

Palliativ vård

Inger Fridegren, ASIH, Nacka
Peter Strang, Palliativa forskningsenheten,
Karolinska institutet och Stockholms sjukhem

Inledning

Palliativ vård är en aktiv helhetsvård för patienter med obotbar, symtomgivande sjukdom och med begränsad, förväntad överlevnad. Huvuduppgiften är att lindra smärta och andra symtom samt stödja på ett psykologiskt, socialt och existentiellt plan.

Palliativ vård har framför allt blivit förknippad med terminal cancersjukdom, men ska naturligtvis erbjudas till alla patienter i behov av lindrande behandling oavsett diagnos och ålder.

Cancersjukdomar och icke-maligna sjukdomstillstånd

Vid cancersjukdomar skiljer man mellan tidig och sen palliativ fas.

I tidig palliativ fas är sjukdomen obotlig men fortfarande påverkbar med tumörspecifik behandling. Målet är då både livsförlängning och en god livskvalitet. Den tidiga fasen kan pågå i månader, upp till flera år vid exempelvis prostata- och bröstcancer. Denna fas handläggs ofta av sjukhusspecialister.

Den sena palliativa fasen börjar när den tumörspecifika behandlingen är avslutad. Det är viktigt för patient och närstående att vid denna brytpunkt bli tydligt informerade om varför tumörspecifik behandling kan vara rent av skadlig och samtidigt informeras om den palliativa vårdens möjlighet till stöd och välfungerande symtomkontroll.

Palliativ vård

(den sena fasen) syftar till att

- Se liv, döende och död som normala processer
- Varken förkorta eller förlänga livet
- Integrera fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter i vården
- Eftersträva bästa möjliga symtomlindring för att ge en så god livskvalitet som möjligt
- Stödja närstående under sjukdomstiden samt efter dödsfallet

Tidsperspektivet i den sena fasen är oftast kort, veckor till någon månad. Målet är inte längre att förlänga livet utan att skapa förutsättningar för en god livskvalitet den sista tiden. De patienter som har mest symtom i sen fas bör tas om hand inom palliativt inriktad hemsjukvård eller vid palliativa slutenvårdsenheter, där sådana finns. Primärvårdens läkare har en viktig roll som stödpersoner i den tidiga palliativa fasen mellan behandlingarna och de är ofta huvudansvariga i sen palliativ fas.

Vid icke-maligna sjukdomstillstånd är övergången till sen palliativ fas svårare att fastställa. Ställningstagandet är dock viktigt eftersom övergången är avgörande för fortsatt behandling och omhändertagande, inte minst för patient och närstående.

Verksamhet

Palliativ vård bedrivs idag framför allt inom den medicinskt omfattande s k avan-

cerade hemsjukvården, som oftast är knuten till olika sjukhuskliniker, primärvården eller som fristående enheter, men ges även på sjukhus, cancerprofilerade sjukhemsavdelningar samt på hospice.

Teamets roll: WHO:s definition av palliativ vård innebär att vården ges av ett tvärprofessionellt sammansatt vårdlag, vilket krävs för att kunna möta både fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov hos den som är sjuk. Tillsammans kan också personal i teamet stötta varandra i en vård som ibland ger en stor psykisk belastning på personalen.

Läkemedelsbehandling i palliativ vård

Det finns alltför få kliniska studier som ger evidens för palliativ vård. Detta beror på svårigheten att utföra studier på svårt sjuka och döende patienter. De flesta behandlingsstrategier och förslag är därför baserade på kliniska erfarenheter. Ett bra tips är att vid komplicerade symtom rådfråga en palliativ enhet.

Terapival och doseringar

Många patienter inom palliativ vård är äldre även om unga patienter förekommer. Ur doseringssynpunkt bör man beakta att njurfunktionen hos en i övrigt frisk 80-åring är halverad jämfört med en 20-åring. Hos svårt, sjuka, äldre cancerpatienter kan man dessutom se en mer generell organsvikt i livets slutskede, vilket bör beaktas vid terapival och dosering. Om möjligt bör man därför undvika läkemedel med lång halveringstid och aktiva metaboliter.

Vid smärtbehandling bör man ta hänsyn till att opioidkänsligheten är betydligt högre hos äldre. Man bör därför inleda behandlingen med lägre doser än för medelålders patienter. Övriga faktorer att ta hänsyn till är nedsatt balanssinne, ökad känslighet för blodtrycksfall vid opioidbehandling och risken för övervätskning och därmed risken för hjärtsvikt vid NSAID- och kortisonbehandling.

Etiska aspekter

Målet med palliativ vård är att ge en så god livskvalitet som möjligt, vilket ställer höga

krav på att vårdgivaren ständigt ifrågasätter sitt handlande. Inom palliativ vård sker därför dagligen etiska överväganden. Vanliga frågeställningar är "Gagnar den insatta behandlingen patienten? När är det dags att avstå behandling? När är det dags att informera patient och närstående om övergång i sen palliativ fas? När är det dags att informera om att patienten är döende?" För behandlaren kan det vara psykologiskt tungt att informera patient och anhöriga när det är dags att avstå från "aktiv" behandling. Det är emellertid viktigt att inte behandlarens obehag/olust påverkar handlandet/beslutet.

Etiska aspekter vid utsättning av läkemedel beskrivs i avsnittet Inför döden, s 820.

Hos patienter som av olika anledningar inte kan kommunicera eller har nedsatt autonomi (t ex vid svår demens i livets slutskede) uppstår speciella etiska frågeställningar. Se vidare kapitlet Läkemedel ur ett patientperspektiv, s 1074. Bör man behandla en icke-kontaktbar patient med läkemedel eller är det mer etiskt att avstå? Det finns inga enkla svar, men valet underlättas om man har fokus på målet med den palliativa vården, dvs att motverka onödigt lidande som går att avhjälpa. En antibiotikabehandling av en terminal pneumoni kan vara motiverad om man har skäl att tro att den minskar smärta och andnöd, men inte om den "enbart" har för avsikt att förlänga livet med några dagar. Smärtbehandling är motiverad hos en svårt demenssjuk patient om kroppsspråket talar för att patienten har ont. Smärta är mera skadligt för patienten än smärtbehandling. Obehandlad smärta kan utlösa konfusion, oro och lidande även hos en icke kommunicerbar patient.

Kostnadsaspekter

Smärtbehandling är alltid försvarbar ur kostnadssynpunkt. De flesta analgetika är billiga i jämförelse med t ex onkologisk behandling eller behandling av många kroniska sjukdomstillstånd. Att lindra mänskligt lidande under oftast en kort tidsperiod bör inte föregås av kostnadsdiskussioner, dock bör man överväga om nya läkemedel är bättre än redan etablerade, se avsnittet om smärtbehandling, s 821.

Omvårdnadsaspekter

Många patienter plågas av muntorrhet, munsveda eller sväljningssvårigheter vilket innebär svårigheter vid läkemedelsadministration. Munvård är synnerligen viktig inom palliativ vård, där läkemedelsbehandling ger upphov till en hel del biverkningar. Omvårdnadspersonalen är viktig både i samband med profylax och vid behandling men även som informatör till behandlande läkare om besvär som kan åtgärdas eller om parenteral behandling är nödvändig. Lika viktigt är att tarmen fungerar. En hel del läkemedel ger förstoppning. Även här är omvårdnadspersonalen en viktig del i vården för att ge patienten en så god livskvalitet som möjligt.

Allmänt om hemsjukvårdssituationen

Det är viktigt att ta reda på var patienten vill vårdas den sista tiden. Allt fler väljer att vårdas i sitt hem i livets slutskede. Det är svårt att vistas på sjukhus där vården idag oftast är inriktad på akuta åtgärder. Att vårda en patient i eget hem ställer stora krav på vårdpersonalen, som blir gäst hos patienten. Det krävs stor lyhördhet och flexibilitet.

Närstående deltar många gånger i vården. De har oftast inte sett någon svårt sjuk person – än mindre varit med vid dödsfall. De tar ofta ett stort och ibland alltför stort ansvar för den sjuke dygnet runt. De blir lätt överansträngda och det är därför viktigt att vårdpersonalen är observant även på närståendes symtom.

Närstående behöver ofta stödsamtal och undervisning. De spelar oftast en stor roll för att förmedla symtom och reaktion på behandlingen. Att få fler synpunkter än patientens på effekten av insatta åtgärder är värdefullt.

Det är viktigt att förbereda både patient och närstående, tillsammans och var för sig, på den annalkande döden. De flesta människor är rädda för döden på något sätt. Det är följande tre saker som plågar mest och dessa rädslor överförs delvis på närstående.

- rädsla för smärta och andra plågsamma symtom

- rädsla för autonomiförlust
- rädsla för att bli ensam och övergiven.

Existentiell kris

Existentiell ångest är universell och aktiveras hos både patient och närstående när en patient drabbas av livshotande sjukdom eller är döende. Den mest centrala frågan handlar om mening – vad är meningen med sjukdomen, lidandet, livet? Blev det inte mer än såhär? Skuldfrågor kan aktiveras när döden närmar sig. Existentiell ensamhet kan bli påtaglig och påträngande, även när man har familj och vänner.

Sjukvården har ett situationsbundet ansvar att stötta i existentiella kriser. Tillvarons mening har visat sig vara den viktigaste faktorn för bibehållen livskvalitet vid livets slutskede. Åtgärder som ökar eller befrämjar meningsfullhet minskar därför det existentiella lidandet och ökar livskvaliteten. Att understödja goda relationer, att möjliggöra för patienten att kunna göra meningsfulla saker även i livets slutskede är exempel på åtgärder. Oftast upplever man en större gemenskap och meningsfullhet i hemmet, där man är en familjemedlem med en svår sjukdom, än inom slutna vård, där man blir patient avsnörd från ett normalt familjeliv.

Existentiella funderingar och existentiell ångest kan ibland uttryckas fysiskt och/eller öka smärtupplevelsen vid redan manifesterad fysisk smärta. Här finns en parallell till det som DSM-IV kallar för "somatization disorder" eller "pain disorder" (där psykologiska faktorer har en betydelsefull roll för uppkomsten av smärta, smärtans svårighetsgrad och varaktighet). Detta är viktigt att beakta vid svårbehandlade fall med diffus smärtbild och bör ingå i smärtanalysen. Samtal med en kompetent person i vårdteamet eller från sjukhuskyrkan eller annat samfund kan lindra lidandet och ibland minska behovet av opioider.

