

孩子高烧不退突然惊厥怎么办

专家教你“四要六不要”，科学应对不慌乱

记者 秦聪聪 济南报道

热性惊厥 不等于“抽风”

提及热性惊厥，很多家长易将其与“抽风”画等号。闫一兵指出，二者实际存在本质区别。

据介绍，“抽风”是临床可见的症状，可由脑炎、外伤、低血糖等多种原因引发；而热性惊厥是一种独立疾病，是导致儿童“抽风”的常见原因之一，其诊断需满足严格条件：首次发作于6个月至5岁，在感冒、腹泻等感染性疾病初期（24小时内），体温达38℃以上时出现惊厥，同时需排除脑炎、外伤、代谢性疾病等其他病因，且患儿无既往热惊厥病史。

热性惊厥确切病因和发病机制目前还不是很明确，目前认为热性惊厥的发生与遗传性因素、神经化学递质不均衡、儿童免疫力低下有关。

从发病年龄来看，热性惊厥高发于6个月至6岁儿童，6岁以上儿童若发热时仍出现惊厥，需警惕“热性惊厥附加征”，而非普通热性惊厥。

不同年龄段患儿的症状表现无明显差异，但个体间症状多样：既可能是局灶性发作，如头眼偏斜、单侧肢体抽搐，部分患儿意识清醒或部分丧失；也可能是全面性发作，表现为双眼上翻、牙关紧闭、面色发青、口吐泡沫、四肢抽动、呼之不应，意识完全丧失；还存在非惊厥性表现，如双眼凝视、动作停止、肢体瘫软等。

关于家长关心的“发烧温度越高越易引发惊厥”这一问题，闫一兵介绍，热性惊厥的发生与体温峰值相关，而非体温升高速度。虽然部分患儿在体温未达高热

在儿童成长过程中，发烧是常见的现象，而热性惊厥作为儿童发烧时可能出现的紧急情况，常常让家长们惊慌失措、手忙脚乱。目前，山东第一医科大学第一附属医院（山东省千佛山医院）儿童内科一儿科综合科副主任闫一兵做客《壹点问医》，就儿童热性惊厥的话题与大家进行分享。

壹点问医



1、平卧/头略后仰

2、用凉毛巾放在宝宝的前额

3、如有呕吐，应将宝宝的头偏向一侧，防止误吸

4、解开衣服散热

时也会发作，但总体而言，体温越高，发作风险越高。不过，家长无需过度担忧，多数热性惊厥发作持续时间较短，5分钟内可自行缓解，仅少数会出现超过5分钟、15分钟甚至30分钟的长时程发作。

家庭急救 牢记“四要六不要”

闫一兵介绍，多数热性惊厥的预后是好的，但需要注意的

是，复杂性热性惊厥或热性惊厥持续状态，可能是造成脑损伤的危险因素。

在热性惊厥反复发生，未完善的神经系统在缺氧缺血及酸中毒等情况下，可能带来海马区神经元皱缩、反应性胶质增生等病理改变，造成大脑损伤。

当孩子在家中突发热性惊厥时，家长的第一反应至关重要，错误处理可能加重风险，正确做法需牢记“四要六不要”。

首先，坚决做到“六不要”：

1、不要大声呼喊或摇晃孩子，因为剧烈刺激可能加重患儿神经系统负担，不利于惊厥缓解；

2、不要束缚孩子身体，因为孩子全身僵硬时，强行弯曲或挤压肢体，易导致肌肉撕裂、脱臼甚至骨折；

3、不要盲目进行急救操作，除非确认孩子心跳停止，否则无需拍打后背、进行人工呼吸或心脏按压；

4、不要强力刺激人中、合谷等穴位，目前无证据表明该做法能缩短惊厥时间或减轻发作强度，反而可能造成皮肤损伤；

5、不要向牙齿间塞硬物，试图预防舌咬伤的做法无效，还可能导致口腔损伤、舌体后坠，增加窒息风险；

6、不要喂水、喂药，发作时孩子意识不清，喂水喂药易引发呛咳、窒息。

另外，必须做到“四要”：

1、要确保环境安全，迅速搬离周围热水瓶、易碎品等危险物品，防止孩子受伤；

2、要全程陪伴孩子，给予安全感，同时密切观察发作情况，为医生诊断提供参考；

3、要调整孩子体位，使其俯卧或侧卧，松解衣领，头偏向一侧（即“恢复体位”），避免口腔分泌物、呕吐物吸入气管引发窒息；

4、要观察记录病情，轻轻呼唤孩子判断意识状态，记录发作开始时间、持续时长、具体症状（如肢体抽动部位、面色变化）等，便于医生评估病情。

此外，并非所有热性惊厥都需立即送医。若发作超过5分钟未缓解，首次发作结束后未清醒又再次发作，或孩子既往有长时程发作、一次发热多次惊厥的病史，需立即拨打急救电话送医。送医途中，若孩子仍在发作，继

