

Helo bawb a chroeso i'n ail glip fel rhan o Wythnos Ymwybyddiaeth Gwrthficrobaidd y Byd. Bethan Thomas ydw i ac rwy'n fferyllydd gwrthficrobaidd sy'n gweithio ar draws Bae Abertawe ac mae Alex, un o'n nghydweithwyr, yn ymuno â mi yma heddiw. Alex, os ydych chi am gyflwyno'ch hun.

Helo, fy enw i yw Alex Leyshon. Rwy'n fferyllydd gwrthficrobaidd sy'n gweithio yng Nghaerdydd a'r Fro.

Heddiw byddwn yn gofyn rhai cwestiynau i'n cydweithiwr Dom.

Helo 'na. Fy enw i yw Dominic. Rwy'n gofrestrydd arbenigol mewn clefydau heintus a microbioleg.

Heddiw byddwn yn canolbwyntio ar newid IV i feddyginiaeth geneuol. Mae'r clip hwn wedi'i greu ar gyfer gweithwyr gofal iechyd proffesiynol, sy'n gweithio'n bennaf ym maes gofal eilaidd ac mae rhai o elfennau sgysiau heddiw yn fwy perthnasol i ragnodwyr.

Felly yn gyntaf, Dominic, pan fyddwch yn adolygu claf ar wrthfotigau, beth ydych chi'n edrych amdano?

Pan fyddaf yn mynd i weld claf, mae'n debyg mai'r peth cyntaf rwy'n ceisio ei wneud yw deall pam eu bod wedi cael eu rhagnodi yn y lle cyntaf. Felly, a oes gennym ni ddrwgdybiaeth o haint? Ac os felly, beth yw'r tarddiad neu a ydym ni wedi cadarnhau'r haint hwnnw?

Ac rwy'n meddwl bod honno'n neges gyntaf bwysig iawn, os oes gennym ni ddrwgdybiaeth o haint, mae angen inni fynd ymlaen i geisio cadarnhau hynny. Nid yn unig oherwydd y gall helpu i'n haddysgu ni o ran pa driniaeth y maent yn debygol o fod ei hangen, ond hefyd, mae'n caniatáu inni ystyried pethau fel beth yw'r tebygolrwydd y bydd yn dod yn ôl neu unrhyw gymhlethdodau.

Felly dyna'r peth cyntaf dwi'n ceisio edrych arno - ydyn ni wedi cadarnhau hynny? A gallai hynny fod trwy edrych trwy eu canlyniadau microbioleg bresennol, a allai fod o feithriniadau gwaed, feithriniadau wrin, ac ati, neu o radioleg bresennol sydd wedi'i wneud ar y cyfaddefiad, a fydd yn helpu i gyfyngu'r ffocws hwnnw.

Ond y pwysicaf, yn amlwg, yw'r hanes. Felly, cymryd hanes da gan y claf i ddeall yn union beth yw ei safbwynt o'r hyn sydd wedi bod yn digwydd a chydberthynnu hynny â'r diagnosis dros dro.

Yna dwi'n hoffi edrych ar, ers pryd maen nhw wedi bod ar wrthfotigau? Weithiau bydd cleifion yn dod i mewn ac maen nhw wedi rhoi cynnig ar sawl cwrs gartref. Felly rwy'n hoffi edrych ar hynny a chyfateb hynny mewn gwirionedd ag unrhyw fudd symptomatig neu glinigol y maent wedi'i brofi, oherwydd yn aml gall hynny fod yn eithaf addysgiadol o ran yr hyn y gallai'r patholeg fod a hefyd efallai hyd yn oed hyd y driniaeth y gallai fod ei hangen arnynt. wrth fynd ymlaen.

A hefyd, pan fyddaf yn eu gweld yn bersonol yn edrych ar mewn gwirionedd, a ydym yn gweld y gwelliant symptomatig a biocemegol hwnnw y byddech yn ei ddisgwyl pe baent eisoes wedi bod ar bedwar neu bum diwrnod o therapi mewnwythiennol er enghraifft ar gyfer haint y llwybr wrinol.

