

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科医学常见健康问题

(成人问题分册)

刘本俶 李 霞 主编

科学出版社

内 容 简 介

本书是中华医学会全科医学分会主持编写的《全科医学系列教材》中的一册,内容包括血液、神经、内分泌、眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科和健康营养等七方面的常见问题。本书根据社区、基层医务工作者在医疗保健卫生工作实践中遇到的常见问题,以案例为引导,适当结合现代医学发展的成就,简明阐述临床常见症状和疾病的基本概念、诊断要点,以及从生物医学、心理医学、社会医学等方面对病人进行综合处理的措施。

本书可供基层医务人员,二、三级医院有志走向社区的医生参考,也可作为各类医学教育培训班的教材。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学常见健康问题(成人问题分册)/刘本倬,李霞主编.

-北京:科学出版社,2000.1

(全科医学系列教材/曹泽毅总主编)

ISBN 7-03-007852-7

I. 全… II. ①刘… ②李… III. 常见病-临床-教材 IV. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 38933 号

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

西 德 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

2000 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2000 年 1 月第一次印刷 印张:23

印数:1—6 000 字数:526 000

定价:35.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈北燕〉)

《全科医学系列教材》编委会

主 编	曹泽毅			
副总主编	孙爱明	周东海	顾 溪*	李 霞*
编 委	林 锴	蔡素筠	石民生	杨秉辉
	张明岛	刘本俶	张树基	吴锡桂
	刘凤奎	张志真	李齐岳	胡大一
	董 悦	谭维溢	王均乐	李 宁
	李曼春	梁万年	崔树起	吕 繁
	蒋保季	李雅媛		
顾 问	彭瑞聰	戴玉华	刘 俊	徐群渊
	曾昭耆	张孔来	李天霖	黄庭庭
	何慧德	姚 宏	陆广莘	林菊英

(说明:有*号者为常务副总主编)

《全科医学常见健康问题》(成人问题分册)

编写人员名单

主 编 刘本俶 李 霞

编 著 者 (按内容编序排列)

董群生 刘本俶 章卫平 吴 涛

高从容 黄 勤 张 嘉 韩丽荣

彭亚军 柳 林 刘志勇 周水淼

温 武 孙爱华 顾 军 张丽云

总 序

在 1996 年底召开的中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上,将社区卫生服务作为城市卫生改革的重要举措,提到了显要的地位上。而全科医生作为社区卫生服务的中坚力量,也引起了全社会的重视。他们将对社区民众,特别是老年人、妇女、儿童、残疾人等特殊人群提供综合、持续、协调、可及的基层医疗保健服务,成为社区家庭的健康护卫者、咨询者和教育者,并担任即将全面推开的医疗保险的“守门人”。为此,全科医生的教育培训和考试,就成为一个亟待解决的重要问题。

全科医生的工作模式与传统的专科医生有所不同。他们立足于社区,以社区民众的卫生需求为导向,以人与健康为中心,按照人的生命周期和家庭发展周期对各种主要危险因素和疾病进行长期的监测与控制,其“防、治、保、康、健康教育一体化”的方便快捷的服务能使老百姓切实受益,但对于医学界和医学教育界来说,也提出了严峻的挑战。这就需要我们转变原来以疾病为中心、以医生为中心的生物医学模式,而真正将服务与教育的重点转到预防、保健、医疗、康复的全程服务以及对生物医学和与之相关的人文社会知识技能同等重视的教育上来。因此,新型教材的编写与相应的师资队伍培训,是全科医学在我国扎根与发展的一个关键策略。

中华医学会全科医学分会于 1996 年起,策划编写一套全科医学系列教材,其对象是现有的基层医务人员,二、三级医院有志于走向社区的医生,以及各类教育培训计划(包括成人大专教育和本科毕业后教育等)的培训对象;其内容主要涉及临床阶段综合性的教育培训和实习,包括全科医学导论、全科医疗常见健康问题、相关的心理与精神卫生、中医学、科研、管理、预防保健、康复,乃至全科医生需要熟悉的社区护理等,此外还有全科医疗诊疗手册、急诊手册、常用药物手册、病人教育手册、实习手册等。编写者是我国多年来从事全科医学服务与教育试点工作的专业人士,以及热心参与全科医学发展的各学科的专家。相信本系列教材的出版将对我国全科医生的培养以及全科医学的发展起到一定的推进作用。由于我国国情与西方的差别,以及本学科在我国的服务实践和研究发展并不充分,在编写过程中遇到很多困难,甚至还存在一些类似于专科医学的思路,难以达到预期的水平。希望广大读者在使用中带着批判的眼光与我们共同切磋,及时把各种意见和建议反馈给我们,使之在今后得以不断完善,最终成为一套较为成熟的教材。

