

2018 年执业药师《西药综》高频考点

第一章执业药师与药学服务

知识点 1：药学服务的对象是广大公众（所有的人），包括患者及其家属、医护人员和卫生工作者、药品消费者和健康人群。其中尤为重要的人群包括：（1）用药周期长的慢性病患者，或需长期或终生用药者；（长期用药）（2）病情和用药复杂，患有多种疾病，需同时合并应用多种药品者；。（长期用药）（3）特殊人群，如特殊体质者（缺乏葡萄糖-6-磷酸脱氢酶者）、肝肾功能不全者、过敏体质者、小儿、老年人、妊娠及哺乳期妇女、血液透析者听障、视障人士等；（4）用药效果不佳，需要重新选择药品或调整用药方案、剂量、方法者；（效果不佳）（5）用药后易出现明显的药品不良反应者；（效果不佳）（6）应用特殊剂型、期未给药途径者，药物治疗窗窄需做监测者。

知识点 2：药学服务：药师应用药学专业知识向公众（包括医护人员、患者及家属）提供直接的、负责任的、与用药相关的服务，以期提高药物治疗的安全、有效、经济和适宜性，改善和提高人类生活质量。药学服务最基本的要素是“与药物有关”的“服务”。简言之：药学服务是向所有人提供的与药学专业相关的技术服务。

知识点 3：药历是药师进行规范化药学服务的具体体现，是药师以药物治疗为中心，发现、分析和解决药物相关问题的技术档案，也是开展个体化药物治疗的重要依据。

第二章药品调剂与药品管理

知识点 1：处方颜色：（1）普通处方的印刷用纸为白色；（2）急诊处方印刷用纸为淡黄色，右上角标注“急诊”；（3）儿科处方印刷用纸为淡绿色，右上角标注“儿科”；（4）麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”；（5）第二类精神药品处方印刷用纸为白色，右上角标注“精二”。

知识点 2：用药不适宜处方：（1）适应证不适宜。（2）遴选的药品不适宜。（3）剂型或给药途径不适宜。（4）无正当理由不首选国家基本药物的。（5）用法、用量不适宜。（6）联合用药不适宜。（7）重复给药的。（8）有配伍禁忌或不良相互作用的。（9）其他用药不适宜情况的。

知识点 3：高警示药品（旧称高危药品）是指药理作用明显且迅速、一旦使用不当可对人体造成严重伤害，甚至导致死亡的药品。用药安全专家组于 2015 年 6 月发布了《我国高警示药品推荐目录 2015 版》，相应的分级管理目录以及 SOP（Standard Operation Procedure）管理正在制订中。

知识点 4：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。

知识点 5：处方用药与病症诊断的相符性：（1）无适应症用药例如流感、咳嗽在临床上无明显感染指征常给予抗菌药物；（2）无正当理由超适应症用药，用药超过药品说明书的适应症范围，例如口服坦洛新（坦索罗辛）用于降压；阿托伐他汀钙用于补钙等；（3）不合理联合用药；（4）过度治疗用药；（5）有禁忌证用药。

知识点 6：处方具有：（1）法律性；（2）技术性；（3）经济性。

知识点 7：处方格式由三部分组成：（1）前记；（2）正文；（3）后记。

知识点 8：四查十对：（1）查处方，对科别、姓名、年龄；（2）查药品，对药名、剂型、规格、数量；（3）查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；（4）查用药合理性，对临床诊断。

知识点 9：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。

第三章用药教育与咨询

知识点 1：舌下片应用时的注意事项：（1）给药时宜迅速，含服时把药片放于舌下；（2）含服时间一般控制在 5min 左右，以保证药物充分吸收；（3）不能用舌头在口中移动舌下片以加速其溶解，不要咀嚼或吞咽药物，不要吸烟、进食、嚼口香糖，保持安静，不宜多说话；（4）含服后 30min 内不宜吃东西或饮水。

知识点 2：护士用药咨询：（1）药物的适宜溶剂；（2）药物的稀释容积；（3）药物的滴注速度；（4）药物的配伍禁忌。

知识点 3：不能饮酒的药：（双硫仑样反应）：酒后乙醛蓄积综合征：头孢氯丙嗪硫仑，甲硝替硝咪唑啉酮最

明显。长期大量饮用咖啡：诱发骨质疏松症。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）。食盐：建议一日的摄入量在 6g 以下。多吃肥肉：灰黄霉素、脂溶性维生素。多吃高蛋白：肾上腺皮质激素。异烟肼：不宜吃鱼。少吃高蛋白：左旋多巴。葡萄柚汁引起许多药物利用度增加。

知识点 4：泡腾片应用时的注意事项：（1）供口服的泡腾片一般宜用 100~150ml 凉开水或温水浸泡，可迅速崩解和释放药物，应待完全溶解或气泡消失后再饮用；（2）不应让幼儿自行服用；（3）严禁直接服用或口含；（4）药液中有不溶物、沉淀、絮状物时不宜服用。

知识点 5：药物信息按照其最初来源通常分为三级，即：（1）以期刊发表的原创性论著为主的一级信息；（2）引文和摘要服务为主的二级信息；（3）参考书和综述型数据库为主的三级信息。

知识点 6：滴丸在保存中不宜受热。

知识点 7：药师应主动向患者提供咨询的几种情况：特殊情况（尝试判断：患者不能自行判断、情况复杂等）（1）重复或合并用药较多时。（2）用药后出现不良反应时；或既往不良反应史。（3）当患者依从性不好时。（4）处方中用法用量与说明书不一致时。（5）有配伍禁忌或配伍不当时。（6）需要进行血药浓度检测（TDM）。（7）近期药品说明说有修改。（8）发现严重或罕见的不良反应。（9）使用麻醉药品、精神药品的患者；或应用特殊药物、特殊剂型者。（10）当同一种药品有多种适应证或用法用量复杂时。（11）药品被重新分装，而包装的标识物不清晰时。（12）使用需特殊贮存条件的药品时，或使用临近有效期药品时。

知识点 8：限制饮水的药物：（1）某些治疗胃病的药物：①苦味健胃药；②胃黏膜保护剂；③须直接嚼碎吞服的胃药。（2）某些止咳药：①止咳糖浆；②甘草合剂等。（3）某些防心绞痛药物：硝酸甘油片。（4）某些抗利尿药：去氨加压素。

第四章用药安全

知识点 1：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）其他用药错误。

知识点 2：药物妊娠毒性分为 A、B、C、D、X 五个级别。

知识点 3：妊娠期妇女如有用药的必要，则应注意以用药安全下七项原则：（1）用药必须有明确的指征和适应证；（2）可用可不用的药物应尽量不用或少用；（3）用药必须注意孕周，严格掌握剂量、持续时间；（4）当两种以上的药物有相同或相似的疗效时，就考虑选用对胎儿危害较小的药物；（5）已肯定的致畸药物禁止使用；（6）能单独用药就避免联合用药，能用结论比较肯定的药物就不用比较新的药；（7）禁止在孕期用试验性用药，包括妊娠试验用药。

知识点 4：药物警戒信号来源：（1）被动监测；（2）主动监测；（3）专业刊物发表的病例报道。

知识点 5：药物警戒的工作内容：（1）早期发现未知（新的）严重不良反应和药物相互作用，提出新信号。（2）监测药品不良反应的动态和发生率。（3）确定风险因素，探讨不良反应机制。（4）对药物的风险/效益进行定量评估和分析。

知识点 6：驾驶员应慎用的药物：（1）可引起驾驶员嗜睡的药物；（2）可使驾驶员出现眩晕或幻觉的药物；（3）可使驾驶员视物模糊或辨色困难的药物；（4）可使驾驶员出现定向力障碍的药物；（5）可导致驾驶员多尿或多汗的药物。

知识点 7：药品不良反应监测的目的和意义：（1）弥补药品上市前研究的不足；（2）减少 ADR 的危害；（3）促进新药的研制开发；（4）促进临床合理用药。

知识点 8：药品不良反应按照程度分为轻度、中度、重度三级。

知识点 9：引起药源性疾病之患者的因素有：（1）年龄因素；（2）性别因素；（3）遗传因素；（4）基础疾病因素；（5）过敏反应；（6）不良生活方式。

知识点 10：常见药源性疾病有：（1）药源性胃肠道疾病；（2）药源性肝脏疾病；（3）药源性肾脏疾病；（4）药源性血液疾病；（5）药源性神经疾病；（6）药源性高血压。

知识点 11：药品召回是指按照规定的程序收回已调剂于临床科室、患者的存在安全隐患的药品，并退回药品供应商的行为。

第五章药品的临床评价方法与应用

知识点 1: 一个新药按 GCP 管理要求必须经过四期的临床试验, 即上市前要经过三期 (I 期、II 期和 III 期) 临床试验; 批准上市后还要经过 IV 期临床试验, 此为狭义的临床再评价阶段。