Felly o edrych i weld bod gwelliant wedi bod ac o hynny, wyddoch chi, dyma'r pethau y byddwn yn eu cyfuno â'm harchwiliad clinigol i'w hystyried, a yw'r claf hwn lle byddwn yn disgwyl ar yr adeg benodol honno o therapi? A yw hwn yn rhywun y gallem ddechrau canolbwyntio ein

therapi, a allai olygu, atal neu drosglwyddo'r terapi i terapi geneuol neu drefnu math o drefniadau eraill fel terapi OPAT.

Felly dyma'r pethau rwy'n edrych amdanynt pan fyddaf yn adolygu claf yn gyffredinol.

Mae hynny'n ddefnyddiol iawn. Diolch.

Mae'n debyg mai'r peth arall i'w drafod yw - pam ei bod hi'n bwysig i ni newid cleifion o wrthfotigau IV i rai geneuol a chi'n gwybod, pam na allwn ni adael pawb ar IVs?

Ie, rwy'n meddwl bod gwrthfotigau IV yn un o'r pethau y gall pobl fod yn eithaf amharod i'w hatal unwaith y byddant yn eu cychwyn. Ac weithiau gall fod yn broblem eu bod yn teimlo bod gwrthfotigau mewnwythiennol yn gryfach, yn fwy grymus, yn fwy effeithiol na gwrthfotigau geneuol.

Ac mae hynny'n rhywbeth sydd hyd yn oed yn y llenyddiaeth feddygol, wedi'i gefnogi ar gyfer rhai diagnosisau - felly rydyn ni'n gwybod, er enghraifft, wyddoch chi, mae pethau fel osteomyelitis, haint esgyrn neu endocarditis, haint y galon, yn draddodiadol wedi cael eu trin â chysuriau hir. o wrthfotigau mewnwythiennol yn unig.

Ond gwyddom nawr trwy dreialon mawr fel y treial OVIVA ac astudiaeth POET y gellir defnyddio triniaeth lafar mewn gwirionedd ar gyfer y mwyafrif helaeth o'u triniaeth, mewn cleifion dewisol, gyda chanlyniadau da iawn a hyd yn oed yn well na chael triniaeth IV yn unig.

Ac mae'n debyg pan fyddwn yn ystyried y rhesymau eraill dros newid, ar wahân i welliant clinigol amlwg ond hefyd, wyddoch chi, bod cyfraddau llwyddiant triniaeth yn debyg neu'n well, dyma hefyd y math o gostau cysylltiedig sy'n dod gyda therapi mewnwythiennol.

Felly, mae costau nid yn unig o ran arian, ond hefyd yr amser, er enghraifft, fferylliaeth a nyrsio.

Mae hynny'n wirioneddol bwysig. Mae'n heriol iawn sefydlu chwech neu saith IV ar gyfer pob claf, ond hefyd y cymhlethdodau sy'n dod o therapi mewnwythiennol. Gwyddom y gall fod yn fwy cysylltiedig â phethau fel heintiau C. difficile, sy'n gysylltiedig â gwrthfotigau.

Ond gall newid rhywun hefyd leihau eu harhosiad disgwyltiedig yn yr ysbyty, lleihau'r risg o phlebitis a thrombophlebitis sy'n dod yn sgil cael caniwla yn y fan a'r lle ac a all arwain at, waethygu cyflwr clinigol gan achosi pethau fel yn yr eithaf ,

endocarditis, ond hefyd ac fel arfer gwelliannau mewn symudedd a boddhad a chysur cleifion gwirioneddol, oherwydd yr holl bwynt yw ein bod yn ceisio cael y claf i deimlo'n well ac yn ôl i linell sylfaen arferol yn hytrach na chael ei glymu i ddrip, fel petai.

Felly, rwy'n meddwl bod yr holl resymau hyn yn rhai da dros newid pobl yn briodol o IV i wrthfotigau geneuol.

Felly, rydych chi wedi cyffwrdd yn fyr â hyn eisoes, ond pam ydych chi'n meddwl bod pobl yn ei chael hi mor anodd newid o wrthfotigau IV i wrthfotigau geneuol neu hyd yn oed atal gwrthfotigau IV?

