

体弱儿管理



张唯敏

内容

体弱儿概念


体弱儿对象和种类

各类体弱儿管理要求


考核标准、资质、表格



重要性



体弱儿筛查及管理是儿童保健工作的重点，对体弱儿治疗干预工作的开展直接关系到儿童身体健康和五岁以下儿童死亡率。



1.体弱儿:

是指先天不足或后天反复疾病困扰而使儿童生长受到影响的儿童



2.管理对象:

辖区范围内0-6岁儿童中
筛查出的所有体弱儿。



3.管理内容:

1.早产儿、双胞胎、

2.低出生体重

6.生长发育监测中的低体重、消瘦、生长发育迟缓，神经、运动功能和智力心理行为发育异常

5.贫血

3.活动期佝偻病

4.中重度营养不良

7.反复ARI、哮喘、单纯性肥胖、先天性缺陷、器质性疾病等



5.体弱儿管理:

- 体弱儿专案管理和分类管理
- 体弱儿童管理登记表，对所有高危儿童应进行登记；
- 个案管理表

对每一个体弱儿均应建立个案管理，记录建档时间、疾病名称、随访及转归，进行专案管理



(1) 体弱儿分级分类管理



① I 类体弱儿

1. 轻度贫血；
2. 轻度营养不良；
3. 轻度肥胖；
4. 轻度佝偻病；
5. 早产孕周35—37周且出生体重 >2000 克的婴儿；
6. 满月增磅不足600克的婴儿。

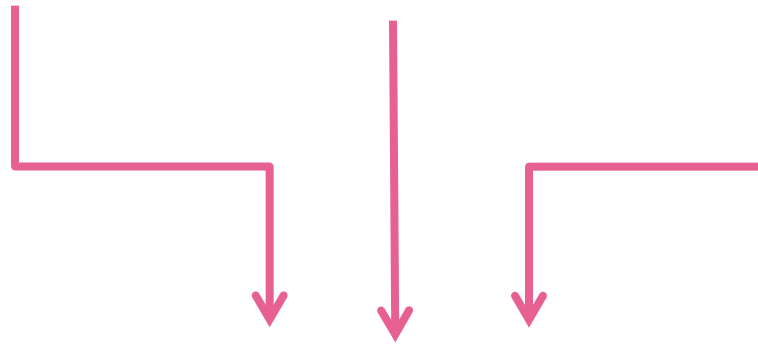
(1) 体弱儿分级分类管理



② II类体弱儿

1. 中度贫血；
2. 中度营养不良；
3. 中度肥胖；
4. 中度佝偻病
5. 足月小样儿、早产孕周 <35 周或出生体重 ≤ 2000 克的婴儿。

(1) 体弱儿分级分类管理



③Ⅲ类体弱儿

1. 重度贫血；
2. 重度营养不良；
3. 重度肥胖；
4. 重度佝偻病；
5. 反复呼吸道感染、哮喘；
6. 弱视、斜视；
7. 动作、语言或精神等发育迟滞；
8. 听力障碍；
9. 情绪或行为障碍；
10. 先天性心脏病和先天畸形；
11. 传染性疾病；
12. 其它生长发育异常或遗传性、代谢性疾病等。

