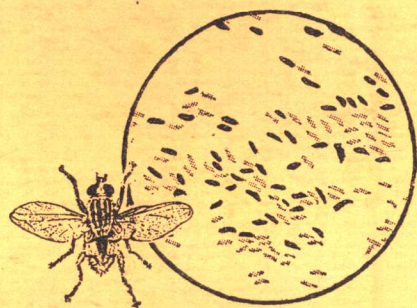


赤脚医生辅导读物



细菌性痢疾的防治

广东省人民医院中西医结合病房编写

广东人民出版社

细菌性痢疾的防治

广东省人民医院中西医结合病房编写

广东人民出版社

出版者的话

为了贯彻毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，我们约请了有关单位或个人编写这套《赤脚医生辅导读物》，内容主要是农村常见病和多发病的防治，也兼顾一些医疗药物的基础知识。读者对象以赤脚医生为主，也可供农村知识青年阅读。

这套辅导读物，总的要求是以中西医结合，通过对农村的常见病和多发病的病因、病理和症状的分析，以及如何辨证和辨病的阐述，提出预防和治疗的措施（以中草药为主，包括西药、针灸、成药等），以帮助赤脚医生掌握治疗技术，从而提高农村的医疗卫生水平，巩固合作医疗，更好地为广大贫下中农服务。

由于我们对赤脚医生的要求了解得不够，编辑出版这类读物又刚刚开始，缺乏经验，希望读者在医疗实践和阅读的过程中，如发现有缺点和不够的地方，请告诉我们，以便修订补充。

编 者 的 话

细菌性痢疾是一种常见的传染病，比较严重地危害劳动人民的健康。我们遵照毛主席关于“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业”的教导和“预防为主”的方针，编写了这本小册子，供赤脚医生和卫生员参考。目的是通过对细菌性痢疾的介绍，使赤脚医生对本病有个比较系统的了解，以便更好地开展对本病的防治工作。

由于我们水平有限，对中西医结合防治本病的实践经验不足，很可能存在着不少缺点，希望赤脚医生和广大工农兵读者批评指正。

目 录

一、病因和流行情况	(1)
二、发病的机理	(6)
三、临床表现	(10)
(一) 急性细菌性痢疾	(10)
1. 轻型(多为寒湿痢)	(10)
2. 重型(多为湿热痢)	(11)
(二) 慢性细菌性痢疾	(11)
1. 慢性潜伏型	(12)
2. 慢性迁延型	(12)
3. 慢性急性发作型	(12)
(三) 中毒性细菌性痢疾(疫毒痢)	(13)
(四) 细菌性痢疾的并发症	(14)
四、诊断与鉴别诊断	(15)
(一) 细菌性痢疾的诊断依据	(15)
1. 流行情况及接触史	(15)
2. 症状	(15)
3. 体征	(16)
4. 粪便检查	(16)
(二) 细菌性痢疾的诊断标准	(16)
1. 急性典型痢疾	(16)
2. 急性非典型痢疾	(17)
3. 急性中毒性痢疾	(17)
4. 慢性痢疾急性发作	(18)

5. 慢性迁延型	(18)
6. 慢性潜伏型	(18)
(三) 鉴别诊断	(18)
五、细菌性痢疾的预防	(22)
(一) 注意饮食卫生	(22)
(二) 切断传染途径	(24)
(三) 增强机体的抵抗力	(25)
(四) 药物预防	(25)
六、细菌性痢疾的治疗	(27)
(一) 急性细菌性痢疾的治疗	(27)
1. 一般疗法	(27)
2. 中医辨证论治	(28)
3. 草药	(32)
4. 新针疗法	(32)
5. 抗菌药物	(32)
(二) 慢性细菌性痢疾的治疗	(34)
1. 一般疗法	(34)
2. 中医辨证论治	(34)
3. 抗菌药物的使用	(39)
(三) 中毒性细菌性痢疾的治疗	(40)
1. 三大危候的抢救	(40)
2. 抗菌治疗	(44)
3. 中医中药的应用	(44)

附录:

一、几个典型病例介绍	(45)
二、几种中草药对菌痢的治疗作用	(47)

一、病因和流行情况

细菌性痢疾（简称菌痢），是由痢疾杆菌所引起的肠道传染病，以化脓性结肠炎为主要病变。并以全身中毒症状、腹泻、腹痛、里急后重以及排出脓血粘液粪便等为主要表现。临床上有急性和慢性之分。全年都可发生，但多见于夏秋两季。常在生活环境不良和不注意饮食卫生的情况下发生和流行。

