

Finnanest keväällä 1980

Puheenjohtaja Risto Collanin palsta on tässä numerossa poikkeuksellisen lyhyt ja apea. Se käsittääkin kevättoivotusten lisäksi vain ilmoituksen yhdistyksemme kahden merkkimiehen Jorma Airaksisen ja Lauri Aron kuolemasta sekä maininnan toisaalla lehdessä olevista muistokirjoituksista. Eikä sihteerillämme Marja Hovi-Vianderillakaan Joensuun poikkeusolosuhteiden anestesiaa käsittelevän kevätkokouksen ja Uuden Valamon luostariin tehtävän retken lisäksi näytä olevan muuta tiedotettavaa. Jatko- ja Täydennyskoulutustoimikunnan palstalla puolestaan esitellään suunniteltujen koulutustilaisuuksien lisäksi tarvetta nimitarujen käyttöön määrältään lisääntyneiden kollegojen tunnistamiseksi ja muistutetaan uusia apulaislääkäreitä opintokirjan hankkimisesta.

Muistokirjoitukset

Finnanestin historian ensimmäinen In memoriam palsta oli 30 vuotta sitten ilmestyneessä Finnane-
stin numerossa 2. Tammikuun lopulla 1980 kuoli kaksi merkittävää anestesiapioneeria, Lauri Aro 23.1. ja Jorma Airaksinen 31.1.

Tapani Tammisto kirjoittaa: ”Professori Lauri Aro voidaan pitää organisoidun anestesiatoiminnan pioneerina maassamme. Jo 1950-luvun alussa, modernin anestesiologian ensi vuosina, hän oi-

valsi, ettei uusien menetelmien laajaa, turvallista käyttöä koko maassa voida toteuttaa pelkästään anestesia-
lääkäreitä kouluttamalla, vaan toiminta edellyttää anestesiaorganisaation luomista sairaaloihin”.

V. Päiviö Savolainen korostaa miten Jorma Airaksinen ”teki varsinaisen elämäntyönsä kehittäessään vuosina 1950–1974 Lahden kaupunginsairaalan anestesiatoiminnan yhden miehen virasta itsenäiseksi, korkeatasoiseksi anestesiaosastoksi”. Jorma Airaksinen piti tärkeänä yhteistyötä muiden anestesia-
lääkäreiden kanssa, niinpä hän ”oli perustamassa sekä Pohjoismaista, v. 1950, että Suomen Anestesiologiyhdistystä, v. 1952”.

Sekä Lauri Aro että Jorma Airaksinen olivat organisoimassa anestesia-
sairaanhoidajien koulutusta Suomeen 1950-luvulla. ”täten yksi anestesia-
lääkäri pystyi valvomaan useita anestesia-
sairaita samanaikaisesti, mikä moninkertaisti niukkojen anestesia-
lääkäreiden resurssien mahdollisuudet”.

Akuuttitilanteet askarruttavat

Numeron tieteellinen anti käsittää runsaat 20 painosivua ”kuopiolaista” tietoa, joten vastuu sen su-



Ilmo Loutimo

Valokuvissa vasemmalta: Lauri Aro ja Jorma Airaksinen.

lattamisesta on tunnetusti lukijalla. Markku Ruoppi kirjoittaa ”Hengitysteiden äkillisestä tukkeutumisesta”. Johdonmukaisessa ja selkeässä kirjoituksessa esitellään yhdessätoista kappaleessa seuraavat eri syistä johtuvat hengitystietukokset: 1. Vierasesineet, 2. Limakalvoturvotus, 3. Hengitysteiden mekaaniset traumat, 4. Kielen painuminen nieluun, 5. Sitkeät eritteet, 6. Veri, 7. Tuumorit, 8. Hengitysteiden kompressio, 9. Kurkunpään dysfunktio, 10. Trakeostenosi ja 11. Kongenitaaliset viat. Näiden eri syiden aiheuttamat hätätilat esitellään hyvin ja perusteellisesti.

Koska tila ei salli niiden yksityiskohtaisempaa kuvausta, riittääköön näytteeksi kurkunpään dysfunktioita käsittelevä osa. ”Äänihuulten puuttuvaan abduktioon on tavallisimmin syynä bilateraali recurrenspareesi esim. struumaleikkauksen jälkeen. Muita syitä ovat perifeeriset neuriitit tai lähialueen malignoomat. Potilas voi levossa olla lähes oireeton, mutta rasituksessa henkeä ahdistaa. Infektio lisätekijänä voi johtaa intubaatio- tai trakeostomiatarpeeseen. (Varsinainen hoito pysyvissä tiloissa on toisen äänihuulen laterofiksaatio.) Lähinnä lapsilla tavattava laryngeaali tetania (laryngismus stridulus) voi johtua infektiosta, allergiasta, traumasta, tetanuksesta tai tetaniasta. Hoitona kielen vetäminen suusta, kylmää vettä kasvoille ja niskaan, happea, harvoin muuta. Adduktiolihasen spasmi voi olla liittyneenä keskushermostosairauksiin (MS, bulbaari paralyasia, tabes), tetanukseen ja vierasesineisiin. (Suora kurkunpään tähytys on tarpeen.) Spasmi laukeaa hapella ja/tai kurkunpään puudutuksella.”

