

营养性贫血临床路径

(2016 年县级医院版)

一、营养性贫血临床路径标准住院流程

(一) 适用对象。

第一诊断为营养性贫血 (ICD : D50.900/D52.001/D53.100), 含缺铁性贫血和巨幼细胞性贫血 (无并发症患者)。

(二) 诊断依据。

根据《血液病诊断及疗效标准》(科学出版社) 临床诊疗指南:

1.临床表现: 乏力、面苍等; 常伴消化道症状, 如纳差; 舌质红, 乳头萎缩, 表面光滑; 如果维生素 B12 缺乏还常伴有神经系统症状, 主要为脊髓后侧束变性, 轻者表现为手足麻木, 严重的可有下肢对称性深部感觉及振动感消失, 平衡失调及步行障碍。亦可同时出现周围神经病变及精神

抑郁。

2.实验室检查

2.1 缺铁性贫血

2.1.1 小细胞低色素性贫血：男性血红蛋白(Hb) < 120g/L，女性 Hb < 110g/L，孕妇 Hb < 100g/L，MCV < 80fl，MCH < 27pg，MCHC < 0.32；红细胞形态有明显低色素表现

2.1.2 血清（血浆）铁 < 8.95μmol/L (50ug/dl)，总铁结合力 > 64.44μmol/L (360ug/dl)

2.1.3 运铁蛋白饱和度 < 0.15

2.1.4 血清铁蛋白（SF） < 12μg/L

2.2 巨幼细胞性贫血

2.2.1 大细胞性贫血。MCV > 100fl，多数红细胞呈大卵圆形，网织红细胞常减低

2.2.2 血清叶酸测定（放射免疫法） < 6.91nmol/L (<3ng/ml) ;和/或血清维生素 B12（放射免疫法） < 74-103pmol/L (100-140ng/ml)

(三) 治疗方案的选择。

根据《血液病学》(人民卫生出版社),《血液病诊断及疗效标准》(科学出版社)等国内临床诊疗指南:

1.基本治疗:改善膳食结构,加强营养,避免应用影响铁、维生素吸收的食物或药物,如茶叶、咖啡、钙制品、抑制胃酸药物等;

2.药物治疗:

2.1 缺铁性贫血

患者一般首先口服铁制剂,如右旋糖酐铁、硫酸亚铁、多糖铁复合物等,每天元素铁 150-200mg 即可,辅以维生素 C 可促进铁吸收。如果患者对口服铁剂不能耐受,不能吸收或吸收不良,须及时补充者,可予胃肠外给药。常用的是右旋糖酐铁肌肉注射。治疗总剂量的计算方法是:所需补充铁 mg 数= (150-患者 Hb g/L) X体重 (kg) X 0.33.首次注射量应为 50mg,如无不良反应,第二次可增加到 100mg,以后每周注射 2-3 次,直到完成治疗总量。约有 5%-13%的患者于注射后可发生局部肌肉疼痛、淋巴

结炎、头痛、头晕、发热、荨麻疹及关节痛等，多为轻度及暂时的。偶尔（2.6%）出现过敏性休克，会有生命危险，故注射时应有急救设备（肾上腺素、氧气及复苏设备）。如胃肠外给药仍无效，则要考虑以下原因：①诊断错误：贫血不是由缺铁所致；②合并慢性疾病（如感染、炎症、肿瘤或尿毒症等）干扰了铁剂的治疗；③造成缺铁的病因未消除，铁剂的治疗未能补偿丢失的铁量（如消化道出血、女性月经过多）；④同时合并有叶酸或维生素 B12 缺乏影响血红蛋白的恢复；⑤铁剂治疗中的不恰当（包括每天剂量不足，疗程不够，未注意食物或其他药物对铁吸收的影响等）。

2.2 巨幼细胞性贫血

补充叶酸或/和维生素 B12

（1）叶酸缺乏：口服叶酸 5-10mg，每天 3 次。胃肠道不能吸收者可肌肉注射四氢叶酸钙 5-10mg，每天 1 次，直至血红蛋白正常，一般不需维持治疗。

（2）维生素 B12：肌肉注射维生素 B12 500ug，隔日 1 次，直至血红蛋白恢复正常。恶性贫血或胃全部切除者需

终生采用维持治疗，每月注射 500ug 1 次。维生素 B12 缺乏伴有神经症状者对治疗反应不一，有时需大剂量（500-1000ug/（次·周）长时间（半年以上）的治疗。对于单纯维生素 B12 缺乏的患者如果单用叶酸治疗会加重维生素 B12 的缺乏，特别要警惕会有神经系统症状的发生或加重。

