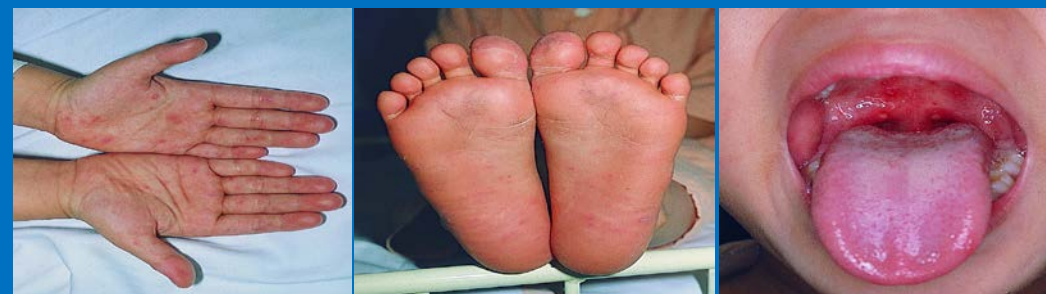


手足口病诊断标准解读

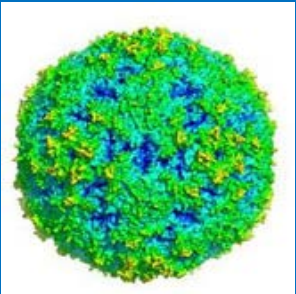
手足口病 (HFMD)

