



世界中医药
World Chinese Medicine
ISSN 1673-7202, CN 11-5529/R

《世界中医药》网络首发论文

题目：手足口病中西医结合诊疗指南
作者：《手足口病中西医结合临床诊疗指南》制定专家组
网络首发日期：2024-07-11
引用格式：《手足口病中西医结合临床诊疗指南》制定专家组. 手足口病中西医结合诊疗指南[J/OL]. 世界中医药.
<https://link.cnki.net/urlid/11.5529.R.20240711.1315.002>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

基金项目：云南省科技厅重点研发计划（202103AC100005）；国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目（ZYYZDXK-2023190）；国家自然科学基金项目（82060884）；云南省万人计划青年拔尖人才专项（YNWR-QNBj-2019-196）

作者简介：吴力群（1965.12-），女，博士，教授，主任医师，研究方向：中医药治疗小儿肺系、肾系疾病，E-mail: wulq1211@163.com

通信作者：熊磊（1963.03-），女，硕士，教授，主任医师，研究方向：中医芳香疗法防治儿科疾病的基础和应用研究，E-mail: xlluck@sina.com

手足口病中西医结合诊疗指南

《手足口病中西医结合临床诊疗指南》制定专家组

摘要 手足口病是一种以手、足、臀等部位的斑丘疹和疱疹，口腔疱疹、溃疡，或伴发热为临床症状体征的儿童常见的急性出疹性传染病。多数病例为轻症，仅以皮肤黏膜表现为主，预后良好；重症患儿还可累及神经系统、呼吸循环系统等多个器官和系统病变。本病在中医属“温病”“时疫”“疮疹”“疱疹”范畴。其属于我国法定报告的丙类传染病，也是国家卫健委发布的《健康儿童行动提升计划（2021-2025年）》重点防控的疾病之一。针对手足口病不同阶段的治疗，中西医互参，并及早进行干预治疗，具有重要意义。本方案制定项目组采用制定临床问题、文献分析、德尔菲法专家问卷调查、中西医专家会议讨论等方法，在《手足口病诊疗指南（2018年版）》《中医儿科临床诊疗指南·手足口病（修订）（2016年版）》的基础上制定本方案，以期规范手足口病的中西医结合治疗，充分发挥中西医治疗优势，切实提高中西医结合治疗手足口病的临床疗效。

关键词 手足口病；儿童；中西医结合治疗；诊疗指南；病因病机；诊断；辨证论治；预防

Guidelines for the Integrated Diagnosis and Treatment of HFMD with Traditional Chinese and Western Medicine

Specialist Group for 'Integrative Guidelines of Chinese and Western Medicine for the Diagnosis and Treatment of HFMD'

Abstract Hand foot and mouth disease (HFMD) is a common acute transmitted infection in children, whose clinical symptoms and signs are maculopapules and herpes in hands, feet, buttocks, accompanied by oral herpes, ulcers, or fever. In Traditional Chinese medicine (TCM), this disease is in the scope of "epidemic febrile disease" "pandemic" "ulcers and rash" and "herps". HFMD is a type C notifiable disease in China and a major focus in "Healthy Children Action Plan (2021-2025)" issued by The National Health Commission. Early and stage-based intervention with integrative medicine is of great significance. Referring to HFMD Disease Diagnosis and Treatment Guidelines (2018 version) and TCM Pediatric Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines for HFMD (Revised, 2016 version), our group developed this protocol via literature analysis, design of clinical problems, Delphi expert questionnaire survey and discussion by experts in the field of TCM and Western Medicine. It is estimated to standardize the integrative therapy of TCM and Western Medicine for HFMD, take advantages of integrative treatment, and effectively improve the clinical effectiveness.

Keywords Hand foot and mouth disease; Children; Integrative therapy of Traditional Chinese medicine and Western Medicine; Diagnosis and treatment

guidelines; Etiology and pathogenesis; Diagnosis; Differentiation and treatment; Prevention

中图分类号: R272; R725.1

手足口病 (Hand Foot Mouth Disease, HFMD) 是由肠道病毒感染引起的一种儿童期常见的急性出疹性传染病, 临床以手、足、臀等部位的斑丘疹和疱疹, 口腔疱疹、溃疡, 或伴发热为特征。肠道病毒感染后可累及皮肤黏膜、神经系统、呼吸系统、心脏、肝脏、胰腺、肾上腺等多个器官和系统, 少数重症患儿可引起神经源性肺水肿和循环衰竭, 导致死亡。本病属于我国法定报告的丙类传染病, 因其发病率较高, 全国各地均有发病, 已成为我国儿童公共健康的一大威胁。中医药对于本病的防治, 特别是在早期轻症阶段和恢复期的治疗方面积累了丰富的经验; 而西医学在危急重症患儿的抢救中具有不可替代的优势。针对手足口病不同阶段的治疗, 中西医互参, 并及时进行干预治疗, 对减少重症、改善疾病预后具有重要的临床意义。

