



**UNIVERSITY
OF TURKU**

This is a self-archived – parallel-published version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details. When using please cite the original.

AUTHOR	Korhonen, Päivi.
TITLE	Miten viedä verenpainepotilaat hoitotavoitteeseen?
R	Yleislääkäri 2/2020. s. 13-15.
VERSION	Käsikirjoitus
CITATION	Korhonen, Päivi. (2020). Miten viedä verenpainepotilaat hoitotavoitteeseen? -Yleislääkäri 2/2020, s. 13-15.

Miten viedä verenpainepotilaat hoitotavoitteeseen

Yleislääkärin kirkas kutsumus on lisätä tervettä aikaa potilaidensa elämään. Tämän voi tehdä hoitamalla verenpainepotilaat hyvin. Vaikka verenpainetauti on väestössä kolme kertaa yleisempi kuin diabetes, sen hoitoon on kiinnitetty viime vuosina paljon vähemmän huomiota.

Verenpainetaudin hoito on helppoa ja edullista, kunhan se aloitetaan ajoissa.

Suomalaisten verenpainetauti

Useamman kuin joka toisen aikuisen suomalaisen verenpaine on kohonnut, ja kolme henkilöä neljästä tietää sen. Silti alle 60 % potilaista on hoidon piirissä, ja vain yksi neljästä saavuttaa hoitotavoitteen alle 140/90 mmHg (1). Hoitovastuun kantaa verenpainepotilaista 57 %:lla kotipaikkakunnan terveyskeskus ja 23 %:lla työterveyshuolto (2).

Miksi mitata ja hoitaa?

Verenpainetauti on alkuvaiheessa yleensä oireeton eikä sitä mittaamatta löydetä. Kohonnut verenpaine vähentää 30-vuotiaalta keskimäärin 5,0 tervettä elinvuotta, 60-vuotiaalta 3,4 vuotta ja 80-vuotiaalta 1,6 vuotta tervettä elinaikaa (3). Valtava määrä kliinisiä lääketutkimuksia on osoittanut, että jos potilaan verenpaine laskee 10/5 mmHg, aivohaverin riski vähenee 35 %, sepelvaltimotautitapahtuman riski 20 % ja sydämen vajaatoiminnan riski 40 % (4).

Emmekö ota verenpainetautia vakavasti?

Suomessa mitataan verenpainetta ahkerasti, mutta hoitotulokset ovat heikkoja muihin hyvinvointivaltioihin verrattuna (5). Perinteinen lääketieteellinen tapa kertoa sairastumisriskistä ja hoidon eduista on marssittaa esiin suhdelukuja, tavallisimmin %-lukuja kuten edellä. Nämä voivat johtaa potilasta ja myös kliinikkoa harhaan. Lääkärin pitäisi ennemminkin auttaa potilasta oivaltamaan asioita kuin jakaa informaatiota riskeistä.

Myös verenpaineen vanhakantainen yksikkö, elohopeamillimetri (mmHg) on vaikeasti käsitettävissä. Se kertoo kuinka korkealle paine nostaa elohopeapatsaan verenpainemittarissa. Jos potilaan olkavarresta eli sydämen tasolta mitattu verenpaine on 160 mmHg, aivojen tasolle yltää painetta vielä 93 mmHg. Tämä vastaa toisella paineen yksiköllä, vesisenttimetrein (cmH₂O) ilmaistuna 125 cmH₂O painetta – eli vesipatsas nousisi 1,25 metrin korkeuteen jos kallossa olisi reikä. Ei siis ihme, että korkea verenpaine aiheuttaa kohde-elinvaurioita.

