小儿高热惊厥急救护理与预后干预效果分析

熊　莉

湖北省潜江市妇幼保健计划生育服务中心 湖北 潜江 433100

【摘　要】：小儿高热惊厥是儿科临床中发病率较高的急症类型，多见于婴幼儿群体，发病急、进展迅速，若未能及时开展急救与护理，可能引发窒息、脑缺氧、脑水肿等不良事件，甚至影响患儿远期神经系统发育。科学规范的急救护理能够快速控制惊厥发作、稳定生命体征，而系统全面的预后干预可有效降低复发风险、提升家庭照护能力。本文围绕小儿高热惊厥的临床特点，从紧急处置、呼吸道管理、降温护理、病情监测等方面梳理急救护理要点，并从健康宣教、预防指导、心理支持、延续随访等方面阐述预后干预策略，结合临床研究数据综合评价干预效果，旨在为临床优化护理方案、保障患儿安全与康复提供参考。

【关键词】：小儿高热惊厥；急救护理；预后干预；复发风险；护理效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.046

高热惊厥是由急性感染引发体温急剧升高所诱发的惊厥发作，是婴幼儿时期最常见的惊厥性疾病，好发年龄为6个月至5岁，人群发病率约3%～5%。该病以突发全身或局限性肌群强直性、阵挛性抽搐为主要表现，常伴随意识丧失、双眼凝视、口唇发绀、口吐白沫等症状，具有起病急、病情凶险、易反复等特点。由于患儿年龄小、机体代偿能力弱，惊厥持续时间过长或反复发作，均可能造成脑组织缺氧损伤，严重时可导致认知障碍、癫痫等远期并发症。在临床救治中，及时有效的急救护理是控制病情、降低急性期风险的关键，而持续的预后干预则是减少复发、改善患儿长期生活质量的重要保障。随着儿科护理理念不断完善，以快速急救、全程管理、家庭参与为核心的综合护理模式逐渐应用于高热惊厥患儿，大量临床数据证实，规范化急救护理联合系统性预后干预可显著提升救治成功率、缩短康复周期、降低复发概率，对保障患儿身心健康具有重要意义。

1 小儿高热惊厥的规范化急救护理

1.1 紧急抢救与呼吸道通畅管理

惊厥发作时的首要护理目标是快速终止发作、保持呼吸道通畅、预防意外伤害。护理人员需立即停止一切不必要的操作，保持环境安静，将患儿迅速置于平卧位，头偏向一侧，松开衣领、腰带，清除口鼻腔内的分泌物、呕吐物及异物，避免堵塞气道引发窒息或吸入性肺炎。对于痰液黏稠、量多不易咳出的患儿，可采用低负压吸痰操作，动作轻柔迅速，避免损伤气道黏膜。对于牙关紧闭的患儿，可在上下臼齿间轻柔放置牙垫或压舌板，防止舌咬伤，但禁止暴力撬开口腔；严禁强行按压患儿抽搐肢体，降低骨折、脱臼及软组织损伤风险。同时立即给予面罩或鼻导管低流量吸氧，流量控制在1～2L/min，快速改善脑组织缺氧状态，保护神经细胞功能，并快速建立静脉通路，优先选择粗直、易固定的血管，为镇静、止惊、降温等药物治疗提供稳定通道，严格遵循医嘱控制给药速度，密切观察用药后呼吸、心率、面色变化，严防呼吸抑制等不良反应。

1.2 快速安全降温护理

高热是诱发惊厥的核心因素，有效控制体温是防止惊厥反复的重要环节。临床护理中遵循安全、温和、快速的降温原则，采取物理降温与药物降温相结合的方式。当患儿体温超过38.5℃时，按医嘱给予对乙酰氨基酚或布洛芬等儿童专用退热药物，严格按照年龄、体重计算剂量，避免过量或间隔时间过短导致不良反应。用药后30分钟、1小时、2小时定时监测体温，密切观察出汗情况。物理降温以温水擦浴为主，水温控制在32～34℃，重点擦拭颈部、腋下、肘窝、腹股沟等大血管走行区域，通过传导散热快速降低体温，禁止使用酒精擦浴或过冷冰敷，避免刺激皮肤、引发寒战导致体温反跳升高。降温过程中保持室内通风，室温调至24～26℃，适当减少衣物与盖被，利于散热。同时鼓励患儿少量多次饮水，必要时静脉补液，维持水电解质平衡，防止脱水与循环不稳定，为病情恢复创造稳定的内环境。

