

国家抗微生物治疗

指南

中华人民共和国卫生部医政司
卫生部合理用药专家委员会

组织编写



人民卫生出版社

国家抗微生物治疗

指南

2019年10月第1版
2019年10月第1次印刷

人民卫生出版社

国家抗微生物治疗指南

中华人民共和国卫生部医政司
卫生部合理用药专家委员会 组织编写

编写指导委员会委员：

王 羽 赵明钢 郭燕红 钟南山 李兰娟
焦雅辉 张淑芳 马旭东

名誉主编：李兰娟 张淑芳

主 编：何礼贤 肖永红 陆 权 徐英春 黎洁良

主编秘书：肖永红（兼）

编 委：王 兴 王 辉 卢晓阳 吕晓菊 任建安
汤耀卿 杜 斌 肖永红 吴德沛 邱贵兴
何礼贤 张天托 张文宏 陆 权 陈志敏
陈慧中 周 新 郑利光 赵继宗 徐英春
韩德民 樊庆泊 黎洁良 黎晓新

注：主编、编委名单均以姓氏笔画为序排列

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家抗微生物治疗指南 / 中华人民共和国卫生部医政司等编写. —北京: 人民卫生出版社, 2012.12

ISBN 978-7-117-16223-4

I. ①国… II. ①中… III. ①抗微生物性-药物-中国-指南 IV. ①R978-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 162904 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

国家抗微生物治疗指南

编 写: 中华人民共和国卫生部医政司
卫生部合理用药专家委员会

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 10

字 数: 347千字

版 次: 2012年12月第1版 2013年4月第1版第2次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16223-4/R·16224

定 价: 39.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

感染性疾病是临床各科常见病与多发病，严重威胁着人们的健康。抗感染药物已成为临床应用最广泛的药物之一。自1928年英国细菌学家弗莱明发现青霉素以来，抗感染药物挽救了数以亿万计感染性疾病患者的生命，在保障人类身体健康和生命安全、提高全球人均寿命等方面发挥了重要作用。近年来，随着抗感染药物在医疗、农业、养殖、畜牧等各个领域的广泛使用，耐药性和不合理应用带来的威胁在不断增强，多重耐药与泛耐药细菌感染流行，人类再次面临控制感染性疾病的挑战，引起了世界卫生组织和世界各国的高度重视。2011年世界卫生组织在世界卫生日提出“抵御耐药性——今天不采取行动，明天就无药可用”的主题，向全世界发出了合理使用抗感染药物的呼声。

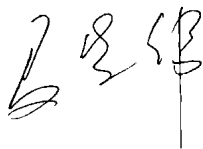
我国政府历来十分重视合理应用抗感染药物工作。《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出要“规范用药、检查和医疗行为”，“为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”。国家先后颁布了《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》等法律法规，加强药品监督管理，保障人民群众用药安全和用药权益。卫生部也先后下发了《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《处方管理办法》、《中国国家处方集》等一系列规章和规范性文件，进一步规范和指导医疗机构抗感染药物临床应用行为。2012年4月，卫生部以84号部长令形式发布了《抗菌药物临床应用管理办法》，提出了建立抗菌药物临床应用分级管理制度和细菌耐药预警机制，明确了医疗机构抗菌药物遴选、采购、临床使用、监测和预警、干预与退出全流程工作机制，加大了对不合理用药现象的干预力度，进一步明确了监督管理和法律责任。另外，通过建立健全全国抗菌药物临床应用监测网、细菌耐药监测网和合理用药监测系统，开展“医院管理年”、“医疗质量万里行”和抗菌药物临床应用专项整治活动，加强抗菌药物临床应用管理，规范医务人员用药行为，促进临床合理使用抗菌药物。

为进一步加强抗感染药物管理，规范临床抗感染药物应用行为，指导做好各种微生物感染目标治疗，我司委托卫生部合理用药专家委员会，组织全国临床、微生物、药学、医院管理等多学科专家，借鉴国外各类抗感染治疗成功经验和做法，充分考虑和利用我国近年来在感染性疾病基础与临床研究成果、细菌耐药监

