

小儿营养性缺铁性贫血的调查分析

石就家,叶依娜,蒋凤艳

(南方医科大学南海医院儿科,广东 佛山 528244)

摘要: **目的** 研究小儿营养性缺铁性贫血诱发因素,依据调查情况提出合理解决措施。**方法** 本次研究样本选自本院自2014年1月至2017年5月期间收治的64例营养性缺铁性贫血患儿,按照随机数字表法分为两组,即为参照组($n=32$)以及实验组($n=32$),将予以常规治疗患儿作为参照组,将予以依据调查情况提出对症治疗的患儿作为实验组,观察分析两组治疗效果。**结果** 实验组营养性缺铁性贫血患儿临床治疗总有效、SF、SI、Hb对比参照组数据,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 研究显示小儿营养性缺铁性贫血可能与辅食添加存在一定关系,依据研究结果予以儿童益气健脾口服液以及健康教育等治疗,可将患儿营养状况进行有效改善。

关键词: 小儿;营养性缺铁性贫血;发病原因

婴幼儿贫血属于常见的小儿疾病,对小儿健康带来严重危害,是我国重点防治的儿童疾病。小儿营养性缺铁性贫血一般是因过晚添加辅食添加、不合理铁摄入不足导致的。铁属于合成血红蛋白的关键原料,缺少铁元素,容易导致发生低色素小细胞性贫血。本次研究的64例营养性缺铁性贫血患儿临床治疗结果,为以后研究小儿营养性缺铁性贫血疾病提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本次研究的64例样本均选自2014年1月至2017年5月期间收治的营养性缺铁性贫血患儿,所有患儿SF(血清铁蛋白)低于 $16\ \mu\text{g/L}$ 、SI(血清铁)低于 $10.7\ \mu\text{mol/L}$ 、Hb(血红蛋白)低于 $110\ \text{g/L}$,排除先天性心脏病、凝血学功能异常、再生障碍性贫血等患儿,以随机数字表法形式对患儿进行划分,每组32例,参照组患儿中男16例,女16例,平均年龄(2.11 ± 0.11)岁;实验组者中男15例,女17例,平均年龄(2.01 ± 0.21)岁,平均病程(2.54 ± 0.54)个月。此次研究的两组临床资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 参照组患儿实行常规治疗,每天口服 $5\ \text{mg/kg}$ 蛋白琥珀酸铁口服液,于两餐间服用,每天3次,依据患儿胃肠道反应实际情况对应用剂量进行调整,口服 $0.3\ \text{g}$ 维生素C,每天3次。实验组在了解患儿营养情况、辅食添加情况、辅食搭配情况、儿童挑食情况之后给出有效处理措施:①健康教育。医护人员告知儿童家属饮食合理搭配的意义与重要性,依据现场指导、视频演示、食物模型教育等方措施提升家长认知度,对辅食添加营养成分比例进行掌握^[1-2]。如果儿童偏食或者挑食,儿童家长不可过度指责,需要采取引导、鼓励、游戏等措施将患儿不良饮食习惯进行改正,辅助其形成良好的日常饮食习惯^[3]。②喂养指导。医护人员给与儿童家属一对一地指导,确保能够正确掌握儿童喂养方式。③对症治疗。如果儿童是因慢性腹泻引发的缺铁性贫血需要进行止泻治疗。如果患儿出现消化不良、纳差等临床症状,应该予以患儿益气健脾口服液(广州一品红制药有限公司,国药准字B20020275)治疗,药物中包括茯苓、山楂、陈皮、山药、炙甘草、莲子、太子参等组成成份,周岁儿童每次

$0.25\ \text{g}$ 、2~3岁儿童每次 $0.5\ \text{g}$ 、4~6岁儿童每次 $1\ \text{g}$,每天2次。两组患儿均实行1个月的治疗。

1.3 观察指标 患儿经对症治疗之后临床体征与症状全部消失,Hb超过 $110\ \text{g/L}$ 判定为显效;患儿经对症治疗之后临床体征与症状基本消失,Hb升高程度超过 $10\ \text{g/L}$ 判定为有效;患儿经对症治疗之后临床体征与症状变化不显著判定为无效;总有效率计算形式为有效率与显效率之和。观察两组营养性缺铁性贫血患儿SF(血清铁蛋白)、SI(血清铁)、Hb(血红蛋白)。

1.4 统计学方法 本次录入本院研究的64例营养性缺铁性贫血患儿临床资料均应用SPSS 19.0软件进行分析,以率(%)的形式表示两组营养性缺铁性贫血患儿临床治疗总有效率,采用 χ^2 检验,以“ $\bar{x}\pm s$ ”形式表示营养性缺铁性贫血患儿SF、SI、Hb,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比研究两组患儿临床治疗总有效率 参照组营养性缺铁性贫血患儿临床治疗总有效率75.00%显著低于实验组患儿临床治疗总有效率96.87%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患儿临床治疗总有效率对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	32	21	10	1	96.87
参照组	32	12	12	8	75.00
χ^2					6.335 4
P					0.011 8

2.2 对比研究治疗前后参照组与实验组患儿营养情况 参照组营养性缺铁性贫血患儿营养情况(SF、SI、Hb)对比实验组显著更低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 分析小儿营养性缺铁性贫血的诱发因素 本次研究的64例营养性缺铁性贫血患儿中大约有44例是因不合理辅食添加以及添加晚引发的,占据68.75%;8例是因辅食添加困难引发的,占据12.50%;4例是因慢性腹泻引发的,占据6.25%;3例是因挑食、偏食、厌食引发的,占据4.68%;5例是

