

Case Report

照護一位腦下垂體腫瘤患者術後之護理經驗

吳佩玲

中山醫學大學 護理系

本文描述照護一位腦下垂體腫瘤患者行經蝶竇內視鏡切除腫瘤手術後併發合併症之護理經驗。在照護個案期間，以觀察、會談、身體評估等方式收集資料，進行整體性評估，確立病患具有潛在危險性感染、潛在性體液容積缺失、疼痛：頭痛及知識缺失/血壓控制等健康問題。照護期間以傾聽、給予相關護理指導，緩解病患度過術後合併症導致身體不適之情形，並與個案建立良好護病關係，協助患者面對疾病合併症(鼻漏、尿崩症)及長期血壓控制。筆者希望藉此護理經驗的分享，能提供護理人員重視腦下垂體腫瘤患者生、心理調適以及照護方法。

關鍵詞：腦下垂體腫瘤、經蝶竇內視鏡腦下垂體腫瘤切除術、鼻漏、尿崩症。

前言

腦下垂體腫瘤是最常造成腦下垂體功能異常的疾病之一，約佔顱內腫瘤的15%^[1]，台灣地區總人口數的1%以下^[2]。腦下垂體腫瘤在神經外科主要治療方式為手術切除^[3]，手術雖能移除腦下垂體腫瘤，但其合併症，如造成內分泌不平衡等問題^[4]，會對患者的生活與工作造成不同程度的困擾^[5]。本個案在手術前因腦

下垂體腫瘤疑似出現庫欣氏症候群（Cushing's syndrome）、內分泌不平衡的症狀，使用類固醇治療後導致臉部冒出大量青春痘。術後發生一些併發症，如血壓偏高、頭痛、尿崩症等。照護期間個案臉部雖無明顯青春痘冒出，但個案表達術前服用類固醇藥物時對臉部大量青春痘感到在意，也擔心術後若需長期服用類固醇藥物會再出現外觀變化，引發筆者想深入探討之動機。護理期間筆者除緩解個案身體的不適，對於其在意之外在表徵能同理並給予心理支持，期望能提供個案整體性照護，並希望提供護理人員在照護相關個案之參考。

文獻查證

腦下垂體腫瘤是指發生於腦下垂體上之所有腫瘤，以下針對相關文獻做探討：

* 通訊作者：吳佩玲

通訊地址：40201 台中市南區建國北路一段110號

聯絡電話：04-24730022分機11833

電子信箱：peiling5@csmu.edu.tw

腦下垂體腫瘤的臨床表徵複雜，可源自腦下垂體功能不足、功能亢進或壓迫視神經與視徑交叉，造成視覺障礙，最典型的症狀是兩顳側偏盲。腦下垂體腫瘤通常會產生特殊的臨床症狀，如：腎上腺皮質促素（ACTH）分泌過多，造成二側腎上腺肥大與皮質醇(Cortisol)製造過多，而引發庫欣氏症候群。腫瘤壓迫到正常的腦下垂體，導致腦下垂體功能不足，或壓迫到視神經而損害視力時，臨床症狀才會變的明顯。主要的治療為經蝶竇內視鏡腦下垂體腫瘤切除術^[6] (Transphenoidal hypophysectomy)；以內視鏡由鼻腔進入蝶鞍，再進入腦部將垂體之腫瘤切除^[6]。術後護理與合併症之護理如下：

一、腦脊髓液滲漏及預防感染

腦脊髓液鼻漏是手術所造成之合併症之一，輕微的腦脊髓液鼻漏平躺數天，多半藉由身體自我修復機制、停止滲漏。若有鼻分泌物自然流出，禁止擤鼻涕及吸鼻水動作，應讓其自然流出並告知醫護人員；為了避免腦脊髓液的滲出，教導術後避免打噴嚏、咳嗽、在平時應注意勿搬重物、低頭及彎腰的動作，避免用力排便等增加閉氣用力(Valsalva maneuver)的活動。維持手術傷口部位乾淨，以防細菌侵入造成重覆感染；並且注意洗手的重要性。若流出鼻水，可使用尿糖試紙測試鼻水是否含有糖份；如果是呈現清澈含糖分(>30mg/dL)則為腦脊髓液。術後進食以冷的清流質為主，注意蔬果、纖維質之攝取，預防便秘。由於腦部與外界相當於有了一條暢通無阻的通道，很容易出現感染，造成腦膜炎等嚴重疾病，嚴重者甚至會導致死亡^[7-9]，紅腫熱痛為發炎反應最常見的表徵^[10]。術後特別注意口腔衛生，使用熱蒸氣吸入以稀釋痰液分泌物，保持鼻腔及口腔濕潤，避免黏膜破損，也可以減少口腔傷口之不適及感染。此外，短期內需避免游泳，預防感冒的發生^[11]。

