

2021 药师执业

考点梳理 ☆ 易考重点 ↓ 高频考点 ⚡ 易错考点

金英杰医学 JINYINGJIE.COM 直播学院

考点总结

高频考点 100 个

考点总结： 蒸丁
涵盖内容： 西药综
考点选自： 王牌直播课王牌直播学员
适用考生： _____



上课通知
金英杰直播 智慧学习“医”学就会

—— 王牌直播 专属内部资料 ——
拼一载春秋 博一生无悔

考点 1: 药学服务的对象

——广大公众

①患者及家属 ②医护人员和卫生工作者 ③药品消费者 ④健康人群

——尤为重要的人群包括:

用药: 时间长、复杂、不佳、不良反应、治疗窗窄 **特殊:** 人群、剂型、给药途径

——特殊人群:

特殊体质、过敏体质、小儿、老年人、妊娠及哺乳期妇女、肝肾功能不全者、血液透析者、听障视障人士等

考点 2: 药学服务的新进展

一、药物重整

主要流程

1. 收集用药清单 2. 核对及重整 3. 分享完整用药清单

注意事项: 贯穿于老年人慢性病管控的整个过程

二、药物治疗管理

三、个体化药物治疗

四、循证医学的应用

五、药物警戒

六、药物评价——质量、有效性、安全性、经济性

考点 3: 用药咨询

一、护士用药咨询——药物的适宜溶剂

不宜选用氯化钠注射液溶解的药品: 奥沙利铂、洛铂、吡柔比星、氟罗沙星、多烯磷脂酰胆碱、两性霉素 B、红霉素、哌库溴铵、卡铂、门冬酰胺酶、普拉睾酮

不宜选用葡萄糖注射液溶解的药品: 青霉素、大多数头孢菌素类、阿昔洛韦、瑞替普酶、苯妥英钠、奈达铂、蔗糖铁、羟喜树碱、博来霉素、顺铂、环磷酰胺、PPI (××拉唑)、依托泊苷、替尼泊苷、呋塞米、米力农、卡泊芬净

不宜选用含钙注射液溶解的药品 (形成白色沉淀): 头孢曲松、帕米膦酸二钠、二磷酸果糖、阿糖腺苷

二、护士用药咨询——药物的稀释容积

1. 氯化钾

①切忌直接静脉注射 ②静脉滴注时浓度不宜超过 0.2%~0.4% (0.3%, 40mmol/L), 心律失常可用 0.6%~0.7% ③滴速不可快→不超过 750 mg/h (10 mmol/h) ④尿量大于 40ml/h 才

直播笔记 (直播习题) 奋斗没有终点, 任何时候都是一个起点

能补钾

2. 地诺前列素

3. 氢化可的松琥珀酸钠

考点 4: 处方的种类

处方种类	颜色	右上角
普通处方	白色	
急诊处方	淡黄色	急诊
儿科处方	淡绿色	儿科
麻醉药品、第一类精神药品	淡红色	麻、精一
第二类精神药品	白色	精二

考点 5: 处方调剂操作规程

“四查十对”原则

- 查处方，对科别、姓名、年龄——查药品，对药名、剂型、规格、数量
- 查配伍禁忌，对药品性状、用法用量——查用药合理性，对临床诊断

考点 6: 审核结果

审核结果判读		
合理处方		
不合理处方	不规范处方	该写的没写，不按照要求写，写得不清楚，未按照规定开具抗菌药处方
	不适宜处方	“不适宜”、用药与诊断不相符、未皮试、重复给药、配伍禁忌、用药禁忌、 无正当理由 不首选国家基本药物
	不适宜处方	无适应证用药， 无正当理由 开高价药、超说明书用药、同一患者开 2 种以上作用机制相同的药

考点 7: 药品的使用方法与用药指导

时辰药理学示例

血压	构型	一峰一谷	清晨
		两峰一谷	bid. (清晨、下午 2 时)
	非构型		睡前
胆固醇夜间合成			他汀类 hs.
胃酸 14 点~1 点高			西咪替丁 hs.
胰岛素			每日 50IU
糖皮质激素 7 点~8 点 max			早 8 点给药
哮喘凌晨高发			平喘药 hs.; 氨茶碱早 7 点
氨基糖苷类夜间毒性大			白高夜低
维生素 B ₂ 在小肠上段吸收			餐后

考点 8: 药源性疾病临床表现及防治

药源性胃肠道疾病	消化道溃疡及出血	非甾体抗炎药、利血平、呋塞米、依他尼酸、维生素 D
	恶心、呕吐	硫酸亚铁、丙戊酸钠、氨茶碱、抗肿瘤药
	肠蠕动减慢甚至肠麻痹	抗胆碱药、抗组胺药、抗精神病药、三环类抗抑郁药
	缺血性结肠炎	阿洛司琼
		对乙酰氨基酚、尼美舒利、丙戊酸钠、他汀类、丙硫氧

药源性肝脏疾病	嘧啶、酯化红霉素、抗真菌药（唑类）、异烟肼、利福平、乙醇	
药源性肾脏疾病	氨基糖苷类（直接肾毒性）、阿昔洛韦（结晶）、顺铂、非甾体抗炎药（抑制肾脏 COX, 使 PGs ↓）、去甲肾上腺素（收缩肾血管）、马兜铃酸（肾间质纤维化）、一、二代头孢菌素类、磺胺类、喹诺酮类、多肽类、两性霉素 B	
药源性血液疾病	磺胺类、非甾体抗炎药——再障、粒细胞减少、溶血性贫血 氯霉素、硫脲类——再障、粒细胞减少 环磷酰胺、甲氨蝶呤、肝素——血小板减少	
药源性神经疾病	锥体外系反应	氯丙嗪、甲氧氯普胺
	癫痫发作	中枢兴奋药（哌甲酯、茶碱、咖啡因、可卡因）、吡哆美辛、右美沙芬、碳青霉烯类（培南）、喹诺酮类（沙星）、林旦、糖皮质激素、金刚烷胺、麻黄碱
	听神经障碍	氨基糖苷类、呋塞米、依他尼酸、糖肽类、氯喹、奎宁

考点 9：老年人药动学和药效学特点

1. 对中枢神经系统药物的敏感性增高
2. 对肝素、口服抗凝血药的敏感性增高
3. 对利尿药、抗高血压药的敏感性增高
4. 对 β 受体激动剂与阻断剂的敏感性降低
5. 个体差异大

考点 10：妊娠期妇女用药

药物对妊娠期不同阶段胎儿的影响

时期		药物对胎儿影响
妊娠早期	受精后 18 天（3 个周）内	全或无，不致畸
	受精后 3 周至 3 个月（12 周末之前）	胚胎器官和脏器的分化时期，是药物致畸敏感期（3~5 周高敏期）
胎儿形成期	妊娠中晚期（13 周以后至足月）	牙、中枢神经系统或女性生殖系统发育迟缓或功能异常

药物妊娠毒性分级

A 级：最安全；B 级：相对安全；C 级：利 > 弊才用
D 级：对人类胎儿已见危害，但绝对有利，可应用；X 级：应禁用

考点 11：常用药物对乳儿的影响

1. 大环内酯类：100%进乳汁
2. 喹诺酮类：骨关节潜在危害
3. 磺胺类：新生儿胆红素脑病
4. 氯霉素：灰婴综合征
5. 格列喹酮：新生儿黄疸
6. 口服避孕药 → 乳儿出现易激惹、尖叫、惊厥
7. 卡托普利（巯基） → 骨髓抑制

考点 12：新生儿用药

一、新生儿药动学特点

白细胞分类计数

【意义】

1. 细菌感染：中性粒细胞↑
2. 脾亢、氯霉素、吲哚美辛、硫脲类、抗肿瘤药：中性粒细胞↓
3. 病毒感染、百日咳、肺结核：淋巴细胞↑
4. 过敏性疾病、头孢呋辛、头孢氨苄、头孢拉定、头孢哌酮：嗜酸性粒细胞↑
5. 糖皮质激素：红细胞、血小板、中性粒细胞↑；淋巴细胞、嗜酸性粒细胞↓ 血小板（PLT）

计数减少：药物（氯霉素、抗血小板药和抗凝血药、抗肿瘤药、磺胺类）、DIC

考点 16：粪常规检查

一、粪外观——药物影响

1. 药用炭、铋制剂、铁制剂、中草药：无光泽的灰黑色
2. 大黄、番泻叶：黄色
3. 保泰松、水杨酸钠：红至黑色
4. 利福平：橘红至红色
5. 抗凝血药华法林：变红

二、临床意义

1. 黄绿色稀便并含有膜状物：伪膜性肠炎
2. 米泔水样便：霍乱、副霍乱
3. 脓血便：细菌性痢疾（以脓为主）、溃疡性结肠炎、直肠或结肠癌（以血为主）、阿米巴痢疾（暗红果酱色）
4. 鲜血便：下消化道出血（痔疮等）
5. 柏油便黑色有光泽：上消化道出血
6. 白陶土便：阻塞性黄疸
7. 乳凝块便：脂肪和酪蛋白消化不良
8. 细条便：直肠癌

三、粪隐血：阴性

四、粪便细胞显微镜检查

名称	临床意义
红细胞	痢疾、溃疡性结肠炎、结肠癌
白细胞	肠道炎症（细菌性痢疾、溃疡性结肠炎）
吞噬细胞	急性肠炎、痢疾
上皮细胞	肠壁炎症（伪膜性肠炎）
真菌	大量长期应用广谱抗生素

考点 17：肝功能检查指标

一、ALT（主要分布于肝）与 AST（主要分布于心肌）

1. 正常值参考范围：<40U/L
2. 升高：
 - ①肝胆疾病损伤（呈正相关）
 - ②药物：他汀类、异烟肼、利福平、酯化红霉素、抗真菌药
 - ③急性心肌梗死（AST升高）
3. AST/ALT<1：急性肝炎
4. AST/ALT 比值越高，肝脏病变越慢性化

二、γ-谷氨酰转移酶（GGT）

1. 以肾脏最高

2. 升高：①肝胆疾病：肝内或肝后胆管梗阻 ②胰腺疾病

三、碱性磷酸酶（ALP）

升高：①肝胆疾病；②骨骼疾病（唯一）；③他汀类

四、总蛋白（TP）、白蛋白（A）、球蛋白（G）

1. 球蛋白：20~30g/L；A/G 比值：1.5~2.5:1

2. A/G<1：慢性肝炎、肝硬化、肾病综合征

3. A/G 比值持续倒置：预后较差

考点 18：其他常用血生化检查

一、淀粉酶：用于急性胰腺炎诊断，但与病情不成正比

二、肌酸激酶（CK）

CK-MB↑：急性心肌梗死；CK-BB↑：脑部；CK-MM↑：骨骼肌

应用他汀类或合用贝丁酸类，CK↑

三、心肌肌钙蛋白（cTn）

1. cTnT>0.5 μg/L 可诊断为急性心肌梗死；cTnI>1.5 μg/L 为临界值

2. 急性心肌炎→cTnI 呈低水平增高

3. cTnT 预测肾衰竭患者的心血管不良事件发生率

四、糖尿病检查项目

1. 血糖

①空腹血糖：成人 3.9~6.1mmol/L ②餐后 2 小时血糖：<7.8mmol/L

2. 糖化血红蛋白：5.0%~8.0%

能客观反映测定前 3 月内的平均血糖水平，用于监测糖尿病患者用药疗效

五、血脂检查项目

1. 总胆固醇（TC）：<5.2mmol/L

2. 三酰甘油（TG）：0.56~1.70mmol/L

3. 低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）：2.1~3.1mmol/L

4. 高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）：1.03~2.07mmol/L

前三者与高脂血症呈正相关，HDL-C 与高脂血症呈负相关

LDL-C 被认为是动脉粥样硬化的主要致病因子

六、国际标准化比值（INR）

1. 正常参考区间：0.8~1.5

2. 主要用于华法林等药物抗凝效果的监测（2.0~3.0），一般初始日剂量为 3 mg。

考点 19：发热的临床基础

测量部位	发热指标	发热分类	体温
直肠	超过 37.6 °C	低热	37.4°C~38 °C
口腔	超过 37.3 °C	中等热度	38.1°C~39 °C
腋下	超过 37.0 °C	高热	39.1°C~41 °C
昼夜波动	超过 1 °C	超高热	41 °C 以上

考点 20：发热的药物治疗与就医建议

药物治疗

对乙酰氨基酚	①胃肠道刺激小②退热首选，尤其适用于老年人和儿童服用③一日安全剂量：不超过 2g
布洛芬	①胃肠刺激性低②一日安全剂量按非处方药不超过 1.2 g，处方药不超过

	2.4 g
	3. 禁用：①服用阿司匹林或其他非甾体抗炎药诱发哮喘、荨麻疹的患者②有活动性消化性溃疡或出血的患者③高血压、心力衰竭患者慎用
阿司匹林	儿童避免使用（瑞夷综合征）

药物治疗——剂量

	布洛芬	对乙酰氨基酚
1~12岁	5~10 mg/kg, tid.	10~15 mg/kg, 每日不超过4次
>12岁	0.2~0.4g/次, qid.	0.3~0.6g/次, qid.

就医建议

- 65岁以上老年人、体弱者或1岁以下婴儿
- 有慢阻肺、哮喘、冠心病、慢性肾脏病、糖尿病等基础疾病的患者
- 伴有持续性发热和咳痰、胸痛或呼吸困难的患者
- 长期反复发热或不明原因发热（包括低热）

四、用药指导与患者教育

- 退热属于对症治疗，会掩盖病情→解热≤3 d
- 单药治疗，一种不起效则换另一种，不联合、不交替使用；一种药的最小时间间隔没到，患者又发热→换用另一种
- 儿童：>38.5℃→退热药；有高热惊厥病史：一旦发热即使用
- 儿童、老年人或体弱者间隔4~6 h，多饮水和及时补充电解质
- 妊娠期可用对乙酰氨基酚；哺乳期可用对乙酰氨基酚、布洛芬
- 餐后服药（避免胃肠道刺激），肠溶制剂餐前或餐后2 h用药

考点 21：疼痛的临床基础

一、药物治疗

1. 解热镇痛抗炎药：

- ①对乙酰氨基酚：成人0.5~1.0 g/次，不超过4g/d，用于镇痛≤10d
- ②布洛芬：成人0.2~0.4g/次，不超过2.4g
- ③双氯芬酸钠
——二乙胺乳胶剂（扶他林）：肌肉、软组织、关节疼痛
——缓释片：75 mg/次，qd.；最大150 mg/d
- ④塞来昔布胶囊：首剂400mg，之后200mg/次，bid.

2. 紧张性头痛：

- ①长期精神较紧张者：地西泮
- ②发作性紧张性头痛：对乙酰氨基酚、佐米曲普坦
- ③偏头痛：麦角胺咖啡因、罗通定、苯噻啶
- ④三叉神经痛：首选卡马西平

3. 平滑肌痉挛引起的腹痛：氢溴酸山莨菪碱、颠茄浸膏片

4. 氨基葡萄糖：

- ①关节软骨中的氨基单糖，选择性作用于骨性关节；
- ②硫酸氨基葡萄糖胶囊，500 mg/次，tid.，餐时或餐后服用，疗程6周，每年可重复2~3次

二、用药指导与患者教育

1. 不轻易用药，以免掩盖病情
2. 选用镇痛抗炎药，可短期按需服用氨酚羟考酮片/氨酚待因片（阿片类→便秘、成瘾性）
3. 解热镇痛药→镇痛≤5天，对乙酰氨基酚→镇痛≤10天
4. 应以口服给药（餐后）为主，尽量避免创伤给药，避免饮酒
5. 阿司匹林、对乙酰氨基酚、布洛芬等解热镇痛药：
 - ①对慢性钝痛有较好镇痛效果②对创伤性剧痛和内脏平滑肌痉挛引起的绞痛几乎无效
6. 布洛芬：胃肠道刺激小，耐受性较好，但因水钠潴留→高血压、心功能不全慎用
7. 肾功能明显障碍：非甾体抗炎药→急性肾衰竭
8. 合用ACEI、ARB、利尿剂→肾功能损害
9. 对阿司匹林严重过敏的患者，禁用其他非甾体抗炎药，但可用对乙酰氨基酚
10. 解痉药会引起口干、皮肤潮红等，消旋山莨菪碱用药24小时后，若症状未缓解，应立即就医

考点 22：痛经的药物治疗

止痛药（抑制子宫收缩药）	非甾体抗炎药	首选；抑制环氧酶→前列腺素↓；合用SSRI或文拉法辛增加出血风险
激素类	口服避孕药	有避孕要求患者
	长效孕激素	月经来潮1~5天深部肌内注射醋酸甲羟孕酮；左炔诺孕酮宫内节育系统
	黄体酮	月经周期第2日开始肌内注射黄体酮，连续5天
局部热疗	生姜红糖水煎服或暖水袋热敷	抑制下丘脑-垂体-卵巢轴，抑制排卵和子宫内膜增生，减少子宫内膜源性前列腺素

考点 23：咳嗽的病因及临床表现

1. 感冒：轻咳或干咳，少量稀薄白痰
2. 百日咳：常见于儿童，阵发性剧烈痉挛性咳嗽，终止时伴有鸡鸣样吸气回声
3. 支气管病变：咳、痰、喘，呼吸困难，哮鸣音
4. 肺结核：低热或高热，消瘦，盗汗，黄绿色痰
5. 肺炎：咳铁锈色痰
6. 药品 ADR：ACEI、胺碘酮

考点 24：咳嗽的药物治疗

一、治疗药物

1. 镇咳强弱：苯丙哌林>右美沙芬≈可待因>喷托维林
2. 苯丙哌林：外周+中枢镇咳，刺激性干咳或剧烈阵咳
3. 右美沙芬：应用最广泛，抑制夜间咳嗽，感冒伴随咳嗽
4. 可待因：胸膜炎伴有胸痛的咳嗽，痰液黏稠×
5. 喷托维林：较弱抗胆碱作用
6. 祛痰治疗：愈创木酚甘油醚、羧甲司坦、氨溴索、乙酰半胱氨酸

二、用药注意事项及患者教育

1. 干咳：单用镇咳药；湿咳：祛痰为主
2. 镇咳药连续应用不超过1周；ACEI诱发的咳嗽，停药4周可减轻
3. 过敏性鼻炎、鼻窦炎引起的鼻后滴漏所致的咳嗽：缩血管药/糖皮质激素

- 慢性迁延性咳嗽：短期应用 H_1 受体阻断剂+中枢性镇咳药
- 镇咳药慎用于驾车、高空作业者
妊娠期、有癫痫、精神病史禁用右美沙芬（幻觉）
苯丙哌林不可嚼服（口腔黏膜麻醉）
5 岁以下不宜使用喷托维林
- 可待因有依赖性，中毒可引起针尖样瞳孔，用纳洛酮解救

考点 25：普通感冒的药物治疗

一、一般治疗

- 不开展病毒学检查；无特效抗病毒药，流感疫苗对普通感冒无效，多对症治疗；抗菌药对普通感冒无效，不宜使用
- 首选口服药物
- 3 岁以下：非处方抗感冒药×
- 预防普通感冒最有效方法：肥皂或洗手液洗手

二、药物治疗——成人

- 24 h 内：醋酸锌/葡萄糖酸锌含片 75 mg/d→快速缓解咳嗽、流涕
- 解热镇痛药（对乙酰氨基酚、布洛芬）→缓解发热、肌肉疼痛
- 减鼻充血药（麻黄碱滴鼻、伪麻黄碱口服）→缓解鼻塞
- 抗组胺药（氯苯那敏等）→缓解打喷嚏、流鼻涕症状（不单一用药）

药物治疗——儿童

- ≥2 月龄、肛温 ≥39℃（口温 ≥38.5℃、腋温 ≥38.2℃）：口服对乙酰氨基酚
- ≥6 月龄：对乙酰氨基酚/布洛芬，不联用、不交替
- ≥12 个月：睡前蜂蜜→缓解咳嗽
- ≥2 岁：睡前涂抹樟脑、薄荷脑和桉树油软膏（颈部、胸部）→缓解鼻塞、夜间咳嗽
- 每日 6 次生理盐水冲洗鼻腔

药物治疗——特殊人群

- 孕产妇：慎重使用对乙酰氨基酚
- 心脑血管疾病患者：
 - ①对乙酰氨基酚解热、镇痛
 - ②其他非甾体抗炎药×
 - ③伪麻黄碱（血压升高）×

考点 26：流行性感冒的药物治疗

一、治疗原则

- 诊断后尽早隔离
- 重症病例、高危人群尽早抗病毒治疗
 - ①不必等待核酸检测结果
 - ②发病 48 h 内：减少并发症、降低病死率、缩短住院时间
 - ③发病超过 48 h 的重症患者，依然可从抗病毒治疗中获益
- 避免盲目、不恰当使用抗菌药

二、抗病毒治疗

- 神经氨酸酶抑制剂：奥司他韦→甲型、乙型
- 血凝素抑制剂：阿比多尔→甲型、乙型
- M_2 离子通道阻滞剂：金刚烷胺→甲型

三、奥司他韦

- 单一用药，无需联合，妊娠期首选

2. 预防：75mg，qd.，7d；治疗：75mg，bid.，5d

3. 不良反应：

①消化系统损害（呕吐、腹泻）最常见②神经精神紊乱（自我伤害、谵妄）最受关注

③中枢及外周神经系统损害、全身损害、皮肤及附件损害

4. 接种减毒疫苗 2 周内：奥司他韦×；用药后 48 h 内：接种减毒疫苗×

5. 灭活疫苗：奥司他韦用药前、后任何时间均可接种

考点 27：急性咽炎和扁桃体炎的治疗

抗菌治疗	首选青霉素类	口服青霉素 V 钾、阿莫西林，10 天	
		口服头孢氨苄，5~7 天	
		单次肌肉注射苄星青霉素	
	大环内酯类	口服阿奇霉素 qd.， 3 天	仅用于青霉素过敏者
	克林霉素	口服，6~7 天	
	不推荐复方磺胺甲噁唑和四环素类		
喹诺酮类会延迟结核病的诊断→不用于常规治疗			
48 h 内症状消失，无需进行咽拭子检测			

考点 28：过敏性鼻炎的药物治疗

糖皮质激素	鼻用（一线）	氟替卡松、布地奈德、倍氯米松、曲安奈德
	口服（二线）	早晨顿服，疗程 5~7 天
抗过敏药	口服（一线）	二代药物：氯雷他定、西替利嗪、依巴斯汀
		一代药物：氯苯那敏、苯海拉明、异丙嗪、赛庚啶——中枢抑制、抗胆碱作用，对认知功能存在潜在损害——二线
	鼻用（一线）	氮卓斯汀+氟替卡松
白三烯受体阻断剂（一线）		伴或不伴支气管哮喘者，qd.，hs.，疗程 4 周

肥大细胞膜稳定剂(二线)	1. 色甘酸钠、曲尼司特 2. 鼻塞改善不明显，起效慢、维持时间短，3~4 次/d，花粉播散前 2 周用药，以作预防
鼻用减鼻充血剂（二线）	1. 羟甲唑啉、赛洛唑啉鼻喷剂；每日 2 次，不超过 7 天 2. 不推荐口服伪麻黄碱；3. 只能缓解鼻塞症状
鼻腔盐水冲洗	

考点 29：口腔溃疡的药物治疗

治疗药物		用法
含漱液	甲硝唑、氯己定	15~20ml/次，早、晚刷牙后含漱
含片	西地碘	1.5~3mg/次，一日 3~5 次
	溶菌酶	20mg/次，一日 4~6 次；抗菌+抗病毒+消肿止血
口腔贴片	甲硝唑	一次 1 片，tid. 餐后，睡前可加 1 片
	地塞米松	每处 1 片，1 日不超过 3 片，不超过 1 周
中成药	冰硼咽喉散、珠黄吹喉散、西瓜霜粉	吹敷于患处
维生素 C、复合维生素 B		促进病损愈合

复方甘菊利多卡因凝胶	局部涂布，止痛
------------	---------

考点 30：消化不良的药物治

食欲减退	维生素 B ₁ 、维生素 B ₆ 、干酵母片	
胰腺分泌功能不足、肝胆疾病引起消化酶不足	胰酶肠溶胶囊	餐中
消化不良、增进食欲	多酶片	
胆汁分泌不足或消化酶缺乏	复方阿嗝米特肠溶片	餐后
胆汁反流	铝碳酸镁	
萎缩性胃炎/进食蛋白质过多	乳酶生、胃蛋白酶	餐前
消胀气	二甲硅油	
餐后不适综合征	多潘立酮、莫沙必利	餐前 30 min
上腹痛综合征	质子泵抑制剂	早餐前
	H ₂ 受体阻断剂	早餐后、睡前

考点 31：肠道寄生虫病的药物治

药物	作用特点	
阿苯达唑		干扰虫体摄取葡萄糖，对成虫和幼虫均有效
甲苯咪唑	杀灭蛔虫、鞭虫的虫卵	
枸橼酸哌嗪	“宝塔糖”神经-肌肉接头处发挥抗胆碱作用	睡前顿服，连续 2 日
噻嘧啶	神经-肌肉接头处发挥阻滞作用	不必同服缓泻药
复方甲苯咪唑	粉红色，左旋咪唑克服甲苯咪唑的蛔虫游走、口吐蛔虫的不足	
复方阿苯达唑	双羟萘酸噻嘧啶克服阿苯达唑排虫缓慢的不足	
伊维菌素	大环内酯类，对盘尾丝虫病有特效；破坏酪氨酸介导的中枢神经系统突触传递	

考点 32：痔疮的药物治——内服药、外用药使用度 30%的只有大黄

	药物	作用特点
外用	肛泰膏（栓）、马应龙麝香痔疮膏、麝香痔疮栓、复方片仔癀软膏、九华膏、太宁膏（栓）即复方角菜酸酯膏、普济痔疮栓、云南白药痔疮膏	
	复方黄柏液	破溃后伤口感染
	金玄痔科熏洗散	熏蒸后坐浴→外痔、混合痔

	药物	作用特点
内服	痔疮消颗粒	发炎肿痛
	痔康片	风热、湿热下注
	九味痔疮胶囊	湿热蕴结
	地奥司明（黄酮类）	促进淋巴回流，午餐、晚餐时给药
	草木犀流浸液片（香豆素类）	改善末梢循环
	迈之灵	含七叶苷，早、晚各一次

	化痔灵片	11 种中药
局部注射	苯酚-甘油水溶液	硬化剂、萎缩剂

考点 33: 视疲劳

药物	改善眼部调节功能药物	七叶洋地黄双苷滴眼液	改善睫状肌血流量
治疗	人工泪液	玻璃酸钠、羟甲基纤维素钠、聚乙烯醇	改善眼部干燥
	改善睫状肌痉挛药物	山莨菪碱滴眼液	改善局部微循环
避免引起干眼症的药物		抗组胺药、SSRI、三环类、β受体阻断剂、利尿剂、维 A 酸类	

考点 34: 急性结膜炎的药物治疗

分型	治疗药物
急性卡他性结膜炎	1. 氯霉素、红霉素、夫西地酸 2. 转变为慢性结膜炎时应使用妥布霉素、加替沙星、氧氟沙星、左氧氟沙星
流行性结膜炎	酞丁安、碘苷、阿昔洛韦、更昔洛韦
流行性出血性结膜炎	羟苄唑、利巴韦林
过敏性结膜炎	可的松、氢化可的松、色甘酸钠
春季卡他性结膜炎	色甘酸钠、溴芬酸钠、奥洛他定、非尼拉敏-萘甲唑啉、泼尼松龙
环境导致	硫酸锌
铜绿假单胞菌性结膜炎	妥布霉素

考点 35: 痤疮的药物治疗

外用药物 基础干预措施	维 A 酸类	维 A 酸、异维 A 酸、阿达帕林、他扎罗汀	1. 轻度: 单独一线用药 2. 中度: 联合用药及维持治疗的首选
	抗菌药	过氧苯甲酰	1. 释放新生态氧→杀菌、抗炎、溶解粉刺 2. 无耐药性→炎症性痤疮首选外用抗菌药 3. 睡前: 维 A 酸 + 清晨: 过氧苯甲酰
		抗生素	1. 四环素类、红霉素、林可霉素类、氯霉素、夫西地酸 2. 丘疹、脓疱等浅表性炎症性痤疮皮损 2. 易耐药→不推荐首选、单用、长期应用

系统药物	抗菌药物	1. 中至重度: 首选系统抗菌药 (多西环素、米诺环素) 2. 用于变异型痤疮 (暴发性、聚合性) 的早期治疗
	口服维 A 酸类	1. 结节性囊肿型痤疮 2. 异维 A 酸: 首选; 维胺酯: 我国自行研制
	抗雄激素类药物	1. 女性伴高雄激素表现/月经期前加重 2. 短效避孕药、螺内酯 3. 二甲双胍→多囊卵巢综合征、肥胖、胰岛素抵抗
	糖皮质激素	1. 重度炎症性痤疮的早期治疗, 不超过 4 周 2. 联合口服异维 A 酸

考点 36: 湿疹的药物治疗

局部	急性	无水疱、糜烂、渗出	炉甘石洗剂、糖皮质激素乳膏或凝胶
	慢性	大量渗出	硼酸、小檗碱、依沙吖啶溶液冷湿敷

治疗期	有糜烂但渗出不多	氧化锌油剂
	亚急性期	氧化锌糊剂、糖皮质激素乳膏
	慢性期	糖皮质激素+保湿剂及角质松解剂（尿素软膏、水杨酸软膏）

糖皮质激素	轻度	氢化可的松、地塞米松乳膏（弱效）
	中度	曲安奈德、糠酸莫米松乳膏（中效）
	重度肥厚性	哈西奈德、卤米松乳膏（强效），≤2周
	儿童、面部和皮肤褶皱部位	弱效、中效糖皮质激素
	头面部、间擦部位	钙调神经磷酸酶抑制剂他克莫司软膏
	其他	抗菌药、焦油类、止痒剂、非甾体抗炎药

系统治疗	抗组胺药	止痒、抗炎
	抗生素	伴广泛感染者，7~10天
	维生素C、葡萄糖酸钙	抗过敏→急性发作和明显瘙痒
	糖皮质激素	不主张应用→短期用于严重者
	免疫抑制剂	其他治疗无效、有糖皮质激素禁忌证

考点 37：手足真菌感染的药物治疗

外用药物	剂型选择	水泡型	溶液或乳膏剂
		间擦糜烂型	糊剂或粉剂（保持干燥）→乳膏剂
		鳞屑角化型	乳膏、软膏剂
	药物选择	咪唑类	克霉唑、咪康唑、酮康唑、联苯苄唑
		丙烯胺类	萘替芬、特比萘芬→体外癣菌抗菌活性强
其他抗真菌		1. 阿莫罗芬、利拉萘酯 2. 环吡酮胺→广谱抗真菌，抗G ⁺ 、G ⁻ 、抗炎→继发细菌感染的间擦型足癣	
	角质剥脱（松解）剂	水杨酸类→鳞屑角化型	
系统治疗		伊曲康唑、特比萘芬+作用机制不同的外用抗真菌药	

考点 38：烫伤的药物治疗

一、治疗药物

局部较小面积轻度烫伤		清洁创面，外涂京万红、美宝湿润烧伤膏	
中或大面积烫伤	镇痛、镇静	轻伤员	口服止痛片/肌注哌替啶、吗啡
		重伤员	静脉滴注哌替啶/合用异丙嗪
		脑外伤	地西洋
	补液	轻中度	口服烧伤饮料、含盐饮料
		重度	静脉补液
		破伤风抗毒素、抗生素	

二、用药指导与患者教育

1. 烫伤后紧急处理：冷水或冰水湿敷或浸泡烫伤区域 20~30 分钟
2. 创面的保护：切忌用塑料布包扎或覆盖创面
3. 创面不可涂有颜色的药物：红汞、甲紫
4. 血容量不足时，镇痛、镇静不用氯丙嗪（低血压）

5. 小儿、老年人、吸入性损伤、颅脑损伤患者：慎用哌替啶和吗啡（抑制呼吸），可用地西泮、苯巴比妥或异丙嗪

考点 39：急性气管—支气管炎的治疗

治疗药物	镇咳药、祛痰药、平喘药、抗过敏药		
	复方甲氧那明：甲氧那明、那可丁、氨茶碱、氯苯那敏		
	考虑患有流感	神经氨酸酶抑制剂奥司他韦或扎那米韦	隔离 5 天
	考虑患有百日咳	大环内酯类	
注意事项	不推荐使用抗菌药物，主要是对症和支持治疗；诊断不确定时，通过检测降钙素原帮助决定抗菌药物的使用		
注意事项	65 岁以上老年人，2 岁以下（6 个月以上）儿童、孕妇接种流感疫苗和肺炎链球菌疫苗		

考点 40：社区获得性肺炎的可能病原体及耐药风险

我国主要病原体	抗感染药物	
	耐药率高	敏感
肺炎支原体	大环内酯类	多西环素、米诺环素、喹诺酮类
肺炎链球菌	大环内酯类、克林霉素、口服青霉素、二代头孢菌素	注射青霉素、三代头孢菌素类
流感嗜血杆菌	—	—
其他	肺炎衣原体、肺炎克雷伯杆菌、金黄色葡萄球菌	
少见	绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌	
仅儿童少量报道	耐甲氧西林金葡菌（CA-MRSA）	
高龄/有基础疾病	肺炎克雷伯杆菌、大肠埃希菌等革兰阴性菌	

考点 41：社区获得性肺炎的治疗

一、常用药物

类别	药物	主要不良反应
青霉素类	阿莫西林、氨苄西林、青霉素 G、青霉素 V 钾片	过敏反应
碳青霉烯类	厄他培南、亚胺培南-西司他丁	诱发癫痫、伪膜性肠炎
头孢菌素类	头孢唑林（一代）、头孢克洛（二代）、头孢曲松、头孢他定（三代）	过敏反应、维生素 K 缺乏（出血）
大环内酯类	红霉素、克拉霉素、阿奇霉素	胃肠道反应、Q-T 间期延长

类别	药物	主要不良反应
氟喹诺酮类	左氧氟沙星、莫西沙星、诺氟沙星	兴奋中枢、Q-T 间期延长、跟腱炎或肌腱断裂、骨关节病变、光敏反应、血糖紊乱
抗铜绿假单胞菌的药物	哌拉西林、头孢他啶、头孢哌酮-舒巴坦	
四环素类	米诺环素、多西环素	影响骨骼、牙齿；食管炎；米诺环素有前庭毒性（眩晕）

二、经验性抗感染治疗——尽早

门诊	病原体	首选	备选	不推荐
	细菌性	口服阿莫西林 - 克拉维酸	喹诺酮类	——耐药率高、Q-T 间期延长
	支原体 衣原体	多西环素、米诺环素	——有合并症/近 3 个月用过抗菌药、首选方案耐药率高/过敏/不能耐受者	

患者		首选
住院	不住 ICU	1. 单用 β - 内酰胺类 2. β - 内酰胺类+多西环素/米诺环素 3. β - 内酰胺类+大环内酯类 4. 单用喹诺酮类
	入住 ICU	1. β - 内酰胺类+大环内酯类 2. β - 内酰胺类+喹诺酮类

患者	首选	备选
≥ 65 岁/有基础疾病	1. 二、三代头孢 2. 碳青霉烯类 3. 哌拉西林 - 他唑巴坦、头孢哌酮 - 舒巴坦、阿莫西林 - 克拉维酸	喹诺酮类

考点 42: 支气管哮喘的药物治疗

β_2 受体激动剂	SABA: 沙丁胺醇、特布他林
	LABA: $\times\times$ 特罗
M 受体阻断剂	SAMA: 异丙托溴铵
	LAMA: 噻托溴铵
黄嘌呤类	茶碱类
过敏介质阻释剂	肥大细胞膜稳定剂: 色甘酸钠
	H_1 受体阻断剂: 酮替芬
白三烯受体阻断剂	扎鲁司特
糖皮质激素	吸入型 (ICS): 倍氯米松、布地奈德、氟替卡松
	全身: 口服、静脉

考点 43: 慢阻肺的治疗

一、治疗药物

支气管扩张剂	核心药物: SABA+SAMA 或 LABA+LAMA
抗炎药物	ICS 不推荐单独使用 \rightarrow ICS - LABA - LAMA
	磷酸二酯酶 - 4 抑制剂 口服罗氟司特; 常见腹泻、恶心、食欲减退、体重下降, 避免低体重者使用
镇咳药、祛痰药	N - 乙酰半胱氨酸、羧甲司坦降低 COPD 反复加重的频率

二、分期治疗

急性加重期	支气管扩张剂	短效、联合、吸入: SABA+SAMA		
	糖皮质激素	雾化吸入/口服		
	抗感染治疗	流感病毒	神经氨酸酶抑制剂奥司他韦	
		细菌	单纯性 COPD	大环内酯类: 一、二代头孢
复杂性	无铜绿假单		阿莫西林 - 克拉维酸、莫西沙星、左	

			COPD	胞菌	氧氟沙星
				有铜绿假单胞菌	哌拉西林-他唑巴坦、环丙沙星、左氧氟沙星、头孢他啶、头孢吡肟

稳定期	初始治疗：单一 LABA 或 LAMA → 若持续，可联用	
	不推荐单独使用 ICS，也不推荐应用全身性糖皮质激素	
	已使用 ICS - LABA 仍存在急性加重，加用罗氟司特	
	已给予恰当治疗仍有急性加重、既往吸烟：阿奇霉素	
	A 组	CAT < 10 分，0 或 1 次急性加重，未住院 短效或长效支气管扩张剂
	B 组	CAT ≥ 10 分，0 或 1 次急性加重，未住院 LABA 或 LAMA
C 组	CAT < 10 分，≥ 2 次急性加重，≥ 1 次住院 LAMA	
D 组	CAT ≥ 10 分，≥ 2 次急性加重，≥ 1 次住院 LAMA 起始；严重者 LAMA - LABA；有哮喘病史 ICS - LABA	

考点 44：肺结核的临床基础

1. 致病原：结核分枝杆菌
2. 特征性病理表现：干酪样坏死
3. 起病缓慢，病程较长（典型）
4. 全身症状：午后低热、乏力、食欲减退、消瘦、盗汗
5. 最常见症状：咳嗽、咳痰

考点 45：肺结核的治疗

一、治疗原则

1. 早期
2. 联合
3. 适量
4. 规律
5. 全程：短程化疗通常为 6~9 个月

二、治疗药物

一线	异烟肼 (H)	单一杀菌力最强；周围神经病（补维生素 B ₆ ）、肝损害	均会引起皮肤超敏反应，异烟肼最常报告
	利福平 (R)	半休眠 C 菌群有独特杀菌作用；肝损害、橘红染	
	吡嗪酰胺 (Z)	巨噬细胞内的酸性环境中杀菌；高尿酸血症、关节痛、肝损害	
	乙胺丁醇 (E)	仅对生长快速的 A 群菌有效；视神经炎；13 岁以下 ×	
二线	氨基糖苷类	链霉素 (S)、阿米卡星、卡那霉素 肾毒性、前庭和耳蜗神经毒性、肌松、过敏反应	
	对氨基水杨酸 (P)	胃肠道反应	
	新型药物	贝达喹啉、德拉马尼——严重的耐多药的结核病	

考点 46：高血压的药物治疗

类别	药物	不良反应	禁忌证
利尿剂	氢氯噻嗪、呋塞米	低血钾、高尿酸、高血糖、类磺胺样过敏反应	痛风禁用；糖尿病慎用
	阿米洛利、氨苯蝶啶、螺内酯	高血钾、男乳女化（螺内酯）	
RAS	ACEI 卡托普利	刺激性干咳、血管神经性水肿、高血钾	妊娠期、钾血症、双侧肾动脉狭窄、肾功能不全晚期

抑制剂	ARB	氯沙坦	高血钾	
-----	-----	-----	-----	--

类别	药物	不良反应	禁忌证
β受体阻断剂	普萘洛尔	冠脉收缩、外周血管收缩、支气管痉挛、心脏抑制、撤药反应	变异型心绞痛、间歇性跛行、雷诺征、支气管哮喘、房室传导阻滞、心衰、糖尿病
CCB	硝苯地平	牙龈增生、心肌收缩力减弱	急性冠脉综合征不用短效制剂
	维拉帕米、地尔硫草	抑制传导	房室传导阻滞

类别	药物	不良反应
中枢性降压药	可乐定、甲基多巴	镇静、性功能障碍、男乳女化(甲基多巴)
去甲肾上腺素能神经末梢抑制药	利血平	性功能障碍、消化性溃疡、抑郁症
α ₁ 受体阻断剂	哌唑嗪	首剂现象

【联合用药】

二药联用	1. D-CCB+ACEI/ARB 2. D-CCB+噻嗪类利尿剂 3. D-CCB+β受体阻断剂 4. ACEI/ARB+噻嗪类利尿剂
三药联用	D-CCB+ACEI/ARB+噻嗪类利尿剂
四药联用	三药基础+螺内酯/β受体阻断剂/可乐定/α受体阻断剂；适用于难治性高血压

考点 47：稳定型心绞痛和 ACS 的药物治

药物	稳定型心绞痛	急性冠脉综合征
硝酸酯类	√	√
CCB	√	
β受体阻断药	√	√
抗血小板药	√	√
ACEI/ARB	√	√
他汀类调血脂药	√	
其他	曲美他嗪、尼可地尔、伊伐布雷定	抗凝药

硝酸酯类	1. 急性发作期舌下含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯 2. 缓解期选用长效制剂： ①硝酸异山梨酯缓释片（20~40mg）②单硝酸异山梨酯缓释片（40~60mg） 3. ADR：颅内压↑、眼内压↑，面色潮红，心率加快，体位性低血压 4. 24 h 内使用过西地那非者×
CCB	1. 短效制剂不适用于 ACS 2. 硝苯地平控释片 30 mg qd.；地尔硫草缓释片 90 mg qd.；维拉帕米缓释片 240 mg qd.

β受体阻断药	要求静息心率 55~60 次/分	显著降
--------	------------------	-----

ACEI/ARB			低心血管事件及死亡率
他汀类	无论血脂基线水平如何，都应使用；LDL-C <1.8 mmol/L(瑞舒伐他汀 5~20 mg/d；阿托伐他汀 10~80mg/d)	ACS 24 h 内尽早使用	
抗血小板药	急性冠脉综合征：首次嚼服阿司匹林肠溶片 300 mg；随后阿司匹林 75~150 mg/d 或氯吡格雷 75 mg/d		
曲美他嗪	1. 提高葡萄糖的利用率；2. 会引起帕金森症状、不宁腿综合征		
尼可地尔	1. 钾通道开放剂+硝酸酯类→双重扩冠脉；2. 微循环障碍女性更适用		

伊伐布雷定	抑制窦房结，减慢心率→目标 50~60 次/min		
抗凝药	1. 肝素静脉给药或皮下注射、低分子肝素皮下注射，2. 新型抗凝药：磺达肝癸钠和比伐卢定		
ACS	溶栓	接诊 30 分钟内，选用阿替普酶或瑞替普酶溶栓；禁忌：6 个月内发生过缺血性脑卒中或脑血管事件；近期有活动性内脏出血或有外科手术；血小板 <100×10 ⁹ /L；严重未控制的高血压、颅内肿瘤等	
	介入治疗	入院 90 分钟内开展；阿司匹林+氯吡格雷/替格瑞洛维持治疗 1 年；植入支架 6 个月内，避免完全停用①出血；减少剂量或种类②严重消化道出血危及生命：全部停用 3~5 日	

【用药注意事项与患者教育】

1. 一级预防：

①生活方式干预②血脂异常干预：LDL-ch 首要目标（他汀类）③血糖监测与控制④血压监测与控制

2. 二级预防——ABCDE 方案

A：阿司匹林和 ACEI；B：β 受体阻断剂

C：控制胆固醇和戒烟；D：控制饮食和糖尿病

E：健康教育和运动

考点 48：血脂异常的治疗

【治疗药物】

作用	分类	代表药
主要降低 TC 的药物	HMG-CoA 还原酶抑制剂	瑞舒伐他汀
	胆汁酸结合树脂	考来烯胺
	胆固醇吸收抑制剂	依折麦布
	抗氧化剂	普罗布考
	PCSK9 单克隆抗体	依洛尤单抗
主要降低 TG 的药物	贝丁酸类(贝特类)	非诺贝特、吉非贝齐
	烟酸类	烟酸、阿昔莫司
高纯度鱼油制剂（ω-3 脂肪酸制剂）		多烯酸乙酯

【他汀类】

1. 血脂康胶囊（红曲发酵物，含洛伐他汀）600 mg, bid.；

2. 睡前给药，但阿托伐他汀、瑞舒伐他汀除外

3. 普伐他汀不经肝药酶代谢，可用于肝肾功能不全者；氟伐他汀经 CYP2C9 代谢

4. 典型不良反应为肝毒性（AST、ALT）和肌毒性（CK）

- 剂量增加 1 倍，LDL - C 降低幅度仅增加 6% (“6”效应)
- 避免合用大环内酯类等肝药酶抑制剂，有横纹肌溶解风险
- 妊娠期禁用

【胆汁酸螯合剂】

1. 阻止胆固醇重吸收 2. ADR: 恶心、呕吐

【贝特类】

1. 仅非诺贝特可与他汀类何用: 清晨非诺贝特+睡前他汀类
2. 非诺贝特: 0.1 g/次, tid.; 微粒型 0.2g/d 3. ADR: 胃肠道反应

【烟酸类】

1. 升高 HDL-C 的作用最强
2. 烟酸扩血管→面部潮红、低血压→睡前给药; 尿酸↑→严重痛风×
3. 阿昔莫司胃肠道反应重→初始小剂量

【依折麦布】

1. 作用机制与他汀类互补 2. 不经肝药酶代谢, 安全性、耐受性好

【普罗布考】

1. TC、LDL、HDL↓; 适用于纯合子家族性高胆固醇血症; 黄色瘤 2. ADR: Q-T 间期延长

【依洛尤单抗】

阻止 LDL 受体被降解, 皮下注射

【多烯酸乙酯】

有出血风险, 增加热量摄入

【联合用药】

联合用药	用途
他汀类+依折麦布	协同降低 TC (再降 18%)
他汀类+贝特类 (非诺贝特)	LDL - C、TG↓, HDL - C↑
他汀类+依洛尤单抗	欧美治疗纯合子型家族性高胆固醇血症的主要方式
他汀类+ω - 3 脂肪酸制剂	混合型高脂血症

【特殊人群】

1. 糖尿病、高血压、代谢综合征: LDL-C<2.6 mmol/L 2. 脑卒中、冠心病: LDL-C<1.8 mmol/L

考点 49: 心力衰竭的治疗

【主要药物】

类别	药物	作用
利尿剂	袢利尿剂 (明显液体潴留)	唯一控制液体潴留的药物; 改善症状的基石; 但不能作为单一治疗; 体重以每天减轻 0.5~1.0 kg 为宜
	噻嗪类利尿剂 (轻度液体潴留/合并高血压)	
	保钾利尿剂	
	血管加压素受体阻断剂 (顽固性水肿/低钠血症)	

【主要药物】

类别	药物	作用
RAAS 抑制剂	血管紧张素受体 - 脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) 沙库巴曲缬沙坦	停用 ACEI 36 h 后再换用 血管神经性水肿 (最严重)

	ACEI	卡托普利	1. “金三角”药物 2. 抑制心血管重构(纤维化)
	ARB	氯沙坦	
	醛固酮拮抗剂	螺内酯	
β受体阻断剂	β ₁ 受体阻断剂	美托洛尔、比索洛尔	3. β受体阻断剂以极低剂量开始，水肿禁用，切忌突然停药
	α、β受体阻断剂	卡维地洛	

【主要药物】

类别	药物	作用
正性肌力药	强心苷类	地高辛、毒毛花苷K
	钙增敏剂	左西孟旦
重组人脑利钠肽		奈西利肽
伊伐布雷定		减慢心率

【强心苷类】

作用机制	抑制 Na ⁺ , K ⁺ - ATP 酶 → 心肌细胞内 Ca ²⁺ 增多	
最佳适应证	心衰伴房颤	
中毒诱发因素	高血钙、低血钾、低血镁、缺血(氧)、老年人、肾功能损害、甲减	
地高辛血药浓度	0.5~0.9 μg/L	
中毒鉴别	>2 ng/ml	
	临床症状	恶心、呕吐等胃肠道表现
		黄绿色视 各类心律失常，最早最常见的是室性期前收缩
地高辛剂量	0.125~0.25 mg/d	
避免合用	胺碘酮、奎尼丁、维拉帕米	

考点 50: 痴呆的治疗

【根据不同病因针对性治疗】

1. 血管性痴呆: 早发现、早诊断、早治疗
2. 甲状腺功能减低者: 甲状腺素终身替代治疗
3. 叶酸、维生素 B₁₂ 缺乏者: 补充
4. 酒精中毒: 维生素 B₁

【治疗原则】

1. 治疗目标: 最大程度维持患者的功能状态
2. 避免使用抗胆碱药物: 颠茄、东莨菪碱、苯海拉明、苯海索、奥昔布宁、三环类抗抑郁药
3. 充分重视非药物治疗

【治疗药物】

类别	药物	用途
胆碱酯酶抑制剂	多奈哌齐	轻-重度 AD
	卡巴拉汀	AD+帕金森的轻-中度痴呆
	加兰他敏	早期 AD
非竞争性 N-甲基天冬氨酸受体拮抗剂	美金刚	中-重度 AD

【用药注意事项】

1. 针对**兴奋性症状**，首先考虑**非药物治疗**；
不建议使用抗精神病药，可用**小剂量奥氮平或利培酮**
2. 应用**胆碱酯酶抑制剂**应监测胃出血
3. **多奈哌齐**经 CYP2D6 代谢
4. **碱化尿液减少美金刚清除**；**氯化铵增加排泄**
5. 美金刚**避免与金刚烷胺、氯胺酮、右美沙芬合用**
6. 卡巴拉汀与**食物同服**；**严重肝肾损害禁用加兰他敏**

考点 51：焦虑障碍的治疗

【理想药物标准】

1. 消除焦虑，**不过度镇静**
2. 产生松弛作用，**不引起锥体外系反应**和共济失调
3. **不抑制呼吸**
4. 安全系数好，治疗指数高，**无成瘾性，耐受性好**，应用范围广泛，老年人适用，使用方便

【治疗药物】

苯二氮草类	××西泮、××唑仑	起效快，抗焦虑作用强，急性期焦虑患者可短期使用； ADR：“宿醉”现象		
5-HT _{1A} 受体部分激动剂	丁螺环酮	起效慢，ADR少；强效抑制 CYP2D6		
抗抑郁药	三环类	镇静、抗胆碱	性功能障碍	
	SSRI	帕罗西汀		治疗焦虑症最广泛的药物；广谱、高效、起效慢、依从性和安全性高
	SNRI	文拉法辛		血压升高
	NaSSA	米氮平		体重增加
	SARI	曲唑酮		
其他	圣约翰草	肝药酶诱导作用；皮肤的光过敏反应		
	普萘洛尔	缓解躯体症状		

药物分类及代表药物

1. 三环类：丙米嗪、阿米替林、氯米帕明、多塞平
2. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）：西酞普兰、舍曲林、帕罗西汀、氟西汀、氟伏沙明
3. 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI）：噻奈普汀、米安色林、文拉法辛、度洛西汀、阿戈美拉汀

【用药注意事项】

1. SSRI 和 SNRI：**早餐后顿服**；米氮平：**睡前给药**
2. 多数药物**嗜睡**→驾驶员慎用，不饮酒
3. **单一用药，足量、足疗程治疗**，一般**不主张联用超过 2 种抗焦虑药**；若需要，可**联用两种作用机制不同的抗焦虑药**

考点 52：抑郁症的治疗药物

药物	作用特点
三环类	有 抗胆碱、心血管、镇静 等方面的不良反应
MAOI	合用 SSRI 导致 5-HT 综合征

SSRI	qd. 即可	一线
SNRI	难治性抑郁	
NaSSA	急性期及维持治疗、伴有睡眠障碍和焦虑障碍的抑郁症	
其他	贯叶金丝桃提取物（路优泰）	
	曲唑酮	

考点 53: 抑郁症的用药注意事项

1. 个体化合理用药 2. 单一用药, 尽可能最小剂量, 渐增至足量, 足疗程 (4~6 周) 无效可换药, 若换药后无效, 可考虑联合用药 3. MAOI 用药 2 周内不可使用其他抗抑郁药, 氟西汀需停药 5 周才能更换 MAOI

考点 54: 失眠症的治疗药物

- 苯二氮草受体激动剂 (BZRAs)
 - 苯二氮草类 (BZDs): 地西洋、氯氮草、艾司唑仑
 - 非苯二氮草类 (non-BZDs): 唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆——半衰期短, 不易出现“宿醉”现象
- 褪黑素和褪黑素受体激动剂: 可用于老年人、倒时差
 - 雷美尔通: 无依赖性, 不产生戒断症状, 获准长期使用
 - 阿戈美拉汀: 催眠+抗抑郁
- 抗抑郁药
 - 低剂量多塞平、米氮平
 - SSRI
 - 唑吡坦+帕罗西汀

考点 55: 失眠症的治疗原则

- 最低有效剂量
- 间断给药: 每周 2~4 次
- 短期给药: 不超过 3~4 周
- 缓慢减药、逐渐停药: 每天减掉原药的 25%
- 兼顾个体化

考点 56: 失眠症的合理应用

- 原发性失眠: 首选短效 non-BZDs
- 老年失眠患者: non-BZDs/褪黑素受体激动剂
- 围绝经期和绝经期: 激素替代治疗
- 伴有呼吸系统疾病: 禁用 BZDs, 可用唑吡坦、佐匹克隆
- 长期应用镇静催眠药的慢性失眠患者: 间歇、按需治疗
- 焦虑症、精神分裂症患者存在失眠, 应以抗焦虑、抗精神病治疗为主

考点 57: 胃食管反流病的药物治疗

治疗药物		用途	给药时间
抑酸剂	PPI	强大、持久、平稳抑酸, 不产生耐受性→GERD 初始、维持治疗首选	早餐前 0.5~1 h
	H ₂ 受体阻断剂	持续时间短, 易耐受, 但可抑制夜间基础胃酸分泌	早餐后、睡前
抗酸剂	铝、镁制剂	快速缓解症状: 铝碳酸镁→用于胆汁反流	疼痛时、餐后 1.5 h 或睡前

促肠动力药	多潘立酮、莫沙必利	PPI 效果不佳时做联合用药	餐前 15~30min
其他	硫糖铝	胆汁反流性食管炎	
	巴氯芬	PPI 疗效不佳的难治性 GERD	

【PPI】

- 酸性条件下不稳定→肠溶制剂
 - 不可咀嚼、压碎 ②肠溶微丸制剂可打开胶囊，MUPS 片剂可分散在水中服用
- 经 CYP2C19 代谢
 - 基因多态性影响小：雷贝拉唑、艾司奥美拉唑
 - 合用氯吡格雷时
 - 禁奥美拉唑、艾司奥美拉唑
 - 用雷贝拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、右兰索拉唑
- ADR:
 - 骨质疏松性骨折（老年人）②低镁血症→同服强心苷类需监测③头晕、嗜睡：驾驶员工作前禁用④维生素 B₁₂、维生素 C 吸收下降→合用二甲双胍应补维生素 B₁₂⑤增加感染风险→肠源性感染、肺炎⑥口干、便秘

【H₂受体阻断剂】

- ADR:
- 幻觉、嗜睡、定向力障碍、精神异常②导致感染风险③白细胞计数降低：法莫替丁
 - 影响性功能、男乳女化：西咪替丁

【抗酸剂】

- 影响四环素类、喹诺酮类、左甲状腺素等药物吸收→间隔 2 h
- 铝制剂→便秘，镁制剂→缓泻
- 长期使用铝制剂→低磷血症

【治疗原则】

- 初始治疗
 - 抑酸目标：胃内 pH≥4，保持 16 h 以上 ②首选：PPI③效果不佳→增加剂量/换用 PPI 品种④疗程：症状控制后抑酸治疗至少 8 周⑤夜间酸突破患者可在 PPI 日间治疗的基础上于睡前加服 H₂RA
- 维持治疗：首选 PPI

【用药注意事项和患者教育】

- 控制体重，避免餐中饮水，睡前 3 小时避免进食，少食多餐
- 夜间反流严重者，头侧床脚抬高 10~20cm
- 避免使用：
 - 加重反流症状：CCB、α 受体激动剂、β 受体激动剂、茶碱类、硝酸盐、镇静剂、雌激素
 - 食管损害：米诺环素、多西环素、双膦酸盐、铁剂、阿司匹林、氯化钾、奎尼丁

考点 58：消化性溃疡的药物治疗

【根除 Hp 治疗】——四联方案——10~14d

四联		用法用量	
铋剂	枸橼酸铋钾	220 mg/次	bid., 餐前
PPI	艾司奥美拉唑	20 mg/次	

2种抗菌药	不易耐药，失败后仍可用	阿莫西林（ 首选 ）	1g/次	bid.，餐后
		呋喃唑酮	100 mg/次	
		四环素	500 mg/次	tid.或qid.，餐后
	易耐药，失败后不可用	甲硝唑	400 mg/次	
		克拉霉素	500 mg/次	bid.，餐后
		左氧氟沙星（ 初始方案不选用 ）	200mg/次	

根除 Hp 治疗——抗菌药选择原则

1. **初始根除方案不选左氧氟沙星**
2. 治疗失败后不重复原方案，不选用含有克拉霉素、甲硝唑、左氧氟沙星的方案
3. 治疗结束后 4~8 周进行尿素呼气试验评估是否根除

【抗溃疡治疗】

1. 抑酸治疗

①**首选 PPI**，qd.，DU 4~6 周，GU 6~8 周，根除 Hp 应入内②H2RA，bid.，DU 8 周

2. 胃黏膜保护剂

- ①**铋剂**：黑便、神经毒性②**硫糖铝**：低磷血症③**瑞巴派特**：早、晚餐前、睡前，tid.
④**吉法酯**、替普瑞酮：餐后 0.5 h⑤**米索前列醇**：腹痛、腹泻→餐中；致畸→妊娠期×

【NSAIDs 溃疡的防治】

1. Hp 阳性者先根除 Hp 治疗
2. 首选 PPI 抑酸治疗
3. 可联用 H₂RA 或米索前列醇
4. 换用选择性 COX-2 抑制剂

考点 59：溃疡性结肠炎的药物治疗

【氨基水杨酸制剂】

美沙拉嗪 (5-ASA)		特点		ADR
前体药物	柳氮磺吡啶	肠溶片餐时吞服		头痛、消化不良、皮疹
	巴柳氮			
	奥沙拉嗪	腹泻→餐时		
改变剂型	肠溶片	餐前 1 h 整片吞服	pH 依赖型 (≥6)	肾毒性少见但也需监测肾功能
	缓释颗粒	随餐，以水漱服		
	缓释片	掰开或与水、橘汁混合，随餐	时间依赖型	
局部	灌肠剂	到达结肠脾曲	睡前	
	栓剂	直肠		

【糖皮质激素】

适用于氨基水杨酸制剂治疗**无效者**、**急性发作期或重症患者**，晨起服用

【免疫抑制剂和生物制剂】

1. **硫唑嘌呤和巯嘌呤**

2. 环孢素 A: 大剂量静滴糖皮质激素无反应的急性重症患者, 有 80%患者可免于手术

3. 英夫利昔单抗

UC 分期		选用药物
轻、中型活动性 UC	直肠型 UC	5-ASA 栓剂
	直肠、乙状结肠 UC	5-ASA 灌肠剂
		5-ASA 口服+局部 局部或口服激素
重症 UC	1. 继发感染者, 积极应用广谱抗生素 2. 首选静脉激素, 足量 5~7 天无效者, 采用免疫抑制剂或生物制剂作“挽救治疗”	
缓解期 UC	氨基水杨酸制剂维持治疗	

考点 60: 肠易激综合征的治疗药物

治疗药物	特点
利福昔明	非吸收性、广谱肠道抗生素, 对肠道菌群影响小
微生态制剂	1. 禁与抗菌药、铋剂、鞣酸、药用炭、酊剂合用 2. <40℃温开水送服; 餐前给药, 冷藏保存 3. 双歧三联活菌制剂可餐后给药; 复方乳酸菌暗凉处、枯草杆菌二联活菌室温保存
5-HT ₃ 受体阻断剂	阿洛司琼会引起缺血性结肠炎
解痉药	1. 奥替溴铵阻滞钙通道、阻断 M 受体, 不产生阿托品样不良反应 2. 曲美布汀具有双向调节作用 3. 其他: 西托溴铵、东莨菪碱、山莨菪碱、美贝维林 4. 餐前半小时给药
三环类抗抑郁药	具有抗胆碱作用, 有阿托品样不良反应
阿片类受体激动剂	洛哌丁胺是唯一用于 IBS 的止泻药物; 如漏服, 不可补服
复方地芬诺酯	加入阿托品降低地芬诺酯成瘾性; 禁与中枢抑制剂、单胺氧化酶抑制剂合用; 禁用于 2 岁以下(呼吸抑制)
蒙脱石散	具有吸附作用, 与其他药物合用需间隔 1 h; 不可直接倒入口中用水冲服; 不可用水调成糊状或丸状以免分布不均
肠道促泌剂	1. 利那洛肽 2. 鲁比前列酮适用于 18 岁以上女性
聚乙二醇 4000	用于便秘型 IBS

考点 61: 胆石症与胆囊炎的治疗

- 慢性胆囊炎→胆源性消化不良: 复方阿嗝米特
- 匹维溴铵:
 - 胃肠道高选择性钙拮抗剂→解除 Oddi 括约肌痉挛
 - 无抗胆碱能作用和心血管不良反应→用于合并青光眼、前列腺增生、尿潴留患者
 - 餐时, 非卧位 50mg tid po, 不可掰嚼
- 熊去氧胆酸: 胆固醇结石; 早、晚餐中各一次
- 排石→绞痛合并胆系感染: 吗啡+阿托品、抗 G⁻药
- 消炎利胆片

考点 62: 甲状腺功能亢进的临床基础

- 青年女性多见; Graves 病最常见
- 临床表现:
 - 不同程度甲状腺肿大
 - 浸润性突眼
 - 胫前黏液性水肿
 - 神经兴奋性增高
 - 高代谢综合征
 - 心血管系统表现

3. 实验室检查: FT_3 、 FT_4 ↑, TSH ↓, ^{131}I 摄入 ↑

考点 63: 甲状腺功能亢进的治疗药物

抗甲状腺药		作用机制	不良反应
硫脲类	甲巯咪唑	抑制 T_3 、 T_4 合成, 丙硫氧嘧啶可阻断外周 T_4 转化为 T_3	过敏反应 (最常见)、粒细胞减少 (最严重)、红斑狼疮样症状 (荨麻疹、关节痛)、丙硫氧嘧啶代谢产物有肝毒性
	丙硫氧嘧啶		
碘化钾 (甲亢术前 2 周)		抑制 T_3 、 T_4 释放	过敏反应、淋巴结肿大
碳酸锂 (短期 → 对硫脲类和碘剂不耐受者)		抑制 T_3 、 T_4 分泌	口干、消化道反应、神经系统症状 (手抖、嗜睡、视物模糊)、白细胞计数 ↑
β 受体阻断剂		缓解症状, 阻断 $T_4 \rightarrow T_3$	抑制心脏、支气管痉挛、外周血管收缩、掩盖低血糖症状

甲亢初治患者、新生儿、儿童和 20 岁以下: 首选硫脲类, 起效较慢 (4 周)

阶段	维持时间	药物
初始阶段	1~2 个月	甲巯咪唑 30~45 mg/d; 丙硫氧嘧啶 300~450 mg/d
减药阶段	2~3 个月	不以 TSH 为治疗目标
维持阶段	1~1.5 年	甲巯咪唑 5~10 mg/d; 丙硫氧嘧啶 50~100 mg/d

【其他治疗】

1. 放射性 ^{131}I 治疗:

①释放 β 射线, 破坏滤泡上皮, 减少甲状腺素分泌②甲状腺 II 度肿大、硫脲类失败或不能耐受、不宜手术、术后复发或不愿手术、老年甲亢、合并糖尿病或白细胞、血小板 ↓ 者、毒性多结节性甲状腺肿③禁用: 妊娠、哺乳期、甲状腺癌

2. 手术治疗: 术前大剂量硫脲类 (甲状腺功能恢复正常)

+大剂量碘剂 (腺体缩小、变硬、血流减少)

【用药注意事项】

1. 妊娠期、哺乳期甲亢首选丙硫氧嘧啶, 最小有效剂量; 甲巯咪唑致畸 (新生儿皮肤缺损)、进乳汁多

2. 禁食含碘食物、药物, 控制膳食纤维摄入

3. 硫脲类药物增强抗凝药作用

4. 磺胺类、磺酰脲类、保泰松、巴比妥类、维生素 B_{12} 抑制甲状腺功能, 引起甲状腺肿大

5. 应用碳酸锂监测血药浓度: $>1.5\text{mmol/L}$ 中毒

6. 避免碘摄入过多: ① <12 岁: $50\sim120\mu\text{g/d}$; ② >12 岁: $150\mu\text{g/d}$; ③妊娠及哺乳期: $200\mu\text{g/d}$

考点 64: 甲状腺功能减退症的临床基础

➢临床表现

1. 一般症状、体征:

①怕冷、易疲劳、体重增加、记忆力减退、便秘常见②面色苍白、手足皮肤姜黄色, 皮肤干燥脱屑、颜面部和眼睑皮肤水肿、毛发稀疏、眉毛外端 1/3 脱落

2. 心血管系统: 心动过缓

3. 黏液性水肿昏迷: 感染、使用镇静剂诱发

4. 实验室检查: TSH↑, FT₃、FT₄↓; TC、TG、LDL↑, HDL↓

考点 65: 甲状腺功能减退症的治疗

【药物治疗】

1. 左甲状腺素 (L-T₄):

①早餐前 60 min, 其次睡前, 再次早餐前 30 min, 需终生服药②25~50 μg/d, 每 2 周以 25 μg 调整③冠心病: 25 μg/d, 每 4 周以 25 μg 调整④初期, 每 4~6 周测激素指标

2. 黏液水肿性昏迷的治疗: 首选静注 T₃, 10 μg/次, q4h

【用药注意事项】

1. 同时伴有肾上腺皮质功能不全时, 必须首先给予糖皮质激素
2. 左甲状腺素增强华法林作用
3. 妊娠期不宜用左甲状腺素与抗甲状腺药物共同治疗甲亢

考点 66: 糖尿病的临床基础

分型	病因	症状特点
1 型 (胰岛素依赖型)	胰岛 B 细胞完全破坏, 胰岛素绝对不足	1. 任何年龄发病, 30 岁前最常见 2. 典型症状: 三多一少 (多饮、多食、多尿、消瘦) 3. 血中胰岛素和 C 肽水平很低甚至检测不出
2 型 (非胰岛素依赖型)	胰岛素相对不足, 胰岛素抵抗	1. 家族遗传病史; 2. 起病隐匿、缓慢 3. 多数人肥胖; 4. 多数在查体时发现 5. 出现慢性并发症

【并发症】

并发症	
急性并发症	①糖尿病酮症酸中毒②高渗性昏迷
慢性并发症	①大血管病变: 2 型糖尿病主要死因②微血管病变: 糖尿病肾病 (1 型糖尿病主要死因)、糖尿病视网膜病变③神经系统并发症: 周围神经病变④糖尿病足: 致残主要原因

【诊断依据】

1. “三多一少”

2. 以下任意一项:

①随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L ②空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L

③75 g 葡萄糖负荷量后 2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L

考点 67: 糖尿病的治疗

【2 型糖尿病综合控制目标】

指标		目标值
血糖 (mmol/L)	空腹	4.4~7.0
	非空腹	<10.0
糖化血红蛋白 (%)		<7.0
血压 (mmHg)		<130/80
TC (mmol/L)		<4.5
HDL-C (mmol/L)	男性	>1.0
	女性	>1.3

TG (mmol/L)		<1.7
LDL-C (mmol/L)	未合并 ASCVD	<2.6
	合并 ASCVD	<1.8
BMI (kg/m ²)		<24.0

【治疗药物】——注射药物

1. 胰岛素及胰岛素类似物 2. 胰高糖素样肽-1 受体 (GLP-1) 激动剂

【胰岛素及胰岛素类似物】——ih.

分类	药物	给药时间、途径	
速效	门冬胰岛素、赖脯胰岛素	Ac. 10min/餐后立即	tid. 可 iv.
短效	普通/正规/中性胰岛素	Ac. 30min	tid.
中效	低精蛋白锌胰岛素	每日固定时间 qd.	
长效	精蛋白锌胰岛素		
	甘精胰岛素 地特胰岛素		
预混	双时相胰岛素: 普通胰岛素+低精蛋白锌胰岛素	注射后 30 min 内必须进食	

【胰岛素及胰岛素类似物】

1. 抢救酮症酸中毒、高渗性昏迷: iv. 普通胰岛素
2. 基础胰岛素: 中效、长效胰岛素; 甘精胰岛素无峰值
3. 餐时胰岛素: 速效、短效胰岛素
4. 最常见 ADR: 低血糖→立即口服糖水/静脉滴注葡萄糖
5. 每次更换注射部位, 间隔 2cm
6. 未开启的胰岛素冷藏 (2~8℃) 保存, 冷冻后不可用
7. 开启后不宜冷藏, 室温保存 4 周

【口服降糖药】

分类	药物
磺酰脲类促胰岛素分泌药	格列齐特
非磺酰脲类促胰岛素分泌药	瑞格列奈
双胍类	二甲双胍
α-葡萄糖苷酶抑制剂	阿卡波糖、米格列醇
噻唑烷二酮类(胰岛素增敏剂)	罗格列酮
二肽基肽酶-4 (DPP-4) 抑制剂	西格列汀
钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 (SGLT-2) 抑制剂	达格列净、卡格列净

【口服降糖药】

1. 给药时间:
 - ①餐中: 格列美脲、二甲双胍、阿卡波糖
 - ②其余餐前
2. α-葡萄糖苷酶抑制剂与其他降糖药合用出现低血糖, 应使用葡萄糖, 禁用蔗糖
3. 二甲双胍每日最大剂量 2550 mg, 接受外科手术和造影剂增强的影像学检查前应暂停使用; 影响维生素 B₁₂ 吸收

4. 不良反应:

①低血糖: 格列××、×格列奈

②体重改变: a. 增加: 格列××、×格列奈、×格列酮 b. 减轻: 二甲双胍、×××肽、×格列净

③胃肠道反应: a. 胃胀、腹胀、肠鸣响: α-葡萄糖苷酶抑制剂 b. 恶心、呕吐、腹痛、腹泻: 二甲双胍、×××肽

④乳酸性血症: 二甲双胍

⑤胰腺炎、肌痛、关节痛、高血压、鼻咽炎、秃顶: ×格列汀

⑥心衰、女性骨折: 胰岛素增敏剂

⑦低血压、泌尿生殖系统感染: ×格列净

【治疗药物选择】

1. 单药治疗

①2型糖尿病: 单纯生活方式干预不能达标时, 首选二甲双胍开始单药治疗, 若无禁忌证, 应一直保留 ②不能耐受二甲双胍: α-葡萄糖苷酶抑制剂或促胰岛素分泌剂

2. 二药和三药联合: 二甲双胍是基础

3. 胰岛素制剂的应用

①起始治疗——以下情况首选胰岛素

*1型糖尿病, 终身胰岛素替代治疗

*新发2型糖尿病, 且明显高血糖甚至发生急性并发症

*新诊患者分型困难, 与1型糖尿病难以鉴别

*口服降糖药难以控制的2型糖尿病(促泌剂除外)

*在糖尿病病程中, 出现无明显诱因的体重下降

——基础胰岛素的使用, 注意以下问题

*原有口服降糖药不必停, 包括胰岛素促分泌剂

*起始剂量 0.1~0.3 U/(kg·d), 睡前皮下注射

——预混胰岛素的使用, 注意以下问题

*qd., 起始 0.2 U/(kg·d), 晚餐前给药

*糖化血红蛋白高, bid., 起始 0.2~0.4 U/(kg·d)

*1型糖尿病“蜜月期”阶段, 短期每日2~3次, 不宜长期应用

【根据空腹血糖→用量调整每3~5天调整1次, 每次调整1~4 U, 3个月后空腹血糖达标, 但糖化血红蛋白不达标→调整治疗方案】

②胰岛素的多次注射(初始治疗不理想或反复多次低血糖)

——餐时+基础胰岛素 2~4次/日

——预混胰岛素 2~3次/日

停用促胰岛素分泌

③持续皮下胰岛素输注(CSII)

——适用人群

*1型糖尿病

*计划受孕或已孕, 需要胰岛素治疗的妊娠糖尿病患者

*需胰岛素强化治疗的2型糖尿病

——短效胰岛素或速效胰岛素类似物采用胰岛素泵

——较少发生低血糖

④短期胰岛素强化治疗方案

——适用人群: 糖化血红蛋白≥9.0%, 空腹血糖≥11.1 mmol/L 伴明显高血糖症状的新诊断2型糖尿病

- 治疗时间：2周~3个月
- 治疗目标：空腹及非空腹血糖达标，暂时不关注糖化血红蛋白
- 给药方案：多次注射、CSII

4. 肾功能不全（CKD）患者的降糖药物选择

GFR < 45 ml / (min · 1.73m²) 时禁用二甲双胍
 < 25ml / (min · 1.73m²) 时禁用阿卡波糖

考点 68：骨质疏松症的治疗

【治疗药物】

	类别	药物
骨健康基本补充剂	钙剂	碳酸钙、葡萄糖酸钙
	维生素 D	α - 骨化醇、骨化三醇、艾迪骨化醇
骨吸收抑制剂	双膦酸盐	阿仑膦酸钠
	雌激素类	
	雌激素受体调节剂	雷洛昔芬
	降钙素	鲑鱼降钙素、依降钙素
骨形成刺激剂		特立帕肽（甲状旁腺激素）
其他	锶盐	雷奈酸锶：双重作用；血栓禁用
	维生素 K 类	四烯甲萘醌：维生素 K ₂ 同型物
	RANKL 抑制剂	迪诺塞麦：单克隆抗体

【骨健康基本补充剂】

类别	剂量		
钙剂	成人	800 mg/d	
	孕妇、乳母、绝经后女性、老年人	1000~1200 mg/d; 除去饮食获取，应补充 500~600 mg/d	
维生素 D	成年人	400 IU/d	天然维生素 D ₃ 最安全；
	老年人	600 IU/d	
	防治骨质疏松	800~1200 IU/d	老年人、肾功能减退者：活性维生素 D
	最高耐受量	2000 IU/d	

1. 补钙应清晨、睡前各 1 次，若 tid.，应餐后 1 h
2. 维生素 D：合用噻嗪类利尿剂→高钙血症；合用强心苷类易中毒

【双膦酸盐】

1. 阿仑膦酸钠：10 mg/d 或 70 mg/w，po.
 唑来膦酸钠：5mg，iv.gtt.，>15 min，每年 1 次
 利塞膦酸盐：5 mg/d，po.
2. ADR：食管炎、流感样症状、下颌骨坏死
 ——早晨空腹用 200ml 温开水送服
 ——坐位、立位，服后 30min 不进食、不卧床
 ——长期卧床者不能服用
 ——最好用静脉方式给药，但高浓度快速静滴，会引起肾衰竭
3. 不同时使用 2 种双膦酸盐，不与 NSAIDs 合用；低钙血症禁用
4. 不宜喝牛奶、咖啡、茶、矿泉水、果汁和含钙的饮料

【雌激素类】

1. 有子宫者应配合孕激素；子宫切除者可单用雌激素
2. 乳腺癌、子宫内膜癌、**血栓性疾病**、不明原因阴道出血、严重肝肾功能不全**绝对禁用**

【雷洛昔芬】

1. 60 mg, qd.
2. 对乳腺、子宫内膜无不良作用
3. 妊娠期、**血栓性疾病**、**男性禁用**

【降钙素】

1. 鲑鱼降钙素：im.、ih.、鼻喷，qd./qod.；依降钙素：im.，qw.
2. 明显**缓解骨痛**
3. 用药前**补充钙剂**、**维生素D**数日
4. 用药前宜**皮试**，支气管哮喘慎用
5. **鼻喷剂**开封前**冷藏**不**冷冻**，**开封后**室温贮存**4周**

【特立帕肽】

20 μg/d, ih.；禁用于 Paget 骨病

【原发性 OP 的药物治疗】

通常	双膦酸盐类	较广抗骨折谱
	迪诺塞麦	
低至中度骨折 风险	首选口服药物	注射剂：唑来膦酸盐、特立帕肽、 迪诺塞麦
	口服不耐受、有禁忌、依从性欠佳	
高度骨折风险		
仅椎体骨折高风险		雌激素类、雷洛昔芬
新发骨折伴疼痛		短期降钙素

考点 69：高尿酸血症与痛风的治疗

【一般治疗】

1. **改变生活方式**：
 - ①避免摄入**高嘌呤**食物：动物内脏、肉汤、海鲜、干豌豆
 - ②戒烟限酒、**控制体重**、增加**碱性食物**摄取
2. **碱化尿液**：碳酸氢钠、枸橼酸钠（3 g/d）→ 尿液 pH 6.2~6.8

【药物治疗】

1. **急性发作期**：
 - ①**首选**：秋水仙碱——首剂 1 mg, q2h, 0.5 mg, 直至**疼痛缓解**或出现呕吐、腹泻等**胃肠道反应**即**停药**, 24 h 内药量不超过 6 mg
 - ②**缓解疼痛**：非甾体抗炎药——**首选**对乙酰氨基酚、**吲哚美辛**；**次选**布洛芬；**禁用**阿司匹林
 - ③**换用糖皮质激素**
 - ④**换用 IL-1 受体阻断剂**
 - ⑤**不推荐使用降尿酸药物**；缓解后才考虑使用
2. **降尿酸治疗**——**治疗时机**

痛风性关节炎发作 ≥2 次	立即治疗 →SUA <360 μmol/L
发作 1 次+ 高风险 (<40 岁、 痛风结石 、 肾结石 、 肾功能↓ 、	

高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖、冠心病、心衰、脑卒中)	
发作 1 次	SUA > 480 → < 360 μmol/L
高风险 (肾结石、肾功能 ↓、高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖、冠心病、心衰、脑卒中)	
无病史、无危险因素	SUA > 540 → < 420 μmol/L

2. 降尿酸治疗——药物

① 抑制尿酸生成药

- 别嘌醇 (最大 600 mg/d)
- 非布司他 (最大 80 mg/d)
- 抑制黄嘌呤氧化酶

② 促进尿酸排泄药

- 苯溴马隆、丙磺舒
- 配合使用碳酸氢钠，多饮水
- 肾结石禁用
- 肾功能减退 → 丙磺舒失效
- 轻、中度肾功能不全、肾移植可用苯溴马隆 (早餐后)

- 症状消失后 2 周才用
- 用药初期诱发痛风急性发作
- 无需停药
- 联合小剂量秋水仙碱或非甾体抗炎药
- 碱化尿液多饮水

3. 新型降尿酸药物

① 尿酸酶

- 拉布立酶: 血液系统恶性肿瘤、化疗 → 急性 HUA
- 普瑞凯希: 其他药物疗效不佳或有禁忌时

② 选择性尿酸重吸收抑制剂

- RDEA594: 单一足量使用黄嘌呤氧化酶抑制剂不能达标者

【用药注意事项】

1. 秋水仙碱:

- ① 骨髓抑制 ② 尿路刺激症状 (血尿、少尿): 肾衰竭 ③ 胃肠道反应: 严重中毒前驱症状

2. 别嘌醇:

- ① 初始 4~8 周宜与小剂量秋水仙碱联合服用 ② 肿瘤化疗前开始使用 ③ 不宜过度限制蛋白质摄入 ④ 导致眩晕, 驾驶员工作前禁用 ⑤ 剥脱性皮炎, 筛查基因 HLA-B*5801

3. 促尿酸排泄药: 有类磺胺样过敏反应

4. 避免使用导致尿酸升高的药物

- ① NSAIDs (阿司匹林) ② 高效、中效利尿剂 ③ 免疫抑制剂 ④ 青霉素、莫西沙星 ⑤ 吡嗪酰胺、乙胺丁醇 ⑥ 维生素 B 族 (烟酸)、维生素 C ⑦ 抗肿瘤药

考点 70: 佝偻病的治疗——维生素 D

➢ 预防

- 出生后 15 日~18 岁: 400~800 IU/d
- 早产儿、双胎、体弱儿、生长发育特别迅速: 800~1000 IU/d

➢ 治疗: 2000~4000 IU/d

➢ 中毒

- ① 表现: 乏力、高血压、颅内压升高、胃肠道反应、肾结石
- ② 解救: 停药、停饮牛奶, 改豆浆, 口服泼尼松、肌注降钙素、双膦酸盐

> 注意事项

1. 补充维生素 D 同时补钙
2. 日光疗法：不可隔着玻璃

考点 71：尿路感染的临床基础

临床表现

急性膀胱炎	尿路刺激症状：尿频、尿急、尿痛
急性肾盂肾炎	尿路刺激症状；全身症状：发热、腰痛、肾区叩击痛

考点 72：尿路感染的治疗

【一般措施】

1. 多休息、多饮水、勤排尿
2. 膀胱刺激征明显、血尿者：碳酸氢钠 1 g/次，tid.
- ①碱化尿液、缓解症状、抑菌生长、避免形成血凝块②增强磺胺类抗菌活性，避免尿路结晶

【抗尿路感染药物】——总体原则

1. 抗 G⁻杆菌经验治疗，3 天无效，根据药敏结果调整
2. 药物：尿液和肾内浓度高，肾毒性小，不良反应少
3. 单一药物失败、严重或混合感染、耐药菌株：联合用药
4. 不同类型不同疗程

	急性膀胱炎	急性肾盂肾炎			
		病情轻	严重	多耐药	G ⁺
疗程	3d	10~14d	2w		
途径	po.	po.	iv. gtt. → 退热后 3d → po.		
药物	磺胺类				××培南 万古霉素
	××沙星	××沙星	××沙星		
	阿莫西林	阿莫西林	哌拉西林		
	头孢呋辛	头孢呋辛	头孢曲松		
			头孢他定		
		头孢吡肟			

莫西沙星尿液中浓度低，不推荐使用

【给药次数】

1. 左氧氟沙星：qd；环丙沙星：bid
2. 阿莫西林：tid；哌拉西林-他唑巴坦：q8h.
3. 头孢呋辛：bid；头孢曲松：qd；头孢他定：q12h；头孢吡肟：q12h
4. 厄他培南：qd；美罗培南：q8h；亚胺培南：q6h
5. 万古霉素：q12h

【复发性尿路感染】——区别再感染与复发

停药 6 周	菌种	区别	治疗
内	相同	复发	强力杀菌，至少 6 周
后	不同	再感染	长程低剂量抑菌：复方磺胺甲噁唑、呋喃妥因、左氧氟沙星；睡前排尿后口服 1 次；7~10 日更换 1 次；疗程半年

【无症状菌尿】

非妊娠女性、老年人常出现，不进行治疗

【妊娠期尿路感染】

1. 危害：早产儿、低出生体重儿概率增加 20~30 倍
2. 药物：阿莫西林、呋喃妥因、三代头孢菌素类（毒性小）；禁用氟喹诺酮类
3. 疗程：
 - ①急性膀胱炎：3~7 d
 - ②急性肾盂肾炎：iv. gtt., 2 周
4. 反复发生的尿路感染：呋喃妥因、长程、低剂量、抑菌

考点 73：尿失禁

诱发药物：利尿剂、抗胆碱药、抗抑郁药、镇静催眠药、阿片类镇痛药

尿失禁	表现	治疗药物	注意事项
压力性	腹压增高	α_1 受体激动剂米多君	卧位、坐位高血压、头皮瘙痒、毛发竖立、尿潴留
		外阴局部应用雌激素	外阴萎缩的尿失禁患者
急迫性	膀胱过度活动症	抗胆碱药奥昔布宁、索利那新、托特罗定	首选，阻断 M 受体、认知损害
		β_3 受体激动剂米拉贝隆	高血压、鼻咽炎、尿路感染
充盈性	良性前列腺增生	α_1 受体阻断剂+5 α 还原酶抑制剂	

考点 74：下尿路症状/良性前列腺增生的临床基础

1. 最早（早期信号）：夜尿频
2. 最主要症状：排尿困难
3. 评价 BPH 症状严重程度及是否影响生活质量：
 - ①国际前列腺症状评分（IPSS）
 - ②生活质量评分（QQL）

考点 75：下尿路症状/良性前列腺增生的治疗药物

分类		药物
α_1 受体阻断剂	二代	哌唑嗪、特拉唑嗪、多沙唑嗪
	三代	坦洛新（坦索罗辛）
5 α 还原酶抑制剂		非那雄胺、依立雄胺、度他雄胺
抗胆碱药		奥昔布宁、索利那新、托特罗定
植物制剂		普适泰（舍尼通）、锯叶棕

【 α_1 受体阻断剂】

1. 阻断 α_1 受体，松弛前列腺和膀胱颈平滑肌，减轻膀胱出口梗阻
2. 适用于需要尽快解决急性症状者；轻度（IPSS<8分）、中至重度（IPSS为8~19分）：单用
3. 常见体位性低血压：①睡前给药②换用坦索罗辛
4. 不受年龄和前列腺体积影响，不影响前列腺体积和血清 PSA

【5 α 还原酶抑制剂】

1. 抑制 5 α 还原酶→双氢睾酮↓→缩小前列腺体积→用于前列腺体积增大的 BPH，减少尿潴留风险
2. 作用可逆，起效慢（度他雄胺 1 个月，其余 6~12 个月）

3. 引起**性功能障碍**
4. 妊娠期禁止触摸非那雄胺碎片（X级），禁用度他雄胺
5. 降低 PSA 水平（约 50%），用药前先测 PSA

【抗胆碱药】

1. 适用于伴发膀胱过度活动综合征（OAB）的 BPH
2. 不良反应：口干、便秘、尿潴留
3. 禁用于闭角型青光眼、重症肌无力

【联合用药】

1. α_1 受体阻断剂+5 α 还原酶抑制剂
2. α_1 受体阻断剂+M受体阻断剂

考点 76：慢性肾病（CKD）的临床基础

【肾功能评估方法】——肾小球滤过率 GFR

1. 菊粉清除率：外源性标志物“金标准”
 2. 内生肌酐清除率（CrCl）：常用
- 【临床表现】**

1. 代谢性**酸中毒**及胃肠道症状（呕吐、口中尿味）
2. 电解质紊乱和**肾性骨病**
 - ①水钠潴留→**水肿、高血压**
 - ②**高钾血症、高磷、低钙血症、骨质疏松**
3. **低血糖**（尤其是糖尿病患者）、负氮平衡、**高血脂**
4. 激活 RAAS→**血压升高**
5. **肾性贫血**

考点 77：慢性肾病（CKD）的治疗

【营养治疗】

1. 保证能量摄入：热量 30~35 kcal/（kg·d）
减少蛋白质摄入：优质低蛋白饮食（优质蛋白不少于 50%）
- ①**非透析 CKD**：蛋白质 0.6~0.8 g/（kg·d）
- ②**透析 CKD**：蛋白质 1.0~1.2 g/（kg·d）
2. **低盐，避免高脂食物**
3. **控制动物内脏、海鲜类高嘌呤饮食摄入**

【降压（不宜过快）】

1. 目标

总体目标	<140/90 mmHg
合并 白蛋白尿/糖尿病	≤130/80 mmHg
60 岁以上 老年人	<150/90 mmHg，避免<130/80 mmHg

2. 药物

- ①**首选 ACEI、ARB**
——血肌酐 >265 $\mu\text{mol/L}$ 或 CrCl <30 ml/min 慎用
——血肌酐超过基础值 30%、高钾血症停用
- ②CCB
- ③老年患者慎用 α 受体阻断剂
- ④合并糖尿病首选 ACEI/ARB，不用 β 受体阻断剂
- ⑤合并痛风禁噻嗪类

【肾性贫血】

1. Hb <100 g/L → Hb ≥115 g/L，不推荐 Hb >130 g/L
2. 人促红素
 - ①皮下注射 → 非透析者
 - ②静脉 → 透析者

3. 注意补铁

【肾性骨病与高磷、低钙血症】

1. 口服肠道磷结合剂：碳酸钙（餐中嚼服）、碳酸镧、司维拉姆
2. 甲状旁腺激素应维持在正常上限 2~9 倍最合适，若出现严重或进行性甲状旁腺功能亢进，则应使用：

① 活性维生素 D（睡前）

- 肝功能正常：阿尔法骨化醇
- 肝功能障碍：骨化三醇
- 帕立骨化醇无需肝、肾活化

② 拟钙剂西那卡塞：低钙血症禁用

【降脂】

1. 轻至中度 CKD：LDL - C < 2.6 mmol/L
2. 重度 CKD：LDL - C < 1.8 mmol/L

3. 首选他汀类

【纠正酸中毒及高钾血症】——碳酸氢钠

【其他治疗】

1. 糖尿病：注意胰岛素用量
2. 并发高尿酸血症：别嘌醇、苯溴马隆、非布司他
3. 口服药用炭：肠道排毒

考点 78：男性勃起功能障碍（ED）的药物治疗

【5 型磷酸二酯酶抑制剂】

1. ED 首选
2. 西地那非、伐地那非、他达拉非
3. 口服用药后需要足够性刺激
4. 治疗失败，先检查药品质量，再考虑：性刺激缺乏、剂量不足、服药与性生活间隔太长、酒精或饮食影响吸收
5. 食物影响西地那非、伐地那非吸收，他达拉非不受油脂性食物影响，作用时间长
6. 血压下降
→ 已用硝酸酯类者 ×
→ 西地那非、伐地那非 24 h 后、他达拉非 48 h 后才用硝酸酯类
→ α 受体阻断剂前、后 4 h 内不可使用西地那非
7. 视觉异常 → 眩光、蓝视（他达拉非除外）
8. 避免饮用葡萄柚汁
9. 不能防止性传播疾病

【其他】

1. 雄激素

① 十一酸睾酮胶丸、注射剂和贴剂 ② 提高性欲 ③ 前列腺癌禁用；睾酮水平正常不推荐

2. 曲唑酮

3. 育亨宾

考点 79：缺铁性贫血的临床基础

1. 临床最常见贫血：缺铁性贫血（小细胞低色素性贫血）
2. 高危人群：妊娠期和育龄期女性、婴幼儿、儿童
3. 铁剂以 Fe^{2+} 形式在十二指肠吸收，胃酸、维生素 C 促进铁剂吸收
4. 慢性失血易导致缺铁性贫血

5. 最早最常见临床表现：乏力、困倦、活动耐力减退；也可见甲床苍白、反甲、异食癖

考点 80：缺铁性贫血的药物治

➢口服铁剂——首选方法

- 1. 标准制剂：硫酸亚铁（恶心、呕吐、便秘、黑便→pc.）
- 2. 含铁量高、ADR 轻：口服右旋糖酐铁、琥珀酸亚铁、多糖铁复合物

➢静脉铁剂

- 1. 右旋糖酐铁、蔗糖铁
 - 2. 适用于胃肠道反应重、胃肠道不能吸收、需迅速补铁的情况
 - 3. 100 mg 铁 15 min→200 mg 铁 30min→300mg 铁 1.5h
 - 4. 过敏反应→先缓慢滴注 15min，无 ADR，再将剩余按要求滴速滴完
- 用药注意事项

- 1. 疗效监测：血红蛋白、网织红细胞计数、血清铁蛋白、血清铁
- ①用药 4~5 天，网织红细胞数即上升②血红蛋白正常后再补充铁剂 4~6 个月
- 2. 铁剂吸收率：正常人 10%；缺铁性贫血者 30%
- 3. 地中海贫血、严重肝肾功能障碍、未治疗尿路感染禁用铁剂
- 4. 影响铁吸收的因素：
 - ①促进：肉类、果糖、半胱氨酸、醋、维生素 C、稀盐酸
 - ②抑制：脂肪、牛奶、茶水、磷酸盐、草酸盐、钙剂、抑酸药、抗酸药、四环素类、消胆胺

考点 81：巨幼细胞性贫血的临床基础

➢高发人群：6 个月~2 岁婴幼儿、老年人、酗酒者

➢发病机制与病因

①叶酸缺乏：

- * 摄入减少、需求量增加
- * 吸收障碍：乙醇、苯妥英、柳氮磺胺吡啶
- * 利用障碍：甲氨蝶呤、培美曲塞、氨苯蝶啶、甲氧苄啶、乙胺嘧啶等二氢叶酸还原酶抑制剂

②维生素 B₁₂ 缺乏：

- * 内因子缺乏
- * 对氨基水杨酸、二甲双胍、秋水仙碱、雷尼替丁、PPI 等药物

巨幼细胞性贫血的发病机制

考点 82：巨幼细胞性贫血的药物治

1. 叶酸缺乏：

- ①叶酸：po. 5~10 mg, tid. ②胃肠道吸收障碍：im. 1 mg 亚叶酸钙, qd. ③维生素 B₁₂

2. 维生素 B₁₂ 缺乏：

- ①口服 500 μg, qd. ②恶性贫血、全胃切除者：终生 im. 维生素 B₁₂ 100 μg, 每月 1 次

【注意事项】

- 1. 不能明确哪种物质缺乏时，可叶酸+维生素 B₁₂，但不可单用维生素 B₁₂
- 2. 治疗起始 48 h 内监测血钾，以防低钾血症
- 3. 维生素 C 促进叶酸转化为四氢叶酸
- 4. 用药第 4 天起，网织红细胞水平上升，Hb 在 1 个月内恢复正常，神经系统症状恢复较慢

考点 83：阴道炎

分型	表现	治疗原则	治疗方法
细菌性阴道病	乳酸杆菌↓→厌氧菌感染；鱼腥臭味	1. 有症状：抗厌氧菌治疗 2. 无症状：不需抗菌药	甲硝唑/替硝唑/克林霉素

	稀薄白带		——首选口服 ——也可睡前阴道给药
滴虫性阴道炎	泡沫样、稀薄脓性白带	1. 无症状也需治疗 2. 全身用药，避免阴道冲洗 3. 性伴侣需同时治疗 4. 最初治疗后 3 个月内需复查	甲硝唑 ——2g，单次口服 ——400mg/次，bid.，连服 7 日（妊娠期）

分型	表现	治疗原则	治疗方法
外阴阴道假丝酵母菌病	白色黏稠呈凝乳状或豆腐渣样白带	1. 消除诱因 2. 勤换内裤，用过的生活用品开水烫洗 3. 局部用药为主	1. 局部（阴道内）：克霉唑、咪康唑、制霉菌素 2. 全身：氟康唑、伊曲康唑 3. 妊娠期局部为主，禁口服 4. 非白假丝酵母菌 VVC 以唑类抗真菌药为一线药物（氟康唑除外），可选用硼酸胶囊阴道给药

考点 84：盆腔炎的临床基础

【病原体】

1. 外源性：沙眼衣原体、淋病奈瑟菌
2. 内源性：需氧菌、厌氧菌

【传播途径】

1. 沿生殖道黏膜上行蔓延
2. 经淋巴系统蔓延
3. 经血液循环传播
4. 直接蔓延

【主要临床表现】

下腹痛、阴道分泌物增多

考点 85：盆腔炎的治疗

主要药物	三代头孢菌素、头霉素类、氟喹诺酮类
厌氧菌	甲硝唑、克林霉素
衣原体、支原体	多西环素、米诺环素、阿奇霉素

方案一	头孢曲松/头孢西丁	甲硝唑	米诺环素/多西环素/阿奇霉素
门诊	单次 im.	po.	po.
住院	iv. gtt.	iv. gtt.	po. iv. gtt. →po.

方案二	氧氟沙星/左氧氟沙星	甲硝唑
门诊	po.	po.
住院	iv. gtt.	iv. gtt.

住院			
方案三		方案四	
氨苄西林-舒巴坦	iv. gtt.	克林霉素	iv. gtt.
阿莫西林-克拉维酸			
哌拉西林-他唑巴坦			
甲硝唑	po.	氨基糖苷类	im. /iv. gtt.
米诺环素/多西环素			
阿奇霉素			

【注意事项】

1. 静脉给药患者应在临床症状改善后继续静脉给药 24 h，然后转为口服给药，总疗程至少持续 14 日
2. 若确诊为淋病奈瑟菌感染，应首选方案一
3. 药物治疗持续 72 h 无明显改善者，应重新评估

考点 86：多囊卵巢综合征（PCOS）的临床基础

1. 育龄女性多见、内分泌及代谢性疾病
2. 特征：高雄激素、排卵功能障碍、多囊卵巢
3. 检查：雄激素↑、抗苗勒管激素↑、卵泡刺激素（FSH）正常或偏低、促黄体生成素（LH）↑

考点 87：多囊卵巢综合征（PCOS）的治疗

一线治疗	生活方式干预
代谢紊乱	胰岛素抵抗 二甲双胍：首选；伴不孕、氯米芬抵抗、促性腺激素促排卵前预处理 罗格列酮：无生育要求
	肥胖 奥利司他
高雄激素表型症状	青春期、育龄期首选短效复方口服避孕药（COC），效果不佳、有禁忌换螺内酯
	甲羟孕酮、环丙孕酮
	糖皮质激素：雄激素来于肾上腺 维 A 酸：严重痤疮

调整月经周期	周期性使用孕激素（黄体酮、地屈孕酮）：青春期、围绝经期（首选）、育龄期有妊娠计划
	COC：育龄期、无妊娠计划
	雌、孕激素周期序贯：低雌激素的青春期、围绝经期首选
促进生育	氯米芬（CC）：传统一线、说明书许可
	来曲唑：一线、说明书外
——药物诱导排卵	促性腺激素

考点 88：围绝经期综合征的临床基础

1. 发病机制：卵巢功能衰竭→雌激素↓
2. 临床表现：①绝经过渡期最常见：月经周期紊乱②潮热、出汗（血管舒缩症状，最具特征

性)、抑郁、焦虑、失眠、骨质疏松、关节痛、乏力

考点 89: 绝经激素治疗 (MHT)

【指导原则】

1. 有明确适应证且无禁忌证
2. 重要原则: **药物、剂量个体化**——选择能达到治疗目的的最低有效剂量
3. **有子宫的女性, 必须加用孕激素**
4. 治疗窗口期: **绝经 10 年之内/60 岁之前**
5. **不推荐**仅仅因**预防心血管疾病和阿尔茨海默病**的目的而采用 MTH, 也不推荐**乳腺癌术后患者**使用 MTH
6. 仅为改善**泌尿生殖系统**症状时, 首选**阴道局部雌激素**治疗
7. **雌激素**可减少绝经后腹部脂肪堆积、改善胰岛素敏感性, **降低 2 型糖尿病发病率**

【具体治疗方案】

1. 单纯**孕激素**: 绝经过渡期
2. 单纯**雌激素**: 已切除子宫的妇女
3. **雌孕激素序贯用药**: 有**完整子宫**、仍**希望有月经样出血**
 - ①**连续序贯**: 雌激素 14d→雌、孕激素 14d
——雌二醇/雌二醇-地屈孕酮——po.
 - ②**周期序贯**: 雌激素 11d→雌、孕激素 10d, 停药 3~7d
——戊酸雌二醇/戊酸雌二醇-醋酸环丙孕酮——po.
4. **雌孕激素联合用药**: 有**完整子宫**、**不希望有月经样出血**的妇女
——雌二醇-屈螺酮
5. **连续应用替勃龙**: 绝经后**不希望来月经**的妇女
 - * 雌激素:
 - ①**口服**: 戊酸雌二醇
 - ②**经皮**: 雌二醇凝胶——**胆囊疾病、血栓性疾病**适用
 - ③**经阴道**: 雌三醇乳膏、**普罗雌烯**阴道滴丸
 - * 孕激素:
 - ①**地屈孕酮**: **最接近于天然孕激素**
 - ②**屈螺酮**: **螺内酯衍生物**

考点 90: 避孕常用方法

【激素避孕】——避孕药种类

分类	药物	用法和特点
口服避孕药	短效 炔雌醇+孕激素	
	长效 炔雌醚+孕激素	孕激素含量高, 不良反应多
探亲避孕药	单方孕激素	不受月经周期限制
口服低剂量孕激素	炔诺酮	需避免使用雌激素者, 尤其 哺乳期 , 每日同一时间服药 (时间要求严格)

分类	药物	用法和特点	
紧急避孕药	单孕激素 左炔诺孕酮	规格 0.75mg	72 小时内 1 片, 12 小时重复服用 1 片
		规格 1.5mg	72 小时内 1 片
	抗孕激素 米非司酮		72 小时内 1 片
长效避孕针	甲羟孕酮	单孕激素 对乳汁影响小 , 适用于哺乳期	

分类		药物
缓释系统 避孕药	皮下埋植剂	依托孕烯、左炔诺孕酮
	阴道避孕环	黄体酮避孕环、甲地孕酮硅胶环
	避孕贴片	来潮 24 h 内贴于腹部、上臂外侧等，每周 1 片，连续 3 周
	宫内节育系统	左炔诺孕酮(曼月乐)——维持 5 年

【激素避孕】——不良反应

1. 类早孕反应
2. 不规则流血、血栓、闭经
3. 水钠潴留、体重增加、皮肤褐斑
4. 雌激素：TC、LDL↓；TG、HDL↑
孕激素：对抗 TG↑、使 HDL↓
5. 糖耐量异常

【激素避孕】——注意事项

1. 复方短效口服避孕药停药后可妊娠，长效避孕药停药 6 个月可妊娠
2. 更换药物应在月经来潮后 5 日内开始新方法
3. 年龄非避孕禁忌
4. 肥胖易导致避孕失败
5. 围绝经期应避孕

【激素避孕】——禁忌证

1. 妊娠期、哺乳期
2. 年龄>35 岁的吸烟女性（血栓）
3. 冠心病、静脉血栓
4. 高血压、糖尿病、甲亢
5. 肝炎、肾炎、精神病
6. 激素依赖性肿瘤、不明原因阴道出血

【宫内节育器】

1. 我国育龄妇女的主要避孕措施
2. 含铜离子（Cu²⁺）、激素及药物的活性宫内节育器
3. 含铜宫内节育器可用于紧急避孕，无保护性生活后 5 天内放入
4. 停经 1 年内取出

【避孕失败补救】——药物流产

1. 妊娠≤49 日，年龄<40 岁
2. 米非司酮+米索前列醇

米非司酮用法	第一日	第二日	第三日
顿服法：200mg	200mg		米索前列醇 0.6mg
分服法：150mg	晨：50mg	25mg	25mg（7am.）
	8~12 后：25mg	bid.	米索前列醇 0.6mg

考点 91：清除未吸收的毒物

【经消化道吸收中毒】

1. 催吐：清醒患者——阿扑吗啡（吗啡、磷化锌×）
- 禁忌：

①昏迷、休克②抽搐、惊厥未控制之前③患有食管静脉曲张、主动脉瘤、胃溃疡出血、严重心脏病④妊娠期

2. 洗胃：适用于水溶性药物中毒；每次 300~400 ml

【常用洗胃液】

1. 1:5000~10000 高锰酸钾溶液：1605、1059、3911、乐果×

2. 5%碳酸氢钠：敌百虫、香豆素类×

3. 活性炭混悬液：氰化物无效

4. 氯化钠溶液：用于毒物不明的急性中毒

5. 鞣酸溶液：用浓茶替代

6. 淀粉溶液：碘中毒

7. 鸡蛋白：砷、汞中毒

8. 牛奶与水等量混合：缓解硫酸铜、氯酸盐的刺激作用

【洗胃注意事项】

①4~6h 内洗胃，服毒量很大或存在胃-血-胃循环，超过 6h，仍可洗胃

②每次最多不超过 500ml

③惊厥未被控制之前、强腐蚀剂中毒、挥发性烃类化合物（如汽油）口服中毒患者不宜洗胃

④深度昏迷，洗胃时可能引起吸入性肺炎

考点 92：加速毒物排泄，减少吸收

1. 导泄

——硫酸钠、硫酸镁

——镇静催眠药、磷化锌中毒避免使用硫酸镁导泻

2. 灌肠

3. 利尿

——静注呋塞米 20~40mg

——肾衰竭不宜采用强利尿剂

4. 血液净化

考点 93：药物拮抗解毒

1. 物理性拮抗剂：

①药用炭：吸附②牛乳、蛋白：沉淀重金属

2. 化学性拮抗剂：

①酸碱中和②二巯丙醇结合重金属

3. 生理性拮抗剂：

①阿托品拮抗有机磷中毒②毛果芸香碱拮抗颠茄类中毒

4. 特殊解毒剂：

①砷中毒：二巯丙醇（不用于铅中毒）

②锑中毒：二巯丁二钠

③铅中毒：依地酸钙钠（解铅乐）

④铜中毒：青霉胺

⑤氰化物中毒：亚甲蓝、亚硝酸钠、硫代硫酸钠

⑥亚硝酸盐中毒：亚甲蓝

⑦有机磷中毒：解磷定（解磷定、双复磷、双解磷）——戊乙奎醚用于胆碱酯酶老化后维持阿托品化

⑧有机氟中毒：乙酰胺（解氟灵）

⑨一氧化碳中毒：谷胱甘肽

⑩对乙酰氨基酚中毒：乙酰半胱氨酸

⑪吗啡、哌替啶等阿片类中毒：烯丙吗啡

⑫阿片类、急性乙醇中毒：纳洛酮

⑬苯二氮草类中毒：氟马西尼

考点 94：苯二氮草类中毒

1. 血液透析无法清除

2. 特效解救药：氟马西尼 iv.

考点 95：三环类抗抑郁药中毒

1. 吐根糖浆

2. 药用炭吸附，硫酸钠导泻

3. 心律失常：利多卡因；心力衰竭：毒毛花苷 K

4. 低血压：去甲肾上腺素；癫痫：苯妥英钠

考点 96：急性酒精中毒

1. 催吐、洗胃和活性炭不适用

2. 静脉注射 50%葡萄糖 100 ml、胰岛素 20 U，肌内注射维生素 B₁、维生素 B₆、烟酸各 100 mg

3. 美他多辛促排泄

4. 适当保暖，注意补水

5. 惊厥：地西洋、水合氯醛

6. 纳洛酮能解除酒精中毒的中枢抑制

考点 97：有机磷农药中毒

中毒表现：

①M 样症状（毒蕈碱样症状）②N 样症状（烟碱样症状）③中枢神经系统症状

只有 M：轻度，M+N：中度，M+N+CNS：重度

解毒方案：阿托品+解磷定

阿托品：

1. 缓解 M 样症状

2. 原则：早期、足量、重复给药，达“阿托品化”立即减量

3. 阿托品化指征：轻微烦躁、心率加快、皮肤潮红干燥、口干、肺部湿罗音减少、瞳孔扩大

4. 阿托品中毒用毛果芸香碱，禁毒扁豆碱

解磷定

1. 复活胆碱酯酶 2. 缓解肌束震颤 3. 对乐果、敌百虫、敌敌畏无效

4. 碱性溶液不稳定 5. 碘解磷定：静脉注射 6. 氯解磷定：肌内注射

考点 98：香豆素类杀鼠药

1. 解救：维生素 K₁

2. 禁用：碳酸氢钠洗胃

考点 99：氰化物中毒

1. 苦杏仁味、皮肤黏膜樱桃红色 2. 吸入中毒：吸入亚硝酸异戊酯直至静注亚硝酸钠为止

3. 解救药：亚甲蓝、亚硝酸钠、硫代硫酸钠

考点 100：重金属中毒

1. 铅中毒：

①急性中毒：金属味、腹绞痛等消化系统症状；②驱铅治疗（静注）：依地酸钙钠、二巯丁二钠（可 po.）、青霉胺

2. 汞中毒：①慢性中毒：首发神经衰弱症状②驱汞治疗：二巯丙磺钠（静注）、二巯丙醇、二巯丁二钠（im.）青霉胺（po.）

金英杰直播学院让学习更容易



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

医学培训知名品牌

致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



药王联盟班



上课提醒

医学优选,金英杰教育

全国免费咨询热线: 400-900-9392 客服及投诉电话: 400-606-1615

地址: 北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层

直播笔记(直播习题) 奋斗没有终点,任何时候都是一个起点