曹泽毅

1998 年 6 月于北京

前 言

根据 1996 年底中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》的精神,中华医学会全科医学分会曾反复蕴酿编写一套全科医学系列教材,以适应立足社区,满足以社区民众的卫生需求为中心的全科医生工作的需要。此后,按照学会的安排,我们负责《全科医学常见健康问题》(成人问题分册)的编写,按分工规定它的内容包括血液、神经、内分泌与代谢、眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科和健康营养等七方面的常见问题。在有关领导的积极关心与支持下,我院有关科室负责编写的同仁,就以社区为基点的全医学教材编写的指导思想、方针、任务,服务对象、内容、方法,以及与传统专科的关联进行了几次学习讨论,并回顾了我国近 50 年卫生改革与发展的实践体会。在统一思想认识的基础上,按照分会编写全科医学系列教材的提纲与要求,分别拟订各科编写的细纲,经过共同讨论比较分析,提出比较符合要求的细纲作为示范参考;并一致同意,本书共分七章 41 节,各章节分别选择较典型的简要病例共 77 份作为引导,适当结合现代医学发展较成熟的成果,简明阐述临床常见病症的基本概念,诊断要点,以及从生物医学、心理学、社会医学、预防医学等方面对病人进行综合处理的措施,分别着手编写。书稿编写后在各专科主任、教授审核修改的基础上,再集中审核编辑定稿,力争符合全科医学系列教材总编委员会提出的要求。

本书获得北京市教委教改立项补助经费支持,为北京市普通高等学校教育教学改革试点立项成果。由于本分册涉及的范围比较广泛,为力求符合我国国情的全科医学教材的编写工作又是一个新的尝试,因此,本分册必然有不足之处,期待今后逐步在实践中改进、提高、完善。本着抛砖引玉的诚意,敬希广大读者在使用过程中发现问题,批评指正,以利充实补遗,共同为争取完成一套符合我国实际的较为成熟的全科医学系列教材而努力。

热忱向为本书编写出版过程中给予大力支持和帮助的领导和同仁,表示衷心感谢。

上海长海医院 刘本伽

1999 年 8 月于上海

目 录

总序

前言

第一章 血液科常见问题	1
第一节 贫血.....	1
第二节 白血病(血癌)	22
第三节 出血性疾病	35
第四节 淋巴瘤	53
第五节 获得性免疫缺陷综合征	60
第二章 神经科常见问题	64
第一节 头痛	64
第二节 疲劳与无力	68
第三节 步态障碍	74
第四节 帕金森病	78
第五节 脑炎和脑膜炎	82
第六节 癫痫	93
第七节 脑血管疾病.....	100
第八节 周围神经病.....	114
第三章 内分泌及代谢的常见问题	123
第一节 糖尿病.....	123
第二节 甲状腺疾病.....	132
第三节 其他内分泌问题.....	145
第四章 眼科常见问题	159
第一节 常见视力障碍问题.....	159
第二节 常见“红眼”、“溢泪”、“眼痛”等问题.....	174
第三节 眼外伤.....	183
第四节 屈光不正.....	189
第五节 弱 视.....	194
第五章 耳鼻喉科常见问题	196
第一节 耳部常见问题.....	196
第二节 鼻部常见的问题.....	209
第三节 咽部常见的问题.....	232
第四节 喉部常见的问题.....	244
第六章 皮肤科常见问题	252
第一节 病毒性皮肤病.....	252

第二节	细菌性皮肤病·····	264
第三节	真菌性皮肤病·····	270
第四节	寄生虫性皮肤病·····	276
第五节	红斑鳞屑性皮肤病·····	280
第六节	湿疹皮炎类皮肤病·····	285
第七节	风团红斑性皮肤病·····	294
第八节	物理性皮肤病·····	300
第九节	性传播疾病·····	304
第十节	皮肤附属器疾病·····	314
第十一节	皮肤肿瘤·····	317
第十二节	系统性疾病与皮肤病·····	325
第七章	健康营养的常见问题·····	331
第一节	高脂血症和高脂蛋白血症·····	331
第二节	肥胖症·····	341
第三节	健康人的营养·····	348
第四节	母乳喂养·····	351

