**执业药师《药学综合知识与技能》高频考点**

《药学综合知识与技能》共有二十章，其中“第二章药品调剂和药品管理”“第三章用药教育与咨询”“第四章用药安全”“第八章常见病症的自我药疗”“第九章呼吸系统常见疾病”“第十章心血管系统常见疾病”“第十三章内分泌及代谢性疾病”为大分值章节，这七章总体的预计分值高达85～90分，所以这七章内容掌握的程度将直接决定《药学综合知识与技能》考试的胜负。

在复习过程中应注重掌握教材实例。对于处方审核、用药指导、药品不良反应、常见病的用药原则等与实际工作相关的内容要重点掌握，活学活用。

**Top1：降压药物种类及注意事项**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和综合分析选择题的形式出现，所占分值5～7分。

考频指数：★★★★★

**[具体内容]**

（1）钙通道阻滞剂（CCB）

|  |
| --- |
| 适应证：老年高血压、单纯收缩期高血压、伴稳定型心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化及周围血管病患者 |
| 分类 | 代表药物 | 不良反应 | 禁忌证 |
| 二氢吡啶类（地平类） | 氨氯地平、硝苯地平、非洛地平、尼群地平 | 踝部水肿，头痛，面部潮红，牙龈增生 | 没有绝对禁忌证 |
| 非二氢吡啶类 | 维拉帕米、地尔硫（艹卓） | 房室传导阻滞，心功能抑制，偶见牙龈增生 | 2～3度房室传导阻滞、心力衰竭患者禁止使用 |

（2）血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）

|  |  |
| --- | --- |
| 适应证 | 适用于伴慢性心力衰竭、心肌梗死后伴心功能不全、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿或微量白蛋白尿患者 |
| 代表药物 | 卡托普利、依那普利、雷米普利、培哚普利 |
| 不良反应 | 干咳，血钾升高（应定期监测血钾和血肌酐水平），血管性水肿 |
| 禁忌证 | 双侧肾动脉狭窄、高钾血症及妊娠妇女 |

（3）血管紧张素Ⅱ受体阻断剂（ARB）

|  |  |
| --- | --- |
| 适应证 | 同ACEI，也用于不能耐受ACEI的患者 |
| 代表药物 | 氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦、奥美沙坦 |
| 不良反应 | 腹泻、血钾升高、血管性水肿（少见） |
| 禁忌证 | 同ACEI（双侧肾动脉狭窄、高钾血症及妊娠妇女禁用） |

（4）利尿药

|  |
| --- |
| 适应证：适用于老年高血压、单纯收缩期高血压或伴心力衰竭患者，也是难治性高血压的基础药物之一 |
| 分类 | 代表药物 | 不良反应 | 禁忌证 |
| 噻嗪类利尿剂 | 氢氯噻嗪、吲达帕胺 | 血钾降低、血钠降低、血尿酸升高 | 痛风者禁用；高尿酸血症、明显肾功能不全者慎用 |
| 袢利尿剂 | 呋塞米（不常用） | 血钾降低 | - |
| 保钾利尿剂 | 阿米洛利、氨苯蝶啶 | 血钾升高 | - |
| 醛固酮受体拮抗剂 | 螺内酯 | 血钾升高，男性乳房发育 | - |

（5）β受体阻断剂（β-RB）

|  |  |
| --- | --- |
| 适应证 | 适用于伴快速性心律失常、冠心病、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 |
| 代表药物 | 比索洛尔、美托洛尔、阿替洛尔 |
| 不良反应 | 支气管痉挛、心功能抑制、影响糖脂代谢 |
| 禁忌证 | 高度心脏传导阻滞为禁忌证；非选择性β受体阻断剂禁用于哮喘患者；慢阻肺、运动员、周围血管病或糖耐量异常者慎用 |
| 特殊之处 | 有反跳现象 |

（6）α-受体阻断剂

|  |  |
| --- | --- |
| 适应证 | 不作为一般高血压治疗的首选药，适用高血压伴前列腺增生症患者，也用于难治性高血压患者的治疗 |
| 代表药物 | 多沙唑嗪、哌唑嗪、特拉唑嗪 |
| 不良反应 | 直立性低血压 |
| 禁忌证 | 直立性低血压者禁用；心力衰竭者慎用 |

**Top2：处方中常见外文缩写及其含义**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以配伍选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缩写 | 含义 | 缩写 | 含义 | 缩写 | 含义 | 缩写 | 含义 |
| qh | 每小时 | Aq. | 水剂 | i.h. | 皮下的 | g | 克 |
| q4h | 每4小时 | Cap | 胶囊 | im. | 肌内注射 | kg | 千克 |
| qd. | 每日 | Inj. | 注射剂 | iv. | 静脉注射 | mg | 毫克 |
| qn. | 每晚 | Liq./Sol. | 溶液 | iv gtt | 静脉滴注 | mcg/μg | 微克 |
| bid. | 每日2次 | Mist. | 合剂 | po. | 口服 | ml | 毫升 |
| tid. | 每日3次 | Tab | 片剂 | OD. | 右眼 | U | 单位 |
| qid. | 每日4次 | ung. | 软膏剂 | OS. | 左眼 | Ac.　 | 餐前　 |
| qod. | 隔日1次 | NS | 生理盐水 | OL | 左眼 | pc. | 餐后 |
| prn/sos. | 必要时 | OTC | 非处方药 | OU. | 双眼 | hs. | 临睡时 |
| St. | 立即 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**Top3：是否有潜在临床意义的相互作用和配伍禁忌**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和多项选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

（1）药物相互作用对药效学的影响

①作用相加或增加疗效

（a）作用不同的靶位，产生协同作用：

▲磺胺甲噁唑（SMZ）＋甲氧苄啶（TMP）——分别作用于二氢叶酸合成酶和二氢叶酸还原酶，使细菌叶酸代谢双重阻断，称为复方新诺明。

▲阿托品＋胆碱酯酶复活剂（解磷定和氯磷定）——用于治疗有机磷中毒。

▲普萘洛尔与美西律联用——对室性早搏及室性心动过速有协同作用，但联用时应酌减用量。

（b）保护药品免受破坏，从而增加疗效：

▲β-内酰胺类抗生素＋β-内酰胺酶抑制剂（克拉维酸、舒巴坦可保护β-内酰胺类抗生素免受开环破坏），例如：阿莫西林-克拉维酸钾。

▲亚胺培南＋西司他丁钠——亚胺培南可在肾脏中被肾肽酶破坏，西司他丁钠为肾肽酶抑制剂，保护亚胺培南在肾脏中不受破坏，保证药物的有效性。

▲左旋多巴＋苄丝肼/卡比多巴——苄丝肼/卡比多巴为脱羧酶抑制剂，可抑制外周左旋多巴脱羧转化为多巴胺，使进左旋多巴通过血脑屏障，进入脑部发挥作用，降低外周性心血管系统的不良反应。

（c）促进机体利用：

▲铁＋维生素C——维生素C为还原剂，可使铁转变为2价铁剂，易被人体吸收。

（d）延缓或降低耐药性，以增加疗效：

▲青蒿素＋乙胺嘧啶/磺胺多辛——延缓青蒿素耐药性产生。

▲磷霉素＋其他类抗菌药（β-内酰胺类、氨基糖苷类、大环内酯类、氟喹诺酮类）——有协同或相加作用，可减少耐药菌株产生。

②减少不良反应

▲阿托品＋吗啡——前者可减轻后者所引起的平滑肌痉挛而加强镇痛作用。

▲普萘洛尔＋硝酸酯类（硝酸甘油、硝酸异山梨酯）——协同抗心绞痛，互相减少不良反应。

▲普萘洛尔＋硝苯地平——提高抗高血压、抗心绞痛疗效，互相减少不良反应。

▲普萘洛尔＋阿托品——可消除普萘洛尔引起的心动过缓以及阿托品引起的心动过速。

③敏感化作用

一种药物可使组织或受体对另一种药物的敏感性增强。

▲排钾利尿药＋强心苷——排钾利尿药可使血浆钾离子浓度降低，使心脏对强心苷敏感性增强，容易发生心律失常。

▲利血平、胍乙啶+拟肾上腺素药——可增加肾上腺素受体敏感性，导致拟肾上腺素药的升压作用增强。

④拮抗作用

▲甲苯磺丁脲＋氢氯噻嗪——前者促进胰岛β细胞释放胰岛素，后者直接拮抗该作用，属竞争性拮抗。

▲吗啡＋纳洛酮/纳曲酮——纳洛酮/纳曲酮为阿片受体完全拮抗剂，二者与阿片受体的亲和力极大，远大于吗啡与阿片受体的亲和力，属竞争性拮抗。

⑤增加毒性和药品不良反应

▲肝素与阿司匹林（抗血小板聚集）、双嘧达莫（抗血小板聚集）、非甾体类抗炎药（易致胃肠道出血）、右旋糖苷（血容量扩充药）合用，可增加出血危险。

▲氨基糖苷类与依他尼酸、呋塞米、万古霉素合用，可增加耳毒性和肾毒性。

▲甲氧氯普胺与吩噻嗪抗精神病药合用可加重锥体外系反应。

（2）药物相互作用对药动学的影响

①影响吸收

▲络合，影响吸收——抗酸类药物中的金属离子（钙、镁、铝、铋、铁等）与四环素类同服，可形成难溶性络合物，不利于吸收，影响疗效。

▲减慢排空，增加吸收——抗胆碱药（如阿托品、颠茄、丙胺太林等）可延缓胃排空，增加药物吸收。

▲加快排空，影响吸收——甲氧氯普胺（胃复安）、多潘利酮（吗丁啉）可促进胃肠排空，减少吸收。

②影响分布

游离型药物＋血浆蛋白　 血浆蛋白结合型药物（药物的贮存、运输形式，结合型药物无药理活性，不能透过生物膜转运至靶器官）。

两种药物竞争性与血浆蛋白结合，结合力弱的药物则游离型浓度增大，疗效增强。

▲血浆蛋白结合力强的阿司匹林、依他尼酸、水合氯醛，与磺酰脲类降糖药、抗凝血药、抗肿瘤药合用，可置换出后三者的结合蛋白，使后三者的游离型药物增加，血浆药物浓度升高。

