

早期给予镇静剂治疗对热性惊厥儿童的复发率及用药安全性影响

黄时侠 李增

(福建省三明市第一医院儿科 三明 365000)

摘要:目的:探讨早期给予镇静剂治疗对热性惊厥儿童复发率及用药安全性的影响。方法:选取热性惊厥患儿 100 例,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 50 例。对照组接受对症降温等常规方法治疗,观察组在对照组基础上实施早期镇静剂治疗。比较两组临床疗效、治疗后血清尿酸与血清胆红素水平、复发率及不良反应发生情况。结果:观察组治愈率为 94.00%,高于对照组的 72.00%($\chi^2=8.576, P<0.05$);观察组治疗后血清间接胆红素、血清直接胆红素、血清总胆红素及血清尿酸水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组复发率为 4.00%,低于对照组的 30.00%($\chi^2=11.977, P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.042, P>0.05$)。结论:早期给予镇静剂治疗热性惊厥儿童的疗效确切,可降低患儿复发率,且不会明显增加不良反应。

关键词:热性惊厥;镇静剂;复发率;安全性

中图分类号:R725

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.019

热性惊厥在临床儿科属于常见病与多发病,尤其在婴幼儿群体发病率最高,是出现于小儿时期伴有发热的惊厥发作,但排除机体中枢神经系统感染患儿^[1]。当小儿自身机体温度超过 38.5℃,则容易引发惊厥出现,发生呼吸节奏暂停或紊乱,意识完全丧失,或肌肉发生抽动,皮肤颜色变为青紫色,合并双眼固定或上翻,甚至患儿会出现大小便失禁^[2]。惊厥发作无固定的时长,但当患者长时间处于惊厥状态,未能得到有效的抢救治疗,则会导致其颅内组织明显缺氧而受到损伤,进而可能并发癫痫,或对患儿的智力产生影响,甚至导致患儿死亡^[3]。热性惊厥具备较高发病率,有资料显示,接近 1/3 的高热惊厥患儿疾病会再次复发,且有可能进展为癫痫,严重降低患儿生活质量^[4]。因此当小儿热性惊厥发生后,需为患儿开展积极的急救治疗,以促使疾病预后得到改善。目前临床上主要为热性惊厥患儿实施常规基础治

疗,如降温、病情监测、控制惊厥等。有研究报道在热性惊厥发生早期应用安定预防性治疗,同时应用苯巴比妥等药物,可在提升治疗效果的同时,预防疾病复发^[5]。本研究选取我院收治的热性惊厥患儿 100 例为研究对象,探讨早期给予镇静剂治疗对热性惊厥儿童复发率及用药安全性的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 1 月至 2021 年 3 月收治的热性惊厥患儿 100 例为研究对象。纳入标准:符合热性惊厥诊断标准^[6];体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$;存在热性惊厥病史;患儿家长对本研究内容知情并签署知情同意书。排除标准:中枢神经系统感染患儿;代谢性疾病患儿;对本研究用药过敏患儿。按照随机数字表法,将患儿分为对照组与观察组,各 50 例。两组基线资料具可比性($P>0.05$)。见表 1。本研究经医院医学伦理委员会审批。

表 1 两组基线资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	男[例(%)]	女[例(%)]	年龄(岁)	体温(℃)	疾病类型[例(%)]				发病次数[例(%)]	
						上呼吸道感染	下呼吸道感染	出疹性疾病	肺炎	1 次	≥ 2 次
对照组	50	28 (56.00)	22 (44.00)	2.36 $\pm$ 0.52	39.36 $\pm$ 1.25	36 (72.00)	2 (4.00)	6 (12.00)	6 (12.00)	30 (60.00)	20 (40.00)
观察组	50	30 (60.00)	20 (40.00)	2.40 $\pm$ 0.55	39.31 $\pm$ 1.40	38 (76.00)	1 (2.00)	5 (10.00)	6 (12.00)	31 (62.00)	19 (38.00)
χ^2/t		0.164		0.374	0.188	0.208				0.042	
P		0.685		0.709	0.851	0.648				0.838	

