

腹泻的诊断与治疗

陈鍾英編著

江苏人民出版社

前 言

腹瀉是臨床常見的一種症狀。由於引起腹瀉的原因很多，臨床醫師必須查明病史，觀察病人全身體征，結合必要的化驗，始能掌握病因和機轉，得出確定的診斷，而後根據不同的原因作適當的治療。

本書着重講述腹瀉的鑑別診斷和治療原則，同時較詳細地介紹了常見腹瀉的診斷要點和治療方法。筆者在臨床中見到的腹瀉病例不少，為了幫助初開始臨床的醫生鑑別這類疾病，特選擇了難於診斷與治療的三個不同類型的腹瀉病例，並提出了討論，以供讀者研究參考。

筆者有關這方面的知識和臨床經驗都還不足，書中如有不妥之處，希讀者指正。

陳 鍾 英

寫於南京第一醫學院附屬醫院

目 录

一	腹瀉的病理.....	1
	(一)腹瀉的概念.....	1
	(二)腹瀉的形成机轉.....	1
	(三)腹瀉的病因及其分类.....	3
二	腹瀉的診斷.....	9
	(一)腹瀉的鑑別診斷.....	9
	(二)常見腹瀉的診斷要点.....	15
三	腹瀉的治疗.....	25
	(一)治疗原則.....	25
	(二)治疗方法.....	25
	(三)常見腹瀉的治疗.....	31
附 录	病例示范.....	50

一 腹瀉的病理

(一) 腹瀉的概念

腹瀉是臨床常見的一種症狀，系指食物殘渣通過胃腸道較速，致使排便次數增加，糞便稀薄或含有膿血。普通分急性和慢性兩類。急性腹瀉一般來勢較兇，但臨床醫師如能及時診斷，迅速進行適當的治療，常於短期內可獲得痊癒。腹瀉如持續或反復發作在二個月以上者，臨床上稱為慢性腹瀉。慢性腹瀉原因較多，病情表現複雜，診斷與處理上亦較困難，治療不易獲得全愈。

(二) 腹瀉形成機轉

1. 胃酸缺乏 正常人的胃液中含有能消化蛋白和脂肪的胃蛋白酶及脂肪酶；此外，還含有鹽酸，乳兒期尚含有凝乳酶。胃鹽酸促使胃液成酸性反應，這對胃內消化有絕對重要意義。因為鹽酸不僅能激活胃蛋白酶原轉為胃蛋白酶，而且為胃蛋白酶活性的發揮創造了適宜的酸性條件。如果一旦因某種疾病使胃酸酸度降低，則激活蛋白酶原的能力定然也隨着低落，如此蛋白的消化顯然會發生障礙。此外，由於胃酸酸度降低，雖引起胃肌的緊張度減弱，但因幽門不關閉，易使部分未經消化的胃內容物推入十二指腸，而使腸管的負擔加重，有時便可引起腹瀉。

2. 腸蠕動亢進 腸蠕動亢進往往會伴隨着腹瀉。因為

肠管蠕动亢进时，可以促使食物在肠内較快的向前移动，如此肠内容物中的液体成分未能被充分吸收(主要在大肠)，因而排便次数增加，粪便稀薄，产生腹泻。

可引起肠蠕动亢进的原因很多，今将主要的略述如下：

(1) 見于粗糙的、未經完全消化的食物刺激：肠内发酵或腐敗产物的刺激，或某些毒物(如汞中毒等)的刺激，均可引起腹泻。这是由于机械性或化学性刺激物，直接作用于肠壁或感受器，通过神經反射机制使肠蠕动亢进，因而产生腹泻。

(2) 腸粘膜发生炎症性病变：如患痢疾、肠炎时，由于肠壁感受器兴奋性提高，因而反射地引起肠蠕动亢进，而产生腹泻。但此时所产生的腹泻，不仅与肠蠕动亢进有关，也与肠壁吸收降低及向肠腔排出水分和大量粘液，以致肠内容稀薄有关。

