

E. SCHADÉ

Een pijnadvies en een pijnkaart

Inleiding

In een groep van zeven, later acht huisartsen in Hoorn worden sedert 1979 systematisch alle overleden patiënten geregistreerd. Het hiervoor gebruikte formulier bevat onder meer een rubriek voor het noteren van de verstrekte medicijnen. Tevens kunnen probleemsituaties van patiënt, familie en huisarts worden weergegeven.¹

Van de 416 geregistreerde ziektegeschiedenissen in de jaren 1979-1981 waren er 117, waarbij een maligne aandoening de aangegeven doodsoorzaak was. Bij deze 117 patiënten deden zich tien maal problemen voor bij de pijnbestrijding. Het ging hierbij hoofdzakelijk om de medicamenteuze behandeling van pijn. In de helft van de gevallen werd dit ook zo in het formulier aangegeven. De andere helft valt af te leiden uit de grote wisseling van de verschillende soorten medicijnen en het verstrekken van hoeveelheden die onmogelijk konden worden opgebruikt.

Opvallend is dat, in tegenstelling tot wat in de literatuur geadviseerd wordt, zo weinig gebruik werd gemaakt van andere vormen dan het verstrekken van geneesmiddelen. Slechts een enkele maal werd bijvoorbeeld bestraling als vorm van pijnbestrijding gemeld. Voorzichtig valt ook uit onze registratie af te leiden dat het overleg tussen huisartsen onderling, en tussen huisartsen en specialisten, over het hoe en wat van de medicamenteuze pijnbestrijding, vaak gebrekkig verloopt. Ook los van de door ons verzamelde gegevens is het een ervaringsfeit dat tijdens een waarneming of na een ziekenhuisopname een bepaalde door de eigen huisarts uitgestippelde beleidslijn soms wordt verstoord. In de meeste gevallen is dit niet in het voordeel van de patiënt.

Deze problemen waren een prikkel voor de nascholingscommissie van huisartsen in West-Friesland, een werkgroep in het leven te roepen met het verzoek te komen tot een advieschema voor de medicamenteuze behandeling van pijn. De werkgroep bestond uit: P. Bakker, huisarts, W. C. M. F. Je-

hee, apotheekhoudend huisarts, F. P. Nochem, internist, E. Schadé, huisarts, A. Schoen, anesthesist en H. J. Venema, huisarts.

Uitgangspunten

Voorop stond dat pijn nooit een zelfstandig ziektebeeld is. Het is een symptoom bij een ziektebeeld. De beleving van pijn wordt, behalve door het onderliggend proces, door vele factoren beïnvloed. Het is belangrijk dit bij de behandeling te beseffen. Onzekerheid over het verloop, angst, isolatie en vereenzaming bij de patiënt, angst en onmacht bij de gezinsleden, onmachtgevoelens bij de behandelend arts zijn enkele van deze factoren. Medicamenteuze pijnbestrijding is bovendien slechts een onderdeel van de totale pijnbestrijding.

Problemen bij de behandeling van pijn worden niet veroorzaakt doordat er te weinig literatuur of medicamenten voorhanden zijn: integendeel, het is soms moeilijk een keuze te maken.^{2 3} De werkgroep stelde zich tot taak zo'n keuze te maken, waarbij vooral rekening zou worden gehouden met de werkwijze en werkomstandigheden van de huisarts.

Het advies

Er werd gekozen voor een fase-indeling bij de pijnbestrijding. In welke fase de patiënt op een bepaald moment verkeert, is ter beoordeling van de patiënt, de familie en de behandelend arts. Steeds wordt een keuze gemaakt uit de medicijnen die voor de betreffende fase beschikbaar zijn. Indien bij verandering van fase medicamenteuze pijnbestrijding nodig is, maakt men opnieuw een keuze uit de groep geneesmiddelen met een ander of sterker werkingsmechanisme. Voor details verwijs ik naar de tekst van het advies (*bijlage 2*). De algemene regels die daarbij vermeld worden, zijn speciale aandacht waard.

