

· 标准 · 方案 · 指南 ·

儿童腹泻病诊断治疗原则的专家共识

中华医学会儿科学分会消化学组 中华医学会儿科学分会感染学组
《中华儿科杂志》编辑委员会

一、概述

腹泻病为多种病原、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,是儿童患病和死亡的主要原因,也是营养不良的重要原因。据世界卫生组织(WHO)统计,除中国外,全世界每年有 10 亿人患腹泻,其中 5 亿发生在发展中国家。我国卫生部疾病控制司(卫生部疾病预防控制局)的调查显示,我国每年有 8.36 亿人次患腹泻,其中 5 岁以下儿童占 3 亿人次,腹泻病年发病率约为 0.7 次/人,5 岁以下儿童的年发病率平均为 1.9 次/人。WHO 于 1978 年制订全球性腹泻病控制规划,1980 年正式实施,1991 年推出第 1 版《腹泻病诊断治疗指南》。这些规划和指南的实施,尤其是口服补液盐的应用,对于减少腹泻儿童的死亡已取得良好的效果,到 2005 年,全球 5 岁以下儿童因急性腹泻年死亡人数已从 1979 年的 450 万降至 160 万。1992 年我国卫生部制订并发布了《中国腹泻病诊断治疗方案》,该方案在全国的实施对提高我国腹泻病的诊治水平和降低腹泻病的死亡率起到了重要作用。但至今,腹泻病仍是我国的常见病之一,也是 5 岁以下儿童的主要死亡原因之一。在腹泻的治疗中,尚存在不合理应用抗生素和过多使用静脉补液等问题^[1-7]。

近年来,腹泻病治疗取得两项重要的成果:①将钠浓度降到 75 mmol/L、葡萄糖浓度降低到 75 mmol/L、总的渗透压降低至 245 mOsm/L 的“低渗”ORS(hypoosmolarity ORS)配方有助于缩短腹泻持续时间,减少大便的量以及减少静脉补液;②补充锌有利于缩短腹泻病程、减轻病情并预防未来 2~3 个月内的腹泻复发。为了完善腹泻治疗管理综合治疗策略,大幅降低腹泻儿童死亡数,实现到 2015 年 5 岁以下儿童因腹泻死亡数比 1990 年减少三分之二的新千年目标,WHO 和 UNICEF 在 2005 年联合发表了新修订的腹泻管理推荐指南,该指南得到美国国际开发署和全世界许多专家的协助支持。新指南中仍强调口服补液重要性,推荐使用新 ORS (“低渗”ORS)配方取代以前的 ORS 配方,并且强调所有患儿在腹泻发生时及早补充锌。新 ORS 的配方和组成见表 1。

考虑到各国和各地的具体情况,“低渗”ORS 的组成有一个允许范围:总溶质浓度(包括葡萄糖)200~310 mmol/L、钠 60~90 mmol/L、葡萄糖至少相当于钠的浓度、钾 15~

表 1 新 ORS 配方和组成

配方	g/L	组分	mmol/L
氯化钠	2.6	钠	75
无水葡萄糖	13.5	氯	65
氯化钾	1.5	葡萄糖	75
柠檬酸钠	2.9	钾	20
		柠檬酸	10
		渗透压	245

25 mmol/L、柠檬酸 8~12 mmol/L、氯化物 50~80 mmol/L。

为了更好地开展腹泻病诊断治疗工作,反映国际上腹泻病研究的新成果,中华医学会儿科学分会消化学组、感染学组和《中华儿科杂志》编辑委员会,联合组织有关专家制订儿童腹泻病的诊治原则的建议方案。方案经过反复酝酿讨论,强调尽早口服补液、继续喂养、脱水征的识别、补锌治疗,提倡母乳喂养,推荐应用新 ORS 配方(在下文的治疗原则中出现的 ORS 均指的是 WHO 推荐的新的“低渗”ORS),供儿科临床工作者以及卫生保健工作者在实际工作中参照应用。