一个人为什么会得上细菌性痢疾？细菌性痢疾为什么会流行而成为一种传染病？它流行的因素、条件和传染的方式是什么？它的变化过程怎么样？这些问题，作为一个基层卫生人员必须了解和掌握，才能更好地对细菌性痢疾进行防治。要回答这些问题，首先要了解细菌性痢疾的病原体和流行情况。

细菌性痢疾的病原体是痢疾杆菌属的一组细菌，它属于固紫染色阴性杆菌。痢疾杆菌属包括志贺氏痢疾杆菌、施密次氏杆菌、福氏痢疾杆菌、鲍氏痢疾杆菌、宋内氏痢疾杆菌。各种痢疾杆菌都会产生内毒素，其中志贺氏痢疾杆菌及部分施密次氏痢疾杆菌还会产生外毒素。它们所引起的临床症状也较严重，但除了

西藏以外，我国其他地区比较少见，而以福氏痢疾杆菌引起的痢疾较常见，约占80%以上，并易变成慢性。宋内氏痢疾杆菌引起的痢疾症状较轻，多呈不典型发作，目前似有增长趋势。

痢疾杆菌需要在一定环境下才能生存和具有生活能力。它最适宜的温度是37℃，在阳光下30分钟即死亡，而在低温下耐受性较强，在阴暗处可活60~80天，在河水中可存活三个月，在冰中能生存数周，在干燥地方就很快死亡。它在牛奶、蔬菜、瓜果中可生存1~3周。带有痢疾杆菌的粪便，如果管理不当，又放于阴凉处，那么痢疾杆菌可以存活较久。不过，用漂白粉、来苏儿、新洁而灭、石灰、石炭酸等一类消毒剂就能把它迅速杀灭。

由于痢疾杆菌能产生毒素，痢疾经口进到肠道后，这些毒素严重刺激着大肠粘膜，引起剧烈充血、水肿、粘液渗出等炎症反应，粘膜坏死脱落，形成很多小溃疡，在病人的大便中，就可找到大量痢疾杆菌。因此说病人和带菌者（没有任何症状，而在大便中排出了痢疾杆菌的人，称为带菌者）是本病的传染源。

细菌性痢疾全年都可发生，但以夏秋两季为最多，可占全年的85%，这是由于它有一定的传播途径和方式。

俗语说，“病从口入”。细菌性痢疾，就是通过染有痢疾杆菌的食物和饮水等经口而感染的。大家知道，南方的施肥习惯大多数喜欢用粪便直接施在瓜果、蔬菜一类的作物上，如果粪便未经很好消毒处理，就容易把痢疾杆菌带到瓜果、蔬菜中。这些瓜果、蔬菜不仅容易保存了痢疾杆菌，而且在适当条件下还会生长繁殖。有些地方饮用水不卫生，在饮用水处洗涤菌痢病人或带菌者的衣物用具；或把病人粪便冲入水源，污染了饮用水；或水井离厕所很近，厕所中含有痢疾杆菌的粪水渗入水井，污染了井水。人们吃了被痢疾杆菌污染了的瓜果、蔬菜或饮用水，就容易得上细菌性痢疾。这些都是菌痢感染的途径，也说明了菌痢全年都能发生的原因。

夏秋两季，菌痢容易流行的原因，除了这个时候气温适宜痢疾杆菌生长繁殖外，最重要的是因为气候炎热，苍蝇容易孳生。苍蝇喜欢腐臭污秽的东西，经常来往于粪便、污物和各种食物之间，苍蝇的喙、毛脚、体表等可携带多种病菌，会把病原体带到食物上，或把病原体吃到肚子里，边吃、边吐、边泻，使食物污染（苍蝇的带菌率可达8~30%，在污染食物上起很坏的作用）。人的手碰了苍蝇叮过的食物和污染的东西，或者与病人、带菌者的污物接触以后，不引起注意，未经消毒，就去拿东西吃，这样也会把病

原体和食物一起经口带进消化道，从而得上了菌痢。手和苍蝇就成了菌痢传播的重要媒介。同时，也说明菌痢为什么多见于夏秋两季。

痢疾杆菌经口进入消化道后，不一定就得上菌痢，它的致病因素与环境、气候、饮食、细菌的种类、数量和毒力的强弱，以及人体的抵抗力有着密切关系。因为外因总是通过内因而起作用的。如果人体的抵抗力强，进入消化道的病菌就会被消灭，因此，锻炼身体，增强抵抗力，是预防疾病的重要措施，当然，这并不是说其他措施就不需要了。

