

認識惡性淋巴瘤

臺北榮總內科部血液腫瘤科 王緯書

前言

淋巴瘤，又稱為惡性淋巴瘤，是源自於淋巴細胞的異常，即淋巴組織所發生的癌病。近年來，台灣淋巴瘤的發生率有逐漸增加的趨勢。在台灣，約佔所有癌症的 2%。根據衛生署的統計，民國九十三年台灣地區十大癌症死亡原因中，淋巴瘤佔男性十大癌症死亡原因排名第八位（死亡人數為 713 人），以及女性十大癌症死亡原因排名之第九位（死亡人數為 418 人）。淋巴瘤大體上可分為何杰金氏病和非何杰金氏淋巴瘤。在歐美地區，40% 以上的淋巴瘤是何杰金氏病，但台灣地區則九成以上為非何杰金氏淋巴瘤。和外國相較，台灣地區和緩性(也稱為低惡性度)非何杰金氏淋巴瘤的發生率較低，T 細胞淋巴瘤的發生率則較高。非何杰金氏淋巴瘤主要發生於成人，但從小孩到老年皆可能罹患。男性罹患的機會比女性稍高，平均發生年齡在 60 歲以上。由於淋巴組織存在身體的各部位，所以非何杰金氏淋巴瘤可能發生在淋巴結或身體的任何器官，例如胃、口咽、鼻腔等。

淋巴腺的構造與功能

每個人的身上都有許多淋巴腺，而淋巴腺比較集中的位置，包括頭頸部、腋下、鼠蹊部、縱膈腔、以及腹腔等。它們的功能是從淋巴循環中過濾並清除壞死的細胞碎片、細菌及其他異物。當引流到該淋巴腺的區域有感染源侵入時，該區的淋巴腺就會跟著腫大、發炎，例如門診最常見到的扁桃腺炎就常伴隨著頸部淋巴腺腫大的情形。

什麼是惡性淋巴瘤？

淋巴腺腫大可以是正常的淋巴組織因受到外界抗原的刺激（例如感染）而增生，卻也可以是癌細胞增生或轉移所造成。若在鎖骨上方、縱膈腔、或腹腔等不尋常處發現淋巴腺腫大，或是頸部、腋窩、或鼠蹊部的淋巴腺腫大超過一公分，摸起來堅硬、不痛且用手觸診時不易產生滑動，而且可在全身多處發現淋巴腺腫大時，則惡性腫瘤的機會大增。如為女性在腋下淋巴出現腫塊，首先要考慮是不是乳癌合併腋下淋巴腺轉移，必須立刻就醫安排進一步的檢查。如果造成淋巴腺腫大的原因，是由於淋巴細胞本身的惡性化轉變所造成，這種疾病就叫做惡性淋巴瘤，俗稱淋巴癌。

惡性淋巴瘤的發生原因

惡性淋巴瘤真正發生的原因目前仍不甚清楚。藉由患有淋巴瘤病患之研究調查，發現可能與遺傳、自體免疫病變、細菌或病毒感染、及環境等因素都有關係。下列是一些與淋巴瘤發生機率增加的相關原因：

1. 年齡及性別：罹患非何杰金氏淋巴瘤的可能性會隨年齡增加而增加，且男性比女性常見。
2. 免疫功能不全：非何杰金氏淋巴瘤比較常見於患有遺傳性免疫功能不全、自體免疫疾病、愛滋病病毒感染，及接受器官移植後服用免疫抑制劑的患者。
3. 細菌或病毒感染：第一型人類T淋巴球細胞性病毒 HTLV- I (Human T-cell Lymphotropic Virus, type I)，Epstein-Barr (EB) 病毒，C 型肝炎病毒，皰疹 8 型病毒(HHV-8)或幽門螺旋桿菌等感染皆會增加罹患非何杰金氏淋巴瘤的機會。
4. 環境：長期暴露在一些化學製劑之下，如殺蟲劑、染髮劑、木器保護劑等，罹患非何杰金氏淋巴瘤的機率會增加。

