



2017  
国家执业药师资格考试  
**核心知识清单**

**药学专业知识 二**

主编 季方茹

**核心** + **知识** + **结构**  
**考点** + **清楚** + **简单**

中国医药科技出版社



2017 国家执业药师资格考试核心知识清单

# 药学专业知识 (二)

主 编 季方茹

副主编 杨 义

编 委 李艳翠 杨 义 季方茹

汪凤山 雷力力



药师在线

WWW.51YAOSHI.COM

国家执业药师资格考试  
2017年购课优惠券 面值20元



微信扫一扫 题库马上用

1. 本优惠券仅供购买“药师在线”线上产品使用，每满200元可以使用一张，特殊商品除外；
2. 随书赠送精品题库，扫描二维码立即使用；
3. 本券有效期2017年1月1日至2017年10月31日；
4. 具体使用方法，请登录www.51yaoshi.com，如有疑问，请致电4000987818；
5. 本活动最终解释权归中国医药科技出版社所有。

因为专注 所以卓越

卡号：17

中国医药科技出版社

## 内容提要

本书由多年从事执业药师考前辅导的专家围绕最新版考试大纲和考试指南编写而成。书中分章节设置了“真题考点总览”与“考点梳理”两大版块，采用表格与框架图的形式，直观铺陈、对比归纳具有内在联系的“知识群”，将历年考试高频出现的核心考点进行了层次清晰、条理分明地阐释与梳理。开本小巧，凝练精当，执简驭繁，满足广大考生对于优化整合零散时间、随时随地链接考点的迫切需求，是参加2017年国家执业药师资格考试考生的必备复习知识清单。

### 图书在版编目(CIP)数据

药学专业知识·2 / 季方茹主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2017. 5

2017 国家执业药师资格考试核心知识清单

ISBN 978-7-5067-9298-1

I. ①药… II. ①季… III. ①药理学-资格考试-自学参考资料

IV. ①R9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 090340 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 张璐

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227427 邮购: 010-62236938

网址 [www.cmstp.com](http://www.cmstp.com)

规格 880×1230mm<sup>1/32</sup>

印张 7<sup>5/8</sup>

字数 294 千字

版次 2017 年 5 月第 1 版

印次 2017 年 5 月第 1 次印刷

印刷 北京九天众诚印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-9298-1

定价 32.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

## 编写说明

目前市面上执业药师资格考试的考前辅导书琳琅满目，但绝大多数都是卷帙浩繁、洋洋洒洒的“大部头”，使人顿感沉重。为了满足广大考生对于优化整合零散时间、随时随地链接考点的迫切需求，我们组织多年从事执业药师考前培训的专家老师，紧密围绕国家执业药师资格考试最新版大纲和指南，精心编写了这套“国家执业药师资格考试核心知识清单”丛书。

本丛书各分册均设置了“真题考点总览”与“考点梳理”两大版块，开本小巧、凝练精当、执简驭繁，便于随时学习、轻松复习，力求使各位考生达到驾轻就熟、见微知著的备考效果。各版块功能特色如下：

“真题考点总览”设置于每章开篇之首，统计了该章节考点在近两年考试中所占的分值。据此，考生可以对考核体系架构、命题脉络与规律一目了然、心中有数。这一规律就是：考查全面、重者恒重、考点均衡、面面俱到。

“考点梳理”按照最新版考试指南的章节编排，直接以核心考点作为一级标题，采用表格与框架图的形式，直观铺陈、对比归纳具有内在联系的“知识群”，将历年考试高频出现的重点、难点、易错点进行层次清晰、条理分明地阐释与梳理，形成一份“核心知识清单”。这份清单直击考试“腹地”与“七寸”，全面覆盖、高度精炼指南“干货”内容，删减了大量无用的过渡句，有效缓解了大段文字带来的视觉疲劳，帮助广大考生解决复习困惑，大幅提升复习效率。

“只有对症对因，方能下药治病”！这不仅体现在医药学专业技术人员日常实践工作的方方面面，更是我国公众健康守护卫士所必须具备的职业素养与综合能力。愿更多的考生能够受益于本丛书，达到知识与实践的相得益彰、整合与零散的最大优化，顺利通过考试，取得国家执业药师资格证书，做一名懂“药”、会“用药”、更会“用药治病”的金匮药师，为国家医药学事业贡献力量！

在复习备考过程中，如果您有任何意见和建议，欢迎与我们联系，我们的邮箱是 [yykj401@163.com](mailto:yykj401@163.com)。在此，我们预祝各位考生高效备考、一举通关！

