

封面故事 cover story


重建

生命

迴

路

談頸動脈  
爆裂之搶救



血管是輸送生命活力的重要渠道，當血管組織遭受破壞而阻塞、僵化時，生命就受空前的威脅。但人體奇妙的生物機制，有時卻會自創奇蹟，另闢血液循環的管道，只要醫師能為病患爭取足夠的復原時間，讓循環再生……

癌症治療過程中最痛苦的就是在接受放射線治療、化學治療殲滅癌細胞的同時，也連帶地殺死了癌細胞周圍的正常細胞，導致組織受傷所產生的傷口，經常會引發難以控制的感染，如果無法改善症狀，就會威脅癌症患者的生命。雖然醫學界不斷努力的嘗試要減少化療、放療對於正常細胞組織的傷害，但是到目前為止，還有許多難以突破的困境，考驗著醫護團隊，頸動脈爆裂，就是艱困的考驗之一。

癌症患者除了要承受化學治療、放射線治療的痛苦，還得面對賠上正常組織的代價，甚至於引發中風等危機。花蓮慈院醫護團隊深入與感染搏鬥的戰場，發揮《孫子兵法》中「不可勝者，守也；可勝者，攻也。」的絕妙戰法，積極地為病患多爭取一點時間，降低風險發生的可能性。

文 / 游繡華、黃秋惠

罹患癌症，接下來的治療，除了手術之外，可能就要接受「化療」、「放療」；不管是美國好萊塢電影、韓劇、日劇、台灣本土連續劇，不同劇情中一旦演到抗癌的情節，觀眾就知道，片中主角接受化學治療、放射線治療時，將出現噁心、嘔吐、掉頭髮……等不甚舒服的副作用，不過好消息是，癌細胞可能因此而消失。

### 抗癌的代價—— 傷口與感染

的確如同影片所演，真實人生的抗癌過程，就是有上述的副作用，癌細胞也藉由化學藥劑的注射、放射線的照射等先進的積極療法而被消滅。不過，真實人生的抗癌過程與苦痛悲歡，沒有身歷其境，真的難以描述於萬一。

其中一項痛苦是，目前的放射線治療、化學治療，在殲滅癌細胞的同時，也殺死了它們附近的正常細胞，不管是皮膚、肌肉、血管、骨頭等組織，經過的次數越多、時間越長，這一項副作用的殺傷力越強大，雖然醫學界此刻正不斷努力的要減少對於正常細胞組織的傷害，但是到目前為止，長期接受放射線治療或化學治

療，導致組織受傷產生的傷口，以及難以避免的感染，成為癌症患者生命的另一道重大威脅。

### 生死交關的頸動脈

人類大腦的血液供應，主要是靠纖細的脖子，左右各有一條頸總動脈，往上分成內、外頸動脈。一般人只要把手指



放射線的照射，有助於積極殲滅腫瘤細胞。

## 骨髓炎

骨髓炎就是骨頭受到病菌的感染而發炎。病菌入侵骨頭之後，會進一步造成膿瘍而破壞骨頭。

放在脖子側邊摸一摸，就可以感受到清楚的脈搏；頸總動脈，如果發生破裂而大量出血，不出幾秒鐘可能就让腦部失血而中風，或甚而失去性命。

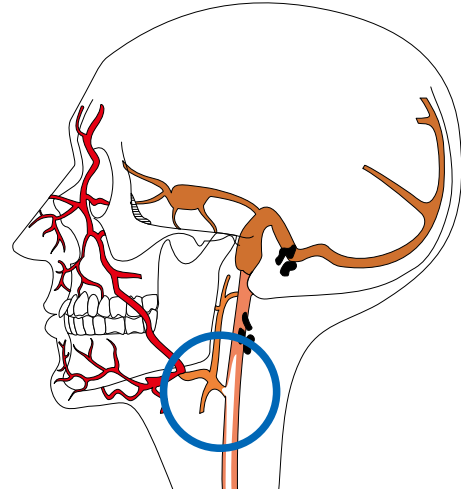
一般人是不容易在脖子周圍區域出現傷口的，但是頭頸部腫瘤的患者，脖子、口腔部位反覆接受放射線照射，長久下來可能造成頸部組織壞死，併發下顎骨壞死、發生骨髓炎，接下來，便可能發生頸動脈破裂的致命危機。

