

نکاتی پیرامون تجویز آنتی بیوتیک‌ها

ترجمه: هما ارومچی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

استفاده از آنتی بیوتیک برای افزایش نیروی مقاومت بیمار است. «آنتی بیوتیک‌ها» ارگانیسم‌های مشکوک را می‌کشنند، اما به انواع مقاوم اجازه می‌دهند تا تکثیر یابند و به افراد دیگر منتقل شوند». این جمله‌ای است که یک متخصص در جمع محققان و پزشکان شرکت کننده در کنفرانسی که توسط موسسه‌های تامین کننده منابع مالی برای درمان بیماری‌های عفونی در ماه آوریل در واشنگتن D.C برگزار شد، ایجاد کرد.

آموزش پزشکان جوان‌تر و دانشجویان پزشکی به منظور تغییر نگرش، نتیجه بخش‌تر از آموزش متخصصان قدیمی‌تر است.

روش‌های کسب یافته‌ها برای مبارزه با مقاومت در برابر آنتی بیوتیک‌ها، چیزی که Schwartz آن را «بلای عصر آینده» نامیده، موجب ادامه رقابت بین پزشکان شده است. داروهای قدیمی اثر خود بر میکروب‌های مقاوم‌تر را از دست داده‌اند و آنتی بیوتیک‌های جدید و پیشرفته نیز سال‌ها با بازار فاصله دارند. مشکلات پیچیده‌تر بعدی عبارت از این است که پزشکان پس از تشخیص قادر به افتراق بین

کودک سه ساله‌ای با تاریخچه عفونت‌های گوشی و استفاده از آنتی بیوتیک‌ها توسط پزشکی مورد معاینه قرار گرفت و عفونت سینوسی در او تشخیص داده شد و نسخه‌ای حاوی آنتی بیوتیک دریافت کرد. بعد از این که علایم بیماری کودک بهبود نیافت و مجدداً به پزشک مراجعه کرد، این بار عفونت گوشی تشخیص داده شد و آنتی بیوتیک دیگری تجویز شد. وضعیت پسر بچه رو به وخامت گذاشت و سرانجام در واحد مراقبت‌های اضطراری بیمارستان آتلانتا بستری شد.

در آن بیمارستان اپیدمیولوژیستی به نام Benjamin Schwartz که در مرکز کنترل و پیش‌گیری بیماری‌ها^۱ (CDC) کار می‌کرد، دستور داد تا ترشحات گوش کودک را مورد آزمایش قرار دهد. آزمایشات انجام شده بر روی ترشحات گوش کودک نشان داد که کودک مبتلا به نوعی باکتری مقاوم به آنتی بیوتیک خوراکی است. این تشخیص موجب شد که کودک مجدداً به واحد مراقبت‌های اضطراری باز گردد و برای چندین روز آنتی بیوتیک تزریقی قوی‌تری دریافت کند که این معالجه در دنکترو گران‌تر از آنتی بیوتیک خوراکی است. Schwartz معتقد است که این چرخه تجویز تکراری آنتی بیوتیک‌ها ممکن است خطر ابتلای بیمار به میکروب‌های مقاوم را افزایش دهد.

بیماری خفیف که نیاز به آنتی بیوتیک ندارد و موارد پیچیده‌ای که نیازمند آنتی بیوتیک است، نمی‌باشند.

در واقع گزارشی در هشتم ماه مارس سال ۱۹۹۷ در مجله لانست اظهار می‌کند که استفاده از آنتی بیوتیک‌ها در درمان اکثر عفونت‌های گوشی (نظیر آنچه در مورد پسر بچه سه ساله فوق اتفاق افتاد) موثر نیست. در این مطالعه Van Buchem از بیمارستان St. Elisabeth در Tilburg هلند و همکارانش از ریه بیمارانی که از سردردهای سینوسی یا آبریزش از بینی شکایت داشتند، رادیوگرافی نمودند. از بین بیمارانی که رادیوگرافی آنها پولپ یا علایم تورم و عفونت سینوسی را نشان می‌داد، برای ۱۰۸ بیمار آنتی بیوتیک آموکسی سیلین و برای ۱۰۶ بیمار ماده بی اثر (Placebo) تجویز شد.

علایم بیماری یک هفته بعد از درمان محو شدند، بعد از ۲ هفته ۸۳٪ افرادی که آنتی بیوتیک دریافت کردند و ۷۸٪ افرادی که پلاسیبو دریافت کردند، کاملاً بهبود یافتدند.

