中華民國兒童癌症基金會

我們致力於協助癌症兒童獲得適當的照護
並促進各界對癌症兒童之關懷

本會編列多種疾病及照護衛教手冊，希望我們提供的資訊能協助您對孩子疾病的了解，明白孩子的疾病狀況與照護方式，增進您與醫護人員的溝通能力，幫助您問問題，解決您的疑惑。

更多衛教手冊，請到本會網站查看及下載，若需要紙本可向醫院護理師或社工師索取，也可向本會索取。進一步詢問可電洽(02)2389-6221

捐款戶名：財團法人中華民國兒童癌症基金會
1.郵政劃撥捐款帳號：056-82889
2.銀行匯款：台北富邦城中分行　500-210-966415
3.電子發票愛心碼：88888

facebook

官方網站

兒童惡性淋巴瘤

衛教手冊

財團法人 Childhood Cancer Foundation of R. O. C.
中華民國兒童癌症基金會

親愛的家長您好

用愛戰勝兒童癌症　建立癌童的全人關懷

在臺灣，每年約有 500 位新發病的癌症兒童，
當其他孩子快樂地成長時，這群孩子則在醫院裡勇敢地和病魔抗戰，
這是他們人生中的第一個大挑戰，也是癌童家庭的長期抗戰。
每個抗癌家庭背後，都有一個讓人動容的抗癌故事，
這是只有經歷過的癌童家庭才能了解，真摯且深沉的故事。

在勇敢接受治療的過程中，
孩子們的童心總能樂觀面對，帶給大人們努力往前的力量，
也提醒著我們，
在正規的醫療團隊治療與社會大眾的支持鼓勵下，
癌童有極高的治癒機會。

目前臺灣近八成的癌症兒童接受正規完整治療可重獲健康，
所以每個人都不應該放棄希望。
讓我們一起用愛協助孩子們，
勇敢面對治療過程中遇到的所有挑戰。

財團法人中華民國兒童癌症基金會 敬上

前　言

這本衛教手冊，是中華民國兒童癌症基金會提供給罹患兒童惡性淋巴瘤的孩子及家長。希望能協助您與孩子順利度過整個療程。

兒童癌症與成人癌症不同，治療成效佳，您必須找到兒童血液腫瘤科醫師的診治，以獲得最好的療效。淋巴瘤是常見的兒童癌症，治療已經標準化，由先前兒癌病童的臨床驗證和追蹤，大部份的病童經過適當的治療都能痊癒而回復正常的生活。

我們要提醒您，本手冊不能完全解答淋巴瘤的所有問題，更不能取代醫療團隊；而是希望我們提供的資訊能協助您對疾病的了解，明白孩子疾病的現況，增進與醫護人員良性溝通的能力，幫助您問問題，解決您的疑惑。

手冊內容包括

◆ 什麼是淋巴 04

◆ 什麼是惡性淋巴瘤 07

◆ 致病原因 08

◆ 症狀 10

◆ 診斷 12

◆ 分類、分期及治療方式 14

一、何杰金氏淋巴瘤 (Hodgkin lymphoma) 14

二、非何杰金氏淋巴瘤 (Non-Hodgkin Lymphoma) 18

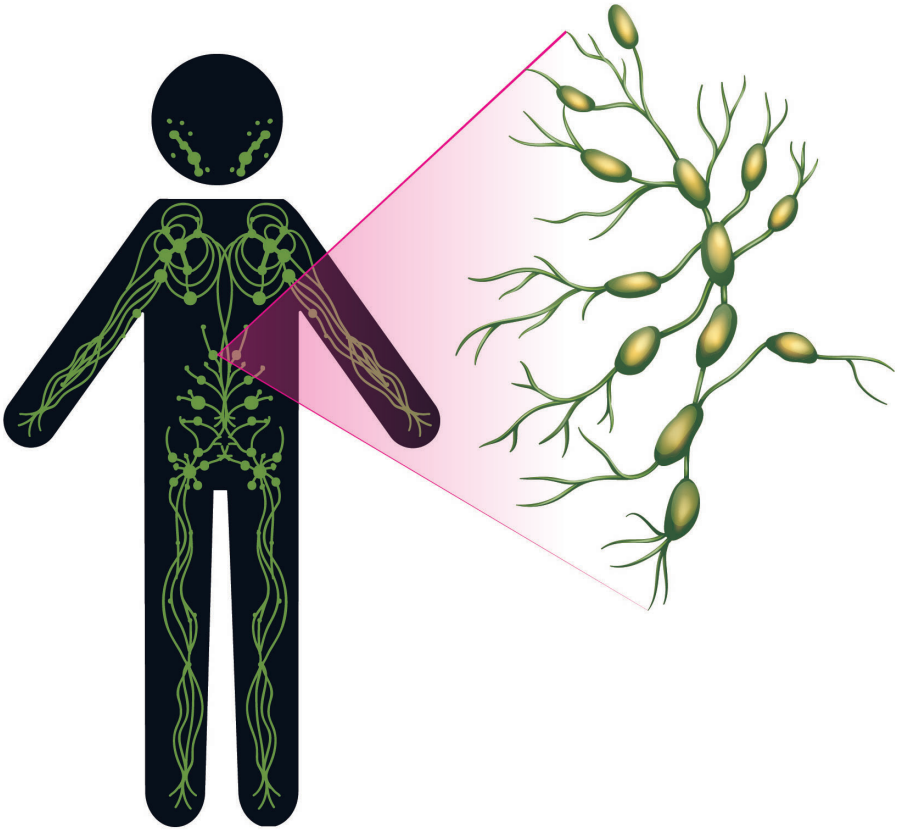
◆ 疾病的照顧與調適 23

◆ 未緩解或復發 24

◆ 結語 24

什麼是淋巴？

淋巴組織分佈於全身，構成淋巴系統，和血液循環可相互交通。樹枝狀的淋巴管構成網狀遍佈身體各處，管內含無色的液體以及淋巴球，在這些淋巴細管網路中有小結節組織即為淋巴腺。

