



第一章 执业药师与药学服务

1. **重要人群：**①用药周期长的慢性病患者，或长期或终身用药者②患有多种疾病需服用多种药品者③特殊人群如特殊体质、肝肾功能不全、过敏体质、老幼残孕等④用药效果不佳，需重新选择或调整用药方案者⑤用药易出现明显不良反应者⑦特殊剂型、特殊给药途径者。
2. 一级信息以期刊杂志发表的原创性论著为主；二级信息以引文、摘要、索引、目录服务为主；三级信息以参考书和数据库为主。
3. 阿昔洛韦可致急性肾衰竭、肾功能异常及肾小管损害。
4. 利巴韦林可致畸胎、肿瘤和溶血性贫血。
5. 人促红素可引起纯红细胞再生障碍性贫血。
6. 肝素可诱发血小板减少症，并由此可引发血栓栓塞性并发症。
7. 所有的头孢菌素、碳青霉烯类、氧头孢烯类、头霉素类等抗生素，可与维生素 K 竞争性结合谷氨酸- γ 羟化酶，抑制肠道正常菌群，减少维生素 K 产生，具有潜在的致出血风险。长期应用头孢菌素类等抗生素时，须注意适当补充维生素 K、B。
8. 因不良事件被召回或撤市的药品如培高利特、替加色罗、含钆造影剂。
9. 抗抑郁药氟西汀、帕罗西汀若与单胺氧化酶抑制剂（包括呋喃唑酮、异烟肼、异卡波肼、吗氯贝胺、帕吉林、司来吉兰等）合用，易引起 5-羟色胺综合征，需至少间隔 14 日。
10. 不宜用氯化钠注射液溶解的药品：两性霉素 B、红霉素、哌库溴铵、奥沙利铂、多烯磷脂酰胆碱、氟罗沙星。
11. 不宜用葡萄糖注射液溶解的药品：青霉素、头孢菌素、苯妥英钠、阿昔洛韦、瑞替普酶、依托泊苷、替尼泊苷、奈达铂。
12. 万古霉素：不肌注、不推注，0.5g/100ml，1h 以上，滴注过快会出现“红人综合征”。
13. 两性霉素 B：静脉滴注时间控制在 6h 以上，滴注过快会引起心室颤动、心脏骤停。
14. 罂粟碱静注过快可引起呼吸抑制。
15. 雷尼替丁静注过快可引起心动过缓。
16. 贮存或滴注过程中必须遮光：对氨基水杨酸钠、硝普钠、放线菌素 D、长春新碱、尼莫地平、左氧氟沙星。

第二章 药品调剂和药品管理

1. 四查十对：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。
2. 处方缩写：①po. 口服，Ac 餐前，Pc 餐后②Am 上午，Pm. 下午③qd. 每日 1 次，bid. 每日 2 次，tid. 每日 3 次，qid. 每日 4 次④OD 右眼，OS./OL 左眼，OU. 双眼，⑤im. 肌肉注射，iv. 静注，ivgtt 静滴。
3. 无适应证用药如无明显细菌感染指征，使用抗菌药治疗；I 类手术切口应用第三代头孢菌素等。
4. 无正当理由超适应证用药如坦洛新用于降压；阿托伐他汀钙用于补钙；黄体酮用于输尿管结石。
5. 不合理联合用药如肠炎、细菌性腹泻，给予小檗碱、地芬诺酯、蒙脱石散联用。
6. 常见酶诱导剂有卡马西平、苯妥英、苯巴比妥、利福平、圣约翰草提取物。
7. 必须做皮试的药物有青霉素、XX 酶注射液、鱼肝油酸钠注射液、细胞色素 C、抗毒素、血清、胸腺素等。
8. 疗效提高，具有协同作用的中西药联用：①黄连、黄柏、金银花、大蒜素等与抗生素的协同抗炎②甘草（甘草甜素）+氢化可的松③丹参注射液+间羟胺、多巴胺。
9. 减轻药物不良反应的中西药联用：①海螺蛸粉、白及粉+抗肿瘤药=减少消化道反应②甘草+呋喃唑酮=减少胃肠道不良反应③甘草酸+链霉素=降低对第 VIII 对脑神经的毒害④石麦汤+氯氮平=减轻流涎。
10. 减少剂量，缩短疗程的中西药例子：珍菊降压片减少可乐定用量。
11. 药品贮存要求，室温：10℃~30℃。阴凉处：不超过 20℃。凉暗处：不超过 20℃并遮光。冷处：2℃~10℃。相对湿度 35%~75%。
12. 部分高警示药品：茶碱类药物（静脉途径）、高渗葡萄糖注射液（20%或以上）、抗心



- 律失常药（如胺碘酮、利多卡因）（静脉注射）、抗血栓药、强心药、麻醉药、胰岛素、阿托品注射液（规格 $\geq 5\text{mg/ml}$ ）、高锰酸钾外用制剂、甲氨蝶呤（口服，非肿瘤用途）、硫酸镁注射液、肾上腺素（皮下注射）、缩宫素（静脉注射）、浓氯化钾注射液、注射用硝普钠等。
13. 兴奋剂：①具有蛋白同化作用的药物生物制品，蛋白同化激素苯丙酸诺龙、雄激素甲睾酮 ②肽类激素，人生长激素，促性腺激素、人促红素（EPO）或重组人促红素 ③麻醉药品，可待因、哌替啶、芬太尼 ④精神刺激剂，可卡因 ⑤药品类易制毒化学品，麻黄碱 ⑥其他如 β 受体阻断剂、利尿剂。记录应当保存至超过蛋白同化制剂、肽类激素有效期2年。
14. 麻醉药品和第一类精神药品不得零售，需印鉴卡、基数卡。五专管理即专用处方，专用账册，专册登记，专柜加锁，专人负责。
15. 二类精神药品凭加盖医疗机构公章的处方销售，每张处方不超过7日常用量，处方应当留存2年备查。

