

重症手足口病临床分析

刘金旭 陈文梅

(潍坊医学院附属山东省平度市人民医院 平度 266700)

摘要:目的:总结重症手足口病(HFMD)的临床特征,探讨早期干预措施。方法:采用回顾性分析方法,对 196 例 HFMD 患儿的相关临床资料进行分析。结果:(1)196 例患儿中,男 136 例,女 60 例,男女之比为 2.27:1。发病年龄主要在 5 岁以下,其中 1~2 岁最多,占 46.94%。(2)大部分患儿热程持续 >3 d,出现嗜睡、激惹、呕吐、精神萎靡、惊跳等神经系统表现。(3)血肠道病毒 71 型检测阳性 129 例(65.82%),血柯萨奇病毒 A 组 16 型(CoxA16)8 例(4.08%),19 例(9.69%)为其他肠道病毒阳性,40 例(20.41%)未检测出肠道病毒。结论:重症及危重症 HFMD 病例主要是 EV71 感染,年龄分布主要集中在 1~5 岁,尤其是 1~2 岁。对于 HFMD 患儿应严密监测生命体征,早期发现危重病例,早期干预,以降低病死率,改善患儿预后。

关键词:重症手足口病;临床特征;肠道病毒 71 型

中图分类号:R 512.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.049

手足口病(HFMD)是由一组肠道病毒(EV)引起的常见传染病之一,多见于 5 岁以下儿童,以 EV71 型感染多见,轻症病例以发热和皮疹为主要表现,重症病例可造成神经系统损害,引起脑膜脑炎、脑干脑炎、脊髓灰质炎样麻痹等并发症^[1-2],甚至出现神经源性肺水肿、肺出血而危及生命。自 2009 年 4 月以来,平度地区手足口病合并中枢神经系统表现的患儿明显增多,本文对 2011 年 3~8 月本院感染科收治的 196 例重症 HFMD 患儿的流行病学和临床特征进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 196 例 HFMD 患儿均符合卫生部制定的《肠道病毒(EV71)感染诊疗指南(2010 年版)》诊断标准^[3],其中男 136 例,女 60 例,男女之比为 2.27:1;最大年龄 8 岁,最小年龄 4 个月,平均年龄(2.3±1.6)岁,其中年龄 <1 岁 19 例(9.69%),1~2 岁 92 例(46.94%),2~3 岁 52 例(26.53%),3~5 岁 25 例(12.76%),>5 岁 8 例(4.08%)。全部病例均进行血清病原学检测,由中国医学科学院病原生物学研究所测定。

1.2 方法 对 196 例手足口病患儿的临床表现、实验室检查、治疗与转归进行分析。

2 结果

2.1 临床表现 (1)发热:所有病例均有发热,39℃以上(腋下体温)142 例(72.45%),38~39℃34 例,38℃以下 20 例。热程 1 d 34 例,1~3 d 120 例,>3 d 42 例。(2)皮疹:分布于手足口部 180 例(91.84%),手足口臀部 16 例(8.16%)。特征:掌面为主,数量不等,为椭圆形或圆形的斑丘疹或疱疹,皮疹周围有炎性红晕,疱内液体较少,有部分结痂,口腔黏膜呈疱疹或小溃疡。(3)神经精神症状:全部合并中枢神经系统受累症状和体征,出现惊跳 196 例(100%)或

激惹 89 例(45.41%)、嗜睡 137 例(69.90%)、抽搐 10 例(5.10%)、脑膜刺激征阳性 26 例(13.26%)、呕吐 79 例(40.31%)、病理反射阳性 32 例(16.33%)、单侧肢体迟缓性瘫痪 4 例(2.04%),上肢 1 例,下肢 2 例,单侧上下肢 1 例)。(4)严重合并症:神经源性肺水肿 2 例(1.02%);死亡 1 例(0.51%),死亡病例曾出现左上肢瘫痪,后发生神经源性肺水肿。

2.2 辅助检查 血常规 WBC>15×10⁹/L 68 例(34.69%)。血糖正常 88 例(44.90%),血糖升高 108 例(55.10%)。心肌酶谱共检测 160 例,CK-MB 升高 24 例(15.00%)。30 例检查脑脊液,其中 9 例(30.00%)WBC 稍增高。病原学检查 EV71 阳性 129 例(65.82%),血柯萨奇病毒 A 组 16 型(CoxA16)8 例(4.08%),19 例(9.69%)为其他肠道病毒阳性,40 例(20.41%)未检测出肠道病毒。X 线胸片仅肺纹理增粗 120 例(61.22%),肺部斑片状阴影 20 例(10.20%)。头颅磁共振检查 40 例,5 例(12.50%)表现为脑干脑炎。

2.3 治疗与转归 一般治疗:适当休息,清淡饮食,营养支持,做好口腔和皮肤护理,部分患儿给予心电监护及监测血糖、血压、心率、呼吸、尿量等情况。对症治疗:发热、呕吐、腹泻等给予相应处理,防止高热惊厥。抗病毒治疗:利巴韦林、热毒宁等药物抗病毒治疗。重症处理:(1)降低颅内压,甘露醇 0.5~1 g/(kg·次)静脉注射,每 6~8 小时 1 次,逐渐减量,总疗程 3~5 d。(2)部分患儿给予静脉用丙种球蛋白:2 g/kg,分 2 d 静滴。(3)激素的应用:给予甲泼尼龙小剂量治疗,2~3 mg/(kg·d),共 2~5 d。(4)2 例给予呼吸支持。(5)部分患儿给予神经节苷脂营养脑细胞及神经治疗。196 例重症 HFMD 患儿的平均住院天数为(5.87±2.14) d。其中治愈 189 例(96.43%),好转 6 例(3.06%),死亡 1 例(0.51%),死

