

肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2008年版)

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。

1 临床表现

1.1 一般病例表现:急性起病,发热,口腔黏膜出现散在疱疹,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。其预后良好,无后遗症。

1.2 重症病例表现:少数病例(尤其是<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;查体可见脑膜刺激征、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,口唇发绀,口吐白色、粉红色或血性泡沫液(痰);肺部可闻及痰鸣音或湿啰音。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。

2 实验室检查

2.1 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。

2.2 血生化检查:部分病例可有轻度丙氨酸转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高,重症病例血糖可升高。

2.3 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。

2.4 病原学检查:特异性EV71核酸阳性或分离到EV71病毒。

2.5 血清学检查:特异性EV71抗体检测阳性。

3 物理学检查

3.1 X线胸片: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。

3.2 磁共振成像:以脑干、脊髓灰质损害为主。

3.3 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。

3.4 心电图:无特异性改变。可见窦性心动过速或过缓、ST-T改变。

4 临床诊断

在流行季节发病,常见于学龄前儿童,婴幼儿多见。

4.1 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、磁共振成像、胸部X线检查可有异常。

4.2 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EV71 IgM抗体检测阳性,EV71 IgG抗体4倍以上增高或由阴性转为阳性。

5 留观或住院指征

5.1 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4d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。

5.2 住院指征:具备以下情况之一者需住院时应立即将其转至指定医疗机构。①精神差或嗜睡、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X线胸片提示肺水肿、肺炎。

6 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。①年龄<3岁;②持续高热不退;③末梢循环不良;④呼吸、心率明显增快;⑤精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力;⑥外周血白细胞计数明显增高;⑦高血糖;⑧高血压或低血压。

7 临床治疗

按临床表现主要包括4个阶段的治疗。

7.1 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。

7.2 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,每次给予甘露醇0.5~1.0g/kg,4~8h1次,20~30min静脉注射完毕。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2~5d给予。③酌情应用糖皮质激素治疗:参考剂量,甲泼尼龙1~2mg·kg⁻¹·d⁻¹;氢化可的松3~5mg·kg⁻¹·d⁻¹;地塞米松0.2~0.5mg·kg⁻¹·d⁻¹,分1~2次给予。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。

7.3 心肺衰竭阶段:在原发病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、出现肺部啰音增多、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、X线胸片异常明显加重或出现肺水肿表现。保持呼吸道通畅,吸氧。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。呼吸功能障碍时,及时行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0.80~1.00,气道峰压(PIP)20~30cmH₂O(1cmH₂O=0.098kPa),呼气末正压(PEEP)4~8cmH₂O,频率(f)20~40次/min,潮气量(V_T)6~8ml/kg左右。以后根据血气随时调整呼吸机参数。在维持血压稳定的情况下,限制液体入量。头肩抬高15°~30°,保持中立位;插胃管、尿管(禁止压迫膀胱排尿)。

药物治疗:①应用降颅压药物。②应用糖皮质激素治疗,必要时给予冲击疗法。③静脉注射免疫球蛋白。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。⑤果糖二磷酸钠或磷酸肌酸静脉注射。⑥抑制胃酸分泌:可静脉应用西咪替丁、洛赛克等。⑦退热治疗。⑧监测血糖变化,必要时可皮下或静脉注射胰岛素。⑨惊厥时给予镇静药物治疗。⑩有效抗生素防治肺部细菌感染。⑪保护重要脏器功能。

7.4 生命体征稳定期:经抢救后生命体征基本稳定,但仍有患者留有神经系统症状和体征。做好呼吸道管理,避免并发呼吸道感染。支持疗法和促进各脏器功能恢复的药物。功能康复治疗或中西医结合治疗。

(中华人民共和国卫生部 2008-04-30)