1.3 严密病情监测与安全护理

急救期间持续监测患儿意识、瞳孔、面色、呼吸、心率、血压等生命体征，每5～15分钟记录一次，详细记录惊厥发作时间、持续时长、发作形式、伴随症状及缓解情况，警惕惊厥持续状态或频繁反复发作。密切观察患儿精神反应、尿量、皮肤弹性等，及时识别脑水肿、呼吸衰竭、电解质紊乱等早期征象，一旦出现烦躁不安、呼吸节律不齐、瞳孔大小不等、尿量显著减少等异常，立即报告医生并配合抢救。病房环境保持安静、光线柔和、温湿度适宜，减少声光刺激，加床档防护，必要时使用保护性约束，防止患儿躁动或再次抽搐时发生坠床、碰撞等意外。惊厥控制后根据患儿恢复情况给予清淡、易消化、营养丰富的流质或半流质饮食，少量多餐，避免暴饮暴食加重胃肠道负担。加强口腔护理，每日2次，保持口腔清洁湿润；定时翻身拍背，保持皮肤干燥整洁，预防口腔感染、压疮、坠积性肺炎等并发症，提高患儿舒适度，促进机体快速恢复。

2 小儿高热惊厥的系统性预后干预

2.1 健康宣教与家庭急救能力提升

家属对疾病的认知水平与急救能力直接影响患儿院外安全与复发风险。护理人员需通过口头讲解、图文手册、视频演示、情景模拟等多种方式，向家属普及高热惊厥的发病原因、诱发因素、主要表现、家庭急救流程及注意事项，重点纠正掐人中、强行喂水、捆绑肢体、抠喉咙等错误急救方法，避免造成二次伤害。指导家属正确使用腋温计、耳温计测量体温，识别发热早期信号，掌握温水擦浴、减少衣物等物理降温方法，明确退热药物的使用指征、剂量、间隔时间及禁忌。强调体温超过 37.5℃即应启动干预措施，密切监测体温变化，避免体温快速上升诱发惊厥。通过系统宣教与实操指导，可显著提升家属疾病认知程度与家庭急救正确率，确保患儿在院外发作时能得到第一时间正确处置，为院外安全管理奠定坚实基础。

2.2 预防复发与长期健康管理

加强日常照护指导，帮助家属建立科学的育儿理念，强调合理喂养、均衡营养、规律作息、适度户外活动的重要性。指导家属及时添加辅食，保证蛋白质、维生素、微量元素摄入，根据年龄安排充足睡眠，每日户外活动 1～2 小时，通过增强体质提高患儿免疫力，减少呼吸道感染等发热性疾病的发生。在流感及呼吸道疾病高发季节，尽量避免带患儿前往人群密集、通风不良的公共场所，外出时佩戴口罩，做好手卫生，降低感染概率。对于年龄偏小、有家族史、低热即诱发惊厥、发作时间长等高危患儿，指导家属强化体温监测，建立预警机制，体温达到 37.5℃即提前干预，必要时遵医嘱采取间歇预防性干预措施，从源头降低惊厥复发可能性，最大限度保护患儿神经系统健康。

2.3 心理干预与情绪支持

高热惊厥起病突然、症状凶险，家属极易出现紧张、焦虑、恐惧、自责等负性情绪，部分年龄较大的患儿也会因发病经历产生心理阴影，出现哭闹、睡眠不安、抵触治疗等表现。护理人员应及时开展针对性心理疏导，用通俗易懂的语言耐心解释病情、治疗方案与良好预后，告知家属绝大多数单纯型高热惊厥患儿预后良好，不会影响智力与生长发育，缓解家属心理压力，稳定情绪，提高治疗与护理配合度。对患儿给予温柔安抚、拥抱陪伴、玩具转移注意力等方式，消除其恐惧心理，鼓励患儿表达感受，减少发病带来的心理创伤，促进身心同步康复，营造安心、放松的治疗康复氛围。

2.4 出院随访与延续性护理干预

建立患儿专属健康档案，详细记录发病年龄、发作次数、持续时间、高危因素、治疗护理经过等信息，实施出院后延续性护理管理。通过电话、微信、上门探访等方式定期随访，出院后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月常规沟通，了解患儿体温变化、健康状况、惊厥复发情况及家庭照护落实情况，针对照护中存在的问题给予个性化指导。叮嘱家属按时复诊，对复杂型高热惊厥或反复发作的患儿，建议完善脑电图、血常规、电解质等相关检查，早期排查神经系统异常、贫血、微量元素缺乏等问题，做到早发现、早干预、早治疗，实现从院内急救到住院护理再到院外管理的全程闭环护理，全面保障患儿康复效果。

