家庭长期使用 · 打印版

父亲最新版用药与随访指南

依据截至 2026-08-11 的既往检查、今日处方与家属口述整理

项目	当前已知
患者	男性；1951-05-20 出生；约 75 岁
功能状态	约 2016 年起前后 3 次卒中；长期轮椅，基本不能站立；一侧肢体活动明显受限
主要病情	脑血管病、冠状动脉粥样硬化/狭窄、2 型糖尿病、显著白蛋白尿、血压与血钾波动
近期变化	尿急、来不及表达便漏尿的情况较以前明显加重

先看这一条

家属已明确补充：旧方案除非奈利酮外，其余旧药全部停用。旧的厄贝沙坦、硝苯地平、单方二甲双胍缓释片、恒格列净、单方瑞舒伐他汀及辅助药均不得自行恢复或与新方案叠加。

本指南的边界

这是家属与医生沟通、在家记录和复诊准备工具，不是新的处方。任何停药、加药、减量、从半片改为一片或因化验异常暂停药物，都必须由开药医生决定。若本指南与药袋、正式处方或医生口头交代不一致，以医生最新书面意见为准。

四个最重要的家庭安全锚点

- 旧药已停：不要因为家里有剩药就补回去，尤其不要把厄贝沙坦与沙库巴曲缬沙坦并用。
- 沙库巴曲缬沙坦先半片、每日 2 次是医生口述起始方案；何时升到一片必须看连续记录并再次由医生确认。
- 氯化钾 + 非奈利酮 + 沙库巴曲缬沙坦均会影响血钾；当前近期第一安全任务是查血钾、肌酐和 eGFR。
- 遇到新卒中、心梗、晕厥、严重出血、面唇舌肿胀或不能排尿伴下腹痛，直接拨打 120。

资料可信度说明：本任务依据家属口述及前序会话中对处方/检查照片的转录整理；原始图片未在本任务内重新显示。请在首次使用前拿本指南与药盒、药袋、处方逐项核对并手写修正。

1. 当前用药清单

以下是本次对话能够确认的最新方案。服药具体时点、能否掰片、漏服处理和非奈利酮每日频次，以药袋及药师核对为准。

药名/规格	当前用法	作用	主要风险与观察
硫酸氢氯吡格雷片 75 mg	每日 1 次	抗血小板，降低缺血性脑卒中/心肌梗死风险	主要风险是出血。黑便、呕血、血尿、持续鼻血、头部受伤后异常嗜睡需急评估；不自行加阿司匹林。
二甲双胍维格列汀片（II） 850 mg/50 mg	每次 1 片 每日 2 次	降低血糖；复方含二甲双胍和维格列汀	胃肠不适较常见；肾功能、肝功能会影响安全用药。急病、脱水、持续呕吐或进食明显减少时及时联系医生。
沙库巴曲缬沙坦钠片 处方转录为 100 mg/片	先半片 每日 2 次	降压；也可用于特定心衰人群，父亲的具体适应证待确认	可引起低血压、高钾、肾功能下降、血管性水肿。不可自行与厄贝沙坦或其他 ARB 叠加；半片可分性需按具体厂家核对。
苯磺酸氨氯地平片 5 mg	每日 1 次	长效降压	可见踝部水肿、潮红、头晕或低血压。水肿不等于一定心衰，但应记录并复诊评估。
氯化钾缓释片 0.5 g	每次 0.5 g 每日 2 次	纠正既往低钾	必须依血钾决定疗程和剂量。一般随餐、足量水、勿压碎或咀嚼；具体以本品说明书为准。严重腹痛、腹胀、呕吐或消化道出血需急评估。
非奈利酮片 10 mg	继续使用 每日频次待药袋核对	糖尿病 CKD 或特定心衰人群的心肾风险管理；本人的适应证待确认	主要风险是高钾及 eGFR 变化；与补钾和其他升钾药合用时更要加密抽血。避免葡萄柚/葡萄柚汁；新开抗真菌、抗病毒或抗生素前必须让医生/药师核对相互作用。
旨立达 瑞舒伐他汀 10 mg + 依折麦布 10 mg	每日 1 片	双机制降低 LDL-C、稳定动脉粥样硬化风险	注意新发不明原因肌痛/无力、深色尿及肝功能异常。旧的单方瑞舒伐他汀已停，不再额外叠加。

