

European Society of Intensive Care Medicine 1-6.10.1999 Berliini

Maaret Castrén

Historiallisesti vaikuttava Berliini oli oiva kongressikaupunki. Runsaan uudisrakentelunkin seasta löytyi kauniita, vanhoja rakennuksia ja vaikuttavinta oli tietysti aistia muurin aikainen idän ja lännen ero. Katuja tuli kuljettua pitkään varsin hiljaa Checkpoint Charlie -museon jälkeen. Opastetun kierroksen aikana Berliinissä asuva suomalainen oppaamme kertoi kaikkien berliiniläisten maksavan edelleen tietyn summan veroja itäisen kaupungin kunnostamista varten. Ja se nielee rahaa, koska suuri osa rakennuksista oli lähes asuinkelvottomia. Erittymisen mieleenpainuvaksi matkan teki se, että täytin 40 vuotta ja samppanjaa juotiin Sanssouci-puiston Kiinalaisen Talon edessä. Loistava sinisen ja kullan värinen huvimaja preussilaisen linnan puutarhassa.

Kongressikeskus oli hyvin laajalle levittäytynyt ja kesti jonkusen päivän ennekuin keksi lyhyimmät reitit saliin, jonne oli menossa. Jonkin verran sähköä oli myös järjestäjien toimesta väärin alkamisajankohtien ja väärin luentosalien kanssa. Esittelijöiden levittäytyminen hyvin moneen pisteeseen oli myös aluksi hämäävää. Loppuvaikutelmaksi jäi toive siitä, että luentosalit ja esittelytilat olisivat kompaktimmassa paketissa. Aikaa kului turhaan "etsimisessä".

Luentojen pääaiheet eivät juuri poikenneet aikaisemmista tehohoitokongresseista. Ne käsittelivät erilaisia hengitysvajaushoitoja, sepsistä, hemodynaamiikkaa, sedaatiota, infektioita ja aivovaurioita. Sessiot löytyivät myös traumaista ja ensihoidosta. Mukavan moni suomalainen oli päässyt esitelmöimään ja kuten aina he esiintyivät kielellisesti ja pedagogisesti edukseen. Hämmästyttä herätti ensihoidon sessioissa se, että puheenjohtajat eivät tunnueet olevan kovin hyvin selvillä koko Euroopan

tilanteesta. Parikin luennoitsijaa esitti Suomessa jo hyvinkin standardisoituneita hoitomuotoja uusina ja ihmeellisinä. Päivät olivat pitkiä ja ohjelma tiivis. Kongressin yhteydessä oli mahdollisuus myös osallistua koulutuskokonaisuuteen, joka tentin hyväksytyt suorittamisen jälkeen antoi tehohoidon eurooppalaisen diplomin. Siihen osallistuminen oli maksullista. Kuten aina, parhainta antia oli jutteleminen muiden kollegojen kanssa sekä muista maista että myös Suomen muista kaupungeista. Tällainen ajatustenvaihto on hyvin hedelmällistä.

Päivien keskeisiä teemoja oli etiikka ja siihen liittyvät kysymykset sekä hoitajille että lääkäreille suunnatuissa luennoissa. Eettisistä kysymyksistä esitettiin pilottitutkimus, jossa todettiin, että lääkäreillä ja hoitajilla on varsin samanlaiset käsitykset siitä, mitä eettiset päätöksenteot pitävät sisällään. Kummankin ammattiryhmän mielestä päätökset tulisi tehdä yhdessä, mutta hoitajien mielestä selvästi useimmiten päätökset tehdään yksin lääkärin toimesta. Yhteenvedossa todettiin, että on olemassa selvä viestintäkatkos lääkäreiden ja hoitajien välillä.

Hoidon lopettamispäätöksistä ja DNR-päätöksistä oli mielenkiintoinen paneelikeskustelu. Yhteistä konsensusta asioista ei ole olemassa ja yhä edelleen aika useassa maassa katsotaan jo aloitetun hoidon lopettamisen olevan erityisen vaikeaa. Päätökset asioista tehdään yleensä lääkärin toimesta ja kiivas keskustelu käytiin siitä toisiasiasta, että kustannuskysymykset varsin usein ovat liiankin suuressa roolissa päätöksiä tehtäessä. Omaisten katsottiin olevan tärkeä osa keskustelua, mutta lopullisten päätösten tulisi kuitenkin nojata lääkäreiden ammattitaidon varaan. Euroopan tehohoitoyhdistys kerää kyselykaavakkeita eri maista koskien näitä

kysymyksiä ja myös kongressiin osallistuneilta pyydettiin vastauksia. Tulokset julkaistaneen valmistuttuaan.

