

پرو تکل های دارو درمانی بالینی

گروه نویسندگان

دکتر حسین خلیلی - دکتر سیمین دشتی خویدکی - دکتر شیرین سادات بدری

دکتر مریم موسوی نژاد، دکتر ناعمه نیک و رز، دکتر حامد طبعی فر، دکتر کوروش صادقی، دکتر شادی فرسای،
دکتر فرزانه فروغی نیا، دکتر محمد تراز، دکتر لاله محمودی، دکتر شهیده امینی، دکتر طاهر انتظار ملکی، دکتر آزاده اشراقی،
دکتر ایمان کریم زاده، دکتر پیمان ارفع، دکتر مهدی محمدی، دکتر مونا کارگر، دکتر محمدباقر اوغازیان، دکتر مریم اطمینانی،
دکتر هاله رضایی، دکتر محمد محمدی، دکتر بهادر میررحیمی، دکتر مریم تقی زاده قهی، دکتر امیرحسین مصلحی،
دکتر هادی اسماعیلی، دکتر فرزانه داستان، دکتر فرهاد نجم الدین، دکتر فرود شهبازی، دکتر شادی ضیایی، دکتر فاطمه دباغ زاده،
دکتر افشین قره خانی، دکتر مونا کارگر، دکتر مریم فراستی نسب، دکتر حسام الدین حسینیجانی، دکتر عاطفه جعفری،
دکتر الحچین برزگر، دکتر معصومه نوری، دکتر فاطره سیدعلیپور، دکتر سیده الیاسی - دکتر ماندانا ایزدپناه، دکتر آزاده مقدس،
دکتر صبا عفاری، دکتر مهنوش دیانت خواه، دکتر آریتا حاج حسین طلابان، دکتر شیما حتم خانی، دکتر جواد مطهری نیا

ویراستاران

دکتر حسین خلیلی

دکتر سیمین دشتی خویدکی

دکتر شیرین سادات بدری



پروتکل‌های دارودرمانی بالینی

فروست: ۷۳۶

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: مهتاب دنواز، طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ اول، ۱۳۹۲، ۲۲۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۵۲-۵

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

عنوان و نام‌پدیدآور: پروتکل‌های دارودرمانی بالینی / گروه مولفان حسین خلیلی... [و دیگران]؛ ویراستاران حسین خلیلی، سیمین دشتی خویدکی، شیرین سادات بدری.

مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۱

مشخصات ظاهری: ۵۶۸ ص. رحلی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۵۲-۵

وضعیت فهرست‌نویسی: فیا

یادداشت: واژه‌نامه

موضوع: شیمی‌درمانی

شناسه افزوده: خلیلی، حسین، ۱۳۵۲ - دشتی‌خویدکی، سیمین، ۱۳۵۲ -

ویراستار، بدری، شیرین‌سادات، ویراستار

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ پ/۴۲۶۲ RM

رده‌بندی دیویی: ۶۱۵/۵۸

شماره کتابشناسی ملی: ۳۰۶۵۲۵۹

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، پلاک ۱۶ آذر، ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲
- شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امید، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
- شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزار جریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴
- شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه غدیری، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶
- شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۲
- شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
- شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۳۹۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۹۹ ۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک	ارسال عدد ۱:
دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک	ارسال عدد ۲:
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	ارسال ایمیل:

فهرست مطالب

۲۵	فهرست اختصارات
۳۱	فصل ۱
۳۱	مایع درمانی
۳۲	۱-۱. تعادل مایعات
۳۲	۱-۱-۱. اختلال تعادل مایعات
۳۳	۱-۲. مایع درمانی
۳۳	۱-۳. مایع درمانی نگهدارنده
۳۳	۱-۳-۱. محاسبه میزان آب و الکترولیت مورد نیاز
۳۵	۱-۴. مایع درمانی جایگزین
۳۵	۱-۴-۱. محاسبه کمبود حجم
۳۶	۱-۴-۲. نکات مورد توجه در جایگزینی مایعات بدن
۳۷	۱-۴-۳. سرعت جایگزینی مایعات
۳۷	۱-۴-۴. انتخاب مایع جایگزین
۳۸	۱-۵. اختلالات الکترولیتی
۳۸	۱-۵-۱. هیپوناترمی
۴۰	۱-۵-۲. هایپوناترمی
۴۱	۱-۵-۳. افزودن پتاسیم
۴۲	۱-۶. محلول سالین و محلول دکستروز- سالین
۴۲	۱-۶-۱. هیپرگلیسمی ناشی از دکستروز
۴۲	۱-۷. بیماران دیابتی
۴۳	۱-۸. اختلالات الکترولیتی ناشی از دیورتیک‌های لوپ و تیازیدی
۴۴	۱-۸-۱. اتلاف سدیم و آب
۴۵	۱-۸-۲. اتلاف پتاسیم
۴۵	منابع:
۴۷	فصل ۲
۴۷	الکتrolیت‌ها
۴۷	۲-۱. پتاسیم
۴۷	۲-۱-۱. هایپوکالمی
۴۹	۲-۳. جایگزینی پتاسیم (تزریقی) در عملکرد طبیعی کلیه
۵۰	۲-۴. جایگزینی پتاسیم (تزریقی) در شرایط نارسایی کلیه
۵۰	۲-۵. جایگزینی پتاسیم (خوراکی یا از لوله NG)
۵۰	۲-۱-۲. هیپرکالمی
۵۱	۲-۲. کلسیم
۵۱	۲-۲-۱. هایپوکلسمی
۵۳	۲-۲-۲. هیپرکلسمی

۵۳	۲-۳. فسفر.....
۵۴	۲-۳-۱. هایپوفسفاتی.....
۵۵	۲-۳-۲. هیپرفسفاتی.....
۵۵	۲-۴. منیزیم.....
۵۵	۲-۴-۱. هایپومنیزیمی.....
۵۶	۲-۴-۲. هیپرمیزیمی.....
۵۷	منابع:.....

فصل ۳..... ۵۸

۵۸	پیشگیری از ترومبوز عروقی در بیماران بستری.....
۵۸	۳-۱. ترومبو پروفیلاکسی.....
۶۰	۳-۲. هپارین.....
۶۱	۳-۲-۱. هپارین با وزن مولکولی پایین.....
۶۲	۳-۲. آنتاگونیست‌های ویتامین K وارفارین.....
۶۳	۳-۳-۱. دوز شروع و دوز نگهدارنده.....
۶۴	۳-۳-۲. تنظیم دوز نگهدارنده وارفارین.....
۶۵	۳-۴. نحوه برخورد با موارد INR بالا.....
۶۵	۳-۴-۱. بیماران با INR بیشتر از حد درمانی اما کمتر از ۵ و بدون خونریزی واضح.....
۶۵	۳-۴-۲. بیماران با $9 < INR < 5$ و بدون خونریزی واضح.....
۶۵	۳-۴-۳. بیماران با $INR < 9$ و بدون خونریزی واضح.....
۶۵	۳-۴-۴. بیماران با INR بالا و خونریزی شدید.....
۶۶	۳-۵. نحوه برخورد با موارد INR متغیر.....
۶۶	۳-۶. تداخلات دارویی وارفارین.....
۶۶	۳-۶-۱. تداخل با NSAIDs.....
۶۶	۳-۶-۲. تداخل با استامینوفن.....
۶۷	۳-۷. قطع و مصرف مجدد داروهای ضد انعقاد، قبل و بعد از اعمال جراحی.....
۶۷	۳-۷-۱. آسپرین.....
۶۸	۳-۷-۲. سایر داروهای ضد تجمع پلاکتی.....
۶۸	۳-۷-۳. وارفارین.....
۷۰	منابع:.....

فصل ۴..... ۷۱

۷۱	پیشگیری از زخم گوارشی در بیماران بستری.....
۷۲	۴-۱. پروفیلاکسی زخم گوارشی.....
۷۳	۴-۲. داروهای مورد استفاده در پروفیلاکسی زخم گوارشی.....
۷۳	۴-۲-۱. آنتاسیدها.....
۷۴	۴-۲-۲. سوکرافیت.....
۷۴	۴-۲-۳. H_2 بلاکرها.....
۷۴	۴-۲-۴. مهارکننده‌های پمپ پروتون.....
۷۵	۴-۳. عوارض بالقوه پروفیلاکسی زخم گوارشی.....
۷۵	۴-۴. انتخاب دارو.....
۷۵	۴-۵. پایش درمان.....

