



Report

Seriously Funny

温实初特殊自伤术后综合评估报告

HID: HELL-2026-04-001 | Vol. 3 • Issue 1 (Apr 2026)

Author: Dr. Hell Black | Affiliation: 太医院离谱病例整理中心, Hell Press

Correspondence: Hell.Press@outlook.com | Website: <https://hellpress.org>

Key Points

- 患者虽在极端条件下完成高危自伤后存活，但这并不说明方案高明，只能说明命大。
- 术后 30 天的主要矛盾，已由急性出血与感染风险，转移为排尿功能损害、长期内分泌紊乱与精神状态崩塌。
- 现阶段真正最危险的问题，不在创口表面，而在患者持续性自我放逐倾向及社会功能断裂。

Editorial Notice

编辑部提醒：任何把“自残”当成高效自证方式的人，都应该先看精神科，而不是等病案室替他写总结。

摘要

本报告以温实初术后 30 天为观察节点，从外科学、泌尿并发症、内分泌代谢变化以及创伤心理学四个维度，对其自残后的康复状态进行综合评估。分析认为，患者之所以能够在极端环境下存活，除与止血措施及时有关，还提示损伤路径可能避开关键大血管；而在术后恢复期内，感染控制、尿道狭窄及长期激素缺失将构成其主要生理风险。与此同时，患者自伤行为并非单纯的生理性毁损，更表现为高压情境下的极端心理防御，其后续出现的闭门谢客、意志消沉等状态，与重度抑郁及创伤后应激反应高度一致。

关键词：术后评估；古代外科；激素风暴；创伤心理；伪医学报告

1. 患者基本信息

患者姓名：温实初

职业：太医院待诏（正八品）

致伤原因：特殊情境下实施的极端自伤，造成外生殖器完全离断

评估时间：术后 30 天

病案室备注：患者能够活到本次评估节点，本身已说明其求生本能并未完全下线。

2. 手术创面与外科学评估

1. 止血机制

该损伤发生时既无无菌手术室，也无现代血管外科支持，且现场情绪高度失控，从任何医疗标准看都属于“高死亡风险、低可复制性”的灾难级操作。患者之所以未在短时间内死于失血，原因无非两种：其一，损伤路径侥幸避开关键大血管；其二，压迫止血做得足够快。

2. 感染控制（术后 1-7 天）

该类创面最怕的不是疼，而是污染。解剖位置决定了其极易受到尿液和环境致病因素反复刺激。若术后早期未出现高热、脓性分泌物或坏死性筋膜炎，则说明处理尚算得体；当然，也可能只是老天暂时不想收他。

3. 愈合质量

术后 30 天时，创面通常进入瘢痕增生期。此时评估重点不应停留在“表面看着长好了没有”，而应下沉至功能层面，尤其是尿道通畅性。对这种损伤来说，真正折磨人的往往不是那一刀，而是之后每一次上厕所。

3. 内分泌与生理指标波动

1. 雄激素水平变化

患者在核心生殖功能突然丧失后，体内内分泌平衡势必遭受重创。预计术后 48 小时内，血清睾酮水平将呈断崖式下跌，下丘脑 – 垂体 – 外周腺体轴的反馈调节随之失衡。若从现代内分泌科角度出发，这几乎就是一场没有化验单支撑、但每个临床医生都知道后果不会太好看的激素风暴。