第三章 用药安全

1. 适宜清晨服用的有糖皮质激素、抗高血压药、抗抑郁药、利尿药、硫酸镁等。
2. 适宜餐前服用的有胃黏膜保护药、促胃动力药、鞣酸蛋白、钙磷调节药、抗菌药物、磺脲类降糖药。
3. 适宜餐中服用的有奥利司他、熊去氧胆酸、噻氯匹定、甲磺酸伊马替尼；助消化药酵母、胰酶、淀粉酶；降糖药二甲双胍、阿卡波糖、格列美脲；非甾体抗炎药舒林酸、吡罗昔康、美洛昔康。
4. 适宜餐后服用的有非甾体抗炎药阿司匹林、对乙酰氨基酚、吲哚美辛、尼美舒利、布洛芬、双氯芬酸；组胺 H_2 受体阻断剂XX替丁；维生素 B_1 、 B_2 。
5. 适宜睡前服用的有XX他汀、缓泻药、抗过敏药、平喘药、钙剂、催眠药。
6. 宜多饮水的药物：平喘药、利胆药、蛋白酶抑制剂、双膦酸盐、抗痛风药、抗尿结石药、电解质、磺胺类药、氨基糖苷类抗生素、氟喹诺酮类药物。
7. 限制饮水的药物：某些治疗胃病的药物（苦味健胃药、胃黏膜保护剂）、止咳药、预防心绞痛发作的药物、抗利尿药。
8. 不宜用热水送服的药物：助消化药、维生素类、减毒活疫苗、含活菌类药物。
9. 葡萄柚汁影响CYP3A4代谢并抑制其活性，可影响多种通过CYP3A4代谢的药物，如钙通道阻滞剂（维拉帕米、地平类）免疫抑制剂（环孢素）他汀类降脂药、镇静催眠药（三唑仑、地西洋）等。对氨氯地平无影响。
10. 服药后饮酒可发生“双硫仑样反应”的药物：甲硝唑、替硝唑、头孢曲松、头孢哌酮、氯丙嗪、呋喃唑酮。
11. 滴丸多用于病情急重者，滴丸在保存中不宜受热。泡腾严禁直接服用或口服。
12. 咀嚼片用于中和胃酸时，宜在餐后1~2h服用。舌下片含后30min内不宜吃东西或饮水。
13. 药物不良反应分类：①副作用②毒性反应③过敏反应④继发反应⑤后遗效应⑥依赖性⑦撤药反应⑧特异质反应⑨“三致”作用（致癌、致畸、致突变）。
14. 继发反应：①长期口服广谱抗生素——二重感染②抗肿瘤药物——引起机体免疫力低下，导致感染。
15. 后遗效应：①服用巴比妥类药物后出现次晨的宿醉现象②氨基糖苷类抗生素、奎宁和大剂量呋塞米引起的听力丧失③长期应用皮质激素后导致肾上腺分泌功能的减退。
16. 撤药反应：①长期应用肾上腺糖皮质激素类药物，停用后引起原发疾病的复发，还可能导致病情恶化②停用抗高血压药后出现血压反跳以及心悸、出汗等症状。
17. 特异质反应：①肝细胞内缺乏乙酰化酶的人群服用异烟肼后出现多发性神经炎②红细胞膜内的葡萄糖-6-磷酸脱氢酶有缺陷者服用某些药物如伯氨喹，容易出现溶血反应③假胆碱酯酶缺乏者应用琥珀胆碱后，由于延长了肌肉松弛作用持续时间而常出现呼吸暂停反应。
18. 妊娠毒性药物分级：A级（最安全）水溶性维生素、正常剂量的脂溶性维生素A、D、枸橼酸钾等。B级（缺乏人体试验相对安全）青霉素类、XX西林、头孢XX、红霉素、克林霉素、美罗培南、阿昔洛韦、门冬胰岛素、阿卡波糖、二甲双胍、对乙酰氨基酚。C级（权衡利弊）喹诺酮类、万古霉素、奥司他韦。D级（不得已才用）ACEI、ARB、甲巯咪唑、卡马



西平。X级（禁用）XX他汀、利巴韦林、激素类药物：米非司酮、炔诺酮、缩宫素及沙利度胺、华法林、甲氨蝶呤、碘甘油。

第四章 药物治疗管理与健康促进

1. 根据 TMD 结果调整给药方案，包括稳态一点法、一点法和重复一点法、药动学（PK）/药效学（PD）参数法，Bayesian 反馈法。
2. 中性粒细胞（≈白细胞）增多可见于急性感染和化脓性炎症、骨髓增殖；减少可见于抗甲状腺制剂、抗肿瘤药、磺胺类等。
3. 淋巴细胞增多多见于病毒感染。
4. 脓血便—细菌性痢疾、溃疡性结肠炎；稀糊状或水样粪便—感染或非感染性腹泻、急性胃肠炎；米泔水样便—霍乱、副霍乱；鲜血便—下消化道出血；白陶土样便—阻塞性黄疸；粪隐血阳性可见于消化道溃疡、消化道肿瘤及其他疾病。
5. 丙氨酸氨基转移酶（ALT），天门冬氨酸氨基转移酶（AST）；ALT、AST 的测定可反映肝细胞损伤程度。ALT 增高的程度与肝细胞被破坏的程度成正比。氯丙嗪、异烟肼、利福平、红霉素、氟康唑、他汀类药物导致转氨酶升高。
6. 空腹血糖正常值：成人 3.9~6.1mmol/L；餐后 2 小时血糖：<7.8mmol/L；增高可见于糖尿病、长程应用肾上腺糖皮质激素、甲状腺激素、利尿剂、XX 沙星。
7. 心肌肌钙蛋白可用于诊断心肌梗死以及判断微小心肌缺血性损伤。
8. 国际标准化比值（华法林）安全有效范围为 2.0~3.0；>3.0 出血的发生率增加；<1.5 血栓的发生率增加。
9. 清洁手术（I 类切口）：手术器官为人体无菌部位，手术部位无污染，通常不需预防用抗菌药物。有特殊情况，如手术范围大、手术时间长、污染机会增加等可考虑预防用药。
10. 清洁—污染手术（II 类切口）：手术部位存在大量人体寄殖菌群，此类手术通常需预防性使用抗菌药物。
11. 污染手术（III 类切口）：已造成手术部位严重污染，此类手术需预防性使用抗菌药物。
12. 污染—感染手术（IV 类切口）：在手术前即已开始治疗性应用抗菌药物，术中、术后继续。——不属于预防性应用。
13. 浓度依赖型药物，日剂量单次给药；有氨基糖苷类、硝基咪唑类、氟喹诺酮类、多黏菌素、达托霉素。
14. 时间依赖型药物，日剂量多次给药和（或）延长滴注时间；有 β 内酰胺类、林可霉素、大部分大环内酯类。
15. 时间依赖性且抗菌作用持续时间长，日剂量分两次给药（阿奇霉素除外）；有阿奇霉素、克拉霉素、替加环素、四环素类、糖肽类、利奈唑胺。

