

Suosittelavaa lukemista

Päivi Annila

Review artikkelit vanhoista aiheista, joista kuitenkin lienee hyödyllistä päivittää tietonsa, vaikka aiheet sinänsä ovat kuivahkot. Aspiraatio-artikkelin kirjoittajista Graham Smith on entisenä BJA:n päätoimittajana saanut seurata aiheen käsittelyä julkaisuissa varmasti jo vuosikymmeniä. Artikkelissa todetaan aspiraation insidenssin pysyneen hämmästyttävän muuttumattomana ollen edelleen tutkimuksesta riippuen n. 2.3-10.2/ 10000 anestesiaa kuolleisuuden ollessa 3.8-4.6 %. Larynx-maskin käytön riskejä on myös selvitetty perusteellisesti.

Epilepsia-artikkelissa todetaan mm. että on edelleen epäselvää, kuinka kauan potilas on pidettävä unessa (jos näin pitkälle on hoidossa ollut pakko mennä) kohtaukseen liittyvän sähköpurkauksen jo loputtua. Suositus liikkuu välillä 24-96 t.

1. Ng A, Smith G. Gastroesophageal reflux and aspiration of gastric contents in anaesthetic practice. *Review. Anesth Analg* 2001; 93: 494-513.
2. Chapman MG, Smith M, Hirsch NP. Status epilepticus. *Review. Anaesthesia* 2001; 56: 648-659.

Tehohoitoartikkeleita, joista ensimmäisessä testattiin makuuttamista erityisesti suunnitellulla sängyllä kääntämällä potilasta jatkuvasti lateraaliasennosta toiseen maksimissaan 124 asteen kulmalla. Pilottitutkimus sisälsi vasta vain 26 potilasta, mutta kirjoittajat ehdottavat menetelmää vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi, jos vatsa-asentohoitoa ei ole jostain syystä mahdollista toteuttaa. Jäämme odottamaan pitemmälle viedyn tutkimuksen tuloksia.

Ammannin ja kumppaneiden artikkelissa saatiin lisätietoa troponiinin käyttökelpoisuudesta ilman akuuttia sydänoireilua. Tutkimuksessa osoitettiin, että troponiini I oli noussut 85 %:lla potilaista, joilla oli joko sepsis, septinen sokki tai SIRS. Grampositiivinen kokki, streptococcus pneumonie erityisesti, oli osoitettavissa 53 %:lla cTnI positiivisista, ja artikkelissa spekulointiinkin infektion mahdollisesti

aiheuttamista toksista tai inflammatorisista vaurioista sydänlihaksessa.

Kolmannessa artikkelissa etsiskeltiin polyneuropatian syitä neurofysiologien toimesta 73:n potilaan aineistossa. Ensimmäisenä mittausajankohtana kymmenentenä päivänä mekaanisen ventilaation aloituksesta jo 65 %:lla (46 potilasta) oli CIP (critical illness polyneuropathy) ja se oli yhtenä ennustavana tekijänä kuolleisuuteen. Artikkelissa myös listataan altistavia tekijöitä CIP:n kehittymiselle.

3. Staudinger T, Kofler J, Müllner M, ym. Comparison of prone position and continuous rotation of patients with adult respiratory distress syndrome: results of a pilot study. *Crit Care Med* 2001; 29: 51-56.
4. Ammann P, Fehr T, Minder EI, ym. Elevation of troponin I in sepsis and septic shock. *Intensive Care Med* 2001; 27: 965-969.
5. Carnacho-Montero J, Madrazo-Osuna J, Garcia-Carmendia JL ym. Critical illness polyneuropathy: risk factors and clinical consequences. A cohort study in septic patients. *Intensive Care Med* 2001; 27: 1288-1296.

Artikkeli yrittää vastata kysymykseen, millainen pitäisi olla preoperatiivinen potilaan haastattelulomake ja miksi. Lopussa on annettu suositukseksi n. kahden A4-sivun pisteytetty lista asioiden tarkistamiseksi.

6. Takata MN, Benumof JL, Mazzei WJ. The preoperative evaluation form: assessment of quality from one hundred thirty-eight institutions and recommendations for a high-quality form. *J Clin Anesth* 2001; 13: 345-352.

Artikkelissa todetaan, että sydänleikkauspotilailta BIS laskee 1.12 yksikköä yhden celsius-asteen laskea kohden. Tutkimuksen perusteella on kuitenkin varottava tekemästä suoraan päätelmiä anestesia-tyydyden muutoksesta.

7. Mathew JP, Weatherwax BS, East CJ, ym. Bispectral analysis during cardiopulmonary bypass: the effect of hypothermia on the hypnotic state. *J Clin Anesth* 2001; 13: 301-305.

Perustietoa lasten anestesiasta kiinnostuneille. Hartiapunospuudutuksesta kertovassa artikkelissa kan-

nustetaan lisäämään näiden puudutusten käyttöä mataliin komplikaatiolukuihin vedoten. Hieman liikaakin puhutaan puudutuksen perusteista eikä keskitytä lasten puudutuksen erityispiirteisiin, sillä kaikki tekniikat kuvataan artikkelissa alusta alkaen.

