

بررسی تجویز و مصرف آنتی بیوتیک و نقش آن در مقاومت میکروبی و اثرات آن بر اقتصاد مقاومتی

محمدرضا ناظر^۱، محمد درویشی^{۲*}

- ۱- دانشیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

یافته / دوره نوزدهم / شماره ۳ / ویژه‌نامه پدافند غیر عامل

چکیده

دریافت مقاله: ۹۶/۳/۶ پذیرش مقاله: ۹۶/۵/۱۵

***مقدمه:** مصرف بی‌رویه آنتی بیوتیک‌ها، باعث مقاومت میکروبی شده بنحوی که مصرف خودسرانه آنها باعث بالاتر رفتن مقاومت میکروبی و نهایتاً سبب گردیده ما نیاز به آنتی بیوتیک‌های جدید و قوی‌تر داشته باشیم که مشکل این نوع آنتی بیوتیک‌های جدید "هزینه بسیار بالا و کمرشکن" آنهاست. امروزه در جامعه مواردی نظیر آنتی بیوتیک‌ها و غذاهای وارداتی و تأثیر آن بر سلامت و مصرف بی‌رویه آنتی بیوتیک و ضررهای آن مغفول مانده است. مشکل موجود در این حوزه اجرایی نشدن یا فقدان دستورالعمل‌های لازم است لذا در این مقاله بر آن شدیم به بررسی موضوع و راه حل دهیم.

***مواد و روش‌ها:** در این مطالعه بیش از یکصد سایت و مقالات مرتبط که یا خود یا دانشمندان دیگر مستند شده و مجموعه تجربیات و مقالاتی که در طی بیست سال اخیر در زمینه بیماری‌های عفونی و میکروبی بدست آورده ایم و همچنین مقالات نمایه شده ISI, DOAJ, SCOPUS و غیره استفاده شده است.

***نتیجه گیری:** بصورت درمان بیماران عفونی با آنتی بیوتیک‌های ایرانی خودکفایی در تولید واکسن، تقویت روش‌های تشخیص دقیق عفونتها تحقیقات کاربردی و عملیاتی و هدفمند نمودن مصرف و تجویز منطقی آنتی بیوتیک‌ها جهت رسیدن به اقتصاد مقاومتی می باشد که به تفصیل در متن به آن خواهیم پرداخت.

***واژه‌های کلیدی:** بیماری‌های عفونی، آنتی بیوتیک، مقاومت میکروبی، تجویز منطقی، اقتصاد مقاومتی، بیوتروریسم.

*آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، گروه عفونی.

پست الکترونیک: Mo_darvishi@yahoo.com

مقدمه

معمولاً کلمه میکروب در ذهن ما به موجودات بسیار ریزی اطلاق می‌شود که باعث بروز بیماری در بدن انسان می‌شود. این ذهنیت با تعریف ابن سینا، دانشمند قرون دهم و یازدهم میلادی که گفته بود:

"موجودات ریزی موجب بیماری می‌شود" هم خوانی دارد؛ گرچه این دیدگاه تا حدودی درست می‌باشد اما به طور کلی واژه میکروبیک اصطلاح کلی و غیرعلمی است که به باکتریها، ویروسها، آغازیان و مخمرها گفته می‌شود؛ البته منظور از این واژه در زبان محاوره ای بیشتر ویروسها و باکتریهای بیماریزا می‌باشد (۳-۱).

سابقه درمان عفونتها و استفاده از بعضی مواد خام به عنوان عامل ضد میکروب به هشتصد یا هشتصد سال قبل از کشف پنیسیلین به وسیله فلمینگ در سال ۱۹۸۲ برمی‌گردد؛ زمانی که چینی ها یاد گرفته بودند که از شیر کپک زده لوبیای شور برای درمان عفونتها استفاده کنند (۲-۳).

انواع آنتی بیوتیکها هم از میکروارگانیسمهایی مانند قارچها، باکتریها و هم از تغییرات مولکولی بر روی آنتی بیوتیکهای طبیعی به دست می‌آید؛ با وجود تمام تلاشی که برای جلوگیری از بروز عفونتهای مختلف و درمان آنها می‌شود به نظر می‌رسد که از زمانهای بسیار دور بشر با انواع و اقسام عفونتها رو به رو بوده است و شاید تصور اینکه روزی جهان ما بدون عفونت و یا بدون میکروارگانیسمهای بوجود آورنده عفونت بوده و یا در آینده باشد زیاد منطقی و قابل قبول به نظر نمی‌رسد در این شرایط بعید است بتوان تصور نمود که روزی آنتی بیوتیکها از زندگی ما حذف شوند، تصور جهان بدون آنتی بیوتیکها مانند تصور کشوری بدون سرباز است. اگر نمیتوان جهان را بدون میکروب و بدون آنتی بیوتیک تصور نمود؛ پرسش این است که آیا حتماً باید مقاومت میکروبی هم وجود داشته باشد و یا اینکه با تلاش و کوشش میتوان نه تنها جهانی بدون مقاومت میکروبی را تصور نمود بلکه در آن جهان زندگی هم کرد (۳-۴).

جمعیت ایران معادل جمعیت چین، مصرف آنتی بیوتیک دارد از طرفی مصرف نابجای آنتی بیوتیکها بر خلاف فلسفه اقتصاد مقاومتی است "چرا که مصرف بیرویه آنتی بیوتیکها، باعث مقاومت میکروبی شده؛ بنحوی که آنتی بیوتیکهایی مانند پنیسیلین و آموکسی سیلین بر روی بسیاری از بیماریهای میکروبی بی اثر شده است و مصرف خودسرانه آنها باعث بالاتر رفتن مقاومت میکروبی و نهایتاً سبب گردیده ما نیاز به آنتی بیوتیکهای جدید و قویتر داشته باشیم که مشکل این نوع آنتی بیوتیکهای جدید "هزینه بسیار بالا و کمرشکن" آنهاست (۵-۳).

مواد و روشها

در طی این مطالعه از مجموعه تجربیات و مقالاتی که در طی بیست سال اخیر در زمینه بیماریهای عفونی و میکروبی بدست آورده ایم و همچنین مقالات نمایه شده ISI, DOAJ, SCOPUS و غیره استفاده شده است.

مقاومت میکروبی از کجا و چگونه آغاز شد؟

در مورد منشاء پیدایش مقاومت ابتدا باید به سالهای ابتدایی قرن بیستم برگردیم یعنی زمانی که آنتی بیوتیکها کشف شدند و عوامل عفونت را از بین بردند همه خوشحال بودند و پس از آن درست در اواسط قرن بیستم، مصرف کلینیکی آنتی بیوتیکها شروع شد، چند سال بعد ظهور میکروبهای مقاوم پیدا شد. در همین حال دانشمندان سعی کردند آنتی بیوتیکهای جدیدی را به وجود آورند. این مسأله منجر به شروع مسابقه‌ای برای تولید آنتی بیوتیکهای جدید و ظهور میکروبهای مقاوم به آنتی بیوتیکها شد و داستان تا به امروز ادامه دارد (۵).

