

细菌性痢疾_感染科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E7_BB_86_E8_8F_8C_E6_80_A7_E7_c22_609588.htm 细菌性痢疾

(bacillary dysentery) ，是痢疾杆菌引起的常见急性肠道传染病，以结肠化脓性炎症为主要病变，有全身中毒症状、腹痛、腹泻、里急后重、排脓血便等临床表现。【诊断】流行季节有腹痛、腹泻及脓血样便者即应考虑菌痢的可能。急性期病人多有发热，且多出现于消化道症状之前。慢性期病人的过去发作史甚为重要，大便涂片镜检和细菌培养有助于诊断的确立。乙状结肠镜检查及x线钡剂检查，对鉴别慢性菌痢和其他肠道疾患有一定价值。在菌痢流行季节，凡突然发热、惊厥而无其他症状的患儿，必须考虑到中毒型菌痢的可能，应迟早用肛试取标本或以盐水灌肠取材作涂片镜检和细菌培养。【治疗措施】(一)急性菌痢的治疗1.一般疗法和对症治疗病人应予胃肠道隔离(至症状消失，大便培养连续二次阴性为止)和卧床休息。饮食一般以流质或半流质为宜，忌食多渣多油或有刺激性的食物。恢复期中可按具体情况逐渐恢复正常饮食。有失水现象者可给予口服补液盐。如有呕吐等而不能由口摄入时，则可给予生理盐水或5%葡萄糖盐水静脉滴注，注射量视失水程度而定，以保持水和电解质平衡。有酸中毒者，酌情给予碱性液体。对痉挛性腹痛可给予阿托品及腹部热敷，忌用显著抑制肠蠕动的药物，以免延长病程和排菌时间。这类药物虽可减轻肠痉挛和缓解腹泻，在一定程度上可减少肠壁分泌。但实际上腹泻是机体防御功能的一种表现，且可排出一定数量的致病菌和肠毒素，因此不宜长

期使用解痉剂或抑制肠蠕动的药物。特别对伴高热、毒血症或粘液脓血便患者，应避免使用，以免加重病情。婴幼儿也不宜使用此类药物。能够作用和影响肠道动力的药物有阿托品、颠茄合剂、度冷丁、可待因、吗啡、樟脑酊、苯乙哌啶和盐酸氯苯哌酰胺等。

2.病原治疗 近年来痢疾杆菌的耐药菌株，尤其是多重耐药菌株渐见增多，粪便培养检得致病菌时需作药敏试验，以指导合理用药。

磺胺类药：磺胺药对痢疾杆菌有抗菌活性，但如与甲氧苄氨嘧啶（tmp）合用，则有协同效果。如复方磺胺甲唑（smz-tmp）片剂，每天2次，每次2片，儿童酌减，疗程一周。有严重肝病、肾病、磺胺过敏及白细胞减少症者忌用。近年来耐药菌已见增多，如疗效差或无效时，即应改用其他抗菌药物。

喹诺酮类：该类药物作用于细菌dna促旋酶，具杀菌作用，无毒副作用，已成为成人菌痢的首选药。由于该类药可影响儿童骨骼发育，学龄前儿童忌用。成人用法如下：吡哌酸每日2g，分3次口服，疗程5~7天；诺氟沙星每日600~800mg，分2~3次口服，疗程同上；依诺沙星、氧氟沙星和环丙沙星每日皆为600mg，分2次口服，疗程3~5天。

抗生素：尽量口服给药。氯霉素、四环素族等抗痢疾杆菌活性差，耐药菌株日趋增多，因而在广泛应用抗生素的某些大城市中，不宜以氯霉素或四环素族作为急性菌痢首选药物，但在农村地区仍可使用。痢特灵对本病仍有效，但呕吐等副作用较大，部分人不能口服者，可改用庆大霉素或氨苄西林等抗生素。庆大霉素的剂量为160~240mg/d，分2次肌注，小儿每日3~5mg/kg，分2次肌注；卡那霉素的剂量为1~1.5g/d，小儿为每日20~30mg/kg，分2次给药；氨苄西林的剂量为2~6g/d，小儿为每日50