第五章 常见病症的健康管理

1. 当直肠温度超过 37.6℃，口腔温度超过 37.3℃，腋下温度超过 37.0℃，昼夜间波动超过 1℃时即为发热。
2. 对乙酰氨基酚，退热药的首选，正常剂量下安全有效。解热作用强，镇痛作用较弱，几乎没有抗炎活性。可安全用于哺乳期发热和镇痛；妊娠期可在正常剂量范围内短期使用。
3. 布洛芬镇痛作用较强，抗炎作用较弱；对胃肠道刺激性较小，易于耐受。可安全用于哺乳期发热和镇痛；妊娠早、晚期均禁用（胎儿畸形或流产）。
4. 阿司匹林避免用于儿童退热，可能引起 Reye's 综合征。
5. 解热镇痛药用于退热一般不超过 3d，如症状未缓解应及时就医，不得自行长期服用。
6. 对乙酰氨基酚超量或同时饮酒，可造成肝脏不可逆性损伤；布洛芬有水钠潴留的作用，高血压、心力衰竭、肾功能不全者应慎用。
7. 三叉神经痛首选卡马西平、加巴喷丁，如无效可继服苯妥英钠、巴氯芬、阿米替林等药。
8. 解热镇痛药用于镇痛一般不超过 5 天；只有规律服用一线镇痛药物不能很好地控制疼痛的基础上，才按需短期服用含阿片类镇痛成分的药物，减少其成瘾性。
9. 对阿司匹林有严重过敏的患者应禁用布洛芬等非甾体抗炎药的各种制剂，包括外用制剂。



学习APP下载

世界上唯一只赚不赔的投资就是学习，学习让人生更为体面，考证让职业更具尊严。

可选用对乙酰氨基酚。

10. 夜间咳嗽可选用右美沙芬，伴有胸痛的干咳选用可待因，感冒所伴随的咳嗽选用右美沙芬复方制剂。
11. 喷托维林可造成儿童呼吸抑制，故5岁以下儿童不宜应用。
12. 流感病毒感染，确诊病例应尽早隔离治疗；发病48h内进行抗病毒治疗效果好，但超过48h仍可获益。
13. 金刚烷胺和金刚乙胺，仅对甲型流感病毒有效，但耐药。
14. 神经精神异常是奥司他韦最受关注的不良反应。
15. 对于孕妇应尽早启动抗病毒治疗，通常首选奥司他韦。流感流行季节应接受三价或四价流感疫苗注射。奥司他韦很少排泄到母乳，哺乳期使用需权衡利弊。
16. 使用减毒流感活疫苗2周内不应服用奥司他韦；服用奥司他韦后48h内不应使用减毒流感活疫苗。灭活流感疫苗与服用奥司他韦没有时间要求。
17. 治疗咽喉痛选用非甾体抗炎药如布洛芬、双氯芬酸等。
18. 急性咽炎和扁桃体炎的抗菌治疗：青霉素是抗菌首选；口服青霉素V钾或阿莫西林，疗程10天；或苄星青霉素单次肌注青霉素过敏者选用大环内酯类和克林霉素；阿奇霉素的疗程为3天，克林霉素5~7天。
19. 第二代抗组胺药为过敏性鼻炎的一线药物，一般每天用药一次，疗程不少于2周。
20. 鼻用糖皮质激素是治疗过敏性鼻炎最有效的药物，口服糖皮质激素是二线治疗药物。
21. 白三烯受体阻断剂，可用于过敏性鼻炎伴或不伴哮喘的治疗；每天睡前用药1次，疗程4周以上。
22. 口腔溃疡用药氯己定含漱液，长期使用可使牙齿着色，舌苔变黑，味觉失调。刷牙后含漱可减轻牙齿着色。
23. 甲硝唑口腔粘贴片，使用期间，不得饮酒或含酒精的饮料。
24. 地塞米松粘贴片，频繁应用可引起局部组织萎缩，易引起继发的真菌感染等；一日总量不得超过3片，连续使用不得过1周。
25. 胰酶在酸性条件下易被破坏，故须用肠溶衣片，口服时不可嚼碎，应整片于进餐中吞服。
26. 容积性泻药：欧车前、膳食纤维、羟甲基纤维素
27. 渗透性泻药：乳果糖、聚乙二醇4000
28. 刺激性泻药：比沙可啶、酚酞、含蒽醌类药物、蓖麻油等
29. 润滑性泻药：多库酯、石蜡油、植物油、麻仁润肠丸。长期服用影响脂溶性维生素吸收
30. 连续使用硫酸镁可引起便秘，甚至出现麻痹性肠梗阻，停药后可好转。苯巴比妥类中毒患者不宜使用硫酸镁导泻，以防加重中枢神经抑制作用。
31. 含蒽醌类药物长期服用会发生结肠黑变病，表现为结肠黏膜色素沉着，呈“蛇皮”或“豹斑”样改变。
32. 口服补液盐，腹泻补液首选，同时也可用于预防和纠正脱水。
33. 洛哌丁胺，作用于肠壁平滑肌，抑制肠蠕动和延长食物通过时间，多用于无侵袭性腹泻症状的轻至中度旅行者腹泻。
34. 腹泻抗感染治疗，喹诺酮类药物诺氟沙星、左氧氟沙星为首选，复方磺胺甲噁唑为次选。有条件者，根据细菌培养结果，选择敏感药物。
35. 阿苯达唑和甲苯咪唑为广谱驱虫药，作用机制为阻断虫体摄取葡萄糖，导致虫体糖原衰竭；但容易引起蛔虫游走，偶见口吐蛔虫。
36. 七叶洋地黄双苷滴眼液：改善睫状肌功能和增加睫状肌血流量改善眼的调节功能，减轻眼部不适。
37. 人工泪液如玻璃酸钠滴眼液、羟甲基纤维素钠滴眼液、聚乙烯醇滴眼液等，用于改善眼部干燥症状。
38. 磺胺醋酰钠滴眼液抑制二氢叶酸合成酶，阻止细菌的生长、繁殖，磺胺类药物过敏史者禁用。
39. 硫酸锌滴眼液，低浓度呈收敛保护作用，高浓度有杀菌和凝固作用，利于创面的愈合；葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏（有溶血性贫血倾向）者禁用。



