



مشفى تشرين العسكري  
الشعبة الأذنية

# المرشادات العلاجية في علاج انتانات الأذن والأنف والحنجرة

ترجمه: د. حلا ناصر سليمان

المرشدات العلاجية في علاج انتانات الأذن :

ملاحظات	الحساسية للبنسلين	مدة العلاج	الصاد الحيوي	التشخيص السريري
تُعطى وريدياً في الحالات الشديدة	كلاريثرومايسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة	٥ أيام	فلوكلوكساسولين فموياً ١ غ ٤ مرات يومياً مع ستيروئيد موضعي	التهاب الأذن الخارجية الموضعي الحاد (الدمل)
		٧ أيام	خفيف-متوسط: صاد موضعي	التهاب الأذن الخارجية الحاد المنتشر (أذن السباحين)
قطرات موضعية		٧ أيام	شديد (التهاب الهلل أو انسداد مجرى سمع): سيبروفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة	
		٧ أيام	الخط الأول: سيبروفلوكساسين فموي ٥٠٠- ٧٥٠ ملغ كل ١٢ ساعة الخط الثاني: اضافة الكليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ كل ٦ ساعات	التهاب سمحاق الغضروف

<p>- يجب أخذ المسحة قبل البدء بالعلاج الموضعي</p> <p>- الانتقال إلى الطريق الفموي بعد التحسن السريري وسلبية النتائج المخبرية</p> <p>- تقييم امتداد الخمج الى داخل القحف وضمن العظم</p>	<p>كيلندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات مع سيبروفلوكساسين فموي ٥٠٠- ٧٥٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	<p>٤-٦ أسابيع</p>	<p><b>بييراسلين/ تازوباكتام</b></p> <p>وريدي ٤.٥ غ كل ٨ ساعات مع علاج موضعي يُستبدل فموياً : ٥٠٠-٧٥٠ ملغ سيبروفلوكساسين</p>	<p><b>التهاب الأذن الخارجية الخبيث</b></p>
<p>- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين</p> <p>- متابعة نتائج الزرع الجرثومي واختبارات التحسس</p> <p>- التأكد من عدم امتداد الانتان إلى داخل القحف</p>	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات و سيبروفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة يُستبدل فموياً: كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم مع سيبروفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	<p>١٠-١٤ يوم</p>	<p><b>كوأموكسيكلاف</b></p> <p>وريدي ١.٢ غ كل ٨ ساعات يُستبدل فموياً بـ: كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p><b>التهاب الخشاء الحاد</b></p>

<p>- أغلب الحالات سببها فيروسي ومحددة لذاتها. - يجب التريث ليومين أو ثلاث قبل وصف الصادات ويعاد التقييم بعدها.</p>	<p>لاينبغي وصف الصادات روتينياً لعلاج التهابات الأذن الوسطى الحادة غير المختلطة في الحالات الشديدة أو خطورة حدوث اختلاطات <b>الخط الأول:</b> كلاريثروماسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة <b>الخط الثاني:</b> دوكسيسكلين فموي ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة مع ميترونيدازول فموي ٤٠٠ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>٥ أيام</p>	<p>لاينبغي وصف الصادات روتينياً لعلاج التهابات الأذن الوسطى الحادة غير المختلطة أما في الحالات الشديدة أو خطورة حدوث اختلاطات <b>الخط الأول:</b> اموكسيسلين فموي ٥٠٠ ملغ كل ٨ ساعات <b>الخط الثاني:</b> كو أموكسيكلاف فموي ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>التهاب الأذن الوسطى الحاد</p>
<p>استشارة أخصائي الأحياء الدقيقة حول فائدة العلاج الجهازي.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>علاج موضعي</p>	<p>التهاب الأذن الوسطى المزمن</p>
	<p>كلينداميسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم</p>	<p>٧-١٤ يوم ثم إعادة التقييم</p>	<p>كو أموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>انتانات أجهزة الغرس العظمي "BAHA" (المعينات داخل العظمية)</p>

