

Finnanest 30 vuotta sitten

Edellisen vuoden viime numeron palstallaan puheenjohtaja Hollmén varoitteli jäsenistöä Lääkintöhallituksen käynnistämästä valtakunnallisesta, erikoisalakohtaisesta lääkäreiden tarvearviosta ja pyysi jäsenten aktiivista apua sen laadinnassa. Perinteisten obligatoristen Uuden Vuoden Onnentoivotusten jälkeen hän palaa-kin tämän numeron palstallaan välittömästi asiaan ja toteaa seuraavaa: *”Tulevan vuoden haasteet ovat vaativia: erikoisalakohtainen koulutus suunnittelu, jonka joudumme tekemään, sekä suuntaa että rajaa anesthesiologian tulevaisuutta tässä maassa pitkälle tulevaisuuteen. Tästä syystä alustava työryhmä, joka kartoittaa tilannetta nyt ja kehittää suunnitelmaa, tulee kääntymään lukuisien SAY:n jäsenten puoleen pyrkimyksenään saada viisaita neuvoja ja kaukonäköisiä kommentteja lopullista Lääkintöhallitukselle jätettävää esitystä varten anesthesiologian osalta, joka tullaan jättämään toukokuun alkuun mennessä v. 1976”*. Siis ”pitemmittä pulinoita” annettu selväsanainen työtilaus toistaiseksi nimeämättömille yhdistyksen jäsenille.

Sihteerin palsta puolestaan on pitkäkö ja kaksijakoinen. Ensimmäisessä jakeessa Ryhänen heittää hyvästit hommalle ja kiittelee mallikkaasti ja jatko-onnea toivotellen osakseen tulleesta hyvästä yhteistyöstä. Toisessa jakeessa taas Jouko Arranto, myös OYKS:sta, kiittelee Ryhästä homman hyvästä hoidosta, ihailee suoritustamme yhdistyksellemme kunniaa tuottaneen kesän kongressin järjestämisessä, kehuu sinnikästä työtä jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestelyissä sekä julkistaa seuraavat johtokunnan jäsenet vuodelle 1976: Arno Hollmén (puheenjohtaja), Risto Collan (varapuheenjohtaja), Jouko Arranto (sihteerinä), Eila Iisalo (rahastonhoitaja) sekä jäsenet Per Rosenberg, Lauri Haapaniemi ja Seppo Kaukinen.

Neljä kotimaista ja kaksi ulkomaista tilaisuutta esittelevän kokous- ja koulutuskalenterin jälkeen

seuraa J. Saukkosen 11 sivua käsittävä esitys *”Lääkeaineitten yhteisvaikutuksista”*. Kolmekymmentä vuotta ajasta jälkeen jäänyt (vai ajasta edellä olevaa?) lukijaa hämmästyttää hieman aihe, koska edellisen vuoden viime numerossa oli ilmentynyt L. Nuutisen kirjoitus *”Anestesian ja operati- on aikaiset lääkeaine yhteisvaikutukset”*. Tarkempi tarkastelu osoittaa kuitenkin, että Saukkosen kirjoitus on laadittu 22.9.1975 pidetyn meeting-esitelmän pohjalta ja Nuutisen 6.10.1975 pidetyn esitelmän pohjalta, joten kirjoitukset ovat vain nurinkurisissa järjestyksessä, ja Saukkosen esitys, kuten otsikostakin ilmenee, luo oikeastaan taustan Nuutisen kirjoitukselle. Epäselväksi kuitenkin jää, onko toinen kirjoittajista kiirehtinyt, vai toinen viivytellyt, liikaa?

