

小儿营养不良给予健康教育及保健指导 对儿童营养指标、免疫指标及其家长满意度的改善

樊庆真

郓城县人民医院儿一科, 山东 菏泽 274700

【摘要】 **目的** 小儿营养不良给予健康教育及保健指导对儿童营养指标、免疫指标及其家长满意度的改善。**方法** 选取 2021 年 1 月—2021 年 12 月期间我院收治的营养不良儿童 90 例作为研究对象, 根据干预方法的不同将其分成常规组 (n=45, 采取常规护理干预) 和实验组 (n=45, 采取健康教育联合保健指导), 对比两组儿童干预前后生长发育指标、骨密度 Z 值、血清 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平、血红蛋白水平、白蛋白水平、缺乏矿物质情况及家长满意度。**结果** 干预后, 实验组 WAZ、HAZ 水平均高于常规组 ($P < 0.05$); 干预后, 实验组骨密度 Z 值高于常规组 ($P < 0.05$); 干预后, 实验组 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平、血红蛋白水平、白蛋白水平均优于常规组 ($P < 0.05$); 实验组缺乏矿物质情况优于常规组, 家长满意度优于常规组 ($P < 0.05$)。**结论** 健康教育及保健指导有助于促进儿童生长发育, 改善其营养指标, 提高儿童骨密度水平和家长满意度。

【关键词】 小儿营养不良; 健康教育; 保健指导; 营养指标

营养不良是一种因营养摄取比例失调或营养摄入不足引起的疾病, 常发生于儿童群体, 严重影响儿童正常代谢, 机体内分泌紊乱, 造成儿童生长速率缓慢, 影响儿童正常发育^[1-2]。目前对于儿童营养不良常采取相应干预手段, 利于调整儿童的生长情况^[3]。本文研究小儿营养不良给予健康教育及保健指导对儿童营养指标、免疫指标及其家长满意度的改善, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月—2021 年 12 月期间我院收治的营养不良儿童 90 例作为研究对象, 根据干预方法的不同将其分成常规组 (n=45, 采取常规护理干预) 和实验组 (n=45, 采取健康教育联合保健指导)。其中常规组男 29 例, 女 16 例, 年龄 3~13 岁, 均值 (7.08±2.01) 岁, 病程 1~6 个月, 均值 (3.71±0.97) 个月; 实验组男 28 例, 女 17 例, 年龄 4~14 岁, 均值 (7.67±2.98) 岁, 病程 2~7 个月, 均值 (3.92±0.88) 个月。两组患儿一般资料存在均衡性 ($P > 0.05$), 可以进行对比。纳入标准: 临床资料完整; 无沟通障碍; 家属知情且签署知情同意书。排除标准: 合并凝血功能异常者; 依从性差; 临床资料不完整。

1.2 方法 两组患儿入院均接受相同治疗, 治疗方法包括给予患儿维生素、益生菌、激素治

疗等。治疗期间常规组采取常规护理干预, 实验组采取健康教育及保健指导, 具体内容如: ①饮食指导。临床治疗小儿营养不良时, 关键在于给予儿童饮食指导, 以纠正其不良饮食习惯。将健康饮食对纠正营养不良状况、促进儿童生长作用讲解给儿童及家属, 提高其健康饮食知识, 积极配合饮食干预, 提高其依从性。叮嘱家属选择流食、适合儿童年龄阶段的食物, 若儿童年龄小于 1 岁, 应以母乳为主, 若母乳不足, 可给予羊乳或牛乳。其它儿童推荐每日粮谷类 300~400g, 肉类 100~150g, 大豆 30~50g, 奶类 250~300g, 蛋类 25~50g, 蔬菜 300~400g, 水果 150~300g, 食用油 25~30g。②以生动、简单的语言向儿童及家长介绍营养不良相关知识, 包括病因、治疗措施、应对方案等, 为儿童讲解营养不良给身体健康造成的影响, 提高儿童的重视程度, 促进其配合医护人员的治疗及干预。此外, 叮嘱儿童保持充足睡眠和水分, 确保身体机能的健康生长。③用药指导。临床采取药物治疗营养不良, 由于儿童肝肾功能、消化系统较弱, 用药过程中, 需严密监测儿童病情变化, 并预防不良反应。首先, 益生菌为治疗儿童营养不良的首选药物, 给药方式以口服为主, 起到促进消化作用, 益生菌使用可在饭前或饭后, 提高治疗效果。其次, 钙是生长发育不可缺少的无机盐, 与儿童身高密切相关, 每日给予维 D 钙咀嚼片, 每日一次, 干预时间为 3 个月。最后, 在治疗期间将相关注意事项