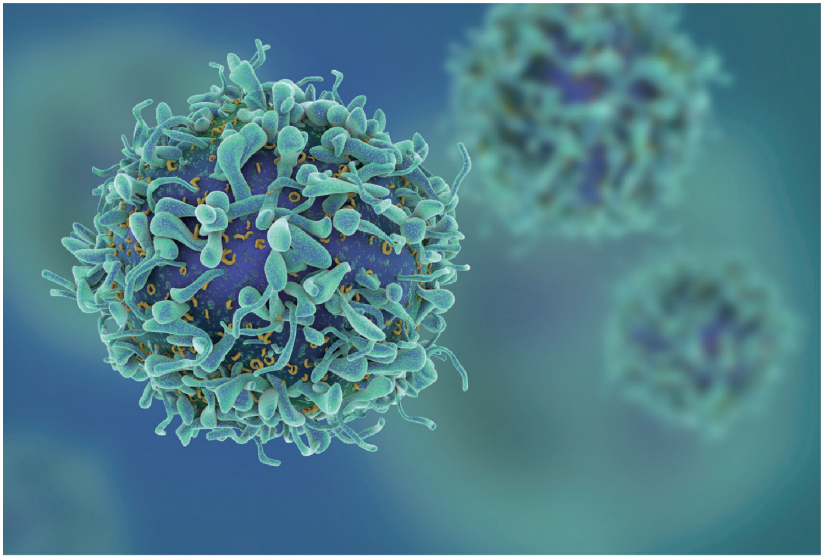


淋巴管（lymphatic vessel）

淋巴管像血管一樣，在淋巴管中流動之液體稱為淋巴液，淋巴液為乳狀，含蛋白質、脂肪、B細胞淋巴球及T細胞淋巴球，但不含紅血球。在淋巴管中淋巴液流動之方式與靜脈類似，大型的淋巴管收集了淋巴液之後，進入鎖骨下靜脈，再回到血液循環。

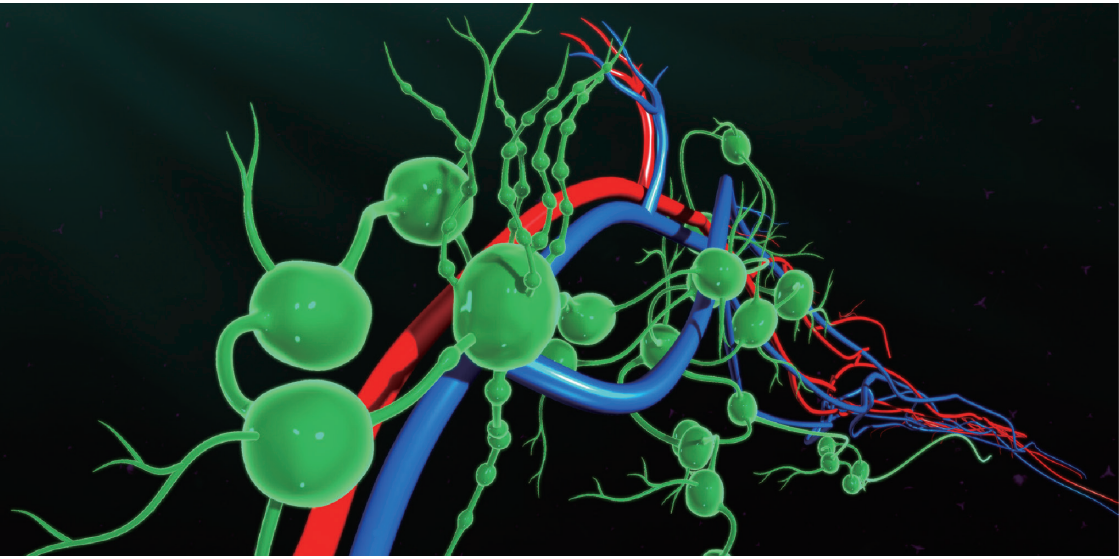
淋巴細胞（淋巴球）（lymphocytes）

淋巴球屬於廣義白血球的一種，分佈於血液、骨髓及淋巴組織或淋巴系統中。淋巴球和其他白血球一樣負責體內的免疫功能，會把進入體內的細菌或癌細胞等異物扣留起來。當淋巴球或其前驅細胞發生癌變，變成癌細胞而不斷增生時，就形成淋巴瘤。淋巴球主要有B細胞及T細胞兩類，所形成之淋巴瘤分為B細胞及T細胞兩大類，兩者的病程及治療不一樣。



