



300种常用药物 速查手册

Top 300 Pharmacy Drug Cards

[美] 吉尔·M. 克利萨 主 编
李·C. 佛穆伦
张惠娟 主 译

一本有趣、快速学习300种
常用药物信息的速查手册

Jill M. Kolesar • Lee C. Vermeulen

LANGE®

天津出版传媒集团
◆ 天津科技翻译出版有限公司

Top 300 Pharmacy Drug Cards

300 种常用药物速查手册

主 编 [美] 吉尔·M. 克利萨
李·C. 佛穆伦

主 译 张惠娟

副主译 史桂玲 赵振营

译 者 (按姓氏汉语拼音排序)

高 靓 侯 超 蒋 媛
孙秀颖 郑晓辉

天津出版传媒集团

◆ 天津科技翻译出版有限公司

图书在版编目 (CIP) 数据

300 种常用药物速查手册 / (美) 吉尔·M. 克利萨
(Jill M. Kolesar), (美) 李·C. 佛穆伦
(Lee C. Vermeulen) 主编; 张惠娟主译. —天津: 天
津科技翻译出版有限公司, 2018.4

书名原文: Top 300 Pharmacy Drug Cards

ISBN 978-7-5433-3786-2

I. ① 3… II. ① 吉… ② 李… ③ 张… III. ① 药物—
手册 IV. ① R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 313648 号

Jill M. Kolesar, Lee C. Vermeulen

Top 300 Pharmacy Drug Cards, Second Edition

ISBN: 0-07-181843-X

Copyright © 2014 by McGraw-Hill Education.

All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is jointly published by McGraw-Hill Education and Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Co., Ltd. This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan.

Translation Copyright © 2018 by McGraw-Hill Education and Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Co., Ltd.

版权所有。未经出版人事先书面许可, 对本出版物的任何部分不得以任何方式或途径复制或传播, 包括但不限于复印、录制、录音, 或通过任何数据库、信息或可检索的系统。

本授权中文简体字翻译版由麦格劳—希尔(亚洲)教育出版公司和天津科技翻译出版有限公司合作出版。此版本经授权仅限在中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区)销售。版权 ©2018 由麦格劳—希尔(亚洲)教育出版公司和天津科技翻译出版有限公司所有。

本书封面贴有 McGraw-Hill Education 公司防伪标签, 无标签者不得销售。

授权单位: McGraw-Hill Education (Asia) Co.

出 版: 天津科技翻译出版有限公司

出 版 人: 刘 庆

地 址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电 话: 022-87894896

传 真: 022-87895650

网 址: www.tsttpc.com

印 刷: 天津市银博印刷集团有限公司

发 行: 全国新华书店

版本记录: 787×1092 16 开本 21.5 印张 0.5 印张彩插 600 千字

2018 年 4 月第 1 版 2018 年 4 月第 1 次印刷

定价: 118.00 元

编者名单

Editors

Jill M. Kolesar, PharmD, BCPS, FCCP
Professor, University of Wisconsin-Madison School of Pharmacy
Director, Analytical Instrumentation Laboratory for
Pharmacokinetics, Pharmacodynamics and Pharmacogenetics (3P)
University of Wisconsin Carbone Comprehensive Cancer Center
Madison, Wisconsin

Lee C. Vermeulen, RPh, MS, FCCP
Clinical Professor, University of Wisconsin-Madison
School of Pharmacy
Director, Center for Clinical Knowledge Management
UW Health
Madison, Wisconsin

Contributing Editor and Chair of Faculty Advisory Panel

Karen J. Kopacek, RPh
Associate Professor and Associate Dean of Student Affairs
University of Wisconsin-Madison School of Pharmacy
Madison, Wisconsin

Author—Vaccine Content

Mary S. Hayney, PharmD, MPH, FCCP, BCPS
Professor, University of Wisconsin-Madison
School of Pharmacy
Madison, Wisconsin

Faculty Advisory Panel

Kendra Demaris, PharmD
Clinical Junior Specialist
University of Hawaii
Hilo, Hawaii

Virginia Fleming, PharmD, BCPS
Clinical Assistant Professor
University of Georgia College of Pharmacy
Athens, Georgia

J. Tyler Stevens, PharmD
Assistant Professor
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Jeanne Frenzel, PharmD, RPh
Associate Professor
North Dakota State University
Fargo, North Dakota

Laura Morgan, PharmD, MEd, BCPS
Associate Professor
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Frank L. Hughes, PharmD, BCPS
Associate Professor
Director of Pharmacy Skills
Education
Rosalind Franklin University of
Medicine and Science
Chicago, Illinois

Student Advisory Panel

Jamie Artale
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Karen Breitenbach
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Rebecca Carnahan
University of Wisconsin-Madison
School of Pharmacy
Madison, Wisconsin

Danielle Clare
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Kathryn Dane
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Erika Haglund, PharmD, RPh
North Dakota State University
Fargo, North Dakota

Juli Jones, BS
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Natalie Nguyen
Virginia Commonwealth University
School of Pharmacy
Richmond, Virginia

Kara N. Scott
Virginia Commonwealth University School
of Pharmacy
Richmond, Virginia

