

《药学综合知识与技能——100 考点》

考点 1：现代药学的发展历程

1. 传统的药品供应为中心的阶段
2. 参与临床用药实践，促进合理用药为主的临床药学阶段
3. 以患者为中心，改善患者生命质量的药学服务阶段

考点 2：药学服务的具体内容

1. 协助医护人员制定和实施药物治疗方案；
2. 指导、帮助患者合理使用药物；
3. 积极参与疾病的预防、治疗和保健；
4. 定期对药物的使用和管理进行科学评价。

考点 3：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 4：处方缩写词

外文缩写	中文含义	外文缩写	中文含义
Ac.	餐前	Aq.	水，水剂
pc.	餐后	Cap.	胶囊（剂）
Am.	上午，午前	gtt.	滴、量滴、滴剂
pm.	下午	Inj.	注射剂
hs.	临睡时	mist.	合剂
prn. 或 sos.	必要时	Tab.	片剂
St.	立即	ung.	软膏剂
		Sol./Liq.	溶液剂

外文缩写	中文含义	外文缩写	中文含义	外文缩写	中文含义
qd.	每日一次	H.	皮下	Aa.	各、各个
bid.	每日两次	im.	肌肉注射	Ad.	加
tid.	每日三次	iv.	静注	NS	生理盐水
qid.	每日四次	iv.gtt.	静滴	U	单位
qod.	隔日一次	OD.	右眼	OTC	非处方药
qh	每小时	OS.	左眼	Di1	稀释的, 稀释
q4h	每四个小时	OL.	左眼	Co.	复方的、复合的
qn.	每晚	OU.	双眼		
qs.	适量	po.	口服		
ss.	一半				

考点 5 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

考点 6 处方规范性审核

1. 处方记载的患者一般情况、临床诊断应清晰、完整, 并与病历记载相一致

2. 每张处方只限于一名患者的用药

3. 化学药、中成药处方, 每一种药品必须另起一行。

每张处方不得超过 5 种药品

4. 化学药、中成药可以分别开具处方, 也可以开具一张处方。

中药饮片应单独开具处方

5. 处方字迹应当清楚, 不得涂改。如有修改, 必须在修改处签名并注明修改日期

6. 一般应按照药品说明书中的常用剂量使用, 特殊情况需超剂量使用时, 应注明原因并再签名

7. 门诊处方一般不得超过 7 日用量; 急诊处方一般不得超过 3 日用量; 对于某些慢性病、老年病或特殊情况, 处方用量可适当延长, 但医师必须注明理由

8. 年龄必须写实足年龄, 新生儿、婴幼儿写日、月龄, 必要时注明体重。

9. 为便于药学专业技术人员审核处方, 医师开具处方时, 除特殊情况外必须注明临床诊断。

10. 开具处方后的空白处应画一斜线, 以示处方完毕。

11. 处方医师的签名式样和专用签章必须与在药学部门留样备查的式样一致, 不

得任意改动，否则应重新登记留样备案。

12. 医师开具处方应使用经国家食品药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称和复方制剂药品名称；不得自行编制药品缩写名称或使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可以用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清的字句等。

13. 药品剂量与数量一律用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位。

14. 麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格执行国家有关规定。开具麻醉药品处方时，应有病历记录。

考点 7 用药适宜性审核是否有重复用药现象——一药多名

异丙嗪（抗组胺药）与氯丙嗪（抗精神病药）

氟尿嘧啶（抗肿瘤药）与氟胞嘧啶（抗真菌药）

阿糖腺苷（抗病毒药）与阿糖胞苷（抗肿瘤药）

右旋糖酐（扩容药）与右旋糖酐铁（补铁药物）

氟西汀（抗抑郁药）与长春西汀（周围血管舒张药）

乙酰胺（解救氟乙酰胺中毒）与乙琥胺（抗癫痫药）

普鲁卡因（局麻药）与普鲁卡因胺（抗心律失常药）

布桂嗪（镇痛药）与布噻嗪（利尿剂）

考点 8 相互作用

药物相互作用	举例
药效学相互作用	药物疗效：相加、协同、拮抗
	药物毒副作用：相加、协同、拮抗
药动学相互作用	吸收、分布、代谢、排泄

考点 9 影响药品质量的因素

环境	日光	空气	湿度	温度	时间	震荡
	紫外线	氧气、二氧化碳		疫苗	有效期	促红素
人为	最重要					
药品	水解——降解主要途径；氧化——变质主要反应					