المرشدات العلاجية في علاج انتانات الأنف والجيوب جانب الأنفية :

التشخيص السريري	الصاد الحيوي	مدة العلاج	الحساسية للبنسلين	ملاحظات
التهاب الأنف والجيوب الحاد	يجب ألا توصف الصادات إلا في الحالات الشديدة لأنه قد يكون من منشأ فيروسي			
التهاب الأنف والجيوب الحاد الجرثومي (أعراض شديدة أو مستمرة)	<p><b>الخط أول:</b> كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p> <p><b>الخط الثاني:</b> دوكسيسكلين ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	٥ أيام	<p><b>الخط الأول:</b> كلاريثرومايسين ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p> <p><b>الخط الثاني:</b> دوكسيسكلين ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	
التهاب النسيج الخلوي حول الحجاج	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات و سيبروفلوكساسين ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة <b>يُستبدل فمويًا:</b> كليندامايسين ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم مع سيبروفلوكساسين ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة.</p>	٤ ايوم		- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين

## المرشحات العلاجية في علاج انتانات البلعوم والعنق :

ملاحظات	الحساسية للبنسلين	مدة العلاج	الصاد الحيوي	التشخيص السريري
<p>في هذه الحالة لا توصف الصادات روتينياً فقد يكون التهاب الحلق من منشأ فيروسي. يعد وصف الصادات مفيداً لعلاج الانتانات التي تسببها العقديات المقيحة. ينبغي اعتماد مقياس الألم الحروري لتحديد خطة العلاج المناسبة.</p> <p>لا يُنصح بإجراء زرع لمسحة البلعوم بشكل روتيني كإختبار أولي لتقييم مرضى التهاب البلعوم أو لتأكيد سلبية إختبار المستضد السريع.</p>				<b>التهاب الحلق</b>
<p><b>الأموكسيسيلين/كوأموكسيكلاف والحمى الغدية (داء وحيدات النوى الخمجي):</b> يؤدي اعطاء الأموكسيسيلين أو الكوأموكسيكلاف للمريض المصاب بداء وحيدات النوى الخمجي إلى ظهور طفح بقعي حطاطي لذلك يجب عدم استخدام هذه الصادات كعلاج تجريبي في حالات التهاب البلعوم الحاد</p>				
	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات و سيبيرفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة <b>يُستبدل فموياً:</b> كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم مع سيبيرفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	٧-١٠ أيام	<p>سيفترياكسون وريدي ٢ غ مرة يوميّاً <b>يُستبدل فموياً بـ:</b> كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<b>التهاب لسان المزمار</b>
			لا يُستطب وصف الصادات	<b>التهاب الحنجرة الحاد</b>

<p>- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين. - يجب إيقاف الصادات في حال شُخصت الإصابة على أنها حمى غدية ونتائج الزروعات الجرثومية سلبية.</p>	<p><b>الخفيف:</b> كلاريثرومايسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة <b>المتوسط</b> <b>والشديد:</b> كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات <b>يستبدل فموياً في حال كانت الزروع سلبية ب:</b> <b>يُستبدل فموياً:</b> كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات</p>	<p>١٠ أيام</p>	<p><b>الخفيف:</b> فينوكسي ميتيل بنسللين فموي ٥٠٠ ملغ كل ٦ ساعات <b>المتوسط</b> <b>والشديد:</b> بنزيل بنسللين وريدي ١.٢ غ كل ٦ ساعات مع ميترونيدازول وريدي ٥٠٠ ملغ كل ٨ ساعات <b>يُستبدل فموياً في حال كانت الزروع سلبية ب:</b> بنسللين V فموي ٥٠٠ ملغ كل ٦ ساعات مع ميترونيدازول فموي ٤٠٠ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>التهاب البلعوم/ التهاب اللوزات</p>
<p>- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين.</p>	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات <b>يُستبدل فموياً:</b> كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم</p>	<p>١٠ - ٤ ايووم</p>	<p><b>كوأموكسيكلاف</b> وريدي ١.٢ غ كل ٨ ساعات <b>يُستبدل فموياً ب:</b> كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>التهاب الغدة النكفية القلبي (انتانات الغدد اللعابية)</p>