Wel, fel y dywedais, yr wyf yn meddwl y peth mawr. yw bod yna feddwl mai IV sydd orau ac y bydd IV yn cymryd gofal

o'r broblem a bod gwrthfotig geneuol rywsut yn israddol neu'n llawer mwy tebygol o fethu.

Ac rwy'n meddwl yn deillio o hynny mae'n debyg bod diffyg addysg o ba wrthfotigau sy'n ymdrin â beth.

Rwy'n aml yn canfod, bod hynny'n dipyn bach o dwll yng ngwybodaeth pobl o ran rhagnodwyr weithiau, nad ydynt yn gwbl siŵr beth fyddai'n opsiwn geneuol addas ar gyfer y gwrthfotigau IV y maent wedi bod yn eu defnyddio a beth. byddai'n ei orchuddio.

A, wyddoch chi, dyma pam ei bod mor bwysig, dylwn ddweud, i gymryd pethau fel meithriniad a phethau, cyn i chi ddefnyddio triniaeth fewnwythiennol, oherwydd gall hynny helpu i lywio'r newid geneuol hwnnw a gall hynny eich gwneud yn fwy hyderus bod y driniaeth rydych yn ei ragnodi yn mynd i weithio mewn gwirionedd.

Yn amlwg, mae angen i chi gymryd y camau eraill sy'n gysylltiedig â hynny a gallai fod, er enghraifft, rheoli ffynhonnell, wyddoch chi, gan ddileu llinellau cysylltiedig, er enghraifft.

Ond mae'r rhain i gyd yn bethau a all fod o gymorth yn y broses honno.

Ond gwn yn y llenyddiaeth, rhesymau eraill pam y bydd pobl yn dweud yn aml, yw bod y claf yn gwella. Os yw rhywbeth heb dorri, pam ei newid? Pam ei drwsio?

Neu nid yw'n flaenoriaeth? Credaf y dylid adolygu cyffuriau gwrthficrobaidd yn yr un modd ag y byddech yn adolygu proffylacsis VTE neu weinyddu hylif. Dylai fod yn rhan arferol o'r rownd ward a'ch adolygiad clinigol i feddwl amdano mewn gwirionedd, mae'r claf yn ymateb yn briodol, rydym bellach ar y trydydd diwrnod, mewn gwirionedd, a oes angen inni roi asiant sbectrwm eang iddynt?

Ac rwy'n meddwl, os oes gennym well syniad o'r hyn yr ydym yn ceisio ei drin yn gynnar a chael y samplau a fydd yn helpu gyda hynny, yna gallwn roi triniaethau wedi'u targedu i'r claf hwnnw yn hytrach na defnyddio canllawiau empirig.

Ac rwy'n credu y bydd hynny a'r holl resymau eraill a ddywedais yn helpu pobl i drosglwyddo o IV i wrthfotigau geneuol ychydig yn haws.

Diolch, Dom. Mae'n ddiddorol iawn, tydi? Rwy'n meddwl ei fod yn debyg iawn i'r hyn ddywedoch chi, dyma'r agwedd "os nad yw wedi torri, peidiwch.." rydych chi'n gwybod yr agwedd, "os nad yw wedi torri, peidiwch â'i drwsio". Ac mae llawer o hyn yn ymwneud â newid ein meddylfryd ynghylch gwrthfotigau a gwneud yn siŵr ein bod yn eu hadolygu bob dydd, fel y dywedasoch, yr un peth ag y byddech yn ei wneud gyda hylifau, ayyb.

A sut, yn eich barn chi, y gallem rymuso ein meddygon iau i gael yr hyder i wneud yr adolygiadau hyn o wrthfotigau IV? Oes gennych chi unrhyw fath o awgrymiadau y gallwn eu rhoi i'n meddygon iau?

Felly, rwy'n meddwl mai'r peth cyntaf yw bod yn ymwybodol o'r math o daflwybr y mae'r claf wedi'i gael a sut maent wedi bod.

Rydych chi'n gwybod yn iawn, gall fod yn anodd iawn os ydych chi'n dod i mewn am y tro cyntaf pedwar diwrnod i mewn ac yna maen nhw'n dal i edrych yn sâl ac nid oes gennych chi ddarlun clir o sut roedden nhw ymlaen llaw.

