



“帮我妹妹吧，为了看病，她花了很多钱……我们也是土家族，将来会以土家族的方式感谢您！”这是患者小曼（化名）的姐姐在门诊对我说的话。小曼本人说话很少、很慢，很多时候是以淡然或者说是惨然的一笑作为回答。

小曼是一名40岁的工人，来自鄂西的一个县城，与我的老家相距不足100公里。当小曼拖着沉重的脚步，在姐姐的搀扶下走进诊室的时候，我就知道，这次可能又遇上“硬茬”了。

果然，小曼的姐姐进来就递给我一沓厚厚的病历，还有一摞卷起来的CT片子。7年之前，小曼因为子宫肌瘤做了手术，后来肌瘤复发了，瘤子越来越大，最近三个月长得很快。

子宫肌瘤是发生在女性子宫上的良性肿瘤，子宫肌瘤剔除术后复发是再常见不过的事儿，尤其是3个以上的多发子宫肌瘤，复发几率在60%以上。

然而，当小曼撩起衣服露出肚子时，我还是倒吸了一口凉气——这里面得有多少瘤子，才会把她的肚子撑得像即将分娩的孕妇！而且，小曼的肚子并不像正常孕妇那样球形膨隆，而是肚脐两侧增宽的“蛙状腹”，表明小曼的腹腔内有腹水。这不是好兆头！

当小曼的CT片子一张一张被贴在阅片灯箱上之后，我沉默了。报告上写道：盆腹腔巨大融合性分叶状包块，下端达盆底，上端达剑突，肠管表面及肠系膜间多发低回声结节，无法计数……

小曼看过当地多家医院，还去了省城的大医院，但都被告知已经无法手术，他们让小曼到北京的协和医院看看还有没有办法。

面对小曼和她姐姐企盼、信任的目光，我无力推拒。但是，手术怎么做？虽然以前病理报告是子宫肌瘤，但根据瘤子现在的生长方式，性质可能已经变了。肿瘤与肠管和血管之间的关系如何？肠管会不会像乱麻一样包裹在肿瘤上？切除这么多肿瘤，小曼得付出多大代价？肠管、膀胱、输尿管、血管会不会损伤？术中会出多少血，数千还是上万毫升？会在重症监护室（ICU）住多久？……所有这些问题中，还有一个隐藏的、无法回避的问题——这，得花多少钱？

坦白说，我对小曼这类的患者还有一个本能的担忧。因为，他们和家属对治疗结局往往有过高期望。一旦人财两空，他们可能因强烈的失望情绪而实施不理智的行为。

小曼和她姐姐对不理想的治疗效果，真有足够的思想准备吗？

在我犹豫的时候，小曼再次用一个淡然的浅笑作为回答。我能读出这淡然一笑背后的心酸和无奈，更读出了她的决绝和坦然。我毫不怀疑自己的直觉，从医多年，一个人良善与否，几句简单交谈之后，我是能够判断的。

于是，我决定再搏一把！我准备提请妇科肿瘤专业组讨论，如果讨论认为有必要手术，再提请全院会诊，共同制定治疗方案。

接下来的周三上午，妇科肿瘤专业组的讨论如期进行。讨论一致认为，小曼肿瘤生长虽然广泛，但也有可能还是良性，如果不手术，小曼的生命就到尽头了。

接下来是全院会诊。这项在协和实施了100多年的惯例，现在被称为多学科诊疗模式（MDT）。MDT是由某一科室发起，多个科室专家组成的工作组，针对某一疾病，通过集体会诊形式，提出适合患者的最佳治疗方案，继而由相关学科或多学科联合执行该治疗方案。MDT并不能保证治疗结局圆满，但它会将这种可能性提高到极致，同时将诊疗行为的风险降到最低。

在围绕小曼的MDT中，来自泌尿外科、基本外科、血管外科等科室的专家一起分析讨论了小曼的病情。讨论结论归纳为四点：第一，患者病情复杂，手术是唯一可取之策；第二，手术需要多学科协作，以妇科为主；第三，手术风险大，不可预知的因素多；第四，如果手术，各科室会全力配合。

