

2. 一经临床诊断细菌性眼内炎，应立即给予经验性抗菌治疗。
3. 首选广谱强效抗菌药物治疗，并应联合用药。
4. 主要给药途径为结膜下注射及玻璃体腔注射给药。玻璃体腔内注射抗菌药物是治疗细菌性眼内炎的有效方式，严重感染需采用合并静脉给药。如感染不能控制，应立即施行玻璃体切除联合玻璃体腔内给药。
5. 应用糖皮质激素有助于减轻炎症反应，但应在局部或全身应用抗菌药治疗有效的前提下应用。

【病原治疗】

药物的选用参见表 4-29。

表 4-29 细菌性眼内炎的抗菌治疗

眼内炎分类	常见病原菌	宜选药物	可选药物
白内障术后	凝固酶阴性葡萄球菌	糖肽类	阿米卡星、头孢唑啉、利奈唑胺
青光眼滤过术后	草绿色链球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌	头孢曲松、苯唑西林	头孢唑啉、左氧氟沙星 阿米卡星（联合）
外伤后	蜡样芽胞杆菌	糖肽类+阿米卡星	左氧氟沙星
内源性	金黄色葡萄球菌、链球菌、革兰阴性杆菌	糖肽类+头孢他啶或头孢吡肟	环丙沙星±阿米卡星

阴道感染

阴道感染分为细菌性阴道病、外阴阴道念珠菌（假丝酵母菌）病和滴虫阴道炎。细菌性阴道病的最常见病原体为阴道加德纳菌、各种厌氧菌和动弯杆菌属。外阴阴道念珠菌病的病原体主要为白色念珠菌。滴虫阴道炎的病原体为毛滴虫，可同时合并细菌或念珠菌感染。

【治疗原则】

1. 取阴道分泌物作病原体检查，通常涂片检查即可诊断，必要时再做培养。获病原后做药敏试验，根据不同病原体选择抗菌药物。如为两种或以上病原体同时感染，如外阴阴道念珠菌病和滴虫阴道炎，可同时使用针对不同病原体的两种抗感染药物。
2. 应注意去除病因，如停用广谱抗菌药物（假丝酵母菌）、控制糖尿病等。
3. 治疗期间避免性生活。
4. 巩固疗效，预防复发，必要时于月经后重复检查、治疗。
5. 妊娠期应选择阴道局部用药，妊娠初 3 个月，禁用可能对胎儿有影响的药物。
6. 单纯性外阴阴道念珠菌病患者应选择局部或口服抗真菌药物。严重患者应加大剂量或延长疗程；多次复发性患者应先强化治疗，再巩固半年。
7. 可选用乳酸杆菌等制剂治疗菌群失调。

【病原治疗】

见表 4-30。

表 4-30 阴道感染的病原治疗

病原	宜选药物	用药途径	备注
厌氧菌或阴道加德纳菌	甲硝唑	全身和/或局部	
	替硝唑或	全身	
	克林霉素	全身或局部	
念珠菌	制霉菌素	局部	14 天疗程
	咪康唑	局部	
	克霉唑	局部	
	氟康唑	全身	
滴虫	甲硝唑	全身和/或局部	宜单次口服大剂量 (2g)
	替硝唑	全身	宜单次口服大剂量 (2g)

宫颈炎

粘脓性宫颈炎最常见的病原是淋病奈瑟菌和沙眼衣原体，均为性传播疾病；也可由葡萄球菌属、链球菌属和肠球菌属引起。

【治疗原则】

1. 宫颈管分泌物做淋病奈瑟菌培养或核酸检测为阳性时，可诊断为淋菌性宫颈炎予以相应抗菌治疗；如衣原体抗原检测或核酸检测阳性，可诊断为沙眼衣原体感染予以相应抗菌治疗。
2. 治疗期间避免性生活，并同时治疗性伴侣。
3. 抗菌药物的剂量和疗程必须足够。
4. 约半数淋菌性宫颈炎合并沙眼衣原体感染，应同时针对两种病原体用药。

