

厦门市手足口病疫情分析及中医药诊治体会[※]

● 唐金模^{*} 陈国良[▲]

关键词 手足口病 厦门 疫情分析 中医药诊治

手足口病(Hand - food - mouth disease HFMD)是由肠道病毒引起的婴幼儿常见传染病之一,最早在 1957 年由新西兰 Seddno 首次报告,1958 年加拿大 Robinson 从患儿粪便和咽拭子标本中分离出柯萨奇病毒,1959 年在英国伯明翰流行时 Alsop 氏等首先提出 HFMD 命名,1969 年由美国首次确认肠道病毒 EV71,1969 ~ 1970 年日本曾暴发过大流行。欧洲、美洲和亚洲多个地区相继发生大流行;我国自 1981 年在上海首先报道,其后北京、河北、天津、吉林、山东、湖北、青海、广东、台湾等都有发病,除西藏自治区外,全国 31 个省、自治区、直辖市均有病例报告。2008 年春季手足口病在我国安徽局部范围引起了大流行,少数重症患儿死亡,引起了政府和社会高度关注,于当年 5 月 2 日把手足口病列入丙类传染病,制定了防治指南,并认识到中医药防治手足口病有明显优势,我们在临床实践中也体会到运用中医药辨证论治普通型的手足口病,确实有良好效果。

手足口病的最常见的病毒为柯萨奇病毒 A16 (coxsackievirus 16, CoxA16)和肠道病毒 71 (enterovirus 71, EV71)^[1],多发生于 5 岁以下的婴幼儿,临床以发热和手、足、口腔及臀部等部位的皮疹、溃疡为特征^[2]。少数患者可引起心肌炎、神经源性肺水肿、无

菌性脑膜脑炎等严重并发症,可危及患儿生命。根据我国卫生部的统计数据,2009 年,中国大陆 HFMD 报告病例数 1155525 例,死亡 353 例,死亡率 30.55/10 万^[3]。2010 年 1 月 1 日至 7 月 31 日,我国共报告手足口病例 1346504 例,死亡 736 例,死亡率 54.66/10 万,不仅仅发病人数远远超过 2009 年全年,且病死率为 2009 年的 1.79 倍。手足口病疫情并未得到理想的控制,防控形势依然严峻,已成为我国最为严重的传染病疫情之一。2010 年 3 月,我院作为主要参研单位之一,参加国家中医药管理局 2009 年度传染病行业重大专项“中医药治疗手足口病(普通型)临床方案及诊疗规律研究”科研项目。本文就 2010 年 1 月 1 日至 7 月 31 日厦门市手足口病疫情及我院中医药诊治手足口病体会简述如下:

1 疫情概况

1.1 发病率 2010 年 1 月 1 日 ~ 7 月 31 日全市 6 个区均有报告,共报告 3520 例手足口病病例,其中重症病例 44 例,死亡 2 例(均为 EV71 阳性);报告发病率为 141.37/10 万;实验室确诊病例 1223 例,实验室确诊率 34.7%。

1.2 时间分布 见图 1,发病从 3 月初开始呈逐周上升趋势,第 20 周报告病例数最多,之后呈下降趋势,每周报告病例数均高于去年同期

1.3 疫情特点 ①我市手足口病防控形势仍然比较严峻;②手足口病疫情主要流行于流动人口密集地区;③表现为分布广、疫点多;④婴幼儿比例大,以学龄前散居儿童为主;⑤持续时间长,全年均可发病;⑥与往年比较疫情正处于上升阶段;⑦每年在 4 月至 7 月份间达到高峰,尤其在第 20 周前后出现明显的高峰期。

※基金项目 国家科技重大专项项目 (No: 2008ZX10005 - 013);国家中医药管理局 2009 年中医药行业专项计划项目 (No: 200907001 - 3)。

▲通讯作者 陈国良,主任医师,教授,硕士研究生导师。

* 作者简介 唐金模,男,副主任医师。福建省中医药学会感染病分会副主任委员,主要研究方向:病毒性肝炎及新发、突发传染病的防治。

• 作者单位 福建中医药大学附属厦门市中医院 (361009)

