

国家基本药物 处方集

(化学药品和生物制品)

2012年版

国家基本药物临床应用指南和处方集编委会



人民卫生出版社

国家基本药物 处方集

(化学药品和生物制品)

• 2012年版 •

• 国家基本药物临床应用指南和处方集编委会 •

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

国家基本药物处方集: 化学药品和生物制品: 2012年版 / 国家基本药物临床应用指南和处方集编委会主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013.8

ISBN 978-7-117-17478-7

I. ①国… II. ①国… III. ①处方—汇编—中国
IV. ①R924

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 171409 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

国家基本药物处方集 (化学药品和生物制品)

主 编: 国家基本药物临床应用指南和处方集编委会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 43

字 数: 795 千字

版 次: 2013 年 8 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 版第 5 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17478-7/R·17479

定 价: 86.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

2012年版国家基本药物临床应用指南 和处方集编辑委员会成员名单

主任委员：孙志刚

副主任委员：王国强 马晓伟 陈啸宏 尹 力

委 员（以姓氏笔画为序）：

于忠和	王永炎	王 羽	王育琴	王承德	王 真	王雪涛
田金洲	冯婉玉	朱 珠	刘雁飞	安效先	许志仁	孙 阳
孙建宁	孙树椿	杜守颖	杜 贤	李曰庆	李连达	李乾构
肖永红	肖承棕	张克坚	张伯礼	张国强	张继春	张淑芳
张德芹	陈可冀	陈贤义	陈淑长	季绍良	金二澄	金有豫
郑 宏	房书亭	胡仪吉	胡 欣	饶克勤	姚乃礼	聂春雷
晁恩祥	钱 英	钱忠直	高学敏	唐旭东	甄健存	翟所迪

编委会办公室人员名单

主 任：郑 宏 许志仁

副 主 任：孙 阳 王雪涛 金二澄

成 员：韩会学 戚 畅 杨荣臣 蔡丽萍 肖 恺 房晓良 董云龙
王 秀 张伟喆

新一轮医改启动以来,各地以实施基本药物制度为抓手,破除基层医疗卫生机构“以药补医”机制,在缓解群众看病难、看病贵,促进基层医务人员合理用药,提高基层服务能力等方面取得了显著成效。国家基本药物目录、临床应用指南和处方集是世界卫生组织推行基本药物理念,确保基本药物公平可及、安全有效、合理使用所必需的基础性技术文件,是实施基本药物制度的重要载体。

今年3月,2012年版《国家基本药物目录》正式发布,目录包括化学药品和生物制品317种,中成药203种,补充了抗肿瘤和血液病用药等类别,优化了结构,规范了剂型、规格,初步实现标准化,能够更好地适应群众基本用药需求,推动各级各类医疗机构全面配备、优先使用基本药物。为做好目录的实施,国家卫生计生委适时启动了临床应用指南和处方集的修制订工作。

按照科学、严谨、简明、实用的原则,2012年版国家基本药物临床应用指南和处方集(化学药品和生物制品)突出保基本、强基层的理念,力求内容通俗易懂、简明扼要、便于使用,以指导和规范广大医务工作者,特别是基层医疗卫生工作者合理用药。在编写中注重与临床常见病、多发病、慢性病特别是重大疾病防治的衔接,覆盖了19大类疾病,254个病种。同时,有针对性地增加了适用于老年、妇女、儿童科学诊疗、合理用药的专项内容。

推广使用2012年版国家基本药物临床应用指南和处方集,加强宣传培训,有利于进一步巩固完善基本药物制度和基层运行新机制,指导临床科学诊疗、合理用药,规范处方行为,有利于增强全社会对基本药物的信任,逐步形成科学合理的用药习惯,有利于建立健全基本药物采购机制,落实招生产企业、招采合一、量价挂钩。这对于加强基本药物全程监管,理顺价格、报销机制,引导企业合理安排生产,保障药品供应等将发挥重要的技术支撑作用。