③影响代谢

肝药酶诱导剂：使合用的药物加速代谢而提前失效或使合用的前体药物加速转化为活性药物。如苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平、利福平等。

肝药酶抑制剂：使合用的药物代谢减慢，体内浓度增加。如唑类抗真菌药（氟康唑、依曲康唑、酮康唑）、大环内酯类抗生素（红霉素、克拉霉素、罗红霉素、麦迪霉素）、异烟肼、西咪替丁、胺碘酮、环孢素、葡萄柚汁等。

④影响排泄

肾小管的分泌、重吸收和排泄等功能受药物的竞争性抑制作用影响，导致某些药物的排泄增加或减缓。如青霉素自肾小管排泄，而阿司匹林、丙磺舒、吲哚美辛、磺胺类药可减少其排泄，使青霉素的血浆药物浓度增高。

**Top4：药学计算**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和综合分析选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

（1）滴速的计算

例 将0.5g氨茶碱注射液加到5%葡萄糖注射液300ml中，临床要求给药速度是60mg/h，输注速度是

A.15ml/h

B.36ml/h

C.45ml/h

D.60ml/h

E.83.3ml/h

【解析】每小时60mg，药物总量是0.5g，所以需要滴注的时间是500/60＝8.33h；300/8.33＝36.01ml，选B。

（2）浓度的计算

例 治疗需用10%葡萄糖注射液1000ml，现仅有50%和5%浓度的葡萄糖注射液，问如何配制？

【解析】设需取50%葡萄糖注射液xml，取5%葡萄糖注射液（1000－x）ml。

由50x＋5×（1000－x）＝10×1000

50x＋5000－5x＝10000

45x＝5000

x＝111ml

（1000－111）ml＝889ml

即配制10%葡萄糖注射液1000ml需取50%葡萄糖注射液111ml，5%葡萄糖注射液889ml。

（3）肠外营养的能量配比计算

①葡萄糖、脂肪、氨基酸与热量

1g葡萄糖提供4kcal热量，1g脂肪提供9kcal热量，1g氮提供4kcal热量，但是氨基酸转化成蛋白质时不提供能量。

②糖、脂肪、氨基酸配比

热氮比　热量和氮之比一般为150kcal：1gN，当创伤应激严重时，可调整为100kcal：1gN以满足代谢支持的需要。

糖脂比　一般情况下，70%的NPC由葡萄糖提供，而30%由脂肪乳剂提供。当创伤等应激时，可适当增加脂肪乳剂的供给而相对减少葡萄糖的用量，两者可提供能量各占50%。

**Top5：护士用药咨询**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和多项选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

护士用药咨询的内容主要考查药物的适宜溶剂、药物的滴注速度、药物的稀释容积。

（1）药物的适宜溶剂

①不宜用氯化钠注射液溶解的药品：普拉睾酮、洛铂、两性霉素B、红霉素、哌库溴铵、氟罗沙星。

②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。

（2）药物滴注速度

①万古霉素滴注速度过快可致红人综合征，静脉滴注时间控制在2h以上。

②两性霉素B静滴速度过快有引起心室颤动和心跳骤停的可能，静脉滴注时间控制在6h以上。

③维生素K静脉注射速度过快，可见面部潮红、出汗、胸闷、血压下降，甚至虚脱等，尽量选择肌内注射。

④须遮光滴注的药物：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、培氟沙星、莫西沙星等。

（3）药物的稀释容积

①氯化钾注射液切忌直接静脉注射，有可能导致心脏停搏。静脉注射浓度一般不宜超过0.2%～0.4%，心律失常可用0.6%～0.7%。

②头孢曲松钠不宜与含钙注射液（葡萄糖酸钙注射液、氯化钙注射液、复方氯化钠注射液、乳酸钠林格注射液、复方乳酸钠葡萄糖注射液、含钙的静脉营养液）直接混合，因为会导致微粒形成。

**Top6：一般药品适宜的服用时间**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和综合分析选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

（1）适宜清晨服用的药物

|  |  |
| --- | --- |
| 药物 | 原因 |
| 泼尼松、地塞米松等糖皮质激素 | 符合人体激素分泌的生物钟规律，保护肾上腺皮质功能 |
| 地平类、普利类、沙坦类、索他洛尔等抗高血压药 | 有效纠正血压（针对杓型高血压） |
| 氟西汀、帕罗西汀、氟伏沙明等抗抑郁药 | 抑郁症清晨严重，晚上较轻 |
| 呋塞米、氢氯噻氢、螺内酯等利尿药 | 避免患者晚上起夜过多，影响休息 |
| 硫酸镁等盐类泻药 | 起效迅速 |

（2）适宜餐前服用的药物

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 | 原因 |
| 复方三硅酸镁、复方铝酸铋、磷酸铝等胃黏膜保护药 | 餐前服用有利于在胃壁充分形成一层保护膜 |
| 鞣酸蛋白 | 餐前服用药物迅速到达小肠，在碱性小肠液的作用下分解出鞣酸，发挥止泻作用 |
| 多潘立酮、甲氧氯普胺、莫沙必利等促胃动力药 | 餐前服用加强胃肠蠕动，促进食物向下排空和消化 |
| 格列本脲、格列吡嗪、格列齐特、格列喹酮、罗格列酮等口服降糖药 | 有利于药物更快的发挥降糖作用 |
| 阿仑膦酸钠（晨起）等钙、磷调节药 | 尽快进入肠道，减少对食管和胃的刺激 |
| 头孢拉定、氨苄西林、阿莫西林、阿奇霉素、利福平等抗菌药物 | 使药物缓慢吸收 |
| 抗线虫药伊维菌素（广谱） | 增强药物疗效（一般是餐前1小时服用） |

（3）适宜餐中服用的药物

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 | 原因 |
| 二甲双胍、阿卡波糖、格列美脲等口服降糖药 | 减少不良反应和对胃肠道的刺激，其中阿卡波糖与第一口饭同服 |
| 酵母、胰酶、淀粉酶等助消化药 | 避免被胃酸破坏失效 |
| 舒林酸、吡罗昔康、伊索昔康、美洛昔康、奥沙普嗪等非甾体类抗炎药 | 减轻药物的刺激性，同时降低胃黏膜出血的几率；舒林酸餐中服用镇痛作用持久 |
| 熊去氧胆酸 | 有利于结石中胆固醇溶解并减少胆固醇的分泌，早、晚进餐时服用 |
| 抗血小板药噻氯匹定 | 提高药物的生物利用度并减轻不良反应 |
| 减肥药奥利司他 | 餐中服用减少脂肪的吸收 |
| 乙胺丁醇、对氨基水杨酸等抗结核药 | 减少药物刺激性 |
| 分子靶向抗肿瘤药（伊马替尼） | 减少药物的消化道刺激 |

（4）适宜餐后服用的药物

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 | 原因 |
| 阿司匹林、贝诺酯、对乙酰氨基酚、吲哚美辛、尼美舒利、布洛芬、双氯芬酸等非甾体类抗炎药 | 减少药物对胃肠道的刺激  |
| 维生素B1、B2等维生素 | 药物缓慢进入小肠增加吸收 |
| 雷尼替丁、法莫替丁等组胺H2受体阻断剂 | 餐后服用药物的抗酸和缓冲作用时间长，治疗效果佳 |

（5）适宜睡前服用的药物

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 | 原因 |
| 水合氯醛、艾司唑仑、苯巴比妥、异戊巴比妥、地西泮、硝西泮等催眠药 | 患者服后安然入睡 |
| 沙丁胺醇、二羟丙茶碱等平喘药 | 睡前服用可有效缓解哮喘的凌晨发作 |
| 他汀类的调节血脂药 | 符合胆固醇夜间分泌的生物钟规律，提高药物治疗效果 |
| 苯海拉明、异丙嗪、氯苯那敏、赛庚啶、酮替芬等抗过敏药 | 有中枢抑制作用，可产生困乏、嗜睡，睡前服用较安全 |
| 碳酸钙 | 一般钙剂是清晨和睡前服用；钙尔奇D因钙含量较高，适宜睡前服用 |
| 比沙可啶、液状石蜡等缓泻药 | 作用时间长（一般约12小时），睡前服用晨起排便 |
| 西咪替丁 | 可有效抑制夜间的基础胃酸分泌 |

**Top7：服用药品的特殊提示**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题、综合分析选择题和多项选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★
**[具体内容]**

