

<<临床路径治疗药物释义>>

图书基本信息

书名：<<临床路径治疗药物释义>>

13位ISBN编号：9787811367836

10位ISBN编号：7811367831

出版时间：2013-1

出版时间：《临床路径治疗药物释义》专家组 中国协和医科大学出版社 (2013-01出版)

作者：《临床路径治疗药物释义》专家组 编

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<临床路径治疗药物释义>>

内容概要

《临床路径治疗药物释义:皮肤性病科分册》根据临床路径各病种的具体特点,设计了便于临床医师在诊疗过程中查阅的药品表单,对药物信息进行了系统、简明阐述。

全书涵盖了药品的政策和学术来源,并在临床路径及相关释义中,对“治疗方案选择”、“选择用药方案”、“术前、术中、术后”用药、“医师表单医嘱用药”等项下涉及相关药物的信息进行了归纳整理。

<<临床路径治疗药物释义>>

书籍目录

第一章临床处方须知 第一节关于处方的管理规定 一、概述 二、处方书写规则 三、处方开具规则 四、处方调剂规则 五、处方监督管理规则 第二节药品不良反应报告与监测 一、概述 二、报告与监测 三、评价与控制 第三节儿童与老年人用药 一、儿童用药 二、老年人用药 第四节妊娠与哺乳期妇女用药 一、妊娠期妇女用药 二、哺乳期妇女用药 第五节肝、肾功能不全的患者用药 一、肝功能不全的患者用药 二、肾功能不全的患者用药 第二章皮肤性病科临床路径及相关释义 第一节带状疱疹临床路径释义 一、带状疱疹编码 二、临床路径检索方法 三、带状疱疹临床路径标准住院流程 四、推荐表单 第二节皮炎/多发性肌炎临床路径释义 一、皮炎/多发性肌炎编码 二、临床路径检索方法 三、皮炎/多发性肌炎临床路径标准住院流程 四、推荐表单 第三节寻常型天疱疮临床路径释义 一、寻常型天疱疮编码 二、临床路径检索方法 三、寻常型天疱疮临床路径标准住院流程 四、推荐表单 第四节重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹临床路径释义 一、重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹编码 二、临床路径检索方法 三、重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹临床路径标准住院流程 四、推荐表单 第三章皮肤性病科临床路径释义药物信息表 第一节外用药 一、抗菌药 二、抗病毒药 三、肾上腺皮质激素软膏 四、止痒剂 五、外用止痛剂 六、抗真菌药物 第二节抗病毒剂 第三节止痛药物 一、非甾体类抗炎镇痛药 二、其他止痛药物 第四节三环类抗抑郁药 第五节神经营养药 第六节糖皮质激素 第七节免疫增强剂 第八节免疫抑制剂 第九节维生素类药物 第十节其他药 第十一节抗变态反应药物 一、受体阻断药 二、过敏介质阻释药 第十二节调节水电解质紊乱和酸碱平衡药 第十三节手术预防用抗菌药物 一、抗菌药物预防性应用的基本原则 二、第一代头孢菌素类 三、第二代头孢菌素类 四、第三代头孢菌素类 五、其他类别抗菌药 第十四节治疗用抗菌药物 一、青霉素类 二、头孢菌素类 (一) 第一代头孢菌素类 (二) 第二代头孢菌素类 (三) 第三代头孢菌素类 (四) 第四代头孢菌素类 三、其他β-内酰胺类 四、碳青霉烯类 五、β-内酰胺类复方制剂 六、氨基苷类 七、四环素类 八、大环内酯类 九、酰胺醇类 十、林可霉素类 十一、多肽类抗生素 十二、其他抗菌药 十三、磺胺类与甲氧苄啶 十四、氟喹诺酮类 十五、抗结核药 十六、抗病毒药 十七、抗真菌药 第四章附录 附录1肝脏细胞色素P450同工酶与药物代谢的影响 一、肝脏细胞色素P450同工酶 二、酶促药和酶抑制药 三、由酶促和酶抑所产生的药物相互作用 四、常见的酶促药和酶抑药 附录2药物相互作用 附录3常用药物的皮肤敏感试验 附录4静脉给药注意事项 一、静脉输注药品的一般原则 二、静脉输液容易产生的问题 三、静脉输液相关的不良反应 四、静脉注射液外渗的处理 附录5特殊药品目录 一、医疗用毒性药品 二、放射性药品 三、麻醉药品 四、精神药品 五、易制毒化学品 附录6部分监测药物的药动学参数 附录7药品使用提示标签 附录8卫生部临床路径相关政策文件 一、卫生部关于印发《临床路径管理指导原则(试行)》的通知 二、卫生部办公厅关于进一步加强临床路径管理试点工作的通知 药品名称索引(汉英对照) 名词缩略语 参考文献

