

惊厥预防护理对小儿热性惊厥复发风险的干预效果评价

吴巧珍

苏州市吴江区儿童医院 江苏 苏州 215200

【摘要】：目的：分析惊厥预防护理对小儿热性惊厥复发风险的干预效果。方法：选择本院 2024.10-2025.10 收治 80 例小儿热性惊厥患儿，随机数表将其分为两组，每组 40 例。对照组常规护理、观察组增加惊厥预防护理。比较两组机体恢复时间（惊厥控制、退热、住院时间）、并发症发生率、复发率、家属满意度。结果：观察组惊厥控制、退热、住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组总发生率 2.50%，低于对照组 17.50%（ $P<0.05$ ）。观察组复发率 5.00%，低于对照组 22.50%（ $P<0.05$ ）。观察组家属满意度 95.00%，高于对照组 77.50%（ $P<0.05$ ）。结论：惊厥预防护理可降低小儿热性惊厥复发风险，促进患儿机体恢复，减少并发症，获得家属认可，具有较高实践价值。

【关键词】：小儿热性惊厥；惊厥预防护理；复发风险；家属满意度

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.077

热性惊厥为儿科常见神经系统急症，多发于 6 个月-5 岁儿童群体，疾病发生与发热状态下大脑神经元异常放电有关，以全身强直-阵挛发作为主要表现^[1]。单纯性热性惊厥多预后良好，但惊厥发作的紧急程度、不可预测性往往会给家属带来极大心理压力，且少数患儿可能在未来发热时再度发作，部分复杂性热性惊厥还可能增加日后癫痫发作风险^[2]。现阶段临床针对热性惊厥急性期的处理已经较为成熟，但如何有效降低远期复发率仍为护理重难点所在。常规护理多集中于院内病情观察、基础护理，对患儿离院后健康管理、家庭指导有所不足。对此，本研究提出系统性预防护理干预，包含发热管理教育、惊厥应急处理培训、家属心理支持等干预，旨在降低热性惊厥远期复发风险。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2024.10-2025.10 收治 80 例小儿热性惊厥患儿，随机数表将其分为两组，每组 40 例。对照组年龄 1-6 岁，平均（ 3.02 ± 0.61 ）岁；男 23 例、女 17 例。观察组年龄 1-5 岁，平均（ 3.75 ± 0.59 ）岁；男 21 例、女 19 例。2 组基线（ $P>0.05$ ）。本研究经医学伦理审核通过，参与患儿家属知情同意。

纳入标准：①年龄 1-6 岁；②符合热性惊厥诊断标准^[3]；③首次惊厥发作；④临床资料完整。

排除标准：①合并癫痫；②先天代谢性疾病或心肝肾等重要器官功能不全；③合并中枢神经系统感染（脑膜炎、脑炎）、颅内占位性病变或严重颅脑外伤史；④合并恶性肿瘤或严重精神心理疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组常规护理

（1）急性发作期：保持患儿呼吸道通畅，协助将头偏向一侧，预防误吸；予吸氧，遵医嘱用地西洋（ $0.3\sim 0.5\text{mg/kg}$ ）止惊治疗，密切监测体征、血氧饱和度。

（2）发作间歇期：间隔 4h 复测体温一次，一旦 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 遵医嘱用退热药，如布洛芬混悬液或对乙酰氨基酚，必要情况下辅助温水擦浴进行物理降温。

（3）加强基础护理，保持病房空气流通、环境安静，减少声光刺激。

（4）离院时进行常规指导，叮嘱家属关注患儿体温变化，自备体温计定时测量，一旦患儿发热（ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ）及时就医。

1.2.2 观察组基于常规护理增加惊厥预防护理

（1）急性期精细化护理。一旦患儿惊厥发作立即对发作类型、持续时间进行评估、记录，协助患儿调整为侧卧位，及时清理口鼻分泌物。建立发作细节记录表，包含发作开始时间、持续时间、抽搐部位（全身/局部）、意识状态、体温变化曲线等，为后续病情评估提供依据。发作停止后 30min 内对患儿意识恢复、神经系统异常体征有无进行评估。并对家属进行情绪安抚与心理疏导，耐心说明惊厥发作机制、预后，舒缓其恐慌情绪。