（1）服后宜多饮水的药物

①平喘药：茶碱或茶碱控释片、氨茶碱、胆茶碱、二羟丙茶碱。

②利胆药：苯丙醇、羟甲香豆素、去氢胆酸和熊去氧胆酸。

③蛋白酶抑制剂：利托那韦、茚地那韦、奈非那韦、安普那韦、洛匹那韦。

④双磷酸盐：阿仑膦酸钠、帕屈膦酸钠、氯屈膦酸钠。

⑤抗痛风药：苯溴马隆、丙磺舒、别嘌醇。

⑥抗尿结石药：排石汤、排石冲剂。

⑦电解质：口服补液盐。

⑧磺胺类药：磺胺嘧啶、磺胺甲噁唑和复方磺胺甲噁唑。

⑨氨基糖苷类抗生素：链霉素、庆大霉素、卡那霉素、阿米卡星。

⑩氟喹诺酮类药物。

注意：使用时需碱化尿液的药物有抗痛风药、磺胺类药物、氨基糖苷类药物。

（2）服后限制饮水的药物

①某些治疗胃病的药物：苦味健胃药、胃黏膜保护剂（硫糖铝、果胶铋等）、需要直接嚼碎吞服的胃药。

②止咳药：止咳糖浆、甘草合剂。

③预防心绞痛发作的药物：硝酸甘油片、麝香保心丸等。

④抗利尿药：去氨加压素。

（3）不宜热水送服的药物

①助消化药：胃蛋白酶、胰酶等。

②维生素类：维生素B1、维生素B2、维生素C。

③活疫苗：脊髓灰质炎糖丸。

④活性菌类药物：乳酶生、整肠生等。

（4）双硫仑样反应

服药后饮酒可发生“双硫仑样反应”：甲硝唑、替硝唑、头孢曲松、头孢哌酮、氯丙嗪、呋喃唑酮。

（5）饮茶

易与金属离子、蛋白、四环素、大环内酯类和生物碱类结合。

（6）食醋

不宜与磺胺类药、抗痛风药和氨基糖苷类抗生素同服（这三类药使用时需碱化尿液）。

（7）脂肪或蛋白质

①脂肪促进灰黄霉素、脂溶性维生素的吸收。

②高蛋白食物阻碍左旋多巴吸收，降低疗效。

③肾上腺皮质激素治疗时宜吃高蛋白食物（皮质激素可促进蛋白质分解，抑制蛋白质合成，高蛋白食物可防止体内蛋白质不足）。

④服用异烟肼时不宜吃鱼（异烟肼干扰鱼类蛋白质的中间代谢产物分解，发生中毒）。

（8）葡萄柚汁（可认为是肝药酶抑制剂）

葡萄柚汁抑制CYP3A4活性，引起许多药物生物利用度增加：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、地西泮）等。

注：葡萄柚汁对氨氯地平没有影响。

**Top8：常见药源性疾病**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和多项选择题的形式出现，所占分值3～4分。

考频指数：★★★★★

**[具体内容]**

（1）药源性胃肠道损害

①导致消化道溃疡及出血——非甾体类抗炎药、呋塞米、依他尼酸、利血平、吡喹酮、维生素D。

②导致恶心呕吐——硫酸亚铁、抗酸药、丙戊酸钠、氨茶碱、抗肿瘤药（如氮芥、氟尿嘧啶、甲氨蝶呤等）。

③导致肠蠕动减慢+甚至肠麻痹——抗胆碱药（阿托品、东莨菪碱）、抗精神病药（氯丙嗪、氯氮平）、抗抑郁症（丙咪嗪、阿米替林）、抗组胺药。

（2）药源性肝损害

①麻醉剂：氟烷、异氟烷。

②抗菌药物：异烟肼、利福平、磺胺类药物。

③抗癫痫/惊厥药物：苯妥英钠、丙戊酸钠、卡马西平。

④非甾体类抗炎药、解热镇痛药：对乙酰氨基酚、吡罗昔康、双氯芬酸、舒林酸。

⑤唑类抗真菌药：酮康唑、氟康唑、伊曲康唑。

⑥羟甲戊二酰辅酶A还原酶抑制剂（他汀类）：洛伐他汀、辛伐他汀、普伐他汀、氟伐他汀和阿托伐他汀都能导致肝酶升高或肝炎。

（3）药源性肾损害

①氨基糖苷类肾毒性大小的顺序：新霉素＞阿米卡星＞庆大霉素＞妥布霉素＞奈替米星＞链霉素。

②抗病毒药物阿昔洛韦。

③非甾体类抗炎药（还具有胃肠道损害作用）。

④血管收缩药（去甲肾上腺素、苯肾上腺素等）——肾血管痉挛而致急性肾衰竭、少尿或无尿。

⑤顺铂（目前应用最广的金属类抗肿瘤药）——肾小管坏死。

⑥含马兜铃酸的中药（青木香、关木通、广防己、朱砂莲）——肾间质纤维化。

（4）药源性血液系统损害

①引起再生障碍性贫血的药物：氯霉素、保泰松、吲哚美辛、阿司匹林、对乙酰氨基酚、环磷酰胺、甲氨蝶呤、羟基脲、氯喹、苯妥英钠、甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶、卡比马唑、磺胺异噁唑、复方磺胺甲噁唑等。

②引起溶血性贫血的药物：苯妥英钠、氯丙嗪、吲哚美辛、保泰松、奎尼丁、甲基多巴、氯磺丙脲、甲苯磺丁脲、维生素K、异烟肼、利福平、对氨基水杨酸、氨苯砜、氯喹、伯氨喹、磺胺类等。

③引起粒细胞减少症的药物：氯霉素、锑制剂、磺胺类、复方阿司匹林、吲哚美辛、异烟肼、甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶、氯氮平等。

④引起血小板减少症的抗肿瘤药：阿糖胞苷、环磷酰胺、白消安、甲氨蝶呤、巯嘌呤等。另外氢氯噻嗪类利尿药亦可引起血小板减少。

⑤有些药能引起血小板减少性紫癜，如利福平、阿苯达唑等。

（5）药源性神经疾病

①锥体外系反应

氯丙嗪、甲氧氯普胺、氟哌啶醇、五氟利多、甲基多巴、左旋多巴、碳酸锂、利血平和吡罗昔康。

②癫痫发作

中枢神经兴奋药物：哌甲酯、茶碱、咖啡因、苯丙胺、可卡因、麻黄碱。

几乎所有抗精神病药：佐替平、锂盐、氯氮平、吩噻嗪类、抗抑郁药丙米嗪及马普替林。

抗心律失常药：利多卡因、美西律。

抗菌药：异烟肼、两性霉素B。

抗疟药：氯喹、乙胺嘧啶、奎宁。

此外还有抗组胺药、驱虫药、麻醉药、抗肿瘤药都可能引起癫痫发作。

③听神经障碍

氨基糖苷类、抗疟药（氯喹、奎宁）、水杨酸类、依他尼酸等。

（6）药源性高血压

可引起药源性高血压的药物有很多，重点掌握：三环类抗抑郁药、麻醉药、阿片受体拮抗药、抗肿瘤药物、重组人红细胞生成素等。

**Top9：药物妊娠毒性分级**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年均以配伍选择题的形式出现，所占分值3分。

考频指数：★★★★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| 级别 | 药物 |
| A级 | 各种水溶性维生素、正常剂量的脂溶性维生素A和D、枸橼酸钾、氯化钾 |
| B级 | 青霉素、阿莫西林、阿昔洛韦、氨苄西林-舒巴坦、哌拉西林-三唑巴坦、苄星青霉素、多黏菌素B、头孢呋辛、头孢克洛、头孢拉定、头孢哌酮钠-舒巴坦钠、头孢曲松钠、红霉素、克林霉素、美洛西林、美罗培南等抗菌药物，降糖药阿卡波糖、二甲双胍、门冬胰岛素，解热镇痛药对乙酰氨基酚、消化系统用药法莫替丁、雷尼替丁、泮托拉唑 |
| C级 | 阿米卡星、氯霉素、咪康唑、万古霉素、去甲万古霉素、氧氟沙星、环丙沙星、莫西沙星、利奈唑胺等抗菌药物；更昔洛韦、奥司他韦等抗病毒药；格列吡嗪、罗格列酮、吡格列酮、瑞格列奈等降糖药；奥美拉唑、多潘立酮等消化系统用药；氨氯地平、比索洛尔、美托洛尔等降压药 |
| D级 | 伏立康唑、妥布霉素、链霉素、甲巯咪唑、缬沙坦-氨氯地平片、卡马西平，降压药卡托普利、依那普利、比索洛尔、美托洛尔在妊娠中晚期使用时亦属此类 |
| X级 | 降脂药辛伐他汀、洛伐他汀、阿托伐他汀、氟伐他汀、瑞舒伐他汀；抗病毒药利巴韦林；激素类药物米非司酮、炔诺酮、缩宫素、非那雄胺、戈舍瑞林；沙利度胺、华法林、甲氨蝶呤、米索前列醇、前列腺素E1、碘甘油 |

**Top10：血常规检查**

**[考情分析]**

此知识点在2015和2016年以配伍选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值3分。

考频指数：★★★★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| **血细胞变化情况** | **临床意义** |
| 中性粒细胞增加 | 急性感染和化脓性炎症、中毒、急性大出血、白血病、骨髓增殖性疾病及恶性肿瘤、严重的组织损伤及大量红细胞破坏 |
| 嗜酸性粒细胞增加 | 哮喘、荨麻疹、药物性皮疹、皮肤病与寄生虫病、血液病、抗生素、恶性肿瘤、猩红热 |
| 嗜碱性粒细胞增加 | 血液病、铅中毒、铋中毒、恶性肿瘤（转移癌）、过敏性疾病（如过敏性结肠炎等） |
| 淋巴细胞增加 | 百日咳、传染性单核细胞增多症、结核病、水痘、麻疹、风疹、血液病、移植排斥反应 |

|  |  |
| --- | --- |
| 红细胞/血红蛋白减少 | 贫血 |

**Top11：支气管哮喘的药物治疗及注意事项**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以配伍选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值2～５分。