【病原治疗】

见表 4-31。

表 4-31 宫颈炎的病原治疗*

疾病	病原体	宜选药物	可选药物
淋菌性宫颈炎	淋病奈瑟菌	第三代头孢菌素	大观霉素
非淋菌性宫颈炎	沙眼衣原体多见	多西环素，阿奇霉素	红霉素

* 葡萄球菌属、链球菌属和肠球菌属等感染所致宫颈炎的病原治疗参阅“盆腔炎性疾病”。

盆腔炎

盆腔内感染常见的病原体有淋病奈瑟菌、肠杆菌科细菌、链球菌属和脆弱拟杆菌、消化链球菌、产气荚膜杆菌等厌氧菌，以及沙眼衣原体、解脲脲原体和病毒等。

【治疗原则】

1. 采取血、尿、宫颈管分泌物和盆腔脓液等标本做病原学检测。

2. 发热等感染症状明显者，应全身应用抗菌药物。

3. 盆腔炎病原大多为需氧菌、厌氧菌、沙眼衣原体及支原体等某些病原体的混合感染，建议治疗时应尽量覆盖上述病原微生物。获知病原菌检查结果后，结合治疗反应调整用药。

4. 抗菌药物剂量应足够，疗程宜 14 天，以免病情反复发作或转成慢性。症状严重者初始治疗时宜静脉给药，病情好转后可改为口服。

【抗感染治疗】

1. 宜选药物：通常选用二代或三代头孢菌素类+甲硝唑/替硝唑+多西环素/阿奇霉素，或青霉素类+甲硝唑/替硝唑+多西环素/阿奇霉素，或氧氟沙星/左氧氟沙星+甲硝唑/替硝唑。

2. 如有病原学证据，应当参考药敏结果及治疗反应适当调整药物。

性传播疾病

常见的性传播疾病包括梅毒、淋病、非淋菌性尿道炎（或宫颈炎）及生殖器疱疹等。

【治疗原则】

1. 明确诊断后应参照卫生部 2000 年颁布的《性病诊疗规范和性病治疗推荐方案》尽早开始规范治疗。

2. 治疗期间禁止性生活。

3. 同时检查和治疗性伴侣。

【病原治疗】

见表 4-32。

表 4-32 性传播疾病的病原治疗

疾病	病原	宜选药物	可选药物	备注
梅毒	梅毒螺旋体	普鲁卡因青霉素或苄星青霉素	红霉素，多西环素	青霉素过敏者可选用红霉素或多西环素，但妊娠患者不宜用多西环素，其新生儿可考虑采用青霉素补充治疗
淋病	淋病奈瑟菌	头孢曲松	大观霉素	必要时联合应用抗沙眼衣原体药，如多西环素
非淋菌尿道炎	衣原体或支原体	多西环素，阿奇霉素	红霉素	

侵袭性真菌病

侵袭性真菌病病原菌分为致病性真菌和条件致病性真菌。致病性真菌多呈地区流行，包括组织浆胞菌、粗球孢子菌、马尔菲尼青霉菌、巴西副球孢子菌、皮炎芽生菌、暗色真菌、足分枝菌和孢子丝菌等。条件致病性真菌有念珠菌属、隐球菌属、曲霉属、毛霉属、放线菌属、奴卡菌属等，当前我国以念珠菌、曲霉和隐球菌常见。

【治疗原则】

1. 治疗策略：①对尚未发生侵袭性真菌感染的高危患者可考虑进行预防性治疗；②对可能已发生侵袭性真菌感染的患者进行诊断性试验治疗；③对很可能已发生侵袭性真菌感染的患者进行经验治疗；④对确诊患者进行目标治疗。

2. 治疗药物选择：根据感染部位、致病真菌种类及患者病理生理状态选择用药。在病原真菌未明确前，可参考常见的病原真菌给予经验治疗；明确病原真菌后，可根据经验治疗的疗效和药敏试验结果调整给药。