Lopuksi Ruoppi esittelee lyhyesti ensiaputoimia ja katsoo, että ”käytettävissä oleva välineistö ja ensiavun antajan kokemus määräävät osaltaan hoitotoimenpiteiden laadun.” Kuitenkin hän pitää intubaatiota yleensä parempana ratkaisuna kuin hätätrakeostomiaa, johon kuitenkin on turvauduttava, jos kurkunpäättä ei saada näkyviin tai intubaatioputkea ei hengitysteiden ahtauden vuoksi saada paikoilleen.

Martti Hiltusen aiheena on ”Hukkuneen hoito”. Tilastojen mukaan 30 vuotta sitten Suomessa kuoli hukkumalla n. 500 henkilöä vuodessa (nykyisin alle 200). Luku jakautui melko tasaisesti eri ikäryhmien kesken, tosin lapsia oli suhteessa enemmän. Lasten ryhmässä huipun muodostivat alle 4-vuotiaat.

Hiltunen käsittelee ensin hukkumisen patofysiologiaa, sitten hoitoa, joka jakautuu hoitoon tahatumapaikalla ja hoitoon sairaalassa ja päättyy toteamaan: ”Jokainen hukkumistapaus on oma eri-

koistapauksensa ja hoito yksilöidään kliinisen kuvan ja laboratoriotutkimusten mukaan. Vaikkakin nopealla ja asiantuntevalla hoidolla voidaan lisätä pelastumismahdollisuuksia, on ennaltaehkäisevällä toiminnalla kuitenkin ensiarvoinen merkitys”.

Masumali Rajpar, Kuopiosta hänkin, kirjoittaa miten hoitaa potilasta, jolla on vaikea päähän kohdistunut vamma. Aivojen fysiologian ja patofysiologian ymmärtäminen on tarpeen, jotta voisi ymmärtää hoidon periaatteita, hän toteaa ja jatkaa kirjoittaen keskushermostonesteiden fysiologiasta, aivojen verenkierrosta ja sen säätelystä sekä aivoödeemasta. Ensihoitomenetelmät: intubaatio, infuusiot, verikaasuanalyysi ja laboratoriotutkimukset kuvataan luettelomaisesti. Potilaan kliinisen tarkkailun merkitystä korostetaan ja lopuksi seuraa lyhyt selostus suositeltavien lääkkeiden käytöstä.

Ruiskupumput tulevat

Lopuksi Matti A. K. Mattila käsittelee ”Lääkeaineiden tasaista jatkuvaa annostelua”. Hän toteaa aluksi, että ”optimaalisen lääkevaikutuksen saavuttaminen edellyttää riittävää lääkeainepitoisuutta lääkkeen vaikutuskohdassa” ja esittelee sitten pitoisuutta ohjaavia farmakokineettisiä tosiasioita. Sitten tarkastellaan perinteisempiä annostelutapoja, joissa lievästi vaikuttavien ja ”terapeuttisesti lievien” lääkkeiden annostelua infuusioliuoksiin on säädelty esim. rullasulkijalla tai tipanvalvontalaitteella. Lopuksi päädytään erittäin tarkan annostelun salliviin mikroprosessoriohjattuihin moderneihin ruiskupumppuihin, joita Mattila kertoo käyttäneensä jo noin kolmen vuoden ajan anestesioiden antoon. Hän katsoo menetelmän soveltuvan parhaiten lyhytvaikutteisiin, terapeuttiselta leveydeltä kapeisiin aineisiin, esim. sukkinyylikoliinin annosteluun.

Ohessa kuultaa suuri ihmetys muiden kollegojen vähäisestä innostuksesta tämän annostelumudon käyttöön anestesiologiassa ja tehohoidossa. (Näin jälkiviisautena voitaneen todeta myös Klaus Olkkolan suuret ansiot tällä alueella, kun hän ”Bonnin poikien” kanssa opiskeli ja kehitti tätä annostelumudoa.) Mattila päättääkin esityksensä seuraavaan suositukseen: ”Kokeilun aloittamiseksi tarvitaan vain hetki ajattelua lääkeannostelumme tavoitteista, hetkinen keskittymistä farmakokinetiikan perusilmiöihin, riittävät resurssit tarjoava ruiskupumppu ja hiven initiaalienergiaa luontaisen konservatiivisuutemme voittamiseksi”. □