知识点 2: 药品上市后的安全性信息: 可来自上市后大范围用药的研究, 包括特殊人群 (儿童、妊娠及哺乳期妇女、老年及肝肾功能损害患者等) 用药, 药物相互作用, 药物过量及人种间安全性差异等。

第六章药物治疗基础知识

知识点 1: 药物治疗的一般原则: 安全性、有效性、经济性、规范性。

知识点 2: 治疗药物选择的基本原则: 药物的安全性、有效性、经济性, 也要考虑给药的方便性。

第七章常用医学检查指标的解读

知识点 1: 白细胞分类计数: 成人与儿童 (参考范围): (1) 中性分叶核粒细胞 (中性粒细胞) $0.50 \sim 0.70$ (50%~70%)。 (2) 中性杆状核粒细胞 $0.01 \sim 0.06$ (1%~6%)。 (3) 嗜酸性粒细胞成人 $0.01 \sim 0.05$ (1%~5%)。 (4) 嗜碱性粒细胞 $0 \sim 0.01$ (0%~1%)。 (5) 淋巴细胞 $0.20 \sim 0.40$ (20%~40%)。 (6) 单核细胞 $0.03 \sim 0.08$ (3%~8%)。

知识点 2: 红细胞计数: 【参考范围】 (1) 成人男性 $(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$ 。 (2) 成人女性 $(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$ 。 (4) 儿童 $(4.2 \sim 5.2) \times 10^{12}/L$ 。 (5) 婴儿 $(5.2 \sim 7.0) \times 10^{12}/L$ 。 (3) 新生儿 $(6.0 \sim 7.0) \times 10^{12}/L$ 。

知识点 3: 血小板计数 (PLT): 血小板是指由骨髓中成熟巨核细胞的胞浆脱落而来, 在骨髓中生成。 (1) 血小板减少: 疾病 (弥散性血管内凝血); 用药 (磺胺药——白细胞减少、血小板减少)。 (2) 血小板增多: 创伤 (出血引起的代偿性增多, 一过性)。

知识点 4: 生理性蛋白尿: 由剧烈运动、发热、低温刺激、精神紧张导致, 或妊娠期妇女也会有轻微蛋白尿。

知识点 5: 尿胆红素的检出是显示肝细胞损伤和鉴别黄疸的重要指标, 在诊断和预后上具有重要意义。尿液中出现胆红素, 通常提示肝胆阻塞。

知识点 6: (1) 尿肌酐病理性增加: ①内分泌与代谢系统疾病: 肢端肥大症、糖尿病、甲状腺功能减退等。 ②消耗性疾病: 伤寒、斑疹伤寒、破伤风等。 (2) 尿肌酐病理性减少: ①疾病: 严重进行性肌萎缩、进行性肌营养不良、贫血、瘫痪、进行性肾病、硬皮病、甲状腺功能亢进等。 ②其他碱中毒、重度充血性新功不全等。

知识点 7: 粪外观临床意义: (1) 稀糊状或水样便: 常由肠蠕动亢进、水分吸收不充分所致, 见于各种肠道感染性或非感染性腹泻, 或急性胃肠炎。若出现大量的黄绿色稀便并含有膜状物则应考虑伪膜性肠炎; 大量稀水便也可见于艾滋病患者肠道孢子虫感染。 (2) 米泔水样便: 由肠道受刺激, 大量分泌水分所致, 见于霍乱、副霍乱等。 (3) 黏液便: 由肠道受刺激分泌黏液过多所致, 见于小肠炎症 (黏液混于粪便中)、大肠炎症 (黏液附着于粪便表面)。 (4) 脓状便: 主要见于过敏性肠炎、慢性菌痢等。 (5) 脓血便: 为下段肠道疾病的表现, 主要见于细菌性痢疾、溃疡性结肠炎、直肠或结肠癌、阿米巴痢疾 (以血为主, 呈暗红果酱色)。 (6) 乳凝块便: 为脂肪或酪蛋白消化不良的表现, 常见于儿童消化不良。 (7) 鲜血便: 主要见于痔疮、肛裂、息肉等下消化道出血等。 (8) 柏油便: 黑色有光泽, 为上消化道出血 ($>50\text{ml}$) 后, 红细胞被消化液消化所致, 如粪便隐血可确定为上消化道出血等。 (9) 白陶土便: 由于胆汁减少或缺乏, 使粪胆素减少或缺乏, 见于各种病因的阻塞性黄疸。 (10) 细条便: 为直肠狭窄的表现, 主要见于直肠癌。

知识点 8: 总蛋白 (TP)、白蛋白 (ALB) 和球蛋白 (GLO) 均由肝脏细胞合成, 总蛋白为白蛋白和球蛋白之和。 A/G 比值 (1.5~2.5): 1。白蛋白: 维持渗透压和营养状况, 反应肝功能受损。白蛋白降低: 主要是肝功能障碍, 若持续 (低于 30g/L , 则提示有慢性肝炎或肝硬化)。球蛋白: 球蛋白增高主要以 γ -球蛋白增高为主 (炎症、感染/自身免疫病/骨髓瘤、淋巴瘤)。

知识点 9: 尿酸增高 (疾病): 痛风、急性慢性肾炎、肾结核、肾积水。

知识点 10: 血糖: 成人空腹血糖 $3.9 \sim 6.1\text{mmol/L}$ ($70 \sim 110\text{mg/dl}$); 儿童 $3.3 \sim 5.5\text{mmol/L}$ ($60 \sim 100\text{mg/dl}$); 餐后两小时血糖 $<7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl)。

临床意义: (1) 血糖增高: ①胰岛素功能低下: 胰岛素分泌不足导致的糖尿病、高血糖。 ②导致血糖升高的激素分泌增多: 嗜铬细胞瘤、肾上腺素皮质功能亢进症 (库欣综合征)、腺垂体功能亢进症 (肢端肥大症)、

甲状腺功能亢进症、巨人症、胰高血糖素瘤等。③其他疾病：颅内压增高、颅内出血、重症脑炎、颅脑外伤、妊娠呕吐、脱水、全身麻醉、情绪紧张。④药物：服用一些影响糖代谢的药物，可引起一过性的血糖升高，如糖皮质激素（泼尼松、泼尼松龙、甲泼尼松、去炎松、氢化可的松、地塞米松）可调节糖代谢，在中长期应用时可出现多种代谢异常，包括高血糖；甲状腺激素（左甲状腺素钠、碘塞罗宁钠）可使胰岛素水平下降；利尿剂（呋塞米、依他尼酸、氢氯噻嗪）可抑制胰岛素释放，使糖耐量降低，血糖升高或尿糖阳性；加替沙星可致严重或致死性低血糖或高血糖；非甾体抗炎药（阿司匹林、吲哚美辛、阿西美辛等）偶可引起高血糖；抗精神病药（氯氮平、奥氮平、喹硫平、阿立哌唑、利培酮、齐拉西酮、氯丙嗪、奋乃进、三氟拉嗪等）可引起葡萄糖调节功能异常，包括诱发糖尿病、加重原有糖尿病和导致糖尿病酮症酸中毒。（2）血糖降低：①胰岛素分泌过多，胰岛素细胞瘤。②导致血糖升高的激素分泌减退，肾上腺素皮质功能减退（Addison 病）、腺垂体功能减退症、甲状腺功能减退症等。③其他病症：长期营养不良、肝癌、重症肝炎、糖原积累病、酒精中毒、妊娠、饥饿、剧烈运动等。④药物：应用磺酰脲类促胰岛素分泌药过量，或服用单胺氧化酶抑制剂、血管紧张素转换酶抑制剂、受体阻断剂、奥曲肽等药物。

知识点 11：白细胞计数：（1）正常值参考范围如下：①成人末梢血 $(4.0 \sim 10.0) \times 10^9/L$ ；②成人静脉血 $(3.5 \sim 10.0) \times 10^9/L$ ；③新生儿 $(15.0 \sim 20.0) \times 10^9/L$ ；④6 个月～2 岁儿童 $(5.0 \sim 12.0) \times 10^9/L$ 。（2）临床意义：①中粒细胞减少细胞减少：a. 血液系统疾病：粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血、白细胞减少性白血病等。b. 应用化学药物：应用磺胺药；解热镇痛药；部分抗生素；抗甲状腺制剂；抗肿瘤药等。c. 特殊感染：如革兰阴性菌感染（伤寒、副伤寒）；结核分枝杆菌感染；病毒感染（风疹、肝炎）；寄生虫感染（疟疾）及流行性感冒。d. 物理损害：放射线、化学品（苯及其衍生物）等的影响。②中性粒细胞增多：a. 生理性主要见于月经前、妊娠、分娩、哺乳期妇女，剧烈运动、兴奋激动、严重酷热、饮酒、餐后等。新生儿及婴儿明显高于成人。b. 病理性主要见于各种细菌感染（尤其是金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等化脓菌感染）、慢性白血病、恶性肿瘤、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒以及有机磷农药、催眠药等化学药的急性中毒。