۷۶	۴-۶. فیزیولوژی ترشح اسید و مکانیسم اثر داروها
۷۷	۴-۶-۱. H_2 بلاکرها
۷۷	۴-۶-۲. مهار کننده‌های پمپ پروتون
۸۲	۴-۷. زخم گوارشی ناشی از مصرف NSAIDs
۸۳	۴-۷-۱. راهکارهای کاهش خطر ایجاد زخم گوارشی ناشی از NSAIDs
۸۴	منابع:
۸۵	فصل ۵
۸۵	کنترل قند خون در بیماران بستری
۸۶	۵-۱. اهداف درمانی برای تنظیم سطح گلوکز خون
۸۶	۵-۲. هایپوگلیسمی
۸۷	۵-۳. بیماران دیابت نوع ۱ و سایر بیماران تحت درمان با انسولین
۸۷	۵-۴. بیماران دیابت نوع ۲
۸۷	۵-۵. موارد منع مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون
۸۷	۵-۵-۱. مت فورمین
۸۸	۵-۵-۲. سولفونیل اورها (گلی بنکامید، گلی کلایید، گلی پیزاید)
۸۸	۵-۵-۳. تیازولیدین دیونها (پیوگلیتازون، روزیگلیتازون)
۸۸	۵-۵-۴. رپاگلیناید
۸۸	۵-۶. انسولین
۸۸	۵-۶-۱. انواع انسولین
۸۹	۵-۶-۲. پایداری مخلوط انسولین‌ها
۸۹	۵-۶-۳. انفوزیون انسولین
۹۰	۵-۶-۴. تبدیل انسولین وریدی به انسولین زیر جلدی
۹۰	۵-۶-۵. دوز تصحیحی یا مکمل (Correction dose)
۹۰	۵-۶-۶. تجویز انسولین در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه
۹۱	۵-۶-۷. دستورالعمل جایگزین جهت محاسبه دوز روزانه انسولین
۹۱	۵-۷. تغییرات قند خون ناشی از مصرف داروها
۹۱	منابع:
۹۴	فصل ۶
۹۴	اصول کلی درمان درد
۹۴	۶-۱. اصول کلی درمان درد با NSAIDs
۹۶	۶-۱-۱. عارضه گوارشی ناشی از NSAIDs
۹۸	۶-۱-۲. درمان درد در افراد با ریسک بالای خونریزی گوارشی
۹۸	۶-۱-۳. اصول کلی پیشگیری از عوارض گوارشی NSAIDs
۹۸	۶-۱-۴. قطع NSAIDs و آسپرین قبل از اعمال جراحی
۹۹	۶-۱-۵. تداخلات NSAIDs
۱۰۰	۶-۲. استامینوفن
۱۰۰	۶-۲-۱. دوز
۱۰۰	۶-۳. مخدرهای ضعیف، کدئین
۱۰۰	۶-۴. ترامادول
۱۰۰	۶-۴-۱. دوز

۱۰۰	۶-۴-۲ موارد احتیاط یا منع مصرف
۱۰۱	۶-۵ اصول کلی درمان دردهای نوروپاتیک
۱۰۱	۶-۱ داروهای مورد استفاده در درمان دردهای نوروپاتیک
۱۰۱	۶-۶-۱ گاباپنتین
۱۰۲	۶-۶-۲ ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCA)
۱۰۲	منابع:
۱۰۳	فصل ۷
۱۰۳	درمان دارویی دردهای نوروپاتیک
۱۰۳	۷-۱ ملاحظات کلی درمان
۱۰۴	۷-۲ درمان‌های خط اول
۱۰۶	۷-۲-۱ داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای
۱۰۷	۷-۲-۲ مهارکننده‌های باز جذب سروتونین و نوراپی نفرین
۱۰۷	۷-۲-۳ لیگندهای زیر واحد $\alpha_2\delta$ کانال کلسیم
۱۰۸	۷-۲-۴ لیدوکائین موضعی
۱۰۹	۷-۳ داروهای خط دوم درمان
۱۰۹	۷-۳-۱ ضد دردهای اوپیوئیدی
۱۱۰	۷-۳-۲ ترامادول
۱۱۰	۷-۴ داروهای خط سوم درمان
۱۱۰	۷-۴-۱ داروهای ضد صرع
۱۱۱	۷-۴-۲ داروهای ضد افسردگی
۱۱۱	۷-۴-۳ مگزیتین
۱۱۱	۷-۴-۴ آنتاگونیست‌های گیرنده NMDA
۱۱۱	۷-۴-۵ کاپسایسین موضعی
۱۱۲	منابع:
۱۱۴	فصل ۸
۱۱۴	درمان اضطراب در بیماران بستری
۱۱۴	۸-۱ اضطراب خفیف
۱۱۴	۸-۲ اضطراب متوسط
۱۱۴	۸-۲-۱ بنزودیازپین‌های خوراکی
۱۱۵	۸-۲-۲ آنتی سایکوتیک‌های آتپیکال خوراکی
۱۱۵	۸-۳ اضطراب شدید
۱۱۵	۸-۳-۱ بنزودیازپین‌های خوراکی
۱۱۵	۸-۳-۲ آنتی سایکوتیک‌های آتپیکال خوراکی
۱۱۶	۸-۴ مقایسه بنزودیازپین‌ها
۱۱۷	۸-۴-۱ ویژگی‌های فارماکوکینتیک بنزودیازپین‌ها
۱۱۹	۸-۴-۲ تداخلات دارویی بنزودیازپین‌ها
۱۱۹	منابع:
۱۲۰	فصل ۹
۱۲۰	کنترل تشنج در بیماران بستری

۱۲۰	۹-۱. دارودرمانی اورژانسی Convulsive status epilepticus
۱۲۰	۹-۱-۱. بیماران پایدار از نظر همودینامیک
۱۲۱	۹-۱-۲. بیماران ناپایدار از نظر همودینامیک
۱۲۱	۹-۱-۳. بیماران در معرض خطر نارسایی تنفسی
۱۲۱	منابع:
۱۲۳	فصل ۱۰
۱۲۳	اصول کلی درمان با کورتیکواستروئیدها
۱۲۳	۱۰-۱. اصول فارماکولوژی کاربرد کورتیکواستروئیدها
۱۲۳	۱۰-۱-۱. فارماکوکینتیک
۱۲۴	۱۰-۱-۲. معیارهای شروع درمان
۱۲۵	۱۰-۱-۳. مسیر تجویز
۱۲۶	۱۰-۱-۴. دوز
۱۲۷	۱۰-۲. اصول کلی درمان بیماری‌های پوستی و مصرف موضعی کورتیکواستروئیدها
۱۲۷	۱۰-۲-۱. تجویز کورتیکواستروئیدهای موضعی
۱۲۸	۱۰-۳. تجویز کورتیکواستروئید قبل از جراحی
۱۲۹	۱۰-۴. عوارض جانبی اصلی کورتیکواستروئیدهای سیستمیک
۱۳۰	۱۰-۴-۱. اثرات دوز
۱۳۱	۱۰-۴-۲. دستگاه گوارش
۱۳۱	۱۰-۴-۳. رشد کودکان
۱۳۱	۱۰-۴-۴. متابولیسم گلوکز
۱۳۲	۱۰-۴-۵. عفونت و پاسخ ایمنی
۱۳۲	۱۰-۴-۶. اوستئوپوروز
۱۳۴	۱۰-۴-۷. پایش و پیشگیری از عوارض جانبی
۱۳۵	۱۰-۵. تأثیر کورتیکواستروئیدها بر سیستم ایمنی
۱۳۷	۱۰-۵-۱. تأثیر کورتیکواستروئیدها بر روی سلول‌های خونی
۱۳۷	۱۰-۵-۲. دوزهای مؤثر کورتیکواستروئیدها از نظر سرکوب سیستم ایمنی
۱۳۷	۱۰-۵-۳. واکسیناسیون
۱۳۸	۱۰-۶. سرکوب محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)
۱۳۹	۱۰-۶-۱. شناسایی بیماران دچار سرکوب محور HPA
۱۴۰	۱۰-۶-۲. رژیم توصیه شده جهت کاهش تدریجی دوز کورتیکواستروئیدها
۱۴۱	منابع:
۱۴۲	فصل ۱۱
۱۴۲	تشخیص و درمان آنمی
۱۴۲	۱۱-۱. آنمی فقر آهن
۱۴۳	شکل ۱۱-۱. تشخیص آزمایشگاهی آنمی
۱۴۴	۱۱-۱-۱. تست‌های آزمایشگاهی
۱۴۵	۱۱-۱-۲. درمان با آهن خوراکی
۱۴۷	۱۱-۱-۳. درمان با آهن تزریقی
۱۴۹	۱۱-۲. آنمی بیماری‌های مزمن
۱۵۱	۱۱-۲-۱. درمان با اریتروپویتین