3. 初始治疗：重症患者常需要静脉给药，或采用注射和口服给药的序贯疗法，通常不推荐常规联合治疗；严重感染者或初始治疗不能控制的感染，应采用有协同作用的抗真菌药物联合治疗。

4. 疗程通常较长，需要考虑患者的免疫状态、感染病原菌和药物种类，一般在6~12周或以上。

5. 辅助治疗：在应用抗真菌药物的同时，应积极治疗可能存在的基础疾病，增强机体免疫功能。

6. 手术：有指征时需进行外科手术治疗。

【常见侵袭性真菌病的治疗原则】

一、曲霉病

治疗原则：

1. 诊断侵袭性曲霉病后必须进行快速且强有力的针对性治疗。

2. 宜选药物：伏立康唑，两性霉素B及其含脂制剂；可选药物：伊曲康唑、泊沙康唑，卡泊芬净、米卡芬净。

3. 初始治疗时需要静脉给药，不推荐常规采用联合治疗，在标准治疗不能控制或多部位严重感染时可考虑联合治疗。

4. 纠正粒细胞缺乏状态在治疗中至关重要，可以应用粒细胞集落刺激因子或粒细胞/巨噬细胞集落刺激因子。

5. 部分患者需手术切除局部曲霉侵袭感染病灶。

6. 检测血清中半乳甘露聚糖（GM）水平有助于判断治疗效果和预后，但半乳甘露聚糖水平降至正常并不能作为停止抗真菌治疗的标准。

7. 抗曲霉治疗疗程通常较长，最短为6~12周，根据治疗反应其疗程可达数月或更长，需根据个体情况而定。

8. 停药指征：临床症状和影像学病灶基本消失，微生物学清除以及免疫抑制状态的逆转。

二、念珠菌病

念珠菌血症是当前最常见的系统性或侵袭性念珠菌病，白念珠菌是念珠菌血症最常见的致病原，但近年非白念的比例不断升高。

治疗原则：

1. 诊断时需注意开放性标本（如痰标本）培养念珠菌阳性的价值有限，切忌仅根据痰标本培养阳性决定初始治疗。

2. 念珠菌血症应在明确诊断后尽早进行抗真菌治疗。念珠菌病开始治疗的时机取决于对危险因素的临床评价、侵袭性念珠菌病的血清标志物检测和非无菌部位真菌培养结果的综合分析。

3. 应重视念珠菌种属的鉴别及药物敏感试验结果。

4. 宜选药物：氟康唑，卡泊芬净，米卡芬净，两性霉素 B 及其含脂制剂；可选药物：伏立康唑、伊曲康唑、泊沙康唑、氟胞嘧啶。

5. 治疗方案应根据病情严重程度、病原体及其药敏情况、抗真菌药物暴露史及当地念珠菌流行病学状况做出相应调整。

6. 对于光滑念珠菌和克柔念珠菌引起的感染，宜选用棘白菌素类或两性霉素 B 治疗。

7. 念珠菌血症患者原则上应拔除深静脉置管，并进行眼底检查。

8. 念珠菌病的抗真菌治疗疗程因不同部位感染而异。念珠菌血症的抗真菌治疗疗程为血培养阴性后再用 2 周。骨髓炎的疗程通常为 6~12 月，关节感染的疗程至少为 6 周。其他念珠菌病治疗疗程尚不明确，一般认为一旦培养和/或血清学检查结果转阴时应停止治疗，通常在 2 周以上。

三、隐球菌病

治疗原则：

1. 对疑有播散、或伴有神经系统症状、或血清隐球菌荚膜多糖抗原检测阳性的患者，应行腰椎穿刺进行脑脊液隐球菌检查以判断是否有中枢神经系统感染。

2. 中枢神经系统隐球菌病治疗时，诱导治疗宜选两性霉素 B 或其含脂制剂联合氟胞嘧啶，如无法耐受者可选氟康唑治疗；巩固和维持治疗宜选氟康唑。诱导治疗疗程 2~4 周，巩固和维持治疗疗程 6~12 月。必要时可考虑脑脊液引流与局部应用两性霉素 B。