测数据的基础上，编写了《国家抗微生物治疗指南》。此书的出版标志着抗感染药物应用的技术指南和支撑体系有了进一步完善，为临床各专业抗感染药物应用以及医疗机构与行政部门加强管理提供了技术规范和支持，具有十分重要的学术、管理和应用价值。

编写《国家抗微生物治疗指南》是一项复杂的系统工程。本书系统全面、权威规范、严谨详实，具有很强的指导性、实用性和可操作性。编委会的各位成员倾尽全力，不辞辛劳，为教材的出版付出了很大心血。在此，谨向本书的出版表示热烈的祝贺，并向付出艰苦、细致、创造性劳动的各位医药学专家及相关工作人员表示衷心的感谢！

由于我国人口众多，城乡、地域、医院发展规模之间很不平衡，加之医药技术的飞速发展和人们对健康需求的不断提高，需要《国家抗微生物治疗指南》与时俱进，不断完善，为保障我国抗感染药物的合理使用发挥更大的作用。希望卫生行政部门和各级各类医疗机构，认真组织学习，加强培训，充分理解和把握指南的标准要求，不断提高抗感染药物的应用水平。

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Li Rui' (李锐), written in a cursive style.

2012年11月20日

前 言

世界卫生组织在 2011 年世界卫生日向全世界发出“抵御耐药性：今天不采取行动，明天就无药可用（Combating drug resistance: no action today, no cure tomorrow）”的强烈呼吁，要求各成员国必须重视细菌耐药的严峻性并采取积极行动，而抗菌药物合理使用已经成为遏制细菌耐药的最主要措施之一。抗菌药物合理使用涉及临床、管理、公众教育等诸多领域，其中建立健全相关技术支撑体系是确保抗菌药物合理使用落到实处的基本条件。根据合理用药体系构建要求，医疗机构处方集（formulary）和用药指南（guidelines）是两种最核心的技术文件，受到全球医疗机构与管理部门高度重视。

我国政府十分重视抗菌药物合理使用，先后制定颁布了《抗菌药物临床应用指导原则》和《抗菌药物临床应用管理办法》等宏观管理法规，自 2011 年起在全国开展了声势浩大的医疗机构抗菌药物临床应用专项整治活动，为推动我国临床抗菌药物合理使用发挥了积极作用。为细化抗菌药物管理，逐步建立我国可持续发展的抗菌药物合理使用体系，卫生部医政司、卫生部合理用药专家委员会组织全国知名临床医学、微生物检验学与药学专家编写了第 1 版《国家抗微生物治疗指南》，以期能为临床抗菌药物应用和感染治疗提供指导与帮助。

在指南编写过程中，卫生部医政司高度重视，多次参与编委会讨论；编委会专家们出于高度责任心与专业精神，认真查阅了我国近年来有关耐药监测、抗菌药物临床应用、感染治疗等方面的研究成果，总结我国临床实践经验，参考国外各种指南与研究文献，按专业分别编写不同章节初稿，经历多次会议审稿—交叉审稿—主编统稿—主编交叉审稿—定稿等过程，最终编撰和出版了这本指南。

为便于临床使用，本指南共分四章，第 1 章为各种感染性疾病经验治疗（包括预防用药），第 2 章为各种微生物感染目标治疗（包括传染病和各种特殊病原体感染治疗），第 3 章为儿童感染性疾病治疗相关内容，第 4 章为抗微生物药物药理学内容。第 1 章再按照各系统分别列表，便于临床快速查阅。为了减少各章间的重复，涉及多章节内容时主要编写进入相关性最密切的章。

本指南编写符合我国临床实际，各章内容尽量参考我国研究成果，特别注重细菌耐药监测结果与临床用药实践相结合，兼顾

不同医疗机构用药习惯、药物遴选品种、细菌耐药与感染构成等方面差异，在第1章中提供多种治疗选择，也作了首选与备选药物的推荐；药物主要介绍我国常用药物和国家各种目录药物，确保临床用药符合管理规定；专门邀请儿科专家编写“儿童感染性疾病抗菌药物治疗”和“中国儿童免疫接种”等内容，希望本指南既能满足成人患者治疗需求，也能为儿童感染的防治提供帮助。