《手足口病中西医结合临床诊疗指南》制定工作组由国内该领域中西医专家和循证学专家组成, 通过开展文献分析、制定临床问题、德尔菲法专家问卷调研、会议研讨等工作, 并结合专家临床实践经验, 在《手足口病诊疗指南 (2018 年版)》《中医儿科临床诊疗指南·手足口病 (修订) (2016 年版)》的基础上制定本指南, 提出了手足口病的诊断、辨证论治、中西医结合治疗、预防调护建议, 以期规范和优化手足口病的中西医结合防治策略。

1 概述

1.1 适用范围

本诊疗方案提出了手足口病的诊断、辨证论治、中西医结合治疗、预防调护建议。本诊疗方案的应用目标人群为诊断为手足口病的所有患儿, 适用于治疗儿童手足口病的中医、中西医、西医等医疗机构, 适用于临床儿科医师。

1.2 定义

手足口病是由肠道病毒感染引起的儿童期常见的急性出疹性传染病, 以手、足、臀等部位的斑丘疹和疱疹, 口腔疱疹、溃疡, 或伴发热为特征。本病在中医属“温疫”“疮疹”“疱疹”范畴。

1.3 病因

1.3.1 中医病因

外因为感受时邪, 内因为小儿脏腑娇嫩, 卫外功能不足; 病机为邪蕴肺脾, 外透肌肤。本病病位在肺脾, 临床以实证、热证居多, 若病情进一步发展, 可波及心肝, 出现虚证或虚实夹杂的危急证候。

1.3.2 病原学

手足口病的致病病原为小核糖核酸 (Ribonucleic Acid, RNA) 病毒科的肠道病毒, 引发手足口病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、13 型, 埃可病毒 11 型以及肠道病毒 71 型 (Enterovirus A71, EV-A71) 等, 其中以 CV-A16 和 EV-A71 最为常见, 重症和死亡病例多由 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。

1.4 流行病学

手足口病的发病率为 37.01/10 万~205.06/10 万，在我国法定传染病中发病率仅次于流感。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、唾液以及疱疹液等广泛传播。密切接触是手足口病重要的传播方式，接触被病毒污染的手、毛巾、手绢、牙杯、玩具、食具、奶具、床上用品以及内衣等引起感染；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，可在幼儿园、托幼机构、家庭等环境流行。婴幼儿和儿童普遍易感，以 5 岁以下儿童为主。一年四季均可发病，具有以夏季、秋季为主的流行季节性分布特点^[1-4]。

2 诊断

2.1 潜伏期

肠道病毒的潜伏期通常为 2~10 d，平均 3~5 d。

2.2 临床分期与临床表现、体征

根据疾病的发生发展情况，西医学将手足口病临床表现分为 5 期。

2.2.1 第 1 期出疹期（急性期普通型）

主要表现为发热或无发热，多伴有典型皮疹，如口腔黏膜、咽峡部出现疱疹、溃疡，手、足、臀部等部位出疹，可伴有咳嗽、流涕、咽痛、拒食等症状。典型皮疹表现为斑丘疹、丘疹、疱疹。皮疹周围有炎性红晕，皮疹或不疼不痒，疱疹内液体较少，皮疹消退后不留疤、无色素沉着。部分病例为不典型皮疹，可能出现皮疹皮损严重，呈大疱样改变，伴疼痛痒感，不限于手足口部位，个别病例也可不出现皮疹。此期属于手足口病普通型，绝大多数患儿在此期痊愈。

2.2.2 第 2 期神经系统受累期（急性期重型）

主要表现为发生中枢神经系统损害，表现为高热不退或弛张热，可出现精神差、嗜睡、易惊、头痛、呕吐、烦躁、惊厥、吸吮无力、肌无力、肢体抖动、颈项强直、弛缓性麻痹、肌阵挛等症状，脑膜刺激征阳性，或有眼球运动障碍，多发生在病程 1~5 d 内。此期属于手足口病重型，累及少数患儿。

2.2.3 第 3 期心肺功能衰竭前期（急性期危重型）

病情进一步加重，主要表现为意识障碍、昏迷、手足湿冷、皮肤花斑、心率和呼吸增快、血压升高，多发生在病程 5 d 内。此期属于手足口病危重型，累及少数患儿。

2.2.4 第 4 期心肺功能衰竭期（急性期危重型）

本期为在第 3 期基础上迅速加重，主要表现为心动过速（个别患儿出现心动过缓）、呼吸急促、抽搐、昏迷、口唇紫绀、咳粉红色泡沫痰或血性液体、肺部啰音、四肢冰凉、血压下降或休克。此期属于手足口病重症危重型，发展为循环衰竭、神经源性肺水肿，病死率较高。

