

## 第三章 细菌感染性疾病

### 第一节 伤寒

伤寒 (typhoid fever) 是由伤寒杆菌引起的急性消化道传染病。典型临床表现为持续发热、全身中毒症状、相对缓脉、玫瑰疹、肝脾肿大及白细胞减少。主要并发症为肠出血及肠穿孔。

#### 【病原学】

伤寒杆菌为肠道杆菌沙门菌属 D 群，革兰染色阴性，有鞭毛，能运动。主要抗原有菌体 (O) 抗原、鞭毛 (H) 抗原和表面 (Vi) 抗原，均能刺激机体产生相应的抗体，通过检测血清中“O”及“H”抗体可辅助伤寒的临床诊断；可由 Vi 噬菌体区分约 100 个型，噬菌体分型在流行病学上有一定的意义。伤寒杆菌菌体裂解时释放出强烈的内毒素，是致病的主要因素。

伤寒杆菌在自然环境中生命力较强，耐低温，对热及一般消毒剂较敏感，煮沸后即迅速死亡。

#### 【流行病学】

##### (一) 传染源

为患者和带菌者，伤寒病人从潜伏期末即可从粪便排菌，起病后 2~4 周排菌量最多，传染性最强，恢复期后排菌减少。排菌在 3 个月以上者称为慢性带菌者，是引起伤寒不断传播流行的重要传染源。

##### (二) 传播途径

可通过被病原菌污染的水、食物、日常生活接触及苍蝇、蟑螂等经消化道传播。水源和食物污染是引起暴发流行的主要原因。

##### (三) 人群易感性

人群普遍易感，病后可产生持久免疫力。

##### (四) 流行特征

本病终年可见，但以夏、秋季为多。人群中以儿童及青壮年多见。

#### 【发病机制】

伤寒杆菌进入消化道后，一般可被胃酸杀死，如侵入的病原菌数量多或胃酸缺乏时，细菌则进入小肠，通过肠黏膜后经淋巴管进入肠道淋巴组织及肠系膜淋巴结进行繁殖，再经胸导管进入血流，引起第一次菌血症。此阶段相当于潜伏期，病人无症状。伤寒杆菌随血流进入全身各脏器，如肝、脾、胆囊、骨髓等组织器官内继续大量繁殖，再次进入血流，引起第二次菌血症，同时释放内毒素，产生临床症状。在病程第 2~3 周，伤寒杆菌随胆汁排入肠道，细菌经肠黏膜再度侵入肠壁淋巴组织，使原已致敏的淋巴组织产生严重的炎症反应，导致其坏死及溃疡形成。如果累及病变部位的血管可引起肠出血，侵入肌层与浆膜层可引起肠

穿孔。病程第4周，人体免疫力进一步加强，在血液及脏器中的细菌逐渐被消灭，肠壁溃疡逐渐愈合，病情缓解，进入恢复期。少数病人由于免疫功能低下，潜伏在体内的细菌可再度繁殖，并侵入血流而形成复发。或因胆囊内长期有病菌存留，成为慢性带菌者。

伤寒的病理特点是单核-巨噬细胞系统增生性反应，其中以回肠末段的集合淋巴结及孤立淋巴滤泡病变最具特征性。第一周淋巴组织高度肿胀、隆起；第二周肿大淋巴结发生坏死；第三周坏死组织脱落，形成溃疡，可并发肠出血和肠穿孔；第四周后溃疡逐渐愈合，不留瘢痕。

#### 【临床表现】

潜伏期7~23日，一般7~14日。伤寒的典型临床经过分为下述4期：

##### （一）初期

病程第一周，起病缓慢，主要为发热，体温呈阶梯形上升，于5~7日内可高达39~40℃。并常伴有全身不适、乏力、食欲减退等。

##### （二）极期

病程第2~3周，主要表现为：

1. 发热 多呈稽留热，少数呈弛张热型或不规则热型，持续10~14日。
2. 消化道症状 明显食欲不振，腹部不适、腹胀、便秘，少数病人可有腹泻，右下腹有轻压痛。
3. 神经系统症状 可有耳鸣、听力下降、表情淡漠、反应迟钝，重症者呈谵妄、昏迷、病理反射等中毒性脑病表现。
4. 循环系统症状 常出现相对缓脉，重者并发心肌炎时可出现心率增快及心律失常。
5. 玫瑰疹 病程第6~12日皮肤可出现直径约为2~4mm小丘疹，淡红色、压之退色、稍隆起，多分布于胸腹部，数量少，一般在10个以下，分批出现，约2~3日后消退。
6. 肝脾肿大 多数病人有脾肿大，部分病人肝亦可肿大，质软，伴轻度压痛。并发中毒性肝炎时可见黄疸或肝功能异常。

