药片掰开服用暗藏很多风险

□吴秀晴

生活中常能看到这样的情况：有些家长给孩子喂药时嫌麻烦，想当然地觉得“减半就行”，随手把药片掰开一半喂下去；还有人觉得医生开的药量太大，就自行掰开减半服用。看似简单的举动，其实暗藏不少隐形风险，轻则药效大打折扣，重则可能引发严重副作用。

药片能不能掰开关键看制剂设计

普通压制片：大多可以掰开，但细节要注意

常用的对乙酰氨基酚片、维生素C片等都属于这类剂型，掰开后一般不影响药物释放，分剂量相对均匀，通常不会出现严重问题，但也不可随意掰开。部分药物单剂剂量极小，比如左甲状腺素钠片常见规格为50微克、100微克，手动掰开稍有偏差，就可能造成30%以上的剂量误差。剂量不足，无法有效控制病情；剂量过量，则可能引发心慌、失眠等副作用。

包衣片剂：外衣作用不同，不可随意拆开

盐酸小檗碱糖衣片的外层糖衣主要用于掩盖药物苦味，掰开后只是味道变苦，基本不影响药效。但是，肠溶片、肠溶胶囊的外层肠溶衣起到“精准释放”作用，如阿司匹林肠溶片、奥美拉唑肠溶片，其包膜仅在肠道碱性环境下溶解，既能避免药物被胃液破坏，也能减少对胃黏膜的刺激。如果掰开破坏肠溶衣，药物会提前在胃部释放，不仅药效下降，还会加重胃黏膜刺激，胃病患者甚至可能诱发胃出血。

缓释片剂：掰开相当于拆掉了限速阀

缓释药物的设计目的是延缓药物起效时间、控制服药频次，掰开后会打破这种释放平衡，影响药物起效节奏，对治疗不利。患者服用这类药物一定要仔细查看说明书，在医生指导下用药，切勿自行掰开。比如，降压类缓释药掰开服用，可能引起血压剧烈波动，反而会造成更大的危险。

掰开服用的潜在风险

剂量偏离：治疗窗窄，易突破安全界限

不少人认为剂量越小越安全，但部分药品的有效剂量与毒性剂量差距很小，这类药物在医药领域被称为“治疗窗窄”，掰开后剂量偏差容易超出安全范围。

食管黏膜损伤：药粉附着易损伤消化道

掰开药片不仅会影响药效，还可能损伤食管与胃黏膜。掰开过程中产生的药粉，吞咽时易附着在黏膜表面，直接造成刺激与伤害。

慢性病指标波动：药效不稳定加重身体损害

慢性病控制的核心是维持指标稳定，缓释药本为平稳控制血压、血糖设计。药片随意掰开服用会导致药效快速消退、指标大幅反弹，不仅损伤身体，还可能诱发心肌梗死、脑梗死等严重心血管疾病。

如何判断药片能不能掰开

看药品说明书，是可靠的判断标准

判断药片能否掰开服用，可靠的标准是药品说明书。用法用量栏若注明可沿刻痕分开服用，遵照说明书操作即可；若标注“需要整片吞服”“禁止嚼碎、碾碎”，则绝对不能掰开。

通过名称和外观，快速识别高危剂型

没有说明书时，可通过名称与外观快速识别：名称带“缓释”“控释”“肠溶”的剂型，无明确说明均不可掰开服用。药片表面的清晰刻痕多为预设分药标识，但部分缓释药的刻痕仅可沿痕掰开，严禁嚼碎服用。

如果确实需要掰开，这些注意事项要牢记

确实需要掰开时，尽量使用专用分药器，切口整齐、剂量偏差小，还能减少药粉产生；剩余半片要密封保存、尽快服用，避免受潮氧化，存放时间不要超过3天。

服药最忌凭经验“想当然”，掰药片看似小事，实则暗藏风险。如果拿不准，应及时咨询医生或药师，就能规避很多不必要的用药隐患。

（作者供职于东莞市滨海湾中心医院/南方医科大学南方医院东莞医院）

骨内血管畸形：别忽视家族筛查

□郑 燕

骨内血管畸形是一类良性、先天性的血管发育异常，属于特殊类型的静脉畸形，临床相对罕见，多以家族性发病为特点。该病由基因突变引起，具有明确的遗传倾向，了解其临床表现和诊治方法，对于有家族史的人群尤为重要。

