

关节活动自如,无红肿及压痛,右股上2/3及下1/3交界处有明显压痛,余正常。实验室检查:Hb 98g/L, WBC $6.9 \times 10^9/L$, N0.36, L0.64, ESR 67mm/h, ASO(-), RF(-), CRP(+), 肥达氏反应(-), 血培养(-), 抗核抗体ANA(-), 免疫功能、EKG、胸片均正常, 颅骨片见右后枕颞软组织肿胀, 骨质未见破坏, 双侧膝关

节及股骨部X线未见异常。观察血细胞形态, 发现出现幼稚细胞。骨髓检查结果提示, 粒系增生明显活跃, 以早幼、中幼为主, 粒红之比为5.5:1, 且幼稚细胞可见核间接及直接分裂, 空泡形成, 核胞浆发育不平衡, 核折叠等病理性变化, 诊断亚急性粒细胞白血病。

以截瘫为首发症状的粒细胞白血病 1 例

安徽宣州市第一人民医院儿科 刘戊 曾绍英

患儿,女,6岁,背痛10d,截瘫2d。体检:一般情况好,心肺腹正常,脊柱旁左侧第五胸椎处压痛,双膝反射亢进,骶阵挛阳性,双下肢肌力右侧Ⅰ级,左侧Ⅰ级,触、痛、温觉均存在。外周血象:血红蛋白80g/L,红细胞 $2.78 \times 10^{12}/L$;白细胞 $9.0 \times 10^9/L$,脑脊液蛋白1.60g/L,氯化物130mmol/L,细胞数 $5 \times 10^6/L$,糖2.78mmol/L,胸透示两肺门淋巴结肿大,胸、腰椎平片正常。初诊脊髓灰质炎?转外地医院考虑多发性脑肿瘤,奎根氏试验(-),头颅CT扫描正常,自动回家。3月后因颜面进行性苍黄、瘫痪伴大便失禁入院。体检:T37.2°C,精神萎靡,面苍白,腹股沟可扪

及1.5cm×1.5cm淋巴结数枚,皮肤可见散在绿豆大小的脓疱疮,胸部叩浊音,心音较遥远,肝肋下8cm,脾肋下1cm,骶部可见5cm×6cm的脓性糜烂面,双下肢弛缓性瘫痪,肌力0,第4胸椎以下触、痛、温觉均消失。外周血象:血红蛋白<30g/L,白细胞 $6.9 \times 10^9/L$,血小板 $67 \times 10^9/L$,幼稚细胞0.35,网织红0.05,胸片示双侧胸腔积液、心包积液,骨髓检查原始粒细胞+早幼粒细胞共0.54,胞浆中可见较多的Auer小体,确诊为早幼粒细胞白血病合并脊髓损害,肺部、心包转移,入院第3d因周围循环衰竭死亡。

先天性急性单核细胞白血病 1 例

鄂西自治州人民医院 向孝群 徐红

病儿,男,3个月。因全身皮疹伴头部包块2月入院。生后第4d发现病儿肛周及躯干数个暗红色皮疹,略高于皮肤,触之较硬,压之不褪色。入院前1月患儿头部出现数个暗红色包块,并渐增大,躯干皮疹增多。体检:神清,头部及躯干可见较多大小不等之暗红色硬质结节及皮疹,无出血点。浅表淋巴结无肿大。肝肋下3cm,质中,脾肋下4cm,质硬。心肺正常。实验室检查:Hb95g/L, RBC $3.15 \times 10^{12}/L$, WBC $58.5 \times 10^9/L$, BPC

$44 \times 10^9/L$, N0.02, E0.01, B0.02, L0.22, 原单0.02, 幼单0.14, 单核细胞0.57, 中幼红0.02, 硬质结节病理检查可见异型单核细胞。骨髓象:骨髓增生极度活跃,单核系统极度增生,占0.72,其中原单0.165,幼单0.34,单核细胞0.215,可见细胞大小不等,核形不规则,核染色质增粗,核仁明显,胞浆空泡及核分裂相;粒系统、红系统及巨核系统均受抑制,诊断先天性急性单核细胞性白血病,家长放弃治疗自动出院。

兄弟同患恶性淋巴瘤

山东省立医院儿科 王学禹 焦传荣*

例1,患儿,男,1岁4个月,因颈部、腹部包块进行性增大15d,发热9d入院。其父母系姑表兄妹结婚。体检:T40°C, R32

次/min, P124次/min,急性病容,左颈部可扪及8个淋巴结,左腹股沟可扪及2个淋巴结,表面光滑,质硬,活动度差,无压痛,心肺听诊无异常,腹部

膨隆,肝右肋下5.0cm,剑突下4.5cm,质软,边缘钝。脾肋下20cm,质软,边缘钝。辅助检查: Hb 58g/L, RBC 2.0×10^{12} /L, WBC 3.0×10^9 /L, N0.56, L0.40, 肝功、胸片均无异常,骨髓检查呈感染骨髓象。体液免疫和细胞免疫均正常, 2次

