

Farmakologisk smärtbehandling vid cancersjukdom

Hösten 2012



UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I LANDSTINGET SÖRMLAND

Innehållsförteckning

Definition av smärta enligt IASP	sid 5
Smärtanalys och systemkontroll	sid 8
Blankett för smärt/symptomanalys	sid 9
Symptommanual	sid 10
Smärtschablon "Smärtgubbe"	sid 11
Smärtdiagnostik och behandling – flödesschema	sid 12-13
VAS-stickan	sid 14
Behandling av nociceptiv smärta	sid 15
Genombrottssmärta	sid 17
Behandling an neuropatisk smärta	sid 17
Utvärdering/ kontroll av given behandling	sid 18
Konverteringsguide för opioider	sid 19
Biverkningar vid behandling med opioider	sid 20
• Obstipation	sid 20
• Dåsighet	sid 21
• Vattenkastningsbesvär	sid 21
• Svettningar	sid 21
• Klåda	sid 21
• Muskelryckningar	sid 21
• Hallucinos	sid 21
• Hicka	sid 22
Övrig symptombehandling	sid 22
• Muntorrhet	sid 22
• Smärta/sveda i munnen	sid 22
Behandling sista dygnet	sid 23
Hjälp!	sid 24
Referenser	sid 24

Farmakologisk smärtbehandling vid cancersmärta

utarbetats av Läkemedelskommittén , Expertgrupp
smärta och rörelseorganens sjukdomar:

Carl-Ove Arvidsson, överläkare Smärtmottagningen
Nyköpings lasarett

Anette Bjerg, distriktsläkare VC Bagaregatan Nyköping

Christian Hansson, Överläkare Palliativa enheten Kull-
bergiska Sjukhuset

Gösta Lööf, informationsapotekare, Läkemedelskom-
mittén

Marie Portström, distriktsläkare VC Tunafors Eskilstuna,
Informationsläkare, Läkemedelskommittén

Ulla-Britt Zetterholm, specialistsjuksköterska Smärtmot-
tagningen Nyköpings lasarett

Definition av smärta enligt IASP

IASP (International Association for the Study of Pain) fri översättning:
 "Smärta är en sensorisk och/ eller emotionell upplevelse som kan orsakas av faktisk eller hotande vävnadsskada eller som av patienten tolkas och beskrivs i termer av en sådan skada"

Indelning av smärta vid cancersjukdom:

- **Fysisk smärta** nociceptiv eller neuropatisk karaktär
- **Psykisk smärta** oro, ångest depression etc.
- **Social smärta** Identitetsförändring, social isolering, föräldraroll i familj och arbetslivet etc.
- **Existentiell smärta** när livet och själva existensen förändras
- **Andlig smärta** andligt grubbleri – finns "liv" efter döden etc.

Ca 70 % av patienter med obotbar cancer drabbas av medelsvår eller svår cancerrelaterad smärta där acceptabel eller total smärtkontroll går att uppnå till 95%.

FYSISK SMÄRTA

Otillräcklig smärtlindring
 Procedursmärta



ÅNGEST/ORO

Administrativt slarv
 Fördröjning av diagnos
 Misslyckad terapi
 Social isolering
 Ej optimal läkarkontakt

DEPRESSION

Förlust av; social position, arbete, familjeroll
 Utseendeförändring

ÄNGSLAN/STRESS

Rädsla för smärta, sjukhus och behandlingar
 Oro för familj och ekonomi
 Saknad av andlig tro
 Ovisshet om framtiden

För optimal behandling av smärta vid cancersjukdom ska alla faktorer utvärderas som kan ge smärta och förstärka smärta.

Symptomanalys ska vara inriktad mot helhetsyn av patienten.

All personal som träffar patienten ska vara delaktig i utvärderingen av patientens besvär och situation.

Professionell hjälp av lämplig specialist skall insättas vid behov. Multidisciplinärt förhållningssätt och behandling ska eftersträvas.

Nociceptiv smärta

Viktig fysiologisk skyddsmekanism. Speciella smärtreceptorer finns i princip i alla organ i kroppen och aktiveras av stimulering som kan vara av mekanisk, kemisk eller termisk art.

Den akuta smärtan förmedlas via A-deltafibrer och smärtan är relativt avgränsbar, medan den långvariga smärtan förmedlas av C-fibrer och här är smärtan mer diffus och svår att avgränsa.

Smärtyper	Ursprung	Vanliga kliniska karakteristika
<i>Somatisk</i>		
Kontinuerlig	skelett, fascia, muskler, sensor, leder och hud	Vällokaliserad, konstant Refererad smärta, ibland radierande
Intermittent	skelett, fascia, muskler, sensor, leder och hud	Aktivitetsrelation, muskelspasm
<i>Visceral</i>		
Kontinuerlig	visceral vävnad kring organ, mesenterium	Djup, svårlokaliserad Autonoma och somatiska reflexer. Smärtan kan vara refererad
Intermittent	intestinal, obstruktion, urogenital spasm	Spontan intervallmönster Hög intensitet. Sällan aktivitetsrelaterad Refererad smärta
Inflammation	fr.a. runt tumörvävnad	Kontinuerlig, ofta palpationsömhet, aktivitetsrelaterad
Infektion	generell smärta vid sepsis (spridd infektion i hela kroppen)	

Neuropatisk smärta

Uppstår vid skada, kompression, inflammation eller överväxt av tumör eller metastas på nerver belägna perifert i kroppen eller i centrala nervsystemet (ryggmärg och hjärna).

Funktionella förändringar uppstår i den skadade nervbanan vilket kan resultera i ett smärttillstånd i den "skadade" nervens utbredningsområde. Motoriska bortfall kan förekomma i den affekterade nerven vilket kan leda till pares som kan vara partiell eller total.

