



2026 药学综合知识与技能高频考点

【考点 1】药学服务的主要内容（26 年未改）

（2015B 型题，1 分；2018A 型题，1 分；2020A 型题，1 分；2023A 型题，1 分；2024A 型题，1 分）

基础服务模块

服务名称	核心定义	关键流程/要素	适用场景	记忆口诀
处方审核	合法性+规范性+适宜性审查	三性判断→调配决策	所有处方调剂前	“三审三性保安全”
静脉配置	无菌药物调配	药师审核→洁净操作→成品质检	住院静脉用药	“无菌四步生命线”
用药咨询	多对象用药答疑	问题识别→循证解答→记录归档	药房窗口/医患沟通	“三问三答建信任”

临床服务模块

服务名称	服务特点	核心操作要点	质量指标	补充
药学查房	床旁药学监护	►独立查房 ►联合查房	用药方案优化率	与医疗查房互补
药物重整	医疗交接用药一致性保障	收集→核对→分享（三阶闭环）	用药偏差纠正率	重点在转科/出院环节
MTM 管理	全程药物治疗优化	评估→计划→监测	患者依从性提升度	比药物重整更全面

特殊服务场景

服务类型	服务形式	核心内容	特殊要求	记忆口诀
个体化用药	TDM+基因检测指导	血药浓度监测→模型调整剂量，药物治疗发展的必然趋势	治疗窗精准把控	“量体裁药四步法”
药学门诊	专科化用药服务	►独立门诊 ►联合门诊	方案调整接受率	“药诊双轨制”
居家药学	上门延伸服务	药箱管理+用药指导+依从性追踪	家庭药品建档率	“居家三护法”

药事管理模块

管理领域	管理要点	关键流程
------	------	------





管理领域	管理要点	关键流程
药物警戒	全流程风险管理	监测→评估→报告→改进
循证药学	证据决策体系	将临床证据、个人经验、患者的实际状况和意愿相结合
药物评价	全生命周期评估	上市前三期→IV期监测→经济学评价 包括“新药”与“老药”

附加服务模块

服务名称	服务定位	实施要点
药学会诊	多学科协作	受邀参与→方案优化→监护跟进
药学科普	大众健康教育	健康讲座→新媒体传播→互动问答

【考点2】药品的贮存 (26年未变)

(2015A型题, 1分; 2016A型题, 1分; 2017A型题, 1分; 2020A型题, 1分; 2020B型题, 1分; 2020X型题, 1分; 2021A型题, 1分; 2022A型题, 1分; 2025B型题, 1分)

1. 易受光线影响的

注射用硝普钠, 维生素A B₂ B₆, 需遮光。

2. 易受湿度影响的一保持相对湿度在 35-75%之间

阿托品含结晶水, 干燥环境容易失去, 造成用量不准。

3. 易受温度影响

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℃。

储存条件	温度要求	举例
阴凉处	≤20℃	栓剂不超过 25℃; 头孢地尼遮光、密封阴凉处
凉暗处	≤20℃+避光	乳酶生片、愈美颗粒、阿法骨化醇、头孢他啶
冷处	2-10℃	门冬酰胺酶, 双歧杆菌乳杆菌三联活菌片、静注人免疫球蛋白 2-8℃
特殊冷藏	0-5℃	前列地尔脂微球载体注射液
深低温	<-150℃液氮中	阿基仑赛注射液

【考点3】药学计算 (26年未改)

(2015A型题, 1分; 2016C型题, 1分; 2017B型题, 2分; 2017C型题, 1分; 2018A型题, 1分; 2019A型题, 1分; 2019B型题, 2分; 2020A型题, 1分; 2021A型题, 1分; 2022A型题, 1分)

1. 单位换算





米诺环素胶囊成人首次剂量为 0.2g、以后每 12 小时再服用 0.1g, **药品标识的每粒规格**是 50mg, 换算即“50mg=0.05g、100mg=0.1g、200mg=0.2g”, 因此首次剂量为 4 粒、以后每 12 小时服用 2 粒。

2. 由药物总量计算其某一组分含量

磷霉素钠的药品说明书中成人严重感染时可增至 16g, 摄入多少克钠? 注: 磷霉素的摩尔质量约为 138g/mol, 钠的摩尔质量为 23g/mol。

$$16 \div 138 \times 23 = 2.67\text{g}。$$

3. 同类药物之间的等效剂量换算

药物	等效剂量
氢化可的松	20mg
泼尼松	5mg
甲泼尼龙	4mg
地塞米松	0.75mg

即如果患者应用 20mg 泼尼松, 转换成氢化可的松的剂量则分别为 80mg。

4. 浓度的计算

高浓度向低浓度稀释 $C_{\text{浓}} \times V_{\text{浓}} = C_{\text{稀}} \times V_{\text{稀}}$, 浓度单位为 g/100ml

5. 国际单位 (IU) 与质量单位的换算

维生素 D 每 40000U=1mg;

维生素 E1U 相当于 1mg 合成 α -生育酚醋酸酯。

【考点 4】选用剂型与给药途径的合理性 (26 年未改动)

(2016C 型题, 1 分; 2018B 型题, 3 分)

选择给药途径的原则: 能吃药不打针、能打针不输液。

剂型不同, 疗效不同; 给药途径不同, 疗效不同。例: 硫酸镁注射剂治疗子痫、高血压危象, 口服溶液导泻, 湿敷消肿。

【考点 5】是否有重复用药现象 (中成药中含有化学药成分) (26 年改动)

(2015A 型题, 1 分; 2015B 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018X 型题, 1 分; 2018B 型题, 2 分; 2019A 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2021X 型题, 1 分; 2024X 型题, 1 分)

中成药	含西药成分
感冒清(片、胶囊)	对乙酰氨基酚、马来酸氯苯那敏、盐酸吗啉胍
复方感冒灵片(胶囊、颗粒)	对乙酰氨基酚、马来酸氯苯那敏、咖啡因
维 C 银翘片(颗粒)	对乙酰氨基酚、马来酸氯苯那敏、维生素 C
健脾生血片(颗粒)	硫酸亚铁
珍菊降压片	盐酸可乐定、氢氯噻嗪
复方田七胃痛片(胶囊)	氧化镁、碳酸氢钠





复方陈香胃片	碳酸氢钠、重质碳酸镁、氢氧化铝
脉络通片(胶囊、颗粒)	维生素 C、碳酸氢钠
妇科十味片	碳酸钙
龙牡壮骨颗粒	维生素 D ₂ 、葡萄糖酸钙
新癆片	吡哌美辛
鼻炎康	马来酸氯苯那敏
消渴丸	格列本脲

【考点 6】药物相互作用 (26 未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2016B 型题, 2 分; 2018B 型题, 2 分; 2019A 型题; 2019B 型题; 2022C 型题, 1 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025B 型题, 1 分)

1. 疗效相加、协同或拮抗作用

- ①左旋多巴+苄丝肼或卡比多巴(减少左旋多巴在外周代谢为多巴胺所导致的毒副作用);
- ②β-内酰胺类抗生素+β-内酰胺酶抑制剂(使青霉素、头孢菌素免受开环破坏);
- ③磺胺甲噁唑+甲氧苄啶(分别作用于二氢叶酸合成酶和二氢叶酸还原酶)。

2. 毒性或不良反应相加、协同或拮抗

阿托品+吗啡(胆绞痛), 阿托品疗效增加, 但其便秘和排尿困难等不良反应也相应加重。

3. 常见肝药酶的抑制剂和诱导剂





代谢酶	诱导剂	抑制剂
CYP3A4	苯妥英、苯巴比妥、卡马西平、利福平、圣约翰草提取物 二苯二平 约翰草	**那韦、大环、唑类、西咪替丁、地尔硫卓、维拉帕米、环孢素、葡萄柚汁 西环大地唑葡萄，那韦拉米能抑制
CYP2C19	利福平、利托那韦、苯妥英	氟康唑、伏立康唑
CYP2C9	卡马西平、利福平	胺碘酮、氟康唑、咪康唑
CYP1A2	苯妥英、利福平	环丙沙星、美西律

【考点 7】药典规定必须做皮试的药物 (26 年未改)

(2018A 型题, 1 分; 2019A 型题 1 分; 2022A 型题 1 分; 2023X 型题 1 分; 2025A 型题 1 分)

类别	药物名称	药液浓度/给药剂量
青霉素类	青霉素钾、青霉素钠等 青霉素应先行青霉素皮试; A 球链球菌 (含青霉素)	青霉素 G500U/皮内 0.1ml
细胞色素 C 注射液		
抗毒素注射液	白喉、破伤风、多价气性坏疽、肉毒等	先稀释, 皮内 0.05-0.1ml/
血清注射液	抗蛇毒 (蝮蛇/五步蛇/眼镜蛇/银环蛇)、抗炭疽、抗狂犬病毒等	先稀释, 皮内 0.1ml
酶注射液	降纤酶、门冬酰胺酶、玻璃酸酶、糜蛋白酶	
盐酸普鲁卡因		
碘美妥昔单抗注射液		





鱼肝油酸钠注射剂		1mg, 皮内 0.1-0.2ml
----------	--	-------------------

【速记】青霉 毒素 酶 血清, 细胞 单抗 鱼肝油

注: 头孢不常规进行皮试。

【考点 8】处方中常用缩写词 (26 年未改)

(2015B 型题, 3 分; 2016B 型题, 3 分; 2017B 型题, 3 分; 2018B 型题, 2 分; 2019B 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 2 分)

英文缩写	中文含义	英文缩写	中文含义	英文缩写	中文含义
am	上午	OD.	右眼	iv.	静注
pm	下午	OS.	左眼	iv gtt.	静滴
qd.	每日 1 次	OL.	左眼	po.	口服
qn.	每晚	OU.	双眼	iH.	皮下的
qh	每小时	Ac.	餐前	im.	肌肉注射
q4h	每 4 小时	pc.	餐后	Liq.	溶液
bid.	每日 2 次	hs.	临睡时	sig.	标记 (标明用法)
tid.	每日 3 次			prn, sos.	必要时 (长期/临时)
qid.	每日 4 次				
qod.	隔日 1 次				

【考点 9】医师咨询 (26 未改动)

(2021B 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分; 2023C 型题, 1 分)

(一) 提高药物治疗效果

青霉素与第一代头孢菌素的交叉过敏反应发生率高, 约为 10%; 与第三、四代头孢菌素之间的交叉过敏反应发生率低至 0.17%~1.70%。如患者对青霉素过敏, 无其他更合适的药物, 药敏试验对三、四代头孢类敏感, 可谨慎选用密切监护即可。

(二) 降低药物治疗风险





➤ 药品不良反应

①阿昔洛韦 可致急性肾衰竭，肾损伤。

②利巴韦林 可致畸胎、肿瘤、溶血性贫血。

③人促红素 可引起纯红细胞再生障碍性贫血。

④肝素 血小板减少症（HIT），并引发血栓栓塞并发症。

④长时间大量应用头孢菌素类、碳青霉烯类等抗生素 可引起出血倾向反应。（适当补充维生素K、B）

⑤被召回或撤市 培高利特（心脏）、替加色罗（心脑血管）、含钆造影剂（肾损）。

➤ 禁忌症

加替沙星 糖尿病患者禁用

[氟喹诺酮类不良反应：胃肠道、中枢神经系统、视觉紊乱、光敏反应、关节病变 跟腱炎、心脏毒性、血糖紊乱等]

➤ 药物相互作用

①抗抑郁药氟西汀、帕罗西汀+单胺氧化酶抑制剂（呋喃唑酮、异烟肼、吗氯贝胺、帕吉林、司来吉兰等）合用=5-羟色胺综合征（高热、兴奋、意识障碍、癫痫发作、肌震颤、高血压危象，甚至死亡），至少间隔 14 日。口诀：司帕冲动氯异呋；五羟抑郁要单过

②他汀类+ CYP3A4 抑制剂（环孢素、伊曲康唑、酮康唑、克拉霉素、罗红霉素等），+吉非罗齐/盐酸=不良反应增加（肝毒性、肌毒性）

【考点 10】护士用药咨询（26 年改动）

（2015B 型题，2 分；2016A 型题，3 分；2016X 型题，1 分；2017B 型题，2 分；2018A 型题，1 分；2019X 型题，1 分；2020B 型题，1 分；2021A 型题，3 分；2022A 型题，1 分；2023A 型题，1 分；2023C 型题，1 分。）

药物的适宜溶剂	不宜选用氯化钠注射液溶解的药品： 多烯磷脂胆碱注射液、奥沙利铂、两性霉素 B、红霉素、呋库溴铵、氟罗沙星。 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。
药物的稀释容积	氯化钾注射液：切忌直接静脉注射，滴注时的浓度不宜超过 0.34%，治疗心律失常时浓度要达到 0.5%，甚至 1%。 头孢曲松钠 ：不宜与含钙注射液直接混合（葡萄糖酸钙、氯化钙、复方氯化钠注射液、复方乳酸钠葡萄糖注射液、乳酸钠林格注射液），可形成沉淀。
药物滴注速度	万古霉素：不宜肌肉注射或直接静脉注射，滴注过快会出现“ 红人综合征 ”。每 0.5g 至少加入 100ml，静滴 1 小时以上。 雷尼替丁：静脉注射速度过快可引起心动过缓。 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，尽量选择肌肉注射。
滴定过程必须遮光	对氨基水杨酸钠、硝普钠、放线菌素 D、长春新碱、尼莫地平、左氧氟沙星等。
药物的相容性	多巴胺不与呋塞米配伍使用，因可形成黑色聚合物。酚羟基在碱性环境（呋塞米注射液呈碱性）下易被氧化，生成醌类化合物。





【考点 11】药物信息源分类及判断 (26 年未改)

一级	以期刊杂志发表的 原创性 论著为主	《中国药 学 杂志》 《中国医院药 学 杂志》
	优点: 内容新、有细节、免受干扰 缺点: 可能错误、要专业能力、花时间	
二级	摘要、索引、目录, 用于 检索 一级信息	《中国药 学 文 摘 》 万方数据资源系统
	优点: 方便筛选 缺点: 不够全、不够新、需专业	
三级	从原创中提取出被广泛接受的	《中国 国家 处方集》 《马 丁 代尔药 物 大典》
	优点: 内容广泛, 使用方便 ; 具体问题简明扼要; 提供基础知识 缺点: 不是最新, 不够全面, 可能有误	

【考点 12】疼痛控制的原则 (26 年未改)

(2015A 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2021X 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分)

轻度疼痛(NRS 评分 1-3 分)可使用对乙酰氨基酚及非甾体抗炎药进行治疗。

中度疼痛(NRS 评分 4-6 分)可使用弱阿片类药物进行治疗; 如镇痛效果欠佳, 可视临床实际情况, 使用低剂量强阿片类药物联合非阿片类镇痛药物, 作为对弱阿片类药物的替代治疗。

重度疼痛(NRS 评分 ≥ 7 分)可使用强阿片类药物如吗啡进行治疗。

【考点 13】“十八反”“十九畏”(25 年新增)

“十八反”: 乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白及、白鼓; 甘草反甘遂、京大戟、海藻、芫花; 藜芦反人参、丹参、玄参、沙参、苦参、细辛、赤芍、白芍。

“十九畏”: 硫黄畏朴硝, 水银畏砒霜, 狼毒畏密陀僧, 巴豆畏牵牛子, 丁香畏郁金, 川乌、草





乌畏犀角，牙硝畏三棱，官桂畏赤石脂，人参畏五灵脂。

①含乌头类饮片的中成药不能与含贝母、瓜蒌、半夏、白及、白鼓的中成药同服。

②含甘草的中成药不能与含甘遂、京大戟、海藻、芫花的中成药同服。

③含藜芦的中成药不能与含人参、丹参、玄参、沙参、苦参、细辛、赤芍、白芍的中成药同服。

④含芒硝的中成药不宜与含硫黄、三棱的中成药同用；含水银的中成药不宜与含砒霜的中成药同用；含狼毒的中成药不宜与含密陀僧的中成药同用；含巴豆的中成药不宜与含牵牛子的中成药同用；含丁香的中成药不宜与含郁金的中成药同用；含川乌、草乌的中成药不宜与含犀角的中成药同用；含肉桂的中成药不宜与含赤石脂的中成药同用；含人参的中成药不宜与含五灵脂的中成药同用。

【考点 14】抗菌药物临床应用分级管理（25 年新增）

1. 非限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。应是已列入《国家基本药物目录》《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

2. 限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，但对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

3. 特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药性的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在 24 小时之内，其后需要补办审批手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

【考点 15】抗肿瘤药使用前需进行靶点检测（26 年未改）

（2025A 型题，1 分）

表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶基因突变的检测	
间变性淋巴瘤激酶(ALK)基因阳性	阿来替尼、塞瑞替尼
HER2	拉帕替尼、吡咯替尼、奈拉替尼等小分子酪氨酸激酶抑制剂(TKI)类药物
其他	曲妥珠单抗、帕妥珠单抗、伊尼妥单抗等大分子单克隆抗体；恩美曲妥珠单抗、德曲妥珠单抗等抗体药物偶联物(ADC 药物)

【考点 16】抗菌药物临床应用管理（26 年未改）

（2018A 型题，1 分；2020C 型题，1 分；2023B 型题，2 分；2025A 型题，1 分）





抗菌药应用原则	➤ 有感染指征 ➤ 大多数轻至中度感染口服给药，青霉素、头孢不可局部应用，氨基糖苷不可局部滴耳 ➤ 用至体温正常、症状消退后 72~96 小时。 ➤ 不应预防应用抗菌药：病毒性疾病（感冒、麻疹、水痘）；留置导尿管、深静脉导管以及建立人工气道（包括气管插管或气管切开）患者。 ➤ 昏迷、休克、中毒、心力衰竭、肿瘤、应用糖皮质激素等患者
---------	---

围手术期抗菌药预防性应用

分类	手术部位	是否预防应用抗菌药物	特殊情况需应用
清洁手术 (I类切口)	无菌部位(甲状腺、乳腺疾病手术)	否	①手术范围大、手术时间长 ②涉及重要器官(心、脑) ③异物植入手术 ④有感染高危因素
清洁-污染手术(II类手术切口)	有菌群存在 (如肠道)	是	
污染手术	手术部位已严重污染	是	





(III类手术切口)			
污染-感染手术(IV类切口)	手术前已在用抗菌药物		术前、术中、术后均需抗菌,不属于预防应用范畴。
静脉;给药时间一般术前 0.5-1h;时长一般不超过 24h,污染手术、心脏手术如有必要可延长至 48h。			

围手术期抗菌药物的选择

①金黄色葡萄球菌感染,例如骨科手术、四肢软组织手术、心血管、头颈等经皮肤的手术,可选用一、二代头孢。

②结肠、直肠、盆腔手术,选用针对革兰阴性菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的抗菌药物。

③头孢过敏者,G+杆菌可选用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素,G-杆菌感染可用氨曲南、磷霉素、氨基糖苷类。