1.2 治疗方法 全部患儿入院后接受基础检查,患儿采用仰卧体位,用温热湿毛巾擦拭身体,降低体温,并应用退热药物。对照组接受常规对症治疗,对症降温处理,采用右旋布洛芬栓(国药准字 H20010642)推入肛门深处,3 周岁以内儿童 1 粒/次,3 岁以上儿童 100 mg/次;若持续发热,可间隔 4~6 h 重复用药 1 次,24 h 不超过 4 次。若患儿合并呼吸道感染,则针对性应用敏感抗生素治疗;若患儿存在出疹性疾病,做好皮肤处理与保护,避免皮肤破损导致感染。针对患儿的需求,为其应用鼻导管吸氧,流量控制为 0.5~1.5 L/min,面罩吸氧流量控制在 2.0~3.0 L/min,当患儿的面色变得红润后,则可降低氧气流量。当患儿的呼吸短暂停止,可使用简易呼吸器协助患儿呼吸,根据具体情况确定呼吸囊挤压的压力水平,依据患儿胸廓起伏,反复挤压,促使其呼吸保持通畅。观察组在对照组基础上应用镇静剂治疗。患儿惊厥发生后,应用地西洋注射液(国药准字 H12020957)静脉注射,0.2~0.5 mg/kg,注射速度为 0.2~0.5 mg/min。用药后 30 min,根据患儿的情况,若体温未恢复正常,则可再次重复用药;若患儿未出现惊厥或惊厥得到控制,则指导其采用苯巴比妥片(国药准字 H31022038)口服,3~5 mg/kg,每日用药 2~3 次。治疗 7 d 后,为患儿实施血常规、脑电图以及 CT 复查,根据检查结果,判断患儿转变为癫痫的风险以及是否发生脑部损伤。

1.3 观察指标 (1)两组临床疗效,判定标准:若患儿治疗后热性惊厥得到有效控制,未出现反复发作,且无并发症出现,则为治愈;若患儿治疗后神经元发生缺血性病变,则为脑损伤;若患儿治疗后由于神经元异常放电,使其惊厥症状反复出现,且脑电图显示存在明显尖波,则为发生癫痫;若患儿治疗后智商评分不足 70 分,则为智力低下^[7]。(2)两组血清尿酸与血清胆红素(间接、直接及总胆红素)水平;(3)两组 6 个月内复发率以及复发次数;(4)两组不良反应(头晕、皮疹等)发生率。

1.4 统计学处理 统计学处理采用 SPSS22.0 软件。计量数据用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料用%表示,行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治愈率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	治愈	发生癫痫	脑损伤	智力低下
对照组	50	36(72.00)	8(16.00)	4(8.00)	2(4.00)
观察组	50	47(94.00)	2(4.00)	1(2.00)	0(0.00)
χ^2		8.576	4.000	1.895	2.041
<i>P</i>		0.003	0.046	0.169	0.153

2.2 两组血清尿酸与血清胆红素水平比较 观察组血清间接胆红素、血清直接胆红素、血清总胆红素水平均低于对照组,血清尿酸水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组血清尿酸与血清胆红素水平比较($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	血清间接胆红素	血清直接胆红素	血清总胆红素	血清尿酸
对照组	50	14.25 $\pm$ 3.88	7.38 $\pm$ 2.10	20.86 $\pm$ 4.52	405.52 $\pm$ 82.50
观察组	50	7.90 $\pm$ 2.21	5.15 $\pm$ 1.68	13.65 $\pm$ 4.21	262.35 $\pm$ 28.54
<i>t</i>		10.056	5.863	8.254	11.597
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组复发情况比较 观察组复发率低于对照组,复发次数少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组复发情况比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	复发 1 次	复发 2 次	复发 $\geq$ 3 次	合计
对照组	50	8(16.00)	5(10.00)	2(4.00)	15(30.00)
观察组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2					11.977
<i>P</i>					0.001

2.4 两组不良反应发生率比较 对照组发生皮疹 1 例(2.00%),观察组发生皮疹 1 例(2.00%)、头晕 2 例(4.00%)。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.042$, $P=0.307$)。

3 讨论

小儿热性惊厥属于儿科常见疾病,小儿由于自身机体的中枢神经尚未发育完善,大脑皮肤具备的抑制能力较差,因此容易发生泛化兴奋性冲动,使机体神经元群出现过度异常放电,使患儿机体的骨骼肌群发生短暂、不随意收缩运动,导致患儿出现意识

丧失、牙关紧闭、大小便失禁等症状。一般情况下当小儿自身机体的温度超过 38.5℃时，则容易导致惊厥出现，若患儿未能得到有效治疗，则惊厥持续时间会延长，使惊厥发作次数增加，患儿脑组织受到的损害加重，诱发严重后遗症。

