

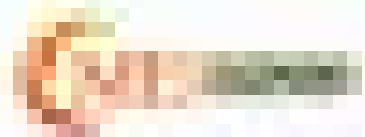
妇产科学 新进展

主 编 郎景和



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



中国妇产科学会

妇产科学 新进展

第二版

人民卫生出版社



国家级继续医学教育项目教材

妇产科学新进展

FUCHANKEXUE XINJINZHAN

主 编 郎景和

编 委 (以姓氏笔画为序)

边旭明 向 阳 刘俊涛 杨剑秋 沈 铿

郁 琦 郎景和 潘凌亚

主编助理 马良坤 宋英娜

统筹策划 马兆毅 冯晓冬 熊柏渊 史仲静

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科学新进展/郎景和主编. —北京: 人民军医出版社, 2009. 9

国家级继续医学教育项目教材

ISBN 978-7-5091-2807-7

I. 妇… II. 郎… III. ①妇科学 - 终生教育: 医学教育 - 教材 ②产科学 - 终生教育: 医学教育 - 教材 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 138754 号

责任编辑: 纳 琨 文字编辑: 谢 娟 责任审读: 余满松

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经 销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮 编: 100036

质量反馈电话: (010)51927278; (010)66882586

邮购电话: (010)51927252

责任编辑电话: (010)51927300 - 8610

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京印刷一厂 装订: 北京印刷一厂

开本: 850mm × 1168mm 1/16

印张: 10.75 字数: 240 千字

版、印次: 2009 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 ~ 8570

定价: 49.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

编 委 会

顾问

蒋作君 钟南山

主任委员

祁国明 孟 群

副主任委员

刘玉清 赵继宗 谌贻璞 罗 玲 杨 明 解江林
张 辉

执行副主任委员

王云亭 敬蜀青 马志泰 吴贯军 冯秋阳

专家委员会委员（以姓氏笔画为序）

于 欣	于健春	于富华	王 辰	王宁利	王拥军
丛玉隆	朱新安	刘玉清	刘国仗	刘国华	刘梅林
江观玉	孙 燕	孙宁玲	李 宁	李大魁	李春盛
李树人	杨文英	杨庆铭	何晓琥	张学军	陆道培
陈秋立	陈洪铎	林三仁	周东丰	郎景和	赵玉沛
赵继宗	赵靖平	胡大一	项坤三	贾继东	钱家鸣
高兴华	高润霖	郭应禄	郭继鸿	栾文民	曹谊林
梁万年	谌贻璞	彭名炜	董德刚	韩德民	傅志宜
曾正陪	黎晓新	魏世成			

内 容 提 要

本书是“国家级继续医学教育项目教材”之一,由中华医学会组织编写。本书论述了妇科手术的临床决策,常见疾病如月经障碍、多囊卵巢、更年期综合征的诊治新进展,平时文献较少涉及的外阴阴道疾病的病理和诊治新进展,激素与肿瘤的关系,同时也阐述了乳腺、精神心理及艾滋病等交叉学科方面的问题。本书是在查阅了国内外大量文献和最新研究内容,并结合国内本学科现状的基础上编写而成的,突出了权威性、科学性、先进性、时效性和实用性,是临床医生学习与再提高的实用工具,适合妇产科医师和研究生阅读参考。

简 介

“国家级继续医学教育项目教材”系经卫生部科教司、全国继续医学教育委员会批准,由全国继续医学教育委员会和中华医学会共同主办。本套教材已被全国继续医学教育委员会和中华医学会共同列为国家继续医学教育推荐教材,是新闻出版总署“十一五”国家重点出版规划项目之一。

“国家级继续医学教育项目教材”按学科出版分册,邀请著名专家担任分册主编,并成立了分册编委会,编委会成员均由各学科领域知名专家组成。教材内容都是由专家在查阅了大量国内外文献后,结合国内本学科现状,重新精心编写而成,文章多以综述形式展示,以国家级项目课题为线索,注重科学性、先进性、时效性和实用性并举,是我国医学领域专家、学者智慧的结晶。