考频指数：★★★★★

**[具体内容]**

（1）支气管哮喘的治疗药物

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分类 | 药物 | 使用特点 |
| 吸入型糖皮质激素 | 倍氯米松、布地奈德、氟替卡松 | 哮喘长期治疗的首选药物，规律吸入3～7天方能起效，长期使用需联合用药 |
| 口服糖皮质激素 | 泼尼松、泼尼松龙 | 吸入无效或需加强治疗患者 |
| 静脉糖皮质激素 | 氢化可的松琥珀酸钠、甲泼尼龙 | 重度或严重哮喘发作时的一线用药 |
| 短效β2受体激动剂 | 沙丁胺醇、特布他林 | 哮喘急性发作的首选，不易长期使用，不良反应有心悸、骨骼肌震颤和低钾血症 |
| 长效β2受体激动剂 | 沙美特罗、福莫特罗 | 与糖皮质激素联合使用是目前最常用的哮喘控制方案 |
| 白三烯受体阻断剂 | 孟鲁司特、扎鲁司特 | 可单独使用，适用于阿司匹林哮喘、运动性哮喘 |
| 磷酸二酯酶抑制剂 | 氨茶碱 | 静脉给药主要应用于重症和危重症哮喘，注射速度不宜超过0.25mg/(kg·min)，每日最大用量一般不超过1.0g |
| 茶碱 | 安全有效浓度为5～20μg/ml，西咪替丁、喹诺酮类（沙星类）、大环内酯类、普萘洛尔等药物可减慢茶碱代谢 |
| 短效抗胆碱药 | 异丙托溴铵 | 有气雾剂和雾化溶液两种剂型，多与β2受体激动剂联合应用，尤其适用于夜间哮喘及多痰的患者 |
| 长效抗胆碱药 | 噻托溴铵 | 干粉吸入剂，可作用24h，用于哮喘合并慢阻肺以及慢阻肺患者的长期治疗 |
| 单克隆抗体 | 抗IgE抗体 | 用于联合治疗后症状仍未控制且血清IgE水平增高的重症哮喘患者 |

（2）支气管哮喘分期治疗原则

|  |  |
| --- | --- |
| 急性发作期 | 首选——短效β2受体激动剂（沙丁胺醇、特布他林） |
| 糖皮质激素——口服、静脉 |
| 雾化吸入抗胆碱药——异丙托溴铵 |
| 茶碱类——口服、静脉给药 |
| 慢性持续期 | 首选——吸入糖皮质激素（倍氯米松、布地奈德、氟替卡松） |
| 合用——长效β2受体激动剂（福莫特罗、沙美特罗） |
| 白三烯受体阻断剂——孟鲁司特、扎鲁司特 |
| 抗胆碱药——噻托溴铵 |
| 茶碱类——口服（缓、控释制剂）、吸入 |

（3）用药注意事项与患者教育

a.规范应用糖皮质激素

①吸入型糖皮质激素起效缓慢，连续规律应用3～7天以上方能起效。

②儿童长期、高剂量使用吸入型糖皮质激素，需定期监测身高，慎用。

③妊娠及哺乳期妇女、患有活动性肺结核者及肺部真菌、病毒感染者慎用吸入型糖皮质激素。

④应用吸入型糖皮质激素后立即漱口，避免真菌感染。

b.规范应用白三烯受体阻断剂

①白三烯受体阻断剂起效慢，作用较弱，应用4周后见效，有蓄积性，仅适用于轻、中度哮喘和COPD稳定期的控制，治疗COPD时不宜单独使用。

②对12岁以下儿童、妊娠及哺乳妇女慎用。

③扎鲁司特抑制氨茶碱的代谢，升高茶碱血药浓度。

c.规范应用磷酸二酯酶抑制剂

①茶碱类对心肌梗死患者禁用。

②消化性溃疡、高血压、甲亢患者、心律失常、青光眼、妊娠及哺乳妇女慎用。

d.β受体激动剂的合理应用

①高血压、甲亢患者、老年人、妊娠及哺乳妇女慎用。

②使用时应从小剂量开始，逐渐加大剂量。

e.异丙托溴铵的合理应用

有抗胆碱作用，可能导致眼压升高、急性尿潴留，患有闭角型青光眼、良性前列腺增生者慎用。

**Top12：肺结核治疗药物的不良反应**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年均以配伍选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| 药物 | 不良反应 |
| 异烟肼 | 周围神经病（如肌肉痉挛、视神经炎、四肢感觉异常），同服维生素B6可预防，氢氧化铝抑制异烟肼吸收 |
| 利福平 | 肝损害、服药后排泄物呈橘红色、流感样症状、血液系统反应，肝药酶强诱导剂 |
| 对氨基水杨酸 | 餐后服用，肝炎、狼疮样综合征 |
| 乙胺丁醇 | 球后视神经炎、高尿酸血症、肝功能损害、不宜用于13岁以下小儿，氢氧化铝减少本品吸收 |
| 吡嗪酰胺 | 高尿酸血症、儿童及孕妇慎用 |
| 链霉素 | 耳、肾毒性、神经肌肉阻滞、过敏反应 |

**Top13：药物经济学评价方法**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以配伍选择题的形式出现，所占分值3分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

（1）最小成本分析 用于两种或多种药物治疗方案的选择，可以为总体医疗费用的控制和医疗资源优化配置提供基本信息。

（2）成本-效益分析 将药物治疗的成本与所产生的效益归化为以货币为单位的数字，用以评估药物治疗方案的经济性。

（3）成本-效果分析 与成本-效益分析的差异在于，药物治疗的效果不以货币为单位表示，而是用其他量化的方法表达治疗目的，如延长患者生命时间等。

（4）成本-效用分析 效用指标是指患者对某种药物治疗后所带来的健康状况的偏好（即主观满意程度），主要为质量调整生命年（QALY）或质量调整预期寿命两种。着重于分析医疗成本与患者生活质量提升的关系。

**Top14：口腔溃疡**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以配伍选择题的形式出现，所占分值3分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

（1）非处方药

|  |  |
| --- | --- |
| 药物名称 | 药物特点及服用方法 |
| 0.5%甲硝唑含漱液、氯己定含漱液含漱 | 早晚刷牙后含漱，一日2～3次，连续5～10天一个疗程 |
| 西地碘含片 | 直接卤化细菌的体蛋白，杀菌力强，对细菌繁殖体、芽孢和真菌也有较强的杀菌作用 |
| 溶菌酶含片 | 有抗菌抗病毒作用和消肿止血作用，含服，每次20mg，一日4～6次 |
| 甲硝唑口腔粘贴片 | 黏附于黏膜患处，一次1片，一日3次，饭后用，临睡前加用1片 |
| 地塞米松粘贴片 | 抗炎作用强，可促进溃疡愈合，一日总量不得超过3片，连续使用不得超过1周 |
| 中成药爽口托疮膜 | 可清湿泻毒，收敛生肌，一日2～3次 |
| 冰硼咽喉散、青黛散 | 少量吹敷患处，一日2～3次 |
| 0.5%～1%达克罗宁液 | 进食前暂时止痛，连续2次 |
| 口服维生素类（维生素C、复方维生素B） | 可维持正常的代谢功能，促进病损愈合，一日3次 |

（2）处方药

①溃疡数目少、面积小且间歇期长者可采用烧灼法，用10%硝酸银液（硝酸银可使溃疡面上蛋白质沉淀而形成薄膜保护溃疡面，促进愈合）。

②镇痛可用复方甘菊利多卡因凝胶。

③对持久不愈或疼痛明显的溃疡可于溃疡部位作黏膜下封闭注射（2.5%醋酸泼尼松龙混悬液＋1%普鲁卡因液）。

④对反复发作的口腔溃疡可口服泼尼松或左旋咪唑。

（3）口腔溃疡用药注意事项

|  |  |
| --- | --- |
| 药物 | 注意事项 |
| 甲硝唑含漱液 | 长期应用可引起念珠菌感染，不得饮酒 |
| 氯己定 | 可引起接触性皮炎，长期使用可使牙齿着色，儿童和青年口腔偶可发生无痛性浅表脱屑损害，至少需间隔30min后才可刷牙 |
| 地塞米松粘贴片 | 引起局部组织萎缩，引起继发的真菌感染 |

**Top15：腹泻**

**[考情分析]**

此知识点在2015年以最佳选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值４分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

（1）非处方药

①感染性腹泻——首选小檗碱。

②消化不良性腹泻——胰酶；摄食脂肪过多者——胰酶和碳酸氢钠；对同时伴腹胀者——乳酶生或二甲硅油。

③化学刺激性腹泻——首选双八面蒙脱石。

④肠道菌群失调性腹泻——补充微生态制剂。

（2）处方药

①细菌感染的急性腹泻——吡哌酸、左氧氟沙星、环丙沙星。

②病毒性腹泻——阿昔洛韦、泛昔洛韦。

③腹痛较重或反复呕吐——山莨菪碱片。

④非感染性腹泻——抗动力药首选洛哌丁胺，地芬诺酯也可以。

⑤口服补液盐Ⅲ（ORS）——预防脱水和纠正脱水。

（3）用药注意事项与患者教育

①腹泻要注意补充水分、钾盐和其他电解质；所有患儿在腹泻发生时及早补锌。

②鞣酸蛋白不宜与铁剂、盐酸小檗碱（黄连素）同服。

③微生态制剂不宜与抗生素、药用炭、黄连素和鞣酸蛋白同时应用，以避免效价的降低。必须合用，至少应间隔2～3小时。

④3岁以下儿童如患长期的腹泻或腹胀禁用药用炭，避免影响营养吸收。

⑤有发热、便血的细菌性痢疾患者不得使用洛哌丁胺治疗。肝功能障碍者、妊娠期和哺乳期妇女、2岁以下儿童慎用洛哌丁胺。

⑥小儿腹泻家庭治疗四原则：①给患者口服足够的液体以预防脱水；②继续喂养，以预防营养不良；③补锌；④密切观察病情。

**Top16：血脂异常**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、配伍选择题和综合分析选择题的形式出现，所占分值2～3分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