Frågeställningar som är direkt andliga eller religiösa, t ex tankar om skuld och för syndelser i religiös bemärkelse kan hanteras av sjukhuskyrkan eller annan religiös organisation, beroende på patientens bakgrund. Även vårdpersonal bör känna till rutiner och sedvänjor vid dödsfall bland olika etniska grupper.

Barn

Barn ställs ofta utanför medverkan och information vid svår sjukdom, oftast beroende på missriktad omtanke. Barn tolkar de vuxnas kroppsspråk, tjuvlyssnar bakom dörrar och har många gånger mycket skrämmande egna bilder av sjukdom och död, som de nästan alltid får via film och TV. Barn är oftast mycket medvetna men reagerar olika i olika åldrar.

Barn < 5 år uppfattar inte döden som något stadigvarande. De har ofta ett "magiskt tänkande" som kan göra att de tror att de själva är orsaken till dödsfallet. I åldrarna 5–10 år utvecklar barn gradvis en förståelse att döden är oåterkallelig. Det är först i 7-årsåldern som de förstår att döden är oundviklig och universell och att den kan komma av både olyckshändelser, våld, sjukdom eller hög ålder. Det är viktigt att inte omformulera ordet "död" inför små barn. Tolkningen av att "somna in" eller "gå bort" kan medföra att barn inte vågar somna eller låta föräldrarna gå bort på fest.

Från och med 10-årsåldern blir barns föreställningar om döden mer abstrakta och de kan förstå de mer långtgående konsekvenserna av ett dödsfall.

Barn ställer i regel mycket klara frågor om de ges möjlighet till det. Erfarenhetsmässigt mår barn bäst av att vara delaktiga och välinformerade. Ibland är det barnen som hjälper de vuxna med sin klarsynthet och öppenhet.

Barn måste också få sörja. Ett sätt att få utlopp för inre känslor hos mindre barn är att rita. Barn som inte sover lugnt, äter dåligt eller uppträder oroligt kan behöva professionell hjälp.

Sorg

Sorgearbete för närstående är ingen vanlig kris. Sorg tar ibland mycket lång tid, upp till flera år. Sorg är skrämmande både för den drabbade och dennes omgivning. Det är viktigt med information om hur sorg kan gestalta sig. Redan under sjukdomstiden startar en form av sorgprocess – man sörjer de förluster man haft och den framtid man kommer att gå miste om tillsammans. Ofta startar emellertid den tunga delen av sorgearbetet efter en nära anhörig/livskamrat först efter några månader när boupp-

teckning, gravsättning och allt praktiskt arbete är över och när vänner tror att allt blivit som förr. Sorgen är extra svår vid högtidsdagar, storhelger och dödsdagen kommande år. Sorg ger ibland kroppsliga symtom i form av smärta, infektioner pga nedsatt immunförsvar samt psykiska symtom.

Sorg behandlas med samtal. På många håll finns organiserad närståendeuppföljning, både enskilt och i grupp. Detta är en del av den palliativa vården.

Bensodiazepiner dagtid, liksom sömnmedel, kan behövas åtminstone i den akuta fasen, men helst ska man undvika regelbunden daglig tillförsel pga risken för läkemedelsberoende. Exempelvis zopiklon eller zolpidem, enstaka nätter per vecka, kan hjälpa den drabbade att få sova ut, vilket underlättar den mentala bearbetningen av sorgen dagtid. Med rätt stöd i sorgen kan oftast antidepressiv behandling undvikas. Personer med tidigare depressioner eller personer med patologisk sorg kan behöva professionell psykologisk hjälp och läkemedelsbehandling. Se även kapitlet Förstämmningssyndrom, s 931.

Näringstillförsel i livets slutskede

Närstående plågas ofta av att se patienten äta dåligt och matsituationen kan ibland leda till konflikter i familjen. Patienten kan ha flera skäl till att ha svårt att äta.

Erfarenhetsmässigt mår även patienter med palliativa insatser bättre av ett gott näringsläge. Att äta mycket är oftast inte möjligt, se Matleda, s 829. Dietist kan här göra stor nytta. Målet är att patienten inte ska tappa vikt och att vanlig kost ska ge tillräcklig näring.

Näringspreparat peroralt kan tillföras som mellanmål om kosten inte räcker till. Det finns många smaker att välja mellan, men preparaten tolereras ofta dåligt av patienter i palliativ vård. Många har en ändrad smakupplevelse. Det är viktigt att vara lyhörd för vad patienten önskar (se vidare kapitlet Enteral och parenteral nutrition, s 193).

Patienter med näring via sond ska uppmanas att smaka på mat. Det kan ge bättre livskvalitet.

Total parenteral nutrition (TPN) kan vara ett alternativ när patienten inte kan tillföras näring via mag-tarmkanalen, men ska endast undantagsvis sättas in i livets sista skede.

Observera att nutritionen måste anpassas till om patienten är i tidig eller sen palliativ fas. I tidig palliativ fas är "energität" föda mer önskvärd och uppskattas ofta av patienten. I sen palliativ fas när patienten är kakektisk kan fettrik och proteinrik föda snarast ge upphov till illamående och försämrad livskvalitet.

Inför döden

Allt eftersom patienten försämras ändras också behovet av läkemedel. Med avmagering följer ofta att tidigare "livslång" medicinering kan sättas ut, t ex antihypertensiv medicinering och antidiabetika. Detta kan oroa både patient och närstående. Här är det viktigt med information om varför läkemedel inte längre behövs. Inom palliativ medicin är det alltid patientens välbefinnande och livskvalitet som styr behandlingen. Vissa läkemedel kan sättas ut utan nedtrappning, medan andra ska trappas ut försiktigt.

Läkemedel som inte bör sättas ut helt hos döende (men dosen kan minskas) är opioider, bensodiazepiner samt diuretika. En plötslig utsättning av opioider eller bensodiazepiner kan leda till terminal oro och agitation, trots att patientens medvetande är sänkt. Viss dos av diuretika kan behövas för att undvika ett terminalt lungödem.

När patienten nalkas döden uppstår vanligtvis problem med peroralt läkemedelsintag och nödvändig medicinering måste ges parenteralt. Här har man stor hjälp av injektionspumpar för jämn och säker administration. Flytande och rektala beredningar kan utgöra alternativ. Final njursvikt utgör inget stort problem, utan dosjustering av opioider är oftast det som behövs. Insulin ska ges om blodssockret är högt, men det kan oftast avvaras de sista dygnet.

De huvudsakliga symtomen som behöver lindras hos en döende patient är smärta, oro, muntorrhet och rosslig andning.

Närstående behöver undervisas om vad som händer med kroppen de sista dygnet.

En välinformerad anhörig blir sällan rädd och kan ofta göra en stor insats. Därigenom ges också hjälp med att starta sorgearbetet.

Symtombeskrivning

Cancerrelaterad smärta

Drygt 50 000 personer i Sverige drabbas årligen av cancer och drygt hälften av dessa avlider i sin grundsjukdom. Majoriteten av dessa kommer att drabbas av medelsvåra–svåra smärtproblem; vid vissa diagnoser drabbas upp till 90% i något skede. Trots att smärtproblem är vanliga, kan dessa kontrolleras med gott resultat i mer än 90% av fallen – om tillgängliga metoder används optimalt och vid behov kombineras.

Smärtan härrör ofta från cancermetastaser och beror till stor del på en kraftig inflammatorisk reaktion. Även vid skelettmetastasering uppstår smärta oftare av biokemiska orsaker.

De tre viktiga typerna av smärta är:

1. Nociceptiv somatisk smärta, dvs smärta som utlöses pga mekanisk eller kemisk retning av nociceptorer i skadad somatisk vävnad. Den nociceptiva smärtan kan vara av molande konstant karaktär och påverkas i dessa fall inte nämnvärt av rörelser. Smärtan finns även i vila. Paracetamol och opioider fungerar väl. Den andra typen av nociceptiv smärta är den inflammatoriska smärtan, som ses i minst hälften av fallen där man har en pågående metastasering. I dessa fall förvärras smärtan ofta påtagligt av rörelser och platsen för metastasen är ofta palpationsöm. NSAID, kortikosteroider eller palliativ strålbehandling behövs ofta.
2. Nociceptiv visceral smärta, dvs smärta från visceral organ. Här utlöses smärtan ofta av täjning, distention i bukorgan, av växt på visceral yta såsom peritoneum samt av inflammation. Kolikinslag förekommer. Den visceral smärtan är ofta diffust lokaliserad i buken och "referred pain" är vanlig. Smärtande levermetastaser kan t ex stråla ut mot höger skulderblad och smärtor i pankreasområdet ut mot vänster skulderblad eller mellan skulderbladen.

Allmänna åtgärder

- Ta reda på om patienten har ont och vilken betydelse smärtan har. Fråga aktivt!
- Analysera smärtans innehåll och bakgrund: anamnes; smärtbeskrivning, gärna med VAS-formulär t ex Brief Pain Inventory, smärteckning; kliniska fynd och neurologisk undersökning (reflexer, smärtutstrålning, hudsensibilitet)
- Ta hänsyn till patientens individuella behov. Framför allt opioiddosererna måste individualiseras, det finns inga standarddoser
- Informera patient och närstående om behandlingen och eventuella biverkningar
- Följ upp behandlingen kontinuerligt – smärtbilden kan förändras snabbt
- Ge känslomässigt stöd till patient och närstående
- Utnyttja kompletterande smärteexpertis eller palliativ expertis vid behov

3. Neuropatisk smärta, dvs smärtan uppkommer pga påverkan eller skada på perifera eller centrala nerver. Detta sker oftast pga yttre kompression eller pga direkt inväxt av cancerceller in i nervskidan. Denna smärta är ofta distinkt utstrålade och motsvarande hudsegment är påverkat (t ex hypoestesi, hyperestesi, allodyni eller ytlig brännande hudsmärta).

Övriga typer av smärta är: CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), idiopatisk smärta och psykogen smärta. Se vidare i kapitlet Smärtbehandling, s 793.