Emma Sturm
University of Wisconsin-Madison School of
Pharmacy
Madison, Wisconsin

Emily Zimmerman
University of Wisconsin-Madison School of
Pharmacy
Madison, Wisconsin

中文版序言

《300种常用药物速查手册》一书从2013年McGraw Hill教育出版集团出版其第一版以来,以后每两年发行一版,本书具有简明扼要、条理清楚,比传统的工具书和药物说明书易学易记的特点,在生活和工作中使用非常方便。无论对普通患者还是医药工作者这都是本非常实用的药物手册。其条目基本涵盖了药物的所有重要信息(包括各种药代动力学参数、药物相互作用、不良反应等),且尽量使用一目了然的表格形式,方便检索。本书另一大特色是设有患者咨询要点、临床应用要点等传统工具书没有的新颖内容,特别方便医生、药师对患者进行用药交代,因此是医生、药师不可多得的小帮手,国内目前还没有这种形式的药物手册或处方集。此外,本书定期更新,能及时紧跟循证医学的新观点和新发展。这次我们将本书介绍到我国,希望能对我国医药工作者有所帮助,另外由于有患者咨询要点、临床应用要点、常用不良反应、药物相互作用等提炼非常简练的内容,对非医药专业人士来讲也非常易读,因而也是居家不可多得的药物知识方面的小册子。因此出版该书不仅对于药学专业人士值得阅读,而且对于百姓安全合理用药,也是一本极好的参考读物。

本书原版所选300种常用药物属于美国常用药物。其用药习惯、临床应用可能与我国有差异,有一些药物在我国也没有上市。因此,在使用该书信息时需要结合国情进行思考。本书的引言部分所给出的内容,可以对某类药物的选择提供有用的参考,特别是一些常见病多发病的药物治疗介绍和临床指南,也是临床医生值得阅读的信息。

从用药安全需要来看,书中的高度警惕问题是其特点。安全用药所列出的经常发生用药差错或使用不当很有可能给患者带来严重危险的药物,处方、分发或管理这些药物时需严格注意。在疾病治疗中“没有药物是万万不能的,但药物也不是万能的”。药物使用中都可能存在潜在风险。如出现不良反应,则根据出现频率和严重程度评估,并及时报告。

在药物品种日益增长的今天,药物相互作用是不可忽视的问题。多种药物同时使用(多重用药)可能存在药物间的不良反应,会带来较大风险。认识药物相互作用,在很大程度上与影响药物代谢而改变的药物有效性和安全性/毒性有关。认识常见的药物相互作用要注意共同规律的认识,更需注意发现研究前人未曾发现药物组合的新的相互作用知识的积累。

还有超说明书用药问题。国际上一些发达国家对“药物说明书之外的用法”制订了相应的规定并与专家达成共识,在严格掌握药物的药效、药代动力学以及适应证、循证医学等基础上同意“药物说明书之外的用法”。根据对某些药物长期应用经验,达到一定共识,美国医学界认为这种“超说明书用药”情况也是常见并且合理的。但其用法风

险也可能存在。而在我国药物说明书具有法律效力，超药物说明书用药不受法律保护，其导致不良后果的，医生和药师要承担相应法律责任。

在中文版出版欣喜之际，以此短文献给译者、出版者和读者。愿本书献给社会，为科学合理用药，发挥药理学知识的作用。

天津药物研究院药物评价研究中心
中国工程院院士

刘昌孝

2017年5月1日于天津

简介

最常用处方药的遴选参考了大量用药评估报告，主要是基于美国的处方数量及处方金额^{1,2}。自本书第一版起，药物信息的来源主要是美国食品与药物管理局批准的信息^{3,4}。另外，也参考了大量专业杂志相关用药信息。药物安全信息也是从多方面获取，其中最主要来源是安全用药研究所（Institute for Safe Medication Practices, ISMP），详见 www.ismp.org。照片由威斯康星大学附属医院、诊所和药房的工作人员编辑提供。美国境内的非专利药提供常见药品照片；专利药则提供带商品名的照片。

声明

医学是不断发展的科学。新的研究和临床经验扩展了我们的知识，也因此带来治疗方法和药物使用的改变。本书作者和出版机构尽可能依据目前权威参考资料确保本书内容的准确性与时效性。

但在医学领域同样可能存在不同的观点或认识，因此作者、出版机构或任何参与本书出版的个人或团体不保证本书所提供的信息完全精准或面面俱到，因此对使用本书中信息可能的后果不负任何责任，特此声明。读者在阅读本书的同时也可参考其他相关资料。特别建议读者认真阅读药品附带的说明书，尤其对于新的或不常用的药物在使用前应 与本书信息及推荐剂量、禁忌证等比较是否有变化。

