

婴幼儿腹泻 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_A9_B4_E5_B9_BC_E5_84_BF_E8_c22_302640.htm 名称婴幼儿腹泻所属

科室儿科病因 1.体质因素 本病主要发生在婴幼儿，其内因特点： 婴儿胃肠道发育不够成熟，酶的活性较低，但营养需要相对地多，胃肠道负担重。 婴儿时期神经、内分泌、循环系统及肝、肾功能发育均未成熟，调节机能较差。 婴儿免疫功能也不完善。血清大肠杆菌抗体滴度以初生至2周岁最低，以后渐升高。因而婴幼儿易患大肠杆菌肠炎。母乳中大肠杆菌抗体滴度高，非凡是初乳中致病性大肠杆菌分泌型IgA高，所以母乳喂养儿较少发病，患病也较轻。同理小婴儿轮状病毒抗体低，同一集体流行时，小婴儿罹病多。 婴儿体液分布和成人不同，细胞外液占比例较高，且水分代谢旺盛，调节功能又差，较易发生体液、电解质紊乱。 婴儿易患佝偻病和营养不良，易致消化功能紊乱，此时肠道分泌型IgA不足，腹泻后易於迁延。 2.感染因素 分为消化道内与消化道外感染，以前者为主。(1)消化道内感染：致病微生物可随污染的食物或水进入小儿消化道，因而易发生在人工喂养儿。哺喂时所用器皿或食物本身如未经消毒或消毒不够，亦有感染可能。病毒也可通过呼吸道或水源感染。其次是由成人带菌（毒）者的传染，如病房内暴发细菌性（或病毒性）肠炎后部分医护人员受染，成为无症状肠道带菌（毒）者，可导致病原传播。(2)消化道外感染：消化道外的器官、组织受到感染也可引起腹泻，常见于中耳炎、咽炎、肺炎、泌尿道感染和皮肤感染等。腹泻多不严重，年龄越小者越多见。引起腹泻的原因一部分是因为肠道外感染引起消化功能紊乱，另一

部分可能是肠道内外均为同一病原（主要是病毒）感染所引起。(3)滥用抗生素所致的肠道菌群紊乱：长期较大量地应用广谱抗生素如氯霉素、卡那霉素、庆大霉素、氨苄青霉素、各种头孢霉素，非凡是两种或以上并用时，除可直接刺激肠道或刺激植物神经引起肠蠕动增快、葡萄糖吸收减少、双糖酶活性降低而发生腹泻外，更严重的是可引起肠道菌群紊乱。此时正常的肠道大肠杆菌消失或明显减少，同时耐药性金黄色葡萄球菌、变形杆菌、绿脓杆菌、难辨梭状芽胞杆菌或白色念珠菌等可大量繁殖，引起药物较难控制的肠炎。

3. 消化功能紊乱

(1) 饮食因素；(2) 不耐受碳水化合物；(3) 食物过敏；(4) 药物影响；(5) 其他因素：如不清洁的环境、户外活动过少，生活规律的忽然改变、外界气候的突变（中医称为“*rdquo.*）等，也易引起婴儿腹泻。病理与临床症状不成比例，病理改变较轻。大体所见主要是肠管胀气、小肠粘膜充血及卡他性炎症。少数病例在回肠下段和盲肠出现***囊样积气，主要在粘膜下层，个别病例在回肠下段可见1、2个帽针头大小的浅溃疡。有时肠腔内有血样大便，但多不能找到出血部位。镜下除充血、白细胞浸润和偶见小溃疡外，无其他非凡所见。病久者可见营养不良的改变。肝脏脂肪浸润较多见。偶有脑静脉窦血栓形成。合并症常见支气管肺炎和中耳、肾盂等处的化脓灶。

临床表现

1. 一般症状 因腹泻轻重而异。

(1) 轻型腹泻：主要是大便次数增多，每日数次至10余次。大便稀，有时有少量水，呈黄色或黄绿色，混有少量粘液。每次量不多，常见白色或淡黄色小块，系钙、镁与脂肪酸化合的皂块。偶有少量呕吐或溢乳，食欲减退，体温正常或偶有低热。面色稍苍白，精神尚好，无其他周身症状。体重不

增或稍降。体液丢失在50ml/kg以下，临床脱水症状不时显。预后较好，病程约3~7天。在佝偻病或营养不良患儿，腹泻虽轻，却常每日3~7次，色黄，常有粘液，有恶臭。大便检可见少量白细胞。大便性状和次数不稳定。迁延日久，营养情况越恶化，常继发泌尿道、中耳或其他部位感染。

