错时共享，能否缓解“停车难”？

新华社“新华视点”记者 黄兴 王辰阳 李力可

过去，重庆巴南区市民刘云波每天为停车犯愁，下班后在马路边到处找车位。如今，他家附近的鱼洞街道办事处为居民提供共享车位，他下班后将车停到办事处大院内，方便多了。

老旧小区“停车难”一直是城市治理的痛点。近年来，多地探索采用错时共享停车等方式解决“停车难”问题，成效如何？“新华视点”记者进行了调查。

多地大力推进错时共享停车

错时共享停车大体分为两类，一类是居民小区白天开放给上班族，另一类是机关单位、企业夜间开放给附近居民。

近年来，多地出台政策举措推进错时共享停车，不少地方从党政机关带头做起。作为著名旅游城市，四川都江堰市将包括市委、市政府在内的12家机关事业单位的543个停车位，在节假日出行高峰向市民、游客提供免费共享停车服务。

上海中心城区充分挖掘写字楼、商场等地的共享车位，助力解决居民“停车难”。走进位于上海黄浦区的滨江壹号院停车场，只见不少周边居民的私家车停放在此。“推广短短几个月，已有不少居民签约停车。”黄浦区半淞园路街道高雄居民区党总支书记胡锦艳说。

江苏南京调整开放范围，新增共享泊位5045个；河北石家庄市公安局交通管理局协调市内各大商圈、医院、小区等，推出1.5万余个共享车位；北京着力推进机关事业单位、国有企业挖潜停车资源，2024年累计新增1万个有偿错时共享车位……2024年以来，多地提速建设错时共享停车项目，进一步缓解市民“停车难”。

记者了解到，由于供需对接较为精准，居民“停车难”痛点与错时共享车位资源实现较好匹配，经济激励较强，一些停车场运行情况较好。

重庆巴南区巴滨路一处企业所属停车场，白天职工在此停车，晚上则向周边居民开放。记者在现场看到，“共享车位”字样十分醒目。停车场负责人曾玲丽介绍，由于周边老旧小区较多，居民停车较为困难，120多个错时共享车位一经推出便全被居民预定。“目前，错时共享车位每月可带来约2.5万元收入。”

怎么收费？如何管理？

错时共享停车是新生事物。如何实现错时共享？费用问题如何解决？各地有不少探索。

——如何找车位？

多地基于数字化手段，实现共享停车“一键查找”，提升便利性。比如，广东深圳构建起智慧停车平台，归集全市停车场信息数据，市民打开相关App便可查看错时共享停车信息等，还可预约停车。

北京静态交通投资运营有限公司上线“北京静态交通共享停车”小程序，接入605个错时共享停车场、3.3万余个共享车位；市民可查看共享停车场相关信息，还可通过小程序在线办理共享停车服务。

——收费怎么样？

记者了解到，重庆等地的党政部门错时共享停车项目起步不久，目前大多还未收费。刘云波说，2024年上半年以来，他在夜间及周末将车辆停放在巴南区鱼洞街道办大院，暂未收费。

多地明确，错时共享车位收费标准不高于政府指导价，收费方式包括包月和计次、分时段缴费。一些地区的停车场推出较为优惠的价格。如四川天府新区成都直管区在多个商用停车场推出错时共享车位，月租价格在120元至360元不等。上海黄浦区滨江壹号院停车场项目经理刘凯说，正常车位对外租金是每月1200元，错时共享停车每月仅需500元。

——管理是否规范？

有车主担心，签约共享车位后，如果在规定时段车位被占，实属一大烦心事。记者了解到，为强化规范管理，多地陆续出台规定，要求严格执行错时共享，保障车主权益。

“我们专门划定停车区域，并喷涂‘共享车位’字样及车位号码；车主签约后明确固定车位，并加入微信群，有异常情况可及时联系到管理人员。”曾玲丽说，最初确有个别车主未按时将车开走，提醒之后大家就熟知规则了。