我国地域辽阔、医疗机构众多、各地区疾病构成与细菌耐药存在差异，编写能满足全国医务人员需求的抗微生物治疗指南具有相当难度，但所有编写专家本着促进抗菌药物合理使用信念，坚持科学严谨的学风，反复推敲，不断修改，力求完善。但是，由于编写本身存在的难度和时间紧迫，本指南一定存在不足或者某些有欠准确之处，与学界和社会的高度期望还存在差距。我们殷切希望读者与各级医务人员给予批评指正，为指南的不断更新与完善提出宝贵意见。

本指南的编写是在卫生部医政司的直接领导下，由卫生部合理用药专家委员会组织实施，各位编写专家和工作人员为此付出了极大心血与辛劳，在此一并致谢。

编者

2012年11月

目 录

第 1 章 感染性疾病经验治疗	1
1-1 眼、耳鼻喉、口腔感染抗菌药物经验治疗	1
1-2 中枢神经系统感染抗菌药物经验治疗	9
1-3 呼吸系统感染抗菌药物经验治疗	12
1-4 心脏与血流感染抗菌药物经验治疗	18
1-5 腹腔与消化道感染抗菌药物经验治疗	26
1-6 妇产科感染抗菌药物经验治疗	30
1-7 泌尿系统与男性生殖系统感染抗菌药物经验治疗	34
1-8 骨关节感染抗菌药物经验治疗	37
1-9 皮肤软组织感染抗菌药物经验治疗	40
1-10 免疫缺陷者感染抗菌药物经验治疗	43
1-11 外科围手术期抗菌药物预防用药	49
1-12 抗感染药在预防非手术相关感染时的应用	54
第 2 章 感染性疾病的病原治疗	58
2-1 细菌感染目标治疗	58
2-2 真菌感染目标治疗	69
2-3 分枝杆菌感染目标治疗	78
2-4 病毒感染目标治疗	82
2-5 寄生虫感染治疗	92
2-6 其他病原体感染目标治疗	97
2-7 传染病与系统性感染抗菌药物治疗	102
2-8 性传播疾病抗菌药物治疗	113
第 3 章 儿童感染性疾病的预防和治疗	117
3-1 儿童抗菌药物临床应用注意事项	117
3-2 儿科常见感染的抗微生物治疗	118
3-3 儿科常用抗菌药物、抗病毒药物的剂量和用法	158
3-4 儿童免疫接种程序表	169
第 4 章 抗感染药物的药学特征	174
4-1 抗感染药物药动学特点和常用剂量	174
4-2 常用抗菌药物的抗菌谱比较	196
4-3 肾功能不良患者抗菌药物的剂量调整	211

4-4	肝功能损害患者抗菌药物的应用	228
4-5	抗感染药物妊娠期安全分类	239
4-6	抗感染药物与其他药物的相互作用	244
4-7	抗感染药物主要不良反应	282

附件	指南中出现的英语缩写注解.....	303
----	-------------------	-----

第1章 感染性疾病经验治疗

1-1 眼、耳、鼻、口腔感染抗菌药物经验治疗

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
眼及眼周感染					
睑缘炎		金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌为主；其他原因包括皮脂溢、红斑狼疮、干眼症等	局部睑缘清洗及热敷 qd；局部涂含皮质激素霜（膏）	红斑痤疮（酒糟鼻）者加用多西环素 100mg po bid；2 周后改 qd；干眼症者用人工泪液	
	睑腺炎（麦粒肿）	金黄色葡萄球菌为主 外麦粒肿（睑滤泡） 内麦粒肿（睑板腺）	只需热敷，待自行引流 热敷 + 双氯西林或氯唑西林 0.25g po qid 或阿莫西林 / 克拉维酸 62.5mg po tid		表浅皮脂腺感染引起 必要时切开引流
结膜炎	新生儿结膜炎（新生儿眼炎）	淋病奈瑟菌（多发生在出生后 2~4 天）	头孢曲松 25~50mg/kg（总量不超过 125mg）iv 1 次		1. 脓性分泌物多者需全身治疗 2. 须同时治疗伴发的新生儿沙眼衣原体
		沙眼衣原体	红霉素 12.5mg/kg po qid 14d，或阿奇霉素 20mg/kg po 单剂		无需局部治疗
		单纯疱疹病毒 1、2 型	3% 阿糖腺苷眼膏 5 次/d		

