第一图书网, tushu007.com

<<血液肿瘤图谱>>

图书基本信息

书名：<<血液肿瘤图谱>>

13位ISBN编号：9787509150177

10位ISBN编号：7509150175

出版时间：2011-9

出版时间：人民军医出版社

作者：（美）孙捷　著者，叶向军　译者

页数：344

字数：636000

译者：叶向军

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：http://www.tushu007.com

内容概要

全书分两个部分，第一部分为总论，包括淋巴瘤和白血病的分类、造血细胞的形态、流式细胞分析和免疫组化之间的比较、用于免疫表型分析的单克隆抗体、血液肿瘤的细胞遗传学技术、血液肿瘤的分子生物学技术、血液肿瘤的诊断程序等7章，将血液肿瘤学诊断的最新知识和技术等作了简单介绍。
第二部分为病例分析，是全书的核心内容。
作者介绍并分析了85个血液学肿瘤或相关疾病的病例，涵盖了大部分的血液学肿瘤疾病，包括一些少见的疾病，以及几个较常见的酷似血液肿瘤的疾病，使内容更加全面。
本书内容以2008版WHO分类方案为基础，每个病例均有临床表现、形态学和其他检测结果、鉴别诊断以及病例讨论。
所附540多幅高质量彩色图片十分清晰，具有很高的临床参考价值。

作者简介

作者:(美国)孙捷 译者:叶向军

第一图书网, tushu007.com

<<血液肿瘤图谱>>

书籍目录

第一篇　总论
　第1章　淋巴瘤和白血病的分类
　第2章　造血细胞的形态
　第3章　流式细胞分析与免疫组化之间的比较
　第4章　用于免疫表型分析的单克隆抗体
　第5章　血液肿瘤的细胞遗传学技术
　第6章　血液肿瘤的分子生物学技术
　第7章　血液肿瘤的诊断程序
第二篇　病例分析
　第1章　血液肿瘤
　　病例1慢性粒细胞白血病加速期
　　病例2慢性粒细胞白血病原始细胞危象
　　病例3慢性中性粒细胞白血病
　　病例4原发性骨髓纤维化
　　病例5特发性血小板增多症
　　病例6慢性粒单细胞白血病
　　病例7不典型慢性粒细胞白血病
　　病例8难治性贫血伴环形铁粒幼细胞
　　病例9难治性血细胞减少伴多系病态造血
　　病例10 5q一综合征
　　病例11急性髓细胞白血病(AM1)伴t(8；21)(q22；q22)
　　病例12 AM1伴inv(16)
　　病例13急性早幼粒细胞白血病
　　病例14 AM1不伴成熟型
　　病例15 AM1伴成熟型
　　病例16急性粒单细胞白血病
　　病例17急性原始单核细胞白血病
　　病例18急性原始单核细胞白血病伴t(8；1 6)
　　病例19急性红白血病
　　病例20急性原始巨核细胞白血病
　　病例21髓系肉瘤
　　……
后记

