

# 儿童急性感染性腹泻病诊疗规范

(2020年版)

腹泻病是多种病原、多种因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的一组疾病。急性感染性腹泻病指病程在2周以内、由病原微生物感染引起的腹泻病。急性感染性腹泻病发病率高、流行广泛，严重危害儿童健康。近年来，随着发展中国家口服补液盐（ORS）的广泛应用、母乳喂养率提高、营养和卫生保健措施改善，该病致死率明显降低，但仍是我国儿童常见病及5岁以下儿童的主要死亡原因之一。目前，在治疗过程中还存在抗菌药物应用不合理和过多经静脉补液等问题。为此，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局组织相关学科专家，结合我国国情，制定了《儿童急性感染性腹泻病诊疗规范（2020年版）》，以进一步提高我国儿童急性感染性腹泻病的诊治水平。

## 一、主要病原体

病原包括病毒、细菌、真菌和寄生虫（见附表1），其中以病毒感染，尤其是轮状病毒感染最为常见。

## 二、临床表现

### （一）共同临床表现。

1. 消化道症状。大便性状改变，如稀糊便、水样便、黏液便、脓血便；大便次数增多，每日3次以上，甚至10~20次/日；可有恶心、呕吐、腹痛、腹胀、食欲不振等。

2. 全身症状。如发热、烦躁、精神萎靡、嗜睡，甚至惊厥、昏迷、休克，可伴有心、脑、肝、肾等其他器官系统受累表现。

3. 水、电解质及酸碱平衡紊乱。包括不同程度的脱水、代谢性酸中毒、低钾血症、低钠或高钠血症，也可有低钙血症、低镁血症。

(1) 脱水。依据丢失体液量、精神状态、皮肤弹性、黏膜、前囟、眼窝、肢端、尿量、脉搏及血压的情况进行脱水程度的评估，脱水程度分为轻度、中度、重度（见附表2）。根据血清钠水平分为等渗性脱水（130 ~ 150mmol/L）、低渗性脱水（< 130mmol/L）和高渗性脱水（> 150mmol/L），以前两者多见。

(2) 代谢性酸中毒。表现为呼吸深快、频繁呕吐、精神萎靡、嗜睡，甚至昏迷等。

(3) 低钠和高钠血症。可有恶心、呕吐、精神萎靡、乏力，严重者可出现意识障碍、惊厥发作等。

(4) 低钾血症。如精神不振、无力、腹胀、心律紊乱等。

(5) 低钙血症和低镁血症。主要表现为手足搐搦和惊厥，营养不良患儿更易发生。脱水、酸中毒纠正过程中或纠正后出现上述表现时，应考虑低钙血症可能。补钙治疗无效时应考虑低镁血症。

(二) 常见病原体所致急性感染性腹泻病的临床特点。（见附表3）

### 三、辅助检查

(一) 粪便常规。为急性感染性腹泻病的常规检查。霍乱弧菌感染时，暗视野显微镜检查可见呈流星样运动的弧菌。阿米巴原虫感染时，镜下可见含红细胞的溶组织内阿米巴滋养体。真菌感染时，大便涂片可见孢子、菌丝。

(二) 粪便细菌培养。黏液脓血便或大便镜检有较多白细胞者，应行粪便细菌培养；出现急性水样便的免疫功能正常患儿无需常规行粪便培养。

(三) 其他病原学检测方法。如酶免疫分析、直接免疫荧光分析、核酸扩增技术或分子序列分析检测等。（常用病原学检测方法见附表4）

(四) 血培养。以下情况应做血培养检查：疑似脓毒症或肠源性发热；有全身感染中毒症状；原发或继发免疫功能低下；3个月以下婴儿；有某些高危因素如溶血性贫血、到过肠源性发热疫区旅游或接触过来自疫区、患不明原因发热性疾病的旅游者。

(五) 其他。如血常规、血生化、血气分析及心电图等。意识改变或惊厥患儿除检测血糖和电解质外，可酌情完成脑脊液、头颅CT或MRI检查。有急腹症表现者，应行腹部B超和/或腹部立位片等检查。

#### 四、诊断

病程2周以内，大便性状改变，大便次数比平时增多，即可诊断急性腹泻病，有发热等感染表现者，应首先考虑急性感染性腹泻病。根据大便性状和镜检所见，结合发病季节、年龄以

及流行情况可初步估计病因，病原学检查可协助明确致病原。需同时完善血气分析和血生化，评估有无脱水及其程度、性质，以及有无酸碱失衡和电解质紊乱。

## 五、鉴别诊断

### （一）水样便鉴别。

1. 导致小肠消化吸收功能障碍的疾病。如乳糖酶缺乏、葡萄糖-半乳糖吸收不良、失氯性腹泻、原发性胆汁酸吸收不良等，可根据不同疾病特点选择大便酸碱度、还原糖试验、大便钾、钠及氯离子测定、基因检测等检查方法加以鉴别。

2. 食物蛋白诱导的肠病。最常见过敏原是牛奶蛋白、大豆、鸡蛋等。症状多在1岁内出现，表现为摄入可疑食物数天后出现呕吐、腹泻，水样便为主，可伴有贫血、低蛋白血症、维生素K缺乏等。回避可疑食物症状缓解，摄入可疑食物后症状重现可考虑本病，食物激发试验和小肠黏膜活检对诊断有帮助。

