

<https://helda.helsinki.fi>

Parinkymmenen vuoden päänsärky - osa 1

Suomela, Jarkko

2019

Suomela , J & Artto , V 2019 , ' Parinkymmenen vuoden päänsärky - osa 1 ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 74 , Nro 17 , Sivut 1057 . <
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL172019-1054.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/315627>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Eteisvärinän kryoablaatio on turvallisesti toteutettavissa keskussairaalassa

Eteisvärinän kryoablaatiohoito on yksinkertaisesti toteutettavissa myös keskussairaalan varustetasolla. Toimenpiteiden aloittaminen Vaasan keskussairaalassa on vastannut tarkoitustaan ja vähentänyt merkittävästi yliopistoklinikoiden kuormitusta.

Eteisvärinää luonnehditaan nykyään suorastaan epidemiaksi. Sen lisääntyminen liittyy väestön vanhenemiseen, sydänsairauksiin ja niiden riskitekijöihin sekä uniapneaan (1). Sen vakavin komplikaatio ovat vasemmasta eteisestä lähtevät emboliat, jotka aiheuttavat laaja-alaisia aivoinfarkteja. Eteisvärinään liittyvä vasemman kammion kuormitus voi johtaa vaikeaan astaiseen sydämen vajaatoimintaan erityisesti nopean kammiovasteen yhteydessä (2).

Useat potilaat kokevat eteisvärinän oireet hankaliksi, jopa sietämättömiksi. Hoidon tavoitteet ovat vakavien komplikaatioiden ehkäisy ja elämänlaadun parantaminen. Niihin voidaan pyrkiä lääkkeitä tai katetriablaatiohoitoon.

Ablaatiossa keuhkolaskimot eristetään sähköisesti vasemmasta eteisestä, jolloin niistä lähtevät lisälyönnit eivät pääse provosoimaan eteisvärinää vasemmassa eteisessä. Se on tutkimuksissa vaikuttanut lääkehoitoa tehokkaamalta, joskin tulosten arviointi on ollut hankalaa, sillä potilaita siirtyy usein lääkehoitoryhmästä ablaatiohoitoon (3,4).

Nykyinen Käypä hoito -suositus (6) hyväksyy ablaatiohoidon primaaritoimenpiteeksi kohtauksellisessa eteisvärinässä, jos potilas näin haluaa. Ablaatioita tehdään kuitenkin Suomessa vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja niitä pitäisi lisätä.

Vaasan keskussairaalassa aloitettiin vuonna 2016 eteisvärinän ablaatiohoidot kryotekniikalla. Tulokset ovat olleet lupaavat ja vakavilta komplikaatioilta on välttytty.

Kryoablaation toteutus

Aiemmin laajassa käytössä olleen radioaaltajuuksenergiasta hyödyntävän ablaation rinnalle kehitetyssä kryoablaatiossa keuhkolaskimoiden eristys tehdään keuhkolaskimoiden ostiumien jäädytyksellä. Menetelmät ovat teholtaan samaa luokkaa (5).

Kryoablaatiossa johdetaan rekisteröivät elektrokatetreitit reisilaskimoteitse sepelpoukamaan (sinus coronarius) vasemman eteisen rajaamiseksi ja eteiskammiojohtumista rekisteröivä katetri Hisin kimpun alueelle, joka paikallistaa myös proksimaalisen aortan. Vaasan keskussairaalassa keuhkolaskimoiden eristämiseen on käytössä Medtronicin laitteisto, joka käsittää jäähdytysgeneraattorin, keuhkolaskimoiden kanyloinnin tukena ohjattavan sisäänviejän, jäähdytettävän laajennettavan kryopallokateettrin ja kartoituskateettrin.

Ohjattava sisäänviejä johdetaan oikeasta eteisestä vasempaan eteiseen. Ennen varsinaisen toimenpidetekatetrin viemistä keuhkolaskimoihin, keuhkolaskimot kuvataan atraumaattisella katetrilla. Tämän jälkeen keuhkolaskimoiden suulle johdetaan vuoron perään laajeneva kryopallokateetri kartoituskateettrin avulla. Kryopallokateettrin kautta ruiskutetaan varjoainetta pallon ollessa laajentuneena. Paikalleen jäävä varjoainepatas osoittaa, että keuhkolaskimo on kryopallon tukkima (kuva 1), jolloin tehdään jäädytys.

