

急性非淋巴细胞白血病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E9_9D_9E_E6_c22_307565.htm 名称急性非淋巴细胞白血病所属科室血液内科病理【分型】1. 形态学分型1986年天津召开的白血病分类分型讨论会，将ANLL分为七型，诊断标准如下：（1）急性粒细胞白血病未分化型（M1）骨髓中原粒细胞（I 型）ge.80%；部分分化型（M5b）：骨髓中原始和幼稚细胞 > 30%（非红系细胞）；原单核细胞（I 型）< 80%。（6）红白血病（M6）骨髓中红细胞系 > 50%，且常有形态学异常的原始粒细胞（I 型），（或原始十幼单核细胞）> 30%；血片中原粒（I 型）（或原单）细胞 > 5%，骨髓非红系细胞中原粒细胞（或原始十幼单核细胞）> 20%。（7）巨核细胞白血病（M7）外周血有原巨核（小巨核）细胞；骨髓中原巨核细胞 > 30%。原巨核细胞有组化电镜或单克隆抗体证实；骨髓造血细胞少时往往quot.，活检有原始和巨核细胞增多，网状纤维增加。2. 免疫学分型ANLL的分型主要依靠形态学（包括细胞化学）来区分。免疫学分型的研究进展较ALL慢，主要用于ANLL与ALL的区别。在髓系细胞的分化过程中，CD34出现于粒系-单核系祖细胞（granulocyte-macrophage progenitor cell，CFU-GM），分化至原始粒细胞阶段消失。CD33、CD13见于髓系分化的全过程。HLA-DR存在于CFU-GM和各期单核细胞。幼稚及成熟期粒、单核细胞表面出现CD11b，粒系表达CD15，单核细胞表达CD14。红系祖细胞（BFU-E、CFU-E）表达血型糖蛋白A。巨核细胞系表达 b/ a/Ib。ANLL的免疫标志见表33-11。

一般来说，ANLL的免疫学分型与FAB分型无明显相关，但少数类型有一定相关，如M4 / M5表达CD14，M3缺乏HLA-DR抗原。

3. MIC分型1986年9月，第二届国际MIC研究协作组制定了ANLL的MIC分类标准。首先根据细胞形态、细胞化学染色及免疫学标志区分ANLL与ALL。临床表现与ALL相似。但淋巴结、肝、脾肿大不如ALL显著。M3型常合并严重的出血和DIC。牙龈肿胀多见于M5型。皮肤浸润较ALL多见，常见于M5型，且多发生于一岁以内的婴儿。绿色瘤多见于M1、M2型。约10%~20%的病人在初诊时即出现中枢神经系统白血病，以M4、M5型多见，尤以小于1岁的M5型多见。贫血多为正细胞正色素性，多有血小板减少。约20%的患儿白细胞总数 $> 100 \times 10^9/L$ ，静脉注射，第1~3天；Ara-C $100 \sim 200 \text{mg} / (\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，静脉注射，第1~7天；Ara-C用法同DA方案。DAT（或HAT）方案：6-TG $75 \text{mg} / (\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，静脉注射，第1~4天及15~18天；Ara-C $150 \text{mg} / (\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，静脉注射，第1~4及15~18天。HOAP方案：高三尖杉酯碱 $4 \sim 6 \text{mg} / (\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，肌肉注射，12小时一次，第1~5天；强的松 $40 \text{mg} / (\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，口服，每日2次，骨髄增生活跃，即可开始第二个疗程。两个疗程间隔2~3周。若应用两个疗程后原始加早幼细胞仍 $> 10\%$ 者预后较好。年龄 < 1 岁，尤其合并先天畸形或遗传性疾病的预后多不佳。合并CNSL者多预后不良。预后与亚型有关，M3型预后较好，M5、M6、M7型以及继发于MDS者预后较差。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com