学习APP下载

世界上唯一只赚不赔的投资就是学习，学习让人生更为体面，考证让职业更具尊严。

40. 细菌感染引起的急性卡他性结膜炎可选用磺胺醋酰钠滴眼液、四环素、金霉素、红霉素等。
41. 流行性结膜炎可用 0.1%酞丁安、阿昔洛韦滴眼液、0.1%碘苷滴眼液。
42. 过敏性结膜炎可用醋酸可的松、色甘酸钠滴眼液。
43. 早期结膜炎可以采用热敷的方法；但过敏性结膜炎宜用冷敷。
44. 滴眼液或眼膏开瓶后保质期一般为 28~30 天。
45. 维 A 酸类药物：全反式维 A 酸/异维 A 酸，阿达帕林、他扎罗汀（轻度痤疮的单独一线用药）。
46. 过氧苯甲酰，炎症性痤疮的首选外用抗菌药物；对衣物或毛发具有氧化漂白作用，应尽量避免接触。可以导致全反式维 A 酸失活，二者联合使用时建议分时段外用。
47. 口服异维 A 酸和维胺酯是结节性囊肿型重度痤疮的一线治疗药物，需与脂餐同服，以增加口服吸收的生物利用度；异维 A 酸有明确的致畸作用，育龄期女性患者及其配偶应在治疗前 1 个月、治疗期间及治疗结束后 3 个月内严格避孕。哺乳期女性严禁使用异维 A 酸制剂。
48. 对于湿疹急性期的治疗，无水疱、糜烂、渗出时建议使用炉甘石洗剂、糖皮质激素乳膏或凝胶。大量渗出时应选择冷湿敷，如 3%硼酸溶液、0.1%盐酸小檗碱溶液、0.1%依沙吖啶溶液等；有糜烂但渗出不多，可用氧化锌油剂。
49. 轻度湿疹可使用弱效糖皮质激素如氢化可的松、地塞米松乳膏；中度湿疹使用中效糖皮质激素如曲安奈德、糠酸莫米松乳膏；重度肥厚性皮损使用强效如哈西奈德、卤米松乳膏，**强效糖皮质激素连续应用一般不超过 2 周。**
50. 手足真菌感染外用涂擦可以使用咪唑类、丙烯胺类、阿莫罗芬、环吡酮胺、利拉萘酯等。特比萘芬乳膏禁用于儿童。
51. 手足真菌感染患者需注意个人卫生，治疗需足量、足疗程，避免滥用激素。
52. **超重和肥胖的治疗 BMI \geq 24.0kg/m²且有合并症情况；或 BMI \geq 28.0kg/m²而无论是否有合并症。经过 3~6 个月单纯控制饮食和增加活动量处理仍不能减重 5%，可考虑用药物辅助治疗。腰围 \geq 90/85cm（男/女）可判定为腹型肥胖。**
53. **非中枢性减重药：脂肪酯酶抑制剂奥利司他，应进餐时服用；可干扰脂溶性维生素的吸收，服药期间应补充这些维生素；可能与肝损害有关。**
54. 对于脂肪肝的治疗，保肝药物有水飞蓟素（宾）、双环醇、多烯磷脂酰胆碱、甘草酸二铵、还原性谷胱甘肽、S-腺苷蛋氨酸、熊去氧胆酸等；**选择 1 种保肝药物，疗程需要 1 年以上。口服 1 种 6 个月，无效则改用其他，不宜同时应用多种抗炎保肝药物。**

第六章 呼吸系统常见疾病

1. 对于急性气支气管肺炎不建议常规使用抗菌药物，除非出现了肺炎；患有流感或百日咳时，应立即使用神经氨酸酶抑制剂治疗流感。大环内酯类药物治疗百日咳，同时患者还需要隔离 5 日。
2. 对于门诊轻症 CAP，建议口服阿莫西林或阿莫西林-克拉维酸；青年无基础疾病患者建议口服多西环素或米诺环素。有合并症或最近 3 个月有抗菌药物治疗史的 CAP 患者，用喹诺酮类药物替代治疗。需要住院，不必入住重症监护室的 CAP 患者，推荐单用 β 内酰胺类或联合多西环素/米诺环素、大环内酯类等。需要入住重症监护室的重症 CAP 患者，推荐以 β 内酰胺类为基础的联合方案，联合大环内酯类或喹诺酮类。
3. 吸入型糖皮质激素为哮喘慢性持续期的治疗首选途径，吸药后用清水漱口防止口咽白色念珠菌感染。口服用于大剂量 ICS（吸入性糖皮质激素）联合 LABA（长效 β_2 受体激动剂）仍不能控制的持续性哮喘，如口服泼尼松。
4. β_2 受体激动剂，短效如沙丁胺醇、特布他林，哮喘急性发作的首选药物；按需间歇使用，不宜单一、长期使用。长效如福莫特罗（起效快）、沙美特罗、茚达特罗，不能单独用于哮喘治疗，与 ICS 联合是目前最常用的控制药物。
5. 白三烯受体阻断剂如扎鲁司特、孟鲁司特。起效慢，作用弱，一般连续应用 4 周后才见疗效，不宜应用于急性发作。是目前除糖皮质激素外唯一可单独使用的哮喘控制性药物，可作为轻度哮喘患者糖皮质激素的替代治疗药物，中至重度哮喘的联合用药。



6. 茶碱类治疗窗窄，个体差异大，监测其血药浓度。茶碱浓度 $>5\text{mg/L}$ 即有治疗作用， $>15\text{mg/L}$ 时则不良反应明显增加。
7. 哮喘症状控制且肺功能稳定3个月以上，可考虑降级；通常每3个月减少ICS剂量25%~50%是安全可行的。
8. 一线抗结核药有异烟肼（H）、利福平（R）、吡嗪酰胺（Z）、乙胺丁醇（E）。链霉素（S）曾是一线药物，现耐药，已很少使用。
9. 抗结核治疗的原则是早期、联合、适量、规律、全程。
10. 异烟肼不良反应：周围神经病（肌肉痉挛、四肢感觉异常，可合用维生素B6）、流感样综合征、药物性狼疮、癫痫、脑病。
11. 利福平不良反应：体液变色-橘红色、流感样综合征、药物性血管炎、急性间质性肾炎。
12. 吡嗪酰胺不良反应：痛风、关节痛；恶心、食欲不振、面色潮红、光敏性。
13. 乙胺丁醇不良反应：关节痛，尿酸升高，球后视神经炎。