Oikean puolen keuhkolaskimoita eristettäessä tahdistetaan palleaa hermottavaa nervus phrenicusta solislaskimosta sinus coronarius -katetrilla. Palleatahdistuksella seurataan mahdollisesti kehittyvää hermovauriota jäädytyksen aikana, koska

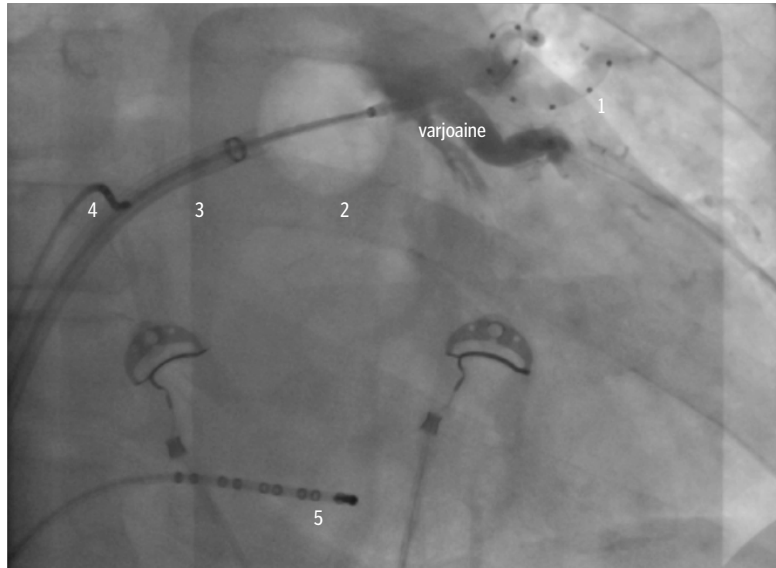
hermo kulkee lähellä kryopalloa. Keuhkolaskimoiden sähköinen aktivaatio rekisteröidään signaaleina kartoituskateettrin kärjessä olevilla elektrodeille. Näitä signaaleja ja niiden häviämistä rekisteröidään jäähdytyksen aikana (kuva 2). Lisäksi jokaisen keuhkolaskimoeristuksen yhteydessä lämpötilavaste kirjataan; tavoitteena on alle -40 astetta.

Ablaatioita tehdään Suomessa vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa.

KUVA 1.

Kryopallo keuhkolaskimossa

Röntgenkuvassa nähdään varjoainein seisovan patsaana vasemmassa yläkeuhkolaskimossa, kun laajennettu kryopallo on tukkinut keuhkolaskimopaluun. 1 = kartoituskatetri, 2 = kryopallo, 3 = ohjattava sisäänviejä 4 = Hisin katetri, 5 = katetri sinus coronariuksessa.



KUVA 2.

Signaalin katoaminen keuhkolaskimon eristyksen seurauksena eteisvärinän aikana

1 = EKG-rekisteröinti, 2 = palleatahdistusstimulukset, 3 ja 4 = keuhkolaskimosignaalit potilaan ollessa eteisvärinässä.



Alustavat tulokset lupaavia

Vaasan keskussairaalassa noudatetaan Käypä hoito -suositusten mukaista potilasvalintaa (6). Potilaiden oireet luokitellaan EHRA-luokituksen mukaisesti (7), ja vaikeusasteet 3 ja 4 edellyttävät oireiden lievitystä. Yleensä potilailla on ollut rytmihäiriölääkitys ennen päätöstä keuhkolaskimoiden eristämisestä.

Toistaiseksi ablaatioon on valittu 92 potilasta ja toimenpide on onnistuttu tekemään 91:lle. Potilaiden keski-ikä on 62,9 vuotta, ja heistä 58 % on miehiä. Kahdelle potilaalle kryoablaatio on uusittu. Kolmen potilaan oikean alakeuhkolaskimon eristys ei onnistunut alkuvaiheen hankaluuksien vuoksi.

Puhtaasti kohtauksellista eteisvärinää sairasti 88 (96 %) potilasta, persistoivaksi tulkittua 3 ja pitkäkestoista 1 potilas. Eteisvärinän lisäksi 15 potilaalla (17 %) oli rakenteellinen sydänvika (sepelvaltimotauti, kompensaatiossa oleva vajaa toiminta tai läppävika).

