



**Leila Niemi-Murola**  
 LT, dosentti, erikoislääkäri  
 HYKS, ATeK, Meilahden sairaala  
 leila.niemi-murola@hus.fi

## VUODENVAIHTEEN TIETEELLISISSÄ ARTIKKELEISSA KÄSITELLÄÄN SAMANLAISIA ASIOITA KUIN SANOMALEHTIEN KESKUSTELUPALSTOILLA

### Kylmästä lämpimään

► Tammikuussa pakkaneen paukkuu ulkona, mutta myös sisällä leikkaussalissa voi tulla kylmä. Aiempien tutkimusten perusteella spinaalipuudutuksessa tehtyjen keisarileikkauksen yhteydessä jopa 91 % potilaista on hypotermisia perioperatiivisessa vaiheessa. Tammikuun *Anesthesia & Analgesia* julkaisee kaksi ydinlämpöä koskevaa tutkimusta, jotka on tehty spinaalipuudutetuille keisarileikkauspotilaille. Perioperatiivisella hypotermialla saattaa olla haitallinen vaikutus sekä äidin että vastasyntyneen vointiin toimenpiteen jälkeen, mutta meillä on vähän keinoja muutoksen mittaamiseen. Du Toit'n ja työtovereiden tutkimuksessa todettiin, että nieltävän mittarin avulla saatujen tulosten perusteella potilaan ydinlämpö laski nopeasti spinaalipuudutuksen jälkeen. Puolella potilaista ydinlämpö laski alle 36°C, mikä katsottiin tutkimuksessa hypotermiaksi. Lähes kolmanneksella (8/28 synnyttäjää) ydinlämpö ei palautunut lähtötasolle kahdeksan tunnin seuranta-aikana.

Mundayn ja työtovereiden tutkimuksessa tutkittiin etukäteislämmityksen vaikutusta synnyttäjän ydinlämpöön. Intratekaalisen morfiinin on aiemmissa tutkimuksissa todettu lisäävän hypotermian riskiä. Spinaalipuudutuksen yhteydessä morfiinia saaneet potilaat satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toista lämmitettiin

tehokkaasti 20 minuutin ajan ennen toimenpidettä ja toista ei. Tuloksissa todetaan, ettei noin lyhyen lämmitysjakson avulla pystytty ehkäisemään puudutukseen liittyvää hypotermiaa.

Artikkeleihin liittyvässä pääkirjoituksessa korostetaan potilaan lämpötilan mittauksen tärkeyttä. Saattaa olla, että hypotermia on paljon luultua yleisempää tässä potilasryhmässä ja olemme saaneet näkyviin vasta jäävuoren huipun.

---

du Toit L, van Dyk D, Hofmeyer R ym. Core temperature monitoring in obstetric spinal anesthesia using an ingestible telemeter sensor. *Anesth Analg* 2018; 126: 190-195.

Munday J, Osborne S, Yates P ym. Preoperative warming versus no perioperative warming for maintenance of normothermia in women receiving intrathecal morphine for cesarean delivery: A single-blinded, randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2018; 126: 183-186.

Pääkirjoitus: Allen TK, Habib AS. Inadvertent perioperative hypothermia induced by spinal anesthesia for cesarean delivery might be more significant than we think: Are we doing enough to warm our parturients? *Anesth Analg* 2017; 126: 7-9.

### Uudenvuodenlupaus: Pidä huolta itsestäsi ja muista

► Lääkärien uupumuksesta käytiin loppusyksystä Helsingin Sanomien yleisönosastossa vilkasta

keskustelua. Anestesiologit nostetaan usein esimerkiksi riskiryhmästä. ASA (American Society of Anesthesiologists) järjesti aiheesta webinaarin vuonna 2011 ja siihen liittyen tehtiin myös kysely, johon vastasi 170 rekisteröityneistä (83 %). Kyselyssä käytettiin MBI-HSS-mittaria (SF-12), jossa on 12 kysymystä, sekä sosiaalista tukea ja yksilökohtaisia voimavaroja (SSPC-14) mittaavia. Kolmessa kategoriassa korkean riskiprofiilin vastausten määrä vaihteli 26 – 59 %, mutta vain 15 % vastaajista sai epäsuotuisat pisteet kaikissa kolmessa kategoriassa. Johtopäätöksenä todetaan, että monilla anestesiologeilla on työuupumukselle altistavia luonteenpiirteitä. Kuormitusta lisäksi, että osa tuntee pystyvänsä säätelemään omaa työtään vain vähän ja että työtaakka vähentää perheen ja ystävien kanssa vietettyä aikaa.

Artikkeliin liittyvän pääkirjoituksen kirjoittaja tuo esiin huolen erikoistuvista, sillä uupumuksen ensimmäiset merkit ovat nähtävissä jo tässä vaiheessa. Nuoret lääkärit ovat kallisarvoinen tulevaisuuden voimavara ja heitä tulee tukea sen mukaisesti.

