

Aivojen sähköhoitoa koskien

Kiitän toimitusta ja kirjoittajia harvoin esittelystä Aivojen sähköhoito ja anestesia -artikkelissa Finnanestissa 1/2006.

Kirjoittajien mukaan sähköhoitoon tulevan potilaan kokonaisarviointi on kliinikolle suuri haaste. Käytännössä suurin ongelmaryhmä on verenpainetautiset potilaat, joilla verenpaine ei ole hoitotasolla tapahtumaan liittyvän jännityksen vuoksi, vaikka se kotona tai osastolla olisikin normaali. Bentsodiatsepiinejahan ei voi antaa esilääkkeitä niiden kouristuksia estävän vaikutuksen vuoksi. Oikeanlaatuiseen kouristukseen liittyy verenpaineen huomattava hetkellinen nousu, kuten kirjoittajat kuvaavat. Anestesia- ja lääketieteen tulisi pystyä valitsemaan oikea beetasalpaaja ja sen annostus tuollaisessa tilanteessa. HUS:n Helsingin sairaalossa käytetään metoprololia 1–4 mg i.v. ja / tai esmololia 10–30 mg i.v. / hoitokerta. Pidän artikkelissa esitettyä 1–1,3 mg/kg esmololiannosta liian suurena ECT-anestesiaa varten. HUS:ssa on hoidettu korkeapaineisia ECT-potilaita, jotka ovat menneet 15 minuutin hoidon jälkeen 10 mg i.v. esmololista hypotoniseksi.

Verenpainetautiset ja / tai koronaaritauteiset potilaat kehittävät usein muutaman minuutin ST-laskuja ja rytmihäiriöitä kouristuksen loputtua. Erittäin harvoin heitä joudutaan lähettämään jatko-seurantaan pitkittyneen iskemian vuoksi. Jotta pitkittyneen takykardian aiheuttamilta sydämen iskeemisiltä vaurioilta vältyttäisiin, emme yleensä käytä beetasalpaajien yhteydessä atropiinia, kuten kirjoittajat suosittelevat, vaan glykopyrrolaattia. Glykopyrrolaattia käytämme laskimoon annettuna vain 0,1–0,2 mg. Jo 0,1 mg i.v. glykopyrrolaattia saattaa takykardian myötä aiheuttaa vanhuksen EKG:hen ST-laskuja.

Glykopyrrolaattista huolimatta saattaa osa potilaista mennä hetkeksi asystoleen. Allekirjoittanut on joutunut kahtena peräkkäisenä hoitokertana sydämelteään terveeseen 37-vuotiaan miehen usean minuutin painantaelvytykseen preventiivisestä i.v. annetusta glykopyrrolaattista (0,2 ja 0,3 mg) ja hoitollisesta atropiinista (1,0 mg + 0,5 mg) i.v. huolimatta. Ensimmäistä painantaelvytystä edelsi samana päivänä koronaaritauteinen potilas, joka joututtiin resuskitoimaan kammioväriinistä. Allekirjoittanut ei ollut edeltäneen 11 vuoden aikana joutunut resuskitoimaan ECT-hoidon saanutta potilasta. Molemmat potilaat toipuivat onneksi täysin.

Kirjoittajien mukaan ECT:n indusoiman takykardian kesto korreloi kouristuksen keston. Vaikka takykardia ad 140–170 laantuu kouristuksen loputtua, tulee sen jälkeen usein bradykardia, bigeminia, eteis- ja kammio-ekstrat ja sitten pulssi jää 5–30 minuutiksi hieman normaalia korkeammaksi. Mielestäni olisi tärkeää tutkia (tamperelaisen väitöskirjan lisäksi) näitä ECT:hen liittyviä pahan-kin näköisiä rytmihäiriöitä, jotka menevät kuitenkin useimmiten nopeasti ohi.

Olen samaa mieltä kirjoittajien kanssa siitä, että osa potilaista pitäisi hoitaa sydänvalvontayksikössä eikä suinkaan psykiatrisessa sairaalassa kaukana tehohoitomahdollisuuksista.

Eräs ongelmaryhmä on obeesit astmapotilaat. Heidän aspiraatoriskinsä on kohonnut. Kouristus kuluttaa niin runsaasti happea, että etukäteen hyvin ventiloidun potilaan saturatio saattaa laskea alle 60 % kouristuksen loputtua. Mikäli potilaalla on lisäksi astma tai muu ventilaatio- tai hapetushäiriö, painottuu optimaalisen maskiventilaation tärkeys, jotta kriisitilanteilta vältyttäisiin. Astmalääkitys on syytä ottaa ennen toimenpidettä.

Mielestäni sähköhoidossa on asiallista aivojen hapenkulutuksen vuoksi hapettaa heti 100 %:lla hapella. On myös tärkeää ventiloida jokaista potilasta 10–20 kertaa potilaan nukahdettua ennen sähköän antamista. Hiilidioksidin laskeessa kouristuskynnys laskee ja ICP:n nousu liian korkealle estyy. Mikäli ventilaatio kestää minuutteja, ehtii potilas kuitenkin herätä ja liikkua ennen sähköän antoa.

Aspiraatoriskipotilaille annamme HUS:n Helsingin sairaaloissa happosalpaajaa esilääkkeeksi, mutta emme intuboi potilaita, niin kuin kirjoittajat suosittelevat. Joitakin potilaita, joilla tiedän etukäteen saturaation laskevan kouristuksen johdosta, ventiloin myös kouristuksen aikana.

Valitettavasti HUS:ssa ei ole resursseja jäädä

seuraamaan potilaan EEG:tä mahdollisten uusien subkliinisten kouristusten varalta. Kun kouristus kerran loppuu, lopetetaan EEG-seuranta.

Olisi suotavaa, että potilaat tutkittaisiin somaattisesti nykyistä paremmin ennen ECT-hoitoon tuloa. Yksinkertaisin ja tärkein asia eli verenpaine on useimmiten jäänyt mittaamatta ennen potilaan hoitoon tuloa. On myös huomattava, että psykiatrisilta potilailta ei voi odottaa samankaltaista ohjeiden noudattamista kuin leikkaukseen tulevilta esilääkittäviltä potilailta. Moni unohtaa juomakiellon. Polydipsiapotilas saattaa juoda litratolkulla salaa ja toisilla on jäänyt purkka hampaankoloon. □

Auroran sairaalan ECT-yksikössä 22.5.2006



Riitta Hemo