

分析小儿热性惊厥的特点与治疗的临床效果

张玉梅

新疆乌鲁木齐市第一人民医院城北院区 新疆维吾尔自治区 乌鲁木齐 830013

摘要: **目的:** 分析小儿热性惊厥疾病特点及治疗效果。**方法:** 采集本院2022.1.1-2022.12.31期间收治的小儿热性惊厥患儿204例, 整理患儿基础信息及病历资料, 分析疾病特点; 并将患儿依据单纯型、复杂型热性惊厥分为两组, 均接受综合治疗干预, 对比两组临床表现、治疗效果、并发症、复发率。**结果:** 本次研究发现, 小儿热性惊厥的发生与患儿性别无明显关联, 但患儿初发年龄多 > 1岁, 初发体温多 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, 疾病类型多为单纯型, 疾病诱因以上呼吸道感染为主, 且发病患儿多有相关家族史。患儿病后可出现体温骤升(体温多在 39°C - 40°C 之间)、惊厥(持续时间多 < 10min)等症状, 且有牙关紧闭、心率/呼吸加快、面色/口唇发绀、全身强直性抽搐等表现, 但发作后无神经系统后遗症。复杂型热性惊厥组患儿体温、血清钠含量低于单纯型热性惊厥组, 脑电图异常发生率高于单纯型热性惊厥组 ($P < 0.05$)。单纯型热性惊厥组患儿治疗效果高于复杂型热性惊厥组 ($P < 0.05$)。单纯型热性惊厥组患儿并发症发生率、复发率低于复杂型热性惊厥组 ($P < 0.05$)。**结论:** 小儿热性惊厥多因感染性疾病诱发, 具有起病急、进展快、体温骤升、家族遗传、无神经系统后遗症等特点, 且多为单纯型热性惊厥。因而在小儿热性惊厥发生后需及时结合患儿症状表现进行诊断与综合性治疗, 并加强对复杂型热性惊厥患儿的治疗、监护, 以保障疾病诊疗效果。

关键词: 小儿热性惊厥; 疾病特点; 治疗效果; 复发率

热性惊厥为临床常见儿科神经系统疾病之一, 该病多见于3个月-6岁的婴幼儿群体, 儿童期发病率为4%左右^[1]; 该病多因急性上呼吸道感染、急性扁桃体炎、肠炎等诱发, 病发后以肌群强直、阵挛性抽搐等为主要症状, 部分患儿可伴有意识丧失, 对患儿生命健康存在严重威胁^[2]。小儿热性惊厥可分为单纯型、复杂型热性惊厥两种, 其中单纯型热性惊厥多持续时间短, 一般不会损伤患儿脑组织, 而复杂型热性惊厥则会持续较长时间, 且可反复发作, 极易损伤神经元, 威胁患儿生命。绝大部分热性惊厥患儿在5岁后不会再发作, 且预后较好, 但若处理不及时可对患儿大脑发育造成严重影响, 严重情况下甚至会导致神经系统后遗症发生, 如癫痫、智力低下等^[3]。因而临床针对小儿热性惊厥发病特点进行准确把握, 及时诊断、治疗十分关键。对此, 本次研究主要以我院小儿热性惊厥患儿204例为例, 分析疾病特点, 并观察治疗效果。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2022.1.1-2022.12.31期间收治的小儿热性惊厥患儿204例。患儿男女比例为112/92; 年龄6-40个月, 均值(22.35 ± 2.61)个月。

诊断标准: ①与《实用儿科学》^[4]中关于热性惊厥的诊断标准相一致; ②复杂型热性惊厥诊断标准: 惊厥持

续发作 $\geq 15\text{min}$; 24h内复发 ≥ 2 次; 不对称性或局限性发作; ③单纯型热性惊厥: 24h内仅发作1次; 发作持续时间5-10min; 全身性发作。

纳入标准: ①符合上述诊断标准; ②患儿家属知情; ③首次发病在出生后3-36个月; ④惊厥发作时全身抽搐, 意识丧失, 持续几分钟可自行清醒; ⑤发热(体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$), 发热后12h内出现惊厥症状; ⑥研究经本院医学伦理核准。