۱۵۲	 ۱۱-۲-۲. آنمی ناشی از نارسایی کلیه
۱۵۳	 ۱۱-۲-۳. آنمی ناشی از بدخیمی
۱۵۴	 ۱۱-۲-۴. آنمی ناشی از ایدز
۱۵۶	 منابع:
۱۵۷	 فصل ۱۲
۱۵۷	 حساسیت دارویی
۱۵۷	 ۱۲-۱. تقسیم بندی آلرژی دارویی
۱۵۷	 ۱۲-۱-۱. واکنش های نوع I
۱۵۸	 ۱۲-۱-۲. واکنش های نوع II
۱۵۸	 ۱۲-۱-۳. واکنش های نوع III
۱۵۸	 ۱۲-۱-۴. واکنش های نوع IV
۱۵۹	 ۱۲-۱-۵. واکنش های اتوایمون
۱۵۹	 ۱۲-۱-۶. واکنش های آنافیلاکسی غیر ایمنولوژیک
۱۵۹	 ۱۲-۲. روش های تشخیصی
۱۶۰	 ۱۲-۳. ریسک فاکتورها
۱۶۰	 ۱۲-۴. انواع آلرژی دارویی
۱۶۰	 ۱۲-۴-۱. واکنش های حاد سیستمیک آنژیادم
۱۶۱	 ۱۲-۴-۲. واکنش های پوستی
۱۶۲	 ۱۲-۴-۳. واکنش های تنفسی
۱۶۳	 ۱۲-۴-۴. سایر واکنش ها
۱۶۳	 ۱۲-۵. واکنش های آلرژی مرتبط با دسته های دارویی مختلف
۱۶۴	 ۱۲-۵-۱. آنتی بیوتیک ها
۱۶۴	 ۱۲-۵-۲. انسولین و داروهای ضد دیابت خوراکی
۱۶۴	 ۱۲-۵-۳. داروهای شیمی درمانی
۱۶۵	 ۱۲-۵-۴. داروهای ضد HIV
۱۶۵	 ۱۲-۵-۵. داروهای مورد مصرف در بیماری های اتوایمون
۱۶۵	 ۱۲-۵-۶. فراورده های خونی و داروهای قبل از عمل
۱۶۵	 ۱۲-۵-۷. اوپیوئیدها
۱۶۵	 ۱۲-۵-۸. کورتیکوسترئوئیدها
۱۶۶	 ۱۲-۵-۹. هپارین
۱۶۶	 ۱۲-۵-۱۰. داروهای بی حس کننده موضعی
۱۶۶	 ۱۲-۵-۱۱. مواد حاجب
۱۶۷	 ۱۲-۵-۱۲. آسپرین، NSAIDs، مهار کننده های پلاکتی
۱۶۷	 ۱۲-۵-۱۳. مهار کننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)
۱۶۸	 ۱۲-۵-۱۴. داروهای بیولوژیک
۱۶۸	 ۱۲-۵-۱۵. داروهای مکمل
۱۶۸	 ۱۲-۵-۱۶. داروهای متفرقه
۱۶۹	 ۱۲-۶. درمان
۱۶۹	 ۱۲-۶-۱. حساسیت زدایی
۱۷۲	 ۱۲-۶-۲. روش های مختلف القاء تحمل به دارو
	 ۱۲-۷. دستورالعمل حساسیت زدایی داروهای ضد سل

۱۷۲	۱۲-۷-۱. علایم بالینی حساسیت
۱۷۳	۱۲-۷-۲. نحوه برخورد با واکنش‌های حساسیت پوستی
۱۷۴	۱۲-۷-۳. حساسیت زدایی داروهای ضد سل
۱۷۵	۱۲-۸. حساسیت زدایی بلند مدت (۱۰ روزه) کوتریموکسازول
۱۷۶	۱۲-۹. حساسیت زدایی کوتاه مدت (۳ روزه) کوتریموکسازول
۱۷۷	منابع:
۱۷۸	فصل ۱۳
۱۷۸	تب دارویی
۱۷۸	۱۳-۱. تعریف
۱۷۹	۱۳-۲. اپیدمیولوژی
۱۷۹	۱۳-۳. مکانیسم
۱۷۹	۱۳-۳-۱. تغییر در مسیرهای تنظیم دما
۱۸۰	۱۳-۳-۲. واکنش مرتبط با تجویز دارو
۱۸۰	۱۳-۳-۳. عملکرد فارماکولوژیک دارو
۱۸۰	۱۳-۳-۴. واکنش‌های ایدیوسنکراتیک
۱۸۵	۱۳-۳-۵. ازدیاد حساسیت
۱۸۷	نتیجه گیری
۱۸۸	منابع:
۱۸۹	فصل ۱۴
۱۸۹	عوارض خونی ناشی از داروها
۱۸۹	۱۴-۱. آگرانولوسیتوز و نوتروپنی دارویی
۱۸۹	۱۴-۱-۱. ریسک فاکتورهای بروز آگرانولوسیتوز دارویی
۱۹۰	۱۴-۱-۲. ریسک فاکتورهای وخامت پروگنوز
۱۹۰	۱۴-۱-۳. پاتوژنز
۱۹۰	۱۴-۱-۴. طبقه‌بندی از نظر احتمال بروز عارضه
۱۹۱	۱۴-۱-۵. داروهای مسبب نوتروپنی / آگرانولوسیتوز
۱۹۱	۱۴-۱-۶. آنتی بیوتیک‌های مسبب نوتروپنی / آگرانولوسیتوز
۱۹۲	۱۴-۱-۷. تظاهرات بالینی
۱۹۳	۱۴-۱-۸. تشخیص افتراقی
۱۹۳	۱۴-۱-۹. پیشگیری و غربالگری
۱۹۳	۱۴-۱-۱۰. درمان
۱۹۳	۱۴-۲. ترومبوسیتوپنی ناشی از دارو
۱۹۴	۱۴-۲-۱. مکانیسم
۱۹۴	۱۴-۲-۲. داروهای مسبب ترومبوسیتوپنی
۱۹۵	۱۴-۲-۳. آنتی بیوتیک‌های مسبب ترومبوسیتوپنی
۱۹۵	۱۴-۲-۴. برخورد اولیه با موارد ترومبوسیتوپنی دارویی
۱۹۶	۱۴-۲-۵. روش‌های تشخیص داروی مسبب عارضه
۱۹۶	۱۴-۲-۶. تشخیص‌های افتراقی
۱۹۶	۱۴-۲-۷. درمان
۱۹۷	۱۴-۳. آنمی آپلاستیک ناشی از دارو

۱۹۷	۱۴-۳-۱. فنیل بوتازون
۱۹۷	۱۴-۳-۲. کلرامفنیکل
۱۹۷	۱۴-۴. آنمی همولیتیک ناشی از دارو
۱۹۷	۱۴-۴-۱. آنمی همولیتیک با مکانیسم ایمنولوژیک
۱۹۸	۱۴-۵. همولیز اکسیداتیو ناشی از دارو
۱۹۸	۱۴-۵-۱. داپسون
۱۹۸	۱۴-۵-۲. ریباویرین
۱۹۸	۱۴-۶. نقص آنزیمی G6PD
۱۹۹	۱۴-۶-۱. اپیدمیولوژی
۱۹۹	۱۴-۶-۲. پاتوفیزیولوژی
۲۰۰	۱۴-۶-۳. ژنتیک
۲۰۰	۱۴-۶-۴. درمان
۲۰۰	منابع:
۲۰۲	فصل ۱۵
۲۰۲	فرآورده‌های خونی
۲۰۲	۱۵-۱. اجزای فرآورده‌های خونی
۲۰۳	۱۵-۲. Red Cell Concentrate (RCC)
۲۰۳	۱۵-۲-۱. ترانسفیوژن RCC برای آنمی حاد
۲۰۴	۱۵-۲-۲. ترانسفیوژن RCC برای آنمی مزمن
۲۰۵	۱۵-۲-۳. اندیکاسیون‌های نامناسب تجویز RCC
۲۰۵	۱۵-۲-۴. عوارض جانبی ناشی از تجویز RCC
۲۰۵	۱۵-۲-۵. ملاحظات ویژه در تجویز RCC
۲۰۵	۱۵-۳. تجویز پلاکت
۲۰۸	۱۵-۴. Fresh Frozen Plasma (FFP)
۲۰۹	منابع:
۲۱۱	فصل ۱۶
۲۱۱	کاربرد بالینی ویتامین‌ها و مواد معدنی
۲۱۱	۱۶-۱. ویتامین B ₁ (تیامین)
۲۱۲	۱۶-۲. ویتامین B ₂ (ریبوفلاوین)
۲۱۳	۱۶-۳. ویتامین B ₃ (نیاسین)
۲۱۴	۱۶-۴. ویتامین B ₅ (پانتوتنیک اسید)
۲۱۵	۱۶-۵. ویتامین B ₆ (پیریدوکسین)
۲۱۵	۱۶-۶. ویتامین B ₉ (فولیک اسید)
۲۱۶	۱۶-۷. ویتامین B ₁₂ (کوبالامین)
۲۱۷	۱۶-۸. بیوتین (ویتامین H)
۲۱۸	۱۶-۹. ویتامین C (آسکوربیک اسید)
۲۱۸	۱۶-۱۰. ویتامین A
۲۲۰	۱۶-۱۱. ویتامین D ₃ (کوله کلسیفرول)
۲۲۰	۱۶-۱۲. ویتامین E
۲۲۱	۱۶-۱۳. ویتامین K