知识点 12：丙氨酸氨基转移酶：（1）成人正常值范围： $<40U/L$ ；其增高的程度与肝细胞被破坏的程度呈（正比）。（2）升高常见于以下疾病：①肝胆疾病、心肌炎、骨骼肌病、胰腺炎；②抗生素、抗真菌药、抗病毒药、调节血脂药。

知识点 13：天门冬氨酸氨基转移酶：（1）成人正常值范围： $<40U/L$ 。（2）与 ALT 基本同（以慢性肝炎、肝硬化最明显）。

知识点 14：γ-谷氨酰转移酶（GGT）：GGT 主要存在于血清及除肌肉外的所有组织中。（1）升高可见于除肌肉组织外的所有组织疾病，尤其是肝胆疾病、胰腺疾病。（2）药物：抗惊厥药苯妥英钠、镇静药苯巴比妥或乙醇常致 GGT 升高。

知识点 15：三酰甘油【正常参考区间】： $0.56 \sim 1.70mmol/L$ 。

知识点 16：乙型肝炎病毒表面抗原的临床意义：阳性见于：（1）提示慢性或迁延性乙型肝炎活动期，与 HBsAg 感染有关的肝硬化或原发性肝癌。（2）慢性 HBsAg 携带者，即肝功能已恢复正常而 HBsAg 尚未转阴，或 HBsAg 阳性持续 6 个月以上，而患者既无乙肝症状也无 ALT 异常，即所谓 HBsAg 携带者。

知识点 17：乙型肝炎病毒表面抗体临床意义：阳性见于：（1）乙型肝炎恢复期，或既往曾感染过 HBV，现已恢复，且对 HBV 具有一定的免疫力。（2）接种乙肝疫苗所产生的效果。

知识点 18：乙型肝炎病毒 e 抗原临床意义：阳性见于：（1）提示乙型肝炎患者的病情为活动性。在 HBV 感染的早期，表示血液中含有较多的病毒颗粒，提示肝细胞进行性损害和血清具有高度传染性；若血清中 HBeAg 持续阳性，则提示乙型肝炎转为慢性，表明患者预后不良。（2）乙型肝炎病情加重之前，HBeAg 即有升高，有助于预测肝炎病情。（3）HBsAg 和 HBeAg 均为阳性的妊娠期妇女，可将乙型肝炎病毒传播给新生儿，其感染的阳性率为 70%～90%。

知识点 19：乙型肝炎病毒核心抗体阳性见于：（1）抗 HBc-IgM 阳性是诊断急性乙型肝炎和判断病毒复制活跃的指标，提示患者血液有较强的传染性，比 HBeAg 敏感得多，抗 HBc-IgM 阳性尚可见于慢性活动性乙型肝炎患者。（2）HBc-IgG 阳性，高滴度表示正在感染 HBV，低滴度则表示既往感染过 HBV，具有流行病学的

意义。如在乙型肝炎者血液中检出乙型肝炎病毒表面抗原、e 抗原、核心抗体同为阳性，在临床上称为“大三阳”；在其血液中检测出乙型肝炎病毒表面抗原、e 抗体、核心抗体同为阳性，在临床上称为“小三阳”。

“大三阳”说明 HBV 在人体内复制活跃，带有传染性，应尽快隔离。“小三阳”：HBV 在人体内复制减少，传染性小，如肝功能正常，又无症状，称为乙型肝炎病毒无症状携带者，传染性小，不需要隔离。

知识点 20：（1）中性分叶核粒细胞（中性粒细胞）增多：①a. 急性、化脓性感染包括局部感染（脓肿、疖肿、扁桃体炎、阑尾炎、中耳炎等）；b. 全身感染（肺炎、丹毒、败血症、猩红热、白喉、急性风湿热）；c. 轻度感染白细胞和中性粒细胞百分率可增多；d. 中度感染可 $>10.0 \times 10^9/L$ ；e. 重度感染可 $>20.0 \times 10^9/L$ ，并伴明显的核左移。②a. 重度尿毒症；b. 糖尿病酮症酸中毒；c. 代谢性酸中毒；d. 早期汞中毒；e. 铅中毒；f. 催眠药；g. 有机磷中毒（农药）。③出血和其他疾病急性出血、急性溶血、手术后、恶性肿瘤、粒细胞白血病、严重组织损伤、心肌梗死和血管栓塞等。（2）中性分叶核粒细胞（中性粒细胞）减少：①疾病伤寒、副伤寒、疟疾、布氏杆菌病、某些病毒感染（如乙肝、麻疹、流感）、血液病、过敏性休克、再生障碍性贫血、高度恶病质、粒细胞减少症或缺乏症、脾功能亢进、自身免疫性疾病。②中毒重金属或有机物中毒（含碳化合物，如苯酚、醇、醚、石油、天然气、棉花、染料、化纤、天然和合成药物等）、放射线损伤。③用药：抗肿瘤药、苯二氮?类镇静药、抗真菌药、抗病毒药、抗精神病药、部分非甾体抗炎药等有可能引起中性粒细胞减少。

知识点 21：血红蛋白：【正常参考区间】（1）男性 $120 \sim 160g/L$ 。（2）女性 $110 \sim 150g/L$ 。（3）新生儿 $170 \sim 200g/L$ 。

知识点 22：红细胞增多：常继发于慢性肺心病、肺气肿、高原病和肿瘤（肾癌、肾上腺肿瘤）患者（肾癌细胞可产生促红细胞生成素，促进红细胞生成）。红细胞减少：（继发性贫血、慢性炎症）。

知识点 23：血红蛋白减少是诊断贫血的重要指标。（1）血红蛋白量增多：①（病理性缺氧）红细胞数量增多。②创伤（身体失水，血液浓缩导致的相对较多）。（2）血红蛋白量减少：出血：血红蛋白量减少程度比红细胞严重（缺铁性贫血）；红细胞减少程度比血红蛋白量减少程度严重（巨幼细胞性贫血）。

知识点 24：（1）尿液酸碱度增高：①疾病：代谢性或呼吸性碱中毒、高钾血症、感染性膀胱炎、长期呕吐、草酸盐和磷酸盐结石症、肾小管性酸中毒。②药物：应用碱性药物，如碳酸氢钠、乳酸钠、氨丁三醇等，使尿液 pH 值增高。（2）尿液酸碱度降低：①疾病：代谢性或呼吸性酸中毒、糖尿病酮症酸中毒、痛风、尿酸盐和胱氨酸结石、尿路结核、肾炎、失钾性的代谢性碱中毒、严重腹泻及饥饿状态。②药物：应用酸性药物，如维生素 C、氯化铵等，使尿液 pH 值降低。

知识点 25：尿隐血即反映尿液中存在血红蛋白和肌红蛋白，正常人尿液中不能测出。

知识点 26：尿沉渣白细胞增多见于：泌尿系统感染、慢性肾盂肾炎、膀胱炎、前列腺炎，女性白带混入尿液时，也可发现较多的白细胞。另由药物所致的过敏反应，尿中会出现多量嗜酸性粒细胞。

知识点 27：尿沉渣结晶【正常参考范围】：正常的尿液中有少量磷酸盐、草酸盐和尿酸盐等结晶。

知识点 28：糖尿病酮尿：提示糖尿病尚未控制或未曾治疗，持续出现酮尿提示有酮症酸中毒。

知识点 29：尿淀粉酶增高：①急性胰腺炎发作期尿淀粉酶活性上升稍晚于血清淀粉酶，且维持时间稍长；②胰头癌、流行性腮腺炎、胃溃疡穿孔也可见尿淀粉酶上升。尿淀粉酶减少见于重症肝炎、肝硬化、严重烧伤、糖尿病等。

知识点 30：粪隐血临床意义：在病理情况下，粪隐血可见于：（1）消化道溃疡：胃、十二指肠溃疡患者的隐血阳性率可达 $55\% \sim 77\%$ ，可呈间歇性阳性，虽出血量大但非持续性。（非常常见）（2）消化道肿瘤：胃癌、结肠癌患者的隐血阳性率可达 $87\% \sim 95\%$ ，出血量小，但呈持续性。（3）其他疾病：肠结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎；全身性疾病如紫癜、急性白血病、伤寒、回归热、钩虫病等；对老年人则有助于早期发现消化道恶性肿瘤。

