

# 科学防癌筛查实用攻略

作为一名肿瘤科医生，我曾遇到这样的情况：有患者拿着一份价值上万元的“豪华防癌体检套餐”咨询我，问道：“医生，我已经做了PET-CT和基因检测，是不是就不用做肠镜了？”这是临床非常典型的防癌认知误区。事实上，肿瘤筛查并非越昂贵、项目越多就越好，核心原则是“一人一策、精准有效”。本文结合国家癌症中心及中华医学会公开发表的临床指南，为大家拆解防癌筛查的关键要点，帮助大家避开“伪筛查”陷阱，科学选择适合自己的筛查项目。

## 先判断是否为高危人群

恶性肿瘤已成为威胁我国居民健康的重大公共卫生问题，发病率与死亡率居高不下。世界卫生组织指出，三分之一癌症可预防，三分之一可通过早发现、早诊断、早治疗治愈，另有三分之一晚期癌症可通过规范治疗改善生活质量、延长生存期。

若符合以下任意一项高危因素，建议40岁(部分癌种需更早)开始专项筛查；无高危因素者，可45岁起做基础防癌筛查。高危因素包括：40岁及以上人群；长期吸烟、重度饮酒、喜食烫食或腌制食品、肥胖、缺乏运动；有癌症家族史；患有慢性萎缩性胃炎、慢性肝炎、肠息肉、高危型HPV持续感染等癌前病变。

## 肺癌

肺癌是我国发病率和死亡率均位居前列的恶性肿瘤。高危人群包括40岁以上、长期吸烟或长期被动吸烟、有职业暴露史或肺癌家族史者。筛查推荐采用低剂量螺旋CT，每年检查一次。需要特别提醒的是，胸片不能代替CT，因为胸片对早期肺癌的漏诊率很高。发现肺结节不必恐慌，绝大多数为良性，专科医生会根据结节的大小和密度决定是随访观察还是手术干预。

## 结肠直肠癌

结肠直肠癌是最容易通过筛查进行预防的癌症之一。高危人群包括：45岁以上、有肠息肉

史、炎症性肠病或结肠癌家族史者。筛查首选肠镜，这是诊断结肠癌的“金标准”。对于不能耐受肠镜的人群，可先进行大便隐血试验或多靶点粪便DNA检测，若结果呈阳性，则必须补做肠镜。普通人群建议从45岁起每10年做一次肠镜；有息肉或家族史等高危人群，应每3至5年检查一次。肠镜下如发现腺瘤性息肉，将其切除等同于拆除了“定时炸弹”。

## 胃癌

胃癌的发生与幽门螺杆菌感染、高盐及腌制饮食密切相关。高危人群包括：40岁以上、幽门螺杆菌感染者、患有慢性萎缩性胃炎或胃溃疡者，以及有胃癌家族史者。筛查首选胃镜，若害怕疼痛可选择无痛胃镜。高危人群应每3至5年检查一次，具体频率遵医嘱。对于幽门螺杆菌阳性且家人有胃癌史者，请务必完成一次高质量的胃镜复查。

## 肝癌

肝癌多由慢性肝炎、肝硬化、酗酒及脂肪肝发展而来。高危人群包括：35岁以上的男性、45岁以上的女性，以及乙肝或丙肝病毒感染者、肝硬化患者、长期酗酒者。筛查推荐采用甲胎蛋白检测联合肝脏B超，两者缺一不可，每6个月检查一次。乙肝携带者需终身定期复查，不能因为“转氨酶正常”就不再关注。

## 乳腺癌

乳腺癌是女性发病率位居前列的恶性肿瘤。高危人群包括：有乳腺癌家族史、乳腺不典型增生病史、未哺乳或长期外源性激素暴露人群。筛查以乳腺B超为主要手段。考虑到中国女性乳腺普遍较为致密，40至44岁者首选B超检查；45岁以上或B超发现可疑情况时，再添加钼靶X线检查。普通女性建议每年进行一次乳腺B超。需要强调的是，自我检查不能替代影像学筛查。

## 宫颈癌

宫颈癌是由高危型HPV持续感染引起的恶性肿瘤，其病因明确，可防可治。有性生活史

的女性均应接受筛查。21至29岁者，每3年做一次宫颈细胞学检查；30至65岁者，每5年进行一次HPV检测联合宫颈细胞学筛查。接种HPV疫苗后仍需进行常规筛查，因为疫苗不能覆盖所有病毒亚型。