##### （三）缓解期

病程第3~4周，体温在波动中逐渐下降，各种症状逐渐减轻，脾脏开始回缩。肠出血和肠穿孔等并发症常发生于此期。

##### （四）恢复期

病程第5周，体温逐渐下降至正常，症状消失，食欲好转，1个月左右完全恢复。

少数病人退热后1~3周，临床症状再度出现，血培养再次阳性，称为复发，多见于抗菌治疗不彻底的病人。部分病人在病后2~3周体温开始下降，但尚未恢复正常时体温又复上升，血培养可以阳性，称为再燃，可能与菌血症未被完全控制有关。

#### 【并发症】

##### （一）肠出血

为常见的并发症，多见于病程第2~3周，轻重不一，从大便隐血阳性至大量血便，出血量少可无症状，大量出血可引起出血性休克。饮食不当、腹泻等常为肠出血诱因。

##### （二）肠穿孔

为最严重并发症，多见于病程第2~3周，穿孔部位好发于回肠末段，发生穿孔前先表现腹胀、腹泻或肠出血，穿孔时常有急性腹膜炎症状及体征。

### (三) 中毒性肝炎

发生率可达40%~50%，常见于病程第1~3周，有肝大、压痛、ALT上升，少数病人可有轻度黄疸，肝损害一般在2~3周可恢复。

#### 【实验室及其他检查】

##### (一) 血常规

中性粒细胞减少，嗜酸粒细胞减少或消失。嗜酸粒细胞随病情好转而恢复，复发者再度减少或消失。

##### (二) 细菌培养

应在使用抗菌药物前进行，细菌培养阳性可确诊。

1. 血培养 为最常用的确诊伤寒的依据。病程第1~2周的阳性率高达80%~90%。

2. 粪便培养 病程第3~4周阳性率最高，可达80%。

3. 尿培养 于病程第3~4周阳性率最高，约20%。

4. 骨髓培养 阳性率高于血培养，阳性持续时间亦较长，对早期曾用抗生素而未被确诊者，骨髓培养更有价值。

##### (三) 免疫学检查

1. 肥达反应 病程第2周开始阳性率逐渐增加，第4周阳性率最高，可达90%，并可持续数月。菌体(O)抗体凝集效价在1:80及鞭毛(H)抗体在1:160或以上时，可确定为阳性。每周复验1次，效价逐渐上升其诊断价值更大。表面“Vi”抗体的检测可用于慢性带菌者的调查。血清肥达反应有辅助诊断价值。

2. 检测特异性抗原或抗体 均有助于伤寒的诊断，但需进一步完善。

#### 【治疗要点】

##### (一) 一般治疗

发热可给予物理降温，不宜用大量退热剂，以免虚脱。便秘、腹胀时给予对症处理（见护理措施）。毒血症症状严重的病人，在足量、有效抗菌治疗的同时，可短期加用小剂量肾上腺皮质激素减轻毒血症症状。

##### (二) 病原治疗

1. 喹诺酮类 如氧氟沙星（氟嗟酸）、环丙沙星（环丙氟哌酸）、伊诺沙星等，对伤寒杆菌（包括耐氯霉素株）有强大的抗菌作用，为首选药物。氧氟沙星成人每日600mg，分3次口服，或环丙沙星成人每次0.25g，每日3~4次，体温正常后继续服用2周。

2. 头孢菌素类 第二、三代头孢菌素对伤寒杆菌有强大的抗菌活性，毒副反应轻，尤其适用于孕妇、儿童及哺乳期妇女。如头孢曲松，成人1.0g，每12小时一次，儿童每天100mg/kg，静点，疗程14天。也可用头孢噻肟。

