

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



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，强行弯曲或按压肢体，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，头歪向一侧(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；根据天气变化及时增减衣物，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



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。