

肩袖损伤是最为常见的肩关节疾病之一，主要症状为疼痛、关节不稳定与活动受限，会对上肢功能产生严重影响。对于撕裂较大、肌腱回缩明显或伴肌肉萎缩、肩关节功能障碍严重影响日常生活、保守治疗无效者，应考虑手术治疗。关节镜下微创修复已取代开放手术成为肩袖损伤治疗的首选，可达到解剖愈合、恢复关节功能。但手术治疗仅为起始，术后合理开展康复训练意义重大。本文将对肩袖损伤术后康复锻炼的意义与方法作简要介绍。

肩袖损伤术后康复锻炼的意义

1.减轻肿胀与疼痛。术后早期合理开展康复活动可对关节腔产生挤压力，促进关节液流转与更新，从而维持或提升关节软骨自我更新活力，也可促进炎症代谢物质的排除与吸收，减少局部致痛因子，从而加快肿胀、疼痛消退。配合冰敷效果更佳。

2.预防关节粘连与僵硬。术后早期开展特定角度和范围内的主动活动，可在不损伤修复肌腱的前提下，松懈关节囊，维持关节腔容积和滑动性。从而降低粘连、挛缩等常见并发症发生风险。

3.预防肌肉萎缩。在合理时机开始足够强度与持续时间力量训练，可激活萎缩的肩袖肌群和三角肌，恢复肌肉力量和容积，为肩关节的动力平衡重建打下基础。

4.重建肩关节本体感觉。肩袖损伤及手术会破坏关节周围神经感受器，导致本体感觉下降。术后中远期开展闭链运动和平衡训练，可让神经肌肉控制得到训练，从而改善肩关节的稳定性和协调性。

5.恢复上肢功能与日常活动能力。分阶段、循序渐进的训练可改善关节稳定性，提升活动度，从而减轻或解除活动受限，提升生活质量。

提升手术效果，延缓关节退变，有效的康复训练能让肩关节在正常的生物力学环境下工作，避免关节面受力异常，减少关节软骨磨损，从而提升远期效果。

肩袖损伤术后康复锻炼方法

1.最大保护期(术后0~6周)

该阶段是损伤修复的关键阶段，康复锻炼的主要目标为保护修复肌腱、减轻炎症肿胀、预防肌肉萎缩。护理人员应指导患者在允许范围内，进行肩关节被动活动。患者在术后早期，应佩戴可调节肩关节外展包进行肩关节制动。

肩袖损伤术后康复锻炼方法

推荐锻炼方法：(1)远端主动活动(腕关节屈伸、左右摆掌、握拳运动、肘关节屈伸旋转)，术后1天即可开始，每次10~15min，每天4~6次；(2)肩关节被动活动(钟摆运动、仰卧位被动前屈、仰卧位被动外旋)，每次在各自方向末端维持1~2min，每天2次；(3)肩部肌肉静力收缩，在支具保护下开展，每次5~8min，每天2~3次。该阶段禁止主动抬臂、提重物、患侧支撑身体，每次训练后行局部冰敷10~15min。

2.主动活动期(术后6~12周)

该阶段肌腱已经实现愈合，逐步过渡至主动活动，改善关节活动度，并引入肌力训练。

推荐锻炼方法：(1)爬墙练习，每次15~20个往返，每天3次；(2)等长收缩训练(手臂不动，仅肌肉发力)，每次10~15min，每天2次；(3)柔韧性练习，具体方法包括内收探肩训练(健侧手辅助患侧手触摸对侧肩)、后背拉伸训练，每次8~10min，每天2次。该阶段逐渐摘除支具，所有训练均应在无痛或微痛范围内进行，避免提超过1公斤的重物、体育活动。

3.肌力增强期(术后13周~6月)

