

药物治疗学期末复习资料

- 1 周内新生儿禁用磺胺类、阿司匹林及合成维生素 K 等药物以免引起核黄疸，是由于（药物竞争性地与血浆蛋白结合后，使游离胆红素升高，引起核黄疸）。
- 2、A 型药物不良反应不包括（变态反应）。
- 3、ACEI 不具有（止咳作用）。
- 4、CCB 常见的不良反应不包括（高尿酸血症）。
- 5、COPD 急性发作患者不宜选用（佐匹克隆）治疗失眠。
- 6、GERD 治疗的首选药物是（PPI）。
- 7、RCT 的含义是（随机对照试验）。
- 8、UC 和 CD 的相同之处为（常见症状包括腹痛、腹泻）。
- 9、 α 受体阻滞剂用药的注意事项不包括（阻断 α 受体，扩张血管，可作为一线降压药物）。
- 10、 β 受体阻滞剂的不良反应不包括（心率加快）。
- 11、阿尔茨海默病患者的首发症状是（记忆障碍）。
- 12、阿托伐他汀选用以下哪种剂量可降低 LDL-C $\geq 50\%$ ？（40 mg/d）
- 13、伴有糖尿病肾病的高血压患者首选的降压药物是（氯沙坦）。
- 14、苯二氮䓬类药物中毒的特异性治疗药物为（氟马西尼）。
- 15、丙戊酸的目标浓度是（50~100 mg/L）。
- 16、不具有平喘作用的药物是（多巴胺）。
- 17、不是泌尿系统感染途径的是（直接感染，邻近器官的感染直接蔓延）。
- 18、布洛芬自我药疗时，若用于解热，连续使用不超过（3 d）。
- 19、催眠药物换药指征不包括（使用超过 1 个月）。
- 20、代谢产物由胆汁排入肠道，很少经过肾脏排泄的磺脲类药物是（格列喹酮）。
- 21、单纯性膀胱炎最典型的致病菌为（大肠埃希菌）。
- 22、对慢性肾功能不全出现肾性贫血的患者，最合适的治疗药物是（促红细胞生成素）。
- 23、对缺血性卒中起到最有效二级预防作用的 LDL-C 水平是（ ≤ 1.8 mmol/L）。
- 24、对乙酰氨基酚属于（解热镇痛药）。
- 25、对于 35 岁以上的附睾炎患者不是首选药物的是（多西环素）。
- 26、对于三环类抗抑郁药中毒引起的心律失常，标准的初始治疗是（碳酸氢钠）。
- 27、二丙酸倍氯米松不宜用于（哮喘持续状态）。
- 28、反流性食管炎的典型症状是（胸骨后烧灼感）。
- 29、服药后，进入血液的药物呈现活性的状态是（游离状态）。
- 30、氟喹诺酮类药物不宜与含有铝、钙或镁的抗酸药物合用是因为（影响吸收）。
- 31、改善稳定性冠状动脉粥样硬化性疾病预后的药物不包括（地高辛）。
- 32、高血压合并冠心病患者一般推荐首选的降压药物种类是（ β 受体阻滞剂和 ACEI/ARB）。
- 33、高血压合并心衰优先选择的药物不包括（胆固醇吸收抑制剂）。
- 34、根据《中国 2 型糖尿病防治指南（2017 年版）》，2 型糖尿病患者低密度脂蛋白胆固醇升高时应首先使用（他汀类）。
- 35、关于 COPD 急性加重期的治疗，不正确的是（吸入糖皮质激素）。
- 36、关于癌症疼痛三阶梯用药的说法，错误的是（轻中度疼痛禁用强阿片类药物）。
- 37、关于急性细菌性前列腺炎的描述正确的是（禁忌反复挤压前列腺）。
- 38、关于糖皮质激素治疗肾病综合征的说法，错误的是（用药后尿蛋白减少应立即减量）。
- 39、关于细菌性膀胱炎抗菌药物选择及疗程的叙述，正确的是（环丙沙星，250 mg, bid, 1 次）。
- 40、关于心功能不全引起器官对药物效应发生改变的叙述，错误的是（胃肠蠕动慢，药物在肠道停留时间长，吸收增多）。
- 41、关于严重肝功能不全对药物代谢的影响，错误的是（使很多药物的生物转化加快）。
- 42、关于药物治疗过程中的药物治疗学阶段，正确的说法是（药物通过药理作用对病变部位或疾病的病理生理过程产生影响）。
- 43、关于左旋多巴不良反应的说法，错误的是（肝性脑病）。
- 44、观察性研究不包括（随机对照研究）。
- 45、国家药品不良反应监测中心采用的药物不良反应关联性评价方法分为（定、很可能、可能、可能无关、待评价、无法评价）。
- 46、合理用药的基本原则不包括（质量合格）。
- 47、环磷酰胺用于治疗肾病综合征的总量不超过（10~12 g）。
- 48、患儿，女，11 岁，咳嗽 10 d，有痰，给予乙酰半胱氨酸治疗，该药的祛痰作用机制是（裂解痰中的黏性成分，使痰黏稠度降低而易咳出）。

- 49、患儿，女，12岁，诊断为金黄色葡萄球菌肺炎，应用红霉素及哌拉西林治疗5d，高热不退，精神萎靡，口周发绀，两肺广泛细湿啰音，此时首先考虑（输入新鲜血浆）。
- 50、患者，男，16岁，诊断为抑郁症，应用氟西汀3个月后，抑郁症状完全消失，下一步处理是（继续原治疗方案）。
- 51、患者，男，30岁，驾驶员，哮喘重度发作，经住院治疗缓解，出院后应继续治疗，适宜选择的给药途径/药物是（吸入丙酸倍氯米松）。
- 患者，男，54岁，骨肉瘤术后，NRS评分为8分，以往未用过阿片类药物，其初始剂量滴定正确的是（先用吗啡普通片达到NRS评分0~3分，再换用吗啡缓释片）。
- 52、患者，女，膝关节置换术后疼痛，NRS评分为4分，使用布洛芬后疼痛得不到缓解时，宜换用（曲马多）。
- 53、患者出现干咳，考虑为药物所致，可疑药物应首选（卡托普利）。
- 54、急性复杂性肾盂肾炎的典型致病菌不包括（腐生葡萄球菌）。
- 55、降低食管下括约肌压力或影响胃排空的药物不包括（铝碳酸镁）。
- 56、经肾小管主动排泌的有机酸类药不包括（阿托品）。
- 57、静脉滴注唑来膦酸注射液时，可能发生的属于罕见不良反应的是（急性肾衰竭）。
- 58、可能增加应用NSAIDs患者胃肠道损伤的药物不包括（替普瑞酮）。
- 59、可以缓解患者心衰症状的正性肌力药不包括（非诺贝特）。
- 60、可以缓解稳定性冠状动脉粥样硬化性疾病症状，并能改善其缺血的药物不包括（阿托伐他汀）。
- 61、可治疗氰化物中毒的药物不包括（普鲁士蓝）。
- 62、奎尼丁和地高辛产生相互作用是因为（组织结合的置换）。
- 63、慢性肾小球肾炎的综合治疗不包括（积极使用激素和免疫抑制剂）。
- 64、慢性肾炎治疗的主要目的是（延缓或防止肾功能进行性恶化）。
- 65、慢性肾脏病MBD的患者应给予（磷结合剂）。
- 66、美金刚治疗中重度阿尔茨海默病的日最大使用剂量为（20mg/d）。
- 67、能够缓解骨骼肌痉挛、改善血液循环、常用于治疗慢性腰背痛的药物是（乙哌立松）。
- 68、能提高左旋多巴疗效的药物是（卡比多巴）。
- 69、能诱发偏头痛的食物和药物不包括（普萘洛尔）。
- 70、尿酸的溶解度与血液的pH相关，使尿酸溶解度最高的pH是（pH 6.2~6.8）。
- 71、偏头痛频繁发作的预防用药不宜选用（麦角胺咖啡因）。
- 72、抢救青霉素引起的过敏性休克，应首选（肾上腺素）。
- 73、缺血性脑卒中后的二级预防不包括（静脉溶栓）。
- 74、妊娠期妇女并发高血压时应该（采取抗高血压药物治疗）。
- 75、妊娠期母体内游离型药物增多，药效增强，是由于（血浆蛋白浓度降低）。
- 76、妊娠期无症状菌尿的治疗应选择（呋喃妥因）。
- 77、妊娠期用药最易引起胎儿畸形的阶段是（妊娠早期）。
- 78、妊娠期致畸风险最小、相对安全的药物是（青霉素）。
- 79、噻嗪类利尿药不宜用于高血压合并（痛风患者）。
- 80、肾病综合征最主要的诊断依据是（大量蛋白尿）。
- 81、肾功能不全、出现蛋白尿或微量白蛋白尿的患者最适宜选用的降压药物是（依那普利）。
- 82、生物半衰期最长的磺脲类降糖药是（格列美脲）。
- 83、他汀类药物的不良反应一般不包括（脚踝水肿）。
- 84、糖尿病患者的血压控制目标值一般为（<130/80 mmHg）。
- 85、调脂药物不包括（二氢吡啶类）。
- 86、推荐在给药前进行HLA-B*1502基因筛查的药品是（卡马西平）。
- 87、为预防药物过量性头痛，正确的选择是（麦角碱类，1个月内不能超过10d）。
- 88、维拉帕米不适用于（房室传导阻滞）。
- 89、维生素D用于骨质疏松症防治的推荐剂量是（800~1200 U/d）。
- 90、吸入激素后的口咽部不良反应可通过如下方式避免，其中错误的是（选用普通定量气雾剂）。
- 91、洗胃时应注意（强腐蚀性中毒患者洗胃有可能造成食道及胃穿孔）。
- 92、下列不属于胆碱酯酶抑制剂的是（美金刚）。
- 93、下列不属于胆碱酯酶抑制剂的是（美金刚）。
- 94、下列不属于治疗轻中度阿尔茨海默病的一线药物的是（美金刚联合多奈哌齐）。
- 95、下列不需要药物治疗的泌尿系统感染是（无症状菌尿）。
- 96、下列对肝药酶代谢有自身诱导作用的抗癫痫药是（卡马西平）。