编者

2017年4月

# 目 录

第一章 精神与中枢神经系统疾病用药	1
第一节 镇静与催眠药	1
第二节 抗癫痫药	4
第三节 抗抑郁药	7
第四节 脑功能改善及抗记忆障碍药	10
第五节 镇痛药	12
第二章 解热、镇痛、抗炎药及抗痛风药	16
第一节 解热镇痛抗炎药	16
第二节 抗痛风药	20
第三章 呼吸系统疾病用药	24
第一节 镇咳药	24
第二节 祛痰药	27
第三节 平喘药	29
第四章 消化系统疾病用药	41
第一节 抗酸剂与抑酸剂	42
第二节 胃黏膜保护剂	50
第三节 助消化药	52
第四节 解痉药与促胃肠动力药	54
第五节 泻药与止泻药	59
第六节 肝胆疾病辅助用药	65
第五章 循环系统疾病用药	69
第一节 抗心力衰竭药	70
第二节 抗心律失常药	76
第三节 抗心绞痛药	86
第四节 抗高血压药	91
第五节 调节血脂药	102
第六章 血液系统疾病用药	111
第一节 促凝血药	111
第二节 抗凝血药	116
第三节 溶栓药	124
第四节 抗血小板药	126
第五节 抗贫血药	134
第六节 升白细胞药	140

第七章 利尿药及泌尿系统疾病用药 .....	143
第一节 利尿剂 .....	143
第二节 抗前列腺增生症药 .....	145
第三节 治疗男性勃起功能障碍药物 .....	146
第八章 内分泌系统疾病用药 .....	148
第一节 肾上腺糖皮质激素 .....	149
第二节 雌激素 .....	150
第三节 孕激素 .....	151
第四节 避孕药 .....	152
第五节 蛋白同化激素 .....	153
第六节 甲状腺激素及抗甲状腺药 .....	154
第七节 胰岛素及胰岛素类似物 .....	155
第八节 口服降糖药 .....	157
第九节 调节骨代谢与形成药 .....	160
第九章 调节水、电解质、酸碱平衡药与营养药 .....	164
第一节 调节水、电解质平衡药 .....	164
第二节 调节酸碱平衡药 .....	166
第三节 葡萄糖与果糖 .....	167
第四节 维生素 .....	168
第五节 氨基酸 .....	171
第十章 抗菌药物 .....	173
第一节 青霉素类抗菌药物 .....	176
第二节 头孢菌素类抗菌药物 .....	177
第三节 其他 $\beta$ -内酰胺类抗菌药物 .....	179
第四节 氨基糖苷类抗菌药物 .....	181
第五节 大环内酯类抗菌药物 .....	183
第六节 四环素类抗菌药物 .....	184
第七节 林可霉素类抗菌药物 .....	185
第八节 多肽类抗菌药物 .....	186
第九节 酰胺醇类抗菌药物 .....	189
第十节 氟喹诺酮类抗菌药物 .....	190
第十一节 硝基呋喃类抗菌药物 .....	192
第十二节 硝基咪唑类抗菌药物 .....	194
第十三节 磺胺类抗菌药物及甲氧苄啶 .....	195
第十四节 其他抗菌药物 .....	197
第十五节 抗结核分枝杆菌药 .....	199
第十六节 抗真菌药 .....	203

第十一章	抗病毒药	210
第十二章	抗寄生虫药	217
第十三章	抗肿瘤药	222
第一节	直接影响 DNA 结构和功能的药物	223
第二节	干扰核酸生物合成的药物 (抗代谢药)	225
第三节	干扰转录过程和阻止 RNA 合成的药物 (核酸转录药物)	225
第四节	抑制蛋白质合成与功能的药物 (干扰有丝分裂药)	226
第五节	调节体内激素平衡的药物	226
第六节	靶向抗肿瘤药	227
第七节	放疗与化疗止吐药	227
第十四章	眼科疾病用药	228
第一节	抗眼细菌感染药	228
第二节	降低眼压药	229
第三节	抗眼部病毒感染药	229
第四节	眼用局部麻醉药	230
第五节	散瞳药	230
第十五章	耳鼻喉疾病用药	231
第一节	消毒防腐药	231
第二节	减鼻充血药	231
第十六章	皮肤科疾病用药	232
第一节	皮肤寄生虫感染治疗药	232
第二节	痤疮治疗药	233
第三节	皮肤真菌感染治疗药	233
第四节	外用糖皮质激素	234