此外，多地从多方面破除共享停车存在的难题。比如，针对停车场闸机无法识别外来车牌，实施智能化改造；针对安全管理隐患，对停车场加装摄像头；将不按规定停放、不按时驶离的车辆纳入“黑名单”。

进一步化解“停车难”

记者走访发现，当前，在一些老旧小区尤其是单体楼集中的区域，错时共享停车未能广泛推行，“停车难”仍较为突出。

有地方党政部门负责人表示，如果开放单位车位错时共享，潜藏一定的安全风险，还会增加管理成本；除非政策强制要求开放，一般不太乐意推动。

在覆盖面仍显不足的同时，记者还了解到，部分共享车位存在使用不便的问题，如与居民小区距离过远、无法给新能源汽车充电等。

下一步，如何更好推进错时共享停车？

“应继续深挖老旧小区周边共享车位资源，并聚焦学校、医院、商圈等重点区域精准发力，着力化解‘停车难’。”重庆巴南区城市管理局副局长王立说。

党政部门应在错时共享停车方面“做表率”。业内建议，应在政策设计上推动、引导党政部门进一步开放车位，并纳入民生实事清单加快推进。

多名基层干部表示，目前，市场化企业参与错时共享停车业务运营的积极性较弱。应注重发挥市场机制作用，在完善利益分配机制、动态差别定价等方面发力，打造成熟盈利模式，提升错时共享停车项目覆盖面。

此外，还应构建智慧停车“一张网”，打造智能共享停车位系统，提升错时共享停车质效。重庆邮电大学副教授杨亚西认为，应搭建线上平台，为供需双方提供服务对接，并广泛接入居民小区停车位，做大停车位“资源池”；同时利用物联网通信技术、人工智能和云平台，实时监测和管理停车位的使用情况，帮助管理人员高效管理。

刘凯还建议，应进一步提升共享车位的使用环境，包括优化停车场内的引导指示，明确共享停车区域；引入汽车美容、代客泊车等服务，提升整体便利性。 （新华社北京2月19日电）

江苏昆山：机器狗『领跑』大课间

2月19日，在江苏省昆山市信义小学，机器狗带领学生在大课间活动跑步。

近日，江苏省昆山市信义小学在大课间活动中创新引入机器狗领跑，打造“科技+体育”特色项目，让学生们了解、探索、体验前沿科技的同时，激发对运动的兴趣。 新华社发（王须中摄）

一氧化碳中毒的解析与护理

冬季气候寒冷，煤炉、木炭、燃气成为家中的取暖神器。在密闭的环境燃烧炭火，吃火锅，烧烤或当下流行的围炉煮茶极易引起一氧化碳中毒。一氧化碳中毒(Carbon Monoxide Poisoning)，俗称煤气中毒，是由于含碳物质燃烧不完全时的产物经呼吸道吸入后，导致组织缺氧的一种急性中毒状态。其病因广泛，涵盖日常生活、工业生产、交通尾气及火灾现场等。日常生活中生炉取暖、燃烧不完全的燃料(如煤、木炭、汽油、天然气等)，燃气热水器、煤气炉的不合理使用，以及煤气泄漏等常见原因。工业生产中的CO泄露，如炼钢、焦化、烧窑等生产过程中设备故障、泄漏或操作失误。机动车尾气在密闭或半密闭空间中的积聚，如车库、隧道等。火灾现场产生的大量一氧化碳。长期大量吸烟也可能导致慢性一氧化碳中毒。

一氧化碳中毒的临床表现有哪些呢？主要为缺氧，其严重程度与血液中碳氧血红蛋白(HbCO)的饱和度呈比例关系。

轻度中毒：碳氧血红蛋白的饱和度为10%-20%，表现为头痛、头晕、耳鸣、恶心、呕吐以及四肢无力等症状。

中度中毒：碳氧血红蛋白的饱和度为30%-40%，除轻度症状外，伴有面色潮红、多汗、意识模糊、乏力，角膜反射和对光反射减弱。

重度中毒：碳氧血红蛋白的饱和度大于50%，患者可有意识障碍、昏迷、高热、四肢肌张力增高，抽搐、大小便失禁，心律失常、呼吸抑制等症状，甚至会引起死亡。此外，部分患者还可能出现呼吸急促、咳粉红色泡沫痰、记忆力下降、智力减退以及迟发性脑病等伴随症状。

