

 北京名医世纪传媒

外科 医生的 抉择

杨
玻 / 著

中原出版传媒集团
中原传媒股份公司

 河南科学技术出版社

外科医生的抉择

WAIKE YISHENG DE JUEZE

杨 玻 著



?

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

内容提要

外科临床工作三件事：该不该做手术？该什么时候做手术？该怎么做手术？面对患者，医生的临床决策往往比技术环节更加重要。医生如何抉择？本书由一位有20多年工作经验的泌尿外科医生记录下他遇到的疑难病例和特殊诊疗经历，书中不仅有对这些病例的总结和分析，也包含着外科医生的心态、思想和理念。年轻医生的困惑将在这本书中得到解答，普通读者也能从中了解很多医疗知识，并对医生的心思和付出有所理解。

图书在版编目 (CIP) 数据

外科医生的抉择/杨玻著. —郑州：河南科学技术出版社，2019.1

ISBN 978-7-5349-9424-1

I. ①外… II. ①杨… III. ①外科手术—基本知识 IV. ①R61

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 286020 号

出版发行：河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址：北京市丰台区丰台北路18号院3号楼511室 邮编：100073

电话：010-53556511 010-53556508

策划编辑：欣逸

文字编辑：欣逸

责任审读：周晓洲

责任校对：龚利霞

封面设计：吴朝洪

版式设计：王新红

责任印制：陈震财

印刷：河南文华印务有限公司

经销：全国新华书店、医学书店、网店

开本：850 mm×1168 mm 1/32

印张：5.25 字数：83千字

版次：2019年1月第1版

2019年1月第1次印刷

定 价：28.00元

如发现印、装质量问题，影响阅读，请与出版社联系并调换



前言

我在大连医科大学附属医院(属三甲医院)做了 20 多年的临床医生,从住院医师到主治医师,再到主任医师,成长的过程很漫长,也经历了很多记忆深刻的病例和患者。虽然我不乏总结分析疑难病例的习惯,但还是在最近有了这样一个想法,把自己的一些很有特点或很有意义的临床诊疗经历,用不是病志的方式记录下来。我的一位前辈很早之前就跟我说过,我们外科医生,临床工作其实主要就三件事:该不该做手术、该什么时候做手术和该怎么做手术。仔细体会,前两者是关乎诊断、鉴别诊断和指征把握等临床决策,这远比后者的技术环节重要。我的这些故事,也是围绕着这几个要素,当然还包含着我的情感、我的心态、我的思想和我的理念,希望读者中的同行能从中得到警醒和提示,也希望非专业的读者能多了解一些医疗知识,并且体会医者的心思和付出。

病房里,医生和医疗团队每天都会面对形形色色的患者、各种各样的病情。发生在身边的故事有的简单,有

的离奇,有的沉闷,有的欢快。作为医生,成长的路上总会有坎坷,成功的背后难免有心酸。但不管怎样,我们都会欣然接受,从容面对,凭着耐心和细心,奉献爱心。

杨 玻



目录

- 一、蛋蛋的忧伤：睾丸扭转 (1)
- 二、选择说“不”：精索静脉曲张 (5)
- 三、顽固的雄起：阴茎异常勃起 (9)
- 四、没什么“大”不了：隐匿阴茎 (15)
- 五、何去何从：血精 (19)
- 六、心病难医：慢性前列腺炎 (24)
- 七、舍我其谁：阴囊脓肿 (28)
- 八、傲慢与偏见：坐姿引发的故事 (32)
- 九、知难而进：尿道会师 (35)
- 十、谜案寻踪：膀胱自发破裂 (39)
- 十一、无奈的太极：拒绝手术的良性前列腺增生 (44)
- 十二、非常规的努力：局麻经尿道膀胱肿瘤电切
术 (49)
- 十三、简单任务：金属双J管 (54)
- 十四、有心栽花：重复输尿管 (61)
- 十五、无排尿毋宁死：妇科恶性肿瘤手术后排尿功能
障碍 (68)