二、頭痛

腦脊髓液可能流入副鼻竇，導致出現持續而嚴重之頭痛，疼痛部位可能很廣泛或位於眼眶骨上方^[8]。主要是由於手術部位局部水腫所

致，活動或用力排便會增加疼痛度，而維持床頭抬高30度，可以減少蝶鞍部承受之壓力、緩解頭痛，並預防腦壓升高減少鼻漏促進硬腦膜癒合^[8-9]。維護環境安靜舒適，放鬆技巧如深呼吸；聽音樂、與人談話，來轉移注意力以減緩疼痛感^[9, 12]。

三、尿崩症

尿崩症為切除腦下垂體腫瘤病人術後最常出現的合併症之一。尿崩症(Diabetes Insipidus, DI)定義是水份不正常代謝而呈現多尿現象，每日所排出的尿量大於5000 c.c.，尿比重小於1.005^[13]。成因是腦下垂體後葉分泌的抗利尿荷爾蒙缺乏，影響腎臟無法增強腎遠曲小管和集合管對水的重吸收，無法維持血漿滲透壓在275~305mOsm/kg H₂O，病人的尿液滲透壓若低於血漿滲透壓（此時的滲透壓約小於200mOsm/kg H₂O，也就是尿比重小於1.005），則導致過多的水排出體外，使體液無法維持平衡，產生尿崩症，若嚴重時，可能會出現脫水和體液中鈉離子濃度不正常上升^[9, 13]。尿崩症症狀很明顯，大多數病人均有多飲、煩渴、多尿，尿液甚清。若出現高滲透壓症候群主要為腦細胞脫水所致的神經系統症狀，容易發生潛在性體液容積缺失^[14-15]。針對清醒、活動自如，口渴機制正常之病人，口渴時可自由喝水，並不限水，一般皆可足夠的補充水分；應每兩小時監測攝入及排出量，一有不平衡的現象應馬上通知醫生，盡可能每天測量體重。監測血鈉濃度，尿液比重也需隨時注意，以免因過度水分流失造成休克。飲食攝取應採高濃度飲食，如高濃縮果汁或湯汁，可以促使腎小管水分再吸收、也可以補充流失的電解質；需注意切勿補充純水，以防止尿液流失更嚴重及低血鈉。應密切的觀察並教導病人注意尿液性質及顏色，是否尿量過多（每小時大於200c.c.）或尿液呈透明水樣（表示尿比重低）等症狀^[13-15]。

四、血壓控制照護原則

續發性高血壓與內分泌失調有關，如庫欣氏症候群，主要治療是以服用類固醇藥物為

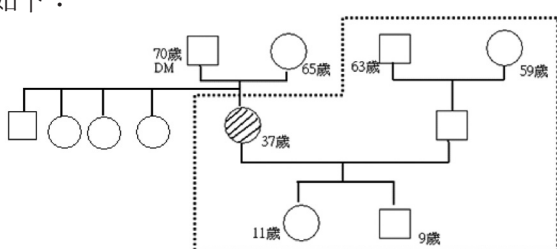
主。醫師在衡量病人服用類固醇的原因和得失後，會指導病人如何調整劑量。病人本身切勿自行減少劑量或停藥，原因是腦垂腺和腎上腺在長期服用類固醇後，腎上腺皮醇的分泌功能會被抑制，需要長達數月至一年時間才能恢復，若病人隨意調整劑量或停藥可能引致腎上腺功能不足或腎上腺危機症，嚴重時可能致命。服用類固醇的病人如果需要停藥時，醫師會根據病人服用類固醇的時間和劑量，指導如何減藥。長期服用類固醇的病人在停藥時，需要一段長時間生理劑量的腎上腺皮醇補充，在補充期間，遇到壓力增加時，如生病或手術，應主動告知醫師及遵照醫師指導作適度的劑量增加來應付壓力^[16]。血壓控制護理指導包括：(1)告知正常血壓範圍，每天自行監測血壓並紀錄；(2)告知規律服用藥物重要性及藥物作用、副作用和注意事項；(3)高血壓引起症狀：頭痛、嘔吐、臉色潮紅、疲倦、視力模糊；(4)可能引起的其他疾病，如：心血管疾病、腦中風、及腎臟疾病等；(5)選用飽和脂肪酸及總脂肪含量少的低脂食物，富含蔬菜、水果；減少鈉鹽攝取；(6)規律運動：可使舒張壓降低約10mmHg，也可以消耗熱量，有助於控制體重，降低罹患冠狀動脈心臟病及中風的危險；(7)控制飲酒及戒菸及維持正常的生活作息^[17]。

