对重症肺炎高热惊厥小儿用个性化护理干预的临床效果、并发症影响

化凌寒

泗洪县第一人民医院 江苏 宿迁 223900

【摘　要】：目的：探讨对重症肺炎高热惊厥小儿实施个性化护理干预的临床效果及对并发症的影响。方法：研究收集样本为 60 例重症肺炎高热惊厥患儿，并于 2025 年 1 月至 2025 年 12 月对这些样本实施分组，分组方式为 30 例一组，并为其实施不同的护理方案。对照组样本接收常规护理干预，观察组则实施个性化护理干预，在此基础上进行临床症状控制时间、血氧饱和度、体温波动幅度、住院时长、护理前后各项指标、临床有效率及并发症发生率等指标的对比。结果：两组样本在护理干预前，各项指标对比一致性较强（P＞0.05），护理干预后，观察组各项结果优于对照组（P＜0.05）。观察组患儿症状控制时间及住院时长较短，体温波动幅度及并发症发生率较低，血氧饱和度较高，临床效果更高（P＜0.05）。结论：重症肺炎高热惊厥患儿的治疗应联合个性化护理干预，能够更好地改善患儿症状，提高临床效率，降低并发症发生风险。

【关键词】：重症肺炎；高热惊厥；个性化护理干预；临床效果；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.041

小儿时期常见的急危重症之一为重症肺炎，患儿可表现出高热、咳嗽和呼吸急促症状，由于病情进展较快，大部分患儿会出现高热惊厥，严重时甚至会发展为呼吸衰竭及心力衰竭等严重并发症。高热惊厥的发展和小儿神经系统功能发育不全有关，当体温过高时，大脑神经元被高热刺激，导致异常放电，患儿会出现四肢抽搐及意识障碍现象，长期反复发作会损伤患儿脑组织，对智力产生影响。传统护理因缺乏针对性，对部分患儿的护理效果不佳[1]。个性化护理干预通过对患儿病情精准评估制定出差异化护理方案，能够显著改善患儿症状。本研究以重症肺炎高热惊厥患儿为研究对象，为其实施个性化护理干预，探究对临床疗效及并发症的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究共纳入 60 例在 2025 年 1 月至 2025 年 12 月之间收治的重症肺炎高热惊厥患儿病例，经分组后实施研究。对照组 30 例样本中包含男 17 例，女 13 例，观察组男∶女为 16∶14。两组患儿中，年龄最小患儿分别为 6 个月、7 个月，最大年龄临界值均为 6 岁，平均分别为（3.12±1.26）岁、（3.25±1.27）岁。两组患儿病情严重程度分别为重度 15 例、16 例，极重度 15 例、14 例。两组患儿上述资料比较数据相差无几（P＞0.05）。

纳入标准：（1）符合重症肺炎诊断标准；（2）发作时体温超过 38.5℃，并伴随四肢抽搐和意识障碍症状；（3）年龄不超过 6 岁；（4）家长对研究内容知晓且同意参与。

排除标准：（1）合并癫痫或神经系统发育异常患儿；（2）合并免疫功能缺陷；（3）中途转院患儿；（4）不配合各项护理工作及评估。

1.2 方法

对照组给予常规护理模式，以基础护理为主，给予患儿病情监测、惊厥发作时急救护理及翻身、叩背等基础护理，并遵医嘱给予用药护理，护理过程中向家长进行健康宣教。

观察组患儿实施个性化护理干预，内容如下：

（1）评估：患儿入院后护理人员及时进行全面评估，记录患儿的年龄、体重、病情及惊厥发作特点，判断患儿体温波动规律和意识状态，并对患儿和家属的心理状态进行评估，了解家长的护理能力，结合患儿个体差异制定个性化护理方案。

（2）实施：①体温管理：护理人员根据患儿的体温波动规律调整监测频率及干预时机，对于体温上升快且易出现高热惊厥的患儿，早期进行物理降温，必要时遵医嘱提前使用退热药物。对于温度调节能力较差的患儿注意避免过度降温，防止出现体温骤降现象。②惊厥防控：患儿住院期间首次发作惊厥，护理人员及时采取干预措施，立即协助患儿保持平卧位，将头偏向一侧，为患儿解开衣领，清除口鼻内分泌物，防止窒息，遵医嘱给予吸氧、镇静和抗惊厥药物。待患儿症状平稳后给予家属护理宣教，告知其患儿发作时不可强行按压肢体，以防发生骨折或脱臼。同时，护理人员根据患儿的发作特点和频率制定针对性防控措施，并提前制定急救措施，明确药物剂量和途径，确保患儿发作时能够及时给予治疗和护理。③呼吸功能：遵医嘱给予雾化吸入治疗，定期监测患儿血氧饱和度，4 岁以上患儿可指导其进行有效咳嗽排痰训练，避免发生肺部感染加重。④营养支持：根据患儿营养状况制定营养支持方案，指导家属为患儿添加辅食，合并贫血或营养不良时遵医嘱增加营养补充剂。

