

以病為師

三次大出血試煉

文 / 許世祥 花蓮慈濟醫學中心骨科主治醫師

傅校長於九年前因口腔惡性腫瘤接受局部性腫瘤切除手術，隔年因併發頸部淋巴腺轉移，再次手術行右頸部徹底清除手術，術後接受完整的口顎及頸部放射線照射治療，整個療程由花蓮慈院耳鼻喉科陳培榕主任負責醫治，非常順利。

可是，放射治療後最常見的後遺症即是於多年後仍可能併發下顎骨的缺血性壞死，加上複雜性的細菌感染及骨髓炎，可能向口腔內側侵及牙根與口腔內壁，向外則擴及下顎骨外側和頸部，造成組織糜爛；其中最嚴重者即是潰爛主頸動脈造成大出血，患者往往來不及醫救，快速死亡；即使一時救回一命，傷口感染糜爛的問題仍然存在，最終都以感染所造成的致命性併發症而一命嗚呼。傅校長即是罹患這樣令醫護人員折挫的病情。

傅校長是我的親戚長輩，有了他及家人的充分信任，我試著尋求可能治好感染糜爛傷口並能存活的方法。期以此文忠實紀錄一年來面臨的種種治療上的困難經過，『以病為師』虛心檢討，使我們的醫療得以百尺竿頭，更進一步。

第一次大出血 白金線圈、血管支架

去年六月中旬一天半夜，傅校長右側下顎上頸部傷口突然大量出血，先於鳳林榮民醫院緊急救護後，速轉至花蓮慈院繼續治療。緊急進行頸動脈血管攝影，發現右總頸動脈分叉處有一個小破洞，初次嘗試以白金線圈血管栓塞及組織黏膠來封堵小破洞，可是仍無法完全止血。這時後如果要完全止住出血，可考慮將右總動脈以導管技術完全栓塞，但有很高的機會將發生右半側腦部血液循環完全阻斷，導致大中風，因此我們選擇再以動脈導管術於頸動脈內放置動脈內擴張支架，由嚴寶勝主任執行整個導管治療術，順利暫時止住右頸動脈的大量出血。

然於這樣的病例，由於頸動脈管壁的糜爛缺損還會擴大，極可能再度大出血，經心臟血管外科主任趙盛豐醫師建議，應備有血管壁的支架人工血管，以供來日使用，也真的在兩個多月後的手術中大出血時派上用場，又救回一命。

每日護理傷口 準備重建手術

此時下顎骨壞死的傷口感染，使下顎與頸部上方的傷口內通至口腔舌根及氣管出口，惡臭的傷口，需要辛苦的頻繁換藥，等傷口較為乾淨才有利於接下來要做的手術——下顎死骨徹底清除及皮瓣轉移手術。

這段期間，傷口護理師許美玉及吳麗月每天務實辛勞的為傅校長換藥清洗傷口。俟

傷口較為乾淨後，我與陳培榕主任及整形外科王健興醫師開會討論進一步的手術重建治療；我們決定採用較有把握成功的胸大肌旋轉皮瓣手術，來覆蓋口腔面及頸動脈上的組織缺損，並進行徹底的死骨清除。

第二次大出血 支架人工血管

經過細心準備後，我們合作為傅校長進行手術，不幸於術中清除死骨死肉期間，糜爛的頸動脈突然大出血；趕快壓住出血點，並連絡嚴寶勝主任緊急經由頸動脈導管放入含血管壁的支架人工血管，幸運地完全止血。



利用抽吸引流管有助於控制傷口的感染。圖為許世祥醫師（右一）實際操作教家屬使用。（圖片提供 / 傅碧蓮）

接著繼續進行胸大肌皮瓣轉移手術，並且縫合覆蓋口腔肉及頸動脈上的組織缺損，由王健興醫師順利完成重建手術。

抽吸引流 降低術後傷口感染

只是原來的傷口一直處在感染發炎的狀態，又併有人工植入物，因此手術後的感染是無法避免的；我們希望利用抽吸引流管來控制傷口的感染，使口腔內側的皮瓣能先順利癒合；難度在於，口腔內側的皮瓣縫合必須能夠緊密不漏氣，才得有效。再者，抽吸引流管也不能吸破或磨破頸動脈管壁，以免造成頸動脈再次出血。

