

Työssä | ilman ajanvarausta

TOIMITTANEET: JANNE KEKKI, VESA LUND, MARKUS LYYRA, TEEMU ELOMAA, EIJA VAULA

MARKUS LYYRA
erikoislääkäri,
ensihoitotieteiden
erityispätevyys
HUS

Ikämiehellä taas poissaolo-kohtaus

Seitsemissäkymmenissä olevalla miehellä oli toistuvia poissaolo-kohtauksia. Huolestunut vaimo soitti hätäkeskukseen.

Miehelle oli muutama vuosi aiemmin asennettu biologinen tekoläppä aorttaläppäahtauman vuoksi. Samalla hänelle oli tehty yhden sepelvaltimon ohitusleikkaus laskimosiirteellä.

Miehellä oli metabolinen oireyhtymä, ja hän oli tupakoinut aikaisemmin. Alkoholin käyttöä hän oli vähentänyt viime vuosina.

Flunssa jälkitauteineen oli vaivannut jo pari, kolme kuukautta. Viimeksi kuluneen viikon aikana vointi oli huonontunut jatkuvasti.

Kotimittauksissa verenpaineet olivat olleet alakantissa. Kun miehelle lopulta alkoi ilmaantua poissaolo-kohtauksia, vaimo päätti soittaa ensihoidon arvioimaan tilannetta. Hätäkeskus välitti tehtävän perustason ensihoitoyksikölle: yleistilan heikkeneminen, ei-kiireellinen ensihoidotehtävä.

Miehelle oli asennettu biologinen tekoläppä aorttaläppäahtauman vuoksi.

Ensihoitoyksikkö oli potilaan luona tunnin kuluttua hätäpuhelun alusta. Potilas oli tavattaessa voipunut mutta asiallinen ja orientoitunut. Kesken perustutkimusten hän sai poissaolo-kohtauksen ja kouristi hetkellisesti. Samanaikaisessa rytminseurannassa monitorilla näkyi asystolelta näyttävä rytmi.

Sydän käynnistyi itsestään jälleen verta kiertävään rytmiiin. Ensihoitoyksikkö teki lisähälytyksen, ja paikalle hälytettiin ensihoidon kenttäjohtaja. Samalla soitettiin konsultaatiopuhelu ensihoitotähtäjäille.

Atropiini ei auttanut

Konsultaation perusteella potilaalle määrättiin annettavaksi atropiinia suoneen 0,5 mg:n erissä, ja ensihoitoyksikköä kehoitettiin varautumaan sydämen ulkoiseen tahdistukseen.

Koska atropiini ei vaikuttanut sydämen rytmiiin, potilaalle aloitettiin ulkoinen tahdistus. Sen aiheuttamaan kipuun hän sai esketamiinia. Lääkityksen aiheuttaman levottomuuden vuoksi potilaalle annettiin myös midatsolaamia, jonka avulla hän rauhoittui ja sietä tahdistuksen hyvin.

Tahdistin asetettiin demand-moodiin, sykkeen alarajaksi ohjelmoitiin 80/minuutti, ja tahdistimen teholla 80 mA kaikki sähköiset kompleksit tuottivat palpoitavan sykeaallon.

Lääkäriyksikön saapuessa paikalle mies oli oloonsa tyytyväinen, mutta asystolia ilmaantui yhä noin minuutin välein. EKG:ssä nähtiin harvakseltaan esiintyviä P-aaltoja, jotka eivät johtuneet kammioihin (kuva 1). Niiden aikana tahdistin hoiti tehtävänsä ja tahdistus nähtiin potilaan ylävartalon nykimisenä. Kipua tai epämu-kavuutta hän ei kuitenkaan enää tuntenut vaan kuvasi vointinsa mainioksi.

Potilaan muut peruselintoiminnot olivat viitearvojen rajoissa, joten hänet vietiin sairaalaan. Lyhyt matka sujui hyvin. Sairaalassa ulkoinen tahdistus sen sijaan toimi epävarmemmin, ja miehelle asennettiin väliaikainen bipolaaritahdistin vena jugulariksen kautta ongelmitta.

Myöhemmin otetussa EKG:ssa nähtiin sairaa sinuksen oireyhtymä sekä trifaskikulaa-riblokki eli kolmen johtoradan samanaikainen toimintahäiriö. Sydämen johtumishäiriöiden taustalla ajateltiin olevan degeneraatio ja aiempi aorttaläppäkirurginen toimenpide. Yleistynyt tulehdustila oli ilmeisesti lähtöisin virtsateistä. Potilaalle päätettiin myöhemmin asentaa pysyvä tahdistin.

Hidaslyöntisyyden hoito

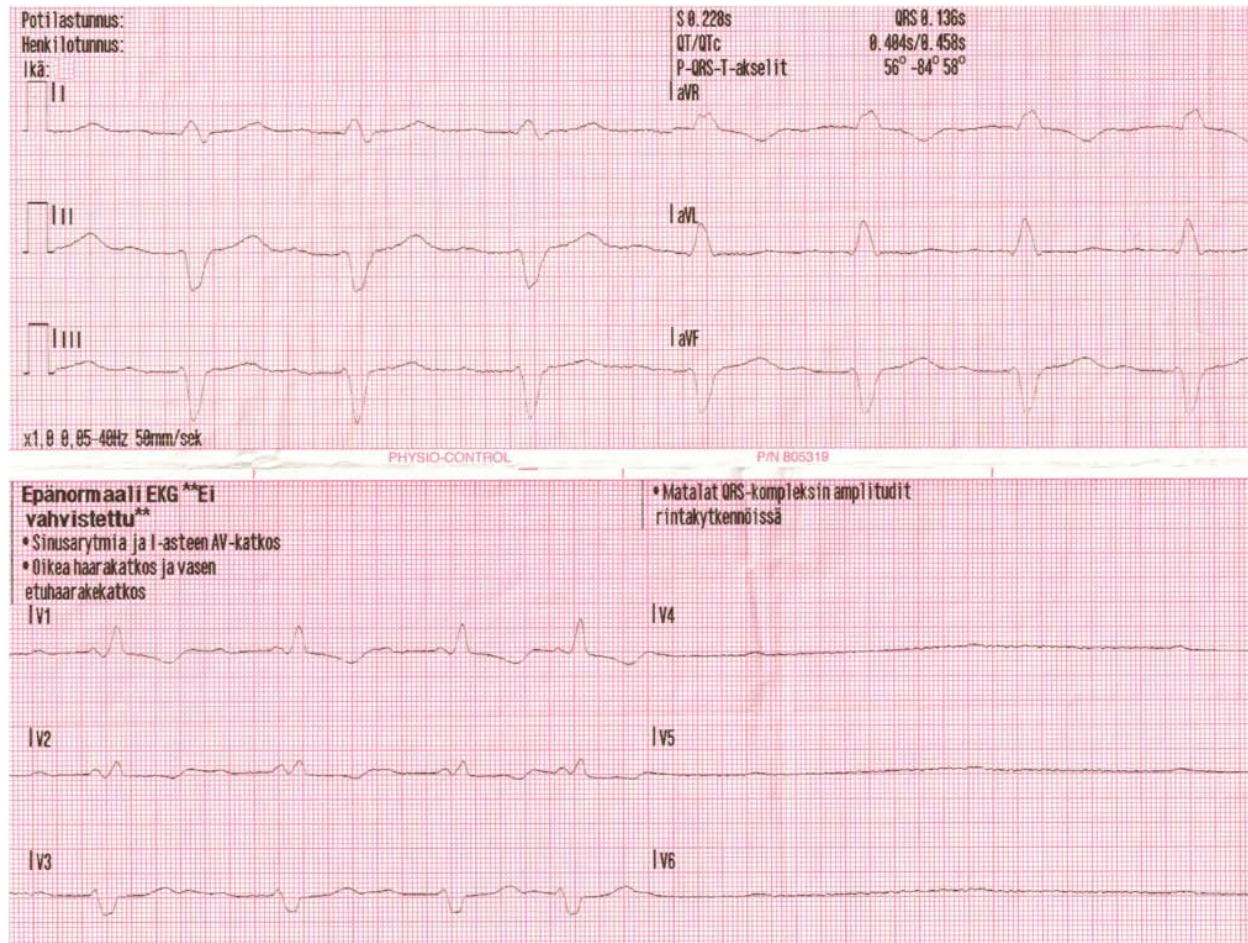
Oireisen hidasleyöntisyyden hoito aloitetaan atropiinilla 0,5 mg:n erissä 3,0 mg:aan saakka suonensisäisesti tai luunsisäistä reittiä. Jos atropiinilla ei saavuteta riittävää vastetta, aloitetaan kehonulkoisen sydämen tahdistus.

Tahdistus on kivuliasta, joten potilaalle pitää antaa kipulääkettä tai hänet täytyy rauhoittaa

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

KUVA 1.

EKG ensihoidon aikana.



AIHEESEEN LIITTYVÄÄ KIRJALLISUUTTA

1 ERC Guidelines 2015. <https://cprguidelines.eu/>

toimenpidettä varten. Tahdistimen tehoa suurennetaan asteittain, kunnes jokaista monitorilla näkyvää tahdistinpiikkiä seuraa QRS-kompleksi. Tarvittaessa tehoa suurennetaan vielä niin, että jokainen monitorilla näkyvä kompleksi aiheuttaa myös sydänlihaksen supistumisen. Tämä todetaan palpoimalla potilaan pulssia.

Tahdistimien toiminnassa ja käyttölogiikassa on jonkin verran laitekohtaista eroa. Oman toi-

mipaikan monitoimidefibrillaattoriin pitää tutustua jo ennalta. Sydämen ulkoinen tahdistus onnistunee kiireisessä tilanteessa vain harvoin ilman edeltävää harjoittelua. ●