

SMERTE HOS ELDRE

Paal Naalsund

Seksjonsoverlege geriatrisk seksjon HDS.

ULIKE TYPER SMERTE

- ▶ Nociseptiv smerte: smerte pga direkte påvirkning av smertereseptorer
- ▶ Nevropatisk smerte: Skade/dysfunksjon i perifere eller sentrale deler av nervesystemet.
- ▶ Smerte av uklar årsak
- ▶ Psykogen smerte(sjelden som ren tilstand?)



MÅLING AV SMERTE HOS ELDRE

- ▶ VAS-skår: allikevel en subjektiv vurdering?
Skala fra 1–10
- ▶ Verbal rating scale: 0–4:
smertefri til verst tenkelig smerte.
- ▶ Høy eller lav smerteterskel?
- ▶ Smertens kontekst–når oppstår smerte?
- ▶ Påvirkning av mobilitet
- ▶ Smerter som forstyrrer søvn?
- ▶ Påvirkning av livskvalitet
- ▶ Psykiske/psykososiale faktorer

Muskel-skjelettsmerter

- ▶ Artrose-affiserer ofte store vektbærende ledd
- ▶ Artritter
- ▶ Osteoporose
- ▶ Urinsyregikt
- ▶ Polymyalgia rheumatica/arterittis temporalis
- ▶ Fibromyalgi/kroniske muskelsmerter
- ▶ ...og en rekke andre tilstander...

Organsmerter

- ▶ Angina vs thoracale smerter
- ▶ Abdominale smerter–årsak?
- ▶ Urologiske smerter
- ▶ Hodepine–kronisk?

NEVROPATISKE SMERTER

- ▶ Har en mer brennende/stikkende karakter.
- ▶ Mer variasjon i intensitet og lokalisasjon
- ▶ Kan være like ille/verre i hvile.
- ▶ Typer:
 - idiopatisk
 - diabetes
 - vitamin B12 mangel
 - polynevropati
 - alkohol
 - røyk/sirkulasjon



PSYKISKE FAKTORER VED SMERTER

- ▶ Depresjon og angst kan forsterke smerteopplevelsen–og adekvat behandling kan gi god tilleggseffekt
- ▶ Enkelte ganger kan uttrykte smerter gi positiv oppmerksomhet–noe som igjen kan motivere til nye smerteuttrykk
- ▶ Understimulerte eldre kan få et stort smertefokus ved relativt beskjedne smerter.



SMERTER OG DEMENS

- Smerter hos pasienter med demens kan være vanskelig å tolke
- Studier viser at 60–80 % av pasientene har smerter.
- Studier viser at pasienter med demens får mindre smertestillende enn de uten demens
- Opptil 80 % av de fastboende på sykehjem har demenssykdom.
- Rapportert smerteopplevelse avtar med økende demens.
- Demenspasienter har endret smerteforventning–men kan ha en økt traumatisk opplevelse av smerten da den kommer ”overraskende”.

SMERTESYMPTOMER HOS DEMENSPASIENTER

- ▶ **Ansiktsuttrykk:** pannerynking, trist, skremt, blunking.
- ▶ **Verbalt:** messing, utrop, banning, grove ord
- ▶ Anstrengt/støyende pust
- ▶ **Bevegelse:** uro, vimsing, agitasjon, økt vandring, vugging, endret ganglag/holdning



SMERTESYMPTOMER HOS DEMENSPASIENTER II

- ▶ **Endring i interpersonell aktivitet:**
motsetter seg pleie, forstyrrende/voldelig adferd, tilbaketrekking
- ▶ **Endring i aktivitetsmønster:**
neker å spise, hviler lenger enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner og aktiviteter
- ▶ **Endring i mental status:**
økt forvirring, irritabilitet, gråt

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Date: _____ 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
 «Au!»
 Stønner
 Vriker seg
 Gisper
 Skriker



Ansiktsuttrykk
 Grimaserer
 Rysker pannen
 Strammer munnen
 Lukker øynene



Avvergereaksjon
 Slårmer
 Beleglyter 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 DINE(O) OBSERVASJONER