④人工心脏瓣膜置换术、人工关节置换术,如有感染耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的可能,可选用万古霉素、去甲万古霉素。

⑤大肠埃希菌对氟喹诺酮类药物耐药率高,应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

【考点 17】红细胞变化的意义 (26 年未改)

(2016B 型题,1 分;2017B 型题,1 分;2019B 型题,1 分;2025B 型题,1 分)

1. 增多:

- ①相对增多:频繁呕吐、出汗过多一血液浓缩;
- ②病理代偿性和继发性增多:长期缺氧,如肺心病、高原病;
- ③真性红细胞增多:骨髓功能亢进。

2. 减少:

- ①丢失过多:各种出血,如消化道溃疡、痔疮;
- ②生成减少:再生障碍性贫血、骨髓瘤、缺铁性贫血、肾性贫血等;
- ③红细胞破坏过多:葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺陷,血清中存在红细胞抗体、脾功能亢进等。

【考点 18】白细胞变化的意义 (26 年未改动)





(2015B 型题, 2 分; 2016B 型题, 2 分; 2017B 型题, 2 分; 2018A 型题, 1 分; 2018X 型题, 1 分; 2019B 型题, 2 分)

分类	增加	减少
白细胞/中性粒细胞	急性感染和化脓性炎症 (最常见原因)。	特殊感染如伤寒、副伤寒、结核分枝杆菌感染、病毒感染 (风疹、肝炎、流感)、疟疾等。
嗜酸性粒细胞	①过敏性疾病 (支气管哮喘、荨麻疹、药物性皮炎、血管神经性水肿); ②皮肤病与寄生虫病; ③血液病; ④头孢类抗生素; ⑤恶性肿瘤; ⑥传染病等。	①伤寒、副伤寒、大手术后、严重烧伤等; ②长期应用肾上腺皮质激素、烟酸等。
嗜碱性粒细胞	①血液系统疾病; ②铅铋中毒; ③内分泌疾病。	速发型过敏反应如过敏休克等, 促皮质激素、肾上腺皮质激素等。
淋巴细胞	①传染病; ②血液系统疾病; ③移植排斥反应。	免疫缺陷病、长期应用肾上腺皮质激素等。

【考点 19】其他血生化检查指标 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017C 型题, 1 分; 2018B 型题, 1 分; 2019A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分)

- (1) 淀粉酶 (AMY): 增高见于急性胰腺炎。
- (2) 肌酸激酶 (CK): 增高见于心肌梗死、各种肌肉疾病、服用他汀类药物或与贝特类联合应用。
- (3) 心肌肌钙蛋白 (cTn): 其数值变化可判断心肌缺血性损伤的严重程度。
- (4) 糖化血红蛋白 (HbA_{1c}): 反映测定前 3 月内的平均血糖水平, 但不能用于糖尿病的诊断。
- (5) 国际化标准比值 (INR): 华法林, 安全有效范围为 2.0~3.0。
- (6) C 反应蛋白: 鉴别细菌感染与非细菌性感染。

【考点 20】乙型肝炎血清免疫学检查 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分)

	表面抗原 HBsAg	表面抗体 HBsAb	e 抗原 HBeAg	e 抗体 HBeAb	核心抗体 HBcAb
小三阳	√			√	√
大三阳	√		√		√
临床意义	“澳抗”, 阳性提示感染。	阳性表明机体产生了免疫力。	是 HBV 活动性复制和传染性强的标志。	出现于 HBeAg 转阴之后, 证明人体对 HBeAg 有一定的免疫清除力	为急性感染早期标志性抗体。

“大三阳”+AST 及 ALT 升高=传染性强, 应尽快隔离。

“小三阳”+肝功能正常, 又无症状=肝炎病毒无症状携带者。

【考点 21】药物不良反应的评价结果 (26 年未改)





(2015A 型题, 1 分; 2016B 型题, 3 分; 2019A 型题, 1 分; 2020X 型题, 1 分; 2023B 型题, 2 分; 2024X 型题, 1 分)

[五步法]

1. **肯定** 用药及反应发生时间顺序合理; 停药以后反应停止, 或迅速减轻或好转; 再次使用, 反应再现, 并可能明显加重; 有文献资料佐证; 排除原患疾病等其他混杂因素影响。

2. **很可能** 无重复用药史, 余同“肯定”。

3. **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, 或原患病的病情进展因素不能排除。

4. **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。

报告时限: 新的、严重的药品不良反应应当在 **15 日内** 报告, 死亡病例须立即报告, 其他药品不良反应则应当在 **30 日内** 报告。

【考点 22】药源性疾病-按照病因分类 (25 年新增)

A 型药源性疾病	为剂量相关的, 是致病药物本身的药理作用增强和持续发展的结果, 可预测; 其发生率高, 但死亡率低。 例如非甾体抗炎药引起的消化道疾病随着剂量增加、疗程延长而加重。
B 型药源性疾病	剂量不相关的, 与药物本身药理作用无关的, 难以预测, 发生率较低但死亡率较高, 变态反应(又称为过敏反应)、特异质反应。 例如①青霉素注射引起的过敏性休克等。②拉莫三嗪超剂量增加皮疹风险。③别嘌醇初始剂量 > 100mg/d 是引发迟发型超敏反应的危险因素之一。
C 型药源性疾病	长期用药引起的, 还包括停药反应。 长期使用 β 受体拮抗剂患者突然停药引起药源性高血压。
D 型药源性疾病	由药物致癌、致畸、致突变作用导致的。 ①鲑鱼降钙素注射液长期使用可能增加癌症的风险; ②沙利度胺所致的“海豹肢”畸形; ③妊娠期女性服用己烯雌酚所娩女婴在青春期罹患阴道腺癌。

【考点 23】妊娠期妇女用药 (26 年未改)

(2015A 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2021A 型题, 2 分)

1. 容易通过胎盘屏障的药物: 脂溶性高、分子量小、蛋白结合率低的药物。

2. 药物对妊娠期不同阶段胎儿的影响

①妊娠早期

受精后半个月以内: 胚胎死亡、流产或存活发育成正常个体;

受精后 3 周至 3 个月 (致畸敏感期): 沙利度胺可引起胎儿肢体、耳、内脏畸形; 雌孕激素、雄激素可引起胎儿性发育异常; 叶酸拮抗剂可导致颅面部畸形、腭裂等; 氮芥类药物可引起泌尿生殖系统异常, 指趾畸形。

②胎儿形成期





妊娠 5 个月后用四环素可使婴儿牙齿黄染，牙釉质发育不全，骨生长障碍；镇静、麻醉、止痛、抗组胺药或其他抑制中枢神经系统的制剂，可抑制胎儿神经活动，甚至影响其大脑发育；

妊娠后期使用抗凝药华法林、大剂量苯巴比妥或长期服用阿司匹林，可导致胎儿严重出血，甚至死胎；

临产期使用某些药物如抗疟药、磺胺、硝基呋喃类、解热镇痛药如氨基比林、大剂量维生素 K 等，对红细胞缺乏葡萄糖-6-磷酸脱氢酶者可引起溶血；分娩前应用氯霉素可引起新生儿灰婴综合征。

【考点 24】哺乳期妇女用药（26 年未改）

（2015A 型题，1 分；2016A 型题，1 分；2017B 型题，2 分；2019B 型题，2 分；2019X 型题，1 分；2020A 型题，1 分；2021B 型题，3 分；2022X 型题，1 分）

1. 药物的乳汁分泌

- ① **脂溶性高**的药物易分布到乳汁中，如地西泮；② **蛋白结合率高**的药物不易分布到乳汁中，如华法林；③ **弱碱性药物**易于分布到乳汁中，如碱性：红霉素，酸性：青霉素 G。

2. 哺乳期用药原则

- ① 如果哺乳期使用的药物本身也可用于有相应医疗需求的婴儿，通过母乳排出的剂量通常远低于直接给予婴儿的治疗剂量。
- ② 药物毒性风险在早产儿和患病婴儿中较高，在 6 月龄以上的婴儿中相对少见。
- ③ 胰岛素或肝素等口服生物利用度低的药物通常对母乳喂养婴儿无明显影响。
- ④ 部分药物会减少泌乳量，包括多巴胺受体激动剂（如溴隐亭）、减充血剂和雌激素（如激素避孕药）会减少乳汁量。

【考点 25】老年人用药（26 年未改动）

（2017B 型题，1 分；2019X 型题，1 分；2024A 型题，1 分；2025A 型题，1 分）

对大多数药物敏感性增高、药物作用增强——中枢神经系统药物。对少数药物敏感性降低、反应减弱—— β 受体激动剂及阻滞剂。

症状	有关药物
谵妄	抗胆碱药、苯二氮草类药物、抗组胺药、阿片类镇痛药、氟喹诺酮类、碳青霉烯类等。
跌倒	苯二氮草类（宿醉）、抗抑郁药、抗精神病药等。
睡眠障碍	镇静药、抗抑郁药、利尿剂、降压药、糖皮质激素等。
尿失禁	袢利尿剂、 α 受体阻断剂、ACEI、抗抑郁药、抗精神病药、钙通道阻滞剂、镇静催眠药、噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂等。
便秘	女性多见，利尿剂、降压药、阿片类、抗帕金森药等。

【考点 26】肝功能不全患者用药（26 年未改）

（2016A 型题，1 分；2016X 型题，1 分；2017B 型题，1 分；2018A 型题，1 分；2020A 型题，1 分）

首过消除明显的药物有维拉帕米、阿司匹林、利多卡因、吗啡、硝酸甘油、对乙酰氨基酚、美托洛尔和氯丙嗪等，肝功能不全需减量。

需经肝脏代谢后才具有药理活性的前体药：可待因、依那普利、环磷酰胺等。

1. 根据肝功能 CTP 评分调整剂量





①5~6 分为 CTP A 级或轻度肝功能不全: 用正常患者 50%的维持剂量;

②7~9 分为 CTP B 级或中度肝功能不全: 用维持剂量的 25%;

③10~15 分为 CTP C 级或重度肝功能不全: 应使用经临床试验证实安全性好的。

2. 用药原则: 肝功能不全而肾功能正常的患者选用对肝毒性小, 并且从肾脏排泄的药物; 肾功能不全而肝功能正常可选用双通道(肝肾)消除的药物。

3. 肝病患者慎用的药物

异烟肼、氯丙嗪、丙戊酸钠、苯妥英钠、抗真菌药、对乙酰氨基酚、抗甲状腺药、口服避孕药、甲基多巴、免疫抑制剂、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶等。

【考点 27】肾功能不全患者给药 (26 年未改动)

(2016C 型题, 1 分; 2017C 型题, 1 分; 2019B 型题, 1 分; 2025A 型题, 1 分)

(一) 药动学改变举例

- 吸收: 维生素 D 羟化不足, 可导致肠道钙吸收减少。
- 分布: 酸性药物血浆蛋白结合率下降(苯妥英钠、咪塞米); 而碱性药物血浆蛋白结合率不变(普萘洛尔)或降低(地西泮、吗啡)。
- 代谢: 维生素 D₃的第二次羟化障碍。
- 排泄: 代谢产物体内蓄积产生毒性反应, 普鲁卡因胺 $\rightleftharpoons$ N-乙酰普鲁卡因胺, 美托洛尔 $\rightleftharpoons$ 去甲基美托洛尔。

(二) 剂量调整

1. 减量法(血药浓度波动幅度较小);
2. 延长给药间隔(间隔延长, 血药浓度波动较大, 可能影响疗效);
3. 二者结合

①依据肾功能损害程度(抗菌药), 调整方案为轻度: 正常剂量的 2/3-1/2; 中度: 正常剂量的 1/2-1/5; 重度: 正常剂量的 1/5-1/10。

②根据肌酐清除率(Ccr): 成年男性=(140-年龄)×体重/(72×Scr); 成年女性=男性×0.85。

③按药品说明书的图、表、公式调整用药剂量与给药间期。

④治疗窗窄的药物进行血药浓度监测。

【考点 28】透析患者常用药物 (26 年未改动)





磷结合剂（钙剂、碳酸镧、司维拉姆）	必须在 进食的同时服用 ，否则无效。
维生素 D（骨化三醇、阿法骨化醇）	应在 睡前服药
铁剂	不与 钙剂 同服， 不饮茶 ， 两餐中间服用
维生素 B、C	每日
缓泻药	增加纤维素的含量或开塞露、乳果糖
促红素（EPO）	只能 注射方式给药
非甾体抗炎药	对乙酰氨基酚， 避免阿司匹林 。
其他	胰岛素、肝素、抗感染、降压药

【考点 29】驾驶员慎用药物（26 年未改动）

镇静催眠药	对中枢神经系统有抑制作用，可引起嗜睡等症状
解热镇痛药	布洛芬和双氯芬酸等可引起头晕、头痛、视力降低甚至视觉障碍、眩晕和耳鸣等症状。
抗组胺药	氯苯那敏、苯海拉明等可能抑制中枢神经，致嗜睡、眩晕、头痛、乏力和不自主颤抖等反应。
镇咳药	右美沙芬、喷托维林等药物可引起头晕、嗜睡和乏力等症状。
抗感冒药	复方制剂含解热镇痛药、鼻黏膜血管收缩药和抗过敏药物，易使人嗜睡。
血管扩张药	氟桂利嗪可致眩晕和嗜睡；二氢麦角碱和硝酸甘油可致视物模糊。





抗高血压药	呋塞米、螺内酯等可引起尿急、尿频等症状。利血平、硝普钠等可能导致心悸、心绞痛和体位性低血压等反应。
抗血小板药	双嘧达莫可引起头痛、眩晕等症状。
抑酸药	奥美拉唑和兰索拉唑等可引起疲乏、嗜睡等症状；雷尼替丁、法莫替丁等可致幻觉、定向力障碍等。
降糖药	磺酰脲类等降糖药，可引起低血糖反应，出现头晕、心慌等症状。
抗癫痫药	卡马西平、苯妥英钠和丙戊酸钠等可引起视物模糊、眩晕等症状。
散瞳药	阿托品等散瞳药可使眼部睫状肌调节麻痹，致视近物不清或视物模糊。

【考点 30】运动员用药（即兴奋剂）（26 年未改动）

（2017A 型，1 分；2018B 型，2 分；2022B 型，1 分；2023B 型题，2 分；2025A 型题，1 分）

类别	代表药物	作用/危害
S0 未获批药物		
S1 蛋白同化制剂	十一酸睾酮、司坦唑醇、达那唑，中药的麝香等	体格强壮； 性方面异常，心脑血管疾病。
S2 肽类激素、生长因子等	促红素类、肽类激素等（亮丙瑞林、绒促性素等）、生长因子以及生长因子调节剂	促红细胞生成素提高携氧量； 心、肝功能衰竭，糖尿病等。
S3 β_2 受体激动剂	沙丁胺醇、沙美特罗、特布他林等	小剂量增加兴奋性，大剂量蛋白同化作用
S4 激素及代谢调节剂	①芳香化酶抑制剂（阿那曲唑、依西美坦）；②抗雌激素作用物质（如氯米芬、他莫昔芬等）；③激活素受体 II B 活化抑制剂类（如比玛卢单抗等）；④代谢调节剂（如曲美他嗪等）。	
S5 利尿剂和掩蔽剂	去氨加压素、丙磺舒以及血容量扩充剂类（静脉输入白蛋白、甘露醇）	利尿剂减轻体重； 干扰其他药物的检测
S6 刺激剂	麻黄碱、肾上腺素、哌甲酯、丁丙诺啡等	增强人的精神和体力，忍受竞技造成的伤痛，并提高攻击力；导致过度兴奋与焦虑。
S7 麻醉剂	吗啡、可待因、哌替啶、芬太尼	忍耐疼痛； 呼吸困难，依赖性。
S8 大麻（酚）类	大麻和大麻酚类	
S9 糖皮质激素		调节蛋白质、糖、脂肪代谢；抗炎镇痛
P1 β 受体拮抗剂	洛尔类	可降低血压、减慢心率、减少心肌耗氧量、消除紧张心理





药品批发企业经营蛋白同化制剂、肽类激素记录应当保存至超过其有效期 2 年。

【考点 31】海姆立克急救法（25 年新增）

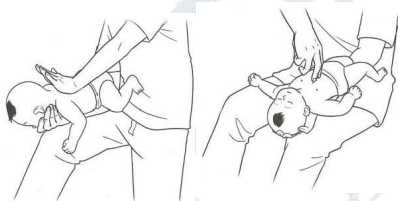
1. 一般人群

患者直立位，操作者站立在患者身后，患者向前略微倾斜，操作者用掌根向患者的上背部叩击 5 次。若患者未咳出异物，操作者应将两臂环绕患者的腰，**一手握拳，置于患者脐上方，另一只手紧握该拳**，给予患者同时**向内、向上的冲击**；可能需要重复冲击数次直至异物咳出或救援人员到达。



2. 婴儿

采用拍背法(孩子趴在施救者手臂上，该侧手部握住孩子对两侧颌骨，另一只手的掌根部在孩子的两侧肩胛骨之间用力击打 1-5 次)或压胸法(孩子仰卧于施救者手臂上，该侧手部握住孩子的后颈部，另一只手的食指或中指按压孩子的胸骨下段)。



【考点 32】心肺复苏流程（25 年新增）

1. 胸外按压

找到胸骨下半部、双乳头连线中点，即胸骨中下 1/3 交界处；施救者双手交叠，掌根部置于按压点，手指交叉并抬起，利用施救者上半身的力量垂直向下按压，使胸骨下陷**至少 5cm(成人)**，但不超过 6cm。按压频率为每分钟 100-120 次，按压和放松的时间相等，确保胸部在每次按压后完全回弹。

2. 人工呼吸

施救者一手放在患者前额，并用拇指和食指捏住患者的鼻孔，另一手使其头尽量后仰，保持气道开放状态；施救者深吸一口气，张开口以封闭患者的口唇周围(对婴幼儿可连同鼻一起包住)，向患者口内连续**吹气 2 次，每次吹气时间为 1-1.5 秒**，直到胸廓抬起。

3. 进行上述按压和呼吸的比例

30:2(即**30 次胸外按压后 2 次人工呼吸**，此为 1 个心肺复苏循环)，**5 个**循环后重新判断脉搏及呼吸(评估时间 5-10 秒)。若仍无脉搏和呼吸，继续按压。





【考点 33】常用洗胃液的作用特点及注意事项 (26 年未改动)

(2023B 型题, 3 分; 2024B 型题, 2 分)

