

HARRIET FINNE-SOVERI

LT

Geriatrian dosentti, Helsingin yliopisto

Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on RÄÄTÄLIN JA SALAPOLIISIN SARKAA

Vanhusikään ehtineet muodostavat heterogeenisen joukon, jonka kivunhoito edellyttää asiallista diagnosointia, yksilöllisten tarpeiden tunnistusta ja realistisia hoidon tavoitteita.

Akuutti kipu on kudonvauriosta viestittävä oire. Se pitää selvittää ja hoitaa, olipa henkilö minkä ikäinen tahansa. Hoitamaton akuutti kipu kroonistuu. Pitkäaikainen kipu taas johtaa masennukseen ja kärsimykseen ja heikentää elämän laatua.

Vanhuksen kivun hoito on tärkeää samoista yleiseettisistä syistä kuin muidenkin ihmisten. Erityisesti korkeassa iässä pitkäaikainen kipu voi johtaa pysyvään toimintakyvyn menetykseen, apuvälineiden tarpeeseen ja riippuvuuteen toisen henkilön avusta. Silloin siirrytään yksilön ongelmista jo kansantaloudellisten kysymysten äärelle.

Kivun tunnistaminen edellyttää aktiivisuutta

läkäs ei välttämättä mainitse kivuistaan. Hän voi jopa kieltää kipunsa, koska arvelee sen kuuluvan vanhenemiseen tai edustavan jotain pahaa, josta on parempi olla

puhumatta. Muistisairaat ja psykiatriset potilaat eivät aina edes tunnista kipua. Heidän kärsimyksensä on nimeätöntä.

Vanhusten kivunhoidon laatusuositukset ovat jo 90-luvulta alkaen muistuttaneet, että kivusta pitää kysyä aktiivisesti ja toistuvasti. Lisäksi terveydenhuollon ja muunkin iäkkäitä hoitavan henkilöstön pitää osata havainnoida vanhuksen käytöstä kivun näkökulmasta (**taulukko 1**). Kipuun ei voi tarttua, jos sen olemassaolosta ei tiedä.

Seuraavaksi selvitetään kivun olemusta ja syytä: missä ja miten kipu ilmenee, miten voimakasta se on, onko se akuuttia vai kroonista, kudon- vai hermovauriokipua. Kyse voi olla molemmista.

Saatavilla on monenlaisia helppokäyttöisiä asteikkoja ja kuvioita. Kivun luonteen sanoittamisessa voi käyttää valmiita kipusanastoja. Kivun selvittäminen on aina laaja-alaista, jotta voidaan ymmärtää sen etiologia ja räätälöidä sopivimmat hoidot.

Kannattaisi julkisuudessakin pohtia sitä, kuka lääkehoidon hyödyt ja riskit todellisuudessa punnitsee, potilas vai lääkäri.

Hoidon päämäärät on hyvä pitää realistisina

Hoidon valinta osuu harvoin oikeaan, jos ei tiedetä, mitä ollaan hoitamassa ja mihin päämäärään on ylipäättään mahdollista päästä. Kivunhoidon ensisijainen päämäärä on kivun synnä olevan kudonvaurion parantaminen. Jos tämä ei ole mahdollista, pyritään kivuttomuuteen. Jos kivuttomuuskaan ei ole mahdollista, pyritään hallitsemaan kipua siinä määrin, että ainakin liikkuminen, arkiaskareiden hoito ja nukkuminen onnistuvat. Realistinen hoitotavoite suojelee yllilääkitykseltä.

Taulukko 1. Kivun tunnusmerkit.

Kasvojen ilmeet
<ul style="list-style-type: none"> • otsan rypistely • kasvojen kireä ilme • hampaiden kiristely
Ääntelyt
<ul style="list-style-type: none"> • voihkaisut, valitus • äänekäs hengitys, huohotus
Liikkumisen poikkeavuus
<ul style="list-style-type: none"> • levoton liikehdintä • liikkumisen tai joidenkin liikkeiden välttely • kehon osien suojelu tai hierominen, sikiöasento • hidas liikkuminen tai liikkumisesta kieltäytyminen
Käytöksen muutos
<ul style="list-style-type: none"> • vuorovaikutuksen väheneminen • muistisairailta psykiatristen oireiden (esim. aggression) lisääntyminen