第一章 血液科常见问题

第一节 贫 血

一、概 述

(一) 什么叫贫血

在一定容积的循环血液内血红蛋白浓度、红细胞计数和(或)红细胞比容低于正常标准者称为贫血。贫血是由于红细胞、血红蛋白的生成与损耗失去均势的结果。人体每天约有 1/120 的红细胞死亡,同时有等量红细胞新生,以维持红细胞和血红蛋白的相对恒定。除了多种原因可以直接影响骨髓造血功能外,还可由于造血原料不足或红细胞破坏过多等情况干扰生成与损耗间的平衡而出现贫血。

贫血是许多种不同原因或疾病引起的一系列共同症候群,而不是一种独立疾病的名称。这一概念对贫血原因的诊断和治疗具有重要意义。

根据国内调查资料表明,正常成人血液内红细胞、血红蛋白及红细胞比容的参考值见表 1-1-1。

表 1-1-1 正常成人血液内红细胞、血红蛋白及红细胞比容参考值

	红细胞计数($\times 10^{12}/L$)	血红蛋白(g/L)	红细胞比容(%)
男性	4.5~5.9	127~153	0.40~0.51
女性	4.0~5.2	113~136	0.35~0.45

根据血红蛋白降低程度的不同,临床上将贫血分为 4 级,见表 1-1-2。

表 1-1-2 临床贫血分度

分度	血红蛋白(g/L)	临床表现
轻度	<120 (女 <110)	症状轻
中度	<90	活动时心慌
重度	<60	休息也心慌
极度	<30	并贫血性心脏病

(二) 贫血的分类

贫血可以根据红细胞的形态特点或引起贫血的原因和发病机制加以分类。

1. 根据红细胞形态特点分类

主要是根据红细胞平均体积(MCV)(正常值 80~92fl)和红细胞血红蛋白平均浓度

(MCHC)(正常值 32~36%),将贫血分为三类:

(1) 大细胞性贫血 MCV 大于 100fl。此类贫血大多为正常色素型,偶可为高色素型。属于此类贫血者主要有叶酸或维生素 B₁₂ 缺乏。

(2) 正常细胞性贫血 MCV 在 80~100fl 之间。此类贫血大多为正常色素型,少数为低色素型。属于此类的贫血者有再生障碍性贫血、多数溶血性贫血、急性失血后贫血和慢性系统性疾病伴发的贫血等。

(3) 小细胞低色素性贫血 MCV 低于 80fl, MCHC 低于 30%。属于此类贫血者有缺铁性贫血、海洋性贫血、铁粒幼细胞贫血等。

2. 根据病因和发病机制分类

见表 1-1-3。

表 1-1-3 根据病因和发病机制的贫血分类

病因或机制	常见的贫血
(1) 红细胞生成减少, 造血原料缺乏, 骨髓造血功能障碍	缺铁性贫血;巨幼细胞性贫血,再生障碍性贫血,慢性系统性疾病伴发的贫血、铁粒幼细胞性贫血
(2) 红细胞破坏过多, 红细胞内在缺陷, 红细胞外因素	遗传性球形细胞增多症,海洋性贫血,阵发性睡眠性血红蛋白尿,免疫性溶血性贫血,机械性溶血性贫血,物理学及生物因素所致溶血性贫血
(3) 失血	急、慢性失血后贫血

(三) 贫血的临床表现

贫血的症状是由于机体各组织缺氧而出现的一系列临床表现,但症状有无或轻重,与贫血产生的速度、贫血程度、机体代偿能力及年龄有关。贫血进展缓慢,机体能逐渐适应,即使贫血较重,尚可维持生理功能;反之,如短期内即发生贫血,即使贫血程度不重,也可出现明显症状。年老体弱或心、肺功能减退者,症状较明显。各种贫血均可有下述共同表现:

1. 软弱无力

疲乏困倦、软弱无力为最常见和最早出现的贫血症状。

2. 皮肤、粘膜表现

皮肤、粘膜、结膜、指甲、口唇等颜色苍白是最突出的体征,但须注意周围环境的温度及情绪状态等因素能影响皮肤毛细血管的舒缩状态。皮肤和口唇的色素、皮肤的厚薄以及水肿等因素均能影响皮肤和粘膜的颜色。