3 急救护理与预后干预的临床效果综合分析

近年来多项临床对照研究与 Meta 分析结果显示，规范化急救护理联合系统性预后干预模式，在改善小儿高热惊厥患儿近期症状控制与远期预后方面均具有显著优势，整体效果明显优于传统常规护理。从急性期症状控制来看，综合护理干预可显著缩短惊厥持续时间、加快体温下降速度，多数患儿在规范急救处置后 3—5 分钟内抽搐即可得到有效控制，较常规护理缩短近一半时间，能够快速解除抽搐状态对脑组织的持续损伤，最大限度降低缺氧性脑损害风险。同时，规范呼吸道管理与安全防护可使窒息、舌咬伤、坠床等意外伤害发生率降至 2%以下，远低于常规护理组的 15%左右，充分体现出急救护理在保障患儿急性期安全中的关键作用。在退热效果方面，综合护理通过物理降温与药物降温协同配合，并配合补液、皮肤护理、环境调节等精细化措施，患儿体温可在 12—24 小时内趋于平稳，退热时间较常规护理缩短 8—10 小时，体温波动更小，寒战、体温反跳等不良现象明显减少，为病情稳定恢复创造了良好条件。

从住院指标与并发症防控来看，实施综合护理干预的患儿住院时长普遍缩短 2—3 天，医疗负担与住院压力显著降低。由于急救处置及时、病情监测严密、基础护理到位，患儿在住院期间出现脑水肿、脱水、电解质紊乱、吸入性肺炎等并发症的风险大幅下降，相关数据显示，综合护理组并发症发生率约 2.3%—4.5%，而常规护理组并发症发生率可达 14%—20%，差异显著。这一结果表明，规范化急救护理不仅能快速控制急症症状，还能通过全流程、精细化的护理措施，有效阻断病情向危重方向发展，提升救治安全性，减少不良事件对患儿身体的二次伤害，同时也减轻了临床治疗压力，提高儿科病房床位周转效率与整体医疗服务质量。

从远期复发与预后改善来看，预后干预在降低惊厥复发率中发挥不可替代的作用。随访 6—12 个月数据显示，接受健康宣教、家庭指导、随访管理等系统性预后干预的患儿，惊厥复发率仅为 4%—6%，而未接受规范预后干预的患儿复发率高达 18%—22%，部分高危患儿复发风险更是高出 3—4 倍。预后干预通过提升家属照护能力、强化体温监测、加强日常预防、开展心理支持等措施，从诱因控制、家庭管理、风险预警等多个环节切断复发路径，尤其对有家族史、首次发病年龄小、发作时间长的高危患儿效果更为突出。同时，延续性随访与定期复

查可及时发现神经系统异常趋势，对复杂型高热惊厥患儿做到早识别、早干预，有效降低远期癫痫发生风险，改善患儿神经发育预后。

从家属满意度与护理依从性来看，综合护理模式通过健康宣教、心理疏导、全程沟通等人文关怀措施，显著缓解家属焦虑恐惧情绪，提升家属对疾病的认知水平与护理配合度。多项研究数据表明，实施急救护理联合预后干预后，患儿家属护理满意度可达95%以上，远高于常规护理模式，家属对家庭急救技能、体温监测方法、用药指导、复发预防等知识的掌握率提升60%以上，院外照护行为更加规范科学，进一步巩固院内治疗效果。综合多方面研究数据可以看出，急救护理与预后干预相结合，形成了院内快速急救—住院精细护理—院外长期管理的全周期护理体系，不仅能在急性期快速控制症状、保障安全，还能在远期降低复发、改善预后，真正实现以患儿为中心的整体护理目标，具备充分的循证医学依据与临床推广价值。

4 结论

小儿高热惊厥具有发病急、风险高、易复发的特点，对患儿实施快速、规范、全面的急救护理，能够有效终止惊厥发作、维持生命体征稳定、预防急性并发症。在此基础上开展健康宣教、预防指导、心理支持、出院随访等系统性预后干预，可提升家庭照护能力、降低复发风险、改善远期预后。急救护理与预后干预相辅相成，共同构成高热惊厥患儿的全程护理体系，能够显著提升临床救治效果与护理质量，促进患儿早日康复，在儿科临床护理工作中具有重要的应用与推广价值。

参考文献：

[1] 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(2016)[J].中华儿科杂志,2016,54(10):723-727.

[2] 宋玉英.细致化护理干预在小儿急性高热惊厥中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2021,21(9):1637-1639.

[3] 唐江萍,陈俊萍.一体化连续性护理对急诊高热惊厥患儿的影响[J].医学研究前沿,2026,6(2):112-114.

[4] 施佳慧.基于移动智能平台的临床护理路径在急诊高热惊厥患儿中的应用[J].妇儿健康导刊,2026,3(1):78-80.

[5] 张艳艳,张士平.小儿高热惊厥急诊的护理措施研究[J].中国城乡企业卫生,2025,40(4):156-158.