Farmakologisk behandling**1a. Konstant nociceptiv smärta**

Vid konstant smärta som inte påverkas av rörelser är WHO:s smärtrappa synnerligen användbar, se kapitlet Smärtbehandling, s 793.

- Vid lätt smärta räcker enbart paracetamol.
- Vid otillräcklig effekt används en opioid (dextropropoxifen, kodein eller tramadol) i kombination med paracetamol. Detta steg kan man hoppa över om smärtan progredierar snabbt och man kan förutse att en stark opioid kommer att behövas relativt snart.

- Vid svåra smärtor används en stark opioid som bas – morfin, ketobemidon, fentanyl, oxikodon, hydromorfon eller metadon. Den starka opioiden kan kombineras med paracetamol. Effekten kan då förstärkas och biverkningarna reduceras.

Opioiderna har i många fall jämförbara effekter. Morfin är förstahandspreparat eftersom det finns i de flesta administrationsformer. Målet är att kunna behandla med slow-releasepreparat peroralt alternativt med transdermal beredning (plåster), t ex vid illamående eller vid förmodat osäkert upptag vid peroral tillförsel. När detta inte är möjligt, det senare t ex pga snabbt svängande smärtbild eller om opioidbehovet är högt, är subkutan tillförsel, kontinuerligt med hjälp av smärtinfusor, att föredra. I ett fåtal fall behövs epidural eller intratekal tillförsel.

Vid inställning av stark opioid ska en svag opioid som patienten eventuellt står på sättas ut helt. Behandling med motorikstimulerande laxantia, t ex natriumpikosulfat 5–10 droppar 2 gånger/dag, ska sättas in. Bulkmedel i granulatform bör undvikas, medan osmotiskt verkande medel med bulkeffekt fungerar väl, t ex makrogol. För att motverka illamående ges eventuellt antiemetikum, t ex meklozin 25 mg 2 gånger/dygn. Illamåendet brukar avklinga inom ett par veckor och då kan dosen trappas ned och preparatet i många fall sättas ut.

Morfin

Lämplig startdos av kortverkande morfin peroralt är 5–10 mg 4–6 gånger/dygn. Den lägre morfindosen bör väljas till äldre (> 75 år) och/eller till sköra patienter. Vid njurinsufficiens (S-kreatinin > 150 mikromol/L) är en annan opioid att föredra (se nedan).

En eventuell dosjustering görs under 1–3 dygn och så snart läget förefaller stabilt bör man gå över till ett långverkande preparat. Den totala dygnsdosen delas då på 2 dostillfällen (som passar patientens dygnsrytm). Ett enklare alternativ kan vara att låta patienten ta en kortverkande opioid vid behov i 1–3 dygn, räkna ihop dygnsdosen och därefter ordinera långverkande opioid 2 gånger/dygn.

Vanlig startdos för långverkande morfin är 20–30 mg 2 gånger/dygn. Hos äldre pati-

enter (> 80 år) och hjärnskadade t ex vid demens, kan låg startdos, 5–10 mg 2 gånger/dygn, vara att föredra. Patientens smärtupplevelse och biverkningar kommer att avgöra slutdosen – övre gräns finns inte.

Vid jämförelse mellan peroral och parenteral tillförsel kan man räkna med att 10 mg morfin parenteralt motsvarar ca 20–30 mg peroralt. Variationen är dock stor – enstaka patienter behöver 40–50 mg, medan andra klarar sig med 15–20 mg. Om en patient t ex stått på en dygnsdos av 600 mg morfin peroralt, är en lämplig startdos med morfin i smärtpumpen 1/3, dvs ca 200 mg/dygn (8–9 mg/timme). För konvertering mellan övriga opioider, se produktmonografier eller Fass.

Vid manifest njursvikt bör morfin inte användas, eftersom morfinmetaboliterna kan ge upphov till myoklonier och generell hyperestesi eller hyperalgesi samt CNS-påverkan. Morfin bör i dessa fall ersättas med en annan stark opioid.

Fentanyl

Fentanyl tillförs transdermalt i form av plåster och detta är ett alternativ både till peroral och viss parenteral behandling. Plåstret verkar i 3 dygn. Vid övergång från peroral till transdermal behandling ges den sista dosen av långverkande opioid samtidigt som plåstret appliceras, eftersom effekt ofta ses först efter ca 12 timmar och maximal effekt efter ca 24 timmar. Vid övergången kan man behöva stötta med några doser av valfri kortverkande opioid, innan man hittat rätt styrka på plåstret samt för att undvika biverkningar i samband med övergången. I Fass finns en konverteringstabell där lämplig plåsterstyrka anges i förhållande till den perorala dygnsdosen av morfin. Det bör noteras att de plåsterstyrkor som rekommenderas i Fass är relativt sett låga. Ofta får man gå över till en högre plåsterstyrka inom några dagar. Dosökningar görs lämpligen i samband med plåsterbyte var 3:e dag.

Vid övergång från plåster till peroral behandling tas plåstret förslagsvis bort på kvällen och den perorala medicineringsen påbörjas först nästa morgon, eftersom det finns en kvarvarande subkutan depå med god

analgetisk effekt > 1/2 dygn efter avlägsnandet av plåstret.

Effekten av transdermalt fentanyl är fullgod vid stabil opioidkrävande cancersmärta och läkemedlet kan med fördel användas till patienter med sväljningssvårigheter eller till patienter med kroniskt illamående och kräkningar, där den perorala tillförseln är osäker samt till patienter som inte vill ta tabletter. Det är en fördel att påbörja fentanylbehandlingen när opioidbehovet är måttligt. Fentanyl kan även tillföras via munslemhinnan, se Genombrottssmärta, nedan.

Metadon

Metadon påverkar troligen även NMDA(N-Metyl-D-Aspartat)-receptorerna. NMDA-receptorerna har en viktig funktion vid uppkomsten av neuropatisk smärta. Metadon kan ha en fördel vid blandsmärtor av nociptiv och neuropatisk typ. Metadon bör insättas av, eller i samråd med, specialkunnig läkare eftersom metadonets långa halveringstid (ca 40 timmar) gör preparatet svårinställt.

Hydromorfon

I de fall patienten behöver stora volymer morfin subkutan kan övergång till hydromorfon vara en fördel. Det är 5–10 gånger mer verkningsfullt och volymerna kan således hållas nere. Hydromorfon finns nu också för peroral behandling.

Oxikodon

Oxikodon uppvisar en betydligt mindre variation i biotillgänglighet än morfin. Det innebär att många patienter kan inleda behandlingen med slow-release tabletter utan föregående dositering. Preparatet kan, efter dosreducering, även användas vid manifest njursvikt. Kostnaden är dock mer än dubbelt så stor jämfört med långverkande morfin.

Genombrottssmärta

Patienten ska alltid försees med extradoser (1/12:e–1/6:e del av dygnsdosen) att ta eventuella smärtgenombrott. Om smärtorna har hög intensitet bör man välja opioidinjektion eller behandling med fentanyl via slemhinnorna i munnen, med hjälp av en komprimerad sugtablett med applikator (Actiq) eller resoriblett (Abstral).

1b. Inflammatorisk nociceptiv smärta

Behandlingen vid inflammatorisk nociceptiv smärta är principiellt som ovan, med skillnaden att paracetamol i varje steg ersätts med ett NSAID-preparat. Enbart en stark opioid i kombination med paracetamol har ofta otillräcklig effekt i dessa fall. För- och nackdelar med NSAID beskrivs i kapitlet Smärtbehandling, s 797.

I komplicerade fall av inflammatorisk nociceptiv smärta kan även kortikosteroider ha god effekt i kombination med en stark opioid och/eller NSAID. Risken för magsår och njurbiverkningar bör beaktas. Palliativ strålbehandling bör övervägas.

2. Nociceptiv visceral smärta

Behandlingen av visceral smärta är i de flesta fall densamma som vid behandling av nociceptiv somatisk smärta. Vid tidig metastasering i buken är smärtan ofta av molande karaktär och svarar på opioidgruppens preparat, framför allt när cancer växer på visceral yta. Således kan WHO:s smärtstegge med tillägg av paracetamol, alternativt NSAID, användas.

I vissa fall förstärks och kompliceras smärtbildningen av smärtor med kolikkaraktär. Koliken utlöses från glatt muskulatur i tarm eller från njur- respektive gallvägar. I dessa fall kan en opioid i kombination med ett NSAID-preparat fungera (t ex morfin + diklofenak), men i akuta skeden kan andra preparat såsom hydromorfon-atropin eller -morfin-skopolamin eller ett NSAID-preparat parenteralt behövas. Även tillägg av butylskopolamin kan vara av värde.

I svårbehandlade fall av molande visceral smärta kan tillägg av kortikosteroider (t ex betametason – initialt i hög dos, dvs 12–16 mg i 2–3 dagar och därefter snabb nedtrappning) behövas för att uppnå fullgod effekt. Parenteral behandling med hjälp av smärt pump eller via spinal tillförsel kan krävas.

3. Neuropatisk smärta

Neuropatiska smärttillstånd vid cancer skiljer sig från övriga neuropatiska smärttillstånd, eftersom smärtan uppstår som en följd av den metastatiska processen. I motsats till andra neuropatiska tillstånd ser man ofta en blandbild av nociceptiv och neuropatisk smärta.

I det initiala stadiet involveras nerverna endast av den inflammatoriska zonen som ofta omger metastaser. Senare påverkas nerven mekaniskt och även inväxt i nervskidan kan ske. Smärtbildningen kan domineras av en ytlig brännande smärta men den kan även vara av djup molande karaktär. Ofta ser man vid cancer en distinkt utstrålning, t ex i ett ben eller ut i en arm, med påverkan på motsvarande hudsegment.

Med tanke på patofysiologin, kan starka opioider ha effekt på smärtan i tidiga skeden, innan manifest nervskada har uppstått. Metadon och oxikodon kan på teoretiska grunder ha en fördel vid dessa tillstånd (se ovan). Behandling med medelhög eller hög dos kortikosteroider kan, i vissa fall, ha synnerligen god effekt om smärtan beror på en inflammatorisk zon som engagerar en nerv eller nervrötter. I dessa fall kan t ex betametason, initialt 4–8 mg 2 gånger/dag och därefter nedtrappning, ha god effekt. Ibland har emellertid varken starka opioider eller kortison effekt och då får andra metoder prövas.