3. 呼吸循环系统症状

由于呼吸与循环的代偿作用,可在活动后出现心悸、气急。轻度贫血症状不明显,中度贫血心排出量增多,脉压增大,心前区搏动明显、可闻收缩期杂音;重度和极重度贫血时,卧床也有气短、呼吸困难,并可出现心电图改变,表现为低电压、T波平坦或倒置,甚至出现心脏扩大及心力衰竭。

4. 消化系统症状

由于缺氧使消化液分泌减少,胃肠功能失调,出现食欲减退、腹胀、恶心、呕吐、腹泻或便秘等症状;有时可有舌炎、舌面光滑、舌乳头萎缩。贫血严重者可出现肝脾肿大。

5. 泌尿生殖系统表现

贫血严重者,由于肾脏缺氧而出现肾血管收缩,出现蛋白尿及浓缩功能减退。女性可出现月经失调。男女两性均可出现性欲减退。

6. 神经系统表现

神经系统表现常有头晕、头痛、耳鸣、眼花、注意力不集中及嗜睡等症状。重者可出现晕厥以及感觉运动神经系统的异常。

(四) 贫血的诊断

贫血的诊断可分两个步骤:①了解贫血的程度、类型;②查明贫血的原因或原发病。

贫血的原因诊断是最重要的。原因有时很明显,有时很隐蔽。明确贫血的原因是合理和有效治疗的基础。除去病因对治愈贫血具有重要意义。在病因诊断未明确前不应乱投药物,这是一个基本原则,否则徒然增加诊断上的困难,反而延误病人治疗。

贫血类型的诊断是为了明确贫血的性质,进而明确原因。在贫血的诊断中要做好如下工作:

1. 详细询问病史

详细询问病史,了解有否出血、黑粪、深色尿史,在妇女中了解有无月经过多、妊娠、生育和哺乳情况。饮食方面有无营养缺乏、偏食、忌口等情况。了解有无化学品、放射性物质接触史,起病前有无服用能引起贫血的药物。有无慢性疾病,家族中是否有类似的贫血患者。

2. 体格检查

除全面体检外,须特别注意有无黄疸、淋巴结、肝、脾肿大,骨骼压痛等。指甲变平或凹陷出现于严重的缺铁性贫血。舌乳头萎缩和脊髓后索及侧索体征出现于维生素B₁₂缺乏。体检应包括肛门指诊,以便发现有无出血的内痔和直肠癌。如疑有盆腔疾病,须作妇科检查。

3. 实验室检查

除血常规及血小板计数检查外,血液学检查还应包括:①MCV 和 MCHC 的测定;②网织红细胞计数;③外周血涂片的仔细检查,观察有无异常细胞;④骨髓穿刺涂片,必要时进行骨髓活检,并同时做骨髓铁染色;⑤疑为溶血性贫血的患者,还应酌情进行有关检查。

(五) 贫血的治疗原则

1. 消除病因

治疗贫血的原则首先是采取措施消除病因。很多时候,原发病比贫血本身严重得多,其治疗也比贫血更重要。在贫血原因明确之前,如果贫血和缺氧情况严重,可先输血。诊断如果已经明确,而原发病的治疗又暂时难以见效时,也可采取输血等相关治疗措施。

2. 药物治疗

维生素 B₁₂和叶酸对巨幼细胞贫血有特效,但对其他贫血无效,若无确实的适应证,不宜应用。铁剂仅对缺铁性贫血有效,对非缺铁性贫血长期应用铁剂不仅无益反而有害,会使机体内铁负荷过重,导致组织铁沉积症,影响心、肝、胰等重要器官的功能。雄性激素能刺激红细胞生成素的分泌,并可增强骨髓对红细胞生成素的效应,常用于治疗再生障碍性贫血等。糖皮质激素对免疫功能有抑制作用,可用于自体免疫性溶血性贫血,有时亦用于再生障碍性贫血,特别是有严重出血倾向时。