Van Buchem می‌گوید که بیمارانی عفونی خفیف به آموکسی سیلین و پلاسیبو پاسخ مشابهی دادند. تحقیق او بر استفاده محدود از دارو و درمان عفونت سینوسی توسط آنتی بیوتیک تأکید دارد. «تا وقتی مطمئن نیستید، از آنتی بیوتیک برای درمان استفاده نکنید، زیرا در صورتی که مقاومت بیشتری در برابر آنتی بیوتیک‌ها ایجاد شود، مشکلات بیشتری برای درمان بیمار خواهیم داشت.»

در عوض Van Buchem از روش «منتظر باش تا بینی»^۳ حمایت می‌کند. در موارد عفونت‌های سینوسی خفیف، پزشکان می‌بایست

داروهای مسکن و ضد احتقان و بخور تجویز کنند. اگر علایم بعد از ۲ یا ۳ هفته بهبود نیافتد، متخصص می‌بایست بررسی دقیق تری انجام دهد. Van Buchem معتقد است در صورتی که بعد از معاینات دقیق تر پژشک عفونت باکتریایی را تشخیص داد، می‌بایست برای بیمار آنتی بیوتیک تجویز کند.

Gwaltney از مرکز علوم بهداشتی دانشگاه ویرجینیا در شارلوت - ویل می‌گوید: من معتقدم که این نتایج صحیح نیست. وی با نتایج و توصیه‌های درمانی Van Buchem مخالف است. او می‌گوید: عفونت‌های ویروسی که به آنتی بیوتیک‌ها پاسخ نمی‌دهند، علایمی مشابه با عفونت باکتریایی که به آنتی بیوتیک جواب می‌دهند، در رادیوگرافی ایجاد می‌کنند. او معتقد است که تنها راه تشخیص، سوراخ کردن گوش یا بینی یا یک سوزن و برداشتن تعدادی سلول و کشت آنها در آزمایشگاه است، که این روش هم برای همه بیماران توصیه نمی‌شود.

Van Buchem در پاسخ می‌گوید که در یک بررسی ابتدایی، او علاوه بر استفاده از اشعه X، نمونه برداری هم کرد و نتایج هر دو روش کاملاً یکسان بود. به هر حال او مطالعه و تحقیق خود را در مجله Lancet ارایه کرد تا شرایط مشابهی را در مطب پزشکان عمومی ایجاد کند. او می‌گوید که شاید این دسته از پزشکان مهارت‌های لازم برای نمونه برداری از گوش و بینی را نداشته باشند و یا نمی‌خواهند چندین روز برای دریافت نتایج آزمایشگاه صبر کنند. به علاوه در اغلب موارد این کار غیر ضروری است و او دلیلی برای انجام این کارهای دردناک نمی‌بیند.

Van Buchem تصدیق می‌کند که برخی از

می‌گوید: عدم مراجعه به پزشک به مدت ۳ یا ۴ هفته پس از ابتلا به سرماخوردگی یا عفونت ویروسی معنی دار است. او می‌افزاید که نسبت به روش نمونه برداری به عنوان عمدترین روش تشخیص تردید دارد. او معتقد است که این روش بسیار دردناک و عذاب آور است و روش خوبی نیست.

Lockey می‌گوید: پزشکانی که با دقت بیماران خود را مورد معاينه و پرسش قرار می‌دهند، قادر خواهند بود بین عفونت سینوسی نیازمند به آنتیبیوتیک و مواردی که درمان دارویی نیاز ندارند، فرق بگذارند. برای مثال، بیمارانی که مبتلا به آبریزش شدید و مداوم هستند، ممکن است چهار عفونت جدی شده باشند در حالی که بیماران مبتلا به آبریزش صبحگاهی از بینی، احتمالاً عفونت شدیدی ندارند.

بیشتر افرادی که دچار سرماخوردگی یا عفونت مختصر باکتریایی در سینوسها هستند، به خودی خود بپسند می‌یابند.

Lockey می‌افزاید: «متخصصی نظیر من برای درمان فرد مبتلا به سرماخوردگی از آنتیبیوتیک استفاده نمی‌کند. در حالی که بسیاری از پزشکان عمومی این کار را می‌کنند». به هر حال تمام سرزنش‌های مربوط به استفاده از آنتیبیوتیک فقط متوجه پزشکان نیست. بیماران و نظام مراقبت‌های بهداشتی که بر درمان از طریق آموزش بیماران تأکید دارند نیز در این مسئولیت شریک هستند.