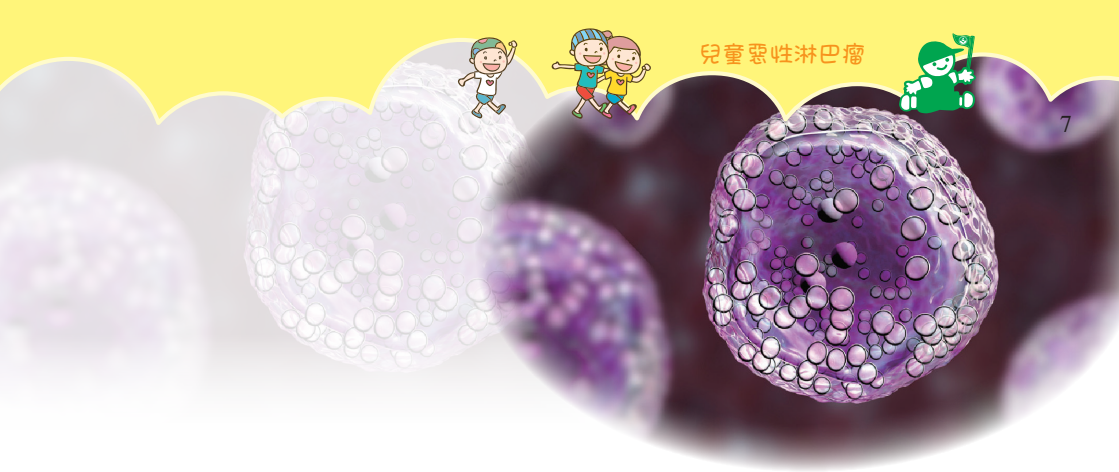
淋巴腺 (淋巴結) (lymph node)

淋巴腺會匯集淋巴球，是淋巴管的回流點，會過濾淋巴液，將淋巴液帶來的微生物或癌細胞留下，此時可見淋巴腺腫大，微生物入侵可發生淋巴腺發炎現象，此即所謂的淋巴腺炎。轉移的癌細胞入侵或淋巴瘤本身可造成淋巴腺腫大。淋巴腺腫大最常被發現於頸部、腋窩、腹股溝、胸部、腹部和下肢。當然很多時候淋巴結腫大只是良性的增生，必需與病態的腫大區別。



淋巴器官 (lymphatic organ)

淋巴結外，淋巴組織也分佈在身體其他器官，包括：骨髓、胸腺、脾臟、肝臟、扁桃腺、胃、盲腸、小腸及皮膚等。這些都是用來防堵入侵的毒素及微生物的關卡，也是會發生淋巴瘤或是其他癌症可能轉移的地方。



什麼是惡性淋巴瘤(Lymphoma)

意指原發於淋巴結或其它器官中淋巴組織的惡性腫瘤，為癌症的一種，以下簡稱為淋巴瘤。淋巴瘤是常見兒童癌症的第三位，盛行率僅次於急性白血病和腦瘤，約佔兒童癌症的8~10%。

其特徵是正常構造的淋巴結被破壞掉，代之以型態上不成熟或不正常的淋巴球的增殖，包括頸部、腋下、腹股溝的淋巴結，以及在身體內部、胸部縱膈腔或腹部主動脈兩側的淋巴結，一直到腹股溝的淋巴結。

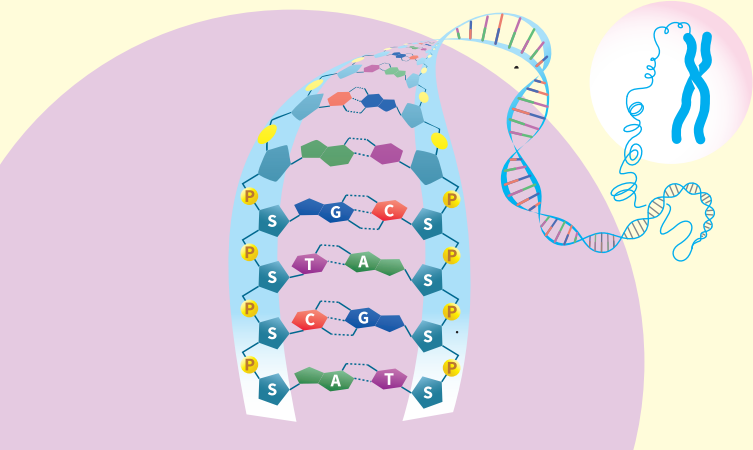
淋巴結外的淋巴瘤指發生於器官中的淋巴組織，譬如起源於胃腸道、甲狀腺、頭頸、鼻咽等淋巴組織出來的惡性淋巴癌。常常是在患者未察覺的情況下，逐漸侵入其他重要器官。

雖然同是由淋巴細胞變成的癌症，淋巴瘤與急性、慢性淋巴性白血病的不同處在於：前者形成固態腫瘤，而後者的癌細胞散佈於骨髓及血液中。但淋巴瘤也有可能骨髓轉移及轉變成白血病，而淋巴性白血病細胞也可能侵犯淋巴結及淋巴組織而形成腫塊。

