

BILAG 7

RESUME

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

Arbejdsgruppe

Kontaktperson:

Marianne Spile, klinisk oversygeplejerske, MKS, Palliativ afdeling, Bispebjerg Hospital, tlf.: 35 31 66 23, mail:mspi0001@bbh.regionh.dk

Helle Gamborg, Sygeplejerske, Sankt Lukas Hjemmehospice.

Annemarie Salomonsen, fysioterapeut, Det Palliative Team, Aarhus.

Tine Busch Davidsen, fysioterapeut, Palliative Team Fyn.

Lilian Simmelsgaard, sygeplejerske, Sankt Maria Hospice Center.

Bodil Abild Jespersen, overlæge, Det Palliative Team, Aarhus.

Anders Bonde Jensen, overlæge, Ph.d. Onkologisk afdeling, Aarhus sygehus.

Mette Grove, overlæge, Lungemedicinsk afdeling, Holbæk sygehus (udtrådt af gruppen juni 2011).

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

Godkendt af

Godkendt af Center for Kliniske retningslinjer, den

Dato for revision:

Ophørs dato:

Baggrund

Dyspnø regnes for at være et af de hyppigste og mest invaliderende symptomer hos voksne patienter > 18 år med kræft, hvor kurativ behandling ikke længere er mulig. Blandt patienter med lungekræft er prævalensen op til 85 % og blandt patienter med andre kræftlidelser i fremskreden stadie er prævalensen omkring 50 %.

Dyspnø beskrives hos flere end 70 % af patienter med cancer i terminal fase inden for de sidste 6 leveuger. Symptomet tiltager med aftagende levetid. Dyspnø er et symptom, der i lighed med smerte beskrives, som det patienten siger det er, og bør lindres ved en tværfaglig indsats. Det kan derfor give god mening at tænke på dyspnø som total dyspnø, på samme måde som begrebet total smerte. Oplevelsen af dyspnø kan have negativ indflydelse på patientens livskvalitet i den sidste del af livet. Blandt hjemmeværende patienter er dyspnø en af de hyppigste årsager til akut indlæggelse og er derfor ofte

medvirkende til at vanskeliggøre eller afbryde et ellers planlagt hjemmeforløb. Patientens, de pårørendes og personalets viden om behandlingen af dyspnø, kan være afgørende for patientens livskvalitet i den sidste del af livet. Erfaringerne fra daglig praksis er mange og meget forskellige, og bygger langt hen ad vejen på god klinisk praksis. Farmakologisk behandling anvendes ofte i form af opioider administreret som; tablet eller mikstur per os, injektion subkutant eller intravenøst, eller nebuliseret i form af inhalationer. Bivirkninger i form af respirationsdæmpning, afholder nogen fra at anvende opioider til lindring af dyspnø. "Røde dråber" (guttea Morfin 20 mg/ml) har stor udbredelse indenfor palliation af dyspnø, og patienter giver udtryk for, at have god erfaring med præparatet. Da dyspnø ofte er forbundet med angst, anvendes Benzodiazepin ofte, der hvor angst er en komponent. Ilt på næsekatheter tilbydes patienter ved dyspnøanfald og nogle steder i sundhedsvæsenet tilbydes patienterne akupunktur, massage, musik, respirationsøvelser, rådgivning o.a.

Patienterne kan således opleve at få tilbudt vidt forskellige interventioner, alt efter hvor de befinder sig i sundhedsvæsenet. Vi er derfor interesseret i at undersøge effekten af; opioider i forskellige doser og forskellige administrationsformer, benzodiazepiner, ilt på næsekatheter i forskellige doser, samt andre non-farmakologiske interventioner på lindring af dyspnø

Formål

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

Anbefalinger

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

Farmakologiskbehandling:

- Opioider bør være første valg. Morfin er det hyppigst undersøgte enten som mikstur p.o. eller injektion s.c. (A) (13). 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 1/4 eller 1/2 af p.n. dosis (A) (14,15,16)
- "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.
- Midazolam kan anvendes som tillæg til opioidbehandling i forsøget på at lindre oplevelsen af svær dyspnø, hvor angst er en komponent (B*)(16,20).