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
结膜炎	病毒性结膜炎(红眼)	腺病毒	无抗感染药物治疗		对症治疗; 高度传染性, 注意防护隔离
	包涵体结膜炎(成人)	沙眼衣原体	多西环素 100mg po bid 1~3 周	红霉素 250mg po qid 1~3 周	
	沙眼(慢性角膜结膜炎)	沙眼衣原体	阿奇霉素 成人首剂 500mg, 以后 250mg po qd 4d, 或 1g po 1 次; 儿童 20mg/kg po 1 次	多西环素 100mg po bid 至少 21d, 或四环素 250mg po qid 14d	幼儿避免使用多西环素或四环素
	化脓性结膜炎(非淋球菌性和非衣原体性)	金黄色葡萄球菌, 肺炎链球菌, 流感嗜血杆菌等	0.3% 左氧氟沙星滴眼液 1 滴, 5 次/d		
角膜炎	淋球菌性结膜炎	淋病奈瑟菌	头孢曲松, 成人 1g, 儿童 25~50mg/kg, im/iv, 单剂		
	病毒性	单纯疱疹病毒 1、2 型	0.1% 更昔洛韦滴眼液 1 滴, q2h	3% 阿糖腺苷眼膏 5 次/d 21d, 对儿童较有效	易复发, 口服阿昔洛韦 200mg bid 能降低复发率
		水痘-带状疱疹病毒	泛昔洛韦 250~500mg po tid 或伐昔洛韦 1g po tid 7~10d	阿昔洛韦 800mg po 3~5 次/d 7~10d	
	单纯细菌性	金黄色葡萄球菌, 肺炎链球菌, 化脓性链球菌, 嗜血杆菌等	0.3% 左氧氟沙星滴眼液 1 滴, 5 次/d 7d	莫西沙星 400mg po qd 7d	亲脂性强的莫西沙星易渗入房水, 效果更好

(续表)

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
角膜炎	隐形眼镜使用者	铜绿假单胞菌	0.3%妥布霉素滴眼液 q1h, 维持 1-3d 后缓慢减量	0.3%左氧氟沙星滴眼液 q1h, 维持 1-3d	应作细菌培养及药敏试验, 进行针对性治疗
	真菌性	曲霉, 镰孢霉, 念珠菌等	5%那他霉素滴眼液 q3-4h, 随后逐渐减量, 连用 14-21d	0.05%-0.15%两性霉素 B 滴眼液 q3-4h, 随后逐渐减量, 或 5%氟康唑滴眼液 1-2 滴, 4-6 次/d	没有确定的经验治疗方案, 根据分泌物涂片染色结果决定经验治疗
	原虫 (多见于隐形眼镜使用者)	棘阿米巴原虫, 哈氏变形虫属	0.1%二咪二苯氧基丙烷 +0.5%新霉素滴眼液 1 滴, 日间 q1h 1 周, 以后逐渐减量	0.02%氯己定 (洗必泰) 滴眼液	
	泪小管炎	放线菌最常见	清除阻塞物并用青霉素溶液 (100mg/ml) 冲洗	泪点热敷 qid	
泪器感染	泪囊炎 (急性或慢性, 常继发于泪道阻塞)	肺炎链球菌, 金黄色葡萄球菌, 流感嗜血杆菌, 化脓性链球菌	阿莫西林/克拉维酸 625mg po tid 或头孢呋辛酯 0.25g po tid		根据分泌物涂片染色结果决定抗菌治疗
	细菌性 (眼手术后, 通常是白内障手术)	表皮葡萄球菌最多见, 也有金黄色葡萄球菌、链球菌、肠球菌、革兰阴性杆菌	早期玻璃体内注射万古霉素 1mg/0.1ml, 可加阿米卡星 0.4mg 或头孢他啶 2mg; 2-3d 后重复注射。感染局限于眼内者无需全身用药	眼内注射万古霉素 + 玻璃体切割术	慢性眼内炎必要时需要取出人工晶体
眼内炎	细菌性 (青光眼滤过术后)	草绿色链球菌, 流感嗜血杆菌等	玻璃体内注射同上 + 全身应用阿莫西林/克拉维酸 625mg po tid	玻璃体内注射同上 + 氨基苄西林/舒巴坦 3g iv q8-6h 或头孢噻肟 2g iv q6h	

