

Palliativ farmakologisk behandling vid svår covid-19

Coronavirus disease 2019 (covid-19) kan orsaka svår sjukdom, framför allt bland äldre och människor med andra underliggande sjukdomar, med stort behov av lindrande (palliativ) behandling.

Den kliniska bilden vid svår sjukdom domineras av lunginflammation som kan progrediera till akut lungskada (ARDS) med snabb försämring och svår syrebrist [1]. Infektionen ökar risken för komplikationer såsom hjärt-kärlsjukdom, arytmi, lungemboli och sepsis med multiorgansvikt [1]. Risken för död bland patienter med konstaterad smitta har rapporterats (främst data från Kina) till omkring 4 procent för 60-åringar och 15 procent för människor 80 år eller äldre, och är ökad för patienter med samsjuklighet såsom hjärt-kärlsjukdom (10 procent) och kronisk lungsjukdom (6 procent) [2].

De vanligaste symtomen vid svår sjukdom är feber, torrhosta, andnöd och smärta (oftast i bröstkorget sekundärt till hosta) [1]. Symtom har oftast förekommit i 2-3 veckor hos patienter som skrivs ut från sjukhus eller som avlider i sjukdomen [3].

Intensiv syrgasbehandling och intensivvård med respiratorbehandling förbättrar överlevnaden och chansen att bli helt frisk vid svår covid-19, och är aktuell för patienter som bedöms ha tillräckligt låg biologisk ålder och underliggande sjuklighet för att tolerera den ofta långa intensivvården och kunna återgå till ett liv som är värdefullt för patienten. Många patienter med hög biologisk ålder och stor sjuklighet är inte aktuella för intensivvård utan



Magnus Ekström, docent, överläkare, medicinkliniken, Blekingesjukhuset; Lunds universitet
● pmekstrom@gmail.com

Bengt Dahlander, överläkare, Capio ASIH/SPSV Nacka

har störst nytta av ren palliativ behandling [4].

Vårt mål är att ge en kort sammanfattning av lämplig symtomlindrande behandling vid svår covid-19. Även om vårt fokus är patienter i rent palliativ vård så kan behandlingarna också vara användbara för symtomlindring under livsuppehållande behandling. Speciell målgrupp för artikeln är läkare som normalt sett inte arbetar med denna typ av symtomlindring. Fokus blir naturligt på enheter där det finns möjligheter att ge symtombehandling - sjukhus, palliativa enheter och hemsjukvård - och behandlingen behöver anpassas efter lokala omständigheter.

Rekommendationerna (Tabell 1) baseras på riktlinjer från Palliativt kunskapscentrum [5], Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede [6] samt våra kliniska erfarenheter från sjukhus, palliativ slutenvård och hemsjukvård.

Vårdnivå och palliativt behov

Symtomlindring är aktuell för alla patienter med svåra eller begränsande symtom.

Det är viktigt att så tidigt som möjligt bedöma vårdnivå och behandlingsbegränsningar utifrån patientens biologiska ålder och chans att återgå till ett värdefullt liv [4]. Patienten bör, så långt det är möjligt, vara delaktig i beslutet. Det är viktigt att utforma en plan på särskilda boenden där man tar ställning till palliativ behandling på boendet och huruvida patienten ska in till sjukhuset vid försämring. Vid hög belastning på sjukhus kan inrättande och bedömning av multidisciplinärt team (inkluderande exempelvis narkosläkare, infektionsläkare, lungmedicinare och palliativ kompetens) vara en metod för rationella bedömningar och minskad etisk stress [7]. Vid ren palliativ vård är ventilator eller hjärt-lungräddning inte aktuellt. Planen förankras med patienten, närstående och personal och dokumenteras i journalen. En klar plan minskar stress för alla inblandade.

Farmakologisk symtomlindrande behandling

Målet med behandlingen är att ge en god symtomlindring och att undvika smitta. Rekommenderade läkemedel och doser listas i Tabell 1.

