

· 临床研究报道 ·

婴儿继发性乳糖不耐受 54 例临床分析

张卫国

[摘要] 为了探讨婴儿继发性乳糖不耐受(LI)的临床诊治特点,以单纯母乳喂养迁延和慢性腹泻的婴儿为观察对象,按照诊断标准和排除标准而诊断为继发性LI 54例,占观察对象的29.7%。结果表明:诱发该病的原因常是2~4个月婴儿的肠道感染,临床上以轻型腹泻多见,大便为水样稀便,54例经暂停母乳喂养均治愈。提示:迁延及慢性腹泻的婴儿,有继发肠粘膜损伤病史者,进食乳类发生腹泻而停用含乳糖食物则腹泻消失是婴儿LI的临床特点。因此,对于2~4月龄开始出现慢性迁延腹泻一般情况尚好的婴儿,可暂停母乳12~24 h腹泻常减轻或停止,有助于临床诊断继发性LI。

[关键词] 继发性乳糖不耐受;婴儿腹泻

[中图分类号] R723 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2000)01-0041-02

继发性乳糖不耐受(lactose intolerance, LI)是婴儿腹泻迁延不愈的原因之一。现将我科8年来临床诊治的继发性乳糖不耐受54例临床分析如下。

1 对象和方法

单纯母乳喂养的迁延和慢性腹泻的婴儿,经中西药物等治疗无效的患儿为观察对象。8年共收治182例。临床诊断标准参照《儿科疾病诊断及治疗方案》^[1]。

临床排除标准:由于我国大部分医院尤其基层医院缺乏检测乳糖酶的手段,除常规大便检查及查大便pH值外,通过诊疗过程中摄入蔗糖或淀粉饮食2~3 d后是否出现腹泻,可初步排除其他糖类代谢中的肠道缺陷,如蔗糖、异麦芽糖酶缺乏、葡萄糖、半乳糖吸收不良症等疾病。

2 结果

按照诊断标准和排除标准最后诊断为继发性LI的患儿54例,占观察对象的29.7%。男30例,女24例,男女比为1.25:1。年龄<2月3例(5.55%),~4月36例(66.7%),~6月12例(22.2%),>6月3例(5.55%)。病程2周~2月35例,>2月19例,其中有4例病程达6月。在2~4个月时患过感染性腹泻42例(77.8%),其中秋

季腹泻后发病30例(71.4%),大肠杆菌肠炎后发病6例(1.43%),细菌性痢疾后发病9例(4.76%),其它病原不明者4例(9.52%)。肠道外感染症状性腹泻后发病7例(13.0%)。急性荨麻疹后发病3例(5.55%),肠套叠手术后发病2例(3.70%)。54例中每日腹泻4~10次42例(77.8%),10次以上12例(22.2%),白天腹泻次数明显多于晚上。粪便均为水样稀便,带泡沫酸臭味及含奶瓣。绝大多数患儿食欲及精神状况良好,但体重增长慢。I营养不良6例,II营养不良3例。重度脱水酸中毒2例,中度脱水5例,轻度脱水10例。大便常规镜检:脂肪球+~++42例,大便pH检查48例,pH<4.5者36例(75%)。54例经暂停母乳喂养改用米糊加豆浆或鸡蛋等去乳糖饮食并添加葡萄糖或蔗糖。停喂母乳12 h腹泻停止者38例,24 h腹泻停止者10例,72 h腹泻停止者6例。腹泻停止后12例1周后试喂母乳不再腹泻,37例2周后喂母乳不再腹泻,5例2周后试喂母乳后又出现腹泻,再停母乳2周后再试喂母乳未再出现腹泻。

3 讨论

有乳糖酶缺乏(lactase deficiency, LD)的实验室指标者称为乳糖吸收不良(lactose malabsorption, LM),同时出现临床症状者称为LI,然而LI的发生率远比LM的发生率低^[2]。临床上常见的是继发

