

初级药师 —— 精编口袋书

100 个精选知识点

医学教育网 著

精编口袋书

1. **静息电位**：主要是 K^+ 外流形成。 **动作电位**：主要是 Na^+ 内流，①去极化：主要是 Na^+ 内流。②复极化：主要是 K^+ 外流。

2. **阈值**：引起组织产生反应的最小刺激强度称阈强度简称阈值，它是判断组织兴奋性的指标。

3. **红细胞的生成**：

①生成原料： Fe^{2+} 蛋白质→缺铁性贫血。

②成熟因子：叶酸 $VitB_{12}$ →巨幼红细胞性贫血。

4. **影响心脏搏出量的因素**：

①前负荷（容量负荷）=心肌初长度=心室舒张期末充盈量

②后负荷（压力负荷）=动脉压

③心肌收缩力

5. **肺通气量与肺泡通气量**

① **肺（每分）通气量**：每分钟内呼出或吸入的气体总量。

每分通气量=潮气量×呼吸频率

意义：反映单位时间内肺的通气效率

② **肺泡（有效）通气量**：每分钟吸入肺泡并与血液进行交换的新鲜空气量。

肺泡通气量 = (潮气量 - 无效腔气量) × 呼吸频率

意义：反映单位时间内真正有效的通气量

6. 氨基酸的分类

① 非极性脂肪族氨基酸 7 种 (脯氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、缬氨酸、丙氨酸、甘氨酸和甲硫氨酸、)

② 极性中性氨基酸 5 种 (苏氨酸、天冬酰胺、丝氨酸、半胱氨酸和谷氨酰胺)

③ 含芳香环氨基酸 3 种 (酪色苯)

④ 酸性氨基酸 2 种 (天冬氨酸和谷氨酸)

⑤ 碱性氨基酸 3 种 (赖氨酸、精氨酸和组氨酸)

7. 蛋白质的一级结构：肽键。

蛋白质的二级结构：氢键。形式：α - 螺旋、β - 折叠、β - 转角、无规卷曲。

蛋白质的三级结构：盐键、疏水键、范德华力、氢键等。

蛋白质的四级结构：氢键和离子键。

8. **酶的活性中心**：指酶分子能与底物结合并发生催化作用的局部空间结构。凡具有活性的酶都具有活性中心。

9. **糖酵解**：①迅速提供能量，如骨骼肌在剧烈运动时的相对缺氧；②为红细胞供能；③乳酸还可以被利用。

10. **芽孢**：胞质脱水浓缩而成，芽孢是细菌的休眠状态。细菌形成芽孢后失去繁殖能力。能保存细菌全部生命活动的物质。当环境适宜时，芽孢又能发育成细菌的繁殖体。繁殖体大量繁殖而致病。杀灭芽孢最可靠的方法是高压蒸汽灭菌法。

11. **病毒的繁殖方式**：吸附→穿入→脱壳→生物合成→组装与释放子代病毒

12. **消毒**：指杀死物体上或环境中的病原微生物，并不一定杀死细菌芽孢或非病原微生物的方法。

灭菌：指杀灭物体上所有微生物的方法。包括杀灭细菌芽孢在内的全部病原微生物和非病原微生物。

13. **第Ⅱ型超敏反应**：主要是抗原物质进入体内，引起机体的免疫应答，其结果导致靶细胞的破坏，最终发生组织损伤。常见的疾病有输血反应、新生儿溶血症、药物性血细胞减少症。

14. **溶剂极性顺序**: 水 > 甲醇 > 乙醇 > 丙酮 > 正丁醇 > 乙酸乙酯 > 氯仿 > 乙醚 >

二氯甲烷 > 苯 > 石油醚

15. **香豆素**的母核为苯骈 α -吡喃酮。分为四大类, 即简单香豆素类、呋喃香豆素类、吡喃香豆素类及其他香豆素类。香豆素母体本身无荧光, 而羟基香豆素在紫外光下多显出蓝色荧光。