知识点 31：碱性磷酸酶（ALP）（碱性磷酸酶可催化磷酸酯的水解反应）增高可见于：（1）骨骼、肝脏含量高，升高见于肝胆疾病、骨骼疾病。（2）他汀类药物可使之升高。

知识点 32：血清尿素氮【正常参与区间】：成人 $3.2 \sim 7.1mmol/L$ ；婴儿，儿童 $1.8 \sim 6.5mmol/L$ 。临床意义：血清尿素氮增高：（1）肾脏疾病：慢性肾炎、严重的肾盂肾炎等。肾功能轻度受损时，血清尿素氮检测值

可无变化。当此值高于正常时，说明有效肾单位的 60%~70% 已受损害。因此，尿素氮测定不能作为肾病早期肾功能的测定指标，但对肾衰竭，尤其是氮质血症的诊断有特殊的价值。(2) 泌尿系统疾病：泌尿道结石、肿瘤、前列腺增生、前列腺疾病使尿路梗阻等引起尿量显著减少或尿闭时，也可造成血清尿素氮检测值增高（肾后性氮质血症）。(3) 其他：脱水、高蛋白饮食、蛋白质分解代谢增高、水肿、腹水、胆道手术后、上消化道出血、妊娠后期妇女、磷、砷等化学药物中毒，心输出量减少或继发于失血或其他原因所致的肾脏灌注下降均会引起 BUN 升高（肾前性氮质血症）。

知识点 33：血肌酐【正常参与区间】：酶法：①成年男性 59~104mol/L；②成年女性 45~84mol/L。③儿童 0~7 天：53~97mol/L。1 周~1 个月：27~62mol/L。1 个月~1 岁：18~35mol/L。1 岁~16 岁：18~62mol/L。临床意义：血肌酐增高见于：①肾脏疾病：急慢性肾小球肾炎、肾硬化、多囊肾、肾移植后的排斥反应等，尤其是慢性肾炎患者，Cr 越高，预后越差。②其他：休克、心力衰竭、肢端肥大症、巨人症、失血、脱水、剧烈活动。

知识点 34：淀粉酶：主要来自胰腺和唾液腺。(1) 增高：急性胰腺炎（尿淀粉酶增高是诊断急性胰腺炎的重要、决定性指标）。(2) 降低：与尿淀粉酶相同：肝癌、糖尿病。

知识点 35：肌酸激酶存在于骨骼肌、脑和心肌组织中，为诊断骨骼肌和心肌疾病敏感的指标，其增高与骨骼肌、心肌受损的程度基本一致。尤其作为急性心肌梗死的早期诊断指标之一。

知识点 36：糖化血红蛋白【正常参考区间】：高效液相法 4.8%~6.0%。

知识点 37：总胆固醇【正常参考区间】：<5.2mmol/L。

知识点 38：乙型肝炎病毒 e 抗体：阳性见于：(1) HBeAg 转阴的患者，即 HBV 部分被清除或抑制，病毒复制减少，传染性降低。(2) 部分慢性乙型肝炎、肝硬化、肝癌患者可检出抗-HBe。(3) 在 HBeAg 和抗-HBs 阴性时，如能检出抗-HBe 和抗-HBc，也能确诊为近期感染乙型肝炎。

第八章常见病症的自我药疗

知识点 1：(1) 头痛：非处方药，可首选对乙酰氨基酚。布洛芬、阿司匹林均可。对紧张性头痛，长期精神比较紧张者，推荐应用谷维素。(2) 处方药：①紧张性头痛[可适当给予抗抑郁药；长期精神紧张者，推荐地西泮（安定）片]。②反复性偏头痛推荐应用（麦角胺咖啡因）、罗通定、苯噻啶、舒马曲坦、佐米曲普坦。③三叉神经痛（首选马卡西平）。(3) 用药注意事项：①无论何种疾病引起的疼痛，均须先找出病因，进行对症治疗。②初感疼痛的患者，决不要輕易用药，以免掩盖病情，耽误治疗。③解热镇痛药用于镇痛通常不超过 5d，如症状未得到缓解，或伴有发热、复视、嗜睡、手脚冰凉、血压或眼压升高、神志不清时应去医院诊治。④药物治疗以口服给药为主，尽量避免有创给药方式。尽量使用最低有效剂量，避免同类药物重复或叠加使用及过量用药。⑤阿司匹林、对乙酰氨基酚、布洛芬均以对环氧酶的抑制的方式而减少前列腺素的合成，由此减轻组织充血、肿胀，使神经痛觉的敏感性降低，具有中等程度的镇痛作用。

知识点 2：百日咳多发生于儿童，为阵发性剧烈痉挛性咳嗽，当痉挛性咳嗽终止时伴有鸡鸣样吸气吼声，病程长达 2~3 个月。肺结核：可出现低热或高热、消瘦、胸痛、盗汗、心率加快、有黄绿色痰液。非处方药：(1) 干咳（首选苯丙哌林）；(2) 咳嗽的频率或程度（镇咳强度：苯丙哌林>右美沙芬>喷托维林）；(3) 咳嗽发作时间（白天苯丙哌林，晚上右美沙芬）；(4) 感冒咳嗽（右美沙芬复方制剂：麻美、伪麻美、美伪麻）。处方药：(1) 对频繁、剧烈无痰性干咳及刺激性咳嗽，可考虑可待因。(2) 有大量痰液，应用司坦类黏痰调节剂如羧甲司坦或氨溴索以降低痰液粘度，使痰液易于排出。

知识点 3：便秘：非处方药：缓泻药可分为：容积性、刺激性、润滑性和膨胀性泻药。缓泻药可在（睡前给药）。(1) 慢性功能性便秘（容积性泻药：乳果糖）：安全，婴儿、老人、孕妇均可服用。(2) 急性或习惯性便秘（刺激性泻药：比沙可啶）：睡前吞服，但不宜长期大量使用，可损伤肠壁细胞，造成进一步便秘。(3) 低张力性便秘（润滑性泻药：甘油栓、开塞露）：尤其适用于儿童及年老体弱者。(4) 急性便秘（容积性泻药：硫酸镁）：作用强烈，应大量饮水。(5) 痉挛性便秘（腹胀性泻药：聚乙二醇粉、羧甲基纤维素素）。处方药：欧车前亲水胶、酚酞。

知识点 4：痛经：非处方药：(1) 解热镇痛药：对乙酰氨基酚（发热、头痛的首选药）、布洛芬（镇痛强）；(2) 解痉药：山莨菪碱、颠茄；(3) 精神紧张：谷维素；处方药（黄体酮、避孕药。抑制排卵）。严重者

可选用可待因片或氢酚待因片，解痉药（阿托品）肌内注射。

知识点 5：荨麻疹：通常为 I 型变态反应。（1）非处方药①普通荨麻疹——氯苯那敏、苯海拉明、异丙嗪（组胺 H1 受体阻断剂）；②巨大荨麻疹，伴随血管性水肿——赛庚啶（组胺 H1 受体阻断剂，作用强，另可阻断胆碱受体）；③局部用药——薄荷酚洗剂、炉甘石洗剂。（2）处方药：推荐口服第 2 代抗组胺药如西替利嗪、阿司咪唑、咪唑斯汀、氯雷他定或地洛他定。（3）用药提示：①解热、鼻塞滴鼻、抗过敏药用于荨麻疹自行用药（不超过 3 天）。②多数抗过敏药有抗胆碱作用，口干，闭角型青光眼、前列腺增生者慎用。③阿司咪唑、依巴斯汀、特非那定引起心动过速、Q-T 间期延长。④阿司咪唑、赛庚啶、酮替芬可增加食欲、增加体重。

知识点 6：发热（发烧）是指人体体温升高，超过正常范围。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，超过 39℃时即为高热。

知识点 7：发热的主要表现是体温升高、脉搏加快，突发热常为 0.5~1d，持续热为 3~6d。非处方药：（1）对乙酰氨基酚（扑热息痛）：对肠胃刺激小，可作为退热药的首选，尤其适宜老年人和儿童服用；（2）阿司匹林：对正常体温几乎无影响，胃肠刺激大。（3）布洛芬（缓释制剂为芬必得）：为此类药物中对胃肠刺激性最低的，但对心、肾功能不全者慎用。（4）贝诺酯（对乙酰氨基酚与阿司匹林的酯化物）。处方药：20% 安乃近滴鼻紧急退热；持续性惊厥或周期性惊厥加用地西泮。

知识点 8：鼻黏膜肿胀：非处方药：（1）口服伪麻黄碱：收缩黏膜血管，减轻鼻充血；（2）盐酸麻黄碱滴鼻：收缩黏膜血管，缓解鼻腔堵塞；（3）打喷嚏、流鼻涕（氯苯那敏、苯海拉明）。用药提示：滴鼻剂应间断给药；口服伪麻黄碱：高血压、闭角型青光眼禁用；口服连续使用不超过 7d，滴鼻剂不超过 3d。驾车、高空作业者在服用或滴药后 4h 内不宜从事本职工作。