本书的编写和出版,先后得到了国家卫生计生委合理用药专家委员会、中华医学会及相关专业委员会、人民卫生出版社等单位的大力支持,来自全国各地高等院校、医疗机构的医药专家积极参加了编写审校,付出了艰辛劳动,对此,谨致以诚挚敬意和衷心感谢。我们愿意和社会各界同仁一道,为本书的不断完善做出持续不懈的努力。

编委会办公室

2013年7月

一、本书按照科学、严谨、简明、实用的原则，主要用于指导和规范医疗机构医务人员临床合理使用基本药物，也可供广大药学技术人员学习参考，公众也可以从中得到有益的启示。医疗机构配备使用基本药物还应遵循《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》等相关规定。

二、全书正文分总论、各论两部分。

三、总论部分包括合理用药概述、药品不良反应和药品不良反应监测、药物的体内过程、影响药物作用的因素、特殊人群的用药、肝肾功能不全的患者用药等内容。

四、各论部分各章节结合相关疾病的选药、用药，首先根据各类药物在作用机理或临床应用方面的共性进行叙述，再按药物品种分项进行系统论述，包括【通用名称(中、英文)】、【药理作用】、【药代动力学】、【适应证】、【禁忌证】、【不良反应】、【注意事项】、【药物相互作用】、【用法和用量】、【剂型和规格】、【贮存】等项目。对涉及儿童用药的剂型，在【用法和用量】部分专项列出用法用量。相关资料主要来自国家药品监督管理部门批准的说明书。

五、化学药品和生物制品名称采用中文通用名称和英文国家非专利药名称(International Nonproprietary, INN)中表达化学成分的部分，剂型单列，有“注释”的药品除外；未标明酸根或盐基的药品，其主要化学成分相同而酸根或盐基不同的均为目录药品；酯类衍生物药品单独标明。

六、各论部分药物标注“△”号表示药品应在具备相应处方资质的医师或在专科医师指导下使用。

七、附录部分包括处方常用拉丁文缩写，药物的妊娠安全性分类表，肾功能受损儿童用药、儿科临床常用药物监测的药理学参数，抗菌药物在特殊人群中的应用，药代动力学符号注释，部分医学、分子生物学及相关名词英文缩写。

八、索引部分包括药品中、英文通用名称索引。

总论	1
一、合理用药概述	1
二、药品不良反应和药品不良反应监测	2
三、药物的体内过程	3
四、影响药物作用的因素	5
五、特殊人群的用药	7
六、肝、肾功能不全的患者用药	14
第一章 抗微生物药	17
(一) 青霉素类	19
(二) 头孢菌素类	30
(三) 氨基糖苷类	38
(四) 四环素类	41
(五) 大环内酯类	42
(六) 其他抗生素	48
(七) 磺胺类	51
(八) 喹诺酮类	53
(九) 硝基咪唑类	58
(十) 硝基呋喃类	60
(十一) 抗结核病药	61
(十二) 抗麻风病药	75
(十三) 抗真菌药	76
(十四) 抗病毒药	81
第二章 抗寄生虫病药	85
(一) 抗疟药	85
(二) 抗阿米巴病药及抗滴虫病药	94
(三) 抗利什曼原虫病药	96
(四) 抗血吸虫病药	97

(五) 驱肠虫药	98
第三章 麻醉药	100
(一) 局部麻醉药	100
(二) 全身麻醉药	104
(三) 麻醉辅助药	110
第四章 镇痛、解热、抗炎、抗风湿、抗痛风药	115
(一) 镇痛药	115
(二) 解热镇痛、抗炎、抗风湿药	123
(三) 抗痛风药	135
第五章 神经系统用药	140
(一) 抗震颤麻痹药	140
(二) 抗重症肌无力药	145
(三) 抗癫痫药	147
(四) 脑血管病用药及降颅压药	158
(五) 中枢兴奋药	166
(六) 抗痴呆药	168
第六章 治疗精神障碍药	170
(一) 抗精神病药	170
(二) 抗抑郁药	186
(三) 抗焦虑药	191
(四) 抗躁狂药	200
(五) 镇静催眠药	202
第七章 心血管系统用药	207
(一) 抗心绞痛药	207
(二) 抗心律失常药	214
(三) 抗心力衰竭药	229
(四) 抗高血压药	233
(五) 抗休克药	255
(六) 调脂及抗动脉粥样硬化药	265
第八章 呼吸系统用药	268
(一) 祛痰药	268
(二) 镇咳药	271
(三) 平喘药	275
第九章 消化系统用药	285
(一) 抗酸药及抗溃疡病药	285