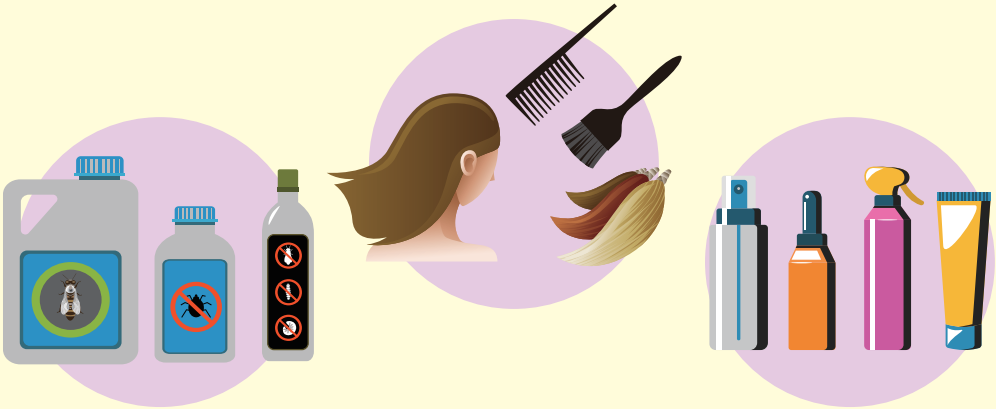
致病原因

淋巴瘤不會因外傷而引起，不具傳染性，也不算遺傳疾病。目前致病之明確原因仍不清楚，但研究人員迄今已發現幾項與少數幾種特殊亞型的淋巴瘤之發生有相關的因素，例如：

1. 免疫功能不全：非何杰金氏淋巴瘤可發生在接受器官移植後，服用免疫抑制劑的病童，及其他先天或後天免疫不全之病童。
2. 細菌或病毒感染：Epstein-Barr 病毒、第一型人類T細胞淋巴瘤白血病病毒、C 肝病毒、疱疹 8 型病毒 (HHV-8) 或幽門螺旋桿菌感染等，與某些型的非何杰金氏淋巴瘤有相關性。
3. 慢性抗原刺激，譬如對穀類中麩質過敏之瀉肚症 (non-tropical sprue) 的病人，常在胃腸道中發生惡性淋巴瘤。這可能與麩質對於胃腸道之長期刺激有關。



4. 染色體之轉位常引起致癌基因如 c-myc、BCL-2 等之活化，導致淋巴瘤之發生。
5. 環境：人們廣泛性地使用或是長期暴露在一些化學製劑下，如殺蟲劑、染髮劑、木器保護漆等，其罹患非何杰金氏淋巴瘤的機率會增加。



醫生們很少可以解釋為什麼有些人會罹患淋巴瘤，而其它人卻不會。很明確的，淋巴瘤是不會因外傷而引起，且它也不具傳染性，沒有人會從另一個人身上得到癌症。當您的醫生們都不能確定的告訴您為什麼孩子會得到淋巴瘤時，為人父母者，不必去考慮這是誰對誰錯的問題，責怪或愧疚，對病情並沒有幫助，應該把精神放在治療和照顧上。多了解疾病相關的醫學常識，能增加您對治療的參與感。

症狀

早期的淋巴瘤常是沒有症狀或症狀輕微的，而不易察覺及診斷。常見的症狀包括

1.頸部、腋窩或是腹股溝的淋巴結腫大

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

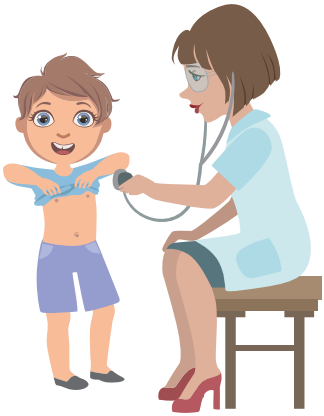
淋巴瘤的症狀與腫瘤的部位有關，變異性相當大，常見的是淋巴腺的腫大，當這個淋巴腺腫大表現在頸部、腹股溝、腋下的淋巴結腫大，可以從身體檢查上摸到。若是身體深部的淋巴腺就無法摸得到。

在淋巴結外的淋巴瘤，若發生臟器被壓迫，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。

鼻咽及頭頸部位的淋巴瘤，則以鼻咽的症狀或扁桃腺腫大來表現。也有其他淋巴結以外的表現，例如肋膜積水、腹水或骨頭痛、眼球突出等。

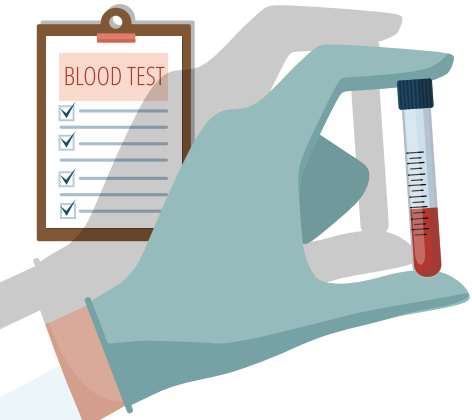
若轉移至骨髓或中樞神經，則會出現白血病的典型症狀，如貧血、發燒、瘀斑、骨痛、頭痛、嘔吐或神經症狀等，有時在周邊血液裡可見異常淋巴球出現。

診斷



以下常做的檢查用來做為疾病的診斷、分期的鑑定、治療的安排及預後之判斷。

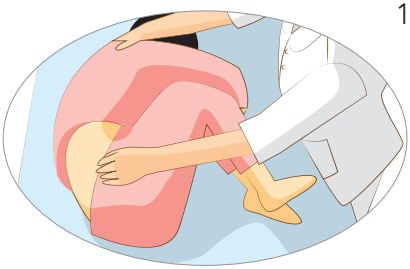
1. 醫師會詳細詢問病史並做身體檢查，包括以觸診感覺頸部、腋窩或鼠蹊部的淋巴結是否腫大，先測量此腫塊的大小、追溯腫大的時間、生長的速度、摸起來的感覺等。淋巴腺腫大並不一定就是淋巴瘤，要初步排除是病毒、細菌感染所致的發炎，或只是良性的增生。
2. 血液及肝腎功能、電解質檢查：可能有貧血、白血球增減、血小板減少的情形。因為淋巴瘤增殖速度很快，也會引起高尿酸、血清酵素等的升高。
3. 由外科醫師從可疑的結節或器官組織取下部份 (必要時要做剖腹探查術) 做切片檢查，確認為何種淋巴瘤。如果經由病人的骨髓穿刺液、肋膜穿刺液、腹膜穿刺液之檢查即得到證實時，就未必需要組織活體切片。



