

# International Anesthesia Research Society, 80<sup>th</sup> Scientific Congress

24.–28.3.2006, San Francisco, USA

Sanna Hoppu

Kalifornia ei vielä maaliskuussa ollut se lämmin Sunshine State, jollainen mielikuva useimmilla suomalaisilla seudusta on. Onneksi tuli lähdettyä matkaan toppatakissa. Se oli tällä reissulla enemmän tarpeen kuin yksikään T-paita, joskin molempia tarvittiin. Pyöräily Golden Gate -sillalle mäkisessä San Franciscon maastossa oli hikistä hommaa. Vaatteet vähenivät hetkellisesti, mutta sateen ja tuulen vihmoessa valtamereltä matkalla Alcatrazin vankilaan olin erittäin hyvin läni tuosta toppatakista ja rukkasista – ja lämpimästä hupusta.

**K**ongressi vastasi odotuksiani. Kaikki luennoitsijat olivat asiantuntijoita, mutta lisäksi myös taitavia esiintyjiä, joita oli helppo seurata. Pääpaino oli review-tyyppisissä luennoissa, joissa päivitettiin anestesiologin tiedot useammastakin osa-alueesta, mutta pienempiä interak-

tiivisiä sessioita oli myös koskien mm. kriittisesti sairaan potilaan hoitamista.

## Toivoton potilas?

Mitä sanoisitte esitetystä potilastapauksesta, jossa 63-vuotias mies oli päätenyt teho-osastolle 20 minuutin elvytyksen jälkeen. Hänen sydänpysähdyksensä syyksi epäiltiin tuumorin aiheuttamaa suoli-iskemiaa ja perforaatiota, ja välittömään laparotomiaan oli ryhdyttävä. Elvytyksen jälkeen sydän sykki edelleen huonosti (CI 1,60), eikä systeemi-paineitakaan kyetty saamaan tyydyttävälle tasolle, vaikka kaikki mahdolliset lääkitykset olivat käytössä. Pulmonaalipaineet, samoin kuin potilaan ilmatiepainet, olivat korkeat, eikä happeutumisesa ollut hurraamista. Metabolinen asidoosi vallitsi edelleen. DIC-kriteerit alkoivat täyttyä (Tromb  $35 \times 10^9$ , INR 4,1 ja fibrinogeenitaso matala). Diureesia ei havaittu. Kaikki maksa-arvot olivat koholla. Itse asiassa jo entuudestaan potilaalla tiedettiin olevan jonkinlainen hepatiitti, ja nyt Childluokaksi arvioitiin B.

Ennuste oli siis mahdoton, ajattelin. Nämä taiturit kuitenkin selvittivät tapauksen, ja kuvailivat vielä miten, ja millä keinoin. Ensimmäinen haaste oli kuljettaa potilas leikkaussaliin kaikkien laitteiden kanssa. Sängyn vierellä teholla oli luonnollisesti respiraattori typpioksidilillä ja hemodialyytilaite jatkuvassa käytössä sekä useampikin infuusiopumppu.

## Tehopotilaan siirron organisointi

Ensimmäinen ohje oli, että mitään hoitoa ei keskeytetä siirron eikä leikkauksen ajaksi, vaan potilas siirretään kaikkien laitteiden kanssa saliin. Hissi etsitään sen mukaan, että ehdutaan. Leikkauksalissa jatketaan tehohoitoa potilaan respiraattorilla, koska potilaan keuhkot eivät tule kestäämään hetkellistäkään taukoa valitussa hengityslaittehdossa.

Linda Liu esitteli keuhkojen toimintaa ja potilaan hoitoa. Olin häikäistynyt. Sitten Manuel Pardo Jr. kertoi 1500 maksansiirron tuomalla kokemuksella, miten maksan vajaatoiminnan kanssa pärjätään. Lundy Campbell kuvasi hemostaasin hoidon. Tapaus luonnollisesti puhutti kuulijoita, ja nautin amerikkalaisten avoimesta kriittisestäkin diskussiosta paljon. On tässä apulaislääkärillä vielä paljon oppimista.

## Kokeilkaa itsekin!

Kaiken kaikkiaan voisin raportoida posket hehkuen muutakin, mitä kuulin ja koin. Ehkäpä on kuitenkin parempi lopettaa tähän ja todeta, että menkää itse kokemaan tämä erikoistuville lääkäreille, klinikalle ja tutkijoille suunnattu kokous. Ensi vuonna se on Walt Disney Worldin alueella Floridassa. □

Sanna Hoppu  
LT, erikoistuva lääkäri  
TAYS



Juha Hoppu