

志賀氏菌感染之治療

羅吉瑞

省立桃園醫院小兒科

前 言

一般人受到志賀氏桿菌(*Shigella*)感染，在腸胃道方面的表現多以引起水樣狀便的腹瀉為主，通常合併腹痛及發燒，但是這些表現常為自限性的，不須特殊治療即可痊癒。而有些患者可以因細菌侵入黏膜繁殖，造成腸道強烈發炎反應，生成許多膿瘍與潰瘍，導致帶血及膿液之黏便，則稱為桿菌性痢疾。

志賀氏桿菌共分四屬三十八種血清型，包括A屬痢疾志賀氏桿菌(*S. dysenteriae*)，B屬副痢疾志賀氏桿菌(*S. flexneri*)，C屬鮑氏志賀氏桿菌(*S. boydii*)，D屬宋內氏志賀氏桿菌(*S. sonnei*)。

志賀氏桿菌以人類為主要宿主，特別是一至四歲的兒童。傳染方式主要因帶菌之糞便排出後，污染環境，再經口傳染。全世界都有分佈，特別盛行於人口密集，以及個人和環境衛生不良的地區。由於志賀氏桿菌甚至可在污水中存活三十天之久，而研究顯示，只要吃下十隻以上的細菌，就可能致病，所以傳染率非常高，容易造成大規模的流行。

受到志賀氏桿菌感染，一般多為自限性(*self-limited*)，如腹瀉、嘔吐、腹痛、水便等腸胃道症狀為主。腸胃道以外的症狀

以發燒、頭痛、抽筋等神經症狀為主，其他的症狀如肺炎菌血症、結膜炎、虹膜炎、關節炎、溶血性尿毒症候群亦有病例報告。

因為一般人受到非A屬痢疾志賀氏菌感染時，多以腸胃道之症狀(腹瀉及腹痛)表現。若當發病急性期過去之後，志賀氏菌感染才被診斷出來，通常不需要抗生素治療。這些病患將以自限性的疾病而康復。

治療方法

主要治療為給予水份及電解質液，補充因腹瀉及嘔吐引起的急性脫水，矯正酸鹼平衡。在發燒的情形下，可給予退燒劑。通常並不需要使用止瀉藥。另外還要預防及治療抽筋及其他併發症。

在抗生素選擇方面，當知道菌株對安比西林(*ampicillin*)具感受性時，使用安比西林(*ampicillin* 100 mg/kg/day qid)即有效。若不知道抗生素感受性，或是對安比西林具抗藥性之菌種，首選藥物為兒童:TMP(trimethoprim 10 mg/kg/day)+SMX(*sulfamethoxazole*) 50 mg/kg/day ;成人:TMP80mg+SMX400mg(po,q12h)。若對其具抗藥性，可選擇*nalidixic acid* 55 mg/kg/day qid，另外新一代之*quinolone*，如*ciprofloxacin*、*ofloxacin*據研究顯示治療效果也很顯著。但是因為新一代之*quinolone*可能對軟骨生長造成副作用，所

以通常不使用於小兒科之病患。但是因為其治療志賀氏菌感染的天數短及劑量少，將來再經過大規模研究之後，或許也可以像成人一般，成為第一線用藥。

第一代及第二代頭孢菌素(cephalosporins)並不適用於治療志賀氏菌感染，第三代頭孢菌素，如ceftriaxone 50 mg/kg/day qd or q12 h, 研究顯示平均注射第三天之後，糞便即培養無志賀氏菌之發生，是極有效之藥物。若是不方便連續注射，亦可以選擇口服第三代頭孢菌素 cefixime (8 mg/kg/day qd or qid)。

不論選擇那一類抗生素，一般投予藥物時間都必須滿五天。

討 論

受志賀氏菌感染之後，抗體約在一週內產生，但對減低細菌自糞便排出並無立即的效果。但若是沒有抗生素來抑制志賀氏菌之生長，則患者糞便培養仍然可以在一個月內分離出，儘管曾經有文獻報告慢性帶原者，一般超過三個月的帶菌者已經很少有了。而投予抗生素之後，可以減輕疾病的症狀，縮短發病的時間，將自糞便散播志賀氏菌的傳染期，控制在一週內，如此可以降低傳染的機會。所以站在公共衛生的立場，一旦發現有桿菌性痢疾的發生，應該立即投藥，以免造成大規模的流行。

由於廣泛性的使用抗生素，世界各國普遍有報告抗藥性菌株的發生。而臺灣地區之研究也發現在過去十年中志賀氏菌對ampicillin, chloramphenicol, cephalothin, TMP-SMX的抗藥性有明顯的增加。本次

對此桃園地區某國小痢疾學童之連續直腸拭子培養，即在同一志賀氏菌患者身上發現初對ampicillin具有感受性，後有抗藥性的不同菌株。

另外在經濟價值方面，無論注射或是口服的第三代頭孢菌素，以及新一代之quinolone，價錢都不便宜，是否以如此昂貴的藥物使用於自限性的疾病，在此醫療費用高漲的時代，更加需要考慮。所以在懷疑患者感染如志賀氏菌或沙門氏菌之細菌性腸炎時，一定要做糞便培養。如果只是個案，患者非抵抗力弱之幼兒或老人，且症狀不嚴重，應暫不使用抗生素。但若是大規模流行之疫情，則除找出感染源，加強個人衛生之外，應投以具有感受性之抗生素，以期縮短傳染時間，控制疫情。

參考文獻

1. Dupont HL, Hornick RB: Adverse effect of Lomotil therapy in shigellosis. JAMA 1973; 226: 1525-8.
2. American Academy of Pediatrics 1994 red book; Report of the committee on infectious diseases. 422-3.
3. Fontan O: Antibiotics in the management of shigellosis in children: what role for the quinolone? Rev Infect Dis 1989 ;11 (suppl 5): S1145-50.
4. Varsano I: Comparative efficacy of ceftriazone and ampicillin for treatment of severe shigellosis in children. J Pediatr 1991; 118:627-32.
5. Ashkenazi S: A randomized, double-blind study comparing cefixime and trimethoprim-sulfamethoxazole in the treatment of childhood shigellosis. J Pediatr 1993:817-21.
6. Barrett CE, Connor JD: Extraintestinal manifestations of shigellosis. Am J Gastroenterol 1970; 53: 234-42.
7. Feigin RD, Cherry JD: Textbook of Pediatric Infectious Disease. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 1987:687.
8. 李細祥，王景正：基隆地區志賀氏痢疾之研究。中華醫誌 1992;2:68-75。