3. 氯霉素 对氯霉素敏感的病例可选用，仍为有效药物，退热后减半，再用10~14日。治疗期间应密切观察血象的变化。

4. 其他 如复方磺胺甲恶唑（SMZco），对非耐药菌株也有一定疗效。

##### (三) 并发症治疗

1. 肠出血 严格卧床休息，禁食。严密观察血压、脉搏、神志及便血情况。适量输液或输新鲜血。内科治疗无效时，可考虑手术治疗。

2. 肠穿孔 禁食、胃肠减压。除局限者外，应及早手术治疗，同时加用足量抗生素，

以控制腹膜炎。

### 【预防】

#### (一) 管理传染源

及早隔离、治疗病人，体温正常后 15 日或体温正常后每隔 5 日作粪便培养 1 次，连续 2 次阴性，则可解除隔离。密切接触者医学观察 23 日。对饮食业从业人员定期检查，及时发现带菌者。带菌者调离饮食服务业工作，并予以治疗。

#### (二) 切断传播途径

为预防本病的关键。加强对粪便、水源、饮食卫生的管理，消灭苍蝇，养成良好的个人卫生习惯。

#### (三) 提高人群免疫力

应用伤寒、副伤寒甲、乙三联菌苗预防注射，可提高人群免疫力。

### 【护理】

#### (一) 护理评估

##### 1. 病史及心理社会资料

(1) 病史：①询问起病情况、热程、热型；②食欲情况、食量、体重变化；③有无腹胀、便秘或腹泻，每日腹泻次数及量；④神志状态及听力有无减退；⑤有无皮疹，出疹日数；⑥经过何种处理及其效果。

(2) 流行病学资料：应询问当地是否有伤寒流行；饮食、饮水及个人卫生情况；伤寒病人接触史；疫苗接种史。

(3) 心理、社会资料：病人对伤寒的认识及了解程度；对住院隔离的认识及适应情况；患病对工作、生活的影响；社会支持系统对病人的态度、对伤寒的了解程度及对消毒隔离的认识。

2. 身体评估 生命体征，神志状态，表情，反应能力，胸腹部皮疹性状、颜色、大小、数目，心率及心音，腹部有无胀气及肌紧张、压痛、反跳痛、肠鸣音减弱或消失等急性腹膜炎体征，肝脾大小及有无压痛。

3. 实验室检查 血常规、细菌培养（包括血、尿、粪便及骨髓培养）、血清肥达反应等。

#### (二) 主要护理诊断

1. 体温过高：与伤寒杆菌感染有关。
2. 潜在并发症：肠穿孔或肠出血。
3. 营养失调：低于机体需要量：与高热及摄入减少有关。
4. 有感染的危险：与长期卧床及机体抵抗力低下有关。
5. 知识缺乏：缺乏伤寒的疾病知识及消毒、隔离知识。

#### (三) 护理计划及评价

以“潜在并发症：肠出血或肠穿孔。”为例制定护理计划：

##### 1. 目标

- (1) 病人能按要求实施预防并发症的措施。
- (2) 住院期间未发生并发症或并发症被及时发现和处理。

##### 2. 护理措施

(1) 病情观察：密切监测：①生命体征、面色、神志变化；②大便颜色、性状、有无血便，并注意检查大便隐血；如有肠出血时应注意观察有无血容量不足体征；③观察有无腹痛及肠穿孔体征。

(2) 休息：病人应绝对卧床休息至热退后一周才能逐渐增加活动量，因休息可减少病人能量消耗，并可减少肠蠕动，有利于预防肠道并发症。

(3) 饮食：发热期间应给予营养丰富、清淡流质饮食，如蛋汤、清肉汤、新鲜果汁等，要保证每日有足够的液体量，约 2500~3000ml/d，鼓励病人少量、多次饮水。入量不足者给予静脉输液，以保证水、电解质平衡及促进毒素排泄。热量不宜过多，一般给予 8.36kJ (2000 卡)。退热期间可给高热量、无渣或少渣、少纤维素、不易产生肠胀气的半流质饮食，如软面条、米粥等，另加瘦肉末、菜末、豆腐、土豆等，并观察进食反应。进入恢复期病人食欲好转，可进软饭，然后逐渐恢复至正常饮食，要保证有足够的蛋白质、碳水化合物和维生素，热量每日 14.45kJ (2500 卡)。注意饮食量一定要逐渐增加，切忌饮食不节制及食用生冷、粗糙不易消化食物，以避免发生肠穿孔或肠出血。