۲۲۲	 ۱۶-۱۴. منیزیم
۲۲۳	 ۱۶-۱۵. سلنیوم
۲۲۴	 ۱۶-۱۶. روی (Zinc)
۲۲۵	 ۱۶-۱۷. آهن
۲۲۸	 ۱۶-۱۸. کلسیم
۲۳۲	 منابع
۲۳۳	 فصل ۱۷
۲۳۳	 تغذیه گوارشی و وریدی
۲۳۳	 ۱۷-۱. غربالگری تغذیه‌ای
۲۳۳	 ۱۷-۲. ارزیابی تغذیه‌ای
۲۳۴	 ۱۷-۳. اندیکاسیون‌های حمایت تغذیه‌ای
۲۳۵	 ۱۷-۴. زمان مناسب شروع تغذیه
۲۳۵	 ۱۷-۵. مقادیر مواد مغذی مورد نیاز بدن
۲۳۶	 ۱۷-۶. تخمین میزان مصرف انرژی، مایعات و مواد مغذی
۲۳۹	 ۱۷-۷. مسیرهای تجویز
۲۳۹	 ۱۷-۷-۱. دسترسی گوارشی
۲۳۹	 ۱۷-۷-۲. دسترسی محیطی
۲۴۱	 ۱۷-۸. فرمولاسیون‌های تغذیه گوارشی
۲۴۲	 ۱۷-۸-۱. ترکیبات تشکیل دهنده فرمولاسیون‌های تغذیه گوارشی
۲۴۳	 ۱۷-۸-۲. دانسیته کالری
۲۴۴	 ۱۷-۹. فراورده‌های تغذیه گوارشی موجود در ایران
۲۴۶	 ۱۷-۱۰. فرمولاسیون‌های تغذیه وریدی
۲۴۶	 ۱۷-۱۰-۱. کربوهیدرات
۲۴۷	 ۱۷-۱۰-۲. لیپید
۲۴۷	 ۱۷-۱۰-۳. آمینو اسید
۲۴۸	 ۱۷-۱۱. فراورده‌های تغذیه وریدی موجود در ایران
۲۴۸	 ۱۷-۱۲. پایش (Monitoring)
۲۴۹	 ۱۷-۱۲-۱. Refeeding syndrome
۲۴۹	 ۱۷-۱۳. شرایط متابولیک و سیکل زندگی
۲۴۹	 ۱۷-۱۳-۱. بارداری
۲۵۰	 ۱۷-۱۳-۲. چاقی
۲۵۱	 ۱۷-۱۳-۳. دیابت ملیتوس (DM)
۲۵۳	 ۱۷-۱۳-۴. نارسایی کلیوی
۲۵۴	 ۱۷-۱۳-۵. نارسایی قلبی
۲۵۵	 ۱۷-۱۳-۶. نارسایی کبدی
۲۵۷	 ۱۷-۱۴. محاسبه نیازهای تغذیه‌ای و تعیین فرمولاسیون تغذیه وریدی
۲۵۸	 ۱۷-۱۴-۱. محاسبه اسمولالیت
۲۵۸	 ۱۷-۱۴-۲. فرمولاسیون تغذیه
۲۵۹	 ۱۷-۱۴-۳. الکترولیت‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی
۲۵۹	 ۱۷-۱۴-۴. محاسبه مایع مورد نیاز روزانه
۲۶۰	 منابع:

۲۶۱	فصل ۱۸
۲۶۱	پروبیوتیک‌ها
۲۶۱	۱۸-۱. فلور میکروبی روده
۲۶۲	۱۸-۲. خصوصیات و معیارهای انتخاب یک میکروارگانیسم پروبیوتیک
۲۶۲	۱۸-۳. مکانیسم اثر پروبیوتیک‌ها
۲۶۳	۱۸-۴. انواع و اثرات درمانی پروبیوتیک‌ها
۲۶۴	۱۸-۴-۱. اسهال ناشی از آنتی‌بیوتیک‌ها
۲۶۵	۱۸-۴-۲. اسهال حاد
۲۶۶	۱۸-۴-۳. عفونت‌های ادراری- تناسلی
۲۶۶	۱۸-۴-۴. پنومونی و عفونت‌های فوقانی دستگاه تنفسی
۲۶۶	۱۸-۵. دوزاژ و اشکال دارویی
۲۶۷	۱۸-۶. عوارض جانبی
۲۶۷	۱۸-۷. تداخلات دارویی
۲۶۷	۱۸-۸. پره بیوتیک‌ها
۲۶۸	منابع:
۲۶۹	فصل ۱۹
۲۶۹	سندروم محرومیت از مواد مخدر و محرک
۲۶۹	۱۹-۱. غربالگری بیماران
۲۷۰	۱۹-۱-۱. تعریف سوء مصرف
۲۷۰	۱۹-۱-۲. آزمون سوء مصرف مواد
۲۷۰	۱۹-۲. انواع اویپوئیدهای موجود در ایران
۲۷۰	۱۹-۲-۱. تریاک
۲۷۰	۱۹-۲-۲. هروئین
۲۷۱	۱۹-۲-۳. کراک
۲۷۱	۱۹-۲-۴. تمجیزک، نورجیزک
۲۷۱	۱۹-۳. سندروم محرومیت از اویپوئیدها
۲۷۲	۱۹-۴. درمان سندروم ترک اویپوئیدها
۲۷۳	۱۹-۵. دارودرمانی سایر عوارض
۲۷۴	۱۹-۵-۱. کنترل درد در بیماران معتاد
۲۷۴	۱۹-۶. مواد محرک و توهم زا
۲۷۴	۱۹-۶-۱. مت‌آمفتامین
۲۷۵	۱۹-۷. سندروم محرومیت از مواد محرک
۲۷۶	۱۹-۸. سندروم وابستگی به بنزودیازپین‌ها
۲۷۷	۱۹-۸-۱. درمان علائم وابستگی به بنزودیازپین‌ها
۲۷۸	۱۹-۸-۲. داروهای شبه بنزودیازپینی
۲۷۹	۱۹-۹. حشیش
۲۷۹	۱۹-۹-۱. کنترل علائم محرومیت از کانابیس
۲۸۰	منابع:
۲۸۱	فصل ۲۰

۲۸۱	اصول کلی فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک
۲۸۱	۲۰-۱. ماهیت داروها
۲۸۱	۲۰-۱-۱. اندازه و وزن مولکولی
۲۸۱	۲۰-۱-۲. حلالیت داروها در آب و چربی
۲۸۲	۲۰-۲. جذب داروها
۲۸۲	۲۰-۲-۱. راه‌های تجویز
۲۸۳	۲۰-۲-۲. جریان خون
۲۸۳	۲۰-۲-۳. غلظت
۲۸۳	۲۰-۳. توزیع داروها
۲۸۳	۲۰-۳-۱. عوامل مؤثر در توزیع
۲۸۴	۲۰-۳-۲. حجم ظاهری توزیع و حجم‌های فیزیکی
۲۸۴	۲۰-۴. متابولیسم داروها
۲۸۴	۲۰-۵. حذف داروها
۲۸۵	۲۰-۶. اصول فارماکودینامیک
۲۸۹	۲۰-۷. اصول فارماکوکینتیک
۲۸۹	۲۰-۷-۱. غلظت دارویی مؤثر
۲۸۹	۲۰-۷-۲. حجم توزیع
۲۹۱	۲۰-۷-۴. نیمه عمر
۲۹۳	۲۰-۷-۵. زیست دستیابی (فراهمی زیستی)
۲۹۴	۲۰-۷-۶. برداشت (استخراج)
۲۹۴	۲۰-۷-۷. رژیم‌های تجویز دارو
۲۹۵	۲۰-۷-۸. پنجره درمانی
۲۹۶	۲۰-۷-۹. تعدیل دوز
۲۹۶	۲۰-۷-۱۰. متابولیسم داروها
۲۹۹	منابع:
۳۰۰	فصل ۲۱
۳۰۰	اصول دارو درمانی در سالمندان
۳۰۰	۲۱-۱. تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن
۳۰۰	۲۱-۲. تغییرات فارماکوکینتیک وابسته به سن
۳۰۰	۲۱-۲-۱. جذب
۳۰۱	۲۱-۲-۲. توزیع
۳۰۱	۲۱-۲-۳. اتصال پروتئینی
۳۰۱	۲۱-۲-۴. متابولیسم
۳۰۲	۲۱-۲-۵. دفع
۳۰۳	۲۱-۳. تغییرات فارماکودینامیک وابسته به سن
۳۰۳	۲۱-۳-۱. هموستاز و افت فشار خون وضعیتی
۳۰۳	۲۱-۳-۲. حساسیت رسپتور
۳۰۴	۲۱-۴. مشکلات مرتبط با مصرف دارو در سالمندان
۳۰۴	۲۱-۴-۱. پلی فارماسی
۳۰۴	۲۱-۴-۲. عوارض جانبی داروها
۳۰۵	منابع:

۳۰۶	فصل ۲۲
۳۰۶	نارسایی کلیه و تنظیم دوز داروها
۳۰۶	۲۲-۱. نارسایی حاد کلیه
۳۰۶	۲۲-۱-۱. پاتوژنز
۳۰۹	۲۲-۱-۲. نارسایی حاد نفروتوکسیک
۳۰۹	۲۲-۱-۳. نفريت حاد بینابینی ناشی از دارو
۳۱۰	۲۲-۲. مراحل نارسایی حاد کلیه
۳۱۰	۲۲-۲-۱. مرحله آغازین
۳۱۰	۲۲-۲-۲. مرحله گسترش
۳۱۰	۲۲-۲-۳. مرحله بازگشت
۳۱۰	۲۲-۳. ارزیابی عملکرد کلیه
۳۱۱	۲۲-۳-۱. کراتینین سرم
۳۱۱	۲۲-۳-۲. BUN
۳۱۱	۲۲-۳-۳. میزان فیلتراسیون گلوبولین
۳۱۳	۲۲-۳-۴. روش اندازه گیری GFR بر اساس دفع ادراری کراتینین
۳۱۴	۲۲-۳-۵. روش‌های تخمین GFR
۳۱۵	۲۲-۳-۶. استفاده از BUN برای ارزیابی GFR
۳۱۵	۲۲-۴. معیارهای تعریف نارسایی حاد کلیه
۳۱۶	۲۲-۴-۱. معیار RIFLE
۳۱۶	۲۲-۴-۲. معیار AKIN
۳۱۷	۲۲-۵. اصول تنظیم دوز داروها در نارسایی حاد کلیه
۳۱۷	۲۲-۵-۱. تغییرات خصوصیات فارماکوکینتیک داروها در AKI
۳۱۸	۲۲-۵-۲. توزیع دارو در بدن
۳۱۹	۲۲-۵-۳. متابولیسم
۳۲۰	۲۲-۵-۴. حذف دارو از بدن (Elimination)
۳۲۰	۲۲-۵-۵. خصوصیات فارماکودینامیک داروها
۳۲۲	۲۲-۵-۶. تنظیم دوز داروها در AKI
۳۲۴	منابع:
۳۲۵	فصل ۲۳
۳۲۵	اصول تداخلات دارویی
۳۲۵	۲۳-۱. انواع تداخلات دارویی
۳۲۶	۲۳-۱-۱. تداخلات فارماکودینامیک
۳۲۶	۲۳-۱-۲. تداخلات فارماکوکینتیک
۳۲۶	۲۳-۲. جذب دارو (Drug absorption)
۳۲۷	۲۳-۳. P-glycoprotein
۳۲۸	۲۳-۴. توزیع دارو (Drug distribution)
۳۲۸	۲۳-۵. متابولیسم دارو (Drug metabolism)
۳۳۰	۲۳-۶. دفع دارو (Drug excretion)
۳۳۰	۲۳-۷. تداخلات دارو-غذا
۳۳۱	منابع:

فصل ۲۴.....	۳۳۲
تداخلات دارویی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۳۲
۲۴-۱. طبقه‌بندی تداخلات دارویی.....	۳۳۲
۲۴-۲. تداخلات دارویی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۳۲
۲۴-۲-۱. تداخلات دارویی آمینوگلیکوزیدها و سفالوسپورین‌ها.....	۳۳۲
۲۴-۲-۲. تداخلات دارویی ماکرولیدها.....	۳۳۳
۲۴-۲-۳. تداخلات دارویی پنی‌سیلین‌ها و کینولون‌ها.....	۳۳۴
۲۴-۲-۴. تداخلات دارویی تتراسیکلین‌ها.....	۳۳۵
۲۴-۲-۵. تداخلات دارویی آنتی‌بیوتیک‌های متفرقه.....	۳۳۶
۲۴-۲-۶. تداخلات دارویی آنتی‌بیوتیک‌های ضد مایکوباکتریوم.....	۳۳۷
منابع:.....	۳۳۷
فصل ۲۵.....	۳۳۸
درمان آنتی‌بیوتیکی بیماران سرپایی.....	۳۳۸
۲۵-۱. کلیات مورد توجه.....	۳۳۹
۲۵-۲. آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده.....	۳۳۹
۲۵-۳. اصول فارماکوکینتیک.....	۳۳۹
۲۵-۳-۱. جذب.....	۳۴۰
۲۵-۳-۲. توزیع.....	۳۴۰
۲۵-۳-۳. متابولیسم.....	۳۴۰
۲۵-۳-۴. حذف.....	۳۴۱
۲۵-۳-۵. مساحت زیر منحنی غلظت- زمان.....	۳۴۱
۲۵-۴. مشخصات فارماکودینامیکی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۴۱
۲۵-۴-۱. فعالیت باکتریوستاتیک در مقابل فعالیت باکتریسیدال.....	۳۴۳
۲۵-۴-۲. مقایسه خصوصیات کشندگی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۴۳
۲۵-۴-۳. اثر پس آنتی‌بیوتیکی (PAE).....	۳۴۳
۲۵-۵. تست حساسیت (Susceptibility).....	۳۴۳
۲۵-۶. اجماع پارامترهای فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک.....	۳۴۳
۲۵-۷. خصوصیات فارماکوکینتیک- فارماکودینامیک آنتی‌بیوتیک‌های مختلف.....	۳۴۴
۲۵-۷-۱. بتالاکتام‌ها.....	۳۴۴
۲۵-۷-۲. گلیکوپپتیدها.....	۳۴۴
۲۵-۷-۳. فلوروکینولون‌ها.....	۳۴۴
منابع:.....	۳۴۶
فصل ۲۶.....	۳۴۷
تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها در بیماران بدحال.....	۳۴۷
۲۶-۱. خصوصیات فارماکودینامیکی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۴۸
۲۶-۲. ویژگی‌های ذاتی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۵۰
۲۶-۲-۱. مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک دخیل در تغییر خصوصیات آنتی‌بیوتیک‌ها در بیماران بدحال.....	۳۵۰
۲۶-۲-۲. نفوذ بافتی آنتی‌بیوتیک‌ها.....	۳۵۰
۲۶-۳. شرایط پاتوفیزیولوژیک مؤثر بر فارماکوکینتیک آنتی‌بیوتیک‌ها در بیماران بدحال.....	۳۵۱

۳۵۱	۲۶-۳-۱. ادم
۳۵۱	۲۶-۳-۲. مایع درمانی یا تغذیه وریدی
۳۵۱	۲۶-۳-۳. پلورال افیوژن
۳۵۲	۲۶-۳-۴. آسیت و اغزودای پریتونال
۳۵۲	۲۶-۳-۵. مدیاستینیت
۳۵۲	۲۶-۳-۶. درناژ پس از جراحی
۳۵۲	۲۶-۳-۷. هایپوآلبومینمی
۳۵۳	۲۶-۴. افزایش کلیرانس کلیوی آنتی بیوتیک‌ها
۳۵۳	۲۶-۴-۱. سوختگی
۳۵۳	۲۶-۴-۲. شرایط هیپرینامیک
۳۵۳	۲۶-۴-۳. داروهایی که از احاطه همودینامیکی فعال هستند
۳۵۴	۲۶-۴-۴. لوکمی حاد (Acute Leukaemia)
۳۵۴	۲۶-۴-۵. سوء مصرف مواد مخدر (Drug abuse)
۳۵۴	۲۶-۵. کاهش کلیرانس کلیوی آنتی بیوتیک‌ها
۳۵۴	۲۶-۵-۱. نارسایی کلیه (Renal failure)
۳۵۵	۲۶-۵-۲. کاهش توده عضلانی
۳۵۵	۲۶-۶. خصوصیات فارماکوکینتیک-فارماکودینامیک آنتی بیوتیک‌های مختلف
۳۵۵	۲۶-۶-۱. آمینوگلیکوزیدها
۳۵۶	۲۶-۶-۲. بتالاکتام‌ها
۳۵۶	۲۶-۶-۳. کارباپنم‌ها
۳۵۶	۲۶-۶-۴. گلیکوپتیدها
۳۵۶	۲۶-۶-۵. فلوروکینولون‌ها
۳۵۷	۲۶-۶-۶. لینزولید
۳۵۸	۲۶-۶-۷. تایگسیکلین
۳۵۸	۲۶-۶-۸. LINCOSAMIDES
۳۵۸	۲۶-۶-۹. Colistin
۳۵۹	۲۶-۷. ملاحظات کلی در مورد دوزبندی آنتی بیوتیک‌ها
۳۶۰	منابع:
۳۶۱	فصل ۲۷
۳۶۱	درمان عفونت‌های ناشی از ارگانسم‌های گرم مثبت
۳۶۱	۲۷-۱. استافیلوکوک کوآگولاز منفی
۳۶۱	۲۷-۱-۱. پاتوژنز
۳۶۲	۲۷-۱-۲. تشخیص عفونت از آلودگی
۳۶۲	۲۷-۱-۳. مقاومت آنتی بیوتیکی
۳۶۳	۲۷-۱-۴. درمان
۳۶۵	۲۷-۱-۵. پیشگیری
۳۶۵	۲۷-۲. استافیلوکوک اورئوس
۳۶۵	۲۷-۲-۱. ساختار ژنومی استافیلوکوک اورئوس
۳۶۶	۲۷-۲-۲. میکروبیولوژی
۳۶۶	۲۷-۲-۳. مقاومت به متی سیلین
۳۶۸	۲۷-۲-۴. مقاومت به وانکومایسین