如何确诊是一氧化碳中毒，到医院后需要进行哪些辅助检查呢？可以通过检测血液碳氧血红蛋白含量来判断是否存在一氧化碳中毒。可以通过动脉血气分析结果来评估机体是否处于酸碱平衡失调状态及缺氧程度，以辅助诊断一氧化碳中毒引起的呼吸系统损害。还有脑电图，可以记录大脑活动情况，帮助确定是否存在脑部损伤或异常放电。其中胸部X光片，能够显示肺部状况，协助发现因吸入有毒气体导致的肺水肿或其他影像学改变。除此以外，头颅磁共振成像，能评估脑部结构受损情况，有助于识别由一氧化碳中毒引发的脑部病变。

一氧化碳中毒的治疗原则有哪些呢？主要为尽快脱离一氧化碳环境中，吸入新鲜空气或氧气，保持呼吸道通畅，并给予急救处理。

迅速转移：将患者转移到空气清新的地方，解开其领口和皮带，清除口鼻的分泌物，保持呼吸道通畅。

高浓度补氧：给予高流量、高浓度的补氧，如鼻导管吸氧或面罩吸氧。对于昏迷者需要保持气道通畅，侧卧位防止误吸，必要时可以进行气管插管使用呼吸机维持呼吸。

高压氧治疗：是一氧化碳中毒的特异性治疗，有助于加速一氧化碳的排出。

药物治疗：可使用甘露醇等脱水剂降低颅内压，预防脑疝形成。对于频繁抽搐的患者，可使用地西泮等镇静药物控制抽搐。此外，糖皮质激素如地塞米松也可用于改善重症病情。

对症支持治疗：维持生命体征稳定，防止并发症，如脑水肿，肺水肿等。

一氧化碳中毒的护理措施有哪些？

氧疗：通过吸入高浓度氧气来纠正低氧血症，提高血液中的氧气含量，迅速纠正缺氧状态。

保持呼吸道通畅：使用雾化吸入、翻身拍背等方式保持呼吸道湿润及分泌物排出，防止因痰液粘稠导致窒息。

促进脑细胞代谢：静脉注射或口服神经营养药物，如吡拉西坦片、奥拉西坦胶囊等，增加大脑内神经递质的合成和释放，促进脑细胞代谢以及修复受损区域。

预防并发症：监测心电图、血压、血氧饱和度等指标，并采取相应措施预防急性心肌损伤、电解质紊乱等并发症的发生。

定期复查：为了监测病情恢复情况，一般建议在中毒后的一周、两周、一个月分别进行复查，复查内容可能包括血常规、头颅CT扫描等项目监测恢复情况。

一氧化碳因其无色、无味和无刺激性而无法被暴露者察觉，对生命健康构成非常严重的危害。安全无小事，预防是关键。所以采取有效预防措施尤为重要，那么我们在日常生活中应该怎样预防一氧化碳中毒呢？

定期检查家用燃气设备，避免在密闭空间里使用燃料取暖设备等。热水器应与浴室分开，使用燃气热水器时，浴室及热水器所在的房间都要保持通风。洗浴时间不宜过长，更不要多人连续沐浴。禁止在室内使用直排式燃气热水器。尽量不要在室内烧炭煮火锅、围炉煮茶等，不要紧闭门窗，要保持室内通风换气。如果汽车长时间打火而不开动，应该打开车窗，防止尾气回流引起窒息；不要躺在门窗紧闭、开着空调的汽车内睡觉，在行驶时开空调要将车窗打开一些缝隙，有条件的可以安装一氧化碳报警器，时刻保持警惕，提高安全意识。