	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات <b>يُستبدل فمويًا بـ:</b> كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات</p>	<p>١٠ أيام</p>	<p>بنزيل بنسلين وريدي ١.٢ غ كل ٦ ساعات مع ميترونيدازول وريدي ٥٠٠ ملغ كل ٨ ساعات يُستبدل فمويًا في حال كانت الزروع سلبية بـ: بنسلين V فموي ٥٠٠ ملغ كل ٦ ساعات مع ميترونيدازول فموي ٤٠٠ ملغ كل ٨ ساعات قد تفشل الخطّة العلاجية السابقة في حال الانتان بجراثيم متعددة عندها وفي حال استبعاد الاصابة بداء وحيدات النوى يُعطى: كوأموكسيكلاف وريدي ١.٢ غ كل ٨ ساعات <b>يُستبدل فمويًا بـ:</b> كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>خراج كوينزي (الخراج جانب اللوزة)</p>
--	---	----------------	---	---



<p>- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين - يجب متابعة نتائج الزرع الجرثومية واختبارات الحساسية للصادات</p>	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات و سيرفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة يُستبدل فمويًا: كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم مع سيرفلوكساسين فموي ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة</p>	<p>١٠- ٤ ايوم</p>	<p>سيفترياكسون وريدي ٢ غ مرة يومية مع ميترونيدازول وريدي ٥٠٠ ملغ كل ٨ ساعات يُستبدل فمويًا ب: كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>الخراج خلف البلعوم / الخراج جانب البلعوم</p>
<p>- يتم الانتقال من الشكل الوريدي إلى الفموي بعد استقرار الحالة السريرية ليوم أو يومين - يجب متابعة نتائج الزرع الجرثومية واختبارات الحساسية للصادات</p>	<p>كليندامايسين وريدي ٩٠٠ ملغ كل ٨ ساعات يُستبدل فمويًا: كليندامايسين فموي ٤٥٠ ملغ ٤ مرات باليوم</p>	<p>٤-٦ أسابيع</p>	<p>سيفترياكسون وريدي ٢ غ مرة يومية مع ميترونيدازول وريدي ٥٠٠ ملغ كل ٨ ساعات يُستبدل فمويًا ب: كوأموكسيكلاف ٦٢٥ ملغ كل ٨ ساعات</p>	<p>متلازمة ليمير (التهاب الوريد الوداجي الخثري القلحي)</p>

- NICE <<https://cks.nice.org.uk/sore-throat-acute>>
- PublicHealthEngland <[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/664740/Managing\\_common\\_infections\\_guidance\\_for\\_consultation\\_and\\_adaptation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/664740/Managing_common_infections_guidance_for_consultation_and_adaptation.pdf)>

## Ear Nose and Throat (ENT) Infections Antibiotic Guidelines

Salford Royal   
NHS Foundation Trust

University Teaching Trust

safe • clean • personal

**Classification:** Clinical Guideline  
**Lead Author:** Antibiotic Steering Committee  
**Additional author(s):** as above  
**Authors Division:** DCSS & Tertiary Medicine

**Unique ID:** 144TD(C)25(E3)  
**Issue number:** 4  
**Expiry Date:** January 2021

### Contents

	Section	Page
<i>Intro</i>	<a href="#">Who should read this document</a>	2
	<a href="#">Key practice points</a>	2
	<a href="#">Background/ Scope/ Definitions</a>	2
	<a href="#">What is new in this version</a>	3
<i>Guideline</i>	<a href="#">Guidelines for Ear Infections</a>	3
	<a href="#">Guidelines for Nasal and Para-nasal Infections</a>	5
	<a href="#">Guidelines for Throat &amp; Neck Infections</a>	6
	<a href="#">Roles and Responsibilities</a>	8
	<b>References</b>	
	<a href="#">Appendix</a>	8
	<b>Document control information</b> (Published as separate document)	9
	Document Control	
	Policy Implementation Plan	
	Monitoring and Review	
	Endorsement	
	Equality analysis	

## Who should read this document?

This policy applies to all clinical staff involved the prescribing of antimicrobials.

