

·短篇报道·

32 例老年人恶性淋巴瘤并存慢性疾病临床分析

钟美佐 何群 刘魏 舒毅刚

老年人恶性淋巴瘤并存其他系统慢性疾病较少见,其治疗更为复杂,现就湘雅医院血液科收治的 32 例老年人恶性淋巴瘤合并其他系统疾病进行临床分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1988 年 1 月至 1998 年 6 月湘雅医院血液科共收治老年人恶性淋巴瘤患者 70 例(均经湘雅医院病理科证实),其中 32 例并存其他系统慢性疾病。32 例患者中,男 18 例,女 14 例,年龄 60~76 岁,平均年龄 64 岁。非霍奇金淋巴瘤 29 例,霍奇金病 3 例。根据 Ann Arber(1971)提出的国际分期标准,Ⅰ期 2 例,Ⅱ期 5 例,Ⅲ期 14 例,Ⅳ期 11 例,并存疾病见表 1。同期收治无其他慢性疾病并存的恶性淋巴瘤 38 例,年龄 60~75 岁,平均 63 岁,非霍奇金淋巴瘤 34 例,霍奇金病 4 例。

1.2 治疗 所有患者化疗均在 2 个或 2 个以上疗程,部分患者加用放疗。化疗方案分别是 COP, COP+Epi, COP+VP-16。每疗程的药物剂量分别是:C(环磷酰胺, cyclophosphamide) 0.6~1.0g, O(长春新碱, vincristine) 1.5~2.0mg, P(泼尼松, prednisone) 150~250mg, Epi(表柔比星, epirubicin) 60~90mg, VP-16(依托泊苷, etoposide) 300~500mg, 两次化疗间歇 2~3 周。并存高血压、冠心病的患者加用降压、改善冠脉循环、预防心肌梗死等药物,糖尿病患者化疗期间加用胰岛素或降糖药,乙肝患者加用保肝、降转氨酶的药物,间断补充白蛋白等,慢性支气管炎、陈旧性肺结核患者未预防使用

抗生素、抗结核药物。化疗期间预防性使用止吐药物等对症治疗,监测病情,如:心电监护、血压、血糖的变化等。

2 结果

2.1 疗效 根据张之南^[1]主编《血液病诊断及疗效标准》进行评价。32 例(研究组)治疗后完全缓解 18 例,部分缓解 8 例,无效 4 例,死亡 2 例(1 例死于严重感染、多器官功能衰竭,1 例死于颅内出血)。38 例(对照组)老年人恶性淋巴瘤患者,治疗后完全缓解 22 例,部分缓解 10 例,无效 3 例,死亡 3 例。

2.2 并存疾病的变化 32 例恶性淋巴瘤并存其他慢性疾病患者,在化疗期间其并存的慢性疾病均未出现明显加重或复发。

3 讨论

老年人恶性淋巴瘤患者病理学上以非霍奇金淋巴瘤为主^[2],临床分期以Ⅲ、Ⅳ期多见,治疗上常以化疗为主。由于老年人是处于生理功能逐渐衰退、老化和免疫功能逐渐低下时期,且常同时伴有其他系统慢性疾病,特别是心血管、肺、肾、消化、内分泌系统的改变使其治疗更为复杂^[3,4]。由于上述原因及患者、患者家属和医师对治疗采取过于保守的态度,明显影响老年人恶性淋巴瘤的近期疗效和长期生存。生物技术的发展、细胞因子、止吐药物等的应用,提高了老年人淋巴瘤患者对化疗的承受能力,并保证了化疗疗程的不间断,使其疗效得到提高。本组病例在化疗中采用 COP 方案为主,并在此基础上

表 1 32 例恶性淋巴瘤并存其他慢性疾病情况(例数)

年龄组 (岁)	非霍奇金 淋巴瘤	霍奇金病	并 存 疾 病*					
			高血压	冠心病	2 型糖尿病	乙型肝炎	慢性支气管炎	陈旧性肺结核
60~	22	2	12	8	2	3	2	1
65~	5	0	4	2	1	1	2	1
70~	2	0	1	0	0	0	1	0
≥75	1	0	0	1	0	0	1	0

