小儿高热患儿降温护理干预效果对比研究

康亚妮　陈　楠　马爱玲
石嘴山市第一人民医院　宁夏　石嘴山　753200

摘　要：目的：对比分析物理降温、药物降温及联合降温三种护理干预方案对小儿高热患儿的临床效果，探讨最佳降温护理策略，为儿科高热护理实践提供循证依据。**方法：**选取2022年1月至2023年12月我院收治的120例高热患儿为研究对象，采用随机数字表法分为A组（物理降温）、B组（药物降温）、C组（联合降温），每组40例。三组患儿在年龄、性别、体温、病因等一般资料方面比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。A组给予温水擦浴、退热贴等物理降温措施；B组给予布洛芬混悬液口服；C组在药物降温基础上同步实施物理降温，两者交替进行。比较三组降温效果、体温恢复正常时间、并发症发生率及家属满意度。**结果：**C组总有效率（97.5%）显著高于A组（80.0%）和B组（85.0%），差异有统计学意义（$P<0.05$）；C组体温恢复正常时间（2.15±0.68）h明显短于A组（3.87±1.02）h和B组（3.12±0.89）h（$P<0.05$）；C组并发症发生率（5.0%）低于A组（17.5%）和B组（15.0%）（$P<0.05$）；C组家属满意度（95.0%）高于A组（77.5%）和B组（82.5%）（$P<0.05$）。**结论：**物理降温联合药物降温护理干预可有效提高小儿高热降温效果，缩短体温恢复时间，降低并发症发生率，提升家属满意度，该方案兼具物理降温的快速性和药物降温的持久性，体现了协同护理的优势，值得临床推广应用。

关键词：小儿高热；降温护理；物理降温；药物降温；联合干预；效果对比

引言

小儿高热属于儿科临床较为常见的急症，一般是指体温高于39℃的发热状态。由于儿童中枢神经系统发育不够成熟，体温调节能力差，高热容易导致惊厥、脱水、电解质失衡等问题，严重时还会引起脑部损害[1]。所以及时合理地进行降温护理对于改善患儿病情具有重要意义。目前临床上常用的方法主要是物理降温（如温水擦浴、冰袋冷敷、退热帖等）以及药物降温（如布洛芬、对乙酰氨基酚等），但是不同方法之间优劣比较尚无定论，在临床应用上存在较大分歧。有学者认为物理降温见效快但是作用时间短暂，而药物降温虽然作用时间长但是会对肝脏和肾脏造成一定压力，而两者结合使用可能会兼二者之长[2]。为了更好地指导临床工作，本文将对这三种降温护理措施进行比较分析以期为临床护理工作提供更加有力的支持。

1 研究对象与方法

1.1 一般资料

选择在我院儿科2022年1月-2023年12月期间就诊的120名高热患儿作为研究对象。纳入标准：（1）腋温 ≥ 39.0°C；（2）年龄在6个月至6岁之间；（3）家长知情并且愿意参加本项研究；（4）相关资料齐全。排除标准：（1）伴有严重心脏病、肝病或者肾脏疾病患者；（2）既往有热性惊厥史；（3）对本研究所使用的药物过敏者；（4）进入本研究之前已经应用退热药；（5）合并有较为严重的感染需要进行针对性处理者。以随机数字表的方式把孩子分成三组，即A、B、C三组各40人。A组男性儿童22名，女性儿童18名；平均年龄为（2.85±1.24）岁；平均体温为（39.52±0.38）°C；B组男性儿童21名，女性儿童19名；平均年龄为（2.92±1.31）岁；平均体温为（39.48±0.41）°C；C组男性儿童23名，女性儿童17名；平均年龄为（2.78±1.19）岁；平均体温为（39.55±0.36）°C。三组儿童性别、年龄、病情原因等方面比较无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。

1.2 护理干预方法

A组进行单纯的物理降温护理：调节室内温度在22-24℃，湿度为50%-60%，解开患儿衣物以便散热，在32-34℃温水中为患儿擦浴，着重擦拭患儿颈部、腋窝、腹股沟等较大血管分布的地方，每次持续10-15分钟，每隔半小时再次擦浴一次；并在额头放置退热贴，每四小时更换一次。在擦浴过程中注意观察患儿情况，一旦发现患儿有发抖或者皮肤颜色变白时应立即停止。