“国家级继续医学教育项目教材”编委会由卫生部原副部长蒋作君、中华医学会会长钟南山院士担任顾问,中华医学会副会长、卫生部科教司原司长祁国明和卫生部科教司副司长孟群任编委会主任委员,50余位著名专家为本套教材编委会成员。

“国家级继续医学教育项目教材”编辑部与编委会同期成立,在中华医学会继续医学教育部的指导和协助下,用最短的时间启动了教材的策划、编辑制作和学术推广工作。自2006年以来,教材已出版30余个分册,涉及近30个学科,总发行量30余万册,受到广大临床工作者的欢迎。

前 言

医学科技的发展日新月异,今日先进的诊疗手段明日可能就会因为一项研究成果的发布而落后。系统、有效地开展继续医学教育对保证临床诊疗措施的先进性极为重要,而临床诊疗措施是否得当与患者的生命健康密切相关。

“国家级继续医学教育项目教材”及时反映了近年医学各学科最新学术成果和研究进展,是国内医学领域专家学者智慧的结晶。本套系列教材具有以下特点:一是权威性,由全国众多的在本学科领域内知名的院士和专家撰写;二是具有很强的时效性,代表了经过实践验证的最新研究成果;三是强调实用性,有很强的指导性和可操作性,能够直接应用于临床;四是强调全面性,内容以综述为主,代表了学术界在某一学科方面的共识,而并非某个专家的个人观点;五是运用现代传媒出版技术。

限于编写加工制作时间紧迫,本套教材会有很多不足之处,真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见,我们将在再版时加以改正。

本套教材的编辑出版得到了卫生部科教司、全国继续医学教育委员会、中华医学会各级领导以及众多专家的支持和关爱,相信本教材出版后也同样会受到广大临床医务工作者的关注和欢迎。在此一并表示感谢。

“国家级继续医学教育项目教材”编委会

主编按语

这是我们实施国家级继续医学教育项目妇产科学新进展学术会议第五期讲座的教材。一年一度,都在四、五月美好的季节,召开会议、出版书著,犹如春华秋实,有播种、耕耘和收获。以往几年都在华润饭店,与会者几达千人,很有人气,称之为“华润会议”。今年新改了会址,但我们仍然习惯如是称谓。

这次的主题是妇科内分泌以及一些前几次未曾涉及的专题。内分泌是妇产科学的内科基础,如月经障碍、多囊卵巢、更年期综合征等,常见且诊治有新进展;激素替代治疗有争论却又趋于共识;激素与肿瘤密切相关,近年受到重视。此外,外阴阴道疾病及病理、青少年生殖道肿瘤、女性外阴阴道畸形也都是令人感兴趣,却是平时文献较少的。我们特别增加了乳腺、精神心理及艾滋病等值得关注又是交叉学科的问题,相信会受到与会者的欢迎。我们感谢院外、科外专家的热情参与,欣赏他们的重要贡献。

作为继续医学教育和专科医生的培养提高,需要做的工作很多,从内容、形式到系统管理,值得我们去研究,去实践,去提升。谨以本教材作一个台阶,以通向更辽阔的远方,更崭新的高度。





目 录

外科手术的临床决策	郎景和(1)
女性外阴阴道畸形及矫治	樊庆泊 郎景和(8)
外阴及阴道上皮内瘤样病变	朱 兰(18)
外阴阴道恶性肿瘤治疗现状	沈 铿 曹冬焱(25)
外阴及阴道的临床病理研究现状	郭丽娜(33)
性早熟	郁 琦(43)
青少年月经障碍	甄璟然 郁 琦(53)
幼少女生殖器恶性肿瘤	杨佳欣 郎景和(63)
乳腺疾病的诊治	孙 强 林 燕(69)
青少年行为问题和精神障碍研究进展	黄悦勤(79)
女性生殖道激素依赖性肿瘤	魏丽惠 李小平(85)
性甾体激素与卵巢癌发生的研究进展	田秦杰(90)
妇科恶性肿瘤术后的激素替代治疗进展	田秦杰(97)
妇科恶性肿瘤的激素治疗	李小平 魏丽惠(102)
口服避孕药的非避孕作用	刘欣燕 王永学(108)
左炔诺孕酮宫内节育系统对妇科疾病治疗作用的研究进展	杨 欣 吴尚纯 郁 琦(112)
多囊卵巢综合征和经前期综合征及更年期综合征的口服避孕药治疗	乔 杰(118)
女性围绝经期抑郁障碍研究进展	何方方(127)
Yasmin 的应用	范光升 李 琳(132)
人类免疫缺陷病毒-艾滋病与妇产科	樊庆泊 郎景和(138)

