

第七章 心血管系统常见疾病

第一节 高血压

一、高血压的定义和分类

1. 高血压定义为：在未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量血压，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

2. 高血压水平分类：

分类	收缩压 (mmHg)	条件	舒张压 (mmHg)
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120-139	和/或	80-89
高血压	≥ 140	和/或	≥ 90
1 级高血压 (轻度)	140-159	和/或	90-99
2 级高血压 (中度)	160-179	和/或	100-109
3 级高血压 (重度)	≥ 180	和/或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	<90

注：当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准。

二、药物治疗

高血压的主要原因：

1. 循环血量增加 $\rightarrow$ 利尿剂

2. 血管壁增厚、血管变窄 $\rightarrow$ 扩血管：例如 CCB 类

3. 神经内分泌系统的异常——— 升压物质增多

① RAAS 系统病变 $\rightarrow$ ACEI、ARB、醛固酮受体拮抗剂、肾素抑制剂

②交感神经活性增加 $\rightarrow$ β 受体阻断剂

α_1 受体阻断剂

一、常用降压药物种类

(1) 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)

代表药物	卡托普利、依那普利、雷米普利、培哚普利
适应证	适用于伴慢性心力衰竭、心肌梗死后心功能不全、心房颤动、糖尿病肾病、慢性肾脏病、代谢综合征、蛋白尿或微量白蛋白尿的患者
不良反应	咳嗽，血钾升高（应定期监测血钾和血肌酐水平）
禁忌证	双侧肾动脉狭窄、高钾血症及妊娠妇女

(2) 血管紧张素 II 受体阻断剂 (ARB)

代表药物	氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦、奥美沙坦
适应证	同 ACEI，也用于不能耐受 ACEI 的患者
不良反应	血钾升高（与 ACEI 的最大区别是没有干咳）
禁忌证	同 ACEI（双侧肾动脉狭窄、高钾血症及妊娠妇女）

(3) β 受体阻断剂 (β -RB) —— β_1 受体阻断剂

代表药物	比索洛尔、美托洛尔、阿替洛尔
适应证	适用于交感神经活性增高以及高动力状态的高血压患者，如伴有快速型心律失常、

	冠心病、慢性心力衰竭
不良反应	支气管痉挛、心功能抑制、影响糖脂代谢
禁忌证	二至三度房室传导阻滞、严重支气管哮喘患者禁用；糖耐量异常者慎用
特殊之处	有反跳现象，不能突然停药

(4) 钙通道阻滞剂（CCB）

适应证：老年高血压、单纯收缩期高血压、伴稳定性心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化及周围血管病患者，可显著降低脑卒中风险			
分类	代表药物	不良反应	禁忌证
二氢吡啶类	（地平类）氨氯地平、硝苯地平、非洛地平、尼群地平	足踝部水肿，头痛，面部潮红，牙龈增生	没有绝对禁忌证 但心动过速、心衰慎用，如必须使用可选（氨氯地平或非洛地平）
非二氢吡啶类	维拉帕米、地尔硫	—	2~3度房室传导阻滞、心力衰竭患者禁止使用

(5) 利尿药

适应证：适用于老年高血压、单纯收缩期高血压或伴心力衰竭患者，也是难治性高血压的基础药物之一		
分类	代表药物	考点
噻嗪类	氢氯噻嗪、苄氟噻嗪、氯噻酮、呋塞米	不良反应：血钾、钠降低、尿酸升高 禁忌症：痛风者禁用
袢利尿剂	呋塞米	不常用
保钾利尿剂	阿米洛利、氨苯蝶啶	不良反应：血钾升高
醛固酮拮抗剂	螺内酯	血钾升高，男性乳房发育

(6) α 受体阻断剂

代表药物	多沙唑嗪、哌唑嗪、特拉唑嗪
适应证	不作为一般高血压治疗的首选药，适用高血压伴前列腺增生患者，也用于难治性高血压患者的治疗
不良反应	直立性低血压
禁忌证	直立性低血压者禁用；心力衰竭者慎用

