

小儿弥散性血管内凝血_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_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E5_BC_A5_E6_c22_609085.htm 弥散性血管内凝

血(disseminated in-travascular coagulation, dic)为多种病因引起、见于多种疾病过程中的一种病理过程或临床综合征。其主要特点是凝血机制被激活，在微血管内广泛形成血栓，大量消耗血浆凝血因子和血小板，并激活纤维蛋白溶解系统，引起继发性纤溶亢进，导致广泛性出血以及休克、器官栓塞、溶血等临床表现。dic按病情急缓可分为急性、亚急性及慢性三型，小儿以急性型较多见，常见于急性重症感染或大手术后，亚急性型可持续数天至数周，可见于急性白血病、恶性肿瘤等，慢性型病程可达数月，可见于巨大血管瘤、系统性红斑狼疮等。【诊断】因缺乏特异性诊断指标，须结合临床及实验室检查进行综合性诊断。迄今尚无统一诊断标准。以下为第七届中华血液学会全国血栓与止血学术会议（1999年）制定的诊断标准，供参考。（一）临床表现1. 具有原发病（或基础病）的临床表现例如各种病毒、细菌性及其他病原体的严重感染等。2. 有下列两项以上dic的临床表现：（1）多发性出血倾向：常为首发症状，自皮肤出血点到自发性多部位出血，包括皮肤瘀斑，鼻衄，胃肠道、泌尿道出血等，有伤口时常渗血不止。有明显出血症状者多已进入消耗性低凝状态期，至晚期（纤溶亢进期）出血更加重。（2）不易用原发病解释的微循环衰竭或休克。（3）多发性微血管栓塞的症状和体征：由于各脏器和组织中微循环内广泛形成微血栓，引起缺血、缺氧，代谢紊乱，功能障碍。肾脏受累时可出现

少尿、血尿、甚至肾功能衰竭；肺脏受累可有呼吸困难、咯血；胃肠道受累可有腹痛、便血；脑栓塞时可出现昏迷、惊厥等。由于微血管内形成无数纤维蛋白索条及网眼，红细胞通过时受到机械损伤而破坏，出现溶血（微血管病性溶血），重者可致贫血，外周血片可见畸形红细胞（ $lt.100 \times 10^9/l$ ，或呈进行性下降（肝病、白血病患者dic时血小板低于 $50 \times 10^9/l$ ）。或有以下两项以上血浆血小板活化分子标志物升高：
-血小板球蛋白（ μg ）。血小板第4因子(pf4)。血栓烷b2 (tx b2)。颗粒膜蛋白140 (gmp-140)。(2)血浆纤维蛋白原 $lt.1g/l$ ，或 $gt.20mg/l$ （肝病dic时 $lt.60\%$ ），或蛋白c活性降低。(7)血浆因子c活性 $gt.80ng/l$ 或凝血酶调节蛋白(tm)增高2倍以上。2.疑难或特殊病例应有下列2项以上异常：(1)因子c降低，at: ag升高，c/vwf: ag比值降低。(2)血浆凝血酶-抗凝血酶复合物或凝血酶原碎片1 2(f1 2)水平增高，或纤维蛋白肽a(fpa)水平增高。(3)血浆纤溶酶和纤溶酶抑制物复合物(hc)浓度升高。(4)血浆组织因子(tf)水平增高，或组织因子途径抑制物(tfpi)水平下降。【治疗】（一）治疗原发病，去除病因为治疗dic的根本措施，如原发病不能控制其他治疗难以奏效，此项包括合理应用抗菌药物、抗过敏、抗肿瘤等措施。（二）改善微循环1.低分子右旋糖酐可保护受损的血管内皮，减低血小板的粘附和凝聚，减少红细胞的聚集，增加血容量，减低血粘稠度，改善微循环，每次 $10 \sim 15ml/kg$ ，静脉滴注，每天1~2次，或根据病情6~8小时1次，dic晚期禁用，因可加重出血，2.适当应用血管扩张药有微动脉痉挛时应用山莨菪碱(654-2)，每次 $0.5 \sim 1 mg/kg$ 。3.纠正酸中毒，改善缺氧状态。（三）阻断血管内凝血的进展1.抗血小板凝聚药可选用：(1)

潘生丁:10mg/(kg·d),加入葡萄糖液中静滴或分3次口服。(2)阿司匹林:10~20mg/(kg·d),分3次口服。(3)低分子右旋糖酐:量如前述。

2.肝素的应用(1)适应证:早期处于高凝状态的病例。有进行性凝血因子及血小板消耗,出血逐渐加重的病例。中、晚期病例可与补充疗法及抗纤溶药合用。用于预防dic,如用于急性白血病型化疗时。(2)禁忌证:肺结核咯血、溃疡病出血或新生儿产伤时禁用。有大面积伤口出血者禁用。(3)用法、用量:用法有多种,可根据病情选用:一般用量:每次0.5~1mg(1mg=125u)/kg,溶于5%~10%葡萄糖或生理盐水50~100ml中约于1小时内静脉滴入,或必要时溶于20ml液体中静脉缓慢注入,每4~6小时1次。小剂量:0.5~1mg/(kg·d),分2次,隔12小时皮下注射1次。此法近年来较多人主张应用,尤其是应用于预防性给药时。(4)注意事项:应用期间密切观察病情,结合化验结果调整用量。每次用药前试管法凝血时间,以延长15~20分钟为宜。小剂量应用时一般不必作凝血时间监测。如用药后出血加重,可给予10%葡萄糖酸钙10ml(稀释2倍)静滴,如无效则用鱼精蛋白中和,用量与最后一次肝素用量相等,一般先用半量,必要时15分钟后再给半量。病情好转、出血停止,凝血酶原时间及纤维蛋白原恢复,即可停用肝素。如肝素疗效不满意,须注意原发病是否未控制、酸中毒未纠正以及血浆at- 过低问题。近年提倡选用低分子量肝素(lmwh),它比一般肝素作用时间长,和at- 亲和力强,受的干扰较轻。

3.其他抗凝剂国外有应用脉酸脂(foy)及md805的报道,对at- 明显降低、应用肝素无效的病例亦有效。由于肝素的抗凝作用须赖正常浓度的at- ,而dic时at- 下降,故应补充at- ,最好应用浓

缩制剂(500 ~ 1000u/d，以灭菌蒸馏水溶解后静注)。(四)补充疗法 低凝期凝血因子及血小板过低时应相应补充，但须在抗凝治疗的基础上进行。1.输新鲜血浆或全血 每次1015ml/kg，必要时输浓缩血小板1 ~ 2u/10kg，可提高血小板 $40 \sim 90 \times 10^9/l$ 。2.凝血因子制剂 如纤维蛋白原、因子Ⅲ制剂等。(五)促纤溶药的应用 有明显脏器栓塞症状的病例(如肾功能衰竭、脑栓塞等)可选用尿激酶、链激酶等。(六)抗纤溶药物的应用 仅用于dic晚期以纤溶亢进为主而致出血的病例，应与肝素合用，或在肝素治疗后应用。dic早期尤其是已有脏器栓塞的病例禁用。常用药有6-氨基己酸、止血环酸、抑肽酶(8万 ~ 12万u/次，以后每2小时1万u，静点)等。(七)肾上腺皮质激素的应用 尚有不同意见。一般认为原发病需用时，血小板明显减少、出血倾向明显时，以及dic晚期纤溶亢进时，可短期应用。应在应用肝素抗凝的基础上应用。

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