3. 输血

贫血患者是否需要输血,应根据以下几个因素来衡量:①应该考虑输注血液制品的危害与并发症;②慢性长期贫血患者往往对贫血耐受性较好,症状不明显可不输血;③对给予特殊药物如铁剂、叶酸或维生素 B₁₂有望获得较好疗效的患者,尽可能不予输血;④如果因贫血而导致充血性心力衰竭或心肌缺血者,应予输红细胞悬液;如输全血治疗应同时注意强心利尿,纠正心衰;⑤单纯红细胞减少的贫血宜争取输红细胞悬液。

4. 脾切除

脾脏是破坏血细胞的重要器官,与抗体的产生有关。脾切除是某些溶血性贫血的治疗指征。对遗传性球形细胞多症、免疫性溶血性贫血的部分病例,充血性脾肿大、棘细胞性贫血及某些血红蛋白病、红细胞内酶缺陷病,血小板减少性紫癜并贫血部分病例,脾切除可能有效。

5. 造血干细胞移植

造血干细胞移植主要用于急性再生障碍性贫血,移植如能成功,可望获得治愈。

二、缺铁性贫血

(一) 病例摘要与初步诊断

病例 1. 患者周××, 女性, 36 岁。头昏乏力 3 月余, 活动后心悸、气急, 夜间梦多, 食欲尚佳。近半年来月经量多, 常有血块。既往无何特殊病史。

体格检查: 不发热, 心率 98 次/分, 面色苍白, 无黄疸, 无出血点及瘀斑, 肝脾未触及。

实验室检查: 血红蛋白 65g/L, 红细胞 2.16×10^{12} /L, 白细胞 4.1×10^9 /L, 血小板 116×10^9 /L, 成熟红细胞大小不均, 中心淡染区扩大。骨髓增生活跃, 粒红比例为 0.7:1, 幼红细胞增多, 尤中晚幼红细胞明显增多, 核固缩, 胞浆量少, 红系分裂型细胞常见, 铁粒幼细胞 11%, 细胞外铁阴性。

初步诊断: 缺铁性贫血。

病例 2. 患者方×, 男, 66 岁, 职工, 因心慌、气短、乏力、活动后心前区闷痛, 外院心电图提示多发性室性早搏, 心肌缺氧性改变, 以“冠心病、心绞痛”急症入院。有高血压病史已 20 年, 长期服药控制良好。有慢性痔疮, 反复出血已 10 余年。不嗜烟酒。

体格检查: 面色明显苍白, 皮肤粘膜、指端明显贫血。血压 17.9/9.86kPa (130/74mmHg), 心律不齐, 有早搏 3~5 次/分, 心率 104 次/分, 心界左右扩大, 心尖区 II 级收缩期杂音。肺、肝、脾、肾、胃肠道其他检查未见明显异常。肛门及直肠镜检查发现内、外混合痔 III°, 部分粘膜糜烂, 有血迹。

实验室检查: 血红蛋白 45g/L, 红细胞 2.1×10^{12} /L, 白细胞 3.5×10^9 /L, 分类正常, 血小板 98×10^9 /L。红细胞偏小, 中心苍白区扩大, 有的呈环圈状。骨髓幼红细胞内、外铁染色均阴性。血清铁 25μg%, 总铁结合力 350μg%。

诊断: ①重度缺铁性贫血; ②贫血性心脏病, 心肌缺氧, 心绞痛; ③内、外混合痔 III°, 致慢性失血; ④高血压病经治疗处于稳定状态。

治疗: ①改善饮食, 供给易消化富含铁质动物性食物; ②富马酸亚铁(或硫酸亚铁) 0.1g, 每天 3 次, 饭后口服; ③维生素 C 0.2g, 每天 3 次, 口服; ④卧床休息, 必要时吸氧, 输红细胞悬液 200ml, 隔日 1 次, 连续 3 次。经以上治疗一个月血红蛋白升至 120g/L, 一般情况稳定, 心前区闷痛消失。经外科内、外痔核手术治愈出院。迄今已 72 岁, 身体健康。

评语: 该患者长期痔疮出血, 认为十男九痔, 是“小病”, 未及时治疗, 酿成重度缺铁性贫血, 贫血性心脏病, 心肌缺氧诱发心绞痛。内痔一般不痛, 但易粘膜溃烂出血, 长期慢性失血(1ml 血含铁质 0.5~0.8mg), 就可造成严重后果。有的女性病人常羞于谈及会阴、肛门部的疾病, 更应注意细心观察, 包括大便次数、性状、颜色等, 必要时做隐血试验, 以便及时发现问题与处理。