第七章 心血管系统常见疾病

1. 降压目标值：①普通高血压患者 $<140/90\text{mmHg}$ ②合并糖尿病、慢性肾脏病的高血压患者 $<130/80\text{mmHg}$ ③老年高血压患者 $<150/90\text{mmHg}$ ④老年收缩期高血压患者，收缩压控制于 150mmHg 以下，如果可以耐受可降至 140mmHg 以下。
2. 以CCB为基础的降压治疗方案可显著降低高血压患者脑卒中风险。尤其适用于老年高血压、单纯收缩期高血压、伴稳定性心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化及周围血管病患者。
3. ACEI和ARB具有良好的靶器官保护和心血管终点事件预防作用，尤其适用于心脏病、糖尿病、肾病患者。
4. β 受体阻断剂可降低血压，也可保护靶器官、降低心血管事件风险；适用于伴快速性心律失常、冠心病心绞痛、慢性心力衰竭、交感神经活性增高以及高动力状态的高血压患者；无并存疾病的老年高血压不宜首选 β 受体阻断剂。
5. CCB会导致心跳加快、面部潮红、脚踝部水肿；ACEI可致干咳，ACEI和ARB都可致血钾升高； β 受体阻断剂可影响糖脂代谢，长期应用突然停药可发生反跳现象。 α 受体阻断剂可致体位性低血压。
6. 降压药的联合治疗，两药联合：①ACEI或ARB+噻嗪类利尿剂②CCB+ACEI或ARB③CCB+噻嗪类利尿④CCB+ β 受体阻滞剂。三药联合：二氢吡啶类钙通道阻滞剂+ACEI（或ARB）+噻嗪类利尿剂。四药联合：三药联合基础上加其他降压药，用于难治性高血压患者。
7. 主要降低胆固醇（TC）的药物：他汀类、依折麦布、普罗布考、依洛尤单抗、胆酸螯合剂如考来烯胺、考来替泊。
8. 主要降低甘油三酯（TG）的药物：贝特类、烟酸类、高纯度鱼油制剂。
9. 高胆固醇血症首选他汀类，高三酰甘油血症首选贝特类；混合型高脂血症以TC升高为主首选他汀类，以TG升高为主首选贝特类。
10. 硝酸酯类药物是首选抗心肌缺血的血管扩张剂，为减少耐受性，采用偏心给药的方法，保证每天8~12小时的无硝酸酯或低硝酸酯浓度时间。使用西地那非、伐地那非和他达拉非的患者，24小时内不可应用硝酸甘油等硝酸酯类药物。
11. β 受体阻断剂作为稳定型心绞痛的初始治疗药物。尽早使用，逐渐加至最大耐受量，长期服用可降低死亡率。当心力衰竭患者伴有心绞痛时，首选 β 受体阻断剂。优先使用选择性 β_1 受体阻断剂，如比索洛尔、美托洛尔、阿替洛尔。
12. 预防心肌梗死，所有患者，只要无禁忌症，均应使用ACEI或ARB。
13. 二氢吡啶类，长效硝苯地平适于联合 β 受体阻断剂用于伴有高血压的心绞痛患者（减轻反射性心动过速）。变异型心绞痛，CCB是一线治疗药物，不宜选择 β 受体阻断剂。
14. 地高辛治疗的血药浓度范围是 $0.5\sim 0.9\mu\text{g/L}$ ，中毒血药浓度是 $>2.0\text{ng/ml}$ ；
15. 华法林的抗凝强度INR $2.0\sim 3.0$ ；抗凝稳定性：用INR在治疗目标范围内的总时间百分比（TTR）表示，一般情况下应尽量使 $TTR>65\%$ ；对于中度以上二尖瓣狭窄及机械瓣膜置换术后的房颤患者只能应用华法林抗凝。忘服1次华法林，如当日记起则即时补服；如第二天才想起，则无需补服，只需服用常规剂量。



16. 强心苷类的中毒处理：对快速性心律失常者，血钾浓度低，则静脉补钾；血钾不低，给苯妥英钠或利多卡因。有传导阻滞及缓慢性心律失常者，用阿托品静注。

第八章 神经精神系统常见疾病

1. 对于缺血性脑卒中急性期的治疗，发病3小时内和3~4.5小时可选用阿替普酶、替奈普酶，发病在6小时内选用尿激酶。抗血小板治疗①溶栓者，应在溶栓24小时后开始使用②不宜溶栓且无禁忌症者尽早给予阿司匹林150~300mg/d，急性期后改为预防剂量50~150mg/d③轻型卒中患者（NIHSS评分≤3分），在发病24小时内应尽早启动双联抗血小板治疗（阿司匹林和氯吡格雷）并维持21日，有益于降低发病90日内的卒中复发风险。
2. 癫痫局灶性发作：卡马西平、丙戊酸钠、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等；全面性发作：丙戊酸钠、卡马西平、苯巴比妥、苯妥英钠、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等。
3. 癫痫在专科医生指导下进行药物治疗，初始治疗为单药治疗，至少两种或两种以上的单药治疗失败后再考虑联合用药，注意小剂量起始，滴定增量，长期规律用药。定期随访。逐渐停药，停药过程为半年至1年甚至更长。
4. 癫痫持续状态：首选，成人地西洋10~20mg，静脉注射，每分钟不超过2~5mg，儿童为0.1~1.0mg/kg；也可用苯妥英钠，静脉注射。一次应用足够剂量以达到完全控制发作目的，切忌少量多次重复用药。
5. 育龄期妇女癫痫治疗酌情选用奥卡西平、左乙拉西坦、拉莫三嗪；孕前3个月和孕初3个月每日加用叶酸2.5~5mg。
6. 复方左旋多巴易诱发致残性运动并发症（症状波动、异动症），不宜突然停药；活动性消化道溃疡慎用，闭角型青光眼、精神病患者禁用。尽量空腹服用，不能与高蛋白质食物同服。
7. COMT抑制剂恩托卡朋，需与左旋多巴同服，单用无效。在胃肠道能与铁形成螯合物，故与铁剂服药间隔至少为2~3小时。
8. 对于≥60岁的帕金森患者，抗胆碱药苯海索最好不应用（会导致认知功能下降）；闭角型青光眼、前列腺肥大患者禁用。
9. 用于治疗痴呆改善认知功能的药物：胆碱酯酶抑制剂（多奈哌齐、卡巴拉汀、加兰他敏、石杉碱甲、利斯的明）和美金刚。加兰他敏，严重肝肾损害患者（CCr<9ml/min）禁用；卡巴拉汀，需要于早晨和晚上与食物同服。
10. 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）：帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰；具有抗抑郁和抗焦虑的双重作用。
11. 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI）：文拉法辛、度洛西汀；对SSRI无效的严重抑郁症患者也有效，疗效与剂量有关，可导致血压轻度升高。文拉法辛严重肝肾疾病、高血压及癫痫患者慎用。度洛西汀禁用于未经治疗的闭角型青光眼患者。
12. NE和特异性5-HT能抗抑郁药（NaSSAs）：米氮平；尤其适用于治疗伴有睡眠障碍或焦虑障碍的抑郁症。最常见不良反应是体重增加，可引起胆固醇升高，偶见直立性低血压。
13. 三环类药物（TCAs）：丙咪嗪、阿米替林、氯米帕明、多塞平。
14. 5-羟色胺受体拮抗和再摄取抑制剂（SARI）：曲唑酮；适用于各种轻、中度抑郁发作。
15. 苯二氮草类药物：地西洋、氯氮草、硝西泮、艾司唑仑、三唑仑、咪达唑仑、阿普唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮。此类药物要注意日间困倦、肌张力下降、容易跌倒（老年人尤其注意）和认知障碍等不良反应。可出现反跳性失眠、戒断症状、耐受性和依赖性。
16. 非苯二氮草类药物：唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆等；是治疗失眠的一线药物，半衰期短，一般不产生日间困倦，药物依赖风险较BZDs低。
17. 褪黑素受体激动剂：雷美尔通（催眠）、阿戈美拉汀（催眠和抗抑郁）。不良反应很小，无依赖无戒断，可长期使用，也用于倒时差。雷美尔通已获准长期治疗失眠，但我国尚未上市。
18. 老年失眠症患者首选非药物治疗手段，药物治疗则推荐使用non-BZDs或褪黑素受体激动剂。使用BZDs药物时需注意不良反应。