- 十六、苦难的历程：膀胱阴道瘘 (73)
- 十七、笑对与直面：盆腔脏器联合切除 (80)
- 十八、To be or not to be：前盆腔脏器切除 (91)
- 十九、心态的胜利：前列腺癌 (97)
- 二十、老战友的敬礼：前列腺癌 (101)
- 二十一、艰难的持久战：前列腺癌直肠瘘 (107)
- 二十二、一场虚惊：前列腺癌 (116)
- 二十三、我行我素：尿流改道后的肾部分切 (120)
- 二十四、一念之间：内生肾肿瘤的肾部分切 (124)
- 二十五、选择与幸运：十二指肠损伤 (127)
- 二十六、不可小觑：合并感染的肾囊肿 (134)
- 二十七、心动不如行动：肾囊肿继发出血 (140)
- 二十八、不堪重负：巨大多囊肾切除 (145)
- 二十九、成长的烦恼：微创和继发出血 (151)
- 三十、去伪存真：气肿性肾盂肾炎 (159)



一、蛋蛋的忧伤：睾丸扭转

周末早晨，我接到姜医生的电话，他告诉我昨晚病房收了一个急诊患者，40来岁，疑似睾丸扭转，建议手术探查，但是患者要求搞清楚诊断而拒绝手术，只好作罢。我心里很奇怪是什么样的患者会做出这样的决定，所以周一早查房时特意去看了看。

患者45岁，右侧阴囊肿痛伴发热10天。最初发病时，是早晨睡眠时痛醒，疼痛位于右侧阴囊和大腿根（腹股沟）区域，稍后缓解，呈坠胀不适。患者去了一家三甲医院，做了阴囊超声检查，提示右腹股沟区条带状异常回声。随后抗感染治疗，阴囊仍有肿胀疼痛，遂前来就诊。复查彩超，发现右睾丸回声增大不均，精索增粗回声不均，但血流丰富，阴囊壁水肿增厚，怀疑睾丸部分扭转后松解。

接诊的姜医生是一位高年资的副教授，他认真地分析了患者的病情，结合阴囊查体发现局部肿胀和波动感，考虑存在睾丸扭转及坏死的可能。睾丸（精索）扭转是泌尿男科比较常见的一种非创伤性急症，常见于青少年，多

于夜间睡眠时发作，由于睾丸的血供主要走行于精索，睾丸扭转会导致睾丸供血被阻断，早期表现为疼痛而阴囊肿胀不明显，如果长时间血供不能恢复，会出现睾丸坏死。睾丸扭转作为一种危及功能并可能导致睾丸坏死的急症，需要抓紧时间手术探查睾丸复位。

姜医生第一时间做出了判断，给出了急诊手术的建议，因为即使是部分扭转和复位的睾丸也有再次扭转的可能，需要做睾丸固定防止复发，何况，这个患者的病史比较长，根据经验，阴囊的局部改变并不像睾丸已经复位。然而几经告知病情，患者坚持说自己有右侧腹股沟斜疝，这次的表现应该是睾丸炎症，要求保守治疗。患者的主张弄得接诊医生只能扼腕叹息了。

我查房的时候格外注意了一下体格检查，结果发现，患者右侧阴囊增大，睾丸、附睾增大，界限不清，质硬，阴囊皮肤水肿，表面有直径约1厘米的破溃。血常规显示白细胞(WBC)高达2.3万。汇总了病史资料，我估计患者为右侧睾丸扭转并且已经坏死了，建议手术探查，必要时切除睾丸。因为睾丸组织有一个特点，一侧睾丸病变坏死，可能因为自体免疫反应而使对侧睾丸遭受损伤甚至萎缩、功能受损。在反复讲解了病情和手术的必要性之后，患者仍没有消除顾虑，反而很认真地要求我们拿出

有力的证据，给出一个明确诊断，是否是睾丸扭转，真的坏死了吗？

好吧，医生们被他打败了。做睾丸的磁共振和核素扫描进一步确诊，又要耽误一天，等着坏死加重吧。

联系好检查，患者和家属又变卦了，若干疑问接踵而来：检查费多少钱？检查结果一定能说明问题吗？睾丸能保住吗？如果已经坏死了，还有必要检查吗？凭你们的经验还有必要检查确诊吗？如果切除，可否同时安装假体？无语，无奈！患者入院的第一天我们就怀疑睾丸扭转坏死并建议手术，现在都让你们磨蹭过去3天了，还在纠结？！没坏死现在也坏死了呀！阴囊皮肤都坏死了，组织严重感染的话怎么可能同期安装假体。