考点 10 生物制品的管理

1. 2℃~8℃

2. 运输三原则：最快速、冷链、防止冻结

3. 入库验收：批签发管理，供货单位应提供批签发报告，强制性检验、审核

考点 11 医疗机构制剂的管理

1. 医疗机构根据本单位临床需要经批准而配制、自用的固定处方制剂。应是市场上没有供应的品种。
2. 临床研究受试例数不少于 60 例。
3. 批准文号：X 药制字 H (Z) +4 年号+4 流水号
4. 只在本医疗机构使用，不得进入市场。遇突发状况，需提出申请，批准后方可调剂使用，且不得超出规定的期限、数量、范围。

考点 12 用药错误的类型

1. 处方错误
2. 转抄错误
3. 调剂错误
4. 给药错误
5. 患者依从性错误
6. 监测错误
7. 其他

考点 13 发现用药错误的方法

检测方法	优点
病历审查	最可能确认患者伤害事件
计算机检测	集中检查者注意力，最高的 ADEs 预测能力
电子记录	高效，检测 ADEs 比例高
自愿报告	数据充分，识别错误趋势，找到错误原因
强制报告	可在主治医师查房和护士交班时实施

考点 14 根据时辰药理学给药的目的

1. 顺应人体生物节律的变化，充分调动人体内积极的抗病和免疫能力；
2. 增强药物疗效，提高生物利用度；
3. 减少或规避药物的不良反应；
4. 降低给药剂量，节约医疗资源；
5. 提高用药的依从性

考点 15 膜剂

- ①口服、外用、控释膜剂
- ②壬苯醇醚膜、复方炔诺酮膜、复方甲地孕酮膜
- ③毛果芸香碱膜：早起、睡前贴于眼角，2~3 贴/d

考点 16 宜多饮水的药物

- ①平喘药
- ②利胆药
- ③蛋白酶抑制剂
- ④双膦酸盐
- ⑤抗痛风药
- ⑥利尿结石药
- ⑦电解质
- ⑧磺胺类
- ⑨氨基糖苷类
- ⑩氟喹诺酮类

考点 17 限制饮水的药物

(1)治疗胃病的药物

- ①苦味健胃药；
- ②胃黏膜保护剂：硫糖铝、果胶铋；

- ③直接咀嚼吞服的胃药：氢氧化铝
 (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
 (4)抗利尿药：去氨加压素

考点 18 药品不良反应的分类

副作用、毒性作用、过敏反应、继发反应、后遗效应、依赖性、撤药反应
 特异质反应

考点 19 药品不良反应的预防原则

1. 了解患者及家族的药物和食物等过敏
2. 注意特殊人群
3. 用药选择
4. 慎重使用新药
5. 定期监测器官功能
6. 注意 ADR 症状
7. 注意药物的迟发反应

考点 20 不良反应监测的方法

1. 自愿呈报系统（我国主要的监测方法）
2. 集中监测系统
3. 记录联接系统
4. 药物流行病学研究方法

考点 21 药物警戒的意义

1. 加强用药及所有医疗干预措施的安全性，优化患者的医疗质量
2. 改进用药安全，促进公众健康
3. 对药品使用的利弊、药品的有效性和风险性进行评价，促进合理用药
4. 促进对药物安全的理解、宣传教育和临床培训，推动与公众的有效交流

考点 22 药源性胃肠道疾病

药源性胃肠道疾病	药物
消化道溃疡及出血	非甾体抗炎药、呋塞米、依他尼酸、利血平、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

考点 23 药动学改变

1. 吸收 → 阿司匹林、对乙酰氨基酚影响不大（被动扩散吸收）
 → 维生素、钙剂吸收减弱（主动吸收）
2. 分布：水少脂肪多 → 水溶性药物血药浓度 ↑，脂溶性药物消除慢
3. 代谢 → I 相反应降低，II 相反应不受年龄影响
 → 肝血流量 ↓ → 利多卡因、地西洋等代谢 ↓

4. 排泄：易蓄积中毒（与年龄相关的最具有临床意义的改变是肾功能）

考点 24 药效学改变

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 25 药物妊娠毒性分级

- A 级：未显示对胎儿有危险，最安全
B 级：动物未见对胎仔的危害，相对安全
C 级：动物证实对胎仔有危害，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：动物、人均已见危害，应禁用