洗胃液	用途	注意事项
1: (5000-10000) 高锰酸钾溶液 (强刺激性)	为氧化剂, 常用于巴比妥类、阿片类、土的宁、毒扁豆碱、氰化物等	有机磷农药中毒不宜使用
活性炭	强效吸附剂, 用于有机及无机物	对氰化物无效
淀粉溶液 (米汤)	碘中毒, 直至不显蓝色	
氯化钠或生理盐水	常用于毒物不明	
3%-5%鞣酸	大部分有机及无机化合物沉淀, 如生物碱、强心苷及铅、铝等重金属。	可用浓茶代替

【考点 34】特异性解毒剂 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2016B 型题, 2 分; 2017B 型题, 3 分; 2017X 型题, 1 分; 2017C 型题, 1 分; 2018B 型题, 3 分; 2019B 型题, 2 分; 2020B 型题, 3 分; 2021C 型题, 1 分; 2022B 型题, 2 分; 2024B 型题, 2 分)





分; 2025A 型题, 1 分)

中毒物质	解毒剂
二巯基丙醇	砷、汞、铋及酒石酸锑钾中毒
二巯丁二钠	锑、钴、汞、砷中毒
依地酸钙钠	铅中毒, 也可用于镉、锰、铬、镍、钴和铜中毒
巯乙胺	急性四乙基铅中毒
青霉胺	铜、铁、汞、铅、砷等中毒
去铁胺	铁中毒
亚甲蓝	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)
亚硝酸钠	氰化物中毒
硫代硫酸钠	氰化物中毒, 也可用于砷、汞、铅中毒
羟钴胺	氰化物中毒
谷胱甘肽	用于氟化物、一氧化碳、重金属等中毒
氯/碘解磷定、双复磷	使被有机磷类毒害的胆碱酯酶复活
阿托品类	对抗有机磷类中毒所致的毒蕈碱样激动效应
戊乙奎醚	有机磷类中毒后期或胆碱酯酶 (ChE) 老化后维持阿托品化
贝那替秦	对抗有机磷类中毒所致的烟碱样激动效应
乙酰胺	氟乙酰胺灭鼠药中毒
纳洛酮	阿片类药物中毒、急性乙醇中毒
盐酸烯丙吗啡	阿片类药物中毒
氟马西尼	苯二氮草类药物中毒
乙酰半胱氨酸	对乙酰氨基酚过量或中毒
维生素 K ₁	香豆素类灭鼠药中毒
亚叶酸钙	甲氨蝶呤过量、甲氧苄啶急性中毒

【考点 35】阿片类中毒 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017B 型题, 1 分)

1. 中毒表现:

重度中毒: 昏迷、针尖样瞳孔和呼吸的极度抑制为吗啡中毒的三联症状。

2. 救治措施

- ①口服中毒, 洗胃、导泻, 中毒较久的口服中毒患者, 仍应洗胃, 禁用阿朴吗啡催吐。
- ②皮下注射过量中毒, 迅速用止血带扎紧注射部分上方, 局部冷敷。
- ③静脉滴注葡萄糖氯化钠注射液, 促进排泄, 防止脱水, 注意保温。吸氧, 阿托品刺激呼吸中枢。
- ④救治期间, 禁用中枢兴奋剂 (士的宁等), 可能会诱发惊厥。





⑤重度中毒患者可给予血液透析和血液灌流治疗。

⑥纳洛酮和烯丙吗啡为阿片类药物中毒的首选拮抗剂，肌内注射或静脉注射；盐酸丙烯吗啡也有对抗吗啡作用，对阿片类药物已耐受者，使用盐酸丙烯吗啡会立即出现戒断症状，高血压及心功能障碍患者应慎用。

【考点 36】急性乙醇中毒（26 年未改动）

（2015X 型题，1 分；2016A 型题，1 分；2023A 型题，1 分）

1. 催吐、洗胃和活性炭不适用于单纯酒精中毒患者（吸收迅速）。
2. 严重者静脉注射葡萄糖注射液，同时肌内注射维生素 B₁、B₆ 及烟酸各 100mg，以加速乙醇在体内氧化，促进清醒。适当补充维生素 C 有利于酒精氧化代谢。
3. 美他多辛促酒精代谢。
4. 慎用镇静剂，不能使用吗啡及巴比妥类，因为会加重呼吸抑制。
5. 特殊解毒剂纳洛酮，肌内或静脉注射。
6. 有惊厥者可酌用地西洋、10%水合氯醛等。

【考点 37】有机磷中毒症状与治疗（26 年未改动）

（2015A 型题，1 分；2015X 型题，1 分；2023B 型题，1 分）

1. 症状

- ①毒蕈碱样症状（M 样症状）：食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、瞳孔缩小、视力模糊、多汗、流涎、支气管痉挛、呼吸道分泌物增多、呼吸困难、发绀等。
- ②烟碱样症状（N 样症状）：肌肉震颤、抽搐、肌无力、心率加快、血压升高等。
- ③中枢神经系统症：眩晕、头痛、乏力、烦躁不安、发热、失眠、震颤、精神恍惚、言语不清、惊厥、昏迷等。

2. 治疗原则及治疗药物选择

- ①脱离中毒环境：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：2%碳酸氢钠（敌百虫中毒者忌用）、清水反复洗胃。
- ③导泻：硫酸镁。
- ④应用解毒剂：阿托品—M 样症状，提高机体对乙酰胆碱的耐受性；碘解磷定或氯解磷定—N 样症状。
- ⑤血液净化：对重症者有显著疗效，可选血液透析、腹膜透析或血液灌流。

【考点 38】应用阿托品的注意事项（26 年未改动）

（2015A 型题，1 分）

①对烟碱样作用无效；轻度中毒者，可单用阿托品治疗；中度与重度中毒者，则必须与解磷定等胆碱酯酶复活剂同时应用。

②应用原则“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：瞳孔扩大、面部潮红、皮肤干燥、口干、心率加快。

③阿托品中毒：谵妄、躁动、幻觉、全身潮红、高热、心率加快甚至昏迷。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。





【考点 39】应用胆碱酯酶复活剂的注意事项 (26 年未改动)

(2015X 型题, 1 分)

①切勿两种或三种复活剂同时应用, 以免其毒性增加。

②复活剂用量过大、过快或未经稀释直接注射, 均可引起中毒。不能与碱性药物并用, 因在碱性液中不稳定, 可以水解生成剧毒的氰化物。

③胆碱酯酶复活剂对内吸磷、对硫磷、甲拌磷、乙硫磷、治螟磷、毒死蜱、苯硫磷、辛硫磷、特普等中毒疗效较好。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, 此时应以阿托品治疗为主。

【考点 40】重金属中毒 (26 年未改动)

(2016B 型题, 1 分)

1. 铅中毒

①临床表现: 头痛、头晕、口中有金属气味、铅毒性脑病等;

②治疗: 1%硫酸镁或硫酸钠洗胃, 硫酸钠或硫酸镁导泻, 活性炭吸附毒物; 驱汞治疗: 喷替酸钙钠、依地酸钙钠、二巯丁二钠静脉滴注或肌内注射。

2. 汞中毒

①临床表现: 口服中毒: 急性腐蚀性口腔炎和胃肠炎; 慢性中毒: 首发神经衰弱症状。病情发展到一定程度时出现三大典型表现: 易兴奋症、意向性震颤、口腔炎。

②治疗: 驱汞治疗: 二巯丙磺钠、二巯丙醇 (同时碱化尿液)、青霉胺、二巯丁二钠; 对症支持治疗: 重症患者补液、纠正水与电解质失衡, 口腔护理; 口腔炎患者同时给予 2%碳酸氢钠或 0.02%氯己定、生理盐水含漱。

③注意事项: 青霉素过敏者禁用青霉胺; 花生或花生制品过敏者, 不用二巯丙醇; 发生急性肾衰竭时不宜驱汞治疗。

【考点 41】发热 (26 年未改动)

(2015X 型题, 1 分; 2016C 型题, 3 分; 2018A 型题, 1 分; 2018B 型题, 2 分; 2019A 型题, 1 分; 2019X 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分)

1. 药物治疗

①对乙酰氨基酚: 即扑热息痛, 解热作用强, 镇痛作用弱, 胃肠道刺激小, 是退热药的首选。成人一次 0.3~0.6g, 每隔 4 小时 1 次, 或一日 4 次, 用于退热一日安全剂量不宜超过 2g; 用于镇痛, 成人一次 0.5~1g, 一日 3~4 次, 一日安全剂量不超过 4g; 儿童按体重一次 10~15mg/kg, 每隔 4~6 小时重复用药 1 次, 每 24 小时不多于 4 次, 用药不超过 3 天。超剂量使用可造成肝脏不可逆损伤。

②阿司匹林: 有可能引起 Reye's 综合征, 避免用于儿童退热。

③布洛芬: 镇痛作用较强, 抗炎作用较弱。胃肠道不良反应轻, 易于耐受。12 岁以上用于退热、镇痛, 一次 0.2~0.4g; 用于抗炎, 一次 0.2~0.6g; 一日 3~4 次, 一日安全剂量按非处方药不超过 1.2g, 处方药不超过 2.4g; 1~12 岁儿童, 每次 5~10mg/kg, 每 6 小时一次。

2. 用药注意事项及健康提示





- ①解热镇痛药 用于退热对症治疗，可能掩盖病情。**原则上单药治疗，不建议合用或交替使用。**
- ②对于儿童建议体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 时使用退热药。有高热惊厥病史的，一旦发热规范应用退热药。
- ③**妊娠期、哺乳期可在正常计量下，短期应用对乙酰氨基酚。**
- ④布洛芬可引发流产、胎儿心脏缺陷及唇腭裂，妊娠早期和晚期禁止使用。哺乳期可以应用。

【考点 42】疼痛 (26 年改动)

(2018B 型题，3 分；2020A 型题，1 分；2023A 型题，1 分；2024A 型题，1 分；2025A 型题，2 分；2025B 型题，1 分)

1. 非甾体抗炎药

①双氯芬酸缓释片：推荐剂量为每日 1 次，每次 75mg，最大日剂量为 150mg；对夜间及清晨疼痛症状较重的患者，应在傍晚服用 75mg。

②塞来昔布：骨性关节炎每日剂量为 200mg。磺胺类过敏者禁用。

③双氯芬酸钠二乙胺乳胶剂：外用缓解肌肉、软组织、关节的轻至中度疼痛。

④**布洛芬有水钠储溜作用**，高血压、心功能不全的患者应慎用。

2. 腹痛：胃肠绞痛、胆道痉挛可选用可用氢溴酸山莨菪碱、颠茄浸膏片。

3. 头痛与神经痛

①长期精神紧张、焦虑者应用地西泮或劳拉西泮。

②急性偏头痛佐米曲普坦、舒马曲普坦，此外含有咖啡因的对乙酰氨基酚复方制剂、阿司匹林、罗通定、双氯芬酸、麦角胺咖啡因等均可用于偏头痛。

③三叉神经痛**首选卡马西平**，奥卡西平、拉莫三嗪、巴氯芬、加巴喷丁、普瑞巴林都可作为备选药物，如效果不佳可选苯妥英钠、阿米替林。

5. 腰腿痛及骨关节疼

①对乙酰氨基酚及非甾体抗炎药物都常作为一线治疗，非甾体抗炎药物的**局部外用**制剂可作为优选治疗方案。②在急性期和亚急性期存在肌肉紧张、僵硬和痉挛时，可酌情联合肌肉松弛剂（例如乙哌立松、替扎尼定、巴氯芬）治疗。③氨基葡萄糖选择性地作用于骨性关节。

6. 中枢性镇痛药曲马多（第二类精神药品）：限制用于 12 岁以下儿童，也不建议哺乳期；禁止 18 岁以下儿童使用本品治疗扁桃体和(或)腺样体摘除手术后的疼痛，也不建议肥胖或阻塞性睡眠呼吸暂停或严重肺部疾病的 12-18 岁青少年使用。

7. 含阿片类药物的复方镇痛药：氢酚曲马多、氢酚双氢可待因、氢酚待因、氢酚羟考酮等，短期按需使用。

【考点 43】普通感冒与流行性感冒 (26 年微改动)

(2017A 型题，1 分；2018B 型题，2 分；2019A 型题，1 分；2020B 型题，1 分；2021C 型题，2 分；2022A 型题，1 分；2023X 型题，1 分；2024B 型题，1 分；2025C 型题，1 分)

1. 普通感冒

成人	非处方抗感冒药：抗组胺药、解热镇痛药、减鼻充血药 锌含片 ：起病 24 小时内多次含服，缩短感冒持续时间 利巴韦林： 免疫功能低下或疑诊呼吸道合胞病毒感染者
----	--





	抗菌药物: 反对 吸入湿化加热的空气: 有支气管哮喘的感冒患者不建议
儿童	解热镇痛药: 对乙酰氨基酚、布洛芬 生理盐水冲洗鼻腔 : 每天 6 次, 鼻分泌物可减少 蜂蜜: 可减少咳嗽的频率和严重程度 注意: 不建议 6 岁以下 儿童使用镇咳药、抗组胺药、减充血剂、祛痰剂及阿司匹林

2. 流行性感冒(最好发病 48h 内抗病毒治疗)

药物: ①神经氨酸酶抑制剂, 首选奥司他韦, 妊娠及哺乳期妇女也可选用, 有神经系统不良反应; ② M_2 离子通道阻滞剂, 金刚烷胺、金刚乙胺, 耐药, 不建议使用; ③血凝素抑制剂, 阿比多尔。④病毒 RNA 聚合酶抑制剂, 玛巴洛沙韦、法维拉韦, 在症状出现后 48 小时内单次服用, 应避免与乳制品及其他钙强化饮料、含高价阳离子的泻药、抗酸药或口服营养补充剂(如铁、镁、硒或锌)同时服用

3. 疫苗预防: 最好在 10 月底前完成接种。使用减毒流感活疫苗 2 周内不可服用奥司他韦, 或使用奥司他韦 48h 之内不应使用减毒流感活疫苗。灭活疫苗(三价)可以在任何时间使用。

【考点 44】咳嗽的药物治疗 (26 年未改动)

(2017C 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021C 型题, 1 分; 2021X 型题, 1 分)

药物	特点
蜂蜜	婴儿可能出现肉毒杆菌中毒, 不应给 1 岁以下儿童服用
祛痰药	愈创甘油醚: 12 岁以上可使用治疗急性咳嗽 含有愈创甘油醚的药物: 6~12 岁医师指导下使用, 6 岁以下儿童不宜使用
镇咳药	含有右美沙芬的非处方药: 不应用于 12 岁以下儿童 含有福尔可定的非处方药: 不应用于 6 岁以下儿童 可待因对于改善咳嗽症状没有益处
支气管舒张剂	口服或吸入沙丁胺醇等对缓解咳嗽症状没有益处

【考点 45】咳嗽用药指导与患者教育 (26 年未改动)

苯丙哌林	对口腔黏膜有麻醉作用, 需整片吞服, 不可嚼碎
右美沙芬	◆ 引起嗜睡, 驾车、高空作业或操作机器者宜慎用 ◆ 注意含有右美沙芬的复方制剂, 如氨酚伪麻美芬片、酚麻美敏片、美扑伪麻片、双酚伪麻、美息伪麻等
喷托维林	◆ 青光眼、心功能不全者慎用 ◆ 可造成儿童呼吸抑制, 故 5 岁以下儿童不宜应用
可待因	可待因是麻醉药品, 反复用药可引起药物依赖性 ◆ 过敏者、多痰者、婴幼儿、分娩期禁用 ◆ 哺乳期妇女——可自乳汁排出, 慎用





	可待因复方口服液体剂（口服溶液、糖浆剂）：精二
--	-------------------------

【考点 46】急性扁桃体炎的药物治疗（26 年未改动）

（2021X 型题，1 分；2024C 型题，1 分）

一般治疗	镇痛和补水， 不推荐使用葡萄糖酸锌
细菌感染抗菌治疗	出现咽喉痛且 改良的 Centor 评分为 4 或 5 分 ◆ 选药： 首选青霉素 ，口服青霉素 V 钾或阿莫西林， 疗程 10 天 青霉素过敏者：大环内酯类、克林霉素（耐药率高） 不应使用： 复方磺胺甲噁唑和四环素类 ——抗菌有效性不足并可能增加不良反应 不常规用： 呼吸喹诺酮类 ——抗菌谱广，延迟结核病的诊断 疗效：大多数患者可在 48h 内 症状消失
手术治疗	一年内发生 5 次或以上 的扁桃体炎，可考虑手术

【考点 47】过敏性鼻炎（26 年微调整）

（2018 年 B 型题，1 分；2021 年 A 型题，1 分；2022 年 C 型题，2 分）

	轻度症状	中度或重度症状
间歇性过敏性鼻炎		
一线治疗	口服第二代抗组胺药 鼻用抗组胺药	口服第二代抗组胺药 鼻用抗组胺药
二线治疗	口服第二代抗组胺药联合伪麻黄碱 糖皮质激素鼻喷剂	糖皮质激素鼻喷剂
持续性过敏性鼻炎		
一线治疗	糖皮质激素鼻喷剂	糖皮质激素鼻喷剂、鼻用抗组胺药或 两药联合
二线治疗	糖皮质激素鼻喷剂联合 第二代抗组胺药或鼻用抗组胺药	

用药注意事项

糖皮质激素鼻喷剂	持续性过敏性鼻炎的一线治疗药物 不良反应：鼻出血、升高眼压 注意：指导患者避免朝向鼻中隔喷药
----------	--





第二代抗组胺药	口服	一线药物，一般每天只需用药 1 次，疗程不少于 2 周 ◆可能导致鼻腔或眼部干燥 ◆不如糖皮质激素鼻喷剂有效 ◆ 罕见心脏毒性作用 ，如 QT 间期延长
	鼻用	季节性、间歇性过敏性鼻炎的一线治疗，安全性好
白三烯受体拮抗剂		◆ 孟鲁司特，每天 1 次，最大效应时间 >4 周 ◆ 在改善夜间鼻部症状方面优于口服抗组胺药 ◆ 严重神经精神事件风险【黑框警告】
鼻用抗胆碱能药物		治疗非过敏性鼻炎或常年性鼻炎患者的前鼻滴漏
第一代口服抗组胺药		可导致镇静、痴呆、眼睛干涩、口干、尿潴留、剂量依赖性心动过速和心律失常风险
鼻用减充血剂		◆ 短期缓解鼻塞，处方量不应超过 3 天 ◆ 如果使用时间超过 5~7 天，则与糖皮质激素鼻喷剂一起给药（有助于预防药物性鼻炎） ◆ 伪麻黄碱可能导致血压升高、心悸、失眠和躁动
鼻用肥大细胞稳定剂		◆ 克罗莫林钠可改善季节性变应性鼻炎的症状 ◆ 在接触过敏原之前应用，可能最有帮助 ◆ 不良反应低，妊娠用药安全