---

Hyman SA, Shotwell MS, Michaels DR ym. A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesth Analg* 2017; 125: 2009 – 18.

---

Pääkirjoitus: Meese KA. Do not harm, except unto thyself. *Anesth Analg* 2017; 125: 1840 – 1842.

---

### **Kroonisen kivun esiintyvyys ja kipulääkkeiden ongelmakäytön riskin arviointi**

► Tuoreen systemoidun katsauksen mukaan laaja-alaisen kivun prevalenssi vaihtelee väestössä 1,4 – 24,0 % välillä ja sen kokonaisesiintyvyydeksi arvioitiin 9,6 % (8,0 – 11,2 %). Miehillä laaja-alaista kipua esiintyi vähemmän kuin naisilla (0,8 % - 15,3 % vs. 1,7 % vs. 22,1 %). Tutkimukseen otettiin mukaan 39 artikkelia, jotka oli julkaistu vuosina 1990 - 2017. Myös väestön tulotasolla oli merkitystä, sillä kehittyneissä maissa kivun esiintyvyys oli vähäisempi kuin kehittyvissä maissa.

Toisessa systemoidussa katsauksessa selvitettiin kipulääkkeiden, erityisesti opioidien, ongelmakäytön riskin arviointia. Tutkijat ottivat mukaan 1844 systemoidun haun avulla löydetystä artikkelista 30 ja vielä neljä sisällysluetteloiden tarkistuksen kautta löydettyä. Näissä artikkeleissa oli käytetty yhteensä 14 eri mittaria. Vaikka selvää, yksittäistä riskitekijää ei löytynyt, aiempi päihdehistoria, mukaan lukien myös tupakointi, lisäävät riskiä. Petokset, lääkarille valehteleminen ja huumeidenkäyttö ovat riskipotilailla tavalisia. Tutkijat suosittelivat kolmea mittaria, Pain Medication Questionnaire (PMQ), Screener and Opioid

Assessment for Patients with Pain (SOAPP) ja Current Opioid Misuse Measure (COMM). Johtopäätöksenä todetaan, että joidenkin mittarien avulla voidaan ennakoita tai havaita opioidien väärinkäyttö. Näiden potilaiden hoidossa on syytä painottaa muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä.

---

Andrews P, Steltjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. *Eur J Pain* 2018; 22: 5-18.

Lawrence R, Mogford D, Colvin L. Systematic review to determine which validated measurement tool can be used to assess risk of problematic analgesic use in patients with chronic pain. *Br J Anaesth* 2017; 119: 1092 – 109.

---

### **Bronkoskopia akuuttia hengitysvajausta sairastavilla potilailta**

► Tuoreessa systemoidussa katsauksessa on selvitetty terapeuttisen bronkoskopian etuja ja haittoja akuuttia hengitysvajausta sairastavilla tehohoitopotilailla. Mukaan otettiin vain 5/212 tutkimusta. Tähytetyjen ja kontrolliryhmään satunnaistettujen potilaiden kuolleisuudessa ei ollut eroja, ei myöskään tehohoitajakson pituudessa. Meta-analyyssissa saatiin viitteitä tähytetyjen potilaiden lyhyemmästä mekaanisen hengitystuen tarpeesta verrattuna kontrolliryhmään. Johtopäätöksenä todettiin,

että terapeuttisen bronkoskopian hyötyjä ja haittoja koskevan tutkimuksenlaatu ja määrä on liian vähäinen näytön asteen määrittämiseksi.

---

Ellekjaer KL, Meyhoff TS, Møller MH. Therapeutic bronchoscopy vs. standard of care in acute respiratory failure: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017; 61: 1240-52.

---

### **Lopuksi**

► Myös elämän loppuvaiheen hoidosta on käyty kiivasta keskustelua mediassa. Osa kannattaa eutanasia, osa toivoo kalliita elämää ylläpitäviä hoitoja. Potilaat ja heidän omaisensa saattavat toivoa raskaitakin hoitoja ilman ymmärrystä siitä, mitä se käytännössä tarkoittaa. Tehohoidossa kysymys on kipeämpi kuin terveyskeskuksen vuodeosastolla, päätöksiä ei tehdä vain hoitojen aloittamisesta vaan myös niiden rajaamisesta. Hyvin sairailta potilailla pysyviin fyysisiin toiminnanrajoituksiin liittyy usein psykologista sairastuvuutta. Montgomeryn ja työtoverien artikkelissa aloitetaan keskustelu tehohoidon hyvistä ja ei-toivotuista seurauksista terveydenhuollon ammattilaisten, suuren yleisön, potilaiden ja heidän omaistensa välillä.

---

Montgomery H, Grocott M, Mythen M. Critical care at the end of life: balancing technology with compassion and agreeing to stop. *Br J Anaesth* 2017; 119: i85-i89.

---