告知家属,叮嘱儿童及家属不可随意增加、减少剂量,以耐心的方式向儿童讲解服药的重要性,提高儿童服药的配合度。

1.3 观察指标 ①对比两组儿童生长发育指标,包括 WAZ、HAZ、骨密度 Z 值,使用超声骨强度仪检验儿童干预前后骨密度^[4-5]。②对比两组儿童干预前后血清 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平,于儿童干预前后取静脉血 3mL,离心后取其上清液,使用 ELISA 技术检验 TGF- β ,采取化学发光法检验 25(OH)D,采取金表法检验 NBAP 水平,控制批内差异小于 19%,批间差异小于 15%^[6-7]。③对比两组儿童干预前后血红蛋白水平、白蛋白水平,采取生化分析仪检验白蛋白水平,采用血细胞分析仪检验血红蛋白^[8-9]。④对比两组儿童缺乏矿物质情况,血钙 < 1.57mmol/L,血镁 < 1.24mmol/L 表示缺乏^[10]。⑤对比两组儿童家长满意,分成非常满意、基本满意和不同意^[11]。

1.4 统计学处理 研究资料选择 SPSS22.0 软

件分析,均数标准差“ $\bar{x}\pm s$ ”表计量资料,t 行组间、组内比较;百分比(%)表计数资料, χ^2 行组间比较。 $P < 0.05$ 表示差异具统计学意义。

2 结 果

2.1 对比两组干预前后儿童生长发育指标 干预后,实验组 WAZ、HAZ 水平均高于常规组($P < 0.05$);干预后,实验组骨密度 Z 值高于常规组($P < 0.05$),组间存在差异性,见表 1。

2.2 对比两组儿童干预前后血清 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平 干预后,实验组 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平优于常规组,组间存在差异性($P < 0.05$),见表 2。

2.3 对比两组儿童干预前后血红蛋白水平、白蛋白水平 干预后,实验组血红蛋白水平、白蛋白水平均优于常规组($P < 0.05$),组间存在差异性,见表 3。

表 1 对比两组干预前后儿童生长发育指标($\bar{x}\pm s$)

组别	WAZ(kg/m ²)		HAZ(年/m ²)		骨密度 Z 值(g/cm ³)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组(n=45)	-0.07 \pm 1.17	-0.08 \pm 1.21	-0.32 \pm 1.52	-0.21 \pm 1.62	-1.56 \pm 0.15	0.65 \pm 0.51
实验组(n=45)	-0.11 \pm 1.18*	-0.02 \pm 1.27#	-0.33 \pm 1.56*	-0.17 \pm 1.72#	-1.56 \pm 0.17*	1.01 \pm 0.67#

注: * 表示与常规组干预前比较, $P > 0.05$; # 表示与常规组干预后比较, $P < 0.05$ 。

表 2 对比两组儿童干预前后血清 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平($\bar{x}\pm s$)

组别	25(OH)D(ng/mL)		NBAP(U/L)		血清 TGF- β (kDa)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组(n=45)	52.71 \pm 2.83	108.78 \pm 12.37	231.61 \pm 11.57	188.78 \pm 10.37	18.25 \pm 1.08	14.41 \pm 0.98
实验组(n=45)	52.07 \pm 2.46*	116.16 \pm 10.36#	233.16 \pm 10.36*	171.09 \pm 8.97#	18.21 \pm 1.16*	16.25 \pm 0.98#

注: * 表示与常规组干预前比较, $P > 0.05$; # 表示与常规组干预后比较, $P < 0.05$ 。

表 3 对比两组儿童干预前后血红蛋白水平、白蛋白水平($\bar{x}\pm s$)

组别	血红蛋白(g/L)		白蛋白(g/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组(n=45)	32.78 \pm 1.76	43.97 \pm 2.30	111.47 \pm 6.31	127.88 \pm 6.12
实验组(n=45)	32.45 \pm 1.63*	48.67 \pm 2.17*	110.98 \pm 6.01*	134.89 \pm 7.30*

注: * 表示与常规组干预前比较, $P > 0.05$; # 表示与常规组干预后比较, $P < 0.05$ 。

表 4 对比两组儿童家长满意度[n(%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
常规组(n=45)	15(33.33)	24(53.33)	6(13.33)	39(86.67)
实验组(n=45)	17(37.78)	26(57.78)	2(4.44)	43(95.56)#