（二）脓血便鉴别。常由各种侵袭性病原感染所致，仅凭临床表现难以区别，应进行大便病原检测。还需与下列疾病鉴别。

1. 急性坏死性小肠结肠炎。中毒症状重，高热，呕吐，大便初为水样便，继而转为暗红色、果酱样或赤豆汤样血便，腹胀重，常伴休克。腹平片和腹部B超可见小肠局限性充气扩张、肠间隙增宽、肠壁积气等。

2. 食物蛋白诱导的直肠结肠炎。多见于纯母乳喂养的6个月以内婴儿。主要表现为腹泻，大便性状多变，可呈稀便或稀糊

便，常见黏液便和血便。患儿一般状态好，腹部触诊无阳性发现。回避可疑食物症状好转，重新进食可疑食物后症状反复者应高度怀疑，食物激发试验有助于确诊。

3. 食物蛋白诱导的小肠结肠炎综合征。常见过敏原是牛奶蛋白、鸡蛋、大豆等。呕吐、腹泻是常见临床表现，呈水样便或稀便，如病变累及结肠可出现血便。急性发作患儿，呕吐出现在摄入食物后4小时内，24小时内可有腹泻，重者可有不同程度脱水。容易误诊为急性感染性腹泻病。回避可疑食物症状缓解、摄入可疑食物后症状重现可考虑本病，食物激发试验有助于诊断。

4. 炎症性肠病。是一组原因尚不清楚的非特异性慢性肠道炎症性疾病，包括溃疡性结肠炎、克罗恩病，主要表现为腹泻，多为粘液血便，伴腹痛、体重减轻、发热、贫血、生长发育迟缓等全身表现。部分伴有关节病变、虹膜睫状体炎、结节性红斑等肠外表现。初发病例易被误诊为急性感染性腹泻病，需综合病史、体检、内镜、影像学及病理学检查明确诊断。

## **六、病情严重程度评估和入院标准**

### **（一）病情严重程度评估。**

1. 轻型。以胃肠道症状为主，无脱水及明显全身中毒症状。
2. 中型。胃肠道症状较重，并出现轻、中度脱水和/或有全身中毒症状。
3. 重型。胃肠道症状重，重度脱水和/或有明显的全身中毒症状。

(二) 入院标准。经口服补液治疗失败，伴中重度脱水、电解质紊乱、酸中毒和/或全身感染中毒症状重、休克，有消化道外器官或系统受累的患儿应住院治疗。

## 七、治疗

治疗原则：预防和纠正脱水、电解质紊乱和酸碱失衡，继续适量饮食，合理用药。

(一) 补液治疗。补液方式分为口服补液、静脉补液和鼻饲管补液。

1. 口服补液。口服补液与静脉补液同样有效，是预防和治疗轻度、中度脱水的首选方法。目前推荐选择低渗口服补液盐(ORS III)，配方见附表5。

患儿自腹泻开始就应口服足够的液体以预防脱水，可予ORS III或米汤加盐溶液[每500ml加细盐1.75g(约为1/2啤酒瓶盖)]。每次稀便后补充一定量的液体(<6月50ml，6月~2岁100ml，2~10岁150ml，10岁以上儿童按需随意饮用)，直至腹泻停止。

轻至中度脱水：口服补液用量(ml)=体重(kg)×(50~75)，4h内分次服完。4h后再次评估脱水情况。以下情况提示口服补液可能失败，需调整补液方案：①频繁、大量腹泻(>10~20ml/kg·h)；②频繁、严重呕吐；③口服补液服用量不足，脱水未纠正；④严重腹胀。

2. 静脉补液。适用于重度脱水及不能耐受口服补液的中度脱水患儿、休克或意识改变、口服补液脱水无改善或程度加重、肠梗阻等患儿。静脉补液的成分、量和滴注持续时间须根据脱

水程度和性质决定。补液原则为“先浓后淡，先盐后糖，先快后慢，见尿补钾”。

(1) 第1个24h的补液。

①确定补液总量。应包括累积丢失、继续丢失和生理需要三个方面。累积丢失根据脱水程度估算（见附表2）；继续丢失一般为 $20 \sim 40\text{ml/kg} \cdot \text{d}$ ；儿童生理需要量按照第一个 $10\text{kg}$ 体重 $100\text{ml/kg}$ ，第二个 $10\text{kg}$  $50\text{ml/kg}$ ，其后 $20\text{ml/kg}$ 补给。第1个24h的补液总量为轻度脱水 $90 \sim 120\text{ml/kg}$ ，中度脱水 $120 \sim 150\text{ml/kg}$ ，重度脱水 $150 \sim 180\text{ml/kg}$ 。

②确定液体性质。等渗性脱水一般选择 $1/2$ 张含钠液，低渗性脱水一般选择 $2/3$ 张含钠液，高渗性脱水一般选择 $1/3 \sim 1/5$ 张含钠液。难以确定脱水性质者先按等渗性脱水处理。脱水一旦纠正，能口服补液的尽早给予ORS口服。常用混合溶液及其简易配制方法见附表6。