注: * 部分患者并存 1 种以上的慢性疾病

作者单位: 410008 长沙, 中南大学湘雅医院血液科

作者简介: 钟美佐, 男, 医学硕士, 副教授

视患者的具体情况加用 VP-16 或表柔比星。对于有并存其他系统慢性疾病的患者,采用坚持化疗、注意化疗剂量个体化、积极治疗并存的疾病、密切观察病情、加强支持及对症治疗等措施。并存有糖尿病的患者,适当控制糖皮质激素的用量,根据每天监测血糖情况加用胰岛素。本研究表明,并存有或无老年人恶性淋巴瘤患者,其近期疗效和 1 年、2 年、3 年生存率差异无显著性,且两组相应的毒性反应差异无显著性。提示对于并存其他系统慢性疾病的老年人淋巴瘤患者,通过积极地综合治疗仍然可获得十分明显的效果。

参考文献

- 1 张之南,沈悌,主编. 血液病诊断及疗效标准. 第 2 版. 北京:科学出版社,1998. 347-348.
- 2 金洪,姚善谦,张进川. 老年人恶性淋巴瘤 12 例临床分析. 中华老年医学杂志,1998,17:56.
- 3 王奇璐,主编. 恶性淋巴瘤的诊断与治疗. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1997. 222.
- 4 Gareth J G. What chemotherapy can do for elderly patients. Geriatr Med, 1987, 17: 70-76.

(收稿日期:2002-08-13)

(本文编辑 李棉生)

·会议纪要·

第十三届长城国际心脏病学大会老年心脏病学分会会议纪要

第十三届长城国际心脏病学大会首次老年心脏病学分会由解放军总医院老年心血管病研究所主持,于 2002 年 9 月 16 日在北京国际会议中心举行。出席会议的有来自全国各省、市、自治区及军队医疗系统代表 250 余人。会议由王士雯院士主持并致开幕词,着重说明了为什么要在长城国际心脏病学会议中设立老年心脏病分会。她指出,这主要是由于我国人口老龄化来势迅猛,我国 65 岁以上老年人口从 7% 上升到 14% 仅用了 28 年(与日本相似),而英国和德国用了 45 年,瑞典用了 85 年,德国用了 115 年。我国是世界上老年人口最多的国家,老年心脏病的发病率和绝对数都在迅速增长;而且,在心血管疾病的基础上出现的多器官、多系统、多病因的疾病也在增加,对老年人的健康长寿构成严重威胁。随后进行了学术报告,邵耕教授、马长生教授分别作了题为“病因和诱因在老年心衰发病中的作用”、“冠脉介入治疗临床试验”的报告,来自美国佛罗里达州的 Vlietstra 教授就“高龄心肌梗死患者死亡率”问题作了专题报告,报告中指出,即使是高龄心肌梗死患者,也能从冠脉介入治疗中获益,死亡率明显降低。他们的报告在代表中引起热烈的讨论。下午举行的“老年多病因心衰论坛”,论坛上,许玉韵教授作了“老年心力衰竭治疗的整体观念”,沈璐华教授作了“治疗老年慢性心力衰竭的近代观点”,钱方毅教授作了“血管紧张素 II 受体 I 拮抗剂的药理学及临床应用进展”,华伟教授作了“双心室同步起搏治疗慢性心力衰竭”,赵玉生教授作了“老年多病因心衰的综合治疗”报告。最后,王士雯院士作了“老年多病因心力衰竭”的报告,介绍了老年人心力衰竭的发病有逐渐增多的趋势,这是导致老年心脏病病人住院的首要原因。老年人的多种慢性疾病如高血压、糖尿病、终末性肾炎,甚至贫血都可以导致老年人心衰的发生与发展,并附病例讨论剖析了老年多病因心力衰竭的治疗问题。最后针对老年人多病因心力衰竭可能开展的研究方向提出一些建议:① 中国老年人心衰的流行病学调查;② 中国老年人住院心衰的构成比;③ 老年人单病因心衰与多病因心衰的诊断治疗上的特征;④ 老年人多病因心衰患病的机理研究;⑤ 老年人多病因心衰按疾病构成不同治疗模式的探讨;⑥ 老年人多病因心衰的预后研究;⑦ 老年人多病因心衰的康复;⑧ 老年人多病因心衰的心室重构特征;⑨ 两种以上病因所致心衰的老龄动物模型构建;⑩ 多病因心衰的神经内分泌调控机制研究。

强调整体、综合和个体化治疗,多学科交叉融合,是这次会议的主旨和特色。从本届开始,今后每届长城国际心脏病学会议均将设立老年心脏病学分会这一日程,为老年心脏病学研究提供一个相互交流的新的讲坛。

(周宇红整理)

(收稿日期:2002-09-18)

(本文编辑 李棉生)