(4) 症状护理：

1) 腹胀：腹胀时停食牛奶及糖类食物，并注意钾盐的补充。可用松节油热敷腹部及肛管排气，禁用新斯的明，以免引起剧烈肠蠕动，诱发肠穿孔或肠出血。

2) 便秘：伤寒病人应保证至少间日大便一次，如有便秘则可用开塞露或温生理盐水低压灌肠。禁用泻药，并避免大便时过度用力，防止因剧烈肠蠕动或腹腔内压力过大造成不良后果。

(5) 进行有关并发症的知识教育：向病人/家属讲解有关伤寒并发症的发生时间、表现，鼓励病人有症状时及时向医护人员报告，以便早期发现、及时处理。应特别强调饮食不当是引起并发症的重要原因，并及时进行饮食指导，要求病人按规定进食，以预防或减少并发症。

(6) 有并发症发生时，与医生密切配合，及时进行治疗。

3. 评价 病人与医护人员密切合作，未发生并发症或并发症被及时发现和处理。

#### 【健康教育】

1. 进行预防教育，普及卫生知识，注意饮食、饮水及个人卫生，把住病从口入关，易感人群注射疫苗，以预防伤寒发生。讲述本病的消毒、隔离知识，预防传播。

2. 进行疾病知识教育，如疾病过程、治疗药物、疗程、药物不良反应、预后等，应重点讲述并发症知识及饮食管理的重要性，以预防或减少并发症。伤寒如不发生并发症则预后良好。

(刘耀敏)

## 第二节 细菌性痢疾

细菌性痢疾 (bacillary dysentery) 简称菌痢，是由痢疾杆菌引起的肠道传染病。主要临床表现为发热、腹痛、腹泻、黏液脓血便和里急后重，严重者可有感染性休克和 (或) 中毒性脑病。

### 【病原学】

痢疾杆菌属肠杆菌科志贺菌属，革兰染色阴性。按其抗原结构和生化反应不同分为4群47个血清型。A群（志贺菌群）、B群（福氏菌群）、C群（鲍氏菌群），D群（宋内菌群）。我国流行的菌群以福氏菌群为主。各菌群及血清型之间无交叉免疫。

各群痢疾杆菌均可产生内毒素，是引起发热、毒血症、休克等全身反应的主要因素，志贺菌群还可产生外毒素，具有神经毒、细胞毒活性和肠毒素作用，因而由志贺菌群所致细菌性痢疾临床表现更重。

痢疾杆菌在外环境中生命力较强，可在瓜果、蔬菜及污染物上生存1~3周。对各种化学消毒剂敏感。

### 【流行病学】

#### （一）传染源

为急、慢性菌痢病人和带菌者，其中轻型病人、慢性病人及带菌者，由于症状轻或无症状，不易被发现，故在流行病学上意义更大。

#### （二）传播途径

通过消化道传播，病原菌污染食物、饮水、生活用品或手，经口感染，亦可通过苍蝇污染食物而传播。

#### （三）人群易感性

人群普遍易感，病后可获得一定的免疫力，但短暂而不稳定，且不同菌群和血清型之间无交叉免疫，故易反复感染。

#### （四）流行特征

本病全年均可发生，以夏、秋季多见。

### 【发病机制】

痢疾杆菌经口进入人体后是否发病，取决于细菌数量、致病力及人体的抵抗力。机体抵抗力正常时，经口进入胃内的痢疾杆菌大部分可被胃酸杀死，即使侵入肠道，由于肠道正常菌群的拮抗作用或肠黏膜分泌型IgA抗体的阻断，也可阻止细菌对肠黏膜上皮细胞的吸附而不发病。当机体免疫力低下或细菌数量多、致病力强时，则细菌借助菌毛作用黏附于肠黏膜上皮细胞，侵入并在其中繁殖，而后侵入固有层继续繁殖，引起肠黏膜的炎症反应，出现坏死、溃疡，而发生腹痛、腹泻和脓血便。细菌产生的内毒素吸收入血后，可引起发热等全身毒血症症状。由于细菌在体内可被吞噬细胞吞噬，且细菌很少侵入黏膜下层，故极少进入血流引起血行感染。