(3) 某些内分泌疾病：如患阿狄森氏病时，由于交感神經紧张度降低，迷走神經紧张度增加，也可引起肠蠕动亢进。

(4) 結腸过敏症：神經敏感、焦虑、恐怖或情緒过度紧张，容易招致結腸过敏症。这是由于持續恶性刺激，大脑皮层对肠管失去了正常調节机能，迷走神經中枢可因制止作用減弱而产生兴奋，結果肠蠕动亢进而产生腹泻。

3. 消化道吸收与分解障碍 正常人一日之中整个消化道向肠内分泌約5,000毫升的消化液，然后全部重行吸收。如果因某种原因发生了吸收障碍，通常并伴有肠道运动增强，可使粪便变成稀薄而形成腹泻。

(1) 脂肪消化及吸收障碍，可引起脂溢：因为脂肪消化障碍者多有阻塞性黄疸、胰腺疾病、胃肠吻合术等，脂酶无法进入肠道，因此食物内的脂肪未經消化即排出体外而产生腹泻。

(2) 碳水化合物分解障碍：由于胰液中缺乏淀粉酶而引

起。常见原因是慢性胆囊炎或慢性胰腺炎。正常人的淀粉应在小肠上部被完全分解，如淀粉酶缺乏或减少，则未消化的部分进入结肠后，可因细菌的作用而产生大量气体，并继发腹泻。

3. 門静脉系血管充血：当患者发生心力衰竭或肝硬化时，由于門静脉压力升高及胶性渗透压降低，肠中分泌液的吸收可轻度受障碍而发生腹泻。

(三) 腹泻的病因及其分类

引起腹泻的原因很多，能够包括各种病因而作出比较完善的分类，一般认为较难。兹为便利临床应用，以解剖学系统为基础，结合病原，作出如下分类：

1. 胃原性腹泻 由于胃的疾病而引致胃盐酸过少或缺乏时，常可出现腹泻。临床上比较常见的有慢性萎缩性胃炎（慢性胃炎有三个类型：(1)慢性浅表性胃炎。(2)慢性肥大性胃炎。(3)慢性萎缩性胃炎）、胃癌、恶性贫血、胃酸缺乏症、胃切除术及胃肠吻合术后（手术造口过大，胃内含物流入肠腔过速，则可引致腹泻）。

兹举例如下：住院号 17229 男性患者，47 岁，纺织工人，因腹泻两年余而要求入院于 1959 年 8 月 17 日。据称两年前开始腹泻，大便性状不规则，有时一天 3—4 次，有时一天 7—8 次，内含不消化食物，似黄色蛋花汤样，但无红白脓子，便后稍有腹痛，却无肛门坠胀感觉。病期虽然已经两年多，但并无明显消瘦现象，一般劳动仍可胜任。曾在本院门诊多次检查大便，均为阴性，也经过乙状结肠镜检查，观察下部肠壁无异常发现。入院后体格检查，体温、脉搏、呼吸都属正常，患者发育与营养尚佳，无特殊内容，被白色中等度舌苔，心肺无异常，肝脾上界正常，下界在右季肋下可触及 2—3 厘米，中等硬度，无压痛，也

无叩击痛，脾臟未触及，腹部平坦，无腫块与压痛区。通过肛門指診，除发现有外痔外，别无其他異常发现。进一步再作直腸鏡、乙狀結腸鏡、大便多次檢查以及全部胃腸道X射綫檢查，均无診斷上的帮助。最后考虑胃性腹瀉問題，因此先作胃液分析，发现其总酸度减少，游离鹽酸缺乏(先后曾作兩次，其中一次用組織胺注射后仍然如此)。再进行胃鏡檢查，确定为早期萎縮性胃炎。当即用胃蛋白酶每日三次，每次10毫升，并加用(1:1000)稀鹽酸一日四次，每次2毫升。腹瀉情况漸漸好轉，以后又加用了胎盤浸出液，每日一次，每次2毫升，作肌肉或皮下注射，大便情况更見改善，于住院25天后症狀減輕而出院，以后在門診繼續观察与治疗。出院时診斷为胃性腹瀉，由慢性萎縮性胃炎所引起。

