



2019

国家执业药师考试

教材精讲

药学综合知识与技能

(第二版)

总主编 宋粉云 主编 张万金

赠2套模拟试卷
100%解析



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

非外售



要 要 容 内

2019 国家执业药师考试教材精讲

第二版

药学综合知识与技能

总主编 宋粉云
 主 编 张万金
 编 委 (按姓氏笔画排序)
 刘佐仁 李晓芳 何二冰
 宋粉云 张万金

药师在线 WWW.51YAOQI.COM

国家执业药师资格考试
2019年购课优惠券 面值 **¥20**



1. 本优惠券仅供购买“药师在线”官网上产品使用,每满200元可以使用一张,快速提高班课程除外;
2. 优惠券送完即行作废,不能跨考期(中)和跨三届用,分季滚动后过期作废;
3. 本券有效期2019年1月1日至2019年10月31日;
4. 具体使用方法,请登陆药师在线官网www.51yaoqi.com,点击常见问题-帮助中心,如有疑问,请致电400-098-7818客服咨询;
5. 本活动最终解释权归中国医药科技出版社所有。

卡号: 19TSQ0764471 密码: [REDACTED]



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社



内容提要

本书由从事执业药师考前培训的权威专家根据最新版执业药师资格考试大纲及考试指南的内容要求精心编写而成。本书内容精练，重点突出，便于考生在有限的时间内抓住重点和考点，进行有效的复习，掌握考试的主要内容。书后附有模拟试卷，方便考生系统复习后自查备考。本书是参加2019年国家执业药师资格考试考生的优选精讲参考书。

书二策

图书在版编目(CIP)数据

药学综合知识与技能/张万金主编. —2版. —北京: 中国医药科技出版社, 2019. 1

2019 国家执业药师考试教材精讲

ISBN 978 - 7 - 5214 - 0651 - 1

I. ①药… II. ①张… 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 (2018) 第 292913 号

美术编辑 陈君杞

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

规格 787 × 1092 mm¹/₁₆

印张 15

字数 327 千字

初版 2018 年 1 月第 1 版

版次 2019 年 1 月第 2 版

印次 2019 年 1 月第 1 次印刷

印刷 北京市密东印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5214 - 0651 - 1

定价 35.00 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

总主编
张万金
委 员

张万金 云锦东

编写说明

目录

* 工作忙，没有大段完整的时间能静下心来看书；
* 考试指南又大又厚，携带不方便，想复习时书却总不在身边；
* 考试指南中知识太多，到底哪个才是重点，哪些才是要考的内容，茫然、着急，却总是理不出来头绪；

* 知识点太多，总是背了又忘，忘了又背，反反复复，浪费了本就少得可怜的时间，却还是找不到有效的记忆方法；

* 系统复习结束了，却不了解考试题型是什么样，自己是否能顺利答完全部试题。

类似的心路历程可能在许多考生的复习过程中都出现过。为帮助考生在有限的复习时间里抓住重点、高效复习、一次顺利通过国家执业药师资格考试，我们组织国内工作在教学一线、有着丰富考前培训经验的专家教授编写了这套《国家执业药师考试教材精讲》丛书。

本丛书特点如下。

* 尽量全面覆盖大纲要点内容，用一颗至三颗星标注考点分级，重要考点用波浪线突出；

* 用精准、简洁的文字高度压缩考试指南内容，通过对比记忆、联想记忆为考生理出清晰的记忆思路，在有限、片段的时间里记住大部分考试内容；

* 书后设有模拟试卷，便于考生自查备考，模拟考场，熟悉题型。

国家执业药师资格考试从执业药师岗位职责和实践内容出发，以培养具备在药品质量管理和药学服务方面的综合性职业能力、自主学习和终身学习的态度和意识、较好地服务公众健康素质的人才为目标。希望考生能通过本套丛书的学习领会考试精神，顺利通过考试。

