琥珀酸亚铁联合饮食干预 治疗妊娠期铁缺乏的疗效观察

唐 洁, 刘爱民, 朱玉芳

(江苏省常州市武进人民医院 妇产科, 江苏 常州, 213000)

关键词: 琥珀酸亚铁; 饮食; 妊娠期; 铁缺乏

中图分类号: R 714.25 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)23-073-02 DOI: 10.7619/jcmp.201723022

缺铁性贫血(IDA)是妊娠期贫血中最常见的类型,发病率约为19.1%^[1],铁作为合成血红蛋白的重要成分,在血红蛋白下降且出现贫血前,体内的储量已先行消耗殆尽^[2],铁缺乏(ID)的发生更早于IDA,体内储存铁的含量对预测贫血的发生和判断预后更具敏感性^[3]。本研究采用琥珀酸亚铁联合饮食治疗来治疗妊娠期铁缺乏并观察其疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 1—12 月本院产检及分娩的妊娠期铁缺乏孕妇共 460 例,其中患缺铁性贫血的孕妇为 168 例,平均年龄(28.42 ±4.14)岁,其对铁缺乏和贫血的风险有一定的了解,有一定的依从性,愿意接受随访。

人组标准: ① 因目前尚无统一的铁缺乏诊断标准,按照第8版妇产科学妊娠合并贫血的诊断标准^[4],血清铁蛋白(SF)小于6.5 μ mol/L (36 μ g/L),红细胞计数(RBC)小于3.5 ×

10¹²/L,血红蛋白(Hb)低于110 g/L,红细胞压积(HCT)小于0.33,则诊断为缺铁性贫血,故本研究以SF <36 μg/L 作为诊断铁缺乏的指标。②未合并其他可引起贫血的疾病,如出血,胃肠道功能紊乱、吸收不良、溃疡等。③排除其他类型的贫血及血液系统疾病。④排除肝肾功能障碍及铁剂过敏者。

1.2 分组方法

按孕妇是否愿意接受琥珀酸亚铁治疗分为研究组和对照组,对照组仅进行饮食治疗,嘱其加强营养,特别是注意补充富含铁元素的食物,包括红肉、豆制品、肝脏、海带等,同时增加桔橙等富含维生素 C 的食物的摄入,有利于铁剂的吸收^[5]。研究组在饮食干预的基础上,孕妇按规定口服硫琥珀酸亚铁(速力菲,南京金陵药业,0.1 g/片)。研究组共225 例,其中发生缺铁性贫血113 例,对照组235 例,其中缺铁性贫血的孕妇为55 例,2 组孕妇的平均年龄、孕周无显著差异(P<0.05),血红蛋白、红细胞压积、血清铁蛋白浓度比较,对照组显著高于研究组(P<0.01)。见表1。

表 1 2 组孕妇入组时相关指标的比较

组别	年龄/岁	孕周/周	Hb/(g/L)	HCT/%	SF/(µg/L)
对照组	28.32 ± 3.90	30.22 ± 2.84	115.66 ± 10.09 *	35.90 ± 2.90 *	17.20 ± 7.93 *
研究组	28.53 ± 4.38	30.29 ± 2.78	110.84 ± 9.49	34.34 ± 2.76	14.52 ± 8.34

与研究组比较, * *P<0.01。

1.3 观察指标

治疗后 6~8 周对孕妇的血常规和血清铁蛋白进行复查,记录血红蛋白、红细胞压积、血清铁蛋白的变化情况,同时记录孕妇有无恶心、呕吐、腹泻等胃肠道不良反应,并常规复查肝肾功能。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析。计量资料用均数 ± 标准差表示,正态分布资料比较

采用独立样本 t 检验,非正态分布资料比较采用 非参数检验法。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

在接受琥珀酸亚铁和饮食联合治疗后,研究组的血红蛋白、红细胞压积和血清铁蛋白的比值较前均显著升高,而在仅仅采用饮食治疗的对照组中,三者整体都呈下降趋势,差异有统计学意义

(P<0.01),见表 2、3。在对照组中,有 31 例孕妇在饮食治疗 6 周后复查时效果不佳,因离预产期尚有 3~4 周,后加用琥珀酸亚铁协同治疗铁缺乏及缺铁性贫血,结果见表 4。在口服琥珀酸亚铁的孕妇中,部分诉口服药物后有恶心感,未有呕吐及腹泻,部分孕妇色大便色黑,均行大便隐血试验检查,为阴性,考虑药物的胃肠道反应,故建议其改餐后服用,所有孕妇于分娩前均常规行肝肾功能检查,未见明显异常。

表 2 2 组孕妇治疗 6~8 周后血红蛋白、红细胞压积、 血清铁蛋白的比值

组别	Hb/(g/L)	HCT/%	SF/(µg/L)
对照组	107. 10 ± 10. 98 * *	33.57 ± 3.02 * *	12.06 ± 6.22 * *
研究组	121.57 ± 9.65	37.67 ± 2.78	34.74 ± 24.27