知识点 9：口腔溃疡非处方药：（1）口服维生素类药物；（2）0.5%甲硝唑含漱剂、口颊片；（3）西地碘含片；（4）地塞米松粘贴片（意可贴）。处方药：硝酸银灼烧、口服激素泼尼松。

知识点 10：营养不良非处方药：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、复方维生素 AD 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。处方药：肠内营养制剂：氨基酸型、短肽型、整蛋白型。肠外营养剂即经静脉输注氨基酸、脂肪和糖等营养素。

知识点 11：阴道炎的临床表现：真菌性阴道炎：豆渣、奶酪样白带，阴道壁有白色膜状物。滴虫性阴道炎：泡沫状白带，阴道壁和宫颈有出血点。（1）非处方药 1）真菌性：①首选硝酸咪康唑；②也可用克霉唑、益康唑和制霉菌素、黄藤素；③还可用小苏打水冲洗。2）滴虫性：①首选甲硝唑；②也可用替硝唑和制霉菌素；③制霉菌素对真菌和毛滴虫混合感染者最适宜。（2）处方药：1）真菌性阴道炎口服伊曲康唑、氟康唑；2）滴虫性阴道炎初次治疗首选甲硝唑口服，也可用曲古霉素、聚甲酚磺醛、硝呋太尔，后三者对真菌性和滴虫性阴道炎均有效。3）用药提示：①引导连续用药不宜超过 10d，常同服复方维生素 B，帮助黏膜修复。②甲硝唑和替硝唑+喝酒，促发双硫仑样反应。③甲硝唑和替硝唑有致畸性，孕妇和哺乳期妇女慎用。

知识点 12：发热药用药提示：（1）纯属对症治疗；（2）胃肠刺激、餐后服；（3）出血倾向者禁用；（4）有交叉过敏反应；（5）自用药不超 3 天。

知识点 13：视疲劳药物治疗：局部使用七叶强心苷类双苷滴眼液改善睫状肌功能和增加睫状肌血以流量改善眼的调节功能，减轻眼部不适；使用人工泪液（玻璃酸钠滴眼液、羧甲基纤维素钠滴眼液、聚乙醇滴眼液等）改善眼部干燥症状；使用抗胆碱能滴眼液如山莨菪碱滴眼液能减轻眼部平滑肌及血管痉挛，改善局部微循环。

知识点 14：沙眼非处方药：磺胺醋酰钠滴眼液、硫酸锌滴眼液、酞丁安滴眼液和红霉素眼膏、金霉素眼膏。

知识点 15：上感与流感：分为上呼吸道感染（上感）和流行性感冒（流感）。（1）感冒（上感）：由多种病原体（鼻病毒、腺病毒、柯萨奇病毒、冠状病毒、副流感病毒）感染而致，不会造成大流行。（2）流感：发病急骤，症状较重。由流感病毒（甲、乙、丙及变异型等）引起，可造成大流行。（3）非处方药：一般采用（复方制剂）：解热镇痛药+鼻黏膜血管收缩药+抗过敏药+中枢兴奋药+蛋白水解酶（菠萝蛋白酶）（4）处方药（抗病毒药）：金刚烷胺、金刚乙胺、奥司他韦、扎那米韦。

知识点 16: 消化不良：持续性，可能是慢性胃炎；儿童缺锌。(1) 非处方药：①食欲减退者（维生素 B₁、维生素 B₆、干酵母片）；②消化酶不足者（胰酶片、多酶片）；③对偶然性消化不良或进食蛋白质食物过多者（胃蛋白酶合剂、乳酶生——或乳酸杆菌的干燥制剂，不宜于抗生素合用）；④对功能性消化不良：选用胃动力药（多潘立酮片）。(2) 处方药：①增强胃肠动力，餐前服用：（选用莫沙必利、伊托必利）。②消化酶缺乏：服用复方阿嗪米特肠溶片（餐后服用）等治疗消化不良的药。

知识点 17: 腹泻：一日内超过 3 次排便，或粪便中脂肪成分增多，或带有未消化的食物、黏液、脓血者称为腹泻。(1) 在粪便的性状上各种腹泻也表现不尽相同：①粪便呈稀薄水样且量多，为分泌性腹泻；②脓血便或黏液便可见于感染性腹泻、炎症性肠病等；③暗红色果酱样便见于阿米巴痢疾；④血水或洗肉水样便见于嗜盐菌性食物中毒和急性出血坏死性肠炎；⑤黄水样便见于沙门菌属或金黄色葡萄球菌性食物中毒；⑥米泔水样便见于霍乱或副霍乱；⑦脂肪泻和白陶土样便，见于胆道梗阻；⑧黄绿色也有奶瓣便见于儿童消化不良；⑨动力性腹泻时多为水样便、伴有粪便的颗粒，下泻急促，同时腹部有肠鸣音、腹痛剧烈。(2) 非处方药：①感染性腹泻：首选小檗碱（黄连素），也可药用炭和鞣酸蛋白；②因胰腺功能不全所致消化不良性腹泻应服用胰酶；对摄食脂肪过多者可服用胰酶和碳酸氢钠；对摄食蛋白质而致消化不良者宜服胃蛋白酶；对同时伴腹胀者可选用乳酶生或二甲硅油；③因化学刺激引起的腹泻，可共选用双八面蒙脱石；④肠道菌群失调性腹泻，可补充微生态制剂。(3) 处方药：①对细菌感染的急性腹泻可选服吡哌酸、左氧氟沙星、环丙沙星；②病毒性腹泻（洛韦类）；③腹痛较重或反复呕吐性腹泻用（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。

知识点 18: 肠道寄生虫病非处方药：阿苯达唑、甲苯咪唑、枸橼酸哌嗪、噻嘧啶。

知识点 19: I 度烫伤：红斑性，皮肤变红，并有火辣辣的刺痛感；II 度烫伤：水疱性，患处产生水疱；III 度烫伤：坏死性，皮肤剥落。

知识点 20: 冻伤（疮）药物活性成分和制剂有樟脑、氧化锌、肌醇烟酸酯软膏（烟肌酯）、冻疮膏。

处方药：严重冻疮早期可考虑应用肝素。对合并严重感染者可给予抗生素，如红霉素、克林霉素。

第九章呼吸系统常见疾病

知识点 1: 支气管哮喘的分期：急性发作时严重程度可分为轻度、中度、重度和危重 4 级：(1) 轻度：步行或上楼时气短，并有焦虑，呼吸频率轻度增加，闻及散在哮鸣音，肺通气功能和血气检查正常。(2) 中度：稍事活动感气短，并有焦虑，呼吸频率增加，可有三凹征，闻及响亮、弥漫的哮鸣音，心率增快，可出现奇脉。(3) 重度：休息时感气短，端坐呼吸，只能发单字表达，常有烦躁和焦虑，大汗淋漓，呼吸频率 > 30 次/分，可有三凹征，闻及响亮、弥漫的哮鸣音，心率增快常 > 120 次/分，奇脉，PaCO₂ > 45mmHg，PaO₂ < 60mmHg，SaO₂ ≤ 90%，pH 可降低。(4) 危重：嗜睡、意识模糊，不能讲话，胸腹矛盾运动等，喘鸣音减低或消失。

知识点 2: 抗结核药：(1) 早期杀菌活性药物：主要包括异烟肼、利福平、链霉素、阿米卡星和乙胺丁醇等。

(2) 灭菌活性药物：主要包括利福平、吡嗪酰胺（通常儿童及孕妇不宜应用）和异烟肼。(3) 防止耐药的药物：异烟肼、利福平、乙胺丁醇、氧氟沙星、左氧氟沙星、莫西沙星和克拉霉素。

知识点 3: 肺炎分类：(1) 按解剖分类：大叶性肺炎（肺泡性），小叶性肺炎（支气管性），间质性肺炎。(2) 按病因分类：细菌性肺炎、非典型性病原体肺炎（如支原体肺炎、军团菌肺炎）、病毒性肺炎、肺真菌病和理化因素所致肺炎（如放射性肺炎、胃酸吸入引起化学性肺炎等）。(3) 按患病环境分类：社区获得性肺炎，HAP。

知识点 4: 社区获得性肺炎：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。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：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。

知识点 5: 支气管哮喘的药物治疗：(1) 糖皮质激素：吸入型糖皮质激素，口服糖皮质激素，静脉糖皮质激素。(2) β₂受体激动剂：SABA，LABA。(3) 白三烯受体阻断剂。(4) 磷酸二酯酶抑制剂（茶碱类药物）。(5)