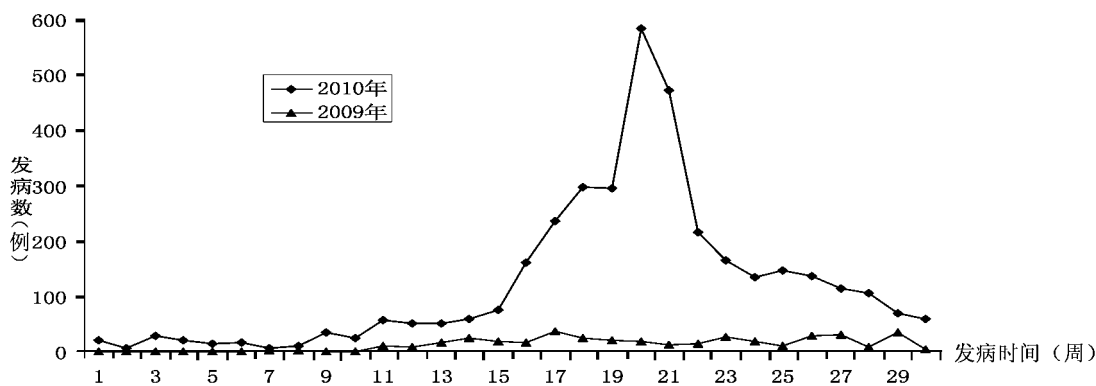


图1 厦门市2010年手足口病发病时间分布情况

2 病原谱分析

全部3520例临床诊断病例中,2024例送检了肠道病毒,阳性者1223例,送检阳性率60.4%。本文以2024例送检了肠道病毒的病例为对象,对厦门市2010年1~7月份手足口病病原谱做简要分析。

2.1 病例与方法

2.1.1 病例来源 全部2024例患儿均为2010年1月1日~2010年7月31日厦门市各医疗机构接诊或收治的手足口病患儿,其中44例为重症型(含死亡2例),其余均为普通型,患儿来源地覆盖厦门全市,包括位于厦门岛内的2个行政区和厦门岛外的4个行政区。临床诊断标准均依照卫生部颁发的《手足口病诊疗指南(2010年版)》所规定的临床诊断标准,即:发热伴手、足、口或臀部皮疹。全部病例均有发疹,部分病例无发热。

2.1.2 检测方法 检测单位:厦门市疾病预防控制中心,检测方法是中山大学达安基因股份有限公司的肠道病毒71型(EV71)核酸检测试剂盒(PCR-荧光探针法)和柯萨奇病毒A组16型(Cox A16)核酸检测试剂盒(PCR-荧光探针法)进行检测,所有检测均在ABI7500型荧光PCR仪上进行,具体操作方法、循环条件和结果判定依照试剂盒使用说明书。

2.2 结果

2.2.1 肠道病毒阳性率 2024例患儿中,1223例肠道病毒阳性,总体阳性率60.4%。其中,EV71阳性率42.6%(863/2024),Cox A16阳性率17.8%(360/2024),未检出EV71和Cox A16同时阳性者。

2.2.2 不同类型标本肠道病毒阳性率 咽拭子肠道病毒阳性率61.1%(1214/1986),粪便肠道病毒阳性率78.1%(121/155),疱疹液肠道病毒阳性率12.9%(12/93),粪便标本阳性率较高、疱疹液标本阳性率最

低($\chi^2 = 108.269, P = 0.000$)。

2.2.3 肠道病毒谱分析 全部1223例肠道病毒阳性者中,EV71阳性者863例,构成比70.6%;Cox A16阳性者360例,构成比29.4%,提示EV71是2010年1月~7月厦门市流行的手足口病优势病原体。

2.2.4 不同病程日肠道病毒阳性率 第1病程日阳性率3.9%(78/2024),第2病程日29.2%(592/2024),第3病程日21.2%(430/2024),第4病程日以后6.1%(123/2024),提示第2和第3病程日肠道病毒阳性率较高($\chi^2 = 703.663, P = 0.000$)。