Ond ceisiwch ddeall taith y clefion, rwy'n meddwl mai dyna'r peth mawr a gweld eu trywydd, nid yn unig yn canolbwyntio ar brofion gwaed ond mewn gwirionedd ar sut mae'r claf yn teimlo.

Rwy'n meddwl y bydd gwella hyder yn dod o addysg ac rwy'n meddwl mai un o'r ffyrdd gorau o addysgu pobl mae'n debyg yw dangos iddynt sut y gellir gwneud newid.

Er enghraifft, mae gwneud pethau fel rowndiau ward stiwardiaeth gwrthficrobaidd yn ffordd dda iawn o roi theori ar waith a dangos i feddygon iau - Dyma achos lle mae'r claf ar wrthfotigau sbectrwm eang. Rydyn ni wedi edrych ar bopeth. Rydyn ni'n meddwl y gallwn ni newid i'r driniaeth geneuol yma.

Ac rwy'n meddwl bod honno, wyddoch chi, yn ffordd bwerus iawn i helpu meddygon iau i wyllo, ar waith, y gallu i adolygu gwrthfotigau IV a'u newid.

Ar wahân i hynny, rwy'n meddwl bod angen i ni, yn ogystal ag ysbytai ac fel sefydliadau, roi adborth ar y math o ddarlun newidiol o ran ymwrthedd a phethau felly.

Fel y crybwyllwyd, ni allwn ddefnyddio rhai gwrthfotigau mewn rhai poblogaethau oherwydd bod y cyfraddau ymwrthedd yn rhy uchel. Felly, gan wneud yn siŵr ein bod yn trosglwyddo'r

neges honno i feddygon iau fel eu bod yn gwybod mai'r gwrthfotig hwn y maent yn ei ragnodi mewn gwirionedd,

er ei fod yn eang iawn, ac mae'n dda i ddechrau, nid ydym am i hwnnw ddod yn wrthfotig arall sydd, fwy neu lai, yn ddiwerth yn y poblogaethau yr ydym yn gofalu amdanynt.

Felly rwy'n meddwl bod yr holl bethau hyn yn ffyrdd y gallwn helpu meddygon iau i deimlo ychydig yn fwy hyderus a theimlo'n fwy parod i efallai herio dim ond rhagnodyn parhaus o wrthfotigau IV, yn enwedig pan fyddwch yn gofyn iddynt, nid ydynt yn glir pam eu bod yn eu gweinyddu. Ac rwy'n meddwl mai dyna sydd ei angen arnom.

Rwy'n mynd i ddod i mewn yno a dweud fy mod yn cytuno'n llwyr a'ch bod yn iawn, mae addysg yn bwynt allweddol yma, tydi? Ac rydym i gyd wedi ceisio rhannu'r neges hon. Mae'n debyg mai'r hyn sy'n bwysig i'w nodi yw bod gan bob bwrdd iechyd fel rhan o'u llyfr fformiwlâu microganllaw bolisi newid IV i feddyginiaeth geneuol, y dylem fod yn cyfeirio ein meddygon iau ato, i'w hannog i edrych ar y meini prawf penodol hynny. sy'n eu helpu i benderfynu a yw claf yn addas ar gyfer switsh geneuol.

Ac fel rhan o'r wythnos ymwybyddiaeth gwrthficrobaidd byd-eang hon eleni mae'r holl fyrdau iechyd yn ceisio gwneud rowndiau newid IV i gwrthfotigau geneuol mewn person gyda'n fferyllwyr a'n timau microbioleg a thrwy hynny gobeithio.

gallwn helpu i addysgu meddygon y ward ynghylch pa glefion sydd fwyaf priodol.

Ie. Rwy'n meddwl fy mod yn meddwl fel y dywedasoch, fod hwnnw'n adnodd nad yw'n cael ei ddefnyddio'n ddigonol yn ôl pob tebyg. Mae'r microganllaw yn ffordd wych o addysgu'ch hun am y ffordd leol o wneud pethau,

ond hefyd pryd mae'n briodol newid?

