

附件 1

学龄前儿童家长手足口病防控

一、什么是手足口病

手足口病（Hand-foot-mouth Disease, HFMD）是由多种人肠道病毒引起的常见、多发急性传染病。多发生于婴幼儿，以柯萨奇病毒 A16 型（CoxA16）和肠道病毒 EV71 型最常见。全年均有发生，4-7 月和 9-11 月为高发期。

二、手足口病的临床表现

手足口病一般症状较轻，大多数患者发病时，往往先出现发热症状，手掌心、脚掌心出现斑丘疹和疱疹（疹子周围可见发红），口腔黏膜出现疱疹和/或溃疡，疼痛明显。部分患者可伴有咳嗽、流涕、食欲不振、恶心、呕吐和头疼等症状。少数患者病情较重，可并发脑炎、脑膜炎、心肌炎、肺炎等，如不及时治疗可危及生命。

三、手足口病传播方式

手足口病传播途径多，主要通过密切接触病人的粪便、疱疹液和呼吸道分泌物（如打喷嚏的飞沫等）及被污染的手、毛巾、手绢、牙杯、玩具、餐具、奶瓶、床上用品等而感染。

四、手足口病与其他疾病鉴别

小儿手足口病常与几种常见病与上呼吸道感染、水痘等相似，难以鉴别，很多家长看到孩子出现皮疹就以为是一般的皮肤病、上感或口腔溃疡，不重视。因此在手足口病流行季节家长每日应

做到：触摸孩子额头是否发烧，仔细观察口、足、手、臀等部位是否出现疹子；一旦发现孩子发热伴手、足、口、臀部皮疹，应立即带其前往就医。

综上所述，**手足口病**一般手心、足心、口腔黏膜、肛周等部位会出现皮疹，皮疹呈红紫色，少数波及四肢和臀部，躯干部极少。而**水痘**皮疹一般呈向心性分布，以头、面、胸、背为主，随后向四肢蔓延；**疱疹性咽炎**虽然也会发热，咽部起疱疹，但水疱如针眼大小，以咽颊、软腭、扁桃体多见，发热常在38摄氏度以上，其他部位不出现疱疹；**单纯疱疹**多分布在颊黏膜、舌及牙龈，继发感染常见于口唇、眼睑、鼻周，为粟粒状水疱，没有其他部位的皮损。

五、如何预防手足口病

良好的个人和环境卫生是手足口病最重要的预防措施：

（一）洗手行动。家长及孩子饭前便后、外出后、接触脏东西后要用肥皂或洗手液洗手，保持手部清洁。

（二）清洗行动。要及时丢弃或清洗、消毒尿布，勤晒衣被；经常清洗、消毒儿童餐具、饮具、玩具及其他物品。

（三）开窗行动。居室等要经常开窗通风，保持室内空气清新。

（四）保护行动。流行季节少带孩子到人多拥挤、通风不良的公共场所（儿童游乐场所），到医院就诊尽量戴上口罩，要避免接触患病儿童和少触碰公共物品；不喝生水，少吃生冷食物，不吃变质食品，隔餐饭菜须加热后再食用。

附件 2

手足口病患儿家长须知

手足口病是婴幼儿多发病、常见病，大多数患儿病情轻微，可遵医嘱居家治疗。手足口病传染性强，病情变化较快，尤其是重症患儿病情进展快，如不及时治疗可危及生命。为使您的孩子早日恢复健康，请您配合医疗机构做好以下工作！

一、留院观察

3 岁以下婴幼儿具备下列情况之一者需留院观察：

- ①发热伴手、足、口腔、肛周皮疹，病程在 4 天以内；
- ②疱疹性咽峡炎，外周血白细胞计数增高；
- ③持续发热或高热，精神差；
- ④高血压；
- ⑤高血糖；
- ⑥外周血白细胞计数明显增高。