抗胆碱药。

知识点 6：结核病的治疗必须遵循“早期、联合、适量、规律和全程”的原则。

第十章心血管系统常见疾病

知识点 1：高血压非药物治疗和患者的自我管理非常重要，包括提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，达到减少高血压以及其他心血管病的发病危险，具体内容包括：（1）控制体重；（2）采用合理均衡的膳食，减少钠盐、减少膳食中脂肪、注意补充钾和钙等；（3）增强体育活动；（4）减轻精神压力，保持平衡心理；（5）戒烟、限酒；（6）血压计的正确使用。

知识点 2：冠心病的治疗：（1）发作时的治疗：可含服作用较快的硝酸酯类制剂。（2）缓解期的治疗：①抗血小板药物：阿司匹林。②受体阻断剂：常用药物包括：美托洛尔普通片、美托洛尔缓释片和比索洛尔等。③ACEI 或 ARB：常用药物包括：卡托普利（12.5~50mg，tid）、依那普利（5~10mg，bid）、培哚普利（4~8mg，qd）、雷米普利（5~10mg，qd）。④他汀类药物：临床常用的他汀类药物包括辛伐他汀（20~40mg，qn）、阿托伐他汀（10~80mg，qd）、普伐他汀（12.5~50mg，tid）、氟伐他汀（40~80mg，qn）、瑞舒伐他汀（5~20mg，qn）等。⑤硝酸酯类药：缓解期常用的药物包括：硝酸甘油（皮肤贴片 5mg，qd，注意要定时揭去）、硝酸异山梨酯（普通片 5~20mg，tid~qid；缓释片 20~40mg，qd~bid）和单硝酸异山梨酯（普通片 20mg，bid；缓释片 40~60mg，qd）等。⑥钙通道阻滞剂：常用制剂有：硝苯地平控释片（30mg，qd）、氨氯地平（5~10mg，qd）、左旋氨氯地平（2.5mg，qd）、地尔硫卓（普通片 30~60mg，tid；缓释片 90mg，qd），维拉帕米（普通片 40~80mg，tid；缓释片 240mg，qd）。

知识点 3：心房颤动治疗：（1）抗凝、抗血小板治疗：华法林、抗血小板药，新型抗凝药物。（2）转复并维持窦性心律：①转复房颤的药物：胺碘酮、普罗帕酮、多非利特、依布利特等。②维持窦律的药物：常用药物有胺碘酮、多非利特、普罗帕酮、受体阻断剂（如索他洛尔）等。（3）控制心室率：受体阻断剂、钙通道阻滞剂，强心苷类。

知识点 4：高血压的分类：（1）依据病因分类：①原发性高血压：无明显病因。②继发性高血压：血压升高是某些疾病的临床表现，有明确而独立的病因。（2）依据病程进展分类：①缓进型：占大多数；②急进型（恶性高血压）：病程发展迅速，血压显著升高，临床上较少见。高血压危象（高血压急重症）：全身小动脉暂时性剧烈痉挛而致血压急剧升高，出现头痛、头晕等严重症状。

知识点 5：高血压是导致动脉粥样硬化和主动脉夹层破裂等血管性疾病的重要因素。视网膜病变是严重高血压并发症：眼底出血、渗出和视乳头水肿等并存情况。

知识点 6：高血压的治疗目标：治疗高血压的主要目的是最大限度地控制动脉粥样硬化、减少高血压对靶器官损害，降低心血管发病和死亡的总体危险。

知识点 7：抗高血压药的种类：利尿剂、受体阻断剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）、钙通道阻滞剂（CCB）。

知识点 8：①单纯 TC 升高或者以 TC 升高为主的混合型：首选他汀类；其他情况均首选贝丁酸类。②TC 和 TG 均衡升高：加用胆酸螯合剂。③HDL-ch 低下：还可首选阿昔莫司。④防止脂质浸润沉积：吡卡酯、泛硫乙胺。

知识点 9：冠心病可分为五种临床类型：无症状性心肌缺血型、心绞痛型、心肌梗死型、缺血性心肌病型、猝死型。

知识点 10：心力衰竭分级：

I 级：心脏病患者日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病患者体力活动轻度受限，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III 级：心脏病患者体力活动明显受限，低于一般活动即引起心衰症状。

IV 级：心脏病患者不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

知识点 11：心力衰竭药物治疗：包括利尿剂、肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂、受体阻断剂及正性肌力药物。

第十一章神经系统常见疾病

知识点 1: 阿尔茨海默病 (AD) 分期: (1) AD-MCI; (2) AD 早期: 轻度功能障碍, 出现症状第 1~3 年; (3) AD 中期: 中度功能障碍, 出现症状第 2~8 年; (4) AD 晚期: 严重功能障碍, 出现症状第 6~12 年。

知识点 2: 抗抑郁药: (1) 单胺氧化酶抑制剂: 吗氯贝胺。(2) 三环类: 去甲替林、阿米替林 (更年期抑郁症疗效好)、马普替林 (起效快)、丙米嗪、多塞平 (疗效明确不良反应多, 不建议首选) (3) 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂: 氟西汀、帕罗西汀、曲舍林 (对焦虑疗效好)。(4) 5-HT 和 NE 再摄取抑制剂: 度洛西汀 (唯一可缓解糖尿病周围神经病所引起疼痛的药物)、文拉法辛 (用于多种不同抗抑郁药治疗失败者)。(5) 去甲肾上腺素 (NE) 和特异性 5-羟色胺再摄取抑制剂: 米氮平。(6) 5-羟色胺受体阻断剂/再摄取抑制剂: 曲唑酮。

知识点 3: 脑出血内科治疗: (1) 一般治疗; (2) 降低颅内压; (3) 控制血压; (4) 止血药物; (5) 防治脑血管痉挛; (6) 亚低温治疗; (7) 康复治疗。

知识点 4: 常用口服抗癫痫药物包括: (1) 一线抗癫痫药物: 卡马西平、丙戊酸钠、苯妥英钠等; (2) 二线抗癫痫药物: 奥卡西平、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等。

知识点 5: 目前临床治疗失眠的药物主要包括苯二氮?类受体激动剂、褪黑素受体激动剂和具有催眠效果的抗抑郁药物。

知识点 6: 脑梗死的药物治疗: (1) 脱水治疗; (2) 溶栓治疗; (3) 抗血小板制剂: 常用阿司匹林; (4) 抗凝治疗; (5) 降纤治疗; (6) 中药治疗; (7) 神经保护剂。

知识点 7: 应依发作类型及以前用药及疗效情况选择抗癫痫药物。(1) 局灶性发作: 卡马西平 (或奥卡西平)、丙戊酸钠、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等; (2) 全面性发作: 丙戊酸钠、卡马西平、苯妥英钠、苯巴比妥、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等。

知识点 8: 帕金森病治疗药物选择: 老年前期 (<65 岁) 患者, 且不伴认知障碍, 可选择: (1) 多巴胺受体激动剂; (2) 司来吉兰, 或加用维生素 E; (3) 复方左旋多巴+儿茶酚氧位甲基酶抑制剂; (4) 金刚烷胺和 (或) 抗胆碱能药; (5) 复方左旋多巴一般在 (1)、(2)、(4) 方案治疗效果不佳时可加用。老年 (≥65) 患者, 或伴认知障碍: 首选复方左旋多巴, 必要时可加用 DR 激动剂、MAO-B 抑制剂或 COMT 抑制剂。

知识点 9: 常用的胆碱酯酶抑制剂有 3 种: (1) 多奈哌齐用于轻-重度 AD 患者; (2) 卡巴拉汀用于 AD 和帕金森病的轻-中度痴呆; (3) 加兰他敏用于早期 AD 患者。

知识点 10: 焦虑症药物治疗: (1) 苯二氮?类药物; (2) 5-HT_{1A} 受体部分激动剂; (3) 三环类药物: 丙米嗪, 阿米替林, 氯米帕明、多塞平及四环类马普替林; (4) 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂: 氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰, 艾斯西酞普兰。(5) 5-羟色胺和去甲肾上腺素 (NE) 再摄取抑制剂: 文拉法辛、度洛西汀。

第十二章消化系统常见疾病

知识点 1: 典型的反流症状: 烧心 (烧心指一股热流自上腹流向胸部, 需与上腹灼热区分, 后者不是烧心)、反酸和胸痛 (常发生于平卧后或餐后, 与活动不相关, 可伴随背痛)。反流症状程度有轻有重, 与食管糜烂的严重程度无关。

知识点 2: 抗消化性溃疡药物的服药时间: (1) 胆碱受体阻断剂: 餐前 1.5 小时。(2) 胃黏膜保护药: 餐前 0.5~1 小时。(3) 胃泌素受体阻断剂: 餐前 15 分钟给药。(4) 组胺 H₂ 受体拮抗剂: 餐前, 睡前餐后。(5) 抗酸药: 餐后 1~2 小时。