باکتریها موجودات هوشمند زنده ای هستند که وقتی در مقابل ناسازگاری محیطی قرار می‌گیرند، عکس العمل نشان می‌دهند. به بیان دیگر تغییرات ژنتیکی که در باکتریها رخ می‌دهد، منجر به مقاوم شدن آنها و ظهور اشکال مقاوم به آنتی بیوتیکها می‌شود. بیشتر باکتریها به طور ذاتی حساسند. به عنوان مثال استافیلوکوکها باکتریهایی هستند که ذاتاً در ۵۰

البته عفونتها فقط باعث مرگ و میر نیستند بلکه ممکن است با درگیری نواحی تناسلی سبب نازایی هم شوند (۷).

آنتی بیوتیکها چگونه بر چرخه فعالیت میکروبها جهت مقاومت زایی تأثیر می گذارند؟

همانطور که میدانید تمام باکتریها و ویروسها بیمارزا نیستند یا حداقل در بدن انسان بیمارزا نیستند، در مقابل باکتریها و ویروسهایی وجود دارند که برای بدن ما و زندگی روزانه هر انسان مفید هم هستند، از این دسته میتوان به باکتریهایی که در روده انسان به طور طبیعی زندگی می کنند و عدم وجود شان موجب بروز یکسری بیماریهای گوارشی می شود نامبرد یا برخی باکتریها که برای تخمیر فرآورده های لبنی مانند ماست استفاده می شود همچنین پروبیوتیکها که پس از مصرف در روده ساکن می شوند و اثرات مفیدی در سلامتی انسان برجای می گذارند، پس نمیتوان دنیای امروز ما را بدون میکروبها تصور کرد، حال بیابید تصور کنیم که در دنیای ما آنتی بیوتیک وجود نداشت. بنابراین اکثر میکروبها اساساً برای محیط زیست مفید هستند بنحویکه حتی از آنها جهت رفع آلودگی ها نفتی استفاده می شود (۹۸) و میکروبهای بیمارزا که درصد اندکی را تشکیل می دهند به اغلب به داروها حساس بودند یعنی یک دنیای ایده آل ولی این داروها خود موجب مقاومت میکروبی شدند بنحویکه غلظت خونی داروهای آنتی بیوتیک برای ایجاد اثر باید در محدوده خاصی حفظ می شد و حفظ این محدوده برای تداوم اثر الزامی است؛ برای حفظ غلظت خونی مؤثر در واقع نیاز به تجویز مکرر دارو در طی شبانه روز می باشد و چنانچه مقدار مصرف آنتی بیوتیک از میزان تجویز شده توسط پزشک کمتر باشد احتمال بروز مقاومت میکروبی افزایش می یابد. چرا که غلظت های آنتی بیوتیکی زیر حد مؤثر سبب افزایش تعداد باکتریهای مقاوم می شود. کامل نکردن دوره درمان نیز ممکن است در بروز مقاومت میکروبی مؤثر باشد؛ به این دلیل که نه تنها درمان درست انجام نمی گیرد بلکه امکان ظهور باکتریهای مقاوم هم در میان هم سیر درمان به وجود می آید. اگرچه علایم بیماری ممکن است دو تا سه روز پس از شروع درمان از بین برود، اما این عامل دلیلی بر خاتمه روند درمان با

سال قبل حتی به پنسیلین جواب میدادند ولیکن الان استافیلوکوکی را که بتواند به پنسیلین حساس باشد به ندرت پیدا می کنیم. به طور کلی مکانیسمهای مقاومت مختلفی وجود دارد. وقتی باکتری در معرض آنتی بیوتیک قرار می گیرد، امکان بروز جهش در آن وجود دارد یعنی تغییر در اطلاعات ژنتیکی باکتری، توانایی مقاومت به پنی سیلین را به باکتری می دهد (۶). مقاومت میکروبی، نوعی مقاومت دارویی است که در طی آن یک میکروارگانیسم علیرغم وجود آنتی بیوتیک در محیط می تواند زنده بماند. توانایی آنتی بیوتیکها در درمان عفونت، بستگی به قدرت آنها در از بین بردن یا توقف رشد باکتریها دارد؛ برخی باکتریها نسبت به بعضی آنتی بیوتیکها مقاومت طبیعی دارند؛ به این معنا که با توجه به طیف اثر آنتی بیوتیکها، برخی آنتی بیوتیکها روی یکسری از باکتریها اثری ندارند. یک نوع دیگر از مقاومت میکروبی، به صورت اکتسابی است که باکتریها هنگامی که در مقابل ناسازگاری محیطی قرار می گیرند آنرا کسب می کنند. باکتریها موجودات زنده هوشمندی هستند که در مقابل ناسازگاریهای محیطی مانند قرار گرفتن در معرض آنتی بیوتیکها از خود عکس العمل نشان می دهند. به بیان دیگر تغییرات ژنتیکی از جمله جهش که در باکتریها رخ می دهد منجر به مقاوم شدن آنها و ظهور باکتریهای مقاوم به آنتی بیوتیکها می شوند (۶).

در واقع مصرف بی رویه، نامناسب یا بیش از حد آنتی بیوتیکها سبب گسترش مقاومت میکروبی می شود؛ میکروبها با ایجاد ژن مقاوم در برابر آنتی بیوتیکها، این مقاومت را از نسلی به نسل دیگر منتقل می کنند و حتی این ژن مقاومت میتواند از یک گونه میکروبی به گونه دیگر انتقال یابد. اینجاست که با وجود تجویز آنتی بیوتیک در مقادیر بالا نه تنها نتیجه ای حاصل نمیشود بلکه عوارض جانبی بیشتری به جای گذاشته و عفونت پایدار میماند. اهمیت مسأله مقاومت میکروبی به قدری است که شعار روز جهانی بهداشت در سالجاری "مقاومت به داروهای ضد میکروبی، یک تهدید جهانی" انتخاب شده است (۶).

آنتی بیوتیک نیست؛ اگر آنتی بیوتیک به درستی مصرف نشود، تنها باکتریهای حساس را از بین می برد و تعدادی را در محل درگیر باقی می گذارد که ممکن است منجر به رشد دوباره باکتریهای مقاوم و بروز عفونتهای ثانویه در همان محل نیز شود؛ بنابراین مصرف منطقی آنتی بیوتیکها میتواند احتمال بروز عفونتهای فرصت طلب را که ناشی از باکتریهای مقاوم به آنتی بیوتیک است کاهش دهد (۵-۹).

یکی از مکانیسمهایی که منجر به مقاومت باکتری در برابر آنتی بیوتیک می شود، قابلیت تولید آنزیم است. ساده ترین مکانیسم آن تولید آنزیم پنسیلین از است که باعث هیدرولیز یا از بین بردن آنتی بیوتیک پنسیلین می شود. باکتریهایی که دچار جهش ژنتیکی شده اند، به محض قرار گرفتن در برابر پنسیلین تولید آنزیم می کنند. عوامل مختلفی به عنوان عوامل متاثرزا یا جهش زا وجود دارند. اگر در سلول بدن انجام شود باعث بروز تومور و اگر در باکتری رخ دهد منجر به بروز ژنی می شود که می تواند آنزیمی تولید کند. مسلماً عوامل فیزیکی و شیمیایی می توانند در بروز این جهش ها نقش داشته باشند. البته در مورد ویروسها علاوه بر مقاومت ذاتی به بعضی ژنوتیپ ها به داروها؛ همزمانی عفونت با دو یا سه ویروس کار درمان را مشکل تر و احتمال مقاومت موتاسیونی افزایش می یابد (۱۰-۱۲).