Kolmen kuukauden seurannassa on käynyt 89 potilasta ja vuoden seurannassa 49 potilasta. Tarkastelimme hoitotuloksia potilaskertomusten esitietoihin perustuissa ryhmissä.

Ryhmän 1 potilailla oli tiheästi esiintyvä ja toistuvasti rekisteröity kohtauksellinen eteisvärinä (EKG-nauhoitus tai tahdistinrekisteri). Potilaita oli kaikkiaan 26 potilasta (29 %) ja heistä 15 reagoi hoitoon erittäin suotuisasti ja 7 koki oireiden lievittyneen. Myös nauhoituskontrollit ja tahdistimen rekisteröinnit puolsivat näitä havaintoja

Ryhmässä 2 potilailla oli tiheään toistuvia päivystyskäyntejä, jolloin eteisvärinä myös dokumentoitiin. Ryhmän 44 potilaasta (48 %) oireettomiksi tunsu seurannassa 21 eli noin puolet, ja 15 koki oireiden helpottuneen. Päivystyskäyntien väheneminen tuki tätä.

Ryhmässä 3 potilailla oli aikaisemmin dokumentoitu eteisvärinä ja anamnestisesti hankalaoireinen rytmihäiriö. Nämä 21 potilasta (23 %) ovat vaikeimmin arvioitavissa. Heistä 6 tunsu itsensä oireettomiksi ja 6 katsoi voivansa selvästi paremmin kuin ennen toimenpidettä.

Toimenpiteestä katsottiin hyötynneen 70 potilaan (77 %), kun taas 19 potilasta (21 %) ei kokenut voinnissaan muutosta toimenpiteen jälkeen. Kahdesta potilaasta tiedot puuttuvat.

Ei vakavia komplikaatioita

Kahden potilaan toimenpide jouduttiin keskeyttämään. Ensimmäisellä potilaalla transseptaalipunktion lokalisaatiota ohuella angioplastiakaralla varmistettaessa nähtiin karan ohjautuvan ylös aorttaan. Toimenpide lopetettiin ilman jälkiseuraamuksia. Myöhemmin potilaalle tehtiin onnistunut ablaatio TYKS:ssa. Toinen potilas sai bronkusobstruktion oikeaa alakeuhkolaskimoa eristettäessä. Obstruktio laukesi lääkityksellä.

Hankalaoireiselle dialyysipotilaalle kehittyi anemisoiva nivusvuoto. Tämä rauhoittui kompressiolla ja verensiirtoin. Potilas on kokenut itsensä myöhemmin oireettomaksi eikä aikaisemmin päivittäisiä eteisvärinöitä ole enää todettu.

Kolmelle potilaalle kehittyi ohimenevä palleahermohalvaus. Nämä korjautuivat spontaanisti. Yhdelle potilaalle kehittyi ohimenevä perikardiaaliefuusio. Aivoverenkiertohäiriöitä tai sydäntamponaatioita ei todettu.

Helpotusta yliopistoklinikoiden kuormitukseen

Eteisvärinän kryoablaatiohoito on yksinkertaisesti toteutettavissa. Vaasan kes-

kussairaalassa aloitettu hoito on vastannut tarkoitustaan ja vähentää merkittävästi yliopistoklinikoiden kuormitusta. Tulokset ovat osoittautuneet suorastaan hämmästyttävän hyviksi jo aloitusvaiheessa. Ne tukevat käsitystä nopeasta oppimiskäyrästä.

Kryoablaatio sopii tehtäväksi keskussairaalan varustetasolla ja tulokset puoltavat sen lisäämistä eteisvärinän hoidossa (9). Ablatiohoidon saatavuus on riittämätöntä ja pula elektrofysiologiaa toimenpiteitä tekevästä kardiologeista on huutava (8).

JUHANI KOISTINEN

professori (eläkkeellä), konsulttoiva kardiologian erikoislääkäri
juhani.koistinen@vshp.fi