Lockey می‌گوید: «مردم انتظار دارند که

بیماران ممکن است به جای عفونت باکتریایی مبتلا به عفونت ویروسی باشند. با این وجود معتقد است که نتایج بررسی معتبر خواهد بود، مگر این‌که بیشتر بیماران مبتلا به عفونت ویروسی باشند.

Gwaltney معتقد است که یک پزشک نباید صبر کند و بیمار را منتظر بگذارد و احتمالاً موجب رنج کشیدن بیشتر او گردد، بلکه باید چیزی را که بهترین است برای او تجویز کند. وی اظهار می‌دارد: من نمی‌گویم که بدون فکر و اندیشه آنتیبیوتیک مصرف کنید و تصدیق می‌کند در صورتی که آنتیبیوتیک‌ها بیش از حد تجویز شوند، موجب ایجاد انواع مقاوم میکروبها می‌گردد.

Richard Lockey که یک متخصص ایمونولوژی و آرژی در دانشگاه فلوریدای جنوبی در تامپا است، با روش درمان Van Buchem موافق است ولی با تشخیص او موافق نیست. Lockey می‌گوید: مشکل این است که ۷۵٪ افراد مبتلا به سرماخوردگی به علت وجود عفونت ویروسی خفیف همراه با سرماخوردگی دارای رادیوگرافی سینه غیر عادی هستند. همان گونه که بررسی‌های مشابه در مقاله ژوئن ۱۹۹۶ لانست Van Buchem نشان داد سرماخوردگی‌های ویروسی به آنتیبیوتیک‌ها پاسخ نمی‌دهند.

بیشتر افرادی که دچار سرماخوردگی یا عفونت مختصر باکتریایی در سینوس‌ها هستند به خودی خود بپسند می‌یابند. به این دلیل Lockey هم بر روش درمانی Buchem در درمان علائم بیماری تأکید دارد. متخصصین می‌توانند برای آنهای که دچار عفونت باکتریایی مضافع شده‌اند، آنتیبیوتیک تجویز کنند. Lockey

آنتریوپوتیک‌ها مورد استفاده قرار گرفتند، داروهای شکفت‌انگیزی به نظر رسیدند. بنابراین هر گونه تردیدی درباره مصرف این داروها نشان دهنده تغییر در نگرش متخصصین درباره آنهاست. در خلال دو دهه اනواع مقاوم Shigella و gonorrhea پدیدار شدند. اخیراً اනواع مقاوم پنوموکوک و استرپتوکوک نیز به وجود آمده‌اند که دیگر نسبت به پنی سیلین حساس نیستند.

برای مثال ظهور اනواع مقاوم پنوموکوک‌ها توجه پزشکان را به خود جلب کرده زیرا درمان عفونت‌های گوشی، پسونومونی باکتریایی و عفونت‌های خونی بسیار مشکل‌تر شده است. در برخی موارد پزشکان درمان را با تجویز و انکومایسین که اخیراً به عنوان آخرین خط دفاعی در نظر گرفته شده، شروع می‌کنند.

این روش نشان دهنده تاریخچه‌ای از مبارزه متخصصین با باکتریهای مقاوم توسط آنتریوپوتیک‌های قویتر است. John McGowan از دانشگاه Emory در آتلانتا که در کنفرانس ماه آوریل شرکت داشت، این گونه عنوان کرد: در گذشته همیشه در انتها راه داروی معجزه‌آسا برای استفاده وجود داشت، اما در دهه نود تمام این راهها به بن پست رسیدند.

در اوآخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ شرکت‌های دارویی به علت افزایش هزینه‌ها و مشکلات عرضه محصولات جدید به بازار، تحقیقات خود در مورد آنتریوپوتیک‌های جدید را کاهش دادند. همان گونه که مقاله ۷ نوامبر ۱۹۹۶ مجله پزشکی نیوانگلند اشاره می‌کند؛ ا نوع جدید باکتری‌ها در همان دوران در حال افزایش بودند. امروزه روند تحقیقات ممکن است در حال تغییر باشد. McGowan می‌گوید: بسیاری از

آنتریوپوتیک دریافت کنند. آنها برای این درخواست تربیت شده‌اند.».

Schwartz معتقد است «بعضی پزشکان نوشتن نسخه را راحت‌تر از تشریح عوارض زیان آور آنتریوپوتیک‌ها می‌یابند. برخی از این بیمناکند که بیمار برای دریافت آنتریوپوتیک به پزشک دیگری مراجعه کند.»

اعتقاد بر این است که آموزش متخصصین و بیماران هر دو بهترین راه برای جلوگیری از ایجاد مقاومت در باکتری‌ها است.