~ 100mg/kg，分4次给药。疗程均为5~7天。必要时，可加用tmp0.1g，每日2次，以增加疗效。近年来，耐庆大霉素和氨苄西林菌株增加，有人改用阿米卡星成人每日15mg/kg，儿童100mg/kg治疗菌痢，取得较好疗效，但多数作者认为，该药不宜作为“一线药物”，以免耐药菌株增加。 中药：黄连素0.3~0.4g，每日4次；一见喜4g，每日4次。疗程均为7天。

(二) 中毒性菌痢的治疗 本型来势迅猛，应及时针对病情采取综合性措施抢救。

1. 抗菌治疗 采用庆大霉素或阿米卡星与氨苄西林静脉注射，剂量、用法同急性期，中毒症状好转后，按一般急性菌痢治疗或改用复方磺胺甲唑（smz-tmp）或诺氟沙星口服，总疗程7~10天。氟喹诺酮类静脉针剂和头孢哌酮也可使用。
2. 高热和惊厥的治疗 高热易引起惊厥而加重脑缺氧和脑水肿，应用安乃近及物理降温，无效或伴躁动不安、反复惊厥或惊跳者，可给予亚冬眠疗法，以氯丙嗪与异丙嗪各1~2mg/kg肌注，必要时静脉滴注，病情稳定后延长至2~6小时注射一次，一般5~7次即可撤除，尽快使体温保持在37℃左右。冬眠灵具有安定中枢神经系统和降温的作用，可降低组织耗氧量，抑制血管运动中枢，可使小动脉和小静脉扩张，从而改善微循环和增进脏器的血流灌注。还可给地西泮（安定）、水合氯醛或巴比妥钠。
3. 循环衰竭的处理

扩充血容量：因有效循环血量减少，应予补充血容量，可快速静脉输入低分子右旋糖酐或葡萄糖氯化钠溶液，首剂10~20ml/kg，全日总液量50~100ml/kg，具体视患者病情及尿量而定。若有酸中毒，可给5%碳酸氢钠滴入（详见“感染性休克”章节）。

血管活性药物的应用：针对微血管痉挛应用血管扩张剂，采用山莨菪碱，成人剂量为10~20mg/次，儿

童每次0.3 ~ 0.5mg/kg，或阿托品成人1 ~ 2mg/次，儿童每次0.03 ~ 0.05mg/kg，注射间隔和次数视病情轻重和症状缓急而定，轻症每隔30 ~ 60分钟肌注或静脉注射一次；重症每隔10 ~ 20分钟静脉注射一次，待面色红润、循环呼吸好转、四肢温暖、血压回升即可停药，一般用3 ~ 6次即可奏效。如上述方法治疗后周围循环不见好转，可考虑以多巴胺与阿拉明联合应用。

强心治疗：有左心衰和肺水肿者，应给予西地兰等治疗。

抗凝治疗：有dic者采用肝素抗凝疗法，剂量及疗程同感染性休克。

肾上腺皮质激素的应用：氢化可的松每日5 ~ 10mg/kg静脉滴注，可减轻中毒症状、降低周围血管阻力、加强心肌收缩、减轻脑水肿、保护细胞和改善代谢，成人200 ~ 500mg/日，一般用药3 ~ 5天。

4.治疗呼吸衰竭应保持呼吸道通畅、给氧、脱水疗法（如应用甘露醇或山梨醇）、严格控制入液量。必要时给予山梗菜碱、尼可刹米等肌注或静注。重危病例应给予呼吸监护，气管插管或应用人工呼吸器。

5.纠正水与电解质紊乱应补充失液量及钾、钠离子，但需慎防用量过大速度过快而引起肺水肿、脑水肿。

（三）慢性菌痢的治疗需长期、系统治疗。应尽可能地多次进行大便培养及细菌药敏试验，必要时进行乙状结肠镜检查，作为选用药物及衡量疗效的参考。

1. 抗生素的应用首先要抓紧致病菌的分离鉴定和药敏检测，致病菌不敏感或过去曾用的无效药物暂不宜采用。大多主张联合应用两种不同类的抗菌药物，剂量充足，疗程须较长且需重复1 ~ 3疗程。可供选用药物同急性菌痢。