引言 1：书目说明

药物名称

列出通用名和常见商品名。

分类

根据药物的化学、药理、临床特点进行分类。这样就可按不同类别快速而有效地熟悉药物，并了解每类别中各药物异同点。

特殊管理药品目录

美国法典(USC)第 21 卷是 1970 年《特殊管理药品法案》，旨在管理特殊药品可能的滥用。药监机构通过联邦法规进行监管，而许多州在此基础上颁布了更严格的法规。基于药品临床使用情况及滥用、产生依赖的风险将其列入特殊管理药品目录，需注意某些州的特殊管理药品目录并非与联邦目录完全相同。根据联邦法律，各州对于特殊管理药品分级不应低于联邦分级(例如，各州不能将联邦目录Ⅱ级的药品纳入联邦目录Ⅲ、Ⅳ或Ⅴ级管理)，但各州对特殊管理药品的分级可以高于联邦分级例如，各州可将联邦目录Ⅴ级的药品纳入联邦目录Ⅱ、Ⅲ或Ⅳ级管理)。

- 目录Ⅰ：非医用，极易滥用和产生依赖。
- 目录Ⅱ：合法医用，极易滥用和产生依赖。
- 目录Ⅲ：合法医用，滥用和产生依赖程度低于目录Ⅱ。
- 目录Ⅳ：合法医用，滥用和产生依赖程度低于目录Ⅲ。
- 目录Ⅴ：合法医用，滥用和产生依赖程度较低。

制剂与规格

列出最常见的剂型和优势剂型。也可能列出其他剂型，参见“临床应用要点”部分。

FDA批准适应证及用法用量

美国食品与药物管理局(FDA)负责批准新药上市，同时批准相应的适应证和用法用量。有些药品只批准一种适应证，有些批准多种适应证。多数情况下，FDA 批准的各种适应证和相应用法用量会一并列出。

超说明书用药

每种药品上市前由 FDA 批准至少一种适应证，而批准的适应证和临床使用情况也不是完全一致。处方者有权根据适应证开具他们觉得适合、临床应用合理的药物。处方者通常可根据药品临床研究所报道的安全性和有效性选择适应证，虽然有些可能不是 FDA 所批准的，但这种“超说明书用药”情况也是常见并且合理的。常见超说明书用药也注明了推荐剂量(译者提示：此书为完全翻译自英文原版。关于超说明书用药问题，我国相关法规与美国不尽相同，本书的介绍请医生依据患者情况谨慎参考)。

作用机制

作用机制是对每种药品的药理特性的简要总结。

药物参数

每个药品均列出一个表格，总结了各药的主要参数，如下所述。

剂量调整（肝功能不全）

Child-Pugh 评分系统可用来评估肝功能，主要包括肝脏疾病的五个临床指标。每个指标 1~3 分，3 分表示程度最严重。根据各指标得分，肝脏疾病可分为 Child-Pugh A、B 或 C 级。

指标	1分	2分	3分
总胆红素, mg/dL	<2	2~3	>3
人血清蛋白, g/L	>35	28~35	<28
INR	<1.7	1.71~2.20	>2.20
腹水	无	轻微	严重
肝性脑病	无	I ~ II 级	III ~ IV 级

得分	分级	1年生存率	2年生存率	肝功能不全
5~6分	A	100%	85%	轻度
7~9分	B	81%	57%	中等
10~15分	C	45%	35%	重度

剂量调整 (肾功能不全)

对于肝/肾功能不全的患者,某些经肝/肾消除的药物需要调整剂量,可以降低给药剂量或减少给药频率(例如,从每日3次减少至每日1次)。肾损害程度通常决定了剂量的调整。对于肝肾功能不全的定义可能有不同,本书推荐的剂量调整信息出自药品说明书等。临床医生在治疗有肝/肾疾病的患者时,应始终保持谨慎,即使调整了剂量仍需留意监测可能的毒性反应。

通常, CrCl 用于评估肾功能,可按如下公式计算:

Cockcroft and Gault公式:

$$\text{CrCl (男性)} = [(140 - \text{年龄}) \times \text{IBW}] / (\text{Scr} \times 72)$$

$$\text{CrCl (女性)} = [(140 - \text{年龄}) \times \text{IBW}] / (\text{Scr} \times 72) \times (0.85)$$

理想体重 (千克):

$$\text{男性: IBW} = 50 \text{ kg} + 2.3 \text{ kg} [\text{身高 (厘米)} - 150] \times 0.9$$

$$\text{女性: IBW} = 45.5 \text{ kg} + 2.3 \text{ kg} [\text{身高 (厘米)} - 150] \times 0.9$$

正常肾功能: CrCl $\geq$ 50 mL/min

中等肾损害: CrCl = 30~49 mL/min

严重的肾损伤: CrCl = 10~29 mL/min

肾衰竭: CrCl $\leq$ 9 mL/min

透析

药物可能被腹膜或血液透析清除,因此需要调整剂量和(或)再给药以弥补药量的减少。本书仅提供简单的调整建议,更多药物透析相关细节请参考其他资料。

妊娠用药安全等级

美国食品与药物管理局根据药物对胎儿的危害性进行妊娠用药安全分级。主要是基于理论风险进行分级,因此分级并不连续。临床需权衡孕妇和胎儿的潜在风险进行个体化用药。各类妊娠用药安全等级如下。