Non-farmakologiskbehandling: 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)
- En kold klud, frisk luft, håndholdt vifte eller ventilator kan anvendes til afkøle af nervus trigeminus i ansigtet (B*)(23).

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

Copingstrategier:

- Copingstrategier bør anvendes (A)(26):
 - Detaljeret vurdering af dyspnøen og af de faktorer, der lindrer respektive forværrer den
 - Vejledning og støtte til patienterne og deres pårørende vedrørende hvordan man kan håndtere dyspnø
 - Undersøgelse af hvilken betydning patienterne tillægger dyspnøen og sygdommen, samt hvilke følelser de har vedrørende fremtiden
 - Indøvning af respirationsteknikker, muskelafspænding og afledningsøvelser
 - Opsætning af mål for gennemførelse af respirations- og afspændingsteknikker
 - Hjælp til håndtering af praktiske og sociale aktiviteter
 - Tidlig erkendelse af problemer, der kræver farmakologisk eller lægelig intervention

Guidet afspænding:

- Guidet afspænding og visualisering kan anvendes som hjælp til at mindske kropslig uro og angst, samt nedsætte respirationsfrekvensen (A)(26) (B)(34).

Massage:

- Massage kan anvendes til behandling af anspændt skulder/nakkemusculatur (hjælperespirationsmuskler) samt som afledning af oplevelsen af dyspnø (D)(33)
- Massage og berøring kan anvendes til at berolige patienten, der hvor angst er en medvirkende faktor (D)(33).

Træning i daglig aktiviteter og brug af hjælpemidler:

- Patientenkantrænesiatbevægesiglangsomtsanti at holde pauser ved aktivitet (B)(37)
- patienten bør trænes i forflytningsteknik samt brug af hjælpemidler som kørestol, rollator og toiletstol (D) (29).

Monitorering

At alt personale er bekendt med og følger anbefalingerne i denne kliniske retningslinje via indarbejdelse i daglig klinisk praksis, herunder i introduktions- og uddannelsesprogrammer samt lokale instrukser.

At den enkelte afdeling/det enkelte hospice fastsætter indikatorer og standarder relateret til specifikke anbefalinger af betydning for kvaliteten af lindring af dyspnø hos den enkelte patient og iværksætter regelmæssig audit med henblik på den enkelte patients vurdering af dyspnø ved hjælp af spørgeskemaet EORTC-pal eller ved anden rating scale.

Resultat indikator: Er patientens dyspnø lindret?: ja/nej At 70 % af patienterne oplever en reduktion i deres dyspnø.

Standard: at den enkelte patients scorer på EORTC-pal daler til "slet ikke" eller "lidt" dyspnø i hvile, registreret i den danske database.

Referencer

1. Williams CM. Dyspnea. Cancer J 2006;12:365 -73.
2. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. Chest 1986; 89:234-6.
3. Klinisk ordbog, 15. udgave
4. Faglige retningslinier for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende. Sundhedsstyrelsen. 1999.
5. Philip J et al. A Randomized, Double-Blind. Crossover Trial of the Effect of Oxygen on Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management 2006; 32:6:541-550.
6. Saunders C et al. Living with dying. A guide to palliative care. 3th ed. New York: Oxford University Press; 1995.
7. Walsh D.In: Elsevier S. Palliative Medicine;2009: Kap.159, 63,73.
8. Dormann S et.al. Which measurement scale should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. Palliative Medicine 2007; 21: 177-191.
9. Grønvold M et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer 2006;42:55-64.
10. O'Driscoll M et al. The experience of breathlessness in lung cancer. European Journal of Cancer Care 1999; 8: 37-43.

