

防治佝偻病与家庭保健的关系

李学民 (吉林省抚松县妇幼保健计划生育服务中心, 吉林抚松 134500)

摘要: 目的: 探讨佝偻病的防治策略。方法: 收集我院 600 例体检患儿作为研究对象, 按随机原则将其分为两组, 各 300 例。对照组单纯添加维生素 D, 观察组在对照组基础上适量添加钙剂, 观察两组佝偻病发生情况。结果: 600 例儿童中, 发现 47 例有典型佝偻病体征, 发病率为 7.83%。其中观察组 21 例 (44.68%), 对照组 26 例 (55.32%), 两组比较无显著差异 ($\chi^2=1.064, P>0.05$); 两组 3、6、9、12 个月时生长发育指标比较无显著差异 ($P>0.05$); 两组 3、6、9、12 个月时夜惊、多汗、肋外翻、手镯、脚镯、枕秃等体征及体征发生率对比无显著差异 ($P>0.05$)。结论: 在婴幼儿时期加强家庭保健, 保证儿童维生素 D 的适量摄入能够达到预防佝偻病或降低发病率的目的, 无须额外添加钙剂。
关键词: 佝偻病; 防治; 维生素 D; 钙剂; 家庭保健

佝偻病是一类多因素导致的钙磷代谢异常、骨化障碍而引发的以骨骼病变为主要特征的疾病, 主要发生于儿童发育期, 以维生素 D 缺乏性佝偻病最为常见, 主要见于 2 岁以内婴幼儿。佝偻病严重影响儿童成长发育, 是我国儿童保健工作的重点防治疾病。经过多年努力, 我国儿童佝偻病发病率显著下降。当前, 在儿童喂养过程中添加维生素 D 制剂是公认的佝偻病防治措施, 近年来也有报道认为在服用维生素 D 制剂同时需添加钙剂, 但这一观点尚存争议^[1]。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究开展时间为 2019 年 1 月~2020 年 1 月, 收集我院 600 例体检患儿作为研究对象, 按随机原则将其分为观察组和对照组, 各 300 例。观察组中, 男 157 例, 女 143 例, 出生体重 3.2~4.5kg, 年龄 0~3 岁。对照组中, 男 158 例, 女 142 例, 出生体重 3.0~4.6kg, 年龄 0~3 岁。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组儿童日常饮食中添加维生素 D, 配方奶喂养者无须额外添加维生素 D 制剂, 每日口服 1 例, 喂奶前或进食前 30min 将维生素 D 胶囊内液体挤入儿童口中。观察组在维生

素 D 基础上, 添加钙剂 0.2g/d, 分两次口服。每周进行户外活动, 接受日光照射时间达到 2h 以上。

1.3 观察指标

所有儿童定期接受健康体检, 项目包括身高、体质量。记录两组症状和体征(包括夜惊、多汗、肋外翻、激惹、枕秃)。分别于随访 3、6、9、12 个月时对生长发育指标进行统计。于随访 6 个月和 12 个月时对两组症状与体征进行统计。

1.4 统计学方法

采用 SPSS24.0 软件处理资料, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, (%) 表示计数资料, 分别以 t 和卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 佝偻病发生率

600 例儿童中, 发现 47 例有典型佝偻病体征, 发病率为 7.83%。其中观察组 21 例 (44.68%), 对照组 26 例 (55.32%), 两组比较无显著差异 ($\chi^2=1.064, P>0.05$)。

2.2 生长发育指标

两组 3、6、9、12 个月时生长发育指标比较无显著差异 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组生长发育指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组 (n=300)	对照组 (n=300)	t	P
身高 (cm)	3 个月	74.13 ± 3.25	74.64 ± 4.02	1.709	0.088
	6 个月	77.36 ± 3.93	78.02 ± 3.36	1.737	0.083
	9 个月	85.12 ± 3.02	85.01 ± 4.03	0.378	0.705
	12 个月	92.33 ± 2.56	92.36 ± 2.08	0.158	0.875
体质量 (kg)	3 个月	7.23 ± 1.25	7.05 ± 1.31	1.722	0.086
	6 个月	8.63 ± 1.52	8.61 ± 1.52	0.161	0.872
	9 个月	12.36 ± 3.21	12.63 ± 3.02	1.061	0.289
	12 个月	14.02 ± 3.33	14.05 ± 3.20	0.116	0.908

2.3 两组儿童症状与体征比较

两组 3、6、9、12 个月时夜惊、多汗、肋外翻、手镯、脚镯、

枕秃等体征及体征发生率对比无显著差异 ($P>0.05$), 见表 2。

表 2 两组儿童症状与体征比较 [n (%)]

症状 / 体征	时间	观察组 (n=300)	对照组 (n=300)	χ^2	P
激惹	6 个月	33 (11.00)	32 (10.67)	0.017	0.895
	12 个月	30 (10.00)	31 (10.33)	0.018	0.893

表 2 两组儿童症状与体征比较 [n (%)]

多汗	6个月	35 (11.67)	37 (12.33)	0.063	0.802
	12个月	41 (13.67)	42 (14.00)	0.014	0.906
夜惊	6个月	37 (12.33)	35 (11.67)	0.063	0.802
	12个月	30 (10.00)	31 (10.33)	0.018	0.893
枕秃	6个月	43 (14.33)	42 (14.00)	0.014	0.907
	12个月	40 (13.33)	39 (13.00)	0.015	0.904
肋外翻	6个月	41 (13.67)	42 (14.00)	0.014	0.906
	12个月	38 (12.67)	37 (12.33)	0.015	0.902

