



避免併用類似的抗生素

快速參考指引



AMR&S
WORKING GROUP

避免併用類似的抗生素

什麼是多餘的治療？

持續 ≥ 連續 2 天使用 ≥2 種具有重疊活性範圍的抗生素來治療病患¹

簡化抗生素療程的效益^{1,2}



↓ 對抗生素抗藥性
作出貢獻



↓ 抗生素暴露



↓ 藥物間交互作用的風險



↓ 不良事件的
風險



↓ 醫療照護成本



1. 檢視微生物學結果

2. 避免多餘的治療³⁻⁵

- ❌ 避免相同抗菌範圍的合併治療
例如用於 *MRSA* 感染的
vancomycin 和 *linezolid*
- ❌ 避免標靶相同病原菌的合併治療
例如用於擬桿菌屬的 *metronidazole*
和 *piperacillintazobactam*。
腹部感染

僅有一些情境需要使用「**雙重涵蓋範圍**」或「**合併抗生素治療**」^{3,4}。例如：

- 共同感染的治療，例如使用 *metronidazole* 治療困難縮狀桿菌感染，或加上 *clindamycin* 來治療毒性休克症候群⁴
- 在有可用的微生物資料前對腸球菌心內膜炎或疑似細菌性腦膜炎使用兩種 β- 內醯胺類抗生素³



可能是多餘的合併治療範例^{1,4}：

抗厭氧菌

- Penicillin/ β -lactamase inhibitor + clindamycin
- Penicillin/ β -lactamase inhibitor + metronidazole
- Penicillin/ β -lactamase inhibitor + moxifloxacin
- Penicillin/ β -lactamase inhibitor + carbapenem
- Carbapenem + clindamycin
- Carbapenem + metronidazole
- Carbapenem + moxifloxacin
- Clindamycin + metronidazole
- Clindamycin + moxifloxacin
- Metronidazole + moxifloxacin

抗MRSA

- Daptomycin + linezolid
- Vancomycin + daptomycin
- Vancomycin + linezolid

β -內醯胺酶

- Cephalosporin + carbapenem
- Cephalosporin + penicillin/ β -lactamase inhibitor
- Penicillin/ β -lactamase inhibitor + carbapenem

請參閱您當地流行病學和/或監測資料

「每位處方醫師皆應每天對其處方的品質接受挑戰」⁶

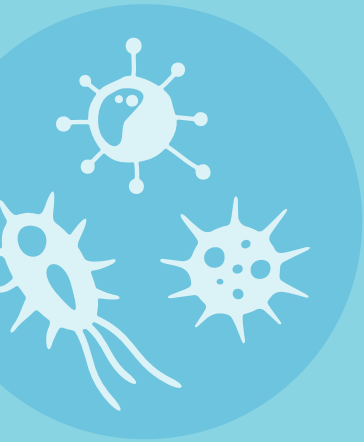
提醒開立處方者所使用的多餘治療

範本⁷

[病患姓名]目前正在針對[感染症候群]使用[抗生素A和抗生素B]的合併治療。在開始抗生素治療前送交的[培養物類型]所傳回的結果為[病原菌名稱]陽性，且[抗生素A和抗生素B]都具有對抗[病原菌名稱]的活性。

使用重複的治療對抗[病原菌]是不必要的，並且會讓病患置身於額外藥物毒性的風險中。

根據敏感性資料，本人建議停用[抗生素A]並持續使用[抗生素B]作為單一治療。



參考資料：

1. Schultz L, et al. Economic impact of redundant antimicrobial therapy in US hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35:1229-1235.
2. Dellit TH, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis* 2007;44:159-177.
3. Duke Antimicrobial Stewardship Outreach Network. Developing patient safety outcome measures and measurement tools for antibiotic stewardship programs: Metrics guide. June 2017. Available at: <https://dason.medicine.duke.edu/sites/default/files/media-file/dason-cdcfinalanalysisistool-r11-21.pdf>. Accessed June 2022.
4. Aghdassi SJS, et al. Redundant anaerobic antimicrobial prescriptions in German acute care hospitals: Data from a national point prevalence survey. *Antibiotics (Basel)* 2020;9:288.
5. Kim M, et al. Redundant combinations of antianaerobic antimicrobials: Impact of pharmacist-based prospective audit and feedback and prescription characteristics. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2020;39:75-83.
6. Mathieu C, et al. Efficacy and safety of antimicrobial de-escalation as a clinical strategy. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2019;17:79-88.
7. Nebraska ASAP. Pharmacist guide to making antibiotic therapy recommendations. July 2017. Available at: <https://asap.nebraskamed.com/wp-content/uploads/sites/3/2017/07/Pharmacist-Guide-to-Making-Antibiotic-Therapy-Recommendations.pdf>. Accessed June 2022.

此內容由抗生素抗藥性及管理工作小組的成員獨立制定並擁有。
在指引的制定與發佈過程中，本小組感謝輝瑞的支持，但其僅限於提供經費資助。



AMR&S
WORKING GROUP