



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

# مطالعه الگوهای تجویز آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت دستگاه تنفسی

## تحتانی در بیمارستان سوهاج

### چکیده

**سابقه و هدف:** هر ساله بسیاری از افراد به عفونت دستگاه تنفسی حاد (RTI) مبتلا می شوند. RTI رایج ترین مسئله حاد می باشند که برای آن ها مراقبت های اولیه نیاز است. مدیریت عفونت دستگاه تنفسی حاد در گذشته بر توصیه برای درمان آنتی بیوتیکی فوری عفونت های باکتریایی حاد احتمالی متمرکز بوده است.

**هدف:** مطالعه الگوهای تجویز آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت دستگاه تنفسی تحتانی در بیمارستان سینه سوهاج مصر

**بیماران و روش ها:** این مطالعه شامل 50 بیمار بزرگ سال بستری با عفونت دستگاه تنفسی تحتانی حاد پذیرش شده در بیمارستان سوهاج چست و 20 پزشک سینه در همان بیمارستان بود. مطالعه بر اساس جمع آوری داده ها از پرسش نامه توزیع شده بین پزشکان بود. 50 بیمار در معرض معاینه و نیز بررسی تاریخچه پزشکی کامل، اشعه ایکس سینه و آنتی بیوتیک های دریافت شده و نیز شیوه تجویز، مدت در مان و درمان های سویچ قرار گرفتند.

**نتایج:** چهل درصد پزشکان کتاب ها و سی درصد شرکت های دارویی را منبع اطلاعاتی اصلی در مورد آنتی بیوتیک ها در نظر گرفتند. 95 درصد متخصصان و پزشکان از AB تجربی استفاده می کردند. 60 درصد پزشکان تجربه خود را به عنوان منبعی برای تجویز AB می دانستند. تقریبا همه پزشکان وجود بیماری ها و اختلالات همراه را در طی تجویز AB در نظر گرفته اند. هشتاد درصد پزشکان شدت عفونت را مهم ترین فاکتور موثر بر مسیر تجویز AB می دانستند. نتایج هم چنین نشان داد که 45 درصد پزشکان کینولون را رایج ترین AB تجویز شده برای درمان تجربی می دانند. 50 درصد از آن ها مدت زمان 4 تا 7 روزه را برای درمان تجربی در نظر گرفتند. 65 درصد پزشکان بهبود وضعیت عمومی را مهم ترین عامل در تعیین کارایی و اثر بخشی AB در نظر گرفتند. 40 درصد پزشکان مدت زمان 2-3 روزه را برای ارزیابی کارایی AB تجویز شده کافی می دانستند. 50

درصد پزشکان در این مطالعه، در صورتی که AB قبلاً غیر موثر بود آن را تجویز نمی کردند. این مطالعه نشان داد که بیشتر پزشکان مطمئن هستند که AB تجویز شده واقعا به بیمار داده می شد. بیشتر پزشکان از بیمار قبل از تجویز AB می پرسیدند که آیا بیمار به AB خاصی حساسیت دارد یا نه. 75 درصد پزشکان از بیمار در مورد تاریخچه AB در سه ماه اخیر سوال می کردند. در 50 درصد پزشکان، تصمیم برای تجویز AB منوط به تصمیم بیمار بود

**نتیجه گیری:** عملیات و شیوه های تجویز AB باید به منظور فرموله سازی منطق قابل قبول با هدف بهبود وضعیت جهانی استفاده از آنتی بیوتیک ها ارزیابی شود. بسیاری از نکات باید در نظر گرفته شود نظیر افزایش آگاهی پزشکان در مورد دستور العمل های مختلف پذیرفته شده.

**لغات کلیدی:** عفونت دستگاه تنفسی تحتانی، آنتی بیوتیک ها، بیمارستان سوهاگ چست

#### مقدمه

آنتی بیوتیک ها قدیمی ترین داروی کشف شده برای مبارزه با میکروارگانیسم های خاص نظیر باکتری ها و قارچ ها می باشند. اگرچه طرح های طبقه بندی زیادی برای آنتی بیوتیک ها بر اساس طیف باکتریایی (گسترده در مقابل محدود) و یا مسیر تجویز (تزریقی در مقابل دهانی در مقابل موضعی)، و یا نوع فعالیت (باکتریوساید در برابر باکتريو استاتیک) وجود دارد مفید ترین آن ها بر اساس ساختار شیمیایی است. آنتی بیوتیک های درون یک کلاس ساختاری الگوی مشابهی از کارایی، سمیت و نیز پتانسیل الرژیک نشان می دهند(1).

آنتی بیوتیک ها رایج ترین دارو های تجویز شده در میان بیماران بستری بوده و نگرانی هایی در خصوص استفاده بیش از حد از عوامل ضد میکروبی وجود دارد که موجب ظهور ارگانیسم های مقاوم به آنتی بیوتیک می شود(2). شیوع جهانی مقاومت آنتی میکروبی به یک مسئله جدی تبدیل شده است و تاکید ویژه ای بر ICU به دلیل افزایش تجویز رژیم های آنتی میکروبی غیر موثر مرتبط با مرگ و میر و اختلال بالا وجود دارد(3).

آنتی بیوتیک ها اغلب اولین درمان در عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی هستند با این حال در عفونت های ویروسی استفاده نمی شوند. استفاده از آنتی بیوتیک مناسب بر اساس نوع عفونت و اطمینان از تغییر در مان با تغییر ماهیت عفونت ها و مقاومت نوظهور به درمان ها لازم است(4).

تعدادی از عفونت های حاد و مزمن وجود دارند که دستگاه تنفسی تحتانی را تحت تاثیر قرار می دهند. دو مورد از رایج ترین عفونت ها شامل برونشیت و ذات الریه می باشند(5).

عفونت های تنفسی حاد از عوامل رایج مرگ و میر و بیماری در جامعه می باشند.

علاوه بر اثر اجتماعی مهم، ARI از عوامل اصلی درمان پزشکی و مصرف آنتی بیوتیک ها می باشند(7).

### بیماران و روش ها:

این مطالعه شامل 50 بیمار بزرگ سال بستری با عفونت دستگاه تنفسی تحتانی حاد پذیرش شده در بیمارستان سوهاج چست و 20 پزشک سینه در همان بیمارستان بود. مطالعه بر اساس جمع آوری داده ها از پرسش نامه توزیع شده بین پزشکان بود. 50 بیمار در معرض معاینه و نیز بررسی تاریخچه پزشکی کامل، اشعه ایکس سینه و آنتی بیوتیک های دریافت شده و نیز شیوه تجویز، مدت در مان و درمان های سویچ قرار گرفتند.

