

عبد
محمد
الكردي
الشمس
الكردي

راهنمای کاربردی تجویز آنتی بیوتیک ها

تألیف: بخش علمی شرکت داروسازی فارابی
دکتر سامان ستایش ، محمدرضا گلستانی
بازنگری: دکتر مجتبی مجتهدزاده

نام کتاب: راهنمای کاربردی تجویز آنتی بیوتیک ها
تالیف: بخش علمی شرکت داروسازی فارابی
دکتر سامان ستایش ، محمدرضا گلستانی
بازنگری : دکتر مجتبی مجتهدزاده، دکتر مجتبی رستمی
ویراستار : دکتر محمد رضا زرگرزاده
ناشر: کنکاش
روابط عمومی و امور بین الملل شرکت داروسازی فارابی
نوبت چاپ : اول
تاریخ نشر : تابستان ۱۳۸۵
تیراژ: ۲۰۰۰۰ جلد
تعداد صفحات : ۱۴۰
لیتوگرافی : زمان
چاپ : فردا
صحافی : بهار
قیمت: ۴۵,۰۰۰ ریال
ناظر فنی: محمد سبحانی فر
شابک : ISBN 964-6329-80-2

راهنمای کاربردی تجویز آنتی بیوتیک ها /تالیف: سامان ستایش ، محمد رضا گلستانی ،
بازنگری مجتبی مجتهدزاده ، ویراستار:محمد رضا زرگرزاده
اصفهان : کنکاش – روابط عمومی و امور بین الملل شرکت داروسازی فارابی ، ۱۳۸۵
۱۴۰ ص.
فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیبا
۱.آنتی بیوتیک ها . الف . گلستانی ، محمد رضا . ب . مجتهدزاده ، مجتبی . ج . زرگرزاده .
ویراستار . د . عنوان .
BM ۲۶۷ / ۲س
کتابخانه ملی ایران
۶۱۵/۳۲۹
م ۸۵-۱۰۳۲۲

کلیه حقوق برای شرکت داروسازی فارابی
محفوظ می باشد.

باسم ا... خیرالسماء

جناب آقای مهندس تحسیری

مدیر عامل محترم شرکت خیراندیش و دانش پرور داروسازی فارابی

با تحیت و تسلیم صمیمانه و تهنیت و تکریم صادقانه به محضر مبارک ، کتاب ارزشمند حاضر ، در خصوص کاربرد بالینی آنتی بیوتیکها ، در بالغین و اطفال ، که به همت والای ذوات دانشور و پژوهشگران آن شرکت تنظیم گشته را مطالعه نمودم.

این نخستین مجموعه تالیف شده فارسی بود که دست کم ، تجویز آمینوگلیکوزیدها را بر مبنای غلظت های Peak و Trough پیشنهاد نموده است . ضمائم پربار این کتاب ، به ویژه مقوله موجه مداوای Sepsis در بیماران بستری در مراقب های ویژه ، با ظرافت تام و تمام درج گشته است . امید است طبع و نشر آن به کار آید و اثری ماندگار و خواندنی به یادگار ماند.

دکتر مجتبی مجتهدزاده

فوق تخصص فارماکوتراپی مراقبت های ویژه

شد آنکه اهل نظر بر کناره می رفتند

کتاب راهنمای جامع آنتی بیوتیک ها که با زحمت همکاران ارجمند بخش علمی (آقایان دکتر سامان ستایش و محمدرضا گلستانی) و اهتمام روابط عمومی و امور بین الملل شرکت داروسازی فارابی فراهم آمده ، بطور قطع به عنوان مأخذ سریع برای دانشجویان ، کارورزان و همکاران رزیدنت و متخصص مفید خواهد بود.

محتویات کتاب تا لحظه حاضر حاوی آخرین مطالب روز است. اگر چه تولید فرآورده های آنتی بیوتیکی جدید و ایجاد مقاومت های میکروبی ، برنامه های درمانی را دستخوش تأثیر و تغییر می کند ، ولی چهارچوب برنامه معمولاً تغییر چندانی را شامل نخواهد شد. بنابراین تا ویرایش آتی ، کتاب پاسخگوی بسیاری از مطالب مورد نیاز خواهد بود.

در عین حال امید است خواننده محترم با توجه به صعوبت کار تدوین جداول و نوع بیان مطلب در کتاب حاضر ، اشکالات موجود را با دیده اغماض بر نویسندگان ببخشاید.

دکتر مجتبی رستمی

متخصص عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه مؤلفین

کتاب حاضر جهت استفاده جامعه پزشکی در مقاطع مختلف تهیه و تدوین شده تا با رجوع سریع و آسان به آن بتوان آخرین اطلاعات علمی جامع در مورد تجویز آنتی بیوتیک ها در بیماریهای عفونی را استخراج نمود.

در این کتاب سعی بر آن شده تا مطالب در دو گروه کودکان و بزرگسالان ارائه شود و بر اساس سیستمهای مختلف بدن به تفکیک بیماری ، عامل آن ، داروی مؤثر بر آن ، دوزاژ و طول درمان با ذکر پاره ای توضیحات آورده شود. در ابتدای هر فصل ، توضیح مختصری از اقدامات لازم در موارد خاص و توضیح اضافی راجع به بعضی بیماریها نوشته شده است.

تهیه و تنظیم جداول این مجموعه که برای اولین بار تدوین شده ، با مشکلات زیادی همراه بود ، لذا در صورت برخورد با هر گونه اشکالی ، آنرا بر ما بخشیده و ما را در جهت هر چه بهتر شدن آن یاری نماید. امید آنکه ، این مجموعه مورد استفاده تمامی پزشکان و گروههای وابسته قرار گیرد.

دکتر سامان ستایش - محمدرضا گلستانی

فهرست**پیشگفتار****بخش اول: کودکان**

پوست و بافت نرم

استخوان و مفاصل

دستگاه تنفس

دستگاه گوارش

دستگاه ادراری

نوتروپنی تب دار

دستگاه عصبی مرکزی

اندوکاردیت

بخش دوم: بزرگسالان

پوست و بافت نرم

استخوان و مفاصل

دستگاه تنفس

دستگاه گوارش

دستگاه تناسلی

دستگاه ادراری

دستگاه عصبی مرکزی

دستگاه قلبی و عروقی

صفحه

۱۳

۱۵

۱۶

۲۱

۲۳

۳۷

۴۲

۴۵

۴۷

۵۰

۵۱

۵۲

۵۶

۵۹

۷۲

۷۹

۸۶

۹۱

۹۵

فهرست

سپتی سمی

نوتروپنی تب دار

بیماریهای قارچی

بیماریهای انگلی

پروفیلاکسی قبل از جراحیها

پاورقی**ضمائم**

جدول درمانی پریتونیت در بیماران دیابتی گیرنده دیالیز پس از انجام کشت آزمایشگاهی

پروفیلاکسی آندوکاردیت

ارتباط داروها با شیردهی

پروفیلاکسی ضد میکروبی حین زایمان

دوز و فواصل تصحیح شده در نارسایی کلیوی

واژه یاب**منابع****صفحه**

۹۷

۱۰۰

۱۰۱

۱۰۵

۱۰۸

۱۱۴

۱۱۵

۱۱۶

۱۱۸

۱۲۱

۱۲۴

۱۲۶

۱۳۱

چند نکته

جهت استفاده بهتر از این مجموعه ، نکات زیر را مورد توجه قرار دهید :

این کتاب دارای دو بخش کلی شامل کودکان و بزرگسالان می باشد که طبق فهرست ، می توان به صورت موضوعی به هر بخشی از توضیحات مورد نظر که کاملاً مجزا می باشد دسترسی پیدا کرد.

بخش دیگری که در انتهای کتاب آورده شده ، شامل ضمائم می باشد که جهت استفاده داروها در شرایط خاص مثل حاملگی ، شیردهی ، نارسایی کلیه و ... بوده و بر اساس فهرست کتاب دسترسی به آن آسان می باشد.

لازم به ذکر است در ابتدای هر بخش ، پاره ای توضیحات آورده شده که در صورت وجود موارد نامفهوم ، توضیح آن در پایین جدول یا انتهای صفحه آمده است.

واژه یاب انتهای کتاب ابزار مناسبی برای پیدا کردن موارد خاص می باشد.

بخش اول

کودکان



پوست و بافت نرم

در هنگام گازگرفتگی توسط حیوان اقدامات زیر انجام شود :

- اگر حیوان ناشناخته باشد و یا فرار کند باید با مرکز بهداشت محیط تماس گرفته شود.
- شستشوی فراوان و بریدن قسمت‌های مرده بافت ضروری می باشد.
- بستن اولیه زخم در موارد زیر توصیه نمی شود :
- زخم‌های سوراخ شده
- اگر بیش از ۱۲ ساعت از آسیب گذشته باشد.
- داروی کوآموکسی کلاو داروی انتخابی می باشد.
- سفالکسین ، سفازولین و کلیندامایسین به علت عدم پوشش گونه پاستورلا یا ایکتلا تجویز نمی شوند.
- در موارد اثبات شده عفونت ، کشت آزمایشگاهی توصیه می شود.

در هنگام گازگرفتگی توسط انسان اقدامات زیر انجام شود :

- شستشوی فراوان و بریدن قسمت‌های مرده ضروری می باشد.
- بی حرکت کردن و بالابردن زخم اگر امکان داشته باشد سودمند است.
- عوامل خطر برای گسترش استئومیلیت عبارتند از :
- تأخیر در شروع درمان
- بخیه اولیه زخم
- داروی کوآموکسی کلاو داروی انتخابی می باشد.
- سفالکسین ، سفازولین و کلیندامایسین به علت عدم پوشش کافی پاتوژن های درگیر کننده تجویز نمی شوند.
- در موارد اثبات شده عفونت ، کشت آزمایشگاهی توصیه می شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
زرد زخم	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه A - استافیلوکوکوس اورئوس 	<p>خفیف : موپروسین ۲٪ متوسط تا شدید : کلوکساسیلین یا سفالکسین</p>	<p>۳ بار در روز موضعی</p> <p>۴۰ - ۵۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO qid</p>	<p>۷</p> <p>۷</p>	<ul style="list-style-type: none"> - اپیدمی ها باید گزارش شوند - در موارد زیر آنتی بیوتیک سیستمیک تجویز می شود : <ul style="list-style-type: none"> • ضایعات متعدد پیشرونده و راجعه • در حالت های تضعیف ایمنی • تب / علائم همراه • بیماری های درجه ای قلبی
کاربانکل	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس 	<p>خفیف : کمپرس گرم + تمیزکننده ها و ضد عفونی کننده ها متوسط تا شدید : کلوکساسیلین یا سفالکسین</p>	<p>۴۰ - ۵۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO qid</p>	<p>۷</p> <p>۷</p>	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر آنتی بیوتیک سیستمیک تجویز می شود : <ul style="list-style-type: none"> • سلولیت در اطراف ضایعه • تب و علائم همراه • اگر ضایعه در مرکز صورت باشد - اغلب درناژ لازم می شود
سلولیت نوزادان	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - استرپتوکوک گروه A - استرپتوکوک گروه B 	<p>سفازولین یا کلوکساسیلین + جنتامایسین</p>	<p>۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۴۰ - ۵۰ mg/kg/d PO qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid</p>	<p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p>	<ul style="list-style-type: none"> - اگر احتمال مننژیت باشد بایستی LP شود.
امفالیات (عفونت بند ناف)	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - استرپتوکوک گروه B 	<p>کلیندامایسین + سفوتاکسیم</p>	<p>۴۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV qid</p>	<p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p>	-
صورت	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه B - هموفیلوس آنفلوانزا 	<p>خفیف : سفالکسین متوسط تا شدید : سفوروکسیم</p>	<p>۴۰ mg/kg/d PO tid ۱۰۰ - ۱۵۰ mg/kg/d IV tid</p>	<p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p>	-

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سلولیت نوزادان (بقیه) اندامها	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A	خفیف: سفالکسین یا کلوکساسیلین متوسط تا شدید: سفازولین یا کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰-۵۰ mg/kg/d PO qid ۷۵-۱۰۰ mg/kg/d PO tid ۱۵۰-۲۰۰ mg/kg/d PO tid	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	-
پری رکتال	چند میکروبی: - بی هوازیها - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - استرپتوکوک گروه A	خفیف: کو آموکسی کلاو متوسط تا شدید: کلیندامایسین + جنتامایسین	۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid* ۴۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- برش جراحی و تخلیه آبسه ها ضروری است. * در کشور ما، این فرآورده با نام تجاری فارمنتین بی دی موجود می باشد.
گاز گرفتگی: گرهه	- گونه پاستورلا - گونه استرپتوکوک - گونه استافیلوکوک - بی هوازیهای دهانی	پروفیلاکسی: کوآموکسی کلاو درمان: کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: پنی سیلین + کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۱۵۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰ U/kg/d IV ۱۵۰-۲۰۰ mg/kg/d PO tid	۳-۵ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- پروفیلاکسی برای تمام انواع گازگرفتگی گربه توصیه می شود چون خطر عفونت زیاد است. - درمان دراز مدت زمانی که همراه با آرتربت هیپوکسی یا استئومیلیت باشد، لازم است.
سگ	- گونه پاستورلا - گونه استرپتوکوک - گونه استافیلوکوک - گونه کاپنوسیتوفاکا - گونه ایکنلا - گونه ویکسلا - بی هوازیهای دهانی	پروفیلاکسی: کوآموکسی کلاو درمان: کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: پنی سیلین + کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۱۵۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰ U/kg/d IV ۱۵۰-۲۰۰ mg/kg/d PO tid	۳-۵ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- پروفیلاکسی در موارد زیر توصیه می شود: • متوسط تا شدید • ادم / آسیب خراشیدگی • زخمهای سوراخ شده • درگیری استخوان و مفاصل • آسیب دست یا صورت • افرادی که اسپلنکتومی شده اند • افراد با ایمنی پایین

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
گاز گرفتگی (بقیه) انسان	- گونه استرپتوکوک - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه ایکنلا - گونه هموفیلوس - بی هوازیهای دهانی	پروفیلاکسی : کوآموکسی کلاو درمان : کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید : پنی سیلین + کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۱۵۰۰۰۰ - ۲۵۰۰۰۰ U/kg/d IV ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d PO tid	۳ - ۵ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴	- پروفیلاکسی در موارد زیر توصیه می شود : • متوسط تا شدید • ادم / آسیب خراشیدگی • زخمهای سوراخ شده • درگیری استخوان و مفاصل و آسیب دست
زخمهای پس از عمل جراحی بدون درگیری GI* , GU**	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - انتروباکتریاسه (گاهی)	خفیف : سفالکسین یا کلوکساسیلین متوسط تا شدید : سفازولین یا کلوکساسیلین +/- کلیندامایسین جنتامایسین	۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ - ۵۰ mg/kg/d PO qid ۷۵ - ۱۰۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۰ ۱۰ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴	- ممکن است درناژ جراحی لازم باشد * GI: Gastro intestinal ** GU: Genito urinary
با درگیری GI , GU	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - گونه انتروکوک - گونه پسودوموناس - بی هوازیها - انتروباکتریاسه	خفیف : کوآموکسی کلاو آلترناتیو : سفالکسین متوسط تا شدید : کلیندامایسین + جنتامایسین	۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴	• ممکن است درناژ جراحی لازم شود.
عفونتهای سریعاً پیشرونده پوست و بافت نرم	- استرپتوکوک گروه A - ترکیب فلور هوازی و بی هوازی - کلسترییدیوم پرفرنجس	کلیندامایسین + پنی سیلین + جنتامایسین	۴۰ mg/kg/d PO tid ۳۰۰۰۰ u/kg/d IV q۴h ۷/۵ mg/kg/d IV tid	حداقل ۱۰ حداقل ۱۰ حداقل ۱۰	- همگی نیاز به دبریدمان جراحی برای تشخیص و درمان دارند. - طول درمان بستگی به وضعیت بالینی دارد.

ملاحظات	طول درمان (روز)	دوز پیشنهادی	درمان تجربی پیشنهادی	پاتوژن معمول	بیماری
- درمان آسیکلوویر خوراکی در ۲۴ ساعت اول ظهور راش توصیه می شود اگر : • اختلال پوستی یا ریوی مزمن وجود داشته باشد. • درمان کوتاه مدت یا متناوب با آنتروسلهای استروئیدی انجام شده باشد.	-	-	بدون درمان	- واریسلا زوستر	ضایعات وزیکولی آبله مرغان : با ایمنی مناسب
	۷ -۱۰	۳۰ - ۴۵ mg/kg/d PO tid	آسیکلوویر	- واریسلا زوستر	با ایمنی کاهش یافته
- درمان باید تا ۷۲ ساعت پس از ظهور راشها آغاز شود.	۷ -۱۰	۳۰ - ۴۵ mg/kg/d PO tid	آسیکلوویر	- واریسلا زوستر	زوستر
-	۷ -۱۴	۳۰ mg/kg/d PO tid	آسیکلوویر	- هرپس سیمپلکس	در افراد با ایمنی پائین

استخوان و مفاصل

- مفصل باید برای درمان و مطالعات بالینی / آزمایشگاهی آسپیره شود.
- اگر سسیس / مننژیت در نوزادان محتمل بود (تب ، بی حالی ، بد غذا خوردن) کشت خون / LP توصیه می گردد.
- مشاوره بیماریهای عفونی به طور جدی توصیه می شود.

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
استئومیلیت نوزادان	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه B - انتروباکتریاسه	کلوکساسیلین + سفوتاکسیم	۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	۴ - ۶ هفته ۴ - ۶ هفته	- کشت مغز استخوان توصیه می شود. - در صورت وجود علائم مننژیت ، LP توصیه می شود.
اطفال	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - هموفیلوس آنفلوانزا	کلوکساسیلین ادامه با : کلوکساسیلین یا سفالکسین	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۱۵۰ mg/kg/d PO qid ۱۰۰ mg/kg/d PO qid	۴ - ۶ هفته ۴ - ۶ هفته ۴ - ۶ هفته	- اگر پس از ۳ تا ۵ روز ، به درمان جواب نداد بیوپسی استخوان جهت پاتولوژی و کشت در نظر گرفته می شود. - مشاوره عفونی لازم است.
همراه با آنمی داسی شکل	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه سالمونلا	کلوکساسیلین + سفوتاکسیم	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	۴ - ۶ هفته ۴ - ۶ هفته	-
پس از عمل جراحی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - انتروباکتریاسه (گاهی)	سفازولین +/- جنتامایسین	۱۰۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid	۶ هفته ۶ هفته	همگی نیاز به تخلیه جراحی دارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
آرتریت چرکی : نوزادان	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه B - انتروباکتریاسه	کلوکساسیلین + سفوتاکسیم	۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	۳-۴ هفته ۳-۴ هفته	-
اطفال	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - هموفیلوس آنفلوآنزا B	زیر ۵ سال : سفوروکسیم بالای ۵ سال : کلوکساسیلین یا سفازولین	۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV tid ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۷۵ - ۱۰۰ mg/kg/d IV tid	۳-۴ هفته ۳-۴ هفته ۳-۴ هفته	-
فعال از جهت جنسی (نوجوانان)	- نایسریا گنوره آ	شروع با : سفوتاکسیم ادامه با : سفیکسیم	۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۸ mg/kg/d PO bid	تکمیل تا ۷ روز	- درمان کلامیدیا هم در نظر گرفته شود.
بورسیت چرکی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A	خفیف : سفالکسین یا کلوکساسیلین متوسط تا شدید : سفازولین یا کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ - ۵۰ mg/kg/d PO qid ۷۵ - ۱۰۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d PO qid	۲-۳ هفته ۲-۳ هفته ۲-۳ هفته ۲-۳ هفته	- جهت درمان ، اسپیراسیون توصیه می شود.

دستگاه تنفس

فارنژیت :

- قسمت عمده ای از موارد فارنژیت ، علت ویروسی داشته و نیازی به درمان ضد میکروبی ندارد.
- موارد زیر علت ویروسی را مطرح می سازند :
 - التهاب ملتحمه چشم (کونژونکتیویت) • خشونت صدا ، سرفه • آبریزش از بینی
- در بچه های کوچکتر از ۳ سال ، فارنژیت استرپتوکوکی گروه A شایع نمی باشد.
- نقش کلامیدیا پنومونیه و مایکوپلاسما پنومونیه عنوان شده ولی اثبات نگردیده است. درمان تجربی برای این ارگانسیم ها توصیه نمی شود.
- گاهی اوقات علت فارنژیت ها، استرپتوکوک گروه C ، G و آرکانوباکتريوم همولیتیکوم می باشد. آرکانوباکتريوم همولیتیکوم باعث فارنژیت در بالغین جوان (۱۲ تا ۳۰ ساله) می شود.
- تعداد زیادی از بیماران راش های مخملی شکل دارند که بیشتر روی اندامها می باشد. اگر از لحاظ بالینی تردید وجود داشته باشد باید به آزمایشگاه اعلام شود.
- اگر بیمار از جهت جنسی فعال باشد باید نایسریا گنوره آ در نظر گرفته شود و برای درمان آن به درمان تجربی توصیه شده در بالغین رجوع شود.
- تشخیص صحیح استرپتوکوک گروه A نمی تواند به تنهایی بر اساس تظاهرات بالینی حاصل شود. آزمون سریع تشخیص آنتی ژن برای استرپتوکوک گروه A توصیه نمی شود (حساسیت پایین و نتایج منفی باید با کشت اثبات شوند).
- بر اساس نتایج مطالعات آزمایشگاهی/ بالینی درمان به این صورت انجام می شود :
 - استرپتوکوک گروه A یک بیماری خود محدود شونده می باشد (۳ تا ۴ روز).
 - درمان ضد میکروبی را می توان تا حاضر شدن نتیجه کشت گلو به تأخیر انداخت و کماکان از تب روماتیسمی حاد پیشگیری نمود.
- تأخیر در درمان آنتی بیوتیکی ممکن است میزان عفونت مجدد را کاهش دهد.
- پیگیری با کشت به طور معمول توصیه نمی شود مگر در موارد زیر :
- سابقه تب روماتیسمی در خانواده • وقوع تب روماتیسمی یا گلومرولونفریت • وقوع فارنژیت در یک جامعه بسته • تکرار در انتقال فامیلی (گسترش بینگ پنگی)
- تا ۱۰٪ از جمعیت ممکن است حامل بدون علامت استرپتوکوک گروه A باشند.
- حاملین مزمن در گسترش استرپتوکوک گروه A دارای اهمیت نیستند و خطر کمی برای ابتلا به تب روماتیسمی دارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
فارنژیت حاد	- استرپتوکوک گروه A	پنی سیلین VK آلترناتیو: اریترومایسین یا کلیندامایسین	۴۰ mg/kg/d PO bid	۱۰	- مقاومت به پنی سیلین ها وجود ندارد - مقاومت به ماکرولیدها تا ۵۰٪ وجود دارد.
			۴۰ mg/kg/d PO tid	۱۰	
عدم پاسخ به درمان پس از ۷۲ ساعت عود زودرس (۲ تا ۷ روز پس از درمان)	- استرپتوکوک گروه A	آنتی بیوتیک لازم نیست. کلیندامایسین یا اریترومایسین	-	-	-
			۴۰ mg/kg/d PO tid	۱۰	۴۰ mg/kg/d PO tid
عود دیررس یا عود مجدد	- استرپتوکوک گروه A	پنی سیلین VK آلترناتیو: کلیندامایسین یا اریترومایسین	۴۰ mg/kg/d PO bid	۱۰	-
			۴۰ mg/kg/d PO tid	۱۰	
حامل بدون علامت	- استرپتوکوک گروه A	درمان لازم نیست. در موارد پر خطر: کلیندامایسین یا پنی سیلین VK + ریفامپین	-	-	- موارد پر خطر عبارتند از: • سابقه خانوادگی تب روماتیسمی • شیوع تب روماتیسمی • شیوع فارنژیت در جامعه بسته • تکرار انتقال در فامیل
			۴۰ mg/kg/d PO tid	۱۰	
			۴۰ mg/kg/d PO bid	۱۰	
			۱۰ mg/kg/d PO bid	۴	

اوتیت مدیا :

افتراق بین موارد زیر حیاتی است :

- اوتیت مدیای حاد (Acute Otitis Media = AOM)
- میرنژیت
- اوتیت مدیا با افیوژن (Otitis Media with Effusion = OME)

AOM : اوتیت مدیای حاد در بچه های جوان خیلی شایع می باشد. با تب ، تحریک پذیری ، گوش درد ، التهاب و برآمدگی پرده صماخ تظاهر می کند. (قرمزی و رفلکس نوری پرده صماخ غیر اختصاصی بوده و اغلب نشانه گمراه کننده ای می باشند).

- التهاب حاد همراه با کاهش حرکت پرده صماخ در آزمون پنوماتوسکوپیک ، تشخیص AOM را اثبات می کند. AOM با علایم کم همیشه نیاز به درمان آنتی بیوتیکی ندارد و پیگیری خوب کافی است. - در بیماران بدون علامت، پیگیری پس از درمان به طور روتین لازم نیست. پیگیری ۳ ماه پس از AOM به منظور رد کردن اوتیت مدیا همراه افیوژن (OME) که در ۱۰٪ بچه ها رخ می دهد و همراه با خطر کاهش شنوایی است توصیه می شود.

میرنژیت : میرنژیت ، التهاب پرده صماخ به تنهایی یا همراه با اوتیت خارجی است و نیازی به درمان آنتی بیوتیکی ندارد.

OME: به صورت زیر تعریف می شود : وجود مایع در گوش میانی بدون علایم و نشانه ای از التهاب حاد در پرده گوش.

- OME شایع است و ۵۰٪ بچه ها به مدت ۱ ماه پس از AOM ، افیوژن دارند.

- آنتی بیوتیک پیشگیرانه به مدت طولانی برای AOM راجعه توصیه نمی شود.

- پیگیری : • شستشوی دستها • تغذیه با شیر مادر • دوری از دود سیگار • دوری از تغذیه در حالت خوابیده یا مسطح

- ضد احتقان ها / آنتی هیستامین ها ، به طور روتین در درمان AOM توصیه نمی شوند (ممکن است در موارد آلرژیک مفید باشند).

- آنتی بیوتیک / کورتیکواستروئیدهای موضعی توصیه نمی شوند.

- عواملی که به طور روتین در AOM توصیه نمی شوند :

سفالکسین ← فعالیت ضعیف در مقابل استرپتوکوک پنومونیه مقاوم / عدم تحمل به پنی سیلین ← بدون اثر در برابر گونه موراکسلا کاتارالیس / هموفیلوس آنفلوانزا

سفاکله ← فعالیت ضعیف در مقابل استرپتوکوک پنومونیه مقاوم / عدم تحمل به پنی سیلین
 سفیکسیم ← بدون اثر در برابر استرپتوکوک پنومونیه مقاوم / عدم تحمل به پنی سیلین
 سفتریاکسون ← استفاده روتین از این دارو در درمان اوتیت مدیا توصیه نمی شود، چون به طور بالقوه باعث افزایش مقاومت به سفالوسپورین های نسل سوم می شود. ممکن است در مواردی که درمان با شکست مواجهه می شود یک گزینه باشد ، مانند بیماران دچار نقص ایمنی یا نوزادان. درمان ۳ روزه عضلانی / وریدی توصیه می شود. (تک دوز آن جهت ریشه کنی استرپتوکوک پنومونیه مقاوم به پنی سیلین مؤثر نیست).

کلیندامایسین ← بدون اثر در برابر گونه موراکسلا / هموفیلوس آنفلوانزا

اریترومایسین ← فعالیت ضعیف در برابر هموفیلوس آنفلوانزا

- تحت نظر گرفتن بیمار امری معقول می باشد چون بروز AOM با افزایش سن کاهش می یابد.

- در صورت افزایش مقاومت آنتی بیوتیکی ، استفاده پیشگیرانه از آنتی بیوتیک توصیه نمی شود.

- ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی جهت تمپانوستومی در موارد زیر در نظر گرفته می شود :

- OME برای ۳ ماه یا بیشتر با کاهش شدت شنوایی دو طرفه ۲۰db یا بیشتر
- ابتلا به بیماری ۳ بار یا بیشتر در ۶ ماه
- ابتلا به بیماری ۴ بار یا بیشتر در ۱۲ ماه
- غشاء صماخی توکشیده شده
- وجود ناهنجاری جمجمه ای - صورتی یا کام شکری

برونشیت :

- برونشیت باکتریایی در بچه ها رخ نمی دهد. فقط به عنوان قسمتی از تراکتوبرونشیت با عامل ویروسی رخ می دهد.

- تولید خلط سبز / زرد نشانه واکنش التهابی است و ضرورتاً دلیلی بر وجود عفونت باکتریال نمی باشد.

- کلامیدیا پنومونیه و مایکوپلاسما پنومونیه به عنوان پاتوژن مطرح شده ولی در برونشیت حاد اثبات نشده اند. درمان تجربی برای این ارگانسیم ها توصیه نمی شود.

- عفونت ویروسی راههای تنفس فوقانی در ۲۰٪ بچه ها با سرفه بیش از ۱۴ روز می تواند حاصل شود. سرفه طولانی (بیش از ۱۰ تا ۱۴ روز) ممکن است بیانگر بوردتلا پرتوسیس، مایکوپلاسما پنومونیه یا آسم باشد.

- در بیشتر بیماران تست های تنفسی طبیعی است (کمی از بیماران ممکن است خس خس داشته باشند) ، در عکس قفسه صدی اگر هر شکی از پنومونی در تاریخچه یا آزمون فیزیکی باشد بیانگر بیماری است.

- پیگیری توصیه نمی شود مگر در موارد زیر :

• علایم بدتر شوند و یا علامت های جدید بوجود بیایند (تنگی نفس ، تب پایدار و استفراغ). • علایم برگردند (بیش از ۳ بار در سال). • در مدت ۱۴ روز بهتر نشود یا سرفه ای که بیش از ۱ ماه طول بکشد.

برونشیولیت :

- بررسی نمونه از آسپیراسیون بینی - حلقی برای یافتن ویروسها در بیماران بستری در بیمارستان توصیه می شود.
- تشخیص های افتراقی شامل : کلامیدیا تراکوماتیس (سن کمتر یا مساوی ۱۶ هفته) ← (سواب بینی - حلقی برای کلامیدیا در نظر گرفته شود).
- سیاه سرفه (سواب بینی - حلقی برای سیاه سرفه در نظر گرفته شود) ، اگر بیماری شدید باشد ، پنومونی باکتریایی ثانویه مطرح می شود (شایع نیست).

رینیت :

- بچه ها می توانند ۶ تا ۱۰ عفونت تنفسی فوقانی با علت ویروسی در یک سال داشته باشند.
- تا ۲۵٪ بچه ها، ترشح بی رنگ چرکی از بینی به مدت ۱۴ روز دارند.
- به بیماران / والدین توصیه می شود :

- شستشوی دستها به منظور جلوگیری از انتقال عفونت راههای تنفسی حتماً انجام شود.
- اسباب بازیهایی که مکرراً به طور مشترک مورد استفاده قرار می گیرند، شسته شوند.

سینوزیت :

- سودمندی درمان ضد باکتریایی در سینوزیت مورد توافق همگان نیست (تا ۶۰٪ موارد خودبخود رفع می شود).
- شایعترین عامل مستعد کننده، عفونت ویروسی راه تنفسی فوقانی می باشد. بچه های سن قبل از مدرسه و سن مدرسه می توانند ۶ تا ۱۰ عفونت در سال داشته باشند.
- سینوزیت باکتریایی عارضه دار فقط کمتر از ۵٪ موارد را تشکیل می دهد.

تظاهرات شایع :

بچه شدیداً بدحال ، با تب ۳۹ درجه سانتیگراد یا بیشتر (بدون پاسخ به ضد تب با دوز مناسب) بوده و ترشح چرکی از بینی، معمولاً تورم صورت، سردرد و درد(حساسیت) هنگام فشارروی سینوس ها دارد.

تشخیص :

- کشت بینی - حلقی در شناسایی پاتوژن (های) سینوس مفید نمی باشد.
- رادیوگرافی ساده از سینوس ها توصیه نمی شود چون بین سینوزیت باکتریایی و عفونت ویروسی راه تنفسی فوقانی تفاوتی قائل نمی شود.
- CT اسکن فقط برای عوارض سینوزیت حاد ، سینوزیت مزمنی که به درمان جواب ندهد و تظاهرات شدید که به بستری شدن نیاز دارد ، توصیه می گردد.
- MRI بعلت ضعف در تشخیص استخوان ، توصیه نمی شود.
- نقش مایکوپلاسما پنومونیه و کلامیدیا پنومونیه در سینوزیت حاد پیشنهاد شده ولی اثبات نگردیده است. درمان تجربی این ارگانسیم ها توصیه نشده است.
- درمان کمکی با ضد احتقان های سیستمیک یا موضعی کوتاه اثر و یا شستشو با محلول نمکی ممکن است مفید باشد. (آنتی هیستامین ها نقشی در درمان سینوزیت حاد ندارند).

