

小兒腹瀉症

永定門聯合診所 董序五

諸位同志：我們在治療工作中每到夏天，要遇到許多腹瀉的患者，其中尤以六個月以後的小兒更是多見，並且偶一處理失常就要發生危險，所以在嬰兒保健上，對於小兒腹瀉是值得我們注意的，今天我們就來討論這個「小兒腹瀉症」。

我們首先要認識：「腹瀉」不是病名，而是一種症候，在急性消化不良，和營養紊亂的時候，其基本的症狀就是「急性腹瀉」。在重症的患兒還要同時發現中毒現象。尤其是患中毒性消化不良的患兒，在臨床上更為險症，因為這種患兒不僅在腸管消化過程中陷於紊亂狀態，同時在各種代謝機能方面也有激烈的改變，其中尤以水份代謝失常的時候更是危險的。

腹瀉之病因

腹瀉的病因，可分下列三大類：

第一：屬於食物性者：即由消化不良所引起，最為常見。其原因不外下列：

I、乳母體乳乳汁含脂肪多，小兒不能充分的消化，遂成為消化不良性的腹瀉。

II、乳母乳汁缺乏，成份稀薄；質的缺陷；蛋白質、脂肪或維生素均不足，像這樣營養缺陷的乳兒，很容易罹患各種急性或慢性的疾病。

III、餵養：多由於人乳不足，人工餵養或食物的質量不足；或時間過長過短；或用的餵具不衛生。以及蛋白質脂肪，炭水化合物配合不合理；維生素缺乏；或食物發酵，細菌侵入，使乳兒胃腸管負擔過重。增加分泌，分解遲延，更多停滯在胃中，以致消化紊亂，致成腹瀉。

第二、屬於感染性者：其傳染多因攝取污染之食物或由接觸帶有細菌污染之物品，如污染之衣被，用具，小兒玩具，食具等。外因性之感染是消化不良症之基本因素：雖今日尚未能發現消化不良症之特殊細菌，而已証明了革藍氏Gram陰性菌佔多數，當腸胃管存有少許之細菌，在免疫力低落時，細菌便於腸管各部增強其繁殖，以影響胃腸管分泌運動之機能。因此消化不良症，可發生於內因性與外因性之腸管感染。前者如腸胃病；痢疾，腸熱病；腸結核。後者如：中耳炎，腎盂炎，肺炎，鼻竇炎等。

第三、屬氣候關係者：夏天的氣候易患腹瀉，其原因如下：

1. 身體水份排洩較多，飲水缺乏，身體水份減少，血液循環欠佳，臟器機能自難健全，廢物排洩困難，發現為消化紊亂。

2. 夏季因對食物，保存之不良而易於腐敗，食物內繁殖病原菌，或由蒼蠅、昆蟲之傳播，皆為夏季胃腸疾病增加之條件。

3. 乳兒因熱的關係，易大量出汗，以致口渴，即要多吃乳液，超過常量時，消化器官難於應付，遂發生積滯現象，刺激小腸，細菌乘機得以繁殖，腹瀉之症遂成。

4. 體外高熱足使胃酸之分泌減少，因之小腸之上部酸性減少而細菌易於滋生。

5. 乳兒過厚的包裹，或放於悶熱室之內，在高熱之氣溫下使胃腸運動受影響，夜間受風或腹部受涼，刺激腸管成為腹瀉。

腹瀉之病理

一：消化能力減低：消化器官失去正常生理機能，腸管之蠕動及消化腺之消化酶失去正常生理作用，由於腺活動失常，即產生食物之異常分解，脂肪酸增加而惹起腸管蠕動加速，結合腸管排出水份過多，以致腸之消化力減低出現消化不良症。

二：由於食物非正常分解，可助長腸內菌叢之侵害上部腸管及胃，使腸管內積蓄由細菌而腐敗的食物，所產生的食物毒素。細菌毒素作用於腸管網狀內皮細胞而破壞其防禦機能，以致毒素侵入門脈系統，進而毒素損壞肝細胞破壞肝臟機能。