Multiple Feedback Loop

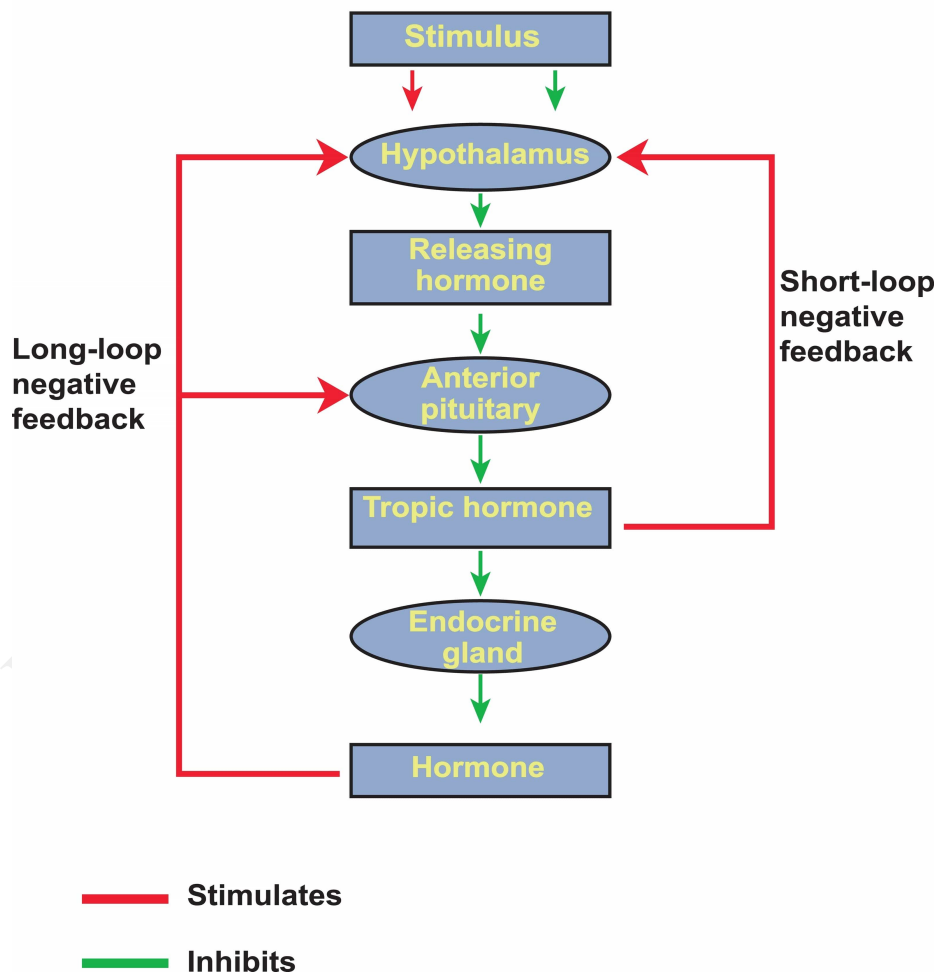


图 1. 术后核心内分泌轴紊乱的概念性示意图。图中以经典下丘脑 – 垂体 – 外周腺体反馈环路为参照，提示患者在突发性核心生殖功能丧失后，可能出现长反馈与短反馈同时失衡的状态。严格来说，该图并非温实初本人的实时检测结果，而是病案室为了让会诊专家看起来更像在认真讨论而附上的标准模板图。

2. 代谢变化

随着雄激素长期不足，患者基础代谢率下降、脂肪重新分布和骨质流失风险上升几乎是可以预期的结果。换言之，伤口可能会慢慢长好，但整个人的代谢版本号已经被强制回退。

3. 第二性征退化

长期观察下，患者可能出现胡须生长减慢、体能下降、声音特征改变等第二性征退化表现。这些变化本身未必立刻危及生命，但会持续提醒患者“某些东西确实没了”。

4. 心理应激与精神状态

1. 创伤后应激障碍（PTSD）

患者的行为不是单纯的器质性损伤，而是极端宫廷压力与心理崩溃共同作用下的自毁性决策。患者选择以自毁方式完成“自证”，表面上是在切断嫌疑，实则更像是在切断自己继续作为原自我的可能性。

2. 抑郁风险

术后若出现闭门谢客、回避社交、意志消沉、言语减少及明显的未来感丧失，应高度警惕重度抑郁状态。病案室倾向于认为，患者并不是突然“不想见人”，而是已经默认自己不配再作为完整的人出现。

3. 自杀风险

从风险评估角度看，患者已同时具备重大自伤史、持续性抑郁、高压事件暴露、社会关系疏离及自我价值塌陷等多个危险因素。若后续无人干预，其再次出现消极赴死甚至二次自伤行为，并不构成意外，只能算病程按逻辑推进。

5. 临床评估结论与康复建议

5.1 综合结论

评估项目	状态	风险等级
物理伤口	纤维化愈合中，功能恢复存疑	中（需防尿道梗阻）
生化指标	促性腺激素代偿性升高，内分泌轴 失衡	高（长期紊乱）
心理评分	重度抑郁倾向，自我放逐明显	极高（再度自伤风险）

综合判断：患者虽然已经侥幸越过最危险的急性失血与感染阶段，但这并不等于“恢复良好”。更准确的表述应为：创口正在长，功能在下降，精神在下坠，社会身份也在同步解体。若只盯着伤口表面而忽视其长期内分泌与心理后果，则属于典型的“把人救活了，但没把人救回来”。

5.2 康复建议

- **物理层面**：建议持续监测排尿功能，必要时进行导尿、扩张或局部干预。
- **内分泌层面**：建议长期随访体力状态、骨代谢风险及情绪变化。
- **心理层面**：建议尽快建立稳定陪护与情绪干预机制。对这类患者来说，最危险的阶段往往不是动手那一刻，而是所有人都以为事情已经过去之后。
- **社会支持**：建议由核心亲属或重要关系人持续介入，减少其长期孤立。
- **职场建议**：建议转向理论研究、医案整理或药材炮制等低压岗位，避免继续承担高刺激、高暴露的一线临床工作。

主审官签名：卫临（代）

病案室附记：本例最棘手之处，不是伤口，而是患者把自己作为“人”的那部分也一并处理掉了。

日期：雍正年间

编辑部评语要点

评语要点：

- 本文把一个戏剧化自伤事件，写成了三甲医院病案室看完会沉默三秒的内部评估意见。
- 外科、内分泌与精神心理三条线并行推进，使文本不再只是“离谱设定”，而是具备了完整病程逻辑。
- “把人救活了，但没把人救回来”可视为全文最核心的临床判断，也最符合本案的冷酷现实。
- 图表与风险分级的加入，显著提升了病案档案感、会诊纪要感与那种看着就不太吉利的权威气质。
- **编辑部提醒：现实中的严重自伤、急性出血、自杀风险与抑郁状态，都不应被浪漫化，更不应被剧情合理化。**