(7) 肾素抑制剂

阿利吉仑：直接抑制肾素（酶）活性

降压药的不良反应、禁忌症

药物	典型不良反应	禁忌症
ACEI 类（**普利）	刺激性干咳、血钾升高	双侧肾动脉狭窄、高血钾、妊娠期禁用
ARB 类（**沙坦）	血钾升高	
β 受体阻断剂（**洛尔）	支气管痉挛、心功能抑制、影响糖脂代谢	哮喘禁用、反复低血糖发作者慎用
CCB 类（**地平）	二氢吡啶类：足踝部水肿、头痛、面部潮红	二氢吡啶类：心衰患者慎用 非二氢吡啶类：心衰患者禁用
噻嗪类利尿剂	血钾、钠降低，尿酸升高	痛风禁用
保钾利尿剂（阿米洛利、氨苯蝶啶）	血钾升高	—
醛固酮受体阻断剂（螺内酯）	血钾升高，男性乳房发育	—

α 受体阻断剂 (**唑嗪)	体位性低血压	—
-----------------------	--------	---

高血压合并症首选

特殊情况	药物遴选
高血压伴脑卒中	SBP $\geq$ 200mmHg 或 DBP $\geq$ 110mmHg 可用降压药: 拉贝洛尔、尼卡地平
高血压伴肾脏疾病	首选 ACEI/ARB, 也可选择 CCB、 α 受体阻断剂、 β 受体阻断剂、利尿剂
高血压合并糖尿病	首选 ACEI/ARB, 也可选择 CCB、利尿剂
高血压伴心力衰竭	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
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

特殊情况	药物遴选
高血压伴稳定型心绞痛	首选 β -B
高血压伴快速型心律失常	首选 β -B
高血压伴前列腺增生	首选唑嗪类 (特拉唑嗪、多沙唑嗪)
高血压伴高尿酸血症	首选沙坦类 (氯沙坦)

二、降压药的联合应用

二联方案	
ACEI/ARB+D-CCB	①协同降压; ②ACEI 或 ARB 消除 D-CCB 产生的踝部水肿、心率加快
ACEI/ARB+噻嗪类利尿剂 (D)	①协同降压; ②互相抵消不良反应 (A 导致高血钾, D 导致低血钾)
D-CCB+噻嗪类利尿剂 (D)	可降低高血压患者脑卒中发生风险
D-CCB+ β 受体阻断剂	相互抵消对心率的影响
三联方案	A+C+D 最常用
四联方案	A+C+D+ (B、醛固酮受体阻断剂、氨苯蝶啶、可乐定、 α 受体阻断剂)

经典例题

配伍选择题

[1-2] (2016 年)

- A. 双侧肾动脉狭窄
- B. 心力衰竭
- C. 痛风
- D. 冠心病
- E. 哮喘

1. 患者, 男, 46 岁, 因心绞痛伴房颤, 给予维拉帕米治疗, 维拉帕米的禁忌症是

2. 患者, 女, 60 岁, 因心绞痛给予普萘洛尔治疗, 普萘洛尔的禁忌症是

『正确答案』B、E

『答案解析』维拉帕米的禁忌症是心力衰竭; 普萘洛尔的禁忌症是哮喘。

[3-5] (2019 年)

- A. 维拉帕米
- B. 氯沙坦
- C. 螺内酯
- D. 美托洛尔

E. 多沙唑嗪

3. 患者，女，56岁，诊断为高血压伴快速型心律失常，首选的药物是

4. 患者，男，60岁，诊断为高血压伴高尿酸血症，首选的药物是

5. 患者，男，81岁，诊断为高血压伴前列腺增生，首选的药物是

『正确答案』D、B、E

『答案解析』

特殊情况	药物遴选
高血压伴稳定型心绞痛	首选 β -B
高血压伴快速型心律失常	首选 β -B
高血压伴前列腺增生	首选唑嗪类（特拉唑嗪、多沙唑嗪）
高血压伴高尿酸血症	首选沙坦类（氯沙坦）

第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病

一、稳定型心绞痛

缓解症状并改善缺血的药物	
硝酸酯类	硝酸甘油、硝酸异山梨酯
β 受体阻断剂	琥珀酸美托洛尔、阿替洛尔及比索洛尔
钙通道阻滞剂	①二氢吡啶类药物：氨氯地平、硝苯地平、非洛地平 ②非二氢吡啶类药物：维拉帕米、地尔硫
其他	曲美他嗪、尼可地尔、伊伐布雷定
预防心肌梗死并改善预后的药物	
抗血小板药	阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛
调脂药物	他汀类
β 受体阻断剂	琥珀酸美托洛尔、比索洛尔和卡维地洛
ACEI/ARB	普利类/沙坦类