续保持“恢复体位”；若发作已停止，重点观察呼吸、心跳和意识，只要呼吸均匀或孩子能哭闹，一般无大碍。

日常注意预防 发热性疾病

闫一兵介绍，对于热性惊厥的预防，首要任务是预防发热性疾病：日常生活中注意营养均衡，保证充足睡眠；根据天气变化及时添减衣物，避免受凉或过热；适当进行户外活动，增强免疫力。

同时，体温监测无需过度频繁，可使用体温监测手环辅助预警，但无需依赖。退烧以口服药物为主（如布洛芬、对乙酰氨基酚），38.5℃以上时使用，严格遵循用药间隔（布洛芬6小时一次，对乙酰氨基酚4小时一次，24小时内不超过4次），避免过早或过量使用退烧药，减少药物不良反应。

热性惊厥复发率为20%—30%，存在发病年龄早、低热发作、发热至惊厥间隔短、有家族史等高危因素的孩子，复发风险更高。

临床中，若半年内发作超过3次、一年内超过4次，或属于复杂性热性惊厥、热性惊厥持续状态，可采用两种方案：一是间断给药，孩子出现发热时口服地西泮，可预防60%—70%的热性惊厥；二是长程服药，若间断给药无效，需口服左乙拉西坦或丙戊酸钠两年以上。

疫苗接种方面，有热性惊厥史的孩子需注意：暂缓接种半年，若半年内无发作可恢复接种；优先选择无细胞结构疫苗；除麻风腮、百白破疫苗外，避免同时接种两种及以上疫苗；接种后密切观察孩子状态，若出现轻微发热、倦怠等一般反应，无需特殊处理，若出现严重过敏反应，需立即就医。

新生宝宝吃奶后为啥频繁呕吐

专家提醒：当心“先天性肥厚性幽门狭窄”

记者 秦聪聪 济南报道

幽门狭窄有哪些症状

王少峰介绍，先天性肥厚性幽门狭窄，主要是因新生儿幽门环形肌增生肥厚，导致幽门管狭窄，从而引发上消化道梗阻，在婴幼儿中较为常见。

该疾病有典型临床表现，家长可通过观察，及时发觉异常。呕吐多在宝宝出生后3—6周出现，少数出生即吐或迟至7—8周，足月儿更常见。

初期起病隐匿，仅为奶后溢奶，随后呕吐次数增多并发展为喷射性，严重时每次奶后必吐，呕吐物多为乳汁、胃液或乳凝块且不含胆汁，呕吐后宝宝饥饿感明显，即使哭闹仍能正常吸奶。

同时，患病宝宝上腹部膨

对于新手爸妈而言，宝宝的一举一动都牵动着心弦，尤其是呕吐症状，常让家长焦虑不已。山东第一医科大学附属济南妇幼保健院（济南市妇幼保健院）新生儿二病区主任王少峰提醒，宝宝的胃比较平而且容量较小，如果呕吐不频繁且体重增长良好，多数宝宝6个月后会逐渐缓解。但是，如果宝宝呕吐频繁且有典型特征，需高度警惕婴幼儿时期常见的先天性肥厚性幽门狭窄。

隆、下腹部平坦柔软，80%—90%的宝宝右上腹部可触及橄榄样肿块，尤其在呕吐后、空腹或熟睡时，腹壁柔软松弛，更容易触摸到。随着呕吐加重，宝宝因摄入不足常出现脱水，初期体重不



增，之后迅速下降、日渐消瘦，长期严重呕吐，还可能引发电解质紊乱及低氯、低钾性碱中毒。

此外，2%—3%的宝宝会出现黄疸，因呕吐导致进奶不足，可引发热量不足、脱水、酸中毒，

加上大便排出延迟增加肠肝循环，导致未结合胆红素升高，表现为皮肤黄染。

及时就医检查是关键

当家长发现宝宝有疑似症状，要及时就医检查。医生会依据宝宝典型呕吐病史及右上腹肿物触及情况等进行初步判断，再结合多种检查手段精准诊断。

幽门超声检查是常用辅助方式，典型影像学改变为“靶环征”及“宫颈征”，敏感性接近90%。检查前，需让宝宝禁食2—4小时，以防奶液干扰图像。

胃肠造影也能助力确诊，有线样征、肩征、蕈征、鸟嘴征及胃排空延迟等特异性表现。

若腹部包块触摸不明显，可完善腹部X线平片检查，立位时能观察到胃扩张、肠道内气体减少，辅助诊断。

避免延误最佳治疗时机

一旦确诊，外科手术是有效的治疗方法。术前医生会用2—3天时间，纠正宝宝脱水及电解质紊乱，改善全身情况。手术多通过脐部行腹腔镜下幽门环肌切开术，创伤小且脐部小切口恢复快，几乎不留疤痕。

术后宝宝幽门梗阻解除，食物可正常通过胃肠道，消化功能改善，营养不良状态缓解，体重可迅速增加。王少峰表示，只要早期诊断、及时治疗，宝宝预后良好，家长无需过度恐慌，但务必重视，避免延误最佳治疗时机。

最后提醒家长，若宝宝出生后3—6周出现喷射性呕吐且进行性加重，伴随明显饥饿感、奶后频繁呕吐、体重下降，触摸腹部有橄榄球样肿块，需立即警惕，及时带宝宝到正规医院就诊。