本病常累及脊柱、颅骨、上颌骨和下颌骨，其中颌骨是常见的受累部位。典型表现为面部不对称，牙槽骨膨胀，牙齿移位或松动，上颌窦扩大，严重时可出现眼球突出、视力下降、复视等症状。部分患者还会因病变部位反复牙龈出血导致慢性贫血，影响日常生活质量。少数患者可伴随脐上裂、脐疝等骨外表现，提示本病可能是一种累及多系统的发育异常综合征。

从病因来看，研究人员证实该病与ELMO2（吞噬/细胞运动因子2）基因突变密切相关。该基因位于第16号染色体，编码的蛋白质参与细胞骨架重构和血管平滑肌细胞的迁移与分化。EL-MO2基因突变后，RAC1信号通路被异常激活，干扰血管平滑肌细胞的正常发育，造成局部血管异常扩张、骨重塑失调，最终形成局限于骨内的异常血管网。这一发现为该病的分子诊断和未来靶向治疗提供了理论依据。

骨内血管畸形不是癌症，不会发生远处转移，但会随患者生长发育缓慢进展，影响外观与功能。病变范围较大者可导致病理性骨折、神经受压、面部畸形等并发症，严重影响患者的生活质量。临床依靠CT（计算机层析成像）或核磁共振检查，可以清晰地显示骨内扩张的血管病变，典型表现为骨内低密度影、骨皮质膨胀变薄、骨小梁呈蜂窝状或肥皂泡样改变。结合家族史与基因检测可明确诊断。需要注意本病容易和骨囊肿、骨巨细胞瘤相混淆，临床需要仔细鉴别，避免出现误诊漏诊。

治疗方面，以保守观察、手术切除、血管介入治疗为主，治疗目的是控制症状、保护功能、改善外观。对于无症状且病变较小的患者，可定期随访观察，每6个月至12个月进行一次影像学检查；对于病变范围较大或已引起临床症状者，可考虑手术完整切除或血管介入栓塞治疗。患者术前需要充分评估病变范围、血供情况及与周围组织的关系，制订个体化治疗方案；术后需要定期复查，监测有无复发。

患者平时应注意避免外伤，减少病变部位出血的风险；保持口腔卫生，预防感染；规律作息，合理饮食，增强体质。多发性病灶、家族里有人同样有血管畸形、颌骨多发骨内血管畸形、合并皮肤、内脏血管病变的患者，有生育计划建议进行遗传咨询，了解疾病的遗传模式和后代发病风险。家族中已有多人发病者，其他成员应尽早进行基因检测和影像学筛查，做到早发现、早诊断、早干预。

总体来说，骨内血管畸形虽然临床少见，但是属于良性病变，可治可防。认清症状、科学检查、规范处理，就能有效控制病情。有家族史者应提高警惕，尽早筛查，不必过度恐慌。

（作者供职于河南省人民医院）

高血压用药切忌“断断续续”

□张成林

高血压病患者或多或少存在错误的认知，如血压测量结果显示正常，就直接不吃降压药了；只要身体没有出现明显的头晕等症状，就会减少服药次数。上述情况在门诊是很常见的，一些患者血压平稳就停止用药，等到身体出现不适后再重新开始吃药，这种用药方式非常危险，会对血管造成严重损伤，严重时会加重病情。此次科普重点讲解有关高血压病治疗的知识，希望对大家有所帮助。

1.血压不是“正常”就代表病好了。

不少人抱有错误观念，觉得降压药仅仅用来改善头昏头胀这类身体不适，血压回归正常范围，就代表高血压病已经治好，能够直接停掉药物。但现实里，大部分原发性高血压病需要长期进行干预管理；降压药的作用只是维持血管内压力平稳，无法彻底根除这一慢性病。倘若没有医生指导就自行停药，身体里残存的药效会快速消退，血压数值随即再度升高。就好比一根橡胶软管反复充入、排出气体，血管内壁会持续经受起伏不定的压力刺激。