患者终于同意做手术了。手术结果不出所料，整个右侧阴囊皮肤组织弥漫感染水肿改变，鞘膜内组织融合，睾丸结构紊乱伴脓肿形成。睾丸切除很顺利，阴囊皮肤切口能否顺利愈合就要看运气了。

通常，睾丸扭转是一个极易误诊的情况，挽救睾丸的黄金时间也就4~5小时，尤其是青少年延误诊治而错失保留睾丸的机会，会令家属和医生感到后悔和惋惜。以往面对类似的病情，我们都报以极大的同情。记得十几年前，一位少年发病2~3小时来诊，确诊睾丸扭转，我们

建议手术，然而家长坚持要去省会医院。那时没有高铁，开车或坐辽东半岛火车从大连到沈阳最快也要4个半小时。即使不算市区交通和术前准备的时间，也超出了急诊手术的最佳时间。家属执意要走，我们又能说什么呢，明知道他们会后悔的，只能感到惋惜。眼前这个病例则不然，发病已经1周有余，尽管表现不太典型，一度有血供恢复的证据，但事实是症状和体征有增无减。入院时即刻手术也未必保留得住睾丸，何况又拖了3天。后来我和患者沟通，他说我们的接诊医生太年轻（副主任医师啊，至少15年的工作经验呀），周一我去查房后，患者又找了我们科里比我年长的一位教授，估计是觉得我也不太老成。好像是我后来几次在一众医护人员簇拥下查房侃侃而谈，才令患者信服。我的决定改变不了他睾丸切除的结果，为此，我并不惋惜，只是对这种信任的缺失如鲠在喉。



二、选择说“不”：精索静脉曲张

门诊收上来一位精索静脉曲张的患者。住院医生初步问了一下，患者18岁，4个月以前因为阴囊区疼痛不适在我院就诊。患者疼痛因长时间站立和活动加重，平卧休息后可缓解。体格检查发现左侧阴囊内蚯蚓样团块，用力屏气增加腹压时团块明显（Valsalva试验阳性）。超声提示左侧精索静脉最宽约3.3毫米，右侧精索静脉最宽处约2.1毫米。诊断双侧精索静脉曲张并且具备手术指征，因左侧曲张较重，做了腹腔镜左侧精索内静脉高位结扎手术。

精索静脉曲张是指精索内静脉丛的异常伸长、扩张和纡曲，多见于青壮年，90%发生于左侧，与诸多解剖因素导致的左侧精索内静脉回流不畅或反流有关。因为精索静脉曲张可导致持续的阴囊坠痛及影响生育，对症状明显或精液质量异常者，主张手术治疗。

精索内静脉高位结扎手术简单易行，患者术后阴囊疼痛一度缓解。然而术后2个多月，也就是今天，患者再次来诊，自诉阴囊区仍有疼痛，县级医院的超声提示右侧精索静脉扩

张约2.7毫米,左侧精索静脉最宽约2.1毫米,怀疑右侧精索静脉曲张所致,门诊医生建议入院手术治疗。

听了住院医生的汇报,我脑子里画了一个问号。4个月前阴囊疼痛,左侧精索静脉曲张手术,术后缓解2个月左右再次出现疼痛,外院超声提示右侧精索静脉扩张,似乎再也没有比右侧精索静脉曲张更合理的解释了,手术似乎是一个合理的选择。然而真的是这样吗?潜意识里,我总觉得哪里不对。再仔细问问病史吧。

我带着一干医生再次仔细询问患者疼痛的性质。患者说,手术以后两侧阴囊似乎都有疼痛,呈隐痛,位置和性质都不确切,没有什么规律,也没有明确诱发和缓解的因素。体格检查时,右侧阴囊并未触及明显的条索肿物,Valsalva 试验也不明显。

几番求证后,我确认患者此次主诉的疼痛症状与精索静脉曲张所致的疼痛表现不符,决定否定门诊诊断,也意味着否定手术治疗。但之前好几位医生都诊断了双侧静脉曲张,还有超声诊断证据,我能轻易否定吗?