護理過程

一、個案簡介

(一)、基本資料

張小姐，37歲，已婚，以國、台語溝通，大學畢業後於國小任教，家中經濟來源主要為個案及其先生。住院期間主要照顧者為丈夫，目前與丈夫、公公、婆婆及兒女同住。家族樹如下：



(二)、過去病史

2005年曾作子宮外孕手術；2006年臉部出現青春痘，服用類固醇治療持續6週，治療後青春痘問題有改善，但停止服用類固醇藥物後，青春痘依舊出現，因此停止治療。2009年發現有血壓偏高，但因沒有出現不適的症狀，所以未再追蹤控制。

(三)、現在病史

2009年初因臉部出現青春痘、血壓偏高、視力偶有模糊之症狀至新陳代謝科就診，使用藥物Dexamethasone（皮質類固醇）治療。當時驗血Cortisol：21.6 ng/ml，ACTH：44.5 pg/ml，診斷為高血壓（Hypertension）與疑似庫欣氏症候群（Cushing's syndrome）。3月進行高劑量類固醇抑制測驗(High Doses Dexamethasone Suppression Test)，ACTH：73.1pg/ml，cortisol：6.77ng/ml，HbA1C：6.5%。5月安排核磁共振（MRI）檢查發現在左側腦下垂有一個6.3mm的腫瘤。6月出現月亮臉（Moon Face），口服Dexamethasone（腎上腺皮質類固醇）並驗血ACTH：79.5 pg/ml，cortisol：19.7 ng/ml，PRL：21.5ng/ml，TSH：0.436UTU/ml，Free T4：10.5pg/ml。依據以上檢查結果，診斷為庫欣氏症候群（Cushing's syndrome）、疑似糖尿病（DM）、高血壓（Hypertension）、腦下垂體微小腺瘤而導致的腎上腺皮質醇分泌過多（ACTH-dependent hypercortisolism with pituitary microadenoma）。

(四)、治療經過

病患確診為腦下垂體腫瘤（Pituitary tumor），2009年7月12日安排住院手術治療。入院體溫36°C，HR:80次/分、RR:20次/分，血壓為177/113 mmHg，於7月13日行經蝶竇內視鏡腦下垂體腫切除手術（Transphenoidal removal of pituitary adenoma septoplasty）。住院期間血壓偏高約184/121 mmHg，醫囑皆予Adalat、Valsartan、Norvasc等降血壓劑控制血壓，因血壓偏高會診新陳代謝科，醫師表示為庫欣氏症候群（Cushing's syndrome）引起。住院中曾有頭痛予Acetaminophen（解熱鎮痛劑）使用，尿

量增加且尿比重下降時使用Desmopressin(抗利尿激素)以控制術後合併症。7月17日生命徵象穩定，血壓值136/79mmHg，無鼻漏、頭痛及尿崩發生，於當日出院。

二、護理評估

採用Gorden 11項健康功能評估，護理期間為2009年7月13日~7月17日。

(一)、健康感受與健康管理型態

個案近五年來都有定期健康檢查的習慣，檢查結果皆無異常。個案表示平日對於健康問題的處理是如果有生病就要看醫生，要配合醫護人員，不要尋求偏方或其他非醫療之方法。無抽菸喝酒，主訴向來健康狀態不錯，而在3年前開始深受青春痘的困擾，服用類固醇藥物治療持續6週，雖有改善但停藥後症狀依然出現，即放棄治療。約半年前發現有血壓偏高的情形，也不知道為什麼會有高血壓，只知道醫師說可能是庫欣症候群，以前也沒聽過這個病，當時要我吃類固醇藥物，但因為本身並沒有不舒服的症狀，所以沒有太去理會，因無造成生活上之困擾，所以沒有加以追蹤控制。治療住院期間能配合醫護人員之醫療處置。個案於7/12日進行經蝶竇腦下垂體腫瘤切除手術(transsphenoidal removal of pituitary adenoma septoplasty)，觀察鼻腔乾淨、無滲液及發紅。7/13晚上10點出現鼻漏，滲液呈少量水狀淺紅色液體，體溫：36°C；7/14無鼻漏，體溫38.5°C；7/15無鼻漏，體溫35.7°C；7/16無鼻漏，體溫35.9°C，皆無主訴術後傷口疼痛、腫脹及發熱感。