(2)重型腹泻：可由轻型加重而成。每日大便十数次至40次。开始转为重型时，便中水分增多，偶有粘液，呈黄或黄绿色，有腥臭味，呈酸性反应。换尿布不及时者，常腐蚀臀部皮肤，表皮剥脱而发红。随病情加重和摄入食物减少，大便臭味减轻，粪块消失而呈水样或蛋花汤样，色变浅，主要成分是肠液和小量粘液，呈碱性反应。大便量增至每次10~30ml，多者可达50ml。镜下见脂肪滴、游动的细菌、粘液、重症偶见红细胞，白细胞可达每高部视野10个左右。患儿食欲低下，常伴呕吐。多有不规则低热，重者高热。体重迅速降低，明显消瘦。如不及时补液，脱水、酸中毒逐渐加重。少数重症起急遽，高热达39~40℃，频繁地呕吐、泻水样便，迅速出现水和电解质紊乱的症状。近十余年来，由於能提早就诊，严重的重型腹泻已明显减少。

2.水和电解质紊乱症状 以脱水、酸中毒为主，有时有低钾、低钙症状。

(1)脱水：患儿较快地消瘦、体重减轻，精神萎靡，皮肤苍白甚至发灰、弹性差，前囟和眼窝下陷，粘膜干燥，腹部凹陷，脉细数，血压降低和尿量减少。脱水分为轻、中、重三度：

轻度脱水：体液丢失占体重的5%以下。患儿精神稍差，面色略苍白，皮肤稍干但弹性尚好，眼窝稍差，面色略苍白，皮肤稍干但弹性尚好，眼窝稍陷，小便较平时略少；

中度脱水：体液丢失约占体重的5~10%。患儿萎靡、阵阵烦躁，皮肤苍白发灰、干

燥、松弛、弹性差，捏起后不能立即展平。口周发青，前囟和眼窝明显下陷，唇及粘膜干燥，心音钝，腹部凹，四肢发凉，小便明显减少； 重度脱水：体液丢失占体重的10~15%。患儿萎靡、淡漠，对四周环境无反应，皮肤苍灰，弹性极差，捏起后不易平复。前囟与眼窝深陷，眼不闭，结膜干涩，哭无泪，角膜无光，口唇发绀，粘膜干燥、不清、心率速，血压不易测出。腹深陷。四肢厥冷。尿极少或无尿。估计脱水程度时，应重视眼窝、前囟凹陷程度。低渗性脱水易出现皮肤弹性减低，而营养不良儿平时弹性就差，应予注重。不同脱水类型临床症状也有差异。低渗性脱水时因细胞外液丢失多，患儿脱水症状出现早且较重，但口渴较轻，而萎靡较重；高渗性脱水时，细胞内液外移，细胞外液相对丢失较少。患儿口渴明显、发热、烦躁、肌张力增高，偶有惊厥。眼窝、前囟凹陷较轻，手足较温，脉搏可及。(2)酸中毒：主要是精神萎靡，呼吸深长，呈吧息状。严重者呼吸增快，甚至昏迷。新生儿或小婴儿无或较晚出现呼吸深长，主要表现为嗜睡、苍白、拒食、衰弱等，估计酸中毒时，要注重患儿年龄。(3)低钾血症：多在水泻1周以上出现明显低钾，原有营养不良者出现较早、较重。一般患儿未输液前较少有低钾症状，输入不含钾液体后，随脱水酸中毒的纠正，逐渐出现低钾症状：精神萎靡、肌张力低、第一心音钝。再重则出现腹胀、肠鸣音减弱或消失、腱反射减弱。如未及时补钾，低钾严重时可出现肌肉麻痹甚至呼吸肌麻痹、肠麻痹、膀胱麻痹，腱反射消失，心率减慢、心律不齐、心尖部出现收缩期杂音、心脏扩大，可危及生命。血清钾在3.5mmol/L以下多出现低钾症状。(4)低钙血症：原有营养不良、佝偻病或腹

