

小儿手足口病预防控制措施分析

李卫红

云南省红河州石屏县宝秀镇中心卫生院 662203

〔摘要〕目的 探讨小儿手足口病预防控制措施。**方法** 选取2017年2月—2019年9月期间60例小儿手足口病患者，回顾性分析其临床资料，对患儿疾病传播途径、发病位置、临床症状进行总结，结合临床实践经验，提出预防控制措施。**结果** 传播途径：本组60例患儿中，传播途径为病毒传播、粪口传播、医院交叉感染；发病位置：口腔首发35例，手部首发11例，足部首发9例，臀部首发5例，口腔首发率最高，与其他位置相比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；临床症状：本组患儿均出现不同程度疱疹，23例患儿合并高热症状，12例患儿并咳嗽、恶心症状，9例患儿合并呕吐，5例患儿伴随易惊吓表现。**结论** 结合小儿手足口病传播特点及发病情况，采取必要措施强化疾病宣教，提高家长、教师 and 学校的预防意识，提高预防控制效果。

〔关键词〕 小儿手足口病；病毒传播；粪口传播

〔中图分类号〕 R725.1 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 12-033-02

引言

手足口病由肠道病毒感染引发，可导致手、足、口、臀部等位置出现疱疹，可出现多种临床症状，对学龄前儿童身心健康及正常生活均带来严重影响。如若未能结合患儿临床症状给予针对性治疗，则会加重病情，增加合并呼吸道感染、心肌炎等疾病的风险。由于目前临床缺乏特效治疗药物及方法，因此加强预防控制尤为重要。将60例小儿手足口病患者纳入到本次调查中，通过回顾性分析患儿的临床资料，对患儿发病情况及预防控制措施进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2017年2月—2019年9月60例小儿手足口病患者，所选患儿病情明确，且有法定监护人陪伴，其治疗情况同意。纳入标准^[1]：（1）符合诊断和治疗标准；（2）临床资料完整；（3）无其他高危因素；（4）有法定监护人；（6）无其他影响因素。本组患儿中，男童34例，女童26例，年龄6个月-10岁，均值（ 5.56 ± 0.77 ）岁。病程2-8d，均值（ 4.21 ± 0.37 ）d。排除标准^[2,3]：（1）合并严重内外科疾病；（2）合并神经功能障碍；（3）青少年及成年人；（4）合并肝肾、心肺功能严重损伤；（5）合并凝血功能障碍；（6）合并免疫功能不全；（7）合并全身性严重感染。

1.2 方法

结合患儿的临床就诊资料，对相关资料及信息进行提取，记录疾病传播情况、发病首发位置，并且总结本组患儿临床症状情况，从而对60例小儿手足口病患者的疾病传播途径、发病位置、临床症状加以总结，做好统计工作。

1.3 数据统计

采用SPSS25.0软件，计量资料用“（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示，计数资料用“%”表示，分别采用“t”和“ χ^2 ”值检验， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 传播途径

本组60例患儿中，传播途径为病毒传播27例，粪口传播15例，医院交叉感染12例，其他6例，详见表1。

表1：本组60例小儿手足口病患者传播途径（%）

传播途径	例数 (n)	所占比例 (%)
病毒传播	27	45.00*
粪口传播	15	25.00
医院交叉感染	12	20.00
其他	6	10.00
合计	60	100.00

注：与其他传播方式相比，* $P < 0.05$ ；

2.2 发病位置

本组患儿，口腔首发35例，手部首发11例，足部首发9例，臀部首发5例，其中口腔首发率最高，与其他位置相比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表2。

表2：本组60例小儿手足口病患者发病首发位置（%）

发病位置	例数 (n)	所占比例 (%)
口腔	35	58.34*
手部	11	18.33
足部	9	15.00
臀部	5	8.33
合计	60	100.00

注：与其他传播方式相比，* $P < 0.05$ ；

2.3 临床症状

本组患儿均出现不同程度疱疹，23例患儿合并高热症状，发病率为38.33%；12例患儿并咳嗽、恶心症状，发病率为20.00%；9例（15.00%）患儿合并呕吐，5例患儿伴随易惊吓表现，发生率为8.33%。

3 讨论

流行病学调查结果表明^[4]，小儿手足口病发病人群主要为学龄前儿童，一年四季均可发病，但是发病比较集中的季节为夏季，秋季次之，部分患儿在冬季和春季发病，但是比例相对较低。一般情况下，发病后，手足口及臀部等位置可出现疱疹或皮疹，可导致患儿产生多种临床症状，如发热、恶心、呕吐等。本研究所得结果与上述描述内容基本相同，临床诊治过程中，需要及时结合患儿病情，给予其对症治疗，

（下转第36页）

作者简介：李卫红（1969年11月~），籍贯：云南石屏，民族：汉族，职称：主治医师，学历：专科，主要从事：预防接种，疾病控制工作。

表 2: 比较两组患者的高压缩比和椎管侵占率 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	高压缩比 (%)		椎管侵占率 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	52	57.88±3.79	82.56±3.85	34.77±4.48	27.35±3.78
观察组	52	58.01±3.82	94.33±4.49	33.65±4.17	21.29±3.57
t		0.1742	14.3500	1.3195	8.4047
P		0.8620	0.0000	0.1890	0.0000