پیشگیری :

- شستن دستها
- دوری از دود سیگار در محیط
- کاستن از مواجهه با آلرژن ها

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اوتیت مدیا حاد (در بچه‌های سالم)	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - موراکسلا کاتارالیس - هموفیلوس آنفلوآنزا - استرپتوکوک گروه A (گاهی) - استافیلوکوکوس اورئوس (گاهی) 	<p>خفیف : استامینوفن متوسط تا شدید :</p> <p>آموکسی سیلین با دوز معمول آموکسی سیلین با دوز بالا</p> <p>حساسیت به پنی سیلین : سفوروکسیم آکستیل</p>	<p>۴۰ mg/kg/d PO tid ۹۰ mg/kg/d PO tid ۴۰ mg/kg/d PO bid</p>	<p>۲ ۵ ۵ ۵</p>	<p>- در بچه های بزرگتر از ۲ سال ، تجویز آنتی بیوتیک تا ۲ الی ۳ روز پس از شروع علائم آغاز نمی گردد و از ضد دردها استفاده می شود.</p> <p>- اگر علائم بدتر شدند و یا به درمان علامتی پس از ۲ تا ۳ روز پاسخ ندهند تجویز آنتی بیوتیک شروع می شود.</p> <p>- در موارد زیر درمان ۱۰ روزه توصیه می شود :</p> <ul style="list-style-type: none"> • بچه های کوچکتر از ۲ سال • پارگی پرده گوش <p>- آموکسی سیلین با دوز بالا در صورت وجود هر دو مورد زیر ، تجویز می شود :</p> <ul style="list-style-type: none"> • مواجهه اخیر با آنتی بیوتیک (کمتر از ۳ ماه) • بستری در مرکز مراقبت روزانه
حاد _ شکست در درمان با داروهای خط اول :	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - موراکسلا کاتارالیس - هموفیلوس آنفلوآنزا - استرپتوکوک گروه A - استافیلوکوکوس اورئوس (گاهی) 	<p>شکست در درمان استاندارد :</p> <p>کوآموکسی کلاو یا سفوروکسیم آکستیل</p> <p>حساسیت به بتالاکتام : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین</p>	<p>۴۰ mg/kg/d PO tid,bid ۴۰ mg/kg/d PO bid ۱۰ mg/kg/d PO روز اول ۵ mg/kg/d PO ۴ تا ۲ روز ۱۵ mg/kg/d PO bid</p>	<p>۱۰ ۱۰ ۴ ۱۰</p>	<p>- استرپتوکوکوس پنومونیه ۱۷/۴ % مقاومت به پنی سیلین و ۱۳ % مقاومت به ماکرولید دارد.</p> <p>- ترکیب کوآموکسی کلاو با آموکسی سیلین توصیه می شود تا آموکسی - سیلین با دوز بالا مصرف شود.</p> <p>- ماکرولیدها نسبت به کوآموکسی کلاو تأثیر کمتری دارند.</p>

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اوتیت مدیا حاد : شکست در درمان با داروهای خط دوم	- استرپتوکوکوس پنومونیه - موراکسلا کاتارالیس - هموفیلوس آنفلوانزا - استرپتوکوک گروه A - استافیلوکوکوس اورئوس	← ←	← ←	← ←	- تمپانوستنز توسط فرد ماهر باید مد نظر باشد. - سفتریاکسون وریدی یا عضلانی ۳ روز (یا اضافه کردن کلیندامایسین به داروهای خط دوم).
حاد : مشکل دار • ماستوئیدیت • سرگیجه • فلج صورت	- مانند فوق	سفروکسیم	۱۵۰ mg/kg/d IV tid	۱۴	- مشاوره گوش و حلق و بینی توصیه می گردد. - تمپانوستنز + درناژ در صورت لزوم. - مشاوره عفونی قویاً توصیه می گردد.
حاد : راجعه	- بیشتر یا برابر ۳ اپیزود در ۶ ماه (ارگانسیم های فوق) - بیشتر یا برابر ۴ اپیزود در ۱۲ ماه (ارگانسیم های فوق)	بیشتر از ۶ هفته از آخرین اپیزود کمتر از ۶ هفته از آخرین اپیزود: کو-آموکسی کلاو یا سفروکسیم آکستیل حساسیت به بتالاکتام ها : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	مانند بچه های سالم ۴۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO bid روز اول ۱۰ mg/kg/d PO ۴ روز بعد ۵ mg/kg/d PO ۱۵ mg/kg/d PO bid	۱۰ ۱۰ ۵ ۱۰	- تا ۵۰٪ بچه ها ۱ ماه پس از اوتیت مدیای حاد ، افیوژن خواهند داشت. درمان آنتی بیوتیکی بیشتر لازم نیست. - ۱۰٪ بچه ها ۳ ماه پس از اوتیت مدیای حاد ، افیوژن خواهند داشت که شنوایی ستجی انجام می شود.
اوتیت مدیا با افیوژن	معمولاً استریل می باشد.	- بالای ۳ ماه	فقط تحت نظر ، بدون آنتی بیوتیک ، میرنگتومی دو طرفه و لوله تمپانوستومی	← ←	

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیاه سرفه	- بوردتلا پرتوسیس	اریترومایسین آلترناتیو : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	۴۰ mg/kg/d PO qid حداکثر تا ۱ گرم در روز روز اول ۱۰ mg/kg ۴ روز بعد ۵ mg/kg ۱۵ mg/kg/d PO bid	۷ - ۱۰ ۵ ۷ - ۱۰	- برای پروفیلاکسی افراد مواجهه یافته باید اقدام نمود.
اپیگلوتیت	- هموفیلوس آنفلوانزا b	سفوروکسیم	۱۵۰ mg/kg/d IV tid	۷ - ۱۰	- اگر به این بیماری شک شود باید CCU اطفال ، بیهوشی و گوش و حلق و بینی خبر داده شوند. - در موقعیت راحت قرار داده شود.
خروسک	- ویروسی	-	-	-	- احتیاج به درمان آنتی بیوتیکی نیست.
رینیت	- ویروسی - آلرژیک	احتیاجی به آنتی بیوتیک نیست. قطره آب نمک و دکونژستانت	۴ تا ۵ بار در روز از قطره استفاده شود.	-	- ممکن است علائم کم شوند ولی دوره بیماری کوتاه نمی شود.
سینوزیت حاد علائم کمتر از ۴ هفته	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا - موراکسلا کاتارالیس - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیها (گاهی)	استاندارد : آموکسی سیلین دوز بالا : آموکسی سیلین	۴۰ mg/kg/d PO tid ۹۰ mg/kg/d PO tid	۱۰ ۱۰	- آموکسی سیلین بهترین اثر را دارد. - دوز بالا ممکن است در بچه های زیر در نظر گرفته شود : • مواجهه با آنتی بیوتیک در ۳ ماه اخیر • بستری در مرکز مراقبت و نگهداری

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
شکست در درمان خط اول	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - موراکسلا کاتارالیس - استافیلوکوکوس اورئوس (گاهی) - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیها (گاهی) 	<ul style="list-style-type: none"> کوآموکسی کلاو + آموکسی سیلین یا سفوروکسیم آکستیل موارد شدید : سفوروکسیم آکستیل 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ mg/kg/d PO tid ۴۰ mg/kg/d PO tid ۴۰ mg/kg/d PO bid ۱۰۰ - ۱۵۰ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> - اگر آموکسی سیلین با دوز بالا در درمان این بیماری با شکست مواجه شود کوآموکسی کلاو به تنهایی می تواند ارگانسیم مولد بتالاکتاماز را پوشش دهد. - لازم است که ارگانسیم های مقاوم ، مخصوصاً استافیلوکوکوس مقاوم به پنی سیلین و هموفیلوس آنفلوآنزای مولد بتالاکتاماز را در نظر داشته باشیم. - ماکرولیدها کمتر از کوآموکسی کلاو مؤثر هستند.
سینوزیت اکتسابی از بیمارستان کمتر از ۴ روز بستری شدن	<ul style="list-style-type: none"> - ارگانسیم های نوع حاد 	<ul style="list-style-type: none"> سفوروکسیم + جنتامایسین شدید : پپیراسیلین - تازوباکتام 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - معمولاً درناژ جراحی لازم می شود. - توصیه می شود که : • لوله بینی - معده ای برداشته شود. • در وضعیت نیمه نشسته قرار داده شود. - عوامل خطرزا عبارتند از : • ونتیلاسیون مکانیکی • شکستگی های صورت • پک کردن بینی • لوله بینی - معده ای • اوتیت مدیا پس از ضربه سر
بیشتر یا مساوی ۴ روز بستری شدن	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - بی هوازیها (گاهی) - گونه پseudomonas (گاهی) - مخمرها (گاهی) 	<ul style="list-style-type: none"> سفوروکسیم + جنتامایسین شدید : پپیراسیلین - تازوباکتام 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیستیک فیبروزیس بدتر شده	- استافیلوکوکوس اورئوس - هموفیلوس آنفلوآنزا - پseudomonas آئروژینوزا	زیر ۵ سال : سفوروکسیم بالتر یا مساوی ۵ سال : پیپراسیلین + توبرامایسین	۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۲۵۰-۵۰۰ mg/kg/d PO qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۰-۱۴ ۱۴ ۱۴	- کشت خلط توصیه می شود. به منظور شناسایی بیماران با عفونت مزمن پseudomonas انجام شود.
عفونت فضای اطراف حلق	- گونه استرپتوکوک - بی هوازیها - ایکتلا کوردنس	پنی سیلین + مترونیدازول آلترناتیو : کلیندامایسین	۱۵۰۰۰۰ - ۲۵۰۰۰۰ u/kg/d ۳۰ mg/kg/d IV tid ۴۰ mg/kg/d IV tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- اغلب درناژ جراحی لازم می شود. - ایکتلا به کلیندامایسین و مترونیدازول مقاوم است.
آدنیت حاد گردنی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیهای دهانی	خفیف : سفالکسین آلترناتیو : کلیندامایسین یا کواموکسی کلاو متوسط تا شدید : سفازولین یا کلوکساسیلین	۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۷۵ - ۱۰۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ mg/kg/d PO qid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- درناژ از راه جراحی برای آبسه ها ممکن است لازم شود.
پنومونی نوزادان کمتر از ۱ ماهه	- استرپتوکوک گروه B - انتروباکتریاسه - لیستریا مونوسیتوژنز - استافیلوکوکوس اورئوس	آمپی سیلین + جنتامایسین	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۵ mg/kg/d IV tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- اگر سپسیس یا منتزیت محتمل باشد ، کشت خون یا کشت مایع نخاعی توصیه می شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی نوزادان (بقیه) بین ۱ تا ۳ ماهه	- انواع ویروسی انواع باکتریایی : - استرپتوکوک گروه A, B - انتروباکتریاسه - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - لیستریا مونوسیژنز - کلامیدیا تراکوماتیس	بدون نیاز به درمان + سفوروکسیم اریترومایسین موارد شدید با احتمال مننژیت : + کلوکساسیلین سفوتاکسیم	۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	-
پنومونی اکتسابی از جامعه : بین ۳ ماه تا ۵ سال	- ویروسی - باکتریال - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس گروه A - مایکوپلاسما پنومونیه - کلامیدیا پنومونیه	بدون نیاز به درمان خفیف : آموکسی سیلین آلترناتیو : سفوروکسیم آکستیل یا کوآموکسی کلاو + اریترومایسین متوسط تا شدید : سفوروکسیم یا اریترومایسین آلترناتیو در موارد ICU اطفال : + کلوکساسیلین + سفوتاکسیم اریترومایسین	۴۰ mg/kg/d PO tid ۴۵ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO tid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۴۰ mg/kg/d IV qid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- استرپتوکوکوس پنومونیه شایعترین پاتوژن می باشد. - ۱۷/۴٪ به پنی سیلین ، ۱۳٪ به ماکرولیدها مقاوم اند. - آموکسی سیلین بهترین اثر بخشی را دارد. - در انمی سیکل سل ، شایعترین جرم مایکوپلاسما می باشد که می تواند پنومونی شدیدی ایجاد کند و با سفوروکسیم + اریترومایسین درمان شود. - درمان خوراکی زمانی شروع می شود که : • بدون تب شود. • بهبود بالینی مشاهده شود. • تحمل مصرف خوراکی داشته باشد. • هیچ شکایتی (مثل آمپیم) وجود نداشته باشد.

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی اطفال در بخش مراقبت ویژه کمتر یا مساوی ۴ روز ونتیلاسیون	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - هموفیلوس آنفلوانزا - انتروباکتریاسه 	<ul style="list-style-type: none"> سفوروکسیم + جنتامایسین موارد شدید (بیش از ۴ روز): پپیراسیلین _ تازوباکتام + توبرامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	۱۰ - ۱۴	-
بیش از ۴ روز ونتیلاسیون	- مانند بالا	<ul style="list-style-type: none"> کلوکساسیلین + سفنازیدیم + توبرامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۰۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	۱۰ - ۱۴	-
پنومونی اسپیراسیون اکتسابی از جامعه	<ul style="list-style-type: none"> - بی هوازیه‌های دهانی - گونه استرپتوکوک - ایکتلا کوردنس 	<ul style="list-style-type: none"> پنی سیلین VK + مترونیدازول حساس به بتالاکتام: کلیندامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ mg/kg/d PO tid ۲۰۰ mg/kg/d PO tid ۳۰ - ۴۰ mg/kg/d PO qid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - در بررسی مواردی که تضعیف ایمنی شدید دارند مشاوره با متخصص عفونی توصیه می گردد.
پنومونی اکتسابی از بیمارستان (خفیف)	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا - انتروباکتریاسه 	<ul style="list-style-type: none"> کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: سفوروکسیم + جنتامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - کشت خون توصیه می شود. - برای بیماران با نارسایبی ایمنی، مشاوره عفونی توصیه می شود.
پنومونی اسپیراسیون اکتسابی از بیمارستان	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - بی هوازیه‌های دهانی - گونه پseudomonas - هموفیلوس آنفلوانزا - استرپتوکوکوس پنومونیه 	<ul style="list-style-type: none"> خفیف تا متوسط: کلیندامایسین + جنتامایسین شدیداً بیمار: توبرامایسین + پپیراسیلین _ تازوباکتام 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر می توان به پنومونی اسپیراسیون مشکوک شد: • کاهش سطح هوشیاری، بلع دردناک، بیماریهای دهان و دندان • استفاده از وسایل مکانیکی NGT (لوله مری - معده) و • شروع ناگهانی علائم (سرفه، خلط، تب) • انفیلتراسیون در قسمتهای تحتانی ریه

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی اكتسابی از جامعه بالاتر از ۵ سال	<ul style="list-style-type: none"> - مایکوپلاسما پنومونیه - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - کلامیدیا پنومونیه - ویروس ها 	خفیف : اریترومايسين يا کلاریترومایسین آلترناتیو : سفوروکسیم آکستیل یا کوآموکسی کلاو + اریترومايسين بستری در ICU اطفال : کلوکساسیلین + سفوتاکسیم + اریترومايسين	۴۰ mg/kg/d PO qid ۱۵ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO tid ۴۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۲۰۰ mg/kg/d PO qid ۴۰ mg/kg/d PO qid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - در آرمی سیکل سل ، مایکوپلاسما پنومونیه شایع می باشد و می تواند (بیماری) شدید شده که سفوروکسیم + اریترومايسين قابل استفاده است. - در موارد زیر می توان به فرم خوراکی تبدیل نمود : <ul style="list-style-type: none"> • موارد بدون تب • بهبود بالینی • تحمل مصرف خوراکی • هیچ شکایتی (مثل علائم آمپیم) وجود نداشته باشد.
آبسه ریه	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - بی هوازیهای دهانی - ائروباکتریاسه 	کلیندامایسین + سفوتاکسیم	۴۰ mg/kg/d IV tid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid	حداقل ۲۱	<ul style="list-style-type: none"> - تا زمانی که انفیلتراسیون ریوی پاک شود درمان ادامه می یابد.
آمپیم	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - ائروباکتریاسه - بی هوازیهای دهانی - اگر مزمن شود : - مایکوپلاکتیوم توبر کلوزیس 	خفیف تا متوسط : سفوروکسیم شدیداً بیمار : کلیندامایسین + سفوتاکسیم	۱۵۰ mg/kg/d IV tid ۴۰ mg/kg/d IV tid یا ۳۰-۴۰ mg/kg/d PO tid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid	حداقل ۲۱ حداقل ۲۱	<ul style="list-style-type: none"> - معیارهای آمپیم : • رنگ آمیزی کوکسی گرم مثبت (از مایع آسپیره شده) • pH < ۷ • glucose < ۲/۳ mmol/L • کاملاً چرکی - درناژ توسط لوله قفسه صدری توصیه می شود. - ممکن است دکورتیکاستیون جراحی لازم شود.

دستگاه گوارش

- احتمال اسهال ناشی از آنتی بیوتیک (AAD)* زمانی وجود دارد که :
 - درمان آنتی بیوتیکی در ۲ ماه اخیر انجام شده باشد.
 - شروع اسهال ۷۲ ساعت یا بیشتر بعد از بستری شدن باشد.
- یک آزمایش مدفوع برای سم کلستریدیوم دیفیسیل انجام شود (کشت توصیه نمی گردد). اگر منفی بود و هنوز AAD مورد شک بود یک آزمایش مدفوع دیگر انجام شود.
- اگر امکان داشت ، آنتی بیوتیک قطع شود و گرته، تبدیل آن به یک آنتی بیوتیک مناسب ولی با ریسک کمتری از AAD در نظر باشد ، (به طور مثال ، آمینوگلیکوزیدها ، کوتریموکسازول یا مترونیدازول).
- از ضد اسهال ها مثل لوپرامید و دیفنوکسیلات استفاده نشود.
- مترونیدازول داخل وریدی تأثیر نامعلومی دارد. (فقط به صورت ترکیبی برای مگاکولون سمی / شدید استفاده می شود).
- وانکومایسین داخل وریدی مؤثر نیست.

پریتونیت :

- تمام تجمعات آبسه ای نیاز به تخلیه دارند.
- انتروکوک ها اهمیت نامعلومی دارند ولی درمان آنها باید در موارد زیر به طور جدی در نظر گرفته شود :
 - جراحی کولون / دیستال
 - عفونت پانکراس / کبدی - صفراوی
 - بیمار با ناخوشی مزمن یا کاهش ایمنی
 - درمان آنتی بیوتیکی قبلی (به استثنای پیشگیری جراحی)
 - انتروکوک ارگانیسیم غالب در کشت باشد.

طول درمان :

- موارد بدون عارضه ⇐ درمان کوتاه مدت (۳ تا ۵ روزه) اگر ترومای نافذ بوسیله جراحی در ۱۲ ساعت گذشته ایجاد شده باشد.
- موارد عارضه دار / عفونت داخل شکمی ثابت شده ⇐ حداقل ۷ روز (وریدی / خوراکی) و تا زمانی که :
 - بدون تب شود.
 - افتراق و شمارش WBC طبیعی شود.
 - تجمع مایع باقیمانده وجود نداشته باشد.
 - پریتونیت از نظر بالینی برطرف شده باشد.

*AAD: Antibiotic Associated Diarrhea

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اسهال مسافرتی خفیف	- اشربشیاکلی انتروتوکسیکونیک - ویروس ها - پارازیت ها - باکتریهای دیگر	جایگزینی مایعات	⇐ ⇐	⇐ ⇐	- خودمحدود شونده بوده و دوره معمول کمتر یا برابر ۵ روز می باشد.
شدید: -۱ بیش از ۶ بار در روز - ۲ - خونی ۳ - تب	- گونه کامپیلوباکتر - گونه شیگلا - گونه سالمونلا - گونه آنتاموبا	کوتریموکسازول یا سفیکسیم + اریترومایسین	۸ mg /kg/d PO bid ۸ mg /kg/d PO bid ۴۰ mg /kg/d PO qid	۷ -۱۰ ۷ -۱۰	- انجام آزمایش مدفوع توصیه می شود. - سالمونلا در موارد زیر درمان می شود: • سن کمتر از ۳ ماه • کاهش سطح ایمنی • اختلال هموگلوبین • بیماری گوارشی مزمن
اسهال ناشی از مصرف دارو (آنتی بیوتیکی) حاد	- کلستریدیوم دیفیسیل	مترونیدازول	۲۰ - ۳۰ mg /kg/d PO bid	۷ -۱۰	- تا زمانی که علائم بالینی شدت نیافته و بیماری بدتر نشود ، تا قبل از ۶ روز نباید درمان دارویی را شکست خورده تلقی و آنرا قطع نمود. - عود بین ۲۰ تا ۸۵٪ موارد می باشد.
مزمن	- کلستریدیوم دیفیسیل	مترونیدازول آلترناتیو : وانکومایسین	۲۰ - ۳۰ mg /kg/d PO bid ۵۰ mg /kg/d PO bid	۷ -۱۰ ۱۰	- درمان مجدد با مترونیدازول توصیه میشود. - وانکومایسین محدود می شود به : • شکست قطعی یا بدتر شدن بالینی با مترونیدازول • مگاکولون توکسیک قطعی • عدم تحمل یا عوارض جانبی درمان با مترونیدازول

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اسهال ناشی از مصرف دارو (آنتی بیوتیک) (بقیه) مگاکولون توکسیک شدید	- کلستریدیوم دیفیسیل	مترونیدازول + وانکومایسین	۳۰ mg/kg/d PO bid ۵۰ mg/kg/d PO qid	۱۰	-
انتروکولیت نکروزان (NEC)	- انتروباکتریاسه - گونه استرپتوکوکوس - استافیلوکوکوس کواگولاز (-) - بی هوازیها در صورت سوراخ شدگی روده	آمی سیلین + جنتامایسین در صورت سوراخ شدن : مترونیدازول موارد شدید بیماری : جنتامایسین + پیپراسیلین - تازوباکتام	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۳۰ mg/kg/d IV bid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰-۳۰۰ mg/kg/d IV bid	۷-۱۴ ۷-۱۴ ۷-۱۴	-
گاستروانتریت خفیف تا متوسط : • ویروسی • پارازیتی شدید : ۱- بیش از ۶ بار در روز ۲- اسهال خونی ۳- تب	- اشریشیاکلی O ₁₅₇ H ₇ - گونه کامپیلوباکتر - گونه سالمونلا - ویبریو - یرسینیا - آئروموناس - پلزیوموناس	جایگزینی مایع کوتریموکسازول یا سفیکسیم +/- اریترومایسین	۶-۱۰ mg/kg/d PO bid ۸ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO qid	۳-۵ ۳-۵	- اگر اسهال پایدار ماند انجام آزمایش مدفوع توصیه می شود. - درمان* EHEC توصیه نمی شود. - درمان سالمونلا در موارد زیر توصیه می شود : • سن کمتر از ۳ ماه • اختلال ایمنی • اختلال هموگلوبین • کولیت شدید • بیماری مزمن گوارشی * EHEC: Entero Hemoragic E-Coli

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پریتونیت باکتریال خود به خودی (SBP)	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - استرپتوکوک گروه A - انتروباکتریاسه - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه انتروکوک - بی هوازیها 	<ul style="list-style-type: none"> + آمپی سیلین جنتامایسین آلترناتیو: سفوتاکسیم 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۵۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV bid ۷/۵ mg/kg/d IV bid ۱۵۰ mg /kg/d IV bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - در جریان سیروز یا سندرم نفروتیک اتفاق می افتد ولی گاهی اوقات در بچه های سالم به خصوص دختران سن مدرسه رخ می دهد. - SBP معمولاً تک میکروبی می باشد. - عفونت چند میکروبی ، سوراخ شدن روده ای را مطرح می سازد.
ثانویه : آبسه ، سوراخ شدن روده ، پاره شدن آپاندیس	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه انتروکوک 	<ul style="list-style-type: none"> + آمپی سیلین جنتامایسین یا مترونیدازول آلترناتیو : کلیندامایسین + جنتامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۵۰ - ۲۰۰ mg /kg/d IV bid ۷/۵ mg /kg/d IV tid ۳۰ mg /kg/d IV bid ۴۰ mg /kg/d IV tid ۷/۵ mg /kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> بستگی به تصویر بالینی دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> - درمان آلترناتیو ، اثری بر انتروکوک ها ندارد.
ثالثیه	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas - بی هوازیها - گونه انتروکوک (گاهی) - گونه کاندیدا (گاهی) 	<ul style="list-style-type: none"> مانند پرتونیت ثانویه شدید: + پیپراسیلین توبرامایسین مترونیدازول یا پیپراسیلین - تازوباکتام + توبرامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۵۰ - ۳۰۰ mg /kg/d IV bid ۷/۵ mg /kg/d IV tid ۳۰ mg /kg/d IV bid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg /kg/d IV bid ۷/۵ mg /kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ - ۱۴ تازمانی که موارد زیر باشد: - بدون تب - WBC طبیعی - عدم تجمع مایع 	<ul style="list-style-type: none"> - تمام تجمعات آبسه ای باید تخلیه جراحی شوند. - به طور ایده آل در صورت امکان با توجه به کشت درمان انجام می شود. - آمفوتریسین B باید معمولاً با مشاوره عفونی استفاده شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پریتونیت ناشی از دیالیز صفاقی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس کواگولاز (-) - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس - بی هوازیها (گاهی) - گونه کاندیدا 	<p>خفیف : سفازولین متوسط تا شدید : سفازولین + جتتامایسین</p> <p>گونه پسودوموناس : پیپراسیلین + توبرامایسین</p>	<p>دوز اولیه هر بار ۵۰۰ mg/l و ادامه با ۱۲۵ mg/l</p> <p>دوز اولیه هر بار ۵۰۰ mg/l و ادامه با ۱۲۵ mg/l</p> <p>روز اول ۲mg/kg هر بار روز دوم ۱ mg/kg سپس روز سوم به بعد ۴ mg/kg</p> <p>۱۵۰ mg/kg bid برای هر بار ۸-۶ mg/l</p>	<p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p> <p>۱۰ - ۱۴</p> <p>تا کامل شدن درمان برای ۲۱ تا ۲۸ روز</p>	<p>- باید در موارد زیر مایع دیالیز کاملتر خارج گردد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • علت عفونت قارچی یا پسودوموناسی باشد. • عفونت پایدار باشد یا عود کند. • اگر بیمار خیلی بدحال بود از راه وریدی درمان شود. <p>*منظور هر بار تعویض خون با دیالیز می باشد.</p>

دستگاه ادراری

سیستیت یا پیلونفریت :

- نمونه های کیسه ادراری معمولاً آلوده هستند و نمی توانند جهت تشخیص عفونت ادراری قابل اطمینان باشند. نمونه اگر منفی بود عفونت ادراری وجود ندارد و اگر مثبت بود قبل از درمان آنتی بیوتیکی باید با نمونه گیری مناسب ، اثبات شود.
- در بچه های جوان که درمان آنتی بیوتیکی شده اند ، در صورتی که به عفونت ادراری شک باشد یک نمونه از کاتتر ادراری گرفته می شود.
- بررسی های توصیه شده عبارتند از :
 - سونوگرافی شکمی در همه افراد
 - سن ۲ سال یا کمتر ⇐ ۴ تا ۶ هفته بعد از درمان ، VCUG* در پسرها یا سیستوگرام هسته ای در دخترها
 - سن بالای ۲ سال ⇐ سیستوگرام هسته ای با دومین عفونت ادراری
- مقاومت اشریشیاکلی به : • آموکسی سیلین ۷۳٪ • سفالکسین ۶۸٪ • کوتریموکسازول ۱۶٪
- حساسیت به سفالوتین (نه سفازولین) با میزان حساسیت اشریشیاکلی به سفالکسین معادل می باشد.
- پروفیلاکسی با کوتریموکسازول یا نیتروفورانتوئین حداقل تا زمان تکمیل بررسی ها توصیه شده است.

* VCUG: Voiding Cysto Uretro Graphy

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیستیت یا پیلونفریت	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک	خفیف: کوتریموکسازول یا کوآموکسی کلاو یا نیتروفورانئوتین متوسط تا شدید: آمپی سیلین + جنتامایسین شدید با اینورمالیتی زمینه ای: پیپراسیلین + توبراماسین	۶-۱۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۵-۷ mg/kg/d PO qid ۱۰۰-۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۵-۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰-۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۵-۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰	- تب، توکسیسمیتی یا درد هنگام لمس زاویه دنده ای-مهره ای ، پیلونفریت را مطرح می نماید و نیاز به درمان داخل وریدی دارد.
باکتریوری بدون علامت	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک	خفیف: کوتریموکسازول یا کوآموکسی کلاو یا نیتروفورانئوتین	۶-۱۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۵-۷ mg/kg/d PO qid	۱۰-۷ ۱۰-۷ ۱۰-۷	- درمان در مواردی که ۲ بار باکتریوری (نمونه ادراری که با روش صحیح جمع آوری شده باشد) انجام می گیرد.
راجعه	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک	خفیف: کوتریموکسازول یا کوآموکسی کلاو یا نیتروفورانئوتین متوسط تا شدید: آمپی سیلین + جنتامایسین شدید با اینورمالیتی زمینه ای: پیپراسیلین + توبراماسین	۶-۱۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO tid یا bid ۵-۷ mg/kg/d PO qid ۱۰۰-۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۵-۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰-۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۵-۷/۵ mg/kg/d IV tid	۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰	- پروفیلاکسی با کوتریموکسازول به میزان ۴ mg/kg/dose خوراکی روزانه برای ۶ ماه یا بیشتر توصیه می شود.

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
کانتريزاسيون مزمّن جايگزين شده	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباكترياسه - گونه انتروكوك - گونه پسودوموناس - گونه كانديدا (گاهی) 	<p>بدون علامت علامت دار :</p> <p>خفيف : كوتريموكسازول يا كوآموكسي كلاو يا نيتروفورانتوئين</p> <p>متوسط تا شديد : آمبي سيلين + جنتاميسين</p> <p>شديد يا اينورماليتي زمينه اي : پيپراسيلين + توبراماسين</p>	<p>نيازي به درمان ندارد.</p> <p>۶ - ۱۰ mg/kg/d PO bid ۴۰ mg/kg/d PO bid يا tid ۵ - ۷ mg/kg/d PO qid ۱۰۰ - ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۵ - ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۵ - ۷/۵ mg/kg/d IV tid</p>	<p>۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴</p>	<ul style="list-style-type: none"> - مي تواند چند ميكروبي باشد. - تا زماني كه مداركي ميني بر عفونت سيستميك نباشد درمان را نبايد شروع كرد : • كاتتر اغلب با باكتري كلونيزه مي شود. • خطر مقاومت ارگانيسم ها افزايش يابد. - كوآموكسي كلاو فعاليتي در برابر پسودوموناس ندارد.

نوتروپنی تب دار

توصیه هایی برای استفاده از وانکومایسین در نوتروپنی تب دار :

– درمان تجربی با وانکومایسین به طور روتین نباید در نوتروپنی تب دار استفاده شود.

– درمان تجربی با وانکومایسین باید در موارد زیر در نظر گرفته شود :

- مشاهده بالینی عفونت های مرتبط با کاتتر داخل وریدهای مرکزی
 - بیماران با کشت خون مثبت برای ارگانسیم های گرم مثبتی که هنوز شناسایی نشده اند (لوکونوستوک و پدیوکوکوس ، به وانکومایسین مقاوم هستند).
 - کلونی های شناخته شده با استافیلوکوک های مقاوم به متی سیلین یا استرپتوکوکوس پنومونیه مقاوم به پنی سیلین
- اگر کشت برای ارگانسیم های گرم مثبت مقاوم به بتالاکتام منفی باشد ، درمان با وانکومایسین باید در روزهای ۳ تا ۵ قطع شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
لکوپنی بدون کانون مشخص	<ul style="list-style-type: none"> - کوکسی گرم مثبت - انتروباکتریاسه - بی هوازیها (گاهی) - گونه پسودوموناس (گاهی) 	<ul style="list-style-type: none"> + پپراسیلین + توبرامایسین بستری ICU اطفال : + ایمی پنم + توبرامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	>۷	-
عفونت داخل رگی مرکزی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوک کوآگولاز منفی - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس 	<ul style="list-style-type: none"> + وانکومایسین + پپراسیلین + توبرامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ mg/kg/d IV qid ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	۱۰ - ۱۴	- باید راه رگی مرکزی برداشته شود.
پنومونی غیر از بافت بینابینی	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - هموفیلوس آنفلوانزا - باسیل گرم منفی - مایکوپلاسما پنومونیه - گونه لژیونلا - قارچها 	<ul style="list-style-type: none"> + پپراسیلین - تازوباکتام + توبرامایسین + اریترومایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۴۰ mg/kg/d IV qid 	>۱۰ - ۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - مشاوره بیماریهای عفونی داده شود. - اگر نوتروپنی طولانی وجود داشته باشد و یا درمان با آنتی-بیوتیک های وسیع الطیف انجام شده باشد عامل قارچی مدنظر بوده ، درمان تجربی با آموتریسین B شروع می شود.
پنومونی بافت بینابینی	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - هموفیلوس آنفلوانزا - باسیل گرم منفی - مایکوپلاسما پنومونیه - گونه لژیونلا - قارچها و ویروس ها - پنوموسیستیس کارینی 	<ul style="list-style-type: none"> + پپراسیلین - تازوباکتام + کوتریموکسازول + اریترومایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۵۰ - ۳۰۰ mg/kg/d IV qid ۲۰ mg/kg/d IV qid ۴۰ mg/kg/d IV qid 	به عامل آن بستگی دارد	<ul style="list-style-type: none"> - مشاوره بیماریهای عفونی انجام شود.

دستگاه عصبی مرکزی

مننژیت :

توصیه هایی برای اضافه کردن وانکومايسين به سفوتاکسیم در مننژیت :

- تا زمانی که مقاومت نسبت به سفوتاکسیم رد شود درمان با وانکومايسين برای مننژیت های پنوموکی اندیکاسیون دارد. وانکومايسين باید علاوه بر سفوتاکسیم داده شود اگر :

• کوکسی گرم مثبت جفت شده یا زنجیره ای در رنگ آمیزی گرم از مایع مغزی نخاعی (CSF) مشاهده شود.

• اگر ارگانيسمی در رنگ آمیزی گرم مایع مغزی- نخاعی دیده نشود ولی مننژیت باکتریایی بسته به تظاهرات بالینی و یا مقادیر موجود میکروارگانيسم در مایع مغزی - نخاعی قویاً مورد شک باشد.

• LP ممنوع باشد و یا باید به تأخیر انداخته شود ، ولی مننژیت باکتریایی بسته به تظاهرات بالینی قویاً مورد شک باشد.

- وانکومايسين توزیع آرام و نفوذ ضعیفی به مایع مغزی - نخاعی دارد. باید هر چه زودتر بعد از اولین دوز سفوتاکسیم داده شود و فقط در صورتی که استرپتوکوکوس پنومونیه مقاوم به سفوتاکسیم در بررسیهای آزمایشگاهی بالینی وجود داشته باشد ادامه داده شود.

- تجویز تجربی وانکومايسين به طور روتین در موارد زیر اندیکاسیون ندارد :

• سپسیس بدون مننژیت • مننژیت ویروسی • مننژیت نوزادی

- LP قبل از درمان آنتی بیوتیکی توصیه می شود مگر در موارد زیر :

• نقایص عصبی کانونی • ادم پاپی • اختلال انعقادی تصحیح نشده • عدم پایداری همودینامیک • GCS کمتر از ۱۱

- در صورت عدم اجرای دقیق LP ، درمان آنتی بیوتیکی را نباید به تأخیر انداخت.

- کشت خون توصیه می شود.

آبسه مغزی

- درمان جراحی معمولاً با آسییراسیون استرئوتاکتیک یا درناژ باز با کشت و رنگ آمیزی گرم نیاز می شود.

