

# Finnanest syksyllä 1979

Mennyt kesä oli ilmeisesti ollut kovin sateinen sekä puheenjohtajan että sihteerin mielestä. Molemmat toivovat kirjoituksissaan, että säästä huolimatta energiaa on varastoitu syyskautta varten, sillä syksyn mittaan on luvassa vilkasta kokoustoimintaa.

**P**uheenjohtaja kertoi terveiset NAF: in kongressista, joka oli järjestyksessä viidestoista ja joka pidettiin Odensessa. ”Suomalaiset osallistuivat mieslukuisesti, laskin osanottajaluettelosta 40 nimeä.” (Olivatko osallistujat vain miehiä? Ehkä naiset jätettiin töitä tekemään) ja kommentti jatkuu: ”Meikäläisten esitelmätkin sujuivat hyvin ja olivat ainakin hyvää keskitasoa ellei parempiakin.”

Koulutustilaisuuksia olikin syksyllä tavallista runsaammin. Syyskuussa: Anestesia-aineet ja niiden haitat, anestesiologian laitos, Helsinki. Krooninen kipu ja sen hoito, Tampere, Kuopion korkeakoulu mukana järjestämässä. Lokakuussa: Nestehoito, Tampereen keskussairaala ja marraskuussa: SAY:n vuosikokous Helsingissä. Hengitys ja verenkierto perinataalikaudella, Suomen Perinatologinen Seura ry. Keuhkovaltimokatetroinnin kliininen käyttö, anestesiologian laitos, Turku. Neste-, elektrolyytti- ja happo-emästasapainojen häiriöt. Suomen Tehohoitoyhdistys.

### Mitä uutta verenpainelääkkeistä ja anestesiasta 30 vuotta sitten?

Ensimmäisessä artikkelissa ”Verenpainelääkkeiden ja anestesia-aineiden yhteisvaikutuksesta” Seppo Kaukinen kirjoittaa: ”Yli 300 000 suomalaista käyttää Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan säännöllisesti verenpainelääkkeitä. Näin ollessaan anestesia-aineiden yhteisvaikutuksesta” Seppo Kaukinen kirjoittaa: ”Yli 300 000 suomalaista käyttää Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan säännöllisesti verenpainelääkkeitä. Näin ollessaan anestesia-aineiden yhteisvaikutuksesta” Seppo Kaukinen kirjoittaa: ”Yli 300 000 suomalaista käyttää Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan säännöllisesti verenpainelääkkeitä. Näin ollessaan anestesia-aineiden yhteisvaikutuksesta”

50- ja 60-luvuilla verenpainelääkitys kehoitettiin lopettamaan kaksi viikkoa ennen suunniteltua leikkausta, koska pelättiin käytössä olevien rau-

wolfia-alkaloidien antihypertensiivistä vaikutusta anestesian aikana. Käytäntö muuttui, kun 70-luvun alussa ”Prys-Roberts työtovereineen suoritti tutkimuksia verenpainepotilaiden hemodynamikkasta anestesian aikana. Heidän tutkimuksissaan vahvistui käsitys, että anestesian aikainen verenkierto on epävakaaampi hoitamattomilla verenpainepotilailla kuin eri verenpainelääkkeiden yhdistelmillä lääkityillä.”

Lopuksi tarkastellaan seuraavien käytössä olevien verenpainelääkkeiden ja anestesia-aineiden verenkierröllisiä ja keskushermostollisia yhteisvaikutuksia: reserpiini, metyyliidopa, klonidiini, hydralatsiini ja beeta-reseptorien salpaajat. Katsaus on kuitenkin liian pitkä tässä referoitavaksi, mutta olipa mielenkiintoista lukea mitä verenpainelääkkeitä käytettiin 30 vuotta sitten.

### Kaukinen kirjoittaa leikkauksen jälkeisestä sydäninfarktista

Liisa Kaukinen kirjoittaa leikkauksen jälkeisestä uudesta sydäninfarktista viiden Finnanestin silloisen painosivun (puolet A4:stä) mittaisen, perusteellisen artikkelin lähdeviitteineen. Kirjoituksen mukaan 12 000 suomalaista miestä ja 9 000 naista sairasti tuolloin vuosittain sydäninfarktista. Artikkelissa käsitellään ulkomailla suoritettujen tutkimusten valossa sydäninfarktista sairastaneiden potilaiden selviytymistä anestesiasta ja leikkauksesta muiden kuin sydänkirurgisten toimenpiteiden yhteydessä. Kaukinen tuo esiin riskitekijöitä, joilla katsottiin olevan merkitystä uuden sydäninfarktista syntyneille leikkauksen ja ensimmäisen postoperatiivisen viikon aikana.