【考点 48】社区获得性肺炎（CAP）（26 年未改动）

（2015A 型题，1 分；2018C 型题，2 分；2019C 型题，3 分；2021A 型题，1 分；2022A 型题，1 分；2022B 型题，2 分；2024A 型题，1 分）

1. CAP 经验性抗感染治疗

（1）门诊轻症 CAP 患者，肺炎链球菌建议口服**阿莫西林**或阿莫西林-克拉维酸钾治疗。青年无基础疾病患者考虑支原体/衣原体感染患者可口服多西环素或米诺环素。**不建议单用大环内酯类**，因其导致的心血管不良事件，耐药率高。

（2）有合并症或最近 3 个月有抗菌药物用药史的患者，呼吸**喹诺酮类**可用于首选方案药物耐药率较高地区或药物过敏或不耐受患者的替代治疗（备选方案）。年龄≥65 岁、存在基础疾病、酗酒史、3 个月内接受 β-内酰胺类药物治疗是耐药肺炎链球菌感染的危险因素，此类患者不宜单用多西环素/米诺环素或者大环内酯类药物。

（3）对于需要住院，推荐单用 β-内酰胺类或联合多西环素/米诺环素、大环内酯类或单用呼吸喹诺酮类。

（4）需要入住 ICU 的无基础疾病的青壮年重症 CAP 患者，推荐 β-内酰胺类/酶抑制剂复合物、第三代头孢菌素、厄他培南联合大环内酯类或单用呼吸喹诺酮类静脉治疗；而老年人或有基础疾病患者推荐联合用药。

（5）对于住院的疑似吸入性肺炎患者，不推荐常规抗厌氧菌治疗，除非怀疑有肺脓肿或脓胸。





(6) 年龄 ≥ 65 岁或有基础疾病的住院 CAP 患者,要考虑肠杆菌科细菌感染的可能。此类患者应进一步评估产 ESBL 细菌感染风险(反复使用抗菌药物、留置导管、存在结石或梗阻、既往曾有产 ESBL 细菌感染史、反复住院、曾入住 ICU、老年人、免疫功能低下、呼吸机辅助通气等)。

(7) 怀疑流感病毒感染的 CAP 患者,推荐常规进行流感病毒抗原或核酸检测,并积极应用神经氨酸酶抑制剂抗病毒治疗,不必等待流感病原检查结果,即使发病时间超过 48 小时也推荐应用。

2. 停药指征

抗感染治疗一般可于热退 2-3 天且主要呼吸道症状明显改善后停药。通常轻至中度 CAP 患者疗程 5-7 天。非典型病原体治疗反应较慢者疗程延长至 10-14 天。金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、克雷伯菌属或厌氧菌抗菌药物疗程可延长至 14-21 天。

【考点 49】口腔溃疡的药物治疗 (26 年未改动)

(2016B 型题, 2 分; 2017B 型题, 2 分; 2019A 型题, 1 分)

局部药物	止痛药物	利多卡因凝胶、喷剂, 苯佐卡因凝胶
	消毒防腐药物	氯己定含漱液, 西吡氯铵含漱液, 聚维酮碘含漱液, 复方硼砂含漱液
	糖皮质激素	曲安奈德口腔糊剂, 地塞米松软膏、喷雾剂、含漱液 泼尼松龙软膏, 倍他米松含漱液, 氢化可的松黏附片
	促进愈合药物	重组人表皮生长因子凝胶、外用溶液 重组牛碱性成纤维细胞生长因子凝胶、外用溶液等
	其他局部制剂	氨来咕诺口腔粘贴片
	中医中药	冰硼咽喉散、西瓜霜粉、珠黄吹喉散
全身用药	糖皮质激素	泼尼松、地塞米松、泼尼松龙等
	免疫抑制药	硫唑嘌呤、环磷酰胺、甲氨蝶呤、环孢素等
	免疫增强药	转移因子、胸腺素、丙种球蛋白
	生物制剂	干扰素 $\alpha 2a$ 、人粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子、前列腺素 E_2 以及肿瘤坏死因子拮抗剂如阿达木单抗、依那西普、英夫利西单抗
	其他	沙利度胺、秋水仙碱、孟鲁司特、己酮可可碱

【考点 50】消化不良的药物治疗 (26 年未改动)

(2015B 型题, 1 分; 2018B 型题, 3 分; 2019B 型题, 2 分; 2020B 型题, 3 分; 2021A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025B 型题, 1 分)

1. 对食欲减退者: 口服维生素 B_{12} 、维生素 B_6 , 干酵母片;
2. 胆汁分泌不足: 复方阿嗟米特肠溶片(餐后服用);
3. 胰腺分泌功能不足或由于胃肠、肝胆疾病引起的消化酶不足者: 胰酶片、多酶片, 在酸性条件下容易被破坏, 用其肠溶衣片, 不可嚼碎, 整片于进餐中吞服;
4. 萎缩性胃炎或进食蛋白食物过多者: 乳酶生、胃蛋白酶, 餐前用药;
5. 伴有胀气: 西甲硅油制剂;
6. ① H_2 受体拮抗剂(H_2RA): 对于抑制夜间基础胃酸分泌效果良好; ②质子泵抑制剂(PPI): 对于抑制最大





胃酸分泌作用强于 H_2 受体拮抗剂，通常用于缓解白天出现 FD 症状者。

7. 抗抑郁药对难治性 FD 或合并焦虑、抑郁的 FD 患者有效，如阿米替林 50mg/d、米氮平 25mg/d，餐前使用小剂量丁螺环酮可改善餐后症状。亦可选择西酞普兰、氟西汀、氟哌噻吨美利曲辛、帕罗西汀等。

8. 吸附剂与助消化药合用应间隔 2-3 小时。

【考点 51】胆石症与胆囊炎的药物治 (26 年未改动)

(2018A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2022B 型题, 2 分; 2024A 型题, 1 分; 2024X 型题, 1 分; 2025A 型题, 1 分)

1. 一般治疗

胆绞痛合并胆系感染	镇痛 (解除胆道平滑肌痉挛) + 抗感染 ◆ NSAIDs, 必要时阿片类 (首选哌替啶) + 阿托品 哌替啶对 Oddi 括约肌功能的影响小于吗啡 ◆ 胆道感染 首选: 第三代头孢菌素与甲硝唑联用 可选: 头孢哌酮-舒巴坦、哌拉西林-他唑巴坦 严重感染危及生命者可选: 亚胺培南-西司他丁钠
消化不良	复方阿嗉米特或其他胰酶制剂

2. 药物治疗

匹维溴铵	◆ 是对胃肠道有高度选择性解痉作用的钙拮抗剂 ◆ 进餐时整片吞服 不可咀嚼或掰嚼, 不宜卧位或睡前服用
熊去氧胆酸	◆ 适用于不宜手术治疗、胆囊有收缩功能、直径较小的胆固醇结石患者 ◆ 与考来烯胺、氢氧化铝、蒙脱石等药物结合, 阻碍吸收, 服药 间隔至少 2 小时 ◆ 禁用于胆道完全梗阻和严重肝功能减退患者
消炎利胆片	适用于急性胆囊炎恢复期

【考点 52】便秘的药物治 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 2 分; 2017B 型题, 2 分; 2021A 型题, 1 分; 2025A 型题, 1 分; 2025B 型题, 1 分)

1. 渗透性

①聚乙二醇 4000 散: 适用于成人及 ≥ 8 岁儿童。可用于糖尿病或需要无糖饮食的患者。大剂量用药可能会出现腹泻, 少数有腹胀、腹痛、恶心等不良反应。禁用于小肠或结肠器质性疾病患者、未诊断明确的腹痛症状、对药物过敏者以及果糖不耐受患儿。

②乳果糖口服溶液: 用于慢性或习惯性便秘。除了具有渗透性泻药的作用, 同时还具有益生元的作用, 通过调节肠道菌群的平衡起到治疗作用。同时在肝性脑病中也用于治疗 and 预防肝昏迷或昏迷前状态。当使用剂量高于推荐剂量时, 可出现腹痛、腹泻。禁用于半乳糖血症、肠梗阻、急腹症等。

2. 刺激性





①比沙可啶肠溶片：用于急性、慢性便秘和习惯性便秘。必须整片吞服，不得碾碎或溶解后服用，服药前后2小时不服牛奶或抗酸剂。长期服用可导致结肠黑变病，因此建议短期、间断服用。禁用于<6岁儿童及妊娠期女性，急腹症、炎症性肠病患者。

3. 容积性：欧车前、聚卡波非钙、麦麸（膳食纤维）。

4. 益生菌及益生元：益生元是一类不被吸收，但可促进肠道优势菌生长的寡糖类物质，以乳果糖为代表，其一方面可作为渗透性泻药治疗便秘，同时又作为益生元促进肠道优势菌的生长，通过双重机制治疗便秘。益生菌有双歧杆菌四联活菌、枯草杆菌二联活菌等复合制剂。

5. 促分泌药利那洛肽：用于便秘型肠易激综合征的治疗，可显著增加患者每周自发排便次数，改善排便费力和粪便性状，并可有效缓解腹胀等腹部不适症状。安全性较好，至少于餐前30分钟服用。不建议18岁以下儿童应用。

6. 促动力药琥珀酸普芦卡必利片：用于治疗成年女性患者中通过轻泻剂难以充分缓解的慢性便秘症状。禁用于对本药过敏者、透析患者、有严重肠道疾病者或近期接受肠道手术者。在使用之前，应排除继发性原因导致的便秘，并确定患者在至少6个月时间内使用缓泻剂（包括容积性、渗透性、刺激性泻药）而无法达到充分缓解。

7. 灌肠药物开塞露：用于小儿、老年体弱便秘者的治疗。：

【考点 53】腹泻的药物治疗（26 年未改动）

（2015B 型题，1 分；2017B 型题，2 分；2019B 型题，2 分；2020X 型题，1 分；2025A 型题，1 分）

1. 感染性腹泻

轻至中度腹泻患者一般不用抗感染药物。以下情况考虑使用抗感染药物：①发热伴有黏液脓血便的急性腹泻；②持续的志贺菌属、沙门菌属、弯曲菌属感染或原虫感染；③感染发生在老年人、免疫功能低下者、脓毒症患者；④中至重度旅行者腹泻患者。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。

2. 器质性腹泻

①炎症性肠病：局部和全身抗炎药物，如美沙拉秦、糖皮质激素、免疫调节剂（硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤）、生物制剂等。②乳糜泻：无麸质饮食（避免大麦、小麦、黑麦等为原料的食品），维生素和矿物质替代。③乳糖不耐受：避免含乳糖的食物（例如奶制品、冰淇淋）和使用乳糖酶补充剂。④胰腺功能不全：补充胰酶和抑制胃酸。

3. 功能性腹泻及腹泻型 IBS

①解痉剂：动力调节药曲美布汀、胃肠道解痉药匹维溴铵、复方枸橼酸阿尔维林等。②止泻药物：a. 阿片及其衍生物制剂：如盐酸洛哌丁胺、地芬诺酯、复方樟脑酊等。洛哌丁胺推荐用于进餐后腹泻和（或）排便失禁患者。b. 蒙脱石散首剂可加倍。c. 吸附剂：如药用炭。d. 其他：盐酸小檗碱等。阿洛司琼等可用于常规治疗无效的女性腹泻型 IBS 患者。③益生菌：乳杆菌和双歧杆菌、非致病性大肠埃希菌、地衣芽孢杆菌以及枯草杆菌二联活菌、双歧杆菌四联活菌等复合制剂。一般多菌株制剂优于单菌株制剂。益生菌的活菌制剂尽可能避免与抗生素、蒙脱石、小檗碱和鞣酸蛋白同时应用，以避免效价的降低；如需合用，至少应间隔 2-3 小时。④抗菌药物：短期使用利福昔明可改善非便秘型 IBS 总体症状及腹胀、腹泻症状。⑤





抗焦虑抑郁治疗：合并明显精神心理障碍；常规药物治疗效果欠佳；以内脏高敏感性为主要表现者；对于无精神心理障碍的患者，如果常规药物治疗 4-8 周不理想时也可推荐采用抗抑郁药物治疗。小剂量三环类抗抑郁药物(TCA)和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)。

【考点 54】阴道炎的分类及药物治疗 (26 年微改动)

(2016B 型题, 3 分; 2017B 型题, 2 分; 2020B 型题, 2 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分)

类型	临床表现	治疗
细菌性阴道炎 (BV)	分泌物鱼腥臭味、稀薄。	首选甲硝唑，次选替硝唑，克林霉素。
假丝酵母菌性阴道炎 (VVC)	分泌物白色稠厚，凝乳状或豆腐渣样。	唑类抗真菌药、制霉菌素等； 妊娠期禁用口服唑类抗真菌药。
滴虫性阴道炎 (TV)	分泌物稀薄脓性，泡沫状并有异味，可为黄绿色、灰黄色或黄白色	需全身用药；没有症状，也需要治疗，且伴侣同时治疗；甲硝唑或替硝唑口服； 妊娠期避免应用替硝唑。

【考点 55】尿路感染 (26 年改动)

(2015A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2019B 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2020C 型题, 3 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分)

1. 病因 尿路感染以细菌感染为主，革兰阴性杆菌最常见，以大肠埃希菌最常见。

2. 药物治疗

①膀胱炎：经验治疗宜选磺胺甲噁唑-甲氧苄啶或呋喃妥因或磷霉素氨丁三醇。妊娠期可以使用青霉素类、头孢菌素类、磷霉素、呋喃妥因（葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症和妊娠末期不适用）、甲氧苄啶（妊娠初始 3 个月不适用）和磺胺甲噁唑-甲氧苄啶（妊娠最后 3 个月不适用）。

任选一种药物连用 3 天；停药抗菌药物 7 天后，需进行尿细菌定量培养。若仍有菌尿，应继续给予 2 周抗菌治疗。

②肾盂肾炎：病情较轻者，门诊口服给药，7-14 日；严重者住院静脉治疗，退热后继续用药 3 日再改为口服治疗。

经验治疗：推荐使用 β -内酰胺类、喹诺酮类等经肾脏排泄的。

大肠埃希菌、克雷伯菌属 (ESBL 阴性)：宜选第二代或第三代头孢菌素类，可选氟喹诺酮类或氨苄西林-舒巴坦或阿莫西林-克拉维酸；

大肠埃希菌、克雷伯菌属 (ESBL 阳性)：宜选哌拉西林-他唑巴坦或氨苄西林-舒巴坦或阿莫西林-克拉维酸，可选法罗培南等碳青霉烯类。

腐生葡萄球菌(非 MRS)：宜选苯唑西林、氯唑西林，可选第一、二代头孢菌素类或氟喹诺酮类；

腐生葡萄球菌(MRS)：宜选糖肽类。





肠球菌属：宜选氨苄西林、阿莫西林(-克拉维酸)，可选糖肽类，重症者可联合氨基糖苷类；

铜绿假单胞菌：宜选头孢他啶或头孢吡肟±氨基糖苷类，可选环丙沙星或哌拉西林-他唑巴坦±氨基糖苷类或亚胺培南/美罗培南。

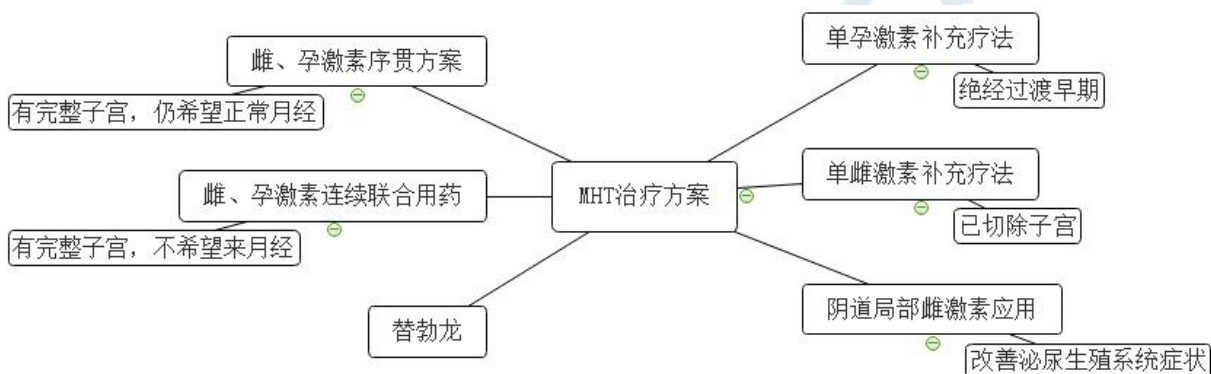
念珠菌属：宜选氟康唑，可选两性霉素 B。

④无症状菌尿：妊娠期的无症状菌尿仍需治疗，否则易导致早产或低体重儿。

【考点 56】绝经综合征的治疗方案及用药指导 (26 年微调)

(2016A 型题，1 分；2017A 型题，1 分；2018A 型题，1 分；2020B 型题，3 分；2021A 型题，1 分；2022B 型题，3 分；2023B 型题，3 分；2025A 型题，1 分)

1. 治疗方案



2. 用药指导

①适宜时机：年龄在 60 岁以下、绝经小于 10 年且无禁忌症的女性患者；

②为保护有子宫患者的子宫内膜，需在补充雌激素同时加孕激素；

③MHT 的禁忌症：已知或可疑妊娠；原因不明的阴道流血；已知或可疑患有乳腺癌；已知或可疑患有性激素依赖性恶性肿瘤；最近 6 个月内患有活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病；严重肝肾功能不全；有脑卒中既往史。

【考点 57】多囊卵巢综合征的药物治疗 (26 年微改)

(2023B 型题，2 分；2024A 型题，1 分；2024B 型题，2 分)

1. 无生育要求患者的治疗

生活方式干预	PCOS 女性首选的一线治疗策略
代谢紊乱调整	◆ 改善胰岛素抵抗药物： 二甲双胍——应用最为广泛，且能改善卵巢排卵功能 噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂——常用于二甲双胍禁忌或疗效不佳时的无生育要求 PCOS 女性 阿卡波糖——一般单用，亦可与其他降糖药合用 ◆ 肥胖的治疗——减重药物 奥利司他、GLP-1 受体激动剂，如利拉鲁肽、度拉糖肽和司美格鲁肽等 ◆ 他汀类药物：血脂代谢异常且经生活方式干预无效
高雄激素表型症	◆ 短效复方口服避孕药 (COC)