考点 26 肾功能不全患者用药原则

1. 明确诊断、合理用药
2. 避免或减少使用肾毒性大的药物
3. 注意药物的相互作用，特别应避免与有肾毒性的药物合用
4. 肾功能不全而肝功能正常者可选用经双通道消除的药物
5. 根据肾功能的情况调整用药剂量和给药间隔时间，必要时进行治疗药物监测，设计个体化给药方案

考点 27 免疫抑制剂使用原则

1. 采用免疫抑制剂联合用药方案
2. 遵循个体化用药原则
3. 他克莫司或环孢素监测血药浓度
4. 关注药物间相互作用 → 降低感染和肿瘤风险

考点 28 药物治疗方案制定的一般原则

1. 安全性：药物治疗的前提
2. 有效性：选择药物的首要标准
3. 经济性：以最低的药物成本，实现最好的治疗效果
4. 方便性：影响依从性（取决于：给药途径、给药频率）

考点 29 白细胞分类计数——正常范围

中性分叶核粒细胞（中性粒细胞）0.50~0.70（50%~70%）

嗜酸性粒细胞 0.01~0.05（1%~5%）

嗜碱性粒细胞 0~0.01（0%~1%）

淋巴细胞 0.20~0.40（20%~40%）

单核细胞 0.03~0.08（3%~8%）

考点 30 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 31 血脂检查项目

1. 总胆固醇（TC）： $<5.2\text{mmol/L}$

2. 三酰甘油（TG）： $0.56\sim1.70\text{mmol/L}$

3. 低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）： $2.1\sim3.1\text{mmol/L}$

4. 高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）： $1.03\sim2.07\text{mmol/L}$

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

考点 32 抗菌药物治疗性应用的基本原则

1. 诊断为细菌性感染者才可使用

2. 尽早查明感染病原，根据病原种类及药物敏感试验结果选用抗菌药

3. 抗菌药物经验性治疗

4. 按照药物的抗菌作用及其体内过程特点选择用药

5. 综合患者病情、病原菌种类及抗菌药物特点制定治疗方案

考点 33 发热

测量部位	发热指标	发热分类	体温
直肠	超过 $37.6\text{ }^{\circ}\text{C}$	低热	$37.4\text{ }^{\circ}\text{C}\sim38\text{ }^{\circ}\text{C}$
口腔	超过 $37.3\text{ }^{\circ}\text{C}$	中等热度	$38.1\text{ }^{\circ}\text{C}\sim39\text{ }^{\circ}\text{C}$
腋下	超过 $37.0\text{ }^{\circ}\text{C}$	高热	$39.1\text{ }^{\circ}\text{C}\sim41\text{ }^{\circ}\text{C}$
昼夜波动	超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$	超高热	$41\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上

考点 34 发热的药物治疗

1. 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
2. 阿司匹林：儿童避免使用（瑞夷综合征）
3. 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

考点 35 疼痛的临床基础

疼痛为继血压、呼吸、脉搏、体温之后的“第五大生命体征”

1. 头痛 2. 神经痛 3. 牙痛 4. 腹痛 5. 颈肩痛 6. 腰腿痛
7. 关节痛：骨关节炎是最常见的关节疾病

考点 36 痛经的临床基础

1. 原发性痛经：月经时前列腺素和白三烯含量增高，引起炎症反应
2. 继发性痛经：盆腔器质性疾病

考点 37 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 38 咳嗽的药物治疗

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

考点 39 咳嗽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
3. ACEI 诱发的咳嗽，停药 4 周可减轻或消失
4. 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

5. 慢性迁延性咳嗽：短期应用 H1 受体阻断剂+中枢性镇咳药
6. 镇咳药慎用于驾车、高空作业者
7. 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 40 普通感冒的临床基础

1. 最常见的急性上呼吸道感染
2. 病毒感染：鼻病毒（最常见）、副流感病毒、呼吸道合胞病毒
3. 早期：鼻卡他症状（打喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕）
4. 白细胞计数↓，淋巴细胞↑；继发细菌感染→白细胞计数↑
5. 不开展病毒学检查

考点 41 急性咽炎和扁桃体炎的临床基础

1. 上呼吸道感染的主要表现形式
2. 致病原：
 - ①病毒（多数）
 - ②细菌：A 组 β 溶血性链球菌（化脓性链球菌）
3. 鉴别：改良 Centor 评分（4 或 5 分）→急性链球菌感染