（1）常用调脂药物

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药物类别 | 代表药物 | 适应证 | 注意事项 |
| HMG-CoA还原酶抑制剂（他汀类） | 洛伐他汀、辛伐他汀、普伐他汀、氟伐他汀、阿托伐他汀、瑞舒伐他汀用法：阿托伐他汀、瑞舒伐他汀任何时间服用，其他是睡前服用 | 高胆固醇血症和以胆固醇升高为主的混合型高脂血症 | 典型ADR：横纹肌溶解，需监测肌毒性和肝毒性。药物相互作用：他汀类不宜与贝特类、烟酸、环孢素、雷公藤、环磷酰胺、大环内酯类、咪唑类合用 |
| 血脂康：每粒含洛伐他汀2.5mg，每次2粒（600mg），bid |
| 苯氧芳酸类（贝特类） | 非诺贝特、苯扎贝特用法：非诺贝特0.1g，tid或微粒型0.2g，qd；苯扎贝特0.2g，tid或缓释型0.4g，qd | 高三酰甘油血症和以三酰甘油升高为主的混合型高脂血症 | ADR：一过性肝转氨酶和肌酸激酶升高、血白细胞减少；禁用于肝肾功能不良者以及儿童、孕妇和哺乳期妇女 |
| 烟酸（B族维生素） | 阿昔莫司 | 高三酰甘油血症和以三酰甘油升高为主的混合型高脂血症 | ADR：高尿酸血症、面部潮红、恶心呕吐等；慎用于高尿酸血症及消化性溃疡 |

续表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药物类别 | 代表药物 | 适应证 | 不良反应 |
| 胆酸螯合剂（树脂类） | 考来烯胺、考来替泊 | 高胆固醇血症和以胆固醇升高为主的混合型高脂血症 | ADR：恶心、呕吐、腹胀、腹痛、便秘；药物相互作用：干扰其他药物的吸收（如叶酸、地高辛、贝特类、他汀类、抗生素、甲状腺素、脂溶性维生素等） |
| 肠道胆固醇吸收抑制剂 | 依折麦布 | 高胆固醇血症和以胆固醇升高为主的混合型高脂血症 | ADR：较少，胃肠道反应、头痛、肌肉疼痛及转氨酶升高 |
| 普罗布考 | 高胆固醇血症，尤其是纯合子型家族性高胆固醇血症 | ADR：恶心，严重不良反应为Q-T间期延长 |
| ω-3脂肪酸制剂（多烯酸乙酯） | 高三酰甘油血症和以三酰甘油升高为主的混合型高脂血症 | ADR：鱼油腥味所致恶心、腹部不适禁用：有出血倾向者 |

（2）调脂药物的选择

①高胆固醇血症：首选他汀类。

②高三酰甘油血症：首选贝特类。

③混合型高脂血症：一般首选他汀类；但当血清TG≥5.65mmol/L(500mg/dl)时，应首先降低TG，首选贝特类。

④低HDL-C血症：烟酸较为有效。

**Top17：糖尿病**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、综合分析选择题和多项选择题的形式出现，所占分值2～４分。

考频指数：★★★★

**[具体内容]**

（1）2型糖尿病的药物治疗

|  |  |
| --- | --- |
| 患者情况 | 用药选择 |
| 体重超过理想体重10%的2型肥胖型糖尿病患者 | 首选二甲双胍 |
| 2型非肥胖型、胰岛β细胞储备良好、无高胰岛素血症 | 促胰岛素分泌剂（磺酰脲类降糖药和格列奈类） |
| 单纯餐后血糖高，而空腹和餐前血糖不高 | 首选α-葡萄糖苷酶抑制剂 |
| 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（罗格列酮、吡格列酮） |
| 糖尿病合并肾病者 | 首选格列喹酮 |
| 老年患者 | 应选择降糖平稳、安全的降糖药物，如α-葡萄糖苷酶抑制剂、胰高血糖素样肽-1（GLP-1）类似物、二肽基肽酶-4（DPP-4）抑制剂、甘精胰岛素等。磺酰脲类降糖药有低血糖不良反应，需密切监测血糖，老年人不建议使用 |
| 儿童患者 | 1型糖尿病用胰岛素治疗；2型糖尿病仅有二甲双胍被批准使用（主要针对的是10岁以上儿童） |
| 经常出差，进餐不规律的患者 | 选择每日1次用药（如格列美脲）方便且依从性好 |

（2）用药注意事项

①双胍类可导致乳酸性酸中毒、体重减轻。

②不易导致低血糖的降糖药物是二甲双胍、α-葡萄糖苷酶抑制剂（阿卡波糖、伏格列波糖）、噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂（罗格列酮、吡格列酮）。

③注射胰岛素时两次注射点要间隔2cm，一方面确保胰岛素吸收，另一方面可防止皮下脂肪营养不良；未开启的胰岛素不能冷冻，应冷藏保存；使用中的胰岛素笔芯可在室温下最长可保存4周，但不能冷藏。

**Top18：药学服务的能力要求**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、多项选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）沟通技能：语言通俗易懂，少用专业术语；语句宜短不宜长；时间宜少不宜多；关注特殊人群，耐心且周全。

（2）药历书写技能：需要掌握国内药历的推荐格式。

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情况 | 患者姓名、性别、年龄、体重或体重指数、出生年月、病案号或病区病床号、医保和费用支付情况、生活习惯和联系方式 |
| 病历摘要 | 既往病史、体格检查、临床诊断、非药物治疗情况、既往用药史、药物过敏史、主要实验室检查数据、出院或转归 |
| 用药记录 | 药品名称、规格、剂量、给药途径、起始时间、停药时间、联合用药、进食与嗜好、药品不良反应与解救措施 |
| 用药评价 | 用药问题与指导、药学干预内容、药物监测数据、药物治疗建设性意见、结果评价等 |

**Top19：高警示药品的管理**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以多项选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★

**[具体内容]**

**我国高警示药品推荐目录2015版**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 药品种类（未加备注的系美国ISMP高警示药品目录） | 备注 |
| 1 | 100ml或更大体积的灭菌注射用水（供注射、吸入或冲洗用） | - |
| 2 | 茶碱类药物（静脉途径） | 新遴选列入 |
| 3 | 肠外营养制剂 | - |
| 4 | 非肠道和口服化疗药 | - |
| 5 | 腹膜和血液透析液 | - |
| 6 | 高渗葡萄糖注射液（20%或以上） | - |
| 7 | 抗心律失常药，静脉注射（如胺碘酮、利多卡因） | - |
| 8 | 抗血栓药（包括抗凝药物、Ⅹa因子拮抗剂、直接凝血酶抑制剂和血小板糖蛋白Ⅱb/Ⅲa受体阻断剂） | - |
| 9 | 口服降糖药 | - |
| 10 | 氯化钠注射液（高渗，浓度＞0.9%） | - |
| 11 | 麻醉药，普通、吸入或静脉用（如丙泊酚） | - |
| 12 | 强心药，静脉注射（如米力农） | - |
| 13 | 神经-肌肉阻断剂（如琥珀酰胆碱、罗库溴铵、维库溴铵） | - |
| 14 | 肾上腺素受体激动剂，静脉注射（如肾上腺素） | - |
| 15 | 肾上腺素受体拮抗药，静脉注射（如普萘洛尔） | - |
| 16 | 小儿用口服中度镇静药（如水合氯醛） | - |
| 17 | 心脏停搏液 | - |
| 18 | 胰岛素，皮下或静脉注射 | - |
| 19 | 硬膜外或鞘内注射药 | - |
| 20 | 对育龄人群有生殖毒性的药品（如阿维A胶囊、异维A酸片等） | 新遴选列入 |
| 21 | 造影剂，静脉注射 | - |
| 22 | 镇痛药/阿片类药物，静脉注射，经皮及口服（包括液体浓缩物，速释和缓释制剂） | - |
| 23 | 脂质体的药物（如两性霉素B脂质体）和传统的同类药物（如两性霉素B去氧胆酸盐） | - |
| 24 | 中度镇静药，静脉注射（如咪达唑仑） | - |
| 25 | 阿片酊 | - |
| 26 | 阿托品注射液（规格5mg/ml） | 新遴选列入 |
| 27 | 高锰酸钾外用制剂 | 新遴选列入 |
| 28 | 加压素，静脉注射或骨内注射 | - |
| 29 | 甲氨蝶呤（口服，非肿瘤用途） | - |
| 30 | 硫酸镁注射液 | - |
| 31 | 浓氯化钾注射液 | - |
| 32 | 凝血酶冻干粉 | 新遴选列入 |
| 33 | 肾上腺素，皮下注射 | - |
| 34 | 缩宫素，静脉注射 | - |
| 35 | 硝普钠注射液 | - |
| 36 | 依前列醇，静脉注射 | - |
| 37 | 异丙嗪，静脉注射 | - |
| 38 | 注射用三氧化二砷 | 新遴选列入 |

**Top20：药物对妊娠期不同阶段胎儿的影响**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年都是以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★

**[具体内容]**

（1）细胞增殖早期（受精后至18d左右）

几乎见不到药物的致畸作用。

（2）器官发生期（受精后3周至3个月，易致畸）

器官发生期为药物致畸的敏感期，高敏感期为妊娠21～35d。

（3）胎儿形成期（妊娠3个月至足月）

妊娠13～27周末，称妊娠中期；妊娠最后3个月，即妊娠28周之后，称妊娠晚期。

（3个月后，仅有中枢神经系统和生殖系统可致畸）

**Top21：药物的乳汁分泌**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年都是以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| 容易入乳汁的药物 | 地西泮——脂溶性高 |
| 红霉素——弱碱性 |
| 不易入乳汁的药物 | 青霉素G、磺胺类——弱酸性 |
| 华法林——蛋白结合率高，分子较大 |