惡性淋巴瘤的症狀

早期和緩性淋巴瘤常是沒有症狀或症狀輕微的，而不易查覺及診斷。於身體較為表淺處可以摸到淋巴腺的部位包括頸部、鎖骨上窩、腋下以及鼠蹊部等處。如為惡性淋巴瘤的病患有時還會出現肝、脾腫大及血球變化(癌細胞已侵犯骨髓)等症狀。常見的淋巴瘤症狀包括(1).頸部、腋窩或是鼠蹊部的淋巴結腫大，(2).不明原因的發燒，(3).夜間盜汗，(4).持續的疲勞，(5).不明原因的體重下降，(6).咳嗽、呼吸急促，(7).嚴重皮膚搔癢出現紅色斑點。有時在周邊血液裡可見異常淋巴球出現。若發生臟器被壓迫症狀，如胃、小腸或大腸等消化器官，則可能出現消化性潰瘍或胃腸機能障礙之症狀，如腹脹、便血、嘔吐、腹痛等。若淋巴瘤侵犯骨髓，則可能造成貧血、發燒、不正常出血等問題。

這些症狀可能是感染等非癌症疾病，但也可能與淋巴瘤有關。目前並未有早期偵察淋巴瘤之檢驗方法，故若這些症狀持續出現，應該立刻去看醫師，才能儘早被診斷及治療，千萬不要等到感到嚴重時才要就醫。

惡性淋巴瘤的分期

在臨床上，淋巴瘤可依其侵犯範圍的廣泛程度分成四期。第一、二期被視為早期；而第三、四期則定義為晚期淋巴瘤。

1. 第一期，指只有一處淋巴結區域有癌細胞侵犯。
2. 第二期，有兩處以上淋巴結區域有癌細胞侵犯，但只在橫膈之一邊。
3. 第三期，橫膈兩邊皆有淋巴瘤細胞侵犯時。
4. 第四期，多處淋巴結外癌細胞侵犯，不論是否伴有淋巴結病變；或單一臟器伴隨遠處淋巴結侵犯。

惡性淋巴瘤的診斷方法

如懷疑為癌症造成的淋巴結腫大則必須做切片，於顯微鏡下觀察，於必要時還必須作特別染色來作分型。另外，還必須接受許多檢查以求早期診斷，包括血液抹片及常規檢查、喉頭及血液培養、細菌培養、結核菌素試驗、骨髓穿刺、胸部 X 光檢查等。

有時淋巴腺腫大未必一定就是癌症，例如於門診常見到扁桃腺發炎的病患常會合併暫時性的頸部淋巴結增生，於服用藥物發炎情況改善後，其頸部腫大的淋巴腺也會隨即消失。於手、足部受傷感染之情況下有時也會出現腋下或鼠蹊部淋巴腺腫大的情況，於細胞學或切片檢查則可以發現其淋巴細胞會出現“反應性增生”的情形，於傷口改善後，其淋巴腺也就自然地消失了。此外，台灣是一個結核病的好發地區，有時淋巴腺腫大係由於結核菌感染所造成，也必須做列入鑑別診斷之一。

惡性淋巴瘤的分類方法

非何杰金氏淋巴瘤根據病理型態、腫瘤分佈位置、免疫染色及分子特徵，而產生 WHO 的最新分類。而國際淋巴分類的研究中，歐美國家的淋巴瘤 B 型大細胞淋巴瘤佔約 31%，濾泡型淋巴瘤佔 22%，小淋巴性淋巴瘤/慢性淋巴性白血病佔約 6%，外套型淋巴瘤佔約 6%，周邊 T 型淋巴瘤約佔 6%，邊緣區 B 型淋巴瘤及黏膜組織相關淋巴瘤佔約 5%，還有其他型態約 2%。然而這種分佈情況，並不能代表台灣地區的真实情況。在台灣地區，低惡性度淋巴瘤的發生率較低，而 T 細胞淋巴瘤的發生率較高。

以細針抽取及 core needle 切片，有時對淋巴瘤的正確診斷是不夠的，因其很容易引起錯誤的判讀，在某些情況下合併型態學及細胞學才能正確提供診斷。形態學在過去是病理診斷的唯一標準，在上皮細胞癌的分類還適用，但用在複雜多變的免疫系統就無法適用。隨著分子生物學進展，使傳統以形態學及免疫學為主的淋巴瘤分類法受到極大的衝擊。如過去歸類在低度惡性 B 細胞淋巴瘤的小細胞、被套細胞(mantle cell)、及邊緣區細胞(marginal zone cell)實際上應細分成具有分子生物基礎的三類截然不同的淋巴瘤。

