骨髓白血病细胞比例与持续完全缓解时间显著相关 ($r = -0.5505, P < 0.05$)。而整个缓解期白血病细胞的最低比例与持续完全缓解时间无显著性相关 ($r = -0.3663, P > 0.05$)。

2.4 完全缓解期白血病细胞比例的波动

本组患者19例取得完全缓解。缓解期原幼淋巴细胞比例略有波动,但多维持在5%以下。一旦发现白血病细胞比例>5%,一般很快复发。但我们发现4例在强化治疗过程中出现原幼淋巴细胞>5%,经过1个疗程联合化疗后比例即降低到5%以下,并维持完全缓解6个月以上。

3 讨论

ALL初治完全缓解率与急性非淋巴细胞白血病接近,但复发率明显较高。如何减低复发率,延长生存期是当前ALL治疗的关键[2]。国内ALL的骨髓完全缓解的标准为原幼淋巴细胞≤5%[3]。此时骨髓中一般都可见到病理特征较明确的白血病细胞。国外一般要求骨髓中无形态明显的白血病细胞才确定为完全缓解[4]。我们发现,第1次确定达到完全缓解时间白血病细胞的比例与患者持续完全缓解时间呈负相关。可见,诱导缓解化疗后残留白血病细胞的数量可作为独立的预后指标。这提示ALL患者完全缓解的判定标准应该从严掌握。Dalton[4]认为,ALL初次达到完全缓解时,骨髓不应见到原始及幼稚淋巴细胞。这能更准确地反映化疗的疗效。整个治疗过程中白血病细胞的最低比例与持续完全缓解时间相关性较小,提示初期化疗的疗效对长期生存尤为重要。诱导缓解化疗结束后15 d复查骨髓计算的MBDI作完全缓解预测最为敏感。我们认为,过早复查骨髓由于其中的细胞对化疗的反应尚未完成,其准确性相对较差。完全缓解期原幼淋巴细胞比例增高达5%~20%时一般确定为复发趋势。但我们发现,部分患者此时立即进行联合化疗,可使其恢复完全缓解状态。可见,监测完全缓解患者骨髓原幼淋巴细胞比例的改变对维持完全缓解有重要意义。

关键词 急性淋巴细胞白血病;白血病细胞
中图法分类号 R733.7 文献标识码 B

参考文献

[1] 郁知非,孙酬经,李卓江.预测急性白血病诱导化疗效果的简便方法[J].中华血液学杂志,1986,7(1):2-5.
[2] Copelan E A, McGuire E A. The biology and treatment of acute lymphoblastic leukemia in adults[J]. Blood, 1995,85(5):1151-1160.
[3] 全国白血病化学治疗讨论会.急性白血病疗效标准[J].中华血液学杂志,1988,9(3):183-187.
[4] Dalton W, Jr, Sanford A S. A morphologic and cytochemical approach to the diagnosis of acute leukemia. In: Stass S A. The acute leukemia-biologic, diagnostic and therapeutic determinants[J]. New York and Basel Marcel Dekker Inc, 1987.79-84.

(编辑 冯崇英)

文章编号:1000-5404(1999)11-0864-02

结核性腹膜炎67例诊断分析

Analysis of the diagnosis of sixty-seven cases of tuberculous peritonitis

宋吉波,周子成 (第三军医大学附属西南医院消化内科,重庆 400038)

提 要 目的:总结结核性腹膜炎的诊断经验与教训。方法:回顾性分析住院确诊的67例患者的临床资料。结果:各项检查的诊断阳性率分别为血沉增高73.1%(49/67)、腹水蛋白>30 g/L 86.1%(31/36)、腹水单核细胞>50% 66.7%(24/36)、γ球蛋白增高70.0%(21/36)、腹部CT 48.3%(15/31)、胸部X线片40.3%(27/67)、PPD阳性62.5%(10/16)、腹腔镜88.0%(22/25)、腹膜活检100%(2/2)。结论:腹腔镜及腹膜活检对结核性腹膜炎的诊断阳性率最高,但均为有创性,临床应用受到一定限制,故应结合临床表现及抗结核治疗效果加以诊断。

结核性腹膜炎是常见的肺外结核,其临床表现常易与腹部其它疾病相混淆,造成误诊误治[1]。我们对本院1991年1月至1998年5月住院确诊的67例结核性腹膜炎病人临床资料进行分析,旨在总结诊断的经验与教训。

作者简介:宋吉波,男,32岁,主治医师,解放军148医院内一科,淄博,255300
收稿日期:1998-12-14;修回日期:1999-07-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1 临床资料

1.1 临床特征

67例中,男 26例,女 41例,平均年龄 31.9岁(14~72岁)。病程 5 d至 16年,多为半月至半年。主要症状有腹胀(46例)、腹痛(31例)、腹泻(16例)、发热(43例),热型表现为弛张热和低热、盗汗(23例)及体重减轻(23例)。主要体征为腹水(55例)、腹部压痛(42例)、腹壁柔韧感(26例)、肝大(8例)、脾大(14例)及腹部包块(16例)。