Sensoriska störningar förekommer där normal beröring, kyla och värme kan utlösa smärta.

Smärtyper	Ursprung	Vanliga kliniska karakteristika
Neuropatisk Kontinuerlig	perifert/och/eller centralt utlösta smärtor	Utstrålning inom aktuellt nervutbredningsområde t.ex. ökad/minskad smärtupplevelse vid normal beröring
Intermittent	perifera och / eller centrala nervsystemet	Paroxysmalt utstrålning. Ibland orelaterade till rörelse och kroppsläge

Smärtindelning är inriktad på klinisk bedömning av smärttillstånd. Utförligt somatiskt status samt utvärdering av andra smärtförstärkande faktorer markeras på schablonbild (se sid 11) av patienten själv eller av den undersökande.

Dessutom ifylls kringsymtom enl. smärtanalysformuläret (sid 10)

Kontinuerlig utvärdering och terapiuppföljning ska göras regelbundet!

Smärtanalys och systemkontroll

En noggrann smärtanamnes och en adekvat smärtanalys är grunden för all kvalificerad smärtbehandling.

Smärtanalys innebär att ta reda på vilken huvudgrupp den aktuella smärtan tillhör. Är det en nociceptiv smärta, en neuropatisk, inflammatorisk eller infektiös smärta eller en kombination av olika typer, vilket är mest vanligt. Valet av läkemedel eller annan terapiform är relaterad till smärtgenes.

Ett bra underlag är "Smärtanalys" och "Kroppsschablon sid 9 och 10.

På kroppsschablonen kan patienten eller vårdpersonal fylla i olika markeringar för smärtans lokalisation och karaktär.

(Dessa kan kopieras ur vårdprogrammet, ifyllas och sedan scannas in i SYSTEM Cross. På så sätt kan man följa och utvärdera given behandling.)

En smärtanalys skall innehålla några av följande frågor:

- Smärtans intensitet? VAS-skattning
- Var gör det ont? Se smärtteckning
- När gör det ont? Dygnsrytm?
- Har patienten ont på platsen för tumör/metastas?
- Är värken molande och konstant?
- Påverkas den av rörelse?
- Förekommer smärta med inslag av kolik?
- Strålar smärtan ut i ett ben, en arm längs ett dermatom?
- Finns sensibiliseringsstörning i det smärtande området? Bortfall av känsel? Överkänslighet för stimuli?
- Förekommer det flera typer av smärta samtidigt?
- Påverkas sömnen?
- Finns påtagliga inslag av ångest, oro eller nedstämdhet?
- Effekter och bieffekter av tidigare smärtbehandling?

Effekter och bieffekter av insatta läkemedel och behandlingar ska utvärderas regelbundet. För att på ett tidigt stadium upptäcka eventuella bieffekter är en symptomanamnes viktig att göra. Symptomanamnesen kan utformas som en checklista. Se nästa sida.

Smärta och symptom måste utvärderas regelbundet och alltid efter ändrad dosering av smärtstillande läkemedel/ behandling!

Primär målsättning är smärtfrihet i vila.

Smärt/symptomanalys

personnummer.....

(scannas in i pats journal i SYSteam Cross)

namn.....

VAS

Datum						
Signatur						
Smärta i vila fm						
Smärta i rörelse fm						
Smärta i vila em						
Smärta i rörelse em						

Smärtanalys (markera med ja/nej)

Datum						
Signatur						
Lokalisation (smärtgubbe på baksidan)						
Välavgränsad						
Diffus						
Karaktär						
Molande dov Konstant						
Tryckande Bultande pulserande						
Brännande skärande stickande						
Tidsförlopp						

Symptommanual (markera med ja/nej)

Datum							
Signatur							
Illamående							
Kräkning							
Diarré							
Muntorrhet							
Andfåddhet							
Oro/ångest							
Sömnskal (VAS 0-10, 10=sömnlös)							

Kroppsschablon för att markera smärtans utbredning finns på sidan 11.

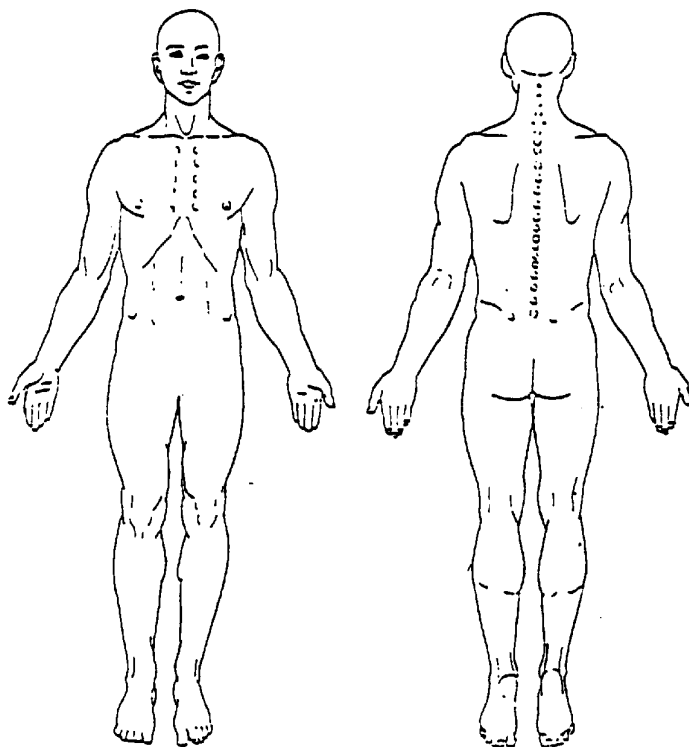
Övriga symptom som patienten besväras av införs på de tomma raderna.

