

JULKAISTU NUMEROSSA 2/2018  
JÄRKEÄ LÄÄKEHOITOON

# Tunnista kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet

*Sirpa Hartikainen, Riitta Antikainen / Kirjoitettu 28.5.2018 / Julkaistu 14.8.2018*

# Lääke75

## IÄKKÄIDEN LÄÄKITYKSE TIETOKANTA

Lääkkeitä määrätessä on huomioitava lääkkeen käyttöön mahdollisesti liittyvä kaatumisvaara. Kaatumisvaaraa aiheuttavat erityisesti psyykenlääkkeet, verenpainetta alentavat lääkkeet, opioidit ja epilepsialääkkeet.

Joka kolmas iäkäs kaatuu vähintään kerran vuodessa ja kaksi sadasta kaatumisesta johtaa vammaan, joista tyypillisiä ovat selkänikaman, ranteen, olkavarren ja lonkan murtumat. Kaatuminen lisää myös kaatumisen pelkoa ja on yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun ja toimintakykyyn sekä altistaa ennenaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tarpeelle. Monisairaiden iäkkäiden hoito useilla lääkkeillä vaatii lääkäriltä taitoa ja varovaisuutta. Lääkelistan on pysäytettävä lääkäri pohtimaan sen järkevyyttä, alkaen siitä, mikä on kunkin lääkkeen tarve, hyöty ja mahdolliset haitat juuri tälle potilaalle

Vuonna 2015 Euroopan unionin alueella kaatumiset aiheuttivat 40 000 kuolemaa. Suomessa kuoli 579 miestä ja 523 naista kaatumisen seurauksena 50 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä.

Kaatumisvammat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollossa. Yhdysvalloissa kaatumisista on arvioitu aiheutuvan vuosittain 31 biljoonan dollarin kustannukset.

### **Vältä riskilääkkeiden määräämistä iäkkäille**

Tuore psyykenlääkkeiden osuutta kaatumisiin käsitellyt laaja katsaus havaitsi psykoosi- ja masennuslääkkeiden sekä bentsodiatsepiinien käytön lisäävän iäkkäiden kaatumisriskin puolitoistakertaiseksi. Toisen polven psykoosilääke ei ollut turvallisempi kuin perinteinen, eikä serotoniinintakaisinotonestäjä (SSRI) turvallisempi kuin trisyklinen masennuslääke. Bentsodiatsepiinien käyttö vähenisi, jos iäkkäiden unihäiriöiden syyt selvitettäisiin paremmin ja hoito toteutettaisiin unettomuuden lääkkeettömiä hoitokeinoja suosien. Muistisairaat muodostavat potilasryhmän, joilla psyykenlääkkeitä käytetään hyvin yleisesti ja heillä on erityisen korkea kaatumisriski. Lisäksi minkä tahansa psyykenlääkkeen käyttö lisää merkittävästi lonkkamurtuman riskiä.

Toinen tuore meta-analyysi käsitteli sydän- ja verenkiertoelimistöön vaikuttavien lääkkeiden osuutta kaatumisiin, ja sen mukaan ainoastaan loop-diureettien käytön havaittiin lisäävän iäkkäiden kaatumisriskiä. Niitä määrätään sydänsairaille, joilla on muitakin kaatumisen riskitekijöitä. Hieman yllättäen havaittiin beetasalpaajien ja statiinien suojaava vaikutus kaatumisille.

Iäkkään kivun hoito on haastavaa myös kaatumisen näkökulmasta, sillä suuri osa kivun hoidossa käytettävistä lääkkeistä lisää riskiä kaatua. Meta-analyysin mukaan opioidien ja pääosin neuropaattisen kivun hoitoon käytettävien epilepsialääkkeiden käyttö lisää kaatumisriskin noin puolitoistakertaiseksi.

Lääkehoidon arvioinnissa on muistettava myös, että monet lääkkeet voivat altistaa iäkkään ortostaattiselle hypotensiolle, ja siten lisätä merkittävästi kaatumisriskiä. Huomiota on syytä kiinnittää verenpainetta alentaviin lääkkeisiin, etenkin diureetteihin, beetasalpaajiin, kalsiumkanavasalpaajiin ja alfasalpaajiin (esim. tamsulosiini), mutta myös monet psykoosilääkkeet ja Parkinsonin taudin lääkkeet voivat altistaa ortostaattiselle hypotonialle.

### **Miten vähentää lääkkeisiin yhteydessä olevia kaatumisia?**

Tuoreet meta-analyysit antavat hyvän perustan miettiä, mitä lääkkeitä olisi hyvä välttää iäkkäillä tai ainakin arvioida kriittisesti lääkkeen käytöstä saatava hyödyt suhteessa riskiin. Kaatumisriskin on todettu pienenevän, kun perusterveydenhuollossa lääkehoitoa arvioitaessa huomioidaan kaatumisriskiä lisäävät lääkkeet.

Lääkehoitoon liittyvien riskien käsittely iäkkään kanssa vaatii hyvää lääkäri-potilassuhdetta. Sairauksien hyvään lääkehoitoon pyrittäessä on huomioitava, että iäkkäiden henkilöiden välillä on suuria eroja siedettyjen lääkeannosten suuruudessa ja lääkehaittojen ilmaantumisen riskissä.