De pijnkaart

Tevens heeft de commissie een pijn-

kaart (*bijlage 1*) geïntroduceerd. Het is de bedoeling dat die kaart door de patiënt of door zijn familie wordt bijgehouden. De behandelende artsen behoren deze informatie te betrekken bij de behandeling. Wij hopen op deze wijze dat de pijnbehandeling minder dokterafhankelijk wordt. Tevens is de pijnkaart een goed hulpmiddel voor de waarnemend huisarts. Indien de patiënt zowel door de huisarts als door de specialist voor zijn pijn behandeld wordt, kan de kaart een goede afstemming van de therapie bevorderen.

De pijnkaart beslaat 28 dagen. De twee kleuren-uitvoering maakt een duidelijk onderscheid mogelijk tussen het gedeelte dat door de patiënt behoort te worden ingevuld, en het deel dat bestemd is voor informatie van de behandelende artsen. Behalve de personalia vult de arts in de voorgeschreven dosis het analgeticum in, alsmede eventuele andere medicijnen. De patiënt geeft per dag, verdeeld over morgen, middag en avond, zijn pijngevoelens weer in een voorgedrukt hokje. De omschrijving van de ernst staat onderaan de kaart. Bij ernstige pijn is daarbij hulp van familie of andere verzorgers nodig.

Slotopmerking

Tijdens het in 1982 in West-Friesland gehouden Velius Symposium over de ambulante oncologische patiënt zijn advies en pijnkaart bij alle artsen in onze regio geïntroduceerd. Wij kunnen nog niet zeggen hoe dit alles werkt in de praktijk. Toch menen wij dat vroegtijdige publicatie gewenst is. Overleg met andere groepen huisartsen die met deze materie bezig zijn, kan hierdoor worden bevorderd.

Ik neem aan dat in de komende tijd veel nieuwe medicijnen voor de behandeling van pijn te verwachten zijn. Wij hebben dan ook afspraken gemaakt om het advieschema in principe elk jaar bij te werken. Bovengenoemd gewenst overleg kan hiervoor zeer nuttig zijn.

¹ Schadé E. Het bestuderen van de doodsoorzaak bij patiënten in de huisartspraktijk; de opzet voor een toetsing. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1414-7.

² Schulkes-Van de Pol JA, Hovinga G. Pijnbestrijding bij patiënten met kanker. Geneesmiddelenbulletin 1981; 15: 63-8.

³ Twycross RG. Relief of pain. In: Saunders CM, ed. The management of terminal disease. London: Edward Arnold, 1978.

Bijlage 1. De pijnkaart (p. 232).

① lichte pijn • goed te verdragen • hinderlijk	naam patiënt: adres: geb.dat.:		bijzonderheden:			
	huisarts:		andere geneesmiddelen	doses	analgeticum 2/adjuvans	analgeticum 1
	specialist:					
② pijn • zeer hinderlijk • dagelijkse werkzaamheden nog uitvoerbaar	datum:		opmerkingen			
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
③ pijn beperkt de dagelijkse werkzaamheden • dwingt tot rust • wordt er 's nachts wakker van	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
④ hevige pijn • niet in staat om iets te doen • kan er niet van slapen	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
⑤ onhoudbare pijn • kan niet meer eten, slapen • misselijk makend • transpireren • angstig	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond
	⑤	④	③	②	①	ochtend middag avond

Advies voor de medicamenteuze behandeling van pijn

Een uitgave van de nascholingscommissie
P.H.V. West-Friesland.

Aan de totstandkoming van dit advies werkten mee:

P. Bakker, huisarts;

W.C.M.F. Jehee, huisarts;

F.P. Nochem, internist;

E. Schadé, huisarts;

A. Schoen, anesthesist;

H.J. Venema, huisarts.