Verenpainetaudin raja-arvo 140/90 mmHg vastaanottomittauksissa on iskostunut vahvasti käytännön lääkäreiden mieleen. Ehkä ajatellaan vaistomaisesti arvoa 140/90 mmHg myös silloin, kun tulkitsemme potilaiden kotimittausten tuloksia? Tiedetään, että valtimotautiriskin kannalta kotimittausten keskiarvo 135/85 mmHg vastaa tasoa 140/90 mmHg vastaanotolla. Mutta liian vähälle huomiolle on jäänyt se, että kotimittaustaso 145/90 mmHg vastaa jo samaa riskitasoa kuin 160/100 mmHg vastaanotolla (6). Meidän tulee siten terävöittää potilaan hoitoa jo silloin, kun hänen kotimittaustensa keskiarvo ylittää 135/85 mmHg. Jos aloitamme hoidon vasta kun korkea verenpaine on vuosia paukuttanut valtimoseinämää ja johtanut sen kovettumiseen, tarvitaan tiukempaa omahoitoa ja yhä useampia lääkkeitä.

Hyvä lääkehoito

Yhden lääkkeen keskimääräisellä annoksella verenpaine laskee keskimäärin 9/6 mmHg (7). Jos potilaan verenpaine on selkeästi yli tavoitetaso, hoidon voi aloittaa kahden eri mekanismilla vaikuttavan lääkkeen yhdistelmällä. Käytännön klinikon kannattaa valita kustakin verenpainelääkeryhmästä hoitovalikoimaansa hyvä lääke (Taulukko 1) ja opetella sen ominaisuudet. Verenpainelääkkeet annostellaan yleensä aamuisin. Ilta-annostelusta saattavat hyötyä ne potilaat, joiden verenpaine ei öisin laske niin kuin fysiologisesti tapahtuu. Tästä voi olla viitteenä kotimittausten korkea aamutaso.

Hoidon haitat ja niiden hallinta

Mikä tahansa lääke voi aiheuttaa potilaalle haittavaikutuksia. ATR-salpaajilla on niitä raportoitu vähiten, myös ACE:n estäjät ovat melko hyvin siedettyjä. Näiden lääkkeiden suojavaikutus kasvaa annoksen kasvun myötä. Muilla verenpainelääkeryhmillä haittavaikutusten riski on sitä suurempi, mitä suurempi on lääkeannos (7). Siksi on järkevää aloittaa lääkehoito ajoissa ja melko pienellä annoksella. Näin voidaan välttää verenpaineen voimakkaasta laskusta ja itse lääkkeestä johtuvia haittavaikutuksia. Jos potilas näet haittavaikutusten vuoksi lopettaa lääkkeenoton, hän paitsi menettää lääkkeen suojavaikutuksen myös keskeyttää herkästi jonkin muun lääkkeensä käytön (8). Jos kolmen lääkkeen yhdistelmällä siedetyin annoksin potilaan verenpaine ei laske tavoitetasolle, kannattaa konsultoida kollegaa ja miettiä myös sekundaarin verenpainetaudin mahdollisuutta (9).

Beetasalpaajia ei tulisi käyttää verenpainepotilaan ensisijaislääkkeinä, sillä ne vähentävät aivohaverin riskiä vähemmän kuin ATR-salpaajat, ACE:n estäjät, kalsiumsalpaajat tai diureetit (10).

Beetasalpaajan aiheuttama sykkeen lasku ja lihasverisuonien supistus saattaa haitata liikuntaa ja aiheuttaa joillekin potilailla myös painonnousua (11).

Oireetonta henkilöä sairaaksi leimautuminen voi ahdistaa, ja pitkäaikaisen lääkehoidon aloittaminen potilaalle voi olla lääkärille vaikea päätös. Tuskin mitään muuta tautia on tutkittu enemmän kuin verenpainetautia. Näyttää kiveen kirjoitetulta, että tasolta 140/90 mmHg (kotimittauksissa 135/85 mmHg) verenpaineen lääkehoito parantaa potilaan ennustetta (12). Ylidiagnostiikkaa ja -hoitoa voidaan silti oireettoman potilaan kyseessä ollen arvioida vasta hänen elämänsä lopussa, kun tiedetään sairastuiko hän vakavammin vai ei. Lääkärin on hyvä korostaa potilaalle, ettei hänen ole syytä huolestua, sillä verenpainetauti on hyvin hoidettavissa ja potilaan omahoidollakin verenpaine voi laskea yhtä paljon kuin yhdellä verenpainelääkkeellä. Taulukon 2 elintapaohjeita kannattaa kirjata myös sairauskertomustekstiin, sillä Omakanta-verkkopalvelun kautta potilas voi oivaltaa ne uudella tavalla omikseen.

