

<<呼吸系统合理用药>>

图书基本信息

书名：<<呼吸系统合理用药>>

13位ISBN编号：9787506739962

10位ISBN编号：7506739968

出版时间：2009-1

出版时间：中国医药科技出版社

作者：王玉春，曹小惠，房大明 主编

页数：392

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>

<<呼吸系统合理用药>>

前言

1985年,在内罗毕国际合理用药专家研讨会上,提出了“对症开药、供药适时”等六项合理用药(rational drug use)内容。

1987年,世界卫生组织(WHO)又提出了“处方用药应为适宜的药物”等五项关于合理用药的具体要求。

当前,就全球范围来看,一般所指的合理用药包括安全、有效、经济、适当四个基本要素。

随着改革开放的不断深入,中国医药产业也在30年间得到。

了巨大的发展,药物品种随着医药科技的发展在,而迅速增加,现在国内常用的处方药物已达7000种之多,然而在当前的临床药物治疗过程中,药物治疗水平并未伴随着药品种类的增加而提高,药品浪费、药疗事故、药源性疾病等不合理用药现象时有发生,这些药品的不合理使用,在危及人类健康与生命安全的同时,也增加了社会的负担和资源的消耗。

2008年8月,卫生部副部长、国家食品药品监督管理局局长邵明立撰写署名文章《建立国家基本药物制度满足群众基本用药需求》,指出:“健全和落实医疗卫生机构合理用药的制度与责任”是建立国家基本药物制度的重要举措之一。

中国是一个人口大国,近年来,随着社会经济的不断发展和人口老龄化进程的加快,相对短缺的医疗资源与广大人民群众健康需求之间的矛盾日益突出。

为了进一步提高合理用药水平,落实邵明立局长的讲话精神,我们在国家食品药品监督管理局的指导下,组织全国医药卫生各领域的专家教授编写了这套《临床合理用药丛书》。

<<呼吸系统合理用药>>

内容概要

本书为呼吸系统合理用药手册。

内容共两篇9章，其中西药篇5章，详细介绍了每种药物的商品名或别名、用药指征、用法与用量、药物相互作用、禁忌证、不良反应及用药指导等内容；中成药篇4章，详细介绍了每种药物的组成、作用类别、功能主治、临床应用、用法与用量、不良反应及注意事项等内容。

