

· 学术论坛 ·

手足口病 1155 例中医临床特征分析

马羽萍 郭雅玲 康立 赵玲 彭杰 罗改云 黄小正 王勇

【摘要】 目的 观察手足口病患者的证候学特点,阐述其病因病机,总结出符合临床实际的分期辨证模式。**方法** 以卫生部手足口病的诊断标准,采集手足口病患者的症状、体征、舌象、脉象等资料,进行描述性分析。**结果** (1)手足口病的中医学基本病因性质是温热挟湿,以温热为主;(2)普通病例的病程的第 1 阶段患者表证期的中医证候主要归类为温热挟湿,郁阻肺卫证;(3)普通病例的病程的第二阶段,处于里证期,中医证候主要归类为肺脾湿热证和湿热郁蒸;(4)重症病例中医证候主要归类为热毒动风型和肺热津伤型,手足口病病机演变中风动是病情的转折点;(5)温热挟湿、郁阻肺卫证顺传脾肺,逆传心肝;(6)温热挟湿、郁阻肺卫证组与肺脾湿热证组和湿热郁蒸证组患者的住院时间之间有差异。**结论** 手足口病中医证候分布具有一定的规律。

【关键词】 手足口病; 中医证候; 温热挟湿

【中图分类号】 R272.5 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.03.012

陕西省传染病院是西安地区手足口病患者收治的定点医院,笔者对 2010 年 2 月 11 日至 2010 年 9 月 12 日期间在陕西省传染病院住院治疗的 1155 例手足口病轻症患者的临床资料进行了分析总结,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2010 年 2 月 11 日至 2010 年 9 月 12 日期间在陕西省传染病医院住院治疗的患者 1155 例。

1.2 诊断标准

所有病例诊断均符合卫生部《手足口病诊疗指南 2010 年版》西医普通型手足口病临床诊断标准。病程中患儿病情变化转型为重症者,其诊断均符合卫生部《手足口病诊疗指南 2010 年版》西医重症型手足口病临床诊断标准。

1.3 观察方法

患者入院后即由经统一培训的中医内科医师,对患者的人口学资料、既往病史、体征、身高、体重以及中医临床证候信息进行采集,根据临床症状进行入院时中医证候分型,之后观察患者的证候变化,出院时再次做中医证候分型。

对部分患者检测手足口病毒由西安市疾控中心完成用 RT-PCR 方法。所有患者入院后检测血尿粪常规,肝肾功能,心肌酶谱,心电图、胸部 X 线片等相关检查。对主要异

常指标进行复查。

1.4 统计学方法

将所有病人的资料按预先设计的 EXCEL 表格录入,采用 SPSS 13.0 软件分析。计数资料用率或构成比表示,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料两组间的比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学资料

1155 例患者中,男 716 例,女 439 例,最小年龄 0.2 岁,最大年龄 35.9 岁,其中 5 岁以下小儿,约占 94.80%,而 3 岁以下约占 66.23%。

2.2 临床症状及体征

2.2.1 发热特点 发热 1085 例(93.39%),不发热 70 例(6.06%),发热的体温在 37.5~40.2℃之间,高于 39℃者 89 例(8.2%),38~39℃之间 343 例(31.69%),37.5~38℃之间 653 例(60.18%)。热程小于 1 天 172 例(15.85%),1~3 天 649 例(59.82%),3~7 天者 235 例(21.65%),7 天以上者 29 例(2.67%)。

2.2.2 皮疹特点 皮疹分布:以手、足、臀部皮疹多见,皮疹多为红色或暗红色斑丘疹,粟粒大小至绿豆大小不等,少数有厚壁疱疹,疱液清澈透明,不易溃破;口腔疱疹或溃疡,多分布于软硬腭、颊部、牙龈及舌唇部,见表 1。皮疹的出现与发热的高低及热程无明显相关性。

皮疹出现时间:1155 例,其中 796 例在发病的第 1 日出现皮疹,285 例在第 2 日出现皮疹,74 例在第 3 日出现皮疹。

发热与皮疹的关系:1155 例,其中先发热后出现皮疹的 606 例,先出皮疹后发热的 281 例,发热与皮疹同时出现 198 例。只有皮疹,无发热的 70 例。

基金项目:国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(20097001-3)

作者单位:710061 西安,陕西省传染病医院

作者简介:马羽萍(1956-),女,本科,主任医师。研究方向:肝病与新发突发传染病的中西医结合理论与临床研究。E-mail: myp_ys@126.com

文献引格式:

马羽萍,郭雅玲,康立,等.手足口病 1155 例中医临床特征分析[J].环球中医药,2012,5(3):206-208.