A类:妊娠初三个月用药,经临床对照观察未发现药物对胎儿有损害,亦未发现在随后的妊娠期间对胚胎有损害。

B类:动物生殖实验未显示对胚胎有危害,但尚缺乏临床对照观察资料,或者动物生殖实验中观察到对胚胎有损害,但尚未在妊娠早期临床试验中得到证实。

C类:在动物的研究中证实对胚胎有副反应(致畸或使胚胎致死或其他),但在妇女中无对照组或在妇女和动物研究中无可以利用的资料。药物仅在权衡对胎儿的利大于弊时给予。

D类:对人类胎儿的危险有肯定的证据,但尽管其对胎儿有害,对孕妇需肯定其有利,方予应用(如对生命垂危或疾病严重而无法应用较安全的药物或药物无效)。

X类:动物或人的研究中已证实可使胚胎异常,或基于人类的经验知其对胎儿有危险,对人或对两者均有害,而且该药物对孕妇的应用,其危险明显地大于任何有益之处。该药禁用于已妊娠或将妊娠的妇女。

哺乳期

与妊娠用药分级相比,哺乳期妇女安全合理用药的证据支持更少。某些药物可能分泌进入乳汁而被婴儿吸收,因此需权衡用药对于乳母和孩子的利弊影响。

禁忌证

不宜使用某药的情况被称为禁忌证,可能会引起高发或非常危险的不良反应,此时应选择替代治疗方案。

吸收

介绍与口服生物利用度(F)相关的药代动力学参数及饮食对药物吸收的影响。

分布

介绍分布程度和性质的药代动力学参数,如表观分布容积(Vd)、血浆蛋白结合程度等。

代谢

介绍代谢途径等的药代动力学参数,如细胞色素 P450 代谢途径、酶诱导剂与酶抑制剂等。

消除

介绍药物经肾(或其他脏器)消除的程度及消除半衰期等药代动力学参数。

药物遗传学

如药品说明书中有药物遗传学信息,则在本书该项目下介绍,包括患者的遗传组成对于药物浓度、临床疗效、

不良反应、根据基因型调整剂量、药物作用机制的影响等。更多药物遗传学信息详见：<http://www.fda.gov/Drugs/ScienceResearch/ResearchAreas/Pharmacogenetics/ucm083378.htm>。

黑框警告

美国食品与药物管理局要求制造商在药品包装内的说明书上列出严重安全问题的警告框，“黑框警告”包括安全用药的重要信息。其为最关键的警示，更多警示信息参见 <https://blackboxrx.com/app/index>。

用药安全

每个药品均包含一个表格总结了用药安全问题。

后缀

有的药品有多种剂型，如缓释剂。同种药品的不同剂型可以通过后缀体现。需格外注意不能忽视后缀而混淆药品。此项下介绍药品不同剂型的后缀。

“大写字母”提示

许多药品名称相近，因此在处方、发药或管理过程中容易混淆。“大写字母”提示，即将药名（商品名或通用名）中的易混部分大写，有助于区分名称易混的药品。此项下介绍建议使用的“大写字母”提示（译者提示：此项提示主要针对以英语为母语的国家，指英文药名的易混现象，作为了解即可，对我们指导意义不大）。

请勿压碎

许多固体口服制剂设计为缓释剂型。压碎此剂型（如，意图通过鼻饲给药或便于吞咽障碍者服用）可能特别危险。此项介绍不宜压碎的药品剂型。舌下含服剂型需要使药品在舌下溶解/融化，如未融化而直接吞下则降低药物疗效。有些药品口感差，患者往往不等其融化即咽下。

高度警惕

安全用药研究所(ISMP)列出了经常发生用药差错或使用不当很有可能给患者带来严重危险的药物，处方、分发或管理这些药物时需格外注意。此方面更多信息详见 ISMP 网站 www.ismp.org。

易混药名

此项下介绍形似或音似的易混药品（译者注：此项针对英文药名的音似或形似，作为了解即可，对我们指导意义不大）。

药物相互作用

多种药物同时使用（多重用药）可能存在药物间的不良反应，会带来较大风险。例如，影响药物代谢而增加毒性的风险（代谢降低时）或降低疗效（代谢增加时）。细胞色素 P450 酶系抑制剂或诱导剂、代谢底物等相关问题详见引言 8、9、10、11。还有一些情况可能导致不良反应。此项下介绍常见的药物相互作用。需注意，往往某一药物可能与全部另一类药物有类似的作用，则列出药物类别，每类具体药物详见其他引言部分。有些相互作用不可避免，因此本书中也介绍了处理策略。

不良反应

药物使用中都可能存在潜在风险，如出现不良反应，则根据出现频率和严重程度评估。多数药物都有一些不良反应，可能轻微，也可能严重到足以限制药物的使用，还有的罕见但非常严重。本书列举了常见（发生率 > 10%）、少见（发生率 1% ~ 10%）以及罕见但严重的不良反应（发生率 < 1%）。

