



儿童缺铁和缺铁性贫血的防治



流行病学

铁缺乏症（iron deficiency, ID）是最常见的营养素缺乏症和全球性健康问题，据估计世界1 / 3人口缺铁。

我国儿童铁缺乏症患病率仍显著高于发达国家。2000~2001年“中国儿童铁缺乏症流行病学调查”发现，我国7个月~7岁儿童铁缺乏症总患病率40.3%，IDA患病率7.8%。

缺铁的危害

缺铁可影响儿童生长发育、运动和免疫等各种功能。

婴幼儿严重缺铁影响认知、学习能力和行为发育，甚至不能被补铁所逆转。

基本概念和定义

ID是指机体总铁含量降低的状态，包括铁减少期(**ID**)、红细胞生成缺铁期(**IDE**)和缺铁性贫血(**IDA**) 3个发展阶段，各阶段具有不同的铁代谢特点。

IDA是由于体内铁缺乏，最终导致**Hb**合成减少所致的一类贫血，红细胞呈小细胞低色素性改变，具有血清铁蛋白、血清铁和转铁蛋白饱和度降低、总铁结合力增高等铁代谢异常的特点，是**ID**发展最为严重的阶段。

铁减少期和红细胞生成缺铁期被统称为“不伴贫血的铁缺乏症”。为简便起见，有人建议将铁减少期和红细胞生成缺铁期统一命名为“缺铁”。

儿童铁缺乏症的高危人群

主要是6~24月龄的婴幼儿和青春期儿童。

儿童铁缺乏症的主要原因

- 1、先天储铁不足。** 早产、双胎或多胎、胎儿失血和孕母严重缺铁。
- 2、铁摄入量不足。** 这是发生缺铁与缺铁性贫血最主要的原因。如不及时添加含铁丰富的辅食，极易发生缺铁性贫血。年长儿常因偏食、挑食、厌食或饮食安排不合理而导致贫血。
- 3、肠道铁吸收障碍。** 食物搭配不合理可影响铁的吸收，如维生素C、果糖、氨基酸等有利于铁吸收，而磷酸、草酸、植物纤维、茶、咖啡、蛋、牛奶则抑制铁的吸收。此外，慢性腹泻也影响铁的吸收。
- 4、生长发育旺盛，铁的需求量增加。** 婴儿期、青春期生长发育迅速，需铁量也相对增多，如不注意供给含铁丰富的食物，也易发生缺铁性贫血。
- 5、铁丢失增多。** 进食过多未煮沸鲜牛奶可引起少量长期肠出血而导致贫血。其他如肠息肉、钩虫病等慢性失血也可导致缺铁性贫血。

缺铁诊断标准

- 1.具有导致缺铁的危险因素，如喂养不当、生长发育过快、胃肠疾病和慢性失血等。
- 2.血清铁蛋白 $<15\mu\text{g/L}$ ，伴或不伴血清转铁蛋白饱和度降低（15%）。
- 3.Hb正常，且外周血成熟红细胞形态正常。

缺铁性贫血诊断标准

1. Hb降低，符合WHO儿童贫血诊断标准，即6个月~6岁 $<110\text{g/L}$ ；6~14岁 $<120\text{g/L}$ 。由于海拔高度对Hb值的影响，海拔每升高1000米，Hb上升约4%。
2. 外周血红细胞呈小细胞低色素性改变，平均红细胞容积（MCV） $<80\text{fl}$ ，平均红细胞血红蛋白含量（MCH） $<27\text{pg}$ ，平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC） $<310\text{g/L}$ 。

缺铁性贫血诊断标准

3. 具有明确的缺铁原因 如铁供给不足、吸收障碍、需求增多或慢性失血等。
4. 铁剂治疗有效 铁剂治疗4周后Hb应上升20 g/L以上。

缺铁性贫血诊断标准

5.铁代谢检查指标符合缺铁性贫血诊断标准

下述4项中至少满足两项，但应注意血清铁和转铁蛋白饱和度易受感染和进食等因素影响，并存在一定程度的昼夜变化。

①血清铁蛋白(SF)降低($<15\mu\text{g/L}$)，建议最好同时检查血清CRP，尽可能排除感染和炎症对血清铁蛋白水平的影响

②血清铁(SI) $<10.7\mu\text{mol/L}$ ($60\mu\text{g/dl}$)；

③总铁结合力(TIBC) $>62.7\mu\text{mol/L}$ ($350\mu\text{g/dl}$)；

④转铁蛋白饱和度(TS) $<15\%$ 。

缺铁性贫血诊断标准

6.骨髓穿刺涂片和铁染色

骨髓可染色铁显著减少甚至消失、骨髓细胞外铁明显减少（0~±）（正常值：+~+++）、铁粒幼细胞比例<15%仍被认为是诊断缺铁性贫血的“金标准”；

但由于为侵入性检查，一般情况下不需要进行该项检查。

对于诊断困难，或诊断后铁剂治疗效果不理想的患儿，有条件的单位可以考虑进行，以明确或鉴别诊断。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/447120010145006146>