(1) 体弱儿分级分类管理

I 类体弱儿由各基层医疗保健机构承担并建立专案管理；

II 类体弱儿经指定市、县级儿保门诊进行病因分析和检查，给出治疗方案后在基层医疗保健机构进行专案管理；

III 类体弱儿由指定市级儿保门诊进行专案管理。

经3个月干预效果仍不佳的应转往市级儿保专科门诊进行专案管理；

I 类--**基层**

II 类—**上级
(基层)**

III 类—**上级**



(1) 体弱儿分级分类管理

筛查登记

随访

转归



随访

随访

六个月内每月随访一次，半年后每两月随访一次，一岁后三个月随访一次直至转归。

发现体弱儿要增加随访（监测）次数：



转归

佝偻病、
贫血、营
养不良、
肥胖

按照国家儿童营养性疾病管理规范要求结案

反复呼吸
道感染

连续2个月无呼吸道感染症状

早产、低
体重

- 1、体重达到正常，按W/A或按H/A达到X-2SD以上，并维持2个月无变化。
- 2、生活能力明显增强、吸吮能力增强、体温、大小便正常等。

归纳

体弱儿管理

营养问题

VD
缺乏
佝偻
病

营养
不良

单纯
性肥
胖

贫血及其他

中重
度贫
血

其他

连续
二次
体重
不增

先天不足

低出
生体
重儿

早产

先心



体弱儿常见病



营养不良



维生素D缺乏性佝偻病



营养不良



单纯性肥胖



蛋白质-能量营养不良

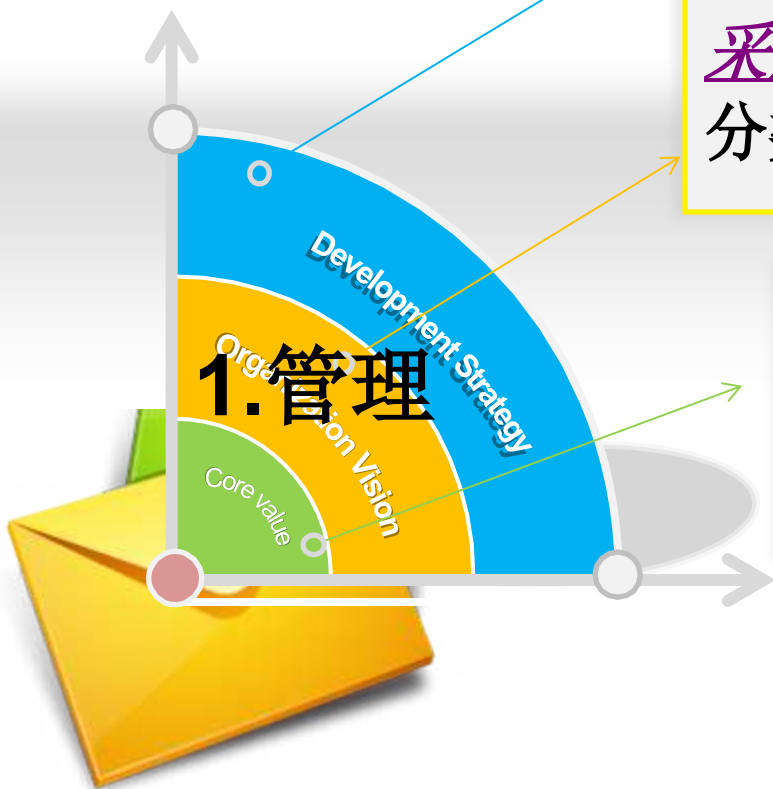


(一) 蛋白质-能量营养不良

凡中重度营养不良均应收案。
重点是中重度低体重、消瘦和
生长发育迟缓。

采用标准差法-----进行评估和
分类，

测量值低于中位数减2个标准
差为低体重、生长迟缓和消瘦。



(一) 蛋白质-能量营养不良分类分度

体重低下 (W/A)

其体重 < 同年龄、同性别参照人群值的均数 - 2个标准差，但 ≥ -3 个标准差为中度； < 均数 - 3个标准差为重度。
主要反映患儿有慢性或急性营养不良。

生长迟缓 (H/A)

其身高(高) < 同年龄、同性别参照人群值的均数 - 2个标准差，但 ≥ -3 个标准差为中度； < 均数 - 3个标准差为重度。
主要反映过去或长期慢性营养不良。

消瘦 (W/H)