考点 42 急性咽炎和扁桃体炎的药物治疗

对症治疗：咽喉疼痛——布洛芬、双氯芬酸（儿童不适合双氯芬酸）

抗菌治疗：

1. 首选：青霉素类
2. 青霉素过敏：po. 阿奇霉素（qd., 3d）；po. 克林霉素（6~7 天）
3. 不推荐：复方磺胺甲噁唑、四环素类
4. 不用于常规治疗：喹诺酮类（延迟结核病的诊断、增加耐药性）
5. 48 h 内症状消失，无需进行咽拭子检测

考点 43 过敏性鼻炎的临床基础

1. 主要症状：突发和反复发作性鼻塞、鼻痒、打喷嚏（连续）、流涕（大量清水样），常有过敏史
2. 按变应原种类分类：
 - ①常年性过敏性鼻炎：尘螨、蟑螂、动物皮屑等室内常年吸入物
 - ②季节性过敏性鼻炎：花粉、真菌等季节性吸入物

考点 44 口腔溃疡的药物治

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
口腔粘贴片	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 45 肠道寄生虫病的临床基础

- 常见病原体：①肠蠕虫类：蛔虫、蛲虫、钩虫、鞭虫
②原虫类：阿米巴原虫、贾第鞭毛虫、滴虫
- 蛔虫病：脐周痛、食欲减退、智力和发育障碍、精神不安、磨牙、顽固性荨麻疹、面部可见白色虫斑
- 血常规检查可见嗜酸性粒细胞增多、中性粒细胞减少

考点 46 肠道寄生虫病的药物治疗

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
噻嘧啶	神经-肌肉接头处发挥阻滞作用
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 47 痔疮的药物治疗

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 48 急性结膜炎的临床基础

分型	病因
急性卡他性结膜炎	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌
流行性结膜炎	腺病毒
流行性出血性结膜炎	腺病毒 70
过敏性结膜炎	过敏反应
春季卡他性结膜炎	过敏反应，季节

考点 49 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. 四环素、金霉素、红霉素、利福平、杆菌肽、磺胺醋酰钠 2. 转变为慢性结膜炎时应使用诺氟沙星、左氧氟沙星、四环素
流行性结膜炎	酞丁安、碘苷、阿昔洛韦
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
环境导致	硫酸锌
铜绿假单胞菌性结膜炎	妥布霉素

考点 50 痤疮的临床基础

1. 皮脂分泌过多
2. 毛囊皮脂腺导管堵塞
3. 细菌感染——痤疮丙酸杆菌
4. 炎症反应

考点 51 痤疮的药物治疗

外用药物 基础干预措施	外用维 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； 3. 阿达帕林耐受性好→一线
	外用抗菌药	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
其他	二硫化硒、硫黄、水杨酸		

考点 52 手足真菌感染的药物治疗

剂型选择	水疱型	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

考点 53 烫伤的药物治疗

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			

考点 54 冻伤（疮）的药物治疗

未形成溃疡	紫云膏
轻度冻疮	樟脑（刺激性、挥发性，妊娠期×）肌醇烟酸酯、辣椒素软膏
局部水疱、糜烂	氧化锌软膏、依沙吖啶氧化锌糊剂
溃烂、感染	高锰酸钾浸泡，涂溃疡膏、红霉素、林可霉素乳膏、鱼石脂软膏
促血液循环	烟酸
促进肌肉生长	维生素 E

瘙痒严重	氯苯那敏、赛庚啶
严重冻疮早期	肝素钠乳膏

考点 55 支气管哮喘的临床基础

1. 典型症状：发作性喘息伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难
2. 经平喘药物治疗后缓解或自行缓解
3. 重要临床特征：夜间及凌晨发作或加重

考点 56 支气管哮喘的药物治疗

1. β_2 受体激动剂
2. 吸入性抗胆碱药
3. 黄嘌呤类
4. 抗过敏平喘药
5. 抗炎平喘药

考点 57M 受体阻断剂

1. 作用较 β_2 受体激动药弱，起效较慢，可联用 β_2 受体激动药
2. ADR：眼压升高、尿潴留
3. 噻托溴铵：喷雾剂和干粉吸入剂（口苦和龋齿）
4. 异丙托溴铵：气雾剂和雾化溶液