(二) 助消化药	293
(三) 胃肠解痉药及胃动力药	294
(四) 泻药及止泻药	303
(五) 肝病辅助治疗药	308
(六) 微生态制剂	310
(七) 利胆药	311
(八) 治疗炎性肠道病药	313
第十章 泌尿系统用药	318
(一) 利尿药	318
(二) 良性前列腺增生用药	329
(三) 透析用药	332
第十一章 血液系统用药	335
(一) 抗贫血药	335
(二) 抗血小板药	344
(三) 促凝血药	347
(四) 抗凝血药及溶栓药	361
(五) 血容量扩充剂	373
第十二章 激素及影响内分泌药	379
(一) 下丘脑垂体激素及其类似物	379
(二) 肾上腺皮质激素类药	384
(三) 胰岛素及口服降血糖药	392
(四) 甲状腺激素及抗甲状腺药	410
(五) 雄激素及同化激素	419
(六) 雌激素、孕激素及抗孕激素	424
(七) 钙代谢调节药及抗骨质疏松药	431
第十三章 抗变态反应药	436
第十四章 免疫系统用药	444
第十五章 抗肿瘤药	450
(一) 烷化剂	450
(二) 抗代谢药	454
(三) 抗肿瘤抗生素	463
(四) 抗肿瘤植物成分药	469
(五) 其他抗肿瘤药	474
(六) 抗肿瘤激素类	485
(七) 抗肿瘤辅助药	487

第十六章 维生素、矿物质类药	490
(一) 维生素	490
(二) 矿物质	494
(三) 肠外营养药	495
第十七章 调节水、电解质及酸碱平衡药	499
(一) 水、电解质平衡调节药	499
(二) 酸碱平衡调节药	508
(三) 其他	512
第十八章 解毒药	514
(一) 氰化物中毒解毒药	514
(二) 有机磷酸酯类中毒解毒药	515
(三) 亚硝酸盐中毒解毒药	518
(四) 阿片类中毒解毒药	519
(五) 鼠药解毒药	523
(六) 其他	524
第十九章 生物制品	527
第二十章 诊断用药	560
(一) 造影剂	560
(二) 其他	569
第二十一章 皮肤科用药	571
(一) 抗感染药	571
(二) 角质溶解药	573
(三) 肾上腺皮质激素类药	575
(四) 其他	577
第二十二章 眼科用药	580
(一) 抗感染药	580
(二) 青光眼用药	583
(三) 其他	587
第二十三章 耳鼻喉科用药	590
第二十四章 妇产科用药	594
(一) 子宫收缩药	594
(二) 其他	601
第二十五章 计划生育用药	605
附录一 《处方管理办法》	620
附录二 处方常用拉丁文缩写	628

附录三 药物的妊娠安全性分类表·····	629
附录四 肝肾功能受损儿童用药·····	635
附录五 儿科临床常用药物监测的药动力学参数·····	648
附录六 抗菌药物在特殊人群中的应用·····	651
附录七 药代动力学符号注释·····	653
附录八 部分医学、分子生物学及相关名词英文缩写·····	655
药品中文通用名称索引·····	660
药品英文通用名称索引·····	666
后记·····	672



总 论

一、合理用药概述

合理用药(rational drug use)是药物治疗中的重要问题。合理用药是以当代的、系统的、综合的医药学和管理学等知识来指导用药,使药物治疗达到安全、有效、经济的基本要求。世界卫生组织对合理用药的定义是“患者能得到适合于他们的临床需要和符合他们个体需要的药品以及正确的用药方法(给药途径、剂量、给药间隔时间和疗程);这些药物必须质量可靠、可获得,而且可负担得起(对患者和社会的费用最低)”。合理用药并不能保证用药绝对无风险,但要尽可能取得最好的治疗效果,承担最小的治疗风险,支付合理的费用,保证患者的用药安全。