2.2.5 第 5 期恢复期（恢复期）

主要表现为体温逐渐恢复正常，抽搐、昏迷等神经系统受累症状和心肺功能逐渐恢复，少数患儿会遗留神经系统后遗症。部分病例病后 2~4 周会出现脱甲症状，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，发展为循环衰竭、神经源性肺水肿的患儿病死率高。

2.3 辅助检查

2.3.1 血常规、C 反应蛋白（C-reactive Protein, CRP）、降钙素原

(Procalcitonin, PCT)

多数病例白细胞计数正常，部分病例白细胞计数、中性粒细胞比率以及 CRP 升高。多数病例 PCT 升高。

2.3.2 病原学检查

1) 临床标本（鼻咽分泌物、粪便等）中检测出相关病毒特异性核酸；2) 临床标本病毒培养分离出相关肠道病毒；血液或脑脊液中相关病毒免疫球蛋白 M（Immunoglobulin M, IgM）抗体阳性；3) 急性期抗体阴性而恢复期抗体转阳；4) 恢复期血清相关病毒免疫球蛋白 G（Immunoglobulin G, IgG）抗体较急性期 4 倍以上升高。

2.3.3 血生化、心肌酶

针对重型、危重型患儿检测，部分病例谷丙转氨酶（Glutamic-pyruvic Transaminase, GPT）、谷草转氨酶（Glutamic-Oxaloacetic Transaminase, GOT）、肌酸激酶同工酶 MB 型（Creatine Kinase Isoenzymes MB, CK-MB）轻度升高，重症、危重症患者可出现肌钙蛋白、血糖、乳酸升高。

2.3.4 其他

伴有神经系统受累的重症、危重症患儿，可进行脑脊液、颅脑计算机断层成像（Computed Tomograph, CT）、颅脑磁共振成像（Magnetic Resonance Imaging, MRI）、脑电图检查；伴有呼吸系统受累时，可进行血气分析、胸部 X 线平片或胸部 CT 检查；伴有循环系统受累时，可进行心电图、超声心动图检查。

2.4 诊断标准

2.4.1 临床诊断病例

临床诊断病例结合流行病学史、临床表现以及病原学，同时排除其他疾病诊断。1) **流行病学史**：常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。流行季节，当地托幼机构和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，仅表现为脑炎或脑膜炎等，诊断需结合病原学和血清学检查结果。3) **排除其他疾病诊断**：符合以上两项内容之外，需排除其他疾病后可确定为临床诊断病例。

2.4.2 确诊病例

在临床诊断病例基础上，具有手足口病病原学检查阳性表现者，如肠道病毒（CV-A16、EV-A71 等）特异性核酸检查阳性，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，急性期血清相关病毒 IgM 抗体阳性，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，即可确诊。

2.5 并发症

手足口病重型、危重型病情危急，当累及到中枢神经系统时，常并发脑膜炎、脑炎、脑干脑炎、脑脊髓炎等；发生弛缓性肢体瘫痪时，可能并发吉兰-巴雷综合征；发生呼吸急促、粉红色泡沫样痰、肺部听诊湿啰音时，除考虑呼吸系统并发症外，也应考虑神经源性肺水肿；发生心动过速、手足湿冷时，可能并发暴发性心肌炎、循环系统功能障碍。

2.6 鉴别诊断

2.6.1 其他儿童出疹性疾病

手足口病普通病例需与其他儿童出疹性疾病相鉴别，如疱疹性咽峡炎、丘疹性荨麻疹、水痘、沙土皮疹、不典型麻疹、带状疱疹、风疹、猩红热以及川崎病等鉴别，口周出现皮疹时需与单纯疱疹相鉴别。可通过临床症状、体征以及病原学检查进行鉴别诊断。

2.6.2 其他病毒所致脑炎或脑膜炎

手足口病重型、危重型病例合并中枢神经系统损害的重症病例，需与其他病毒所导致的脑炎、脑膜炎相鉴别，如单纯疱疹病毒、巨细胞病毒、EB 病毒等，鉴别时需结合病原学检查和血清学检查结果进行诊断。

2.6.3 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，二者除病原学差异外，脊髓灰质炎常表现为双峰热，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。

2.6.4 肺炎

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

2.7 重症病例的早期识别

重症病例诊疗关键在于第 2 期和第 3 期，阻止发展为第 4 期。年龄 3 岁以下、病程 3 d 以内以及 EV-A71 感染为重症高危因素，下列指标若出现异常，提示患儿可能发展为重症病例危重型。