2. 腸原性腹瀉 这是引致腹瀉原因中最多的一种。茲依其病原体种类不同，分述如下：

(1)細菌感染：临床常见的有細菌性痢疾(有急性菌痢与慢性菌痢二种，除表现腹瀉外，大便內經常含有脓血)、沙門氏菌屬感染(包括伤寒与副伤寒)、食物中毒性感染(以沙門氏菌屬食物中毒与葡萄球菌食物中毒较为多见，临床以急性胃腸炎症狀表现突出)、霍乱(以上吐下瀉、脫水为主要症狀。此病在解放后已少见)、腸結核(可能发生頑固性腹瀉，但并非每一个病人都发生腹瀉)、嬰兒腹瀉或成人的小腸炎(可由腸道正常寄殖菌如大肠杆菌、变形杆菌、綠膿杆菌、产气杆菌等所引致)，此外，由于抗菌素广泛被应用的結果，金黄色葡萄球菌与霉菌(白色念珠菌)所引致的腸道感染病例在逐漸增加中。

(2)病毒感染：花柳性淋巴肉芽肿即第四性病(本病主要症狀在腹股沟淋巴結，但亦可发生潰瘍性結腸炎而表现腹瀉)。

(3)寄生虫感染：阿米巴痢疾(急性病例表现腹瀉，大便內含脓血。慢性病例有时表现便秘，有时表现腹瀉)、血吸虫病

(早期表现过敏性腹泻、中期为痢疾样大便而表现腹泻、晚期病例可能因肝硬化或肠壁病变而引致腹泻)、黑热病(利采氏小体大量侵入肠系膜淋巴組織,可引致腹泻)、瘧疾(恶性瘧胃腸型可发生腹泻)、肠寄生虫病(包括肠梨形虫病、鉤虫病、姜片虫病、條虫病、賈氏鞭毛虫病、滴虫病等都可发生腹泻,也可能交替出现腹泻与便秘)。

*茲举例如下:門診号26789,男性患者,32岁,农民。因腹瀉3—4月,每日大便3—4次,不成形,黃色稀便,偶有腹痛,精神似較萎頓,食欲尚称佳良。經過当地乡医院中西医治疗,未見改善,来本院診治,要求了解病因。通过全身体格檢查,无特殊異常发现,因此作腹瀉常規第一步大便寄生虫方面化驗,发现腸道滴虫病。当即拟訂三个治疗方案:(1)肿剂治疗,(2)大蒜片治疗,(3)黃連片治疗。最后考虑先用卡巴肿一日二次,每次0.25克,10日为一疗程。患者在10日后来院复診,訴述服藥三日后,腹瀉即停止,大便成形,每日一次,复查大便滴虫已消失。因此肯定本患者腹瀉确由滴虫所引起,用卡巴肿治愈。

4.腸道炎症:結腸息肉病或憩室病患者,时常有繼发性結腸炎而表现腹瀉。部分腸梗阻患者,在梗阻的近側腸壁常有炎症性改变而引致腹瀉。

5.腸道肿瘤:特別是右側結腸癌肿患者,經常可表现腹瀉,这是由于癌組織与右側結腸吸收机能失常所致。

6.腸管吸收障碍:这是指腸粘膜、乳糜管或腸系膜淋巴管有病,使腸管吸收受到障碍,因而发生腹瀉。临床上比較常見的如特发性脂溢、腸系膜淋巴腺結核、蛋白缺乏症、維生素缺乏症(斯泼卢、糙皮病)等,都可出現腹瀉。

7.腸管被机械性刺激:長期服用泻剂、暴飲暴食、粗糙多纖維食物、强烈刺激食物、腹部突然受寒涼等,使腸管直接受到刺激,促腸蠕動亢进,发生腹瀉。

8. 腸內食物消化障礙：以兒童患者較為多見。根據食物性狀不同，分下面三類：

1) 發酵性消化不良：此病因為腸嗜酸性(發酵的)細菌從的發展，使腸管內醣類遭受到不正常的消化而引起。吃了過多發酵的食品也能引起這種急性消化不良的發生。臨床主要症狀：①高度鼓腸並排出大量氣體；②一日排便3—4次，糞便的性狀如粥樣，帶有泡沫，且有酸臭味，便色一般較淡；③糞便中有許多未消化的淀粉細胞，用碘液可染成藍色，糞便呈酸性反應，其中有機酸含量增高。治療這類消化不良的病人，最重要的是除去食物中的醣類。