Ett alternativ är spinal tillförsel av morfin kombinerat med bupivakain. Anestesiologer kan hjälpa till med en sådan behandling.

Om smärtan beror på abnorm impulsbildning och ökad retbarhet, kan antiepileptika (gabapentin/karbamazepin/pregabalin) eller tricykliska antidepressiva (TCA, i första hand amitriptylin) prövas. Förväntad effekt ses inom ca 1–2 veckor. Mer avancerade behandlingar omfattar t ex blockader och ortopediska/neurokirurgiska åtgärder.

Alternativa behandlingsmetoder

Palliativ strålbehandling

Palliativ strålbehandling har en synnerligen god effekt på smärtande skelettmetastaser, men även på mjukdelsmetastaser och metastaser i parenkymatösa organ. Behandlingen kan ges med relativt få (1–5) stråldoser och har, vad gäller skelettmetastaser, effekt i 70–90% av fallen vid rätt diagnostik och behandling.

Radioaktivt strontium och samarium

Radioaktivt strontium (Metastron) kan vara ett bra, men dyrt, alternativ till strålbehandling vid metastaserande prostatacancer med diffus spridning i skelettet. Behand-

lingen kan även ges vid spridd bröstcancer om metastaserna har en påtaglig osteosklerotisk komponent, eftersom strontium fungerar som en analog till kalcium och tas upp där bennybildning sker. Samarium (^{153}Sm) (Quadramet) utgör ett alternativ.

Hormonell behandling

Hormonell behandling kan ge synnerligen snabb smärtlindring vid skelettmastaserande prostatacancer. Målet är att sänka halten av manligt könshormon, eftersom skelettmärtorna vid prostatacancer i 70–80% av fallen indirekt är hormonberoende. I dessa fall har ablatio testis effekt inom 1–2 dygn. GnRH-analoger ger också effekt, men smärtstillningen blir framträdande först efter ca 1–(3) månader.

Nervblockader

Nervblockader kan vara av värde vid ett fåtal neuropatiska smärttillstånd med utstrålade smärta längs en definierad smärtbana. Idag används framför allt plexus coeliacusblockader vid smärtor förorsakade av pankreascancer och plexus hypogastrikusblockader vid smärtor i bäckenregionen.

Kirurgi

Kirurgiska ingrepp, t ex en avlastande stomi, kan vara en utmärkt palliativ åtgärd som minskar smärta och illamående vid ileustillstånd även hos svårt sjuka patienter. En annan viktig behandling är ortopedisk stabilisering av patologiska kotfrakturer, vilka kan ge upphov till outhärdlig smärta och neurologiska bortfallssymtom.

Palliativ cytostatikabehandling

Palliativ cytostatikabehandling kan ha en god smärtlindrande effekt, framför allt på cytostatikakänsliga tumörtyper, i upp till hälften av fallen. Exempel är palliativ cytostatikabehandling till lymfompatienter med retroperitoneala körtlar som trycker på nerver och ger upphov till en djup smärta som strålar ut i benen. Högdos steroider är ett alternativ. Eftersom palliativ cytostatikabehandling ska vara just palliativ är det mycket viktigt att en noggrann värdering av risker och potentiell nytta görs i varje enskilt fall. Palliativ cytostatikabehandling får aldrig ges slentrianmässigt.

TENS

TENS har sällan effekt vid cancersmärter, men framför allt högfrekvent TENS kan prövas t ex vid neuropatiska tillstånd.

Bisfosfonater

Bisfosfonater, som används vid behandling av hyperkalcemi samt som profylax mot bendestruktion vid maligna processer, har även i många fall en smärtstillande effekt, särskilt vid bröstcancer och myelom.

Sekundära smärttillstånd

Vid svår cancersmärta, t ex vid skelettmastasering, blir patienten ofta spänd och ådrar sig muskulära smärtor. Dessa behandlas bäst med fysikalisk terapi, t ex massage och värme, men även TENS eller akupunktur kan ha god effekt. Samma metoder går med fördel att även använda vid icke-cancerrelaterade muskel- och ledsmärtor.

Illamående

Illamående är ett vanligt problem både vid maligna och icke-maligna tillstånd. Omkring hälften av cancerpatienterna i livets slutskede besväras av detta. Cirka 30% av patienterna har besvär med kräkningar. Det finns många orsaker till illamåendet hos dessa patienter:

- Cancern i sig bildar olika toxiska substanser som kan ge upphov till illamående
- Metabola rubbningar, t ex uremi, hyperkalcemi, hyponatremi, hyperglykemi eller sekundär Addison
- Behandlingsrelaterat illamående efter cytostatika, strålbehandling, analgetikabehandling eller efter bukkirurgi och sövning
- Andra tillstånd, t ex ulcus och förstoppning, samt utbredd svampinfektion i munhåla, svalg och esofagus
- Efter genomgången cytostatikabehandling lider många patienter av ett antecipatoriskt illamående, dvs ett inlärt illamående som utlöses av faktorer och händelser som påminner om den tidigare cytostatikabehandlingen. Detta är svårbehandlat; lorazepam 1 mg 3 gånger/dygn i samband med kur kan fungera.

- Psykologiska orsaker såsom oro, ångest och nedstämdhet
- I sena palliativa skeden spelar en autonom dysfunktion en viktig roll. Syndromet innebär långsam tömning av magsäcken och långsam tarmmotilitet kombinerat med kardiovaskulära symptom såsom en fixerad, snabb puls, postural hypotension och synkope.

Mekanismer

Kräkcentrum, som är lokaliserat i hjärnstammen, koordinerar kräkningarna. Kräkcentrum mottar impulser från "area postrema" (triggerzonen), ett kemosensitivt område som reagerar på okända eller giftiga substanser i blodet. Vidare kommer impulser från vestibulocerebellära afferenter och illamåendet är således i många fall rörelseutlöst. En viktig mekanism bl a vid cytostatikabehandling är impulser från vagala, visceral affaerenter. I de flesta fall av illamående spelar överordnade cerebrala områden stor roll eftersom illamåendet förstärks av ångest, oro och "inlärning".

Illamåendet styrs av olika receptorer, bl a av 5HT₃-receptorer, histamin(H₁)-receptorer, NK₁-receptorer samt dopaminreceptorer. Behandlingen riktar in sig på hämning av dessa receptorer.

Symtomatisk eller orsaksinriktad behandling?

Som nämnts ovan finns många orsaker till illamående, även i sena palliativa skeden. Effekten blir oftast bättre och biverkningarna färre om man behandlar grundorsaken, t ex om orsaken är hyperkalcemi. Magsår kan ge upphov till diffust illamående och missas ofta kliniskt liksom kronisk förstoppning.

Farmakologisk behandling

Neuroleptika används vid allmänt illamående och har effekt framför allt på triggerzonen, men även på kräkcentrum. Vanliga preparat är haloperidol och proklorperazin.

Antihistaminer fungerar vid opioidutlöst illamående, har effekt på kräkcentrum och balanssinnet och de har även en antikolinerg effekt. Exempel är meklozin och dimenhydrinat.

Preparatgrupper med effekt på illamående

- Neuroleptika
- Antihistaminer
- Antikolinergika
- Motilitetsstimulerare (metoklopramid)
- Kortikosteroider
- 5HT₃-receptorblockerare
- Bensodiazepiner
- NK₁-receptorblockerare

Antikolinerga preparat, såsom skopolamin i plåster, påverkar mag-tarmkanalens motilitet, men har också effekt på kräkcentrum och balanssinnet. Preparatet kan vara effektivt vid opioidutlöst illamående.

Metoklopramid har lokal effekt på motiliteten i mag-tarmkanalen, men påverkar också triggerzonen och är förstahandsmedel vid illamående pga autonom dysfunktion. I mycket höga doser har metoklopramid även en 5HT₃-blockerande effekt. Metoklopramid ska inte användas vid manifest ileus eftersom en stimulering av tarmmotiliteten inte är önskvärd vid komplett ileus. Observera att yngre patienter kan få extrapyramidala biverkningar (akatisi) av metoklopramid. Symtomen kan avhjälpas med biperiden (Akineton).

Steroider, såsom betametason eller dexametason, har god effekt på cytostatikautlöst illamående (speciellt det fördröjda), men kan även ha effekt vid diffust illamående i palliativa skeden.

5HT₃-receptorblockerarna, granisetron, ondansetron och tropisetron, har framför allt effekt vid akut cytostatikautlöst illamående som är vagusmedierat samt illamående i samband med strålbehandling, speciellt mot buken. Den bästa effekten uppnås om medlen kombineras med steroider i hög dos. 5HT₃-receptorblockerarna har endast effekt på det akuta illamåendet.

Aprepitant, är en NK₁-receptorblockerare som i kombination med 5HT₃-blockerare och steroider har effekt även mot fördröjda cytostatikainducerade kräkningar.

Bensodiazepiner, framför allt lorazepam, har effekt vid cytostatikautlöst illamående. Effekten bygger dels på den ångestlösande

effekten, dels på att lorazepam kan ge upphov till amnesi, framför allt nattetid (man kommer inte nästa dag ihåg hur man har mått), samt på en direkt antiemetisk effekt.

Praktiska råd

I sena palliativa skeden kan allmänt illamående förebyggas genom att små portioner mat serveras ofta.

Vid illamående ska problemet analyseras och eventuell bakomliggande orsak identifieras. I många fall måste dock illamåendet behandlas som ett symptom. Vid lätt illamående kan tabletter fungera. Vid måttligt–kraftigt illamående ska suppositorier eller injektioner väljas.

Förstahandsbehandling vid morfinutlöst illamående är antihistaminer eller skopolaminplåster. Ett annat alternativ är haloperidol i låg dos. Vid manifest, kraftigt illamående kan symptomen ofta brytas med en engångsdos av en 5HT₃-blockerare i kombination med kortison i hög dos, t ex betametason 8 mg.

Vid allmänt illamående är metoklopramid förstahandspreparat, om en autonom dysfunktion misstänks, i annat fall rekommenderas en antihistamin eller ett neuroleptikum som singelpreparat. Vid mer komplicerat illamående bör man kombinera preparat med olika verkningsmekanismer för att uppnå maximal effekt med så få biverkningar som möjligt.