پزشکان متوجه شده‌اند که آنتریوپوتیک‌ها بیش از حد تجویز شده‌اند. بر اساس بررسی‌های انجام شده توسط CDC در سال ۱۹۹۶ که در بین ۲۰ پزشک متخصص انجام شد، ایشان اظهار داشتند که می‌توانسته‌اند بدون ایجاد عارضه‌ای مصرف آنتریوپوتیک را بین ۵۰٪ تا ۵٪ کاهش دهند. در یک پژوهش دیگر CDC در سال ۱۹۹۶، ۳۵۰ پزشک گرجیا اظهار داشتند که مصرف بیش از حد آنتریوپوتیک موجب مقاومت عوامل بیماری زا می‌شود و ۸۰٪ نیز اظهار داشتند که مصرف غیر ضروری آنتریوپوتیک برای بیمار زیان آور است.

Schwartz می‌گوید: تقریباً $\frac{1}{3}$ آنتریوپوتیک‌های تجویز شده که حدود ۵۰ میلیون دلار در یک سال می‌باشد، غیر ضروری هستند. او اضافه می‌کند: علیرغم مشخص شدن مشکل، هنوز تغییر قابل توجهی برای حل این مشکل مشاهده نکرده است. وقتی برای اولین بار در دهه ۱۹۳۰

از دانشگاه Tufts Stuart B. Levy ماساچوست برای حل این مشکل در سال ۱۹۸۱ اقدام به تشکیل «اتحادیه مصرف محتاطانه آنتی بیوتیک ها»^۲ نمود. این گروه با پزشکان، دانشجویان پزشکی و مردم درباره خطرات استفاده بیش از حد آنتی بیوتیک ها به بحث و کنفرانس پردازد.

Levy امیدوار است بتواند در روش معمول نسخه نویسی که منجر به ایجاد مقاومت در برابر آنتی بیوتیک ها می گردد، تغییری ایجاد کند. مثلاً او می گوید: کودکان انگلیسی مبتلا به عفونت کوش آنتی بیوتیک دریافت نمی کنند مگر این که عفونت پیشرفت کرده باشد، در حالی که در ایالات متحده والدین درخواست می کنند که فوراً برای کودکانشان این دارو تجویز شود.

آکادمی امریکایی طب اطفال به حمایت خود از تجویز آنتی بیوتیک ها برای درمان عفونت های کوش ادامه می دهد.

Levy می گوید: آموزش پزشکان جوانتر و دانشجویان پزشکی به منظور ایجاد تغییر نگرش، نتیجه بخش تراز آموزش متخصصان قدیمی تر است. او می گوید: «دسترسی به این فرآیند دشوار است».

زیرنویس:

1. Center for Disease Control and Prevention
2. Wait - and - see
3. Alliance for Prudent Use of Antibiotics

منبع:

1. Smaglick P. Proliferation of Pills ; Science news. 1997; 151 : 310 - 311.

شرکت ها تحقیقات خود را از سر گرفته اند، اما هنوز به آنتی بیوتیک های جدید دست نیافتدند.

در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰، شرکت های دارویی به علت افزایش هزینه ها و مشکلات عرضه محصولات جدید به بازار، تحقیقات خود در مورد آنتی بیوتیک های جدید را کاهش دادند.

تابستان گذشته مقرر شد که یک هیئت اجرایی از سازمان غذا و دارو در مورد استراتژی هایی برای کاهش روند توسعه انواع باکتری های مقاوم در برابر داروها به بحث و بررسی پردازد. هیئت پیشنهاد کرد که مجتمع تخصصی در مورد آموزش پزشکان احساس مسئولیت بیشتری کنند تا در صورت عرضه آنتی بیوتیک های جدید به بازار، پزشکان و بیماران در مورد مصرف بیش از حد آنها احتیاط لازم را به عمل آورند. McGowan می گوید: استفاده از روش درمانی Van Buchem ممکن است موثر باشد. وی تصدیق می کند که «انتظار هشیارانه» برای والدینی که مجبورند در طول یک سرماخوردگی طولانی یا عفونت سینوسی مرتبأ کودکان خود را به مطب پزشک ببرند، ناراحت کننده است. به هر حال شرایط غیر از این، مانند زمانی که باکتری به هیچ آنتی بیوتیکی پاسخ نمی دهد، بسیار ناراحت کننده تر است.

McGowan معتقد است که آموزش متخصصین و بیماران هر دو بهترین راه برای جلوگیری از ایجاد مقاومت در باکتری ها است.