

# 原发性宫颈淋巴瘤 1 例报告

·病例报告·

赵仁峰, 马刚, 刘妮平

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科

作者简介: 赵仁峰(1965-), 男, 副主任医师, 研究方向: 妇科肿瘤、妇科微创手术。E-mail: gxzhaorenfeng@163.com

【关键词】 子宫; 淋巴瘤; 治疗

【中图分类号】 R 737.33 【文章编号】 1674-3806(2008)01-0082-02

原发性宫颈淋巴瘤是一种极为少见的恶性淋巴瘤, 我科 2007-12 收治 1 例, 现就其临床表现、诊断和治疗报道如下。

## 1 病例简介

患者 72 岁, 孕 7 产 4, 因绝经 17 年, 阴道流血 2 天于 2007-12-09 入院。查体: 一般状态尚可, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 心肺、腹都未见明显异常。妇科检查: 外阴呈绝经后改变, 阴道内有少量血性分泌物, 粘膜无出血点及溃疡, 穹隆不变浅; 宫颈肥大, 约 8 cm 直径大小, 光滑, 质硬, 表面呈浅紫蓝色, 触之易出血; 子宫平位, 增大约孕 8 周大小, 质中偏硬, 活动度尚好, 无压痛, 表面光滑; 双侧附件未及明显异常。三合诊: 直肠粘膜光滑, 指套无血污, 双侧子宫骶韧带增厚达盆壁。实验室检查: CA125、CA199 及 CEA 正常, B 超检查示子宫不均匀增大(66 mm×85 mm×108 mm), 宫颈细胞学检查未发现异常。考虑本例妇科恶性肿瘤可能性大, 遂于 2007-12-13 行剖腹探查术, 术中探查见腹腔极少量腹水, 淡黄色, 清亮, 盆腹腔脏器无异常, 盆腹腔淋巴结未触及肿大, 双附件外观正常。子宫体正常大小, 表面光滑, 子宫颈增大约 8 cm 直径大小, 活动欠佳, 遂行全子宫切除。切开子宫见宫颈剖面呈鱼肉样, 送冰冻切片提示宫颈恶性肿瘤以恶性淋巴瘤可能性大, 已侵及宫体肌层。经患者家属要求, 行全子宫+双附件切除术。术后病理报告为: 子宫颈非霍奇金淋巴瘤(弥漫大 B 细胞淋巴瘤), 广泛浸润子宫颈全层及子宫颈肌层、阴道残端, 免疫组化 CD20(+), CD3(-), CD10(+), CD30(-), Ki-67 约 30% 肿瘤细胞阳性。术后诊断为原发性宫颈恶性淋巴瘤 IIa 期(B 细胞型大淋巴细胞性)。患者术后恢复良好, 按期予 RCHOP 方案化疗 6 疗程(美罗华联合环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松), 患者一般情况好, 复查盆腔 CT 未见肿块, 目前仍在随访中。

## 2 讨论

2.1 淋巴瘤是一组起源于淋巴结或其它结外淋巴组织的恶性肿瘤, 可分为霍奇金病(HD)和非霍奇金淋巴瘤(NHL), 其病因迄今尚不清楚, 淋巴瘤的原发部位可在淋巴结, 也可在结外的淋巴组织。结外淋巴组织原发病变多见于 NHL。

2.2 女性生殖道淋巴瘤也以 NHL 居多, 恶性淋巴瘤广泛播散时常累及女性生殖道, 但原发性子宫颈淋巴瘤极为少见, 约占所有淋巴瘤的 1:730, 然而原发性宫颈淋巴瘤更为罕见, 几乎均为非霍奇金淋巴瘤, 可为 T 或 B 细胞型, 其发病率不

足所有非霍奇金淋巴瘤的 0.5%<sup>[1]</sup>。既往文献报道宫颈淋巴瘤占同期收治的宫颈肿瘤的 0.14% 左右。

2.3 原发性宫颈淋巴瘤患者发病高峰在 40~49 岁, 临床上主要症状为不规则阴道出血, 一般出血量较少, 其出血量往往与宫颈病灶的大小呈正相关, 部分病例表现为会阴不适或阴道排液, 约 20% 的患者可以没有任何症状<sup>[2]</sup>。宫颈处病变小时肉眼很难发现, 确诊主要依靠活体组织病理检查, 宫颈细胞学检查通常正常<sup>[3]</sup>。本例发生在绝经后, 主诉为不规则阴道出血, 而宫颈细胞学检查未发现异常。由于其发病率非常低, 在临床上应提高认识, 诊断要格外谨慎。早期病变需与淋巴瘤样病变区分, 而晚期易与鳞状细胞癌混淆。