三：毒素產物大部進入血流而引起組織中毒，破壞水份的代謝，蛋白質，糖，均受影響，維生素之吸收亦不正常。

四：血流中鉀及氧含量減少，由各種物質代謝障礙致使組織內積蓄未氧化之產物，有機酸即為發展，在腹瀉大量鈉質與水份由糞便排出，即呈現酸中毒。

五：解剖 I：中毒性消化不良症：於屍體解剖檢查：

甲：肉眼所見：主要為實質臟器變性，及肝臟脂肪浸潤。

乙：顯微鏡檢查所見：呈現腸管粘膜之反應性變化及腸系膜淋巴腺結節，有顯著之白血球增

加。

2：腸管傳染之消化不良症，多呈腸加答爾，在死於晚期中毒性消化不良患兒，在屍體解剖上發現支氣管肺炎，中耳炎，鼻竇炎；腎盂炎之化膿性病灶者頗為多見。

3：急性消化不良症時，無何變化。

腹瀉之臨床症狀及特徵：

一：急性消化不良症：腹瀉大便多為液狀混有綠色或白色小糞塊，反應呈酸性精神萎靡不振，鼓腸，惡心，嘔吐，有時吐出胆汁樣物質，舌苔厚，不思飲食，因腹痛呈不安狀態，屬於傳染性者，初期體溫升高。

二：中毒性消化不良症，大便次數頻繁，呈水樣便，排便時呈噴射勢且帶氣體，糞反應初為酸性，後由小腸之碱性分泌物泄出，即呈碱性反應，強度脫水頻數嘔吐眼窩陷下皮膚彈性減弱，口腔粘膜及口唇乾燥並充血。血液循環障礙，血壓降低，心音不純尤其第一音更為顯著，或出現青紫色浮腫，體重顯著減少，呈中毒狀態。

三：神經中樞中毒特徵：顏面無表情，對周圍不起反應，神識煩躁不寧疲倦昏迷欲睡，或呈不安狀態出現驚厥。眼球迴轉斜視，呼吸不整，加速而淺表，或增加深度，有時大聲叫喊，有頑固之嘔吐，雖攝取小量食物亦不能停留於胃中，吐出物混有血液，或發展慢性經過而惹起鼻竇炎，腎盂炎，肺炎，因而增加中毒症狀，昏迷而死亡。

四：化驗室檢查：

1：濃縮血色蛋白及赤血球增加，白血球增加，有時大為減少（維生素缺乏症「壞血病」之時）核呈左方移動，淋巴球增多，血小板減少。

2：肝臟及內分泌神經器官機能失常可使血糖增加。

3：尿量減少，褐色，發現尿糖及蛋白，顆粒狀圓柱及赤血球白血球出現。

4：糞便：初惡臭後即不臭呈碱性混有少量白血球。

腹瀉引起之續發症：

一：維生素缺乏症：維生素在動物體內是蓄積於肝，胰，腎上腺骨髓中，在這些器官中形成一時性的維生素貯藏庫，以備需用時應用，由於腹瀉消化系統發生急性障礙時，胃腸不能很好吸收食物，所以產生內因性維生素缺乏症。

在臨床的特徵，是骨的變態，顏面皮膚下肢皮膚出血，粘膜口腔粘膜及腎臟有時出血，檢查尿有赤血球體溫一般的不甚高。

二：營養不良性貧血：8—18個月的乳兒患此病較多，其主要原因：由於乳兒人工餵養牛乳

或其他代乳品，粥類等，營養不足，缺乏副食，鐵和維生素缺乏之故。

病的開始於血液出現淡染性紅血球，以後紅血球數減少（紅血球成長障礙看出紅血球變形，大小不均）營養不良性貧血多伴有免疫力低下，發育成長停止。肌肉張力減退，血管壁萎縮，並常有浮腫出血。