## Key Practice Points

This policy recommends **empiric** antimicrobial treatment options for adult patients with specified ear, nose and throat infections.

## Background

Antimicrobial agents are among the most commonly prescribed drugs and account for 20% of the hospital pharmacy budget. Unfortunately, the benefits of antibiotics to individual patients are compromised by the development of bacterial drug resistance. Resistance is a natural and inevitable result of exposing bacteria to antimicrobials.

Good antimicrobial prescribing will help to reduce the rate at which antibiotic resistance emerges and spreads. It will also minimise the many side effects associated with antibiotic prescribing, such as Clostridium difficile infection. It should be borne in mind that antibiotics are not needed for simple coughs and colds. In some clinical situations, where infection is one of several possibilities and the patient is not showing signs of systemic sepsis, a wait and see approach to antibiotic prescribing is often justified while relevant cultures are performed.

This document provides treatment guidelines for the most common situations in which antibiotic treatment is required. The products and regimens listed here have been selected by the Trust's Medicines Management Group on the basis of published evidence. Doses assume a weight of 60-80kg with normal renal and hepatic function. Adjustments may be needed for the treatment of some patients.

This document provides treatment guidelines for the appropriate use of antibiotics. The recommendations that follow are for empirical therapy and do not cover all clinical circumstances. Alternative antimicrobial therapy may be needed in up to 20% of cases. Alternative recommendations will be made by the microbiologist in consultation with the clinical team.

This document refers to the treatment of adult patients (unless otherwise stated).

Please refer to up to date BNF/SPC for a full list of cautions, contra-indications, interactions and adverse effects of individual drugs.

## What is new in this version?

- Centor criteria for assessing whether or not to prescribe antibiotics for a sore throat have been replaced with Fever Pain score in line with NICE.
- Addition of advice on treatment of Infected hearing implant (e.g.BAHA)

**Guideline**

**Ear Infections**

Clinical diagnosis	Antibiotic	Duration	Penicillin allergy	Comments
<b>Acute Localised Otitis Externa (furuncle)</b>	Flucloxacillin oral 1g 6 hourly  Plus  Topical steroids	5 days	Clarithromycin oral 500mg 12 hourly	Prescribe IV initially in severe cases.
<b>Acute Diffuse Otitis Externa (swimmer's ear)</b>	<b>Mild – moderate:</b>  Topical Antimicrobial	7 days		
	<b>Severe (e.g cellulitis or blocked ear canal):</b>  Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly	7 days		Topical drops to be prescribed at the discretion of the ENT consultant.
<b>Perichondritis</b>	<b>1<sup>st</sup> line -</b> Ciprofloxacin oral 500mg – 750mg 12 hourly  <b>2<sup>nd</sup> line –</b> Add clindamycin oral 450mg 6 hourly	7 days		
<b>Malignant Otitis Externa</b>	Piperacillin / tazobactam IV 4.5g 8 hourly  Plus  Topical treatment  Oral Step down:  Ciprofloxacin	4 – 6 weeks	Clindamycin IV 900mg 8 hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg – 750mg 12 hourly	-Ensure swabs are taken prior to starting topical therapy - Switch to orals based on clinical assessment and microbiological results - Assess for any bone and intracranial extension

