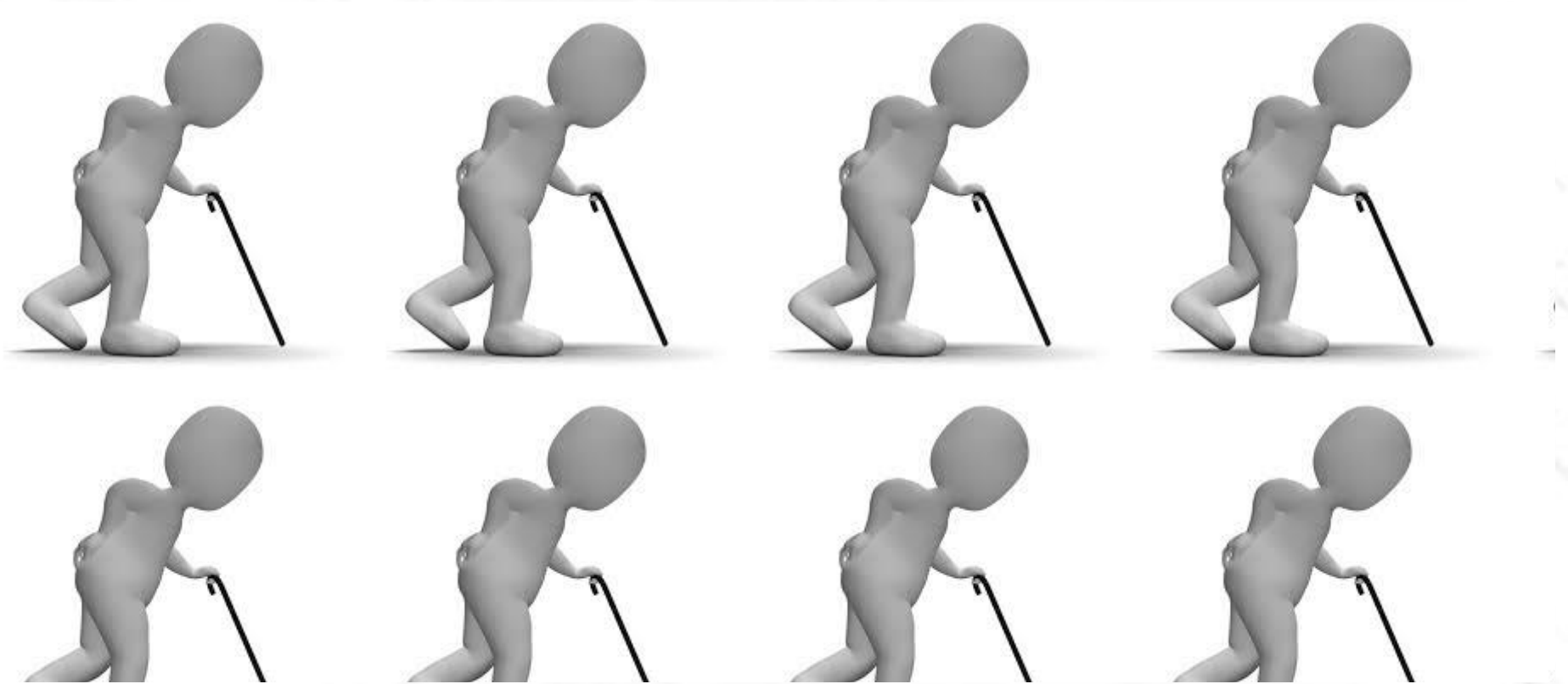


Smertebehandling hos eldre



Hva er smerte?

- En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade (International association for the study of pain)
- Smerte er det som den personen som opplever den, sier den er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier den gjør det (McCaffery 1968)
- Akutt/Kronisk

Kronisk smerte hos eldre

- Kroniske smerter rammer 20-65% av hjemmeboende eldre og 60 – 80 % av dem som bor i sykehjem
- Norsk studie fra 2009 så på forekomsten av smerter på sykehjem i Norge. Av de «selvrappoterende» pasienten hadde 55% smerter. Resten scoret med Doloplus-2. 67.5% smerter
- Store ledd(artrose/artritter), rygg(frakturer, degenerasjon), Nevropatiske smerter (herpes zoster, hjerneslag, polynevropati), kreftsmarter
- Svikt i ADL, fall, nedsatt appetitt, angst/depresjon, påvirket kognitiv funksjon, delir