اولین پرسش نامه

این پرسش نامه به 20 پزشک در بیمارستان توزیع شد

1-تحصیلات پزشکی شما چقدر است؟ کارشناسی دیپلم کارشناسی ارشد
2-چند سال سابقه کار دارید؟ کم تر از 5 سال 6-10 سال 11-15 سال 16-20 سال 21 سال
3-آیا شما با بیماران مبتلا به عفونت های دستگاه گوارشی تحتانی سرو کار دارید؟

بله

خیر

4- اگر بله، تعداد بیماران مبتلا به این بیماری در هفته چقدر است؟

1-5

6-10

بیش از 11

5- بیشترین LRTIS ( آن هارا به ترتیب اهمیت بنویسید)

COPD

CAP

HAP

برونشکتازی

IBF

سایرین

6- منابع اصلی اطلاعات شما در مورد آنتی بیوتیک ها

متن

اینترنت

شرکت های دارویی

مجلات پزشکی

تدریس

7- در صورتی که AB تجویز کرده اید:

تجربی بوده است

بر اساس فرهنگ و حساسیت بوده است

8- در صورتی که تجربی است، بر چه اساس بوده است؟

تجربه شخصی

دستور العمل بین المللی

دستور العمل ملی

دستور العمل محلی

9- آیا حضور بیماری همراهِ بر تجویز AB شما اثر دارد؟

بله

خیر

10- رایج ترین بیماری همراه با LRTIS چه بوده است؟ به ترتیب نزولی

بیماری مزمن کبد

DM

فشار خون

بیماری های قلبی

بیماری های کبدی

بیماری های کلیوی

اعتیاد به نوشیدن الکل

بدخیمی

عروق مغزی

سایر

11- تصمیم انتخاب AB معمولاً بر چه اساسی بوده است؟

محل عفونت

شدت عفونت

کارایی AB

سن بیمار

حضور بیماری های همراه

قیمت AB

قابلیت دسترسی به AB

اثرات جانبی AB

12- مسیر تجویز AB بر اساس موارد زیر است؟

شدت عفونت

قابلیت دسترسی به AB

هزینه

محل درمان

13- رایج ترین AB تجویز شده برای درمان تجربی کدام است؟

پنی سیلین طیف گسترده

پنی سیلین آنتی سئودومنال

ماکروئیدها

سفالوسپورین

کلیندامایسین کینولون

تتراسایکلین کرباپنوم

14- زمان درمان تجربی بیماران مبتلا به LRTI چقدر است؟

1-3 روز

4-7 روز

7-10 روز

بیش از 10 روز

15- رایج ترین AB اصلاح شده بر اساس کشت چه می باشد؟

پنی سیلین طیف گسترده

پنی سیلین آنتی سئودومنال

ماکرولیدها

سفالوسپورین

کلیندامایسین کینولون

تتراسایکلین کرباپنوم

16- رایج ترین AB تجویز شده برای CAP کدام است؟

پنی سیلین طیف گسترده

پنی سیلین آنتی سئودومنال

ماکرولیدها

سفالوسپورین

کلیندامایسین کینولون

تتراسایکلین کرباپنوم

17- رایج ترین AB برای HAP کدام است؟

پنی سیلین طیف گسترده

پنی سیلین آنتی سئودومنال

ماکرولیدها

سفالوسپورین

کلیندامایسین کینولون

تتراسایکلین کرباپنوم

18- رایج ترین AB تجویز شده برای COPD,AIE کدام است؟

19- تصمیم تجویز AB بر اساس موارد زیر است



شرایط بالینی A

آزمایشگاه B

داده های رادیولوژیکی -C

A+B

A+C

A+B+C

20- اگر تصمیم تجویز بر اساس ارزیابی بالینی باشد، مهم ترین علایم کدام است؟

تب

چرک خلط

مقدار خلط

سایر

تنگی نفس

21- اگر تصمیم تجویز بر اساس داده های آزمایشگاه باشد، مهم ترین مورد کدام است؟

افزایش تعداد گلبول های سفید

رنگ آمیزی گرم خلط

CRP

C-S خلط

ESR

22- اثر AB تجویز شده را چطور ارزیابی می کنید؟

بهبود شرایط عمومی

کاهش تعداد گلبول سفید

تغییر ویژگی خلط (حجم پایین، چرک پایین)

23- مدت زمانی که پس از آن به این نتیجه رسیده اید که AB غیر موثر بوده است کدام است؟

کم تر از دو روز

3-2 روز

5-3 روز

بیش از 5 روز

24- در صورتی که AB غیر موثر بوده است شما:

گروه AB را تغییر می دهید

معاینه خلط را تجویز می کنید

دوز AB را تغییر می دهید

تشخیص را اصلاح می کنید

25- آیا شما مطمئن هستید که AB تجویز شده درست به بیمار تجویز شده است؟

بله

خیر

26- آیا از بیمار در مورد مصرف AB در سه ماه اخیر سوال می کنید؟

بله

خیر

27- آیا بیمار بر تصمیم تجویز AB توسط شما اثر دارد؟

بله

خیر

28- آیا شما قبل از تجویز، در مورد حساسیت بیمار از او سوال می کنید؟

بله

خیر

COPD، بیماری = AIE انسدادی مزمن ریه، تشدید حاد عفونی ؛ CAP = پنومونی اکتسابی یا ذات الریه؛ HAP = پنومونی اکتسابی بیمارستانی ؛ IPF، AIE = بینابینی فیبروز ریوی، عفونت حاد ؛ LRTIS = عفونت تنفسی تحتانی [8].

50 بیمار در معرض شرایط زیر قرار گرفتند:

1. تاریخچه کامل پزشکی و معاینه.

2. اشعه "X" . قفسه سینه

3. دریافت آنتی بیوتیک

- تجویز آنتی بیوتیک در زمان پذیرش

- روش تجویز AB

- مدت زمان تجویز AB

- در صورتی که سویچ از درمان تزریقی به درمان دهانی صورت گیرد

- در صورتی که AB تغییر کند

- اگر بله، کدام گروه؟ مدت زمان و عامل تغییر.