第九章 消化系统常见疾病

1. PPI 可产生显著而持久的抑酸效果，是治疗 GERD（胃食管反流病）的首选药物。发生夜间酸突破现象可睡前加 H₂RA（H₂受体拮抗剂），老年人长期 PPI 抑酸治疗会发生骨折风险，需要适当监测。
2. H₂RA 抑酸效果不及 PPI，仅适用于轻至中度的 GERD 治疗。长期使用会产生耐受性，不适合作为长期维持治疗药物
3. 孕妇可以使用抗酸剂或硫糖铝作为初始治疗药物，如需要用药 PPI，也可使用。
4. 十二指肠溃疡常表现为空腹痛；胃溃疡表现为餐后痛；一般消化性溃疡 Hp 感染是最主要的病因。
5. 根除 HP 的四联疗法：PPI+铋剂+2 种抗生素+餐后立即口服；①青霉素不过敏者，阿莫西林是首选抗生素。阿莫西林+克拉霉素/四环素/甲硝唑/呋喃唑酮/左氧氟沙星；②青霉素过敏者，可用四环素替代，四环素+甲硝唑/呋喃唑酮/左氧氟沙星。含左氧氟沙星的根除方案不作为初次治疗方案。
6. 用于 UC（溃疡性结肠炎）治疗的柳氮磺吡啶，不良反应呈剂量相关包括头痛、恶心和疲乏等，可通过将药物随餐服用或逐渐增加药物剂量得以减轻。过敏反应包括皮疹、发热、Stevens-Johnson 综合征、肝炎、肺炎、溶血性贫血、骨髓抑制等。可降低精子数量和活力，停药后可逆转；影响肠道对叶酸的吸收，用药期间常需补充叶酸。禁用于哺乳期和妊娠期。
7. 利福昔明被美国 FDA 批准用于治疗腹泻型 IBS（肠易激综合征）。是利福霉素衍生的半合成广谱抗生素，肠道吸收少，对肠道菌群影响较小。利那洛肽，美国 FDA 批准其用于便秘型 IBS。鲁比前列酮，美国 FDA 批准其用于 18 岁以上女性便秘型 IBS 患者。
8. 用于治疗胆石症和胆囊炎的药物有匹维溴铵、熊去氧胆酸与消炎利胆片，抗感染治疗可首选三代头孢菌素与甲硝唑联用，也可选用头孢哌酮钠舒巴坦钠、哌拉西林他唑巴坦。

第十章 常见内分泌及代谢性疾病

1. 对于甲亢，治疗药物有丙硫氧嘧啶、甲硫咪唑、碘化钾、碳酸锂、β 受体阻断剂；妊娠期、哺乳期妇女甲亢首选丙硫氧嘧啶。
2. 甲亢治疗期间禁食富碘食物（如海带、紫菜、虾皮、碘盐等），避免服用含碘的药物（如胺碘酮、西地碘等）
3. 抗甲状腺药物在白细胞计数偏低、肝功能异常等情况下慎用；对硫脲类过敏、中性粒细胞减少或缺乏时禁用。
4. 对于甲减，成年患者 L-T₄ 替代剂量 50~200ug /d，儿童需要较高剂量，老年患者需要较低剂量。妊娠时的替代剂量需要增加 30%~50%；服药最佳时间为早餐前 60 分钟，饭前服用，有利于药物吸收。
5. 甲减黏液水肿性昏迷：首选 T₃ 静脉注射，或 L-T₄ 首次静脉注射 300ug，至患者清醒后改为口服。必要时：氢化可的松 200-300mg/d 持续静滴，患者清醒后逐渐减量。
6. 左甲状腺素会增强抗凝血药的作用，减弱降血糖药的效果。消胆胺可抑制左甲状腺素的吸收，两药联用应间隔 4~5h。
7. 2 型肥胖型首选二甲双胍；2 型肥胖型且具有良好的胰岛功能的，选用磺酰脲类和非磺酰脲类促胰岛素分泌剂。二甲双胍长期使用应注意维生素 B₁₂ 缺乏。
8. 磺酰脲类：格列本脲、格列齐特、格列吡嗪、格列喹酮、格列美脲。非磺酰脲类：瑞格列奈、那格列奈。
9. 二肽基肽酶-4 抑制剂（DDP-4）：西格列汀、阿格列汀、利格列汀等。
10. 钠-葡萄糖协同转运蛋白-2 抑制剂（SGLT-2）：达格列净、恩格列净、卡格列净等。
11. 单纯餐后血糖高，首选 α-葡萄糖苷酶抑制剂，如阿卡波糖、伏格列波糖。
12. 餐后血糖升高为主，伴餐前血糖轻度升高首选胰岛素增敏剂噻唑烷二酮类，如罗格列酮、吡格列酮。
13. 糖尿病合并肾病首选格列喹酮。
14. 单药治疗首选二甲双胍，若无禁忌，一直保留在治疗方案中，不耐受者用 α-葡萄糖苷酶抑制剂或胰岛素促泌剂。单药治疗血糖不达标，可联合其他口服药。联合治疗血糖仍不



学习APP下载

达标，可加胰岛素。

15. 胰岛素注射时宜变换注射部位，两次注射点要间隔 2cm，以确保稳定吸收，防止皮下脂肪营养不良。使用中的胰岛素笔芯不宜冷藏，但在室温下最长可保存 4~6 周。普通胰岛素可静脉注射抢救糖尿病酮症酸中毒和高血糖高渗性昏迷。

16. 吡格列酮，肾功能不全者无须调整剂量；利格列汀，慢性肾脏病 4~5 期时无须减量；西格列汀， $GFR > 50ml / (min \cdot 1.73m^2)$ ，无须调整剂量。

17. 秋水仙碱，抑制粒细胞浸润，痛风急性发作首选药物，痛风发作 12 小时内尽早使用。长期应用可引起骨髓抑制，肾衰竭，胃肠道反应等不良反应。胃肠道反应是严重中毒的前驱症状，一旦出现应立即停药。严重肾功能不全者、妊娠期妇女禁用。

18. 别嘌醇、非布司他抑制尿酸生成，苯溴马隆、丙磺舒促进尿酸排泄，拉布立酶、普瑞凯希促进尿酸分解。

19. 佝偻病预防，新生儿出生后尽早补充，每日 400IU~800IU；早产儿、低出生体重儿、双胞胎出生后应即补充维生素 D 800~1000IU/d，连用 3 个月后改为 400~800IU/d。

20. 补充维生素 D 同时要注意补钙，出生满 6 个月后及时添加辅食；光照可以使皮肤维生素 D 合成增加，促进骨钙沉积。但隔着玻璃晒太阳对增高体内维生素 D 没有效果

