

内部资料
注意保存

苏州医学院

论文汇编

第九分册：肿瘤医学部分

1964年10月

参加全国第二届肿瘤学术会论文集

目 录

有特殊临床表现的白血病20例报告.....	1
以全国血液学会擬訂的标准评价急性白血病31例的疗效.....	10
尿液水解試驗与热盐水溶解試驗对急性白血病鑑別的价值.....	19
白血病患者尿中17—酮类固醇、17—羟皮质类固醇及三天促肾上腺皮质激素負荷試驗的观察.....	25
15例白血病屍检病例分析.....	30
腸血吸虫病的癌变的临床所見和組織发生学.....	37
骨肿瘤 124 例临床分析.....	45
有神經系統表现的白血病.....	55
有特殊表现的淋巴瘤病例.....	62
急性白血病的細胞遗传学研究(初报).....	69
顏面部皮肤癌鐳模治疗之疗效观察(附10例报告).....	75
原发性支气管肺癌51例临床分析.....	81
63例支气管癌痰液癌細胞检查总结(附图六张).....	89
肿瘤細胞学诊断之临床应用	
一、130例脱落細胞学检查总结(附图六张).....	93
二、101例印片及涂片检查总结(附图六张).....	98
子宫頸癌 110 例临床分析.....	102
128例卵巢肿瘤分析 小 結.....	107
机化性肺炎誤診为肺癌三例报告.....	113
原发性胆囊癌(文献綜述及6例报导).....	116

有特殊临床表现的白血病(附20例报告)

苏州医学院内科教研组血液研究室

陈悦书 张桂如 吴宝华 林宝爵

常州市第一人民医院内科 华 锦 吴自珍

近年来,白血病在我国的发生率似有增加的趋势^(1,2),因而对本病的认识也有提高。通常急性白血病起病较急,具有显著贫血,发热,出血倾向,肝、脾、淋巴结轻度肿大及口腔糜烂溃疡等常见的临床表现;慢性白血病则起病缓慢,早期多以脾脏肿大,乏力和低热为主要表现。由于白血病细胞可浸润到体内的各种组织和脏器,临床表现可多种多样,复杂而不典型,有时可被误诊。著者对有神经系统表现的白血病已作了报告⁽³⁾。现选出有其他特殊表现的白血病20例(列表1)结合文献复习,报导如下。

病例报告及讨论

一、骨痛型:

例1, 男性, 30岁。诉全身骨节酸痛伴有发热, 牙龈出血四月余。起病后先感臀部疼痛, 针刺及麻木感, 后累及两膝关节, 腰酸甚剧。疼痛常于下午四时至晚七时, 伴有发热。痛时全身出汗, 难以忍受, 对一般止痛剂无效, 也感心悸、眼花、失眠、牙龈出血。院外输血2000毫升, 病情趋恶化, 发热不退, 骨痛加剧。体检: 显著贫血, 牙龈出血。全身浅表淋巴结肿大。胸骨压痛。脾肿肋下3指。关节无畸形。实验室检查: 血红蛋白4.5克, 红细胞153万, 白细胞34,000。髓象: 原淋70%, 幼淋10%。血小板9万。住院后口服6 MP, 静脉滴注ACTH, 输血, 病情好转, 血象及髓象呈部分缓解, 全身骨骼疼痛随之减轻, 住院150天好转出院。

讨论: 白血病的骨髓呈异常增生, 骨髓内压力增加, 可有骨膜损害, 骨质溶解和骨质疏松等病理改变⁽⁴⁾, 可使任何骨骼疼痛与压痛, 尤以胸骨为显著。白血病细胞若在关节附近的骨膜下发生浸润, 可有关节疼痛、肿胀、运动受限和压痛, 特别在儿童患者, 有时被误认为风湿热, 关节炎, 骨髓炎, Still氏病或其它情况⁽⁵⁾。最近Kundel等用Vim-Silverman针作骨髓活组织检查对急性白血病的骨痛病例进行了研究⁽⁶⁾, 在40例急性淋巴细胞性白血病患者中21例确定有网硬蛋白纤维变性(Reticulin Fibrosis), 它常在疾病发展的早期即能发生。此外, 在75例急性淋巴细胞性白血病中11例发生骨梗死, 但在53例的急性粒细胞性白血病无论在生前作活组织检查或病理解剖均未发现骨梗死。骨梗死主要见于骨骼疼痛及合并骨髓网硬蛋白纤维变性的病例。本文第1、2两例均为急性淋巴细胞性白血病, 表现为全身骨骼及关节疼痛, 惜未作骨髓活组织检查, 不能肯定有否网硬蛋白纤维变性或骨梗死, 今后值得注意。

二、肿瘤型:

例4, 男性, 11岁。诉进行性贫血, 发热二月余。面部肿块, 不规则发热, 四肢骨

表1 20例白血病的特殊表現及臨床資料簡表

病 號	出 院 號	年 齡	性 別	特殊表現	診斷	主 要 症 狀 与 体 征	備 註
1	62— 8407	男	30	骨痛型	急淋	全身骨節劇痛，以髋部及兩膝關節為甚，呈針刺感，疼痛有一定規律性，多在下午4—7時間。脾淋巴結腫大。	
2	62— 12254	男	39	同上	同上	呈持續性全身關節及骨骼刺痛，以髋部及膝關節劇痛難忍，無時期性及游走性。四五腰椎處有壓痛。	尾椎攝片：腰椎骹化。
3	64— 24878	男	28	腫瘤型	急粒	于左側面部，右側眶上，右下鎖關節，胸骨柄，左側鎖骨及右側第五、七肋骨等處有多發性腫瘤，最大如雞蛋，壓痛明顯。	
4	60— 300	男	11	腫瘤型	急淋	于面前額部，頰部，鼻樑及額部等處有高起浸潤的腫瘤，鵝蛋至雞蛋大，質硬，壓痛。淋巴結，肝脾腫大。	靜脈及局部注射Nitromin，腫塊消退。
5	64— 23067	男	4	同上	急粒	雙側顴部及兩顴骨有高起腫瘤，質硬，兩眼球輕度前凸，鼻樑凹陷，面呈“蛙面”。	頭顱攝片：骨質無改變。
6	57— 7489	男	39	類似甲狀腺炎	急粒	頸部腫脹疼痛，發熱12天，左側頸部有9×10公分腫塊突起，邊緣清楚，壓痛明顯，質較硬，能隨吞嚥而移動。	
7	63— 8538	男	16	脾破裂	急淋	左上腹持續性疼痛伴陣發性加劇12小時。呈輕度休克，煩躁不安，于左下腹抽出4—5毫升血液。脾腫大肋下5.5公分。	保守輸血及激素治療好轉出院。
8	64— 3085	男	40	非白血性伴有嘔血及肺梗死	急粒	大吐血2次及黑便10天。于住院第11天突然劇咳，呼吸困難及大咯血而死亡。生前周圍血象未出現幼稚細胞。	屍解
9	63— 21762	女	62	胸膜炎型	慢淋	胸痛1月，三日來加劇及全身淋巴結明顯腫大已半年，全身淋巴結腫大。右下肺叩音濁，呼吸音低，語顫消失。肝脾腫大。	胸腔及靜脈注射Nitromin，病緩解。
10	64— 334	女	38	下肢血栓性靜脈炎	急淋	右下肢紅腫痛半月，發熱10天。右腿腓窩部及大腿背側有散在葡萄狀的硬結節壓痛，表面略紅。脾淋巴結腫大。	血栓性靜脈炎隨病情緩解而消退。
11	63— 17295	男	22	皮膚帶狀疱疹	急粒	當住院病情緩解期間于胸背部發生較廣泛的帶狀疱疹。	
12	61— 1522	男	64	同上	急粒	當住院病情惡化時于二側臀部發生帶狀疱疹，分布對稱。	
13	64— 24182	男	52	皮膚白血病浸潤呈結節和水泡	急單	全身皮膚散在性結節，水腫，糜爛，結痂伴有發熱一月。于顏面手指，足踝部呈青灰色和紅色結節，1—2公分，部份已結痂。	皮膚病理切片証實。
14	60— 713	女	38	皮膚白血病浸潤呈風濕結節樣	慢單	皮下結節及關節酸痛一年半。先后于左小腿及右膝下方有約5×5公分結節，質硬，全身淋巴結腫大，脾大4指。	
15	64— 23093	男	28	皮膚色素沉着及皮膚白血病浸潤	慢粒 急化	周身皮膚發黑，以軀干，手指，足趾間及面部為最著。死前二月于下腹部有多數如米粒至黃豆大的皮膚結節，質堅硬。	腎上腺皮質功能輕度減退。
16	60— 1611	男	30	皮膚色素沉着	慢粒 急化	病程已五年。全身皮膚有廣泛性黑色素沉着，以指（趾）間背側面腰部陰囊及會陰部尤為明顯。	
17	63— 17177	女	37	同上	慢粒	病程一年余。于馬利蘭治療緩解期間發生二手，手掌足趾及面部皮膚烏黑。	腎上腺皮質功能減退。
18	61— 2452	女	33	皮膚巨大癰腫	慢粒	于肩胛、腋下及背部計有五個癰腫，最大達12×10公分，最小為4×3公分。脾大達臍平。	經中西綜合治療傷口顯著縮小。
19	63— 26008	男	39	輸血性肝炎及肝昏迷	慢粒 急化	第三次入院。于入院前一月當第8次輸血後開始皮膚黃染，搔癢，伴有高熱，住院第7日肝昏迷死亡。	肝功差，血氨450微克%。
20	63— 15647	女	31	嚴重禿發	急淋	以長期激素（Prednisone）為主要治療，總量達1115毫克，髓象完全緩解，并出現滿月面容，以後頭髮逐漸脫落，滿頭禿發。	緩解近半年

酸痛，面色蒼白，消瘦無力。體檢：嚴重貧血，面部浮腫。全身淺表淋巴結腫大。額部、頰部、鼻樑及顳部等處有腫瘤高起，鵝蛋至雞蛋大小，質較硬，有輕壓痛。心尖區Ⅲ級收縮期雜音。肝劍突下3公分。實驗室檢查：血紅蛋白1.5克，紅細胞61萬，白細胞1850—4350。血片原淋5%，幼淋23%。髓象：原淋7%，幼淋15%。住院經過：採用中西醫綜合治療（包括中藥小金丹，犀黃醒消丸及湯劑；西藥有6MP，青霉素及輸血等），一般情況漸見好轉，但淋巴結和面部腫瘤反有增大趨勢。後以Nitromin靜脈及局部注射，每隔日一次，共4次，腫瘤縮小，血象及髓象呈部分緩解。（附治療前後照片對比）。

討論：白血病，特別是綠色瘤，引起腫瘤樣的改變，已為學者們所公認⁽⁷⁻⁸⁾。腫瘤常侵襲扁平骨（如顳骨、胸骨、肋骨、脊柱、盆骨），骨膜下，硬腦膜，韌帶和內臟組織（如乳房、腎臟、肝臟和肌肉等），單個或多發性，但最常見於眼眶骨膜下。臨床表現除與急性白血病的症狀相似外，常常引起鄰近組織和神經系統的壓迫症狀，如眼球凸出（一側或雙側性），面神經麻痺⁽⁹⁾，嗅覺減退，耳鳴耳聾及失明等。本文三例于面部，胸骨，鎖骨及肋骨處發生多發性腫瘤，例3及例5均有眼球凸出，後者又形成特殊的“蛙面”。二例為急性粒細胞性及一例為急性淋巴細胞性白血病，後者對Nitromin作用最為明顯，估計由白血病浸潤所致，綠色瘤的診斷不能肯定。

三、類似甲狀腺炎：

例6，男性，39歲。訴頸部腫脹疼痛，發熱12天。疼痛于吞嚥、咳嗽時加重，有呼吸緊迫感。體檢：頸部左側明顯突出，可捫及9×10公分肿块，邊緣清楚，局部壓痛顯著，質較硬，能隨吞嚥而上下移動，表面無紅腫及灼熱。頸部右側稍腫。兩上肺可聞濕性羅音。肝脾未触及。實驗室檢查：紅細胞304萬，血紅蛋白54%，白細胞14,000—115,000，血片：原粒50%，早幼粒42%。髓片：原粒36%，早幼粒14.8%。胸片見兩上肺有模糊斑點陰影，右肺門旁球形影一枚，氣管右移，縱膈陰影增寬。住院經過：外科按甲狀腺炎治療，先後用過青、鏈霉素，磺胺嘧啶，異菸肼及補液等均無效，局部症狀加劇，白細胞數上升，貧血日重，高熱不退，胸骨壓痛，經骨髓檢查而確診。未及應用抗白血病藥物，患者已死亡。