- موارد زیر باید کنار گذاشته شود :

• اوتیت • عفونت دندانی • اندوکاردیت • بیماری قلبی مادرزادی • آبسه ریوی

- حداقل ۲ نمونه برای کشت خون قبل از تجویز آنتی بیوتیک توصیه می شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
مننژیت نوزادان کوچکتر از یک ماه	- استرپتوکوک گروه B - اشريشیاکلی - گونه لیستریا	آمپی سیلین + جنتامایسین یا سفتواکسیم	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	۳ - ۲ هفته انتروباکترها بیش از ۳ هفته	- تکرار LP در روز ۵ توصیه می شود. - اگر احتمال آنسفالیت داده می شود آسیکلوویر باید مد نظر قرار گیرد.
۳ - ۱ ماه	- استرپتوکوک گروه B - اشريشیاکلی - گونه لیستریا - استرپتوکوکوس پنومونیه - نیسریا مننژیتیدیس - هموفیلوس آنفلوآنزا B	آمپی سیلین + سفتواکسیم	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid	بسته به ارگانیزم ۱۰ - ۷ روز تا بیش از ۳ هفته	- در صورت شک به آنسفالیت هرپسی ، آسیکلوویر باید مد نظر قرار گیرد. - برای GBS* و لیستریا ۳ - ۲ هفته درمان و برای انتروباکتر بیش از ۳ هفته درمان لازم است. * GBS: Group B Streptococci
بزرگتر از ۳ ماه	- استرپتوکوکوس پنومونیه - نیسریا مننژیتیدیس - هموفیلوس آنفلوآنزا B	سفتواکسیم + وانکومایسین الترناتیو در موارد شدید یا موارد آلرژی به بتالاکتام: کلرامفنیکل + وانکومایسین	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۶۰ mg/kg/d IV qid ۷۰ - ۱۰۰ mg/kg/d IV qid ۶۰ mg/kg/d IV qid	۱۰ - ۷ ۷ - ۱۰	- در صورت شک به آنسفالیت هرپسی ، تجویز آسیکلوویر مدنظر باشد.
مننژیت بیمارستانی در نوزادان	- استرپتوکوک گروه B - انتروباکتریاسه - گونه لیستریا - استافیلوکوکوس کوآگولاز منفی (در موارد VLBW* یا NICU**)	آمپی سیلین + جنتامایسین یا سفتواکسیم بسیار شدید: وانکومایسین + سفتازیدیم + جنتامایسین	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۶۰ mg/kg/d IV qid ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۶۰ mg/kg/d IV qid	≥۱۴ ≥۱۴	- اگر خطر زیادی بر روی CNS باشد (بسته به کشت) از وانکومایسین ۱۵۰ mg/kg/d IV tid + سفتواکسیم ۷/۵ mg/kg/d IV tid استفاده شود. * VLBW: Very Low Birth Weight ** NICU: Neonate ICU

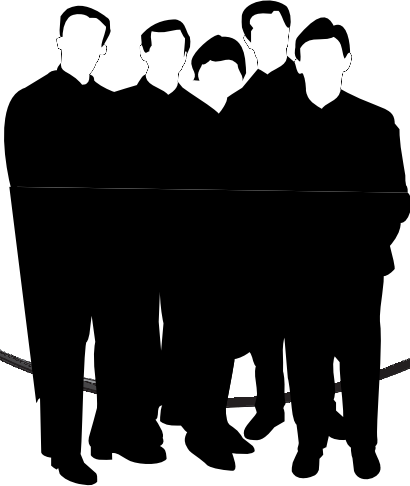
بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
شانت	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس کواگولاز (-) - انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas 	وانکومایسین + سفتازیدیم	۶۰ mg/kg/d IV qid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid	≥۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - باید برداشتن شانت مد نظر باشد. - در صورت جدا شدن انتروباکتر طول درمان به ۲۱ ≥ روز تبدیل شود.
شکستگی قاعده جمجمه	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه 	سفتوآکسیم بسیار شدید: وانکومایسین + سفتازیدیم	۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۶۰ mg/kg/d IV qid ۱۵۰ mg/kg/d IV tid	≥۱۰ ≥۱۰	-
آبسه مغزی	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک های ویریدانس - بی هوازیها - انتروباکتریاسه - استافیلوکوکوس اورئوس 	بستگی به منبع خاص دارد ، اگر بدون منشاء مشخص ، خیلی بی حال باشد : کلوکساسیلین + سفتوآکسیم + مترونیدازول	۲۰۰ mg/kg/d IV q4h ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۳۰ mg/kg/d IV qid	۶ هفته	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر در صورتی که خطر pseudomonas افزایش یابد از سفتازیدیم یا مروپنم به جای سفتوآکسیم استفاده می شود : • پس از اعمال جراحی اعصاب • ونتیلاسیون به مدت طولانی • بستری طولانی مدت • استفاده از آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف در گذشته • سوختگی ها
انسفالیت	<ul style="list-style-type: none"> - انتروویروس ها - هرپس سیمپلکس - گونه مایکوپلاسما - بارتونلا - پس از ابتلاء به : • اوربون ، سرخک ، سرخچه • آنفلوآنزا ، واریسلا 	آسیکلوویر	کمتر از دو ماهگی : ۶۰mg/kg/d IV tid بیشتر از دو ماهگی : ۳۰mg/kg/d IV tid	۳ هفته در صورت اثبات HSV ۳ هفته در صورت اثبات HSV	<ul style="list-style-type: none"> - هرپس سیمپلکس شایعترین علت اسپورادیک انسفالیت های کشنده و یکی از علت های قابل درمان می باشد : • مشاوره عفونی توصیه می شود • CSF باید برای تشخیص HSV با روش PCR فرستاده شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اندوکار دیت : دریچه طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه ویریدانس - استافیلوکوک اورئوس - گونه انتروکوکوس - ارکانیسم های HACEK* 	<ul style="list-style-type: none"> + آمپی سیلین جنتامایسین اگر بیماری شدید باشد : کلوکساسیلین 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۰۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ≥ ۴ هفته 	-
دریچه مصنوعی	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه ویریدانس - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه انتروکوک - استافیلوکوک کوآگولاز منفی - انتروباکتریاسه 	<ul style="list-style-type: none"> + وانکومایسین جنتامایسین 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۰ - ۶۰ mg/kg/d IV qid ۷/۵ mg/kg/d IV tid 	<ul style="list-style-type: none"> ≥ ۴ هفته 	-

HACEK* : ۱- هموفیلوس آنفلوآنزا / پارآنفلوآنزا ۲- آکتینوباسیلوس آکتینومیستم کومیتانس ۳- کاردیوباکتریوم هومینیس ۴- ایکنلا کوردنس ۵- گونه کینگلا

بخش دوم

بزرگسالان



بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
زرد زخم	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه A - استافیلوکوکوس اورئوس 	<p>خفیف : موپروسین ۲٪ متوسط تا شدید : کلوکساسیلین یا سفالکسین</p>	<p>۳ بار در روز موضعی</p> <p>۲۵۰ - ۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۲۵۰ - ۵۰۰ mg PO qid</p>	<p>۷</p> <p>۷</p> <p>۷</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ایبیدی ها باید گزارش شوند. - در موارد زیر آنتی بیوتیک سیستمیک داده شود : <ul style="list-style-type: none"> • ضایعات متعدد و پیشرونده و راجعه • موارد ضعف ایمنی • تب و علائم همراه • بیماریهای دریچه قلب
کاربانکل (کفگیرک)	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس 	<p>خفیف : کمپرس آب گرم + مواد ضدعفونی کننده متوسط تا شدید : کلوکساسیلین یا سفالکسین</p>	<p>۲۵۰ - ۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۲۵۰ - ۵۰۰ mg PO qid</p>	<p>۷ - ۱۰</p> <p>۷ - ۱۰</p>	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر آنتی بیوتیک به صورت سیستمیک داده شود : <ul style="list-style-type: none"> • سلولیت در اطراف ضایعه • تب و علائم همراه • ضایعه در مرکز صورت باشد. - اغلب مواقع درناژ مورد نیاز است.
سلولیت صورت	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه A 	<p>خفیف : کلوکساسیلین یا سفالکسین متوسط تا شدید : سفازولین</p>	<p>۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۱ g IV tid</p>	<p>۷ - ۱۰</p> <p>۷ - ۱۰</p> <p>۱۰</p>	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت حساسیت به بتالاکتام ها از کلیندامایسین ۶۰۰ mg به صورت IV سه بار در روز استفاده شود.
اندامها	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکهای گروه (A, B, C, G) - استافیلوکوکوس اورئوس 	<p>خفیف : کلوکساسیلین یا سفالکسین متوسط تا شدید : سفازولین یا سفازولین + پروپنسید</p>	<p>۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۵۰۰ mg PO qid</p> <p>۱g IV tid</p> <p>۲g IV tid</p>	<p>۷ - ۱۰</p> <p>۷ - ۱۰</p> <p>۱۰</p> <p>۱۰</p>	<ul style="list-style-type: none"> - در مورد استرپتوکوکهای گروه B, C, G, درمان به صورت متوسط تا شدید اعمال شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سلولیت (بقیه): پری رکتال	چند میکروبی: - بی هوازیها - انتروباکتریاسه - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A	خفیف: کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: سفازولین + مترونیدازول	۶۲۵ mg PO tid ۱g IV tid ۵۰۰ mg PO bid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- برش و تخلیه آبسه ها ضروری است.
آبسه پستان / ماستیت	- استافیلوکوکوس اورئوس	خفیف: کلوکساسیلین یا سفالکسین متوسط تا شدید: سفازولین	۵۰۰ mg PO qid ۵۰۰ mg PO qid ۱g IV tid	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۷-۱۰	-
بعد از زایمان بعد از جراحی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوکهای گروه (A, B, C, D)	کلوکساسیلین یا سفالکسین	۵۰۰ mg PO tid ۵۰۰ mg PO tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	-
نه بعد از زایمان نه بعد از جراحی	- استافیلوکوکوس اورئوس - بی هوازیها	کوآموکسی کلاو	۶۲۵ mg PO tid	۷-۱۰	-
گاز گرفتگی حیوانات گره	- گونه پاستورلا - گونه استرپتوکوک - گونه استافیلوکوک - بی هوازیهای دهانی	پروپیلاکسی: کوآموکسی کلاو خفیف: کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: پیپراسیلین - تازوباکتام	۶۲۵ mg PO tid ۶۲۵ mg PO tid ۴/۵ g IV tid	۳-۵ ۷-۱۰ ۷-۱۰	- پروپیلاکسی برای تمام انواع گاز گرفتگی گره توصیه می شود زیرا دارای ریسک بالای عفونت می باشد. - درمان دراز مدت زمانی که همراه با آرتربت چرکی یا استئومیلیت باشد لازم است.
سگ	- پاستورلا - گونه استرپتوکوک - گونه استافیلوکوک - بی هوازیها - کاپنوسایتوفاگا - ایکنلا - ویکسلا	پروپیلاکسی: کوآموکسی کلاو خفیف: کوآموکسی کلاو متوسط تا شدید: پیپراسیلین - تازوباکتام	۶۲۵ mg PO tid ۶۲۵ mg PO tid ۴/۵ g IV tid	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۳-۷	- پروپیلاکسی در موارد زیر پیشنهاد می شود: • متوسط تا شدید • ادم - آسیب و خراشیدگی • زخمهای سوراخ شده • درگیری استخوان و مفاصل • آسیب دست یا صورت • افرادی اسپلنکتومی شده • افراد با ایمنی پایین و ضعیف شده

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
گازگرفتگی انسان	<ul style="list-style-type: none"> - گونه استرپتوکوک - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه ایکنلا - گونه هموفیلوس - بی هوازیها 	<p>پروپیلاکسی :</p> <p>کوآموکسی کلاو</p> <p>خفیف :</p> <p>کوآموکسی کلاو</p> <p>شدید : پپراسیلین - تازوباکتام</p>	<p>۶۲۵ mg PO tid</p> <p>۶۲۵ mg PO tid</p> <p>۴/۵ g IV tid</p>	<p>۷ - ۱۰</p> <p>۷ - ۱۰</p> <p>۱۰ - ۱۴</p>	<p>- پروفیلاکسی در موارد زیر پیشنهاد می شود :</p> <ul style="list-style-type: none"> • متوسط تا شدید • ادم / خراشیدگی • زخمهای سوراخ شده • درگیری استخوان ها و مفاصل • آسیب دست
زخم فشاری ناشی از به پهلو خوابیدن بدون مشاهده عفونت کلینیکی	<ul style="list-style-type: none"> - اغلب چند میکروبی می باشد. 	<p>- تخلیه بافت تخریب شده</p> <p>- شستشوی زخم</p>	-	-	<p>- آنتی بیوتیک های موضعی اثر ثابت شده ای در رفع عفونت ندارد.</p> <p>- مهمترین اقدام ، پیشگیری از عفونت می باشد.</p>
با مشاهده عفونت کلینیکی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک β همولیتیک - گروه (A, B, C, G) - گونه انتروکوک - گونه پسودوموناس - بی هوازیها - انتروباکتریاسه 	<p>خفیف : کوآموکسی کلاو</p> <p>متوسط تا شدید :</p> <p>سیپروفلوکساسین + کلیندامایسین</p>	<p>۶۲۵ mg PO tid</p> <p>۵۰۰ - ۷۵۰ mg PO bid</p> <p>۳۰۰ mg PO tid</p>	<p>۷ - ۱۰</p> <p>۱۴ - ۲۱</p> <p>۱۴ - ۲۱</p>	<p>- کشت میکروبی عمیق از زخم تمیز شده انجام شود.</p>
عفونت پای دیابتیک	<ul style="list-style-type: none"> چند میکروبی : - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک β همولیتیک - گروه (A, B, C, G) - گونه انتروکوک - گونه پسودوموناس - بی هوازیها - انتروباکتریاسه 	<p>خفیف : کوآموکسی کلاو</p> <p>متوسط تا شدید :</p> <p>سیپروفلوکساسین + کلیندامایسین</p> <p>شدید یا شکست درمان :</p> <p>ایمی پنم یا پپراسیلین - تازوباکتام*</p>	<p>۶۲۵mg PO tid</p> <p>۵۰۰ - ۷۵۰ mg PO tid</p> <p>۳۰۰ - ۴۵۰ mg PO tid</p> <p>۵۰۰ mg IV qid</p> <p>۴/۵ g IV tid</p>	<p>۱۴ - ۲۱</p> <p>۲۱ - ۴۲</p> <p>۲۱ - ۴۲</p> <p>۲۱ - ۴۲</p>	<p>- پیشگیری از عفونت برای حفاظت پا ضروری است.</p> <p>- تخلیه بافت تخریب شده الزامیست.</p> <p>- دوز دقیق آنتی بیوتیک ها بنا بر عملکرد کلیه تعیین شود.</p> <p>- طول درمان به شواهد کلینیکی بیماری بستگی دارد.</p> <p>- در صورت ایجاد استئومیلیت ۶ تا ۱۲ هفته دوره درمان طی شود.</p> <p>* اگر پسودوموناس از کشت جدا شد ، در صورتی که عملکرد کلیه اجازه می دهد دارو qid تجویز شود.</p>

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
فاسیت و میوزیت نکروز دهنده	- استرپتوکوک گروه A بندرت : - استرپتوکوک گروه (B, C, G)	کلیندامایسین + پنی سیلین	۶۰۰ mg IV tid ۳-۴ MU IV qid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- جراحی و تخلیه زخم عفونی ضروری است. - مشاوره جدی در بخش عفونی پیشنهاد می شود. - پروفیلاکسی از استرپتوکوک گروه A توصیه می شود. - ایمونوگلوبین (۱۵۰ mg/kg/d IV) در زمان ایجاد شوک توکسیک استفاده شود.
سلولیت نکروز دهنده	- هوازیها و بی هوازیها به صورت مختلط	ایمی پنم	۱g IV qid	۱۰-۱۴	- جراحی و تخلیه زخم عفونی ضروری است. - مشاوره جدی در بخش عفونی پیشنهاد می شود.
گانگرن گازی	- کلستریدیوم پرفرنجنس	کلیندامایسین + پنی سیلین	۶۰۰ mg IV tid ۳-۴ MU IV tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	- درمان با اکسیژن پر فشار پیشنهاد می شود.
زخمهای بعد از عمل اییزوتومی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک β همولیتیک گروه (A, B, C, G) - انتروباکتریاسه ها - بی هوازیها	خفیف : سفالکسین متوسط تا شدید : کوآموکسی کلاو یا سفازولین + مترونیدازول	۵۰۰ mg PO qid ۶۲۵ mg PO tid ۱g IV qid ۵۰۰ mg PO bid	۵-۷ ۷-۱۰ ۷-۱۰	- سویه ها برای تعیین حضور بی هوازیها بررسی شوند.
زخمهای بعد از عمل جراحی به غیر از جراحی شکم و دستگاه ادراری	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A گاهی : - انتروباکتریاسه	خفیف : کلوکساسیلین یا سفالکسین متوسط تا شدید † : کلیندامایسین ± جنتامایسین	۵۰۰ mg PO qid ۵۰۰ mg PO qid ۳۰۰ mg PO qid ۷ mg/kg IV od	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۷-۱۰ ۷-۱۰	† در صورت بهبودی پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت ، رژیم درمانی به رژیم مرحله خفیف تبدیل شود.
زخمهای بعد از جراحی شکم و دستگاه ادراری	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک β همولیتیک گروه (A, B, C, G) - انتروکوکوک - انتروباکتریاسه - بی هوازیها	خفیف : کوآموکسی کلاو یا سفالکسین + مترونیدازول متوسط تا شدید : سفازولین + مترونیدازول	۶۲۵mg PO tid ۵۰۰ mg PO qid ۵۰۰ mg PO bid ۱ g IV qid ۵۰۰ mg PO bid	همه رژیمها ۷-۱۰	- جراحی و تخلیه زخم ممکن است مورد نیاز باشد. - در صورت بهبودی پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت مصرف دارو کاهش یابد. - سفالوسپورین ها و کلیندامایسین علیه انتروکوک ها اثری ندارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
استئومیلیت	- استافیلوکوکوس اورئوس	کلوکساسیلین + جنتامایسین	۱-۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od	۴ تا ۶ هفته	- کشت خون و استخوان توصیه می شود زیرا اغلب ، ارگانیس‌های دیگر ممکن است تشخیص داده شود. - برای درمان عفونت با باکتریهای گرم منفی جنتامایسین پیشنهاد می شود و در صورت اثبات وجود استافیلوکوکوس اورئوس قطع شود. - کلوکساسیلین + ریفامپین ۶۰۰ mg خوراکی در صورت عود مجدد مصرف شود. - تغییر نوع آنتی بیوتیک تزریقی به خوراکی در صورت بهبودی بیمار صورت گیرد (حداقل باید دو هفته آنتی بیوتیک تزریقی مصرف گردد). - کشت خون و استخوان ، قبل از اقدامات درمانی پیشنهاد می شود.
هماتوژن ناشی از تزریق وریدی داروها	- استافیلوکوکوس اورئوس - پseudomonas آئروژینوزا - گاهی کاندیدا	سفازولین + جنتامایسین حساسیت به پنی سیلین ها : وانکومایسین + جنتامایسین	۱-۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od	۶ هفته	
استئومیلیت ناشی از نارسایی عروق پا	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - گونه انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas - بی هوازیها	کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین شدید (تهدید کننده اندام ها) : ایمی پنم + پیپراسیلین - تازوباکتام	۳۰۰ mg PO qid ۵۰۰-۷۵۰ mg PO bid ۵۰۰ mg IV qid ۴/۵ mg IV tid در صورت مشاهده پseudomonas در کشت به qid تبدیل شود. (در شرایط تحمل کلیه)	حداقل ۶ هفته حداقل ۶ هفته	- کشت عمیق از محل عفونی توصیه می شود. - با توجه به نتایج کلینیکی و بهبودی بیمار می توان نوع آنتی بیوتیک را تغییر داد. - اگر آمینوگلیکوزید استفاده می شود : • فاصله بین دوزها افزایش یابد. • نیازی به تعیین میزان کراتنین و سطح سرمی آمینوگلیکوزید نمی باشد. - دوز آنتی بیوتیک ها مطابق فعالیت و عملکرد کلیه ها تنظیم گردد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سوراخ شدگی یا توسط ناخن	<ul style="list-style-type: none"> - پسودوموناس آئروژینوزا گاهی : - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه باسیلوس - بی هوازبها 	<p>پروپیلاکسی : سیپروفلوکساسین</p> <p>درمان : توبرامیسین + پپیراسیلین - تازوباکتام</p> <p>مرحله کاهش غلایم : سیپروفلوکساسین</p>	<p>۷۵۰ mg PO bid</p> <p>۵ mg/kg IV od</p> <p>۴/۵ g IV qid</p> <p>۷۵۰ mg PO bid</p>	<p>۵-۲ هفته</p> <p>حداقل ۲ هفته</p> <p>حداقل ۲ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - جراحی و تخلیه بافت عفونی ضروری است. - قبل از شروع درمان کشت میکروبی انجام شود.
استئومیلیت بعد از عمل جراحی پیوند اعضاء مصنوعی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس ایدرمیدیس گاهی : - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس 	<p>وانکومایسین + جنتامیسین</p> <p>سفازولین + جنتامیسین</p>	<p>۱ g IV bid</p> <p>۷ mg/kg IV od</p> <p>۱-۲ g IV tid</p> <p>۷ mg/kg IV od</p>	<p>۶ تا ۸ هفته</p> <p>۴ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - وانکومایسین توزیع بافتی آهسته و در نهایت فعالیت باکتریسیدال تأخیری خواهد داشت و فقط باید برای ارگانسیم های حساس استفاده شده و مدت طولانی مصرف شود. - بهترین نتایج در موارد زیر حاصل می شود : • برداشتن قطعه مصنوعی • ۶ تا ۸ هفته درمان ضد میکروبی - در صورتی که نتوان قطعه مصنوعی را برداشت : • کوتریموکسازول + ریفامپین برای عفونت های استافیلوکوکی توصیه می شود. • درمان طولانی مدت باید انجام شود.
آرتریت روماتوئید	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه 	<p>سفازولین + جنتامیسین</p>	<p>۱-۲ g IV tid</p> <p>۷ mg/kg IV od</p>	<p>۴ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - کشت پیوند و قطعه مصنوعی قبل از درمان توصیه می شود.
آرتریت سپتیک در اثر مصرف داروی تزریقی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - پسودوموناس آئروژینوزا گاهی : کاندیدا 	<p>سفازولین + جنتامیسین</p>	<p>۱-۲ g IV tid</p> <p>۷ mg/kg IV od</p>	<p>۴ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - کشت خون و کشت از قطعه مصنوعی تهیه شود. در صورت حضور استافیلوکوک به تنهایی ، جنتامیسین قطع شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
بورسیت سپتیک	- استافیلوکوکوس اورئوس	خفیف : کلوکساسیلین سفالکسین متوسط تا شدید : سفازولین	۵۰۰ mg PO qid ۵۰۰ mg PO qid ۱-۲ g IV tid	۳ هفته ۳ هفته ۳ هفته	- مایع اولیه روزانه را آسپیره کنید. - در بورسیت مزمن به عفونت مایکوباکتریومی توجه شود.
آرتریت سپتیک بزرگسالان با مفصل طبیعی	- استافیلوکوکوس اورئوس - پسودوموناس آئروژینوزا گاهی : کاندیدا	سفازولین + جنتامایسین	۱-۲ g IV tid ۱/۵ g IV tid	۳ هفته ۳ هفته	- درناژ مفصل ضروری است. - در مورد آرتریت مزمن تک مفصلی به عفونت مایکوباکتریومی توجه شود.
گنوکوکی • کمتر از ۳۰ سال • درد و لژیون ها در چندین مفصل	- نایسریا گنوره آ	سفتو تاکسیم یا سفیکسیم	۱ g IV tid ۴۰۰ mg PO bid	۷ ۷	-
استئومیلیت بعد از جراحی جناغ سینه	- استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - انتروباکتریاسه گاهی : کورینه باکتریوم	وانکومایسین + جنتامایسین	۱ g IV bid ۱/۵ mg/kg IV tid	۶ تا ۸ هفته	- تخلیه و برداشت قسمت عفونی جناغ سینه و کشت استخوان توصیه می شود. - وانکومایسین توزیع بافتی آهسته و در نهایت فعالیت باکتریسیدال تأخیری خواهد داشت و فقط باید برای ارگانسیم های حساس استفاده شده و مدت طولانی مصرف شود. - اگر امکان حذف سیمهایی که جناغ سینه با آنها بسته شده وجود ندارد : • برای عفونت استافیلوکوکی از ریفامپین + کوتریموکسازول استفاده شود و درمان طولانی مدت باشد (چندین ماه).

دستگاه تنفس

- حاملین استرپتوکوک:** - بالای ۲۰ درصد از جمعیت افراد ممکن است حامل استرپتوکوک A بدون علامت باشند.
- حاملین مزمن اهمیتی در شیوع استرپتوکوک A نداشته و از نظر ابتلاء به تب روماتیسمی کمتر در خطر هستند.
 - حذف باکتری در حاملین بدون علامت فقط در موارد با ریسک بالا توصیه می شود مثل :
 - سابقه خانوادگی تب روماتیسمی
 - شیوع تب روماتیسمی در جامعه
 - شیوع فارنژیت در محیط بسته
 - تکرار انتقال بین خانواده ها
 - کشت های متعدد (بیشتر از ۳ سال) اپیزود فارنژیت بدون علامت را ثابت می کند.

فارنژیت :

- در موارد بسیاری ، عامل بیماری فارنژیت ، ویروس بوده و نیازی به درمان آنتی بیوتیکی نمی باشد.
- در صورت ایجاد بیماری با عامل ویروسی علایمی همچون : کنژونکتیویت ، سرفه ، آبریزش بینی ، گرفتگی صدا دیده می شوند.
- فارنژیت با عامل استرپتوکوک گروه A در بچه های سنین ۵ تا ۱۵ سال رایج است.
- مایکوپلاسما پنومونیه و کلامیدیا پنومونیه نیز مطرح بوده ولی درمان تجربی برای این ارگانسیمها پیشنهاد نمی شود.
- گاهی فارنژیت توسط استرپتوکوک گروه C و G و آرکانوباکتریوم همولیتیکوم به وجود می آید. آرکانوباکتریوم همولیتیکوم باعث فارنژیت در سنین ۱۲ تا ۳۰ سال می شود.
- در تعدادی بیماران ، راشها به فرم مخملکی دیده می شو د.
- سوآب گلو تهیه شود.
- تست سریع تشخیص آنتی ژن استرپتوکوک گروه A پیشنهاد نمی شود (حساسیت پایین و نتایج منفی باید با کشت میکروبی ثابت شود).
- درمان براساس مشاهدات بالینی :
 - استرپتوکوک گروه A خود محدود شونده است (۳ تا ۴ روز).
 - درمان آنتی بیوتیکی را می توان تأخیر انداخت تا جواب کشت آماده شود بدون آنکه تب روماتیسمی ایجاد شود.
 - تأخیر در درمان آنتی بیوتیکی ممکن است میزان عفونت را کاهش دهد.
 - به غیر از موارد زیر نیازی به انجام کشت نمی باشد :
 - سابقه فامیلی تب روماتیسمی
 - شیوع فارنژیت در یک جمعیت بسته
 - شیوع تب روماتیسمی
 - تکرار انتقال بین خانواده ها

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
فارنژیت حاد	- استرپتوکوک گروه A	پنی سیلین V پتاسیم در صورت حساسیت : اریترومايسين	یا ۳۰۰ mg PO tid ۶۰۰ mg PO bid ۲۵۰ mg PO qid	۱۰ ۱۰	- در محیط خارج از بدن مقاومت به پنی سیلین دیده نشده است. - بیش از ۵ درصد مقاومت به ماکرولیدها دیده شده است. - کوتریموکسازول بر روی استرپتوکوک گروه A اثر ندارد. - کینولون ها و سفالوسپورین ها به علت طیف اثر وسیع و افزایش میزان مقاومت باکتریایی تجویز شوند.
اگر پس از ۷۲ ساعت به درمان جواب ندهد یا عود بیماری سریع باشد	- استرپتوکوک گروه A	کلیندامایسین یا اریترومايسين	۳۰۰ mg PO tid ۲۵۰ mg PO qid	۱۰ ۱۰	- بیش از ۵٪ استرپتوکوک گروه A به ماکرولیدها مقاومند.
عود بیماری ویروسی	- استرپتوکوک گروه A	پنی سیلین V پتاسیم حساس به پنی سیلین ها : اریترومايسين	یا ۲۰۰ mg PO tid ۶۰۰ mg PO bid ۲۵۰ mg PO qid	۱۰ ۱۰	- ادامه پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک پیشنهاد نمی شود.
فارنژیت در حاملین بدون علامت	- استرپتوکوک گروه A	درمان نیاز ندارد. در هنگام ربسک بالا : پنی سیلین V پتاسیم یا ریفامپین	۳۰۰ mg PO tid ۳۰۰ mg PO qid	۱۰ ۴	-
عفونت فضای اطراف حلقی	چند میکروبی : - گونه استرپتوکوک - بی هوازیها - ایکنلا کورودنس	درناژ + پنی سیلین مترونیدازول حساسیت به بتالاکتام ها : کلیندامایسین	۳-۴ MU IV qid ۵۰۰ mg PO bid ۶۰۰ mg IV tid	۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴	-
فارنژیت بدون علامت	- نایسریا گونه آ	سفیکسیم سیپروفلوکساسین + آزیترومایسین	۴۰۰ mg PO ۵۰۰ mg PO ۱ g PO	تک دوز تک دوز تک دوز	- همه رژیم های درمانی باید عفونت کلامیدایی را پوشش دهند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیاه سرفه	- بوردتلا پرتوسیس	اریترومايسين يا آزیترومایسین	۵۰۰mg PO qid ۵۰۰ mg روز اول و روز دوم به بعد ۲۵۰mg (روزانه) ۲۵۰-۵۰۰mg bid Two tab bid	۱۰ ۵ ۱۰ ۱۰	- بوردتلا پرتوسیس باعث سرفه های پایدار (۱۴ روز \geq) در افراد بزرگسال می شود.
عفونت حاد گوش میانی	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا - موراکسلا کاتارالیس - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A	آموکسی سیلین در صورت حساسیت : کوتریموکسازول	۵۰۰mg PO tid Two tab bid	۱۰ ۱۰	- ۲۱ درصد سوبه های استرپتوکوکوس پنومونیه به کوتریموکسازول مقاومند.
در صورت شکست درمان با داروهای خط اول درمان	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا - موراکسلا کاتارالیس - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A	کو-آموکسی کلاو یا سفوروکسیم آکستیل در صورت حساسیت : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	۶۲۵ mg PO tid ۵۰۰ mg PO bid روز اول ۵۰۰mg و روز دوم به بعد ۲۵۰ mg ۲۵۰-۵۰۰ mg PO bid	۱۰ ۱۰ ۵ ۱۰	- درصد مقاومت به استرپتوکوکوس پنومونیه : ● ۱۷/۴٪ درصد نیمه حساس به پنی سیلین ● ۱۳٪ مقاوم به پنی سیلین - برای موارد نیمه حساس به پنی سیلین ، آموکسی سیلین بیشترین فعالیت را نسبت به همه عوامل بتالاکتام خوراکی دارد.
عفونت مزمن گوش میانی ایجاد شده در بیمارستانها	- استافیلوکوکوس اورئوس - پسودوموناس آئروژینوزا - انتروباکتریاسه - بی هوازیها	درمان براساس شواهد کلینیکی بیمار انجام می شود.	-	-	- مشاوره گوش و حلق و بینی برای تمپانوستز یا جراحی توصیه می شود.
عفونت گوش خارجی پیش رونده	- پسودوموناس آئروژینوزا	برداشت قسمت عفونی + پیپراسیلین + توبرامایسین	۴ g IV qid ۷mg/kg IV od	۶ هفته	- بیشتر موارد در دیابتی ها دیده می شود. - CT اسکن پیشنهاد می شود.

سینوزیت

- بیشترین عامل مستعد کننده فرد به سینوزیت ، عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی است.
- بیش از ۱۰ درصد سینوزیت مربوط به بیماریهای لته می باشد.

پیشگیری :

- با شستشوی کامل دستها از پخش عفونتهای ویروسی جلوگیری کنید.
- مصرف سیگار و یا حضور در محیط دودآلود ، فرد را برای ابتلاء به این بیماری مستعد می کند.
- از مواد حساسیت زا دوری کنید.
- سینوزیت با عامل باکتریایی دارای علائم زیر می باشد :
- علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی که حداقل ۱۰ روز طول کشیده باشد.
- علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی بعد از ۵ روز بدتر می شود.
- دندانهای فوقانی دچار درد می شوند.
- ترشح چرکی از بینی خارج می شود.
- پاسخ به دکونژستانت ها ضعیف می شود.
- کشت های نازوفارنکس در تشخیص پاتوژنهای سینوس مفید نمی باشد.
- عکسبرداری با اشعه X پیشنهاد نمی شود چون اختلاف بین عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی و سینوزیت باکتریایی تشخیص داده نمی شود.
- CT اسکن فقط زمانی توصیه می شود که سینوزیت حاد / مزمن همراه با عارضه به درمان وسیع پاسخ نداده باشد.
- MRI به خاطر ضعف در تشخیص استخوانها توصیه نمی شود.
- مایکوپلاسما پنومونیه و کلامیدیا پنومونیه در سینوزیت حاد می توانند عامل بیماری را باشند ولی عامل اصلی به شمار نمی آیند. درمان تجربی برای این ارگانسیم ها توصیه نمی شود.
- درمان با دکونژستانت های موضعی و سیستمیک و شستشو و غرغره با محلول نمکی می تواند مفید باشد.
- آنتی هیستامین ها در درمان سینوزیت حاد نقشی ندارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سینوزیت حاد	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - موراکسلا کاتارالیس گاهی : <ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیها 	آموکسی سیلین حساسیت به پنی سیلین : کوتریموکسازول	۵۰۰ mg PO tid	۱۰	<ul style="list-style-type: none"> - آموکسی سیلین هنوز بهترین بتالاکتام خوراکی می باشد که علیه استرپتوکوکوس پنومونیه نیمه حساس به پنی سیلین مؤثر است. - حدود ۲۱ درصد مقاومت نسبت به کوتریموکسازول در استرپتوکوکوس پنومونیه دیده شده است. به عنوان خط دوم در افراد حساسیت به پنی سیلین استفاده می شود. - بررسیها ، سودمندی درمان کوتاهتر تا سه روز را نشان داده اند.
			Two tab bid	۱۰	
شکست خط اول درمان • بدتر شدن علائم کلینیکی بعد از ۷۲ ساعت • عدم بهبودی پس از درمان اولیه	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - موراکسلا کاتارالیس گاهی : <ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیها 	کوآموکسی کلاو یا سفوروکسیم آکستیل حساسیت به پنی سیلین : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	۶۲۵ mg PO tid	۱۰	<ul style="list-style-type: none"> - به میکروارگانسیم های مقاوم ، خصوصاً استرپتوکوکوس پنومونیه مقاوم به پنی سیلین و هموفیلوس آنفلوآنزا مولد بتالاکتاماز توجه شود.
			۵۰۰ mg PO bid	۱۰	
			۲۵۰ mg و ۵۰۰mg روز اول و روزهای دوم تا پنجم	۵	
			۵۰۰ mg PO bid	۱۰	
عود مجدد سینوزیت • بیش از ۴ بار در سال و هر بار بیشتر از ۱۰ روز طول می کشد. • تمایز کامل بین ایبزودها	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - موراکسلا کاتارالیس گاهی : <ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - بی هوازیها 	کوآموکسی کلاو حساسیت به پنی سیلین ها : کوتریموکسازول	۵۰۰ mg PO tid	۱۰	<ul style="list-style-type: none"> - در صورتی که بیشتر از ۴ بار در سال مشاهده گردید ، به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه شود.
			Two tab bid	۱۰	

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سینوزیت مزمن علائم بیشتر از ۱۲ هفته طول بکشند	- بی هوازیها گاهی : - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا - موراکسلا کاتارالیس - استرپتوکوک گروه A - انتروباکتریاسه ها	کو-آموکسی کلاو حساسیت به پنی سیلین ها : کلیندامایسین	۶۲۵ mg PO tid ۳۰۰ - ۴۵۰ mg PO qid	۳ هفته ۳ هفته	- تکرار آنتی بیوتیک در صورت عدم درمان توصیه نمی شود ، بنابراین به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه شود.
سینوزیت اکتسابی از بیمارستان	- انتروباکتریاسه ها - گونه پseudomonas - گونه آسینتوباکتر - استافیلوکوکوس اورئوس - مخمرها	کلیندامایسین IV/PO سیپروفلوکساسین شدید : پیپراسیلین _ تازوباکتام یا ایمی پنم	۳۰۰ mg PO qid یا ۶۰۰ mg IV tid ۵۰۰ - ۷۰۰ mg PO qid ۴/۵ g IV qid ۵۰۰ mg IV qid	۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰	- اگر کمتر از ۴ روز از زمان بستری شدن ، بیماری ایجاد شود به سینوزیت حاد مراجعه گردد. - اگر pseudomonas یا آسینتوباکتر کشت شود درمان ترکیبی با توبرامايسین انجام شود. - در صورت مشاهده مخمر در کشت گرم از مواد آسپیره شده سینوس ، باید فلوکونازول به درمان افزوده شود.
ماستوئیدیت حاد ماستوئیدیت مزمن	چند میکروبی : - بی هوازیها - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه گونه pseudomonas	به اوتیت مدیا مراجعه شود. به اوتیت مدیا مراجعه شود.			