为了不断提升本套考试用书的品质，欢迎广大读者提出宝贵意见，我们将在今后的工作中不断修订完善。

中国医药科技出版社
2019年1月

目 录

第一章 执业药师与药学服务	1
第一节 药学服务的基本要求	1
第二节 药学服务的能力要求	1
第三节 药学服务内容	2
第二章 药品调剂与药品管理	4
第一节 处方	4
第二节 处方审核	5
第三节 处方调配	12
第四节 药品管理和供应	15
第五节 药学计算	20
第三章 用药教育与咨询	23
第一节 药物信息咨询服务	23
第二节 用药指导	31
第三节 疾病管理与健康教育	39
第四章 用药安全	41
第一节 药物警戒	41
第二节 药品不良反应	42
第三节 药源性疾病	44
第四节 用药错误	47
第五节 药品质量缺陷	50
第六节 特殊人群用药	51
第五章 药品的临床评价方法与应用	62
第六章 药物治疗基础知识	65
第一节 药物治疗方案制定的一般原则	65
第二节 药物治疗方案制定的基本过程	65



第七章 常用医学检查指标的解读	67
第一节 血常规检查	67
第二节 尿常规检查	69
第三节 粪常规检查	73
第四节 肝功能检查	75
第五节 肾功能检查	77
第六节 其他常用血生化检查	78
第七节 乙型肝炎血清免疫学检查	81
第八章 常见病症的自我药疗	83
第一节 发热	83
第二节 疼痛	84
第三节 视疲劳	85
第四节 沙眼	86
第五节 急性结膜炎	87
第六节 上感与流感	88
第七节 鼻塞	89
第八节 过敏性鼻炎	90
第九节 咳嗽	91
第十节 口腔溃疡	92
第十一节 消化不良	93
第十二节 腹泻	94
第十三节 便秘	96
第十四节 痔疮	97
第十五节 肠道寄生虫病	98
第十六节 营养不良	99
第十七节 阴道炎	100
第十八节 痛经	102
第十九节 痤疮	102
第二十节 荨麻疹	103
第二十一节 湿疹	104
第二十二节 烫伤	104
第二十三节 冻伤(疮)	105
第二十四节 手足真菌感染	106
第二十五节 昆虫叮咬	107

第九章 呼吸系统常见疾病	108
第一节 肺炎	108
第二节 支气管哮喘	110
第三节 慢性阻塞性肺病	112
第四节 肺结核	115
第十章 心血管系统常见疾病	118
第一节 高血压	118
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	122
第三节 血脂异常	126
第四节 心力衰竭	129
第五节 心房颤动	131
第六节 深静脉血栓形成	132
第十一章 神经系统常见疾病	133
第一节 缺血性脑血管病	133
第二节 出血性脑血管病	134
第三节 癫痫	135
第四节 帕金森病	137
第五节 痴呆	138
第六节 焦虑症	139
第七节 抑郁症	141
第八节 失眠症	142
第十二章 消化系统常见疾病	144
第一节 胃食管反流病	144
第二节 消化性溃疡	146
第三节 胆石症和胆囊炎	147
第十三章 内分泌及代谢性疾病	148
第一节 甲状腺功能亢进症	148
第二节 甲状腺功能减退症	149
第三节 糖尿病	150
第四节 骨质疏松症	153
第五节 佝偻病	156
第六节 高尿酸血症与痛风	157
第十四章 泌尿系统常见疾病	161
第一节 尿路感染	161



第二节 尿失禁	162
第三节 下尿路症状/良性前列腺增生症	163
第十五章 血液系统疾病	165
第一节 缺铁性贫血	165
第二节 巨幼细胞贫血	166
第十六章 恶性肿瘤	168
第一节 治疗原则与注意事项	168
第二节 和缓医疗	170
第十七章 常见骨关节疾病	173
第一节 类风湿关节炎	173
第二节 骨性关节炎	175
第十八章 病毒性疾病	177
第一节 病毒性肝炎	177
第二节 艾滋病	178
第三节 带状疱疹	179
第四节 单纯疱疹	180
第十九章 妇科疾病与避孕保健	181
第一节 围绝经期综合征	181
第二节 避孕保健指导	183
第二十章 中毒解救	186
第一节 一般救治措施	186
第二节 催眠药、镇静药、阿片类及其他常用药物中毒	188
第三节 有机磷、香豆素类杀鼠药、氟乙酰胺、氰化物、磷化锌以及各种重金属中毒	191
第四节 蛇咬伤中毒	194
模拟试卷一	195
模拟试卷二	205
模拟试卷一参考答案	216
模拟试卷二参考答案	217
模拟试卷一解析	218
模拟试卷二解析	224

