生存率为 78%,这些特点与既往报道的结果^[1-3]相似。

本组病例中,仅 3 例患者年龄小于 20 岁,而此 3 例患者均在短期内出现病情进展或复发。且复发后病情进展迅速,提示年纪小可能与预后差相关。

本研究的统计结果显示,原发耐药、复发和 IPI>1 是影响生存率的三个最主要因素。而有结外受侵和 B 症状与原发耐药和复发相关。提示有结外受侵和 B 症状者预后较差。

在全组中,原发耐药患者的比率为 19%,而这些患者的 5 年生存率仅 20%,是影响本组患者预后的最主要原因。有研究指出,高剂量化疗联合自体造血干细胞移植可以提高这类患者的生存率,但其前提是必须对二线化疗敏感^[4]。在 12 例可评价二线化疗疗效的患者中,对二线化疗不敏感者 8 例,占 66%。可见多数一线化疗耐药的患者,即使更换化疗方案仍然不能取得满意的效果。目前原发耐药患者的治疗,是 NHL 治疗中的一个难题,如果可以有效的克服耐药,将明显改善预后。这不仅需要及时发现患者的耐药倾向,尽快调整治疗策略,比如联合分子靶向药物、提高常规化疗强度或设计新的敏感细胞毒性药物组合的化疗方案等,还需要探索耐药的分子机制,发现可抑制耐药产生的分子靶点。

同是原发韦氏环的 NHL,原发于扁桃体和鼻咽部 NHL 的临床特点并不完全相同。我院报道的 136 例原发于鼻咽部的 NHL 中,在发病年龄和分

期方面与原发于扁桃体的相似,但在病理分类上原发鼻咽的 NHL 中 T 细胞来源者占约 41%, 显然高于原发于扁桃体的 15% 的比率。在治疗方式基本相同的情况下, 本研究中全组患者的 5 年生存率为 80%, 而原发于鼻咽部的为 56%^[5]。提示原发于扁桃体的 NHL 可能较原发于鼻咽者预后好, 是否与两者在病理类型上的差别有关尚无报道。

据报道放疗可以治愈约 50% 的 I 期侵袭性 NHL^[1]。虽然随机和非随机研究都更加倾向于化疗与放疗联合优于单纯化疗或放疗^[6-9], 但是并没有确切的结论。化疗后的放疗剂量也同样没有明确的结论。一项前瞻性随机对照研究, 对比了原发于韦氏环的 I 期侵袭性 NHL 患者分别行单纯放疗, 单纯化疗 (CHOP 或 CHOP 样方案) 和放化疗联合治疗的结果。5 年的无进展生存存在联合治疗组为 83%, 单纯放疗组为 48%, 单纯化疗组为 43%^[10]。这项研究采用放疗后再化疗的治疗模式, 而一些研究认为, 化疗后再放疗更好^[6-8]。本研究中 I 期和 II 期患者多采用放化疗联合治疗, 少部分患者为单纯放疗或化疗。可能由于病例数有限, 三种治疗方式的 5 年生存率无显著性差异。

我们在随访中发现, 患者中比较普遍的主诉是放疗后出现持续的口干、唾液少和进行性的牙齿松动。由于约 80% 的原发扁桃体的 NHL 患者治疗后长期生存, 所以在治疗方案的选择上应充分考虑治疗后的生存质量问题。2005 年 Reyes 等^[11]报道了一项 647 例的随机对照研究, 应用 ACPVB (加强剂量的阿霉素、环磷酰胺、长春新碱、博来霉素和强的松) 联合序贯巩固化疗对比 CHOP、加累及野放疗, 治疗 I 期和 II 期、无预后不良因素患者的研究结果, 其中韦氏环和鼻窦受侵患者占 24%。在中位随访 7.7 年时, 无事件生存和总生存存在单纯化疗组均显著优于放化疗联合治疗组。5 年的无事件生存存在单纯化疗组为 82%, 放化疗联合组为 74%。并且在 7.7 年的随访观察中单纯化疗组没有增加第二肿瘤的发病率^[12-14]。这一结果提示对于部分可以耐受加大强度化疗的患者, 是否可以采用单纯化疗, 以减少面颈联合野放疗后对患者长期生存质量的影响。