与研究组比较,**P<0.01。

表 3 2 组孕妇治疗前后相关指标的变化情况

组别	Hb/(g/L)	HCT/%	SF/(µg/L)
对照组	-8.55 ±7.94 * *	-2.33 ±2.47 * *	-5.14 ± 6.09 * *
研究组	10.73 ± 6.64	3.33 ± 2.15	20.21 ± 22.39

与研究组比较, * *P<0.01。

表 4 对照组部分孕妇治疗前后相关指标的变化

观察时间	Hb/(g/L)	HCT/%	SF/(µg/L)
人组时	113.32 ± 8.01	34. 89 ± 2. 23	16.29 ± 8.04
饮食治疗(6周)	106.16 ± 9.56	33.04 ± 2.63	11.16 ± 5.82
饮食+药物(3~4周)	118.87 ± 10.29	37.19 ± 2.90	32.99 ± 23.53

3 讨论

血清铁蛋白是由去铁蛋白和 Fe³⁺核心共同构成的复合物。既往研究^[6]表明,其参与铁的储存和转运,是衡量体内储存铁含量的重要指标,二者呈正相关,当机体缺铁时,是体内第一个发生变化的指标,因此作者选择通过检测血清铁蛋白来判断孕妇体内是否存在铁缺乏,并结合血红蛋白的变化来判断贫血的严重程度及预后。

整个妊娠期母胎对铁的正常生理需求共约1000 mg,随着孕周的增加,母儿对铁的需求量大幅增加,如果无法得到足够的补充,随着储存铁的不断消耗,出现铁缺乏的风险也不断增加,虽然血红蛋白可能尚在正常值以上,但可能已出现一系列包括脱发、疲劳、易怒等在内的铁缺乏的症状。而如果未能及时识别并纠正的话,铁缺乏可进一步加重,并发展为缺铁性贫血。本调查也证实了这一点,在最初入组的460例孕妇中,虽然都合并有不同程度的铁缺乏,但只有168例符合缺铁性贫血的诊断。而在选择饮食治疗的235例对

照组中,在经过了6~8周的干预后,诊断为IDA的产妇却从入组时的55例上升到了130例。既往调查^[1]也提示,孕早期IDA的发病率约为9.6%,孕晚期则上升到了33.8%。

胎儿的生长发育需 250~350 mg 铁,这些铁均来自于母体的单向运输,由于这种特性,故母体轻度贫血时,对胎儿的影响较小,但当发展为中、重大度贫血后,可导致胎儿及新生儿体内的铁出现储存不足,继发胎儿宫内生长受限、贫血、缺氧、甚至胎死宫内等,并可影响到出生后体格及智力的正常发育^[7]。贫血的孕妇抵抗力相对降低,继发感染的风险也较正常人升高,且容易发生产时产后出血,由于这类孕产妇对缺血缺氧的耐受性较差,容易发生重要脏器灌注不足,功能障碍等,甚至危及生命。因此,可以认为防治贫血和改善母儿健康,提高出生人口素质密切相关。

纠正贫血的方法很多,而中国人多数信奉"食补",又觉得"是药三分毒",加上很多孕妇自我感觉良好,比较抗拒药物治疗的,最后这些孕妇被列入了对照组。我们可以看到对照组孕妇人组时的血红蛋白、红细胞压积、血清铁蛋白浓度均较研究组高,可能就是由于这些孕妇相对而言,较少出现铁缺乏的不适症状,因此也更倾向于单纯的饮食治疗。作者对这些孕妇给予饮食指导,鼓励其进食富含血红素铁的食物,包括鱼类,红色肉类,飞禽等;并同时进食富含维生素 C 的食物如水果,绿叶蔬菜等以便于铁的吸收;由于牛奶等富含钙的食物和铁可发生竞争性拮抗,建议其错时进食,以此增加铁元素的摄入和吸收。

参考文献

- [1] 中华医学会围产医学分会. 妊娠期铁缺乏和缺铁性贫血诊治指南[J]. 中华围产医学杂志, 2014,17(7): 451-454.
- [2] Di Renzo G C, Spano F, Giardina I, et al. Iron deficiency anemia in pregnancy[J]. Womens Health (Lond Engl), 2015, 11(6): 891-900.
- [3] Kane RC. Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy [J]. Ann Intern Med, 2015, 163(5): 399-400.
- [4] 谢幸, 荷文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 92-94.
- [5] 马丽娟. 铁营养干预对妊娠期贫血的防治效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016,16(12): 167-168.
- [6] 王艳艳. 血清铁蛋白检测的意义[J]. Journal Of Inner Mongolia Medical University, 2015,37(1): 90-92
- [7] 董青伟. 婴幼儿血清铁蛋白与血红蛋白的关系分析[J]. 河北医药, 2012,34(16): 2498 2499.