#### 表1(4) 临床抗微生物治疗的初始选择

		表1(4) 临床抗微生物治疗的初期选择	医治疗 的初頭选择	
/为患素的	(宗教) 林里季	<b>康养治疗</b>	方案。	第二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十
诊断/特定情况	拉场子(运动)		备选方案。	
中枢神经系统				
電影響				
原发性或源于邻近	<b>链联菌(60%~70%), </b>	(头孢噻肟2g iv q4h或头孢	青年素の300万~400	链珠菌 (60% ~ 70%),拟  (头孢噻肟2g iv q4n或头孢 青霉素 G 300 万~ 400   岩CT提示脑炎或脓肿<2.5cm,患者神经系统症状稳
部位感染的脑脓肿	<b>杆菌(20%~40%), 附杆</b>	曲松2g iv q12h) 十甲硝唑	万Uiv q4h中華羅	定,神志清楚,则开始抗生素治疗并观察;否则应手
袋 述: NEJM 371;	菌(25%~33%), 金黄色	7.5mg/kg q6h球15mg/kg iv 7.5mg/kg q6h球15mg/kg	7.5mg/kg q6h gk 15mg/kg	术引流。如果血培养或其他临床资料未能明确病原体,
447, 2014	<b>着越装置(10%~15%)</b> ,	q12h	iv q12h	在安全的前提下,即使是小脓肿也应细针穿刺明确
	一個峽炎链球菌。	如可能有金黄色葡萄球菌感染,加用万古霉素,	感染,加用万古霉素,	<b>必</b>
	罕见: 诺卡菌(见下文), 李		~3次, 目 标AUC <sub>3</sub>	咽峡炎链球菌尤其易引起脓肿。头孢菌素和甲硝唑不
	斯特臨。见金黄色葡萄球菌	400~600μg·h/ml或利奈唑胺600mg iv/po q12h疗程	聚600mg iv/po q12h 疗程	能覆盖李斯特菌
	"说明"	不明确,通常4~6周或治疗至神经影像 (CI/MRI)	F至神经影像 (CT/MRI)	
		病灶吸收		
手术后或外伤后脑	金黄色葡萄球菌,肠杆菌	MSSA;(萘夫西林或苯唑 MHSA: 万 古 霉素	MHSA: 万古轉業	经验性覆盖,根据培养结果降级。为了徐断和治疗,
松		西林 ) 2g iv q4b + ( 头孢鱼	30~60mg/(kg·d)分	常需肽胂穿刺引流。若怀榮铜绿假单胞菌,将头孢曲
祭 述: NEJM 371;		松或头孢噻肟)	2~3次, 目标AUC,	松或头孢霉肟换成头孢吡肟或头孢他啶
447, 2014			+100 ~ 600 µg · 1\mu 1	
			(头孢曲松或头孢噻肟)	
HIV-1 感染(AIDS)	刚地马形虫	<b>東见表13A, 192页</b>	192页	

黄恕孙郎位/	保証件(始参)	推荐治疗方案	方案	日本はサールの子様できま
诊断/特定情况		首选方案	备选方案。	相似摩朗或消打力法及误明
谱卡菌: 血行性脓肿	皮疽诺卡菌、星形诺卡菌和	TMP-SMX: TMP 15mg/	利奈隆股600mg iv或	利奈唑胺600mg po bid錯报道有效。体外药數试验:
	巴西斯卡爾	(kg・d) & SMX 75mg/ po qi2h+美罗培南2g	po qi2h+美罗培南2g	
	其他菌种见AAC 58: 795,		q8h	
	2014	亚胺培南500mg iv q6h。多		Infect Dis 51; 1445, 2010), 但尚不清楚是否与疗效差
		器官受業者还可加用阿米卡		有关, TMP-SMX仍是治疗CNS增卡菌感染的药物之
		💂 7.5mg/kg q12h		一。若磷酸酚药或过敏,阿米卡曼联合以下一种,亚
		iv治疗3~6周后,改为po。免疫正常的患者;TMP-	免疫正常的患者: TMP-	股培育、美罗培育、头孢曲松或头孢噻肟。皮 <u>组</u> 诺卡
		SMX、米诺环费或阿莫西林-克拉维酸,治疗3个月	-克拉维酸,治疗3个月	菌对三代头孢菌素耐药,不能用于治疗该菌所致的
		以上。免疫抑制的患者;2种药物联合治疗至少1年	的物联合治疗至少1年	<b>操</b> 染
硬膜下积脓;在成人609	8~ 90%由鼻窦炎或中耳炎播散引起,治疗与原发性脑脓肿相同;有外科急症者必须引流。综法见LaID 7: 62, 2007	好引起,治疗与原发性脑脓肿相	問,有外科急症者必须引	流。综述见LnID 7: 62, 2007
	单纯疱疹病毒(42%), 带	在等待脑脊液单纯缩掺病毒P	CR结果时,应开始静脉	单纯拖擦病毒(42%),带   在等待脑脊液单纯疱疹病毒PCR结果时,应开始静脉   对自身抗体介导的脑炎的认识不断增加,如抗N.甲
(关于疱疹病毒见209	状疱疹病毒(15%),结核  应用阿普洛韦。关于阿米巴脑炎见表134。若临床号	应用阿普洛韦。关于阿米巴尼	6炎见表134。若临床考	赛-D-天冬氨酸受体及其他。诊断: CSF抗体系列。
页表144, 狂犬病见	分枝杆菌(15%), 李斯特	<b>忠洛基山斑疹热、无形体、埃利希体和支原体,用多</b>	3利希体和支原体,用多	参考: NEJN 2018, 378: 840, 氧件病毒件筋炎综决
282页表20B)	菌 (10%)(CID 49; 1838,	西环囊 100mg q12h治疗		(NEM 2018; 379; 557)
	2009)。其他: 虫巢病毒、西	头孢曲松 2g iv q24b或多西环囊 100mg q12b 用于治疗	素100mg q12h用于治疗	
	尼罗河病毒、狂犬病、莱姆	莱姆脑炎		
	病、微小病毒B19、猫抓病、			
	支原体、EB病毒和其他			

舞曲学部位/		推荐治疔方案	3. 一日,一日,一日,一日,日,日,日,日,日,日,日,日,日,日,日,日,日,日
诊断/特定情况		首选方案 告选方案。	
胸膜炎,"无菌性":	肠道病毒、单纯疱疹病毒2	除钩端螺旋体病外手输液、镇痛,并停用可能致病	肠道病毒、单纯疱疹病毒2 除钩端螺旋体病外子输液、镁烯,并停用可能致病 有条件应锁脑脊液肠道病毒PCR检测。水痘-带状疱
脑脊液白细胞增多可	型、淋巴细胞性脉络丛脑膜	的相关药物。钩端螺旋体病用多西环囊100mg iv或	型、淋巴细胞性脉络丛脑膜 的相关药物。钩端螺旋体病用多西环囊100mg iv或 疹病毒、单纯疱疹病毒2型常无同时出现的皮损或之前
达数百, 脑脊液葡萄	炎病毒、HIV、水痘-带状	炎病毒、HIV、水痘-带状 po qi 2h,或青霉素G 500万U iv qéb,或氨苄西林 的生殖器疱疹	的生殖器疱疹
糖正常,细菌培养阴	粗疹病毒、其他病毒、梅毒,	0.5~1.0g iv qda。若怀疑细菌性脑膜炎治疗不彻底,	植疹病毒、其他病毒、梅毒, 0.5~1.0g iv qūa。若怀疑细菌性脂膜炎治疗不彻底, 钩端螺旋体病;流行病学虫,伴有肝炎、结膜炎、皮
性(206页,表144)。	药物[非甾体抗炎药, 甲硝	则重复腰椎穿刺(腰穿)。HSV-2引起的脑膜炎用阿	药物 [ 非甾体抗炎药,甲硝   则重复腰椎穿刺 ( 麗穿 )。HSV-2引起的脑膜炎用阿   炎、肾炎。可引起脑膜炎的药物的列表见 Inf Med 25;
CID 47: 783, 2008	哩,卡马西平,拉莫三嗪, 普洛韦10mg/kg iv q8h治疗	普洛韦10mg/kg iv q8b治疗	331, 2008。中枢神经系统莱姆病:表现多样——多发
	TMP-SMX,静脉免疫球蛋白		神经麻痹、脑炎、无菌性脑膜炎,见65页。病原学:
	(例如, 西妥昔单抗、英夫利		Med 95; e2372, 2016
	西牟抗 )], 钩墙螺旋体、莱		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
,	<b>姆病罕见</b>		
件:* 所有推荐数量仅存	4年对成人(除非粹到注明)及2	t对成人(除非特别体网)及肾功能下常者(缩写见第2页)。	