**Top22：肝、肾功能不全患者用药**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值1～2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）肝功能不全患者用药原则

①合理选药。

②单用或合用都尽量避免使用有肝毒性的药物。

③肝功能不全而肾功能正常的患者可选用对肝毒性小、并且从肾脏排泄的药物。

④初始剂量宜小，必要时进行TDM，做到给药方案个体化，及时调整治疗方案。

（2）肝功能不全者给药方案调整

①由肝脏清除，对肝脏无毒，必要时减量用。

②经肝或相当药量经肝清除，对肝脏有毒，避免使用。

③肝、肾两条途径清除，减量用。

④经肾排泄的药物，不经肝排泄，无需调整剂量。

（3）肾功能不全患者用药原则

①合理选药。

②单用或合用都尽量避免使用有肾毒性的药物。

③肾功能不全而肝功能正常者可选用双通道(肝肾)消除的药物。

④根据肾功能的情况调整用药剂量和给药间隔时间，必要时进行TDM，设计个体化给药方案。

（4）肾功能不全者给药方案调整

肾功能不全患者剂量调整通常采用减量法、延长给药间隔和二者结合三种方式。

①简易法

肾功能轻度、中度和重度损害时，抗菌药每日剂量分别减低至正常剂量的2/3～1/2，1/2～1/5，1/5～1/10。

②根据内生肌酐清除率调整用药方案

成人男性：$Clcr=\frac{\left（140-年龄\right）×体重}{72×Scr}$

成年女性＝男性×0.85

注解：体重单位：kg；血肌酐（Scr）单位：mg/dL

**Top23：剂型的正确使用**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题和综合分析选择题的形式出现，所占分值1～2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）滴丸：多用于病情急重者，在保存中不宜受热。

（2）泡腾片：需温水浸泡完全溶解后再饮用；严禁直接服用或口含；幼儿不能自行服用。

（3）舌下片：舌下含服控制在5min左右；不要咀嚼；30min内不宜吃东西或饮水。

（4）咀嚼片：咀嚼时间宜充分；可少量温开水送服；用于中和胃酸的咀嚼片，宜在餐后1～2h服用。

（5）含漱剂：含漱时不宜咽下或吞下；含漱后不宜马上饮水和进食，以保持口腔内药物浓度。

（6）滴鼻剂：连续用药3天以上，症状未缓解应向执业医师咨询；同时使用几种滴鼻剂时，首先滴用鼻腔黏膜血管收缩剂，再滴入抗菌药物。

（7）缓、控释制剂：应整片或整丸吞服，严禁嚼碎和击碎分次服用。

**Top24：因果关系评价原则**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年分别以最佳选择题和配伍选择题的形式出现，所占分值1～３分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）评价标准

①用药时间与不良反应出现的时间有无合理的先后关系。

②可疑ADR是否符合药物已知的ADR类型。

③所怀疑的ADR是否可用患者的病理状态、并用药、并用疗法的影响来解释。

④停药或减少剂量后，可疑ADR是都减轻或消失。

⑤再次接触可疑药物是否再次出现同样反应。

（2）评价结果

根据上述五条标准，不良反应的评价结果有6级，即：肯定、很可能、可能、可能无关、待评价、无法评价。

|  |  |
| --- | --- |
| 评价结果 | 评价标准 |
| 肯定 | 用药及反应发生时间顺序合理；停药以后反应停止或迅速好转；再次使用，反应再现，并可能明显加重（即激发试验阳性）；有文献资料佐证；排除原患疾病等其他混杂因素影响 |
| 很可能 | 无重复用药史，余同“肯定”，或虽然有合并用药，但基本可排除合并用药导致反应发生的可能性 |
| 可能 | 用药与反应发生时间关系密切，同时有文献资料佐证；但引发ADR的药品不止一种，或原患疾病病情进展因素不能除外 |
| 可能无关 | ADR与用药时间相关性不密切，反应表现与已知该药ADR不相吻合，原患疾病发展同样可能有类似的临床表现 |
| 待评价 | 报表内容填写不齐全，等待补充后再评价，或因果关系难以定论，缺乏文献资料佐证 |
| 无法评价 | 报表缺项太多，因果关系难以定论，资料又无法补充 |

**Top25：新药临床评价的分期**

**[考情分析]**

此知识点在2015年以配伍选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

上市前药物临床评价阶段：临床试验Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期。上市后药物临床再评价阶段：临床试验Ⅳ期。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 阶段 | 目的 | 试验对象 | 样本数 |
| Ⅰ期 | 初步的临床药理学及人体安全性评价 | 观察人体对新药的耐受程度和药动学，为制订给药方案提供依据 | 健康志愿者 | 20～30例 |
| Ⅱ期 | 治疗作用的初步评价阶段 | 初步评价药物对目标适应证患者的治疗作用和安全性；为Ⅲ期研究设计和给药方案确定提供依据 | 目标适应证患者 | 多发病≥300例，其中主要病种不少于100例（多中心—3个以上医院） |
| Ⅲ期 | 扩大临床试验阶段（批准试生产后进行） | 进一步验证治疗作用和安全性，评价利益风险关系，最终为新药获批提供充分依据 | 目标适应证患者 | - |
| Ⅳ期 | 上市后药品临床再评价阶段 | 考察药品在广泛使用条件下的疗效与不良反应 | 普通或特殊人群 | 常见病≥2000例 |

**Top26：发热的药物治疗**

**[考情分析]**

此知识点在2015和2016年分别以多项选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值1～2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）非处方药

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **药物名称** | **药物特点** | **用法用量** |
| **对乙酰氨基酚（扑热息痛）** | 胃肠刺激小，退热药**首选**，尤其适宜老年人和儿童服用；孕妇使用影响胎儿 | 儿童按体重或体表面积（不是按年龄）计算，每隔4～6小时重复用药，每日小于4次，用药不超过3天；成人退热一日的安全剂量≤2g |
| **阿司匹林** | 对正常体温无影响，儿童病毒性感染不用，可能引起**Reye’s综合征；****可通过胎盘屏障，孕妇前3个月使用致畸** | \_ |
| **布洛芬** | **胃肠刺激最小**，镇痛作用强，抗炎作用弱；可使孕期延长，妊娠及哺乳期妇女不宜使用 | \_ |
| **贝诺酯** | **对乙酰氨基酚和阿司匹林的酯化物**，结合二者优点 | 老人一日不超过2.5g |

（2）处方药：**安乃近**滴鼻紧急退热，高热惊厥加用**地西泮。**

**注：安乃近是氨基比林和亚硫酸钠相结合的化合物，不用做首选用药。**

**（3）用药与健康提示**

①退热**纯属对症治疗，可能掩盖病情**。

②因胃肠道刺激，解热镇痛药物多餐后服用。

③阿司匹林及其制剂可诱发变态反应，如荨麻疹、哮喘。

④解热镇痛药之间有交叉过敏反应。

⑤**自用药不超3天**。

⑥两个月以内的婴儿禁用任何退热药。儿童必要时可选布洛芬混悬液或含对乙酰氨基酚的滴剂。

⑦不宜同时应用两种以上的解热镇痛药。

**Top27：阴道炎**

**[考情分析]**

此知识点在2015和2016年都以配伍选择题的形式出现，所占分值1～3分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）临床表现

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病 | 典型症状 |
| 真菌性阴道炎 | 刺痒感、烧灼感；阴道分泌物黏稠呈奶酪或豆腐渣样或白色片；阴道壁有白色伪膜状物，在阴道分泌物中找到假丝酵母菌的芽生孢子或假菌丝即可确诊 |
| 滴虫性阴道炎 | 瘙痒、灼痛；泡沫样白带，为黏液或脓性，有腥臭味；镜检时可发现毛滴虫 |
| 细菌性阴道炎 | 10%～50%的患者无症状，鱼腥臭味的灰白色的白带，阴道灼热感、瘙痒；pH值达5.0～5.5，比正常高 |

（2）药物治疗

治疗真菌性、滴虫性阴道炎症主要选用阴道给药。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾病 | 非处方药 | 处方药 | 注意事项 |
| 真菌性阴道炎 | 首选硝酸咪康唑，也可用克霉唑、益康唑和制霉菌素、黄藤素 | 口服依曲康唑、氟康唑 | ①硝酸咪康唑乳膏有刺激感，需停药冷水洗；②伊曲康唑孕妇禁用 |
| 滴虫性阴道炎 | 首选甲硝唑（栓剂或泡腾片），也可用替硝唑或制霉菌素（栓剂或泡腾片） | 首选甲硝唑，也可用曲古霉素（首选用于同时患滴虫及念珠菌者）、聚甲酚磺醛、硝呋太尔 | ①甲硝唑类药物避免饮酒（双硫仑样反应）；②聚甲酚磺醛栓对孕妇和哺乳期妇女禁用；③制霉菌素对真菌和滴虫混合感染者最适宜 |
| 细菌性阴道炎 | - | 甲硝唑或替硝唑口服，不能耐受者选克林霉素 | - |
| 注解：①对真菌性和滴虫性阴道炎均有效的——制霉菌素、聚甲酚磺醛、硝呋太尔；②阴道连续用药不宜超过10天，常同服复方维生素B；③真菌性阴道炎与滴虫性阴道炎需夫妻双方同治 |

**Top28：营养不良的非处方治疗药物**

**[考情分析]**

此知识点在2015年以最佳选择题、配伍选择题的形式出现，所占分值6分。2015年考查过于集中，预计今年考查分值为1～2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