4. 胸部X光：了解縱膈腔淋巴結或肺部是否受侵犯。
5. 腹部超音波：可以偵測肝臟、脾臟是否受到侵犯，及腹腔內有無腫瘤。

6. 電腦斷層檢查 (CT)：包含頭、頸、胸、腹及骨盆腔，評估腫瘤存在及大小、深部淋巴結是否受侵犯腫大。此檢查是無痛性，但須要病童安靜平躺，對太小的孩子，必要時醫師會給予鎮靜劑，以利進行。

7. 磁振造影 (MRI)：對某些部位 (如腦部) 的淋巴瘤，比電腦斷層更能區分腫瘤組織及正常組織的界線，以利日後治療及追蹤之依據。此檢查是無痛及無輻射性，但時間較長 (30~40分鐘)，須要病童安靜平躺，對太小的孩子，必要時醫師會給予鎮靜劑，以利進行。
8. 核子醫學掃描 (正子攝影)：經由靜脈注射同位素的顯影劑，檢查有無轉移至全身其他部位，如骨骼。
9. 骨髓穿刺及切片檢查：是利用針頭在腸骨或胸骨抽取骨髓液或切一小塊骨髓的檢查，了解骨髓是否受侵犯。骨髓穿刺及切片檢查並不會危害病童的造血機能，也不會傷害病童的骨骼而影響其運動機能。



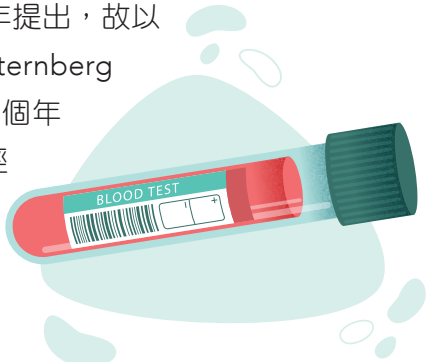
10. 腦脊髓液檢查：病童採取蝦米狀的姿勢，醫師將細針插入下背椎骨間隙，流出少量的腦脊髓液，檢查癌細胞是否擴散到中樞神經系統。

分類、分期及治療方式

淋巴瘤主要可分為兩種，何杰金氏淋巴瘤 (Hodgkin Lymphoma) 以及非何杰金氏淋巴瘤 (Non-Hodgkin Lymphoma)。兩者的臨床症狀很相似，但是其治療方式及使用藥物不同，您可依需要翻閱與自己相關的部份。這兩種淋巴瘤各自有許多的次分類，不同病理分類及分期有不同的預後。

一、何杰金氏淋巴瘤 (Hodgkin Lymphoma)

由Thomas Hodgkin在1832年提出，故以其命名，其特徵是會出現Reed-Sternberg細胞。何杰金氏淋巴瘤好發於兩個年齡群，第一群是15~35歲的年輕人，第二群是55歲以上的人，男性較多。台灣兒童較少發生何杰金氏淋巴瘤，此病預後甚佳。



(一) 何杰金氏淋巴瘤細胞組織病理分類

I. 典型何杰金氏淋巴瘤 (Classical Hodgkin lymphoma)

1. 結節硬化型 (nodular scleosis)：有很多纖維組織把淋巴結隔成很多小結，常見於縱膈腔，兒童何杰金氏淋巴瘤最多的是此型，男、女罹患率均等。此型預後佳。
2. 淋巴球為主型 (lymphocyte rich)：顯微鏡下主要都是正常的淋巴球，腫瘤細胞很少。

3. 混合細胞型 (mixed cellularity)：就是正常的淋巴球和腫瘤細胞Reed-Sternberg比例差不多，主要發生在男孩。
4. 淋巴球缺乏型 (lymphocyte depletion)：正常的淋巴球很少，幾乎都是腫瘤細胞。較常見於老年人。

II. 結節狀淋巴球為主型何杰金氏淋巴瘤 (Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma)

屬 B 淋巴細胞癌，成結節或瀰漫型分佈，病灶中仍以小淋巴球為主，散在的主要癌細胞為LP (lymphocyte predominant) 細胞 (又稱popcorn細胞)。此型占兒童何杰金氏淋巴瘤約5~10%，多發生於頸、腋下及鼠蹊部淋巴腺，青春期年齡的男生居多，多為第一、二期，預後佳。

(二) 何杰金氏淋巴瘤臨床分期

何杰金氏淋巴瘤 (HL) 的分期多採用Ann Arbor或近年來的Lugano分期法。

第一期：單一淋巴結區域或淋巴組織 (如脾臟、胸腺等)。

第二期：二個以上淋巴結區域或淋巴組織，且在橫膈同側。

第三期：二個以上淋巴結區域或淋巴組織，分布在橫膈上方和下方。

第四期：有轉移至一個以上的結節外之器官 (如肝、肺、骨、骨髓、腦部等)。

若沒有系統性的症狀則在期別旁加上A，若有系統性的症狀則在期別旁加上B。所謂系統性的症狀是指持續一段時間超過38°C以上無法解釋的發燒、夜間盜汗和六個月之內體重減輕10%以上。

(三) 何杰金氏淋巴瘤的治療及預後

1.手術

手術主要是為了切取腫瘤檢體以利病理診斷，而非對腫瘤本身之治療。單純手術切除並無法根治淋巴瘤，要再加上輔助治療，如化學治療／放射治療。

2.化學治療

所有兒童期之典型何杰金氏淋巴瘤皆必需接受化學治療。目前全國性的標準治療是由台灣兒童癌症研究群 (TPOG) 擬定的，依疾病的分期、分類、及預後因素而有不同的療程。您可依據照顧的方便性，選擇居家附近合適的醫院兒童血液腫瘤科接受化學治療。