(一) 药物作用

药物作用可使机体器官组织原有生理生化功能水平增强(兴奋作用)或降低(抑制作用)。药物借其作用调节机体失衡的功能使之恢复正常而治疗疾病。药效学是研究和阐明有关药物对机体的作用及其效应的科学。

药物可吸收入血后并分布于全身,但并非对所有的器官组织都产生同样的作用。某些药物或药物在某种剂量时,只选择性地影响某一个或几个器官组织的功能,这是由于药物对这些细胞组织具有较强的亲和力,或是机体的不同器官组织对药物敏感性有差异所致,这就是药物作用的选择性。如钙通道阻滞药对血管平滑肌的作用,利尿药对肾小管的作用,青霉素对革兰阳性菌的杀菌作用等。而有些药物选择性低,作用广泛,如阿托品具有解除平滑肌痉挛、散瞳、抑制腺体分泌、加快心率等多方面作用。药物作用的选择性决定该药的适应证,也是临床选择药物的重要依据。对不同的疾病应选择不同药物或不同剂量,例如阿托品在解救有机磷农药中毒时需用较大剂量,而在缓解胃肠痉挛时则只需小剂量。

(二) 药物剂量、效价强度及治疗指数

1. 药物的剂量 药物的不同用量会起到不同的疗效,所谓用量就是“剂量”,即每次用药的量。能出现最佳治疗作用的剂量叫做治疗量,即“常用

量”，也就是通常治病时所需的量，也是符合大多数患者的用量。“最大治疗量”或“极量”是指超过这一剂量就可能出现中毒反应。可引起中毒的剂量即“中毒量”。可引起死亡的剂量即“致死量”。药物剂量通常指一个范围，可因年龄、对药物的敏感性、个体差异等不同，剂量也有差异。医生开写处方时对于药品的剂量必须准确无误。

2. 药物的效价强度 指药物作用达到一定强度时所需的药物剂量。同类药物中某种药物达到同一效应强度所需的药量越小，其在该类药物中的效价强度越大。

3. 治疗指数 药物的作用在一定剂量范围内随剂量的增加而增强，甚至产生毒性反应。经动物实验，可测得某一药物的半数有效剂量(ED₅₀，指对半数的实验动物有效的剂量)和半数致死量(LD₅₀，指可使半数的实验动物死亡的剂量)。一般常用药物的LD₅₀与ED₅₀的比值来衡量药物的安全性，如常用的治疗指数(therapeutic index, TI) = LD₅₀/ED₅₀，其数值越大则越安全。虽然这是由动物实验测得的数值，但仍有一定的参考意义。

(三) 合理用药

合理用药是一个有特定含义的医药学词汇。合理用药的基本要素是安全、有效、经济。合理用药有助于得到最好的临床获益，将用药风险控制在最低限度，节约有限的医药资源，体现了“以人为本”的现代药物治疗学理念。

