

Klinisk retningslinje for lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræftpatienter.

- Fra udkast til metodisk korrekt.

Hvad skal barnet hedde?

- Klinisk retningslinje for behandling og pleje af dyspnø hos uhelbredeligt syge kræftpatienter.
- Klinisk retningslinje for behandling og pleje af uhelbredeligt syge kræftpatienter med dyspnø.
- Klinisk retningslinje for lindring af voksne uhelbredeligt syge kræftpatienter med dyspnø.
- Klinisk retningslinje for lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræftpatienter.

Marianne Spile, klinisk oversygeplejerske, MKS, Palliativ medicinsk afdeling. Bispebjerg Hospital

Helle Gamborg, sygeplejerske, Sankt Lukas Udegående Hospice Team

Annemarie Salomonsen, fysioterapeut, Palliative Team, Århus

Tine Busch Davidsen, fysioterapeut, Palliativt Team, Fyn

Lilian Simmelsgaard, sygeplejerske, Sanct Maria Hospice Center

Bodil Abild Jespersen, overlæge, Palliative Team, Århus

Anders Bonde Jensen, overlæge, P.hd., Onkologisk afdeling, Århus sygehus

Mette Grove, overlæge, Lungemedicinsk afdeling, Holbæk sygehus

Hanne Sommer, 1. reservelæge, Lungemedicinsk afdeling, Holbæk Sygehus †

Formål

At opstille evidensbaserede anbefalinger for behandling og pleje af uhelbredeligt syge kræftpatienter med dyspnø , således at patienternes dyspnø lindres og patienternes livskvalitet fysisk, psykisk og socialt øges.

Formålet med den kliniske retningslinje er at være med til at lindring dyspnø hos uhelbredeligt syge kræftpatienter.

Fokuseret spørgsmål:

”Hvilken evidens er der for effekten af farmakologiske og non-farmakologiske interventioner, sammenlignet med placebo eller ingen interventioner, på oplevelsen af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræftpatienter målt ved validerede målemetoder?”

Fokuserede spørgsmål

- Hvilken evidens er der for effekten af opioider sammenlignet med placebo eller anden intervention på lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræft patienter?
- Hvilken evidens er der for effekten af benzodiazepiner sammenlignet med placebo eller anden farmakologisk intervention på lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræft patienter?
- Hvilken evidens er der for effekten af ilt sammenlignet med atmosfærisk luft eller anden intervention på lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræft patienter?
- Hvilken evidens er der for effekten af andre non-farmakologiske interventioner end ilt på lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræft patienter sammenlignet med anden eller ingen intervention?

Inklusions kriterier:	Eksklusions kriterier:	Interventioner:	Limits:
<p>Voksne (>18 år) uhelbredelig kræft og dyspnø som symptom.</p> <p>Originale undersøgelser.</p> <p>Til den farmakologiske del er valgt randomiserede undersøgelser.</p> <p>Til non-farmakologiske er i et enkelt tilfælde inkluderet KOL-pt.</p>	<p>Andre sygdomsgrupper end kræft.</p> <p>Ikke originale studier.</p> <p>Studier omhandlende kemoterapi og strålebehandling.</p>	<p>Farmakologiske non.-farmakologiske Overfor placebo og ingen interventioner.</p>	<p>Studier fra 1998 – 2008 og fra 2008 – 2010.</p> <p>Der er inkluderet undersøgelser af ældre dato, som er fremkommet ved håndsgøgning.</p>

Anbefalinger:

Behandlingen skal forsøge at lindre patientens oplevelse af dyspnø, og skal rette sig mod årsagen til dyspnø i det omfang årsagen er kendt, og i det omfang årsagen kan behandles.

Enhver undersøgelse bør have et formål og give et svar, som er med til at styrke den påtænkte behandling. Udredning og undersøgelse tilrettelægges udfra en individuel vurdering af levetidsperspektiv, hastigheden af grundmorbus' progression samt patientens individuelle behov (Walsh 2009).

