

• 护理研究 •

个性化护理模式在重症肺炎高热惊厥小儿护理中的应用效果观察

苏 俐 陈桂敏

顺昌县医院 福建顺昌 353200

【摘要】目的 研究小儿重症肺炎高热惊厥 (SPFC) 临床干预中个性化护理的作用。**方法** 选取 2024 年 4 月~2025 年 3 月 SPFC 患儿 100 例, 均分两组, 分组方法为随机数字法, 对照组常规护理, 观察组个性化护理, 比较治疗恢复效率、家长焦虑程度、患儿依从性、并发症情况。**结果** 治疗恢复情况比较, 观察组缩短了高热、惊厥、住院时间 ($P < 0.05$); 家长焦虑程度 (SAS) 比较, 观察组 SAS 低于对照组 ($P < 0.05$); 患儿依从性比较, 观察组较高 ($P < 0.05$); 并发症发生率比较, 观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 个性化护理可以缩短重症肺炎高热惊厥患儿症状与住院时间, 缓解家长焦虑, 增强患儿依从性, 减少并发症, 效果较好。

【关键词】 高热惊厥; 小儿重症肺炎; 恢复效率; 并发症**【中图分类号】** R473**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 19-140-02

小儿重症肺炎高热惊厥 (Severe Pneumonia and Febrile Convulsion in Children, SPFC) 属于儿科急症^[1], 重症肺炎是由病原体诱发, 基础疾病、病原体强烈感染、免疫力低下等均为重症肺炎的常见诱因^[2]。小儿神经系统不健全、遗传因素与体温骤升较易诱发高热惊厥^[3]。SPFC 患儿病情稳定性差, 患儿沟通能力、自护能力不足, 依从性较差, 常规护理难以产生良好效果。人性化护理是基于个体化需求、深化护理服务内涵的临床护理模式, 目的是提高护理质量, 改善患者就医体验^[4]。该研究取 100 例 SPFC 病例为样本, 于 2024 年 4 月~2025 年 3 月入院, 分析人性化护理方案与效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2024 年 4 月~2025 年 3 月根据赫尔辛基宣言取样 100 例 SPFC 病例。观察组年龄 (3~9) 岁, 重症肺炎病程 (3~20) d; 对照组年龄 (4~8) 岁, 重症肺炎病程 (5~19) d。两组基线资料差异无统计学意义, 见表 1 ($P > 0.05$)。

表 1: 基线资料

组别	例数	男/女	年龄	重症肺炎病程
观察组	50	24/26	6.17±0.49	14.31±2.10
对照组	50	23/27	6.20±0.46	14.33±2.07
t		0.048	0.069	0.014
P		> 0.05	> 0.05	> 0.05

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: (1) 腋温超过 38.5℃, 反复高热, 诊断为 SPFC; (2) 呼吸急促, 伴呼吸衰竭、心衰或者多脏器损伤、休克等; (3) 免疫正常; (4) 家长陪护。

排除标准: (1) 脑功能障碍; (2) 伴真菌感染; (3) 全身感染; (4) 信息不全。

1.3 方法

对照组: 对家长、患儿同步宣教, 与家长沟通了解患儿病史, 说明后续治疗计划, 护理流程, 指导家长和患儿配合。监测体温、呼吸等生命指标, 全面预防并发症。

观察组: (1) 调整惊厥发作患儿为头侧偏、平卧位, 压

舌板覆软布后保护牙齿和口腔。及时轻柔清理呼吸道, 吸痰后温生理盐水清洁鼻腔。使用屏风后再进行插管、穿刺等操作, 避免刺激其他患儿。(2) 专人陪伴患儿家长, 简述抢救流程, 及时说明操作目的, 避免使用消极词汇, 积极安抚家长。(3) 采用差异化降温护理措施, 准备苹果汁等果汁, 患儿用药降温后饮用少量果汁, 减轻口腔内苦味, 配合话术, 例如“吃了药肚子就不会这么难受了”等。综合评估患儿基础健康状况、症状, 使用 (37~40)℃ 温水擦拭除了胸前区以外的区域, 进行物理降温。(4) 人性化环境护理: 调整光照为柔和模式, 调低设备音量, 室温控制为 (22~24)℃, 湿度为 (50~60)%, 减轻环境刺激, 提高环境舒适度。(5) 通过蝴蝶拥抱法、游戏化沟通方法安抚患儿情绪, 使用卡通贴、玩具等减轻患儿恐惧、紧张, 引导患儿配合。(6) 引导家长参与护理, 指导家长通过触摸额头、背部、手脚等部位监测体温, 评估病情, 增强家长护理参与感, 缓解家长焦虑。允许家长在床边放置一件玩具、照片等, 使患儿产生熟悉感。(7) 穿刺前涂抹利多卡因、穿刺时利用动画片等转移患儿注意力, 减轻操作性疼痛。