16. **萜类化合物**基本碳架多具有 2 个或 2 个以上异戊二烯单位 (C_5 单位) 结构特征的化合物。

17. 麻黄碱的作用: 平喘、收缩血管、兴奋中枢神经。

伪麻黄碱的作用: 收缩上呼吸道毛细血管, 解热镇痛。

秋水仙碱的作用: 治疗急性痛风, 抑制癌细胞生长。

18. **抗癫痫药**

苯妥英钠 (乙内酰脲类, 酰亚胺结构, 易水解。密闭保存或新鲜配制。治疗癫痫大发作和局限性发作)。

卡马西平 (需避光密闭保存。治疗癫痫大发作和综合性局灶性发作, 对失神发作无效)。

丙戊酸钠(吸湿性极强。广谱抗癫痫药,治疗其他抗癫痫药无效的各型癫痫)。

19. **对乙酰氨基酚**结构中含酰胺键,易水解生成对氨基酚。主要在肝脏代谢,可转化成毒性代谢物 N - 乙酰亚胺醌。

20. **盐酸哌替啶**: 度冷丁。第一个苯基哌啶类合成镇痛药,含酯键。能透过胎盘,孕期和哺乳期妇女不宜使用。 μ 受体激动剂。

21. **格列本脲**: 优降糖。二代磺酰脲类口服降糖药中的第一个代表药物,属强效降糖药。易引起低血糖,不适于老年患者。

盐酸二甲双胍: 碱性强,几乎全部由尿排泄,用于成人 2 型糖尿病及部分 1 型糖尿病。

22. 《中国药典》

现行版是 2020 年版,基本结构由一部、二部、三部、四部及其增补本组成。

一部: 收载中药材和中药成方制剂,

二部: 收载化学药品及其制剂

三部: 收载生物制品

四部: 通用技术要求、药用辅料

23. **精密称定**：指称取重量应准确至所取重量的千分之一。

称定：指称取重量应准确至所取重量的百分之一。

24. **可见异物**：灯检法、光散射法。热原：家兔法。细菌内毒素：鲎试剂法

25. 凡检查含量均匀度的制剂不再检查重（装）量差异。凡规定检查溶出度、释放度、融变时限或分散均匀性的制剂，不再进行崩解时限检查。

26.

不良反应	概念	特点和举例
副作用	由于药物的选择性低，治疗剂量时出现的与治疗目的无关的不良反应	与治疗作用同时发生，可预料、可逆性。难以避免。阿托品口干，硝酸甘油头痛
毒性反应	因用药量过大，或疗程过长，缓慢蓄积引起的一种严重的不良反应	能预知，可避免，严重得可导致器官功能永久性损害：庆大霉素的耳毒性

<p>停药反应</p>	<p>突然停药后，原疾病的症状加剧，故又称反跳反应</p>	<p>高血压患者长期服用可乐定降血压，突然停药，次日血压将明显回升</p>
<p>后遗效应</p>	<p>指停药后血药浓度降至最低有效浓度以下时残存的药理效应</p>	<p>巴比妥醒后头晕、困倦</p>
<p>变态反应</p>	<p>指与药理剂量作用无关，难以预料</p>	<p>青霉素及阿司匹林过敏反应</p>
<p>特异质反应</p>	<p>指由于遗传异常导致对某些药物反应特别敏感，反应严重程度与用药剂量成正比</p>	<p>蚕豆病由于缺乏 6 - 磷酸葡萄糖脱氢酶服用伯氨喹、磺胺类药物后引起溶血</p>

27. **受体特性**：灵敏性、特异性、饱和性、可逆性、多样性。

28. **治疗指数 (TI)**：半数致死量与半数有效量的比值 (LD_{50} / ED_{50})。可用 TI

来估计药物的安全性，其值越大，表示药物越安全。一般认为，比较安全的药物，

其治疗指数不应小于 3。

29. **易化扩散**：是靠膜蛋白顺浓度梯度跨膜转运，不耗能。

30. **血浆蛋白结合率**：药物在血浆内与血浆蛋白结合的比率。在正常情况下，各种药物以一定的比率与血浆蛋白结合，在血浆中常同时存在结合型与游离型。结合后是可逆的，不分布，不代谢，不排泄，无药理活性。

31. **肝药酶诱导剂**：使酶活性增强的药物。

如：灰黄霉素、地塞米松、苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平、利福平、水合氯醛和螺内酯等。诱导加强 P450 酶的活性，加速药物的代谢 - 药效减弱。

32. **血浆半衰期** ($t_{1/2}$)：指血药浓度下降一半所需的时间。是确定给药间隔时间的依据。停药后，约经 5 个半衰期，可以认为药物基本消除。如：某药半衰期 8 小时，一次给药 2 天消除。某药半衰期 2 小时，10 小时可以稳态。