1. 缓解症状并改善缺血的药物

缓解症状并改善预后的药物		
药物	考点	
硝酸酯类（以扩张静脉为主同时扩张冠状动脉）	急性期	硝酸甘油（0.25-0.5mg）、 硝酸异山梨酯（5-10mg）；
	慢性长期	单硝酸异山梨酯普通片 20mg, bid; 缓释片 40 ~60mg, qd
	考点	①有首过效应，应舌下含服（不宜立即饮水或进食）

		② 易耐药，宜采用偏心给药（保证足够的无药间期） ③ 不良反应：头痛、面色潮红、心率反射性加快（常与 β 受体阻断剂合用）和首剂体位性低血压； ④ 使用西地那非、伐地那非 24 小时内，不能使用硝酸甘油
--	--	---

β 受体阻断剂（减慢心率，降低心肌耗氧量）	① 阿替洛尔、比索洛尔、美托洛尔 ② 用药后要求静息心率降至 55~60 次/分 ③ 降低心肌梗死后稳定性心绞痛患者死亡和再梗死的风险 ④ 禁忌症：在有严重心动过缓和高度房室传导阻滞、哮喘的患者；变异型心绞痛不宜使用 β -B；
钙通道阻滞剂（扩张冠脉）	① 变异型心绞痛首选 ② 不良反应：外周水肿，便秘、面部潮红、反射性心率加快 ③ 当稳定性心绞痛合并心力衰竭必须应用长效钙拮抗剂时，可选择氨氯地平或非洛地平

其它	曲美他嗪	抑制脂肪酸的 β -氧化，从而促进葡萄糖的氧化供能，改善心肌缺血及左心功能，缓解心绞痛
	尼可地尔	钾通道开放剂

2. 改善预后的药物

抗血小板药	阿司匹林	二级预防：最佳剂量范围 75~100mg/d 怀疑急性冠心病发作：立即嚼服 300mg
	氯吡格雷	75mg qd 氯吡格雷是无活性的前药，不宜与奥美拉唑、艾司奥美拉唑合用
	替格瑞洛	新型 P2Y ₁₂ 受体阻断剂，具有直接抗血小板活性，特点是更快、更强
	冠脉介入治疗后双联抗血小板治疗	双联抗血小板治疗：阿司匹林（100mg qd）+氯吡格雷（75mg qd）或替格瑞洛（90mg bid）至少持续 12 个月

他汀类	① 所有冠心病患者，无论其血脂水平如何，均应给予他汀类药物	
	② 冠心病患者 LDL-C 目标值 <1.8mmol/L	
	瑞舒伐他汀	5~20mg, qn
	普伐他汀	20~40mg, qn
	辛伐他汀	20~40mg, qn
	阿托伐他汀	10~80mg, qn
	氟伐他汀	80mg/d

ACEI/ARB	所有合并糖尿病、心力衰竭、左心室收缩功能不全、高血压、心肌梗死后左心室功能不全的患者，优先使用 ACEI
β 受体阻断剂	心肌梗死后患者长期接受 β 受体阻断剂二级预防治疗，可降低相对死亡率 适用于：心肌梗死后稳定性心绞痛或心力衰竭患者

二、不稳定型心绞痛（UA）、非 ST 段抬高型心肌梗死（NSTEMI）

抗心肌缺血治疗	硝酸酯类、 β 受体阻断剂、钙通道阻滞剂
抗血小板治疗	阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、替罗非班、依替巴肽（血小板糖蛋白（GP） II b/IIIa 受体阻断剂）

抗凝治疗	普通肝素、低分子肝素（依诺肝素、达肝素和那曲肝素）、磺达肝癸钠、比伐卢定
------	--------------------------------------

经典例题

最佳选择题

（2018 年）患者，男，70 岁，外出登山途中突然出现胸前区疼痛，疼痛放射至左肩，休息 2 分钟后缓解，立即急诊就医。查体：血压 150/95mmHg，心率 55 次/min。化验结果：