内容全面、新颖、实用、指导性强，适用于内科系统尤其是呼吸科医师参考使用。

<<呼吸系统合理用药>>

书籍目录

西药篇 第一章 抗感染药物 第一节 抗生素 一、青霉素类 青霉素 氨苄西林
阿莫西林 哌拉西林 二、头孢菌素类 头孢氨苄 头孢唑林
头孢拉定 头孢羟氨苄 头孢唑肟 头孢丙烯 头孢噻肟
头孢哌酮 头孢他啶 头孢曲松 头孢吡肟 头孢泊肟酯 头孢
妥仑匹酯 三、碳青霉烯类和非典型p-内酰胺类 氨曲南 厄他培南 法罗培南
亚胺培南/西司他丁 美罗培南 帕尼培南/倍他米隆 四、氨基糖苷类
阿米卡星 妥布霉素 奈替米星 依替米星 五、大环内酯类
红霉素 罗红霉素 阿奇霉素 罗他霉素 六、其他抗生素
林可霉素 磷霉素 利奈唑胺 第二节 喹诺酮类 氧氟沙星 左氧氟沙星
莫西沙星 帕珠沙星 普卢利沙星 第三节 抗滴虫药 甲硝唑 替硝唑
第四节 抗病毒药 金刚烷胺 奥塞米韦 扎那米韦 第五节 抗真菌药 两性霉素B
氟胞嘧啶 第六节 抗结核药 异烟肼 利福平 乙胺丁醇 利福定
利福霉素 对氨基水杨酸钠 吡嗪酰胺 第二章 镇咳药 第一节 中枢性镇咳药 可待因
福尔可定 羟蒂巴酚 喷托维林 异米尼尔 地美索酯 匹哌氮酯 左丙氧芬 布他米酯
普罗吗酯 齐培丙醇 氯苯达诺 匹考哌林 替培定 地布酸钠 福米诺苯 右美沙芬
二甲啡烷 氯丁替诺 阿洛拉胺 哌美立特 氯哌斯汀 那可丁 第二节 外周性镇咳药
苯丙哌林 苯佐那酯 普诺地嗪 左羟丙哌嗪 奥索拉明 第三章 祛痰药 第一节 刺激性祛痰药
(恶心祛痰药) 氯化铵 碘化钾 愈创甘油醚 第二节 黏痰溶解药 溴己新 氨溴索
乙酰半胱氨酸 美司钠 美司坦 羧甲司坦 厄多司坦 福多司坦 第四章 平喘药 第一节
肾上腺素能受体激动剂 麻黄碱 沙丁胺醇 左旋沙丁胺醇 比托特罗 利米特罗
普罗托醇 海索那林 奥西那林 非诺特罗 瑞普特罗 特布他林 吡布特罗
氯丙那林 克仑特罗 妥洛特罗 曲托喹酚 沙美特罗 福莫特罗 异丙肾上腺素
第二节 磷酸二酯酶抑制剂 氨茶碱 茶碱 二羟丙茶碱 胆茶碱 第三节 M胆碱受体拮抗剂
异丙托溴铵 异丙东莨菪碱 第四节 过敏介质阻释剂 色甘酸钠 酮替芬 曲尼司特
奈多罗米 他扎司特 瑞吡司特 奥马佐单抗 第五节 白三烯受体拮抗剂 吡嘧司特 异丁司特
氨来占诺 扎鲁司特 孟鲁司特 普仑司特 塞曲司特 齐留通 第六节 肾上腺皮质激素
倍氯米松 氢化可的松 地塞米松 曲安奈德 布地奈德 泼尼松 甲泼尼龙
第五章 呼吸兴奋药 尼可刹米 洛贝林 二甲弗林 阿米三嗪 多沙普仑 安钠咖 戊四氮 香草乙胺
中成药篇 第六章 感冒用药 第一节 风寒感冒用药 桂枝合剂 正柴胡饮颗粒 感冒清热颗粒
(口服液) 风寒咳嗽颗粒 感冒疏风丸 桑姜感冒片 第二节 风热感冒用药
银翘解毒丸(颗粒、片剂) 维C银翘片; 柴胡口服液 柴胡注射液 羚翘解毒片
(大蜜丸、浓缩丸、颗粒) 羚羊感冒胶囊(片) 桑菊感冒颗粒 小柴胡片(颗粒)
穿心莲片 穿琥宁注射液 感冒退热颗粒 风热感冒颗粒 感冒消炎片 感冒咳嗽冲剂
黄栀花口服液 复方蒲公英注射液 注射用双黄连(冻干) 双黄连口服液
(颗粒、胶囊、片、糖浆、合剂) 抗病毒口服液(胶囊) 板蓝根颗粒(糖浆剂、茶)
清开灵胶囊(口服液、软胶囊颗粒、滴丸、片、泡腾片) 清开灵注射液 清热解毒口服液
抗感解毒胶囊 第三节 体虚感冒用药 参苏丸(胶囊) 玉屏风口服液(胶囊、颗粒)
黄芪精 第四节 暑湿感冒用药 藿香正气水(颗粒、片、合剂、口服液、滴丸、胶囊、软胶囊)
保济丸 第五节 各证型感冒用药 感特灵胶囊 感冒灵; 中剂(胶囊) 感冒清片
第七章 急性支气管炎用药 第一节 风寒束肺用药——“疏风散寒” 通宣理肺丸
(胶囊、口服液) 杏苏止咳糖浆(颗粒) 小青龙合剂(颗粒、胶囊、糖浆) 镇咳宁糖浆
第二节 风热袭肺用药——“疏风清热” 急支糖浆 解热清肺糖浆 牛黄蛇胆川贝液
(滴丸、散) 金振口服液 第三节 燥热伤肺用药——“润肺养阴” 强力枇杷露
(胶囊) 枇杷叶膏 川贝雪梨膏 川贝枇杷糖浆(颗粒、口服液) 橘红丸
(片、颗粒、胶囊) 川贝清肺糖浆 川贝止咳露 二母宁嗽丸 蜜炼川贝枇杷