現年七十五歲的傅文欽，家住花蓮中區，自小學校長職位退休後，與太太一起過著充實而自在的退休生活。在八年前得知罹患口咽癌症後，開始配合耳鼻喉科陳培榕主任積極治療，也獲得很好的成效，讓病情穩定下來，然而，終於還是避免不了頸部傷口潰瘍的副作用。

## 頸部大出血 醫界大難題

去年（二〇〇六）六月十六日夜間，傅校長右邊頸部傷口大出血，經轉院到花蓮慈院緊急救治。當傅校長被送到院時，右邊下顎骨的壞死及骨髓炎傷口，右邊齒槽、氣管清晰可見，糜爛的頸動脈上僅存最外緣的尖鞘膜層，由於情況緊急，醫療團隊為避免綁掉出血的頸動脈引發大中風的危險，於是使用導管方法，利用白金線圈在血管破洞進行栓塞治療。並全力照護患者的下顎骨傷口。

頸動脈示意圖

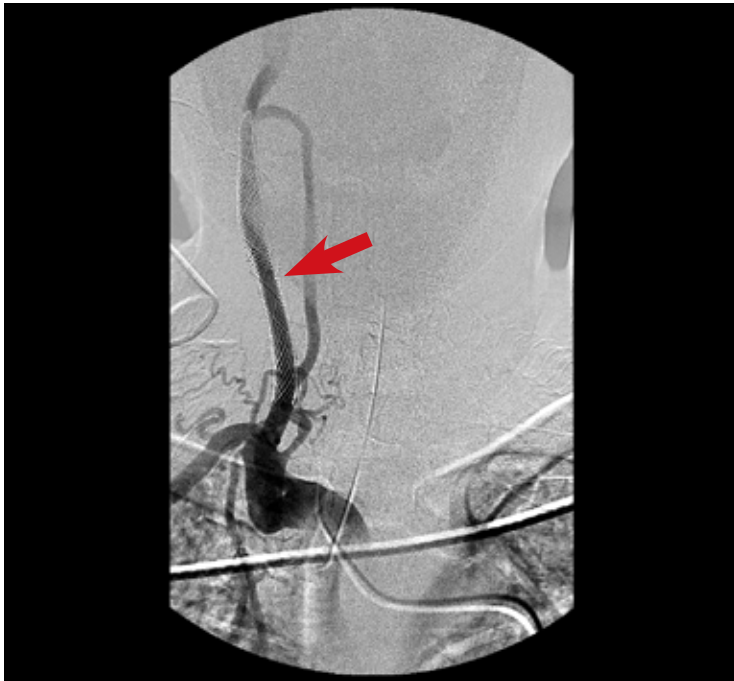
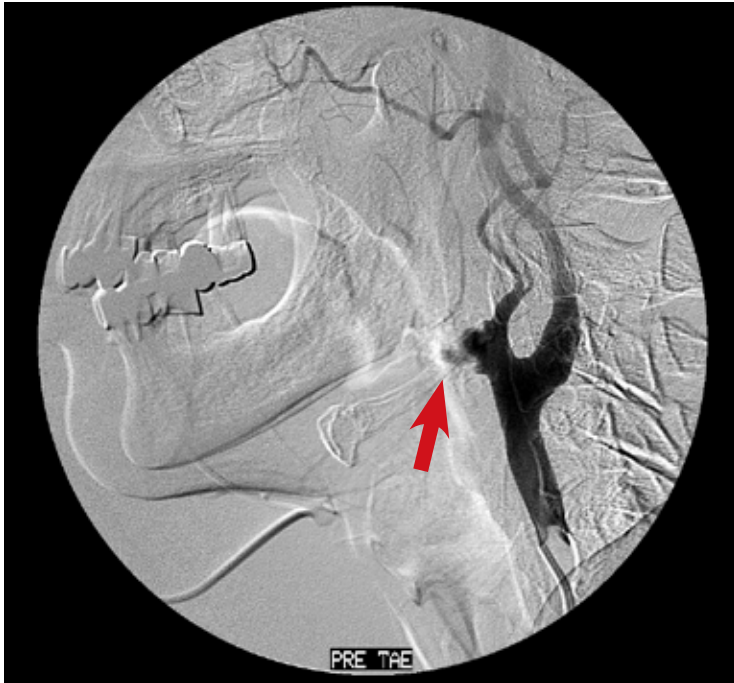