# 第一章 精神与中枢神经系统疾病用药

## 真题考点总览

节名	要点	2015	2016
第一节 镇静与催眠药	作用特点		2
	药物相互作用		1
	用药监护	1	
	典型不良反应、用法与用量、禁忌证、适应证、注意事项		
第二节 抗癫痫药	作用特点		4
	典型不良反应、禁忌证、药物相互作用、用药监护、适应证、注意事项、用法与用量		
第三节 抗抑郁药	作用特点	3	1
	典型不良反应	1	
	禁忌证、药物相互作用、用药监护、适应证、注意事项、用法与用量		
第四节 脑功能改善及抗记忆障碍药	作用特点	1	
	典型不良反应、禁忌证、药物相互作用、用药监护、适应证、注意事项、用法与用量		
第五节 镇痛药	药物相互作用	2	
	作用特点、典型不良反应、禁忌证、用药监护、适应证、注意事项、用法与用量		

## 第一节 镇静与催眠药

### 考点 1 分类和作用特点

分类	作用特点
巴比妥类	抑制中枢神经系统、小剂量——镇静催眠（现已很少用）、中剂量——麻醉 大剂量——昏迷、死亡（呼吸抑制） 脂溶性高，作用快——异戊巴比妥 脂溶性低，作用慢——苯巴比妥



分类	作用特点
苯二氮草类	地西洋、氟西洋、氯硝西洋、劳拉西洋、艾司唑仑、阿普唑仑、三唑仑、夸西洋 地西洋——吸收最快、用于： 1. 抗焦虑、镇静催眠 2. 抗癫痫——癫痫持续状态首选 3. 抗惊厥并缓解炎症引起肌肉痉挛、肌紧张性头痛；家族性、老年性、特发性震颤 4. 手术麻醉前给药
其他类	具有特异性更高、安全性更好特点 环吡咯酮类——佐匹克隆、佐佐匹克隆（艾司佐匹克隆）：镇静催眠、抗焦虑、肌肉松弛和抗惊厥 含咪唑并吡啶结构——唑吡坦：仅具有镇静催眠作用 10%水合氯醛

### 考点2 典型不良反应、禁忌证

药物	典型不良反应	禁忌证
巴比妥类	1. 常见：“宿醉”现象—嗜睡、精神依赖性、步履蹒跚、肌无力 2. 依赖性——强烈要求继续应用或增加剂量，或出现心理性依赖、戒断综合征 3. 皮疹或剥脱性皮炎（可能致死）——立即停药	严重肺功能不全、肝硬化、血卟啉病、贫血、未被控制的糖尿病、对巴比妥类药过敏者
苯二氮草类	1. 耐药性 2. 突然停药—反跳现象、依赖性、后遗效应 3. 精神依赖性、嗜睡、步履蹒跚、共济失调，“宿醉”现象 4. 地西洋使伴呼吸困难的重症肌无力患者的病情加重、静脉注射易发生静脉血栓或静脉炎、静注速度过快给药可导致呼吸暂停、低血压、心动过缓或心跳停止	对苯二氮草类药过敏者、妊娠期妇女、新生儿禁用苯二氮草类药 呼吸抑制、显著的神经肌肉呼吸无力、严重肝损害者禁用硝西洋、氟西洋
其他类	唑吡坦：共济失调、精神紊乱 佐匹克隆：嗜睡、精神错乱、酒醉感、戒断现象 10%水合氯醛：胃肠黏膜的刺激性偏大	严重呼吸功能不全、睡眠呼吸暂停综合征、严重及急慢性肝功能不全、肌无力及对唑吡坦过敏者禁用唑吡坦 重症肌无力、失代偿呼吸功能不全、严重睡眠呼吸暂停综合征及对佐匹克隆过敏者禁用佐匹克隆