已纠正的旧结论

此前对话曾把“旨立达”误写为阿托伐他汀 + 依折麦布。赛诺菲官方产品信息显示：旨立达为瑞舒伐他汀依折麦布片（I），每片含瑞舒伐他汀 10 mg 与依折麦布 10 mg。本指南已按官方信息修正。

2. 旧药到新药的变化

家属已明确：旧方案除非奈利酮外，其余均停。下面用“治疗方向”而不是简单看药名，帮助避免重复用药。

治疗方向	旧方案	状态	新方案/说明
胃保护	泮托拉唑 40 mg	【已停】	新处方未继续；如仍有消化道症状或出血风险，由医生另行判断是否需要。
降糖	二甲双胍缓释片 0.5 g	【已停】	改为二甲双胍维格列汀复方 850/50 mg，每日 2 次。
降压/RAAS	厄贝沙坦 150 mg	【已停】	改为沙库巴曲缬沙坦。两者不可自行并用。
心肾保护	非奈利酮 10 mg	【继续】	唯一明确继续的旧药；每日频次和适应证需与药袋核对。
抗血小板	氯吡格雷 75 mg	【旧药已停】	旧药盒停用；新处方另行重新开具同药物 75 mg，每日 1 次，只按新药袋服用。
降压	硝苯地平控释片 30 mg	【已停】	改为氨氯地平 5 mg，每日 1 次。
辅助神经用药	甲钴胺 0.5 mg	【已停】	不自行恢复；若仍需改善周围神经症状，复诊时再问。
眩晕对症	倍他司汀 6 mg	【已停】	不自行恢复；复发眩晕需先排查新卒中或血压问题。
降脂	瑞舒伐他汀 10 mg 单方	【已停】	改为旨立达（仍含瑞舒伐他汀 10 mg，并加依折麦布 10 mg）。
降糖/心肾	恒格列净 10 mg	【已停】	改为当前复方降糖药；为何停用及心肾保护替代方案需复诊确认。
补钾	旧方案无长期补钾	【新加】	氯化钾缓释片 0.5 g，每日 2 次；依抽血动态调整。

绝对不要自行叠加的组合

- 厄贝沙坦 + 沙库巴曲缬沙坦：后者本身含缬沙坦；并用会增加低血压、高钾和肾损伤风险。
- 单方瑞舒伐他汀 + 旨立达：旨立达已经含瑞舒伐他汀 10 mg，额外叠加会提高肌病和肝损伤风险。
- 氯吡格雷 + 自行加阿司匹林/止痛药：会增加出血风险。布洛芬、双氯芬酸等 NSAID 也可能影响肾功能和血钾，使用前先问医生/药师。
- 额外钾片、补钾冲剂或含钾低钠盐：在当前三药组合下可能把低钾纠正过头；不要自行添加，也不要自行严格限钾。

3. 家庭血压记录与加量原则

医生口述的原始规则
沙库巴曲缬沙坦先每次半片、每天 2 次；在家观察血压。如果降压仍不理想，医生曾表示可调整到每次 1 片、每天 2 次；目标强调“在不头晕的情况下”尽量控制。原对话没有给出明确的平均血压阈值、连续天数或复诊确认方式。

把这句话转成家属可执行流程

1. 用经过验证的上臂式血压计和合适袖带；每次固定同一只手臂、同一种体位。
2. 父亲基本不能站立，不要为了测“站立血压”强行站起。采用安全、稳定的坐位；若只能半卧，固定靠背角度并在记录里注明。
3. 测量前安静 5 分钟，排空膀胱；30 分钟内不吸烟、不喝咖啡因饮料、不运动；不说话，手臂支撑到心脏高度。
4. 早晨服药和早餐前、晚上睡前各测 2 次，两次间隔 1 分钟；连续 7 天。记录血压、心率、服药时间和症状。
5. 单次 140/90 或单次 110/70 都不能决定加量。把 3-7 天平均值、最低值、心率和症状发给开药医生，再决定是否从半片改为一片。