Vanhenemisen fysiologiset muutokset altistavat kehoa sairauksille, traumaolle ja lääkkeiden haittavaikutuksille. Vanhuksella ei ole varaa virhediagnooseihin eikä väärin hoitovalintoihin, eikä hänellä ole aikaa odottaa. Kipulääkityksen valintaan vaikuttavat vanhenemisen aiheuttamat muutokset, jotka altistavat ikääntyneen elimistön suolikanavan verenvuodoille, lääkeaineiden munuaispuhdistuman heikkenemiselle ja sekavuudelle. Sydämen ja verenkiertoelimistön tila voi edellyttää lääkkeiden räätälöintiä. Vaikka maksalla on suuri merkitys lääkkeiden metaboliassa, sen kapasiteetti voi kuitenkin terveellä vanhuksella riittää yhtä hyvin kuin nuoremmilla. Lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten vuoksi maksan osuus on huomioitava erityisesti silloin, kun lääkkeitä on käytössä kymmenen tai enemmän.

Monisairaana vanhuksen pitkäaikaisen kivun lääkehoito on lähes aina tasapainoilua erilaisten haittojen, riskien ja toisaalta hyödyn välillä. Jos hyvää vaihtoehtoa ei ole olemassa, paljonko haittaa hoidosta saa korkeintaan olla, jotta hyödyt vielä potilaan mielestä voittaisivat haitat? Kannattaisi julkisuudessakin pohtia sitä, kuka lääkehoidon hyödyt ja riskit todellisuudessa punnitsee, potilas vai lääkäri.

Vanhuksen kivun hallinta vaatii osaamista

Alalla ollaan yksimielisiä siitä, että kudonvauriokivun ensisijainen lääkehoito on parasetamoli ja etiologiasta riippuen tulehduskivunlääke, kuten naprokseeni tai ibuprofeeni. Hermovauriokivun hoitoon käytetään amitriptyliiniä, gapapentiiniä tai pregabaliinia. Kuitenkin tiedetään, että COX-inhibiittorit heikentävät munuaisten toimintaa, että amitriptyliini on voimakas antikolinerginen ja että gapapentinioidien ongelmana on niiden eliminoituminen munuaisten kautta. Täysin turvallista ja samalla



©ISTOCK/HALFPOINT

tehokasta vaihtoehtoa voi olla vaikea löytää edes ensilinjan lääkkeistä. Tilanne mutkistuu entisestään, kun tarvitaan vahvempaa analgesiaa.

Jo 90-luvulta alkaen iäkkäitä on yritetty suojella haittavaikutuksilta laatimalla asiantuntijapaneelissa erilaisia suosituksia siitä, mitä lääkkeitä iäkkäillä tulisi välttää tai olla kokonaan käyttämättä. Aluksi puhuttiin kielletyistä, sittemmin vältettävistä ja vielä myöhemmin "harkittavista" lääkkeistä. Vuosien saatossa alettiin yhä paremmin oivaltaa, miten yksilöllistä ikääntyminen on ja miten monimuotoista on lääkkeiden sieto.

Vaikka linjat ovat yhteiset, eri maissa on omaksuttu hieman toisistaan poikkeavia suosituksia. Fimea ylläpitää Suomessa Lääke75+-tietokantaa, joka kuvaa eri lääkeaineiden soveltuvuutta iäkkäiden käyttöön. Maantieteellisesti lähin vastine on Ruotsissa Tukholman läänin Kloka listan.

Suosituksista on se etu, että sopivinta vaihtoehtoa ei tarvitse arvailla. Aina kannattaakin valita ensisijaisesti

turvallisin lääke, aloittaa maltillisella annoksella ja nostaa annosta, kunnes teho saavutetaan tai haittavaikutukset tulevat vastaan. Vasta sitten siirrytään seuraavaan linjaan.

Ei ole harvinaista, että iäkkään kivun hoidossa joudutaan käyttämään sellaisiakin lääkkeitä, joita yleensä tulisi välttää. Silloin tarvitaan erityistä osaamista.

