

ICS 01.040.11

CCS C00/09

# 团体标准

T/IMAAMM 003-2024

---

缺铁性贫血的蒙西医结合诊疗指南

Guidelines for the diagnosis and treatment of iron  
deficiency anemia

2024-12-20 发布

2025-01-01 实施

---

内蒙古自治区蒙医药学会发

# 目 录

前言.....	1
引言.....	2
1. 范围.....	3
2. 规范性引用文件.....	3
3. 术语与定义.....	3
4. 概念.....	3
5. 病因病机.....	3
6. 主要症状.....	4
7. 辅助检查.....	4
8. 诊断与鉴别诊断.....	4
9. 治疗.....	5
10. 预防与调摄.....	7
11. 疗效评价.....	8
参考文献.....	9

## 前言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和起草规则》要求撰写。

本指南为内蒙古自治区卫生健康委员会蒙医药标准化研究项目。

本指南隶属内蒙古自治区中医药管理局。

本文件由内蒙古自治区国际蒙医医院起草。

本文件主要起草人：王玉红、陈沙娜、国庆、齐明玉、童格乐格、白领柱、鲍金花、包娜日那、布仁、曹林娟、李琪、呼亚格图、陈秀红、照日格图、包明桂等。

## 引言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准的结构和起草规则》要求撰写。

循证证据的检索、筛选、评价方法；按照要求，通过文献检索、医案回顾、专家咨询和问卷调查、编撰初稿，病例观察、统计疗效、专家委员会论证后进行修订。

专家共识的使用情况：

以上述文献检索和问卷调查，专家访谈为主要依据，在第一版《蒙医病证诊断与疗效标准》的基础上，根据对现代医学病名结合古籍文献及现代文献资料结合，优化了辨证分型、治则和治法等方面，经过 2 次的专家论证，形成《缺铁性贫血的蒙西医结合诊疗指南》。

指南的评议和咨询过程：

课题组查阅大量国内外，开展了广泛的调研工作，系统的总结了蒙医对《缺铁性贫血》的诊疗的研究成果，结合内蒙古国际蒙医医院的诊疗研究的实践经验，通过 2 次《缺铁性贫血的蒙西医结合诊疗指南制定》方案专家论证会及课题论证会。课题组邀请了 11 位专家，对此课题进行指导论证，对缺铁性贫血的蒙医病名进行了统一化、规范化，提出了建设性意见及达成共识。

课题资金来源于内蒙古自治区蒙医药标准化办公室，课题组成员不存在利益关系。

# 缺铁性贫血的蒙西医结合诊疗指南

## 1. 范围

本指南制定了《缺铁性贫血》的定义、病因病机及诊断与鉴别诊断、辩证论治、饮食起居等内容，适用于缺铁性贫血的诊断与应用蒙西医结合治疗。

## 2. 规范性引用文件

本指南引用《蒙医病证诊断疗效标准》《铁缺乏症和缺铁性贫血诊治和预防的多学科专家共识（2022年版）》。

## 3. 术语与定义

**血耗病：**指蒙医学表现为颜面、眼睑、嘴唇、及甲床苍白等特征的血体素衰竭的疾病。西医诊断缺铁性贫血为“血耗病”范畴。

## 4. 概念

缺铁性贫血是指体内贮存铁消耗殆尽，不能满足正常红细胞生成的需要而发生的贫血，属于小细胞低色素性贫血。

蒙医理论认为血长期缺乏营养导致胃火温下降继而机体清浊生化功能衰败，血清浊生化障碍而出现以乏力、头晕为主要特征，伴随出现眼花、耳鸣、心悸、呼吸不畅、颜面萎黄、口唇粘膜苍白等一系列症状的血液系统的疾病，也称血耗病。

## 5. 病因病机及分型

5.1 现代医学造成缺铁的病因可分为：铁的摄入不足及慢性失血 2 大类。

5.1.1 铁的摄入不足：如食物中铁的含量不足，或吸收不良，就容易发生缺铁。肉类食物中的血红素铁易于被吸收，而蔬菜、谷类、茶叶中的磷酸盐、植酸、丹宁酸等可影响铁的吸收，故食物的组成，对铁的摄入是否充足有较大影响。