2.“断断续续”吃药，血管的“坏脾气”藏着大风险。

不少前来就诊的人会说，服药时断时续，身体没有异样感受，于是认为这种做法不会带来危害；然而，血管的损伤常常在无声之中不断累积。血压反复剧烈波动，会持续损伤血管内壁，慢慢让管壁弹性下降、质地变脆，动脉粥样硬化持续加剧。血管内部斑块一旦出现破裂，很有可能诱发脑梗死或者颅内出血；心脏长期承担起伏不定的压力负荷，出现心肌梗死、心力衰竭的可能性会明显增加。许多危及生命的心脑血管急症，都发生在血压起伏较大的时段，并不会毫无预兆地出现。

3.正确控压，记住这几点。

在没有医师或药师指导的情况下，患者不要自行减少剂量或中断服药；即使血压长期维持在理想区间，也需要经过专科医生综合判断，再更改用药计划，不能依靠自身体感随便改动。

常态化开展血压监测，保存好监测信息。居家治疗期间，患者要挑选固定时段完成血压测定，复诊时将记录提交给医师，方便优化后续干预方案。

同步调整日常行为习惯。控制每日食盐摄入量、规律作息、坚持适度运动，远离吸烟，减少酒精摄入量，配合药物治疗，共同管控血压。

躯体出现不适，患者要及时寻求诊疗。如果用药之后产生头晕疲惫、血压数值偏低等状况，患者不可直接停止服药，应尽快前往医疗卫生机构征询专业建议。

血压管控需要长期坚持，不能因为指标恢复正常就放弃干预。血管无法承受压力忽高忽低的反复冲击，若是随意暂停用药，血管就会承受额外负担。患者不要等到危重并发症出现才后悔，依照医嘱按时服药，保持血压平稳，便是维护血管健康简单可行的方法，可以避免病情加重。

（作者供职于广东省梅州市梅县区南口镇中心卫生院内科）

关爱婴幼儿 从合理用药开始

□赵成龙

在儿童健康成长过程中，3岁以下是生理发育迅速且脆弱的阶段。这个年龄段的孩子，身体各器官功能尚未发育完全，对药物的吸收、代谢、耐受能力与成年人存在本质区别。在日常生活中，不少家长凭借经验给孩子喂药，甚至将成年人所用药物减半给婴幼儿服用，这种行为潜藏着较高的健康风险。做好3岁以下婴幼儿安全用药科普，是守护儿童健康成长的重要环节。

临床真实场景

某基层医院儿科接诊过一名2岁患儿，家长误把成年人用的降压缓释片放在茶几上，孩子当成“彩色糖豆”误服，具体服用数量无法确认。家长发现后第一时间对孩子催吐并送医。入院2小时后，患儿血压开始持续下降，医护团队立即开展补液促排、输注葡萄糖酸钙药物拮抗、升压等对症治疗，密切监测生命体征……经过72小时持续救治，孩子的血压逐步恢复正常，最终脱离危险。

某儿童医院药剂科门诊统计结果显示，每天都要拦下数十位用错量具的家长：有人用普通陶瓷勺量取退热药，有人把5毫升刻度误读成50毫升，毫厘之间的误差，就可能跨过儿童用药的安全红线。还有一名3岁患儿的家长，凭经验倒出6毫升布洛芬混悬液，又叠加了一包复方感冒药，最终导致孩子转氨酶数值飙升至正常值的40倍，直接住进儿童重症监护室。

某三甲医院儿科门诊还遇到一个典型外用药误用案例：家长给1岁湿疹患儿连续一周大面积涂抹含强效糖皮质激素的成年人药膏，孩子原本只是局部轻度湿疹，用药后反而出现皮肤变薄、局部感染加重的情况，后续还出现了轻度库欣样反应，经过半个月的规范干预才逐步恢复正常。

生理特点决定用药特殊性

婴幼儿并非“缩小版的成年人”，其独特的生理构造，直接决定了用药逻辑与成年人完全不同。

新生儿阶段，肝脏药物代谢酶的活性仅为成年人的10%~30%，对需要经过肝脏代谢的药物清除能力较弱，常规剂量也容易发生药物蓄积。同时，其肾小球滤过率仅为成年人的20%~30%，经肾脏排泄的药物排出速度大幅放缓，长期使用可能加重肾脏代谢负担。

