

科文医学文库



美国最新

临床医学问答 ——血液 / 肿瘤学

(第二版)

[美] 玛丽·E·伍德 主编

您在以下情况时需本书的指导

- 住院医师在转科中
- 全科查房中
- 晋级考试中
- 实习及进修中



哈尔滨出版社

科文(香港)出版有限公司

HEMATOLOGY/ONCOLOGY SECRETS

· 科文医学文库 ·

美国最新临床医学问答

——血液/肿瘤学

(第二版)

HEMATOLOGY/ONCOLOGY SECRETS

[美] 玛丽·E·伍德 (Marie E. Wood) 主编

宋玉琴 译

北京科文国略信息公司供稿

海 译 出 版 社

科文(香港)出版有限公司

2000年·北京

著作权合同登记图字: 01 - 1999 - 1589

图书在版编目(CIP)数据

美国最新临应医学问答: 血液、肿瘤学/(美)伍德(Wood, M. E.)
主编; 宋玉琴译. - 北京: 海洋出版社, 2000. 10

ISBN 7 - 5027 - 5039 - 8

I. 美… II. ①伍… ②宋… III. ①血液病 - 临床医学 - 问答
②肿瘤 - 临床医学 - 问答 IV. R4 - 44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 67926 号

The original English language work has been published
By HANLEY & BELFUS, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A
Copyright © 1994. All rights reserved
中文简体版版权©1999 科文(香港)出版有限公司/海洋出版社

责任编辑: 田家作
责任印制: 严国晋

美国最新临床医学问答——血液/肿瘤学(第二版)
出版: 海洋出版社/科文(香港)出版有限公司
发行: 海洋出版社/北京科文剑桥图书公司
印刷: 化学工业出版社印刷厂 经销: 新华书店
2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月北京第 1 次印刷
开本: 850×1168 1/32 印张: 19.625
字数: 523 千字 印数: 1~3000 册
定价: 44.00 元

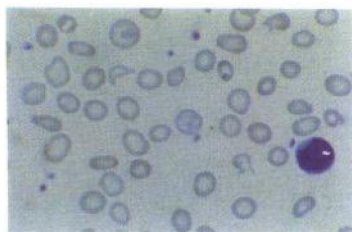


图1 缺铁性贫血的外周血象。红细胞呈小细胞低色素性(与淋巴细胞对照)。注意有少许靶形红细胞，无多染红细胞

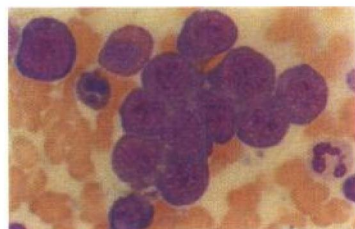


图2 巨幼细胞性贫血的骨髓穿刺细胞学图像。缺乏经验的细胞形态学家可能将巨幼红细胞前体细胞误诊为原始细胞

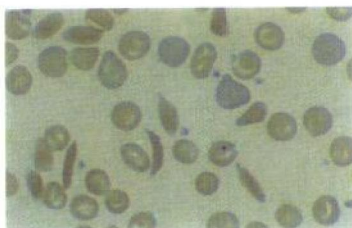


图3 镰状细胞性贫血的外周血象。镰状红细胞多见。嗜多染提示网织红细胞增多，Howell-Jolly小体(红细胞残核[中心])的存在提示脾功能低下

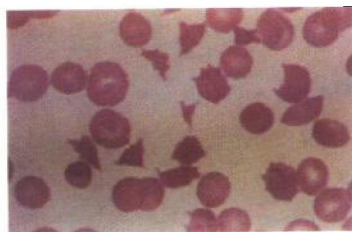


图4 血栓性血小板减少性紫癜的外周血象。破碎红细胞多见，血小板减少。该血象亦可见于播散性血管内凝血(DIC)、溶血尿毒综合征、恶性高血压、人工心脏瓣膜置换术后、心脏瓣膜病或巨大血管瘤