(二)、營養代謝型態

個案身高155cm，體重54kg，BMI：22m²/kg。住院前偏好重口味的食物，食慾良好不挑食；住院期間食慾較差，三餐進食量少，7/13術後第一天因身體虛弱且擔心麻醉藥未消退會導致噁心嘔吐因而進食量少，幾乎無進食，7/14已有開始進食約1009g/天，至出院前三餐進食量良好，每餐都能吃完一個便當的量。口腔黏膜完整，有固定式假牙，皮膚完整有彈性，無皺褶。

(三)、排泄型態

個案入院前排便習慣正常，約一天一次，沒有便秘的情形，排尿習慣約一天5-6次，平均一天排尿量約1200ml。住院期間排汗量少，術後留置導尿管，觀察每兩小時尿液排出情形，以下為個案住院期間每兩小時尿量。

日期	時間	尿量(ml)	尿比重	尿總量(ml)/天	性質
7/13	21:00~23:00	425	1.006	2095	淡黃色 清澈
7/14	09:00~11:00	650	1.004	3350	淡黃色 清澈
	11:00~13:00	550	1.006		
7/15	21:00~23:00	450		2840	淡黃色 清澈
	15:00~17:00	440	1.002		
	17:00~19:00	670	1.002		
7/16	06:00~07:00	310	1.002	1510	導尿管 拔除
7/17	11:50	200			淡黃色 清澈

(四)、活動運動型態

住院前固定一週活動三次，喜歡與家人一同打球、爬山。因術後體力較差的關係，住院後活動力明顯下降，個案術後多臥床休息，可在床上執行主動全關節運動，四肢肌力皆5分。至7/16始採漸進式下床，並在丈夫的陪伴下於病房內手廊上行走，行走時步態緩慢，平穩。

(五)、睡眠休息型態

住院前很好入睡，並無午睡之習慣，每天睡大約6-7小時，足夠應付他一天的活動。住院後尚能入眠，能有6-8小時之睡眠。但術後較虛弱，感覺疲憊，白天常闔眼休息，若有睡著也是半夢半醒。出院當天精神狀況良好，無疲倦感。

(六)、認知感受型態

個案術前因視力模糊而入院，經MRI檢查後發現腦下垂體腫瘤壓迫視神經而導致。術後認知及五官感覺無異常，術後隔天覺得頂葉與枕葉處感到疼痛與腫脹感，服止痛藥後稍有改善。7/14 8點疼痛指數為4分；7/14 10點服用Acetaminophen（解熱鎮痛劑）後疼痛指數為2~3分；7/15 疼痛指數為0分，但依然有腫脹及壓力感；7/16 疼痛指數為0分，腫脹及壓力感

較有改善；7/17疼痛指數為0分，無腫脹及壓力感。

(七)、自我感受型態

個案自認自己是個樂觀的人，若平常遇見不開心的事，回家後就會忘記。住院後也無聽到個案對疾病的任何抱怨，只希望能早點治療好早點回家。個案主訴：「之前長期吃高劑量類固醇藥物，滿臉冒出大量青春痘，我感覺很在意，也擔心長期服用類固醇藥物會出現副作用，而且會導致外貌改變，後來就不吃了」。個案臉部無明顯青春痘冒出，臉部膚色較暗沉、面容光滑。

(八)、角色與人際關係型態

個案目前與公婆同住，與家人相處良好，家庭持支持系統佳。兩個小孩在住院期間託付給阿姨照顧，所以很放心，並無因疾病住院而影響其角色扮演。住院期間，常會有親屬或同事來探視，聊天愉快，笑聲不斷。

個案表示在94年時因子宮外孕而手術，月經順暢沒有經痛，此疾病也無造成患者生理週期之困擾。與丈夫間性生活良好，僅使用保險套做為避孕措施。

護理計劃

問題一：潛在危險性感染/第一道防線不完善：術後傷口 (7/14-7/17)

