

Päivystyspsykiatrinen lääkehoito

Lääkehoito on psykiatrisissa hätätilanteissa usein välttämätöntä, mutta se ei yksinään riitä hoidoksi. Psykiatrisen sairauden puhkeaminen tai paheneminen ja akuutti elämäntilannekriisi saattavat vaatia välitöntä psyykenlääkityksen aloittamista, vaikka tilanteen rauhoituttua pidemmän aikavälin hoitosuunnitelmat tehdäänkin potilaasta ensisijaisesti hoitovastuussa olevassa työryhmässä. Psyykenlääkkeiden käytöstä päivystystilanteissa on näyttöön perustuvaa tietoa hyvin niukasti, koska lääkehoitojen satunnaistaminen, sokkouttaminen ja lumekontrollointi on näissä tilanteista eettisesti hyvin ongelmallista. Sen vuoksi psykiatrisissa päivystyspisteissä on muodostunut hoitokäytäntöjä, jotka perustuvat pitkään kliiniseen kokemukseen ja hyväksi havaittuihin toimintatapoihin.

Monet psykiatriset häiriöt tai niiden pahenemisjaksot edellyttävät lääkityksen arviointia päivystystilanteessa. Syynä tähän ovat turvallisuusnäkökohdat niin avo- kuin sairaalahoitossa ja eettinen näkökulma: monen potilaan psyykkinen kärsimys vaatii nopeaa helpotusta.

Tutkimustieto ja Käypä hoito -suositukset antavat kuitenkin vain harvoin suoria vastauksia siihen, miten käytännössä tulisi toimia.

Maamme psykiatriset päivystyspisteet ovat vielä suurelta osin psykiatristen sairaaloiden yhteydessä. Tämän vuoksi korostamme päivystyksellistä psykiatrista osastohoitoa tarvitsevan potilaan näkökulmaa ja avohoitoa.

Päivystyksessä vastaan tulevat tilanteet ja potilaiden ongelmat eivät ratkea yksinomaan lääkityksellä, vaan psykososiaaliset ja muut näkökulmat on tärkeä huomioida. Potilaalla on oikeus valita myös lääkkeetön hoitovaiht-

toehto, jos kyse ei ole psykoottisesta tilasta. Etelä-Pohjanmaan keskussairaalan aikuispsykiatrian toimintayksikön päivystyslääkityksen vaihtoehdot ovat osoittautuneet toimiviksi.

Psykoottisen potilaan psykiatrinen päivystyslääkitys

Psykoosilääkityksen aloittamiseen päivystyksessä liittyy muutamia mielessä pidettäviä periaatteita. Ensinnäkin lääkityksen tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen. Jos potilas käyttää vain yhtä psyykenlääkettä, voidaan hoidosta saatava hyöty ja mahdolliset haitat yhdistää siihen. Psykoosilääkitystä valittaessa on myös otettava huomioon hoidon oletettu kesto ja mahdolliseen pitkäaikaislääkitykseen liittyvät haitat. Akuuteissa aivo-organisiin tiloihin liittyvissä psykooseissa voidaan käyttää tavanomaisia neurolepteja (esim. haloperidolia), koska niiden agitaatiota vähentävä vaikutus alkaa nopeasti ja lääkehoidon kesto on yleensä lyhyt, muutamasta päivästä muutama viikkoon. Sen sijaan esimerkiksi skitsofreniassa, harhaluuloisuushäiriössä ja kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä odotettavissa oleva psykoosilääkehoidon kesto on vuosia. Tällöin lääkevalinnassa keskeisiksi tekijöiksi nousevat potilaan todennäköinen sitoutuminen lääkehoitoon ja eri psykoosilääkkeisiin liittyvät pitkäaikaishaitat, kuten erityisesti tavanomaisiin neurolepteihin liittyvät neurologiset haittaoireet ja eräisiin toisen polven psykoosilääkkeisiin liittyvät aineenvaihdunnalliset muutokset. Mikäli tilanne päivystyksessä sallii, olisikin potilaan metabolistaa tilaa (vyötärön ympäry, painoindeksi, verenpaine, veren glukoosipitoisuus) ja EKG:tä hyvä arvioida jo ennen lääkehoidon aloittamista.

YDINASIAAT

- ▶▶ Psykoottisen häiriön hoidossa lääkityksen tarve päivystysaikana arvioidaan tapauskohtaisesti.
- ▶▶ Aggressio ja agitaatio on lähes aina hoidettava lääkinnällisin keinoin jo päivystysaikana.
- ▶▶ Itsetuhoisuuden ja masennuksen akuuttihoidossa keskeisintä on turvata potilaan selviäminen hengissä.
- ▶▶ Voimakas ahdistuneisuus on pyrittävä hoitamaan jo päivystysaikana sen aiheuttaman subjektiivisen kärsimyksen vuoksi.