第一章 执业药师与药学服务

第一节 药学服务的基本要求

考点1 药学服务的内涵

药学服务是以提高药物治疗的安全、有效、经济和适宜性，改善和提高人类生活质量为目的，由药师向公众提供直接的、负责任的、与用药相关的服务。

药学服务的形式包括实物形式、信息与知识的形式。药学服务具有很强的社会属性，既服务治疗性用药，也关注预防用药和保健用药。药学服务涵盖了患者用药相关的全部需求。

考点2 药学服务的对象★

药学服务的对象是广大公众，服务的重要人群包括：①慢性病患者或需长期、终生用药者；②病情复杂、用药复杂者；③特殊人群，包括特殊体质者、过敏体质者、肝肾功能不全者、血液透析者、小儿、老年人、妊娠及哺乳期妇女、听障、视障人士等；④重新选择药品或调整用药方案者；⑤易发生明显不良反应者；⑥应用特殊剂型、特殊给药途径者，需要药物治疗监测者。

第二节 药学服务的能力要求

考点1 职业道德

药师需要遵守职业道德和具备人文道德素养，严守伦理道德。

考点2 专业知识

既要掌握药学专业_{知识}，又要学习和了解医学专业知识。

考点3 专业技能★★

(一) 调剂技能

调剂是药师的基本工作，及时、准确地为患者提供药品是开展药学服务的基础。

(二) 咨询与用药教育技能

1. 用药咨询 药物咨询对象包括患者、医师、护士和公众。

2. 用药教育★ 对待患者咨询，药师应该用通俗易懂的语言，尽可能减少专业性词汇；可采用口头阐释、发放宣传资料、借助辅助工具等各种方式。

(三) 药品管理技能

具有药品管理技能才能保证贮存和发出的药品质量合格。

(四) 药物警戒技能

具备药物警戒技能，可及时发现药品不良反应，防止用药错误，监督药品质量缺陷问题。



(五) 沟通技能★★

认真聆听；使用通俗易懂的语言，尽量避免使用专业术语；尽量使用短句；使用开放式的提问方式；及时判断患者对问题的理解和接受程度；谈话时间不宜过长，提供的信息也不宜过多；适当准备一些宣传资料，方便患者；关注特殊人群。

(六) 药历书写技能★★★

药历是药师为患者建立的用药档案。它源于病历，又有别于病历，是由药师填写，可作为药师掌握患者用药情况的资料。

1. 药历的作用和要求 药历是药师进行规范化药学服务的具体体现，属于技术档案，也是开展个体化药物治疗的重要依据。

2. 药历的主要内容和格式

(1) 国外模式 如 SOAP 药历模式、TITRS 模式。SOAP 药历模式包括患者主诉信息、体检信息、评价和提出治疗方案四部分；TITRS 药历模式包括主题、诊疗的介绍、正文部分、提出建议和签字四部分。

(2) 中国药历格式★★★

①基本情况：患者姓名、性别、年龄、体重或体重指数、出生日期、生活习惯、联系方式、病案号或病区病床号、医保和费用支付情况。

②病历摘要：体格检查、临床诊断、主要实验室检查数据、非药物治疗情况、既往病史、药物过敏史、既往用药史、出院或转归。

③用药记录：药品名称、规格、剂量、给药途径、起始时间、停药时间、联合用药、进食与嗜好、用药后的药品不良反应与解救措施。

④用药评价：用药问题与指导、药学干预内容、药物监测数据、药物治疗建设性意见、结果评价等。

(3) 教学药历格式 主要内容基本上与中国药历格式相同，但增加了药学带教老师和临床带教老师对日志的批改、点评意见和学员的药物治疗总结。

(七) 投诉与应对能力

投诉内容最多的就是对药师的服务态度不满意。对待投诉要即时处理，尽快将患者带离现场，接待患者地点宜在办公室、会议室等场所，以有利于谈话和沟通。不宜由当事人来接待患者，最好由店长、经理或科主任亲自接待。

