

中国腹泻病诊断治疗方案

腹泻病(diarrheal diseases)是一组多病原多因素引起的疾病,为世界性公共卫生问题,WHO 把腹泻病的控制列为全球性战略。我国对腹泻病的控制也非常重视,制定了国家腹泻病控制规划。由于儿童营养状况及医疗条件的改善,在我国本病的死亡率已明显下降,但发病率仍然较高,且存在滥用抗菌药物、滥用静脉补液等问题,为规范腹泻病的诊治,特制定此方案。本方案适用于儿童与成人。

1 诊断

1.1 诊断依据 大便性状有改变,呈稀便、水样便、粘脓便或脓血便。大便次数比平时增多。

1.2 病程分类 急性腹泻病(acute diarrheal diseases):病程在 2 周以内。迁延性腹泻病(persistent diarrheal diseases):病程在 2 周至 2 个月。慢性腹泻病(chronic diarrheal diseases):病程在 2 个月以上。

1.3 病情分类 轻型:无脱水、无中毒症状。中型:有些脱水或有轻度中毒症状。重型:重度脱水或明显中毒症状(烦躁、精神萎靡、嗜睡、面色苍白、高热或体温不升、外周白细胞计数明显增高等)。

1.4 病因分类

腹泻病	8 篇	感染性	霍乱
			痢疾
		其它感染性腹泻	
		非感染性	食饵性(饮食性)腹泻
			症状性腹泻
			过敏性腹泻
其它腹泻			

1.5 临床诊断 根据腹泻病程、大便性状、大便肉眼和镜检所见、发病季节、发病年龄及流行情况,估计最可能的诊断。

急性水样便腹泻,多为轮状病毒或产毒素性细菌感染。小儿尤其是 2 岁以内婴幼儿,发生在秋冬季节,以轮状病毒肠炎可能性大;成人发生在 5~6 月份要考虑成人型轮状病毒肠炎;发生在夏季以产肠毒性大肠杆菌(ETEC)肠炎可能性大。

水样便或米汤样便,腹泻不止伴有呕吐,迅速出现严重脱水,要考虑霍乱。

病人粪便为粘脓或脓血便,要考虑为细菌性痢疾;

如血多脓少、呈果酱样,多为阿米巴痢疾。此外,应考虑侵袭性细菌感染,如侵袭性大肠杆菌肠炎、空肠弯曲菌肠炎或沙门菌肠炎等。

1.6 病因诊断 在未明确病因之前,统称为腹泻病,病原明确后应按病原学进行诊断,如细菌性痢疾、阿米巴痢疾、霍乱、鼠伤寒沙门菌肠炎、致泻性大肠杆菌肠炎、空肠弯曲菌肠炎、轮状病毒、肠腺病毒、小圆病毒、冠状病毒以及成人型轮状病毒肠炎、蓝氏贾第鞭毛虫肠炎、隐孢子虫肠炎、真菌性肠炎等。

非感染性腹泻可根据病史、症状及检查分析,诊断为食饵性腹泻、症状性腹泻、过敏性腹泻、非特异性溃疡性结肠炎、糖源性腹泻等。

1.7 脱水的评估 见表 1。

表 1 腹泻病人脱水状况的评估

	一	二	三
1 望诊			
一般状况	良好	*烦躁、易激惹	*嗜睡昏迷、软弱无力
眼窝	正常	下陷	明显下陷
眼泪	有	少或无	无
口舌	湿润	干燥	非常干燥
口渴	饮水正常无口渴	*口渴,想喝水	*只能少量饮水或不能饮水
2 触诊			
捏起后皮肤弹性	捏起后回缩快	*捏起后回缩慢(小于 2 秒)	*捏起后回缩很慢(大于 2 秒)
3 诊断	无脱水征	有些脱水:患者有两个或两个以上上述体征,其中至少包括一个*所示的体征。	重度脱水:患者有两个或两个以上上述体征,其中至少包括一个*所示的体征。
		丢失水分占体重的 3%~10%。	丢失水分大于体重的 10%。
4 治疗	采用方案一	采用方案二	采用方案三

2 治疗

腹泻病的治疗原则: 预防脱水; 纠正脱水; 继续饮食; 合理用药。

2.1 急性腹泻病的治疗

2.1.1 治疗方案一 适用于无脱水征患者,可在家庭治疗。

家庭治疗三原则:

2.1.1.1 给患者口服足够的液体以预防脱水。

可选用以下液体:

米汤加盐溶液:

配制方法:米汤 500ml(1 斤装酒瓶) + 细盐 1.75g (一平啤酒瓶盖的一半)或炒米粉 25g(约两满瓷汤勺) + 细盐 1.75g(一平啤酒瓶盖的一半) + 水 500ml 煮 2 ~ 3 分钟。

预防脱水:20 ~ 40ml/kg,4 小时内服完,以后随时口服,能喝多少给多少。

糖水:

配制方法:白开水 500ml(1 斤装酒瓶) + 蔗糖 10g (2 小勺) + 细盐 1.75g(一平啤酒瓶盖的一半)。

剂量服法同上。

口服补液盐(ORS)溶液(新生儿慎用),服用方法见表 2。

表 2 ORS 液服用量

年龄(周岁)	每次腹泻后 ORS 液的量(ml)	应提供 ORS 液的量(ml/d)
<2	50 ~ 100	500
2 ~ 10	100 ~ 200	1000
>10	能喝多少给多少	2000

向母亲说明和示范如何使用家用量器(如茶杯)量取所需 ORS 液的量

向母亲说明和示范如何配制 ORS 液

向母亲示范如何给患儿服用 ORS 液:

2 岁以下的患儿每 1 ~ 2 分钟喂 1 小勺约 5ml;

大一点的患儿可以用杯子直接喝;

如果患儿呕吐,停 10 分钟后再慢慢给患儿喂服(每 2 ~ 3 分钟喂一勺);

若 ORS 液用完之后腹泻还不停止,则告诉母亲喂患儿一些上述原则中所提到的液体或找医生。

2.1.1.2 给患者足够的食物以预防营养不良继续母乳喂养。

如患儿不是母乳喂养,年龄在 6 个月以内,可用患儿日常食用的奶或奶制品继续喂养。

如患儿年龄在 6 个月以上,给已经习惯的平常饮食,如粥、面条或烂饭,蔬菜、鱼或肉末等;可给一些新鲜水果汁或水果以补充钾。这些食物要很好烹调、研磨或捣碎使之容易消化。

成人则可进食营养丰富容易消化的食物。

鼓励患者多进食,每日加餐 1 次,直至腹泻停止后 2 周。

2.1.1.3 如果 3 天患者表现不见好转或 3 天内出现

下列任何一种症状,应找医生诊治:

腹泻次数和量增加;不能正常饮食;频繁呕吐;发热;明显口渴;粪便带血。

2.1.2 治疗方案二 适用于有些脱水的患者,用 ORS 及时纠正脱水。

2.1.2.1 最初 4 小时内 ORS 液的用量 见表 3。

表 3 最初 4 小时内 ORS 液用量

年龄	< 4 个月	4 ~ 11 个月	12 ~ 23 个月	2 ~ 4 岁	5 ~ 14 岁	15 岁
体重(kg)	<5	5 ~ 8	8 ~ 11	11 ~ 16	16 ~ 22	>30
用量(ml)	200 ~ 400	400 ~ 600	600 ~ 800	800 ~ 1200	1200 ~ 2200	2200 ~ 4400 (老人酌减)

注:只有在不知道患儿体重时,才用年龄进行估计 ORS 液的用量,也可以用以下公式计算:体重(kg) × 75ml = 用量(ml)

如果患儿想喝比表 3 中所示的量还多的 ORS 液,则可多给;

鼓励母亲继续用母乳喂养患儿;

对于 6 个月以下非母乳喂养的患儿,在这段时间内应额外给 100 ~ 200ml 白开水。

2.1.2.2 密切观察患儿病情,并帮助母亲给患儿服用 ORS 液:

告诉母亲给患儿服用 ORS 液的量;

示范如何给患儿服用 ORS 液——2 岁以内的患儿每 1 ~ 2 分钟喂一小勺,年龄大一点的患儿可以用杯子一点一点不断地喝;

随时进行检查,以及时发现问题;

如果患儿呕吐,等 10 分钟后再慢慢喂服,每 2 ~ 3 分钟一小勺;

如果患儿眼睑出现水肿,停止服用 ORS 液,改用白开水或母乳,水肿消除后按治疗方案一继续服用 ORS 液。

2.1.2.3 4 小时后用上述方法重新估计患儿的脱水状况,然后选择适当的方案(一、二或三)继续治疗。

2.1.2.4 当治疗尚未完成,母亲自动带患儿离开医院时,则:

告诉母亲在家完成 4 小时治疗所需要 ORS 液量;除给母亲足够完全纠正脱水用的 ORS 液外,按方案一再给 2 天 ORS 液;

向母亲示范如何配制 ORS 液。

向母亲解释方案一所述的腹泻病家庭治疗三原则。

2.1.3 治疗方案三 适用于重度脱水患者。

2.1.3.1 静脉输液 重度脱水患者须立即静脉输液,

按 100ml/kg 计算(见表 4)。

表 4 静脉输液方法

年龄	第一阶段 (20ml/kg) 等张液	第二阶段(80ml/kg) 2/3 张液或 1/2 张液
1 岁以内	1 小时	6 小时
1 岁以上	1 小时	5 小时

成人用 5 4 1 液,第 1 小时 1000~1500ml,后 4~5 小时 2000~4000ml

等张液:

2 1 液 = 0.9% 氯化钠液 1.4% 碳酸氢钠(或 1/6 摩尔乳酸钠)

0.9% 氯化钠液

平衡盐液

2/3 张液:

4 3 2 液 = 0.9% 氯化钠液 10% 葡萄糖 1.4% 碳酸氢钠(或 1/6 摩尔乳酸钠)

1 1 加碱液 = 0.9% 氯化钠液 100ml + 10% 葡萄糖 100ml + 5% 碳酸氢钠 10ml

1/2 张液:

2 3 1 液 = 0.9% 氯化钠液 10% 葡萄糖 1.4% 碳酸氢钠(或 1/6 摩尔乳酸钠)

5 4 1 液:

每 1000ml 含氯化钠 5.0g,碳酸氢钠 4.0g,氯化钾 1.0g

上述液体根据当地情况以供选择。

2.1.3.2 补钾:腹泻病人一般采用氯化钾 200~300mg/(kg·d),分 3~4 次口服,或配成 0.15%~0.2% 浓度的液体由静脉均匀输入,速度切忌过快,并需待有尿后才能静脉给钾。

2.1.3.3 补钙:佝偻病患儿在输液同时即给口服钙片或钙粉,每次 0.5g,每日 3 次。若出现手足搐搦症,立即给 10% 葡萄糖酸钙 10ml,稀释后缓慢静脉滴注。

2.1.3.4 一旦患儿能饮水,应尽量改用口服 ORS 液,补液 6~7 小时后重新评估病情,选择合适的方案一、二或三继续治疗。

2.1.3.5 鼻饲管补液:如无静脉输液条件,可用鼻饲点滴 ORS 液 20ml/(kg·h),连续 6 小时(总量 120ml/kg)。如病人反复呕吐或腹胀,应放慢鼻饲点滴速度。

6 小时重新评估病情,选择合适治疗方案。

2.1.4 药物治疗:

急性水样便腹泻患者(约占 70%)多为病毒或产

肠毒素性细菌感染,一般不用抗生素,只要做好液体疗法,患者可以自愈。对重症患者选用抗菌药物治疗。如疑似霍乱采用喹诺酮类药物治疗。

粘脓、脓血便患者(约占 30%)多为侵袭性细菌感染,选用一种当地有效的抗菌药物。如用药 48 小时,病情未见好转,再考虑更换另外一种抗菌药物。

伪膜性肠炎:为难辨梭状芽孢杆菌感染,应立即停用抗生素,选用灭滴灵、万古霉素、利福平等口服。

真菌性肠炎:首先停用抗生素,采用制霉菌素、氟康唑或克霉唑口服。

阿米巴痢疾及蓝氏贾第鞭毛虫肠炎:采用灭滴灵口服。

隐孢子虫肠炎:采用大蒜素口服治疗。

食饵性腹泻:调整饮食,继续喂养。混合喂养或人工喂养的患儿用牛奶或奶制品喂养 2 天,然后恢复正常饮食;儿童及成人则采用 2 大米粥、面条等易消化食物,然后恢复正常饮食。

症状性腹泻:积极治疗全身性原发病。

2.2 迁延与慢性腹泻病的治疗

迁延与慢性腹泻病患者宜到医院治疗。

2.2.1 积极做好液体疗法预防和治疗脱水,纠正水、电解质酸碱平衡紊乱。

2.2.1.1 无脱水患者服用方案一所推荐的液体,预防脱水。

2.2.1.2 有条件的医院应做血生化或血气测定。若有脱水分别按等渗、低渗或高渗治疗,并注意纠正酸中毒与钾、钠、钙、镁的失衡。

等渗脱水:用 2/3~1/2 张液(4 3 2 液或 2 3 1 液)