6个月以内的婴儿血脑屏障尚未发育完全，部分镇静类、镇痛类药物更容易穿透血脑屏障进入中枢神经系统，严重时可能引发呼吸抑制、神经损伤等不良后果。1岁以内婴儿胃排空时间延长到6小时至8小时，胃酸分泌量少、胃液PH值偏高，口服药物的吸收速率和程度与成年人差异显著，随意照搬成年人给药时间，很容易影响药效或增加不良反应概率。

基于这些生理特征，3岁以下婴幼儿用药必须始终坚持“能不用则不用，能少用则不多用，能局部用则不全身用”的基本原则，任何药物使用前都必须明确用药指征，避免因过度治疗给孩子带来不必要的健康损伤。

剂型选择

3岁以下婴幼儿吞咽能力尚未发育成熟，普通片剂、胶囊类药物不仅容易引发呛咳、窒息风险，家长自行掰分药物的操作，也很难保证剂量精准。因此，婴幼儿药物剂型选择，必须以安全、易操作、剂量准为核心标准。

日常居家用药优先选择口服溶液、滴剂、颗粒剂等儿童专用剂型，这类产品大多已经根据儿童的生理特点调整了药物浓度，搭配专用刻度量具，能最大限度减少剂量误差。对于呕吐严重、无法经口给药的患儿，可在临床医生指导下使用栓剂，通过直肠黏膜快速吸收起效，避免延误治疗时机。

婴幼儿皮肤角质层薄、皮下毛细血管丰富，药物透皮吸收效率远高于成年人，大面积涂抹激素类药膏、刺激性外用制剂时，药物可能经皮肤进入体内引发全身反应，必须严格控制涂抹范围和使用时长。儿童外伤消毒优先选用碘伏，避免用酒精大面积擦拭创面，防止经皮吸收造成肝损害。

剂量计算

婴幼儿用药剂量绝对不能简单按照“成年人剂量减半”“按年龄大概折算”的方式计算，剂量不足无法达到治疗目的，剂量超标则可能直接引发中毒。

按体重计算是临床公认安全且常用的方法：每日用药总剂量=患儿实际体重（千克）×该药物每千克体重推荐剂量。比如，临床常用的对乙酰氨基酚，常规推荐剂量为每次10毫克~15毫克/千克，两次用药间隔不得少于4小时。

对于部分治疗窗窄、安全范围小的特殊药物，还需要采用体表面积法精准计算，必要时结合血药浓度监测结果调整治疗方案。这类操作必须由专科医师完成，家长不可自行尝试。

患儿居家治疗时，家长必须使用药品配套的带刻度滴管、喂药器量取药液，绝对不能用普通汤匙估算剂量，避免因剂量偏差引发用药安全风险。

严格遵守婴幼儿用药禁忌

3岁以下婴幼儿的用药有明确的安全红线，家长和基层医务工作者都必须严格遵守，从源头规避严重药害事件。

含阿司匹林的退热制剂严禁给发热儿童使用，否则可能诱发致死性的瑞氏综合征；吗啡、哌替啶等麻醉类镇痛药易引发严重呼吸抑制，1岁以下婴儿禁用。

6个月以下婴幼儿慎用布洛芬。2月龄以下婴儿出现发热症状时，家长不要自行使用退热药物，要第一时间前往医院就诊。

四环素类药物会造成牙釉质发育不良、牙齿永久发黄，7岁以下儿童禁用；喹诺酮类抗菌药物可能影响软骨发育，18岁以下未成年人禁用。

像阿莫西林这类抗生素，必须经临床医生明确细菌感染指征后，遵医嘱规范使用；家长不可自行购买给婴幼儿服用，避免滥用导致耐药性。

筑牢婴幼儿用药安全防线

守护3岁以下婴幼儿用药安全，不能仅靠家长一方努力，需要医疗卫生机构、药品生产企业等多方协同发力。

基层医疗卫生机构要把婴幼儿安全用药纳入日常健康宣教内容，在儿童疫苗接种、日常健康随访的场景中，面对面给家长讲解用药常识，纠正“经验式喂药”的错误观念。药品生产企业要进一步增加儿童专用药物的研发投入，丰富适宜婴幼儿的剂型和品种，改变临床儿童专用药短缺的现状。