近年來，淋巴瘤的地理性分布之差異相當受到西方血液病理學家的重視。如以亞洲為主的 HTLV-1 成人 T 細胞淋巴瘤，以及與 EBV 相關的 T/NK 細胞淋巴瘤。這些淋巴瘤各具有重要的生物學意義，不得不讓以歐美為主的國際淋巴瘤研究小組所提出的 REAL 分類法，在演變為 WHO 分類法時加入亞洲的日本及臺灣學者的主因。因此，目前形成中的世界衛生組織分類法其實是世界上二十多位血液病理專家的共識，而非過去以發明者命名的分類法。

目前 REAL/WHO 分類法融合了形態學、免疫學、細胞遺傳學、分子生物學及臨床表現特徵等特色，將淋巴瘤分成三大類，即 B 細胞瘤、T 細胞瘤及何杰金氏病。每大類再包含幾個疾病類別，共計 B 細胞十二類別、T 細胞十三類別，及何杰金氏病五類別，共三十類別。但臨床上非何杰金氏淋巴瘤依據癌病發展速

度可大略區分為和緩性及侵略性兩大類型。和緩性非何杰金氏淋巴瘤，也稱為低惡性度淋巴瘤之生長及分裂緩慢，初次診斷時常為晚期但症狀輕微，但後期常發生細胞的惡性轉變而急速惡化，一般有6年以上之存活期。侵略性非何杰金氏淋巴瘤，也稱為中惡性度和高惡性度淋巴瘤，生長及分裂極為快速且會引起嚴重的症狀，若未經治療只有6個月至2年之壽命，但積極治療則可達5年之緩解期；而30%至40%達5年緩解期之患者可能治癒。

惡性淋巴瘤的治療

一、瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤

瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤 (diffuse large B cell lymphomas ;DLBCL) 是成人最常見的淋巴腫瘤。本病主要以淋巴腺外腫塊為臨床表現，如胃、中隔、後腹腔、骨骼等器官。淋巴腺腫大亦可見。中隔的瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤好發於年輕人，易侵犯肝、肺等器官。瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤可能仍是一個異質性腫瘤，包括生發中心來源、邊緣區 (或 MALT) B 細胞、濾泡以外的免疫母細胞、以及胸腺 B 細胞等。由 bcl-6 的轉位只佔約 40% 可知其可能的多樣性，有待未來的研究來澄清。因臨床行為及預後類似，而歸於一類。可以用來區分病人預後的危險因子包括年齡 (小於等於六十歲 v.s. 大於六十歲)、疾病的期別 (I-II vs. III-IV)、血清 LDH 濃度 (正常 vs. 大於正常值)、病患的體能狀況 (ECOG 0-1 vs. 2-4)、以及淋巴結外侵犯位置的數目 (小於等於一處 vs. 大於等於兩處)。以上這些因子被拿來當作病人接受標準治療後，有多少機會可治癒的國際預後評估指標。

Gallium 或 PET 掃描在瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤時有較其他淋巴腫瘤確定的角色。它們可以在最初的分期和治療後的追蹤上提供資訊區分已經纖維化的腫塊和仍有活力的腫瘤。在某些醫學中心，beta-2-microglobulin 被認為是主要的危險因子。當以下位置有被腫瘤侵犯時，脊椎穿刺檢查是必要的。目前另外兩種侵襲性淋巴瘤：anaplastic large cell lymphoma 和 peripheral T-cell lymphoma 也是根據瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤的 practice guidelines 作治療 (雖然 rituximab 治療不適用此兩種腫瘤)。另外，分化程度較差的 follicular lymphoma 也是依照瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤的流程作處理。

瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤的理想治療目標是治癒疾病。事實上、幾乎一半的病人可以用傳統療法治癒此病。治療方向會依照局限性和進展性而有不同。在局限性疾病的病人，治療會再區分成小腫瘤 (<10cm) 和大型腫瘤 (≥10cm) 或淋巴結外疾病。局限性疾病且沒有其他危險因子的病人有極佳的預後，且可使用三到四次 CHOP 合併局部放射線治療。若是病人有之前提到的任一危險因子，六到八次的 CHOP 可合併單株抗體 rituximab (R) 是建議使用的。有大腫瘤或淋巴結外病灶的病人使用六到八次療程的 CHOP 可合併 rituximab，並加上放射線治療。進展性疾病的治療包括六到八次 R-CHOP。若是病人有大腫瘤或腎功能不全者，初始治療需包括監測和預防腫瘤崩解症候群 (例如大量補充水分及使用降尿酸藥物)。