3. 非中枢神经系统隐球菌病治疗时，免疫抑制和免疫功能正常的轻至中度隐球菌病患者宜用氟康唑治疗，疗程 6~12 月；重症隐球菌病和隐球菌血症患者的治疗同中枢神经系统感染。

4. 手术治疗适用于单个病灶需明确诊断或影像学持续异常且抗真菌治疗无效的患者。

【病原治疗】

临床应用中尚需依据患者的感染部位、严重程度、基础情况以及抗真菌药物在人体内分布特点及其毒性大小等，综合考虑个体化治疗方案，见表 4-33。

表 4-33 侵袭性真菌病的病原治疗

病原	宜选药物	可选药物
曲霉属	伏立康唑，两性霉素 B 及其含脂制剂	伊曲康唑，棘白菌素类，泊沙康唑
念珠菌属	氟康唑，棘白菌素类	两性霉素 B 及其含脂制剂，伏立康唑，伊曲康唑，泊沙康唑
隐球菌属	氟康唑，两性霉素 B 及其含脂制剂+氟胞嘧啶	伊曲康唑
毛霉	两性霉素 B 及其含脂制剂	泊沙康唑
组织浆胞菌	伊曲康唑	两性霉素 B 及其含脂制剂
球孢子菌	氟康唑、伊曲康唑	两性霉素 B 及其含脂制剂
皮炎芽生菌	伊曲康唑	两性霉素 B 及其含脂制剂，氟康唑
马尔尼菲青霉	两性霉素 B (2 周)，继以伊曲康唑 (静脉及口服)， 然后口服 AIDS 患者长期服用	伊曲康唑

病原	宜选药物	可选药物
暗色真菌	伊曲康唑、伏立康唑	泊沙康唑、氟胞嘧啶
孢子丝菌属	伊曲康唑	两性霉素 B 及其含脂制剂

分枝杆菌感染

结核分枝杆菌感染

【治疗原则】

- 贯彻抗结核化学药物治疗（以下简称化疗）的“十字方针”（早期、联合、适量、规则、全程）：
 - （1）早期：应尽可能早发现和早治疗。
 - （2）联合：联合应用多种抗结核病药物，提高杀菌力，防止细菌产生耐药性。
 - （3）适量：剂量适当，减少不良反应和细菌耐药性的产生。
 - （4）规则：按照化疗方案，按时、规范服药。
 - （5）全程：必须教育患者坚持完成全疗程治疗。
- 化疗方案的制订与调整用药的基本原则：
 - （1）按照患者不同的病变类型选用国际和国内推荐的标准化疗方案。
 - （2）对耐药患者的化疗方案中，至少包含有 4 种或 4 种以上患者未曾用过或病原菌对之敏感的药物。
 - （3）切忌中途单一换药或加药，亦不可随意延长或缩短疗程。掌握好停药或换药的原则。
 - （4）治疗过程中偶尔出现一过性耐药，无须改变正在执行的化疗方案。
 - （5）合并人类免疫缺陷病毒感染或艾滋病患者可以使用利福布汀代替利福平。

【病原治疗】

1. 一般分为强化治疗阶段（强化期）和巩固治疗阶段（巩固期），标准短程化疗方案中强化阶段以 4 种药物联合应用 2 个月，巩固阶段以 2~3 种药物联合应用 4 个月。

2. 初治菌阳/或菌阴结核推荐治疗方案：2HRZE/4HR（H：异烟肼，R：利福平，Z：吡嗪酰胺，E：乙胺丁醇）。强化期使用 HRZE 方案治疗 2 个月，继续期使用 HR 方案治疗 4 个月。疗程一般 6 个月。对于病情严重或存在影响预后的合并症的患者，可适当延长疗程

