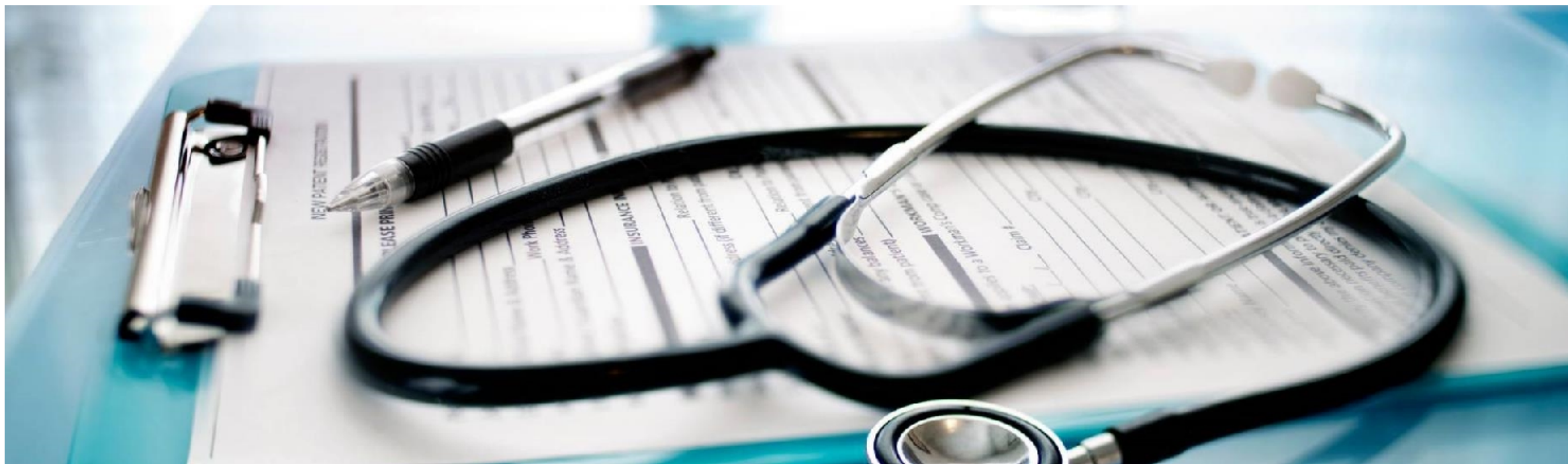


中毒型细菌性痢疾

姓名： 联系：



【学习目标】

- 1.掌握该病的临床表现及治疗方法。
- 2.熟悉该病的鉴别要点。
- 3.了解病因及发病机制。

【预防】

【治疗】

【诊断与鉴别诊断】

【辅助检查】

【并发症】

【临床表现】

【病因及发病机制】

目 录

案例导入

○患儿，男，8岁，因“发热半天，抽搐1次”急诊入院。患儿于入院当日无明显诱因出现发热，自测体温高达 38.5°C ，家长自行给予扑热息痛口服1次，体温未降至正常，同时伴腹痛、呕吐1次，为少量胃内容物，不含胆汁及咖啡色物，无腹泻、头痛、头晕、咽痛、咳嗽等。入院前半小时患儿出现抽搐1次，表现为意识障碍、四肢抖动、双眼球上翻固定、口周青紫、小便失禁。急诊给予吸氧、肌肉注射苯巴比妥钠 0.1g 后抽搐停止，抽搐持续时间约10分钟，无大便失禁，体温 38.7°C ，胸部透视未见异常。

○辅助检查：血常规检查示白细胞 $20.2 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞0.874、淋巴细胞0.108、红细胞 $4.55 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白132g/L、血小板 $170 \times 10^9/L$ 。

○思考题

○1.该患儿最可能的诊断是什么？如何确诊？

○2.该病的处理原则是什么？

-
- **中毒型细菌性痢疾是急性细菌性痢疾的危重型，发病急骤，病情危重，病死率高，临床以高热、嗜睡、抽搐，或迅速出现休克为特征。全年均有发生，但常于夏秋季流行，一般在7~9月达到高峰。多见于2~7岁健壮儿童。**

壹

【病因及发病机制

-
- 病原是痢疾杆菌，属于肠杆菌的志贺菌属，为革兰阴性杆菌。痢疾杆菌的致病性很强，只要10~100个病菌即可引起发病。本菌耐寒、耐湿，在外环境中生存力较强。但是在日光下半小时或60℃10分钟即可将其杀灭，一般消毒剂均可灭活。

-
- **本病通过消化道传播。痢疾杆菌随患者或带菌者的粪便排出，通过污染的手、食品、水源或生活接触，或苍蝇、蟑螂等间接方式传播。全年均有发生，但常于夏秋季流行，一般在7~9月达到高峰。人群对痢疾杆菌普遍易感，学龄前儿童患病多，尤多见于平素体格健壮、营养状况良好的2~7岁小儿。**

- **志贺菌属经口进入胃肠道，依靠其毒力质粒所编码的一组多肽毒素侵入结肠上皮细胞，并生长繁殖，细菌裂解后产生大量内毒素与少量外毒素。志贺菌内毒素从肠壁吸收入血后，引起发热、毒血症及急性微循环障碍。内毒素作用于肾上腺髓质及兴奋交感神经系统释放肾上腺素、去甲肾上腺素等，使小动脉和小静脉发生痉挛性收缩，内毒素直接作用或通过刺激网状内皮系统，使组氨酸脱羧酶活性增加，或通过溶酶体释放，导致大量血管扩张，血浆外渗，血液浓缩，还可使血小板聚集，释放血小板因子。中毒性菌痢的上述病变在脑组织中最为显著，可发生脑水肿甚至脑疝，出现昏迷、抽搐及呼吸衰竭，是中毒性菌痢死亡的主要原因。**

貳

【 临 床 表 现 】

-
- **潜伏期多数为1~2天，短者数小时。起病急，发展快，体温可达40℃以上，迅速发生呼吸衰竭、休克或昏迷。肠道症状多不明显甚至无腹痛腹泻，也有在发热、脓血便后2~3天后发展为中毒型。根据其主要表现又可分为以下三型：**

1. 休克型（皮肤内脏微循环障碍型）

- 主要表现为感染性休克。早期为微循环障碍，可见精神萎靡，面色灰白，四肢厥冷，呼吸急促，脉细速，血压正常或偏低，后期微循环淤血、缺氧，口唇及甲床发绀，皮肤花斑，血压下降或测不出，可伴心、肺、血液、肾脏等多系统功能障碍。

2.脑型（脑微循环障碍型）

- 因脑缺氧、水肿而发生反复惊厥、昏迷和呼吸衰竭。早期有嗜睡、呕吐、头痛、血压偏高，心率相对缓慢。随病情进展很快进入昏迷、频繁或持续惊厥。瞳孔大小不等、对光反射消失，呼吸深浅不匀、节律不整，甚至呼吸停止。颅内压增高，严重时可发生脑疝。此型较严重，病死率高。

3.肺型（肺微循环障碍型）

- 又称呼吸窘迫综合征，以肺微循环障碍为主，常在中毒性痢疾脑型或休克型基础上发展而来，病情危重，病死率高。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/218120133030006056>