排除标准: ①合并严重心肝肾等重要脏器功能性障碍; ②合并自身免疫系统疾病; ③伴有遗传性疾病或先天代谢性疾病。

1.2 方法

整理患儿基础信息与病例资料, 对患儿年龄、性别、疾病类型、家族史、疾病诱因、临床表现等情况进行了解, 分析疾病特点。同时均予以综合治疗, 治疗方法如下:

热性惊厥绝大多数是良性病程, 目前尚无热性惊厥引起脑损伤的证据, 应避免过度治疗。首先要加强家长教育, 使家长了解绝大多数热性惊厥的良性预后, 并教会家长如何应对急性发作, 从而避免家长过度紧张焦虑。首先将患儿转移到安全区域, 避免意外伤害, 帮助患儿调整体位, 保持头向一侧偏斜, 维持呼吸通畅, 避免窒息及误吸, 不要向口腔内塞入任何物品; 不要过度

用力按压病人, 以免造成骨折; 必要时给予止惊退热、吸氧、降颅压对症等治疗。惊厥发作超过5分钟者需要及时给予药物止惊治疗: ①以安定为首选药物, 剂量0.25-0.5mg/kg/次, 注射速度 < 1mg/min; 结合患儿病情可于20min后重复用1次, 24h内可重复2-4次; ②苯巴比妥钠5-10mg/kg/次, 肌注, 为使其迅速达有效浓度, 可实施负荷量治疗, 负荷量计算为15-20mg/(kg.d) 计算, 分2次肌注, 2次间隔2-4h, 24h后予以维持量治疗。③10%水合氯醛每次0.5mL/kg加等量生理盐水灌肠。若首次用药无效, 可结合患儿病情, 循环使用上述3种抗惊厥药, 形成镇静环, 并严密关注患儿生命体征变化情况。同时可联合物理降温及口服退热药物进行干预, 物理降温包括将患儿衣物松解、降低环境温度、以温水擦拭皮肤等。若患儿仍有发热, 可以口服对乙酰氨基酚滴剂或布洛芬混悬液进行药物降温治疗。对于单纯性热性惊厥的话, 不推荐任何预防性治疗。对于少数复杂性热性惊厥、热性惊厥过于频繁(>五次/年)或者出现过热性惊厥持续状态(>30分钟)的患儿, 可以考虑采取预防措施①长期预防: 可选用丙戊酸或左乙拉西坦或苯巴比妥口服; ②间断临时预防: 在发热早期及时口服或直肠应用地西泮, 剂量为每次0.3mg/kg, 可每间隔八小时应用一次, 最多连续应用3次。这种方法常见的不良反应是嗜睡、共济失调等中枢神经系统症状, 最有可能掩盖严重疾病, 如脑膜炎、脑炎等。而且有些热性惊厥发生在发热初期很短的时间内, 甚至出现惊厥后才发现发热, 因此应用临时口服药物预防经常不能及时, 导致预防失败。不论是采用长期或者临时预防, 均应仔细评估其可能的利弊, 并与家长充分沟通后再做出决定。此外, 考虑惊厥致脑组织缺氧, 适当予以患儿吸氧, 提升其血液中氧浓度, 控制氧流量0.5-1.5L/min; 此外, 还需结合患儿实际情况予以维持水、电解质酸碱平衡干预。

1.3 观察指标

观察患儿一般资料、临床表现。同时对比单纯型、复杂型热性惊厥患儿临床表现、治疗效果、并发症发生率、复发率。临床表现主要观察两组患儿体温、血清钠含量、脑电图异常发生率。治疗效果结合《实用儿科学》与患儿症状改善情况评估, 以治疗2d内体温复查、无抽搐、咳嗽、流涕等症状为治愈; 以治疗3d体温复查, 抽搐无复发, 症状改善为显效; 以治疗3d体温显著降低, 症状好转, 抽搐无复发为有效; 以上述标准均未达到为无效。治愈、显效、有效病例数占总例数百分比计算总治疗效果。并发症主要观察神经系统后遗

症发生情况; 复发率统计患儿入院至离院3个月内惊厥复发率。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0软件。(x±s) 指代计量数据、%指代计数数据; 分别采用t、 χ^2 检验; P<0.05时统计差异存在。

