

# Finnanest loppuvuonna 1980

Puheenjohtajan palstallaan Risto Collan kertoo terveisiä Hampurin maailmankongressista, joka puheenjohtajan sanojen mukaan oli ”todella mahtava, osanottajia noin 6000”. Frustroitumista aiheutti valtava tarjonta: ”tiedon tulvasta voi paikan päällä poimia vain murto-osan, sillä samanaikaisesti oli käynnissä 10–12 ohjelmaa”. Collan toteaa, että ”näin suuria kongresseja ei Suomessa pystytä järjestämään, skandinaaviset kongressit ovat meidän oloihin sopivan kokoinen haaste”.

**S**ihteerin Marja Hovi-Viander jatkaa kongressiteemaa todeten innokkaimpien jatkaneen Hampurista Heidelbergiin, missä oli Regional Anesthesia Update -kokous.

SAY:n vuosikokouksesta Hovi-Viander toteaa, että ensimmäinen päivä 14.11.80 on poikkeuksellisesti yhteinen Suomen Kirurgiyhdistyksen kanssa ja sen teemana on kriittiset postoperatiiviset tilat.

EML-oikeuksien selvittämiseksi on asetettu uusi komitea, johon kuluvat muun muassa kollegat Matti Lahdensuu ja Seppo Takki. Palsta päättyy toivomukseen, että jokainen jäsen lähettäisi ajoissa osoitteenmuutosilmoituksensa sihteerille, vain siten posti tavoittaa asianomaisen! Mikään ei siis ole muuttunut 30 vuodessa, vai onko? (*Ei ole, toim. huom.*)

Numeron opetusannista vastaavat kolme artikkelia: Olli Takkunen: Sepelvaltimo-ohituspotilaan anesthesiologinen hoito, Markku Paloheimo: 800–899 ja Per Rosenberg: Työterveydelliset riskit anesthesiologiassa.

Kirjoitusten 40 sivua sisältävät alansa asiantuntijoiden hyvin esittämänä niin teoreettisesti kuin kliinisestikin tärkeää tietoa. Valitettavasti vain tila ei salli tuon tietomäärän yksityiskohtaisempaa tarkastelua, joten joudumme tyytymään subjektiivisesti ja mielivaltaisesti valittuihin esimerkinomaisiin poimintoihin.

## Sydänanestesiologiaa

Takkunen toteaa kirjoituksensa alussa perusongelmaksi ja haasteeksi sen, että tarkoituksena on parantaa riittämätöntä koronaariverenkiertoa, mutta itse toimenpide ei saisi pahentaa jo ennestään huonoa sydänlihaksen happitasapainoa. Esimerkiksi intraoperatiivisia sydäninfarkteja tavataan melko usein, jopa 40%:lla. Takkusen mukaan myokardian happitasapainon ylläpitäminen tai sen parantaminen koko toimenpiteen aikana on koronaarikirurgiassa oleellisinta. Tämän jälkeen Takkunen esittelee kolmen taulukon avulla myokardian happitasapainoa sääteleviin hapen tarjontaan ja hapen kulutukseen vaikuttavia tekijöitä kuten koronaarivirtausta, veren happipitoisuutta, vasemman kammion seinämän kuormitusta, syketaajuutta ja kontraktiiliteettia sekä näitä sääteleviä tekijöitä. ”Erityisen tuhoisaa sydämen happitasapainolle on takykardia ja lisääntynyt preload, koska ne molemmat samaan aikaan sekä lisäävät hapen kulutusta että vähentävät hapen tarjontaa. Myokardian happitasapainon herkkä haavoittuvuus korostaa monitoroinnin merkitystä koronaaribypasskirurgian yhteydessä.

Koska myokardian happitasapainon suoraa seurantamenetelmää ei ole käytettävissä, on toistaiseksi tyydyttävä epäsuoriin valvontakeinoihin. Nämä ovat 1) EKG:n monitorointi ja 2) hemodynaamiikan monitorointi.” EKG:n käytössä hän suosii-

taa Kaplanin suosittelemaa viiden elektrodin kytkentää. Takkunen selvittää hemodynamiikan eri suureiden seuranta sekä myokardi-iskemian ja vasemman kammion vajaatoiminnan yleisiä hoitoperiaatteita.

