

粤卫函〔2018〕1099号

广东省卫生计生委 广东省中医药局关于 印发广东省手足口病诊疗指南 (2018年版)的通知

各地级以上市卫生计生局(委), 部属、省属医药院校驻穗附属医院、委直属医疗卫生机构:

为进一步指导医疗机构做好手足口病诊疗工作, 我委组织省手足口病诊疗专家, 根据国家卫生健康委印发的《手足口病诊疗指南(2018年版)》(国卫办医函〔2018〕327号), 制定了《广东省手足口病诊疗指南(2018年版)》。现印发给你们, 请认真贯彻落实。

广东省卫生计生委

广东省中医药局
2018年8月20日

广东省手足口病诊疗指南（2018 年版）

手足口病（Hand foot and mouth disease, HFMD）是由肠道病毒（Enterovirus, EV）感染引起的一种儿童常见传染病，5 岁以下儿童多发。手足口病是全球性疾病，我国各地全年均有发生，发病率为 37.01/10 万～205.06/10 万，近年报告病死率在 6.46/10 万～51.00/10 万之间。为进一步规范和加强手足口病的临床管理，降低重症手足口病病死率，有效推进手足口病诊疗工作，根据手足口病诊疗新进展制定本指南。

一、病原学

肠道病毒属于小 RNA 病毒科肠道病毒属。手足口病由肠道病毒引起，主要致病血清型包括柯萨奇病毒（Coxsackievirus, CV）A 组 4～7、9、10、16 型和 B 组 1～3、5 型，埃可病毒（Echovirus）的部分血清型和肠道病毒 71 型（Enterovirus A71, EV-A71）等，其中以 CV-A16 和 EV-A71 最为常见，重症及死亡病例多由 EV-A71 所致。近年部分地区 CV-A6、CV-A10 有增多趋势。肠道病毒各型之间无交叉免疫力。

二、流行病学

（一）传染源。

患儿和隐性感染者为主要传染源，手足口病隐性感染率高。肠道病毒适合在湿、热的环境下生存，可通过感染者的粪便、咽喉分泌物、唾液和疱疹液等广泛传播。

（二）传播途径。

密切接触是手足口病重要的传播方式，通过接触被病毒污染的手、毛巾、手绢、牙杯、玩具、食具、奶具以及床上用品、内衣等引起感染；还可通过呼吸道飞沫传播；饮用或食入被病毒污染的水和食物亦可感染。

（三）易感人群。

婴幼儿和儿童普遍易感，以 5 岁以下儿童为主。

三、发病机制及病理改变

（一）发病机制。

肠道病毒感染人体后，主要与咽部和肠道上皮细胞表面相应的病毒受体结合，其中 EV-A71 和 CV-A16 的主要病毒受体为人类清道夫受体 B2（Human scavenger receptor class B2, SCARB2）和 P 选择素糖蛋白配体-1（P-selectin glycoprotein ligand-1, PSGL-1）等。病毒和受体结合后经细胞内吞作用进入细胞，病毒基因组在细胞浆内脱衣壳、转录、组装成病毒颗粒。肠道病毒主要在扁桃体、咽部和肠道的淋巴结大量复制后释放入血液，可进一步播散到皮肤及黏膜、神经系统、呼吸系统、心脏、肝脏、脾脏、肾上腺等，引起相应组织和器官发生一系列炎症反应，导致相应的临床表现。少数病例因神经系统受累导致血管舒缩功能紊乱及 IL-10、IL-13、IFN- γ 等炎性介质大量释放引起心肺衰竭。

神经源性肺水肿及循环衰竭是重症手足口病患儿的主要死因，病理生理过程复杂，是中枢神经系统受损后神经、体液和生

物活性因子等多因素综合作用的结果。

（二）病理改变。

死亡病例尸检和组织病理检查发现：淋巴细胞变性坏死，以胃肠道和肠系膜淋巴结病变为主；神经组织病理变化主要表现为脑干和脊髓上段有不同程度的炎性反应、嗜神经现象、神经细胞凋亡坏死、单核细胞及小胶质细胞结节状增生、血管套形成、脑水肿、小脑扁桃体疝；肺部主要表现为肺水肿、肺淤血、肺出血伴少量的炎细胞浸润；还可出现心肌断裂和水肿，坏死性肠炎，肾脏、肾上腺、脾脏和肝脏严重的变性坏死等。

四、临床表现

（一）潜伏期。

多为 2~10 天，平均 3~5 天。

（二）临床症状体征。

根据疾病的发生发展过程，将手足口病分期、分型为：

第 1 期（出疹期） 主要表现为发热，手、足、口、臀等部位出疹，可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。部分病例仅表现为皮疹或疱疹性咽峡炎，个别病例可无皮疹。

典型皮疹表现为斑丘疹、丘疹、疱疹。皮疹周围有炎性红晕，疱疹内液体较少，不疼不痒，皮疹恢复时不结痂、不留疤。不典型皮疹通常小、厚、硬、少，有时可见瘀点、瘀斑。某些型别肠道病毒如 CV-A6 和 CV-A10 所致皮损严重，皮疹可表现为大疱样改变，伴疼痛及痒感，且不限于手、足、口部位。

此期属于手足口病普通型，绝大多数在此期痊愈。

第 2 期（神经系统受累期） 少数病例可出现中枢神经系统损害，多发生在病程 1~5 天内，表现为精神差、嗜睡、吸吮无力、易惊、头痛、呕吐、烦躁、肢体抖动、肌无力、颈项强直等。