接受過化學治療的病人需再接受三到四個療程後，再接受影像檢查及之前任何有異常發現的檢查。以便早期發現病患是否對化療沒有反應或甚至惡化。在區分殘餘病灶是纖維化或仍有活性的腫瘤時，功能性的影像學檢查(同位素鎵或 PET 掃描)是非常有用的。若是功能性影像學檢查仍為有問題的腫瘤時，建議重複作切片檢查。在經過治療達到部份緩解的病人，可考慮自體骨髓移植或使用高劑量放射線治療(40-45 Gy)。復發的病人需使用無交互抗藥性的複方化學治療，例如 ICE ±R、DHAP、cytarabine+cisplatin、MINE、和 ESHAP。對這些治療有反應的病人需考慮接受高劑量的鞏固性化療和骨髓移植。若是病人接受高劑量化療後仍復發可考慮合適的臨床試驗。本病的預後與臨床分期有密切相關。如屬第 I-II 期，則以化學療法或合併放射治療可以達到 60% 的治療率。整體而言，五年的存活期在 40-50%。

二、濾泡型淋巴瘤 (Follicular Lymphoma)

濾泡淋巴瘤是東西方淋巴瘤分布差異最顯著的一類腫瘤。在歐美，濾泡淋巴瘤是主要腫瘤，而在東方卻不多見。過去爭論最大的是此病是否應分級，以及如何定義、臨床上的相關性如何等問題。本病在歐美常見(20-30%)，但在臺灣則少見(5%)。好發於 40 歲以上成人，男女比率相近。幾乎不會發病於 20 歲以下年輕人及小兒。通常以淋巴腺腫大表現，無其他症狀。骨髓侵犯率為 40-60%。診斷時大部分病人皆已是第四或第五期。

本病偶而與良性增生不易分辨，尤其當濾泡大型時，須以免疫學或以分子生物學方法鑑別。濾泡型淋巴瘤的檢查與其他低惡性度的淋巴瘤相似。大部份的病人在診斷時已有廣泛的病灶。局限性的病灶與廣泛性的病灶，在治療上差異很大，尤其在是否有骨髓的侵犯。兩側的骨髓切片可增加是否有骨髓的侵犯的診斷率。如果病灶只有在局部，正子掃描可以幫忙確定是否有潛藏的病灶，但這仍需更大型的前瞻性研究來證實。大部份 NCCN 的研究員以常規的胸部、腹部、骨盆電腦斷層來做為疾病程度的評估。某些特定的個案可以用同位素鎵掃描來排除可疑病灶。

濾泡型淋巴瘤的治療方法依據診斷時疾病侵犯的程度而定。濾泡型大細胞淋巴瘤的治療與瀰漫型大細胞淋巴瘤的治療準則相似。若為非大體積的局部淋巴瘤，可採局部放射治療、化學治療後再放射治療、或大範圍的放射治療。局部的放射治療加上化學治療或大範圍的放射治療無法改善整體存活。若對於放射治療的範圍引起的毒性大於臨床助益，則考慮追蹤觀察。如果在局部放射治療後復發或對最初的治療沒有反應，則應該當做全身性表現的濾泡型淋巴瘤。病人若為局部的腹部大質塊或廣泛性疾病時，治療的方式取決於以下幾項：症狀、受到影響的器官功能、淋巴瘤引起的血球低下、診斷時為大質塊、疾病進展的速度及病人的活動力。

濾泡型淋巴瘤以目前的標準治療仍是不易治癒的疾病，所以亦可以評估是否加入臨床試驗來治療病人。若沒有適當的臨床試驗，數種的治療選擇包括局部放

射治療、單一藥物或合併多種藥物的化學治療。選擇治療的方式需依據每個病人的年齡、疾病侵犯程度、是否同時有其他疾病、及治療目標。單一藥物 cyclophosphamide 和合併多種化學治療同樣可達到長期存活。單一 rituximab 有中度效力，且可用維持療法來延長反應期，但目前並無證據顯示維持療法可以影響存活時間。傳統的 CVP 化學治療加上 rituximab，可以增進整體反應及疾病無惡化存活。以 fludarabine 為基礎合併其他化藥物的化學治療也有效力，但並沒有優於其他的化學治療。CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) 加上 rituximab 的反應優於單獨使用 CHOP。然而對於存活期沒有助益，且早期就使用 anthracycline 並不被廣泛接受。若病人適合高劑量化學治療及自體骨髓移植，需注意避免過度的骨髓抑制。