2) 腐敗性消化不良：此病是由於蛋白質消化障礙所引起。通常因為胃分泌機能障礙，腸內腐敗過程增強。如果吃了品質不良的蛋白性食品，也能產生腐敗性消化不良。臨床主要症狀是排便次數增加、糞便量多而稀薄、呈暗黑色、並混有未消化的食物殘滓(尤其是肉類)、具有惡臭。腐敗性糞便呈鹼性反應。在顯微鏡下見有未消化的肌肉纖維和結締組織片。這類消化不良的治療，關鍵在於限制蛋白質飲食，補充稀鹽酸與胃蛋白酶。

3) 脂肪性消化不良：此病是由於脂肪消化障礙所引起。臨床主要症狀是排便次數增加、糞色淡、呈中性、弱酸性或弱鹼性反應。顯微鏡下可發現許多脂肪酸和皂體結晶。治療這類消化不良的患者，最要緊限制脂肪飲食。

3. 胰胆疾病引起的腹瀉 臨床應注意1)慢性胰腺炎；2)胰腺癌；3)慢性膽囊炎。在此三病的病程中都可引起消化不良性腹瀉，但腹瀉並非三病主要症狀，也非三病必發之症。例如慢性胰腺炎的早期症狀很不明顯，及至胰腺破壞嚴重時，才出現典型大便。其特徵是：量多而色淡，有惡臭，呈酸性反

应,并含多量脂肪及未完全消化的肌肉纖維,称为脂肪痢及肉質痢。

4. **心臟及肝臟疾病引起的腹瀉** 心力衰竭或肝硬化病人,如果在肠壁血管有明显的淤血现象时,則常出现腹瀉。

5. **全身性疾病引起的腹瀉** 病种很多,择其重要的簡述如下:

(1)急性感染:凡有严重毒血症的患者常可发生腹瀉。例如敗血症、重症肺炎、流行性感胃(肠胃型)、麻疹等急性传染病,均可发生腹瀉。这种腹瀉的原因显然不是由于局部的刺激,而是由于中枢神經系的刺激所引起。

(2)中毒:有些外因性的(如砷、汞、洋地黄、毒蕈类、磺胺类藥物、广譜抗菌素(包括氯霉素、合霉素、金霉素、土霉素、四圈素)和內因性的(如尿毒症)中毒,都可引起腹瀉。

(3)过敏:有些人每当吃某些食物即发生腹瀉,称为食物过敏。引起食物过敏的人以儿童为多见。引起此項过敏的食物以蛋类、螃蟹、虾子、魚等最为普遍。

(4)內分泌疾患:甲状腺机能亢进与阿狄森氏病患者,常可发生腹瀉。

6. **神經精神障碍** 許多慢性腹瀉病例有神經精神不正常现象,但其程度有輕重不同。其中神經精神障碍比較突出的有肠功能紊乱、神經性腹瀉、非特殊性潰瘍性結肠炎。此等患者虽然經過多方面检查却查不到任何器質性原因,但引起他們腹瀉次数增加的重要因素往往是精神神經的激动,特別是焦虑与悲伤。目前在临床上特別多见的是慢性細菌性痢疾迁延型中的一种以肠功能紊乱为主的病人。他們主要表现为腹部經常隱隱作痛,大便稀薄,含有少量粘液,多次細菌培养均屬阴性,肠鏡检查沒有明显病变发现。試用抗痢疾藥物后不