برونشیت

- درصد بالایی از برونشیت حاد در بزرگسالان و بچه ها عامل ویروسی دارد.
- خلط سبز / زرد نشان دهنده واکنشهای التهابی می باشد.
- سرفه های طولانی مدت (بیش از ۳ هفته) در برونشیت حاد ویروسی غیر عادی نیست (۴۵٪ بیماران تا ۲ هفته و ۲۵ درصد تا بیش از ۳ هفته سرفه می کنند).
- افتراق سیاه سرفه از برونشیت حاد مشکل بوده و از علایم بارز آن سرفه های مداوم همراه استفراغ می باشد.
- مایکوپلاسما پنومونیه و کلامیدیا پنومونیه جدا سازی شده ولی کاملاً به عنوان پاتوژنهای برونشیت حاد شناخته نشده اند. درمان تجربی آنها توصیه نمی شود.
- در بیشتر بیماران معاینه مستقیم تنفسی طبیعی می باشد (تعداد کمی از بیماران خس خس سینه دارند).
- عکسبرداری با اشعه از قفسه سینه هیچ نشانه ای از پنومونی نمی دهد و غیر از موارد زیر توصیه نمی شود :
- علایم بدتر شده یا علایم جدید به وجود آیند (نفس تنگی ، تب مداوم ، استفراغ)
- سرفه بیش از یک ماه
- عود مجدد بیش از ۳ بار در سال

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
برونشیت حاد	- ویروسی	- درمان آنتی بیوتیک توصیه نمی شود. - راهکارهای درمانی : • افزایش رطوبت • کاهش سیگار • ضد سرفه ها ممکن است علایم را کاهش دهند ولی طول و دوره درمان را کاهش نمی دهد. - داروهای بازکننده برونش به طور روتین استفاده نمی شوند ولی ممکن است برای کاهش سرفه مناسب باشند.			- متاتالیزها نشان داده که درمان آنتی بیوتیکی فایده ای برای بیماران مبتلا به برونشیت حاد ندارد. - کورتیکواستروئیدها (اسپری / خوراکی) توصیه نمی شود زیرا شواهد کافی برای تأیید استفاده از آنها وجود ندارد. - اکسیژن ترانسپورت پیشنهاد نمی شود. - افزایش مناسب آب بدن مؤثر است.
برونشیت ACEB (حاد بدتر شده) بیش از ۴ بار عفونت در سال بر روی آن سوار شده باشد	- هموفیلوس آنفلوانزا - استرپتوکوکوس پنومونیه - موراکسلا کاتارالیس - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس	سفوروکسیم آکستیل کو آموکسی کلاو حساس به پنی سیلین : آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	۲۵۰-۵۰۰ mg PO bid ۶۲۵ mg PO tid ۲۵۰ mg روز اول و ۵۰۰ mg چهار روز بعدی (تک دوز) ۲۵۰-۵۰۰ mg PO bid	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۵ روز ۷-۱۰	- شکست درمان با آنتی بیوتیک های خط اول یعنی : • عدم رفع علایم بعد از ۱۰ روز درمان آنتی بیوتیکی • بدتر شدن علایم بیماری پس از ۷۲ ساعت درمان - سیپروفلوکساسین برای استرپتوکوکوس پنومونیه مناسب نیست و به طور روتین در برونشیت ACEB نباید مصرف شود. ولی چون علییه پسودوموناس آنتروژینوزا بهترین اثر را دارد وقتی برونشیت ACEB در ارتباط با این ارگانیسم بیماریزا باشد ، استفاده گردد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی اکتسابی از بیمارستان پس از ۴ روز از زمان بستری شدن ایجاد شود	- انتروباکتریاسه	سفوتاکسیم + جنتامایسین	۱ g IV tid ۷ mg/kg IV od	۱۰-۱۴	- اگر در مدت کمتر از ۴ روز از زمان بستری شدن پنومونی ایجاد شود ، شبیه به پنومونی اکتسابی از جامعه باید عمل نمود. - در صورت بروز بیماری توسط استافیلوکوکوس اورئوس باید از آنتی بیوتیک های دیگر استفاده نمود.
در موارد : • کما • دیابتی ها • ضربه مغزی	- انتروباکتریاسه - استافیلوکوکوس اورئوس	کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین	۶۰۰ mg IV tid ۵۰۰-۷۵۰ mg PO bid	۱۰-۱۴	-
در صورت استفاده از ونتیلاتور یا مصرف چندین آنتی بیوتیک	- انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas - گونه اسپیتوباکتر بندرت : - استافیلوکوکوس اورئوس	کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین	۶۰۰ mg IV tid یا ۳۰۰ mg PO qid ۵۰۰-۷۵۰ mg PO bid	۱۴	- سیپروفلوکساسین نسبت به فلوروکینولونها بر روی pseudomonas اثر بهتری دارد. - در صورت اثبات وجود pseudomonas از دو عامل ضد pseudomonas به صورت همزمان استفاده شود.
پنومونی اکتسابی از جامعه با شدت متوسط	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - موراکسلا کاتارالیس - استرپتوکوک گروه A - انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه - گونه لژیونلا	بدون عوامل مستعد کننده : داکسی سایکلین یا آزیترومایسین با وجود عوامل مستعد کننده : سفوروکسیم آکستیل + آزیترومایسین	۲۰۰ mg روز اول و ۱۰۰ mg روزهای بعدی یکبار در روز ۵۰۰ mg روز اول و ۲۵۰ mg روزهای بعد یکبار در روز ۵۰۰ mg PO bid ۲۵۰ mg روز اول ۵۰۰ mg روزهای بعد یکبار در روز	۱۰-۱۴ ۵ ۱۰-۱۴ ۵	- ماکرولیدها بر روی باکتریهای پنوموکوکی تأثیر ندارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی اکتسابی از جامعه (بقیه) حالت شدید	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - گروه انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه - گونه لژیونلا	سفوتاکسیم + آزیترومایسین	۱ g IV tid ۵۰۰ mg روز اول ۲۵۰ mg روزهای بعد یکبار در روز	۱۴-۱۰ ۵	- در افراد با نقص ایمنی باید به هانتا ویروس ها ، پسودوموناس و مایکوباکتریوم توبرکلوزیس توجه داشت. - حالات شدید بیماری شامل : • فشار O _۲ کمتر از ۶۰ mmHg • تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه • حفره دار شدن چند لوبی
پنومونی اکتسابی در موارد پرستاری در منزل	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه در صورت آسپیراسیون : - بی هوازیهای دهانی	خفیف تا متوسط : سفوروکسیم آکستیل + اریترومایسین شدید : سفوتاکسیم + آزیترومایسین	۵۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO bid ۱ g IV tid ۵۰۰ mg روز اول و ۲۵۰ mg روزهای بعد یکبار در روز	۱۴-۱۰ ۱۰-۱۴ ۱۰-۱۴ ۵	- در صورتیکه تزریق عضلانی نیاز است از سفتریاکسون ۱ گرمی یکبار در روز استفاده شود. - در صورتیکه بیمار اریترومایسین را تحمل نکند از آزیترومایسین استفاده گردد. - در صورت استفاده از ونتیلاتور و یا استفاده قبلی از آنتی بیوتیک های وسیع الطیف باید به حضور پسودوموناس توجه داشته و آنتی بیوتیک های ضد آن تجویز گردد.
پنومونی بیماران جوان بدون عامل مستعد کننده	- استرپتوکوکوس پنومونیه - مایکوپلازما پنومونیه - کلامیدیا پنومونیه	داکسی سایکلین یا اریترومایسین یا آزیترومایسین	۲۰۰ mg روز اول روزهای بعدی ۱۰۰ mg یکبار در روز ۵۰۰ mg PO qid ۲۵۰ mg روز اول ۲۵۰ mg روزهای بعدی یکبار در روز	۱۰ ۱۰ ۵	-
سیگاری ها و یا بیماران دارای عفونتهای مزمن ریوی	- استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - مایکوپلازما پنومونیه - کلامیدیا پنومونیه	داکسی سایکلین یا آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	روز اول ۲۰۰ mg روزهای بعدی ۱۰۰ mg ۵۰۰ mg روز اول روزهای بعدی یکبار در روز ۲۵۰ mg ۵۰۰ mg روز اول روزهای بعدی یکبار در روز ۲۵۰ mg ۵۰۰ mg PO bid	۱۰ ۵ ۱۰	- عوامل مستعد کننده از قبیل : آسم ، سرطان ریه ، دیابت ، بیماریهای کبدی و کلیوی ، اجبار به استفاده از کورتیکواستروئیدها ، بستری در بیمارستان تا حدود ۳ ماه قبل ، سوء تغذیه.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی بیماران مسن سرپایی با عامل مستعد کننده	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - موراکسلا کاتارالیس - انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه 	<ul style="list-style-type: none"> - سفوروکسیم آکستیل + - اریترومايسين 	<ul style="list-style-type: none"> ۵۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO qid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ ۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> - در مورد بیمارانی که نیاز به بستری شدن دارند برای محاسبه شدت بیماری رویه زیر توصیه می شود: - تست CBC، گرافی رخ و نیمرخ از قفسه سینه، گلوکز، الکترولیت ها، کراتی نین، ALT، رنگ آمیزی گرم خلط و مشاهدات کلینیکی - کشت خون
بستری در بیمارستان	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - موراکسلا کاتارالیس - انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه 	<ul style="list-style-type: none"> - سفوروکسیم آکستیل + - اریترومايسين 	<ul style="list-style-type: none"> ۵۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO qid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ ۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> - در پنومونی با عامل کلبسیلا باید از درمان ترکیبی با چند آنتی بیوتیک استفاده نموده و دوره درمان حداقل ۱۴ روز باشد. - در صورت عدم تحمل به اریترومايسين از آزیترومايسين و یا کلاریترومايسين استفاده شود.
بیماران مسن بدون عامل مستعد کننده	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - استافیلوکوکوس اورئوس - موراکسلا کاتارالیس - انتروباکتریاسه - کلامیدیا پنومونیه 	<ul style="list-style-type: none"> - داکسی سایکلین یا - آزیترومايسين یا - کلاریترومايسين 	<ul style="list-style-type: none"> ۲۰۰ mg روز اول ۱۰۰ mg روزهای بعد ۵۰۰ mg روز اول و ۲۵۰ mg روزهای بعد ۲۵۰ - ۵۰۰ mg PO bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰ ۵ ۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> - در پنومونی با عامل کلبسیلا باید از درمان ترکیبی چند آنتی بیوتیکی استفاده شود و دوره درمان حداقل ۱۴ روزه باشد.
پنومونی آسپیراسیون					
<ul style="list-style-type: none"> - اغلب در بیماران دارای نقص ایمنی ایجاد می شود. - عوامل مستعد کننده پنومونی: • سطح هوشیاری پایین • بلع سخت • بیماریهای لته • جسم مکانیکی داخل بدن (لوله ها و ...) • شروع ناگهانی علایم (سرفه، خلط، تب) - آبسه / آمپیم ممکن است بین ۱ تا ۲ هفته ادامه یابد و ۵۰ درصد بیماران خلط بدبو داشته باشند. 					

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پنومونی اسپیراسیون الف - اکتسابی از جامعه بدون فاکتور مستعد کننده	<ul style="list-style-type: none"> - بی هوازیهای دهانی - گونه استرپتوکوک - ایکتلا کوردنس 	پنی سیلین + مترونیدازول حساسیت به پنی سیلین : کلیندامایسین	۳MU IV qid ۵۰۰mg PO bid	۱۰ - ۱۴	-
			یا ۶۰۰mg IV tid ۳۰۰ mg PO qid	۱۰ - ۱۴	
ب - اکتسابی از بیمارستان	چند میکروبی : <ul style="list-style-type: none"> - بی هوازیهای دهانی - اترئوباکتریاسه ها - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوکوس پنومونیه - هموفیلوس آنفلوآنزا - موراکسلا کاتارالیس 	کوآموکسی کلاو شدید / ICU : کلیندامایسین + سیپروفلوکساسین	۶۲۵ mg PO tid	۱۰ - ۱۴	- اگر بیمار از ونتیلاتور استفاده کرده یا قبلاً آنتی بیوتیک مصرف نموده است باید به پسودوموناس مشکوک بود.
			۳۰۰ mg PO qid ۵۰۰-۷۵۰ mg PO bid	۱۰ - ۱۴	
ج - اکتسابی از جامعه با فاکتور مستعد کننده	-	-	-	-	- شیبه به پنومونی اسپیراسیون اکتسابی از بیمارستان
آبسه های ریوی	بی هوازیهای دهانی : <ul style="list-style-type: none"> - گونه فوزوباکتریوم - گونه پرووتلا - گونه پورفیروموناس - پیتواستریپتوکوک ها - ایکتلا کوردنس - گونه استرپتوکوک 	کلیندامایسین یا پنی سیلین + مترونیدازول	یا ۶۰۰ mg IV tid ۳۰۰mg IV tid	۳ تا ۶ هفته	- باید به حضور مایکوباکتریوم توپرکلوزیس و قارچها نیز توجه داشت خصوصاً آنکه حفره های ریوی بدون جریان هوا باشند.
			۳ MU IV qid ۵۰۰mg PO bid	۳ تا ۶ هفته	
آمپیم حاد (معمولاً در ارتباط با پنومونی است)	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک گروه A - هموفیلوس آنفلوآنزا 	سفوروکسیم آکستیل	۵۰۰ mg PO bid	۲ تا ۴ هفته	- کشت آزمایشگاهی توصیه می شود. - تجویز آنتی بیوتیک براساس مشاهدات کلینیکی آزمایشگاهی باشد. - در صورتیکه عامل ، استافیلوکوکوس اورئوس باشد سفتریاکسون یا سفوتاکسیم تجویز می شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
آمپیم مزمن	- بی هوازیهای دهانی - گونه فوزوباکتریوم - گونه پورفیروموناس - گونه پرووتلا - گونه پیتواستریتوکوک - گونه استریتوکوک - انتروباکتریاسه ها	سفوروکسیم آکستیل + مترونیدازول	۵۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO bid	۳ تا ۶ هفته	- درناژ ریه با لوله توصیه می شود. - دکورتیکه کردن از راه جراحی توصیه می شود. - کشت آزمایشگاهی انجام شود. - وجود سل را باید رد کرد.
پنومونی پنوموسیستیس کارینی	- پنوموسیستیس کارینی	کوتریموکسازول مواردیکه کورتیکواستروئید مصرف می شود: پردنیزون سپس پردنیزون سپس پردنیزون	۲۰/۱۰۰ mg/kg در ۲ یا ۳ دوز منقسم PO ۴۰ mg PO bid ۴۰ mg PO od ۲۰ mg PO od	۲۱ ۵ ۵ ۱۱	- مواردی که کورتیکواستروئید باید مصرف شود: • فشار اکسیژن کمتر از ۷۰ میلی متر جیوه (در هوای اتاق) • اختلاف فشار اکسیژن ریوی نسبت به جریان خون بیش از ۳۵ میلیمتر جیوه باشد.
پیشگیری از پنومونی پنوموسیستیس کارینی	- پنوموسیستیس کارینی	کوتریموکسازول یا داپسون یا پنتامیدین	One tab od (دوشنبه، چهارشنبه، جمعه هر هفته) یا ۱۰۰ mg PO یا ۴ mg/kg IV اُروسل هر ۴ هفته	طولانی مدت طولانی مدت طولانی مدت	- در افراد با $CD_4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ زمان طولانی مصرف شود. - کوتریموکسازول و داپسون از نوکسوپلاسمازول نیز پیشگیری می کنند. - کوتریموکسازول از بسیاری عفونت‌های باکتریایی پیشگیری می کند. - در موارد زیر پیشگیری از پنومونی پنوموسیستیس کارینی پیشنهاد می شود: • بیماران ایدزی با $CD_4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ • وجود جسم خارجی در استخوان بیش از ۱۲ ماه • بیمارانی که دوز بالایی از کورتیکواستروئیدها را مصرف می کنند. • افراد با نقص ایمنی

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سل (TB)	- مایکوباکتریوم توبرکلوزیس	ایزونیازید + ریفامپین + پیرازین آمید + اتامبوتول + پیریدوکسین (ویتامین B6)	۵mg/kg PO od (ماکزیمم تا دوز ۳۰۰) ۱۰ mg/kg PO od (ماکزیمم تا ۶۰۰) ۳۰mg/kg PO od (ماکزیمم تا ۲ گرم) ۲۰ mg/kg PO od ۲۵ mg PO od	طول درمان به حساسیت بیمار، نتایج داروها، اثرات و عوارض بیماری وابسته است.	- سمیت دارو را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید: • بر پایه CBC • شمارش پلاکت • آزمایش ادرار • کراتی نین سرم - پیریدوکسین (ویتامین B6) همراه با ایزونیازید داده می شود تا نوروپاتی محیطی کاهش یابد.

- در این موارد احتمال بروز سل بررسی شود:
 - سرفه های بیش از ۳ هفته
 - تب و عرق شبانه
 - کاهش وزن
- در موارد زیر احتمال خطر ابتلاء وجود دارد:
 - در مناطق بومی بیماری
 - احتمال ایجاد سل در خارج از خانه بیشتر است.
 - در افراد مسن عکس رادیولوژی از لوب بالایی دستگاه تنفس، حفره ها و یا ندولهای فیبروز را نشان دهد.
- تا زمانی که تعداد باسیلهای مقاوم اسید در نمونه خلط بیمار منفی نشده، بیمار ایزوله بماند.
- اگر خلط بیمار حاوی باسیلهای مقاوم به اسید باشد باید درمان شروع شده و به سازمان بهداشت گزارش شود.
- درمان بیمار کاملاً تحت نظر سازمان بهداشت و درمان باشد.
- اگر سابقه درمان قبلی سل داشته و یا با سل مقاوم به دارو برخورد کردید، به عنوان یک سل ویژه مشاوره کنید.

دستگاه گوارش

پریتونیت

– در موارد زیر عفونت انتروکوککی ایجاد می شود :

- جراحی کولون
- عفونت کبدی / کیسه صفراوی / لوزالمعده (خطر باکتری می انتروکوککی) افزایش می یابد.
- بیمارانی که دارای بیماری مزمن بوده و یا دچار ضعف سیستم ایمنی هستند.
- مصرف قبلی آنتی بیوتیک ها (به طور مثال در پیشگیری قبل از جراحی)
- زمانی که انتروکوک ، ارگانسیم غالب در محیط کشت باشد.

طول درمان

- بدون عارضه و کوتاه مدت (۳ تا ۵ روز) :
- سوراخ شدگی معده یا روده که توسط عمل جراحی ، در ۲۴ ساعت گذشته بوجود آمده باشد.
- ضربه ناشی از جراحی تا زمانی که ۱۲ ساعت از جراحی گذشته باشد.
- عفونتهای عارضه دار و پایدار داخل شکمی (حداقل ۷ روز) تا زمانی که :
- بدون تب شدید
- WBC نرمال
- عدم تجمع مایع

پروفیلاکسی

- در ۵ تا ۲۵ درصد بیماران سیروزی بدنبال آسیت ، پریتونیت خود به خودی ایجاد می شود.
- پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک ها ، ایپزودهای اولیه / راجعه پریتونیت خود به خودی را کاهش می دهد ولی کاهش بروز بیماری با انجام پروفیلاکسی در بیمارستان ثابت نشده است.
- پروفیلاکسی طولانی مدت با آنتی بیوتیک ها باعث افزایش حاملین چند مقاومتی می شود.
- در بیماران سیروزی از مصرف آمینوگلیکوزیدها باید اجتناب کرد. کینولون ها به عنوان جانشین ، انتخاب شده و ممکن است برای باکترهای گرم مثبت تجویز شوند.

اسهال ناشی از مصرف آنتی بیوتیک ها

- این اسهال در هنگام مصرف بیش از دو ماه برخی آنتی بیوتیک ها (خصوصاً کلیندامایسین و سفالوسپورین) ایجاد می شود.
- گاهی این اسهال ۷۲ ساعت پس از بستری شدن در بیمارستان ایجاد می شود.
- نمونه مدفوع را از لحاظ توکسین کلستریدیوم دیفیسیل باید بررسی نمود (کشت پیشنهاد نمی شود) ، در صورت منفی بودن نتیجه و ادامه اسهال باید نمونه های مدفوع دیگری به دنبال آن بررسی شود.
- در صورت امکان ، مصرف آنتی بیوتیک قطع شود. اگر این موضوع امکان ندارد می توان آنرا با آنتی بیوتیک دیگری که اسهال ایجاد نمی کند تعویض نمود. (مثل آمینوگلیکوزیدها ، کینولون ها ، کوتریموکسازول ، تتراسایکلین و یا مترونیدازول).
- از داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید و یا دیفنوکسیلات استفاده نشود.
- وانکومایسین تزریقی در درمان اینگونه اسهالها تأثیری ندارد. مترونیدازول تزریقی فقط گاهی برای مگاکولون شدید یا سمی مصرف می شود. وانکومایسین در موارد زیر تجویز گردد :
- شکست درمان و یا بدتر شدن علائم در هنگام درمان با مترونیدازول
- مگاکولون سمی
- غیر قابل تحمل بودن عوارض جانبی در اثر مصرف مترونیدازول
- در صورت عود بیماری هنگام درمان همراه با افزودن ریفامپین ۱۰ روزه (۳۰۰ mg PO bid)
- عامل بیماری ، به وانکومایسین یا مترونیدازول حساس باشد.

زخم معده یا زخم اثنی عشر ایجاد شده با هلیکوباکتر پیلوری :

- حتماً باید ۸۵ تا ۹۰ درصد باکتریها از بین بروند تا باعث کاهش گسترش مقاومت میکروبی گردد.
- از رژیم های درمانی تک آنتی بیوتیکی بپرهیزید (باعث القاء مقاومت در باکتری می شود).
- بیشتر از یک مرحله درمان آنتی بیوتیکی مناسب نیست.
- در اولسرها بدون عارضه ، استفاده از داروهای ضد ترشح اسید (آنتاگونیست های H₂ و یا مهارکننده پمپ پروتونی) بعد از درمان هلیکوباکتر پیلوری مناسب نیست. در صورت وجود اولسر عارضه دار (سوراخ شدگی ، خونریزی ، انسداد) ۴ تا ۶ هفته مصرف داروهای ضد ترشح اسید ، بعد از درمان هلیکوباکتر پیلوری توصیه می شود.

درمان مؤثر در حذف هلیکوباکتر پیلوری در بیماران زیر تثبیت نمی شود :

- افرادی که رفلاکس معده به مری دارند.
- افرادی که رفلاکس معده به مری دارند.
- افرادی که مصرف داروهای NSAID در آنها باعث ناراحتی معده می شود.
- افرادی که تاریخچه خانوادگی ابتلاء به هلیکوباکتر پیلوری دارند.
- افرادی که سوء هاضمه بدون زخم معده یا اثنی عشر دارند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پریتونیت ثانویه • آبسه ها • سوراخ شدن روده • پاره شدن آپاندیس	چند میکروبی : - انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - بی هوازیها - گونه استرپتوکوک - گونه کاندیدا	آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول در صورت حساسیت : کلیندامایسین + جنتامایسین شکست درمان : ایمی پنم یا پیپراسیلین - تازوباکتام مرحله خفیفتر درمان : کوآموکسی کلاو	۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od ۵۰۰ mg PO bid ۶۰۰ mg IV tid ۷ mg/kg IV od ۵۰۰ mg IV qid ۴/۵ g IV tid ۶۲۵ mg PO tid	طول درمان به تصویر کلینیکی بستگی دارد. طول درمان به تصویر کلینیکی بستگی دارد. طول درمان به تصویر کلینیکی بستگی دارد.	- این رژیم درمانی بر انتروکوکها اثر ندارد. - از زمانی که بهبود کلینیکی حاصل شود می توان درمان را به شکل خوراکی تبدیل نمود.
پریتونیت ثالثیه	- پسودوموناس آئروژینوزا - استافیلوکوک کوآگولاز منفی - انتروکوکوس فیسیوم - گونه کاندیدا	درمان براساس نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی	-	-	- همه آبسه ها به درناژ نیاز دارند. - پریتونیت پایدار در بیماران با اختلال عمل در اندامها و یا دارای نقص ایمنی اغلب به آنتی بیوتیک ترابی پاسخ می دهد. - درمان تا زمانی که بیمار بدون تب ، WBC نرمال و بدون مایع چرکی باشد ادامه می یابد.
پریتونیت ناشی از دیالیز	- استافیلوکوک کوآگولاز منفی - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه	سفازولین + جنتامایسین	به ازای هر بار تعویض ۵۰۰ mg/l سپس ۱۲۵ mg/l داخل پریتون تزریق شود. روز اول ۲ mg/kg و روز دوم ۱ mg/kg	-	- اگر عامل بیماریزا ، استافیلوکوکوس اورئوس باشد باید آنرا از حاملین بینی حذف نمود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پریتونیت باکتریایی خود به خودی	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه معمولاً: - استرپتوکوکوس پنومونیه - گونه استرپتوکوک 	<p>درمان :</p> <p>سفو تا کسیم</p> <p>پرو فیلاکسی :</p> <p>کو تری مو کسازول</p> <p>جایگزین :</p> <p>سیپرو فلو کس اسین</p>	<p>۱ g IV tid</p> <p>Two tab bid</p> <p>۷۵۰mg PO</p>	<p>۵ روز تا ۱ هفته</p> <p>دوشنبه تا پنجشنبه</p> <p>(۵ روز در هفته)</p> <p>هر هفته</p>	<p>- کشت از خون و صفاق توصیه می گردد.</p> <p>- پریتونیت خود به خودی باکتریایی معمولاً تک میکروبی می باشد.</p> <p>عفونتهای چند میکروبی اصولاً از سوراخ شدن روده منشاء می گیرند (به پریتونیت ثانویه مراجعه شود).</p> <p>- به علت کاتترهای داخل رگی / داخل مجاری ادراری ممکن است خطر عفونت افزایش یابد. بنابراین تا حد امکان از آنها دوری کنید.</p> <p>- پرو فیلاکسی فقط در بیماران واجد خطر احتمال عفونت در موارد سیروز + آسیت + ۱- خونریزی گوارشی قبلی انجام می شود.</p>
دیورتیکولیت	<ul style="list-style-type: none"> چند میکروبی : - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه انتروکوک 	<p>خفیف تا ملایم :</p> <p>کوآموکسی کلاو</p> <p>شدید : به پریتونیت ثانویه مراجعه شود.</p>	<p>۶۲۵ mg PO bid</p>	<p>۷-۱۰</p>	<p>- کوآموکسی کلاو به خوبی بر انتروکوک ها مؤثر می باشد.</p> <p>- طول دوره درمان مستقیماً با پاسخ کلینیکی و از بین رفتن تب مرتبط است.</p>
آپاندیسیت حاد	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه انتروکوک 	<p>بدون عارضه : به پیشگیری قبل از جراحی مراجعه شود.</p> <p>عارضه دار : به پریتونیت ثانویه مراجعه شود.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>- نوع عارضه دار بیماری آپاندیسیت حاد شامل موارد زیر می باشد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • آبسه • گانگرن • سوراخ شدگی • پریتونیت
آبسه های کبدی باکتریایی	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه انتروکوک - گونه استرپتوکوک 	<p>آمپی سیلین +</p> <p>جنتامایسین +</p> <p>مترونیدازول یا</p> <p>سفو کستین +</p> <p>مترونیدازول</p>	<p>۲g IV qid</p> <p>۷mg/kg IV od</p> <p>۵۰۰mg IV/PO bid</p> <p>۱ g IV tid</p> <p>۵۰۰mg IV/PO bid</p>	<p>حداقل ۴ هفته</p> <p>یا تا بهبود علائم</p>	<p>- کشت خون توصیه می شود (خطر ابتلا به باکتریایی).</p> <p>- درناژ الزامی است.</p> <p>- بیشتر بیماران تا دو هفته بعد از درناژ و درمان آنتی بیوتیکی تب خواهند داشت.</p>

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
آبسه های کبدی (ادامه) انگلی	- آنزینوسوس یا گروه میلری - آنتاموبا هیستولیتیکا	مترونیدازول با یدوکلینول دنبال شود.	۷۵۰mg IV/ PO tid ۶۵۰mg PO tid	حداقل ۴ هفته یا تا بهبود علائم	- درناژ توسط جراحی در موارد زیر توصیه می شود : • تب پایدار بیش از دو هفته که با وجود درمان مناسب ، هنوز ادامه داشته باشند. • تجمع مایع صفراوی - در صورت بهبود علائم بالینی نوع باکتریایی، می توان درمان را به کوآموکسی کلاو تغییر داد. - آزمایش سرولوژی آنتاموبا هیستولیتیکا و عکسبرداری اشعه X از قفسه سینه توصیه می شود. - به زمان شروع اسهال توجه شود. - آنتاموبا هیستولیتیکا بر خلاف آبسه کبدی باکتریایی تب نیزه ای نمی دهد.
التهاب حاد مجاری صفراوی	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - بی هوازیها	آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول یا سفوکسیتین + مترونیدازول	۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od ۵۰۰ mg IV/PO bid ۱ g IV tid ۵۰۰ mg IV/PO bid	۱۰ ۱۰	- به علت خطر بالای باکتری می ، کشت خون توصیه می شود. - در صورت جراحی کیسه صفرا ، احتمالاً بی هوازیها عامل التهاب بوده اند. - درناژ و تخلیه کیسه صفرا در صورت بسته شدن مجرا ، ضروری می باشد. - بعد از ERCP ، پسودوموناس آئروژینوزا قدرت ایجاد التهاب پیدا می کند.
عود کننده	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک	پیشگیری : کوتریموکسازول جانشین : سیپروفلوکساسین	Two tab bid ۵۰۰mg PO bid	۳ تا ۴ ماه تا بررسی مجدد	- ممکن است به دنبال جراحی ترمیمی و یا جراحی مجدد مجاری صفراوی به وجود آید. - برای سوراخ شدگی یا آبسه کیسه صفرا به پریتونیت مراجعه شود. - برای درمان به التهاب حاد مجاری صفراوی مراجعه شود.
پانکراتیت حاد عارضه دار :	- غیر باکتریایی - انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوک کواگولاز منفی - بی هوازیها - گونه کاندیدا	درمان تجربی پیشنهاد نمی شود. تخلیه با جراحی + آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول یا فقط ایمی پنم	- ۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od ۵۰۰mg PO bid ۰/۵ g IV qid	- درمان تا بهبودی کامل درمان تا بهبودی کامل	- تخلیه با جراحی و درناژ ضروری است. - اگر کاندیدا در کشت دیده شد از آمفوتریسین B یا فلوکونازول نیز استفاده شود. - در عفونت غیر باکتریایی درمان آنتی بیوتیکی انجام می شود ولی در میزان مرگ و میر تأثیری ندارد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
کله سیستیت حاد	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - بی هوازیها	آمی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول یا سفازولین + مترونیدازول یا فقط ایمی پنم	۲g IV qid ۷ mg/kg IV od ۵۰۰ mg PO bid ۱g IV tid ۵۰۰ mg PO bid ۰/۵ g IV qid	۷-۱۰ ۷-۱۰ ۷-۱۰	- موارد خفیف نیاز به درمان ضد میکروبی ندارند. - سفازولین و کلیندامایسین بر روی انتروکوک ها اثر ندارند. - درمان ۳ تا ۵ روزه در موارد زیر پیشنهاد می شود: • عدم سوراخ شدگی • عدم وجود آبسه • عدم التهاب مجاری صفراوی
اسهال ایجاد شده در اثر آنتی بیوتیک : شدید/ مگاگولون سمی حاد	- کلستریدیوم دیفیسیل	مترونیدازول + مترونیدازول + وانکومایسین PO/NG/PR	۵۰۰ mg IV bid ۲۵۰ mg PO qid ۱۲۵ mg qid	-	-
راجعه	- کلستریدیوم دیفیسیل	مترونیدازول جانشین : وانکومایسین	۵۰۰ mg PO tid ۱۲۵ mg PO qid	۱۰ ۱۰	- هنگام ابتلاء مجدد به بیماری ، درمان دوباره با مترونیدازول پیشنهاد می شود (نه در هنگام عود بیماری).
اسهال مسافرتی خفیف :	- اشريشياکلی توکسیژنیک - گونه کمپیلوباکتر - گونه شیگلا - گونه سالمونلا	مایعات + بیسیموت ساب سالیسیلات + عوامل ضد حرکت روده	-	۱۰	- خود محدود شونده است و ۳ تا ۵ روز طول می کشد. - تداوم اسهال ، نشانه‌دهنده زیاردیازیس می باشد.
شدید : اسهال خونی همراه تب	- اشريشياکلی توکسیژنیک - گونه کمپیلوباکتر - گونه شیگلا - گونه سالمونلا	سپروفلوکساسین جانشین : کوتریموکسازول	۵۰۰ mg PO bid Two tab bid	۳ ۳	- کشت آزمایشگاهی توصیه می شود. - براساس مشاهدات آزمایشگاهی و بالینی آنتی بیوتیک مناسب تجویز گردد. - در موارد زیر درمان آنتی بیوتیکی صورت گیرد : • اسهال بیش از ۶ روز • اسهال خونی
گاستروانتریت ملايم تا خفیف	- در بیشتر موارد اتنولوژی شناخته شده نیست.	مصرف مایعات + بیسیموت ساب سالیسیلات + عوامل ضد حرکات روده ای	-	-	-

ملاحظات	طول درمان (روز)	دوز پیشنهادی	درمان تجربی پیشنهادی	پاتوژن معمول	بیماری
<p>کشت آزمایشگاهی توصیه می شود.</p> <p>— آنتی بیوتیک مناسب براساس نتایج بالینی / آزمایشگاهی انتخاب شود.</p> <p>— در موارد زیر به عنوان گاستروآنتریت شدید عنوان می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیش از ۶ بار اسهال در روز • اسهال خونی • اسهال طولانی <p>— درمان برای سالمونلوز پیشنهاد نمی شود مگر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در نوزادان کمتر از سه ماه • افراد با نقص ایمنی • هموگلوبینوپاتی • بیماری گاستروآنتریت مزمن • بیمار سالخورده با علایم شدید <p>— درمان اشریشیاکلی H_۷ : O_{۱۵۷} توصیه نمی شود.</p>	<p>۳</p> <p>۴</p>	<p>۵۰۰ mg PO bid</p> <p>Two tab bid</p>	<p>سیپروفلوکساسین</p> <p>جانشین:</p> <p>کوتریموکسازول</p> <p>به درمان عفونت‌های انگلی روده ای مراجعه شود.</p>	<p>باکتریایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - گونه کمپیلوباکتر - گونه شیگلا - گونه سالمونلا - اشریشیاکلی <p>گاهی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - گونه ائروموناس - گونه پلزیوموناس - گونه ویبریو - انگلی 	<p>گاستروآنتریت (ادامه)</p> <p>شدید</p>

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سرویسیت کلامیدیایی	- کلامیدیا تراکوماتیس	آزیترومایسین یا داکسی سایکلین در زمان بارداری: آزیترومایسین یا اریترومایسین (غیر استولات)	۱ g PO ۱۰۰ mg PO bid	تک دوز ۷	- باید از نبودن نایسریا گونه آ مطمئن بود. - همه افرادی که از ۴ تا ۶ هفته پیش تماس جنسی داشته اند باید تحت آزمایش و درمان قرار بگیرند. - اریترومایسین استولات باید در بارداری با احتیاط مصرف شود چون ممکن است باعث انسداد مجرای کبد به کیسه صفرا شود.
گنوکوکی	- نایسریا گونه آ	سفیکسیم یا سیپروفلوکساسین جانشین: سفتریاکسون	۴۰۰ mg PO ۵۰۰ mg PO	تک دوز تک دوز	- همه بیماران باید تحت درمان برای عفونت کلامیدیایی قرار بگیرند. - همه افرادی که از ۴ تا ۶ هفته پیش تماس جنسی داشته اند باید تحت آزمایش و درمان قرار بگیرند. - سیپروفلوکساسین در هنگام بارداری پیشنهاد نمی شود.
غیر کلامیدیایی / غیر گنوکوکی	-	آزیترومایسین یا داکسی سایکلین جانشین: اریترومایسین	۱ g PO ۱۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO qid	تک دوز ۷ ۷	- داکسی سایکلین در هنگام بارداری مصرف نشود.
اورتریت کلامیدیایی (مردان)	- کلامیدیا تراکوماتیس	آزیترومایسین یا داکسی سایکلین جانشین: اریترومایسین	۱ g PO ۱۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO qid	تک دوز ۷ ۷	- تمام افرادی که از ۴ تا ۶ هفته پیش تماس جنسی داشته اند باید تحت آزمایش و درمان قرار گیرند.
اپیدیدیمیت / اورکیت انتقال از راه جنسی (معمولاً در افراد زیر ۳۵ سال)	- کلامیدیا تراکوماتیس - نایسریا گونه آ	سفیکسیم + داکسی سایکلین جانشین: داکسی سایکلین + سفتریاکسون	۸۰۰ mg PO ۱۰۰ mg PO bid ۱۰۰ mg PO bid ۲۵۰ mg IM	تک دوز ۱۰ ۱۰ تک دوز	-