(二) 有关概念

1. 定义

缺铁性贫血呈体内缺铁所致血红蛋白合成不足, 成熟红细胞生成减少的一种小细胞

低色素性贫血。

2. 流行病学资料

该类贫血是贫血中最常见的一种贫血,普遍存在于世界各地。可发生于任何年龄,但以育龄期妇女及婴幼儿多见,各地发病率因社会经济状况及医药卫生条件不同而不同。据世界卫生组织(WHO)调查报告,全球约10%~30%的人群具有不同程度的缺铁。其中成年男性的发病率为10%,女性在20%以上,孕妇为40%,儿童达50%。因此,缺铁性贫血是贫血防治工作的重点。

3. 铁代谢与发病机制

铁是制造血红蛋白的原料。正常成年男性体内含铁50mg/kg,女性35mg/kg;其中67%为血红蛋白铁,27%以铁蛋白或含铁血黄素形式存在于肝、脾、骨中,3.5%为肌红蛋白铁,2.2%存在于组织间液和细胞液中,0.2%存在于细胞内的细胞色素酶中,这部分含量虽微,但在铁动力学上是最活跃的部分。这部分铁每24小时至少更新10次,发挥着重要生理功能。成人每日饮食中含铁10~15mg,约10%被吸收。吸收的部位主要在十二指肠及空肠上段。食物中的三价铁需通过维生素C及还原型谷胱甘肽被还原成二价铁后才能被吸收。

铁被吸收后与肠粘膜上的去铁蛋白结合成铁蛋白。去铁蛋白的量对铁离子的吸收有调节作用。铁蛋白中的铁经还原成高铁后入血循环,氧化后与运铁蛋白结合而运输。正常时仅1/3运铁蛋白与铁结合,这部分称为血清铁,其余2/3尚未与铁结合称为未饱和铁结合力。

铁由运铁蛋白携带并粘附于幼红细胞膜上,被幼红细胞摄取后,在线粒体内与原卟啉结合成血红素,后者与珠蛋白结合而形成血红蛋白。

人体的贮存铁有2种形式:即铁蛋白和含铁血黄素。在正常情况下,铁极少被排出体外,每日排出量约0.5~1.0mg。体内红细胞衰老破坏释出的铁几乎全被重新利用,故正常成年男性每日约需铁0.5~1.0mg,育龄期妇女每日约需1.0~2.0mg。

4. 病因

(1) 慢性失血 慢性失血是成人缺铁最常见的原因,因体内总铁量的2/3存在于红细胞中。反复失血,即使每次不多也可使贮存铁耗竭而出现缺铁。育龄期妇女慢性失血的常见原因是月经量过多。正常情况下每次月经失血约40~80ml,相当5~10g血红蛋白。以每克血红蛋白含铁3.4mg计,每月失铁约17~34mg,月经过多时损失量更大。成年男性及绝经后妇女的缺铁由消化道的慢性失血引起最为常见,特别是溃疡、痔疮和肿瘤。

(2) 游离铁丢失 胃肠道上皮细胞含游离铁,正常时随上皮细胞脱落而丢失,是机体正常失铁的主要途径之一。慢性胃炎、慢性肠病及胃大部切除后因上皮细胞更新加速而使游离铁丢失增加。

(3) 吸收障碍 胃次全切除术后有50%的患者会出现缺铁性贫血。这主要是食糜绕过十二指肠影响食物中铁的吸收所致。脂肪泻及吸收不良均可使铁吸收减少。饮食中含有较多的植物酸、磷酸盐、草酸盐等也可影响铁的吸收。

(4) 供应不足及需要量增加 婴幼儿生长发育快,需铁量大,足月婴儿第一年约需铁160mg,而乳汁含铁量又低,出生后半年如不添加辅助食品必然会引起缺铁。妊娠妇女也需要大量的铁,一次妊娠需铁约520~1450mg。尽管妊娠期铁吸收增加,但仅靠饮食往往难以解决,故应额外补充铁剂。