注: # 表示与常规组比较, $P < 0.05$ 。

2.4 对比两组儿童缺乏矿物质情况 实验组

干预后钙缺乏率为 4.44%(2/45)、镁缺乏率为 6.67%(3/45);常规组干预后钙缺乏率为 13.33%

(6/45)、镁缺乏率为 17.78% (8/45)。实验组缺乏矿物质情况优于常规组,组间存在差异性($P < 0.05$)。

2.5 对比两组儿童家长满意度 实验组家长满意度优于常规组($P < 0.05$),组间存在差异性,见表 4。

3 讨 论

营养不良是当今世界上儿童患病率极高的疾病之一,同时也是影响儿童健康发育的关键因素^[12-13]。我国儿童营养不良多由于家长对相关知识缺乏,儿童自身出现偏食、挑食的情况,只有少数是常规物质基础不足导致。临床治疗营养不良儿童时采取健康教育及保健指导,可提高儿童及家长对疾病知晓率,采取预防营养不良的措施,提高儿童的治疗配合度,促进儿童早日康复^[14-15]。另外,健康教育及保健指导还可以提高家长对健康饮食的认知度,避免小儿营养不良的再次发生,确保儿童健康成长。

儿童阶段营养物质摄入会影响儿童体格和智力发育,钙元素是儿童骨骼结构成分,广泛参与儿童神经系统、心脏功能、血液循环系统等多种生理功能。白蛋白是评估营养状态的常用指标,血红蛋白是反应贫血程度的重要指标^[16-17]。本次研究显示:干预后,实验组 WAZ、HAZ 水平均高于常规组($P < 0.05$);干预后,实验组骨密度 Z 值高于常规组($P < 0.05$);干预后,实验组 TGF- β 、25(OH)D、NBAP 水平、血红蛋白水平、白蛋白水平均优于常规组($P < 0.05$);实验组缺乏矿物质情况优于常规组,家长满意度优于常规组($P < 0.05$)。本次对儿童采取健康教育及保健指导可促进儿童生长发育,改善儿童营养指标。探究原因在于健康教育可叮嘱儿童及家属纠正不良饮食习惯,确保营养物质摄入,同时给予儿童补充钙剂,降低儿童矿物质的缺乏率。

综上,健康教育及保健指导有助于促进儿童生长发育,改善其营养指标,提高儿童骨密度水平和家长满意度。

参考文献

- [1] 肖子玉,赵吉省,刘静,等.儿童杜氏肌营养不良的基因诊断与临床分析[J].潍坊医学院学报,2022,44(1):4.
- [2] 黄静,张海林.儿童个体化营养指导对促进小儿良好体格发育与改善营养学指标的效
- [3] 何艳玲.对 7 岁以下小儿实施健康教育与保健指导缓解营养不良的价值探讨[J].中国社区医师,2021,37(6):2.
- [4] 高文娟.小儿营养不良的健康教育及保健方法的效果分析[J].包头医学,2021,45(3):3.
- [5] 孙瑞培.益气复脉汤配合免疫球蛋白,磷酸肌酸钠对病毒性心肌炎患儿心肌酶谱指标及临床症状的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(3):3.
- [6] 张超,豆筱敏.48 例学龄前营养不良患儿的健康宣教及保健指导策略分析[J].河南医学研究,2021,30(2):3.
- [7] 王恺,董冠楠,周冉,等.葡萄糖酸锌联合饮食指导对营养不良儿童体质量的影响[J].中国药业,2021,30(2):3.
- [8] 刘静如,郭育芳.重症监护病房患儿营养支持方式对营养状态影响[J].社区医学杂志,2020,18(14):4.
- [9] 孙俊翠.小儿营养不良的保健方法与临床保健指导[J].健康必读,2019(3):206-207.
- [10] 蔡珊,陈淑榆,钟小兰.健康教育路径结合饮食干预对营养不良患儿营养指标及依从性的影响[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(4):4.
- [11] 储婕,戴元媛.基于微信平台的健康信念教育在哮喘患儿健康相关指标及家庭疾病管理中的作用[J].国际护理学杂志,2022,41(1):4.
- [12] 刘振球.儿童保健中开展早期综合发展指导对小儿发育的作用探讨[J].中国保健营养,2019,29(19):52.
- [13] 胡建华.保健方法结合临床保健指导方式干预小儿营养不良的效果研究[J].中国社区医师,2022,38(11):3.
- [14] 严海燕,李小芹,王瑞锋.学龄前儿童营养不良的危险因素及营养指导应用效果[J].安徽医学,2022,43(3):4.
- [15] 朱莎,钟燕,康如彤,等.维生素 D 干预对单纯性肥胖合并维生素 D 缺乏儿童糖脂代谢的影响[J].中国医药,2021,16(1):3.
- [16] 巫丽琼,刁辉钦,曾劲业,等.河源市龙川县 2018—2020 年学龄前儿童入园体检健康管理状况[J].基层医学论坛,2021,25(8):3.
- [17] 黄生贤.社区儿童保健护理中实施健康教育和健康宣教对提高护理效果的探讨[J].医学食疗与健康,2020,18(14):2.