状的治疗	——建议青春期和育龄期首选 ◆ 孕酮类衍生物: 醋酸甲羟孕酮、醋酸环丙孕酮 ◆ 螺内酯: COC 治疗效果不佳、存在禁忌或不能耐受 ◆ 糖皮质激素: 小剂量地塞米松 ($<0.5\text{mg/d}$)
调整 月经周期	◆ 周期性使用孕激素 (天然孕激素或地屈孕酮): 青春期、围绝经期首选; 育龄期有妊娠计划者 缺点是不降低雄激素、对多毛症和痤疮治疗无效 ◆ 短效复方口服避孕药: 育龄期无生育要求首选 ◆ 雌、孕激素序贯治疗: 伴有低雌激素症状的青春期、围绝经期者可作为首选

2. 有生育计划患者的治疗

药物诱导排卵 月经第 2~5 天	◆ 来曲唑 (LE): 单纯无排卵性不孕的 PCOS 患者 首选 我国未将促排卵用法列入本药的药品说明书中 ◆ 枸橼酸氯米芬 (CC): 单纯无排卵性不孕的 PCOS 患者 属于药品说明书许可用药 ◆ 二甲双胍: 与 CC、促性腺激素等联用, 疗效优于单用 ◆ 促性腺激素: CC 抵抗或失败的, 可辅助 CC 或 LE 治疗 注射给药, 需具备监测条件
---------------------	---

【考点 58】避孕药 (26 年微调)

(2015A 型题, 1 分; 2016X 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018C 型题, 1 分; 2021X 型题, 1 分; 2024B 型题, 2 分)

- 口服避孕药: 复方短效口服避孕药, 是雌和孕激素组成的复合制剂。
- 避孕药的不良反应及处理
 - ①皮肤: 皮肤褐斑, 日晒后加重, 停药后可自行缓解。
 - ②雌激素的不良反应: 可使凝血因子升高, 使用较大剂量的雌激素可发生血栓性疾病。
 - ③血栓栓塞性疾病: 大剂量雌激素会导致血栓形成的危险性增加。
 - ④类早孕反应、阴道流血、减少或停经、乳房胀痛等无需特殊处理, 换药或停药后可自行恢复。
- 复方避孕药的禁忌

个人情况 和生育史	未哺乳妇女: 产后 <21 天; 母乳喂养产妇: 产后 <6 周 吸烟: 年龄≥ 35岁 且每天 ≥ 15 根烟
血栓风险	DVT 或 PE、长期制动的大手术
心脑血管疾病	多种风险因素 , 如高龄、吸烟、糖尿病、高血压等 高血压 : 收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ 缺血性心脏病 、复杂性瓣膜性 心脏病 、 脑卒中
神经系统情况	持续的无先兆的 偏头痛 , 且年龄 ≥ 35 岁
消化道疾病	病毒性肝炎、重度失代偿性 肝硬化 、 肝脏肿瘤
内分泌情况	糖尿病 病史 >20 年, 或合并并发症
乳腺疾病	目前患 乳腺癌





风湿性疾病

系统性红斑狼疮伴抗磷脂抗体阳性

【考点 59】带状疱疹的药物治疗 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018B 型题, 1 分; 2020X 型题, 1 分; 2022B 型, 1 分; 2023B 型题, 2 分; 2024B 型题, 1 分)

抗病毒治疗 足量足疗程	◆ 发病 24~72 小时内用药, 缩短病程, 促进皮损愈合 ◎ 伐昔洛韦、泛昔洛韦、膦甲酸钠氯化钠注射液、溴夫定等, 治疗疗程 7~10 天 ◎ 阿昔洛韦, 治疗疗程为 10~14 天 ◆ 肾功能不全患者应酌情减量, 必要时监测肾功能
止痛治疗	◆ 无皮损或皮损消退患者: 利多卡因贴剂 ◆ 轻度至中度疼痛: 非甾体抗炎药 ◆ 中度至重度疼痛: 加巴喷丁、普瑞巴林胶囊、阿米替林、多塞平等 ◎ 普瑞巴林胶囊: 小剂量开始, 睡前逐渐加量, 对于肾功能不全患者酌情减量, 对长期口服建议逐渐减停, 避免出现戒断症状
营养神经	◆ 口服: 甲钴胺片、维生素 B₁₂ 片, ◆ 肌内注射: 维生素 B₁₂ 注射液、腺苷钴胺注射液
抗炎治疗	糖皮质激素对于带状疱疹患者的应用目前比较有争议 有报道称如无禁忌证, 联合使用抗病毒药可以减轻炎症、水肿, 阻止对神经节和神经纤维的毒性和破坏作用
局部治疗	◆ 炉甘石洗剂收敛拔干 ◆ 喷昔洛韦软膏抗病毒 ◆ 夫西地酸乳膏抗细菌感染

【考点 60】银屑病 (26 年微调)

(一) 系统治疗药物

抗肿瘤药物 甲氨蝶呤	疗效好, 但停药后易复发: 严重, 其他治疗无效才用 ◆ 一般为单剂量口服, 多采用每周 1 次给药 ◆ 不良反应: 骨髓抑制、听力损害、肺间质病变、致畸 ◆ 过量时给予亚叶酸钙解毒治疗, 大量饮水, 碱化尿液 ◆ MTX 治疗的同时, 给予叶酸 5mg, 每天 1 次口服, 可控制恶心和贫血等副作用
糖皮质激素	◆ 目前一般不主张内用糖皮质激素, 有效剂量往往较大, 足以引起严重的不良反应; 而在减量或停药后, 尚可发生“反跳”现象或诱发严重脓疱型及红皮病型银屑病 ◆ 一般仅用于红皮病型、关节型或泛发型脓疱型银屑病且使用其他药物无效者, 并需采用联合治疗
维 A 酸类 阿维 A	阿维 A: 是治疗银屑病尤其是中、重度银屑病较好的药物 ◆ 治疗泛发型脓疱型银屑病为首选药, 开始剂量要大, 一般用药后 1 周起效, 脓疱消退, 逐渐减量 ◆ 红皮病型银屑病开始剂量要低, 逐渐增加剂量
免疫疗法	环孢素 A, 一般于服药 7 天内见效, 经 4~8 周大部分病例可临床治愈, 然后逐渐减量维持,





	不宜超过 1 年
生物制剂 皮下注射	进行生物制剂治疗之前要对健康状况进行充分评估, 重点关注有无感染、恶性肿瘤等疾病 ◆ TNF- α 抑制剂: 依那西普、英夫利昔单抗、 阿达木单抗 ◆ IL-17A 抑制剂: 司库奇尤单抗 、 依奇珠单抗 ◆ IL-12/23 抑制剂: 乌司奴单抗、古塞奇尤单抗

(二) 外用药物治疗

焦油制剂	煤焦油、松馏油、糠馏油、黑豆馏油
糖皮质激素	◆ 红皮病型和脓疱型 银屑病选用 弱效或中效 糖皮质激素 ◆ 寻常型 银屑病可选用 中效或强效 的糖皮质激素 ◆ 穿透力高的部位中效 的非氟化糖皮质激素, 如尤卓尔(丁酸氢化可的松软膏)或短期艾洛松(糠酸莫米松乳膏)应用 ◆ 掌跖 的银屑病可用超强效或强效类糖皮质激素
维 A 酸类药	他扎罗汀凝胶(或乳膏)、维 A 酸乳膏(或凝胶) 每天晚上 1 次 , 治疗期间 避免在阳光下多晒
维生素 D ₃ 类似物	◆ 卡泊三醇 : 主要用于 头部皮损 , 不宜用于面部及腹股沟部 ◆ 他卡西醇 : 疗效好且不良反应极小, 无皮肤萎缩及停药后“反跳”现象, 面部皮损也可使用 ◆ 卡泊三醇倍他米松软膏: 疗效强、起效快、耐受性好
免疫抑制剂	他克莫司软膏、吡美莫司乳膏 ◆ 治疗局限型顽固性银屑病, 每天 2 次外用, 涂敷后采用封包, 效果更好【对比: 治疗白癜风不应封包】 ◆ 安全性好, 对 成人或儿童均适用 , 也不引起系统性不良影响以及皮肤萎缩或毛细血管扩张等不良反应 ◆ 面部银屑病的首选用药

【考点 61】痤疮的药物治疗 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2017B 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2023A 型题, 1 分)

(一) 外用药物治疗

外用维 A 酸类药物	◆ 全反式维 A 酸、异维 A 酸、阿达帕林与他扎罗汀 ◆ 轻度痤疮的单独 一线 用药 中度痤疮的联合用药以及痤疮维持治疗的 首选 ◆ 阿达帕林 具有更好的耐受性, 通常作为 一线 选择
外用抗菌药物	◆ 过氧化苯甲酰: 缓慢 释放出新生态氧 和苯甲酸, 具有杀灭痤疮丙酸杆菌、抗炎及轻度溶解粉刺作用, 可作为 炎症性痤疮的首选外用抗菌药物 ◆ 抗生素: 四环素类、红霉素、林可霉素、夫西地酸等, 不推荐作为首选, 不推荐单独或





	长期使用 ◆ 其他药物：二硫化硒、硫黄和水杨酸， 做备选
--	--

(二) 系统药物治疗

抗菌药物	首选多西环素、米诺环素等，疗程建议不超过 8 周 避免选择 β-内酰胺类、喹诺酮类等抗菌药物 ◆ 中至重度痤疮患者首选 ◆ 中度痤疮外用药物治疗效果不佳的备选治疗方法 ◆ 炎症反应严重的重度痤疮患者早期可先使用抗菌药物，再序贯使用口服维 A 酸类药物 ◆ 变异型痤疮如暴发性痤疮和聚合性痤疮的早期治疗
口服维 A 酸类	◆ 结节性囊肿型重度痤疮的一线治疗药物 ◆ 异维 A 酸（可作为首选）和维胺酯（我国研制生产） ◆ 疗程通常应不少于 16 周
抗雄激素药物	◆ 雌激素、孕激素、螺内酯、二甲双胍等 适应证：女性痤疮患者且属于下列情况之一者， ①伴有高雄激素表现的痤疮 ②女性青春期后痤疮 ③月经前期明显加重的痤疮 ④常规治疗反应较差，或停药后迅速复发者
糖皮质激素	◆ 暴发性痤疮、聚合性痤疮及较重炎症反应的重度痤疮，疗程不超过 4 周，并联合口服异维 A 酸治疗 ◆ 严重的月经前期加重痤疮

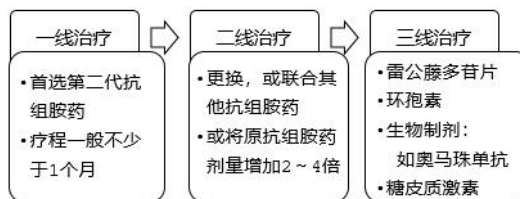
【考点 62】荨麻疹的药物治疗和患者教育（26 年未改动）

（2015A 型题，1 分；2022B 型题，1 分；2025A 型题，1 分）

1. 急性荨麻疹的治疗

首选	第二代非镇静抗组胺药 ，西替利嗪、左西替利嗪、氯雷他定、地氯雷他定、依巴斯汀、阿伐斯汀等
不能有效控制	糖皮质激素 ，泼尼松 30~40mg/d，口服 4~5 日后停药，或相当疗效剂量的地塞米松静脉或肌肉注射，适用于 重症或伴有喉头水肿者
伴休克或伴血管性水肿患者	1:1000 肾上腺素注射液 0.2~0.4ml 皮下或肌肉注射

2. 慢性荨麻疹的治疗



雷公藤多苷片：注意对造血系统的抑制、肝损害及生殖毒性





环孢素：只用于严重的、对任何剂量抗组胺药均无效的患者

糖皮质激素：通常疗程不超过 2 周

3. 特殊人群荨麻疹的治疗

妊娠期	◆ 应尽量避免使用抗组胺药 ◆ 必须治疗时，选择相对安全可靠的第二代抗组胺药，如氯雷他定、西替利嗪和左西替利嗪 ◆ 妊娠期使用奥马珠单抗具有安全性，无致畸性
哺乳期	首选无镇静作用的第二代抗组胺药
儿童	无镇静作用的第二代抗组胺药
老年人	优先选用第二代抗组胺药
肝肾不全	◆ 依巴斯汀、氯雷他定主要通过肝脏代谢 ◆ 西替利嗪主要通过肾脏代谢

【考点 63】湿疹的药物治疗（26 年未改动）

（2015B 型题，1 分；2018B 型题，1 分）

1. 局部外用药物治疗

根据皮损选择剂型	急性湿疹 ：局部 溶液 湿敷（硼酸洗液、皮肤康洗液等） 亚急性湿疹 ：选择 糊剂 配合糖皮质激素软膏治疗 慢性湿疹 ：糖皮质激素 酊剂 、强效糖皮质激素 软膏 制剂	
糖皮质激素的选择 主力	轻度湿疹	弱效：氢化可的松、地奈德乳膏
	中度湿疹	中效：曲安奈德
	重度湿疹	强效：哈西奈德、 卤米松 乳膏、丙酸氯倍他索
	强效糖皮质激素连续应用一般 不超过 2 周	
免疫调节剂或中草药	面部及间擦部位 ：他克莫司软膏、克立硼罗软膏、青鹏软膏、肤痔清软膏、蛇脂参黄软膏、龙珠软膏等	
抗生素制剂	细菌定植或感染，建议配合外用，如夫西地酸乳膏等	

2. 系统药物治疗

抗组胺药	口服药物，必要时可选用 2~4 种抗组胺药联合
抗过敏	维生素 C、葡萄糖酸钙，多用于急性过敏及瘙痒剧烈者
抗生素	全身泛发性湿疹伴发感染者，建议给予 7~10 天
糖皮质激素	非必要不系统使用 ，但对于有明确接触因素或药物引起的过敏可短期应用糖皮质激素
免疫调节剂	◆ 复方甘草酸苷片：监测血压、电解质 ◆ 雷公藤多苷片：





	◆ 白芍总苷胶囊: 关注患者是否出现腹泻症状 ◆ 羟氯喹片: 关注眼底视网膜
免疫抑制剂	甲氨蝶呤、环孢素等; 建议慎用
生物制剂	非一线治疗药物, 如度普利尤单抗注射液

【考点 64】手足真菌感染 (26 年未改动)

(2016 年 A 型题, 1 分; 2017 年 B 型题, 2 分; 2018 年 B 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分)

1. 外用药物治疗

足癣	趾间糜烂型	枯矾粉或脚气粉收敛拔干	特比萘芬乳膏
股癣	水疱型足癣	先用复方水杨酸酊剂、复方间苯二酚溶液、冰醋酸涂剂	联苯苄唑乳膏 XX 康唑乳膏
	丘疹鳞屑型角化过度型	建议外用复方土荆皮凝胶、阿莫罗芬搽剂	环吡酮胺乳膏
花斑癣	外用酮康唑洗剂或二硫化硒洗剂外洗患处, 停留约 5 分钟后冲洗干净后外用抗真菌药膏		特比萘芬乳膏治疗无效
甲癣	◆ 将病甲适当修薄后外用阿莫罗芬搽剂、30%冰醋酸涂剂 ◆ 对于增厚的病甲可选用尿素霜封包软化后外用抗真菌药		

2. 系统治疗

常用药物	伊曲康唑 200mg/天; 特比萘芬 250mg/天 注意花斑癣患者口服特比萘芬片治疗无效
足量 足疗程	◆ 足癣、股癣、花斑癣治疗周期建议 2~4 周或更久 ◆ 甲癣常需 3~6 个月, 甚至超过 1 年
注意事项	◆ 肝功能异常: 不建议口服抗真菌药, 必要时监测 ◆ 伴发癣菌疹: 瘙痒剧烈, 联合抗过敏/止痒口服药物 外用抗真菌药物同时短时间联合弱效糖皮质激素药膏抗炎治疗疗效更佳

【考点 65】雄激素性脱发 (26 年未改动)

(2025A 型题, 1 分)

外用 药物	米诺地尔	坚持使用 6 个月后观察治疗效果
	维甲酸	与米诺地尔联合应用以获得更好的毛发再生
	非那雄胺	II 型 5 α 还原酶的抑制剂, 减少二氢睾酮的生成
	酮康唑	有效减少皮肤马拉色菌的定植, 抵抗炎症
系统 用药	5 α 还原酶 抑制剂	非那雄胺、度他雄胺 注意事项: 妊娠期 X 级
	雄激素受体拮 抗剂	螺内酯仅适用于部分女性雄激素性脱发患者 醋酸环丙孕酮对防止脱发进展有一定的作用





		育龄女性用药时必须同时做好 避孕措施
	维生素及辅助治疗	氨基酸、维生素类、抗氧化剂和植物药制剂 如 锯棕榈 （非选择性竞争性抑制 5 α 还原酶）
	内服中成药	四妙丸、除脂生发胶囊、九味肝泰胶囊、精乌胶囊

【考点 66】视疲劳的药物治疗（26 年未改动）

（2018B 型题，1 分；2019B 型题，2 分；2020B 型题，2 分；2025B 型题，1 分）

改善血流药物	七叶洋地黄双苷滴眼液 ：通过增强睫状肌功能和增加睫状肌血流量，改善眼调节功能
睫状肌麻痹药物	山莨菪碱滴眼液、托吡卡胺滴眼液 ：使平滑肌松弛，并解除血管尤其微血管痉挛，改善微循环
其他药物	维生素 B₁₂ 滴眼液 、 ω -3 脂肪酸、含有花青素、类胡萝卜素成分的药物
低浓度阿托品滴眼液	唯一经循证医学验证能有效延缓近视进展的药物 近视控制效果呈现浓度依赖效应

【考点 67】干眼症的药物治疗（26 年未改动）

（2016B 型题，1 分；2022A 型题，1 分）

润滑眼表和促进修复	◆ 人工泪液：治疗干眼的一线用药 玻璃酸钠、羧甲基纤维素、羟丙基甲基纤维素、聚乙烯醇、聚乙烯吡咯烷酮、聚乙二醇及聚丙烯酸（卡波姆 940）等 ◆ 促进泪液分泌：P2Y2 受体激动剂地夸磷索钠 ◆ 促进眼表修复：以成纤维细胞生长因子、表皮生长因子、维生素 A 等为主要有效成分的滴眼液 ◆ 眼用血清制剂：自体血清和小牛血去蛋白提取物
抗炎治疗	◆ 糖皮质激素：伴眼部炎性反应的中、重度干眼 ◆ 免疫抑制剂：适用于免疫相关性干眼 ◆ 非甾体抗炎药：抗炎作用低于糖皮质激素
抗菌药	局部：甲硝唑凝胶，金霉素、红霉素眼膏 全身：脂质异常型干眼，可口服米诺/多西环素、阿奇霉素

【考点 68】沙眼的药物治疗（26 年未改动）

（2018A 型题，1 分；2022A 型，1 分）

1. 抗生素选择

阿奇霉素（单剂 20mg/kg，口服，最大剂量 1g），还可局部用四环素（1%眼膏，一日 2 次，疗程 6 周），单剂口服阿奇霉素与长疗程的局部用四环素一样有效。