	oral 500mg – 750mg 12 hourly			- <b>All cases to be discussed with microbiology</b>
<b>Acute Otitis Media</b>	Antibiotics should <i>not</i> be routinely prescribed for uncomplicated AOM.  For severe disease or when risk of complications: <b>1<sup>st</sup> line</b> – Amoxicillin oral 500mg 8 hourly  <b>2<sup>nd</sup> line</b> – Co-Amoxiclav oral 625mg 8 hourly	5 days	Antibiotics should <i>not</i> be routinely prescribed for uncomplicated AOM.  For severe disease or when risk of complications: <b>1<sup>st</sup> line</b> – clarithromycin oral 500mg 12 hourly  <b>2<sup>nd</sup> line</b> – doxycycline oral 100mg 12 hourly <b>AND</b> metronidazole oral 400mg 8 hourly	- <b>Most cases are viral and self limiting.</b> - <b>Antibiotics should be delayed for 2-3 days and patient re-assessed.</b>
<b>Chronic Otitis Media</b>	Topical treatment	-	-	Discuss with duty microbiologist if considering systemic antibiotics
<b>Acute Mastoiditis</b>	Co-Amoxiclav IV 1.2g 8 hourly  Oral Step down: Co-amoxiclav 625mg 8 hourly	10 – 14 days	Clindamycin IV 900mg 8 hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly  Oral Step down: Clindamycin oral 450mg QDS <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly	IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs) Review culture and sensitivity results Assess for any bone and intracranial extension
<b>Infection of Bone Anchored Hearing Aid (BAHA) implant</b>	Co-amoxiclav 625mg 8 hourly	7-14 days then review	Clindamycin 450mg QDS	

## Nasal and Para-nasal Sinus Infection

Clinical diagnosis	Antibiotic	Duration	Penicillin allergy	Comments
<b>Acute Rhinosinusitis</b>	Antibiotics should ONLY be prescribed in SEVERE infection as this condition can have a viral cause.			
<b>Acute Bacterial Rhinosinusitis (severe or persistent symptoms)</b>	1 <sup>st</sup> line – Co-Amoxiclav oral 625mg 8 hourly  2 <sup>nd</sup> line – Doxycycline oral 100mg 12 hourly	5 days	1 <sup>st</sup> line – Clarithromycin oral 500mg 12 hourly  2 <sup>nd</sup> line – Doxycycline oral 100mg 12 hourly	-
<b>Peri-orbital Cellulitis</b>	Clindamycin IV 900mg 8 hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly  Oral Step down: Clindamycin oral 450mg QDS <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly	2 weeks	Clindamycin IV 900mg 8-hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly  Oral Step down: Clindamycin oral 450mg QDS <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly	- IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs)

**Throat and Neck Infection**

Clinical diagnosis	Antibiotic	Duration	Penicillin allergy	Comments
<b>Sore Throat</b>	<p>Please note that sore throats can be viral in nature. These do NOT require antimicrobial therapy. Antibiotic treatment of adult pharyngitis benefits only those patients with GABHS infection. The Fever PAIN clinical score should be used to determine an appropriate prescribing strategy.</p> <p style="text-align: center;"><a href="#">FeverPAIN</a> clinical score</p> <p>Throat cultures are not recommended for the routine primary evaluation of adults with pharyngitis or for confirmation of negative results on rapid antigen tests.</p>			
<p><b>Amoxicillin/Co-amoxiclav and glandular fever (Infectious mononucleosis):</b> A maculopapular rash often occurs following the administration of ampicillin or amoxicillin in patients with IM, and therefore these agents should not be used for empiric treatment of an acute sore throat. Development of a drug-related rash during IM does not appear to represent a true drug allergy, as patients subsequently tolerate ampicillin without an adverse reaction.</p>				
<b>Pharyngitis / Tonsillitis</b>	<p><b>Mild –</b> Phenoxymethyl penicillin oral 500mg 6 hourly</p> <p><b>Mod-Severe –</b> Benzylpenicillin IV 1.2g 6 hourly AND Metronidazole IV 500mg 8 hourly</p> <p>Oral Step down if no positive cultures: Penicillin V oral 500mg 6 hourly AND metronidazole oral 400mg 8hrly</p>	10 days	<p><b>Mild –</b> Clarithromycin oral 500mg 12 hourly</p> <p><b>Mod-Severe –</b> Clindamycin IV 900mg 8 hourly</p> <p>Oral Step down if no positive cultures: Clindamycin oral 450mg 6 hourly</p>	<p>- IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs)</p> <p>Stop antibiotics if IM diagnosed and no positive culture</p>
<b>Quinsy (peritonsillar abscess)</b>	<p>Benzylpenicillin IV 1.2g 6 hourly AND Metronidazole IV 500mg 8 hourly</p>	10 days	<p>Clindamycin IV 900mg 8 hourly</p> <p>Oral Step down: Clindamycin oral 450mg 6 hourly</p>	