### روش شناسی آماری

آماره های این مطالعه با نرم افزار IBM-SPSS تجزیه تحلیل شد

داده های کمی به صورت میانگین + انحراف معیار ارزیابی شده و داده های کیفی به صورت اعداد و درصد بیان شدند

چون این مطالعه توصیفی است آماره های تحلیلی نیاز نبود

### نتایج

### بیماران

جدول 1 نشان می دهد که 32 بیمار مرد و 18 بیمار زن بودند

جدول 2 نشان می دهد که گروه سنی بیماران از 21 تا 80 سال متغیر بود

جدول 3 شان می دهد که 15 بیمار سیگاری ترکی، 13 بیمار غیر سیگاری، 9 بیماری اکنون سیاری بوده و 4 بیمار سیگاری منفعل بودند

78 درصد بیماران در مطالعه سابقه مصرف انتی بیوتیک طی سه ماه اخیر نداشتند در حالی که 24 درصد از بیماران این سابقه را داشتند

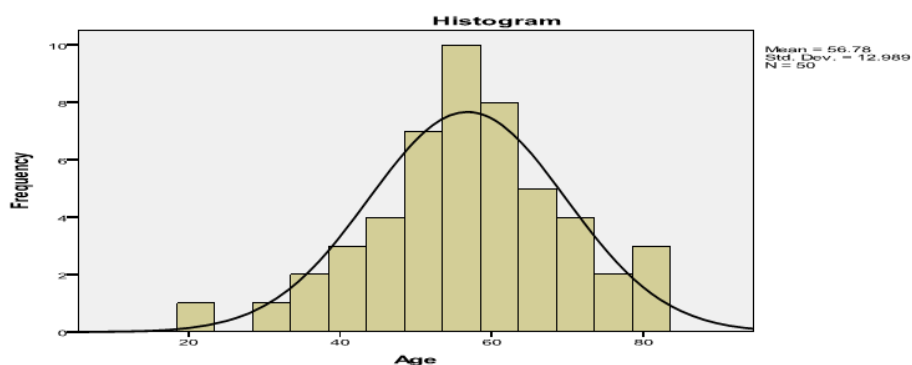
جدول 4 نشان می دهد که رایج ترین علایم بیماری در نمونه ها شامل سرفه و استفراغ در 47 بیمار، تشدید تنگی نفس در 34 بیمار (68٪)، تب در 26 نفر (52٪) و هموپتیژی در 10 نفر (20٪) بود. با توجه به علائم بالینی، صداهای ریوی در 40 نفر (80٪)، خس خس در 26 نفر (52٪) و نشانه هایی از یبوست در 12 نفر (24٪) مشاهده شد.

جدول 1: توزیع جنسی

درصد	تعداد	
36	18	زن
0.64	32	مرد
100	50	کل

جدول 2: توصیف سن

56.78	میانگین
57	میانه
12.989	انحراف معیار
21	حداقل
80	حداکثر



شکل 1: توصیف سنی

جدول 3: عادات خاص

درصد	تعداد	
0.26	13	غیر سیگاری
0.8	4	سیگاری منفعل
0.30	15	سیگاری سابق
0.18	9	سیگاری فعلی
0.18	9	قلیانی
100	50	کل

جدول 4: علایم بالینی

درصد پاسخ های مثبت و منفی	متغیر
	تب 48 24 52 26
	سرفه 6 3 94 47
	هموپتیزی 80 40 20 10
	بدتر شدن تنگی نفس 32 16 68 34
	بیماری همراه 80 40 20 10
	تب 52 26 48 24
	تنفس بالا 48 24 52 26
	آنتی بیوتیک ها در 3 ماه گذشته 76 38 24 12
	یبوست 76 38 24 12
	صدا های ریوی 20 10 80 40
	خس خس سینه 48 24 52 26

جدول 5: نتایج اشعه ایکس سینه

درصد	تعداد	
38	19	نرمال
24	12	تورم لکه ای
30	15	تورم زیاد
8	4	تغییرات برونشیتی
100	50	کل

جدول 5 نشان می دهد که 19 نفر افراد تحت اشعه ایکس نرمال بودند، 15 نفر تورم زیاد و 12 نفر تورم لکه ای و 4 نفر از آن ها تغییرات برونشیت را نشان دادند

جدول 6 نشان می دهد که اکثریت بیماران در مطالعه دارای COPD، (34AE 68)٪، 12 نفر (24٪) CAP و 4 نفر (8٪) آنها برونشکتازی داشتند

جدول 7 نشان می دهد که اکثر بیماران سفالوسپورین (42٪)، ترکیبی از پنی سیلین ها و سفالوسپورین های طیف گسترده (32٪)، ترکیبی از پنی سیلین طیف گسترده و آمینوگلیکوزیدها (12٪)، و ترکیبی از ماکرولیدها و سفالوسپورین ها (6٪) در زمان ورود دریافت کردند.

جدول 8 نشان می دهد که بیماران یعنی 82 درصد AB را در زمان پذیرش به صورت تزریقی و 18 درصد به صورت دهانی دریافت کردند.

جدول 9: مدت زمان درمان آنتی بیوتیک در زمان پذیرش

روز	تعداد	درصد
5 روز	30	60
7 روز	15	30
10 روز	5	10
کل	50	100

جدول 10: تغییرات گروه AB

گروه	تعداد	درصد
خیر	49	98
بله	1	2
کل	50	100

جدول 9 نشان می دهد که بیشتر بیماران AB را در زمان پذیرش برای 5 روز و سپس 7 و 10 روز دریافت کردند. جدول 10 نشان می دهد که گروه AB به 2 درصد بیماران تجویز شده است در حال یکه در 98 درصد آن ها تغییری دیده نشد. این موجب تغییر آنتی بیوتیک برای سفالوسپورین برای 5 روز و کوینولین برای 10 روز شد و بهبود بالینی و ظهور لکه ها در اشعه ایکس شد.

## پزشکان

جدول 11 نشان می دهد که 25 پزشکان در مطالعه دارای مدرک ارشد، 50 درصد دارای دیپلم و 25 درصد دارای مدرک لیسانس بودند

جدول 12 نشان می دهد که 55 درصد پزشکان در مطالعه دارای 6-10 سال تجربه، (25٪) آنها دارای 21 سال تجربه، (10٪) از آنها 11-15 سال تجربه و (10٪) از آنها >5 سال تجربه بودند.

آیا شما با بیماران مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی تحتانی سرو کار دارید؟ همه پزشکان پاسخ مثبت دادند

جدول 11: تحصیلات پزشکی شما چقدر است؟

درصد	فراوانی	
25	5	لیسانس
50	10	دیپلم
5	5	ارشد
20	20	کل

جدول 12: سال های سابقه

درصد	فراوانی	
10	2	کم تر از 5 سال
55	11	6-10 سال
10	2	11-15 سال
25	5	21 سال
100	20	کل

جدول 13: تعداد بیماران با LRTIS در هفته

درصد	فراوانی	
5	1	5-1
10	2	6-10
85	17	بیش از 11
100	20	کل

جدول 13 نشان می دهد که بیشتر پزشکان یعنی 85 درصد در این مطالعه دارای بیش از 11 بیمار در هفته بودند و ده درصد دارای 6-11 بیمار و 5 درصد دارای 1-5 بیمار در هفته بودند.

