

探讨小儿高热惊厥的护理进展

童丹

张家港市第一人民医院 江苏苏州

【摘要】 小儿高热惊厥主要因 5 个月~11 岁的患儿经疾病感染, 诱发高热反应后突然性的临床表现, 惊厥的突发需要及时与颅内感染、器质性代谢性疾病区分, 又因惊厥持续的时间、发作的次数以及临床表症, 需考虑患儿为单纯性的高热惊厥还是复杂性伴有较长发作时间、多次发作的惊厥。随即治疗原发病, 给予患儿退热措施并维持患儿的呼吸道通畅, 为接下来的护理工作铺垫安全环境。小儿高热惊厥的护理工作开展, 需依托于对小儿状况的评断, 并在医嘱下适当的进行高热降温, 给予药物干预, 通过病情观察后的循证护理以及家属解释等, 保障护理的及时性与可靠性。

【关键词】 小儿; 高热; 惊厥; 护理进展

To explore the nursing progress of febrile convulsion in children

Dan Tong

Zhangjiagang First People's Hospital Suzhou, Jiangsu

【Abstract】 Febrile convulsion in children is mainly caused by the sudden clinical manifestations of high fever caused by disease infection in children aged 5 months to 11 years. The sudden convulsion needs to be timely distinguished from intracranial infection and organic metabolic diseases. Moreover, due to the duration of convulsion, the number of seizures and clinical manifestations, It is necessary to consider whether the child is a simple febrile convulsion or a complex convulsion with a longer duration and multiple seizures. The primary disease was immediately treated, and antipyretic measures were given to the children and their respiratory tract was maintained, paving the way for a safe environment for the following nursing work. The nursing work of high fever convulsion in children needs to rely on the evaluation of the children's situation, and under the doctor's advice, appropriate high fever cooling, drug intervention, evidence-based nursing after observation and family explanation, to ensure the timeliness and reliability of nursing.

【Keywords】 children; High fever; Convulsion; Nursing progress

小儿高热惊厥的体温通常在 38.5 度到 41 度之间, 发生惊厥通常在高热维持 12 小时以内, 且伴有全身症状, 部分患儿因惊厥还合并意识丧失、抽搐等, 复发的患儿还可能因高热惊厥继发脑损伤, 导致脑细胞凋亡, 引起小儿发育过程中的智力下降、癫痫等, 严重影响小儿的成长健康。因此针对小儿高热惊厥护理十分关键, 护理工作的开展需快速, 有所依据, 对小儿病情的观察应明确充分, 护理中也需要结合患儿的具体表现综合分析患儿的需求, 从轻重缓急的角度看, 需以病情评估-循证护理(安全护理)-心理护理-健康教育的流程执行护理路径。

1 病情评估

1.1 意识、瞳孔

临床护理中发现, 单纯性的高热惊厥, 患儿能够

很快在昏迷中清醒过来, 整个惊厥期间瞳孔的变化不明显或无变化, 而复杂性的高热惊厥发作时间在 15min 以上, 一次病程中反复发作, 呈现出因脑组织缺氧而瞳孔大小不一的表症, 此时应警惕脑水肿, 结合患儿昏迷的次数与时间, 经医嘱给药预防脑疝, 且应在患儿高热的时间里, 多次护理巡视, 24 小时护理监测, 随时结合患儿的意识变化与瞳孔变化分辨病情的进程。

1.2 其他体征

高热惊厥患儿的主要体征就是体温的升高, 除了对患儿定时的体温监测外, 还需观察患儿口唇色、面部额头颜色、肌肉紧张度、双眼/牙关、呼吸通畅度、大小便以及分泌物, 对于特定的异常表现给予针对性的护理, 高热惊厥刚诱发的阶段, 患儿的体温在 38.5-41 摄氏度之间, 此时应肉眼观察并适当触摸患儿, 感受

患儿是否有肌肉震颤、抽搐的表症,结合对患儿意识的评估,同时观察患儿眼部是否上翻漏出眼白,牙关是否闭紧,呼吸是否有规律,是否有口唇颜色的改变以及分泌物,是否合并有不自自主的大小便,此时小儿表述困难或已经无法表述,应提示家属配合观察,随时确认患儿病情合并的其他症状^[1]。