立即将患儿转至县以上医疗机构诊治，必要时市级医疗救治领导小组派专家参与会诊。

二、住院治疗

具备下列情况之一者需住院治疗：

- ①神差/嗜睡、易惊、烦躁不安；
- ②惊跳，肢体抖动或无力、瘫痪；
- ③面色苍白、心率增快、末梢循环不良；

④吸浅促或胸片提示肺水肿、肺炎。

应立即将患儿转至市级定点医院救治，必要时市级医疗救治领导小组派专家参与会诊。

三、当您的孩子患手足口病，经医生诊断认为可居家隔离治疗时，请您和您的家人按照下列要求做好患儿管理，以避免病情加重和传染别人，给家庭和社会带来危害。

（一）密切关注患儿病情。

您们可在村医或片医的指导下做好患儿病情的密切观察，最好做到随时观察。一旦发现患儿出现持续高热、反复呕吐、嗜睡、易惊吓或烦躁、手足抖动、躯干共济失调、突发性肢体无力、呼吸困难或呼吸急促等情况应尽快到县级或县级以上医院就诊。**及时就诊对挽救重症患儿生病至关重要！**

（二）严格执行隔离措施。

1. 隔离时限：从患儿诊断实施居家隔离治疗至体温恢复正常、临床症状体征消失、皮疹完全结痂，医院出具痊愈证明后7天方可解除隔离。

2. 隔离方式：在农村独居院落，家庭只有1个患儿的，患儿不能走出院落；院落居住多家或有其他健康儿童的，患儿须独居一室。在城市独居一套房子，家庭只有1个患儿的，患儿不能走出房门；家庭有其他健康儿童的，患儿须独居一室。

3. 隔离要求：患儿不得返校（托儿所或幼儿园），也不得与其他儿童接触；家中尽量减少护理人员，无关人员尽量不与患儿

接触。护理人员在照看患儿后，须使用肥皂洗手后，才能与其他健康人接触和从事其他家务劳动。

4. 其他管理：患儿的用具、玩具、排泄物、接触物品未经消毒，避免让他人接触；与患儿共同生活家庭成员期间亦应尽量减少与其他儿童的接触。

（三）搞好家庭卫生与消毒。

1. 养成洗手习惯。**洗手时间**：孩子和成年人均应勤洗手，尤其是在饭前便后、咳嗽或打喷嚏后及护理患儿前后要洗手。**正确的洗手方式**见海报“六步洗手法”。**洗手禁忌**：多人共用一个洗脸盆和一条毛巾。

2. 保持居室通风。患儿家庭尤其是患儿居室要每天开窗通风2~3次，每次不少于30分钟。

3. 物品消毒：**必须消毒的物品**：患儿的餐具、杯子、生活用品、玩具、衣服、被单、尿布、擦嘴和洗脸毛巾、粪便、盛放排泄物的容器、饮用水等。**消毒方法**：对患儿排泄物污染的物品可首选暴晒及煮沸消毒，也可从超市里选购有卫生许可证的含氯消毒剂（如84消毒液等）按说明配制成有效氯含氯消毒液后使用。

此外，村医或片医会每天上门随访一次，观察患儿病情，指导隔离和消毒，请家长做好配合工作。

附件 3

托幼机构和小学手足口病防控

手足口病是由多种人肠道病毒引起的一种儿童常见急性传染病，多发生于婴幼儿。为我国法定报告管理的丙类传染病。大多数患者症状轻微，以发热和手、足、口腔等部位的皮疹或疱疹为主要症状。少数患者可出现无菌性脑膜炎、脑炎、急性弛缓性麻痹、神经源性肺水肿和心肌炎等，个别重症患儿病情进展快，可导致死亡。