Algemene regels

- Medicamenteuze pijnbestrijding is slechts een **onderdeel** van de totale pijnbestrijding (altijd rekening houden met bijkomende factoren zoals angst, onzekerheid, prognose enz.).
- U altijd afvragen: Wat is de oorzaak van de pijn? Die hoeft niet altijd een direct gevolg te zijn van het ziekteproces, maar kan ook andere oorzaken hebben, b.v. decubitus.
- Het schema dient vooral gehanteerd te worden bij chronische pijn, b.v. bij patiënten met een maligne aandoening. De indeling in de verschillende fasen is juist bij die vorm van pijn belangrijk. Door het hanteren van dit schema zal de behandelende arts bij kortdurende pijnen vanzelf wennen aan het kiezen van een middel uit een zo laag mogelijke fase.
- Het is beter veel ervaring op te doen met een **beperkt** aantal middelen die men goed kan hanteren, dan weinig ervaring met verscheidene middelen.
- Bij de behandeling van pijn dient men altijd uit te gaan van de volgende regels:
 - Regelmatige, **preventieve** medicatie (ook 's nachts);
 - Oplopend van laag naar hoog doseren. Alleen bij langdurige hevige pijn soms hoog beginnen om vertrouwen te winnen;
 - Bij verandering van fase in de pijnbestrijding U steeds afvragen of er een verergering van het ziekteproces is opgetreden;
 - Anamnese! Onderzoek!

Fase 1

- **Paracetamol** tabl. 500 mg, 6-8 dd tab 1
Paracetamol cum coffeïne FNA, 4-6 dd tab 1
Supp. paracetamoli FNA 500 mg, 4-6 dd supp. 1

Indic.: zie Acetosal. Betere gastro-intestinale tolerantie.

Contra: leverfunctiestoornissen.

Intox.: leverparenchymletsels, trombocytopenie, allergische cutane reacties.

- **Acetosal** tabl. 500 mg, 6-8 dd tab 1
Acetosal et calcii
Acidi acetylsalicylici supp. 500 mg, 3-4 dd supp. 1
Indic.: chronisch zeurende pijn, botperiostale pijn, gewrichtspijn, weefselontsteking.
Contra: maagslijmvliesirritatie, trombocytens- aggregatieremming, ulcus ventriculi.
Intox.: hyperventilatie, respiratoire alkalose, hemorragische gastritis.
- **Glafenine** (Glifanan) tabl. 200 mg, 3-4 dd tab 1-2
- **Floctafenine** (Idalon) tabl. 200 mg, 3-4 dd tab 1
Indic.: acute en chronische niet-viscerale pijn.
Contra: glafenine-overgevoeligheid, ernstige leverfunctiestoornissen.
Intox.: reversibele nierfunctiestoornissen.
- **Diflunisal** (Dolocid) tabl. 250 mg, 2-3 dd tab 1
Indic.: osteoartrose, tandheelkundige pijnen.
Contra: ulcus pepticum, nierfunctiestoornissen.
Intox.: urticaria, erytheem, hyperhidrosis, nefritis.

Fase 2

- **Combinaties** Fase 1-medicatie + codeïnefosfaat, 4-8 dd 20 mg
Paracetamoli 500 cum codeïni 20, 4-6 dd tab 1
Acetosali 500 cum codeïni 20 mg, 6-8 dd supp./pulp/caps 1
Cave obstipatie.
- **Dextropropoxyfeen** (Depronal, Dolorphen) caps./supp. 150 mg, 2-3 dd 1
Indic.: fractuurpijn, metastasepijn.
Contra: nier- en leverfunctiestoornissen.
Intox.: nausea, hidrosis, dysforie, visusstoornissen, ademhalingsdepressie.
- **Pentazocine** (Fortral) tabl. 50 mg, 2-4 dd tab 1-2; supp. 50 mg, 3 dd supp. 1
Indic.: matige tot hevige niet-osteogene pijn.
Contra: ernstig asthma bronchiale, emfyseem, verhoogde intracraniale druk.
Intox.: sedatie, emesis, vertigo, desoriëntatie, ademhalingsdepressie.
Antidotum: naloxon (Narcan) 0,4 mg I.V.
Pentazocine is een morfine-antagonist; niet combineren met morfinomimetica.