注: \* 所有推荐剂量仅针对成人(除非特别注明)及肾功能正常者(缩写见第2页)。 § 选择替代方案的考虑: 过敏、药理/药代学特点、依从性、价格和当地副药情况。

### 表1(5)。临床抗微生物治疗的初始选择

解剖学部位/		推荐治疗方案		
诊断/特定情况	佐原体(通常)	曹选方案	备选方案 6	補助诊断或治疗方法及说明
中枢神经系统(续)				
急性细菌性脑膜炎: 3	先予经验性治疗,用药后30分	b 特内 健學。 若有局部神经系统	6体征,先予经验治疗,再4	先予经验性治疗,用药后30分钟内健穿。若有局部神经系统体征,先予经验治疗,其他头插CT检查,然后愿难晓绌,加基于周州生抽经多终体
征,经验性治疗,腰多		等,然后头颅CT (CID 2018, 66, 321)。各年龄组的病原构成,参思NEJM 364, 2016, 2011	成,参见NEJM 364: 2016,	2011
经验性治疗: 腦膏)	表涂片即性、免疫功能正常者			
七字: 每十	B族链球菌49%,大肠埃	銀茶西林75 ~ 100mg/kg iv	数米西林75~100mg/kg	治疗方常位对 B 茶精玻璃, 名数 + 阳 线条键 的 多形结婚
儿至<1月龄	希离18%, 李斯特菌7%,	q6h十头孢噻肟75mg/kg iv	iv q6a十头孢噻肟75mg/	有效。早产二光代期件專厂會、成份的公共自己的工作。
(LnID 10; 32,	其他革兰阴性菌10%,其		kgrv q6n或氮苄西林	葡萄球菌、肠球菌、耐药大肠块条菌
2010)	他革兰阳性菌10%		75 ~ 100mg/kg iv q6h +	有感染MRSA的风险较高,用方古儒素十头和廉肝、徐
			庆大專素2.5mg/kg iv q8h	培养及药敏结果回报后调整治疗
		不推荐脑室内给药		
年齡:1月齡至	肺炎球菌, 脑膜炎球菌;	成人剂量;(头孢噻肟2g iv	美罗培南 2g (v d8b ( 儿童	B. 内酰胺类严重过氧的磨罗的各张方数图下令(多黎 <del>然</del>
#A 65	流感嗜血杆菌現在非常少	94~6h或头孢曲松2g iv 40mg/kg iv q8h) + 她需	40mg/kg iv q8h) + 独	治疗権・記存権治疗を対象が、
近數線法	见,李斯特茜罕见于青年	q12b) +地震米松+万古霉素 米松IV+万古霉素	米松い十万古郷東	
Lancet Infect	人和免疫功能正常者(如	地塞米松 0.15mg/kg iv q6b×2~4d;与首剂抗生素同时	~ 44: 与首的指件费回时	
Dis 16; 339,	疑为李斯特菌, 加用氨苄	或稍提消使用(见说明)		
2016	西林2g iv q4h)	万古霉素的成人剂量见责注1, 儿童剂量见衰注2	儿童剂量见表注2	
作器: >50张	肺炎球菌, 李斯特菌, 脑	(観帯西株2g iv q4h) +	美罗培南2g iv q8h + 万	B-内酰胺类严重过敏的患者,见下文(经验体治疗基当
上一一   一	膜炎球菌,革兰阴性杆菌	(头孢曲松2givq12h或头孢	古傳養十 地震米松 IV	阳性菌和針对性治疗),替代药物应能覆盖可能的病原酶
宣郑母依依如	•	電肟2g iv q4 ~ 6h)+万古	青霉素严重过载见说明	对于意识状态改变而无局灶神经系统体征的愚者,不做
政御爾免疫功		專案十地塞米松M		头颅CT即行腰穿与更早治疗和结局改善相关(CID 50)
器体指标		万古霉素剂量见表注1; 地塞米松0.15mg/kg iv	地事米松0.15mg/kg iv	1162, 2015)
		q6h×2~4d,首剂在使用首剂抗生素之前或同时给予	可抗生素之前或同时给予	

解剖学部位/	(本語) 大田七	推荐治疗方案	方案"	20 77 E +	•
诊断/特定情况		青选方案	备选方案。	糟却珍断以行行方法众院明	9
脑外科手术后/	表皮葡萄珠菌,金黄色葡	万古霉素30~60mg(lg·d)	万古霉素+(美罗培南	● 去除被廢裝的分流装置并放置廠室外引流管以引流或	
脑室切开术后/	梅球菌, 痤疮丙酸杆菌。	分2 ~ 3次, 目 标AUC <sub>3</sub>   2g iv q8h)	2g iv q8h)	控制颅压	
腰椎导管后,	兼性和需氧革兰阴性杆	400~600µg·h/ml+(米	-	● 如果分瓶装置不能去除或系统治疗不能清除病原体,	
中国   中国   中国   中国   中国   中国   中国   中国	菌,包括铜绿假单胞菌、	孢吡肟或头孢他啶2giv		可使用脑室内治疗	
房)分流木后	鲍曼不动杆菌(可能是多	q8h)		<ul><li>■置分流。如为凝固酶阴性葡萄球菌、类白喉杆菌或</li></ul>	
或整透性倒伤	一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	如果青霉素或头孢菌囊严重过敏,有革兰阴性杆菌感染	146,有革兰阴性杆菌感染	痤疮丙酸杆菌;若无脑脊液异常且外引流术后48小时	
伴布敦不侔布		的可能,其他替代药物:复曲南 2g iv q6 ~ 8h,或环丙	h南2g iv q6·~8h, 或环丙	CSF培养阴性,外引流后3天; 若存在CSF异常, 最	
通底書折		沙里 400mg iv q12h		后一次CSF培养阳性后7~10天。如为金黄色葡萄球	
分流相关窗		<b>胺室内抗生素和量(脑室狭窄用低剂量,正常脑室用</b> 中	<b>芦門低剂量,正常脑室用中</b>	菌或革兰阴性菌:最后一次CSF培养阳性后10天	
斯 炎IDSA指		等剂量,脑室增大用高剂量)。阿米卡曼30mg,庆大霉	. 阿米卡里30mg,庆大尊		
南: CD 64: 634,		素4~8mg成人、1~2mg儿童,多點簡素 B 10mg,妥	.童, 多點面景E 10mg, 妥		
2017		布霉素5~20mg,万古霉素5~20mg,这托霉素5mg	5~20mg, 这托霉素5mg		
		给药频率取决于引流量; < 50ml/24h, 每3天1次;	<50ml/24h, 每3天1次;		
		50~100回24b,隔天1次;100~150回/4, 每天1次;	100~150叫/4, 每天1次;		
		150~200m/d,增加万古霉素剂量5mg,庆大霉素	\$家剂量5mg; 庆大霉家		
43		1mg; 200 ~ 250ml/24h, 增加药物剂量,万古霉素 5mg,	药物剂量,万古霉素 Smg,		
		庆大澤紫 1mg			
注: 1万古轉號的成人班 2≥1月齡儿童的物	人刑量: 30 ~ 60mg/ ( kg·d) 4药物和骨·类孢瘤医-50mg/	/mais 30 ~ 60mg/ (kg・d) 分2~3次; 目标AUCs,400 ~ 600mg・h/ml。 物数者・4.60mm f0mg/ (kg・d) jy.edh:4.80mm f0mg/ne.jy.ed/), 万	~ 600µg·b/ml。 softerive al 2h: 五大國東 60 ~	1万古霉素的成人和量: 30~60mg/(kg・d)分2~3次:目标AUC <sub>24</sub> 400~600pg・b/ml。 2シ1日齢儿童的技術報告・英语離析s/mmg/(ke・d)iv.eft・基準はStens/to-iv.eft)、石木豊幸の~30mm/(ke・d)なる~4本・日添 ATC -400~600mg・b/ml	
	The state of the s	# * * * * * * * * * * * * * * * * * * *		SOUTH AND A STATE DESCRIPTION OF THE PROPERTY	