《国家非处方药目录》中收载的维生素与矿物质类药包括：

①脂溶性维生素：维生素A、维生素E、维生素AD、维生素D等。

②水溶性维生素：维生素C、B族维生素。

③矿物质：钙剂、铁剂等。

④包含各种维生素与矿物质的复方制剂。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物 | 适用证 | 注意事项 |
| 维生素A | 夜盲症 | - |
| 维生素D | 佝偻病 | - |
| 维生素AD复方制剂 | 佝偻病、夜盲症、小儿手足抽搐症及预防维生素AD缺乏症 | 慢性肾衰竭、高钙血症、高磷血症伴肾性佝偻病禁用 |
| 维生素C片 | 预防坏血病，辅助治疗传染疾病、紫癜等 | 突然停药可能引起坏血病，可入乳汁，孕妇服用过量时，可诱发新生儿产生坏血病 |
| 复合维生素B片 | 营养不良、厌食、脚气并糙皮病等 | 尿液可能呈黄色 |
| 葡萄糖酸钙片 | 钙缺乏症 | 可引起便秘 |
| 硫酸亚铁片 | 缺铁性贫血 | 饭后服，可引起恶心、呕吐，上腹疼痛，便秘，排黑便，每片0.3g，相当于铁60mg |

**Top29：便秘的治疗药物**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以最佳选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）非处方药

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物 | 作用机制 | 注意事项 |
| 乳果糖 | 在结肠中被菌丛分解为有机酸，通过渗透作用增加结肠内容量，刺激结肠蠕动，从而排便 | 成人起始剂量每日30ml，7～14岁儿童减半，宜在早餐时一次服用；用于肝性脑病患者及长期卧床的老年患者，可防止粪便嵌塞；糖尿病患者慎用，有高乳酸血症患者禁用，妊娠患者可以使用 |
| 比沙可啶 | 通过刺激肠壁的感受神经末梢引起排便 | 不宜与阿片类镇痛药、抗酸药合用，有较强刺激性，不得嚼碎，服药前后2h不要喝牛奶、口服抗酸剂或刺激性药；妊娠期妇女慎用；对急腹症者禁用 |
| 甘油栓 | 刺激肠壁排便，作用温和 | 睡前给药，每晚1枚，主要用于低张力性便秘  |
| 硫酸镁 | 容积性泻药 | 口服不易吸收，主要用于紧急情况下的急性便秘，清晨空腹服用，需大量饮水，老年人应慎用 |
| 聚乙二醇4000 | 口服后几乎不吸收、不分解 | 结合水分子引起水样腹泻，主要用于痉挛性便秘，可用于发生粪便嵌塞的儿童 |
| 微生态制剂 | 调整肠道菌群平衡 | 可用于痉挛性和功能性便秘者 |

（2）处方药

酚酞——口服，作用缓和，睡前服用。

莫沙必利——选择性5-羟色胺（5-HT4）受体激动剂。

普芦卡必利——二氢苯并呋喃甲酰胺类化合物，为选择性、高亲和力的5-羟色胺（5-HT4）受体激动剂，可在一天中任何时间服用。

**Top30：肺炎的分类及治疗药物**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值1～2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

社区获得性肺炎（CAP）指在医院外罹患的感染性肺炎。

医院获得性肺炎（HAP）：是指患者入院48h后在医院（包括护理院、康复院等）内发生的肺炎。

|  |  |
| --- | --- |
| 肺炎类型 | 治疗药物 |
| 社区获得性肺炎（CAP） | ①青壮年和无基础疾病的CAP患者——常用青霉素类、第一代头孢菌素。对耐药患者可用氟喹诺酮类（莫西沙星、吉米沙星和左氧氟沙星）；②老年人、有基础疾病或需要住院的CAP——常用第二、三代头孢菌素、β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂，或厄他培南等碳青霉烯类，可联合大环内酯类或者氟喹诺酮类 |
| 医院获得性肺炎（HAP） | 常用第二、三代头孢菌素、β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂、氟喹诺酮类或碳青霉烯类 |
| 重症肺炎 | 首先应选择广谱的强力抗菌药物，并应足量、联合用药，而后根据病原学结果调整抗菌药物 |

**Top31：特殊人群的降压治疗**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以综合分析选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）老年人

降压目标：150/90mmHg以下。

可用药物：CCB、ACEI、ARB、利尿剂或β受体阻断剂。

特别注意：过低血压会引起头晕、跌倒。

（2）儿童青少年

可用药物：ACEI或ARB和CCB为首选；利尿剂、β受体阻断剂和α受体阻断剂多用于儿童青少年严重高血压患者的联合用药。

（3）妊娠高血压

降压目标：血压≥150/100mmHg时应开始药物治疗，治疗目标是将血压控制在130～140/80～90mmHg。

|  |  |
| --- | --- |
| 可用药物 | 拉贝洛尔、美托洛尔、氢氯噻嗪、硫酸镁、硝苯地平及甲基多巴 |
| 严重先兆子痫 | 首选硫酸镁 |
| 禁用药物 | ACEI或ARB |

（4）高血压合并其他疾病

|  |  |
| --- | --- |
| 高血压合并心肌梗死和心力衰竭 | 首选ACEI或ARB和β受体阻滞剂 |
| 高血压合并糖尿病肾病 | 首选ACEI或ARB |
| 伴血浆同型半胱氨酸升高的高血压（H型高血压） | 降压药物，同时补充叶酸、维生素B6、维生素B12 |

**Top32：帕金森病的药物治疗**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）药物治疗坚持“low”和“slow”原则，从小剂量开始，缓慢滴定增量。

（2）抗帕金森病药物适应证及禁忌证

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 种类 | 代表药物 | 适应证 | 禁忌证 |
| 抗胆碱能药 | 苯海索 | 年轻、震颤突出的患者，长期使用左旋多巴导致肌张力障碍者 | 闭角型青光眼及前列腺肥大患者禁用。老年患者慎用 |
| 促多巴胺释放剂 | 金刚烷胺 | 少动、强直、震颤，伴异动症。与苯海索合用能增强抗胆碱作用，或许可以推迟左旋多巴的使用，与左旋多巴合用有助于症状进一步改善 | 肾功能不全、癫痫、严重胃溃疡、肝病患者慎用，哺乳期妇女禁用 |
| 复方左旋多巴 | 苄丝肼-左旋多巴、卡比多巴-左旋多巴 | 对震颤、肌强直、运动迟缓均有效 | 活动性消化道溃疡者慎用，闭角型青光眼、精神病患者禁用 |
| 多巴胺受体激动剂 | 普拉克索其他:溴隐亭、培高利特 | - | - |
| MAO-B抑制剂 | 司来吉兰其他：雷沙吉兰 | 早期、轻度症状 | 胃溃疡者慎用，应避免与选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）合用 |
| COMT抑制剂 | 恩托卡朋其他：托卡朋 | L-dopa治疗伴发疗效减退、症状波动的患者；无症状波动的PD患者改善生活质量，延缓症状波动发生 | - |

（3）治疗药物选择

|  |  |
| --- | --- |
| 不伴认知障碍且小于65岁的老年患者 | ①多巴胺受体(DR)激动剂；②司来吉兰，或加用维生素E；③复方左旋多巴＋儿茶酚氧位甲基转移酶(COMT)抑制剂；④金刚烷胺和（或）抗胆碱能药：震颤明显而其他药物效果不佳时，选用苯海索等抗胆碱能药；⑤在①、②、④方案治疗效果不佳时可加用复方左旋多巴。注解：出现认知功能减退或需要显著改善运动症状的患者，可首选复方左旋多巴 |
| 伴认知障碍或年龄≥65岁的老年患者 | 首选复方左旋多巴 |

**Top33：抑郁症的药物治疗**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以最佳选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 种类 | 代表药物 | 注意事项 |
| 三环类抗抑郁药 | 丙米嗪、阿米替林、多塞平、氯米帕明 | ①过度镇静，直立性低血压，有抗胆碱能不良反应；②严重心、肝、肾疾病禁用；③氯米帕明可引起抽搐，癫痫患者禁用 |
| 单胺氧化酶抑制剂 | 苯乙肼、环苯丙胺、吗氯贝胺 | MAOIs不能和SSRIs同时应用 |
| 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs） | 氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰、艾司西酞普兰 | ①不能与MAOIs合用；②一般是早餐后服用，每日一次，剂量大可分两次服用；③有戒断症状，顺序依次为氟伏沙明和帕罗西汀＞西酞普兰＞舍曲林＞氟西汀 |
| 5-HT与NE再摄取抑制剂 | 文拉法辛和度洛西汀 | ①胃肠道反应，血压轻度升高；②禁与MAOIs联用 |
| NE/特异性5-HT受体拮抗剂（NaSSAs） | 米氮平 | 适合治疗伴有睡眠障碍或焦虑障碍的抑郁症，常见不良反应是体重增加，偶见直立性低血压 |
| 其他药物 | 贯叶金丝桃提取物、曲唑酮 | - |

**Top34：胃食管反流病的治疗药物与注意事项**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年以最佳选择题、综合分析选择题的形式出现，所占分值1～3分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）具体药物介绍

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物种类 | 具体药物 | 不良反应 |
| 质子泵抑制剂（PPIs）（餐前30分钟服用） | 埃索美拉唑 | 长期用影响钙吸收、骨质疏松（建议用枸橼酸钙补钙），维生素B12和维生素C吸收下降，增加感染风险，便秘、口干 |
| 奥美拉唑 |
| 雷贝拉唑 |
| 泮托拉唑 |
| 兰索拉唑 |
| H2受体拮抗剂（H2RA）（用于轻症或夜间反流症状） | 法莫替丁 | 睡眠障碍、白细胞计数降低；严重肝病慎用 |
| 雷尼替丁 |
| 西咪替丁 | 肝损害、影响性功能、不常用 |
| 黏膜保护剂（临时用，餐前1小时，睡前用。通常连续服用不要超过1周） | 铝碳酸镁 | 稀便或便秘 |
| 硫糖铝片 | 便秘 |
| 硫糖铝混悬液 |
| 复方氢氧化铝 | 抗胆碱能副作用，肾功能不全和便秘慎用 |
| 枸橼酸铋钾 | 黑便，大量长期服用可有脑、肾毒性 |
| 胶体果胶铋 |
| 促动力药（餐前15～20分钟服用） | 多潘立酮 | 男性乳房女性化；可能引起心脏相关风险 |
| 伊托必利 | - |
| 莫沙必利 | - |