怎样理解 140/90 与 110/70

读数/场景	家庭处理原则
140/90（就诊前单次）	不算理想终点，但单次值不足以触发加量；先看家庭 7 天平均和症状。
110/70	不一定“太低”，也不会因为数字本身直接造成血栓；但不应刻意追求。若伴头晕、乏力、意识混乱、视物模糊、胸闷或晕厥，需及时联系医生。
反复 <90/60	通常已属低血压范围；即使症状不明显也应尽快联系开药医生。在得到明确指示前不再自行加量。
>180/120	1 分钟后复测。仍高且伴胸痛、气短、背痛、麻木/无力、视力改变或说话困难，立即拨打 120；无这些症状也应立即联系医生。

血压目标应个体化
卒中二级预防和多数高风险人群常把 <130/80 mmHg 作为一般目标；但父亲长期轮椅、功能受限、脑血管病复杂，目标必须结合头晕、意识、心肾功能和跌倒风险个体化。不要把 110/70 当作必须达到的“成绩”。

4. 血钾、肌酐与 eGFR 监测时间表

父亲既往血钾最低记录为 3.33 mmol/L，之后为 3.59 mmol/L；本次新加氯化钾，同时继续非奈利酮并开始沙库巴曲缬沙坦。这个组合可以有医学理由，但必须用抽血而不是“有没有心慌”来判断安全性。

时间点	检查	为什么	家属动作
基线/现在	K、Na、肌酐、eGFR；最好加 Mg、尿素氮；记录血压	新方案开始前的标准安全底线；若已开始且未查，尽快补查	把结果发给开药医生，不自行按数字改药
开始或相关药调量后 5-7 天	K、Na、肌酐、eGFR + 血压/症状	这是基于高龄、糖尿病/肾风险、MRA + 补钾的加密建议，并非所有患者统一要求	提前预约抽血；确认由哪位医生接收结果
第 4 周	K（非奈利酮说明书硬要求）；同时查肌酐/eGFR、Na	非奈利酮开始或每次剂量变化后 4 周需要复测	医生依据适应证、K 和 eGFR 决定后续剂量
首 3 个月	若医生按高风险方案，可每月 K、Na、肌酐/eGFR	观察趋势比单次值更重要	两次以上稳定后，再由医生决定是否拉长
稳定后	常见为每 3-6 个月；具体按 CKD 分期和用药决定	急病、脱水、呕吐腹泻、进食骤减、新增相互作用药时应提前	不要机械套用固定周期

哪些结果需要当天联系医生

- 血钾 ⩾5.5 mmol/L：当天联系开药医生，由医生按具体适应证评估是否需要暂停或调量；家属不得自行停药。
- 血钾 ⩾6.0 mmol/L，或出现心悸、心跳明显不规则、胸痛、气短、明显肌无力、晕厥：立即急诊。高钾也可能完全没有症状。
- eGFR 较基线下降 >30%、肌酐明显上升、尿量突然减少、持续呕吐腹泻或脱水：尽快让医生评估。
- 再次明显低钾或伴心悸、乏力、肌无力：提前复查电解质和心电图；不要自行加倍氯化钾。

不要混用非奈利酮的两套调量表

2026 年非奈利酮在中国已有糖尿病 CKD 和特定心衰人群的不同适应证，调量阈值不完全相同。必须先确认父亲是因哪一适应证开药，再由医生按相应说明书决定。

5. 血脂复查与 LDL-C 目标

时间/项目	结果	意义
2026-05-16	LDL-C 2.11 mmol/L	对已确诊动脉粥样硬化性心脑血管病者，不能只看实验室普通参考范围。
2026-06-01	LDL-C 2.02 mmol/L	仍高于极高危 ASCVD 常用目标。
既往报告	Lp(a) 777.8 mg/L（参考 <300）	额外动脉粥样硬化风险增强因素；通常由遗传主导。
本次新药	旨立达：瑞舒伐他汀 10 mg + 依折麦布 10 mg	原单方瑞舒伐他汀已停；新药稳定 4-12 周复查疗效。

建议与医生确认的目标

若确认既往主要为缺血性卒中并符合 2026 ACC/AHA“极高危 ASCVD”分层，LDL-C 目标可讨论 <1.4 mmol/L（<55 mg/dL）。若卒中类型/病因尚未确认或医生按卒中专病框架，至少常讨论 <1.8 mmol/L（<70 mg/dL）。最终目标由神经内科/心内科确认。