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
التهاب لگن در حاملگی	- کلامیدیا تراکوماتیس - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه استرپتوکوک - گونه هموفیلوس - مایکوپلازما هومی نیس - گنوکوک ←	کلیندامایسین + جنتامایسین جانشین : سفوکسیتین + اریترومایسین تبدیل به : اریترومایسین +/- کلیندامایسین سفیکسیم	۶۰۰ mg IV tid ۱/۵ mg/kg IV tid ۲ g IV tid ۲۵۰ mg PO qid ۲۵۰ mg PO qid ۳۰۰ mg PO tid ۴۰۰ mg PO tid	۴۸ ساعت بعد از پهبودی علائم به آنتی بیوتیک های ساده تر تبدیل گردند. حداقل ۱۴ روز حداقل ۱۴ روز	- برای بیمارانی که در دوران حاملگی دچار عفونت لگن می شوند بستری شدن در بیمارستان توصیه می گردد. - در صورت خطر ابتلا به عفونتهای بی هوازی کلیندامایسین اضافه شود. - موارد زیر افرادی را که در خطر ابتلا به عفونتهای بی هوازی هستند نشان می دهد : • توده های آدنکس یا آیسره های اولیه ای - تخمدانی • پریتونیت • وجود IUD • سابقه قبلی التهاب لگن
اندومتريت پس از زایمان : کمتر از ۲ روز بعد از زایمان	- بی هوازیها - استرپتوکوک پناهمولیتیک - انتروباکتریاسه - کلامیدیا تراکوماتیس - مایکوپلازما هومی نیس	سفوکسیتین + داکسی سایکلین جانشین : کلیندامایسین + جنتامایسین تبدیل به : داکسی سایکلین + مترونیدازول یا فقط کلیندامایسین	۲ g IV tid ۱۰۰ mg IV/PO bid ۶۰۰ mg IV tid ۷ mg/kg IV od ۱۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO bid ۴۵۰ mg PO qid	۴۸ ساعت بعد از پهبودی علائم به آنتی بیوتیک های ساده تر تبدیل گردند. ۱۴ ۱۴	- تبدیل به مرحله درمان آنتی بیوتیکی خوراکی معمولاً بعد از سزارین انجام می شود. - معمولاً پس از زایمان واژینال ، این نوع عفونتها اتفاق می افتد.
التهاب لگن خفیف تا متوسط	- نایسریا گنوره آ - کلامیدیا تراکوماتیس - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه استرپتوکوک - گونه هموفیلوس - مایکوپلازما هومی نیس	سفیکسیم یا سفترایکسون + داکسی سایکلین +/- مترونیدازول جانشین : افلوکساسین +/- مترونیدازول	۸۰۰ mg PO ۲۵۰ mg IM ۱۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO bid ۴۰۰ mg PO bid ۵۰۰ mg PO bid	تک دوز تک دوز ۱۴ ۱۴ ۱۴ ۱۴	- تمام تماسهای جنسی از ۴ تا ۶ هفته قبل ، آزمایش و درمان شوند. - در صورت وجود IUD ، آنرا خارج کرده و درمان آغاز گردد. - در صورت خطر ابتلا به عفونتهای بی هوازی ، کلیندامایسین اضافه شود. - موارد زیر افرادی که در خطر ابتلا به عفونتهای بی هوازی هستند را نشان می دهد: • توده های آدنکس یا آیسره های اولیه ای - تخمدانی • پریتونیت • وجود IUD • سابقه قبلی التهاب لگن

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
التهاب لگن (ادامه) شدید	<ul style="list-style-type: none"> - نایسریا گنوره آ - کلامیدیا تراکوماتیس - انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه استرپتوکوک - گونه هموفیلوس - مایکوپلاسما هومی نیس 	<ul style="list-style-type: none"> + سفوکسیتین داکسی سایکلین جانشین : + کلیندامایسین جنتامایسین تبدیل به : -/+ داکسی سایکلین مترونیدازول 	<ul style="list-style-type: none"> ۲ g IV tid ۱۰۰ mg IV/PO bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۴۸ ساعت پس از بهبودی علایم ۱۴روز ۱۴روز 	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر باید بیمار بستری گردد : • تا ۷۲ ساعت به درمان پاسخ ندهند. • بارداری • دارای نقص ایمنی باشد (مثل ایدز). • توده های آدنکس یا آبسه های لوله ای- تخمدانی وجود داشته باشد. • برای تشخیص صحیح احتیاج به لاپاراسکوپی باشد. - موارد زیر افرادی را که در خطر ابتلا به عفونتهای بی هوازی هستند نشان میدهد : • توده های آدنکس یا آبسه های لوله ای- تخمدانی • پریتونیت • وجود IUD • سابقه قبلی التهاب لگن
ترومبوفلیت وریدی / چرکی لگن • بعد از زایمان • بعد از عمل لگن • بعد از سقط جنین	<ul style="list-style-type: none"> چند میکروبی : - بی هوازیها - استرپتوکوک ویریدانس - استرپتوکوک بتاهمولیتیک - انتروباکتریاسه 	<ul style="list-style-type: none"> + سفوتاکسیم مترونیدازول جانشین : ایمی پنم 	<ul style="list-style-type: none"> ۱ g IV tid ۵۰۰ mg PO bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۴ تا ۶ هفته ۴ تا ۶ هفته 	<ul style="list-style-type: none"> - آمپولی ریوی بررسی شود. - درمان یا هپارین فقط همراه آنتی بیوتیک ها باشد.
آبسه های خارجی ووولو (لب ها)	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه (A, B, C, G) - انتروباکتریاسه - بی هوازیها 	<ul style="list-style-type: none"> کو-آموکسی کلاو یا سفالکسین + مترونیدازول حساس به بتالاکتام ها : + کلیندامایسین سیپروفلوکسازین 	<ul style="list-style-type: none"> ۶۲۵ mg PO tid ۵۰۰ mg PO qid ۵۰۰ mg PO bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۷-۱۰ ۷-۱۰ 	-
بعد از عمل ایژیوتومی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه (A, B, C, G) گاهی: - انتروباکتریاسه - بی هوازیها 	<ul style="list-style-type: none"> خفیف : سفالکسین حساس به بتالاکتام ها : کلیندامایسین متوسط تا شدید : کو-آموکسی کلاو 	<ul style="list-style-type: none"> ۵۰۰ mg PO qid ۳۰۰ mg PO qid ۶۲۵ mg PO tid 	<ul style="list-style-type: none"> ۷-۱۰ ۷-۱۰ ۷-۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> - امکان حضور بی هوازیها بررسی شود. - کلیندامایسین بر روی گرم منفی ها اثری ندارد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پروستاتیت	- انتروباکتریاسه	خفیف تا متوسط : سیپروفلوکساسین یا کوتریموکسازول شدید : آمپی سیلین + چنتامایسین	۵۰۰ mg PO bid Two tab bid ۱-۲ g IV qid ۷ mg/kg IV od	۴-۲ هفته	- در مردان ممکن است عفونت مجاری ادراری با همان ارگانسیم ایجاد شود و پروستات به عنوان منبع عفونت باشد.
مزم	- انتروباکتریاسه - استافیلو کوکوس اورئوس - گونه انترو کوک - پسودوموناس آئروژینوزا	سیپروفلوکساسین یا کوتریموکسازول	۵۰۰ mg PO bid Two tab bid	۱۲ هفته	- اگر ۴ تا ۶ هفته بهبودی علائم حاصل نشود، مشاوره اورولوژی لازم است. - گاهی سنگ پروستات ، دلیل عفونت می باشد.
پروکتیت	- انتروباکتریاسه - کلامیدیا تراکوماتیس - هرپس سیمپلکس ویروس - تریپونما پالیدوم	به اورتریت مراجعه شود. آسیکلوویر پنی سیلین G بنزاتین	- ۴۰۰ mg PO tid ۲/۴ MU IM	- ۷-۵ هفته تک دوز	- - در صورت عود بیماری ، به هرپس تناسلی مراجعه شود. -
زخمهای تناسلی هرپسی	- اینگونه افراد باید از نظر وجود ایدز آزمایش شوند. - زخمها و لزیون ها خطر انتقال ایدز را افزایش می دهند. - هرپس سیمپلکس ویروس	آسیکلوویر شدید و بیمارستانی : آسیکلوویر	۴۰۰ mg PO tid ۵ mg/kg IV tid	۷-۵	- حداکثر ۷۲ ساعت پس از شروع علائم باید درمان شروع شود. - آسیکلوویر موضعی اثری ندارد. - اغلب به نوع خوراکی تبدیل شود. - به مدت ۱۰ روز - در صورت بهبودی علائم به نوع خوراکی تبدیل شود. • منتشر شده • پنومونی • هپاتیت • مننژیت / آنسفالیت • رادیکولیت ساکرال
اییزود اول	- هرپس سیمپلکس ویروس	اییزودیک : فام سیکلوویر جانشین : آسیکلوویر	۱۷۵ mg PO bid ۴۰۰ mg PO tid	۵ ۵	- در بیمارانی که راجعه کمی دارند درمان لازم نیست. - در بیمارانی که راجعه متوسط- زیاد دارند باید : • دارو همیشه در دسترس باشد. • درمان حداکثر ۲۴ ساعت بعد از بروز علائم شروع شود. - درمان پس از ۲۴ ساعت تأثیری نخواهد داشت.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
زخمهای تناسلی هرپسی (راجعاً ادامه) سرکوبگر	- ویروس هرپس سیمپلکس (HSV)	آسیکلوویر	۴۰۰ mg PO bid	۶ تا ۱۲ ماه	<ul style="list-style-type: none"> - این نوع زخمها بیش از ۶ اپیزود در سال دارند. - درمان همسر - HSV در جلوگیری از بیمار شدن وی مؤثر است. - اگر بعد از ۶ تا ۱۲ سال درمان، باز علائم بروز کند درمان ادامه یابد.
گال یا چرب	- سارکوپتیس اسکابی	کرم پرمترین ۵٪ جانشین: کرم لیندان ۱٪ یا لوسيون	۸ تا ۱۲ ساعت پس از استعمال، محل شسته شود.	۷	<ul style="list-style-type: none"> - شریک یا شرکای جنسی باید درمان گردند. - کل افراد خانواده در یک محل زندگی باید درمان شوند. - در صورت عدم بهبودی پس از یک هفته، درمان ادامه یابد. - در دوران حاملگی و شیردهی استعمال نشود.
شپش عانه	- فتیروس پوبیس	کرم پرمترین ۱٪ جانشین: شامپو لیندان ۱٪	۱۰ دقیقه بعد از هر استعمال شسته شود ۴ دقیقه بعد از هر استعمال شسته شود.	-	<ul style="list-style-type: none"> - در دوران حاملگی و شیردهی استعمال نشود ممکن است نوروتوکسیسیته یا آتمی اپلاستیک بدهد.
زگیل تناسلی	- پاپیلوما و بروس	محلول ۵٪/۰ پودوفیلوکس یا کرم ۵٪ ایمی کواپمود	فقط بر روی زگیلها مالیده شود. (دو بار در روز توسط پزشک) فقط بر روی زگیلها مالیده شود. سه بار در هفته و ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از استعمال، شسته شود. (توسط پزشک انجام شود و ۲۰ دقیقه بعد از استعمال بیمار بی حرکت باشد).	با دوره ۳ روزه بیش از ۷ مرتبه بیش از ۱۶ هفته	<ul style="list-style-type: none"> - تست HIV توصیه می شود. - خطر بروز نئوپلازی در بیماران سیگاری یا مبتلا به ایدز وجود دارد. - درمان حذف کننده کامل عامل بیماری وجود ندارد. - شاید با درمان اندازه لژیونها کوچکتر شود ولی خطر انتقال کاهش نمی یابد. - در موارد زیر احتیاط کنید: - بارداری، زگیلهای مقعدی-رحمی-واژنی و مه آ - این محلول در زنان بیشتر از مردان مؤثر است. - درماتیت از عوارض جانبی این محلول می باشد.
		جانشین: رزین پودوفیلین ۲۵٪ یا دی / تری کلرواستیک اسید ۸۰ - ۵۰٪	۱ تا ۴ ساعت بعد از استعمال بشوید. فقط بر روی زگیلها مالیده شود. به صورت هفته ای استعمال شود.	هفته ای ۱ تا ۲ بار	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد زیر احتیاط شود: - بارداری، زگیلهای مقعدی-رحمی-واژنی و مه آ - اعمال دیگر: لیزرتراپی کرایوتراپی، الکتروکوتری

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
ولوواژنیت باکتریایی	<ul style="list-style-type: none"> - تغییر فلورنرمال بدون ایجاد - التهاب با عوامل زیر : - لاکتوباسیلوس ها - گاردنرلا واژینالیس - گونه های باکترئوئیدز - موبیلونکوس - مایکوپلاسما هومی نیس 	<p>بدون علامت :</p> <p>درمان نیاز ندارد مگر در موارد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • حاملگی • قبل از گذاشتن IUD • قبل از جراحی زنانه • قبل از انجام سقط جنین <p>علامت دار :</p> <p>مترونیدازول : قرص یا ژل ۰/۷۵٪</p> <p>جانشین : کیسول کلیندامایسین</p> <p>یا کریم ۲ درصد</p>	<p>۵۰۰mg PO bid</p> <p>داخل واژینال ۵g bid</p> <p>۳۰۰mg PO bid</p> <p>داخل واژینال ۵g</p>	<p>۷</p> <p>۵</p> <p>۷</p> <p>۷</p>	<ul style="list-style-type: none"> - درمان همسر بیمار لزومی ندارد. - کلیندامایسین موضعی در زمان حاملگی توصیه نمی شود (ممکن است باعث زایمان زودرس گردد).

زخمهای تناسلی در دوران بارداری :

- قبل از بارداری :
 - هیچ گزارشی منوط به آنکه آسیکلوویر از هرپس تناسلی جلوگیری می کند وجود ندارد.
 - مشاوره بیماریهای عفونی توصیه می شود.
- بعد از بارداری :
 - در اپی زود اول ۵۰ درصد خطر انتقال به فرزند وجود دارد.
 - در عود مجدد بیماری ، حداکثر ۴ درصد خطر انتقال به فرزند وجود دارد.
 - HSV در نوزادان تا ۵۰ درصد باعث مرگ آنها می شود.
 - اگر در زمان زایمان ، زخمهای فعال در ناحیه تناسلی وجود داشته باشد عمل سزارین انجام شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیفیلیس • اولیه • ثانویه • تاخیری کمتر از یکسال	- تروپونما پالیدوم	پنی سیلین G بنزاتین حساسیت به بتالاکتام ها : داکسی سایکلین	۲/۴ MU IM ۱۰۰ mg PO bid	تک دوز ۱۴	- همه افراد در تماس جنسی با بیمار باید آزمایش شده و درمان گردند. - در همه بیماران HIV ⁺ باید پنی سیلین G به صورت هفتگی تا ۳ هفته تزریق شود. - در افراد حساس به پنی سیلین باید پروتکل حساسیت زدایی انجام شود.
قلبی و عروقی	- تروپونما پالیدوم	پنی سیلین G بنزاتین حساسیت به بتالاکتام ها : داکسی سایکلین	۲/۴ MU IM ۱۰۰ mg PO bid	۳ هفته ۲۸	- پونکسیون نخاع در ناحیه کمری برای تشخیص نورو سیفیلیس بی علامت انجام شود.
نورو سیفیلیس	- تروپونما پالیدوم	پنی سیلین G بنزاتین	۳-۴ MU IM	۱۴-۱۰	- در صورت حساسیت به دارو ، حساسیت زدایی شود. - مشاوره بیماریهای عفونی انجام شود.
شانکروئید	- هموفیلوس دوکره ای	آزیترومایسین جانشین : سفتریاکسون	۱ g PO ۲۵۰ mg IM	تک دوز تک دوز	- باید از هرپس سیمپلکس و سیفیلیس تمیز داده شود.
زگیل تناسلی اپیزود اول	- هرپس سیمپلکس II - هرپس سیمپلکس I	آسیکلوویر	۴۰۰ mg PO bid	۷-۵	- آسیکلوویر در تمام مراحل بارداری استفاده می شود و هیچ عارضه جانبی بر روی جنین و نوزاد گزارش نشده است.
عود بیماری	- هرپس سیمپلکس II - هرپس سیمپلکس I	-	-	-	- درمان سرکوبگر با آسیکلوویر در طول سه ماهه اول برای جلوگیری از عود بیماری در زمان زایمان و کاهش خطر سقط جنین توسط عامل ویروسی در حال بررسی می باشد. - مشاوره عفونی توصیه می شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
باکتریوری بدون علامت در بزرگسالان (زن یا مرد)	<ul style="list-style-type: none"> جامعه بستری در بیمارستان استفاده طولانی از کاتتر 	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> کشت روتین باکتریایی توصیه نمی شود. فقط اپیزودهای علامت دار دستگاه و مجاری ادراری مورد درمان قرار می گیرند.
باکتریوری بدون علامت قبل از : <ul style="list-style-type: none"> جراحی زنان جراحی مجاری ادراری جراحی پروستات حذف کاتتر حدود ۴۸ ساعت بعد از جراحی (خصوصاً جراحی پروستات) 	<ul style="list-style-type: none"> اشریشیاکلی انتروباکتریاسه های دیگر گونه انتروکوک 	<ul style="list-style-type: none"> کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین یا جنتامایسین +/- آمپی سیلین 	<ul style="list-style-type: none"> Two tab ۵۰۰mg PO ۱/۵mg/kg IV ۱g IV 	<ul style="list-style-type: none"> تک دوز تک دوز تک دوز تک دوز 	<ul style="list-style-type: none"> قبل از درمان آنتی بیوتیکی باید کشت داده شود. درمان براساس نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی صورت پذیرد. اگر نتایج آزمایشگاهی در دسترس نیست ریسک بالای حضور انتروکوک در نظر گرفته شود خصوصاً در افرادی که : <ul style="list-style-type: none"> در خانه سالمندان هستند. از کاتتر استفاده می کنند. انسداد آناتومیکی در مجاری ادراری دارند. دیابتی ها کوتریموکسازول بر انتروکوک ها اثری ندارد.
باکتریوری بدون علامت در بارداری	<ul style="list-style-type: none"> اشریشیاکلی انتروباکتریاسه های دیگر استرپتوکوک گروه A استافیلوکوکوس سایروفیتیبیکوس 	<ul style="list-style-type: none"> آموکسی سیلین یا سفالکسین نیتروفورانتوئین جانشین : کوتریموکسازول 	<ul style="list-style-type: none"> ۵۰۰mg PO tid ۲۵۰mg PO qid ۱۰۰ - ۵۰۰ mg PO qid Two tab bid 	<ul style="list-style-type: none"> ۳ ۳ ۳ ۳ 	<ul style="list-style-type: none"> کشت باکتریایی ادرار ، قبل و بعد از زایمان توصیه می شود. در ماههای باقیمانده بارداری نیز کشت ادرار انجام شود. نیتروفورانتوئین از هفته ۳۶ تا ۴۲ بارداری تجویز نگردد چون در نوزاد ایجاد آئمی همولیتیک می کند.
باکتریوری در دیابتی ها (تیپ I, II)	<ul style="list-style-type: none"> اشریشیاکلی انتروباکتریاسه های دیگر استرپتوکوک گروه B گونه انتروکوک 	<ul style="list-style-type: none"> درمان براساس شواهد کلینیکی / آزمایشگاهی با آنتی بیوتیک های با طیف محدود 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> کشت ادرار بعد از درمان توصیه می شود. درمان باکتریوری بدون علامت از پیشرفت عفونت و نفروپاتی کلیه جلوگیری می کند. بهترین پیشگیری ، کنترل دیابت می باشد.
باکتریوری بدون علامت در افراد مبتلا به سیروز کبدی	<ul style="list-style-type: none"> انتروباکتریاسه 	<ul style="list-style-type: none"> درمان براساس شواهد کلینیکی / آزمایشگاهی با آنتی بیوتیک های با طیف محدود 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> کشت ادرار مجدد بعد از درمان ، توصیه می شود. در درمان باکتریوری بدون علامت اختلاف نظر وجود دارد ، ممکن است باعث وقوع خود به خودی پرتیونیت باکتریایی شود. در صورت امکان ، از کاتتر استفاده نشود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
باکتریوری بی علامت در اشخاصی که پیوند کلیه کرده اند. خارج کردن Stent	- اشریشیاکلی - انتروباکتریاسه های دیگر - گونه انتروکوک - استافیلوکوک کوآگولاز (-) - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه کورینه باکتریوم	سیپروفلوکساسین یا درمان براساس شواهد کلینیکی آزمایشگاهی شروع درمان قبل از خارج کردن Stent	۲۵۰mg PO bid	تا ۱۴ روز بعد از خارج کردن Stent	- ۴۸ ساعت قبل از کار گذاشتن Stent، کشت ادرار تهیه گردد.
یکسال بعد از پیوند کلیه	- اشریشیاکلی - انتروباکتریاسه های دیگر - گونه انتروکوک	درمان براساس شواهد کلینیکی / آزمایشگاهی	-	۱۴	- کشت ادرار قبل و بعد از درمان آنتی بیوتیکی توصیه می شود. • آلودگیهای معمولی ادرار نباید به عنوان پاتوژن ادراری معرفی شوند. مگر زمانی که Stent یا وسایل مصنوعی دیگر استفاده می گردند. • کشت مجدد توصیه می شود.
بیش از یکسال از پیوند کلیه بگذرد.	- اشریشیاکلی - انتروباکتریاسه های دیگر - گونه انتروکوک	-	-	-	- درمان لزومی ندارد مگر در موارد زیر : • حاملگی • قبل از دستکاریهای اورولوژیک • آناتومی غیر طبیعی

سیستیت:

- در زنان علامت دار قبل از یائسگی، تشخیص پیوری (با تست نواری یا روش میکروسکوپی) بسیار حساس می باشد و به تکنیک های تشخیصی بستگی دارد.
- اگر روش تشخیص، کشت ادرار می باشد باید از روش جمع آوری صحیح نمونه اطمینان حاصل شود.
 - تمیز کردن ناحیه قبل از جمع آوری
 - از قسمت میانی ادرار جمع آوری شود و نباید کمتر از ۲ ساعت با ادرار کردن قبلی فاصله داشته باشد.
 - از نمونه ادرار باید فوراً اسلاید تهیه نمود (حد اکثر نیم ساعت فرصت برای تهیه اسلاید وجود دارد).
 - ادرار در محفظه های استریل جمع شده و باید در یخچال گذاشته و یا بر روی یخ حمل شود.
- 10^4 CFU/L (Colony Forming Unite) برای عفونت ادراری با اهمیت شمرده می شود.
- 10^7 CFU/L در بیمار علامت دار، دارای اهمیت می باشد.
- آزمایشگاه فقط یک تا دو نمونه از کلتی ها را برای تشخیص میکروبی بررسی می کند.
- 10^6 CFU/L = کلتی کانت با تعداد کم بوده و ممکن است در زنان دارای سوزش ادرار / ادرار چرکی، مردان یا بچه ها اهمیت داشته باشد. آزمایشگاه باید برای تشخیص پاتوژنهای ادرار، کشت ادرار تهیه نماید.
- اگر بیش از ۳ نوع ارگانیسم به صورت مختلط در کشت ادرار باشد آزمایشگاه بر روی پاتوژن ادراری که بیش از ۸۰ درصد غالب است تست های تشخیصی را انجام دهد.
- مقاومت اشریشیاکلی به سفالکسین ۶۸٪، آموکسی سیلین ۷۳٪ و کوتریموکسازول ۱۶٪ می باشد.

– آموکسی سیلین / سفالکسین فقط در موارد زیر به عنوان خط اول درمان تجویز می گردند :

- در زمان بارداری (موارد محدود شده) تجویز شوند.
- حساسیت میکروارگانسیم نسبت به آنها گزارش شده باشد. درمان طولانی بین ۵ تا ۷ روز توصیه می شود.
- سفالوتین (نه سفازولین) از لحاظ حساسیت اشتریشیاکلی به آن ، شبیه سفالکسین می باشد.

– پیشگیری ضد قارچی در زنانی که درمان آنتی بیوتیکی می کنند توصیه نمی شود.

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیستیت در زنان جوان فعال از لحاظ جنسی ایپیزوداول	- اشتریشیاکلی - انتروباکتریاسه های دیگر - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس	کوتریموکسازول جانشین :	Two tab bid ۱۰۰-۲۵۰ mg PO bid ۵۰-۱۰۰ mg PO qid	۳ ۳ ۳	- تستهای تشخیصی برای عفونت ادراری قبل و بعد از درمان توصیه نمی شوند. وقتی چرک در ادرار بوده و علائم تبییک عفونت ادراری وجود دارد باید درمان شود. - نیتروفورانوتوئین ، رژیم درمانی ارزانی بوده و ممکن است در حذف پاتوزنها در واژن کمتر مؤثر باشد.
سیستیت راجعه سریع و کمتر از یک ماه پس از درمان عفونت مجاری ادراری	- اشتریشیاکلی - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس - انتروباکتریاسه های دیگر	کوتریموکسازول جانشین :	Two tab bid ۱۰۰-۲۵۰ mg PO bid	۷ ۷	- کشت میکروبی قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - بیش از ۹۰ درصد راجعه به خاطر عفونت مجدد می باشد (با سویه مقاوم قبلی). - عود مجدد (با همان ارگانسیم قبلی) معمولاً ۲ هفته پس از اتمام درمان قبلی پیش می آید. بررسیهای اورولوژیک علت آنرا بیان می کنند. - درمان باید دقیقاً قبل یا بعد از مقاربت انجام شود.
سیستیت راجعه زنان < ۳ ایپیزود در سال • مربوط به مقاربت • بدون ارتباط با مقاربت	- اشتریشیاکلی - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس - انتروباکتریاسه های دیگر	پیشگیری قبل از مقاربت : کوتریموکسازول یا نیتروفورانوتوئین	One tab bid ۵۰-۱۰۰ mg PO qid	-	
	- اشتریشیاکلی - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس - انتروباکتریاسه های دیگر	پیشگیری مداوم : کوتریموکسازول	One tab bid	۶ ماه (سه روز در هفته)	-
		درمان اولیه بیمار : شبیه رژیم درمانی سیستیت راجعه زودرس	-	-	- خود درمانی بر پایه علائم انجام شود. - دارو باید همیشه در دسترس بیمار باشد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سیستیت راجعه مردان	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - عفونت مجاری ادراری مردان در ارتباط با اعمال جنسی یا اشکال در آناتومی آنان می باشد. - در مردان با عفونت مختلط راجعه و همه پسران جوان بررسی اورولوژیک توصیه می شود. 				
اپیزود اول	<ul style="list-style-type: none"> - اشریشیاکلی - دیگر انتروباکتریاسه ها - گونه انتروکوک 	کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین	Two tab bid ۲۵۰mg PO bid	۷ ۷	<ul style="list-style-type: none"> - کوتریموکسازول بر گونه انتروکوک اثر ندارد.
راجعه	<ul style="list-style-type: none"> - اشریشیاکلی - دیگر انتروباکتریاسه ها - گونه انتروکوک 	کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین	One tab bid ۲۵۰ - ۵۰۰mg PO bid	۶ هفته ۶ هفته	<ul style="list-style-type: none"> - کوتریموکسازول بر گونه انتروکوک اثر ندارد. - بررسی اورولوژیک به ویژه در مورد نقش پروستاتیت باکتریایی مزمن در ایجاد عفونت راجعه انجام شود.
عفونت عارضه دار مجاری ادراری با فاکتورهای مستعد کننده :	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - استرپتوکوک گروه B 	کوتریموکسازول جانشین : سیپروفلوکساسین	Two tab bid ۲۵۰mg PO bid	۷ ۷	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - دیابتی ها بیشتر به استرپتوکوک گروه B مبتلا می شوند. زیرا دیابت ، زمینه بیشتری برای ابتلاء به آن فراهم می کند. - کوتریموکسازول بر انتروکوک و استرپتوکوک گروه B اثر ندارد. - گزارش شده که استعمال داخل واژنی استریول از بازگشت عفونت مجاری ادراری در زنان بعد از یائسگی جلوگیری می کند.
با مجاری ادراری غیر طبیعی از لحاظ :	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس - گونه انتروکوک - کورینه باکتریوم - اوره آلیتیوکوم 	سیپروفلوکساسین جانشین : آمپی سیلین + جنتامایسین	۵۰۰mg PO bid ۱g IV qid ۷ mg/kg IV od	۱۰ - ۱۴ ۱۰ - ۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - به علت مستعد بودن حضور ارگانیسم های مقاوم، درمان تجربی با آنتی - بیوتیکهای با طیف محدود ، بر پایه مشاهدات کلینیکی / آزمایشگاهی صورت پذیرد.
قارچی					<ul style="list-style-type: none"> - به درمان تجربی پیشنهادی در عفونتهای قارچی مراجعه شود.

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
عفونت های عارضه دار مجاری ادراری (بقیه) : در حاملگی	<ul style="list-style-type: none"> - اشربیشیاکلی - دیگر انتروباکتریاسه ها - استرپتوکوک گروه B - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس 	سفالکسین یا آموکسی سیلین جانشین :	۲۵۰ mg PO qid	۷	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان و در ماههای باقیمانده بارداری توصیه می شود. - کوتریموکسازول و تری متوپریم در شش ماهه آخر بارداری استفاده نشوند ، چون باعث زردی ، یرقان و کرینکتروس در نوزاد می شود. - کینولون ها در حاملگی تجویز نگردند.
			۵۰۰ mg PO tid	۷	
استفاده از کاتتر به مدت طولانی	<ul style="list-style-type: none"> - انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - گونه پسودوموناس - گونه کاندیدا 	بدون علامت : درمان نیاز نیست. علامت دار : سیپروفلوکساسین یا کو-آموکسی کلاو	Two tab bid	۷	<ul style="list-style-type: none"> - در اینگونه بیماران مصرف مناسب و در حد نیاز آب ضروری است. - تب در این بیماران همیشه نشان دهنده عفونت مجاری ادراری نیست. - چون خطر افزایش ارگانسیم های مقاوم در اینگونه بیماران وجود دارد به جز در موارد عفونت سیستمیک ، درمان نیاز نیست و بر اساس شواهد بالینی/ آزمایشگاهی با آنتی بیوتیک های دارای طیف محدود درمان شود. - ممکن است عفونت ایجاد شده چند میکروبی باشد. - کو-آموکسی کلاو علیه گونه پسودوموناس اثر ندارد.
			۱۰۰ mg PO bid	۱۰-۱۴	
پیلونفریت بدون عارضه	<ul style="list-style-type: none"> - اشربیشیاکلی - انتروباکتریاسه - استافیلوکوکوس - ساپروفیتیکوس 	کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین یا جنتامایسین	Two tab bid	۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می گردد. - گزارش شده که ۷ روز درمان با سیپروفلوکساسین کافیت. - جنتامایسین به داروی خوراکی تبدیل شود تا تحمل پذیری بهتری برای بیمار داشته باشد.
			۵۰۰ mg PO bid	۱۴	
عارضه دار در: • کهولت سن • استفاه از کاتتر • قطع نخاعی ها • معلولین • دیابتی ها	<ul style="list-style-type: none"> - اشربیشیاکلی - دیگر انتروباکتریاسه ها - گونه انتروکوک - گونه پسودوموناس - استرپتوکوک گروه B 	سیپروفلوکساسین جانشین : کوآموکسی کلاو یا جنتامایسین + آمپی سیلین	۵۰۰ mg PO bid	۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - در موارد راجعه یا حضور علائم بعد از ۷۲ ساعت ، بررسیهای اورولوژیک لازم نیست. - کوآموکسی کلاو بر گونه پسودوموناس مؤثر نیست. - در صورت وجود انتروکوک ، از آمپی سیلین + جنتامایسین استفاده شود.
			۶۲۵ mg PO tid	۱۴	
			۷ mg/kg IV od	۱۴	
			۱ g IV qid	۱۴	
در حاملگی	<ul style="list-style-type: none"> - اشربیشیاکلی - دیگر انتروباکتریاسه ها - استرپتوکوک گروه B 	سفتواکسیم جانشین : جنتامایسین + آمپی سیلین	۱ g IV tid	۱۴	<ul style="list-style-type: none"> - کشت ادرار قبل و بعد از درمان توصیه می شود. - کشت میکروبی ادرار در ماههای باقیمانده بارداری انجام شود. - داروهای تزریقی برای تحمل بهتر بیمار ، به نوع خوراکی تبدیل شوند.
			۱/۵ - ۲ mg/kg IV tid ۱g IV q6h	۱۴	

دستگاه عصبی مرکزی

مننژیت:

– قبل از درمان آنتی بیوتیکی، LP (کشیدن مایع مغزی نخاعی در ناحیه کمری) توصیه می شود بجز در موارد زیر:

- نقص کانونی در عصب
- ادم پایی
- اختلالات انعقادی
- $GCS < 11$
- ناپایداری قلبی - عروقی

توجه: اگر LP میسر نیست درمان آنتی بیوتیکی را به تأخیر نیندازید.

– کشت خون توصیه می شود.

– بیماران با حساسیت شدید به بتالاکتام ها از کلرامفنیکل +/- وانکومايسين +/- جنتامایسین استفاده می شود.

– مقاومت استرپتوکوکوس پنومونیه:

- سویه مقاوم به پنی سیلین ها ۱۷/۴٪
- سویه نیمه مقاوم به پنی سیلین ها ۱۶٪
- سویه با مقاومت بالا به پنی سیلین ها ۱/۴٪
- سویه مقاوم به سفتریاکسون / سفوتاکسیم ۱٪ <

ترکیب وانکومايسين + سفوتاکسیم در موارد زیر مورد توجه قرار می گیرد:

- بیماران بدحالی که نیاز به بستری در ICU دارند.
- بیمارانی که در چندین مورد آنتی بیوتیک بتالاکتام در سال گذشته مصرف کرده اند.
- در رنگ آمیزی CSF، استرپتوکوکوس پنومونیه تشخیص داده شود.