脖子左右兩側頸總動脈，向上分叉為內、外頸動脈。頸動脈一旦破裂、頸動脈血管糜爛，是立刻危急生命的關卡。

一個多月後，醫療團隊在傅校長病情趨穩，下顎骨壞死的傷口清理乾淨後，計畫轉患者的胸大肌穿過鎖骨把下顎骨壞死的口腔頸部傷口補起來，也就是整形外科的「皮瓣手術」。

然而，在九月十五日的皮瓣手術過程，卻再發生頸動脈再度破裂出血，再次由嚴寶勝主任經緊急進行血管攝影找出出血位置，經動脈導管植入一支帶有血管壁的支架人工血管，即時把血管破洞覆蓋，止住出血，病情才得以穩定。

在這裡我們暫且以水管作比喻，雖然實際上頸動脈的醫療處置與選擇是非常複雜而多變數的。水管破裂漏水了，第一個反應是把水龍頭關掉，然後修補水管；但是頸動脈的破裂，甚至血管糜爛了，沒有「水龍頭」可以關，只能與時間賽跑、立刻止血，把血管綁起來，



血管攝影顯示，上圖箭頭處指出頸動脈破裂，血流在腦內四散。下圖則為置入支架人工血管（箭頭處），止住出血處。

或是修補破洞；傳統上是使用外科開刀進行血管結紮，較先進的方法經血管內使用導管進行「栓塞」，更先進的方法是使用導管放置「支架人工血管」，如同將破掉的一截水管換新一樣，把破掉的血管補上一段。

接下來，在醫療團隊妥善照護傷口避免感染下，傅校長的病情日漸好轉，皮瓣手術也很成功。但在今年二月間，卻發現植入的人工血管發生管內感染，且在放藥時發現管內已出現栓塞；為避免細菌循著血液循環到腦部或併發全身性敗血症，導致患者生命危險，經醫療團隊評估後，再與傅家家屬討論、權衡病情輕重後，決定首開醫界先例，取出發生感染的人工血管。

影像醫學部嚴寶勝主任解釋，根據文獻記載，頭頸部惡性腫瘤所引起的頸動脈破裂，發生率約為百分之三到四。而在腫瘤復發及放

射性壞死的情況下，患者的死亡率高達四成。也就是說，頸動脈破裂的緊急狀況，可能讓患者因為頸動脈大出血，或因綁紮出血的頸動脈引發中風而往生；在頸動脈放置支架人工血管後，往往就是唯一能即時保住生命的方法。然而，部份頭頸部惡性腫瘤患者，經過各種治療後，受傷的頸動脈與附近部位本來就很虛弱，再加上外來物的植入，則更可能受細菌感染而一發不可收拾。

長久以來，醫護人員面對頸動脈糜爛出血的病人，常是束手無策。

## 多科醫護同心搶救 三次大出血考驗

雖然傅文欽校長是耳鼻喉科的病人，但是遇到頸動脈破裂的大考驗，各科別醫護同仁相繼投入，共同商討良方搶救生命；從去年六月起，有耳鼻喉科主任陳培榕、呼吸治療科主任楊治國、整形外科醫師王健興、許宏達、影像醫學部主任嚴寶勝、心臟血管外科主任趙盛豐與張睿智醫師、外科加護病房主任楊福麟、神經內科醫師劉安邦、一般外科醫