討論：本例以類甲狀腺炎起病，局部體征明顯，頗為罕見。Wintrobe曾提及起病象急性甲狀腺炎或甲狀腺機能亢進的急性白血病例⁽⁵⁾。

四、脾臟破裂：

例7，男性，16歲。以左上腹持續性疼痛12小時急診入院。腹痛突起，呈持續性而有陣發性加劇，面色蒼白而出汗。無腹部外傷或其他誘發因素。急診外科醫師于左下腹試行穿刺，抽出4—5毫升新鮮血液，診斷脾破裂而入院。體檢：脈細速（100次/分），血壓104/64。面色蒼白，呈休克前期狀態，煩躁不安，神情淡漠。全身淺在淋巴結腫大。心肺陰性。腹軟，于左上腹及下腹部有壓痛，輕度反跳痛。脾肋下5.5公分，有壓痛。實驗室檢查：紅細胞197萬，血紅蛋白40%，白細胞38800，血片幼稚淋巴占36%。血小板7.7萬，出血時間3分，凝血時間2分，24小時血塊退縮不佳。肝功正常。髓象：原淋30%，幼淋58.5%。住院經過：外科除補液和輸血（共800毫升）外，已作手術準備，後因血片中发现幼稚細胞，作骨髓檢查而確診白血病。試用保守治療及ACTH25單位每日靜滴，病情日見穩定，腹痛消失，脾臟明顯縮小，紅細胞上升至305萬，遂好

轉出院。

討論：急性白血病例絕大多數均有脾脏肿大，以急性淋巴細胞性白血病多見，程度不一，罕至極度肿大者如同慢性粒細胞白血病⁽⁵⁾。慢性白血病以慢性粒細胞性白血病的脾脏最为显著，一般中度或重度，甚至可达骨盆腔內；但慢性淋巴細胞性白血病亦有相当大的脾脏。肿大的脾脏有时会发生脾梗死，脾破裂和溶血性贫血等合併症。本例为急性淋巴細胞性白血病患者，有典型脾破裂的症象，但无明确的誘发原因可尋，經保守治疗而癒，亦較罕見。关于引起脾破裂的原因甚多，如外伤，用力提物，脾脏受深度X光照射，白細胞極度而迅速增多等因素，但亦有自发性脾破裂的記載。

五、非白血病性白血病伴有呕血及肺梗死：

例8，男性，40岁。訴呕血10天。患者10天以来，有反复小量呕血，无腹痛、噯气及泛酸症状。突于入院前一日及就診时感上腹不适，隨即呕出紫色血液每次約达200—300毫升，有大量血块，伴有食物残渣。既往无胃病史。体检：体温38.5°C，脉搏74，血压114/70，呈慢性病容。胸前及腋下散在出血点。心肺阴性。腹軟，剑突下有压痛。实验室检查：紅細胞334万，血紅蛋白64%，白細胞3000，分类共6次未見幼稚細胞。血小板11万。骨髓共作3次，分类：原粒45.5%—50%，早幼粒48.2—35.8%。其他检查：胸透見肺紋理增加。心电图为竇性心动过緩。住院經過：患者入院后第1—2天仍有少量呕血，呈咖啡色。以輸血（共1000毫升），維生素K，安特諾新，抗菌素及Prednisone等治疗，呕血停止。于住院第8日用Endoxan 100毫克每日靜注，1周后白細胞降至750时，患者于夜間突然剧咳，大量咯血，为鮮紅色，左肺滿布湿罗音，呼吸困難，經搶救无效而死亡。病理解剖摘要：左侧血胸，左肺上叶出血性梗死，二肺弥漫性肺水肿，但未見白血病浸潤。肝、脾、肾脏及全身淋巴結均有白血病浸潤及全身脏器（脑、脾、肾、胃腸等）郁血。胃粘膜气肿，未見潰瘍。

討論：本例具有下列特点：①以呕血起病，②住院过程中发生大咯血而死亡，③病理解剖見左侧血胸及左肺出血性梗死而未見白血病浸潤及④死亡前血液中未出現幼稚細胞。这些表現都是比較少見的，却蒐集于一个病人身上。

六、胸膜炎症：

例9，女性，62岁。訴胸痛一月及全身淋巴結明显肿大已半年。头暈面黃，一月来呈持續性兩側胸痛，咳嗽，少痰，无咯血，咳嗽后气急。既往无結核病史。体检：全身淋巴結显著肿大，颌下大如鸡蛋，質硬。右肺背部第七肋以下叩診浊音，呼吸音及語額減低。肝脾均捫及一指。实验室检查：血紅蛋白5.5克，紅細胞201万，白細胞74,000，分类：淋巴90%，幼淋5%。髓象：原淋4.5%，幼淋11.5%，淋巴80.5%。胸水常規：桔黃，混，比重1016，李凡他試驗阳性，細胞数21200，分类：淋巴92%，中性粒8%。胸透及胸片：右侧胸腔积液。入院后以Nitromin 靜脉加胸腔內注射总量达1950毫克（其中胸腔內注射量为500毫克），胸水消失，全身淋巴結显著縮小，临床、血象及髓象均部分緩解出院。

討論：白血病既可因白血病細胞直接侵犯肺脏或胸膜引起胸膜积液外；又可由其他病因（如結核性，化脓性等）的合併而发生，前者多見于淋巴細胞性白血病。本例系一慢性淋巴細胞性白血病性胸膜炎，胸水随Nitromin胸腔及靜脉注射而消失。Whitby曾提到慢性淋巴細胞性白血病患者可因縱隔障淋巴結肿大压迫发生呼吸困難和胸腔肿瘤

的特征⁽¹⁰⁾。国内王氏等曾报导白血病性心包炎三例⁽¹¹⁾。

七、下肢血栓性静脉炎：

例10，女性，38岁。訴右下腿紅肿痛半月，发热 10 天。于右腿腠窩部先有少許皮疹，因痒而抓破，不久局部紅肿，发硬疼痛，有发热出汗，头暈心悸。先后来外科門診均診斷为静脉炎，用青、鏈、新霉素等未能控制。經驗血发现白細胞高达47万，考虑白血病而入院。体检：急性病容。两腋下及鼠蹊部淋巴結肿大。胸骨压痛，心肺阴性。脾肋下3公分。右腿腠窩及大腿背侧有血栓静脉，局部有紅肿痛。实验室检查：紅細胞311万，血紅蛋白62%，分类：原淋+幼淋58%。髓象：原淋30.5%，幼淋42.8%。血及骨髓培养均阴性。入院后經內外科共同治疗，除加用氯、金及紅霉素以外，投以Endoxan (50毫克)一日三次，住院23天后病情逐漸好轉，右下肢炎症吸收消散，住院四月余病情緩解出院。

