



Pacjent z nowotworem złośliwym płuca Case study

Spis treści

1. Wprowadzenie	1
2. Kluczowe informacje o pacjencie	2
3. Kryteria oceny case study	3
4. Hierarchizacja problemów	4
Zagadnienie 1: Postępowanie w bólu nowotworowym oraz duszności	5
Analiza informacji	5
Propozycje rozwiązań	6
Konsekwencje rozwiązań	9
Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania	9
Zagadnienie 2: Opieka nad pacjentem z nudnościami i wymiotami	11
Analiza informacji	11
Propozycje rozwiązań	11
Konsekwencje rozwiązań	14
Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania	14
Zagadnienie 3: Postępowanie z zaparciami poopiodowymi	15
Analiza informacji	15
Propozycje rozwiązań	16
Konsekwencje rozwiązań	17
Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania	18
Raport końcowy z case study	19
Podsumowanie	21



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



1. Wprowadzenie

Pacjent z drobnokomórkowym rakiem płuca objęty opieką paliatywną w warunkach domowych. Celem case study jest przedstawienie kompleksowego planu opieki z uwzględnieniem **trzech kluczowych zagadnień**:

- Leczenie bólu nowotworowego i duszności
- Postępowanie z zaparciami poopoidowymi
- Opieka nad pacjentem z nudnościami i wymiotami



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



2. Kluczowe informacje o pacjencie

- **Płeć:** męczyzna
- **Wiek:** 70 lat
- **BMI:** 18 kg/m²
- **Saturacja:** 89%
- **Wywiad:** POChP, nadciśnienie tętnicze, nikotynizm, apendektomia
- **Objawy:** ból w klatce piersiowej (NRS 5/10), duszność spoczynkowa, kaszel z krwiopluciem, nudności i wymioty epizodyczne, zaparcia
- **Badania:**
 - Hemoglobina: 8,5 g/dl
 - Kreatynina: 0,9 mg/dl, eGFR: 86 mL/min/1,73m²
 - TK: guz prawego płuca (5 cm) uciskający duże oskrzele
 - Histopatologia: drobnokomórkowy rak płuca
- **Dotychczasowe leczenie:** chemioterapia i radioterapia paliatywna



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



3. Kryteria oceny case study

1. Wyodrębnienie i uporządkowanie informacji
2. Analiza informacji
3. Hierarchizacja problemów
4. Formułowanie rozwiązań
5. Ustalenie konsekwencji
6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania
7. Raport końcowy



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



4. Hierarchizacja problemów

Problem	Priorytet
Duszność i ból	1
Zaparcia poopiodowe	3
Nudności i wymioty	2



Zagadnienie 1: Postępowanie w bólu nowotworowym oraz duszności

Analiza informacji

Pacjent zgłasza dolegliwości bólowe w klatce piersiowej (NRS 5/10) oraz duszność spoczynkową. Objawy te są typowe dla zaawansowanego nowotworu płuca i wskazują na postępującą niewydolność oddechową oraz ogólne wyniszczenie organizmu.

- **Badanie fizykalne:** wychudzenie, osłabienie, duszność spoczynkowa, przyspieszony oddech, osłabienie szmeru pęcherzykowego nad prawym płucem, stłumienie odgłosu opukowego, świsty i rżżenia nad polami płucnymi.
- **Badania obrazowe:** TK klatki piersiowej wykazała guz prawego płuca (5 cm) uciskający duże oskrzele, co tłumaczy objawy duszności, kaszlu i krwioplucia.
- **Badania laboratoryjne:** Hemoglobina 8,5 g/dl – niedokrwistość, typowa dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.
- **Czynniki wpływające na analizę:**
 - Charakter i lokalizacja bólu (ból w klatce piersiowej, nasilający się przy oddychaniu)
 - Wyniki badań obrazowych (guz płuca, ucisk na oskrzele)
 - Parametry laboratoryjne (niedokrwistość, prawidłowa funkcja nerek)
 - Wiek i płeć pacjenta (mężczyzna, 70 lat – czynnik ryzyka raka płuca)
 - Wywiad chorobowy (POChP, nadciśnienie, nikotynizm – czynniki ryzyka nowotworu płuca)
 - Stan ogólny i objawy wyniszczenia (niski BMI, objawy ogólne)



Problemy do rozwiązania

1. **Postępująca duszność** – zaawansowany nowotwór płuca powoduje narastające trudności w oddychaniu, które wymagają skutecznego leczenia objawowego.
2. **Ból w klatce piersiowej** – przewlekły ból o nasileniu NRS 5/10 istotnie obniża komfort życia i wymaga systematycznego leczenia przeciwbólowego.

