

# 主動脈剝離

## 急診醫師的隨堂大考

文 / 林玉祥 張新 花蓮慈濟醫學中心急診部醫師

攝影 / 林宜龍

民國 94 年

1 月 7 日

星期一

14 18

夏日黃昏的午後，救護車送來一位意識不清的壯年男性。到院後無法講話，左側肢體無力，在檢傷櫃臺還能抬起右手，臨床症狀表現像是大範圍的腦中風。當推進急診室時，渾身冒冷汗，血壓偏低。緊急安排頭部電腦斷層檢查，沒有腦出血，但有一些細微的腦部變化。雖然花蓮慈濟醫有先進高科技的檢查，但是病患血壓降的更低，有生命危險，不能送去核磁共振檢查。緊急會診神經內科及神經外科專家，病患的心電圖呈現T波上升，有心肌梗塞的變化。病患意識不清，病史無法詢問，只知道是由停在路邊的車中救出。

急診室的志工師姊馬上動員，沒多久就詢問到這位病患的姓名，他還有一位小朋友正在住院接受化學治療。當師姊在找尋病患家屬時，病患的血壓越來越低了，只能使用強心劑勉強維持血壓。

護理人員積極的聯絡病房，「有加護病房床位了！」。在送上加護病房前一刻，急診部胡主任剛好路過急救區，看到這位生命垂危的病患，立刻一起幫忙處理。即使沒有值班，急診人對於挽救生命有一份特別的使命感。

## 多重症狀齊發生 急救考驗

「會不會是主動脈剝離？」『可是縱膈不寬！不像！』「臨床症狀像是主動脈剝離！因為同時侵犯腦血管及營養心臟的血管，主動脈剝離是原因之一，而且病人血壓低，說不定已經出血到心包

膜內造成心包填塞了，一下子有三種疾病的可能，將它歸納起來，只有一種病可以同時產生這三種病，這就是主動脈剝離」。簡短的交流，快速討論病患的病情。『血壓低，不能送電腦斷層！』

「那就用超音波檢查！」立刻定下檢查方向，果然是主動脈剝離，主動脈破裂出血，破入心包膜，壓迫右心房及心室，還有心包膜填塞的急症。電話聯絡心臟血管外科的同時，急診立刻進行心包膜穿刺。抽出約五十毫升的血量，病患血壓稍微回升了。「有機會救回來！」，可是接著血壓又掉下去，再也沒有回升過，脈搏也摸不到了，可能連供應心臟營養的冠狀動脈都受到嚴重影響。

此時師姊找到病患的夫人，她正在樓上陪著住院做化療的小朋友，聽到噩耗趕到急診室，看到正在急救的場面，立刻泣不成聲：「你快起來啊！你說要買飯盒回來給我們的啊，你說等小朋友病好了要一起去做功德的啊，剩下我一個人要怎麼辦啊」，聞者無不心酸。急救中的醫師護理人員也都紅著眼睛，忍住眼眶中的淚水奮力搶救，卻仍然無力回天。

## 家屬同意病理解剖 複雜案例助醫學進步

此時心中浮現了一個念頭：這樣措手不及的症狀，是許多醫護人員平日碰不到的好教案，雖然已經做了合理的

病人的症狀考驗著急診同仁，如何在最短時間內做出正確的急救措施。

推論，但終究無法百分之百的證實是不是主動脈剝離，不知道能不能拜託家屬，捐贈病患遺體做病理解剖，讓我們找出真正原因。

這是一項非常艱鉅的任務，因為國人還沒有將往生的親人遺體捐做病理解剖的慣例與認知，我們自認無法獨自完成勸說，尤其是在家屬心情如此低潮的情況之下，於是拜託一位師姊幫忙，請她向家屬說明我們的想法，經過師姊不斷的解釋，如此做是為了創造更好的醫療環境，造福其他患者。體會到醫護人員的用心，家屬終於忍著傷痛同意做病理解剖。

二天後病理科許主任打電話給我，證實這是一個很嚴重的主動脈剝離個案。許主任非常稱讚急診的急救做法，並讚許急診的臨床診斷是百分之百的正確，他要將此個案列為對住院醫師與實習醫師教學的「臨床病理討論會」內容。