樂觀的病人，醫護同仁也忍不住會幫他加油打氣。圖為傅文欽校長於二十東病房期間，與護理同仁及醫師一起比出加油的手勢。（攝影/林文山）

師陳華宗、腸胃內科醫師劉作財、骨科醫師許世祥及傷口護理師許美玉與吳麗月等人，與傅家子女一起同心努力，度過一個個危險關卡，其中更有三次大出血的緊急救治；一年下來，終於轉危為安，順利出院返家。

## 取出支架血管 頸動脈修復成功

「如果沒有家屬的完全信任與全盤了解，我們也不敢放手一搏。」許世祥醫師提到這個取出頸動脈人工血管的創舉，若沒有家屬的充分授權，是不可能發生的。而傅家子女們每天每天仔細紀

錄父親病況、學習醫療照護的精神，每位接觸他們的醫師與護士們都看在眼里，孝心的力量也給了醫護團隊更大的鼓舞力量。

醫療團隊在取出人工血管後，並未發生頸動脈出血等風險，病人也無任何不適。

原來，當植入支架人工血管至發生感染的兩、三個月期間，右頸動脈的人工血管內形成栓塞，血液的流速減緩而近乎停止，但同時間，左側頸動脈側枝則建立起完整的腦部血液循環。支架人工血管的階段性任務完成。



一年多來的照顧，面臨多次的危急狀況，許世祥醫師（左一）說明醫護團隊合作搶救生命的經過，也為患者及家屬感到開心。



人工血管支架的置入，適時地止住頸動脈的出血，也給予腦部血管自行修復重建的時間，確定腦部血液正常循環，而後醫療團隊取出人工血管，為頸動脈爆裂找出了一條解法，也搶救回患者的生命。圖左為取出後的支架人工血管，右為支架人工血管的動畫示意圖。



## 建立醫療模式 修補頸腦血流

醫療團隊在搶救傅校長生命的照護歷程，無前例可循，而全程陪伴主治的骨科許世祥醫師更是再三強調：「感謝病人及家屬的充分信任與支持，才能將每個危機化為轉機，化不可能為可能。」而醫療團隊竭盡心力的照護，也出乎預期地，讓大家在專業研究上獲得許多突破性的寶貴經驗。

傅文欽校長於七月七日出院，傅家三代成員齊聚慈院大廳，傅校長的五位子女也多從事教職，他們不斷地感恩醫療團隊永不放棄地將他們摯愛的父親從死亡邊緣救回，而且準備了一個個的感謝石匾送給醫護同仁，以及貼心照料的看護女士。傅家人開心地透過記者會分享他們的感謝，長子傅錦龍校長更是帶著

他的中胡表演樂曲給醫護同仁欣賞，應該也是藉此表達父親出院的祝福吧！接受感謝的醫護同仁一字排開數十位，大家也都為傅校長的康復笑顏逐開。

傅家子女希望鼓勵其他病友家屬，在面對親人頸動脈出血時仍能抱持希望，醫護人員也能更積極地嘗試以慈濟醫療團隊建立的醫療模式，搶救生命。

支架人工血管的植入與取出，成功地給了頸動脈破裂患者一個存活的機會；慈濟醫療團隊也無私地將處置與心得分享給醫界，頸動脈破裂大出血，不代表生命一定會消逝，取出了人工血管，也不是放棄希望，反而是絕地重生的積極搶救……



# 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死

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）



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。

# 頸動脈爆裂症候群

文 / 嚴寶勝 花蓮慈濟醫學中心影像醫學部主任  
林昭君 花蓮慈濟醫學中心影像醫學部主治醫師

頸動脈及其分支的血管壁嚴重破裂稱作「頸動脈爆裂」(Carotid blowout)，而破裂後所引起的症狀叫「頸動脈爆裂症候群」(Carotid blowout syndrome)。此病名最早定義為頸部惡性腫瘤手術後，頸動脈暴露而造成的急性出血。現在則