2.7.1 持续高热

体温大于 39 °C，常规退热效果不佳。

2.7.2 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、抽搐、吸吮无力、站立或坐立不稳等。

2.7.3 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/min。

2.7.4 循环功能障碍

心率增快（>160 次/min）、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 s）。

2.7.5 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。

2.7.6 血糖升高

出现应激性高血糖，血糖 $> 8.3 \text{ mmol/L}$ 。

2.7.7 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^[1-4]。

3 中医辨证

3.1 急性期

3.1.1 普通型

1) 邪犯肺脾证：症见发热或无发热，口腔疱疹，疱疹破溃后形成溃疡，疼痛流涎，手、足出现米粒大小斑丘疹，迅速转为疱疹，疱浆清亮，分布稀疏，疹色红润，根盘红晕不著，可伴咳嗽、流涕、咽痛、拒食。舌质红，苔薄黄腻，脉浮数，指纹紫。2) 湿热毒盛证：症见高热，口腔疱疹、溃疡，灼热疼痛，手、足疱疹，可波及臂腿部，疱疹分布稠密或成簇出现，疹色紫黯，根盘红晕显著，疱液混浊，疱疹痛痒，流涎、拒食，小便黄赤、大便秘结，或见皮疹稀少，体温不高，精神不振。舌质红绛，苔黄腻，脉滑数，指纹紫。

3.1.2 重型

邪陷心肝证：症见持续高热，疱疹稠密，疱浆混浊紫黯，个别病例疱疹数少

甚则无疹，或精神萎靡、嗜睡，头痛、烦躁、易惊，神昏谵语，颈项强直，肢体抖动、抽搐，吸吮无力，站立或坐立不稳，或恶心、呕吐。舌质红绛，舌苔黄燥或有起刺，脉弦数，指纹紫滞。

3.1.3 危重型

1) **邪毒侵心证**：疱疹渐消，心率和呼吸增快，伴有胸痛或胸闷、烦躁、气短、乏力，或持续发热，唇甲青紫，面白无华，乏力，四肢湿冷。舌质紫暗，脉微或见结代，指纹沉紫。2) **邪伤心肺证**：疱疹稠密，疱疹可波及四肢、臀部、肛周，疱浆混浊，或疱疹稀疏，持续发热，心动过速或心动过缓，呼吸急促，无法平卧，烦躁不安，或见神昏，手足冰冷，冷汗淋漓，面色苍白，唇指青紫，咯吐粉红色泡沫样痰。舌质紫暗，舌苔白腻，脉细数或沉弱，指纹沉紫。

3.2 恢复期

1) **湿毒伤络证**：一个肢体或多个肢体肌肉松弛无力，非对称性肢体功能障碍，肢体按之微热，肌肉可有触痛和感觉过敏，肌肉或有震颤，易惊惕，疱疹仍稠密，疱浆混浊，疱疹可波及肛周、臀部、四肢，可伴低热，呛咳，吞咽困难，行走时可见跛行，后期肌肉瘦削。舌质红，苔黄腻，脉濡数，指纹紫。2) **气阴两虚证**：症见多汗，活动后尤甚，少气懒言，神疲倦怠，纳差，五心烦热，夜寐不安，或伴肢体痿软，或肢体麻木。舌红少苔或花剥苔，脉细数无力，指纹色淡^[2,4]。

4 中西医结合治疗

中西医结合治疗按照急性期普通型、急性期重型、急性期危重型及恢复期分期分型治疗。

4.1 普通型治疗

普通型中医可以使用中药或中成药治疗，西医主要以对症治疗为主，必要时可应用抗病毒药物。可于门诊进行治疗，但需要注意隔离，避免患儿交叉感染。

4.1.1 西医治疗

1) **一般治疗**：体温超过 38.5℃时，可采用退热药物布洛芬或对乙酰氨基酚口服，两次用药的最短间隔时间为 6 h。皮肤瘙痒可局部应用炉甘石洗剂。应防止抓破后感染，继发皮肤细菌感染时加用抗菌药物。2) **病因治疗**：目前尚无特效抗肠道病毒药物。早期使用干扰素 α 喷雾或雾化，重症使用利巴韦林静脉滴注可有一定疗效^[3]。

4.1.2 中医治疗

4.1.2.1 **邪犯肺脾证** 治宜宣肺解表、清热化湿。

主方 1：银翘散合藿朴夏苓汤加减^[5-6]。（推荐等级：强推荐）常用药物：金银花、连翘、淡豆豉、牛蒡子、薄荷、半夏、薏苡仁、藿香、厚朴、茯苓等。**主方 2**：甘露消毒丹加减^[7-8]。（推荐等级：强推荐）常用药物：滑石、黄芩、茵陈、石菖蒲、川贝母、藿香、连翘、白蔻仁、薄荷、射干等。根据患儿情况对主方 1、2 进行加减：高热，加葛根、柴胡；恶心、呕吐，加旋覆花^(包煎)、竹茹；腹泻，加车前子^(包煎)、苍术；皮肤瘙痒，加蝉蜕、白鲜皮。

