

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKOV Z BOLEČINO PRI PLJUČNEM RAKU

Mira Logonder

Bolečina je eden izmed spremljajočih simptomov pljučnega raka. Ni zelo pogosta, je pa navadno znak tumorja, ki je že precej napredoval. V primeru pancoastovega tumorja je bolečina lahko prisotna že prej kot se ugotovi tumor in je posledica vraščanja tumorja v steno prsnega koša, v brahialni pletež in hrbtenico.

Najpogostejše je bolečina pri pljučnem karcinomu posledica kostnih metastaz, dokaj pogosto pa se pojavi v predelu torakotomijske rane.

V ambulantno za zdravljenje bolečin na Onkološkem inštitutu je bilo v zadnjih dveh letih napoteno na simptomatsko zdravljenje okrog 60 bolnikov (3 % novoodkritih pljučnih karcinomov na leto). V večini primerov je bila pri bolnikih prisotna kombinacija somatske in nevropatske bolečine katere vzrok so bili predvsem metastatski procesi na kosteh, torakotomijske rane, Pancoast tu. z vraščanjem v torakalno steno in brahialni pletež, pritisk tumorja na pletež ali živec. Le v 7 primerih smo zasledili le somatsko bolečino zaradi kostnih metastaz in v 3 primerih visceralno bolečino kot posledico vraščanja malignoma v plevro, plevralnega izliva in metastaz v jetrih.

Bolnikom s samo somatsko bolečino je zadostovala medikamentozna terapija. V večini primerov so bile pri bolnikih potrebne blokade živcev v kombinaciji z medikamentozno terapijo po priporočilih WHO glede na stopnjo bolečine.

Medikamentozna terapija je obsegala 2. in 3. stopnjo po WHO lestvici in sicer:

na drugi stopnji: Srednje močne opioide (Tramadol, Codein, DHC) in druga zdravila (neopioidi, antikonvulzivi, trcikiklični antidepresivi, sredstva za zaščito želodca in antiemetiki, kortikosteroidi...)

na tretji stopnji: močne opioide (hitrodelujoče Mo kapljice, počasi sproščujoči: neopioidi MST, Kapanol, Doltard) dodatna zdravila.

Večina bolnikov je lahko prejemale terapijo per os. V nekaterih primerih je bila v začetku zaradi intenzivnosti in razširjenosti bolečine potrebna bolečinska infuzija. Prav tako je bila v nekaterih primerih potrebna infuzija tudi v terminalni fazi. Podkožna aplikacija zdravil pri obravnavanih bolnikih ni bila pogosta.

V 12 primerih pa je bilo zaradi razširjenosti in trdovratnosti bolečine potrebno vstaviti epiduralni kateter. Od tega je večina bolnikov dobivala zdravila v bolusu, pri dveh pa je bila potrebna kontinuirana aplikacija preko črpalke.

ZN OBSEGA

1. Ugotavljanje bolnikovih potreb in ocenjevanje bolnikovega doživljanja bolečine ter postavitev negovalne diagnoze:

- bolnikov odziv na bolečino
- poznavanje bolezní
- odnos svojcev do bolečine in zdravljenja ter njihovo pripravljenost za sodelovanje
- prepoznavanje verbalnih in neverbalnih znakov bolečine
- bolnikovo zaznavanje bolečine glede na lokalizacijo, intenzivnost, čas, trajanje in tip bolečine
- merjenje bolečine
- ocena postopkov, ki bolečino stopnjujejo ali ublažijo.

2. Izdelava sistematičnega načrta ZN:

- prizadevanja za zmanjšanje dejavnikov, ki vplivajo na človekovo doživljanje bolečine in strahu
- čimprejšnje ukrepanje ob prepoznavi znakov bolečine
- izbira najprimernejšega načina lajšanja bolečin po predpisanem terapevtskem programu.

3. Izvajanje ZN:

- zdravstveno vzgojno delo (zmanjševanje strahu, negotovosti...)
- izvajanje oz. pomoč pri izvajanju nefarmakoloških metod zdravljenja (kožne stimulacije, pogovor, položaj, relaksacijske tehnike)
- dajanje predpisanih zdravil
- ocena učinkovitosti dane terapije, stranskih učinkov in reakcije bolnikov, posvetovanje z zdravnikom
- ukrepanje ob komplikacijah
- evidentiranje
- poučevanje bolnikov in svojcev o dajanju, naročanju zdravil, o tehnikah in pripomočkih.

4. Ocena uspešnosti dela se kaže v bolnikovem počutju, izraženem olajšanju, večji bolnikovi aktivnosti in zaupanju v zdravljenje.