家长要主动学习科学用药知识，用药前仔细核对药品通用名、适应证、规格和有效期；在用药过程中，记录好给药时间、剂量和孩子的反应，一旦孩子服药后出现皮疹、精神萎靡、呼吸急促等异常表现，立即停药并就医。

（作者供职于河南省人民医院）

警惕脑卒中的隐形信号

□赵 方

当看到体检报告单上描述的“颈动脉斑块”字样，部分人认为是中老年人常见的“小问题”、无须重视，也有部分人不知所措、忧虑重重。脑卒中也就是我们常说的脑梗死、中风，超过半数都与颈动脉斑块密切相关，看似不起眼的颈动脉斑块，正是诱发凶险脑卒中的隐形信号。

想要理清二者的关系，首先要了解颈动脉的作用。人体的颈部两侧各有一条颈动脉，是连接心脏与大脑的“生命主干道”，大脑所需的血液和氧气，都依靠这两条血管输送。随着年龄增长，再加上高脂血症、高血压病、糖尿病、吸烟等因素影响，血管内壁就会逐渐沉积脂质垃圾，慢慢增厚、粥样硬化，就像水管内壁结出水垢，最终形成颈动脉斑块。

部分人疑惑，小小的斑块，为何会引发危及生命的脑卒中？其实斑块诱发脑卒中，主要有两种核心机制，每一种都具有危险性。第一种是血管狭窄导致脑供血不足。随着斑块逐渐增大，颈动脉管腔会越来越狭窄，导致血液流通障碍，大脑长期处于缺血、缺氧状态。当狭窄程度超过50%，供血不足的问题便会愈发明显；当狭窄超过70%，大脑供血会严重不足，直接诱发缺血性脑卒中，出现头晕、肢体运动障碍、感觉障碍及语言功能障碍等症状。第二种也是非常凶险的机制，是斑块脱落形成血栓堵塞脑血管。成熟的斑块分为稳定斑块和不稳定斑块。稳定斑块质地坚硬、包裹紧密，短期内风险较低；而不稳定斑块质地松软、包膜薄弱，就像血管里的“豆腐渣”。在血压波动、情绪激动、剧烈运动等情况下，这类斑块容易破裂、脱落，随血液流入脑部细小血管，瞬间堵塞血管，形成急性脑梗死，致残、致死率很高。

生活中有很多误区，让颈动脉斑块的严重风险性被忽视。比如，有人认为没有头晕、麻木、瘫痪的症状，斑块就不用治疗。绝大多数颈动脉斑块早期可以没有任何症状，但无症状不代表无风险，不稳定斑块随时可能脱落，突发中风。还有人认为只有老年人才会发生斑块，其实长期熬夜、高油高盐饮食、酗酒、久坐不动的中青年人群，逐渐成为颈动脉斑块的携带者，也可以说颈动脉斑块及脑卒中疾病正在悄悄盯上中青年人群。

想要远离颈动脉斑块诱发的脑卒中，科学防控是关键，核心在于“早发现、稳控制、防恶化”。首先应定期筛查，40岁以上人群，特别是伴有高血压病、高脂血症、糖尿病、长期吸烟、肥胖者，建议每年做一次颈动脉彩超，这是筛查斑块简单且精准的方式，能看清斑块大小、性质和血管狭窄程度。

其次要做好生活方式干预，这是逆转轻度斑块、稳定现有斑块的基础。日常要坚持低盐低脂低糖饮食，减少油炸食品、肥肉、甜品的摄入量，多吃蔬菜、粗粮、优质蛋白；坚持适度运动，避免久坐，每周保持适度的有氧运动；严格戒烟限酒，避免烟酒损伤血管内皮；同时，规律作息、平稳情绪，避免血压剧烈波动。

应当指出，“三高”人群要严格控制血压、血糖、血脂，尤其是低密度脂蛋白升高，是斑块形成的主要原因。对于中重度狭窄、不稳定斑块患者，要在医生指导下服用稳定斑块、抗血小板药物，必要时通过手术干预，杜绝中风隐患。