Ensipsykoosin vuoksi psykiatrian päivystykseen tuleville potilaille ei läheskään aina tarvitse aloittaa psykoosilääkitystä välittömästi, vaan usein tilannetta voidaan arvioida ja diagnostiikkaa tarkentaa kaikessa rauhassa, esimerkiksi muutaman päivän ajan. Psykoottinen agitaatio tai ahdistus on kuitenkin hoidettava nopeasti. Eräässä tutkimuksessa seurattiin 125:tä psykoottisen häiriön takia sairaalaan otettua potilasta, joiden agitaatiota hoidettiin risperidonilla (2–6 mg/vrk), olantsapiinilla (10–20 mg/vrk), ketiapiinilla (300–800 mg/vrk) ja haloperidolilla (5–15 mg/vrk). Kaikki lääkkeet todettiin yhtä tehokkaiksi 72 tunnin seurannassa (Villari ym. 2008). Sen sijaan toisessa kliinisessä aineistossa ketiapiini ei osoittautunut päivystystilanteissa yhtä käyttökelpoiseksi kuin muut tutkitut psykoosilääkkeet. Se jouduttiin risperidonia ja olantsapiinia useammin vaihtamaan muuhun psykoosilääkkeeseen, tavallisimmin riittämättömän tehon vuoksi (Raja ja Azzoni 2003).

Omien kokemustemme perusteella käyttökelpoisia psykoosilääkkeiden aloitusannoksia useimpiin ensipsykooseihin, joissa agitaatio ei ole hallitsematonta, ovat esimerkiksi risperidoni 1–2 mg/vrk, olantsapiini 5–15 mg/vrk ja ketiapiini 100–300 mg/vrk. Näistä risperidoni ja olantsapiini ovat osoittautuneet tehokkaiksi psykoottisten oireiden lievittäjiksi ja ketiapiini puolestaan enemmän sedatiiviseksi ja ahdistusta lievittäväksi. Joillekin potilaille saatetaan

valita myös jompikumpi parhaiten siedetyiksi osoittautuneista tavanomaisista neurolepteista: perfenatsiini aloitusannoksella 4–8 mg/vrk tai klooriprotikseeni aloitusannoksella 100–200 mg/vrk. Päivystyksessäkin psykoosilääke pyritään pääsääntöisesti antamaan tavanomaiseen tapaan suun kautta. Joskus joudutaan kuitenkin käyttämään nopeasti sulavia tabletteja, mikstuuraa tai ruiskemuotoista lääkitystä.

Aiemmin todettujen pitkäaikaisten psykoosisairauksien uusiutumisissa on usein tarpeen jo päivystystilanteessa muodostaa alustava arvio relapsin syytä. Jos taustalla on potilaan omaehtoinen tai hoidossa sovittu lääkityksen lopettaminen tai vähentäminen ja jos tietyllä lääkevalmisteella on aikaisemmin saavutettu tasapainotila potilaan sairaudessa, on lääkityksen aloittaminen uudelleen jo päivystysaikana todennäköisesti järkevää (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2013). Annostelun turvatekijät ja tarvittavat laboratoriotutkimukset on muistettava, erityisesti klotsapiinin osalta.

Mikäli pitkäaikaisesta psykoosisairaudesta kärsivän potilaan vointi on heikentynyt asianmukaisesta lääkkeen käytöstä huolimatta, on päivystysajan lääkemutoksilla lähinnä pyrittävä takaamaan potilaan ja hänen ympäristönsä turvallisuus siihen saakka, että hoidosta ensisijaisesti vastaavat henkilöt ottavat kantaa lääkehoidon jatkosuunnitelmaan.

Satunnaistetussa tutkimuksessa selvitettiin haloperidolin, risperidonin, olantsapiinin, aripipratsolin, ketiapiinin ja tsiprasidonin tehoa 327:n skitsofrenian pahenemisvaiheesta kärsivän potilaan joukossa (McCue ym. 2006). Haloperidoli, risperidoni ja olantsapiini osoittautuivat akuuttivaiheessa muita lääkkeitä tehokkaammiksi. Eniten haittavaikutuksia liittyi haloperidolin ja tsiprasidonin käyttöön.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottisesta mania-, masennus- tai sekamuotoisesta jaksosta kärsivien potilaiden päivystyslääkehoidon lähtökohdat ovat pääosin samat kuin muitakin psykooseja sairastavilla. Kokemuksemme mukaan mielialantasaajien käyttö yksinään ei yleensä ole päivystystilanteissa riittävä. Tämän vuoksi akuuttivaiheessa hoidoksi valitaan usein toisen polven psykoosilääke yhdistettynä tilapäiseen bentsodiatsepiinilää-