若出現頸部急性出血，經局部壓迫仍無法止血，應緊急連絡放射科醫師，於血管攝影室進行血管內栓塞或支架重建手術。圖為患者於血管攝影室進行腦部血管攝影。

泛指頸動脈破裂而產生的所有症狀。根據文獻報導，頭頸部惡性腫瘤所引起的頸動脈破裂，其發生率為百分之三至四。在腫瘤復發及放射性壞死的情況下，患者的死亡率高達百分之四十。頸動脈爆裂的成因是由於腫瘤復發和長期放射治療，頸動脈壁受損破壞，使動脈壁與腔內壓力的強度失衡，血液外滲，逐漸形成動脈外血腫，產生所謂假性動脈瘤(Pseudo-aneurysm)。假性動脈瘤的囊壁不具有血管壁的正常結構，僅為一層血腫形成的纖維結締組織膜，周圍組織薄弱，抗張力低，易發生破裂出血。

頸動脈爆裂症狀，依據其臨床上的表現可分為以下三類：

- 1. 威脅性的頸動脈爆裂症狀。**此類的患者有暴露的頸動脈、或頸動脈遭受腫瘤侵犯或還未出血的假性動脈瘤。
- 2. 迫近性的頸動脈爆裂症狀。**此類患者的假性動脈瘤有裂隙和間歇性出血，但可自行止血或藉由外部壓迫而達到止血。
- 3. 急性的頸動脈爆裂症狀。**此類的患者有引起急性出血的破裂血管，可能大量出血進而導致休克甚至死亡。

過去頸動脈假性動脈瘤的治療以外科



血管內放置支架的血管攝影圖。

治療為主，採用手術切除和頸動脈重建結紮治療。可是頸動脈為同側大腦半腦的主要血液供應管道，頸動脈結紮後，大腦血流灌注減少，部份患者會因此產生嚴重中風。除此以外，由於假性動脈瘤壁薄，病變動脈瘤在手術中破裂的危險性非常高。有些動脈瘤體積巨大，位置較深，解剖結構複雜或病情嚴重伴有休克等情況下，手術風險太高或甚至無能為力。

### 血管內治療 創傷小恢復快

近年來，導管血管內治療和支架的發展有助於介入治療的成功。血管內治療

的目的是把假性動脈瘤與正常的血管腔隔絕，並保持頸動脈的正常開放。血管內治療與外科手術相比具有創傷小，恢復時間短，術後無疼痛和致殘等優點。目前最新方法是經由導管在病變頸動脈內放置支架人工血管(Stent-graft)，可以達到立即止血以及保持頸動脈正常開放，防止腦中風情形出現。

然而，假如患者不幸合併有表皮和口腔或咽喉瘻管，頸動脈暴露在外，支架人工血管會受細菌附著導致感染難以控制，傷口沒法癒合，有時甚至引發遠端感染。這時只好使用外科手術，把頸動脈結紮同時取出支架人工血管。通常支架人工血管置入後，會因血栓關係，逐漸狹窄，腦部會因血流減少而產生側支循環，所以在後期把頸動脈結紮，比較不會有急性中風的情形出現。這時支架人工血管完成階段性任務。

總之，頸動脈爆裂症候群是一個需緊急處理的症狀，若有急診或病房病人出現頭頸部出血，且有頭頸部腫瘤病史，經局部壓迫仍無法止血，應儘速聯絡放射科醫師，進行血管內栓塞或支架重建手術。

# 慈父就醫札紀

文 / 傅錦彬

二〇〇六年六月十六日凌晨五點救護車鳴笛聲，開始一年來吾父傅文欽與生命拔河の序曲，緊接著急救、止血，當天下午即轉普通病房，但經過七天調養，頸動脈再次出血後，立即轉送加護病房。一年來就醫情形概述如下：

