

# 分析多维度护理在小儿高热惊厥护理中的应用价值

黄银凤

南安市医院儿科 福建 南安 362000

**【摘要】**目的：观察多维度护理在小儿高热惊厥护理中的应用效果。方法：我院2023年12月-2025年12月收治的78例小儿高热惊厥患儿为本次研究对象，基于随机信封法均分为对照组（常规护理）与实验组（多维度护理），每一组均有39例，比较两组患儿预后效果。结果：实验组患儿各项临床时间指标数值及总并发症率（2.56%）均低于对照组，此外，实验组患儿护理后较之对照组免疫功能指标高（ $P < 0.05$ ）。结论：多维度护理有利于小儿高热惊厥患儿高热、惊厥等症状尽快得到有效控制，缩短患儿住院时间，有效预防并发症，并促进患儿机体免疫力的恢复。

**【关键词】**：多维度护理；常规护理；小儿高热惊厥

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.030

小儿高热惊厥为儿科常见急症，常规护理的核心原则是确保患儿生命安全，尽快缓解患儿症状、降低体温，当时相关护理措施较为单一，为提升护理质量，探寻其他护理模式符合临床需求<sup>[1,2]</sup>。多维度护理并非单一标准化护理理论术语，而是一种基于现代护理理念的新型护理模式，该护理模式相关护理措施不再局限于疾病本身，而从生理、心理、社会等多个维度，向患儿提供多层次的照护<sup>[3,4]</sup>。目前尚无小儿高热惊厥患儿多维度护理相关研究，本研究为弥补相关研究资料不足，设计对比研究试验，以期临床护理提供参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

实验组患儿中男20例、女19例，年龄1岁~7岁、均值（ $4.61 \pm 0.22$ ）岁。病因：15例感染、11例神经系统疾病、10例代谢紊乱、3例其他因素。对照组患儿中男19例、女20例，年龄1岁~8岁、均值（ $4.64 \pm 0.25$ ）岁。病因：16例感染、11例神经系统疾病、9例代谢紊乱、3例其他因素。统计学分析两组采取不同护理模式高热惊厥患儿一般资料，结果提示无显著差异（ $P$ 值均大于0.05）。

### 1.2 纳入与排除

纳入标准：（1）患儿均因发热、惊厥，由家长送入医院，入院时腋温测量结果超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，体格检查发现患儿神志不清、四肢肌肉痉挛，确诊高热惊厥。（2）在明确病因后，给予患儿对因用药治疗。（3）不同护理方案实施前，均征得患儿家长同意，研究设计方案符合医院伦理会设计要求。

排除标准：（1）近六个月有高热惊厥入院专科治疗护理史患儿。（2）伴严重心、肝、肾脏器功能不全患儿。（3）伴血液系统疾病患儿。（3）先天性神经系统发育异常患儿。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对照组行常规护理

（1）急性期惊厥发作护理：护理人员需立即将患儿置于宽敞的病床上，并协助患儿取平卧位，解开患儿衣领，检查其

呼吸道是否有呕吐物、唾液，保持呼吸道通畅，并将患儿的头摆向肢体一侧，以利于呕吐物、唾液流出，防止气管阻塞窒息。禁止在患儿惊厥发作时强行撬开其牙关，向患儿口中塞入筷子、毛巾，以免损伤患儿牙齿，或阻塞其气道，经压舌板用无菌医用纱布包裹后，置于患儿两侧上下磨牙间。此外，当患儿惊厥时，禁止强行按压或束缚患儿抽搐肢体，以免诱发骨折或造成关节损伤。

（2）基础护理：密切观察并记录患儿惊厥开始、结束时间，同时观察患儿是全身性惊厥抽搐，还是局部性抽搐，是否伴有口唇紫绀、呼吸停止、意识不清等情况。

（3）降温护理：待患儿惊厥稍缓解后，立即采取降温措施，①首选温水擦浴降温，质地柔软的毛巾被 $32-34^{\circ}\text{C}$ 的洁净温水浸湿后，拧干毛巾以擦拭患儿颈部、腋窝、腹股沟，避开胸前区、腹部和足底，禁止使用酒精擦浴。②药物降温，护理人员谨遵医嘱给予患儿退热药物，并观察患儿用药后个体症状改善情况。

#### 1.3.2 实验组在行多维度护理

（1）生理维度护理：参考常规护理。

（2）心理维度护理：为减轻患儿及其家属的恐惧，护理人员在接诊后需沉稳、平静，病情得到有效控制案例以安抚患儿家长情绪，并协助患儿家长，通过怀抱患儿，轻柔抚摸患儿双肩、额头等方式，以增加患儿安全感。此外，对于神志清晰的患儿，可通过与患儿讲故事、唱儿歌等方式，降低其对各项医疗行为的恐惧。