③补液速度。中度脱水无休克表现者，补液总量的 $1/2$ 在前 $8 \sim 10\text{h}$ 内输入，输液速度约为 $8 \sim 12\text{ml/kg} \cdot \text{h}$ ；剩余 $1/2$ 在 $14 \sim 16\text{h}$ 内输入，输液速度约为 $4 \sim 6\text{ml/kg} \cdot \text{h}$ 。重度脱水有休克者首先扩容，可选择生理盐水或含碱的等张糖盐混合液 $20\text{ml/kg}$ ， $30\text{min} \sim 60\text{min}$ 内快速输入，若休克未纠正，可再次予 $10 \sim 20\text{ml/kg}$ 扩容，一般不超过3次，同时需评估有无导致休克的其他原因。休克纠正后再次评估脱水程度，确定后续补液量和补液速度，原则和方法同前。注意监测血糖，休克纠正后可给予 $5\% \sim 10\%$ 含糖液，以避免低血糖。补液过程中密切观察病情变化，

若脱水程度减轻、呕吐停止，尽早改为口服补液。

(2) 24h后的补液。经第1个24h补液，脱水和电解质及酸碱平衡紊乱已基本纠正，需要补充继续丢失量和生理需要量。若能够口服，则改为口服补液；若因呕吐不能口服，则静脉补液。补充继续丢失量的原则是“丢多少补多少、随时丢随时补”，常用 $1/2 \sim 1/3$ 含钠液；补充生理需要量用 $1/4 \sim 1/5$ 张含钠液。这两部分相加后，于12~24h内匀速补液。

3. 鼻饲管补液。推荐应用于无静脉输液条件、无严重呕吐的脱水患儿，液体选择ORS III，初始速度 $20\text{ml}/\text{kg} \cdot \text{h}$ ，如患儿反复呕吐或腹胀，应放慢管饲速度。每1~2h评估脱水情况。有中、重度脱水者应同时尽快建立静脉通路或转至上级医院。

## (二) 纠正电解质紊乱和酸碱失衡。

1. 低钠血症。轻度低钠血症多随脱水的纠正而恢复正常，不需特殊处理。当血钠 $< 120\text{mmol}/\text{L}$ 时，可用高渗盐水如 $3\%\text{NaCl}$ 纠正，静脉每输入 $12\text{ml}/\text{kg} 3\%\text{NaCl}$ 溶液，可提高血钠 $10\text{mmol}/\text{L}$ ，初始可予 $1/3 \sim 1/2$ 剂量，如症状无缓解，可重复上述剂量。宜缓慢静脉滴注，推荐速度为 $1 \sim 2\text{ml}/\text{kg} \cdot \text{h}$ 。所需钠的 $\text{mmol} = [130 - \text{实测血钠} (\text{mmol}/\text{L})] \times \text{体重} (\text{kg}) \times 0.6$ 。在4h内可先补给计算量的 $1/2 \sim 1/3$ ，余量根据病情演变情况调整。需特别注意：严重低钠血症时，第1个24h限制血钠升高超过 $10\text{mmol}/\text{L}$ ，随后每24h血钠升高 $< 8\text{mmol}/\text{L}$ ，血钠纠正幅度过快过大，可导致神经渗透性脱髓鞘。有酸中毒者使用碳酸氢钠或乳酸钠时，其中的钠也应计算在内。



2. 高钠血症。一般高渗性脱水不需特殊处理，随脱水纠正血钠水平可逐渐恢复。严重高钠血症（血钠 $>155\text{mmol/L}$ ）时应避免血钠水平降低过快，以每小时血钠下降速度 $\leq 0.5\text{mmol/L}$ 为宜。

3. 低钾血症。

（1）鼓励患儿进食含钾丰富的饮食；

（2）轻者可分次口服 $10\% \text{KCl}$   $100 \sim 200\text{mg/kg} \cdot \text{d}$ ；重者或不能经口服补钾者，需静脉补充，时间大于 $6 \sim 8\text{h}$ 。注意：① $\text{KCl}$ 浓度应稀释到 $0.15\% \sim 0.3\%$ ；②含钾液应缓慢静脉滴注，禁忌直接静脉推注，体内缺钾至少需 $2 \sim 4$ 天才能补足；③有尿后补钾，少尿、无尿者慎用。④反复低钾血症或低钾难以纠正者，应注意补镁治疗。

4. 低钙和低镁血症。无须常规补充钙剂和镁剂。如在治疗过程中出现抽搐，应急查血钙、血镁等电解质及血糖。血钙低者可予 $10\%$ 葡萄糖酸钙 $0.5\text{ml/kg}$ ，最大不超过 $10\text{ml}$ ， $10 \sim 20\text{min}$ 静脉缓注，必要时重复使用。低镁血症者可予 $25\%$ 硫酸镁，每次 $0.2\text{ml/kg}$ ，每天 $2 \sim 3$ 次，深部肌肉注射，疗程 $2 \sim 3$ 天，症状消失后停药。严重低镁血症或深部肌肉注射困难者，可静脉补充硫酸镁 $50 \sim 100\text{mg/kg} \cdot \text{次}$ ，单次最大量不超过 $2\text{g}$ ， $25\%$ 硫酸镁用 $5\%$ 葡萄糖稀释为 $2.5\%$ 的硫酸镁溶液缓慢静点，每次输注时间不少于 $2\text{h}$ ，可按需重复给药。静点过程中需密切监测心率、血压等生命体征。