（四）标准住院日为 5-7 天。

（五）进入路径标准。

- 1.第一诊断必须符合 ICD-10: D50.900/D52.001/D53.100 营养性贫血疾病编码；
- 2.当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）住院期间检查项目。

1.必须完成的检查：

- （1）血常规、尿常规、大便常规+潜血；
- （2）肝功能、肾功能、电解质、血糖、乳酸脱氢酶；

(3) 血清铁蛋白、血清铁四项、转铁蛋白饱和度;

(4) 血清叶酸、维生素 B12 水平;

(5) 心电图、腹部超声

2.诊断有疑问者可查:

(1) X 线钡餐、胃镜、结肠镜

(2) 骨髓穿刺形态学分类;

(七) 标准药物治疗方案。

1.铁剂治疗一般需要 3-5 个月补充体内储存铁量

2.叶酸、维生素 B12 治疗一般 1 个月治疗即可

3.当营养缺乏的病因未能及时彻底根治时需要监测血常规和血清铁、叶酸及维生素 B12 水平，应适时给予维持治疗。

(八) 出院标准。

网织红细胞有明显增长或血红蛋白开始增长，即可出院口服治疗。

(九) 变异及原因分析。

1.临床症状改善不明显，调整药物治疗，导致住院时间延长;

2.有基础性疾病者，需要进一步诊治，导致住院时间延长；

(十) 参考费用标准：1500-3000 元。

二、营养性贫血临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**营养性贫血（ICD：D50.900/D52.001/D53.100）（无并发症患者）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日 出院日期：_____年____月____日 标准住院日：5-7 天

时间	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 3 天
主要诊疗工作	☐ 完成询问病史和体格检查，按要求完成病历书写 ☐ 评估有无基础疾病 ☐ 安排完善常规检查	☐ 上级医师查房 ☐ 明确下一步诊疗计划 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 向患者及家属交代病情，进行饮食及疾病宣教	☐ 上级医师查房 ☐ 完成三级查房记录 ☐ 根据病史及化验结果确定有无必要进行病因学检查：X 线钡餐、胃镜、结肠镜
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 血液内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 软食 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 血、尿、大便常规+潜血 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、乳酸脱氢酶 ☐ 血清铁蛋白、血清铁四项、转铁蛋白饱和度 ☐ 血清叶酸、维生素 B12 水平 ☐ 心电图、腹部超声 ☐ 其他检查（酌情）：X 线钡餐、胃镜、结肠镜	长期医嘱： ☐ 血液内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 软食 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 对症治疗	长期医嘱： ☐ 血液内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 软食 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 补充铁剂、叶酸或维生素 B12
主要护理工作	☐ 协助患者及家属办理入院手续 ☐ 入院宣教 ☐ 静脉抽血	☐ 基本生活和心理护理	☐ 基本生活和心理护理
病情变异	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. _____ 2. _____	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. _____ 2. _____	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. _____ 2. _____
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 4 天	住院第 5-7 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 观察患者治疗反应，有无药物不良反应 ☐ 上级医师查房及诊疗评估 ☐ 完成查房记录 ☐ 对患者坚持治疗进行宣教	☐ 上级医师查房，确定能否出院 ☐ 通知出院处 ☐ 通知患者及家属准备出院 ☐ 向患者及家属交代出院后注意事项，预约复诊时间，定期复查血常规 ☐ 将出院记录的副本交给患者 ☐ 如果患者不能出院，在病程记录中说明原因和继续治疗的方案
重点 医嘱	长期医嘱： ☐ 血液内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 软食 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 补充铁剂、叶酸或维生素 B12	临时医嘱： ☐ 出院带药（参见药物治疗方案选择、标准药物治疗方案） ☐ 门诊随诊
主要 护理 工作	☐ 基本生活和心理护理 ☐ 监督患者用药 ☐ 出院前指导	☐ 帮助患者办理出院手续、交费等事宜 ☐ 出院指导
病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
护士 签名		
医师 签名		