托儿所、幼儿园、学前班等托幼机构和小学的健康教育是手足口病预防控制工作的重点部位之一，做好儿童个人、托幼机构等的卫生是预防该病的关键之一。

一、园（校）卫生

（一）活动室或教室。保持通风，尤其是气温低时要定时开窗通风；保持桌面、台面、地面清洁。

（二）儿童或学生宿舍。保持通风，尤其是气温低时要定时开窗通风；勤晒被褥，保持被褥整洁和地面清洁。

（三）玩具和教具。定期洗涤或擦拭，必要时予以消毒。

（四）饮水与饮具。供应开水或纯净水；饮具不交互使用，必要时定期消毒。

（五）门把手。活动室、教室、宿舍、餐厅和卫生间的门把手，最好使用消毒剂浸泡毛巾每天擦拭消毒一次。

(六) 幼儿毛巾。流行季节或本校(园)发现病人后,最好每天煮沸消毒一次。

(七) 食堂和餐厅。食堂须有卫生许可证,员工须有健康体检合格证;不采购和使用腐烂、变质、过期加工原料;室内清洁卫生,餐具定时消毒。

(八) 厕所。洗手池处张贴正确洗手方法的宣传图,保持通风和清洁卫生,最好使用水冲式便池。使用非水冲式便池时,要指定人员经常清理厕所粪便,对粪便做无害化处理。

(九) 生活垃圾管理。指定地点和配备密封式垃圾箱(池),集中存放,定时清理。

二、师生个人卫生

(一) 不吃冷食,不喝生水。

(二) 保持一人一饮具和一餐具,独自使用一条毛巾。

(三) 不随地吐痰和大小便;饭前便后使用肥皂洗手。

(四) 不当别人面擤鼻、打喷嚏咳嗽时使用手纸或手帕遮掩口鼻,不随地抛扔手纸等垃圾。

(五) 不去人群聚集的场所,不在人群聚集场所逗留;不去手足口病病人家庭走访,不与手足口病病儿玩耍。

三、晨检要求

(一) 流行季节须坚持每日晨检和午检制度。

(二) 每日晨检首先观察学生或儿童体温;对体温异常的学生或儿童须检查有无手、足皮疹和口腔疱疹。

(三) 发现发热和手、足皮疹及口腔疱疹者,当面或电话通

知家长带领子女到医院就诊，并将诊断结果报告本幼儿园（或托儿所，或学前班，或学校）。

（四）接到家长报告后，须落实病人痊愈后 7 天才能入园（校）的规定，并进一步严格晨检。

四、消毒工作

发生疫情时的随机消毒和终末消毒见《手足口病预防控制指南（2009 版）》。

附件 4

儿童游乐场所、早教和培训机构 手足口病防控

手足口病是由多种人肠道病毒引起的一种儿童常见传染病，是我国法定报告管理的丙类传染病，主要通过接触患者口鼻分泌物、疱疹液、粪便，以及接触被污染的玩具、奶瓶、餐饮具等物品进行传播。儿童游乐场所、早教和培训机构等公共场所由于儿童聚集、人流大，尤其是商场内的儿童游乐场所等空气流通较差，在流行季节极易成为手足口病传播的主要场所。为有效防控手足口病，请配合疾病预防控制机构做好以下工作：

一、在手足口病流行季节，组织全体工作人员学习手足口病防控知识。

二、保持场所内空气流通，确保空调系统或排风扇运转正常。

三、保持场所内环境卫生清洁，及时清理垃圾。

四、每日营业结束后应对公共玩具、游乐设施、教具以及地面、桌椅、电梯楼梯扶手等物体表面进行清洗消毒。人流量大时或手足口病流行季节期间，应增加消毒频次。

五、厕所要配备足够的洗手液或肥皂，保证水龙头等供水设施正常使用。每日对厕所进行清洁消毒。

六、通过场所内的电视、液晶屏幕、广播、宣传栏等开展手足口病防治知识宣传。

附件 5

社会公众手足口病防控

一、健康教育核心信息

（一）手足口病（Hand-foot-mouth Disease, HFMD）

手足口病是由多种人肠道病毒引起的一种儿童常见传染病，多发生于婴幼儿，是我国法定报告管理的丙类传染病。大多数患者症状轻微，以发热和手、足、口腔等部位的皮疹或疱疹为主要症状。少数患者可出现无菌性脑膜炎、脑炎、急性弛缓性麻痹、神经源性肺水肿和心肌炎等，个别重症患儿病情进展快，可导致死亡。