MATHIAS HÖGLUND

LL, kardiologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri

FILIP HÖGLUND

lääketieteen opiskelija

KENTH VIKSTRÖM

LL, kardiologian erikoislääkäri, ylilääkäri
Malmin sairaala

MARI-ANNE VAITTINEN

LL, kardiologian erikoislääkäri, ylilääkäri
Vaasan keskussairaala, Sydänasema

> Lue myös katsaus s. 1034–9.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Raatikainen MJP. Eteisvärinäepidemia uhkaa – mitä tehdä? Duodecim 2009;125:475–7.
- 2 Raatikainen P, Lehto M, Huikuri H. Eteisvärinän seuraukset. Duodecim Oppiportti, Kardiologia oppikirja-artikkeli kar01661 (034.020). Kustannus Oy Duodecim 2018. www.oppiportti.fi
- 3 Walfridsson H, Walfridsson U, Nielsen JC ym. Radiofrequency ablation as initial therapy in paroxysmal atrial fibrillation: results on health-related quality of life and symptom burden. The MANTRA-PAF trial. Europace 2015;17:215–21.
- 4 Calkins H, Reynolds MR, Spector P ym. Treatment of atrial fibrillation with antiarrhythmic drugs or radiofrequency ablation: two systematic literature reviews and meta-analyses. Circ Arrhythm Electrophysiol 2009;2:349–61.
- 5 Kuck K-H, Brugada J, Fürnkranz A ym. for the FIRE AND ICE Investigators. Cryoballoon or radiofrequency ablation for paroxysmal atrial fibrillation. N Engl J Med 2016;374:2235–45.
- 6 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus 9.6.2017. www.kaypahoito.fi
- 7 European Heart Rhythm Association ym. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010;31:2369–429.
- 8 Raatikainen P, Koistinen J. Katetriablaatiohoidon kehitys Suomessa viimeisten 10 vuoden aikana. Sydänääni 2018;29 1A:155–8.
- 9 Ahlblad J. Ablatio yhä herkemmin eteisvärinän hoitomuodoksi. Suom Lääkäril, verkkouutinen 21.2.2014. www.laakarilehti.fi

SIDONNAISUUDET

Juhani Koistinen: Luentopalkkiot (Bayer, Boehringer-Ingelheim), matka-, majoitus- ja kokouskulut (Biotronik, Medtronic).
Mathias Höglund: Matka-, majoitus- ja kokouskulut (Abbott, Biotronik).
Filip Höglund: Apuraha (Vaasan shp).
Kenth Vikström: Luentopalkkiot (Bayer, Boehringer-Ingelheim), matka-, majoitus- ja kokouskulut (Biotronik, Medtronic).
Mari-Anne Vaittinen: Matka-, majoitus- ja kokouskulut (Biotronik Oy, Boston Scientific Oy, Cardirad Oy, EPS Vascular Finland Oy, Medtronic Finland Oy, St. Jude Medical Finland Oy).



Luottamusvälin tulkinta

Satunnaistetussa, kaksoissokkoutetussa ANDROMEDA-SHOCK-tutkimuksessa verrattiin septisten potilaiden kuolleisuutta kahdessa ryhmässä. Toinen ryhmä sai perifeeriseen perfuusiomittaukseen perustuvaa nesteytystä ja toinen seerumin laktaattitason mittaamiseen perustuvaa nesteytystä (1). Perfuusiomittauksen riskitiheys (HR) eli kuoleman riskisuhte perfuusiomittausryhmässä oli 0,75 (95 %:n LV 0,55–1,02, p = 0,06).

Mikä on oikea päätelmä tutkimuksen tuloksista?

- A) Perfuusiomittaukseen perustuva nesteytys vähentää kuolleisuutta
- B) Valitulla menetelmällä ei ole vaikutusta kuolleisuuteen, eli ryhmien välillä ei ollut eroa
- C) Aineisto on yhtenevä 45 % pienempään ja 2 % suurempaan riskitiheyteen verrattaessa perfuusiomittaukseen
- D) Jos tutkimus toistettaisiin täysin identtisesti, toistotutkimuksessa lasketun riskisuhteen piste-estimaatti sijaitaisi 95 %:n todennäköisyydellä välillä 0,55–1,02

ALEKSI REITO
aleksi@reito.fi

KIRJALLISUUTTA

- 1 Hernández G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP ym. Effect of a resuscitation strategy targeting peripheral perfusion status vs serum lactate levels on 28-day mortality among patients with septic shock: The ANDROMEDA-SHOCK randomized clinical trial. JAMA 2019;321:654–64.

Oikea vastaus sivulla 1060.



SCIENCE PHOTO LIBRARY

Parinkymmenen vuoden päänsärky – osa 1

Neurologin vastaanotolle saapui työterveyslääkärin lähettämänä 42-vuotias rakennusalalla työskentelevä mies pitkäaikaisen päänsärlyn vuoksi. Särky oli vaikeutunut viime vuosina ja potilas arvioi sitä esiintyvän 25 päivänä kuukaudessa.

Miehellä oli ollut päänsärkyongelmaa kohta parinkymmenen vuoden ajan. Hänen mukaansa särky on alusta alkaen ollut pikemminkin jatkuvaa kuin kohtausmaista, mutta ensimmäiset vuodet kuitenkin lievempää kuin nyt. Särkyyn on liittynyt myös hajuherkkyyttä, ja kivun yltyessä mies on mahdollisuuksien mukaan mieluiten hakeutunut lepoon.

Verenpainetauti ja uniapnea miehellä diagnosoitiin jo lähes kymmenen vuotta sitten. Hänellä on käytössä CPAP-hoito, joka toimii hänen mukaansa hyvin. Hän on ollut koko aikuisiän huomattavan ylipainoinen, mutta saanut parin

viime vuoden aikana elämäntapamuutoksilla painoa pudotettua toistakymmentä kiloa.

Noin viiden vuoden ajan särky on ollut selvästi aiempaa voimakkaampaa ja kolme viime vuotta erityisen hankalaa. Potilaan arvion mukaan särkyä on noin 25 päivänä kuukaudessa ja voimakkaampaa särkyä 7–10 päivää. Voimakkaamman särlyn yhteydessä hänellä on usein pahoinvointia ja hän voi tällöin oksentaakin. Neurologisia puutosoireita ei ole.

Vuosi sitten aloitettiin verenpainelääkitykseksi kandesartaani (16 mg 1 x 1). Aluksi päänsärky jonkin verran lievittyikin. Muita lääkkeitä verenpaineseen ei ole tarvittu.

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Finnetin keskustelutaululla www.finnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

Työterveyshuollosta potilas sai koekkeksi amitriptyliiniä pienellä annoksella (10 mg x 1). Siitä ei ollut hyötyä eikä haittoja. Sittemmin potilas lopetti lääkityksen omatoimisesti.

Potilas on käyttänyt päänsärkyyn ibuprofeenia ja muita tulehduskipulääkkeitä, mutta ennen kaikkea hän on jo vuosien ajan hoitanut päänsärkyään kodeiini-parasetamolilyhdistelmällä, jota hänelle määrättiin ensimmäisen kerran kahdeksan vuotta sitten. Noin viiden vuoden ajan käyttö on hänen mukaansa ollut jatkuvampaa, 1–6 tablettia lähes joka päivä.

Tutkittaessa potilaan yleistila oli hyvä. Paino oli 103 kg ja pituus 178 cm, joten painoindeksiksi tuli 32,5 kg/m². Verenpaine oli 132/82 mmHg.

Potilas oli kontaktissa asiallisesti ja puhe oli selkeää. Myös kävely oli sujuvaa. Neurologisessa tutkimuksessa peruskokeessa ei tullut esiin laskeutumista. Osoituskokeet ja toistuvien liikkeiden tarkkuus (DDK) olivat normaalit. Aivohermot II–XII olivat normaalit ja refleksit symmetriset.

JARKKO SUOMELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, terveyskeskuslääkäri ja lääkärikouluttaja Helsingin yliopisto ja Helsingin kaupunki

VILLE ARTTO

dosentti, neurologian erikoislääkäri HYKS, neurologian klinikka

MITEN ETENET?

- Mitä lisätutkimuksia ehdottaisit?
- Mitä lisätietoja kaipaisit?
- Mistä mahtaa olla kyse?
- Miten sinä hoitaisit potilasta?

Tapauksen ratkaisu julkaistaan Lääkärilehdessä 19/2019, joka ilmestyy 6.5.

KOLMOISHERMOSÄRKY ON PIINALLISTA SEURAA

Sari Mäkipään kolmoishermosteräky iskee voimakaina kipukohtauksina päivittäin. Hänestä tuntuu kuin olisi korva-, hammas- ja poskiontelosärky samanaikaisesti.

ULLA TOIKKANEN
KUVA VESA-MATTI VÄÄRÄ



Kolmoishermosteräky oli poissa 17 vuotta, kunnes yhtenä iltana tunsin tutun kivun kasvojen oikealla puolella, posken, korvan ja hampaiden alueilla. Ymmärsin heti, mistä oli kyse.

