

贫血

饮食疗法

沈建箴 编著

 海峡出版发行集团 | 福建科学技术出版社
THE STRAITS PUBLISHING & DISTRIBUTING GROUP | FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

合理饮食，不但能防病，也能治病强身。

本书将告诉您饮食治疗的方法，提供合理的饮食方案，给予切实可行的饮食指导，让您在品尝美食的同时，轻松地防病治病。

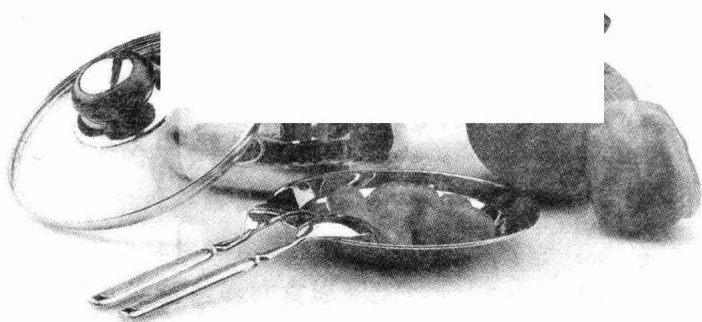


“新农家文化生活”丛书

贫血

饮食疗法

沈建箴 编著



海峡出版发行集团 | 福建科学技术出版社

THE STRAITS PUBLISHING & DISTRIBUTION GROUP

FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

贫血饮食疗法/沈建箴编著. —福州: 福建科学技术出版社, 2010. 7
(新农家文化生活丛书)

ISBN 978-7-5335-3662-6

I. ①贫… II. ①沈… III. ①贫血—食物疗法 IV.
①R247.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 080399 号

书 名	贫血饮食疗法 “新农家文化生活”丛书
编 著	沈建箴
出版发行	海峡出版发行集团 福建科学技术出版社
社 址	福州市东水路 76 号 (邮编 350001)
网 址	www.fjstp.com
经 销	福建新华发行 (集团) 有限责任公司
排 版	福建科学技术出版社排版室
印 刷	福建二新华印刷有限公司
开 本	889 毫米×1194 毫米 1/32
印 张	2.625
字 数	54 千字
版 次	2010 年 7 月第 1 版
印 次	2010 年 7 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-5335-3662-6
定 价	8.00 元

书中如有印装质量问题, 可直接向本社调换

Contents

目录

一、贫血的基本常识

(一) 什么是贫血	(1)
(二) 贫血的病因和发病机制	(2)
(三) 贫血的分类	(3)
(四) 贫血的主要表现	(5)
(五) 贫血的检查	(7)
(六) 贫血的诊断	(9)
(七) 常见的贫血及治疗	(10)
1. 缺铁性贫血	(10)
2. 巨幼红细胞性贫血	(11)
3. 再生障碍性贫血	(12)
4. 溶血性贫血	(13)
(八) 贫血与饮食	(14)

二、贫血的饮食原则

(一) 贫血的基本饮食原则	(16)
1. 一般人群膳食指南 10 条原则	(16)
2. 贫血饮食“黄金二原则”	(17)
(二) 缺铁性贫血的饮食原则	(19)
1. 补充含铁食物	(19)
2. 促进铁的吸收	(20)

3. 供给高蛋白饮食	(21)
4. 纠正不良饮食习惯	(25)
(三) 营养性巨幼红细胞性贫血的饮食原则	(26)
1. 纠正不良饮食习惯	(26)
2. 适当补充叶酸和维生素 B ₁₂	(26)
3. 促进叶酸的吸收	(27)
4. 改进烹调技术	(28)
(四) 再生障碍性贫血的饮食原则	(29)
1. 供给高蛋白饮食	(29)
2. 补充造血原料物质	(29)
3. 补充富含多种维生素、高热量的食物	(30)
(五) 溶血性贫血的饮食原则	(30)
1. 明确溶血病因, 改善不良饮食习惯	(30)
2. 注意加强营养	(31)
3. 其他	(31)