	<p>Oral Step down: Penicillin V oral 500mg 6 hourly AND metronidazole oral 400mg 8hrly</p> <p>Above regimen may be insufficient for polymicrobial infection. If lack of clinical response and IM ruled out:</p> <p>Co-amoxiclav IV 1.2g 8 hourly</p> <p>Oral Step down Co-amoxiclav oral 625mg 8 hourly</p>			
<b>Epiglottitis</b>	<p>Ceftriaxone IV 2g OD</p> <p>Oral step down: Co-Amoxiclav 625mg TDS</p>	7 – 10 days	<p>Clindamycin IV 900mg 8 hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly</p> <p>Oral Step down: Clindamycin oral 450mg QDS <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly</p>	<p>- IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs)</p> <p>- Review culture and sensitivity results</p>
<b>Acute Laryngitis</b>	Antibiotics are NOT indicated	-	-	-
<b>Retropharyngeal Abscess / Lateral pharyngeal Abscess</b>	<p>Ceftriaxone IV 2g OD <b>AND</b> Metronidazole IV 500mg 8 hourly</p> <p>Oral Step down: Co-Amoxiclav 625mg TDS</p>	10 – 14 days	<p>IV Clindamycin 900mg 8 hourly <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly</p> <p>Oral Step down: Clindamycin oral 450mg QDS <b>AND</b> Ciprofloxacin oral 500mg 12 hourly</p>	<p>-IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs)</p> <p>- Review culture and sensitivity results</p> <p>- <b>All cases to be discussed with microbiology</b></p>

<b>Lemierre's Syndrome</b>  <b>(Suppurative Jugular Thrombophlebitis)</b>	Ceftriaxone IV 2g OD <b>AND</b> Metronidazole IV 500mg 8 hourly  Oral Step down: Co-amoxiclav 625mg TDS	4-6 weeks	Clindamycin IV 900mg 8 hourly  Oral Step down: Clindamycin oral 450mg 6 hourly	- IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs) - Review culture and sensitivity results <b>- All cases to be discussed with microbiology</b>
<b>Suppurative Parotitis</b>  <b>(Salivary Gland Infection)</b>	Co-Amoxiclav IV 1.2g 8-hourly  Oral Step down: Co-amoxiclav 625mg TDS	10 – 14 days	IV Clindamycin 900mg 8 hourly  Oral Step down: Clindamycin oral 450mg 6 hourly	- IV to oral switch when clinically suitable (24 – 48hrs)  - Review culture and sensitivity results

## Standards

- Document the Indication/rationale for antimicrobial therapy, including clinical criteria relevant to this.
- Review and document the patient's allergy status
- Ensure the choice of antibiotic complies with the antibiotic guidelines and you have documented any clinical criteria relevant to the choice of agent.
- Document a management plan including a stop or review date.
- Where relevant, consider drainage of pus or surgical debridement/removal of foreign material.

## Explanation of terms & Definitions

NA

## Roles and responsibilities

All clinical staff involved in the prescribing of antimicrobials to adhere to this policy including full documentation on EPMAR as detailed.

## Appendices

Not applicable

## References

- NICE<<https://cks.nice.org.uk/sore-throat-acute>
- PublicHealthEngland<[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/664740/Managing common infections guidance for consultation and adaptation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/664740/Managing_common_infections_guidance_for_consultation_and_adaptation.pdf)>