- 2006.06.22** 晚上再出血，栓塞後加護病房。
- 2006.07.06** 中午轉普通病房。
- 2006.07.07** 下午三點再進加護病房。
- 2006.07.13** 由外科加護病房轉內科第二加護病房。
- 2006.07.17** 晚上十點由加護病房轉普通病房2906-2。
- 2006.08.30** 動手術計十三小時後送加護病房。
- 2006.09.06** 動手術清傷口（下午二點至六點）。
- 2006.09.13** 動手術清傷口（下午二點至晚上十一點）。
- 2006.09.15** 傷口出血急救（晚上九點半至次日凌晨五點二十分）。
- 2006.09.18** 做胃造瘻手術（上午十一點四十分至下午二點三十分）。
- 2006.09.21** 轉普通病房3013-2。
- 2006.10.31** 因血氧不足進加護病房。
- 2006.11.07** 轉普通病房3018-2。
- 2006.11.19** 呼吸急促進加護病房。
- 2006.11.27** 胃造瘻改入十二指腸灌食。
- 2006.11.28** 轉普通病房3913-2。
- 2006.12.16** 抖動發燒、溢奶轉加護病房。
- 2006.12.19** 氣切手術。
- 2006.12.22** 轉普通病房3016-2。
- 2007.02.06** 人工血管感染移除（下午三點至晚上七點三十分）。

**2007.06.08** 出院返家。

**2007.06.17** 因肺炎及消化不良掛急診住院，普通病房3016-2。

**2007.07.07** 出院返家。

回想父親住院的點點滴滴，應從八年前口咽癌的及早發現談起，經過七年的調養，一年半前發現口腔有骨髓炎跡象，在一次口腔發炎以為是牙齒腫痛，消腫後在下顎卻有如蚊蟲叮咬的小洞產生，並逐漸侵蝕擴大，甚至大到口腔骨頭從下顎裸露出來，並傳出陣陣惡臭。經過九次高壓氧的治療，在去年六月十六日凌晨發生頸動脈大出血，急救送醫至今。

父親住院期間，多次進出加護病房且開刀多次，從不抱希望到充滿希望。從一天清理傷口四次，每次約需一小時處理時間，將傷口用生理食鹽水沖洗，沖洗乾淨後，接上真空吸引設備，進步至二天一次的傷口清理，再再顯示慈濟醫療團隊在幫助病患的康復上是不捨晝夜、不遺餘力的。

慈濟醫療團隊之間的互信與全心的付出，加上家人盡全力的配合，使家父在多次緊要關頭能獲慈濟醫療團隊放手一搏的機會；回顧一年多來的點點滴滴，從放置人工血管、再次放置人工血管到取出人工血管仍能存活，此奇蹟，需要多少的幸運及福報！

父親的出院，不但給我們一家人有重聚的精神寄託，更讓我們一家人的心緊緊連在一起，藉此以教育下一代親情的可貴，使珍惜現在與家人相處的機會。此案例將使許多相同病例的病患有獲得及早治療的機會，感謝慈濟醫療團隊為父親所做的努力，千言萬語盡在不言中，除了感謝還是感謝！



# 生命何其美好

## 傅家團結抗癌

撰文 / 傅碧蓮、傅錦龍、傅碧梅、傅錦彬、傅幸玉 攝影 / 謝自富

人生  
 是一段用生命碰觸其他生命的時光  
 與你相遇  
 其他生命再也不一樣  
 遇見他們  
 你才真的活過

米奇·艾爾邦(Mitch Albom, 2004)

永遠相信：人生的繫線割不斷，生命的偶遇更無法預測；拒絕、接納或享受與否，掌握在自己的意念中。

父親生命的舞台上，上演著屬於他自編、自導、自演且獨一無二的劇本；其人生順、逆時刻的材料，何其豐富！其多樣的生活故事，何其平凡卻又精采！和諸多生命的相遇、相識、相結緣，帶來了福，解決了苦，更延長了生命的享受，管他是否長長久久，「把握當下，自然滿足」。

民國八十七年二月，父親在最愛的教育崗位上退休，陪著母親過了一段閒雲野鶴般的生活，著實令人羨慕、令人嫉妒！為何在生命劇本中開始添加諸多戲劇化的材料？甚是不解？但其無法抹去

的冷酷挑戰，從此真真實實呈現在吾等的生命故事中。

民國八十八年四月二日，父親口腔中有一小潰瘍，自行擦藥久不癒，延誤治療至口咽癌須開刀。猶記得：父親推進手術房的當時，爾廷的出生，為我們傅家再添一壯丁；在一進一出中，好怕生命如此交錯，有所遺憾！