میکروها و مقاومت میکروبی فقط شامل باکتریها نمی شود و همانطور که در مقالات گوناگون ذکر کردیم ما هم انواع ویروسها از جمله عوامل مختلف هپاتیت را در کشور داریم و هم اینکه ذکر کردیم که از آنها می شود به عنوان عوامل بیوتروریستی استفاده کرد (۱۱) و هم اینکه آنها را مقاومت سنجی کردیم هر چند که فعلاً اکثر ویروس های هپاتیت B&C به عوامل آنتی بیوتیکی حساس بودند (۱۳). البته مقاومت ذاتی ویروسها را نیز به دارو باید در نظر داشت که آن هم خوشبختانه در تحقیقات ما اکثر ویروسهای عامل هپاتیت C از ژنوتیپ ۲ و ۳ بودند که به اکثر عوامل حساس است.

هر چند در بعضی بیماریها تغذیه نقش مهمی جهت پیشگیری از عفونت در سرطانها دارد با این وجود در مواردی که بیمار شدیداً کاشکتیک شده است نقش آنتی بیوتیکها در درمان عفونتها در این بیماران بسیار حیاتی است (۱۴).

البته جهش های خود به خودی هم وجود دارند که تقریباً در هر صد میلیون، یک باکتری دچار آن می شود. جالب است بدانید که میلیاردها باکتری تنها در دستگاه گوارش وجود دارند. به طور مثال در هر گرم مدفوعی یک میلیارد باکتری وجود دارد. پس اگر امکان یک جهش خود به خودی در هر صد میلیون باکتری وجود داشته باشد، امکان بروز صد یا هزار باکتری مقاوم در بدن ما وجود دارد. متأسفانه خوردن آنتی بیوتیک نامناسب فرصت رشد به این باکتریهای مقاوم را می دهد (۱۴).

پس مصرف بیرویه یا نداشتن الگوی مصرف درست آنتی بیوتیک یکی از چالشهای اساسی در بروز مقاومت های میکروبی تلقی می شود. متأسفانه قسمت عمده ای از ۳۰ میلیون نسخه ای که در سال برای مصرف آنتی بیوتیک تجویز می شود بی دلیل بوده است، چرا که عامل بیماری افراد ویروسی و نه میکروبی بوده است. نباید از خاطر ببریم که تجویز آنتی بیوتیک پس از تشخیص بیماری توسط پزشک باید به طور کاملاً اختصاصی و با تاکید بر مصرف دوز مناسب صورت بگیرد. شاید نشانه های بیماری در دو نفر یکسان باشد ولیکن نوع آنتی بیوتیک تجویزی برای آنها یکسان نباشد (۱۵).

مقاومت به آنتی بیوتیک یعنی میکروب های بیماری زا که برای مبارزه با آنان آنتی بیوتیک استفاده می شوند، با جهش ژنی (موتاسیون) نسبت به این داروها مقاومت پیدا کنند و نسل های جدیدی به وجود بیایند که نتوان با آنها مبارزه کرد. از مهم ترین عوامل این نوع مقاومت دارویی، مصرف خودسرانه و یا بیش از حد آنتی بیوتیکها است. این پدیده کل جامعه انسانی را به خطر می اندازد به طوری که خطر آن را به تروریسم تشبیه کرده اند مقاومت باکتری ها به آنتی بیوتیکها یکی از بزرگترین چالش هایی است که سلامت انسان

عصر مدرن را تهدید می‌کند. الکساندر فلمینگ پنی سیلین را در سال ۱۹۲۸ به صورت اتفاقی کشف کرد ولی این دارو تا سالهای دهه ۱۹۵۰ مورد استفاده همگانی قرار نگرفت.

در دهه‌های اخیر مصرف آنتی بیوتیک علاوه بر پزشکی در کشاورزی هم افزایش چشمگیری داشته و آنتی بیوتیکها در دامداری، پرورش مرغ و طیور، پرورش ماهی و آبزیان، تولید محصولات کشاورزی و در باغهای میوه استفاده می‌شود، بنابراین مقاومت به آنتی بیوتیک، کشاورزی و محیط زیست را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵).

توانایی میکروبها در تغییر تنها دلیل مقاومت به آنتی بیوتیک نیست. از سال ۱۹۸۷ هیچ رده آنتی بیوتیک تازه‌ای تولید نشده و در خط تولید شرکتهای داروسازی بزرگ تقریباً هیچ آنتی بیوتیک تازه‌ای نیست. برای تولید آنتی بیوتیک جدید، انگیزه اقتصادی کافی وجود ندارد چرا که آنتی بیوتیکها فقط در صورت لزوم برای یک یا دو هفته مصرف می‌شوند و به دلیل خطر مقاومت میکروبها، مدت استفاده از آنها محدود است، در حالیکه داروهای مثل داروی فشار خون یا داروی کاهنده قند برای تمام عمر مصرف می‌شوند (۱۶).

یکی از آنتی بیوتیکهای بسیار قوی که تأثیرگذاری آن به شدت کاهش یافته، کارباپنم است که در مراحل پیشرفته درمان بیماریهای ناشی از باکتری کلبسیلا پنومونیه کاربرد دارد. این باکتری منجر به بروز آلودگی خون، ذات الریه و عفونتهای مختلف در نوزادان می‌شود. از سوی دیگر، در حالی که در دهه ۱۹۸۰ میلادی مقاومت دارویی نسبت به درمان آلودگی مجاری ادراری به باکتری ای کولای تقریباً وجود نداشت، این روزها تجویز آنتی بیوتیک برای درمان این عارضه در نیمی از موارد بی‌تأثیر است.

در سال ۲۰۱۴ سازمان بهداشت جهانی از مقاومت دارویی در برابر آنتی بیوتیکها به عنوان یک «تهدید بزرگ جهانی» نام برد. این سازمان با بررسی آمار مربوط به ۱۱۴ کشور، از افزایش مقاومت دارویی در همه نقاط جهان خبر داد. این نهاد وابسته به سازمان ملل متحد، روز ۳۰ آوریل

۲۰۱۴ با انتشار گزارشی اعلام کرد جهان وارد دوره «پسا آنتی بیوتیک» شده است؛ دوره‌ای که عفونت‌های ساده‌ای که برای سالیان طولانی قابل درمان بودند، کشنده شده‌اند. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، سوزاک نیز از بیماری‌هایی است که در کشورهایی مانند بریتانیا، کانادا، استرالیا، اتریش، فرانسه، ژاپن، آفریقای جنوبی، اسلوانی و سوئد نسبت به آنتی بیوتیک‌های قوی مقاومت نشان داده است.

ایران یکی از کشورهایی است که با تجویز بیش از اندازه این داروها روبروست و مصرف آنتی بیوتیک در این کشور تقریباً برابر با کل مصرف آن در اروپاست. بر این اساس، مصرف آنتی بیوتیک در ایران ۱۶ برابر استاندارد جهانی است. طبق یک پژوهش جدید، ضد عفونی کننده‌ها اثرات مشابه آنتی بیوتیکها بر روی میکروبها موسوم به «Pseudomonad aeruginosa» و کلبسیلا که باعث ایجاد بیماری در افراد و همچنین علت اصلی عفونت‌های موجود در بیمارستان‌ها است، می‌گذارند (۱۷). محققان با بررسی اطلاعات، ۳۰۰ بیمارستان دریافتند: بیش از ۳۰۰ درصد افزایش در نسبت بین مقاومت باکتری Acinetobacter در برابر آنتی بیوتیک پی‌ماکین در سالهای ۲۰۰۶-۱۹۹۹ وجود داشت.