- 97、下列对雄激素受体阻滞剂作用的描述，错误的是（可舒张前列腺平滑肌）。
- 98、下列根除幽门螺杆菌的四联疗法不合理的是（雷贝拉唑 + 硫糖铝 + 阿莫西林 + 克拉霉素）。
- 99、下列关于 ASCVD 的危险因素，正确的是（以上都是 ASCVD 的危险因素）。
- 100、下列关于 GERD 治疗方案的说法，错误的是（轻度食管炎患者在初始治疗症状控制之后，不需继续治疗）。
- 101、下列关于 IBD 激素应用的说法，错误的是（为避免激素不良反应，症状缓解后应尽快停药）。
- 下列关于 IBD 药物的选择，错误的是（甲氨蝶呤用于硫嘌呤类药物治疗无效或不能耐受的 CD 和 UC 患者）。
- 102、下列关于 NRS 评分的说法，正确的是（中度疼痛评分为 4~6 分）。
- 103、下列关于 NSAIDs 合并用药的说法，不正确的是（不宜与阿片类药物合用）。
- 104、下列关于阿片类药物不良反应的说法，不正确的是（便秘是暂时性的）。
- 105、下列关于氨基水杨酸制剂在 IBD 的应用，错误的是（由氨基水杨酸制剂或激素诱导缓解后，继续用氨基水杨酸制剂维持）。
- 106、下列关于乙酰氨基酚的说法，错误的是（成人总量需超过 4 g/d 方才起效）。
- 107、下列关于二甲双胍临床应用的说法，错误的是（本品不可与磺脲类口服降糖药合用，合用时低血糖风险增加）。
- 108、下列关于氟马西尼的说法，错误的是（对于长期使用或滥用苯二氮类药物而出现药物耐受的患者可安全使用）。
- 109、下列关于改变生活方式治疗 GERD 的说法，错误的是（睡前饮用 200 mL 牛奶以中和胃酸）。
- 110、下列关于高尿酸血症临床特征的说法，正确的是（以上各项都正确）。
- 111、下列关于血脂症药物治疗的说法，正确的是（以上各项都正确）。
- 112、下列关于骨骼肌肉慢性疼痛药物选用，错误的是（抗惊厥药物主要用于和癫痫发作相关的疼痛）。
- 113、下列关于骨化三醇用于肾性骨病的说法，错误的是（可能导致低钙血症，建议监测血钙水平）。
- 114、下列关于甲醇中毒解救的说法，错误的是（血液透析或血液滤过不能有效清除甲醇）。
- 115、下列关于降尿酸治疗的观点，错误的是（促尿酸排泄药别嘌醇重度过敏患者可能有生命危险）。
- 116、下列关于降压药物应用的基本原则的说法，错误的是（优先选择短效制剂）。
- 117、下列关于抗甲状腺药物临床应用的说法，正确的是（以上说法都正确）。
- 118、下列关于抗甲状腺药物作用机制及临床应用的说法，错误的是（因治疗需要，抗甲状腺药物导致的过敏反应可用抗组胺药物治疗，不能停药）。
- 119、下列关于慢性疼痛的说法，正确的是（多是两种疼痛并存，称为混合性疼痛）。
- 120、下列关于偏头痛急性发作期的药物治疗说法，不正确的是（麦角胺咖啡因首次服用 2 h 后不见效，可再服 1 片）。
- 121、下列关于失眠首选药物的说法，错误的是（可首选氯硝西泮）。
- 122、下列关于失眠治疗的说法，错误的是（对于急性失眠，不应使用药物治疗，以免形成药物依赖）。
- 123、下列关于乙酰半胱氨酸用于对乙酰氨基酚中毒解救的说法，正确的是（通过恢复肝脏的谷胱甘肽储备量来阻止对乙酰氨基酚诱导的肝脏损伤）。
- 124、下列关于引起消化性溃疡的攻击因素，错误的是（米索前列醇）。
- 125、下列关于早上家庭测量血压的时间不当的是（服用降压药物之后）。
- 126、下列关于左甲状腺素钠片临床应用的说法，错误的是（因为左甲状腺素钠片的半衰期较长，所以每日任意时间服用都可以）。
- 127、下列抗帕金森病药通过在脑内转变为多巴胺起作用的是（左旋多巴）。
- 128、下列情况属于药物不良反应的是（因高血压服用 ACEI 类药物，引起咳嗽）。
- 129、下列属于短效苯二氮类的是（咪达唑仑）。
- 130、下列属于较强肝药酶抑制剂的是（西咪替丁）。
- 131、下列属于有害药物相互作用的是（对乙酰氨基酚和呋塞米）。
- 132、下列糖皮质激素中抗炎作用最强的是（氢化可的松）。
- 133、下列循证医学证据中，可靠性最低的是（专家意见）。
- 134、下列药物不会引起直立性低血压的是（非那雄胺）。
- 135、下列药物不属于袪利尿剂的是（氢氯噻嗪）。
- 136、下列药物单用抗帕金森病无效的是（卡比多巴）。
- 137、下列药物在使用时需注意高血钾的是（呋塞米）。
- 138、下列药物中，属于促进骨矿化剂的是（钙制剂）。
- 139、下列药物中，属于骨吸收抑制剂的是（双膦酸盐）。
- 140、下列药物中，属于骨形成刺激剂的是（甲状旁腺素）。
- 141、下列药物中不属于降压药物的是（左旋多巴）。
- 142、下列药物中不属于调脂药物的是（艾瑞昔布）。
- 143、下列药物中不用于金属中毒解救的是（亚甲蓝）。
- 144、下列胰岛素及胰岛素类似物中，属于短效胰岛素的是（生物合成人胰岛素）。
- 145、下列有关 A 型药物不良反应的说法，错误的是（发生率低）。