外科手术的临床决策

郎景和

中国医学科学院 北京协和医院

决策就是决定策略。外科手术的临床决策就是制定围手术期的诊治计划。成功的手术决策占75%，技巧占25%，包括正确选择适应证，慎审禁忌证；掌握时机和术式；注意术中诊断和应急应变以及效果评定和认真总结，不断提高。遵循规范化、微创化、个体化和人性化、安全化原则。避免主观性、盲目性、局限性和非人文性。外科医师要处理好3种关系、树立良好的医风，把自己塑造成为文武兼备、得道得气的优秀的外科医师。

临床决策的概念、原则和意义

1. 临床决策的概念 决策就是决定策略。对于手术而言，就是制定围手术期的诊治策略，包括正确的诊断，适宜的手术选择，以及相关问题的讨论、评估和对策，以期达到良好的手术结局。我们常说：一个成功的手术，决策占75%，技巧占25%。足见决策之重要！当然手术技巧也是完成决策的重要组成部分。

2. 临床决策的基本原则 ①充分的事实或证据；②周密的设计或方案；③审慎地实施或操作；④灵活地应急或应变；⑤全面的考量或考虑。

3. 决策的形成 值得提出和强调的是，决策形成的严格性、严密性和可行性是由多方面因素、多方面考虑完成的，包括：①临床材料——病史、常规身体检查、专科检查、实验室检查、特殊检查等。以此得到充分的科学证据。②实施者——人格修养、哲学理念、洞察能力、辩证思维、逻辑推理、经验与技能等。以此得到周密的设计和审慎的操作。③被实施者——患者的疾病状况和全身状况、个人与家人的意愿和要求等。以得到全面考量和考虑。④其他条件——医院与科室、设备与功能、助手与团队等。以此得以适应环境，并可灵活应急和应变。

如此的原则考虑、设计、制定和实施决策，达到的主要目标或目的是：①安全诊疗，即更好地把握适应证和禁忌证，减少损害和不良反应；②优化诊疗，即提高临床诊治效果，最佳的病变消除、最快的术后恢复和最理想的健康效果；③节约诊疗，即尽可能节约医疗资源和成本，不论对于病家或者国家，减少不必要的检查和干预。

由此可见，手术的完成过程与画家、书法家、雕塑家完成一件艺术品相似，但不同的是，



解剖之父安德烈·维萨里
(1514 ~ 1564) 在解剖

外科医师是在一个活的机体上完成的，其“成品”是不可“重复”和“修改”的。那“画面”也许不算美丽，但却完全可以达到“美妙”或“完美”。外科手术完成的过程的确是医术-技术-艺术-仁术（人术）最高境界的追求过程。

恩格斯曾说：建筑师与蜜蜂的根本不同是建筑师在完成建筑之前已经设计好了建筑的蓝图，而无论蜂巢如何精美，只是蜜蜂的本能和习惯使然。诚然，我们会感慨与赞叹自然和熟练之美；我们也可以反诘相问，你不是蜜蜂，怎么知道蜂王没有设计呢？——这又是新的“濠梁之争”了……^①

临床决策的制定

临床决策是个诊断程序，也是外科医师的思维过程。“决”是“决定”，首先是“确立”；“策”是路线和策略，方案和方法，首先是“思维”。外科决策一般包括以下几点。

1. 适应证和禁忌证 确定要不要做手术至关重要，显然是方向和路线问题。具体疾病、具

体手术的适应证和禁忌证会有许多具体叙述，其实，关键是4个因素的考虑，这就是：患者和疾病，医者和医法。不应该仅仅考虑什么病适合什么手术。某位患者和其所罹患的疾病适合某位医师和某种手术方法，便为适应证。若其中任何一个因素不适合，则为非适应证或禁忌证（相对或绝对），就应进行调整和重新选择。