kitykseen. Toisaalta tutkimuksessa verrattiin tyyppi I kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä skitsofreniakirjon sairauksien agitaatiovaiheiden hoitoa pelkällä suurella olantsapiiniansaannoksella (20–40 mg päivinä 1–2, 10–30 mg päivinä 3–4) yhdistelmähoitoon (olantsapiini 10 mg + loratsepaami enimmillään 4 mg). Siinä hoito pelkällä psykoosilääkkeellä tuotti paremman tuloksen ilman haittavaikutusten lisääntymistä (Baker ym. 2003).

Aggressiivisen, kiihtyneen tai sekavan potilaan psykiatrisen päivystyslääkityksen

Aggressiivinen käyttäytyminen, kiihtyneisyys (agitaatio) tai sekavuus (delirium) ovat oireita, eivät erillisiä sairauksia. Tällainen potilas tarvitsee usein päivystyslääkitystä, eikä aamuun voida odottaa. Psykiatrisissa ja muissakin päivystyspisteissä väkivaltaiset, kiihtyneet ja sekavat potilaat ovat hyvin tavallisia (James ym. 2006, Rocca ym. 2006). Riittävä somaattinen tutkiminen on päivystystilanteessa välttämätöntä, koska tällaisen käyttäytymisen taustalla voi olla välitöntä somaattista hoitoa vaativa myrkytystila. Monet sekavuustilat, mukaan lukien alkoholidelirium, ovat somaattisia hätätilanteita, jotka hoidetaan nykysuositusten mukaan sisätauti- tai päivystysosastolla monitorivalvonnassa. Kiihtyneen, aggressiivisen tai sekavan psykiatrisen potilaan lääkehoidon ensisijainen tavoite on potilaan ja ympäristön kannalta vahingollisen käyttäytymisen hallinta. Joskus myös potilaan nukahtaminen on hoidon välitön tavoite.

Akuuttilääkityksenä aggression, kiihtymyksen ja sekavuuden hoitoon käytetään bentsodiatsepiinia, psykoosilääkettä tai niiden yhdistelmää. Tutkimustiedon perusteella on vaikea linjata ensisijaista lääkeryhmää tai yksittäisen lääkkeen paremmuutta lääkeryhmien sisällä (Currier 2004, Battaglia 2005, Rocca ym. 2006, Baldaçara ym. 2011). Suomalaisten sairaaloiden vakiintuneet käytännöt ovatkin pitkälti kliiniseen kokemukseen perustuvia eivätkä välttämättä tutkimustulosten tai hoitosuosittelujen määrittelemiä.

Bentsodiatsepiinit ovat käyttökelpoisia rauhoittamaan agitoitunutta potilasta. Ne ovat

hyvin siedettyjä ja akuuttihoitossa sekä turvallisia että tehokkaita. Kun bentsodiatsepiinia tarvitaan vaikean agitaation nopeaan rauhoittamiseen, on ensisijaisena hoitokäytäntönämme ollut antaa loratsepaamia 1,5–6,0 mg/vrk suun kautta jaettuna kolmeen annokseen tai 2–4 mg kerta-annoksena lihakseen. Perusteena ovat muun muassa hyvä teho sekä ruiskevaihtoehto. Oksatsepaami 30–60 mg:n vuorokausiannoksella soveltuu lievempiin tilanteisiin. Sillä on yksinkertainen metaboliatie, ja sen väärinkäyttöpotentiaalia pidetään pienempänä kuin eräiden muiden bentsodiatsepiinien. Diatsepaamin etuna on puolestaan mikstuuramuoto, joka mahdollistaa helpon annon, hyvän hoitomyöntyvyyden ja lääkityksen onnistumisen seuraamisen. On kuitenkin muistettava, että bentsodiatsepiinit voivat joskus harvoin jopa lisätä aggressiivisuutta ja kiihtyneisyyttä.

Psykoosilääke valitaan aggressiivisen tai agitoituneen potilaan ensisijaiseksi lääkkeeksi, jos käyttäytymisessä korostuvat psykoottiset piirteet. Lääkityksen tavoitteena on paitsi aggressiivisuuden ja agitaation lieentyminen, myös potilaan yhteistyökyvyn parantaminen diagnostisia selvittelyjä ja hoidon suunnittelua varten (Currier ja Medori 2006).