- 旨立达开始或方案强化后 4-12 周：复查血脂全套（TC、LDL-C、HDL-C、TG）；可加 ApoB。
- 因既往 GGT 139、ALP 148、直接胆红素 7.2，而 AST/ALT 当时正常：建议核对基线肝功能；出现明显肌痛、无力、深色尿时及时就医并查 CK/肝肾功能。
- 若 LDL-C 未达目标，带结果与医生讨论下一步；不要自行把旧瑞舒伐他汀加回去。

6. 糖尿病与肾脏随访

项目	当前已知	下一步
HbA1c	6.95%（2026-05-16）	本次换药约 3 个月复查；稳定达标后至少每年 2 次。父亲功能受限且多病共存，目标应个体化，重点避免低血糖，不追求越低越好。
UACR	410.02 mg/g（2026-05-19）	属显著增加的白蛋白尿范围；单次结果不能证明持续性 CKD，需复查晨尿 UACR。若持续 ⩾300，医生可把下降 ⩾30%作为治疗反应参考。
肌酐	84.31 μmol/L（2026-05-19）	只是当时值；未见同日明确 eGFR。当前固定复方降糖药、非奈利酮和 ARNI 都需要最新 eGFR。
恒格列净	旧药已停	不要自行恢复；复诊时确认停用理由，以及当前方案如何继续覆盖心肾保护。

- 已有CKD风险时，UACR与eGFR一般每年1-4次，具体频率必须按eGFR与白蛋白尿分级决定。
- 糖尿病足：照护者每天查看双足是否破皮、水疱、红肿、压痕或温度改变；至少每年做一次规范足部检查。
- 眼底、周围神经、营养和吞咽风险也应纳入年度评估；若进食显著减少，不要照常硬套所有降糖用药而不联系医生。

7. 尿失禁/排尿加重的观察与就医

家属描述为：有尿意后常来不及说便漏尿，过去已有但近段时间明显加重。它可能是急迫性、神经源性、功能性或充盈性漏尿，也可能受尿路感染、前列腺、便秘、血糖或药物影响；不能仅凭症状归因于某一种药。

先做 2-3 天膀胱日记

- 饮水时间和大约多少；咖啡、茶等单独标记。
- 每次排尿时间、估计尿量（少/中/多）、是否突然强烈尿急。
- 漏尿发生时间、当时在做什么、是否来得及表达、尿垫更换次数。
- 夜尿次数；排尿是否疼痛、尿线变细、滴沥、排不净或下腹胀。
- 当天血糖、便秘、发热、意识或肢体状态是否变化。

近期门诊建议核对的项目

方向	建议与医生讨论
尿液	尿常规；有感染线索时尿培养
排空情况	排尿后残余尿（膀胱超声）；必要时泌尿系/前列腺超声
全身因素	血糖、血钾、Na、肌酐/eGFR；药物和饮水回顾；便秘评估
神经/功能	与既往卒中基线比较；评估神经源性膀胱和因行动障碍导致的功能性漏尿

家庭照护

- 在医生未限制液体前，不要为减少漏尿而大幅限水；可尝试白天每 2-3 小时提示排尿，并保持便器/尿壶在安全易取位置。
- 及时更换尿垫，温水轻洗、完全擦干，必要时使用皮肤屏障保护；观察会阴和骶尾部红肿破损。
- 记录恒格列净停用后排尿是否变化，但不要据此自行恢复或永久拒绝该类药。

排尿相关急诊信号

突然完全排不出尿并伴下腹痛/膨隆；血尿；尿痛尿频伴发热寒战、恶心呕吐或腰背/侧腹痛；尿失禁突然加重同时出现新发嘴歪、说话不清、意识改变或一侧肢体比基线更无力；新发排尿异常同时伴腰腿痛、会阴麻木或排便控制改变。出现上述任一项，立即急诊。