- 146、下列有关 B 型药物不良反应的说法，错误的是（病死率低）。
- 147、下列有关吸入型短效 β_2 受体激动剂的说法，不正确的是（为长期治疗持续性哮喘的首选药物）。
- 148、下列有关药品不良反应报告的说法，错误的是（严重的药品不良反应应于 24 h 内报告）。
- 149、下列有关药物不良反应的说法，错误的是（严格按照药品说明书用药可避免不良反应的发生）。
- 150、下列有关药物相互作用表现形式的说法，错误的是（不可能产生超出单独药物原有的药理作用）。
- 151、下列证据类型中，不属于二次研究的是（前瞻性队列研究）。
- 152、下列证据类型中，不属于原始研究的是（系统评价）。
- 153、哮喘给药途径以吸入疗法为优，对比以下表述错误的是（血药浓度高）。
- 154、心衰的治疗目标不包括（逆转心衰的发生发展）。
- 155、循证医学的核心思想是（谨慎、明确、明智地根据最佳临床证据，为个别患者做出合适的治疗策略）。
- 156、严重急性哮喘发作时，静脉给予激素不宜选用（地塞米松）。
- 157、药物治疗过程不包括（药物化学阶段）。
- 158、药物治疗学的核心是（合理用药）。
- 159、伊曲康唑和雷尼替丁合用可产生（影响吸收的相互作用）。
- 160、乙醇与苯二氮䓬类合用时镇静作用增强，是因为（两者的协同镇静作用）。
- 161、以下不是急性肾盂肾炎表现的是（柏油样便）。
- 162、以下不属于促胰岛素分泌剂的是（二甲双胍类）。
- 163、以下不属于循证医学定义的核心内容的是（规章制度）。
- 164、以下非磺脲类促胰岛素分泌剂的是（格列奈类）。
- 165、以下关于肝脏药物代谢的叙述，错误的是（大多数药物的氧化反应是在肝外完成的）。
- 166、以下关于系统评价的说法错误的是（常涉及多个临床问题）。
- 167、以下抗抑郁药物治疗原则不恰当的是（如仍无效，可考虑换药，但不能换用同类另一种药）。
- 168、引起肾盂肾炎的最常见致病菌是（大肠杆菌）。
- 169、用药期间饮酒可引起双硫仑反应的药物是（头孢哌酮）。
- 170、有机磷农药中毒应用阿托品解救时不正确的表述是（一旦发生阿托品中毒，立即停药，并用毒扁豆碱解毒）。
- 171、有机磷农药中毒症状不包括（阿托品样症状）。
- 172、与伪麻黄碱联用可能造成重复用药的是（泰诺）。
- 173、在应用碘解磷定时需注意（用量过大、注射过快或未经稀释直接注射均可引起中毒）。
- 174、长期使用阿片类止痛药时，药物选择错误的是（禁止临时皮下注射用药）。
- 175、长期使用可导致低钾血症的药物是（呋塞米）。
- 176、长期嗜酒的患者服用对乙酰氨基酚，其肝毒性反应显著增强，是因为（乙醇的酶抑制作用）。
- 177、长期治疗持续性哮喘的首选药物为（布地奈德都保）。
- 178、针对慢性肾脏病引起的高钾血症，治疗方法不正确的是（静脉葡萄糖，同时胰岛素皮下注射）。
- 179、治疗伴有有心功能不全的支气管哮喘急性发作宜选用（氨茶碱）。
- 180、治疗哮喘的选择性 β_2 受体激动剂是（沙丁胺醇）。
- 181、治疗支原体肺炎宜选用（阿奇霉素）。
- 182、中毒急救的核心是（对患者的呼吸、中枢神经系统和心血管状态的评价和支持）。
- 183、终点指标不包括（血糖水平）。
- 184、最常见的卒中类型是（急性缺血性脑卒中）。

实践题

1、患者，男，65岁，因车祸导致肝破裂，卧床数月，现恢复良好，复查发现骨质疏松，无其他基础疾病，服用维生素 D 和碳酸钙，咨询是否需要服用其他抗骨质疏松药物。面对这个问题，该如何解决呢？

（1）将患者的用药咨询问题转化为临床问题，即 PICOS 问题。

P：老年患者，骨质疏松。 I：服用抗骨质疏松症药物。 C：不服用抗骨质疏松症药物。

O：干预后是否能改善骨密度检查结果，降低骨折发生率。 S：依次检索临床诊疗指南、系统评价、随机对照研究和观察性研究。

（2）根据以上临床问题，建立相应文献检索策略，依次检索相关文章。

首先以骨质疏松为检索词，检索医脉通指南数据库，获得《中国老年骨质疏松症诊疗指南》。该指南推荐，对于老年骨质疏松症患者或老年低骨量，伴有骨折高风险的人群，建议补充钙剂和（或）维生素 D 作为基础措施之一，与抗老年骨质疏松症药物联合应用。患者无基础疾病，考虑为骨折低风险，可在饮食调节、日照、锻炼、补充维生素 D 和碳酸钙的基础上，给予双膦酸盐类治疗。待骨密度恢复正常后，可考虑停药。

2、患者，女，39 岁。妊娠 24 周，因发现血压升高 1 个月，加重 1 d 来医院就诊。患者妊娠期间无有害物质接触史，无病毒感染史，无用药史，无腹痛、阴道流血流水史。停经 12 周始建围生期保健卡进行产前检查，共检查 6 次，未发现其他异常。1 个月前无明显诱因出现双下肢浮肿，查血压 145/90 mmHg；1 d 前出现头昏不适，测血压 160/100 mmHg，无胸闷、心慌、气喘等症。无其他疾病病史。诊断：高血压。处方：硝苯地平控释片 30 mg，qd，po。患者来药房咨询：家中有多余的降压药福辛普利，能否使用？

药师解答

硝苯地平治疗妊娠期高血压较为安全，可以使用。而福辛普利属于 ACEI 类，患者目前为妊娠中期，服用 ACEI 可致胎儿发育迟缓、血管扩张、血压下降。因此，不能用福辛普利代替硝苯地平。

3、患者，男，4 岁 5 个月，因发热、干咳就诊，经查体和实验室检查，诊断为上呼吸道感染。处方：小儿氨酚黄那敏颗粒 1.5 袋 / 次，1 日 3 次口服。患者家属诉用药后患者体温仍高，询问是否可合用家中的对乙酰氨基酚口服液。

药师解答

小儿氨酚黄那敏颗粒中含有对乙酰氨基酚，如再合用对乙酰氨基酚口服液，为重重复用药。对乙酰氨基酚超量使用可能造成患者肝功能损伤，因此两药禁止合用。如患者体温仍高，可结合物理降温，注意补充充足的水分。

4、患者，男，75 岁，因失眠医生处方地西洋 5 mg，qn。服药 2 d 后患者自觉白天困倦思睡，肢体无力。患者既往有酒精性肝硬化，肝功能不全，长期服用葡醛内酯进行保肝治疗。

（1）患者咨询出现困倦思睡、肢体无力的原因，以及如何处置。

（2）医生给患者更改处方，后随访得知患者白天困倦思睡、肢体无力的症状消失。医生咨询是否需要报告药物不良反应。

药师解答

患者为老年人，肝功能不全，地西洋代谢减慢，镇静催眠作用、肌肉松弛作用增强，故出现上述症状。建议停用地西洋，改用短效非苯二氮草类药物治疗失眠。

从药品不良反应的角度分析，患者症状是在用药 2 d 后产生的，有合理的时间关系；此不良反应在地西洋说明书中已记载，也有相应文献报道，符合已知的不良反应类型；停药后不良反应消失；患者未再次用地西洋，不清楚再次用药是否发生；患者的症状不能用其他原因解释。因此，判断地西洋不良反应为很可能。地西洋是上市多年的药物，此不良反应并非新的不良反应，也不是严重的不良反应，按照《药品不良反应报告和监测管理办法》，不需报告。

4、患者，男，54 岁，因血压控制不佳 2 周就诊。患者 5 年前诊断为原发性高血压，规律服用硝苯地平缓释片 30 mg，qd，血压控制良好，血压在 120/80 mmHg 左右。患者 4 周前因咳嗽、低热、盗汗在结核病院被诊断为肺结核，予利福平、异烟肼、乙胺丁醇、吡嗪酰胺四联抗结核治疗。用药 2 周后患者自觉头痛，自测血压 150/90 mmHg。医生向药师咨询血压控制不佳是否和用药相关。

药师解答

利福平是 CYP3A4 诱导剂，而硝苯地平是 CYP3A4 底物，二者合用可使硝苯地平肝脏代谢加快，血药浓度降低，降压效果减弱。建议调整降压药品种，改为 ACEI/ARB 降压治疗，密切监测血压。

利福平为广谱诱导剂，对 CYP3A4、CYP2C9、CYP2C19 和 CYP2B6 均存在诱导作用，对 CYP3A4 的诱导作用最强，在培养的人肝细胞中，利福平可增加超过 50 倍的 CYP3A4；同时利福平也上调转运 P-糖蛋白（P-gP）表达。与其他药物合用时，易改变其他药物的体内药物代谢动力学过程，从而引发不良反应。