三、贫血的饮食方案

(一) 缺铁性贫血的饮食方案	(33)
1. 饮食方法	(33)
2. 饮食禁忌	(35)
3. 食疗偏方	(36)
4. 食谱举例	(40)
(二) 营养性巨幼红细胞性贫血的饮食方案	(41)
1. 饮食方法	(41)
2. 饮食禁忌	(43)
3. 食疗偏方	(43)
4. 食谱举例	(47)
(三) 再生障碍性贫血的饮食方案	(48)

1. 饮食方法	(48)
2. 饮食禁忌	(49)
3. 食疗偏方	(50)
4. 食谱举例	(55)
(四) 溶血性贫血的饮食方案	(56)
1. 饮食方法	(56)
2. 饮食禁忌	(57)
3. 食疗偏方	(58)
4. 食谱举例	(60)
附: 特殊人群贫血的饮食	(62)
1. 婴幼儿缺铁性贫血的饮食	(62)
2. 青春期少女营养性贫血的饮食	(63)
3. 妊娠期妇女预防贫血的饮食	(65)

四、与贫血饮食有关的问题

1. 工作太忙, 吃饭时间没有规律, 是否会引起贫血? 饮食上应注意什么	(68)
2. 缺铁性贫血患者能否喝茶或咖啡	(69)
3. 通过饮食补铁时应注意什么	(69)
4. 胃切除术后如何在饮食上预防贫血	(70)
5. 肝病导致的贫血在饮食上应如何调护	(71)
6. 如何预防婴幼儿缺铜性贫血	(72)
7. 慢性再生障碍性贫血患者月经过多应如何辨证食疗	(73)
8. 常见的补血食物有哪些	(74)

一、贫血的基本常识

正常人体每升血液中的红细胞数目，男性为 $(4.00 \sim 5.50) \times 10^{12}$ 个，女性为 $(3.50 \sim 5.00) \times 10^{12}$ 个；血红蛋白含量，男性为 $(120 \sim 160)$ 克/升，女性为 $(110 \sim 150)$ 克/升；红细胞比容，男性为 $0.42 \sim 0.49$ ，女性为 $0.37 \sim 0.43$ 。当上述三项指标低于正常值时，即可诊断为贫血。

(一) 什么是贫血

不少人认为只要“脸色不好，站起来头晕，眼前发黑”就是患了贫血。这种看法是不全面的。其错误在于把低血压引起的一过性大脑供血不足的症状与贫血表现相混淆。实际上这两者是完全不同的。

贫血，是指由于某些原因使红细胞生成减少、破坏增加或丢失过多，从而导致红细胞数、血红蛋白含量及红细胞比容低于正常范围最低限时，机体所表现出来的各种症状和体征。从中医的角度看，贫血属虚劳、萎黄、血枯等范畴，多因饮食不当、劳倦虚损、虫积或出血过多所致。由于脾胃为后天之本，生化之源，饮食劳倦伤脾，导致生化乏源是本病最常见的病理机制，精血同源，肾精亏乏亦



可导致精不生血；肝藏血、心主血而脾统血，三脏功能低下亦可使气血不循常道而有各种出血性病证；再如虫积为疳、金创伤损等均可导致本病。

贫血本身可以是一种独立的疾病，但绝大部分贫血只是伴随某些疾病的一种表现。因此应积极寻找和查明贫血原因，针对病因进行治疗，才能收到良好疗效。

（二）贫血的病因和发病机制

造成贫血的原因很多，其发生归根结底都与红细胞的生成和破坏密切相关。

我们可以打个比方来阐明红细胞的生成与破坏。人体骨髓中的红骨髓造血区是红细胞的制造工厂，骨髓造血功能正常，即造血微环境适宜红细胞生长，是红细胞最终发育成熟的根本前提。红细胞生成过程中，还需要提供一些必要的造血原料，其中以蛋白质和铁最重要。大家知道，红细胞中除了水分以外，血红蛋白是其主要成分，而蛋白质和铁又是血红蛋白的基本组成成分。蛋白质在体内可分解成多种氨基酸，后者正是合成血红蛋白的基本成分——珠蛋白的必需元素；铁则参与合成血红蛋白中心的血红素。