5. 代谢性酸中毒。

(1) 轻、中度代谢性酸中毒经补液治疗即可纠正，无需额外补充碱性药物。

(2) 严重代谢性酸中毒需予碱性液纠酸，剂量计算方法如下：①所需碳酸氢钠mmol数 = (24 - 实测 $\text{HCO}_3^-$ 值)  $\times$  0.3  $\times$  体重(kg)；②所需5%碳酸氢钠ml数 = BE绝对值  $\times$  0.5  $\times$  体重(kg)。注意碱性液一般稀释成等张含钠液后分次给予，首次可给计算量的1/2。注意保持气道通畅以保证 $\text{CO}_2$ 的排出，酸中毒纠正后注意补充钾和钙。

(三) 饮食治疗。急性感染性腹泻病期间，口服或静脉补液开始后应尽早给予适宜饮食，不推荐高糖、高脂和高粗纤维食物。婴幼儿母乳喂养者继续母乳喂养，配方奶喂养者伴有乳糖不耐受时可选择低乳糖或无乳糖配方。年龄较大的儿童，无需严格限制饮食。尽可能保证热量供给。急性腹泻病治愈后，应额外补充疾病导致的营养素缺失。

#### (四) 抗感染治疗。

1. 病毒是急性感染性腹泻病的主要病原，常为自限性，目前缺乏特效抗病毒药物，一般不用抗病毒药物，且不应使用抗菌药物。

2. 水样便腹泻者(排除霍乱后)多为病毒或非侵袭性细菌感染引起，一般不用抗菌药物。伴明显中毒症状且不能完全用脱水解释者，尤其是重症患儿、早产儿、小婴儿和免疫功能低下者，应使用抗菌药物。黏液脓血便者多为侵袭性细菌感染，应给予抗菌药物；各地致病菌和耐药情况有所不同，病原菌尚

未明确时，应根据本地流行病学情况经验性选择抗菌药物；病原菌明确后，根据药敏结果和病情给予针对性抗感染治疗。常见病原体感染的常用抗菌药物见附表7。另外，霍乱弧菌引起的腹泻抗感染药物可用多西环素（8岁以上患儿）、阿奇霉素、环丙沙星等。小肠结肠炎耶尔森菌感染可用复方磺胺甲噁唑。

3. 寄生虫所致腹泻病少见。蓝氏贾地鞭毛虫和阿米巴感染可使用甲硝唑、替硝唑；隐孢子虫感染主要见于免疫功能低下者，可予大蒜素等治疗。

4. 真菌性肠炎应根据病情酌情停用原用抗菌药物，并结合临床情况考虑是否应用抗真菌药物。

5. 原则上首选口服给药，下列情况推荐静脉给药：①无法口服用药（呕吐、昏迷等）；②免疫功能低下者出现发热；③脓毒症、已证实或疑似菌血症；④新生儿和<3个月婴儿伴发热。

（五）黏膜保护剂。蒙脱石散有助于缩短急性水样便患儿的病程，减少腹泻次数和量。用法和用量：<1岁，1g/次，1~2岁，1~2g/次，2岁以上2~3g/次，餐前口服，每日3次口服。

（六）补锌治疗。在锌缺乏高发地区和营养不良患儿中，补锌治疗可缩短6月~5岁患儿的腹泻持续时间。<6个月的患儿，每天补充元素锌10mg，>6个月的患儿，每天补充元素锌20mg，疗程10~14天。元素锌20mg相当于硫酸锌100mg、葡萄糖酸锌140mg。

（七）微生态制剂。益生菌有可能缩短腹泻病程及住院时间，可酌情选用。

## 八、中医药治疗

中医治疗以运脾化湿为基本治则，针对不同病因辨证施治，实证以祛邪为主，虚证以扶正为主。同时配合小儿推拿、灸疗法等外治法。

### （一）辨证论治。

#### 1. 常证

##### （1）湿热泻：多见于急性腹泻。

证候表现：起病急，腹泻频繁，大便稀，色黄而气味秽臭，或夹粘液，肛门灼热，发红，烦躁，口渴喜饮，恶心呕吐，食欲减退，小便黄少，舌红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫。

治则：清热利湿、分利止泻。

方药：葛根黄芩黄连汤加减（葛根、黄芩、黄连、金银花、茯苓、车前子、苍术等）。加减：发热重，加藿香、柴胡、生石膏；呕吐，加姜半夏、生姜。

中成药：葛根芩连类。

##### （2）伤食泻：起病前有伤食病史。

证候表现：大便稀带奶瓣或不消化食物，味酸臭，脘腹胀满、疼痛，痛则欲泻，泻后痛减，不欲饮食，恶心呕吐，舌质淡红，苔白厚腻或淡黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

