

Tuija Tallila
osastonylilääkäri, Päiki
Satakunnan keskussairaala
tuija.tallila[at]satshp.fi

Dagkirurgi i Sverige Örebro 10.–11.5.2012

Ruotsi järjestää vuosittain valtakunnalliset päiväkirurgian koulutuspäivät, ja Svensk Dagkirurgiförening kutsuu kaikista pohjoismaista mukaan kaksi edustajaa, joiden kokouskulut he maksavat. Pakettiin kuuluvat sekä päiväruokailut että iltajuhla, vain matkat ja majoitus jäävät omalle kontolle. Myös muilla pohjoismailla on sama käytäntö, ja allekirjoittanut on ollut samalla konseptilla mukana myös Norjassa. Kokemukset ovat olleet todella hyviä. Toki hyvä ruotsinkielen hallinta edesauttaa kokemuksen hyödyntämistä, koska kokouskielenä on ruotsi tai muu ”skandinaviska”.

Tällä kertaa kokouspaikkana oli Örebro ja ajankohta keväinen 10.–11.5.2012. Matkajärjestelyt sujuivat helposti, koska Porista on suora lento Tukholmaan, josta pääsee junalla Örebrohon. Junaliput pystyy kätevästi tilaamaan ennakkoon myös Ruotsista osoitteesta sj.se, ja varaus sujuu samalla tavoin kuin VR:n nettisivuilta.

Matka alkoi siis mukavasti, ja astuin Sveamamman junaan hyvillä mielin ihailien ruotsalaisten junien siisteyttä ja hiljaisuutta. Rauhaa kesti kuitenkin vain hetken, koska vaunuun pölähti bussilastillinen Moskovasta palaavia, hilpeällä mielellä olevia venäläisiä uusio-ruotsalaisia. Jo kohta sipulimakkaraketit ja vodkapullot kaivettiin esiin, ja matka saattoi alkaa. Tunnelma oli kieltämättä jonkin verran epäruotsalaisen epämuodollinen, mutta matka sujui muutoin mukavasti, mitä nyt teknisten ongelmien vuoksi juna myöhästyi 2,5 h alkuperäisestä aikataulusta, mikä ei VR:n käyttäjälle ollut mitenkään uutta ja erikoista.

Kokous pidettiin aivan hotellin lähellä Örebro Universitetssjukhusetissa. Koska kävelymatkaa oli vain noin reilut viisi minuuttia, kaksi päivää jatkunut taukoamaton keväinen kaatosade ehti kastella vain vähän yli puolet sateenvarjottomasta henkilöstä. Mutta kokousaulassa tervehtivät kuuma kahvi ja kokoussämpylät, ja myös tuttuja kasvoja löytyi. Vaasan päiki-yksikkö oli lähtenyt matkaan isolla porukalla, mukana olivat mm. kollegat oyl Tuula Vuorialho ja el Camilla Koivisto, joista Tuula oli toinen ”Suomen edustaja”. Kaiken kaikkiaan päivät oli täyteen buukattu jo hyvissä ajoin, ja osallistujia oli kaikkiaan noin 250. Joukossa oli runsaasti myös kirurgeja.

Päiki-potilaan preoperatiivinen arvio

Ensimmäinen luentopäivä alkoi suomalaisten kannalta hienosti; tuttu kollega, dos. Pertti Pere Helsingistä sai kunnian aloittaa. Hän kertoi potilaan sähköisestä ”haastattelukaavakkeesta” jonka ruotsalainen käännös on ”elektronisk hälsodeklaration”, ja joka vähentää huomattavasti paperiliikennettä potilaan ja sairaalan välillä. Sähköinen haastattelu on varmasti tulevaisuudessa se malli, johon sairaalat resurssien mukaan tulevat pikkuhiljaa siirtymään. Kuten nyt jo paikoin Suomessa ja Ruotsissa. Mainittakoon vielä, että Pertti puhui ruotsia kuin syntyperäinen!