Kokonaisvaltainen arviointi on tie hyvään kivunhoitoon

Vanhuksia hoidettaessa kivun ajatellaan kiinnittyvän henkilöön, jolla on useita eteneviä sairauksia, pitkä lista erilaisia lääkkeitä, vähenevät jäljellä olevat elinvuodet, alentunut toimintakyky, hauraat aivot sekä lähimenneisydessään runsaasti menetyksiä ja luopumisia. Kipu on vain yksi pala tästä kokonaisuudesta.

Hiljattain julkaistun tutkimuksen mukaan tehokkaimmaksi ensilinjan kudosvauriokivun lääkehoidoksi osoittautui parasetamoli. Jos tavoitetta ei saavutettu, seuraavaksi paras vaihtoehto oli paikallinen tulehduski-

Fimea ylläpitää Suomessa Lääke75+-tietokantaa, joka kuvaa eri lääkeaineiden soveltuvuutta iäkkäiden käyttöön.

pulääke yhdistettynä tarvittaessa tramadoliin, jota Suomessa ja Ruotsissa kehoitetaan käyttämään vanhuksille varauksin. Onnistumisen kulmakivenä oli kuitenkin hoidon kokonaisvaltaisuus. Kipu ja piti lähestyä monelta rintamalla. Sairaudet ja toimintakyky tuli kartoittaa huolella, ja hoidettavan läheiset täytyi ottaa mukaan kivun hallinnan räätälöintiin. Tuli myös asettaa realistiset hoitotavoitteet ja panostaa hyvään potilassuhteeseen. Potilas tavattiin yhä uudelleen, kunnes kivun hallintaan oltiin tyytyväisiä.

Vanhusten kivun raportoitu ali- ja ylihoito on mahdollista saada hallintaan kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin avulla (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA). Kyseessä on laaja-alainen moniammatillinen toimintamalli, jossa hoito- ja kuntoutussuunnitelma perustuvat perusteelliseen kartoitukseen iäkkään kokonaistilanteesta. Malli on saavuttanut vääjäämätöntä suosiota sen vuosikymmenien mittaisen tuloksellisuuden takia. Kivun suhteen pelkkä sensorinen kartoitus ei riitä, vaan on myös hahmotettava, mitä kipu henkilölle merkitsee ja millaiset hänen sopeutumisvalmiutensa ovat.

Kipulääkkeiden sietoa voi koettaa ennakoita

Kalenteri-ikä ei kerro, kuka on vanhus. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) määrittelee iäkkääksi henkilön, jolla on korkeaan ikään yleisesti liittyviä sairauksia ja toiminnanvajeita.

Iäkkäiden leikkauskelpoisuutta ja syöpähoitojen sietoa arvioitaessa on huomattu, että hyvää hoitotulosta ennakoitaan parhaiten arvioimalla oheissairaudet, toimintakyky ja terveydentilan vakaus. Kipulääkkeiden sietoa voi yrittää ennakoita samoin. Tässä erilaiset suo-

situkset toimivat hyvinä apuvälineinä. Ensisijaisesti suosituksia kannattaa aina noudattaa, mutta tarpeen tullen niistä saa ja pitääkin poiketa – kunhan se on potilaan edun mukaista.

Vanhuksen kivun hyvän hoidon kulmakiviä ovat tilanteen kokonaisvaltainen arviointi, hoidon seuranta sekä niiden hoitojen muuttaminen tai lopettaminen, joista potilaalle ei ole hyötyä. ■

Kirjallisuutta

Abdulla A, ym. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing 2013; 42: 15–17.

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. JAGS 2012; 60: 616–31.

American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. JAGS 2009; 57: 1331–46.

Hadjistavropoulos T, ym. Pain assessment in elderly adults with dementia. Lancet Neurol 2014; 13: 1216–27.

Karttunen NM, ym. More attention to pain management in community-dwelling persons with chronic musculoskeletal pain. Age Ageing 2014; 43: 845–50.

Lovheim H, ym. The use of central nervous system drugs and analgesics among very old people with and without dementia. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2008; 17: 912–8.

Makris UE, ym. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. JAMA 2014; 312(8): 825–36.

Reid MC, ym. Management of chronic pain in older adults. BMJ 2015; 350: h532.

Scarpignato C, ym. Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis – an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks. BMC Medicine 2015; 13: 55.