(八) 自主学习的能力

药师应通过继续教育来不断获取新的知识，提高药学服务质量。

第三节 药学服务内容

考点 1 药学服务的主要实施内容★★★

1. 指导患者合理使用药物。
2. 参与疾病的预防、治疗和保健。
3. 协助医护人员制定和实施药物治疗方案。
4. 定期评估药物的使用和管理。

考点2 药学服务的具体内容★★★

1. 处方审核。

2. 处方调配。

3. **静脉药物配置** 是指在符合国际标准并依据药物特性设计的操作环境下，经过药师审核的处方由受过专门培训的药技人员严格按照标准操作程序进行全静脉营养、细胞毒性药物和抗生素等静脉药物的配置，为临床提供优质的药品和药学服务。

4. 参与临床药物治疗。

5. 治疗药物监测、药物基因组学和个体化给药。

6. 药物利用研究和评价。

7. 处方点评。

8. 药学信息。

9. 健康教育。

考点3 药学服务新进展★★

1. **药学服务** 药师应从专业观点阐述患者的药学需求，规避用药风险。

2. **药学干预** 药学干预是指药师对处方的规范性和适宜性进行审核。

3. **药物重整** 药物重整是指在患者入院、转科和出院时，药师核对新医嘱和旧医嘱，从而判断患者的用药情况，确保用药安全。

4. **药物治疗管理** 药物治疗管理（MTM）是指重整患者的医嘱或药物治疗方案，评估药物治疗的有效性、安全性和经济性，核查患者的用药依从性。这种服务越来越被应用到慢性病患者的管理中，如糖尿病、哮喘、高血压、高脂血症和充血性心力衰竭患者。



更多免费学习资源，请扫二维码

第二章 药品调剂与药品管理

第一节 处方

考点1 处方的种类和结构

(一) 处方的概念和意义★

由注册的执业医师或执业助理医师为患者开具、由执业药师或取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，是患者用药凭证的医疗文书，具有法律性、技术性和经济性。

1. 法律性 医师具有诊断权、开具处方权，但无调配处方权；药师具有审核、调配处方权，无诊断权和修改处方权。因开具或调配处方所造成的医疗问题，医师和药师分别承担相应的法律责任。

2. 技术性 医师和药师必须具备相应的专业知识，并经过资格认定。

3. 经济性 处方是药品消耗及药品经济收入结账的凭证和原始依据，也是患者用药报销的真实凭证。

(二) 处方的结构★★

处方由前记、正文和后记构成。

1. 前记 包括开具处方的机构名称、费别（支付与报销类别）、患者个人信息（姓名、性别、年龄）、门诊或住院病历号、科别或病区和床位号、临床诊断、日期等；麻醉药品、第一类精神药品和毒性药品处方还要填写患者身份证明编号，代办人姓名和身份证明编号。

2. 正文 以Rp或R标示，包括药品名称、剂型、规格、数量和用法用量。

3. 后记 包括医生、药师的签名或专用签章，药品金额。

(三) 处方的种类★★

按照性质，处方分为法定处方和医师处方。法定处方系指《中华人民共和国药典》、国家药品监督管理局颁布标准收录的处方。医师处方是医师为患者开具的处方。

按照《处方管理办法》，处方分为麻醉药品处方、急诊处方、儿科处方、普通处方等，用不同颜色的用纸区分，并在处方右上角以文字注明。

(1) 普通处方 白色用纸。

(2) 急诊处方 淡黄色用纸，右上角标注“急诊”。

(3) 儿科处方 淡绿色用纸，右上角标注“儿科”。

(4) 麻醉药品和第一类精神药品处方 淡红色用纸，右上角标注“麻、精一”。

(5) 第二类精神药品处方 白色用纸，右上角有标识，标注“精二”。

考点2 处方调剂操作规程

程序一般为：①审核处方；②调配药品；③书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量；④包装；⑤进行用药交代与指导。

(一) 审核处方

1. 审核资质 审核人员必须是具有药师以上专业技术资格的人员；未取得相应资格者应在药师指导下工作。

2. 审核内容 包括前记、正文和后记书写是否清晰、完整；确认处方的合法性，包括处方类型、开具时间、报销方式、有效性、医师签字的规范性与备案样的一致性。

3. 审核用药适宜性 用药适宜性包括：①必须做皮试的药品是否做过皮试以及结果如何；②处方用药与临床诊断是否相符；③剂量、用法和疗程是否正确；④选用剂型与给药途径是否一致；⑤是否有重复用药现象；⑥是否有药物相互作用和配伍禁忌；⑦其他用药不适宜情况。