2. 集体治疗方法

推荐使用口服阿奇霉素进行集体治疗，而非局部用四环素。

【考点 69】急性结膜炎的药物治疗（26 年未改动）





(2016B 型题, 1 分; 2018B 型题, 2 分; 2020B 型题, 2 分; 2021A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分)

细菌性结膜炎 传染性强	大多数呈自限性, 在发病第 6 日之前给予局部用抗生素, 可能缩短临床病程 ◆ 首选红霉素眼膏、妥布霉素滴眼液、妥布霉素地塞米松眼膏, 氟喹诺酮类药物不作为常规的一线治疗 ◆ 角膜接触镜配戴者假单胞菌感染的发生率高, 首选氟喹诺酮类药物 ◆ 奈瑟菌引起的超急性细菌性结膜炎通常需要全身性药物治疗 ◆ 避免选择眼用皮质类固醇 (包括单用或皮质类固醇/抗生素复方滴眼液) 尚无局部用或全身用特异性抗病毒药物 ◆ 局部用抗组胺药/减充血剂, 有非处方药物 (非尼拉敏/萘甲唑啉、酮替芬、奥洛他定等) ◆ 非抗生素类润滑剂
过敏性结膜炎	非尼拉敏/萘甲唑啉、酮替芬、奥洛他定
非感染性结膜炎	使用局部用润滑剂可能缓解症状

【考点 70】缺铁性贫血 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018X 型题, 1 分; 2019A 型题, 1 分; 2020A 型题, 2 分; 2020B 型题, 3 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2021X 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2023B 型题, 2 分; 2024B 型题, 1 分; 2025B 型题, 1 分)

1. 药物选择

①口服补铁是首选—硫酸亚铁是口服铁剂中的标准制剂, 右旋糖酐铁、琥珀酸亚铁和多糖铁复合物是有机铁剂, 其含铁量高, 口服不良反应较硫酸亚铁轻, 而疗效相当。(三价铁剂只有转化为二价铁剂后才能被吸收);

②常用的静脉铁剂包括第二代铁剂, 如低分子量右旋糖酐铁、蔗糖铁等; 以及第三代铁剂, 如羧基麦芽糖铁、异麦芽糖酐铁等。目前认为蔗糖铁最安全, 右旋糖酐铁可能出现严重不良反应。

2. 用药注意事项与患者教育

(1) 服药前解释: 铁剂可引起肠道蠕动减慢—引起便秘; 空腹服用吸收最好, 部分患者胃肠道反应较重, 可在餐后服用; 铁剂使大便颜色变黑。

(2) 食物、药物与铁剂的相互作用:

①食物-铁剂相互作用: **促进铁剂吸收**—肉类、果糖、氨基酸、**维生素 C**; 抑制铁剂吸收—牛奶、钙剂、磷酸盐、草酸盐、茶和咖啡。

②药物-铁剂相互作用: 促进铁剂吸收—维生素 C、稀盐酸; **抑制铁剂吸收**—抑酸药物 (质子泵拮抗剂、 H_2 受体拮抗剂); 四环素、考来烯胺、碳酸氢钠。

③地中海贫血、肝肾功能严重损害患者, 尤其是伴有未经治疗的尿路感染者不宜应用铁剂治疗。

【考点 71】超重和肥胖 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2023A 型题, 1 分)

1. 指标



扫码关注人力资源管理考试公众号



环球网校移动课堂 APP

环球网校 侵权必究



①体重指数=体重÷身高²

中国成年人正常 BMI (kg/m²) 为 18.5~23.9, 24.0~27.9 为超重, ≥28.0 为肥胖。

②腰围 男: 腰围≥90; 女≥85cm 可判定为腹型肥胖。

2 药物治疗及其注意事项

奥利司他: 脂肪酯酶抑制剂, 应进餐时服用。可干扰脂溶性维生素 A、维生素 D、维生素 E 和维生素 K 的吸收, 注意补充。

司美格鲁肽 2.4mg 注射剂是全球首个用于肥胖症体重管理的每周注射 1 次的 GLP-1 受体激动剂, 适用于在控制饮食和增加体力活动的基础上对成年患者的长期体重管理。

不宜减重的情况: 儿童、孕妇、乳母。

【考点 72】β₂受体激动剂 (舒张支气管) (26 年未改动)

(2017C 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2025X 型题, 1 分)

分类	代表药物	适用情况
短效(SABA)	沙丁胺醇和特布他林	急性发作首选吸入给药, 按需间歇使用, 不宜长期、单一、过量应用。不良反应: 骨骼肌震颤、低血钾、心律紊乱等。
长效(LABA)	沙美特罗、福莫特罗、茚达特罗	福莫特罗属快速起效的 LABA, 可作为缓解药物按需使用。不推荐长期单独使用 LABA, 会增加死亡风险。
ICS-LABA	布地奈德-福莫特罗、氟替卡松-沙美特罗、倍氯米松-福莫特罗	协同抗炎平喘, 尤其适用于中至重度持续哮喘患者的长期维持治疗。

【考点 73】支气管哮喘的其他药物治疗 (26 年未改动)

(2015B 型题, 4 分; 2016B 型题, 2 分; 2017C 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2018B 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2024C 型题, 1 分)

1. 糖皮质激素 (抗炎)

给药途径	适宜情况
吸入 (ICS)	首选, 可有效控制气道炎症、降低气道敏感度等。 吸药后用清水漱口 (5 次) 防止声音嘶哑、咽部不适、白色念珠菌感染。
口服	持续性哮喘 (大剂量 ICS 联合 LABA 仍不能控制) 和激素依赖型哮喘, 可加服小剂量的口服糖皮质激素。 常用泼尼松和泼尼松龙, 每天或隔天清晨顿服。
静脉	全身性糖皮质激素, 属于急救药物的一种。

长期口服激素不良反应: 骨质疏松症、高血压、白内障、青光眼、糖尿病、肾上腺皮质功能抑制、肥胖症、下肢浮肿、出血倾向等。

2. 白三烯调节剂: 白三烯受体阻断剂 (LTRA) - 孟鲁司特+5-脂氧合酶抑制剂

是目前除 ICS 外唯一可单独使用的哮喘控制性药物, 可作为轻度哮喘糖皮质激素的替代治疗药物和中





至重度哮喘的联合用药，尤适用于阿司匹林哮喘、运动性哮喘和伴有过敏性鼻炎哮喘患者的治疗。

3. 茶碱 松弛平滑肌、强心、利尿、呼吸兴奋等作用。需进行血药浓度监测，有种族差异性。

4. 抗胆碱药

代表药物	短效抗胆碱药 (SAMA) 异丙托溴铵	长效抗胆碱药 (LAMA) 噻托溴铵 (每日 1 次)
临床应用	与 β_2 受体激动剂联合应用具有互补作用 ICS+LABA+LAMA 三联复合制剂糠酸氟替卡松-维兰特罗-乌美溴铵干粉剂、布地奈德-福莫特罗-格隆溴铵气雾剂，重度哮喘患者使用吸入性三联复合制剂更为方便	
不良反应	口干、口中苦涩金属味觉，溶液经过面罩给药可能促发青光眼	
禁忌证	妊娠早期女性、青光眼、前列腺增生慎用	

【考点 74】COPD 治疗的常用药物 (注意与哮喘的相同点与区别点) (26 年未改动)

(2019A 型题, 1 分; 2019B 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分)

支气管舒张剂 (核心药物)	短效	短期按需应用可缓解症状，首选吸入治疗，不建议规律使用短效支气管舒张剂
	长效	◆ 与 LABA 相比，LAMA 在降低急性加重方面的作用更大，并可减少住院风险 ◆ 初始长效支气管舒张剂治疗时，首选 LABA 和 LAMA 的复方制剂 ◎ 联合治疗可显著提高 FEV1，并减轻症状，显著减少急性加重 ◆ 茶碱可在稳定期 COPD 一定程度上改善症状
抗炎药物 糖皮质激素	◆ 不建议长期单独使用 ICS 治疗，ICS 规律治疗会增加肺炎的风险 ◆ 不建议长期口服糖皮质激素治疗 ◆ 不建议对慢阻肺患者采用 LABA+ICS 联合给药 ◎ 如果有 ICS 治疗指征则优选 LABA+LAMA+ICS ◎ 存在有频繁和（或）重度急性加重病史的患者，三联吸入治疗在降低死亡率方面具有更多获益 ◆ 如果患者具有哮喘样特征，治疗应始终包含 ICS	
磷酸二酯酶-4 (PDE-4) 抑制剂	◆ 罗氟司特，口服药物，1 次/日，无直接舒张支气管作用，可减少需经全身性糖皮质激素治疗的中度和重度急性加重，改善肺功能 ◆ 不良反应：腹泻、恶心、食欲减退、体重下降、腹痛、睡眠障碍及头痛 ◆ 避免对体重过轻的患者给予，抑郁症患者也应慎用	
阿奇霉素	有急性加重倾向的患者接受阿奇霉素或红霉素治疗 1 年可降低急性加重风险	
黏液溶解剂和抗氧化剂	◆ 在未使用 ICS 的患者中，定期使用乙酰半胱氨酸和羧甲司坦可减少急性加重并可适度改善健康状况 ◆ 仅建议在特定患者中使用抗氧化剂或黏液溶解剂	

【考点 75】常用降压药物 (26 年未改动)



扫码关注人力资源管理考试公众号



环球网校移动课堂 APP

环球网校 侵权必究



(2015A 型题, 1 分; 2015B 型题, 3 分; 2016B 型题, 2 分; 2016C 型题, 2 分; 2017B 型题, 3 分; 2018A 型题, 1 分; 2018B 型题, 3 分; 2019B 型题, 3 分; 2019C 型题, 3 分; 2020A 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 2 分; 2022A 型题, 1 分; 2022C 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2023A 型题, 2 分; 2023B 型题, 3 分; 2023C 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025A 型题, 1 分; 2025C 型题, 1 分)

1. 钙离子拮抗剂: ①二氢吡啶类钙通道阻滞剂—地平: 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; 不良反应有心跳加快、面部潮红、脚踝部水肿、牙龈增生等。②非二氢吡啶类钙通道阻滞剂: 维拉帕米、地尔硫草, 较少用于降压治疗, 2-3 度房室传导阻滞、心力衰竭患者禁止使用。

2. 血管紧张素转化酶抑制剂 (ACEI) 和血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB): ACEI**普利、ARB**沙坦, 尤其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**、慢性肾病、代谢综合征、蛋白尿或微量白蛋白尿患者; 前者有**干咳**, 皮疹, 血管神经性水肿, 味觉障碍, 高钾血症等不良反应, 后者无干咳; 双侧肾动脉狭窄、**高钾血症**、妊娠妇女禁用。

3. 利尿剂

①氢氯噻嗪、呋达帕胺: 适用于老年高血压、单纯收缩期高血压或伴心力衰竭患者; 不良反应有血糖、血钙、血尿素氮、**尿酸**、肌酐升高、血钾降低, 小剂量对代谢影响很小, 长期大剂量应用可影响糖、脂代谢; 痛风禁用; 高尿酸血症、肾功能不全者慎用。

②呋塞米: 可导致低血钾, 肾功能不全者可用。

③阿米洛利、螺内酯: 可导致高血钾, 螺内酯—男性乳房发育。

4. β -受体阻断剂: 美托洛尔、比索洛尔—选择性 β_1 受体阻断剂, 尤其适用于伴有快速型心律失常、冠心病、慢性心力衰竭的患者; 可影响糖脂代谢, 长期应用突然停药可发生反跳现象 (撤药综合征); 非选择性 β 受体阻断剂 (如普萘洛尔) 禁用于哮喘患者; 高度心脏传导阻滞禁用。

5. α -受体阻断剂: **唑嗪, 不作为首选药降压。适用高血压伴前列腺增生患者, 也用于难治性高血压患者; 入睡前服用, 直立性低血压者禁用。

6. 血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (ARNI): 更适用于老年高血压、盐敏感性高血压、高血压合并心力衰竭、高血压合并左心室肥厚、高血压合并 CKD (1-3 期)、难治性高血压的患者。对重度肾功能损害、肾动脉狭窄及中度以上肝功能损害者应慎用。不能与 ACEI、ARB、阿利吉仑联用。如果从 ACEI 转换成 ARNI, 必须在停止 ACEI 治疗 ≥ 36 小时之后才能开始应用。

【考点 76】特殊人群的降压治疗 (26 年未改动)

(2016B 型题, 2 分; 2020B 型题, 3 分; 2024C 型题, 2 分)

特殊人群	控制目标	选用药物
老年人	使 SBP 达标	CCB、ACEI、ARB、利尿剂
妊娠期	高危风险孕妇预防子痫前期	12-16 周开始服用小剂量 阿司匹林 (75-150mg/d)
	重度高血压	静脉使用硫酸镁
		口服降压药有拉贝洛尔、硝苯地平和甲基多巴, 必要时可使用小剂量噻嗪类利尿剂。常用的静脉降压





		药有拉贝洛尔、乌拉地尔、尼卡地平、酚妥拉明、硝酸甘油等。
合并肾脏疾病	有蛋白尿的患者目标 130/80mmHg	ACEI、ARB、CCB、 α 受体阻断剂、 β 受体阻断剂、利尿剂
伴糖尿病	①降压目标 130/80mmHg; ②老年或伴严重冠心病患者, 降压目标值 140/90mmHg ③合并糖尿病的孕妇目标 135/85mmHg	首选 ACEI 或 ARB。合并心绞痛者可加用 β 受体阻断剂; 反复低血糖发作者, 慎用 β 受体阻断剂。

【考点 77】血脂异常的药物治疗 (26 年未改动)

(2015B 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2019A 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2022C 型题, 1 分; 2023B 型题, 3 分; 2024B 型题, 3 分; 2024C 型题, 1 分; 2025C 型题, 2 分)

1. 降低胆固醇的药物

①HMG-CoA 还原酶抑制剂 (他汀类): 降低胆固醇、LDL-C 的首选, 建议在晚间或睡前服用; 阿托伐他汀和瑞舒伐他汀可在每天任何固定时间服用; 避免辛伐他汀、洛伐他汀与大环内酯类抗菌药物 (阿奇霉素除外) 合用。

②依折麦布/海博麦布: 抑制肠道内胆固醇的吸收。与他汀类联用有协同作用。

③普罗布考: 尤其是纯合子型家族性高胆固醇血症 (HoFH) 及黄色瘤患者。

④胆酸螯合剂: 吸附胆固醇的树脂, 阻断肠道内胆汁酸中胆固醇的重吸收。考来烯胺、考来替泊。

⑤PCSK9 单抗: 依洛尤单抗、阿利西尤单抗、拖莱西单抗, 较安全, 无论单独应用或与他汀类药物联合应用, 可使 LDL-C 平均降低 40%-70%。

2. 降低 TG 的药物

①贝特类: 非诺贝特、吉非罗齐、苯扎贝特等。吉非罗齐 (吉非贝齐) 禁与他汀类合用。

②烟酸类: 降低 TC、LDL-C 和 TG, 升高 HDL-C 的作用。慢性活动性肝病、活动性消化性溃疡和严重痛风者禁用。

③高纯度 ω -3 脂肪酸: 每天 4g 高纯度 EPA (IPE) 可在他汀类药物治疗的基础上进一步降低心血管事件风险, 但其他鱼油制剂降低心血管事件风险的疗效暂无证据支持; ω -3 多不饱和脂肪酸制剂安全性好。

3. 联合应用: 他汀+依折麦布: 同时影响胆固醇合成和吸收过程; 他汀+贝特: 有潜在增加肝功能受损和发生肌病的危险; 他汀+依洛尤单抗: 尤其适合纯合子型 FH 患者。

【考点 78】稳定型心绞痛的治疗 (26 年未调整)

(2015A 型题, 2 分; 2015B 型题, 1 分; 2016C 型题, 2 分; 2017C 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2018B 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2020X 型题, 1 分; 2021C 型题, 2 分; 2022A 型题, 1 分; 2023C 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2024C 型题, 2 分; 2025A 型题, 1 分; 2025C 型题, 1 分)

1. 缓解症状改善缺血的药物





①硝酸酯类

抗心肌缺血的首选。舌下含服硝酸甘油每次 0.25~0.5mg, 每 5 分钟含服 1 次, 直至症状缓解, 15 分钟内含服最大剂量不超过 1.5mg。硝酸异山梨酯每次 5~10mg, 舌下含化, 2~5 分钟见效, 作用维持 2~3 小时。单硝酸异山梨酯不适宜治疗心绞痛急性发作, 而适于慢性长期治疗。

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, 以避免引起严重低血压。

②β受体阻断剂

用药后要求静息心率降至 55~60 次/分。严重心动过缓、高度房室传导阻滞及支气管哮喘急性发作的患者禁用。优先使用选择性 β₁ 受体阻断剂, 如琥珀酸美托洛尔、阿替洛尔及比索洛尔。当心力衰竭患者伴有心绞痛时, 首选 β 受体阻断剂。

③钙通道阻滞剂

变异型心绞痛首选 CCB。非二氢吡啶类药物常用于伴有心房颤动或心房扑动的心绞痛患者。

④其他

尼可地尔: 适合有微循环障碍的女性冠心病患者(X 综合征)。也可以作为硝酸酯类药物不耐受患者的替代治疗。

伊伐布雷定: 用于不能耐受 β 受体拮抗剂或 β 受体拮抗剂效果不佳时, 窦性心律且心率 > 60 次/分。

曲美他嗪: 不作为心绞痛发作时的对症治疗用药, 也不适用于对不稳定型心绞痛或心肌梗死的初始治疗。

2. 预防心肌梗死并改善预后的药物

①抗血小板

冠心病二级预防时, 阿司匹林肠溶片的最佳剂量范围为 75~150mg/d。不能耐受阿司匹林的患者可改用氯吡格雷 (75mg/d) 作为替代治疗。氯吡格雷/替格瑞洛与阿司匹林联合用于 ACS 患者 (包括支架植入后) 的抗血小板治疗。氯吡格雷为前药, 不宜与奥美拉唑、艾司奥美拉唑合用。

②他汀类

所有冠心病患者, 无论其血脂水平如何, 均应给予他汀类药物治疗, LDL-C 的目标值应 < 1.8mmol/L。

③β受体阻断剂

心肌梗死后患者长期接受 β 受体阻断剂二级预防, 可降低相对死亡率。

④ACEI 或 ARB

具有心、肾保护作用, 可减少各类心血管事件的发生风险。对于稳定型心绞痛患者, 只要无禁忌证, 均应使用 ACEI, 不能耐受者可换用 ARB。

【考点 79】抑郁症的药物治疗 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025A 型题, 1 分)