此外，红细胞的正常生长、发育还需造血辅助因子的参与。如叶酸和维生素 B_{12} 有利于早期红细胞核的发育；其他物质，如肾脏产生的促红细胞生成素，可促进红骨髓生成红细胞；雄激素可直接刺激骨髓造血，直接促进红细胞生成，也可通过促进肾脏产生促红细胞生成素而间接加

速红细胞的生成。

红细胞的平均寿命为 120 天。成熟红细胞可由于衰老而被破坏，也可因意外或各种病理原因被破坏。随着红细胞的衰老，其脆性增加，在血流中可因心脏拍击的机械冲击而破损；也可在肝、脾、骨髓内被单核巨噬细胞吞噬；或在循环中由于血液成分的改变而直接被破坏解体。

由上可见，当红细胞的制造工厂出了问题，即骨髓造血微环境异常导致骨髓造血功能障碍，或造血原料缺乏等引起红细胞和血红蛋白生成减少；抑或由于机械性和免疫等各种病理原因，致使红细胞破坏增加，均可引起红细胞和血红蛋白数目减少，从而导致贫血。

（三）贫血的分类

对贫血的分类通常采用两种方法，一种是根据病因和发病机制分类，另一种是根据红细胞的形态变化分类。

根据病因和发病机制，可将贫血分为以下 3 类：

（1）红细胞和血红蛋白生成减少：常见的原因有缺乏造血原料和骨髓造血功能障碍两方面。①缺乏造血原料，如缺铁性贫血、巨幼红细胞性贫血。如果由于溃疡病、痔疮出血、钩虫病等引起慢性失血，女性月经过多，妊娠期妇女或生长发育期的青少年及婴幼儿，需铁量大大增加，又未能及时补充含铁较多的营养食品；或是由于消化系统疾病如胃切除术后，吸收不良综合征等，使铁的吸收不好，导致铁的缺乏，血红蛋白合成障碍，造成缺铁性贫血。巨幼红细胞性贫血多发生于贫困地区，由于生活条件



艰苦，造成营养不良；或小儿偏食，不吃蔬菜、水果、瘦肉，以及烹调不当，均可造成某些维生素如叶酸和维生素B₁₂的摄入不足，使红细胞成熟过程发生障碍，而引起巨幼红细胞性贫血。②骨髓造血功能障碍，如再生障碍性贫血、慢性疾病伴发的贫血、铁粒幼细胞性贫血、骨髓增生异常综合征的难治性贫血等。这类贫血是由于骨髓造血微环境受到物理、化学或生物毒素（如慢性感染、尿毒症）的严重损害，引起血细胞生成障碍，从而导致全血细胞减少，包括红细胞、白细胞和血小板均减少。这就是再生障碍性贫血。骨髓造血功能异常引起骨髓病态造血，可引起骨髓增生异常综合征。此外，骨髓纤维化或骨髓受到癌细胞转移等外来侵害，会影响正常骨髓造血功能，进而发生骨髓病性贫血。

（2）红细胞破坏过多：如各种类型的溶血性贫血。常见原因有红细胞内在缺陷引起和红细胞外来因素两方面。①红细胞内在缺陷引起。某些疾病由于先天性膜缺陷可引起遗传性球形细胞增多症，细胞膜结构异常，使红细胞变成球形，脆性增加，易被破坏。也可因为红细胞内酶的缺陷引起溶血性贫血，如6-磷酸脱氢酶缺乏的人常患“蚕豆病”。血红蛋白的合成或结构异常可导致红细胞寿命缩短，引起地中海贫血。②红细胞外来因素，如免疫因素、生物因素、化学因素和物理因素等。较常见的是由于误输不同血型的血引起的溶血性贫血、自身免疫性溶血性贫血、新生儿溶血症以及药物（如苯胍）、化学毒物引起的贫血。当这些外源或内源性因素过度破坏红细胞，使红细胞破坏量大于骨髓代偿能力时，即发生溶血性贫血。