4岁,1月解儿里的影响的量:头孢糖的50mg(kg·d)ryqon;头化用你30mg/kg·d;2白毒素60~8lmg(kg·d)分3~4次,目称AUCs400~600kg;bm。 \* 所有推荐剂量仅针对成人(除非特别注明)及肾功能正常者(缩写见第2页)。 § 选择替代方案的考虑;过载、药理·药代学特点、依从性、价格和当地耐药情况。

### 表1(6) 临床抗微生物治疗的初始选择

解剖学部位/	作品   作品	推荐治疗方案		
诊断/特定情况——		首选方案	<b>备选方案</b> 。	精助诊断或治疗方法及说明
中枢神经系统/急性细菌性	9性脑膜炎/经验性治疗——胎	脑膜炎/经验性治疗——脑脊液涂片阴性——免疫健全人群(绿)		
创伤伴颅底骨折	肺炎球菌、流感嗜血杆	_	2~3次, 目标AUC.	万古霉素30~60mg/(kg·d)分2~3次、目标AUC400~600mg·b/m]+ (
	趙、化脓链球菌	2g iv q6h) + [地震米松0.15mg/kg	iv q6h×2~4d(耐剂	2g iv g6b)+【地震米松0.15mg/kg iv g6b×2~ 4d(首剂需在首剂标件要同时或规数给手)] 同 Ciin M6mm Ben 31
		519, 2008	•	
格響性部分: 南非漢	夜草兰染色发现病原体			
華川田性双珠暦	肺炎珠菌	(头孢曲检2givq12h或头孢噻肟2givq4~6h)+万	giv 94 ~ 6h) + 35	其他方案:善罗按由 2s iv ash 或过死必是 400ms in sal
		古霉素30~60mg/(kg·d)分2~3次,目标AUC。	- 3次, 目标AUC。	在初次抗生素前 12~20min 给予首初,确定指步改高。
		400~600μg·h/ml+同时予地需米松0.15mg/kg iv q6h	12 0.15mg/kg iv q6h	染佛连用4天
草兰阴性双球菌	脑膜炎球菌	头孢噻肟 2g iv q4~ 6h或头孢曲松2g iv q12h	g iv q12h	其他方案: 青霉素 G 400万 U iv 94b 或氨苄西林 2g a4b 或
				英西沙星 400mg iv qd或氨霉素1g iv q6h(氨霉素疗效弱
				于其他备选药物; 见JAC 70: 979, 2015)
<b>阿兰西佐存國</b>	单核细胞增多性李斯特菌	氨苄西林2g iv q4h土庆大霉素负荷量2mg/kg, 然后	荷量2mg/kg, 然后	青霉素过敏者用TMP-SMX 5mg/kg(按TMP计算)
取球杆菌		1.7mg/kg q8h		q6~8h; 庆大霉素联合治疗获益的证据尚不充分
<b>革兰阴性杆菌</b>	流懸鳴山杆酸、肠杆菌科	(头孢他啶或头孢吡肟2g iv q8h) 土庆大霉素首剂2mg/	庆大霉素首剂 2mg/	其他方案: 美罗培南 2g iv, 输注时间 > 4小时, q8h (覆
	细菌、铜绿假单胞菌	kg. 然后1.7mg/kg q8h		蓋BSBLs); 氯曲南2g iv q6 ~8h (β-内酰胺过敏患者安
				全)。地塞米松仅淮菲用于怀疑滩威噪血杆菌感染者。用
				法同上述肺炎链球菌感染时
医脊髓——扩张型 医脊髓	脊液培养阳性并有体外药敏结果			
筑影唱山杆菌	P·内戰敗聯阻性	头孢曲松2giv q12h(成人); 50h	mg/kg iv q12h ( JL	头孢曲 松2g iv q12h(成人); Sümg/kg iv q12h(八   青霉素过敏者; 环丙沙星400mg iv e8 ~12h; 偏曲面3e
		重)地需米松0.15mg/kg iv q6h;首利于初次抗生素前   iv q6 ~ 8h	剂于初次抗生素能	iv q6 ∼ 8h
:		15~ 20min 给予, 皖原明确者连田4 天		

解剖学都位/	(宋武) 北国中	推荐治疗方案	'方案'	品加工 大十一 次十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二
诊断/特定情况	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	首选方案	* 建大选者	<b>精型学型状态打力法炎状势</b>
单核细胞增多		氨苄西林2g iv q4b土庆大粤	素负荷量 2mg/kg iv,然后	氨苄西林2g iv qeh土庆大霉素负荷量2mg/kg iv,然后   青 馨 素 过 敏 者 用 TMP-SMX 5mg/kg (按 TMP 计 算 )
性李斯特杆菌		1.7mg/kg iv q8h		q6~8h。庆大霉菜联合治疗获益的证据尚不充分
(CID 43; 1233,				
2006)				
脑膜炎球菌		青霉素G(成人剂量400万U	1 q4b > ×7d或头孢曲松2g	青霉素 G(成人剂量 400 万 U q4b)×7d或头孢曲松2g   其他方案: 美罗培南2g iv q8b或莫西沙星400mg qd
	•	iv q12h×7d (如MIC为0.1~1.0μg/ml,则优先使用);   氨霉素耐药株罕见	~1.0μg/ml,则优先使用);	氨霉素耐药株罕见
. :		如20 内酰胺类过敏,用氯	i集12.5mg/kg (最大剂量	如2-内酰胺类过敏,用氧霉素12.5mg/kg(最大剂量)接受依库珠单抗治疗者侵袭性脑膜炎球菌感染风险增加
		1g) iv q6h (義霉素疗效弱于其他备选药物; 见.JAC 70; (MAKIFR 66; 734, 2017)	其他备选药物; 见.MC 70;	(MANWR 66: 734, 2017)
		979, 2015)		
11年年十十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	2010年1917年1917日	( ) 。 ( ) " ) " ) " ( ) " ) " ( ) "	Í	