在本研究中, 仅有一例患者采用放化疗联合美罗华的治疗。由于已有明确的结论认为, 化疗联合美罗华可以使 20% DLBCL 患者的无病生存率提高^[15], 所以可以预见的是在放化疗的同时联合美罗华将可能进一步提高原发扁桃体 NHL 患者的预后。目前欧洲成人淋巴瘤协作组正在进行美罗华联

合 ACPVB 方案治疗没有不良预后因素的早期 DLBCL 的临床研究, 以评价单纯化疗联合美罗华治疗早期 NHL 的疗效。

【参 考 文 献】

- [1] Shima N, Kobashi Y, Tsutsui K, et al. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck [J]. *Cancer*, 1990, 66(6):1190-1197.
- [2] Economopoulos T, Asprou N, Stathakis N. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck [J]. *Oncology*, 1992, 49(6):484-488.
- [3] Gustavsson A, Osterman B, Cavallin-Stahl E. A systematic overview of radiation therapy effects in non-Hodgkin's lymphoma [J]. *Acta Oncologica*, 2003, 42(5-6):605-619.
- [4] Stiff P J, Dahlberg S, Forman S J, et al. Autologous bone marrow transplantation for patients with relapsed or refractory diffuse aggressive non-Hodgkin's lymphoma: value of augmented preparative regimens—a Southwest Oncology Group trial [J]. *J Clin Oncol*, 1998, 16(1):48-55.
- [5] 袁智勇, 李晔雄, 赵路军, 等. 鼻咽非霍奇金淋巴瘤的临床与预后分析 [J]. *中华肿瘤杂志*, 2004, 26(7):425-429.
- [6] Gospodarowicz M K, Sutcliffe S B. The extranodal lymphomas [J]. *Semin Radiat Oncol*, 1995, 5(4):281-300.
- [7] Zucca E, Roggero E, Bertoni F, et al. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphomas [J]. *Ann Oncol*, 1999, 10(9):1023-1033.
- [8] Yuan A, Jacobs C. Lymphomas of the head and neck [J]. *Semin Oncol*, 1999, 26(3):338-345.
- [9] Miller T P, Dahlberg S, Cassady J R, et al. Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for localized intermediate- and high-grade non-Hodgkin's lymphoma [J]. *N Engl J Med*, 1998, 339(1):21-26.
- [10] Viles A, Delgado S, Ruiz H, et al. Treatment of non-Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring radiotherapy versus chemotherapy versus combined therapy [J]. *Oral Oncol Eur J Cancer*, 1996, 32B(1):19-23.
- [11] Reyes F, Lepage E, Ganem G, et al. ACVBP versus CHOP plus radiotherapy for localized aggressive lymphoma [J]. *N Engl J Med*, 2005, 352(12):1197-1205.
- [12] Shenkier T N, Voss N, Fairey R, et al. Brief chemotherapy and involved-region irradiation for limited-stage diffuse large-cell lymphoma: an 18-year experience from the British Columbia Cancer Agency [J]. *J Clin Oncol*, 2002, 20(1):197-204.
- [13] Armitage J O, Carbone P P, Connors J M, et al. Treatment related myelodysplasia and acute leukemia in non-Hodgkin's lymphoma patients [J]. *J Clin Oncol*, 2003, 21(5):897-906.
- [14] Andre M, Mounier N, Leleu X, et al. Second cancers and late toxicities after treatment of aggressive non-Hodgkin lymphoma with the ACVBP regimen: a GELA cohort study on 2837 patients [J]. *Blood*, 2004, 103(4):1222-1228.
- [15] Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma [J]. *N Engl J Med*, 2002, 346(4):235-242.