亡原因为神经源性肺水肿导致的心肺功能衰竭。

3 讨论

HFMD 是春夏季节小儿常见病,多数为良性临床过程,可自愈^[4]。但少数患儿,尤其是小年龄儿童感染 EV71 后可累及中枢神经系统,出现病毒性脑炎、脑膜炎、脑干脑炎、脑脊髓炎等,危重患儿出现神经源性肺水肿、呼吸衰竭及循环衰竭等情况,为该病的主要死亡原因之一。如何早期发现重症患儿,及时给予规范治疗,是减少本病并发症、降低病死率的关键。文献报道的病死率为 0.06%,本组死亡 1 例,占 0.51%。对本组患儿的年龄分析发现,95.92%的患儿年龄小于 5 岁,其中 1~2 岁的患儿占 46.94%,<2 岁为 56.63%,提示小于 2 岁可能为重症病例的高发年龄。

本组患儿在临床表现方面主要有以下几个特点:(1)高热不退,本组患儿体温大多持续在 39℃ 以上(72.45%),因此高热不退也是发展为重症病例的一个因素。(2)本组合并中枢神经系统受累症状和体征者占 100%,早期的神经系统症状多为惊跳(100%)、嗜睡(69.90%),提示惊跳为手足口病的一特有表现,也是向重症发展的一个信号,一旦出现,就要高度警惕。(3)本组合并肺水肿 2 例(1.02%)。邢文亚^[5]进行的尸体解剖及动物实验组织病理学研究的证据表明,EV71 具有嗜神经性。EV71 引起的重症病例在病理上主要表现为病毒性脑膜脑脊髓炎,引起快速死亡的主要原因是神经源性肺水肿。由于病毒侵犯脑干的血管调节及呼吸中枢,脑干及脊髓网状结构广泛受损,并通过病毒编码的蛋白导致感染的宿主神经细胞凋亡,进一步导致神经源性肺水肿的发生。

本组重症患儿中白细胞及血糖升高者分别为 68 例(34.69%)及 108 例(55.10%)。由此可见,白细胞及血糖升高是提示重症手足口病的另一个重要因素。本病为病毒感染所致,绝大多数病例血象正常,但重症病例由于处于应激状况,外周血白细胞释放增多,中性粒细胞比例同步升高,个别可高于 $20 \times 10^9/L$,有可能提示其预后较差。随机血糖升高是早期发现重症病例的重要线索之一,提示中枢神经系统受累,交感神经兴奋,肾上腺素分泌增多。王中林^[6]研究认为,白细胞增高及血糖升高是自主神

经系统功能失调的表现之一,而某些肠道病毒感染严重时往往引起自主神经系统功能失调。HFMD 最常见病原体为 EV71、Coxsackievirus A16 与埃可病毒等肠道病毒。一般情况下,柯萨奇病毒 A 组不引起细胞病变,故症状多较轻,而柯萨奇病毒 B 组及 EV71、埃可病毒引起细胞病变,可表现为严重病例。本组 196 例患儿中就有 129 例(65.82%)血清 EV71 检测阳性。其中 EV71 感染较 Coxsackievirus A16 更易发生中枢神经系统症状,以 2 岁以内患儿多见。对患儿进行头部 MRI 检查,其中有 5 例(2.56%)表现为脑干脑炎,瘫痪 4 例(2.04%)。手足口病合并脑炎相对于其他单纯性脑炎表现较严重,后遗症的表现也较严重,恢复起来较慢,Chang 等^[7]研究发现,EV71 感染后产生病毒血症或病毒直接入侵中枢神经系统导致中枢神经系统炎性改变,主要累及脑干和脊髓,出现脑干脑炎的表现。本组病例病程 1~3 d 居多,这也提示 EV71 病毒感染的 HFMD 进展迅速,但有部分重症病例 3 d 后才出现发热及神经系统症状,故也要注意这部分病例的后期变化。

总之,在临床工作中要充分认识到 EV71 型感染所致手足口病的临床特点,对此类患儿,尤其是 2 岁以下的婴幼儿,应严密观察病情变化,患儿一旦出现呕吐、惊跳、精神萎靡等症状,早期应用甘露醇、大剂量人免疫球蛋白及甲泼尼龙冲击治疗,提高治愈率,减少后遗症的发生。

参考文献

- [1]Cardosa MJ,Perera D,Brown BA,et al.Molecular epidemiology of human enterovirus 71 strains and recent outbreaks in the Asia-Pacific region: comparative analysis of the VP1 and VP4 genes [J].Emerg Infect Dis,2003,9(4):461-468
- [2]Perez.Velez CM,Anderson MS,Robinson CC,et al.Outbreak of neurologic enterovirus type 71 disease:a diagnostic challenge[J].Clin Infect Dis,2007,45(8):950-957
- [3]中华人民共和国卫生部.手足口病诊疗指南(2010 年版)[J].国际呼吸杂志,2010,30(24):1 473-1 475
- [4]丁鸿飞.猴耳环消炎颗粒联合利巴韦林喷剂治疗手足口病疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(5):49-50
- [5]邢文亚.重症手足口病合并脑炎 27 例临床分析[J].现代诊断与治疗,2009,20(6):362-363
- [6]王中林.肠道病毒 71 感染的研究进展[J].国外医学·儿科学分册,2001,28(6):311-313
- [7]Chang L, Lee CY, Kao CL, et al. Hand, foot and mouth disease complicated with central nervous system involvement in Taiwan 1980~1981 [J]. J Formos Med Assoc, 2007, 106(2): 173-176

(收稿日期: 2012-11-30)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!