(三) 临床表现

1. 贫血的一般症状

见第一节概述。

2. 缺铁性贫血的特异性表现

铁是细胞内很多酶的组成部分,如细胞色素还原酶、细胞色素氧化酶、琥珀酸脱氢酶等。缺铁会使酶活性减低,而产生多种器官的功能和组织学改变,从而出现某些特异的表現。增生快速的上皮组织特别容易受到缺铁的影响,如指甲变得粗糙,光泽消失,脆弱易裂,变成扁平甚至反甲。毛发干枯易脱落,皮肤干燥,舌乳头萎缩,表面光滑,有烧灼感。个别病例因食管粘膜上皮细胞萎缩而食管痉挛,或局部炎症而发生吞咽困难。其次,部分病例有嗜异癖,患者反常地嗜食泥土、粉笔、浆糊、木屑等,其机制虽不清楚,但在补铁后嗜异癖可迅速消失。

3. 引起缺铁性贫血的原发疾病的症状

引起缺铁性贫血的原发疾病有溃疡病、痔疮、胃肠道肿瘤,子宫肌瘤等疾病的症状。

4. 实验室检查特征

(1) 血象 表现为小细胞低色素性贫血。 $MCV < 80fl$ 、 $MCH < 26pg$ 、 $MCHC < 30\%$ 。血涂片上红细胞大小不等,中央淡染区扩大,可有红细胞形态不一。白细胞、血小板一般改变不大,网织红细胞计数正常。

(2) 骨髓象 呈增生性贫血骨髓象。骨髓有核细胞增生,粒红比例降低,红系增生,尤以中、晚幼红为著,这些幼红细胞体积较小,胞浆少,染色偏蓝,胞体边缘不整,胞核染色质浓或固缩,表示血红蛋白合成不足。粒细胞及巨核细胞系统多无明显改变。

(3) 铁染色检查 铁染色检查是诊断缺铁性贫血最可靠的方法之一。用普鲁士蓝染色骨髓含铁血黄素及铁粒幼细胞可反映体内贮存铁的多少,应选择有骨髓小粒的髓片进行检查。正常骨髓含一定量的含铁血黄素,用普鲁士蓝染色呈蓝色、边缘光滑的颗粒,称为骨髓细胞外铁。早期缺铁时,骨髓细胞外铁首先减少,故缺铁性贫血时细胞外铁均为阴性。正常骨髓幼红细胞内含有积聚的铁蛋白颗粒,称为铁粒幼红细胞(即幼红细胞内铁),缺铁时减少或消失。

(4) 血清铁及血清运铁蛋白饱和度测定 缺铁性贫血时,血清铁降低,总铁结合力升高,血清运铁蛋白饱和度减少。血清运铁蛋白饱和度计算方法见计算公式。缺铁性贫血时饱和度 < 0.15 。

$$\text{血清运铁蛋白饱和度} = \frac{\text{血清铁含量}}{\text{总铁结合力(血清铁+未饱和铁结合力)}} \times 100$$

血清铁的昼夜变动大,影响因素多,临床意义较小,血清运铁蛋白饱和度的检查较可靠。

(5) 血清铁蛋白测定 血清铁蛋白的数量与体内贮存铁的多少密切相关,是了解贮存铁的有效方法,当血清铁蛋白 $<14\mu\text{g/L}$ 时可诊断为缺铁性贫血。

(四) 评 价

1. 病程与合并症

缺铁性贫血病程长短不一,如诊断及时,治疗合理,患者在给予铁剂治疗后半月开始血红蛋白回升,并逐渐恢复正常;相反,如果病因未除,铁剂治疗效果不佳,病程可迁延很久。缺铁性贫血如未能及时纠正而出现重度贫血时,可出现晕厥、心力衰竭等合并症。

2. 诊断与鉴别诊断

缺铁性贫血根据病史、体征、实验室检查诊断不难,但缺铁是一个由轻到重的逐渐过程,根据铁减少的程度分为铁减少期、红细胞生成缺铁期、隐性缺铁期和缺铁性贫血期。每期临床表现与体征轻重不同,特别是早期病例,诊断时应引起注意。少数不典型病例要同地中海性贫血及感染性贫血相鉴别。前者往往有家族史,血清铁、血清铁蛋白饱和度及骨髓铁均正常,铁剂治疗无效。后者总铁结合力可降低,骨髓外铁增加并可发现感染病灶。