- 1957年，新西兰首例报道 (CV-A16)
- 1969年EV-A71在美国被首次确认
- 1981年上海报道中国大陆首例



2008年5月列入丙类法定报告传染病

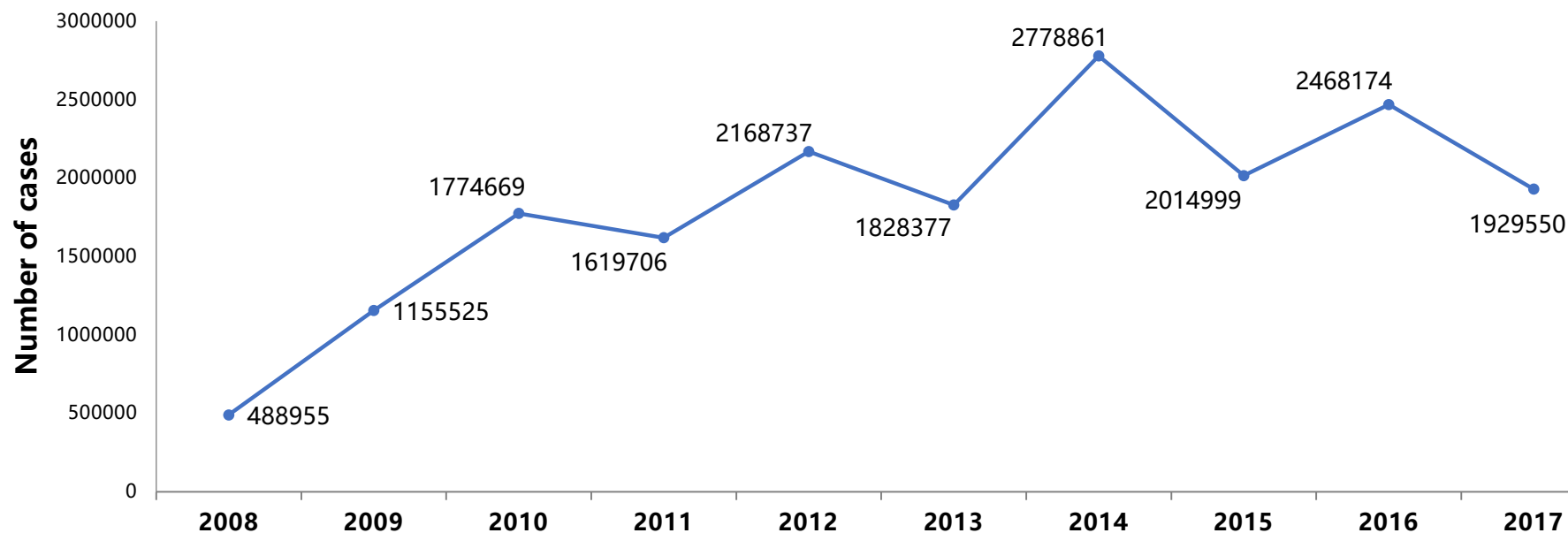
肠道病毒



- 最小的正链ssRNA病毒，属于小RNA病毒科。球形，20-30nm，20面立体对称。
- 各型间无交叉免疫。
- 含氯消毒液可灭活，乙醇无效。

病毒	血清型	手足口病常见血清型
EV-A	CV-A2~8、10、12、14、16; EV-A71、76、89~92、114、119~121	CV-A2、4、6、10 16, 轻症为主 EV-A71, 重症比例高
EV-B	ECHO1~7、9、11~21、24~27、29~33; CV-B1~6、9; CV-A9; EV-B69、73~75、77、78、93、97、98、100、101、106、107、110~113	ECHO6、30; CV-B1、B4
EV-C	PV-1~3; CV-A1、11、13、17、19~22、24; EV-C95、96、99、102、104 105、109、113、116~118;	
EV-D	EV-D68、70、94、111、120	