不幸的是，不論我們再怎麼小心謹慎，

這兩個併發症還是在手術後一一出現。

出動骨科關節鏡 徹底處理口腔深部

為了解決口腔內深部皮瓣手術縫合的困難，嘗試使用關節鏡器械的幫助，使得陳舊疤痕組織的刮除可以做得徹底，此外深部組織的縫合也可以做到針針確實緊密，使轉移皮瓣與口腔內部組織的癒合得以完全。

第三次大出血 整外相助 止血修補到凌晨

引流管抽吸造成遠心端的糜爛頸動脈

管壁破損出血，發生在下班後的晚上，幸賴整形外科許宏達醫師幫忙整夜至凌晨，進行緊急探查止血手術，並再次修補因急救後造成的皮瓣破損。可謂一波多折，最後終可使得口腔內底部皮瓣收口完全癒合。

頸動脈持續感染 如未爆彈隱憂

接著最後最難以解決的問題在於，此種感染性傷口，內有頸動脈管壁續發感染及糜爛，又有人工支架及血管植入物無法移除，以往文獻報告，這樣的患者最後皆因感染擴及腦部或菌血症而

前後經過三次的頸動脈大出血，而能平安度過，也讓所有參與的醫護同仁興奮不已。
圖為許醫師巡房探看傅校長狀況。（攝影/林文山）



死亡，有限的報告資料無法提供任何幫助，只得靠辛苦謹慎地嘗試與摸索。

我們想辦法把傷口的感染引流向頸部傷口外側，而不向內侵襲口腔深部，接著要處理沿著頸動脈人工血管外壁的持續感染，並避免感染侵犯患者已經糜爛的頸動脈管壁；我期望以現代的傷口治療技術來克服感染，祈望能成功地使傷口完全癒合。

但是在無法取出頸動脈植入物做徹底清創手術的情況下，感染傷口終究無法癒合。雖然很辛苦地由患者家人幫忙，每天每天在病床邊辛苦的清洗傷口，耗時數月，最後還是不敵，感染仍是侵入人工血管內壁。幸運的是，人工血管內壁已有整段成熟的栓塞，所以不再併發大出血。

解除致命危機 移除人工血管

以往置入人工頸動脈之後，沒有任何移除或切除的方法報告可供參考，而在移除後能否綁住兩端切除後的糜爛頸動脈，而且又是高複雜度的傷口，更是沒有先例可循，但又不得不做，否則感染持續擴展，將造成致命性的危險。

與家屬充分溝通後，作好充分的的手術計畫推演，於今年二月期間，先於術前血管攝影確定右總頸動脈已完全栓塞，而左側頸動脈的血液循環已經可由兩側腦半球的交通側支循環，來充分供應右側腦半球的血液循環。接著便由心臟外科張睿智醫師幫忙，小心地移除感

染的人工頸動脈及支架，並徹底清除遭感染糜爛的殘留頸動脈管壁，順利綁住兩切端的頸動脈。

充分徹底沖洗傷口後，於留下的頸動脈空間中，置入含選擇性抗生素的骨水泥珠串，最終感染傷口得以經由再縫合而完全癒合。

多科協力救護 患者平安出院

患者於整個複雜多難的醫護過程，多次急救進出加護病房十多次，楊福麟主任及外科加護病房團隊給予盡心盡力救護；期間併發多次的吸入性肺炎，幸賴呼吸治療科楊治國主任及呼吸治療團隊多次搭救治療；另有灌食及食道逆流易吐的問題，也靠一般外科陳華宗醫師及腸胃內科劉作財醫師悉心救助；併留有小中風併左側肢輕癱，幸賴神經內科劉安邦醫師悉心醫治；之後復健科醫師與治療師群耐心的為他進行復健治療，最終使得傅校長能於今年六月初出院。

整個治療過程最終得以使患者存活且傷口完全癒合，除了醫護團隊的辛苦合作、患者及其家人堅強的意志並對醫療的信任與配合，還令我們相信冥冥中似有佛陀庇佑，傅校長才得活命痊癒出院。

這樣近一年的辛苦療程，也讓我們醫護團隊學到很多寶貴經驗，往後將可對這類患者提供更好而有效的治療。