

小儿维生素k缺乏症_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_BB_B4_E7_c22_608963.htm

维生素k又称凝血维生素，是天然和人工合成维生素k的总称。食物中存在的称k1.肠道菌群合成的称k2，也能为人体利用，但活性仅为k1的60%。人工合成的维生素k有多种，其中k3、k4较常应用。天然维生素k为脂溶性，合成维生素k3、k4为水溶性。脂溶性维生素k在胆盐作用下由小肠吸收，然后作为乳糜微粒成分经胸导管运转，主要储存于肝。水溶性维生素k经小肠吸收直接进入门静脉。维生素k的主要功能是维持血浆凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ的活性水平。肝微粒体首先合成以上凝血因子的无活性前体，然后在以维生素k为辅助因子的羧化酶作用下生成活性凝血因子。因此又称因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ为维生素k依赖凝血因子。小儿获得维生素k的来源与成人相反，以肠道细菌合成来源为主，膳食来源为辅。猪肝、大豆及苜蓿含维生素k量丰富.某些蔬菜如菠菜、西红柿及苜蓿等则含量稍低。牛乳维生素k含量较人乳高。成人中不存在因膳食缺乏而致的维生素k缺乏。婴儿在肠道菌群建立以后也很少发生维生素k缺乏，但新生儿、早产儿是例外。维生素k每日供给量我国尚未制订。根据1989年美国修订的推荐的膳食供给量如下:婴儿5~10 μg/d, 1~14岁15~45 μg/d/. 【诊断】(一) 新生婴儿生后1周内发生自然出血现象，应考虑本症。新生儿易发生维生素k缺乏，其主要原因为:胃肠道菌群缺乏影响维生素k的合成.膳食维生素k不足，如人乳(含维生素k仅为150ng/l)喂养.胆盐分泌有限，脂肪吸收不良影响维生素k的吸收等。出血部位包

括皮肤、中枢神经系统、胃肠道、生殖泌尿系统、齿龈、肺和关节等。(二)胆道梗阻、胆疹、慢性肠病、胰腺病的患儿。长期应用抗生素治疗的患儿。维生素k含量不足的配方喂养儿。长期接受静脉内营养而未补充维生素k的患儿。术后有潜伏出血倾向的患儿；以及因使用双香豆素(抗凝药)、水杨酸盐的患儿等，如临床有出血倾向或症状者均应考虑本症。(三)实验室检查 1.凝血酶原时间延长，可高于正常对照2倍以上。 2.白陶土部分凝血活酶时间延长示血浆凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅷ、Ⅹ活性低于正常。 3.出血时间正常，血小板正常，血红蛋白可因失血严重而下降。 4.应用维生素k后，凝血酶原时间可于6~24小时内改善或恢复。【鉴别诊断】应与新生儿同种免疫性紫癜、弥散性血管内凝血(dic)及各型血友病鉴别。【治疗】(一)治疗维生素k缺乏的出血症状，可用维生素k11~3mg肌注或静脉缓注，并急查凝血酶原时间，必要时可重复给药数次。如凝血酶原时间于给药6小时内无改善，应给鲜血、血浆或冷冻血浆10~15ml/kg以提高维生素k依赖因子的水平。(二)应用双香豆素、水杨酸盐过量而出血者，可用大剂量k110~50mg静注，同时停用该药。如不宜停用，可输新鲜血、血浆或冷冻血浆，有条件时可用因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅷ、Ⅹ的浓缩物。(三)贫血严重者可输全血。(四)天然脂溶性维生素无毒性，但过大剂量偶可引起短暂的高凝血酶原血症。合成型水溶性维生素k有毒性，可使未成熟儿、g-6-pd缺乏的新生儿产生高胆红素血症及核黄疸，缺乏维生素e的早产儿对维生素k的毒性较敏感，水溶性维生素k应不用或慎用。【预防】孕妇产前数周口服合成型水溶性维生素k每日2~4mg。新生儿出生时肌注脂溶性维生素k10.5~1mg。有脂肪吸收不

良者可口服水溶性维生素k4mg/d。长期接受完全静脉内营养者可肌注补充维生素k150 μ g/(kg?d)。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com