

Näyttöön vai uskoon perustuvaa tehohoitoa?

»...meidän tulisi vain uskoa potilaiden hyötyvän hoidosta ja laajentaa viilennyshoito koskemaan kaikkia elvytettyjä potilaista, joilla on ennustetta edes sen verran että heidät on otettu teho-osastolle jatkohoitoon.” ”...prospektiivista ja randomoitua työtä hyödyn osoittamiseksi ei ole eikä ihan helposti tule ...positiivisen tuloksen saamiseksi tarvittaisiin kymmenien tuhansien potilaiden aineisto ...liian heterogeeninen osoittamaan kiistatonta totuutta.”

Nämä lainaukset ovat Finnanestin numerossa 5/2009 julkaistusta Anna-Maija Antmanin ja Sanna Hopun kirjoituksesta Viilennyshoitoa teho-osastolla¹. Looginen seuraus tästä on se, että kymmeniätuhansia asystolesta tai PEA:sta elvytettyjä potilaita hoidetaan viilentämällä tietämättä, onko hoidosta mitään hyötyä. Elvytetty potilas saattaa muuttua ”pyhäksi”, jolle tarjotaan kaikki mahdollinen hoito, vaikka elvytystä edeltävä tila olisi ollut huono ja sydänpysähdyksen jälkeinen ennuste todella huono. Olisiko parempi kuitenkin ensin tutkia ja sitten hutkia?

Wienin kongressin jälkeen lokakuussa keskustelin professori Leena Lindgrenin kanssa. Leena totesi, että hän on huomannut tehohoidossa olevan enemmän uskonnollisävyistä hurmosta kuin anesthesiologiassa. Hän puki sanoiksi sen, mitä olen ajatellut jo vuosikaudet. Samassa kongressissa näyttöön perustuvaan lääketieteeseen vihkiytynyt professori Johann Steurer Zürichistä sanoi, että alkuperäisartikkelit on tarkoitettu asiantuntijoille ja tavallisten lääkäreiden pitäisi tyytyä asiantuntijoiden kirjoituksiin. Mieleeni tuli keskiaika. Silloin kirjoitukset olivat latinaa, jota rahvas ei ymmärtänyt, mutta papit huolehtivat oikeaoppisuudesta. Nykyisin asiantuntijoiden uskomukset, kaupalliset intressit ja tutkimustulosten rajoittunut yleistettävyyys on helppo verhota näyttöön perustuvan lääketieteen viitan alle.

Opettajani dosentti Riitta Orko sanoi lähes 20 vuotta sitten, että teho-osastolla menee lähes kaikille potilaille jotakin lääkettä kuin pyhää vettä. Olen huomannut, että pyhä vesi vaihtelee vuodesta toiseen, samoin teho-osastosta toiseen. Esimerkkejä ovat dopamiini, lidokaiini, hydroksietyyliätkelys, N-asetyylikysteini, propofoli, hydrokortisoni ja noradrenaliini. Välillä ihmettelen, miksi jotakin lääkettä pitää antaa ensin kaikille potilaille ja yhtäkkiä sitä ei saa antaa kenellekään.

Meitä kerettiläisiä on ollut aina ja on tulevaisuudessakin. ARDS Networkin tutkimuksen², jossa verrattiin hengityksen kertatilavuutta 6 versus 12 ml/kg (pituudesta laskettu oletuspaino), tuloksia tulkitsin kerettiläisesti niin, että kertatilavuus 12 ml/kg on liian suuri ARDS-potilaille, koska se aiheuttaa barotraumaa. Ryhmien keskimääräiset plateaupaineet olivat 25 ± 6 versus 33 ± 8 cmH₂O. Barotrauman puolesta puhuu myös tosiasia, ettei kuolleisuudessa ollut eroa (31 % versus 30 %), jos staattinen komplianssi oli yli 0,62 ml/cmH₂O/oletettu kg (paras kvartiili). Oikeaoppinen tulkinta on se, ettei saa käyttää kertatilavuutta yli 6 ml/oletettu kg, koska se aiheuttaa volotraumaa.

Kuuluisat van den Berghen insuliinitutkimukset^{3,4} tulkitsin myös kerettiläisesti niin, että selvästi patologinen tavoite (B-gluk 10–12 mmol/l) lisää kuolleisuutta eikä sellaista pidä tavoitella. Oikeaoppinen tulkinta on se, että tiukka glykeeminen kontrolli (B-gluk 4,4–6,1 mmol/l) on tärkeä, vaikka sen saavuttaminen on vaikeaa ja hypoglykemian riski kasvaa. Kummassakaan tapauksessa en vielä luopunut kerettiläisestä tulkinnastani.

Kohta lääketieteessäkin on dogmatiikan professoreja. Heidän virkanimikkeensä on vielä hämärän peitossa. Henkilökohtaisesti kannatan, että jokaisella on vapaus tutkia sekä elämää että kirjoituksia. Myös ajatuksen ja mielipiteen vapaus ovat tärkeitä. □

Kirjallisuusviitteet

1. Antman A-M, Hoppu S. Villennyshoitoa teho-osastolla – Miksi? Missä? Milloin? Miten? Kenelle? Finnanest 2009; 42: 464–465.
2. ARDS network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342: 1301–1308.
3. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med 2001; 345: 1359–1367
4. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I, Van Wijngaerden E, Bobbaers H, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the medical ICU. N Engl J Med 2006; 354: 449–461

Pekka Tiainen

LT, anesteziologian erikoislääkäri, EDIC

Etelä-Karjalan keskussairaala

Lappeenranta

pekka.tiainen[a]eksote.fi