疗效和毒性监测

患者服药后需注意监测是否达到预期疗效及出现不良反应。本部分列出每种药物具体疗效和毒性监测指标。

患者咨询要点

为确保有效而安全地使用药物，患者必须了解治疗方案相关的关键信息，本部分列出每种药物患者需了解的要点。

临床应用要点

本部分列出每种药物临床相关信息。其中涉及不良反应的 FDA 特别警告可能未体现在药品说明书内，在此部分列出。

引言 2：度量衡转换

药衡计重单位转换 / 当量

1 scruple (ㄅ)	= 20 grains (gr)
60 grains (gr)	= 1 dram (ㄅ)
8 drams(ㄅ)	= 1 ounce (ㄅ)
1 ounce (ㄅ)	= 480 grains
12 ounces (ㄅ)	= 1 pound (lb)

药衡体积当量

60 minims (m)	= 1 fluidram (fl ㄅ)
8 fluidrams (fl ㄅ)	= 1 fluid ounce (fl ㄅ)
1 fluid ounce (fl ㄅ)	= 480 minims
16 fluid ounces (fl ㄅ)	= 1 pint (pt)

常衡当量

1 ounce (oz)	= 437.5 grains
16 ounces (oz)	= 1 pound (lb)

重量 / 体积当量

1 mg/dL	=10 μ g/mL
1 mg/dL	=1 mg%
1 ppm	= 1 mg/L

换算当量

1 gram (g)	= 15.43 grains
1 grain (gr)	= 64.8 milligrams
1 ounce (ㄅ)	= 31.1 grams
1 ounce (oz)	= 28.35 grams
1 pound (lb)	= 453.6 grams
1 kilogram (kg)	= 2.2 pounds
1 milliliter (mL)	= 16.23 minims
1 minim (m)	= 0.06 milliliter
1 fluid ounce (fl oz)	=29.57 mL
1 pint (pt)	= 473.2 mL
0.1 mg	= 1/600 gr
0.12 mg	= 1/500 gr
0.15 mg	= 1/400 gr
0.2 mg	= 1/300 gr
0.3 mg	= 1/200 gr
0.4 mg	= 1/150 gr
0.5 mg	= 1/120 gr
0.6 mg	= 1/100 gr
0.8 mg	= 1/80 gr
1 mg	= 1/65 gr

引言 3：口服避孕药基本内容

药物作用机制 雌激素类避孕药抑制尿促卵泡素 (FSH)、黄体生成素 (LH) 而抑制排卵，使增厚的子宫内膜发生变化，不利于受精卵着床，还可加速卵子转运及黄体退化。孕激素类避孕药通过抑制黄体生成素 LH 而抑制排卵、抑制精子获能，使卵子转运缓慢，蜕膜组织变薄阻碍受精，产生宫颈黏液不利于精子运动。

孕激素类药物的药效学

药物	吸收	分布	代谢	消除
炔诺孕酮	不详	不详	不详	不详
炔诺酮	F=64%;食物不影响吸收	Vd=4 L/kg;血浆蛋白结合率高	经肝代谢，但不经过CYP450酶系代谢	经肾消除，半衰期8 h
屈螺酮	F=76%~85%;食物不影响吸收	Vd=4.2 L/kg;血浆蛋白结合率高	经肝代谢，但不经过CYP450酶系代谢	38%~47%经肾消除，半衰期36~42 h
去氧孕烯	F=100%左右;食物不影响吸收	不详	经肝CYP2C9代谢，生成活性代谢物依托孕烯	依托孕烯45%经肾消除，半衰期37 h
左炔诺酮	F=100%;食物不影响吸收	Vd=1.8 L/kg;血浆蛋白结合率高	经肝代谢，但不经过CYP450酶系代谢	45%经肾消除，半衰期17~27 h

药物相互作用 口服避孕药

代表药物	相互作用机制	注意事项
CYP1A2底物	避孕药抑制CYP1A2药物代谢，导致增加底物浓度和毒性	避免同时使用，如有必要或在密切监测下减量使用
CYP2C8底物	避孕药抑制CYP2C8药物代谢，导致增加底物浓度和毒性	避免同时使用，如有必要或在密切监测下减量使用
CYP3A4/5诱导剂	促进避孕药的代谢，降低避孕药效	采用其他避孕方式
CYP3A4/5抑制剂	降低避孕药的代谢，可能增加避孕药毒性风险	监测避孕药毒性，如有必要则停用
CYP3A4/5底物	竞争性抑制CYP3A4/5对其他底物的代谢	监测不良反应，如有必要减少底物药量
抗生素	抗生素改变肠道菌群，进而降低雌激素代谢产物的肠肝循环，导致避孕效果降低	采用其他避孕方式
糖皮质激素	避孕药抑制糖皮质激素代谢导致其毒性增加	监测糖皮质激素毒性，并在必要时减量使用
华法林	避孕药可能增加或降低华法林效果，但机制未明	仔细监测INR

不良反应 口服避孕药

常见 (>10%)	少见 (1%~10%)	罕见且严重 (<1%)
体重变化、乳腺增生、乳房胀痛	腹胀、恶心、胃痛、呕吐、抑郁	动脉血栓、心肌梗死、血栓性静脉炎、脑出血、脑梗死、肺栓塞、高血压