我国手足口病流行势态（2008~2017）



Report of natifiable infectious disease by China CDC-HDMD incidence

- 31个省市自治区均有流行，共报告手足口病约1818万例。
- 报告重症病例14.53万例，死亡3500多人。
- 发病率最高、死亡人数最多的丙类传染病。

疾病负担— 我国儿童重要的公共卫生问题

□ 由EV-71感染所致直接医疗费用和间接费用

- 重症：1.8亿/年
- 轻症：10-20亿/年

□ 实际经济负担可能远高于此

2011年上海市：

0-9岁手足口病 >4960万/年

人均：1346元

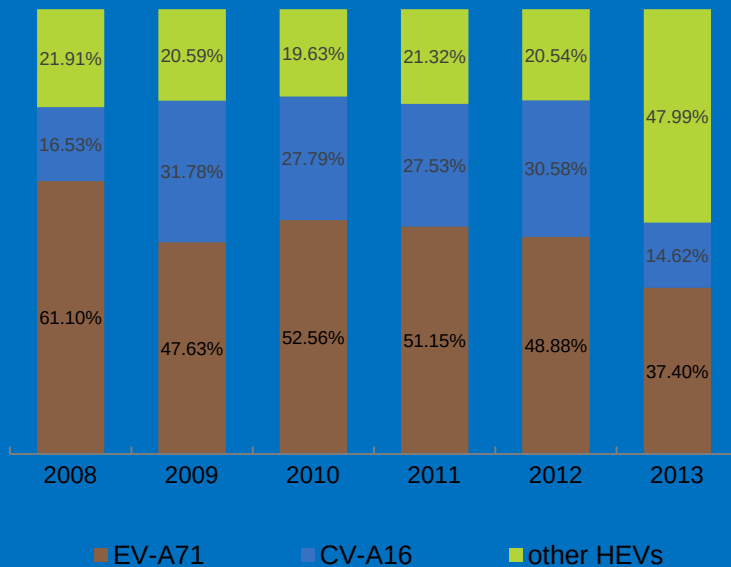
2011-2015年北京市：

轻症：1341元/例

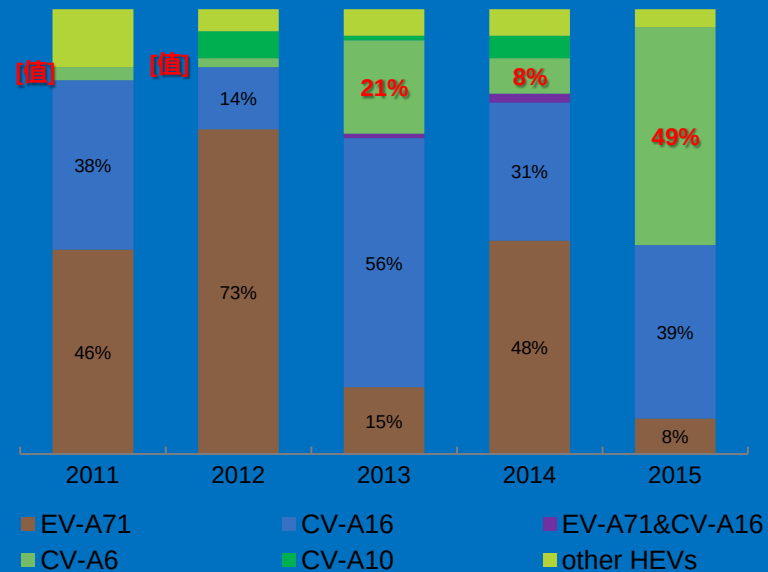
重症/死亡：12024元/例

病原学的变迁

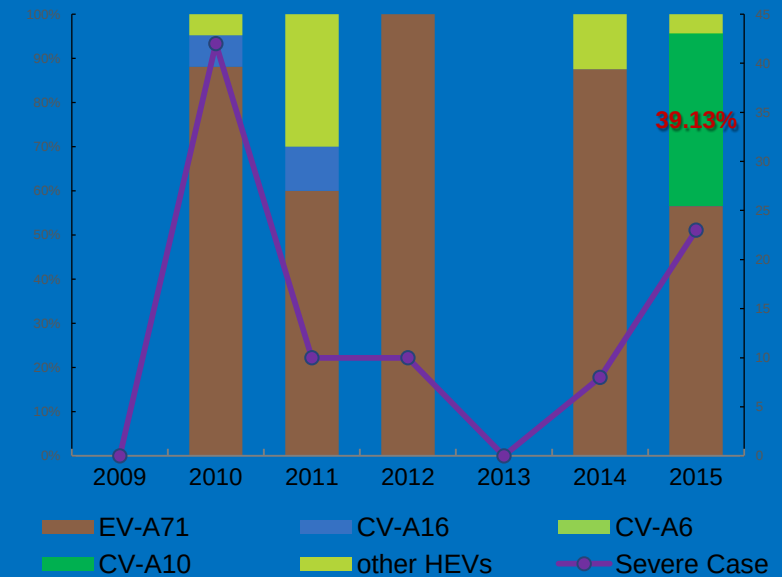
2008-2013年手足口病病原



2011-2015年手足口病病原



2009-2014年重症手足口病病原



- 2013年10个省份HFMD暴发流行CV-A16和CV-A10为优势病原;
- 这些省份HFMD重症、死亡病例均大幅减少。

- 2011-2015年, 中国大陆EV-71和CV-A16血清型的下降趋势是非常普遍的。

- 几乎所有的中国城市都出现了CV-A6的急剧上升。

- 2009-2014年, HFMD重症病例以EV-71和CV-A16感染为主。

- 2015年发现39%的重症病例CV-A10感染。

手足口病相关指南、标准发展历程



中华人民共和国国家卫生健康委员会

National Health Commission of the People's Republic of China

- ❑ 肠道病毒（EV71）感染诊疗指南（2008版）
- ❑ 手足口病诊疗指南（2008版）
- ❑ 手足口病预防控制指南（2009版）
- ❑ 手足口病诊疗指南（2010版）
- ❑ 肠道病毒71型感染重症病例临床救治专家共识（2011版）
- ❑ 手足口病诊断标准
- ❑ 手足口病诊疗指南（2018版）

手足口病诊断标准

- 本标准由全国传染病标准专业委员会提出，由卫生部政策法规司（甲方）委托，首都医科大学附属北京地坛医院作为受托方。
- 项目编号：20110903。
- 起草单位：首都医科大学附属北京地坛医院、中国疾病预防控制中心、北京儿童医院、中国疾病预防控制中心传染病预防控制所。

ICS 11.020
C 59

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS 588—2018

手足口病诊断

Diagnosis for hand, foot and mouth disease

2018-03-06 发布

2018-08-01 实施

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 发布

诊断标准内容

- 前言
- 1 范围
- 2 术语和定义
- 3 缩略语
- 4 诊断依据
- 5 诊断原则
- 6 诊断标准
- 7 鉴别诊断
- 附录A（规范性附录）手足口病相关肠道病毒特异性抗体检测
- 附录B（规范性附录）手足口病相关肠道病毒核酸检测
- 附录C（规范性附录）手足口病相关肠道病毒的分离和鉴定