11. Åbom B. Utilsigtet akut indlæggelse af døende, årsager belyst ved fokusgruppeinterview med praktiserende læger. Ugeskrift for læger 2000; 162: 5768-71.
12. Gamborg H et al. Dyspnø hos den terminale cancerpatient i eget hjem I + II. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2004;82:825- 834, 995-1001.
13. Jennings AL et al. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness (Review). The Cochrane Collaboration 2008.
14. Mazzocato C et al. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: A randomized double-blind controlled trail. Annals of Oncology 1999;10: 1511-1514.
15. Allard P et al. How Effective Are Supplementary Doses of Opioids for Dyspnea in Terminally Ill Cancer Patients? A Randomized Continuous Sequential Clinical Trail. Journal of Pain and Symptom Management 1999;17:4:256-265.
16. Viola R et al. The management of Dyspnea in cancer patients: A systematic review. Support Care Cancer 2008; 16:329-337.
17. Clemens KE, Quednau I og Klaschik E. Use of Oxygen and opioids in the palliation of dyspnea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. Support Care Cancer 2009; 17:367-377.
18. Clemens KE, Quednau I og Klaschik E. Is There a Higher Risk of Respiratory Despression in Opioid-naive Palliative Care Patients during Symptomatic Therapy and Dyspnea with Strong Opioids? Journal of Palliative Medicine 2008; 11:2:204-217.
19. Simon ST et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults (Review). The Cochrane Collaboration 2010.
20. Navigante A et al. Midazolam as Adjunct Therapy to Morphine in the Alleviation of Severe Dyspnea Perception in Patients with Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management 2006;31; 1:38-47.
21. Wilcock A et al. Randomised, placebo controlled trail of nebulised furosemide for breathlessness in patients with cancer. Thorax 2008;63:872-875.
22. Cranston JM, Crockett A og Currow D. Oxygen therapy for dyspnoea in adults (Review). The Cochrane Collaboration 2009.
23. Schwartzstein RM et al. Cold facial stimulation reduces breathlessness induced in normal subjekts. Am Rev Respir Dis 1987; 36:58-61.
24. Galbraith S et al. Does the Use of a Handheld Fan Improve Chronic Dyspnea? A Randomized, Controlled, Crossover Trail. Journal of Pain and Symptom Management 2010;39; 5 :831-838.
25. Charles MA, Reymond L og Israel F. Relief of Incident Dyspnea in Palliative Cancer patients: "A Pilot, Randomized, Controlled Trail Comparing Nebulized

- Hydromorphone, Systemic Hydromorphone and Nebulized Salina. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008 ;36(1):29-38.
26. Bredin M et al. Multicentre randomised controlled trail of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *British Medical Journal* 1999; 318:901-904.
 27. Corner J et al. Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. *Palliative Medicine* 1996;10(4):299-305.
 28. Vickers AJ et al. Acupuncture for dyspnea in advanced cancer: a randomized, placebo-controlled pilot trail. *BMC Palliative Care* 2005: 4:5.
 29. Bausewein C, Booth S, Gylels M and Higginson IJ. Non- pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages and malignant and non-malignant diseases (Review). *The Cochrane Collaboration* 2010.
 30. Hateley J et al. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lungcancer. *Palliative Medicine* 2003;17:410-417.
 31. Syrett E & Taylor J. Non-farmalogical management of breathlessness: A collaborative nurse-physiotherapist approach. *International Journal of Palliative Nursing* 2003;9 (4):150-156.
 32. Dean-Clower E, Doherty-Gilman AM. Acupuncture as Palliative Therapy for Physical Symptoms and Quality of life for advanced cancer. *Integrative Cancer Therapies, SAGA* 2010;9(2);158-165.
 33. Moberg KU. Afspænding, ro og berøring. København. Akademisk Forlag 2006;109-132.
 34. Lai WS et al. Efficacy of Guided Imagery With Theta Music for advanced cancer patients with dyspnea:a pilot study. *Biological Research for Nursing* 2010;12(2);188-197.
 35. Holland JC et al. A randomized clinical trail of alprazolam versus progressive musels relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology* 1991;9(6):1004-1011.
 36. Barrie R et al. Complementary Therapies and Integrative Oncology in Lung Cancer: ACCP Evidenced-Based Clinical Practice Guidelines (2nd edition). *Chest* 2007;132:340S-354S.
 37. Egan E et al. A randomized control trail of nursing-based case management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincott's Case Management* 2002;7(5):170-179.
 38. Eversbusch CN, Jørgensen T, Draborg EU (2009). Gruppeprocesser som syntesemetode i sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering – en retorisk analyse. *Sundhedsstyrelsen* 2009:10-34.