8. 急诊警示信号

以下情形不等待下次复诊，也不要自行加一片药“试试看”。在中国直接拨打 120，并带上本指南和所有药盒。

类别	警示表现	现在做什么
新发卒中/TIA	突发平衡丧失、视力改变、嘴歪、单侧手臂/腿无力或麻木、说话不清/听不懂、意识混乱、无明确原因剧烈头痛；即使几分钟后缓解也算急症。	立即 120；记下最后正常时间/发作时间；不要自行开车，不要额外给阿司匹林或食物。
心梗/急性冠脉综合征	胸中央压迫、挤压、胀满或疼痛持续数分钟或反复；可放射到臂、背、颈、下颌或上腹；也可有气短、冷汗、恶心、头晕、异常乏力或心跳快/乱。	立即 120；即使不确定也不要等。
严重低血压/心律问题	晕厥、意识混乱、冷汗、胸痛、气短，或血压骤降并伴明显不适。	平卧保证安全、立即 120；不要自行补服或停服多种药后观察。
血管性水肿	开始沙库巴曲缬沙坦后出现面部、嘴唇、舌头或咽喉肿胀，声音改变或呼吸困难。	立即 120。
严重出血	呕血、黑便、肉眼血尿、出血不止、头部受伤后嗜睡/呕吐/意识变化。	立即急诊；告知正在服氯吡格雷。
血钾/肾功能急变	心悸、明显心跳不规则、胸痛、气短、显著肌无力、晕厥，或尿量突然明显减少。	立即急诊查电解质、肾功能和心电图。
排尿急症	完全不能排尿伴下腹痛/膨隆；感染症状合并高热寒战/呕吐/腰背痛；或排尿变化合并新神经症状。	立即急诊。

急诊时随身带

所有新药药盒/药袋、用药时间、最后一次服药时间、最近血压和血糖、过敏史、本指南、既往卒中与冠脉检查资料。不要因担心“说错”而省略氯吡格雷、非奈利酮、补钾或沙库巴曲缬沙坦。

9. 目前仍需进一步确认/未完全分析到位的事项

待确认	为什么重要/要问什么
正式药物核对	让开药医生/药师在一张清单上确认 7 类现用药、剂量、频次、服药时点和起始日期；非奈利酮每日频次仍需写清。
半片可分性	核对沙库巴曲缬沙坦具体厂家、规格、是否有刻痕，以及该批制剂能否准确分半；医生已明确半片时不要自行改变，但需药师确认操作。
加量阈值	医生尚未给出“连续几天、平均多少、出现哪些症状时”从半片改一片的书面条件。
非奈利酮适应证	确认用于糖尿病 CKD 还是 LVEF≥40% 心衰；两种适应证调量表不同。
心脏依据	是否有心衰诊断、超声心动图 LVEF、BNP/NT-proBNP；沙库巴曲缬沙坦主要因高血压还是心衰开具。
血钾/肾功能基线	缺最新 K、Na、肌酐/eGFR；氯化钾疗程、复查接收人和明确停止条件尚未写清。
卒中类型与病因	三次卒中分别是缺血性还是出血性；MRI 是陈旧微出血还是曾有症状性脑出血；有无房颤及长程心电监测。
LDL-C 分层	先确认卒中类型与极高危 ASCVD 分层，再由心内/神内确定 <1.4 还是其他个体化目标。
肾病持续性	UACR 410 mg/g 目前仅有一次明确值；需复查晨尿 UACR 和 eGFR，完成 CKD G/A 分期。
恒格列净停用原因	是因排尿加重、感染/脱水风险、肾功能、费用还是方案调整？当前心肾保护由哪些药继续覆盖？
尿失禁分型	尚未完成尿常规/培养、排尿后残余尿、前列腺/泌尿系、便秘及神经查体评估。
肝胆异常	既往 GGT/ALP/直接胆红素异常原因未清；需复查肝功能并视情况做肝胆超声，作为强化降脂的安全背景。
其他安全信息	药物过敏史、吞咽能力、常用止痛药/中草药/保健品、低钠盐或额外钾补充剂尚未完整核对。

下一步最小动作

1. 今天：把所有旧药单独收纳并标注“已停”，不要混入现用药盒；在本指南当前药表上逐项核对药袋。
2. 尽快：完成 K、Na、肌酐/eGFR 基线或早期复查，确认第 5-7 天和第 4 周的抽血日期与结果接收医生。
3. 连续 7 天：按统一体位记录早晚血压各 2 次、心率、症状和实际剂量；拟加量前先把记录交医生。
4. 近期门诊：带 2-3 天膀胱日记，讨论尿常规/培养、残余尿及前列腺/神经源性膀胱评估。
5. 旨立达稳定 4-12 周：复查血脂；约 3 个月复查 HbA1c、UACR、肾功能和电解质。