（3）失血：较大量的急、慢性失血（如创伤出血、咯血、胃十二指肠溃疡出血、痔疮出血及严重的分娩后出血

等)和出血性疾病(如血友病、血小板减少症等)所导致的贫血,这种贫血称为失血性贫血。

此外,由于生理性原因使红细胞相对不足所引起的贫血,称为生理性贫血。

根据红细胞的形态变化也可分为3类:

(1)大细胞性贫血:多见于叶酸、维生素 B_{12} 缺乏所致的巨幼红细胞性贫血。

(2)小细胞低色素性贫血:可见于缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血和地中海贫血等。

(3)正细胞正色素性贫血:常见于失血、再生障碍性贫血、溶血性贫血。

(四) 贫血的主要表现

由于红细胞最主要的功能就是运输氧气,而贫血患者体内红细胞数目和血红蛋白含量降低,因此血液携氧能力减弱,引起机体各组织器官缺氧,不能发挥其正常的生理功能,从而表现出各种缺氧症状及机体对缺氧的代偿功能和适应能力。

贫血主要有以下特征:

(1)一般症状:病人可出现疲乏无力、精神不振、头昏耳鸣、记忆力减退、注意力不集中等,这些都是贫血早期的常见症状。由于血红蛋白是人类皮肤呈色的主要因素,同时血红蛋白又是携带氧的工具,所以当血红蛋白降至80克/升以下时,患者可出现皮肤黏膜苍白,以皮肤、口腔黏膜、眼结膜、手掌和手指甲床等处尤为明显。贫血

严重时还可有低热、心跳加快等症状，体温一般在 $37^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 呼吸系统表现：稍活动后或情绪激动后即有气促。这是由于血红蛋白减少，活动增加后引起血氧含量降低，二氧化碳含量增高，反射性地刺激呼吸中枢而发生呼吸急促。

(3) 循环系统表现：轻度贫血可无明显变化。中度贫血时可出现窦性心动过速、脉搏加快，患者自觉心慌、气短、胸闷、憋气。这是由于贫血患者心肌缺氧，尤其在运动或体力劳动后，心脏负担加重，心跳代偿加快所致。重度贫血还可出现心脏扩大、心脏杂音、心电图异常等贫血性心脏病的表现，这时意味着心脏代偿功能受损。

(4) 消化系统表现：贫血可影响消化系统功能，胃肠道细胞缺氧，出现食欲不振，严重者可有恶心呕吐、腹胀、舌乳头萎缩或口舌发炎。以缺铁为主的贫血患者，可有舌疼、舌烧灼感、舌苔光红、口角发炎、腹胀、便秘等症状；有的可出现异食癖，爱吃炉灰、墙灰、生米、土、纸等异物。巨幼红细胞性贫血患者可以表现为特殊的“镜面舌”或“牛肉舌”，舌苔变薄，舌面光滑，舌乳头消失，舌质绛红。

(5) 泌尿生殖系统表现：贫血早期可有多尿，严重时可出现血红蛋白尿，多见于溶血性贫血。女性可出现月经失调如闭经。此外，性欲减退也是贫血患者颇为常见的症状。

(6) 其他表现：维生素 B_{12} 缺乏的巨幼红细胞性贫血患者还可出现神经系统异常表现，如手足麻木、感觉障碍、行走困难以及嗜睡、精神错乱等症状。有的缺铁性贫血患者会出现“匙状甲”或“反甲”，表现为指甲扁平、

变薄、易折、两侧翘起呈匙状，甲纹粗糙隆起。

贫血的上述表现主要取决于贫血的程度及其发生、发展速度，同时也与患者年龄、有无心肺肾等原发疾病及心血管系统的代偿能力有关。如急性溶血性贫血，虽贫血不很严重，症状却很显著；反之，若贫血发生缓慢，即使血红蛋白降至 80 克/升，也可无症状，易被人们所忽视。因此了解贫血的有关症状和体征，对于及早发现和治疗贫血是十分重要的。