2.4 宫颈淋巴瘤起源于宫颈间质, 早期病变可见保留有被覆的宫颈粘膜, 病理组织将其分为结节型(或称滤泡型)和弥漫型两大类。组织学特征为: 淋巴细胞和(或)组织细胞呈单一性的肿瘤性增生, 有不同程度的去分化, 核分裂相多。活检后组织的免疫组化标记可帮助进行鉴别, 但当免疫组织学改变难以区别良、恶性时可应用新技术辅助明确诊断。如 PCR 方法检测 IgH 的基因重排<sup>[5]</sup>。本例被诊断为 IIa 期, 组织学上为大淋巴细胞性 B 细胞型淋巴瘤, 属于高度恶性。

2.5 原发性宫颈淋巴瘤常以局灶病变存在, 如不治疗, 可发生迅速播散和局部侵袭性生长。对于宫颈淋巴瘤的治疗目前尚无一致的标准, 其治疗方式不一。其治疗方案的选择往往与患者的病理类型、年龄、肿瘤的大小以及临床分期密切相关。治疗原则是以手术为主, 结合放疗、化疗和免疫治疗等的综合治疗。手术一般行全子宫+双附件切除术, 并尽可能行肿瘤缩减术, 以提高术后化疗和放疗的效果, 根治手术对淋巴瘤治疗的意义不大<sup>[4]</sup>。但有学者认为不必进行子宫的全根治手术, 应首选化疗<sup>[1]</sup>。因为恶性淋巴瘤对化疗敏感, 有的患者可达到长期无瘤生存, 同时化疗可消除亚临床病灶, 免除手术造成的并发症, 对于年轻患者有保留生育要求者尤其适用。按病理学分类的恶性程度, 分别选择联合化疗方案, 如低度恶性组病情有进展或发生并发症, 以及中度恶性组可选择环磷酰胺、长春新碱、泼尼松(COP)方案或 CHOP 方案, 每月 1 个疗程, 共计 6~9 个月。放疗为大多数宫颈淋巴瘤患者的有效疗法, 但复发率高, I 期生殖道淋巴瘤可通过放疗获得局部控制的效果。而在实际的工作中,

(下转 84 页)

力过猛且妥善固定好胃管,防止将胃管拉出。在患者易拔管的高危时段(18:00~20:00,23:00~2:00,6:00~8:00)增加巡视次数,观察胃管的位置、胶布固定及胃管通畅情况,并及时发现,阻止患者的拔管行为<sup>[7]</sup>。

1.3.7 加强培训和质量控制 培训内容包括护士对非计划性拔除胃管的认知,患者情况的评估技巧,以及非计划性拔除胃管的相关护理对策。同时加强质量控制管理,把非计划性拔除胃管纳入质控范围。通过加强脱管隐患管理和护理流程的实施,以及每月召开质量控制总结会,使意外拔管的发生率明显下降,使护理质量得到不断提高。

1.3.8 掌握好时机适时拔管 对于已排气、排便,夹管后进食少量开水无胃胀患者应及时拔除胃管。

1.4 评价

比较 CQI 前后的非计划性拔除胃管率,数据应用 SPSS10.0 软件统计分析。

2 结果

通过该流程的实施,护士的健康教育能力、非计划性拔除胃管的防范意识明显增加,胃管固定技巧,以及与病人沟通技巧明显提高,非计划性拔除胃管显著减少。经 Fisher 精确概率法检验  $P = 0.0214$ ,有统计学意义。见表 1。

表 1 CQI 前后胃管非计划性拔管率比较

时 间	拔管人数	未拔管人数	合计	拔管率(%) <sup>△</sup>
CQI 前	5	23	28	17.86
CQI 后	0	30	30	0.00
合 计	5	53		8.62

CQI 前后拔管率比较,  $\Delta P = 0.0214$

3 讨论

CQI 是新时期医院发展的重点,是医院管理的灵魂。CQI 注重的是环节管理,与以往的回溯性管理不同,它重视的是过程的管理,同时 CQI 也是一个不间断的过程,它没有终点,只有不间断的进取,不断的创造,在原有的质量基础上不断完善管理的过程,从而取得更好的成绩,使护理质量管理处于一个良性循环的轨迹中<sup>[8]</sup>。