诚然,阴囊区的疼痛是精索静脉曲张的主要表现和手术指征,但那种疼痛几乎都发生在青春期内冲动活跃或长久站立活动之后。这个患者的疼痛性质模糊,更符合

合慢性睾丸痛(慢性骨盆疼痛综合征)的表现。事实上,很多年轻男性,会无诱因出现阴囊、睾丸或会阴部的疼痛不适,大多数情况下不需要探究原因,也不需要任何处理,可以自然缓解且不构成任何影响。然而很多人会因为种种原因,比如道听途说,上网求证,或主观臆测,而过分在意和夸大疼痛,准确地说是出于心理暗示的作用而放大了疼痛的程度,这种疼痛在患者转移注意力时感觉不到就是最好的证明。然而,当医生面对此类患者时,没有更客观的证据证明患者的疼痛病因,只能依据化验检查对号入座,做出精索静脉曲张或慢性前列腺炎等诊断。

另外,临床上有亚临床型精索静脉曲张一说,即血管扩张并不明显,但可能对生育功能造成影响,需要手术治疗。显然这个患者不属于此类。

所以,我决定劝患者出院,放弃手术。解释一番,患者将信将疑。此时才发现,所谓经验之谈比不过白纸黑字的检查报告。

好吧,再做一次彩超。结果显示右侧精索血管宽2.1毫米,与上一次手术前检查一样,而且没有反流。

还需要进一步的证据吗?好吧,做精索静脉造影,这可是评估精索内静脉结扎是否有意义的一项检查。是不

是有点小题大做？为了确诊，还是医疗保护？算了，相信我的判断吧。患者似乎被我说服，出院了。但他会不会去别的地方求诊呢？我太操心了。



三、顽固的雄起：阴茎异常勃起

门诊收上来一位男患者，姓汪，60多岁，手抚外阴，一脸沮丧。门诊诊断：阴茎异常勃起。

5个月前，患者确诊直肠癌和乙状结肠癌，在我院做了根治性切除手术及升结肠造口，手术很顺利，术后辅助做了几次全身化疗，恢复比较满意。20多天前，老汪连续打了4~5天麻将后，发觉屁股底下阴囊后方（会阴部）不舒服，感觉轻微的胀痛，同时排尿不顺畅。以为打麻将坐得久了的原因，自己用热水敷一敷，尿得痛快了一些，也就没再深究。没想到之后的两周，老汪的阴茎越胀越大，伴随着胀痛和排尿困难，刚开始还可以忍受，到后来寝食难安。老汪不适之余，不免尴尬：没想到上了岁数，这方面还能“雄起”。他辗转了大连、沈阳两地的多家医院，向曾经给他做手术和化疗的医生询问原因，怀疑是不是之前的肿瘤和手术带来的不良反应，然而得到的答案均语焉不详，眼瞅着最近3~5天疼痛加重到了坐立不安的程度，才急诊入院。

接到这样的患者，做出诊断并不难。所谓阴茎异常

勃起是指与性刺激无关的情况下，阴茎持续勃起时间超过4小时，不能转入疲软状态。临床上阴茎异常勃起分为非缺血性和缺血性两类，其中以后者比较多见，除了阴茎坚硬，还常常疼痛明显，原因是静脉回流减少和静脉血液滞留，引起勃起组织的低氧血症和酸中毒。阴茎异常勃起的病因多样，包括血液系统疾病、恶性肿瘤、神经性因素、外伤和药物因素等。由于阴茎异常勃起的体格检查非常明显，所以对此病的诊断总体上非常简单直接。直接穿刺抽吸阴茎海绵体内的血液做血气分析有助于判断阴茎异常勃起的类型，缺血性异常勃起者阴茎所抽吸的血因为缺氧而多呈黑色，氧分压小于30毫米汞柱，二氧化碳分压大于60毫米汞柱，pH小于7.25。

对于阴茎异常勃起的治疗，取决于诊断时的发现，其目的是及早解除症状、保留勃起功能和防止复发。治疗方案是阶梯性的，包括保守治疗（如温水坐浴、冷热套袋、灌肠、水蛭吸血和镇静药物）及手术治疗（如海绵体分流、远端动脉结扎、阴茎切除等）。

仔细算来，老汪从起病到加重已经超过3周，就诊之前尝试了包括冷敷、镇静等各种保守治疗方法。事实上，很多异常勃起的患者在发病后常常不明所以而无所适从，由于害羞或出于对自然缓解的期待而延迟就诊。像