Seuraavaksi topakka osastonhoitaja Elsa Bengtsson Kristianstadista kertoi ”sairaanhoitajavetoisesta” preoperatiivista vastaanotosta, jossa he olivat hioneet käytäntöjä hyvin pitkälle. Heillä päiki-yksikössä vastaanottoa pyöritti kaksi kokenutta sairaanhoitajaa, ja anestesiologin tai kirurgin konsultaatio tehtiin tarvittaessa. Tieto leikkausajasta voitiin lähettää myös tekstiviestinä. Sen koettiin säästävän aikaa, koska puhe-
limessa löpöttelyyn vierähtää helpostikin 10 min. Tätä toivoisin meillekin.

Monille tuttu dos. Anil Gupta kertoili eloisaan tapaansa preoperatiivisesta arvioinnista, ja luento oli osittain interaktiivinen. Yleisö sai osallistua visaisiin tapauksiin heiluttelemalla vaaleanvihreää lappua kyllä-vastauksille ja oranssia lappua nej-vastauksille. Luennon yhtenä johtopäätöksenä oli, että anestesialääkäriin

ei tarvitse henkilökohtaisesti nähdä kaikkia potilaita, ei etenkin ASA ykkösiä tai vastaavia, vaan ainoastaan valmiiksi valikoidut erikoistapaukset. Jonkin verran keskusteltiin siitä, kuka viime kädessä päättää potilaan soveltuvuudesta leikkaukseen. Onko se esimerkiksi sydänsairaana potilaan kohdalla kardiologi, anestesioologi vai peräti kirurgi. Tästä ei päästy aivan konsensukseen, mutta todettiin, että paikalliset resurssit ja esimerkiksi valmius invasiiviseen kardiologiaan paikan päällä vaihtelevat suuresti, joten tilanteet ratkaistaan paikallisesti ja potilaskohtaisesti.

Lasten päiväkirurgista anestesiaa

Seuraava sessio 'Lapset ja päiväkirurgia' (lääkäri Marit Lundblad, Astrid Lindgrens Barnsjukhus) käsitteli ennen kaikkea sitä, voidaanko vai pitääkö alle kolmen kuukauden ikäisiä lapsia operoida päiväkirurgisesti. Todettiin että lapset eivät ole pienikokoisia aikuisia, vaan he poikkeavat fysiologisesti monin tavoin aikuisista, mm. hengityselinten, sydämen ja verenkiertoelimistön, keskushermoston, lämmönsäätelyn ja maksan- sekä munuaistoimintojen osalta. Suurimpia erot aikuisiin ovat alle puolen vuoden iässä, jolloin mm. lääkkeiden metabolia ja jakaantuminen elimistössä poikkeavat merkittävästi. Lisäksi alle kolmevuotiaalle potilaille tulee tilastollisesti eniten anestesiakomplikaatioita. Keskosista mainittiin vielä erikseen ja korostettiin, että jos vaikka yli kolme kuukautta maailmassa ollut lapsi on gestaatioviikoiltaan alle 60 vk, lasta tulee vahvata postoperatiivisesti vähintään 24 tuntia saturaatio- ym. mittauksineen. Asiasta käytiin vilkas keskustelu ruotsalaiseen tapaan. Lopuksi konsensusena yleisön kanssa todettiin, että vieläkään ei varsinaisia linjauksia haluta tehdä, koska ratkaisevaa on anestesiologin kokemus lasten anestesoista sekä n-luku per anestesiologi. Eli jos hommaa hoitaa harvoin, sitä pidättyväisempi pitää olla. Myös yksikkökohtaiset resurssit tulee huomioida, ja kokenutta pediatria apua pitää olla tarvittaessa saatavilla. Yleisön mielipiteistä jäi kuitenkin vaikutelma, että äärimmäisen harva oli halukas ottamaan päikiin alle kolmen kuukauden ikäisiä lapsia. Kuten eräs panelisteista kysyikin "why should we?"