中成药 1：小儿豉翘清热颗粒^[9-10]。（推荐等级：强推荐）适用范围：手足口病普通型早期，邪犯肺脾证。药物组成：连翘、淡豆豉、薄荷、荆芥、栀子、大黄、青蒿、赤芍、槟榔、厚朴、黄芩、半夏、柴胡、甘草。用法用量：口服，开水冲服。6 个月~1 岁患儿 1~2 g/次，1~3 岁患儿 2~3 g/次，4~6 岁患儿 3~4 g/次，7~9 岁患儿 4~5 g/次，10 岁以上患儿 6 g/次，3 次/d。**中成药 2**：开喉剑喷雾剂（儿童型）^[11-12]。（推荐等级：强推荐）适用范围：以咽部疱疹、

溃疡、疼痛为主要表现的手足口病普通型。药物组成：八爪金龙、山豆根、蝉蜕、薄荷脑。用法用量：喷于患处，每次适量，每天数次。**中成药 3**：抗病毒口服液^[13-14]。（推荐等级：强推荐）适用范围：手足口病普通型，邪犯肺脾证。药物组成：板蓝根、石膏、芦根、生地黄、郁金、知母、石菖蒲、广藿香、连翘。用法用量：口服，2岁以下患儿5 mL/次，2岁以上患儿10 mL/次，3次/d。**中成药 4**：蓝芩口服液^[15-16]。（推荐等级：强推荐）适用范围：手足口病普通型，邪犯肺脾证。药物组成：板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海。用法用量：口服，1-2岁患儿5 mL/次，2~3岁患儿7.5 mL/次，>3岁患儿10 mL/次，3次/d。**中成药 5**：康复新液^[17-18]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：以皮肤疱疹、口腔溃疡为主要表现的手足口病普通型。药物组成：美洲大蠊干燥虫体提取物。用法用量：含服或口服，1~3岁患儿2 mL/次，4~5岁患儿3 mL/次，3次/d；外用，擦拭或湿敷于患处。**中成药 6**：金莲清热泡腾片^[19-20]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：手足口病普通型，邪犯肺脾证。药物组成：金莲花、大青叶、石膏、知母、地黄、玄参、苦杏仁。用法用量：口服。1岁以下患儿1片/次，3次/d，高热时4次/d；1~15岁患儿1~2片/次，4次/d，高热时1次/4 h。

4.1.2.2 湿热毒盛证 治宜清气凉营、解毒化湿。

主方：清瘟败毒散加减^[2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：生地黄、黄连、黄芩、牡丹皮、石膏、栀子、甘草、竹叶、玄参、水牛角、连翘、芍药、知母等。加减：大便秘结，加大黄^{（先煎）}、瓜蒌仁；腹胀、腹满，加枳实、厚朴；烦躁不安，加淡豆豉、莲子心；瘙痒明显，加白鲜皮、地肤子。

中成药 1：莲花清瘟颗粒^[21-22]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：手足口病普通型，湿热毒盛证。药物组成：连翘、金银花、炙麻黄、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。用法用量：口服，1袋/次，3次/d。**中成药 2**：痰热清注射液^[23-24]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：手足口病普通型，湿热毒盛证。药物组成：黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘。用法用量：静脉滴注。成人用量为20 mL/次，重症患者可用40 mL/次，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500 mL，注意控制滴速在60滴/min以内，1次/d；儿童推荐用量为0.3~0.5 mL/kg，最大量为20 mL/次，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200 mL，控制滴速30~60滴/min，1次/d，或遵医嘱^[2]。本品使用后需用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第二种药物。**中成药 3**：热毒宁注射液^[25-26]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：手足口病普通型，湿热毒盛证。药物组成：青蒿、金银花、栀子。用法用量：静脉滴注。3~5岁患儿，最高剂量不超过10 mL，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液50~100 mL，滴速为30~40滴/min，1次/d；6~10岁，10 mL/次，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200 mL，滴速为30~60滴/min，1次/d；11~13岁，15 mL/次，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液200~250 mL，滴速为30~60滴/min，1次/d；14~17岁，20 mL/次，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250 mL，滴速为30~60滴/min，1次/d；或遵医嘱。本品使用后需用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第二种药物。**中成药 4**：金振口服液^[27-28]。（推荐等级：弱推荐）适用范围：手足口病普通型，湿热毒盛证。药物组成：山羊角、平贝母、大黄、黄芩、青礞石、石膏、人工牛黄、甘草。用法用量：口服。6月~1岁患儿，5 mL/次，3次/d；2~3岁患儿10 mL/次，2次/d；4~7岁患儿，10 mL/次，3次/d；8~14岁患儿，15 mL/次，3次/d。

4.2 重型和危重型治疗

重型和危重型应以西医治疗为主，中医治疗为辅，应加强退热、吸氧、补液等支持疗法。合并神经系统受累，脱水剂、激素控制颅内高压，以及镇静止惊；合并呼吸循环衰竭，吸氧、正压机械通气、血管活性药物、利尿剂保持呼吸通畅和血压稳定。