合理用药的基本原则是：

(1) 正确的疾病诊断和正确的药物选用，做到有的放矢，防止误诊误治。

(2) 注意病史和用药史，明确用药指征，防止由于病史和用药史不明而导致药源性疾病发生。

(3) 用药个体化。由于个体差异而导致药物剂量等值而作用不等效，有些必须根据监测患者的血药浓度变化、药物基因组学及药物反应来不断调整给药方案，达到用药个体化。

(4) 严格掌握适应证，防止药物滥用而造成不良后果。

(5) 注意药物相互作用(包括体内的及体外的)。

(6) 注意药物的不良反应。

(7) 根据药物和其制剂的药动学及药效学特点，合理选择(高效、低毒)和应用。包括合理的给药途径、恰当的剂量、准确的给药时间和间隔、适宜的疗程等。

二、药品不良反应和药品不良反应监测

药物作用具有两重性。使用药物后，机体可产生治疗作用和不良反应。药物的作用价值在于其有益作用，即预防、治疗和诊断作用，而几乎所有的药

物作用于机体时,都呈多种效应,加之个体差异的影响,药物在产生有益作用的同时,常伴随不良反应的发生。

世界卫生组织(WHO)对药品不良反应(adverse drug reaction, ADR)的定义为:在预防、诊断、治疗疾病和调节生理功能过程中,给予正常剂量的药物时出现的任何有害的和与作用目的无关的反应。我国对药品不良反应的定义为:合格药品在正常用法用量情况下出现的与治疗目的无关的有害反应。该定义排除了有意的或用药不当所致的不良反应。ADR包括过度作用、首剂效应、副作用、毒性反应、撤药反应、继发反应、后遗效应、耐药性、药物依赖性、变态反应、特异质反应、致癌致畸致突变反应等方面。

为保证用药安全,国家实行ADR监测和报告制度。ADR监测和报告是指ADR的发现、报告、评价和控制过程。药品生产企业、经营企业、医疗机构应按规定报告所发现的不良反应。开展ADR监测和报告工作,有助于及时了解异常的(如药品说明书中未述及者或发生频率较高时)或严重的不良反应,以保证患者用药的安全性。ADR报告的内容和统计资料是加强药品监督管理、指导合理用药的依据,不能作为医疗事故、医疗诉讼和处理药品质量事故的依据。

三、药物的体内过程

药物可从应用部位被吸收进入血液,然后随血流分布至全身或某些器官,经过肝脏和(或)其他器官或组织被代谢(生物转化),或经肾脏或其他排泄器官排泄而离开机体,这就是药物的体内过程,即药物的吸收、分布、代谢和排泄。药物代谢动力学(简称药动学)就是研究药物体内过程的学科,研究血药浓度随时间移动而发生变化的规律,并以数学公式求出药物的各种参数(如最常用的参数“半衰期”),用以指导临床合理应用药物。

1. 吸收 指药物从用药部位进入血液循环的过程。药物的吸收速率可受许多因素影响,包括药物的理化性质(如脂溶性、解离度)、给药途径、剂型及制剂因素、合并用药及吸收部位的血流状况等。其药动学参数是生物利用度,表示药物吸收入血的速度和程度。

药物可经过口服给药、舌下给药、注射给药、吸入给药、直肠给药、皮肤给药等不同途径吸收。药物吸收部位及其吸收特点(多少和快慢)由其本身性质决定,不同给药途径的吸收快慢不同,一般来说,吸入给药>肌内注射>皮下注射>直肠给药>黏膜给药>口服>皮肤给药。口服给药时,饮食或消化系统功能可能影响药物的吸收。舌下给药时,药物溶解后通过口腔黏膜吸收,可避免胃液、肠酶及肝药酶对药物的破坏。皮肤给药的药物吸收较少,经皮肤给药一般可发挥局部治疗作用;但有的药物也可制成透皮吸收制剂发挥

全身作用。有些药物通过直肠黏膜吸收,可制成栓剂经直肠给药。某些气体药物或将固体药物制成特殊的制剂可经吸入给药,由于肺泡面积大、血管丰富,吸收速度增加。

2. 分布

(1) 药物分布: 药物进入血液后即通过各种生理屏障向不同部位转运。血流丰富的组织如心脏、肝脏和肾脏常分布较多。有些药物可分布于全身,有些则选择性地分布于某些甚至某个组织,其药动学参数为表观分布容积。药物分布速度、分布量和选择性与各组织的血流量、膜的通透性和组织特性有关。例如血脑屏障(脑组织的毛细血管内皮细胞紧密相连,不具多数组织毛细血管内皮组织之间的小孔和吞饮小泡,其外表面几乎全为星形胶质细胞包围形成屏障)可使药物进入脑脊液受到限制。又如胎盘屏障是保护胎儿的生理屏障,但是有些脂溶性药物易于进入胎儿血循环,可能影响胎儿发育,孕妇用药时应注意。

(2) 药物与血浆蛋白的结合: 药物可与血浆蛋白结合,影响药物在体内的分布和药物作用,但这种结合常是可逆的。药物与血浆蛋白的结合率各不相同,两个结合率均高的药物合并应用时,可产生相互结合置换作用,使某一非结合药物的血药浓度增加,可能出现该药的毒性反应。