Keskeisimpiin käyttämiimme psykoosilääkeisiin aggressiivisen ja agitoituneen potilaan hoidossa kuuluvat risperidoni mikstuurana (2–4 mg), olantsapiini suun kautta annettava nopeasti sulavana tablettina (10–30 mg) sekä olantsapiini ruiskeena (10 mg). Viimeksi mainitun hyvänä puolena on pidetty potilasta selvästi rauhoittavaa vaikutusta. Erityisen levottoman tai aggressiivisen potilaan hoidossa voidaan käyttää myös tsuklopentiksolia (50–100 mg lihakseen), jonka hyvänä puolena on pitkä vaikutusaika (jopa 3 vrk yhdellä ruiskeella). Tämä on erityinen etu, jos pistämistilanteet ovat hankalia ja potilaan tahdosta riippumattomat hoitotoimet halutaan minimoida. Toisaalta pitkä vaikutusaika voi olla myös ongelma, mikäli lääke aiheuttaa haittavaikutuksia, kuten ekstrapyramidaalioireita tai EKG-muutoksia. Haloperidolin käyttö on käsityksemme mukaan vähentynyt psykiatrisilla osastoilla, mutta sekin on edelleen mah-

TAULUKKO 1. Agitaation ja erilaisten psykoottisten tilojen hoitoon soveltuvia päivystyslääkkeitä ja annoksia aikuisille.

Lääke	Oire tai tila ja siihen sopiva lääkeannos			
	Ensipsykoosi	Mania tai sekamuotoinen jakso	Psykoottinen masennus ¹	Psykoottinen tai maaninen agitaatio tai aggressiivisuus
Risperidoni	1–2 mg x 1	2–4 mg x 1	1–2 mg x 1	2–4 mg x 1–2
Olantsapiini	7,5–15 mg x 1	15–20 mg x 1	5–10 mg x 1	10–30 mg x 1 p.o. tai 10 mg x 1–2 i.m.
Ketiapiini	100 mg x 1–3	(100–200 mg x 1–3)	50–100 mg x 1–3	
Aripipratsoli	(10–15 mg x 1)	15–30 mg x 1	7,5–15 mg x 1	(9,75 mg i.m.)
Perfenatsiini	4 mg x 1–2			
Haloperidoli				2–5 mg x 3 p.o. tai 5 mg x 1–2 i.m.
Klooriprotikseeni	50–100 mg x 1–3			
Tsuklopentiksolii				25–100 mg x 1 i.m.
Loratsepaami ²			0,5–1 mg x 3	1–2 mg x 3 p.o. tai 2–4 mg x 1–2 i.m.

¹Masennuslääkkeen lisäksi

²Useimmiten psykoosilääkkeeseen yhdistettynä

dollinen vaihtoehto (2–10 mg suun kautta tai 2–5 mg lihakseen). Myös tsiprasidonia ja aripipratsolia on Suomessa saatavilla ruiske-muodossa akuuttitilanteisiin. Eri psykoosien ja agitaation hoidossa psykiatrisessa päivystyksessä käytettäviä lääkeannoksia on esitetty **TAULUKOSSA 1**.

Itsetuhoisen ja depressiivisen potilaan psykiatrinen päivystyslääkitys

Itsetuhoisessa kriisissä nopein ahdistusta lievittävä vaikutus saavutetaan bentsodiatsepiineilla, kun muut keinot eivät riitä helpottamaan tilannetta. Jos potilaalla on jo käytössään psykiatrinen lääkehoito, annoksen suurentamista voidaan harkita.

Masennuslääkkeiden vaikutus itsetuhoisiin ajatuksiin ja käyttäytymiseen voi olla ristiriitainen. Hoidon alkuvaiheessa masennuslääkkeet saattavat jopa aktivoida itsetuhoajattelua tai -käyttäytymistä. Pidemmällä aikavälillä masennuslääkkeiden käyttö näyttää kuitenkin vähentävän kuolemaan johtavia itsemurhayrityksiä verrattuna hoitamatta jättämiseen. Depression lievittyessä itsetuhoisuus vähenee joka tapauksessa (Tiihonen ym. 2006). Itsetuhoisen ajattelu tai käyttäytyminen ei sinänsä ole aihe mielialalääkityksen aloittamiselle päivystysvastaanotolla, vaan peruste tarkemmalle tilanne- ja hoitoarviolle virka-aikana.

