

《药学综合知识与技能》考点汇总（14-20 章）

1. 尿路感染的药物治疗

一般治疗		——口服碳酸氢钠片 1g, tid, 以碱化尿液;
选药原则		——针对革兰氏阴性菌选药
药物种类	口服	* 喹诺酮类 (如氧氟沙星 0.2g, bid; 环丙沙星 0.25g, bid) * 半合成青霉素类 (如阿莫西林 0.5g, tid)、 * 头孢素类 (如头孢呋辛 0.25g, bid)
	静脉	◎ 氨苄西林 1.0~2.0g, q4h; ◎ 头孢噻肟钠 2.0g, q8h; 头孢曲松钠 1.0~2.0g, qd; ◎ 左氧氟沙星 0.5g, qd。
	妊娠期 尿路感染	宜选用毒性小的抗菌药物 (阿莫西林、呋喃妥因或头孢菌素类等)
疗程	急性膀胱炎	——口服, 短疗程疗法 (3 天), 无效则改为 2 周。
	肾盂肾炎	——病情较轻者: 门诊口服药物治疗 10~14 日; 严重感染: 住院静脉给药, 完成 2 周疗程

2. 良性前列腺增生的药物治疗

① α ₁ 受体阻断剂	特拉唑嗪	◆ 缓解症状, 起效快——扩尿道!
	阿夫唑嗪 坦索罗辛	◆ 不降低 PSA 水平 (不影响前列腺癌筛查) ◆ 不良反应主要见直立性低血压
② 5 α 还原酶抑制剂	非那雄胺	● 降雄激素水平——使前列腺体积显著缩小。
	依立雄胺 度他雄胺	● 起效慢, 须长期用药, 急性重症不适宜 (度他雄胺 1 个月显效, 较快)。 ● 降低血清 PSA 水平, 建议用药前测定 PSA 水平 ● 不良反应是影响性能力

③ 抗胆碱能药物	奥昔布宁 索利那新 托特罗定	<ul style="list-style-type: none"> ■用于针对伴发急迫性尿失禁的患者——松膀胱! ■主要不良反应是口干、尿潴留、加重老年痴呆等。 ■严重胃肠动力障碍、重症肌无力、闭角型青光眼禁用; ■重度肝、肾功能不全患者禁用 ■正在使用酮康唑等强力 CYP3A4 抑制剂的
----------	----------------------	---

3. 血液系统疾病相关考点

贫血类型	治疗用药	注意事项
缺铁性贫血	铁 (Fe ²⁺)	宜选用二价铁, 铁剂建议在餐后服用, 耐受性较好
巨幼细胞性贫血	叶酸+维生素 B ₁₂	

4. 抗肿瘤药物典型不良反及处理措施

药物名称	主要副反应	处理及预防措施
环磷酰胺、异环磷酰胺	出血性膀胱炎	停药、充分水化、化疗前、过程中给予美司钠解救
顺铂	耳、肾、神经毒性, 消化道反应	停药、控制出入量平衡, 必要时使用糖皮质激素; 止吐、补液治疗; 避免合用肾毒性或耳毒性药物
米托蒽醌、多柔比星、表柔比星、	心脏毒性、骨髓抑制	停药、抗心衰治疗、控制出入量平衡, 监测心电图、UCG, 计算累积剂量
甲氨蝶呤	肾毒性、肺纤维化、黏膜损伤	水化, 亚叶酸钙、四氢叶酸钙解救, 口腔护理等
阿糖胞苷	肝损害	护肝治疗, 促进尿酸排泄
博来霉素、平阳霉素	肺纤维化	停药、换方案、监测肺功能
	恶心、呕吐	用 5-HT ₃ 受体拮抗剂 (格拉司琼、昂丹司琼)

		<p>琼、托烷司琼等), 化疗前 30min 开始给药; 与糖皮质激素合用效果会更好(地塞米松 10mg、甲泼尼龙 80mg)</p>
--	--	---

5. WHO 癌症三阶梯止痛原则

- ①口服给药: 能口服尽量口服, 提倡无创的给药方式;
- ②按时给药: 不是按需给药;
- ③按阶梯给药: 按照疼痛的程度和性质选用不同阶梯的止痛药物;
- ④用药个体化;
- ⑤注意用药细节(注意不良反应的处理)。

