

## 妊娠期缺铁性贫血的临床治疗分析

刘叶凤

绥化市北林区第一人民医院,黑龙江 绥化 152000

**【摘要】** 目的 探讨妊娠期缺铁性贫血的临床治疗方法效果。方法 选取我院 2017 年 6 月—2018 年 6 月期间收治的妊娠期缺铁性贫血患者 60 例为研究对象,随机分为观察组和对照组各 30 例,对照组采用药物治疗,观察组在药物治疗的基础上加以饮食干预治疗,对两组患者的治疗效果进行对比分析。结果 两组患者贫血指标相比无明显差异,治疗后两组各指标均有明显提高,观察组各指标明显优于对照组( $P < 0.05$ )。观察组总有效率为 93.34% 明显高于对照组总有效率 73.34%,两组比较差异显著具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对妊娠期缺铁性贫血患者采用药物治疗的基础上进行饮食干预效果更为明显,值得临床推广应用。

**【关键词】** 妊娠合并缺铁性贫血;药物治疗;饮食干预;治疗效果

中图分类号:R714.254

文献标识码:A

文章编号:1004-7484-(2019)24-0062-01

缺铁性贫血(IDA)是妊娠期最常见的贫血,铁是人体必需元素,是合成血红蛋白的主要原料。妊娠期铁的需要量增加、营养不良和胃酸减少是造成孕妇缺铁性贫血的主要原因,若孕期不注意预防性补铁易发生缺铁性贫血。轻度贫血对妊娠和分娩影响不大<sup>[1]</sup>。重度贫血,红细胞在  $2 \times 10^{12}/L$  以下,血红蛋白在  $60g/L$  以下可引起早产、死胎或低体重儿。加强营养,鼓励孕妇进高蛋白及含铁丰富的食物,去除导致缺铁加重的因素,给予补充铁剂治疗。现对我院收治的妊娠合并贫血患者应用药物治疗的同时给予饮食干预辅助治疗,疗效显著,现分析如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2017 年 6 月—2018 年 6 月期间收治的妊娠期缺铁性贫血患者 60 例为研究对象,随机分为观察组和对照组各 30 例,所有患者均为初产妇,对照组年龄 21-35 岁,平均年龄  $26.5 \pm 2.5$  岁;孕周 16-31 周,平均孕周  $22.5 \pm 1.5$  周;观察组年龄 20-36 岁,平均年龄  $25.5 \pm 3.5$  岁;孕周 15-32 周,平均孕周  $23.5 \pm 2.0$  周;两组一般资料比较无明显差异具有可比性。

**1.2 方法** 对照组给予硫酸亚铁,每次 0.3g,每日 3 次,饭后服用。缓释片每天早晨饭后服用 1 片,可同时补充维生素 C0.1g 口服。观察组在对照组治疗的基础上给予饮食干预,当妊娠早期反应严重时,进食质量较差的孕妇应注意补铁。建议服用维生素和矿物质复合剂。可食用猪肝,新鲜猪肝一周一次或两次,每周总共 250 克-500 克。建议使用焯肝尖和猪肝汤等烹饪方法。煮熟的猪肝中的铁含量低。注意猪肝不能大量食用,否则会有安全隐患,猪肝含有丰富的维生素 A,而过量食用维生素 A 是有致畸的危险。大多数日常饮食食用动物血或红肉(猪、牛、羊瘦肉)<sup>[2]</sup>。建议早孕(前 3 个月)每天约 100 克,中晚期孕妇每天 150-200 克。每餐都吃新鲜蔬菜和水果,蔬菜每天 500 克以上,水果 200 克以上。烹饪食物时,请使用铁酱油;也可以使用铁强化食品,如强化面粉,加铁奶粉以及孕妇奶粉。

**1.3 统计学分析** 对所有数据结果采用 SPSS20.0 统计学软件进行处理分析,计数采用百分率(%)表示采用  $\chi^2$  检验,计量资料采用平均值  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,数据  $P < 0.05$  表示组间比较差异显著,有统计学意义。