<<呼吸系统合理用药>>

膏 第八章 慢性支气管炎用药 第一节 单纯型慢性支气管炎用药 痰饮丸 祛痰止咳冲剂
 杏仁止咳糖浆 止咳化痰丸 消咳喘糖浆(胶囊、片) 蛇胆川贝散(液、胶囊)
) 蛇胆贝母片 二陈丸 第二节 喘息型慢性支气管炎用药 桂龙咳喘宁胶囊
 牡荆油胶丸 贝羚胶囊 克咳胶囊 第三节 慢性支气管炎缓解期用药 百合固金
 丸(口服液) 金水宝胶囊(片) 止咳宝片 止咳丸 痰咳净散(片) 第九
 章 支气管哮喘用药 第一节 寒喘用药——“温肺平喘” 银黄平喘气雾剂 止喘灵注射
 液 苏子降气丸 海珠喘息定片 第二节 热喘用药——“宣肺清热” 止嗽定喘口
 服液 咳喘宁口服液 第三节 哮喘缓解期用药——“益肺, 健脾, 补肾” 蛤蚧定喘胶
 囊(丸) 固肾定喘丸 洋参保肺丸 黑锡丹(丸) 参考文献

<<呼吸系统合理用药>>

章节摘录

西药篇 第一章 抗感染药物 抗感染药物是呼吸系统用药中的重要组成部分之一。随着人1:3的老龄化和疾病的复杂化等原因,临床上难治性呼吸系统感染明显增加。而抗感染药物的不合理使用和滥用不仅出现在医疗服务中,在患者自我药疗中也很普遍。因此造成药品不良反应、药害事件、细菌耐药性增强、大量耐药菌的产生,给人类健康和生命安全造成极大危害。

了解抗感染药物的基本特性、使用规范成为必需,在此章中我们仅介绍呼吸系统常用的抗感染药物。

第一节 抗生素 青霉素类 青霉素 (Benzylpenicillin) [商品名或别名] 盘尼西林,配尼西林,青霉素钠(钾)。

〔药物概述〕本品为杀菌剂。

青霉素、其他青霉素类和头孢菌素类等 β -内酰胺抗生素系通过干扰细菌细胞壁的合成而产生抗菌作用。

根据近年来研究结果提示,青霉素结合蛋白(Penicillin binding-proteins, PBPs)是青霉素等 β -内酰胺抗生素的作用靶位;由于青霉素和PBPs的紧密结合,使前者对细菌细胞壁合成的早期阶段也发生抑制作用。

〔药动学〕本品对酸不稳定,口服无效。

青霉素钾盐或钠盐肌内注射后,0.5h达血药峰浓度,肌内注射100万U(600mg)的峰浓度为20U/ml(12t-g/ml),对多数敏感菌的有效血药浓度可维持5h。

本品吸收后广泛分布于组织、体液中。

胸、腹腔和关节腔中浓度约为血清浓度的50%。

本品不易透入眼、骨组织、无血供区域和脓肿腔中,易透入至有炎症的组织。

青霉素可通过胎盘,除在妊娠前3个月羊水中青霉素浓度较低外,一般在胎儿和羊水中皆可获得有效治疗浓度。

本品难以透过血-脑屏障,在无炎症脑脊液中的浓度仅为血药浓度的1%—3%。

在有炎症的脑脊液中浓度可达血药浓度的5%—30%。

在脑膜无炎症时,静脉注射1.92g青霉素可在脑组织中获得抑制敏感革兰阳性球菌的浓度。

乳汁中可含有青霉素,其浓度为血药浓度的5%—20%。

血浆蛋白结合率为45%—65%。

$t_{1/2}$ 约为30min,肾功能减退者可延长至2.5—10h,老年和新生儿也较长。

新生儿的 $t_{1/2}$ 与体重、日龄有关,体重低于2kg者,7日内和8—14日新生儿的 $t_{1/2}$ 分别为4.9h和2.6h;体重大于2kg者,7日内和8—14日的 $t_{1/2}$ 则分别为2.6h和2.1h。