جدول 14 نشان می دهد که 40 درصد پزشکان به کتاب های پزشکی وابسته بودند، 30 درصد به شرکت های دارویی، 20 درصد از تدریس ها و 5 درصد به اینترنت و 5 درصد به منبع مجلات پزشکی وابسته بودند

جدول 14: منبع اصلی اطلاعات در مورد انتی بیوتیک

درصد	فراوانی	
40	8	کتاب ها
5	1	اینترنت
30	6	شرکت های دارویی
5	1	مجلات پزشکی
20	4	سخنرانی ها
100	20	کل

جدول 15: در صورتی تجویز ABS :

درصد	فراوانی	
95	19	تجربی
5	1	بر اساس حساسیت است
100	20	کل

جدول 16: در صورتی که تجربی است بر چه اساسی می باشد

درصد	فراوانی	
70	14	تجربه فردی
20	4	دستورالعمل بین المللی
10	2	دستور العمل ملی
100	20	کل

جدول 17: روش تجویز بر چه اساسی است

درصد	فراوانی	
80	16	شدت عفونت
10	2	دسترسی به AB
5	1	هزینه
5	1	محل درمان
100	20	کل



جدول 15 نشان می دهد که تقریباً همه پزشکان به طور تجربی AB را تجویز کرده اند و تنها 5 درصد از آن ها AB را بر اساس حساسیت و فرهنگ تجویز کرده اند

جدول 16 نشان می دهد که تجربه یک منبع تجویز آنتی بیوتیک می باشد و بعد از آن دستور العمل بین المللی و دستور العمل ملی قرار دارد

آیا حضور بیماری همراه بر تجویز AB اثر دارد؟

پاسخ همه مثبت بود

جدول 17 نشان می دهد که شیوه تجویز آنتی بیوتیک بر اساس شدت عفونت (80 درصد)، دسترسی به آنتی بیوتیک (10 درصد و سپس مکان درمان (5٪) و هزینه آنتی بیوتیک (5 درصد) است.

جدول 18 نشان می دهد که کینولین، رایج ترین آنتی بیوتیک برای درمان تجربی (45 درصد) است و پنی سیلین طیف گسترده ای (25٪)، سفالوسپورین (10٪)، پنی سیلین گسترده طیف و آمینوگلیکوزیدها (5٪)، آموکسی سیلین و کلانولانیک اسید (5٪)، پنی سیلین طیف گسترده ای ها و سفالوسپورین ها (5٪)، و کینولون ها و ماکرولیدها (5٪) می باشد.

جدول 18: رایج ترین AB تجویز شده برای درمان تجربی LRTI چیست؟

درصد	فراوانی	
25	5	پنی سیلین طیف گسترده
10	2	سفالوسپورین
45	9	کینولین
5	1	آموکسی سیلین و اسید گالوانیک
5	1	پنی سیلین طیف گسترده+ امینو گلیکوزید
5	1	پنی سیلین طیف گسترده+ سفالوسپورین
5	1	کینولین و ماکرولید
100	20	کل

جدول 19: مدت زمان درمان تجربی با LRTIS جقدر است؟

درصد	فراوانی	
------	---------	--

50	10	7-4 روز
50	10	10-7 روز
100	20	کل

جدول 20: رایج ترین AB اصلاح شده بر اساس شیوه کشت کدام است؟

درصد	فراوانی	
6	3	سفالوسپیرین
30	1	کوینولین
50	10	کرباپنوم
100	20	عدم پاسخ

جدول 19 نشان می دهد که 50 درصد پزشکان در مطالعه 7-4 روز را مدت زمان درمان تجربی و 50 درصد 7-10 روز را انتخاب کردند

در خصوص رایج ترین انتی بیوتیک اصلاح شده، جدول 20 نشان می دهد کوینولین 30 درصد و بعد از آن سفالوسپورین 15٪، و کارباپنمها در حدود 5٪ می باشد.

جدول 21 نشان می دهد که کوینولین رایج ترین انتی بیوتیک برای Cap، سفالوسپورین (20٪)، و پنی سیلین طیف گسترده (15٪) است.

جدول 22 نشان می دهد که کوینولین رایج ترین انتی بیوتیک برای AE، COPD (70 درصد)، و پنی سیلین طیف گسترده (10٪) سفالوسپورین (10٪)، تتراسایکلین (5٪) و آموکسی سیلین و کلانولانیک اسید (5٪) می باشد.

جدول 24 نشان می دهد که اکثریت پزشکان به یافته های بالینی و بالینی برای تجویز انتی بیوتیک، 25٪ وابسته به بالینی، یافته های رادیولوژی و داده های آزمایشگاهی، 15٪ وابسته به وضعیت بالینی است، و 5 درصد وابسته به رادیولوژیک بودند.

در خصوص مهم ترین علایم، چرک خلط 55 درصد و بعد از آن تب با 30 درصد و پیشرفت تنگی نفس 15 درصد وجود داشت

جدول 21: رایج ترین AB برای Cap کدام است؟

درصد	فراوانی	
------	---------	--

15	3	پنی سیلین طیف گسترده
20	4	سفالوسپیرین
65	13	کوینولین
100	20	کل

جدول 22: رایج ترین AB برای HAP

درصد	فراوانی	
6	3	آمینو گلیکوزید
30	1	سفالوسپیرین
50	10	کوینولین
100	20	عدم پاسخ

جدول 23: رایج ترین AB برای COPD:

درصد	فراوانی	
10	2	پنی سیلین طیف گسترده
10	2	سفالوسپیرین
70	14	کوینیلون
5	1	تتراسایکلین
5	1	سایر

جدول 24: تصمیم تجویز انتی بیوتیک بر اساس کدام موارد زیر است

درصد	فراوانی	
15	3	شرایط بالینی
5	1	داده های رادیولوژی
55	11	وضعیت بالینی + داده رادیولوژی
25	5	وضعیت بالینی + آزمایشگاهی
100	20	کل

جدول 25: در صورتی که تصمیم تجویز AB بر اساس ارزیابی بالینی باشد، مهم ترین علایم به صورت زیر است

درصد	فراوانی	
30	6	تب
15	3	پیشرفت تنگی نفس
55	11	چرک خلط

100	20	کل
-----	----	----

جدول 26: اگر تصمیم تجویز آنتی بیوتیک بر اساس داده های آزمایشگاهی است، مهم ترین مورد کدام است

درصد	فراوانی	
5	1	افزایش تعداد گلبول های سفید خون
10	2	ESR
20	4	سویه مثبت
65	13	CS سپتوم
100	20	کل

در رابطه با مهم ترین یافته آزمایشگاهی می توان گفت که اگر تجویز آنتی بیوتیک بر اساس داده های آزمایشگاهی باشد، حساسیت و کشت خط با 65 درصد نشان داده می شود سویه گرم سپتوم 20 درصد و ESR 10 درصد است در جالی که افزایش گلبول سفید تا 5 درصد حاصل شد.