患者咨询要点 激素避孕药不能预防 HIV 感染或其他性传播疾病。尽量每天相同时间服药。如错过时间但未漏服，则继续服用。如新出现严重或持续头痛、视力模糊或丧失、呼吸困难、严重的下肢或胸痛、异常阴道出血，请立刻报告。如漏服一剂，发现时即刻服用，并在预计时间正常服用下一剂，甚至一天同时可服 2 剂。如第一周或第二周内漏服两剂，则发现时即刻服用 2 剂，次日再服用 2 剂。如第三周漏服 2 剂或在任意时间漏服 3 剂或以上，重新开始规律服用或每天服 1 剂至周日 (如恰在周日开始服用的)再重新开始规律服用。如第一、二、三周漏服 2 剂或更多，则后续 7 天采用其他避孕方式。

临床应用要点 有血栓形成突变 (如, V Lieden 因子) 的患者，不应服用口服避孕药。CDC 口服避孕药选择建议见网站 :www.cdc.gov。选择避孕方法时，需综合考虑年龄、是否吸烟、并发疾病、体重、药物相互作用、生殖状况等。

引言 4：高血压治疗基本内容

降压治疗

完整 JNC-7 指南参考 <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>.
各危险人群治疗建议

成人高血压分级（JNC-7）	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）	无强制适应证	有强制适应证
正常	<120	<80	—	—
高血压前期	120~139	80~89	LSM	A
高血压1级	140~159	90~99	LSM+B	A+B（如需要）
高血压2级	≥160	≥100	LSM+B（多为两药联合）	A+B（如需要）

LSM = 生活方式改变包括减重、限酒、有氧运动、限盐、戒烟、DASH 饮食
A= 使用强制适应证推荐用药
B = 多数情况为噻嗪类利尿剂，可以考虑 ACEI、ARB、CCB、BB 类或联合用药

防控高血压的生活方式改善

干预	建议	收缩压降低
减重	保持标准体重(BMI18.5~24.9kg/m ²)	5~20 mmHg/10kg
DASH饮食	摄入富含水果、蔬菜、低脂奶制品的饮食，减少脂肪摄入	8~14 mmHg
限盐饮食	限盐，每天不超过2.4g钠或6g氯化钠	2~8 mmHg
体育锻炼	每天至少30分钟有氧锻炼，每周尽可能多次	4~9mmHg
适量饮酒	限酒：男性每天饮酒<2次，女性或低体重者每天饮酒<1次	2~4mmHg

注：DASH 饮食是由 1997 年美国的一项大型高血压防治计划 (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH) 发展出来的饮食。

强制适应证及推荐药物

伴高危因素的强制适应证	推荐药物	血压目标（JNC7）
心力衰竭	利尿剂、BB、ACEI、ARB、醛固酮拮抗剂	<140/90mmHg
心肌梗死后	BB、ACEI、ARB、醛固酮拮抗剂	<140/90mmHg
冠心病高危因素	利尿剂、BB、ACEI、CCB	<140/90mmHg
糖尿病	利尿剂、BB、ACEI、ARB、CCB	<130/80mmHg
慢性肾脏疾病	ACEI、ARB	<130/80mmHg
预防卒中复发	利尿剂、ACEI	<140/90mmHg

抗高血压药

分类	常用药物
ACEI	贝那普利 卡托普利 依那普利 福辛普利 赖诺普利 莫昔普利 培哚普利 喹那普利 雷米普利 群多普利拉
醛固酮拮抗剂	依普利酮 螺内酯
α1-受体阻滞剂	多沙唑嗪 哌唑嗪 特拉唑嗪

分类	常用药物
ARB	坎地沙坦 依普沙坦 厄贝沙坦 奥美沙坦 替米沙坦 缬沙坦
β-受体阻滞剂(BB)： 非选择性	倍他洛尔 纳多洛尔 普萘洛尔 长效普萘洛尔 噻吗洛尔
β-受体阻滞剂(BB)： 心脏选择性	阿替洛尔 比索洛尔 琥珀酸美托洛尔 酒石酸美托洛尔 奈比洛尔

分类	常用药物
β -受体阻滞剂(BB): 内在交感活性	醋丁洛尔 喷布洛尔 吲哚洛尔
$\alpha\beta$ -受体阻滞剂	卡维地洛 拉贝洛尔
钙离子拮抗剂(CCB): 二氢吡啶类	氨氯地平 非洛地平 伊拉地平 缓释尼卡地平 缓释硝苯地平 尼索地平
钙离子拮抗剂(CCB): 非二氢吡啶类	地尔硫卓缓释制剂 维拉帕米 维拉帕米长效制剂
中枢性降压药	可乐定 可乐定贴剂 胍法辛 甲基多巴 利舍平

分类	常用药物
直接肾素抑制剂	阿利吉仑
直接血管扩张剂	肼屈嗪 米诺地尔
噻嗪类利尿剂	氯噻嗪 氯噻酮 氢氯噻嗪 吲达帕胺 美托拉宗
襻利尿剂	布美他尼 呋塞米 托拉塞米
保钾利尿剂	阿米洛利 氨苯蝶啶

引言 5：血脂调节治疗基本内容

降胆固醇治疗

美国国家胆固醇教育计划(NCEP)成人治疗专题Ⅲ(ATPⅢ)见 http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm.