4.2.1 中医治疗

4.2.1.1 重型邪陷心肝证 治宜息风镇惊、清热解毒。

主方：羚角钩藤汤合清瘟败毒散加减^[1-2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：羚羊角粉^{（冲服）}、钩藤、地黄、水牛角、黄连、栀子、黄芩、石膏、知母、玄参、牡丹皮、甘草等。加减：颈项强直，加葛根、地龙；高热，加寒水石^{（先煎）}、大黄；惊厥，加全蝎、僵蚕。

中成药 1：醒脑静注射液^[29-31]。（推荐等级：强推荐）适用范围：手足口病重型，邪陷心肝证。药物组成：天然麝香、冰片、栀子、郁金。用法用量：静脉滴注。成人用量为 10~20 mL/次，加入 5%~10%葡萄糖注射液或氯化钠注射液 250~500 mL，1 次/d；儿童推荐用量为 0.5~0.6 mL/(kg d)，加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液中（2 倍稀释）^[2]。本品使用后需用 0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第二种药物。**中成药 2：**安宫牛黄丸^[32-33]。（推荐等级：强推荐）

适用范围：手足口病重型，邪陷心肝证。药物组成：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。用法用量：口服。3 岁以内患儿，1/4 丸/次，1 次/d；4~6 岁患儿，1/2 丸/次，1 次/d。

4.2.1.2 危重型邪毒侵心证 治宜清热化湿、宁心通络。

主方：葛根黄芩黄连汤合血府逐瘀汤加减^[2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：葛根、黄芩、黄连、虎杖、川芎、地黄、赤芍、桔梗、麦冬、人参、桂枝、炙甘草。加减：胸闷，加薤白、瓜蒌皮；心悸、脉结代，加丹参、桃仁。

4.2.1.3 危重型邪伤心肺证 治宜泻肺逐水。

主方：己椒苈黄丸合参附汤加减^[2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：葶苈子、桑白皮、前胡、大黄、椒目、防己、人参、附子^{（先煎）}、金银花、蚤休、车前子、炙甘草。加减：咳血，加焦栀子、牡丹皮。

4.3 恢复期治疗

恢复期治疗中西医结合并重。西医进行康复治疗 and 护理，促进各脏器功能，尤其是神经系统功能的早日恢复；中医通过中药、中成药以及中医外治法以扶正祛邪、活血通络。1) **湿毒伤络证：**治宜清热利湿、活血通络。**主方：**四妙丸加减^[2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：苍术、黄柏、萆薢、防己、薏苡仁、蚕沙、木瓜、牛膝、丹参、川芎等。加减：皮肤瘙痒，加白鲜皮、地肤子；四肢沉重，加鸡血藤、桑枝、桃仁。2) **气阴两虚证：**治宜益气通络、养阴健脾。**主方 1：**补阳还五汤加减^[2]。（推荐等级：强推荐）常用药物：炙黄芪、桂枝、党参、当归、红花、地龙、川芎、熟地黄、枸杞子、牛膝、鸡血藤、锁阳、五加皮、鹿角霜^{（先煎）}等。**主方 2：**生脉散合七味白术散加减^[1]。（推荐等级：强推荐）常用药物：党参、五味子、麦冬、白术、茯苓、玉竹、藿香、木香、葛根、当归、川芎等。可根据患儿情况对主方 1、2 进行加减：低热，加青蒿、地骨皮；不思饮食加陈皮、鸡内金；盗汗，加浮小麦、煅牡蛎；大便干结，加火麻仁、生地黄。

4.4 中医外治疗法

4.4.1 中药外洗/熏洗疗法^[34-35]（推荐等级：弱推荐）对普通型，以皮疹为主，

无皮肤破损的手足口病患儿推荐使用中药外洗/熏洗疗法,帮助退热和皮疹消退。常用药物:金银花、连翘、苦参、荆芥、板蓝根、野菊花、大青叶、地肤子、白鲜皮、蛇床子、黄柏。用法用量:外洗浸泡或熏洗。1剂/d,水煎取1 000 mL泡洗手、足、臀部疱疹,10 min/次,2次/d。

4.4.2 针刺(推荐等级:弱推荐)

对重症昏迷无自主呼吸、吞咽困难、运动障碍的手足口病患儿推荐使用针刺疗法,帮助上机后自主呼吸恢复、咳嗽和吞咽反射的恢复、运动功能的恢复。

操作穴位:1)无自主呼吸者,主穴:百会透前顶、列缺透太渊、水沟、天突、膻中、关元、尺泽、气海、足三里、照海、肺俞、心俞、膈俞、膏肓;耳针:肾上腺、交感、皮质下、神门、肺、心、脑干;头针运动区、感觉区。30 min/次,1次/d,5~7次/周。2)吞咽困难者,体针:廉泉、夹廉泉、颈夹脊、风府、风池、哑门;头针运动区、感觉区。30 min/次,1次/d,5~7次/周。3)运动功能障碍者,取大椎、曲池、手三里、合谷、伏兔、秩边、委中、承山、昆仑、涌泉、血海、阴陵泉、阳陵泉、悬钟、中封、太冲等。30 min/次,1次/d,5~7次/周^[36-38]。