此期属于手足口病重症病例重型，大多数可痊愈。

第 3 期（心肺功能衰竭前期） 多发生在病程 5 天内，表现为心率和呼吸增快、出冷汗、四肢末梢发凉、皮肤发花、血压升高。

此期属于手足口病重症病例危重型。及时识别并正确治疗，是降低病死率的关键。

第 4 期（心肺功能衰竭期） 可在第 3 期的基础上迅速进入该期。临床表现为心动过速（个别患儿心动过缓）、呼吸急促、口唇紫绀、咳粉红色泡沫痰或血性液体、血压降低或休克。亦有病例以严重脑功能衰竭为主要表现，临床可见抽搐、严重意识障碍等。

此期属于手足口病重症危重型，病死率较高。

第 5 期（恢复期） 体温逐渐恢复正常，对血管活性药物的依赖逐渐减少，神经系统受累症状和心肺功能逐渐恢复，少数可遗留神经系统后遗症。部分手足口病例（多见于 CV-A6、CV-A10 感染者）在病后 2~4 周有脱甲的症状，新甲于 1~2 月长出。

大多数患儿预后良好，一般在 1 周内痊愈，无后遗症。少数患儿发病后迅速累及神经系统，表现为脑干脑炎、脑脊髓炎、脑

脊髓膜炎等，发展为循环衰竭、神经源性肺水肿的患儿病死率高。

五、辅助检查

（一）实验室检查。

1. 血常规及 C 反应蛋白（CRP） 多数病例白细胞计数正常，部分病例白细胞计数、中性粒细胞比例及 CRP 可升高。

2. 血生化 部分病例丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、肌酸激酶同工酶（CK-MB）轻度升高，病情危重者肌钙蛋白、血糖、乳酸升高。

3. 脑脊液 神经系统受累时，脑脊液符合病毒性脑膜炎和/或脑炎改变，表现为外观清亮，压力增高，白细胞计数增多，以单核细胞为主（早期以多核细胞升高为主），蛋白正常或轻度增多，糖和氯化物正常。

4. 血气分析 呼吸系统受累时或重症病例可有动脉血氧分压降低，血氧饱和度下降，二氧化碳分压升高，酸中毒等。

5. 病原学及血清学 临床样本（咽拭子、粪便或肛拭子、血液等标本）肠道病毒特异性核酸检测阳性或分离到肠道病毒。急性期血清相关病毒 IgM 抗体阳性。恢复期血清 CV-A16、EV-A71 或其他可引起手足口病的肠道病毒中和抗体比急性期有 4 倍及以上升高。

（二）影像学检查。

1. 影像学 轻症患儿肺部无明显异常。重症及危重症患儿并发神经源性肺水肿时，两肺野透亮度减低，磨玻璃样改变，

局限或广泛分布的斑片状、大片状阴影，进展迅速。

2. 颅脑 CT 和/或 MRI 颅脑 CT 检查可用于鉴别颅内出血、脑疝、颅内占位等病变。神经系统受累者 MRI 检查可出现异常改变，合并脑干脑炎者可表现为脑桥、延髓及中脑的斑点状或斑片状长 T1 长 T2 信号。并发急性弛缓性麻痹者可显示受累节段脊髓前角区的斑点状对称或不对称的长 T1 长 T2 信号。

（三）心电图。

可见窦性心动过速或过缓，Q-T 间期延长，ST-T 改变。

（四）脑电图。

神经系统受累者可表现为弥漫性慢波，少数可出现棘（尖）慢波。

（五）超声心动图。

重症患儿可出现心肌收缩和/或舒张功能减低，节段性室壁运动异常，射血分数降低等。

六、诊断标准

结合流行病学史、临床表现和病原学检查作出诊断。

（一）临床诊断病例。

1. 流行病学史 常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。流行季节，当地托幼机构及周围人群有手足口病流行，发病前与手足口病患儿有直接或间接接触史。

2. 临床表现 符合上述临床表现。极少数病例皮疹不典型，部分病例仅表现为脑炎或脑膜炎等，诊断需结合病原学或血清学

检查结果。

（二）确诊病例。

在临床诊断病例基础上，具有下列之一者即可确诊。

1. 肠道病毒（CV-A16、EV-A71 等）特异性核酸检查阳性。
2. 分离出肠道病毒，并鉴定为 CV-A16、EV-A71 或其他可引起手足口病的肠道病毒，如 CA6、CA10。
3. 急性期血清相关病毒 IgM 抗体阳性。
4. 恢复期血清相关肠道病毒的中和抗体比急性期有 4 倍及以上升高。

七、鉴别诊断

（一）其他儿童出疹性疾病。

手足口病普通病例需与儿童出疹性疾病，如丘疹性荨麻疹、沙土皮疹、水痘、不典型麻疹、幼儿急疹、带状疱疹、风疹以及川崎病等鉴别；CV-A6 或 CV-A10 所致大疱性皮疹需与水痘鉴别；口周出现皮疹时需与单纯疱疹鉴别。可依据病原学检查和血清学检查进行鉴别。

（二）其他病毒所致脑炎或脑膜炎。

由其他病毒引起的脑炎或脑膜炎如单纯疱疹病毒、巨细胞病毒、EB 病毒等，临床表现与手足口病合并中枢神经系统损害的重症病例表现相似。对皮疹不典型者，应当结合流行病学史并尽快留取标本，进行肠道病毒尤其是 EV-A71 的病毒学检查，结合病原学或血清学检查结果作出诊断。

（三）脊髓灰质炎。

重症病例合并急性弛缓性瘫痪时需与脊髓灰质炎鉴别，后者主要表现为双峰热，病程第2周退热前或退热过程中出现弛缓性瘫痪，病情多在热退后到达顶点，无皮疹。

（四）肺炎。

重症病例可发生神经源性肺水肿，应与肺炎鉴别。肺炎患儿一般无皮疹，胸片可见肺实变病灶、肺不张及胸腔积液等，病情加重或减轻呈逐渐演变的过程。

八、重症病例的早期识别

重症病例诊疗关键在于及时准确地识别第2期和第3期，阻止发展为第4期。年龄3岁以下、病程3天以内和EV-A71感染为重症高危因素，下列指标提示患儿可能发展为重症病例危重型：