见疗效。这类患者所以称他们患的是慢性菌痢的唯一根据，就是在他们既往史中证实过有菌痢而已。因此对这类患者与其说是慢性菌痢，不如说是菌痢的后遗症。

二 腹瀉的診斷

(一) 腹瀉的鑑別診斷

欲查明腹瀉的原因，首先要考慮常見的疾病，如一時得不到確定診斷，則需作系統而全面的檢查。因為引起腹瀉的病種很多，而其臨床症狀，有些相互類似，如不仔細推敲，雖可進行對症治療，却難作原因治療，通過對症治療後，症狀雖可暫時緩解，但未能徹底根治。由於病根未除，勢必將來轉成慢性，使病情複雜化，診斷更加困難，治療不易徹底，對患者預後不利。為此，提供以下對腹瀉患者幾點鑑別診斷資料。

(1) **病史與症狀** 注意患者的年齡、性別、地區、季節、發病前健康情況，發病前有不潔飲食史，有無毒物接觸的機會，發病緩急，腹瀉前是否先有發熱，腹瀉是否伴有腹痛，腹瀉性狀如何，腹瀉次數多寡，糞便性狀如何、顏色如何，有無臭味，糞便內是否含有膿血（如有膿血應了解血膿是否分開，是血多還是膿多，血的顏色是鮮紅還是紫紅），排便前有無肛門墜脹感（術語是里急後重），腹瀉的時間在白天與夜間有無區別，排便的感覺與飲食有無關係。

1. **年齡**：幼兒腹瀉原因，以消化不良、食物過敏、全身感染或腸道感染較多。老年人慢性腹瀉應考慮結腸癌。青年人慢性腹瀉需排除腸結核。

2. **性別**：胃癌、腸癌，男性似較多見。花柳性淋巴肉芽腫、神經性腹瀉，女性較男性為多。

便后痛减轻为大肠病如：大肠炎。

(3) 地区：腹泻患者需注意其发病前及发病时所在地区，如痢疾(菌痢与阿米巴痢)、血吸虫病、疟疾、黑热病、肠寄生虫病等都可引起腹泻，故需了解当地流行病的情况，可作诊断参考。

(4) 季节：急性肠道感染如霍乱、痢疾、伤寒、副伤寒、食物中毒性感染等，在夏季或秋季较多发生；因此时空气温度适于引起这些疾病的细菌生存，且人们喜吃冷饮，肠胃道抵抗力减退，如因苍蝇作媒介，就易于促成消化道传染病的流行。

5. 发病缓急：健康人如突然发生急性腹泻，以急性肠道感染可能性较大。如追查其病史中有不洁饮食机会，且同食者同时发病人数较多，则以食物中毒性感染可能性最大。

6. 饮食与腹泻的关系：有些人吃某种食物即发生腹泻者，多见于食物过敏。吃未经煮沸的牛奶或蛋糕等而引起呕吐与腹泻者，以葡萄球菌性食物中毒性感染可能性较大。吃煮熟已久的肉类或蛋类而引起发热、呕吐与腹泻者，以沙门氏菌属食物中毒性感染可能性较大。吃生冷饮食或不洁水果后引起发热、腹痛、腹泻、且伴有里急后重者，以急性菌痢的可能性较大。任何胃肠疾患，如饮食不当、过冷、过多、或质太粗糙均促使原发病加深而表现腹泻加重。

7. 腹痛与腹泻的关系：腹泻患者常伴有腹痛，临床应注意其疼痛之时间及性质。腹痛在腹泻后减轻或消失者，常为大肠部疾患。如大肠炎、溃疡性结肠炎、痢疾、结肠癌等。如腹泻在腹痛后不减，甚至加重者，应考虑小肠部疾患。如小肠炎、肠结核等。霍乱患者一般无腹痛，当脱水严重，腹肌痉挛，则可引致剧烈的腹痛，故俗称“绞肠痧”。其他如胃原性腹泻及神经性腹泻，腹痛往往不一定存在，如有腹痛也甚轻微。