Denna sida kan du använda och därefter scanna in i SYSteam Cross.

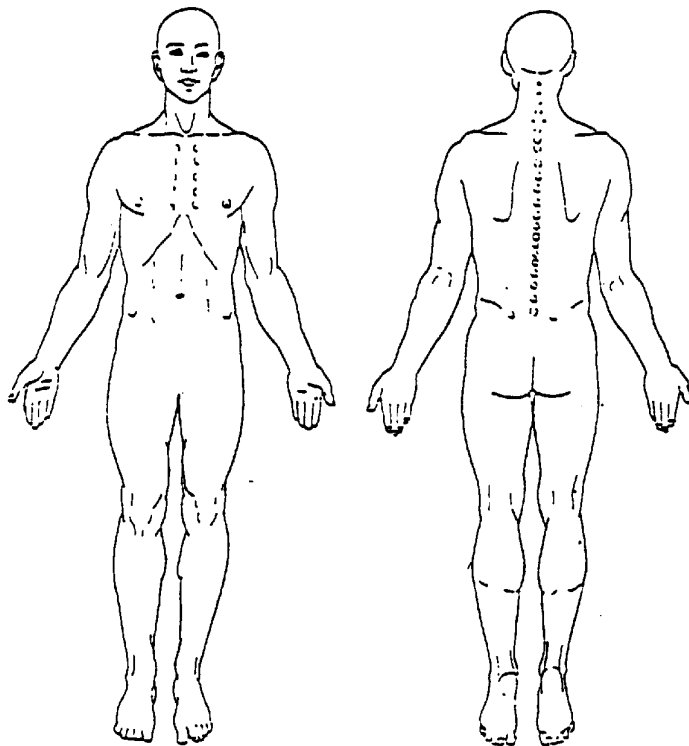
Kroppsschablon ” Smärtgubbe”

Personnummer.....

Namn.....

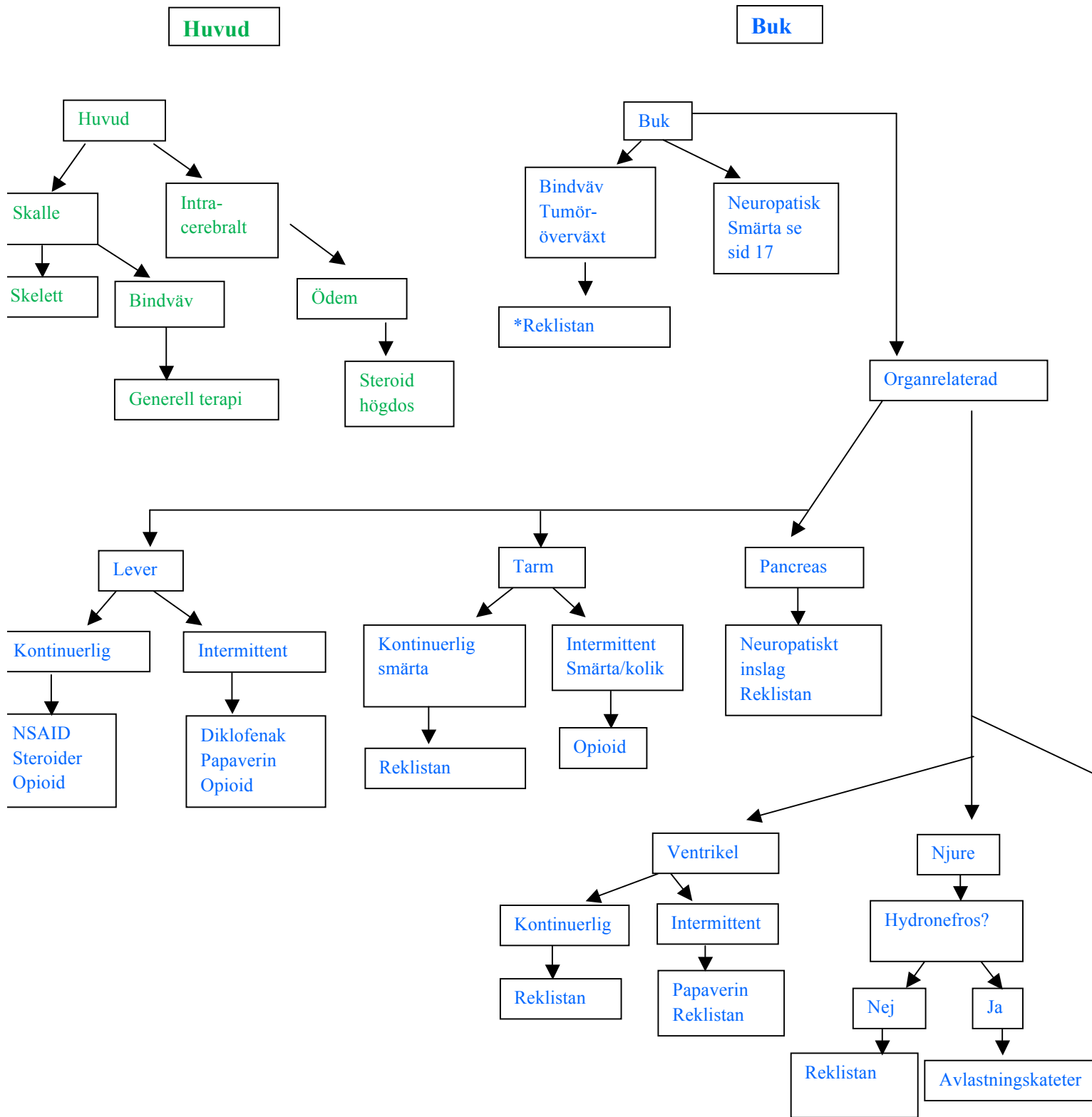


Datum.....