2 循证护理

2.1 呼吸不畅通循证护理

患儿呼吸起伏无规律,呼气声有轻有重,经监测呼吸频率异常,甚至呼吸不顺畅憋气,应及时将患儿的衣领处扣子解开,如穿戴有红领巾等应及时的摘下,促使患儿平卧在病床上,去枕并帮助患儿头部倾斜到左侧或者右侧,此时若合并有堵塞呼吸的分泌物,应及时以棉签等轻柔的去除、擦拭干净,若患儿呼吸节律性严重紊乱,还应尝试利用舌钳拉出昏迷患儿的舌头,预防舌后坠。预备吸氧、吸痰器具,若患儿惊厥反复发生,应及时利用吸氧机与吸痰机维持呼吸。

2.2 肌肉局部抽搐、痉挛的循证护理

惊厥为复杂性,持续时间超过 15min,则患儿脑损伤的发生率较高,应结合患儿肌肉颤动、痉挛等表现,尽快预防脑损伤施行药物干预,目前针对肌肉痉挛的循证护理,因考虑其危急情况,汇报医生前来的等待时间里,通过抚触,评估患儿反应能力,预备留置针物品便于急救时的临时处理,迅速建立静脉通路,常规分析合理的留置针位置,做好留置针静脉穿刺准备。医生到来后,应能够概述患儿昏迷的情况、时间、次数、原发病等,促使医生及时做出判断。由于患儿的年龄小,药物降解消化的能力弱,且患儿已经昏迷了一段时间,药物作用需发挥快速,应选择副作用小且药效强的药物,如肌肉注射 5~10mg/kg 的鲁米那钠,开通静脉通道可选择患儿惊厥期间不因随意活动滑脱的头皮处,以安定 0.2~0.3mg/kg 静脉给药,应预备呼吸机配合治疗,必要情况下护士需给予患儿人工呼吸,应控制注射的速度在 1~2mg/min,避免注射速度快抑制呼吸,如需灌肠,则在医嘱下给予水合氯醛(5%~10%浓度)剂量 0.5ml/kg,灌肠需保留一小时以上,保障患儿体内药物充分吸收。药物应用中护理人员应随时观察是否有外渗、注射后的穿刺点是否肿胀等,给予局部的皮肤护理,清理渗出物。

2.3 呼吸不畅通/不规律的循证护理

呼吸补偿会导致机体的耗氧量增加,累及心脑血管,使得血管通透性增加,继而发生脑水肿,惊厥情况加剧,昏迷次数增多,呼吸更为不畅。整个疾病的

发生发展形成闭环,且越来越严重,及时控制缺氧问题,监测患儿的血氧饱和度,需提升氧流量,观察患儿的面色发青、嘴唇变紫或苍白无血色,应给予流量吸氧,对于长时间屏气的患儿,吸氧效果不佳,可给予鼻导管、面罩吸氧,可结合患儿的年龄适当挤压呼吸囊,直到观察患者能够顺利的呼吸,胸部起伏有规律,呼吸声有节律则可。

2.4 高热不退的循证护理

退热的形式有很多种,除了药物降温,还需要联合物理方法,促使患儿机体的温度尽快的降至正常,可在医嘱下利用毛巾擦拭患儿的额头、腋下、褶皱部位,对于高热持续时间长的患儿,可利用冰袋冰敷局部位置,但应注意多次拿取冰袋重新放置避免过犹不及,期间观察患儿体温的变化,待体温降至 38 度,为患儿高热惊厥初期的体温,则应停用冰袋,另外可采取乙醇擦拭的形式,将乙醇擦拭在患儿的局部高热位置,但需要提前进行对患儿躯体耐受度的评估,对于年龄小、皮肤脆弱、过敏的患儿不宜应用乙醇,擦拭过程中应避免患儿的皮肤过多的暴露引起感冒,应用冰袋等应有间隔时间,不宜一次使用冰袋过长时间。给药形式;口服美林、泰诺林,肛塞对乙酰氨基酚栓,静脉滴注皮质激素等等,需结合医嘱在对患儿的体温评估后适当给药,护理中应对患儿家属说明药物的应用必要性,指出药物应用的意义,通过简述药物性质促使家属在患儿高热时,维持稳定的情绪^[2]。