3. 复治结核推荐治疗方案：2SHRZE/6HRE 或 3HRZE/6HRE（S：链霉素）。强化期使用 SHRZE 方案治疗 2 个月，继续期使用 HRE 方案治疗 6 个月；或强化期使用 HRZE 方案治疗 3 个月，继续期使用 HRE 方案治疗 6 个月。获得患者抗结核药物敏感试验结果后，根据耐药谱以及既往治疗史选择合理治疗方案。疗程一般 8 个月。对于病情严重或存在影响预后的合并症的患者，可适当延长疗程。

4. 耐多药结核推荐治疗方案：6 Z Am（Km，Cm）Lfx（Mfx）Cs（PAS）Pto /18 Z Lfx（Mfx）Cs（PAS）Pto 方案（Lfx：左氧氟沙星，Mfx：莫西沙星，Am：阿米卡星，Km：卡那霉素，Cm：卷曲霉素，Pto：丙硫异烟胺，PAS：对氨基水杨酸，Cs：环丝氨酸）。

强化期使用 Z Am（Km，Cm）Lfx（Mfx）Cs（PAS）Pto 方案 6 个月，继续期使用 Z Lfx（Mfx）Cs（PAS）Pto 方案 18 个月（括号内为可替代药品）。疗程一般 24 个月。对于病情严重或存在影响预后的合并症的患者，可适当延长疗程。特殊患者（如儿童、老年人、孕妇、使用免疫抑制以及发

生药物不良反应等)可以在上述方案基础上调整药物剂量或药物。

非结核分枝杆菌感染

【治疗原则】

1. 不同种类的非结核分枝杆菌对药物治疗反应不一, 故应尽早进行病原检查和药敏试验, 选用敏感抗菌药物。

2. 结核病用药的“十字方针”也适用于非结核分枝杆菌病, 通常需联合用药, 一般以 3~5 种药物为宜。

3. 多数非结核分枝杆菌病, 疗程为 6~24 个月。

4. 某些快生长型非结核分枝杆菌病, 可能需要同时外科手术治疗。

5. 人类免疫缺陷病毒感染或艾滋病患者合并鸟分支杆菌复合群感染者须终身用药, 但应避免使用利福平。

【病原治疗】

非结核分枝杆菌病的主要病原菌有鸟分支杆菌复合群 (MAC)、龟分枝杆菌、脓肿分枝杆菌、偶然分枝杆菌、溃疡分枝杆菌等。

常用药物有新大环内酯类、利福霉素、氨基糖苷类、氟喹诺酮类、乙胺丁醇、四环素类、磺胺类、碳青霉烯类和头孢西丁等。

麻风分枝杆菌感染

麻风分枝杆菌感染主要通过与其长期密切接触传播。

【治疗原则】

1. 明确诊断后应尽早开始规范治疗。

2. 世界卫生组织推荐用多种药物联合化疗, 可提高疗效, 降低复发率。

3. 应密切注意治疗药物的不良反应, 用药期间应定期检查血常规和肝功能。

【病原治疗】

世界卫生组织推荐的成人麻风病患者治疗方案如下:

1. 多菌型: 利福平+氨苯砜+氯法齐明, 疗程 12 个月 (亦有建议 24 个月者)。

2. 少菌型: 利福平+氨苯砜, 疗程 6 个月。

白 喉

本病为由白喉棒状杆菌引起的急性传染病。

【治疗原则】

1. 用药前, 取咽喉部假膜边缘处分泌物做涂片革兰染色及细菌培养, 以明确病原。

2. 涂片见到疑似白喉棒状杆菌、有白喉患者接触史或去过白喉流行区、以往未接种过白喉疫苗者, 应立即予以白喉抗毒素及抗菌药物治疗。

3. 涂片找到疑似白喉棒状杆菌，即使无白喉患者接触史、未去过白喉流行区，亦需立即采取上述治疗措施，并等待细菌培养结果。

【病原治疗】

1. 抗菌药物首选青霉素。青霉素过敏的患者可用红霉素。疗程 7~10 天，直至咽拭子培养阴性。
2. 同时用白喉抗毒素。青霉素不能代替白喉抗毒素。
3. 用青霉素及白喉抗毒素前均须先进行皮肤过敏试验。

