

内科主治医师考试：《答疑周刊》2020 年第 10 期

问题索引

一、【问题】缺铁性贫血的病因及发病机制是什么？

二、【问题】缺铁性贫血的临床表现有什么？

三、【问题】缺铁性贫血的实验室检查结果是怎样的？

四、【问题】如何诊断和鉴别诊断缺铁性贫血？

五、【问题】缺铁性贫血的治疗方案是怎样的？

具体解答：

一、缺铁性贫血的病因及发病机制是什么？

【解答】

(一) 铁摄入不足和需要量增加 多见于婴幼儿、青少年、妊娠和哺乳期妇女。婴幼儿需铁量较大，补充不足易造成缺铁。青少年偏食易缺铁。女性月经过多、妊娠或哺乳，需铁量增加，若不补充高铁食物，易造成 IDA。

(二) 铁吸收障碍 胃及十二指肠切除、慢性胃肠炎、慢性萎缩性胃炎等。

(三) 铁丢失过多 多种原因引起慢性失血是最常见原因，主要见于月经过多、反复鼻出血、消化道出血、痔出血、血红蛋白尿等。

二、缺铁性贫血的临床表现有什么？

【解答】

(一) 缺铁原发病表现 如消化性溃疡、肿瘤或痔疮导致的黑便、血便或腹部不适；肠道寄生虫感染导致的腹痛或大便性状改变；妇女月经过多；肿瘤性疾病的消瘦；血管内溶血的血红蛋白尿等。

(二) 贫血表现 常见症状为乏力、易倦、头晕、头痛、眼花、耳鸣、心悸、气短、食欲减退等。

(三) 组织缺铁表现 IDA 黏膜损害较常见，易出现口炎、舌炎、咽下困难或咽下时梗阻感(Plummer Vinson 征)及外胚叶组织营养缺乏表现为皮肤干燥、毛发无光泽、反甲或匙状甲等，以及精神神经系统表现，甚至发生异食癖。缺铁引起的贫血性心脏病易发生左心衰。

三、缺铁性贫血的实验室检查结果是怎样的?

【解答】

(一) 红细胞形态 红细胞体积较小, 并大小不等, 中心淡染区扩大, MCV、MCH、MCHC 值均降低。

(二) 骨髓铁染色 骨髓小粒中的铁称细胞外铁, 幼红细胞内的铁颗粒称细胞内铁或铁粒幼细胞。缺铁性贫血时细胞外铁消失, 铁粒幼细胞减少。

(三) 血清铁、总铁结合力 血清铁降低 ($<500\mu\text{g/L}$ 或 $<8.95\mu\text{mol/L}$), 总铁结合力升高 ($>3600\mu\text{g/L}$ 或 $>64.44\mu\text{mol/L}$), 转铁蛋白饱和度降低 ($<15\%$), 可作为缺铁诊断指标之一。

(四) 血清铁蛋白 是体内贮备铁的指标, 低于 $12\mu\text{g/L}$ 可作为缺铁的依据。

(五) 红细胞游离原卟啉 当幼红细胞合成血红素所需铁供给不足时, 红细胞游离原卟啉值升高, 一般 $>0.9\mu\text{mol/L}$ (全血)。

四、如何诊断和鉴别诊断缺铁性贫血?

【解答】

(一) 诊断根据病史, 红细胞形态 (小细胞、低色素), 血清铁蛋白和铁降低, 总铁结合力升高, 骨髓检查及骨髓铁染色做出诊断。铁剂治疗有效也是一种诊断方法。确诊后必须查清引起缺铁的原因及原发病。

(二) 鉴别诊断

应与下列小细胞性贫血鉴别:

1. 铁粒幼细胞性贫血 小细胞低色素性贫血, 血清铁及铁蛋白增高, 总铁结合力降低, 骨髓铁粒幼细胞增多, 环状铁粒幼细胞 $>15\%$, 细胞外铁增多, 如已确诊禁用铁剂。

2. 海洋性贫血 常有家族史、脾大, 血涂片可见靶形红细胞, 血红蛋白电泳异常, 胎儿血红蛋白或血红蛋白 A_2 增多。血清铁及铁蛋白不降低, 总铁结合力正常, 骨髓细胞外铁及铁粒幼细胞数不降低。

3. 慢性疾病性贫血 表现血清铁蛋白和骨髓细胞外铁增高, 而血清铁减少, 总铁结合力降低。

五、缺铁性贫血的治疗方案是怎样的?

【解答】

治疗 IDA 的原则是：根除病因，补足贮铁。

(一) 病因治疗 尽可能去除导致缺铁病因，如：恶性肿瘤者应手术或放化疗等。

(二) 补铁治疗 首选口服铁剂。

常用口服铁剂有：硫酸亚铁(含铁 20%)，每次 0.3g，3 次/天；富马酸亚铁，每次 0.2g，3 次/天；琥珀酸亚铁，每次 0.1g，3 次/天；多糖铁复合物(力蜚能，含铁 46%)，每次 0.15g，2 次/天。铁剂应选择含铁量高，容易吸收，胃肠道反应小的铁剂。

疗效评价：口服铁剂后 5~10 天网织红细胞上升达高峰，2 周后血红蛋白开始上升，平均 2 个月恢复，待血红蛋白正常后，再服药 4~6 个月，待铁蛋白正常后停药。

常用注射用铁剂为右旋糖酐铁，深部肌肉注射，其指征为：①口服铁剂有严重消化道反应，无法耐受；②消化道吸收障碍；③严重消化道疾病，服用铁剂后加重病情；④妊娠晚期、手术前、失血量较多，急需提高血红蛋白者。

内科主治医师考试：《答疑周刊》2020 年第 10 期 (word 版下载)

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