知识点 3: 胆石症药物治疗: 匹维溴铵, 熊去氧胆酸。

第十三章内分泌及代谢性疾病

知识点 1: 糖尿病分型: (1) 1 型糖尿病: 胰岛素依赖型 (胰岛 β 细胞损伤, 胰岛素绝对缺乏)。(2) 2 型糖尿病: 非胰岛素依赖型 (往往高胰岛素血症, 胰岛素抵抗), 占糖尿病患者总数的 90%。(3) 其他特殊类型糖尿病: 某些遗传缺陷、胰腺病变、内分泌病变等。

知识点 2: 骨质疏松症分类: 原发性骨质疏松症分为三种: (1) 绝经后骨质疏松症 (I 型), 一般发生在女性绝经后 5~10 年内; (2) 老年性骨质疏松 (II 型), 一般指老年人 70 岁后发生的 OP; (3) 特发性骨质疏松, 主要发生在青少年, 病因尚不明。

知识点 3: 维生素 D 中毒: 维生素 D 长期大量服用可能引起中毒, 个体差异大, 一般小儿每日服用 2~5 万 IU (500~1250g), 或每日 2000U/kg (50g/kg), 连续数周或数月即可发生中毒; 敏感小儿每日 4000U (100g) 连续 1~3 个月即可中毒。

知识点 4: 秋水仙碱是治疗急性痛风的首选药物, 有两种用法: (1) 首剂 0.5~1mg 顿服, 以后 0.5mg, 每 2 小时, 直至疼痛缓解或出现呕吐或腹泻, 24 小时内最大剂量为 6mg, 症状缓解后 0.5mg, 2~3 次/日, 维持数天后停药。(2) 1mg, 3 次/日, 1 周后剂量减半, 疗程 2~3 周。适合老年患者。多数患者在 24~48 小时内急性症状缓解。用于预防痛风发作, 秋水仙碱 0.5~1mg/日。秋水仙碱的特效还具有特征性诊断意义。

知识点 5: 秋水仙碱不宜长期应用, 若长期应用可引起骨髓抑制, 血尿、少尿、肾衰竭, 胃肠道反应等不良反应。胃肠道反应是其严重中毒的前驱症状, 一旦出现时也应立即停药。小剂量用法疗效相当, 严重不良反应发生率减少。严重肾功能不全者、妊娠期妇女禁用; 年老、体弱者、骨髓造血功能不全、严重心功能不全和胃肠疾病者慎用。

知识点 6: 对甲亢初治患者的三阶段治疗: (1) 初治阶段——以控制症状为准确定合适剂量。(2) 减药阶段——症状减轻、指标接近正常, 每 2~4 周递减药量 1 次, 持续 2~3 个月。(3) 维持阶段——甲状腺功能正常后, 采用维持量, 避免间断, 维持数年或更长时间; 有应激, 酌情增量, 稳定后再递减。首选抗甲状腺药: 丙硫氧嘧啶、甲巯咪唑、卡比马唑。

知识点 7: 甲状腺功能减退症的患者教育: (1) 长期甲状腺素替代治疗患者, 应建议其每 2~3 个月对 TSH 水平监测 1 次, 可根据患者心脏状况及年龄, TSH 目标个体化。(2) 因甲状腺功能减退症症状较隐匿且不典型, 建议老年人在体检时应注意进行 TSH 检查, 以免漏诊。(3) 某些表现为抑郁、认知功能下降的患者, 应常规筛查甲状腺功能。(4) 甲状腺素替代治疗患者如有感染、腹泻、手术等应激情况出现, 应向专科医师咨询是否调整甲状腺素的剂量。

知识点 8: 2 型肥胖型糖尿病患者 (体重超过理想体重 10%), 首选二甲双胍。

知识点 9: 胰岛素是最有效的降糖药物, 按作用时间长短分为超短效、短效、中效、长效、超长效等胰岛素。

知识点 10: 糖尿病现代治疗的 5 个方面, 即饮食疗法、运动疗法、药物疗法、血糖监测及糖尿病教育。

知识点 11: 联合用药: (1) 促进骨矿化剂——钙制剂、维生素 D; (2) 骨吸收抑制剂——双膦酸盐、雌激素或选择性雌激素受体调节剂、降钙素; (3) 骨形成刺激剂——甲状旁腺素、氟制剂。老年性骨质疏松——“三联药物”治疗: 钙剂+维生素 D+骨吸收抑制剂 (双膦酸盐)。绝经后骨质疏松——激素替代治疗 (HRT): 钙制剂+维生素 D+雌激素或雌激素受体调节剂。肾上腺糖皮质激素所致的骨质疏松: 钙制剂+维生素 D+双膦酸盐。抗癫痫药 (苯妥英钠) 所致的骨质疏松: 长期口服维生素 D。

知识点 12: 我国推荐的预防佝偻病的预防量为出生后 15 日起至 18 岁每日补充维生素 D400IU, 最高可耐受量为 800IU。在佝偻病的治疗, 口服剂量 2000~4000IU/d (50~100g/d), 1 个月后改为维持量。对于吸收不良或不能口服的婴幼儿, 可以肌内注射维生素 D37500g (30 万 IU/支) 作为突击疗法。

知识点 13: 痛风的类型: 分为原发性和继发性两种。(1) 原发性——是一种先天性代谢缺陷。(2) 继发性痛风——由肿瘤、白血病导致核酸大量分解及肾功能减退而造成的尿酸排泄减少; 或由于药物抑制肾小管的排泄能力而致尿酸的排除不畅, 体内尿酸蓄积过多, 以女性多见。

知识点 14: 非甾体抗炎药 (NSAIDs) 对有剧痛者首选对乙酰氨基酚 (胃肠道不良反应小但是无抗炎作用)、吲哚美辛或双氯芬酸, 次选布洛芬或尼美舒利。降尿酸治疗目标是控制急性炎症反复发作, 预防尿酸盐沉积, 促进痛风石的吸收, 防止慢性痛风性关节炎的进展。

第十四章泌尿系统常见疾病

知识点 1: 尿路感染药物治疗的总体原则: (1) 选用致病菌敏感的抗菌药物; (2) 抗菌药物在尿和肾内的浓度要高; (3) 选用肾毒性小、不良反应少的抗菌药物; (4) 单一药物治疗失败、严重感染、混和感染、出现耐药菌株时应联合用药; (5) 对不同类型的尿路感染给予不同治疗疗程; (6) 综合考虑感染部位、菌种类型、基础疾病、中毒症状程度等因素。

知识点 2: 急性尿失禁: 抗胆碱能药物通过竞争性抑制乙酰胆碱, 从而抑制膀胱的不稳定收缩, 是治疗急性尿失禁的首选药物。抗胆碱能药物代表有奥昔布宁、索利那新等。

知识点 3: 下尿路症状药物治疗: (1) 肾上腺素能受体阻断剂: 多沙唑嗪、阿呋唑嗪、特拉唑嗪、坦索罗辛; (2) 5 还原酶抑制剂; (3) 抗胆碱能药物: 奥昔布宁、索利那新、托特罗定; (4) 联合治疗; (5) 植物制剂。

第十五章血液系统疾病

知识点 1: 口服铁剂是治疗缺铁性贫血的首选方法。

知识点 2: 药物治疗巨幼细胞性贫血药物治疗: 去除病因和诱因; 纠正偏食和不良烹饪习惯。同时补充叶酸及维生素 B₁₂。

第十六章恶性肿瘤

知识点 1: 常用的抗肿瘤药给药途径有: 静脉、动脉、肌内、口服、腔内五种途径。

知识点 2: 抗肿瘤药物的急性或亚急性反应指在用药后当时和疗程内出现的过敏、恶心呕吐、腹泻、血像和肝肾功能变化、手指麻木、皮疹、手足综合征和脱发等。长期不良反应指在停药后甚至停药多年后出现的不良反应, 如神经毒性、造血功能障碍、间质性肺炎、心脏毒性、皮肤色素沉着、内分泌失调、畸胎、继发第二肿瘤、免疫抑制、不育等。部分药物还有特殊毒副作用, 如环磷酰胺引起出血性膀胱炎、蒽环类的心脏毒性、丝裂霉素引起溶血性尿毒症、博来霉素引起肺纤维化以及紫杉醇、门冬酰胺酶等容易引起过敏反应等。

第十七章常见骨关节疾病

知识点 1: 类风湿关节炎治疗的目标除了控制症状, 更为关键的是要应用改善病情的药物, 延缓病情发展, 避免致残。常用药物分为五大类: 非甾类抗炎药、改善病情的抗风湿药、生物制剂、糖皮质激素和植物药。