對治療有反應的病人必須持續追蹤。復發時，需再次切片以排除組織學上的改變。如果轉變為瀰漫性大細胞淋巴瘤，治療方式則優先考慮以 anthracycline 為基礎的化學治療，或化學治療加上 rituximab。這類的病人需考慮進一步的自體或異體骨髓移植。兩種放射免疫治療，90Y-ibritumomab tiuxetan 及 iodine-131 Itositumomab/tositumomab 對於治療復發疾病有顯著的效果。高劑量治療加上自體或異體骨髓移植，對復發或治療反應差的病人，都是可供選擇的治療方式。對於進行異體骨髓移植，可考慮非骨髓根除性的移植方法。

三、高度侵襲性淋巴瘤

勃氏淋巴瘤 (Burkitt's lymphoma) 及淋巴芽細胞淋巴瘤 (Lymphoblastic lymphoma) 通常具有快速的生長特性，且易有骨髓或腦膜的侵犯，與急性淋巴性白血病的診斷有重疊的部份。這類淋巴瘤若為侵襲性 B 細胞淋巴瘤，常合併淋巴結外的侵犯。最初的診斷檢查包括胸部、腹部、骨盆腔的影像檢查。骨髓的抽吸細胞學檢查、切片病理檢查、腰椎穿刺檢查。血清中 LDH 的高低與疾病預後有關也是必要的檢驗項目。勃氏淋巴瘤常與 HIV 感染有關，故應檢驗病患是否有 HIV 之感染。

勃氏淋巴瘤好發於五至十歲的小兒，在臺灣主要侵犯小腸的終末迴腸區，常與腸系膜形成一塊狀瘤，易侵犯腎臟、卵巢。在非洲則主要侵犯下額，也可侵犯眼眶。本瘤生長速度極快，加倍生長時間在 3 天左右。骨髓及淋巴腺的侵犯率都不高，約 15% 左右。本病是重要的人類疾病，理由是與 EBV 的相關性、特殊染色體異常及 c-myc 致癌基因之相關。是以轉殖鼠證明 c-myc 在人類癌症相關的第一個人類疾病 (腫瘤)。近年來由於 HIV 的流行，Burkitt 氏淋巴瘤在愛滋病人的高發病率又使本病的重要性增加。臺灣的發生率低，在 1-3% 左右。

這類腫瘤常見腫瘤崩解症候群，故治療時給與 allopurinol 及足夠的水份補充是很重要的。初次治療需住院治療以確保即時醫療處理。勃氏淋巴瘤除了已完全切除腫瘤或只有腹腔外單一腫瘤且 LDH 值正常者屬較低危險群病患外，其餘皆屬高危險病患。及積極且縮短治療間距的化學治療對這類病患是重要的，常用的藥物包括高劑量烷化劑、anthracycline、MTX 及脊髓腔內化學治療。復發病患

應考量接受臨床試驗的治療。淋巴芽細胞淋巴瘤一般而言可類同急性淋巴性白血病治療。常用的治療藥物包括高劑量 cyclophosphamide、anthracycline、asparaginase 及骨髓腔內化學治療。BALGB 對急性淋巴性白血病治療處方可用於此症的治療，另有兩個處方：高劑量 MTX 加上 rituximab、高劑量 Ara-C 加上 rituximab 也有不錯的治療效果。如有適當的臨床試驗應考慮加入臨床試驗之治療。

診斷後應快速治療。宜合併外科療法、放射治療、及綜合化學療法。由於高劑量化療之使用，本病的治療率在歐美已達 80%，復發率低且皆在一年以內。

四、慢性淋巴性白血病(CLL)/小淋巴性淋巴瘤

本病為中、老年人疾病（平均年齡在 55-61 歲），而且男性略多於女性。診斷時，病人往往已是第 IV 期疾病，且約 70% 已侵犯骨髓。大部分病人以全身淋巴腺腫表現，偶而因貧血、盜汗及體重減輕而就醫。有些病例（約 1/3）會出現肝脾腫大。約 1/3 至一半的病人末梢血液中有淋巴球過多症。