（一）持续高热 体温大于39℃，常规退热效果不佳；

（二）神经系统表现 出现精神萎靡、头痛、眼球震颤或上翻、呕吐、易惊、肢体抖动、吸吮无力、站立或坐立不稳等；

（三）呼吸异常 呼吸增快、减慢或节律不整，安静状态下呼吸频率超过30~40次/分；

（四）循环功能障碍 心率增快（>160次/分）、出冷汗、四肢末梢发凉、皮肤发花、血压升高、毛细血管再充盈时间延长（>2秒）；

（五）外周血白细胞计数升高 外周血白细胞计数 $\geq 15 \times 10^9/L$ ，除外其他感染因素；

(六) 血糖升高 出现应激性高血糖, 血糖 $> 8.3\text{mmol/L}$;

(七) 血乳酸升高 出现循环功能障碍时, 通常血乳酸 $\geq 2.0\text{mmol/L}$, 其升高程度可作为判断预后的参考指标。

九、治疗

(一) 一般治疗。

普通病例门诊治疗。注意隔离, 避免交叉感染; 清淡饮食; 做好口腔和皮肤护理。

积极控制高热。体温超过 38.5°C 者, 采用物理降温 (温水擦浴、使用退热贴等) 或应用退热药物治疗。常用药物有: 布洛芬口服, $5 \sim 10\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$; 对乙酰氨基酚口服, $10 \sim 15\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$; 两次用药的最短间隔时间为 6 小时。

保持患儿安静。惊厥病例需要及时止惊, 常用药物有: 如无静脉通路可首选咪达唑仑肌肉注射, $0.1 \sim 0.3\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$, 体重 $< 40\text{kg}$ 者, 最大剂量不超过 $5\text{mg}/\text{次}$, 体重 $> 40\text{kg}$ 者, 最大剂量不超过 $10\text{mg}/\text{次}$; 地西泮缓慢静脉注射, $0.3 \sim 0.5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$, 最大剂量不超过 $10\text{mg}/\text{次}$, 注射速度 $1 \sim 2\text{mg}/\text{min}$ 。需严密监测生命体征, 做好呼吸支持准备; 也可使用水合氯醛灌肠抗惊厥; 保持呼吸道通畅, 必要时吸氧; 注意营养支持, 维持水、电解质平衡。

(二) 病因治疗。

目前尚无特效抗肠道病毒药物。不应使用阿昔洛韦、更昔洛韦、单磷酸阿糖腺苷等药物治疗。

(三) 液体疗法。

重症病例可出现脑水肿、肺水肿及心功能衰竭，应控制液体入量，给予个体化补液，生理需要量 $60 \sim 80\text{ml}/(\text{kg d})$ （脱水剂不计算在内），建议匀速给予，即 $2.5 \sim 3.3\text{ml}/(\text{kg h})$ ，注意维持血压稳定。休克病例在应用血管活性药物同时，给予生理盐水 $5 \sim 10\text{ml}/(\text{kg 次})$ 进行液体复苏， $15 \sim 30$ 分钟内输入，此后酌情补液，避免短期内大量扩容。仍不能纠正者给予胶体液（如白蛋白或血浆）输注。

有条件的医疗机构可依据中心静脉压（CVP）、动脉血压（ABP）等指导补液。也可以用被动抬腿试验和液体冲击试验指导补液。

（四）降颅压。

有明确颅内高压者，可用甘露醇，剂量为 20% 甘露醇 $0.25 \sim 1.0\text{g}/(\text{kg 次})$ ，每 $4 \sim 8$ 小时 1 次， $20 \sim 30\text{min}$ 快速静脉注射；严重颅内高压或脑疝时，可增加频次至每 $2 \sim 4$ 小时 1 次。

严重颅内高压或低钠血症患儿可考虑联合使用高渗盐水（ 3% 氯化钠）。有心功能障碍者，可使用利尿剂，如呋塞米 $1 \sim 2\text{mg}/\text{kg}$ 静脉注射。

（五）血管活性药物。

第 3 期患儿血流动力学改变为高动力高阻力型，以使用扩血管药物为主。可使用米力农，负荷量 $50 \sim 75\mu\text{g}/\text{kg}$ ， 15 分钟输注完毕，维持量从 $0.25\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 起始，逐步调整剂量，最大可达 $1\mu\text{g}/(\text{kg min})$ ，一般不超过 72h 。高血压者应将血压控制在该

年龄段严重高血压值以下(具体血压值见表 1),可用酚妥拉明 $1 \sim 20\mu\text{g}/(\text{kg min})$,或硝普钠 $0.5 \sim 5\mu\text{g}/(\text{kg min})$,由小剂量开始逐渐增加剂量,直至调整至合适剂量,期间密切监测血压等生命体征。

表 1 儿童(≤ 5 岁)严重高血压参考值

| 性别 | 血压 年龄 | 收缩压 (mmHg) | 舒张压 (mmHg) |
|----|----------|---------------|---------------|
| 女 | ~ 3 岁 | ≥ 110 | ≥ 72 |
| | ~ 4 岁 | ≥ 112 | ≥ 73 |
| | ~ 5 岁 | ≥ 114 | ≥ 76 |
| 男 | ~ 3 岁 | ≥ 112 | ≥ 73 |
| | ~ 4 岁 | ≥ 114 | ≥ 74 |
| | ~ 5 岁 | ≥ 117 | ≥ 77 |

第 4 期血压下降时,可应用正性肌力及升压药物治疗,如:多巴胺 $5 \sim 20\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 、去甲肾上腺素 $0.05 \sim 2\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 、肾上腺素 $0.05 \sim 2\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 或多巴酚丁胺 $2.5 \sim 20\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 等,从低剂量开始,以能维持接近正常血压的最小剂量为佳。

