

志賀桿菌感染

臨床表徵

此病的潛伏期約2-4天，發病後患者有高燒、全身性毒性作用、腹絞痛，初期呈小量血便或粘液便，一至二日後呈大量水瀉，併有裏急內重之現象，持續數日。理學檢查時，病人有下腹部壓痛感，腸蠕音增快，且有不同程度的脫水現象，肛內檢查呈異常疼痛狀，少數有脫肛現象。

腸道以外的症狀亦常見，約百分之十至四十五的住院病童有痙攣現象，神經方面之症狀如：嗜眠、精神混亂、嚴重頭痛、幻想症等；少數病患呈現低血糖、電解質異常。若為*Shigella dysenteriae* type 1感染，因此菌會分泌Shiga toxin，患者可能合併溶血尿毒症候群(hemolytic uremic syndrome)。

致病原

志賀桿菌為細小、無包膜之革蘭氏陰性桿菌，屬於腸內菌科(family Enterobacteriaceae)之志賀菌屬(genus *Shigella*)。志賀桿菌分為四個血清族(serogroup): A, *S. dysenteriae*; B, *S. flexneri*; C, *S. boydii*; D, *S. sonnei*，又各血清族可細分為數種不同之血清型(Serotype)。

流行病學

志賀桿菌主要由糞口途徑傳染。此菌全球皆有，無動物宿主。盛行於衛生環境差，擁擠的地區，及個人衛生標準低落者，人為主要宿主；但亦可存活於食物或飲料，如牛乳、蛋、蠔、蝦、麵粉，長達三十天。家蠅可能是傳播此菌的病媒蟲，亦可經人與人之接觸或污染的水及食物傳染。此病之潛伏期約12至48小時。近年來，台灣地區每年約有一百多例確定病例，其中兒童約占一半。

診斷

為確定診斷必須取糞便或肛門擦取之樣本，接種於MacConkey，XLD，或EMB培養皿，於37°C下培養，次日取lactose-negative之菌落，種於TSI及LIA之斜面培養管中，再做進一步生化反應分析鑑定。血清學之分析對診斷並無幫助，因其抗體常在臨床症狀消失後才測得。

治療

1. 補充體液：因腹瀉、嘔吐而損失大量體液，可以口服電解質糖水(oral rehydration solution)，或靜脈輸液治療。
2. 給予抗生素：所有感染者均可給予抗生素治療，可縮短病程，還可預防人與人間之傳播，防止續發性病例發生。抗生素越早投予越好，於臨床上有懷疑者，即可投予。Ampicillin 仍是第一優先選擇的藥物，亦可使用 TMP-SMX (10mgTMP-50mgSMX/kg/day)每日分四劑投予；對抗藥菌株可使用第三代頭孢子素如ceftriaxone或用fluoroquinolones類藥物治療，但後者在十八歲以下之兒童仍禁用。治療之療程通常為五天，腹瀉於二至三天時可止。若不使用抗生素，則病程常持續一週左右，四週後糞便中不再排泄此菌，傳染的危險性也隨之消失。只有極少數會成為慢性帶原者(指超過一年以上)。
3. 務必禁用止瀉劑，此類藥物主要抑制腸蠕動，會延長臨床及細菌學方面之病程。
4. 住院中之病患須施行腸道感染之隔離措施，至停用抗生素後，連續三套糞便培養均不再生長志賀桿菌時，才撤除隔離措施。

防治措施

防止人與人間傳染，注意個人衛生，多洗手，供應安全的水質，垃圾及下水道污物之恰當處理，均為限制疾病散播的重要方法。發現病例應立即向主管衛生單位報告。

日間照顧場所(如托兒所、幼稚園等)及老人院，多洗手為阻絕傳染之主要方式。若陪伴人員或工作人員被測出已感染志賀桿菌，其他有症候之人員必須做糞便培養。接觸過腹瀉物之家眷，佣人也必須做糞便培養。臨床有症狀且糞便培養長出志賀桿菌者，必須接受抗生素治療，直到腹瀉消失後才可回復原工作。若同時有數個人員被感染，須考慮使用cohort系統追蹤直到糞便培養完全呈陰性為止。盡量避免將兒童轉至其他中心照顧，以免造成流行。此病目前在臨床上尚無有效、合格之疫苗可用。