

Obstetric Anaesthetists' Association Annual Meeting

9.-10.5.2002 Nottingham, Englanti

Liisa Holma ja Pirjo Ranta

Osallistuimme brittiläisen obstetrisen alajaoksen (OAA, Obstetric Anaesthetists' Association) järjestämään koulutustilaisuuteen Nottinghamissa. OAA on vanhin eurooppalainen obstetristen anesteziologien järjestö, johon kuuluu nykyisin jo yli 2000 jäsentä isäntämaasta, Euroopasta ja muualta maailmalta.

Tähän koulutustilaisuuteen osallistui noin 500 henkilöä. Koulutuspäivät olivat erittäin hyvin järjestetty: rautatieasemalta ja lentokentältä oli menen tullen bussikuljetukset, samoin hotelleilta. Luennot olivat nautittavan hyviä (esiintyjillähän oli kotipaikkaetu: upeaa englantia, stimuloiva aiheen käsittelytapa, mutta myös kokenutta esiintymistaitoa!). Myös vapaiden esitelmien pitäjät olivat harjoitelleet "läksynsä" ja aikatauluista ei tarvinnut tinkiä.

Ensimmäinen päivä aloitettiin esittelemällä tilanteita, jolloin kaikki ei mene suunnitelmien mukaisesti. G. Cooper käsitteli postspinaalipäänsärkyä (PDPH), jonka diagnosointi ei yleensä tuota hankaluuksia. Hän myös raportoi ajasta, jolloin ei vielä tiedetty veripaikan parantavasta vaikutuksesta: tuolloin potilaat yleensä kärsivät intensiivisestä päänsärystä 4-6 päivää, jonka jälkeen tilanne alkoi yleensä helpottua itsestään. Mutta yksittäisissä tapauksissa päänsärky saattoi kestä jopa kuukausia. PDPH:n diagnosoinnissa, epäselvissä tilanteissa, voi käyttää Gutschen testiä, jossa potilaan ollessa pystyasennossa alavatsalle kohdistetaan voimakas paine, tällöin päänsärky häviää 30 sekunnissa. Hän esitteli myös alustavia tutkimustuloksia, joiden mukaan postspinaalipäänsärkyä sairastaneilla päänsärkyä esiintyi myöhemminkin enemmän.

Psykiatri M. Oates kertoi trauman jälkeisestä

stressioireyhtymästä. Tämä diagnoosi onkin yleisön ja lakimiesten suosiossa ja yleisen käsityksen mukaan ihmiset tarvitsevat kriisiterapiaa traumaattisen tapahtuman jälkeen. Obstetriikkaan liittyvästä insidenssistä ei ole varmaa tietoa (esitetty 1.6 %:n insidenssilukua?) ja hoidon tehostakaan ei ole osoitusta. Yleensä Oates oli sitä mieltä, että vaikean stressin "pakollinen" briefing on haitaksi: "memories and anger cause problems", mutta kognitiivinen käyttäytymisterapia asiantuntevasti annettuna on eduksi. Ja lisäksi, hän kehotti olemaan varovainen tämän diagnoosin käytössä.

Professori F. Reynoldsin aiheena oli selkäydinvaurio. Hän muistutti yksilöllisestä variaatiosta: conus medullaris voi ulottua L2/3 tasolle 4-20 %:lla aikuisista. Lisäksi Tuffierin linja ei ole luotettava, nikamavälin arviointi on vaikeaa, joten todennäköisesti olet aina ylemmässä nikamavälissä kuin arvelet.

Iltapäivällä meillä oli tilaisuus laajentaa maailmakuvaamme kuuntelemalla kuinka obstetrista anestesiaa harjoitetaan Arkangelissa, Sierra Leonessa (maailman köyhimpiä maita) ja Turkissa. Näissä maissa taloudellisten resurssien puuttuminen ja alhainen koulutustaso estävät adekvaatin hoidon.