### 考点 3 药物相互作用

药品	相互作用
巴比妥类	<ol style="list-style-type: none"> <li>肝药酶诱导剂——加速自身和其他药物代谢               <ol style="list-style-type: none"> <li>合用乙酰氨基酚类药（长期应用巴比妥类药患者）——会降低乙酰氨基酚类药的疗效，增加肝中毒危险</li> <li>合用糖皮质激素、洋地黄类、环孢素、奎尼丁、三环类抗抑郁药——降低这些药物的效应</li> <li>与抗凝血药合用——抗凝作用减弱，停用巴比妥类药后又可引起出血倾向，因此在调整抗凝血药剂量时需定期检测凝血酶原时间</li> </ol> </li> <li>与氯胺酮同时使用，特别是大剂量静脉给药——有血压降低、呼吸抑制的风险</li> <li>与中枢神经系统抑制剂或单胺氧化酶抑制剂合用，可引起神经系统抑制效应增强，因此两种药物的剂量均应降低</li> <li>与吩噻嗪类和四环类抗抑郁药合用，可降低抽搐阈值，增加中枢神经抑制作用。与布洛芬合用，可减少或缩短半衰期而减少作用强度</li> </ol>
苯二氮草类	<ol style="list-style-type: none"> <li>与易成瘾和其他可能成瘾药物合用，成瘾危险性增加</li> <li>与抗高血压药或利尿降压药合用，可增强降压效果。与钙通道阻滞剂合用，可使体位性低血压加重</li> <li>与咪唑替丁合用，可抑制由肝脏转化本类药的中间代谢产物如氯氮草和地西洋，使清除减慢，血浆药物浓度升高，但对劳拉西泮无影响</li> <li>卡马西平与经肝脏酶系统代谢的苯二氮草类药物，如氯硝西泮合用，由于肝微粒体酶的诱导使卡马西平和（或）本类药的血浆药物浓度下降，清除半衰期缩短</li> <li>普萘洛尔与苯二氮草类抗惊厥药合用，可致癫痫发作类型或频率改变，应及时调整剂量</li> </ol>
其他类	<ol style="list-style-type: none"> <li>唑吡坦：与氯丙嗪合用，可延长氯丙嗪的血浆药物清除时间；与丙米嗪合用可增加嗜睡反应和逆行遗忘的发生，并降低丙米嗪的峰浓度</li> <li>佐匹克隆：与肌松药或其他中枢神经抑制剂合用可增强镇静作用；与苯二氮草类抗焦虑药或催眠药合用，可增加戒断症状的出现</li> </ol>

### 考点 4 用药监护

#### 依据睡眠状态选择用药

睡眠状态选择	选择药品
入睡困难	首选艾司唑仑或扎来普隆
焦虑型、夜间醒来次数较多或早醒	氟西泮、三唑仑
精神紧张、恐惧或肌肉疼痛所致的失眠	氯美扎酮
自主神经功能紊乱，内分泌平衡障碍及精神神经失调所致的失眠	谷维素（连服数日或数月）
忧郁型的早醒失眠者，常用催眠药无效时	可配合抗抑郁药阿米替林和多塞平
难以入睡或夜间觉醒或早间觉醒过早	唑吡坦、艾司（佑）佐匹克隆
原发性失眠	非苯二氮草类

### 考点 5 主要药品的适应证、注意事项

药品	适应证	注意事项
地西洋	用于焦虑、镇静催眠、抗癫痫和抗惊厥,并缓解炎症所引起的反射性肌肉痉挛等;也可用于治疗惊厥症、紧张性头痛及家族性、老年性和特发性震颤,或手术麻醉前给药	急性酒精中毒、昏迷或休克时注射地西洋可延长血浆半衰期;严重的精神抑郁者可使病情加重,甚至产生自杀倾向,应采取预防措施;可使伴呼吸困难的重症肌无力患者的病情加重,急性或慢性闭角型青光眼发作;治疗癫痫时,可能增加癫痫大发作的频度和严重度,需要增加其他抗癫痫药的用量,原则上不应作连续静脉滴注,但在癫痫持续状态时例外;长期使用本品,停药前应逐渐减量,不要骤然停止;本品可透过胎盘屏障。在妊娠初期3个月内,有增加胎儿致畸的危险,妊娠期间尽量勿用
佐匹克隆	用于失眠	本品可由乳汁分泌,哺乳期妇女不宜使用。大量长期用药突然停药可引起戒断症状。由本品所致的困倦可能延续到第2天,不宜驾车、操作机械或高空作业等。肌无力者需进行监护,呼吸、肾功能不全者应调整剂量。连续用药时间不宜过长,一般不应超过4周。15岁以下儿童不宜应用
唑吡坦	用于偶发失眠和暂时失眠患者	肝肾功能不全者,本品血浆清除时间可延长。应用唑吡坦时,如出现腹部或胃部痉挛、激惹神经症或痛的感觉、肌肉痉挛、抽搐、震颤、难以控制哭喊、不明原因疲劳无力等症状,需立即停药,并在停药48h后随访。由于应用唑吡坦过程中会出现共济失调等不良反应,在治疗中(特别是老人)出现步态不稳、手足笨拙等症状时,应核对剂量。另唑吡坦剂量的个体差异很大,短期固定剂量开始后,应根据治疗效果和症状,逐步调整,治疗时间最长不超过4周

