

小儿急性淋巴细胞白血病_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_80_A5_E6_c22_609090.htm 急性淋巴细胞白血病

(简称急淋，all)为小儿急性白血病中较常见的类型，预后相对较好，有些患儿已经治愈。【分类分型】(一)细胞形态学分型(fab分型)1. I1型以小原淋巴细胞为主(gt.25%)(细胞直径大于2个小淋巴细胞直径之和)。核形不规整，可有折迭，核仁大而明显，核染色质疏松，胞质丰富。3. I3型以有空泡的大原淋巴细胞为主，细胞大小一致，核染色质呈细点状，核形较规则，核仁1个或多个，明显。胞质常呈蜂窝状，这些和burkitt淋巴瘤细胞相似。(二)免疫学分型一般分为以下五型：1. t淋巴细胞型(t-all)具有阳性t淋巴细胞标志，如cd1、cd2、cd3、cd4、cd5、cd7、cd8以及tdt等。2. 早期前b淋巴细胞型(earlypreb-all)又称早期前b1型急淋，hla-dr及cd19或(cy cd22)阳性，其他b系标志均阴性。3. 普通型急淋(c-all)又称早期前b11型急淋(early preb-all)，cd10。阳性，cyig, smig均为阴性，其他b系标志cd19, cy cd22以及hla-dr多为阳性。4. 前b淋巴细胞型(preb-all) cyig阳性，smig阴性，其他b系标志cd19, cy cd22, cd10, cd2。以及hla-dr常为阳性。5. 成熟b淋巴细胞型(b-all,)smig阳性，cyig阴性，其他b系标志cd19、cy cd22、cd10、cd20及hla-dr常为阳性。(三)细胞遗传学分型与all预后相关的异常改变常见的为:t(12.21),t(9.22),t(4. 11)、t(8.14)、t(11.14)等。(四)临床分型分型标准几经修改，1998年全国性会议提出以下分型建议。即具备以下任何1项或多项危险因素者为高危型(hr-all)，否则为标危型(sr-all).1. 诊

断时外周血白细胞计数 $lt. 12$ 个月的婴儿白血病。6.泼尼松诱导试验反应不良者(即应用泼尼松 $60mg/(m^2 \cdot d) \times 7$ 天,第8天查外周血白血病细胞 $1 \times 10^9/l$ 者)。7.诱导化疗6周不能获完全缓解(cr)者。【化疗】(一)高危急淋化疗1.诱导缓解化疗((4周)方案1: vdlp:vcr(长春新碱) $1.5mg/(m^2 \cdot 次)$, iv, 每周1次, 共4周。pred(泼尼松) $60mg/(m^2 \cdot d)$, po(口服, 下同), 第1~28天。dnr(柔红霉素) $30mg/(m^2 \cdot d)$, iv, 连用3天(第1~3天)。i-asp(左旋门冬酰胺酶) $5000 \sim 10000u/m^2 \cdot 次$, iv或im, 隔日1次, 共用8次。方案2: codp l-asp:vcr, pred同上。dnr $30mg/(m^2 \cdot d)$ 共2天(第1, 2天)。ctx(环磷酰胺) $800mg/m^2$, iv, 第1天。l-asp剂量同方案1, 于第15~28天间共给8次。第1周须做泼尼松诱导试验者, dnr、vcr从第8天开始, lasp自第9天开始。诊断时外周血白细胞 $lt. 12 \times 10^9/l$, 早幼粒细胞以下阶段 $gt. 30\%$ 。3.颗粒增多的早幼粒细胞白血病(m3)骨髓中颗粒增多的早幼粒细胞 $gt. 20\%$ 。m4b.原幼单核细胞增生为主, 原粒及早幼粒细胞 $gt. 30\%$ 。m4ep:除上述特点外, 有嗜酸颗粒粗大、着色较深的嗜酸粒细胞, 占 $5\% \sim 30\%$ 。5.单核细胞白血病(m5)又分为: 未分化型(m5a):骨髓中原单核细胞 80% 。部分分化型(m5b)骨髓中原单核细胞 $gt. 30\%$ 。6.红白血病(m6)骨髓中红系细胞 50% , 常有形态异常, 非红系原始细胞 $gt. 30\%$ 。7.巨核细胞白血病(m7)骨髓中原巨核细胞 30% , 原巨核细胞经电镜或单克隆抗体证实。(注: m1~m5骨髓细胞计数时要除外红系细胞, 即作非红系细胞计数)。(二)免疫学分型急非淋m1~m5均可见cd33、cd13、cd14、cd15 mpo等1项或多项髓系标志, 亦可见cd34阳性, 其中cd14多见于单核细胞系。m6可见血型糖蛋白a抗体阳性

。m7可见糖蛋白gp b/ a(血小板膜抗原)阳性和(或) cd41、cd68阳性。(三)与急非淋相关的细胞遗传学改变 常见者为m2b/t(8.21), m3/t(15.17), m5/t(9.11), m5/t(11.19)。m4eo/inv(16), m1/t(9.22)等异常。【化疗】(一)诱导缓解方案1: da方案: dnr(柔红霉素)30~40mg/(m²·d), iv, 第1~3天. ara-c(阿糖胞苷)150~200mg/(m²·d), 分2次iv, 或im, 第1~7天。方案2: ha方案h(高三尖杉酯碱)4mg/(m²·d), iv, 第1~9天。ara-c同da方案。方案3: da vp-16方案: dnr20mg/(m²·d), iv, 第1~4及15~18天。ara-c150mg/(m²·d), 分2次im, 第1~4及15~18天。vp-16 100~150mg/(m²·d), iv第1~4及15~18天。(二)缓解后治疗1.巩固治疗 共6个疗程, 每疗程28天, 即用大剂量ara-c (hdara-c)与da, ha, vp-16 + ara-c方案交替治疗半年。具体方法是: 第1,3,5疗程用hd ara-c治疗, 方案有两种: 方案1: hdara-c l-asp方案: ara c 1~2g/时²次, 每12小时1次, 共8次, iv, 第1,2, 8,9天。l-asp: 在每4次ara-c后42小时给予6000u/m², iv, 第4,11天。方案2: vp-16 hdara-c疗法: vp-16 100mg/m², iv, 第1~3天。hdara-c 1~2g/(m²·次), 每12小时1次, 共6次, 第4,5,6天。第2,4,6疗程分别用ha, da, ea方案[ea方案即vp-16 100mg/(m²·d), iv, 第1,2,3天. ara-c 100~150mg/(m²·d), 第1~7天]。完成巩固治疗后可停药观察, 亦可进入下述维持治疗。2.维持治疗选用coap, ha, ea, at(ara c + 6 μg)中的三个方案, 定期序贯治疗, 至持续完全缓解(ccr)达2~2.5年给药观察, 第1年每2个月为一个疗程, 第2年每3个月为一个疗程。3.中枢神经白血病(cnsl)预防 三联药物鞘注方法同急淋, 诱导缓解期每2周1次, 共4次。缓解后巩固治疗中第2,4,6疗程各鞘注1次, 维持治疗期间每3~6个月1次。m4,m5

可加颅脑放疗，方法同急淋。(三)m3型化疗方案 诱导缓解可用atra (全反式维甲酸)30 ~ 60mg/(m²·d)，分次口服，直至完全缓解，然后应用ra与coap或da, ha方案交替治疗。也可应用一般急非淋方案。至ccr2 ~ 2.5年停药。预防cnsI与其他anII相同。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