討論：白血病病例的抵抗力皆有降低，易罹感染，併发感染炎症的种类也很多，而发生下肢血栓性静脉炎者甚少見，我院及席氏报告急性白血病的发热感染資料中未見此种病例⁽¹²⁻¹³⁾。慢性粒細胞性白血病发生多数痛肿如例18者也不多見。

八、白血病的皮肤表現：今举皮肤結节和色素沉着两例示范。

例13，男性，52岁。訴全身皮肤散在結节、水疱、糜烂伴有发热一月。一月前于顏面、手指及足踝处发生多数青灰色和紅色結节，皮肤搔痒，繼之結节上起疱，少数呈血性，不久糜烂脫皮結痂，但病損綿延不断。有发热畏寒，头暈乏力。体检：面部有天花疤痕。全身浅表淋巴結明显肿大，尤以左耳下大如鸡蛋，质硬。皮肤結节1—2公分，手指及足踝部为明显，有的已結痂。两肺气肿。脾肋下5公分。实验室检查：血紅蛋白7.5克，紅細胞254万，白細胞256,000，分类：原单核8%，幼单核60%。髓象：原单核17.5%，幼单核65.5%，Auer小体偶見。过氧化酶：幼稚細胞多呈弱阳性。皮肤病理切片：皮肤損害，有大量幼稚白細胞浸潤。入院后第13日死亡。

例15，男性，28岁。因慢性粒細胞性白血病急化再次入院。患者第一次入院全身皮肤已发黑，虽經馬利兰治疗病情緩解出院，但色素未退。此次因发现脾脏进行性增大，发热，白細胞增多而入院。体检：周身皮肤有广泛性黑色素沉着，尤以軀干，腰帶处，手指和足趾間以及乳头最为明显。心肺阴性。腹飽滿，肝肿2指，脾肋下达20公分，质坚硬。患者于死前二个月，随病情的恶化周身皮肤色素沉着更为加深，炭灰色，于阴囊、会阴、手掌处更深，口腔粘膜色素較浅。此时，全身浅表淋巴結异常肿大，呈串珠状，质硬；另于下腹皮下有多数結节，高出于皮肤，米粒至黃豆大，质坚。实验室检查：血紅蛋白9克，紅細胞308万，白細胞56,000，分类：原粒10%，早幼粒33%。髓象：原粒13%，早幼粒23%。尿測17—酮类固醇、17—羥皮质类固醇及ACTH負荷試驗結果如下表：

	負 荷 前		第一次負荷		第二次負荷		第三次負荷	
	17—KS	17—OHCS	17—KS	17—OHCS	17—KS	17—OHCS	17—KS	17—OHCS
进 院 初	11.4	5.15	15.44	10.2	17.9	11.3	14.7	12.3
惡 化 时	16.8	8.72	14.9	13.9	14.4	14.6	15.1	18.4

入院后先后应用 6 MP, Mitomycin C, Донал, Endoxan, 秋水仙胺, 激素, 輸血及抗
菌素等治疗, 仅使病程拖长些, 而未能緩解, 住院 6 个月而死亡。

討論: 白血病常有皮肤表現, 損害可为特异性或非特异性。除常見皮下出血現象
外, 可見各种皮疹如丘疹、斑疹、皰疹、紅斑、带状疱疹、剝脫性皮炎和皮下結节
等^(5,14,15), 尤多見于单核和淋巴細胞性白血病。本文例 13 的皮肤損害頗为特殊, 呈結
节、水皰、糜爛和結痂, 病理切片見大量幼稚細胞浸潤, 結节呈青灰和紅色。Andre-
ws⁽¹⁴⁾ 曾描述呈青紅或葡萄干样无痛的皮肤結节。国内呂氏等曾报告一例淋巴白血病的
皮肤发疹⁽¹⁸⁾。

白血病合併带状疱疹并不少見, 特別发生于淋巴細胞性白血病, 何杰金氏病及骨髓
瘤^(14,19)。但本文例 11 及例 12 均为急性粒細胞性白血病, 一例发生于病程中的緩解期, 一
例是在白血病的进展期。带状疱疹与白血病之間有一定关系, 可能白血病能激活靜止的
带状疱疹病毒, 看来与白血病类型, 病程无恒定之关系。

黑色素沉着常見于慢性粒細胞性白血病患者, 原因既可能与馬利兰应用有关外⁽¹⁷⁾,
亦可能有肾上腺皮質机能的減退。Persson 等曾报告 3 例慢性粒細胞性白血病有肾上腺
皮質机能不全, 均有明显的色素沉着。Kyle 等曾报导长期应用 Myleran 治疗, 有 4 例
患者引起类似肾上腺皮質机能不全的临床症象, 具有皮肤高度色素沉着、虛弱、疲勞、
体重減輕, 厌食和惡心, 但未能被實驗室检查而証实診斷⁽²¹⁾。本文三例(例 15—17)
除一例未作肾上腺皮質机能測定外, 另二例从 17—KS, 17—OHCS 及 ACTH 負荷
試驗的結果均表現有肾上腺皮質机能減退, 著者已有专文討論^(19,20)。

九、輸血性肝炎及肝昏迷:

例 19, 男性, 39 岁。以黃疸一个月, 畏寒发热 20 天第三次入院。患者系慢性粒細胞
性白血病例, 自第二次以 A₁₃₉ 治疗緩解出院后, 貧血逐漸加重, 在当地医院輸血 10
次。于入院前一月(相当第 8 次輸血后)开始巩膜及皮肤黃染, 搔痒。近 20 天来持續发
热, 精神萎靡, 食慾減退, 脾脏迅速增大, 白細胞异常增多而入院。体检: 体温 39.7°,
輕度黃疸, 上臂皮肤有少許出血点。两肺有干罗音。腹膨隆, 肝未捫及, 脾大达骨盆,
質硬。實驗室检查: 血紅蛋白 3.5 克, 紅細胞 175 万, 白細胞 278,000, 血片: 原粒 30%,
早幼粒 56%。髓象: 原粒 36.5%, 早幼粒 44.5%。肝脏功能: TTT 15 单位, TFT(+),
CCFT(+), ZNTT 20 单位, PT 15 单位。胆紅質直接 2.4 毫克%, 間接 0.4%。血
氮 450 微克%(昏迷时抽血)。入院后以保肝及 Endoxan 治疗, 未見起色, 于第七日
晨出現昏迷而死亡。

討論: 白血病例常需輸血, 可能发生輸血性肝炎而加重病情, 本例作为一特殊併
发症提出示范。

十、严重秃发:

例 20, 女性, 31 岁。訴发热, 头晕心悸五月。面色进行性蒼白, 两膝酸痛, 耳鳴目
眩。体检: 全身浅表淋巴結輕度肿大。头发烏黑有光泽。心肺阴性。脾肿二指。實驗室
检查: 血紅蛋白 6 克, 紅細胞 231 万, 白細胞 3500, 血片: 原淋 8%, 幼淋 46%。髓象:
原淋 24%, 幼淋 40.5%。入院經過及出院随訪: 以长期激素(口服 Prednison)为主要
治疗, 剂量达 280 毫克时, 血象及髓象开始緩解, 总量达 830 毫克时, 血象及髓象完全緩
解, 出現輕度柯兴氏綜合征(滿月样面孔, 軀干肥胖, 有少許胡須), 但头发逐漸脫落

稀疏，易断而失却光泽。共住院65日，Prednison 总量1115 毫克，病情完全緩解出院。半月后来門診复查，体检，血象正常，但头发完全脫光，故用毛巾纏头。三个月后方見少数头发生长，持續給予 Prednison 維持剂量。

討論：激素长期的应用可产生許多付作用和不良反应，但未能覺得引起严重脫发的报导。也未見白血病患者本身引起头秃的报告。本例的脫发是在长期投用 Prednison 获得完全緩解的过程中，故有一定之关系。抗白血病藥物如 Myleran⁽²²⁾，Endoxan⁽²³⁾，Aminopterin 等均可引起脫发。

总 結

本文分析呈特殊表現的白血病20例，有骨痛、肿瘤、甲状腺炎、脾破裂、非白血性伴呕血及肺梗死、胸膜积液、下肢血栓性靜脉炎、不同的皮肤表現（包括带状疱疹、皮下結节、黑色素沉着及巨大脓肿）、輸血性肝炎及肝昏迷以及严重秃发等等表現，均举例示范，并結合文献复习加以討論。白血病虽然一般診斷不难，但由于临床表現可多种多样，可致誤診，故需提高警惕。

主 要 参 考 文 献

1. 楊崇礼：十年来有关白血病的临床研究，中华内科杂志，8(5):414, 1960.
2. 中华医学会全国血液学学术会識記要，中华内科杂志，12(5):封三，1964.
3. 陈悅书、张桂如等：有神經系統表現的白血病6例报告，苏州医学院参加1964年全国血液学学术会識論文专集，78頁。
4. Thomas L. B. et al, The skeletal lesions of acute leukemia, Cancer, 14(3):619, 1961.
5. Wintrobe M. M. Clinical Hematology, 5 th ed. PP 921, 931, Henry Kimpton, London, 1961.
6. Kundel D. W. et al, Reticulin fibrosis and bone infarction in acute leukemia, Implication for prognosis, Blood 23(4):542, 1964.
7. Hayhoe F. G. J., Leukemia: Research and clinical Practice P.287, 1960.
8. Boggs D. R. et al, The acute leukemia, Analysis of 322 cases & review of the literature, Medicine, 4:163, 1962.
9. Lurye Z. Lesions of Nervous system Associated with Internal. Disease, Moscow, 1960.
10. Whithy L. E. H. et al, Disorders of the Blood, 7 th ed, P. 531, 1958.
11. 王叔卿、余介玉等：白血病性心包炎三例，中华内科杂志，8(2):182, 1960.
12. 陈悅书、吳宝华等：65例急性白血病发热的临床分析，苏州医学院参加1964年全国血液学学术会識論文专集，85頁。

13. 席雨人、欧阳安：急性白血病发热的临床分析，中华内科杂志，11(12):937, 1963.
14. Andrews G. C.: Diseases of the Skin, 4 th ed. P. 711, 1954.
15. Mackenna R. W. Disease of the Skin, 5 th ed. P. 556, 1952.
16. 吕成煥、章青：淋巴白血病的皮肤发疹，中华皮肤科杂志，3:19, 1955.
17. 唐静仪等：白血病的治疗：I. Myleran 治疗慢性粒细胞性白血病的疗效观察，中华内科杂志，9(3):158, 1961.
18. Persson S. & Soderstrom N.: Adrenocortical Insufficiency in Chronic Leukemia, Acta Hemat. 27:345, 1962.
19. 张桂如、陈悦书：63例白血病患者尿中17—酮类固醇的观察，输血及血液学附刊，2(2):107, 1964.
20. 陈悦书等：白血病患者尿中17—KS，17—OHCS及三天促肾上腺皮质激素负荷试验的观察，未发表资料。
21. Kyle R. A. et al. A Syndrome resembling adrenal cortical insufficiency associated with long term Busulfan (Myleran) therapy, Blood 18(5):497, 1961.
22. Rebuck J. W. et al, The Leukemias, Etiology, Pathophysiology and Treatment PP. 669—670, New York, 1957.
23. 卢家祥、林宝爵等：环磷酰胺治疗白血病疗效观察初步报告，上海市参加1964年全国血液学学术会论文摘要汇编。

有特殊临床表现的白血病20例报告(摘要)

苏州医学院内科教研组血液研究室

陈悦书 張桂如 吳宝华 林宝爵

常州市第一人民医院内科 华 錦 吳自珍

本文选出有特殊表现的白血病20例进行了分析,并举出11例示范,結合有关文献加以討論。

1. 骨痛型(例1, 2): 两例均为急性淋巴細胞性白血病,表现为全身骨骼及关节剧痛,呈針刺及麻木感,对一般止痛剂无效。骨痛随治疗后的病情緩解而減輕。最近文献提到骨骼疼痛与骨髓网硬蛋白纖維变性(Reticulin Fibrosis)及/或骨梗死有一定关系。

2. 肿瘤型(例3—5): 这3例于面部、胸骨、鎖骨及肋骨处发生多发性肿瘤,例3及例5均有眼球凸出,后者又形成特殊的“蛙面”。二例为急性粒細胞性及一例为急性淋巴細胞性白血病,后者对 Nitromin 作用最为明显,估計由白血病浸潤所致,綠色瘤的診斷不能肯定。

3. 类似甲状腺炎: 例6以頸部肿胀疼痛、发热而起病。頸左侧明显突出,有 9×10 公分肿块,局部压痛显著,能随吞嚥而上下移动。按甲状腺炎治疗无效,經骨髓检查确诊为急性粒細胞性白血病,抗白血病藥物未及应用,患者已亡。