(二) 药品调配★

调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

(三) 发药及用药交代与指导

发药后需要进行用药交代与指导，具体包括药品的用法、用量、用药时间、剂型的正确使用、注意事项、禁忌证、贮存、不良反应信息等。药师应该用简单明了、通俗易懂的语言或其他方式进行用药指导。

第二节 处方审核

考点 1 处方合法性审核

(一) 处方规则★★★

处方书写基本要求

1. 患者资料、临床诊断应清晰、完整，且与病历记载一致。
2. 每张处方只用于一名患者的用药。
3. 不得涂改。如有修改，需在修改处签名并注明修改日期。
4. 开具处方使用药品的通用名称、复方制剂药品名称。不得使用自行编制药品缩写名称或者代号；药品名称、剂量、规格、用法、用量等书写要准确规范，用法可以用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”“自用”等模棱两可的语言等。
5. 必须写实足年龄，新生儿、婴幼儿具体到日、月龄，必要时注明体重。西药、中成药可以开具一张处方或分别开具。中药饮片应单独开具处方。
6. 化学药、中成药处方，每一种药品须另起一行，且每张处方不得超过5种药品。
7. 超剂量使用需注明原因并再次签名。
8. 必须注明临床诊断，特殊情况除外。
9. 空白处画一斜线，以示处方完毕。
10. 医师的签名或签章式样必须与备案的式样一致。
11. 药品剂量与数量一律用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以“克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)、皮克(pg)”为单位；容量以“升(L)、毫升(ml)、微升(μl)”为单位；有些以“国际单位(IU)、单位(U)”计算。片剂、丸剂、胶囊剂、散剂、颗粒剂分别以“片、丸、粒、袋”为单位；溶液剂以“支、瓶”为单位；



软膏及乳膏剂以“支、盒”为单位；注射剂以“支、瓶”为单位，应注明浓度与含量；中药饮片以“剂”为单位。

12. 开具的药量一般不超过7日用量；急诊处方一般不超过3日用量；因特殊原因用量可适当延长，但必须注明理由。

13. 麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品的用量应当严格执行国家有关规定。开具麻醉药品处方必须有病历记录。

(二) 药品通用名

每一种药品只有一个通用名，使用通用名可避免重复用药。

(三) 药品分类及通用的药名词干

1. 药品分类 药物常用的分类方法：①按药理作用分类；②按剂型分类；③按管理要求分类；④按药品来源分类；⑤中药通常按药物功能分类。

按管理要求分类，药物可以分为：①处方药与非处方药，非处方药按照安全性又分为甲、乙两类；②国家基本药物：系指经过科学评价而遴选出的在同类药品中具有代表性的药品，其特点是临床必需、安全有效、质量稳定、价格合理、使用方便、中西药并重；③基本医疗保险药品：系指列入国家基本医疗保险用药范围的药品，特点是临床必需、安全有效、质量稳定、价格合理、使用方便、市场能保证供应。

2. 通用的药名词干 同类药物的通用名通常具有相同的词干，如头孢哌酮、头孢氨苄、头孢唑林等头孢菌素类抗生素都具有“头孢”词干，H₂受体阻断剂西咪替丁、法莫替丁、雷尼替丁等都具有“替丁”词干。

(四) 处方缩写词★★★

常用给药时间的缩写词：餐前 (Ac)、餐后 (pc.)、上午 (Am)、下午 (pm.)、临睡前 (hs.)、立即 (St.)、必要时 [prn (长期备用)、sos. (临时备用)]。

常用给药间隔的缩写词：每日 (qd.)、每晚 (qn.)、每小时 (qh)、每四小时 (q4h)。

常用给药次数的缩写词：每日2次 (bid.)、每日3次 (tid.)、每日四次 (qid.)、隔日一次 (qod.)。

常用药物剂型的缩写词：水剂 (Aq.)、胶囊 (Cap)、滴剂 (gtt.)、注射剂 (Inj.)、合剂 (Mist.)、片剂 (Tab)、软膏剂 (ung.)、溶液 (Liq.、Sol.)。