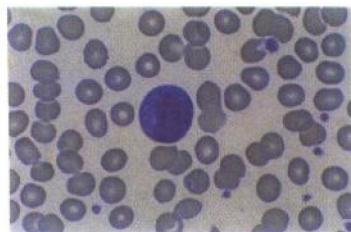


图5 图示反应性淋巴细胞，胞体巨大，胞浆嗜碱性，染色质浓聚

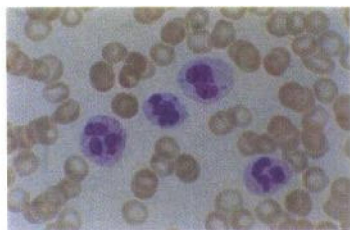


图6 类白血病反应的外周血象。中性粒细胞可见中毒颗粒(胞浆明显颗粒)和Döhle小体(胞浆蓝色结构)。上述表现及大量空泡(该视野未见)就是常见的反应性中性粒细胞增多图像

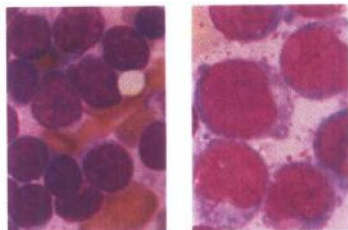


图7 急性粒细胞性白血病(AML, 左)和急性淋巴细胞白血病(ALL, 右)的骨髓穿刺细胞学图像。原粒细胞体大, 染色质均细, 胞浆量中等, 发现Auer小体(图下部中央)对AML有诊断价值。原淋巴细胞一般较小, 染色质粗糙, 胞浆量小

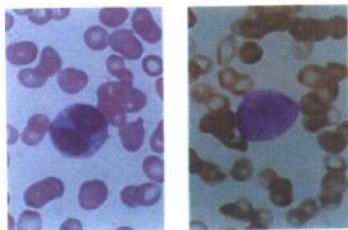


图8 急性早幼粒细胞白血病(APL, FABM3)的外周血象。左为普通型, 右为细颗粒型。左图示典型APL细胞, 核双叶, 胞浆颗粒明显。右图细胞也有双叶核, 但胞浆颗粒细小, 显微镜下无法分辨

