规范化面部整形美学与安全诊疗探析

□王虎 霍邱县人民医院(南区)整形外科

面部是人体美学的核心载体，也是人际交往的第一视觉焦点。随着整形外科技术持续迭代，面部整形已然成为临床最为普及的整形诊疗项目。与普通生活美容不同，面部整形属于精准的医疗临床行为，涵盖五官塑形、轮廓优化、软组织年轻化、畸形修复等多个细分领域。结合长期整形外科临床诊疗与研究工作发现，大众对面部整形的认知普遍存在片面化、功利化、误区化等问题。为普及规范、科学、安全的面部整形理念，引导群众理性求美、安全变美，本文结合临床经验，对面部整形的核心原则、常见误区、诊疗规范及术后管理进行系统科普。

现代规范化面部整形始终遵循“解剖为基、功能为本、和谐为美”三大核心医学原则。人体面部解剖结构精密，涵盖骨骼、软骨、肌肉、筋膜、皮肤以及密集分布的血管神经，所有面部整形手术与微创治疗，都必须建立在扎实的面部解剖认知基础之上。正规面部整形摒弃单一部位的片面改造，以整体美学平衡为核心，严格遵循“三庭五眼”“四高三低”、面部对称度等经典美学标准。同时结合求美者面部基础、骨骼特征、年龄与个人气质定制个性化方案，杜绝模板化、流水线式的整形方式，实现专属化美学优化。

临床中面部整形主要分为面部畸形修复整形与面部美容塑形整形两大类。其中，畸形修复整形是整形外科的基础核心，主要针对先天性面部发育异常，以及后天外伤、疾病引发的面部缺损与畸形，包含先天性睑裂畸形、鼻畸形、颌面不对称、瘢痕挛缩畸形、外伤术后组织缺损修复等。该类手术以修复组织缺损、矫正形态畸形、恢复面部生理功能为核心目的，能够帮助患者重塑容貌、重拾生活信心，具备重要的医疗价值与社会价值。

面部美容整形则是在面部健康的基础上开展精细化美学升级，涵盖眼、鼻、颌面、唇部塑形及面部年轻化等主流项目，其中眼部整形、鼻部整形、轮廓塑形、面部填充、除皱抗衰等项目大众接受度最高。正规临床整形追求细节优化与整体协调统一，通过精细化微调改善面部短板、提升面部精致度，最大程度保留求美者原生面部特色，实现自然无痕、和谐精致的变美效果。

目前医美行业乱象频发，诸多整形失败案例，根源在于大众根深蒂固的求美认知误区。其一，局部极致优化即可变美。多数求美者片面执着于垫高鼻梁、放大双眼等单一部位改造，忽视面部整体比例平衡。单一部位过度雕琢会造成五官割裂感，导致面部比例失调、观感僵硬，违背整体美学逻辑。专业整形诊疗始终以面部整体框架评估为前提，结合整体短板开展综合调整。

其二，盲目追求手术快速、微创无痕。不少求美者轻信“极速整形”噱头，片面认为手术时间越短、创伤越小效果越好。实际上，优质的整形效果依托于精细的层次剥离、精准的组织处理和严谨的止血缝合。一味追求手术速度，易引发组织层次错乱、假体固定不牢、五官不对称、后期变形等并发症。同时，大众普遍存在“微创注射属于生活美容”的错误认知，面部血管神经分布密集，非专业人员操作极易造成血管栓塞、皮肤坏死、视力损伤、面部僵硬等不可逆严重后果。

安全是面部整形的第一准则，全流程规范化诊疗是规避医美风险的核心关键。正规面部整形诊疗涵盖术前评估、术中操作、术后管理完整体系。术前，专业整形医师会对求美者开展全面的面部解剖评估与身体检查，排查凝血功能异常、皮肤炎症、过敏体质、心理障碍等手术禁忌，充分沟通求美者求美诉求，客观告知手术风险、恢复周期与预期效果，坚决杜绝过度宣传、效果夸大等行业乱象。

术中严格恪守无菌操作原则，选用合规的医疗器械、假体材料与注射药剂，依托专业解剖知识精准操作，规避面部重要血管、神经损伤，在保障医疗安全的基础上完成美学塑形。术后养护是决定整形效果、降低并发症的关键，也是多数求美者容易忽视的环节，护理不当极易引发疤痕增生、组织变形、感染肿胀等问题。

临床诊疗中，规范化术后养护至关重要。术后短期内需保持术区清洁干燥，遵医嘱按时换药、规律服药；饮食上规避辛辣刺激、烟酒、海鲜等刺激性食物，保持清淡饮食与充足休息；严格做好面部防晒，防止紫外线诱发色素沉着；避免揉搓、按压面部及剧烈运动，防止整形组织移位。同时求美者需按时复诊，由医师动态监测恢复状态，及时处理肿胀、增生等问题，保障术后最佳恢复效果。

此外，理性的心理认知是整形成功的前提。当下容貌焦虑催生了大量盲目整形行为，部分求美者将生活、工作的不顺归咎于容貌瑕疵，过度依赖整形改变现状。作为临床医师，始终倡导“整形锦上添花，而非雪中送炭”的求美理念，轻微容貌瑕疵无需过度医疗干预，健康的体态与自信的心态，才是长久的美学核心。

综上所述，面部整形是严谨、精细、专业的临床医学行为，绝非简单的容貌改造。在医美行业高速发展的背景下，坚守医疗初心、恪守诊疗规范、传播科学求美理念，是整形外科医师的核心职业使命。未来，我将持续精进面部整形修复与美学塑形技术，以精准医术、严谨医德、专业审美服务广大求美者，同时持续深耕医美科普，破除行业认知误区，引导大众敬畏医疗、理性求美，让面部整形技术真正服务于健康、自然、和谐的医美需求。

全麻过后，记忆力会变差吗？

□陶荷梅 滁州市第一人民医院麻醉科

不少人做完全麻手术，都有过类似的感受：术后几个月偶尔忘带钥匙、想不起前一天刚说过的事，第一反应就是“上次全麻把我记性麻坏了”。特别是做过两三次手术的人，更容易把生活里所有忘事的瞬间，都归到全麻的账上。关于全麻和记忆力的关系，不少传言把全麻的影响说得像不可逆的脑损伤，也有说法完全回避全麻可能带来的短期认知波动，到底实际情况如何，可以结合临床观察和随访数据说清楚。

刚做完全麻的记性差，大多不是记忆力真的受损

很多人对全麻的印象是“麻药一推就睡，醒了什么都不记得”，这种醒过来的记忆空白其实是全麻药物的预期作用，不是副作用。全麻使用的药物里本身就有专门抑制记忆形成的成分，目的就是阻断手术过程中的痛苦感受、操作声音转化成长期记忆，避免患者术后留下创伤性记忆，这也是为什么几乎所有人都记不得自己从手术室推出来、刚回病房那一两个小时发生的事，这个阶段药物还在阻断短期记忆转化成长期记忆的通路，等药物完全代谢，通路会立刻恢复正常，根本不会破坏大脑存储记忆的结构。

至于术后一两周里觉得反应慢、记东西费劲，也不是记忆力本身出了问题，而是手术创伤、伤口疼痛、住院期间睡眠紊乱、身体的应激反应等让整个人的精力处于低位，没法像平时一样集中注意力。这种状态和连续熬夜一周、重感冒发烧时的记性差是一个道理，等伤口愈合、疼痛缓解、作息回到正常轨道，精力恢复了，注意力能集中了，记东西的效率自然会回到术前的水平，不会留下永久的记忆损伤。很多人把这种暂时的状态下滑当成“麻药伤了脑子”，本质是把精力不足导致的注意力下降，错认成了记忆功能的损坏。

长期觉得记性不好不全与麻醉有关系

临床上确实有少部分患者，术后几个月还觉得自己记忆力不如之前，但现有长期随访数据显示，接受过全麻的人群，和同年龄段、同基础健康水平但没接受过全麻的人群相比，长期记忆力水平没有显著差异，也就是说，全麻本身不会造成持续的记忆力下降。

真正可能出现术后数月认知波动的，基本都是本身存在高危因素的群体，比如70岁以上、术前就存在脑血管硬化、长期高血压糖尿病控制不佳、平时已经有轻度记忆力减退的老人。而且现有研究证实，这类认知波动的核心诱因是手术创伤带来的全身应激和炎症反应，和选择全麻还是半麻没有明确关联，也即同样的手术，接受半麻的老人和接受全麻的老人，术后长期认知状态的变化没有明显差别，把这类记忆下滑全归给全麻，并不客观。

还有一个容易被忽略的因素，就是心理暗示的作用。很多人从术前就开始反复担心“全麻会伤脑子、坏记性”，术后会格外留意自己忘事的瞬间，甚至把平时也会出现的丢三落四，都和全麻联系起来，这种持续的自我暗示，本身就会让人对自己的记忆力产生负面评价，进而影响实际的记忆表现，和很多人常说的“一孕傻三年”背后的心理机制类似，并不是神经真的被麻药损伤了。

这些做法可以减少术后认知波动

很多人怕全麻影响记忆力，术前术后找各种补脑的保健品、偏方吃，实际上这些东西没有明确的改善作用，真正能帮认知状态快速恢复的，都是非常平实的做法。

一是术前和麻醉医生沟通时，不要刻意隐瞒自己的认知状态和病史。如果平时就有经常忘事、短暂头晕、脑血管病史，或者长期吃助眠、抗焦虑的药物，一定要提前说清楚，医生可以根据情况选择代谢速度更快、对认知影响更小的麻醉药物，从方案上减少术后认知波动的可能。

二是术后不要一直躺在床上，可在医生允许的前提下尽早下床活动，正常和身边人聊天、看会儿日常追的剧、翻两页轻松的书，不用刻意回避需要动脑子的小事，也别总躺在床上刷不需要思考的短视频，日常的认知刺激能帮大脑更快回到正常状态。

另外，别总把“我全麻后记性差了”挂在嘴边，过度的负面暗示反而会拖慢恢复节奏，正常吃饭保证蛋白质、维生素的摄入，比吃昂贵的补脑产品有用得多。

现在临床用的全麻药物，已经迭代到代谢快、影响小的阶段，正规操作下，全麻造成永久记忆力损伤的概率极低。如果术后真的出现持续半年以上、越来越重的记忆力下降，别先忙着怪全麻，及时到神经内科排查脑血管、认知相关的问题，往往能找到真正的诱因。

秋季手足口病防护指南

□李媛丽 蚌埠市疾病预防控制中心(卫生监督所)

手足口病是由柯萨奇病毒A组16型、6型、10型和肠道病毒71型(EV-A71)等多种肠道病毒感染引起的一种急性传染病，属我国法定丙类传染病。5岁及以下儿童是主要发病人群，孩子一旦中招，初期常会出现发热、咳嗽、流涕、食欲减退等一系列类似感冒的症状，随后会在手、足、口腔、臀部等部位出现疱疹或斑丘疹。大部分患儿病情较轻，少数可发展为重症，严重者可致死亡。患儿确诊后需居家隔离一周左右，若病情严重需住院治疗，则时间可能更久，这不仅损害儿童身体健康，也会对其正常的学习和生活造成不小的影响。

为什么天冷了还会得手足口病

在绝大多数家长的固有认知里，手足口病是典型的“春夏季常见病”，认为天气转凉、气温下降后，孩子就不会再得手足口病，从而放松日常防护。蚌埠市长期监测数据表明：手足口病有两个流行高峰，即4-7月是春夏季主高峰，10-11月还会出现秋季小高峰。手足口病由多种肠道病毒引起，只要病毒在环境中存活就可能传播疾病。气温下降后，病毒在物体表面存活时间反而更长，叠加秋季开学后幼儿园、小学人员密集，孩子共用玩具、密切接触，易发生聚集性发病。

孩子不小心得了手足口病该怎么办

手足口病潜伏期平均3—5天，发病初期临床表现和普通感冒十分相似。随着病情发展，患儿会在口腔、手心、脚心、臀部陆续出现疱疹或红色斑丘疹。极少数病例可能会有“非典型”症状，表现为发热时间延长、皮损范围更广泛且更严重，以及脱甲、指甲断裂等。在日常生活中，家长需多加留意。大多数手足口病患儿为普通轻症病例，少数病例因肠道病毒侵犯神经系统，引发脑炎、肺水肿等严重并发症，发展为重症或危重症病例，病情进展迅速，可危及生命。国内相关研究结果表明，患儿就诊时间延迟是重症手足口病的重要影响因素，如果发现孩子出现上述症状，应及时带孩子到正规医院就诊，遵从医嘱规范治疗，不要自行在家盲目用药，以免延误就诊时间。

成年人会得手足口病吗

会。虽然手足口病多见于5岁以下儿童，但其并非小孩子的“专属疾病”，5岁以上儿童、青少年甚至成人都可能感染，多个地区的流行病学调查数据显示大年龄组手足口病的感染比例呈上升趋势。尤其需要注意的是，相较于小年龄组儿童手足口病，大龄儿童或成年人感染后症状多较轻或无明显临床表现，呈隐性感染状态，易被忽视或误诊为感冒等其他疾病，在与低龄儿童接触时更容易成为隐性传染源。

最容易踩的防护误区

酒精能杀灭手足口病毒：错。肠道病毒对75%酒精不敏感，需要用含氯消毒剂对玩具、家具等物品进行擦拭消毒，作用30分钟后用清水擦净。

得过一次就终身免疫：错。引起手足口病的病毒有20多种，不同型别之间无交叉免疫，感染一种后仍可能被其他型别感染再次患上手足口病。

皮疹退了就能返校：错。患儿症状消失后粪便仍可排毒，建议痊愈后再居家隔离至少3天，确认无复发后再返校。

手足口病防护指南

手足口病目前并无特效抗病毒药物，大多数孩子靠自身免疫力在7—10天内可以自愈，因此临床治疗主要是对症支持，主要目的是缓解孩子的不适症状和预防各类并发症。家庭护理方面需牢记以下几点：

一是坚持勤洗手，饭前便后、外出回家用七步洗手法清洁，家长和孩子接触前也要洗手；二是不喝生水，不吃生冷或不干净的食物，剩菜剩饭需彻底加热后再食用；三是保持居家环境整洁，室内经常开窗通风，衣被勤晒，定期消毒孩子的玩具、餐具等物品；四是在手足口病流行期，尽量不要带孩子去人群密闭、空气流通差的公共场所，避免接触患病儿童。日常生活中要注意观察儿童的手、足、口和臀部等是否出现皮疹或疱疹。

国内相关研究表明，手足口病重症病例中EV-A71占比89.88%，死亡病例占比97.11%。因此，建议家长朋友们为6月龄至5岁儿童尽早接种EV-A71疫苗，可有效降低手足口病重症和死亡风险，在12月龄前完成全程接种防护效果最佳。

手足口病属于可防可控的传染病，天气转凉不代表进入安全期，秋季小高峰同样需要警惕，广大家长不要麻痹大意，继续坚持做好各项防护措施，共同守护儿童身体健康。

糖友警惕糖尿病足！日常护理这么做

□韦丽娟 肥东县人民医院内分泌肾病学科

“偶尔脚麻、脚凉很正常，不用在意。”很多糖友都抱着这样的想法，忽视脚部的细微变化。殊不知，这可能是糖尿病足发出的“预警信号”。糖尿病是一种十分常见的慢性病，虽然不致命，但其并发症却严重威胁患者的健康安全，而糖尿病足是糖尿病最严重、致死致残率最高、治疗价格最高的并发症之一。因此，糖友需警惕糖尿病足，注重日常护理。

糖尿病足是什么？

糖尿病足是指糖尿病患者由于下肢远端神经病变和/或程度不一的血管病变，导致足部皮肤溃疡、深层组织破坏等情况。该并发症的发生主要有以下两大“元凶”：

1.神经病变

足部有丰富的神经，如同密布的“电线”一样传递着温度觉、痛觉等感觉，并控制肌肉运动，而高血糖如同“腐蚀液”，悄然破坏着这些“电线”。当感觉神经受损时，患者会出现双脚麻木、感觉减退等表现，甚至受伤都未能察觉，留下伤口隐患；当运动神经受损时，患者会出现足部肌肉萎缩、脚部畸形等表现，甚至可能因为脚部受力不均，出现溃疡、鸡眼等情况。

2.血管病变

人体内的血管承担着输送营养与氧气的重任，而高血糖会让血管内壁变厚、变糙，产生斑块，从而使得血管变窄，甚至堵塞。一旦足部血管堵塞，血液便不能顺利抵达脚部，造成组织缺血、缺氧，以致足部伤口由于缺乏营养与氧气而难以修复。同时，缺血的组织抵抗力下降，遇到细菌侵袭，容易出现感染，且感染会快速扩散，很难控制。

糖尿病足的“预警信号”有哪些？

糖尿病足在发展至最后阶段之前，是有希望逆转的，且治疗时间越早效果越好。在糖尿病足早期，会发出以下信号：

1.脚麻

糖友若是经常感到双脚麻木，像是踩在了棉花上，可能是糖尿病周围神经病变的缘故。长时间高血糖会逐渐损伤神经纤维，待到产生剧烈疼痛时，神经损伤通常已超出50%。

2.脚凉

脚凉是糖尿病足早期的一大典型表现，主要是因为下肢血管病变造成血液循环不畅。若是遇到一只脚正常但另一只脚发凉的现象，患者更应高度警惕。

3.感觉减退

感觉减退是一种十分危险的信号，对触觉、温度的感知能力慢慢下降甚至彻底消失，表明患者丧失了“保护性感觉”，受伤了也难以察觉，小伤口很容易造成严重后果。

4.下肢疼痛

行走一会儿发生下肢疼痛，需休息后方可继续行走，此种情况被称为“间歇性跛行”。随着病情的加重，患者在休息时也会产生疼痛，即静息痛，且在夜间疼痛加剧，表明血管病变已十分严重。

5.皮肤异常

脚部皮肤出现颜色变暗、干燥、瘙痒脱屑等异常，容易合并真菌感染。

日常护理怎么做？

想要控制血糖，预防糖尿病足，糖友应采取以下措施：

1.控制饮食

在保证总热量的基础上，患者应坚持定时、定量进餐，少吃糖果、甜点、蜜饯、干枣等高糖食品，少喝奶茶、可乐、橙汁、甜牛奶等含糖饮料，少吃白米饭、馒头、面包等高升糖指数的主食，少吃炸鸡、油条、肥肉等高脂肪、高热量食物，多吃芹菜、菠菜、黄瓜等低热量蔬菜，多吃糙米、黑米、荞麦等低升糖指数的粗杂粮，多吃鲫鱼、鸡胸肉、无糖豆浆等优质蛋白。

2.遵医嘱用药

保持血糖水平稳定达标能够从根本上预防糖尿病足，故而患者应坚持每日测量血糖，遵医嘱用药，保证血糖控制在合理范围内。

3.适当运动

只要身体状况允许，患者应开展适当的体育锻炼，选择慢跑、快走、瑜伽、太极拳、八段锦等较为温和的运动方式，逐渐增加运动量，坚持循序渐进、量力而行的原则。尤其是超重、肥胖患者，更应通过控制饮食、适当运动来调整体重，这有利于降低血糖，改善血脂与血压。

4.每日查脚

建议患者每日花5分钟检查脚部，以便出现问题时能够及时发现。检查时，应细致观察脚底、脚背、指甲边缘等部位，不遗漏任何区域，一旦发现破口、干裂、鸡眼、红肿、颜色发紫等异常情况，应及时就医。若患者难以弯腰或视力不佳，可让家属代劳。

5.规律作息

睡眠对血糖有着极大的影响，过多或过少均会增加患者食欲，从而加大并发症风险。因此，患者应保持规律睡眠，尽量将每日的睡眠控制在7～8小时。若患者有睡眠呼吸暂停，应及时接受治疗，以改善睡眠状况，降低血糖水平。

6.正确护脚

患者应重视脚部的清洁与保湿，每日用37℃以下的温水泡脚，使用中性肥皂清洗，而非刺激性强的沐浴露。泡完脚后，患者可使用柔软毛巾擦干，并涂抹润肤露或保湿霜，避免皮肤开裂。患者若有鸡眼、老茧，应前往专业机构处理，防止皮肤破损，诱发感染。

腹痛患者的分诊流程与护理干预策略

□曹莞婉 萧县人民医院急诊科

腹痛是急诊科最常见的急症之一，其病因涉及消化、泌尿、妇科、血管等多个系统，起病急、进展快，部分危重病例如处理不及时可能危及生命。科学的分诊流程与精准的护理干预，是快速识别高危腹痛、降低漏诊率、改善患者预后的核心环节。

标准化腹痛分诊四步流程

腹痛分诊严格遵循“先救命、再辨病”的核心原则，按以下四步有序推进：

第一步：生命体征快速评估。患者到达急诊后，分诊护士第一时间测量血压、心率、呼吸频率、体温及血氧饱和度，若出现血压低于90/60mmHg、心率超过120次/分、意识模糊、面色苍白、四肢湿冷等休克征象，立即启动红色预警，直接送入抢救室开展急救，无需等待后续检查。

第二步：病史与症状精细化采集。重点询问五个关键信息：是腹痛部位及放射特征，右上腹疼痛向右肩放射多为胆囊炎，腰腹痛向腹股沟放射多为输尿管结石，上腹痛向腰背部放射需警惕胰腺炎、主动脉夹层，右下腹疼痛警惕阑尾炎，育龄女性下腹痛需排查宫外孕、卵巢扭转，全腹剧痛提示消化道穿孔、重症胰腺炎；二是疼痛性质，刀割样剧痛多为穿孔，阵发性绞痛常见于结石、肠梗阻，持续性钝痛多与炎症相关；三是诱因，暴饮暴食后疼痛警惕急性胰腺炎，饱餐后右上腹痛多为胆囊炎，外伤后腹痛需排查脏器破裂；四是伴随症状，合并高热、黄疸提示胆道感染，合并停经、阴道出血需高度怀疑宫外孕，合并呕血、黑便提示消化道出血；五是既往史，明确有无胆结石、消化道溃疡、高血压、手术史等基础疾病。

第三步：病情分级与专科分诊。根据评估结果将患者分为三级：重度患者(生命体征不稳定、腹膜刺激征阳性、怀疑大出血或穿孔)直接启动急诊绿色通道，10分钟内安排外科、ICU等多学科会诊，配套实行检查优先、费用后付、专人陪同送检的保障机制，确保抢救零等待；中度患者(疼痛剧烈但生命体征平稳、伴随发热呕吐等症状)优先安排血常规、淀粉酶、超声或CT检查，30分钟内完成初诊；轻度患者(间歇性隐痛、无其他伴随症状、生命体征平稳)安排普通急诊就诊，按序完善相关检查。

第四步：高危人群特殊筛查。中老年腹痛患者常规加做心电图，排除心梗、主动脉夹层等心源性腹痛；育龄女性常规做尿妊娠试验，避免宫外孕漏诊；老年糖尿病患者腹痛无论轻重均按中度风险管理，避免因神经感知迟钝掩盖危重病情。

精准化护理干预核心策略

针对不同分级的腹痛患者，采取分层护理干预措施，兼顾症状缓解与病情观察：

基础护理优先保障脏器灌注。所有腹痛患者未明确诊断前严格禁食禁水，减少胃肠道蠕动避免病情加重；休克患者立即建立两条以上静脉通路，快速补液维持循环稳定；根据病情协助患者采取半卧位或侧卧位，减轻腹壁张力缓解疼痛，同时避免呕吐物误吸。

疼痛护理兼顾疗效与病情观察。轻度疼痛患者优先采用非药物镇痛，指导深呼吸、放松训练，用热敷缓解胃肠痉挛(疑似穿孔、出血者禁用)；中重度疼痛患者在医生评估后，可阶梯使用非阿片类或低剂量阿片类镇痛药，用药后30分钟复测疼痛评分，同时密切观察腹部体征变化，避免镇痛药物掩盖病情。

动态监测预警病情变化。重度患者每15分钟监测一次生命体征，中度患者每30分钟监测一次，重点观察腹痛是否加剧、有无压痛反跳痛、肠鸣音是否异常，若出现疼痛突然加重、血压下降、腹部硬如木板等征象，立即告知医生紧急处理。同时按规范实时记录患者症状变化、生命体征波动及药物反应，确保信息完整可追溯，为医生调整诊疗方案提供准确依据，避免因信息遗漏导致病情判断偏差。

心理护理缓解焦虑情绪。主动向患者及家属解释检查治疗流程，说明腹痛的可能原因与注意事项，缓解因未知产生的恐惧；需手术患者提前告知手术必要性与安全性，稳定患者情绪，提高治疗配合度。

腹痛的分诊与护理是一个动态连续的过程，核心是在最短时间内识别高危风险，避免漏诊致命性急症，同时通过科学护理减轻患者痛苦，为后续治疗争取宝贵时间。普通人出现腹痛尤其是持续超过6小时不缓解、伴随上述高危征象时，切勿自行服用止痛药，应立即前往急诊就诊。

健康园地