二、诊断

1. 根据大便性状和次数判断。根据家长和看护者对患儿大便性状改变(呈稀水便、糊状便、黏液脓血便)和大便次数比平时增多的主诉可作出腹泻诊断。

2. 根据病程分类。急性腹泻病:病程≤2 周;迁延性腹泻病:病程为 2 周~2 个月;慢性腹泻病:病程>2 个月。

3. 对腹泻病患儿进行有无脱水和电解质紊乱的评估。

(1)脱水程度的分度与评估(表 2):

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%)	≤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 ^a
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、休克

注:^a捏起皮肤回复≥2 秒

(2)尽可能对中、重度脱水患儿行血电解质检查和血气分析。

4. 根据患儿粪便性状、粪便的肉眼和镜检所见、发病季节、发病年龄及流行情况初步估计病因。急性水样便腹泻患者(约占 70%)多为病毒或产肠毒素性细菌感染,黏液脓性、脓血便患者(约占 30%)多为侵袭性细菌感染。有条件尽量进行大便细菌培养以及病毒、寄生虫检测。

5. 对慢性腹泻病还须评估消化吸收功能、营养状况、生长发育等。

三、治疗

1. 脱水的预防与治疗。

(1) 预防脱水:从患儿腹泻开始,就给口服足够的液体以预防脱水。母乳喂养儿应继续母乳喂养,并且增加喂养的频次及延长单次喂养的时间;混合喂养的婴儿,应在母乳喂养基础上给予 ORS 或其他清洁饮用水;人工喂养儿选择 ORS 或食物基础的补液如汤汁、米汤水和酸乳饮品或清洁饮用水。建议在每次稀便后补充一定量的液体(<6 个月者,50 ml;6 个月~2 岁者,100 ml;2~10 岁者,150 ml;10 岁以上的患儿能喝多少给多少)直到腹泻停止。

(2) 轻度至中度脱水:口服补液及时纠正脱水,应用 ORS,用量(ml) = 体重(kg) × (50~75),4 h 内服完;密切观察患儿病情,并辅导母亲给患儿服用 ORS 液。

以下情况提示口服补液可能失败:①持续、频繁、大量腹泻[>10~20 ml/(kg·h)],②ORS 液服用量不足,③频繁、严重呕吐;如果临近 4 h,患儿仍有脱水表现,要调整补液方案。

4 h 后重新评估患儿的脱水状况,然后选择适当的方案。

(3) 重度脱水:①静脉输液:采用静脉用的糖盐混合溶液(须在医院进行);首先以 2:1 等张液 20 ml/kg,于 30~60 min 内静脉推注或快速滴注以迅速增加血容量,改善循环和肾脏功能;在扩容后根据脱水性质(等渗性脱水选用 2:3:1 液,低渗性脱水选用 4:3:2 液)按 80 ml/kg 继续静滴,先补 2/3 量,婴幼儿 5 h,较大儿童 2.5 h;在补液过程中,每 1~2 小时评估 1 次患者脱水情况,如无改善,则加快补液速度;婴儿在补液后 6 h,儿童在补液后 3 h 重新评估脱水情况,选择适当补液的方案继续治疗;一旦患儿可以口服(通常婴儿在静脉补液后 3~4 h,儿童在静脉补液后 1~2 h,即给予 ORS)。②鼻饲管补液:重度脱水时如无静脉输液条件,立即转运到就近医院进行静脉补液,转运途中可以用鼻饲点滴方法进行补液。液体采用 ORS 液,以 20 ml/(kg·h)的速度补充,如患儿反复呕吐或腹胀,应放慢鼻饲点滴速度,总量不超过 120 ml/kg。每 1~2 小时评估 1 次患者脱水情况。