考点 58 白三烯受体阻断剂

1. 效较慢，约 4 周起效，作用较弱，相当于色甘酸钠
2. ICS 之外唯一可单独应用于轻度哮喘的控制药物
3. 联合 ICS 用于中至重度哮喘的控制治疗

考点 59 糖皮质激素

1. 强大抗炎→慢性持续期：吸入和口服，以吸入为主
2. 轻度持续型哮喘首选的控制药物：ICS，常合用 LABA
3. 吸入药物疗效取决于肺内沉积率→干粉吸入装置强
4. 大剂量 ICS - LABA 仍不能控制的持续型哮喘

考点 60 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 61 肺结核的治疗常用药物——一线

1. 异烟肼（H）
2. 利福平（R）
3. 乙胺丁醇（E）
4. 吡嗪酰胺（Z）

考点 62 高血压的危险因素

1. 高钠、低钾膳食——我国重要危险因素

2. 超重、肥胖
3. 饮酒
4. 长期精神紧张
5. 高龄、高血压家族史、缺乏体力活动、糖尿病、血脂异常

考点 63 血压测量方法

测量方法	测量人员	特点
诊室血压测量	医护人员	诊断高血压、进行血压水平分级、观察降压疗效的常用方法
动态血压监测	自动血压测量仪器	鉴别白大衣高血压； 检测隐匿性高血压； 诊断单纯性夜间高血压
家庭血压监测 (HBPM)	患者或家庭成员	评估降压效果和长时血压变异，改善依从性，适合长期血压监测

考点 64 高血压的分类

分类	收缩压 (mmHg)	和	舒张压 (mmHg)
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120~139	和 (或)	80~89
高血压	≥140	和 (或)	≥90
1 级 (轻)	140~159	和 (或)	90~99
2 级 (中)	160~179	和 (或)	100~109
3 级 (重)	≥180	和 (或)	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	和	<90

考点 65 高血压的靶器官及并发症

1. 心——左心室肥厚、心脏扩大、心律失常、心力衰竭
2. 脑——脑卒中 (脑出血和脑梗死)
最常见最严重：脑出血
3. 肾
4. 眼 (视网膜)——视网膜病变 (常见并发症)
5. 血管——动脉粥样硬化

考点 66 降压药应用基本原则

1. 初始小剂量用药
2. 优先选择长效制剂
3. 联合用药：2 级以上 (≥160/100 mmHg) 或高于目标值 20/10 mmHg→起始即可小剂量联合两种药物
4. 个体化
5. 终身用药

考点 67 高血压合并症治疗

合并症	宜用	慎用/禁用
快速型心律失常	维拉帕米、地尔硫草、 β 受体阻断药	
稳定型心绞痛	CCB、 β 受体阻断药	
变异型心绞痛、 间歇性跛行、雷诺征、 支气管哮喘	CCB	β 受体阻断药
心衰	ACEI/ARB、利尿剂、 β 受体阻断剂(美托洛尔、比索洛尔、卡维地洛)	CCB

合并症	宜用	慎用/禁用
急性缺血性脑卒中	拉贝洛尔、尼卡地平静脉给药	急降血压的药物
急性脑出血	静脉降压药	
糖尿病	ACEI/ARB	氢氯噻嗪、普萘洛尔
慢性肾病	ACEI/ARB、CCB、利尿剂、 α 受体阻断剂、 β 受体阻断剂	

合并症	宜用	慎用/禁用
前列腺肥大	α_1 受体阻断药	
痛风	氯沙坦	氢氯噻嗪
抑郁症		利血平
同型半胱氨酸升高	叶酸、维生素 B6、维生素 B12	

考点 68 临床表现——稳定型心绞痛

1. 部位：胸骨体中上段后部，可波及心前区，向左侧上肢放射
2. 性质：压迫、发闷或紧缩感，非尖锐
3. 诱因：体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷等
4. 持续时间：多为 3~5min
5. 缓解方式：休息或舌下含化硝酸甘油可缓解

考点 69 血脂异常的分型

分型	TC	TG	HDL-C
高胆固醇血症	↑	-	-
高三酰甘油血症	-	↑	-
混合型高脂血症	↑	↑	-
低高密度脂蛋白血症	-	-	↓

考点 70 血脂异常的治疗

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
	TC、LDL、HDL ↓	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

