

Case Report: An Acute Neonatal Monocytic Leukemia

Yongfeng Jia¹, Fan Yang²

¹Department of Neonatology, Shanxi Province of Shangluo Central Hospital, Shangluo

²Department of Neonatology, Shanxi Province of Shangluo Maternal and Child Health Hospital, Shangluo

Email: jiyongfeng1973@163.com, 804426885@qq.com

Received: Aug. 5th, 2013; revised: Aug. 17th, 2013; accepted: Aug. 21st, 2013

Copyright © 2013 Yongfeng Jia, Fan Yang. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: The incidence of congenital leukemia is rare nationally. The initial signs of leukemia infiltration are usually not indicative, and the diagnosis is largely accidental based on routine blood tests in conjunction with many other examinations after hospitalisation. To date chemotherapy for congenital leukemia is empirical at home with limited choices. Here we report a successful diagnosis and treatment of an acute case of congenital leukemia in our hospital.

Keywords: Congenital Leukemia; Bone Marrow Puncture; Acute Monocytic Leukemia (M5b)

新生儿急性单核细胞性白血病一例

贾永锋¹, 杨帆²

¹陕西省商洛市中心医院新生儿科, 商洛

²陕西省商洛市妇幼保健院儿科, 商洛

Email: jiyongfeng1973@163.com, 804426885@qq.com

收稿日期: 2013年8月5日; 修回日期: 2013年8月17日; 录用日期: 2013年8月21日

摘要: 新生儿先天性白血病由于发病率低, 初期白血病的浸润体征不明显, 大多患儿是以其他疾病住院后查血常规得到提示后才进一步检查后确诊, 国内对先天性白血病化疗的经验非常有限, 现就我院发现的一例做报道。

关键词: 先天性白血病; 骨髓穿刺; 急性单核细胞白血病(M5b)

1. 引言

新生儿白血病亦称先天性白血病, 是指从出生后至生后4周内起病的白血病。但由于新生儿发病时症状并不典型, 许多病例是因其他疾病入院后查血常规后才得到提示, 随后做骨髓穿刺确诊的。由于此病的发病率极低, 有报道美国1973~1987年间CL的发病率稳定在每百万活产新生儿中有4.7例。2004年来自英格兰北部的报道表明, CL的发病率是每百万活产新生儿中有4.3例^[1]。国内从1995~2006年共报道100多例。由于病例数少的原因, 先天性白血病化疗的经

验非常有限, 新生儿的承受能力以及家属的依从性非常差, 故导致此病的治愈率极低, 我院从新生儿科成立以来4年间, 仅发现一例, 现报道如下。

患儿男, 4天, 以“呻吟、腹胀1天。”之代诉就诊。患儿系第2胎第1产, 胎龄37周。其母19岁, 农民, 患有乙型病毒性肝炎(乙肝系列1、3、5项阳性)。否认接触放射性及毒性物质。因胎儿窘迫、臀位而剖宫产出生。生后无窒息, Apgar评分10-10-10分。出生体重2400g。患儿生后4小时开始喂养, 配方奶喂养, 每次约30毫升, 无呕吐。1天后患儿出现反应差、

呻吟、腹胀，不吃、不哭、不动，无发热，无咳嗽。为求进一步诊治，今日来我院就诊。查体：体温 36.4℃，脉搏 160 次/分，呼吸 60 次/分，体重 2400 g，血压 61/22 mmHg，头围 33 cm，胸围 31 cm，身长 47 cm。营养、发育差。足月儿外貌。神志清，精神、反应差。面色青灰。皮肤、粘膜轻度黄染，腹壁皮肤可见散在出血点。各浅表淋巴结未触及。头颅五官端正，未见畸形。颈软，无抵抗感。气管居中。胸廓对称，未见畸形，三凹征阳性。呼吸 60 次/分，律齐，双肺呼吸音粗，未闻及干湿罗音。心尖搏动在锁骨中线左缘第 4 肋间，心前区无隆起及凹陷，未触及震颤，叩诊心界最远处在左第 4 肋间乳线外 0.5 cm，心率 160 次/分，律齐，心音有力，心前区可闻及 2/6 级收缩期杂音，局限不传导。腹部膨隆，腹壁发红、发亮，可见散在出血点，未见肠型及蠕动波。腹肌紧张、拒按，肝脏右侧肋下约及 5 cm，剑突下约及 4 cm，质硬。脾脏左侧肋下约及 5 cm，质稍硬，肠鸣音减弱、约 2 次/分。脊柱、四肢未见畸形，活动正常。双下肢皮肤轻度凹陷性水肿。肢体凉。男性外生殖器，肛门正常。神经系统：围巾征肘达到中线，前臂弹回减慢，髋角 120°，握持反射减弱，拥抱反射减弱，吮吸反射减弱，觅食反射减弱，四肢肌力正常，肌张力低。入院前检查：胸片报告：胸片报告新生儿吸入性肺炎样改变，

