

Iskiaskipuja ja synnytyanalgesiaa

Kivunhoitoa 1940-luvulta 1960-luvulle

1900-luvun puolivälissä kivunhoitoa käsittelevien kotimaisten julkaisujen määrä lisääntyi huomattavasti; vuosittain ilmestyi jo 20–30 artikkelia. Aihepiiri noudatteli edellisten vuosikymmenien mallia. Edelleen erilaiset iskiasta, diskusprolapseja tai selkäsairauksien hoitoa yleensä käsittelevät julkaisut olivat yleisimpiä. Synnytyanalgesiasta, jota aiemmin oli käsitelty kotimaisissa lääketieteen lehdissä varsin niukasti, ilmestyi useita julkaisuja. Myös päänsärky ja hartiakipujen hoito nousivat uusina aiheina pinnalle. Aikakauden julkaisujen perusteella näyttäisi siltä, että ryhdyttiin puhumaan haparoivien uusien hoitokäytäntöjen tai hoitolinjojen synnystä.

1900-luvun puolivälissä kivunhoidossa keskityttiin aiempien vuosikymmenten tapaan erilaisiin kirurgisiin tekniikoihin ja puudutuksiin lääkehoidon jäädessä vähemmälle huomiolle. Kirurgista menetelmistä kuvattiin erityisesti sympatektomia kausalgian^{1,2} ja amputaatiokipujen³ hoidossa. Myös trigeminusneuralgiaa hoidettiin edelleen kirurgisesti; julkaisussaan ”Trigeminusneuralgiasta ja sen hoidosta” T. Mäkelä ja T. Törmä esittivät alkukatsauksen jälkeen tulokset 86:sta SPR:n sairaalassa vuosina 1942–48 retrogas-serian neurotomialla eli ns. Spiller-Frazierin leikkauksella hoidetusta potilaasta.⁴ Komplikaatioina oli pareeseja, keratiitteja ja kaksi kuolemaa verenvuotoon.

Kiputilojen neurokirurgisen hoidon lisäksi myös kroonisen kivun fysiatrinen hoito näyttäisi aktivoituneen 1960-luvulla ainakin julkaisujen ”Fysikaalisen lääketieteen asema kuntouttamisessa”⁵, ”Kiputilojen fysikaalisesta hoidosta”⁶ sekä ”Fysikaalisen lääketieteen ja kuntoutuksen menetelmistä”⁷ valossa. Hypnoosia erilaisten kipujen hoidossa puolestaan käytti ainakin tuloksistaan

ahkerasti raportoinut C. Cedercreutz, joka kokeili hypnoosia niin ”fantomikipuun”^{8,9}, migreeniin¹⁰ kuin synnytyskipuihin¹¹.

Iskiaksen leikkausindikaatiot tarkentuvat

1940-luvulla selkäkipujen etiologia alkoi hahmottua, vaikka vuosikymmenen ensimmäinen iskiaskipuja käsittelevä julkaisu selittikin vielä kivut summaatioteorialla ja suositti hoidoksi vuodelepoa, diatermiaa ja B-vitamiinia.¹² Edelleen 1946 ilmestynyt ”Lumbago-ischias och ischämiska smärtor” katsoi elettävän epäselvyyden aikaa, ja artikkelissa todettiin että ”förbättring vid åstadskommen hyperemi kan konstateras”.¹³ Kuitenkin muissa 1940-luvulla ilmestyneissä julkaisuissa selkäkipujen etiologiana pidettiin jo diskusprolapsia.^{14–16} Näistä viimeisimpänä vuonna 1949 W. Waris selosti ansiokkaasti iskiaksen ”etiologiasotkun” historiaa artikkelissaan ”Iskiaskivuista ja selkävaiivoista”.¹⁶ Waris katsoi, että 1934 aloitetun kirurgisen hoidon tuloksena oli puolentoista vuosi-

kymmenen aikana päädytty ”vakiintuneeseen tilaan”.

