

肠道病毒 (EV71) 感染诊疗指南 (2008 年版)

时间：2008-05-06 字体：大中小

肠道病毒 EV71 感染多发生于学龄前儿童，尤以 3 岁以下年龄组发病率最高。可引起手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹，个别患者可引起脑炎、脑脊髓炎、脑膜炎、肺水肿、循环衰竭等。传染源为现症患者和隐性感染者，主要通过人群消化道、呼吸道和分泌物密切接触等途径传播。

一、临床表现

(一) 一般病例表现。

急性起病，发热，口腔粘膜出现散在疱疹，手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹，疱疹周围有炎性红晕，疱内液体较少。可伴有咳嗽、流涕、食欲不振、恶心、呕吐、头痛等症状。部分病例仅表现为皮疹或疱疹性咽峡炎。预后良好，无后遗症。

(二) 重症病例表现。

少数病例（尤其是小于 3 岁者）可出现脑炎、脑脊髓炎、脑膜炎、肺水肿、循环衰竭等。

1. 神经系统：精神差、嗜睡、头痛、呕吐、易惊、肢体抖动、无力或瘫痪；查体可见脑膜刺激症、腱反射减弱或消失；危重病例可表现为频繁抽搐、昏迷、脑水肿、脑疝；

2. 呼吸系统：呼吸浅促、困难，呼吸节律改变，口唇紫绀，口吐白色、粉红色或血性泡沫液（痰）；肺部可闻及痰鸣音或湿罗音；

3. 循环系统：面色苍白，心率增快或缓慢，脉搏浅速、减弱甚至消失，四肢发凉，指（趾）发绀，血压升高或下降。

二、实验室检查

(一) 末梢血白细胞。一般病例白细胞计数正常，重症病例白细胞计数可明显升高。

(二) 血生化检查。部分病例可有轻度 ALT、AST、CK-MB 升高，重症病例血糖可升高。

(三) 脑脊液检查。外观清亮，压力增高，白细胞增多（危重病例多核细胞可多于单核细胞），蛋白正常或轻度增多，糖和氯化物正常。

(四) 病原学检查。特异性 EV71 核酸阳性或分离到 EV71 病毒。

(五) 血清学检查。特异性 EV71 抗体检测阳性。

三、物理学检查

(一) 胸片：可表现为双肺纹理增多，网格状、点片状、大片状阴影，部分病例以单侧为著，快速进展为双侧大片阴影。

(二) 磁共振：以脑干、脊髓灰质损害为主。

(三) 脑电图：部分病例可表现为弥漫性慢波，少数可出现棘（尖）慢波。

(四) 心电图：无特异性改变。可见窦性心动过速或过缓，ST-T 改变。

四、临床诊断

在流行季节发病，常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。

(一) 诊断依据

1. 以发热、手、足、口、臀部出现斑丘疹、疱疹为主要表现，可伴有上呼吸道感染症状。

2. 部分病例仅表现为手、足、臀部皮疹或疱疹性咽峡炎。

3. 重症病例可出现神经系统受累、呼吸及循环衰竭等表现，实验室检查可有末梢血白细胞增高、血糖增高及脑脊液改变，脑电图、核磁共振、胸部 X 线检查可有异常。

(二) 确诊依据

在临床诊断基础上，EV71 核酸检测阳性、分离出 EV71 病毒或 EV71IgM 抗体检测阳性，EV71IgG 抗体 4 倍以上增高或由阴性转为阳性。

五、留观或住院指征

(一) 留观指征。

3 岁以下婴幼儿，具备以下情况之一者需留观。乡镇卫生院如发现符合留观指征患者，应立即将其转至县级以上医疗机构。

1. 发热伴手、足、口腔、肛周皮疹，病程在 4 天以内；

2. 疱疹性咽峡炎，外周血白细胞计数增高；

3. 发热、精神差。

(二) 住院指征。

具备以下情况之一者需住院，应立即将其转至指定医疗机构。

1. 精神差/嗜睡、易惊、烦躁不安；

2. 肢体抖动或无力、瘫痪；

3. 面色苍白、心率增快、末梢循环不良；

4. 呼吸浅促或胸片提示肺水肿、肺炎。

六、小儿危重患者的早期发现

具有以下特征的患者有可能在短期内发展为危重病例，更应密切观察病情变化，开展必要的辅助检查，有针对性地做好救治工作。

- (一) 年龄小于 3 岁；
- (二) 持续高热不退；
- (三) 末梢循环不良；
- (四) 呼吸、心率明显增快；
- (五) 精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力；
- (六) 外周血白细胞计数明显增高；
- (七) 高血糖；
- (八) 高血压或低血压。