## 2 结果

对两组孕妇贫血指标比较,对照组患者 30 例,治疗前 RBC( $2.87 \pm 0.24$ )  $\times 10^{12}/L$ ,Hb( $76.85 \pm 8.68$ )g/L,HCT( $0.25 \pm 0.02$ )%,SI( $5.58 \pm 0.55$ )  $\mu mmol/L$ ,SF( $8.85 \pm 1.21$ )  $\mu g/L$ ;治疗后 RBC( $3.02 \pm 0.25$ )  $\times 10^{12}/L$ ,Hb( $82.80 \pm 7.40$ )g/L,HCT( $0.28 \pm 0.03$ )%,SI( $5.80 \pm 0.54$ )  $\mu mmol/L$ ,SF( $11.34 \pm 3.40$ )  $\mu g/L$ 。观察组患者 30 例,治疗前 RBC( $2.89 \pm 0.23$ )  $\times 10^{12}/L$ ,Hb( $77.26 \pm 8.57$ )g/L,HCT( $0.24 \pm 0.03$ )%,SI( $5.59 \pm 0.48$ )  $\mu mmol/L$ ,SF( $8.83 \pm 1.19$ )  $\mu g/L$ ;治疗后 RBC( $3.52 \pm 0.26$ )  $\times 10^{12}/L$ ,Hb( $93.35 \pm 7.87$ )g/L,HCT(0.

$33 \pm 0.02$ )%,SI( $5.91 \pm 0.51$ )  $\mu mmol/L$ ,SF( $15.04 \pm 3.31$ )  $\mu g/L$ 。两组患者贫血指标相比无明显差异( $P > 0.05$ ),治疗后两组各指标均有明显提高,观察组各指标明显优于对照组,两组差异显著具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

对两组孕妇临床治疗效果进行比较,对照组患者 30 例,治愈 6 例(20.0%),有效 16 例(53.33%),无效 8 例(26.67%),总有效率 73.34%。观察组患者 30 例,治愈 15 例(50.0%),有效 13 例(43.33%),无效 2 例(6.67%),总有效率 93.34%。观察组总有效率为 93.34% 明显高于对照组总有效率 73.34%,两组比较差异显著具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

治疗期间主要观察外周血 Hb、红细胞数量、血细胞比容的变化,以了解贫血程度改善的情况,决定是否需采取进一步治疗措施等。观察口服铁剂的患者胃肠道症状是否严重,如严重可改为肌肉注射用药。明确诊断、进行药物治疗的患者,应观察药物治疗后症状、体征及外周血象的改善情况。轻、中症患者经治疗 2 周左右,疲劳、乏力、头晕、眼花等贫血症状应明显改善,血 Hb 明显上升后可逐渐减少药物用量。重症患者经输血和药物治疗后心悸、气短等症状也应改善<sup>[3]</sup>。如果症状无改善或反而加重,应请血液科医生会诊以排除其他血液病。同时,对治疗期间出现药物副作用的,应及时调换药物或改变给药途径。如孕妇贫血症状严重而胎儿已成熟,继续妊娠可能会对胎儿造成不利影响时,应及时终止妊娠。特别是孕妇有贫血性心脏病时,剖宫产终止妊娠对母婴均有利<sup>[4]</sup>。

妊娠期缺铁性贫血的治疗一般主张以口服给药为主,其安全有效、简单易行、价格低廉。服药后 5-7 天,血网织红细胞开始上升,7-12 天达高峰,可达 10%-15%,随之 Hb 和血细胞比容逐渐升高,表示服铁剂有效。为满足妊娠的需要,并充分补充体内铁的贮存,应维持治疗到产后 3 个月。如果规律用药后 3 周,血象仍无明显改善,则应考虑是否为缺铁性贫血。由于通过饮食仅能满足机体铁需要量的 1/2,妊娠后半期所有孕妇均应该预防性补充铁剂,以利于防止孕期铁储备的降低。

总之,对妊娠期缺铁性贫血患者采用药物治疗的基础上进行饮食指导,临床治疗效果明显,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 王兆霞. 妊娠期缺铁性贫血的治疗及临床分析[J]. 吉林医学, 2012,33(15):3187-3188.
- [2] 叶全华. 多糖铁复合物在妊娠期缺铁性贫血临床治疗中的效果分析[J]. 当代医学,2014(7):36-37.
- [3] 王海霞,王慧丽. 饮食干预治疗妊娠合并缺铁性贫血的临床效果分析[J]. 中国医药指南,2012,10(7):215-216.
- [4] 王勤洁,张朋言,吴晓燕,等. 96 例妊娠期缺铁性贫血的预防和治疗分析[J]. 上海医药,2017,38(21):21-22.