Rwy'n meddwl mai peth allweddol y byddwn i'n ei ychwanegu at hynny yw yn aml mae'r rhain yn switshis empirig ac mae'r gwrthfotigau rydym yn eu defnyddio o ran y therapïau geneuol yn y switshis hynny yn actio eang iawn. Ac felly bob amser y peth gorau, am wn i, fel yr ydym wedi dweud o'r blaen, unrhyw wrthfotigau mewnwythiennol, yw cymryd meithriniadau priodol, cymryd y meithriniadau gwaed hynny, cymryd y meithriniad crachboer hwnnw cyn i chi eu gweinyddu, oherwydd wedyn gallwn ni roi yn lle triniaeth empirig. triniaeth wedi'i thargedu ar gyfer y claf hwnnw, ar gyfer y pathogen hwnnw. A thrwy hynny, rwy'n meddwl y byddai hynny'n grymuso meddyg iau ymhellach i wneud y newid hwnnw, oherwydd eu bod yn gwybod "Rwy'n gwybod bod y byg hwn yn sensitif i hyn, mewn gwirionedd, mae'n ymddangos yn synhwyrol i newid", ond rwy'n cytuno'n llwyr.

Felly rydym wedi trafod am feddygon iau yn poeni am atal gwrthfotigau IV neu eu newid i rai geneuol. Pryd y byddai'n amhriodol mewn gwirionedd i ni newid o wrthfotigau IV i wrthfotigau geneuol?

Rwy'n meddwl yn gyffredinol mai un o'r rhesymau mwyaf clinigol yr wyf yn ei ganfod yw nad oes gennym reolaeth ffynhonnell mewn gwirionedd. Felly, er enghraifft, os oes gennych haint o fewn yr abdomen a bod crawniad mawr yn bresennol, crawniad yr iau, er enghraifft. Os ydych chi'n ceisio newid i wrthfotigau geneuol heb geisio lleihau'r baich haint trwy sugno'r crawn, er enghraifft, yna mae'n fwy tebygol y bydd y gwrthfotig geneuol yn methu.

Ac nid yw'n mynd i fethu oherwydd nad ydyn nhw'n gryf, ond mae yna faich llethol o haint. Ac efallai y bydd hynny'n bwydo i mewn i'r ffaith y bydd pobl yn meddwl, wel, nid yw gwrthfotigau geneuol yn gweithio.

Felly, rwy'n meddwl bod rheoli ffynhonnell yn wirioneddol briodol ac yn hanfodol. Os oes gennych haint ffynhonnell, gwnewch yn siŵr ein bod wedi gwneud popeth i reoli hynny cymaint â phosib,

p'un a yw'n golchi cymal allan, yn draenio crawn, er enghraifft. A bydd hynny'n helpu.

Os nad oes gennych chi reolaeth ffynhonnell mae'n llawer anoddach oherwydd rydyn ni'n gwybod bod rhai cyfryngau gwrthficrobaidd geneuol yn cael eu hamsugno'n haws i'r gwaed. Ac felly mae ychydig yn ansicr a fyddai'n gweithio.

Rwy'n meddwl, wrth fwydo i mewn i hynny, mai rhesymau mawr eraill dros beidio â'i wneud yw os na allant amsugno. Os oes gan rywun broblemau malabsorptif, syndrom perfedd byr, pethau felly, yna mae angen i ni feddwl sut ydym ni'n mynd i roi'r cyffur hwn? A yw'n debygol o gael ei amsugno? A fydd yn gallu cael yr effaith y gallai ei chael?

Ond yn amlwg sefyllfa glinigol y claf, os yw mewn eithaf, angen cefnogaeth lefel TG ar, er enghraifft, Vasopressors, angen mewndiwbio, gwyntyllu yna mae'n debyg nad yr opsiwn geneuol yw'r peth gorau ac mewn gwirionedd yr hyn sydd angen i ni ei wneud yw gwella eu cyflwr systemig. Fel y dywedais, darganfyddwch yn union beth sy'n achosi'r dirywiad hwn ac yna targedwch y driniaeth.