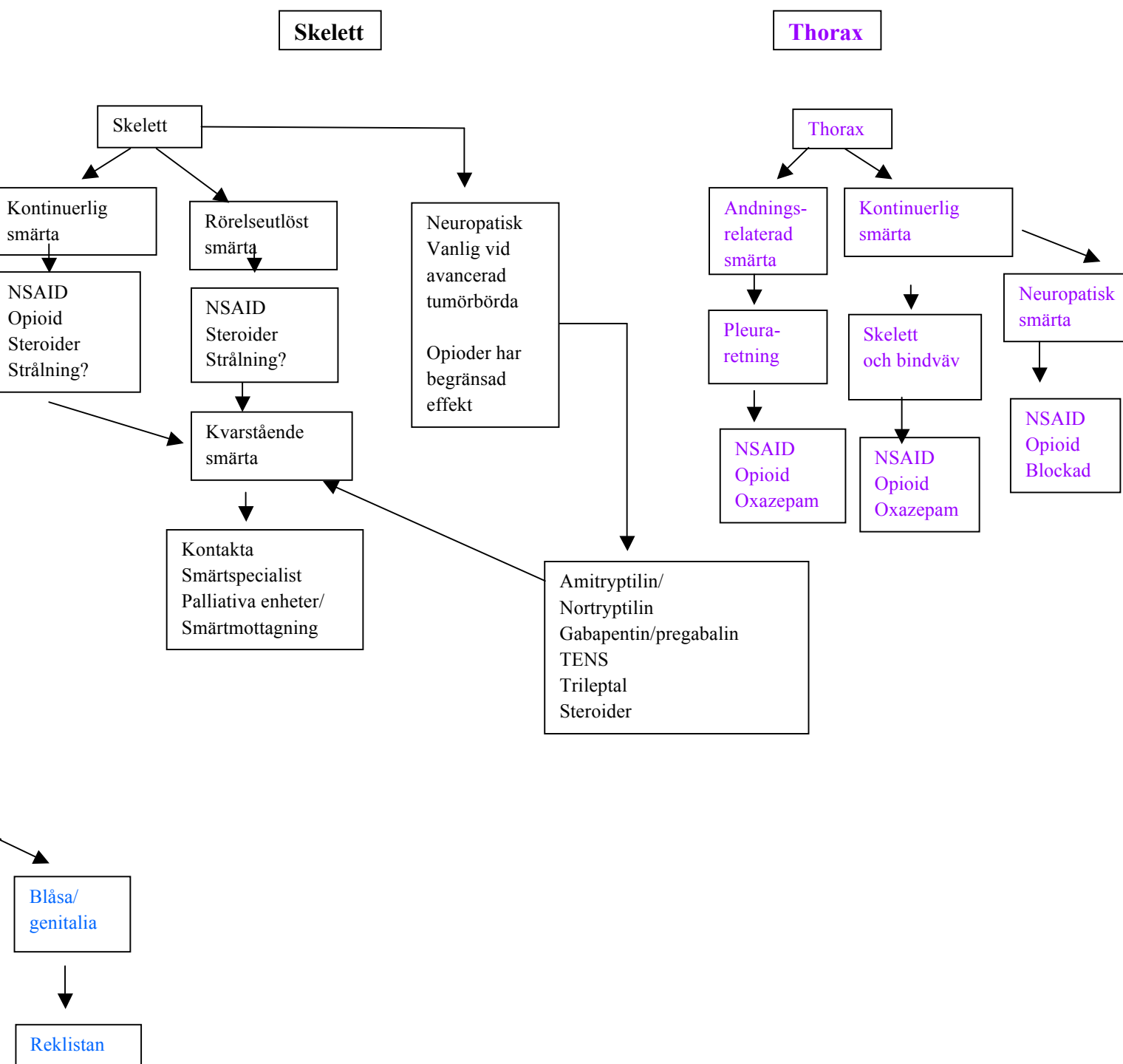


Datum.....

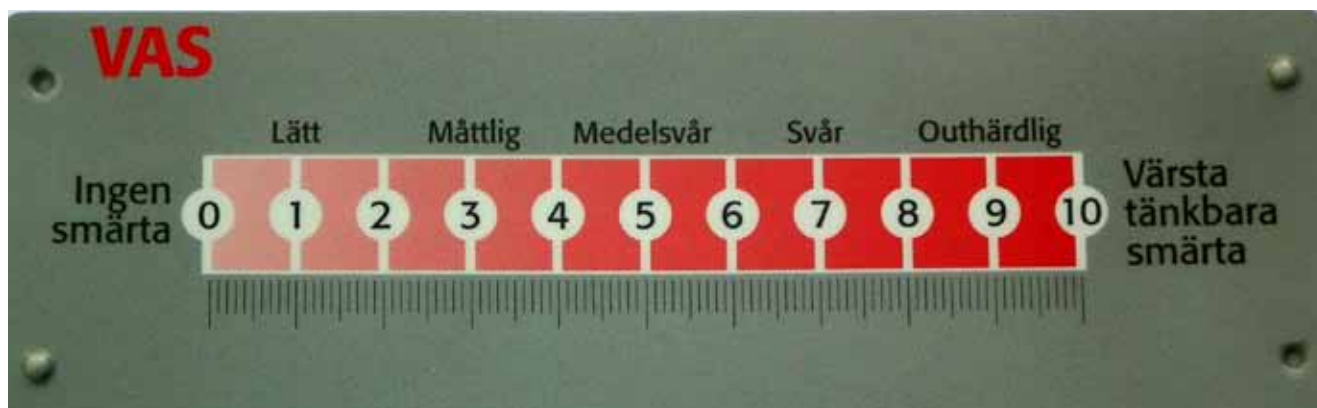
Smärtdiagnostik och beha



ndling vid tumörsjukdom



Bruksanvisning för VAS-sticka



Den visuella analogskalan (VAS) är ett väl utprövat och använt hjälpmedel för smärtskattning. VAS kan också användas för skattning av andra symptom som illamående, oro, sömn etc.

