

## 附件 4

# 细菌性痢疾诊疗方案

(2023 年版)

细菌性痢疾 (Bacillary dysentery) 简称菌痢, 是由志贺菌属 (*Shigella*) 引起的一种肠道传染病, 又称志贺菌病 (Shigellosis), 是全球范围内引起人类腹泻的主要病因之一, 是欠发达以及发展中国家儿童感染性腹泻致死的主要病种, 发展中国家的罹患水平明显高于发达国家。菌痢是《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病。为进一步规范菌痢临床诊疗工作, 结合国内外研究进展和诊疗经验, 制定本诊疗方案。

### 一、病原学

志贺菌属于肠杆菌科, 志贺菌属。菌体短小, 无芽孢, 无荚膜, 无鞭毛, 有菌毛, 革兰染色阴性, 兼性厌氧。

根据生化反应和 O 抗原的不同, 志贺菌属分为 4 种血清群: 痢疾志贺菌 (*S. dysenteriae*, A 群)、福氏志贺菌 (*S. flexneri*, B 群)、鲍氏志贺菌 (*S. boydii*, C 群)、宋内志贺菌 (*S. sonnei*, D 群)。不同血清群感染引起的临床表现严重程度不一, 痢疾志贺菌最为严重, 可引起中毒型痢疾, 而宋内志贺菌与鲍氏志贺菌感染致泻的症状则较轻。福氏志贺菌感染后较易转为慢性。我国以福氏和宋内志贺菌占优势。

志贺菌可以产生内毒素和外毒素。内毒素引起全身反应

如发热、毒血症及休克等。外毒素又称志贺毒素，有肠毒性、神经毒性和细胞毒性。

志贺菌生存能力较强，最适生长温度为 37℃，最适 PH 为 7.2~7.4，对理化因素的抵抗力较其他肠杆菌弱，对紫外线、高温和常用化学消毒剂敏感。

## 二、流行病学

### （一）传染源。

患者和带菌者是主要传染源。

### （二）传播途径。

主要经消化道传播。通过手、食物和水等经口摄入感染，也可通过接触患者或带菌者的生活用具而感染。

### （三）易感人群。

人群普遍易感。学龄前儿童和青壮年为高发人群。儿童、老年人和营养不良者较易出现重症和死亡。部分成人感染后可无症状。病后可获得一定的免疫力，但持续时间短。不同血清群间无交叉保护性免疫。

## 三、发病机制

志贺菌进入下消化道侵入结肠黏膜上皮细胞，进入固有层繁殖、释放毒素，进而引起肠黏膜炎症反应，固有层毛细血管及小静脉充血，炎症细胞浸润，血浆渗出，进而导致固有层小血管循环障碍引起上皮细胞变性、坏死。坏死的上皮细胞脱落后可形成小而浅的溃疡，因而出现腹痛、腹泻、脓血便。直肠壁受炎症刺激出现里急后重感。

内毒素入血引起发热和毒血症状，并释放血管活性物质引起微循环障碍、血浆外渗，进而引发感染性休克、DIC及重要脏器功能障碍，临床表现为中毒性菌痢。脑组织出现微循环障碍则发生脑水肿甚至脑疝。

极少数患者因外毒素导致上皮细胞损伤，引发凝血障碍、肾微血管病变及溶血后血红蛋白堵塞肾小管引起溶血性尿毒症综合征。

#### 四、病理改变

菌痢的肠道病变主要发生于结肠，以直肠、乙状结肠最常见，严重者可累及整个结肠及回肠末端。急性期的病理变化为急性卡他性炎症，弥漫性纤维蛋白渗出。早期黏液分泌亢进，黏膜充血、水肿、中性粒细胞和巨噬细胞浸润，可见点状出血，肠腔内黏液血性渗出液。病变进一步发展，肠黏膜浅表坏死，表面有大量的黏液脓性渗出物。渗出物与坏死组织、炎症细胞、红细胞及细菌一起形成特征性的假膜。约一周左右假膜脱落，形成大小不等、形状不一的“地图状”浅表溃疡，溃疡多限于黏膜下层，肠穿孔和肠出血少见。

中毒型菌痢可引起微循环障碍、脑组织水肿及神经细胞变性等。

慢性菌痢可见肠壁慢性炎症细胞浸润和纤维组织增生，乃至瘢痕形成，严重者可致肠腔狭窄。肠黏膜可因过度增生而形成息肉。

#### 五、临床表现

### （一）一般表现。

潜伏期 1~7 天，多为 1~2 天。

#### 1. 急性菌痢。

根据毒血症及临床症状严重程度，分为四型。

（1）轻型：全身中毒症状轻，可无发热或仅低热。表现为急性腹泻，大便次数及量少，脓血便少见。可有轻微腹痛，里急后重较轻或缺如。病程 3~7 天。

（2）中型：起病急骤，畏寒发热，体温可达 39℃ 以上，伴头痛、乏力、食欲减退，数小时后出现腹痛、腹泻、里急后重等肠道症状。排便初为稀便，后转为黏液脓血便。排便次数较多，可达 10 余次/天。可有左下腹压痛。病程 1~2 周。