痢疾杆菌释放的内毒素入血后，不但可引起发热及毒血症，而且还可以通过直接作用于肾上腺髓质、刺激交感神经系统和网状内皮系统，释放各种血管活性物质，引起急性微循环障碍，进而出现感染性休克、DIC和重要脏器功能衰竭。临床上表现为中毒型菌痢（休克、意识障碍、抽搐、呼吸衰竭等）。中毒型菌痢以儿童多见，其发生可能与特异性体质有关。

本病的肠道病变主要在结肠，以乙状结肠和直肠病变最为显著。急性期为黏膜弥漫性纤维蛋白渗出性炎症，并有多数不规则浅表溃疡。慢性期可有肠黏膜水肿和肠壁增厚，肠黏膜溃疡不断发生与修复导致瘢痕和息肉形成，少数可引起肠腔狭窄。中毒性菌痢肠道病变不明显而肠外病变较重。

### 【临床表现】

潜伏期数小时~7日，一般1~2日。

#### (一) 急性菌痢

1. 普通型(典型) 起病急，有畏寒、发热，体温可达39℃，可伴寒战，继之腹痛、腹泻，大便每日10多次至数十次，初为稀便，1~2日后转为黏液脓血便，每次量不多，里急后重明显。体检可有左下腹压痛及肠鸣音亢进。治疗及时，多于1周左右病情逐渐恢复而痊愈，少数病人可转为慢性。如腹泻次数多，可引起脱水、酸中毒及电解质紊乱。

2. 轻型(非典型) 全身症状轻，无明显发热，腹泻每日数次，黏液稀便，常无脓血，腹痛轻。病程3~7日可痊愈。

3. 中毒型 儿童多见，起病急骤，病情凶险，突然畏寒、高热(体温可达40℃以上)、反复惊厥、嗜睡、昏迷，迅速发生循环衰竭和呼吸衰竭，而肠道症状轻微或缺如，经用生理盐水灌肠或用直肠拭子采便，镜检可见白细胞及红细胞。根据临床表现分为三型：

(1) 休克型(周围循环衰竭型)：主要表现为感染性休克。在全身微血管痉挛阶段，出现精神萎靡、面色苍白、四肢湿冷、脉细数、血压正常或偏低。后期微循环淤血，出现发绀、皮肤花纹、血压明显降低或休克。并可出现心、肾功能不全表现。

(2) 脑型(呼吸衰竭型)：由于脑血管痉挛引起脑缺氧、脑水肿、颅内压增高，甚至脑疝。可出现剧烈头痛、呕吐、血压偏高、反复惊厥、迅速进入昏迷。瞳孔大小不等或忽大忽小、对光反应迟钝或消失，呼吸节律不整、深浅不匀、双吸气等，最终因呼吸衰竭死亡。此型严重，病死率高。

(3) 混合型：兼有以上两型表现，最为凶险。

#### (二) 慢性细菌性痢疾

细菌性痢疾反复发作或迁延不愈，病程超过2个月即称为慢性菌痢。慢性菌痢可能与下列因素有关：①急性期治疗不及时、不彻底；②营养不良；③免疫功能低下；④原有慢性疾病如胃肠道疾病、肠寄生虫病等。