泻日久的患儿，常在轮液后出现烦躁不安、手足搐搦甚至惊厥等低钙症状。检查可见佛斯特氏和腓反射阳性。(5)低镁血症：少数患儿纠正脱水、酸中毒、补充钙后出现低镁性手足搐搦症。表现为手足震颤、搐搦、哭闹、易受刺激、不能入睡。个别患儿在额部或皮肤皱摺处出现红晕。诊断注重寻找病因，排出消化道外感染引起的腹泻。先从病史中了解喂养情况、不洁食物史、疾病接触史、食物和餐饮具消毒情况，以区别感染性与非感染性腹泻。其次注重发病季节和地区。我国北方3~7月份的腹泻多由于大肠杆菌引起，而8~12月份的病例多系病毒所致。有条件者应作大便培养、电镜检查或病毒分离。输液前应根据病史和体征表现分析判定脱水的程度和性质。须具体询问：病前和病期中的喂养情况、喂水量和是否含盐；腹泻和呕吐的日数、每日次数和性质；入院前输液次数、种类和量；小便量、色和入院前最后一次排尿时间。据此，结合体征发现，估计脱水的程度和性质。对重症或不易判定者，应测血清钠、钾、氯化物和血气分析，或测二氧化碳结合力。出现惊厥时可测血清钙。注重必须根据病史和临床表现对水分、电解质紊乱进行分析，不可单纯根据化验结果进行补液。以便作出正确判定。心电图检查有助於了解血钾情况。低钾时T波平坦，然后代倒置，ST段降低，常出现U波，有时与T波融合。严重低钾时可出现室性早搏及室性心动过速。个别重症有心室纤颤。区别几种不同病原所致腹泻的临床特点以利诊断。

- 1.致病性大肠杆菌肠炎 四季都有发病，但5~7月分最多。多起病较缓，开始轻泻，不发热，很少吐。逐渐发展严重，呕吐和低热常与脱水同时出现。大便多呈蛋花汤样，色淡黄，有时粘液较多，偶见血丝，有

腥臭味。O111、O126、O127、O128肠炎的大便中，可有白色脓液。以O111引起者最重，O55、O86、O26和O44所致者较轻。此种肠为多呈等渗性或低渗性脱水。肠毒性大肠杆菌肠炎泻水样便量多；侵袭性大肠杆菌肠炎因细菌侵入小肠粘膜，可引起溃疡，大便中常带少量脓或血。

2.病毒性肠炎 主由轮状病毒引起。北京地区多发生在8~12月，以10~11月最多。多发生在2岁以下小儿。潜伏期1~3天。起病急，早期出现呕吐，多合并上呼吸道感染症状。体温常在38~40℃。腹胀较明显，起病1~2日即开始排水样便，大便稀薄、色淡，有时呈白色米汤样或清水样，粘液少，很少腥臭味。多伴严重口渴及烦躁。脱水多呈轻度或中度等渗或高渗性，极少低低渗性。抗生素治疗无效，多在5~7日内自然痊愈。偶见危重病例末期出现紫绀，可能与微循环障碍或心力衰竭有关，终至不救。

3.空肠弯曲菌肠炎 病例有逐渐增多趋。平均潜伏期3~5天，如感染量小，潜伏期延长。腹泻前可有发热、腹痛等前驱症状，偶可出现败血症、脑膜炎等严重并发症。本病发病季节性不明显，以1~3岁最多，大便常带血，镜检可见白细胞。确诊依靠细菌学检查，恢复期血清抗体明显升高。

4.耶氏菌肠炎 耶尔森菌可引起小儿急、慢性胃肠炎，国内较少。主要表现为腹泻、发热、及腹部绞痛。约25%患儿便中带血。虽有少数迁延，多数患儿呈自限性，数日后自愈。

5.金黄色葡萄球菌肠炎 很少为原发性，多继发于口服大量广谱抗生素后，症状与病程常与菌群失调的程度有关，有时在慢性痢疾基础上继发。主要表现为呕吐、发热、腹泻。呕吐常在发热1~5日前出现。腹泻初期大便呈黄绿色，3~4日后多变为有腥臭味的暗绿色水样便，每日可达10~20次或更多。体

液丢失较大肠杆菌肠炎多，脱水和电解质紊乱症状重，甚至发生休克。大便中常见灰白色片状伪膜（将少量大便放在生理盐水内，可见伪膜漂浮水上），对临床诊断有帮助。大便粘液涂片可见多数脓球和革兰氏阳性球菌。培养有金黄色葡萄球菌生长。