ATPⅢ：血脂水平分层 (mg/dL)

	低	合适范围	接近合适范围	临界高值	高	极高
低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)		<100	100~129	130~159	160~189	≥190
总胆固醇(TC)		<200		200~239	≥240	
高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)	<40				≥60	
三酰甘油(TG)		<150		150~199	200~499	≥500

ATPⅢ：LDL-C达标 (mg/dL)

LDL-C危险等级	LDL-C目标值	TLC开始	药物治疗开始	基线水平 LDL-C 130	基线水平 LDL-C 160	基线水平 LDL-C 190	基线水平 LDL-C 220
				达到LDL-C目标所需降低血脂比例(%)			
冠心病及其危症	<100	≥100	≥130 (100~129 可以考虑)	23	38	47	55
≥2个危险因素	<130	≥130	10年心血管风险10%~20%, 则≥130; 10年心血管风险 ≤10%, 则≥160;	—	19	32	41
0~1个危险因素	<160	≥160	≥190 (160~189可以考虑)	—	—	16	27

注:TLC 解释为治疗性生活方式改变。

ATPⅢ：三酰甘油达标 (mg/dL)

基线水平三酰甘油	治疗方案选择
150~199(临界高值)	主要目标:LDL-C达标 一线治疗:减重、体育锻炼、戒烟、避免过度饮酒、避免高碳水化合物摄入(>60%热量) 药物治疗:无
200~499 (升高)	主要目标:LDL-C达标 次要目标:非HDL-C达标(比LDL-C目标值高30mg/dL) 一线治疗:减重、体育锻炼 二线治疗:非HDL-C达标药物包括他汀类、贝特类、烟酸类、他汀类与降低三酰甘油药物的复方制剂
≥500(极高)	主要目标:降低三酰甘油以防止急性胰腺炎 次要目标:冠心病预防 一线治疗:极低脂饮食、减重、体育锻炼、鱼油 药物治疗:贝特类或烟酸类(一线)、他汀类(二线)、禁用胆酸螯合剂

降胆固醇药物

分类	药物	对脂蛋白影响	不良反应
胆酸螯合剂	考来烯胺/消胆胺 考来维仑 考来替泊	HDL-C ↑3%~5% TG无改变或↑9% LDL-C ↓15%~30%	腹部不适或绞痛、便秘、胀气、恶心或呕吐、维生素缺乏
胆固醇吸收抑制剂	依折麦布	HDL-C ↑1% TG ↓18% LDL-C ↓18%	关节痛、腹泻、肌痛
苯氧酸类(贝特类)	非诺贝酸 非诺贝特 吉非贝齐	HDL-C ↑10%~20% TG ↓20%~50% LDL-C ↓5%~20%	腹痛、关节痛、便秘、腹泻、头痛、肝酶增高、消化不良、肌痛、肌病、恶心、横纹肌溶解

续表

分类	药物	对脂蛋白影响	不良反应
HMG-CoA 还原酶抑制剂(他汀类)	阿托伐他汀 氟伐他汀 氟伐他汀缓释片 洛伐他汀 匹伐他汀 普伐他汀 瑞舒伐他汀 辛伐他汀	HDL-C ↑ 5%~15% TG ↓ 7%~30% LDL-C ↓ 18%~55%	关节痛、腹泻、头痛、肝酶增高、消化不良、失眠、 肌痛、肌病、恶心、横纹肌溶解
烟酸类	Niaspan (缓释烟酸)	HDL-C ↑ 15%~35% TG ↓ 20%~50% LDL-C ↓ 5%~25%	脸红、瘙痒、皮疹、恶心/呕吐、血糖升高、肝酶增 高、肌痛、肌病
ω-3脂肪酸乙酯	Lovaza (EPA/DHA)	HDL-C ↑ 9% TG ↓ 45% LDL-C ↓ 45%	味觉改变、嗝气、消化不良、瘙痒、皮疹

HMG-CoA还原酶抑制剂比较

他汀类药物	剂量 (mg/d)	脂蛋白改变 (%)			是否适合强化降脂治疗 (LDL-C降低 ≥ 50%)
		LDL-C	TG	HDL-C	
阿托伐他汀	10~80	↓ 39~60	↓ 19~37	↑ 5~9	是
氟伐他汀	20~80	↓ 22~36	↓ 12~25	↑ 3~11	否
洛伐他汀	10~80	↓ 24~40	↓ 10~19	↑ 7~10	否
匹伐他汀	1~4	↓ 31~45	↓ 13~22	↑ 1~8	否
普伐他汀	10~80	↓ 22~37	↓ 11~24	↑ 2~12	否
瑞舒伐他汀	5~40	↓ 45~63	↓ 10~35	↑ 8~14	是
辛伐他汀	5~80 ^a	↓ 26~47	↓ 12~33	↑ 8~16	否