治则：消食导滞、理气止痛。

方药：保和丸加减（藿香、陈皮、焦三仙或鸡内金、莱菔子、茯苓、苍术、白术等）。

加减：呕吐，加姜半夏、生姜；腹痛，加木香、白芍、元

胡、甘草。

中成药：保和丸类、神曲消食类。

(3) 风寒泻：由于感受风寒、饮食生冷引起的腹泻。

证候表现：大便清稀，夹有泡沫，臭气不甚，肠鸣腹痛，或伴恶寒发热，鼻流清涕，咳嗽，舌质淡，苔薄白，脉浮紧，指纹淡红。

治则：疏风散寒、化湿和中。

方药：藿香正气散加减（藿香、紫苏叶、苍术、陈皮、厚朴、白芷、茯苓、大腹皮、半夏、甘草）。

加减：腹痛甚，里寒重，加干姜、砂仁、木香；腹胀，苔腻，加大腹皮、厚朴。

中成药：藿香正气类。

(4) 脾虚泻：适用生后即腹泻或病后伴发腹泻。

证候表现：腹泻迁延，时轻时重，时发时止，大便稀溏，色淡不臭，不欲饮食，神情倦怠，形体消瘦或虚胖。舌质淡，苔薄白，脉缓弱，指纹淡。

治则：健脾益气、固涩止泻。

方药：参苓白术散加减（党参、茯苓、白术、苍术、山药、陈皮、鸡内金、黄芪）。

中成药：参苓白术类、人参健脾类。

(5) 脾肾阳虚泻：适用于重症难治性腹泻。

证候表现：腹泻日久，久治不愈，腹泻频繁，洞泄不止，大便色淡不臭，形体消瘦，面色苍白，四肢发凉。舌淡少苔，

脉微弱，指纹淡。

治则：温补脾肾、固涩止泻。

方药：附子理中汤合四神丸加减（人参、苍术、甘草、干姜、茯苓、山药、煨肉豆蔻、盐炒补骨脂、醋五味子、吴茱萸、大枣等）。

中成药：附子理中类、四神丸类。

## 2. 变证

（1）气阴两伤：多由水泻、暴泻、湿热泻大量损失阴液，津亏气耗所致。若不及时救治，则可能迅速发展为阴竭阳脱证。

证候表现：泻下无度，神萎不振，四肢乏力，眼眶、囟门凹陷，皮肤干燥，心烦不安，啼哭无泪，口渴引饮，小便短少，甚则无尿，唇红而干。舌红少津，苔少或无苔，脉细数。

治则：健脾益肾，酸甘敛阴。

方药：人参乌梅汤加减（人参、乌梅、木瓜、莲子、山药、葛根、白芍、甘草）。

加减：久泻不止，加诃子、禹余粮；口渴引饮，加天花粉、石斛。

（2）阴竭阳脱：多因久泻耗伤阳气，阳损及阴所致的危重症。

证候表现：泻下不止，便如稀水，次频量多，精神萎靡，表情淡漠，面色青灰或苍白，四肢厥冷，哭声微弱，气息低微。舌淡，苔薄白，脉细微欲绝。

治则：回阳固脱。

方药：参附龙牡救逆汤加减（红参、附子、龙骨、牡蛎、芍药、炙甘草、干姜、白术）。

加减：尿少无泪加麦冬、五味子；四肢厥冷，大汗淋漓，即予回阳救逆、益气固脱类中药注射液静滴，本证病情危重，应中西医结合治疗。

### （二）推拿疗法。

常用手法：分阴阳、推脾经、摩腹、运土入水、揉龟尾。湿热泻加清大肠、清小肠、退六腑等；伤食泻加揉板门、清大肠、运内八卦等；脾虚泻加推三关、捏脊、推上七节骨等。

### （三）灸疗法。

灸法：取足三里、中脘、神阙，隔姜灸或艾条温和灸，每日1~2次。用于脾虚泻、脾肾阳虚泻。

### （四）中药外治。

1. 丁香2g，吴茱萸30g，胡椒30粒，共研细末。每次1~3g，醋调成糊状，敷贴脐部，每日1次。用于脾虚泻。

2. 艾绒30g，肉桂、小茴香各5g，公丁香、桂丁香、广木香各3g，草果、炒苍术各6g，炒白术15g。共研粗末，纳入肚兜口袋内，围于脐部。用于脾虚泻及脾肾阳虚泻。

## 九、预防与控制

（一）预防。急性感染性腹泻病是可预防疾病，适当的预防措施可大幅降低该类疾病的发病率。主要措施包括：培养良好的卫生习惯，注意个人卫生和环境卫生；提倡母乳喂养；积极防治营养不良；疫苗接种。

（二）患者、接触者及其直接接触环境的管理。感染性腹泻的患者应及时到医疗机构治疗。在医院产科的婴儿室、儿科病房等发现病毒性腹泻、鼠伤寒沙门氏菌肠炎等时，应及时隔离、治疗病人，对污染的环境进行消毒。

（三）法定传染病报告。做好相关法定传染病报告工作，包括霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、其他感染性腹泻。