百日咳

本病为百日咳博德特菌引起的急性呼吸道传染病。

【治疗原则】

1. 在给予抗菌药物前先取鼻咽分泌物标本做细菌培养及药敏试验，以明确病原。
2. 有百日咳接触史、典型阵发性痉挛性咳嗽（新生儿及幼婴可无典型痉挛性咳嗽，成人或年长儿可仅有干咳及长期咳嗽）、周围血象示白细胞总数增高 $[(20\sim30) \times 10^9/L]$ 、分类淋巴细胞明显增加（0.60~0.80）者，百日咳临床诊断成立，应立即开始抗菌治疗。
3. 痉挛性咳嗽后期患者不需用抗菌药物，对症治疗即可。

【病原治疗】

首选红霉素，备选 SMZ/TMP，疗程 2 周。

猩红热

本病主要由 A 组溶血性链球菌引起，极少数可由 C、G 组溶血性链球菌引起。

【治疗原则】

有典型的猩红热临床表现者，应立即开始抗菌治疗。

【病原治疗】

1. 首选青霉素，疗程 10 天。
2. 对青霉素过敏的患者可用第一代或第二代头孢菌素（有青霉素过敏性休克史者不可用头孢菌素类），或红霉素等大环内酯类抗菌药物，疗程均需 10 天。

鼠疫

本病病原菌为鼠疫耶尔森菌，属甲类传染病。一旦发现，应立即向有关部门报告。

【治疗原则】

1. 患者应强制住院，住单间病房，严格按甲类传染病消毒与隔离，病房环境应达到无鼠、无蚤。
2. 禁止挤压淋巴结。
3. 早期足量应用抗菌药物。

【病原治疗】

1. 宜选药物：庆大霉素或链霉素。
2. 可选药物：多西环素或环丙沙星。

炭 疽

本病病原菌为炭疽芽孢杆菌，属乙类传染病。一旦发现，应立即向有关部门报告。

【治疗原则】

1. 患者应强制住院，严格隔离。
2. 皮肤损害禁忌挤压及手术切开。
3. 尽早应用抗菌药物。

【病原治疗】

见表 4-34。

表 4-34 炭疽的病原治疗

疾病	宜选药物	可选药物	备注
皮肤炭疽	环丙沙星或左氧氟沙星	多西环素，阿莫西林	疗程 60 天
吸入炭疽	环丙沙星，多西环素或左氧氟沙星+ 克林霉素土利福平	青霉素 G	开始治疗时用注射剂， 疗程 60 天

破伤风

本病病原菌为破伤风梭菌。新生儿破伤风应按乙类传染病报告。

【治疗原则】

1. 患者应住院治疗，环境要安静，避免刺激。
2. 皮肤损害的清创应在使用抗菌药物、镇静剂后 1 小时内进行。
3. 及早应用抗毒素及抗菌药物。遇有较深伤口或污秽创伤时应预防注射破伤风抗毒素。
4. 疗程视病情及感染程度酌情而定。

【病原治疗】

1. 抗毒素：人抗破伤风抗毒素用前不需要做皮肤试验。马抗破伤风抗血清应用前做皮肤试验，阳性者应采用脱敏疗法。
2. 抗菌药物：宜选药物为青霉素或甲硝唑。可选药物为多西环素（静脉给药）或红霉素。

气性坏疽

本病病原菌为产气荚膜梭菌。一旦发现，应立即以特殊感染病例报告医院感染管理部门。

【治疗原则】

1. 患者住单间病房并实施床旁接触隔离。
2. 尽早进行清创术，清除感染组织及坏死组织。取创口分泌物做需氧及厌氧培养。必要时应截肢。
3. 早期足量应用抗厌氧菌药物，合并需氧菌感染时联合应用抗需氧菌药物。
4. 疗程视病情及感染程度酌情而定。