2.3 特点分析 第一,引起手足口病的肠道病毒有20多个血清型,如Cox A4型、Cox A5型、Cox A7型、Cox A9型、Cox A10型、Cox A16型、Cox B2型、Cox B5型、Cox B13型,埃可病毒和EV71等,其中以EV71型及Cox A16最为常见,但不同地区,或同一地区每年流行的病毒型别并非固定,而是常有改变^[4,5];再者,尽管肠道病毒的理化和生物学特性相似,但毕竟不同的肠道病毒其致病力等生物学特性各异,如,重症患者和病死者中,多数患者感染的肠道病毒是EV71^[6]。因此,了解某时期、某地手足口病病原谱,对指导制定防治方案、科学防控手足口病、以及重症病例预警等均有实际意义。第二,结果显示,EV71是厦门市2010年1月~7月间手足口病的优势病原体,在临床诊断病例中阳性率高达42.6%,占肠道病毒谱构成比高达70.6%,这种病原谱特征与2008年江苏省^[7]、2008年广州市^[8]和2008年~2009年广东省^[9]手足口病病原体分布特征相似,也与全国范围内手足口病病原谱特征一致。本组患者中,未检测到EV71和Cox A16同时感染,这一病原谱特征有别于我国其它省份和地区^[6-9],这一特征的流行病学意义和临床意义尚待进一步研究。第三,本组资料中,手足口病临床诊断病例肠道病毒阳性率(实验室确诊率)较高,至34.7%

(1223/3520), 显著高于 2009 年全国平均 1.69% 的实验室确诊率和部分兄弟医疗机构的实验室确诊率^[7-9], 其原因可能有: ①随着手足口病相关知识在医护人员中普及和深入, 临床诊断效率提高了; ②肠道病毒检出率在第 2 病程日最高^[7], 本文病例中, 49.1% (993/2024) 的病例是在病程第 2 和第 3 日采集标本; ③本组资料标本送检率较高。因此, 应该尽可能在第 2 和第 3 病程日采集标本, 最好在不同病程日多次采集标本送检, 并进一步提高标本送检率, 以提高临床诊断病例的实验室确诊率。

3 中医药诊治体会

中医古代文献中没有手足口病的专门记载, 但在宋代《小儿药证直诀》中载有“其疮出有五名, 肝为水疱, 以泪出如水, 其色青小。”“病疱者, 涕泪俱少, 臂胞中容水, 水去则瘦故也。”基本概括了本病的疱疹特点。后世温病学派将皮疹类疾病列为温病的重要内容。故目前国内学者多数认为本病当归属中医“时疫”、“春温”、“温病”、“湿温”范畴^[10]。《温病条辨·解儿难》指出:“小儿肤薄神怯, 经络脏腑嫩小, 邪之来也, 势如奔马, 其传变也急如掣电。”故有极少手足口病患儿起病即见气分证候, 甚则出现气营两燔, 或热陷心包等重危证。

3.1 对本病病机转归特点的认识 中医学认为, 手足口病是外感时邪疫毒与肺、心、脾经内蕴湿热(毒)相搏, “随其虚处而所著”, 外泄郁结肌表所致。肺主表, 人身之华盖, 风、湿、疫邪首犯肺卫, 肺气失宣, 上逆则咳嗽, 窍道不利则鼻塞流涕, 邪正交争则发热; 脾主肌肉四肢, 运化水湿及水谷精微, 时疫之邪与脾经内蕴湿热相搏结, 外泄于体表, 则可在其病变经气循行部位(手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经、足太阴脾经)见手、足、口红斑或疱疹; 咽喉为胃之门户, 时疫之邪与内蕴湿毒相搏结, 上蒸口腔、咽喉, 故口腔黏膜、咽喉见疱疹或溃疡; 舌为心之苗, 足太阴脾经上行挟咽, 连舌本, 散舌下, 心脾两经湿热与邪毒循经上犯, 则见舌面疱疹。若毒热炽盛, 内犯气营, 则患儿热重而疱疹密集, 根盘红晕显著。