همچنین عفونت‌هایی که از بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان بودند شدیدتر و وخیم‌تر شدند و حتی آنتی بیوتیک‌های قوی نیز نمی‌توانند آنها را از بین ببرند. آنتی بیوتیکها برای درمان عفونت‌های باکتریایی استفاده می‌شود، اما برای عفونت‌های ویروسی مثل سرماخوردگی، گلو درد، و آنفولانزا مناسب نیستند. استفاده هوشمندانه از آنتی بیوتیک کلید کنترل گسترش مقاومت آنتی بیوتیکی است (۱۷). حتی برای انگل توکسوپلازما علی‌رغم اینکه در افراد نقص ایمنی می‌تواند کشنده باشد ولی در افراد با سیستم ایمنی سالم نیازی به درمان ندارد (۱۸). همچنین عفونت استرپتوکوک گروه B؛ علی‌رغم اینکه می‌تواند در خانمهای باردار و نوزادانشان عفونت کشنده ایجاد کند ولی در افراد سالم نیازی به درمان نمی‌باشد (۱۹).

خطرات ناشی از مصرف بیرویه و خودسرانه آنتی بیوتیکها

همانطور که گفتیم از ویروسها و باکتری ها می توان به عنوان عامل بیوتروریستی استفاده کرد و در بعضی بیماریها از جمله هپاتیت E بسیاری از مردم ما مستعد ابتلاء هستند (۲۱،۲۰) و در مورد باکتریها بسیاری از مردم عادی و یا پرسنل بیمارستانها در معرض سل نهفته هستند (۲۲).

هرچند در بعضی مطالعات استفاده از فن آوریهای نوین ارتباط از راه دور مانند موبایل؛ راه نزدیکی برای ملاقات و گسترش میکروبها فراهم آورده است (۲۳).

از طرفی مصرف نابجا و خودسرانه آنتی بیوتیکها ممکن است عواقب ناخوشایندی در پی داشته باشد؛ مصرف آنتی بیوتیک نامناسب نه تنها عفونت را درمان نمی کند بلکه ممکن است سبب بروز عوارض جانبی، بدتر شدن وضعیت بیمار، پیچیده تر و طولانی تر شدن بیماری و به دنبال آن نیاز به مراجعه و بستری شدن در بیمارستان و استفاده از داروهای گرانتر شود؛ از سوی دیگر، سوءمصرف آنتی بیوتیکها به باکتریهای مفید بدن نیز آسیب می رسانند؛ به عنوان مثال باکتریهای مفید دستگاه گوارش که از عمل باکتریهای مضر عفونت را در بدن جلوگیری می نمایند، ممکن است تحت تأثیر مصرف آنتی بیوتیک از بین بروند و امکان ابتلا به بیماریهای گوارشی افزایش یابد. بحث مقاومت میکروبها به آنتی بیوتیکها معضل دیگری است که ممکن است بر اثر مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها رخ دهد (۲۴). در صورتی که نتوانیم مصرف آنتی بیوتیک ها را در کشور مهار کنیم دیگر لزومی به دخالت کشور خارجی نیست و ما با دست خودمان میکروب مقاومتی را تولید کرده ایم که عین بیوتروریسم عمل می کند. امروزه در جامعه مواردی نظیر آنتی بیوتیکها و غذاهای وارداتی و تأثیر آن بر سلامت و مصرف بی رویه آنتی بیوتیک و ضررهای آن مغفول مانده است (۲۵).

مسئله مهم دیگر، در مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها استفاده از این داروها در بیماریهای ویروسی نظیر سرماخوردگی و آنفلونزا می باشد؛ حدود یک سوم مردم گمان می کنند که آنتی بیوتیکها در سرماخوردگی معمولی مؤثر واقع می شوند. اما

داروهای آنتی بیوتیک در این گونه عفونتها کاربردی ندارد و در این موارد آنتی بیوتیکها نه عفونت را درمان می کنند، حتی انگل توکسوپلازما علی رغم اینکه در مبتلایان به ایدز می تواند کشنده باشد ولی در افراد با سیستم ایمنی سالم نیازی به درمان ندارد و دارو نه مانع از سرایت بیماری و نه باعث بهبود حال بیمار می شوند، چه بسا ممکن است سبب بروز عوارض جانبی خطرناک و حتی باعث گسترش مقاومت میکروبی می شود (۲۶). فقط خود بیماران تنها کسانی نیستند که از نتایج حاصل از مقاومت میکروبی رنج می برند، بلکه افراد سالم جامعه هم از این مسأله متضرر خواهند شد؛ چرا که مقاومت بین افراد جامعه گسترش یافته و سلامت افراد جامعه با گونه های میکروبی جدیدی که به سختی و با هزینه درمانی زیادتری درمان می شوند، تهدید خواهد شد (۲۷). مشکل موجود در این حوزه اجرایی نشدن یا فقدان دستورالعمل های لازم است؛ به طور مثال در کنترل مصرف آنتی بیوتیکها که مهمترین درمان بر ضد بیوتروریسم است نتوانسته ایم موفق شویم در حالیکه کشور به کنترل و نظارت شدید در این عرصه نیاز دارد (۲۹).

"مصرف ناصحیح آنتی بیوتیک در کشور و ارتباط آن با اقتصاد مقاومتی"

مهمترین ارتباط در این است که آنتی بیوتیک برای هر کشوری ارزش افزوده فراوان دارد، یعنی می تواند سود بسیار کلانی را نصیب کشوری کند که تولید کننده واقعی آنتی بیوتیک است. زیرا برای مثال آنتی بیوتیکی مانند لینوزولاید، هر قرص آن ۲۵۰ هزار تومان قیمت دارد، یعنی طی یک ماه، هر بسته از این قرص بیش از ۱۰ میلیون تومان هزینه می برد. لذا ما باید صد بشکه نفت را از کشور خود خارج کنیم تا اینکه یک بسته کوچک قرص که در جیب یک فرد جا می شود را وارد کشور کنیم. بنابراین کشورهای امپریالیسمی دنیا سعی می کنند تولید آنتی بیوتیک را به لحاظ ارزش افزوده ای که دارد، در انحصار خود قرار دهند. اگر ما بتوانیم تولید ایرانی آنتی بیوتیک را تقویت کنیم حتی آنتی بیوتیکهایی را که به صورت مونتاژ (مواد از خارج تهیه و در داخل بسته بندی می شود) در داخل کشور

تقویت کنیم و بتوانیم بازاریابی خارجی داشته باشیم از ارزش افزوده آن بهره خواهیم برد (۲۹،۲۸).

لطمه‌های اقتصادی واردات آنتی بیوتیک

برای مثال چنانچه مقاومت آنتی بیوتیکی ایجاد شود که نیاز به آنتی بیوتیک قوی تر لینوزولاید پیدا کنیم، یعنی برای هر نفر بیمار باید حدود ۱۰ تا ۲۰ میلیون تومان هزینه کنیم تا یک بیماری پوستی ساده درمان شود. این یعنی خارج کردن یک کشتی از بشکه‌های نفت در مقابل وارد کردن بسته‌های کوچک آنتی بیوتیک؛ بنابراین این گونه مخالف اقتصاد مقاومتی حرکت می‌کنیم و کمر اقتصادی مردم و کشور شکسته می‌شود (۲۹،۲۸).