2.5 口腔与皮肤的循证护理

因体温变高的影响,在患者呼吸频率较快时,患儿嘴巴微张,容易感到口内的干燥,继而口腔病菌侵入可诱发炎症,针对口腔内部较为干燥且嗓音沙哑的患儿,可采取生理盐水擦拭的形式,每天擦拭两次或以上,促使患儿口腔内的卫生清洁度以及湿润度增加,若患儿昏迷期间合并口腔溃疡,则在医嘱下涂抹药物。部分患儿高热惊厥期间因高热而浸湿衣服、被褥,应观察患儿排汗量,经常翻身检查后背是否濡湿,将已经濡湿的部分床单、衣服换下来,期间应注意患儿的保暖,应关闭门窗更换,避免患儿受寒,翻身等检查环节则应轻轻的托起患儿的背部,不牵拉手臂腿部,也提示家属不牵拉患儿的四肢,若患儿在卧床时排便异常,应及时的清理,可垫上一次性的医疗软垫便于清理粪便,若患儿应用纸尿裤,应观察是否无法排汗,选用吸水性强、透气性强的纸尿裤替代,可适当给予患儿抚触,通过拍背等形式,一方面预防褥疮,一方面给予患儿安抚^[3]。

2.6 其他循证护理

患儿的年龄小,且在昏迷期间难免因翻身活动而坠床,或磕碰床角,应结合家属的陪同情况安设防护,对于家属无时无刻不关注患儿的,可省去防护措施,提示家属注意在患儿翻动时,避免其无意识活动而坠落,若家属看护不及时,则需配置相应的防护,对于牙关紧闭,口服药物都无法送入的,应利用牙垫、压舌板等预防患儿在昏迷期间的咬伤。指导患儿清淡饮食,不因排汗量大就不饮水,可结合患儿的喜好,适当的饮用瓜果汁等,增加维生素的摄入。

3 心理护理

3.1 患儿护理

患儿年龄不一,对事物的理解能力不同,教育应从不同的角度开展,对于昏迷或者年龄小的,通过轻柔的抚触、温和的逗笑等方式去护理,对于年龄偏大的患儿,可通过游戏、故事等形式提供心理安慰,可鼓励患儿,赞扬他们的精神,促使患儿在患病期间打消恐惧情绪^[4]。

3.2 家属护理

不必对患儿过多的讲述疾病有关机制,但需要对家属概述疾病知识,促使家属在患儿高热惊厥期间,有基本的医疗认识,能够配合护理操作,可进行自主观察与患儿情况分析等。

4 健康教育

高热惊厥属于突发疾病,且患儿体温较高,家属容易慌乱,不仅影响护理工作的开展,还可能暴发医患矛盾,应纠正家属的误解,耐心而细致的讲解高热惊厥的相应知识,在急救处理中,也就是上述的循证护理阶段,给予家属解释,护理操作中随时结合专业分析,对家属进行说明,待患儿的体征比较稳定后,再详细的讲解高热惊厥需注意的事项,减轻家属的负担。

说明药物机制与作用,对于出院中途突发抽搐等问题,在呕吐时注意将患儿头部偏向于一侧,另联合

预防舌咬伤、饮食不消化、体质锻炼等的预处理措施,发放相应的知识手册便于家属了解^[5]。

结束语

综上所述,高热惊厥的护理研究,主要从病情分析、系列症状的循证护理、心理教育以及健康教育着手,目前护理研究进展较为现代化、综合化,对患儿高热惊厥的急救、痛苦缓解有益。

参考文献

- [1] 古雪花, Gu, Xuehua,等. 探讨综合护理干预在小儿高热惊厥护理中的应用效果[J]. 数理医药学杂志, 2017.
- [2] 黄成艳. 探讨护理干预对小儿高热惊厥的护理效果[J]. 中国保健营养 2019年29卷5期, 251-252页, 2019.
- [3] Shen M, Xu Z, Xu L, et al. Observation on the effect and nursing quality of cluster nursing in emergency treatment of children with febrile convulsion[J].2021.
- [4] 邹梅. 探讨护理干预在小儿高热惊厥护理中的应用[J]. 健康之友, 2020, 000(007):251.
- [5] 冯玉香, 沈玉鹏. 小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预研究[J]. 母婴世界 2021年14期,172页, 2021

收稿日期: 2022年7月28日

出刊日期: 2022年10月9日

引用本文: 童丹, 探讨小儿高热惊厥的护理进展[J]. 当代护理, 2022, 3(8) :98-100.

DOI: 10.12208/j.cn.20220354

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS