三大防线守护化疗后免疫“空窗期”

每次化疗结束送患者出院时，我最担心的不是输液反应，而是回家后的那一周。很多人以为出了医院就安全了，殊不知，化疗后第7到14天才是真正的“鬼门关”。此时骨髓抑制达到顶峰，白细胞尤其是中性粒细胞跌至最低点，免疫系统几乎处于“空窗期”。一旦感染，可能迅速恶化为脓毒症，甚至送进ICU。

升白针虽能帮助骨髓加快恢复，但它不是万能护身符。在免疫力重建之前，细菌依然可能趁虚而入。说到底，打针是医生的事，但防止细菌进门，还需要靠家属在日常护理中的细致与坚持，这也是守住患者安全的关键。

构筑“入口”防线：饮食与口腔的无菌化管理

很多长辈觉得“不干不净，吃了没病”，或者认为“只要煮熟了就没事”。平时可以，但在化疗后白细胞低的时候，这套逻辑就行不通了。这时候，您的肠胃黏膜屏障功能很弱，哪怕只有少量细菌，也可能趁虚而入，钻进血液里。

因此，这段时间的饮食，需“矫情”一点。1.避免摄入生食或未彻底加热的食物：如生鱼片、未全熟牛排及溏心蛋等。2.忌食凉拌菜：即使经过充分清洗，凉拌菜所使用的新鲜蔬菜表面仍可能残留细菌或寄生虫卵，建议在此阶段避免食用。3.慎重选择水果种类及食用方式：建议优先选择表皮完整、可去皮食用的水果，如香蕉、橘子等，并由家属洗净双手后协助剥皮处理。对于表面凹凸不平、难以彻底清洁的水果(如草莓)，因易藏匿病原微生物，不建议在此期间食用。4.禁止食用隔夜饭菜：隔夜饭菜即使再次加热，亦难以消除部分细菌繁殖过程中产生的耐热毒素。5.确保饮水安全：建议饮用煮沸后的白开水或符合卫生标准的瓶装水，避免直接饮用未经处理的生水。

此外，化疗后口腔黏膜较为脆弱，易发生破损或溃疡，成为病原体侵入机体的门户。建议使用软毛牙刷轻柔清洁，每餐后遵医嘱使用漱口水含漱。若发现口腔出现白斑、溃疡或咽痛等异常情况，应及时联系医生处理，切勿自行用药。

切断“接触”途径：皮肤护理与环境隔离

除注意饮食安全外，皮肤与环境中的细菌同样需要重点防范。部分患者认为家中环境洁净，无需过度防护，这一认知存在误区。此时您的皮肤屏障功能较弱，抵抗力下降，即使是微小的倒刺、蚊虫叮咬包，都可能引发严重感染。日常需注意皮肤清洁与护理：勤用温水洗澡，重点清洁腋下、腹股沟等皮肤褶皱部位，保持局部干爽。剃须建议选用电动剃须刀，避免使用刀片划伤皮肤；及时修剪指甲，防止倒刺产生。若不慎出现皮肤破损，需立即用碘伏消毒，并粘贴创可贴保护，密切观察有无红肿、感染迹象。

居家环境需科学清洁，而非盲目使用消毒液。消毒液刺激性较强，易损伤呼吸道，建议每日开窗通风换气，大风天气注意避风，避免着凉。需特别注意：家中不宜摆放鲜花及盆栽，其土壤与水中易滋生霉菌，可能引发致命性肺炎。宠物应暂时寄养至亲友家中，或禁止其进入卧室，避免接触宠物粪便、笼具等。

此外，患病期间需减少外界接触风险。感冒、发热的亲友切勿前来探视，即便儿童刚完成疫苗接种，也应暂缓探望，守护自身安全为重。

掌握“预警”雷达：发热监测与急诊红线

在所有注意事项中，病情预警与及时就医最为关键，直接关系生命安全。部分患者出现发热后，习惯自行服用退烧药、试图忍耐拖延或等待至次日再处理，这种做法在白细胞降低期间极度危险。若体温单次测量超过38.3℃，或持续1小时以上处于38℃及以上，请立即前往就近医院急诊，切勿自行用药、观望等待。到达医院后，第一时间告知医护人员：“我是化疗后患者，白细胞偏低，目前出现发热。”这句话可帮助您快速获得优先处置。此类情况需遵医嘱使用抗生素治疗，延误可能导致严重后果。