目前化學治療常以adriamycin (或epirubicin)、bleomycin、vinblastine及dacarbazine等藥物組合使用，每四週算一週期，第1天及第15天給藥。依疾病的分期、分類、及預後因素而有不同的療程週期，二至八次不等。

近年來，有些標靶藥物或免疫治療藥物已被證實對何杰金氏淋巴瘤有不錯的治療效果。

(1) Brentuximab：是抗CD30單株抗體藥物複合體。

(2) 免疫檢查點抑制劑 (如PD-1抑制劑pembrolizumab或nivolumab)

目前健保對於免疫／標靶療法應用在兒童癌症治療規定嚴格，詳細治療細節仍應與主治醫師討論後決定。

3.放射線治療

放射線治療會根據淋巴瘤的特性與治療反應而有不同考量。若病童初診斷時的腫瘤體積過大、化學治療結束後仍有殘餘腫瘤，則需加上局部放射治療。

整體而言，何杰金氏淋巴瘤的預後佳，除第四期外，其他病例之治癒率整體而言在八、九成以上。

上述的何杰金氏淋巴瘤是淋巴瘤的一種，而所有其它種類的淋巴瘤都叫做非何杰金氏淋巴瘤。在台灣，兒童期非何杰金氏淋巴瘤的發生率約是何杰金氏淋巴瘤的4~5倍。

二、非何杰金氏淋巴瘤 (Non Hodgkin Lymphoma)

(一) 非何杰金氏淋巴瘤組織型分類

兒童期非何杰金氏淋巴瘤較常見的有四種組織亞型，其臨床表現隨組織亞型及免疫表型的不同，可分成幾種典型的臨床症候群：

1. 淋巴芽球型淋巴瘤 (Lymphoblastic lymphoma)：常表現有縱膈腔腫瘤或加上肋膜積水，而有呼吸窘迫的症狀，或有上腔靜脈症候群，而頸部及鎖骨上淋巴結快速腫大也常見。此型病灶多在橫膈膜上方。免疫型多屬 T 細胞 (少數為前軀 B 細胞)。此型佔兒童非何杰金氏淋巴瘤之20~25%左右。
2. 巴基氏淋巴瘤 (Burkitt's lymphoma)：多表現腹腔之腫瘤，可快速增長、多發或侵犯各內臟，而有各種腹部的症狀。有部份病人有較局限之腸腫瘤，則易侵犯迴盲部，可以腸套疊的症狀來表現。也有病人腫瘤原發或轉移至顎骨、鼻咽、眼眶或硬腦膜外空間等處，而有不同的症狀。此型是 B 細胞免疫型。常有染色體8q24及14q32間之轉位，此型最多，佔兒童非何杰金氏淋巴瘤之25~30%。
3. 瀰漫性大型 B 細胞型淋巴瘤 (Diffuse large B-cell lymphoma)：此型可原發於咽部環狀淋巴組織，縱膈腔、腹腔、胃腸道、周邊淋巴結，或結節外之病灶，如腦部等，症狀與受侵犯之部位有關。若只長在縱膈腔內，稱為原發性縱膈 B 細胞淋巴瘤 (Primary mediastinal B-cell lymphoma)，是瀰漫性大 B 細

胞淋巴瘤的一種亞型。整體而言，瀰漫性大型 B 細胞型淋巴瘤約佔兒童非何杰金氏淋巴瘤之25%。

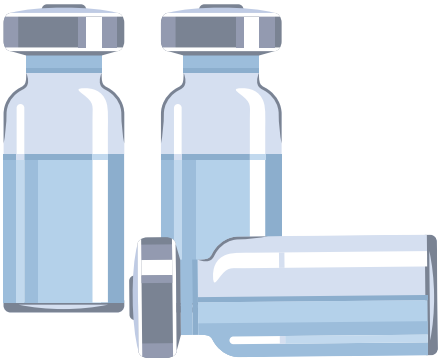
4. 分化不良大細胞型淋巴瘤 (Anaplastic large cell lymphoma)：此型除廣泛部位淋巴結病灶外，比其他亞型較常有皮膚，軟組織或骨骼之侵犯，也較常表現發燒、體重減輕及淋巴結疼痛等症狀。此型約佔兒童期非何杰金氏淋巴瘤之12~15%。

兒童期非何杰金氏淋巴瘤，一般而言，比何杰金氏淋巴瘤及成人非何杰金氏淋巴瘤長得快，多發或易轉移，也常表現在結節外之病灶。另外一些較少見發生在兒童期的非何杰金氏淋巴瘤：包括數種週邊成熟 T 細胞淋巴瘤 (PTCL)，還有發生在器官或造血幹細胞移植後，因免疫抑制劑使用而發生的 EB 病毒相關之 B 細胞淋巴瘤 (PTLD)，在因先天膽管阻塞而接受肝臟移植、或因各種疾患而接受造血幹細胞移植的病童偶爾可見。

(二) 非何杰金氏淋巴瘤臨床分期

兒童的非何杰金氏淋巴瘤的分期和大人不太一樣，目前國際間採用的是Revised International Pediatric Non-Hodgkin Lymphoma Staging System：

第一期：單一腫瘤，但長在縱膈腔與腹腔的單一腫瘤除外。



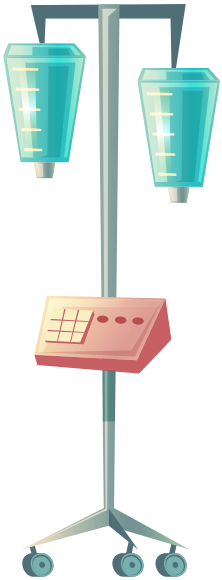
第二期：單一結節外腫瘤併有影響局部淋巴、在橫膈同側的兩個以上淋巴區域、以及腫瘤主要位置在消化道 (通常是在迴盲腸部)，可有區域淋巴結的侵犯，且可完全切除者。