3 讨论

3.1 佝偻病的诊断

佝偻病初期并无典型性表现,可能发生夜间惊醒、睡眠不安稳、多汗、烦躁、易激惹等症状,随着疾病进展,可出现骨骼特征性改变与其他系统改变。佝偻病按照病变程度可分为四期,包括早期、活动期、恢复期、后遗症期。①早期:多见于6个月以内婴儿,患儿可表现为易激惹、多汗、夜惊等神经症状,在病变早期通常无骨骼性病变,单纯依靠体征和症状很难诊断。本次研究中,600例患儿在体征方面,枕秃与肋外翻检出率较高,枕秃可能与儿童生长状态、睡眠状态紊乱、睡眠时出汗等相关,肋外翻则与儿童腹腔脏器发育速度快于胸廓、衣物过紧、压迫肋缘等相关。相关研究明确指出,夜惊、多汗、激惹、烦躁等症状虽可见于佝偻病患儿,但并无特异性。②疾病活动期表现:对于6个月以内的婴儿,骨骼体征可见颅骨软化体征,6个月以上的患儿可出现手(足)镯、鸡胸、肋软骨沟、X/O型腿、方颅、肋串珠等体征。生化检查血磷可呈现明显下降趋势,血钙正常或偏低,碱性磷酸酶显著增高,血25-(OH)D显著下降。影像学检查可见长骨干骺端增宽,呈现毛刷或杯口状,临时钙化带消失。③恢复期表现:早期或活动期患儿经治疗后,症状消失,体征逐渐恢复,各项生化指标逐渐恢复正常,影像学检查可见长骨干骺端临时钙化带重现,增宽、密度增加,骨骺软骨盘不足2mm。④后遗症期:多见于3岁以上的儿童,因婴幼儿期严重佝偻病,可有不同程度的骨骼畸形,一般无临床症状,影像学、生化检验无异常。维生素D缺乏除了可引发骨骼病变外,同时对其他组织器官也有影响,后遗症期患儿可出现运动发育迟缓、免疫功能下降等。相关研究指出,儿童维生素D缺乏同时与糖尿病、哮喘、多发性硬化等成人期慢性病的发病相关。维生素D缺乏高危因素、临床症状、体征等可辅助佝偻病的诊断,确诊需要进行生化检验和影像学检查。血清25-(OH)D是维生素D状态的敏感指标^[2]。

3.2 佝偻病的治疗

①维生素D治疗:维生素D是人体器官组织发育的重要元素,其不仅具有调节钙磷代谢的作用,同时对佝偻病的预防与治疗有重要作用。维生素D广泛分布于人体各个组织气中,因此也具有其他广泛的骨骼外生物学效应,如调节免疫、保护中枢神经系统、防控代谢综合征等。为防止佝偻病患儿骨骼畸形,治疗原则以口服维生素D制剂为主,维生素D制剂的选择、疗程、剂量、给药途径等应当根据患儿实际情况

决定,强调个体化治疗。治疗剂量一般为2000~4000U/d,连续治疗1个月后改为400U/d维持量,若存在口服困难或胃肠道反应等,可进行大剂量冲击疗法,一次性肌注15万/30万U维生素,间隔1~3个月后再以400U/d的剂量维持。在临床实践中,部分家长和儿科医生担心长时间补充维生素D可能引发中毒反应,多伦多大学Rcieth早在1999年回顾了大量文献发现过去认为维生素D极易引发中毒的观点并无依据,在其收集的文献中,并未发现每日使用维生素D3 10000U而引发中毒的案例。此后的研究中也证实,每日摄入10000U维生素D,持续应用5个月以上,并无明显不良反应。当剂量超过50000U时,血25-(OH)D达到150mg/ml,才引起维生素D过量症状。②其他治疗:如适量补充钙剂,对患儿骨骼发育有益,调整膳食结构,满足婴幼儿的钙需求。

3.3 佝偻病的预防与家庭保健

相关研究认为,只要确保适量摄入维生素D,即能有效预防婴幼儿佝偻病。但是否需要添加钙剂,临床报道意见并不一致^[3]。本次研究表明,两组婴幼儿适当补充维生素D或同时添加钙剂的佝偻病发生率对比无显著差异($P > 0.05$),亦即是说,单纯补充维生素D和添加钙剂对佝偻病的预防效果相当。中华儿科学会和儿保学组2007年建议维生素D以400U/d的剂量作为预防剂量。全国佝偻病防治科研协作组与中国优生科学协会拟定的《维生素D缺乏及维生素D缺乏性佝偻病防治建议(2014版)》中指出维生素D预防剂量为400~800U/d,或可根据季节、区域、日照情况选择400U/d或800U/d。对于早产儿、低体重出生儿以及双胎/多胎等高危群体,出生后应当立即补充800~1000U/d的维生素D,连续使用3个月后,改为400~800U/d的常规预防剂量。

家庭保健措施:家长应当从孩子出生起即接受医疗保健部门系统管理,定期进行健康检查,动态掌握孩子生长发育情况,定期参加相关知识讲座或门诊指导,获取更多儿童喂养和常见病预防知识。鼓励母乳喂养,同时合理添加辅食。根据小儿体质、气候特点进行适当的户外活动,接受适当的强阳照射,以促进维生素D生成。

参考文献

- [1] 赵青. 防治佝偻病与家庭保健的关系[J]. 职业与健康, 2004(08):95-96.
- [2] 褚拴变. 健康教育预防儿童发生维生素D缺乏性佝偻病效果观察[J]. 中国保健营养, 2019,29(6):319.
- [3] 胡梅影. 儿童家庭保健与佝偻病防治关系[J]. 中国妇幼保健, 1989(03):26-27.