Seuraavaksi vertaillaan anestesia-aineiden verenkiertovaikutuksia, varsinkin niistä koituvaa apua tietyissä tilanteissa, kuten hypertoniaa aiheuttavien toimenpiteiden yhteydessä. Kardioplegiasta hän kirjoittaa: ”Aivan oleellinen osa myokardin suojaamisessa koronaarikirurgian aikana on kylmällä kardioplegialla. Periaatteena on laskea myokardin hapenkulutus niin matalaksi, että solut pysyvät hengissä anaerobisen metabolian varassa.” Seuraa luettelo kardioplegialiuokselle asetetuista vaatimuksista, jonka jälkeen kirjoituksen päättää 36 viitettä sisältävä kirjallisuusluettelo. Siinä on mukana kaksi kotitekoista julkaisua ja J.A.Kaplanin edellisenä vuonna (1979) ilmestynyt kirja *Cardiac Anesthesia*, jota sydänanestesiologiamme ”grand old man” Jussi Heinonen arvioi lehtemme tässä numerossa seuraavasti: ”Kirjan sidonta on käyttöä kestävä. Mielestäni jokaisen sydänanestesiologin tulisi hankkia tämä teos. Myös muille anestesiologeille siitä voisi olla niin paljon hyötyä, että sen hankkimista sairaaloiden anestesiaosastoille kannattaa harkita”. Taidatkos sen selvemmin sanoa!

### Numerokoodi 800–899

Paloheimo suomentaa kirjoituksensa otsikkoa 800–899: ”numeroyhdistelmä tarkoittaa anestesia-luokitusjärjestelmän viimeisintä sarjaa, joka sisältää osittaiseen takaisinhengitykseen ilman hiilidioksidiabsorptiota perustuvat hengitysjärjestelmät kontrolloidun tai assisteeratun ventilaation yhteydessä”. Selvitettyään tarkoin omia kokemuksiaan Paloheimo päätyy seuraavaan: ”Kokemukseni mukaan Mapleson D, joko kotitekoisena laitteistona tai Bainin mukaelmana on käytännön rutiinianestesiassa hyvin käyttökelpoinen hengitysjärjestelmä, joka sopii periaatteessa kaikille potilaille ja kaikkiin anestesiahoihin. Ainoan poikkeuksen tekee neuroanestesia, sillä ilman varsin suuria tuorekaasuvirtauksia ei potilaiden hyperventiloiminen ole mahdollista. Kapnometrimonitoroinnilla varustettu osittaiseen takaisinhengitykseen perustuva hengitysjärjestelmä tulee valtaamaan alaa myös Suomessa, missä uuden sukupolven laitteistot muutenkin alkavat päästä esiin jo sen takia, että sotien jälkeen hankitut laitteet useissa sairaaloissa alkavat hajota käsiin. Letkustojen yksinkertais-

tamista ja pölyävien Soda-lime kanistereiden häviämistä tervehtinevät ilolla ainakin ne, jotka päivittäin joutuvat niiden kanssa tekemisiin.”

### Onko anestesiologia terveysriski?

Rosenberg arvelee kirjoituksensa alussa, että anestesiologien havahtuminen vasta 1970-luvun alussa pohtimaan vakavasti työterveysongelmia saattaa johtua alan nuoruudesta kliinisenä erikoisalana, jonka kehittämisessä on ollut niin paljon muitakin ongelmia, ettei ”ole ollut aikaa valittaa ja vaikeroida mahdollisista terveydellisistä ongelmista”.

Leikkaussalihenkilökunnan erilaisiin sairauksiin ja vaivoihin on pidetty usein syynä ”hukka-anesteettien” kroonista inhalaatiota, joskin todisteet syy-yhteydestä puuttuvat. Alkupohdiskelun jälkeen Rosenberg tarkastelee yhdellätoista sivulla kirjallisuuden valossa leikkaussalihenkilökunnan sairastelua, sen mahdollisia syitä ja näyttöä kytköksistä työoloihin.

Kuolleisuuden ja sairastuvuuden suhteen Rosenberg toteaa: ”syöpää, maksasairauksia tai munaissairauksia ei esiintynyt enempää kuin lääkärikunnassa yleensä. Kuitenkin itsemurhaluku oli 6,2 %, kun ennusteluku oli 1,5 %.” ”Brittiläisessä osa-aineistossa todettiin tilastollisesti merkitseviä kohoamisia esiintymistiheydessä hypertonian, sydänarytmioiden, discusprolapsien ja mahahaavan kohdalla.”