（3）健康教育维度护理：如实告知患儿家属患儿各项检查结果及病因病机，指导患儿家长识别发热早期症状，一般情况下，高热惊厥患儿在发热初期常伴有精神萎靡、面色潮红、呼吸加快、手脚发凉等前驱症状，护理人员需向患儿家长演示如何正确测量腋温及正常腋温范围。若发现患儿体温超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，需立即物理降温外，或于患儿额头粘贴退热贴，大多数高热惊厥患儿其惊厥症状可在持续1-3分钟内自行停止，若

发现患儿出现惊厥，无论惊厥持续多久，患儿家长均需立即带患儿入院就医。若患儿高热惊厥持续超过5分钟仍未停止，或患儿意识不清、呼吸困难，患儿家长需立即呼叫急救车。（4）社会维度护理：对于病情得到有效控制患儿，请患儿家长提供温开水、米汤、新鲜西瓜汁、梨汁或蔬菜汤等，若患儿未出现频繁呕吐，在患儿体温复常后，可逐渐开展为患儿提供少量烂面条、鸡蛋羹、肉末粥等，从而逐步恢复正常饮食，期间需避免患儿暴饮暴食，勿向患儿提供辛辣、油腻、生冷等，以免加重患儿胃肠道负担，引发腹泻。对于年龄较小的婴幼儿，应指导患儿家长实施母乳喂养或合理添加辅食，可适当增加喂养次数，减少每次喂养量。

### 1.4 观察指标

比较两组患儿临床时间指标及总并发症率，此外，比较两组患儿护理前后免疫功能指标。

### 1.5 统计学处理

SPSS21.0 版本软件处理结果中相关数据，“ $(\bar{x} \pm s)$ ”用“t”检验，“(%)”用“ $\chi^2$ ”检验， $P < 0.05$  表示组间差异明显。

## 2 结果

### 2.1 临床时间指标

实验组临床时间指标相关数值均低于对照组，见表1。

表1 两组患儿临床时间指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	实验组	对照组	t 值	P 值
例数	39	39		
平均惊厥消失时间(h)	0.42±0.14	0.73±0.11	19.973	<0.05
平均体温复常时间(h)	4.61±1.18	6.77±1.22	17.641	<0.05
平均住院时间(d)	3.26±0.17	5.62±0.19	17.265	<0.05

### 2.2 并发症

实验组总并发症率较之对照组低，见表2。

表2 两组患儿并发症发生情况对比 (%)

组别	实验组	对照组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	39	39		
舌咬伤	0	2		
跌倒、摔伤	0	1		
胃肠道反应	1	4		
总并发症率	1(2.56)	7(17.45)	5.297	<0.05

### 2.3 免疫功能

较之护理前，两组患儿护理后免疫功能指标均提高，同时

实验组显著高于护理后对照组相关免疫功能指标，见表3。

表3 两组患儿免疫功能对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	实验组	对照组	t 值	P 值
例数	39	39		
CD3+(%)				
护理前	38.31±2.37	38.34±2.35	1.503	>0.05
护理后	61.47±2.48	45.41±2.45*	16.548	<0.05
CD4+(%)				
入组时	22.48±2.35	22.51±2.37	1.512	>0.05
72h 后	42.57±1.42*	30.01±1.46*	17.265	<0.05
IgA(ng/L)				
干预前	4.58±0.11	4.61±0.14	1.881	>0.05
干预后	12.11±0.22*	8.93±0.24*	18.035	<0.05
IgG(ng/L)				
干预前	10.31±1.34	0.34±1.31	1.642	>0.05
干预后	31.28±1.14*	20.09±1.17*	17.723	<0.05

注：“\*”较之同组护理前， $P < 0.05$

## 3 讨论

小儿体温迅速升高，可引起神经系统异常放电，从而诱发惊厥，高热惊厥频繁发作可对婴幼儿的健康生长发育造成不利影响，可影响大脑正常发育，同时小儿高热惊厥发作时，患儿身体承受生理痛苦的同时，可对自身就诊经历产生恐惧、焦虑等情绪，不利于患儿心理健康成长。此外，患儿家长过度担忧患儿健康，与护理人员爆发纠纷，常规护理中忽视心理、社会层面对小儿高热惊厥患儿预后效果产生的消极影响，多维度护理要求护理人员不仅从生理层面，落实相关护理，亦开展心理维度与社会维度的护理<sup>[5]</sup>。