## 食管癌

食管癌的发生与吸烟、重度饮酒、喜食烫食及食管反流病相关。高危人群包括40岁以上、来自高发区、有上消化道症状或食管癌家族史者。筛查首选食管内镜，高危人群应每2年检查一次。

## 不同人群筛查方案

- 40岁以下且无高危因素者：常规体检即可，无需额外加做肿瘤筛查。
- 40至45岁且有高危因素者：针对所属癌种做单项筛查，如吸烟者做低剂量螺旋CT，乙肝携带者做肝脏B超加甲胎蛋白。
- 45岁以上且无高危因素者：每年做大便隐血、常见肿瘤标志物，女性加做乳腺B超和妇科检查。
- 45岁以上且有高危因素者：按七大癌种对应项目，每1至3年进行一次专科筛查。

## 肿瘤科医生的三点建议

第一，肿瘤标志物升高不等于癌症。炎症、良性病变也可导致相关指标升高。轻度升高不要慌张，应到肿瘤专科就诊综合判断。

第二，PET-CT不宜作为常规筛查。其辐射大、费用高，对黏膜早期病变检出率不高，主要用于确诊后的分期，不适合普通人体检。

第三，基因检测不用于普通人群。无明确家族遗传性肿瘤史者，检测意义有限，反而易增加焦虑。

临床中，常见许多本可早期干预的癌症，却因忽视筛查延误至晚期，令人惋惜。防癌应科学理性，不恐慌、不讳疾、不盲从。坚持早预防、早筛查、早诊断、早治疗，是提升癌症早诊治治愈率、降低死亡风险的核心举措。

(金寨县人民医院肿瘤科 胡晓娟)

# 抗精神病药规范使用不“伤脑”

在精神科门诊，医生最常被家属问道：“这个药会不会把脑子吃坏？会不会越吃越傻？”这种担忧不难理解，“抗精神病药”几个字本身就让人感到紧张，脑海中会浮现目光呆滞、流口水等画面。这种刻板印象并非毫无根据，很大程度上源于早年老药的真正副作用及影视作品的夸张呈现。然而，现代精神医学已今非昔比：规范用药非但不会让人“变傻”，反而是在“救脑”；因拒绝或不规范用药导致的反复发病，才是真正损伤大脑的元凶。

要理解这个问题，首先需明确一个核心事实：精神疾病本身就在损害大脑。以精神分裂症为例，大量影像学研究证实，每一次未经治疗的精神病发作，都会导致大脑灰质的进行性丢失。幻觉、妄想是大脑功能紊乱的表现，若不加以控制，就像一场持续燃烧的火灾，不断损伤健康的脑组织。发病次数越多、未经治疗的时间越长，记忆力、注意力和执行功能的下降就越明显，这正是家属眼中“变傻了”的真正原因。而抗精神病药的作用，正是扑灭这场火灾，保护大脑免受持续损伤。

那为什么很多人确实觉得服药后患者变得“呆呆的”？这要从药物的副作用说起。早期第一代抗精神病药对多巴胺D2受体的阻断作用强且选择性差，会抑制神经纹状体通路，引发锥体外系反应。其中一种表现为“运动不能”，面部表情减少、眼神呆滞、动作变慢，看起来确实像变傻了，但这与真正的智力下降是两回事。医学

上称之为假性痴呆，其本质是药物引起的运动功能迟缓，通过减量、换药或加用对抗锥体外系反应的药物后大多可以完全恢复。

除了锥体外系反应，还有两个常见的误解。一是镇静作用：许多抗精神病药具有抗胆碱作用，服药初期会出现困倦、注意力不集中，家属容易误以为是“大脑功能受损”。但这种镇静作用通常在一到两周内会逐渐耐受，医生也会将镇静作用较强的药物安排在睡前服用，既有助于睡眠，又避免白天困倦。二是将疾病本身的阴性症状误认为是药物副作用。精神分裂症患者表现出的情感淡漠、意志减退、言语减少，看起来也像“呆呆的”，但这其实是疾病本身的表现，规范治疗反而能在一定程度上改善这些阴性症状。

为什么网上总有吃了药“变傻”的说法？第一，停药后复发的代价。部分患者在症状控制后自行停药，导致病情复发且比之前更严重，对大脑的损伤更大。然而，家属却往往把这种认知下降归咎于之前服用的药物。第二，用药不当。在一些医疗条件有限的地区，确实存在药物选择不合理、起始剂量过高、加药过快的现象。例如，一位体重四五十公斤的老年患者，若使用了青壮年的标准剂量，出现过度镇静和锥体外系反应的风险就会显著增加。科学用药的核心原则是个体化治疗，应根据患者年龄、体重、肝肾功能、症状特点等，从小剂量开始缓慢增量，以找到疗效与副作用之间的最佳平衡点。第三，忽视药物相互作用。精神疾病患者常合并高血压、糖尿病等