高胆红素血症会造成患儿的红细胞破坏，肝功能受损，使患儿的骨髓造血功能减弱，影响患儿骨髓的正常功能，降低其自身特异性免疫和非特异性免疫的功能，致使患儿在成长过程中易受到病毒的感染而出现高热惊厥症状。由于出现热性惊厥会损伤患儿大脑组织，因此开展科学有效的急救治疗尤为必要。通过实施针对性急救措施，可使惊厥症状得到快速抑制，缩短惊厥持续时间，减轻患儿脑部损伤。本研究结果显示，观察组治愈率为 94.00%，高于对照组的 72.00%，且观察组血清间接胆红素、血清直接胆红素、血清总胆红素及血清尿酸水平均低于对照组，提示早期给予镇静剂可提升热性惊厥儿童的治疗效果，与相关研究报道的结果相符^[9]。安定即地西洋，属于临床精神科常用的镇静催眠以及抗焦虑药物，是一种苯二氮草类药物，可发挥确切的镇静催眠、松弛肌肉、抗焦虑以及抗惊厥功效。作用机理为增强突触前抑制，避免癫痫活动发生扩散，是临床治疗小儿热性惊厥的首选药物。有回顾性分析报道，地西洋在小儿热性惊厥群体中，治疗有效率为 88.0%，用药后可快速抑制患儿惊厥症状，减轻患儿脑组织损伤，有利于疾病预后改善^[9]。苯巴比妥属于巴比妥类镇静剂与安眠药物，可发挥抗癫痫的功效，可对癫痫大发作以及部分性发作起到有效的治疗效果，起效速度快，且可作为癫痫持续状态的治疗药物。惊厥发作后及时应用安定注射，可使热性惊厥患儿病情得到快速控制。维持性应用苯巴比妥可有效预防惊厥复发，取得更好的热性惊厥控制效果。本研究观察组复发率低于对照组，复发次数少于对照组，表明早期给予镇静剂，可使热性惊厥患儿的惊厥复发得到

有效控制。有学者发现，在热性惊厥控制过程中，应用毒副反应作用低的镇静药物维持小剂量用药，可使热性惊厥复发率由 28.00%降低至 5.00%^[10]，本研究与其结果相符。安定预防疗法属于新兴热性惊厥预防疗法，可快速控制惊厥，唤醒患儿，缩短惊厥持续时间，减轻脑组织损伤。苯巴比妥药物疗法在热性惊厥控制中应用时间长，可保护患儿神经功能，使其脑代谢率降低，预防热性惊厥复发。同时本研究中，两组不良反应发生率无显著性差异，表明早期给予镇静剂，并不会明显增加不良反应，安全性高。

综上所述，早期给予镇静剂治疗热性惊厥儿童的疗效确切，可降低患儿复发率，且不会明显增加不良反应。

参考文献

[1]Kavanagh FA,Heaton PA,Cannon A,et al.Recognition and management of febrile convulsions in children [J].Br J Nurs,2018,27(20):1156-1162.

[2]Hao XS,Liang JM,Wu XM,et al.Clinical characteristics, treatment, and long-term outcomes in children suffering from benign convulsions with mild gastroenteritis: a retrospective study[J].BMC Pediatr,2020,20(1):516.

[3]刘晓琴.热性惊厥患儿血清电解质水平与心肌损伤的关系[J].中国临床医生杂志,2021,49(4):481-484.

[4]林碧云,施晓容,林希,等.儿童热性惊厥的常见呼吸道病原分析[J].福建医科大学学报,2020,54(6):449-453.

[5]李爱月,张巧丽,赵燕芳,等.616 例小儿热性惊厥首次发作的临床特点及危险因素分析[J].中国小儿急救医学,2020,27(4):298-301.

[6]吴琼.苯巴比妥对高热惊厥疗效及对脑神经因子影响[J].浙江临床医学,2019,21(9):1234-1235,1238.

[7]廖培元,黄启坤,李颖.126 例轻度胃肠炎伴婴幼儿良性惊厥患儿的惊厥发作特征、治疗及预后分析[J].山东医药,2019,59(12):59-62.

[8]史晓玲.小儿热性惊厥致癫痫早期应用镇静剂预防效果研究[J].中国地方病防治杂志,2017,32(8):941,943.

[9]艾莉莉,简国江.苯巴比妥药理作用及其治疗热性惊厥的效果评价[J].中国妇幼保健研究,2017,28(6):662-664.

[10]张伟,王运玉,马占敏.短期应用镇静剂预防小儿热性惊厥临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(15):131-132.

(收稿日期: 2021-09-01)

欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!