Päivystysvastaanotolle tulevan depressio-potilaan masennuslääkityksen aloittaminen kannattaa pääsääntöisesti tehdä sovitulla ajanvarausvastaanotolla. Joskus lääkitys voidaan kuitenkin aloittaa jo päivystyksessä. Mikäli aiempia masennusjaksoja kokenut potilas sairastuu uudelleen, voidaan hänelle määrätä aiemmin tuttu ja tehokkaaksi osoittautunut masennuslääke saman tien uudelleen. Myös psykoottisen tai agitoituneen potilaan masennuksen lääkehoito kannattaa toisinaan aloittaa jo päivystyksessä. Hyväksi käytännöksi on osoittautunut masennuslääkityksen aloittaminen puolikkaalla annoksella tehokkaan annoksen alarajasta. Tätä annosta käytetään muutama päivän ajan, jolloin aloitusvaiheen haitat jäävät vähäisemmiksi.

Selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä (SSRI) suosimme päivystyskäyttöön sertaliinia ja essitalopraamia niiden hyvän siedettävyyden ja vähäisen yhteisvaikutusten vaaran vuoksi (Cipriani ym. 2009). Mikäli unettomuus on depressiopotilaan keskeinen oire, voidaan hoito aloittaa myös mirtatsapiinilla, vaikka sen siedettävyyden on joillakin potilailla huonompi kuin SSRI-lääkkeillä (Cipriani ym. 2009). Mirtatsapiinin unettava vaikutus ilmenee parhaiten pieniä, 7,5–15 mg:n iltana-annoksia käytettäessä. Masennustilan hoidoksi tarvitaan kuitenkin 15–45 mg:n vuorokausiannoksia.

Kun mainitut perusvaihtoehdot on kokeiltu ilman riittävää vastetta tai siedettävyyden on

huono, voidaan käyttää joko useamman välittäjäaineen kautta (esim. venlafaksiini) tai eri mekanismeilla vaikuttavia (esim. agomelatiini) masennuslääkkeitä. Lääkevalinnoissa on huomioitava myös lääkkeen hinta, koska liian kallis lääke jää helposti ostamatta.

Vaikka tutkimusnäyttö lääkehoidosta psykoottisessa masennuksessa on varsin niukka (Depressio: Käypä hoito -suositus 2008), kuuluu psykoosilääke (masennuslääkkeen ohella) nykykäsitukseen mukaan aina sen hoitoon. Psykoottisten mielialahäiriöiden hoidossa suositetaan nykyään toisen polven psykoosilääkkeitä, kuten ketiapiinia, olantsapiinia ja risperidonia. Tutkimusten perusteella mitään näistä ei voida asettaa yksiselitteisesti etusijalle. Ketiapiini 300–600 mg:n vuorokausiannoksella on nykytiedon valossa ensilinjan lääke kaksisuuntaisen mielialahäiriön depressiojaksojen hoidossa (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2008). Myös aripipratsolia (7,5–15 mg/vrk) voidaan käyttää masennuslääkkeen ohella sekä psykoottisen että hoitoresistentin masennustilan hoidossa.

Ahdistuneen ja unettoman potilaan psykiatrinen päivystyslääkitys

Ahdistuneisuudesta kärsivällä potilaalla on usein jokin mielialahäiriö, kuten masennustila. Oireen taustalla saattaa olla elämäntilannekriisi, aktivoituneet vanhat traumat, tunne-elämän hallinnan vaikeudet, unettomuus, päihdeongelmat tai somaattinen sairaus. Varsinaisten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa SSRI-lääkkeet tai serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI) ovat käytännössä korvanneet aiemmin käytetyt bentsodiatsepiinit. SSRI- ja SNRI-ryhmän lääkkeiden ongelma on niiden vaikutuksen hidas alku. Ne saattavat myös lisätä potilaan ahdistuneisuutta ensimmäisinä hoitopäivinä. Tämän vuoksi akuuttihoitoon joudutaan usein yhdistämään bentsodiatsepiini joidenkin päivien tai enimmillään muutaman viikon ajaksi.

Bentsodiatsepiinit lievittävät sinänsä tehokkaasti ja nopeasti ahdistuneisuus- ja pelko-oireita, ja niiden akuutit haittavaikutukset