躯体疾病，需要联合用药。如果不告知医生完整的用药史，可能导致抗精神病药的血液浓度异常升高，进而引发严重不良反应。

如何科学用药不踩坑？第一，打消“吃一辈子药就废了”的执念。高血压需长期服用降压药，糖尿病需长期使用降糖药，精神疾病同样是慢性病，长期维持用药的目的是预防病情复发。研究显示，精神分裂症患者停药一年内复发率高达70%以上，而每一次复发都会对大脑造成新的打击。许多患者正是在反复停药、复发、再住院的过程中，认知功能一步步出现真正的下降。第二，主动与医生沟通副作用。若服药后出现明显困倦、手抖、坐立不安、肌肉僵硬等不适，切勿自行停药或减量，而应及时复诊。精神科药物种类繁多，一种药物副作用大，换用另一种可能完全不同——例如，奥氮平可能导致白天困倦起不来，换用阿立哌唑或布南色林后，镇静作用会显著减轻。第三，定期复查，监测身体指标。长期服用某些抗精神病药物可能引起体重增加、血糖血脂异常，需定期监测体重、血糖、血脂、肝功能等。发现问题后，可通过饮食控制、运动或加用相应药物进行管理。

规范使用抗精神病药不会“变傻”，反而能“救脑”；不规范使用或因恐惧拒用药物，导致病情反复，才是真正损伤认知功能的元凶。这类药物虽不能让人立刻痊愈，却能帮助患者逐步恢复、坚持前行。

(安庆市第六人民医院 陆由虎)

# 犬伤无小事 正确处置是关键

当下养宠日益普及、城市流浪动物治理不断完善，但犬伤仍是急诊常见的意外伤害。不少人误以为仅轻微破皮便无需在意，实则伤口大小并非关键，狂犬病暴露风险才是重中之重。狂犬病一旦发病，病死率近乎100%；但若发生暴露后及时规范处置，包括彻底冲洗伤口、准确判定暴露分级、全程接种狂犬疫苗，必要时加注被动免疫制剂，绝大多数风险均可有效规避。现代狂犬病防控的核心优势，不在于发病后救治，而在于依托标准化的暴露后预防处置，将风险阻断在发病之前。

## 什么是狂犬病？

狂犬病是由狂犬病病毒引起的急性传染病，主要侵犯中枢神经系统，传播方式以患病犬或可疑感染动物咬伤、抓伤，或其唾液污染人体破损皮肤和黏膜最为常见。世界卫生组织指出，约99%的人类狂犬病病例与犬传播有关，这也是为什么犬伤后绝不能仅凭“狗看起来挺正常”就掉以轻心。病毒进入人体后，往往不会立刻引起明显不适，而是沿周围神经向中枢神经缓慢扩散，因此表面风平浪静，并不代表真正安全。简言之，狂犬病并非只是发病迅猛，更在于隐匿潜伏、一旦发作便致命。

## 狂犬病发作的临床症状

狂犬病早期症状并不典型，常表现为低热、乏力、头痛、恶心等，容易被误认为普通感冒；但如果伤口周围出现麻木、刺痛、蚁走感，就要格外警惕。随着病情进展，患者可出现明显的神

经系统症状，如焦躁、恐惧、精神异常、咽喉痉挛、吞咽困难，典型者会出现“恐水”“怕风”，并逐渐发展为抽搐、瘫痪、昏迷。正因狂犬病发病后几乎无有效救治手段，遭遇犬伤后，关键在于耐心等待症状出现，而必须抢在发病前兆来临前及时处置。发病后固然凶险，但规范预防清晰明确、行之有效。

## 如何规范处理暴露后伤口？

一旦被咬伤、抓伤，或原有伤口、黏膜接触到动物唾液，应立即规范处理伤口。权威建议强调，应尽快用流动清水和肥皂水持续冲洗伤口至少15分钟，再用碘伏等消毒剂进行局部消毒；冲洗越早、越充分，越有助于减少局部狂犬病毒负荷。处理过程中切勿自行包扎过紧、急于缝合，也不要涂抹来源不明的药粉、草药或刺激性物质，因为这么做法不但不能抵御狂犬病病毒，反而可能影响后续正规处置。

## 犬伤后如何急救救治？

完成初步冲洗后，应尽快前往设有狂犬病暴露处置门诊或急诊的正规医疗机构，由医生根据暴露方式、伤口深浅、受伤部位和致伤动物情况进行综合评估。临床上通常会判断狂犬病暴露等级，并据此决定是否需局部伤口处理、是否启动狂犬病疫苗接种，以及是否需要联合使用狂犬病免疫球蛋白。尤其是头部、颈部、手部等神经分布丰富部位的伤口，或多处、较深、出血明显的咬伤，应高度重视。因为这类暴露往往属于高风险情形，处置越规范越关键。

## 狂犬疫苗的接种时机与禁忌症

是否需要接种狂犬疫苗，核心取决于伤口是否构成有效暴露，而不是单看伤口大小。但凡出现皮肤破损被动物咬伤、抓伤，或伤口、黏膜接触到动物唾液，均应及时前往医疗机构，由专业医师评估风险并开展狂犬病暴露后规范处置。很多人以为狂犬疫苗必须24小时内接种才有效，其实更准确的说法是：越早越好，但并非超过24小时就无效；只要尚未发病，仍应尽快进行规范接种。对于既往未完成狂犬病疫苗规范免疫的人，高等级暴露通常还需要联合使用狂犬病免疫球蛋白，而疫苗与免疫球蛋白不能在同一部位注射。关于禁忌症，狂犬病暴露后预防致致命疾病的紧急措施，通常无因妊娠、哺乳、年龄或一般慢性病而绝对禁忌接种的情况；有特殊过敏史或免疫功能异常者，应由医生评估后规范接种，切勿自行放弃。

犬伤看似只是轻微破皮的小伤口，背后却潜藏着不容忽视的狂犬病暴露风险。牢记三个处置要点，远比慌乱失措更实用：即刻充分冲洗伤口，第一时间前往医院就诊，严格遵照规范完成全程处置。狂犬病的可怕之处，在于发病后致死风险极高；但值得庆幸的是，现代医学已有清晰且行之有效的预防方案。因此遭遇犬伤切勿心存侥幸、拖延处置，更不要盲目认为无伤大碍。科学规范处置，才是守护自身安全最可靠的保障。

(皖西卫生职业学院附属医院 张娟)

排污完全没问题”。刘某基于信任，支付了2万元预付款并开始办理餐饮相关证照。后刘某发现该商铺根本不具备排烟排污条件，且无法改造。刘某要求王某退还预付款并赔偿其办证支出的费用，王某拒绝，称双方尚未签订正式租赁合同。

分析：《中华人民共和国民法典》第五百

条规定，当事人在订立合同过程中有下列情形之一，造成对方损失的，应当承担赔偿责任：(一)假借订立合同，恶意进行磋商；(二)故意隐瞒与订立合同有关的重要事实或者提供虚假信息；(三)有其他违背诚信原则的行为。

本案中，王某在缔约磋商阶段明知刘某的

# 围手术期麻醉护理法则

术后疼痛是手术患者面临的主要问题之一，不仅会给患者带来身心折磨，还可能延缓恢复进程，增加术后并发症风险。围手术期麻醉护理作为衔接术前、术中、术后的关键环节，并非单纯的麻醉操作辅助，而是通过全程科学的护理干预，从源头预防、术中控制、术后缓解三个维度，精准减轻患者术后疼痛，让患者在更舒适的状态下完成康复。

## 术前麻醉护理：筑牢术后镇痛基础

术前麻醉护理的核心是做好充分准备，通过全面评估、科学干预，减少术后疼痛的诱发因素。通过规范的药物干预或物理护理，降低身体对疼痛的敏感度，减少术后疼痛的剧烈程度，同时避免术前焦虑、紧张等情绪诱发的疼痛感受放大。

1.全面评估。定制镇痛方案：护理人员会结合患者的身体状况、手术类型、疼痛耐受度等，进行全面评估。明确患者术后可能出现的疼痛类型和程度，配合麻醉医生制定个性化的镇痛方案，确保镇痛方式、药物剂量与患者自身情况高度适配，从源头提升镇痛效果。

2.术前预处理。减少疼痛诱因：针对手术创伤可能引发的疼痛，术前会在医生指导下进行必要的预处理。通过规范的药物干预或物理护理，降低身体对疼痛的敏感度，减少术后疼痛的剧烈程度，同时避免术前焦虑、紧张等情绪诱发的疼痛感受放大。

3.健康指导。提升配合度：向患者及家属讲解围手术期麻醉护理的流程、术后镇痛的方法和注意事项。让患者了解术后疼痛的正常反应和应对方式，缓解术前焦虑，提升患者术后配合护理和镇痛干预的主动性，为术后疼痛控制打下基础。

## 术中麻醉护理：精准控制疼痛源头

术中麻醉护理是减轻术后疼痛的关键环节，通过精准的麻醉操作、实时的疼痛监测和科学的干预，既能确保手术过程无痛，又能减少术中创伤对术后疼痛的影响。

1.精准镇痛给药。保障术中无痛：麻醉医生结合术前评估方案，精准把控麻醉药物的种类、剂量和给药时机。采用合适的麻醉方式，确保手术过程中患者无痛，同时避免麻醉药物过量或不足带来的不适，兼顾麻醉效果与患者安全。

2.实时监测疼痛。动态调整方案：术中护理人员会全程监测患者的生命体征和疼痛相关反应，结合手术进展，及时与麻醉医生沟通，动态调整麻醉及镇痛方案，确保术中无痛。

3.术中创伤护理。减少疼痛诱因：护

理人员在术中配合手术操作，做好手术区域的保护，减少不必要的组织损伤。同时做好术中保暖、体位护理等，避免因体位不当、受凉等因素加重术后疼痛，从源头降低疼痛的发生概率。

## 术后麻醉护理：持续缓解疼痛不适

术后麻醉护理的核心是持续控制疼痛，通过科学的镇痛干预、细致的护理观察和个性化的调理，缓解术后疼痛不适，减少疼痛对恢复的影响，促进患者快速康复。

1.规范落实镇痛方案：术后严格按照术前制定的镇痛方案落实镇痛措施，包括镇痛泵的规范使用、镇痛药物的按时输注等；确保患者体内始终维持有效的镇痛药物浓度，将术后疼痛控制在可耐受范围。

2.动态监测疼痛变化：术后持续观察患者的疼痛反应，通过观察患者的表情、肢体动作和主诉，及时判断疼痛程度和变化。若出现疼痛加重或异常，及时调整镇痛方案，避免疼痛持续影响患者休息和恢复。

3.辅助护理缓解疼痛：结合患者的手术类型和恢复情况，做好术后辅助护理，通过调整舒适体位、进行肢体按摩、开展放松训练等方式，缓解肌肉紧张和疼痛不适；同时做好伤口护理，避免伤口感染引发的疼痛加重。

## 围手术期整体护理

围手术期麻醉护理并非孤立存在，而是与整体护理深度融合，通过多维度协同干预，进一步强化术后镇痛效果，为患者康复保驾护航。

1.饮食作息护理：术后指导患者合理饮食，食用清淡、易消化、营养丰富的食物，补充身体所需营养，促进伤口愈合，减少因伤口愈合不良引发的疼痛；保证患者充足休息，避免劳累，让身体处于良好恢复状态，增强对疼痛的耐受度。

2.心理护理干预：术后患者可能因疼痛出现焦虑、烦躁等负面情绪，而负面情绪会进一步放大疼痛感受。应及时关注患者的心理状态，通过沟通疏导、情绪安抚等方式，缓解其负面情绪，帮助保持积极乐观的心态。

3.康复训练指导：在患者身体条件允许的情况下，指导患者进行适度的康复训练，促进身体血液循环和机能恢复，减少因长期卧床引发的肌肉僵硬、疼痛，同时增强身体抵抗力，助力疼痛缓解及整体康复。

(霍邱县人民医院麻醉科 刘永莲)

# 面瘫急性期的黄金72小时

早上洗脸时，水突然从嘴角漏出来；照镜子一笑，半边脸纹丝不动，眼睛也闭不严——遇到这种情况，很多人心里会“咯噔”一下：“是不是中风了？”其实，这更可能是面神经炎，也就是人们常说的面瘫。面瘫往往来得毫无征兆，常在吹冷风、熬夜加班、感冒之后突然发作。虽然大多数面瘫属于良性病变(医学上称为贝尔麻痹)，但如果能在发病初期护理不当，不仅恢复缓慢，还可能留下眼睛干涩、面部抽动、笑时眼皮跳动等后遗症。因此，要抓住发病后关键的72小时，用正确的方法保护好受损的面神经。

