

ANESTESIOLOGIAN JA TEHOHOIDON ERIKOISLÄÄKÄRIKUULUSTELU 26.4.2013

1. Vanhuspotilaan perioperatiivinen hoito
2. Vasopressorien käyttö sydänpy-sähdyksen yhteydessä
3. a) Meta-analyysi: vahvuudet ja heikkoudet
b) Näytön asteen määrittely kotimaisessa KH-suosituksissa (Duodecimin Käypä hoito)
4. a) Hermo-lihasliitoksen salpauksen monitorointi nykykäsitöksen valossa (3 p.)
b) Toimit anestesiapäivystäjänä leikkaussalissa. Olet herättämässä aikuispotilasta vatsaleikkauksen ja sevofluraani-rokuroni-anestesian jälkeen. Hermo-lihasliitoksen salpauksen palautuminen pysähtyy tasolle TOF-% 60–65. Potilas hengittää intubaatioputkensa kautta hyvin, kertahengitystilavuus 250–350 ml. Samassa ilmoitetaan erittäin kiireellinen sektio, ei kuitenkaan hätäsektio, jonka anestesia kuuluu vastuullesi. Miten ratkaiset vatsaleikkauspotilaasi tilanteen hoidon? Vaihtoehdot: 1. poistat hengityspotken ja siirrät potilaasi heräämään 2. siirrät potilaasi hengittävänä, intuboituna heräämään 3. annat potilaallesi sugammadexia laskimoon. Perustele toimintasi. (3 p.)
5. Paikallispuudutteen toksisuus: riskitekijät, ehkäisy, hoito. Vastaa lyhyesti, jäsennellen, käytä ranskalaisia viivoja.
6. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi ja oksentelu: riskitekijät, ehkäisy, hoito. Vastaa lyhyesti, jäsennellen, käytä ranskalaisia viivoja.

LISÄKOULUTUSOHJELMIEN KUULUSTELUT (YLIOPISTOT) 26.4.2013

Neuroanestesia ja -tehohoito

1. Aivokuoleman toteaminen
2. Istuvan potilaan anestesia
3. Ketamiinin, fentanylin, propofolin, sevofluraanin, isofluraanin ja desfluraanin vaikutukset aivojen verenvirtaukseen ja sen säätelyyn
4. Diabetes insipidus
5. Kraniotomiatilaa postoperatiivisen kivun hoito

Obstetrinen anestesiologia

1. Päivystäessäsi gynekologi-kollega soittaa illalla ja kertoo päivystykseen tulleen aiemmin terveen 33-vuotiaan gravidan, jonka viikot 33+4. Hänellä on reilun viikon ollut huonovointisuutta, paino on viimeisen viikon aikana noussut 9 kg (pituus 161 cm ja paino nyt 93 kg), pari päivää on ollut ylämahakipua ja nyt on ilmaantunut päänsärky ja hän on kovin tutiseva. RR on 195/115, Hb 99, tromb 44 ja ALAT 277. Potilaalla on ilmeinen HELLP ja gynekologi haluaa, että hänet sektoidaan heti kun toimenpide

anestesia-erikoislääkärin puolesta on tehtävissä.

Mitä haluat tutkittavaksi ennen anestesiaa, miten suunnittelet ja toteutat valmistelun ja anestesian? Miten suunnittelet postoperatiivisen hoidon ja mitä kerrot potilaalle sektorin jälkeen heräämössä siitä, miten lähipäivät todennäköisesti sujuvat?

2. Suunnittele kättilöille luettelomainen A4-sivulle mahtuva ohje synnytyssepiduraalin lisäannoksen antamisesta. Ohjeen pitää olla siten seikkaperäinen, että sen noudattaminen oikeuttaa kättilön antamaan lisäannokset ja siitä pitää ilmetä, milloin kättilön pitää ottaa yhteyttä anestesia-erikoislääkäriin.
3. Synnyttävä tulee leikkaussaliin pian synnytyksen jälkeen ilmeisen synnytyskanavan repeämän vuoksi, mahdollisesti myös istukan riekaleita on kohdussa, kohtu ei kuitenkaan ole atoninen. Vuoto on tähän mennessä 1 400 ml ja näkyvä vuoto jatkuu potilaan leikkaussaliin tullessa vähäisenä. Päätät

nukuttaa potilaan, mutta yllättäen et saa häntä intuboiduksi. SpO₂ ehtii vajota arvoon 65%. Saat juuri ja juuri potilaan SpO₂ nostetuksi 92%, mutta etCO₂-käyrää et saa esiin. LMA ei istu kunnolla. GlideScopen kaltaisella apuvälineellä et saa mitään näkyvyyttä kurkunpään, fiberoskoopilla et pääse takanieluun painuneiden rakenteiden ohi. Kummankin intervention jälkeen saat taas vajonneen SpO₂ 58–62% nostetuksi 93–95%. Toista anestesia-erikoislääkäriä et saa avuksi ainakaan seuraavien 15 min aikana. Miten toimit pitääksesi potilaan hengissä ja toteuttaaksesi anestesian? Toimisitko toisin, jos kyseessä olisikin hätäsektio?

4. Lipidiliuosten käyttö puudutemyrkytyksen hoidossa.
5. Synnytyksen jälkeinen laskimotukos.
6. Metoklopramidin käyttö pahoinvoinnin ja oksentelun estossa ennen keisarileikkausta ja sen jälkeen.