汪;\* 好有梅春剂量以有汤瓜人(除菲特别还明)及肾辺脂止常者(编与光專2項 %。 建基替代方案的考虑:过敏、药理/药代学特点、依从性、价格和当地都到情况。

表1(7) 临床抗微生物治疗的初物滞露

And the second of the second s

新艺术部位/ 3.第740章:3	佐原体 (通常)	推荐治疗方案	方案。	
(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)		機が指揮	备选方案。	辅助诊断或治疗方法及说明
中枢神经系统/象性细菌性		<b>南膜炎/特异性治疗——脑脊液培养阳性且已获得体外药整结果(绥)</b>	数结果 (续)	
阿次游戏园兴港。	有等表GMIC<0.1µg/ml 青霉素GMIC≥0.1µg/ml	青霉素 G 400 万 U iv q4h 或氨苄西林2g iv q4h 采取供数 2c iv a10h 耐阻 高层阳 2	卡西林2g iv q4h	其他方案: 头孢曲松2g iv q12h
1.15 事 未 核 0.15mg/kg iv qdb;	且头孢曲松 MIC≤05 μg/ml		no ∽ 44 ∼ on	其他方案: 头孢吡肟2g iv q8h,或美罗培南2g iv q8h, 歌草两沙星4Whra iv ad
首別在初次抗生 東前15~20分钟。	画像MCNO.Ing/mg   画楽音音学MCNO.Ing/mg   画楽音音学MCNO.ing   Ing/mg   I	万古霉素30~60mg/(kg·d)分2~3次,目标AUC。	)分2~3次, 目标AUC <sub>24</sub>	•
然后花裳4天 2.如MIC≥Iµg/		too cooks num + (火焰田粒熨火孢属肟, 溢慮  同上)	· 用物数米孢酯肟,治量	指头孢曲核MIC≥2μg/ml,则在方方霉素+(头孢曲核或头孢噻肟)基础上加用型福克60μm zofn zd
ml, 24~48小时后复查脑脊液 时后复查脑脊液 3.扩程10~14天			***************************************	陸族 600mg q12h
大肠接希菌,其 他大肠菌群或铜 绿假单胞菌	建议咨询相关专家,需 药做试验结果	(头孢催啶或头孢吡肟2g iv q8b)+皮大霉素首剂2mg/kg iv,然后1.7mg/kg iv q8b×21d	a) +庆大霉素首剂 2mg/kg	其他方案:美罗培南 2g iv d8b,输注时间>4小时;环丙炒星 400mg iv q8b(需要确定输膨性) 治疗4 ~ 5天后重复脑脊液培养;如脑脊液培养仍为阳
張縣職血杯菌和脑膜炎3	必採補的循环			性,可能需要鞘内或脑室内抗生素治疗
<b>萊縣階血杯菌</b> (B型) 共同居住者或密切機/ 件考或非固体但在事業	<ul><li>(1)</li><li>(2)</li><li>(4)</li><li>(4)</li><li>(5)</li><li>(6)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li><li>(7)</li></ul>	年數≥1月:利福平20mg/kg (不超过600mg) qd×4d 年齡<1月;利福平10mg/kg×4d	- 不超过600mg)qd×4d - 4d	共同居住者或密切接触者;建议对以下人群进行利福平药物预防。指示病例(除非用头孢磨肟或头孢曲款等
与8者接触时间24小	8.4.4.4.4.4.4.6.3.7.1.4.4.1.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4	· .		疗),所有年龄<4岁且未完成全程疫苗接种的共同居住者,以及无论免疫接种状况如何的年龄小于18岁且存在免疫疫物状况如何的年龄小于18岁且存在免疫变需状态的共同原在者
				托幼机构接触: 若托幼机构在60天内发生2例或以上侵袭性流感嗜血杆菌(B型)感染,且初构内存在未结种
		: :		按苗或未全程接种疫苗的儿童,建议进行利福平药物预防。进行预防时、该机构内的所有儿童,无论年龄及疫苗经验补末、结件部在,当中部分。

/范康本建模	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	推荐治疗方案	"方案。	医光耳 大中山水井 建火油煤
诊断/特定情况	新原体(加速) -	首选方案	备选方案。	精训移到 乳官打力 液仪 贴时
<b>施膜炎球菌毒露后预防(密切接触)</b>	預防(密切接触)	利福平10mg/kg(最大剂量600mg)q12h×2d(用于成	00mg) q12h×2d(用于成	在发病前1周密切接触>4小时者,感染危险性增高
		人或1月龄以上儿童); 5mg/k	tg q12h×2剂, 用于1月龄	人或1月龄以上儿童); 5mg/kg q12h×2和,用于1月龄   (例如家人、日托按触、合友 ),或按触患者鼻咽分泌物
		以下儿童;或者头孢曲松,单	k次肌内注射250mg(成人)	以下儿童;或者头孢曲松,单次肌内注射250mg(成人) (如接吻、口对口人工呼吸、气管摘管、经鼻气管吸痰)
		或125mg (儿童<15岁); 或环丙沙星单次口服500mg	以环丙沙星单次口服500mg	
		(年龄≥18岁,不推荐用于孕妇或哺乳期妇女,或是有	b妇或哺乳期妇女,或是有	
•		耐坏丙沙里菌株流行的地区)		
慢性胸膜炎	结核分枝杆菌、隐球菌、	根据病原学结果决定治疗方案,无需紧急经验性治疗。	案,无需紧急经验性治疗。	病因较多,包括细菌、寄生虫、真菌、病毒感染、肿
定义: 症状+脑脊液	其他真菌、梅毒、肿瘤、	但若怀疑结核性脑膜炎,要尽快治疗	(快治疗	瘤、血管炎以及其他病因。参见Neurol Clin 28; 1061,
山细胞植名》4周	莱姆病、Whipple病			2010
嘴酸細胞性酶膜炎	<b>管圆线虫病、腭口线虫</b>	精皮质激素	驱虫治疗可能并不获益	1/3 患者无外周血嗜酸性粒细胞增多,需血清学检查确诊
	病、贝尔蛔虫病	. :		
( SQIV ) 柳米頓 ( NIDS )	50岁以上成人;还应考	病原不明时, 按照50岁以	隐球菌治疗, 参见表	艾滋病患者中新型醫球菌最多见。流廠嗜血杆菌、肺炎
苗膜炎	處除球菌、结核分枝杆	上成人给予经验性治疗;同	114, 162萬	球菌、李斯特菌、结核分枝杆菌、梅毒、病毒、组织胞
见《桑福德HIV/AIDS	菌、梅毒、HIV无菌性	时检测脑脊液/血清隐球菌		浆菌和球孢子菌也应考虑。应衡血培养
治疗指南〉表11	脑膜炎、单核细胞增多	抗原(参见说明).		
	性李斯特團			
注:* 所有推荐剂量仅	(針对成人(除非特别注明)	注: * 所有推荐剂量仅针对成人(除非特别注明)及肾功能正常者(缩写见第2页)。	<b>减</b> )。	:

§选择替代方案的考虑:过敏、药理/药代学特点、依从性、价格和当她解药情况。

表1(8) 临床抗微生物治疗的初始选择

			-CONTROL OF THE PROPERTY OF TH	
韓祖华野位/		推荐治疗方案	·方勝・	
珍町/特定情况		首选方案	备选方案。	辅助诊断或治疗方法及说明
坤				
外耳炎	金質色葡萄球菌, 鱼類		/ 年於前会 製膏 降米衡	
急性外耳炎	假单胞菌		新生有效 似名 三 亞 核 ) ②打ES\$自己多位。	:::)::2)::2):: 人名 希尔克 沙 约 5 马 5 约 7 一 2 通治、聚性通過、糖皮质激素的医部抗化素治疗效应(XX):②健康多度 5 × 2 4 。②25 医染血性多虫虫
"建次",耳塞		The state of th	多类型 化二甲基苯二甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯基甲基苯	米和当 (Cockr Sys Rev 2010; 1; CD004740)。局部抗
耳机。参考:JAMA		1103 2020)	文函分回信大(CID/0):	在棄禕打更常用, 治愈率65%~90%; 治疗费用昂贵
2018; 320; 1375				( \$70 ~ 300 )
慢性	多继发于脂溢性皮肤病	演耳:(多點菌素B+新霉素+氧化可約終) mid + 一	十氯化可約級) <sub>md</sub> + 一森	, 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是
	::	化磨洗液		matrick Krynal 真:古有一部代码的对点充满(Selson)段(四颗形式等十一年均等中部全事资源,可以由有新的工作。
				表]]
真菌	必殊顧履	無無壁200mg po 首和,随后100mg mg×3 ~ 5d	Ofme no.X3 ~ 5d	
"坏死性(恶性)外	領域假单胞菌>95%	中国 分 man(Name in cap).	1 日 世 年 本 科 女 道	
耳炎"	(Otol & Neurotology 34.	750mg 25 08: ~ 12h (Till)		共型患者ESR很高,通常需要谱创。CT/MRI扫描判断
危险因素:糖尿病。	620. 2013)		77.2% 04.0以死大者在7.4% 0.2% 1.2% 1.2% 1.2% 1.2% 1.2% 1.2% 1.2% 1	是合合并實體炎。如果累及骨骼;疗程6~8周。若獨
AIDS. 化疗。秦			(3.3.7.2g > 4h q8h) +米	琴假单胞菌敏感,其他各选药物:亚酸培南0.5g iv g6h
EAm J Otolorymool			<b>卡勒斯</b>	或类罗培南1g iv q8b或头孢吡肟2g iv q12b或头孢铂啶
37: 425, 2016				2g iv q8h
1.一大人・大人・人口・人	<b>∠</b>			

.