（2）发热管理教育。为家属提供“热性惊厥居家管理手册”，内容涉及如下几方面：①体温监测：教会家属正确用电子体温计测患儿腋温，强调 $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ 需密切观察， $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 需启动退热干预；②退热方法：指导交替布洛芬、对乙酰氨基酚用药方案，用药间隔 $\geq 4\text{h}$ ，明确药物剂量计算方法， $5\sim 10\text{mg/kg}$ ；演示正确温水擦浴方法，控制水温 $32\sim 34^{\circ}\text{C}$ ，对患儿颈部、腋窝、腹股沟等大血管走行区域进行轻柔擦拭， $10\sim 15\text{min/次}$ ，禁止酒精擦浴、捂汗；③诱因识别：指导家属识别常见发热诱因早期表现，如出疹性疾病、呼吸道感染、中耳炎等，并早期带患儿就诊，对症治疗。

（3）惊厥家庭应急处理指导。以情景模拟方式进行一对一培训，为家属演示惊厥发作时正确处理流程，将患儿放在大床或地板上，移开周围硬物，协助患儿偏头向一侧，将衣领解开，记录惊厥发作时间，如有余力，以手机拍摄患儿发作时视

频,便于就诊时提供给医生评估病情。明确说明“四不要”原则:不掐人中、不向口腔内塞任何物品、不强行按压肢体、不喂水喂药。培训后模拟考核,在家属能够完整演示正确处理流程后办理出院。

(4) 延续管理。建立热性惊厥患儿健康档案,对家属联系方式进行登记,离院后1、3、6个月电话随访,询问患儿有无发热、惊厥复发。建立微信群,每周定时推送发热性疾病预防、居家护理等科普知识。叮嘱家属在患儿有咳嗽、精神差等发热征兆时提前测体温、补充水分,必要时预防性使用退热药,并关注患儿体温变化,若持续不退热或反复升高,及时到医院就诊。

1.3 观察指标

(1) 机体恢复时间:记录两组惊厥控制(入院至最后一次惊厥发作停止)、退热(体温降至 $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$ 且持续24h未反弹)、住院时间。

(2) 并发症发生率:统计住院及随访期间两组患儿吸入性肺炎、跌倒/坠床、舌咬伤、惊厥持续(单次惊厥发作持续 $\geq 30\text{min}$ 或反复发作间期未回复意识)发生情况。

(3) 复发率:离院后随访6个月,统计3个月时、6个月时惊厥复发情况。

(4) 家属满意度:末次随访时发放医院自制满意度调查表问卷,百分制计分,0-70不满意、71-90满意、91-100非常满意,总满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件。计数相关资料百分比(%)表示, χ^2 检验;计量相关资料($\bar{x} \pm s$)表示,t检验; $P < 0.05$,统计数据差异显著。

2 结果

2.1 机体恢复时间

观察组惊厥控制、退热、住院时间均短于对照组($P < 0.05$)。如表1:

表1 机体恢复时间($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40		
惊厥控制(h)	2.86 $\pm$ 0.94	1.73 $\pm$ 0.68	6.160	<0.001
退热(d)	2.58 $\pm$ 0.72	1.89 $\pm$ 0.58	4.720	<0.001
住院(d)	5.32 $\pm$ 1.15	4.06 $\pm$ 0.94	5.365	<0.001

2.2 并发症发生率

观察组总发生率低于对照组($P < 0.05$)。如表2:

表2 并发症发生率(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40		
吸入性肺炎	3(7.50)	1(2.50)	-	-
跌倒/坠床	1(2.50)	0(0.00)	-	-
舌咬伤	2(5.00)	0(0.00)	-	-
惊厥持续	1(2.50)	0(0.00)	-	-
总计	7(17.50)	1(2.50)	5.000	0.025

2.3 复发率

观察组复发率低于对照组($P < 0.05$)。如表3:

表3 复发率(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40		
3个月复发率	4(10.00)	1(2.50)	1.920	0.166
6个月复发率	5(12.50)	1(2.50)	2.883	0.090
总计	9(22.50)	2(5.00)	5.165	0.023

2.4 家属满意度

观察组家属满意度高于对照组($P < 0.05$)。如表4:

表4 家属满意度(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40		
非常满意	13(32.50)	26(65.00)	-	-
满意	18(45.00)	12(30.00)	-	-
不满意	9(22.50)	2(5.00)	-	-
总计	31(77.50)	38(95.00)	5.165	0.023