本品约19%在肝内代谢。

在肾功能正常情况下,约70%的注射量于6h内自肾脏排出。

青霉素主要通过肾小管排泄,在健康成年人经肾小球排泄者仅占10%左右;但在新生儿,青霉素则主要经肾小球排泄。

经胆汁排泄的青霉素量不多,但胆汁中浓度不低,肌内注射600mg青霉素后2—4h胆汁中浓度达峰值,为10—20g/ml。

由于青霉素在下消化道中被产青霉素酶的肠道菌所破坏,因此粪便中不含或含很少量青霉素。

青霉素可在血液中为血液透析所清除,使血清半衰期缩短,但腹膜透析无此效果。

〔用药指征〕本品适用于A组溶血性链球菌、B组溶血性链球菌、肺炎球菌、对青霉素敏感的金黄色葡萄球菌等革兰阳性球菌所致的各种感染,如败血症、肺炎、脑膜炎、扁桃体炎、中耳炎、猩红热、丹毒、产褥热等。

也用于治疗草绿色链球菌和肠球菌感染性心内膜炎,梭状芽孢杆菌所致的破伤风、气性坏疽、炭疽、白喉、流行性脑脊髓膜炎、李斯特菌病、鼠咬热、梅毒、淋病、雅司、回归热、钩端螺旋体病、奋森咽峡炎、放线菌病等。

在风湿性心脏病或先天性心脏病患者进行口腔手术或牙科操作,胃肠道和生殖泌尿道手术或某些操作

<<呼吸系统合理用药>>

时,为了预防心内膜炎的发生,青霉素也作为首选药物。

〔用法与用量〕 1.成人常用量 肌内注射,每日80万-200万U,分3—4次给药;静脉滴注,每日200万。

1000万U,分2—4次给药。

2.小儿常用量 肌内注射,每13按体重2.5万-5万U/kg, :分3。4次给药。

静脉给药每13按体重5万-20万U/kg,分2-4次。

3.新生儿(足月产)剂量 每次按体重5万U/kg,肌内注射或静脉给药,前2日每12h 1次,自第3日-12周每8h.1次,以后每6h 1次。

4.早产儿剂量 第1周按体重3万U/kg,每12h 1次,2-4周时每8h 1次,以后每6h 1次。

5.肾功能减退患者剂量 肾小球滤过率(GFR)为10-15ml/min时,给药间歇自8h延长至8-12h或剂量减少25%。

当GFR少于10ml/min时,给药间歇为12-18h或剂量减至正常剂量的25%-60%。

一般说来患者肾功能损害属轻、中度者,使用常规剂量,不予以减量即可;肾功能损害严重者再调整剂量或延长给药时间。

6.鞘内注射成人剂量 每次不超过2万U。

小儿尽量避免使用,单独应用静脉给药即可;如应用时,其剂量为2000-3000U。

〔药物相互作用〕 +本品可加强华法林的作用 +丙磺舒、阿司匹林、吲哚美辛、保泰松、磺胺药可减少青霉素类在肾小管的排泄,因而使青霉素类的血药浓度增高,而且维持较久,血清半衰期延长,毒性也可能增加。

-氯霉素、红霉素、四环素类、磺胺药等抑菌剂可干扰青霉素的杀菌活性,不宜与青霉素类合用,尤其是在治疗脑膜炎或急需杀菌作用的严重感染时。

-青霉素钾或钠与重金属,特别是铜、锌和汞呈配伍禁忌,因后者可破坏青霉素的氧化噻唑环。

由锌化合物制造的橡皮管或瓶塞也可影响青霉素活力。

呈酸性的葡萄糖注射液或四环素注射液皆可破坏青霉素的活性。

青霉素也可为氧化剂或还原剂或羟基化合物灭活。

-本品静脉输液加入头孢噻吩、林可霉素、四环素、万古霉素、琥乙红霉素、两性霉素B、去甲肾上腺素、间羟胺、苯妥英钠、盐酸羟嗪、丙氯拉嗪(Prochlorperazine)、异丙嗪、维生素B族、维生素C等后将出现混浊。