其体重 < 同性别、同身高参照人群值的均数 - 2个标准差，但 ≥ -3 个标准差为中度； < 均数 - 3个标准差为重度。
主要反映近期、急性营养不良。

评价等级 [Ⓛ]	$\bar{x} - 2s$ 以下 [Ⓛ]	$\bar{x} - 2s$ [Ⓛ]	$\bar{x} - 1s$ [Ⓛ]	\bar{x} [Ⓛ]	$\bar{x} + 1s$ [Ⓛ]	$\bar{x} + 2s$ [Ⓛ]	$\bar{x} + 2s$ 以上 [Ⓛ]
六级 [Ⓛ]	下 [Ⓛ]	中下 [Ⓛ]	中低 [Ⓛ]	[Ⓛ]	中高 [Ⓛ]	中上 [Ⓛ]	上 [Ⓛ]
五级 [Ⓛ]	下 [Ⓛ]	中下 [Ⓛ]	[Ⓛ]	中 ($\bar{x} \pm 1s$) [Ⓛ]	[Ⓛ]	中上 [Ⓛ]	上 [Ⓛ]
三级 [Ⓛ]	下 [Ⓛ]			正常 ($\bar{x} \pm 2s$) [Ⓛ]			上 [Ⓛ]

(一) 蛋白质-能量营养不良病因

(1) 早产、低出生体重儿或小于胎龄儿。

(2) 喂养不当，乳类摄入量不足、未适时或适当地进行食物转换、偏食和挑食等。

(3) 反复呼吸道感染和腹泻，消化道畸形，内分泌、遗传代谢性疾病及影响生长发育的其他慢性疾病。

(一) 蛋白质-能量营养不良表现

症状体征：

- (1) 最早表现是体重不增，随后体重下降。
- (2) 消瘦、皮下脂肪减少或消失、肌肉松弛、皮肤毛发干枯
- (3) 久之出现发育迟缓、营养不良性水肿、反应迟钝、智力落后等，并易患各种疾病。



(一) 蛋白质-能量营养不良干预

(1) 喂养指导 进行喂养咨询和膳食调查分析，根据病因、评估分类和膳食分析结果，指导家长为儿童提供满足其恢复正常生长需要的膳食，使能量摄入逐渐达到推荐摄入量(RNI)的85%以上，蛋白质和矿物质、维生素摄入达到RNI的80%以上。



