

پروتکل درمان تجربی پنومونی وابسته و غیر وابسته به ونتیلاتور

(HAP-VAP)

درمان تجربی پنومونی وابسته به ونتیلاتور در مراکزی که پوشش MRSA و تجویز دو آنتی بیوتیک برای سودوموناس و باسیل های گرم منفی مناسب است

A- آنتی بیوتیک موثر علیه باکتری های گرم مثبت با پوشش MRSA	B- آنتی بیوتیک موثر بر علیه باسیلهای گرم منفی با فعالیت ضد سودوموناس : ترکیبات بتالاکتام	C- آنتی بیوتیک موثر علیه باسیل های گرم منفی با فعالیت ضد سودوموناس : ترکیبات غیر بتالاکتام
گلیکوپپتیدها:ونکومايسين	پنی سیلین های ضد سودوموناس: پپیراسیلین تازوباكتام- یا سفالوسپورین ها :سفپیم، سفتازیدیم یا کارباپنم ها :ایمی پنم، مروپنم	فلوروکینولون ها سیپروفلوکساسین، لووفلوکساسین یا آمینوگلیکوزیدها آمیکاسین، جنتامایسین

آنتی بیوتیک های توصیه شده جهت شروع درمان تجربی

ریسک فاکتور برای پنومونی بیمارستانی وابسته و غیر وابسته به ونتیلاتور (VAP/HAP) با MRSA

بیمار در معرض خطر بالای مرگ قرار دارد یا طی 09 روز گذشته آنتی بیوتیک وریدی دریافت کرده است	بیمار در معرض خطر بالای مرگ قرار ندارد ولی عوامل خطر برای افزایش احتمال MRSA وجود دارد	بیمار در معرض خطر بالای مرگ قرار ندارد (هیچ عامل خطری برای افزایش احتمال MRSA وجود ندارد)
تجویز دو نوع آنتی بیوتیک زیر: پپیراسیلین تازوباكتام یا سفپیم یا سفتازیدیم یا- لووفلوکساسین یا سیپروفلوکساسین یا ایمی پنم یا مروپنم یا آمیکاسین یا جنتامایسین +ونکومايسين توجه :دوداروی بتالاکتام با یکدیگر تجویز نشود	تجویز یکی از داروهای زیر: پپیراسیلین تازوباكتام یا سفپیم یا- سفتازیدیم یا لووفلوکساسین یا سیپروفلوکساسین یا ایمی پنم یا مروپنم +ونکومايسين	تجویز یکی از داروهای زیر: پپیراسیلین -تازوباكتام یا سفپیم یا لووفلوکساسین یا ایمی پنم یا مروپنم

پنومونی غیر وابسته به ونتیلاتور (HAP)

عوامل خطر برای مرگ در این بیماران، نیاز به ونتیلاتور به دلیل پنومونی و شوک سپتیک است

اندیکاسیون های پوشش MRSA: دریافت آنتی بیوتیک وریدی طی 90 روز گذشته؛

بستری در مرکزی که شیوع MRSA از بین استاف های اورئوس ها بیش از 20 % یا نامشخص باشد. در صورتی که نیاز به پوشش MRSA نباشد، پوشش دارویی بر علیه MSSA باید انجام شود.

اگر بیمار دارای عوامل خطری است که احتمال عفونت با باسیل های گرم منفی را افزایش می دهد، دو داروی ضد سودوموناس تجویز گردد. در این موارد رنگ آمیزی گرم نمونه ترشحات تنفسی کمک کننده است.

اگر بیمار مبتلا به بیماری ساختمانی ریه است که خطر احتمال عفونت با باسیل های گرم منفی را افزایش می دهد مانند برونشکتازی یا فیبروز کیستیک، دو داروی ضد سودوموناس تجویز گردد. در این موارد رنگ آمیزی گرم نمونه ترشحات تنفسی، کمک کننده است

انفوزیون طولانی مدت داروهای پپراسیلین تازوباکتام، سفالوسپورین ها و کارباپنم ها نیز مناسب است(به جداول - داروها مراجعه شود)

آنتی بیوتیک های پپراسیلین تازوباکتام، سفپیم، لووفلوکساسین، ایمی پنم، یا مروپنم علیه استافیلوکوک اورئوس- حساس به متی سیلین (MSSA) موثر می باشند.