考点 71 心力衰竭的临床表现

左心衰竭	右心衰竭
肺循环淤血	体循环淤血
①最早出现的症状是劳力性呼吸困难；端坐呼吸；严重者出现心源性哮喘 ②咳粉红色泡沫痰 ③舒张期有奔马律 ④肺部湿啰音	①身体下垂部位对称性凹陷性水肿 ②胃肠道淤血引起恶心、呕吐 ③肝淤血引起肝脏肿大伴压痛 ④颈静脉怒张

考点 72 心力衰竭的药物治疗

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)	
	呋塞米	
	布美他尼	
	氢氯噻嗪	
	氨苯蝶啶	
	阿米洛利	
	托伐普坦	

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	1. “金三角” 药物

	ACEI	卡托普利	2. 抑制心血管重构 (纤维化) 3. β 受体阻断剂以极低剂量开始, 水肿禁用, 切忌突然停药
	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	
	α 、 β 受体阻断剂	卡维地洛	

类别		药物	作用
正性肌力药	强心苷类	地高辛、毒毛花苷 K	缓解症状, 改善生活质量, 但不能降低远期死亡风险
	非强心苷类	左西孟旦	
		伊伐布雷定	减慢心率

考点 73 房颤的临床表现

1. 心室率异常→产生症状
2. 左心房血栓形成
3. P 波消失, 代之以 f 波

考点 74 用药注意事项——华法林影响因素

增强: 洋葱、大蒜、葡萄柚、芒果、非甾体抗炎药、抗血小板药、广谱抗生素、肝药酶抑制剂、丹参、银杏

2. 减弱: 白菜、韭菜、菠菜、花菜、西兰花、莴苣、甘蓝、吸烟、高蛋白饮食
口服避孕药、雌激素、糖皮质激素

考点 75 深静脉血栓形成的临床基础

1. 最严重并发症: 肺栓塞
2. 三大因素: 静脉血流滞缓、静脉壁损伤、血液高凝状态
3. 风险因素: 肥胖、吸烟、创伤、骨折、手术、制动、口服避孕药、糖尿病、心力衰竭、长途航空旅行

考点 76 出血性脑血管疾病的临床基础

类型	最常见病因	并发症
脑出血	高血压	
蛛网膜下隙出血	颅内动脉瘤	再出血、脑血管痉挛、脑积水

考点 77 根据癫痫发作类型选药

临床分型	药物
全面强直-阵挛性发作	苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠、苯巴比妥
部分性发作、复杂部分性发作	卡马西平、丙戊酸钠
失神性发作	丙戊酸钠、拉莫三嗪、唑尼沙胺
肌阵挛性发作	丙戊酸钠、氯硝西洋

考点 78 帕金森的临床表现:

- ①静止性震颤，搓丸样——特征性表现
- ②肌强直：铅管样强直、齿轮样强直
- ③运动迟缓：面具脸、小写症、讲话慢、大量流涎
- ④姿势步态障碍：步态异常（慌张步态）
姿势反射障碍，导致跌倒——中晚期症状

考点 79 帕金森的治疗

种类	代表药物	禁忌证
抗胆碱能药	苯海索	痴呆、青光眼、前列腺肥大
促多巴胺释放剂	金刚烷胺	癫痫、溃疡
复方左旋多巴	左旋多巴+苄丝肼/卡比多巴	青光眼、精神病、溃疡
多巴胺受体激动剂	普拉克索、溴隐亭	
MAO-B 抑制剂	司来吉兰	溃疡
COMT 抑制剂	恩托卡朋	

考点 80 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
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 81 失眠症的治疗药物

1. 苯二氮草类受体激动剂 (BZRAs)

①苯二氮草类 (BZDs)：地西泮、氯氮草、艾司唑仑

②非苯二氮草类 (non-BZDs)：唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆

2. 褪黑素和褪黑素受体激动剂：可用于老年人、倒时差

①雷美尔通：无依赖性，不产生戒断症状，获准长期使用

②阿戈美拉汀：催眠+抗抑郁

3. 抗抑郁药：①低剂量多塞平、米氮平 ②SSRI ③唑吡坦+帕罗西汀

考点 82 失眠症的合理应用

1. 原发性失眠：首选短效 non-BZDs

2. 老年失眠患者：non-BZDs/褪黑素受体激动剂

3. 围绝经期和绝经期：激素替代治疗

4. 伴有呼吸系统疾病：禁用 BZDs，可用唑吡坦、佐匹克隆

5. 长期应用镇静催眠药的慢性失眠患者：间歇、按需治疗

6. 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 83 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
	H2 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	