Type smerte

- Nociseptiv smerte – smerte som skyldes vevsskade
- Nevropatisk smerte – ofte relatert til denervering. F.eks poynevropati, nerven leder ikke «normale signaler», men det oppstår i stedet signaler som ikke er relatert til reell stimuli
- Sentral smerte – denervering i CNS. F.eks kan noen hjerneslagpasienter ha halvsidige smerter. Mest vanlig ved thalamus-skade (Dejerine-Roussy syndrom)
- Psykogen smerte

Smerte og nedsatt kommunikasjonsevne

- Demens, delir, afasi. Feiltokling av smerter.
- Numerisk rangeringsskala som anbefalt i Norsk Standard i Palliasjon også hos pasienter med lett til moderat kognitiv svikt.
- Finnes ulike skjema for å gi en smertescore hos de med mer uttalte kommunikasjonsvansker (Doloplus-2, Mobid)

MOBID-2

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
«Aui»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legemidler

- Endret farmakokinetikk(absorpsjon, fordeling, metabolisme, utskillelse) – redusert kroppsvekt, mer fett/mindre muskler/mindre vann, lav albumin, nedsatt levermetabolisme, nedsatt utskillelse i nyrer,
- Endret farmakodynamikk – reseptortetthet reduseres. Vanskelig å si noe generelt. Variasjon mellom ulike medikamenter

Ikke-farmakologisk behandling

- Fysioterapi
- Egentrening/aktivitet/gågrupper
- Kognitiv terapi

Lokalbehandling

- Injeksjoner i ledd/trigger-punkt
- Capsaicin hudplaster
- NSAIDS krem/salve
- Xylocain

Paracetamol

- 3-4 g trygt for de fleste? UpToDate: Max 3g og max 2 gram for de over 80, frail, dårlig ernæringsstatus, alkohol
- Obs dårlig ernæringsstatus, nedsatt leverfunksjon/alkohol/interaksjoner(antiepileptika)
- Kan gi økt INR
- Lav antiinflammatorisk effekt

NSAIDs

- Nyresvikt, GI-blødning, Kardiovaskulære hendelser, forverring av hjertesvikt....
- Kortest mulig/lavest mulig dose, hvis nødvendig
- Naproxen ved hjerte-karsykdom
- COX-2 ved fare for GI-blødning
- Evt samtidig PPI

Opiater - kodein

- Paralgin forte – Vanskeligere å dosere med kombinasjonspreparater
- Kodein metaboliseres via CYP2D6 til morfin – store individuelle variasjoner
- Ofte kvalme og obstipasjon
- 1 PF tilsvarer ca 3mg morfin

Opiater – tramadol

- Som kodein et prodrug. En metabolitt agonist for my-reseptor. Også her stor variasjon i omsetting. Ca 10% omsetter meget sakte
- Påvirker også reopptak av serotonin/NA
- Obs fare for serotonergt syndrom ved større doser kombinert med MAO-inhib/TCA/SSRI/SNRI
- Senker krampeterskelen
- Obs ved alvorlig nedsatt lever/nyre-funksjon
- Øker INR

Opiater - buprenorfin

- Norspan plaster, temgesic, subutex
- My-agonist og kappa og delta-antagonist – effekt av tilleggsdoser/andre opiater vanskelig å forutse
- Kan gi abstinenssymptomer hvis pasient står på andre opiater
- Plaster ment som behandling av moderate kroniske smerter hos opioid-naive pasienter. 5 mcg/t gir 0.12 mg/24 t tilsvarende 9 mg morfin/24 t. Obs en temgesic tablett er 0.2mg, minste subutex 2mg!

Opiater – sterke opioidagonister

- Generell forsiktighet med startdoser grunnet økt sensitivitet hos eldre
- Morfin. Aktive metabolitter skilles ut via nyrene. Obs ved nyresvikt. Oksykodon eller Ketobemidon er alternativ ved nyresvikt
- Fentanyl
- Metadon. Komplisert farmakokinetikk- og dynamikk

Nevropatiske smerter

- TCA. Fungerer, men uheldig antikolinerge bivirkninger hos eldre. Nortriptylin relativt svak antikolinerg effekt sammenlignet med Amitryptilin.
- Gabapentin (neurontin) og pregabalin (Lyrica). Avhengig av nyrefunksjon, Kan gi svimmelhet og trøtthet. Må trappes sakte opp.
- Duloxetine (Cymbalta) og Venlafaxine (Efexor depot)
SNRI

Spørsmål?