Anbefalingerne står ikke i prioriteret rækkefølge, men følger de fokuserede spørgsmål.

Opioider

Opioider kan anbefales til lindring af dyspnø. Morfin er det hyppigst undersøgte præparat enten som mikstur p.o. eller injektion s.c.

Opioider bør være første valg. Morfin er det hyppigst undersøgte enten som mikstur p.o. eller injektion s.c. (A) (13).

Although opioids have been shown to be effective, there may be problems that can limit their use. Studies which involved the use of opioids for protracted periods encountered side effects which were fairly troublesome, most commonly nausea, vomiting and constipation. Withdrawal from opioids also caused some problems. All of these adverse effects are well recognised and easily treated, and clearly they need to be weighed up against the possible benefits of using these drugs. In contrast, patients did not appear to experience significant problems using nebulated opioids although this is to accept the authors' assertion in the Niscola 1997 sub study that the patients who died did so for reasons unrelated to the study medication.

It is striking that only one of the identified studies included data on quality of life. This is an important omission as the patients in these studies are all symptomatic, and quality of life data are particularly relevant in these circumstances.

AUTHORS' CONCLUSIONS

Implications for practice

- There is evidence in favour of continuing to use oral or parenteral opioid drugs to treat breathlessness
- There is no evidence to support the use of nebulated opioids for the treatment of breathlessness and it is hard to justify their continued use in this manner at present
- There is currently a lack of consistent evidence in support of the use of opioids to improve exercise tolerance.

Implications for research

Total numbers of patients in the studies included in this review are small and further research is needed and justified by the positive effect shown so far.

Points to be addressed by future research should include:

- different drugs and different dosing schedules. Many of the studies in the review are over ten years old and use drugs which are less commonly prescribed today such as dihydrocodeine. Morphine, for example, is now more commonly used and future studies should focus, in addition, on this drug

- standardisation of outcome measures and the recording and reporting of outcome measures so that, for example, breathlessness scores are recorded at a fixed point
- quality of life measures
- use of standardised nebuliser regimens.

ACKNOWLEDGEMENTS

Steering Group members:

Simon Gibbs, Consultant Cardiologist, Hammersmith Hospital, London

Carol Davis, Macmillan Senior Lecturer in Palliative Medicine, Southampton

Lewis Adams, Professor of Respiratory Physiology, Imperial College, London

Roger A Hern, Statistician, Royal Marsden Hospital, London

Frances Cowan, Senior Clinical Lecturer in GU Medicine, University College, London

Witia Wodchis, Consultant in Respiratory Medicine, London Chest Hospital

Andrew Wilcock, Consultant in Palliative Medicine, Nottingham

Tessa Parsons, Systematic Review Training Unit

REFERENCES

References to studies included in this review

Beauford 1995 sub (published data only)

Beauford W, Saylor TT, Stanbury DW, Arabs K, Light RW. Effect of nebulated morphine sulphate on the exercise tolerance of the ventilatory limited COPD patient. *Chest* 1995;108(1):175-8.

Bruera 1993 (published data only)

Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, Hanson J. Subcutaneous morphine for dyspnoea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993; 119:906-7.

Chua 1997 (published data only)

Chua TR, Hampton D, Ponikowski P, Webb PK, Poole WT, Coats AJ. Effect of dihydrocodeine on chemosensitivity and exercise

tolerance in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1997;29(1):147-52.

Davis 1994 sub (published and unpublished data)

Davis C, Hodder G, Lane S, Shah R, Slevin M, Wodchis J. Effect of nebulated morphine and morphine + glycerofructose on exercise endurance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Theor Pract* 1994; 49:393.

Davis 1996 sub (published and unpublished data)

Davis C, Peat K, A'Hern R, Daniels J, Slevin M. Single dose randomised controlled trial of nebulated morphine in patients with cancer related breathlessness. *BMJ* 1996;312:644-5.

Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness (Review)

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Citat fra retningslinjen:

"I et Cochrane review publiceret første gang i 2001 og opdateret i 2008 gennemgås 18 randomiserede dobbelt-blindede og kontrollerede kliniske studier med 294 patienter (KOL, kræft og hjerteinsufficiens).

9 studier (166 patienter, heraf 79 kræftpatienter) undersøger effekten af nebuliseret opioid og 9 studier (116 patienter, heraf 10 kræftpatienter) undersøger effekten af non-nebuliseret opioid. 12 patienter fik både nebuliseret og non-nebuliseret opioid (heraf ingen kræftpatienter).

På grund af de forskellige patientkategorier er der i metaanalysen foretaget heterogenitetstest. Der er i alle undersøgelserne, undtagen en, anvendt hurtigt virkende opioider; morfin 30 mg oralt eller morfin 34 mg +/– 12 mg subkutant. Undersøgelserne omfatter både patienter, der i forvejen er i opioidbehandling og opioidnaive patienter (patienter der i forvejen ikke får opioid). 12 studier viste signifikant effekt af interventionen.

Metaanalysen konkluderer således, at såvel orale som parenterale opioider kan bruges til lindring af dyspnø. Nebuliserede opioider findes der ikke evidens for at anvende (la) (13)".

Doser:

- Til opioidnaive: 2,5-5mg
- Til patienter der i forvejen er i opioid behandling:
 - 25-50% af pn dosis (beregnet som 1/6 af døgndosis) (A).

Doser:

- Patienter der er opioid naive: 2,5-5mg pr. dosis
- Patienter der i forvejen er i opioidbehandling: 25-50 % af p.n. dosis (p.n. dosis beregnet som 1/6 af døgndosis) dvs. brug $\frac{1}{4}$ eller $\frac{1}{2}$ af p.n. dosis (A) (14,15,16)

”Røde dråber”

- ”Røde dråber” (guttea Morfin 20 mg/ml) kan anvendes til lindring af dyspnø (D);
 - Patienter, der er opioid naive: 3-5 dråber, titreres op til effekt
 - Patienter, der i forvejen er i opioidbehandling: 5-10 dråber, titreres op til effekt.

Anden farmakologisk behandling

- Der er ikke evidens for inhaleret opioid (A).
- Midazolam kan anvendes, som tillæg til opioid behandling i forsøget på at lindre oplevelsen af svær dyspnø, hvor angst er en komponent (B*).
- Der er ikke evidens for Furosemid som inhalationsbehandling (B*).
- Effekten af systemisk behandling med corticosteroider, er ikke undersøgt (A).
- **Midazolam kan anvendes som tillæg til opioidbehandling i forsøget på at lindre oplevelsen af svær dyspnø, hvor angst er en komponent (B*)(16,20).**

Ilt

- Det anbefales at tilbyde pt. frisk luft, ventilator eller håndholdt vifte før iltbehandling tilbydes (A) (22)
- Ved SAT under 90% samt dyspnø kan patienten tilbydes ilttilskud. Efterfølgende bør det vurderes om patienten oplever effekt af dette (A).

"Undersøgelserne tester henholdsvis 4-5 l ilt/min oxygen gas versus room air/placebo air på maske eller næsekatheter og 2-10 l ilt/min på næsekatheter.

Reviewet konkluderer, at der både er signifikant lindring af dyspnø i hvile og ved aktivitet ved 4-5 l ilt/min og ved "room air", samt at der ikke er sikker sammenhæng mellem den målte SAT og graden af dyspnø" (Cochrane Review).