توجه: وانکومايسين نفوذ آهسته و کمی در CSF دارد و فقط در صورتیکه نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی وجود استرپتوکوک مقاوم به سفوتاکسیم را بیان کنند، باید وانکومايسين بعد از اولین دوز سفوتاکسیم، داده شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
متنژیت • افراد کمتر از ۱۸ و بالاتر از ۵۰ سال • دارای نقص ایمنی • افراد الکلی • بیماران دیابتی	- استرپتوکوکوس پنومونیه - نایسریا متنژیتیدیس - لیستریا مونوسایتوژنز - انتروباکتریاسه	سفتوآکسیم + آمپی سیلین	۲g IV tid ۲g IV q4h	استرپتوکوک و نایسریا ۱۰ روز لیستریا و انتروباکتریاسه ۲۱ روز	- سفالوسپورین ها علیه لیستریا اثری ندارند. - در افراد دارای ایندز موارد زیر باید مد نظر قرار گیرد: • کریبتوکوکوزیس • مایکوباکتریوم توبرکلوزیس • سیفلیس • توکسوپلاسموزیس
سنین بین ۱۸ تا ۵۰ سال	- استرپتوکوکوس پنومونیه - نایسریا متنژیتیدیس - هموفیلوس انفلوانزا - استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس	سفتوآکسیم یا سفتریاکسون	۲g IV qid ۲g IV qid	۱۰ ۱۰	-
بعد از ضربه و جراحی عمل جراحی	- استرپتوکوکوس پنومونیه - استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس	کلوکساسیلین + سفتازیدیم جانشین : وانکومايسين + سفتازیدیم	۲g IV q4h ۲g IV tid ۱g IV bid ۲g IV tid	۱۴-۱۰ ۱۴-۱۰	- در صورت تراوش مایع - مغزی نخاعی به احتمال زیاد عامل ایجاد عفونت ، استرپتوکوکوس پنومونیه می باشد. - در صورتی که ارتباط خارجی با قلب و عروق وجود داشته باشد ، رژیم وانکومايسين + سفتازیدیم توصیه می شود.
شانث (قلبی / عروقی)	- گونه انتروکوک - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه پروبیونی باکتریوم - کورینه باکتریوم ها	وانکومايسين + سفتوآکسیم یا سفتریاکسون	۱g IV bid ۲g IV qid ۲g IV qid	۱۴ روز پس از حذف شانث	- برداشتن شانث باید به طور کاملاً استریل انجام بگیرد. - در صورت حضور انتروباکتریاسه طول درمان بعد از برداشتن شانث ، باید بیش از ۲۱ روز باشد.
آبسه های مغزی همتاژن درجه ۲ منجر به اندوکاردیت	- استرپتوکوکهای ویریدانس - استافیلوکوکوس اورئوس	کلوکساسیلین + سفتوآکسیم	۲g IV q4h ۲g IV qid	۶ هفته	- کشت خون باید انجام شود. - معمولاً آبسه ها تعددند.
آبسه های مغزی بعد از جراحی یا جراحی مغز	- استافیلوکوکوس اورئوس - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس	کلوکساسیلین + سفتوآکسیم کلوکساسیلین + سفتازیدیم جانشین : وانکومايسين + یک سفالوسپورین از نسل سوم	۲g IV q4h ۲g IV qid ۲g IV q4h ۲g IV tid ۱g IV bid ۲g IV qid	۶ هفته ۶ هفته ۶ هفته	- در زمان افزایش خطر احتمال وجود پسودوموناس ، سفتازیدیم به جای سفتوآکسیم استفاده شود : • استفاده طولانی مدت از ونتیلاتور • بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان • مصرف آنتی بیوتیک های وسیع الطیف • سوختگی ها

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
آبسه های مغزی (درجه ۲) مجاور به / منجر به سینوزیت / اوتیت (معمولاً یک آبسه منفرد)	چند میکروبی : - استرپتوکوک گروه ویریدانس - استرپتوکوک میکروآروفیلیک بی هوازیها : - گونه پیئو استرپتوکوک - گونه باکترئیدز - گونه پروتالا - گونه پورفیروموناس - گونه فوزوباکتریوم - توکسوپلاسما گونیدی	سفتاکسیم + مترونیدازول جانشین : پنی سیلین + مترونیدازول لوب گیجگاهی : سفتازیدیم یا مروپنم + مترونیدازول پیریمتامین +	۲g IV qid ۵۰۰mg PO bid ۳-۴ MU IV q۴h ۵۰۰mg PO bid ۲g IV tid ۱g IV tid ۵۰۰mg PO bid	۶ هفته ۶ هفته در صورت انجام جراحی سه هفته	- رژیم درمانی ذکر شده توصیه می شود در صورتی که : • سمیت و یا علائم مننژیت مشاهده گردد. • سابقه سینوزیت / اوتیت راجعه وجود داشته باشد. • MIC استرپتوکوک های گروه ویریدانس بالاتر ۰/۱ μg/ml باشد. - گونه پseudomonas و انتروباکتریاسه ها در آبسه های لوب گیجگاهی می توانند باشند.
آبسه های مغزی در میتالایان به ایدز	فولینیک اسید + کلیندامایسین یا سولفادایزین سپس درمان را در طول زندگی ادامه داده با : پیریمتامین + فولینیک اسید + سولفادایزین	۷۰-۲۰۰mg PO ۵۰mg PO od ۱۰mg PO od ۶۰۰-۹۰۰mg PO qid ۴-۸g PO od ۵۰mg PO od ۱۰mg PO od ۱-۱/۵ g PO qid	حد اقل ۳-۶ هفته مادام العمر	- در بیماران حساس به داروهای سولفونامید از کلیندامایسین به جای سولفادایزین استفاده کرده یا حساسیت زدایی شود.	
آبسه های اپیدروال (سخت شامه) به ندرت : - استرپتوکوک ها - انتروباکتریاسه ها - گونه pseudomonas	- استافیلوکوکوس اورئوس (۹۰-۶۰٪) به ندرت : - استرپتوکوک ها - انتروباکتریاسه ها - گونه pseudomonas	کلوکساسیلین + جنتامایسین	۲g IV q۴h ۷mg/kg IV od	۴ هفته در صورت استئومیلیت ۸ هفته	- معمولاً به جراحی اورژانسی احتیاج دارد. - درمان براساس نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی انجام شود. - اطلاعات خیلی کمی در مورد نفوذ آنتی بیوتیک به سخت شامه وجود دارد. چندین گزارش در مورد موفقیت درمان با سفازولین + جنتامایسین وجود دارد (به هر حال نفوذ آنتی بیوتیک به سخت شامه خصوصاً در چند روز اول درمان از اهمیت ویژه ای برخوردار است تا هرچه سریع تر از نفوذ عفونت به پرده های مننژ جلوگیری شود). در موارد شک زیاد به وجود pseudomonas ، باید سفتازیدیم را به رژیم درمانی اضافه نمود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
آمپییم ساب دورال	چند میکروبی : - استرپتوکوک گروه ویریدانس - استرپتوکوک میکروآتروفیلیک بی هوازیها : - گونه پیتواسترپتوکوک - باکترئیدز فراژیلیس - گونه پرووتلا - پورفیروموناس - گونه فوزوباکتریوم	سفوتاکسیم + مترونیدازول یا پنی سیلین + مترونیدازول	۲ g IV qid ۵۰۰ mg PO bid ۳-۴ MU IV q۴h ۵۰۰ mg PO tid	۶ هفته ۶ هفته	- اغلب به جراحی اورژانسی برای درناژ نیاز دارد. - اگر با استئومیلیت همراه شود ، کلوکساسیلین اضافه گردد.
انسفالیت	- آنترووایروس - هرپس سیمپلکس وایروس - آربو وایروس - رابی وایروس	آسیکلوویر	۱۰ mg/kg IV tid	۱۰	- وایروس هرپس سیمپلکس یکی از متداولترین عوامل انسفالیت جنین می باشد که تعداد معدودی از آنها قابل درمان هستند. - مشاوره عفونی توصیه می شود. - PCR بر روی CSF جهت جستجوی HSV انجام شود. - انسفالیت می تواند بعد از عفونت های زیر ایجاد شود : سرخک ، سرخچه ، آنفلوآنزا ، آبله مرغان ، زونا ، گونه مایکوپلاسما و بارتونلا (ناشی از خراش پنجه گربه).

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
پریکاردیت	<ul style="list-style-type: none"> - انتروپروس های معمولی - گونه مایکوپلاسما - استافیلوکوکوس اورئوس گاهی : - استرپتوکوک بتاهمولیتیک - انتروباکتریاسه - استرپتوکوکوس پنومونیه - مایکوباکتریوم توپر کلوزیس 	<ul style="list-style-type: none"> کلوکساسیلین + جنتامایسین 	<p>۲ g IV q۴h ۱/۵ mg/kg IV tid</p>	۶ هفته	<ul style="list-style-type: none"> - براساس شواهد و نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی آنتی بیوتیک مناسب تجویز گردد. - در صورت مشکوک بودن به عامل باکتریایی ، مشاوره اورژانسی برای درناژ فوری انجام شود.
اندوکاردیت با دریچه های طبیعی (عدم استفاده از داروهای تزریقی)	<ul style="list-style-type: none"> - استرپتوکوک گروه ویریدانس - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه انتروکوک - ارگانیسم های HACEK - هموفیلوس پارانفلوآنزا یا هموفیلوس آفروفیلوس - اکتینوباسیلوس اکتینومیستم - کومیتانس - کاردیوباکتریوم هومی نیس - ایکنلا کورودنس - گونه کینگلا 	<ul style="list-style-type: none"> • تحت حاد (علایم بیش از یک ماه طول بکشد) : آمپی سیلین + جنتامایسین یا سفتریاکسون • حاد (علایم کمتر از یک ماه باشد) آمپی سیلین + کلوکساسیلین + جنتامایسین حساسیت به پنی سیلین ها : وانکومایسین + جنتامایسین یا سفتریاکسون 	<p>۲ g IV q۴h ۱ mg/kg IV tid ۲ g IV qid</p>	<p>برای کشت خون منفی ۴ هفته تا ۶ هفته</p> <p>کشت خون (+) به جدول حساسیت باکتریها در اندوکاردیت مراجعه شود. ۴ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - تشخیص براساس : • کشت های خونی مثبت متعدد • بیوفیلم • تشخیص آمبولی • اثبات وژتاسیون با اکوکاردیوگرام - کشت های خون : • حداکثر دو مرتبه خون گرفته شود (دو ویال هوازی و یک ویال بی هوازی در هر بار خون گیری تهیه گردد). • در هر ویال ۱۰-۸ میلی لیتر خون گرفته شود. • از بزرگسالان تهیه شود. - در صورت مشکوک بودن به وجود ارگانیسم غیرمعمول یا سخت رشد ، مشاوره آزمایشگاه میکروبیولوژی انجام شود. - در مورد جنتامایسین افزایش فاصله بین دوزها توصیه نمی شود. - در صورت وجود انتروکوک ها و یا ارگانیسم های HACEK باید جنتامایسین به مدت ۶ هفته مصرف نمود.
در افرادی که دارو تزریق می کنند و سمت راست قلب درگیر می باشد.	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس 	<ul style="list-style-type: none"> کلوکساسیلین + جنتامایسین درمان استافیلوکوک مقاوم به متی سیلین : وانکومایسین + جنتامایسین 	<p>۲ g IV q۴h ۱ mg/kg IV tid</p> <p>۱ g IV bid ۱ mg/kg IV tid</p>	<p>۲ هفته</p> <p>۲ هفته</p>	<ul style="list-style-type: none"> - طول درمان ۶ هفته شود اگر : • عفونت متاستاتیک باشد. • عفونت سمت چپ قلب را هم شامل شود. - وانکومایسین به طور روتین تجویز نمی شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اندوکاردیت در افرادی که دریچه مصنوعی دارند. الف- کمتر از ۸ هفته مبتلا به اندوکاردیت شده باشند.	- استافیلوکوک کواگولاز منفی گاهی : - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه کورینه باکتریوم	وانکوماسین + جنتامایسین + ریفامپین	۱ g IV bid ۱ mg/kg IV tid ۳۰۰ mg PO bid	۶ هفته ۲ هفته ۶ هفته	- مشاوره فوری جراحی توصیه می شود.
ب : بیش از ۸ هفته به اندوکاردیت مبتلا باشند.	- استرپتوکوک گروه ویریدانس - استافیلوکوک کواگولاز منفی - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه اتروکوک به ندرت : - گونه پروپیونی باکتریوم - گونه استافیلوکوکوس بوویس	وانکوماسین + جنتامایسین + ریفامپین	۱ g IV bid ۱ mg/kg IV tid ۳۰۰ mg PO bid	۶ هفته ۶ هفته ۶ هفته	- براساس نتایج کلینیکی / آزمایشگاهی ، آنتی بیوتیک مناسب تجویز گردد.

ملاحظات	طول درمان (روز)	دوز پیشنهادی	درمان تجربی پیشنهادی	پاتوزن معمول
<p>– جایگزین در موارد حساسیت به بتالاکتام : وانکومايسين +/- جنتامایسین</p> <p>– فاصله بین دوزهای آمینوگلیکوزیدها زیاد نشود تا پیک غلظتی برابر ۳-۴ mg/l بدست آید.</p> <p>– برای پنی سیلین ها اگر $\mu\text{g/ml} > 0.1$ MIC باشد ، MIC سفتریاکسون بررسی شده و توسط آزمایشگاه میکروبیولوژی گزارش شود.</p>	۲ هفته	۳ MU IV q۴h	پنی سیلین + جنتامایسین یا	استرپتوکوک گروه ویریدانس $\text{MIC} < 0.1 \mu\text{g/ml}$ پنی سیلین
	۲ هفته	۱ mg/kg IV tid	پنی سیلین به تنهایی یا	
	۴ هفته	۳ MU IV q۴h	سفتریاکسون + جنتامایسین	
	۲ هفته	۱ g IV od		
	۲ هفته	۱ mg/kg IV tid		
	۴ هفته	۳ MU IV q۴h	پنی سیلین +	$\text{MIC} < 0.1 \mu\text{g/ml}$
	۲ هفته	۱ mg/kg IV tid	جنتامایسین +	$\text{MIC} \geq 0.5$ پنی سیلین
	۴ هفته	۱ g IV od	سفتریاکسون +	
	۲ هفته	۱ mg/kg IV tid	جنتامایسین +	
	۴ تا ۶ هفته	۱ g IV od	سفتریاکسون +	$\text{MIC} < 0.1 \mu\text{g/ml}$ پنی سیلین
	۴ تا ۶ هفته	۱ mg/kg IV tid	جنتامایسین	
<p>– فاصله بین دوزهای آمینوگلیکوزیدها زیاد نشود. جنتامایسین برای پیک غلظتی ۳-۴ mg/l طراحی شده است.</p>	۴ تا ۶ هفته	۲ g IV q۴h	آمپی سیلین + جنتامایسین	گونه انتروکوک آمپی سیلین جنتامایسین حساس ← حساس
	۴ تا ۶ هفته	۱ mg/kg IV tid	آمپی سیلین	حساس ← مقاوم
	۱۲ تا ۸ هفته	۳ g IV q۴h	وانکومايسين + جنتامایسین	مقاوم ← حساس
	۴ تا ۶ هفته	۱ g IV bid	مشاوره عفونی انجام شود.	مقاوم به وانکومايسين ←
	۴ تا ۶ هفته	۱ mg/kg IV tid		
<p>– در حذف کورینه باکتریوم ها ، جنتامایسین توصیه می شود.</p> <p>– باید برای ارگانيسم های دیگر HACEK ، اثر سینرژستیک جنتامایسین بررسی شود.</p>	۴ هفته	۱ g IV od	سفتریاکسون یا	ارگانيسم های HACEK
	۴ هفته	۱ g IV q۴h	آمپی سلین +/-	
	۴ هفته	۱/۵ mg/kg IV tid	جنتامایسین	

ملاحظات	طول درمان (روز)	دوز پیشنهادی	درمان تجربی پیشنهادی	پاتوزن معمول
<p>– جنتامایسین برای پیک غلظتی برابر ۳-۴ mg/l طراحی شده است. فاصله بین دوزهای آمینوگلیکوزیدها زیاد نشود.</p> <p>– درمان ۴ تا ۶ هفته ادامه یابد اگر :</p> <ul style="list-style-type: none"> • عفونت متاستاتیک شود. • سمت چپ قلب را نیز شامل شود. <p>– در صورت درگیری دریاچه سه لتی احتمال آمبولی سپتیک ریوی در نظر گرفته شود.</p>	۲ هفته	۲ g IV q4h ۱ mg/kg IV tid	کلوکساسیلین + جنتامایسین	استافیلوکوکوس اورئوس (سمت راست قلب در گیر باشد). حساس به کلوکساسیلین
	۲ هفته	۱ g IV bid ۱ mg/kg IV tid	وانکومایسین + جنتامایسین	مقاوم به کلوکساسیلین
<p>– جنتامایسین برای پیک غلظتی ۳-۴ mg/l طراحی شده است. فاصله بین دوزهای آمینوگلیکوزیدها زیاد نشود.</p>	۴ تا ۶ هفته ۳ تا ۵ روز	۲ g IV q4h ۱ mg/kg IV tid	کلوکساسیلین + جنتامایسین یا سفازولین - / +	استافیلوکوکوس اورئوس (سمت چپ قلب درگیر باشد) حساس به کلوکساسیلین
	۴ تا ۶ هفته	۱ mg/kg IV tid ۱ g IV bid ۶۰۰ mg PO od	جنتامایسین وانکومایسین - / + ریفامپین	مقاوم به کلوکساسیلین
<p>– مشاوره عفونی انجام شود.</p> <p>– در صورت عدم پاسخ به درمان با وانکومایسین ، باید به آن ریفامپین اضافه نمود.</p>	حداقل ۶ هفته	۱ g IV od ۱/۵-۲ mg/kg IV tid	سفترایکسون + جنتامایسین	انتروباکتریاسه
<p>– مشاوره عفونی انجام شود.</p> <p>– بسته به نوع ارگانسیم ، اغلب تعویض دریاچه الزامی است.</p>	حداقل ۶ هفته	۳ g IV q4h ۲ mg/kg IV tid	پیپراسیلین + توبرامایسین	پسودوموناس آئروژینوزا
<p>– مشاوره عفونی انجام شود.</p>	-	-	-	قارچها

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
نوتروپنی تب دار	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوک کواگولاز منفی - گونه انتروکوک - استرپتوکوک های گروه ویریدانس - گونه کورینه باکتریوم - گونه باسیلوس - گونه استومانوکوک - استرپتوکوک بتاهمولیتیک - استرپتوکوکوس پنومونیه - گونه رودوکوک - انتروباکتریاسه - گونه پسودوموناس - گونه بورخلدريا - بی هوازیها - ارگانیسیم های دیگر بندرت باعث عفونت در این گونه افراد می شوند. 	<p>پیپراسیلین + توبراماسین</p> <p>جانشین :</p> <p>سفتازیدیم + / - توبراماسین</p> <p>بستری شده در ICU :</p> <p>ایمی پنم + توبراماسین</p> <p>درمان ضد قارچی زمانی انجام شود که علیرغم درمان آنتی بیوتیکی بعد از ۴ تا ۷ روز تب و نوتروپنی باقی بماند.</p>	<p>۳ g IV q۴h</p> <p>یا ۱/۵ mg/kg IV tid</p> <p>۷ mg/kg IV od</p> <p>یا ۲ g IV tid</p> <p>یا ۷ mg/kg IV od tid</p> <p>۱/۵ - ۲ mg/kg IV tid</p> <p>۵۰۰ mg IV qid</p> <p>یا ۷ mg/kg IV od tid</p> <p>یا ۱/۵ - ۲ mg/kg IV tid</p>	<p>اگر شمارش نوتروفیل $\geq 5.0 \times 10^9/L$ باشد حداقل ۷ روز</p> <p>اگر شمارش نوتروفیل $< 5.0 \times 10^9/L$ باشد حداقل ۲ هفته</p> <p>کشت خون برای قارچ توصیه می شود.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - پیشنهاداتی برای استفاده از وانکومایسین در نوتروپنی تب دار : - وانکومایسین را نباید به طور روتین در نوتروپنی های تب دار استفاده نمود. - درمان با وانکومایسین در موارد زیر توصیه می شود : <ul style="list-style-type: none"> • استفاده از کاتتر (راه عفونت) • کشت خون حاوی باکتری گرم مثبت بوده ولی هنوز شناسایی نشده باشد. • کلنی های شناسایی شده استافیلوکوکی مقاوم به متی سیلین یا استرپتوکوکوس پنومونیه مقاوم به پنی سیلین باشد. • در صورتی که کشت خون حاوی ارگانیسیم های گرم مثبت مقاوم به آنتی بیوتیک های بتالاکتام نباشد. • درمان با وانکومایسین از ۳ تا ۵ روز تجاوز نکند. • عفونت با گرم مثبت ها از همه بیشتر و با پسودوموناس ها کمتر از بقیه دیده شده است. - درمان با سفتازیدیم به تنهایی : <ul style="list-style-type: none"> • نسبت به پیپراسیلین اثر بهتری بر گرم مثبت ها دارد (استرپتوکوک ها و انتروکوک ها). • ممکن است باعث ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی شود. • ممکن است برای درمان بیماران با نوتروپنی شدید یا طولانی مناسب نباشد. • پیشگیری با سیپروفلوکساسین احتمال عفونت با گرم منفی ها را افزایش می دهد. - در موارد زیر به درمان نوع خوراکی تبدیل شود : <ul style="list-style-type: none"> • تظاهرات غیر سپتیک (لرز ، کاهش فشار خون و) وجود نداشته باشد. • کشت منفی • رفع موکوزیت • $\geq 1.0 \times 10^9/L$ شمارش نوتروفیل

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
سینوزیت قارچی	-گونه اسپریژیلوس -گونه ریزوپوس -گونه موکور	درمان ضد قارچی توصیه نمی شود. در افراد با نقص ایمنی : آمفوتریسین B	۰/۸-۱/۵ mg/kg/day	در مجموع ۲/۵ گرم (برای موکور بیش از ۳ گرم)	- در افراد با ایمنی کامل ، حضور قارچ در سینوس ها ممکن است به خاطر پولیپ بینی باشد که به طور روتین درمان ضد قارچی انجام نمی شود. - در افراد با نقص ایمنی یا دیابتی ها کتواسیدوز ، عفونت قارچی ممکن است به صورت سلولیت ایجاد شده ، سریعاً پیشروی کرده و کشنده باشد. - تخلیه با جراحی الزامی است.
مایکوز اندمیک	-گونه کریپتوکوکوس -گونه هیستوپلاسما -گونه بلاستومایسس کوکسیدیوایدس	-	-	-	- مشاوره عفونی قوی و جدی توصیه می شود. - درمان / دوزاژ / طول درمان براساس شواهد کلینیکی می باشد.
آمفوتریسین B وریدی					
<p>- دوزهای آزمایشی و افزایش دوز در موارد زیر توصیه نمی شوند :</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکنش ازدیاد حساسیت و آنافیلاکسی که البته نادر می باشد. • تب و لرز ایجاد شده در رابطه با تجویز آمفوتریسین B که به دوز یا طول درمان بستگی نداشته باشد. • فرمولاسیون موجود دارای درجه خلوص بالا باشد. • طولانی شدن و تأخیر درمان در افرادی که دوز درمانی را مصرف می کنند. <p>- استفاده روتین از داروهای مسکن و ضد حساسیت (از قبیل استامینوفن + دی فنیل هیدرامین +/- کورتیکوستروئیدها +/- مپریدین) پیش از اولین دوز آمفوتریسین B وریدی توصیه نمی شود ولی می توان در صورت بروز عوارض جانبی ، تجویز کرد.</p>					
عفونت پوستی بدون درگیری موها تینه آ پدیس تینه آ کروزیس تینه آ مانوم تینه آ فاستی تینه آ کورپورس	- گونه تربیکوفیتون - گونه اییدرموفیتون - گونه میکروسپوروم	درمان موضعی با یکی از موارد زیر : سیکلوپیروکس ۱٪ کلوتریمازول ۱٪ کتوکانازول ۱٪ میکونازول ۲٪ نافتی فین ۱٪ تربینافین ۱٪ تول نفتات ۱٪	bid bid od bid od-bid od-bid bid	۲-۴ هفته ۲-۴ هفته ۲-۴ هفته ۲-۴ هفته ۲-۴ هفته ۲-۴ هفته ۲-۴ هفته	- درمان خوراکی موثر بوده ولی درمان موضعی ترجیح داده می شود. - تینه آ پدیس قابل بازگشت بوده بنابراین به درمان طولانی تری (۴ تا ۶ هفته) نیاز دارد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
عفونت پوستی با درگیری موها	- گونه تریکوفیتون - گونه میکروسپوروم	بزرگسالان : ترینافین ایتراکونازول جانشین : فلوکونازول گریزئوفلوین کودکان : ترینافین یا گریزئوفلوین	۲۵۰ mg PO bid ۱۰۰ mg PO bid هر هفته ۱۵۰ mg PO ۲۵۰ mg PO od < ۲۰ Kg: ۶۲/۵ mg PO od ۲۰- ۴۰ Kg: ۱۲۵ mg PO od > ۴۰ Kg: ۲۵۰ mg PO od ۱۵-۲۰ mg/kg/d PO در دو دوز منقسم	۲ تا ۴ هفته ۴ تا ۸ هفته ۴ تا ۸ هفته ۶ تا ۱۲ هفته ۲ تا ۴ هفته ۲ تا ۴ هفته ۲ تا ۴ هفته ۲ تا ۴ هفته ۶ تا ۱۲ هفته	- درمان موضعی توصیه نمی شود. - در التهاب شدید (کرایون) ، پردنیزولون استفاده شود. - به علت پاسخ ضعیف میکروسپوروم کانیس به درمان با ترینافین ، درمان را ۶ تا ۸ هفته ادامه دهید.
تینه آ ورسیکالر (پیتریازیس ورسیکالر)	- مالاسزیا فورفور (پیتروسپوروم اربی کولا)	موضعی : کلوتریمازول ۱٪ کتوکونازول ۲٪ میکونازول ۲٪ سلنیوم سولفاید ۲/۵٪ ترینافین ۰/۱ خوراکی : ایتراکونازول کتوکونازول	bid od bid od od-bid ۲۰۰ mg PO od ۲۰۰ mg PO od	۷ ۷ ۷ ۷ ۷ ۷ ۷	- درمان خوراکی در موارد زیر توصیه می شود : • گسترش عفونت • بازگشت دوباره عفونت • شکست درمان موضعی - ترینافین خوراکی (لامیسیل®) مؤثر نمی باشد.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
اونیکومایکوز (تینه آ اونگوايوم)	- گونه تريکوفیتون	تربینافین	۲۵۰ mg PO od	انگشتان دست ۶ هفته انگشتان پا ۱۲ هفته	- تربینافین از ایتراکونازول و یا گریزئوفلوپین خوراکی مؤثرتر است.
اسپوروتریکوزیس • لنفو کوتانوس • اکسترا کوتانوس	- اسپوروتریکس شانکی ای	ایتراکونازول	۲۰۰ mg PO od	۶ ماه	- نیاز به درمان طولانی مدت دارد.
کاندیدای واژینال (کاندیدایزیس)	- کاندیدا آلبیکس گاهی: - گونه های غیر آلبیکس	بدون علامت: درمان نیاز ندارد. علامت دار: فلوکونازول یا کلوتریمازول ۲٪ گرم یا اوول میکونازول	۱۵۰ mg PO داخل واژنی ۵ g داخل واژنی ۴۰۰ mg	تک دوز سه روز سه روز	- فلوکونازول در زمان بارداری توصیه نمی شود. - فلوکونازول روی کاندیدای غیر آلبیکس اثر کمی دارد.
کاندیدایزیس راجه	- کاندیدا آلبیکس - کاندیدای غیر آلبیکس	فلوکونازول	دوشنبه ، چهارشنبه ، جمعه ۵۰ mg یا هر ۷ روز ۱۵۰ mg	۶ ماه	- احتمال وجود HIV بررسی شود. - در صورت ابتلاء دوباره ، پیشگیری بعد از ۶ ماه ادامه پیدا کند... - فلوکونازول در بارداری توصیه نمی شود.
کاندیدایزیس دهانی	- کاندیدا آلبیکس گاهی: - کاندیدای غیر آلبیکس	سوسپانسیون نیستاتین + کلوتریمازول واژینال به صورت دهانی استفاده شود. جانشین : فلوکونازول نوزادان: نیستاتین	۵۰۰۰۰ U (۵ ml) qid ۱۰۰ mg PO od ۵۰ mg PO od ۱۰۰۰۰ U (۵ ml) qid	۷-۱۰ روز ۷-۱۰ روز ۷-۱۰ روز ۷-۱۰ روز	- احتمال وجود HIV بررسی شود بجز: • نوزادان • نقص ایمنی یا سرکوب ایمنی شناخته شده • استفاده از اسپری های تنفسی استروئیدی - برای افراد مبتلا به ضعف سیستم ایمنی ، درمان نگهدارنده با فلوکونازول توصیه می شود (دوشنبه ، چهارشنبه ، جمعه هر بار ۵۰۰ mg) - همیشه در افراد مبتلا به ضعف سیستم ایمنی ایجاد می شود.
کاندیدای مری (کاندیدایزیس) کاندیدوبوری	- کاندیدا آلبیکس - کاندیدای غیر آلبیکس - گونه کاندیدا	فلوکونازول جانشین : امفوتریسین B شستشوی ممانه با امفوتریسین B	روز اول ۲۰۰ mg PO ۱۰۰ mg PO od سیس ۰/۳ mg/kg IV آب ۵۰ mg/۱۰۰۰ ml ۴۲ ml/h با سرعت	۵ تک دوز ۱ تا ۲ روز	- درمان کاندیدوبوری بدون علامت ، تأیید نشده است. - معمولاً مربوط به لوله تخلیه ادرار منتهی به خارج بدن می باشد. - در استفاده طولانی از کاتتر: • اگر گونه کاندیدا مکرراً از نمونه ها جدا شده ، باید درمان ویژه انجام پذیرد (ممکن است بیان کننده عفونت مجاری بالایی کلیه باشد). • در صورت امکان ، کاتتر حذف شود. - فلوکونازول بر کاندیدا کروزنی یا کاندیدا ژلایراتا مؤثر نیست.

کاندیدیازیس سیستمیک

- حتی الامکان کاتتر دیالیز از رگ اصلی یا پریتونه آل حذف گردد.
- حتی الامکان مصرف آنتی بیوتیک های وسیع الطیف قطع شود.
- کشت های متعدد از خون (هر روز و حداقل ۳ بار) برای تأیید استریلیتی انجام شود.
- فوندوسکوپی انجام شود.
- باعث افزایش مرگ و میر در افراد سالخورده و بیماران بخش ICU می شود.

– در کشتهای کاندیدا مثبت :

- کاندیدا کروز – کاندیدا ژلابراتا معمولاً به فلوکونازول مقاوم می باشند.
- کاندیدا لوسیتانیا ، کاندیدا گوئی لیرماندی به آمفوتریسین B مقاوم اند.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
کاندیدیازیس سیستمیک	- کاندیدا آلبیکس - کاندیدا تروپیکالیس - کاندیدا پارازیلوسیس - کاندیدا ژلابراتا - کاندیدا کروز	فلوکونازول یا آمفوتریسین B	۸۰۰ mg IV Loading dose ۴۰۰ - ۸۰۰ mg IV/PO روزانه ۰/۵ - ۱ mg/kg/day/IV	حداقل ۱۴ روز پس از آخرین کشت خونی مثبت مانند فوق	- کاندیدا تروپیکالیس معمولاً با وسایل مصنوعی به ویژه کاتتر رگ اصلی ارتباط دارد. - آمفوتریسین B در موارد زیر توصیه می شود : • همودینامیک ناپایدار • نوتروپنی $< 0/5 \times 10^9 / L$ • وجود گونه های کاندیدای غیر آلبیکس
آسپرژیلوزیس سیستمیک	- آسپرژیلوس فومی گاتوس - آسپرژیلوس فلاووس - آسپرژیلوسهای دیگر	آمفوتریسین B	۱ - ۱/۵ mg/kg/day/IV	طولانی مدت	- مشاوره عفونی انجام شود. - اینتراکونازول (۲۰۰ mg PO bid) برای تبدیل تزریقی به خوراکی مناسب است.
ولو وازنیت کاندیدیایی	- گونه کاندیدا	فلوکونازول کرم کلوتریمازول ۲٪ قرص میکونازول اوول میکونازول کرم ۰/۸٪ میکونازول اوول ترکونازول	۱۵۰ mg PO داخل واژن ۲۰۰ mg داخل واژن ۵۰۰ mg داخل واژن ۴۰۰ mg داخل واژن ۵ mg داخل واژن ۸۰ mg	تک دوز ۳ تک دوز ۳ ۳ ۳	- در صورت وجود کاندیدا بالانیتیس همسر نیز درمان شود. - از کرم میکونازول ۲ درصد و یا کلوتریمازول ۱ درصد به صورت bid برای ۷ روز نیز می توان استفاده کرد. - بررسی واژنیت کاندیدیایی در موارد زیر توصیه می شود: • عفونت با HIV • دیابتی ها - فلوکونازول در زمان بارداری تجویز نشود. - ترکونازول نیز در دوره اول بارداری تجویز نشود. - افراد بدون علامت نیاز به درمان ندارند.

بیماریهای انگلی

انگل های روده ای

- آزمایش انگل و تخم آن در صورت اسهال بیش از چهار روز ، توصیه می شود.
- ابتدای نمونه مدفوع ، جمع آوری شود.
- سه نمونه متوالی در ۱۰ روز جمع آوری شود اگر :
 - اسهال مزمن ، پایدار یا با عود مجدد باشد.
 - عفونت با کرم ها پیش بینی شود.
- آزمایش انگل بعد از درمان بیماری انگلی در موارد زیر انجام می شود :
 - شغل بیمار در ارتباط با نگهداری مواد غذایی باشد.

- بیمار شخصی بوده که از ناحیه بومی خود مسافرت یا مهاجرت کرده باشد.
- شغل بیمار در ارتباط با نگهداری مواد غذایی باشد.
- کارکنان انستیتوها یا کسانی که مدت طولانی از بیماران مواظبت می کنند.
- بعد از درمان آمیبیازیس

پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	علایم	طول درمان (روز)	ملاحظات
ترماتودها - کلونورکس - ایشیتورکس	پرازیکوانتل یا آلبندازول	۲۵ mg/kg PO tid ۴۰۰ mg PO od	- معمولاً بدون علامت - می تواند باعث دردهای راجه ناحیه کیسه صفرا یا کلانژیوکاریستوما گردد.	۱ ۷	- از ماهی نپخته در جنوب شرق آسیا جدا شده است.
(کرمهای لوله ای) - آسکاریس لومبر کویئیس	میندازول	۱۰۰ mg PO bid	- معمولاً بدون علامت - به طور غیر معمول باعث اسهال می گردد.	۳	- باعث اتوزینوفیلی می شود. - معمولاً در کشورهای در حال توسعه فراوان می باشد. - مهاجرت کرم در نواحی دیگر بدن ممکنست عواقب خطرناکی همراه داشته باشد.
- انتروبیوس ورمیکولاریس (کرمک)	میندازول	کودکان یا بزرگسالان: ۱۰۰ mg PO bid	- باعث خارش مقعد می شود.	۲ دوز به فاصله یک هفته	- متداولترین انگل انسانی می باشد. - اکثراً در کودکان دیده شده و بین افراد خانواده منتقل می شود.
- تریاکوریس تریاکوریا	میندازول	۱۰۰ mg PO bid	- در عفونت های شدید باعث اسهال می شود.	۳	- در نواحی بومی وجود دارد.
- استرانژیلوئید استرکوریس	ایورمکتین جانشین : آلبندازول	۲۰۰ mg/kg PO od ۴۰۰ mg PO od	- معمولاً بدون علامت - ممکن است باعث اسهال اوتوزینوفیلی گردد.	۲ ۲	- در نواحی بومی وجود دارد. - در بیماران دچار نقص ایمنی باعث افزایش عفونت می شود و باید مشاوره عفونی انجام شود.
- آنکیلوستوما دنودنال - نکاتور آمریکانوس (کرم قلابی)	میندازول	۱۰۰ mg PO bid	- معمولاً بدون علامت بوده و باعث ایجاد اسهال نمی شود.	۳	- در نواحی بومی وجود دارد. - در عفونت شدید ممکن است خونریزی از روده مشاهده گردد.
- سستودها (کرم پهن ماهی) - دی فیلوپوتریوم لاتوم	پرازیکوانتل	۵-۱۰ mg/kg PO	- معمولاً بدون علامت	تک دوز	- از ماهی نپخته آبهای شیرین ، مثل قزل آلا جدا شده است.