章节摘录

版权页：插图：2.淋巴结检查淋巴瘤的诊断可以从结外组织得出，但是淋巴瘤细分亚型要依靠淋巴结内的组织学结构，如滤泡内、窦性、套区、边缘区和弥漫性等。
因此，淋巴结活检是淋巴瘤诊断必不可少的。
于是，一个固定良好的标本对形态上识别淋巴结内不同的区域来说是最重要的。
由于淋巴瘤的检查经常需要用到流式细胞学和细胞遗传学等辅助检查，淋巴结应在盐水或RPMI培养基而不是甲醛溶液中运送。
标本收到后应该立即处理。
大的淋巴结最好以2～3mm的间隔切片，然后把选好的切片放在甲醛溶液中固定。
B5常被当作满意的淋巴结固定剂。
但是，这种固定剂含有汞，而且在B5中过度固定可能会导致非特异性免疫化学染色。
一些改良的甲醛固定液，例如IBF（异丙醇缓冲甲醛）或B+是很好的B5替代品。
大的淋巴结在处理前应固定几个小时或者隔夜。
在标本固定之前应该用平分淋巴结的切面做5～8张印片。
印片最好空气干燥，并用瑞特一吉姆萨、Diff-Quick（快速瑞特法）或苏木伊红染色。
印片可以显示肿瘤细胞的大小和形状、胞质颗粒、淋巴结的细胞组成，有时还可显示组织学结构（如“星空”结构）。
如果淋巴结印片显示为单一细胞群，许多不典型细胞或者“星空”结构，应考虑淋巴瘤。
如果里一施样细胞或霍奇金样细胞出现在嗜酸性粒细胞背景上，应考虑霍奇金淋巴瘤。
如果显示有胞质颗粒，应怀疑是自然杀伤细胞淋巴瘤。
相应地，可以在剩下的印片上进行细胞化学染色。
如果怀疑是伯基特淋巴瘤，最好做油红O染色。
考虑是单核或组织细胞肿瘤时，可进行酯酶染色。
排除髓系肉瘤则可用髓过氧化物酶染色。
在血液肿瘤的鉴别诊断时，最好立即把一块淋巴组织送至流式细胞学实验室做免疫表型，另一块送到细胞遗传学实验室做染色体核型或分子生物学检查。
对于高度侵袭性的肿瘤，如伯基特淋巴瘤，在等核型分析的结果出来之前就应该做荧光原位杂交。
3.脾切除标本检查肿瘤细胞，特别是大细胞淋巴瘤，在脾内会迅速自溶。
据推测，脾的红髓细胞中含有高浓度的自溶酶。
因此，应当尽量保证及时（最好在1 h时内）将脾切除标本送到组织学实验室。
在特殊情况下，实验室工作人员应等在手术室外，以避免标本运送中任何的延误。
一旦获得标本，就应该切开脾，然后从怀疑肿瘤受累的区域（如一个小结）取得一些小块标本，并立即放入RPMI管。
获得新鲜的脾标本之所以重要，是因为流式细胞学的免疫表型分析对脾内淋巴瘤的诊断是必不可少的。
一旦细胞的存活率低于60%，诊断就不可靠。
脾内淋巴瘤多数累及白髓。
因此，滤泡扩张是淋巴瘤诊断的主要线索。
由于正常滤泡细胞是B细胞起源的，CD20阳性染色并不能区分B细胞淋巴瘤与滤泡增殖。
其他染色，如bc1-2和CD43，在脾内淋巴瘤中通常是阴性的。
Kappa和lambda染色对鉴定脾内淋巴细胞的克隆性通常没有帮助。
因此，流式细胞学免疫表型检查通常是确诊脾内B细胞淋巴瘤的最重要手段，除非肿瘤细胞表现出明显的异型性。
在石蜡包埋组织中进行的免疫球蛋白重链基因或T细胞受体基因重排检测可能表现出单克隆模式，但它并不总是阳性。
当拿到一个未固定的新鲜脾切除标本时，其操作过程与淋巴结相同。

标本最好以3mm间隔切片。
印片可用作形态学检查，并且可以做相应的特殊染色。
如果临床上怀疑是血液肿瘤，应不管印片的形态学表现，常规做流式细胞检查，因为在印片中很难鉴定肿瘤细胞。
由于认识和区分白髓、红髓脾索以及脾窦对鉴别诊断是关键性的（多毛细胞白血病和肝脾T细胞淋巴瘤在红髓而其他大多数淋巴瘤局限于白髓），所以一定要有一个固定良好的脾切除标本。
因此，一些取自代表区域的小块标本应在机器处理前固定几个小时或隔夜。

编辑推荐

《血液肿瘤图谱》是由人民军医出版社出版的。

第一图书网, tushu007.com

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:http://www.tushu007.com