颈动脉斑块有人称为血管里的“定时炸弹”，它隐匿性强，风险性高，不是无关紧要的小问题，而是随时可以引起脑卒中的直接原因。因此，要重视颈动脉筛查，及时干预斑块问题，养成良好的生活习惯，就能有效阻断从斑块到脑卒中的发病链条，保护大脑健康，规避致命风险。

（作者供职于河南省民权县人民医院神经内科）

糖尿病患者的药学监护

□陈雪梅

糖尿病发病率较高，对于确诊患者而言，用药不能仅满足于服药或注射胰岛素，更要保障用药的科学性。

糖尿病患者用药的核心原则

精准选择降糖药物 无明确禁忌证的2型糖尿病患者，二甲双胍是首选降糖药物。合并心血管疾病、肥胖等高危因素的人群，可优先选择兼具心肾保护与减重作用的新型降糖药。进食不规律、年龄偏大的患者，应避免选用强效降糖药，以低血糖风险低为选药标准。肝肾功能不全的患者，要禁用经肝肾代谢的药物。

坚持合理用药 目前尚无根治糖尿病的特效药物，长期规范用药是控制血糖波动、预防并发症的关键。初始用药要从小剂量开始逐步加量，让身体逐渐适应药物，避免血糖短时间内大幅下降引发低血糖。单药控糖效果不理想时，可遵医嘱采用联合用药方案，兼顾降糖效果与用药安全。

配合规律作息与合理饮食 药物治疗十分重要，但坚持适度运动与科学饮食同样必不可少。患者服用降糖药物期间都要严格禁酒，酒精会干扰糖代谢，增加严重低血糖或酮症酸中毒的风险。服药期间，患者要保持规律的作息与合理饮食。

常用药物的不良反应和应对方法

临床常用降糖药分为口服降糖药与注射胰岛素两大类，不同药物不良反应差异较大。多数不良反应较为轻微，经科学干预可缓解，无须停药；严重不良反应则需及时调整用药方案。以下为常用药物的不良反应及应对方法。

二甲双胍 最易出现的不良反应是胃肠道不适，多出现于用药初期1周至4周，属于身体适应期的正常反应；少数长期服药者可能出现维生素B_{12}吸收下降。应对方法：初始从小剂量开始，随餐或餐后服用，减轻胃肠道刺激。症状轻微者可坚持服药，多数患者1个月内可自行耐受。日常注意补充维生素B_{12}，定期监测肾功能与血常规，肾功能异常时要及时停药。

磺脲类药物 格列齐特、格列吡嗪等磺脲类药物常见且危险的不良反应是低血糖，多发于高龄、劳累、饮酒或进食过少的人群，同时可能伴随轻微体重增加。应对方法：严格控制剂量与服药时间，禁止空腹用药。日常随身携带饼干、糖果等食物，出现低血糖症状时立即进食补糖。

α-糖苷酶抑制剂 阿卡波糖等α-糖苷酶抑制剂的主要不良反应是肠道产气增多，部分患者会出现轻微腹泻。应对方法：从小剂量开始，随第一口饭嚼服，让身体逐步适应。患者用药期间应减少高糖、高淀粉食物摄入量，避免加重肠道负担。症状长期不缓解者，可在药师指导下逐步减量。

新型降糖药SGLT2抑制剂、GLP-1 受体激动剂等新型降糖药整体安全性较高，部分患者会出现乏力、轻微恶心等不适，少数患者会出现酮症酸中毒。应对方法：用药期间注意私处清洁，保证每日充足的饮水量；口干、尿频加重时，应及时补水并复查血糖。

胰岛素 常见不良反应为注射部位红肿、瘙痒及低血糖，长期注射方式不当可能出现皮下脂肪增生。应对方法：严格把控注射时间与剂量，注射后按时进餐；注意轮换注射部位，避免同一部位反复注射。出现低血糖，立即补糖；频繁发作，要及时复诊。

糖尿病患者药学监护日常要点

安全控糖的关键在于日常药学监护。患者要养成良好的用药习惯，严禁自行换药、调整剂量，严格遵医嘱用药；坚持规律监测血糖，为用药方案调整提供依据。定期复查肝肾功能与糖化血红蛋白，牢记用药禁忌，避免熬夜、暴饮暴食。

（作者供职于广东省乐昌市北乡镇卫生院）