药物或胃、十二指肠疾病亦可影响铁的吸收，如金属(镓、镁)的摄入，抗酸药(碳酸钙和硫酸镁)以及 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂等药物均可抑制铁的吸收。萎缩性胃炎、胃及十二指肠术后亦会减少铁的吸收。

5.1.2 慢性失血 慢性失血是缺铁性贫血常见的原因。尤以消化道慢性失血或妇女月经过多更为多见。如消化道溃疡、消化道肿瘤、钩虫病、食管静脉曲张、痔出血及服用阿司匹林后出血等。子宫肌瘤或功能性出血导致月经过多(每月出血量>40ml),此外,反复发作的阵发性睡眠性血红蛋白尿亦可因血红蛋白由尿中排出而致缺铁。

5.2 蒙医病因学认为主要内因为血,多由凉寒性因素导致巴达干偏盛,胃火温减弱,血热偏盛,伴赫依增多,导致机体三根失衡,继而血体素生化衰减致病。本病根据本质特征及病因分为巴达干赫依偏盛型和琪素希拉偏盛型。琪苏希拉偏盛型主因为血热偏盛,巴达干赫依偏盛型为巴达干偏盛伴赫依增多而致病。

## 6. 临床症状

该病主要表现为浑身乏力、倦怠、头晕、眼花、耳鸣、脱发、纳差、心悸、气短、皮肤粗糙,皮肤黏膜、颜面、口唇、甲床苍白等,加重可导致晕厥、意识不清等。

琪苏希拉偏盛型主要表现为燥热、月经量多、手掌、脚心发热,头痛、口干、易怒、月经过多出血等症状。

巴达干赫依偏盛型主要头晕、心悸、胸闷憋气、纳差、失眠、食欲不振、消化不良、腹胀、恶心等。

## 7. 辅助检查

现代医学血常规、外周血清铁蛋白、微量元素铁、总铁结合率、运铁蛋白饱和度、骨髓铁染色、可溶性(血清)转铁蛋白受体水平等。

## 8. 诊断与鉴别诊断

### 8.1 诊断要点

8.1.1 血液检验显示小红细胞、低色素性贫血;网织红细胞计数较低。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将贫血定义为:男性的血红蛋白 <120 g/L (12 g/dL); 血红蛋白 <110 g/L (11 g/dL)。

8.1.2 有明确的缺铁原因及典型临床症状,如乏力、粘膜苍白、颜面、眼睑、口唇、甲床苍白等临床特征,补铁治疗有效。

8.1.3 血清铁蛋白<14ug/L;血清微量元素中铁元素<8.95ummol/L,总铁结合率为>64.44ummol/L。

- 8.1.4 运铁蛋白饱和度 $<0.15$ 。
- 8.1.5 骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失，铁粒幼红细胞 $<15\%$ 。
- 8.1.6 可溶性（血清）转铁蛋白受体水平（sTfR） $>26.5\text{nmol/L}$ （ $2.25\text{mg/L}$ ）。
- 8.1.7 红细胞游离原卟啉 $>0.9\ \mu\text{mol/L}$ （ $50\ \mu\text{g/dl}$ ）（全血），或血液游离原卟啉 $0.96\ \mu\text{mol/L}$ （ $60\ \mu\text{g/dl}$ ）（全血），或FEP/Hb $>4.5\ \mu\text{g/gHb}$ 。
- 8.1.8 巴达干赫依偏盛（寒性）：头晕、心悸、胸闷憋气、纳差，消化不良，腹胀、恶性，眼花，耳鸣、脱发、失眠、皮肤粗糙。脉：空、晨、弱，舌，质浅红，苔白厚，尿：清，泡沫多。
- 8.1.9 琪素希拉偏盛型（热性）手掌、脚心发热，头痛、口干、易怒，出血，发热等症状。本证候多表现为女性内分泌紊乱导致月经不调，功能性子宫出血者居多。脉：细数，舌，质浅红，苔黄干，尿：黄，泡沫少，沉渣适中，量中等。