33. **M 样症状** (轻度) ①心：心动过缓；②血管：血压下降；③内脏：胃肠绞痛，呼吸困难，尿失禁；④腺体：口吐白沫、大汗淋漓；⑤眼：瞳孔缩小。

34. **α 受体激动药 - 去甲肾上腺素 (NA)**

药理作用	特点及临床应用
------	---------

收缩血管	1.强烈收缩血管，上消化道出血（口服给药）。 2.皮肤黏膜血管 > 肾血管 > 脑肝肠系膜及骨骼肌血管
兴奋心脏	1.激动心脏 β_1 受体，使心肌收缩力增强，心肌耗氧量增加。 2.血管强烈收缩，外周阻力提高，心排出量不变甚或降低
升高血压	神经性休克早期和药物中毒所致急性低血压

35. **苯二氮草类**能增强 GABA 能神经传递功能和突触抑制效应， Cl^- 通道开放， Cl^- 内流增加，使神经细胞膜超极化，产生抑制效应。

36. **吩噻嗪类**抗精神失常药主要是阻断 DA-R，DA-R 有 D_1 和 D_2 两种亚型。还阻断 α 受体、M 受体等。

37. **I 类钠通道阻滞药**

Ia 类：适度阻滞钠通道，如普鲁卡因胺、奎尼丁等

Ib 类：轻度阻滞钠通道，如苯妥英钠、美西律和利多卡因。

Ic 类：重度阻滞钠通道，如普罗帕酮、氟卡尼。

38. **高血压并发症**选用药物：

①高血压合并心功能不全或支气管哮喘者，宜用利尿药、ACEI、哌唑嗪等，不

宜用 β 受体阻断药。

②高血压合并肾功能不全者，宜用 ACEI、钙通道阻滞药、甲基多巴，不宜用 β

受体阻断药。

③高血压危象和高血压脑病，宜用强效、速效降压药，静脉给药，可选用硝普钠、

二氮嗪或呋塞米等。

④高血压合并消化性溃疡者，宜用可乐定，禁用利血平。

39. **呋塞米** - 高效能利尿药：①利尿：利尿作用：快、强、短。作用部位：髓袢

升支粗段髓质部和皮质部，抑制髓袢升支粗段 $K^+ - Na^+ - 2Cl^-$ 共同转运载体，

抑制 $NaCl$ 的重吸收，使稀释功能受抑制。②扩血管：能扩张肾血管，降低肾血

管阻力，增加肾血流量，肾衰竭时尤为明显。

40. **华法林** 是维生素 K 拮抗剂，只能在体内肝脏抑制维生素 K 由环氧化物向氢醌

型转化，影响凝血因子 II、VII、IX、X 的羧化作用，从而影响凝血过程。可以口

服，吸收快而完全，起效慢，作用缓慢持久，体内抗凝，体外无效。

41. **胃酸分泌抑制药** (抑酸药) ① H_2 受体阻断药：西咪替丁、雷尼替丁、法莫替

丁等。②质子泵抑制剂 - 奥美拉唑。

42. **止吐药及胃肠动力药**：甲氧氯普胺、多潘立酮、西沙必利、昂丹司琼。

43. **缩宫素**：小剂量缩宫素（2~5U）加强子宫（尤其对妊娠末期子宫）节律性收缩。收缩性质类似于正常分娩，对宫体作用强于宫颈，让宫底收缩，宫颈松弛。利于胎儿顺利娩出。大剂量缩宫素（5~10U）使子宫产生持续强直性收缩，可利于产后止血。

44. **碘及碘化物**：小剂量碘：碘是合成甲状腺激素的原料，用于预防单纯性甲状腺肿，对早期患者疗效显著。大剂量碘：抑制甲状腺激素的释放，拮抗 TSH 促进激素释放作用，抗甲状腺作用。

