维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)05-0459-04

200例热性惊厥临床分析

徐明生

(攀枝花攀钢密地医院儿科,四川 617063)

【中国图书分类法分类号】R720.597 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-06-27

热性惊厥(FC)是儿科临床的常见急症,易复发。我院对符合条件的患儿予安定短程间歇治疗进行预防,取得较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例来自我院 1995 年 1 月至 2001 年 6 月, 临床资料均为初次就诊时的资料。所有病例符合 1983 年全国小儿神经学专题讨论会拟订的关于热性惊厥诊断和治疗建议[1]。其中男 111 例,女 89 例,男:女 =1.24:1。首发年龄≤6 月 7 例占 3.5%,>6 月≤1 岁 32 例占 16%,1~3 岁 121 例占 60.5%,3~6 岁 35 例占 17.5%,>6 岁 5 例占 2.5%, 最大年龄 102 月,最小年龄 2 月,平均年龄 27.9 月。热性惊厥诱因:上呼吸道感染 101 例占 55.5%,化脓性扁桃体炎 15 例占 7.5%,支气管炎及支气管肺炎 17 例占 8.5%,腹泻病 64 例占 32%,其他 3 例占 1.5%。

1.2 临床资料

惊厥时体温:≤38.5℃13 例占 6.5%,>38.5℃ ≤39℃77 例占 38.5%,>39℃110 例占 55%。首次发生惊厥时发病至惊厥时间:<6h34 例占 17%,≥6h<12h89 例占 44.5%,≥12h<24h66 例占 33%,≥24h11 例占 5.5%。持续时间:≤5min187 例占 93.5%,>5min13 例占 6.5%。发作形式:全身性发作 195 例占 95%,限局性发作泛化全身 5 例占 2.5%。家族史:有家族史 43 例占 21.5%(其中一级亲属中有 FC 史 24 例占 12%)。

1.3 实验室资料

热退 2 天 ~1 周有 125 例行脑电图检查 107 例正常,10 例脑电图轻度异常,8 例经 2 次以上发作后行脑电图检查有痫样放电诊断癫痫。

2 方法及结果

2.1 病例选择

对所有初诊热厥患儿建档复诊。后确诊癫痫 8 例,予以排除本研究范围。对符合以下条件的患儿:①首次发生惊厥的时间是在热程的 24h 内,②有一个或一个以上的能致复发的高危因素。③继往有过一次或一次以上的复发。④年龄 <6 岁。⑤家属积极配合,依从性好。纳入安定预防组。

2.2 治疗方法

当患儿再次出现发热时在热程初期予安定片 0.15~0.2mg/kg.次,Q6h~Q8h 应用,共 2 次。

2.3 结果

安定预防组共 103 例,复诊 502 次,2 例 2 次复发,4 例 3 次复发。未预防组共 89 例,复诊 415 次,15例 2 次复发,6 例 3 次复发。结果见表 1。

3 讨 论

热性惊厥(febrile convulsion FC)是儿科临床的常见急症。FC 多发于 6 月至 6 岁之间的婴幼儿,其中以 1 岁至 3 岁高发,5 岁以内的儿童约 2%~5%发生过 1 次或 1 次以上的 FC[2]。本组病例 1 岁至 3 岁占总发病人数的 60%,与国内报道相符。这一年龄组的小儿神经组织发育尚不成熟, 缺乏髓磷脂,神经细胞的渗透性增加,易发生脑组织水肿,同时兴奋性和抑制性不稳定, 兴奋易占优势并易于扩散,当体温升高时就容易引起惊厥发作。且这一年龄组的小儿机体免疫功能发育不健全,细菌和病毒感染机会多,发热机会多[3],所以该组小儿出现感染发热时一定要注意热性惊厥的发生。

FC 易复发,惊厥多次复发可致中脑损伤。国内

表 1 安定预防于否复发率比较

	复发	未复发	总数	复发率
安定预防组	6	97	103	5.83%
未预防组	21	68	89	23.5%
总数	27	165	192	

作者介绍:徐明胜(1971-),男,主治医师,主要研究方向:神经内科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