Jorma Klossner aloittaa kirjoituksensa *”Respiraattorihoiton käytännön toteutuksesta”* toteamalla: *”Respiraattorihoito on viimeisen vuosikymmenen aikana kokenut todellisen läpimurron. Kun vielä 1950-luvulla hengityskoneen lähes ainoana käyttöindikaationa oli polion aiheuttaman hengityshalvauksen hoito, respiraattorin käyttöindikaatiot ovat nyt valtavasti laajentuneet samalla kun hoidettavien potilaiden lukumäärä on moninkertaistunut.”*

Kirjoitus on varsin kattava, perustuhan se jatkokoulutustilaisuudessa pidettyyn esitykseen. Tämän päivän anesthesiologille kirjoitus on todella historiaa. Sen sijaan se antoi 30 vuotta sitten selkeät ohjeet respiraattorihoitoon. Klossner suosittelee intubaatiota mieluummin kuin trakeostomiaa alle viikon kestävässä respiraattorihoitossa, mainiten, että poikkeustapauksissa voidaan väliaikaisesti käyttää painesäätöistä respiraattoria maskin tai suukappaleen avulla. Kaksoiskuffillisia intubatioja trakeostomiakanyyleja kokeiltiin. Ajatuksena oli, että vaihtamalla painetta vuoroin kuffista toiseen vähennettäisiin trakean painevaurioita. Näin

ei kuitenkaan käynyt ja kyseisten tuubien käytöstä luovuttiin. Potilaiden sopeuttamisessa respiraattoriin jouduttiin käyttämään relaksanttia, esimerkiksi pankuronia, varsinkin hoidon alkuvaiheessa. Lisäksi käytettiin sedaatiota ja pieniä toistuvia opiattiannoksia.

Arteriakanyyli ei ollut itsestäänselvyys, mutta sen laittoa suositeltiin. Tietyissä tapauksissa käytettiin myös pulmonaalipaineen mittausta. Potilaan monitoroinnin perusta oli keuhkojen ja sydämen auskultaatio, verenpaineen mittausta, pulssin mittausta, lämmönmittaus sekä tajunnan tason seuranta. Hengityskoneen suoritusarvot: tidaalivolyyymi, trakeapaine, minuuttivolyyymi ja hengityskapasiteetti, tuli tarkistaa tunneittain. CVP mitattiin myös säännöllisin aikavälein, vatupassia käyttäen ja nestepatsaan korkeutta mitaten. Sitä ei suinkaan nähty suoraan monitorista. Miten paljon aikaa käytettiin, että kaikki oppivat kolmitiehanan käytön. Sen avulla kun täytettiin sivuletkuun nestepatsas, joka puolestaan kolmitiehanaa kääntämällä uuteen asentoon näytti CVP:n. Nyt tarvittiin mittanauhaa mittaamaan nestepatsaan korkeus. EKG monitorointi sentään oli jatkuvaa. Hoitaja rekisteröi tarvittaessa EKG-muutokset paperille, jos ehti. Monesti kävi niin että muutokset olivat ohi kun piirturi lähti piirtämään. Thorax-kuvia otettiin tarpeen mukaan.

Potilaan hoitoon respiraattorissa kuului hengitysilman kostutus, hengitysteiden imeminen puhtaaksi sekä säännölliset käsin ventiloiden suoritetut keuhkojen laajennukset. Fysikaalinen hoito taputuksineen ja tärityksineen sekä asentohoidot olivat rutiinia. Myös potilaan inhimillisen kontaktin tarvetta korostettiin. Potilaalle tuli kertoa hoidoista, hoitotoimenpiteistä sekä tiedustella mahdollisia kipuja.

Potilaan vierottaminen respiraattorista olikin hankalampaa sen aikaisia respiraattoreja käytettäessä. Vierottaminen volyymisäätöisestä respiraattorista tapahtui painesäätöisen assisteeraavan vaiheen kautta. Spontaanihengityksen kestoa lisättiin asteittain. Happilisa, hengitettävän ilman kostutus sekä keuhkojen laajennukset jatkuivat spontaanihengityksen aikana. Vasta kun oltiin varmoja potilaan selviämisestä ilman koneen apua poistettiin intubaatio- tai trakeostomiatuubi.

Artikkelin lopussa kerrotaan uudesta ventilaatiotekniikasta: ”IMV eli *intermittent mandatory ventilation* sallii potilaan hengittää spontaanisti ja kuitenkin 5–10 kertaa minuutissa puhaltaa potilaan laajentavan kaasumäärän. Vierottaminen tästä hengitystyyppistä tapahtuu yksinkertaisesti harventamalla puhallusfrekvenssiä. Menetelmä on kuitenkin niin nuori, ettei mitään lopullista arviota sen tulevasta asemasta voida vielä tehdä.” □



Riitta Heino