父親住院的日子裡，堅強的母親是我們兄弟姊妹學習的最佳榜樣，母親要我們笑臉面對、樂觀接受事實的考驗；告誡我們：愁眉苦臉只會讓自己和所有的人不愉快，當然，更不可能對父親的病痛有所助益，依個人的狀況，盡心盡力挑起甜蜜的負擔吧！

民國八十八年九月，我們疏忽了母



為了慶祝大家長的康復出院，傅家三代子女一同來到花蓮慈院，也以行動對醫護團隊道感恩。

親所承受的壓力，以為能告誡他人者必能調適自己的心態，父親返家後，母親因差一點失去摯愛而心力交瘁、憂鬱纏身，除了借助醫藥，加以關心、親情撫慰外，我們不知所措！

感恩我們有最樂觀的父母親，在我們接受考驗的同時，總會有一方適時的引導著我們，將其不怨天、不尤人的生命哲學，淋漓盡致的展現著；加上兄弟姊妹及彼此另一半的體諒與支持，阿姨、舅舅、父親同庚、鄰居們的絕佳默契鼓勵，大伙兒硬是將母親帶回屬於我們的生命故事中。

民國八十九年四月，父親開刀切除

局部腫瘤的第二年，淋巴結移轉二次動刀，不得不的術後電療，使得口腔潰爛至無法進食；父親坦然接受、勇敢面對、從未抱怨。接下來的五年，宛如模範生般的定期檢查中，父親是健康的、是樂觀的、是知足的；因其常說：此生已賺到比自己預期的生命長度更豐厚的一切，此後，賺一天是一天，該感恩！該惜福！是故，陪著母親四處散心，陪著子女出國旅遊，生命的喜悅充斥其間。

民國九十五年六月，電療造成的齒骨壞死使父親再次接受考驗，由一個小膿包至下顎骨外露，吃啥流出啥，且不

時傳出惡臭，不向生命低頭的父親，接受醫生建議進行積極治療。誰知第九次高壓氧治療後，頸動脈居然大出血，此後、止血、栓塞、植入人工血管、再植入人工血管、胃造口、皮瓣移轉、真空吸引傷口、氣切、取出人工血管……如此進出加護病房達七次之多。不可預知的變數充斥在我們的生命中，雖然我們害怕，卻仍須面對，繼續偽裝著勇敢及樂觀。

在隱藏著害怕，偽裝勇敢的背後，「幸運」似乎一直緊隨著我們的努力而至，感動取代了害怕，感激使我們一家人更樂觀，更勇於面對事實，接受挑戰，接受生命舞台的轉換，從過去到現在、到未來。

無限感恩慈濟的醫療團隊——耳鼻

喉科陳培榕醫生九年來細心的照護、呼吸治療科楊治國醫生噓寒問暖的加油、影像醫學科嚴寶勝醫生多次的緊急搶救、心臟胸腔外科趙盛豐醫生專業的支援、整型外科王健興醫生全力的配合、孫宗伯醫生鼎力的相助、一般外科陳華宗醫生二話不說的支援、神經內科劉安邦醫生鉅細靡遺的專業判讀、肝膽腸胃科劉作財醫生超爽朗的激勵與打氣、新陳代謝科傅振宗醫生專業的建議、加護病房楊福麟醫生多次的專業協助、骨科許世祥醫生廢寢忘餐全面的投入；傷口腸造口護理師許美玉、吳麗月二人如親人般的護理關愛、放射科、急診室、加護病房、住院病房和復健室每一位白衣天使費心勞力的協助、看護與照顧。

永遠相信：你我他都是一家人。

無限感恩：上天賜予的生命何其美好！



感謝耳鼻喉科陳培榕主任(左)九年來的悉心照護。



感謝神經內科劉安邦醫師(左)鉅細靡遺的專業判讀。



感謝影像醫學部嚴實勝主任(左)多次的緊急搶救。



感謝呼吸治療科楊治國醫師(左)噓寒問暖的加油。



感謝加護病房楊福麟主任(左)多次的專業協助。



感謝整形外科許宏達醫師(左一)、王健興醫師(左二)、孫宗伯醫師全力配合。