1.4 观察指标

治疗恢复时间: 统计平均住院时间与惊厥、高热时间。

家长焦虑程度: 通过《焦虑自评量表》(Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 分析家长焦虑严重性, 共 (20~80) 分, 50 分以上、越接近 80 分焦虑越严重。

患儿依从性: 医院自拟评估表, 依从性=基本依从+依从。无哭闹、挣扎, 可以良好配合医疗操作, 异常; 紧张、恐惧, 有抗拒表现, 沟通后可以配合完成诊疗活动, 基本依从; 哭闹、挣扎, 需要多次操作, 不依从。

并发症情况: 记录吸入性肺炎、舌咬伤、感染、脑水肿情况。

1.5 统计学方法

经 SPSS26.0 处理重症肺炎高热惊厥患儿信息, 家长焦虑程度、治疗恢复时间符合正态分布, 以“均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$)”分析, t 检验, 并发症、患儿依从性以率 (%) 分析, χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗恢复时间

对照组惊厥、高热、住院>观察组 ($P < 0.05$)。见表 2。

作者简介: 苏俐 (1989.10.6-), 性别: 女, 民族: 汉, 籍贯: 福建南平顺昌, 学历: 本科, 科室: 儿科, 职称: 主管护师, 研究方向: 儿科。

表 2: 治疗恢复时间 [h, d, ($\bar{x}\pm s$)]				
组别	例数	惊厥 (h)	高热 (h)	住院 (d)
观察组	50	13.87 $\pm$ 2.12	27.49 $\pm$ 2.80	5.94 $\pm$ 0.82
对照组	50	21.41 $\pm$ 3.05	35.02 $\pm$ 2.43	8.59 $\pm$ 1.04
t		-14.362	-14.370	14.171
P		0.000	0.000	0.000

2.2 家长焦虑程度
干预前组间 SAS 相近 ($P > 0.05$)；干预后，对照组 SAS 较高 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3: 焦虑 (SAS) 评分 [分, ($\bar{x}\pm s$)]				
组别	例数	干预前	干预后	t 值 P 值
观察组	50	63.71 $\pm$ 4.15	38.10 $\pm$ 4.03	-31.308 0.000
对照组	50	63.68 $\pm$ 4.19	51.94 $\pm$ 4.26	13.893 0.000
t		0.036	-16.695	
P		0.971	0.000	

2.3 患儿依从性
对照组依从性较低 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4: 患儿依从性 [n (%)]				
组别	n	依从性	基本依从	不依从 依从性
观察组	50	14 (28.00)	35 (70.00)	1 (2.00) 49(98.00)
对照组	50	5 (10.00)	38 (76.00)	7 (14.00) 43(86.00)
χ^2		5.264	0.457	4.892 4.892
P		0.022	0.499	0.027 0.027

2.4 并发症
对照组并发症率较高 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5: 并发症 [n (%)]				
组别	n	脑水肿	吸入性肺炎	舌咬伤 感染 发生率
观察组	50	0	1	1 3 5(10.00)
对照组	50	1	5	3 8 17(34.00)
χ^2				8.392
P				0.004