【病原治疗】

1. 宜选药物：青霉素。
2. 可选药物：克林霉素、甲硝唑、头孢曲松或碳青霉烯类；多西环素，氯霉素。

伤寒和副伤寒等沙门菌感染

伤寒和副伤寒是一类常见的急性消化道传染病，除病原体、免疫性各不相同外，两者在病理变化、流行病学、临床特点及防治措施等方面均相近。

【治疗原则】

1. 拟诊或确诊患者应按肠道传染病隔离，临床症状消失后，每隔 5 天取粪便标本做细菌培养，连续 2 次培养阴性可解除隔离。
2. 在给予抗菌治疗前应留取血标本或粪、尿标本进行细菌培养，获病原菌后做药敏试验。必要时可按药敏试验结果调整用药。
3. 疗程一般为 10~14 天。病情较重者病程初期可静脉给药，病情稳定后可改为口服给药。
4. 抗菌治疗结束后仍需随访粪、尿培养，以除外带菌状态。如为带菌者，应予以治疗。

【病原治疗】

1. 首选氟喹诺酮类，但儿童和妊娠期、哺乳期患者不宜应用。
2. 头孢曲松、头孢噻肟或阿奇霉素适用于儿童和妊娠期、哺乳期患者以及耐药菌所致伤寒患者。
3. 敏感株仍可选用阿莫西林、氨苄西林、氯霉素、SMZ/TMP。新生儿、妊娠期患者及肝功能明显损害的患者避免应用氯霉素。应用氯霉素期间应定期复查周围血象，监测其血液系统毒性。
4. 伤寒带菌者治疗可选用阿莫西林或氟喹诺酮类口服，疗程 6 周。

布鲁菌病

本病病原菌为布鲁菌属，属乙类传染病。一旦发现，应于 24 小时内向有关部门报告。

【治疗原则】

早期足量应用抗菌药物，疗程需较长，必要时可重复疗程。

【病原治疗】

1. 宜选药物：多西环素 6 周+庆大霉素 2~3 周；
2. 可选药物：多西环素联合利福平 6 周，或 SMZ/TMP6 周+庆大霉素 2 周。

钩端螺旋体病

本病是由各种不同型别的致病性钩端螺旋体引起的急性全身性感染，属于乙类传染病。

【治疗原则】

1. 早期发现、早期诊断、早期休息与就地治疗。
2. 尽早进行抗菌药物治疗，可杀灭钩端螺旋体、减轻病情、减少器官损害及缩短病程。
3. 为避免治疗后出现赫氏反应，初始治疗阶段抗菌药物的剂量宜小。

【病原治疗】

1. 轻度感染：多西环素（8 岁以下儿童及妊娠哺乳期妇女禁用四环素类）100mg 口服 bid 或阿莫西林 500mg 口服 qid，疗程 7 天。
2. 中、重度感染：首选青霉素 G 160 万 U，静脉滴注或肌肉注射 q6h，为预防赫氏反应，也可首剂 5 万 U，肌肉注射，4 小时后 10 万 U，逐渐过渡至每次 160 万 U；或头孢曲松 1.0g 静脉滴注 qd，或氨苄西林 0.5g~1.0g 静脉滴注 q6h，疗程均为 7 日。

回归热

本病由回归热螺旋体引起，根据传播途径，可分为虱传回归热和蜱传回归热。

【治疗原则】

1. 虱传回归热和蜱传回归热抗菌治疗原则相同。
2. 初始治疗时抗菌药物的剂量不宜过大，以免出现赫氏反应，糖皮质激素不能预防该反应的发生。
3. 对症支持治疗，谨慎降温。

【病原治疗】

1. 虱传回归热：四环素 500mg 单剂口服，或红霉素 500mg 单剂静脉滴注或口服。
2. 蜱传回归热：多西环素 100mg 口服 bid×7~10 天（8 岁以下儿童及妊娠哺乳期妇女禁用四环素类），或红霉素 500mg（儿童 10mg/kg）口服 qid×7~10 天。
3. 中枢神经系统感染：青霉素、头孢曲松、头孢噻肟静脉滴注，疗程 14 天。