七、临床治疗

按临床表现主要包括 4 个阶段的治疗。

(一) 手足口病/疱疹性咽峡炎阶段。

1. 一般治疗：注意隔离，避免交叉感染，适当休息，清淡饮食，做好口腔和皮肤护理；

2. 对症治疗：发热、呕吐、腹泻等给予相应处理。

(二) 神经系统受累阶段。

该阶段患者出现神经系统症状和体征，如头痛、呕吐、精神差、易激惹、嗜睡、肢体无力、肌阵挛、抽搐或急性迟缓性麻痹等。

1. 控制颅内高压：限制入量，给予甘露醇 0.5~1.0g/kg/次，每 4~8 小时一次，20~30min 静脉注射，根据病情调整给药间隔时间及剂量。必要时加用速尿；

2. 静脉注射免疫球蛋白，总量 2g/kg，分 2~5 天给予；

3. 酌情应用糖皮质激素治疗，参考剂量：甲基强的松龙 1~2mg/(kg·d)；氢化可的松 3~5mg/(kg·d)；地塞米松 0.2~0.5mg/(kg·d)，分 1~2 次。重症病例可给予短期大剂量冲击疗法；

4. 其他对症治疗：如降温、镇静、止惊（安定、鲁米那钠、水合氯醛等）；

5. 严密观察病情变化，密切监护，注意严重并发症。

(三) 心肺衰竭阶段。

在原发病的基础上突然出现呼吸急促、面色苍白、发绀、出冷汗、心率快、吐白色或粉红色血性泡沫样痰、出现肺部罗音增多、血压明显异常、频繁的肌阵挛、惊厥和/或意识障碍加重等以及高血糖、低氧血症、胸片异常明显加重或出现肺水肿表现。

1. 保持呼吸道通畅，吸氧；

2. 确保两条静脉通道的畅通，监测呼吸、心率、血压和血氧饱和度；

3. 呼吸功能障碍时，及时气管插管使用正压机械通气，建议小儿患者呼吸机初调参数：吸入氧浓度 80%~100%，PIP20~30cmH₂O，PEEP4~8cmH₂O，f20~40 次/分，潮气量 6~8ml/kg 左右。以后根据血气随时调整呼吸机参数；

4. 在维持血压稳定的情况下，限制液体入量；

5. 头肩抬高 15-30 度，保持中立位；插胃管、导尿（禁止压迫膀胱排尿）；

6. 药物治疗。

6.1 应用降颅压药物；

6.2 应用糖皮质激素治疗，必要时给予冲击疗法；

6.3 静脉注射免疫球蛋白；

6.4 血管活性等药物的应用：根据血压、循环的变化可选用多巴胺、多巴酚丁胺、米力农等药物；酌情应用强心、利尿药物治疗；

6.5 果糖二磷酸钠或磷酸肌酸静注；

6.6 抑制胃酸分泌：可静脉应用西咪替丁、洛赛克等；

6.7 退热治疗；

6.8 监测血糖变化，必要时可皮下或静脉注射胰岛素；

6.9 惊厥时给予镇静药物治疗；

6.10 有效抗生素防治肺部细菌感染；

6.11 保护重要脏器功能。

（四）生命体征稳定期。

经抢救后生命体征基本稳定，但仍有病人留有神经系统症状和体征。

1. 做好呼吸道管理，避免并发呼吸道感染；

2. 支持疗法和促进各脏器功能恢复的药物；

3. 功能康复治疗或中西医结合治疗。

发布时间： 2008-04-30 来源：卫生部