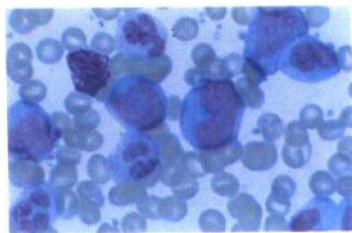


图9 慢性粒细胞性白血病(CML)外周血象。成熟各阶段中性粒细胞均可见，常有血小板增多和嗜碱粒细胞增多。嗜碱粒细胞增多有助于CML和类白血病反应相鉴别

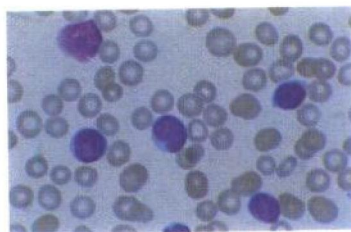


图10 慢性淋巴细胞白血病(CLL)外周血象。以成熟的小淋巴细胞增多为主。右下角示污浊的退变细胞，是CLL的特点之一，但不具有诊断意义

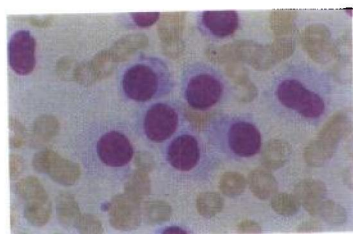


图11 毛细胞性白血病(HCL)的外周血象。恶性细胞具有典型的核和“毛状”胞浆突起。本图并非HCL的典型图像，因为在外周血中能找到如此大量的毛细胞并不容易

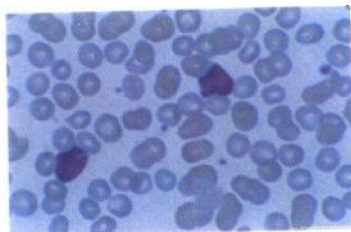


图12 小裂细胞淋巴瘤侵犯骨髓的外周血象。外周血中常能见到少量淋巴瘤细胞，但明显白血病样改变少见

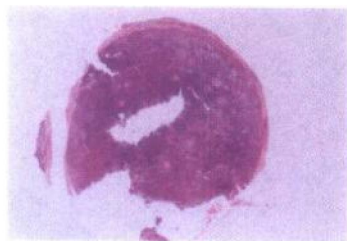


图13 滤泡状淋巴瘤的淋巴结图像。大量肿瘤滤泡呈背靠背排列

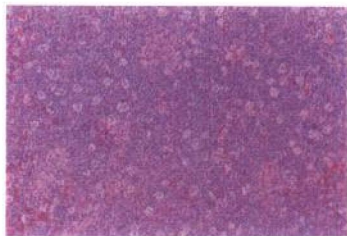


图14 小无裂细胞淋巴瘤(伯基特淋巴瘤)的淋巴结图像。整个视野呈“满天星”样，该现象不仅限于小无裂细胞淋巴瘤，任何高度恶性淋巴瘤均较常见

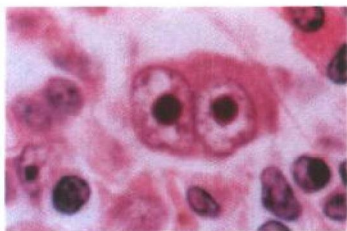


图15 何杰金氏病(HD)的淋巴结图像。里－斯细胞的核呈典型“鹰眼”状

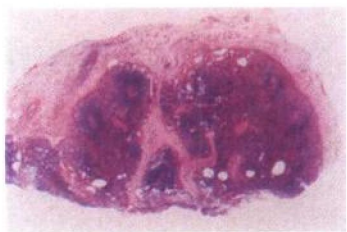


图16 HD结节硬化型的淋巴图像。细胞区周围包绕以致密的纤维带

《美国最新临床医学问答》丛书专家委员会

主任委员：吴阶平

编委：高润霖 心内科教授 北京阜外医院院长
章友康 肾内科教授 北京医科大学附属一院院长
俞光岩 颌面外科教授 北京口腔医院院长
尤玉才 神经外科教授 北京医科大学附属一院副院长
朱学骏 皮肤科教授 北京医科大学附属一院副院长
林三仁 消化科教授 北京医科大学附属三院消化科主任
何权瀛 呼吸科教授 北京人民医院呼吸科主任
康德瑄 神经内科教授 北京医科大学附属三院神经内科主任
林本耀 外科教授 北京肿瘤医院外科主任
娄思权 骨科教授 北京医科大学附属三院骨科副主任
蒋建瑜 麻醉科教授 北京医科大学附属三院麻醉科主任
傅贤波 普外科教授 北京医科大学附属三院普外科主任
张志庸 心胸外科教授 北京协和医院心胸外科主任
王秀云 妇产科教授 北京医科大学附属三院妇产科主任
赵凤临 儿科教授 北京医科大学附属三院儿科副主任
贾泓禔 分子生物学教授 北京医科大学分子生物系主任
杨仁杰 介入放射学教授 北京肿瘤医院介入放射科主任

本书著、译者名单

原著主编：〔美〕玛丽·E·伍德 (Marie E. Wood) 医学博士

译者：宋玉琴

常用量和单位换算表

非标准单位	符 号	换算系数	标准单位名称
微(米)	μ	$1\mu = 1\mu\text{m}$	微米
达因	dyn	$1\text{dyn} = 10^{-5}\text{N}$	牛[顿]
千克力	kgf	$1\text{kgf} = 9.806\ 65\text{N}$	牛[顿]
吨力	tf	$1\text{tf} = 9.806\ 65\text{kN}$	千牛[顿]
标准大气压	atm	$1\text{atm} = 101.325\text{kPa}$	千帕[斯卡]
工程大气压	at	$1\text{at} = 9.806\ 65 \times 10^4\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米汞柱	mmHg	$1\text{mmHg} = 133.322\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米水柱	mmH ₂ O	$1\text{mmH}_2\text{O} = 9.806\ 65\text{Pa}$	帕[斯卡]
托	torr	$1\text{torr} = 1\text{mmHg} = 133.3224\ \text{Pa}$	帕[斯卡]
巴	bar	$1\text{bar} = 10^5\text{Pa}$	帕[斯卡]
西西	cc	$1\text{cc} = 1\text{ml}$	毫升
卡	cal	$1\text{cal} = 4.186\ 8\text{J}$	焦[耳]
大卡	kcal	$1\text{kcal} = 4.186\ 8\text{kJ}$	千焦[耳]
度		$1\ \text{度} = 1\text{kW}\cdot\text{h}$	千瓦·时
[米制] 马力		$1\ \text{马力} = 735.499\text{W}$	瓦[特]
英马力	hp	$1\text{hp} = 745.7\text{W}$	瓦[特]
英尺	ft	$1\text{ft} = 0.3048\text{m}$	米
英寸	in	$1\text{in} = 0.0254\text{m}$	米
磅	lb	$1\text{lb} = 0.4535923\ \text{kg}$	千克
克当量	Eq	$1\text{Eq} = 1\text{mol}$	摩[尔]
盎司	ounce, oz	$1\text{oz} = 28.3495\text{g}$ $1\text{oz} = 31.1035\text{g}$	常衡盎司 药衡盎司 (金衡盎司)
国际单位	IU	$1\text{IU} = 1\mu\text{mol}/\text{min}$	
原子质量单位	U	$1\text{U} = 1\text{u}$	
渗透克分子	osmol	$1\text{osmol} = 1\text{osm} = 1\text{mol}$	

