
Lindring av truende kvelning hos døende pasienter med covid-19

DEBATT

YNGVE KISERUD

yngvekis@online.no

Yngve Kiserud er spesialist i allmennmedisin og konstituert overlege ved Sunniva avdeling for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN HENRIK ROSLAND

Jan Henrik Rosland er spesialist i anestesi, seksjonsoverlege ved Sunniva avdeling for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, og professor II ved Klinisk institutt I, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Leger, sykepleiere og pårørende kommer med hjerteskjærende beskrivelser av akutt pustebesvær, panikk og kvelningsopplevelse hos enkelte covid-19-pasienter i terminalfasen. Hva bør helsepersonell gjøre i slike situasjoner?

Infeksjon med sars-CoV-2 kan affisere lungene, og noen utvikler rask respirasjonssvikt, typisk i uke 2 av sykdomsforløpet (1). Disse utviser et klinisk og radiologisk bilde forenlig med akutt lungesviktsyndrom (ARDS), med interstitielt ødem som fører til oksygeneringssvikt. Hypoksien stimulerer kjemoreseptorer i hjernestamme, aorta og sinus caroticus som sender signaler til respirasjonssenteret i hjernestammen. Dette genererer økt respirasjonsarbeid, åndenød, kvelningsfornemmelse og dødsangst. Dødsangsten vil ha en selvforsterkende effekt på symptomene ved kortikal stimulering av respirasjonssenteret (2).

«En pasient som kjemper med å få puste, hjelpes best med medikamenter som reduserer pusteanstrengelsene og som demper dødsangst»

I en situasjon der ventilasjonsstøtte ikke er aktuelt, må man håndtere dette med lindring. Vi kan risikere at helsevesenet ikke raskt nok får satt inn effektive tiltak, slik flere presseoppslag beskriver (3, 4). Det kan skyldes at pasienten ikke ligger på spesialavdeling når tilstanden setter inn, ikke blir observert hyppig nok, ikke har ekspertise på palliasjon rundt seg eller at lindring av dyspné ved livets slutt etter gjeldende retningslinjer ikke har tilstrekkelig effekt. På sykehjem og sykehus vil det ofte være sykehjemslege eller lege i spesialisering som først kommer til. Mange av disse vil ha begrenset erfaring med palliasjon fra før, og under den pågående pandemien kan dette bli ekstra merkbart. Mobilisering av ekstra personell fører også til at en større andel av arbeidsstokken har kort fartstid. Da kan en kortfattet veileder i lommen være verdifull.

Algoritme for lindring av truende kvelning

Anne-Tove Brenne og medarbeidere påpeker i sin artikkel om palliativ behandling av covid-19-pasienter at det er viktig med god kommunikasjon på tvers av behandlingsnivåene (5). Videre understrekes det at høyt symptomtrykk og rask utvikling gjør det vanskelig å benytte vanlige retningslinjer for gradert opptrapping av medikamentdoser til effekt. Det palliative fagmiljøet i Helse Vest har derfor samarbeidet om en kortfattet algoritme for lindring av truende kvelning, egnet for å ha i lommen eller på mobiltelefonen. Den er tilgjengelig på Kompetansesenter i lindrando behandling og kan tilpasses og innarbeides i lokal prosedyresamling (6). Det er viktig at den legen som først ser pasienten raskt kan få kontroll på symptomene.

En pasient som kjemper med å få puste, hjelpes best med medikamenter som reduserer pusteanstrengelsene ved å blokkere den hypoksiske respirasjonsstimuleringen og som demper dødsangst. Derfor benyttes morfin (som senker respirasjonsfrekvens, respirasjonsarbeid og reduserer åndenød ved å dempe sensitivitet for hypoksi og hyperkapni) og midazolam (som er sedativt, angstdempende og muskelavslappende) (2, 7, 8). Algoritmen for lindring av truende kvelning (6) skiller seg fra gjeldende retningslinjer ved høy startdose, større doseøkning for hvert trinn, konsekvent samtidig administrering av morfin og midazolam samt vurdering av rask etablering og bruk av intravenøs tilgang, om dette ikke allerede foreligger. Det justerte regimet er nødvendig for målgruppen for å tilby effektiv lindring, selv om det skulle forkorte pasientens liv noe.

«Kort forklart gir man umiddelbart 5 mg morfin og 2,5 mg midazolam intravenøst»

Kort forklart gir man umiddelbart 5 mg morfin og 2,5 mg midazolam intravenøst. Ved subkutan administrering er startdose 10 mg morfin og 5 mg midazolam. Deretter vurderes intravenøs tilgang og overgang til intravenøst regime. For begge

administrasjonsformer justeres dosen med bestemte tidsintervaller i henhold til anbefalingene (6). Det tilrådes lav terskel for kontakt med lokal palliativ ekspertise for å planlegge det videre forløp.

I mangel av evidens for en ny klinisk tilstand har vi valgt å enes om beste praksis ut fra de rapporter som foreligger. Det terminale forløpet er mangeartet, men karakteristisk er faren for rask innsykning (10–20 minutter), også der tilstanden har lavt symptomtrykk. Døden kan inntreffe i umiddelbar forlengelse av dette eller etterfølges av terminalfase på timer til få dager, der nye hurtige innsykninger kan forekomme (M. Nystad, S. Steine, personlig meddelelse). Det er avgjørende at det kontinuerlig samles erfaringer som raskt leder til justering av anbefalingene. Da vil helsevesenet kunne tilby en tilpasset behandling, slik at pasienten ikke skal måtte ende livet med en opplevelse av å bli kvalt.

LITTERATUR

1. Zhou F, Yu T, Du R et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62. [PubMed][CrossRef]
2. Pattinson KT. Opioids and the control of respiration. *Br J Anaesth* 2008; 100: 747–58. [PubMed][CrossRef]
3. Huuse CF. Nye retningslinjer ved Ahus: Vil hindre at coronapasienter lider. VG 27.3.2020. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/0nArdA/nye-retningslinjer-ved-ahus-vil-hindre-at-corona-pasienter-lider> Lest 8.4.2020.
4. NRK-journalist om italiensk sykehusbesøk: – Folk kveles i sengene sine. NRK 1.4.2020. <https://www.nrk.no/video/91317cee-1642-4fb3-86bb-e4ede02e0d81?fbclid=IwAR21pHYWVcOjq7UWiQrcK6QLaGtuJAA1QnqKDFJS71O8IVdt7Pjxn3CWAMI> Lest 1.4.2020.
5. Brenne A-T, Nordbø A, Steine S et al. Palliativ behandling av pasienter med covid-19. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0276. [CrossRef]
6. Helse Bergen. Palliasjon – verktøy for helsepersonell. Lindring av truende kvelning ved covid-19 i terminal fase. <https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/COVID-19/Lindring%20av%20truende%20kvelning%20i%20terminal%20fase%20av%20COVID19.pdf> Lest 20.4.2020.
7. Coast JR, Rasmussen SA, Krause KM et al. Ventilatory work and oxygen consumption during exercise and hyperventilation. *J Appl Physiol* (1985) 1993; 74: 793–8. [PubMed][CrossRef]
8. Gonzalez Castro LN, Mehta JH, Brayanov JB et al. Quantification of respiratory depression during pre-operative administration of midazolam using a non-invasive respiratory volume monitor. *PLoS One* 2017; 12: e0172750. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. april 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0317
Mottatt 7.4.2020, første revisjon innsendt 16.4.2020, godkjent 21.4.2020.