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
	细菌性(穿透伤后)	阳性杆菌、表皮葡萄球菌等	玻璃体内给药同细菌性(眼手术后,通常是白内障手术)+万古霉素 1g iv q12h 或去甲万古霉素 0.8g iv q12h		术后用妥布霉素滴眼液
	细菌性(原因不明,疑为血源性)	肺炎链球菌, 脑膜炎奈瑟菌, 金黄色葡萄球菌等	玻璃体内给药同细菌性(眼手术后,通常是白内障手术)+头孢噻肟 2g iv q6h 或头孢曲松 2g iv qd, + 万古霉素 1g iv q12h 或去甲万古霉素 0.8g iv q12h		玻璃体内用药同上
眼内炎	细菌性(静脉吸毒者)	蜡样芽孢杆菌, 念珠菌属	玻璃体内给药同细菌性(眼手术后,通常是白内障手术)+全身应用万古霉素 1g iv q12h 或去甲万古霉素 0.8g iv q12h 或克林霉素 0.6g iv q8h		有念珠菌感染者加用抗真菌药
	真菌性(高危因素: 使用广谱抗菌药物, 经常使用糖皮质激素, 静脉留置导管)	念珠菌属, 曲霉属	玻璃体内注射 0.005~0.01mg/0.1ml 两性霉素 B; 对视力丧失的患者, 同时全身用药: 两性霉素 B 0.7~1mg/kg iv qd 或氟康唑 400mg iv/po qd 6~12 周	对中重度玻璃体炎: 全身应用两性霉素 B+玻璃体切割 ± 玻璃体内注射两性霉素 B	
	急性视网膜坏死	水痘-带状疱疹病毒, 单纯疱疹病毒	阿昔洛韦 10~12mg/kg iv q8h 5~7d, 然后 800mg po 5 次/d 6 周		
视网膜炎	艾滋病患者 (CD4 常 <100/mm ³)	巨细胞病毒	更昔洛韦 5mg/kg iv q12h 14~21d, 然后伐昔洛韦 900mg qd	磷 甲 酸 钠 60mg/kg iv q8h 或 90mg/kg iv q12h 14~21d, 然后 90~120mg/kg iv qd	

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
视网膜炎	真菌性(眼手术后)	镰刀菌, 念珠菌, 足放线菌, 拟青霉菌	两性霉素 B 0.7-1mg/kg iv qd ± 糖皮质激素滴眼		必要时需玻璃体切割
	真菌性(血行性)	念珠菌, 曲霉	两性霉素 B 0.7-1mg/kg iv qd+1% 氟胞嘧啶滴眼		曲霉感染需行玻璃体切割
眼眶蜂窝织炎		肺炎链球菌, 流感嗜血杆菌, 卡他莫拉菌, 金黄色葡萄球菌, 厌氧菌, 化脓性链球菌; 外伤后偶有革兰阴性杆菌	苯唑西林或氯唑西林 0.25g po qid 或阿莫西林/克拉维酸 625mg po tid	头孢曲松 1g iv qd	参照感染诱因选择治疗方案; 厌氧菌感染者加甲硝唑
耳鼻喉感染					
外耳炎	急性弥漫性(游泳耳)	假单胞菌, 肠杆菌科细菌, 金黄色葡萄球菌	0.3% 氧氟沙星或 0.3% 环丙沙星滴耳, 6-10 滴 2-3 次/d; 严重者全身性应用抗菌药		保持外耳道清洁、干燥
	慢性(多继发于脂溢性皮炎)		3% 硼酸乙醇滴耳		1. 控制皮肤脂溢 2. 保持外耳道清洁、干燥
	恶性外耳炎(常见于艾滋病、化疗、糖尿病)	铜绿假单胞菌	全身性应用抗假单胞菌药物, 如环丙沙星 0.4g iv q12h、头孢他啶 2.0g iv q12-8h	哌拉西林/他唑巴坦或亚胺培南/西司他汀	根据病灶情况决定清创