## 第二节 抗癫痫药

### 考点 6 作用机制及代表药

类别	作用机制及特点	代表药
巴比妥类	1. 增强 $\gamma$ -氨基丁酸 A 型受体活性,抑制谷氨酸兴奋性,提高癫痫发作的阈值,抑制病灶异常放电向周围正常脑组织扩散 2. 调节钠、钾、钙通道,阻滞 $\text{Na}^+$ 依赖性动作电位的快速发放,调节 $\text{Na}^+$ 、 $\text{K}^+$ —ATP 转化酶活性,从而达到抗惊厥作用	苯巴比妥、异戊巴比妥钠、扑米酮
苯二氮䓬类	主要为 GABA 受体激动剂 可加强突触前抑制,抑制皮质、丘脑和边缘系统的病灶异常放电向周围脑组织的扩散——抗惊厥作用 但不能消除病灶的异常放电	地西洋、氯硝西洋、硝西洋
乙内酰脲类	减少钠离子内流而使神经细胞膜稳定,限制 $\text{Na}^+$ 通道介导的发作性放电的扩散。乙内酰脲类药物口服吸收较缓慢,绝大部分在小肠内吸收,血浆蛋白结合率高,主要与白蛋白结合。本类药物主要在肝脏内代谢,碱性尿排泄较快	苯妥英钠

续表

类别	作用机制及特点	代表药
二苯并氮萘类	阻滞电压依赖性的钠通道, 抑制突触后神经元高频动作电位的发放, 以及通过阻断突触前 $\text{Na}^+$ 通道与动作电位发放, 阻断神经递质释放, 从而调节神经兴奋性, 达到抗惊厥作用。卡马西平口服吸收慢而不规律, 经肝脏代谢, 并能诱发肝药酶活性, 加速自身代谢, 抗癫痫作用由于自身诱导代谢差异, 起效时间也存在差异	卡马西平、奥卡西平
$\gamma$ -氨基丁酸 (GABA) 类似物	该类药为 GABA 的类似物或衍生物, 是 GABA 氨基转移酶抑制剂。加巴喷丁, 增加脑组织 GABA 的释放, 脂溶性较高, 可透过血-脑屏障。氨基烯酸不可逆抑制 GABA 氨基转移酶, 减少 GABA 降解, 从而提高脑内 GABA 浓度, 抑制癫痫。口服易吸收, 不与血浆蛋白结合, 以原形药物由肾脏排泄	加巴喷丁、氨基烯酸
脂肪酸类	可能为抑制 GABA 的降解或促进其合成, 从而增加脑内 GABA 浓度, 促使 $\text{Cl}^-$ 内流, 使胞膜的超极化稳定, 达到抗癫痫作用。脂肪酸类药物口服吸收快而完全, 血浆蛋白结合率约为 90%, 可通过血-脑屏障	丙戊酸钠

### 考点 7 典型不良反应、禁忌证

药品	典型不良反应	禁忌证
巴比妥类及苯二氮萘类	见本章第一节	见本章第一节
乙内酰脲类 (苯妥英钠)	齿龈增生、共济失调、眼球震颤、行为改变、笨拙或步态不稳、思维混乱 小脑前庭症状、肌力减弱、嗜睡、发音不清、手抖、出血及昏迷 血浆浓度超过 $20\mu\text{g}/\text{ml}$ 时出现眼球震颤, 超过 $30\mu\text{g}/\text{ml}$ 时出现共济失调, 超过 $40\mu\text{g}/\text{ml}$ 会出现严重不良反应, 如嗜睡、昏迷	对乙内酰脲类药过敏者及阿斯综合征、二~三度房室阻滞、窦房结阻滞、窦性心动过缓等心功能损害者禁用乙内酰脲类
二苯并氮萘类 (卡马西平)	视物模糊、复视、眼球震颤、头痛。少见变态反应、史蒂文斯-约翰综合征或中毒性表皮坏死松懈症、皮疹、荨麻疹、瘙痒、严重腹泻、稀释性低钠血症或水中毒 (表现为精神紊乱、持续性头痛)、红斑狼疮样综合征	对卡马西平或三环类抗抑郁药过敏者, 有心脏房室传导阻滞, 血小板、血常规及血清铁异常, 以及骨髓功能抑制等病史时禁用卡马西平
脂肪酸类 (丙戊酸钠)	肝脏中毒 (球结膜和皮肤黄染)、过敏性皮疹、血小板减少症或血小板凝聚抑制以致异常出血或瘀斑、胰腺炎、月经不规律及多囊卵巢、体重增加	对丙戊酸钠过敏者及有明显肝脏功能损害患者禁用丙戊酸钠