類型学部位/		推荐治疗方案。	'方案"	田里特为中心法律社会主有
<b>安慰/都阳佳况</b>	病原体(通常)	首选方案	<b>备选方案</b> \$	에 나는 이 3K (13 / 7 / 7 / 7 / 7 / 7 / 7 / 7 / 7 / 7 /
急性中耳炎的初	中耳液病原体检出率:	如近1个月未用抗生素:	近1个月曾用抗生素:	对6-内酰胺类药物过敏: 若过敬史不明确或只有皮疹,
始经验治疗	无病原体 4%	Sm06 ~ 08# 图 ■ 医	阿莫西林克拉维酸	可口服头孢菌素;若有1926分异的过敏则避免用头孢菌
在,2岁以下患儿	<b>海毒</b> 70%	(kg·d) 分 秋q8h或q12h	90/6.4mg/ (kg·d) 分次	案,例如严重全身过敏反应
集治疗。2岁以	知恵十宗寺 66%	(首选)或阿莫西林-克拉	bid或头孢曲松50mg/kg	TMP-SMX治疗耐药肺炎球菌或流感嗜血杆菌失败率高;
上患者。若发热	金融 32%	# # 90%40mg/(kg·d)分	iv 政im qd×3d	大环内酯类对肺炎链球菌和流感嗜血杆菌的疗效有限,
<39°C、乾鐵或		X bid	左氨氯沙星: 年龄	仅用于不能使用A·内酰胺类抗生素时
无耳痛,体检阴	中耳液细菌检出率: 肺	非10日介导青霉素过敏时方	<5岁, 10mg/kg po	<2岁、近3个月用过抗生素以及日托小儿感染耐药肺
性或可疑, 可给	炎链球菌49%,流感嗜	***	bid×10d; 年龄>5岁,	炎艦球蘭风险增加。药物选择基于: ①对产户内酰胺酶
予镇痛治疗, 不	血杆菌29%, 卡伯莫拉	头孢地尼14mg/(kg·d)	10mg/kg po qd×10d ( 最	的卡他莫拉菌和流感嗜血杆菌有活性。②对肺炎球菌有
用抗菌药	萬28%。参见CID 43; 1477	分次 q12b或 q24b	大日剤量750mg% 成人	效(包括耐药菌)。头孢克洛、氯磺头孢和头孢布烯比
无发热的患者可	& 1423, 2006	头孢油的10mg/(kg·d)	也可选择左氧氟沙星或	其他戶內戰股类抗生素对副药肺炎球菌(青霉素副药
观察48小时再	6个月至3岁的儿童,若	分次 q12h或q24h	莫西沙星	品性學
决定是否使用	急性中耳炎2次/年, 病	头孢丙烯15mg/(kg·d)		分泌性中耳炎用抗生素治疗无获益 (Cochrane Database
枯牛素 绝大名	華田本學为63%(CID	分次 4124		Syst Rev. Sep 12, 9, CD009163, 2012)
教育地居而西	46.815 & 824, 2008)	头孢呋辛酮30mg/(kg·d)		对于鼓膜重管的持续性分泌性中耳炎, 氢化可的松/杆
# (JAMA 296;		分次 a12h		菌肽/多黏菌素滴耳液 NUS 滴 tid×7d,比口服阿莫西林/
1235. 1290.		拉为儿童和童		克拉维酸更有效 (NEJM: 370; 273, 2014)
2006)		<b>疗程: &lt;2岁、10天; &gt;2岁, 5~7天</b>	≥2岁,5~7天	雅治性或复发性急性中耳炎。年龄为6月龄到5岁。如
		成人利量现算变换,55页和表10A	, 55 页和表 10A	其他治疗失败,左氧氟沙星20mg/(kg·4)分次 q12h。 故障切开晋管可以预防复发性中耳炎
		:	:	

注: \* 所有推荐剂量仅针对成人(除非特别注明)及肾功能正常者(缩写见第2页)。 \$ 选择替代方案的考虑;过载、药理/药代学特点、依从性、价格和当地耐药情况。

表1(9) 临床抗微生物治疗的初始选择

多更/本元章名	施原体(資金)	推荐治疗方案	· **	
	C Blown 1 Address	直选方案	备选方案。	超的多明期部分法及治理
耳/外耳炎——嬰儿、儿童	重, 成人(袋)			
用路3天无效者	主要考虑耐药肺炎球菌	治疗前3天至1个月内未用	治疗肺3天至1个月内	左氮氯沙霉 3/mg/ (ko·d) 分次 41%,可用于甘油冷凉
<b>小</b>		这就生素者: 大郑雪阿琳   用	用过抗生素者。若头和	
			由松禁忌或为难治性愚	
		尼、头孢油肟、头孢罗并或   染	袋, 用左氧氟沙星年	
		头孢呋辛酮: 政治头孢曲 數	於 <5岁; 10mg/kg po	
		16	q12b×10d	
		<b>**</b>	年龄>5岁:10mg/kg po	
			qd×10d(每天最大剂量	
	: : : :	7.5	750mg)	
		<b>剂量见脚注3</b>	#3	
	-	<b>均为儿童和量</b>	· •	
		<b>疗程同上</b>		
经异气管插管48 小时后	假单胞菌属、克雷伯菌、 肠杆菌	头孢他啶、头孢吡肟、亚胺络南、美罗络南、眼拉西林一他隆巴坦或环丙沙曼 [ <i>郑豊参见尔死性</i> ( <i>恶咎</i> ) 外	南、美罗培南、眼拉西参见东死性(恶牲)外	经鼻气管插管 48 小时后约 1/2 的患者出现分泌性中耳炎
		耳炎, 12页]	-	
急性中耳炎的預防	肺炎链球菌	不推荐抗生素预防 使	阿抗菌药物预防中耳炎是	使用抗菌药物预防中耳炎是造成耐药肺炎糕球菌蔓延的主票原因之一

類型準部位/		推荐治疗方案。	方線。	田京西北平小学生学品的	田沙皮州中亚
诊断/特定情况	<b>加多存(資税)</b>	首选方案	备选方案 \$		13.73.18.48.48.48.18.18.18.18.18.18.18.18.18.18.18.18.18
乳突炎 急慢性中耳炎	乳突炎 急慢性中耳炎的并发症,如为慢性,排查阻崩缩(角质瘤)	<b>阻脂瘤(角质瘤)</b>			
の存			,		
通常病情太重不	首次发病的急性中耳炎	先留取培养, 再经验性治疗		慢性中耳炎急性加重:外	● 物断: CI LAWEI
话合门诊治疗	的并发症:肺炎链球菌、	万古傳兼		耳道手术清创,之后 [(万	● 精査并发症:骨髓炎、
}.  -  -	化脓性链球菌、金黄色	儿童: 40~60mg/kg iv 分2~4次/天, 以达到目标	~4枚/天,以达到目标	古霉素十眼拉西林-他睦	化脓性模案血栓性静脉炎、
	葡萄球菌	AUC, 400 ~ 600 µg · 11/ml		巴坦3.375g iv q6h] 蚁 [ 万	化脓性脑膜炎、脑脓肿
	鐵发子優性中耳炎: 金	成人: 15~20mg/kg iv 每8~12h, 以达到目标AUC。	-12h, 以达到目标AUC,	古轉奏(治學阿上) 十米	◆ 耳鼻喉科会诊是否乳突
	華色葡萄球菌、銅绿假	400 ~ 600µg • h/ml	:	<b>孢能啶2givq8b(成人)</b> ,	切开
	单胞菌	:		500mg/kg iv q8h ( 儿童)]	
東本	同首次发病以及金黄色	耳引流物培养,可能需要手术清创,局部氯喹诺酮药物滴耳,耳鼻喉科会诊	清创,局部氣座诺嗣药物資	耳,耳鼻喉科会诊	诊断; CT或MRI
通常无需静脉抗	有有球菌、铜绿假单胞				
件號	戲、 厌氧酶、 真菌				
注: 3治疗急性中耳炎的 q12b或q8b。 大彩量 维酸42.9mg); 90/6.	(的药物和儿童剂量(均为口膏) 附量阿其西林-克拉维酸:90 //6.4mg/(kg·d)分次q12h.	)药物和儿童和量(均为口服,除非提示)如下。阿莫西林常用剂量:40mg/(kg・d)分次 q12加或q8h。大剂量阿莫西林:90mg/(kg・d)分次 B阿莫西林-克拉维酸:90mg/(kg・d)阿莫西林成分。植数阿莫西林-克拉维酸口脲混聚液(力百汀ES-600)(5ml含阿莫西林600mg和克拉 4mg/ kg-d / kg q12ha、头孢珠辛酯:30mg/(kg・d)分次q12h。头孢曲粒:50mg/kg im×3d。克林霉素;20 ~ 30mg/(kg・d)分次 qid(可()	恭常用指言: 40mg/ (kg·4) 当效阿莫西林-克拉维酸口 分次 d1zh。头孢曲松:50mg	/ 分次 q12h或q8h。大剂量阿 療護患務(方百汀ES-600)( 处g im×3d。克林總養; 20~	英國林: 90mg (kg·d)分別 5ml含阿英西林600mg和克封 30mg (kg·d)分次 qid (『
配公司的那次必因、 及數應的(超对實 克拉德泰15mg/()	数有效,但以强极的自由作为人的人。 青霉素養療) 肺炎球菌适用的药物 (kg・d) 分次 q12h。 阿奇霉素 10	ft y., "End attack" illustration was seen a	J.TMP 计)q12h。紅霉素一 qd (第2~5天); 其他ED	養設昇陽唑 50mg/ (kg・d) 分 A 批准的方案为10mg/kg qd×	r孜 q6 ~ 8h,按红霉素计算 3d,或30mg/kg×1d。头孢p
第15mg/kg q12b。 * 所有推荐剂量仅9 8. 选择替代方案的		头孢伯肟酯10mg(kg·d)×1剂。头孢克洛40mg(kg·d)分Kq8b。头孢鸡比(mgkgq1.cm,14mgkgq1.c。 针对成人(除非特别注明)及肾功能压养者(缩写足第2页)。 考虑:过敏、药理-药化学特点、依从性、价格和当地耐药情况。	· d ) 分代 q8h。头指尾口 // 页 )。 药情况。	्राप्ते हे स्थापना अस् गनामुख्य स्थापना	