（3）重型：除上述腹泻症状外，出现严重腹胀及中毒性肠麻痹，严重失水可引起外周循环障碍，出现心、肾功能不全。多见于老年、体弱、营养不良者。

（4）中毒型（或暴发型）：起病急骤，以高热、休克、惊厥和神志障碍为主要表现。初期腹泻症状轻或缺如。多见于 2~7 岁儿童，病死率高。按临床表现分为三型：

##### a. 休克型（周围循环衰竭型）。

以感染中毒性休克为主要表现，可致多脏器功能衰竭。

##### b. 脑型（呼吸衰竭型）。

以脑水肿、脑疝为主要表现，可致中枢性呼吸衰竭。

##### c. 混合型。

兼有休克型和脑型的表现，可迅速出现呼吸衰竭及循环

衰竭，病死率高达 90%以上。

## 2.慢性菌痢。

反复发作或迁延不愈 2 个月以上。

### (二) 并发症。

#### 1.溶血性尿毒症综合征。

多见于婴幼儿。临床表现为溶血性贫血、血小板减少、肾功能不全。偶有中枢神经系统症状，如癫痫样发作、昏迷等。

#### 2.反应性关节炎。

多见于膝、踝、肘、腕等关节，表现为肿胀、疼痛，为变态反应所致。

#### 3.赖特尔综合征（Reiter Syndrome）。

表现为眼炎、尿道炎和关节炎，其中眼炎及尿道炎于数天至数周内消失，关节炎症状可长达数月至数年。HLA-B27 阳性者发生率高。

#### 4.其他。

少数儿童患者可发生肠套叠、中毒性巨结肠；孕妇病情严重的可致流产或早产；慢性菌痢可并发营养不良、贫血、维生素缺乏症及神经官能症等。

## 六、实验室检查

### (一) 常规检查。

急性期血白细胞计数轻至中度增高，多在（10~20） $\times 10^9/L$ ，以中性粒细胞为主，慢性菌痢可有贫血。粪便外观

多为黏液脓血便，粪质少或无，镜检可见白细胞、脓细胞及少量红细胞，如有吞噬细胞更有助于诊断。

## （二）病原学检查。

1.细菌培养：粪便培养到志贺菌。为提高细菌培养阳性率，应在抗菌药物使用前取粪便脓血黏液部分或肛拭子，及时送检。

2.核酸检测：PCR 等方法检测志贺菌核酸阳性。

## （三）结肠镜检查。

一般用于慢性菌痢，特别是需要与其他炎症性肠病或肿瘤相鉴别时。肠镜下可见结肠黏膜充血、水肿及浅表溃疡，黏膜可呈颗粒状或有息肉增生；刮取黏液性分泌物送检。必要时可取活检做病理检查。

## 七、诊断

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析，作出诊断。

### （一）疑似病例。

腹泻，有脓血便、黏液便、水样便或稀便，伴里急后重，尚未确定其他原因引起的腹泻者。

### （二）临床诊断病例。

同时具备以下 3 点：

- 1.有不洁饮食和（或）与菌痢患者接触史；
- 2.具有菌痢的临床表现；
- 3.粪便常规检查白细胞或脓细胞 $\geq 15$  个/高倍视野，可见

红细胞、吞噬细胞。

### （三）确诊病例。

疑似病例或临床诊断病例粪便培养到志贺菌或志贺菌核酸检测阳性。

## 八、鉴别诊断

### （一）急性菌痢。

需与急性阿米巴痢疾、其他细菌或病毒引起的感染性腹泻（如侵袭性大肠埃希菌肠炎、空肠弯曲菌肠炎、轮状病毒肠炎、诺如病毒肠炎等）、细菌性食物中毒等相鉴别，粪便培养或核酸检出相应病原体有助于鉴别。

### （二）慢性菌痢。

需与慢性阿米巴痢疾、结直肠癌、慢性血吸虫病及溃疡性结肠炎相鉴别，确诊依赖于病理、结肠镜检查或特异性病原学检查。

### （三）中毒型菌痢。

1.休克型：需与其他细菌引起的感染性休克相鉴别，血及粪便培养检测出不同致病菌有助于鉴别。

2.脑型：需与流行性乙型脑炎（简称乙脑）相鉴别。乙脑意识障碍及脑膜刺激征明显，循环衰竭少见，脑脊液可有蛋白及白细胞增高，乙脑病毒特异性 IgM 阳性可资鉴别。

## 九、治疗

### （一）一般治疗。

1.应实施消化道隔离，临床症状消失、便培养连续 2 次

(间隔 24 小时) 阴性后可解除隔离。

2. 以流食为主，忌食生冷、油腻及刺激性食物，出现脱水征象时，及时补液，以口服补液为主，不能口服者需静脉补液。

3. 发热以物理降温为主，体温超过 38.5℃ 可应用退热药物治疗，如对乙酰氨基酚、布洛芬等；如出现剧烈腹痛，可使用解痉止痛类药物，如颠茄片、山莨菪碱、阿托品等。