（五）贫血的检查

前面所讲的贫血症状虽然是各类贫血的共同表现，但由此直接诊断贫血还不够，因为不同患者的自觉症状存在着个体差异，很多其他疾病也具有同样的症状。此外，有的女性化妆或修指甲后，常常会影响皮肤、指甲、口唇颜色的真实情况，难以做出真正准确的判断。这时就需要通过确切的实验室检查来辅助诊断贫血。这些化验检查主要包括以下几方面：

（1）血常规检查：它是一项简单而且重要的检查项目，能够基本确定贫血的严重程度和贫血类型，故成为贫血辅助诊断的首选检查。血常规主要包括血红蛋白、红细胞计数及形态观察、红细胞比容、白细胞计数及分类、血小板计数、网织红细胞计数等。主要异常是血红蛋白、红细胞计数和红细胞比容均低于正常范围最低限。

世界卫生组织（WHO）制订的标准为，血红蛋白低于以下数值者为贫血：6 个月至 6 岁 110 克/升，6~14 岁

120 克/升，成年男性 130 克/升，成年女性 120 克/升，妊娠妇女 110 克/升。

国内掌握的贫血诊断标准为：血红蛋白成年男性 <125 克/升，成年女性 <110 克/升，孕妇 <105 克/升。红细胞计数：成年男性低于 4.00×10^{12} 个/升，成年女性低于 3.50×10^{12} 个/升可诊为贫血。红细胞比容：成年男性低于 0.40，成年女性低于 0.37 符合贫血诊断。

根据血红蛋白的含量不同，贫血的严重程度可分为 4 级。①轻度贫血：血红蛋白大于 90 克/升，症状轻微。②中度贫血：血红蛋白 61~90 克/升，体力劳动后心慌气短。③重度贫血：血红蛋白 31~60 克/升，平静休息时亦觉心慌气短。④极重度贫血：血红蛋白小于或等于 30 克/升，常合并贫血性心脏病。

不同类型贫血的血常规检查亦有各自的特点。如巨幼红细胞性贫血患者，红细胞减少明显于血红蛋白的减少；而小细胞性贫血则反之，血红蛋白减少更为明显。

(2) 骨髓象：该检查对于营养性贫血进一步确定病因分类，以及对骨髓病态造血或其他原因破坏骨髓造血功能而引起的贫血的病因诊断，有着非常重要的意义。例如怀疑营养性贫血者，依靠骨髓象，即可以确定是巨幼红细胞性贫血或是小细胞低色素性贫血。前者各期的幼红细胞都变大臃肿；后者各期的幼红细胞均变小。还可利用铁染色来观察贮存在骨髓内的铁是否用尽，如贮存铁消失或含量很少，则更加支持缺铁性贫血的诊断。骨髓象还可用来观察治疗效果。

(3) 其他特殊检查：这些检查通常是在明确贫血诊断的基础上确定不同类型贫血及其病因的特殊手段。如测定血清铁和铁蛋白、铁饱和度检查可确诊缺铁性贫血；测定

叶酸、维生素 B_{12} 含量可确诊巨幼红细胞性贫血；测定红细胞寿命可确诊溶血性贫血等。

(六) 贫血的诊断

根据患者的症状、体征和辅助检查，诊断贫血并不困难，关键是要明确贫血病因，判断是否有原发病存在。这是制定有效治疗措施的基础。贫血的严重性往往不是以贫血的轻重为依据，而是以其基础疾病为依据的。针对病因的治疗才能彻底治愈贫血。

其次就是要判断贫血的程度和类型。这样有助于明确贫血的性质，其实质也是为了明确贫血的原因。正确地判断贫血的程度和类型，以便施予不同的治疗方案。

具体来说，贫血的诊断要点主要包括以下 3 个部分：

(1) 病史：病史往往能够为贫血的病因诊断提供重要的线索，故详实可靠的病史是其他检查所无法替代的。病史询问中，尤其应注意患者营养史，如饮食习惯，有无偏食、不良嗜好或进食特殊食物如蚕豆等；婴幼儿喂养情况，是否及时添加辅食等。这一点对贫血的饮食疗法有着重大意义。