3 讨论
小儿重症肺炎高热惊厥 (SPFC) 具有复杂机制, 与感染、缺氧、高热、电解质失衡等有关^[5], 可能造成急性期脑损伤和引起神经系统后遗症^[6], 为降低致残致死风险, 需要积极治疗和科学干预, 抗感染治疗、改善氧合指标、严密监测病情等^[7]。常规护理对 SPFC 作用较差, 人性化护理具有更加完善的措施, 深化护理内涵, 促进患儿顺利治疗, 有利于控制病情。
该研究中, 治疗恢复观察, 观察组住院 (5.94 $\pm$ 0.82)

d, 出院较早; 惊厥 (13.87 $\pm$ 2.12) h、高热 (27.49 $\pm$ 2.80) h 症状持续时间较短, 对照组均较高。人性化护理从心理、社会、生理层面全方位精细化护理, 完善应急护理与人性化服务, 有利于护理人员与患儿、家长配合, 全方位开展护理干预, 有利于症状缓解和患儿恢复。
家长 SAS 分析显示, 观察组干预后降低至 (38.10 $\pm$ 4.03) 分, 低于干预前 (63.71 $\pm$ 4.15) 分, 对照组降低至 (51.94 $\pm$ 4.26) 分。人性化护理融入人文关怀与多样化医疗技术, 完善了急性期护理与长期个体化护理, 增强家长参与感, 有利于减轻家长焦虑。

患儿依从性评估, 观察组依从性 98.00, 其中依从 28.00%、基本依从 70.00%, 对照组为 86.00%、10.00%、76.00%。人性化护理从小儿心理特点出发, 结合游戏化沟通等多种方法与患儿构建信任, 有利于减轻患儿抵抗情绪, 引导患儿配合。

并发症显示, 对照组各项并发症预防效果较差, 总发生率 34.00%, 其中脑水肿 2.00%、吸入性肺炎 10.00%、舌咬伤 3.00%、感染 16.00%; 观察组感染 6.00%, 舌咬伤、吸入性肺炎分别为 2.00%, 总发生率 10.00%。

综上所述, 针对小儿重症肺炎高热惊厥护理时, 应用个性化护理方案具有显著效果。个性化护理后, 患儿惊厥、高热持续时间较短, 住院时间缩短, 家长焦虑减轻, 患儿依从性增高, 并发症率较低, 作用显著。

参考文献:

[1] 赵仕国, 张晨美. 因重症肺炎发热诱发惊厥发作 Dravet 综合征患儿一例的护理 [J]. 军事护理, 2025, 42(01):111-114.

[2] 陈锋, 张芙蓉. 儿童难治性肺炎支原体肺炎的早期临床特点及相关危险因素 [J]. 中国热带医学, 2024, 24(07):777-782.

[3] 武彩霞. 为重症病毒性肺炎高热惊厥小儿提供个性化护理的临床效果 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2):318-320.

[4] 李霞, 华秋秋. 为急诊小儿肺炎患者提供综合人性化护理的效果研究 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2):303-305.

[5] 仲辰子, 曹静. 人性化护理在小儿肺炎护理中的应用价值 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2):315-317.

[6] 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.

[7] 谭燕, 钟磊. 人性化护理对新生儿肺炎患者护理效果及护理质量分析 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2):505-507.

(上接第 139 页)
无异物。当患者情况有所好转, 治疗方式更改为间歇性给氧。
3 结论
一氧化碳中毒症状可分为急性中毒有关表现和迟发性脑部疾病表现。急性中毒主要症状为不同程度的头痛、头晕、恶心以及昏迷, 此种类型患者, 如果及时脱离高浓度一氧化碳空气, 吸入新鲜氧气后, 相关症状可显著得到缓解。而对于重度中毒患者, 如救治不够及时, 甚至会发生呼吸困难而死亡。迟发性脑部疾病症状相对严重, 常常于 2-60 天后出现功能障碍或神经坏死。本研究对 59 例急性一氧化碳中毒患者进行临床观察, 发现恰当的护理方式能够提高病人生存质量, 降低并发症发生率, 加快患者身体机能恢复。

参考文献:

[1] 迪晓霞, 李鑫铭. CO 中毒致横纹肌溶解症并周围神经损害 13 例临床分析 [J]. 山西医科大学学报, 2023, 54(01):48-50.

[2] 王晓蕾. 早期护理干预对急性一氧化碳中毒患者的临床效果研究 [J]. 中国实用医药, 2025, 20(03):191-192.

[3] 游心雯. 1 例一氧化碳中毒致横纹肌溶解综合征的护理 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2022(09):118-119.

[4] 魏中兴. 急性一氧化碳中毒急救的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2023, 21(33):129-130.

[5] 江英, 关秀丽. 急性一氧化碳中毒临床特点及护理研究新进展 [J]. 检验医学与临床, 2024, 21(14):2157-2159.