جدول 27 نشان می دهد که 65 درصد پزشکان در مطالعه، بهبود شرایط عمومی را به صورت مهم ترین عامل در کارایی AB در نظر گرفته و 30 درصد تغییر ویژگی چرک و 5 درصد کاهش سلول های خونی را در نظر گرفتند.

جدول 28 نشان می دهد که 40 درصد پزشکان در مطالعه تصمیم گرفتند AB بعد از 2-3 روز غیر موثر بود و 30 درصد بعد از 3 تا 5 روز غیر موثر بود و 30 درصد 5 روز را در نظر گرفتند.

جدول 27: شما کارایی آنتی بیوتیک تجویز شده را چطور ارزیابی می کنید؟

درصد	فراوانی	
65	13	بهبود شرایط عمومی
5	1	کاهش گلبول سفید
30	6	تغییر کاراکتر خلط
100	20	کل

جدول 28: مدت زمانی که پس از آن آنتی بیوتیک غیر موثر بوده است

درصد	فراوانی	
40	8	3-2 روز
30	6	5-3 روز

30	6	بیش از 5 روز
100	20	کل

جدول 29: در صورتی که AB غیر موثر باشد

درصد	فراوانی	
50	10	انتی بیوتیک را تغییر می دهد
30	6	معاینه خلط را تجویز می کنید
20	4	تشخیص را اصلاح می کنید
100	20	کل

جدول 30: آیا مطمئن هستید که AB تجویز شده به بیمار درست تجویز شده است

درصد	فراوانی	
85	17	بله
15	3	خیر
100	20	کل

جدول 31: آیا شما در مورد سابقه مصرف انتی بیوتیک در سه ماه اخیر سوال کرده اید؟

درصد	فراوانی	
75	15	بله
25	5	خیر
100	30	کل

جدول 32: آیا بیمار بر تصمیم تجویز انتی بیوتیک شما اثر دارد؟

درصد	فراوانی	
50	10	بله
50	10	خیر
100	20	کل

جدول 33: آیا از بیمار قبل از تجویز انتی بیوتیک در مورد حساسیت او سوال می کنید؟

درصد	فراوانی	
80	16	بله
20	4	خیر
100	20	کل

بیشتر پزشکان در مطالعه (80 درصد) از بیماران در مورد حساسیت به انتی بیوتیک پرسیده بودند در حالی که 20 درصد سؤال نکرده بودند

## بحث

هر ساله بسیاری از افراد به عفونت دستگاه تنفسی حاد (RTI) مبتلا می شوند. RTI رایج ترین مسئله حاد می باشند که برای آن ها مراقبت های اولیه نیاز است. مدیریت عفونت دستگاه تنفسی حاد در گذشته بر توصیه برای درمان آنتی بیوتیکی فوری عفونت های باکتریایی حاد احتمالی متمرکز بوده است. بعد از کاهش استفاده از آنتی بیوتیک در اواخر 1990 میلادی، تجویز آنتی بیوتیک در بریتانیا به مقدار کم رسید و این میزان با این حال بیش از کشورهای اروپای شمالی بود. بسیاری از افراد مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی آنتی بیوتیک دریافت می کردند. دلایل زیادی برای این موضوع وجود داشت. اولاً عوارض امروزه بسیار کم شده است به طوری که شواهد مزایا علائم شناسی برای توجیه تجویز باید زیاد باشد و از این روی به جز در مواردی که آنتی بیوتیک بالینی نیاز بود، بیماران و خانواده های آن ها و دوستان پیام هایی را از متخصصان و پزشکان مبنی بر مفید بودن آنتی بیوتیک برای عفونت ها دریافت می کردند. سومین، مقایسات بین المللی نشان می دهد که نرخ مقاومت آنتی بیوتیک ارتباط مثبت با مصرف آنتی بیوتیک دارد. این یک مسئله اصلی برای نسل حاضر و نسل آینده می باشد. از این روی کارایی آنتی بیوتیک ها با تجویز مناسب حفظ شده است.

هدف این مطالعه بررسی الگو های تجویز آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت دستگاه تنفسی تحتانی در بیمارستان سینه سوهاج مصر بود. این مطالعه شامل 50 بیمار بزرگ سال بستری با عفونت دستگاه تنفسی تحتانی حاد پذیرش شده در بیمارستان سوهاج چست و 20 پزشک سینه در همان بیمارستان بود. مطالعه بر اساس جمع آوری داده ها از پرسش نامه توزیع شده بین پزشکان بود. 50 بیمار در معرض معاینه و نیز بررسی تاریخچه پزشکی کامل، اشعه ایکس سینه و آنتی بیوتیک های دریافت شده و نیز شیوه تجویز، مدت در مان و درمان های سویچ قرار گرفتند. در این مطالعه 40 درصد پزشکان به متون برای منبع اطلاعات و 30 درصد به شرکت های دارویی وابسته بودند. این نتایج با مطالعه وانسلیک و همکاران (10) مطابقت دارد که نشان داد فراوان ترین منبع دستور العمل های دارویی شرکت های دارو سازی، کتاب های پزشکی و اسناد کتب دارویی است. این نتایج با مطالعه بر روی 200 متخصص و 230 دکتر هم خوانی دارد. آن ها گزارش کردند که شرکت های دارویی، مجلات پزشکی

منبع اصلی اطلاعات در مورد انتی بیوتیک است. از سوی دیگر نتایج خالق و همکاران (12) با این موضوع مطابقت دارد. آن ها خاطر نشان کردند که منبع اطلاعات پزشکی کتاب های پزشکی است. این با 185 دکتر تایید شد. 131 دکتر نظر مثبت در مورد مجلات الکترونیکی داشتند. نظر سنجی اکتشافی و مقطعی در میان GP 152 در مراکز درمانی اولیه و بیمارستان ها انجام شد. مطالعه عباس و همکاران نشان داده است که کتب متنی منبع اصلی اطلاعات در مورد انتی بیوتیک ها برای پزشکان در این مطالعه است.