三：重症者易合併枝氣管肺炎而死，中耳炎，腎盂炎，敗血症亦所常見。

四：常見腹瀉之兒童，皮膚多生癩瘡，頭，皮膚，股臀部為好發部位，終至形成敗血病而死亡。

五：最嚴重而預後惡劣者為脫水，酸中毒，臨床上應為注意。

預 後

腹瀉之預後，要依據是否早期得到治療，其預後不良主因為弱小年齡之乳兒傳染病灶之存在，是不易剷除，炎暑氣候及治療過晚，若再設備不夠，或治療技術缺少經驗，很難應付急性脫水症狀，重症至心力衰竭，多因中毒極為惡化。

因腹瀉纏綿體重減消，皮膚乾燥而鬆弛，有時四肢收縮角弓反張，故營養不良兒及患有佝僂病兒，由於代謝失常及調節機能失常，易由急性消化不良轉變為中毒性症，更多有併發症等，可使中毒性消化不良更為加惡。

症狀之進行無定時減退，因此復發，或虛弱過甚，轉變為枝氣管肺炎等更為常見而甚為危險。所以早期不覺其嚴重，診斷忽略，遂行簡易之療法，必為延誤，若待病勢顯著而後區別則太晚，此點對於初生兒或弱兒應為注意。

腹瀉之鑑別診斷

每個腹瀉之病例，我們應將病歷體格檢查，做到完善，方易檢討病源之由來，勿以腹瀉易下診斷而忽略其腹瀉之病原，故應注意糞便之檢查，檢視有無寄生蟲卵並作培養基以鑑定有無細菌。是否為痢疾及非腸胃病之中耳炎、腎盂炎、肺炎等；及與腸胃病的痢疾，腸熱症，腸結核等之腹瀉症作鑑別診斷：

對消化不良症之診斷，有時極為困難，與痢病之鑑別診斷，尤應注意，於乳兒痢疾之經過，多無臨床之症候羣，（無裡急後重）只呈現大腸之局部現象，糞便滲出物，多為粘液及血便為之特徵，其鑑別診斷首要詳細考查其病史，其調查其家族同居者有無痢疾患者，詳查患兒之肛門，即可發現，中毒性消化不良病，呈有強度之乾燥狀態，然而中毒型的痢疾，首現出現中樞神經系統上的狀態：對不能確診者需要實行化驗室之檢查，在顯微鏡下之形狀和消化不良症是不同，甚

至早期糞便中也可找到；區別：痢疾糞便內，出現大量的細胞滲出物其中多形核白血球，多數量的赤血球都多數出現，更有巨大細胞及大單核細胞的發現。消化不良的腹瀉不會出現，故在鑑別診斷上很有價值。尤當注意者，在臨床時遇到頻頻嘔吐，下糞似水，精力虛脫，熱度甚高，體重減低即可疑為脫水若加之呼吸急促增加，即可疑有酸中毒之症，只有詳細分析所有臨床症狀，考慮局部現象及血液像，始得到正確的理解。

腹瀉之治療

本病之治療首重預防，即是在調配食物時嚴格注意清潔，食具應滅菌消毒，一旦發生腹瀉，主要治療有以下三原則：

一、飲食的調理：無論病原如何或病狀輕重，務以斟酌飲食的管理：減少或禁止刺激胃腸之食品，因消化機能失去常態。必要使其暫時的休息，應以施使飲食調理：

病兒發熱均宜暫停止乳食，多給水喝。經數小時或一二日或待急性症狀減退後為止，後可漸次給以米湯，直至體溫下降正常時始可與之飲食，不然即可引起腸損害，以免腸炎，生潰瘍等現象。

對食物選擇嚴格注意：消化不良症適宜之食物，則屬於不能引起強烈酵酸過程之食物，如含有多量脂肪及含碳水化合物能助腸管之酵酸最強者為乳糖及甜菜糖等，具有酸性反應之食物可助胃內食物之消化，阻止細菌於腸管中繁殖，並增加其吸收作用。

二：藥物療法：

腹瀉時腸粘膜充血，分泌增加，腸內容物腐敗發酵，而刺激腸之蠕動，有時腸內毒素入血行之症狀可早期察明，又當腸壁發炎時更宜注意腸之「生理上的自衛機能」不宜早用止瀉劑以阻碍之。