2 结果

2.1 一般资料

小儿热性惊厥的发生与患儿性别无明显关联, 但患儿初发年龄多>1岁, 初发体温多 $\geq 38.5^\circ\text{C}$, 疾病类型多为单纯型, 且患儿多有相关家族史(惊厥、癫痫等), 疾病诱因以上呼吸道感染为主。具体数据如表1:

表1 一般资料(% , n = 204)

基础资料	n	例(构成比)
性别	男	112(54.90)
	女	92(45.10)
初发年龄	≤ 1 岁	34(16.67)
	> 1岁	170(83.33)
初发体温	< 38.5 $^\circ\text{C}$	21(10.29)
	$\geq 38.5^\circ\text{C}$	183(89.71)
疾病类型	复杂型	42(20.59)
	单纯型	162(79.41)
家族史	有	122(59.8)
	无	82(40.2)
疾病诱因	上呼吸道感染	143(70.11)
	支气管肺炎	14(6.86)
	支气管炎	21(10.29)
	腹泻	8(3.92)
	其他	18(8.82)

2.2 临床表现

本次纳入204例患儿均出现如下表现: 突发起病, 发病后体温骤升, 体温 < 38.5 $^\circ\text{C}$ 32例(占比15.69%)、38.5-39 $^\circ\text{C}$ 53例(占比25.98%)、39 $^\circ\text{C}$ -40 $^\circ\text{C}$ 109例(占比53.43%)、> 40 $^\circ\text{C}$ 10例(占比4.90%)。患儿持续惊厥时间 < 10min 161例(占比78.92%)、10-15min 40例(占比19.61%)、> 15min 3例(占比1.47%)。同时, 入院患儿多处于牙关紧闭、口吐白沫、面色/口唇发绀、双侧瞳孔等圆等大、心率/呼吸加快、全身强直性抽搐等表现, 处于阵挛发作、神志不清状态, 但发作后无任何神经系统后遗症(原发疾病表现除外)。

2.3 临床表现

复杂型热性惊厥组患儿体温、血清钠含量低于单纯型热性惊厥组, 脑电图异常发生率高于单纯型热性惊厥组(P<0.05)。见表2:

表2 临床表现 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	体温 (°C)	血清钠 (mmol/L)	脑电图异常 (%)
单纯型热性惊厥组	162	39.55±0.31	138.56±4.12	3(1.85)
复杂型热性惊厥组	42	38.02±0.51	132.34±6.28	5(11.9)
$t; \chi^2$		24.565	7.741	8.946
P		< 0.001	< 0.001	0.003

2.4 治疗效果

厥组 ($P < 0.05$)。见表3;

单纯型热性惊厥组患儿治疗效果优于复杂型热性惊

表3 治疗效果 (%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总计
单纯型热性惊厥组	162	66(40.74)	50(30.86)	40(24.69)	6(3.71)	156(96.29)
复杂型热性惊厥组	42	15(35.71)	13(30.95)	8(19.05)	6(14.29)	36(85.71)
χ^2		-	-	-	-	6.746
P		-	-	-	-	0.009

2.5 并发症发生率、复发率

单纯型热性惊厥组患儿并发症发生率、复发率均低于复杂型热性惊厥组 ($P < 0.05$)。见表4:

表4 并发症发生率、复发率 (%)

组别	例数	并发症发生率	复发率
单纯型热性惊厥组	95	1(0.62)	10(6.17)
复杂型热性惊厥组	25	3(7.14)	10(23.81)
χ^2		7.388	11.732
P		0.007	0.001

结束语

惊厥为临床常见的一类不随意运动, 其多表现为局部或全身骨骼肌群突发不自主收缩, 且多伴意识障碍^[5]。热性惊厥为儿科常见急症, 当前临床针对该病的发生机制并未完全阐明, 一般认为病毒和细菌感染为主要诱因, 其中以病毒感染更为多见。该病多发于3个月-6岁的小儿群体, 该阶段儿童大脑功能尚未发育完善, 因而难以像成年人一样自主完成体温调节, 极易发生高热症状^[6]; 而婴幼儿易受病原微生物、组织代谢废物、疫苗注射等不良刺激影响下极易引发体温异常升高, 进而诱发脑细胞功能异常, 致使神经细胞异常性放电, 最终引发惊厥。由此可见, 热性惊厥的发生与婴幼儿大脑尚未发育完善、年龄等均存在密切关联; 而相关研究人员指出, 热性惊厥的发生与遗传也有一定关联^[7]。本次研究显示, 在204例热性惊厥患儿中, 初发年龄 > 1岁占比85.00%、初发体温 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 占比89.17%、单纯型热性惊厥占比79.17%、有相关家族史患儿占比59.17%、疾病诱因为上呼吸道感染者占比70.83%, 与既往临床研究具有一定一致性。同时本次研究发现, 小儿热性惊厥多为突发性, 发病后患儿体温会骤然升高, 进而表现为全身性抽搐、牙关紧闭、