以上满足第1条，2-9条满足2个或2个以上可诊断。

## 8.2 鉴别诊断

- 8.2.1 再生障碍性贫血：该病表现为皮肤黏膜干燥、面色眼睑及口唇甲床苍白，头晕、眼花、耳鸣、全身乏力、心悸、气短等症状与缺铁性贫血相似，但其主要由各种原因引起大出血或其他原因导致亏血所致。特征为易感染引发发热、寒颤、咳嗽咳痰，出血症状重。血常规示全血细胞减少（白细胞、红细胞、血小板），可检查网织红细胞、骨髓穿刺等辅助检查以明确诊断。
- 8.2.2 恶性肿瘤：原发病为恶性肿瘤，长期恶病质，面色眼睑及口唇甲床发白、头晕、眼花、耳鸣、全身乏力、心悸、气短等症状与缺铁性贫血症状相似，但以铁元素相关检验及恶性肿瘤标记物、影像学等相关检验鉴别诊断。
- 8.2.3 巨幼细胞性贫血（营养不良性贫血）：该疾病以乏力、头晕，眼花、耳鸣、运动后气短、心悸、食欲不佳、腹胀、便秘等为临床表现，病情较重者可出现血常规中白细胞及血小板减少，该疾病主因为叶酸和维生素B12缺乏所致，检查贫血三项及相关饮食习惯等鉴别。

## 9. 治疗

### 9.1 蒙医治疗

#### 9.1.1 治疗原则

以调理胃火，清血热，促进清浊生华原则上根据病情辩证施治。

### 9.1.2 方药推荐:

1) 主方: 查格得日, 阿敏-额尔敦, 阿嘎如-35 味散。

2 辅方): 通拉嘎-5、伊赫-哈日-12、阿拉坦-阿如-5、壮西-21、胡日查-6、肉豆蔻-5 味丸、阿敏-11、让-阿嘎日-8、三红汤、苏格木乐-7、萨丽嘎日迪、止血-8 味散、伊赫汤、冬青叶-16 味丸等。

3) 辨证用方: 以调理胃火温为主应用哈日-嘎布日-10、查干乌日勒、啊木日-6 等, 累及心脏表现为心慌、憋气等应用吉如很-6、舒沙-7、赞丹-3 汤等, 表现为头痛、失眠、乏力等应用吉如很-啊嘎如-8 味散、苏格木勒-3 味汤、额尔敦乌日勒等, 合并感染应用巴特日-7、呼和-嘎日迪-9、蒿苯-29、宏格尔-12 等。

### 9.1.3 治法

#### 1) 琪素希拉偏盛 (热性)

早: 伊赫-哈日-12, 空腹 3g 温水送服。

午: 查格德日 3g 饭后温水送服。或胡日查-6 味、古日古木-13 味丸选择一种 3g 饭后温水送服。

晚: 阿敏-额尔敦, 睡前 3g 用嘎古拉-4 汤 3g 引服。或阿嘎如-35 味, 成人 3g, 温水送服。

#### 2) 巴达干赫依偏盛 (寒性)

早: 通拉嘎-5 味 3g 用毛勒日-达布斯-4 汤引服。或阿那日莲花-8 味散, 苏格木勒-10 味丸、那仁-满都拉选择一种空腹 3g 温水送服。

午: 阿敏-额尔敦, 饭后 3g 温水送服。

晚: 萨丽嘎日迪, 睡前 3 用阿嘎日-35 味散汤 3g 睡前引服。

#### 3) 辨证施治

a) 止血时主要应用古日古木-8 味散。

b) 镇赫依可应用阿嘎日-15, 让阿嘎日-8、苏格木勒-3 汤、伊赫汤、阿敏-额尔敦等改善脏器功能可应用吉如很-6、舒沙-7、赞丹-3 汤、哈日啊布日-16、苏格木勒-7、萨丽嘎日迪、乌力吉-18、啊木日-6 等辨证治疗。

c) 育龄期女性月经过多:

早: 苏格木勒-7, 早饭前 3g 温水送服。

午: 古日古木-8 味散 3g, 午饭后温水送服。

晚：乌力吉-18 味丸或萨丽嘎日迪 3g，睡前用古日本乌兰汤或阿嘎日-35 味散汤 3g 引服。

9.1.4 特色疗法推荐：热敷疗法、艾灸疗法、涂抹疗法、蒙医银针火针疗法、药物熏蒸疗法等。

1) 热敷疗法：穴位：上腹部胃部，肾穴、脐周。

方法：粗盐加热 40-45 摄氏度，局部热敷 15-30 分钟。

2) 涂抹按摩疗法：

黄油加热 40-45 摄氏度，敷于上腹部胃部顺时针按摩 15-30 分钟。

3) 艾灸：

穴位：上腹部胃部，肾穴，脏器总穴，脐穴。

方法：艾条加热后距皮肤隔 5-10cm。

4) 银针火针疗法：

穴位：肾血、脏腑总穴、肝、脾穴。该疗法适用于巴达干赫依型，在寒针的基础上，将艾绒点燃固定于银针针柄使其加热的方法。银针针尾在艾灸的作用下最高温度可达 100℃，刺入皮内的针尖温度约为 39-41℃。

5) 药物熏蒸疗法：五味甘露散 500g 进行蒸煮，利用其蒸汽熏蒸全身 15-30 分钟，该疗法适用于巴达干赫依型。

9.2 西医治疗：

铁剂：口服铁剂、静脉铁剂和输血。

9.2.1 口服铁剂：铁元素 150-200 mg/日，于餐后服用，以减少药物对胃肠道的刺激。

9.2.2 口服不耐受或消化道给药禁忌可给以静脉输注，静脉用药的计算方法是：所需补充铁的总剂量 =  $[150 - \text{患者 Hb (g/L)}] \times \text{体重 (kg)} \times 0.33$ 。首次注射量为 50mg，如无不良反应，第 2 次可增加到 100mg，以后每周注射 2~3 次，直到总量注射完。

## 10. 预防与调摄

10.1 生活起居：

环境清洁，温度适宜，通风，静养，避免过劳及剧烈运动。

10.2 饮食调理：

摄入质软，易消化、新鲜富含铁元素食材，如瘦肉、肝、血、新鲜蔬菜、水果等，忌辛辣、刺激、油腻、生凉等不易消化的食物，忌浓茶、咖啡、碳酸饮料及暴饮暴食。

### 10.3 情志治疗：

情绪稳定，保持积极乐观心态，对疾病有正确认知，避免焦虑及恐惧等负面情绪。

### 11. 疗效评价：

- 1) 治愈：症状完全消失，男性的血红蛋白  $>120$  g/L (12 g/dL)；血红蛋白  $>110$  g/L (11 g/dL)。
- 2) 显效：症状改善，血红蛋白升高  $>20$  g/L。
- 3) 无效：症状未改善或加重，血红蛋白升高  $<20$  g/L 或没有升高。

### 参考文献:

- [1] 策·苏荣扎布等主编.《蒙医内科学》[M].内蒙古出版集团,内蒙古人民出版社,2011年9月
- [2] 《蒙古学百科全书》编辑委员会编,《蒙古学百科全书·医学卷》[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,2002.2(蒙文版)
- [3]白清云,中国医学百科群书-蒙医卷,内蒙古科技出版社,1987年蒙医版
- [4]钱信忠主编,《中国医学百科全书,蒙医学》上海科学技术出版社1992年(汉语版)
- [5]乌兰,《蒙医病证与疗效标准》,民族出版社,2007年
- [6] 策·苏荣扎布等主编.《蒙医内科学》蒙医高等院校使用教材
- [7] 策·苏荣扎布等主编.《蒙医临床学》内蒙古人民出版社,1999年
- [8] 铁缺乏症和缺铁性贫血诊治和预防的多学科专家共识(2022年版)