6.真菌性肠炎多并发于其他感染，如大肠杆菌肠炎久治不愈者。多数有长期应用广谱抗生素史。在便每日3~4次或稍多，黄色稀水样，偶呈豆腐渣样，有的发绿，泡沫较多，带粘液。大便镜检有真菌孢子及菌丝。广西曾报道3例毛霉菌肠炎死亡病例，病史6天~3个月，黄绿水便，偶带粘液，镜下有红白细胞。尸检查到肠道血管内及四周大量毛霉菌。

鉴别诊断

- 1.杆菌痢疾 婴儿痢疾表现多不典型。常无脓血便，临床呈一般腹泻的表现，较难鉴别。应注重流行情况，常能问出接触史。排便前常哭闹，显示里急后重。仔细观察可见患儿大便频繁，但每次量不多，有时可见水样便粪质中混有脓血，镜下有较多脓细胞、红细胞和吞噬细胞。而大肠杆菌肠炎每次便量多，一部分每次可达20ml以上，大便中粘液常见，但极少稠脓，偶有少数白细胞与红细胞，应培养鉴别。
- 2.婴儿出血性肠炎 起病与大肠杆菌肠炎无异，但治疗后腹泻不止且病情加重，腹胀较重，高热、频繁呕吐，重者吐咖啡样物。大便早期呈水样，潜血试验阴性，以后出现典型的暗红色果酱样大便。脱水重，可早期出现休克。中毒症状重者可昏迷、惊厥。
- 3.渗出性体质小儿可生后不久即开始排黄绿色稀便，大便次数多，但不吐，食欲好，体重增加正常。到添加辅食后，大便自然恢复正常。并发症 腹泻常导致营养不良、多种维生素缺乏和多种感染。

1.消化道外感染 消化道外感染可能是腹泻的病因，但也常因腹泻后全身反

抗力低下而受感染。常见的有皮肤化脓性感染、泌尿道感染、中耳炎、上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、静脉炎和败血症。病毒性肠炎偶有并发心肌炎。

2. 鹅口疮 病程迁延或原有营养不良的患儿易并发鹅口疮，尤在长期使用广谱抗生素后更多，如不及时停药，真菌可侵及肠道，甚至引起全身性真菌病。

3. 中毒性肝炎 腹泻病程中可出现黄疸，多见于原有营养不良的患儿。可能大肠杆菌引起的肠炎，并发大肠杆菌败血症，导致中毒性肝炎。腹泻后病情很快加重，出现黄疸后很快死亡。但如及早发现及时注射多粘菌素、氨苄或羧苄青霉素，多数可治愈。

4. 营养不良和维生素缺乏 腹泻迁延日久，或反复多次禁食、长期热量不足，易导致营养不良、贫血和维A缺乏。久泻致肝功受损，维生素K吸收减少和凝血酶原减低，而致出血。

5. 其他 脱水重时可并发急性肾功能衰竭。此外有：中毒性肠麻痹、肠出血、肠穿孔、肠套叠和胃扩张。还可因输液不当引起急性心力衰竭、高钠或低钠血症，或高钾血症。小婴儿呕吐护理不周时可引起窒息。

治疗

1. 原则是 开始出现腹泻后，给消化道以适当的休息； 控制肠道内外感染； 纠正水与电解质紊乱； 良好的护理。

2. 饮食疗法 开始时给消化道以适当休息。轻、中型患儿减食至平时半量左右4~6小时；重型者6~12小时。减食期间液体补充：轻、中型患儿配制“口服。病毒性肠炎由于葡萄糖促进的钠运转障碍，口服葡萄糖液浓度不宜超过2%，钠浓度不超过50mmol/L；重型者应静脉输液。恢复饮食时，人乳喂养儿应减产每次哺乳时间；人工喂养儿可从米汤、稀藕粉或稀释的牛乳（或酸奶）开始，奶量和所加蔗糖都由少到多，由稀到浓，逐步增加。除食欲不振和严重呕吐外，加乳无须顾虑

，因腹泻后患儿体内营养大量消耗，增加食物后虽大便次数可增加，但肠道吸收与食入量成正比。禁食过久或热量增加过缓都可导致营养不良。一般应于治疗48小时后给以足够热量，5天左右恢复正常饮食。