主觀資料	7/14我昨天晚上鼻子有流一些水水的東西出來，這樣正常嗎？
客觀資料	1.7/13進行經蝶竇內視鏡腦下垂體腫瘤切除術。 2.7/13 22：00有出現少量鼻漏，液體呈清澈淡紅色。 3.7/14鼻腔乾淨、無鼻漏，體溫36°C~36.3°C。
護理目標	1.7/14-7/17住院期間無感染發生。 2.7/14-7/17個案及家屬能說出並確實做到預防感染的方法至少三項。
護理措施	1-1持續監測體溫變化。 1-2採半坐臥床頭搖高15~30度。 1-3使用簡易型加溫器O2 mask 30%，保持鼻腔及口腔的濕潤。 2-1衛教個案關於術後在鼻腔內的傷口，若有腫脹感或疼痛的感覺，可能為感染的徵象，必須告知醫護人員。 2-2若有鼻分泌液自然流出，禁止擤鼻涕及吸鼻水動作，應讓其自然流出並告知醫護人員，可用尿糖試紙測試鼻水是否含有糖份。 2-3使用熱蒸氣吸入以稀釋痰液分泌物，保持鼻腔及口腔濕潤，避免鼻黏膜破損。 2-4衛教個案每四小時執行口腔護理或使用漱口水漱口，維持手術傷口部位乾淨，以防細菌侵入造成感染。 2-5術後十天內不可用牙刷刷牙，避免出血造成感染。

(九)、性生殖型態

(十)、調適壓力耐受度型態

個案表示平時壓力源來自於工作，但總是保持心情愉快，回到家後就會忘記。若有壓力則會藉由運動做適度抒發，有良好之調適方式，壓力耐受度良好。住院期間觀察個案面容愉悅，心情顯輕鬆，談話自在無壓力感。

(十一)、信仰與價值型態

個案主訴沒有特別的宗教信仰，並不會因為宗教而影響其對醫療之決策及求醫，認為醫療是一種科技，不是過去的宗教或巫醫，相信醫療是能改善健康與疾病，並不需要尋求宗教之慰藉，能尊重個別宗教信仰，但平安順利最重要。現在只希望小孩能夠快樂健康的長大就好。

三、護理問題

- (一)、潛在危險性感染/第一道防線受損：術後傷口
- (二)、潛在性體液容積缺失/與術後合併症有關
- (三)、疼痛：頭痛/與術後合併症有關
- (四)、知識缺失：高血壓控制/與健康資訊不足有關

	<p>2-6預防感冒的發生。</p> <p>2-7注意洗手的重要性。</p> <p>2-8短期內需避免游泳</p> <p>2-9飲食方面，術後進食以 的清 質為主，採均衡飲食，及注意蔬果、纖維質之攝取。</p> <p>2-10為了避免腦脊髓液的滲出，教導術後避免打噴嚏、咳嗽、勿搬重物、彎腰、低頭、用力排便等增加閉氣用力(Valsalva maneuver)的活動。</p>
護理評估	<p>1.7/15體溫35.7°C~36°C，鼻腔乾淨，無出血、無鼻漏；病人可以說出並做到：不可用力擤鼻涕，應讓其自然流出；以漱口水漱口；進食以 的清 質，如：米湯、稀飯。</p> <p>2.7/16~7/17體溫35.9°C~36.2°C，鼻腔乾淨，無出血、無鼻漏；家屬可以說出並做到預防感染的方法四項：不可用牙刷刷牙、預防感冒、勤洗手和預防便秘。</p>

問題二、潛在性體液容積缺失/與術後合併症有關 (7/13-7/17)