1. 三环类药物 (TCAs): 丙米嗪、多塞平、阿米替林、氯米帕明, 有抗胆碱能、直立性低血压、心血管和镇静等不良反应;

2. 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, 抗焦





虑和抗抑郁双重作用。共性：①广谱性②高效性③起效缓④依从性好（每日1次）⑤安全性高。

3. 5-羟色胺和 NE 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。未治疗的闭角型青光眼患者禁用度洛西汀。导致**血压轻度升高**。

4. 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，偶见直立性低血压。

5. 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。不良反应：阴茎异常勃起，心脏病患者慎用，不宜与降压药联用。

6. 单胺氧化酶抑制剂：吗氯贝胺，不能和其他抗抑郁药同时应用。

7. 抗抑郁药的合理应用与药学监护

(1) 剂量逐步递增，采用最小有效剂量，使不良反应减至最小。最好单药治疗，无效时再联合。

(2) 5-羟色胺综合征：主要发生在 SSRI 与单胺氧化酶抑制剂合用时，可出现腹痛、腹泻、出汗、发热、心动过速、血压升高、意识改变（谵妄）、肌阵挛、动作增多、激惹、敌对和情绪改变；严重者可导致高热、休克，甚至死亡。

(3) 换药需注意：氟西汀需停药 5 周才能换用 MAOIs，其他 SSRI 需停药 2 周再换用 MAOIs。MAOIs 停药 2 周后才能换用 SSRI。

【考点 60】睡眠障碍的药物治疗（26 年未改动）

（2018A 型题，1 分；2022X 型题，1 分；2023A 型题，1 分；2024A 型题，1 分）





类别	代表药物	特点
苯二氮草类	**西泮, **唑仑	
非苯二氮草类	唑吡坦 佐匹克隆 扎来普隆	半衰期短, 仅有单一的催眠作用, 无肌松弛和抗惊厥作用。为治疗失眠的一线药物。
褪黑素受体激动剂	雷美尔通 阿戈美拉汀	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。
具有催眠效果的抗抑郁药物	低剂量的多塞平、小剂量的米氮平。 抗抑郁药和 BZRAs 联合应用: 如帕罗西汀和唑吡坦联用快速缓解失眠, 协同改善抑郁和焦虑症状。	

【考点 81】缺血性脑卒中 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2018C 型题, 3 分; 2019A 型题, 1 分; 2019X 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 1 分; 2021C 型题, 2 分; 2022A 型题, 1 分; 2023B, 1 分)

1. 急性期治疗 (2 周内)

①溶栓: 发病 4.5 小时内, 没有禁忌症者阿替普酶 (rt-PA) 或替奈普酶静脉溶栓治疗; 发病 6 小时内尿激酶静脉溶栓。

②抗血小板: 不能溶栓者尽早给予 150-300mg/d; 溶栓治疗者在溶栓 24h 后开始使用, 急性期后改为预防剂量 (50~150mg)。对不能耐受阿司匹林者, 可选用氯吡格雷;

③抗凝: 一般不推荐, 特殊情况可在溶栓 24h 后开始;

④降纤药物: 不适合溶栓并经过严格筛选的高纤维蛋白原脑梗死患者可选用。药物: 巴曲酶、降纤酶、蕲蛇酶等;

⑤扩容治疗: 一般不推荐, 低血压或脑血流低灌注所致的缺血型脑卒中可考虑;





⑥控制血压：收缩压 $\geq 200\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ，或伴有严重心功能不全等，可降压治疗，目标收缩压 $\leq 180\text{mmHg}$ 且舒张压 $< 100\text{mmHg}$ ，药物：拉贝洛尔、尼卡地平等；颅内压或脑水肿甘露醇静滴，还可选用甘油果糖或呋塞米（与甘露醇交替使用可减轻不良反应）；

⑦控制血糖：控制目标为 $7.8\sim 10\text{mmol/L}$ ，药物：高-胰岛素/低-葡萄糖溶液；

⑧神经保护剂与改善脑循环：丁基苯酞、胞二磷胆碱、依达拉奉、尼莫地平等；

2. 溶栓禁忌症：

有出血风险的患者不可应用，如既往有颅内出血、近2周做过大手术、血小板计数 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 等或血糖 $< 2.7\text{mmol/L}$ 、收缩压 $> 180\text{mmHg}$ 、舒张压 $> 100\text{mmHg}$ 。

【考点 82】癫痫的药物治疗（26 年未改动）

（2016A 型题，1 分；2017A 型题，1 分；2018C 型题，2 分；2019C 型题，3 分；2020B 型题，1 分；2020C 型题，3 分；2023A 型题，1 分；2025A 型题，1 分）

1. 抗癫痫常见药物

①苯妥英钠：不良反应有共济失调，视物模糊，齿龈增生，镇静作用等；

②卡马西平：不良反应有共济失调，复视，肝损伤，骨髓抑制，皮疹，低血钾症；

③苯巴比妥：不良反应有镇静作用、认知障碍、叶酸缺乏；

④丙戊酸钠：不良反应有胃肠道功能紊乱，脱发，体重增加，肝毒性；

2. 选药：

①部分性（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。

③育龄期妇女癫痫发作：奥卡西平、拉莫三嗪、左乙拉西坦（孕前3个月+孕初3个月加叶酸 $2.5\sim 5\text{mg/d}$ ）

3. 癫痫持续状态

入院后成人地西泮 $0.15\sim 0.2\text{mg/kg}$ （最大 10mg ）静脉推注，给药5分钟后可重复1次，儿童为每2-5分钟静脉注射 $0.2\sim 1.0\text{mg/kg}$ ，应注意静脉注射速度过快可抑制呼吸。也可用苯妥英钠静脉输注。婴儿可以直肠用药。

【考点 83】帕金森病（PD）的药物治疗（26 年未改动）

（2015A 型题，1 分；2016A 型题，1 分；2018A 型题，1 分；2019A 型题，1 分；2021A 型题，1 分；2021X 型题，1 分；2022B 型题，2 分；2023A 型题，1 分；2023B 型题，2 分；2024B 型题，3 分；2025B 型题，3 分；2025A 型题，1 分）

原则：①用药个体化；②小剂量开始，低剂量维持，“剂量滴定”；③长期用药，不突然停药。

种类	代表药物	不良反应	禁忌症
抗胆碱药	苯海索	认知功能下降。	闭角型青光眼、前列腺肥大。
促多巴胺释放剂	金刚烷胺	夜间服用会出现幻觉、精神紊乱，突然停药加重病情。	肝肾功能不全、癫痫、胃溃疡患者慎用，哺乳期妇女禁用。
复方左旋多巴	苄丝肼-左旋多巴	引起异动症状等并发症。	活动性消化道溃疡、闭角型青光眼、精神病患者。





多巴胺受体激动剂	普拉克索	体位性低血压、足踝部水肿、食欲亢进、出现幻觉。	对本品过敏。
单胺氧化酶 (MAO-B) 抑制剂	司来吉兰	心律不齐、直立性低血压，夜间服用可引起失眠。	禁止与 SSRI 合用，消化性溃疡、严重精神病患者禁用。
儿茶酚氧位甲基转移酶 (COMT) 抑制剂	恩他卡朋 (不 单用)	尿液变黄、多汗、腹泻、意识模糊、体位性低血压等。	嗜络细胞瘤、非创伤性横纹肌溶解症患者。

【考点 84】痴呆的药物治疗 (26 年未改动)

(2017X 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2019A 型题, 1 分; 2020B 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2024B 型题, 2 分)

1. 胆碱酯酶抑制剂: 多奈哌齐、卡巴拉汀、加兰他敏, 早晨和晚上与食物同服; 不良反应有腹泻、肌肉痉挛、乏力、恶心、呕吐、失眠、心动过缓、溃疡病加重等。

2. 非竞争性 N-甲基天冬氨酸受体 (NMDA) 拮抗剂: 美金刚, 单药或与多奈哌齐合用对中至重度 AD 患者有一定疗效, 有幻觉、头晕、头痛、腹泻、便秘等不良反应。

3. 仑卡奈单抗是一种人源化单克隆抗体, 用于治疗早期阿尔茨海默病。多奈单抗能够减缓早期阿尔茨海默病患者的认知功能下降进程。

4. 药物相互作用

①胆碱酯酶抑制剂 酮康唑、红霉素、帕罗西汀通过抑制肝药酶可使加兰他敏作用增强。卡巴拉汀 97% 以代谢产物从尿液排出。

②美金刚 尿液碱化剂 (碳酸酐酶抑制剂、碳酸氢钠) 可降低美金刚的清除率而使药物血浆浓度升高。与其他经肾小管分泌排泄的药物 (氢氯噻嗪、氨苯蝶啶、二甲双胍、西咪替丁、雷尼替丁、奎尼丁、烟碱) 同服, 理论上会改变美金刚和其他药物的血药浓度。

【考点 85】胃食管反流病 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2016C 型题, 2 分; 2017C 型题, 2 分; 2019C 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分; 2021B 型题, 3 分; 2021X 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2023X 型题, 1 分; 2024C 型题, 2 分; 2025B 型题, 1 分; 2025C 型题, 1 分)

1. 诱发或加重胃食管反流病的药物

(1) 降低食管下括约肌的压力: 抗胆碱药、苯二氮卓类、巴比妥类、**地平、硝酸酯类、雌激素、尼古丁、茶碱、四环素等。

(2) 直接刺激食管黏膜: 双膦酸盐类、非甾体抗炎药、铁剂、奎尼丁。

2. 药物治疗

(1) 初始治疗: PPI 是 GERD 治疗的首选药。抑酸 PPI 至少 8 周; 长期应用会抑制钙、镁、铁等金属离子和维生素 B₁₂ 的吸收; H₂RA 仅适用于轻至中度的 GERD 治疗, 4-6 周后可出现药物耐受。抑酸目标是胃内 pH ≥ 4, 保持 16 小时以上。餐前 0.5-1h 服用, 一天给药 1 次或 2 次。

钾离子竞争性酸阻滞剂 (P-CAB) 属于新型抑酸剂, 可任意时间服用, 不受饮食影响, 比 PPI 起效更快、持续时间更长、抑酸效果更强。目前有伏诺拉生、替戈拉生、凯普拉生。





(2) 维持治疗: 巩固治疗, PPI 每日 1 次长期维持或隔日 1 次间歇给药; H_2RA 长期使用会产生耐受性, 一般不适合作为长期维持治疗的药物。

3. 注意事项

(1) H_2RA 对夜间胃酸分泌作用强, 故夜间酸突破可在睡前给予 H_2RA ;

(2) 多潘立酮有心脏毒性 (QT 间期延长), 禁止与 CYP3A4 肝药酶抑制剂同用。

【考点 86】根除幽门螺旋杆菌治疗 (26 年未改动)

1. 四联疗法

(2015A 型题, 1 分; 2018C 型题, 2 分; 2019C 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2022A 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分)

	青霉素不过敏	青霉素过敏 1	青霉素过敏 2
抗生素 1	阿莫西林, bid, 首选	四环素, tid 或 qid	头孢呋辛
抗生素 2	克拉霉素、左氧氟沙星、甲硝唑、四环素	甲硝唑	克拉霉素、左氧氟沙星、甲硝唑、四环素
质子泵抑制剂	**拉唑, bid		
P-CAB	伏诺拉生 20mg, bid		
铋剂	枸橼酸铋钾、胶体果胶铋		
注意	疗程 14d, 初次用药不建议选用左氧氟沙星。 2 种抗菌药饭后即刻服用, PPI 和铋剂饭前半小时服用。		

2. 高剂量双联方案

是指含阿莫西林 ($\geq 3g/d$, 如 1g/次, 3 次/日或 0.75g/次, 4 次/日) 联合质子泵抑制剂如艾司奥美拉唑或雷贝拉唑 (双倍标准剂量, 2 次/日或标准剂量, 4 次/日), 疗程为 14 日。

效果评估: 应在治疗结束后 4-8 周进行, 检测前停用 PPI 至少 2 周, 停用抗菌药物、铋剂和某些抗菌作用的中药至少 4 周。

【考点 87】溃疡性结肠炎 (26 年微调)

(2020 年 B 型题, 1 分; 2023 年 B 型题, 1 分; 2024B 型题, 2 分; 2025B 型题, 1 分)





分类	作用	药物	特殊点/注意事项
氨基水杨酸制剂 （口服，结肠释放）	局部黏膜抗炎作用	5-ASA 前体药物：柳氮磺吡啶、巴柳氮、奥沙拉秦	①不良反应常见的是头痛、消化不良、皮疹， 间质性肾炎 虽少见，但较严重。妊娠及哺乳期慎用或禁用。
		5-ASA 缓、控释制剂：美沙拉秦 pH 依赖型	② 奥沙拉秦 常见 腹泻 ，可选 餐时服用 。 ③柳氮磺吡啶不良反应较多，影响叶酸吸收，降低精子的数量和活力， 多喝水 以防结晶尿生成。
灌肠剂用于病变在直肠和乙状结肠，栓剂用于病变在直肠的患者。			
糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂（英夫利西单抗、环孢素 A 等），以上效果差选用。			

注意事项

➤ 柳氮磺吡啶禁用于对呋塞米、磺类、噻嗪类利尿剂、磺酰脲类、碳酸酐酶抑制药、塞来昔布及其他**磺胺类**药过敏者, 可出现交叉过敏。

➤ 抗胆碱药或止泻药如**地芬诺酯**、**洛哌丁胺**宜慎用。

➤ 5-ASA 的缓、控释制剂均**不能咀嚼**, 但可以掰开服用。

【考点 88】病毒性乙型肝炎的抗病毒治疗 (26 年未改动)

(2019A 型题, 1 分; 2020C 型题, 1 分; 2021A 型题, 1 分, 2021B 型题, 1 分; 2023X 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025B 型题, 2 分)

分类	作用特点	给药途径	不良反应
核苷酸类 抗病毒药 (NAs)	被推荐为一线药物(恩替卡韦、替诺福韦)。但 HBeAg 清除率低, 疗效相对不固定, 停药后易复发。	口服给药, 长期服用	不良反应少而轻微。





干扰素 α	广谱的抗病毒作用。可以抑制病毒的复制，但对病毒并无直接的杀灭作用；还可以调节免疫。	皮下或肌内注射；普通干扰素 α 每周 3 次或隔日 1 次，聚乙二醇干扰素 α 每周 1 次，疗程 1 年或更长	不良反应多。（流感样症状、血细胞减少、神经精神反应、甲状腺功能异常、糖尿病等）
-------	---	--	---

[特殊人群的抗乙型肝炎病毒治疗]

1. 代偿性乙型肝炎后肝硬化患者，推荐采用恩替卡韦、TDF、TAF 进行长期抗病毒治疗。
 2. 失代偿性乙型肝炎后肝硬化患者，推荐采用恩替卡韦或 TDF 长期治疗，禁用聚乙二醇干扰素 α 治疗。
 3. 慢性乙型肝炎感染者准备近期妊娠，或妊娠期间有抗病毒指征时，可以使用 TDF 治疗。如合并肾功能不全，可考虑使用 TAF 治疗。
 4. 抗病毒治疗期间意外妊娠的患者，若使用 TDF 治疗，建议继续妊娠；若使用恩替卡韦，可不终止妊娠，换用 TDF 治疗。若应用干扰素治疗，建议向孕妇和家属充分告知风险，由其决定是否继续妊娠；若继续妊娠，应停用干扰素，换用 TDF 治疗。
- 妊娠中晚期发现乙型肝炎病毒感染，HBV-DNA 定量 $>2 \times 10^5$ IU/ml，于妊娠第 28 周左右开始应用 TDF 抗病毒治疗。

5. 儿童患者

- 1) 对于活动性 CHB 或肝硬化患儿，应及时抗病毒治疗。ALT 升高的 HBeAg 阳性 CHB 儿童患者可选用普通干扰素 α 或聚乙二醇干扰素 α 2a 治疗。也可选用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗。
- 2) 进展期肝病或肝硬化患儿，1 岁及以上儿童可考虑普通干扰素 α 治疗；2 岁及以上儿童可选用恩替卡韦或 TDF 治疗；5 岁及以上儿童可选用聚乙二醇干扰素 α 2a；12 岁及以上儿童可选用 TAF 治疗。
6. 慢性肾脏病患者、肾功能不全或接受肾脏替代治疗的 CHB 患者，推荐恩替卡韦或 TAF 抗 HBV 治疗，不建议应用阿德福韦或 TDF。

【考点 89】甲状腺功能亢进症药物治疗（26 年微调）

（2017A 型题，1 分；2018A 型题，2 分；2022A 型题，1 分；2023A 型题，1 分；2023C 型题，2 分；2024A 型题，1 分；2025A 型题，1 分）

硫脲类	丙硫氧嘧啶（PTU）、甲硫氧嘧啶	初治阶段：MMI、PTU 控制症状，疗效多在服药 4 周以后出现。 维持阶段：抗甲状腺药物治疗疗程为 18-24 个月，根据病情可减量。
咪唑类	甲硫咪唑（MMI）	出现皮疹、胃肠道反应、粒细胞缺乏、关节疼痛、肝炎等不良反应，甲硫咪唑还会引起胆汁淤积性黄疸。
其他	碳酸锂	短期治疗，用于对 ATDs 和碘剂过敏的患者。需监测药物浓度， $>1.5\text{mmol/L}$ 可出现中毒症状。
	β 受体阻断剂	阻断外周 T_4 向 T_3 转化。
	放射性 ^{131}I 治疗	是成人 GD 的主要治疗方法之一； 妊娠期、哺乳期、确认或怀疑甲状腺癌患者禁用。





特殊人群

妊娠期及哺乳期如需用药首选丙硫氧嘧啶。

【考点 90】甲状腺功能减退症药物治疗 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2022A 型, 1 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分)

1. 左甲状腺素 ($L-T_4$) 治疗: 左甲状腺素钠片 **早餐前 1 小时, 空腹, 每天早晨服药 1 次**。一般成年患者 $L-T_4$ 替代剂量为 $50 \sim 200 \mu g/d$, 平均 $125 \mu g/d$, 妊娠时剂量需增加。

2. 亚临床甲减的处理: 当高胆固醇血症、血清 TSH $> 10 mU/L$ 时, 需要给予 $L-T_4$ 治疗。

3. 黏液性水肿昏迷的治疗

①先 $L-T_4$ 静脉注射, 临床表现改善后改为口服。

②供氧、保持呼吸道通畅, 必要时行气管切开、机械通气等。

③氢化可的松 $200 \sim 300 mg/d$ 持续静滴, 患者清醒后逐渐减量。

④根据需要补液, 控制感染等。

4. 妊娠期甲减: 替代剂量需增加, 若出现甲亢, 不宜与抗甲状腺药物同时治疗。

【考点 91】胰岛素剂型种类及注意事项 (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2018C 型题, 2 分; 2019B 型题 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2023A 型题, 1 分; 2023B 型题, 3 分)