4. 脾脏破裂: 例7系急性淋巴細胞性白血病。以左上腹持續疼痛12小时急诊入院。呈休克前期状态,于左下腹抽出4—5毫升新鮮血液。但无明确的诱发原因可寻。試用保守治疗,病情好转出院。

5. 非白血病性、呕血及肺梗死: 例8以少量反复呕血起病,住院过程中发生大咯血而死亡,死亡前血液中未出現幼稚細胞,依賴髓象而确诊急性粒細胞性白血病。病理解剖見左侧血胸及左肺出血性梗死,但未見白血病浸潤。

6. 胸膜炎型: 例9为慢性淋巴細胞白血病。有胸痛、咳嗽气急,及右侧胸腔积液。經 Nitromin 靜脉加胸腔內注射,胸水消失,白血病部分緩解。

7. 下肢血栓性靜脉炎: 例10系急性淋巴細胞性白血病,主要表现为右下肢紅腫痛及发热,患肢有血栓靜脉炎,局部紅腫及压痛。

8. 白血病的皮肤表现(例11—18): 二例急性粒細胞性白血病表现为带状疱疹。两例单核性白血病表現特殊的皮下結节。三例慢性粒細胞性白血病具有皮肤色素沉着,其中例15及例17有肾上腺皮质机能減退。另一例慢性粒細胞性患者发生皮肤多数脓肿,最大达12—10公分。

9. 輸血性肝炎及肝昏迷: 例19系慢性粒細胞性白血病急化,于一月前当第8次輸血后开始皮肤黄染搔痒,伴有发热。住院第7日肝昏迷死亡,血氨达450微克%。

10. 严重秃发: 例20为急性淋巴細胞性白血病,长期以 Prednison 为主要治疗,在获得完全緩解时引起滿头秃发。

以全国血液学会議 拟訂的标准评价急性白血病31例的疗效

苏州医学院内科教研组血液研究室

陈悦书 林宝爵 张桂如 吴宝华 夏学鸣 錢惠英

技术协助 严菊英

由于急性白血病的疗效缺乏統一的标准，以往国内外的报告中，緩解所指的情况各有不同，因此疗效也难以严格比較。今年4月份在天津召开的全国血液学会議上，血液病工作者初步擬訂了統一的标准*。我們試以此标准，分析了本院近二年半期間急性白血病的資料，一方面为了评价以往急性白血病的疗效及与疗效有关的因素，另一方面也是为了了解与标准有关的一些問題。

資料与 方法

本院內科自1962年1月至1964年6月收治的急性白血病，疗程在10天以上的有31例，其中疗程在半月以上的有24例。这31例中，男性19例、女性12例；年龄：13~20岁9例、21~30岁8例、31~40岁9例、41~50岁4例、>50岁1例。

31例中，急性粒細胞性白血病（简称“急粒”）19例、急性淋巴細胞性白血病（简称“急淋”）10例、急性单核細胞性白血病（简称“急单”）2例。“急粒”以6MP治疗的有13例、以环磷醯胺(Endoxan)治疗的有3例、先用6MP后换环磷醯胺治疗的1例、先用环磷醯胺后换6MP治疗的2例，共計19例。“急淋”以去氢皮質素(Prednisone)治疗的有3例、先用ACTH后换A₁₃₉治疗的1例、以6MP治疗的1例，共計10例。“急单”以6MP治疗及先用A₁₃₉后换6MP治疗的各1例，共計2例。

6MP的剂量为2~5毫克/公斤/天(白細胞計数正常或低于正常者減为1~3毫克/公斤/天)。环磷醯胺的剂量为2~4毫克/公斤/天或10~15毫克/公斤/周(白細胞計数正常或低于正常者減为1~2毫克/公斤/天)。去氢皮質素的剂量为30~80毫克/天，一般为40毫克/天。ACTH的剂量为12.5单位/天，溶于葡萄糖水中靜脉滴注历6小时以上。A₁₃₉的剂量为10~20毫克/天，靜脉注射。疗程自10~76天，一般在2~3周以上。

为了簡便，在敘述中与表格中，于必要时以甲代表髓象、乙代表血象、丙代表体征、丁代表症状，又以1代表标准中的完全緩解、2代表部分緩解、3代表进步(1~3合称有效)、4代表无效。

分 析 結 果

一、疗效統計：

(一)按例数統計：各例一般以第一疗程的疗效进行統計，結果見表—(1)。为了

* 急性白血病的疗效标准(草案)請見附件。原文发表在天津医药杂志輸血及血液学附刊, 2:153, 1964。

使表格簡明，將有效的例數作為分子，以總例數作為分母，見表—(2)。

表—(1) 全組病例的治療結果

細胞類型	例 數	*髓 象				血 象				**體 征				症 狀			
		甲 ₁	甲 ₂	甲 ₃	甲 ₄	乙 ₁	乙 ₂	乙 ₃	乙 ₄	丙 ₁	丙 ₂	丙 ₃	丙 ₄	丁 ₁	丁 ₂	丁 ₃	丁 ₄
急 粒	19	3	2	1	7	2	1	2	14	2	4	3	7	7	1	2	9
急 淋	10	3	1	0	2	0	3	3	4	5	1	2	2	7	0	0	3
急 單	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2
合 計	31	6	3	1	10	2	4	5	20	7	5	5	11	14	1	2	14

* 療程結束時有骨髓複查者僅20例。

** 治療前3例無明確體征故體征總例數僅28例。

表—(2) 全組病例的有效情況

細胞類型	例 數	甲 ₁₋₃ /甲 ₁₋₄	乙 ₁₋₃ /乙 ₁₋₄	丙 ₁₋₃ /丙 ₁₋₄	丁 ₁₋₃ /丁 ₁₋₄
急 粒	19	6/13	5/19	9/16	10/19
急 淋	10	4/6	6/10	8/10	7/10
急 單	2	0/1	0/2	0/2	0/2
合 計	31	10/20	11/31 (35.5%)	17/28 (60.7%)	17/31 (54.8%)

表—(1)顯示了各類型急性白血骨髓象、血象、體征與症狀的療效的具體情況，表—(2)則概括了其中有效的情況。自表—(2)可知，血象有效的例數占總例數的35.5% (簡稱有效率)、體征的有效率為60.7%而症狀的有效率為54.8%。

(二)按療程統計：31例共計進行了45個療程，結果見表二。

表二、全組療程的效情況

細胞類型	療程數	甲 ₁₋₃ /甲 ₁₋₄	乙 ₁₋₃ /乙 ₁₋₄	丙 ₁₋₃ /丙 ₁₋₄	丁 ₁₋₃ /丁 ₁₋₄
急 粒	28	7/19	7/18	14/24	14/28
急 淋	14	5/9	8/14	10/14	9/14
急 單	3	0/1	0/3	0/3	0/3
合 計	45	12/29*	15/45 (33.3%)	24/41** (58.5%)	23/45 (51.1%)