早在二千多年前，祖国医学对细菌性痢疾的发生，已有相当正确的认识，并有丰富的防治经验。古代医学家认为本病是由于“饮食起居失宜”（生活没有规律，饮食没有节制，饥饱失常），“四时之气不正，湿热交争”（气候反常、气温失调，细菌毒力强大，人体不能适应），“脾胃不充，肠中空虚”（身体及胃肠抵抗力低下），“风冷暑湿之邪，得之乘间而入”（致病因子由于气候反常及机体抵抗力低下，乘此间隙，侵犯人体），“闭塞滞下”（胃肠消化吸收蠕动功能失常，出现菌痢的腹泻腹痛、脓血粘液便等“滞下”症状），发生了痢疾。以上论述充分说明，发生细菌性痢疾与气候、饮食、环境、细菌毒力强弱、胃肠及机体抵抗力的密切关系，也就是菌痢流行的因素和条件。

菌痢是一种普遍易感的疾病。儿童感染的机会较成年人多，约占发病总数的一半，这与儿童的生活习惯造成感染的机会较多有关。患了菌痢之后，一般免疫力都不稳定，也不长久，如果身体正气不足和营养不良，病后失调，就有利于痢疾杆菌乘虚而入，从而可以多次重复感染。

解放后，我国劳动人民翻身作主人，生活水平不断提高。在毛主席革命卫生路线指引下，通过开展爱国卫生运动，加强饮食卫生管理和除“四害”以及“两管五改”等一系列措施，同时实行了公费医疗及合作医疗，采取中西医结合疗法，细菌性痢疾的发病率已有明显降低，中毒性痢疾的死亡率也不断下降。

二、发病的机理

细菌性痢疾既然是通过手和苍蝇等途径，把污染了痢疾杆菌的食物和水，经口进入胃肠而得病。那么，这个病的内在变化和病变部位的反应是怎样的呢？又是怎样出现发热、腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血便等临床症状呢？

现把细菌性痢疾的发病机理扼要说明如下：

痢疾杆菌经口进入体内后，部分在胃中被破坏，释放的毒素被吸收入血流，并通过大肠粘膜排出。若在受凉、暴饮暴食，或胃肠功能基础较差等机体抵抗力减弱的情况下，如胃酸缺乏、杀菌作用减低，而吃入的病原体的数量较多或毒力较强时，就很容易发病。

病原体进入小肠后，很快地繁殖并释放毒素，这些毒素和在胃中菌体破坏释放出来的毒素在一起，被吸收入血流后，可在全身引起一系列毒血症状，使机体呈现过敏状态；当含有毒素的血流通过大肠粘膜（有些还达到回肠末端），引起大肠粘膜的损害（尤其是大肠远端、直肠和乙状结肠），发生一系列化脓性的炎性病变。大肠的早期病理变化为粘膜充血、水肿，

呈弥漫性、局限性或节段状，粘膜分泌大量粘液及炎性渗出物；病变部位迅速发展，淋巴结坏死，融合后形成类似白喉的假膜，继而上皮细胞坏死出血，坏死组织脱落后即形成粘膜或粘膜下层的溃疡，临床出现脓血粘液便，病原体也随粪便排出。进入血流的毒素，作用于肠神经丛和植物神经，使肠道神经机能遭受损害，肠壁渗透性增加，引起肠道血液循环障碍，血液滞积于腹腔血管，大量体液通过频频排便而丢失，造成血压下降和周围循环衰竭。毒素作用于体温中枢即可引起高热。毒素作用于肠壁神经丛，可使肠蠕动失调，产生痉挛，出现腹痛、腹泻、里急后重等临床症状。

慢性菌痢由于大肠炎性病变后溃疡继续存在，出现肠壁增厚、溃疡边缘粘膜增生，可见有息肉形成。溃疡愈合后遗留下疤痕，如肠腺开口处被阻塞则囊肿形成，病菌存在其内，可因囊肿破裂而间歇排菌。疤痕收缩可致肠道狭窄。

中毒性痢疾主要由于人体对细菌毒力呈过敏反应。过敏反应的机体多见于儿童及体质较壮实的成年人。内毒素作用于过敏的机体，使全身小动脉痉挛、微循环障碍、血浆外渗、心输出量减少、血压下降，造成循环衰竭；微循环障碍影响到脑组织缺氧，则出现脑水肿，甚至脑疝，引起惊厥或呼吸衰竭。