那天，我第一次与小曼和她姐姐正式谈话，我借用我的老师中国工程院院士郎景和的名言，对她郑重承诺：“我们不能保证治好每一个病人，但我们保证好好地治疗每一个病人。”

接下来，我们成功为小曼申请到手术资源，将手术排在接下来的周三。

2月份的最后一个周末，小曼住进了医院。

周一，小曼到泌尿外科放置了输尿管支架管。周二，小曼到放射科做了血管造影。除了身体上的准备之外，还有一项重要的工作要做，那就是患者和家属思想上的准备，也就是术前谈话，现在称为病人知情同意。在这项谈话中，医生会向患者详细告知拟行手术的必要性、风险、代替治疗方案等。

这是我再次正式和小曼及其亲属谈话。等所有流程结束之后，我做了两点补充：“第一，经过如此多的术前准备和如此正式的谈话，说明小曼的病情很重，我们很重视，会竭尽全力；第二，谈话只是知情同意的必要程序，不是免责声明；如果治疗结果不如所愿，我支持你们走法律程序，但有两个词请不要出现在起诉状中：一个是‘草菅人命’，另一个是‘不负责任’，你们可以起诉我技术不到位，或者医术不高。”

说最后这段话的时候，我有一种莫名的悲壮感。小曼和家属显然被我的严肃或者悲壮感染了。为了缓和气氛，我最后说：“虽然手术风险的确很高，但是我这人运气不错，相信小曼运气也不错，一起努力！”

一切准备就绪之后，我离开医院回到家里。拿出手术解剖图谱复习了一遍腹腔内脏器和血管的解剖后，很早就睡觉了。

这一次，我甚至没有向老师郎景和求助，因为老先生出差去了。但我还是向前辈吴鸣教授作了汇报，他说如果需要，自己可以随时上台。同时，我还向妇科肿瘤中心主任向阳教授汇报了情况，他说他在手术室，有事可以叫他。我还给年资比我低但手术技术很好的钟森大夫打了招呼，如果我和主治医生配合不顺手，得请他上台。他慨然应允。

粘连，死死地封闭在盆腔深处。肿瘤与肠管及血管的关系，不得而知。

## 五

鏖战，正式开始！

切除部分肿瘤后发现，肠管表面以及给肠管供血的肠系膜表面，布满了密密麻麻、黄豆到蚕豆大小的肿瘤结节。回收肠管血液的主要血管——肠系膜下静脉，直径是正常人4倍以上，几乎和正常人的下腔静脉一样粗大。

幸运的是，虽然这根惹不起的血管粗得惊人，但它没有被肿瘤侵犯。更幸运的是，妇科肿瘤医生最惹不起的、管壁如纸一样薄、一旦破裂出血就是上千毫升的下腔静脉，也没有被肿瘤侵犯。

部分肿瘤切除后的快速病理回报：考虑为腹腔播散性子宫平滑肌瘤病。这就要求我们必须切除子宫和双侧卵巢，尤其是卵巢！然而，这一操作极其艰难，甚至是整个手术中最艰难的一段。在一层层、一块块和肠管几乎无法区分的肿瘤和肠管的粘连包裹下，子宫和双侧卵巢根本见不到，甚至用手也打不到。

同样糟糕的是，膀胱表面布满了肿瘤，与子宫之间分界不清。在下一步操作中，最大的问题不是致命性大出血，而是膀胱或者肠管损伤。

可以说，作为从医30年的妇产科医生和从事妇科肿瘤专业16年的妇科肿瘤医生，是经验而不是技巧，帮助了这一步手术的向前推进。

## 健康故事

# 千瘤一朝去 感动心中存

谭先杰



小曼和谭先杰医生（右）。（图片由作者提供）

本文首发于谭先杰医生的微信公众号，文章发出后，小曼的姐姐在评论区这样写道：

我是小曼的姐姐，小曼因为谭医生获得了重生。她告别了被病痛折磨得想死的六年。我们全家跪谢谭医生……谭医生配得上锦旗上写的“顶天立地，再生父母”。看完这篇文章，我再一次热泪盈眶，谢谢谭医生！

