

小儿肥胖症_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_

[E5_84_BF_E8_82_A5_E8_c22_608968.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E8_82_A5_E8_c22_608968.htm) 肥胖症(obesity)是营养过剩引起的一种营养紊乱性疾病，它的特点是机体脂肪含量过多而致体重过高。如果小儿体重过高而脂肪含量并不过多，则不能诊断为肥胖症。肥胖症患儿约有1/3进入成人肥胖症，因而潜伏着许多疾病的危险如糖尿病、动脉粥样硬化、高血压、冠心病、呼吸通气不良、骨关节炎等。同时，肥胖儿童还存在应激反应低下、抗感染能力降低、不能耐受麻醉和外科手术等。肥胖症的治疗十分困难，预防又需长期坚持措施，是儿科临床较为棘手的问题之一。【诊断】（一）诊断标准 临床常用同性别小儿的身高应有体重为标准体重，如体重超过标准体重20%，即可诊断为肥胖。超过20%~30%为轻度、30%~50%为中度、>50%为重度肥胖。超过正常10%~20%为超重。体重超过标准可有两种解释：一为机体脂肪含量增多；一为机体无油组织如肌肉含量增多或骨架较大。单用体重作为肥胖的诊断标准不能将两者区别开来，因而有一定局限性。皮褶厚度是机体脂肪含量的特异指标，通过皮褶厚度诊断肥胖，可以弥补体重指标的局限性。皮褶厚度超过第85百分位即可诊断肥胖，但我国目前尚无皮褶厚度的群体参考数据可供应用。（二）病史 有食物摄入量过多史。人工喂养过量、过早（生后1~2个月内）添加淀粉食物是婴儿肥胖症的促进因素。主食及（或）肉食量过高、活动少、喜甜食及（或）油脂类食品是儿童肥胖症的促进因素。年长儿童一旦肥胖形成，维持肥胖的能量水平可与非肥胖儿相

等或稍低。(三)临床表现 肥胖儿身高增长一般较非肥胖儿稍快。骨龄正常或超过实际年龄。性成熟正常或提前。男孩外生殖器外观较小，是因耻骨部皮脂掩盖所致，实际为正常。肥胖婴幼儿易患呼吸道感染。肥胖的年长儿易患股骨骺滑脱和blunt病，后者的胫骨畸形程度和肥胖程度有关。肥胖儿童高血压的发生率约为非肥胖儿的7倍以上，而且预后不佳。严重肥胖儿童还可表现有睡眠窒息发作，白天发困，肺泡换气不良而形成低氧血症、红细胞增多、发绀、心脏增大甚至充血性心力衰竭。(四)实验室检查1.血浆胰岛素基础水平高于正常(可达正常值的2~3倍)，但因抗胰岛素的因素存在，糖耐量常降低，血糖倾向增高。血总脂、胆固醇、甘油三酯及游离脂肪酸均常增高。2.存在通气不良时，血二氧化碳分压增高，氧分压下降，血二氧化碳结合力增高，呈呼吸性酸中毒，继而红细胞增多。3.超声检查可见不同程度的脂肪肝。【鉴别诊断】以下疾病均伴有肥胖，需与儿童单纯性肥胖相鉴别。但这些疾病只占肥胖儿童的1%以下，并常伴有短身材、骨龄延缓及第二性征发育延迟等。(一)内分泌原因 库欣综合征，甲状腺功能低下，高胰岛素血症，生长激素缺乏，下丘脑机能障碍，prader-willi综合征(性功能减退)，stein-leventhal syndrome(多囊性卵巢)，假甲状旁腺机能减退型。(二)遗传性综合征 turner综合征，i-aurence-moon-biedl综合征，alstrom-hall-gren综合征。(三)其他综合征 cohen综合征，car-penter综合征。【治疗】(一)膳食管理 膳食总热能要减少，正常生长发育要维持，膳食营养要平衡，体重减少要降中求稳，减肥要与改良膳食结构和膳食习惯同步进行。膳食管理步骤如下：1.先了解患儿以往的膳食热

能摄入水平和膳食结构。可通过膳食回顾调查、计算获得。

2. 逐步减少原有总热能直到预期的体重下降值出现为止。一般轻度肥胖以每日负能125~250kcal为一台阶,中、重度肥胖以250~500kcal或更多为一台阶,逐步减少总热能。轻度肥胖以每月减轻体重0.5~1.0kg,中、重度肥胖以每周减轻体重0.5~1.0kg为宜。
3. 膳食蛋白质要保证正常供给量或略高。蛋白质供热比因总热能减少而增高,以20%~30%为限,过高可致肝、肾损伤。
4. 膳食脂肪量应适当限制,以不超过正常脂肪供热比(儿童为25%~30%)为宜。过高可导致酮病,过低可使膳食耐饿性差。胆固醇以每日300mg较理想。
5. 碳水化合物仍是能量的主要来源,其供热比约占总能量的40%~55%。过分限制碳水化合物可出现负氮平衡及酮病。但低分子糖(如单糖、双糖)对减肥不利要加限制,膳食纤维不予限制。
6. 热量少、体积大的蔬菜如芹菜、笋、萝卜等可多选用。淀粉类蔬菜如土豆、白薯要加以限制或作为碳水化物的组成。
7. 含糖高的水果要适当限制。含糖低的水果如柑桔、梨、草莓等可适当多吃。
8. 每日进餐次数以三餐或少量多餐为宜。
9. 一旦体重降至标准体重的110%,即可停止膳食限制。维持总能量于正常水平。维持蛋白质、脂肪、碳水化合物供热比各为12%~15%,25%~30%,55%~65%。注意防止回复到不正常的原有膳食水平或模式。

(二) 运动和体格锻炼 膳食管理加运动会使体重下降更快。体格锻炼须是有规律的、每天进行的和坚持多年而不断的运动。较好的运动是游泳、散步、打太极拳、打乒乓球等。剧烈运动一般肥胖儿不易接受,且易使食欲激增,应当避免。运动还可使血清胰岛素和甘油三酯水平下降。

(三) 药物 厌食剂对多数儿童有效,如diethylpropion, chlor

—phentermine及fenfluramine，后者可影响生长。amphetamines因能成瘾在儿童中绝对禁用。应用厌食剂1~2周无效则应停用。(四)集体治疗方式通过2-3周夏(或冬)令营的方式，组织肥胖儿进行集体的、带约束性的规律运动和低热能平衡膳食，平均可降体重4~5kg.但要注意防止撤消约束后的反复。(五)低氧血症治疗严重肥胖并发气促、低氧血症及心力衰竭时，除给低热量膳食外，应给强心剂、利尿剂和低浓度氧气治疗。抗凝血治疗防治血栓形成。(六)手术手术是治疗的最后手段。它只限于超重200%的病人，或超重不到200%，但患有明显肥胖合并症如糖尿病、高血压、睡眠呼吸暂停或肺泡换气不良等的病人。而且，除非各种保守治疗方法都失败，手术绝不考虑。符合手术标准的病人7年死亡率约为25%，超过手术危险性。一般采用胃旁路手术，手术死亡率成人中低于1%，手术合并症如肝下脓肿、伤口开裂或吻合部位漏，大约为5%~10%。【预防】防止儿童肥胖症，母亲是关键人物。母亲怀孕前便应培养良好的膳食习惯，以减少肥胖儿的出生，并使小儿出生后便能接受母亲的良好影响。此外，鼓励母乳喂养，防止过早采用淀粉食物喂养婴儿，儿童采用平衡膳食。定期监测小儿生长发育状况，发现问题即时纠正也很重要。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com