در این مطالعه، 60 درصد پزشکان به تجربه خود وابسته بودند. این نتایج با نتیجه بانجن ربر 13 هم خوانی داشت که به این نتیجه رسید که سو استفاده از انتی بیوتیک با دستور العمل های نامناسب صورت می گیرد ولی مطالعه گیماثو (14) نشان داده است که تبعیت از دستور العمل ها و نسخه های مربوط به انتی بیوتیک باید در نظر گرفته شود. به طور مشابه لاتر و همکاران 15 در مطالعه منسجم نشان داده است که بعد از یک دوره مداخله، دستور العمل ها در 75 درصد بیماران پیاده شده بود. مطالعه مازکلا و همکاران (16) نشان داده است که نظر سنجی برای توصیف رفتار تجویز در میان پزشکان عمومی در انتخاب رژیم انتی بیوتیک انجام شده است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه عباس و همکاران هم خوانی نداشت در این مطالعه 62 درصد پزشکان به دستور العمل های بین المللی وابسته بودند. تفاوت به این دلیل است که 57 درصد پزشکان مربوط به مرکز تخصصی سینه بوده و تنها 43 درصد مربوط به پزشکان داخلی بودند

در این مطالعه همه پزشکان وجود بیمار های همراه را در طی تجویز انتی بیوتیک در نظر گرفتند. نتایج با دستور العمل های IDSA/ATS هم خوانی داشت مبنی بر این که حضور بیماری های همراه بر انتخاب انتی بیوتیک تاثیر دارد. این مطالعه با نتایج عباس (8) هم خوانی دارد که نشان داد 97 درصد پزشکان وجود بیماری های همراه را در طی تجویز AB در نظر گرفتند.

در این مطالعه، رایج ترین ABS تجویز شده کوینولین (45) درصد و پس از آن پنی سیلین طیف گسترده (25٪) و سفالوسپورین ها (10٪) بود. این نتایج با مطالعه مازگلای و همکاران (16) هم خوانی نداشت چرا که ایشان به این نتیجه رسید که رایج ترین عوامل انتی باکتریایی شامل سفالوسپورین (55.0٪)، پنی سیلین (11.7٪)، فلوروکینولون (4.11٪) و ماکرولیدها (10.1٪) و ترکیبی از پنی سیلین با مهار کننده های بتالاکتاماز (7.9٪) بودند که 41.1 درصد تجویز انتی بیوتیک ها را شامل می شدند. به علاوه یک عدم هم خوانی با نتایج مطالعه

کیمارینو و همکاران (14) وجود داشت که بیان کردند انتی بیوتیک های به کرات تجویز شده برای درمان تجربی آموکسی سیلین / کلوالانیک اسید (51 درصد)، و سفپیم (43٪)، سیپروفلوکساسین (30٪) و کلاریترومایسین (17٪) می باشد. این تفاوت با مطالعات قبلی ناشی از این است که آن ها به دستور العمل های محلی بیشتر از این مطالعه وابسته هستند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه عباس و همکاران (8) هم خوانی نداشت که نشان داده شد پنی سیلین طیف گسترده و سفالوسپرین (17 درصد) رایج ترین انتی بیوتیک ها برای درمان تجربی هستند. این اختلاف ناشی از این است که مطالعه عباس (8) شامل 100 پزشک است: دو برابر تعداد ثبت نام شده در این مطالعه و این که 57 درصد آن ها مربوط به مرکز سینه و 43 درصد مربوط به بخش داخلی بودند.

در این مطالعه، 50 درصد پزشکان 4 تا 7 روز را برای درمان تجربی و 50 درصد 50 درصد را برای 7 تا 10 روز در نظر گرفتند. این با دستور العمل ATS.IDSA مطابقت داشت به طوری که نشان داد زمان درمان تجربی انتی بیوتیک حداقل 15 روز بوده و نتایج بیماری بعد از 48 تا 72 ساعت به صورت تب ظاهر شد. نتایج مطالعه عباس و همکاران نشان داد که 55 درصد پزشکان، 4 تا 7 روز را به صورت زمان درمان تجربی در نظر گرفت.

در این مطالعه، متداول ترین ABS تجویز شده برای CAP به صورت کینولون (65٪)، سفالوسپورین (20٪) و پنی سیلین طیف گسترده (15٪) می باشد. این مطابق با دستور العمل های ATS-IDSA می باشد (17) و این نشان می دهد که فلوروکینولون اولین گزینه در درمان با حضور بیمار های همراه است. ماکرولید ها اولین گزینه در درمان سرپایی بدون عوامل ریسک می باشد. مطالعه عباس و همکاران (8) نشان داده است که رایج ترین AB تجویز شده برای CAP، پنی سیلین طیف گسترده (32) درصد و بعد از آن ماکرولید است. تفاوت بین مطالعه و مطالعه حاضر ناشی از این است که مطالعه عباس و همکاران شامل 100 پزشک بود که 57 درصد از آن ها مربوط به بخش سینه بودند و 43 درصد مربوط به بخش پزشکی داخلی بودند.

در این مطالعه، رایج ترین AB برای HAP، کینولین (40) درصد با سفالوسپرین ها (20 درصد) و آمینو گلیکوزید ها (5 درصد) بود. این مطابق با دستور العمل های ATS برای HAP-VAP-HCAP می باشد. و کینولون (لووفلوکساسین، موکسی فلوکساسین، سیپروفلوکساسین) برای سفالوسپورین (سفتریاکسون) برای درمان انتی بیوتیک اولیه برای پنومونی اکتسابی از بیمارستان و وابسته به ونتیلاتور در بیمارستان ذات الریه بدون عوامل خطر شناخته شده برای پاتوژن های مقاوم به چند دارو گزارش شده است. هم چنین فلوروکینولون آنتی سدووموال