常用给药途径的缩写词：皮下 (i. h.)、口服 (po.)、肌肉注射 (im.)、静脉注射 (iv.)、静脉滴注 (iv gtt.)。

常用计量单位的缩写词：剂量 (Dos.)、千克 (kg)、克 (g)、毫克 (mg)、微克 (μg、mcg)；升 (L)、毫升 (ml、Cc)；单位 (U)。

眼部给药位置的缩写词：左眼 (OL、OS.)、右眼 (OD.)、双眼 (OU.)。

其他缩写词：酸碱度 (pH)、非处方药 (OTC)、各、各个 (Aa)、加至 (Add.)、加 (Ad.)、蒸馏水 (Aq. dest.)、生理盐水 (NS)、复方的和复合的 (Co.)、稀释的 (Dil.)、适量 (qs.)、标记 (Sig.)、一半 (ss.)。

考点2 用药适宜性审核

(一) 处方用药与病症诊断的相符性★★★

1. 无适应证用药 为流感病毒感染患者开具抗生素、为咳嗽患者（无感染诊断，白细

胞计数不高, C-反应蛋白正常) 开具阿奇霉素等抗菌药物、为 I 类手术切口患者开具第三代头孢菌素均属于无适应证用药。

2. 无正当理由超适应证用药 超适应证用药系指用药超越药品说明书的适应证范围。

坦洛新用于降压、阿托伐他汀钙用于补钙均属于超适应证用药, 且不合理。为输尿管结石患者开具黄体酮也属于超适应证用药, 黄体酮具有扩张输尿管和利尿作用, 可以促进结石排出, 治疗输尿管结石虽然合理, 但说明书上并没有提及用于结石, 所以必须使用时需要告知患者。

3. 不合理联合用药 下列情况属于不合理联合用药: ①病因未明的患者; ②一种抗菌药已能控制的感染; ③盲目应用肿瘤辅助治疗药; ④重复用药; ⑤联合应用毒性较大药物且药量未酌减。例如为肠炎细菌感染性腹泻患者开具小檗碱片、盐酸地芬酯片、蒙脱石散剂治疗, 属于盲目联合用药, 因为小檗碱是治疗痢疾和大肠埃希菌引起轻度急性腹泻的首选药, 蒙脱石散剂用于激惹性腹泻和化学刺激引起的腹泻, 盐酸地芬诺酯仅用于急慢性功能性腹泻, 不能用于感染性腹泻。

4. 过度治疗用药 滥用抗菌药物、糖皮质激素、人血白蛋白、二磷酸果糖、肿瘤辅助治疗药以及盲目补钙, 均属于过度用药。例如给予食管癌患者顺铂、氟尿嘧啶、表柔比星、依托泊苷治疗就属于过度治疗用药, 因为在应用顺铂和氟尿嘧啶的基础上, 加用表柔比星、依托泊苷并不能明显提高疗效, 反而会增加毒性。

5. 有禁忌证用药 抗胆碱药和抗过敏药禁用于伴有青光眼、良性前列腺增生症患者; 伪麻黄碱禁用于伴有严重高血压患者; 脂肪乳禁用于急性肝损伤、急性胰腺炎、脂质肾病、脑卒中、高脂血症患者; 抗抑郁药司来吉兰禁用于伴有尿潴留、前列腺增生的抑郁症患者。

(二) 剂量、用法和疗程的正确性

老年人用药剂量应该比中青年人有所减少, 通常 60~80 岁老人用药剂量为中青年人的 3/4 以下; 80 岁以上则减至 1/2。儿童用药剂量, 应按药品说明书推荐的儿童剂量 (每千克或每平方米用量) 按儿童体重或体表面积计算。未标明儿童剂量的, 可根据儿童年龄、体重、体表面积以成人剂量换算。

(三) 选用剂型与给药途径的合理性

剂型可以影响药效大小, 使用不当有可能产生严重后果, 同一药物的不同剂型甚至可以产生不同的药理作用。如硫酸镁静脉注射用于治疗子痫, 口服则用于导泻, 湿敷用于消肿。

