

基层适宜技术

小儿热性惊厥的诊断与治疗

病因分类

热性惊厥的诱发因素主要为急性上呼吸道感染,其中以病毒感染较为常见,其他感染包括幼儿急疹、急性化脓性扁桃体炎、中耳炎等。

按临床表现,热性惊厥分为单纯型和复杂型两类。

单纯型热性惊厥:全身性强直-阵挛发作,持续时间短(通常小于15分钟),一次发热过程中仅发作1次,发作后意识恢复快,无神经系统异常体征。

复杂型热性惊厥:发作形式可为局灶性或不对称性,持续时间长(超过15分钟)。一次发热过程中反复发作(24小时内发作2次以上),发作后可遗留一过性Todd麻痹(局灶性神经功能缺损)等神经系统异常。

按发作持续时间,热性惊厥可分为短程(小于15分钟)和长程(超过15分钟)。长程热性惊厥又称热性惊厥持续状态,是需要紧急处理的重症。

临床症状

单纯型热性惊厥多在发热后24小时内发作,少数在发热前或体温上升初期出现。典型表现为突然意识丧失,双眼上翻或凝视,四肢强直后阵挛,口唇发绀,口吐白沫,可伴有尿失禁。发作持续1分钟~3分钟,很少超过5分钟。发作后患儿入睡或疲惫,醒后精神状态恢复,无异常神经系统体征。

复杂型热性惊厥的发作时间可超过15分钟,发作形式可为单侧肢体抽搐或局灶性发作,发作后可出现一过性Todd麻痹,表现为一侧肢体无力,持续数分钟至数小时后恢复。部分患儿在发作后短期内表现为嗜睡、精神萎靡或烦躁不安。

需要特别强调的是,热性惊厥不是癫痫。热性惊厥,与年龄和发热密切相关,6岁以下发病多见,6岁以上极少首次发作;癫痫,则无年龄限制和发热依赖性。但复杂型热性惊厥,尤其是发作时间长、反复发作者,日后发展为癫痫的风险增加(2%~5%),远高于

普通儿童的0.5%~1%。

体征表现

发作时体征:意识丧失,呼之不应;全身或局部肌肉强直-阵挛,可观察到四肢节律性抽动;双眼上翻、斜视或凝视;瞳孔可散大,对光反射迟钝或消失;口唇发绀(呼吸暂停所致);牙关紧闭,可咬伤舌黏膜;部分患儿有尿失禁。

发作间期体征:体温升高,多数在38.5摄氏度以上;精神状态可正常或略疲倦;咽部可充血,扁桃体可肿大;前囟未闭者前囟张力正常(若前囟隆起需要警惕颅内感染);颈软无抵抗(若颈项强直,需要警惕脑膜炎);无病理反射(出现病理反射时,患者需要进一步检查)。复杂型热性惊厥发作后,可有一过性偏瘫、肌张力降低等体征。

检查方法

热性惊厥的诊断,主要依据临床表现和排除性检查。对于单纯型热性惊厥,若患儿一般情况良好,发作已停止,神经系统检查无异常,不一定需要常规进行实验室检查和影像学检查,但需要密切观察病情变化。

以下情况建议进一步完善相关检查:6月龄以下或首次发作年龄偏小者;发作前发热时间短或体温不高即发生惊厥者;发作后意识未在30分钟内恢复正常者;有局灶性发作或Todd麻痹者;一次发热过程中反复发作者;有神经系统异常体征或发育落后者。

血常规和C反应蛋白(CRP)可协助判断感染类型和严重程度。血培养适用于中毒症状重、白细胞显著升高者。腰椎穿刺脑脊液检查是排除脑膜炎和脑炎的关键手段,适应证包括:小于12个月的婴儿首次热性惊厥,脑膜刺激征阳性,发作后持续嗜睡或意识障碍,前囟隆起,反复惊厥,实验室检查结果提示严重细菌感染。血糖、电解质、肝肾功能适用于有脱水、呕吐腹泻或疑似代谢性疾病的患儿。脑电图(EEG)不作为热性惊厥的常规检查,但对于复杂型热性惊厥、发作后有持