ovat vähäisiä (Stevens ja Pollack 2005, Ravindran ja Stein 2010). Eri valmisteet eivät tehonsa ja vaikutusprofiilinsa suhteen eroa kovin paljon toisistaan. Vaikutuksen alkamisnopeus ja kesto vaihtelevat hieman valmisteesta toiseen. Keskipitkävaikutteiset, yksinkertaisen metaboliareitin bentsodiatsepiinit, kuten oksatsepaami ja loratsepaami, sopivat ominaisuuksiensa vuoksi hyvin myös päivystystilanteisiin. Kokemuksemme perusteella ei-psykoottisessa ahdistuneisuudessa hoito voidaan aloittaa esimerkiksi oksatsepaamilla (15 mg 1 x 1–3/vrk). Eri bentsodiatsepiinien samanaikainen käyttö ei ole perusteltua. Rauhoittavan lääkityksen määräaikaisuus on aina syytä tehdä potilaalle selväksi jo lääkitystä aloitettaessa. Avohoidossa potilaalle voidaan antaa mukaan muutama tabletti ja harkita reseptin kirjoittamista vasta akuuteimman vaiheen jälkeen. Akuutissa stressireaktiossa bentsodiatsepiineja on syytä välttää, koska stressihäiriöpotilaille riippuvuus saattaa kehittyä tavanomaista herkemmin (Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt: Käypä hoito -suositus 2009). Bentsodiatsepiinien käytön on havaittu olevan myös posttraumaattisen stressihäiriön kehittymistä lisäävä riskitekijä (Stevens ja Pollack 2005).

Potilaille, joille ei ole syytä määrätä bentsodiatsepiineja päivystystilanteissa (päihdeongelmaiset, epävakaat ja riippuvaiset persoonallisuudet), voi antihistamiineihin lukeutuva hydroksitsiini olla joskus käyttökelpoinen vaihtoehto (Llorca ym. 2002). Usein potilaan lääkkeestä saama hyöty jää kuitenkin vaatimattomaksi. Epävakaassa persoonallisuushäiriössä voi toisen polven psykoosilääke usein olla toimivin vaihtoehto hallitsemattoman psyykkisen kriisin hoidossa (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito 2008). Akuuttiin ahdistuneisuuteen usein liittyviä sympaattisen hermoston oireita, kuten sydämen tykytystä ja hikoilua, voidaan tarvittaessa lievittää epäselektiivisellä beetasalpaajalla, kuten esim. propranololilla (Stevens ja Pollack 2005). Se saattaa pian traumaattisen tapahtuman jälkeen annettuna myös ehkäistä traumaperäisten oireiden kehittymistä erityisesti niillä, joilla esiintyy trauman jälkeen takykardiaa (Stevens

TAULUKKO 2. Ahdistuneisuuden hoidossa psykiatrisessa päivystyksessä käytettäväksi soveltuvia lääkeannoksia.

Lääkevalmiste	Oire ja siihen sopiva lääkeannos		
	Lääkehoitoa vaativa ahdistus	Psykoosiin tai maniaan liittyvä tuskaisuus tai ahdistus	Ahdistukseen liittyvä sympaattisen hermoston ylivirittyneisyys (tykytytys, vapina)
Oksatsepaami	15–30 mg x 1–3		
Loratsepaami	0,5–1 mg x 1–3	1–2 mg x 1–3	
Hydroksitsiini	25–50 mg x 1–3		
Ketiapiini	25–50 mg x 1–3	100 mg x 1–3	
Olantsapiini		5–10 mg x 1–3	
Klooriprotikseeni		25–50 mg x 1–4	
Propranololi			10–40 mg x 2–4

TAULUKKO 3. Unettomuuden hoidossa psykiatrisessa päivystyksessä käytettäväksi soveltuvia lääkkeitä ja annoksia.

Lääke	Oire ja siihen sopiva lääkeannos		
	Nukahtamisvaikeus	Hoitoresistentti unettomuus	Psykoosiin tai maniaan liittyvä unettomuus
Tsolpideemi	5–10 mg		
Tsaleploni	10 mg		
Tsopikloni	5–7,5 mg		
Tematsepaami	10–20 mg		10–20 (ad 40) mg
Hydroksitsiini	25–50 mg		
Melatoniini	1–6 mg		
Mirtatsapiini	7,5–15 mg		
Tratsodoni	50 mg	100–200 mg	
Ketiapiini		25–100 mg	25–200 mg
Olantsapiini		5 mg	5 mg
Levomepromatsiini		12,5–75 mg	25–150 mg
Klooriprotikseeni		25–50 mg	50–200 mg
Mianseriini		10–30 mg	
Trimipramiini		25–50 mg	

ja Pollack 2005, Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt: Käypä hoito -suositus 2009).