Minulla oli ollut 1990-luvulla kasvoissa toistuvia, kovia kipukohtauksia, joita hoidettiin poskiontelotulehduksina ennen diagnoosia kolmoishermosterästä. Söin lukuisia antibioottikuureja, mutta ne eivät tuntuneet tepsivän kipuun. Diagnoosin saaminen oli iso helpotus.

Onneksi lääkäri kertoi diagnoosin realistisesti. Hän sanoi, että kolmoishermosteräky saattaa olla poissa yhden, kaksi tai kymmenen vuotta. Lääkärin mukaan oli myös mahdollista, ettei vai-

va palaisi enää koskaan tai jo heti huomenna.

Sähköiskujen tuikkauksia

Kolmoishermosteräky tuntuu kuin olisi sietämätön korva-, hammas- ja poskiontelosärky samaan aikaan. Minulla särky oireilee kolmoishermosteräksen kaikkien haarojen alueella.

Tyypillisessä kolmoishermosteräkykohtauksessa tulee ikään kuin voimakkaita sähköiskujen tuikkauksia sarjain. Näitä kohtauksia saattaa olla kymmeniä vuorokaudessa, ja ne kestävät muutamista sekunneista minuutteihin. Koskaan ei tiedä, milloin kohtaus iskee ja miten kauan se kestää.

Minulla on myös epätyypillistä kolmoishermosteräkyä, jatkuvasti raastavaa tai polttavaa kipua. Toisinaan tuntuu kuin kasvoillani kulkisi iso joukko muurahaisia.

Kohtaukset tulevat varoittamatta

Kolmoishermosteräky laukaisee yleensä tuuli, kylmä, kuuma tai kosketus. Toisinaan kipukohtaus saattaa tulla vaikka hampaiden harjaamisesta tai voiteen levittämisestä kasvoille.

Joskus uunin luukun avaaminen, tarvan ottaminen kauppojen kylmäsäilytyksestä tai voimakkaan äänen kuulemi-

nen laukaisee kohtauksen. Kaupoissa on tavallisesti kova ilmanvaihto, joka sekin monesti saa aikaan kohtauksen.

Yritän välttää kipukohtauksen laukaisevia asioita aina kuin mahdollista. Käytän kylmällä ilmalla kasvot peittävää neopreeninaamaria, ja pakkasten aikaan olen enimmäkseen sisällä.

Lääkitys ei vie kipua

Sain heti vahvan kortisonilääkityksen, kun sairastuin uudestaan kolmoishermosteräkyyn. Kipu palasi kuurin loputtua, ja sitä on nykyään joka päivä.

Monia lääkekokeiluja on tehty vuosien varrella. Olen saanut niistä voimakkaita sivuoireita, yhtä lääkettä lukuun ottamatta.

”
Toivon, että tulevaisuudessa kolmoishermosteräkydiagnoosit nopeutuisivat.”

KENESTÄ ON KYSE

- Sari Mäkipää, 51
- Koulusihteeri, työkyvyttömyyseläkkeellä
- Asuu Vampulassa
- Perheeseen kuuluvat aviomies ja kaksi koira



- Olen kiitollinen, että olen saanut erittäin hyvää hoitoa työterveyshuollossa, kertoo Sari Mäkipää.

Aikaisemmin pieni annos epilepsialääkettä vei kivun kokonaan pois. Nyt iso annos tätä lääkettä ainoastaan leikkaa terän kivulta. Tämä epilepsialääke on ainoa, joka hieman auttaa.

Kipukohtaus heti MVD-leikkauksen jälkeen

Lääkäri ehdotti minulle MVD-leikkausta, jossa hermojuurta painava verisuoni siirretään ja eristetään hermosta. Hän totesi, ettei leikkauksen tuloksesta voi olla varma, mutta silti sitä kannattaisi kokeilla.

Leikkauksen jälkeen tajusin jo heräämössä, ettei siitä ole apua, koska sain kovan kipukohtauksen.

Muitakin hoitomuotoja on kokeiltu. Esimerkiksi pari vuotta sitten minulle annettiin TYKS:ssä botuliinihoitoa, josta kuitenkin oli enemmän haittaa kuin hyötyä.

Sain taannoin uuden diagnoosin, kun kuulin sairastavani Hortonin neuralgiaa, sarjoittaista päänsärkyä. Olen huomannut, että kolmoishermosta ja Hortonin neuralgia laukaisevat toinen toisensa.