Illamående vid inoperabelt ileus i livets slutskede behandlas i första hand med haloperidol, i kombination med en stark opioid mot smärtan. Ofta krävs dygnsdoser på 5–10 mg haloperidol, eventuellt i kombination med biperiden. Tillägg av somatostatinanalogen oktreetid kan vara av värde i svårbehandlade fall med rikliga kräkningar.

Illamående i samband med palliativ strålbehandling behandlas med antihistaminer i första hand och med 5HT₃-blockerare i andra hand.

Lätt cytotostatikautlöst illamående kan i vissa fall behandlas med metoklopramid kombinerat med ett neuroleptikum. Vid högemetogen cytotostatikabehandling (t ex cisplatinbehandling) ges en 5HT₃-blockerare i kombination med kortison och ett neuroleptikum. I resistent fall kan tillägg av lorazepam till natten vara av värde.

Andra vanliga symtom

Anemi

Anemi förekommer ofta vid tumörsjukdom men även vid uremi, myelodysplastiskt syndrom m fl icke-maligna tillstånd och ger upphov till olika symtom och problem. Hos äldre patienter finns risk för hjärtsvikt, angina pectoris samt hjärtinfarkt. Hos yngre överväger orkeslöshet.

Blodtransfusion hjälper nästan alltid, dock inte den sista levnadstiden. Transfusionsgränsen är individuell – hos äldre vid anginasymtom. Vid njursviktsbetingad anemi är erytropoietin av värde medan nyttan och risken vid tumörsjukdom diskuteras.

Andningssvårigheter/dyspné

Andnöd är ett relativt vanligt och plågsamt symptom som är ångestframkallande. Är orsaken astma eller hjärtsvikt, se kapitlen Astma och KOL, s 645, respektive Hjärtsvikt, s 261.

Lungcancer perifert i vävnaden ger inte nödvändigtvis andnöd och det kan vara av värde att tidigt informera patient och närstående om detta. Se även kapitlet Lungcancer, s 528.

Tumörer som trycker på bronkträdet och ger lufthunger kan ibland strålbehandlas med gott resultat. Kortison kan minska trycket genom avsvällning runt tumören och har därför effekt vid icke-kardiell dyspné. Morfin dämpar lufthunger akut, samtidigt som det dämpar oro. Bensodiazepiner kan ibland behövas som tillägg. Morfin, 5–20 mg (injektionsvätska av morfin), kan ges i nebulisator och kan ha god effekt. Vid svår dyspné kan även dexametason (injektionsvätska, licenspreparat), 2 mg i 2,5 ml isoton NaCl-lösning, ges i nebulisator. Många cancrar ger upphov till stora mängder pleuravätska och tappning kan ha stort värde. Vid behov av upprepade tappningar bör pleurodesbehandling övervägas tidigt, se vidare under rubriken Pleuravätska, s 831.

Oxygen ska endast ges vid hypoxi. Risken för CO₂-narkos ska alltid beaktas.

Ascites

En mängd olika tillstånd kan ge ascites, t ex ovarialcancer, gastrointestinala cancrar och leveraffektioner av olika slag samt ibland även vid svår hjärtsvikt. I palliativ vård be-

handlas ascites endast vid obehag. Diuretika har liten effekt, men ska prövas – förslagsvis med en kombination av furosemid och spironolakton.

Vid ascites som plågar patienten är det enkelt att buktappa. Tappningen sker enklast med slutet pleuratappningsset eller Venflon + avklipt slang till droppaggregat. Tappa endast 2–4 L åt gången om patienten är skör.

Vid stora mängder ascites kan man lägga en s k Denvershunt, vilket kräver inläggning ett par dagar på kirurgklinik. Shunten behöver ibland spolås, men vid god funktion är den ett ovärderligt hjälpmedel och patienten förlorar inga proteiner.

Cytostatika kan vara av värde vid vissa tumörsjukdomar, framför allt vid ovarialcancer.

Blödningar

Blödningar är mycket obehagliga att se. Bedöm om patientens blödning kan behandlas och handla därefter. Överväg transfusion.

Vid större blödningar från munnen, se till att patienten i första hand slipper se blodet, genom att mörklägga rummet! Använd mörka handdukar vid avtvättning.

Blödningar från urinblåsa eller vagina/livmoder, pga cancerväxt, kan oftast behandlas framgångsrikt med palliativ strålbehandling. Behandlingen är enkel och kan ges vid några få behandlingstillfällen. Tranexamsyra kan ha effekt vid blödande gynecologisk tumör, men får inte användas vid blödningar från urinvägarna, pga risk för koagelbildning och urinstämma.

Blödande sår kan behandlas med kompresser indränkta med 0,1% adrenalinlösning eller tranexamsyra. Kompresserna trycks mot sårytan.

Depression

Nedstämdhet kan vara en naturlig del i förberedelserna inför döden och behöver inte alltid behandlas med läkemedel utan samtal kan räcka.

Om patienten har en manifest depression kan SSRI eller amitriptylin övervägas. Amitriptylin har dessutom en känd analgetisk effekt vid neuropatisk smärta. Börja med en låg dos till natten och informera om muntorrhet som biverkning.

Vid depression med mycket ångest har t ex citalopram i kombination med bensodiazepin god effekt. NSRI-preparat, såsom venlafaxin, kan övervägas vid tydliga inslag av hämning.

Diarré

Diarré är ett socialt handikappande symptom som ger dålig livskvalitet och dessutom en ofta plågsam sårighet analt. Utred och behandla om möjligt orsaken! Uteslut förstoppningsdiarré.

Loperamid och opiumdroppar (opiumtinktur) är förstahandspreparat. Opiumtinktur är en ex temporeberedning och initial dosering är 1 ml 3 gånger/dag. Dosen kan behöva ökas.

Vid svår diarré hos patienter med gastrointestinala cancrar kan injektion av somatostatinalogen oktreatid prövas. Denna behandling är dyr men ibland effektiv. Överväg intravenös vätska vid stora förluster.

Feber

Patienter med tumörsjukdom har ofta förhöjd temperatur, oftast subfebrilitet på morgonen och drygt 38° C på kvällen. Det är viktigt att skilja detta från feber pga infektion. Tumörfeber kan kuperas med NSAID eller med steroider.

Feber bör oftast utredas och infektioner ska i de flesta fall behandlas.

Här får patientens tillstånd och önskemål avgöra vilken åtgärd som är lämpligast. En pneumoni kan vara "människans bästa vän", då en patient anser sig färdig med sitt liv. Lika viktigt kan det vara att ge infektionsbehandling till en döende patient, för att om möjligt förlänga livet, om han/hon väntar på någon/något eller om infektionen är kraftigt symtomgivande. Här gäller det att ha patientens bästa för ögonen. Inom palliativ vård är det viktigt att samråda med patienten om för- och nackdelar med eventuell behandling.

Det finns idag antibiotika för intravenös behandling (ceftriaxon, ertapenem), som ges 1 gång/dygn, vilket är en fördel i hemsjukvård om patienten inte kan behandlas peroralt.

Kraftig värmekänsla förekommer normalt i livets sista fas och behöver inte behandlas.

Fistlar

Enterokutana fistlar uppstår ibland vid ovarialcancer eller efter kirurgiska ingrepp, framför allt vid ileuskirurgi, och dessa kan ibland vätska rikligt. Huden skadas och livskvaliteten blir dålig.

Fistlarna tvättas med vatten eller koksaltlösning. Små kolostomipåsar kan sättas över avgränsade fistlar. Vid uttalad sekretion kan man pröva behandling med somatostatinanalogen oktreatid, gärna kontinuerligt subkutant med pump i dosen 200–500 mikrog/dygn. Prova först med en bolusdos på 50 mikrog.

Förvirringstillstånd

Förvirringstillstånd förekommer ibland vid behandling med morfin, steroider, H₂-antagonister samt bensodiazepiner. Utsättning/dosreduktion är oftast den rätta åtgärden.

Äldre patienter drabbas lätt av övergående förvirringstillstånd vid byte av miljö. Vid infektioner, urinstämma eller förstopning hos äldre ses ofta förvirring och här är det viktigt med riktad behandling. Förvirringstillstånd kan också ha en metabol orsak, såsom hyperkalcemi, njursvikt, leversvikt, hyper- eller hypoglykemi. Här ska grundorsaken behandlas. Förvirring kan ibland bero på hjärnmetastaser och behandlas då med kortison, t ex betametason 12–16 mg initialt och därefter nedtrappning som påbörjas oftast inom 1–2 dagar. Överväg behandling med neuroleptika om patienten plågas, men var försiktig med äldre patienter. Oftast räcker det med haloperidol, 0,5 mg 2 gånger/dag, eller risperidon, 1 mg 2 gånger/dag.

Under livets sista dagar förefaller många patienter förvirrade. De talar med avlidna, ser saker som andra inte ser. Graden av förvirring varierar ofta. Detta är ett vanligt fenomen hos döende och behöver oftast inte behandlas. Informera närstående noga. Det är många gånger de som plågas mest.

Hicka

Xylocain viskös kan prövas efter alla s k knep, men preparatet är dessvärre verkningslöst vid långvarig hicka. Besvärande hicka är plågsam, framför allt om den håller på flera dygn i sträck. En vanlig orsak är

utspänd magsäck, varför intravenös injektion av metoklopramid kan ha god effekt.

Ytterligare behandlingsförslag är t ex baklofen, 5–10 mg peroralt 2 gånger/dag. Stimulering med svalgkateter kan i vissa fall vara effektivt mot hicka.

Hjärnödem

Hjärnödem behandlas med betametason 4–16 mg/dygn peroralt. Börja med 16 mg och trappa sedan ned dosen, så snart detta är möjligt, för att hamna på lägsta möjliga dos utan att neurologiska symtom återkommer. Under pågående strålbehandling mot huvudet används ”maxdosen”, som trappas ned efter avslutad behandling. Sätt in ulcusprofylax.