低渗脱水:用等张~2/3 张液(2 1 液或 4 3 2 液)

高渗脱水:用 1/5~1/3 张液(1 4 液或含钾维持液)

2.2.1.3 补钾、钙同 2.1.3.2,2.1.3.3。

2.2.1.4 补镁:出现低镁血症时,采用 25% 硫酸镁,每次 0.2ml/kg 体重,每日 1 次,必要时每日可给 2 次深部肌肉注射。

2.2.2 营养治疗 此类病人多有营养障碍,因此继续喂养(进食)是必要的治疗措施,禁食是有害的。

2.2.2.1 继续母乳喂养。

2.2.2.2 人工喂养者,应调整饮食,6 个月以下婴幼儿,用牛奶(或羊奶)加等量米汤或水稀释,喂 2 天后恢复正常饮食,或用酸奶,也可用奶-谷类混合物,每天喂 6 次,以保证足够的热量。6 个月以上的幼儿,可用

已习惯的日常饮食,选用稠粥、面条,并加些熟植物油、蔬菜、肉末或鱼末等,但需由少到多。

2.2.2.3 糖源性腹泻时,由于患儿双糖酶严重缺乏,食用富含双糖(包括乳糖、蔗糖、麦芽糖)的饮食即腹泻加重,其中以乳糖不耐受最多见。治疗宜采用去双糖饮食,可采用豆浆(每 100ml 鲜豆浆加 5~10g 葡萄糖)、酸奶或低乳糖奶粉。

2.2.2.4 过敏性腹泻时,有些患儿在应用无双糖饮食后,腹泻仍不改善需要考虑蛋白过敏,改用其它种含蛋白饮食。

2.2.2.5 静脉营养 少数严重病例口服营养物质不能耐受,应加强支持疗法。有条件单位可采用静脉营养。方案:10%脂肪乳每日 2~3g/kg,复方结晶氨基酸每日 2~2.5g/kg,葡萄糖每日 12~15g/kg,电解质及多种维生素适量,液体每日 120~150ml/kg,热量每日 209~376J/kg(50~90cal/kg)。通过外周静脉输入,总液量在 24 小时内均匀输入(最好用电脑输液泵控制速度),好转后改用口服。

2.2.3 药物治疗法 抗菌药物应慎用,仅用于分离出特异病原的感染,并要依据药物敏感试验结果选用。补充微量元素:锌、铁及维生素 A、C、B₁、B₁₂和叶酸,同时考虑微生态疗法。

2.3 中医辨证治疗腹泻有较好效果。

2.4 此外,可考虑以下制剂治疗急、慢性腹泻,供参考。

2.4.1 微生态调节剂 目的在于恢复肠道正常菌群,重建肠道天然生物屏障保护作用。常用的有双歧杆菌、嗜酸乳杆菌和粪链球菌等。

2.4.2 肠粘膜保护剂 吸附病原体和毒素,维持肠细胞正常吸收与分泌功能;与肠道粘液糖蛋白的相互作用,增强其屏障作用,以阻止病原微生物的攻击。如思密达。

(参加修订的人员有方鹤松、段恕诚、董宗祈、虞爱华、刘湘云、张家骥、彭文伟、肖东楼、郑庆斯、谢立春、刘宗恩、杜百年、鲍秀兰、王文杰、毕振强、宋应同)

(中华人民共和国卫生部卫防急发(93)第 37 号文公布)

腹泻病疗效判断标准的补充建议

1 急性腹泻病

显效:治疗 72 小时内粪便性状及次数恢复正常,全身症状消失。

有效:治疗 72 小时时粪便性状及次数明显好转,全身症状明显改善。

无效:治疗 72 小时时粪便性状、次数及全身症状均无好转甚至恶化。

2 迁延与慢性腹泻

显效:治疗 5 天内粪便性状及次数恢复正常,全身症状消失。

有效:治疗 5 天时粪便性状及次数明显好转,全身症状明显改善。

无效:治疗 5 天时粪便性状、次数及全身症状无好转甚至恶化。

全国腹泻病防治学术研讨会组织委员会
方鹤松 魏承毓 段恕诚 董宗祈 董永绥
胡皓夫 赵祥文 虞爱华 陈绍璐 徐莲芝
1998 - 05 - 22 北京