主觀資料	<p>1.7/14 昨天開始，不知道為什麼，覺得尿很多。</p> <p>2.7/14 現在常常覺得口渴，想喝很多很多水。</p> <p>3.7/15 昨天一整天尿還蠻多的，吃完抗利尿的藥之後，今天尿有比較少。</p>																														
客觀資料	<p>7/12 入院時體重54公斤，住院期間皮膚有彈性、張力佳。</p> <p>7/13術後第一天因身體虛弱且擔心麻醉藥未消退會導致噁心嘔吐因而進食量少，幾乎無進食。</p> <p>7/14已有開始進食約1009g/天，至出院前三餐進食量良好，每餐都能吃完一個便當的量。</p> <table border="1" data-bbox="272 850 1282 1104"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>時間</th> <th>尿量(ml)</th> <th>尿比重</th> <th>尿總量(ml)/天</th> <th>性質</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/13</td> <td>21:00~23:00</td> <td>425</td> <td>1.006</td> <td>2095</td> <td>淡黃色、清澈</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7/14</td> <td>09:00~11:00</td> <td>650</td> <td>1.004</td> <td rowspan="2">3350</td> <td rowspan="2">淡黃色、清澈</td> </tr> <tr> <td>11:00~13:00 21:00~23:00</td> <td>550 450</td> <td>1.006</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7/15</td> <td>15:00~17:00</td> <td>440</td> <td>1.002</td> <td rowspan="2">2840</td> <td rowspan="2">淡黃色、清澈</td> </tr> <tr> <td>17:00~19:00</td> <td>670</td> <td>1.002</td> </tr> </tbody> </table>	日期	時間	尿量(ml)	尿比重	尿總量(ml)/天	性質	7/13	21:00~23:00	425	1.006	2095	淡黃色、清澈	7/14	09:00~11:00	650	1.004	3350	淡黃色、清澈	11:00~13:00 21:00~23:00	550 450	1.006	7/15	15:00~17:00	440	1.002	2840	淡黃色、清澈	17:00~19:00	670	1.002
日期	時間	尿量(ml)	尿比重	尿總量(ml)/天	性質																										
7/13	21:00~23:00	425	1.006	2095	淡黃色、清澈																										
7/14	09:00~11:00	650	1.004	3350	淡黃色、清澈																										
	11:00~13:00 21:00~23:00	550 450	1.006																												
7/15	15:00~17:00	440	1.002	2840	淡黃色、清澈																										
	17:00~19:00	670	1.002																												
護理目標	<p>1.7/14-7/17 能維持適當的體液容積，維持輸入量/輸出量的平衡。</p> <p>2.7/14-7/17 衛教家屬或病人，可說出及確實做到有關體液容積缺失的症狀及注意事項三項。</p>																														
護理措施	<p>1-1每班觀察及記錄是否有體液容積不足的症狀，如尿量變多、脫水。</p> <p>1-2每兩小時監測尿液排出量(應<400c.c)。</p> <p>1-3每天記錄液體的輸入量與輸出量、監測尿量，必要時通知醫師。</p> <p>1-4必要時監測尿比重</p> <p>1-5觀察及記錄尿液性質、顏色與量。</p> <p>1-6必要時測量病人的體重。</p> <p>1-6適當的給予液體攝入量，以防脫水。</p> <p>2-1衛教病人及家屬體液容積缺失的症狀，如意識狀態改變、嗜睡、頭昏、皮膚張力變差、黏膜乾燥等。</p> <p>2-2衛教病人及家屬可給予高滲的液體攝取，例如高濃縮果汁或湯汁等，促使腎小管水分再吸收、也可以補充流失的電解質。</p> <p>2-3 衛教病人及家屬勿喝純水，避免造成低血鈉及體液流失更為嚴重。</p>																														
護理評估	<p>1.7/16拔除導尿管，尿液自解順暢，尿液呈澄清、黃色，每兩小時尿量小於200c.c，輸入量：1540c.c、輸出量：1510c.c，能維持平衡狀態。</p> <p>2.7/16 病人可說出關於體液容積缺失的症狀三項：</p> <p>(1)多尿(尿量兩小時>400c.c)，尿液顏色淡如水。</p> <p>(2)口渴。</p> <p>(3)脫水症狀：如皮膚、黏膜乾燥。</p> <p>3.7/17 尿液自解、尿液呈澄清、黃色，每兩小時尿量小於200c.c。</p>																														

- 4.7/17 家屬及病人可說出三項注意事項：
- (1)飲食方面需補充高濃縮果汁或是湯汁，補充電解質。
 - (2)避免喝純水，避免造成低血鈉及體液流失更為嚴重。
 - (3)適當的飲水量，以避免脫水。

問題三、疼痛：頭痛/與術後合併症有關

(7/14-7/17)

主觀資料	7/14凌晨的時候，我後腦感到疼痛。現在會有一種脹脹的感覺，按壓的時候會有壓迫感。
客觀資料	1.7/13術後疼痛指數2-3分（使用0-10分疼痛評估量表），HR:88次/分、RR:14次/分，血壓143/92 mmHg。 2.7/14皺眉，手撫摸疼痛部位，頂葉及後枕骨處疼痛指數為4~5分，HR:79次/分，RR:20次/分，BP：167/110mmHg。
護理目標	1.7/14疼痛指數減輕至0-2分。 2.7/15-7/17疼痛指數能減輕至0分。 3.7/15-7/17可說出及執行減輕疼痛的方法兩項。
護理措施	1-1疼痛時依臨時醫囑給予Acetaminophen一顆口服。 1-2床頭搖高15-30度，以減少蝶鞍部承受之壓力、緩解頭痛。 1-3維護環境之安靜舒適，減少干擾。 2-1衛教個案不要做激烈運動及用力排便，保持情緒平穩，以避免腦壓上升。 2-2當疼痛時，能使用放鬆技巧，如深呼吸；或聽音樂、看書及與家屬談話來轉移注意力。
護理評估	1.7/14服藥後疼痛指數減輕至2-3分，HR:78次/分，BP：117/78mmHg。 2.7/15疼痛指數0分，但有腫脹感；能深呼吸、聽音樂來轉移對疼痛的注意力，HR:78次/分，BP：117/78mmHg。 3.7/16疼痛指數0分，有輕微腫脹感；能看書及與家屬談話來轉移對疼痛的注意力，HR:78次/分，BP：117/78mmHg。 4.7/17疼痛指數0分，無腫脹感。

