

Työssä selviämisestä hoidon rajaukseen

VIIME VUOSIEN AIKANA on raportoitu anesthesiologioiden tekevän muita spesialisteja ja enemmän itsemurhia ja kuolevan nuorempina, vaikkakaan näitä löydöksiä ei ole pystytty toistamaan muissa tutkimuksissa. Huolestuneina siitä, että anestesiologia ei houkuttele riittävästi nuoria lääkäreitä, ruotsalaiset kollegat tekivät haastattelututkimuksen, jossa nuoria anesthesiologiaan erikoistuvia lääkäreitä haastateltiin tarkoituksena selvittää kuinka erikoistuvat lääkärit ajattelevat työstään ja työssään kohtaamistaan vaikeuksista. Sanoma: nuoret erikoistuvat lääkärit kokevat riittämättömyyden ja yksinäisyyden tunnetta työssään. Suora lainaus: ”Trainee anaesthetists are exposed to considerable, sometimes extreme, work demands, often with lack of support. This makes them feel insufficient and inadequate. Such a work situation makes anaesthesiology an unattractive specialty and will make it difficult to create a good pedagogic environment for young doctors. Trainees need an easy access to senior support, not only to develop professional competence, but also to become anaesthetists who know how to live well at work”. Siinä meille kaikille ajattelemisen aihetta. Mitä aiot vastata ensi kerralla kun juniorikollega soittaa ja kysyy neuvoasi?

1. Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Being a young and inexperienced trainee anesthesiologist: a phenomenological study on tough working conditions. *Acta Anaesthesiol Scand*; 50: 653–658.

HARTIAPUNOSPUUDUTUKSEN YHTEYDESSÄ ON vuosikymmeniä puhuttu plexustupesta. Viime aikoina koko plexustupen olemassaolo on kyseenalaistettu. Uusiseelantilaiset tutkijat tekivät tutkimuksen, jossa varjoainetta ruiskutettiin nervus ischiadicuksen ympärille ja toisaalta hartiapunoksen ympärille. Potilaista otettiin CT-kuvat, ja kuvia verrattiin keskenään. Yllättäen hartiapunoksen ympärillä ei ollutkaan ”tuppea”, vaan anatomi-

misesti se näytti samalta kuin nervus ischiadicuksen ympäristö. Artikkelissa annetaan myös valaistusta siihen, miksi supraklavikulaarinen puudutus on yleensä tulokseltaan parempi kuin axillaarinen puudutus (kyseessä ei näyttäisi olevan se, että hermot ovat siellä lähempänä toisiaan).

2. Cornish PB, Leaper C. The sheath of the brachial plexus. Fact or fiction? *Anesthesiology* 2006; 105: 563–5.

OMISSA TUTKIMUKSISSAAN TUTKIJA törmää monesti liian kunnianhimoisiin päämääriin ja koko tutkimus uhkaa vesittyä, koska se ei etene halutulla tavalla. Tri Kheterpal työryhmineen on lähtenyt selvittämään epäonnistuneen maskiventilaation riskitekijöitä. Maskilla ventiloitiin 22 660 potilasta ja näistä vaikeiksi ventiloitaviksi osoittautui 350 ja lisäksi 84 vaikeasti ventiloitavaa olivat hankalasti intuboitavia. Vaikean maskiventilaation ennustekijöitä olivat: BMI >30, parta, Mallampatin luokitus 3 tai 4, yli 57 vuoden ikä, leukojen huono liike ja kuorsaaminen. Edellä mainittujen lisäksi epänormaali kaularangan liike ja uniapnea ennustivat kaiken lisäksi vaikeaa intubaatiota. Kirjoittajat antavat jo ”suosituksen”, että parrat pitää leikata pois. Pitäkää istuimistanne (ja parroistanne) kiinni!

3. Kheterpal S, Han R, Tremper KK, Shanks A et al. Incidence and predictors of difficult and impossible mask ventilation. *Anesthesiology* 2006; 105: 885–91.

SYNNYTTÄVÄN ÄIDIN JOUTUESSA SYNNYTYSSALIS- ta leikkaussaliin keisarileikkausta varten, syntyy anesthesiologin päässä ajatus käyttää synnytyssalissa laitettua (laittamaansa?) epiduraalikatetria puudutuksen aikaan saamiseksi leikkausta varten. Hyvä idea, mutta silloin tällöin räjähtää pommi silmille; potilas ei puudukaan kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla. Kuinka kartoittaa etukäteen onnistumisprosenttinsa? Tel Avivissa analysoitiin 101

em. kaltaisen synnyttäjän tiedot ja yritettiin löytää ennusmerkkejä puudutuksen epäonnistumiselle. 20 potilaan anestesia jouduttiin muuttamaan yleisanestesiaksi. Epäonnistuneen epiduraalianestesian ennusmerkkejä olivat synnyttäjän matala ikä, raskautta edeltävä paino, raskauden loppuvaiheen paino, korkea BMI raskauden loppuvaiheessa, raskauden yliaikaisuus, epiduraalilisäysten suuri määrä ja korkea VAS-lukema kaksi tuntia ennen keisarileikkausta.