5、患者，女，56 岁。诊断：高血压。处方：硝苯地平控释片（拜新同）30 mg，qd。患者诉用药后从粪便中排出白色药片，担心药物不能发挥作用。

药师解答

硝苯地平缓控释制剂是骨架型缓释制剂，采用渗透泵控释剂以达到恒速长时释放，有利于长时间平稳控制血压，减少不良反应。其活性成分被吸收后，空药片便完整地经肠道排出。

询问患者血压控制情况，患者诉血压自测均在 140/90 mmHg 以下。考虑血压控制良好，告知患者不必担心，继续注意监测血压。

6、患者，男，75 岁。诊断：高血压、慢性肾功能不全。处方：福辛普利片 10 mg，qd；替米沙坦胶囊 40 mg，qd。请对此处方进行审核。

处方审核

福辛普利为 ACEI，替米沙坦为 ARB，二者同作用于 RAAS，联合应用没有益处，反而增加不良反应风险。建议将其中一种换成其他种类的降压药物。

如有条件，应了解患者的肾功能状况、目前的血肌酐水平，如血肌酐 > 265 μmol/L，则不应使用 ACEI 和 ARB。

7、患者，女，56 岁，慢性阻塞性支气管炎。处方：布地奈德福莫特罗粉吸入剂。咨询使用吸入剂时是否吸入药物？因自己没有感觉，不确定是否真正吸入药物。

药师解答

布地奈德福莫特罗粉吸入剂是哮喘或 COPD 患者的常用药，其装置属于多剂量、储库型干粉吸入装置，药物为存储其中的白色或类白色颗粒。因药物粉末较细小且无明显味道，吸入时不易察觉。检验是否吸入药物，可在用药后用深色的布覆盖吸嘴，吸入后看到深色布吸嘴侧残留白色粉末，表示吸入方法正确。也可在桌子上铺一块深色的布或纸，用药后将装置倒置于深色的布或纸上，敲装置外壁，如有药粉掉出，表示装置正常。

8、患者，男，69 岁，自述感冒发热，女儿买来一种药，查看为氨麻苯美片（白加黑），家里以前还剩一点复方氨酚烷胺片。女儿说她买的药效果好，老伴说家里剩的药是她吃过的，效果也不错。请问：如何选择？

药师解答

氨麻苯美片的成分是对乙酰氨基酚、苯海拉明（仅夜用片有）、伪麻黄碱和右美沙芬。复方氨酚烷胺片的成分是对乙酰氨基酚、氯苯那敏、咖啡因、金刚烷胺、人工牛黄。首先，这两种药不建议同时服用，因为它们都含有相同或相似作用机理的成分；其次，如果有鼻塞的卡他症状，建议首选含有伪麻黄碱的氨麻苯美片。但是不管选择哪种药，都不可长期使用。

9、患者，女，8 岁。诊断：呼吸道感染。处方：孟鲁司特钠咀嚼片，口服，每日 1 次，每次 1 片；小儿布洛芬栓，口服，每次 1 枚。此处方是否合格？

药师解答

此处方存在两个问题：①诊断不全。孟鲁司特钠咀嚼片用于哮喘或过敏性鼻炎。②小儿布洛芬栓应为纳肛，不应口服。

10、患者，男，6 岁。诊断：上呼吸道感染，发热。处方：对乙酰氨基酚缓释片 0.65 g×18 片 1 盒，1/2 片，prn，po。

药师解答

对乙酰氨基酚缓释片不能掰开服用，也不推荐用于 12 岁以下儿童，12 岁以下儿童退热治疗给予对乙酰氨基酚混悬液更为适合。

11、患者，男，65 岁。诊断：脑梗死，高血压。患者半年前发生急性脑梗死，现病情稳定。处方：肠溶阿司匹林 100 mg，qd，饭后服用；阿托伐他汀 20 mg，qn；氨氯地平 5 mg，qd。以上处方是否合理？处方存在哪些问题？患者认为自己没有高血脂，并担心阿司匹林引起出血，询问是否可以停用阿托伐他汀和阿司匹林。

药师解答

患者有急性脑梗死病史，为心血管疾病极高危人群，需要长期进行抗血小板聚集、降压、降脂等二级预防。药物选择合理，但阿司匹林肠溶片应饭前服用。

患者有急性脑梗死病史，需长期应用他汀类药物和阿司匹林进行二级预防，否则再梗的风险较大。即使化验单上的 LDL-C 在正常范围内，也仍然需要应用他汀类药物。若患者用药过程中未出现不良反应，应继续目前的治疗，不应停药。

12、患者，女，53 岁。因入睡困难 1 周末药房咨询有哪些催眠药。患者诉记忆力明显下降半年，近 2 个月在家附近遛狗时迷路 3 次。应如何回答患者的问题？

药师解答

患者记忆力明显下降，应考虑阿尔茨海默病等疾病所致，应到神经内科就诊，明确诊断。根据患者入睡困难，可选择短效镇静催眠药，短期治疗。到神经内科就诊后根据疾病诊断的情况，遵医嘱调整镇静催眠药的使用。

13、患者，男，35 岁，因餐后胸骨后烧灼感、反胃 4 个月就诊。既往无其他病史，吸烟，每日 2 包。诊断：胃食管反流病。处方：奥美拉唑胶囊（20 mg×14 粒），20 mg，2 次/d，口服。发药时应对患者做哪些用药交代和生活方式教育？

药师解答

应告知患者，奥美拉唑胶囊应在餐前半小时服用。应坚持每日按时服用，本次为 2 周处方量，药品快用完前应及时就诊，以保证连续治疗足够疗程。用药期间如需服用其他药物，应向医生和药师咨询，以免发生不良相互作用。

应告知患者戒烟，其他生活方式教育见正文。

14、患者，女，43 岁，因中上腹隐痛不适 1 年加重 3 d 就诊。患者于 1 年前，无明显诱因出现上腹部疼痛不适感，疼痛呈周期性、节律性，以饥饿后明显，伴有恶心、反胃、反酸、嗝气、口苦等症状。既往病史：近 5 年因腰背疼痛长期间断口服双氯芬酸钠，具体剂量不详。诊断：十二指肠溃疡；腰背疼痛待查。患者咨询十二指肠溃疡和腰背疼痛如何用药。

药师解答

患者的消化道溃疡可能和 NSAIDs 类药物双氯芬酸钠的长期应用有关，建议停用双氯芬酸钠。应进行 Hp 检查，如呈阳性，予以相应治疗；如呈阴性，可给予 PPI（具体见本章第二节）。

患者腰背疼痛应进一步检查，明确病因，如疼痛明显，可暂时性给予弱阿片类药物（具体见第十章第一节）；如存在明显肌紧张，可给予乙哌立松等肌松药，待病因明确后再选择合适的治疗药物。

15、患者，男，65 岁，因缺血性脑梗死复发入院，既往有胃溃疡病史。本次入院仍延续入院前用药：氯吡格雷 75 mg，qd，po；阿托伐他汀 20 mg，qd，po；奥美拉唑 20 mg，qd。请审核处方是否存在问题以及如何处理。

药师解答

奥美拉唑和氯吡格雷同时使用时，奥美拉唑抑制 CYP2C19，可能减少氯吡格雷活性代谢产物的生成，降低其抗栓疗效。这可能与患者脑梗死复发相关。建议将奥美拉唑换为雷贝拉唑和泮托拉唑。另可考虑进行氯吡格雷基因检测（具体见第三章）。

15、患者，女，32 岁，因大便频次增加、便血就诊。患者近 2 周排便急迫，每日 4~5 次，且便中带血，为鲜红色。口服左氧氟沙星及黄连素无效。结肠镜检查见直肠及降结肠下段黏膜水肿，糜烂。诊断：溃疡性结肠炎。处方：美沙拉嗪灌肠剂 4 g，每晚灌肠。患者用药 2 周后，诉大便次数减少，仍偶有便血，问下一步如何处置。

药师解答

16、根据结肠镜所见患者病变部位，予美沙拉嗪灌肠剂合理，如联合口服制剂，效果更佳。建议联合口服制剂（具体见本章第三节）。

17、患者，男，67 岁。诊断：2 型糖尿病，高血压，冠状动脉硬化性心脏病。空腹血糖 7.2 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇 3.02 mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇 0.95 mmol/L。

处方：盐酸二甲双胍片 0.5 g，bid；阿司匹林肠溶片 100 mg，早餐前服用；阿托伐他汀钙片 10 mg，qn；氯沙坦钾片 5 mg，qd。请分析以上处方是否合理。患者认为自己血脂不高，并担心服用阿司匹林会引起出血，询问是否可停用阿托伐他汀钙片和阿司匹林肠溶片。