TC5.0mmol/L，TG1.78mmol/L。结合心电图检查结果，临床诊断为稳定型心绞痛。该患者不宜选用的药物是

- A. 比索洛尔片
- B. 阿司匹林肠溶片
- C. 依那普利片
- D. 阿托伐他汀钙片
- E. 硝酸甘油片

『正确答案』A

『答案解析』心率 55 次/min 已经比较慢了，所以不宜再用比索洛尔。

什么是血脂异常？

血脂异常的临床分类

分类	TC	TG	HDL-C	相当于 WHO 分型
高胆固醇血症	增高			II a
高 TG 血症		增高		IV、I
混合型高脂血症	增高	增高		II b、I、IV、V
低 HDL-C 血症			降低	

一、调节血脂用药遴选

1. 降低胆固醇

他汀类	首选（具体考点稍后奉上）
胆酸螯合剂	考来烯胺、考来替泊、考来维仑
普罗布考	①尤适用于纯合子家族性高胆固醇血症 ②禁忌症：室性心律失常、Q-T 间期延长、低血钾
依折麦布	禁用于妊娠期、哺乳期
依洛尤单抗	是 PCSK9 的单克隆抗体，能够阻止 LDL 受体降解，促进 LDL-C 通过受体介导被清除

他汀类考点汇总

不良反应	横纹肌溶解、肝毒性
用药原则	①不同种类与剂量的他汀类降低胆固醇幅度有较大差别；但任何一种他汀类剂量倍增时，LDL-C 进一步降低幅度仅约 6%，即所谓“他汀类降脂疗效‘6’效应”——不推荐“剂量倍增” ②他汀类适宜睡前服用，但是阿托伐他汀和瑞舒伐他汀等长半衰期药物，可在每天任何固定时间服用 ③他汀类应用取得预期疗效后应继续长期服用，不能随便停药或自行隔日服用 ④如果应用某种他汀类后发生不良反应，可采用换用另一种他汀类、减少剂量服用或换用非他汀类调脂药物等方法处理 ⑤中国的临床研究证据不支持 ACS（急性冠脉综合征）患者于 PCI（冠脉介入治疗）术前短期强化他汀类治疗的心血管获益，最新国外指南也没有这种推荐 ⑥血脂康胶囊是特制红曲加入稻米后发酵产生的 13 种他汀类混合物，主要是无晶型的洛伐他汀及其同类物
相互作用	不宜与大环内酯类合用（阿奇霉素除外） 辛伐他汀、洛伐他汀与苯磺酸氨氯地平合用时，日剂量不能超过 20mg

2. 降低甘油三酯

贝特类	非诺贝特片	0.1g, tid; 微粒型：每次 0.2g, qd
	吉非罗齐	0.6g, bid
	苯扎贝特	0.2g, tid
烟酸类	①具有降低 TC、LDL-C 和 TG，升高 HDL-C 的作用 ②慢性活动性肝病、活动性消化性溃疡和严重痛风者禁用	

3. 药物联合应用

药物联合	他汀类+依折麦布→协同降胆固醇、LDL-C
	他汀类+依洛尤单抗→为欧美国家治疗家族性高胆固醇血症（FH）患者的主要方式
	他汀类+贝特类→降低 LDL-C、TG，升高 HDL-C

二、调脂目标值

1. 心血管危险评估

（1）已诊断为 ASCVD 者直接列为很高危人群。

ASCVD（包括急性冠状动脉综合征、稳定型冠心病、血运重建术后、缺血性脑卒中、短暂性脑缺血发作、周围动脉粥样硬化病等）

（2）符合如下条件之一者直接列为高危人群：

① LDL-C $\geq$ 4.9mmol/L；

② 1.8mmol/L $\leq$ LDL-C $<$ 4.9mmol/L 且年龄在 40 岁及以上的糖尿病患者。

2. 心血管危险评估

很高危者	LDL-C $<$ 1.8mmol/L
高危者	LDL-C $<$ 2.6mmol/L
中危和低危者	LDL-C $<$ 3.4mmol/L
LDL-C 基线值较高而不能达目标值者	LDL-C 至少降低 50%
很高危患者 LDL-C 基线值在目标值以内者	LDL-C 仍应进一步降低 30%左右
脑卒中 LDL-C	应控制在 1.8mmol/L 以下
合并糖尿病患者 LDL-C	应控制在 2.6mmol/L 以下
合并代谢综合征 LDL-C	应控制在 2.6mmol/L 以下

