感染性腹泻

感染性腹泻（也称急性胃肠炎）系指各种病原体肠道感染而引起的腹泻。根据腹泻的持续时间长短，可将其分为急性（<14天），持续性（14～29天）或慢性（≥30天）。病原体主要包括细菌、病毒、寄生虫和真菌等。其染病途径大致相同，主要“病从口入”即粪-口传播，少数由个体接触传播和（或）呼吸道飞沫传播（诺如病毒等），但是仍然有些病例病原体的实际传播途径不明了。不同感染接种剂量直接影响疾病的传播方式和易感性。发病机制为毒素和（或）病原体直接侵犯胃肠道黏膜而致病。其临床表现均可有腹痛、腹泻，并可有发热、恶心、呕吐等症状。最后确诊须依赖病原学检查。各种腹泻处理原则亦相似，但不同病原体引起的腹泻，在流行病学、发病机制、临床表现及治疗上又有不同特点。《中华人民共和国传染病防治法》中将霍乱定为甲类传染病，将细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒定为乙类传染病，除上述以外的感染性腹泻定为丙类传染病

## 基本信息

别 称 急性胃肠炎

英文名称 infectious diarrhea

就诊科室 消化内科

常见病因 病毒、细菌、真菌、原虫等多种病原体感染

常见症状 腹泻，排稀便、水样便、黏液便，同时可伴有腹痛、恶心、呕吐、腹胀、食欲不振、发热等

## 病因

感染性腹泻是由病毒、细菌、真菌、原虫等多种病原体感染引起的腹泻。常见细菌：霍乱弧菌、痢疾杆菌、致泻大肠埃希菌、副溶血弧菌、沙门菌、弯曲菌、气单胞菌和类志贺邻单胞菌、腊样芽胞杆菌、产气荚膜梭菌、小肠结肠炎耶尔森菌等。病毒：诺如病毒、B组轮状病毒及腺病毒、星状病毒、某些呼吸道病毒等。寄生虫：贾第鞭毛虫、溶组织内阿米巴、隐孢子虫、环孢子虫等。抗生素相关性腹泻：艰难梭菌等。

## 临床表现

腹泻通常定义为每天（24h）排未成形大便≥3次，或每天排出未成形粪便的总量超过250克。粪便的性状可为稀便、水样便、黏液便、脓血便或血样便。同时可伴有腹痛、恶心、呕吐、腹胀、食欲不振、发热及全身不适等。病情严重者，可以因大量丢失水、电解质而引起脱水、电解质紊乱甚至休克。根据发病机制分为分泌性腹泻与炎症性腹泻。

1.分泌性腹泻

指病原体或其产物作用于肠上皮细胞，引起肠液分泌增多和/或吸收障碍而导致的腹泻。患者多不伴有发热、腹痛，粪便性状为稀便或水样便，粪便的显微镜检查多无细胞，或可见少许红、白细胞。属于此类腹泻的除霍乱外，还有肠产毒性大肠杆菌肠炎、致泻性弧菌肠炎、非O1/非O139霍乱弧菌肠炎，诺如、轮状等病毒肠炎，贾第鞭毛虫、隐孢子虫肠炎，以及常以食物中毒形式出现的腊样芽胞杆菌腹泻，金黄色葡萄球菌腹泻等。

2.炎症性腹泻

病原体侵袭上皮细胞，引起炎症而致的腹泻，常伴有发热，腹痛、里急后重，粪便多为黏液便或黏液血便，粪便的显微镜检查见有较多的红、白细胞，属于此类感染性腹泻的除细菌性痢疾外，还有侵袭性大肠杆菌肠炎、肠出血性大肠杆菌肠炎、弯曲菌肠炎、小肠结肠炎耶尔森氏菌肠炎、艰难梭菌性肠炎等。体格检查：应注意中毒征象、精神状态（中毒性菌痢、STEC）、脱水体征和提示性腹部体征。

## 实验室检查

鉴别炎症性和非炎症性感染性腹泻目前尚无理想的指标。

1.粪便检查

（1）粪便细菌培养粪便细菌培养仍然是“金标准”。发热和/或脓血便患者应进行粪便标本培养及药敏有助于经验治疗后调整治疗方案。近十几年来为了防控霍乱，CDC要求腹泻患者在肠道门诊开诊期间霍乱培养率达100%。目前临床常见的轻型霍乱往往通过便培养被确诊。