2. 时机和方式 手术犹如一场战斗，仓促上阵或者贻误战机都是不可取的。有时甚至决定胜负成败！譬如，恶性肿瘤手术前先期化疗的时间和疗程；阴道闭锁、剖宫产瘢痕、子宫内膜异位症和月经的关系；输卵管妊娠（未破裂型）保守手术的争分夺秒等。而病情了解不周详，手术目的不明确，患者状况不适宜，相应准备不完备等手术实施，都可以认为是草率、不明智之举，通常会遭遇危险、导致失败。这种情况甚至在会诊手术、异地手术、演示手术都不少见。手术方式亦如行车路线，先后左右，前进回转，或可如履平地，或似高空走丝，均要周全考虑。从切口入式到引流缝合，都应悉心安排，这样才能成竹在胸，运筹帷幄。

3. 术中诊断和应急应变 我们希望做到有100%的适应证再实施手术，但术前的正确诊断能达到70%就属上乘。外科是能够切开亲眼看到的学科，这不同于内科，甚至影像检查。但是，看到并不等于认识（领袖说，感觉的东西并不等于理解它，只有理解的东西才能深刻地感觉它）。况且，即使我们认识它，也并不一定正确。这里既有主观偏差性也有客观偏差性，所谓“好的外科医师相信他所看见的，差的外科医师看见他所相信的（the good surgeon believes what he sees, the bad surgeon sees what he believes）”。

^① 《庄子·秋水》记载：庄子与惠子在濠梁溪水畔漫游，庄子说，鱼在水中游得自由自在，多么快乐！惠子说，你又不是鱼，如何知道它们是否快乐……

因此，一个好的外科医师应该有术中检查、观察、判断与诊断的能力，必要时借助于冰冻切片病理，依此抉择手术的范围，缩小还是扩大，继续还是终止。而术中所遭遇的情况更是千变万化，几乎没有完全相同的手术（尽管手术名称相同）。还要制订各种应急应变的预案，并和病家有事前的交待和沟通，诸如出血，损伤，心、肺功能衰竭，内镜手术的中转开腹等。

4. 效果与总结 完成了手术不等于完成了处理和治理，要有近期及远期的追随检查及效果评估，也要有继续治疗的安排，还包括生活起居、工作劳动注意事项的医嘱。

每例手术都应该有总结，个人的反思、集体的总结、经验与教训都弥足珍贵，要作为程序，形成制度。

临床决策制定的基本要素

制定临床决策时要考虑的问题很多，有基本原则（或规范化），也有灵活性（或个体化），基本要素有以下诸方面。

1. 证据及循证 循证医学是遵循证据的临床医学，即寻求证据，依靠证据建立诊治策略，也是外科决策的基础。医圣希波克拉底早有名言“生命是短暂的，艺术学无止境，机会稍纵即逝，经验是不可信的，做出判断是困难的”。时至今日，不仅由经验医学向实验医学的转换，循证医学亦日如中天。

因为我们（个人或少数人报道）的观察有缺憾，经验有局限。循证医学是取得客观的指标和证据，如现行的多中心大样本有对照性、前瞻性研究（RCT）及荟萃分析。循证当然很重要，决策要基于证据，但证据还不是决策，决策还要有其他的考量因素。就临床医学而言，循证也不能完全代替临床经验，强调循证是更好地进行临床实践。其实，临床经验就是证据的来源，有时临床经验是实践和决策惟一可以依靠的一个证据。一个没有临床经验的医师，即使十分熟悉证据，也没有办法给人看病。至于外科手术的实施则更要靠经验和手艺。

2. 考量与平衡证据 决策必须考量与平衡证据，比如资源、价值取向等方面因素，还有经济（国家投入、个人支出、能力与意愿）、社会（地域、民族、习俗）、伦理（宗教信仰、道德标准）等社会与人文因素。医疗消费完全依照市场经济模式会有失偏颇，但卫生经济学考虑是必要的，一种昂贵的检查方法和治疗手段并不是对所有人都是适宜的最佳方案。