以上药物无效者,可试用血管加压素或左西孟旦等药物治疗,血管加压素: $20\mu\text{g}/\text{kg}$,每 4 小时 1 次,静脉缓慢注射,用药时间视血流动力学改善情况而定;左西孟旦负荷剂量 $6 \sim 12\mu\text{g}/\text{kg}$ 静脉注射,维持量 $0.1\mu\text{g}/(\text{kg min})$ 。

（六）静脉丙种球蛋白。

第2期不建议常规使用静脉丙种球蛋白。有脑脊髓炎和持续高热等表现者以及危重病例可酌情使用，剂量 $1.0\text{g}/(\text{kg d})$ ，连用2天。

（七）糖皮质激素。

有脑脊髓炎和持续高热合并其他危重型病例指标2、3、4、7中一项或以上表现者以及危重病例酌情使用。可选用甲基泼尼松龙 $1\sim 2\text{mg}/(\text{kg d})$ ，或氢化可的松 $3\sim 5\text{mg}/(\text{kg d})$ ，或地塞米松 $0.2\sim 0.5\text{mg}/(\text{kg d})$ ，一般疗程3~5天。

（八）机械通气。

1. 机械通气指征 出现以下表现之一者，可予气管插管机械通气：

- （1）呼吸急促、减慢或节律改变；
- （2）气道分泌物呈淡红色或血性；
- （3）短期内肺部出现湿性啰音；
- （4）胸部X线检查提示肺部明显渗出性病变；
- （5）脉搏血氧饱和度（ SpO_2 ）或动脉血氧分压（ PaO_2 ）下降；
- （6）面色苍白、紫绀、皮温低、皮肤发花、血压下降；
- （7）频繁抽搐或昏迷。

2. 机械通气模式 常用压力控制通气，也可选用其他模式。有气漏或顽固性低氧血症者可考虑使用高频通气（HFV）。

3. 机械通气参数调节目标 维持动脉血氧分压（ PaO_2 ）在

60～80mmHg 以上，动脉血氧饱和度（ SaO_2 ）92%～97%，控制肺水肿和肺出血。

对于出现肺水肿或肺出血者或仅有中枢性呼吸衰竭者，按照机械通气呼吸机初调参数表（见表 2）进行调节。

若肺出血未控制或血氧未改善，可每次增加 PEEP1～2cmH₂O，一般不超过 20cmH₂O，注意同时调节 PIP，以保证正常氧合水平。肺水肿及出血控制后，逐步下调呼吸机参数。

表 2 机械通气治疗时呼吸机初调参数

| 类别 | 吸入氧浓度 (FiO_2) | 气道峰压 (PIP) | 呼气末正压 (PEEP) | 呼吸频率 (f) | 潮气量 (Vt) |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------|------------------------|
| 肺水肿或 肺出血者 | 60%～100% | 20～30cmH ₂ O (含 PEEP) | 8～12cmH ₂ O | 20～40 次/min | 6～8ml/kg |
| 仅有中枢性 呼吸衰竭者 | 21%～40% | 15～20cmH ₂ O (含 PEEP) | 4～5cmH ₂ O | 20～40 次/min | 6～8ml/kg |

4. 机械通气管理

（1）镇痛与镇静：气管插管前需要进行充分的镇静、镇痛处理。药物包括：咪达唑仑静脉泵注，0.1～0.3mg/（kg h）；芬太尼静脉注射，1～2μg/kg，注射时间>60 秒；芬太尼静脉维持泵注：1～4μg/（kg h）。

（2）机械通气过程中避免频繁、长时间吸痰造成气道压力降低，要保持气道通畅，防止血凝块堵塞气管导管。

5. 撤机指征

- (1) 自主呼吸恢复正常，咳嗽反射良好；
 - (2) 氧合指数 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) $\geq 200\text{mmHg}$, $\text{PEEP} < 10\text{cmH}_2\text{O}$ 时，开始做撤机评估；
 - (3) 血气分析好转，胸片肺部渗出与肺水肿好转；
 - (4) 意识状态好转；
 - (5) 循环稳定。
- (九) 其他。

1. 血液净化 危重症患儿有条件时可开展床旁连续性血液净化治疗，目前尚无具体推荐建议。血液净化辅助治疗有助于降低“儿茶酚胺风暴”，减轻炎症反应，协助液体平衡和替代肾功能等，适用于第3期和第4期患儿。

2. 体外生命支持 包括体外膜肺 (ECMO)、体外左心支持 (ECLVS)、或 ECMO+左心减压 (LV vent) 等。适用于常规治疗无效的合并心肺衰竭的危重型患儿，其中 ECMO+左心减压适用于合并严重肺水肿和左心衰竭的重症患儿。严重脑功能衰竭的患儿不建议使用。

(十) 恢复期治疗。

针对患儿恢复期症状进行康复治疗 and 护理，促进各脏器功能尤其是神经系统功能的早日恢复。

(十一) 中医辨证论治。

1. 病因病机

手足口病属于中医“温病、瘟疫”范畴，具有“卫气营血”的传变规律。病因为感受手足口病时邪，此邪具有湿热、风热特点，岭南地区尤以湿热为甚。病位主要在肺、脾，常累及心、肝。小儿脾常不足，肺脏娇嫩，易于感受外邪，罹患本病。手足口病时邪由口鼻而入，内侵肺脾，卫表被遏，肺气失宣，则见发热、头痛、咳嗽、流涕等；邪毒循经，熏蒸口舌，则口腔疱疹、口痛、拒食、流涎；湿热熏蒸四肢，则手足疱疹；若毒热内盛，气营两燔，则四肢臀部疱疹分布稠密，全身症状深重；若邪热闭肺，肺气郁闭上逆，则气促、咳嗽、痰壅、鼻煽，气机不利，血行瘀滞，则颜面苍白，唇甲发绀；若邪毒逆传心包，内陷厥阴，可出现壮热、神昏、抽搐等毒热动风之危象；甚或邪毒炽盛，正气不支，出现四肢厥冷，脉微欲绝等阴竭阳脱之危候。疾病恢复期，常见气阴不足，络脉不畅之证。