Traditionella analogskalor är en tio centimeter lång linje med stopplinje i båda ändar.

Skalan ska vara graderad från 0-10 med millimeterskala under.

Smärta kan även uttryckas verbalt; lätt-måttlig-medelsvår-svår-värsta tänkbara smärta.

Att tänka på vid användande av VAS-stickan:

-Smärtskattning är en värdefull del i en klinisk analys av ett smärtproblem. Patienten kan dels definiera hur intensiv en smärta upplevs, dels kan en utvärdering av insatt terapi ske.

- Före användning instrueras patienten noggrant om handhavande. Förvissa dig om att patienten förstått informationen innan första mätningen. Om det är svårigheter med den visuella skalan kan verbala skattningsparametrar användas.

VAS-kordinater från 0-10 eller verbala uttryck journalförs i SYSteam Cross!

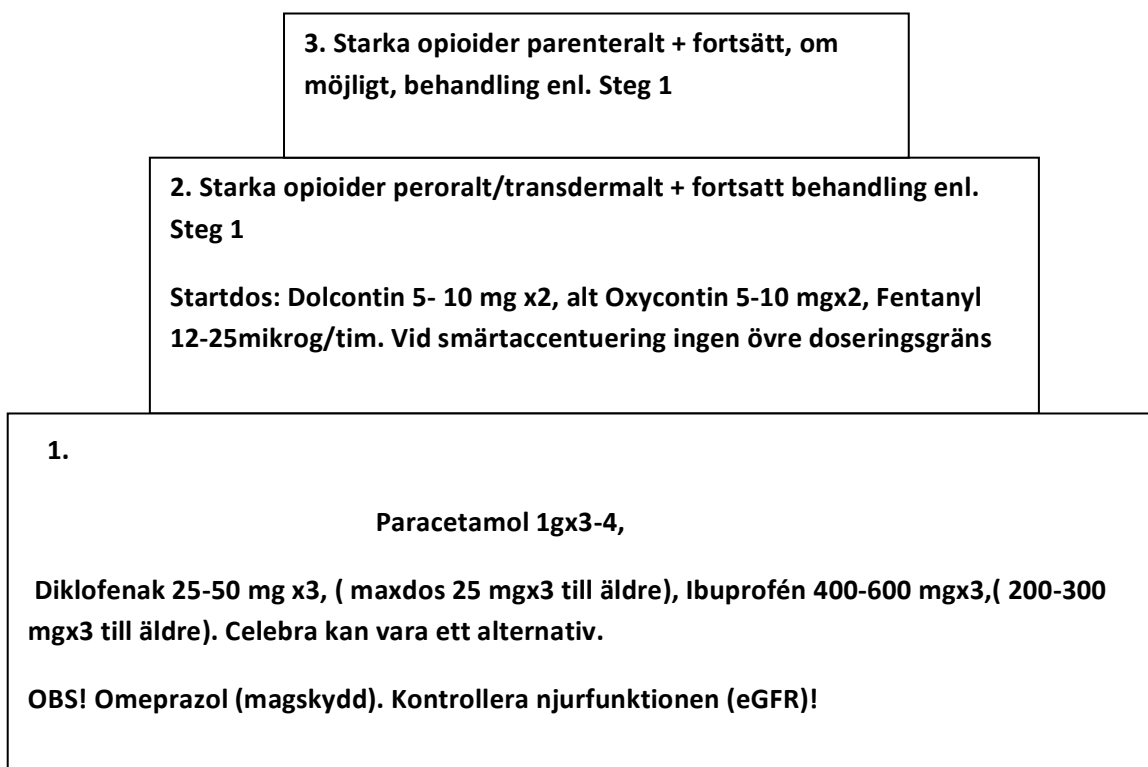
Behandling av nociceptiv smärta

Behandling av nociceptiv smärta sker vanligen i tre olika steg.

- Steg 1** Paracetamol och/eller NSAID (antiinflammatorisk effekt)
Steg 2 Starka opioider peroralt/transdermalt + fortsatt behandling enligt Steg 1
Steg 3 Starka opioider parenteralt + fortsatt behandling enligt Steg 1

Glöm inte laxtantia och antiemetika redan från steg 2!

Analgetikastrategi vid nociceptiv smärta



Steg 1 OBS!

NSAID utgör riskläkemedel för många äldre p.g.a. negativa effekter på njurdynamiken, varför dessa patienter bör ha kontroll på njurfunktionen. Beräkna eGFR enl. Cockroft-Gault(kalkylator finns på www.fass.se). NSAID bör undvikas vid eGFR<30ml/min.

Steg 2

Stark opioid peroralt + fortsatt behandling enl. Steg 1

Långverkande morfin (Dolcontin) utgör 1:a handsval bland de starka opioiderna

Allmänna råd vid insättning av starka opioider

- Om patienten står på svag opioid skall detta sättas ut
- **Obstipationsprofylax!** (Cilaxoral, Forlax, Movicol) skall alltid ges vid insättning av opioider och skall ges så länge behandling med opioider pågår. Vid svår obstipationsanamnes kan Targiniq vara ett alternativ eventuellt i kombination med laxantia.
- Vid illamående ges antiemetikum (Postafen), vilket vanligen kan seponeras efter ca 2 veckor

Om eGFR<60ml/min utgör Oxycontin 5mg x 2 (som startdos) ett alternativ till Dolcontin/Morfin.