婴幼儿喂养

三种食物形式

液体

母乳
配方奶
牛奶、羊奶

泥糊状

辅食
蔬菜、水果
鸡、鱼、肉、蛋、奶

固体

和成人饮食一样



(一) 蛋白质-能量营养不良干预

1) 随访

每月营养监测、生长发育评估和指导，直至恢复正常生长。

(2) 管理

2) 转诊：中重度营养不良儿童连续2次治疗体重增长不良、或营养改善3-6个月后但身高（身高）增长不良者，及时转上级妇幼保健机构或专科门诊进行会诊或治疗。

出院后及时纳入专案管理，按上级机构的治疗意见协助恢复期治疗，直至恢复正常生长。

3) 结案

一般情况好，体重/年龄或身高（身高）/年龄或体重/身高（身高） $\geq M-2SD$ 即可结案。



(一) 蛋白质-能量营养不良预防

(1) 指导早产/低出生体重儿采用特殊喂养方法，定期评估，积极治疗可矫治的严重先天畸形。

(2) 及时分析病史，针对儿童生长发育不良的原因进行个体化指导；对存在喂养或进食行为问题的儿童，指导家长合理喂养和行为矫治，使儿童体格生长恢复正常速度。

(3) 对于反复患消化道、呼吸道感染及影响生长发育的慢性疾病儿童应及时治疗。



营养性缺铁性贫血

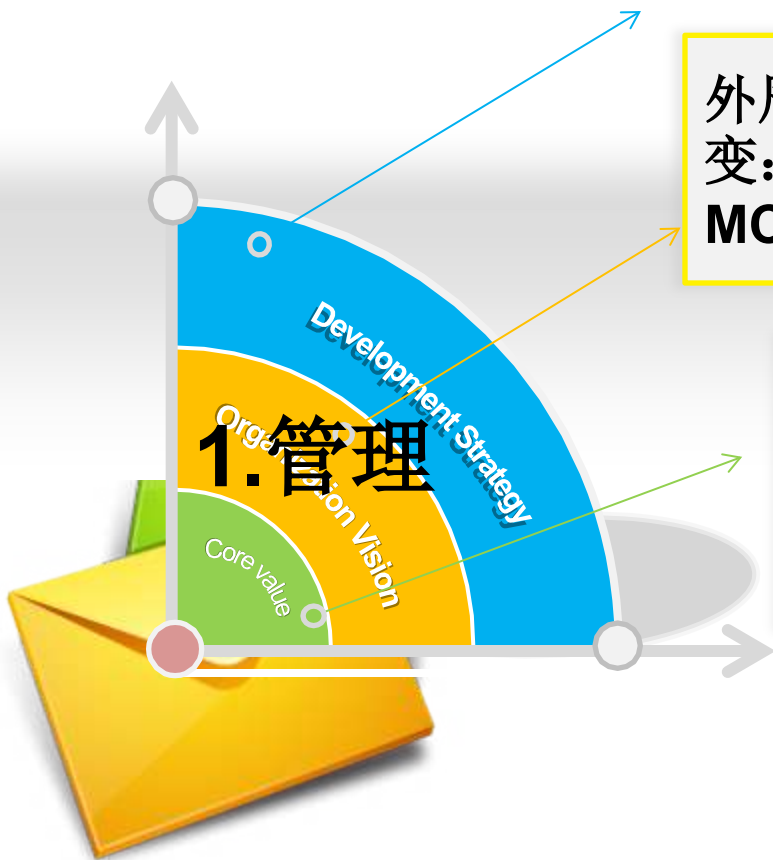


(二) 营养性缺铁性贫血

6月龄-6岁小儿Hb<110 g/L均
应收案管理。

外周血红细胞呈小细胞低色素性改
变：**MCV<80 fl**，**MCH<27 pg**，
MCHC<310 g/L。

有条件的机构可进行铁代谢等进一
步检查，以明确诊断。



(二) 营养性缺铁性贫血

收案管理

- 1) 血红蛋白 (Hb) 降低: **6月龄-6岁** $<110 \text{ g/L}$ 。海拔每升高1000米, Hb上升约4%。
- 2) 外周血红细胞呈小细胞低色素性改变: $\text{MCV} < 80 \text{ fl}$, $\text{MCH} < 27 \text{ pg}$, $\text{MCHC} < 310 \text{ g/L}$ 。
- 3) 有条件的机构可进行铁代谢等进一步检查, 以明确诊断。