Hosta

Utred orsaken till hostan. Pneumoni är vanligt hos nedgångna, sköra patienter och ska ibland behandlas, ibland inte. Se Feber, ovan. Glöm inte att utesluta hosta på hjärtsvikts- och astma-/KOL-basis. Här är det viktigt med aktiv behandling eftersom dessa tillstånd ger dålig livskvalitet. Morfinpreparat, liksom kodein, dämpar hosta. Besvärande rethosta vid bronkiella tumörer lindras tämligen väl av Cocillana-Etyfin, 5–10 ml 3 gånger/dag. Inhalation av morfinlösning kan hos enstaka patienter ha god hostdämpande effekt. Initialt ges 0,5–1 ml av morfin injektionsvätska 10 mg/ml som blandas med fysiologisk koksaltlösning och inhaleras.

Hyperkalcemi

Hyperkalcemi är oftast plågsamt, eftersom det ger ett besvärande illamående. Initiala symtom är trötthet och orkeslöshet, därefter kommer törst, förstoppning, illamående och småkramper i framför allt händer och sist kommer neurologiska symtom och hjärtbesvär (se vidare kapitlet Rubbningar i kalciumomsättningen – Osteoporos och frakturprevention, s 568).

Vätska parenteralt, diuretika samt bisfosfonater, till en början parenteralt, ger snabb effekt.

Vid svåra förvirringstillstånd och kräknings bör patienten läggas in på sjukhus/särskilt boende för behandling. Överväg profylaktisk behandling med pamidronat 90 mg, alternativt zoledronsyra 4 mg, 1 gång/må-

nad eller ibandronat 6 mg intravenöst. Observera risken för mandibelnekros vid tandextraktioner. Kontrollera därför tandstatus före insatt behandling.

Illaluktande sår/odör

Vissa cancersår ger obehaglig lukt oftast beroende på anaerob infektion. Metronidazol peroralt i 7–10 dagar hjälper oftast temporärt och kan upprepas vid behov. Infekterade sår behandlas lokalt eller peroralt. Behandling med kadexomer (Iodosorb kompresser eller salva) kan vara av värde. Odör kan dämpas av kolkompresser.

Oftast lider närstående och vårdpersonal mer än patienterna av odör. Tänk på allmän hygien och vädring. God munvård och användande av munspray, minttabletter m m lindrar om lukten kommer från munhålan.

Klåda

Klåda är plågsamt, framför allt när den medför sömnlöshet. Utred orsaken, men ge samtidig symtombehandling. Om det rör sig om allergiska reaktioner, kan antihistamin såsom klemastin, peroralt i dosen 1 mg 3 gånger/dag, ha effekt. Vid övriga orsaker till klåda är den klådstillande effekten av klemastin tveksam, möjligen kan sederig göra att klådan upplevs som lindrigare.

NSAID hjälper mot morfinutlöst klåda. Kolestyramin fungerar vid ikterusorsakad klåda, men det smakar illa. Överväg om inläggande av endoprotes kan hjälpa för att få en svår ikterus att klinga av och därmed klådan. 5-HT₃-antagonisten ondansetron kan ha effekt både vid kolestas- och uremi-inducerad klåda. SSRI-preparat kan ha effekt på leverutlöst klåda, medan mirtazapin, 7,5–30 mg till natten, har visat effekt vid uremiklåda. Båda preparaten har också viss effekt vid paraneoplastisk klåda samt vid klåda pga Polycythaemia vera eller Hodgkins sjukdom.

Torr hud ger klåda och behandlas med mjukgörande krämer. Någon gång kan hydrokortison kräm behövas.

Kramper

Orsaken till kramper ska naturligtvis utredas, glöm inte att ta S-Ca. De flesta kramper lindras av diazepam, vilket enklast administreras med klysmå i akuta lägen.

Epilepsi behandlas på sedvanligt sätt.

Kräkningar vid ileus

Vid manifest ileustillstånd är det kontraindicerat med peristaltikökande läkemedel såsom metoklopramid! Somatostatinanalogen oktreotid, 300 mg/dygn, kan reducera mängden kräkningar vid höga hinder.

Om illamående förekommer samtidigt, ge patienten läkemedel som inte driver på, se Illamående, s 824. Ibland, särskilt om buköversikt visar utspänd ventrikel, behöver man hjälpa patienten med en ventrikelsond, många patienter tycker dock illa om detta. Här kan en PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi) avlasta bättre.

Matleda

Matleda är ett synnerligen vanligt tillstånd i livets slutskede. Ju närmare döden desto svårare är det att äta. Detta plågar oftast närstående mer än patienten. Det är viktigt att informera närstående om det naturliga i att inte kunna äta så mycket vid terminal sjukdom. För att underlätta matintaget rekommenderas små portioner på små tallrikar. Om patienten tål/tycker om alkohol, föreslå då gärna en drink före maten.

Högre dos kortison en kort tid (maximalt en vecka) kan prövas. På lång sikt kan man öka aptiten med progesteronet megestrol, framför allt i tidigt palliativt skede.

Miktionssvårigheter

Vid akut urinstämning ska tappning göras omgående. Vid akut morfinutlöst urinstämning kan diazepam 5–10 mg intravenöst räcka för att få igång vattenkastningen. Morfinutlöst urinstämning förekommer vanligtvis första dygnet, men är därefter sällan ett problem.

Undvik KAD om möjligt. Suprapubisk kateter upplevs trevligare av patienten om kvarsittande kateter behövs en längre tid. Tänk på att även svårt sjuka patienter kan ha ett fungerande sexliv.

Om patienten är urininkontinent och behöver blöjor, se till att de byts så fort de blir blöta. Sköt om huden noga så att sår och irritationer inte uppstår. Under livets sista dagar, då patienten inte orkar komma upp ur sängen, kan KAD behövas för att skapa lugn.

Munsveda

Munsveda förekommer vid candidainfektioner, efter strålbehandling och cytostatikabehandling samt vid aftösa sår. Behandla om möjligt orsaken. God munhygien är A och O. En tandhygienist bör om möjligt anlitas. Eventuellt tandprotes ska rengöras.

Smärtstillande gurgelvatten med benzydaminhydroklorid eller lidokain lösning kan lindra.

Vid candidainfektion används flukonazol peroralt, 50–100 mg 1 gång/dygn, med eller utan samtidig nystatinbehandling. Buckaltablett med mikonazol kan användas vid resistensutveckling.

Triamcinolon munsalva kan lindra vid aftös stomatit.

Muntorrhet

Muntorrhet är ett plågsamt tillstånd, som dock kan hävas med ständig fuktning, minst 3 gånger/timme. Här fungerar vanligt vatten, gärna med citrontillsats bäst, bättre än konstgjord saliv. Konserverad ananas eller sockerfritt tuggummi kan också lindra.

Ofta är läkemedel orsak till muntorrhet. Många patienter slutar därför med läkemedlen och får försämring på annat sätt. Det är därför mycket viktigt med noggrann förklaring och instruktion från vårdpersonalen. En tandhygienist kan vara en god hjälp. Strålbehandling mot spottkörtlar orsakar svår muntorrhet, vilket är mycket plågsamt. Pilokarpin kan ha viss effekt. Akupunktur kan hjälpa mot muntorrhet.

Muskelryckningar

Muskelryckningar ses vid bruk av morfin, framför allt vid höga doser. Dosen bör om möjligt minskas, utan att ge patienten mer smärta. Om dosminskning är omöjlig, ska patienten informeras om att orsaken är morfinbehandlingen, varvid symtomet lättare accepteras.

Vid manifesta myoklonier bör man misstänka ansamling av morfinmetaboliter. Kontrollera S-kreatinin. Om patienten visar begynnande njursvikt, ge morfin med längre intervall eller byt till en annan opioid! Bensodiazepiner, t ex lorazepam har effekt på myoklonier.

Obstipation

Förstoppning är, inom palliativ vård, oftast betingad av morfinbehandling, varför det är viktigt med profylax. Denna kräver noggrann information till patient och anhörig. Inaktivitet bidrar till obstipation och är inte alltid möjligt att göra något åt inom palliativ vård.

Eftersträva att patienterna har avföring dagligen utan bekymmer. Kombiner osmotiskt verkande medel, som är volymökande laxantia, såsom laktulos, laktitol eller makrogol med natriumpikosulfat. Dosjustera så att avföringen är mjuk men formad. Här är inte Fass-texten avgörande – dosen kan ökas tills önskad avföring åstadkoms. Fekalom behandlas med makrogol 6 påsar i 1 L vatten som ges under 6 timmar. Dygnsdosen av natriumpikosulfat bör vanligtvis delas upp på flera administreringstillfällen, eftersom 10–20 droppar till natten, i engångsdos, kan ge magknip, vilket gör att patienten slutar att ta medlet. Ett nytt sätt att behandla svår morfinutlöst förstoppning är injektion av metylnaltrexon (Relistor) subkutant. Patienten får avföring inom 20 minuter.

Orolångest

Det är naturligt att vara orolig vid svår sjukdom. Samtal är oftast den bästa åtgärden. Mycken oro upphör då patienten får klara besked eller ges möjlighet att ventileras orsaken.

Svår ångest är ett symptom på psykisk smärta och det är ett plågsamt tillstånd, som givetvis ska behandlas. Då läkemedel krävs används med fördel bensodiazepiner. Vid akut ångest hos yngre patienter ges diazepam peroralt 5 mg 3 gånger/dag, till äldre ges oxazepam 5–15 mg 3 gånger/dag. Vid långvarig ångest ges i första hand SSRI-preparat, som också kan ges vid panikångest. Ett alternativ är alprazolam, 0,5–1 mg 2–3 gånger/dag, dosen kan behöva trappas upp. Ångest i livets slutskede lindras oftast väl av alprazolam i depåtabletter i dosen 0,5–1 mg till natten som startdos. Dosen kan behöva ökas successivt. En fördel med depåberedningen kan vara att preparatet kapar ångesttoppar, utan att patienten blir alltför påverkad av preparatet.

Även närståendes oro kan behöva behandlas. Många närstående ställs utanför och dålig kommunikation inom familjen leder till förvärrade besvär.

I terminala skeden kan svårbehandlad rastlöshet och ångest bli plågsamt. Problemet kan ibland brytas med midazolamtillförsel via pump. Doseringen individualiseras men initialt ges 1 mg subkutant som bolusdos och därefter 0,4 mg/timme subkutant dagtid samt 0,8 mg/timme nattetid. Dosen kan behöva justeras både uppåt och nedåt. Målet är att patienten är vaken och avslappnad dagtid samt har god nattsömn. Vid ovana vid denna typ av behandling bör erfaren palliativ enhet rådfrågas.