续意识障碍或神经系统异常体征者,建议在退热后1周~2周进行脑电图检查。头颅CT(计算机层析成像)或MRI(磁共振成像)不作为常规检查项目,但对于局灶性发作、发作后持续神经功能缺损、前囟隆起、怀疑颅内占位或颅内出血者,应及时进行影像学检查。

诊断鉴别

根据以下要点可诊断热性惊厥:发病年龄6月龄~5岁;发热性疾病初期体温升高时发生惊厥;排除中枢神经系统感染(脑膜炎、脑炎);排除代谢紊乱(低血糖、低钙血症、低钠血症);排除其他明确病因(颅脑外伤、中毒、癫痫等)。

根据以下要点进行鉴别。

中枢神经系统感染:脑膜炎和脑炎也可表现为发热伴惊厥,但患儿常有持续高热、剧烈头痛、呕吐、前囟隆起、颈项强直、脑膜刺激征阳性、意识障碍等表现,脑脊液检查可明确诊断。

低钙血症:多见于婴儿期,尤其是维生素D缺乏者,表现为手足搐搦或惊厥,血钙低于2.0毫摩尔/升,不伴发热或低热。

癫痫:热性惊厥与发热性癫痫的鉴别有时困难,癫痫发作可无发热或低热,脑电图有癫痫样放电,且发作间期可出现异常。

中毒性脑病:重症感染(如败血症、中毒型菌痢)可引起中毒性脑病,表现为高热、抽搐、昏迷,但感染中毒症状重,循环功能障碍明显。

并发症及其处理方法

惊厥持续状态:发作超过5分钟仍未停止即为惊厥持续状态,超过30分钟为难治性惊厥持续状态。长时间惊厥可导致脑缺氧、脑水肿、吸入性肺炎。处理方案:立即药物止惊,首选地西洋静脉注射,每次0.3毫克/千克~0.5毫克/千克,最大剂量不超过10毫克/千克,速度不超过2毫克/分;也可使用咪达唑仑肌肉注射或鼻腔给药,0.2毫克/千克。若仍不能控制,可予苯巴比妥静脉注射,每次

10毫克/千克~20毫克/千克。

吸入性肺炎:惊厥发作时口腔分泌物或呕吐物误吸可引起吸入性肺炎。处理方案:发作时患儿保持侧卧位,及时清除口腔分泌物;出现呼吸困难、发绀者,给予吸氧;确诊吸入性肺炎后,进行抗感染治疗。

跌倒损伤:抽搐时患儿可能跌倒,导致头颅外伤、骨折、烫伤等。发作时应保护患儿,移开周围危险物品;发作后检查有无外伤,必要时进行影像学检查。

症状复发:单纯型热性惊厥复发率为30%~40%,多在首次发作后一两年内复发,复发风险与首次发作年龄小、发作时体温不高、有热性惊厥家族史等因素相关。对于复发风险高的患儿,可考虑在发热早期口服地西洋预防,每次0.3毫克/千克,每8小时1次,发热期间持续使用,一般用两三天,但是需要在医师指导规范用药。

治疗方法

发作时的现场处理:保持患儿侧卧位,防止误吸;松开衣领,保持呼吸道通畅;不要往患儿口中塞任何物品(包括手指、勺子等),以免造成牙齿损伤或窒息;不要用力按压或束缚患儿肢体,以免骨折;记录发作时间和形式,有条件时拍摄视频供医师评估;多数发作在5分钟内自行停止。

药物止惊指征:发作持续超过5分钟需要药物干预。首选地西洋静脉注射,0.3毫克~0.5毫克/千克,速度不超过2毫克/分,必要时15分钟后重复1次。静脉通路建立困难时可选用咪达唑仑肌肉注射(0.2毫克/千克)或鼻腔给药(0.2毫克/千克),也可使用水合氯醛灌肠(30毫克/千克~40毫克/千克),但是灌肠需要注意用量和操作规范。苯巴比妥可用于预防复发和维持治疗,静脉注射负荷量15毫克/千克~20毫克/千克,需要监测呼吸,地西洋和苯巴比妥均可抑制呼吸,用药后需要密切观察患儿的呼吸频率和节律。