45. **抗菌药物的作用机制**

①干扰细菌细胞壁合成： β -内酰胺类抗生素

②影响细胞膜通透性：多肽类抗生素。

③抑制细菌蛋白质合成：氨基糖苷类、四环素类（作用于 30S 亚基）、大环内酯类、氯霉素、林可霉素（作用于 50S 亚基）。

④抑制核酸代谢：抑制 RNA 多聚酶，阻碍 mRNA 的合成如利福平；抑制 DNA 回旋酶，妨碍细菌 DNA 的复制如喹诺酮类。

⑤影响叶酸代谢：磺胺类和甲氧苄啶可分别抑制二氢叶酸合成酶与二氢叶酸

还原酶。

46. **青霉素**是治疗 G⁺球、G⁺杆菌，G⁻球菌及螺旋菌的首选药物。

47.影响药物胃肠道吸收的因素

①生理因素②药物因素③剂型因素④剂型吸收快慢

48.影响药物代谢的因素

①给药途径和剂型②给药剂量③代谢反应的立体选择性④酶诱导⑤酶抑制⑥生

理因素

49. **药物体内速率过程** (变化速率 dX/dt 与 X 关系不同)

①一级速率过程——通常说的线性动力 ($dX/dt=k \cdot X^1=kX$)

大部分药物变化速率与药量或血药浓度的一次方成正比

②零级速率过程 ($dX/dt=k \cdot X^0=k$) 速度恒定，与血药浓度无关

恒速静滴给药速度、控释制剂药物释放速度、酶饱和后转运

50.临床试验

I 期初步临床药理学及人体安全性评价试验：选择健康受试者。

Ⅱ期治疗作用初步评价阶段：选择目标适应症患者。

51. **散剂**：易分散，起效快，适于婴幼儿；易吸湿；干燥失重 2.0%（中药水分 9.0%）；口服散剂：细粉；儿科用和局部用散剂：最细粉。

52. **片剂**

①舌下片：避免肝脏首过、急症

②咀嚼片：甘露醇、山梨醇、蔗糖

③分散片：难溶性药物加水迅速崩解分散后口服、含于口中吮服或吞服

④可溶片：临用前溶解于水，口服、外用、含漱

⑤口崩片：口腔中可快速崩解或溶解

53. 不加崩解剂的片剂：长效片（缓控释片）；口含片；舌下片；咀嚼片；植入片

54. **助悬剂**：分散介质 η ↑，降低微粒沉降速度或增加微粒亲水性。

55. **絮凝** ζ ↓，排斥力稍低于吸引力，微粒聚集；反絮凝 ζ ↑，阻碍聚集

56. **乳剂不稳定现象及原因**

①分层（乳析）：密度差

②絮凝：电解质、离子型乳化剂



③转相 (转型): 乳化剂性质转变

④合并与破裂: 乳滴大小不均一

⑤酸败: 油相、乳化剂变质

57. 制药用水

制药用水	考点
饮用水	非灭菌制剂饮片提取
纯化水	普通制剂溶剂、稀释剂、注射剂饮片提取
注射用水	注射、滴眼: 溶剂、稀释剂、容器清洗
灭菌注射用水	注射用灭菌粉末溶剂、注射剂的稀释剂
注射用油	大豆油、茶油、麻油, 指标: 碘价、皂化价、酸价
其他	乙醇、甘油、丙二醇、聚乙二醇 300/400、二甲基乙酰胺 (符合注射用规格, 不能用化学试剂代替)

58. **缓控释制剂的特点**: ①给药次数↓, 顺应性↑, 适于长期用药的慢性病患者②

总剂量↓, 发挥药物的最佳治疗效果③血药浓度平稳, 峰谷现象↓, 毒副作用↓,

耐药性↓④可减少药物对胃肠道的刺激性

59. **经皮给药系统的高分子材料**: 药库材料 (贮库材料): 卡波姆、HPMC、PVA

60. **脂质体的质量评价**: ①形态、粒径及其分布: 封闭多层囊状, 注射 < 200nm;

②包封率 > 80%; ③载药量; ④物理稳定性: ⑤渗漏率——表示包封率变化情

况; ⑥化学稳定性: 磷脂氧化指数 < 0.2, 磷脂量的测定

61. **增加药物溶解度的方法**: 加入增溶剂; 加入助溶剂; 使用混合溶剂; 改变部

分化学机构

62. **休止角**小——摩擦力小, 流动性好, 流速大, 填充重量差异小 $\theta \leq 30^\circ$ 流动性

好, $\theta \leq 40^\circ$ 满足生产需要

63. **接触角**—— θ 越小, 润湿性越好

64. **影响因素试验** (强化试验): 高温、高湿、强光, 10 天→筛选工艺、选择包

材、确定贮存条件

65. **加速试验**: $40^\circ\text{C} \pm 2^\circ\text{C}$, $75\% \pm 5\%$, 6 个月: 含量降低与分解速度有关, 预测