Kahden katsausartikkelin mukaan erityisesti ketiapiini näyttää lievittävän yleistä ahdistuneisuushäiriötä sairastavien ahdistuneisuusoireita (Depping ym. 2010). Kokemuksemme perusteella sopiva akuuttia ahdistuneisuutta lievittävä kerta-annos ketiapiinia on 25–100 mg korkeintaan 3–4 kertaa vuorokaudessa. Niin ikään tavanomaisiin neurolepteihin lukeutuva klooriprotikseeni annoksella 25–50 mg x 1–3 saattaa olla joillekin potilaille yllättävän tehokas ja hyvin siedetty ahdistuneisuuden lievittäjä. Psykoosilääkkeiden osalta tutkimusnäyttöä muiden kuin psykoosisairauksien hoidossa on edelleen niukasti mutta

haittavaikutusten yleisyydestä runsaasti, joten psykoosilääkkeet eivät sinänsä kuulu ahdistuneisuuden tai ahdistuneisuushäiriöiden hoidon ensisijaisiin lääkkeisiin. Myöskään pregabaliini ei lukeudu ahdistuneiden potilaiden päivystyslääkitykseen, ja sen määräämisessä on syytä olla varovainen esiin tulleiden väärinkäyttötapausten vuoksi (Canadian Agency of Drugs and Technologies in Health 2012). Ahdistuneisuuden hoidossa psykiatrisessa päivystyksessä käytettäviä lääkkeitä annoksineen on esitelty **TAULUKOSSA 2**.

Unettomuus on usein psykiatrisen häiriön oire, joten unettoman potilaan lääkehoito kohdistuu unettomuuden perussyhyyn. Yleensä oireen luonne ja taustat on parempi selvittää

ajanvarausvastaanotolla, samoin kuin unettomuuden mahdolliset somaattiset syyt. Masennuspotilaan nukkumista helpottamaan valitaan ensisijaisesti sedatiivinen masennuslääke, kuten mirtatsapiini tai tratsodoni, taikka trisyklisistä masennuslääkkeistä esimerkiksi trimipramiini. Jo pienehköt annokset (mirtatsapiini 7,5–15 mg, trisykliset valmisteet 25–50 mg) auttavat unettomuuteen, mutta masennusoireyhtymän kokonaisuhoito vaatii usein suurempia annoksia. Mainittuja lääkkeitä on mahdollista käyttää myös alkoholi- ja päihderiippuvaisten potilaiden unihäiriöiden hoidossa.

Stressi- tai elämäntilannetekijöistä johtuvaan väliaikaisen unettomuuden hoitoon suositellaan erityisesti lääkkeettömiä vaihtoehtoja (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Mikäli lääkitystä tarvitaan, suositellaan bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavia (mutta niitä hiukan selektiivisempiä) nukahtamislääkkeitä, kuten tsopiklonia, tsolpideemia tai tsaleplonia, sillä niillä on lyhyt puoliintumisaika ja siten haittavaikutukset ovat vähäisemmät seuraavana päivänä (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008).

Kokemuksemme mukaan myös ei-psykoottisen, vaikeista uniongelmistä kärsivän potilaan hoitovaste voi jäädä joskus riittämättömäksi kaikilla ensisijaisilla unettomuuden hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä. Sedatiivisesti vaikuttava psykoosilääke pienellä annoksella, esimerkiksi ketiapiini (25–100 mg/yö), levomepromatsiini (12,5–75 mg/yö), klooriprotikseeni (25–50 mg/yö), saattaa joissain tilanteissa tulla kyseeseen potilaan nukkumista helpottavana lisälääkkeenä. Ketiapiinin vaikutuksista masennukseen ja traumaperäiseen stressihäiriöön liittyvään unettomuuteen onkin jonkin verran tutkimusnäyttöä (Hamner ym. 2003, Todder ym. 2006). Kokonaisuutena psykoosilääkkeiden hyödyistä unihäiriöissä on kuitenkin vain niukasti tietoa, joten muiden kuin psykoottisesti oireilevien potilaiden unihäiriöiden hoidossa niitä pitäisi käyttää vain erityistapauksissa (Wine ym. 2009). Unettomuuden hoidossa psykiatrisessa päivystyksessä käytettäviä lääkkeitä ja niiden annoksia on koottu **TAULUKKON 3**.