[编辑:张菊;校对:林志祥]

作者：秦燕，石远凯，何小慧，杨建良，杨晟，于燕霞，李博，王奇璐，周立强，孙燕，QIN Yan，SHI Yuan-Kai，HE Xiao-Hui，YANG Jian-Liang，YANG Sheng，YU Yan-Xia，LI Bo，WANG Qi-Lu，ZHOU Li-Qiang，SUN Yan

作者单位：中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院/肿瘤研究所内科，北京，100021

刊名：[癌症](#) [ISTIC](#) [PKU](#)

英文刊名：[CHINESE JOURNAL OF CANCER](#)

年，卷(期)：2006, 25 (4)

被引用次数：5次

参考文献(15条)

1. Shima N, Kobashi Y, Tsutsui K [Extranodal nonHodgkin's lymphoma of the head and neck](#)[外文期刊] 1990 (06)

2. Economopoulos T, Asprou N, Stathakis N [Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck](#)[外文期刊] 1992 (06)

3. Gustavsson A, Osterman B, Cavallin-Stahl E [A systematic overview of radiation therapy effects in non-Hodgkin's lymphoma](#)[外文期刊] 2003 (5-6)

4. Stiff P J, Dahlberg S, Forman S J [Autologous bone marrow transplantation for patients with relapsed or refractory diffuse aggressive non-Hodgkin's lymphoma:value of augmented preparative regimens-a Southwest Oncology Group trial](#)[外文期刊] 1998

5. 袁智勇, 李晔雄, 赵路军 鼻咽非霍奇金淋巴瘤的临床与预后分析[期刊论文]-[中华肿瘤杂志](#) 2004 (07)

6. Gospodarowicz M K, Sutcliffe S B [The extranodal lymphomas](#)[外文期刊] 1995 (04)

7. Zucca E, Roggero E, Bertoni F [Primary extranodal nonHodgkin's lymphomas](#)[外文期刊] 1999 (09)

8. Yuan A, Jacobs C [Lymphomas of the head and neck](#)[外文期刊] 1999 (03)

9. Miller T P, Dahlberg S, Cassady J R [Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for ocalized intermediate-and high-grade non-Hodgkin's lymphoma](#)[外文期刊] 1998 (01)

10. Viles A, Delgado S, Ruiz H [Treatment of non-Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring radiotherapy versus chemotherapy versus combined therapy](#)[外文期刊] 1996 (01)

11. Reyes F, Lepage E, Ganem G [ACVBP versus CHOP plus radiotherapy for localized aggressive lymphoma](#)[外文期刊] 2005 (12)

12. Shenkier T N, Voss N, Fairey R [Brief chemotherapy and involved-region irradiation for limited-stage diffuse largecell lymphoma:an 18-year experience from the British Columbia Cancer Agency](#)[外文期刊] 2002 (01)

13. Armitage J O, Carbone P P, Connors J M [Treatment related myelodysplasia and acute leukemia in non-Hodgkin's lymphoma patients](#)[外文期刊] 2003 (05)

14. Andre M, Mounier N, Leleu X [Second cancers and late toxicities after treatment of aggressive non-Hodgkin lymphoma with the ACVBP regimen:a GELA cohort study on 2837patients](#) 2004 (04)

15. Coiffier B, Lepage E, Briere J [CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma](#)[外文期刊] 2002 (04)

本文读者也读过(10条)