第三期：大於兩處的結節外腫瘤、橫膈上下有兩個以上淋巴區域、任何胸腔內部腫瘤、任何腹腔與後腹腔腫瘤 (但排除符合第二期的條件者)、任何脊椎旁或硬脊膜外腫瘤、以及單一骨骼腫瘤合併其他結節外病灶或非區域淋巴。

第四期：診斷時即有中樞神經系統或骨髓侵犯。

(三) 非何杰金氏淋巴瘤的治療

1.手術



大部份手術是為了切取腫瘤以利病理診斷，或是用以治療腸內腫瘤所造成之併發症，如腸套疊、腸穿孔、大量腸道出血等，而非對腫瘤本身之治療。一些腹部腫瘤可在化學治療前用外科手術完全切除者，其預後不錯。但只以手術切除部份腫瘤以減少病灶者，術後很容易復發及轉移，所以單純手術切除並無法根治淋巴瘤，要再加上化學治療。

2.化學治療

所有兒童期之非何杰金氏淋巴瘤皆必需接受化學治療。目前全國性的標準治療是由台灣兒童癌症研究群 (TPOG) 擬定的，依疾病的分期、分類、及預後因

素而有不同的療程。您可依據照顧的方便性，選擇居家附近合適的醫院兒童血液腫瘤科接受化學治療。

一般來說，對 B 細胞系列的淋巴瘤早期局部性病患 (一、二期)，化學治療的時間不用太長，強度也不用太強，如能配合治療，其長期無復發之存活率可高達九成以上。對三、四期的病人，化療強度雖強，但也只需要數月之時間。

對淋巴芽球性淋巴瘤之化療時間需要2年，療程類似急性淋巴性白血病，其長期無復發之存活率可高達七成以上。

部分病人為預防癌細胞擴散至中樞神經系統，需加上髓鞘內化學治療。因為大部分化療藥物無法有效通過血腦屏障 (Blood-Brain Barrier，BBB) 到達腦部，故Ara-C、Hydrocortisone和MTX三種藥物 (Triple Intrathecal therapy，TIT) 要經腰椎穿刺注射藥物到腦脊髓腔內，以預防或治療中樞神經系統之侵犯。抗癌藥物可以循著脊髓液循環，消滅躲在腦膜的癌細胞。

腰椎注射可以在門診治療，醫師會使用止痛藥物使病童較不感到疼痛，或使用鎮靜劑、麻醉藥物使病童暫時睡著。執行時，病童應採抱膝拱背姿勢，呈蝦米狀。打完腰椎注射須俯臥，墊高臀部，躺30分鐘至1小時，讓藥物可以有效隨脊髓液循環，保護腦部。等待不覺得暈眩、嘔吐後，就可以回家休息。

部分病童 (治療期長、周邊靜脈不易找尋等)，可能會裝上中央靜脈導管，以利血管注射。

近年來，有些標靶藥物或免疫治療藥物已被證實對非何杰金氏淋巴瘤有不錯的治療效果。

(1) Rituximab：是抗CD20單株抗體，可用來治療瀰漫性大型B細胞型淋巴瘤與巴基氏淋巴瘤。

(2) Brentuximab：是抗CD30單株抗體藥物複合體。

(3) Crizotinib：是口服的酪胺酸激酶受體的抑制劑，可用來治療分化不良大細胞型淋巴瘤。

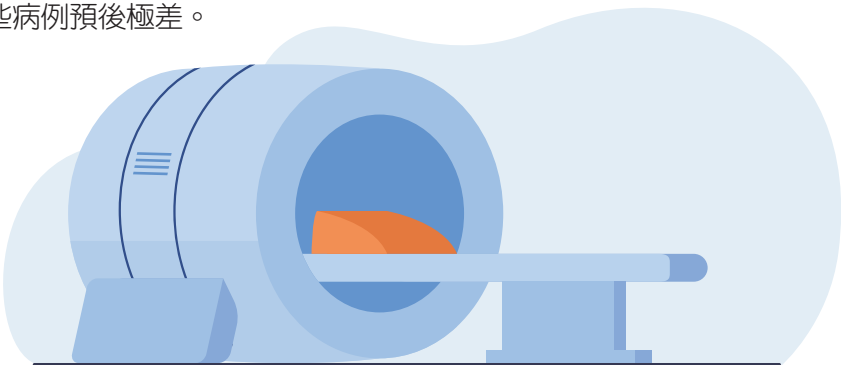
(4) 免疫檢查點抑制劑：PD-1抑制劑pembrolizumab可用來治療罹患復發與頑固型原發性縱膈B細胞淋巴瘤的成人。

(5) CAR-T治療。

目前健保對於免疫/標靶療法應用在兒童癌症治療規定嚴格，詳細治療細節仍應與主治醫師討論後決定。

3.放射線治療

放射線治療在兒童淋巴瘤的治療角色會根據淋巴瘤的特性而有不同考量。若病童對化學治療反應良好，放射線治療可能不會增加更多的治療效果。大多數非何杰金氏淋巴瘤的兒童治療是不需要放射線治療的，但部分兒童可能在化學治療結束後，再加上局部放射治療會更有幫助，尤其是診斷時淋巴瘤體積很大的病童。若疾病侵犯至中樞神經系統且對化學治療與TIT的效果不好，會考慮做腦部放射治療。此外在一些對化學治療反應不佳或復發之病例，放射治療或可用以縮小局部之腫瘤或減輕症狀，但這些病例預後極差。