文章评论区其他留言：

**Joy**：惊心动魄的治疗过程看得我热泪盈眶，其中医患之间的信任是至关重要的一环。敬佩谭医生，祝福患者小曼。

**毛毛雨**：我也是一名妇产科医生……看到患者的康复和健康，我们无比幸福。中国正是因为有千千万万像谭教授一样优秀的医务人员，才会撑起人民健康的堡垒。



接下来的一步，是把布满肿瘤的膀胱腹膜与膀胱本身分离，称为“反推膀胱”。对于新手而言，这步操作基本相当于走盘山公路，有相当高的难度。但对于妇科肿瘤医生而言，这是必须会的基本操作。

随后，我和助手计鸣良大夫采取了“慢”字诀，像蚂蚁啃骨头一样，不慌不忙，一毫米一毫米推进，终于将小曼的子宫、双侧输卵管和卵巢切了下来，取得了阶段性的重大胜利。接着，我们“逐一”将腹腔各处的肿瘤与周围的肠管进行分离，结扎切断与肿瘤相连的血管，将所有直径大于0.5厘米的肿瘤切除下来，修补薄弱的膀胱壁和3处有破损的肠管……”

手术记录中关于肿瘤切除过程的描述不足100字，实际上手术可以用“惨烈”来形容，切除的瘤子可以用“壮观”来描述。

18时22分，手术结束，18时35分，小曼被转送到ICU。手术操作本身历时9小时40分钟。

切除的肿瘤装满了4个手术大盆和1个手术弯盘。我将肿瘤一一铺开，进行计数。

结果如下：手术切除直径0.5厘米以上的肿瘤1150余枚，最大肿瘤18×15×8厘米，最小者如黄豆大小。不含被送去冰冻病理的一大块肿瘤，剩余的肿瘤共9千克。

实际上，切除的肿瘤应该更重。因为，小曼入院时体重74千克，术后第5天体重51千克，除去7800毫升腹水，小曼被切除的肿瘤应该在15千克以上！

## 六

在ICU，小曼术后第一个24小时内要度过的关口就是出血。小曼的肿瘤太多，每切除一个肿瘤就留下一个血管断端，就有出血的风险。

第二天早上，我和主管医生一起去ICU查房。小曼

已经清醒，但还没有拔除气管插管，只能对我的呼唤做目光回应。小曼的腹腔引流不少，是淡血性，多半是腹水。

这让我放心不少，可以安心出门诊了。

门诊即将结束的时候，我接到电话，说小曼的血红蛋白从进入ICU时的115g/L降到了78g/L，超声显示腹腔内有较多液体。ICU医生问患者有没有腹腔内出血的可能，需不需要积极干预，也就是再次开腹止血。

再次开腹或开胸圈内俗称“二进宫”，正规的叫法是“非计划再次手术”。这是对手术者的考验，因为决策需要由术者做出。通常而言，非计划再次手术会被评估甄别，甚至被追责，因为毕竟给病人带来了额外伤害。

我和助手一起仔细回想了手术中的情况，认为我们止血相当到位，手术结束冲洗盆腹腔时，冲洗液可以用清澈见底来形容。我们判断，小曼血红蛋白下降的原因可能是术中循环血量不足，术后补液多，血液稀释的结果。腹腔内的积液应该是再次产生的腹水，因为手术中小曼的腹水生成很快，可以用汹涌来形容。

于是，我请ICU医生继续申请输血，动态观察血红蛋白变化。

门诊结束已经是晚上7点半，我和主管医生再次前往ICU查房。小曼的气管插管已经拔掉，但很虚弱，我要将耳朵贴近她才能听见她说话。小曼的第一句话是：谢谢谭医生！虽然很轻，很慢，仍然让我的疲惫一扫而光。

我们查看了小曼的血压、脉搏等生命体征以及引流液和伤口情况，心中有数了——腹腔内没有活跃出血，不考虑“二进宫”。

第二天早上，ICU医生报告小曼的血红蛋白已经回升。下午，小曼转回到妇科肿瘤病房。

术后第一关，出血关，小曼闯过去了，有惊无险！

接下来，小曼要面临第二关——感染关。小曼是传统的开大刀，切口从耻骨一直延续到剑突，足有40厘米。小曼术后第一天高热39.5摄氏度。对小曼的发热我们是有思想准备的，用新一代抗生素，让它们去帮助小曼与病菌做斗争。