<<临床路径治疗药物释义>>

章节摘录

版权页：皮下注射：由于小儿皮下脂肪少，注射容量有限，且易发生感染，故皮下注射亦不适宜。

静脉注射：药物吸收速度快，药效可靠，是危重患儿可靠的给药途径。

2.分布许多因素影响儿童的药物分布，例如体液组分、血浆蛋白结合、血—脑脊液屏障等。

新生儿、婴幼儿药物分布与成人差异明显。

(1) 体液组分：儿童的体液量、细胞外液、间质液均相对高于成人。

如新生儿的体液、细胞外液分别占体重的80%和45%，1岁婴儿的体液、细胞外液分别占体重的70%和30%，儿童的体液占体重的65%，而成人上述两项的比例分别为60%和15%~20%。

因此，对于儿童来说，水溶性药物的分布容积增大，一是可以降低药物峰浓度而减低药物的最大效应，二是减慢药物消除，延长药物作用维持的时间。

这说明，若欲达到与成人相似的血浆药物浓度，儿童需要较大的初始药物剂量，而且首剂量之后给药间隔需延长。

婴儿、特别是新生儿体脂肪与体重的比例低于成人。

早产儿体脂肪的含量仅占其体重的1%~3%，而足月儿，则占其体重的12%—15%。

随着年龄的增长，体脂肪含量有所增加。

幼儿脂溶性药物分布容积较新生儿期大。

体脂肪比值的高低，可影响脂溶性药物的分布。

由于新生儿、婴幼儿脂肪含量低，脂溶性药物不能与其充分结合，分布容积小，血浆中游离药物浓度升高，这是新生儿容易出现药物中毒的原因之一。

同时，新生儿、婴幼儿的脑占身体比例较成人大多，而脑组织富含脂质，血脑屏障发育又不完全，通透性较成人高，使得脂溶性药物易分布入脑，这是新生儿、婴幼儿容易出现中枢神经系统反应的重要机制之一。

(2) 药物与血浆蛋白结合率：影响药物分布最重要的因素是药物与血浆蛋白的结合。

新生儿、婴幼儿体内药物与血浆蛋白结合率比成人低，其主要原因：新生儿、婴幼儿血浆蛋白含量低，且与药物的亲和力低，结合能力弱。

因此血浆中游离药物浓度高，药物易进入组织细胞，药效加强并引起不良反应。

另外，由于新生儿血中有较多的胆红素或游离脂肪酸，它们与血浆蛋白的亲和力高，与药物竞争血浆蛋白，使游离药物浓度增高。

3.代谢药物在体内代谢的主要场所是肝脏。

肝脏代谢药物的酶系统，有肝微粒体酶和葡萄糖醛酸转移酶等，参与药物氧化、还原、水解、结合等过程，最后使代谢产物排出体外。

新生儿、婴幼儿肝脏酶系统发育尚不成熟，各种酶活性低，使代谢减慢， $t_{1/2}$ 延长，易致药物在体内蓄积中毒，且个体差异较大。

例如，用一般剂量氯霉素，因与葡萄糖醛酸结合较少而在新生儿体内代谢较慢，故可引起“灰婴综合征”，磺胺类药物可使葡萄糖醛酸转移酶缺乏的新生儿出现溶血。

新生儿在出生后1~4周，应慎用或减量使用在肝脏代谢的药物，如地西洋、苯妥英钠、地高辛等。

幼儿、学龄儿童对某些药物在肝脏的代谢能力有所提高，如茶碱、地西洋、苯妥英钠等，血浆 $t_{1/2}$ 较成人短。

要注意肝代谢酶诱导药或抑制药对新生儿药物代谢的影响。

4.排泄肾脏是药物排泄的主要器官。

儿童年龄越小，肾功能越不完善。

婴幼儿、新生儿肾功能发育不全。

<<临床路径治疗药物释义>>

编辑推荐

《临床路径治疗药物释义:皮肤性病科分册》由中国协和医科大学出版社出版。

<<临床路径治疗药物释义>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>