1950-luvulla selkävaivoja käsittelevissä julkaisuissa ei enää pähkäilty iskiasvaivojen etiologian parissa vaan elettiin jo edellisellä vuosikymmenellä ennakoidussa vakiintuneessa tilassa. Varmimpana osoituksena tästä voidaan pitää 1954 ilmestynyttä G. af Björkestenin hienoa kehityshistoriallista katsausta iskiasvaivoista.¹⁷ 1950-luvun julkaisut keskittyvätkin etupäässä omien ja muiden, niin konservatiivisten kuin operatiivisten, hoitotulosten perusteella pohtimaan iskiaksen leikkausindikaatioita. Diskuskirurgiaa suositeltiin ”tarkoin harkituilla indikaatioilla”.¹⁸ Lievissä tapauksissa leikkausta ei suositeltu.¹⁹ Toistuvat kivut sen sijaan olivat leikkausindikaatio, jos ne oleellisesti heikensivät työkykyä.²⁰ Myös lihashalvaukset ja cauda equina vaativat leikkausta diagnoosin ollessa selvä.²⁰

A. von Hellensin julkaisussa ”Lumbaalisen juurikompression hoito epiduraalisilla hydrokortisoni-injektioilla” vuodelta 1962 oli 60 % potilasta saanut ”hyvän tuloksen ja näistä yli puolella oireet hävisivät täysin”.²¹ Muutoin von Hellens edusti vallalla olevaa hoitokäytäntöä, jonka mukaan operatiivinen hoito oli indisoitu vasta vaivojen pitkityessä. M. Iivanainen puolestaan esitti julkaisussaan ”Lumbaalisen diskusprolapsin aiheuttama äkillinen cauda-equina-oireyhtymä ja sen hoito ja ennuste” 15 potilasta, jotka paranivat täysin oireiden kestettyä alle neljä vuorokautta ennen leikkausta.²² Tulosten perusteella Iivanainen suositti päivystysleikkausta cauda equina -tilanteessa.

Selkäkipujen konservatiivista hoitoa käsiteltiin julkaisuissa niukasti. Toisaalta korostettiin selkäkipu- ja iskiaspotilaiden hoidossa 2–4 viikon absoluuttisen vuodelevon tärkeyttä^{23,24}, toisaalta taas lämpö- ja liikehoitoa sekä selän rentoutusta²⁵. 1960-luvulla julkaistiin myös M. Pasilan katsaus selkärangan manipulaatioista, jossa hän suositti manipulaatiokoulutuksen liittämistä ”lääkintävoimistelijain” koulutukseen.²⁶

Ilokaasua synnytyskipuihin

Lukuun ottamatta vuonna 1849 ilmestynyttä 22 painosivun mittaista julkaisua ”Några iakttagelser om Chloroformens bruk i Barnförlossningskonsten”²⁷ ja yksittäistä esitelmää ”Om kokainets användning inom obstetriken” vuodelta 1902²⁸, synnytysanalgesiaa käsitteleviä julkaisuja alkoi ilmettyä vasta 1940-luvulla.

Näistä ensimmäisenä, vuonna 1945, ilmesty-

nyt K.E.U. Jäämeren suositus obstetrisen analgesian käyttöön²⁹ vaikuttaa vielä tänäänkin varsin tuoreelta ja ajankohtaiselta; ainakin tarkasteltuna niiden tietojen valossa, joita esitettiin vuonna 2009 ilmestyneessä J. Ahosen työryhmän katsauksessa ”Typpioksiduuli synnytyskivun hoidossa”³⁰. Jäämeri suositti typpioksiduulia, jolla hänen mukaansa saatiin hyvä tulos 70 %:ssa, ja joka ”vain hyvin harvoissa tapauksissa on ollut täysin tehoton”. Muita anesteetteja tuli käyttää vain poikkeustapauksissa ”loppuhuumeukseen”. Puudutuksia Jäämeri piti ”arkityöhön soveltumattomina”, koska suoritus tuotti vaikeuksia ja tulokset olivat epäluotettavia – ymmärrettävä kannanotto ennen anesteziologien aikaa.