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
中耳炎	急性化脓性	肺炎链球菌, 流感嗜血杆菌, 卡他莫拉菌等	阿莫西林 0.5-1.0g po tid 7-10d	阿莫西林/克拉维酸, 头孢呋辛酯, 头孢地尼, 阿奇霉素, 克拉霉素	
		经鼻气管插管超过 48h 者, 可以是假单胞菌、肠道杆菌	头孢他啶 2.0g iv q12-8h, 头孢吡肟 2.0g iv q12 或 1.0 q8h, 哌拉西林/他唑巴坦 4.5g iv q8-6h	头孢唑肟/舒巴坦 3.0g iv q12-8h, 亚胺培南/西司他丁 0.5g iv q6h 或 1.0g iv q8h, 美罗培南 1.0g iv q8-6h	
乳突炎	慢性化脓性	假单胞菌, 金黄色葡萄球菌	用 3% 过氧化氢液清洗外耳道及鼓室后, 用抗菌药物液滴耳		引流不畅或局部用药无效者需手术治疗
		肺炎链球菌, 化脓性链球菌, 金黄色葡萄球菌	轻症治疗同中耳炎; 重症: 头孢唑肟 1-2g iv q8-6h, 或头孢曲松 1g iv qd		乳突脓肿需手术
急性咽炎/扁桃体炎	慢性	混合感染常见: 厌氧菌, 金黄色葡萄球菌, 肠杆菌科细菌, 铜绿假单胞菌	无经验治疗方案		常需手术
		A 组(溶血性)链球菌; 少数为 C 组、G 组溶血性链球菌	参考章节 1-3 相应部分		必须根除 A 组链球菌以防风湿热
喉炎		病毒感染为主	无用药指征		

(续表)

感染	类型/伴随情况	病原体	首选治疗	备选治疗	备注
鼻窦炎	急性	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌等	轻症不需抗菌药物；症状重者（颌面部疼痛，发热）：阿莫西林 0.5-1g po tid	阿莫西林/克拉维酸 625mg po tid，头孢唑辛酯/头孢克洛 0.5g po tid，头孢内酯 0.5g po tid	流感嗜血杆菌感染可选用阿奇霉素或克拉霉素
	慢性	多种细菌	抗菌药物治疗无效		
鼻炎（鼻卡他，普通感冒）		鼻病毒、冠状病毒、流感病毒、副流感病毒、腺病毒，有时也有肠道病毒如柯萨奇病毒、埃柯病毒等，少数可继发细菌感染	不需要抗菌药物治疗 仅在症状持续超过1周、白细胞增高、黄脓涕或伴严重基础疾病如Ⅱ级以上COPD，可适当使用抗生素，参考急性气管-支气管炎部分		
口腔感染					
牙周炎		多种革兰阴性厌氧杆菌和其他口腔菌群	甲硝唑 0.2-0.4g po tid+阿莫西林 0.5-1g po tid 或 qid	米诺环素 100mg po bid	
	急性根尖周炎	同上	局部处理+甲硝唑 0.2-0.4g po tid+阿莫西林 0.5-1g po tid 或 qid	米诺环素 100mg po bid	
牙周脓肿		同牙周炎	切开引流+甲硝唑 0.2-0.4g po tid+阿莫西林 0.5-1g po tid 或 qid	米诺环素 100mg po bid	
	急性坏死性溃疡性牙龈炎	普雷沃菌，具核梭杆菌，齿密螺旋体	症状重者甲硝唑 0.2-0.4g po tid		清除坏死组织，局部用氧化剂