临床选择给药途径的原则是能吃药不打针, 能打针不输液。重症、急救时适宜选择静脉给药、肌肉注射、吸入及舌下给药, 药物可以迅速起效。轻症、慢性疾病适宜选用口服给药。皮肤病适宜选择外用溶液剂、酊剂、软膏剂、涂膜剂。腔道疾病适宜选用栓剂。

(四) 是否有重复用药现象★★

1. 一药多名 同一个通用名药物存在多个商品名, 须防止这样容易混淆的药物重复使用。

2. 中成药中含有化学药成分 中成药与化学药联合应用时, 一定要先搞清中成药成分, 避免与化学药累加应用。

例如: 中成药中如含有解热镇痛药 (对乙酰氨基酚、吲哚美辛或阿司匹林), 禁止与对乙酰氨基酚、吲哚美辛或阿司匹林合用。

降糖中成药如含有格列本脲, 禁止与磺酰脲类降糖药合用。

抗组胺中成药 (含氯苯那敏、苯海拉明)、中枢兴奋类中成药 (含咖啡因)、中枢镇静



类中成药（含异戊巴比妥、苯巴比妥）、抗病毒中成药（含金刚烷胺）、平喘类中成药（含麻黄碱）、利尿剂类中成药（含氢氯噻嗪）等在使用时均不能再与相应的化学药合用。

（五）对规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果判定★★★

常见必须皮试的药物：青霉素及半合成青霉素类（如青霉素钾、青霉素钠、青霉素 V 钾、普鲁卡因青霉素、苄星青霉素、氨苄西林等。例如：青霉素钠皮试每次 0.1ml，相当于 500U，皮内注射）；抗毒素类（如白喉抗毒素、破伤风抗毒素、多价气性坏疽抗毒素、肉毒抗毒素等）；血清制品（如抗蛇毒血清、抗炭疽血清、抗狂犬病毒血清）；某些酶类（降纤酶、门冬酰胺酶、抑肽酶、玻璃酸酶、 α 糜蛋白酶）、其他药物（细胞色素 C、胸腺素、鱼肝油酸钠）。

（六）是否有潜在的临床意义的相互作用和配伍禁忌★★★

多种药物联合使用，可能会产生相互作用和配伍禁忌。这种相互作用既可能是有益的，使疗效协同或毒性降低；也可能是有害的，使疗效降低和毒性增强。药物相互作用包括药动学相互作用和药效学相互作用。配伍禁忌则是有害无益的，包括理化禁忌和药理禁忌。

1. 药物相互作用对药效学的影响

（1）作用相加或增加疗效 甲氧苄啶与磺胺甲噁唑合用可产生协同增效抗菌作用（前者抑制二氢叶酸还原酶，后者抑制二氢叶酸合成酶，使细菌的叶酸代谢受到双重阻断）。

硫酸阿托品与胆碱酯酶复活剂（解磷定、氯磷定）联用，可提高治疗有机磷中毒的疗效。

普萘洛尔与美西律联用，对室性早搏及室性心动过速有协同作用，但联用时应酌减用量。

亚胺培南与西司他丁钠合用，可减少被肾肽酶破坏（西司他丁钠是肾肽酶抑制剂）。

β -内酰胺酶抑制剂（舒巴坦、克拉维酸钾）与 β -内酰胺类抗生素（青霉素类、头孢菌素类）做成复方制剂，可减少后者被 β -内酰胺酶破坏分解，增强抗菌活性。

苄丝肼或卡比多巴（为外周芳香族氨基酸类脱羧酶抑制剂）与左旋多巴合用，可减少后者在外周被外周脱羧酶代谢，从而增加进入中枢的药量，加强疗效。

铁剂与维生素 C 合用可促进铁剂吸收，因为维生素 C 可促进铁剂转化为二价铁，利于吸收（二价铁容易被吸收，但用药过程中容易被氧化成三价铁，维生素 C 可以还原三价铁转变成二价铁）。