عوامل خطر عفونت با پاتوژن های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک (MDR)

ریسک فاکتور برای پنومونی وابسته به ونتیلاتور (VAP) با MDR

- ❖ دریافت آنتی بیوتیک وریدی در طی 90 روز گذشته
- ❖ شوک سپتیک در زمان تشخیص پنومونی وابسته به ونتیلاتور
- ❖ ARDS قبل از پنومونی وابسته به ونتیلاتور
- ❖ بستری به مدت 5 روز یا بیشتر قبل از وقوع پنومونی وابسته به ونتیلاتور
- ❖ استفاده از therapy acute renal replacement قبل از شروع پنومونی وابسته به ونتیلاتور

ریسک فاکتور برای پنومونی بیمارستانی غیر وابسته به ونتیلاتور (HAP) با MDR

- ❖ دریافت آنتی بیوتیک وریدی در طی 90 روز گذشته

ریسک فاکتور برای پنومونی بیمارستانی وابسته غیر وابسته به ونتیلاتور ((HAP

با MRSA

- ❖ دریافت آنتی بیوتیک وریدی در طی 90 روز گذشته

ریسک فاکتور برای پنومونی بیمارستانی وابسته و غیر وابسته به ونتیلاتور (VAP/HAP) با سودوموناس MDR

- ❖ دریافت آنتی بیوتیک وریدی در طی 90 روز گذشته

پروتکل درمان تجربی سپسیس

برای بررسی کانون احتمالی SEPSIS اخذ شرح حال در معاینه بالینی الزامیست

منشا	توصیه و آنتی بیوتیک پیشنهادی
احتمال منشا سیستم ادراری	نسل سوم سفالوسپورین + آمینوگلیکوزیدها یا فلوروکینولون های نسل چهارم سفالوپورین مانند (سفتریاکسون یا سفتازیدیم یا سیپرو فلوکساسین) + جنتامایسین
احتمال منشا سیستم تنفسی	یک آنتی بیوتیک از گروه B + گروه A + کلیندامایسین ↓ کنیولون حساس به پنوموکوک (لوفلوکساسین)
احتمال منشا شکم و GI	یک آنتی بیوتیک از گروه B + مترو نیدازول + یک آنتی بیوتیک گروه C
احتمال منشا از CNS	یک آنتی بیوتیک از گروه B + گروه A + مترو نیدازول (براساس وجود آبسه مغز)
احتمال منشا پوست	سفازولین یا وانکومایسین + یک آنتی بیوتیک از گروه C ± کلیندامایسین
سپسیس به دنبال جراحی	شکم
	استخوان
	مفاصل
	CNS
سپسیس با منشا ناشناخته	ENT
	یک آنتی بیوتیک از گروه B و یک آنتی بیوتیک گروه A و یک آنتی بیوتیک گروه C به شرطی که بتالاکتام همزمان دو نوع تجویز نشود

پروتکل درمان تجربی عفونت ادراری بیمارستانی

نوع عفونت	درمان پیشنهادی
علائم ادراری خفیف تا متوسط (سوزش ، تکرر ادرار) بدون تب	سیپروفلوکساسین یا لوفلوکساسین خوراکی / سفازولین یا وانکوماسین (در فرد کلونیزه با استافیلوکوک مقاوم به متی سیلین یا سابقه بستری قبلی)
علائم ادراری (فدرنس CVA ، سوزش ، تکرر ادرار) همراه با تب	سیپروفلوکساسین تزریقی لوفلوکساسین یا سفتریاکسون یا سفپیم یا پیپراسیلین تازوباکتام
عفونت ادراری همراه با سپسیس شدید	پیپراسیلین - تازوباکتام یا ایمی پنم/ مروپنم (سفپیم ⁺ و نکوماسین)

پروتکل درمان تجربی پای دیابتی

پای دیابت مزمن و راجعه		در صورت وجود سلولیت اطراف زخم	در بیماری که قبلاً درمان نشده و عفونت محدود بدون استئومیلیت دارد
اگر خطر از دست دادن اندام وجود دارد به صورت وریدی	اگر خطر از دست دادن اندام وجود ندارد به صورت وریدی	به صورت وریدی	
کارباپنم ها :ایمی پنم، مروپنم + وانکوماسین یا تازوسین + وانکوماسین	سفتریاکسون+کلینداماسین یا آمپی سیلین سولباکتام یا کلینداماسین +سیپروفلوکساسین یا کینولون +مترونیدازول یا بتالاکتام +مترونیدازول	کلینداماسین یا نفی سیلین یا سفازولین	گلوگزاسیلین خوراکی یا سفالکسین یا کلینداماسین یا کوآموکسی کلاو به مدت دو هفته

پروتکل درمان تجربی عفونت به دنبال جراحی های گوش، گلو و بینی

آنتی بیوتیک پیشنهادی	عفونتهای شایع
سفازولین یا وانکوماسین (در فرد کلونیزه با استافیلوکوک مقاوم به متی سیلین یا سابقه بستری قبلی)	عفونتهای سطحی پوست وبافت نرم سر و گردن
پیپراسیلین – تازوباکتام یا سیپروفلوکساسین یا ایمی پنم	اعمال جراحی گوش
ونکوماسین+ (سفپیم یا مروپنم)	اعمال جراحی سینوس یا گوش که منجر به مننژیت شوند

براساس الگوی مقاومت میکروبی در هر بیمارستان، یکی از این داروها تجویز خواهد شد.