2. 继续喂养。

(1) 调整饮食:母乳喂养儿继续母乳喂养,小于 6 个月的人工喂养患儿可继续喂配方乳,大于 6 个月的患儿可继续食用已经习惯的日常食物,如粥、面条、稀饭、蛋、鱼末、肉末、新鲜果汁。鼓励患儿进食,如进食量少,可增加喂养餐次。避免给患儿喂食含粗纤维的蔬菜和水果以及高糖食物。病毒性肠炎常有继发性双糖酶(主要是乳糖酶)缺乏,对疑似病例可暂时给予改为低(去)乳糖配方奶,时间 1~2 周,腹

泻好转后转为原有喂养方式。

(2) 营养治疗:

①糖源性腹泻:以乳糖不耐受最多见。治疗宜采用去双糖饮食,可采用去(或低)乳糖配方奶或豆基蛋白配方奶。

②过敏性腹泻:以牛奶过敏较常见。避免食入过敏食物,或采用口服脱敏喂养法,不限制已经耐受的食物。婴儿通常能耐受深度水解酪蛋白配方奶,如仍不耐受,可采用氨基酸为基础的配方奶或全要素饮食。

③要素饮食:适用于慢性腹泻、肠黏膜损伤、吸收不良综合征者。

④静脉营养:用于少数重症病例,不能耐受口服营养物质、伴有重度营养不良及低蛋白血症者。

3. 补锌治疗。急性腹泻病患儿能进食后即予以补锌治疗,大于 6 个月的患儿,每天补充含元素锌 20 mg,小于 6 个月的患儿,每天补充元素锌 10 mg,共 10~14 d。元素锌 20 mg 相当于硫酸锌 100 mg,葡萄糖酸锌 140 mg。

4. 合理使用抗生素。腹泻患儿须行粪便的常规检查和 pH 试纸检测。

急性水样便腹泻在排除霍乱后,多为病毒性或产肠毒素性细菌感染,常规不使用抗生素类药;黏液脓血便多为侵袭性细菌感染,须应用抗生素,药物可根据当地药敏情况的经验性选用;用药后 48 h,病情未见好转,可考虑更换抗生素;用药的第 3 天须进行随访;强调抗生素疗程要足够;应用抗生素前应首先行粪便标本的细菌培养和病原体检测,以便依据分离出的病原体及药物敏感试验结果选用和调整抗菌药物。

5. 其他治疗方法。有助于改善腹泻病情、缩短病程。

(1) 应用肠黏膜保护剂:如蒙脱石散;

(2) 应用微生态疗法:给予益生菌如双歧杆菌、乳酸杆菌等;

(3) 补充维生素 A;

(4) 应用抗分泌药物:用于分泌性腹泻。

(5) 中医治疗:采用辨证方药、针灸、穴位注射及推拿等方法。

6. 腹泻病的家庭治疗。无脱水征和轻度脱水的腹泻患儿可在家庭治疗,医生应向家长宣传家庭治疗四原则:

(1) 给患儿口服足够的液体以预防脱水;

(2) 锌的补充;

(3) 持续喂养患儿;

(4) 对病情未好转或出现下列任何一种症状的患儿须及时送医院:①腹泻剧烈,大便次数多或腹泻量大;②不能正常饮食;③频繁呕吐、无法口服给药者;④发热(<3 个月的婴儿体温 >38℃,3~36 个月幼儿体温 >39℃);⑤明显口渴,发现脱水体征,如眼窝凹陷、泪少、黏膜干燥或尿量减少等,神志改变,如易激惹、淡漠、嗜睡等;⑥粪便带血;⑦年龄 <6 个月、早产儿,有慢性病史或合并症。

四、腹泻病的预防

1. 注意饮食卫生、环境卫生,养成良好的卫生习惯;

- 2. 提倡母乳喂养;
- 3. 积极防治营养不良;
- 4. 合理应用抗生素和肾上腺皮质激素;
- 5. 接种疫苗:目前认为可能有效的为轮状病毒疫苗。

(参加方案修订的专家:董永斌、朱启榕、陈洁、方峰、蔡四堂、黄志华、叶礼燕、万朝敏、朱朝敏、孙梅、王宝西、董梅、武庆斌、黄永坤、蒋丽蓉、方鹤松、陈绍璐、冉陆、李贵存、付晓霞)

执笔:陈洁、叶礼燕

参 考 文 献

[1] 方鹤松,段恕诚,董宗祈,等.中国腹泻病诊断治疗方案.中华人民共和国卫生部卫防急发(93)第37号.
[2] 胡亚美,江载芳.诸福堂实用儿科学.7版.北京:人民卫生出版社,2008:1286-1300.