## 表1(10) 临床抗微生物治疗的初始选择

/ 草最小最重	保護などの	推荐治疗方案。		
徐斯/特定情况	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	首选方案	备选方案。	精助诊断或治疗方法及说明
## ##				
****	事			
	M 四个型。数据四条包含4个4个数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数数		k 症者用人工泪液	局部药膏款益不明确 (Cochrane Database Syst Rev. 2017
	右往寅 色值 铅球圈、表	(児親班)		Feb 7; 2; CD011965); 合并红斑癌疮者加用多西环素
	皮葡萄球菌、皮脂溢出、   红斑 <u>蜂疮、干</u> 眼症	· .		100mg po bid×2w, 然后数为qd
<b>睑腺炎(麦粒肿):</b> C	Achrane 祭述未发现支持或5	Cochrans 等述未发现支持或反对非手术干預措施治疗检票参的证据(Cartering Datishars Sept Ben. 2017 Fee 6. 1 Cronoffee	Cachrane Datebase	Sust Pay 2017 For 6: 1. CTM077.1
外(馬韓陽)	金黄色葡萄球菌	只需热敷、可自行引流		1,000 (1,000 ) 1,000
四(兩板廠).	金黄色葡萄球菌,MSSA	口服双氯西林十热斯		No. 34 No. 18
可为急性、亚急	金黄色葡萄球菌,MRSA	ـــــ		人名德马威曼尔尔人马尔 Ditain, A 配质为对与机力的发生,但是是是一种来,但是非国的的多种人的人,不是一种不是一种的 A Parting A
住或慢性	金黄色葡萄球菌, MRSA	ᆜ		を表現のでは、Management は、Management は Management は Management は Management は Management は Management は Managemen
	(MDR)			以東西沙屋服液に絶動物
结膜: 综述见: JAMA 3	10: 1721, 2013			
畫	:儿眼炎 ):按出生后发病的天数,均为儿童利量	<b>天数,均为儿童剂量</b>		
出生后第1天	硝酸银预防所致的化学   无需治疗	人名雷治疗	_	现预防治疗一般用红霉安物毒、磷酸粗刺激等因
	性炎症			CALL TRUMPER IN THE STATE OF THE PROPERTY OF T
出生后2~4天	海松类	头孢曲格25 ~ 50mg/kg iv×1剂(见说明), 不超过	说明), 不超过	治疗母亲及其性伴侣。脓性分泌物多、局部治疗是不够
	-	125mg		的、無治疗伴发的新生儿沙眼衣原体感染
出生后3~10天	<b>沙眼衣原体</b>	红霉素或或乙红霉素糖浆12.5mg/kg q6b×14d,无儒局	Sb×14d, 光鶴局	根据核酸扩增技术作出诊断。著代方案:阿奇雪臺漢墨
		<b>化少</b> 箱		

	等)		
	-	<b>电视方器</b>	
- o <del></del>		<b>1</b> 奉治疗	同时给予阿普洛韦60mg/(kg·d)iv分3次(Red Book online, accessed Jan 2011)
) <del>  </del>	4cc.公元需告禁事×1和 或1%因环套软膏HVS×1剂;对淋球菌有效,但对沙眼衣原体无效	林球菌有效,但对沙眼衣原体为	<b>*</b>
_	3.7型, 无治疗; 若有症状, 人工泪液或有帮助。	液或有帮助。	高度传染性,成人出现眼痛和畏光提示并发角膜炎;但 20日
1	N)		
人): 简单方字图, 事徒变压陷跟题数	医 1×81 新韓國	多西环素 100mg po bid× 7d	眼生殖系统疾病;用狡辩扩增技术诊断。用按键引指纹术诊断。 术在尿中检测淋球菌和衣原体。应对性件们进行治疗。 阿奇霉素可能需要重复给药
沙眼———神与贫 沙眼衣原体	阿奇霉素20mg/kg po×1剂,	_	童年起病,可持续多年并可继发角膜损害。局部治疗带品干土, 4.1 3.4 4.1 5.4 5.4 5.1 5.4 5.1 5.4 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1 5.1
因相关的慢性细菌 件 <b>角膜结膜炎</b>	儿童78%有效,成人1gpo	最少21d, 或四等票 250mg po qid×14d	即个人;到几年光记几岁四十年头四十年。人如此人,到几年光记一年。人如此人,到几年光记一十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二
衛鳳炎:	J.童与成人(滴眼液加快症状缓解:Cochrane Database Syst Rev. Sep 12; 9; CD001211, 2012)	e Syst Rev. Sep 12; 9; CD00121	1,2012) 第二十二章 14 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
JAMA 310: 1721, 金黄色葡萄球菌、肺炎 2013 链球菌、流感嗜血杆菌、 甲型溶血性链球菌、真 拉菌等	は、肺炎、氣喘滞調液服液: 3内砂 山杆菌、 量 (非专利)。其他价格费 家菌、其 (加替沙雪、左氧氟沙墨、 其面沙墨)。最初2天非腦 既时1~2滴 q2b,以 后	<b>今 多點階級B+TMP</b> 透販	作为经验性治疗,集噻诺酮类乳磨情感对,向依使利变黄色葡萄球菌可能有效,甚至包括MRSA TMP抗菌谱可能涵盖MRSA。多黏菌素B抗菌消尺覆盖革出的性杆菌,但无TMP单药的限药水。多数肺炎链球菌が失失毒素耐妥布毒素耐药
	44 ~ 8h×7d		
	株球菌 株球菌 ★乳間   大利曲松: 儿童単次25 ~ 50mg/	头孢曲松;儿童单次25~ 50mg/g im或iv (不超过125mg)。成人1g im或iv×1剂	s)。成人igim或iv×1剂