8. 发热与腹泻的关系：凡先有发热而后表现腹泻者，以

感染可能性較大。如敗血症、伤寒、副伤寒、急性菌痢、沙門氏菌屬食物中毒性感染等，均以发热在先、腹瀉在后。阿米巴痢疾可能不发热，也可能有低热；如阿米巴痢疾患者病程中表现有高热，則必然有細菌繼发性感染或并发肝脓肿。霍乱患者由于脫水显著，經常表现循环衰竭，因此測量口腔体溫常在 37°C 以下，而肛門內測量体溫往往明显增高(40°C 以上)，如二者相差愈大，表示病势愈重，预后不良。

9. 里急后重与腹瀉的关系：如大便稀薄或如水样，而无里急后重(肛門墜胀)者，則以小腸疾患可能性較大。如腹瀉时伴有里急后重感，則多为肛門直腸及乙狀結腸疾患。如痢疾、直腸癌、潰瘍性結腸炎及憩室炎在直腸部刺激肛門括約肌，因而排便前常有里急后重现象。

10. 大便性狀与腹瀉的关系：有長期腹瀉既往史的病人，每日排便次数不过2—3次，大便呈稀薄，偶含少量粘液与血跡，則当疑及腸結核、局限性迴腸炎、腸寄生虫病、血吸虫病等。如糞便呈脓血样，內含糞質很少甚至完全没有糞質，排便一日多在数十次，起病只有1—2天，伴有下腹部絞痛与里急后重等，当以急性菌痢可能性最大。如大便呈暗紅色或血水样，內含脓血小块及糞質者，則以阿米巴痢疾可能性較大。如慢性腹瀉患者，以頑固性便血为主要症状，通过一般对症治疗后无良好影响，此时需排除阿米巴痢疾与腸息肉症后，可考虑腸癌，特別是直腸癌。

(2) 体格檢查 对腹瀉患者需作全面观察，以下各点尤其值得重視：

1. 营养状态：高年慢性腹瀉患者，如果营养情况极差，甚至有恶液質現象者，首先应考虑胃癌、胰腺癌或結腸癌。如果是年輕患者，則以腸結核先作考虑。如果是嬰兒或幼兒患者，

則以消化不良可能性較大。如果是中年婦女，要考慮糙皮病。

2. 精神狀態：神經性腹瀉患者，一般都表現精神焦慮、情緒緊張、對自己的病有很大顧慮，大便次數或多或少，經常在感情激動後腹瀉次數增加，夜間入睡後很少發生腹瀉，所以有人認為凡是腹瀉晝夜不分者，常為器質性原因所引起而不是神經性腹瀉。

(3) 失水狀態：凡急性腹瀉患者，如未能獲得及時處理，一般都有明顯的失水狀態，其中以霍亂、中毒型急性菌痢、食物中毒性感染更為突出。臨床表現體重突然減輕、皮膚失去彈性、眼眶凹陷、鼻尖與指端發紺、脈搏細小軟弱、血壓降低。不及時補液，可危及生命。

(4) 病容：注意患者表現急性痛苦貌抑或是慢性貧血貌，前者屬急性腹瀉病例，後者屬慢性腹瀉病例。如果見患者情緒緊張、容易激動、對自己的病過分焦慮，但病容並不明顯，則當以神經性腹瀉可能性較大。

(5) 頸部：至少要注意以下三種情況：

1) 注意甲狀腺是否腫大，除外甲狀腺機能亢進症所引起的腹瀉。

2) 注意頸淋巴結是否腫大，除外淋巴腺結核的可能。

3) 左側鎖骨上有無淋巴結腫大，除外胃癌轉移性病灶存在。

(6) 肺部：注意有無肺結核，以排除腸結核的原發灶。

(7) 心臟：注意有無心界擴大、雜音、節律不整等，以排除心力衰竭可能引起腹瀉的原因。

(8) 腹部：注意腹部形態是否增大、腹壁有無靜脈怒張、有無腹水征、有無肝脾腫大等，以除外血吸蟲病、黑熱病、瘧疾、肝硬化等可能引起的腹瀉。

臍周圍壓痛常示小腸疾患（如限局性小腸炎、腸寄生蟲病）；下腹部壓痛多為大腸疾患。左下腹部壓痛，以菌痢、直腸癌、潰瘍性結腸炎、血吸蟲病較為多見；右下腹部壓痛，以阿米巴痢疾、腸結核、傷寒或副傷寒較為多見。上腹部壓痛應考慮胃、膽或胰腺疾病。

