

立需根据患者的具体病情、经济水平、生活质量及长期预后出发,积极控制好血压、血糖等相关指标,降低出血、感染等不良事件的发生率,尽力保护残余肾功能,提高患者生存质量,延长患者生存时间。

参 考 文 献

[1] Xu Y, Wang L, He J, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults[J]. JAMA, 2013, 310(9):948-959.

[2] 杨奕. 维持性血液透析和不卧床持续腹膜透析治疗高龄糖尿病肾病终末期患者疗效对比[J]. 吉林医学, 2014, 35(36):8042-8043.

[3] 刘鸣. 系统评价、Meta-分析设计与实施方法[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011.

[4] 云曼丽. 透析治疗终末期糖尿病肾病 30 例临床观察[J]. 中国热带医学, 2008, 8(10):1763-1765.

[5] 黄谷香, 胡平安. 老年终末期糖尿病肾病的血液透析与腹膜透析的比较[J]. 中医学工程, 2007, 15(6):497-502.

[6] 刘枫. 不同透析方式治疗糖尿病肾病尿毒症临床效果对比[J]. 中国保健营养, 2019, 29(22):123.

[7] 彭晓枫, 陈智平. 腹膜透析和血液透析治疗终末期糖尿病肾病的对比分析[J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(6):784-786.

[8] 陈海高, 廖新媛, 刘日光. 腹膜透析与血液透析治疗糖尿病肾病的对比研究[J]. 临床医学工程, 2015, 22(1):17-18.

[9] 加妮娅. 腹膜透析与血液透析治疗终末期糖尿病肾病患者比较分析[J]. 饮食保健, 2019, 6(11):24-25.

[10] 王喜凤, 程锦. 腹膜透析治疗终末期糖尿病肾病的效果分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2019, 51(5):518-520.

[11] 李国祝, 徐辉. 糖尿病合并终末期肾病透析模式临床分析[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(13):86-87.

[12] 刘惠兰, 李国刚. 糖尿病肾病腹膜透析 38 例临床分析[J]. 中华内

科杂志, 2001, 40(11):737-739.

[13] 王杰. 糖尿病肾病尿毒症患者血液透析与腹膜透析的疗效对比观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 19:3875-3878.

[14] 倪志玲. 血液透析(HD)和腹膜透析(CAPD)治疗终末期糖尿病肾病的临床疗效对比[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(24):3029-3030.

[15] 韦慧琴, 李良. 血液透析和腹膜透析治疗终末期糖尿病肾病的疗效比较[J]. 广西医学, 2011, 33(5):606-607.

[16] 卫鹏宇, 薛军. 血液透析和腹膜透析治疗终末期糖尿病肾病的临床疗效对比[J]. 中国社区医师, 2017, 33(35):41.

[17] 杨光, 黎小燕. 血液透析与腹膜透析治疗糖尿病肾病疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(11):117-118.

[18] 袁小强. 血液透析与腹膜透析治疗糖尿病肾病疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(6):33.

[19] 纪孝联. 血液透析与腹膜透析治疗糖尿病肾病尿毒症的疗效比较[J]. 中国实用医刊, 2012, 39(22):95-96.

[20] 陆明. 血液透析与腹膜透析治疗终末期糖尿病肾病的临床对比研究[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(15):93-94.

[21] 周明. 用腹膜透析疗法治疗终末期糖尿病肾病的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(17):113-114.

[22] 张正荣, 刀俊, 白江伟, 等. 糖尿病终末期肾病血液透析和腹膜透析治疗观察[J]. 医学信息, 2015, 28(11):60-61.

[23] 郭建, 张绍勇, 温雅, 等. 两种不同透析治疗对终末期糖尿病肾病的临床疗效观察[J]. 医学临床研究, 2015, 28(12):234-236.

[24] 黄岩. 腹膜透析治疗终末期糖尿病肾病临床疗效及安全性评价[J]. 生物技术世界, 2016, 29(3):125.