实验组临床时间指标相关数值均较之对照组低，分析原因，常规护理中出于对小儿高热惊厥患儿生理健康的考虑，在保障患儿安全的前提下，为患儿提供急性期惊厥发作护理、基础护理及降温护理，以尽快缓解患儿惊厥，促进患儿体温复常，并监测患儿病情变化。小儿高热惊厥发作时，患儿短时间内出现肢体抽搐，意识丧失等状态，待其惊厥消失后，患儿自身异常身体反应及陌生医院诊疗环境可让患儿感到强烈不安<sup>[6,7]</sup>。患儿家长亲眼目的小儿高热惊厥发作症状，对病因病机及急救护理缺乏了解，同时担忧患儿生命安全，可沉浸于紧张、恐惧心理情绪中，进而增加了临床护理实施难度<sup>[8]</sup>。多维度护理在参照对照组，向小儿高热惊厥患儿提供各项生理护理措施的同时，实施心理维度护理，分享预后良好榜样案例可发挥心理暗示的作用，使患儿家长充分意识到疾病并非不可战胜，护理人员与患儿亲切、主动沟通，拉近与患儿之间的距离，减弱患儿对陌生环境的恐惧<sup>[9]</sup>。此外，指导患儿家长通过向患儿讲故事、唱儿歌等方式，转移患儿对自身身体不适的过度注意力，以促

使患儿能配合相关护理操作,以便于尽快控制患儿病情。实验组总并发症率较之对照组低,多维度护理为后续社会维度护理顺利打下奠定基础,向患儿家长开展健康教育维度护理,与患儿家长及时沟通患儿病情,并向其解释病因病机,科普急救护理知识,帮助家长正确认识并处理小儿高热惊厥,减少患儿因信息不对称或缺乏相关护理措施而产生的焦虑、紧张<sup>[10]</sup>。社会维度护理主要涉及饮食护理,小儿高热惊厥患儿需以清淡、易消化为核心,补充发热期间机体消耗的水分和能量,促进排尿散热,同时逐渐由少量多次摄入流食,经半流食恢复至普食,以防止增加胃肠消化负担,诱发恶心呕吐、腹泻等胃肠道反应,从而提升临床护理安全性<sup>[11]</sup>。

实验组护理后免疫指标显著高于对照组,分析原因,免疫力是机体抵抗外来侵袭、维护体内环境稳定的能力,小儿高热惊厥普遍认为与婴幼儿神经系统发育尚未成熟、遗传因素有关,此外,小儿高热惊厥亦见于感染性疾病、神经系统疾病及代谢性疾病早期,少数患儿在疫苗接种后出现高热惊厥,社会维度护理中实施饮食护理,可为小儿高热惊厥患儿提供营养支持,确保其摄入充足蛋白质、水分,以利于免疫细胞合成和免疫功能发挥,进而增强患儿机体的免疫力<sup>[12]</sup>。

综上所述,多维度护理在小儿高热惊厥护理中可发挥积极影响,相关护理有较高的临床推广价值。

### 参考文献:

- [1] 张英.综合护理联合心理干预在小儿高热惊厥中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,39(21):120-122.
- [2] Libo J,Ying C,Weiwei L,et al.The application experience of all-around nursing care in infantile febrile convulsion.[J].Minerva pediatrica,2019,71(3):242-246.
- [3] 任美娥.专职化护理小组干预在小儿急性高热惊厥护理中的应用[J].妇儿健康导刊,2025,4(3):159-162.
- [4] 姚炎芳,薛剑,许凤钦.综合护理对呼吸道感染高热惊厥小儿的应用及睡眠的影响[J].黑龙江中医药,2025,54(1):361-363.
- [5] 吴家凡,俞林燕.综合护理干预在小儿高热惊厥护理中的应用效果分析[J].黑龙江中医药,2024,53(05):303-305.
- [6] 周爱美.个性化护理在小儿重症肺炎高热惊厥护理中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(12):173-176+198.
- [7] 陈宝芝.以降温急救护理为基础的综合护理模式对小儿上呼吸道感染致高热惊厥的干预效果分析[J].中华灾害救援医学,2024,11(3):371-373.
- [8] 赵苗,董娟.家庭式延续性护理干预在小儿急性高热惊厥中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(14):109-111.
- [9] 刘明英.全面性护理干预对高热惊厥患儿免疫功能及脑神经相关因子的影响[J].承德医学院学报,2021,38(1):42-44.
- [10] 吴锦霞.综合护理干预在小儿高热惊厥护理中的应用效果[J].中国医药指南,2023,21(20):27-30.
- [11] 曾路梅,沈晓娟,赵婷鹭.以降温急救护理为基础的综合护理模式对小儿上呼吸道感染致高热惊厥的干预效果分析[J].中外医疗,2023,42(24):152-155.
- [12] 张艳艳,张士平.小儿高热惊厥急诊的护理措施[J].中国城乡企业卫生,2025,40(3):201-203.