Maassamme on ollut kaksi pitkää lamakautta, ja osalla potilaistamme on taloudellisia vaikeuksia ostaa lääkkeitä ja kotimittareita ja tulla vastaanottokäynneille. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 40 % suomalaisista kokee toimeentulonsa riittämättömäksi (1). Lääkärin on hyvä valita edullisimpia lääkevalmisteita, antaa kotiverenpainemittari lainaksi tai kehottaa käyttämään terveyskeskuksen mittauspistettä. Hoidon jatkuvuus on laadun ja taloudellisuuden tae, tutun lääkärin ja hoitajan kanssa moni asia hoituu myös puhelimitse tai sähköisesti.

Taulukko 1. Hyvän verenpainelääkkeen ominaisuuksia

- Lääke parantaa potilaan ennustetta
 - ATR-salpaajat, ACE:n estäjät, kalsiumsalpaajat, diureetit, beetasalpaajat
- Lääkkeellä on vähän haittavaikutuksia
- Lääke on pitkävaikutteinen
 - annostelu kerran vuorokaudessa lisää potilaan hoitomyöntyvyyttä
 - satunnainen lääkkeenoton unohdus ei vaikuta verenpainetasoon
 - lääkkeen teho säilyy ympäri vuorokauden
 - verenpaineen mittausajankohdalla ei ole juuri merkitystä
- Lääke on hinnaltaan edullinen
 - seuraa lääkkeiden viitehintoja aika ajoin!

Taulukko 2. Verenpainepotilaan elintapaohjeistus (9).

- Liiku ainakin 2½ tuntia viikossa
- Vältä suolaa. Valitse tuotteita, joissa on Sydänmerkki tai merkintä "vähemmän suolaa" tai "suolaa vähennetty"
- Syö runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja (500 grammaa/vrk)
- Suosi rypsiöljyä ja rypsiöljypohjaisia kasvimargariineja
- Käytä rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita
- Syö kalaa vähintään kahdesti viikossa
- Laihduta, jos olet ylipainoinen tai lihava
- Vältä lakritsiuutetta sisältäviä tuotteita
- Käytä alkoholia enintään kohtuullisesti
- Älä tupakoi

Viiteluettelo

1. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018.
2. Kokko S, Virta L, Vehko T. Terveyskeskusten hoitovastuu tyypin 2 diabetesta ja verenpainetautia sairastavista. Suomen Lääkärilehti 2015;70:2945-2949
3. Rapsomaniki E, Timmis A, George J ym. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1,25 million people. Lancet 2014;383:1899-911.
4. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, ym. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387:957–967.
5. Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. Lancet 2019;394:639-51.
6. Niiranen TJ, Asayama K, Thijs L ym. Outcome-driven thresholds for home blood pressure measurement: international database of home blood pressure in relation to cardiovascular outcome. Hypertension 2013;61:27-34.
7. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low-dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. BMJ 2003;326:1427.
8. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering treatment in hypertension: 8. Outcome reductions vs. discontinuations because of adverse drug events – meta-analyses of randomized trials. J Hypertens 2016;34:1451-63.
9. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito-suositus 22.9.2014. www.kaypahoito.fi.
10. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet 2005;366:1545-53.
11. Sharma A, Pischon T, Hardt S, Kunz I, Luft FC. β -adrenergic receptor blockers and weight gain. A systematic analysis. Hypertension 2001;37:250-254.

12. Brunström M ym. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178:28-36.

Päivi Korhonen

yleislääketieteen professori, Turun yliopisto

yleislääketieteen ja sisätautien erikoislääkäri, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä

Sitoumukset vv. 2018–2020

Luottamustoimet terveydenhuollon alalla: Duodecim, Suomen Lääketieteen Säätiö, Satakunnan Sydänpiiri, Suomen Verenpaineyhdistys