Lopuksi ansaitsee tulla lainatuksi päätösosa Jäämeren suosituksesta: ”Narkoosia ei ole sentähden tyrkyttävä kenellekään, joka ei sitä halua tai tarvitse, mutta toisaalta on pyrittävä siihen, ettei meidän aikamme äitien tarvitsisi odottaa synnytystä kuin vääjämätöntä tuskallista tuomiota, vaan että heillä on mahdollisuus saada kaikki se apu, minkä lääketieteen uusin kehitys voi heille antaa”.

Ilokaasun lisäksi synnytysanalgesiaan käytettiin niin hypnoosia kuin puudutuksiakin. Julkaisussaan ”Två fall av smärtfri förlossning i posthypnos” hypnoosia synnytyskivun hoidossa testannut Cedercreutz totesi kuitenkin, että hypnoosi ”antagligen kommer att förbli ett kuriosum” huolimatta menetelmän suosioista 1800-luvun lopulla.¹¹

1950 ilmestyneessä A. A. Päivärinteen kirjoituksessa puolestaan esiteltiin, käytännön ongelmiin pahemmin puuttumatta, erittäin optimistiseen sävyyn kaikki käytössä olevat mahdollisuudet opiaateista ja anesteeteista viidenlaisiin puudutuksiin.³¹ H. Zilliacus ja T. Putkonen puolestaan suosittivat ”VAM”in (vinesthene anaesthetic mixture) käyttöä synnytyksen loppuvaiheessa, koska anestesian ja analgesian huumaavan väli-tilan pitäisi parhaiten onnistua tällä inhalaatioanesteetilla.³² A. M. Saloheimo kirjoitti ”1960-luvun alusta taas suosiossa olevan” paraservikaalisen puudutuksen käytöstä, joka hänen mukaansa ”ei suinkaan ole yleispätevä, mutta hankalissa tilanteissa hyvä”.³³

Vuonna 1968 K. Soiva puolestaan päätti kirjoituksensa ”Kivuton synnytys” juhllallisella veto-omuksella: ”On ratkaistava missä määrin varoja käytetään sairaiden parantamiseen ja missä määrin pyritään länsimaisessa yhteiskunnassa hyväksyttävään ihmisen oikeuteen saada syntyä vaurioitumattomana ja naisen etuoikeuteen synnyttää pe-lotta ja ilman vaurioitumisen vaaraa”.³⁴

Migreeni ja hartiakivut

1900-luvun puolivälin tienoilla myös päänsärky ja hartiakivut alkoivat saada huomiota kipua käsittelevissä julkaisuissa. E. Hokkasen artikkelissa ”Migreeni ja sen hoito” ergotamiinin ja profylaksian ohella korostettiin psyykkisten tekijöiden merkitystä hoidossa.³⁵ Hokkanen julkaisi myös artikkelin ”Päänsärky”, jossa varsin modernisti todettiin vaivan olevan usein ”monietiologinen, joita kutakin on pyrittävä hoitamaan”.³⁶

Myös hartiakivujen suhteen etiologian katsottiin olevan moninainen. G. af Björkestenin perusteellisen katsauksen eräänä tärkeänä sanomana oli toteamus: ”I ischiasgenesen spelar ju numera diskbråcken en fullständigt dominerande roll, medan brachialgins grundorsaker äro mera skiftande”.³⁷ K Vainio puolestaan jaotteli kiputilat neljään ryhmään: paikallisiin, hermoperäisiin, reflektorisiin ja psykogeenisiin.³⁸ Hoidot olivat etiologian mukai-

sia, esimerkiksi sympatolyysi, puudutukset ja neurokirurgiset toimenpiteet. Myös olkanivelkipujen hoidon katsottiin olevan usein symptomaattista sisältäen mm. lämpöhoitoa, jäykistymisen estoa, särky-lääkkeitä, röntgenhoitoa ja kirurgista hoitoa.³⁹

Metadonia...