1. 牛奕, 董梅, 石远凯, 何小慧, [Niu Yi, Dong Mei, Sin Yuankai, He Xiaohui](#) FOLF4方案治疗晚期胃癌临床研究[期刊论文]-癌症进展2008, 6(3)
2. 高远红, 李晔雄, 袁智勇, 赵路军, 刘新帆, 顾大中, 钱图南, 余子豪 原发扁桃体非霍奇金淋巴瘤的预后因素[期刊论文]-中华肿瘤杂志2002, 24(5)
3. 秦燕, 石远凯, 何小慧 抗CD22单克隆抗体Epratuzumab治疗非霍奇金淋巴瘤[期刊论文]-国际肿瘤学杂志2007, 34(3)
4. 李晓阳, 李会菊 原发韦氏环非霍奇金淋巴瘤的CT诊断[期刊论文]-重庆医科大学学报2008, 33(10)
5. 林华, 何小慧, 杨晟, 杨建良, 周生余, 刘鹏, 秦燕, 李博, 张长弓, 韩晓红, 石远凯, [Lin Hua, He Xiaohui, Yang Sheng, Yang Jianliang, Zhou Shengyu, Liu Peng, Qin Yan, Li Bo, Zhang Changgong, Han Xiaohong, Shi Yuankai](#) 国际预后评分预测进展期霍奇金淋巴瘤预后的可行性分析[期刊论文]-癌症进展2009, 7(5)
6. 于燕霞, 石远凯, 何小慧, 周立强, 周生余, 董梅, 冯奉仪, 孙燕, [YU Yan-xia, SHI Yuan-kai, HE Xiao-hui, ZHOU Li-qiang, ZHOU Sheng-yu, DONG Mei, FENG Feng-yi, SUN Yan](#) 非特异性外周T细胞淋巴瘤的临床特征与治疗结果分析[期刊论文]-中华医学杂志2007, 87(38)
7. 牛奕, 石远凯, 何小慧, 冯奉仪, 周立强, 顾大中, [NIU Yi, SHI Yuan-kai, HE Xiao-hui, FENG Feng-yi, ZHOU Li-qiang, GU Da-zhong](#) 150例早期霍奇金淋巴瘤的综合治疗[期刊论文]-中华肿瘤杂志2008, 30(8)
8. 周生余, 石远凯, 何小慧, 张频, 董梅, 黄鼎智, 杨建良, 张长弓, 刘鹏, 杨晟, 冯奉仪, [ZHOU Sheng-Yu, SHI Yuan-kai, HE Xiao-hui, ZHANG Ping, DONG Mei, HUANG Ding-Zhi, YANG Jian-liang, ZHANG Chang-Gong, LIU Peng, YANG Sheng, FENG Feng-Yi](#) DICE方案治疗复发或耐药中高度恶性非霍奇金淋巴瘤[期刊论文]-癌症2005, 24(4)
9. 徐进敬, 戚建伟 扁桃体恶性肿瘤[期刊论文]-国际耳鼻咽喉头颈外科杂志2009, 33(5)
10. 石远凯, 刘鹏, 杨晟, 韩晓红, 何小慧, 艾斌, 秦燕, 李博, 黄鼎智, 张长弓, 孙燕, [SHI Yuan-Kai, LIU Peng, YANG Sheng, HAN Xiao-Hong, HE Xiao-Hui, AI Bin, QIN Yan, LI Bo, HUANG Ding-Zhi, ZHANG Chang-Gong, SUN Yan](#) 注射用聚乙二醇化重组人粒细胞集落刺激因子 I 期临床耐受性试验[期刊论文]-癌症2006, 25(4)

引证文献(5条)

1. 李斌, 钟美佐, 唐陶富, 刘巍, 黄进 COX-2和P-gp在B细胞非霍奇金淋巴瘤组织中表达的相关性研究[期刊论文]-癌症2007(8)
2. 卫兵, 刘宽荣 非霍奇金淋巴瘤应用CHOP化疗方案的远期疗效观察[期刊论文]-基层医学论坛 2012(17)
3. 王小艺, 吴宁, 朱正, [Yan-Feng Zhao](#) 非霍奇金淋巴瘤侵犯扁桃体的CT表现[期刊论文]-癌症 2010(5)
4. [Qin Zhang, Zhongping Jiang, Xingquan Jin](#) 112例非霍奇金恶性淋巴瘤的临床特征[期刊论文]-中德临床肿瘤学杂志(英文版) 2008(9)
5. 郭蕊, 钱立庭, 张红雁, 刘云琴, 李广虎, 朱大高, 陶振超 韦氏环非霍奇金淋巴瘤综合治疗疗效及其预后因素分析[期刊论文]-中华肿瘤防治杂志 2012(10)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_ez200604019.aspx