[25] 任雪景. 血液透析与腹膜透析治疗方式对终末期肾病患者血红蛋白水平影响[C]. 中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会 2018 年学术年会论文摘要汇编. 2018:1.

(收稿日期:2020-01-19)

(本文编辑:余晓曼)



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2021.10.011

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.10.011

• 病例报告 •

节拍化疗治疗 ABC 型弥漫大 B 细胞淋巴瘤累及十二指肠降部致梗阻性黄疸一例

桂成思 刘尚勤 Narendra Prasad Yadav

[关键词] 弥漫大 B 细胞淋巴瘤; ABC 型; 复发; 梗阻性黄疸; 节拍化疗

[中图分类号] R551.2 [文献标识码] B

患者女,64 岁,因“确诊弥漫大 B 细胞淋巴瘤 5 年,黑便 1 月余”入院。5 年前因“发现右侧腹股沟淋巴结肿大”于外院就诊,2013 年 3 月 19 日行腹股沟淋巴结切除活体术,病理结果显示(右腹股沟)弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL, ABC 型)。免疫组织化学检查示 CD10(-)、Bcl-6(-)、Bcl-2(+)、Ki-67(+80%)、CD3(+)、CD20(+++),行 R-CHOP 方案(利妥昔单抗、环磷酰胺、多柔比星、长春新碱、泼尼松)化疗 6 个疗程,50 Gy 放疗 17 次,病情缓解后出院,后定期复查超声,全身浅表淋巴结均无明显肿大。后患者于 2018 年 2 月 1 日无明显诱因开始出现黑便,于外院行内镜检查结果示慢性非萎缩性胃炎;十二指肠降段新生物病理组织活体检查结果示(十二指肠降段及胃小弯侧)小

块挤压明显,DLBCL(ABC 型);免疫组化检查结果示 PCK(-)、HBM45(-)、CD21(-)、MUM-1(+)、CD10(-)、Bcl-6(-)、Bcl-2(+)、Ki-67(+80%)、ALK(-)、EMA(-)、CD3(+)、CD20(+++),考虑为 DLBCL(ABC 型)复发。2018 年 2 月 14 日于外院行正电子发射计算机断层显像(PET-CT)检查结果示十二指肠降部壁弥漫增厚,代谢异常增高,周围小淋巴结个别代谢稍高,考虑符合淋巴瘤浸润征象;肝内、外胆管扩张;胆总管明显扩张(图 1)。骨髓穿刺检查结果未见明显异常,予以禁食、补液对症治疗病情好转出院。半个月前患者再次出现黑便,伴皮肤巩膜黄染、小便黄,无明显恶心呕吐、腹痛腹泻,遂就诊于我院。既往史:高血压病史 5 年余,规律服用降压药,血压控制尚可。入院体格检查:T 36.3℃,P 83 次/分,R 20 次/分,Bp 111/77 mmHg,精神差,全身皮肤黏膜及巩膜中度黄染,心肺听诊未见明显异常,右上腹部有轻度压痛,全身浅表淋巴结未触及明显肿大。