3 讨论

热性惊厥为儿科常见惊厥类型,多为单纯性、自限性发作,但惊厥发作时的突然性、不可预测性极易引发家属恐慌^[4]。且热性惊厥具有一定复发倾向,首次发作患儿未来发热时再发惊厥风险较高,复发次数越多,家属焦虑、担忧情绪越重。目前临床针对热性惊厥急性期的处理已较为成熟,但在降低远期复发率方面仍缺乏系统性护理措施。本研究以“预防复发”为核心,设计、实施了涵盖急性期精细化护理、发热管理教育、家庭应急处理培训、延续管理的综合性预防护理方案,旨在验证其对热性惊厥复发风险的影响。

机体恢复方面,观察组惊厥控制、退热、住院时间均短于对照组($P<0.05$);提示预防护理对急性期管理具有积极影响。分析来看,责任护士详细记录患儿惊厥发作细节,有助于医生精准评估患儿病情严重程度,调整治疗方案,减少惊厥发作次数、提升退热效果。急性期家属安抚也十分关键,通过稳定家属情绪,可使其更好地配合医护人员操作,避免因家属慌乱造成操作延误。通过及时介入,精准控制,快速控制体温、惊厥发生,可加速患儿机体恢复进程,缩短其住院时间。并发症方面,观察组少于对照组($P<0.05$);其中吸入性肺炎最为常见,其发生与惊厥发作状态患儿丧失意识,口腔分泌物或呕吐物误吸入呼吸道有关。在惊厥预防护理中,急性期规范化体位管理,及时调整患儿体位,清理口鼻分泌物,可减少误吸机会。而强化家属培训,确保家属正确掌握惊厥发作的应急处理方法,可确保患儿家庭发作时得到科学有效地处理,以降低院前误吸风险。惊厥持续状态方面,早期退热干预可能通过缩短发热持续时间、降低体温峰值,减少诱发持续惊厥的刺激强度;跌倒/坠床、舌咬伤等意外伤害方面,通过强化家属应急培训,指导其掌握应急处置措施、坚持“四不要”原则,可有效规避跌倒/坠床、舌咬伤等意外事件发生。

同时,观察组复发率低于对照组($P<0.05$);分析来看,常规护理仅在出院时叮嘱家属发热时及时带患儿就医,此为被动等待式指导,家属干预主动意识缺乏。惊厥预防则可前置发热管理,在患儿出现发热征兆启动体温监测、干预,可争取宝贵的干预时间窗。且电话随访、微信群管理,可起到督导作用。微信群互动还可分享其他患儿管理经验,使家属获得信息补充与心理支持,提升其居家管理依从性。需注意,观察组仍有2例复发,可能与家属未早期识别发热症状、夜间发作或患儿处于托幼机构照护,家属未能实时监测体温有关。提示未来干预中应强化对托幼机构工作人员的培训,并建议高风险儿童配备夜间体温监测设备。此外,观察组家属满意度更高($P<0.05$);这得益于惊厥预防护理的家属安抚与培训,通过情绪安抚,可减轻家属恐慌情绪,使其争取配合医疗操作;通过应急培训,可使家属正确掌握发热管理技巧、惊厥应急处理方法,进而提高家属“掌控感”,舒缓其焦虑心理^[5]。加之延续管理,可使家属持续获得专业指导,感受到持续被关注,优化护理体验。

综上,惊厥预防护理可缩短热性惊厥患儿机体恢复时间,减少并发症,降低预后复发率,患儿家属满意度较高,具有较高临床实践价值。

参考文献:

- [1] 蒋廷廷.羚角钩藤汤结合西医治疗小儿热性惊厥发作临床研究[J].光明中医,2023,38(15):3017-3020.
- [2] 余宁宇,候志英,张凤英.门诊护理干预在预防小儿热性惊厥中的应用及其对其生活质量的影响[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(21):130-133.
- [3] 中华医学会儿科学分会神经学组.热性惊厥诊断治疗与管理专家共识(2017实用版)[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(18):1379-1382.
- [4] 赵琳琳.综合发热门诊护理干预在预防小儿热性惊厥中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,39(29):134-136.
- [5] 韩咏梅,史亚波,荆睿娴.信息-知识-信念-行为干预模式在小儿热性惊厥中的应用[J].护理研究,2025,39(09):1531-1535.