2. 治疗

及早采用中医药进行干预，是治疗手足口病的重要措施。基本治法为清热祛湿，解毒透邪，宜根据疾病发展的不同阶段，辨证用药。

（1）分证论治。

①邪犯肺脾证（见于出疹期）

症状：手、足、口、臀部等部位出现斑丘疹、丘疹、疱疹，口痛流涎，可伴有发热，流涕咳嗽，纳差，或恶心呕吐，咽痛，尿黄短，大便干结或便溏，舌红，苔薄黄腻，指纹浮紫，脉浮数。

治法：宣肺清热，化湿透邪。

基本方：银翘散加减。

常用药物：金银花、连翘、竹叶、荆芥、牛蒡子、薄荷、豆豉、甘草、桔梗、芦根、栀子、黄芩、藿香、滑石等。

加减：大便秘结加大黄；恶心呕吐加藿香。

常用中成药：参见“（二）中成药使用建议”。

②湿热蕴毒证（见于出疹期）

症状：手、足、口、臀部出现大量丘疹、疱疹，发热较甚，持续不解，口痛拒食，烦躁不安，口干口渴，尿黄赤，大便秘结，舌红苔黄腻，指纹紫滞，脉数。

治法：清热解毒，化湿透邪。

基本方：甘露消毒丹加减。

常用药物：黄芩、茵陈、藿香、连翘、金银花、滑石、石菖蒲、白蔻仁、板蓝根、薄荷、通草、射干、白茅根等。

加减：持续发热、烦躁口渴加生石膏、大青叶；口臭、大便秘结加大黄、芒硝；大便稀烂加苍术。

常用中成药：参见“（二）中成药使用建议”。

③气营两燔证（可见于出疹期）

症状：手、足、口、四肢、臀部疱疹斑疹密集，色泽紫暗，或成簇出现，壮热不解，夜晚尤甚，头痛，口痛剧烈难忍，小便黄赤，大便干结，舌质红绛，苔黄厚腻或黄燥，指纹紫滞达气关，脉数。

治法：清热凉营，解毒祛湿。

基本方：清瘟败毒饮加减。

常用药物：水牛角、黄连、黄芩、栀子、连翘、桔梗、生石膏、知母、生地黄、赤芍、玄参、牡丹皮、大黄、金银花、紫草、滑石、绵茵陈等。

常用中成药：参见“（二）中成药使用建议”。

④毒热动风证（见于神经系统受累期）

症状：高热，易惊，肌肉瞤动，瘰癧，或抽搐，或肢体痿软无力、坐立不稳，呕吐，吸吮无力，精神萎靡，嗜睡，甚则昏矇、昏迷，头痛、眼球震颤或上翻，舌暗红或红绛，苔黄腻或黄燥，脉弦细数，指纹紫滞。

治法：清热解毒，息风定惊。

基本方：羚角钩藤汤加减。

主要药物：水牛角、钩藤、菊花、生地黄、生石膏、大黄、生栀子、赤芍、丹皮、黄连、生薏米、全蝎、白僵蚕、羚羊角粉等。

常用中成药：参见“（二）中成药使用建议”。

⑤厥脱证（见于心肺功能衰竭前期）

症状：壮热，神昏，手足厥冷，皮肤发花，面色苍白，口唇紫绀，喘促，大汗淋漓，舌质紫暗，脉细数或沉迟，或脉微欲绝，指纹紫暗。

治法：解毒开窍，益气固脱，回阳救逆。

基本方：参附龙牡救逆汤合安宫牛黄丸加减。

常用药物：制附子、人参、龙骨、牡蛎、山萸肉、砂仁、人工牛黄、天竺黄、石菖蒲、郁金、麦冬、黄连、山栀子、羚羊角粉等。

⑥气阴不足证（多见于恢复期）

症状：热退，神疲乏力，口渴，纳差，皮疹消退或尚未退净，或见脱甲、脱皮，舌红少津，苔白少或花剥，脉细数。

治法：益气健脾，养阴生津。

基本方：生脉饮合七味白术散加减。

常用药物：人参、麦冬、五味子、白术、茯苓、木香、藿香、葛根、甘草、玉竹、白扁豆、生地黄等。

⑦络脉不畅证（可见于恢复期）

症状：乏力，纳差，肢体痿软，或肢体麻木，舌淡红，苔白，脉细，指纹色淡或青紫。

治法：健脾益气，育阴通络。

基本方：参苓白术散合大定风珠加减。

常用药物：人参、白术、茯苓、甘草、阿胶、鳖甲、龟甲、牡蛎、生地黄、麦冬、五味子、鸡血藤、桑枝、莲子、砂仁、山药、白扁豆等。

针灸、推拿等可帮助功能恢复。

（2）中成药使用建议

中成药使用方便，患者依从性好，应用广泛（见“附表 治疗

手足口病常用中成药简表”)。根据中成药治疗手足口病临床研究文献报道,结合广东省实际情况,提出以下使用建议,供临床参考运用。

①手足口病普通型,一般情况良好者(出疹期邪犯肺脾证、湿热蕴毒证),可选用 1~2 种下列中成药,作为基础用药:小儿豉翘清热颗粒、芩香清解口服液、黄栀花口服液、蓝芩口服液、蒲地蓝消炎口服液、馥感啉口服液、健儿清解液、小儿柴桂退热颗粒、清开灵颗粒/口服液、抗病毒口服液、双黄连口服液、银黄滴丸等。