报道大约 30%~40%以上的患儿有复发的可能，FC 复发与患儿年龄、家族史、首次发病时体温、出生史、首次发生惊厥时发病至惊厥时间、惊厥持续时间、惊厥类型、遗传等密切相关[4]。防止热性惊厥复发有短程预防和长程预防两种[3]。长程预防治疗时间长一般家属难以接受，我们对发作时间在热程 24h 内，有明显的遗传倾向，首次发作年龄小，继往有 1 次或 1 次以上发作的患儿采用短程预防，即发热的初期即给这部分患儿安定片 0.15~0.2mg/kg。次，Q6h~Q8h 应用，共 2 次。口服安定吸收快，约 15~30min 达到有效血药浓度，大约维持 8h，首次用药 6~8h 再次应用，有效血药浓度可维持 24h[3]，因此能成功预防 FC 的发生，且小剂量应用副作用小，易被家属接受。本组病例未预防组复发率 23.5%，与国内报道大致相符。安定预防组复发率明显下降，说明安定短程预防治疗有效。

我们认为虽然 FC 易复发，但不是每个患儿均要预防，对首次发作在热程 24h 外的患儿也不一定预防得了，本组病例经预防用药，仍有 6 例 16 次复发，其中 3 例就是热程 24h 外发作，并且有些家属对药物副作用如嗜睡也有顾虑。所以对预防病例的选择还是要严格掌握，除非他首次发作在热程的 24h 内并有 1 个或 1 个以上的能致复发的高危因素，否则仍以治疗原发病和退热为主。FC 复发以 6 岁以前多见，所以我们对 6 岁以后的患儿不做预防。本组预防治疗效果除了住院病人外，尚有大部分来自门诊统计，是一个遗憾。

参 考 文 献

[1] 林 庆.关于高热惊厥诊断和治疗的建议[J].中华儿科杂志，1984;22(2):101-102.

[2] Dube c,Chen k,Eghbal-Ahmadi M,et al.Prolonged febrile seizures in the immature rat model enhance hippocampal excitability loog term [J].Ann Neurol,2000;47:336-344.

[3] 李瑞林.热性惊厥的新进展[J].临床儿科杂志，2002;20(4):245-246.

[4] 张寿斌.小儿热性惊厥发作和复发危险因素的 Logistic 回归分析[J].实用临床医学，2002;3(1):78-80.

（上接第 759 页）

⑥许多婴幼儿眼病需与 RB 进行鉴别诊断，它们的临床表现极为相似。最常见的包括永存增生性原始玻璃体、睫状体髓上皮瘤、转移性眼内容炎、早产儿视网膜病变、Coats 病、先天性视网膜发育不全和眼弓蛔虫病。另外，应特别注意不典型病例的鉴别诊断，我院曾经将该病误诊为外伤性前房积血和眼内容炎，在病史采集过程中要明确儿童外伤史是否可靠，避免家长被不确定的外伤史引导而发生误诊。需结合超声波、CT 等影像学检查。

综上所述，儿童视网膜母细胞瘤的起病特点具有多样性，隐蔽性，迷惑性，易漏诊。对不明原因前房积血、前房积脓、角膜增大的患儿应警惕本病的可能。本病的预后与病程长短、病情轻重、诊断早晚、治疗措施是否合理、肿瘤的大小位置、单侧还是双侧，以及肿瘤细胞的分化程度、视神经断端、颅内有无转移等有关。因此，“早发现，早治疗”是基本原则。

参 考 文 献

[1] 刘 勇，郑 汉，陈少军，等.视网膜母细胞瘤延治及误诊分析[J].第三军医大学学报，2001;23(1):263.

[2] Carol L.Shields,孙 红，张军军，等.视网膜母细胞瘤的临床表现和诊断[J].中华眼底病杂志，2004;20(2):118-121.

[3] Grabowski EF,Abramson DH.Intraocular and extraocular retinoblastoma[J].Hematol Oncol Clin North,1987;1:721-735.

[4] Devesa S.The incidence of retinoblastoma[J].Ophthalmol,1975;80:263-265.

[5] Pratt CB.Management of malignant solid tumors in children [J].Pediatr Clin North,1972;19:1141-1155.

[6] 李 劲，罗爱珍.儿童眼部肿瘤特点（附 119 例临床分析）[J].中国斜视与小儿眼科杂志，2000;8(3):109.