表 1 患儿皮疹分布情况

皮疹部位	例数
手部	1148
口腔	786
其他部位(胸背膝肘等)	268
足部	1067
臀部	867
无皮疹	0

2.3 证候分布

按照西医的临床分类标准,根据患儿的早期表现或病情变化,归类为普通型和重型。然后根据进行中医辨证,确定证候,证候标准参照卫生部《手足口病诊疗指南 2010 年版》中医分型,并结合该组患儿的临床症状制定相关中医证型。见表 2。

表 2 入院时各型中医证候分布情况

证型	例数
湿热挟湿、郁阻肺卫证	135
肺脾湿热证	902
湿热郁蒸证	118
热毒动风证	0
肺热津伤证	0

普通病例:根据中医辨证结果,将患者的自然病程分为三个阶段。

第一阶段,疾病第 1~3 天,疾病初期,依据患者入院时的证候分型,处于表证期共 135 例,占 11.68%。依其症状出现频率的多少为序,依次为双手、足、臀部及口腔散在的红色疱疹 135 例(100%),脉浮数 133 例(98.52%),舌边尖红 131 例(97.04%),咽红 98 例(72.59%),头痛 97 例(71.85%),发热 93 例(68.88%),纳呆 91 例(67.41%),苔薄白 76 例(56.30%),恶寒 64 例(47.40%),苔黄 59 例(43.70%),苔白腻 34 例(25.19%),黄腻 21 例(15.56%)。根据患者高频出现的症状和体征,患者表证期的中医证候主要归类为湿热挟湿、郁阻肺卫证(自拟证型,表现发热或不发热,恶寒或不恶寒,手或足或臀部或口腔散在的红色疱疹,或头痛,或纳呆,咽红,舌边尖红,苔黄或苔白腻,脉浮数)。

第二阶段:疾病的第 1~6 天,在疾病的初中期,处于里证期共 1020 例,占 77.84%。依其症状出现频率的多少为

序,依次为患儿双手足臀部及口腔散在的疱疹 1020 例(100%),发热 986 例(96.67%),脉数 958 例(93.92%),舌红 954 例(93.53%),疹色暗红 913 例(89.51%),小便色黄 892 例(87.45%),纳呆 865 例(84.80%),口腔、咽喉溃疡 692 例(67.84%),口腔疼痛 655 例(64.22%),流涎 648 例(63.53%),口渴唇红 592 例(58.04%),困倦乏力 534 例(52.35%),黄腻 491 例(48.14%),汗出 478 例(46.86%),咳嗽 419 例(41.08%),溱薄 379 例(37.16%),苔黄 356 例(34.90%),咯痰 245 例(24.02%),呕吐 259 例(25.39%),大便干 189 例(18.53%),嗜睡 128 例(12.55%),疹色不泽 107 例(10.49%),精神萎靡 86 例(8.43%),鼻塞 78 例(7.65%),少津 69 例(6.76%),舌绛 39 例(0.38%)。

根据患者高频出现的症状和体征,患者里证期的中医证候主要归类为肺脾湿热证和湿热郁蒸(证型符合卫生部《手足口病诊疗指南 2010 年版》普通病例中中医分型标准)。肺脾湿热型大约有 902 例(78.10%),湿热郁蒸型大约有 118 例(10.22%)。

第三阶段,疾病的 7 天以后。处于疾病恢复阶段。临床主要表现:身热消退、神疲乏力、口渴、纳差、手足皮肤、口咽部疱疹消退或未尽,舌红少津、脉细数。

重症病例:共 25 例,占 0.22%,从湿热挟湿、郁阻肺卫型转来 1 例,从肺脾湿热型转来 21 例,从湿热郁蒸型转来 3 例,依其症状出现频率的多少为序,依次为舌质红或绛红 25 例(100%),高热不退 22 例(88.00%),舌苔黄厚腻 22 例(88.00%),神疲 21 例(84.00%),嗜睡 18 例(72.00%),烦躁 17 例(68.00%),易惊 13 例(52.00%),肌肉瞤动或肢体抖动 11 例(44.00%),少苔 3 例(12.00%),肢体痿软无力、站立困难 3 例(12.00%)。

根据患者高频出现的症状和体征,重症病例的中医证候主要归类为热毒动风型(证型符合卫生部《手足口病诊疗指南 2010 年版》重症病例中中医分型标准)和肺热津伤型(自拟证型,表现高热不退,肢体痿软,神疲,嗜睡),热毒动风型有 22 例,肺热津伤型有 3 例。