立位腹平片报告：腹腔内肠管积气较少，腹脂线欠清晰。头颅 CT 报告：脑白质缺血性改变，见(图 1)。经皮测胆红素 166 umol/L。入院后查动脉血气：pH 7.25、二氧化碳分压 35 mmHg、血氧分压 21 mmHg、剩余碱 10.9 mmol/L、实际碳酸氢盐 15.3 mmol/L、氧饱和度 25%。血常规：白细胞 $432.3 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.46 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 124 g/L，红细胞压积 37.7%，血小板 $103 \times 10^9/L$ ，白细胞无法分类，镜检可见大量幼稚细胞。血型：A、RH+。新生儿溶血系列检查结果均为阴性。肾功：尿素 2.74 mmol/L、尿酸 272 umol/L、肌酐 62 umol/L、胱抑素 C1.41 mg/L。电解质：钾 >9.9 mmol/L、钠 128.9 mmol/L、标准离子钙 0.96 mmol/L、氯 100 mmol/L。C 反应蛋白 13 mg/L。粪常规报告血液++++，红细胞++++，白细胞+，隐血+，其余结果正常。凝血系列：T34.11s，APTT76.67s，TT39.96s，FIB2.47 g/l。心脏 B 超检查报告先天性心脏病，房间隔缺损(中央型)，房水平左向右分流。心包积液(中量)。腹部 B 超检查结果回报：脾大；下腹部肠管胀气。心电图检查结果回报：窦性心动过速，右心室优势。做骨髓穿刺报告：骨髓细胞中单核呈恶性增生，细胞畸变，大小显著不匀，胞核形态畸形，有山字形，折叠形，分叶形，肾形等，核染质疏松，呈灰蓝色，100 个骨髓细胞中原始单核 15 个，幼稚单核 53 个，粒细

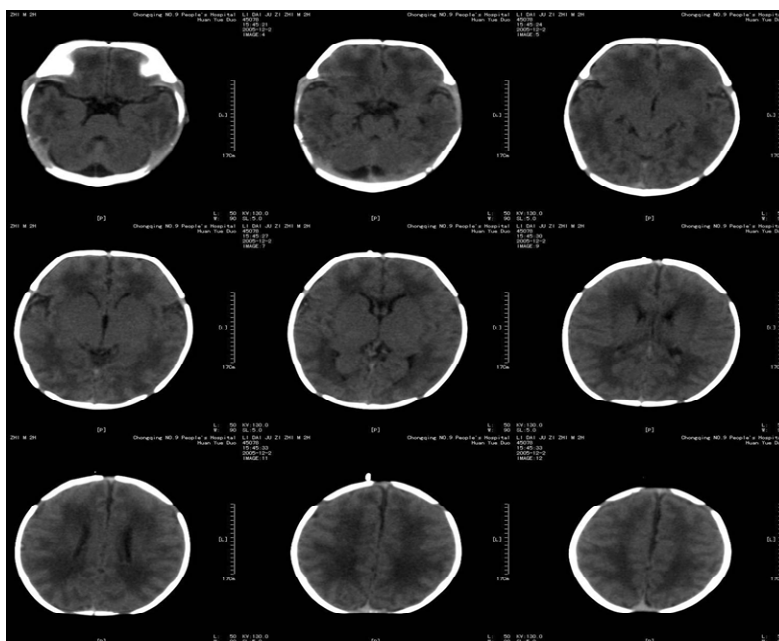


Figure 1. Cerebral white matter ischemic change
图 1. 脑白质缺血性改变

胞系、红细胞系及巨核细胞系等均严重受抑制。急性单核细胞白血病(M5b)骨髓象, 见图 2。

入院后患儿病情迅速加重, 出现呕血、便血, 再次复查血常规: WBC $245.28 \times 10^9/L$, 分类均显示***, 镜下可见大量幼稚细胞, RBC $0.91 \times 10^{12}/L$, HGB $22 g/L$, HCT 10.2% , PLT $170 \times 10^9/L$ 。患儿血压下降, 皮肤苍灰、发花, 立即给予输血纠正失血性休克, 经多次输血治疗, 患儿消化道出血停止, 贫血纠正, 腹胀减轻, 呼吸心率平稳。患儿入院治疗 8 天, 经骨髓穿刺确诊后家属要求放弃继续治疗, 签字后出院。出院后持续随访 2 月仍存活, 之后失访。