Propozycje rozwiązań

Farmakologiczne

- **Opioidy:**
 - Morfina (lek z wyboru w duszności i bólu nowotworowym) – rozpocząć od 2,5–5 mg doustnie u pacjentów opioid-naive, z możliwością eskalacji dawki o 50% w zależności od odpowiedzi, miareczkowanie do uzyskania satysfakcjonującej ulgi lub pojawienia się działań niepożądanych (nadmierna sedacja, objawy wytwórcze).
Morfinę może doraźnie podać pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej zgodnie z wykazem leków przypisanym do programu szkolenia specjalizacyjnego. Lecz recepta wymagana jest od lekarza.
 - Tramadol - Lek może zaordynować w postaci doustnej lub doodbytniczej pielęgniarka na receptę zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.



- Kodeina + paracetamol (OTC) / kodeina + ibuprofen (OTC) - Lek może podać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego drogą doustną na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dziennik Ustaw 2017 r. poz. 497).
- Oksykodon, dihydrokodeina – alternatywy w zależności od tolerancji. Z przepisu lekarza.
- **Leki nieopiodowe:**
 - Paracetamol (do 2 g/dobę u pacjentów z niedożywieniem – ryzyko hepatotoksyczności przy wyższych dawkach).
Lek OTC.
 - NLPZ (uwaga na ryzyko uszkodzenia przewodu pokarmowego, pogorszenia funkcji nerek, powikłań sercowo-naczyniowych), nie łączyć z innym NLPZ stosowanym systemowo.
Lek OTC.
- **Koanalgetyki:**
 - Leki przeciwdepresyjne lub przeciwpadaczkowe w bólu neuropatycznym zleczone przez uprawnionego specjalistę.
- **Benzodiazepiny:**
 - Krótkodziałające benzodiazepiny: Lorazepam lub midazolam w przypadku komponenty lękowej związanej z dusznością.
 - Lorazepam (p.o. lub s.l.) lub midazolam (s.c.) może doraźnie podać pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej zgodnie z wykazem leków przypisanym do programu szkolenia specjalizacyjnego. Lecz receptę w obecnym stanie prawnym może wystawić lekarz.



Niefarmakologiczne

- **Tlenoterapia niskoprzepływowa:**
 - Poprzez kaniulę donosową (<3 l/min z uwagi na POChP) przy saturacji poniżej 90%, dostosowana do komfortu pacjenta.
- **Techniki oddechowe:**
 - Oddychanie przez zaciśnięte wargi w celu wytworzenia ciśnienia podtrzymującego drogi oddechowe.
 - Oddychanie przeponowe w celu ograniczenia użycia dodatkowych mięśni.
- **Wentylator skierowany na twarz:**
 - Chłodzenie receptorów nosowych, łagodzenie sygnałów do ośrodka oddechowego, poprawa poczucia kontroli.
- **Pozycje odciążające:**
 - Pochylona do przodu, siedzenie z łokciami opartymi na udach, leżenie na boku z uniesionym tułowiem.
- **Edukacja pacjenta i opiekunów:**
 - Duszność sama w sobie nie jest niebezpieczna, ale znacznie pogarsza jakość życia.
 - Napady duszności ustępują po kilku minutach odpoczynku.
 - Unikanie skrajności w zakresie odpoczynku i aktywności.
- **Wsparcie psychologiczne:**
 - Redukcja lęku, muzykoterapia, techniki odwracania uwagi.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Konsekwencje rozwiązań

Efekty pozytywne

- Skuteczne łagodzenie duszności i bólu – poprawa komfortu życia.
- Zmniejszenie napięcia emocjonalnego – benzodiazepiny i techniki oddechowe redukują lęk.
- Możliwość realizacji w warunkach domowych – brak konieczności hospitalizacji.

Efekty negatywne

- **Opioidy:** senność, zaparcia, depresja oddechowa przy nieprawidłowym dawkowaniu.
- **Benzodiazepiny:** ryzyko uzależnienia, zaburzenia funkcji poznawczych u osób starszych.
- **Tlenoterapia:** wysuszenie śluzówek, ryzyko retencji CO₂ u pacjentów z POChP.
- **NLPZ:** ryzyko uszkodzenia przewodu pokarmowego, pogorszenia funkcji nerek.

Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania

Rekomendacja:

- Regularne stosowanie opioidów (morfina z wyboru) w dawkach dostosowanych do potrzeb pacjenta.
- Tlenoterapia niskoprzepływową w warunkach domowych.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Metody niefarmakologiczne (wentylator, techniki oddechowe, pozycje odciążające).
- Edukacja pacjenta i opiekunów w zakresie postępowania w napadzie duszności.
- Wsparcie psychologiczne i benzodiazepiny w najmniejszych skutecznych dawkach w przypadku lęku.

Uzasadnienie:

Pozwala skutecznie łagodzić duszność i ból, poprawia komfort oddychania, nie wymaga hospitalizacji ani skomplikowanych procedur. Minimalizuje ryzyko powikłań przy odpowiednim monitorowaniu.



Zagadnienie 2: Opieka nad pacjentem z nudnościami i wymiotami

Analiza informacji

Nudności i wymioty u pacjentów w opiece paliatywnej są częstym problemem, który znacząco obniża komfort życia. Mogą wynikać z:

- **Ucisku guza na struktury klatki piersiowej i przepony** – mechaniczne utrudnienie oddychania i połykania.
- **Działania leków** – opioidy, cytostatyki, radioterapia.
- **Zaburzeń metabolicznych** – niedokrwistość, odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe.
- **Zaparcie** – nasilają nudności poprzez zatrzymanie treści jelitowej.

Objawy: epizodyczne nudności, wymioty, brak apetytu, ryzyko odwodnienia i pogorszenia stanu ogólnego.

Problemy do rozwiązania

- Nudności i wymioty utrudniają przyjmowanie leków doustnych, pogarszają stan odżywienia i nawodnienia.
- Mogą prowadzić do odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, pogorszenia jakości życia.

Propozycje rozwiązań

Farmakologiczne

- **Metoklopramid (lek pierwszego rzutu):**
 - Dawka: do 30 mg/dobę (np. 3 × 10 mg).
 - Czas stosowania: maksymalnie 5–7 dni ze względu na ryzyko polekowego zespołu parkinsonowskiego.



- Szczególnie korzystny u pacjentów z zaparciami – działanie prokinetyczne.
- Lek może podać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego drogą doustną na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dziennik Ustaw 2017 r. poz. 497)
- **Ondansetron:**
 - Dawka: do 16 mg/dobę.
 - Uwaga: nie łączyć z tramadolem (osłabia działanie przeciwbólowe tramadolu).
 - Lek może zaordynować pielęgniarka na receptę zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.
- **Thietylperazyna:**
 - Dawka do 3 × 6,5 mg.
 - Nasila działanie innych leków depresyjnych na OUN.
 - Lek może podać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego drogą doustną i doodbytniczą na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych



udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dziennik Ustaw 2017 r. poz. 497).

- Lek może zaordynować w dowolnej postaci pielęgniarka na recepcie zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.
- **Haloperidol:**
 - Dawka: od $2 \times 0,5$ mg do maks. 5 mg/dobę.
 - Uwaga: ryzyko zaburzeń rytmu serca, senność, upadki.
 - Lek może doraźnie podać pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej zgodnie z wykazem leków przypisanym do programu szkolenia specjalizacyjnego.

Niefarmakologiczne

- **Edukacja opiekunów:**
 - Rozpoznawanie objawów odwodnienia i powikłań.
 - Monitorowanie skuteczności leczenia przeciwwymiotnego.
- **Unikanie czynników nasilających nudności:**
 - Silne zapachy, tłuste potrawy, pozycja leżąca bez uniesienia głowy.
- **Zmiana pozycji ciała:**
 - Pozycja półsiedząca, uniesienie tułowia.
- **Podawanie małych porcji płynów i pokarmów:**



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- W celu zmniejszenia ryzyka wymiotów.

Konsekwencje rozwiązań

Efekty pozytywne

- Zmniejszenie nudności i wymiotów – poprawa komfortu życia.
- Ułatwienie przyjmowania leków doustnych.
- Zmniejszenie ryzyka odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych.

Efekty negatywne

- **Metoklopramid:** ryzyko objawów pozapiramidowych (sztywność, drżenia).
- **Ondansetron:** zaparcia, bóle głowy.
- **Haloperidol:** senność, zaburzenia rytmu serca, ryzyko upadków.
- **Thietylperazyna:** nasilenie depresji OUN, senność.

Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania

Rekomendacja:

- Metoklopramid jako lek pierwszego rzutu (krótkotrwale).
- W przypadku braku efektu lub niedostatecznego efektu można dołączyć lub zastąpić metoklopramid – ondansetronem lub/i thietylperazyną lub haloperidolem w małych dawkach.
- Edukacja opiekunów w zakresie rozpoznawania powikłań i reagowania na nie.
- Niefarmakologiczne metody wspomagające (pozycja półsiedząca, unikanie zapachów).



Uzasadnienie:

Skuteczność, możliwość stosowania w warunkach domowych, poprawa jakości życia pacjenta. Minimalizacja ryzyka powikłań przy odpowiednim monitorowaniu.

Zagadnienie 3: Postępowanie z zaparciami poopiodowymi

Analiza informacji

Zaparcia są jednym z najczęstszych działań niepożądanych opioidów stosowanych w leczeniu bólu nowotworowego. Mechanizm polega na hamowaniu perystaltyki jelit, zwiększeniu wchłaniania wody z mas kałowych oraz zmniejszeniu wydzielania w jelitach.

- **Czynniki ryzyka:**

- Regularne stosowanie opioidów.
- Niska aktywność fizyczna pacjenta.
- Wyczerpanie organizmu i niedożywienie.
- Niewystarczające nawodnienie.

- **Objawy:**

- Brak wypróżnienia przez kilka dni.
- Dyskomfort w jamie brzusznej, wzdęcia.
- Ryzyko powikłań: niedrożność jelit, zatrucie kałowe.

Problemy do rozwiązania

- Zaparcia poopiodowe obniżają komfort życia, nasilają ból brzucha i mogą prowadzić do poważnych powikłań.
- Wymagają profilaktyki od początku terapii opioidowej oraz skutecznego leczenia objawowego.



Propozycje rozwiązań

Farmakologiczne

- **Makrogole:**
 - Mogą być stosowane długotrwale, korzystniejszy profil działania niż laktuloza.
- **Lactulosum:**
 - Uwaga na dyskomfort związany ze wzdęciami, gazami, ryzyko dysbiozy flory jelitowej.
- **Dokuzan sodowy:**
 - Doustnie lub w formie czopków.
- **Czopki glicerynowe:**
 - Ułatwiają defekację poprzez drażnienie śluzówki odbytnicy.
- **Bisacodyl doustnie lub w czopkach:**
 - Silne działanie przeczyszczające.
- **Sennozydy (ekstrakt z senesu):**
 - Doustnie, działanie drażniące na jelito grube.
- **Wlewki doodbytnicze:**
 - Z 0,9% NaCl, fosforanów (ostrożnie przy niewydolności nerek).
- **Microwlewki:**
 - Zmiękczejące stolec i prowokujące defekację.



- **Osoba uprawniona może zlecić lek będący antagonistą receptora opioidowego np. naldemedynę**, która zmniejsza zaparcia opioidowe i może być stosowane w połączeniu lekami przeczyszczającymi.

Zasada: Wlewki i czopki stosuj tylko wtedy, gdy stolec jest w zasięgu badania per rectum!

Niefarmakologiczne

- **Masaż brzucha:**
 - Pobudza perystaltykę jelit.
- **Techniki fizjoterapeutyczne:**
 - Ćwiczenia poprawiające motorykę jelit.
- **Spacerowanie:**
 - Jeśli możliwe, poprawia perystaltykę.
- **Nawodnienie doustne:**
 - Utrzymanie odpowiedniego poziomu płynów.
- **Uwzględnij błonnik z warzyw i owoców w miarę możliwości i preferencji pacjenta** (zupy wielowarzywne, warzywa na parze, suszona śliwka w jagurcie, przetarte jabłko)
- **Unikanie preparatów błonnika w postaci otrębów/łusek (np. babka płesznik):**
 - Mogą powodować niedrożność jelit przy niedostatecznej podaży płynów.

Konsekwencje rozwiązań

Efekty pozytywne

- Skuteczne zmniejszenie zaparcí – poprawa komfortu życia.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Zmniejszenie ryzyka powikłań (niedrożność, zatrucie kałowe).
- Możliwość realizacji w warunkach domowych.