۳۷۰	 ۲۷-۲-۵. درمان برخی از عفونت‌های خاص ناشی از MRSA
۳۷۱	 ۲۷-۲-۶. دکلونیزاسیون
۳۷۲	 ۲۷-۲-۷. شست و شوی زخم
۳۷۲	 ۲۷-۲-۸. پاک کردن محیط
۳۷۲	 ۲۷-۲-۹. تغییرات استفاده از آنتی‌بیوتیک
۳۷۲	 ۲۷-۳. آنتروکوک
۳۷۲	 ۲۷-۳-۱. مقاومت در آنتروکوک
۳۷۳	 ۲۷-۳-۲. مقاومت به آمپی سیلین
۳۷۳	 ۲۷-۳-۳. مقاومت به آمینوگلیکوزید
۳۷۳	 ۲۷-۳-۴. مقاومت به وانکومایسین
۳۷۴	 ۲۷-۳-۵. مقاومت به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها
۳۷۵	 ۲۷-۳-۶. درمان
۳۷۷	 ۲۷-۳-۷. پیشگیری و کنترل عفونت
۳۷۸	 منابع
۳۷۹	 فصل ۲۸
۳۷۹	 درمان عفونت‌های ناشی از ارگانیزم‌های گرم منفی مقاوم
۳۷۹	 ۲۸-۱. <i>Acinetobacter baumannii</i>
۳۷۹	 ۲۸-۱-۱. ریسک فاکتورها
۳۷۹	 ۲۸-۱-۲. مقاومت به بتالاکتام‌ها
۳۸۱	 ۲۸-۱-۳. مقاومت به تتراسیکلین‌ها و گلیسیکلین‌ها (Glycyclines)
۳۸۲	 ۲۸-۲. سودومونا
۳۸۵	 ۲۸-۳. درمان موارد مقاوم آسینتوباکتر و سودومونا
۳۸۷	 ۲۸-۴. آنتروباکتریاسه مقاوم
۳۹۰	 ۲۸-۴-۳. Amp C beta-lactamase
۳۹۱	 منابع
۳۹۲	 فصل ۲۹
۳۹۲	 تجویز داخل نخاعی، داخل بطنی و آنروسولی آنتی‌بیوتیک‌ها
۳۹۲	 ۲۹-۱. تجویز داخل نخاعی آنتی‌بیوتیک‌ها
۳۹۲	 ۲۹-۲. تجویز داخل بطنی آنتی‌بیوتیک‌ها
	 ۲۹-۳. تجویز آنروسولی آنتی‌بیوتیک‌ها ۳۹۴
۳۹۳	 ۲۹-۳-۱. داروهای آنتی‌باکتریال آنروسولی
۳۹۵	 منابع
۳۹۶	 فصل ۳۰
۳۹۶	 تبدیل فرم تزریقی آنتی‌بیوتیک‌ها به فرم خوراکی
۳۹۷	 ۳۰-۱. تبدیل دوز داروهای (پر مصرف) وریدی به خوراکی
۳۹۷	 ۳۰-۱-۱. کلیندامایسین
۳۹۸	 ۳۰-۱-۲. سیپروفلوکساسین
۳۹۸	 ۳۰-۱-۳. مترونیدازول
۳۹۸	 ۳۰-۱-۴. جنتامایسین

۳۹۸	۳۰-۱-۵. پنی سیلین
۳۹۸	۳۰-۱-۶. وانکومايسين
۳۹۸	۳۰-۱-۷. سفازولين
۳۹۸	۳۰-۱-۸. رانيتيدین
۳۹۸	۳۰-۱-۹. فنی توئین
۳۹۹	۳۰-۱-۱۰. متوکلوپرامید
۴۰۲	منابع:

فصل ۳۱..... ۴۰۳

۴۰۳	سمیت کبدی ناشی از آنتی بیوتیک ها
۴۰۵	۳۱-۲. نقش آنزیم های کبدی در پایش آسیب کبدی
۴۰۶	۳۱-۳. آنزیم های نشانگر آسیب ها
۴۰۶	۳۱-۳-۱. آمینو ترانسفرازها (ترانس آمینازها)
۴۰۷	۳۱-۳-۲. لاکتات دهیدروژناز
۴۰۷	۳۱-۳-۳. گلوتامات دهیدروژناز
۴۰۸	۳۱-۳-۴. ایزوسیترات دهیدروژناز
۴۰۸	۳۱-۳-۵. سوربیتول دهیدروژناز
۴۰۸	۳۱-۴. آنزیم های نشانگر کلستاز
۴۰۸	۳۱-۴-۱. آلکالن فسفاتاز
۴۱۱	۳۱-۴-۲. آنزیم 5'-Nucleotidase
۴۱۱	۳۱-۴-۳. گاما گلوتامیل ترانس پپتیداز (GGT)
۴۱۲	۳۱-۵. شناسایی آسیب کبدی ناشی از آنتی بیوتیک
۴۱۲	۳۱-۵-۱. علائم و نشانه های هپاتوتوکسیسیته
۴۱۲	۳۱-۵-۲. ریسک فاکتورها
۴۱۲	۳۱-۵-۳. تشخیص سریع
۴۱۳	۳۱-۵-۴. فاصله زمانی بین شروع مصرف آنتی بیوتیک و آسیب کبدی
۴۱۳	۳۱-۶. ارزیابی علت دارویی آسیب کبدی
۴۱۴	۳۱-۷. درمان بیماران مبتلا به عارضه کبدی ناشی از داروها
۴۱۵	۳۱-۸. سمیت کبدی آنتی بیوتیک ها
۴۱۵	۳۱-۸-۱. آنتی باکتریال ها
۴۱۵	۳۱-۸-۲. داروهای ضد مایکوباکتریوم
۴۱۸	۳۱-۸-۳. داروهای ضد قارچ
۴۲۰	۳۱-۸-۴. داروهای ضد ویروس
۴۲۲	۳۱-۸-۵. داروهای ضد انگل
۴۲۳	۳۱-۹. پایش تست های کبدی
۴۲۳	منابع:

فصل ۳۲..... ۴۲۵

۴۲۵	تنظیم دوز آنتی بیوتیک ها در نارسایی کبدی
۴۲۶	۳۲-۱. کلیرانس کبدی
۴۲۶	۳۲-۲. داروهای با extraction کبدی بالا
۴۲۷	۳۲-۳. داروهای با extraction کبدی پایین