Patienten skall alltid utrustas med extradoser av kortverkande Morfin/Oxynorm att tas vid smärtgenombrott. Extradoserna skall noteras och beaktas vid fastställande av dygnsdosen. Extradosens storlek skall motsvara 1/6 av dygnsdosen.

Tänk på att ändra extradosens storlek om dygnsdosen ändras!

Slow release preparat

I flertalet fall kan underhållsbehandling med någon opioid i slow release form påbörjas direkt utan initial dositering med kortverkande beredningar. I första hand rekommenderas Dolcontin i startdosen 10mg x 2 till patienter<70år. Äldre inleder lämpligen med 5mg x 2.

Vid nedsatt njurfunktion(eGFR<60ml/min) rekommenderas Oxycontin 10mg x 2, till äldre sköra inleds behandlingen med 5mg x 2.

Till patienter som har svårt att svälja tabletter kan transdermalt fentanyl vara ett bra alternativ. Patienter som är ovana vid opioidbehandling kan behandlingen inledas direkt med Fentanyl plåster 12 mikrog/tim. Full effekt av plåstret ses först efter ca 24 timmar. Patienten skall ha tillgång till kortverkande Morfin/Oxynorm som extradoser.

Steg 3

Stark opioid parenteralt + fortsatt behandling enl. Steg 1 om möjligt.

Opioider parenteralt ges med fördel som subcutana injektioner. Beakta att det vid nedsatt perifer cirkulation kan ges mera centralt övre delen av bålen. Intramuskulära injektioner bör undvikas då de är smärtsamma och har en variabel absorption. Intravenösa injektioner(upprepad tillförsel av små doser t ex morfin 1-10 mg) skall endast användas vid mycket akuta och intensiva smärtor.

Morfin som subcutan injektion utgör förstahandsmedel. Den subcutana injektionen ger en depåeffekt med jämnare plasmakoncentration och därmed längre analgesi samt mindre risk för biverkningar.

Pump kan i vissa fall vara ett alternativ. Kontakta de palliativa enheterna.

Neurolytisk blockad kan i vissa situationer vara aktuellt.

OBS! Glöm inte laxantia och antiemetika vid behandling med opioider!

Genombrottssmärta

Patienter som står på långverkande opioidbehandling ska ALLTID ha en ordination och tillgång till extradoser. Vid smärtgenombrott ges normalt 1/6-del av dygnsdosen per oralt eller 1/12-del parenteralt. Om smärtan är kraftig och kortvarig kan med fördel Abstral eller Instanyl väljas. (snabbt tillslag, kortvarig effekt). Tänk på att Instanyl 100 mikrogram motsvarar ca 5 mg morfin sc eller ca 10 mg peroralt. Motsvarande gäller för Abstral.

Behandling av neuropatisk smärta

Vid avancerad cancersjukdom med stor smärtproblematik så är den somatiska smärtan en blandform av nociceptiv och neuropatisk genes, så kallad "Mixt pain" där man bedömer att patienten med svår cancersmärta är orsakad av en kombination av nociceptiva och neuropatiska komponenter. Vid stor tumörspridning så är den neuropatiska delen av smärtan av stor betydelse.

Smärtmekanismen vid neuropatisk smärta är ej helt klarlagd och oftast är den svår att behandla till fullständig smärtfrihet. Inte sällan krävs flera läkemedel med affinitet för olika receptorer som kompletterar varandra för bäst smärtlindring. Generellt är denna smärta mer svårbehandlad än den nociceptiva då konventionella analgetika har en begränsad effekt.

Aktuella behandlingar

- TENS – transkutan elektrisk nervstimulering
- Tricykliskt antidepressivum. Saroten (amitryptilin) startdos 10 mg. Dosen kan ökas med 10 mg var 3:e-7:e dag med måldos 75-100 mg, engångsdos till kvällen. Sensaval (nortryptilin) kan med fördel väljas till äldre pga. färre antikolinerga effekter. Upptrappning som ovan. Måldos kan vara 30-50 mg/dygn
- SNRI; sertonin-noradrenalinåterupptagshämmare. Kan vara ett förstahandsval vid samtidig depression och/eller ångest. Venlafaxin depot med startdos 75 mg, upptrappning till 150 mg om möjligt.
- Ariclaime (duloxetin): Startdos 30 mg. Ökas var 7:e dag till 60 mg alternativt 90 mg
- Antiepileptika: Gabapentin: startdos 100mg dagligen med upptrappning 100 mgx2-3 var 3:e dag. Initial måldos 1800 mg / dygn. Utvärdera effekt. Ha koll på njurfunktion. Lyrica (pregabalin) startdos 25 mgx2 alternativt 50 mg till natten, initial måldos 300 mg per dygn. Utvärdera! Koll på njurfunktionen via eGFR! Hermolepsin retard (karbamazepin) startdos 100 mgx2, upptrappas veckovis till 300-400 mg x2. Vid ytlig nervsmärta kan Versatis som appliceras lokalt vara ett alternativ. (Ingår för närvarande inte i läkemedelsförmånen)
- För maxdoser se: www.fass.se

Utvärdering/kontroll av given behandling

- Informera patient och anhöriga om mediciner och behandling. Detta kan ge en tryggare patient med mindre smärta och oro.
- Viktigt med fasta kontakter med läkare och ansvarig sjuksköterska
- Justera doser och intervall vid behov. Undvik att ändra på en fungerande behandling!
- Vid otillräcklig smärtlindring öka dygnsdosen av opioid med 25-30%
- Vid eventuell utsättning av opioider – minska ca 10 % av aktuell dygnsdos vartannat till vart tredje dygn
- Vid övergång från injektion till peroral administrering av morfin – öka dosen 2-3 gånger, öka sedan gradvis vid behov. Om inte dosen justeras individuellt kommer patienten att vilja ha injektion igen eftersom tablettorna inte hjälper!
- Utvärdera behandlingseffekt ofta med hjälp av VAS och kroppsschablon (smärtgubbe) se sid 11. Dokumentera!