考点 84 根除 Hp 治疗——四联方案

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
	甲硝唑	400 mg/次		
	易耐药，失 败后不可用	克拉霉素	500 mg/次	bid.，餐后
		左氧氟沙星（初始方案不选用）	200mg/次	

考点 85 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 T3、T4 合成， 丙硫氧嘧啶可阻断 外周 T4 转化为 T3	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 T3、T4 释放	过敏反应、淋巴结肿大

抗甲状腺药	作用机制	不良反应
碳酸锂（短期→对硫脲类和碘剂不耐受者）	抑制 T3、T4 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 T4→T3	抑制心脏、支气管痉挛、外周血管收缩、掩盖低血糖症状

考点 86 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	
中效	低精蛋白锌胰岛素	早餐前 qd.	
长效	精蛋白锌胰岛素		
	甘精胰岛素	每日固定时间	qd.

	地特胰岛素	睡前 qd.
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

考点 87 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

考点 88 骨质疏松症的治疗

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 K2 同型物
	RANKL 抑制剂 迪诺塞麦：单克隆抗体

考点 89 药物治疗

- 急性发作期：
 - ①首选：秋水仙碱
 - ②缓解疼痛：非甾体抗炎药
 - 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
- 降尿酸治疗——症状消失后 2 周才用
 - ①抑制尿酸生成药：别嘌醇、非布司他
 - ②促进尿酸排泄药：苯溴马隆、丙磺舒
- 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

考点 90 佝偻病的临床基础

1. 维生素 D 缺乏导致钙、磷代谢紊乱，骨矿化不足，在儿童引起佝偻病
2. 维生素 D 缺乏的主要病因：日照不足
3. 维生素 D 缺乏的临床表现：

①孕妇：先兆流产

②小儿：烦躁、睡眠不安、枕秃、颅骨软化、前囟迟闭、方颅、肋骨串珠、鸡胸、漏斗胸、手镯、脚镯、O 形或 X 形腿

考点 91 尿路感染的临床表现

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

考点 92 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）、西洛多辛
5α 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

考点 93 类风湿性关节炎的临床基础

1. 慢性、炎性滑膜炎为主的系统性疾病
2. 临床表现
 - ①晨僵
 - ②多关节炎，特别累及手关节，对称性关节肿痛，关节畸形
 - ③类风湿因子阳性、抗环状瓜氨酸抗体阳性、血沉增快
 - ④皮下结节
 - ⑤受累关节骨侵蚀或骨质疏松

考点 94 骨性关节炎（OA）的药物治

1. 局部药物治疗
手、膝关节 OA：先局部应用 NSAIDs，再口服给药
2. 全身镇痛药物
 - ①OA 伴轻-中度疼痛患者首选对乙酰氨基酚；
NSAIDs 无效或不耐受可选用曲马多
 - ②避免同时服用两种或两种以上的 NSAIDs；
一种 NSAIDs 足量使用 1~2 周后，确诊无效再换用另一种
 - ③老年人宜选用半衰期短的 NSAIDs 药物；
溃疡病史换选择性 COX-2 抑制剂
——洛索洛芬、依托度酸、塞来昔布

3. 关节腔注射：①透明质酸钠②糖皮质激素：每年不超过 3~4 次③医用几丁糖
4. 改善病情类药物及软骨保护剂：①双醋瑞因②氨基葡萄糖
5. 抗焦虑抑郁药物

考点 95 病毒性乙型肝炎的治疗

1. α -干扰素：①抑制病毒复制，无直接杀灭作用，ih. → 不推荐首选
②对 HBV DNA 清除率和 HBeAg 转阴率高，不易复发，耐药性变异率低→儿童、希望近期生育者、期望短期内完成治疗者 ✓
③普通干扰素 α ：短效——每周 3 次/qod.
④聚乙二醇干扰素 α ：长效——qw.
2. 核苷酸类似物：①拉米夫定、阿德福韦、恩替卡韦、替诺福韦（首选）
②疗程：HBeAg 血清转换阴后至少 1 年以上

考点 96 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

考点 97 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 98 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 99 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

考点 100 激素避孕——避孕原理

1. 抑制排卵
2. 改变宫颈黏液性状（使精子不易穿透）
3. 改变子宫内膜形态与功能（抗着床）
4. 改变输卵管功能（阻碍受精卵的运送）