2. 菌苗治疗应用自身菌苗或混合菌苗，隔日皮下注射一次，剂量自每日0.25ml开始，逐渐增至2.5ml，20天为一疗程。菌苗注入后可引起全身性反应，并导致局

部充血，促进局部血流，增强白细胞吞噬作用，也可使抗生素易于进入病变部位而发挥效能。此外，也可试以噬菌体治疗。

3.局部灌肠疗法 使较高浓度的药物直接作用于病变部位，以增强杀菌作用，并刺激肉芽组织新生，一般作保留灌肠。常用的药物为5%大蒜浸液100ml或0.5%~1%新霉素100~200ml，每日1次，10~15次为一疗程。有人主张灌肠溶液中加入0.25%普鲁卡因、氢化可的松25mg，或可提高疗效。

4.肠道紊乱的处理 可酌情用镇静、解痉或收敛剂。长期抗生素治疗后肠道紊乱，可给乳酶生或小剂量异丙嗪、复方苯乙呱啶或针刺足三里。也可以0.25%普鲁卡因液100~200ml保留灌肠，每晚1次，疗程10~14天。

5.肠道菌群失调的处理 限制乳类和豆制品。大肠杆菌数量减少者可给乳糖和vitc，肠球菌减少者可给叶酸。可服乳酶生（含厌氧乳杆菌）4~6g，或枯草杆菌片剂（每片含菌50亿），或枯草杆菌溶液100~200ml（每ml含活菌3亿）灌肠，每晚1次，疗程2~3周，以促使厌氧菌生长，重新恢复肠道菌群平衡。培菲康和丽珠肠乐也可调整肠道菌群，前者成人3~5粒/次，后者2粒/次，皆每天2~3次。慢性菌痢的治疗效果尚欠满意，如有显著症状而大便培养阳性，则需隔离治疗。此外，应追查促使转为慢性的诱因，例如是否有寄生虫病、胃炎等加杂症，对有关伴发病进行适当的治疗，鉴于慢性菌痢病程较长，其急性症状常有自然缓解倾向，因此，必须反复进行大便培养，才能判断治疗效果。

【病原学】痢疾杆菌是革兰氏阴性兼性菌，不具动力，在普通培养基中生长良好，最适宜温度为37℃，在水果、蔬菜及腌菜中能生存10日左右；在牛奶中可生存24日之久；在阴暗潮湿及冰冻条件下生存数周。阳光直射有杀灭作用，加

热60 10分钟即死，一般消毒剂能将其杀灭。所有痢疾杆菌均能产生内毒素、细胞毒素、肠毒素（外毒素），志贺氏痢疾杆菌尚可产生神经毒素。志贺氏菌属有菌体抗原o及表面抗原k，有其群与型的特异性，据生化反应及抗原组成，痢疾杆菌可分为4群： a群：包括志贺氏菌及其血清型1~15； b群：包括福氏菌及其血清型：1a~c、2a~b、3a~c、4a~c、x、y等； c群：包括鲍氏菌及其血清型1~18； d群：宋内氏菌属：1。临床上可以特异性血清作凝集反应加以定型。目前以福氏和宋内氏菌占优势，某些地区仍有志贺氏菌群流行。福氏菌感染易转为慢性，宋内氏菌感染则多呈不典型发作，志贺菌的毒力最强，可引起严重症状。【发病机理】痢疾杆菌对结肠粘膜上皮细胞有吸附和侵袭作用，对肠粘膜上皮细胞具有侵袭力的菌株才能引起结肠典型病变，而对上皮细胞无侵袭力的菌株并不引起病变。胃酸、肠道菌群产生的短链脂肪酸、过氧化氢以及大肠杆菌素等，对痢疾杆菌有杀灭或拮抗作用。人体肠粘膜产生的分泌型iga等特异性抗体，对痢疾杆菌有重要排斥作用。某些足以降低人体全身和胃肠道局部防御功能的因素，如慢性病、过度疲劳、暴饮暴食及消化道疾患等，则有利于痢疾杆菌侵入肠粘膜而致病。痢疾杆菌侵入肠粘膜上皮和固有层，并在其中繁殖，引起肠粘膜的炎症反应，固有层呈现毛细血管及小静脉充血，并有细胞及血浆的渗出与浸润、甚至可致固有层小血管循环衰竭，从而引起上皮细胞变性甚至坏死，坏死的上皮细胞脱落后可形成小而浅表的溃疡，因而产生腹痛、腹泻、脓血便。直肠括约肌受刺激而有里急后重感，内毒素可致全身发热。中毒性菌痢 全身中毒症状与肠道病变程度不一致，虽有毒血症症状