慢性菌痢可分为慢性迁延型、急性发作型、慢性隐匿型三型。

### 【实验室及其他检查】

#### (一) 血常规

急性期白细胞总数轻度至中度增高，多在 $(10\sim 20)\times 10^9/L$ ，中性粒细胞增高。慢性菌痢可有贫血。

#### (二) 粪便常规

外观为黏液脓血便，镜检可见大量脓细胞或白细胞，少量红细胞，并有巨噬细胞。

#### (三) 粪便细菌培养

粪便培养出痢疾杆菌为确诊的依据。为提高培养阳性率，粪便采集要求：粪便标本要新鲜，留取后立即送检；挑取粪便的脓血部分；在使用抗菌药物前采取标本；需多次培养。

#### (四) 免疫学检查

采用免疫学方法检测细菌或抗原，具有早期、快速的优点，对菌痢的早期诊断有一定的帮助。

#### (五) 乙状结肠镜或纤维结肠镜检查

适用于慢性菌痢病人，以助诊断。

## 【治疗要点】

### （一）急性菌痢

1. 一般及对症治疗 有脱水者口服或静脉补液，保证水、电解质及酸碱平衡。高热病人可用退热药物或物理降温。腹痛剧烈者可给予解痉药如阿托品。

#### 2. 病原治疗

（1）喹诺酮类：对痢疾杆菌有较强的杀菌作用，是目前治疗细菌性痢疾较理想的药物，如诺氟沙星（氟哌酸），成人每次 0.2~0.4g，3 次/日，口服，疗程 5~7 日。另外，还可应用环丙沙星（环丙氟哌酸）、左氧氟沙星等，病情重不能口服者可静脉滴注。因此类药可影响骨髓发育，故婴幼儿和孕妇不宜使用，儿童慎用。

（2）其他：如头孢噻肟、头孢曲松等三代头孢菌素以及复方磺胺甲基异恶唑（SMZco）、庆大霉素等也可酌情选用。

### （二）中毒型菌痢

1. 病原治疗 与急性菌痢相同，应先静脉给药，病情好转后改为口服。

2. 高热和惊厥的治疗 高热易引起惊厥而加重脑缺氧及脑水肿，应积极用退热药及物理降温。惊厥者可用安定、水合氯醛灌肠等。如无效或躁动不安、反复惊厥者，可用亚冬眠疗法，使体温尽快降至 37℃ 左右。

#### 3. 抗休克治疗

（1）扩充血容量：是纠正休克的重要措施。常用的扩容液体有低分子右旋糖酐、平衡盐液、生理盐水等。补液量、速度及成分视脱水情况、病人心、肺功能及尿量而定，力争在 2 小时内改善微循环，逆转休克。

（2）纠正酸中毒：休克时常伴有代谢性酸中毒，应及时给予纠正。可以应用 5% 碳酸氢钠 200~300ml（儿童 5ml/kg）、11.2% 乳酸钠等。

（3）血管活性药：在补充血容量及纠正酸中毒基础上应用血管活性药物，以解除血管痉挛，常用山莨菪碱（654-2）、阿托品等静脉推注。654-2 儿童每次 1~2mg/kg，成人每次 20mg~40mg，每隔 10~15 分钟静脉推注一次。如血压回升不佳者，可用多巴胺、酚妥拉明等。

（4）肾上腺皮质激素：可以减轻毒血症状、解除小血管痉挛、改善微循环、增加心肌收缩力、纠正休克。常用地塞米松、氢化可的松等。短期应用，一般不超过 3 日。

（5）注意保护重要脏器功能，如有心功能不全者可用强心剂。

#### 4. 呼吸衰竭的治疗

（1）脱水治疗：脑水肿病人可用 20% 甘露醇快速静脉推注进行脱水治疗，每 6~8 小时一次，以防止发生脑疝及呼吸衰竭。

（2）肾上腺皮质激素：可减轻脑水肿，降低颅内压，常应用地塞米松静脉点滴。

（3）对于呼吸衰竭病人应给予吸氧，并保持呼吸道通畅，应用呼吸兴奋剂，必要时行气管切开及应用人工呼吸器。

### （三）慢性菌痢

1. 病原治疗 结合粪便培养及药物敏感试验选用有效抗菌药物，常联合应用 2 种不同类型抗菌药物，疗程应适当延长，必要时可采用多疗程治疗。亦可应用药物保留灌肠。

2. 如出现肠道菌群失调，可应用乳酸杆菌或双歧杆菌制剂进行纠正。



### 【预防】

应采取以切断传播途径为主的综合措施：

#### (一) 管理传染源

对病人应行消化道隔离至症状消失，粪便培养 2 次阴性。对接触者观察 1 周。从事饮食业、自来水厂及保育工作人员应定期作粪便培养，发现带菌者应调离工作，并进行彻底治疗。