Keisarileikkausten määrä kasvaa – kuka on vastuussa? Tämä oli päivän viimeinen luento, jossa todettiin, että keisarileikkausten määrä kasvaa Britanniassa, Skandinaviassa se on suhteellisen stabiili ja USA:ssa pienenee. Äidin kannalta katsottuna sektioon liittyy nelinkertainen mortaliteetti ja morbiditeetti. Morbiditeettia lisäävät keisarileikkaukseen liittyvä verenvuoto, infektio, tromboosit, inkontinenssi, infertilitteetti, kiinnik-

keet, arpiruhtuura ja depressio . Kustannukset ovat myös suuremmat (1100 puntaa/340 puntaa) verrattuna normaaliin alatiesynnytykseen. Keisari-leikkausluvut vaihtelevat suuresti yksiköiden välillä sekä myös yksiköiden sisällä. WHO suositusten mukainen hyväksyttävä sektioinsidensi on 10- 15 %. Kuka siis on vastuussa? S. Bewleyn mukaan vastuussa ovat tietenkin synnyttäjät itse, mutta myös miehet, media, lakimiehet, kättilöt, obstetrikot, gynekologit, anestesia-ääkärit ja yksityislääkärit. Ja miten lisääntyviä sektiomääriä voisi rajoittaa? Bewleyn mukaan: sektioindikaatioita voisi tarkentaa. Jos on epäily synnytyksenaikeisesta sikiöasfyksiasta, tulisi CTG:tä ja sikiöasturup-kontrolleja tarkentaa, hidastunutta synnytystä voisi aggressiivisemmin hoitaa ja jos aiemmin on tehty sektio, ei se välttämättä merkitse jälleen sektiosynnytystä, jos alatiesynnytykselle on edellytykset olemassa.

Seuraavana päivänä käytiin läpi tapauselostuksia. Esitettiin kaksi synnyttäjää, joilla oli Klippel-Feil -syndrooma. Mukana oli oireeton synnyttaja, jonka vaikea-asteinen aorttastenoosi diagnosoitiin raskauden aikana. Viimeisenä kaikkien pelkäämä tilanne, jolloin intubaatio eikä myöskään ventilaatio onnistu. Krikothyreotomia johtaa hurjaan verenvuotoon ja vasta trakeostomialla saadaan hengitystiet turvattua. Painajainen ei kuitenkaan vieläkään pääty, hapetusongelmat jatkuvat, ja vasta seuraavana aamuna diagnosoidaan molemmiin puoleinen pneumothorax. Potilaan onneksi leikkausalueella oli dreeni, joka dreenerasi myös osin thorax-onteloa ja todennäköisesti pelasti tämän potilaan hengen.

Viimeisenä puitiin juridisia ongelmia hypoteettisissa tilanteissa. Kollega Jones -parka kohtasi monenlaisia vastoinkäymisiä. Sektiosalin respiraattori oli rikki ja tilalle oli tuotu vanha kone eikä kaasumonitoria ollut käytettävissä. Hätätilanteessa kollega käytti hengityskaasuna pelkkää ilokaasua ja potilas menehtyi. Oliko vastuussa sairaala, joka ei varustanut leikkaussalia asianmukaisella respiraattorilla ja monitorilla? Vai ilokaasuhanaa kääntänyt anestesiologi? Vai oliko virhe siinä, että hän yleensä aloitti anestesian huonosti varustellussa leikkaussalissa?

Toisessa skenaariossa pediatri oli sairastunut ja kollegan resuskitoidessa lasta äiti sai anafylaktisen reaktion ja menehtyi. Sairaskertomuksessa oli merkintä antibioottiallergiasta, mutta paperit olivat kadoksissa ja potilaan antaman anamneesin mukaan hänellä ei ollut allergioita. Ja kukapa ei olisi antanut kefalosporiinia penisilliiniallergiselle potilaalle! Kuka oli vastuussa? Sairastunut pediatri? Sairaala, joka ei huolehtinut sijaista sairastuneelle pediatrille? Anestesiologi, joka poistui potilaansa viereltä resuskitoimaan lasta? Antibiootin antaja, vai määräyksen antanut gynekologi?

Kiitokset SAY:lle saamastamme apurahasta. Ja voimme suositella OAA:n järjestämiä koulutus-tilaisuuksia muillekin asiasta kiinnostuneille, ette pety!

Pirjo Ranta, LT, anest.el.

Anestesiaklinikka, naistent. leikkaussali, OYS

Liisa Holma, anest.el.

ODL