N.B.: *Bij verergering van de pijn (b.v. botmetastasen) is het niet beslist nodig hoger te doseren; combinatie van een centraal met een perifere analgeticum (zie Fase 1) is vaak afdoende.*

Fase 3

• „kort durende” pijn

- **Opial** supp. opiali FNA 20 mg, max. 100 mg/24 uur
Indic.: hevige acute pijn, terminale pijn.
Contra: asthma bronchiale, maagdarmbloedingen, anemie, hypothyreoïdie.
Intox.: ademhalingsdepressie, sufheid, obstipatie, spasme van de galwegen, urineretentie.
- **Methadon** (Symoron) tabl. 5 mg; mixt. 2 mg/ml, elke 3 uur 5-10 mg
Indic.: hevige pijn, ontwenning narcotica.
Contra: ademhalingspathologie, onbegrepen acute buik, hersenletsel, maagdarmlletsels.
Intox.: ademhalingsdepressie, miosis, emesis, orthostatische hypotensie.
- **Fentanyl** inj. 0,05 mg/ml, 2 ml I.M. eenmalig
Indic.: acuut myocardinfarct, acute zeer ernstige pijn, polytraumata.
Contra: ernstige asthma bronchiale/cardiale.
Intox.: apnoe, vagotonie, spierrigiditeit.
Antidota: naloxon, atropine.

Indic.: hevige pijn bij korte levensverwachting.
Contra: relatief geen.
Intox.: emesis, obstipatie, ademhalingsdepressie, palpitaties, hypotensie, sedatie.
Antidotum: naloxon.

• Brompton-cocktail

morfine 12,5 mg
 cocaïne 8,75 mg
 cognac 2,5 ml
 honing 2,5 g
 aqua ad 15 ml,
 4-8 eetlepels/24 uur

• Saint Christophers Hospice-cocktail

diamorfine. HCl (heroïne) 2,5-40 mg
 cocaïne 10 mg
 ethylalcohol 96% 2,5 ml
 66% sucrose in aqua 5 ml
 aqua chloroformata ad 20 ml,
 4-6 dd 20 ml

Indic.: hevige terminale pijn bij een levensverwachting van minder dan 4 weken.

Contra: relatief geen.
Intox.: zie Morfine.

Fase 3

• „lang durende” pijn

Bij voorkeur klinisch instellen

- **Bezitramide** (Burgodin) tabl. 5 mg, altijd met 2 à 3 dd haloperidol (Haldol) caps 0,5 mg of droperidol (Dehydrobenzperidol) 1/2 tabl. 2,5 mg
Indic.: terminale-pijnsyndromen.
Contra: cor pulmonale, asthma bronchiale, hersentrauma/tumors.
Intox.: nausea, emesis, orthostatische hypotensie, constipatie, desoriëntatie, ademhalingsdepressie.
Antidotum: naloxon
- **Dinicotinemorfine** (Vilan) tabl. 5 mg, 3-4 dd tab 1
Indic.: nier-/galkolieken, ernstige chronische pijn.
Contra: respiratoire pathologie, hersenletsel, emphysema pulmonum.
Intox.: ademhalingsdepressie.
Waarsch.: Niet in combinatie met β -adrenerge-blokkerende stoffen en MAO-remmers.
Antidotum: naloxon.

Adjuvanstherapie

1. anti-emetisch:

domperidon (Motilium)	supp. 60 mg
prochlorperazine (Stemetil)	supp. 5-25 mg
haloperidol (Haldol)	tabl. 1 mg

2. sederend:

oxazepam (Seresta)	tabl. 10 mg
	Forte 50 mg, 4 dd
	10 mg
promethazine FNA	caps. 25 mg, 2 dd
	25 mg

3. hypnotisch:

temazepam (Normison)	caps. 20 mg o.n.
lorazepam (Temesta)	tabl. 2,5 mg o.n.

4. antidepressief:

amitriptyline FNA	tabl. 10-25 mg,
	3 dd 10-25 mg

5. antitussief:

codeïnefosfaat FNA	10-20 mg, 4-5 dd
	10 mg

6. neuroleptisch:

levomepromazine (Nozinan)	tabl. 25-100 mg,
	2-5 dd 50 mg

7. anticholinergische spasmolitica:

atropine tabulae atropini FNA	1 mg, 3-4 dd 0,25-1 mg
extractum belladonna	20 mg, 1 dd 2-3 pulv.

Fase 4

• terminale pijn

- **Morfine** supp. morphini FNA 20 mg, 3-5 dd supp. 1 Supp. morphini cum atropino FNA