Keskusteltiin myös perioperatiivisesta nesteytyksestä lapsilla. Todettiin, että anestesian aikana energiatarve on 50 % normaalia vähäisempi. Kirurginen stressi aiheuttaa hyperglykemiaa ja ADH:n erityksen lisääntymisen, mistä seuraa nesteretenttiota. Perioperatiivisen hypoglykemian riski onkin matala, hyperglykemian riski sen sijaan isompi. Natriumin osalta hypernatremia on epätavallista, hyponatremia sen sijaan isompi ongelma. Pikkupotilaalla S-Na taso alle 125 mmol/l on jo iso riski. Keski-Euroopassa on jo rekisteröitynä ja kaupallisessa käytössä lasten 1 % Ringer-glukoosiliuos. Suositus onkin, että jatkossa käytettäisiin lapsilla perioperatiivisesti isotonista 1 %:sta glukoosiliuosta, jonka natrium-pitoisuus olisi 130–140 mmol/l. Postoperatiivisesti luento suositteli isotonista 5 % glukoosiliuosta. Sitä odotellessa tavallinen NaCl tai Ringer on myös ok. Näinhän meillä on jo tehtykin.

Mielenkiintoinen oli myös keskustelu klonidiinin roolista estämään "emergency reaktiota" herätessä. Meillä Porissa käytetään termiä sevo-sekoilu, mutta kyseessä lienee sama ilmiö. Ruotsalaisyleisöstä noin 10 % käytti rutiinisti klonidiinia esilääkkeenä lapsille n.1–2 mikrog/kg iv tai noin tunti ennen leikkausta po, mutta annostella voi myös nasaalisesti ja rektaalisesti (!). Muina hyvinä puolina luennossa mainittiin, että klonidiinilla on sekä analgeettista että sedatiivista tehoa, mutta lasten verenkiertoon sillä ei juuri ole vaikutusta. Jos klonidiini annetaan preoperatiivisesti, se vähentää induktioaineiden tarvetta ja pienentää intubaatiostressiä (lapsella, ei anestesiologilla!). Ainoana huonohkona puolena koettiin pitkä puoliintumisaika lapsilla (8–10h), joka saattoi aiheuttaa ylirauhallisuutta kotiutusvaiheessa. Toisaalta osa yleisöstä ihmetteli "what's the problem" jos näin on.

Muina postoperatiivista sekoilua vähentävinä aineina mainittiin propofoli pieninä annoksina 0,5–1 mg/kg "kaasutuksen" lopetuksen jälkeen. Ketamiini 0,25 mg/kg oli myös käytössä, samoin fentanyl, jonka toisaalta koettiin lisäävän PONV:a. Luennointija (lääkäri Peter Larsson, Astrid Lindgrens sjukhus) itse oli ehdottoman ihastunut klonidiiniin ja innostuneesta puheestaan päätellen olisi varmaan laittanut sitä voikakunkin päälle jos mahdollista.

BMI 52 ja päiväkirurgia

Loppuilltapäivä käytettiin mielenkiintoiseen spesialistien paneelikeskusteluun, jota veti ystävämme apulaisprofessori Jan Jakobsson, joka oli vieraanamme myös hiljattain SUOPA:n järjestämällä suosituilla kevätkoulutuspäivillä Suomen Turussa 26.–27.4.2012, joihin osallistui 127 päiväkirurgian ammattilaista Suomesta.

Ruotsin paneeliin osallistuivat useimmat päivien luennoitsijoista sekä innokas yleisö. Paneelissa käsiteltiin viisi potilastapausta, joiden hoitotavoista ensin panelistit äänestivät ja kinasivat keskenään. Sen jälkeen alkoi yleisön ”joukkotappelu”, joka ei sentään päättynyt käsirysyyn kuten Valko-Venäjän parlamentti, mutta hilkulla oli ajoittain. Kiihkeimmät keskustelut aiheutti naispuolinen olkapääpotilas, jonka BMI oli 52. Lisäksi aina suosittu aihe preoperatiivisesta paastosta sai aikaan intohimoisen mielipiteiden vaihdon. Hiilihapotettujen juomien käsittely ns. kirkkaana juomana päädyttiin hyväksymään. Analogiana mainittiin, että esimerkiksi poretabletit on nimenomaan kehitetty nopeuttamaan imeytymistä vatsalaukusta, joten puoli lasia Coca-Colaa kaksi tuntia ennen leikkausta on siis ok. Sanoi raati.

Rouva BMI 52 päädyttiin lähettämään ensin gastric bypassiin, joka sekin jatkossa sujunee päikinä. Ainakin seuraavan päivän ohjelmasta päätellen, joka allekirjoittaneelta jäi pääosin väliin kotiinpaluun vuoksi.