附表 A：7 天家庭血压记录

早晨：服药和早餐前；晚上：睡前。每个时段测 2 次，间隔 1 分钟。父亲不能站立时保持同一安全坐位或半卧位，并在备注写明体位。

日期	早1	早2	心率	晚1	晚2	心率	症状/剂量/体位
第 1 天 ____/____							
第 2 天 ____/____							
第 3 天 ____/____							
第 4 天 ____/____							
第 5 天 ____/____							
第 6 天 ____/____							
第 7 天 ____/____							

7 天汇总（交给医生）

项目	记录	项目	记录
早晨平均	____ / ____ mmHg	最低血压	____ / ____ mmHg
晚上平均	____ / ____ mmHg	最高血压	____ / ____ mmHg
平均心率	____ 次/分	出现症状	□无 □头晕 □乏力 □胸闷 □心悸 □晕厥
实际剂量	沙库巴曲缬沙坦：____片/次，每日 ____次	医生反馈	_____

附表 B：化验与症状追踪

在每次抽血后，把结果和当时药物剂量一起记录。不要只看一个数值，趋势对医生决定更重要。

项目	单位	既往已知	基线/现在	5-7天	第4周/以后
血钾 K	mmol/L	3.33（2026-05-16）；3.59（2026-05-26）			
血钠 Na	mmol/L	135.9（2026-05-26）			
肌酐	μmol/L	84.31（2026-05-19）			
eGFR	mL/min/1.73 m²	未见明确值			
UACR	mg/g	410.02（2026-05-19）			
LDL-C	mmol/L	2.11（2026-05-16）；2.02（2026-06-01）			
HbA1c	%	6.95（2026-05-16）			
ALT/AST/GGT/ALP	U/L	GGT 139；ALP 148（2026-05-16）			

症状记录

日期/时间	血压/心率/血糖	症状	当时药物/进食/排尿	已联系谁/处理结果

资料来源与使用说明

患者事实来自本次及前序对话中的家属口述、处方转录和检查转录；医学监测原则来自下列权威来源。来源支持一般建议，不等于替父亲作出个体化处方决定。访问日期：2026-08-11。

[1] American Heart Association：家庭血压监测与记录方法. https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings/monitoring-your-blood-pressure-at-home

[2] AHA/ASA 2021：卒中和 TIA 二级预防指南要点. https://professional.heart.org/en/science-news/2021-guideline-for-the-prevention-of-stroke-in-patients-with-stroke-and-transient-ischemic-attack/top-things-to-know

[3] FDA/Novartis：Entresto（沙库巴曲缬沙坦）最新版处方信息. https://www.novartis.com/us-en/sites/novartis_us/files/entresto.pdf

[4] FDA 2026：Kerendia（非奈利酮）处方信息. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2026/215341Orig1s009lbl.pdf

[5] DailyMed 2026：氯化钾缓释片处方信息. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/lookup.cfm?setid=947c11ca-ca0c-42df-8cc5-3db06458ca5b

[6] EMA：维格列汀/二甲双胍复方（Eucreas）产品信息. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/eucreas

[7] ACC/AHA 2026：血脂异常管理指南与极高危 LDL-C 目标. https://professional.heart.org/en/guidelines-statements/2026-accahaaacvprabcacpmadaagsaphaaspcnlapcna-guideline-on-the-management-ofcir0000000000001423

[8] ADA 2026：糖尿病 CKD 风险管理标准. https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S246/163914/11-Chronic-Kidney-Disease-and-Risk-Management

[9] ADA 2026：老年糖尿病治疗目标与功能状态. https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S277/163921/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2026

[10] KDIGO 2024：CKD 评估与管理指南. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf

[11] American Stroke Association：B.E. F.A.S.T. 卒中警示信号. https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms

[12] American Heart Association：心肌梗死警示信号. https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/warning-signs-of-a-heart-attack

[13] NIA：老年人尿失禁与常见原因. https://www.nia.nih.gov/health/bladder-health-and-incontinence/urinary-incontinence-older-adults

[14] NIDDK：尿潴留的定义、症状与急诊信号. https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases/urinary-retention/definition-facts

[15] 赛诺菲中国：旨立达官方产品信息（瑞舒伐他汀 10 mg + 依折麦布 10 mg）. https://www.sanofi.cn/zh/your-health/products/zenon

打印后请手写补全

开药医生姓名/联系方式：_____ 药师核对日期：____年__月__日 非奈利酮每日频次：_____ 沙库巴曲缬沙坦厂家与可分性：_____ 第一次复查血钾日期：____年__月__日