6. 疼痛控制药物分类

- ①第一阶梯: 非阿片类药物, 多指 NSAIDs 药物;
- ②第二阶梯: 弱阿片类药物, 如可待因、二氢可待因、曲马多等;
- ③第三阶梯: 强阿片类药物, 以吗啡为代表, 主要药物有吗啡(有多种剂型, 如注射剂, 即释片、缓释片)、芬太尼注射剂或透皮贴剂、美沙酮、哌替啶、二氢埃托啡、羟考酮。

7. 类风湿关节炎相关考点

甲氨蝶呤 (MTX)	首选的改善病情的抗风湿药 (DMARDs)
	剂量 7.5~25mg/w
	不良反应有恶心、口炎、腹泻、脱发、皮疹, 少数出现骨髓抑制, 听力损害和肺间质病变。也可引起流产、畸胎和影响生育力。服药期间, 应定期查血常规和肝功能。
氯喹、羟氯喹	本药有蓄积作用, 易沉淀于视网膜的色素上皮细胞, 引起视网膜变性而致失明, 服药半年左右应查眼底。
环孢素 (Cs)	主要不良反应有高血压、肝肾毒性、神经系统损害、继发感染、肿瘤以及胃肠道反应、牙龈增生、多毛等。

8. 病毒性肝炎相关考点

- ①干扰素禁忌证: 妊娠、严重抑郁症、未能控制的癫痫、未戒断的酗酒/吸毒者、未经控制的自身免疫性疾病、失代偿期肝硬化、有症状的心脏病、治疗前

血小板计数 $<50\times 10^9/L$ 。

②使用干扰素、利巴韦林治疗肝炎的所有育龄期妇女和男性，在治疗期间和治疗后6个月内均必须采取避孕措施，避免畸胎或胚胎致死效应。

9. 带状疱疹相关考点

①带状疱疹的抗病毒治疗尽早应用。首选阿昔洛韦(肌酐清除率 $>25\text{ml}/\text{min}$)，0.8g，每日5次口服，疗程7~10天。肌酐清除率 $10\sim 25\text{ml}/\text{min}$ 时阿昔洛韦延长给药间隔，0.8g，每日3次；肌酐清除率 $<10\text{ml}/\text{min}$ 时为每日2次。伐昔洛韦经肝脏代谢为阿昔洛韦，其口服生物利用度大于阿昔洛韦，1g q8h，7~10天。

②带状疱疹严重后遗症神经痛患者可予以卡马西平(首选)、加巴喷丁、普瑞巴林、盐酸阿米替林。

10. 绝经激素治疗禁忌证

已知或可疑妊娠、已知或可疑患乳腺癌、已知或可疑患性激素依赖性恶性肿瘤、近6个月内患活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病、原因不明的阴道流血、严重肝肾功能障碍、血卟啉病、耳硬化症、脑膜瘤(禁用孕激素)等。

11. 催吐注意事项

①昏迷、休克患者禁用；

②患者抽搐、惊厥未被控制之前、患有胃溃疡出血、严重心脏病等患者以及孕妇不宜催吐；

③催吐过程中患者头部注意转向一侧，避免呕吐物吸入气管引起肺炎甚至窒息。

12. 洗胃注意事项

①大部分中毒毒物需在进入体内4~6h之内进行洗胃，个别毒物存在胃-血-胃循环，尽管超过6h，仍可洗胃；

②深度昏迷患者、中毒引起的惊厥未被控制的患者、强腐蚀性中毒患者、挥发性烃类化合物(如汽油)口服中毒患者都禁止洗胃；

③洗胃液每次灌入量为300~400ml，不能超过500ml，过多则易将毒物驱入肠中导致中毒加深。

13. 特殊解毒剂

①依地酸钙钠(解铅乐、EDTANa-Ca)：以铅中毒疗效好，也可用于镉、铉、

铀、钷中毒;

②亚甲蓝 (美蓝): 用于氰化物中毒;

③碘解磷定 (解磷定): 用于有机磷中毒;

④亚硝酸钠: 治疗氰化物中毒;

⑤盐酸烯丙吗啡: 用于吗啡、哌替啶急性中毒;

⑥乙酰半胱氨酸: 用于对乙酰氨基酚过量所致的中毒;

⑦纳洛酮: 用于急性阿片类中毒 (表现为中枢和呼吸抑制) 及急性乙醇中毒;

⑧氟马西尼: 用于苯二氮 (卞卓) 类药物过量或中毒。

14. 阿托品中毒处理措施

应立即停用阿托品, 并可用毛果芸香碱解毒, 但不宜使用毒扁豆碱。