3.2 临床辨证用药体会 厦门地区地处我国东南沿海, 常年气候以湿为重, 一旦气候转暖则出现湿热交蒸而酿生本病。小儿为稚阴稚阳之体, 受邪易从热化, 故辨证以湿热为主。春季以湿为重, 多见舌质红或淡红, 舌苔黄腻或白腻, 指纹多浮红或浮紫; 4 月后气温渐高, 热象渐显, 症多见高热, 舌质红, 苔黄腻, 指

纹多浮红或沉紫。下面依据卫生部《手足口病诊疗指南(2010 年版)》中医辨证治疗手足口病普通病例的分型并结合厦门地区的病例特点, 现将中医辨证治疗普通型手足口病经验总结如下:

3.2.1 肺脾湿热证 此类患儿多症见低热, 鼻塞流涕, 咳嗽, 口痛厌食, 口腔内可见充血性小疱疹或溃疡, 位于舌、颊黏膜及硬腭等处最多, 手足掌背有斑丘疹, 舌质淡红, 苔薄微腻, 指纹红紫。病因多为外感温热病毒和时邪疫毒。温热病毒和时邪疫毒多从口鼻而入, 自鼻而入者, 先犯肺卫, 肺气失宣, 出现肺卫表证; 从口而入者, 先犯脾胃, 出现纳运失调等脾系症状。由于时疫外邪, 从口鼻而入, 内引伏蕴之湿热, 邪正交争, 发于肌表, 故表现为肺卫症状, 因邪毒尚未太甚, 故仅低热, 出疹亦不多, 仅见手足部, 舌淡红, 苔微腻, 指纹浮紫, 为毒邪郁于肺卫兼挟湿之表证。因湿热疫毒郁于肺卫, 其时疫疹初现, 透而未彻, 宜辛凉解表, 助疹透发, 即“在卫, 汗之可也”之意, 疹透则邪有外达之路。疫毒挟湿, 又宜辅以清热化湿, 使湿热分消, 不致胶结, 如是则表解、热清、湿化。故治以辛凉解表、清热化湿为主。选用银翘散合六一散加减。常用金银花、连翘、淡竹叶、薄荷、荆芥、牛蒡子、大青叶、薏苡仁、滑石、甘草。咽痛甚者, 加元参、射干; 口渴甚者, 加花粉; 舌苔腻而白可加藿香、香薷。临证中对湿重热轻之证, 见四肢困顿、纳呆厌食、大便溏薄等兼证者, 可视其湿热之偏重, 选用三仁汤或甘露消毒丹加减。

3.2.2 湿热郁蒸证 此类患儿多症见高热, 烦渴, 口痛, 流涎, 小便黄赤, 大便干结, 手、足部丘疹较多, 臂、腿及臀部亦出现且多数发展为疱疹, 以灌浆疱疹为主, 圆形或椭圆形, 较水痘少, 局部瘙痒, 渗液, 口腔溃疡, 咽喉疼痛, 舌红, 苔黄腻, 指纹紫暗。由于患儿素有脾胃湿热蕴伏, 复加湿疫毒邪入侵, 两者互加, 湿热毒气, 熏蒸交结, 留恋气分不解, 外发肌肤, 上炎于口, 缘脾主四肢, 开窍于口也。以疱疹为主, 乃湿热之象。高热烦渴, 溺黄便干, 舌红苔黄腻, 指纹紫暗为湿热充斥所致。因湿热蕴伏脾胃, 疫邪引动, 郁蒸而成本证。治宜泻火清热, 使脾胃之热解除; 更辅以解毒利湿, 使湿去热清, 不致交结熏蒸为患。泻火包括心、脾、三焦之火, 苦寒直折; 解毒, 宜清热消散, 以解除郁热之火毒。故治以清热泻火、解毒利湿为主。选用黄连解毒汤合五味消毒饮加减。选用黄连、黄芩、金银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英、白术、茯苓、绵茵陈、生甘草。口腔疱疹多者, 加用灯芯草、生地; 下肢、臀部疱疹明