## 附表 1

### 急性感染性腹泻病常见病原体

| 细菌   | 病毒               | 寄生虫     | 真菌  |
|--|------------------|---------|-----|
| 致泻性大肠埃希菌                                     | 轮状病毒             | 隐孢子虫    | 念珠菌 |
| 产毒性大肠埃希菌                                     | 诺如病毒             | 蓝氏贾第鞭毛虫 | 毛霉菌 |
| 致病性大肠埃希菌                                     | 腺病毒 40、41 与 42 型 | 溶组织内阿米巴 | 曲霉菌 |
| 侵袭性大肠埃希菌                                     | 星状病毒             | 人芽囊原虫   |     |
| 出血性大肠埃希菌                                     | 肠道病毒             |         |     |
| 黏附性大肠埃希菌                                     | 冠状病毒             |         |     |
| 空肠弯曲菌  | 札如病毒             |         |     |
| 非伤寒沙门菌                                       |                  |         |     |
| 霍乱弧菌（血清群 O <sub>1</sub> 和 O <sub>139</sub> ） |                  |         |     |
| 志贺菌  |                  |         |     |
| 小肠结肠炎耶尔森菌                                    |                  |         |     |
| 艰难梭菌   |                  |         |     |
| 金黄色葡萄球菌                                      |                  |         |     |
| 副溶血性弧菌                                       |                  |         |     |

## 附表 2

### 脱水程度评估

| 脱水程度         | 轻度   | 中度       | 重度             |
|--------------|------|----------|----------------|
| 丢失体液（占体重百分比） | ≤ 5% | 5% ~ 10% | ≥ 10%          |
| 精神状态         | 稍差   | 萎靡或烦躁    | 嗜睡、昏迷          |
| 皮肤弹性         | 尚可   | 差        | 极差，捏起皮肤回复 ≥ 2s |
| 黏膜           | 稍干燥  | 干燥       | 明显干燥           |
| 前囟、眼窝        | 稍有凹陷 | 凹陷       | 明显凹陷           |
| 肢端           | 尚温暖  | 稍凉       | 凉或发绀           |
| 尿量           | 稍少   | 明显减少     | 无尿             |
| 脉搏           | 正常   | 增快       | 明显增快且弱         |
| 血压           | 正常   | 正常或稍降    | 降低             |

### 附表3

#### 常见病原体引起的急性感染性腹泻病临床特点

| 腹泻性状                                     | 病因                                   | 特点  |
|--|--------------------------------------|---|
| 水样便：<br>水样便或稀便，可含少量黏液；大便镜检无白细胞或偶见少量白细胞   | 轮状病毒                                 | 是2岁以下儿童腹泻的主要病因。起病急，呕吐常先于腹泻出现，腹泻频繁，可伴脱水和酸中毒；部分有发热和上呼吸道感染症状。自限性疾病，自然病程多在7天左右。 |
|  | 诺如病毒                                 | 易聚集性发病，起病急，儿童以呕吐更为突出，常伴有腹痛、发热、乏力等，可有呼吸道症状，可伴脱水。自限性疾病，自然病程3~7天。              |
|  | 产毒性大肠埃希菌（ETEC）                       | 夏季多见，多有不洁饮食史，可有呕吐、脱水、电解质和酸碱平衡紊乱。自限性疾病，自然病程3~7天。                             |
|  | 霍乱弧菌0 <sub>1</sub> 和0 <sub>139</sub> | 多有流行病学史。呕吐、腹泻严重，便前腹痛明显，大量“米泔水样便”。   |
| 黏液脓血便：<br>黏液便和/或脓血便；大便镜检可见大量白细胞和数量不等的红细胞 | 志贺菌                                  | 是侵袭性腹泻的主要病原。起病急，高热等中毒症状明显，严重者可发生脓毒性休克。                                      |
|  | 非伤寒沙门菌                               | 婴儿常见，易发生院内感染，大便性状多变。  |
|  | 空肠弯曲菌                                | 腹痛剧烈，易被误诊为阑尾炎；可引起吉兰-巴雷综合征。  |
|  | 小肠结肠炎耶尔森菌                            | 人畜共患疾病，临床表现较复杂，多数以呕吐、腹泻为主要表现，部分表现为脓毒症，可合并关节炎、淋巴结炎和结节性红斑。                    |
|  | 侵袭性大肠埃希菌（EIEC）                       | 疾病特点与志贺菌相似。   |
|  | 出血性大肠埃希菌（EHEC）                       | 初为黄色水样便，后转为血水便，有特殊臭味。大便镜检有大量红细胞，常无白细胞，伴腹痛，可并发溶血尿毒综合征、血小板减少性紫癜。              |
|  | 溶组织内阿米巴                              | 大便呈果酱样，腥臭，镜下可见大量红细胞、少量白细胞，可找到溶组织阿米巴滋养体；肠外感染以肝脓肿最常见。                         |

## 附表4

### 常用病原学检测方法

| 病原体           | 检测方法                                 | 标本           |
|---------------|--------------------------------------|--------------|
| 轮状病毒、诺如病毒     | 酶免疫分析检测, 或核酸扩增技术                     | 大便           |
| 沙门菌、志贺菌、空肠弯曲菌 | 大便培养, 或核酸扩增技术                        | 大便           |
| 致泻性大肠埃希菌      | 大便培养, 毒素免疫分析, 核酸扩增技术                 | 大便           |
| 艰难梭菌          | 谷氨酸脱氢酶抗原测定和/或艰难梭菌毒素检测, 或核酸扩增技术       | 大便           |
| 小肠结肠炎耶尔森菌     | 大便培养, 分子序列分析, 核酸扩增技术                 | 大便           |
| 霍乱弧菌          | 暗视野显微镜检查、免疫荧光试验、细菌培养                 | 大便           |
| 溶组织内阿米巴       | 大便生理盐水涂片镜检找滋养体; 血清抗体, 大便抗原检测, 核酸扩增技术 | 大便、血、十二指肠引流液 |
| 隐孢子虫          | 直接免疫荧光分析、酶免疫分析, 核酸扩增技术               | 大便           |