5 预防和调护

5.1 预防

5.1.1 一般预防

本病流行期间,勿带孩子到人群聚集公共场所,发现疑似患者应及时隔离,密切接触者应隔离观察7~10 d;婴幼儿和儿童应注意勤洗手,家长也应注意个人卫生,及时消毒患儿的日常用品、食具,并清理患儿粪便及其他排泄物,居处宜多通风,勤晒衣被;注意饮食起居,合理供给营养。保持充足睡眠,防止过度疲劳,降低机体抵抗力。加强体育锻炼,增强体质。

5.1.2 疫苗预防

接种EV-A71型灭活疫苗可用于6月龄至5岁儿童预防EV-A71感染所致的手足口病。

5.1.3 中医预防

素有内热的小儿可使用以下方剂:金银花3 g、连翘3 g、芦根10 g,以沸水200 mL浸泡后,适量频饮。素有脾胃虚弱的小儿可使用以下方剂:生薏苡仁10 g、扁豆8 g、山药8 g,小米适量,煮粥调服。

5.2 调护

1)给予清淡、富含维生素的流质或软食,多饮温开水。进食前后可用生理盐水或金银花水漱口,清洁口腔,以减轻食物对口腔的刺激。2)注意保持皮肤清洁,切勿搔抓疱疹,防止破溃感染。当患处出现破溃感染,涂抹红霉素软膏、莫匹罗星软膏或金黄散。3)密切观察病情变化,及时发现重症病例并积极救治^[1-2,39]。

制定专家(按姓名首字汉语拼音排列):陈华(浙江省中医院),丁樱(河南中医药大学第一附属医院),冯晓纯(长春中医药大学附属医院),付红敏(昆明医科大学附属昆明市儿童医院),高恒妙(首都医科大学附属北京儿童医院),韩梅(北京中医药大学循证医学中心),霍婧伟(北京中医药大学东方医院),李新民(天津中医药大学第一附属医院),刘建平(北京中医药大学循证医学中心),马融(天津中医药大学第一附属医院),明溪(云南中医药大学第一附属医院),秦艳虹(山西省中医院),任献青(河南中医药大学第一附属医院),

汪受传(南京中医药大学),王俊宏(北京中医药大学东直门医院),王孟清(湖南中医药大学第一附属医院),王素梅(北京中医药大学东方医院),王雪峰(辽宁中医药大学附属医院),王有鹏(黑龙江中医药大学第一附属医院),吴力群(北京中医药大学东方医院),熊磊(云南中医药大学第一附属医院),许华(广州中医药大学第一附属医院),薛征(上海中医药大学附属市中医医院),闫永彬(河南中医药大学第一附属医院),虞坚尔(上海中医药大学附属市中医医院),袁斌(江苏省中医院),张葆青(山东中医药大学附属医院),赵霞(江苏省中医院),朱春梅(首都儿科研究所)

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 手足口病诊疗指南(2018 年版)[J]. 中国病毒病杂志, 2018, 8(5):347-352.
- [2] 汪受传, 王雷, 尚莉丽. 中医儿科临床诊疗指南·手足口病(修订)[J]. 世界中医药, 2016, 11(4):734-740.
- [3] 王卫平, 孙琨, 常立文. 儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018:180-181.
- [4] 谷晓红主编. 中医疫病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023:173-183.
- [5] 周辉, 吴厚琼, 黄敏. 银翘散加藿朴夏苓汤治疗小儿手足口病[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(21):310-312.
- [6] 朱奕豪, 王真, 陈婉姬. 银翘散加藿朴夏苓汤治疗小儿手足口病的随机临床对照研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(4):448-449.
- [7] 代晶, 宋维海. 甘露消毒丹辅助治疗小儿急性重症手足口病临床研究[J]. 四川中医, 2016, 34(10):124-126.
- [8] 张静, 李春丽, 侯红丽. 甘露消毒丹加味治疗危重型手足口病患者 60 例疗效观察[J]. 中医儿科杂志, 2015, 11(2):34-36.
- [9] 唐华. 小儿豉翘颗粒联合利巴韦林气雾剂治疗小儿手足口病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(2):175-175, 178.
- [10] 潘云芳, 胡晓红. 小儿豉翘清热颗粒联合注射用单磷酸阿糖腺苷治疗手足口病临床研究[J]. 新中医, 2016, 48(6):159-160.
- [11] 廖景文. 中西医结合治疗婴幼儿手足口病普通病例疗效观察[J]. 吉林医学, 2016, 37(8):2034-2035.
- [12] 秦新芳, 杨广平, 徐伟伟. 小儿手足口病行开喉剑喷雾剂与干扰素联合治疗临床分析[J]. 黑龙江医学, 2018, 42(6):565-566.
- [13] 徐强, 刘虹, 胡思源, 等. 抗病毒口服液治疗小儿手足口病肺脾湿热证的随机对照、多中心临床研究[J]. 药物评价研究, 2019, 42(5):973-978.
- [14] 董巧丽, 柏金秀, 杨小巍, 等. 抗病毒口服液治疗手足口病普通病例的疗效观察[J]. 儿科药理学杂志, 2012, 18(6):27-29.
- [15] 印志霞, 蒋新. 蓝芩口服液对小儿手足口病的临床疗效及其对免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2017, 12(12):2912-2915.
- [16] 要冬颖, 王乾, 王园园, 等. 手足口病应用利巴韦林气雾剂联合蓝芩口服液治疗的临床效果评价[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(4):867-869.
- [17] 万光平, 余娟. 康复新液治疗小儿手足口病的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2020, 15(2):104-106.
- [18] 龙涛, 邓益斌, 王惠敏, 等. 干扰素联合康复新液治疗 EV71 型手足口病的临床疗效及安全性[J]. 华西药理学杂志, 2020, 35(6):698-700.
- [19] 蔡达. 金莲清热泡腾片治疗小儿手足口病(轻症)34 例临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(3):49-51.
- [20] 闫永彬, 丁樱, 韩姗姗. 金莲清热泡腾片治疗手足口病专家建议[J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(3):93-96.
- [21] 莫庆仪, 梁桂明, 黄晓雯. 莲花清瘟颗粒联合单磷酸阿糖腺苷治疗儿童手足口病的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(8):2402-2406.