作者单位:430071 武汉,武汉大学中南医院血液科

通讯作者:刘尚勤, E-mail:ubeliu@aliyun.com

入院后辅助检查:红细胞  $3.08 \times 10^{12}/L$  ( $3.80 \sim 5.10 \times 10^{12}/L$ , 括号内为正常参考值范围,以下相同),血红蛋白  $90.9 \text{ g/L}$  ( $115.0 \sim 150.0 \text{ g/L}$ ),红细胞压积  $27.4\%$  ( $35.0\% \sim 45.0\%$ ); ALT  $185 \text{ U/L}$  ( $5 \sim 40 \text{ U/L}$ ), AST  $182 \text{ U/L}$  ( $8 \sim 40 \text{ U/L}$ ),总胆红素 (TBil)  $231.6 \mu\text{mol/L}$  ( $3.4 \sim 17.1 \mu\text{mol/L}$ ),乳酸脱氢酶 (LDH)  $228 \text{ U/L}$  ( $135 \sim 215 \text{ U/L}$ );超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)  $24.220 \text{ mg/L}$  ( $0.068 \sim 8.200 \text{ mg/L}$ );红细胞沉降率  $53 \text{ mm/h}$  ( $0 \sim 20 \text{ mm/h}$ );肿瘤标志物测定(女性):糖类抗原 (CA)  $12535.22 \text{ U/ml}$  ( $0 \sim 35.00 \text{ U/ml}$ );CA  $199368.70 \text{ U/ml}$  ( $0 \sim 37.00 \text{ U/ml}$ );人绒毛膜促性腺激素、甲胎蛋白、癌胚抗原和神经元特异性烯醇化酶检查结果均未见明显异常;乙型和丙型肝炎血清抗体检测结果阴性;尿液分析结果:琥珀色,浑浊,胆红素(++) ;酮体(+);粪便常规:白细胞(+),潜血(HB法)(+)。结合患者外院诊疗结果,初步诊断:DLBCL 十二指肠浸润(ABC型,复发);梗阻性黄疸;高血压病 3 级(很高危)。于 2018 年 3 月 9 日开始 RCVD 方案节拍化疗(来那度胺  $20 \text{ mg}$  每晚 1 次口服, d1 ~ d21;环磷酰胺每次  $600 \text{ mg}$  静脉滴注, d1、d8、d15;长春地辛每次  $1 \text{ mg}$  静脉滴注, d1 ~ d4、d8 ~ d11、d15 ~ d18;地塞米松每次  $20 \text{ mg}$  静脉滴注, d1 ~ d4、d8 ~ d11、d15 ~ d18)。第 1 疗程化疗结束后患者便血现象好转,黄疸消退。2018 年 4 月 4 日开始 RCVD 方案第 2 疗程化疗,2018 年 4 月 16 日本次化疗结束后于我院复查 PET-CT 示 DLBCL(ABC型)放化疗后,十二指肠降部肠壁增厚,代谢轻度弥散性增高,符合淋巴瘤治疗后活性受抑(图 2)。患者继续诱导化疗,2018 年 6 月 26 日于我院肝胆胰外科行经内镜逆行胰胆管造影术(ERCP),结果提示胆总管结石,十二指肠憩室。2018 年 7 月 2 日于病情平稳后行腹腔镜检查 + 胆囊切除术,术中腹腔镜探查腹腔见:无腹腔积液,胃及大小肠无异常,胆囊大小正常,胆囊与周围组织无粘连,胆总管直径约  $0.8 \text{ cm}$ ,决定行胆囊切除术,术后病理活检结果显示:(胆囊切除标本)慢性胆囊炎;胆石症。截止术后 8 月余,患者于本院行规律化疗,复查肝功能各项指标均正常。