2.4 出院时中医证候分布情况、住院天数、各型转化情况

依据出院时的证候分型,手足口病中医证候与住院天数,及转为它型和重型例数的关系,见表 3。第 1 阶段患者住院时间为(5.6±0.7)天,少于第 2 阶段患者住院时间(6.9±0.8)天, $P<0.05$,有统计学意义。第二阶段的肺脾

表 3 出院时各型中医证候分布情况、住院天数、各型转化情况

证型	n	住院时(天)	转为它型例数(%)	它型转来例数(%)	转为重症(例)(%)
湿热挟湿、郁阻肺卫证	49	5.6±0.7	85(62.98)	0(0)	1(0.74)
肺脾湿热证	960	6.9±0.8	0(0)	79(8.20)	21(2.30)
湿热郁蒸证	121	7.0±0.9	0(0)	6(5.00)	3(0.25)
热毒动风证	22	转院	-	-	-
肺热津伤证	3	转院	-	-	-
合计	1155	-	85	85	25

注:“-”表示无此项。

文献标引格式:

马羽萍,郭雅玲,康立,等.手足口病1155例中医临床特征分析[J].环球中医药,2012,5(3):206-208.

湿热证和湿热郁蒸证之间住院时间相比, $P > 0.05$, 无统计学意义。第 1 阶段温热挟湿、郁阻肺卫证顺转为第 2 阶段肺脾湿热证和湿热郁蒸证共 85 例, 逆转为重症(热毒动风证型)1 例占 0.74%, 发生在病程的第 2 天。第 2 阶段肺脾湿热证和湿热郁蒸证转为恢复期 1057 例, 转为重症 24 例, 占 2.55%, 均发生在病程第 1~3 天。其中肺脾湿热证转为热毒动风证型 21 例, 湿热郁蒸证转为肺热津伤证 3 例。经过各证候转化之后, 出院时各中医证候分布例数为温热挟湿、郁阻肺卫证 49 例, 肺脾湿热证 960 例, 湿热郁蒸证 121 例, 热毒动风证 22 例, 肺热津伤证 3 例。25 例均在病程的 1~3 天发展为重症, 之后及时转到重症收治定点医院, 后随访得知除由温热挟湿、郁阻肺卫证逆转为重症(热毒动风证型)1 例死亡之外, 其余患儿全部临床痊愈出院。

3 讨论

手足口病是 1957 年在新西兰首次发现的一种新型传染病, 主要是由肠道柯萨奇病毒 A16 型及肠道病毒 71 型引起的一种以手、足、口腔炎症为特征的疾病^[1]。它是全球性传染病, 世界大部分地区均有此病流行的报道^[2]。陕西省传染病医院收治的手足口患者, 无论轻症、重症初期临床症状相似, 出现频率最高的症状达 93.39%~100.00% 之间, 以手、足、口及臀部出现疱疹, 发热为主要临床症状。陕西省传染病医院收治的患儿高发人群为 5 岁以下小儿, 约占 94.80%, 具有在短时间内集中几个幼儿园发病的特点, 而且郊区农村发病率比市区高, 主要发生在多发生在 5~8 月, 有 1009 例, 占 87.35%, 为流行高峰, 具有较强的传染性、流行性, 致病力强, 且发病具有时间季节性, 更符合疫邪致病的特点, 所以说本病属中医疫病范畴。陕西省传染病医院收治的手足口病患者, 虽然广泛流行但病情比较缓和而不甚暴烈, 又可称之为“时疫”。

根据该组患儿 135 例在发病早期的表现, 笔者认为该病的中医病因性质为温热挟湿、以温热之性为主^[2], 病位在肺卫。中医辨证温热挟湿、郁阻肺卫证。提示该病早期有应用银翘散的机会^[2], 轻清宣泄, 并加芳香化湿之品即可。但是该期出现时间早, 过程短, 或呈一过性表现, 大多数患者在就诊前出现该期的表现。所以本组患儿入院表现符合该型的仅有 135 例, 占 11.68%, 而且很快就有 85 例的患儿顺转为肺脾湿热证(79 例)和湿热郁蒸证(6 例)。只有 1 例患儿逆转为重症。该证型的患儿症状轻, 热程短, 住院时间(5.6±0.7)天, 少于第 2 阶段的患者住院时间(6.9±0.9)天, 有统计学意义。初起很快转为, 考虑除与患儿平素正气强弱有关之外, 与感染邪气剧烈与否有极大的关系, 邪盛谓之毒, 所以说初期很快从肺卫表证转为重症可能是感染的邪气属热毒挟湿^[3]。