（3）调整：护理人员每周至少评估 2 次患儿恢复情况，

及时调整护理计划，确保其科学、有效。当患儿出现病情加重或并发症等情况时，及时告知医生，采取适当干预措施。

1.3 观察指标

（1）临床症状控制时间：记录患儿退热（小儿首次采取退热措施开始计时，至体温稳定在 37.5℃以下并在 24h 内无反复的时间）、惊厥控制（从患儿入院首次发作计时，至完全停止，无再次发作）、咳嗽缓解（从患儿入院，至无剧烈咳嗽）、肺部湿啰音消失（患儿入院至听诊肺部湿啰音完全消失）的时间。

（2）住院时长：患儿入院至出院的时间；血氧饱和度：患儿治疗期间血氧饱和度均值；体温波动幅度：患儿住院期间体温最低至最高波动幅度。

（3）干预前后采用生活质量评估量表、睡眠质量评估量表评估患儿生活质量及睡眠质量，前者分值越高表示质量越好，后者分值越低表示质量越好；记录患儿干预前后呼吸频率变化。

（4）记录患儿发生惊厥复发、肺部感染加重、呼吸衰竭及口腔感染的例数，计算发生率；并对比患儿临床有效率。症状好转或痊愈，体温持续正常为有效，症状无变化或加重，反复高热、惊厥为无效。

1.4 统计学分析

研究对计数资料和计量资料的表示方法分别为（n，%）和（$\bar{x}\pm s$），组间检验为 t、x^2 检验，数据分析选择 SPSS28.0 工具，有差异时 P＜0.05。

2 结果

2.1 患儿临床症状控制时间对比

经过护理干预后，两组患儿临床症状控制时间组间对比，观察组更低，P＜0.05。见表 1。

表 1 所有患儿临床症状控制时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	30	30	-	-
退热时间(h)	18.36±5.13	27.69±6.28	6.302	0.000
惊厥控制时间(h)	24.56±6.88	36.75±7.43	6.594	0.000
咳嗽缓解时间(d)	4.16±1.26	6.33±1.37	6.386	0.000
肺部湿啰音消失时间(d)	5.36±1.48	7.56±1.63	5.473	0.000

2.2 患儿体温波动幅度、住院时长及血氧饱和度指标比较

经过对比发现，观察组患儿体温波动幅度较小，血氧饱和度指标较高，住院时长较短（P<0.05）。见表 2。

表 2 患儿体温波动幅度、血氧饱和度及住院时长比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	30	30	-	-
住院时长(d)	7.66±1.78	10.85±2.33	5.959	0.000
血氧饱和度(%)	98.87±1.08	94.33±3.64	6.549	0.000
体温波动幅度(℃)	1.21±0.34	2.33±0.51	10.008	0.000

2.3 患儿护理前后生活质量、呼吸频率及睡眠质量评分比较

观察组患儿经过护理干预后，生活质量明显提升且较对照组有差异，呼吸频率和睡眠质量评分较对照组显著降低，组间对比差异明显，P<0.05，见表 3。

表 3 对比 60 例患儿生活质量、睡眠质量及呼吸频率（$\bar{x}\pm s$）

组别		观察组	对照组	t	P
例数		30	30	-	-
呼吸频率(次/分)	干预前	42.69±3.28	43.02±3.15	0.398	0.693
	干预后	32.16±1.22	36.74±2.08	10.403	0.000
生活质量(分)	干预前	72.63±4.28	73.13±4.25	0.454	0.652
	干预后	92.68±5.61	82.64±4.87	7.402	0.000
睡眠质量(分)	干预前	62.54±8.66	62.19±8.23	0.161	0.873
	干预后	45.25±5.28	53.69±7.14	5.206	0.000

2.4 患儿并发症发生率及临床疗效比较

观察组患儿中，6.67%发生并发症，较对照组的 33.33%明显低，临床有效率较高，P<0.05。见表 4。

表 4 所有患儿并发症发生率及临床疗效比较[n（%）]

组别	观察组	对照组	X^2	P
例数	30	30	-	-
惊厥复发	1(3.33)	4(13.33)	-	-
肺部感染加重	0(0.00)	3(10.00)	-	-
呼吸衰竭	0(0.00)	1(3.33)	-	-
口腔感染	1(3.33)	2(6.67)	-	-
总发生率	2(6.67)	10(33.33)	6.667	0.010
临床有效率	29(96.67)	18(60.00)	11.882	0.001