（2）粪便常规肉眼外观，如便标本中肉眼可见黏液和血便，提示是一个炎症过程。显微镜下检查：见红、白细胞可提示炎症性腹泻；暗视野下见“鱼群样运动”提示弧菌，并需进行制动试验以甄别霍乱弧菌；如腹泻带血，尤其粪便中不含白细胞，提示可能为出血性大肠杆菌EHEC（O157:H7/O104:H4）或阿米巴、艰难梭菌感染（后两种病原体可破坏粪便中的白细胞）。

（3）诺如和轮状等病毒性腹泻可用ELISA法检测抗原或RT-PCR检测病毒核酸。

（4）寄生虫如怀疑寄生虫感染可选择便涂片找虫卵或卵囊。

2.血常规

炎症性腹泻患者外周血白细胞总数和中性分类可增高。合并溶血尿毒综合征（HUS）时有贫血及血小板减少。

3.尿常规

合并HUS者可见血尿、血红蛋白尿、管型尿。

4.生化及电解质

合并HUS者血BUN、CR、AST、ALT、BIL、LDH、CK等可增高，血清纤维蛋白降解产物增加。

## 治疗

治疗原则：纠正水和电解质紊乱、继续饮食、合理用药。

1.饮食治疗

急性感染性腹泻患者一般不需禁食（严重呕吐除外），口服补液疗法或静脉补液开始后4h应恢复进食，少吃多餐（建议每日6餐），进食少油腻、易消化、富含微量元素和维生素的食物，尽可能增加热量摄入。避免进食罐装果汁等，以免加重腹泻。

2.补液治疗

成人急性感染性腹泻患者，应尽可能鼓励其接受口服补液盐治疗，但有下述情况应采取静脉补液治疗：

（1）频繁呕吐，不能进食或饮水者；

（2）高热等全身状况严重，尤其是伴意识障碍者；

（3）严重脱水，循环衰竭伴严重电解质紊乱和酸碱失衡者；

（4）其他不适合口服补液治疗的情况。脱水引起休克者的补液应遵循“先快后慢、先盐后糖、先晶体后胶体、见尿补钾”的原则。

3.止泻治疗

（1）肠黏膜保护剂和吸附剂蒙脱石、果胶和活性炭等，有吸附肠道毒素和保护肠黏膜的作用。

（2）益生菌不仅对人体健康有益，还可以用于治疗腹泻病，能有效减少AAD的发生，能显著降低艰难梭菌感染。益生菌尽可能避免与抗菌药物同时使用。

4.抑制肠道分泌

（1）次水杨酸铋，抑制肠道分泌，减轻腹泻患者的腹泻、恶心、腹痛等症状。

（2）脑啡肽酶抑制剂，减少肠道水和电解质的过度分泌。

5.肠动力抑制剂

洛哌丁胺、苯乙哌啶。感染性腹泻不推荐使用。

6.病原治疗

（1）抗感染药物应用原则急性水样泻患者，排除霍乱后，多为病毒性或产肠毒素性细菌感染，不应常规使用抗菌药物；轻、中度腹泻一般不用抗菌药物。以下情况考虑使用抗感染药物：①发热伴有黏液脓血便的急性腹泻；②持续的志贺菌、沙门菌、弯曲菌感染或原虫感染；③感染发生在老年人、免疫功能低下者、败血症或有假体患者；④中、重度的旅行者腹泻患者。

（2）抗菌药物的选择应用抗菌药物前应首先行粪便细菌培养和药敏，若无结果，则行经验性抗菌治疗。喹诺酮类药物为首选抗菌药物，复方磺胺甲恶唑为次选。鉴于细菌对喹诺酮类耐药情况越来越严重，，对于严重感染者，以及免疫功能低下者的腹泻，在获得细菌培养结果并对大环内酯类类敏感的患者，可以考虑使阿奇霉素。如48h后病情未见好转，则考虑更换其他抗菌药物。利福昔明是一种广谱、不被肠道吸收的抗菌药物，亦可选用。CDI的治疗：甲硝唑是轻中型CDI治疗的首选药物，对于重型CDI，或甲硝唑治疗5～7天失败的患者应改为万古霉素治疗。

（3）病毒性腹泻的病原学治疗一般不用抗病毒药物和抗菌药物。硝唑尼特对病毒性腹泻有一定治疗作用。

（4）急性寄生虫感染性腹泻的治疗①贾第虫病，可使用替硝唑或甲硝唑；②急性溶组织内阿米巴肠病，使用甲硝唑或替硝唑，随后加用巴龙霉素或二氯尼特；③隐孢子虫病，使用螺旋霉素。

7.中医药治疗

盐酸黄连素对改善临床症状和缓解病情有一定效果。

## 预防传播

做好手卫生、消化道隔离、消毒、及时报告和填写传染病报告卡。