[3] Keating JP. Chronic diarrhea. *Pediatr Rev*,2005,26:5-14.
[4] EAS Nelson, WK Ko, E Kwan, et al. Guidelines for the Management of Acute Diarrhoea in Young Children. *HK J Paediatr*,2003,8:203-236.
[5] WHO. The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other Senior health workers. 2005:1-44.
[6] WHO. Diarrhoea treatment guidelines including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for clinic-based healthcare workers. [2008-12-08]. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85500/en/
[7] WHO. Technical updates of the guidelines on the IMCI. Evidence and recommendations for further adaptations. [2008-12-08]. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593482/en/

(收稿日期:2009-01-07)

(本文编辑:李贵存)

· 作者须知 ·

《中华儿科杂志》2009 年栏目变更通知

《中华儿科杂志》2009 年栏目拟变更如下:

1. 增设“指南解读”栏目:“指南解读”的英文名称定为“Intensive Reading of Guidelines”,是对已经刊出的指南进行解读,目的是帮助读者深入理解指南、执行指南。“指南解读”栏目应密切围绕指南,深入解析指南,而不是发表个人观点;“指南解读”可以引出文献,但其不同于讲座,也不是综述;内容可包括:指南的制定背景、制定指南依据的循证医学证据的可靠性强度、指南制定过程中不同意见介绍以及难点理解等。该栏目以编辑部约稿为主。

2. 增设“期刊文摘”栏目:主要针对在其他期刊(尤其是国外期刊)发表的、获得国家基金支持的重大研究项目的论文,作者可对其内容进行摘要刊出。目的是为广大读者提供相关的信息,每篇字数限制在 1000 字以内,仅刊出中文,刊登时需注明原文刊出的期刊名称、年、卷、期、页码等。刊登前作者需征得原刊出期刊的书面同意。该栏目以作者自由来稿为主。

3. 增设“历史回顾”和“历史人物”两个栏目:主要介绍推动儿科学发展的重大历史事件和人物,例如:第一个建立我国儿科专业、创办《中华儿科杂志》的陈翠贞教授的介绍;

将呼吸机、蓝光治疗等用于临床的历史事件等。该栏目欢迎自由来稿,请《中华儿科杂志》全体编委给予支持。

4. 原“临床经验交流”栏目变更为“临床研究与实践”栏目:原“临床经验交流”栏目改为“临床研究与实践”栏目后,将增加简短的中、英文摘要,原则上全文字数少于 6000 字,篇幅短于“论著”栏目。该栏目变更旨在更好地向临床研究倾斜,扩大杂志的临床研究信息量。该栏目变更从 2009 年第 7 期开始执行。

5. 取消“论著摘要”栏目:“论著摘要”栏目开始于 20 世纪 80 年代,内容局限于基础研究,字数在 1500 字以内,删去图表,以“论著摘要”形式刊出后,全文可在其他杂志发表,不属于一稿两投。但由于严格控制字数难以将研究内容表述完整,本刊目前刊出的“论著摘要”多为 2~3 面,甚至包括图表,背离了当初设立“论著摘要”栏目的初衷。鉴于很多中华医学会系列杂志取消了该栏目,本刊决定将原“论著摘要”栏目中选题创新、设计严谨、结论客观的论文提升为“论著”栏目刊出,达不到要求的基础研究不予刊出。该栏目变更从 2009 年第 7 期开始执行。