3.1 CQI 可防止患者非计划性拔除胃管 CQI 实施过程中应细化各个环节,以确保 CQI 的有效实施,进而提升护士的

健康教育能力、沟通技巧、安全防范意识,同时护士在执行各项护理操作过程中应首先考虑患者的安全,这样才能防止护理意外即非计划性拔除胃管的发生。

3.2 重视护士培训及合理排班 对护理人员进行专业培训后意外拔管的发生率明显下降。通过业务学习、小讲课,以及护理查房等形式,提高护士的健康教育能力,完善护理对策。健康教育培训包括:评估患者状态、病情,做好心理护理,讲述相关知识及家庭护理等。护理对策培训包括:胃管固定技巧、沟通技巧、镇静剂的应用,以及发生非计划性拔除胃管后的处理等。护士长排班时要做好新老护士搭配,能力强弱搭配,危重病人多时,在非计划拔除胃管的高危时期醒-睡交替期安排加强班,同时对拔管高危患者特别交班,消除隐患。

3.3 加强管理 护士长在实施流程过程中要随时关注患者情况,做到发现问题及时处理,同时每月组织小组讨论,修正流程,分阶段进行效果评价,总结经验以确保 CQI 的有效实施。

参考文献

- 1 陈维英,主编.基础护理学[M].南京:江苏科学技术出版社,1997:125.
- 2 关 纯,韩玉芳.非计划性拔管的原因分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2002,8(4):299-300.
- 3 寇振芬,石玉中.癌症病人情绪障碍分析[J].中国临床心理学杂志,1995,3(3):163.
- 4 Dyer I 等著. ICU 综合征及音乐疗法.郭凤林,张家驹编译.国外医学护理学分册,1997,16(3):103-104.
- 5 黄惠桥.非计划性拔除胃管的原因分析及护理[J].医学文选,2002,21(1):116-117.
- 6 李 玲,肖艳秋,白 琳.介绍一种胃管固定法[J].中华护理杂志,2007,42(4):346.
- 7 范河谷,关月娥,许智红. ICU 老年患者夜间非计划性拔管原因分析与对策[J].南方护理学报,2002,6(3):0034-0036.
- 8 任年真.现代医院医疗质量管理[M].北京:人民军医出版社,2000:139.

[收稿日期 2008-08-15][本文编辑 谭 毅 刘京虹]

(上接 82 页)

原发性宫颈淋巴瘤综合治疗为目前多用的有效方法。其预后比同期别的宫颈鳞癌要好一些,存活率与临床分期密切相关,全子宫、双附件切除术后加放疗及化疗,5 年存活率约 73%<sup>[4]</sup>。有学者报道其 5 年生存率可达 93%<sup>[6]</sup>。

参考文献

- 1 Orlev LN, Ehud B, Tamar BG, et al. Does the dual-specificity MAPK phosphatase Pyst2-L lead a monogamous relationship with the Erk2 protein[J]. Immunol Lett, 2004, 92(1-2):149-156.
- 2 Levy-Nissenbaum O, Sagi-Assif O, Witz I P. Characterization of the dualspecificity phosphatase Pyst2 and its transcripts [J]. Genes

- Chromosomes Cancer, 2004, 39(1):37-47.
- 3 Levy-Nissenbaum O, Sagi-Assif O, Raanani P, et al. Overexpression of the dual-specificity MAPK phosphatase Pyst2 in acute leukemia[J]. Cancer Letters, 2003, 199: 185-192.
- 4 梁 军,严新雨,张顺仓.原发性宫颈淋巴瘤 1 例.陕西医学杂志,2001,30(9):567.
- 5 刘翠苓,李 敏,黄 欣,等.宫颈淋巴瘤与淋巴瘤样病变的诊断与鉴别诊断[J].白血病·淋巴瘤,2006,15(4):261-263.
- 6 Harris NL, Scully RE. Malignant lymphoma and granulocytic sarcoma of the uterus and vagina. A clinicopathologic analysis of 27 cases [J]. Cancer, 1984, 53(11): 2530-2545.

[收稿日期 2008-10-11][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]