青蒿素与乙胺嘧啶、磺胺多辛联合应用可延缓抗药性的产生。

磷霉素与 β -内酰胺类、氨基糖苷类、大环内酯类、氟喹诺酮类抗菌药物联合应用具有相加或协同作用，并减少耐药菌株的产生。

（2）减少药品不良反应 阿托品可抑制内脏平滑肌收缩，吗啡可导致内脏平滑肌痉挛，两者合用，降低副作用，加强镇痛作用。

普萘洛尔可导致心跳减慢、心动过缓，硝酸酯类药物可反射性引起心跳加快、心率加快，两者合用治疗心绞痛，可减轻副作用。

硝苯地平可以反射性引起心跳加快、心率加快，与普萘洛尔合用治疗高血压，可加强药效，减轻副作用，并对劳力型和不稳定型心绞痛有较好疗效。

阿托品可消除普萘洛尔所致的心动过缓；普萘洛尔也可消除阿托品所致的心动过速，两

者合用降低副作用。

(3) 敏感化作用 所谓敏感化作用，就是一种药物可以使人体组织或受体对另外一个药物的敏感性加强，可以导致药效提高，但也会增强毒副作用。

排钾利尿剂（氢氯噻嗪等）可降低血液及细胞内钾离子浓度，使心脏对强心苷类药物（如地高辛）敏感化，容易发生心律失常。

长期应用利血平或胍乙啶，可导致肾上腺素受体发生超敏感现象，从而使具有直接作用的拟肾上腺素药的升压作用增强。

(4) 拮抗作用 甲苯磺丁脲促进胰岛 β 细胞释放胰岛素，产生降血糖作用，氢氯噻嗪抑制胰岛B细胞功能，可拮抗前者的降糖作用。

纳洛酮、纳屈酮可拮抗阿片类药的作用，用于吗啡中毒的解救等（吗啡是阿片受体激动剂）。

(5) 增加毒性或药品不良反应 肝素钙、阿司匹林、非甾体抗炎药、右旋糖苷、双嘧达莫均有出血危险，彼此间禁止合用。

山莨菪碱与哌替啶合用时可增加毒性。

甲氧氯普胺、吩噻嗪类抗精神病药均有锥体外系副反应，禁止合用。

氨基糖苷类抗生素、依他尼酸、呋塞米、万古霉素都有耳毒性和肾毒性，联用可增加毒副作用。

2. 药物相互作用对药动学的影响

(1) 影响吸收 抗酸药通常含有金属离子，与四环素类或喹诺酮类药物同服，可形成难溶性络合物而不利于吸收。

阿托品、颠茄、溴丙胺太林等可延缓胃排空，增加药物的吸收，而甲氧氯普胺、多潘立酮等药物可增加肠蠕动，降低药物吸收，禁止合用。

(2) 影响分布 药物与血浆蛋白结合率的大小是影响药物在体内分布的重要因素。结合型药物没有药理活性，游离型药物才具有药理活性。合并用药时，药物之间与血浆蛋白结合产生竞争，如水合氯醛、依他尼酸、阿司匹林等均具有较强的血浆蛋白结合力，与口服磺酰脲类降糖药、抗凝血药、抗肿瘤药等合用，可使后三者的游离型药物增加，药效增强，但毒副作用风险也加大。

(3) 影响代谢 药物代谢相互作用主要包括酶诱导相互作用和酶抑制相互作用。凡能增强肝药酶活性的药物，称为肝药酶诱导剂或酶促剂，如苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平、利福平等。凡能抑制或减弱肝药酶活性的药物称肝药酶抑制剂，如唑类抗真菌药、大环内酯类抗生素、异烟肼、西咪替丁、胺碘酮、环丙沙星、地尔硫草、丙戊酸钠等。

(4) 影响排泄 阿司匹林、吲哚美辛、磺胺药、丙磺舒可抑制青霉素自肾小管的排泄，使青霉素的血药浓度增高，血浆半衰期延长。

3. 药物理化配伍禁忌 配伍禁忌主要指药物之间在同一输液中会发生理化性质改变，从而影响药效甚至死亡。例如：青霉素性质不稳定，与绝大多数药物配伍时会发生分解，可出现浑浊、沉淀，导致活性降低。

4. 药理配伍禁忌 指配伍中出现不良反应增加、毒性增强的反应，是发生在患者体内的变化。如阿昔洛韦与齐多夫定配伍可引起神经、肾毒性增加，亚胺培南与更昔洛韦配伍可