21. 维生素 D 中毒症状，一般表现为血压增高，头痛，激惹，呼吸道感染等；消化道症状为恶心，呕吐，口渴，食欲不振、腹泻或便秘等；泌尿系统表现为多尿，间质性肾炎，肾结石等。中毒症状出现后立即停止维生素 D 及其强化食品和钙剂，停饮牛奶改豆浆；泼尼松 2mg/(kg·d)，口服；降钙素 50~100U/d，肌注，或者用双膦酸盐。补充水分，加速钙排泄。

第十一章 血液系统常见疾病

1. 尿路感染，一般治疗可口服碳酸氢钠片以碱化尿液；无病原学结果前，抗菌治疗一般首选针对革兰氏阴性杆菌药物，治疗 3 天症状无改善，按细菌培养与药敏结果调整用药。

2. 急性膀胱炎，短程疗法可选用磺胺类、喹诺酮类、半合成青霉素或头孢菌素类等抗菌药物，任一药物连用 3 天，90% 患者可治愈。

3. 肾盂肾炎，病情较轻者，门诊口服给药，10~14 日，90% 可治愈；严重感染全身中毒症状明显者，需住院静脉给药治疗，2 周疗程。

4. 复发性尿路感染，再感染，治疗方法与首次发作相同。对半年内发生 2 次以上再感染者可长程低剂量抑菌治疗；复发，按药敏试验选择强有力的杀菌性抗菌药物，疗程不少于 6 周。反复发作者，给予长程低剂量抑菌治疗。

5. 妊娠期尿路感染，选用毒性小的抗菌药物（阿莫西林、呋喃妥因或头孢菌素类等）；反复发生尿路感染者，可用呋喃妥因行长程低剂量抑菌治疗，但可通过胎盘屏障，妊娠后期不宜应用，妊娠 ≥ 37 周禁用。

6. 对于良性前列腺增生，① α_1 受体阻断剂和 5- α 还原酶抑制剂合用， α_1 受体阻断剂有利于快速控制下尿路症状，5- α 还原酶抑制剂长时间使用控制前列腺的体积。② α_1 受体阻断剂和 M 受体阻断剂合用， α_1 受体阻断剂扩尿道，M 受体阻断剂合用松弛膀胱。

7. 慢性肾脏病，降压治疗一般首选 RAAS 拮抗剂，糖尿病肾病患者首选 ACEI/ARB，合并痛风患者禁用噻嗪类利尿剂，老年患者不宜使用 β 受体阻断剂。肾性贫血给予人促红素；肾性骨病与高磷低钙血症给予磷结合剂如碳酸钙、醋酸钙、司维拉姆、碳酸镧等；降脂治疗给予他汀类。

8. 男性功能障碍（ED），PDE-5 抑制剂禁忌用于定期使用或间歇使用任何品种与制剂形式的硝酸酯类药物的患者，两者联用会引起严重低血压。使用 PDE-5 抑制剂后发生胸痛，则应延迟硝酸酯类药物治疗；西地那非或伐地那非，则应延迟 24 小时；他达拉非，则应延迟 48 小时。

9. 除他达拉非外，西地那非、伐地那非会致视觉异常如眩光、蓝视。

10. 葡萄柚汁可能增加 PDE-5 抑制剂的作用，用药期间应避免饮用葡萄柚汁； α 受体阻断剂与 PDE-5 抑制剂服用前、后 4 小时内不要服用西地那非；降压药与 PDE-5 抑制剂可产生轻微的协同降压作用，可以合用。



第十二章 血液系统常见疾病

1. 男性 Hb<120g/L，女性 Hb<110g/L，孕妇 Hb<100g/L 视为贫血。
2. 轻度贫血 90~120g/L；中度 60~90g/L；重度 30~60g/L；小于 30g/L 为极重度贫血。
3. 口服铁剂是治疗缺铁性贫血的首选方法，口服铁剂最大缺点是胃肠道不良反应明显。铁剂可使大便颜色变黑，可掩盖消化道出血而延误病情或误认为出血。
4. 静脉铁剂（右旋糖酐铁，蔗糖铁）首次用药前，先给予试验剂量，1 小时内无过敏反应再给予足量治疗。
5. 巨幼红细胞贫血需要同时补充维生素 B₁₂ 和叶酸

第十三章 肿瘤

1. XX 替尼导致的痤疮样皮疹，必要时可用糖皮质激素；卡培他滨引起的手足综合征可告知患者穿宽松的鞋袜和手套，根据程度调整药物用量。
2. 伊立替康引起的迟发性腹泻口服洛哌丁胺胶囊 4mg，随后每 2 小时服用 2mg，直至末次水样便停止后 12 小时。总量不超过 16mg。
3. 蒽环类抗生素引起急慢性心脏毒性，可导致左心室功能受损、心衰等。可用维生素、辅酶 Q、谷胱甘肽或右雷佐生预防和治疗。
4. 曲妥珠单抗诱导的心脏毒性，停药常可逆转；β 受体阻断剂、ACEI 可起到一定预防效果。
5. 博来霉素引起的肺毒性一旦出现，应停药、吸氧并尽早给予糖皮质激素。
6. 利妥昔单抗可能会导致乙肝再激活，用药前对所有患者进行乙肝病毒筛查。
7. 紫杉醇联合顺铂用于非小细胞肺癌时，应先用紫杉醇，再用顺铂。
8. 顺铂、环磷酰胺（出血性膀胱炎），给予美司钠（20%）。
9. 紫杉醇、长春新碱、奥沙利铂（遇冷严重）的神经毒性，可应用维生素 B₁ 和维生素 B₆。
10. 癌症疼痛控制的总体原则：①口服给药，能口服尽量口服，提倡无创给药方式②按时给药，规律给药，而不是按需给药③按阶梯给药④用药个体化⑤注意具体细节，如不良反应等。
11. 第一阶梯，非阿片类药物，多指 NSAIDs 药物，有封顶效应。一种 NSAIDs 无效直接升到第二阶梯。第二阶梯，弱阿片类药物，如可待因、二氢可待因、曲马多、布桂嗪等。第三阶梯，强阿片类，主要药物有吗啡、芬太尼透皮贴剂、美沙酮、哌替啶、二氢埃托啡、羟考酮。无封顶效应。