退热处理:物理降温,可用温

水擦浴(32摄氏度~35摄氏度),重点擦拭颈部、腋窝、腹股沟等大血管走行部位,避免用酒精擦浴(酒精可经皮肤吸收,导致酒精中毒);药物降温,常用对乙酰氨基酚(10毫克/千克~15毫克/千克,口服,每4小时~6小时可重复,每日不超过4次)或布洛芬(5毫克/千克~10毫克/千克,口服,每6小时~8小时)。需要强调的是,退热药不能预防热性惊厥的复发,发热是机体对感染的正常反应,过度退热反而可能掩盖病情。

病因治疗:热性惊厥是发热的伴随表现,核心治疗是针对引起发热的原发性感染。上呼吸道感染者给予对症治疗;细菌感染给予抗生素治疗,如急性化脓性扁桃体炎可选用青霉素类药物或头孢菌素类药物;泌尿系统感染者根据尿培养结果选用抗生素。需要密切观察患儿体温变化和精神状态,及时评估病情进展。

健康指导:医务人员应向家长解释热性惊厥的良好预后,缓解焦虑情绪。家长应掌握发作时的正确处理方法:侧卧位、清理口腔、记录时间、及时就医。医务人员要告知家长热性惊厥复发的可能性及预防措施,发热早期应及时退热、监测体温。对于复发风险高的患儿,建议家长备好地西洋栓剂或口服液,在医师指导下发热时预防性使用。多数患儿不需要长期抗癫痫药物治疗,仅少数复杂型热性惊厥反复发作且脑电图异常者需要神经内科进一步评估。

预后评估

单纯型热性惊厥预后良好,大多不发展为癫痫,认知发育无差异。复杂型热性惊厥4%~15%可能发展为癫痫,高危因素包括发作时间超过15分钟、24小时内反复发作、有癫痫家族史或发育迟缓。若持续不缓解,可能导致海马体硬化。复杂型热性惊厥患儿,建议热退后一两周进行脑电图检查,定期随访。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

三伏天(7月~8月)是“冬病夏治”的好时机,此时用热水泡脚能刺激足部经络,祛除体内寒湿,扶助阳气提升机体抵抗力。但是,若泡脚方法不当反而可能伤身。

泡脚的益处

中医常说“寒从足下起”,双脚汇聚全身脏腑反射区,热水泡脚是温和的全身调理方式。温热的水流刺激足部血管扩张,促进血液循环,驱散寒气,改善手脚冰凉、下肢发冷;放松腿部及足底肌肉,消解整日疲惫,缓解小腿浮肿僵硬;平复紧绷的神经,降低大脑兴奋度,睡前泡脚可缩短入睡时间,改善睡眠质量;热力逐层渗透经络,疏通气血淤堵,减轻腰背及关节冷痛感,调和周身气血运行。

艾草的功效

艾草自古为温阳草本,核心作用为温经散寒、燥湿祛湿、芳香抑菌、理气安神,既能驱散深层寒邪,又能化解体内淤积的湿气,外用温和不伤脏腑。药力借热力渗入肌肤,效果优于单纯热水泡脚。具体而言:能深层驱寒祛湿,改善寒湿体质,缓解身体发沉、四肢浮肿;温通经络,温暖胞宫,缓解经期小腹疼痛及关节冷酸痛;抑遏止痒,缓解脚臭、脚汗多及足部皮肤瘙痒;安神静心,缓解压力大、心烦焦虑引发的失眠;温养下焦阳气,增强身体抵抗力,换季、受凉初期泡脚可辅助驱散体表寒气。

使用方法

优选陈年干艾草,药效较温和,单次用量10克~15克。将散装艾草放入锅中,加2000毫升清水,大火煮沸后转小火煮10分钟,充分释出药效,滤渣后兑凉水调温;艾草泡脚包可直接放入温热水中浸泡10分钟,待汤汁变为黄褐色即可,省去熬煮过滤等步骤。