（二）手足口病的主要临床表现。

急性起病，发热，手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹，可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。部分病例仅表现为皮疹或疱疹性咽峡炎。多在一周内痊愈，预后良好。

少数病例（尤其是小于 3 岁者）病情进展迅速，在发病 1—5 天左右可出现脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等。极少数病例病情危重，可致死亡，存活病例可留有后遗症。这些重症病例多由 EV71 肠道病毒感染引起。

持续高热不退，精神差，呕吐，易惊，肢体抖动，无力，呼吸和心率增快，出冷汗，高血压，外周血白细胞计数明显增高以及血糖升高等，是手足口病重症病例的早期表现。病儿、特别是 3

岁以下儿童被诊断为手足口病，出现这些症状和体征时，有可能在短期内发展为危重病例，应密切观察病情变化。

（三）传染源及传播途径。

病人和隐性感染者均为传染源，主要通过消化道、呼吸道和密切接触等途径传播。健康儿童主要通过接触病人、病人呕吐物和排泄物及其污染的物品、病人使用过的物品等方式被感染。

绝大多数的成年人得了手足口病的症状比较轻微或者不发病，往往不被注意，反而成为了隐形传染者，可将病毒传播给孩子。在手足口病流行期间，大人回家后接触孩子前，要洗手洗脸、漱口和换衣服，可以有效避免把外界的病毒带到家里传染给孩子，同时要保持家里通风流通。

（四）手足口病易感易发病群体。

人群对引起手足口病的肠道病毒普遍易感，感染后可获得免疫力。由于不同病原型别感染后抗体缺乏交叉保护力，因此，人群可反复感染发病。手足口病的患者主要为学龄前儿童，尤以3周岁以下儿童发病率最高。

（五）手足口病的重点场所。

托儿所、幼儿园、学前班和小学是易感儿童聚集场所，极易发生手足口病聚集性或暴发疫情，流行季节和年份，必须在辖区疾病预防控制机构的指导下，全面做好预防控制工作。

（六）手足口病的治疗。

目前，手足口病尚无针对性疫苗和特异性治疗药物，儿童及其家长、托幼机构和学校的预防工作须采取综合措施，病人的治疗以支持疗法为主，绝大多数患者可自愈。

二、爱国卫生知识

(一) 预防控制手足口病，应把春季爱国卫生运动作为重点，并常年坚持。

(二) “清扫死角、清除垃圾、管理粪便、整治污水”是手足口病预防控制的爱国卫生主题。

(三) 预防手足口病，每个社会成员、特别是少年儿童都要养成“勤洗手，喝开水，吃熟食，勤通风，晒衣被”的个人卫生习惯。

(四) 保持家庭卫生，做好环境卫生，注意个人卫生是全社会的责任和义务。

三、疫情控制

(一) 病人和隐性感染者是手足口病的传染源。做好病人隔离治疗，不与病人接触是控制传染源的最好办法。

(二) 学龄前儿童极易感染手足口病，家长要加强自家儿童管理，避免与病人接触，减少被传染的机会。成人也尽量避免或减少与病人及其家庭成员的接触。

(三) 托幼机构出现重症或死亡病例，或 1 周内同一班级出现 2 例及以上病例，病人所在班级应停课 10 天；1 周内累计出现 10 例及以上病人，或 3 个班级分别出现 2 例及以上病例时，该托幼机构应停课 10 天。

(四) 在手足口病病人发病前后与其有过接触的儿童，其家长要加强自家儿童观察，发现异常要及时带领儿童就医。

(五) 每个人都有配合手足口病等传染病调查处理的责任和义务。

抄送：自治区卫生计生委疾控处。

广西壮族自治区疾病预防控制中心办公室

2016年3月15日印发