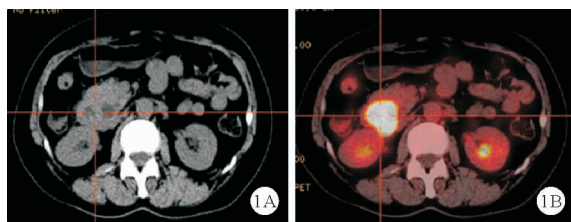


图 1 2018 年 2 月 14 日外院 PET-CT 检查结果:十二指肠降部肠壁弥漫增厚,代谢异常增高,考虑符合淋巴瘤浸润征象

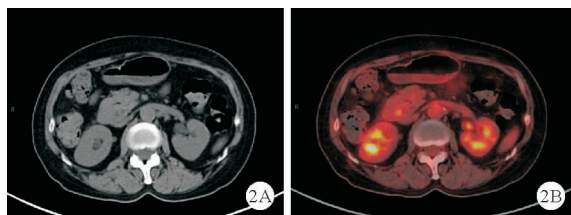


图 2 2018 年 4 月 16 日我院 PET-CT 复查结果:十二指肠降部肠壁增厚,代谢轻度弥散性增高,符合淋巴瘤治疗后活性受抑

## 讨 论

在导致成人恶性梗阻性黄疸的病因中,只有  $1\% \sim 2\%$  是由非霍奇金淋巴瘤所致。到目前为止,由于 ABC 型弥漫大 B 细胞淋巴瘤所导致梗阻性黄疸的发生病例非常少见,肿瘤的发生部位可见于胆总管和肝脏<sup>[1-2]</sup>。其次,胃肠道淋巴瘤较常见,但累及十二指肠降部的非霍奇金淋巴瘤非常少见<sup>[3]</sup>。本例患者的首发症状为便血,通过内镜活检能明确诊断,但严重的黄疸病因需要结合 PET-CT 的检查结果才能明确,最终我们发现患者出现黄疸是由于淋巴瘤累及十二指肠降部壁,压迫附近的胆总管,导致胆汁淤积,引起严重的黄疸。

考虑到本例患者为复发性 ABC 型 DLBCL,基本情况较差,不能耐受手术治疗,资料显示节拍化疗对淋巴瘤疗效明显、不良反应小<sup>[4-6]</sup>,为迅速缓解其病情,决定单用节拍化疗方式治疗:采用 RCVD 方案(来那度胺、环磷酰胺、长春地辛、地塞米松),21 天为 1 个疗程,第 1 个疗程结束后皮肤黏膜及巩膜黄疸消退, TBil 水平降至  $41.0 \mu\text{mol/L}$  (化疗前为  $231.6 \mu\text{mol/L}$ )。化疗期间患者曾出现心率减慢(47 次/分)、肺部感染等不良反应,通过来那度胺减量及抗感染治疗后好转。第 2 个疗程结束后复查 PET-CT,显示十二指肠浸润灶明显受抑,4 个疗程化疗结束后患者黄疸完全缓解,病情稳定,于我院外科行 ERCP 及胆囊切除术。

在本例患者的治疗过程中,仅用节拍化疗而未采取任何外科治疗手段,即能使黄疸迅速消退,被淋巴瘤浸润的十二指肠降部肠壁增厚也明显受抑制。早前便有研究结果表明,单用化疗而不行胆汁引流也可迅速缓解黄疸<sup>[7-8]</sup>。在本病例中,节拍化疗展现出起效快、疗效显著、不良反应小的优点,且针对缓解后复发的 DLBCL 患者,也不会出现耐药现象,为我们临床治疗恶性梗阻性黄疸提供了新的方向。但节拍化疗在临床上能否完全代替外科手术手段治疗淋巴瘤导致的恶性梗阻性黄疸,仍需要更多的临床试验进一步验证。

## 参 考 文 献

- [1] Kato H, Tsujie M, Wakasa T, et al. Primary diffuse large B cell lymphoma of the common bile duct causing obstructive jaundice [J]. Int Cancer Conf J, 2016, 5(2): 107-112.
- [2] Kawakami H, Kubota Y, Ban T. Primary Hepatic Diffuse Large B-cell Lymphoma Mimicking Intrahepatic Cholangiocarcinoma [J]. Intern Med, 2019, 58(1): 143-144.
- [3] Tian C, Li Y, Chen ZC. A Retrospective Analysis of Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin Lymphomas; Clinical Features, Prognostic Factors and Treatment Outcomes [J]. OncoTargets and Therapy, 2020, 10(13): 5345-5352.
- [4] 覃桂珍,王森,魏永长. 节拍化疗的作用机制及其在淋巴瘤治疗中的应用[J]. 临床内科杂志, 2019, 36(5): 303-305.
- [5] 常伟,刘晓倩. 节拍化疗的不良反应[J]. 临床内科杂志, 2019, 36(5): 297-299.
- [6] 武天之,周美玲. 节拍化疗在血液肿瘤中的应用[J]. 临床内科杂志, 2019, 36(5): 300-302.
- [7] 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.
- [8] Ghosh I, Bakhshi S. Jaundice as a presenting manifestation of pediatric non-Hodgkin lymphoma; etiology, management, and outcome [J]. J Pediatr Hematol Oncol, 2010, 32(4): e131-e135.

(收稿日期:2020-04-17)

(本文编辑:余晓曼)