第一版序言

《美国最新临床医学问答——血液/肿瘤学》意在为医学生、住院医师及初诊医师提供实用的临床知识。该书包括各自独立的相关章节共 89 章,分概论、血液病学总论、恶性血液病、肿瘤一般治疗及实体瘤五大部分。在此不再将目录一一赘述,而是着重论述可能令大家感兴趣的几个方面。

第一部分为概论,讨论了 8 个常见现象的诊断,提出问题并加以回答,旨在帮助一般医师指导患者就诊专科医师。

“肿瘤一般治疗”部分涵盖了疼痛的处理、化疗的各种并发症及数种新治疗模式(骨髓移植、生长因子及单克隆抗体)。癌症发病机理、分子学诊断及癌症预防等章节旨在满足读者的兴趣,并介绍大家了解肿瘤学方面的新进展。

本书彩页共有 16 幅图,描述了贫血、白血病和淋巴瘤的不同类型。与本系列问答丛书的其他分册一样,本书并非长篇论著,而是对肿瘤/血液学领域的一个简要概论,相信读者会在其中发现有价值的知识和信息。

第二版序言

第二版新增加的信息反映了血液病和肿瘤学的飞速发展。本书新增了两个章节:HIV 相关性疾病(涵盖了恶性实体瘤和血液病的某些异常发现)和癌症遗传学(包括癌症咨询、预防策略、遗传性恶性肿瘤、乳腺癌和结肠癌的遗传学特点)。

癌症患者的一般治疗部分也新增了数个章节:由于老年人癌症发病高及合并症涉及到医学的各个方面,因而增加了老年癌症一章。

另辟章节对癌症治疗的社会心理方面、姑息治疗及临终关怀的医患交流效果、缓解精神和身体疼痛的方法等进行了探讨。

同样,本书不是长篇论著,而只是一本概述,可能带有作者的偏见和临床观点。感谢众位编者在百忙之中参予本书的编写。

玛丽·E·伍德 医学博士

第一章 概论	(1)
第一节 可及乳腺肿块的意义与诊治	(1)
第二节 肺部肿块的诊治	(5)
第三节 睾丸肿块的诊治	(13)
第四节 颅内肿块	(19)
第五节 贫血的诊断	(26)
第六节 出血性疾病的诊断	(32)
第七节 淋巴腺病的诊断	(37)
第八节 白细胞增多症的意义	(42)
第二章 普通血液病学	(46)
第九节 缺铁性贫血	(46)
第十节 巨幼细胞贫血	(52)
第十一节 溶血性贫血	(58)
第十二节 再生障碍性贫血	(66)
第十三节 镰形细胞病与海洋性贫血	(70)
第十四节 血细胞增多症	(77)
第十五节 铁过负荷	(86)
第十六节 播散性血管内凝血	(91)
第十七节 血栓性血小板减少性紫癜及溶血尿毒综合征	(94)
第十八节 特发性血小板减少性紫癜	(99)
第十九节 血小板增多症	(103)
第二十节 血友病	(109)