Varsinaisia kipulääkkeiden käyttöä käsitteleviä julkaisuja ilmestyi vielä 1900-luvun puolivälissä harvakseltaan. F. Rejman ja T. Mattson kokeilivat Doleronia® postoperatiivisessa kivussa⁴⁰, ja ”Katsauksessaan euforisoiviin analgeetteihin” M. Mattila ja T. Tammisto päätyivät suosittamaan metadonia ”blokaadeja kuitenkin unohtamatta” kroonisten kipujen hoitoon⁴¹. Lisäksi Mattila julkaisi erinomaisen yleiskatsauksen ”Kipu”⁴², joskaan siinä ei vielä mainittu mitään modernista monialaisesta kivunhoidosta, jonka merkittävä perustaja Suomessa hänestä oli tuleva.

KOMMENTTI

Täytyykö vielä 2010-luvullakin kivulla synnyttää? Ilokaasua ensihätään?

Ilokaasun käyttöön otosta obstetriikassa on kulunut reilut 120 vuotta (Klikowitsch 1881), joten kliinisessä työssä anestesiologeilla on siitä pitkä käyttökokemus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastojen mukaan vuonna 2008 Suomessa synnytti 59 530 naista ja yli 90 % käytti jotain lääkkeellistä kivunhoitoa. Puolet synnyttäjistämme hengitti ilokaasua ainakin jossakin määrin synnytyksen avautumisvaiheen aikana, mutta suurin osa turvautui tehokkaampiin kivunhoitomenetelmiin kivun lisääntyessä ja/tai synnytyksen komplisoitua, jos tehokkaita hoitoja so. anestesiapalveluja oli saatavilla.

Tutkitusti selkäpuudutuksilla saadaan voimakas synnytyskipu hallintaan. Vuonna 2008 yhdessä yliopistosairaalassa lähes 70 % synnyttäjistä oli saanut epiduraalianalgesian, kun taas eräässä aluesairaalassa epiduraalia oli käytetty vain 16 % synnytyksistä. Kysymys tuskin on synnyttäjämateriaalin erilaisuudesta vaan lähinnä anestesiapalvelujen saatavuuden eroista.

Ilokaasu hapen kanssa, synnyttäjän itsensä kasvonaamarilla annostelemana supistusten aikana, on tutkitusti turvallista käyttää. Käytön jälkeen ilokaasu eliminoituu nopeasti eikä haitallisia vauvavai-

kutuksia ole kuvattu. Osa synnyttäjistä pärjääkin ja hallitsee kipunsa ilokaasulla. Tosin ilmeisesti on kysymys valikoidusta synnyttäjärühmästä eli terveistä synnyttäjistä, joilla on komplisoitumaton (ns. helppo) synnytys, ja tehokkaampaa hoitoa ei tarvita, ei ole saatavilla tai ei ehditä edes antaa.

Itsekin olen osallistunut kokeelliseen ilokaasututkimukseen, jonka obstetriseen analgesiaan perehtynyt tohtori Petri Volmanen oli suunnitellut. Joukko anestesiologeja hengitti ensin reilun minuutin ajan 65 % ilokaasua tiiviin maskin kautta. Sitteen aloitettiin kipualtistus eli käsi laitettiin jäävesiämpäriin ja jatkoimme ilokaasuhengitystä vielä reilun minuutin ajan käsi ämpäriin. Tuloksista: yksi anestesiologeista menetti pian tajuntansa, toinen alkoi nauraa kihertää ja iloinen nauru jatkui reilusti yli koeajan (oli muuten norjalainen kollega!). Itse koin hyvin epämiellyttävän, sentraalisen vaikutuksen: epätodellinen, lähes kaoottinen olo ja kipu tuntui edelleen kädessä (VAS oli 10), mutta ”ei se niin hirveästi haitannut”. Pari muuta koeryhmäläistä ei osannut kommentoida minkäänlaista ilokaasuvaikutusta. Eli näinkin pieni koe todisti henkilöiden yksilöllisiä eroja.

Hoitavina lääkäreinä meidän tulisikin aina huomioida potilaiden erilaisuus ja ”räätälöidä” hoito kunkin tarpeiden mukaan. Vuonna 2010 toivon, että synnyttäjilläänkin olisi jo oikeus asialliseen, laadukkaaseen kivun hoitoon.