^a80mg 剂量仅限于服用 12 个月以上但无肌痛症状者。
他汀类降低 LDL-C 效能比较

%LDL-C 降低	阿托伐他汀	氟伐他汀	洛伐他汀	匹伐他汀	普伐他汀	瑞舒伐他汀	辛伐他汀	辛伐他汀/ 依折麦布
30		40mg	20mg	1mg	20mg		10mg	
38	10mg	80mg	40~80mg	2mg	40mg		20mg	
41	20mg		80mg	4mg	80mg	5mg	40mg	10/10mg
47	40mg					10mg	80mg	20/10mg
55	80mg					20mg		40/10mg
63						40mg		80/10mg

引言 6：心血管药物复合制剂介绍

高血压用药

药物联用	固定配方制剂（mg）	商品名
ACEI+CCB	氨氯地平-贝那普利（2.5/10, 5/10, 5/20, 10/20）	Lotrel
	依那普利-非洛地平（5/5）	Lexxel
	群多普利拉-维拉帕米（2/180, 1/240, 2/240, 4/240）	Tarka
ACEI+利尿剂	贝那普利-氢氯噻嗪（5/6.25, 10/12.5, 20/12.5, 20/25）	Lotensin HCT
	卡托普利-氢氯噻嗪（25/15, 25/25, 50/15, 50/25）	Capozide
	依那普利-氢氯噻嗪（5/12.5, 10/25）	Vaseretic
	福辛普利-氢氯噻嗪（10/12.5, 20/12.5）	Monopril/HCT
	赖诺普利-氢氯噻嗪（10/12.5, 20/12.5, 20/25）	Prinzide, Zestoretic
	莫昔普利-氢氯噻嗪（7.5/12.5, 15/25）	Uniretic
	喹那普利-氢氯噻嗪（10/12.5, 20/12.5, 20/25）	Accuretic
ARB+CCB	氨氯地平-奥美沙坦（5/20, 5/40, 10/20, 10/40）	Azor
	氨氯地平-替米沙坦（5/40, 5/80, 10/40, 10/80）	Twynsta
	氨氯地平-缬沙坦（5/160, 5/320, 10/160, 10/320）	Exforge
ARB+CCB+利尿剂	氨氯地平-氢氯噻嗪-奥美沙坦（5/12.5/20, 5/12.5/40, 5/25/40, 10/12.5/40, 10/25/40）	Tribenzor
	氨氯地平-氢氯噻嗪-缬沙坦（5/12.5/160, 5/25/160, 10/12.5/160, 10/25/160, 10/25/320）	Exforge HCT
ARB+利尿剂	阿齐沙坦-氯噻酮（40/12.5, 40/25）	Edarbyclor
	坎地沙坦-氢氯噻嗪（16/12.5, 32/12.5）	Atacand HCT
	依普沙坦-氢氯噻嗪（600/12.5, 600/25）	Teveten HCT
	厄贝沙坦-氢氯噻嗪（150/12.5, 300/12.5）	Avalide
	氯沙坦-氢氯噻嗪（50/12.5, 100/25）	Hyzaar
	奥美沙坦酯-氢氯噻嗪（20/12.5, 40/12.5, 40/25）	Benicar-HCT
	替米沙坦-氢氯噻嗪（40/12.5, 80/12.5）	Micardis-HCT
	缬沙坦-氢氯噻嗪（80/12.5, 160/12.5, 160/25）	Diovan-HCT
BB+利尿剂	阿替洛尔-氯噻酮（50/25, 100/25）	Tenoretic
	比索洛尔-氢氯噻嗪（2.5/6.25, 5/6.25, 10/6.25）	Ziac
	美托洛尔-氢氯噻嗪（50/25, 100/25）	Lopressor HCT
	纳多洛尔-苄氟噻嗪（40/5, 80/5）	Corzide
	普萘洛尔长效制剂-氢氯噻嗪（40/25, 80/25）	Inderide LA
中枢性降压药+利尿剂	氯噻酮-可乐定（15/0.1, 15/0.2, 15/0.3）	Clorpres
	甲基多巴-氢氯噻嗪（250/15, 250/25, 500/30, 500/50）	Aldoril
	利舍平-氯噻酮（0.125/25, 0.25/50）	Regroton
	利舍平-氯噻嗪（0.125/250, 0.25/500）	Diupres
	利舍平-氢氯噻嗪（0.125/25, 0.25/50）	Hydropres
直接肾素抑制剂+CCB	阿利吉仑-氨氯地平（150/5, 150/10, 300/5, 300/10）	Tekamlo
直接肾素抑制剂+利尿剂	阿利吉仑-氢氯噻嗪（150/12.5, 150/25, 300/12.5, 300/25）	Tekturna HCT
直接肾素抑制剂+CCB+利尿剂	阿利吉仑-氨氯地平-氢氯噻嗪（150/5/12.5, 300/5/12.5, 300/5/25, 300/10/12.5, 300/10/25）	Amtumide
利尿剂联合	阿米洛利-氢氯噻嗪（5/50）	Moduretic
	螺内酯-氢氯噻嗪（25/25, 50/50）	Aldactazide
	氨苯蝶啶-氢氯噻嗪（37.5/25, 75/50）	Dyazide, Maxzide