莱姆病

本病由伯氏疏螺旋体引起，为一种可能慢性化的虫媒传染病。

【治疗原则】

1. 早期及时给予抗菌治疗。
2. 在不同阶段选用抗菌药物有所不同，疗程应足够，以彻底杀灭螺旋体。
3. 血清试验阳性，无临床症状者不需给予抗菌药。
4. 8 岁以下儿童及妊娠、哺乳期妇女禁用四环素类。

【病原治疗】

见表 4-35。

表 4-35 莱姆病病原治疗

疾病状况	宜选药物	可选药物	备注
游走性红斑	多西环素，阿莫西林	头孢呋辛	疗程 14~21 日
淋巴结炎、慢性萎缩性肢端皮炎		红霉素类（复发率较高）	
心肌炎	头孢曲松，头孢噻肟，青霉素	多西环素，阿莫西林	疗程 14~21 日
面神经麻痹	多西环素，阿莫西林	头孢曲松	疗程 14~21 日
脑膜（脑）炎	头孢曲松	头孢噻肟，青霉素	疗程 14~28 日
关节炎	多西环素，阿莫西林	头孢曲松，青霉素	疗程 30~60 日
孕妇	阿莫西林		青霉素过敏者用阿奇霉素等大环内酯类
晚期神经系统损害	头孢曲松、头孢噻肟或青霉素 静脉滴注		疗程 14~28 日，治疗反应发生较为迟缓

立克次体病

立克次体病是由立克次体科，柯克斯体科，巴通体科中的多个属、种的病原微生物引起的感染病。

【治疗原则】

立克次体为细胞内寄生微生物，抗菌药物应用必须坚持完成全疗程。

【病原治疗】

见表 4-36。

表 4-36 立克次体病的病原治疗

疾病	病原体	宜选药物	可选药物	备注
斑疹伤寒群 (流行性、地方性和丛林斑疹伤寒)	普氏立克次体 莫氏立克次体 恙虫病东方体	多西环素	环丙沙星 氯霉素	疗程 7 日或体温正常后 2 天

疾病	病原体	宜选药物	可选药物	备注
Q 热	伯纳特立克次体 (贝纳柯克斯体)	多西环素	红霉素类, 氯霉素	Q 热心内膜炎: 多西环素+羟氯喹, 疗程 1.5~3 年。
慢性 Q 热	伯纳特立克次体	多西环素+利福平, 或环丙沙星+利福平	环丙沙星+多西环素	疗程共 3 年
战壕热	五日热巴通体	多西环素		合并心内膜炎者多西环素起始治疗的 2 周加用庆大霉素
落矶山斑点热、 钮扣斑点热、北 亚热、昆士兰斑 点热、立克次体 痘和日本红斑 热等	虱传立克次体等 斑点热群立克次体	多西环素	阿奇霉素, 克拉霉素, 氯霉素	① 疗程 7 日或体温正常后 2 天; ② 由于斑点热可危及生命, 8 岁以下儿童仍考虑用四环素; ③ 妊娠哺乳患者不可用四环素类, 宜用氯霉素
猫抓病	汉塞巴通体	阿奇霉素		疗程 5~7 日
无形体病	嗜吞噬细胞无形体	多西环素	四环素	疗程 7~14 日

中性粒细胞缺乏伴发热

中性粒细胞缺乏伴发热患者是一组特殊的疾病人群。由于免疫功能低下, 感染的症状和体征常不明显, 感染灶也不明确, 发热可能是感染的唯一征象。其病情凶险, 感染相关死亡率高。常见病原体以细菌为主。

【治疗原则】

1. 尽早开始经验治疗。
2. 选择药物应覆盖可能引起严重并发症, 威胁生命的常见和毒力较强的病原菌, 直至获得准确的病原学培养结果。
3. 常规使用抗假单胞菌 β -内酰胺类药物, 如头孢他啶、头孢吡肟、哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦、碳青霉烯类可作为首选药物。
4. 对于血液动力学不稳定者, 可联合抗革兰阳性球菌的药物。

【病原治疗】

参照《血流感染》中的表 4-17 “血流感染的病原治疗”。