（2）用药注意事项

①奥美拉唑是肝药酶抑制剂，可使氯吡格雷药效降低，华法林、地西泮、苯妥英钠代谢减慢。

②避免饱餐和餐中饮水，避免睡前3小时内进食。每餐8分饱。

③不能使用可能加重反流症状的药物——钙通道阻滞剂、α受体激动剂、β受体激动剂、茶碱类、硝酸盐、镇静剂、雌激素。

RE患者需停服的药物——多西环素、氯化钾、铁剂、奎尼丁、阿仑膦酸盐等可能引起食管损害的药物。

④阿仑膦酸盐正确应用方法是空腹用200～250ml白开水送服，并保持上身直立的站（坐）位30分钟。

**Top35：根除幽门螺杆菌感染的方案**

**[考情分析]**

此知识点在2015年以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）四联方案，根除率较高

PPI＋克拉霉素＋阿莫西林＋铋剂；

PPI＋克拉霉素＋甲硝唑＋铋剂。

（2）三联方案，即在上述方案中去除铋剂，适用于肾功能减退，不耐受铋剂者，但Hp的根除率下降。

（3）治疗方案的注意事项

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 | 注意事项 |
| 疗程 | 7～14天 |
| 用药时间 | 餐前30min：PPI、铋剂；餐后30min：阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑 |
| 用药次数 | 治疗药物每日服用次数均是bid |
| 需做皮试药物 | 阿莫西林 |
| 药物相互作用 | 克拉霉素避免与他汀类药物同服，避免肌毒性 |
| 耐药性 | 阿莫西林、呋喃唑酮和四环素的耐药率很低；而克拉霉素、甲硝唑和左氧氟沙星的耐药率高（不可重复应用） |

**Top36：高尿酸血症与痛风的用药注意事项**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年均以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| 药物 | 注意事项 |
| 秋水仙碱 | 长期应用可引起骨髓抑制、紫癜、血小板减少，胃肠道反应是严重中毒的前驱症状，一出现应立即停药 |
| 别嘌醇 | ①痛风急性期禁用，在痛风发作控制后2周开始服用；②初始4～8周内与小剂量秋水仙碱联合服用，防止发生转移性痛风；③滴定增量，监测血尿酸水平；④用药期间不宜过度限制蛋白质的摄入，不宜饮酒、饮茶或喝咖啡；⑤服用后可出现眩晕，用药期间不宜驾驶车船、飞机和操作机械 |
| 丙磺舒 | ①痛风急性发作期禁用；②多饮水（2500ml/d），并维持尿液呈微碱性；③与别嘌醇合用时需增加别嘌醇的剂量；④不宜与阿司匹林和水杨酸盐联合服用；⑤与磺胺类药有交叉过敏反应，可能引起溶血性贫血，每日剂量不宜超过2g |
| 苯溴马隆 | ①痛风急性发作者不宜服用，以防发生转移性痛风；②在治疗初期宜同时服用秋水仙碱或NSAIDs；③注意大量饮水，保持尿量超过2000ml/d，碱化尿液；④不宜联合服用阿司匹林和水杨酸盐；⑤与别嘌醇合用有协同作用；⑥服药期间如痛风急性发作，建议将所用药量减半，必要时服用秋水仙碱或NSAIDs |

**Top37：缺铁性贫血的治疗药物**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年均以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 给药途径 | 药物 | 注意事项 |
| 口服铁剂 | 硫酸亚铁、右旋糖酐铁、琥珀酸亚铁、多糖铁复合物 | 首选方法，宜选用二价铁；餐后服用可减轻胃肠道不良反应 |
| 静脉铁剂治疗 | 右旋糖酐铁、蔗糖铁 | 胃肠道吸收障碍或需要快速补铁时使用；首次用药需先使用试验剂量，1小时无过敏再给予足量治疗 |

**Top38：疼痛控制**

**[考情分析]**

此知识点在2015年和2016年均以最佳选择题的形式出现，所占分值1分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）WHO癌症三阶梯止痛原则

①口服给药：能口服尽量口服，提倡无创的给药方式。

②按时给药：不是按需给药。

③按阶梯给药：按照疼痛的程度和性质选用不同阶梯的止痛药物。

（2）疼痛控制药物分类

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分类 | 药物 | 特点 |
| 第一阶梯 | 非阿片类药物，多指NSAIDs药物 | ①治疗轻度疼痛，增强二、三阶梯药物的效果；②有封顶效应；③疼痛不能缓解时，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、曲马多等 | 多与NSAIDs药物组成复合制剂 |
| 第三阶梯 | 强阿片类药物，以吗啡为代表，主要药物有吗啡（有多种剂型，如注射剂，即释片、缓释片）、芬太尼注射剂或透皮贴剂、美沙酮、哌替啶、二氢埃托啡、羟考酮 | 无封顶效应 |

**Top39：有机磷农药的中毒解救**

**[考情分析]**

此知识点在2015年以最佳选择题、多项选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

（1）治疗原则及治疗药物选择

|  |  |
| --- | --- |
| 一般救治措施 | ①脱离中毒环境，用肥皂水或1%～5%碳酸氢钠溶液反复清洗被污染的皮肤；②用2%碳酸氢钠（敌百虫中毒者忌用）、清水或1∶5000高锰酸钾溶液（硫磷中毒者忌用）反复洗胃；③给予硫酸镁导泻 |
| 应用解毒剂 | ①阿托品（M胆碱受体阻断药，可解除M样症状）；②解磷定和氯磷定（可使失活的胆碱酯酶恢复活性） |
| 血液净化技术 | 血液透析、腹膜透析或连用血液灌流 |
| 对症治疗 | 维持呼吸功能，防治脑水肿、心搏骤停及感染 |

（2）治疗药物的注意事项

|  |  |
| --- | --- |
| 药物 | 注意事项 |
| 阿托品 | ①作用：拮抗乙酰胆碱的毒蕈碱样作用，对烟碱样作用无效；轻度中毒者可单用阿托品；②用药原则：“早期、足量、重复给药”，达到阿托品化而避免阿托品中毒。阿托品化的指征是瞳孔扩大、面部潮红、皮肤干燥、口干、心率加快；③药物合用：与胆碱酯酶复活剂合用时，阿托品剂量应适当减少；④中毒解救：患者如出现谵妄、躁动、幻觉、全身潮红、高热、心率加快甚至昏迷时，则为阿托品中毒。应立即停用阿托品，并可用毛果芸香碱解毒，但不宜使用毒扁豆碱 |
| 应用胆碱酯酶复活剂（如碘解磷定，以下简称复活剂） | ①切勿两种或三种复活剂同时应用，以免其毒性增加；②对敌敌畏、敌百虫、乐果、氧乐果、马拉硫磷、二嗪磷等中毒疗效较差或无效，此种情况应以阿托品治疗为主；③复活剂用量过大、注射过快或未经稀释直接注射，均可引起中毒；④不能与碱性药物并用，防止生成剧毒的氰化物 |

**Top40：特殊解毒剂的使用**

**[考情分析]**

此知识点在2016年以配伍选择题的形式出现，所占分值2分。

考频指数：★★★

**[具体内容]**

|  |  |
| --- | --- |
| 特殊解毒剂 | 用途 |
| 二巯丙醇 | 用于砷、汞、金、铋及酒石酸锑钾中毒 |
| 二巯丁二钠（二巯琥珀酸钠） | 用于锑、铅、汞、砷的中毒，并预防镉、钴、镍的中毒 |
| 依地酸钙钠（解铅乐、EDTA Na-Ca） | 用于铅、锰、铜、镉等中毒，尤以铅中毒疗效好，也可用于镭、钚、铀、钍中毒 |
| 青霉胺（D-盐酸青霉胺） | 用于铜、汞、铅中毒的解毒，治疗肝豆状核变性病 |
| 亚甲蓝（美蓝） | 用于氰化物中毒，小剂量可治疗高铁血红蛋白血症（亚硝酸盐中毒等） |
| 硫代硫酸钠（次亚硫酸钠） | 用于氰化物中毒，也用于砷、汞、铅中毒 |
| 碘解磷定（解磷定） | 用于有机磷中毒 |
| 氯磷定 | 用于有机磷中毒 |
| 双复磷 | 用途同氯磷定。其特点是能通过血-脑屏障 |
| 双解磷 | 用途同双复磷。但其不能通过血-脑屏障 |
| 盐酸戊乙奎醚 | 用于有机磷农药中毒和中毒后期或胆碱酯酶（ChE）老化后维持阿托品化 |
| 亚硝酸钠 | 用于治疗氰化物中毒 |
| 盐酸烯丙吗啡 | 用于吗啡、哌替啶急性中毒 |
| 谷胱甘肽 | 用于丙烯腈、氟化物、一氧化碳、重金属等中毒 |
| 乙酰胺（解氟灵） | 用于有机氟杀虫农药中毒 |
| 乙酰半胱氨酸 | 用于对乙酰氨基酚过量所致的中毒 |
| 纳洛酮 | 用于急性阿片类中毒（表现为中枢和呼吸抑制）及急性乙醇中毒 |
| 氟马西尼 | 用于苯二氮（卓艹）类药物过量或中毒 |