*Pirjo Ranta, LT, erikoislääkäri,
Oulun yliopistollinen sairaala, pirjo.ranta[a]ppshp.fi*

...ja puudutuksia kiputilojen hoitoon

1950-luvulla alettiin käyttää lisääntyvässä määrin myös puudutuksia erityisesti kroonisten kipujen hoitoon. P. Castrén julkaisi ”Kirurgisten kiputilojen polikliinisestä novokaiinihoidosta”⁴³, K.O. Kettunen ”Pitkävaikutteisten puudutusaineiden aiheuttamista komplikaatioista”⁴⁴, ja R. Heikinheimo ”Yläruumiin pehmytosien kiputiloista (fibrosiiteista) ja niiden hoidosta puudutuksella”⁴⁵. Näiden julkaisujen voidaan siinä mielessä katsoa ”ennakoivan uusia tuulia”, että juuri tämänkaltaisilla – yksinään käytettyinä usein riittämättömillä – hoitomenetelmillä anestesiologitkin lähitulevaisuudessa aloittivat toimintansa kiputilojen modernin monialaisen hoidon pioneereina maassamme.

”Anestesiologisväritteisinä historioitsijoina” emme malta lopulta olla ihmettelemättä, ettei 1970-luvun kynnyksellä Duodecim-lehden ”Syöpäsymposiumissa” (4/1960) eikä liioin ”Anestesiasympoosiumissa” (21/1960) ollut ainoatakaan artikkelia kivusta tai sen hoidosta. Tämä näyttäisi kuitenkin olevan sopusoinnussa sen kanssa, että V.P. Savolaisen vuoden 1967 tilannekatsauksessa ”Anestesiologian asema nykylääketieteessä” ei liioin mainita – leikkauskipuja lukuun ottamatta – kivuista mitään.⁴⁶ □