Laparoskooppinen kirurgia lisääntynee jatkossa myös lastenkirurgiassa. Anestesiologisesti ihmeempää uutta artikkeli ei tarjoa tähän leikkaustyyppiin, mutta selvittää mitä kaikkea lapsille on tehty laparoskooppisesti komplikaatioineen (jotka ovat valtaosassa kirurgisia). Tiedoksi, mihin pitää varautua.

8. Tobias JD. Brachial plexus anaesthesia in children. Review. *Paediatr Anaesth* 2001; 11: 265-275.
9. Wedgewood J, Doyle E. Anaesthesia and laparoscopic surgery in children. Review. *Paediatr Anaesth* 2001; 11: 391-399.

Brittien tekemä review, joka poiki kaksi kirjettä toimitukselle seuraavissa numeroissa. Duncan kumppaneineen päättää artikkelin, kuten anestesiologin toivoa sopii eli esittämällä asian mielummin näin: is there a reason not to give an analgesic or anaesthetic drug prior to neonatal intubation? Asia ei ole kuitenkaan itsestään selvä olosuhteissa, jossa pediatriit hoitavat teho-osastoa. Tällöin tieto anestesia-aineista annoksineen ja käyttöindikaatioineen ei välttämättä ole ajan tasalla ja vaaratilanteita saattaa syntyä lääkkeiden käyttöön liittyen. Artikkelissa käydään läpi aineiden käyttöä ja viitataan opastuksen tärkeyteen. Tuoreet muistoni Southamptonin teho-osastolta ovat, että lapsi ikään katsomatta ja lähes poikkeuksetta intuboitii yleensä kahden lääkärin läsnäollessa, joista toinen oli joko erikoislääkäri (pediatri) tai anestesiaerikoislääkäri (tai varmistuttiin näiden läheisyydestä). Näin taattiin oppi eteenpäin pediatriaan erikoistuville.

Lettereistä erityisesti propofolia koskeva on erityishuomion arvoinen. Kirjoittaja on ollut toteamassa kolmesti, kuinka neonataali-ikäiselle annettu propofoli (3 mg/kg) sai aikaan 3-5 min. kestävästi hypotension ja hypoksemian ilman hypovolemiaa. Kirjoittaja spekuloi tämän voivan johtua pro-

folin aiheuttamasta liian voimakkaasta systeemisen verenkiertovastuksen laskusta samaan aikaan kun vastasyntyneen keuhkoverenkierron vastus on vielä aikuistasoa korkeampi, jolloin sikiökautainen oikovirtaus lisääntyisi. Sydänvikaisilla lapsilla on todettu, että systeemisen vastuksen lasku propofolilla aiheuttaa oikealta vasemmalle suntin pahenemista. On myös muistettava, että propofoli on rekisteröity käyttöön yli 1 kk:n ikäisillä.

Toinen kirje käsittelee atrakuriumin käyttöön liittyneitä vaaratilanteita, mutta tilanteet vaikuttivat hiukan epäselviltä ainakin lyhyesti kuvattuna.

10. Duncan HP, Zurick NJ, Wolf AR. Should we reconsider awake neonatal intubation? A review of the evidence and treatment strategies. Review. *Paediatr Anaesth* 2001; 11: 135-145.
11. Veyckemans F. Propofol for intubation of the newborn. Letter. *Paediatr Anaesth* 2001; 11: 629-632.
12. Clarkson A, Choonara I, Martin P. Suspected toxicity of atracurium in the neonate. Letter. *Paediatr Anaesth* 2001; 11: 631-632.

Suunnittelemassa placebo-kontrolloitua tutkimusta? Kannattanee lukea läpi tämä artikkeli, jossa pohditaan eri mahdollisuuksia ajatella tutkimusta lumelääkkeellä ja ilman sitä. Aihe on ajankohtainen, sillä viimeisin Helsingin julistus ilmaisee kielteisen kannan lumelääkkeen käyttöön ja esittää vertailuja tehtäväksi parhaaseen mahdolliseen markkinoilla olevaan valmistukseen. Kirjoittajat toteavat, että lumelääkekoulukuntia on kaksi: toinen ajattelee lumelääkettä voitavan käyttää, ellei siitä ole lisääntynyttä kuoleman tai pysyvän sairastumisen riskiä, ja toisen mukaan lumelääkkeen käyttö pitäisi kieltää, jos olemassa on tehokas lääke, johon uutta lääkettä voidaan verrata. Kirjoittajat esittävät oman kantansa tälle välille pohtien asiaa perusteellisesti esimerkeillä selvittäen.

13. Emanuel EJ, Miller FG. The ethics of placebo-controlled trials - a middle ground. *N Engl J Med* 2001; 345: 915-919.

Päivi Annila, dosentti, apulaisopettaja
TAYS
email: paivi.annila@uta.fi