3 讨论

由于小儿的生理机能和神经系统尚未发育完全，对疾病的耐受程度较差，当出现疾病症状时，机体的反应不同，治疗及

护理方案也应有较大差异。目前，临床对重症肺炎合并高热惊厥患儿的治疗包括抗感染、退热及解痉，以防止惊厥复发和改善呼吸功能为主[2]。常规护理则以控制症状、预防并发症发生为护理方案制定的方向，但无法满足小儿的个性化需求，导致部分患儿出现高热控制不佳和惊厥反复发作等症状，不仅增加了患儿的痛苦，还可能增加家长心理负担，引发医患纠纷[3]。个性化护理干预在实施的过程中将患儿作为护理中心，在制定护理方案时强调结合患儿个性化特征和疾病症状特点，用科学合理的护理方案来缓解患儿症状。对于不同症状和不同年龄段的患儿来说，症状表现和疾病恢复的规律有所不同，个性化护理通过对这些规律和特点进行整合，实现了护理方案的精准化和针对性，有助于帮助患儿控制疾病，实现恢复[4]。同时，小儿的表达能力有限，在出现不适症状时通常以哭闹作为表现形式，且时常会出现抗拒治疗和护理的情况，家长因担忧病情，容易出现焦虑和烦躁情绪，常规护理中缺乏针对性和人文关怀，易导致患儿依从性差，家属满意度低等问题[5]。个性化护理方案在实施过程中重点关注患儿的配合情况和家属的需求，并积极采用心理干预缓解家属的紧张和焦虑情绪，在进行护理操作前，对患儿进行安抚，提高配合度。此外，还根据家长对疾病的了解程度及时给予健康宣教和护理措施的讲解，有助于开展护理工作[6]。

本研究中，观察组患儿临床症状控制时间和住院时长较短，血氧饱和度较高，体温波动幅度较小（P<0.05），得益于个性化护理的针对性干预，在体温管理方面，观察组护理人员根据不同患儿的体温波动幅度特点给予降温措施，对于容易出现惊厥的患儿遵医嘱进行早期退热干预，有效防止惊厥发作；呼吸功能的呼吸方面，根据小儿的年龄和病情采取相应护理措施，不仅能够帮助患儿有效排痰，还能够缩短咳嗽时间和肺部湿啰音消失的时间，有利于患儿恢复[7]。除此之外，观察组患儿并发症发生率较低，经过护理干预后，呼吸频率得到有效控制，血氧饱和度较高，生活质量及睡眠质量得到明显改善（P<0.05），提示个性化护理干预能够结合患儿的症状发作特点和病情严重程度，及时采取并发症防范措施，提前制定急救方案，确保精准急救，确保了治疗和护理安全，临床效果较好[8]。

综上，个性化护理干预应用于重症肺炎高热惊厥的患儿能够显著改善患儿临床症状，提高临床效果，降低并发症发生率，是一种安全、有效的护理措施。

参考文献：

[1] 邵静.基于危险分层的预见性护理对小儿高热惊厥抽搐及复发率的影响[J].山西医药杂志,2025,54(23):1824-1828.

[2] 张兴敏.降温护理联合循证支持下的细致化护理在高热惊厥患儿中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(24):151-153.

[3] 刘洁,龚琼,肖雅.基于健康行动过程取向理论的综合护理干预在轮状病毒肠炎患儿中的应用效果[J].当代护士(上旬刊),2025,32(08):43-47.

[4] 贾官宝,赵雨,展红记.多学科协作认知行为疗法联合赋能教育对首次高热惊厥患儿监护人的影响[J].心理月刊,2025,20(12):149-153+195.

[5] 谢云艳,宋瑞雪,徐丽霞.探究上呼吸道感染引发的高热惊厥患儿家属心理韧性、家庭功能与应对方式的关系[J].心理月刊,2025,20(07):80-82+85.

[6] 欧丁岭,吴佳芳,陈利.以预警评分为导向的针对性干预对高热惊厥患儿症状缓解时间及家属心理状况的影响[J].当代护士(上旬刊),2024,31(12):97-99.

[7] 吴婷婷,范莹莹,史厚霞.基于儿童早期预警评分的临床路径管理在高热惊厥患儿中的应用研究[J].现代医学,2025,53(03):400-405.

[8] 熊佰灵,吕丽霞.基于预警机制的护理模式联合绿色通道干预对高热惊厥患儿退热时间、惊厥消失时间的影响[J].反射疗法与康复医学,2025,6(06):167-170.