淋巴结活检均报告恶性淋巴瘤。经控制感染、化疗及对症治疗,疗效差,自动出院。

例2,患儿,男,10个月,例1之兄,起病情况和临床表现同例1相似,在某市医院经淋巴结活检诊断为恶性淋巴瘤,治疗无效死亡。

* 进修医师

急性粒细胞白血病致截瘫 1 例

江苏省泰兴县人民医院 张红英

患儿,女,13岁,腰背部疼痛0.5月,双下肢瘫痪,二便失禁2d。检查: T36.8°C, R28次/min, P96次/min, BP13/7.8kPa;神萎,面色苍白,皮肤粘膜无淤斑、出血点;浅表淋巴结未触及,心肺无殊;胸骨无叩痛,腹胀,肝脾未触及;膀胱区充盈,四肢关节无压痛,T₁₂以下深浅感觉消失;腹壁反射、肛门括约肌反射未引出;双下肢肌张力下降;腱反射消失,肌力0级;病理反射未引出。

血红蛋白85g/L,白细胞 3.2×10^9 /L,中性粒细胞0.60,血小板 50×10^9 /L,脑脊液外观清,蛋白定量3.2g/L,糖2.8mmol/L,细胞计数0,氯化物正常,腰穿测压:初压2.45kPa,压腹3.44kPa,压颈3.92kPa,升降迅速;骨穿示急性粒细胞白血病;CT扫描T₁₂。椎体平面硬膜囊外形正常,其背侧椎管内见不规则软组织影填塞,部分不连续,脊髓向前移位。诊断:急性粒细胞白血病。

先天性白血病 2 例

湖北省孝感地区医院儿科 朱赤

例1,女,9h,皮肤出血点9h。孕39周顺产,其母为慢性活动性肝炎HBsAg(+)患者。查体:皮肤白,无特殊面容,皮肤散在针尖大小出血点,浅表淋巴结未触及。肝剑突下2.5cm,右肋下3.5cm,质中等。入院后数日出血点消退,肝脾无增大血红蛋白133g/L,红细胞 3.87×10^{12} /L,白细胞 93×10^9 /L,外周血原始粒细胞为0.54,血小板 100×10^9 /L。白细胞硷性磷酸酶阳性率97%,积分值223。白细胞干细胞培养:平均细胞丛443/(2×10^5 细胞·皿),平均集落26.7/(2×10^5 细胞·皿),丛:集5.8:1〔该室正常值平均细胞丛 242.68 ± 76.50 /(2×10^5 细胞·皿),平均集落 261.2 ± 50.26 /(2×10^5 细胞·皿),丛:集<1〕。乙肝五项:表面抗原及抗体(-),e抗原及抗体(-),核心抗原(-),核心抗体1917。骨髓象特点示增生活跃,原始粒细胞及早幼粒增高占0.368。染色体检查:21-三体综合征。临床诊断:先天性急性粒细胞型白血病,Down综合征。

肤苍白,无出血点,胸骨左缘Ⅲ~Ⅳ肋间闻及Ⅲ级全收缩期杂音,肝脾不大。实验室检查:血红蛋白84g/L,红细胞 3.14×10^{12} /L,白细胞 6.7×10^9 /L,中性0.20,淋巴0.80。骨髓象:增生活跃。粒细胞系统增生不良,原幼淋巴细胞0.56,骨髓组织化学染色:过氧化酶(+);骨髓单克隆抗体:普通型淋巴细胞表型。超声心动图:VSD。临床诊断:先天性急性淋巴细胞白血病,先天性心脏病(室间隔缺损)。

讨论 根据白血病细胞动力学规律,上述2例先天性白血病诊断成立。母亲HAA阳性患儿据报道Down综合征发生率较高,而Down综合征急性白血病发病率亦明显增高。有报道其可发生暂时白血病,但在确诊后数月,无需抗白血病治疗即可获完全缓解。Ross等认为因粒细胞增殖和成熟的调节障碍所致,可能与染色体异常有关。例1未经特殊治疗,3月后骨髓象复查正常,且在继续追踪。例2正在应用维氨酸诱导治疗。有实验观察,在急性淋巴细胞白血病亚型中,B型临床表现严重,预后最差,T型次之,无记型及普通型较好。

例2,男,10d,皮肤苍白10d。足月顺产。皮