ملاحظات	طول درمان (روز)	علائم	دوز پیشنهادی	درمان تجربی پیشنهادی	پاتوژن معمول
— ایجاد شکل لاروی کرده و به دیگران منتقل می شود (درمان با آلبندازول).	تک دوز	معمولاً بدون علامت	۵-۱۰ mg/kg PO	پرازیکوانتل	- تنیا ساژیناتا (کرم بهن گاوی)
— شریک جنسی شخص بیمار حتی در حالت بدون علامت باید درمان شود.	تک دوز	سوزش ، خارش ، گاهی بدون علامت	۲ g PO	مترونیدازول	وولو واژینیت تریکوموناسی - تریکوموناس واژینالیس
— پاتوژن فرصت طلب می باشد. — درمان براساس مشاهده علائم صورت گیرد. — اطلاعات کمی در درمان مناسب آن وجود دارد.	۱۰ ۱۰ ۲۰ ۲۰	اسهال ، درد شکمی ، تهوع	بزرگسالان : ۷۵۰ mg PO tid کودکان : ۳۵-۵۰ mg/kg/day PO منقسم در سه دوز بزرگسالان : ۶۵۰ mg PO tid کودکان : ۴۰ mg/kg/day PO منقسم در سه دوز	علامت دار : مترونیدازول یا یدو کینول بدون علامت : درمان ندارد.	پروتوزوا - بلاستوسیستیس هومینیس
— غیر بیماریزا می باشد. — در افرادی که وضعیت بهداشتی ناپسامان دارند دیده شده است.	-	معمولاً بدون علامت	-	بدون درمان	- کالوماسیتیکس مسینیلی
— در افراد سالم از لحاظ ایمنی اسهال محدود شونده (حدود دو هفته) می دهد. — در افراد دچار نقص ایمنی (مثل ایدز) اسهال مزمن ایجاد می کند.	-	تهوع ، کاهش وزن ، کرامپ شکمی ، آنورکسی ، اسهال آبکی	-	درمان ثابتی ندارد.	- کریتوسپوریدیوم پارووم
— علائم به طور متوسط ۷ هفته طول می کشد (در افراد با نقص ایمنی طولانی ترمی باشد). — با خوردن توت آلوده شیوع می یابد.	۷ ۱۰	تهوع ، آنورکسی ، کاهش وزن ، اسهال آبکی ، کرامپ شکمی	Two tab bid	کوتریموکسازول بیماران HIV : کوتریموکسازول	- سیکلواسپورا
— در افرادی که وضعیت بهداشتی ناپسامان دارند دیده می شود.	-	معمولاً بدون علامت	-	بدون درمان : پاتوژن نیست.	- اندولیماکس نانا
— در افرادی که وضعیت بهداشتی ناپسامان دارند دیده می شود.	-	معمولاً بدون علامت	-	بدون درمان : پاتوژن نیست.	- آنتاموبا کلی
— در افرادی که وضعیت بهداشتی ناپسامان دارند دیده می شود.	-	-	-	بدون درمان : پاتوژن نیست.	- یدوموبا بوچلی

بیماری	پاتوزن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
- دیانتامویا فرازیلیس	- اسهال - دردشکمی - تهوع - آنورکسی - کاهش وزن - خستگی	همراه با علائم : یدو کینول یا تتراسیکلین	بزرگسالان : ۶۵۰ mg PO tid کودکان : ۴۰ mg/kg/day PO بزرگسالان : ۵۰۰ mg PO qid کودکان بزرگتر از ۸ سال: ۴۰ mg/kg/day PO منقسم در ۴ دوز (ماکزیمم ۲ گرم در روز) بزرگسالان یا کودکان : ۲۵۰-۳۰۰ mg/kg/day PO منقسم در سه دوز	۲۰ ۲۰ ۱۰ ۲۰ ۷	- پاتوزن ، فرصت طلب می باشد. - با حضور کرمک ، ابتلا به عفونت با این آمیب افزایش می یابد.
- آمیبیازیس (آنتاموبا هیستولیتیکا)	- اسهال - دیسانتری - آبسه های کبدی	مترونیدازول به همراه یدو کینول (برای حذف کیست های روده ای)	۷۵۰ mg PO tid ۶۵۰ mg PO tid	۱۰ ۲۰	- ممکن است در هنگام تولید کیست ، بدون علامت باشد.
- زیاردیا لامیلیا	- تهوع - آنورکسی - اسهال کف آلوده آبکی - درد شکم و دل پیچه	مترونیدازول یا پاروموایسین	بزرگسالان : ۲۵۰ mg PO tid کودکان : ۱۵ mg/kg/day PO منقسم در سه دوز بزرگسالان و کودکان : ۲۵-۳۵ mg/kg/day PO منقسم در سه دوز	۵ ۱۵ ۷	- ممکن است باعث اسهال مزمن شود. - گاهی علامت دار است. - ضرر و زیان مترونیدازول در بارداری مشخص نشده است. - پاروموایسین ممکن است در درمان هنگام بارداری مفید باشد (جذب کمی دارد).

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
جراحی معده جراحی دوازدهه جراحی سرطان معده جراحی برش معده	- انتروباکتریاسه - کوکسی های گرم مثبت	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : ۶۰۰ mg IV + جنتامایسین + ۱/۵ mg/kg IV کلیندامایسین به صورت تک دوز
جراحی مجاری صفراوی	- انتروباکتریاسه - گونه انتروکوک - گونه کلاستریدیوم	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : ۶۰۰ mg IV + جنتامایسین + ۱/۵ mg/kg IV کلیندامایسین به صورت تک دوز
جراحی روده جراحی کولورکتال	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها	سفازولین + مترونیدازول یا سفازولین + اربترومایسین + مترونیدازول	۱ g IV ۵۰۰ mg IV ۱ g IV ۱ g PO ۵۰۰ mg PO	تک دوز تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : ۶۰۰ mg IV + جنتامایسین + ۱/۵ mg/kg IV کلیندامایسین به صورت تک دوز
برداشتن آپاندیس جراحی اضطراری روده برداشتن قطعه از روده گذاشتن فیستول	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها	سفازولین + مترونیدازول	۱ g IV ۵۰۰ mg IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : ۶۰۰ mg IV + جنتامایسین + ۱/۵ mg/kg IV کلیندامایسین به صورت تک دوز
سوراخ کردن حفره شکمی	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها - گونه انتروکوک	آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول	۲ g IV qid ۷ mg/kg/day IV ۵۰۰ mg PO bid	۵	- حساسیت به سفالوسپورین ها : ۶۰۰ mg IV + جنتامایسین + ۱/۵ mg/kg IV کلیندامایسین به صورت تک دوز
جراحی فتق	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	در صورت چاقی مرضی : سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV به صورت تک دوز - به طور روتین پیشگیری انجام نمی شود.
برداشتن پستان یا برداشتن ضایعه از پستان	- استافیلوکوکوس اورئوس - استرپتوکوک بتاهمولیتیک	در صورت چاقی مرضی : سفازولین	۲ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : کلیندامایسین ۶۰۰ میلی گرم به صورت تک دوز - به طور روتین پیشگیری انجام نمی شود.

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
جراحی زنان و زایمان سقط جنین	- انتروباکتریاسه ها - بی هوازیها - استرپتوکوک گروه B - گونه انتروکوک	سه ماهه اول : داکسی سایکلین + سفازولین سه ماهه دوم به بعد : سفازولین	یک ساعت قبل از عمل جراحی: ۱۰۰ mg PO + نیم ساعت بعد عمل جراحی : ۲۰۰ mg PO ۱ g IV تک دوز تک دوز	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV بعد از خروج بند ناف
سزارین	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها - استرپتوکوک گروه A - گونه انتروکوک	سفازولین	۱ g IV تک دوز بعد از خروج بند ناف	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV بعد از خروج بند ناف
برداشتن رحم	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها - استرپتوکوک گروه B - گونه انتروکوک	سفازولین + مترونیدازول	۱ g IV ۵۰۰ mg IV تک دوز	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV
اورولوژی • جراحی پشت صفاقی • آدنئالکتومی • نفرکتومی	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک	سفازولین	۱ g IV تک دوز	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV
باز کردن مجرای ایلئوم	- انتروباکتریاسه - بی هوازیها	سفازولین + مترونیدازول	۱ g IV ۵۰۰ mg IV تک دوز	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV
پروستاتکتومی • کشت ادراری منفی • کشت ادراری مثبت	- انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas - گونه انتروکوک	کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین	Two tab ۵۰۰ mg PO ۱ تا ۲ ساعت قبل از عمل	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV به صورت تک دوز
		سفازولین	۱ g IV تک دوز	تک دوز	-

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
گشادکردن مجاری ادراری - به طور روتین پیشگیری آنتی بیوتیکی انجام نمی شود.					
واکتومی - به طور روتین پیشگیری ، انجام نمی شود.					
جراحی قلب • جراحی قلب باز • دریچه مصنوعی • بای پاس عروق کرونری	- استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - گونه کورینه باکتریوم - انتروباکتریاسه	سفازولین	۱ g IV + ۱ g IV tid	قبل از عمل ۲۴ ساعت بعد از عمل	- حساسیت به سفالوسپورین ها : وانکومايسين (۱ g IV) یک ساعت قبل عمل + ۱ g IV bid تا ۲۴ ساعت بعد از عمل در بیمارانی که بیش از سه روز قبل از عمل در بیمارستان بستری هستند جنتامایسین اضافه شود. tid ، bid ۱/۵ mg/kg IV قبل عمل + ۱/۵ mg/kg IV تا ۲۴ ساعت بعد از عمل
ترمیم های مادرزادی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - گونه کورینه باکتریوم - انتروباکتریاسه	سفازولین	۳۰ mg/kg (max ۱g IV tid)	قبل از عمل دو روز بعد از عمل	-
کاشتن ضربان ساز	- استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	-
کاتتریزاسیون قلبی - پیشگیری به طور روتین انجام نمی شود.					
برداشتن تمام کولون جراحی ترمیمی اعضا	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - بی هوازیها ←	سفازولین + جنتامایسین + مترونیدازول	۱ g IV ۷ mg/kg/day IV ۵۰۰ mg PO bid	حداقل ۷ روز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین IV ۷ g/kg/day + کلیندامایسین tid ۶۰۰ mg

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
باز کردن قفسه سینه ، برداشتن مری	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - بی هوازیهای دهانی 	<p>قبل از عمل : سفازولین + مترونیدازول</p> <p>بعد از عمل : سفازولین + مترونیدازول</p>	<p>۱ g IV ۵۰۰ mg IV</p> <p>۱ g IV tid ۵۰۰ mg IV bid</p>	<p>تک دوز</p> <p>حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از عمل</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <ul style="list-style-type: none"> • قبل از عمل : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV • بعد از عمل : جنتامایسین ۱/۵ mg/kg IV هر ۸ تا ۱۲ ساعت + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV tid <p>حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از حذف لوله های قفسه سینه</p>
پنومونکتومی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - استرپتوکوک ها - انتروباکتریاسه - بی هوازیهای دهانی 	<p>قبل از عمل : سفازولین + سفوروکسیم</p> <p>بعد از عمل : سفازولین + سفوروکسیم</p>	<p>۱ g IV ۷۵۰ mg IV</p> <p>۱ g IV tid ۷۵۰ mg IV tid</p>	<p>تا لوله های سینه ای حذف شود. (ماکزیمم ۴۸ ساعت)</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <ul style="list-style-type: none"> • قبل از عمل: جنتامایسین هر ۸ تا ۱۲ ساعت ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV • بعد از عمل: جنتامایسین هر ۸ تا ۱۲ ساعت ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV tid <p>تا لوله های سینه ای حذف شوند. (حداکثر ۴۸ ساعت)</p>
لوبکتومی کامل یا جزئی	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - استرپتوکوک ها - انتروباکتریاسه - بی هوازیهای دهانی 	<p>قبل از عمل : سفازولین</p> <p>بعد از عمل : سفازولین</p>	<p>۱ g IV ۱ g IV tid</p>	<p>تک دوز</p> <p>۲ تا ۳ دوز</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <ul style="list-style-type: none"> • قبل از عمل: جنتامایسین هر ۸ تا ۱۲ ساعت ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV • بعد از عمل : جنتامایسین هر ۸ تا ۱۲ ساعت ۱/۵ mg/kg IV + کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV tid <p>تا لوله های سینه ای حذف شوند. ۸ تا ۱۲ ساعت ، دو تا سه دوز</p>
واسکولار جراحی دهلیز که آنورت شکمی یا یک پروتز را درگیر کرده باشد.	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - انتروباکتریاسه 	<p>سفازولین</p>	<p>۱ g IV</p>	<p>تک دوز</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <p>کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV به صورت تک دوز یا وانکومایسین ۱ g IV تک دوز</p>
ترمیم مجرای شریان کاروتید	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس 	<p>در صورت کاشتن مواد مصنوعی : سفازولین</p>	<p>۱ g IV</p>	<p>تک دوز</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <p>کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV به صورت تک دوز یا وانکومایسین ۱ g IV تک دوز</p> <p>به صورت روتین پیشگیری از عفونت انجام نمی شود.</p>
جراحی پلاستیک جراحیهای ترمیمی مختلف	<ul style="list-style-type: none"> - استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک 	<p>سفازولین</p>	<p>۱ g IV</p>	<p>تک دوز</p>	<p>حساسیت به سفالوسپورین ها :</p> <p>کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV به صورت تک دوز</p>

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
جراحیهای ارتوپدیک فیکساسیون داخلی صفحه ها ، سیمها ، پیچها	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	سفازولین	+/- ۱ g IV ۱ g IV tid	قبل از عمل دو روز بعد از عمل	- حساسیت به سفالوسپورین ها : کلیندامایسین ۶۰۰ mg IV قبل از عمل +/- کلیندامایسین ۳۰۰ mg IV tid دو روز بعد از عمل
شکستگی های مرکب (باز)	-استافیلوکوکوس اورئوس -گونه استرپتوکوک -انتروباکتریاسه	سفازولین + جنتامایسین + مترونیدازول	۱ g IV tid ۷ mg/kg/day IV ۵۰۰ mg PO bid	حداقل ۷ روز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)
قطع اندام تحتانی	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس -انتروباکتریاسه -گونه کلستریدیوم	سفازولین + مترونیدازول	۱ g IV ۵۰۰ mg IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)
جراحی ستون مهره ها لامینکتومی میکرودایسکتومی چوش دادن ستون مهره ها	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	در صورت وجود ماده مصنوعی : سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)
جراحی اعصاب کرایونومی	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)
جراحی شانت مایع مغزی- نخاعی	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)
درناژ بطن خارجی مونیتور فشار داخل جمجمه ای	-استافیلوکوکوس اورئوس -استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	سفازولین + سفازولین	۱ g IV ۱ g IV	تک دوز قبل از ورود دستگاه تک دوز قبل از حذف دستگاه	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین + کلیندامایسین یا وانکومایسین ۱ g IV bid + جنتامایسین (حداقل ۷ روز)

بیماری	پاتوژن معمول	درمان تجربی پیشنهادی	دوز پیشنهادی	طول درمان (روز)	ملاحظات
جراحی چشم • پیوند قرنیه • جراحی کاتاراکت • جداشدگی شبکیه • درآوردن زجاجیه • داکریوسیستورینوستومی • جراحی پلک • درآوردن عدسی	- استافیلوکوکوس اورئوس - استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس - گونه استرپتوکوک - انتروباکتریاسه - گونه پseudomonas	قطره جنتامایسین یا توبرامایسین یا پلی میکسین B یا گرامیسیدین یا سفازولین	۱۰۰ mg	-	- حساسیت به سفالوسپورین ها : جنتامایسین ۲۰ mg تک دوز یا توبرامایسین ۲۰ mg تک دوز - قطره های چشمی قبل از عمل ریخته شو د
جراحی سر و گردن جراحی دهانی حلقی	- استافیلوکوکوس اورئوس - گونه استرپتوکوک - بی هوازیها دهانی	سفازولین	۱ g IV	تک دوز	- حساسیت به سفالوسپورین ها : کلیندامایسین IV ۶۰۰ mg تک دوز
برداشتن آدنوئید جراحی ترمیمی بینی	- پیشگیری قبل از عمل و یا بعد آن به صورت روتین بیان نشده است.				

توجه:

- بعد از عمل جراحی به طور روتین درمان بیان نشده است. اگر جراحی آلوده باشد آنتی بیوتیک بعد از عمل به منظور درمان تجویز شود (نه پیشگیری).
- دوزهای پیشنهادی برای بیماران با وزن طبیعی و کلیه سالم عنوان شده است.
- برای بزرگسالانی که وزن بیش از ۱۰۰ کیلوگرم دارند ۲ g سفازولین وریدی استفاده شود.
- وقتی جنتامایسین در ترکیب پیشگیری عنوان شده ، بیش از ۳۰ دقیقه قبل از عمل تزریق شود.
- در مورد وانکومایسین نیز باید حداقل ۶۰ دقیقه قبل از عمل تزریق شود.
- تزریق آنتی بیوتیک در حین عمل رایج نیست مگر آنکه مدت جراحی طولانی باشد که سفازولین هر ۴ ساعت یکبار حین عمل تزریق گردد.
- وانکومایسین هر ۱۲ ساعت حین عمل تزریق شود.

پاورقی

- انتخاب و درمان تجربی با آنتی بیوتیک ها باید براساس سن ، حساسیت ها و عوامل مستعد کننده بیمار ، وضعیت بالینی ، قیمت دارو و اثر بخشی آنتی بیوتیک صورت پذیرد.
- درمان توسط آنتی بیوتیکهای با طیف محدود باید براساس نتایج بالینی / آزمایشگاهی انجام شود.
- دوز پیشنهادی ، مربوط به بیماران دارای کلیه و کبد طبیعی بوده است.
- کلیندامایسین و مترونیدازول خوراکی میزان جذب فوق العاده داشته و در مقدار دوز یکسان ، غلظت سرمی مشابه با نوع تزریقی ایجاد می کنند و به جای نوع تزریقی می توان از نوع خوراکی استفاده نمود.
- کینولونهای خوراکی میزان جذب عالی داشته و فرمولاسیون خوراکی و تزریقی آنها غلظت سرمی مشابه می دهند. به جز در بیماران NPO ، نوع خوراکی آنها تجویز گردد.

جدول درمانی پریتونیت در بیماران دیابتی گیرنده دیالیز پس از انجام کشت آزمایشگاهی

پاتوژن	درمان تجربی پیشنهادی	مقدار دوز مصرفی پیشنهادی	دوره درمان
کشت منفی	سفازولین IP +/- جنتامایسین	برای هر تعویض ۱۲۵ mg/l برای هر تعویض ۴ mg/l	۱۴ روز کشت مجدد
استافیلوکوکوس اورئوس حساس به متی سیلین	سفازولین IP + ریفامپین PO	برای هر تعویض ۱۲۵ mg/l ۶۰۰ mg/day PO	۲۱ روز کامل
استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین	مشاوره بیماریهای عفونی	-	-
گونه انتروکوک	آمپی سیلین IP + جنتامایسین IP	برای هر بار تعویض ۱۲۵ mg/l برای هر بار تعویض ۴ mg/l	۱۴ روز کامل
دیگر ارگانیسهای گرم مثبت	سفازولین IP	برای هر بار تعویض ۱۲۵ mg/l	۱۴ روز کامل
ارگانیسهای گرم منفی (به غیر از پسودوموناس ها)	جنتامایسین IP یا براساس مشاهدات بالینی / آزمایشگاهی	برای هر بار تعویض ۴ mg/l	۱۴ روز کامل
گونه پسودوموناس	{سفتازیدیم IP یا سیپروفلوکساسین PO} + توبرامایسین IP	برای هر بار تعویض ۱۲۵ mg/l ۵۰۰ mg PO bid برای هر بار تعویض ۶-۸ mg/l	۲۱ تا ۲۸ روز کامل در صورت عدم پاسخ به درمان کاتتر حذف شود.
گونه کاندیدا	فلوконаزول PO + فلوسیتوزین PO	روزانه ۲۰۰ mg روزانه ۱g + دوز اولیه ۲g	۴ تا ۶ هفته درمان ادامه یابد. توصیه می شود که کاتتر حذف گردد.

پروبیلاکسی آندوکاردیت

اعمال دهانی-دندانی / تنفسی-ریوی / مری			اعمال ادراری تناسلی / گوارشی (غیر از مری)		
وضعیت	دارو	دوز (در بزرگسالان ^۱) / مدت مصرف / راه تجویز	وضعیت	دارو	دوز (در بزرگسالان ^۱) / مدت مصرف / راه تجویز
با خطر زیاد	آمپی سیلین + جنتامایسین پس از ۶ ساعت آمپی سیلین یا آموکسی سیلین	۲ گرم وریدی / عضلانی + ۱/۵ میلیگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن وریدی / عضلانی	استاندارد	آموکسی سیلین	۲ گرم خوراکی ۱ ساعت قبل از عمل
			غیر خوراکی	آمپی سیلین	۲ گرم وریدی / عضلانی، نیم ساعت قبل از عمل
			حساس به پنی سیلین	کلیندامایسین یا آزیترومایسین یا کلازیترومایسین ^۲	۳۰۰ میلیگرم ^۲ خوراکی ۱ ساعت قبل از عمل ۵۰۰ میلیگرم خوراکی ۱ ساعت قبل از عمل ۵۰۰ میلیگرم خوراکی ۱ ساعت قبل از عمل
با خطر متوسط	آموکسی سیلین + آمپی سیلین	۲ گرم خوراکی ۱ ساعت قبل از عمل ۲ گرم وریدی / عضلانی، نیم ساعت قبل از عمل	حساس به پنی سیلین و غیر خوراکی	کلیندامایسین یا سفازولین ^۴	۳۰۰ تا ۶۰۰ میلیگرم وریدی نیم ساعت قبل از عمل ۱ گرم وریدی / عضلانی نیم ساعت قبل از عمل
با خطر متوسط حساس به پنی سیلین	وانکومایسین	۱ گرم وریدی آهسته طی ۱ تا ۲ ساعت، نیم ساعت قبل از عمل			

- میزان دوز مصرفی کودکان در هنگام پروبیلاکسی آندوکاردیت: آموکسی سیلین / آمپی سیلین ۵۰ mg/kg (قبل از عمل) و ۲۵ mg/kg (پس از عمل)، کلیندامایسین ۲۰ mg/kg، آزیترومایسین / کلازیترومایسین ۱۵ mg/kg، سفازولین ۲۵ mg/kg، جنتامایسین ۲ mg/kg، وانکومایسین ۲۰ mg/kg. دوز کامل کودکان نباید از دوز بزرگسالان بیشتر شود.
- دوز کلیندامایسین ۶۰۰ mg نیاز نیست. یک دوز ۳۰۰ mg سطح سرمی کافی را فراهم کرده و بهتر تحمل می شود.
- آزیترومایسین و کلازیترومایسین هیچ مزیت میکروبیولوژیکی نسبت به اریترومایسین ندارند ولی بهتر تحمل می شوند. فعالیت هیچکدام از ماکرولیدها در برابر استرپتوکوک وبردانس مطلوب نیست.
- سفالوسپورینها نباید در بیماران با آلرژی از نوع فوری / شدید (مانند کهیر، آنژیوادم و آنافیلاکسی) و آلرژی به پنی سیلین استفاده شوند.

پروفیلاکسی آندوکاردیت توصیه می شود	پروفیلاکسی آندوکاردیت توصیه نمی شود
<p>* وضعیت های قلبی</p> <p>• با خطر بالا :</p> <ul style="list-style-type: none"> - دریچه های مصنوعی قلب (شامل انواع بیوپروستتیک و هموگرافت) - آندوکاردیت باکتریایی قلبی (حتی در غیاب بیماری قلبی) - نقص مادرزادی سیانوتیک عارضه دار قلبی - ایجاد شانت های ریوی- سیستمیک با عمل جراحی <p>• با خطر متوسط :</p> <ul style="list-style-type: none"> - اکثر نقایص قلبی مادرزادی دیگر - اختلال عمل دریچه ای اکتسابی (مثل بیماری روماتیسمی قلبی) - کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک - پرولاپس دریچه میترال با نارسایی قلبی و/ یا دریچه ضخیم شده 	<p>* وضعیت های قلبی</p> <p>• با خطر ناچیز :</p> <ul style="list-style-type: none"> - جراحی بای پاس عروق کرونری در گذشته - پرولاپس دریچه میترال بدون نارسایی دریچه - سوفلهای قلبی فیزیولوژیک، عملی و بی گناه - دفیبریلاتور / ضربان ساز قلبی - نقص دیواره دهلیزی ثانویه خالص (ASD) - جراحی ترمیمی برای VSD, ASD یا PDA بدون باقیمانده ای از عمل قبل از عمل جراحی - RHD قلبی یا بیماری کاوازاکی بدون اختلال عمل دریچه ای
<p>* اعمال جراحی یا دندان</p> <ul style="list-style-type: none"> - دهانی-دندانی : اعمالی که باعث خونریزی از لثه یا مخاط شوند (شامل تمیز کردن ماهرانه) - راههای تنفسی : درآوردن لوزه و/ یا آدنوئید، اعمال جراحی که مخاط تنفسی را درگیر کند ، برونکوسکوپی از نوع غیر قابل انعطاف - مجرای گوارشی : اسکلوترابی برای واریسهای مری ، گشاد کردن مری ، اعمال جراحی که مخاط روده ای را درگیر می کند - تناسلی- ادراری : سیستوسکوپی، گشاد کردن مجرای ادراری، جراحی پروستات - در حضور عفونت : هر عملی که روی مجرای تناسلی- ادراری انجام شود (باید تلاش شود تا قبل از هر گونه عملی، عفونت درمان شود) 	<p>* اعمال جراحی یا دندان</p> <ul style="list-style-type: none"> - دهانی-دندانی : اعمالی که باعث خونریزی از لثه نشوند (پر کردن خط بالای لثه، تصحیح عیب ارتودنسی، تزریق داخل دهانی بی حس کننده ها و درآوردن دندان اولیه) - راههای تنفسی : قرار دادن لوله تمپانوستومی، لوله گذاری داخل نای، برونکوسکوپ انعطاف پذیر با یا بدون بیوپسی - مجرای گوارشی : TEE*، اندوسکوپی با یا بدون بیوپسی - تناسلی- ادراری : سزارین، هیسترنکتومی واژینال یا زایمان واژینال بدون عارضه. اگر عفونتی نباشد : کاتتر ادراری، D&C، رحمی، سقط درمانی، اعمال عقیم سازی، گذاشتن یا برداشتن IUD - سایر موارد : کاتتر گذاری قلبی، گذاردن ضربان ساز قلبی، دفیبریلاتور، استنت، بیوپسی ناحیه ای از پوست آسیب دیده، ختنه <p>*TEE : trans esophageal echocardiography</p>

ارتباط داروها با شیردهی		
نام دارو	RF	توضیحات
• بتالاکتام		
- پنی سلین ها	a	ترشح در شیر دارد. احتمال حساس شدن آلرژیک یا از بین رفتن فلور دستگاه گوارش وجود دارد.
- پنی سیلین ها و مهارکننده بتالاکتام	a	به مقدار کم در شیر ترشح می شود.
- سفالوسپورین ها	a	ترشح در شیر دارد ، احتمال حساس شدن آلرژیک یا از بین رفتن فلور دستگاه گوارش وجود دارد.
- ایمی پنم	?	ترشح در شیر دارد. ولی جذب خوراکی ضعیف است.
- مروپنم	?	یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد، ولی جذب خوراکی ضعیف است.
• آمینو گلیکوزیدها	a	به مقدار کم ترشح در شیر دارد ، جذب سیستمیک در بچه ها ضعیف است.
• ماکرولیدها		
- آزیترومایسین	?	ترشح در شیر دارد.
- کلاریترومایسین	a	کمتر از ۱٪ دوز دریافتی مادر ، در شیر ترشح می شود. هیچ عوارض جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
- اریترومایسین	a	ترشح در شیر دارد. هیچ عوارض جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
• کینولون ها		
- سیپروفلوکساسین	a	۲٪ دوز دریافتی مادر در شیر ترشح می شود. هیچ عوارض جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
- لووفلوکساسین	?	یافته ای در انسان مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد.
- نوروفلوکساسین	b	به دنبال تجویز تک دوز ۲۰۰ mg از آن به مادر ، در شیر یافت نشده است.
- اوفلوکساسین	a	۲٪ از دوز دریافتی مادر، در شیر ترشح می شود. هیچ عوارض جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
• بقیه موارد		
- کلرامفنیکل	b	ترشح در شیر دارد. امکان سرکوب مغز استخوان وجود دارد.
- کلیندامایسین	a	به مقدار کم ترشح در شیر دارد.
- مترونیدازول	a	به طور کلی عوارض جانبی با دوز ۴۰۰-۲۰۰ ، ۳ بار در روز گزارش نشده است. بچه ها از جهت تغییرات مدفوعی تحت نظر باشند.
- نیتروفورانتوئین	a	مقدار نامعینی در شیر ترشح می شود. بچه های با نقص G6PD ممکن است به سمت آنمی همولیتیک بروند.

ارتباط داروها با شیردهی		
نام دارو	RF	توضیحات
- سولفونامیدها	a	در بچه های نارس و بچه ها با نقص G6PD یا یرقان با احتیاط مصرف شود.
- تتراسایکلین	a	ترشح در شیر دارد، جذب سیستمیک ضعیف در بچه های تحت مراقبت دارد.
- تری متوپریم	a	به مقدار کم در شیر ترشح می شود. هیچ عوارض جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
- وانکومايسين	a	ترشح در شیر ، جذب سیستمیک ضعیف در بچه های تحت مراقبت ، هیچ عارضه جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
• عوامل ضد قارچ		
- آمفوتریسین B	b	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر موجود نیست ، همچنین در نوزادان استفاده شده است.
- فلوکونازول	a	تقریباً حدود ۱۰٪ از دوز مصرفی مادر در شیر ترشح می شود. خطر مراقبت در بچه ها نامشخص است. با این حال بصورت ایمن در نوزادان مصرف شده است.
- فلوستیوزین	b	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر موجود نیست ، همچنین در نوزادان استفاده شده است.
- ایتراکونازول	?	ترشح در شیر دارد. اثرات بالقوه در بچه های تحت مراقبت شناخته شده نیست.
- کتوکونازول	a	کمتر از ۱٪ دوز مصرفی توسط شیر مادر، در شیر ترشح می شود. هیچ عارضه جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
- تربینافین	?	نوع خوراکی در شیر ترشح دارد. اثرات بالقوه در بچه های تحت مراقبت شناخته شده نیست. کرم و اسپری مقدار کمی از پوست جذب می شوند که تأثیری در بچه های در حال مراقبت ندارد.
• عوامل ضدانگلی		
- کلروکین	a	با وجودی که مقداری در شیر ترشح می شود ، برای بچه های تحت مراقبت مضر در نظر گرفته نمی شود. محافظت کافی در برابر مالاریا نامشخص است.
- مبندازول	a	فقط ۲ تا ۱۰٪ از دوز خوراکی جذب می شود. مقدار ناچیزی در شیر ترشح می شود.
- مفلوکین	b	فقط ۳ تا ۴٪ از دوز مصرفی توسط مادر ، در شیر ترشح می شود. هیچ عارضه جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است با این حال با ادامه مصرف دارو توسط مادر، تجمع دارویی ممکن است رخ دهد (نیمه عمر پلاسمایی ۶ تا ۱۰ ۲۱ روز).
- پنتامیدین	?	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد. با این حال تغلیظ سیستمیک از راه آئروسول پایین است بنابراین سطح آن در شیر احتمالاً مضر است درمان وریدی نسبت به جذب ضعیف دهانی احتمالاً ایمن می باشد.
- پرازول کوانتل	b	ترشح در شیر دارد.
- پریماکین	?	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد.

ارتباط داروها با شیردهی		
نام دارو	RF	توضیحات
- پریمتامین	a	ترشح در شیر دارد.
- کینین	a	ترشح در شیر دارد.
• عوامل ضد مایکوباکتریوم		
- داپسون	a	مقدار مشخصی در شیر ترشح می شود. بچه های تحت مراقبت ممکن است در خطر پیشرفت به سمت آنمی همولیتیک باشند.
- اتاموتول	a	به مقدار نامشخصی در شیر ترشح می شود.
- ایزونیاژید	a	ترشح در شیر دارد. به طور بالقوه ممکن است باعث هیپاتوتوکسیسیته شود.
- پیرازینامید	?	ترشح در شیر دارد.
- ریفامپین	a	به مقدار نامشخصی در شیر ترشح می شود.
- استرپتوماپسین	a	ترشح در شیر دارد. جذب سیستمیک ضعیفی به وسیله بچه وجود دارد.
• عوامل ضد ویروس		
- آسیکلوویر	a	مقدار مشخصی در شیر ترشح می شود. جذب سیستمیک ضعیفی به وسیله بچه وجود دارد.
- آمانتادین	b	مقدار کمی در شیر ترشح دارد. هیچ عارضه جانبی در بچه های تحت مراقبت گزارش نشده است.
- آنتی رتروویرال	?	مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ، توصیه می کند که زنان آلوده به ایدز در کشورهای پیشرفته به منظور جلوگیری از انتقال ایدز پس از تولد به بچه ها ، تغذیه از راه شیر نداشته باشند.
- فام سیکلوویر	?	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد. مقدار مشخصی در شیر موش ترشح می شود.
- فوسکارنت	?	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد. مقدار مشخصی در شیر موش ترشح می شود.
- گان سیکلوویر	?	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد. مقدار مشخصی در شیر موش ترشح می شود.
- والاسیکلوویر	a	هیچ یافته ای مبنی بر ترشح در شیر وجود ندارد. به هر حال سریعاً و تقریباً کامل به آسیکلوویر که در تغذیه از راه شیر ایمن تر در نظر گرفته می شود، تبدیل شود.

*RF: a = برای بچه هایی که از مادران در حال درمان تغذیه می شوند ایمن در نظر گرفته می شود

x = معمولاً ممنوع است.

b = احتیاط انجام شود. با این حال ممکن است سودمندی دارو بیش از خطر آن باشد.

? = ناشناخته ؛ اطلاعات راجع به ترشح در شیر و یا تأثیر آن روی بچه های تحت مراقبت ناقص می باشد.

پروفیلاکسی ضد میکروبی حین زایمان

- در هفته های ۳۷ - ۳۵ یک سوآب از قسمت تحتانی واژن و مقعد گرفته می شود.
- آنتی بیوتیک پیشگیرانه حین زایمان، در زمان شروع لیبر در موارد زیر داده می شود :

☒ کشت مثبت برای GBS[†]

☒ بیماری که یک یا چند مورد از موارد خطر زیر را دارد :

- بچه قبلی با بیماری GBS مهاجم
- باکتریوری GBS در خلال بارداری کنونی
- زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری
- پارگی پیش از موعد پرده ها قبل از هفته ۳۷ بارداری
- پارگی طول کشیده پرده ها (۱۸ ساعت یا بیشتر)
- تب حین زایمان

* اگر بیمار برای آمینونیت درمان آنتی بیوتیکی که در برابر GBS فعال می باشد می گیرد (آمپی سیلین ، پنی سیلین ، کلیندامایسین و اریترومایسین) ، آنتی بیوتیک اضافی جهت پیشگیری لازم نمی باشد.