Pareser

Plötsligt påkommande parapares hos en cancerpatient kan bero på metastasinväxt spinalt. Om patienten inte opereras inom ett dygn kan paresen bli bestående. Här är det bråttom att ta kontakt med ortoped eller neurokirurg, om patienten ska kunna få vara "gångare" livet ut. Om patienten inte kan opereras ska kortison ges och strålbehandling övervägas. Om paresen beror på en hjärnmetastas, undersök om strålbehandling kan hjälpa. Kortison ska alltid sättas in, t ex betametason 16 mg 2 gånger/dygn vid hotande tvärsnittslesion, annars 8 mg 2 gånger/dygn. Den avsvällande effekten ger ibland remarkabelt, positivt resultat.

Ulcusprofylax ska sättas in. KAD + trombosprofylax ska övervägas.

Pleuravätska

Pleuravätska är vanligt vid vissa tumörtyper. Tappning ger lindring temporärt. Förstagångstappning bör dock ske på sjukvårdsinrättning med röntgenmöjligheter. Finns risk för att patienten behöver tappas ofta bör pleurodes övervägas.

Ta kontakt med lungspecialist i tidigt skede. En pleurodes lyckas bäst om patienten inte är tappad mer än en gång.

Rosslingar

Inför döden uppstår många gånger rosslingar, ett symptom som framför allt plågar närstående. Antikolinergika, t ex skopolamin eller glykopyrron lindrar effektivt. Efter-

som smärta och oro ofta finns samtidigt, ge gärna t ex hydromorfon-atropin eller morfin-skopolamin, 1 ml subkutant vid behov.

Svettningar

Många patienter plågas periodvis av svettningar. Nattliga svettningar ger dålig nattro. NSAID i låg dos regelbundet över dygnet, gärna indometacin 25 mg 3 gånger/dag alternativt betametason 2–4 mg/dag peroralt, kan prövas. Vid cancerutlösta svettningar kan hyoscyamin prövas.

Akupunktur kan lindra.

Strålreaktioner

Efter genomgången strålbehandling plågas en del patienter av hudreaktioner. Dessa kan behandlas med kamomillomslag, vilket ger en god lindring. Kompresser kan doppas i kamomillte vilka sedan läggs på det strålbehandlade området.

Efter strålning mot huvud-halsområdet kan patienterna få en besvärande muntorrhet med svårighet att svälja och ibland även att tala. Se avsnittet Muntorrhet, s 830.

Sömnsvårigheter

Orsaken till sömnsvårigheterna ska förstas utredas. Finns plågsamt oro kanske anxiolytika behövs även dagtid. Inom palliativ vård är nattron viktig. Svåra tankar blir alltid värre på natten. Insomningssvårigheter ska därför behandlas frikostigt. Använd bensodiazepiner, alternativt zopiklon eller zolpidem. Om längre och djupare sömn behövs kan t ex levomepromazin i låg dos ges, dock inte senare än kl 20.00 för att slippa "hang-over-effekt" nästa dag.

Sväljningssvårigheter

Utred orsaken till sväljningssvårigheterna – det kan vara muntorrhet, striktur, svamp eller neurologisk orsak. Om möjligt ska orsaken behandlas. Tumörstrikturer åtgärdas genom palliativ lokal strålbehandling eller med inläggande av stent. Laserbehandling kan vara ett alternativ.

När detta inte går är PEG ett utmärkt hjälpmedel, alternativt Witzel-fistel. Clini-feedingsond kan någon gång vara ett alternativ, men uppskattas sällan av patienten. Det känns obehagligt i näsa och hals och påminner hela tiden om sjukdomen. Kortison

kan lindra symtomet genom sin avsvällande effekt.

Trötthet

Uteslut behandlingsbar orsak till tröttheten, såsom anemi, se s 826. Trötthet är annars ett mycket svårbehandlat symtom, oavsett om den beror på sjukdomen i sig eller är en läkemedelsbiverkning. Det är inte alltid lämpligt att sänka dosen av verksamt läkemedel, men detta ska naturligtvis övervägas om möjlighet finns. Koffein hjälper ibland. Låg dos kortison kan prövas. Annars bör patienten endast informeras om orsaken till tröttheten. Inför en speciell händelse kan man pröva en kortisonkur i 5–10 dagar, initialt med 5–6 mg betameta-son på morgonen.

Trötthet kan ha psykiska orsaker, såsom nedstämdhet och förlamande oro, och ska behandlas därefter.

Törst

Törst har två orsaker – för lite vätska och för mycket salt. Att dricka vatten lindrar effektivt. Parenteral vätsketillförsel lindrar endast dehydrering! Törst försvinner av utspänd magsäck samt fuktning av munhålan var 20:e minut. Närstående tror ofta att ”dropp” är bäst när patienten inte längre kan dricka. Att ge intravenös vätska de sista levnadsdygnen, när organsystemen sviktar, ger många gånger bekymmer med ökad risk för lungödem. Lär därför närstående att fukta munnen 3 gånger/timme när patienten är vaken.

Ödem

Utred orsaken till ödemet. Behandla hjärtsvikt om detta är orsaken. Generella ödem, pga proteinbrist, behandlas med fördel med diuretika. Svullna ben kan behandlas med stödstrumpor om patienten accepterar sådana.

Lymfödem är svårbehandlade, men speciell sjukgymnastisk massagebehandling kan lindra. Lymfödem efter bröstcanceroperation behandlas med stödförband. Diuretika är ofta en handikappande behandling och hjälper dåligt vid organiserade, bindvävsomvandlade lymfödem.

Referenser

För vidare läsning

1. Doyle m fl; Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press 2006. ISBN 9780198566984.
2. Beck-Friis B, Strang P, Red. Palliativ medicin. 3:e utgåvan. Liber; 2005. ISBN 9147052511.
3. Werner M, Strang P, Red. Smärta och smärtbehandling. Liber; 2003. ISBN 91-47-04906-5.
4. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Socialstyrelsen. 2007. ISBN 978-91-85483-05-1.
5. Strang P. Cancerrelaterad smärta, onkologiska och palliativa aspekter. Studentlitteratur AB; 2003. ISBN 9144010664.

Preparat¹

Observera! I denna preparatförteckning finns endast de preparat, vars substansnamn är namngivna i texten. Beträffande övriga läkemedel vid respektive symtom/åkomma hänvisas till aktuella sjukdomskapitel.

Medel vid cancersmärter

Lätta analgetika, antipyretika, NSAID
Acetylsalicylsyra, paracetamol, NSAID
Se kapitlet Smärtbehandling s 812.

Svaga opioider

Dextropropoxifen, kodein, tramadol
Se kapitlet Smärtbehandling s 812.

Starka opioider

Buprenorfin
Norspan Mundipharma, depotplåster 5 mikrog/timme, 10 mikrog/timme, 20 mikrog/timme
Fentanyl
Abstral ProStrakan, resoribletter 100 mikrog, 200 mikrog, 300 mikrog, 400 mikrog, 600 mikrog, 800 mikrog
Actiq Swedish Orphan, sugtabletter 200 mikrog, 400 mikrog, 600 mikrog, 800 mikrog, 1 200 mikrog, 1 600 mikrog
Durogesic Janssen-Cilag, depotplåster 12 mikrog/timme, 25 mikrog/timme, 50 mikrog/timme, 75 mikrog/timme, 100 mikrog/timme
Fentanyl Flera fabrikat, depotplåster 12 mikrog/timme, 25 mikrog/timme, 50 mikrog/timme, 75 mikrog/timme, 100 mikrog/timme

1. Aktuell information om parallellimporterade förpackningar och generika kan fås via apotek.

Matrifen Nycomed, depotplåster 12 mikrog/timme, 25 mikrog/timme, 50 mikrog/timme, 75 mikrog/timme, 100 mikrog/timme

Hydromorfon

Hydromorfonhydroklorid APL APL, infusionsvätska 10 mg/ml, 20 mg/ml, injektionsvätska 10 mg/ml, 20 mg/ml

Palladon Mundipharma, depotkapslar 4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg, kapslar 1,3 mg, 2,6 mg

Hydromorfon + spasmolytika (atropin)

Palladon Comp Mundipharma, injektionsvätska

Ketobemidon

Ketobemidonhydroklorid APL APL, injektionsvätska 1 mg/ml, 20 mg/ml

Ketogan Novum Pfizer, injektionsvätska 5 mg/ml, tabletter 5 mg

Ketobemidon + spasmolytika

Ketogan Pfizer, suppositorier

Metadon

Metadon Recip Recip, injektionsvätska 10 mg/ml, tabletter 10 mg

Morfin

Depolan Nordic Drugs, depottabletter 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg

Dolcontin Pfizer, depotgranulat till oral suspension 20 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, depottabletter 5 mg, 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg

Dolcontin Unotard Pfizer, depotkapslar 30 mg, 60 mg, 90 mg, 150 mg, 200 mg

Morfin Epidural Meda Meda, injektionsvätska 0,4 mg/ml, 2 mg/ml, 10 mg/ml

Morfin Meda Meda, injektionsvätska 10 mg/ml, oral lösning 2 mg/ml, 5 mg/ml, tabletter 10 mg, 20 mg

Morfin Special BioPhausia, injektionsvätska 0,4 mg/ml, 2 mg/ml, 10 mg/ml

Morfinhydroklorid APL APL, infusionsvätska 1 mg/ml, 10 mg/ml, rektalgel 1 mg/ml, suppositorier 5 mg, 10 mg, 20 mg

Morfinhydroklorid Special APL APL, infusionsvätska 1 mg/ml

Morfin + bupivakain

Bupivakainhydroklorid-morfinhydroklorid APL APL, infusionsvätska 1 mg/ml + 30 mikrog/ml

Morfin + spasmolytika

Morfin-skopolamin Meda Meda, injektionsvätska 10 mg/ml + 0,4 mg/ml

Spasmodon Meda, injektionsvätska, suppositorier

Oxikodon

OxyContin Mundipharma, depottabletter 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg

OxyNorm Mundipharma, injektionsvätska 10 mg/ml, kapslar 5 mg, 10 mg, 20 mg, oral lösning 1 mg/ml, 10 mg/ml