Hygienrutiner, inklusive munskydd,

TABELL 1. Rekommenderade läkemedel för symtomlindring

Symtom	Läkemedel	Startdos
Andnöd	Morfin	5 mg po 2,5 mg sc/iv alternativt motsvarande extra 1/6 av dygnsdosen vid pågående opioidbehandling
Feber	Paracetamol	1 g po/pr/iv
	Ketorolak	15-30 mg sc
	Betametason	6 mg po/iv
Hosta	Morfin	5 mg po 2,5 mg sc/iv alternativt motsvarande 1/6 av dygnsdosen vid pågående opioidbehandling
Konfusion	Haloperidol	1-2,5 mg sc
	Midazolam	2,5-5 mg sc
Roslig andning	Furix om behandlingskrävande övervätskning	40 mg sc/iv
Smärta	Paracetamol	1 g po/pr/iv
	Ketorolak	15-30 mg sc
	Morfin	5 mg po 2,5 mg sc/iv alternativt motsvarande 1/6 av dygnsdosen vid pågående opioidbehandling
Ångest och akut andningskris	Midazolam	2,5-5 mg sc
	Diazepam	5 mg po/sc/iv

Po = per os; sc = subkutant; iv = intravenöst; pr = per rektum

HUVUDBUDSKAP

- Covid-19 kan ge svår sjukdom med feber, torrhosta och andnöd som främsta symtom.
- En plan bör utformas för alla patienter gällande vårdnivå och tillgängliga behandlingar som kan bli aktuella.
- Symtomlindring bör ges tidigt, både parallellt med livsförlängande behandling/intensivvård och vid ren palliativ behandling.
- Grundbehandling mot andnöd, hosta och smärta är morfin (tablett eller subkutant).



Foto: Shutterstock/TI

»Lugn miljö runt patienten är en viktig start. Ta bort utrustning som inte längre behövs ... och se till att patienten sitter/ligger så bekvämt som möjligt.«

glasögon eller visir, förkläde och handskar, är av högsta prioritet för att skydda personal. Undvik onödiga provtagningar och undersökningar. Adekvata skyddsåtgärder är viktiga för att personal ska kunna arbeta och för att skapa ett lugnt arbetsmiljö kring den svårt sjuka patienten.

Behandlingen styrs av patientens symtom och fortlöpande kliniska bedömningar. Empirisk behandling testas utifrån symtom. Det är oftast inte aktuellt med blodprov, radiologi eller andra undersökningar.

Lugn miljö runt patienten är en viktig start. Ta bort utrustning som inte längre behövs (såsom saturationsmätare och annan övervakningsutrustning) och se till att patienten sitter/ligger så bekvämt som möjligt. Mänsklig kontakt (med adekvat skyddsutrustning) är viktig för att motverka ensamhet och känslor av utsatthet och för att förbättra patientens psykosociala hälsa.

Underliggande tillstånd behandlas enligt följande:

- Bronk obstruktion: luftrörsvidgande (till exempel beta-2-agonist), kortison som inhalation eller tablett (till exempel betametason)
- Bakteriell infektion: antibiotika om det tros minska symtom, dock ej i terminalt skede
- Hjärtsvikt: vätskedrivande, morfin
- Ischemisk hjärtsjukdom: nitroglycerin, morfin
- Arytmi: betablockad
- Lungembolisering: antikoagulantia

Inhalationsbehandling ges bara vid tecken på obstruktion och i första hand med

patientens egna inhalatorer, eller i andra hand med sprej i andningsbehållare (spacer) som sedan följer patienten. Undvik nebulisering på grund av smittrisk.

Näring och vätska kan snarare förvärra symtom vid svår sjukdom i palliativ fas. Intravenös vätska ges endast till patienter som inte själva kan dricka och som uttrycker törst.