## 附表5

### ORS III 配方

| 成分    | g/袋        |
|-------|------------|
| 重量    | 5.125      |
| 氯化钠   | 0.65       |
| 枸橼酸钠  | 0.725      |
| 氯化钾   | 0.375      |
| 无水葡萄糖 | 3.375      |
| 配置用法  | 每袋加温水250ml |

## 附表6

### 几种混合液的简便配制

| 溶液种类     | 张力    | 加入溶液 (ml) |        |                   |
|----------|-------|-----------|--------|-------------------|
|          |       | 5%或10%葡萄糖 | 10%氯化钠 | 5%碳酸氢钠 (11.2%乳酸钠) |
| 2:1含钠液   | 等张    | 加至500     | 30     | 47 (30)           |
| 1:1含钠液   | 1/2 张 | 加至500     | 20     | -                 |
| 1:2含钠液   | 1/3 张 | 加至500     | 15     | -                 |
| 1:4含钠液   | 1/5 张 | 加至500     | 10     | -                 |
| 2:3:1含钠液 | 1/2 张 | 加至500     | 15     | 24 (15)           |
| 4:3:2含钠液 | 2/3 张 | 加至500     | 20     | 33 (20)           |

注：为了配制简便，加入的各种液量均为整数，配成的溶液是近似浓度

## 附表7

### 急性感染性腹泻病常用抗菌药物

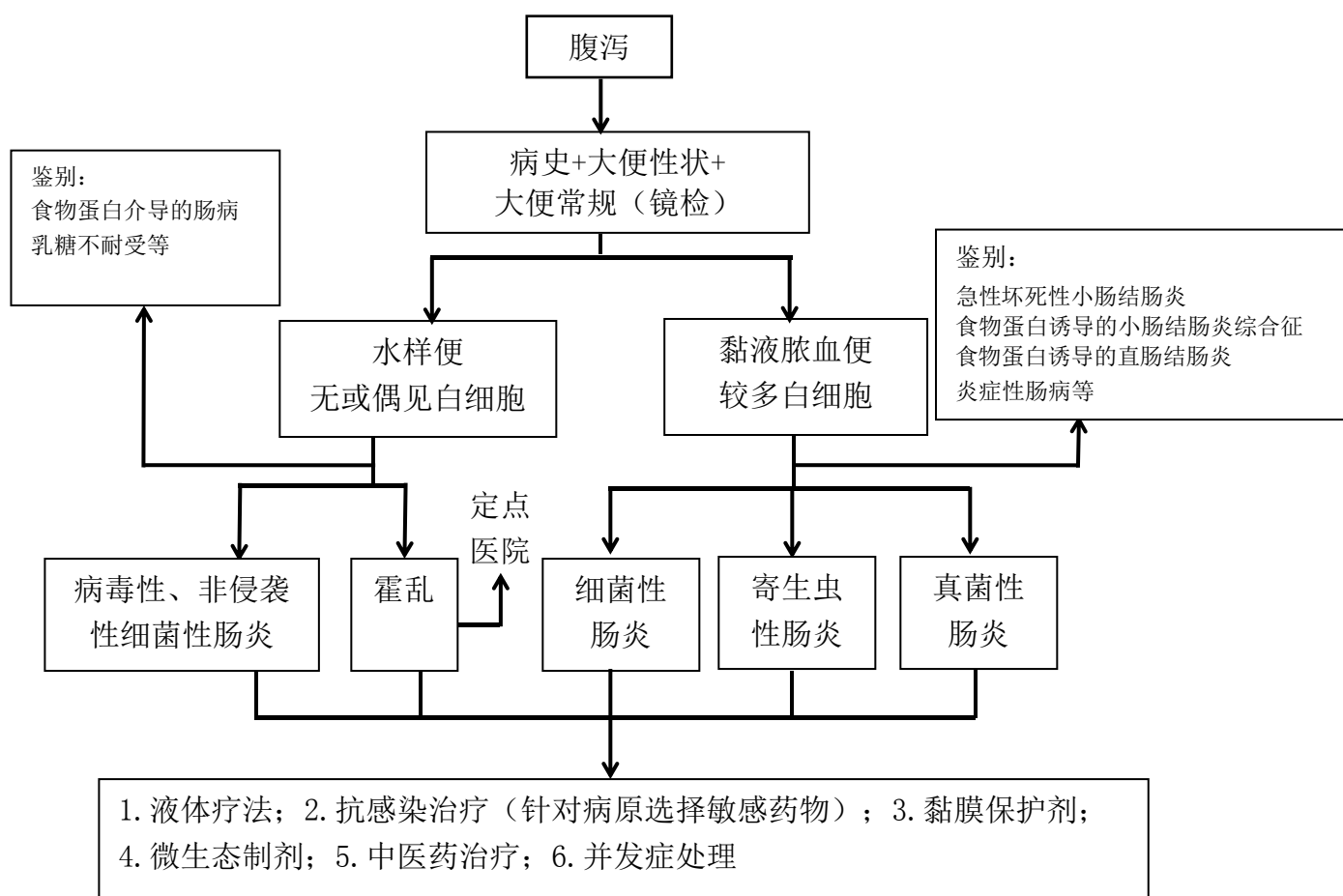
| 病原菌      | 抗菌药物 | 用法用量   | 备注  |
|----------|------|--|---|
| 致泻性大肠埃希菌 | 头孢噻肟 | 50~100mg/kg·d, 分2~4次静脉滴注   | 产毒性大肠埃希菌 (ETEC)、黏附性大肠埃希菌 (EAEC) 及轻度出血性大肠埃希菌 (EHEC) 感染不推荐常规使用抗生素。不推荐磷霉素作为首选经验性用药, 三代头孢菌素治疗无效或重症患者多重耐药菌感染可使用。 |
|          | 头孢唑肟 | 40~150mg/kg·d, 分2~3次静脉滴注 (建议6个月以上患儿使用, 6个月以下患儿使用的安全性尚未确定)  |   |
|          | 头孢曲松 | 20~80mg/kg·d, 单次或分2次静脉滴注   |   |
|          | 头孢他啶 | 30~100mg/kg·d, 分2~3次静脉滴注   |   |
|          | 头孢克肟 | 3~6mg/kg·d, 重症者可加量至12mg/kg·d, 分2次口服  |   |
|          | 头孢哌酮 | 50~200mg/kg·d, 分2~3次静脉滴注   |   |
|          | 磷霉素  | 口服: 50~100mg/kg·d, 分3~4次<br>静脉: 100~300mg/kg·d, 分2~4次  |   |
| 空肠弯曲菌    | 红霉素  | 40~50mg/kg·d, 分3~4次口服, 总疗程5~7天, 重症感染者疗程延至3~4周  | 多数病程呈自限性, 预后良好, 一般不需抗菌药物治疗  |
|          | 阿奇霉素 | 3日疗法: 10mg/kg·d, 口服或静脉滴注 (>6个月, 体重<45kg), 每日1次, 每周3天为1疗程;<br>5日疗法: 首日10mg/kg·d, 后4日减半使用;<br>多数1个疗程即可, 严重者需2~3个疗程 |   |
| 非伤寒沙门菌   | 头孢噻肟 | 同上   |   |
|          | 头孢曲松 | 同上   |   |
|          | 头孢他啶 | 同上   |   |
|          | 头孢哌酮 | 同上   |   |
| 志贺菌      | 头孢克肟 | 同上   |   |
|          | 头孢曲松 | 50mg/kg·d, 单次, 静脉滴注  |   |
|          | 头孢噻肟 | 50mg/kg·次, 每8小时1次, 静脉滴注  |   |
|          | 阿奇霉素 | 10mg/kg·d, 口服, 疗程5天  |   |