第二十一节	获得性凝血因子缺乏性肝脏疾病·····	(116)
第二十二节	高凝状态·····	(126)
第二十三节	中性粒细胞减少症·····	(137)
第二十四节	骨髓增生异常综合征·····	(145)
第二十五节	嗜酸粒细胞增多症·····	(152)
第三章	恶性血液病·····	(158)
第二十六节	急性白血病:分类及实验室检查·····	(158)
第二十七节	AML 和 ALL·····	(166)
第二十八节	慢性淋巴细胞白血病·····	(172)
第二十九节	慢性粒细胞性白血病·····	(178)
第三十节	毛细胞白血病·····	(183)
第三十一节	NHL:分类与病理·····	(189)
第三十二节	低度恶性非何杰金氏淋巴瘤·····	(196)
第三十三节	侵袭性和高度侵袭性非何杰金氏淋巴瘤·····	(203)
第三十四节	皮肤型淋巴瘤·····	(208)
第三十五节	多发性骨髓瘤·····	(213)
第三十六节	何杰金氏病·····	(217)
第四章	恶性肿瘤常见问题·····	(230)
第三十七节	肿瘤的发生·····	(230)
第三十八节	老年恶性肿瘤·····	(240)
第三十九节	恶性肿瘤的预防·····	(248)
第四十节	恶性肿瘤化学治疗:常见毒性的预防和处理·····	(258)
第四十一节	癌痛的处理·····	(274)
第四十二节	化学治疗的感染并发症·····	(282)
第四十三节	化学治疗的胃肠道并发症·····	(285)
第四十四节	化学治疗的血液系统并发症·····	(289)
第四十五节	集落刺激因子·····	(294)

第四十六节	癌症的生物治疗·····	(305)
第四十七节	骨髓移植·····	(312)
第四十八节	放射肿瘤学原理·····	(319)
第四十九节	放射肿瘤学:治疗学·····	(329)
第五十节	恶性肿瘤的高钙血症·····	(339)
第五十一节	神经系统副癌综合征·····	(347)
第五十二节	内分泌系统的副癌综合征·····	(350)
第五十三节	脊髓压迫症·····	(356)
第五十四节	上腔静脉综合征·····	(358)
第五十五节	中性粒细胞减少性发热·····	(360)
第五十六节	白细胞瘀滞·····	(368)
第五十七节	癌症治疗的社会心理因素·····	(373)
第五十八节	姑息治疗与临终决定·····	(380)
第五十九节	临终关怀(HOSPICECARE)·····	(386)
第五章 实体瘤 ·····		(394)
第六十节	头颈部肿瘤·····	(394)
第六十一节	乳腺癌·····	(406)
第六十二节	肺癌·····	(414)
第六十三节	食管癌·····	(419)
第六十四节	胃癌·····	(423)
第六十五节	结直肠癌·····	(426)
第六十六节	肝脏及胆系肿瘤·····	(430)
第六十七节	胰腺癌·····	(436)
第六十八节	卵巢癌·····	(441)
第六十九节	宫颈癌与子宫内膜癌·····	(447)
第七十节	睾丸癌·····	(454)
第七十一节	肾与膀胱癌·····	(463)
第七十二节	前列腺癌·····	(471)
第七十三节	皮肤黑色素瘤·····	(481)

第七十四节	非黑色素瘤皮肤癌·····	(488)
第七十五节	原发性脑肿瘤·····	(492)
第七十六节	甲状腺和甲状旁腺癌·····	(495)
第七十七节	垂体肿瘤和肾上腺癌·····	(501)
第七十八节	类癌综合征和胰岛细胞肿瘤·····	(505)
第七十九节	骨肉瘤·····	(510)
第八十节	软组织肉瘤·····	(513)
第八十一节	原发部位不明的癌症·····	(517)
第六章	儿科肿瘤学·····	(521)
第八十二节	维尔姆斯(Wilms)瘤·····	(521)
第八十三节	儿童急性淋巴细胞白血病·····	(530)
第八十四节	儿童骨肉瘤和尤文氏肉瘤·····	(536)
第八十五节	儿童脑肿瘤·····	(541)
第七章	HIV 相关性疾病·····	(547)
第八十六节	艾滋病相关性非何杰金氏淋巴瘤(NHL) ·····	(547)
第八十七节	卡波氏肉瘤·····	(552)
第八十八节	HIV 感染的血液系统异常·····	(558)
第八章	癌症遗传学·····	(566)
第八十九节	恶性肿瘤的分子诊断技术·····	(566)
第九十节	癌症遗传学咨询·····	(574)
第九十一节	癌症筛查及预防措施·····	(579)
第九十二节	乳腺癌遗传学·····	(584)
第九十三节	结肠癌遗传学·····	(590)
第九十四节	遗传性恶性肿瘤·····	(600)
第九十五节	基因治疗·····	(609)