水温以40摄氏度~43摄氏度为宜,用手腕内侧试水温,以不烫为度;糖尿病及老年人感知迟钝,需要严格控制烫伤风险。泡脚时间每次15分钟~20分钟,以后背、额头微微出汗为度,切忌大汗淋漓,避免耗损阳气。水位建议没过脚踝。较佳时段为21时许或睡前1小时,饭后1小时内不宜泡脚,日常养生每周三四次。泡脚时及结束后1小时内不要吹风或开空调,建议先洗澡再泡脚,防止寒湿侵入体内。

注意事项

艾草泡脚材料易得、操作简便。干艾草或泡脚包在药店即可购买,只需要普通的泡脚盆,几分钟即可完成准备,成本较低,适合长期坚持。老人改善关节寒痛、女性调理宫寒湿气、年轻人舒缓失眠疲惫,全家均可以按自身需要使用。

足部有伤口者、心脑血管疾病患者、糖尿病患者,以及低血压或经常头晕者、肾阴虚火旺者,慎用艾草泡脚;酒后、过饱或过饥时,不宜泡脚。三伏泡脚贵在坚持,掌握好水温、时长,根据自身情况实时调整,只有这样才能安全有效地享受养生的益处。

(作者供职于南阳市中医院)

科普专家
话健康

河南疾控CDC

一科一品聚力高质量发展

中医护理从“凭经验”迈向“看数据”

本报记者 刘 旸 通讯员 刘 培 梁 楠 文/图



7月初,河南中医药大学第一附属医院(以下简称河南中医一附院)东院区心血管病区内,59岁的患者陈先生在冠脉支架术后第二天,仅依靠穿戴式心电监护设备,便可下床进行早期康复活动,切身体验到智慧护理带来的便利。

“像陈先生这样的患者,按照诊疗规范,术后第二天就应当下床开展康复锻炼。以往使用传统床旁监护仪,各类管线牵绊,患者如厕、活动处处受限,早期康复中的患者运动体征数据也极易缺失;现在依托智慧医疗信息化系统,可实时监测患者的生命体征、追踪活动强度与体态;当患者体征发生异常、活动强度超限或者出现跌倒隐患时,系统即时发出预警,保障患者安全。”河南中医一附院东院区心血管病区护士长张博介绍。

陈先生的加速康复,是近年来河南中医一附院不断更新、迭代智慧护理信息化系统的一个缩影。作为国家医学中心(中医类)建设单位,河南中医一附院立足中医药特色优势,依托河南省中医智慧护理工程研究中心,搭建覆盖患者入院、评估、诊疗、流转、出院全周期的智慧护理信息化体系,从安全管控、流程再造、人力减负、中医数字化传承、人才培养等维度持续迭代升级,用数字技术重塑护理服务模式,改善患者就医体验,让护理工作提质增效;同时,依托数字技术传承发扬中医护理特色,向全省及全国中医医疗机构输出智慧中医护理建设方案。

数字服务优化患者就医体验

传统就医环节繁杂,是群众就医过程中的突出痛点。近年来,河南中医一附院以数字化流程再造为突破口,重构院内服务链条,打造出一站式住院服务中心,整合入院办理、床位动态调配、出院结算等多项业务,免去了患者及家属来回奔波之苦。

同时,智慧化手段也渗透到术前宣教等细节之中。正在该院妇产科二病区住院的路女

士(化名),即将接受手术治疗,患者内心顾虑重重。术前一天,责任护士赵颜娟借助床旁智慧交互大屏开展可视化术前沟通宣教,依托视频资料直观讲解术前、术中与术后要点,全程用时不足10分钟。“护士细致讲解手术相关风险,答疑及时,响应迅速,让我心里踏实,充满安全感。”随着心中疑虑逐渐消除,路女士紧绷的神经慢慢舒缓。

该院同时以床旁智慧交互大屏为载体,联动移动端服务平台,搭建“医疗+生活”一站式服务空间。患者轻点屏幕即可浏览健康科普、定制营养餐、调取检验检查结果、查看住院费用明细等信息;大屏同步嵌入中医食疗、养生、五音疗愈等特色中医服务模块,让住院诊疗与便民服务触手可及。

数字闭环筑牢诊疗安全

在优化患者就医体验的同时,河南中医一附院将安全管控放在首位。该院在智慧护理体系建设进程中,将智能校验、实时预警、全程追溯嵌入皮试、用药、输血、危急值处置、高危风险预警等关键诊疗节点,织密全流程诊疗安全防护网络。