诊断标准适用范围

- 本标准规定了手足口病的诊断标准。
- 本标准适用于全国各级各类医疗卫生机构及其医务人员对手足口病的诊断。

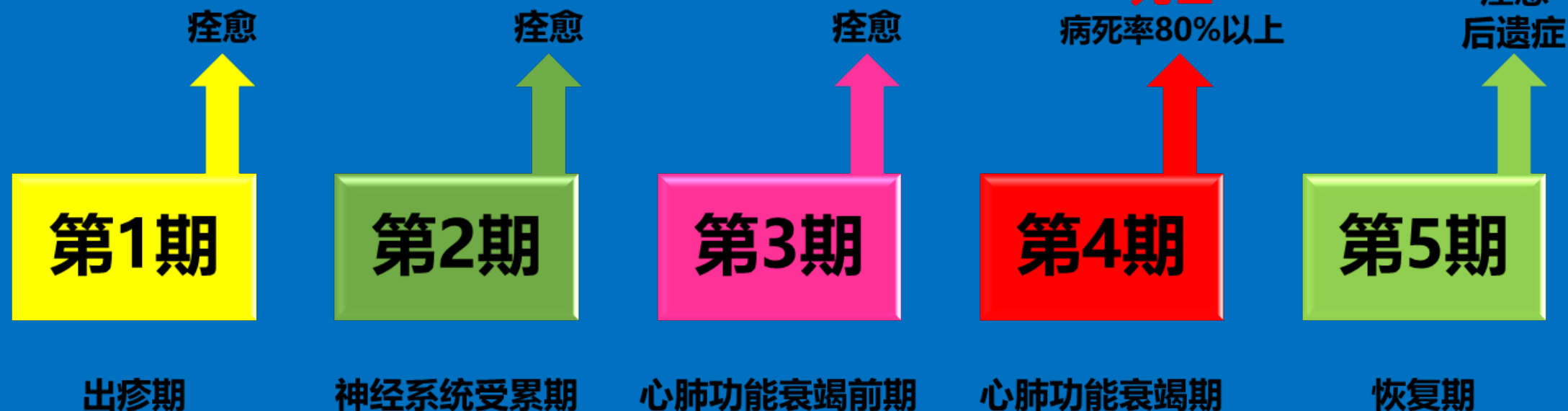
一、诊断依据

□ 流行病学特点

- 一年四季均可发病，具有季节性分布特点，南方可出现春夏季主高峰和秋冬季次高峰，而北方主要出现夏秋流行，尤其是夏季。
- 传染性强、隐性感染比例大、传播途径复杂、传播速度快，在短时间内可造成较大范围的流行，流行期间，可在托幼机构、家庭托儿所等地出现聚集性或暴发疫情。

二、临床表现及分期分型

潜伏期：多为2~10天，平均3~5天。



(2-6小时)

普通型

重型

危重型

危重型

第1期（出疹期）

- 发热，手、足、口、臀等部位出疹（斑丘疹、丘疹、小疱疹），可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。
- 典型皮疹表现为斑丘疹、疱疹，疱疹周围有炎性红晕，疱内液体较少，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，有时可见淤点、淤斑。
- CV-A10和CV-A6等，可表现为全身性皮疹或大疱疹，伴疼痛及痒感。
- 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。
- 此期病例属于普通病例（轻型），绝大多数病例在此期痊愈。

皮疹

□ CV-A16: 大, 薄, 疱状



• EV-71: 小, 厚, 硬



CV-A6皮疹



图1 膝关节处可见大疱样皮疹
表现为广泛的大疱或大囊泡

图2 大疱样皮疹累及肘关节
图6 疱疹吸收或破溃后出现结痂
生皮肤无色素沉着

图3 皮疹累及躯干部

图4 口周可见斑丘疹

图5 皮疹

图7 皮疹后期出现大片脱皮,基底新出皮肤无渗出

图8 新

第2期（神经系统受累期）

- 少数EV71感染病例可出现中枢神经系统损害，多于病程1-5天内（3天）。
- 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，类似脑膜炎、脑炎、脊髓灰质炎样综合征、脑脊髓炎的症状体征。
 - 脑干脑炎占58%（新西兰一组资料）。
 - AFP发生率2-13%（地坛医院20/159）。
 - MRI显示脊髓前角和脊神经根受累。
 - 单侧AFP可逆转，双侧AFP和双侧前角病变则多遗留运动障碍。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/215002333034011230>