药师解答

患者患有 2 型糖尿病、冠状动脉硬化性心脏病，为心血管疾病极高危人群，需要长期降糖、抗血小板聚集、降压、降脂等综合治疗。本次处方药物选择合理。

建议患者长期应用他汀类药物和阿司匹林肠溶片。即使化验单上的 LDL-C 在正常范围内，也需要应用他汀类药物。经询问患者用药中未出现不良反应，建议患者最好坚持以上治疗。

18、患者，女，35 岁。诊断：甲状腺功能亢进症。服用甲巯咪唑 5 mg，tid，治疗半年，目前备孕，咨询是否应停用甲巯咪唑。

药师解答

首先需要查看患者本次就诊甲状腺激素的测定结果：FT3、FT4 正常，TSH 偏低。患者仍需抗甲状腺治疗。建议备孕期间可将甲巯咪唑更换为丙硫氧嘧啶，一个月以后监测肝功能、血常规和甲状腺功能等。

19、患者，女，72 岁。诊断：骨质疏松症，腰椎压缩性骨折。医生给予碳酸钙片 750 mg，qd；维生素 D 软胶囊 400 U，qd。请分析以上处方是否合理。

医生为什么要让患者服用维生素 D 软胶囊？

药师解答

此处方用药合理。骨质疏松症是一种与增龄相关的骨骼疾病。50 岁以后椎体骨折的患病率随增龄而渐增。严重骨质疏松症患者，有时会出现椎体压缩性骨折。建议改变不健康的生活方式，并给予药物治疗。不健康的生活方式有体力活动少、过多饮用含咖啡因的饮料、营养失衡、蛋白质摄入过多或不足、高钠饮食、体重过低等。患者应补充钙和（或）维生素 D。充足的维生素 D 可增加肠钙吸收、促进骨骼矿化、保持肌力、改善平衡能力和降低跌倒风险。在给予碳酸钙片和维生素 D 软胶囊的基础上，医生还会根据其他情况给予其他抗骨质疏松症药物。

20、患者，男，45 岁，近三个月来第二次痛风急性发作。曾服用秋水仙碱，虽然出现腹泻的情况，但痛风很快缓解。希望医生再多开些秋水仙碱，以备下次痛风发作时服用。面对这个问题，该如何解决呢？

药师解答

秋水仙碱能够抑制人体内参与痛风炎症的白细胞活性，使其不能产生炎症因子，从而发挥消炎止痛的作用。所以，在痛风急性发作时选择秋水仙碱治疗是正确的。但秋水仙碱在临床应用中有有一个非常值得注意的问题，就是其有效剂量和中毒剂量非常接近。目前，国内大部分秋水仙碱药品说明书上对于治疗痛风的用法和用量是这样写的：“口服。急性期：成人常用量为一次 1 mg，一日 3 次，症状缓解后酌情减量；或每 1~2 h 服 0.5~1 mg，直到关节症状缓解，或出现腹泻或呕吐。”对于不良反应是这样写的：“胃肠道症状、腹痛、腹泻、呕吐及食欲不振为常见的不良反应，发生率可达 80%，严重者可造成脱水及电解质紊乱等表现。”减少痛风的发作，需要改变不健康的饮食方式，减少嘌呤类食物的摄入，并在痛风缓解期服用降尿酸药物，不能单靠发作时吃秋水仙碱缓解症状这样的方法临时应急。

21、患者，女，38 岁，慢性肾炎，高血压。处方：卡托普利 25 mg，口服，

每日 3 次；螺内酯 20 mg，口服 2 次。患者用药 5 d 后出现下肢软弱无力，心悸。检查：血钾 5.8 mmol/L（正常范围 3.5~5.5 mmol/L）。

请分析以上处方是否合理。

患者有慢性肾炎，应选择袢利尿剂，不应选择螺内酯。螺内酯和卡托普利均可引起血钾升高，两者同时使用，则血钾升高危险增加。故应停用螺内酯，改为呋塞米。用药期间监测患者电解质水平。

22、患者，男，58 岁，慢性肾病，反复蛋白尿、水肿 5 年。近日检查：血红

蛋白 60 g/L，血肌酐 807 μmol/L，尿素氮升高。患者咨询是否可以使用口服琥珀酸亚铁治疗贫血。

药师解答

患者慢性肾病诊断明确，血红蛋白小于 100 g/L，应首选重组人促红细胞生成素治疗贫血。但不能排除是否为摄入不足，应在明确铁红蛋白水平后确定是否需要使用口服铁剂或静脉铁剂。患者血肌酐为 807 μmol/L，应注意药品使用剂量，避免血红蛋白水平超过 120 g/L。

23、患者，女，29 岁，患泌尿系统感染、腹泻。处方：诺氟沙星片，0.2 g，tid×7；双八面体蒙脱石，3 g，tid×7。

请分析以上处方是否合理。

药师解答

诺氟沙星为酸碱两性化合物，在水中微溶，在胃液中可成盐，溶解度增加，药物离子化程度提高，表现为阳离子特征。

双八面体蒙脱石的粉末粒度高达 1~3 μm，具有吸附阳离子的特性。诺氟沙星与酸盐后，在 pH 2~6 的溶液中，双八面体蒙脱石对其有强烈吸附作用，吸附率高达 98.7%，显著影响其吸收，因此应避免两者配伍使用。或者饭后服用诺氟沙星片，间隔至少 1 h 再服用双八面体蒙脱石，以避免双八面体蒙脱石对诺氟沙星的吸附。

24、患者，女，29 岁。诊断：非淋球菌性尿路感染。处方：阿奇霉素胶囊，500 mg，qd×7；米诺环素片，200 mg，bid×7。请分析以上处方是否合理。

药师解答

两者都可用于非淋球菌性尿路感染。

本病例药敏试验显示：米诺环素耐药，阿奇霉素单药治疗两日后未见效。两者合用，继阿奇霉素使用两日后再经米诺环素治疗，患者症状减轻。

先用阿奇霉素可使该致病菌生物膜破坏，便于米诺环素进入菌体而显现其杀菌的效果。

25、患者，男，68 岁，因良性前列腺增生，开具多沙唑嗪，4 mg，qd，po。既往体健，无其他慢性病史。患者早上服药后，起身时忽然感觉头晕，四肢发软，家人在旁搀扶，未跌倒。患者咨询出现上述症状的原因。

药师解答

多沙唑嗪是 α 受体阻断剂，用药后可出现直立性低血压，应注意让患者平卧直至症状消失。

26、患者，女，63 岁，腰背痛伴活动受限 3 个月。诊断：腰椎间盘突出，腰椎骨性关节炎。既往有胃溃疡病史，近 3 年未发作。处方：布洛芬片，0.2 g，tid；塞来昔布胶囊，0.2 g，qd。请分析以上处方是否合理。用药中需如何监护？

药师解答

患者有腰椎间盘突出、腰椎骨性关节炎导致的腰背痛，使用 NSAIDs 合理。布洛芬为 COX-1 抑制剂，塞来昔布为 COX-2 抑制剂，但二者均属于 NSAIDs，合用可增加消化道、心血管等的不良反应风险，故不宜合用，选择其中一种即可。结合患者既往病史，可选用塞来昔布胶囊。

长期使用 NSAIDs 可能会增加胃肠道溃疡、出血、心血管不良事件等的风险。患者存在胃溃疡病史，更应谨慎，如需长期服药，可以同时辅以胃黏膜保护剂及质子泵抑制剂。

27、患者，女，36 岁，既往史、个人史、家族史无特殊。2018 年 12 月胸部 CT 显示右肺占位，纤维支气管镜活检病理提示中分化鳞状上皮癌。2019 年 1 月手术。术前骨扫描、头颅核磁共振成像 (-)。术后病理诊断：右肺低分化鳞癌胸膜转移。行标准化疗 6 周期。2019 年 7 月出现腰痛症状，NRS 评分为 2 分，腰椎平片未见明显异常，口服双氯芬酸钠缓释片 75 mg，bid，疼痛可缓解。2019 年 9 月初腰痛加重，经检查考虑骨转移。口服双氯芬酸钠缓释片 75 mg，bid，疼痛不能缓解，NRS 评分为 7~8 分。家属咨询是否可将双氯芬酸钠缓释片剂量提高到 150 mg，bid，以治疗疼痛。你的建议是什么？