کنترل تجویز نابجای آنتی بیوتیک برای جوش صورت در جهت اقتصاد مقاومت درمان جوش صورت سالانه بیش از ده میلیارد تومان ارز از کشور خارج می‌کند در واقع جوشهای صورت پدیده‌ای هستند که به طور کامل از بین نمی‌روند اما می‌توان التهاب آنها را تحت کنترل درآورد. علی‌رغم آنکه آنتی بیوتیک‌ها برای جوش صورت موثر هستند اما بدن از آسیب‌های آنها متضرر می‌شود، چرا که با مصرف این آنتی بیوتیک‌ها، میکروب‌های معمولی که در دهان و دستگاه تنفس وجود دارد نسبت به آنتی بیوتیک‌ها مقاوم می‌شوند. حال اگر بعداً فرد دچار سینوزیت، عفونت گوش میانی و عفونت‌های ریوی شود دیگر با این داروها درمان نمی‌شود زیرا که قبلاً برای جوش صورت (اعمال زیبایی) استفاده شده و مقاومت آنتی ایجاد کرده است. در واقع اثر بسیاری از آنتی بیوتیک‌ها مانند ماکرولیدها بر جوش‌های صورت به دلیل خاصیت ضد التهابی بودن آنها می‌باشد درحالی‌که اثر ضد میکروبی آنها خیلی قوی نیست به عنوان مثال میزان دوز درمانی آزیترومایسین برای درمان جوش صورت بیش از ۱۰ برابر دوز درمانی آن برای درمان عفونت ریه‌ها، گوش و سینوزیت می‌باشد و این باعث شده بیش از ۶۰ درصد آزیترومایسین در کشور برای درمان جوش صورت که کم اهمیت ترین بیماری عفونی می‌باشد استفاده گردد.

شاید در ابتدا به نقش یک جوش صورت در اقتصاد مقاومتی بی اهمیت باشد ولی باید بدانیم که فقط درمان جوش صورت سالانه بیش از ده میلیارد تومان ارز از کشور خارج می‌کند و از طرفی مصرف نابجای آنتی بیوتیک‌ها شانس مقاومت میکروب‌های بدن به آنتی بیوتیک‌ها را افزایش خواهد داد که در نتیجه نیاز روز افزون به واردات آنتی بیوتیک‌های جدید و گران قیمت را دو چندان خواهد کرد که همگی بر خلاف اقتصاد مقاومتی است (۲۸).

اقدامات انجام شده

آموزش کادر پزشکی با همت بسیج جامعه پزشکی و دانشگاه‌ها در برنامه‌های کنترل عفونت، مصرف آنتی بیوتیک‌ها را مرتب پایش کردیم و برای پزشکان خود پیامک‌هایی را ارسال کردیم تا آنتی بیوتیک ایرانی را برای بیماران خود تجویز کنند. یکی از آنتی بیوتیک‌های پر مصرف آزیترومایسین بود و در کلاس‌های آموزشی که با همکاری بسیج جامعه پزشکی تشکیل دادیم و مصرف صحیح آن را آموزش دادیم بنحوی که تجویز غیر منطقی آزیترومایسین از نظر اقلام به نصف و از نظر تعداد به یک سوم کاهش پیدا کرد این کاهش تعداد علاوه بر کاهش هزینه مستقیم که بیمار و بیمه‌ها به صورت مستقیم پرداخت می‌گردد در کاهش خسارات و هزینه‌های ناشی از مقاومت میکروبی بوجود می‌آید بسیار موثر است. همین اقدام را در مورد دیگر آنتی بیوتیک‌ها از جمله آمیتوگلیکوزیدها انجام دادیم که هم‌اکنون نتایج حاصل شد.

تحقیق و پژوهش

با همکاری متخصصین عفونی و میکروبیولوژیست‌ها بیش از ده‌ها تحقیقات کاربردی و عملیاتی در مورد مقاومت میکروب‌ها به آنتی بیوتیک‌های مختلف انجام شد که نتیجه آن کشف ده‌ها گونه میکروبی مقاوم به آنتی بیوتیک‌ها بود که به صورت مقالات و پایان نامه‌های دانشجویی منتشر شده است و در این موارد بسیار نادر بیماری‌های عفونی نیز تب مالت توام با نکروز آواسولار سر استخوان ران را نیز بخوبی با آنتی بیوتیک‌ها درمان کردیم

و نتایج آن نشر داده شد (۳۱،۳۰). از طرفی در برنامه آموزش پزشکی بیماریه‌ها عفونی و آموزش پرستاری از روش‌های نوین آموزشی پزشکی استفاده نمودیم (۳۳،۳۲).

درمان بیماران عفونی با آنتی‌بیوتیک‌های ایرانی

ما از آنتی‌بیوتیک‌های ایرانی هپاتیت، اینترفرون استفاده کردیم. بسیاری از بیماران ما دفترچه بیمه نداشتند و پرونده‌های با هزینه کم و گاهی رایگان برای آنان تشکیل دادیم که بتوانند آنتی‌بیوتیکی ایرانی را بخرند و دیگر همکارانمان نیز تلاش کردند که این آنتی‌بیوتیک جزء بیمه قرار بگیرد.

بیماران مبتلا به هپاتیت که تا به حال به ما مراجعه کرده اند اکثراً از طریق اعتیاد دچار آن شده اند. این افراد اعتیاد خود را ترک کرده اند و به جامعه پیوسته اند و معمولاً بیکار و بی‌درآمد هستند و آنتی‌بیوتیک‌های آنان نیز بسیار گران است. در صورتیکه ما نیز آنها را به حال خود رها کنیم دچار عوارض این بیماری‌ها می‌شوند و کسی به آنها کار نمی‌دهد، بنابراین نمی‌توانند ازدواج کنند و معضلات اجتماعی ناشی از این مسائل نیز آنها را فرا می‌گرفت. آنتی‌بیوتیک‌های ایرانی این بیماری تولید شد و بنده به عنوان یک پزشک برای تمامی بیماران خود آنتی‌بیوتیکی ایرانی تجویز کردم که بیماران بهبود پیدا کردند. آنتی‌بیوتیک‌های ایرانی تقریباً تا ۱۰۰ درصد بیماری هپاتیت C را درمان کردند مگر در مواردی که بیماری بسیار پیشرفته بود و در واقع عدم پاسخ به آنتی‌بیوتیک در میان نبود.

بحث و نتیجه گیری

مردم باید بدانند که برای هر سرماخوردگی آنتی‌بیوتیک نیاز نیست و نوع گرانیقیمت آن باید با نظر پزشک مصرف شود. اگر مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها را هدفمند کنیم خواهیم توانست بسیاری از هزینه‌های بهداشت و درمان را در کشور کاهش دهیم که تحول بسیار عظیمی به وجود خواهد آمد. با ارائه یک مثال آماری میتوان مساله را روشنتر کرد: معمولاً ۶ عددی آنتی بیوتیکی آزیترامایسین برای عفونت‌های ریوی تجویز می‌شود که متأسفانه تجویز آن بسیار بیشتر از حد معمول آن در منطقه ما (استان لرستان) بود. با

همکاری بسیج جامعه پزشکی دوره‌های آموزشی مدون قرار دادیم و روش تجویز صحیح مصرف آنتی‌بیوتیک را برای همه پزشکان پیامک کردیم و تجویز ۸ الی ۱۰ تا و گاهی تا ۵۰ تا را به ۶ عدد که تعداد صحیح آن است، رساندیم و این صرفه‌جویی بسیاری برای ما در این مدت کوتاه داشته است. شاید جالب باشد بدانید؛ اینکار در منطقه کوچکی در لرستان حدود یکصد میلیون تومان صرفه‌جویی به همراه داشته است. پس اقتصاد مقاومتی با هدفمند شدن مصرف و جلوگیری از تجویزهای بی‌رویه معنادار می‌شود.