综上所述，一氧化碳中毒是一种严重的急性中毒事件，给人们的生命财产安全带来严重威胁，需要重视预防，迅速识别并采取有效的治疗措施和护理措施以降低患者的风险和并发症。

（六安市人民医院急诊内科 程元婕）

三伏贴，中医里的“冬病夏治”妙方

在中医的浩瀚宝库中，三伏贴无疑是一颗璀璨的明珠。它以其独特的“冬病夏治”理念，为众多慢性疾病患者带来了福音。每到炎炎夏日，各大中医院总是人头攒动，人们纷纷前来贴三伏贴，希望可以调理身体、预防疾病。

三伏贴的历史可以追溯到明朝，其前身是“天灸”。最初，它主要用于治疗哮喘等呼吸系统疾病，核心成分是白芥子，辅以干姜等温通药物，通过刺激穴位达到预防疾病的目的。在现代医学实践中，三伏贴的配方和应用范围都得到进一步的完善和拓展。如今，各医院会根据患者的不同体质和疾病类型，调配个性化的药物组方，以更好地发挥其治疗作用。

三伏贴的治疗原理基于中医“冬病夏治”的理论。所谓“冬病”，是指在冬季容易发作或加重的疾病，这类疾病往往与寒邪有关，患者体质多偏虚寒。而“夏治”则是利用夏季阳气旺盛、人体毛孔张开的时机，通过贴敷温热药物，调节人体的阴阳平衡，驱除寒湿，增强免疫力，从而达到预防和治疗疾病的效果。

三伏天是一年中阳气最旺盛的时节，此时人体的阳气也达到高峰。根据中医理论，此时贴敷药物，药物成分更容易通过皮肤渗入经络，直达脏腑，发挥通经活络、调理气血的作用。因此，三伏贴不仅是一种治疗方法，更是一种顺应自然规律、调和人体阴阳的智慧体现。

三伏贴的适用范围非常广泛，尤其是以下几类疾病。呼吸系统疾病是三伏贴最常见的应用领域。对于哮喘、慢支、鼻炎、咽炎以及体虚感冒等患者，三伏贴能够有效缓解症状，减少冬季发作的频率。慢性胃炎、胃溃疡引起的胃胀、胃痛、胃肠功能紊乱等，可通过三伏贴调理。其原理在于温阳散寒，改善脾胃功能。对于女性常见的痛经、月经不调、产后风等虚寒症，三伏贴也有疗效。它通过温阳补虚，调节女性的内分泌和生殖系统。

风湿、类风湿性关节炎引起的“痹症”是三伏贴的另一大适应症。通过温阳散寒、通经活络，可以有效缓解关节疼痛。对于四肢寒凉怕冷、免疫力低下等亚健康状态，三伏贴也能够通过调节人体的阳气，增强体质。小儿反复感冒、咳嗽、多汗、夜尿多、慢性腹泻等气虚、阳虚症状，也可以通过三伏贴进行调理。

需要特别指出的是，三伏贴并非适合所有人。其治疗对象主要是阳虚体质或寒性疾病的患者。如果患者体质偏热，或者疾病表现为热性症状(如黄痰、咽痛、便秘等)，则不适合使用三伏贴。

三伏贴的贴敷时间通常与三伏天的日期密切相关。2025年的三伏天为7月20日—8月18日，分为初伏、中伏、末伏。一般来说，每伏贴敷一次，每次间隔10天左右。每次贴敷时间不宜过长，过长可能导致皮肤起泡、溃烂。因此，必须严格按照医嘱控制贴敷时间，成人一般为4-6小时，儿童为2-4小时。

为了达到最佳效果，建议连续治疗3年。这是因为“冬病夏治”的效果需要在冬季显现，而慢性疾病的调理往往需要较长时间。如果患者在贴敷过程中感到明显的烧灼感或不适，应立即取下药贴，如果出现水疱或红疹，应及时就医处理。

尽管三伏贴的疗效显著，但三伏贴并非万能，它主要针对虚寒型疾病，对于湿热体质、阴虚内热体质的人群，甚至可能加重病情。此外，患有皮肤疾病(如湿疹、荨麻疹)或处于慢性病急性发作期(如高血压控制不稳定、感冒发烧)的患者，也不适合贴敷。

三伏贴的药物配方需要根据患者的体质和病情调配，且不同疾病的贴敷穴位也各不相同。自行购买和贴敷不仅可能因药物配方不当而影响疗效，还可能因取穴不准确而无法达到治疗效果，甚至引发不良反应，因此需找专业医疗机构的专业医生。

“冬病夏治”虽然有效，但并不能完全替代日常治疗和保健。对于慢性疾病患者，及时治疗和调理同样重要。此外，日常生活中应注意避免寒凉饮食，保持规律作息，适度锻炼，以增强体质。

尽管三伏贴的历史悠久，但现代医学研究也在不断探索其科学依据。研究表明，三伏贴通过温热刺激和药物成分的渗透，能够调节人体的免疫系统，改善微循环，增强机体的抗病能力。

（安徽医科大学直属附属六安医院康复医学科 张威）

卵圆孔封堵术：心脏的“神秘补丁”

卵圆孔封堵术是一项先进的微创介入手术，主要用于治疗心脏卵圆孔未闭(PFO)的情况。卵圆孔是心脏左右心房之间的一个微小通道，它在胎儿时期扮演着关键的血液输送角色，为胎儿提供必要的氧气和营养物质。然而，随着胎儿的出生和成长，大多数人的卵圆孔会在出生后不久自行闭合。当这一自然过程未能完成时，就形成了卵圆孔未闭，这可能导致一系列健康问题。

卵圆孔未闭在人群中的发生率较高，据统计，约有25%至34%的成年人存在不同程度的卵圆孔未闭。尽管并非所有卵圆孔未闭的患者都会表现出明显的临床症状，但在某些特定条件下(如憋气、提重物、用力排便等)，右心房的压力可能暂时超过左心房，导致卵圆孔重新开放，从而引发右向左分流现象。这种分流现象可能引发一系列与反常性栓塞相关的疾病，如偏头痛、隐源性卒中、短暂性脑缺血发作(TIA)等。因此，对于卵圆孔未闭的患者，及时诊断和治疗至关重要。

如何诊断卵圆孔未闭？主要是1.经胸超声心动图；2.经食管超声心动图：诊断卵圆孔未闭的“金标准”和首选方法；3.经胸超声心动图声学造影；4.对比增强经颅多普勒超声声学造影。

没有症状、未对生活造成影响的卵圆孔未闭，可以不用处理。成年人卵圆孔未闭出现了症状，则需要及时干预治疗。治疗手段：应根据危险因素的高低进行个体化评估、治疗，主要包括药物治疗、外科治疗及介入治疗。

1.药物治疗主要为抗栓治疗，抗凝药(如华法林、达比加群酯)与抗血小板药物(如阿司匹林、氯吡格雷等)都属于抗栓治疗，但孰优孰劣目前尚无明确定论。

2.外科手术。传统的外科经胸手术缝补卵圆孔创口大，并发症多，基本已被经皮卵圆孔未闭封堵术所替代。

3.介入治疗。微创介入封堵是经皮导管卵圆孔未闭封堵术，该手术已问世20余年，是成熟的卵圆孔未闭治疗方案，是一种安全、经济的介入治疗手段，用特制的封堵器阻断分流。

卵圆孔未闭介入封堵术优点有哪些？创伤小：穿刺部位小伤口，无需缝合，痛苦小。用时短、恢复快：手术过程约30—40分钟左右，术后2天即可出院，出院后不影响正常工作、学习。效果好：无需终生服药。

经导管封堵PFO预防相关卒中的适应症有哪些呢？主要是年龄小于55岁；合并不明原因的脑卒中或短暂性脑缺血发作；有偏头痛病史(特别是先兆偏头痛患者)；合并斜卧呼吸-直立型低氧血症；呼吸睡眠暂停患者；易栓症患者；一过性晕厥(发病前有排便、负重、或行Valsalva相关动作发病)；临床栓塞事件复发者；受伤/手术后制动，长期久坐后易患深静脉血栓形成。

卵圆孔未闭患者行封堵治疗后，可以预防脑梗塞再次发生；减少预防脑梗塞药物使用，节约费用，减少药物副作用；减轻或者治愈偏头痛，提高自身生活质量。

封堵治疗后必须注意的事项：1.注意避免受凉感冒，避免剧烈运动，尤其术后早期，封堵术后第2天就可下床活动。2.手术后遵循医嘱，坚持服药3-6个月，临床医生根据复查结果调整用药时间，切勿自行停药。3.注意加强营养；1个月后，经过医生评估复查结果后，可以开始适量运动锻炼，循序渐进，不可突然进行剧烈运动以及重体力劳动。4.出院后第1月、3月、6月复查心电图、心脏超声等，了解封堵器位置、有无封堵器血栓形成、心律失常等情况发生。

随着医疗技术的进步和发展，卵圆孔封堵术作为一种微创介入治疗方法，正逐渐成为守护心脏健康的重要“神秘补丁”。通过精准的手术操作和细致的术后护理与康复工作，卵圆孔封堵术不仅能够有效预防右向左分流及其相关并发症的发生，还能帮助患者恢复健康并提高生活质量。因此，对于那些存在卵圆孔未闭风险的患者来说，及时接受专业医生的评估和治疗，选择适合自己的治疗方案，是守护心脏健康的关键所在。同时，我们也应该加强对卵圆孔未闭的认识和了解，提高自我保健意识，共同维护我们的心脏健康。

（金寨县人民医院 张玉）

癌因性疲乏：被忽视的隐形症状与科学护理

癌症患者在经历治疗的漫长旅程中，不仅要面对疾病本身，还要应对一系列身体和心理上的挑战。其中，癌因性疲乏(Cancer-Related Fatigue，CRF)是他们最常遇到又最容易被忽视的症状之一。据研究显示，60%-90%的癌症患者在治疗期间或治疗后会经历不同程度的疲乏感，这种疲乏感的严重程度甚至超过疼痛和恶心。然而，由于缺乏足够的认知和有效的干预手段，许多患者和家属对CRF感到束手无策。让我们从科学的角度深入解析癌因性疲乏的本质，并提供一系列实用的护理策略，帮助患者更好地应对这一隐形的挑战。

一、什么是癌因性疲乏？它与普通疲劳有何不同？

癌因性疲乏(CRF)是一种与癌症或癌症治疗相关的、持续性的主观疲劳感，具有以下特征：无法通过休息缓解，患者即使睡眠充足，仍感到精力耗竭。持续时间长，可能持续数月甚至数年，影响康复进程。多维性，涉及生理、心理、社会等多方面因素。与普通疲劳的对比，普通疲劳是由体力消耗或短期压力引起，休息后能恢复，而CRF与疾病和治疗直接相关，具有不可预测性和难以控制性。

二、癌因性疲乏的成因：不仅仅是“累”那么简单

1.生物学机制。炎症因子释放：肿瘤细胞和化疗/放疗会刺激机体释放IL-6、TNF-α等促炎因子，直接作用于大脑疲劳中枢。代谢异常：癌症导致蛋白质分解加速，肌肉消耗引发无力感。贫血：化疗损伤骨髓造血功能，红细胞减少导致携氧能力下降。

2.治疗相关因素。化疗：铂类、紫杉醇等药物具有神经毒性，可引发外周神经病变。放疗：局部炎症反应消耗能量储备。靶向治疗：部分药物(如抗血管生成药)影响线粒体功能。

3.心理社会因素。焦虑、抑郁情绪加重疲劳感。经济压力、家庭角色转变导致心理负担。

三、科学评估：如何判断疲乏程度？

1.常用评估工具。简明疲劳量表(BFI)：通过0-10分量化疲劳程度。多维疲劳量表(MFI)：涵盖体力、脑力、动机等5个维度。

2.预警信号。日常活动(如洗漱、进食)需他人协助。连续3天出现嗜睡或注意力涣散。情绪低落伴随自我否定倾向。

四、非药物干预：循证医学支持的六大策略

1.运动疗法，打破“越累越不动”的恶性循环。有氧运动：每周3-5次，每次20-30分钟低强度步行或骑自行车(心率控制在最大心率的50%-70%)。抗阻训练：使用弹力带或小哑铃进行上肢/下肢力量训练，每周2次。注意事项：骨转移患者需避免负重运动，白细胞低于2×10^9/L时暂停。

2.认知行为疗法(CBT)。疲劳日记：记录每日活动与疲乏波动规律，识别诱发因素。目标拆分：将任务分解为15分钟的小单元，穿插休息时间。

3.营养支持。高蛋白饮食：每天摄入1.2-1.5g/kg蛋白质(如鸡蛋、鱼肉、乳清蛋白粉)。抗氧化剂补充：维生素C(100mg/天)、维生素E(15mg/天)减轻氧化应激。避免误区：盲目进补可能加重肝肾负担，需在营养师指导下进行。

4.睡眠管理。建立固定作息：每晚22:00-6:00为最佳睡眠窗口。限制日间小睡：不超过30分钟，避免进入深睡眠周期。

5.中医调理。艾灸足三里、关元穴：每周2-3次，每次15分钟。八段锦/太极拳：通过舒缓动作改善气血运行。

6.社会支持系统。组建患者互助小组：分享应对经验，减少孤独感。家属培训：学习观察疲劳信号和沟通技巧。

五、药物治疗：何时需要医生介入？

1.适应症。血红蛋白<80g/L：考虑促红细胞生成素(EPO)或输血。严重抑郁合并疲乏：选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)。

2.争议性药物。中枢兴奋剂(如哌甲酯)：短期改善注意力，但可能加重失眠。中医药制剂：需警惕与化疗药物的相互作用。

六、护理实践：家庭照护的关键要点

1.环境改造。居家动线优化：常用物品放置在触手可及处。辅助器具使用：洗澡椅、长柄取物器减少体力消耗。

2.症状监测。每日晨起称重：体重下降>5%需警惕营养不良。指尖血氧仪：静息状态下SpO_2<94%提示需就医。

3.沟通技巧。避免无效鼓励：“加油坚持”可能增加患者心理压力。有效倾听：用“你最近感到最困难的是什么？”代替说教。

七、未来展望：精准医学时代的突破

生物标志物检测：通过检测IL-1Ra、瘦素等指标预测CRF风险。神经调控技术：经颅磁刺激(TMS)调节大脑疲劳回路。数字化干预：可穿戴设备实时监测活动-休息周期并提供个性化建议。

癌因性疲乏不是癌症患者的必然宿命。通过科学的评估体系、个体化干预方案和多学科协作，患者的生活质量可以得到显著改善。

癌因性疲乏是癌症患者常见的症状之一，但随着医学的发展，这一现象不再是不可避免的。通过建立科学的评估体系，医生可以准确地评估患者的疲劳程度，并根据评估结果制定个体化的干预方案。这些方案可能包括药物治疗、心理支持、运动疗法和营养指导等多方面的综合措施。此外，多学科团队的协作，包括医生、护士、营养师、心理治疗师等，能够为患者提供全方位的关怀和支持，从而显著提高患者的生活质量。

与医疗团队保持密切沟通，让专业护理为康复之路保驾护航。在面对疾病和疲劳时，许多人可能会感到无助和孤独。寻求帮助是勇敢和明智的行为，它不仅能够减轻患者的身心负担，还能为他们提供更多的康复机会。与医疗团队保持密切的沟通，确保患者能够及时获得必要的信息和支持。专业护理团队会根据患者的具体情况，提供个性化的治疗和护理计划，确保患者在康复的道路上得到最全面的照顾和指导。通过这种合作和沟通，患者可以更有信心地面对疾病，积极地参与到自己的治疗和康复过程中。

（六安市人民医院肿瘤内科二病区 宋燕）