②出疹期持续发热,全身症状较明显者(气营两燔证),可在选择“1”基础用药同时,加用 1 种下列中成药:金莲清热泡腾片、小儿双清颗粒、连花清瘟颗粒、金振口服液等。

③出疹期食欲不振,脘腹胀满,恶心呕吐者,可在选择“1”基础用药同时,加用 1 种下列中成药:藿香正气口服液、保济口服液等。

④神经系统受累期(手足口病重症病例重型,毒热动风证),可在积极抢救的基础上,酌情选用 1~2 种下列中成药:安宫牛黄丸、小儿牛黄清心散、紫雪颗粒、新雪颗粒、羚羊角颗粒等。

(3) 局部用药

①口咽部

a. 可选用康复新液涂于局部,或选用开喉剑喷雾剂、西瓜霜喷剂喷敷患处。

b. 金银花 15 克，黄芩 15 克，岗梅根 30 克，每日 1 剂，水煎至 200ml，分 3~4 次含漱。

②手足皮疹

a. 手足臀部皮疹较多，可酌情选用康复新液、儿肤康搽剂外搽。

b. 苦参、黄柏、苍术、紫草各 30 克，每日 1 剂，水煎至 2000ml，凉至 35℃~38℃，局部泡洗 10~15 分钟。

c. 苦参、野菊花、紫草、地肤子各 30g，每日 1 剂，水煎至 2000ml，凉至 35℃~38℃，局部泡洗 10~15 分钟。

十、预防

（一）一般预防措施。

保持良好的个人卫生习惯是预防手足口病的关键。勤洗手，不要让儿童喝生水，吃生冷食物。儿童玩具和常接触到的物品应当定期进行清洁消毒。避免儿童与患手足口病儿童密切接触。

（二）中医预防。

中医认为，本病病因具有“湿热”的特点，脾胃失健的儿童可能更容易患病。根据中医“治未病”理论，提出以下预防建议。

1. 可进行小儿推拿健运脾胃，常用手法为清补脾土、揉板门、按揉足三里、捏脊。

2. 手足口病流行季节，可选具有健脾化湿、清热解毒功效的药食同源中药，运用药膳食疗，进行易感人群预防。参考方：

(1)三豆饮：白扁豆、绿豆、赤小豆各 30 克，甘草 5 克，加

水煮至豆熟，食豆饮汤。

(2)五花茶：鸡蛋花、木棉花各 10 克，金银花、槐花、扁豆花各 5 克，煎水代茶。

(3)荷叶薏米粥：鲜荷叶 50 克切碎，生薏米 30 克，大米 100 克，煮粥吃。

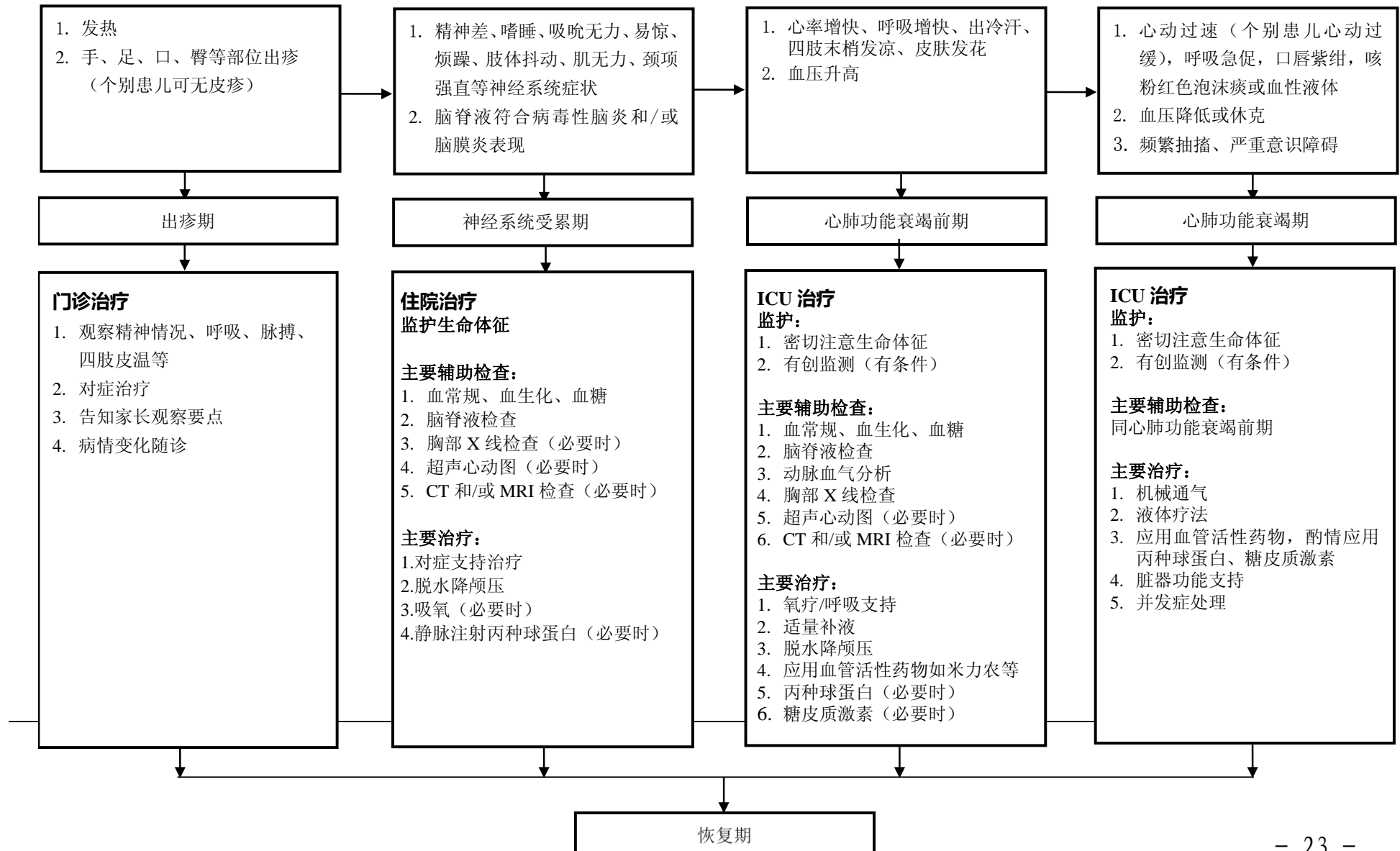
（三）接种疫苗。

EV-A71 型灭活疫苗可用于 6 月龄～5 岁儿童预防 EV-A71 感染所致的手足口病，基础免疫程序为 2 剂次，间隔 1 个月，鼓励在 12 月龄前完成接种。