有效期

66. **长期试验** (留样观察法): 接近实际贮存条件下贮藏→确定有效期

67. **易水解药物**: 盐酸普鲁卡因、阿托品、青霉素、头孢、苷类、巴比妥类、氯霉素、对乙酰氨基酚

68. **医院药事管理 (HPA) 特点**: 专业性、实践性、服务性

69. **药事管理与药物治疗学委员会**——二级以上设立: 委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成。

70. **药师的职责**

药士: 从事处方调配工作。

药师: 调配复杂处方, 据临床需要研究中、西药品的新制剂、创制新剂型;

主管药师: 指导药师的技术工作, 负责药士晋级业务考核和参加评审工作,

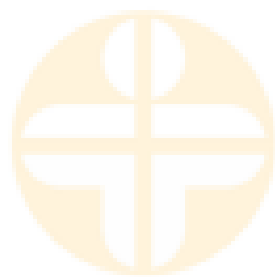
在无副主任药师以上技术职称人员的情况下, 承担药师晋级业务考核工作。

71. **处方颜色**:

普通、精二: 白色

急诊: 淡黄色

儿科: 淡绿色



麻醉、精一：淡红色

72. 处方限量

①一般不超过 7 日用量（含精 2），急诊不超过 3 日用量，慢性病或特殊情况，可适当延长，医师注明理由。

②麻醉、精一（门、急诊）

	注射剂	普通制剂	缓控释
普通患者	1 次	3 日	7 日
癌症、慢性疼痛患者	3 日	7 日	15 日

73. **处方时限**：普通、急诊、儿科处方保存 1 年，毒性药品、第二类精神药品及戒毒药品处方保存 2 年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存 3 年。保存期满后经医院领导批准后登记并销毁。

74. **麻醉、精一**特殊情况，住院患者：逐日开具，1 日常用量。

75. **调剂过程**：收方→检查处方→调配处方→包装贴标签→复查处方→发药

76. **四查十对**：

查处方，对科别，对姓名，对年龄；查药品，对药名，对剂型，对规格，对数量；

查配伍禁忌，对药品性状，对用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

77.处方内容必须填写完整，字迹清晰，不得涂改；如需涂改，须在**涂改处签名**

并注明日期。

78.**药品名称**应使用药品通用名称、新化合物专利药物名称、复方制剂药物名称。

79.开具处方后的空白处**画一斜线以示处方完毕。**

80.**国际非专利名称** (INN) ——世界卫生组织 (WHO) 制定的一种原料药或活性成分的唯一名称。

81.**通用名**必须在上三分之一范围内显著位置标出 (竖版为右三分之一范围内)；

字体颜色应当使用黑色或者白色；

82.**缩写** n: 晚上 i: 在.....之间 o: other, 隔日 b: 2次 t: 3次 q: 4次

83.**药品管理制度**

一级管理：麻醉药品和毒性药品原料药的管理

二级管理：精神药品、贵重药品和自费药品的管理

三级管理：普通药品的管理

84.**静脉用药调配中心 (室) 工作流程**

临床医师开具静脉输液治疗处方或用药医嘱→用药医嘱信息传递→药师审核→打印标签→贴签摆药→核对→混合调配→输液成品核对→输液成品包装→分病区放置于密闭容器中、加锁或封条→由工人送至病区→病区药疗护士开锁(或开封)核对签收→给患者用药前护士应当再次与病历用药医嘱核对→给患者静脉输注用药。

85. **葡萄糖液**：破坏脂肪乳剂的稳定性，不与乳剂直接混合。

86. **注射剂沉淀**：注射液溶媒组成改变：某些注射剂内含有非水溶剂，若把这类药物加入水溶液中，由于溶媒性质的改变而析出药物产生沉淀，如氯霉素注射液(含乙醇、甘油等)加入5%葡萄糖注射液或氯化钠注射液中，可析出氯霉素沉淀。