* 療程結束時，有髓象複查者僅29療程。

** 治療前4療程無明確體征，故丙₁₋₄總療程數僅41療程。

以表二與表—(2)相比，由於第一療程以後的療程療效較差，甚至無效，雖則有2例，換藥以後，療效較好，但為數較少，因此表二的血象、體征與症狀的療效比之表—(2)稍差。

二、與療效有關的因素分析：

(一)白血病的細胞類型：自表—(1)、(2)可見，“急淋”的例數雖較“急粒”為少，但療效較好，而“急單”的例數僅2例，却均無效。自血象來看，“急淋”的有

效率为60%而“急粒”的有效率为21%。

(二) 治疗前的白細胞計数：以各例第一疗程治疗前的白細胞計数与疗效联系，結果見表三。

表三 疗效与治疗前白細胞計数的关系

治疗前白細胞計数	Z ₁₋₃	Z ₄	Z ₁₋₃ /Z ₄
<4000	3	5	>50%
4000~10,000	2	4	50%
>10,000	5	12	<50%
合 計	10	21	<50%

表三显示治疗前白細胞計数过低 (<4000/立方毫米) 和正常者，疗效似比白細胞計数增高者为好。

(三) 治疗前髓象的幼稚細胞数：在“急粒”以原粒加早幼粒細胞的百分数之和为幼稚細胞数，在“急淋”以原淋巴加幼淋巴細胞、在“急单”以原单核加幼单核細胞的百分数之和为幼稚細胞数。各例以第一疗程治疗前髓象的幼稚細胞数与疗效联系，結果見表四。

表四 疗效与治疗前髓象幼稚細胞数的关系

幼稚細胞百分数(%)	Z ₁₋₃	Z ₄
<40	0	1
41~70	3	9
>70	7	11
合 計	10	21

自表四看来，治疗前髓象中幼稚細胞百分数较高者，其疗效并不比低者为差。

(四) 用藥种类与疗程次数：“急粒”中6MP的疗效与环磷醯胺的疗效有所不同，見表五与表六。自表五、表六比較，虽則在第一疗程，6MP的有效率为4/16(25%)，

表五 6mp 治疗“急粒”的疗效

疗 程 次 数	疗 程 数	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₁₋₃ /Z ₁₋₄
第 一 疗 程	16	2	1	1	12	4/16(25%)
第 二 疗 程	3	0	0	1	2	1/3
第 三 疗 程	1	0	0	0	1	0/1
合 計	20	2	1	2	15	5/20(25%)

与环磷醯胺的有效率(2/6)来比，相对不如；但是在有效的例数中，6MP引起完全与部分緩解的例数，四例中有3例，而环磷醯胺引起緩解的例数二例中仅有1例，且无完全緩解者。在第二疗程中，6MP仍有有效的例数(1/3)而环磷醯胺二例均无效。所以总的看来，6MP的疗效要比环磷醯胺好。

表六 环磷酰胺治疗“急粒”的疗效

疗程次数	疗程数	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₁₋₃ /Z ₁₋₄
第一疗程	6	0	1	1	4	$\frac{2}{6}$ (33.3%)
第二疗程	2	0	0	0	2	$\frac{0}{2}$
合 计	8	0	1	1	6	$\frac{2}{8}$ (25%)

“急淋”中，主要应用类固醇——去氢皮质素与 ACTH 治疗，1 例应用 6MP 治疗无疗。类固醇治疗的结果见表七。

表七 “急淋”类固醇的疗效

疗程次数	疗程数	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₁₋₃ /Z ₁₋₄
第一疗程	9	0	4	2	3	$\frac{6}{9}$ (66.6%)
第二疗程	3	0	0	2	1	$\frac{2}{3}$
合 计	12	0	4	4	4	$\frac{8}{12}$ (66.6%)

自表七可见，“急淋”以去氢皮质素与 ACTH 治疗，疗效比“急粒”以 6MP 治疗为好。在第一疗程中，有效率为 6/9 (66.6%)，而在第二疗程中，有效率尚达 2/3。

此外，自表五至表七看来，同一药品在第二次或第三次疗程中即渐失效。

(五) 治疗后引起白细胞计数过低：除治疗前白细胞计数过低者，根据治疗前白细胞计数正常或增高之 24 例、35 个疗程的资料，以治疗后引起的最低白细胞计数与疗效联系，结果见表八。

表八 疗效与治疗引起白细胞计数过低的关系

治疗后最低白细胞计数	疗程数	Z ₁₋₃	Z ₄
>4000	12	0	12
<4000	33	9	14

自表八可以看出，治疗后引起白细胞计数过低者 (<4000/立方毫米)，39.1% 的疗程取得有效的结果，但白细胞计数未下降达过低者 (>4000/立方毫米)，无一例有效。

三、与标准有关的问题分析：

(一) 四项指标之间的关系：

1. 髓象与血象的关系：根据 20 例有髓象复查的病例的资料，髓象与血象之间存在着密切的关系。自表九 (1) 可以看出二者之间的关系基本上是平行的。

2. 血象与体征及症状的关系：见表九 (2、3)。血象与体征及症状之间也存在着一定的关系。血象有效 (乙₁₋₃) 的例数中，体征及症状有效 (丙₁₋₃ 及 丁₁₋₃) 的例数较血象无效 (乙₄) 的例数中，体征及症状有效 (丙₁₋₃ 及 丁₁₋₃) 的例数为多。在血象无效的例数中，体征及症状无效的例数也较有效的例数为多。此外，由表九 (2、3) 也可看出，在血象无效的情况中，仍有 1/3 的病例体征及症状有效；而在体征及症状无效的情况中，血象均无效。

甲 ₄			*1	10
甲 ₃			2	
甲 ₂			1	1
甲 ₁	1	4		
	乙 ₁	乙 ₂	乙 ₃	乙 ₄

表九(1)髓象与血象的关系

*甲₄乙₃，因髓象进步较少

△甲₂乙₄，因继发感染，血紅蛋白迟迟不升，死于感染。

丙 ₄				11
丙 ₃	*1		2	2
丙 ₂		1	1	3
丙 ₁		3	2	2
	乙 ₁	乙 ₂	乙 ₃	乙 ₄

表九(2)血象与体征的关系

*乙₁丙₃因原有肝炎，肝脏体征恢复较少。

丁 ₄				14
丁 ₃			1	1
丁 ₂				1
丁 ₁	1	4	4	5
	乙 ₁	乙 ₂	乙 ₃	乙 ₄

表九(3)血象与状况的关系

(二)缓解与进步初期之最低成熟中性粒细胞计数：自表十可见，在疗程结束或转入维持量后的成熟中性粒细胞计数可低至352/立方毫米。缓解与进步初期之成熟中性粒细胞计数与疗效之级别并无关系。