使用 Ann Arbor 的疾病分期對 CLL 來說可能不適用，修正後的 Rai 分期分為低、中等及高危險群可能較為顯示預後。對於中等危險群淋巴瘤倍增時間小於 1 年及高危險群之病患預後較差。對於早期侷限性 stage I~II 的病人來說，局部電療或觀察即可，如果疾病惡性再根據情況而處理。對於晚期 stage III~IV 的病人，根據需要而給予治療，如：自體免疫疾病及蛋白質低下會給予治療。

一般而言，Rai 分期的低、中等危險群的病患可不需要治療，觀察即可，但對於高危險群之病患則必須治療。系統性化療包括 Alkylating、Purine 類似物及 rituximab（莫須瘤），第一線的化學治療可以使用 fludarbine 合併或不合併莫須瘤）。MD Anderson 癌症中心的資料顯示，fludarbine 合併 Endoxan 及 rituximab 對延長整體及無病存活率有幫忙。第二線的化學治療可以考慮 Alemtazumab（Anti-CD52）合併 perotustain 和 Endoxan，合併或不合併 rituximab。本病為低度慢性淋巴瘤，對化學治療反應良好，五年存活率在 50%-70%。存活曲線隨時間一直下降，意謂幾乎無法治癒。主要原因在於絕大多數病人皆為晚期疾病。

對於自體免疫性溶血性貧血和免疫性血小板減少的初步治療是使用類固醇，對 refractag 的病人可以使用免疫球蛋白，莫須瘤及脾臟切除可選擇使用，對於純紅色球缺乏症可使用免疫抑制劑如 CsA、ATG 及類固醇等。

五、T 淋巴母細胞淋巴瘤/白血病 (Precursor) T Lymphoblastic Lymphoma/ Leukemia

約 1/3 的小兒淋巴瘤為此類。另一常見年紀為 50 歲左右的大人。男性較常見。病人以淋巴腺腫、胸腺腫大、或上腔靜脈症候群表現。較晚期之表現與 T-ALL 相似。常出現胸水。很快會進行至侵犯骨髓，而與 T-ALL 不易區分。本病為相當惡性的疾病，對藥物反應雖佳，但易復發及轉變成白血病。以化學治療，三年存活率可達 70%，但五年存活率仍低於 30%。

六、淋巴腺外 NK/T 細胞淋巴瘤，鼻腔型 (Nasal NK/T-cell lymphoma)

本病好發(5-10%)於亞洲的臺灣、香港、韓國、中國大陸及日本。歐美罕見。病患年紀在 30 至 50 歲，平均約 40 歲。男略多於女。侵犯中線上呼吸道器官，如鼻、顎、咽喉及鼻咽，少見侵犯淋巴腺(少於 10%)，故稱中線致命性肉芽腫。解剖例可見廣泛侵犯鼻竇部，甚至侵犯腦部，故放射治療定位及臨床分期不易。可以繼而侵犯皮膚及消化道，造成皮膚潰瘍及消化道出血。如侵犯骨髓(5-10%)可引起噬血症候群，而迅速死亡。

本病對化學療法反應極差。在早期疾病可以放射治療良好控制，五年存活率可達 50~60%，但如已播散，則預後很差。骨髓移植已有數例成功個案報告。本病是亞洲地區相當特殊的一種淋巴瘤，其細胞屬性尚未完全釐清，且與 EB 病毒密切有關。由於化學療法效果相當差，未來有必要研發新的治療方式。本病的致病機轉以及好發於亞洲地區及台灣的原因仍不明。

結論

以上所述國內較為常見淋巴瘤的診治方法，供讀者參考。總之，淋巴腺腫大可以是小問題，也可以是大毛病的徵兆，絕對不可掉以輕心，呼籲大家時常注意身上的淋巴腺是否有腫大的情形。此外，如果您因發燒、喉嚨痛、或其他症狀就醫時，要記得務必請醫師為您詳細檢查淋巴腺、甚至肝、脾是否腫大。淋巴瘤並不是絕症，只要能夠早期發現，並接受適當的治療，還是有很高的機會可以治癒的。