|         |         |   |                              |
|---------|---------|---|------------------------------|
|         | 复方磺胺甲噁唑 | 25~50mg/kg·d, 分2次口服, 疗程7天                 | 磺胺过敏、有肾脏病变及白细胞减少者忌用, <2月婴儿禁用 |
|         | 小檗碱     | 10~20mg/kg·d, 分3次口服, 疗程7天                 | 严格掌握适应症, 如需使用, 需注意儿童用药的安全性   |
|         | 左氧氟沙星   | 10~15mg/kg·d, 疗程5~7天                      | 严格掌握适应证, 权衡利弊和知情同意下谨慎选用      |
| 艰难梭菌    | 甲硝唑     | 30mg/kg·d, 分3次口服, 不能口服者可予静脉滴注             | 需停用原有抗菌药物                    |
|         | 万古霉素    | 10~40mg/kg·d, 分4次口服                       |                              |
| 白色念珠菌   | 制霉菌素    | 5万~10万U/kg·d, 分3次口服                       | 尽量停用抗菌药物                     |
|         | 氟康唑     | 3~6mg/kg·d, 严重感染者12mg/kg·d<br>每日一次口服或静脉滴注 |                              |
| 蓝氏贾第鞭毛虫 | 甲硝唑     | 15~25mg/kg·d, 分3次口服, 疗程10天                |                              |
|         | 替硝唑     | 50mg/kg·d, 顿服, 单次剂量不超过2g,<br>隔3~5天可重复一次   |                              |
| 溶组织性阿米巴 | 甲硝唑     | 35~50mg/kg·d, 分3次口服, 疗程10天                |                              |



附图

## 儿童急性感染性腹泻病诊治流程图



附录

## 儿童急性感染性腹泻病诊疗规范 (2020年版) 编写审定专家组

组 长：倪 鑫

成 员：（按姓氏笔划为序）

王宝西 王 荃 王雪峰 邓朝晖 江米足 许春娣 孙 梅

李在玲 杨炯贤 杨 梅 张艳玲 林丽开 金 玉 郑 波

官德秀 钱素云 倪 鑫 徐樨巍 高恒妙 黄志华 黄 瑛

龚四堂 徐英春 曾 玫 游洁玉

秘 书：官德秀 冯佳佳