"با خودکفایی در تولید واکسن از مصرف بیش از حد آنتی بیوتیک‌ها پیشگیری کنیم :

پیشگیری از دیگر مولفه‌های اقتصاد مقاومتی است. پیشگیری مرتبط با سبک زندگی و رعایت بهداشت در همه ابعاد آن می‌باشد. اما توجه داشته باشید؛ در کشور ما، در جاهایی که بهداشت بهینه شد تا بیماری‌های عفونی کم شود، بهداشت روان نابود شد. ما نمی‌بایستی با افزایش بهداشت در یک قسمت، بهداشت را در قسمتی دیگر به مخاطره بیندازیم. برای مثال، حمام‌های عمومی از نظر بهداشتی مشکل ساز بود و در کشور ما کاملاً جمع شد در حالی که هنوز در کشورهای پیشرفته وجود دارد. در ایران، به جای بهداشتی کردن حمام‌های عمومی آنها را کاملاً حذف کردیم که این خود به بهداشت روانی جامعه صدمه زد. چرا که "دور هم بودن انسانها در یک مکان یعنی افزایش در بهداشت روان."

در روش‌های پیشگیری ما باید قادر باشیم که واکسن‌های مورد نیاز خود را تولید کنیم. اگر واکسن‌های جدیدی کشف کنیم نیاز به بسیاری از آنتی بیوتیک‌ها کم می‌شود و همچنین نیاز به آنتی بیوتیک‌هایی که بعد از مبتلا شدن به بیماری وجود دارد هم کم می‌شود. این گام بزرگ ارزش افزوده فراوانی برای کشور به ارمغان می‌آورد.

تقویت روشهای تشخیص دقیق عفونت‌ها

هر چند در مورد ویروس‌ها روشهای دقیق تشخیص و درمان بخصوص در درمان هپاتیت‌های مزمن کلاسیک انقلاب بزرگی

در دنیا ۳۰ درصد از مراجعه کنندگان به پزشکان عمومی، بیماران روانی هستند، ادامه داد: اما در کشور ما اغلب بیماران عفونی به پزشکان عمومی مراجعه می کنند؛ پزشکان عمومی ما در طول هفت سال تحصیل پزشکی فقط دو ماه دروس عفونی را می خوانند اما ۶۰ درصد نسخه های آنان آنتی بیوتیک است.

"استفاده از نظرات داشمندان، متخصصین عفونی و میکروبیولوژیستها

در حال حاضر بیوتروریسم و جنگ میکروبی به عنوان یکی از مباحث روز دنیا مطرح است، کشور ما از نظر علمی و آزمایشگاهی دارای پتانسیل لازم در این رشته بوده و توانسته است هزار انگل شناس و متخصص میکروبیولوژی و بیماری های عفونی تربیت کند. چالش اصلی وزارت بهداشت در آینده بیماری های عفونی خواهد بود و اگر مقاومت در برابر مصرف آنتی بیوتیک ایجاد شود پشیمانی سودی ندارد پس باید یک برنامه منسجم برای پیشگیری از مقاومت آنتی بیوتیک توسط وزارت بهداشت ایجاد شود (۴۸-۴۶).

راهکارهای پیشگیرانه در جهت جلوگیری از ایجاد و گسترش مقاومت میکروبی

در صورت داشتن بیماریهای ویروسی از قبیل سرماخوردگی، از مصرف خود سرانه و بدون تجویز پزشک داروهای آنتی بیوتیک جلوگیری نمایید. در صورت ابتلا به بیماریهای ویروسی از پزشک تقاضای آنتی بیوتیک نکنید و پزشک را برای تجویز آنتی بیوتیک تحت فشار قرار ندهید. دوره درمان را حتی در صورت بهبود علایم کامل نمایید. داروهای آنتی بیوتیک را مطابق دستور پزشک و سر ساعات معین شده مصرف نمایید چرا که آنتی بیوتیک تجویز شده زمانی مؤثر خواهد بود که به طور صحیح مصرف شود. داروهای آنتی بیوتیک خود را برای بیماری دیگران پیشنهاد نکنید حتی اگر علایم شما یکسان باشد. در مورد نحوه مصرف صحیح آنتی بیوتیکها با پزشک یا داروساز مشورت نمایید. مصرف نادرست آنها ممکن است جذب این داروها را تحت تأثیر قرار داده و سبب کاهش یا حذف اثر آنها گردد.

حاصل شده است (۳۵،۳۴) ولی مشکل اصلی در زمینه بیماری های عفونی در کشور تشخیص بیماری است و ما به دلایل مختلف در روش های تشخیصی دچار ضعف هستیم به این معنا که پیش از کشت خون، بیمار آنتی بیوتیک استفاده کرده است که باعث منفی شدن کشت خون می شود. برخی نمونه هایی که در آزمایشگاه ها انجام می شود با روش استاندارد تهیه نمی شود؛ به عنوان مثال باید حداقل میان هر کشت خون یک هفته فاصله وجود داشته باشد. در روش تشخیص بیماری عفونی باید تمامی سیکل منظم طی شود تا نتیجه یک کشت مثبت باشد، تاکید کرد: باید روش های تشخیصی بیماری عفونی را به خصوص در حیطه مقاومت های میکروبی تقویت کنیم. مهم ترین چالش آینده کشور به مقاومت های میکروبی مربوط می شود، تصریح کرد: این موضوع در تمام دنیا وجود دارد و کشور ما نیز از این موضوع بی نصیب نمی ماند به این دلیل که بیشترین مصرف آنتی بیوتیک را در دنیا داریم (۳۶).

استفاده از روشهای طب سنتی در درمان عفونتها:

هرچند جایگاه درمان طب سنتی در مورد عفونتها بسیار ضعیف و گران قیمت است ولی در بعضی موارد به عنوان کمک درمان مؤثر بوده است (۳۷).

" نظارت بر مصرف آنتی بیوتیک :

باید نظارت بر مصرف آنتی بیوتیک در کشور وجود داشته باشد؛ بارها به شکل تک موردی آنتی بیوتیک هایی نوشته می شود که هیچ اثری ندارد، به عنوان مثال سه عدد آمپول که طول اثر دو یا سه روزه دارد برای بیماری عفونی که نیاز به یک هفته آنتی بیوتیک دارد، اثر گذار نیست (۴۲-۳۸).

باید سیستم نظارت بر مصرف آنتی بیوتیکها و توزیع آن را در کشور کنترل کنیمو اگر مقاومت در برابر مصرف آنتی بیوتیک ایجاد شود مشکلات زیادی را به وجود خواهد آورد به این دلیل که بسیاری از اعمال جراحی به مصرف آنتی بیوتیک وابسته است، اگر آنتی بیوتیک نباشد بسیاری از بیماران بر اثر عفونت فوت می کنند؛ همچنین زنده ماندن بسیاری از بیماران سرطانی به مصرف آنتی بیوتیک بستگی دارد (۴۵-۴۳).