4. Orbach-Singer S, Friedman L, Avramovich A, Ilgiaeva N et al. Risk factors for failure to extend labor analgesia to epidural anesthesia for Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 1014–1018.

LOKAKUUSSA 2006 ON ilmestynyt uusi suomenkielinen nestehoitoa käsittelevä oppikirja. Tämän erinomaisen perusopuksen tulisi kuulua jokaisen anestesiologiksi havittelevan kotikirjastoon ja sitä voi lämpimästi suositella muullekin lääkärikunnalle sekä perusopetukseen.

Nestehoito-kirjan alussa kuvataan selkeästi nestehoidon fysiologinen perusta. Haptoemäsaineenvaihdunnan häiriöt, elektrolyyttihäiriöt ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt on jaoteltu kirjaan selkeiksi osioksi. Verisuonikanylointeja käsittelevissä luvuissa huomio kiinnittyi erityisesti hyviin kuviin. Nestehoidossa käytetyt liuokset ovat saaneet omat osionsa, joissa kuvataan eri nesteiden ominaisuuksia, eroja ja käyttäytymistä elimistössä. Verivalmisteen käyttöä käsittelevä kappale oli täysin riittävä perustiedoiksi, mutta aiheesta olisi mielellään lukeut enemmänkin. Miten nestehoitoa käytännössä toteutetaan, valotetaan ensin yleisten periaatteiden kautta, sitten erikseen tarkasteltuna eri potilasryhmissä ja lopulta käytännön toteutusta selkiyttävät kirjan lopun potilastapaukset. Ravitsemushoidosta esitellään suppeasti yleiset periaatteet ja parenteraalisen ravitsemuksen toteutus.

Kokonaisuudessaan Nestehoito-kirja on käytännön työtä palveleva oppikirja, jossa ilahduttavan selväkielisesti käsitellään joitain hankaliakin teoreettisia peruskäsitteitä. Jos kirjasta haluaa arvosteltavaa löytää, niin se on hieman epätasainen johtuen suuresta kirjoittajamäärästä.

5. Nestehoito.1. painos 2006 Toim. Seppo Alahuhta, Tero Alakokko, Kai Kiviluoma, Juha Perttilä, Esko Ruokonen, Tom Silfvast. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.

ENSIHOIDON JA TEHOHOIDON etiikka ei ole helppo alue, jossa selvästi löytyisi absoluuttisia totuuksia.

Kulttuurierot voivat olla merkittäviä eri maissa.

Verrattaessa kuuden eri Euroopan maan (Belgia, Tanska, Italia, Alankomaat, Ruotsi ja Sveitsi) käytäntöä ja taustaa DNR-päätöksissä todettiin, että kun kuolema oli odotettu, potilaalle oli tehty etukäteen DNR-päätös 50–60 %:ssa tapauksista. Kuitenkin eri maiden prosenttilukujen erot olivat huomattavan suuret. Italiassa päätös oli tehty etukäteen vain 16 %:lle potilaista. Uskallusta ottaa asia puheeksi myös potilaan itsensä kanssa silloin kun potilaan katsottiin olevan siihen kykenevä, oli myös sangen vaihteleva, Italiassa 10 % verrattuna Alankomaiden 84 %:iin. Haluavatko sitten potilaat, että heidän kanssaan keskustellaan kuolemasta etukäteen ja onko siinä eroja eri maissa, ei tässä yhteydessä pohdittu.

6. van Delden J, Löfmark R, Deliens L et al. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med* 2006; 34: 1686–1690.

RANSKALAISSA LATAMASU-TUTKIMUKSESSA pyrittiin selvittämään ensihoidossa tehtäviä hoidonrajauspäätöksiä. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota päätöksen vaikeuteen tilanteissa, joissa ei ole riittävästi tietoa potilaan taustasta, sairaushistoriasta ja potilaan ja hänen omaistensa mielipiteistä hoidon rajaamiseen. Yllättävästi useat palliatiivisen hoidon piirissä olevat potilaat päätyivät ensihoidon potilaiksi, joka kuvasi kyllä sitä ettei selkeästi odotettavissa oleva kuolema ollutkaan etukäteen riittävästi selvitetty omaisille tai että potilaiden tarvitsema terminaalihoido oli riittämätöntä. Toinen sangen yllättävä löydös oli että ensihoidon lääkäreistä vain 9 % oli saanut koulutusta aiheesta. 85–90 % lääkäreistä toivoi koulutusta etiikasta, lakipykäläistä ja ohjeistuksista kuoleville potilaille.

7. Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATAMASU Survey. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1498–1505.



Antti Aho
LL, apulaisopettaja
TAY ja TAYS, anestesiayksikkö

Anna-Maija Antman
LL, apulaisopettaja
TAY ja TAYS, tehohoidon vastuualue