[作者简介] 张卫国,男,1965年出生,大学本科,主治医师。
[作者单位] 412200 醴陵,湖南省高等医学专科学校附属湘东医院儿科

性LI, 婴儿迁延及慢性腹泻中有29.7%为本病。诱发该病的常是2~4个月婴儿的肠道感染, 尤其是秋季腹泻已为众所周知。不论何种原因引起的继发性LI症状的轻重与肠粘膜刷状缘受损的程度、受损的面积、乳糖负荷量及年龄有关。婴儿因肠内容物通过肠道时间短且乳糖负荷大故易腹泻, 而年长儿及成人腹泻轻或无。迁延及慢性腹泻的婴儿, 有继发性肠粘膜损伤病史者, 进食乳类发生腹泻而停用含乳糖食物则腹泻消失是婴儿LI重要的临床特点。因此, 在临床上遇到2~4月龄开始出现慢性迁延腹泻一般情况尚好的婴儿, 大便为水样便及镜检除脂肪球外无其他异常, 可暂停母乳12~24h腹泻常减轻或停止, 这样有助于初步临床诊断继发性LI。但需除外其它糖类代谢中的肠道缺陷。诊断本病时注意与生理性腹泻相鉴别, 后者暂停母乳并不能使腹泻停止, 故较易鉴别。原发性LI一般无诱发病史, 停乳类也可使腹泻停止, 但病情稳定2~3周后再喂母乳仍会腹泻。而继发性LI为肠粘膜受损暂时乳糖

酶缺乏。本组资料表明2周后再喂母乳大多数不再出现腹泻, 因乳糖酶活力恢复所需时间量有个体差异, 但多数为2~3周^[3]。治疗继发性LI只要暂停母乳喂养2~3周, 改用不降低营养的替代品。54例中曾有19例先给予减少母乳喂养次数, 虽可使腹泻减少, 观察1周并不使腹泻停止, 以后改为暂停母乳后腹泻停止, 可能是症状的轻重与乳糖负荷有关。

[参 考 文 献]

- [1] 林峰, 陈家洲. 儿科疾病诊断及治疗方案. 天津: 天津科学技术出版社, 1990, 72~73.
- [2] Carroccio A, Montalto G, Cavera G, et al. Lactose intolerance and self - reported mild intolerance: relationship with lactose maldigestion and nutrient intake. J Am Coll Nutr 1998, Dec; 17: 631~636.
- [3] 孙克武. 临床理论与实践. 儿科分册. 上海: 上海科学普及出版社, 1993, 196~199.

(收稿日期: 1999 - 09 - 24 修回日期: 1999 - 12 - 21)

(本文编辑: 吉耕中)

(上接第40页)

没有考虑到这一诊断; 先天性甲状腺功能减退症早期表现多样且缺乏特异性; 观察、综合分析不够。先天性甲状腺功能减退症临床表现多样, 临床医师只从一个症状出发而没有观察病人的其他表现而误诊。如腹胀便秘就考虑巨结肠, 黄疸就认为是婴儿肝炎; 忽视基本的辅助检查手段。因未考虑先天性甲状腺功能减退症的诊断, 从而未作X线检查。1例误诊为脑性瘫痪的患儿, CT检查诊断为脑发育不良, 未究其原因, 致误诊时间较长; 技术上的因素如1例因黄疸延迟消退就诊的患儿, 临床上符合先天性甲状腺功能减退症, 作X线筛查, 报告无异常, 经儿科医师阅片后, 发现骨龄延迟, 作甲状腺功能测定后确诊。

防范失误的对策: 正确认识先天性甲状腺功能减退症的危害。先天性甲状腺功能减退症是少数几种可完全治愈的先天性疾病之一, 一般认为在生后1~2个月开始治疗可不致造成神经系统损害^[1]。文献报道如在生后3个月开始治疗, 平均智商可达89, 6个月为70, 7个月为54^[2]。因此, 早期诊断和治疗对减少神经精神发育严重缺陷有很大益处; 掌握早期表现; 开展新生儿筛查, 采用生后2~3d的

新生儿干血纸片检测TSH浓度作为初筛, 如TSH > 20mU/L, 再作T₃, T₄检查以确诊。方法简便, 假阴性率和假阳性率较低, 是早期确诊避免神经精神发育缺陷, 减轻家庭、国家负担的极佳措施。杨凤英等用滤纸干血RIA法进行新生儿筛查取得满意效果^[3]; 进行必要的辅助检查。X线检查作为初步筛查, 简便易行。甲状腺功能检查不仅是确诊的直接依据, 还是观察疗效调整用药的依据, 文献报道PRL测定对新生儿先天性甲状腺功能减退症的价值较大^[4]。

[参 考 文 献]

- [1] 王慕逖. 儿科学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 393~396.
- [2] 曹其湘. 新生儿筛查发现的非典型甲状腺功能减低症7例报告. 临床儿科杂志, 1993, 11: 301~302.
- [3] 杨凤英, 汤保德, 赵淮, 等. 用滤纸干血筛查昆明地区新生儿先天性甲状腺功能低下症. 中国地方病学杂志, 1994, 13: 239~240.
- [4] Mifchfl ML. Calactorrhea and primary hypothyroidism with high circulation leavels of prolactin. Clin Endocrinol, 1986, 24: 49~53.

(收稿日期: 1999 - 08 - 13 修回日期: 1999 - 09 - 27)

(本文编辑: 黄志强)