Kivut vaikuttavat myös uneen. Valvon illalla ensin kolmoishermostokivun vuoksi ja aamuyöstä herään Hortonin neuralgian iskiessä.

Nyt jonotan HUS:iin SPG-stimulaattorin asennukseen. Tästä monet sarjoittaista päänsärkyä sairastavat ovat saaneet helpotusta.

Onneksi minulla on positiivinen elämänsäsenne, joka auttaa selviämään.

Potilas pitää ottaa tosissaan

Olen tullut enimmäkseen kuulluksi terveydenhuollossa ja saanut pääasiassa hyvää kohtelua. Minua ei ole koskaan epäilty lääkkeiden väärinkäyttäjäksi ku-

ten monia kolmoishermostokivun tilaiden vertaistukiryhmässä tapaamiani henkilöitä. Lääkärin pitäisi ottaa potilaan valittamat oireet tosissaan, vaikka kipu ei välttämättä näy päällepäin.

Päivystyksestä minulla on kovin huonoja kokemuksia. Siksi en mene sinne mielelläni edes silloin, kun sietämätön kipukohtaus iskee.

Kävin taannoin kovan kivun takia terveyskeskuksessa, jossa sain kortisonia tiputuksessa. Terveyskeskuksesta mi-

nut lähetettiin TYKS:n päivystykseen, sillä lääke ei autta-

nut. Päivystyksessäkin annettu lääke ei tehonnut, ja siksi lääkäri kehotti menemään takaisin kotiin. Hänen mukaansa kipuun ei kuole.

Tukea työterveyshuollosta

Olen kiitollinen, että olen saanut erittäin hyvää hoitoa työterveyshuollossa. Pidän paljon koulusihteerin työstäni, mutta työssä käyminen muuttui koko ajan vaikeammaksi. Siksi työterveyslääkäri ehdotti, että hakisin kuntoutustukea.

Työssä käyminen ei kuitenkaan onnistunut, vaikka yritin palata osa-aikaisesti töihin. Nyt olen toistaiseksi voimassa olevalla työkyvyttömyyseläkkeellä. Tämä on ollut kova paikka, ja haluaisin päästä vielä takaisin työelämään.

Toivon, että tulevaisuudessa kolmoishermostaryn diagnoosit nopeutuisivat ja uusia hoitovaihtoehtoja löydetäisiin tähän vaivaan.” ●

”
Lääkärin pitäisi ottaa potilaan valittamat oireet tosissaan.”



Vastaus

Kysymys sivulla 1056.

Luottamusvälin tulkinta

Mikä on oikea päätelmä ANDROMEDA-SHOCK-tutkimuksen tuloksista?

Oikea vaihtoehto: C

Vaihtoehto C kuvastaa oikeaoppista luottamusvälin tulkintaa.

B on erittäin yleinen tulkinta ns. negatiivisesta tutkimuksesta, mutta se ei ole oikea. Tilastollisesti ei-merkittävä löydös ei tarkoita, että ryhmien välillä ei olisi eroa.

Nollahypoteesin ("eroa ei ole") testauksessa ainoa mahdollinen toimenpide, jonka tutkija voi tehdä, on hylätä nollahypoteesi. Hylkäämättä jättäminen ei tarkoita, että nollahypoteesi olisi totta. Ero voi olla olemassa, mutta kyseinen tutkimus ei ollut riittävä sen havaitsemiseen.

Vaihtoehto D on myös väärin, koska luottamusväli joko sisältää tai ei sisällä todellista arvoa. 95 % kertoo, kuinka monta kertaa sadasta luottamusväli sisältäisivät todellisen arvon, jos tutkimus toistettaisiin äärettömästi. Todennäköisyys, että yhdessä tutkimuksessa laskettu luottamusväli sisältäisi seuraavan identtisen tutkimuksen piste-estimaatin on vain 83 %.

Negatiivisen tutkimuksen tulkinta pitää tehdä aina vaihtoehdon C mukaisesti.

Tutkimuksessa ei voitu osoittaa kummankaan hoidon paremmuutta.

Vaihtoehto A:n mukainen tulkinta perustuu vain raportoituun piste-estimaattiin. Kun kyseessä ei ole todellinen väestöarvo, vaan otokseen perustuva estimaatti, tuloksen arvioinnissa pitää ottaa huomioon myös epätarkkuus, jota luottamusväli mittaa.

ALEKSI REITO
aleksi@reito.fi