

抗生素管制與多重抗藥性菌株的產生

編輯部

多重抗藥性菌株的產生與散播是當前令人頭痛之問題，尤其在重症單位其造成較高的致病率、死亡率及醫療資源之消耗。過去一、二十年內MRSA由原來只在大醫院流行轉變成各級醫院都可見其蹤跡；而在1980年代早期第三代cephalosporin的抗藥性只見於某些*Klebsiella species*，但現已可見於許多革蘭氏陰性菌；至於ciprofloxacin的抗藥性，近年來更加嚴重。此外，在過去六年內，美國的VRE(vancomycin-resistant enterococci)增加二十倍以上；由以上種種報導顯示出抗藥性是當前大家需全力解決的問題。而許多研究已證實抗生素的濫用和抗藥性的產生有絕對的相關性，且臨床上有百分之五十的抗生素使用是不恰當的，所以抗生素的管制，不僅可以降低細菌的抗藥性，更可改善病人的預後及減少大筆醫療資源的浪費！

那些因素會影響臨床醫師選擇抗生素呢？臨床醫師選擇抗生素時，必須多方考慮病人種種條件及思考可能之致病微生物後才下決定。然而，現代許多醫師往往不願費心去選擇適當抗生素，而偏好廣效、昂貴之抗生素，因此造成多重抗藥性菌株的產生，所以如何改善醫師使用抗生素的習慣便成為醫院主管及感染管制委員會相當重要的課題。

要如何來改善醫師使用抗生素呢？文章提出幾點建議：

1. 建立各醫院使用抗生素的指引：

包括治療性、經驗性、預防性且根據各醫院情形定期修正，並將其內容落實於各級醫師與醫學生。

2. 微生物實驗室角色：

微生物實驗室扮演著相當重要的角色，其工作包括：採用最新細菌鑑定及敏感測定之方法，將結果“選擇性”報告給臨床醫師，定期整理藥物敏感性結果，提供臨床醫師定期教育課程等。

3. 採用特殊抗生素處方箋及自動停止抗生素處方：

特殊處方箋必需包含各項臨床資料、抗生素使用適應症、劑量、途徑、期間、頻率、過敏病史等，讓臨床醫師填寫時能再度思考是否需要使用，並提供感染管制單位評估其使用的適當性。至於自動停止抗生素處方，可防止不適當的處方長期被濫用，且提供臨床醫師再度重新評估抗生素的適用性。

4. 臨床藥師之評估：

臨床藥師需配合感染管制單位、微生物檢驗單位共同評估抗生素使用之情形，並配合修定抗生素使用指引。

5. 成立抗生素管制小組：

包括感染科醫師、感染控制單位、

臨床藥師、微生物科等，定期討論各種抗生素管制相關事宜。

由於抗生素的濫用及新抗生素開發速度減慢，我們已面臨愈來愈多的致病菌無藥可殺的時代，而唯一可防止多重抗藥性菌株產生的方法即是嚴格控制抗生素之濫用，這有待大家的努力！

〔譯者評〕 抗生素管制可降低多重抗藥性菌株之產生是大家公認的事實，亦是唯一的方法。在台灣，許多菌株之抗藥比率都遠高於世界其他地區，這和大家濫用抗生素有相當的關係，而這亦包括畜牧業及獸醫的濫用，所幸政府衛生主管機關已警覺事態之嚴重，並著手研究抗生素管制方法，希望能減少多重抗藥菌株危害國人

健康。然在此政策未落實前，健保局、各級醫院主管及感染管制小組應儘速制定其管制方法，並互相交流支援，更重要的是，所有醫師能有此一警覺與共識，共同來降低我們的抗藥比率！本文提供許多抗生素管制方法，相當值得大家參考。（陳彥旭摘評）

參考文獻

1. William RJ: Preventing the emergence of multidrug-resistant microorganisms through antimicrobial controls: the complexity of the problem. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:490-5.
2. Buckwold FJ, Ronald AR: Antimicrobial misuse-effects and suggestions for control. *J Antimicrob Chemother* 1979;5:129-36.
3. Kunin CM: The responsibility of infectious disease community for the optimal use of antimicrobial agents. *J Infect Dis* 1985;15:388-97.