Humppa-jukebox

Synnä luentojen väliin jättämiseen ei siis tällä kertaa ollut myöhään venynyt illanvietto, joka alkoi torstai-iltana erinomaisella illallisella Kungs Hotellissa, ja mukavaa ohjelmaakin oli. Illan ehdottomin huippukohta kuitenkin oli, kun kiitospuheen sijasta Vaasan päikin kaksi laulun taitavaa hoitajaa esittivät isännillemme kiitokseksi kauniin suomalaisen balladin. Aplodit meinasivat tiputtaa kristallikruunut katosta, joten ohjelmanumero oli ilmeisen tervetullut. Ilta jatkui iloissa merkeissä vielä hetkisen aikaa lähikuppilassa, jossa Vaasan laulavat päkiläiset vahvistettuna allekirjoittaneella esiintyivät vielä suomalaisena humppa-jukeboxina sillä seurauksella, että saimme ensi vuoden kokouksen isännältä ehdottoman käskyn/kutsun osallistua myös Ruotsin seuraaville päiki-päiville, jotka pidetään Västeråsissa.

Ulkopisteanestesiaa

Ehdin kuitenkin vielä muutamalle perjantaiamupäivän luennoille, joissa puhuttiin sedaatioista erilaisten leikkaussalin ulkopuolisten toimenpiteiden yhteydessä, esimerkiksi munuais kivien murskauksessa. Örebron kollega ylilääkäri Helena Walfridsson kertoi, että potilaat saavat heillä esilääkkeeksi parasetamolia 1g po ja diklofenaakkia rektaalisesti! Lisäksi potilaat saavat toimenpiteen alussa propofolia 10–20 mg iv sekä tarvittaessa hiukan lisää toimenpiteen aikana, enintään 50–80 mg. Propofolin lisäksi viisi minuuttia toimenpiteen aloituksen jälkeen annetaan vielä alfentaniilia 0,25 mikrog x1–2. Sedaation hoitaa pääsääntöisesti anestesiahoitaja, jolla on kuitenkin tarvittaessa välitön puhelinyhteys anestesiologiin.

Sairaanhoitaja Andreas Nilsson Linköpingistä kertoi PCS:stä (Patient Controlled Sedation), jota on käytetty Örebrossa jo lähes kymmenen vuotta. PCS:ää käytetään endoskopiaissa, palovammojen hoidoissa ja joissakin gynekologisissa polikliinisissä toimenpiteissä. Nilsson on työstämässä väitöskirjaa kyseisestä aiheesta. Örebrossa käytetään pääsääntöisesti pelkkää propofolia, ja potilaskohtainen tarvevariaatio oli suuri vaihdellen 0,4–14 mg/kg/h. Sedaatiosta huolehti, potilaan lisäksi, siihen erityiskoulutettu sairaanhoitajatiimi, mutta lääketieteellisen vastuun kantaa toimenpidelääkäri. Anestesiologi oli kuitenkin aina saatavilla puhelinyhteyden päässä. Potilaat ovat tutkimusten mukaan tyytyväisempiä PCS:ään kuin henkilökunnan suorittamaan sedaatioon.

Loput päivän luennoista jäivät sitten aikataulujen vuoksi kuulematta, mutta mahdollisesti luennot ovat myöhemmin luettavissa osoitteesta www.dagkir.nu. Sitten oli pakko kerätä kampeet ja suunnata kohti kotomaata. Kotimatka sujui ilman komplikaatioita, jos koneeseen unohtunutta Visa-korttia ja kruunulompakkoa ei lasketa niihin. Sitä paitsi viikko ilman Visakorttia tekee hyvää tilille. Ja vielä löytyy erinomainen kansainvälinen palvelu www.missingx.com, jonka avulla muutkin löyhäpäävät saavat koneeseen unohtuneet kampeensa takaisin. Niin myös minun lompakkoni, jossa oli kaikki käteinenkin vielä tallella.

Kiitän SAY:n matka-apurahasta. Näkemisiin IAAS:n seuraavassa kokouksessa Budapestissa 5.–8.5.2013.