Antidepressiva

Amitriptylin

Saroten Lundbeck, tabletter 10 mg, 25 mg

Tryptizol MSD, tabletter 10 mg, 25 mg, 50 mg

Venlafaxin

Efexor Depot Wyeth, depotkapslar 37,5 mg, 75 mg, 150 mg

Venlafaxin Flera fabrikat, depotkapslar 37,5 mg, 75 mg, 150 mg

Antiepileptika

Gabapentin

Gabapentin Flera fabrikat, kapslar 100 mg, 300 mg, 400 mg, tabletter 600 mg, 800 mg

Neurontin Pfizer, kapslar 100 mg, 300 mg, 400 mg, tabletter 600 mg, 800 mg

Karbamazepin

Hermolepsin Orion Pharma, oral suspension 20 mg/ml, tabletter 200 mg

Hermolepsin Retard Orion Pharma, depottabletter 100 mg, 200 mg, 300 mg

Tegretol Novartis, oral suspension 20 mg/ml, suppositorier 125 mg, 250 mg, tabletter 100 mg, 200 mg, 400 mg

Tegretol Retard Novartis, depottabletter 200 mg, 400 mg

Trimonil Retard Desitin, depottabletter 150 mg, 200 mg, 400 mg

Pregabalin

LYRICA Pfizer, kapslar 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg, 225 mg, 300 mg

Övriga medel

Betametason

Betapred Swedish Orphan, tabletter 0,5 mg

Butylskopolamin

Buscopan Boehringer Ingelheim, injektionsvätska 20 mg/ml

Bisfosfonater

Se kapitlet Rubbningar i kalciumomsättningen – osteoporos och frakturprevention, s 577.

Bupivakain, lidokain

Se kapitlet Smärtbehandling s 812.

Läkemedel vid illamående

Neuroleptika

Haloperidol

Haldol Janssen-Cilag, oral lösning 2 mg/ml, tabletter 1 mg, 4 mg

Proklorperazin

Proklorperazin APL APL, suppositorier 25 mg
Stemetil sanofi-aventis, tabletter 5 mg

Antihistaminer

Dimenhydrinat

Amosyt Bioglan Pharma, tabletter 100 mg

Meklozin

Postafen UCB Nordic, tabletter 25 mg

Antikolinergika

Glykopyrron

Robinul Meda injektionsvätska 0,2 mg/ml

Skopolamin

Scopoderm Novartis, depotplåster 1 mg/72 timmar

5HT₃-receptorblockerare

Granisetron

Kytril Roche, injektionsvätska 1 mg/ml, tabletter 1 mg, 2 mg

Ondansetron

Ondansetron Flera fabrikat, injektionsvätska 2 mg/ml, tabletter 4 mg, 8 mg
Zofran GlaxoSmithKline, injektionsvätska 2 mg/ml, injektionsvätska 2 mg/ml förfylld spruta, oral lösning 0,8 mg/ml, tabletter 4 mg, 8 mg
Zofran Munlöslig GlaxoSmithKline, frystorkade tabletter 4 mg, 8 mg

Tropisetron

Navoban Novartis, injektionsvätska/koncentrat till infusionsvätska 1 mg/ml, kapslar 5 mg

NK₁-receptorblockerare**Aprepitant**

Emend MSD, kapslar 80 mg, 125 mg, 125 mg + 80 mg

Övriga medel**Metoklopramid**

Primperan sanofi-aventis, injektionsvätska 5 mg/ml, suppositorier 20 mg, tabletter 10 mg

Betametason

Betapred Swedish Orphan, tabletter 0,5 mg

Dexametason

Dexacortol Organon, tabletter 1,5 mg

Lorazepam

Temesta Wyeth, tabletter 1 mg

Oktreotid

Octreotid Hospira Hospira, injektionsvätska 50 mikrog/ml, 100 mikrog/ml, 200 mikrog/ml, 500 mikrog/ml
Sandostatin Novartis, injektionsvätska 50 mikrog/ml, 100 mikrog/ml, 200 mikrog/ml, 500 mikrog/ml
Sandostatin LAR Novartis, pulver och vätska till injektionsvätska 10 mg, 20 mg, 30 mg

Läkemedel vid övriga symtom**Medel vid anemi****Darbepoetin, erythropoietin**

Se kapitlet Hematologiska maligniteter, s 517.

Medel vid andningssvårigheter**Dexametason**

Oradexon Organon injektionsvätska 5 mg/ml, Licensvara

Medel vid blödningar**Tranexamsyra**

Cyklokapron Meda, brustabletter 1 g, tabletter 500 mg

Cyklokapron Pfizer, injektionsvätska 100 mg/ml

Tranexamsyra APL APL, oral lösning 100 mg/ml

Tranon Recip, tabletter 500 mg

Medel vid depression**Amitriptylin, SSRI, NSRI**

Se kapitlet Förstämmningssyndrom, s 945.

Medel vid diarré**Loperamid**

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbnings, s 128.

Oktreotid

Se Illamående, ovan.

Opium

Opiumtinktur APL, APL, oral lösning

Medel vid feber**Ceftriaxon**

Rocephalin Roche, pulver och vätska till injektionsvätska 1 g, pulver till infusionsvätska 2 g

Ertapenem

Invanz MSD, pulver till koncentrat till infusionsvätska 1 g

Övriga antibiotika

Se kapitlet Antibiotika, s 613.

Medel vid fistlar**Oktreotid**

Se Illamående, ovan.

Medel vid förvirringstillstånd**Betametason, haloperidol**

Se Illamående, ovan.

Risperidon

Risperdal Janssen-Cilag, frystorkad tablett 1 mg, 2 mg, oral lösning 1 mg/ml, tabletter 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg

Medel vid hicka**Baklofen**

Baklofen Merck NM Mylan, tabletter 10 mg, 25 mg

Lioresal Novartis, tabletter 10 mg, 25 mg

Lidokain

Xylocain viskösa AstraZeneca, oral lösning 20 mg/ml

Medel vid hjärnödem**Betametason**

Se Illamående ovan.

Medel vid hosta**Etylmorfin**

Cocillana-Etyfin Ellem, oral lösning

Kodein

Kodein Recip Recip, tabletter 25 mg

Medel vid hyperkalcemi**Bisfosfonater**

Se kapitlet Rubbnings i kalciumomsättningen – osteoporos och frakturprevention, s 577.

Medel vid illaluktande sår**Metronidazol**

Flagyl sanofi-aventis, oral suspension 40 mg/ml, tabletter 200 mg, 400 mg

Metronidazol Actavis Actavis, tabletter 500 mg

Medel vid klåda**Kolestyramin**

Se kapitlet Leversjukdomar, s 96.

Klemastin

Tavegyl Novartis, oral lösning 50 mikrog/ml, tabletter 1 mg

Ondansetron

Se Illamående, ovan.

SSRI, Mirtazapin

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 945.

Cimetidin,

Se kapitlet Sjukdomar i matstrupe, magsäck och tolvfingertarm, s 83.

Indometazin,

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Medel vid kramper**Diazepam**

Se kapitlet Epilepsi, s 888.

Medel vid kräkningar**Metoklopramid, oktreatid**

Se Illamående, ovan.

Medel vid matleda**Kortison**

Se kapitlet Kortikosteroider och hypofyshormoner, s 602.

Megestrol

Megace Bristol-Myers Squibb, tabletter 160 mg

Medel vid miktionsvärrigheter**Diazepam**

Se kapitlet Ångest och oro, s 929.

Medel vid munsveda**Benzydamin**

Andolex Meda, munsköljvätska 1,5 mg/ml

Lidokain

Lidokainhydroklorid i Oral Cleaner APL APL, munsköljningsvätska 5 mg/ml

Xylocain viskös AstraZeneca, oral lösning 20 mg/ml

Flukonazol

Diflucan Pfizer, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, pulver till oral suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml

Flukonazol Flera fabrikat, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

Mikonazol

Loramyc BioAlliance Pharma, buckaltablett, häftande 50 mg

Nystatin

Mycostatin Bristol-Myers Squibb, oral suspension 100 000 IU/ml

Triamcinolon

Triamcinolon APL APL, munhålepasta 0,1%

Medel vid muntorrhet**Pilokarpin**

Salagen Novartis, tabletter 5 mg

Medel vid muskelryckningar**Lorazepam**

Temesta Wyeth, tabletter 1 mg

Medel vid obstipation**Metylnaltrexonbromid**

Relistor Wyeth, Injektionsvätska, lösning 12 mg/0,6 ml

Laktitol, laktulos, natriumpikosulfat, makrogol, metylnaltrexonbromid

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningar, s 128.

Medel vid oro/ångest**Bensodiazepiner, SSRI**

Se kapitlet Oro och ångest, s 929.

Midazolam

Dormicum Roche, injektionsvätska 1 mg/ml, 5 mg/ml

Midazolam Flera fabrikat, injektionsvätska 1 mg/ml, 5 mg/ml

Midazolam APL APL, oral lösning 1 mg/ml, rektalgel 3 mg/ml

Medel vid pareser**Betametason**

Se illamående, ovan.

Medel vid rosslingar**Morfin-skopolamin**

Se Cancersmärta, ovan.

Glykopyrron

Se Illamående, ovan.

Medel vid svettningar**Betametason**

Se Illamående, ovan.

Klonidin

Catapresan Boehringer Ingelheim, injektionsvätska, 150 mikrog/ml

Klonidinhydroklorid APL, oral lösning 5 mikrog/ml, 20 mikrog/ml

NSAID-preparat, t ex indometacin

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Medel vid sömnstörningar**Bensodiazepiner**

Se kapitlet Sömnstörningar, s 918.

Zolpidem

Zolpidem Flera fabrikat, tabletter 5 mg, 10 mg

Stilnoct sanofi-aventis, tabletter 5 mg, 10 mg

Zopiklon

Imovane Meda, tabletter 5 mg, 7,5 mg

Zopiklon Flera fabrikat, tabletter 5 mg, 7,5 mg

Levomepromazin

Nozinan sanofi-aventis, tabletter 5 mg, 25 mg, 100 mg

Medel vid trötthet**Koffein**

Koffein Recip, tabletter 100 mg

Kortison, t ex betametason

Se illamående, ovan

Medel vid ödem**Diuretika**

Se kapitlet Hjärtsvikt, s 270.