(2) 体格检查：全面正确的体检可为诊断贫血和明确病因提供重要线索。体检时尤其应注意皮肤黏膜、眼、舌、口唇、指甲、淋巴结、脾、肝等。同时不应忽视神经系统和肛门、妇科等检查。

(3) 化验检查：病史和体检虽然重要，但只能作为贫血诊断的参考，关键要依靠实验室检查。前文已介绍了贫



血的实验室检查及其诊断标准，此处不再赘述。

总的来说，贫血的诊断应在深入详细地了解病史，全面仔细地体检基础上得出诊断的线索，作出初步判断。其次根据初步判断，结合患者的具体情况，选择必要的血液学和其他方面的特殊检查，以得出正确结论。

（七）常见的贫血及治疗

1. 缺铁性贫血

缺铁性贫血是最常见的一种营养性贫血，主要由于失铁过多、摄入不足、吸收不良或铁利用障碍所致。多见于青壮年妇女和儿童。据统计，成年男性发病率为 10%，女性为 20% 以上，孕妇为 40%，儿童可高达 50%。妊娠哺乳期妇女需铁量增加；婴幼儿，特别是人工喂养者，牛乳含铁量少，生长发育期儿童代谢旺盛，需要量增加，若同时伴有铁摄入不足，则出现缺铁；某些胃肠道疾病如胃溃疡、胃切除术等可影响铁的吸收，造成体内缺铁；长期慢性失血如钩虫病、痔疮出血及妇女月经过多、消化道出血等均可使体内铁随着血液流失而丢失。

缺铁性贫血可表现出以下特点：①有失铁或铁吸收不良的病史，如钩虫病及慢性失血史等。②贫血症状，可出现特殊的“异食症”。③红细胞的下降较血红蛋白下降慢些，即血红蛋白下降较明显。④成熟红细胞中心淡染区扩大，细胞体积小，呈小细胞低色素性贫血。⑤血清铁蛋白

减低，血清铁亦减低，铁结合力增加，铁饱和度减低；骨髓铁染色显示细胞内外铁阴性——均提示体内贮存铁和可利用铁缺乏。

缺铁性贫血的治疗包括两个方面，即病因治疗和补铁治疗。

病因治疗即去除引起贫血的原发病，如妇女月经过多可在经前用药治疗，必要时可行手术切除子宫；钩虫病应驱虫治疗等。不少时候原发病的治疗常比贫血的治疗更重要。

补铁治疗一般首选口服铁剂，它简单方便、疗效好、价格便宜，且无注射铁剂引起的过敏反应，故很常用。常用的铁剂为硫酸亚铁，成人每日3次，每次0.3~0.6克，宜于进餐时或餐后服用，可减少铁剂对胃肠道的刺激。服药时忌饮茶，以防形成不溶性的盐类而影响其吸收。当患者伴有胃肠道疾病、口服铁剂吸收不良或不能耐受及妊娠晚期需要迅速纠正严重贫血者，可注射铁剂治疗。口服铁剂对一般病人的疗效迅速而明显。服药第3天起，自觉症状有所减轻；4~7天网织红细胞升高；2周左右血红蛋白开始上升，同时食欲增加、体力增强，各种症状体征也逐渐减轻直至消失。血红蛋白完全正常后，体内贮存铁仍然缺乏，口服铁剂治疗仍应继续2~3月，如同时还有出血，则维持治疗时间应更长。

2. 巨幼红细胞性贫血

巨幼红细胞性贫血也是较常见的营养性贫血。它是由缺乏叶酸及维生素B₁₂，使细胞内脱氧核糖核酸合成障碍，导致红细胞生成障碍，从而引起贫血。由于叶酸和维