

手足口病诊治过程中易出现的问题及对策

黄永建

(华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科, 武汉 430030)

[中图分类号] R725.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2009)03-0231-02

手足口病(hand-foot-mouth disease)是由多种肠道病毒引起的常见传染病,以婴幼儿发病为主。大多数患儿症状轻微,以发热和手、足、口腔等部位的皮疹或疱疹为主要特征。少数患儿可并发无菌性脑膜炎、脑炎、急性弛缓性麻痹、呼吸道感染和心肌炎等^[1],个别重症患儿病情进展快,易发生死亡。引起手足口病的肠道病毒包括肠道病毒71型(EV71)和A组柯萨奇病毒(CoxA)、埃可病毒(Echo)的某些血清型,EV71感染引起的手足口病病情往往较重。肠道病毒传染性强,易引起暴发或流行。

早期发现的手足口病的病原体主要为CoxA16型,1969年EV71在美国被首次确认。此后EV71感染与CoxA16感染交替出现,成为手足口病的主要病原体。

20世纪70年代中期,保加利亚、匈牙利相继暴发以中枢神经系统为主要临床特征的EV71流行,1975年保加利亚报告病例750例,其中149人致瘫,44人死亡。1994年英国发生一起由CoxA16引起的手足口病暴发,患者大多为1~4岁婴幼儿,大部分病人症状较轻。英国1963年以来的流行病学数据显示,手足口病流行的间隔期为2~3年。20世纪90年代后期,手足口病开始在东亚地区流行,日本及我国台湾省都有手足口病流行的报道。1997年马来西亚发生了主要由EV71引起的手足口病流行,4~8月共有2 628人发病,有29例病人死亡。

我国上海于1981年首次报道本病,此后,北京、河北、天津、福建、吉林、山东、湖北、青海和广东等10几个省份均有本病报道。1983年天津发生CoxA16引起的手足口病暴发,5~10月间发生了7 000余病例。经过2年低水平散发后,1986年再次暴发。1995年武汉病毒研究所从手足口病人中分离出EV71,1998年深圳市卫生防疫站也从手足口病

患者标本中分离出EV71。

2008年我国安徽阜阳地区发生EV71致手足口病流行,安徽阜阳3月以来已有数千名儿童感染手足口病,卫生部组织全国大量专家进行救治,并投入大量财力,使安徽阜阳地区疫情得到控制,死亡率明显下降,成效显著。

为加强手足口病的防治工作,2008年5月2日,卫生部决定,将手足口病列入传染病防治法规定的丙类传染病进行管理^[2]。各级各类医疗机构要按照《中华人民共和国法定传染病防治法》和《传染病信息报告管理规范》的有关规定,对符合上述病例定义的手足口病病例进行报告。

本人曾在安徽阜阳及湖北参与了手足口病的救治工作,积累了一定的工作经验。本文就医务人员在手足口病诊治过程中容易出现的一些问题,分析其原因及思索解决的办法,以供参考。

1 手足口病诊治过程中易出现的问题

1.1 诊断扩大化

由于担心漏诊后会导致手足口病的传播,有些医务人员在具体诊治中常常将诊断扩大化。具体表现为:只要有皮疹或发热,也不管皮疹部位、类型,急性或慢性出疹,不考虑发热有无诱因、伴随症状、发热与皮疹的关系等,都诊断为手足口病。下列疾病易误诊为手足口病:①水痘、幼儿急疹、麻疹。应从皮疹部位、类型、发热与皮疹的关系等方面与手足口病进行鉴别;②疱疹性咽峡炎。临床上有一部分手足口病病例仅表现为手、足、臀部皮疹或疱疹性咽峡炎,因此疱疹性咽峡炎可作为手足口病疑似病例。卫生部发《肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2008年版)》规定^[3],3岁以下婴幼儿疱疹性咽峡炎,外周血

[收稿日期]2008-06-16;[修回日期]2008-10-22
[作者简介]黄永建,男,博士研究生,主治医师。主攻方向:儿科呼吸系统疾病。

白细胞计数增高者,是留观指征之一;③蚊虫叮咬的皮疹;④手脚湿疹、汗疱疹等慢性皮疹;⑤躯干部皮炎。

1.2 留院住院时间延长

一方面,医务人员认为确诊病例住在医院就是安全的,因此可以出院的不敢让其出院;另一方面,可以出院患儿的家属不愿出院,医务人员也不作必要解释,结果普通轻症病例最长的住院时间达十余天。

1.3 遗漏不典型、重症病例

手足掌心、臀部出疹明显伴口腔疱疹的典型病例,一般都不会漏诊。但少数病例手足掌心、臀部出疹少,皮疹小点状,伴少许或不伴口腔疱疹的不典型病例容易漏诊。其原因主要为:①盲目自信;②检查不仔细,没有仔细检查患儿手足口腔及臀部;③对不典型病例认识不足,检查也发现了手足和/或口腔不典型皮疹,但在自己不确定的情况下,否定了手足口病的诊断。而这种不典型病例往往就是重症病例的早期表现,漏诊后可能出现严重后果。

2 解决问题的对策

2.1 加强手足口病知识学习

正确把握手足口病的诊断尺度非常重要,既要减少误诊、漏诊,又不能将诊断扩大化。这就要求医务人员认真学好手足口病知识,并在实际工作中不断总结提高。在有理论知识做保障的前提下,在实践中做到胆大心细。

按照卫生部《手足口病预防控制指南(2008年版)》、《卫生部办公厅关于印发〈肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2008年版)〉的通知》、“全国儿科专家培训讲座电视电话会议”精神及相关资料,开展手足口病等肠道传染病防治知识的全员培训,对于提高医务人员的诊断水平大有裨益。

各级各类医疗机构特别是县、村一级的医疗机构,要尽快掌握手足口病的诊疗技术,确保做到早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。医疗机构要重点对门诊、产科、儿科、ICU等专业的医护人员进行重点培训。要通过全方位、多层次的培训使医务人员对手足口病的临床表现、辅助检查、临床诊断及治疗有较好的认识。

2.2 把握手足口病的出院标准

手足口病治疗后精神好,无并发症及后遗症,体温恢复正常;皮疹减轻或消退;血常规恢复正常,即可出院。留观的患儿需尽快确定诊断或排除诊断。

2.3 加强政策文件学习,合理利用医疗资源

要合理利用医疗资源,除了必备的手足口病相关知识外,还必须加强政策文件学习。医院要落实预诊制度,设立发热与疱疹病例专门诊室;重点加强医院产房、儿科病房的消毒,防止新生儿、婴幼儿医院内感染。

2.4 做好手足口病的卫生宣教工作

手足口病是可防、可控、可治的疾病,要耐心地进行宣传解释工作,消除民众恐惧心理。对群众进行健康知识普及,倡导建立良好的个人卫生习惯;建议家长尽量少让孩子到拥挤的公共场所,减少被感染机会。出现发热、出疹等症状及时就诊,及时隔离。预防关键为:勤洗手、吃熟食、喝开水、勤通风、晒衣被。

[参 考 文 献]

- [1] 胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2003,802-810.
- [2] 卫生部.手足口病预防控制指南(2008年版)[EB/OL].[http: www. moh. gov. cn/2008-05-03](http://www.moh.gov.cn/2008-05-03).
- [3] 卫生部.肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2008年版)[EB/OL].[http: www. moh. gov. cn/2008-05-09](http://www.moh.gov.cn/2008-05-09).

(本文编辑:邓芳明)