本例病例经验总结: 本例病例在入院时由笔者接诊, 患儿系急诊入院, 家属诉 1 天来患儿出现反应差、呻吟、腹胀, 不吃、不哭、不动, 入院查体: 面色青灰。皮肤、粘膜轻度黄染, 腹壁皮肤可见散在出血点。各浅表淋巴结未触及。呼吸、心率增快。腹部膨隆, 腹壁发红、发亮, 可见散在出血点。腹肌紧张、拒按, 肝脾增大, 肠鸣音减弱。门诊急诊胸片报告为: 新生儿吸入性肺炎样改变, 立位腹平片报告: 腹腔内肠管积气较少, 腹脂线欠清晰。在血常规未回报前给人第一印象为严重感染患儿, 败血症可能。弥漫性腹膜炎体征, 腹部外科疾病不能排除。故入院后立即给予抗感染治疗, 当第二天血常规回报后才提示考虑白血病可能。通过此例病案的接诊使得笔者认识到: 对于急诊来的危重症患儿, 入院时急诊检查必须尽可能及

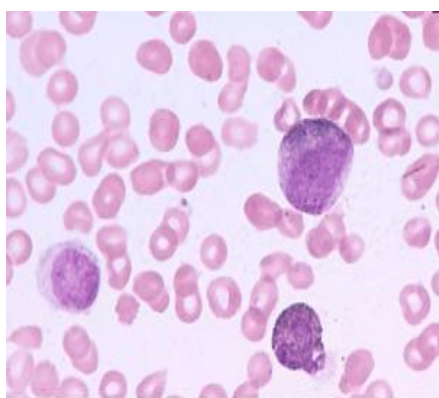


Figure 2. Acute monocytic leukemia (M5b) bone marrow smear
图 2. 急性单核细胞白血病(M5b)骨髓象

时、全面, 对于初步诊断必须思路宽, 对于查体必须仔细, 对于查体出现的阳性体征必须仔细认真分析, 如此例病人腹部查体时可见脾脏增大, 而大家知道, 对于严重感染病人常以肝脏增大明显, 而脾脏并不同时增大或稍有增大。

2. 讨论

本文所报告的 1 例先天性白血病系我院首例。入院前情况不详, 入院后查体发现有肝脾肿大、心包积液、房间隔缺损、消化道出血, 有白血病的浸润体征。该病病情进展迅速, 短期内出现多脏器浸润及出血症状。70%~90%为急性粒细胞白血病, 其次为急性淋巴细胞型、急性单核细胞型, 未分化型及红白血病罕见。常伴有遗传异常如先天愚型、Turner 综合症、D, 三位体等^[2]。本例患儿即合并有先天性心脏病。此病因及发病机制仍不清楚, 但肯定与以下因素有关: 基因与先天性缺陷、家族倾向、性别(男性多于女性)、环境因素及病毒感染等^[3]。该例患儿父母无近亲婚配, 家族否认类似病史, 父母亲早婚、早孕, 无接触有毒及放射性物质, 母亲患有乙型病毒性肝炎, 遗憾的是患儿及母亲由于经济原因未作细胞遗传学检查。由于本病发病急, 进展快, 预后差, 死亡率高, 目前还没有有效的治疗方法, 国内所报道的病例大都放弃治疗。国外对其常用治疗方法为化疗, 放疗则很少。虽然急性单核细胞白血病预后差, 病死率高, 但随着化疗方案的进展, 支持疗法及骨髓移植可使该病缓解 3~12 年。

参考文献 (References)

- [1] H. W. Taeusch, R. A. Ballard and C. A. Gleason. Avery's disease of the newborn. 7th Edition, Philadelphia: WB Saunder, 1998: 1247-1250.
- [2] W. Y. Zhang, Y. X. Lang and G. N. Fu. Congenital acutely inphocytic leukemia All—2 in a 9-our old newborn infant. Chinese Journal of Pediatrics, 2006, 44(3): 238.
- [3] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学. 第 3 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 673-674.