欣喜的是，小曼转回妇科肿瘤病房后的第二天，体温就降到了正常。

一切，都在向好的方向发展。然而，我们一直在等待的一个重大事件，却迟迟没有发生。

这个重大事件，只有一个字——屁。

## 七

看似不雅的字背后，是小曼要面临的第三关——并发症关。

手术中我们切除了小曼肠道表面及肠系膜上的1100多个大小不等肿瘤，对肠系膜的血管破坏较多，术中还对肠管进行了修补。所以，对小曼肠道功能恢复慢，我们也是有思想准备的。在小曼手术后的前3天，我没有过问小曼是否排气的问题。

术后第4天，我轻描淡写地问了小曼一句：“放屁了吗？”小曼淡淡一笑，摇了摇头。

我故作轻松地和小曼说，一定会恢复的，时间问题而已。然而，这个问题，却让我在接下来的几天提心吊胆。

术后第8天，我让主管医生给小曼申请一个腹部X光片，判断有无肠梗阻。当天查房的教授比我更谨慎，直接让小曼做了胸腹盆CT检查。

我有点替小曼心疼，毕竟CT检查比X光片检查贵不少。我一直有一个强烈的念头：不仅要帮小曼治病，还要帮助她尽可能节省治疗费用。

当然，萌生这个念头还有另外一个原因：小曼是鄂西土家族，我是渝东土家族。小曼的姐姐给我发信息说：“等回去后，小曼要给您送头猪。”这种感谢医生的古老方式和我老家极其相似，只不过老家不是送一整头猪，而是送一条又肥又大的猪蹄膀。医生会把它们像锦旗一样挂起来。术后第10天，小曼报告她放屁了，而且是两个。大功基本告成！

## 八

实际上，在此之前的两天，小曼的妈妈和姐姐已经把锦旗送到了我的门诊。合影的时候，我虽然笑得头发都飞起来了，心里却很忐忑。毕竟，小曼还没有排气，警报并没有解除，结局尚不确定……我说锦旗送得有些早了，出院后再送也来得及！

但是，小曼的妈妈用我完全能懂懂的土家族方言说：“不管是死是活，我们都谢谢您了！”

这句话，比送锦旗、一头猪，更让我感动！

术后第11天，小曼的病理报告出来了：低级别子宫内

膜间质肉瘤。我第一时间将这个好消息告诉了小曼和她姐姐。这可以说是一个坏消息中的好消息。子宫内瘤是子宫上罕见的恶性肿瘤，包括子宫平滑肌瘤、子宫肉瘤和子宫内膜间质肉瘤。前两种恶性程度高，后一种恶性程度低，尤其是低级别的类型。小曼术后不需要辅助放疗和化疗，可以用抑制雌激素的药物，如大剂量孕激素，或者抑制将皮下脂肪转化为雌激素的酶，即芳香化酶抑制剂，就能延缓甚至阻止肿瘤的发展。

术后第18天，小曼出院了。

这一次让我充满感激的诊疗——感谢小曼和她家人的信任，感谢协和的全院会诊制度，感谢各平台科室的精心配合，感谢前辈们几十年如一日的言传身教，感谢病房各位医生和护士的悉心照护，让小曼顺利恢复。最后，也感谢自己的执着。

执着之中，我可能创造了一项新的吉尼斯世界纪录——成为切除肿瘤数最多的医生。10多年前，我的同事创造了在子宫上剔除419个肌瘤的纪录。这次我不是从子宫上剔除瘤子，而是从肠管上剔除瘤子，应该说危险性和难度更大。当然，很可能有人切除的肿瘤比这还多，但是他们不屑或没有耐心去数，多半用“不计其数”一笔带过，唯有我，才会如此顽固、如此执着。

其实，纪录只是一个数字，并没有多大的意义。我时刻牢记郎景和老师的一句话：“外科手术从来不是技术和器械的炫耀，手术室里最重要的是台上的病人。”

（作者为北京协和医院妇产科主任医师，文章有删节）