Viitteet

- Lindström LJ. Ett fall av kausalgi i övre extremiteten behandlat med gangliektomi. Fin Lak Sallsk Handl 1941; LXXXIV: 3483–3486.
- Heiskanen O. Yläraajan hermoperäiset kiputilat. Suom Lääkäril 1968; 23: 1895–1897.
- Utdrag ur protokollet förddt den 29. November 1945. Fin Lak Sallsk Handl 1946; LXXXIX: 1219.
- Mäkelä T, Törmä T. Trigeminusneuralgiasta ja sen hoidosta. Duodecim 1949; 65: 408–412.
- Tawast-Rancken S. Fysikaalisen lääketieteen asema kuntoutuksessa. Suom Lääkäril 1965; 20: 379–382.
- Valtonen EJ. Kiputilojen fysikaalisesta hoidosta. Suom Lääkäril 1967; 22: 1880–1887.
- Valtonen EJ. Fysikaalisen lääketieteen ja kuntoutuksen menetelmistä. Suom Lääkäril 1968; 23: 1148–1152.
- Cedercreutz C. Om hypnosens och dess användning i terapin. Fin Lak Sallsk Handl 1949; XCII: 282–283.
- Cedercreutz C. Hypnosbehandling av amputerades fantomsensationer. Fin Lak Sallsk Handl 1952; XCV: 170–175.
- Cedercreutz C. Migrän hos kvinnor. Fin Lak Sallsk Handl 1964; CVIII: 226–229.
- Cedercreutz C. Två fall av smärtfri förlösning i posthypnos. Suom Lääkäril 1949; 4: 475–480.
- Hortling H. Iakttagelser över krigsischias. Fin Lak Sallsk Handl 1941; LXXXIV: 658–659.
- Perret L. Lumbago – ischias och ischämiska smärtor. Suom Lääkäril 1946; 1: 231–237.
- Utdrag ur protokollet förddt den 2. Maj 1947. Fin Lak Sallsk Handl 1947; XC: 2497.
- Snellman A. Selkärangan lanneosassa tavattavan diskusprolapsin synnystä ja sen aiheuttaman taudintilan korvattavuudesta. Duodecim 1944; 60: 231–254.
- Waris W. Iskiaskivuista ja selkävaivoista. Duodecim 1949; 65: 137–141.
- af Björkesten G. Kirurgiska synpunkter på lumbala diskbräck. Fin Lak Sallsk Handl 1954; XCVII: 159–190.
- Kallio KE. Viime vuosien kokemuksia selkäkipu- ja iskiaskysymyksessä. Duodecim 1955; 71: 1–16.
- Korhonen A, Niemi P. Leikattujen ja leikkaamattomien prolapsus disci intervertebralis lumbalis – potilaiden oireista ja jälkitiloista. Duodecim 1952; 68: 328–334.
- Waris W. Milloin on syytä iskiaskivun leikkaushoitoon. Duodecim 1950; 66; 772–780.
- von Hellens A. Lumbaalisen juurikompression hoito epiduraalisilla hydrokortisoni-injektioilla. Duodecim 1962; 78: 28–31.
- liivanainen M. Lumbaalisen diskusprolapsin aiheuttama äkillinen cauda equina -oireyhtymä ja sen hoito ja ennuste. Duodecim 1965; 81: 960–964.
- Kivilaakso R. Selän kiputiloista. Suom Lääkäril 1954; 9: 1113–1119.
- Lindholm RV, Puranen J. Selkäkipu- ja iskiaspotilas. Suom Lääkäril 1969; 24: 2500–2504.
- Tawast-Rancken S. Kipuselän fysikaalinen hoito. Suom Lääkäril 1959; 14: 499–510.
- Pasila M. Selkärangan manipulaatioista. Suom Lääkäril 1966; 21: 103–106.
- von Haartman CFG. Några iakttagelser om Chloroformens bruk i Barnförlösningkonsten. Fin Lak Sallsk Handl 1849; IV: 11–32.
- Utdrag ur protokollet förda den 8. och 22. Februari 1902. Fin Lak Sallsk Handl 1902; XLIV: 480–511.
- Jäämeri KEU. Obstetrisesta analgesiasta. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 1945; 5: 232–237.
- Ahonen J, Tarvonen M, Sainio S. Typpioksiduuli synnytyskipun hoidossa. Duodecim 2009; 125: 1060–1068.
- Päivärintne AA. Synnytyskipujen lievittämisestä. Suom Lääkäril 1950; 5: 431–434.
- Zilliacus H, Putkonen T. VAM(vinesthene anaesthetic mixture) synnytyksen loppuvaiheessa. Suom Lääkäril 1952; 7: 573–576.
- Salohelimo AM. Paraservikaalinen puudutus synnytyksessä. Suom Lääkäril 1968; 23: 3166–3167.
- Soiva K. Kivuton synnytys. Duodecim 1968; 84: 241–242.
- Hokkanen E. Migreeni ja sen hoito. Suom Lääkäril 1967; 22: 1433–1438.
- Hokkanen E. Päänsärky. Suom Lääkäril 1969; 24: 2185–2190.
- af Björkesten G. Om brachialgier. Fin Lak Sallsk Handl 1952; XCV: 131–145.
- Vainio K. Olkaseudun kiputiloista. Suom Lääkäril 1953; 8: 729–737.
- Pasila M. Olkanivelkipujen diagnostiikasta ja hoidosta. Suom Lääkäril 1962; 17: 1179–1188.
- Rejman F, Mattson T. Doloron® postoperatiivisissa kivuissa. Duodecim 1967; 83: 1427–1434.
- Mattila M, Tammisto T. Katsaus euforisoiviin analgeetteihin. Suom Lääkäril 1966; 21: 1749–1754.
- Mattila M. Kipu. Duodecim 1963; 79: 101–103.
- Castrén P. Kirurgisten kiputilojen polikliinisestä novokaiinihoidosta. Suom Lääkäril 1952; 7: 565–572.
- Kettunen KO. Pitkävaikutteisten puudutusaineiden aiheuttamista komplikaatioista. Duodecim 1957; 73: 87–89.
- Heikinheimo R. Yläruumiin pehmytosien kiputiloista (fibrosiiteista) ja niiden hoidosta paikallispuudutuksella. Duodecim 1958; 74: 718–733.
- Savolainen VP. Anestesiologian asema nykylääketieteessä. Suom Lääkäril 1967; 22: 28–32.