問題四、知識缺失：高血壓控制/與健康資訊來源不足有關

(7/13~7/17)

主觀資料	1.7/14 我發現我的血壓偏高大概是在半年前開始，也不知道為什麼會有高血壓，只知道醫師說可能是庫欣症候群，以前也沒聽過這個病，當時要我吃類固醇藥物，但因為本身並沒有不舒服的症狀，所以沒有太去理會。因無造成生活上之困擾，所以沒有加以追蹤控制。 2.7/14 我在住院前的口味稍微偏重，在飲食方面沒有什麼的限制。 3.7/14 這幾天住院我的血壓都很高。
客觀資料	1. 7/13 血壓184/121mmHg 2. 7/14 08：00 血壓181/112mmHg、22：15 血壓177/120mmHg 3. 7/15 12：24 血壓165/104mmHg、17：40 血壓155/92mmHg 4.無臉部潮紅及嚴重頭痛等徵象。 5.有庫欣氏症候群的過去病史。
護理目標	1.7/14~7/17 維持血壓在120~140/80~90mmHg 2.7/16~7/17 個案和家屬可說出高血壓症狀及相關注意事項至少三項。
護理措施	1-1 每天監測血壓變化，必要時通知醫師 1-2依常規醫囑給予降血壓藥使用Valsartantab 80mg 1# PO QD和NORVASC tab 5mg 1# PO HS。 2-1教導病人正常血壓範圍：120~140/80~90mmHg 2-2教導高血壓會引起症狀有：頭痛、噁心、嘔吐、嗜睡、眩暈、臉色潮紅、疲倦、視力模糊等。 2-3教導高血壓可能引起的疾病，如：心血管疾病、腦中風及腎臟疾病。

	<p>2-4提供有關規律服用降血壓藥物的重要性及藥物作用、副作用及注意事項，如病人需改變姿勢時要緩慢，從平躺、坐立再站立，不要突然改變姿勢，預防姿位性低血壓。</p> <p>2-5 給予高血壓衛教單張，教導可調整生活型態來維持血壓。如：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 每天自行監測血壓變化並紀錄； (2) 控制體重； (3) 選用飽和脂肪酸及總脂肪含量少的低脂食物避免食用含高脂、高飽和脂肪酸及高膽固醇的食品；多食蔬菜、水果，增加乳品與堅果類的飲食；減少鈉鹽攝取。 (4) 增加身體活動量及規律運動。 (5) 控制飲酒並戒菸、維持正常生活作息。 <p>2-6 衛教庫欣症候群相關症狀、治療及服用類固醇藥物注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫師會衡量病人服用類固醇的劑量並指導病人如何調整劑量。 (2) 切勿自行減少劑量或停藥，原因是腦垂腺和腎上腺在長期服用類固醇後，腎上腺皮醇的分泌功能會被抑制，需要長達數月至一年時間才能恢復，若隨意調整劑量或停藥可能引致腎上腺功能不足或腎上腺危機症，嚴重時可能致命。 (3) 服用類固醇如果需要停藥時，醫師會根據病人服用類固醇的時間和劑量，指導如何減藥。 (4) 長期服用類固醇在停藥時，需要一段長時間生理劑量的腎上腺皮醇補充，在補充期間，遇到壓力增加時，如生病或手術，應主動告知醫師及遵照醫師指導作適度的劑量增加來應付壓力。
護理評估	<p>1. 7/16 (1) 09:00血壓130/88mmHg、11:00血壓136/78mmHg (2) 個案和家屬能說出高血壓症狀有頭痛、嘔吐、臉色潮紅、疲倦等。</p> <p>2. 7/17 (1) 09:00血壓136/79mmHg、11:00血壓122/76mmHg (2) 個案和家屬能說出注意事項三項：規則服用降血壓藥物重要性及其注意事項；每天自行監測血壓並紀錄；均衡飲食，低脂低鹽。 (3) 能說出服用類固醇注意事項三項：勿擅自停藥；每天自行監測血壓並紀錄；均衡飲食，低脂低鹽。</p>