药师解答

双氯芬酸钠属于 NSAIDs。该类药物对轻度疼痛有效，但疗效有“天花板”效应，即“封顶效应”。当药物增加到一定剂量后疼痛仍不能控制时，再增加剂量也不会提高疗效而只能增加不良反应。双氯芬酸钠最大日剂量为 150 mg，再增大剂量效果也不会增强。

患者目前的疼痛强度属于重度疼痛，应给予强阿片类药物治疗。推荐初始用药时选择短效阿片类药物，个体化滴定用药剂量；当用药剂量调整到理想止痛及安全的剂量水平时，可考虑换用等效剂量的长效阿片类药物。

28、患者，女，25 岁，因发作性头痛 7 年，加重两天就诊。发作时头痛剧烈，呈搏动性疼痛，以左侧颞部为主，伴恶心、呕吐、眼眶周围疼痛、畏光、畏声，持续数小时后缓解。每个月大约发作两次，多因情绪紧张、劳累诱发，每遇月经期症状严重，无神志不清，无肢体活动障碍，纳眠差，二便可。否认既往病史。诊断：偏头痛。处方：舒马普坦。患者来药房咨询，诉既往应用利扎曲普坦效果不佳，担心舒马普坦无效。另外，患者询问是否可用布洛芬预防发作。

药师解答

曲坦类药物为 5-HT_{1B/1D} 受体激动剂，能特异地治疗偏头痛。患者使用一种曲坦类药物无效时，使用另一种曲坦类药物可能有效。故可以试用舒马普坦。

布洛芬为 NSAIDs，急性期短期使用对部分患者有效，但长期用药可能导致药物过量性头痛，且存在消化道不良反应风险，不宜用作预防用药。建议患者采用普萘洛尔或氟桂利嗪等预防发作。

29、患者，女，21 岁，因和家人争吵，10 min 前服用半瓶晕车药。家人来电咨询如何处理。

首先简要询问病史。经了解患者服用茶海拉明 25 mg 片剂约 40 片，目前无明显不适，无其他合并用药或物质，无烟酒、物质滥用史，平素健康，无其他疾病史。

建议立即用手指或牙刷刺激患者咽喉，使其呕吐出胃内容物。之后饮用温水 500 mL，再次催吐，可反复多次，直到呕吐物清亮为止。嘱患者呕吐时头部放低，以防呕吐物进入气管。如催吐不成功，应尽快来医院就诊。

问答题

第 1 章药物治疗学概论

1. 根据循证医学进行合理用药的步骤是什么？

答：（1）确定一个需要解决的临床问题。构建临床问题时，可采用 PICOS 格式。（2）寻找上述问题的最佳证据：根据第一步提出的临床问题，确定有关“关键词”，应用电子检索系统或期刊检索系统，检索相关文献并找出符合 PICOS 的研究，作为回答临床问题的循证医学证据。（3）对证据质量进行评价：在第二步中收集到的文献不能直接应用，而应根据循证医学质量评价标准，从证据的真实性、重要性及实用性等方面进行评价，为下一步的证据应用打下基础。（4）将所获得的最佳证据用于解答临床问题：将评价后认为真实可靠并有临床应用价值的最佳证据，结合临床经验和患者意愿，用于指导临床决策。（5）总结经验：对应用证据进行治疗后的结果进行回访和总结，达到提高认识、促进学术水平提升和提高医疗质量的目的。

2. 药学服务的流程是什么？

答：（1）信息收集信息收集的目的是充分了解患者，建立患者信息档案。信息收集包括药品、疾病、患者三个层面，从患者主观提供信息和客观获取信息两个角度展开，以确保所获取信息的系统性、全面性、客观性。（2）分析评估分析评估是将收集到的信息进行综合评估分析，发现患者目前存在或潜在的药物治疗相关问题。分析评估依次从适应证、有效性、安全性和依从性四个维度展开，3 逐一评估四个维度所涵盖的八个方向：药物治疗不足、药物治疗过度、无效药物、剂量不足、药物不良事件、剂量过高、用药依从性差以及药物相互作用，并列者优先解决的问题清单。（3）制订计划制订计划是药学管理的核心，应由药师和患者，必要时增加医生合作制订，完成后交给患者。干预计划的内容应紧密围绕评估发现的药物治疗相关问题，进行适当干预，如生活方式干预、药物处方重整、药物治疗方案调整、用药教育等。（4）执行计划执行计划的过程可分为药师干预、医生干预、转诊。如果药师干预在协议处方范围内，患者可直接执行；如果患者需求比较复杂，超出了协议处方范围，应将患者转诊至其他医生或专业医疗机构进行治疗。（5）跟踪随访药物治疗管理是一个长期的过程，需要对患者的药物治疗进行持续监护及随访。药师应制订随访计划表，拟定监测项目和时间，评估干预方案的实施情况，监测药物治疗的疗效，并询问患者是否发生过药物相关不良事件，必要时进行干预方案的调整。

3. 合理用药的概念和原则是什么？

答：合理用药是以当代药物学和疾病的系统知识与理论为基础，安全、有效、经济、适当地使用药物。安全是合理用药的首要条件，是药物治疗中必须贯彻的人道主义原则。安全用药的内涵不是完全规避不良反应，而是强调要通过效益/风险的衡量选择药物，以最小治疗风险获得最大治疗效益。有效性是指确定合适的治疗目标及相应的药物，如根除致病源、延缓疾病进程、缓解临床症状、预防疾病发生、避免某种不良反应、调节人的生理机能，以及避孕、减肥、美容等。经济性是指获得单位用药效果所投入成本（成本/效果）应尽可能低，也就是以最低的治疗成本获得最大的治疗效益。4 适当性是指将适当的药物以适当的剂量、在适当的时间通过适当的途径给药，并确定适当的疗程及治疗目标。从合理用药的这四个原则可以看出，只有在药物治疗中充分运用循证医学的理念和方法，才能达到合理用药的目的。第 2 章影响药物治疗的因素

1. 如何预防药物不良反应？

答：（1）加强患者教育不仅要向患者介绍药物的疗效，还应详细地解释有关药物不良反应和用药注意事项的信息，告诫出现药物不良反应早期征兆时的应对方法，从而增强患者对药物不良反应和药源性疾病的防范意识，提高用药的依从性。（2）用药前了解患者相关风险详细了解患者的病史、药物过敏史和用药史。对某药有过敏史的患者应终身禁用该药。对可能发生严重过敏反应的药物，可通过皮肤试验等方法筛查有用药禁忌的患者。（3）实施个体化给药严格掌握药物的用法、剂量、适应证和禁忌证，善于根据患者的生理与病理特点实施个体化给药。（4）尽可能减少联合用药注意药物之间的相互作用，可用可不用的药物尽量不用；在必须联合用药时，要遵循增加疗效与减少药物不良反应并重的原则。（5）加强用药监护用药过程中要严密观察患者的反应，发现异常时应尽快查明原因，及时调整剂量或更换治疗药物。必要时通过治疗药物监测等手段及时调整给药方案，指导合理用药。

2. 如何识别药物不良反应？

答：（1）用药与不良反应/事件的出现有无合理的时间关系。（2）不良反应是否符合该药已知的不良反应类型。（3）停药或减量后，不良反应是否消失或减轻（去激发反应）。（4）再次使用可疑药物是否重复出现同样的反应/事件（再激发反应）。5（5）不良反应/事件是否可用并用药的作用、患者病情的进展、其他治疗的影响来解释。

3. 影响药物排泄的相互作用有哪些？

答：（1）肝脏血流量的改变（2）影响胆汁排泄和肝肠循环（3）损害肾脏功能，影响药物的经肾排泄（4）竞争性肾小管主动分泌的影响（5）改变尿液 pH 的影响

4. 解释说明药效学相互作用。

答：药效学相互作用是药效学基础上的药物相互作用，是指作用于相同受体或相同生理系统的药物，在合并应用时所产生的相加、协同或拮抗作用。（1）受体水平的药物相互作用一种药物比另一种药物对某种受体可能有更高的亲和力，如果它没有或仅有很弱的内在活性，那么它就能拮抗其他作用于同一受体的药物，这是常见的药物相互作用机制。例如，阿托品可逆地与受体结合，阻断正常的生理递质乙酰胆碱发挥作用。因为药物—受体结合是可逆的，所以只要增加受体激动剂的浓度，就能逆转药物的拮抗作用。（2）作用于相同位点或相同生理系统的药物相互作用联合使用作用于相同位点或相同生理系统的药物能减弱或增强原药的效应。利尿药、 β 受体阻滞剂、单胺氧化酶抑制剂、麻醉药和中枢神经系统抑制药等都能增强抗高血压药的降血压作用，在麻醉过程中极有可能影响心血管系统和中枢及外周神经系统的稳定性。（3）改变体液水电解质平衡的药物相互作用影响电解质平衡能改变某些药物的相互作用，特别是影响血钾的药物与作用于心肌、神经肌肉接头和肾脏的药物合用时，可能产生严重甚至致命的药物不良反应。例如，地高辛、胺碘酮等与排钾利尿剂合用时，在后者导致的低血钾情况下，可能引发新的心律失常。