#### (二) 切断传播途径

加强对饮食、饮水和粪便的管理，消灭苍蝇，改善环境卫生，注意个人卫生。对病人的污染物及排泄物作好消毒工作。

#### (三) 保护易感人群

口服多价痢疾活菌苗已取得较好效果，免疫力可维持 6~8 个月，但尚未广泛应用。

### 【护理】

#### (一) 急性细菌性痢疾

##### 1. 护理评估

##### (1) 病史及心理、社会资料：

1) 病史：应询问：①起病情况、病程、每日大便次数、大便量、性状。②进食、饮水情况，有无脱水表现，如口渴、尿量减少等。③伴随症状：有无发热、腹痛、里急后重、恶心、呕吐等。④发病诱因：有无进不洁食物、受凉、过劳等诱因。⑤处理经过：发病后应用过的治疗药物、剂量及效果等。⑥既往史：有无慢性细菌性痢疾病史、发作及治疗情况。

2) 流行病学史：痢疾病人接触史；环境及个人卫生情况等。

3) 心理、社会资料：有无因严重腹泻而引起的紧张、焦虑；病人及家属对痢疾的了解程度及对消毒、隔离的认识等。

(2) 身体评估：生命体征、神志状态、营养状况、口腔黏膜湿润程度、皮肤弹性、心脏速率及节律、腹部压痛、肠鸣音、肛门周围皮肤情况等。

(3) 实验室及其他检查：血常规、粪便常规及培养、血清电解质等。

##### 2. 主要护理诊断

(1) 体温过高：与痢疾杆菌感染有关。

(2) 腹泻：与痢疾杆菌引起肠道病变有关。

(3) 有体液不足/有体液不足的危险：与发热、腹泻、摄入减少有关。

(4) 皮肤完整性受损/有皮肤完整性受损的危险：与排便次数增多及排泄物刺激有关。

##### 3. 护理计划及评价

以“腹泻：与痢疾杆菌引起肠道病变有关。”为例制定护理计划：

##### (1) 目标

1) 病人的排便次数及大便性状恢复正常，伴随症状消失。

2) 不发生水、电解质平衡紊乱。

3) 保持皮肤清洁，不发生肛门周围皮肤破损及感染。

4) 能复述引起腹泻的原因、诱因及痢疾预防措施，并会实施腹泻时的自我护理。

##### (2) 护理措施

1) 病情观察：①监测生命体征；②准确记录出入量；③排便情况：每日大便次数、每

次大便量及性状；④伴随症状有无改善；⑤脱水及电解质紊乱表现：如皮肤弹性是否下降、口腔黏膜是否干燥、神志状况及有无四肢无力、腹胀、心律不齐及腱反射减低等低钾表现，并观察血清电解质；⑥肛门周围皮肤有无破损；⑦营养情况及体重；⑧治疗效果。

2) 休息：腹泻频繁、全身症状明显者应卧床休息，并应避免精神紧张、烦躁，必要时按医嘱给予镇静剂，可有利于减轻腹泻症状。腹泻症状不重者可适当活动。

3) 饮食：频繁腹泻并伴有呕吐病人可暂禁食，给以静脉补液。能进食者应给以少渣、少纤维素、高蛋白、高热量、易消化的流食或半流食，脂肪不宜过多，忌食生冷及刺激性饮食，少量多餐，腹泻好转后应逐渐增加食量。

4) 保持水、电解质平衡：根据每日吐、泻情况，及时、准确补充水分及电解质，以免发生水及电解质平衡紊乱。已发生脱水时应予以及时补液，对轻度及中度脱水者可采用口服补液，少量、多次给病人喂服。脱水严重者，则应按医嘱给以静脉补液，并注意补充电解质。

5) 肛门周围皮肤护理：对排便频繁者，便后宜用软纸擦拭，注意勿损伤肛门周围皮肤。每天用温水坐浴，然后局部涂以消毒凡士林油膏，以保护局部皮肤。有脱肛者可用手隔以消毒纱布轻揉局部，以助肠管还纳。还应注意保持肛门周围清洁及保持内裤、床单清洁和干燥。

6) 药物治疗的护理：应用喹诺酮类药物或其他抗生素治疗时，应注意药物剂量、使用方法、服药时间、疗效及不良反应，如喹诺酮类药物可引起恶心、呕吐、食欲不振等胃肠道反应或过敏反应，告诉病人与食物同服可减轻胃肠道反应。应用解痉剂如阿托平时，应注意观察有无口干、心动过速及视力模糊等药物反应。