表十 有效(缓解与进步)初期之成熟中性粒细胞计数

疗效级别	疗程数	成熟中性粒细胞绝对计数之范围
乙 ₁	2	550、1168
乙 ₂	5	1682~3626
乙 ₃	6	352~3456

(三)有效疗程中或疗程后血紅蛋白上升的情况：自表十一可以看出，取得血象完全缓解者，血紅蛋白上升幅度较大、所需时间也较长，且均在维持治疗中上升的。即使血象仅为进步者，血紅蛋白上升的幅度较小，但所需时间在个别例中也有长达44天(在停药后23天)者。

表十一 有效疗程中或疗程后血紅蛋白上升的情况

疗效级别	疗程数	血紅蛋白上升 (克%)	上升所需天数	当时治疗情况	
				维持治疗	停止治疗 (停后天数)
乙 ₁	2	7.5、8.0	28、65	2	0
乙 ₂	6	5.0~6.0	18~32	4	2(28、32)
乙 ₃	7	2.0~4.0	7~44	4	3(3~23)

讨 论

一、疗效及有关的因素：根据本文的资料，在成人急性白血病31例中，血象的有效率为35.5%，每三例中有1例有效，若按细胞类型区分，在“急粒”中，以6MP治疗的血象有效率为25%，在“急淋”中以类固醇治疗的血象有效率为66%。这样的疗效，与文献上的资料相比，虽则对象、例数与疗效标准等各有不同，但“急粒”的疗效不及“急淋”则基本上相同，如Ellison氏⁽¹⁾(1956)指出6MP在成人“急粒”的完全与部分缓解率为35%，Boggs氏等⁽²⁾(1962)分析6MP在成人与儿童“急粒”的缓解与进步(Remission and improvement)率为17.6%，类固醇在成人“急淋”的缓解与进步率为63.6%。

为了探索与疗效有关的因素，作者曾将疗效与白血病的细胞类型、治疗前的白细胞计数、治疗前髓象的幼稚细胞数、用药种类与疗程次数、治疗后引起白细胞计数过低共計六个因素联系，进行分析，结果发现：（1）“急淋”以去氢皮质素治疗，疗效优于“急粒”以 6MP 或环磷酰胺治疗者，而在“急粒”中，6MP 的疗效优于环磷酰胺；（2）治疗前白细胞计数过低或正常者，疗效似优于治疗前白细胞计数增高者；（3）治疗前白细胞计数增高者，有效的疗程均曾引起白细胞计数过低；（4）第一疗程以后的疗程疗效较差甚至可以无效，但换另一种药品治疗，又可能有较好的疗效。这些结果与文献⁽¹⁻³⁾上的报告大致相同。Haut 氏等⁽⁷⁾根据随访的资料，曾指出无白细胞计数增高者预后较白细胞计数增高者为佳，与本文资料中治疗前白细胞计数过低或正常者疗效优于白细胞计数增高者这一点恰相吻合，但这一情况的机制不明，可能在治疗前白细胞计数过低或正常者，白血病尚处在较早的阶段，因此疗效较好。

文献⁽⁸⁾上曾提及感染后可以引起白血病缓解者。本文资料中有一例“急粒”在环磷酰胺第二疗程后，病情加重，换以 6MP 治疗，疗程中发生了严重的溶血性金黄色葡萄球菌感染。感染被控制后，该例取得了髓象与血象完全缓解的满意疗效。但是本例是否因感染而引起缓解呢？由于在本文大多数例中，感染使病情加重、甚至可以造成死亡，而在本例，第三疗程又恰巧换了药品治疗，因此根据本文资料，感染能使白血病缓解的说法尚不能成为定论。

此外，为了提高疗效，文献上⁽⁹⁾曾指出全面治疗（total care）对疗效的影响，在抗白血病治疗开始后，尤以白细胞计数下降至 $<4000/\text{立方毫米}$ 时，须要严密注意预防与控制感染，以冀渡过这段时期后取得疗效。环磷酰胺的出现替抗白血病治疗增加了一种新的药品。根据本文的资料，虽则应用例数尚少，初步疗效不及 6MP，但在一例“急粒”6MP 失效后，应用环磷酰胺曾取得髓象完全缓解与血象部分缓解的疗效，文献⁽⁴⁻¹⁰⁾上曾报告此药在儿童与成人急性白血病的疗效（在成人完全缓解率为 25%），且在“急单”中也有效。至于 A₁₃₅ 在本文资料中仅有 2 例，但疗效均不佳。近年来国外文献中曾提到大剂量类固醇治疗、抗白血病药品的联合治疗及新药的临床应用等，这些方面在国内也已得到一定的重视与初步的尝试^(3,11)。

二、与标准有关的问题：

（一）四项指标之间的关系：根据表九（1-3）的分析，髓象与血象之间存在着密切的关系而血象与体征及症状之间也存在着一定的关系，这四项指标中主要的是髓象与血象。但是仅仅根据髓象与血象，对疗效的了解是不够全面的，因为体征及症状有效的百分率要高于血象有效的百分率将近一倍，这可能是由于经过抗白血病治疗后，白血病的组织受到一定程度的抑制，白血病的浸润与毒素减少了所致。但是仅仅根据体征及症状，那么有效率虽高，然而与髓象及血象的情况不符，会导致对治疗的过高评价，因此，疗效的评价应根据多方面的资料，其中尤以髓象的资料，才能比较客观与全面。

（二）血象的标准：全国血液学会会议上拟订的标准中，规定在有效的情况中，成熟中性粒细胞计数在 $200/\text{立方毫米}$ 以上，根据 Hyman 氏等⁽¹²⁾（1959）的资料，在儿童病例缓解中点（midpoint）最低的成熟中性粒细胞计数为 $460/\text{立方毫米}$ 。本文资料中，缓解与进步初期之最低成熟中性粒细胞计数为 $352/\text{立方毫米}$ 。因此，全国血液学会会议上所规定的要求：成熟中性粒细胞计数 $>200/\text{立方毫米}$ 是符合实际情况的。