第 3 章心血管系统常见疾病的药物治疗

1. 降压药物应用的基本原则是什么？

答：使用降压药物应遵循4项原则：（1）小剂量开始：开始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量，根据需要逐步调整剂量。（2）优先选择长效制剂：尽可能使用每日给药1次而有持续24h降压作用的长效药物，从而有效控制夜间血压与晨峰血压，更有效预防心脑血管并发症。如使用中、短效制剂，则需每日给药2~3次，以达到平稳控制血压的目的。（3）联合用药：可增加降压效果又不增加不良反应。在低剂量单药治疗效果不满意时，可以采用两种或两种以上降压药物联合治疗。事实上，2级以上高血压患者为达到目标血压常需联合治疗。对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 或高于目标血压 $20/10\text{mmHg}$ 或高危及以上患者，开始即可采用小剂量两种药物联合治疗或用固定复方制剂。（4）个体化：根据患者的具体情况、药物的有效性和耐受性，兼顾患者的经济条件及个人意愿，选择适合患者的降压药物。

2. 主要降压药物的种类有哪些？每类药物的代表药物是什么？

答：目前常用的降压药物可分为5大类。（1）利尿剂，代表药：呋塞米、尹达帕胺等。（2）肾上腺素受体阻滞剂，代表药：普萘洛尔，美托洛尔等。（3）钙通道阻滞剂（CCB），代表药：硝苯地平、尼莫地平。（4）血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI），代表药：卡托普利、依那普利等。（5）血管紧张素II受体拮抗剂（ARB），代表药：氯沙坦、缬沙坦等。

第4章呼吸系统常见疾病的药物治疗

3. 急性上呼吸道感染的治疗原则是什么？

答：治疗原则主要包括缓解症状，抗病毒或抗细菌等病原体，提高机体免疫力，防止并发症。症状轻、无并发症者，无需进行特殊治疗，应注意休息，多喝水，避免受凉和劳累。病情重或伴有发热、头痛、流鼻涕者，可用解热镇痛药或抗组胺药缓解症状。抗病毒药物疗效不肯定，一般不主张使用。7症状重，发热不退或达 39°C 以上，有脓痰、扁桃体充血肿大及渗出物，白血细胞升高，提示细菌感染，应及时应用抗菌药物。轻度感染者予口服给药，重症感染者可肌内或静脉途径给药。

4. 简述急性上呼吸道感染的对症治疗。

答：（1）一般治疗。发热、病情较重或年老体弱者应卧床休息，多喝水，保持室内空气流通，防止受凉。（2）解热镇痛药。有头痛、发热、全身肌肉酸痛等症状者，可酌情使用解热镇痛药，如对乙酰氨基酚、阿司匹林、布洛芬等。（3）抗鼻塞及抗过敏的复方制剂。有鼻塞、鼻黏膜充血、水肿、咽痛等症状者，应用盐酸伪麻黄碱等可选择性收缩上呼吸道黏膜血管的药物，也可用1%麻黄碱滴鼻。有频繁喷嚏、多量流涕等症状的患者，可酌情选用马来酸氯苯那敏、氯雷他定或苯海拉明等抗过敏药物。临床常用于缓解感冒症状的药物均为复方非处方药制剂。（4）镇咳。对于咳嗽症状较为明显者，可给予右美沙芬、可待因等镇咳药，但对于普通感冒所致急性咳嗽不推荐常规使用。18岁以下患者禁用可待因。有精神病史者禁用右美沙芬。

5. 支气管哮喘的治疗目标和常用药物的分类是什么？

答：治疗目标：哮喘急性发作期药物治疗的目的是通过平喘及抗感染治疗，尽快缓解症状，改善肺功能，纠正缺氧。长期目标是预防复发及巩固疗效。虽然目前哮喘尚不能根治，但长期规范化治疗可使大多数哮喘患者达到良好或完全的临床控制，减少复发乃至不发作。治疗哮喘的药物主要分为以下两类。（1）控制类药物，即需要每日使用并长时间维持应用的药物，主要通过其抗炎作用使哮喘患者维持在临床控制状态，包括吸入性糖皮质激素（ICS）、ICS/长效 β_2 受体激动剂（LABA）、全身性激素、白三烯调节剂（LTRA）、缓释茶碱、抗IgE单克隆抗体。（2）缓解类药物，又称急救药物，急性发作时可按需使用，主要通过迅速解除支气管痉挛缓解患者的哮喘症状，包括速效吸入和短效口服 β_2 受体激动剂（SABA）、ICS/福莫特罗、全身性激素、吸入型抗胆碱能药物、短效茶碱。

第5章神经与精神常见疾病的药物治疗

1. 失眠的药物治疗原则是什么？

答：药物治疗包括使用催眠药物和（或）其他非催眠药物（如抗抑郁药物、抗精神病药物等）。不论是否进行药物治疗，都应首先帮助患者建立健康的睡眠习惯。对一过性或急性失眠，应进行早期药物治疗，防止转化成慢性失眠；对短期或亚急性失眠，可采用早期药物治疗联合认知-行为治疗。对入睡困难一般可使用短效抗失眠药物；而睡眠维持障碍和早醒可用中长效抗失眠药物；有时需要几种药物联合应用；超过4周的药物干预需要每个月定期评估。

2. 简述特殊类型失眠患者的药物治疗方案。

答：药物治疗包括使用催眠药物和（或）其他非催眠药物（如抗抑郁药物、抗精神病药物等）。不论是否进行药物治疗，都应首先帮助患者建立健康的睡眠习惯。对一过性或急性失眠，应进行早期药物治疗，防止转化成慢性失眠；对短期或亚急性失眠，可采用早期药物治疗联合认知-行为治疗。对入睡困难一般可使用短效抗失眠药物；而睡眠维持障碍和早醒可用中长效抗失眠药物；有时需要几种药物联合应用；超过4周的药物干预需要每个月定期评估。

第6章消化系统常见疾病的药物治疗

1. 简述胃食管反流病的常用药物及代表药。

答：（1）质子泵抑制剂。质子泵抑制剂是治疗胃食管反流病的首选药物，适用于症状重、有严重食管炎的患者。代表药：括奥美拉唑、艾司奥美拉唑等。（2）H₂受体拮抗剂。H₂受体拮抗剂适用于轻中症患者。常用药物有西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁和罗沙替丁等。（3）促胃动力药。促胃动力药包括多潘立酮、莫沙必利、伊托必利等。不推荐促胃动力药单独使用，而应与抑酸药联合使用。（4）黏膜保护剂。黏膜保护剂主要包括硫糖铝和枸橼酸铋钾。（5）抗抑郁或焦虑治疗。三环类抗抑郁药和SSRIs可用于伴有抑郁或焦虑症状的胃食管反流病患者的治疗。

第7章内分泌系统常见疾病

1. 糖尿病的管理目标及综合防止的5个方面是什么？

答：（1）糖尿病的管理目标：1）纠正代谢紊乱，消除糖尿病症状，维持良好的营养状况及正常的生活质量与工作能力，保障儿童的正常生长发育。2）防止发生糖尿病急性代谢紊乱（主要指高血糖危象）。3）预防、延缓和减少慢性并发症的发生与发展。（2）糖尿病综合防治主要包括5个方面：糖尿病教育、医学营养治疗、运动治疗、药物治疗（口服降糖药、胰岛素治疗等）和血糖监测。

