

探讨小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预

钟继丽

聊城市妇幼保健院 山东聊城 252000

【摘要】目的 对小儿高热惊厥危险因素及门诊护理干预措施进行分析探讨。**方法** 以 2017 年 8 月~2018 年 12 月在我院门诊接受治疗的 110 例高热惊厥患儿作为研究对象, 将其随机分为两组, 对照组 55 例患儿行常规护理, 观察组 55 例患儿行综合护理, 总结危险因素, 对比两组患儿护理效果及护理满意度。**结果** 140 例高热惊厥患儿的危险因素主要为性别、年龄、家族史及体温, 观察组护理满意度为 95.71%, 明显高于对照组的 81.43% ($P<0.05$)。**结论** 体温、年龄及家族史是小儿高热惊厥患儿高危因素, 护理过程中应根据危险因素进行针对性护理, 以提高治疗效果, 降低复发率。

【关键词】 高热; 惊厥; 护理干预**【中图分类号】** R473.72**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 02-139-01

高热惊厥为小儿常见急症, 临床症状主要有意识障碍、高热、阵发性痉挛、口唇发绀、四肢抽搐、牙关紧闭、抽动、大小便失禁、口吐白沫等, 可持续发作几分钟甚至十几分钟^[1]。发病时间较长或持续高热惊厥会损伤患儿脑部, 严重致残或死亡^[2]。所以, 探讨引发高热惊厥的危险因素, 采取针对性护理干预, 对于提高治疗效果, 降低复发率具有重要意义。为了进一步对小儿高热惊厥的危险因素及护理干预措施进行分析探讨, 笔者对 2017 年 8 月~2018 年 12 月在我院门诊接受治疗的 110 例高热惊厥患儿进行随机对照研究, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2017 年 8 月~2018 年 12 月在我院门诊接受治疗的 110 例高热惊厥患儿随机分为两组, 对照组 55 例患儿, 其中男 31 例, 女 24 例; 年龄为 0.5~9 岁, 平均 (3.2±0.6) 岁; 其中单纯性高热惊厥 41 例, 复杂性高热惊厥 14 例。观察组 55 例患儿, 其中男 35 例, 女 20 例; 年龄为 1~10 岁, 平均 (3.4±0.8) 岁; 其中单纯性高热惊厥 43 例, 复杂性高热惊厥 12 例。两组患儿的性别、年龄及病情等基本资料均无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 危险因素: 对患儿家属进行问卷调查, 对可能引发患儿高热惊厥的危险因素进行回顾性分析。

1.2.2 护理措施: 对照组行常规护理, 观察组行综合护理, 具体如下: ①降温护理: 将患儿挪动到良好的通风位置, 遵医嘱进行物理降温或药物降温, 物理降温可通过冰袋冷敷或酒精擦拭患儿四肢, 药物降温可通过肌注泰诺林或赖氨匹林。对发病患儿可通过针刺任重来停止抽搐。②生理护理: 将患儿的衣扣和衣领松开, 将患儿保持平卧位, 把头偏向一侧, 确保呼吸顺畅, 将口中分泌物及时清除。采用压舌板避免患儿咬到舌头。③健康教育: 向患儿家属详细介绍疾病相关知识及治疗方法, 向家属介绍体温计、退热药物、棉球、乙醇等物品的用法, 指导家属正确降温。④心理护理: 受疾病的影响, 家属容易出现焦虑、抑郁等不良情绪, 应积极对家属开展心理疏导, 以缓解家属的负性情绪, 提高家属的治疗依从性。

1.3 观察指标

以我院自制问卷对两组患儿家属的护理满意度进行调查, 问卷满分 100, 以得分 85 以上为十分满意, 以得分 60~85 为比较满意, 以得分不足 60 为不满意^[3]。

1.4 统计学处理

将数据结果录入 SPSS22.0 数据库处理, 以 χ^2 检验计数资料, 以例数百分比形式表示, 以 t 检验计量资料, 以 $\bar{x}\pm s$ 形式表示, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 危险因素

140 例高热惊厥患儿的危险因素主要为性别、年龄、家族史及体温, 结果如表 1 所示。

表 1: 140 例高热惊厥患儿威胁因素分析

变量	单纯性高热惊厥	复杂性高热惊厥	p
年龄 (岁)	5.31±1.15	2.35±0.42	<0.05
性别 (男/女)	31/35	24/20	<0.05
体温℃	38.43±1.37	39.71±1.85	<0.05

2.2 护理满意度

观察组护理满意度为 (96.36%) 明显高于对照组的 (89%) $P<0.05$, 如表 2 所示

表 2: 两组患儿家属护理满意度比较 n(%)

组别	十分满意	比较满意	不满意	满意度 %
观察组 55	28	25	2	96.36
对照组 55	23	26	6	89%

3 讨论

高热惊厥是体温突然升高, 脑神经细胞异常放电引起的发作性抽搐, 一般认为多同遗传、高热、感染及年龄等因素相关^[4]。因儿童的脑组织发育不健全, 神经细胞结构较为简单, 缺少髓鞘, 皮层无法完全分化, 抑制功能差, 导致惊厥阈值降低。研究指出^[5], 发热同惊厥有着密切关系, 高温是惊厥的危险因素, 因发热感染可提高神经细胞的兴奋性, 进而引发惊厥, 其中以消化道感染及上呼吸道感染最为常见。对高热惊厥患儿应加强基础护理, 包括物理退热及药物退热, 密切监测患儿体温变化, 向家属详细介绍疾病的相关知识, 缓解家属不良情绪, 提高家属的护理依从性。本研究对观察组患儿开展综合护理, 结果显示, 观察组护理满意度为 95.71%, 明显高于对照组的 81.43% ($P<0.05$), 证明综合护理因效果确切, 更容易被患儿家属所接受。总之, 体温、年龄及家族史是小儿高热惊厥患儿高危因素, 护理过程中应根据危险因素进行针对性护理, 以提高治疗效果, 降低复发率。

参考文献

- [1] 翟明媚, 邱爽, 周红艳, 等. 小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(10):134-135.
- [2] 陈水清. 小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预 [J]. 保健文汇, 2016, (2):36.
- [3] 冯维. 小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预 [J]. 饮食保健, 2015, 2(15):72-73.
- [4] 史红萍. 小儿高热惊厥的相关危险因素及护理干预 [J]. 国际护理学杂志, 2015, (2):223-225.
- [5] 袁海英. 小儿高热惊厥危险因素与护理方式初步研究 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(13):247