3. 代谢(生物转化) 药物在体内经过机体的代谢,大多数药物经代谢而失效,也有药物经过代谢后产生具有药理活性的代谢产物。某些药物在胃肠道吸收时,随血流首次进入肝脏时,可被代谢而失效,这种现象称为首过代谢(或首过消除)。

肝脏是药物代谢的主要器官。药物在肝中主要被肝药酶(主要指细胞色素 P450)代谢。有些药物可增强或抑制肝药酶活性。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、利福平等。能抑制肝药酶活性的药物称肝药酶抑制剂,如咪唑类抗真菌药、大环内酯类抗生素、异烟肼、西咪替丁等。药物与肝药酶诱导剂或酶抑制剂合用时,其作用可被减弱(由于增加了代谢)或被增强(由于减少了代谢),应注意联合用药时的药物相互作用。

4. 排泄 体内的原形药物或其代谢产物最终可通过排泄器官或分泌器官排出体外。排泄或分泌途径主要通过肾脏排泄和胆汁分泌。药物可通过肾小球滤过和肾小管分泌排泄。随着药物的排泄,药物作用相应减弱或消失。半衰期是表示药物排泄速度的参数,其数值越大表示排泄速度越慢,根据药物的作用机制,可根据药物的半衰期来确定给药间隔。各种药物的排泄途径和速度各不相同,而且排泄速度与排泄器官的功能状态有密切关系,因此应用主要经肾排泄的药物时应特别注意患者的肾功能。

很多药物经肝以原形或与葡萄糖醛酸及谷胱甘肽结合后主动转运到胆汁,自胆汁排入十二指肠后再被肠黏膜吸收,重入体循环,称为肝肠循环。药物肝肠循环可使药物在机体停留的时间延长,因而其作用持续时间也相对较长。

四、影响药物作用的因素

1. 机体方面的因素

(1) 生理状态:包括年龄、性别、营养状态、精神状态、遗传因素。

(2) 病理状态:疾病可影响机体对药物的敏感性,也可改变药物的体内过程,从而影响药物的效应。其中包括肝肾功能、胃肠功能、免疫功能、神经与精神状态等。

(3) 耐受性:患者在连续用药后出现药效逐渐降低,需加大剂量才能达到原有药效的现象,称为耐受性。若短期内连续用药即产生上述现象,称为快速耐受,一般停药后可恢复敏感性。

(4) 个体差异:个体之间对同一药物的反应可以有先天性的差异,称为药物作用的个体差异。如对同一药物,有的个体就特别敏感,只需很小剂量就可以达到应有的效应,常规剂量就能产生强烈效应或中毒反应,称为高敏感性;而有的个体对药物敏感性低,需要用较大的剂量才能达到同等药效,称为机体对药物产生耐受性。

2. 药物方面的因素

(1) 药物剂型和给药途径:给药途径对药效会产生明显影响。不同剂型的药物其吸收量或吸收速率不同,从而影响药物作用的快慢和强弱。大多数情况下,不同给药途径能影响药效的强弱和起效快慢,某些情况还会产生作用性质的不同,如硫酸镁口服产生导泻和利胆作用,而注射给药却产生镇静和降压作用。

不同给药途径可以影响药物吸收的量和速度,吸收速度快慢比较如下:静脉注射>吸入给药>肌内注射>皮下注射>直肠黏膜>口服>皮肤给药。

(2) 药物相互作用和联合用药:药物相互作用是指两种或多种药物同时或先后经相同或不同途径给药时,药物之间在体内相互作用,致使药物的作用和效应发生改变,包括治疗作用与不良反应增强或减弱,甚或出现不应有的效应。

多种药物合用可因它们的药效学或药动学而产生药物相互作用,即药物在作用以及在吸收、分布、代谢和排泄等方面的相互干扰,如药物在受体部位的竞争、药物与血浆蛋白结合的竞争性置换以及药物在肾小管排泄过程中竞争分泌通道等,从而改变药物的效应和毒性。