，但肠道炎症反应极轻。除痢疾杆菌内毒素作用外，可能与某些儿童具特异体质，对细菌毒素呈现强烈反应，引致微血管痉挛、缺血和缺氧，导致dic、重要脏器功能衰竭、脑水肿和脑疝。【病理改变】肠道病变主要分布于结肠，以直肠、乙状结肠等部位最显著，但升结肠、回肠下端也少见。急性期的病理变化为弥漫性纤维蛋白渗出性炎症，肠粘膜弥漫性充血、水肿，分泌大量渗出物，间有微小脓肿。坏死组织脱落形成溃疡，溃疡深浅不一，但限于粘膜下层，故肠穿孔和肠出血少见。发病后约1周，人体产生抗体，溃疡渐愈合。毒素也可引起内脏病变，表现在肝、肾小管、心肌、脑细胞变性。中毒性菌痢的结肠病变很轻，但显著的病变为全身小动脉痉挛和渗出性增加，脑干出现神经变性、浸润和点状出血。肾上腺皮质萎缩和出血。慢性患者肠壁增厚，溃疡边缘有息肉状增生，愈合后形成疤痕，导致肠腔狭窄。【流行病学】本病终年均有发病，但多流行于夏秋季，见于世界各地。

（一）传染源 为病人与带菌者，其中非典型病例和慢性病例在流行病学上意义尤大。（二）传染源 主要借染菌的食物、饮水和手等经口感染。在流行季节可有食物型和水型的暴发流行，前者系食用被手或苍蝇等污染的物体而受感染；后者系水源被粪便污染而致水型传播。在非流行季节，接触被病人或带菌者污染的物体可受感染。（三）人群易感性 无论男女老幼，对本病普遍易感。患病后仅产生短暂、不稳定的群和型免疫力，易重复感染或复发。【临床表现】潜伏期数小时至7天，多数为1~2天。志贺氏菌感染的表现一般较重，宋内菌引起者较轻，福氏菌感染介于二者之间，但易转变为慢性。临床上常分为急性和慢性二期。（一）急性菌痢1.普通

型起病急骤，畏寒、寒战伴高热，继以腹痛、腹泻和里急后重，每天排便10~20次，呈脓血便，量少，左下腹压痛伴肠鸣音亢进。一般1~2周内逐渐恢复或转为慢性。2.轻型 全身毒血症状和肠道表现均较轻，腹痛不著，腹泻次数每日不超过10次，大便呈糊状或水样，含少量粘液，里急后重感染也不明显，可有呕吐，有疗程3~6天，易误为肠炎或结肠炎。3.中毒型 多见于2~7岁体质较好的儿童。起病急骤，病初即可有高热、精神萎靡、面色青灰、四肢厥冷、呼吸微弱而浅表、反复惊厥、神志不清、皮肤花纹，可导致呼吸和循环衰竭，但肠道症状较轻，甚至无腹痛与腹泻，常需直肠拭子或生理盐水灌肠，采集大便检查才发现粘脓便，镜下可见大量脓细胞和红细胞。按临床表现可分为 休克型：主要表现为周围循环衰竭，皮肤发花，口唇青紫，血压明显下降或测不出，伴不同程度意识障碍； 脑型：以严重脑部症状为主，因脑水肿、颅内压增高可发生脑疝。临床表现主要为惊厥、昏迷和呼吸衰竭。早期表现嗜睡、烦躁、频繁呕吐、呼吸增快，后期神志不清、频繁惊厥、血压升高、瞳孔忽大忽小，大小不等，对光反射明显迟钝、消失，呼吸深浅不匀，节律不整，呈叹息样呼吸，最后减慢以至停顿； 混合型：是预后最为凶险的一种，具有循环衰竭与呼吸衰竭的综合表现。（二）慢性菌痢 病程超过2个月即称慢性菌痢。下列因素易使菌痢转为慢性： 急性期治疗不及时或为耐药菌感染； 营养不良； 合并慢性疾患如胃肠低、胆囊炎、肠道寄生虫病以及机体免疫机能障碍、siga缺乏者； 福氏菌感染。1.慢性迁延型 急性菌痢后，病情长期迁延不愈，有不同程度腹部症状，或有长期腹泻，或腹泻与便秘交替，大便经常或间歇带