Kaatumisten ehkäisemiseksi terveydenhuollon ammattilaisten on myös ohjattava ja kannustettava kaikkia iäkkäitä, myös hauraita ja alentuneen liikuntakyvyn tai kognition omaavia, liikuntaan ja erityisesti lihasvoiman ja tasapainon harjoitteluun. Yksilölliseen kaatumisriskinarviointiin pohjautuvat monitekijäiset interventiot ovat tehokkaita keinoja vähentää kaatumisia ja siihen liittyviä vammoja.

**Esimerkki: 83-vuotias kaatunut nainen**

**Tulosyy:** 83-vuotias nainen tuli päivystykseen kaatumisen vuoksi. Päiväunilta noustessaan potilas oli kaatunut ja lyönyt päänsä piirongin kulmaan.

**Status:** Päässä oikealla on mustelmaa ja 4 cm mittainen haava, mustelmia oikeassa käsivarressa ja reidessä, ei murtumia. Pystyyn noustessa on heikotuksen tunnetta. Verenpaine on istuen 115/74, tyttären kertoman mukaan verenpaine lukemat ovat olleet samaa suuruusluokkaa kotonakin. Perusverikokeet ovat normaalit, kuitenkin S-Na 129mmol/l ja E-GFR oli 41.

**Aiemmat sairaudet:** verenpainetauti, alaselän kipu (säteilee ajoittain vasempaan jalkaan) ja pidemmässä rasiuksessa kipua aiheuttava vasemman lonkan artroosi. Puolison kuoleman jälkeiseen masennukseen oli aloitettu lääkitys nelisen vuotta sitten.

**Lääkitys:** lisinopriili 20 mg + hydroklooritiatsidi 12,5 mg x 2, parasetamoli 1g x 2, pregabaliini 150 mg x 2, sitalopraami 20 mg x 1, tematsepaami 20 mg tarvittaessa illalla (ollut käytössä lähes joka ilt useiden vuosien ajan).

Potilas jäi yöksi seurantaan terveystieteiden vuodeosastoille. Aamulla ortostaattisessa kokeessa verenpaine istuen samalla tasolla kuin päivystykseen tullessa ja seisten seisten 108/68.

**Miten ratkaistaan?**

Potilaalla kaatumisen riskiä lisää matala verenpaine, hyponatremia ja kaikki muut lääkkeet paitsi parasetamoli.

- Lisinopriilin annos puolitetaan ja hydroklooritiatsidi jätetään pois.
- Pregabaliinin käyttöä on vältettävä iäkkäillä (Lääke75+-tietokanta). Se kuitenkin jätetään toistaiseksi, koska trisyklinen masennuslääke on vasta-aiheinen ja aiemmin gabapentiini ei sopinut. GFR-arvon perusteella potilaalla on käytössä maksimiannostus. Annosta pienennetään siten, että jatkossa käytössä 150 mg aamulla (kivut kävellessä) ja 75 mg illalla.
- Sitalopraami on todennäköisin hyponatremian aiheuttaja. Sen tarve arvioidaan. Jos tarvetta ei ole, käyttö voidaan lopettaa asteittain. Jos indikaatio epäselvä, puolitetaan annos ja seurataan potilaan tilaa (hyponatremia, masennus). Jos edelleen masennuslääkkeen tarve, eikä 10 mg riitä hoidoksi, lopetetaan käyttö asteittain ja korvataan se mirtatsapiinilla, jolla hyponatremia on vähäisempää.

- Tematsepaamin purku voidaan toteuttaa vasta, kun pregabaliinin ja sitalopraamin muutokset on tehty. Tematsepaamin lopettamiseen käytetään aikaa vähintään 1–3 kuukautta/käyttövuosi. Aluksi annos puolitetaan, eli annos on 10 mg iltaisin kolmen kuukauden ajan, sitten 5 mg kahden kuukauden ajan ja sitten joko lopetus tai 5 mg joka toinen ilta kahden viikon ajan.

**Huomioi:** Kaikkien keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden annostusta ei voida muuttaa kerralla. Potilasta voi pelottaa vuosia käytössä olleesta unilääkkeestä luopuminen. On hyvä kertoa, että lääkkeen unta antavaa vaikutus on jo hävinnyt, mutta haittoja voi ilmetä. Jos potilas ei halua tai koe kykenevänsä luopumaan unilääkkeestä, esitetään kokeilua puolella annoksella ja palataan asiaan muutaman kuukauden kuluttua uudestaan.



**Sirpa Hartikainen**

LT

Geriatrisen lääkehoidon professori, Itä-Suomen Yliopisto



**Riitta Antikainen**

LT

Geriatrian professori, Oulun yliopisto

## LISÄÄ AIHEESTA

### Iäkkäiden Lääkehoidon Moniammatillinen Arviointi (ILMA) järkevöittää lääkehoitoa

([http://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2017/3-4\\_2017/palstat/iakkaiden-laakehoidon-moniammatillinen-arviointi-ilma-jarkevoittaa-jarkevoittaa-laakehoitoa](http://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2017/3-4_2017/palstat/iakkaiden-laakehoidon-moniammatillinen-arviointi-ilma-jarkevoittaa-jarkevoittaa-laakehoitoa))

### Teemat

(<http://sic.fimea.fi/palstat/teemat>)

### Teemat

(<http://sic.fimea.fi/palstat/teemat>)