一年 医乳球 人名英格兰 人名英格兰 医多种性 医神经神经 医乳球 医二种人名 医乳球 人名英格兰人名英格兰人

í

# 表1(11) 临床抗微生物治疗的初始选择

解型排售位/	<b>机原体(调集)</b>	推荐治疗方案	宁方案。	
多数/特別 一		直选方案	备选方案。	精助诊断或治疗方法及说明
職(袋)				
<b>角膜(角膜炎); 通常</b>	病情严重并常危及根力,应	立即请跟科医师会诊,以明确	诊断,并包订抗感染治疗剂	新情严重并常危及视力,应立即请跟科医师会诊,以明确诊断,并制订抗感染治疗和辅助治疗!单纯疤迹病患是发达回卖器生见的症 <b>后</b> 体,安
原中国教则以细胞性制作者	西縣染戸神辺			X 14 Miles and the second seco
があれ				
单纯海豚病毒	単纯植物病毒1、2型	2、 中国十条井里が3.0 / 10 段1 優田爆発の事業 /	が   神田 十 秋 井田 ×31 0	_
			10.12%民间各中联制,均	<b>严重感染取免疫缺陷者</b> 建议口服阿普洛韦400mg 5次/天
		9次/天, 直到角膜上皮再	用于急性疱疹病毒角膜	政役指洛卡 1000 bid
		生,然后1滴q45次/天,	炎。1滴,5次/天,非睡	四部位用3%四番数半四番 <サード 大本国   14   15   15   15   15   15   15   15
		岛疗程不超过21天	眠时, 直至角膜溃疡愈	大学の   大学   できません   大学   大学   大学   大学   大学   大学   大学   大
		见说明	合。然后1滴, 3次/天×	
		-	7天	_
眼水痘-带状疱疹	水痘 - 带状疱疹病毒	泛普洛韦500mg po tid或伐	阿普洛韦3%服害5枚/天	通常临床势期的可诊断,二岁始终的古的少者。 無非政
		蜡路串 1g po tid×10d	在美国以外是一线治疗	参病毒感染常合并角膜炎,角膜带米达角具瘤块护
-			阿普洛·韦400mg 5次/天	
			以会事等 HOOM Fig	
<b>金属</b> 存		新生物型说明。下列细篇、直播、信由的论约特地里或田本	一直 (自由的治疗场头面被用	# H
急性:无合并症	金黄色葡萄球菌、凝固	单纯、社区获得件感染的和	(1) "以上"(1) "加州"(1) "	25. 1995年,十二年88.3.3.3.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1
	酶阴性葡萄球菌、化脓	始经验性治疗	***   **	年50人来罗什罗年,在人才应信打四事5分钟编表一大,诸傅5岁,有1612~50人类对照一件绝对17十一
	性链球菌、铜绿假单胞	环丙沙星3mg/ml滴眼液或	24~72h. 然后提醒临	1/km/2/1/4/2~2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2
	菌、肠杆菌科	左氧氟沙星15mg/ml滴眼滚	床反应减量	、Ticky / 一十十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十
:		1番 q1b×24~72b, 然后	:	THE PROPERTY OF THE PROPERTY O
		根据临床反应减量		

舞割学部位/	1 1 1 1	推荐治疗方案,	"方案"	是没色光中似乎就是实在有
诊断/特定情况	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	首选方案	<b>备选方案</b> *	帯場は一部に同じった。
隐形眼镜使用者 俳	<b>铜绿假单胞菌</b>	0.3%环丙沙里流极液或	0.3%庆大霉素或妥布霉	推荐做隐形眼镜拭子培养和药敏试验,特诊给眼科医师
•		0.5%左氧氟沙黑潴联液	景演眼接 1 ~ 2 滴 q lb ×	角膜凝伤:安石霉素、灰大霉素或坏内沙星指服
•		1 - 2灣q1h×24 - 72h,	246, 之后根据临床疗效	qid×3~5d;出现角膜浸润或溃疡、视力受损、治疗无
		根据疗效逐渐凝量	逐渐减量	效或症状加重建议转诊眼科专科医师
角膜干燥、糖尿   4	金黄色葡萄球菌、衰皮	0.3%环丙沙星滴眼液1~2	万古編集 (50mg/ml)+	根据拭子培养和药鐵结果进行针对性治疗
	葡萄球菌、肺炎链球菌、	第q1h×24~72h, 之后根	头孢他呢 (50mg/ml) 着	:
- 本事	化脓性链球菌、肠杆菌	据临床疗效逐渐减量	展q1b×24 ~ 72b, 然后	
148-	<b>科、李斯特</b> 藍		根据疗效逐渐减少用量,	
			见说明	
其實格	出霉菌、镰刀菌、念珠	由每個、镰刀菌、念珠 5%的色霉素消眼液:1滴	0.15%周性轉換B1道	留取标本进行真菌涂片和培养
TABLE TO SERVICE STATE OF THE	菌及其他	d1 → 2h×数 米; 核 而,	q1~2h×数天; 可根据	其他多种治疗方案疗效似乎相当,包括1%伊曲康隆局
		q3~4b×数天;可根据疗	疗效减少用药類率	部应用6周;口服伊曲豪座100mg 2次/天×3周;1%伏
		效减少用药频率		立康唑局部应用2周;1%咪康唑5次/天;0,5%~1,0%
				硫酸镍5次/关

表1 (12) 临床抗微生物治疗的初始选择

/ 中華	<b>続原体(補咎)</b>	推荐治疗方案,	•	
珍虧/特定情况	H dry 1 day was	首选方案	<b>备进方器</b>	辅助诊断或治疗方法及说明
限/角膜(角膜炎)(续)				
分枝杆菌: 跟屈光手术后	龟分枝杆菌; 脓肿分枝杆菌; 贴种分枝杆菌; 马西利亚分枝杆菌	加替沙星或莫西沙星渐眼液: 1滴 qiq,联用其他有 陌性的抗生素满眼液(阿米卡星 50mg/L 和克拉霉素 10mg/L)	1滴qiqi,联用其他有 星50mg/L和克拉霉素	加着沙星或莫西沙星液眼液:1滴qiq,联用其他有 备选方案;全身性治疗。多西环素100mg po pid+克拉霉 铝性的抗生素液限液(阿米卡星50mg/L和克拉霉素)素500mg po pid(Plos One 10;4o116236,2013) 10mg/L)
原皮 教住隐形眼鏡使 用者。 不常见: 创伤和使 用教性隐形眼鏡是 危险因素	卡氏棘層米巴、多應棘面 米巴、其他棘層米巴鳳、 其他非常生屑米巴神类、 包括哈曼屬阿米巴和内衛 简变虫均可致病 (Cornea 36:785, 2017)	局部应用0.02%~0.20%氧己定或0.02%~0.06%聚型已基双属 (PHMB) 联合丙酰脒 (0.1%) 或已脒 定 (0.1%)。PHMB从小剂量开始,根据治疗反应逐步调整 各选方案;非对照研究显示灭粹复星口服治疗可清除阿米巴,但使用灭特复星后的炎症反应可导致角膜变薄、并可导致穿孔。有建议使用精皮质激素治疗。也可能考虑1%代立源唑清服液 [Cornea 2021 Sep 4 (ordine chead of print)]	E或0.02%~0.06%聚始,但是10%,或已除 治,根据治疗反应毫 按Q是口服治疗可清除 类症反应可导致角膜 更用特皮质激素治疗。	开始48小时白天夜间均每小时滴跟、后第一周内白天每小时滴眼,接下来3~4周逐略离停。可能需外科诸创
11 数 13 小管炎	放线菌、葡萄球菌、硅球 菌,罕见蛛网菌、梭杆菌、 诺卡菌、念珠菌	有管区热敷 4次/天。溶眼科专 生素滴眼液局部冲洗	家清除類粒物并用抗	招管区热敷4改/天。谱眼科专家请除规粒物并用抗 │指压鼻泪管开口处可见渗出物,革兰染色可确定诊断 生素演眼液局部冲洗
祖囊炎	肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、化脓性链球菌、铜绿银单	常鑑发于泪道阻塞。经验性全身抗感染治疗取决于 润道吸出物革兰染色(见 <i>说明</i> )	身抗感染治疗取决于	需服料会诊。可能需要手术。可为急性或慢性 氰做蜂养以发现MRSA