- [22]韩传映. 莲花清瘟颗粒联合利巴韦林治疗小儿手足口病 60 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(11):108-110.
- [23]杨仁智. 痰热清联合人免疫球蛋白治疗手足口病及对患儿血清 C-反应蛋白与心肌酶的影响[J]. 陕西中医, 2013, 34(7):785-786.
- [24]侯丽芳. 痰热清注射液联合利巴韦林治疗手足口病临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(22):103-104.
- [25]黄文娴, 仇毅, 袁树伟. 热毒宁注射液治疗小儿手足口病的随机对照试验[J]. 中成药, 2014, 36(7):1565-1567.
- [26]慕永平, 陈晓蓉, 张爱军, 等. 热毒宁注射液治疗儿童手足口病的随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9):1209-1212.
- [27]谭丽琴, 韩玉兰, 周林英, 等. 重组人干扰素 α 2b 雾化联合金振口服液治疗手足口病的疗效分析[J]. 河北医药, 2020, 42(6):917-919.
- [28]LIU J, ZHANG G L, HUANG G Q, et al. Therapeutic effect of Jinzhen oral liquid for hand foot and mouth disease: a randomized, multi-center, double-blind, placebo-controlled trial[J]. PLoS One, 2014, 9(4):e94466.
- [29]陈丹, 宋春兰, 成怡冰, 等. 醒脑静注射液治疗儿童重型手足口病临床研究[J]. 河南中医, 2016, 36(2):229-231.
- [30]王玉珍, 庞保东, 张双, 等. 醒脑静注射液结合常规疗法治疗手足口病合并脑炎 55 例[J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(12):50-51.
- [31]张晴, 谭丽, 敖仇波. 醒脑静注射液治疗小儿重症手足口病疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2013, 22(9):1597-1598.
- [32]朱庆雄, 官文芳, 张海平, 等. 安宫牛黄丸治疗重型手足口病疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2016, 8(5):480-482.
- [33]祁伯祥, 尹红, 张晓文, 等. 安宫牛黄丸治疗重症手足口病 31 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2016, 35(3):26-29.
- [34]何祝萍, 罗丽梅, 侯元婕, 等. 巳时外洗治疗肺脾湿热型手足口病临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015, 7(5):472-474.
- [35]刘昕, 李艳. 中药熏洗治疗手足口病 119 例[J]. 河南中医, 2014, 34(9):1717-1718.
- [36]金玉晶, 韩雪, 葛国岚. 针刺治疗儿童重症手足口病合并吞咽障碍疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(4):391-394.
- [37]陈芳, 周崇臣, 宋春兰, 等. 常规理疗联合针刺对重症手足口病中枢神经系统受损致神经肌肉系统功能异常患儿运动功能障碍的干预效果[J]. 中国全科医学, 2019, 22(6):643-647.
- [38]张健, 赵澎. 电针灸配合针刺治疗手足口病合并急性弛缓性瘫痪疗效观察[J]. 北京中医药, 2017, 36(7):607-610.
- [39]中医药防治手足口病临床技术指南(2009 年版)(卫生部办公厅、国家中医药管理局办公室印发)[J]. 山东中医杂志, 2009, 28(7):497.