Ilt

- Frisk luft, ventilator, håndholdt vifte eller ilt bør tilbydes patienten, men da tilkobling til ilt begrænser patientens udfoldelsesmuligheder, bør de andre interventioner prøves først (A)(22)

Andre non-farmakologiske interventioner

- Reviewet inkluderer 47 studier med 2532 deltagere, heraf syv studier med 434 kræftpatienter.
- Tre studier med 186 deltagere er relevant for denne retningslinje og omhandler sygeplejeinterventioner, rådgivning, respirationsøvelser, afspænding, copingstrategier (26,27) og akupunktur (28). Fire studier omhandler "caregivers", rådgivning pr. telefon.
- Reviewet konkluderer, at der er moderat evidens for, at **gangredskaber** og **respirationsøvelser lindrer dyspnø**, og manglende evidens for at kunne udtale sig om effekten af akupunktur/akupressur, afspænding/visualisering og musik (Ia) (29).

Non-farmakologisk

Der er ikke evidens for at akupunktur lindrer oplevelsen af dyspnø (B*).

Massage:

- som behandling af anspændte skuldre/nakkemuskler
- Til afledning af oplevelsen af dyspnø kan anvendes massage/berøring/afspænding over hele kroppen (D)

Non-farmakologisk

Træning i daglig aktiviteter og brug af hjælpemidler (A).

Støtte til udvikling og ibrugtagning af copingstrategier
(A).

Interventioner i forbindelse med basale behov
(kvalitativundersøgelse).

Respirationsøvelser:

Respirationsøvelser kan anvendes (B)(30):

- forklar patienten den normale respiration
- undervis patienten i at fornemme vejrtrækningen og i at bruge diafragma
- øv pustelyd (pursed lip breathing)
- brug Pep-fløjte

Interventioner i forbindelse med basale behov

- Tidlig anerkendelse af problemer, der kræver farmakologisk eller lægelig intervention
- Detaljeret vurdering af dyspnøen og af de faktorer, der lindrer respektive forværre den
- Vejledning og støtte til pt. og pårørende vedrørende hvordan man kan håndtere dyspnø

- Undersøge hvilken betydning pt. tillægger dyspnø og sygdom, samt følelser der tillægges fremtiden.
- Indøvning af respirationsteknikker, muskelafspænding og afledningsøvelser.
- Opsætning af mål for gennemførelse af respirations- og afspændingsteknikker,
- Hjælp til håndtering af praktiske og sociale aktiviteter (A).

- I omgangen med patienten skal personalet optræde roligt og kompetent og undlade at lade sig smitte af den panik, som nemt kan opstå hos patienten og de pårørende
- Sikre sig, at patienter, der lades alene, altid har mulighed for at tilkalde hjælp (klokke, nødkald eller mobiltelefon)
- Patienten har behov for god tid og ro til at indtage måltidet. Flere små måltider – gerne let fordøjelig evt. blød kost.

- Undgå obstipation, så patienten ikke skal bruge unødige kræfter på anvendelse af bugpressen
- Sørg for let adgang til toilet
- Tilbyd patienten en let sommerdyne eller tæppe, der ikke presser på brystkassen
- Medicin mod dyspnø stående på natbordet til hurtig selvadministration

- En åben dør og lys kan give tryghed, ligesom patienten skal have vished om, hvordan der hurtigt kan tilkaldes hjælp ved behov
- Løstsiddende tøj og hjælp til af- og påklædning
- Opfordre pt. til at opholde sig i rum med kølig og tør luft
- Der anbefales brusebad frem for karbad med forudgående god udluftning i rummet. Tilbyde evt. patienten profylaktisk morfika inden personlig hygiejne – eller andre anstrengende procedurer

- Dyspnø er ofte forbundet med angst, gennem samtale kan patientens angst søges transformeret til frygt, der er mere håndterbar (B)
- Sammen med patienten bør man afklare, om en præst – eller en anden repræsentant fra patientens trosretning – vil være en god samtalepartner i situationen

- Det er vigtigt at patienten får hjælp til at administrere kræfterne og få prioriteret det, der er mest vigtigt for ham eller hende
- Hjælpe den enkelte patient til at finde afspændingsøvelser eller aktiviteter, der kan adsprede og dermed fjerne opmærksomheden fra dyspnøen. Det kan f.eks. være musik, lydbøger, TV o.l. (kvalitativundersøgelse).



INDLEDNINGEN