2) 判断

贫血程度判断:
Hb值90~
109g/L为轻度;
60~89 g/L为
中度;
<60 g/L为重
度。

(二) 营养性缺铁性贫血病因

据WHO调查报告，发展中国家5岁以下和5-14岁儿童贫血患病率分别为39%和48%，其中半数以上为IDA，而ID患病率至少为IDA患病率的2倍

1

早产、双胎或多胎、胎儿失血和妊娠期母亲贫血，导致先天铁储备不足。

未及时添加富含铁的食物，导致铁摄入量不足。

2

3

不合理的饮食搭配和胃肠疾病，影响铁的吸收。

生长发育过快，对铁的需要量增大。长期慢性失血，导致铁丢失过多。

4

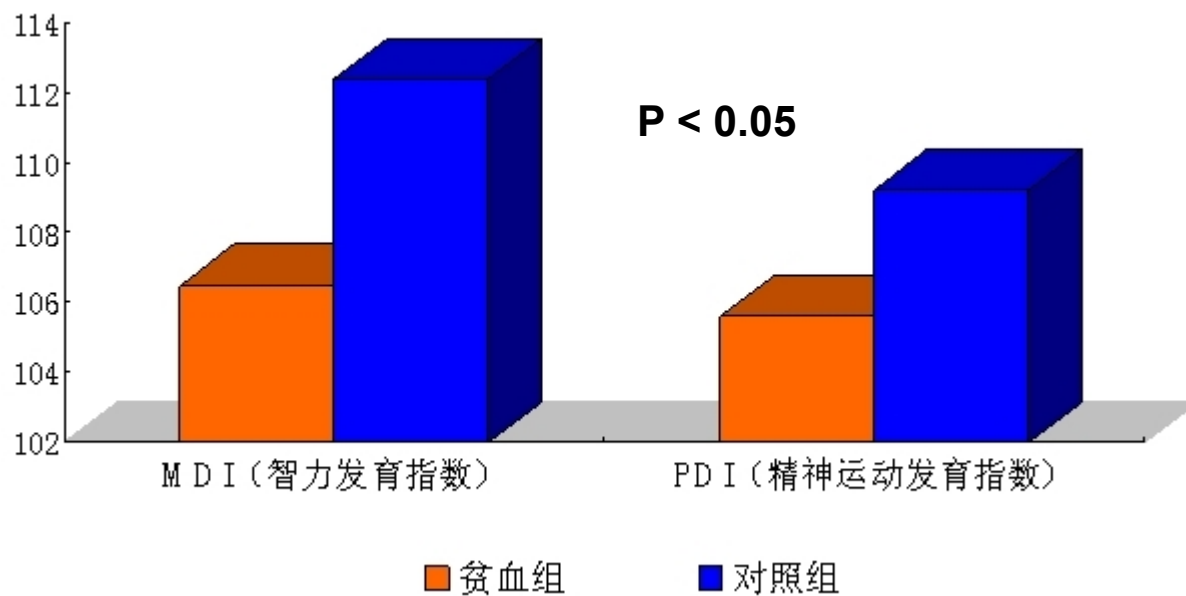


(二) 营养性缺铁性贫血表现





IDA对婴幼儿智能发育的影响



129例2.5岁幼儿（男）

贫血组MDI和PDI低于正常儿童

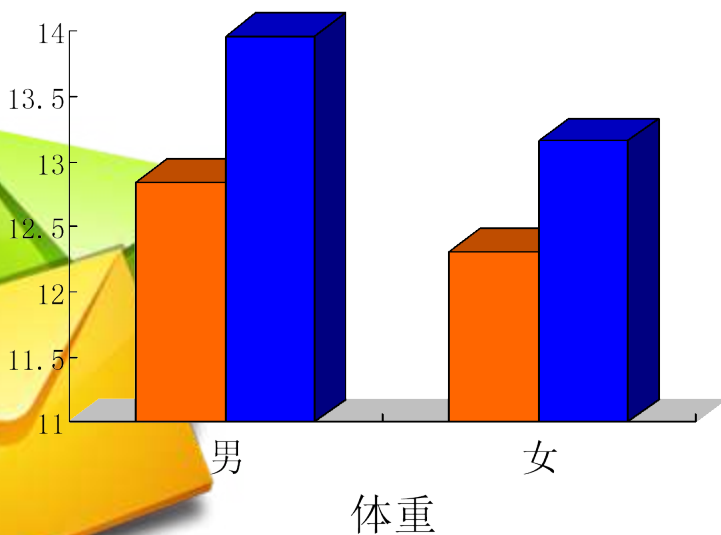


IDA对婴幼儿体格发育的影响

影响生长发育

儿童铁缺乏时常有体格发育迟缓，健康水平降低。

IDA对幼儿体格发育的影响



264例2岁幼儿（男145例，女119例）
贫血组体重发育明显低于正常儿童

■ 贫血组
■ 对照组



缺铁性贫血对婴幼儿危害



影响运动能力发展

铁缺乏症患者肌肉软弱、运动能力下降、易疲劳。2岁以下儿童缺铁还将影响儿童未来的体能发育，以至带来成年后的劳动生产力的低下。



影响免疫和抗感染能力

铁缺乏影响机体免疫功能，造成婴幼儿反复感染，主要表现为反复上呼吸道感染迁延不愈。



(二) 营养性缺铁性贫血干预

(1) 铁剂治疗

1) 剂量: 贫血儿童可通过口服补充铁剂进行治疗。按元素铁计算补铁剂量, 即每日补充元素铁 1-2 mg/kg, 餐间服用, 分2-3次口服, 每日总剂量不超过30 mg。可同时口服维生素C以促进铁吸收。