2. 常用口服降糖药物的分类及代表药物是什么？

答：（1）双胍类药物，主要为二甲双胍。（2）磺脲类药物，主要为格列本脲、格列美脲、格列齐特、格列吡嗪和格列喹酮。（3）噻唑烷二酮类常被称为胰岛素增敏剂，包括罗格列酮与吡格列酮。（4）格列奈类药物，主要有瑞格列奈、那格列奈和米格列奈。（5） α -糖苷酶抑制剂，有阿卡波糖、伏格列波糖和米格列醇。（6）二肽基肽酶-4（DPP-4）抑制剂，有西格列汀、维格列汀、沙格列汀、利格列汀及阿格列汀。（7）钠葡萄糖共转运蛋白2（SGLT2）抑制剂，目前在我国被批准临床使用的有达格

列净、恩格列净和卡格列净。

3. 无症状高尿酸血症的治疗目标值是什么？常用治疗药物有哪些？

答：治疗目标值：降尿酸治疗的目标是促进晶体溶解和防止晶体形成，需要使血尿酸水平低于尿酸溶解度的饱和点。因此，血尿酸应低于 $357\mu\text{mol/L}$ (6mg/dL)。有研究证据显示，最好使血尿酸低于 $300\mu\text{mol/L}$ ，并长期维持，以防止痛风反复发作。（1）增加尿酸排泄的药物，常用药物有苯溴马隆、丙磺舒等。（2）抑制尿酸合成的药物，常用药物有别嘌醇和非布司他等。（3）促进尿酸分解的药物，国外有拉布立酶、果乙二醇尿酸氧化酶（培格洛酶）等，国内未上市。

第8章肾脏疾病的药物治疗

1. 肾小球肾炎的药物治疗原则是什么？

答：对于急性肾小球肾炎应采取对症治疗，主要为利尿、降压；救治危重并发症，特别是急性心衰、高血压脑病和急性肾衰竭；消除致病抗原，包括使用抗溶血性链球菌感染的抗菌药物和清除体内相关的慢性感染灶。10 慢性肾小球肾炎患者应积极控制血压和蛋白尿。抗凝血和抗血小板药物对减轻肾组织损伤和稳定肾小球功能有良好的作用。一般不主张积极应用糖皮质激素和细胞毒类药物。病理类型较轻、肾功能正常或轻度受损、蛋白尿较多、无禁忌证者可试用。急性肾小球肾炎患者初始治疗为激素冲击治疗，一般选择甲泼尼龙，随后每日给予口服泼尼松、静脉应用免疫抑制剂。

第9章泌尿系统疾病的药物治疗

1. 尿路感染的治疗原则是什么？

答：（1）一般治疗。一般治疗包括生活方式调整和对症治疗等。生活方式调整：患者应注意休息、多喝水、勤排尿；对发热患者应给予易消化、高热量、富含维生素饮食。对症治疗：治疗期间多喝水，口服碳酸氢钠或枸橼酸钾碱化尿液，并可用黄酮哌酯盐或抗胆碱能类药物，以缓解膀胱痉挛，减轻膀胱刺激症状。此外，膀胱区热敷、热水坐浴等也可减轻膀胱痉挛。（2）抗菌药物治疗。抗菌药物治疗是尿路感染的主要治疗方法；一些特殊情况下的无症状菌尿患者不需要常规抗菌药物治疗，但要密切观察病情。可以对有尿路感染症状的患者首先施行经验性抗菌药物治疗，但也有研究显示社区性单纯性尿路感染患者中，有 60% 的患者的经验用药与最终的尿培养结果不符。推荐根据药敏试验结果选择用药。（3）去除诱因。对抗菌药物治疗无效的患者应进行全面泌尿系统检查，若发现存在尿路结石、尿路解剖畸形或功能异常等复杂因素者，应予以矫正或相应处理。对导管相关性尿路感染，宜尽早拔除或更换导尿管。

第10章疼痛的药物治疗

1. 简述阿片类药物不良反应的防治（10分）

答：阿片类药物的常见不良反应包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、瘙痒、头晕、尿潴留、谵妄、认知障碍以及呼吸抑制等。除了便秘之外，这些不良反应大多是暂时性的或可以耐受的。应把预防和处治阿片类药物不良反应作为止痛治疗计划和患者宣教的重要组成部分。恶心、呕吐、嗜睡和头晕等不良反应，大多出现在未曾使用过阿片类药物患者用药的最初几天。初用阿片类药物的数天内，可考虑同时给予甲氧氯普胺（胃复安）等止吐药预防恶心、呕吐；必要时可采用 5-HT₃ 受体拮抗剂类药物，如昂丹司琼、格拉司琼等，或抗抑郁药物。便秘症状通常持续发生于阿片类药物止痛治疗全过程，多数患者需要使用缓泻剂来防治便秘，因此，在应用阿片类药物止痛时宜常规合并应用缓泻剂。如果出现过度镇静、精神异常等不良反应，应当注意其他因素的影响；同时，需要减少阿片类药物的用药剂量，甚至停用和更换止痛药。

2. 简述癌性疼痛的三阶梯止痛治疗。

答：（1）第一阶梯：轻度疼痛可选用非阿片类药物，多用 NSAIDs。当使用一种 NSAIDs 疼痛得不到缓解时，不宜再换用其他 NSAIDs（除非因为不良反应而换药），而应直接选择第二阶梯用药。（2）第二阶梯：中度疼痛可选用弱阿片类药物或低剂量的强阿片类药物。联合使用弱阿片类药物加 NSAIDs 或对乙酰氨基酚（如氢可待因）可产生良好的止痛效果，不少复方制剂以此为基础生产。此外，也可联合应用辅助镇痛药物，包括镇静剂、抗惊厥药物或抗抑郁药物。（3）第三阶梯：重度疼痛首选以吗啡为代表的强阿片类药物；如果能达到良好的镇痛效果，且无严重的不良反应，轻度和中度疼痛时也可考虑使用强阿片类药物。可合用 NSAIDs 以及辅助镇痛药物；如考虑存在神经病理性疼痛，首选联合应用三环类抗抑郁药物或抗惊厥药物等；如果是癌症骨转移引起的疼痛，应该联合应用双膦酸盐类药物，以抑制溶骨活动。

3. 治疗肌肉骨骼系统慢性疼痛的常用药物有哪些？答出5种药物即可

答：（1）对乙酰氨基酚。对乙酰氨基酚主要用于轻中度疼痛，是国外指南推荐用于治疗骨关节炎、腰背痛的一线药物。（2）NSAIDs 和选择性 COX-2 抑制剂。NSAIDs 是目前临床证据最充分、处方量最大的镇痛药物。常用的 NSAIDs 有吲哚美辛、萘普生、布洛芬、双氯芬酸钠、氟比洛芬酯、酮咯酸、洛索洛芬钠或以上药物的复合制剂。选择性 COX-2 抑制剂包括塞来昔布、艾瑞昔布等。（3）阿片类药物。阿片类药物适用于使用 NSAIDs 等疗效较差，或无法耐受 NSAIDs 产生的消化道、心血管等不良反应的中重度慢性疼痛患者，以及各种手术后肌肉骨骼系统慢性疼痛、慢性癌症相关疼痛患者。常见药物包括强阿片类药物 12 物（如吗啡、羟考酮、芬太尼、丁丙诺啡等）、弱阿片类药物（如可待因、曲马多等）。（4）抗惊厥药物。抗惊厥药物临床常用品种有普瑞巴林、卡马西平、加巴喷丁、托吡酯、拉莫三嗪、奥卡西平、左乙拉西坦等。（5）抗抑郁药物。三环类抗抑郁药对带状疱疹、糖尿病、神经损伤、脊髓损伤等导致的神经病理性疼痛均有疗效，丙米嗪和阿米替林是三环类抗抑郁药中应用较广泛的药物。除三环类抗抑郁药外，SNRI 类抗抑郁药度洛西汀也是神经病理性疼痛的一线治疗药物。SSRI 类抗抑郁药帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰、氟西汀等的治疗效果弱于前两者。（6）肌肉松弛药物。肌肉松弛药物主要用于缓解骨骼肌痉挛、改善血液循环，常用于治疗慢性腰痛。（7）抗骨质疏松症药物。部分骨质疏松患者的临床症状主要表现为慢性腰痛或全身骨痛，主要见于原发性骨质疏松患者、绝经期女性及老年人群。（8）骨关节炎改善病情类药物及软骨保护剂。此类药物具有抗炎、止痛、保护关节软骨、延缓骨关节炎发展的作用。常用药物有氨基葡萄糖、硫酸软骨素等。（答出 5 种药物即可，每种药物 2 分，共 10 分）