B组采用单纯药物降温护理：给予布洛芬混悬液（国药准字H20000359）口服，剂量根据体重5～10mg/kg，若体温持续不退，每间隔6h可再服一次，但一天之内不超过4次，在服药后半小时、一小时、两小时测量体温并做好记录，在用药过程中注意观察有无腹泻、皮疹等不良反应出现。

C组采取联合降温护理：在B组药物降温基础上，同

时进行A组物理降温，二者间隔30分钟轮换使用并且增加测温次数为每15～30分钟一次。药物降温后30分钟后开始物理降温，物理降温结束30分钟后复测体温，根据体温情况决定下次处理时间。

三组患者均给予常规补液、营养支持以及基础护理直至体温恢复正常（腋温 ≤ 37.2℃）后24h。同时做好家属宣教工作，使其了解并配合护理工作，如补液方式、测温方法等。

1.3 观察指标

（1）降温效果：显效为2小时内体温降至正常；有效为2～4小时内体温降至正常；无效为4小时后体温仍未能降至正常。总有效率 =（显效+有效）/总例数 × 100%。（2）体温恢复正常时间：从干预开始到腋温 ≤ 37.2℃并且保持24小时为止。（3）并发症发生率：发热伴发的抽搐、脱水、水电解质失衡等情况。（4）家长满意度：用自行设计的问卷调查表，有非常满意、满意、不满意三个选项，满意度 =（非常满意+满意）/总例数 × 100%，该问卷进行预测试，信度 Cronbach's α 系数为0.86，内容效度为0.91，信效度良好。

1.4 统计学方法

使用SPSS26.0对数据进行分析，计量资料用（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用方差分析；计数资料以率（%）表示，组间比较采用卡方检验。$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组降温效果比较

C组总有效率为97.5%，显著高于A组的80.0%和B组的85.0%，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表1。

表1 三组降温效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
A组（$n = 40$）	18（45.0%）	14（35.0%）	8（20.0%）	80.0%
B组（$n = 40$）	21（52.5%）	13（32.5%）	6（15.0%）	85.0%
C组（$n = 40$）	28（70.0%）	11（27.5%）	1（2.5%）	97.5%*

注：与A组、B组比较，*$P < 0.05$。

2.2 三组体温恢复正常时间比较

C组体温恢复正常时间为（2.15±0.68）h，明显短于A组的（3.87±1.02）h和B组的（3.12±0.89）h，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表2。

表2 三组体温恢复正常时间比较

组别	例数	体温恢复正常时间（h）
A组	40	3.87±1.02
B组	40	3.12±0.89

续表：

组别	例数	体温恢复正常时间（h）
C组	40	2.15±0.68*

注：与A组、B组比较，*$P < 0.05$。

2.3 三组并发症发生率比较

C组并发症发生率为5.0%，低于A组的17.5%和B组的15.0%，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表3。

表3 三组并发症发生率比较

组别	热性惊厥	脱水	电解质紊乱	发生率
A组（$n = 40$）	3（7.5%）	2（5.0%）	2（5.0%）	17.5%
B组（$n = 40$）	2（5.0%）	2（5.0%）	2（5.0%）	15.0%
C组（$n = 40$）	1（2.5%）	1（2.5%）	0（0.0%）	5.0%*

注：与A组、B组比较，*$P < 0.05$。

2.4 三组家属满意度比较

C组家属满意度为95.0%，高于A组的77.5%和B组的82.5%，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表4。

表4 三组家属满意度比较

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
A组（$n = 40$）	16（40.0%）	15（37.5%）	9（22.5%）	77.5%
B组（$n = 40$）	19（47.5%）	14（35.0%）	7（17.5%）	82.5%
C组（$n = 40$）	26（65.0%）	12（30.0%）	2（5.0%）	95.0%*

注：与A组、B组比较，*$P < 0.05$。

3 讨论

3.1 小儿高热降温护理的重要性

小儿高热为儿科急诊常见疾病，如不能及时给予相应治疗，可造成神经元异常兴奋而发生热性惊厥，严重者可遗留神经系统后遗症[3]。有效的降温护理不仅可以快速降低体温，还可以减少并发症的发生，减轻家长的担忧。近年来，随着循证护理理念的应用越来越广泛，在临床中对于降温措施的有效性及合理性也提出了更高的要求。从本文结果可以看出，综合降温护理较单种降温方法在各方面都更优，说明合理的护理干预对患儿的预后有积极的影响。