3. 家人与病家的意愿与要求 医学及医疗的社会性、群体性日趋强化，人们的医疗卫生知识日益普及，患者的法制观念与自我保护意识与日俱增，这无疑是社会进步及现代文明的表现，也给医院和医师提出了新问题和更高的要求，我们应该考虑和尊重患者和患者家属的意愿和要求。

医学要遵循的2个原则：一是科学原则，就是要针对病情——疾病的病理、诊断治疗方法、技术路线；一是针对人文原则，就是针对人情——不是一般讲的人情，而是患者的心理、意愿、生活质量，个人和家属的意见和需求。选择诊治方案要兼顾这2个方面，既要保证有效性，也要保证安全性。

4. 规范化 规范是根据循证医学证据，由权威专家制定的诊治准则，具有权威性、普遍性和可行性，也应有一定强制性，即要按规矩办事，诚如维斯根斯坦所言“规则之后无一物”。如各级宫颈上皮内瘤变（CIN）及各期宫颈癌的治疗（或手术）方案，子宫内膜癌的手术要求，子宫内膜异位症的保守、半根治及根治性手术适应证及手术范围。我们已制定了不少规范，亦有国际组织（WHO、FIGO等）和学术团体（NCCN、ASCCP等）定期修正的规范推出，可资参照实施。

5. 个体化和人性化 在规范与原则的基础上, 根据患者的年龄、婚育、症状、病情(全身状况, 疾病分类、分期、分级)、个人和家人意愿与要求, 以及经济水准, 并考虑就医单位和实施者等, 正所谓“没有完全一样的疾病, 也没有完全一样的治疗”。还要在规范化和个体化的前提下, 注重人性化, 如保护或保留生理及生育功能以及美学效果。

6. 微创化 以最小的创伤达到最佳的疗效是外科的宗旨。微创是一种观念, 微创是一项原则, 它应是外科医师的终生信条, 应贯穿在所有手术始终。从切口小、创伤小、干扰轻、时间短、恢复快、效果好等考虑, 选择的顺序是阴道手术——内镜手术——开腹手术, 同样重要的考虑是我们不能以一种手术方式代替其他手术方式, 或以一种手术方式完成所有手术。只有微创原则是不变的。各种手术方式要相辅相成, 扬长避短。外科医师的经验、特长, 甚至偏好会左右手术选择, 但外科手术不是器械和技术的炫耀。手术室里最重要的是患者。

7. 正确认识化验、检查和新的医疗技术 化验和检查无疑给临床医师提供了客观证据, 但医师要综合病史、主诉、症状、体格检查, 参考各项仪器检查、实验室检查(包括各种先进的检验)结果全面分析, 方可下诊断, 作结论, 定处理。不能盲目地、一意地、绝对地认定一种检验结果。新的医疗技术无疑伸延、扩展了外科医师的视野和手臂, 但其掌握仍靠外科医师自己, 而且无论其如何精巧, 也总有不足和局限性。临床医师要永远走到患者床边去, 须知检查、化验和技术是桥梁而不是屏障。希波克拉底的名言“医师的岗位就在患者的床边”。“离床”医师不是好医师。

8. 安全性 决策中的安全性指在争取治疗高效的前提下的安全保证, 保证安全其实就是治疗的一个目标。脱离安全性的手术是无效的手术、失败的手术, 甚至是手术的灾难。因此, 在制定决策时必须将其作为关键问题予以考虑。实际上, 上述7项不仅是决策制定的基本要求, 也是手术安全性的基本保证。这里还应该强调的是: ①术前对患者状况的全面评估, 特别是不安全因素, 如全身状况、心肺功能、对手术耐受性以及并发症的处理等。②手术可能发生或带来的损伤、并发症与意外事件以及防范和处理措施。③医师个人知识、技术及经验的评判, 缺陷与局限, 团队状况。④医院整体条件, 手术室的设备、仪器及器械条件。如应急及抢救设施, 加强监护单位等。⑤创新技术(新术式、新技术)可能存在的风险, 如内镜操作也可能使“微创”变“巨创”。⑥对安全性的考虑是一种积极的态度, 而不是消极地为安全而安全(是为治疗而安全, 是为安全而治疗), 瞻前顾后, 裹足不前, 贻误时机也是不可取的。⑦术前与患者、病家的谈话交流, 必须交代术中可能发生的情况, 对其意见的考虑也是安全性的重要因素, 并履行必要的文件签署。⑧医疗安全同样也是医师执业安全的保证和保护。