〔禁忌证〕对本品及其他青霉素类过敏者禁用。

〔不良反应〕 1.过敏反应 青霉素毒性虽低,但过敏反应常见,在各种药物中居首位。

严重的过敏反应——过敏性休克(I型变态反应)的发生率为0.0045%—0.04%,其病死率可达10%。

血清病型反应(II型变态反应)亦不少见,发生率为1%。

7%。

其他过敏反应尚有溶血性贫血(III型变态反应)、药疹、接触性皮炎、间质性肾炎、哮喘发作等。

2.毒性反应 青霉素肌内注射区可发生周围神经炎。

鞘内注射超过2万U或静脉滴注大剂量青霉素可引起肌肉阵挛、抽搐、昏迷, . '等反应(青霉素脑病)。

此反应多见于婴儿、老年人和肾功能减退患者。

青霉素偶可致精神病发作,应用普鲁卡因青霉素后个别患者可出现焦虑、发热、呼吸急促、高血压、心率快、幻觉、抽搐、昏迷等。

此反应发生机制不明。

3.钾中毒反应 青霉素钾100万U(0.625g)含钾离子1.5mmol(0.066g),如静脉给予大量青霉素钾时,则可发生高钾血症或钾中毒反应。

青霉素钠100万U(0.6g)含钠离子1.7mmol(0.039g),大剂量给予后,尤其是在肾功能减退或心功能不全患者,可造成高钠血症。

4.赫氏反应和治疗矛盾 用青霉素治疗梅毒或其他感染时可有症状加剧现象,称赫氏反应。

<<呼吸系统合理用药>>

治疗矛盾也见于梅毒患者，系由于治疗后梅毒病灶消炎过快，但组织修补过迟，或纤维组织收缩，妨碍器官功能所致。

5.二重感染 青霉素治疗期间可出现耐青霉素金黄色葡萄球菌、革兰阴性杆菌或白色念珠菌感染，念珠菌过度繁殖可使舌苔呈棕色甚至黑色。

6.可能引起过敏反应 皮疹、药热、面部潮红或苍白、气喘、心悸、胸闷、腹痛、过敏性休克；大剂量可出现神经精神症状，如幻觉、抽搐、昏睡、知觉障碍等；极大剂量可致惊厥、电解质紊乱、溶血性贫血、脉管炎，也可引起急性肾衰，老年患者可有中枢神经中毒反应。

〔用药指导〕 (1) 使用本品前必须做皮肤过敏试验。

如果发生过敏性休克，必须就地抢救，立即给患者肌内注射0.1%肾上腺素0.5-1ml，必要时以5%葡萄糖注射液或氯化钠注射液稀释做静脉注射临床表现无改善者，半小时后重复1次。

心跳停止者，肾上腺素可做心室内注射。

同时静脉滴注大剂量肾上腺皮质激素，并补充血容量；血压持久不升者给予多巴胺等血管活性药。

抗组胺药可考虑采用，以减轻荨麻疹等过敏症状。

有呼吸困难者予以氧气吸入或人工呼吸，喉头水肿明显者，应及时做气管切开。

青霉素酶应用意义不大，因此酶虽可破坏青霉素，但对已形成的抗原-抗体复合物无作用，而且其本身也可产生过敏反应。

(2) 为了防止严重过敏反应的发生，用青霉素类前必须详细询问既往病史，包括用药史、是否用过青霉素、有无易为患者忽略的反应症状，如胸闷、瘙痒、面部发麻、发热等，以及有无个人或家属有变态反应性疾病等。

青霉素皮试对预测过敏性休克起着重要作用，但皮试阴性者不能排除出现反应的可能。

有青霉素过敏史者一般不宜进行皮试，而改用其他药物。

如无适当药物选用必须应用青霉素类时，则需慎重为患者脱敏。

(3) 青霉素类可经乳汁排出，哺乳期妇女应用青霉素虽尚无发生严重问题的报道，但哺乳期妇女应用仍需权衡利弊，因为哺乳期妇女使用青霉素后可使婴儿致敏。

<<呼吸系统合理用药>>

编辑推荐

《呼吸系统合理用药》是临床医学、药学专家共同打造，破解临床用药难点，着重于药物相互作用、不良反应及用药指导。

<<呼吸系统合理用药>>

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>