Wrth gwrs, mae rhai cyflyrau lle na fyddai gwrthfotigau geneuol yn llinell gyntaf i chi fynd amdani neu feddwl amdanynt. A byddent yn bethau fel, wyddoch chi, pe bai rhywun yn dioddef o lid madreddol y ffasegell, er enghraifft, neu grawniad ar yr ymennydd, byddech am sicrhau eu bod yn cael therapi gwrthfotig mewnwythiennol digonol, rheolaeth ar reolaeth lawfeddygol ar yr haint ac yna pan fyddant yn y cyfnod ymadfer, ystyried newid i therapi geneuol priodol.

Ac rwy'n meddwl y bydd yr holl bethau hyn o edrych ar yr agweddau clinigol, microbiolegol a biocemegol blaenorol ar y claf yn ogystal â natur yr haint yn bwydo i mewn i ba un a yw'n briodol ai peidio.

Ond wrth gwrs, gallwch chi bob amser drafod gyda'ch adrannau microbioleg neu adran clefydau heintus am gyngor pellach.

Ac, rwy'n meddwl mai'r peth mwyaf yw ystyried newid a cheisio arweiniad lle mae'n aneglur.

Fel y dywedasoch, Dom, yn amlwg, mae rhai arwyddion lle rydym bob amser yn annog IV oherwydd ni fyddai triniaeth geneuol yn addas, fel y soniasoch. Ond mae llawer mwy o dystiolaeth nawr, onid oes, ar gyfer newid yn gynnar i driniaeth geneuol mewn amodau yr ydym yn draddodiadol wedi eu trin bob amser ag IV? Felly pethau fel y treial POET. Ydy hynny'n rhywbeth rydych chi wedi'i weld yn ymarferol? A ydych chi'n defnyddio triniaeth endocarditis geneuol yn eich practis presennol?

Byddwn i, rydyn ni. Mae treial POET yn atgyfnerthu canfyddiadau treialon sydd, o fath, wedi'u cynnal yn achlysurol dros y 30 mlynedd diwethaf.

Ond yr hyn a wnaeth, wyddoch chi, yr hyn y mae wedi'i ddangos yw, mewn gwirionedd, i fwyafrif y cleifion,

therapi gwrthficrobaidd a dewis cleifion sy'n defnyddio therapi geneuol oedd mewn gwirionedd yn gwbl anraddol i ddefnyddio therapi mewnwythiennol 100%.

Ac nid oedd hynny'n israddol o ran cyfraddau marwolaethau a chyfraddau cymhlethdod.

Felly mae'n herio'r ffordd o feddwl am wrthfotigau IV ar gyfer y cyflyrau hyn, gwrthfotigau geneuol ar gyfer y cyflyrau hyn.

Mewn gwirionedd, mae'n ailsefydlu'r ffaith, cyn belled â bod gennych y gwrthfotig cywir, ar yr amser iawn, ar gyfer y person cywir, ar y dos cywir, yna mewn gwirionedd gallwch gyflawni canlyniadau cyfatebol neu hyd yn oed yn well.

Felly, oes, mae yna newid llwyr ym meddylfryd hynny, ac rwy'n amau y gwelwn ni'r canfyddiadau hynny â chyflyrau gwahanol hefyd, oherwydd yn gyffredinol mae yno symudiad tuag at gyrsiau byrrach mewnwythiennol o wrthfotigau.

Felly, er enghraifft, gall tri diwrnod ar gyfer triniaeth gyfan ar gyfer niwmonia aciwt mewn rhai achosion fod yn gwbl briodol.

Felly, ydw, rwy'n meddwl bod hyn yn rhywbeth i'w wyllo.

Ie. Felly mae hyn yn rhywbeth yr ydym yn mynd i mewn iddo, yn ein gweminar newid IV i driniadeth eneuol mewn ychydig mwy o fanylion hefyd. Felly, rydym yn trafod pryd mae'n amhriodol newid o IV i wrthfotigau geneuol.

Os oes unrhyw un eisiau edrych ar y gweminar a wnaethom gydag AaGIC hefyd.

Mae'n ddiddorol iawn, a bydd yn ddiddorol gweld dros y blynyddoedd nesaf pan fydd mwy o ddata i gefnogi hynny hefyd. Felly tybed sut y bydd yn newid arfer yn y blynyddoedd i ddod?