速效	门冬胰岛素	紧邻餐前注射或餐后立即给药, 10-20min 起效。
	赖脯胰岛素	将要进餐之前给药, 10-20min 起效。
	谷赖胰岛素	临近餐前或餐后立即注射, 10-15min 起效。
短效	胰岛素	餐前 30min 给药, 15-60min 起效。 亦可经静脉注射用于抢救糖尿病酮症酸中毒。
中效	精蛋白 (重组) 人胰岛素	每日一次固定时间给药, 1.5-3h 起效。
长效胰岛素类似物	地特胰岛素	每日一次固定时间给药, 3-4h。
	甘精胰岛素	每日一次固定时间给药, 无峰。
	德谷胰岛素	每日一次固定时间给药, 1h 起效, 无峰
超长效	依柯胰岛素	1 周一次
预混/双胰岛素	预混人胰岛素 30R, 40R, 50R 门冬胰岛素 30/50 注射液 德古-门冬双胰岛素注射液	个体化给药, 不宜用于 1 型糖尿病的长期血糖控制。
注射时宜注意	①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。 ②未开启的胰岛素应冷藏保存, 冷冻后的胰岛素不可再应用。	





- ③使用中的胰岛素笔芯不宜冷藏，在室温下最长可保存 4-6 周。
- ④采用多次胰岛素治疗时应停用促胰岛素分泌剂。

【考点 92】口服降糖药（26 年微调）

（2017C 型题，2 分；2019B 型题，5 分；2020X 型题，1 分；2021A 型题，3 分；2021B 型题，1 分；2022B 型题，1 分；2022C 型题，1 分；2024A 型题，1 分；2024B 型题，2 分；2025 年 B 型题，3 分）

2 型糖尿病患者应先进行生活方式干预，不能使血糖达标时及时应用降糖药治疗。

种类	代表药物	作用特点及不良反应
双胍类	二甲双胍	2 型糖尿病的首选治疗药，若无禁忌症则一直服用；如需使用碘对比剂时，应停用二甲双胍。 不良反应：消化道反应、维生素 B ₁₂ 缺乏。
α-葡萄糖苷酶抑制剂	**波糖	tid，可出现腹胀、腹泻、肠鸣音亢进，18 岁以下及术前患者禁用。
磺酰脲类促胰岛素分泌剂	格列**	出现低血糖、消化道反应、过敏反应，格列齐特禁用于咪康唑治疗者。
非磺酰脲类促胰岛素分泌剂	**列奈	不良反应：低血糖、肝功能异常，过敏反应等。
噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂（TZDs）	**列酮	上呼吸道感染、头痛、水肿、体重增加等不良反应，活动性肝病、心力衰竭、骨质疏松患者禁用。
二肽基肽酶-4 抑制剂（DPP-4 抑制剂）	**列汀	不良反应：肌痛、关节痛、腹痛、头痛等。
胰高血糖素样肽-1 类似物（GLP-1 类似物）	利拉鲁肽 艾塞那肽	不良反应：呕吐、恶心。
钠-葡萄糖协同转运蛋白-2 抑制剂	**列净	不良反应：低血压、泌尿与生殖系统感染、酮症酸中毒。
葡萄糖激酶激活剂	多格列艾汀	胃肠道不适、血脂异常
过氧化物酶体增值物激活受体泛激动剂	西格列他钠	水肿、体重增加、骨折风险、心力衰竭
促胰岛素分泌多肽/胰高血糖素样肽-1 受体激动剂	替尔泊肽	每周一次；胃肠道不良反应

【考点 93】肾功能不全患者的降糖药选择（26 年微调）

（2016C 型题，1 分；2017A 型题，1 分；2021B 型题，1 分；2023X 型题，1 分）

①二甲双胍根据肾功能调整剂量。当 $eGFR < 45 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 时应考虑停药。重度感染、外伤以及存在可造成组织缺氧相关疾病（如失代偿性心力衰竭、呼吸衰竭等）的患者禁用二甲双胍。长期使用二甲双胍会增加糖尿病患者维生素 B₁₂ 缺乏的风险。

②格列本脲仅可用于慢性肾脏病 CKD1~2 期的患者；格列美脲用于 CKD3~4 期的患者；格列喹酮、格





列齐特在 $eGFR > 59 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 时无需调整剂量, 但同样不建议用于 $eGFR < 30 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 的患者。

- ③那格列奈应用于肾功能不全的糖尿病患者无需调整剂量。
- ④吡格列酮、罗格列酮用于肾功能不全的糖尿病患者无需调整剂量。
- ⑤伏格列波糖可用于 CKD1-3 期患者, 慎用于 CKD4-5 期患者。
- ⑥利格列汀在 CKD4-5 期时无需减量。
- ⑦ $eGFR < 60 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 的患者胰岛素用量需减少, 谨防低血糖的发生。

【考点 94】骨质疏松的药物治疗 (26 年未改动)

(2019A 型题, 1 分; 2021C 型题, 2 分; 2022C 型题, 1 分; 2023B 型题, 2 分; 2024B 型题, 3 分; 2025B 型题, 1 分)





钙剂	成人每日钙摄入推荐量 800mg, 绝经后女性和老年人每日钙摄入推荐量为 1000~1200 mg。	①以 清晨和睡前 各用 1 次为佳。 ②3 次/日, 最好于餐后 1 小时服用。
维生素 D	成人推荐维生素 D 摄入量为 400IU; 维生素 D 用于骨质疏松症防治时, 剂量可为 800~1200 IU/d。	活性维生素 D 及其类似物适用老年人、肾功能减退患者。长期使用 VD 类药物时, 不宜同时补充较大剂量的钙剂。
降钙素	抑制骨吸收, 能明显缓解骨痛 (骨质疏松和骨折)。鲑鱼降钙素皮下/肌注/鼻喷 (增加鼻炎风险)	
双膦酸盐类	①胃肠道不良反应, 食管炎 ②一过性流感样症状 ③肾脏毒性。④下颌骨坏死, 罕见 ⑤非典型股骨骨折。 空腹足量水送服, 保持上身直立, 不进食和卧床≥30min, 不宜喝牛奶、咖啡、茶、矿泉水、果汁和含钙的饮料。 食管裂孔疝、消化性溃疡不宜应用 。 避免消化道不良反应可静脉给药。	
雌激素受体调节剂	雷洛昔芬, 仅用于绝经后妇女 。 静脉栓塞病史、血栓倾向 、肝肾功能不全禁用。绝经激素治疗 (MHT)。	
甲状旁腺素类似物	特立帕肽, 皮下注射 , 促进骨形成, 禁用于 Paget 病或有骨骼放疗史的患者。	
其他	地舒单抗、四烯甲萘醌	

【考点 95】痛风的治疗与用药注意事项 (26 年未改动)

(2015A 型题, 1 分; 2016A 型题, 1 分; 2017A 型题, 1 分; 2017B 型题, 1 分; 2018A 型题, 2 分; 2018X





型题, 1 分; 2019C 型题, 1 分; 2020A 型题, 1 分; 2020B 型题, 2 分; 2021B 型题, 1 分; 2022B 型题, 1 分; 2022C 型题, 2 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2025C 型题, 3 分)

1. 药物治疗

(1) 一般治疗: **碱化尿液** (pH 维持在 6.2~6.9): 碳酸氢钠、枸橼酸氢钾钠。

(2) 急性发作期: ①首选秋水仙碱, 发作 12h 内尽早使用; 长期应用可引起骨髓抑制、胃肠道反应等不良反应, 妊娠期妇女和严重肾功能不全患者禁用。②NSAIDs: 首选对乙酰氨基酚, 活动性消化道溃疡、出血病史者禁用。③糖皮质激素: 泼尼松短程使用, 不良反应有糖尿病、水钠潴留等。

(3) 发作间歇期

抑制尿酸生成	别嘌醇	初始剂量 50~100mg/d; 痛风急性期、G5 期、 HLA-B*5801 基因阳性者禁用 ; 服用后出现眩晕, 用药期间不宜驾驶车船、飞机和操作机械。
	非布司他	主要通过肝脏清除, 不良反应: 肝功能损伤、皮疹、恶心等。
促进尿酸排泄	丙磺舒	多喝水; 痛风急性发作无需减量, 同时服用秋水仙碱或 NSAIDs; 与阿司匹林存在相互抑制作用, 避免同服; 2 岁以下患儿、妊娠期、哺乳期妇女、对磺胺类过敏者禁用。
	苯溴马隆	宜与秋水仙碱或 NSAIDs 同服, 若痛风急性发作需将剂量减半; 肾小球滤过率 $< 20\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$ 或尿酸性肾结石者禁用。
促进尿酸分解	拉布立酶普瑞凯希	拉布立酶尤其适用于放疗或化疗所致的 HUA; 普瑞凯希适用于大部分难治性痛风。

2. 用药注意事项

避免应用可致尿酸升高的药物: 噻嗪类利尿剂; 免疫抑制剂如环孢素、硫嘌呤、吗替麦考酚酯、他克莫司、西罗莫司、巴利昔单抗等; 抗菌药物如青霉素、洛美沙星、莫西沙星; 抗结核药如吡嗪酰胺、乙胺丁醇; 抗肿瘤药; 阿司匹林等。

【考点 96】改善病情的抗风湿药 (DMARDs) (26 年未改动)

(2016A 型题, 1 分; 2017C 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2019B 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2020B 型题, 2 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 1 分; 2024B 型题, 2 分; 2025B 型题, 1 分)

口服首选**甲氨蝶呤** (MTX) (7.5~25mg/w), 并将它作为联合治疗的基本药物。常用的联合方案有: ①MTX+柳氮磺吡啶; ②MTX+羟氯喹 (或氯喹); ③MTX+来氟米特 (可致畸); ④MTX+雷公藤。

【DMARDs 各药不良反应见下表】

药物	不良反应
甲氨蝶呤 (MTX)	骨髓抑制、肺间质病变, 也可引起流产、畸胎。服药期间应适当补充叶酸。
硫唑嘌呤 (AZA)	脱发, 皮疹, 骨髓抑制, 致畸, 长期应用致癌。
氯喹、羟氯喹	有蓄积作用, 易沉淀于视网膜色素上皮细胞, 引起视网膜变性而至失明, 服药半年应检查眼底。 “金鸡纳反应”
环孢素 (Cs)	高血压、胃肠道反应、牙龈增生、肝肾毒性、继发性感染、多毛等。





来氟米特 (LEF)	有致畸作用, 孕妇禁服。
柳氮磺吡啶 (SSZ)	磺胺类药物过敏者禁用。

【考点 97】系统性红斑狼疮的药物治疗 (26 年未改动)

(2025A 型题, 1 分)

1. 轻度 SLE: 羟氯喹或非甾体抗炎药, 无法控制病情时可考虑使用小剂量糖皮质激素治疗。
2. 中度 SLE: 中等剂量糖皮质激素泼尼松或等效剂量的其他糖皮质激素进行治疗。若难以快速控制病情时, 在适当增加剂量的基础上, 可联合使用免疫抑制剂作为激素助减剂。
3. 重度 SLE: 标准剂量糖皮质激素泼尼松或等效剂量的其他糖皮质激素联合免疫抑制剂进行治疗。对威胁生命的狼疮危象(急进性肾小球肾炎、神经精神狼疮、重症血小板减少性紫癜、弥漫性出血性肺泡炎、严重的肠系膜血管炎等), 推荐使用糖皮质激素冲击联合免疫抑制剂进行治疗, 激素冲击治疗为静脉滴注甲泼尼龙, 连续使用 3 日为一个疗程, 冲击治疗后改口服泼尼松或等效剂量的其他糖皮质激素。免疫抑制剂常选用环磷酰胺。对难治/复发性重症 SLE, 可考虑利妥昔单抗治疗。大剂量人静脉用免疫球蛋白 (IVIG) 可用于重症血小板减少性紫癜的急性期。

【考点 98】良性前列腺增生症的药物治疗 (26 年未改动)

(2017A 型题, 1 分; 2018A 型题, 1 分; 2019B 型题, 2 分; 2020A 型题, 1 分; 2021C 型题, 2 分; 2022B 型题, 2 分; 2025A 型题, 1 分)

1. α 肾上腺素能受体阻断剂: **唑嗪、坦索罗辛, 减轻前列腺张力和膀胱出口梗阻, 达到减轻症状的目的。治疗优势在于数小时到数天后症状即有改善, 不影响前列腺体积和血清前列腺特异抗原 (PSA) 水平; 不良反应: 直立性低血压、眩晕、头痛、乏力、困倦等, 坦索罗辛为高选择性 α_{1A} 受体阻滞剂, 无心血管方面不良反应。
2. 5 α 还原酶抑制剂: 非那雄胺、度他雄胺, 可缩小前列腺体积和减少急性尿潴留发生的风险。不良反应包括性欲降低、勃起功能减退、射精障碍等。一般经过 3~6 个月治疗后, 可观察到 BPH/LUTS 缓解。度他雄胺爱普列特显效快, 服用 1 个月内即能缓解症状。血清 PSA 水平降低约 50%。
3. 抗胆碱能药物: 奥昔布宁、索利那新、托特罗定, 用于针对伴发膀胱过度活动症 (OAB) 的 BPH 患者; 主要不良反应是口干、尿潴留; 严重胃肠道动力障碍、重症肌无力、闭角型青光眼、正在使用酮康唑等强力 CYP3A4 抑制剂的重度肾功能不全和或肝功能障碍患者禁用。
4. 联合治疗: ① α_1 受体阻断剂和 5 α 还原酶抑制剂合用; ② α_1 受体阻断剂与 M 受体阻断剂合用。用于膀胱过度活动症的 BPH 患者, 但有明显残余尿的 BPH/LUTS 患者应慎用 M 受体阻断剂。③ α_1 肾上腺素受体拮抗剂+ β_3 受体激动剂合用适用于接受 α_1 肾上腺素受体拮抗剂治疗后, 储尿期症状持续存在的 BPH 患者。
5. 植物制剂: 锯叶棕、普适泰。

【考点 99】慢性肾脏病药物治疗 (26 年未改动)

(2021B 型题, 2 分; 2022C 型题, 2 分; 2023A 型题, 1 分; 2024A 型题, 2 分)





控制蛋白尿	ACEI、ARB 和盐皮质激素受体拮抗剂(MRA) 糖皮质激素及免疫抑制剂（环磷酰胺、环孢素 A、他克莫司、霉酚酸酯、硫唑嘌呤、来氟米特等）
降压治疗	ACEI/ARB 作为无糖尿病但有蛋白尿以及糖尿病合并 CKDG1-4 期患者的一线降压疗法。 非透析 CKD 患者血压控制在<130/80mmHg，老年 CKD 患者血压控制在<140/80mmHg
肾性贫血	人促红素，皮下或静脉给药，注意补充铁剂。 低氧诱导因子脯氨酰羟化酶抑制剂
肾性骨病与高磷、低钙血症	高磷—口服磷结合剂（碳酸钙、碳酸镧、司维拉姆）餐中服用。 活性维生素 D：骨化三醇、阿法骨化醇、帕立骨化醇。 伴严重或进行性继发性甲状旁腺功能亢进，可给与活性维生素 D、拟钙剂（西那卡塞）。
降脂治疗	CKD 患者是他汀类引起肌病的高危人群，避免大剂量应用。如需联用可选依折麦布。
纠正酸中毒及高钾血症	碳酸氢钠 排钾利尿剂等
其他	①高尿酸血症，别嘌醇、苯溴马隆、非布司他 ②营养治疗





替代治疗	G5 期患者，尽早开始肾移植、血液透析、腹膜透析等
生活方式注意	低盐、优质低蛋白饮食、避免高脂食物的摄入，控制动物内脏、海鲜等摄入。

【考点 100】抗肿瘤药物常见不良反应及处理（26 年微调）

（2015A 型题，1 分；2018A 型题，1 分；2019A 型题，1 分；2020B 型题，2 分；2021A 型题，1 分；2022A 型题，1 分；2023B 型题，2 分；2024B 型题，2 分；2025A 型题，1 分；2025B 型题，2 分）

1. 皮肤

①氟尿嘧啶：沿静脉出现迂回线状色素沉着和迅速晒黑而无灼痛或红斑；②多柔比星、柔红霉素、环磷酰胺、依托泊苷、紫杉醇等可导致脱发；③吉非替尼、厄洛替尼可导致痤疮样皮疹；④卡培他滨可引起手足综合征，刺痛感、麻木、皸裂、脱皮、水疱等。需准备宽松的鞋袜和手套。

2. 心脏毒性

①蒽环类，紫杉醇、氟尿嘧啶及大剂量环磷酰胺也可引起心脏毒性。可选择维生素、辅酶 Q、谷胱甘肽或右雷佐生预防或治疗；②曲妥珠单抗诱导的心脏毒性，可选择 β 受体阻断剂、ACEI 等预防。

3. 神经毒性

鞘内注射或大剂量快速注射甲氨蝶呤，紫杉醇、长春新碱、奥沙利铂。奥沙利铂的神经毒性遇冷加重，用药期间应嘱咐患者避免暴露于低温。可应用维生素 B₁ 和维生素 B₆ 减轻上述症状。

4. 肝毒性

具有明显肝损害的药物主要有环磷酰胺、亚硝脲类药物如卡莫司汀、阿糖胞苷及依托泊苷等，可酌情选用还原型谷胱甘肽、多烯磷脂酰胆碱或熊去氧胆酸等保肝药物治疗。

靶向药物利妥昔单抗可能会导致乙肝再激活。

5. 胃肠道不良反应

①恶心、呕吐

高致吐性	顺铂、环磷酰胺、多柔比星、表柔比星等。
中致吐性	卡铂、奥沙利铂、伊立替康等。
低致吐性	紫杉醇、多西他赛、培美曲塞、吉西他滨等。
极低致吐性	博来霉素、利妥昔单抗、曲妥珠单抗、贝伐珠单抗等。
治疗	①多巴胺受体阻断剂——甲氧氯普胺；②5-HT ₃ 受体阻断剂——昂丹司琼；③皮质类固醇——地塞米松；④抗胆碱药和抗组胺药——苯海拉明；⑤NK-1 受体阻断剂——阿瑞匹坦。

②腹泻 5-氟尿嘧啶、伊立替康、吉非替尼，治疗可选洛哌丁胺。

6. 肾毒性

①环磷酰胺和异环磷酰胺可引起出血性膀胱炎，需同步给予美司钠预防。

②铂类尤其是顺铂有肾毒性，充分的水化和碱化尿液可以预防。





更多执业药师资料请添加助教老师咨询



助教 1 助教 2



助教 3