第一章 概 论

第一节 可及乳腺肿块的意义与诊治

Julie Heimbach 医学博士 Christina A. Finlayson 医学博士

1. 明显乳腺肿块有何特点？

尤其是绝经前女性，当触及明显乳腺肿块时应慎重对待。一般来说，明显肿块可从多方向触及，其密度与周围乳腺组织显著不同。另外，其大小、厚度、是否规则、有无结节感均很重要，但单凭体格检查不能排除乳腺癌。乳腺癌延误诊断的最常见理由便是“体格检查没有发现”。

2. 四种最常见可及乳腺肿块是什么？

大多数明显乳腺肿块为良性，包括囊肿、纤维腺瘤、纤维囊性肿块。尽管乳腺癌不属最常见肿块类型，但持续明显肿块应行组织学检查。其他较少见乳腺肿块有脂肪瘤、肉芽肿脂肪坏死、表皮包涵囊肿、泌乳腺瘤等。

3. 最常见可及乳腺肿块的鉴别特点为何？

尽管体格检查在良恶性病变鉴别中仅有 15% 的准确率，但有些特征对乳腺某些疾病的鉴别诊断仍很有效。例如，典型囊肿多规则、活动，可有触痛，但也可质硬或有波动感；腺瘤通常光滑、质硬，呈索条状（长大于宽），活动、边界清。纤维囊性变乳腺组织常表现为“高

低不平”，可能系由于活动性纤维病灶与周围不规则组织质地明显不同造成的。典型乳腺癌肿一般表现为质硬、不规则无痛性肿块，晚期可与胸壁粘连固定或导致表面皮肤改变，但也可有良性病变的类似表现，如小叶癌肿块常质软，甚至仅局部增厚。因此，单凭体格检查在乳腺癌确诊中极不可靠，对于持续的显著乳腺肿块，必须行活组织检查。

4. 一名 32 岁女性前来就诊，主诉为“乳腺肿块”。询问病史时哪些问题对肿块有重要诊断价值？

肿块大小有无变化、存在时间及有无疼痛等问题有助于病变的鉴别诊断。其他问题如皮肤改变、乳头溢液、月经周期变化等亦是有益信息。诊断乳腺疾病还应考虑乳腺癌高危因素，如有无乳腺癌或其他癌肿个人史、家族史、月经初潮年龄、首次足月妊娠年龄、绝经年龄（如果有）、节育或激素应用情况、既往乳腺活组织检查史等。

5. 问题中所述肿块如不粘连、无压痛，易触及并渐增大，那么下一步该如何处理？

进一步明确乳腺肿块性质可行乳腺影像学检查。超声检查可确定孤立性肿块为囊性抑或实性，单纯囊肿有特殊超声表现，穿刺或仅观察即可。复合囊肿则需进一步诊断，可行穿刺或切除活检以确定其是否彻底溶解，对复合囊肿行细针穿刺抽吸（FNA）或针芯活检，其实体成分的取样误检率较高。实体肿块应行组织学检查。

6. 怎样行囊肿穿刺？

取 18~22 号针头刺入囊肿并抽取囊液，有时囊肿可能含大量液体，一般 10ml 注射器即可。如囊肿较深，在手指间难以固定，亦可在超声引导下穿刺。囊肿穿刺既有诊断意义，又有治疗作用，穿刺后肿块能完全消失。如两次穿刺后肿块仍持续存在或复发，应手术切除病灶。囊液可呈透明或混浊的黄、绿、灰或褐色。单纯血性穿刺物或