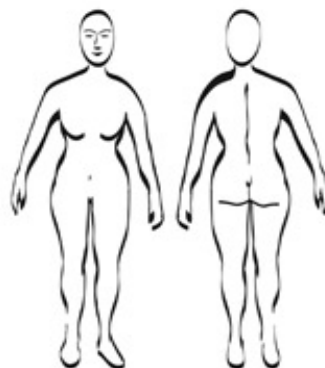
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Observasjon	Smerteintensitet (0-10)
6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BIVIRKNINGER HOS ELDRE

- ▶ Oftere ”atypiske reaksjoner:
faltendens, forvirring, redusert appetitt,
slapphet
- ▶ Økt sårbarhet for mage–tarmbivirkninger:
–magesmerter, obstipasjon, diare, luft.
- ▶ Nyresvikt
- ▶ Hudreaksjoner/allergi

BEHANDLING AV MUSKEL- SKJELETTSMERTER

- ▶ **Ikke medikamentelt:**
Trening. Fysioterapi, annen terapi.
TNS, akupunktur, varme pakninger, annet?
D-vitamin? Magnesium?
- ▶ **Lokale injeksjoner:** steroider/lokalanestesi
- ▶ Smertelindrende **krem/salve**–massasje
- ▶ 1. valg **paracet**
- ▶ **Antiflogistika:** akutte smerte/betennelse–ikke langtid, bortsett fra hos pasienter med kjent revmatisme. Obs bla hjertesvikt og nyresvikt.
- ▶ Opiatderivater og opiater

”Milde” opiatderivater/opiater

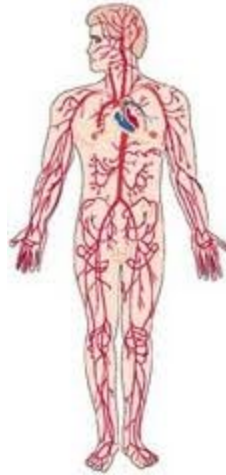
- **Kodalgin(Paralgin/pinex forte/Codaxol):**
 - Minus: obstipasjon, 10% uten effekt, sedasjon
 - Pluss: kan gis supp, tolereres, lite interaksjoner
- **Tramadol/Nobligan:**
 - Minus: mye interaksjoner, serotonergt
 - Pluss: mindre obstipasjon, kan i større grad kombineres med paracet.
- **Norspan(buprenorfin):**
styrke på nivå med ovenstående,
 - Minus : obstipasjon, hudreaksjon, sedering
 - Pluss: enkel administrering, jevn effekt



STERKE OPIATER OG ELDRE

- ▶ **Depotpreparater foretrekkes:**
Dolcontin, OxyContin
- ▶ Durogesic/Fentanyl **plaster** et alternativ men kun ved høyt opiatbehov/sterke smerter.
- ▶ Ved malign smerte/**palliativ** behandling foretrekkes morfin-tbl eller sc injeksjon
- ▶ Sedering, respirasjonshemming, tilvenning og obstipasjon viktigste bivirkninger.

BEHANDLING AV NEVROPATISKE SMERTER



- ▶ Ulike antiepileptika og antidepressiva forsøkes
- ▶ Ingen medikamenter er godt egnet pga bivirkningstendens og interaksjoner
- ▶ Bla forverret kognisjon, svimmelhet, tretthet.
- ▶ Tegretol(epilepsi) og Sarotex(antidepressiva) mye brukt tidligere, mye interaksjoner/antikolinerge.
- ▶ **Neurontin/gabapentin og Lyrica/pregabalin brukes en del. Betydelig bivirkningspotensiale.**
- ▶ **Palexia:** kombinert behandling av nevropatisk og nosiseptiv smerte.
- ▶ Bør gis i langsomt opptrappende doser med nøye vurdering av effekt og bivirkninger hvis indikasjon

Behandling av psykogene smerter.

- ▶ Ved samtidig depresjon vil vellykket behandling av depresjonen også gi en opplevd bedring av smertene.
- ▶ Også vellykket angstbehandling reduserer smerteopplevelsen.

TIL SLUTT

- ▶ Eldre har ofte flere tilstander som kan gi smerter, og er samtidig den pasientgruppen som er mest sårbar for legemiddelreaksjoner.
- ▶ Adekvat smertebehandling må balanseres med kritisk medikamentvurdering.
- ▶ Smerter hos pasienter med demens kan være vanskelig å oppdage og lokalisere