1：在初期時噁心腸鳴，宜服蓖麻油4c.c.以清瀉腸內腐敗積物，若已瀉多次不可再服瀉劑，以免腸管受傷。

2：若腸痙攣腹痛或絞痛過劇，腹瀉不止，在一至二週歲之幼兒，可服磷鎂可待因0.001。

3：對嘔吐頻發者，其治法如下：

(一)用2%鹽水洗胃，使胃內積物減少。

(二)肌肉注射生理食鹽水或 Ringer 氏液及5%葡萄糖液，靜脈及皮下注射但不應超過120—150c.c.。

(三)暫時禁食：待其嘔止：逐漸試與液體飲料，但應注意，禁食過久對營養紊亂者頗為有害，因此經過6—12小時後即應開始餵養。

4：血行衰竭，手足厥冷，面色青紫，血壓下降，體溫過高，宜注射興奮劑於皮下，如：副

腎素液(1:1000)0.2公撮，隔半小時至一小時重行注射之。

5：對心力衰弱：宜用安那加(0.5—1%)溶液每次一茶匙，每日3—5次。如因患兒嘔吐，不能服用時可改用10%安那加注射液，行皮下注射，每次0.25公撮，每日三次注射之。但不宜用樟腦液作皮下注射，以免惹起皮下膿腫。

6：重症腹瀉由胃腸傳染而起，亦可能因胃腸外傳染病而起，因此合併應用其可吸收之製劑—磺胺類藥：如磺胺嘔啉，磺胺噻唑等，藥物由血循環，經大腸壁而至腸管內，血內藥之濃度頗高，糞便內藥之濃度大都更高；其比較不易吸收之磺胺製劑，如磺卦尼丁腸管吸收遲緩糞便內藥濃度甚高，而血液內藥物濃度低，故不易透入腸粘膜內以殺滅深層病菌。而易殺滅粘膜淺層細菌，亦屬優點，這種用法不但腸內病原菌(尤其是痢疾型細菌)與其他病原菌無論是消化道內或消化道外者，均可因別種磺胺製劑而制勝之。劑量應充分：根據兒童之體重以計算劑量為適，在普通情形下：磺胺噻唑口服用每公斤體重130 毫，第一次量為全量之 $\frac{1}{4}$ ，磺卦尼丁在腹瀉症劑量宜較大，但對於幼兒小劑量亦能生效。其劑量每公斤體重每日量100—130毫即足，不宜過大，每日量須分為六至八次劑，但若發生副作用時，如噁心嘔吐等狀，只可酌量減少。

對嘔吐頻發不能內服磺胺製劑時，可改作注射，如：史太安(Sulthia)六公撮安畚含一克，一歲用0.5克，二歲用0.66克，三歲用0.83克，五歲以上1.0克：每一晝夜每公斤體重每次0.1克每日二次注射。

注意：服用磺胺製劑時，每一克需與小蘇打二克同服，水份的攝入必須充足，服用時必須按時需無隔絕，或早期停藥可致有再發之憂。更每二三日需檢查尿中有無結晶，如發生中毒時，應立即停止，強迫飲水，增加碱之攝入。

7：由感冒及中耳炎惹起之營養不良中毒腹瀉，除用磺胺製劑之外，應合用盤尼西林，及合理之食物治療，亦收良好之效果。

8：脂肪下痢在夏季易發生，因消化不良引起排便頻數，尤其在食物中脂肪或糖量過多時即為引起，遂有綠色酸性刺激性便排出，其治療應減少脂肪及糖的供給，服用維生素丙以資恢復腸管機能及酵素作用，或注射肝精及維生素乙，亦收大效。

三：乾燥症與組織脫水的挽救

液體之攝入量，必須求其充分，方能補足體內由腹瀉而遺失之水份及礦物質，乳兒由於脫水，及脫水所致的併發症，如不補充適當液體，以致腹瀉而致死亡，故脫水症狀出現急欲挽救，

(下接19頁)