Tutkimusten mukaan 6–7 % infarktista sairastaneista saa uuden infarktista ensimmäisen postope-

ratiivisen viikon aikana, kun taas aikaisemmin infarktia sairastamattomien riski on alle 1 %. Jos intervalli sairastetun infarktin ja leikkauksen välillä on alle 3 kk, on reinfarktiriski 27 %, mutta laskee 5 %:n tasolle intervallin ollessa puoli vuotta. Samoin pelkkä sepelvaltimotauti ilman sairastettua infarktia lisää riskiä. Iällä tai sukupuolella ei reinfarktiriskissä näyttäisi olevan vaikutusta. Kuolleisuus näihin reinfarkteihin on korkea, erään tutkimuksen mukaan jopa 69 %.

Lueteltuaan erinäisiä riskiä lisääviä potilaan sairauksia kuten esim. hypertonia, yleistynyt arterioskleroosi, sydämen rytmihäiriöt, Kaukinen ryhtyy käsittelemään leikkaukseen ja anestesiaan liittyviä riskitekijöitä. Hänen referoimissaan tutkimuksissa oli anesteetteina käytetty tiopentaalia ja typpioksidiuulia, tavallisesti eetterin, syklopropanin, metoksifluraanin, halotaanin, enfluraanin tai neuroleptianestesian lisänä tai erilaisia puudutuksia. Näiden välillä ei reinfarktiriskissä näyttänyt olevan eroja. Sen sijaan anestesian aikainen, 10 minuuttia kestävä ja 30 %:n suuruinen systolisen verenpaineen lasku lisäsi merkittävästi reinfarktien määrää. Myös verenpaineen nousuun liittyvistä haitoista ”on tullut enenevässä määrin näyttöä” (käytetty ilmaisu kertonee asian olleen epäselvän). Sydämen hapen kulutusta lisäävillä tekijöillä (takykardia, suuri leikkausvuoto) näyttäisi olevan merkitystä, mutta anestesian kestolla vain todella pitkien toimenpiteiden yhteydessä. Rintaonteloon ja ylävatsaan kohdistuvissa toimenpiteissä riski on myös lisääntynyt. Postoperatiivisten kipujen ja muiden elimistön toimintamuutosten takia reinfarktin ”vaara-aika” kestää ensimmäisen viikon ajan. Suojaksi suositeltiin tuolloin nykyistä suuremmalla vakaumuksella beeta-salpaajia.

Lopuksi Kaukinen varoittaa reinfarktin diagnosointiin liittyvistä vaikeuksista ja katsoo, että ”toistuvat EKG-rekisteröinnit, jotka käsittävät myös rintakytkenät, ovat tällä hetkellä paras keino todeta postoperatiivinen sydäninfarkti”. Lieneeköhän edelleen näin?

### Massiivinen tietoisuus beetasalpaajista

Viimeisenä – todella massiivisena – tietoisena on Pauli Ylitalon 25 referaattia ja runsaat 16 painosivua käsittävä kirjoitus ”Beetasalpaajat ja niiden valinta eri sairauksissa”. Tässä tyydymme referoimaan hyvin laadittua ”Tiivistelmää”.

”Vaikka beetasalpaajien farmakologiset vaikutukset ovat pääosiltaan samanlaisia, niiden välillä voi olla huomattaviakin eroja.” Huomiota on kiin-



Arvi-Mi-Hankala

nitetty varsinkin beeta1-selektiivisyyteen eli ”sydänselektiivisyyteen” ja eräiden salpaajien omaan adrenergiseen vaikutukseen, ns. ISA-salpaajat (intrinsic sympathomimetic activity). ”Selektiivisyydestä katsotaan olevan hyötyä, jos salpaajaa joudutaan antamaan obstruktiivista keuhkosairautta tai perifeerisiä verenkiertohäiriöitä sairastaville. Siitä saattaa olla etua myös angina pectoriksen hoidossa. Kompensoitua sydämen vajaatoimintaa tai diabetesta sairastaville selektiiviset salpaajat soveltu-nevat paremmin kuin ei-selektiiviset. ISA:n omaavat salpaajat sopivat hyvin bradykardisille potilaille. Ne eivät hidasta myöskään eteiskammiojohtumista eivätkä deprimoi sydämen toimintaa samassa määrin kuin ISA:a vailla olevat salpaajat.” Kinidiinin kaltaisella vaikutuksella on tuskin merkitystä.

Myös biologisessa hyötyosuudessa on eroja. ”Siksi eräiden salpaajien annos on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen.” Vaikutusajoissa on myös eroja. ”Joistakin salpaajista erittyy huomattava osa muuttumattomana virtsaan, mikä on huomioitava munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla. Aina ei ole siis yhdentekevää, mikä beetasalpaaja valitaan”. □