疾病的初中期, 该组患儿有 902 例起病或来医院就诊时就表现为高热, 汗出, 双手足臀部及口腔散在的暗红色疱疹, 口渴唇红, 口腔、咽喉溃瘍, 困倦乏力, 小便色黄, 大便干或溏薄, 舌红, 苔黄或黄腻, 脉数有力, 指纹红紫。中医辨证肺脾湿热证。治疗上大多数采用西医对症治疗及中医清热解毒,

化湿透邪, 甘露消毒丹加减方案。出院时该证型共 960 例, 除逆转为热毒动风型 21 例之外, 全部临床痊愈。说明大多数患儿表现为肺脾湿热之症, 病位仅局限于肺脾, 发病到此阶段, 在治疗上早期只要抓住肺脾湿热这一病机关键, 清其毒, 解其热, 化其湿, 即可使湿热毒邪无处遁形, 变证、坏证的发生就可避免^[4]。

该阶段本组还有少数患儿约 118 例起病或来医院就诊时, 症见高热, 疹色不泽, 口腔溃瘍, 精神萎靡, 纳呆, 舌红或绛, 少津, 舌苔黄腻, 脉细数, 指纹紫暗。中医辨证湿热郁蒸。治法: 清气凉营, 解毒化湿。清瘟败毒饮加减。本组患儿其特点是患儿疹色不泽, 热程偏长, 精神差, 伤津表现明显, 可能与患儿平素体质有一定的关系, 但是其住院时间(6.9±0.8), 与湿热郁蒸证住院时间(7.0±0.9)相比, 亦无差异, 无统计学意义。从该期发展为重症型的仅 3 例, 都为肺热津伤型, 可能与患儿素体阴虚, 且热重伤津有关。

重症病例症见高热不退, 易惊, 呕吐, 肌肉瞤动, 舌暗红或红绛, 苔黄腻或黄燥, 脉数, 热毒动风证型均是从第一阶段和第二阶段肺脾湿热证的患者中转入, 共 22 例。也有症见低热, 乏力, 纳差, 肢体痿软, 该证型 3 例均是从湿热郁蒸型中转来。重症病例发生主要是由于少数患儿正气不足, 更重要的是感染热毒挟湿邪气, 邪气炽盛, 来势凶猛, 传变迅速, 内陷厥阴, 出现高热、嗜睡、易惊、肌肉瞤动。或因肺热津伤, 精津不布, 筋脉肌肤失养, 故见肢体痿软。该组患儿转为重症者, 均发生在病程 1~3 天, 本组患儿的重症由于均发生在住院期间, 在早期出现热毒动风迹象时, 就及时得到诊断, 转为定点医院救治, 所以大多数患儿都得以痊愈, 可见热盛风动是该病病情的转折点, 只要能在早期抓住这一关键病机, 就可使患儿得到的及时的救治, 化险为安^[5]。该组只有 1 例温热挟湿、郁阻肺卫证逆转为重症患儿死亡, 亦表明该病的病情变化快, 病情凶险。

笔者认为, 手足口病中医学基本病因性质是温热挟湿, 以温热为主。临床根据患儿的早期表现或病情变化, 按照西医临床分类, 归类为普通型和重症型。然后根据中医辨证结果, 按患者的自然病程分为三个阶段, 分别确定各个阶段的中医证候, 辨证论治, 即可彰显中医药在防治手足口病中的灵活性、针对性和有效性。

参 考 文 献

- [1] Lin TY, Hsia SH. The 998 nterovirus 71 out break in Taiwan: pathogenesis and management[J]. Clin Infect Dis, 2002, 35(2): 52-57.
- [2] 周伯平, 李成荣. 肠道病毒 71 型手足口病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 3.
- [3] 姜良铎, 付小芳, 吴晓明. 手足口病的病因病机与风引汤证候表现探讨[J]. 环球中医药, 2010, 3(6): 410-411.
- [4] 马羽萍, 郭雅玲, 康立, 等. 中药治疗手足口病 100 例临床疗效分析[J]. 环球中医药, 2010, 3(6): 412.
- [5] 周文, 高虹, 李芹, 等. 重症手足口病 121 例的中西医结合证治研究[J]. 环球中医药, 2010, 3(6): 406.

(收稿日期: 2011-10-16)

(本文编辑: 刘群)