(سیپروفلوکساسین یا لووفلوکساسین) و یا آمینوگلیکوزیدها (آمیکاسین، جنتامایسین، توبرامایسین و یا) به علاوه سفالوسپورین (سفپیم، سفنازیدیم) کرباپنم دهانی (ایمی پنم و یا مروپنم) یا (بتا لاکتام / مهارکننده بتالاکتاماز (پیپراسیلین تازوباکتام) به علاوه لینزولید یا وانکومایسین با درمان آنتی بیوتیک تجربی برای بیمارستان ذات الریه، ذات الریه، وابسته به ونتیلاتور و پنومونی ناشی از مراقبت های بهداشتی در ارتباط در بیماران به دست آورد با دیررس بیماری، عوامل خطر برای عوامل بیماری زا مقاوم به چند دارو و شدت بیماری در نظر گرفته شد. مطالعه عباس (8) نشان داد که رایج ترین AB برای HAP شامل کوینولین (21) درصد و سفالوسپورین (16 درصد) بود. در این مطالعه، رایج ترین AB برای COPD، AE شامل کوینولین (70 درصد) و پنی سیلین طیف گسترده ای (10٪)، سفالوسپورین (10٪)، تتراسایکلین (5٪) و آموکسی سیلین و کلاولانیک اسید (5٪) در نظر گرفته شده است. این نتیجه با نتیجه سیمپوس و همکاران (19) هم خوانی دارد که بیان کرد موفقیت در مان در بیماران میکروبیولوژیکی برای میکروئیدها در مقایسه با کوینولین ها کم تر بود. گیرنده های کوینولین، بازگشت ABEDC بعد از کاهش بیماری در مقایسه با گیرنده های ماکرولید را تجربه کردند. تجویز A/C با اثرات جانبی شدید همراه بود. ماکرولیدها، کینولون ها و آموکسی سیلین / کلاوولانات برای درمان بیماران با تشدید برونشیت باکتریایی معادل است. کوینولین با موفقیت میکروبیولوژیکی و وقوع تشدید باکتریایی برونشیت مزمن نسبت به ماکرولیدها دیده شد و آموکسی سیلین با اثرات جانبی وجود داشت. دیمپولوس و همکاران (20) بیان کرده است که آنتی بیوتیک خط اول (به عنوان مثال، آموکسی سیلین، آمپی سیلین، آمپی سیلین PIV تری متوپریم / سولفامتوکسازول و داکسی سیکلین) مربوط به موفقیت درمان در مقایسه با آنتی بیوتیک خط دوم (به عنوان مثال، آموکسی سیلین / کلاولانیک اسید، ماکرولیدها، نسل دوم یا نسل سوم سفالوسپورین و کینولون) در بیماران قابل ارزیابی کم تر است. تفاوتی در میان رژیم ها در خصوص موفقیت درمان و مرگ و میر دیده نشد. داده های موجود از آنالیز اماری تبعیت کردند. این تفاوت نشان می دهد که مطالعه روی 100 پزشک انجام شده است و 57 نفر مربوط به بخش سینه و 43 نفر به بخش داخلی مربوط بودند.

بیشتر پزشکان در این مطالعه (85 درصد) مطمئن بودند که AB تجویز شده واقعا به بیمار ارایه شده است. عدم موفقیت درمان ناشی از این است که برخی بیماران AB را دریافت می کنند، دوز درمانی یا روش تجویز نیز می

تواند موثر باشد. این مطابق با مطالعه عباس و همکاران(8) می باشد که نشان داده است 80 درصد پزشکان بر این باور بودند که AB تجویز شده به بیمار داده شده است.

در این مطالعه، 55 درصد پزشکان به یافته های بالینی و رادیولوژیکی برای تجویز AB، 25 درصد به داده های بالینی، رادیولوژیکی و آزمایشگاهی، 15 درصد به شرایط بالینی و 5 درصد به یافته های رادیولوژیکی وابسته بودند. نتایج با مطالعه عباس(8) هم خوانی نداشت این مطالعه نشان داد که 61 درصد پزشکان به یافته های بالینی، رادیولوژیکی و آزمایشگاهی تجویز AB وابسته هستند. این تفاوت ناشی از این است که از تعداد پزشکان 57 نفر مربوط به بخش سینه و 43 درصد مربوط به بخش داخلی بودند.

55 درصد پزشکان در این مطالعه تصمیم گرفته اند که مهم ترین علامت بر اساس ارزیابی بالینی، چرک خلط است. این با مطالعه کونن و همکاران(21) هم خوانی داشت که بیان کردند بیماران با سرفه حاد در مراقبت های درمانی بیشتر انتی بیوتیک ها را دریافت می کنند. از این روی پزشکان می توانند انتی بیوتیک ها را به بیماران با عفونت های تنفسی تجویز کنند.

در این مطالعه، مهم ترین نتیجه آزمایشگاهی بر اساس داده های آزمایشگاهی شامل خلط و حساسیت 65٪، رنگ آمیزی گرم خلط 20٪، و 10 ESR٪ در حالی که لکوسیتوز 5٪ می باشد. این مطالعه با مطالعه هم خوانی دارد که نشان داد مهم ترین یافته آزمایشگاهی حساسیت و کشت خلط با 47 درصد است.

در این مطالعه بهبود شرایط عمومی مهم ترین عامل در تعیین کارایی انتی بیوتیک تجویز شده و تغییر خلط (30٪) و تعداد سلول های سفید خون (5٪) در نظر گرفته شد به طوری که 45 درصد از پزشکان بهبود شرایط عمومی را در تعیین کارایی انتی بیوتیک عنوان کردند.

40 درصد پزشکان در این مطالعه عنوان کردند که تجویز انتی بیوتیک بعد از 2 تا 3 روز و بعد از 3 تا 5 روز غیر موثر بود. این با دستورالعمل IDSA-ATS هم خوانی دارد که بیان کرد که هیچ پاسخی را به صورت نبود یا تاخیر دستیابی به ثبات بالینی (دما 37.8 6 درجه سانتی گراد، ضربان قلب 100 6 ضربه / دقیقه، تعداد تنفس 24 6 تنفس / دقیقه، خون سیستولیک فشار 90 P میلی متر جیوه، اکسیژن خون شریانی اشباع 90 P٪ یا PO2 60 P میلی متر جیوه در هوای اتاق، توانایی حفظ مصرف خوراکی و وضعیت ذهنی عادی) در نظر نگرفته است. وقتی که معیارها استفاده شدند، زمان میانه برای دست یابی به ثبات بالینی برای همه بیماران سه روز بود. کاهش

و افزایش اختلال تنفسی یا افت فشار خون < 72 ساعت بعد از درمان اولیه مربوط به عوارض مداخله، وخامت بیماری های زمینه ای، و یا توسعه عفونت حاد گزارش شده است. نتایج با مطالعه عباس و همکاران (8) هم خوانی دارد که عنوان کرد 57 درصد پزشکان نشان دادند که AB تجویز شده بعد از مدت زمان 2-3 روز غیر موثر بود و از این روی 33 درصد مدت زمان 3 تا 5 روز را در نظر گرفتند.

50 درصد پزشکان در این مطالعه، گروه انتی بیوتیک را در صورت غیر موثر بودن آن تغییر دادند ، 30 درصد حساسیت و کشت را تجویز کرده و 20 درصد نیز تشخیص را تغییر دادند. نتایج مطابق با مطالعه عباس (8) نمی باشد که نشان داد 59 درصد پزشکان در مطالعه حساسیت را عنوان کرده و 28 مورد گروه انتی بیوتیک را تغییر کرده و 11 مورد تشخیص را اصلاح کردند. این تفاوت ناشی از این است که مطالعه عباس بر روی 100 پزشک انجام شده است که 57 نفر آن ها از بخش سینه و 43 نفر از بخش داخلی بوده و در بیمارستان دانشکاه عین الشمس کار کرده و به دستور العمل های بین المللی وابسته بودند.