۴۲۷	۳۲-۳-۱. داروهای با extraction کبدی پایین و اتصال کم به آلبومین (کمتر از ۹۰٪).....
۴۲۸	۳۲-۳-۲. داروهای با extraction کبدی پایین و اتصال بالا به آلبومین (بیشتر از ۹۰٪).....
۴۲۹	۳۲-۴. داروهای با extraction کبدی متوسط.....
۴۲۹	۳۲-۵. بیماران کلستاتیک.....
۴۳۰	منابع:.....
۴۳۱	فصل ۳۳.....
۴۳۱	تنظیم دوز آنتی‌بیوتیک‌ها در چاقی.....
۴۳۲	۳۳-۱. تخمین متغیرهای فارماکوکینتیک در بیماران چاق.....
۴۳۲	۳۳-۲. حجم توزیع (Vd).....
۴۳۳	۳۳-۳. کلیرانس (CL).....
۴۳۴	۳۳-۴. فارماکوکینتیک آنتی‌بیوتیک‌ها در بیماران چاق.....
۴۳۴	۳۳-۴-۱. آمینوگلیکوزیدها.....
۴۳۵	۳۳-۴-۲. وانکومایسین.....
۴۳۶	منابع:.....
۴۳۷	فصل ۳۴.....
۴۳۷	نفوذ آنتی‌بیوتیک‌ها به استخوان.....
۴۳۸	۳۴-۱. عوامل مؤثر بر نفوذ آنتی‌بیوتیک‌ها به استخوان.....
۴۳۸	۳۴-۱-۱. بستر عروقی استخوان.....
۴۳۸	۳۴-۱-۲. نوع بافت استخوانی.....
۴۳۸	۳۴-۱-۳. اتصال به مواد غیر آلی استخوان (هیدروکسی آپاتیت).....
۴۳۸	۳۴-۲. میزان نفوذ آنتی‌بیوتیک‌های مختلف به استخوان.....
۴۳۸	۳۴-۲-۱. بتالاکتام‌ها.....
۴۳۹	۳۴-۲-۲. پنی‌سیلین‌ها.....
۴۳۹	۳۴-۲-۳. پنی‌سیلین‌ها/ مهارکننده‌های بتالاکتاماز.....
۴۳۹	۳۴-۲-۴. سفالوسپورین‌ها.....
۴۴۰	۳۴-۲-۵. کارباپنم‌ها.....
۴۴۰	۳۴-۲-۶. آمینوگلیکوزیدها.....
۴۴۱	۳۴-۲-۷. مونوباکتام‌ها.....
۴۴۱	۳۴-۲-۸. ریفامایسین‌ها.....
۴۴۱	۳۴-۲-۹. فلوروکینولون‌ها.....
۴۴۱	۳۴-۲-۱۰. لینکوزامیدها.....
۴۴۲	۳۴-۲-۱۱. نیتروایمیدازول‌ها.....
۴۴۲	۳۴-۲-۱۲. ماکرولیدها.....
۴۴۲	۳۴-۲-۱۳. تایگسیکلین و تتراسیکلین‌ها.....
۴۴۲	۳۴-۲-۱۴. لینزولید.....
۴۴۲	۳۴-۲-۱۵. گلیکوپپتیدها.....
۴۴۳	منابع:.....
۴۴۴	فصل ۳۵.....
۴۴۴	نفوذ آنتی‌بیوتیک‌ها به سیستم تنفسی.....

۴۴۴	۳۵-۱. عوامل مؤثر در نفوذ آنتی‌بیوتیک‌ها به سیستم تنفسی
۴۴۵	۳۵-۲. میزان نفوذ دسته‌های مختلف آنتی‌بیوتیکی به داخل بافت ریه
۴۴۵	۳۵-۲-۱. پنی‌سیلین‌ها و سفالوسپورین‌های خوراکی
۴۴۵	۳۵-۲-۲. پنی‌سیلین‌ها و سفالوسپورین‌های تزریقی
۴۴۵	۳۵-۲-۳. کارباپنم‌ها
۴۴۶	۳۵-۲-۴. ماکرولیدها
۴۴۶	۳۵-۲-۵. فلوروکینولون‌ها
۴۴۶	۳۵-۲-۶. آمینوگلیکوزیدها
۴۴۷	۳۵-۲-۷. گلیکوپپتیدها
۴۴۷	۳۵-۲-۸. عوامل ضد باکتریال متفرقه
۴۴۸	منابع:
۴۴۹	فصل ۳۶
۴۴۹	نفوذ وانکومایسین به بافت‌های عفونی
۴۵۰	۳۶-۱. نفوذ وانکومایسین به ریه
۴۵۰	۳۶-۲. نفوذ وانکومایسین به مننژ
۴۵۱	۳۶-۳. نفوذ وانکومایسین به بافت قلب
۴۵۱	۳۶-۴. نفوذ وانکومایسین به استخوان
۴۵۱	۳۶-۵. نفوذ وانکومایسین به بافت نرم
۴۵۲	منابع:
۴۵۳	فصل ۳۷
۴۵۳	نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت‌های عفونی
۴۵۳	۳۷-۱. عوامل تعیین کننده میزان نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت‌های عفونی
۴۵۳	۳۷-۱-۱. محل عفونت
۴۵۴	۳۷-۱-۲. خصوصیات فیزیکوشیمیایی آمینوگلیکوزیدها
۴۵۴	۳۷-۱-۳. تجمع و اتصال بافتی
۴۵۴	۳۷-۱-۴. اتصال پروتئینی
۴۵۵	۳۷-۱-۵. انتشار ساده از طریق غشاء
۴۵۵	۳۷-۱-۶. گردش خون موضعی
۴۵۵	۳۷-۲. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت‌های مختلف
۴۵۵	۳۷-۲-۱. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به CSF
۴۵۶	۳۷-۲-۲. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت ریه
۴۵۸	۳۷-۲-۳. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت قلب
۴۵۹	۳۷-۲-۴. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت استخوانی و مفصلی
۴۶۰	۳۷-۲-۵. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به مایع پریتونئ
۴۶۰	۳۷-۲-۶. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به بافت پانکراس
۴۶۰	۳۷-۲-۷. نفوذ آمینوگلیکوزیدها به مایعات چشمی
۴۶۱	منابع:
۴۶۲	فصل ۳۸
۴۶۲	دوزاز آمینوگلیکوزیدها

۴۶۲	ویژگی‌های فارماکوکینتیکی
۴۶۳	۳۸-۲. ویژگی‌های فارماکودینامیکی
۴۶۳	۳۸-۳. حرکت به سمت مصرف یکبار در روز (Extended-interval)
۴۶۴	۳۸-۴. روش‌های دوزینگ در عفونت‌های متداول
۴۶۴	۳۸-۴-۱. دوزاژ آمینوگلیکوزیدها بر اساس سن
۴۶۵	۳۸-۴-۲. دوزاژ آمینوگلیکوزیدها بر اساس وزن
۴۶۵	۳۸-۵. مانیتورینگ
۴۶۵	۳۸-۵-۱. روش یک سطحی
۴۶۶	۳۸-۵-۲. روش سطح زیر منحنی (AUC)
۴۶۶	۳۸-۵-۳. روش‌های Bayesian
۴۶۶	منابع
۴۶۸	فصل ۳۹
۴۶۸	سمیت آمینوگلیکوزیدها
۴۶۸	۳۹-۱. انتقال کلیوی آمینوگلیکوزیدها
۴۶۹	۳۹-۲. تظاهرات بالینی سمیت کلیوی
۴۶۹	۳۹-۲-۱. آسیب حاد کلیوی غیر اولیگوریک
۴۶۹	۳۹-۲-۳. تغییرات الکترولیتی
۴۷۰	۳۹-۳. ریسک فاکتورهای سمیت کلیوی
۴۷۱	۳۹-۳-۴. کاهش حجم مؤثر
۴۷۱	۳۹-۳-۵. سپسیس (Sepsis)
۴۷۱	۳۹-۳-۶. سایر داروهای مورد مصرف
۴۷۲	۳۹-۳-۷. غلظت‌های پلاسمایی افزایش یافته دارو
۴۷۲	۳۹-۳-۸. نوع آمینوگلیکوزید
۴۷۳	۳۹-۳-۹. فواصل تجویز دوز
۴۷۳	۳۹-۴. پیشگیری
۴۷۳	۳۹-۴-۱. استراتژی‌های بالینی
۴۷۳	۳۹-۴-۲. ترکیبات کمک کننده
۴۷۴	۳۹-۵. سمیت شنوایی آمینوگلیکوزیدها
۴۷۴	۳۹-۵-۱. پاتوژنز
۴۷۴	۳۹-۵-۲. پیشگیری از سمیت شنوایی
۴۷۵	منابع
۴۷۶	فصل ۴۰
۴۷۶	سمیت وانکومایسین
۴۷۷	۴۰-۱. سمیت کلیوی (Nephrotoxicity)
۴۷۷	۴۰-۱-۱. تعریف و پاتوژنز
۴۷۸	۴۰-۱-۲. نقش پایش درمانی دارو در پیشگیری از سمیت کلیوی
۴۷۹	۴۰-۲. سمیت شنوایی (Ototoxicity)
۴۷۹	۴۰-۲-۱. تعریف و پاتوژنز
۴۷۹	۴۰-۲-۲. نقش پایش درمانی دارو در پیشگیری از کاهش شنوایی ناشی از وانکومایسین
۴۸۰	منابع

ضمائم ۴۸۱

جداول راهنما ۴۸۱

www.ketab.ir

فهرست اختصارات

ABW	Actual Body Weight
ABW	Adjusted Body Weight
ACCP	American College of Chest Physicians
ACD	Anemia of Chronic Diseases
ACEI	Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor
ACTH	Adreno-corticotrophic Hormone
ADA	American Diabetic Association
ADH	Anti-diuretic Hormone
ADI	Adequate Dietary Intake
ADQI	Acute Dialysis Quality Initiative
AERD	Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease
agr	Accessory gene regulator
AHA	American Heart Association
AI	Adequate Intake
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIN	Acute Interstitial Nephritis
AKI	Acute Kidney Injury
ALF	Alveolar Lining Fluid
ALP	Alkaline Phosphatase
ALT	Alanine aminotransferase
ANA	Anti-Nuclear Antibody
ANC	Absolute Neutrophil Count
aPTT	activated Partial Thromboplastin Time
ARB	Angiotensin-II Receptor Blocker
ARF	Acute Renal Failure
ART	Antiretroviral Therapy
AST	Aspartate aminotransferase
ATN	Acute Tubular Necrosis
ATP	Adenosine Tri-phosphate
ATS	American Thoracic Society
AUC	Area Under the (concentration-time) Curve
AVP	Arginine Vasopressin
BAL	Broncho-alveolar Lavage
BBB	Brain Blood Barrier
BEE	Basal Energy Expenditure
BMD	Bone Mineral Density
BMI	Body Mass Index
BSA	Body Surface Area
BUN	Blood Urea Nitrogen
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
CA-MRSA	Community-acquired Staphylococcus aureus
CAPD	Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis
CBC	Complete Blood Count
CBG	Corticosteroid-Binding Globulin
CCB	Calcium Channel Blocker
CD	Cluster of Differentiation

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CF	Cystic Fibrosis
CGU	Colony Forming Unit
C-G	Cockcroft-Gault equation
CHF	Congestive Heart Failure
CKD	Chronic Kidney Disease
CL	Clearance
Clcr	Creatinine Clearance
CLSI	Clinical and Laboratory Standards Institute
Cmax	Peak serum concentration
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CNS	Coagulase-Negative Staphylococcus
COX	Cyclo-oxygenase
CPR	Cardio-pulmonary Resuscitation
CRH	Corticotropin Releasing Hormone
CRP	C-reactive Protein
CSF	Cerebro-spinal Fluid
CVI	Central Venous Line
CXR	Chest X-Ray
CYP2C19	Cytochrome P450
DAST-10	Drug Abuse Screening Test
DI	Diabetes Insipidus
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation
DKA	Diabetic Ketoacidosis
DM	Diabetes Mellitus
DMARD	Disease-Modifying Anti-rheumatic Drugs
DMDZ	Desmethyl-diazepam
DPN	Diabetic Peripheral Neuropathy
DRESS	Drug Rash with Eosinophilia Symptoms
DV	Daily Value
DVT	Deep Vein Thrombosis
DW5	Dextrose Water 5%
EBV	Epstein-Barr Virus
ECF	Extracellular Fluid
ECG	Electrocardiogram/Electrocardiography
EDTA	Ethylene-diamine tetra-acetic acid
ELF	Epithelial Lining Fluid
EMEA	Europe, The Middle East and Africa
EN	Enteral Nutrition
EPIC	Early Prophylaxis Immunologic Challenge
EPO	Erythropoietin
ESA	Erythropoiesis Stimulating Agent
ESBL	Extended Spectrum Beta Lactamase
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate
ESRD	End-stage Renal Disease
FG	Fencher Glass (or NYFA)
FDA	(American) Food and Drug Administration
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool
G6PD	Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase
CCSF	Granulocyte Colony-Stimulating Factor
GERD	Gastro-esophageal Reflux Disease
GR	Glomerular Filtration Rate
GGT	Gamma Glutamyl Transpeptidase

GISA	Glycopeptide-Intermediate <i>Staphylococcus aureus</i>
HAD	Hemodynamically Active Drugs
Hct	Hematocrit
Hgb	Hemoglobin
HIT	Heparin-induced Thrombocytopenia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPA	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal
HPV	Human Papillomavirus
HSR	Hyper-sensitivity Reaction
HSV	Herpes Simplex Virus
HUS	Hemolytic Uremic Syndrome
IBD	Inflammatory Bowel Disease
IBW	Ideal Body Weight
ICP	Intracranial Pressure
ICU	Intensive Care Unit
IDSA	Infectious Diseases Society of America
IM	Intra-muscular
INR	International Normalized Ratio
ISI	International Sensitivity Index
IT	Intra-theal
ITP	Idiopathic Thrombocytopenic-Purpura
IV	Intra-venous
JCAS	Joint Commission Accreditation Standards
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
KVO	Keep Vein Open
LBM	Lean Body Mass
LBW	Lean Body Weight
LD	Loading Dose
LMWH	Low Molecular Weight Heparin
MAOI	Monoamine Oxidase Inhibitor
MBC	Minimum Bactericidal Concentration
MBL	Metallo beta lactamase
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin
MCT	Medium-chain Triglyceride
MCV	Mean Corpuscular Volume
MD	Maintenance Dose
MDR	Multi-Drug Resistance
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
MIC	Minimum Inhibitory Concentration
MM	Multiple Myeloma
MMR	Measles, Mumps, Rubella
MMSE	Mini-Mental State Examination
MODS	Multi-Organ Dysfunction Syndrome
MRSA	Methicillin-Resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
MSSA	Methicillin-Sensitive <i>Staphylococcus aureus</i>
NAC	N-acetylcysteine
NADP	Nicotinamide Adenine Dinucleotide Phosphate
NG	Nasogastric
NMS	Neuroleptic Malignant syndrome
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NP	Neuropathic Pain
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug
NYHA	New York Heart Association

OB	Occult Blood
OCP	Oral Contraceptives
OPAT	Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy
ORS	Oral Rehydration Salts
OTC	Over-the-Counter
PAE	Post-Antimicrobial Effect
PB	Protein Binding
PBP	Penicillin Binding Protein
PCM	Protein-Calorie Malnutrition
PCP	Pneumocystis carinii Pneumonia
PCR	Polymerase Chain Reaction
PD	Pharmacodynamics
PE	Pulmonary Embolism
PHN	Post-Herpetic Neuralgia
PI	Protease Inhibitor
PK	Pharmacokinetics
PKU	Phenylketonuria
PN	Parenteral Nutrition
PNI	Predictive performance of Nutritional Indicators
PPD	Purified Protein Derivative
PPI	Proton Pump Inhibitor
PR	Pulse Rate
pRIFLE	Pediatric RIFLE
PT	Prothrombin Time
PTH	Para-thyroid Hormone
PTP	Post-Transfusion Purpura
PTT	Partial Thromboplastin Time
PTU	Propylthiouracil
PUD	Peptic Ulcer Disease
PVL	Panton-Valentine Leukocidin
RBC	Red Blood Cell
RCT	Randomized Clinical Trial
RDA	Recommended Daily Allowance
rhEPO	Recombinant human erythropoietin
RRT	Renal Replacement Therapy
RSV	Respiratory Syncytial Virus
RTA	Renal Tubular Acidosis
SC	Sub-cutaneous
SCFA	Short-Chain Fatty Acids
SGA	Subjective Global Assessment
SGOT	Serum Glutamic-Oxaloacetic Transaminase
SGPT	Serum Glutamic-Pyruvic Transaminase
SIADH	Syndrome of Inappropriate ADH secretion
SLE	Systemic Lupus Erythematosus
SNRI	Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor
SR	Sustained-release
SS	Steady State
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
STEMI	ST Elevated Myocardial Infarction
SVC	Superior Vena Cava
TB	Tuberculosis
TBW	Total Body Weight
TCA	Tricyclic Antidepressant
TDM	Therapeutic Drug Monitoring

TEN	Toxic Epidermal Necrolysis
TIA	Transient Ischemic Attack
TIBC	Total Iron-Binding Capacity
TLS	Tumor Lysis Syndrome
TMP/SMX	Trimethoprim-Sulfamethoxazole
TNF	Tumor Necrosis Factor
TPN	Total Parenteral Nutrition
TRALI	Transfusion-Related Acute Lung Injury
TTP	Thrombotic Thrombocytopenic Purpura
TURP	Trans-Urethral Resection of the Prostate
UA	Urinalysis
UFH	Unfractionated Heparin
ULN	Upper Limit of Normal
Vd	Volume of distribution
VDE	Vancomycin-Dependent Enterococcus
VISA	Vancomycin-Intermediate <i>Staphylococcus aureus</i>
VKA	Vitamin K Antagonists
VRE	Vancomycin-Resistant Enterococcus
VRSA	Vancomycin-Resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
VTE	Venous Thromboembolism
WHO	World Health Organization
XR	Extended-Release