討論與結論

個案因腦下垂體腫瘤行經蝶竇內視鏡切除手術，住院期間主要的護理問題有：潛在危險性感染、潛在體液容積缺失、疼痛及知識缺失。照護期間，經會談發現病患會在意其臉上佈滿青春痘，住院期間並無出現青春痘，由於住院天數短暫，入院及術後初期就先處理個案生理上的不適，其內在感受則無法更深入了解，此為照護之限制；因此並未針對其身體心像變化做進一步之評估，但仍以傾聽、鼓勵病患表達內在感受以協助面對未來可能再度發生之問題。病患術後出現少量的鼻漏，但未出現感染症狀，有頭痛現象，經服用止痛藥後有改善；出現明顯的尿崩症狀，經醫療處置並給予相關之護理措施及護理指導後，出院時已無尿崩情形，這些症狀及合併症皆與文獻相符。在住院

期間解決病患現存身體不適之生理問題，但最終仍須返家，未來返家後之出院追蹤內容及照護建議包括終生內分泌失調問題，長期服用降血壓藥物和可能再度使用類固醇藥物之注意事項以及出院後定期門診追蹤之重要性也是護理指導重點。

參考文獻

1. Shereen E: The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. *Cancer* 2004; 101:613-9.
2. 行政院衛生署：2010年8月18日；取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?no_w_fod_list_no=10238&class_no=440&level_no=1
3. Baird A, Sullivan T, Zafar S, Rock J: Quality of life in patients with pituitary tumor: A preliminary study. *Qual Manag Health Care* 2003;12:97-105.

4. Perrin P: A patient's perspective pituitary tumors. Management of pituitary tumors: Totowa, 2003:287-308.
5. 吳怡綦：腦下垂體腫瘤術後病患之症狀困擾與健康狀態之探討：台北台灣大學，2008：41-50。
6. 胡月娟等：成人內外科護理上冊(四版)。台北華杏：2008。
7. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR: Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems (7th ed.), 2008.
8. 周慧玲、羅美芳：一位腦下垂體腫瘤術後併發腦脊髓液鼻漏病患的護理經驗。護理雜誌2004；7：91-98。
9. 馮容芬：成人內外科護理下冊(四版)。台北華杏：2008。
10. Ersek M, Poe CM: Pain. In S. M. Lewis, M. M.Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.): Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems St. Louis, MO-Mosby, 2004: 131-159.
11. 陳貞瑗、周守民：神經外科專科護理作業手冊(一版)。台北華杏：2005。
12. 林佳靜、陳淑如、謝麗鳳：疼痛護理。護理雜誌1997；40：37-47。
13. 徐鳳生、蘇正芳、陳逸洲、林石化：特發性中樞型尿崩症。內科學誌2001；12：189-194。
14. 陳俊吉、侯宗昀、鄭智仁、林石化：垂體性中樞型尿崩症。醫學研究2001；25：259-263。
15. 林育成、王瑩玉、劉惠文：中樞性尿崩症。醫院藥學2005；21：41-45。
16. 台北榮民總醫院新陳代謝科：衛生教育。2011年1月21日；取自 <http://homepage.vghtpe.gov.tw/~meta/edu.htm>
17. 行政院衛生署國民健康局：高血壓防治手冊。2010年8月18日；取自 http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250015&Class=200712250090

Case Report

Nursing Experience of the Post Operative Care of a Patient Treated for a Pituitary Tumor

Pei-Ling Wu

College of Nursing, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan

This article describes the nursing experience care for a patient who experienced complications related to the transsphenoidal endoscopic resection of a pituitary tumor. During the postoperative nursing care, using observation, interviewing and physical examination, we assessed the overall risk of potential life-threatening infections, potential fluid volume deficit, headache, knowledge deficit (blood pressure control) in the patient. During the days she received care in our department, we eased the physical discomfort resulting from the postoperative complications through listening and relevant caring guidance. We established a good nurse-patient relationship which allowed her to face the complications (e.g., rhinorrhea, diabetes insipidus) and long-term blood pressure control.

Through the sharing of this nursing experience, we hope that we can call the nursing attention on the physical and mental adjustment needed by patients with pituitary tumors and improve postoperative care.

Key words: Pituitary tumors, transsphenoidal removal of pituitary adenoma septoplasty, Rhinorrhea, Diabetes Insipidus

* Corresponding Author: Pei-Ling Wu
Address: No.110,Sec.1,Jianguo N.Rd.,Taichung City 40201,
Taiwan
Tel: 886-4-24730022 ext 11833
E-mail: peiling5@csmu.edu.tw