（四）加强医院感染控制。

医疗机构应当积极做好医院感染预防和控制工作。各级各类医疗机构要加强预检分诊，应当有专门诊室（台）接诊手足口病疑似病例；接诊手足口病病例时，采取标准预防措施，严格执行手卫生，加强诊疗区域环境和物品的消毒，选择中效或高效消毒剂如含氯（溴）消毒剂等进行消毒，75%乙醇和 5%来苏对肠道病毒无效。

手足口病临床处置流程图



附表

治疗手足口病常用中成药简表

| 名称 | 主要功效 | 主要成分 | 参考用量 |
|----------|------------------------------|--|---|
| 小儿豉翘清热颗粒 | 疏风解表, 清热导滞 (可用于出疹期) | 连翘、淡豆豉、薄荷、荆芥、栀子(炒)、大黄、青蒿、赤芍、槟榔、厚朴、黄芩、半夏等 | 六个月至一岁: 一次 1-2g; 一至三岁: 一次 2-3g; 四至六岁: 一次 3-4g; 七至九岁: 一次 4-5g; 十岁以上: 一次 6g; 一日 3 次。 |
| 芩香清解口服液 | 疏散风热, 清泻里热, 解毒利咽 (可用于出疹期) | 黄芩、广藿香、蝉蜕、石膏、葛根、大黄、芍药、板蓝根、桔梗、玄参、山豆根、甘草 | 六个月至三岁: 一次 5ml; 三至七岁: 一次 10ml; 七岁至十四岁: 一次 15ml; 一日 3 次。 |
| 黄栀花口服液 | 清肺泄热 (可用于出疹期) | 黄芩、金银花、大黄、栀子 | 二岁半至三岁: 一次 5 ml; 四至六岁: 一次 10 ml; 七岁至十岁: 一次 15 ml; 十一岁以上: 一次 20 ml, 一日 2 次 |
| 蓝芩口服液 | 清热解毒, 利咽消肿 (可用于出疹期) | 板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海。 | 一岁及以下: 一次 1/3 支; 二至四岁: 一次 1/2 支; 五岁及以上: 一次 1 支; 一日 3 次 |
| 蒲地蓝消炎口服液 | 清热解毒, 抗炎消肿 (可用于出疹期) | 蒲公英、地丁、板蓝根、黄芩 | 一岁及以下: 一次 1/3 支; 二至四岁: 一次 1/2 支; 五岁及以上: 一次 1 支; 一日 3 次 |
| 馥感啉口服液 | 清热解毒, 止咳平喘, 益气疏表 (可用于出疹期) | 鬼针草、野菊花、西洋参、黄芪、板蓝根、香菇、浙贝母、麻黄、前胡、甘草 | 一岁以内: 一次 5 ml, 一日 3 次; 一至三岁: 一次 10 ml, 一日 3 次; 四至六岁: 一次 10 ml, 一日 4 次; 七至十二岁: 一次 10 ml, 一日 5 次。 |
| 健儿清解液 | 清热解毒, 消滞和胃 (可用于出疹期) | 金银花、菊花、连翘、苦杏仁、山楂、陈皮 | 一岁以内: 一次 4 ml; 一至五岁: 一次 8 ml; 六岁以上酌加至一次 10-15 ml; 一日 3 次 |
| 小儿柴桂退热颗粒 | 发汗解表, 清里退热 (可用于出疹期) | 柴胡、桂枝、葛根、浮萍、黄芩、白芍、蝉蜕。 | 一岁以内: 一次 2g; 一至三岁: 一次 4g; 四至六岁: 一次 6g; 七至十四岁: 一次 8g; 一日 4 次 |