TÄNK PÅ ATT PATIENTEN KAN HA SMÄRTA AV ANNAT ÄN SIN TUMÖRSJUKDOM!

Regelbunden smärtskattning

- Alla patienter med tumörrelaterad smärta bör göra en daglig smärtskattning (eller med annat lämpligt intervall). Smärtskattning kan göras med VAS-sticka och ska dokumenteras i journalen
- I de fall VAS-instrumentet är olämpligt kan alternativa skattningsskalor som Abbey pain scale användas
- Om smärtskattningen är hög eller stigande ska åtgärder vidtas och resultatet dokumenteras
- Om patienten inte har någon smärta ska detta också dokumenteras
- Det är viktigt att patienten regelbundet tillfrågas och får skatta sin smärta. Viktigt att bra rutiner för detta finns!
- **Om smärtskattningen förändras, förnya smärtanalys och justera behandlingen! Diskutera och var överens med patienten!**

Konverteringsguide opioider

Morfin		Oxikodon		Hydro-morfon (Palladon) fr.a. till pump		Fentanyl
Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	µg/h
po	sc/iv	po	sc/iv	po	sc/iv	Trans-dermalt
20	7-10	10	7			12
40	15-20	20	15	4-8	2-4	12
60	20-30	30	20	8-12	4-6	25
80	30-40	40	30	12-16	6-8	25
100	35-50	50	35	14-20	7-10	37
120	45-60	60	45	18-24	9-12	50
160	60-80	80	60	24-32	12-16	50
220	80-110	110	80	32-44	16-22	75
320	120-160	160	120	48-64	24-32	100
400	150-200	200	150	60-80	30-40	125
500	185-250	250	185	74-100	37-50	150
580	215-290	290	215	86-116	43-58	175
680	255-340	340	255	102-136	51-68	200
760	285-380	380	285	114-152	57-76	225
860	320-430	430	320	128-172	64-86	250
940	350-470	470	350	140-188	70-94	275
1040	390-520	520	390	156-208	78-104	300

Enl. C. Mucchiano m fl.

Tänk på:

- Varje patient skall dositeras individuellt.
- Försiktig konvertering vid högre doser.
- Vid smärtgenombrott ges en extradosa som utgör ca. 1/6 av dygnsdosen.

Biverkningar vid behandling med opioider

Vid samtliga "biverkningssymtom" ska man ta ställning till om det är en opioidbiverkan eller annan orsak!

Obstipation

Är regel vid opioider och profylax ska sättas in samtidigt som opioidadministration påbörjas.

Ett alternativ kan vara Targiniq som innehåller oxykodon + naloxon hos patienter som redan innan opioidbehandlingen besväras av förstoppning. Kan kombineras med rent oxikodon .

Behandlingsförslag	Rekommenderad dosering
Profylax	
Cilaxoral (natrumpikosulfat) 7,5mg/ml	10-14 drp på kvällen var/varannan dag (motorikstimulerande)
Movicol (polyetylenglykol)	1 dospåse x 2-3
Forlax (makrogol)	1-2 dospåsar x1
Laktulos mixt	20-30 ml på morgonen – verkar osmotiskt

Behandling av akut och svår opioidinducerad obstipation

Relistor (metylnaltrexonbromid) inj	0,4 ml till 38-61 kg kroppsvikt
Upphäver morfineffekt inom 30 min vilket leder till tarmtömning	0,6 ml till 62-114 kg kroppsvikt Kan upprepas efter 24 h om utebliven effekt

Illamående – opioidinducerat

Kan bero på opioidernas motorikhämmande effekt men också på en direkt påverkan på triggerzonen i CNS. Där finns både dopamin-serotonin och histaminreceptorer (D, 5HT3 samt H1). En tredjedel av patienterna som får opioidbehandling utvecklar illamående. Ordinera därför antiemetikum vb. Oftast kan antiemetikum sättas ut efter ca två veckor!

OBS! Symptomanalys är viktig, allt illamående behöver inte bero på opioiderna. Smärta kan ge illamående. Överväg svampinfektion, levermetastaser, uremi mm.

Behandlingsförslag	Rekommenderad dosering
Postafen (meklozin)	25 mg 1x2
Haldol (haloperidol)	0,5 -1mg x 2

Postafen och Haldol kan kombineras vid otillräcklig effekt!

Kontakta Smärtemottagning eller Palliativa enheten vid problem!

Dåsighet

Se över medicineringsplan och diskutera med palliativ enhet.

Vattenkastningsbesvär

T. Stesolid (diazepam) 2-5 mg – relaxerar tvärstrimmig muskulatur. Eventuellt prova annan opioid.

Svettningar

Se över opioidernas dosintervall! Jämn fördelning bör eftersträvas men vid fortsatta besvär överväg tre-dos förfarande med bibehållen dygnsdos. Sätt ut annat läkemedel som kan ge svettningar om möjligt!

Behandlingsförslag	Rekommenderad dosering
NSAID	fördela doser jämt över dygnet
Betapred (betametason) tablett	2-4 mg
Egazilduretter (hyoscyamin) 0,2 mg (nattnliga svettningar)	2-3 tabl x2

Klåda

Klåda kan vara opioidinducerad men även orsakas av leverskada, njurskada mm. Torr hud ger klåda.