因早产引发的,占据7.81%。小儿辅食添加晚一般都是由于小儿母乳量较多,儿童家长觉得奶水够吃,不需要添加辅食,此外儿童6个月也不能及时予以辅食,主要就是母乳喂养。不合理辅食添加是不少家长仅仅只是给予儿童粥、面条、米粉等谷类食物,很少添加肉、鱼、蛋、豆类食

物。不少儿童家长认为肉、鱼类食物不容易消化,不了解不同食物的营养成分。对于添加辅食困难儿童大部分都是因辅食添加晚引发的,错过了儿童辅食添加最佳月龄,导致儿童仅仅喜欢吃奶,不乐意接受其他食物。

表2 治疗前后参照组与实验组患儿营养情况对比

组别	例数	SF(μg/L)		SI(μmol/L)		Hb(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	32	11.21±5.21	30.24±3.21	8.99±0.65	20.54±2.21	102.21±4.21	130.21±5.68
参照组	32	11.87±4.11	20.21±4.21	8.74±1.21	13.54±2.21	103.21±4.57	111.24±6.58
t		0.5626	10.7171	1.0296	12.6696	0.9103	12.3889
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

营养性缺铁性贫血主要是因不合理辅食添加、辅食添加过晚引发铁摄入不足导致的疾病,铁属于人体合成血红蛋白的关键原料,缺乏铁元素可能导致发生低色素小细胞性贫血症状,儿童出生之后体内铁来源包括外源性以及内原铁。外源性是依据进食摄入铁元素,此外衰老红细胞破坏释内源铁,大约有30%婴儿获取食物的成分。母亲妊娠最后3个月新生儿从母体获取铁元素,如果新生儿足月出生新生儿体内铁元素足够生后4~5个月的营养^[4-5]。但是如果是双胞胎、低体质量出生儿、早产儿因存在不足的储铁情况,需要从食物中获取铁元素。食物中包括两种铁元素,如血红素铁以及非血红素铁,血红素铁十分容易被吸收,但是非血红素铁需要溶解、游离以及还原成Fe²⁺之后才能够被儿童吸收^[6-7]。牛乳、母乳、谷物中存在较少的含铁量,大部分都是非血红素铁。鱼、肝、瘦肉、动物血中存在较多的血红素铁以及较高吸收率。合理搭配铁元素食物是对铁吸收造成影响的关键因素。果糖、氨基酸、维生素C等能够对非血红素铁吸收进行促进,植物纤维、蛋、茶、咖啡、牛奶等会对吸收非血红素铁进行阻碍。动物性食物的肌红蛋白、血红蛋白、血液中的血红素铁存在容易被以上因素影响吸收率,所以植物性食物中铁存在较低吸收率,动物肝、血、肉等食物中铁存在较高吸收率。母乳中存在较低含铁量,但是具有较高铁吸收率^[7]。在哺乳中加入乳儿糕、果泥、米糊、菜泥等固体食物会降低母乳中铁吸收率。因此,研究发现不少儿童都是因家长缺少正确添加辅食以及科学喂养的相关知识,仅仅只是添加谷类食物或较晚添加辅食导致过少的摄入铁引发缺铁性贫血。也有不少儿童是因慢性腹泻促使不能良好吸收铁,增加排泄导致引发缺铁性贫血。也有不少早产儿童因储铁少以及不能及时补充导致发生缺铁性贫血。为了避免小儿出生后发生营养性缺铁性贫血症状,婴儿期应该合理进行喂养,提升母乳喂养率。对于足月儿童自出生后4个月,对于早产儿从出生后2个月之后都需要进行补铁,提升铁强化食品使用量,且5~6个月之后增加铁强化谷物进行补铁。在应用益气健脾口服液治疗营养性缺铁性贫血中山药存在养阴、健脾益气的作用;茯苓存在健脾化痰的作用;陈皮具有燥湿化痰、理气健脾的作用;莲子具有安神益肾、补脾止泻的功效;山楂具有消食健胃的作用,联合诸药具有健脾益气、安神和胃的

功效。实验组营养性缺铁性贫血患儿临床治疗总有效率、SF、SI、Hb对比参照组数据差异有统计学意义(P<0.05)。

综上所述,将依据儿童辅食添加情况应用对症治疗措施,可显著改善儿童症状,值得借鉴。

参考文献

- [1] Kumar A, Garai AK. A clinical study on Pandu Roga, iron deficiency anemia, with Trikatrayadi Lauha suspension in children[J]. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine, 2012, 3(4):215-222.
- [2] 李芳春,肖习蓉. 小儿营养性缺铁性贫血发病因素调查[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(9):1400-1401.
- [3] 杨树英,帅普霞. 宝儿康散治疗小儿营养性缺铁性贫血62例[J]. 中国药业, 2012, 21(4):80.
- [4] 何秀颀. 小儿营养性缺铁性贫血的护理干预效果观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26(9):207-208.
- [5] 刘金变. 小儿营养性缺铁性贫血的调查分析[J]. 临床医药实践, 2014, 23(3):205-206, 240.
- [6] 丁晖. 小儿营养性缺铁性贫血的护理[J]. 中国实用医药, 2013, 8(22):220-221.
- [7] 莫郁原,李立. 小儿营养性缺铁性贫血的原因及治疗效果分析[J]. 青岛医药卫生, 2015, 47(3):174-176.