## 考点8 用药监护

1. 规律用药	<p>(1) 抗癫痫药应长期、规则应用, 低剂量开始, 逐渐加量, 直到癫痫发作被控制而又无明显的不良反应, 即为最佳剂量最佳疗效</p> <p>(2) 给药的次数要根据该药血浆半衰期来确定。血浆半衰期较长的药品如苯巴比妥和苯妥英钠等, 可一日睡前给1次量即可。但由于有些抗癫痫药剂量偏大, 可能需要一日3次给药, 以避免出现与血浆峰浓度相关的不良反应。抗癫痫药在儿童体内代谢快、儿童需频繁调整剂量, 并按体重计算给药量</p>
2. 换、停药应有专业医师的指导	<p>避免突然停药, 尤其是巴比妥类及苯二氮草类药物, 因为突然停药可使癫痫发作加重。减少剂量应循序渐减。从一个抗癫痫药换为另一种也应谨慎, 只有当新的服药法已大致确立(新药达稳态血药浓度约需经过该药的5个半衰期的时间, 一般1~2周), 才可渐减第1种药。接受几种抗癫痫药治疗时, 不能同时停, 只能先停一种药, 无碍时再停另一种</p> <p>避免在患者的青春期、月经期、妊娠期等停药。即使患者已无癫痫发作数年之久又无上述之一的情况, 停药也有癫痫复发的风险</p>
3. 关注特殊人群的安全性	<p>(1) 司机。患有癫痫病史的患者, 也只能在他们已有一年无发作, 或已确定在3年中只在睡眠时发作而无觉醒发作时, 才有可能驾驶轿车或小型货车。患者不要在撤用抗癫痫药物期间开车, 而应于撤药后6个月再驾车</p> <p>(2) 妊娠及哺乳期妇女——有致畸风险。为降低神经管缺陷的风险应补充叶酸。抗癫痫药在血浆中的浓度在妊娠期可以改变, 尤其是在妊娠后期</p> <p>(3) 妊娠后期3个月——抗癫痫药的剂量在妊娠期和分娩后应小心监测, 并根据临床情况随时调整。在妊娠后期3个月给予维生素K, 一日10mg, 可以有效地预防任何抗癫痫药相关的新生儿出血的风险</p>

## 考点9 主要药品的适应证

药品	适应证
卡马西平	治疗癫痫、躁狂症、三叉神经痛、神经源性尿崩症、糖尿病神经病变引起的疼痛; 预防或治疗躁郁症
丙戊酸钠	各种类型的癫痫, 包括全身性强直性-阵挛发作及部分性发作; 尚可用于双相情感障碍相关的躁狂发作
苯妥英钠	强直阵挛性发作、单纯及复杂部分性发作、继发性全面发作和癫痫持续状态; 可用于治疗三叉神经痛、隐性营养不良性大疱性表皮松解症、肌强直症及三环类抗抑郁药过量时心脏传导障碍; 本品也适用于洋地黄中毒所致的室性及室上性心律失常
苯巴比妥	用于治疗焦虑、失眠、癫痫及运动障碍

## 第三节 抗抑郁药

### 考点10 分类、作用机制及代表药

分类	作用机制	代表药
三环类抗抑郁药	抑制突触前膜对5-HT及去甲肾上腺素的再摄取,使突触间隙的去甲肾上腺素和5-HT浓度升高,促进突触传递功能而发挥抗抑郁作用	阿米替林、丙米嗪、氯米帕明、多塞平
四环类抗抑郁药	抑制突触前膜对去甲肾上腺素的再摄取,增强中枢去甲肾上腺素能神经的功能,从而发挥抗抑郁作用	马普替林
选择性5-羟色胺再摄取抑制剂	选择性抑制5-HT的再摄取,增加突触间隙5-HT浓度,从而增强中枢5-HT能神经功能,发挥抗抑郁作用	西酞普兰、艾司西酞普兰、舍曲林、帕罗西汀
5-HT及去甲肾上腺素再摄取抑制剂	抑制5-HT及去甲肾上腺素(NE)再摄取,增强中枢5-HT能及NE能神经功能而发挥抗抑郁作用。对难治性抑郁症的疗效明显优于5-羟色胺再摄取抑制剂,甚至对多种不同抗抑郁药治疗失败者有效	文拉法辛、度洛西汀
去甲肾上腺素能及特异性5-HT能抗抑郁药	阻断中枢NE能和5-HT能神经末梢突触前 $\alpha_2$ 受体,增加NE和5-HT的间接释放	米氮平
单胺氧化酶抑制剂	抑制A型单胺氧化酶,减少去甲肾上腺素、5-HT及多巴胺的降解,增强去甲肾上腺素、5-HT和多巴胺能神经功能,而发挥抗抑郁作用	吗氯贝胺
选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂	选择性抑制突触前膜对去甲肾上腺素的再摄取,增强中枢去甲肾上腺素能神经的功能,从而发挥抗抑郁作用	瑞波西汀
5-HT受体阻断剂/再摄取抑制剂	能抑制突触前膜对5-HT的再摄取,并拮抗5-HT <sub>1</sub> 受体,也能拮抗中枢 $\alpha_1$ 受体,拮抗突触前膜 $\alpha_2$ 受体增加去甲肾上腺素的释放进而发挥抗抑郁作用	曲唑酮