1.2 各项检查的诊断阳性率见表 1

表 1 各项检查的诊断阳性率

检查	诊断阳性率% (例)
血沉增高	73.1(49/67)
腹水蛋白> 30 g/L	86.1(31/36)
腹水单核细胞> 50%	66.7(24/36)
γ球蛋白增高	70.0(21/30)
腹部 CT	48.3(15/31)
胸部 X线片	40.3(27/67)
PPD阳性	62.5(10/16)
腹腔镜	88.0(22/25)
腹膜活检	100.0(2/2)

1.3 确诊方式

本组病例中经腹腔镜检查确诊 22例;经腹膜细针穿刺活检确诊 2例;其余 43例均为结合临床表现与抗痨效果确诊。

1.4 误诊情况

本组有 26例在入院前曾被误诊,其中误诊为肝硬化 15例、慢性肠炎 4例、阑尾炎 2例、慢性胃炎 3例、腹膜转移癌 2例。

典型病例:女,50岁,因腹胀,纳差,乏力,间断腹泻 7个月入院。曾在院外多次腹部 B超诊为肝硬化、腹水。HBsAg(+)。给予保肝、利尿治疗无效。入院查体:左侧胸水征(+),腹水征(+),肝剑下 4 cm,表面结节不平。CT诊为肝硬化、脾大,腹水。腹水检查为渗出液,肝功能正常。按肝硬化并自发性腹膜炎治疗 2周无效。行腹腔镜查见腹膜、网膜及肝表面散在粟粒状干酪样结节,乃诊断为结核性腹膜炎,抗痨 12 d腹水趋消失。

2 讨论

结核性腹膜炎临床表现复杂多样、缺乏特异性。其中腹胀最为常见(68.7%),这是由于病人多有腹水及部分患者存在腹膜粘连易于引起胃肠胀气所致。另一主要症状是发热(64.2%),其中半数以上呈弛张性高热,这与通常认为以午后低热为主有所不同,诊断应引起注意。主要体征是腹水(82%),其特点是腹水量一般较其它原因如肝硬化或肿瘤引起的腹水少,为渗出液,蛋白含量常超过 49 g/L[2]。少数为血性或乳糜性腹水,本组各有 1例。

结核性腹膜炎合并肝脾大者常见(本组分别为 11.9%、20.9%),其原因可能有二,一为结核播散累及肝脾实质;二为结核感染所致非特异性炎症反应。肝脾结核均可分为粟粒型和局限型,以前者多见[3]。粟粒型肝脾结核早期在影像学上无特异表现,常被误诊为慢性肝病,后期出现钙化或干酪样坏死,其影像学表现才具有一定的特异性[4]。对结核性腹膜炎合并肝脾大者应力争行肝穿活检,以明确或除外合并存在的肝脾结核或慢性肝病。

各项检查对结核性腹膜炎的诊断阳性率以腹膜活检及腹腔镜检查最高。但此 2项检查均为有创性,对严重腹膜粘连者,尚属禁忌。加之在基层医院开展不普及,使其诊断应用受到限制。腹部 CT检查敏感性不高,特别是早期病人常无特异性表现,后期常有下列表现:① 腹部包块中央有低密度区;② 网膜线均匀增厚;③ 在腹水的衬托下可见腹膜、网膜有多发性小结节;④ 腹膜或腹腔脏器有钙化灶[4]。上述表现虽有助于结核性腹膜炎的诊断,但与腹部肿瘤的 CT表现有一定的重叠,需结合临床综合分析。

鉴于诸多因素给本病的诊断带来困难,故应强调结合临床表现及抗结核治疗效果加以诊断。本组 64.3%病例靠此而获诊。我们认为下列几点有助于诊断:① 不明原因发热,尤其是午后发热,抗生素治疗无效,又可除外肿瘤者;② 渗出性腹水,细胞计数以单核为主;③ 慢性消耗性体质,曾有腹膜外结核史者;(4)试验性抗结核治疗有效。

关键词　结核性腹膜炎;诊断

中图法分类号　R526　　文献标识码　B

参考文献

[1] 祝善珠,陈其芬,胡德昌,等.结核性腹膜炎 330例的临床分析[J].中华内科杂志,1983,22(6):352-355.

[2] Shakil A O, Korula J, Kancl G C, *et al*. Diagnostic features of tubcrculous pcritonitis in the absence and presence of chronc liver discase: A case control study[J]. Am J Med, 1996, 100(2): 179-193.

[3] Oliva A, Duarte B, Jonasson O, *et al*. The nodula form of local hepatic tuberculosis: A review[J]. J Clin Gastroenterol, 1990, 12(2): 166-169.

[4] Ha H K, Jung J I, Lee M S, *et al*. CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis[J]. AJR Am J Roentgel, 1996, 167(3): 743-755.

(编辑　张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net