（9）腹股溝淋巴結：根據有無反復穿孔的疤痕，考慮有無第四性病引起腹瀉的可能。

（10）肛門指診：對腹瀉病人，特別是慢性腹瀉病人必不可少的一項檢查。許多直腸癌患者可以由肛門指診獲得初步診斷。其他如腸套疊、腸息肉、第四性病所引起的直腸狹窄以及內痔等，均可由肛門指診取得診斷上很大的幫助。

3. 化驗及特殊檢查 雖然上面談了不少有關腹瀉的臨床鑑別診斷，但要取得腹瀉原因的最後確定，仍需有待於化驗及特殊檢查。今擇其要者分述如下：

1. 大便檢查：包括肉眼觀察、顯微鏡檢查與大便孵化或培養三個方面進行。

1) 肉眼觀察：需注意排出的量、性狀、有無膿血、有無特殊的臭味。如發現大便的量多、便稀、有許多不消化食物、表示小腸吸收不好。如有條件，可進一步作糞脂肪淀粉定性檢查。如發現為膿血便，要考慮的病就很多，如菌痢、阿米巴痢、血吸蟲病、腸結核、腸癌、潰瘍性結腸炎、腸套疊、第四性病、腸息肉、腸寄生蟲病等。但如能進一步再仔細觀察一下膿多還是血多，膿與血是否分開還是混和、膿血之間有無糞質，血的顏色是鮮紅還是紫紅等等，對有經驗的臨床醫師可推測其半，與進一步作檢查有很大的啟發與幫助。如發現大便量多，且有氣泡與脂肪滴，應想到是消化不良或營養缺乏或霉菌感染。

2) 顯微鏡檢查：需注意紅血球、膿球、不消化食物殘渣、巨

噬細胞、阿米巴原虫、阿米巴囊胞、腸寄生虫卵等。如臨床疑為阿米巴痢疾而在新鮮大便中找到了阿米巴滋養體，則診斷即可肯定。

3)大便孵化或培養：疑為血吸虫病，必須作大便孵化，發現毛蚴，以確定診斷。如疑為阿米巴痢疾而多次新鮮糞便檢查未能找獲原虫者，可作阿米巴培養(有條件的醫療機關才能作此項檢查)。如疑為細菌性痢疾、沙門氏菌屬感染、霍亂、腸結核或其他腸道細菌感染，均可作大便培養，如能發現致病菌，則診斷完全確定。

(2)直腸乙狀結腸鏡檢查：因為採用直腸鏡或乙狀結腸鏡可以直接看到腸粘膜的變化(細菌性痢疾、阿米巴痢疾、潰瘍性結腸炎、息肉、腸癌等各有不同的病理改變。有經驗的臨床醫師可一目了然。對可疑的慢性細菌性痢疾或慢性阿米巴痢疾患者，在其潰瘍處取材料作病原體檢查，更易獲得陽性結果)，並可在病變部取組織作壓片檢查血吸虫卵或作活體組織檢查腸癌。

(3)X射綫鋇劑檢查：根據臨床估計病變所在，可選用先作鋇餐上部胃腸道檢查或作鋇劑灌腸。

1)鋇餐進行上部胃腸道檢查：可用以診斷胃癌、胃腸吻合情況、胰腺癌、局限性迴腸炎、腸結核、非特殊性潰瘍性結腸炎、過敏性結腸等。

2)鋇劑灌腸檢查：用以診斷結腸癌、第四性病引起之腸狹窄、潰瘍性結腸炎等。

雖然X射綫檢查對某些疾病的診斷很有幫助，但由於其正確性仍有一定限度，故如為陽性發現，仍需參考病史、體檢與化驗室檢查資料，全面觀察，反復考慮，最後才能作出正確診斷。

4. 治療試驗作回顧診斷 這是不得已而採用的診斷方