### 考点11 抗抑郁药不良反应及相互作用

药物	不良反应	相互作用
三环类抗抑郁药	抗胆碱能效应(口干、出汗、便秘、尿潴留、排尿困难、视物模糊、眼内压升高、心动过速)嗜睡、体重增加、溢乳、性功能障碍	单胺氧化酶抑制剂合用或先后用药,可引起严重不良反应,主要为5-羟色胺综合征,如高血压、高热、肌阵挛、意识障碍等与抗惊厥药合用,可降低癫痫阈值、需调整抗惊厥药剂量

药物	不良反应	相互作用
四环类抗抑郁药	抗胆碱能效应	与单胺氧化酶抑制剂合用易引起5-HT综合征,增加癫痫发作的危险性,使抗癫痫药疗效降低
选择性5-羟色胺再摄取抑制剂	精神神经系统——焦虑、震颤、嗜睡、睡眠异常(梦境反常、失眠)、欣快感;生殖系统:性功能减退或障碍(射精延迟、性高潮缺乏)、阴茎勃起功能障碍;与曲坦类抗偏头痛药、单胺氧化酶抑制剂、苯丙胺等联合应用时,应警惕引发5-羟色胺综合征,应注意在停用单胺氧化酶抑制剂后14日才可应用	(1) 与单胺氧化酶抑制剂合用可引起5-HT综合征,表现为不安、肌阵挛、多汗、震颤、腹泻、高热、抽搐和精神错乱,严重者可致死亡 (2) 与增强5-HT能神经功能的药物合用可引起5-HT综合征 (3) 帕罗西汀能增强口服抗凝血药(华法林)和强心苷的药效
单胺氧化酶抑制剂	吗氯贝胺常见多汗、口干、失眠、困倦、心悸	与加强单胺类神经功能药合用,可出现高血压危象或5-HT综合征等严重不良反应
其他	(1) 文拉法辛——嗜睡、失眠、焦虑、性功能障碍等;严重:粒细胞缺乏、紫癜 (2) 度洛西汀——嗜睡、眩晕、疲劳、性功能障碍 (3) 米氮平——体重增加、困倦;严重:急性骨髓功能抑制	文拉法辛、米氮平、曲唑酮与单胺氧化酶抑制剂合用可导致严重的不良反应;与乙醇合用可增强中枢抑制作用。文拉法辛与华法林合用,可使凝血酶原时间延长

## 考点12 用药监护

用药宜个体化	(1) 使用抗抑郁药时,应从小剂量开始,递增剂量,尽可能采用最小有效量,使不良反应减至最少,以提高服药依从性 (2) 治疗期间应密切观察病情变化和不良反应,最好使用每日服用1次、不良反应轻微、起效较快的新型抗抑郁药,如5-HT再摄取抑制剂类的氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等,5-HT及NE再摄取抑制剂类的文拉法辛,NE能及特异性5-HT能抗抑郁药类的米氮平等
切忌频繁换药	抗抑郁药起效缓慢,一般4~6周方显效,即便是起效较快的米氮平和文拉法辛,也需要1周左右的时间,因此要有足够的耐心,切忌频繁换药。只有在足量、足疗程使用某种抗抑郁药仍无效时,方可考虑换用同类另一种或作用机制不同的另一类药
换药时要谨慎	换用不同种类的抗抑郁药时,应该停留一定的时间,以利于药物的清除,防止药物相互作用。氟西汀需停药5周才能换用单胺氧化酶抑制剂,其他5-HT再摄取抑制剂需2周。单胺氧化酶抑制剂在停用2周后才能换用5-HT再摄取抑制剂 建议在停止治疗前逐渐减量。选择性5-HT再摄取抑制剂与单胺氧化酶抑制剂合用可引起5-HT综合征,表现为不安、肌阵挛、腱反射亢进、多汗、震颤、腹泻、高热、抽搐和精神错乱,严重者可致死