Spontaanien aborttien esiintymistiheyttä oli tutkittu monissa retrospektiivisissä kyselytutkimuksissa. Ruotsissa suoritetussa tutkimuksessa ei todettu eroja lasten synnynnäisten epämuodostumien esiintymistiheydessä, perinataalimortaliteetissa, syntymäpainossa tai uhkaavien aborttien esiintymistiheydessä.

Mahdollisten terveystarkastajien luonnetta tarkastellessaan Rosenberg esittää kolmen sivun verran tarkkaa tietoa ei vain anesteettien vaan myös muiden leikkaussalissa esiintyvien saaste-kaasujen luonteesta, pitoisuuksista ja poistosta. Lisänäyttöä syy-yhteydestä vaivoihin ei tässä osiossa esitetä.

Kirjoituksen päättää terveystarkastuksia käsittelevä osio. Siinä todetaan muun muassa, että lääketieteellinen tarkastus anestesiahenkilökunnalle on sama kuin muullekin sairaalahenkilökunnalle ja sen tulee olla säännöllisesti toistuva. Naispuolisille työntekijöille, joilla tiedetään olleen habituaalisia abortteja tai uhkaavia obstetrisia komplikaatioita, on raskauden aikana pyrittävä järjestämään kevyempää työtä ja riittävästi lepoa.

## Aikamatka päättyy

Kurssi ”Pelastautuminen kylmästä vedestä” on toteutumassa Helsingin Merenkulkuoppilaitoksen suojissa 5.12.1980. ”Harjoitukset vedetään tosi olosuhteissa, jääkylmässä vedessä. Kuivassa tai uimaltaalla ei näitä asioita opi. Ne on ainakin kerran kokeiltava käytännössä”, sanovat kurssin järjestäjät.

Toinen meistä kirjoittajista ”pelastui” taas tänäänkin kylmästä vedestä Vantaan joesta. Talviuinti saa kyllä hyvin veren kiertämään ja aivot toimimaan, kokeilkaapa!

Nyt on tullut aika kiittää Finnanestin päätoimittajia Riitta Heinoa ja Johanna Tuukkasta hyvästä yhteistyöstä näiden kuuden vuoden aikana, jona palstaamme olemme kirjoittaneet, unohtamatta erikoisalamme kehityksestä kiinnostunutta lukijakuntaa. Tämä on ollut antoisaa työtä, mutta nyt meistä tuntuu sopivalta hetkeltä siirtyä eläkkeelle ja antaa tilaisuus nuoremmalle kollegalle. Referointi olisi ehkä kiinnostavampaa, jos sen voi rinnastaa tämänhetkiseen käytäntöön. Lämpimät kiitokset! □

### Finnanest 30 vuotta sitten 2005–2010

Finnanest 30 vuotta sitten -palsta on ilmestynyt Finnanestin jokaisessa numerossa kuuden vuoden ajan. Vuonna 2005 tuli kuluneeksi 30 vuotta siitä, kun Finnanest muuttui monisteesta oikeaksi lehdeksi. Palsta perustettiin päätoimittaja Riitta Heinin aloitteesta juhlitamaan tätä Finnanestin merkkipaalua. Alun perin oli tarkoitus, että Finnanest 30 vuotta sitten -palsta ilmestyisi vain juhlavuoden 2005 ajan. Se osoittautui kuitenkin alusta lähtien niin toimivaksi konseptiksi, että Finnanest 30 vuotta sitten -palstasta tuli yksi lehden vakiopalstoista.

Finnanest ja Suomen Anestesiologiyhdistys kiittävät Leena Janhusta ja Tapani Tammistoa, jotka ovat tarjonneet Finnanestin lukijoille mielenkiintoisia lukuhetkiä 30 vuotta sitten ilmestyneiden numeroiden parissa. Historian tuntemus on välttämätöntä nykyhetken ymmärtämiseksi. Anestesiologian ja tehohoidon nuorella erikoisalalla moni asia on muuttunut ja kehitys edennyt huimin harppauksin eteenpäin viime vuosikymmenten aikana. Ilman lähihistorian tuntemusta ei voi ymmärtää muutoksen nopeutta eikä intensiteettiä. Palstan ansiokkaiden toimittajien siirtyessä eläkkeelle toivomme, että historialliset katsaukset saavat pian jatkoa! □



Leena Janhunen