经典例题

最佳选择题

（2020 年）因半衰期较长，无需强调晚间或睡前服用的药物是

- A. 瑞舒伐他汀
- B. 辛伐他汀
- C. 洛伐他汀
- D. 普伐他汀
- E. 氟伐他汀

『正确答案』A

『答案解析』阿托伐他汀和瑞舒伐他汀等长半衰期药物，可在每天任何固定时间服用。

第四节 心力衰竭

病因：

1. 心肌收缩力不足

——正性肌力药（地高辛、左西孟旦）

2. 心脏负荷过重

——利尿剂、ACEI/ARB、ARNI、醛固酮受体阻断剂、 β 受体阻断剂

一、心衰药物治疗

利尿剂	呋塞米、氢氯噻嗪、阿米洛利、托伐普坦等	
抑制 RAAS 系统	ACEI/ARB	普利类/沙坦类
	醛固酮受体阻断剂	螺内酯
ARNI	血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂：沙库巴曲缬沙坦	
β 受体阻断剂	琥珀酸美托洛尔、比索洛尔及卡维地洛	
强心苷类药物	地高辛，正性肌力药	
其他药物	伊伐布雷定：特异性抑制心脏窦房结起搏电流，降心率	
	左西孟旦：钙增敏剂，新型正性肌力药	
	奈西利肽：重组人脑利钠肽，有利钠、利尿和扩血管作用	

二、各类药物特点

利尿剂	①监测体重：每天减轻 0.5~1.0kg 为宜 ②有明显液体潴留的患者——首选袢利尿剂（呋塞米、托拉塞米、布美他尼） ③轻度液体潴留、伴有高血压且肾功能正常的心力衰竭患者——噻嗪类利尿剂（氢氯噻嗪） ④顽固性水肿或低钠血症者——托伐普坦
血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂（ARNI）	①代表药：沙库巴曲缬沙坦 ②适应证：可以用于 NYHA 心功能 II~III 级、有症状的心力衰竭患者，对于之前能够耐受 ACEI/ARB 的患者，推荐以 ARNI 替代 ACEI/ARB，以进一步减少心力衰竭的发病率及死亡率。 ③服用方法注意：应停用 ACEI 36 小时后再换用 ARNI。
β 受体阻断剂	①代表药：琥珀酸美托洛尔、比索洛尔及卡维地洛 ②目标剂量或最大可耐受剂量：静息心率降至 60 次/分左右的剂量。

	③ 不宜突然停药，可导致病情恶化
伊伐布雷定	①机制：特异性抑制心脏窦房结起搏 ② 适应症：用于心率>70 次/分（使用 β 受体阻断剂后控制不住或者有禁忌症的） ③ 对合用 β 受体阻断剂、地高辛、胺碘酮的患者应监测心率和 Q-T 间期
强心苷类	①代表药：地高辛 ② 适应证：应用利尿剂、ACEI/ARB/ARNI、 β 受体阻断剂和醛固酮受体阻断剂后仍持续有症状的 HFrEF 患者 ③ 服用方法：地高辛 0.125~0.25mg/d；老年人、肾功能受损者、低体重患者可 0.125mg，每天或隔天 1 次。 ④ 血药浓度：应监测地高辛血药浓度，建议维持在 0.5-0.9 $\mu\text{g/L}$

经典例题

最佳选择题

（2020 年）下列治疗心力衰竭的药物中，不能延缓心肌重构的是

- A. 依那普利
- B. 呋塞米
- C. 坎地沙坦
- D. 美托洛尔
- E. 螺内酯

『正确答案』B

『答案解析』呋塞米不能延缓心肌重构。

一、用药遴选

药物类型	具体药物
卒中预防	抗凝治疗：华法林（监测 INR，控制 INR 在 2.0~3.0）
	新型口服抗凝药（NOAC）：达比加群酯、利伐沙班、阿哌沙班
控制心室率	β 受体阻断剂：美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔、卡维地洛等
	非二氢吡啶类 CCB：地尔硫、维拉帕米
	强心苷类：地高辛、毛花苷丙
节律控制	其他：胺碘酮
	转复窦律的药物：I c 类（氟卡尼、普罗帕酮）和 III 类（胺碘酮、伊布利特、多非利特、维纳卡兰）
	维持窦律的药物：胺碘酮、氟卡尼、普罗帕酮、索他洛尔（胺碘酮典型的不良反应有肺毒性、Q-T 间期延长、甲状腺功能异常）