[†]GBS : Group B Streptococci

ملاحظات	دوز و طول دوره	رژیم آنتی بیوتیکی
پنی سیلین ترجیح داده می شود، چون : - طیف باریکتری دارد. - کمتر موجب ایجاد ارگانسمهای مقاوم می شود. • آمپی سیلین + جنتامایسین در موارد شک به کوریوآمینونیت توصیه می شود.	۵ MU وریدی، سپس ۲/۵ MU وریدی q۴h تا زمان زایمان ۲ gr وریدی، سپس ۱ gr وریدی q۴h تا زمان زایمان	پنی سیلین یا آمپی سیلین
-	۶۰۰ mg وریدی q۶h تا زمان زایمان ۵۰۰ mg وریدی q۶h تا زمان زایمان	آلرژی به بتالاکتام ها: کلیندامایسین یا اریترومایسین

اداره سپسیس شدید و شوک سپتیک :

احیای اولیه : در بیماران با فشار خون پایین یا افزایش لاکتات سرم ، باید احیاء آغاز شود اهداف احیاء عبارتند از رسیدن به موارد زیر :

- فشار خون ورید مرکزی : ۸-۱۲ mmHg
- متوسط فشار خون سرخرگی : ≤ 65 mmHg
- برون ده ادراری : ≤ 0.5 ml/ kg/hr
- غلظت اکسیژن وریدی مرکزی : $\leq 70\%$

◀ اگر غلظت اکسیژن ورید مرکزی با وجود فشار ورید مرکزی ۸-۱۲ mmHg ، به 70% نرسد برای رسیدن به هماتوکریت 30% و بالاتر ، گلبول قرمز متراکم انتقال داده شود و یا انفوزیون دوبوتامین را تا میزان 20 mg/kg/min تجویز گردد.

تشخیص

قبل از تجویز آنتی بیوتیک ها ، دو بار یا بیشتر کشت خون گرفته شود. حداقل یک نمونه خون باید از راه پوست و نمونه دیگر از راه رگی که وسیله داخل رگی بیش از ۴۸ ساعت در آن باقی مانده است تهیه شود. می توان از مناطقی دیگر مثل CSF، ترشحات تنفسی ، ادراری ، زخم ها و بقیه مایعات بدن نمونه گرفت.

درمان آنتی بیوتیکی

درمان آنتی بیوتیکی داخل وریدی باید در خلال اولین ساعت پس از تشخیص شروع شود. یک یا چند دارو که بر روی باکتریها یا قارچها مؤثر می باشند تجویز گردیده و حساسیت میکروارگانسیم ها در نظر گرفته می شود. رژیم آنتی بیوتیکی ، ۷۲-۴۸ ساعت پس از شروع درمان مورد ارزیابی مجدد قرار می گیرد. در صورتیکه وضعیت ، غیر عفونی بود سریعاً درمان آنتی بیوتیکی متوقف شود.

کنترل منبع عفونی

بیمار از جهت کانون عفونی از قبیل آبسه یا بافت مرده ، مورد ارزیابی قرار گیرد. در صورت لزوم جهت درناژ آبسه یا دبریدمان بافت مرده اقدام شود. هرگونه وسیله داخل عروقی که بالقوه عفونت زا باشد حذف گردد.

مایع درمانی

از کلوتید یا کریستالوئیدها استفاده شود. ۵۰۰-۱۰۰۰ ml کریستالوئید یا ۳۰۰-۵۰۰ ml کلوتید هر ۳۰ دقیقه تا زمانیکه فشار خون و برون ده ادراری افزایش یابد، تجویز شود.

سایر ملاحظات

- ◀ اگر مایع درمانی موفق نبود تجویز وازوپروسورها شروع شود. نورایی نفرین یا دوپامین از طریق یک کاتتر مرکزی به عنوان درمان انتخابی اولیه تزریق گردد. سرعت تجویز وازوپرسین ها U/min ۰/۰۴ – ۰/۰۱ می باشد. جهت محافظت از کلیه ها ، دوپامین با دوز کم به کار برده نشود.
- ◀ اگر در بیماری برون ده قلبی کم بود از درمان اینوتروپ استفاده کنید. دوپتامین را تا رسیدن به فشار خون 65 mmHg ادامه دهید.
- ◀ بیمارانی که علیرغم مایع درمانی کافی ، به وازوپروسورها هم نیاز پیدا می کنند با هیدروکورتیزون $200-300\text{ mg/day}$ در ۳ تا ۴ دوز منقسم برای ۷ روز درمان شوند. اگر شوک سپتیک برطرف شد، دوز استروئید کاهش داده شود. در انتهای دوره درمان استروئید را آرام آرام کاهش داده و سپس قطع شود. هیدروکورتیزون با دوز بیش از 300 mg/day استفاده نشود. در غیاب شوک سپتیک احتیاجی به کورتیکواستروئیدها نیست ، مگر در مواردی که مشکلات اندوکراین وجود داشته باشد.
- ◀ در بیمارانی که خطر زیادی برای مرگ دارند (نمره APACH II بیش از ۲۵) ، سپتی سمی که چند ارگان را گرفته باشد ، شوک سپتیک و یا سپسیسی که اختلال تنفسی حاد بوجود آورده باشد ، تجویز پروتئین C فعال شده انسانی نو ترکیب (rhAPC) توصیه می شود.
- ◀ اگر هموگلوبین زیر 7 g/dl بود ، در غیاب بیماری عروق کرونری یا خونریزی حاد، انتقال گلبول قرمز را بایستی در نظر داشت.
- ◀ اریتروپوئیتین جهت درمان آنمی این بیماران به کار نمی رود. همچنین از FFP برای تصحیح اختلالات انعقادی استفاده نکنید. در ضمن درمان آنتی ترومبین هم به کار نمی رود. اگر شمارش پلاکتی به کمتر از $5000/mm^3$ رسید علیرغم عدم خونریزی ، پلاکت تجویز می شود. پلاکت $30000 - 50000/mm^3$ همراه با خطر واضح خونریزی ، احتیاج به انتقال پلاکت دارد. شمارش پلاکتی بالای $50000/mm^3$ جهت انجام اعمال تهاجمی و جراحی مورد نیاز می باشد.
- ◀ در آسیب ریوی حاد ناشی از سپسیس ، از تهویه مکانیکی استفاده شود. برای بیماران شدیداً بدحال از آرامبخش استفاده شود.
- ◀ به دنبال پایدار شدن اولیه بیمار ، قند خون کمتر از 150 mg/dl نگهداشته شود. انفوزیون انسولین همراه با گلوکز ادامه یابد. ابتدا هر $60 - 30$ دقیقه تا پایدار شدن بیمار و سپس هر 4 ساعت قند خون کنترل شود.
- ◀ در بیماران با ناپایداری همودینامیک ، همودیالیز متناوب و فیلتراسیون وریدی ممتد در نظر گرفته شود.
- ◀ از درمان با بی کرینات اجتناب شود.
- ◀ جهت جلوگیری از ترومبوز وریدی عمقی (DVT)* ، از هیپارین با وزن مولکولی پایین استفاده شود.
- ◀ جهت جلوگیری از زخم استرس ، مهارکننده های H_2 ترجیح داده می شوند.

*DVT : Deep Vein Thrombosis

دوز و فواصل تصحیح شده در نارسایی کلیوی			دوز طبیعی در بالغین		آنتی بیوتیک ها	
کلیترانس کراتینین* (mL/min)		کلیترانس کراتینین	نیاز به تعدیل دوز ندارد		نیاز به تعدیل دوز ندارد	
<۱۰ (آبورتک)	۱۰-۵۰	≥۵۰				
q۱۲-۲۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸h	q۸h	۵۰۰ mg, q۶h	پنی سیلین ها
q۱۲-۲۴h	q۱۲h	q۱۲h	q۱۲h	q۱۲h	۸۷۵ mg, q۱۲h	آموکسی سیلین
q۱۲-۲۴h	q۶-۱۲h	q۶h	q۶-۱۲h	q۶h	۱ - ۲ g, q۶h	کو- آموکسی کلاو
q۱۲h	q۸h	q۶h	q۸h	q۶h	۳۰۰ mg, q۶h	آمی سیلین
q۱۲h	q۸h	q۶h	q۸h	q۶h	۲, q۴-۶h	پنی سیلین VK
	نیازی به تعدیل دوز ندارد				۵۰۰ mg, q۶h	پنی سیلین G سدیم
	نیازی به تعدیل دوز ندارد				۱ - ۲ g, q۶h	کلوکساسیپلین
q۱۲h	q۶-۱۲h	q۶h	q۶-۱۲h	q۶h	۴ g, q۶h	کلوکساسیپلین
< ml/min: ۲۰	> ۲۰ ml/min:	نیازی به تعدیل دوز ندارد			۴/۵ g, q۸h	پنیپراسیدین
۴/۵g, q۱۲h	نیازی به تعدیل دوز ندارد				۳/۵ g, q۸h	پنیپراسیدین-تازولاکتام
۲/۰-۶/۷g, q۱۲h	۲/۰-۶/۷- ۳/۱ g ۶-۸qh	q۴-۶h	q۴-۶h	q۴-۶h	۳/۱g, q ۴-۶h	تیکارسیپلین-کلاو
۲۵۰-۵۰۰-mg, q۳۴h	q۶-۱۲h	q۶h	q۶-۱۲h	q۶h	۵۰۰ mg, q۶h	کاربانیم ها
%۵۰- q۱۲۴h	۲۵-۵۰ ml/min: q۱۲h ۱۰-۲۵ ml/min: %۵۰- q۱۲h	q۸h	q۸h	q۸h	۱ - ۲g, q۸h	ایمی پنم
q۱۲-۲۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸-۱۲h	q۸h	۵۰۰ mg, q۶h	مروپنم
q۳۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸-۱۲h	q۸h	۱ g, q۸h	سفالوسپورین ها
q۳۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸-۱۲h	q۸h	۱ g, q۸h	سفالاکسن
۲۵۰-mg, daily	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۱ - ۲ g, q۸h	سفالوزلین
q۳۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸-۱۲h	q۸h	۵۰۰ mg, q۱۲h	سفالوکسیتین
۲۰۰-mg, daily	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۷۵۰ mg, q۸h	سفالورگسپیم اکستیل
q۳۴h	q۸-۱۲h	q۸h	q۸-۱۲h	q۸h	۴۰۰ mg, daily	سفالورگسپیم
q۲۴-۴۸h	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۱ g, q۸h	سفالوکسیم
	q۱۲-۲۴h	q۸-۱۲	q۱۲-۲۴h	q۸-۱۲	۱ g, daily	سفالواکسیم
					۱ - ۲ g, q۸h	سفالواکسون
					۲۵۰-۵۰۰mg, q۱۲h	سفالازیدم
						آمینو گلیکوزیدها
						ماکرویدها
%۵۰-۷۵ q۶h	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۲۵۰-۵۰۰mg, q۶h	ارترومایسین
%۵۰-۷۵ q۶h	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۵-۱۰ g, q۶h	ارترومایسین
ناشاخته	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۲۵۰ mg, daily	آرترومایسین
ناشاخته	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	نیازی به تعدیل دوز ندارد	۵۰۰ mg, daily	آرترومایسین
q۳۴h	q۱۲-۲۴h	q۱۲h	q۱۲-۲۴h	q۱۲h	۲۵۰-۵۰۰mg, q۱۲h	کلاریترومایسین

به راهنمای دوز آمینو گلیکوزیدها مراجعه شود.

دوز و فواصل تصحیح شده در نارسایی کلیوی			دوز طبیعی در بالغین	آنتی بیوتیک ها
کلیترانس کراتینین*(mL/min)		> ۵۰		
۱۰ < (آزوپیک)	۱۰-۵۰			کینولون ها
	۳۰ ml/min: q۱۲h	q۱۲h	۳۵۰-۷۵۰-mg, q۱۲h	سپیروفلوکساسین
	۲۰ ml/min: q۲۴h	q۱۲h	۴۰۰-mg, q۱۲h	سپیروفلوکساسین
۵۰۰ mg در ابتدا، سپس ۳۵۰mg روزانه	۵۰۰ mg در ابتدا، سپس ۲۵۰mg روزانه	q۱۲h	۵۰۰ mg, daily	لوفلوکساسین
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۴۰۰ mg, daily	موگسی فلوکساسین
	q۱۲-۲۴h	q۱۲h	۴۰۰ mg, q۱۲h	نورفلوکساسین
سایر موارد				
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۱۰۰ mg, q۱۲-۲۴h	داکسی سیکلین
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۱۰۰ mg, q۱۲-۲۴h	داکسی سیکلین
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۱۵-۴۵۰ mg, q۶h	کلیندامایسین
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۶۰۰ mg, q۸h	کلیندامایسین
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۵۰۰ mg, q۱۲h	مترونیدازول
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۵۰۰ mg, q۱۲h	مترونیدازول
	۱۵-۳۰ mL/min: q۱۸-۲۴h	q۱۲h	۲۰, q۱۲h	کوآتریموکسازول
	۱۵-۳۰ mL/min: q۱۸-۲۴h	q۶-۱۲h	۱۶-۲۴۰ mg TMP (۱۰-۱۵ml), q۶-۱۲h	کوآتریموکسازول
<۱۵mL/min: منغ مصرف	۱۵-۳۰ mL/min: ۵۰mg, q۱۲h	>۳۰ mL/min: نیازی به تعدیل دوز ندارد	۱۰۰ mg, q۱۲h	تری متوپریم
	منغ مصرف: <۶۰ mL/min		۵۰-۱۰۰ mg, q۶h	نیترورفورانسیونین
جهت تعدیل دوز، سطح سرمی را اندازه بگیرید.	q۱۴-۷۲h	q۱۲-۲۴h	۱۵ mg/kg, q۱۲h	وانکومیسین
ضدوبروسها				
q۱۲h	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۴۰۰ mg, q۸h	آسیکلوویر
معمول ۵۰٪ دوز معمول	۱۰-۲۵mL/min	q۸h	۵-۱۰ mg, q۸h	آسیکلوویر
	به قسمت پیشگیری از آفتولانز مراجعه شود.		۱۰۰mg, q۱۲h, daily	آمانتادین
ضدقارچها				
q۲۴-۳۶h	q۲۴h	q۲۴h	۵-۱۷ mg/kg, daily	آمفوتریسین B
q۴۸-۷۲h	q۲۴-۴۸h	q۲۴h	۴۰۰ mg, daily	فلو کونازول
q۴۸-۷۲h	q۲۴-۴۸h	q۲۴h	۴۰۰ mg, daily	فلو کونازول
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۱۰۰-۲۰۰ mg, daily	ایتراکونازول
	نیازی به تعدیل دوز ندارد		۴۰۰ mg, daily	کتوکونازول

* ۵۰ mL/min = > ۰.۸۷mL/s; ۱۰-۵۰ mL/min = ۰.۱۷-۰.۸۷mL/s; < ۱۰ mL/min = < ۰.۱۷mL/s

واژه یاب

- آرتريت چرکی ۲۲ ع
آرتريت روماتويد ۵۷ ع
آرتريت هيپوکسی ۱۸ ع
آرکانوبا کتريوم هموليتيکوم ۲۳ ع
آزمون پنوماتوسکوپيک ۲۵ ع
آزمون سريع تشخيص آنتی ژن ۲۳ ع
آسپرژيلوزيس ۱۰۴ ع
آسپيراسيون استرئوتاکنيک ۴۷ ع
آسکاریس لومبر کونيدس ۱۰۵ ع
آمبولی سپتيک ۹۸ ع
آمبولی ريوی ۸۱ ع
آمپيم ۳۶ ع
آمپيم حاد ۶۹ ع
آمپيم ساب دورال ۹۴ ع
آميبيازيس ۱۰۷ ع
آنتاموبا هيستوليتيکا ۱۰۷ ع
آنتاموبا کلی ۱۰۶ ع
آنسفاليت ۴۸ ع
آنمی داسی ۲۱ ع
آنکيلوستوما دنودنال ۱۰۵ ع
- اپستور کيس ۱۰۵ ع
اپی گلو تيت ۳۱ ع
ايديديميت ۷۹ ع
اينزيوتومی ۵۵ ع
ادم پاپی ۹۱، ۴۷ ع
اسپلنکتومی ۱۸ ع
اسپوروتريکوزيس 1۰1 ع
استئوميليت ۱۶ ع
استرانژيلونيد ۱۰۵ ع
استوماتوکوک ۱۰۰ ع
اسهال خونی ۷۷ ع
اسهال مسافرتی 38 ع
اسکلروتراپی ۱۱۷ ع
التهاب لگن ۸۰ ع
امفاليت ۱۷ ع
انتروبيوس ۱۰۵ ع
انتروکوليت نکروزان ۳۹ ع
اندوليماکس نانا ۱۰۶ ع

A

37 AAD
ACEB برونشيت ۶۵

H

HACEK ۵۰

T

- آئروسلهای استروئیدی ۲۰ ع
آبسه ريه ۳۶ ع
آبسه مغزی ۴۷ ع
آبسه های ايدروال ۹۳ ع
آبسه های ريوی ۶۹ ع
آبسه های لوب گيجگاهی ۹۳ ع
آبله مرغان ۹۴، ۲۰ ع
آدرنالکتومی ۱۰۹ ع
آدنويد ۱۱۷ ع
آدنيت حاد گردنی ۳۳ ع

اندومتریت ۸۰ ع

اندوکار دیت ۵۰ ع

اوتیت خارجی ۲۵ ع

اوتیت مدیا با افیوژن ۲۵ ع

اوتیت مدیای حاد ۲۵ ع

اورتریت ۷۹ ع

اورکیت ۷۹ ع

اونیکومایکوز ۱۰۳ ع

ایمی کوایمود ۸۳ ع

اکسترا کوتانئوس ۱۰۳ ع

ب

باکتریوری بدون علامت ۴۳ ع

برونشیت ۲۵ ع

برونشولیت ۲۵ ع

بلاستوسیسیتیس ۱۰۶ ع

بورخلدريا ۱۰۰ ع

بورسیت چرکی ۲۲ ع

بورسیت سپتیک ۵۸ ع

بیماریهای درجه ای قلبی ۱۷ ع

بیوفيلم ۹۵ ع

پ

پانکراتیت حاد ۷۶ ع

پدیوکوک ۹۹ ع

پرمتین ۸۳ ع

پروتوزو ۱۰۶ ع

پروستاتیت ۸۲ ع

پروستاتکتومی ۱۰۹ ع

پرولاپس درجه میترال ۱۱۷ ع

پروکتیت ۸۲ ع

پری رکنال ۱۸ ع

پریتونیت ۳۷ ع

پریتونیت ثالثیه ۷۴ ع

پریتونیت ثانویه ۷۴ ع

پریکار دیت ۹۵ ع

پنومونی ۷۰ ع

پنومونی اکتسابی ۳۴ ع

پنومونکتومی ۱۱۱ ع

پودوفیلوکس ۸۳ ع

پودوفیلین ۸۳ ع

پیلونفریت ۴۲ ع

پیوری ۸۷ ع

ت

تب روماتیسمی ۲۳ ع

تراکیوریس تراکیوریا ۱۰۵ ع

تراکتوبرونشیت ۲۵ ع

ترماتودها ۱۰۵ ع

ترومبوفلیت ۸۱ ع

تریکوموناس واژینالیس ۱۰۶ ع

تری کلرواستیک اسید ۸۳ ع

تمپانوستومی ۲۵ ع

تنیا سازیناتا ۱۰۶ ع

توده های آدنکس ۸۰ ع

توکسوپلاسموز ۷۰ ع

تینه آ اونگوايوم ۱۰۳ ع

تینه آپدیس ۱۰۱ ع

تینه آفاسئی ۱۰۱ ع

تینه آمانوم ۱۰۱ ع

تینه آورسیکالر ۱۰۲ ع

تینه آکروزیس ۱۰۱ ع

تینه آکورپوریس ۱۰۱ ع

ج

جرب ۸۳ ع

خ

خراش پنجه گربه ۹۴ ع

خروسک ۳۱ ع

د

داکریوسیستو رینوستومی ۱۱۳ ع

دی فیلوبوتریوم لاتوم ۱۰۵ ع

دیالیز صفاقی ۴۱ ع

دیانتاموبا فراژیلیس ۱۰۷ ع

دیسانتری ۱۰۷ ع

دیورتیکولیت ۷۵ ع

دکورتیکاسیون ۳۶ ع

ر

رادیکولیت ساکرال ۸۲ ع

رفلاکس معده ۷۲ ع

رودوکوک ۱۰۰ ع

رینیت ۲۵ ع

ز

زایمان واژینال ۸۰ ع

زخم اثنی عشر ۷۲ ع

زخم معده ۷۲ ع

زرد زخم ۱۷ ع

زگیل تناسلی ۸۳ ع

زوستر ۲۰ ع

زونانا ۹۴ ع

ژ

ژیاردیا لامبلیا ۱۰۷ ع

ژیاردیازیس ۷۷ ع

س

سالمونلوز ۷۸ ع

سرخجه ۹۴ ع

سرخک ۹۴ ع

سرویسیت ۷۹ ع

سزارین ۱۰۹ ع

سستودها ۱۰۵ ع

سل ۷۱ ع

سلولیت ۱۷ ع

سندرم نفروتیک ۴۰ ع

سیاه سرفه ۶۱، ۳۱ ع

سیروز ۴۰ ع

سیروز کبدی ۸۶ ع

سیستوگرام هسته ای ۴۲ ع

سیستیت ۴۲ ع

- سیستیک فیروزیس ۳۳ ع
سینوزیت ۲۵ ع
سینوزیت قارچی ۱۰۱ ع
سیکلوسپورا ۱۰۶ ع

ش

- شانت ۴۹ ع
شانکروئید ۸۵ ع
شپش عانہ ۸۳ ع

ف

- فارنژیت ۲۳ ع
فاسٹیت ۵۵ ع
فتق ۱۰۸ ع
فوندوسکوپي ۱۰۴ ع
فیستول ۵۴ ع

ک

- کاربانکل ۱۷ ع
کاردیومیوپاتی ہیپرتروفیک ۱۱۷ ع
کام شکری ۲۵ ع
کاندیدا بالانیتیس ۱۰۴ ع
کاندیدا تروپیکالیس ۱۰۴ ع
کاندیدا ژلابراتا ۱۰۳ ع
کاندیدا گوئی لیرماندی ۱۰۴ ع
کاندیدا لوسیتانیا ۱۰۴ ع
کاندیدا کروژی ۱۰۳ ع
کاندیدیا یازیس ۱۰۳ ع
کاندیدوری ۱۰۳ ع
کرانیوتومی ۱۱۲ ع
کرایون ۱۰۲ ع
کرم پهن گاوی ۱۰۶ ع
کرمک ۱۰۵ ع
کریپتوسپوریدیوم بارووم ۱۰۶ ع
کلاژیو کارسینوما ۱۰۵ ع
کلہ سیستیت حاد ۷۷ ع

- کلوماستیکس مسیلی ۱۰۶ ع
کلونورکیس ۱۰۵ ع
کولورکتال ۱۰۸ ع
کوئرونکنیویت ۲۳ ع
کیست کاذب ۷۶ ع

گ

- گاز گرفتگی ۱۸ ع
گاستروانتریت ۳۹ ع
گال ۸۳ ع
گانگرن گازی ۵۵ ع
گسترش پینگ پنگی ۲۳ ع
گلو مروفونفریت ۲۳ ع

ل

- لامیسیل ۱۰۲ ع
لامینکٹومی ۱۱۲ ع

لنفو کوانتوس ۱۰۳ ×
لیندان ۸۳ ×
لکوینی ۴۶ ×
لکونوستوک ۹۹ ×

م

ماستوئیدیت ۳۰ ×
ماستوئیدیت مزمن ۶۴ ×
ماستوئیدیت حاد ۶۴ ×
ماستیت ۵۲ ×
مایکوز اندمیک ۱۰۱ ×
متاستاتیک ۹۸ ×
مگا کولون توکسیک ۳۸ ×
منژیت ۴۷: ۱۷ ×
موکوزیت ۱۰۰ ×
میرنژیت ۲۵ ×
میرنگوتومی ۳۰ ×
میوزیت ۵۵ ×

ن

نازوفارنکس ۶۲ ×
نفرکتومی ۱۰۹ ×
نوتروپنی تب دار ۴۵ ×
نورویاتی محیطی ۷۱ ×
نوروسیفلیس ۸۵ ×
نکاتور آمریکانوس ۱۰۵ ×

و

واریسهای مری ۱۱۷ ×
واژکتومی ۱۱۰ ×
وژتاسیون ۹۵ ×
ولوواژنیت باکتریایی ۸۴ ×
ولوواژنیت تریکوموناسی ۱۰۶ ×

ه

هپارین ۸۱ ×
هرپس تناسلی ۸۲ ×
هلیکوباکتر پیلوری ۷۲ ×
هموگلوبینوپاتی ۷۸ ×
هیسترکتومی ۱۱۷ ×

ی

یدوموبا بوجلی ۱۰۶ ×

منابع

GENERAL

1. Mandell GL, Bennett JE, and Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's principles & practice of infectious diseases. 6th Ed. New York: Churchill Livingstone Inc.; 2005.
2. Harrison's principles of internal medicine. Kasper, Braunwald, et al. 16th Ed. Mc Graw-Hill medical publishing division. 2005
3. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders Company. 2004.
4. Martindale. The complete Drug reference pharmaceutical press. 34th edition. 2005.
5. American hospital formulary service (AHFS). American society of health – system pharmacists 2002.
6. Blondel-Hill E, Nigrin J. Antimicrobial Susceptibility Manual. 2nd ed. Dynacare Kasper Medical Laboratories. 2001.
7. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA, Eds. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2000. Hyde Park, VT: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2000.
8. Gorbach SL, Mensa J, Gatell JM. 1999 pockets book of antimicrobial therapy & prevention. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins; 1999.
9. Lovgren M, Talbot JA, Antimicrobial-resistant Streptococcus pneumoniae. Can J Infect Dis 1999; 10 (suppl A): 27-9A.
10. Yu VL, Mergan TC, Barriere SL, eds. Antimicrobial therapy and vaccines. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins; 1999.

CLINICAL ANTIBIOTIC GUIDELINES

GENERAL

1. Gilbert DN, Moellering RC, Sand MA, Eds. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2000. Hyde Park VT: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2000.
2. Ontario Anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community-acquired infections 1997. Toronto, Canada.
3. Anon. The choice of antibacterial drugs. Med Lett Drugs Ther 1996; 38:25-34.
4. Blonde-Hill E, Fryters S. Clinical guidelines for restricted antibiotics. Capital Health. May 1996.

ADULT DOSING RECOMMENDATIONS IN HEPATIC IMPAIRMENT

1. Product monographs. Compendium of Pharmaceutical and Specialties 1999.
2. Efthymiopoulos C, Bramer SL, Maroli A, et al. Gerpafloxacin pharmacokinetics individuals with hepatic dysfunction. Clin Pharmacokinet 1997; 33(supple 1): 25-31.
3. McCormick PA, Greenslade L, Kibbler CC, et al. further evidence against the use of aminoglycoside in cirrhotic patients (letter). Gastroenterology 1998; 114:612-3.
4. Meyer JM, Rodvold KA. Clinical pharmacology of antimicrobial agents in cirrhosis. Infect Med 1997; 14:541-7.
5. Tschida SJ, Vance-Bryan K, Zaske DE. Anti – infective agents and hepatic disease. Med Clin North AM 1995; 79:895-917.
6. Westphal JF, Jehl F, Vetter D. Pharmacological toxicologic and microbiological considerations in the choice of initial antibiotic therapy for serious infections in patients with cirrhosis of the liver. Clin infect Dis 1994; 18:324-35.

OBSTETRICAL / GYNECOLOGIC SURGERY

1. Currier JS, Tosteson TD, Platt R, Cefazolin compared with cefoxitin for cesarean section prophylaxis: The use of a two-stage study design. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:625-30.
2. Campillo F, Rubio, JM. Comparative study of single-dose cefotaxime and multiple doses of cefoxitin and cefazolin as prophylaxis gynecologic surgery. *Am J surg* 1992; 4A (suppl): 12S-5S.
3. Hemsell DL. Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery. *Rev Infect Dis* 1991; 13 (suppl 10): S821-41.
4. Hemsell DL. Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery. *Rev Infect Dis* 1991; 13 (supple 10): S821-41.

BITES

1. Fleisher GR. The management of bite wounds. *N Engl J Med* 1999; 340:138-40.
2. Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, et al. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. *N Engl J Med* 1999; 340:85-92.
3. Bunzil WF, Wright DH, Hoang AD, et al. Current management of human bites. *Pharmacotherapy* 1998; 18:227-34.
4. Failla DM, Parkey GA. Optimum outpatient therapy of skin & skin structure infections. *Drugs* 1994; 48(2):172-8.

DIABETIC FOOT

1. Committee on Antimicrobial Agents, Fong IW. Management of diabetic foot infection: a position paper. *Can J infect Dis* 1996; 17:361-5.
2. Tan JS, Friedman NM, Hazelton-Miller C, et al. Can aggressive treatment of diabetic foot infections reduce the need for above-ankle amputation? *Clin infect Dis* 1996; 23:286-91.
3. Gerding DN. Foot infections in diabetic patients: the role of anaerobes. *Clin infect Dis* 1995; 20 (supple 2): 283-8.
4. Grayson ML, Gibbons GW, Habershaw GM, et al. Use of ampicillin/sulbactam versus imipenem/cilastatin in the treatment of limb-threatening foot infections in diabetic patients. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 683-93.

RECOMMENDED EMPIRIC THERAPY OF FUNGAL INFECTIONS

1. Chapman SW, Bradsher RW, Campbell, Jr GD, et al. Practice guidelines for the management of patients with blastomycosis. *Clin Infect Dis* 2000; 30:679-83.
2. Wheat J, Sarosi G, McKinsey D, et al. Practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis. *Clin Infect Dis* 2000; 30:688-95.
3. Rex JH, Walsh TH, Soble JD, et al. Practice guidelines of the treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2000; 30:662-78.
4. Galgiani JN, Ampel NM, Catanzaro A, et al. Practice guidelines for the treatment of coccidioidomycosis. *Clin Infect Dis* 2000; 20:658-61.
5. Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman SW. Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 2000; 30:684-7.
6. Stevens DA, Kan VI, Judson MA, et al. Practice guidelines for diseases caused by *Aspergillus*. *Clin Infect Dis* 2000; 30:696-709.
7. Saag MS, Graybill RJ, Larsen RA, et al. Practice guidelines for the management of cryptococcal disease. *Clin Infect Dis* 2000; 30:710-8.

8. Anon. Wide variety of topical treatments for tinea infections. *Drugs Ther Perspect* 1999; 13:10-3. griseofulvin in the treatment of tinea corporis and tinea cruris.
9. Lewis RE, Kleoser ME. The changing face of nosocomial candidemia: epidemiology, resistance, and drug therapy. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:525-36.
10. Sheehan DJ Hitchcock CA, Sibley CM. Current and emerging azole antifungal agents. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12:40-79.
11. Stevens DA, Kan MP. Management of toenail onychomycosis. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:865-71.

RECOMMENDED EMPIRIC THERAPY OF ENTERIC PARASTIC INFECTIONS

1. Anon. Drugs of parasitic infections. *Med Lett Drugs Ther* 2000(Mar); www.medletter.com.
2. Ortega YR, Adam RD. Giardia: overview and update. *Clin Infect Dis* 1997; 25:545-50.
3. Marshall MM, Naumovitz D, Ortega Y, et al. Waterborne protozoan. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10:67-85.
4. Liu LX, Weller PF. Antiparasitic drugs. *N Engle J Med* 1996; 334: 1178-84.
5. Stenzel DJ, Boreham PFL. Blastocystis hominis revisited. *Clin Microbiol Revisited. Clin Microbiol Rev* 1996; 9:563-84.

RECOMMENDED DRUG REGIMENS FOR SURGICAL PROPHYLAXIS

A: GENERAL SURGERY

1. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA, Eds. *The Sanford guide to antimicrobial therapy 2000*. Hyde Park, VT: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2000.
2. Anon. Antimicrobial prophylaxis in surgery. *Med Lett Drugs Ther* 1999; 41:75-9.
3. ASHP Commission on Therapeutics. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health-Sys Pharm* 1999; 56: 1839-88.
4. Devlin TB. Canadian Association of gastroenterology Practice Guidelines: antibiotic prophylaxis for gastrointestinal endoscopy. *Can J Gastroenterol* 1999; 13: 819-21.
5. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Am J Infect Control* 1999; 27: 97-134.
6. Bohnen JMA. Antimicrobial prophylaxis in general surgery. *Can J Surg* 1991; 34:548-50.
7. Higgins A, et al. Prophylactic antibiotics for elective laparoscopic cholecystectomy. Are they necessary? *Arch Surg* 1999; 134:611-4.
8. Kernodle DS, Kaiser AB. Postoperative infections and antimicrobial prophylaxis. In : Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, et al, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 4th Ed. New York: Churchill Livingstone Inc; 1995:2742-56.
9. Dellinger EP, Gross PA, Barrett TL, et al. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. *Clin Infect Dis* 1994; 18:422-7.
10. Clinical and economic considerations in antimicrobial surgical prophylaxis. *Drugs and therapy Perspectives* 1993; 2:12-14.
11. Dellinger EP. Antibiotic prophylaxis in trauma: penetrating abdominal injuries and open fractures. *Rev Infect Dis* 1991; 13 (supple 10): S847-57.
12. General guidelines for the evaluation of new anti-infective drugs for prophylaxis of surgical infections. *Clin Infect Dis* 1992; 15 (suppl 1): S313-38.

ANTIMICROBIALS IN PREGNANCY

1. Jick S. Pregnancy outcomes after maternal exposure to fluconazole. *Pharmacotherapy* 1999; 19(2):221-2.
2. De Silva N, Sirisena J, Gunasekera D, et al. Effect of mebendazole therapy during pregnancy on birth outcome. *Lancet* 1999; 353:1145-49.
3. Quinolones and pregnancy. *Prescribe International* 1999; 8(39): 29-31.
4. Product monographs. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. 34th Ed. Toronto: Webcam Limited; 1999.
5. Rescriptor[®] product monograph, Pharmacia & Upjohn Inc., 1998.
6. Centers for disease control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998; 47:78.
7. Briggs GG, Freeman PK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation*. 5th ed. Maryland: Williams & Wilkins; 1998.
8. King C, Rogers PD, Cleary J, et al. Antifungal therapy during pregnancy. *Clin Infect Dis* 1998; 27:1151-60.
9. Leobstein R, Addis A, Ho E, et al. Pregnancy outcome following gestational exposure to fluroquinolones: a multicenter prospective controlled study. *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42(6):1336-39.

ANTIMICROBIALS IN LACTATIONS

1. Busser J, Schultz J. Drugs in breast milk 2000. *BC Women's clinical Pharmacy Bulletin* 2000; 18:1-17.
2. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med* 2000; 343:118-26.
3. Personal Communication, MotheRisk [(416) 813-6780]. January 1998 and June 1999.
4. Product monographs and pages L49-L51. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. 34th ed. Toronto: Webcam Limited; 1999.
5. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation*. 5th ed. Maryland: Williams & Wilkins; 1998.

EXPOSURE TO SELECTED COMMUNICABLE DISEASES DURING PREGNANCY

1. Ford-Jones EL. An approach to the diagnosis of congenital infections. *Pediatr Child Health* 1999; 4:109-12.
2. Crane JMG. Prenatal exposure to viral infections. *Can J CME*; November 1998:61-75.
3. Capital Health. *Communicable disease guidelines for hospital personnel*. Edmonton, Alberta; 1998.
4. Money DM. Viral infections in pregnancy. *Can J CME*; January 1996:93-103.
5. Beaman MH, McCabe R, Wong S-Y, et al. *Toxoplasma gondii*. In : Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 4th Ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 1995: 2455-75.

یادداشت .