		推荐治疗方案	医现代分子位分布显示 古事	音型内分子位
诊断/特定情况			金池方来 9	1 7 7 75 75 W. W. W.
眼内炎:分为内源性(缝》	继发于细菌或真菌血症〉和外	发于细菌或真菌血症)和外源性(注射后、手术后)。 眼科会诊非常必要	会诊非常必要	
细菌性:玻璃体混浊是	是诊断的关键,应在治疗前抽	<b>诊断的关键,应在治疗前袖玻璃体液和房水做培养,玻璃体内给抗菌药很重要</b>	<b>车内给抗菌药很重要</b>	
限手术后(白内障)	2			
早期,急性起病	表皮葡萄球菌占60%,金	立即请暇科会诊。若视力仪存	立即请假科会诊。若视力仅存光感或更严重,应立即行变调体切割术,并于玻璃体内注射万古霉素1mg和头孢他	3注射万古霉素 1mg和头孢他
(发生率0.05%)	黄色葡萄珠鹰、链球菌和	<b>尼</b> 2.25mg		
_	肠联菌各占5%~10%,			
•	英兰图性杆菌占6%			
轻度,慢性	座疮丙酸杆菌、表皮葡萄	服内注射万古霉素,通常常体	<b>服内注射方古霉素</b> ,通常 <b>搭做</b> 玻璃体切割术,摘除人工晶体	
	球菌、金黄色葡萄球菌		-	
	(罕见), 也包括真菌	•		
看光眼小辮切膝	<b>链球菌属</b> (甲型溶血性链	转诊给眼科进行玻璃体内注象	转诊给眼科进行玻璃体内注射药物(如 <mark>万古霉素1mg+头孢他啶2.25mg)和眼</mark> 科局部抗菌药物治疗	K抗菌药物治疗
大师	<b>英蘭敦其他) 流感嗜血</b>			
	<b>推</b>			
<b>穿通伤后</b>	芽孢杆菌属、表皮葡萄球菌	转诊给眼科进行玻璃体内包	转诊给眼科进行玻璃体内注射万古霉素1mg+(头孢他啶2.25mg或阿米卡星0.4mg)+全身应用万古霉素	tang) +全身应用万古霉素
		30~60mg/ (kg·d) 分2~	30~60mg/ (kg·d) 分2~3次,目标AUC <sub>2</sub> ,400~600μg·b/ml+ (头孢他原1g iv q8h或环丙沙星400mg iv或	v q8h或坏丙沙里400mg iv或
	• .	po qizh)。可能需行玻璃体切割术	米品	
自作拍腦深	肺炎链球菌、脑膜炎球菌、	等待培养结束时 (头孢噻肟2	等待培养结束时(头孢噻肟2g iv q4b、头孢曲松2g iv qd、头孢他啶2g iv q8b或头孢他聚2g iv q8h)+万古霉素	g他聚2g iv q8h) 十万古霉素
	金黄色葡萄球菌、B族链	30 ~ 60mg/ (lg · d) 分2~	30~60mg/ (kg・d) 分2~3次,目标AUC, 400~600mg・b/ml,玻璃体内使用抗生素同手术后早期。紧急服	(生素同手术后早期。紧急眼
,	球菌和肺炎克雷伯菌	<b>學会</b> 渗		
专际使用等路因	金黄色葡萄球菌、蜡样芽	经验性治疗同上述血行性感染	经验性治疗同上述血行性感染,根据病原学和药敷结果确定方案。需紧急眼科会诊	
. •	<b>治杆捆、邻株捆属</b>			

表1(13) 临床抗微生物治疗的初始选择

有割学部位/	( 多男 ) 李国仙	推荐治疗方案		
诊断/特定情况		直铣方器	备选方案 3	精即移即政治扩方法及说明
眼/眼内炎(续)				
真菌性:见于使用	<b>約來國際、由韓國履</b>	0.005~0.01mg/0.1ml两性霉素B, 玻璃体内给药;	3, 玻璃体内给药;	全身使用抗真菌药物通常对念珠菌屑视网膜炎有效。玻璃
广谱抗菌药、经常年田等于用源		同时进行全身治疗,见表114,161页。见说明	61页。见说明	体炎或服内炎患者可能需要眼内注射两性霉素和/或玻璃
使用循及顺歇系、 留 <b>重静脉</b> 导管				体切除 (IDSA 指南 CID 62; 409, 2016)
视网膜炎				
急性视网膜坏死	带状疱疹病毒、单纯疱疹	阿普洛韦10 ~ 12mg/kg iv q8h×5 ~ 7d, 然后800mg	~7d, 然后800mg	,带状疱疹病羞与非典型坏死性 <sub>构</sub> 核病毒视网膜 <del>或</del> 有很强的
察法: Clinical Oph-	病毒	po 5次/天或优普洛韦1000mg po tid 或还普洛韦	no tid 政还曹洛韦	
thaimology 14: 1931,		500mg po tid		服料会诊
2020				
HIV 阳性(艾滋病) 温茶CDA络腊<10%	巨细胞病毒	表144, 208页		在艾滋病患者中,发生率为5%~10%
The state of the s				
进展性外层视网膜	水痘-带状疱疹病毒、单	阿普洛韦10~12mg/kg iv q8h×1~2w, 然后(优	1~2w, 然后(优	多数患者是严重免疫抑制患者(CD4细胞低的HIV感染者
坏死	纯疱疹病毒、巨细胞病毒	普洛韦1000mg po tid, 或泛替洛韦500mg po tid, 或	再500mg po tid, 或	或移植患者 )。抗逆转录病毒治疗后若CD4细胞恢复,可
	(罕见)	西書洛韦800mg bo tid)	1	以停止口服抗病毒药物 (Ocul Immunol Inflammation 15:
		必须请服科会诊		425, 2007)
趙国際宗络戰役(后	图地马形虫	乙胺嘧啶200mg po 1次首日,然后50~75mg qd+	后50~75mg qd十	免疫正常人群中弓形虫病的最常见麦现。乙胺嘧啶价格易
葡萄膜炎)		養嚴職職1~1.5g po qid + 亚叶醇5~20mg 3次/周。	5~20mg 3次/周。	费,可用复方磷胺替代。复发可用以下方案治疗,复方谱
		复方磷酸双倍增强片剂1片 q12h。如有视力丧失的	。如有视力丧失的	胺双倍增强片剂1片 q12h×45d, 之后1片 qod×311d (4m
		风险,加用淡尼松1mg(kg-d)分2次口服	:	J Ophth 213; 195 2020)

解剖学部位/	(単語) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	推荐治疗方案			
诊断/特定情况	MART (AB)	<b>東</b> 拉克寨	各选方案。	精助诊断或治疗方法及说明	17
順羅峰寫收炎 ( <i>西游丹奉 60页</i> )	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他真拉菌、金黄色葡萄珠菌、厌氧菌、A蕨链皮膜 A蕨链球菌、A蕨链球菌、A蕨链球菌、A质链球菌、外伤后侧有革兰阳性杆菌	肺炎链球菌、流感嗜血杆 万 古 霉 賽 15 ~ 20mg/kg iv 6 曹、卡他真拉菌、金黄色 400~ 600/kg · b/ml + [(吳孢葡萄珠菌、厌氧菌、A族   1g iv q 12h)或骤拉西林一他!链球菌、外伤后偶有革兰 氯苄西林一舒巴坦3g iv q 6h]	38~ 12h 目标AUC <sub>34</sub> 曲轮2g iv qd+甲硝唑 隆巴坦3.375g iv q6b或	邮炎链球菌、流感嗜血杆 万 古 霉 素 15 ~ 20mg/kg iv q8 ~ 12h 目 标AUCs。 若对青霉素/头孢菌素过程,万古霉素+真西沙星 400mg	
计.* 卵在排槽沟通仍总	1、四次四十十四十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二	《月》\$P\$日月多,并来月季节的四、组长后参并多,一定之。			

在:"奶有推荐剂量以舒对既人(滌非特别在男)及肾功能正常者(缩写见第2页)。 3.选择替代方案的考虑:过餐、药理/药代学特点、依从性、价格和当地副药情况。