

药驾 藏在药盒里的“马路杀手”

世界卫生组织《全球道路安全状况报告》显示,每年全球道路交通死亡人数达135万,道路交通伤害已成为5~29岁人群的头号杀手,是亟待关注的公共安全问题。在诸多交通事故危险因素中,酒驾的危害已广为人知,“开车不喝酒,喝酒不开车”的理念深入人心。但据不完全统计,我国约10%的交通事故与“药驾”相关,比起“明知故犯”的酒驾,“药驾”更像“藏在药盒里的隐患”,很多人服药后驾车,却不知自己正处于危险驾驶状态!

何为“药驾”

“药驾”是指驾驶员服用可能影响安全驾驶的药物后驾车的行为。此类药物可能对驾驶员认知、心理和运动技能(如警觉性、注意力、反应时间和视力等)产生不利影响,进而危害交通安全。与酒驾不同,药驾引发交通事故的司机多属于“无心之过”。除了大麻、海洛因等管制药品,以下几类常见药物需司机朋友谨慎对待:

◆可能引起嗜睡和反应变慢的药物

镇静催眠药:如艾司唑仑、唑吡坦等,直接抑制中枢,导致困倦、嗜睡;

抗过敏药:如氯苯那敏、酮替芬等,常见副作用是嗜睡;

复方感冒药:如泰诺、感冒灵、新康泰克等多含氯苯那敏,服用后容易犯困;

此外,抗偏头痛药(如苯噻啶)、抗抑郁药(如丙咪嗪)、胃药(如奥美拉唑)也可能引发嗜睡。

危险点:高速上1秒的犯困,车辆就能驶出几十米,极易引发追尾事故。

◆可能引起眩晕或幻觉的药物

镇咳药:如右美沙芬、喷托维林等可能使人眩晕;

止痛药:双氯芬酸等解热镇痛药可能引发眩晕;

抗血小板药:如双嘧达莫可能导致头痛、眩晕;

抗病毒药:如金刚烷胺可刺激大脑多巴胺受体,引起眩晕、幻觉、精神错乱。

危险点:眩晕或幻觉会干扰驾驶判断力,危及行车安全。

◆可能影响视力与辨色能力的药物

少数人服用布洛芬、吲哚美辛等解热镇痛药后,出现视力降低、辨色困难;东莨菪碱、阿托品等缓解胃肠道痉挛的药物,会扩张瞳孔并导致视物不清;

卡马西平、苯妥英钠等抗癫痫药,利培酮等抗精神病药,可能引发视物模糊、注意力下降。

治疗心绞痛的药物硝酸甘油可能导致视物模糊;

危险点:若无法分辨红绿灯和车道线,相当于“闭着眼开车”。

◆可能引起定向力障碍的药物

镇痛药如哌替啶;抗消化性溃疡药如西咪替丁,可引起定向力障碍;长期服用避孕药可能导致视网膜血管异常,引发复视、定向力障碍;

此外,吲达帕胺、哌唑嗪等降压药可引起尿频、眩晕、感觉异常,长期服药者需定期与医生沟通,评估对驾驶能力的影响。

如何防范药驾风险

主动告知职业:就医时主动说明自己是驾驶员,让医生尽量避免

可能影响安全驾驶的药物,同时严格遵医嘱用药,不得擅自调整剂量。

仔细阅读药品说明书:无论处方药还是非处方药,服药前务必仔细阅读说明书,尤其关注“注意事项”,若有“服药期间不得驾驶机动车、车、船”“可能引起嗜睡”等提示,需避免驾车。

调整服药时间:若必须服用影响驾驶的药物,尽量选择非驾驶时段(如睡前)服用。

充分休息再驾驶:若用药后需驾车,应休息一段时间(通常4~6小时,具体需参考药物半衰期或遵医嘱),待药物影响消退后再出发。

及时应对不适:行车途中若出现头晕、眼花、困倦等不适,及时靠边停车休息,必要时就医。

“药驾”的危害,不在于剂量大小,而在“无知无畏”。135万道路交通事故死亡案例中,或许就有因一片感冒药、一粒降压药引发的悲剧。别让“不知道”成为终身遗憾——自己吃药不开车,也提醒身边人多留意,这是对生命最基本的守护。