以皮试用药实施刚性数字化闭环管理为例,系统定时提醒观察结果,严格执行双人核对制度,皮试结果未获取将限制医嘱的开具及执行。皮试阳性信息实时推送至医生工作站,及时发出预警。毒麻、化疗等高危药品强制进行双人核对,系统提示特殊药品须知,智能提醒超量、配伍冲突等风险。输血实行“一人一血一编码”标准化管控,每袋血液都绑定专属数字标识。智能输液设备实时监控滴速、药液余量,发现异常自动报警,提前规避输液安全隐患。

“刚工作时最怕的就是给药和输血,全靠人工一遍遍核对,生怕出差错;现在系统会提醒过敏史,皮试要求双人核对和智能锁控,输血时血袋和患者信息扫码匹配。就像身边多

了一个不说谎的战友,帮我守住了安全的底线,让安全生产工作从‘不出事’变成‘早有数’。”河南中医一附院儿科肾病紫癜一病区护士长黄秀丽说。

把时间还给护士,把护士还给患者

在筑牢安全防线的同时,河南中医一附院还依托移动护理查房车将护士站前移至患者身边,病情评估、健康宣教、治疗操作、护理记录均可在床旁完成;系统可视化待办提醒替代传统纸质备忘录,省去护士手工记录、反复誊写台账的繁琐;智能物流机器人全天候穿梭于各个病区,承担药品和检验标本的配送工作;智能分式药柜改变以往护士翻找药品的传统模式,提高临床工作效率,同时保障患者用药安全。

“我干了快20年护理,以前姐妹们每天取药、送标本、找东西,奔波在路上的时间不计其数;现在药柜刷脸就能取药,机器人自己送标本,移动护理车推到患者床边就能记录评估,一点点把我们还给了患者。”河南中医一附院肺病一病区护士长夏利敏说。

智慧赋能中医护理

河南中医一附院不断发挥中医药特色优势,将现代智慧系统与中医护理深度融合,是该院智慧护理建设中的核心特色。

由院内护理团队自主研发的中医护理计划辅助决策系统,是河南省首个依托循证医学、辨证施护的信息化护理产品。该系统依托海量中医证候数据库,通过标准化评估量表采集患者的症状信息,自动推导对应中医证型,智能匹配个体化辨证护理方案,打破低年资护士的辨证壁垒。“评估-计划-实施-评价”的数字化闭环,实现了中医护理疗效可视化、数据化、可评价。

“以往中医护理的经验,主要靠师傅带徒弟,需要一点一滴传授,慢慢揣摩体悟;如今依托中医护理决策系统,年轻护士也能快速顺利上手工作。辨证施护的实践经验被沉淀留存,中医护理蕴藏的价值被数据记录、被疗效验证。”河南中医一附院脾胃肝病二病区护士

长董亚琴说。

目前,这一系统已在百余家医院得到推广应用。2026年5月,智慧护理信息团队研究课题《基于公立医院高质量发展中医护理决策支持系统构建及应用研究》获2026年度河南医学科技奖二等奖。

搭建护理人才智能成长体系

与此同时,河南中医一附院同步搭建数字化人才培养平台,创新上线“智慧成长树”辅助决策系统与智慧教培系统,融合大数据分析 with 智能算法,首创可视化护士能力成长模型;配套建设的智慧教培系统,覆盖护理人员培养全链条,形成完整培养闭环,每位护理人员均拥

有专属数字化成长档案,全程留痕、清晰可查。

“我们正携手全省中医护理同行,构建更符合中医医院实际的智慧护理信息系统,更好地帮助护理人员回归临床护理,帮助更多的中医医院向智能化、数字化管理转型。”河南中医一附院护理部副主任陶晓歌说。

接下来,河南中医一附院将紧抓国家医学中心发展机遇,持续依托省级科研平台,深耕中医智慧护理技术研发与临床成果转化领域,以数字技术激活中医护理传承创新动能;继续联动全省中医护理行业共建统一信息化平台与中医护理质量管控体系,助力各级中医医疗机构完成智能化转型。