临床决策制定的误区

在决策制定过程中, 通常要通过提出问题、寻找证据、评价证据、运用循证和决策治疗等几个步骤。诚如上述, 决策的制定和实施受医学发展、医疗诊治水平、医院条件、医师能力等多因素的制约, 而其中医师、特别是决策医师的思维方法、知识与技能以及经验等起重要作用, 人们也认为, 外科作为一种艺术、一种创造, 与其经历、魄力、想象力、心理素质、品格修养, 以至情感情趣、理想追求等因素息息相关。作为外科医师, 我们不是完人, 我们也不尽完美, 因此, 在思辨考虑、制定决策时, 也难免陷入误区, 可历数种种。

1. 主观性和随意性 只凭个人主观想象作决定是非常危险的, 材料的不完善或偏差, 思维和判断的不准确, 仅靠主观臆测, 错误必定发生, 而外科的特点是: 隐瞒不能持久, 真相总会大白。多数情况都会有一个结果(当然也有个别情况, 即使手术后也不甚清楚, 甚至

病理也难定性)。所以,不可主观随意,不仅在术前,就是在术中的判断也会与实际大相径庭,如良性肿瘤和恶性肿瘤,结核、子宫内膜异位症和癌症。客观、全面地思考与谦逊、谨慎的态度是外科医师必备的品格。

2. 盲目性和偏向性 有的学者将其称为思维的“顺性”和“惯性”,即缺乏认真独立的思考和判断,听信别人或其他医院的诊断与处理,可能沿着错误的路线走下去。“惯性”可能是一种陈旧的、现成的方程式,包括个人的偏见或成见,有时会因此而重复错误,很像总是进入一个不正常的穿孔或窦道。外科医师应该养成独立思考的习惯,即使自己不是主刀,也要把自己当作主刀医师进行思考和准备。而主刀医师就更应该是个头脑清醒(指思维)、耳聪目明(指观察)的统帅了。

3. 局限性和悖谬性 这缘于医学本身的局限性,更在于认识的不确切性及真理的相对性。对于疾病的诊断与处理正确与否,只是现阶段人们的共识,或者称为一种历史状态。尽管我们完全按规范办事,但具体到某一个病例仍然有其特殊性。医学大家张孝骞大夫曾这样估价:大约 50% 以上的疾病能够从病史得到初步诊断或诊断线索,30% 来源于体格检查,20% 由完备的实验室检查所提供。但是这一切都可能被“不典型”、“意外”等所全部颠覆。所以,他又告诫我们“如临深渊、如履薄冰”。正因为如此,在制定决策时要有充分讨论,多种预案,多种准备。