Feber driver på andningen och behandlas med paracetamol, och i svårare fall NSAID, som också finns i injektionsform: ketorolak eller betametason.

Morfin är förstahandsalternativ mot andnöd, hosta och smärta. I första hand ges oral behandling eller injektion, vilket kan upprepas vid behov efter 20–40 minuter och har effekt kring 4 timmar. För patienter som redan står på morfin ges extrados motsvarande 1/6 av den totala dygnsdosen. Dosen anpassas efter symtomen. Som vanligt ges profylax mot förstoppning och medel mot illamående vid behov (exempelvis metoklopramid 10 mg subkutant eller intravenöst). Subkutan pump kan vara aktuell i specialiserad vård men inte på särskilt boende.

Andnöd lindras i första hand med morfin. Bronkvidgande inhalationer (till exempel beta-2-agonist) ges endast vid kliniska tecken på obstruktion. Fläkt mot näsa och mun kan lindra andnöd. Syrgas kan ges på försök (till exempel 5–10 l/min) utan behov av saturationsmätning och tas bort om det inte lindrar inom en timme.

Ångest och svår andningskris behandlas

med tillägg av midazolam för kortvarig effekt eller injektion diazepam för långvarigare effekt. Palliativ sedering kan bli aktuell vid akut svår andningskris, genom kontinuerlig infusion av midazolam alternativt propofol.

Hosta lindras effektivast med morfin. Kodein bör undvikas på grund av varierande effekt. Smärta från bröstkorgen på grund av hosta kan lindras av paracetamol eller NSAID, men oftast krävs morfin.

Rosslig andning på grund av hjärtsvikt kan behandlas med vätskedrivande, men rossel uppkommer ofta i livets slutskede på grund av lite segt slem i större luftvägarna och besvärar ofta inte patienten. Rutinmässig behandling med glykopyrtron rekommenderas inte då det har tveksam effekt och kan ge biverkningar såsom ytterligare torra slemhinnor och segare slem som är svårare att hosta upp.

Konfusion kan vara svårbehandlad, men överväg vid behov haloperidol, som kan kombineras med midazolam. Utvärdera och öka doserna vid behov.

Sammanfattning

Tidigt insatt evidensbaserad symtomlindring är viktig för patienter som lider av covid-19, både i kombination med livsförlängande behandling och vid ren palliativ vård. Det är viktigt att man på varje enhet, inklusive särskilda boenden, planerar hur man ska kunna ge adekvat symtomlindring och möjliggöra mänsklig kontakt för att minska lidandet vid svår covid-19. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:F3PM*

REFERENSER

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. Epub 28 feb 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
2. Ruan S. Likelihood of survival of coronavirus disease 2019. *Lancet Infect Dis*. Epub 30 mar 2020. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30257-7.
3. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis*. Epub 30 mar 2020. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30243-7.
4. Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
5. Palliativt kunskapscentrum, Region Stockholm; Bergström J. Palliativ symtomlindring vid covid-19 i allmän palliativ vård. 31 mars 2020. <https://www.pkcsll.se/kunskap/covid-19/>
6. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram palliativ vård. 2015. <https://kunkskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/vardprogram/>
7. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*. Epub 23 mar 2020. doi: 10.1056/NEJMs2005114

SUMMARY

Palliation in patients with severe COVID-19

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) can cause severe respiratory failure and distressing symptoms including fever, cough, breathlessness and anxiety. Symptomatic (palliative) treatment is of fundamental importance both in conjuncture with life-sustaining interventions and in end of life care. Based on the evidence to date, there are several treatment options to consider for the relief of fever (acetaminophen, NSAID, oral glucocorticoids), cough (morphine), breathlessness (morphine, oxygen, fan), anxiety (benzodiazepines) and pain (NSAID, morphine). Top priorities include precautions to protect staff and people at-risk from infection and planning how to provide adequate treatment for each individual depending on setting, including palliative care.