显者,加用怀牛膝、黄柏;水疱瘙痒,渗液较多,加地肤子、白鲜皮以清热解毒,燥湿止痒;高热者,加知母、连翘以清胃热;便秘者,加火麻仁、大黄以泻火清热。

根据如前所述的辨证加减用药我院收治 64 例手足口患儿均治愈,疗程 2~5 天,说明中医药治疗普通型手足口病疗效满意,预后良好,与文献报道一致^[1],无一例患儿向重型、危重型转化。我们认为从理论上说,发病早期运用中医药干预可以截断扭转病势,以控制病情进一步发展,服药后目前尚未发现副作用。但因本病病程多呈自限性,尚需做大样本临床随机对照试验,以获得中医药治疗本病安全有效的循证医学证据。

参考文献

- [1] Chatproedprai S, Theanboonlers A, Korkong S, et al. Clinical and molecular characterization of hand-foot-and-mouth disease in Thailand, 2008-2009. Jpn J Infect Dis., 2010, 63(4): 229-233.
- [2] Goksugur N, Hand, Food, and Mouth Disease. N Engle J Med., 2010, 362: 49.
- [3] 卫生部新闻办公室. 卫生部公布 2010 年 1 月及 2009 年度全国法定

传染病疫情. 中华人民共和国卫生部, 北京.

- [4] Chang LY, King CC, Hsu KH, et al. Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan[J]. Pediatrics, 2002, 109(6): 88.
- [5] Abzug MJ. Nonpolio enteroviruses. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics[M]. 17th ed. Philadelphia: Saunders, 2003: 1043-1048.
- [6] 李丽, 郭正菊, 谢迪. 2009 年贵阳市住院儿童手足口病病原学及临床特点[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2010, 31(4): 29-41.
- [7] 李亮, 汪华, 史智扬, 等. 江苏省手足口病病原阳性检出率相关因素及病原学特征[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2010, 30(1): 128-133.
- [8] 高璐璐, 陈清, 钟小祝, 等. 广州市某定点医院 2008 年 5~12 月手足口病收治状况及病原学研究[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(6): 1333-1335.
- [9] 黎薇, 郭雪, 曾汉日, 等. 2008-2009 年广东省手足口病病毒分离和鉴定[J]. 华南预防医学, 2010, 36(3): 25-27.
- [10] 汪受全, 赵霞. 中医儿科学难点解析[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 206-208.
- [11] 焦明花, 文英花, 徐晓维. 手足口病 209 例临床分析[J]. 中国临床实用医学, 2009, 3(4): 124.

杏林漫话

孙思邈拜师

当年, 名医孙思邈还曾拜过两位山姑为师呢。

有一次, 唐太宗患病, 太医们束手无策。于是, 太宗传旨召孙思邈进宫。孙思邈为唐太宗诊过脉, 开了药方。一剂下去, 不见起色, 又服一剂, 仍不见效。唐太宗没有责怪他, 让他先回家去。孙思邈心里很不痛快, 行走了半天, 他来到一座山下, 向山民讨口水喝。这户山民只有姐妹俩, 以卖药材为生。她们对这位远来的客人很热情, 姐姐用黄色花为他冲了一碗金花茶, 妹妹用白色花为他冲了一碗银花茶。孙思邈每样茶喝一口, 觉得味甘清淡, 止渴清热, 就说: “这两种花都可以入药。”姐妹二人听罢, 笑了起来。姐姐解释说: “这两种药是同一种药, 刚开时白色, 盛开时变黄, 它叫金银花。莫说你, 就是孙思邈也不认真假药呢, 这次他在万岁爷面前丢了面子。我们进城卖药, 那些太监把我们的药全都拿走, 只给一点点钱。我们气不过, 就用假药骗他们, 为此连孙思邈也治不好万岁爷的病。”孙思邈听罢, 恍然大悟, 当下“亮明”了自己身份, 拜两位山姑为师, 跟她们学习采药、制药, 了解各种药性。然后, 他采了些新鲜药回宫, 一剂就把唐太宗的病治好了。唐太宗接受了他的忠告, 要太监上市买卖公平, 并封孙思邈为“药王”。

后来, “药王”以金银花为“君”; 甘草、生地、桔梗为“臣”, 配制成“甘桔汤”方剂。至今, 凡中医师开“甘桔汤”, 都会自然而然想起虚心好学的“药王”孙思邈。