Efekty negatywne

- **Leki przeczyszczające:**
 - Mogą powodować biegunki, odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe.
- **Laktuloza:**
 - Wzdęcia, dyskomfort, zaburzenia flory jelitowej.
- **Wlewki doodbytnicze:**
 - Dyskomfort, ryzyko podrażnienia śluzówki, wlewki fosforanowe mogą pogarszać funkcję nerek (nie stosować u pacjentów z PChN).

Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania

Rekomendacja:

- Profilaktyka od początku terapii opioidowej: makrogle jako lek pierwszego wyboru i/lub senozydyny.
- W przypadku braku efektu – czopki glicerynowe lub bisacodyl.
- Wlewki doodbytnicze tylko w razie konieczności i po ocenie per rectum.
- Edukacja opiekunów w zakresie rozpoznawania powikłań i reagowania na nie.

Uzasadnienie:

Bezpieczne, skuteczne, możliwe w warunkach domowych. Minimalizuje ryzyko powikłań i poprawia komfort życia pacjenta.



Raport końcowy z case study

Cel opieki

Zapewnienie pacjentowi z drobnokomórkowym rakiem płuca kompleksowej opieki paliatywnej w warunkach domowych, skoncentrowanej na poprawie jakości życia poprzez skuteczne leczenie objawowe, wsparcie psychologiczne i edukację opiekunów.

Podsumowanie kluczowych problemów

1. **Duszność i ból nowotworowy** – wymagają farmakoterapii (opioidy, leki wspomagające) oraz metod nefarmakologicznych (techniki oddechowe, wiatrak nakierowany na twarz, pozycje odciążające, edukacja).
2. **Zaparcia poopoidowe** – konieczna profilaktyka od początku terapii opioidowej (makrogole) oraz leczenie objawowe (czopki, stymulanty, wlewki w razie potrzeby).
3. **Nudności i wymioty** – leczenie farmakologiczne (metoklopramid, ondansetron, tietylperazyna, haloperidol) oraz wsparcie nefarmakologiczne (pozycja półsiedząca, unikanie zapachów).

Ocena zastosowanych rozwiązań

- **Efektywność:**
 - Opioidy skutecznie łagodzą ból i duszność, poprawiają komfort życia.
 - Leki przeczyszczające redukują zaparcia, minimalizując ryzyko powikłań (kamienie kałowe/niedrożność jelit).
 - Leki przeciwwymiotne łagodzą nudności, ułatwiają przyjmowanie leków doustnych.
- **Bezpieczeństwo:**



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Monitorowanie działań niepożądanych (senność, depresja oddechowa, zaburzenia rytmu serca).
- Edukacja opiekunów w zakresie rozpoznawania powikłań i reagowania na nie.
- **Możliwość realizacji w domu:**
 - Wszystkie rekomendowane metody są możliwe do wdrożenia w warunkach domowych, bez konieczności hospitalizacji.

Konsekwencje pozytywne

- Poprawa komfortu życia pacjenta.
- Zmniejszenie lęku i poczucia bezradności.
- Utrzymanie możliwie największej niezależności pacjenta.
- Wsparcie psychologiczne i edukacja rodziny – lepsze przygotowanie na dalszy przebieg choroby.

Konsekwencje negatywne

- Brak leczenia przyczynowego oznacza postęp choroby.
- Możliwe poczucie rezygnacji u pacjenta i rodziny – wymaga wsparcia psychologicznego.
- Ryzyko działań niepożądanych leków – wymaga stałego monitorowania.

Wnioski i rekomendacje końcowe

- **Priorytet:** leczenie objawowe, poprawa jakości życia, wsparcie psychologiczne i duchowe.
- **Stały kontakt z zespołem opieki paliatywnej:** pielęgniarka, lekarz, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- **Regularna ocena potrzeb pacjenta:** dostosowywanie planu opieki do zmieniającego się stanu zdrowia.
- **Edukacja opiekunów:** rozpoznawanie powikłań, reagowanie na nagłe pogorszenie stanu, zasady podawania leków.
- **Unikanie inwazyjnych procedur:** brak hospitalizacji, brak agresywnego leczenia przyczynowego.

Podsumowanie

Opieka nad pacjentem z drobnokomórkowym rakiem płuca w fazie terminalnej powinna być holistyczna, skoncentrowana na łagodzeniu objawów, wsparciu emocjonalnym i zapewnieniu godności w ostatnim okresie życia. Współpraca z zespołem opieki paliatywnej, edukacja rodziny i indywidualizacja terapii są kluczowe dla osiągnięcia tego celu.

Michał Milewski

2025-12-01