در صورت فراموش کردن دوز مصرفی یا اشتباه در نحوه مصرف با پزشک یا داروساز مشاوره نمایید. در صورتیکه پس از اتمام داروی آنتی بیوتیک، علائم بیماری هنوز ادامه پیدا کرد، به جای تهیه دوباره همان آنتی بیوتیک و تجویز خود سرانه آن حتماً به پزشک مراجعه نمایید. در صورت داشتن سابقه مصرف آنتی بیوتیک در زمانی که به پزشک مراجعه میکنید حتماً اطلاعات کافی را در زمینه آنتی-بیوتیک مصرفی خود در اختیار پزشک قرار دهید.

با توجه به افزایش مقاومت در برابر آنتی بیوتیک، جهان نیاز مبرمی به تغییر الگوی مصرف و تجویز این منبع با ارزش دارویی دارد. در صورتیکه مصرف دارو با همین الگو باقی بماند، حتی تولید و توسعه داروهای جدید نیز نمیتواند مانع از افزایش مقاومت نسبت به آنتی بیوتیک باشد. برای جلوگیری از مقاومت آنتی بیوتیکی علاوه بر عدم استفاده خودسرانه از آنتی بیوتیکها، اقداماتی برای کاهش گسترش عفونت از طریق واکسیناسیون منظم، شستن مرتب دستها و توجه به بهداشت مواد غذایی ضروری است.

باید اطلاعات دقیقی در مورد درمانهای رایج و اثر بخشی آنها به دست آورد تا بتوان موارد نابجای استفاده از آنتی بیوتیک را تشخیص داد، زیرا مصرف نابجا یا خودسرانه آنتی بیوتیک، مهمترین علت مقاومت نسبت به آنتی بیوتیک است.

استفاده از آنتی بیوتیک در مزارع و دامداریها، یکی از مهمترین روشهای انتقال به انسان است. در بسیاری از کشورها راهکارهایی برای جلوگیری از آنتی بیوتیک در

مزارع، دامداریها و حوضچه های پرورش ماهی صورت گرفته است.

با برداشتن گامهای ساده پیشگیری از شیوع عفونتها میتوان به از بین بردن مقاومت میکروبی کمک نمود از جمله شستن دستها، واکسیناسیون به موقع کودکان، جلوگیری از برقراری تماس با افراد دچار عفونت و ... هرگز نباید داروهای آنتی بیوتیک را به تدریج قطع شوند. این حالت تدریجی باکتریها را در یک تراز تحت درمانی قرار داده که سبب ایجاد جهش و در نتیجه ایجاد مقاومت می-گردد (۵۰-۴۸).

یک شرط اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت خودکفایی ما در تولید آنتی بیوتیک است که این مشروط به "همت جهادی" است. این امر نه تنها مستلزم کار و تحقیقات فراوان است، بلکه پزشکان ما نیز باید عزم راسخ در استفاده از آنتی بیوتیکی ایرانی داشته باشند. همچنان که رهبر معظم انقلاب در صحبت های خود تاکید کردند که "ما باید از جنس ایرانی استفاده کنیم اما تولیدکنندگان نیز باید محصولات خود را خوب ارائه کنند."

تشکر قدردانی

در پایان از همه پرسنل دانشگاه علوم پزشکی لرستان بخصوص نهاد مقام معظم رهبری در دانشگاه که نهال کنگره جنگ نرم و پدافند غیر عامل در حوزه سلامت؛ را بنیان نهادند کمال تشکر و قدردانی را دارد.

References

1. Golkar Z, Bagazra O, Pace DG. Bacteriophage therapy: a potential solution for the antibiotic resistance crisis. *J Infect Dev Ctries.* 2014;8(2):129-136.
2. Gould IM, Bal AM. New antibiotic agents in the pipeline and how they can overcome microbial resistance. *Virulence.* 2013;4(2):185-191.
3. Wright GD. Something new: revisiting natural products in antibiotic drug discovery. *Can J Microbiol.* 2014;60(3):147-154.[PubMed]
4. Nazer MR. Antibiotic drugcontrol. http://asremrooz.ir/prtja_8ev8uqeatz.fsfu.html
5. Sengupta S, Chattopadhyay MK, Grossart HP. The multifaceted roles of antibiotics and antibiotic resistance in nature. *Front Microbiol.* 2013;4:47.
6. Centers for Disease Control and Prevention, Office of Infectious Disease Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. Apr, 2013. Available at:<http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013>. Accessed January 28, 2015.
7. Heidari M, Nazer MR, Kheirollahi A, Birjandi M, Zareie H. Frequency of epididymo-orchitis in hospitalized atients with acute scrotum at Shohadaye Ashayer Hospital, Khorramabad, Iran. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2012;62(1): 44.
8. Akhavan SA, Nazer E, Yakhchali B, Nazer MR. Isolation of toluene biodegrade bacteria from isfahan. *Petrochemical Soil. Journal of Environmental Science and Technology.* 2012; 13(451):61-66.
9. E Nazer, A Akhavanesepehi, B Yakhchaly, Nazer MR. Degradation of toluene by highly efficient indigenous isolate. *Advances in Environmental,* 2014.
10. Nazer MR, Obeidavi Z, Garmsiri M, Darvishi M, Taherian P, Nouruzi S. The Prevalence Rate of HIV CO-Infection in HBV and HCV Positive Patienys in Lorestan Provience. *iiobj;* 7(8): 221-225.
11. Nazer MR, Obeidavi Z, Beiki O. Prevalence of hepatitis C genotypes in patients with hepatitis C in Lorestan province (2009-2013). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2014. (In Persian)
12. Mokhayeri H, Nazer MR, Nabavi M. Seroprevalence of Hepatitis B and C in Clinical Staffs (Doctor and Nurse) of the Hospitals in Khorramabad City, Western Iran. *International Journal of Medical Research & Health Sciences.* 2016;11(5):68-72.
13. Nazer MR, Darvishi M, Firouzian F. Relative frequency of drug-resistant hepatitis B virus infection in patients with hepatitis B admitted to infectious diseases clinic of Khorramabad city in 2013-2016. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR).* 2016 7(4):1484-1492.
14. Aghajanpour M, Nazer MR, Obeidavi Z, Akbari M, Ezati P, Moradi Kor N. Functional foods and their role in cancer prevention and health promotion: a comprehensive review. *Am J Cancer Res.* 2017;7(3):1-5.
15. Read AF, Woods RJ. Antibiotic resistance management. *Evol Med Public Health.* 2014;2014(1):147.