该阶段训练的主要目标为强化肩袖及三角肌力量，恢复肩关节的全范围活动度，让患者能够逐步回归日常生活。

推荐锻炼方法：(1)抗阻训练，采用弹力带或小重量的哑铃训练(1~2.5kg)，每个动作维持5~10s，每次20min，每天1次；(2)功能性训练，模拟梳头、穿衣、取物等日常生活动作，每次8~10min，每天1次；(3)技巧训练：包括闭式练习与开式练习两种。闭式练习：患者坐位坐，肩部发力，背部不参与发力，双手尽量外展，行匀速运动，每次15min，每天1次。开式练习：行不同形式侧举，原则上不借力，靠肩发力，然后借助手臂移动重量，每次15min，每天1次。

抗阻训练如采用哑铃时应从最轻开始，避免盲目增加负荷，训练过程中避免耸肩代偿，维持肩胛骨稳定。该阶段应避免过头推举、暴力拉伸等高风险动作。

术后合理开展康复训练可使肩袖损伤患者多方面获益，包括促进肿胀消退、减少并发症、改善关节功能等，是保障手术效果的基础。护理人员应依据患者病情特点、术后恢复情况及耐力制定阶段性、渐进性的康复训练方案。同时，应让患者充分了解康复训练的重要意义并掌握康复方案，通过随访促进其长期坚持，以让患者的关节功能获得最大程度恢复。

(霍邱县人民医院南区康复科 倪娟)

精神分裂症全程治疗策略解析

一羟色胺2A受体，常用药物包括奥氮平、利培酮、阿立哌唑、喹硫平、齐拉西酮、氟哌啶醇等。急性期药物治疗要求起效快，多通过口服或肌注给药，以在短时间内控制躁动等症状。医生会依据患者的年龄、体重和耐受性进行药物剂量调整，将药物调整至有效治疗剂量。应避免使用低剂量治疗，以免病程延长或进展为难治性精神分裂症。该过程中患者可出现锥体外系反应、过度镇静、心动过速、肝肾功能损伤等药物不良反应，应密切观察。

3.物理治疗：电休克疗法为经典的精神疾病治疗方法。改良电休克治疗采用麻醉药物、肌松药物让患者处于麻醉与肌肉松弛状态，通过适量脉冲电流刺激诱发大脑皮层广泛放电，引发惊厥发作，从而改善精神心理症状。相对于传统电休克治疗，改良电休克治疗具有无抽搐发作的优点，可避免心血管事件、骨折、关节脱位等问题。对于存在需要快速控制的危急症状(如严重自杀企图与行为、极度兴奋躁动、紧张性木僵)，对抗精神病药物反应不佳者，可考虑进行改良电休克治疗。重复经颅磁刺激、磁体克治疗、深部脑刺激等新型物理治疗技术，近年来在精神分裂症的治疗中也得

到了应用。

4.支持性治疗：包括营养支持、水电解质补充、睡眠干预及个人卫生维护，为药物起效、大脑恢复提供基础，避免因躯体衰竭加重精神症状。

5.建立治疗同盟：通过沟通建立医护人员、家属与患者三方面共识，为急性期治疗与后续长期疾病管理奠定基础。尽管患者在急性期自主能力较差，但医护人员仍应尽量尝试沟通、建立信任，以让患者尽可能配合治疗。

精神分裂症维持期

维持期持续时间较长，治疗的核心目标不再是单纯压制症状，还包括预防复发、修复功能、促进社会回归，主要治疗场所从医院转移至家庭和社区。

1.药物治疗：抗精神病药物是维持期综合治疗的基石。医生会依据患者病情、耐受情况选择适宜的药物，并逐渐调整至最低有效维持剂量，以在预防复发和减少不良反应之间取得平衡。用药依从性是维持期关注的重要问题之一。大量研究证实擅自停药或减药是导致复发的最主要原因。用药管理困难的患者推荐使用长效针剂；也应通过健康教育、服药督导、家属辅

助等方式提升用药依从性。

2.物理治疗：物理治疗在维持期干预中同样占据重要地位。其中改良电休克治疗已被较多研究证实有助于减少复发、促进患者回归社会。重复经颅磁刺激可有效改善阴性症状，也可在一定程度上改善社会功能损害，可与抗精神病药物产生协同增效的作用，且安全性优于MECT，近年来在维持期治疗中的应用逐渐增加。

3.心理社会干预：心理社会干预是维持期治疗的重要内容，不仅可减轻症状，也可改善患者身心健康，促进生活能力恢复。主要方法包括认知行为治疗、家庭治疗、心理教育、认知矫正治疗、同伴支持、支持性就业与职业康复、疾病自我管理促进。

4.生活方式干预：包括合理膳食、戒烟禁酒、适当运动、规律作息。从长期来看，这些干预有助于稳定精神状态，减轻阴性症状，改善认知功能。

5.定期复诊复查：建立固定的复诊周期，医师定期评估疾病状态、治疗情况、药物不良反应，必要时调整维持期治疗方案。

目前尚无精神分裂症根治方法，其治疗是个漫长的过程。急性期应快速控制阳性症状，并为后续治疗打下基础；维持期要求患者长期坚持服药，并配合开展心理社会康复，才能最大限度减少复发，实现生活重建。

(霍邱县人民医院(南区)精神科一病区 陈光)

癌痛科学止痛“三阶梯”

就需要知道世界卫生组织推荐的“三阶梯止痛原则”。这一原则的核心在于按阶梯给药，即根据疼痛的轻重程度选择不同强度的止痛药物。对于轻度疼痛(评分1~3分)，属于第一阶梯，推荐使用非阿片类药物，如布洛芬、双氯芬酸钠等非甾体抗炎药，这类药物能有效缓解轻度不适，但存在“天花板效应”，即剂量增加到一定程度后，止痛效果不再增强，反而副作用激增，因此不可盲目加量。当疼痛升级为中度(评分4~6分)并开始影响睡眠时，即进入第二阶梯。此阶段通常使用弱阿片类药物，如可待因，并常联合第一阶梯药物使用。不过，现代临床实践更强调根据患者具体情况进行调整，有时直接采用低剂量强阿片类药物进行个体化滴定，也是一种常见策略。对于重度疼痛(评分7~10分)，即那种让人辗转反侧、无法入睡的剧痛，必须果断启用第三阶梯的强阿片类药物，如吗啡、羟考酮或芬太尼透皮贴剂。这类药物最大的优势在于其无“天花板效应”：只要疼痛尚未缓解且副作用可控，医生可以根据患者的具体情况，在安全范围内逐步调整至最佳剂量，直至疼痛得到有效控制。这不仅是规范治疗的核心策略，更是帮助晚期癌症患者重获安宁的最终保障。

掌握了药物分级，还需要遵循正确的用药法则，其中最重要的一条就是按时给药，而非按需给药。许多患者习惯“疼了才吃，不疼不吃”，这其实是极大的误区。止痛药的作用机制是维持血液中稳定的药物浓度，从而持续阻断疼痛信号的传递。如果等到疼痛发作再吃药，不仅患者要多

承受痛苦，此时需要的药量往往更大，副作用也更高。规范的癌痛治疗应像治疗高血压等慢性病一样，严格遵医嘱按时服药，保持体内药物浓度平稳，将疼痛扼杀在萌芽状态。此外，给药途径首选口服，不仅方便经济，还能保持药效的稳定。治疗方案强调固定个体化，医学上没有标准的固定剂量，只有适合您的剂量。医生会根据患者的疼痛缓解程度和副作用反应，动态调整方案，这就是滴定的过程。在这个过程中，如出现便秘、恶心等副作用，大多可通过辅助用药或随时间推移而缓解，切不可擅自停药。

关于止痛药的流言蜚语从未停止，我们需要逐一粉碎。有人问：“现在用了吗啡，以后更疼了怎么办？”事实上，阿片类药物没有“天花板效应”，疼痛加重往往源于肿瘤进展，而非药物失效，规范用药始终是缓解疼痛的有力保障。还有人迷信“杜冷丁”止痛快，殊不知其代谢产物具有神经毒性，易蓄积引起抽搐，且作用时间短，世界卫生组织早已明确不推荐其用于慢性癌痛治疗。更有甚者担心止痛药会掩盖病情，事实恰恰相反：及时的疼痛控制能让患者更好地进食、睡眠，从而以更好的体力耐受抗肿瘤治疗；同时，疼痛评估本身就是病情监测的重要一环。

癌痛不需要忍耐，无痛是每一位癌症患者应得的权利。我们呼吁患者建立“疼痛日记”，用0到10分向医生准确描述疼痛；也呼吁社会消除对阿片类药物的误解，让科学理念照亮临床与生活。

(安徽省宿州市第一人民医院 肿瘤内科 牛腾腾)

精神分裂症是最常见的精神疾病之一，具有治愈率低、复发率高、致残率高的特点，患者大多为持续性病程，需长期甚至终身接受疾病管理。精神分裂症的症状可分为阳性症状与阴性症状两大类，患者在急性期会出现明显的阳性症状，包括妄想、幻觉、严重言语和行为紊乱等，应通过抗精神病药物等措施控制病情。急性期症状得到控制后患者会进入漫长的维持期，该阶段可能存在阴性症状、认知功能损害与一般症状，需通过综合干预预防复发并进行功能康复。本文将对精神分裂症的全程治疗策略进行解析，并对急性期与维持期两个阶段进行阐述。

精神分裂症急性期

急性期是精神分裂症病程中最活跃、最凶险的时期，阳性症状明显，患者可伴随冲动、自伤或伤人等高风险行为，需住院治疗。急性期治疗的主要目标为快速控制阳性症状，尽快消除兴奋、攻击、幻觉和妄想，让患者恢复到能够配合治疗的状态，避免不良事件的发生，保障安全。主要治疗策略包括以下五个方面。

1.封闭管理：治疗场所首选精神科病房，为患者治疗提供一个稳定、受控的环境。必要时可采取保护性约束，以保障患者与他人安全，防止意外事件。

2.药物治疗：抗精神病药物是急性期治疗的核心手段。目前得到广泛认可的药物主要作用机制为阻断多巴胺D2受体和5

ICU谵妄的预防与睡眠管理

在重症监护室里，有这样一群患者：他们不认识日夜守护在身边的家人，对着空无一物的墙壁喃喃自语，分不清白天黑夜，甚至试图拔掉身上的管路。他们并非精神疾病患者，而是出现了ICU谵妄。

ICU谵妄又称急性脑功能障碍综合征，是重症患者治疗期间出现的意识障碍和认知功能下降，它好比一场大脑的“短期风暴”，将患者的意识卷入迷雾之中。而在这场风暴里，睡眠管理发挥着至关重要的作用，良好的睡眠是身体修复的根基，更是预防、减轻谵妄的关键防线。

谵妄是重症监护室里常见的急性脑功能障碍，临床表现各异，较为常见的症状有思维混乱、注意力涣散、言语混乱、答非所问，无法进行正常交流。意识不稳定，有时嗜睡有时又很清醒，常常在夜间症状加重。有一部分患者甚至会出现幻觉，看见现实生活中不存在的物体，或是产生被害妄想，心情起伏大，会突然大发脾气或是大声哭泣。

ICU谵妄的产生并非单个原因所致，而是易感因素、疾病因素和诱发因素共同作用带来的结果。易感因素包括高龄、长时间酗酒、高血压、糖尿病、既往有认知障碍病史等，这些因素造成患者的大脑处于“脆弱”状态，更易受外界刺激影响。疾病相关的因素包含严重感染、创伤、休克、脑血管病、呼吸衰竭、代谢性酸中毒等，原发病本身导致脑功能异常，是重症患者发生谵妄的主要原因。诱发因素包含了ICU环境当中的各种刺激：疼痛、焦虑抑郁、卧床不能活动、镇静镇痛药物的使用、ICU中的噪音及灯光、睡眠节律昼夜颠倒等。这些因素叠加在一起，如一只看不见的手，将患者的意识推进迷雾之中。

在ICU，噪音无处不在：监护仪的报警声、呼吸机的运转声、患者的呻吟声、医护的交谈声……这些声音日夜不休地冲击着患者的感官，让睡眠成为遥不可及的奢望。同时，睡眠紊乱也是诱发谵妄的因素之一，而谵妄又可能会以睡眠紊乱的形式表现出来，导致两者形成恶性循环。睡眠紊乱主要表现为昼夜节律颠倒：白天昏昏沉沉、精神萎靡，夜间却异常清醒，难以入睡，即便能够入睡，睡眠时间也明显缩短，深度睡眠严重缺乏，整体睡眠呈现“碎片化”特征。这种睡眠导致大脑无法得到有效的休息。有相关研究显示，优化患者围手术期睡眠，尤其是改善手术当天夜间睡眠质量，可有效减少术后谵妄的发生。睡眠管理因此成为预防和干预ICU谵妄的核心策略之一。

帮助患者重建正常的生物节律，是睡眠管理的要点。白天要鼓励患者适量活动，减少白天睡眠时间；晚上要营造有利于睡眠的环境，把治疗和护理操作尽量集中到白天来。夜间尽量减少不必要的打扰，必要时可给患者提供眼罩以及耳塞，起到屏蔽光线和噪音刺激的作用。ICU充满了各种仪器的声响，持续干扰患者入睡，夜间可减少仪器不必要的报警声、医护人员轻声交谈等办法降低噪音干扰。除了去除干扰因素，还可以运用积极办法帮助患者睡眠，条件具备的患者可以泡热水脚、做按摩；对于有焦虑情绪的患者，做语言安抚以及心理疏导。当非药物干预效果不佳时，可在医生指导下酌情使用助眠药物，但一些镇静催眠药物可能会诱发或加重谵妄，尤其是苯二氮卓类药物。因此，药物辅助睡眠需在对患者情况进行充分评估之后，由医生掌握用药种类和剂量，并密切观察患者用药后的反应。

睡眠管理需要与其他预防措施协同配合。术后尽早活动，不仅能减少谵妄的发生，还能缩短已发生谵妄的持续时间。为帮助患者拨开“意识迷雾”，还可采取以下综合干预措施：首先，引导患者进行白天适度活动，有助于改善夜间睡眠质量，从而形成“日间活动促进夜间休息”的良性循环。其次，配合定向力训练，通过反复帮助患者识别人物、地点和时间等现实信息，重新建立其与真实世界的联系。此外，家人的陪伴至关重要，这不仅给予患者心理安全感，有效预防意识混乱，还能在其出现谵妄迹象时，帮助其及早恢复清醒。

ICU谵妄虽来势汹汹，却并非不可战胜。通过科学的睡眠管理、早期的康复活动以及系统的定向力训练，患者能够更快地走出“意识迷雾”，重获清醒与安宁。

(六安市中医院 曹茜)

遗失

遗失黄佳莹出生医学证明，编号：T340659963，声明作废。

公告

市直各单位、省部属驻六安各单位：

根据《关于印发〈关于完善残疾人就业保障金制度更好促进残疾人就业的总体方案〉的通知》(发改价格规〔2019〕2015号)和《关于明确按比例就业联网认证“跨省通办”工作有关事项的通知》(残联函〔2022〕163号)等有关规定，现将2026年六安市残疾人按比例就业情况联网认证暨残疾人就业保障金申报缴纳工作有关事项公告如下：

一、各用人单位于2026年10月31日前通过PC端登录安徽政务服务网向六安市残疾人联合会申报单位按比例安排残疾人就业情况，未安排残疾人就业的单位无需申报。

二、用人单位在规定时间内完成申报的，视为未安排残疾人就业，由税务部门按规定征收残疾人就业保障金，申报缴纳残疾人就业保障金相关事宜可向税务部门办税服务厅、12366纳税缴费服务热线咨询。

三、相关申报材料等内容详见六安市残疾人联合会官网。

六安市残疾人联合会

国家税务总局六安市税务局

本报常年法律顾问·安徽大弘律师事务所 刘学良(律师) 电话：15905642216 (0564)3314772

本报地址：六安市梅山路51号市新闻传媒中心 邮政编码：237000

零售价：35元/月

皖西日报社县区广告代理处 霍邱代理处·新蔓文化传媒广告有限公司 电话：0564—6022291 13956104353

地址：城关镇兴建路车管所南200米

皖西日报社印务有限公司承印

地址：六安经济开发区纬一路



卫生 科普天地

投稿邮箱：lxwcmz@163.com