一听说面瘫，很多人第一反应是赶紧“活血”，比如使劲按摩、热敷、贴辣椒膏、掐穴位，以为“通了就好”。但面瘫刚发作时，面神经正处在发炎、肿胀状态，此时用力揉搓或高温热敷，无异于火上浇油，可能加重神经损伤，延长恢复时间。国内外诊疗共识均明确建议：面瘫急性期前3天的重点不是“治”，而是“护”。就连针灸，多数医生也建议等5至7天后再开始，过早反而可能刺激过度。因此，出现嘴歪、眼闭不全时，切勿自行乱折腾，更不要轻信“放血”“拔罐治面瘫”等偏方。

那到底该怎么做？第一步，尽快就医。虽然面瘫很常见，但必须由专业医生判断是否为单纯的面神经炎。因为某些中风、脑肿瘤甚至带状疱疹感染，早期表现也可能与之相似。医生会仔细检查能否皱眉、闭眼、鼓腮、咧嘴，必要时还会安排头颅磁共振(MRI)检查，以排除其他疾病。如果确诊为普通面神经炎，医生通常会开具激素类药物(如泼尼松)，这是目前公认最有效的急性期治疗手段之一，可快速减轻神经周围的肿胀，若怀疑由病毒感染引起，可能还会加用抗病毒药物，如阿昔洛韦。

除了服药，保护眼睛同样至关重要。由于患侧面部肌肉瘫痪，眼睛往往闭不拢；白天风吹、灰尘刺激，容易引起干涩和刺激；夜间闭眼长时间暴露，可能引发角膜炎，甚至影响视力。正确做法：白天每隔1~2小时滴一次人工泪液，出门佩戴密封性好的墨镜；睡前用医用胶布轻轻将上下眼皮贴住(无需胶布，或使用专用眼罩，以保护角膜。许多患者只顾着纠正嘴歪的症状，忽视了眼睛的保护，结果面部功能恢复了，眼睛却出现了

生活上也要注意细节，面部需要保暖，但不能盲目热敷。避免患侧直接吹冷风，例如骑车时不戴头盔、空调直吹

面部、开窗睡觉冷风直吹等习惯都应调整。外出时可佩戴口罩或围巾适当遮挡。需要特别提醒的是，发病后两天切勿用热毛巾敷脸。虽然热敷在恢复后期有帮助，但在急性期，高温会使面神经局部血管扩张，加重神经肿胀，反而延缓恢复。若想热敷，建议至少等到发病3天以后，水温不宜过高(以手背感觉温热为宜)，每次持续几分钟即可。此外，这几天要保证充足睡眠，避免熬夜、生气和过度劳累。身体越放松，免疫力越强，神经修复也越顺利。家人也应当多给予理解与鼓励，避免取笑。

并非所有“嘴歪”都是普通面神经炎。如果出现以下情况，应及时就医：一边脸歪的同时伴有剧烈头痛、呕吐、言语不清的症状，这可能是中风，需紧急处理；若耳后剧痛且耳外道出现水疱，需警惕亨特综合征(由带状疱疹病毒引起，恢复较慢)；若双侧面部均出现瘫痪，或超过三周仍无明显好转，也提示可能存在其他问题。需要特别提醒的是：面瘫不等于中风。中风引起的面瘫通常仅表现为下半张脸活动受限(患者仍能皱眉、闭眼)，而面神经炎(即普通面瘫)则导致整半边脸瘫痪——眉毛抬不动、眼睛闭不上、鼓腮漏气。但普通人难以准确区分，最稳妥的做法是一旦发现异常，立即就医。

面瘫虽然看起来吓人，但大多数人预后良好。80%以上的普通面瘫患者可在几周或三个月内明显改善，关键在于发病后最初72小时的护理是否到位。这段时间应按时服药、保护眼睛、避免刺激、充分休息。急性期过后，医生会根据恢复情况逐渐加入面部锻炼、针灸、理疗等康复手段。在此之前，请忍住“赶紧治好”的冲动。给受伤的面神经一个安静修复的机会。请记住：最好的照顾，有时候就是“不打扰”。只要方法正确、心态平稳，绝大多数人都能重新自然地笑出来。

(安徽省宿州市立医院中医科 冯银革)



## 遗失

遗失六安市森鹤环境科技有限公司皖N45646车辆道路运输证，证号：341503285203，声明作废。

## 禁止在缔约过程中违背诚实信用原则

案例：个体工商户刘某欲租赁王某名下的一间商铺用于餐饮经营。磋商过程中，刘某明

确告知王某某租赁用途为餐饮，需要排烟排污管道，王某多次承诺“该商铺曾开过饭店，排烟

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·新菱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

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

皖西日报社印务有限公司承印

地址：六安经济开发区纬一路