## (二) 病原治疗。

选择药物需结合本地流行株药敏结果，首选口服抗菌药物，严重病例可静脉给药，疗程 3~5 天。

常用抗菌药物包括以下几种：

1. 氟喹诺酮类药物：环丙沙星、左氧氟沙星等。

环丙沙星 500mg，口服，2 次/天；0.4g，静脉滴注，每 12 小时一次。左氧氟沙星 500mg，口服，1 次/天。在与监护人充分沟通并签署知情同意书的情况下，儿童可使用环丙沙星：每日 10~15mg/kg，分 3 次口服。

2. 磺胺类：复方磺胺甲噁唑 (TMP-SMZ)，成人：160/800mg，口服，2 次/天；儿童：2 月以下婴儿禁用，2 月以上体重 40kg 以下婴幼儿 (4~8) / (20~40) mg/kg，口服，2 次/天。体重 ≥ 40kg 的小儿用量同成人常用量。

3. 头孢菌素类：成人：头孢曲松钠 1.0~2.0g，静脉滴注，1 次/天；头孢噻肟钠，2.0g，静脉滴注，每 8 小时一次。儿童：头孢曲松 50~100/mg/kg，静脉滴注，每天一次；头孢噻



肝 150~200mg/kg/d，静脉滴注，分 3~4 次。

慢性菌痢应根据药敏和临床症状缓解情况，合理使用抗菌药物。

### （三）重型和中毒型菌痢治疗。

毒血症严重时可短期小剂量糖皮质激素治疗。中毒性菌痢出现休克或多脏器功能障碍时，应立即进行液体复苏、纠正酸中毒及给予脏器功能支持等治疗。

### （四）中医治疗。

本病之核心病机为湿热疫毒侵袭机体，邪蕴肠腑而发病。初期多为实证、热证；日久不愈，由实转虚，或虚实夹杂，寒热并见。急性痢疾临床多以湿热痢、寒湿痢论治，慢性痢疾临床多以阴虚痢、虚寒痢论治。

#### 1. 急性痢疾。

##### （1）湿热痢。

临床表现：腹痛，里急后重，下痢赤白脓血，赤多白少，肛门灼热，小便短赤，或发热恶寒，头痛身楚，口渴，舌红，苔黄腻，脉滑数或浮数。

推荐方剂：葛根芩连汤合芍药汤。

常用药物与参考剂量：葛根 20g、黄连 15g、黄芩 15g、大黄 9g、当归 15g、赤芍 30g、甘草 6g、木香 6g、槟榔 6g、肉桂 5g。

服法：每日 1 剂，水煎服，每次 100~200ml，每日 2~4

次，口服。以下处方服法相同（如有特殊，遵医嘱）。

## （2）寒湿痢。

临床表现：腹痛拘急或胀满，喜温喜暖，下痢白多赤少或纯白冻，口淡乏味，头沉身重，舌淡，苔白腻，脉濡。

推荐方剂：不换金正气散。

常用药物与参考剂量：藿香 10g（后下）、苍术 15g、厚朴 15g、法半夏 9g、陈皮 10g、木香 10g、枳实 15g、桂枝 10g、炮姜 10g、白芍 15g、当归 15g。

## 2.慢性痢疾。

### （1）阴虚痢。

临床表现：痢下赤白，日久不愈，脐下急痛或灼痛，里急后重，痢下脓血黏稠，或下脓血，虚坐努责，食少，五心烦热，夜间尤甚，舌红绛少津，苔少或花剥，脉细数。

推荐方剂：黄连阿胶汤合驻车丸。

常用药物与参考剂量：黄连 12g、乌梅 10g、黄芩 6g、阿胶珠 10g、当归 10g、白芍 10g、地榆炭 15g。

### （2）虚寒痢。

临床表现：腹部隐痛，缠绵不已，痢下稀薄或白冻，无腥臭，甚则滑脱不禁，肛门坠胀，四肢不温，畏寒神倦，食少神疲，舌淡，苔薄白，脉沉细而弱。

推荐方剂：附子理中汤。

常用药物与参考剂量：制附片 9g（先煎）、人参 10g、

白术 10g、干姜 10g、炙甘草 10g、赤石脂 10g（先煎）。

## 十、预防

保持饮食和个人卫生是预防菌痢最重要的措施。患者使用的厕所、洗手盆等应用含氯消毒剂进行消毒。患儿应避免与其他儿童直接接触，玩具应定期清洁消毒。照护人员应规范手卫生。