87. **注射剂变色**：肾上腺素与铁盐发生络合作用；异烟肼或维生素C与氨茶碱、多巴胺与苯妥英钠等合用可导致颜色改变。

88. **药品的外观检查**

①药品包装的外观：包装箱、封条、包装盒、药瓶、合格证等项。

②药品本身的外观形状：药物的聚集状态、色泽以及臭味等性质。

检查方法：通过人的视、触、听、嗅，检查时需将包装容器打开。

89. **验收记录**：药品通用名称、生产厂商、规格、剂型、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期、验收日期、验收结论等内容。

必须保存至超过药品有效期 1 年，但不得少于 3 年。

90. **直接标明有效期**：如药品有效期为 2018 年 6 月 6 日，表明至 2018 年 6 月 7 日起便不得使用。国内多数药厂都用这种方法。（有效期后一天不能用）

91. **直接标明失效期**：如某药品的失效期为 2018 年 6 月 6 日，表明可使用至 2018 年 6 月 5 日。一些进口药品可见这种表示方法。（失效期到前一天可用）

92. 药品的保管与养护

遮光：指用不透光的容器包装，如棕色容器或黑纸包裹的无色透明、半透明容器；

密闭：指将容器密闭，防止尘土和异物进入；

密封：是指将容器密封，以防止风化、吸潮、挥发或异物进入；

熔封或严封：是指将容器熔封或用适当的材料严封，防止空气和水分及其他气体入侵，防止污染；

阴凉处：指不超过 20℃；

凉暗处：避光并温度不超过 20℃；

冷处：指 2~10℃；

常温：指 10~30℃。

93. **毒性药品的采购管理**：根据临床诊断治疗需要编制医疗用毒性药品年需求计划，报经当地卫生行政管理部门及公安局毒品管理部门批准后，凭管理部门发给的购买卡到指定的供应单位购买。

94. 物理灭菌技术

灭菌方法	灭菌源	适用范围	物料
干热灭菌	干热空气	耐高温	器具、固体试药、液体石蜡
湿热灭菌	饱和蒸汽、过热水	应用最广	药品、容器、培养基等
紫外线灭菌	紫外线		纯净水、空气、表面

95. **薄层色谱鉴别**：制板（常用硅胶）、点样、展开、显色。活化：在 110℃加热 30 分钟，使硅胶吸附力增强，这一过程称为“活化”。

96. **二次文献**：是对分散的一次文献进行筛选、压缩和组织编排而形成的进一步

加工产物，是管理和查找利用一次文献的工具，本身并不含有用户需要的详细情

报资料。如：目录、索引、文摘、题录等。

97. 治疗药物监测 (TDM) 适用范围

- ① 治疗指数低、毒性大的药物
- ② 中毒症状容易和疾病本身的症状混淆的药物
- ③ 临床效果不易很快被觉察的药物
- ④ 具有非线性药动学特征的药物
- ⑤ 同一剂量可能出现较大的个体间血液浓度差异
- ⑥ 肝、肾功能不全或衰竭患者使用主要经肝代谢（利多卡因、茶碱等）或肾

排泄（氨基糖苷类抗生素）的药物时

- ⑦ 新生儿、婴幼儿及老年患者用药。
- ⑧ 其他情况
- ⑨ 联合用药

98. 治疗药物选择的原则：安全性（前提）、有效性（首要标准）、经济性、方便

性。

99.不良反应

<p>A 型 (量变型)</p>	<p>可以预测，常与剂量有关，停药或减量后症状很快减轻或消失，发生率高，但死亡率低</p>
<p>B 型 (质变型)</p>	<p>一般很难预测，常规毒理学筛选不能发现，发生率低，但死亡率高</p>
<p>C 型 (质变型)</p>	<p>一般在长期用药后出现，潜伏期较长，没有明确的时间关系，难以预测</p>

100.高血压药物遴选

临床情况	药物遴选
<p>高血压伴肾脏疾病</p>	<p>首选 ACEI/ARB，也可选择 CCB、α受体阻断剂、β受体阻断剂、利尿剂</p>
<p>高血压合并糖尿病</p>	<p>首选 ACEI/ARB，也可选择 CCB、利尿剂</p>
<p>高血压伴心力衰竭</p>	<p>可选用 ACEI/ARB、利尿剂、β-B，不宜选用 CCB，但氨氯地平和非洛地平可用</p>

蛋白尿/微量白蛋白尿	首选 ACEI/ARB
高血压伴血脂异常	首选 ACEI/ARB