知识点 2: 骨性关节炎的临床反应: 反复发作的关节肿大、僵硬、疼痛, 以及进行性的关节活动受限, 并伴有韧带稳定性下降以及肌肉萎缩。

第十八章病毒性疾病

知识点 1: 抗艾滋病药: (1) 核苷酸类 HIV 逆转录酶抑制剂 (NRTI 类) 药物的合理应用: 夫定、他滨、韦酯: ①肝毒性; ②肾排泄; ③诱发胰腺炎、周围神经炎; ④诱发机会性感染; ⑤同类药间无交叉感染药; ⑥齐多夫定抑制骨髓造血。(2) 总结 PI 类药物的合理应用: 那韦: ①肝毒性; ②肾排泄, 尿道和肾结石者慎用, 要足够水化; ③诱发胰腺炎; ④可致血友病患者自发出血; ⑤具有肝药酶抑制作用; ⑥同类药间有交叉耐药; ⑦雷托那韦可加重糖尿病。

知识点 2: 甲型肝炎及戊型肝炎治疗: 一般不会变为慢性, 主要是支持疗法和对症治疗。而乙肝、丙肝易转变为慢性肝炎, 故需采取抗病毒治疗。抗病毒药物如干扰素等主要是干扰 HBV-DNA 的合成, 对 HDV-RNA 的合成无抑制作用, 关键在于预防。乙型病毒性肝炎抗病毒治疗药物有干扰素和核苷酸类似物两大类。**知识点:** 抗炎保肝治疗: 可应用甘草酸制剂、维生素及辅酶类 (复方维生素 B、维生素 C、辅酶 A), 肝细胞膜保护剂 (多烯酸磷脂酰胆碱), 解毒保肝类药 (葡醛内酯、谷胱甘肽)。

知识点 3: 病毒性肝炎包括甲型病毒性肝炎 (简称甲型肝炎, viralhepatitisA)、乙型病毒性肝炎 (简称乙型肝炎, viralhepatitisB)、丙型病毒性肝炎 (简称丙型肝炎, viralhepatitisC)、丁型病毒性肝炎 (简称丁型肝炎, viralhepatitisD)、戊型病毒性肝炎 (简称戊型肝炎, viralhepatitisE) 等。

知识点 4: 艾滋病传播途径: 艾滋病及 HIV 携带者的血液、精液、阴道分泌物、唾液、眼泪、骨髓液、尿液、母乳等。以及脑、皮肤、淋巴腺、骨髓等组织内均存在着 HIV。一般感染源以血液、精液、阴道分泌物、母乳等为主, 极少通过唾液或蚊虫叮咬, 但并非完全否定。世界卫生组织所公布有关艾滋病传染途径为: 性行为、应用血液与血液制品、吸毒、母婴传播。

第十九章妇科疾病与计划生育

知识点 1: 长效避孕针: 有单孕激素制剂和雌、孕激素复合制剂两种, 有效率达 98% 以上。适用于对口服避孕药有明显胃肠道反应者。

知识点 2: 紧急避孕药: 主要有雌激素-孕激素复方制剂, 单孕激素制剂及抗孕激素制剂三大类。

第二十章中毒解救

知识点 1: 巴比妥类的中毒解救: (1) 1: 5000 高锰酸钾溶液洗胃、洗肠; (2) 硫酸钠促排泄; (3) 渗透性

利尿药利尿；(4) 碳酸氢钠碱化尿液（异戊巴比妥主要经肝代谢，效果稍差）；(5) 酌用中枢兴奋剂（贝美格、尼可刹米、洛贝林）。

知识点 2：有机磷类农药中毒表现：胆碱酯酶被强烈抑制，使乙酰胆碱无法被胆碱酯酶破坏，M、N 受体长时间处于被激动的状态，表现出 M 样、N 样症状。中毒解救：(1) 脱离中毒环境，脱去被污染衣服，用肥皂水或 1%~5% 碳酸氢钠溶液反复清洗被污染的皮肤和头皮；(2) 洗胃，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，然后给予硫酸镁导泻；(3) 应用解毒剂；(4) 危重患者可输血或换血，以补充胆碱酯酶；(5) 对症治疗，维持呼吸功能，防治脑水肿、心搏骤停及感染。中毒症状缓解后要继续观察 3~5 天，以防复发。

知识点 3：汞中毒的治疗原则是驱汞治疗：(1) 二巯丙磺钠用于急性金属中毒时可静脉注射，用于慢性中毒的用药原则是小剂量间歇用药，需注意的是静注速度过快时有恶心、心动过速、头晕及口唇发麻等，一般 10~15 分钟即可消失。偶有过敏反应，如皮疹、寒战、发热、甚至过敏性休克，剥脱性皮炎等。一旦发生应立即停药，并对症治疗。轻者可用抗组胺药，反应严重者应用肾上腺素或肾上腺皮质激素。(2) 二巯丙醇用于急性中毒时，需注意的是严重肝功能障碍者禁用，有花生或花生制品过敏者，不可应用本品。有严重高血压、心力衰竭和肾功能衰竭的患者应禁用；应用本品前后应测量血压和心率，治疗过程中应检查尿常规和肾功能。大剂量长期应用时还要检查血浆蛋白。

知识点 4：中毒的一般处理包括：清除未吸收毒物、加速排泄、药物拮抗。

知识点 5：清除未吸收的毒物：经皮肤和黏膜吸收中毒者：(1) 冲洗时间要求达 15~30min，并用中和液或解毒液冲洗。(2) 对由伤口进入的中毒，要用止血带结扎，阻止扩散。(3) 眼内污染毒物时，必须立即用清水冲洗至少 5min。

知识点 6：经消化道吸收中毒：对神志清醒的患者，只要胃内尚有毒物，均应采取催吐、洗胃的方法以清除胃内毒物。

知识点 7：含亚硝酸盐食物中毒解救：(1) 及时应用 1:5000 高锰酸钾溶液洗胃，导泻，吸氧。休克者抗休克治疗。(2) 静脉注射 1% 亚甲蓝、维生素 C 和葡萄糖注射液。

知识点 8：蛇药是治疗毒蛇咬伤有效的中成药，有南通蛇药（季德蛇药），轻者每次服 5 片，3 次/日。重者服 10 片/次，4~6 小时/次。或将药片用温水溶化后涂于伤口周围半寸处；上海蛇药，每次服 10 片，以后每小时服 5 片；新鲜半边莲（蛇疔草）30~60g，水煎服，或捣烂涂伤口周围。

知识点 9：某些毒物有特效的拮抗剂，因此在进行排毒的同时，应积极使用特效拮抗剂。拮抗剂可分为三类：(1) 物理性拮抗剂：药用炭等可吸附中毒物质，蛋白、牛乳可沉淀重金属，并对黏膜起保护润滑作用。(2) 化学性拮抗剂：如弱酸中和强碱，弱碱中和强酸，二巯丙醇夺取已与组织中酶系统结合的金属物等。(3) 生理性拮抗剂：生理拮抗剂能拮抗中毒毒物对机体生理功能的扰乱作用，例如，阿托品拮抗有机磷中毒、毛果芸香碱拮抗颠茄碱类中毒。

知识点 10：苯二氮?类镇静催眠药中毒解救：(1) 注意：镇静药和催眠药中毒，避免用硫酸镁导泻；(2) 特异性治疗药物为氟马西尼（本品也是特异性诊断药物）。

知识点 11：三环类抗抑郁药中毒解救：体温升高、心动过速者，用胆碱酯酶抑制剂解毒；心律失常，可静脉滴注普鲁卡因酰胺；心力衰竭，毒毛花苷。

知识点 12：苯妥英钠中毒：(1) 用硫酸镁导泻；(2) 严重中毒者，应用烯丙吗啡减轻呼吸抑制；(3) 如有心动过缓及传导阻滞可用阿托品治疗，血压下降应用升压药；(4) 如有造血系统障碍现象，可选用重组人粒细胞集落刺激因子、重组人粒细胞巨噬细胞集落刺激因子和肾上腺糖皮质激素等治疗。

知识点 13：灭鼠药中毒：硫脲类（扑灭鼠、安妥）中毒表现与解救如下：(1) 中毒表现：急性中毒时，主要表现为口部灼热感、恶心、呕吐、口渴、头晕、嗜睡等。重症患者可出现呼吸困难、发绀、肺水肿等症状，也可有躁动、全身痉挛、昏迷和休克等情况，亦可有肝肿大、黄疸、血尿、蛋白尿等症状。(2) 中毒解救：①用 1:2000 高锰酸钾溶液洗胃，口服硫酸镁 30g 导泻。②忌用脂肪类和碱性食物，以减少毒物的吸收、限制饮水。③半胱氨酸能降低本类灭鼠药的毒性。