3.液体疗法 (1)口服补液盐：1971年以来联合国世界卫生组织提倡用口服补液盐 (oral rehydration salt,ORS) 所配制的饮料，在世界各地对不同病原和不同年龄的急性腹泻患儿推广应用。我国自1980年以来在各省市广泛使用，取得较好的效果。配制1升ORS饮料，需NaCl3.5G，NaHCO₃2.5g，KCl1.5g，葡萄糖20g。其电解质浓度为：Na90mmol/L，K20mmol/L，Cl80mmol/L，HCO₃30mmol/L，葡萄糖111mmol/L。由于病毒性肠炎患儿多有等渗或高渗性脱水，应将ORS稀释1/3～1/2后口服Na含量降至45～60mmol/L、K10～13.3mmol/L、以40～53.4mmol/L、HCO₃15～20mmol/L、葡萄糖56～74mmol/L，葡萄糖浓度仍保持促进消化道水、钠的吸收。第一日给ORS量：轻度脱水50～60ml/kg，在4小时内服完；中度脱水70～100ml/kg，在4～6小时内服完。同时应按后述方法补充钾和钙。最近，WHO推荐用枸橼酸钾代替原配方中的碳酸氢钠，因后者易潮解而枸橼酸钾则比较稳定。临床应用也证实了这种代替法的优点。此外WHO又倡导以ORS的配方的20克葡萄糖改为30克的米粉或其他谷物粉，认为用谷物粉配制后，味道可口患儿轻易接受，服用时发生呕吐者较少，粪便成形较快。临床实践已证实其疗效。确能促进水和电解质的吸收，华西医科大学儿科曾以50克米粉代替原配方中的20克葡萄糖，确能防治脱水，优于用ORS原方。至于口服ORS有困难或有重度脱水发生循环衰竭者，皆需先静脉补液。如在农村不便进行静

脉滴注，也可用胃管滴注ORS。如口服或胃管滴注ORS后脱水仍不见好，则应设法静脉输液。(2)胃肠道外补液：对呕吐或口服补液有困难及重度脱水患儿，应根据上册胃肠道外液体疗法补液原则，分步骤地进行治疗。先较快地恢复循环量并补充累积损失，再较慢地补充继续丢失和生理消耗。近十余年来，国际上补液供给液体总量和含钠液量都有减少趋势。

1)补液总量：治疗第一个24小时的补液量应包括：累积损失量、继续丢失量和生理消耗量，依脱水程度补充总量120~200ml/kg（轻度脱水120~150ml/kg、中度脱水150~180ml/kg、重度脱水180~200ml/kg）。一般病例4~12小时后可开始喂奶（奶量计算包括在上述液量内），如腹泻仍重，第二天有的仍需输液，高渗性脱水需在2~3日内缓慢纠正脱水。脱水纠正后每日液量只需补充继续丢失和生理消耗量约每日100~120ml/kg。

2)液体组成：第一日补液内容：等渗电解质溶液（包括Na及k）和非电解质溶液（葡萄糖液）全日容量比例根据脱水性质决定：等渗性脱水宜为1:1（相当于1/2张力电解质液）；低渗性脱水用2:1（相当于2/3张力电解质液）；高渗性脱水时，应根据高渗的严重程度，使二者的比例成为1:1至1:2（总浓度相当于1/3张力电解质液），避免血清钠浓度降低过快，引起相对性水中毒。对病情较轻、肾功能较好的患儿、或条件不具备时，电解质液可单用生理盐水。但酸中毒明显时应用“（生理盐水2分加1/6mol碳酸氢钠或乳酸钠1分）作为含钠液。有低钾血症者，在输液排尿后，在以上液体余量中加氯化钾0.3%滴入。

3)补液的步骤及速度：原则是将所需液体按含钠浓度，先浓后淡、先快后慢地输入。开始输时：等渗和低渗性脱水用“液，高

渗性脱水用rdquo.液（3分葡萄糖液、4分生理盐水、2分1/6mol乳酸钠液）20mlg/kg，在半至1小时输入，以恢复循环量，然后再将含钠液浓度逐渐降低，将全部液体在24小时内输完（高渗脱水在48小时输完），一般速度为8~10ml/kg/小时，高渗性脱水按5~8ml/kg/小时。低渗性脱水为防止脑细胞迅速缩小，应避免输高渗性液体。

4)钾的补充：一般患儿补钾2~4mmol/kgmiddot.d)在患儿排尿后开始口服，将全日量均分为3~4次。低钾明显者，可缓慢静脉滴入氯化40mmol/L(0.3%)，全日量可增至4~6mmol/kgmiddot.d)。如全部氯化钾均需静脉滴入（不可静脉推入或加滴器小壶中滴入），应均匀分配于全日静脉输液中。较安全的办法是将氯化钾100mg/kg加入排尿后第一批输液中（0.3%KCl）静脉滴入。低钾情况一般都能好转，然后将所需氯化钾其余部分分3~4次口服补充。静脉给钾过浓、过快、可致高钾血症而猝死，应特点注重。因食物中含钾丰富，饮食恢复至正常量一半时，可停止补钾。