| 名称 | 主要功效 | 主要成分 | 参考用量 |
|---------------|----------------------------------|---|---|
| 清开灵颗粒 | 清热解毒, 镇静安神 (可用于出疹期) | 胆酸、珍珠母、猪去氧胆酸、栀子、水牛角、板蓝根、黄芩苷、金银花 | 一至三岁: 一次 3g, 一日 2 次; 四至六岁: 一次 3g, 一日 3 次; 七至十四岁: 一次 6g, 一日 3 次 |
| 抗病毒口服液 | 清热祛湿, 凉血解毒 (可用于出疹期) | 板蓝根、石膏、芦根、地黄、郁金、知母、石菖蒲、广藿香、连翘 | 一次 10 ml, 一日 2~3 次 |
| 双黄连口服液 | 疏风解表, 清热解毒 (可用于出疹期) | 金银花、黄芩、连翘 | 一次 1 支, 一日 3 次 |
| 金莲清热泡腾片 | 清热解毒, 利咽生津, 止咳祛痰 (可于出疹期高热时加服) | 金莲花、大青叶、生石膏、知母、生地黄、玄参、炒苦杏仁 | 一岁以内: 一次 1 片, 一日 3 次, 高烧时每日 4 次; 一至十五岁: 一次 1-2 片; 一日 4 次, 高烧时每四小时 1 次。 |
| 小儿双清颗粒 | 清热解毒, 表里双解 (可于出疹期高热时加服) | 人工牛黄、羚羊角、水牛角浓缩粉、厚朴、板蓝根、连翘、拳参、石膏、莱菔子(炒)、荆芥穗、薄荷脑、冰片 | 一岁以内: 一次 0.5-1 袋; 一至三岁: 一次 1-1.5 袋; 四至六岁: 一次 1.5-2 袋; 七岁以上: 一次 2-2.5 袋; 一日 3 次; 重症者于服药后 2 小时加服一次。 |
| 连花清瘟颗粒 | 清热解毒, 宣肺泄热 (可于出疹期高热时加服) | 连翘、金银花、炙麻黄、炒苦杏仁、石膏、板蓝根、绵马贯众、鱼腥草、广藿香、大黄、红景天、薄荷脑、甘草 | 一岁以下: 一次 2g; 二至四岁: 一次 4g; 五岁以上: 一次 6g; 一日 3 次 |
| 金振口服液 | 清热解毒, 祛痰止咳 (可于出疹期高热时加服) | 山羊角、平贝母、大黄、黄芩、青礞石、生石膏、人工牛黄、甘草 | 六个月至一岁: 一次 5 ml, 一日 3 次; 二至三岁: 一次 10 ml, 一日 2 次; 四至七岁: 一次 10 ml, 一日 3 次; 八至十四岁: 一次 15 ml, 一日 3 次 |
| 藿香正气口服液(低酒精型) | 解表化湿, 理气和中 (可于出疹期腹胀恶心呕吐时加服) | 广藿香、大腹皮、白芷、紫苏叶、茯苓、苍术、生半夏、陈皮、厚朴、甘草、陈皮 | 每次半支, 每日 2 次 |
| 保济口服液 | 解表, 祛湿, 和中 (可于出疹期腹胀恶心呕吐时加服) | 钩藤、菊花、蒺藜、厚朴、木香、苍术、天花粉、广藿香、葛根、化橘红、白芷、薏苡仁、稻芽、薄荷、茯苓、广东神曲 | 六个月至二岁: 一次 5ml; 三至五岁: 一次 10 ml; 六岁以上: 一次 20 ml; 一日 3 次 |

| 名称 | 主要功效 | 主要成分 | 参考用量 |
|-------------|---------------------------------------|---|---|
| 宫牛黄丸 | 清热解毒, 镇惊开窍 (神经系统受累期 可选用) | 牛黄、水牛角浓缩粉、人工麝香、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片 | 三岁以内: 一次 1/4 丸; 四至六岁: 一次 1/2 丸; 一日 1 次 |
| 小儿牛黄清心散 | 清热化痰、镇惊止痉 (神经系统受累期 可选用) | 天麻、胆南星、黄连、赤芍、大黄、全蝎、水牛角浓缩粉、僵蚕(麸炒)、体外培育牛黄、琥珀、雄黄、冰片、朱砂、金礞石(煅) | 一岁以内: 一次 1 袋; 一至三岁: 一次 2 袋; 三岁以上酌增; 一日 1~2 次 |
| 紫雪颗粒 | <u>清热开窍, 止痉安神</u> (神经系统受累期 可选用) | <u>石膏</u> 、 <u>北寒水石</u> 、 <u>滑石</u> 、 <u>磁石</u> 、 <u>玄参</u> 、 <u>木香</u> 、 <u>沉香</u> 、 <u>升麻</u> 、 <u>甘草</u> 、 <u>丁香</u> 、 <u>玄明粉</u> 、 <u>硝石(精制)</u> 、 <u>水牛角浓缩粉</u> 、 <u>羚羊角</u> 、 <u>麝香</u> 、 <u>朱砂</u> 。 | 一岁以内: 一次 0.3g; 五岁以内小儿每增一岁, 递增 0.3g; 一日 1 次; 五岁以上小儿酌情使用: 一次 1.5~3g; 一日 2 次 |
| 新雪颗粒 | 清热解毒, 泻火除烦, 豁痰利咽 (神经系统受累期 可选用) | 磁石、石膏、滑石、寒水石、硝石、芒硝、栀子、竹叶卷心、升麻、穿心莲、珍珠层粉、沉香、牛黄、冰片 | 一岁以下: 一次 1/3 袋; 二至四岁: 一次 1/2 袋; 五岁以上: 一次 1 袋; 一日 2 次 |
| 羚羊角颗粒 | 平肝熄风, 清热解毒 (神经系统受累期 可选用) | 去角塞的羚羊角 | 一次 2.5g, 一日 2 次 |
| 康复新液 | 通利血脉, 养阴生肌 (口咽部及皮肤局部用药) | 美洲大蠊干燥虫体提取物。 | 一次 10ml, 一天 3 次, 含服。可同时外涂皮疹处 |
| 开喉剑喷雾剂(儿童型) | 清热解毒, 消肿止痛 (口咽部局部用药) | 八爪金龙, 山豆根, 蝉蜕 | 喷患处, 每次适量, 一日数次 |
| 西瓜霜喷剂 | 清热解毒, 消肿止痛 (口咽部局部用药) | 西瓜霜、硼砂(煅)、黄柏、黄连、黄芩、山豆根、射干、浙贝母、青黛、冰片、大黄、无患子果(炭)、甘草、薄荷脑 | 喷(吹)敷患处, 一次适量, 一日数次 |
| 儿肤康搽剂 | 清热除湿, 祛风止痒 (皮肤局部用药) | 芦荟、苦参、白芷、白鲜皮、苍耳子、地肤子、黄柏、艾叶、石菖蒲、当归、皂荚 | 每次取本品约 30ml, 涂擦患处, 轻揉 2-3 分钟, 用温水冲洗干净, 一日 2-3 次 |

公开方式：主动公开

校对：医政处 陈永嘉

(共印 30 份)