Anoksinen aivovaurio elvytyksen jälkeen johtuu vaskulaarisista syistä (isojen suonien vauriot, mikrotrombit) ja metabolisista syistä (välittäjäaineet, happiradikaalit, aminohapot). ROSC:n (Return of Spontaneous Circulation) jälkeen 15-30 min ajan aivoverenkierron määrä jopa paranee normaalitasolle, sen jälkeen kierto jää tuntikausiksi (10-20h) normaalia matalammaksi (33-40% normaalista). Ilmeisesti taustalla on pienten verisuonien mikrotrombit ja vasokonstriktio. Verenkierron autoregulaatio on välittömästi ROSC:n jälkeen poissa, palaa päivien kuluessa, CO₂-reaktiivisuus on kuitenkin tallella. Käytännön ohjeiksi annettiin hypertensio, normoventilaatio ja hapen tarjonnan riittävyden varmistaminen sekä normo/hypotermia.

Päähän vammautuneille jopa 20%:lle potilaista kehittyy hengitysvajaus riippumatta pään vammatyypistä. Usein liittyy keuhkopatologiaa (pneumonia, keuhkokontuusio, neurogeeninen keuhkoödeema jopa 85%:lla). EKG:ssä nähdään QTc-ajan piteneminen (QT-dispersio?) Respiraattorihoidolla ei juurikaan vaikutusta ICP:hen, enemmän vaikutusta on veren CO₂-pitoisuudella. Vatsa-asento ei ole mahdollinen pään vammoissa. Sedaatio mieluiten rasvaliukoisilla bentsodiatsepiineilla. Ennusteeseen korreloivat hyvin BAEP ja SEP, ei GCS-pisteet tai CT-kuva. Neurologisista markkereista NSE kertoo yksittäisen potilaan ennusteesta, S100 nopeampi.

Italiassa tehty noin 20 potilaan aineisto CPAP hoidosta sairaalan ulkopuolella. Käydyssä keskustelussa esitettiin epäileviä kysymyksiä hoidon turvallisuudesta ja monessa maassa se ei ilmeisesti ole lainkaan käytössä. Keskustelu tutkijan kanssa jälkeinpäin selvensi tietoa, että asiaa ei ole tutkittu tai julkaistu. Suomessahan kuitenkin esim Helsingissä

CPAP hoitoa on käytetty jo 10 vuotta aivan rutiniesti muidenkin kuin lääkärin toimesta. Hän suhtautui jopa närkästyneenä tietoon, että asiasta ei ole julkaistu mitään. Lienee syytä korjata tämä seikka. Opetuksena tieto siitä, että Suomessa ollaan hyvin ajan tasalla ja monessa asiassa varsinkin ensihoidon saralla myös roimasti edellä monia Euroopan maita.

Brivet kumppaneineen tutki Ranskassa sisätiloissa tapahtunutta hypotermiaa suhteessa eloonjäämiseen ja tutkimuksen tuloksena todettiin, että samoilta ruumiin lämpötiloilla hypotermia joka oli muodostunut sisätiloissa oli huonompi ennusteeltaan kuin ulkona muodostunut hypotermia. Ensihoidossa on tullut tuntuma siihen, että varsin usein ollaan harhakäsityksessä, että kun potilas on sisätiloissa hän ei voi olla kovin jäähtynyt. Eikä potilasta useinkaan käsitellä kuten alilämpöistä tulisi käsitellä.

Hyvin ahkera ensihoidon tutkija Ruppert Saksasta oli tehnyt tutkimuksen, jossa ERC:n (European Resuscitation Counsel) ohjeita, joiden mukaan hengittämättömyyden toteamiseen saisi mennä enintään 3-5 s testattiin käytännössä. Mielenkiintoista oli toteamus, että tilastollisesti merkittävää eroa ei ollut ammattilaisten tai maallikoiden suoritusten välillä. Vain 5% selviytyi tehtävästä 5 sekunnissa ja 10 s:ssä vain 40%. Yhteenvedossa todettiin, että diagnostiikkiin menetelmiin tulisi elvytyskoulutuksessa kiinnittää suurempaa huomiota ja ehkä kokonaisuudessaan tarkastella elvytysohjeita kriittisemmin.

Kongressi oli mielenkiintoinen ja herätti viritti monta tutkimusprojektia. Kiitokset mahdollisuudesta osallistua SAY:lle.

Maaret Castrén
HUS ensihoitoyksikkö