此外，即便体温无明显升高，患者出现这些症状也应立刻就医：突发畏寒、寒战；心慌、心率明显加快；胸闷、气短、呼吸困难；严重腹泻；排尿疼痛、尿路不适。

这段治疗恢复期十分难熬，您和家人都会格外担心。但请一定相信，这个免疫力较低的阶段是暂时的，通常仅持续三五天，只要平稳度过，白细胞数值会逐渐恢复正常。请不要轻信各类偏方，也不要自行服用灵芝、人参等滋补品。此时您的肝肾功能负担较重，盲目进补不仅无效，还可能加重身体负担。目前医学手段成熟，我们有升白药物等可靠支持。只要您严格配合、做好防护，绝大多数患者都能安全度过这一时期。安心休养、平稳恢复，才能为后续治疗打下更好的基础。

(安徽省宿州市第一人民医院肿瘤内科 牛腾腾)

重症患者拔除胃管后饮食过渡指南

当医生为患者拔除鼻饲管的那一刻，标志着重症康复迈入了崭新的阶段——患者终于可以经口进食，品尝食物的味道了。这根小小的管子，曾经是维系生命的通道，如今被拔除，意味着胃肠功能正在苏醒，吞咽能力正在恢复。然而，拔管后的第一步经口进食，既是喜悦的开始，也是风险的起点。

重症患者经过长时间的治疗，身体经历了巨大的消耗，胃肠道功能也处于“休眠”或“半休眠”状态。更关键的是，长期留置鼻饲管、气管插管或气管切开的患者，咽喉部黏膜往往存在水肿，吞咽、咳嗽反射尚未完全恢复。此时如果急于进食，或食物选择不当，极易发生误吸——食物进入气管而非食管，轻则引发呛咳、吸入性肺炎，重则导致窒息，危及生命。因此，拔除胃管后的饮食过渡，绝不是简单的“想吃就吃”，而是一个需要科学规划、循序渐进的过程。每一步都需要细心观察、耐心调整，才能真正让患者安全地重拾美食的乐趣。

在患者拔除胃管后，并不能立刻开始经口进食。医护人员会首先进行严格的评估，确认患者的吞咽功能是否已经恢复到可以安全进食的程度。洼田饮水试验是临床上最常用的吞咽功能筛查方法。患者取坐位或半卧位，喝下30毫升温水，观察有无呛咳、声音改变、呼吸困难等情况。在试验当中若患者发生剧烈呛咳或声音嘶哑，表明吞咽功能还没有恢复，应立即暂停经口进食，继续采用鼻饲管以及肠内营养支持措施。此外，护理人员要对患者的意识水平、咳痰反射状况、血氧饱和度等情况进行评估。各项指标均达到安全范围后，患者才被允许进行经口进食。就餐前准备事项同样不可忽视，患者采用半坐卧位，床头抬高30度至45度，这个体位可利用重力让食物顺利地从咽喉下行至食管，降低误吸风险。进食前还需要完成口腔清洁，去除分泌物，保证口腔的清洁。食物的挑选也首选最安全的无渣流质，温度保持在38℃到40℃范围，接近体温，避免过冷或过热刺激咽喉。