過了好長一段時間，病患的夫人來到急診室，這一次她帶著蛋糕感謝醫護人員。她表示在先生往生後這段期間，她很難過，心情也很低落，因為怕會觸景傷情，甚至連急診室都不敢經過，而在



慈濟師兄、師姊眾菩薩的開導下，她終於以大愛情懷走出悲傷的陰影，勇敢面對未來的人生。她很感謝急診醫護人員盡心救治的辛苦，所以選在她可以堅強面對的此刻，來獻上一份真誠的感恩。

### 急診部胡勝川主任愛的叮嚀

這位病患雖然沒有被救回來，卻因為診斷迅速、處置正確，對醫護人員來說，的確深具教育意義。首先這個個案，讓我們領教了主動脈剝離的不典型發作模式，其次是慈濟師兄姊的人文關懷幫助醫護人員解決了一大難題，故事後面所提到的勸家屬同意病理解剖，經由師姊愛心及耐心的努力終能圓滿，更是教育醫護的美事一樁。

### 非典型症狀不易診斷 提醒民衆預防重於治療

不管是對急診醫師或是心臟科醫師來

說，「主動脈剝離」都是非常難以診斷的症狀，因為它的症狀有各種不同的表現方式，像這位病患就是以中風、猝死症狀來表現。

典型的主動脈剝離會有很嚴重的胸痛，痛的特徵像刀割一樣，而且會傳導到背部。不典型時，會以頸部、背部疼痛或腰痛表現，甚至有時根本不痛，有時會直接以猝死來表現。剝離的地方如果是在「升主動脈」(從心臟出來到動脈轉彎處)，有時會往上蔓延而影響頸動脈，所以會有中風一樣的表現；有時會往下蔓延而阻塞了冠狀動脈，因此會有心肌梗塞的症狀。更有甚者會剝離出血到心包膜內，造成心包填塞，臨床上就會有低血壓的現象。這種病多半合併有高血壓，故治療的原則主要是急速降血

壓及止痛。

然而預防勝於治療是不變的原則，只要平時有注意血壓的測量，平時有規則服藥控制高血壓，就可將這種病發生的機率降至最低。

診斷方面，除了臨床症狀外，可看見胸部X光片有縱膈腔變寬的特徵，用超音波及電腦斷層等的輔助檢查可以證實診斷。最重要的還是要臨床醫師高度的警覺心，因為有很多病人是不典型的表徵，例如：沒有典型的臨床症候、沒有高血壓、胸部X光片沒有寬的縱膈腔等。急救時，臨床醫師要有冷靜的心，快速的決斷，迅速的檢查，再加上對生命的熱愛及心靈的關懷。不能因為有病房就只快速將病患後送，如此才能提供最好的醫療照顧。



國人還沒有將往生親人的遺體捐做病理解剖的慣例與認知，經過志工師姊不斷解釋，如此做是為了創造更好的醫療環境，造福其他患者，家屬終於同意做病理解剖。



胡勝川主任提醒急診醫護同仁，面對非典型發生的症狀，要冷靜的思考分析，迅速診斷、正確處置。而生離死別總讓人難過，身為急診人員必須把悲傷轉換成搶救生命的動力。

這位患者的遭遇，提醒所有醫護人員，即使病人有明顯的中風症候、心肌梗塞的症候，或有不明原因的低血壓時，要冷靜的思考分析，患者是不是有主動脈剝離的可能。

### 將悲傷轉換成搶救生命的動力

急診室是人生的試煉場，經常看到許多的生老病死。而面對生離死別，總是讓人難過，急診室的醫護人員總要把悲傷轉換成搶救生命的動力，強忍著自己的淚水，要表現出堅強的外表與快速的動作，更要注意對家屬的關懷，如此才能達到「全人」及「全家」的身心靈照

顧。當病人往生而急救沒有成功之時，除了向家屬致上哀悼之意，也勿忘向家屬說明，是否能讓亡者遺愛人間，將大體捐出做病理解剖，以增進醫學進步，造福廣大人羣。

疾病不止造成病患的苦痛，也造成全家的傷痛，而大愛情懷可以幫助家屬走出悲傷陰影，志工師兄、師姊的關懷，能陪伴家人走出傷痛，甚至於願意接受病理解剖，鼓勵家屬將對親人的不捨與疼惜，轉換心念造福更多的病患，這份化小愛為大愛的力量，令人深深地感動，也將無常的遭遇化為永恆的追思與感念。