

抗生素的合理使用

盛望徽

合理之抗生素使用原則，包括：審慎評估是否需要使用抗生素、以治療準則使用首選藥物(drug of choice)、藥物過敏史、抗生素對感染部位的穿透力(藥物動力學)、藥物可能的副作用、是否需要合併抗生素治療、是否需要外科清創引流或拔除植入物、對於已知可能致病之微生物考慮降階治療(de-escalation)。由於醫院環境多重抗藥性細菌移生(colonization)現象十分普遍，因此開立抗生素必須審慎評估使用抗生素的適應症，一旦實驗室培養出之多重抗藥性細菌還要評估是否有臨床意義。基本上由血液或無菌體液培養(腦脊髓液，肋膜積水等)培養之菌株多為具有臨床意義，若為痰液培養，則需配合是否聽診有囉音或敲診有濁音、新發生的膿痰或是痰液的顏色改變、肺部X光有新增或惡化的浸潤等臨床證據；若為泌尿道培養，則需有泌尿道症狀及尿液培養有大於100000菌落/mL、培養出的微生物需小於三種、泌尿道症狀加上尿液分析WBC esterase或nitrate陽性或膿尿(>10 WBC/HPF)或尿液培養重複培養出同一之細菌>100菌落/ml的狀況下較有意義；若為傷口培養，必須要有膿液或紅腫熱痛存在，不可只是單純的根據傷口培養結果用藥。未遵從相關的抗生素治療準則，可能為抗藥性病原菌產生的主因，對許多臨床醫師而言，有關醫院抗生素使用的常見資訊來源，便是藥廠業務代表提供的文獻，這類資訊未能根據當地實際病原菌抗藥性情形與當地的治療準則，因此需斟酌執行。以多重抗藥性*A. baumannii*為例，*A. baumannii*本身天生即常有多重抗藥性，因此由*A. baumannii*引起之院內感染在治療上十分困難。抗生素以carbapenems(如imipenem或meropenem)是治療本菌之優先選擇藥物，其次為fluoroquinolones、sulbactam、amikacin、minocycline、colistin為替代選擇治療藥物，對於抗藥性*A. baumannii*，新的一些藥物，如tigecycline及polymyxin對於此多重抗藥性*A. baumannii*有不錯的治療效果。另外，對於多重抗藥性細菌感染，亦可使用合併抗生素使用，如imipenem及sulbactam或amikacin，如為imipenem抗藥之*A. baumannii*亦可使用tigecycline及colistin(or polymyxin)可達到加成作用(synergism)與避免多重抗藥性菌株出現。合併抗生素使用之缺點則可能導致藥物毒性機會增加、高抗藥性菌株移生而造成另一波感染、藥物拮抗作用與較高的花費，必需注意。