第十四章 常见骨关节疾病

1. 类风湿关节炎（RA），按需使用非甾体抗炎药，可以减轻 RA 的症状，但不能改变病程和预防关节破坏。如：布洛芬、萘普生、吲哚美辛；必须使用改善病情的抗风湿药，发挥作用慢，需要 1~6 个月。甲氨蝶呤首选，7.5-25mg/w，并将它作为联合治疗的基本药物。糖皮质激素可以起到短期措施桥梁作用，能迅速减轻关节疼痛、肿胀。原则是尽可能小剂量、短期使用，如泼尼松。关节腔注射激素 1 年内不宜超过 3~4 次。
2. 常用改善病情的抗风湿药有甲氨蝶呤、柳氮磺吡啶、羟氯喹、来氟米特、硫唑嘌呤、环孢素、环磷酰胺等。
3. 治疗 RA 的生物制剂有肿瘤坏死因子拮抗剂（TNF-α）如依那西普、英夫利昔单抗、阿达木单抗；白介素拮抗剂；利妥昔单抗、阿巴西普、托法替布等。
4. 阿那白滞素是目前唯一被批准用于治疗 RA 的 IL-1 拮抗剂。
5. 甲氨蝶呤，少数会出现骨髓抑制、听力损害和肺间质病变，也可引起流产、畸胎和影响生育力。服药期间应适当补充叶酸。
6. 对于骨性关节炎，局部治疗可用 NSAIDs 凝胶剂、乳胶剂、膏剂、贴剂等；全身止痛药物的选择：①按需使用最低有效剂量的 NSAIDs。若患者胃肠道不良反应危险性高，可使用非选择性 NSAIDs 加抑酸药物或米索前列醇等胃黏膜保护剂，或应用选择性 COX-2 抑制剂②



NSAIDs 无效或不耐受，可选用阿片类止痛药物或其复合制剂；关节腔注射药物有透明质酸钠、糖皮质激素（每年不超过 3-4 次）、医用几丁糖、生长因子和富血小板血浆。

第十五章 常见病毒性疾病

1. 乙肝药物治疗，①干扰素 α ：不首先推荐用于乙肝的治疗，皮下注射，价格较高，不良反应多。对儿童、希望近期生育的患者、初次接受抗病毒治疗、期望短期内完成治疗的患者作用较好②核苷酸类抗病毒药：恩替卡韦、替诺福韦，口服给药，不良反应少而轻微，被推荐为临床治疗乙肝的一线药物。适用于有 HBV 复制标志的乙肝患者， α 干扰素治疗无应答的患者③抗炎保肝治疗：维生素及辅酶类、保肝降酶类、解毒保肝类。
2. 艾滋病暴露后预防性用药，首选推荐恩曲他滨+替诺福韦+整合酶抑制剂（拉替拉韦或多替拉韦等），整合酶抑制剂不可获得时，可用蛋白酶抑制剂（洛匹那韦-利托那韦、达芦那韦-利托那韦）；合并肾功能下降者，可使用齐多夫定-拉米夫定。
3. 发生 HIV 暴露后尽可能在 2 小时内进行预防性用药，最好不超过 24 小时；即使超过也建议用药，疗程为连续服用 28 周。
4. 带状疱疹抗病毒治疗首选阿昔洛韦，疗程 7 天；①肌酐清除率 $>25\text{ml/min}$ ，0.8g，每日 5 次②肌酐清除率 $10\sim 25\text{ml/min}$ ，0.8g，tid③肌酐清除率 $<10\text{ml/min}$ ，bid。
5. 带状疱疹局部治疗，疱疹未破使用 0.25% 炉甘石洗剂或阿昔洛韦软膏；疱疹破溃用 3% 硼酸溶液或 0.5% 新霉素溶液湿敷。止痛治疗可给予对乙酰氨基酚、布洛芬等；对后遗严重神经痛患者给予吗啡、羟考酮、加巴喷丁、普瑞巴林、盐酸阿米替林。

第十六章 妇科系统常见疾病

1. 细菌性阴道病，临床特点为鱼腥臭味的阴道分泌物增多，线索细胞阳性。没有症状，无需治疗。首选甲硝唑，次选替硝唑或克林霉素。局部可用甲硝唑栓或克林霉素软膏。
2. 滴虫性阴道炎，典型特点分泌物稀薄脓性，泡沫状并有异味。治愈此病需全身用药，没有症状，也需要治疗，避免阴道冲洗，甲硝唑或替硝唑口服（1 天内禁酒），妊娠期避免应用替硝唑，性伴侣应同时治疗。
3. 外阴阴道假丝酵母菌病，特征为分泌物白色稠厚，凝乳状或豆腐渣样；选用唑类抗真菌药、制霉菌素，妊娠期禁用口服唑类抗真菌药。
4. 多囊卵巢综合征的治疗，①生活方式干预如减肥（奥利司他）②代谢紊乱的调整，使用改善胰岛素抵抗药物如二甲双胍、噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂③高雄激素表型症状治疗，可使用短效口服避孕药、孕酮类衍生物（醋酸甲羟孕酮）、螺内酯、糖皮质激素④调整月经周期，孕激素、短效口服避孕药、雌孕激素序贯方案等⑤促进生育，药物诱导排卵如枸橼酸氯米芬、来曲唑、二甲双胍、促性腺激素等。
5. 绝经综合征的治疗，①单孕激素补充方案，适用于绝经过渡期②单雌激素补充方案，适用于已切除子宫的妇女③雌孕激素序贯方案，适用于有完整子宫、围绝经期或绝经后期仍希望有月经样出血的妇女④雌孕激素连续联合方案，适用于有完整子宫、绝经后期不希望有月经样出血的妇女⑤替勃龙，连续应用⑥阴道局部雌激素，短期（3~6 个月）局部应用无需加用孕激素，长期使用应监测子宫内膜状况。
6. 常用避孕药种类：①短效口服避孕药：雌、孕激素组成的复方制剂，炔雌醇+孕激素②长效复方口服避孕药：长效雌激素+人工合成孕激素③探亲避孕药：大多为单方孕激素制剂④口服低剂量孕激素避孕药：低剂量单纯孕激素⑤紧急避孕药：左炔诺孕酮，性生活后 72h 内服用。米非司酮片，服药越早，预防妊娠效果越好⑥注射用避孕针。



第十七章 中毒解救

1. 中毒解救的一般救治措施：①清除未吸收的毒物②加速毒物排泄，减少吸收③中毒后药物的拮抗解毒④支持与对症治疗。
2. 亚甲蓝用于氰化物中毒及亚硝酸盐中毒；阿片中毒用盐酸烯丙吗啡（纳络芬）、纳洛酮；苯二氮草类药中毒用氟马西尼。
3. 对乙酰氨基酚中毒用乙酰半胱氨酸；乙醇中毒用纳洛酮；瘦肉精中毒用 β 受体阻断剂。
4. 有机磷中毒可用阿托品、碘解磷定、氯解磷定解救。
5. 香豆素类中毒用维生素 K。
6. 氟乙酰胺中毒用乙酰胺（解氟灵），也可以使用无水乙醇 5ml 溶于 10%葡萄糖注射液 100ml 里静脉滴注。
7. 汞中毒可用二巯丙醇，铅中毒可用依地酸钙钠；二巯丁二钠、青霉胺、硫代硫酸钠也可用于铅、汞中毒。