应定期复查肾功能，及时调整抗凝治疗	新型口服抗凝药
中度以上二尖瓣狭窄及机械瓣膜置换术后的房颤	只能应用华法林
房颤患者控制心室率的一线药物	β 受体阻断剂
伴有明显左心室肥大、心力衰竭、冠心病的患者维持窦律	首选胺碘酮

二、抗凝治疗时出血事件的防治

轻微出血	机械压迫止血或小手术止血
中度出血	华法林——维生素 K ₁ 静脉注射
	服用 NOAC 时间 < 2~4 小时——口服活性炭和（或）洗胃
	达比加群——血液透析，其他 NOAC 不适合透析
严重出血	服用华法林——输注凝血酶原复合物或新鲜冰冻血浆，如病情需要可考虑给予输入血小板治疗
	达比加群——特异性拮抗剂：依达赛珠单抗
	利伐沙班——特异性拮抗剂：Andexanet α ，改良重组人类 Xa 因子

三、药物及食物对华法林疗效的影响

相互作用	具体实例
增强华法林抗凝作用的药物	抗血小板药、非甾体类抗炎药、鱼油及一些中药（如丹参、当归、银杏等）
增强华法林抗凝作用的食物	大蒜、洋葱、葡萄柚、芒果
减弱华法林抗凝作用的药物	口服避孕药、维生素 K、螺内酯、糖皮质激素、雌激素、苯巴比妥及一些中药（人参、西洋参、圣约翰草等）
减弱华法林抗凝作用的食物	甘蓝、西兰花、白菜、韭菜、菠菜、花菜、茼蒿

经典例题

多项选择题

（2018 年）患者，女，30 岁，因肺栓塞使用华法林抗凝治疗。药师除了需要关注患者的合并用药外，还需关注非药物因素对华法林疗效的影响，下列说法正确的有

- A. 吸烟可减弱华法林的抗凝作用
- B. 大蒜可增强华法林的抗凝作用
- C. 菠菜可减弱华法林的抗凝作用
- D. 高蛋白饮食可增加华法林的抗凝作用
- E. 葡萄柚可增强华法林的抗凝作用

『正确答案』ABCE

第六节 深静脉血栓形成

深静脉血栓药物治疗		
早期治疗	抗凝	普通肝素、低分子肝素、维生素 K 拮抗剂、直接 Xa 因子抑制剂（利伐沙班）、直接 II a 因子抑制剂（达比加群酯）
	溶栓	尿激酶（最常用）、瑞替普酶、替奈普酶
慢性期治疗	华法林、利伐沙班、达比加群酯等预防 DVT 复发有效	

监测：活化部分凝血活酶时间（APTT）

监测：INR2.0-3.0

（DVT）的慢性期——抗凝药物选择

临床采用的标准	华法林中等强度
不伴有肿瘤的下肢 DVT 或 PE 患者，前 3 个月推荐	利伐沙班或华法林
伴有肿瘤的下肢 DVT 或 PE 患者，前 3 个月推荐	低分子肝素
不推荐	用阿司匹林代替抗凝药物
无诱因的近端 DVT 或 PE 患者决定停用或已停用抗凝药物且没有阿司匹林禁忌症时	建议使用阿司匹林预防复发

经典例题

最佳选择题

（2019 年）患者，男，78 岁，实施右侧髋关节置换术，术后第 10 日，患侧下肢出现肿胀、疼痛，诊断为深静脉血栓。该患者应选用的药物是

- A. 阿司匹林
- B. 血凝酶
- C. 氯吡格雷
- D. 依诺肝素
- E. 替格瑞洛

『正确答案』D

『答案解析』深静脉血栓可以用抗凝药和溶栓药治疗。阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛是抗血小板用药，血凝酶是促凝药，依诺肝素是抗凝药。