(五) 处 理

1. 进一步检查与随访建议

缺铁性贫血的诊断不难,实施上述外周血有关检查和骨髓细胞内外铁检查即可明确诊断,但病因检查有时较困难,特别是未发现明确的慢性失血的病例,应特别引起注意,有条件者可进一步检查全消化道钡餐摄片、消化道内窥镜等以排除消化系统肿瘤,对于一直未明原因的缺铁性贫血患者应定期门诊随访,对于已明确诊断并已经应用铁剂的患者也应定期随访,主要目的是观察贫血的恢复情况,并嘱患者在血红蛋白回升至正常后仍续用铁剂3~6个月,以补充贮存铁,防止贫血症状反复。

2. 转诊与会诊

对诊断明确的患者,可在门诊或家庭治疗,对于重度贫血或有并发症的患者,应适时转到上级医院诊治,特别是对病因不明者要尽早转到上级医院进行有关检查,以防漏诊或延误诊断。

3. 治疗

治疗遵循2个原则:①去除引起缺铁的原因;②给予足量的铁剂。具体措施为:

(1) 病因治疗 病因治疗对纠正贫血的效果、速度,原发疾病的治愈以及防止其复发有重要意义。单纯的铁剂治疗有可能使血象好转或恢复正常,但对原发病并无疗效。贫血得到纠正后如不重视进一步的病因诊断和治疗,可使本来可以治愈的疾病失去治愈的机会。

(2) 铁剂治疗 铁剂治疗包括口服和肌肉注射两种途径。口服铁剂常用的药物有:硫酸亚铁、富马酸亚铁、速力非(琥珀酸亚铁)等,可根据病情酌情选用。口服铁剂时需注意以下几点:①饭后或餐时服用以减少胃肠道刺激症状;②药量宜逐渐递增,加用维生素C以促进吸收;③用药时间要长,一般需用到血红蛋白恢复正常后再持续用药2~3个月以补充贮存铁。常用肌肉注射铁剂为右旋糖酐铁。成人首剂50mg,深部肌肉注射,以后每日或隔日肌肉注射100mg。每提高血红蛋白10g/L需右旋糖酐铁300mg,故其总量为:

总量(mg)=300×(正常血红蛋白-病人血红蛋白)+500(补充贮存铁之用)

注射铁剂的不良反应为局部疼痛、局部皮肤瘀斑、头痛、发热、少数病人出现荨麻疹甚至过敏性休克。

(3) 输血 血红蛋白低于50g/L而有心功能不全,或即将分娩者是输血行之有效的适应证,如有条件宜输红细胞悬液。

上述各项贫血的治疗措施简便易行,除输血或红细胞悬液要求条件较高外,铁剂和其他药物均可在家庭或门诊实施,而且成本不高,一般工薪阶层能够承受。病因治疗的效果则根据疾病不同有所差异,如系妇科疾病、痔核、肿瘤所致,则涉及到外科等治疗手段,可能费用较高。

(六) 病人教育与预防

缺铁性贫血大多数病例发病缓慢,特别是早期,症状较轻,患者本人及家庭成员往往重视不够,部分患者得不到及时诊断和治疗,所以,医师必须对患者及其全部家庭成员进行必要的教育,嘱患者尽早就医,诊断明确者应遵医嘱进行有关治疗和定期随访。缺铁性贫血的预防要注意做好下面两项工作:①加强妇幼保健工作,孕妇及哺乳期妇女应额外补充铁剂。婴幼儿应及时增加辅食并防止偏食;②及时发现和处理各种慢性失血并积极治疗原发病。

三、巨幼细胞性贫血

(一) 病例摘要与初步诊断

病例1. 患者任××,男性,73岁。近2年来感头昏,乏力及手、足麻木,尤以指、趾尖为重。吞咽时有食道烧灼感。体格检查:轻贫血貌、慢性病容,心尖区Ⅱ级收缩期吹风样杂音、淋巴结及肝脾不大,下肢轻度浮肿。实验室检查:血红蛋白70g/L、白细胞 $2.6 \times 10^9/L$ 、血小板 $110 \times 10^9/L$ 。骨髓增生明显活跃,粒红比例为0.4:1,巨幼红细胞占23%,可见成熟红细胞大小不均,可见巨型晚幼粒细胞,巨核细胞胞核分叶过多。住院期间经应用叶酸及维生素B₁₂后症状逐渐消失。诊断:营养性巨幼细胞性贫血。

病例2. 患者,男性,65岁,头昏乏力7年,近1年伴手足麻木,有时双下肢浮肿,胃纳