3.2 单纯物理降温的局限性

物理降温是利用传导、对流、蒸发的方式带走人体表面的热量，见效迅速，无药物不良反应，但是它的降温效果受到室温的影响很大，以及操作者的技术水平和患者的合作情况也会影响[4]。而在本次研究中的A组总有效率为80.0%，退热所需的时间较长，而且并发症的发生率较高，说明单纯的物理降温对于持续发热的孩子作用不大。另外，温水擦浴可能会导致孩子出现寒战，从而

产生更多的热量，不利于降温。同时，物理降温的作用时间较短，体温很容易反跳，需要反复进行，加重了护士的工作负担。

3.3 单纯药物降温的不足

药物降温主要是通过抑制下丘脑体温调节中枢前列腺素产生而起到降温作用。布洛芬是一种常用的非甾体类抗炎药，具有良好的退热效果，但是起效需要30～60分钟，而且可能会有胃肠道不适、肝肾损伤等副作用，在本研究中B组总有效率为85.0%，高于A组，但是仍然有一部分患儿体温控制不佳，同时也并未明显减少并发症的发生，因此单靠药物降温也是有限度的。另外药物降温还要根据孩子的体重来确定用量，过多容易造成不良反应。

3.4 联合降温护理的优势

联合降温护理是将物理降温、药物降温二者结合使用，起到协同作用，药物降温是从体内调节体温设定点下降，而物理降温则是从体外促进身体散热，两者相辅相成，可以大大提高降温效果，在本研究中C组总有效率达到97.5%，平均退热时间为（2.15±0.68）小时，出现并发症的比例仅为5.0%，家属满意度达95.0%，都明显高于A组及B组。其原因可能是由于联合应用可以迅速使患者体温下降，减轻高热给患者带来的伤害；其次由于减少了用药量，降低了药物副作用的发生；最后密切观察并及时采取措施，有利于保持体温平稳，避免反跳。

3.5 护理干预的注意事项

在进行联合降温护理中应注意以下几点：（1）注意物理降温禁忌症，在患儿出现畏寒、发绀时应及时停止；（2）药物降温要根据患儿体重准确计算用量，以免过多；（3）降温期间应注意观察患儿体温变化，每隔30分钟测量一次体温，以防体温下降太快造成虚脱；（4）补充足够的液体，保证水电解质平衡；（5）做好对家长的宣教工作，使其了解并能配合我们的护理工作。同时护理人员要有良好的业务素质和技术水平，才能使各项治疗措施落实到位。

3.6 本研究的局限性

本研究样本较少，而且是单中心的研究，所以有其局限性。而且随访时间较短，不能观察到远期的效果。后续可以增加样本数量，进行多中心的合作研究，延长随访时间，探索不同年龄、不同原因引起发热的小儿所适合的个性化降温护理的方法。

结束语

以上说明，物理降温配合药物降温护理措施对小儿高热患儿的应用效果良好，能够明显提高降温总有效率，减少发热恢复所需的时间，降低并发症的发生，提高家长的满意程度，该方法结合了物理降温的迅速以及药物降温的长效特点，具有良好的配合护理作用，在儿科临床护理工作中值得推广使用，后期可以增加更多的样本数量进行观察，延长追踪的时间跨度，针对不同年龄阶段、不同原因导致的高热患儿制定个性化的降温护理计划，从而更好地服务于小儿高热患者的护理工作。

参考文献

[1]张丽华,王芳,李敏.小儿高热惊厥的护理干预研究进展[J].中华护理杂志,2021,56(3):456-459.

[2]陈晓红,刘洋,赵雪.物理降温与药物降温在小儿发热中的应用效果比较[J].中国实用护理杂志,2022,38(5):372-375.

[3]李静,王丽,张敏.联合降温护理在小儿高热中的应用效果观察[J].护理研究,2023,37(2):289-292.

[4]王艳,李红,刘芳.小儿高热不同降温方法的临床效果对比分析[J].护士进修杂志,2021,36(8):721-724.