面色/口唇发绀、呼吸/心率加快、阵发与强直性痉挛等, 且多伴短时间神志不清等临床表现, 但发作后多无任何神经系统后遗症。

现阶段临床主要将小儿热性惊厥分为两类, 即单纯型热惊厥、复杂型热惊厥, 其中单纯性热性惊厥较为常见, 本次研究亦证实了该观点。同时, 本次研究显示, 单纯型热性惊厥与复杂型热惊厥患儿临床表现存在一定差异, 且单纯型热性惊厥患儿治疗效果较复杂型热惊厥患儿更好, 并发症发生率、复发率较复杂型热惊厥患儿更低 ($P < 0.05$)。提示单纯型热性惊厥治疗难度较低, 预后较好, 而复杂型热惊厥可能受到疾病多次发作、惊厥持续时间较长的影响而加重脑部功能损伤, 增加了不良预后发生风险。因而针对热性惊厥患儿需及时进行有效的诊断治疗, 并进一步加强对复杂型热惊厥患儿的关注, 以保障治疗效果, 改善预后。具体来说, 在小儿热性惊厥治疗中可从如下几方面入手: (1) 一般治疗: 及时将患儿转移到安全区域, 避免意外伤害, 帮助患儿调整体位, 保持头向一侧偏斜, 维持呼吸通畅, 避免窒息及误吸, 不要向口腔内塞入任何物品; 不要过度用力按压病人, 以免造成骨折; 必要时给氧。(2) 药物治疗: 及时应用止惊及降温药物, 包含安定、苯巴比妥、水合氯醛等。(3) 病因治疗: 积极治疗感染, 控制原发病。(4) 对症支持: 辅助物理降温法, 进一步稳定患儿体温, 避免体温持续升高; 同时予以纠正低血糖、缺氧等治疗, 若长时间抽搐可考虑予以甘露醇或肾上腺皮质激素静推预防脑水肿, 但需谨慎实施。(5) 预防: 积极控制体温, 若再发热需及时用药 (安定、苯巴比妥等)。若为复杂型热性惊厥, 则需考虑长期用药, 并指导患儿家长掌握正确的用药方法。

总的来说,充分掌握小儿热性惊厥临床特点,并及时采取准确的诊断、科学的治疗是保障患儿预后良好、减少不良后遗症的重要途径;同时也需加强对复杂型热性惊厥患儿的关注,积极防范疾病复发或相关并发症发生。

参考文献

[1]南在元,冯德琳,刘皓珏,等.以热性惊厥起病的急性坏死性脑病一例并文献复习[J].中国小儿急救医学,2021,28(11):1021-1023.

[2]林景明,刘武辉,郑丽丽.小儿热性惊厥发病特点及复发的预防措施研究[J].基层医学论坛,2021,25(19):2677-2679.

[3]胡祥英,黄娆,王开梅.316例小儿热性惊厥临床特点

分析[J].妇儿健康导刊,2022,1(12):86-89.

[4]诸福棠.实用儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2003.688-688.

[5]肖俊华,赵志霞,赵晓瑞.小儿热性惊厥首次发作的临床特点与危险因素分析[J].中国实用医刊,2021,48(17):31-33.

[6]马强.苯巴比妥联合地西洋治疗小儿热性惊厥的临床效果观察[J].中国实用医药,2020,15(9):138-140.

[7]张方方.左乙拉西坦辅助治疗小儿热性惊厥反复发作的临床效果[J].中国民康医学,2020,32(16):62-63.

[8]伍晓莉.早期使用镇静剂预防小儿热性惊厥引起癫痫的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(29):131-133.