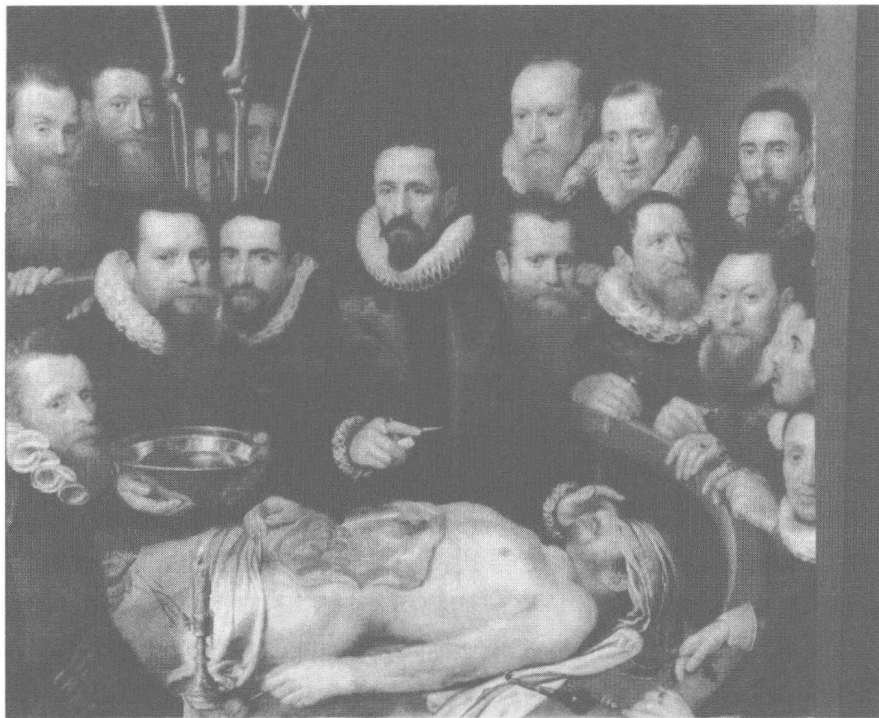
4. 机械性和乏辩性 这是西医学,甚至现代医学的通病之一,外科医师尤甚。无论疾病的发生、发展,还是外科手术的全过程,都存在全身各器官系统的共同作用和相互影响。子宫内膜癌会有肥胖、高血压、糖尿病“三联征”,子宫内膜癌术前和术中,亦应注意有无合并卵巢功能性肿瘤。现今,早已不是“哪有病切哪,哪有瘤子切哪”的时代了。辩证的思维还在于手术方式的选择,手术范围、手术进止的抉择。外科医师虽然可以“能征善战”,却不应是鲁莽的将军。成熟的外科医师知道什么时机应该手术,什么情况要扩大手术范围,什么时候该适可而止。只有辩证,才能应付自如,游刃有余。

5. 纯科学性和非人文性 我们强调医学不是纯自然科学,而是自然科学、社会科学和人文科学的综合。因为我们的研究、工作和服务对象是人,所以要有极强的人文观念。敬畏疾病、关爱患者,一切从患者利益出发而不是空谈,要融入我们的一刀、一剪、一缝、一线中去。我们有“特权”进入人体,那是神圣、庄严和要极端负责任的。现今,我们要特别注意现代技术投下的数字化、去感情化和“离床化”阴影。我们应清醒地、真诚地践行这三句话:有时是治病,常常是帮助,却总是安慰。

良好的思维训练,正确的临床决策制定,做优秀的外科医师

从以上叙述可以看出,思维训练、制定决策的过程,就是一个外科医师成长、成熟的过程,经过 5 年、10 年、20 年以至几十年的临床磨练,会有很多成功,也会有失败;会积累很多经验,也会有不少教训;遇到了很多难治的疾病,也遇到不少难处的患者。我们如何成为一个优秀的、有风格的外科医师呢?

1. 三项技能 ①解剖:解剖如同行车路线,陌生或不明则寸步难行。不仅要通常状况下的解剖了如指掌,而且能够发现、分辨和处理各种变异。要不断复习解剖、印证解剖、研究解剖。要养成阅读解剖图谱、描绘手术图解的习惯。②技巧:手术技巧是外科医师的手艺,自然重要。要多实践,熟能生巧,还要琢磨、领悟。技巧需要重复,但单纯重复则生不出技巧,可谓手脑并用巧始出。③应急:不仅在于如何去处理急诊、急救,还在于在手术中



著名画家伦勃朗所绘《一堂解剖课》

如何处理各种难以避免的，或可能发生的，或者意外出现的紧急情况，特别是出血、损伤、解剖不清、患者危急等。这是外科医师成熟的重要标志，也是独立性、指导性的基本要求。

2. 三种关系 外科医师要处理好以下3种关系：①主刀和团队：主刀是统帅，助手是士兵，还有麻醉师、护士等合作者，是一个和谐的战斗集体，要密切配合、彼此尊重。统帅的主观武断，士兵的疲沓松懈是打不好仗的。②大手术和小手术：年轻的外科医师总想做大手术，年老的外科医师又失去了做小手术的机会。但是，每个外科医师都是从小手术做起的，而手术却无大小，只有会做与不会做，做好与做不好之分。③数量和质量：实践出真知，磨练出本领。没有数量就没有质量，但数量还不是质量。外科医师要不拒大小，不拒难易、不拒种类，努力实践，不断积累。不能只看不做，只做不想，只想不学。要认真细致，反思回味，总结提高，这样才能有量有质。