脊柱骨折是一种常见的胸腰椎骨折, 很大可能会造成患者的脊髓损伤, 若不及时进行有效治疗, 会引发继发性脊髓损伤, 甚至面临不同程度的截瘫, 使患者面临巨大的身心痛苦。临床中, 常选择单一的内固定术对脊柱患者实施治疗, 但疗效并不理想。随着医疗技术的发展和进步, 内固定结合椎体成形术可利用椎弓根钉, 对患者的脊柱椎体进行牵拉, 从而起到骨折复位的效果。相关研究表明, 内固定结合椎体成形术在临床中的使用时间较短, 但其在稳定患者病情、恢复患者的脊柱水平等方面, 却起着不可忽视的积极意义^[4]。结果显示, 使用内固定结合椎体成形术治疗的观察组患者, 优良率高达 96.15% (50/52), 显著高于对照组, 差异 P<0.05; 同时, 观察组的高压缩比和椎管侵占率等指标也显著优于对照组, 差异 P<0.05。

综上所述, 使用内固定结合椎体成形术对脊柱骨折患者

进行治疗, 能显著降低患者的椎管侵占率, 在缓解患者疼痛和提高临床疗效等方面, 应用价值也极为明显。

[参考文献]

[1] 谷韶平, 倪海平, 路坦. 单纯内固定与内固定结合椎体成形术治疗脊柱骨折的疗效对比 [J]. 外科研究与新技术, 2016, v.5;No.15(01):36-38.
 [2] 赛肖肖. 内固定联合椎体成形术对脊柱骨折患者椎体高度及活动功能的影响 [J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(06):131-132.
 [3] 吴强. 内固定与椎体成形术、单纯内固定结合治疗脊柱骨折的临床对照分析 [J]. 中国伤残医学, 2018, 26(8):20-21.
 [4] 高磊, 常浩胜, 白艳红. 内固定结合人工骨椎体成形术治疗胸腰段脊柱骨折的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(36):67-69.

(上接第 33 页)

从而有效缓解病情, 提高诊治效果, 为患儿疾病改善提供必要帮助。鉴于目前临床尚无预防性疫苗和特效治疗药物, 需要加强疾病预防和控制, 总结如下: (1) 社会宣教: 不断强化社会宣教的力度, 走进社区、幼儿园、学前班, 宣传小儿手足口病相关知识, 提高家长、教师及教育机构的防范意识, 避免发生群体性发病现象^[5]。充分利用公共资源及多媒体宣传途径, 宣导手足口病患儿发病相关情况, 讲解疾病对患儿所产生的危害, 强调手足口病的传染性, 告知传播途径, 包括粪口传播、病毒传播、飞沫传播、接触皮肤传播等。(2) 加强管理: 由于患儿多集中在夏秋季节发病, 重视这个期间儿童的食物、饮用水及日用品消毒管理, 经常性保持室内通风, 尽量避免儿童出入肠道病毒高度传染的公共场所。养成饭前便后洗手的好习惯, 不给儿童喝生水、吃生冷食物。加强营养干预, 及时补充维生素、蛋白质, 切实提升儿童自身免疫功能, 为疾病预防提供必要推荐。产褥期或哺乳期, 加强卫生管理, 降低母亲感染肠道性病毒的风险, 为婴幼儿提供更多保护。

综上所述, 根据小儿手足口病患儿临床相关情况, 结合实际需要, 加强预防及控制措施, 可最大程度预防手足口病, 避免交叉感染风险。

[参考文献]

[1] 高金华. 空腹血糖、超敏 C-反应蛋白、白细胞计数及降钙素原检测对小儿手足口病的诊断价值 [J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(19):4489-4490.
 [2] 胡轩芹. 手足口病的预防及控制对策分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(87):252+254.
 [3] 李杰, 李珍. 不同剂量甲基强的松龙联合丙种免疫球蛋白治疗小儿重症手足口病的效果 [J]. 临床医学, 2019, 39(10):104-105.
 [4] 杨沛虹. 现代预防手段在手足口病预防中的应用效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2019, 34(10):129-130.
 [5] 王荣, 李永佳, 唐小清, 等. 静注人免疫球蛋白对手足口病患儿中血清模式识别受体和炎症因子的影响 [J/OL]. 中华医院感染学杂志, 2019(24):3818-3821.

(上接第 34 页)

有效识别自身盆底肌肉收缩, 借助场景反射引导, 对盆底肌收缩进行协调性锻炼, 从而使患者盆底肌功能得到有效恢复^[5]。而通过本次研究来看, 两组治疗后盆底收缩压、盆底静息压及盆底肌最大肌电位值等盆底肌功能指标较治疗前均明显提升 (P<0.05), 表明个体化产后盆底康复治疗对患者盆底肌功能恢复有明显改善作用; 但观察组治疗后各指标水平平均高于对照组 (P<0.05), 表明产后 42d 开始进行盆底康复治疗, 患者盆底肌康复效果明显优于产后 2 个月开始进行康复治疗。

综上所述, 对产后盆底功能障碍患者进行个体化产后盆底康复治疗时, 选择在产后 42d 开始进行治疗, 患者盆底肌功能改善效果明显, 值得推广应用。

[参考文献]

[1] 王丽, 蔡巧生, 孙慧娟, 等. 基于跨理论模型个体化访视护理形式在产后盆底肌功能锻炼的应用效果 [J]. 广东医学, 2019, 40(08):1168-1171.
 [2] 张相花. 产后早期不同时段个体化盆底康复治疗对女性盆底肌力及盆底功能改善的影响 [J]. 中外女性健康研究, 2018(07):141+155.
 [3] 王奕翔, 葛艳, 王丽娟, 等. 产后盆底康复治疗对盆底功能的影响 [J]. 江苏医药, 2018, 44(02):175-178.
 [4] 兰卉, 赖香梅. 盆底康复训练改善产后盆底肌功能临床研究 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(02):18-19.
 [5] 姜卫民. 孕妇产后盆底肌康复治疗中断原因和康复相关知识了解程度的调查及应对措施 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(36):148-150+158.