常用铁剂及其含铁量, 即每1 mg元素铁相当于: 硫酸亚铁5mg、葡萄糖酸亚铁8mg、乳酸亚铁5mg、柠檬酸铁铵5mg或富马酸亚铁3mg。

(二) 营养性缺铁性贫血干预



(1) 铁剂治疗

口服铁剂可能出现恶心、呕吐、胃疼、便秘、大便颜色变黑、腹泻等副作用。

间歇性补铁的方法[补充元素铁1-2 mg / (kg · 次)，每周1-2次或每日1次]，待副作用减轻后，再逐步加至常用量。

餐间服用铁剂，可缓解胃肠道副作用

间歇补铁



(二) 营养性缺铁性贫血干预



2) *疗程*: 应在Hb值正常后继续补充铁剂2个月, 恢复机体铁储存水平。

3) *疗效标准*: 补充铁剂2周后Hb值开始上升, 4周后Hb值应上升10-20 g/L及以上。



解读

缺铁和缺铁性贫血的基本概念

铁缺乏症 (Iron deficiency, ID): 体内总铁含量降低

铁减少期
(iron depletion, ID)

红细胞生成缺铁期
(iron deficient
erythropoiesis, IDE)

缺铁性贫血
(Iron deficiency anemia, IDA)

不伴贫血的
铁缺乏症

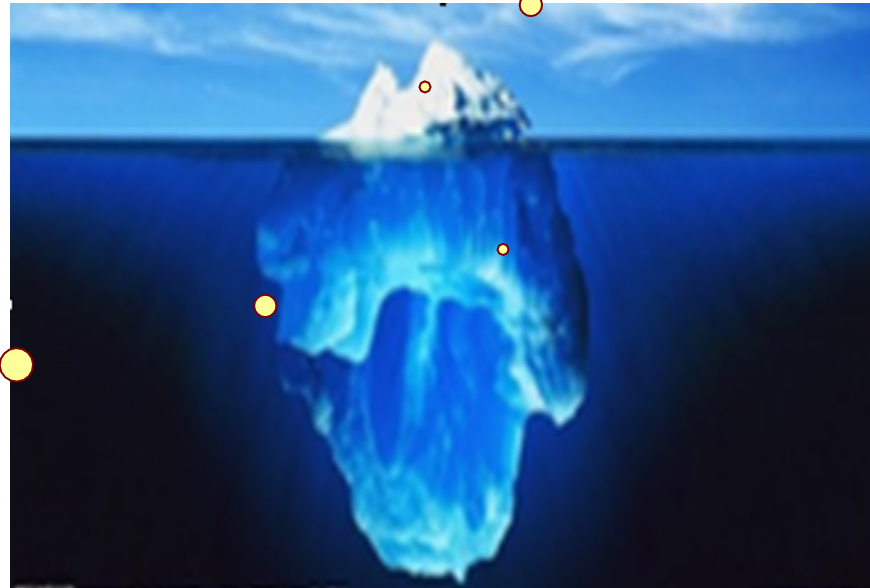
- 体内铁缺乏
- 小细胞低色素性贫血



ID----IDA

- 隐形铁缺乏发生率是缺铁性贫血的至少**2**倍以上
- 隐形铁缺乏，可造成脑发育损伤
- 铁缺乏造成的脑损伤具有持久性和不可逆性。

IDA



(二) 营养性缺铁性贫血干预



4) 一般治疗：合理喂养，给予含铁丰富的食物；也可补充叶酸、维生素B12 (VitB12) 等微量营养素；预防感染性疾病。

5) 病因治疗：根据可能的病因和基础疾病采取相应的措施。

(二) 营养性缺铁性贫血管理

1) 随访

轻中度贫血儿童补充铁剂后2-4周复查Hb，并了解服用铁剂的依从性，观察疗效。

2) 转诊

重度贫血儿童，轻中度贫血儿童经铁剂正规治疗1个月后无改善或进行性加重者，应及时转上级妇幼保健机构或专科门诊会诊或转诊治疗。

3) 结案

治疗满疗程后Hb值达正常即可结案。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/938057132056006072>