祖国医学认为，本病外因是疫毒和风寒暑湿热毒之邪，侵入肠中；内因生冷不洁之物壅滞胃肠，或为邪气（致病因子）太盛，或为脾胃虚弱，内外合拍，胃肠受纳运化传导功能发生障碍，气血与邪相搏（致病因子影响于人体生理功能活动和营养物质的代谢），使肠之络脉受损，气血凝滞，湿郁热蒸，损及肠道脂膜和血络，而为痢下赤白；瘀阻不通，腹痛频频；胃肠之气不能宣达，则清阳不升，浊阴不降，而为里急后重。如热邪重于湿，则大便以脓血为主；如湿邪重于热，则大便以粘液为主。夹有风邪，可见发热畏寒；如果平素脾胃虚弱、湿热内结，上攻于胃，可出现呕吐和不能食的“噤口痢”。

如感受暑湿疫毒，直犯中焦（胃肠），胃为多气多血之腑，暑湿疫毒之邪随气血蒸腾，机体为了驱邪达于肌表，于是邪正交争，而出现高热。由于疫毒猛烈，上窜心营（心营相当于神经系统），蒙蔽神明（精神及神志的改变），遂致昏迷；热毒内闭，木火相煽（木即中医肝脏的代名词，火即中医心脏的代名词，木火相当于现代医学神经系统的两个部分；木火相煽，即是肝木与心火的互相作用），引动肝风，可出现谵语、舌蹇、惊厥（抽风）等神经症状。邪毒炽盛，气机闭塞、脉道不利，而致脉伏，难以触知（休克）。邪毒内陷，气血阻滞极重，正气衰竭可见面色

青灰、趾指甲发青、手足厥冷、睛不和、气微欲绝、呼吸似断似续等循环衰竭和呼吸衰竭的危证。

急性菌痢失治或误治，迁延日久，邪恋正伤，则转为“久痢”，若饮食不当，受凉而反复发作，变为“休息痢”。痢疾长期不愈，使脾气虚弱，由脾及肾、阴损及阳。若热邪内郁，则多耗阴血。若湿蕴不化，则多伤脾肾之阳。所以慢性菌痢除见湿热之邪恋滞胃肠症状外，常常可见气血不足，阴阳俱虚的现象。

三、临 床 表 现

细菌性痢疾潜伏期由数小时至七天，多数为一、二天。由于菌型及机体状况不同，临床症状亦有多种多样。一般按发病情况，将本病分为急性、慢性和中毒性三种类型。

（一）急性细菌性痢疾

急性细菌性痢疾的主要症状有全身中毒和肠道症状两个方面。属于祖国医学中“寒湿痢”、“湿热痢”等范围，如伴有呕吐不能进食，则称为“噤口痢”。根据病情分为轻重两型。

1. 轻型（多为寒湿痢）：多无全身中毒症状（如高热、全身骨痛等）。起病时可有轻度发热或自觉有寒意，口淡不想饮水或喜欢饮热的，腹痛隐隐，腹泻每日三至五次，里急后重较轻，或有恶心呕吐、食欲减退，大便一般呈糊状或水样，带粘液而脓血少。舌质淡，舌苔白滑或白腻，脉浮滑或弦濡。病程持续一周之内，一般可以治愈或转为慢性。但易被误诊为肠

炎或消化不良，应进行大便常规检查或细菌培养。因症状不典型，所以又称急性非典型痢疾。

2. 重型（多为湿热痢）：有中等或中等以上全身中毒症状。起病急骤，以寒热开始，体温可高达39℃以上，小儿常可发生惊厥。早期可有恶心、呕吐、全身重着疲乏，继而阵发性腹痛、腹泻和里急后重，最初数次尚有水样粪便及肠内容物，后在24~48小时内排出混有粘液、脓血的大便，每天可达十余次或数十次。舌质红，苔黄腻，脉弦濡数或洪数。严重者，大便失禁、腹痛剧烈，并有显著压痛，进而血压下降，四肢厥冷、皮肤皱缩、失水明显，或见神志模糊，谵妄、惊厥，舌质红无苔而干，脉细数。所以又称急性典型痢疾。如及时适当治疗，多数病例好转痊愈；部分因治疗不及时、不彻底，可转为慢性，有些更趋恶化，发生酸中毒、休克，如抢救无效，可致死亡。

急性期病人有不同转归，在及时充分治疗下大多数痊愈，部分转为慢性，极个别因暑湿疫毒邪盛，出现严重毒血症，病情险恶，如抢救不及时，可因呼吸循环衰竭而死亡。

（二）慢性细菌性痢疾

急性期菌痢的病程一般为10~20天，此后临床症