بیشتر پزشکان در مطالعه در مورد سابقه مصرف انتی بیوتیک در سه ماه اخیر سوال کردند. این مطابق با دستور العمل IDSA/ATS بود به طوری که مصرف انتی بیوتیک در سه ماه اخیر بر مصرف آینده آن اثر دارد. در این صورت درمان انتی بیوتیک موجب افزایش احتمال عفونت با ذات الریه استرپتوکوکوس مقاوم به دارو می شود. این نتایج مطابق با مطالعه عباس و همکاران (8) است و نشان داده شده است که 73 درصد متخصصان از بیماران در مورد سابقه مصرف در سه ماه اخیر صحبت کردند.

بیشتر پزشکان در مطالعه یعنی 80 درصد در مورد حساسیت بیمار به مصرف انتی بیوتیک سوال کردند. در 50 درصد پزشکان، تصمیم تجویز انتی بیوتیک تحت تاثیر خود بیمار بود. این دو عامل بسیار مهم هستند. نتایج با مطالعه عباس و همکاران (8) هم خوانی داشت که نشان داد 81 درصد پزشکان از بیماران در مورد حساسیت آن ها می پرسیدند.

در این مطالعه، 50 بیمار وجود داشتند که 68 درصد بیماران با COPD,AE و بعد از آن 24 درصد با Cap و 8 درصد با برونشیت پذیرش شدند. این مطابق با مطالعه میورای و همکاران (23) است که شامل 281 بیمار COPD، 94 ذات الریه، 24 تشدید آسم و LRTI42 / برونشیت و یا عفونت های قفسه سینه دیگر) بود.

در این مطالعه، LRTIS در مردان بیش از زنان وجود داشت. این مطابق با مطالعه کسلی و همکاران (24) است که نشان داد شیوع بیماری در مردان بیش از زنان است.

سفالوسپرین (42 درصد) و بعد از آن ترکیب پنی سیلین ها و سفالوسپورین ها طیف گسترده (32٪)، ترکیبی از پنی سیلین گسترده طیف و آمینوگلیکوزیدها (12٪) و پس از آن ترکیبی از ماکرولیدها و سفالوسپورین ها (6٪) به بیماران تجویز شد در حالی که در مطالعه مازیگا و همکاران (16) بیان شد که رایج ترین عامل آنتی بیوتیک سفالوسپورین (55.0٪) N پنی سیلین (11.7٪) می باشد. این نتایج مطابق با مطالعه عباس و همکاران (8) هم خوانی نداشت چرا که آن ها نشان دادند که پنی سیلین طیف گسترده (24٪) و ترکیبی از ماکرولیدها و سفالوسپورین ها (24٪) با پذیرش بیماران تجویز شد. این تفاوت به این دلیل است که مطالعه عباس شامل 50 بیمار بود مه در آن 25 بیمار به RICU پذیرش شدند و سایر 25 بیمار سرپایی پذیرش شدند.

در این مطالعه، مدت زمان AB تجویز شده در زمان پذیرش به صورت 5 روز و هفت روز بود. این نتایج با مطالعات قبلی بدست آمده با پرسش نامه پزشکان در این مطالعه در زمان درمان تجربی هم خوانی داشت. نتایج با توصیه های دستور العمل IDSA/ATS هم خوانی داشت که در آن مدت زمان 5 روزه مدت زمان کل درمان تجربی است. لاین به ذکر است که برخی آنتی بیوتیک ها نظیر ازیتروماسین برای مدت زمان کوتاه دارای نیمه عمر طولانی در مکان تنفسی عفونت است. مطالعه مشابه توسط دونبار و همکاران (25) نشان داد که دوز بالای درمان لووفلوکساسین برای 5 روز موفق بوده و منجر به تب بیمار تا سه روز نسبت به دوز 500 میلی گرم دوز به مدت 7 تا 10 روز شد. هم چنمین ریزاتو و همکاران (26) نشان داده اند که در کارازمایی درمان آنتی بیوتیک Cap، اریتروماسیون به مدت 3 تا 5 روز به صورت درمان دهان برای بیماران سرپایی تجویز شده و برخی گزارش ها از درمان تک دوز برای بیماران با عفونت های پاتوژنی حکایت دارد. عباس و همکاران (8) این موضوع را تایید کرده اند و نشان داده شده است که زمان AB تجویز شده در زمان پذیرش به صورت 5 و 7 روز بوده است.

در این مطالعه، تقریبا همه بیماران آنتی بیوتیک را به صورت تزریقی دریافت کردند و 18 درصد نیز هم تزریقی و هم دهانی دریافت کردند. مطالعه مشابه توسط کیامارینو و همکاران (14) در میان 129 بیمار در بیمارستان سوییس انجام شد که نشان داده شد 63 درصد از بیماران درمان تزریقی را دریافت کردند. این با مطالعه عباس و

همکاران (8) هم خوانی دارد که نشان داد 98 درصد بیماران در زمان پذیرش به صورت تزریقی انتی بیوتیک دریافت کردند.

### نتیجه گیری

- 1- شیوه های تزریق انتی بیوتیک باید برای فرموله کردن دلایل قابل قبول در راستای بهبود وضعیت جهانی استفاده از انتی بیوتیک ها ارزیابی شود
- 2- بسیاری از نکات نظیر افزایش آگاهی پزشکان در مورد دستور العمل های انتی بیوتیک باید در نظر گرفته شوند
- 3- سایر گزینه ها نظیر تبعیت بیمار، تقاضای بیمار علل مالی، شرکت های داروسازی، فشار و دارو درمانی نظارت بر استفاده باید در زمان تجویز انتی بیوتیک در نظر گرفته شود.

### توصیه ها

- 1- نیاز مبرمی به بهبود دسترسی به دستور العمل های پذیرفته شده وجود دارد
- 2- نیاز مبرمی به دستور العمل های منظم، به روز و اصلاح شده محلی وجود دارد
- 3- پشتیبانی از تصمیم گیری پزشکان، بهبود تبعیت بیمار، کنترل تقاضا و استفاده از پایش استفاده درمانی از دارو موجب بهبود شیوه های تجویز انتی بیوتیک می شود
- 4- مطالعات آینده در مقیاس بزرگ تر برای شناسایی عوامل موثر بر مسائل شیوه تجویز انتی بیوتیک لازم است

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی