



Vielä epiduraalipuudutuksesta ja tromboosiprofylaksista

Dosentti Vesa Kontisen ja dosentti Katri Hamusen katsaus (1) leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon antaa aiheen muutama kommentti.

Kirjoittajat toteavat, että ”kes-toepiduraalipuudutus laimean puudutusaineliuksen ja opioidin seoksella on edelleen tehokkain leikkauksen jälkeisen kivun hoitomuoto erityisesti vartalon alueen suurissa leikkauksissa (2), mutta tromboosiprofylaksin laajentunut käyttö vaikeuttaa sen hyödyntämistä monilla potilailla, ja menetelmän tehokin on kyseenalaistettu (3)”.

On totta, että tromboosiprofylaksiin on kiinnitetty lisääntyvää huomiota viime vuosina. Sen käyttö on lisääntynyt, ja on tullut uusia hyyttymiseen vaikuttavia lääkkeitä. Tällöin on tärkeää noudattaa kansallisesti ja kansainvälisesti sovittuja oh-

jeita profylaksin toteutuksesta ja tarpeellisista varaojoista (4, 5). Kun näitä varomääräyksiä noudatetaan, epiduraaliset verenvuotokomplikaatiot ovat varsin harvinaisia (5). Vartalon alueen suuret leikkaukset (esim. torakotomiat ja laajat laparotomiat), ovat pääosin elektiivisiä leikkauksia, jolloin tromboosiprofylaksi voidaan suunnitella niin, että neuraalisia puudutuksia on useimmiten mahdollista käyttää.

Artikkelissaan “Epidural technique for postoperative pain, gold standard no more?” (3) Narinder Rawal painottaa, että sen sijaan, että noudattaisimme traditiota, meidän on huolellisesti auditoitava menetelmiämme ja tuloksiamme. Hänen mukaansa epiduraali on kivunlievityskäytännön erinomainen, mutta se ei saisi olla rutiininomainen toimenpide, jos riski-hyötyanalyysiä ei ole tehty. Viime vuosina on kehitetty epiduraalipuudutusta vähemmän invasiivisia menetelmiä, joiden käyttö vaihtoehtoisena menetelmänä olisi tärkeä punnita erityisesti vähemmän laajoissa leikkauksissa.

Torakaalinen epiduraalipuudutus on tekninen, hyvää taitoa ja harjaantuneisuutta vaativa menetelmä, jonka teho on oikein käytettynä erittäin hyvä (2, 3, 6, 7). Jos taito ei riitä ja esimerkiksi katetri on sijoitettu väärään paikkaan, ei epiduraalista tietenkään ole hyötyä.

Suuret vartaloon kohdistuvat leikkaukset on kuitenkin Suomessa enenevässä määrin keskitetty, jolloin näitä potilaita päivittäin hoitaville anestesiologeille kehittyy hyvä tekninen taito, ja tulokset ovat siksi hyvät. ■

TIMO SALOMÄKI, dosentti, osastonylilääkäri
OYS, anestesiologian ja tehohoidon klinikka

KIRJALLISUUTTA

1. Kontinen V, Hamunen K. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. *Duodecim* 2015; 131:1921–8.
2. Manion SC, Brennan TJ. Thoracic epidural analgesia and acute pain management. *Anesthesiology* 2011;115:181–8.
3. Rawal N. Epidural technique for postoperative pain: gold standard no more? *Reg Anesth Pain Med* 2012;37:310–7.
4. Breivik H, Bang U, Jalonen J, Vigfusson G, Alahuhta S, Lagerkranser M. Nordic guidelines for neuraxial blocks in disturbed haemostasis from the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010;54:16–41.
5. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC, ym. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). *Reg Anesth Pain Med* 2010;35:64–101.
6. Salomäki TE, Laitinen JO, Nuutinen LS. A randomized double-blind comparison of epidural versus intravenous fentanyl infusion for analgesia after thoracotomy. *Anesthesiology* 1991;75:790–5.
7. Salomäki TE, Leppäluoto J, Laitinen JO, Vuolteenaho O, Nuutinen LS. Epidural versus intravenous fentanyl for reducing hormonal, metabolic, and physiologic responses after thoracotomy. *Anesthesiology* 1993;79:672–9.