16. Babakhani S, Shokri S, Nazer M R. The frequency and pattern of antibiotic resistance among *Klebsiella* spp. isolated from nosocomial infection in Khorramabad hospital. Report of Health Care, 2015.
17. Babakhani S, Shokri S, Nazer M R. Comparison frequency and Determination antibiotic resistance pattern of *Klebsiella* SPP. Isolated from Nosocomial infection in Khorramabad Shohadaye Ashayer.
18. Zibaei M, Zamani Z, Esfahani AC, Anbari K, Nazer MR. *Toxoplasma* infection and epilepsy: A case-control study in Iran. *Neurology Asia*. 2011;16(4):299-302.
19. Nazer MR, Rafiei Alavi E, Nazer E, Khamechi M. Prevalence of Group B *Streptococcus* Vaginal Colonization in The Third Trimester of pregnancy. *SSU Journals*. 2011;19(1):13-23. (In Persian)
20. Nazer MR, Rafiei Alavi E, Hashemy J. Serologic prevalence of hepatitis E in Khorramabad City, Iran, *SSU Journals* 2010;18(5): 451-460. (In Persian)
21. Nazer MR, Darvishi M, Dadashi AR. Serologic prevalence of hepatitis E in Iran and the risk of bioterrorism annals of military and health sciences research. 2011;9(335):209-217. (In Persian)
22. Nazer MR, Shahivand M, Zare S. The prevalence of latent tuberculosis (TB) infection in Khorramabad Ashayer hospital in 2015. *Yafte* 2015;17(264):23-31. (In Persian).
23. Nazer MR, Darvishi M. Studing the level of microbial infection of mobile phones among nurses working in the ICU of hospital. *Iioabj*. 2016;7(7):8-12.
24. Ellyse Stauffer Weekly Digest: Bacterial tolerance may precede resistance; Should you finish your antibiotic prescription? 10 Feb 2017.
25. Luyt CE, Brechot N, Trouillet JL, Chastre J. Antibiotic stewardship in the intensive care unit. *Crit Care*. 2014;18(5):480.
26. Zibaei M, Zamani Z, Chahichi A, K Anbari, Nazer MR. *Toxoplasma gondii* seroprevalence in epileptic patients in Iran. *International Journal of Infectious Diseases*. 2011;15: S95.
27. S Babakhani, S shokri Derikvand, Nazer M R. 1st International and 4th National Congress on Enteric Pathogens.
28. Nazer MR. Oil for antibiotic drug. <http://www.farhangnews.ir/content/73934>.
29. The antibiotic alarm. *Nature*. 2013;495(7440):141.
30. Nazer MR, S Salarvand, S Shokri Drikvand. Two Case Reports of Rare Brucellosis Complications in Two Different Ranges of Age. *SSU Journals*, 2014.
31. Raoofi R, Nazer MR, Pournia Y. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. Seroepidemiology of hepatitis E virus in Western Iran 2012.
32. Salarvand S, Azizimalekabadi M, Akbari Jebeli A, Nazer MR. Challenges experienced by nurses in the implementation of a healthcare reform plan in Iran. *Electronic Physician*. 2017;9(4):4131-4137.
33. Baharvand P, Nazer MR. The Assessment of 360-Degree Instrument's Validity and Reliability for Evaluation of Medical Students' Performance. *Journal of medical education development* 2013;5(9): 1-6.

34. Nazer MR. Epidemiology of hepatitis E virus. in: Shahsavari F editor. Hepatitis E & Iran, 1th ed. Tehran. Odaba, 2012, p. 16-22.
35. Nazer MR, Obeidavi Z, Beiranvand B, Garmsiri M. Epidemiologic Study of Risk Factors for Hepatitis C Virus Transmission in Lorestan Province (2011-14). Medical Laboratory Journal. 2016;10(5):27-32.
36. Kevin Messacar, Kristen Campbell Kelly, Pearce, Laura Pyle, Amanda L. Hurst handshake From Antimicrobial Stewardship Opens Doors for Infectious Disease Consultations. Clin Infect Dis. 2017.
37. Haidari M, Nazer MR, Ahmadinejad M, Almasi V, Khorramabadi M. Honey in the treatment of Fournier's gangrene as an adjuvant: a cross sectional study. J Pak Med Assoc 2014;64(5):571-573.
38. Lushniak BD. Antibiotic resistance: a public health crisis. Public Health Rep. 2014;129(4):314-316.
39. Gross M. Antibiotics in crisis. Curr Biol. 2013;23(24):R1063-R1065.
40. Piddock LJ. The crisis of no new antibiotics what is the way forward? Lancet Infect Dis. 2012;12(3):249-253.
41. Open Public Consultation on possible activities under a 'Commission Communication on a One Health Action Plan to support Member States in the fights against Antimicrobial Resistance (AMR)' Health and Food Safety. 27 January 2017 - 28 April 2017.
42. Bartlett JG, Gilbert DN, Spellberg B. Seven ways to preserve the miracle of antibiotics. Clin Infect Dis. 2013;56(10):1445-1450.
43. Michael CA, Dominey-Howes D, Labbate M. The antibiotic resistance crisis: causes, consequences, and management. Front Public Health. 2014;2:145.
44. Rossolini GM, Arena F, Pecile P, Pollini S. Update on the antibiotic resistance crisis. Clin Opin Pharmacol. 2014;18:56-60.
45. Allen HK J, Donato HH, Wang KA, Cloud-Hansen J, Davies E, Handelsman J. Call of the wild: antibiotic resistance genes in natural environments. Nat Rev Microbiol. 2010;8:251-259.
46. Allen HK, LA Moe, J Rodbumrer, A Gaarder J Handelsman. Functional metagenomics reveals diverse beta-lactamases in a remote Alaskan soil. ISMEJ. 2009;3:243-251.
47. Allou N, E Cambau, L Massias, F Chau, B Fantin. Impact of low-level resistance to fluoroquinolones due to *qnrA1* and *qnrS1* genes or a *gyrA* mutation on ciprofloxacin bactericidal activity in a murine model of *Escherichia coli* urinary tract infection. Antimicrob. Agents Chemother. 2009; 53:4292-4297.
48. American Academy of Microbiology. 2009. Antibiotic resistance: an ecological perspective on an old problem. Based on a colloquium held in the Fondation Mérieux Conference Center in Annecy, France, 12 to 14 October 2008. ASM Press, Washington, DC.
49. Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. Lancet Infect Dis. 2014;14(8):742-750.
50. Gelles D. Merck in \$8.4 billion deal for Cubist, big maker of antibiotics. New York Times. Dec 8, 2014.

Prescribe and use of antibiotics and its role in microbial resistance and its effects on resistance economy

Nazer MR¹, Darvishi M^{2*}

1. Associate Professor, Department of Infectious and Tropical Diseases, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Infectious and Tropical Diseases, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Mo_darvishi@yahoo.com

Received: 27 May 2017 Accepted: 6 Aug 2017

Abstract

Background: Overuse of antibiotics leads to microbial resistance, so that their arbitrary use leads to a higher level of microbial resistance, and ultimately, we need to have new and stronger antibiotics, which is a problem with these new antibiotics, "high cost and it's a catastrophic ". Today, in the community, such things as antibiotics and imported foods, and its impact on the health and consumption of antibiotics and its harm, remain unclear. The problem in this area is the lack of implementation or lack of guidelines, therefore, in this article we are going to examine the issue and solve it.

Materials and Methods: In this study, more than 100 sites and related articles that have been documented by ourselves or other scientists, as well as the collection of experiences and articles we have gained over the past twenty years in the field of infectious and microbial diseases, as well as indexed articles, SCOPUS, DOAJ, ISI and so on.

Conclusion: In the treatment of infectious patients with Iranian antibiotics self-sufficiency in the production of vaccine, strengthening the methods for accurate diagnosis of infections. Applied and operational research and purposeful use and rational administration of antibiotics to achieve resistance economics, as detailed in the text we will pay it.

Keywords: Infectious Diseases, Antibiotics, Microbial Resistance, Logical Transformation, Resistant Endurance, Bioturism.

***Citation:** Nazer MR, Darvishi M. Prescribe and use of antibiotics and its role in microbial resistance and its effects on resistance economy. Yafte. 2017; 19(3):49-62.