Lopuksi

Psykiatrinen lääkehoito akuuttitilanteissa perustuu pääasiassa hyväksi havaittuihin käytäntöihin. Näyttöön perustuvan tiedon niukkuus ei voi olla peruste potilaan auttamisesta pidättäytymiselle. Vaikea psykoottisuus, agitaatio ja aggressiivisuus vaativat usein välitöntä puuttumista, myös lääkehoidon keinoin. Niin ikään akuuttien elämäntilannekriisien ja itsetuhoisuuden hoito vaativat monesti lääkitystä. Akuuttitilanteiden lääkehoitokäytännöissä korostuvat toisaalta lääkevaikutuksen nopea teho kohdeoireisiin ja toisaalta vakavien haittojen minimointi myös silloin, kun joudutaan käyttämään suuriannoksista lääkitystä. Vaikka psyykenlääkkeet voivat olla välttämätön osa psykiatrisesti sairastuneen tai muuten akuutisti psyykkisesti oireilevan potilaan kokonaisuhoitoa, on psykiatrisen akuuttihoidon perusajatuksena kannatella potilasta vaikeimman vaiheen yli kaikilla käytettävissä olevilla keinoilla. ■

JARKKO HEINO, LL, psykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri

LARS LINDHOLM, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, psykiatria erikoistuva lääkäri

MONIKA REESEV, LL, psykiatria erikoistuva lääkäri

ANTTI KOIVUKANGAS, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, psykiatria erikoistuva lääkäri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toiminta-alue

OLLI KAMPAN, dosentti, kliininen opettaja

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toiminta-alue

ESA LEINONEN, professori, ylilääkäri

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja Tampereen yliopistollinen sairaala, toimialue 5 (psykiatria)

SIDONNAISUUDET

Jarkko Heino: Ei sidonnaisuuksia

Lars Lindholm: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck)

Monika Reesev: Ei sidonnaisuuksia

Antti Koivukangas: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Recklitt-Benkler)

Olli Kampman: Luentopalkkio (Janssen-Cilag, Lundbeck, Pfizer), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (BMS)

Esa Leinonen: Asiantuntijapalkkio (AstraZeneca, GSK, Servier), luentopalkkio (AstraZeneca, BMS, GSK, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Orion, Servier), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (AstraZeneca, Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier)

KIRJALLISUUTTA

- Baker RW, Kinon BJ, Maguire GA, Liu H, Hill AL. Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to 40 mg per day of oral olanzapine in acute agitation. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23 Suppl 4:342–8.
- Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:30–9.
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs* 2005; 65:1207–22.
- Canadian Agency of Drugs and Technologies in Health. Abuse and misuse potential of pregabalin: A review of the clinical evidence 2012.
- Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, ym. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373:746–58.
- Currier GW, Allen MH, Bunney EB, ym. Updated treatment algorithm. *J Em Med* 2004;27:25–6.
- Currier GW, Medori R. Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies. *J Psychiatr Pract* 2006;12:30–40.
- Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD008120.
- Depressio [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004 [päivitetty 21.10.2010]. www.kaypahoito.fi
- Epävakaata persoonallisuus [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi
- Hamner MB, Deitsch SE, Brodrick PS, Ulmer HG, Lorberbaum JP. Quetiapine treatment in patients with posttraumatic stress disorder: an open trial of adjunctive therapy. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:15–20.
- James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:431–4.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi
- Llorca PM, Spadone C, Sol O, ym. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1020–7.
- McCue RE, Waheed R, Urcuyo L, ym. Comparative effectiveness of second-generation antipsychotics and haloperidol in acute schizofrenia. *Br J Psychiatry* 2006;189:433–40.
- Raja M, Azzoni A. Comparison of three antipsychotic in the emergency psychiatric setting. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2003;18:447–52.
- Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders. A review of progress. *J Clin Psychiatry* 2010;71:839–54.
- Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:586–98.
- Skitsofrenia [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2001 [päivitetty 14.2.2013]. www.kaypahoito.fi
- Stevens JC, Pollack MH. Benzodiazepines in clinical practice. Consideration of their long-term use and alternative agents. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Suppl 2:21–7.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1358–67.
- Todder D, Caliskan S, Baune BT. Night locomotor activity and quality of sleep in quetiapine-treated patients with depression. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26: 638–42.
- Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009. www.kaypahoito.fi
- Unettomuus [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi
- Villari V, Rocca P, Fonzo V, ym. Oral risperidone, olanzapine and quetiapine versus haloperidol in psychotic agitation. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:405–13.
- Wine JN, Sanda C, Caballero J. Effects of quetiapine on sleep in nonpsychiatric and psychiatric conditions. *Ann Pharmacother* 2009;43:707–13.

Summary

Pharmacological therapy in emergency psychiatry

Pharmacological therapy is often inevitable in psychiatric emergency situations, but does not suffice alone. The onset or exacerbation of a psychiatric illness and acute life crisis may require immediate initiation of psychotropic medication. Evidence-based knowledge of the application of psychotropic medication in emergency call situations is very scarce, because randomization, blinding and placebo control of drug treatments in these situations are ethically very problematic. This is why psychiatric emergency call units have established treatment practices that are based on long-term clinical experience and well-tried routines.