(作者:李飞 福州大学附属省立医院 主管药师)

血小板增多就是血液病吗

血小板是人体内重要的止血凝血细胞,其数量波动常引起大众的关注,有人会将血小板增多直接与血液病画等号,造成不必要的恐慌。本文从血小板的生理功能出发,探究血小板增多的原因,纠正一些常见认知误区,通过分析原发性与继发性血小板增多的差异,给出正确的就医、处理建议,帮助大众正确认识血液系统异常,避免因错误判断而产生焦虑或过度治疗。

血小板:机体止血的关键卫士

血小板(platelets)是骨髓里巨核细胞脱落下来的一小块细胞质,没有细胞核,却在血液系统里担当着不可或缺的角色,主要任务是止血并参与到凝血进程当中。正常成人体的血小板数目处在 $100\sim 300 \times 10^9/L$ 这一范围,偏高或者偏低都有可能是一种异常的迹象。

血小板增多(thrombocytosis)指的是外周血中血小板数量持续超出正常上限,其病理机理可大致分为两类:原发性(克隆

性)和继发性(反应性)。原发性血小板增多大多由于骨髓增殖性疾病所引发,例如原发性血小板增多症(ET)或者真性红细胞增多症(PV),常常伴随着血小板功能异常以及血栓形成的风险上升。而继发性增多则较为普遍地出现在炎症、感染、组织损伤、缺铁性贫血、脾切除手术之后等情形之下,这是机体的一种应激反应。血小板数量短时间内增加也可能不是病理原因造成的,剧烈运动、怀孕、心理压力等情况都有可能引起,所以一次血常规检查出现异常结果不能作为疾病诊断的依据,还需要结合病史和其他检查来判断。

血小板增多的常见误区解析

在临床上以及科普问诊的时候,血小板增多的误区也是层出不穷。首先就是血小板越多越好,其实血小板虽然止血,但是血小板过多会导致血液过于黏稠,从而导致动静脉血栓,严重的还会导致脑梗、心肌梗死等危重急症。第二个误区是“血小

板增多就是白血病或者血液病”,确实有些血液肿瘤,例如骨髓增殖性肿瘤,它会把血小板升高当作最初症状,但这只是众多可能中的一个。很多非恶性因素也会导致血小板暂时升高,白血病等还要通过骨髓细胞形状、染色体、分子层次等许多方面来诊断。第三,“血小板不降就要马上治疗”,这个观点同样站不住脚。对于继发性血小板增多,应当针对原发病进行处理,例如控制感染、补铁、消炎等,并非急着去抑制血小板生成。盲目使用抗血小板或者细胞毒药物会导致副作用,甚至诱发出血,所以要科学评估病因,结合临床症状判断是否需要干预,这是医疗决策的基本准则。

血小板增多的科学应对策略

血小板升高这一实验室指标出现的时候,按照“先看,再查,后处理”的步骤来操作比较妥当。首先去就医再次检查,弄清楚血小板增多是否为持续的状况,接着可以做血涂片形态观察、CRP、

铁蛋白、肝肾功能、甲状腺功能等检查,必要时还要做骨髓穿刺检查,排除一下造血系统的问题。确诊的继发性血小板增多,主要针对病因、缺铁性贫血、补铁后血小板下降、感染或者炎症导致的,采用抗感染或者抗炎措施也能降下来。原发性血小板增多患者需要血液科进一步治疗,常用药有羟基脲、干扰素、阿司匹林等,要定期随访,预防血栓或者出血,降低并发症出现。

血小板增多常常被大众误认为是重大血液病的信号,其实背后病因复杂,诊断要准确,处理更要因人而异,不能随便根据血常规结果自己诊断,更不能盲目恐慌或者过度治疗。只有依靠专业评估和理性认识,才能守护真正的健康,提升对血液系统的科学认知,也是公众健康素养的关键一环。

(作者:刘卫军 福建省福鼎市医院 主治医师)