7) 标本采集：腹泻病人常需留取粪便标本为作常规检查及培养，应向病人说明留取标本的目的、方法及注意事项。

8) 说明腹泻的原因、帮助病人分析其诱因，并对休息、饮食、饮水、用药、肛周皮肤护理及痢疾预防措施等给以具体指导，使病人学会自我护理。

### (3) 评价

- 1) 病人大便型态已恢复正常，伴随症状消失。
- 2) 未发生脱水及电解质紊乱。
- 3) 未发生肛门周围皮肤破损及感染。
- 4) 能复述腹泻的原因、诱因及痢疾预防措施，并已能正确执行腹泻时的自我护理。

## (二) 中毒型痢疾

### 1. 主要护理诊断

- (1) 体温过高：与痢疾杆菌感染有关。
- (2) 组织灌注量改变：与痢疾杆菌内毒素作用有关。
- (3) 气体交换受损：与呼吸衰竭有关。
- (4) 意识障碍：与颅内压增高有关。
- (5) 有窒息的危险：与惊厥有关。
- (6) 潜在并发症：休克、呼吸衰竭、脑水肿、脑疝。

### 2. 主要护理措施

- (1) 消化道隔离。

(2) 病情观察：①监测生命体征；②神志状态、面色；③抽搐先兆、发作次数、抽搐部位及间隔时间；④瞳孔大小、形状、两侧是否对称、对光反应，以及时发现脑疝；⑤准确记录出入量。

(3) 循环衰竭

1) 体位：休克病人应采取头低脚高体位。因抬高下肢有利于增加从静脉回心的血量，从而相应增加循环血量。

2) 氧气吸入：一般采用鼻导管给氧，氧流量约 2~4L/min，必要时 4~6L，并应监测血气分析。

3) 建立静脉通路：迅速开放静脉，按医嘱输入扩容液体及碱性液，以尽快补充血容量、纠正酸中毒。注意按输液原则安排好输液次序，根据病情调整滴速，密切观察循环衰竭改善情况，有如下表现说明血容量已补足：a. 病人口唇红润、肢端温暖、发绀消失，提示组织灌注量良好。b. 收缩压稳定在 12.0kPa (90mmHg) 以上，脉压 > 4.0kPa (30mmHg)、脉搏 < 100 次/分、充盈有力。c. 尿量 > 30ml/h，表示肾脏血液灌注良好。在快速扩容阶段，还应注意观察脉率、呼吸次数、肺部啰音等，以便早期发现急性肺水肿。必要时监测中心静脉压。

4) 应用血管活性药的护理：循环衰竭早期常应用扩张血管药，应用 654-2、阿托品时应注意药物浓度、输注速度及不良反应，如可引起口干、心动过速、尿潴留、视物模糊等，特别应注意区分阿托品化和阿托品中毒。

5) 注意保暖：循环衰竭病人末梢循环不良，应注意保暖，尽量减少暴露部位，必要时可用热水袋，但要防止烫伤。

(4) 症状护理

1) 发热：见本教材总论“发热”的护理。

2) 惊厥、意识障碍、呼吸衰竭：见本教材“流行性乙型脑炎”的护理。

(5) 病原治疗的护理：静脉滴注抗菌药物时，护士应注意给药剂量、用法、间隔时间及观察不良反应，如环丙沙星可出现头痛、腹痛、腹泻、呕吐、皮疹等，应注意观察。

【健康教育】

1. 进行预防教育，使群众了解细菌性痢疾的病原及传播方式，改善环境卫生、注意个人卫生，防止病从口入，是预防细菌性痢疾的重要措施。

2. 讲述急性细菌性痢疾的疾病知识，患病时对休息、饮食、饮水的要求，肛门周围皮肤护理的方法等，还应嘱病人遵医嘱及时、按时、按量、按疗程坚持服药，一定要在急性期彻底治愈，以防转变成慢性痢疾，影响今后的生活及工作。

3. 病人出院后仍应避免过度劳累、受凉、暴饮暴食，以防菌痢再次发作。

4. 向慢性痢疾病人介绍急性发作的诱因，如进生冷食物、暴饮暴食、过度紧张劳累、受凉、情绪波动等均可诱发慢性菌痢急性发作，帮助病人寻找及避免诱因，并嘱病人加强体育锻炼、保持生活规律，增强体质。复发时应及时治疗。

(刘耀敏 吴光煜)