Ac felly rydym wedi siarad llawer am, wyddoch chi, pryd i newid a sut i newid cleifion, o IV i driniaeth geneuol. Mae'n debyg mai'r peth mawr arall pan fyddwn yn gofyn i dimau adolygu gwrthfotigau yw meddwl am hydoedd ac adolygu eto yn y dyfodol. Ac fel y soniasoch, felly, Dom, mae llawer mwy o dystiolaeth ar gyfer cyrsiau byrrach o wrthfotigau hefyd.

Pa mor aml ydych chi'n gweld rhagnodiadau pan fyddwch chi'n adolygu cleifion a allai gael efallai eu stopio neu ei droi ymlaen yn gynharach yn y llwybr triniaeth i rywbeth culach efallai?

Rwy'n meddwl y byddwn i'n dweud fy mod yn ei weld yn weddol aml, a dweud y gwir. Weithiau mae gwrthfotigau'n cael eu parhau am y rheswm - dim ond i gynnal y 'status quo', os yw hynny'n gwneud synnwyr. Rydyn ni'n gweld ymateb ac fel y dywedais i o'r blaen, gyda rhai pethau os nad ydyn nhw wedi torri, peidiwch â'i drwsio.

Ac mewn gwirionedd, yr hyn rwy'n ei ddarganfod yw bod yna ddatgysylltiad rhwng deall ein bod yn rhoi'r gwrthfotigau ond nid ydym yn gweld yr ymateb yr hoffem ei gael.

Ac felly mewn gwirionedd, wyddoch chi, mae'n ymwneud â herio timau i adlewyrchu'r ddau fath. Felly, os ydym ar ddiwrnod 10 o wrthfotig mewnwythiennol, er enghraifft ar gyfer llid yr isgroen, byddwn yn disgwyl gweld gwelliant amlwg yn statws clinigol y claf hwnnw o ran llid yr isgroen, ond hefyd o fath o safbwynt biocemegol.

Felly os nad ydym yn gweld hynny, yna dylai hynny fod yn sbarduno'r angen i roi'r gorau i driniaeth neu newid triniaeth neu o leiaf gael cyngor pellach ynghylch pa bethau y mae angen i ni feddwl amdanynt.

Felly rwy'n gweld bod rhagnodiadau yn aml yn cael eu cadw ac weithiau rwy'n meddwl mai monitro'r rhagnodyn sy'n mynd ymlaen. Ac mae llawer o gyfleoedd i allu symud tuag at wrthfotigau culach. Ac rwy'n meddwl ei bod deall fel, fel yr ydym wedi sôn, bod gwrthfotig cul pan gaiff ei ddefnyddio yn y dull wedi'i dargedu yn llawer gwell na gwrthfotig eang nad oes ganddo unrhyw ddyfnder mewn gwirionedd, dim ond ehangder.

Enghraifft wych yn amlwg yw flucloxacillin, er enghraifft, sef y driniaeth orau sydd gennym ar gyfer staph aureus. A bydd hyd yn oed y Tazocin er enghraifft, yn gorchuddio staph aureus, bydd yn cwmpasu llu o bethau eraill, ond heb fod yn agos at yr un dyfnder nac effeithiolrwydd â flucloxacillin.

Felly mae'n ymwneud, wyddoch chi, â sicrhau ein bod ni'n gwybod beth rydyn ni'n ei drin, gan ennill y samplau. Ac fel y dywedais, os nad ydym yn gweld ymateb disgwyledig y claf yn gofyn i'n hunain pam, yn ailgychwyn y broses ddiagnostig ac yn cael mwy o wybodaeth glinigol i helpu'r claf.

Gwych. Diolch i chi'ch dau am eich amser heddiw. Rydym wedi trafod llawer yn fan hyn o ran newid IV i driniaeth geneuol.

Ac felly i'r rhai ohonoch sy'n gwranddo, edrychwch ar y dudalen We am ragor o wybodaeth ac eto, diolch, Alex. A diolch i chi, Dominic, am eich holl help heddiw.