拔管后饮食过渡应遵循从流质到半流质，再逐步转为软食、普食的原则。各康复阶段所对应的具体食物选取和注意事项，需要按照患者的耐受能力循序渐进开展。第一个时期采用流质饮食，着重于“唤醒”胃肠道，帮助胃肠道重新适应食物的刺激。食物以口味清淡、易被分解且无渣的流质食物为主。重症患者可依照医嘱补充特定的肠内营养物，以维持蛋白质和能量的基本需求。饮食的安排以少食多餐为原则，吃饭的时候要保持环境安静，不可交谈，避免分心造成呛咳。还应注意在此期间最好不要喝牛奶、豆浆等容易产生气体的食物，因为腹胀造成腹部压力增大，会干扰吞咽的安全。若患者可以顺利地吞咽流质食物且不出现呛咳之后即可进入半流质的饮食阶段。此阶段食物状态从“液态”进入到“泥状/糊状”，营养价值也相应上升。推荐鸡蛋羹、豆腐脑、鱼肉泥、土豆泥、烂粥、细软面条等。这些食物质地均匀、柔软易吞咽，且富含优质蛋白质，有助于组织修复。进食量也逐渐增加。每餐可安排10分钟左右的小颗粒食物进行咀嚼训练，锻炼口腔肌肉，为下一阶段做准备。

进入软食与普食阶段后，患者的食物选择更加丰富，但仍需避免坚硬、油炸、辛辣等刺激性食物。推荐主食如软米饭、发面馒头、松软面包，搭配清蒸鱼、炖肉、水煮蛋、豆腐等优质蛋白，以及焯水切碎的时令蔬菜。此时可逐步恢复每日3次正餐加2次加餐的进食模式，总热量逐步达到患者康复所需的标准。水果可从香蕉、木瓜等软质水果开始，之后逐步尝试苹果、梨等，但需去皮切块，便于咀嚼和吞咽。当患者能够顺利进食软食而无不适后，可逐步向普通饮食过渡。但需要牢记的是，即使恢复到普食阶段，仍需避免油炸、腌制、过硬、过烫的食物，坚持细嚼慢咽，每餐控制在20-30分钟，减轻胃肠负担。

拔除胃管后的第一步，是重症患者回归正常生活的起点。从米汤到蛋羹，从烂粥到软饭，每一口食物都承载着康复的希望。科学的饮食管理、细致的观察照护、耐心的陪伴鼓励，将共同铺就这条从“管饲”到“美食”的康复之路。

(六安市中医院 陈红)

这么多科室，该挂哪个？

身体不舒服想去医院，站在挂号窗口前却犯了难：这么多科室，该挂哪个？挂错了号不仅浪费时间，还可能耽误病情。其实，分诊是有规律可循的。接下来，这篇科普文将就常见病症给大家提供一份分诊指南。

头痛头晕该挂什么科？

头痛头晕是门诊最常见的症状之一，但背后的原因千差万别，选错科室可能白跑一趟。

一般来说，如果头痛伴有恶心呕吐、视物模糊，或者头痛剧烈如炸裂，尤其是突然发作的，要高度警惕脑血管问题，应该挂神经内科或者急诊。如果头痛伴有鼻塞、流脓涕、面部胀痛，可能是鼻窦炎引起的，需要看耳鼻喉科。如果头晕是天旋地转的感觉，伴有耳鸣、耳闷，可能是耳石症或梅尼埃病，也应挂耳鼻喉科。但如果头晕是昏昏沉沉、头脑不清醒，或者伴有肢体麻木无力，那还是神经内科更对症。有些头痛则与眼睛有关，如果长时间用眼后头痛加重，伴有眼胀、视力下降，应该先去眼科排查青光眼等眼病。另外，高血压也会引起头痛头晕，如果测血压明显升高，可以先挂心血管内科调整血压。

头痛头晕首诊建议神经内科，但结合伴随症状，耳鼻喉科、眼科、心血管内科也可能是正确选择，拿不准的时候可以先到门诊综合服务台咨询。

腹痛该挂内科还是外科？

腹痛的分诊最容易让人纠结，因为腹腔脏器多，内外科疾病都可能表现为腹痛。判断的关键在于，肚子是隐隐作痛还是剧烈疼痛？是慢慢加重还是突然发作？有没有按压痛、反跳痛？

简单来说，内科腹痛多为隐痛、胀痛，位置不太固定，通常不剧烈，可能伴有腹泻、呕吐等消化道症状。比如胃肠炎、消化不良、肠功能紊乱等，这种情况挂消化内科。如果腹痛是突然发作的剧烈疼痛，像刀割样、绞痛样，或者腹部硬如木板，按压后疼痛突然加重、松手后更痛(这叫反跳痛)，往往提示外科急腹症，必须挂普外科或急诊。另外，女性下腹痛还要考虑妇科问题，如宫外孕、卵巢囊肿蒂扭转等，要挂妇科或急诊。因此，腹痛患者如果疼痛剧烈、持续不缓解，或者伴有高热、便血、板状腹，应及时到急诊就诊最稳妥。

胸闷胸痛挂心内科还是呼吸科？

胸闷胸痛是心脏和肺部疾病的共同症状，分诊要看具体情况。如果胸闷胸痛位于胸骨后或心前区，呈压榨样、紧缩感，像有石头压着；或者伴有左肩背放射痛、出汗、恶心。尤其是活动后加重、休息后缓解，这高度怀疑心绞痛，必须立即挂心血管内科或急诊，排除心肌梗死。如果胸痛随呼吸运动加重，深吸气时疼痛加剧，伴有咳嗽、发热，可能是胸膜炎或肺炎，应该挂呼吸内科。如果突发剧烈胸痛，伴有呼吸困难，要警惕气胸或肺栓塞，必须急诊就诊。

有些胸痛则与消化系统有关，如果胸骨后烧灼感，平躺或进食后加重，可能是胃食管反流，应挂消化内科。如果胸痛局限于某一部位，按压时疼痛明显，可能是肋软骨炎或肌肉拉伤，可先挂疼痛科或骨科，必要时由医生进一步分诊。另外，焦虑、抑郁等情绪问题也会引起胸闷、心悸、胸痛，如果各项检查都正常，可以考虑心理科或精神科。总的来说，胸闷胸痛首先要排除致命性心脏疾病，尤其是中老年人、有高血压糖尿病史、吸烟的人群，出现典型胸痛应立即挂心内科或急诊就诊。

体检发现异常指标该挂什么科？

现在很多人定期体检，看到报告上的异常指标往往不知所措。其实，体检异常的分诊也有规律可循。如果血常规显示白细胞、血红蛋白或血小板明显异常，建议挂血液内科进一步检查。如果肝功能异常，转氨酶升高，或者乙肝、丙肝指标阳性，应该挂感染科或肝病科。如果肾功能异常，肌酐、尿素氮升高，或者尿蛋白阳性，需要挂肾内科。如果血脂、血糖异常，先看内分泌科或全科医学科，进行生活方式干预和药物治疗。

如果影像学检查发现肺部结节，一般挂呼吸内科或胸外科，根据结节大小和性质决定随访还是手术。甲状腺结节则看内分泌科或甲状腺外科。乳腺结节看乳腺外科或普外科。胆囊息肉、肾结石看普外科或泌尿外科。心电图异常如心律失常看心血管内科，心肌缺血也要心内科进一步评估。肿瘤标志物升高不一定就是肿瘤，需要结合影像学检查，可以到肿瘤内科或相关专科排查。

分诊看似简单，实则学问不少。若病情紧急，请直接前往急诊科；若症状复杂、难以判断，可先到门诊综合服务台咨询。医院的工作人员会为您提供专业引导，确保您得到及时准确的诊治。

(望江县医院门诊综合服务台 迟晓薇)

导尿管相关尿路感染的精细化防控管理

无论患者因何种原因出现排尿困难，导尿管都是临床诊疗中非常得力的帮手。它能够引流尿液、监测尿量。然而，任何事物都具有两面性，导尿管也不例外。如果导尿期间护理不当，这根小小的管子就可能成为感染的“突破口”，带来一个不容忽视的并发症——导尿管相关尿路感染。

如果患者在进行导尿48小时后，或拔除导尿管48小时内出现尿路感染相关症状，则考虑为导尿管相关尿路感染，是临床上导尿后常见的感染之一。其表现为尿频、尿急、尿痛，感染进一步加重时可能还会导致肾盂肾炎、败血症，严重影响患者康复，延长住院时间、增加治疗成本。尤其对于老年人、免疫力低下者，感染风险更高，后果更严重。

那么，我们该如何预防导尿管相关尿路感染呢？预防的关键在于源头把关，减少不必要的置管，阻断细菌的感染途径。导尿管是一种医疗手段，有着明确的适应证，而非随意使用的工具。只有在急性尿潴留或膀胱出口梗阻、手术中需保持膀胱空虚、危重症患者需精确监测尿量、长期卧床患者因压疮护理需要时才考虑置管。对于没有明确指征的情况，应优先考虑替代方案如间歇导尿，以降低感染风险。对于确实需要置管的患者，应选择规格适配、材质生物相容性好的导尿管。避免使用过粗或材质过硬的导管，减少对尿道黏膜的刺激损伤，从而预防感染。置管过程中，操作者必须严格执行手卫生，并佩戴手套、口罩和帽子，使用碘伏或氯己定充分消毒尿道口。消毒后避免再次接触污染区域，杜绝外源性病原菌带入膀胱而引发感染。置管时动作要轻柔，避免强行插入或反复插拔，气囊必须完全进入膀胱后再充气固定，防止尿道黏膜破损受压。整个操作过程中环境和物品必须保持无菌。

导尿管与引流袋的连接处是细菌入侵的主要途径，严禁随意断开。引流袋应始终低于膀胱水平，防止尿液反流。使用抗反流引流袋可进一步减少细菌逆行感染的风险。妥善固定导尿管避免牵拉和移位。每日做好尿道口护理，避免常规使用消毒剂，以免破坏正常菌群。清洁方向应由尿道口向肛周擦拭，以防污染。保持导尿管引流通畅，避免受压、扭曲、堵塞，确保尿液顺畅流出。及时排空引流袋，避免集尿袋口接触污染物。对于无饮水禁忌的患者，鼓励多饮水，以增加尿量，减少细菌滋生。定期更换导管和引流袋，若发生污染或破损，需立即更换。每日评估拔管指征是预防感染最有效的手段。留置时间越长，感染风险越高，留置超过7天感染率显著上升。一旦患者达到拔管指征，如能自主排尿、病情稳定无需监测尿量，应尽早拔除导尿管。

不同人群对感染的易感性和管理要点有所不同，需要个体化调整。老年人免疫力较弱，尿道黏膜萎缩，抗感染能力差，需加强尿道口护理，但避免过度清洁导致黏膜损伤。同时关注肾功能状况，适当调整饮水量，避免加重肾脏负担。高血糖会增加尿液中葡萄糖含量，为细菌提供营养，加重感染风险。需严格控制血糖，同时注意观察尿道口有无溃疡、感染，及时处理。免疫力低下者需加强营养支持，遵医嘱使用免疫调节剂。减少探视人员，避免交叉感染。必要时可在医生指导下预防性使用抗生素，但需严格遵循医嘱，不可自行用药。儿童置管需选择儿童专用导尿管，置管时需由家长配合固定患儿体位，操作需更轻柔，避免患儿恐惧心理。拔管后鼓励患儿自主排尿，观察排尿是否顺畅。

对于导尿管相关尿路感染，早期识别至关重要。注意观察患者有无发热、寒战、腰痛、尿频尿急尿痛等表现。长期置管的患者情况可能较为复杂，需结合其他指标综合判断。如若怀疑感染症状，应及时送检尿培养以明确病原体，避免不必要抗生素的使用。一旦确诊感染，应积极更换导尿管，导尿管的拔除推荐作为治疗的一部分，如无必要则不应继续插管，如有必要也需更换导尿管或采用其他引流方式。

导尿管相关尿路感染的预防，是一项从置管到拔管的全程精细化管理工程。它的核心是“能不插就不插，能早拔就早拔”。在此基础上，配合严格的无菌操作、规范的日常护理、密切的感染监测，就能为患者筑起一道坚固的防线。

(六安市中医院 曹苗)

面神经炎恢复期的日常康复手册

面神经炎进入恢复期，即急性炎症反应逐渐减轻，神经功能开始修复，但是并不表示疾病就完全康复了。恢复期的护理方式是否科学、生活管理是否到位、功能锻炼是否合理，都会对神经再生和肌肉协调产生影响。恢复期的主要目的就是保护神经修复环境、保持肌肉活动性、重建面部运动的精细控制能力，使面神经逐渐恢复正常功能。

正确认识面神经炎恢复期特点

面神经炎恢复期发展缓慢、表现不稳定，患者常常会出现时好时坏的症状，例如某些动作逐渐恢复，而某些表情仍显笨拙。阶段性波动属于神经再生过程中常见的现象，并不代表病情的反复或者恶化。神经纤维修复需要时间，信号传导、肌肉反应协调也要反复磨合，恢复节奏因人而异。有些患者的症状很快就会得到明显的改善，部分患者需要较长的疗程。恢复期护理的目的不是追求短期的效果，而是保持、巩固，不过度干预。过度担心易引发紧张情绪和失眠，从而影响整体修复；反之，若完全放松管理，又可能错过康复窗口期。只有保持理性预期、接受逐步恢复的过程，才能为长期功能的改善奠定良好的心理基础。

恢复期日常生活管理要点

恢复期生活管理直接关系到神经修复的质量。首先是作息规律，充足且稳定的睡眠有利于神经代谢和组织的修复，应尽量避免熬夜和昼夜节律紊乱。其次是面部防护，恢复期的面神经比较敏感，要防止冷风直接吹到患侧面部，外出时可以适当遮挡患侧；洗脸水温保持温和，避免冷热交替刺激。饮食要营养均衡，保证优质的蛋白质、维生素和矿物质的摄入，有利于神经结构的修复以及肌肉功能的维持。进食时注意咀嚼安全，防止患侧漏食以及咬伤口腔黏膜。情绪管理也十分重要，长时间的紧张或者情绪低落会干扰神经调节的功能，适度放松，保持平和的心态，有利于康复。

面部功能锻炼原则与方法

1.以轻柔、缓慢为核心原则

锻炼开始时要从小幅度、低强度的动作做起，比如慢慢闭上眼睛、轻轻地抬起眉毛、微微鼓起腮帮等，动作过程中要注意面部有无不适或者疲劳感。每次练习的时间不能太长，以频率为主而不是强度，防止肌肉过于紧张而影响协调性。

2.注重单一动作的准确性

每次练习只针对一个面部动作，尽量不要用其他部位来代替。例如练习闭眼时不抬眉、练习微笑时不牵拉颈部肌肉。借助镜子观察面部变化，以建立正确的运动反馈，使神经和肌肉之间建立起准确的联系。

3.坚持循序渐进与长期性

随着功能的改善，可以逐步增大动作幅度及表情的复杂程度，由简单的闭眼动作，逐渐过渡到自主眨眼练习，由简单的微笑过渡到露齿笑。恢复的过程需要数周或者更长的时间，规律的练习比短期的集中训练更有利于神经通路的稳定重建。

眼部与口腔的护理细节

1.眼部保护与润滑管理

闭眼不全可导致患者出现眼干、异物感或者流泪的现象，要保持眼部卫生，必要时用人工泪液来维持角膜的湿润。白天避免长时间看书，晚上在医生的指导下采取适当的防护措施，防止角膜裸露。

2.口腔清洁与进食调整

患侧口角不能很好地控制，会造成进食时出现食物残留在口中，在进食之后要漱口、清理口腔，以免发生局部感染。进食时选容易咀嚼、不过硬的食物，细嚼慢咽，减小误吸或者咬伤的风险。

3.语音与吞咽功能辅助训练

轻声朗读、发音练习可以改善口轮匝肌及相关面部肌肉的协调性。练习时要控制语速放缓、发音清楚，可以作为日常生活功能训练的一种补充方式，逐渐恢复正常说话的状态。

警惕异常信号与长期康复展望

在恢复期间如出现面部不自主抽动、明显肌肉僵硬、表情异常联动等症状，需要立刻寻求医生进行专业的评定，以便及时修改康复方案。恢复期不是完全的静态时期，而是动态调整的过程，在此过程中要根据恢复的表现来不断地改善护理及锻炼的方式。

大部分的面神经炎患者都能得到良好的恢复，但是其恢复的效果与早期管理及后续康复措施的依从性密切相关。要坚持科学护理、保持耐心、配合专业指导，最大程度上恢复面部功能，减少后遗症影响。应将康复锻炼融入日常生活，逐渐养成稳定的生活节奏、锻炼习惯，是恢复期走向完全康复的基础，也是患者享受健康生活的重要保证。

(六安市中医院神经内二科 孙书婷)

拍租公告

受委托，我公司定于2026年4月2日9时在中拍平台(http://paimai.caa123.org.cn)公开拍租以下标的：

一、拍租标的：

位于六安市三十铺镇：百盛东金城、和平南苑、翰林雅苑、金汇源小区、和平小区、金利国际城，以上6个小区的部分商业用房租赁使用权。

二、报名、展示时间：中拍平台发布公告至拍卖会前一日(工作日)16时止，地点：标的物所在地。

三、咨询电话：0564-3331830

六安市加和拍卖有限公司

公 告

尊敬的客户：

根据上级行管理要求，中国银行股份有限公司六安分行辖内19家营业机构，自2026年4月4日至2026年12月31日，将实行网点双休日(周六、周日)及法定节假日轮休制。

一、双休日轮休：(1)周六休息网点为：佛子岭路支行、梅山北路支行、大东门支行、东城支行、霍邱双湖路支行、舒城开发区支行、霍山迎驾大道支行和金寨金顾路支行。(2)周日休息网点为：分行营业部、皋城支行、六佛路支行、六安开发区支行、叶集支行、霍邱支行营业部、舒城支行营业部、霍山支行营业部和金寨支行营业部。(3)周六、周日双休网点为：红街支行、人民路支行。

二、节假日轮休：(1)清明节(4月4日、4月6日)、劳动节(5月1日-2日、5月5日)、端午节(6月20日)、中秋节(9月25日、9月27日)、国庆节(10月3日-4日、10月7日)休息网点为：佛子岭路支行、梅山北路支行、人民路支行、大东门支行、东城支行、叶集支行、霍邱支行营业部、舒城支行营业部、霍山支行营业部和金寨支行营业部。

(2)清明节(4月5日)、劳动节(5月3日-4日、)、端午节(6月19日、6月21日)、中秋节(9月26日)、国庆节(10月1日-2日、10月5日-6日)休息网点为：分行营业部、红街支行、皋城支行、六佛路支行、六安开发区支行、霍邱双湖路支行、舒城开发区支行、霍山迎驾大道支行和金寨金顾路支行。(具体可见网点对外公告)

2026年5月9日(星期六)、9月20日(星期日)、10月10日(星期六)执行国家法定安排所有网点均正常营业。

网点轮休期间，欢迎您通过中国银行手机银行、网上银行(www.boc.cn)、微信公众号、自助设备等电子渠道，或附近营业网点办理业务。由此给您带来不便，敬请谅解！

中国银行股份有限公司六安分行

遗 失

遗失霍山县森林公安局漫水河森林派出所组织机构代码证副本，代码：79644799-0，声明作废。

遗失六安市裕安区同心社会工作服务中心在中国银行股份有限公司六安六佛路支行开户的开户许可证，核准号：J3760011846601，账号：176781898704，声明作废。

遗失汪若清眼镜定配工(三级/高级技能证)，编号：1812002022300311，声明作废。

遗失汪若清眼镜验光员(三级/高级技能证)，证号：1812002022300274，声明作废。

本报常年法律顾问 安徽大别山律师事务所 刘学良(律师) 电话：15905642216 (0564)3314772 | 皖西日报县区广告代理处 霍邱代理处·新蓼文化传媒广告有限公司 电话：0564—6022291 13956104353 地址：城关镇建兴路车管所南200米

本报地址：六安市梅山中路51号市新闻传媒中心 邮政编码：237000 零售价：35元/月 皖西日报社印务有限公司承印 地址：六安经济开发区纬一路