5)钙和镁的补充：在补液过程中，如患儿兴奋性过高或出现惊厥或抽搐，可将10%葡萄糖酸钙10ml稀释一倍，静脉滴入，必要时可重复。能口服时可给10%氯化钙5~10ml/次，每日3~4次。此类患儿多有佝偻病，抽搐停后可肌注维生素D20~30万单位，并继服钙剂。脱水重、久泻及有低镁症状者，可肌注25%硫酸镁0.2~0.4ml/kg/次，每日2~3次，2~4日。

6)对严重酸中毒的处理：一般酸中毒经上述输液治疗，肾功能恢复后，多可纠正。如酸中毒严重，可增加乳酸钠或碳酸氢钠用量，代替等量的生理盐水。

7)输血或血浆：对腹泻严重或伴营养不良者宜输血浆，每次25~50ml，必要时1~3日重复一次，共2~4次。贫血者代之以输全血

。 4.中医疗法 5.控制肠道感染 针对病原体采用适当的抗菌药物，尤对严重病例为然。(1)对致病性大肠杆菌感染：除侵袭型大肠杆菌外，很少侵入组织。细菌大量聚积在肠道内，应选用肠道不易吸收的杀菌药。疗效不好时，应测药物敏感试验，作为用药参考。常用药物用：1)卡那霉素；2)庆大霉素；3)巴龙霉素；4)甲氧苄氨嘧啶。(2)对侵袭型大肠杆菌感染：肠道不吸收的杀菌药对此类感染疗效不好，可采用治疗杆菌痢疾的药物。氨苄青霉素效果较好，剂量50mg/kg α .干扰素10u/次，每日2次肌注注射，连续3~5天治疗秋季腹泻有显著疗效。(6)对空肠弯曲菌感染：以红霉素为首选药物。剂量25~50mg/kg \cdot d，分3~4次口服。对庆大霉素、新霉素、痢特灵亦敏感，但对复方新诺明不敏感。(7)对肠炎耶氏菌感染：新霉素和磺胺药均有效。(8)对真菌感染：口服制霉菌素，剂量12.5万~50万单位，每日2~4次。同时停用原来应用的抗生素。如肠道吸收功能受损明显，宜选用注射药物，如二性霉素乙。

预防及预后【预防】主要方法： 鼓励母乳喂养，尤以生后4~6个月和第一个夏季最重要，应避免夏季继奶； 人工喂养时要注重饮食卫生和水源清洁。每次喂食前用开水洗烫食具，每日煮沸消毒一次； 母乳和人工喂养都应按时添加辅食，切忌几种辅食同时添加； 食欲不振或在发热初期，应减少奶和其他食物入量，以水代替，最好用口服补液盐配成饮料口服； 夏季炎热时避免过食或食用富于脂肪的食物。婴儿体温调节功能差，夏季要少穿衣服，注重居室通风； 患营养不良、佝偻病或肠道外感染时，应及时治疗，防止并发腹泻； 感染性腹泻，尤其是大肠杆菌、鼠伤寒或其他沙门氏菌和轮状病毒引起的，传染性很强，

易在病房内广泛传播，必须严重消毒隔离，否则易在儿科病房发生交叉感染。消毒方法以过氧乙酸烟熏效果最好，其次是用新消毒表面消毒再加紫外线照射。腹泻病例的病房最好每月用过氧乙酸烟熏彻底消毒；下地玩耍的小儿饭前便后要洗手；医务人员要努力宣传小儿腹泻的预防措施，以免再犯腹泻。轮状病毒肠炎流行甚广，疫苗为理想的预防方法。对轮状病毒已有疫苗口服的报道，保护率为80%以上，但持久性尚待研究。【预后】取决于病因、营养状况及治疗的迟早。耐药性致病性大肠杆菌或真菌所致腹泻预后较差。病毒性肠炎预后良好。营养不良和佝偻病患儿发生腹泻，由于机体调节功能差，预后较差。病情重、治疗较晚、发生严重并发症，如急性肾功能衰竭或严重继发感染者预后不良。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com