### 考点13 主要药品的适应证及注意事项

药品	适应证	注意事项
氟西汀	用于抑郁症、强迫症以及神经性贪食症	慎用：癫痫心脏病、糖尿病、闭角型青光眼、有躁狂病史、出血性疾病（尤其是胃肠道出血）、正在服用增加出血风险药物的患者、驾驶车辆、高空作业、操纵机器人员、明显肝肾功能不全。不宜服用：妊娠及哺乳期妇女
帕罗西汀	用于抑郁症、强迫症、惊恐障碍及社交恐惧症等	同氟西汀
舍曲林	(1) 用于治疗抑郁症的相关症状，包括伴随焦虑、有或无躁狂史的抑郁症。疗效满意后，继续服用可有效防止抑郁症的发生 (2) 治疗强迫症。治疗满意后，继续服用可有效防止强迫症初始症状的复发	同氟西汀
西酞普兰	用于各种类型的抑郁症	同氟西汀
氟米帕明	用于抑郁症、强迫症、社交恐惧症	慎用：支气管哮喘、心血管疾病、癫痫、青光眼、肝功能异常、甲状腺功能亢进、前列腺增生、精神分裂症、尿潴留；有自杀倾向者、妊娠及哺乳期妇女。用药前后及治疗期应监测血细胞计数、血压、心电图、肝功能等
文拉法辛	用于各种类型抑郁障碍、广泛性焦虑障碍	慎用：肝肾功能不全、近期心肌梗死、不稳定型心绞痛、血液病、癫痫、躁狂、青光眼及有出血倾向；司机和机械操纵者、儿童、妊娠及哺乳期妇女。用药前、后及用药期间应定期监测血压
米氮平	用于抑郁症	妊娠及哺乳期妇女避免使用。慎用：儿童、严重肝肾功能不全、心血管疾病、癫痫、器质性脑综合征、糖尿病、黄疸、排尿困难、青光眼、司机或机械操作者。老年人增加剂量应在医师的观察下进行
度洛西汀	用于各种抑郁症	不推荐使用：肝功能不全者、终末期肾病者妊娠及哺乳期妇女。慎用：有癫痫发作史者、已稳定的窄角型青光眼者、儿童。治疗前、后应监测血压。减量停药



## 第四节 脑功能改善及抗记忆障碍药

### 考点14 分类、作用机制及代表药

分类	作用机制	代表药
酰胺类中枢兴奋药	作用于大脑皮质, 激活、保护和修复神经细胞, 促进大脑对磷脂和氨基酸的利用, 增加大脑蛋白质合成, 改善各种类型的脑缺氧和脑损伤, 提高学习和记忆能力。促进突触前膜对胆碱的再吸收, 影响胆碱能神经元兴奋传递, 促进乙酰胆碱合成	吡拉西坦、茴拉西坦、奥拉西坦
乙酰胆碱酯酶抑制剂	通过抑制胆碱酯酶活性, 阻止乙酰胆碱的水解, 提高脑内乙酰胆碱的含量, 从而缓解因胆碱能神经功能缺陷所引起的记忆和认知功能障碍	多奈哌齐、利斯的明、石杉碱甲
其他类	胞磷胆碱钠: 改善脑组织代谢, 促进大脑功能恢复、促进苏醒; 艾地苯醌: 激活脑线粒体呼吸活性, 改善脑缺血的脑能量代谢, 改善脑内葡萄糖利用率, 使脑内 ATP 产生增加, 进而改善脑功能; 银杏叶提取物: 清除氧自由基生成, 抑制细胞脂质过氧化, 促进脑血液循环, 改善脑细胞代谢, 进而改善脑功能	胞磷胆碱钠、艾地苯醌、银杏叶提取物

### 考点15 典型不良反应、禁忌证及药物相互作用

#### 1. 典型不良反应

药物	不良反应
吡拉西坦	常见兴奋、易激动、头晕和失眠等
茴拉西坦	常见口干、嗜睡、全身皮疹
奥拉西坦	偶见前胸和腹部发热感、肝肾功能异常
多奈哌齐	常见幻觉、易激惹、攻击行为、昏厥、失眠、肌肉痉挛、尿失禁、疼痛
利斯的明	常见嗜睡、震颤、意识模糊、出汗、体重减轻
石杉碱甲	偶见乏力、视物模糊

#### 2. 禁忌证

药物	禁忌证
吡拉西坦	锥体外系疾病、亨廷顿病患者及对吡拉西坦过敏者
茴拉西坦	对茴拉西坦过敏、其他吡咯酮类药物不能耐受者
奥拉西坦	对奥拉西坦过敏、严重肾功能损害者
多奈哌齐	多奈哌齐、六环吡啶类衍生物过敏者及妊娠期妇女
利斯的明	利斯的明、氨基甲酸衍生物过敏者及严重肝损伤者
石杉碱甲	癫痫、肾功能不全、机械性肠梗阻、心绞痛患者
银杏叶提取物	与抗血小板药物或抗凝血药合用者