有粘液或脓血，可长期间歇排菌。2.慢性隐匿型 有急性菌痢史，较长期无临床症状，大便培养阳性，乙状结肠镜检查有异常发现，也为重要传染源。3.急性发作型 因某种因素如饮食不当、受凉、劳累等而诱致慢性患者呈急性发作者，症状一般较急性期轻。【并发症】在恢复期或急性期偶可有多发生、渗出性大关节炎，关节红肿，数周内自行消退。孕妇重症患者可致流产或早产。慢性菌痢有溃疡结肠病变者，可并发营养不良、贫血、维生素缺乏症及神经官能症。尚可引致溶血性尿毒综合征、reiter综合征、类白血病反应等。儿童患者可并发中耳炎、口角炎、脱肛。并发败血症者罕见，具有菌痢和败血症的双重表现，但病情较为凶险，病死率高，年龄在1岁以内婴儿更高。【辅助检查】（一）血象 急性病例白细胞总数及中性粒细胞有中等度升高。慢性病人可有轻度贫血。（二）粪便检查 典型痢疾粪便中无粪质，量少，呈鲜红粘冻状，无臭味。镜检可见大量脓细胞及红细胞，并有巨噬细胞。培养可检出致病菌。如采样不当、标本搁置过久，或患者已接受抗菌治疗，则培养结果常不理想。常用的鉴别培养基为SS琼脂和麦康凯琼脂。（三）其他检查 荧光抗体染色技术为快速检查方法之一，较细胞培养灵敏。国内采用免疫荧光菌球法，方法简便，灵敏性及特异性均高，采样后8小时即可作出诊断，且细菌可继续培养并作药敏试验。乙状结肠镜检查可见急性期肠粘膜弥漫性充血、水肿、大量渗出、有浅表溃疡，有时有假膜形成。慢性期的肠粘膜呈颗粒状，可见溃疡或息肉形成，自病变部位刮取分泌物作培养，可提高检出率。此外，x线钡剂检查在慢性期患者，可见肠道痉挛、动力改变、袋形消失、肠腔狭窄、肠粘膜增厚，或呈节段

状。近年来有人以葡萄球菌协同凝集试验作为菌痢的快速诊断手段，具有良好的敏感性和特异性。【鉴别诊断】急性菌痢应与下述疾患鉴别。（一）阿米巴痢疾 起病一般缓慢，少有毒血症症状，里急后重感较轻，大便次数亦较少，腹痛多在右侧，典型者粪便呈果酱样，有腐臭。镜检仅见少许白细胞、红细胞凝集成团，常有夏科-雷登氏结晶体，可找到阿米巴滋养体。乙状结肠镜检查，见粘膜大多正常，有散在溃疡。本病易并发肝脓肿。（二）流行性乙型脑炎 本病表现和流行季节与菌痢（重型或中毒型）相似，后者发病更急，进展迅猛、且易并发休克，可以温盐水灌肠并做镜检及细菌培养。此外，本病尚应与沙门氏菌感染、副溶血弧菌食物中毒、大肠杆菌腹泻、空肠弯曲菌肠炎、病毒性肠炎等相鉴别。慢性菌痢应与慢性血吸虫病、直肠癌、非特异性溃疡性结肠炎等鉴别。【预防】应从控制传染源、切断传播途径和增进人体抵抗力三方面着手。（一）早期发现病人和带菌者，及时隔离和彻底治疗，是控制菌病的重要措施。从事饮食业、保育及水厂工作的人员，更需作较长期的追查，必要时暂调离工作岗位。（二）切断传播途径，搞好“三管一灭”即管好水、粪和饮食以及消灭苍蝇），养成饭前便后洗后的习惯。对饮食业、儿童机构工作人员定期检查带菌状态。一发现带菌者，应立即予以治疗并调离工作。（三）保护易感人群可口服依莲菌株活菌苗，该菌无致病力，但有保护效果，保护率达85%~100%。国内已生产多价痢疾活菌苗。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