Mjukgörande

Mildison (Hydrokortison i fet kräm)

Atarax (hydroxizin) tabl 25mg

Muskelryckningar

Informera patienten och anhöriga om genes.

Byt till annat opioidpreparat.

Kontakta palliativ enhet om persisterande muskelryckningar

Hallucinos

Optimera dos av opioid. Eventuellt kan smärtpump fungera pga. jämnare serumkoncentrationer. Prova preparatbyte.

Risperidon	0,5 mg-1 mg x2
Betapred(betametason) tabl vid hjärnmetastaser/tumör	12-16 mg / dygn startdos Minska till minsta möjliga dos

Hicka

Börja med Xylocain och om det inte har effekt fortsätt att prova nedanstående preparat. Utvärdera innan preparatbyte. Dokumentera!

Behandlingsförslag	Rekommenderad dosering
Xylocain viskös (lidokain) 20mg/ml	1-2 ml , maxdos 200 mg
Primperan inj 5 mg/ml	1-2 mg/kg kroppsvikt iv 3-5 ggr per dygn 10-20 mg iv. Obs! Cave cardia-ventrikel- cancer och Ileus!
Primperan supp20 mg. vid misstanke om 1 supp 1-3 ventrikelretention	
Primperan tablett 10 mg	1-2 x 3 tabletter
T. Oxascand (oxazepam)	5-10 mg x 2-3
Haldol (haloperidol) tabl 1 mg	1-2 mg x1-2
Baklofen tabl 10 mg	5-10 mgx2

Sätt ventrikelsond och töm maginnehållet, aspirera och dra sedan sonden.

Vid kvarstående hicka som är smärtsam, överväg ventrikelröntgen.

Övrig symptombehandling

Muntorrhet

Biverkan av antikolinergt verkande läkemedel?

Uteslut svampinfektion

God munvård

Vichyvatten/ citronvatten

Fuktsvabbar

Xerodent sugtabletter smältes i munnen flera ggr dagligen

Proxident munspray 2-3 gånger dagligen

Matolja

Smärta/sveda i munnen

Oral svampinfektion vanlig. Oftast räcker inte lokalbehandling utan ge systembehandling!

Vid svampinfektion Flukonazol kaps 50 mg x1 i 7 dagar

Ev fortsätta med underhållsbehandling 50 mg per vecka

Vid smärta/sveda/ blåsor mm.

Xylocain (lidokain) gel 2%

Xylocain näs/munhålelösning 40 mg/ml 2-4 ml penslas på aktuellt område

Andolex (benzydaminklorid) 1,5 mg/ml

gurgelvatten

15 ml sköljes i 1 min var 1,5-3h

Triamcinolon munsalva 0,1 % fr.a. vid aftadosering 2 gånger dagligen

Behandling sista dygnet

Terminalvårdsprotokoll

Diagnostik av terminal patient

Patienten är sängbunden p g a sin grundsjukdom samt uppfyller två av tre nedanstående definierade symtom för att bedömas som döende:

- Kan inte inta mat eller dryck, annat än små klunkar vätska
- Patienten är semicomatös (växlande medvetandenivå)
- Patienten kan inte längre inta läkemedel i tablettform

Beslut, information och dokumentation

- Medicinsk bedömning gjord av läkare, eller sköterska *i samråd med läkare*, att patienten är i livets slutskede.
- Närstående informerade om bedömningen samt delaktiga i beslutet.
- Vårdlaget informerat och delaktigt i beslutet.
- Diagnosen "Terminal patient" dokumenteras i patientens journal.

Sköterskan kan utan läkarordination:

Ordination enl. generella direktiv till pat. i livets slutskede

- Sätta iv-nål för administrering av läkemedel.
- Sätta urinkateter.
- Ge i smärtstillande syfte opiat, 1/6 av *dygnsdosen per oralt eller 1/12 sc/iv, kan upprepas efter behov. Om patienten är **opioidaiv ges inj Morfin 5-10 mg sc var 6:e timme och extra vid behov.
- Vid oro ge inj Stesolid 0,5-2 ml sc, upprepas vid behov.
- Vid rosslighet i första hand inj Morfin-skopolamin 0,5-1,0 ml sc var 4:e till 6:e timme.
- Vid illamående inj Haldol 5 mg/ml, 0,2 ml iv/sc (ej vid Parkinsons sjukdom).
- Vid feber ges Paracetamol 1 g per oralt eller per rectum.

**Vid osäkerhet kontakta läkare för doser och konvertering (se även senast uppdaterad konverteringsguide för opioider).*

***Opioidaiv: Ej ordinerad opioider och förväntas vara känslig för opioider.*

OBS!!! När läkemedel ges sc undvik ödematösa vävnader för bästa effekt.

Hjälp!

Vart vänder man sig för smärtekonsultation vid cancersjukdom?

Palliativa enheten Kullbergska sjukhuset: 070-5744987

Viktoriaenheten SAH Mälarsjukhuset : 016-103297

Smärtmottagningen Mälarsjukhuset: 016-104092

Palliativa enheten Nyköpings lasarett: 0155-24 74 96

Smärtmottagningen Nyköpings lasarett 0155-245286

Referenser

Behandlingsriktlinjer Smärta hos äldre, Läkemedelskommittén,
Landstinget Sörmland

Internetmedicin.se kapitel palliativ vård

Fridegren Inger, Introduktion i palliativ medicin Jansson Cilag

Läkemedelsboken 2011-2012

Praktisk medicin 2011

Smärtbehandling - Farmakologiska aspekter, Mads Werner; Remedica

Smärtlindring i livets slutskede Läkemedelsverket 2010

Styrande dokument - *Terminalvårdsprotokoll*

www.fass.se

UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I LANDSTINGET SÖRMLAND