3. 三种“台风” “台风”就是外科医师在手术台上的作风，或者是风格。大致可分为3种类型：①沉稳型。这种外科医师沉稳老道，严格认真，踏实有序。动作不慌不忙，手法细腻精巧。善于解决疑难，长于化险为夷。有些刻板，过于严肃。不苟言笑，全程无话。幽默不足，颇嫌枯燥。②练达型。以快捷流畅为特点，如行云流水，似风卷残云。不疲沓、不犹豫。颇为潇洒，很是振奋。有时会显得粗糙，虽能抓住重点，却不拘小节。③兼具型。为上述两者之兼有。乃为中庸之道。我们很难说孰长孰短、谁优谁劣，风格便是人，人之不同，长短不一，盈缺难全。倒是有些不良作风，应力戒之，如慌张忙乱、犹豫不决、主观武断、粗暴无礼、指责埋怨……“台风”影响团队，“台风”甚至决定胜负。至于年轻医师也许还没有形成自己的风格，则应从一开始便树立良好的手术作风。

4. 外科三忌 外科医师有三大忌讳：①“开空”。并不是指某些情况下的探查手术，而是指诊断为肿瘤或其他病变而施行手术，可是却什么都没有。这不仅使术者陷入尴尬，也使患者遭受不必要的损伤和痛苦。乃是由于术前资料不全不确，决定不慎造成的。现在腹腔

镜检很方便，必要时先行镜检，不失为明智之举。②遗留异物。是大忌，不可原谅，是最糟糕、最不幸的事情。没有理由犯这样的错误，一次也不行，一辈子都不要。③患者死在手术台上。也是很难堪、很不幸的情况，但原因却很复杂，不完全是术者的事情，应于术前、术中谨慎处理，充分准备，应急应变。手术要根据情况适可而止。

5. 三种外科医师 也许不该把外科医师分门别类，可实际上的确存在如此之别：①乐于开刀而不疲，手技好，经验多，但不善（或无暇、或不屑）于坐而论道及纸上谈兵。②理论广博，研究高深，长于讲授，但刀下功夫并不十分精彩。③两者兼具。我们不可厚此薄彼，无论哪种，居其一者也不易矣。若能文武兼备，口、手、脑皆灵就更难能可贵了。

6. 三种快乐 美国《读者文摘》的一则征询：什么人最快乐？答案有三：①经过千辛万苦把肿瘤切除的外科医师；②完成了作品，叼着烟斗自我欣赏的画家；③正在给婴儿洗澡的母亲。外科医师居然名列榜首，令人不胜荣幸，自豪之至！

7. 三种境界 最初的外科医师只是将书本上的理论到实践中印证，学习正确的诊断处理，训练基本技术操作和简单的外科手术。差不多到主治医师或副主任医师便真正进入了外科的3种境界：①得意：操作比较熟练，比较流畅，通常的手术可以胜任并独立完成，自我感觉很不错，可谓外科入门。②得道：通过大量实践和研究，已悟出外科个中道理，可解决不少疑难问题和有一定应急应变能力，并带领和指导下级医师，已经登堂入室。③得气：乃为精炼升华，成为有思想和有精神者。精者，心领；神者，神会。谓之得气。可举一反三，触类旁通，驾轻就熟，游刃有余。能探微发秘，可灵境神游，而成居中堂者。得意及得道之初，皆有匠。得道之后，并进而得气，遂成“气候”，则为师、为家。

我们反复强调外科的最高境界是外科决策（surgical decision making），外科决策的制定在于正确思维，正确思维来源于外科医师本身的修养。而修养、成熟则非一朝之功，须毕其终生，可谓十年磨一剑，百岁难成仙。如果说，外科解剖刀就是剑，那么，外科医师就要把自己的生命精华都调动起来，倾力锻造，像干将、莫邪一样，把自己融铸进这把剑里……