疾病的照顧與調適

抗癌藥物也會抑制骨髓造血，而使血球數目減少，因此在治療期間也會定期檢查血球，醫師會根據這些指數給予輸血或治療上之評估判斷，做有效而安全的治療。

此外，化學治療時容易發生肺囊蟲肺炎，此種肺炎死亡率很高，而Baktar (Bactrim) 可有效預防，所以治療期間要每週2~3天，早晚各一次口服；除非顆粒性白血球 (顆粒球、中性球) 嚴重低下等病況，經醫師特別指示暫停服用外，都應按時吃藥，直到治療結束後數個月 (視不同治療方案而定) 才可停藥。

治療期間醫師會隨時監控病人的狀況，做適當的處置。您也可以參閱本會其他衛教手冊，幫助您了解如何面對及照顧兒童癌症。

未緩解或復發

完成治療療程後，必須依醫師指示回診追蹤檢查，以確定狀態穩定，若有復發則必須接受進一步的治療。復發之病例多發生在短期內 (一年)，因為治療後殘存的極少數癌細胞，在各種檢查中很難以發現，等到這些癌細胞又增殖到相當程度時，病症才會再出現。即使如此，您也不用灰心，因為治療的方法有很多，應積極面對，把握最佳之治療契機。

近年來有不少單株抗體、標靶藥物、免疫治療藥物等已陸續通過台灣衛福部食藥署的藥證許可，也有部分藥物已有健保給付，可治療復發的淋巴瘤。另外，骨髓或周邊血液幹細胞移植亦常用於復發的淋巴瘤患者。

結語

我們要提醒您：畢竟淋巴瘤是惡性疾病，即使大部份的人能治療成功，少部份的患者仍會落入治療失敗的一邊。無論如何，存活率的推估是整體統計的結果，對個人而言，癌症治療最後的結果只有兩種，不是成功就是失敗。正確的認知疾病、接受正統的治療、良好的護理照顧、家人及親友精神的支持， 是治療成功的基本條件。

兒童癌症的治療是一個團隊的過程，有兒童血液腫瘤科醫師、外科醫師、病理科醫師、最直接照顧您的護理師、各科室技

術師、營養師、社工師等。醫院提供的是凝聚中外經驗最進步的療程、兒童癌症基金會結合社會資源提供您經濟的援助，有這麼一大群人和您一起照顧著孩子。若不幸您的孩子一直無法獲得有效的緩解，醫護人員也會幫助孩子緩和病痛的症狀。癌細胞是源自身體細胞的變異，是身體的一部份，生病死亡也是自然定律，可怕的是面對它時的茫然、驚慌及過度偏執，帶來身心無盡的煎熬。給予孩子最舒適的就醫過程和醫療環境，是我們共同努力的目標；家長對待疾病的態度和心境轉換，才是安定孩子心靈的最大力量。

兒童癌症基金會

我們致力於協助癌症兒童獲得適當的照護
並促進各界對癌症兒童之關懷

服務對象及收案標準

本會提供服務予符合以下標準之收案者：

1. 具中華民國國籍
2. 18歲以下罹癌兒童
3. 參加全民健康保險
4. 填寫新個案關懷表

我們提供的服務

新個案關懷金

當疾病發生，對家庭所有成員而言都是極大衝擊，本會將於初期提供一份溫暖的關懷金，希望能讓新發病家庭在調適時暫時毋須擔憂經濟問題。

醫療及經濟補助

經評估後確實有經濟困難者，將提供：醫療費用補助、急難救助補助、經濟弱勢生活補助。（醫療及經濟補助請由孩子的治療醫院社工提出申請）

建立關愛與扶持機制

關懷訪視、弱勢資源轉介、喪親關懷活動

宣導兒癌正確觀念

關心自己，主動提出；關懷別人，友善對待

兒癌窗外有藍天

醫療講座、青少年展翅生活營、親子戶外活動、心理靈性成長團體

出版兒童癌症衛教資料

衛教手冊、會訊、認識兒童癌症九大警徵

就學資源

就學資源詢問、獎助學金、校園關懷宣導

建立臺灣兒童癌症資料庫

兒童癌症團隊教育訓練

成立TPOG台灣兒童癌症治療群

註：TPOG全稱為Taiwan Pediatric Oncology Group（台灣兒童癌症治療群），成員包括臺灣所有小兒血液腫瘤科專科醫師共同制定多種兒童常見癌症之治療方案，以方便病童在原居住地醫院治療。目前約有70位顧問醫師分別服務於全臺灣各大醫療院所。

中華民國兒童癌症基金會
衛教手冊

手冊名稱：兒童惡性淋巴瘤
作　　者：兒癌顧問群（按姓氏筆劃排序）
第一版／林東燦醫師・范秀麗護理師
第二版／林秀娟個管師・楊兆平醫師
第三版／陳世翔醫師・楊兆平醫師（修訂日期：2025 年 2 月）

發 行 人：林東燦
總 編 輯：周獻堂
執行編輯：王秀蓮・徐秀娥・曾紀瑩
出版發行：財團法人中華民國兒童癌症基金會
出版日期：2025年6月　第三版 修訂一刷

聯絡我們：
台北　地址：台北市中正區青島西路11號6樓
電話：02-23319953
台中　地址：台中市北區中清路一段89號4樓之12
電話：04-22377563
高雄　地址：高雄市三民區民族一路7號3樓312室
電話：07-2239520

著作權所有，歡迎捐印，如需轉載，需經本會同意。