

เล่าเรื่อง Stroke News

พญ. นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล

โรงพยาบาลพญาไท 1

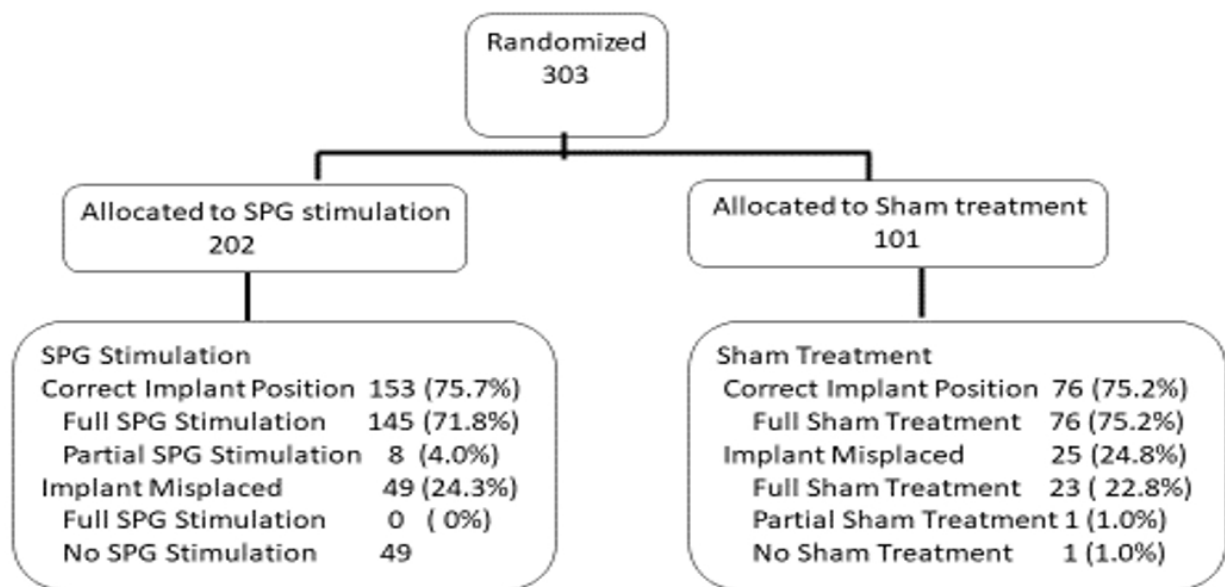
อาจารย์พิเศษ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่านค่ะ ช่วงนี้อากาศเริ่มเย็นลงรักษาสุขภาพด้วยกันทุกคนนะคะ วันนี้เราจะเล่าเรื่องอะไรกันดีนะคะ คิดไปคิดมา ยังคิดไม่ออก ทำไงดีเนี่ย.. การรักษาผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยการทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้สองวิธี วิธีแรกโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (r-TPA) และวิธีที่สองคือการนำลิ่มเลือดออกผ่านสายสวนหลอดเลือด (neurovascular thrombectomy) แต่ทั้งสองวิธีก็มีข้อจำกัดในการรักษา กล่าวคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดถูกจำกัดโดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ, ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการให้ยา, เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออก และอัตราการเปิดหลอดเลือดต่ำ (ร้อยละ 30 ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่อุดตัน) สำหรับการรักษาโดยการนำลิ่มเลือดผ่านสายสวนหลอดเลือดก็มีข้อจำกัดของอุปกรณ์ที่ใช้, การเข้าถึงสถานพยาบาลที่สามารถทำการรักษาได้, เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกแบบ subarachnoid hemorrhage และมีโอกาสเกิดสมองขาดเลือดในตำแหน่งใหม่ได้ ดังนั้นน่าจะดีกว่าไหมถ้าเรามีวิธีการรักษาที่ปลอดภัย ที่สามารถเพิ่มระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยที่ทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ วิธีหนึ่งที่มีความเป็นไปได้คือ การเพิ่มเลือดให้กลับไปเลี้ยงสมองมากขึ้น (collateral flow) ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดมีขนาดเล็กลงและมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้น จากการที่ Sphenopalatine ganglion เป็น parasympathetic ที่ไปเลี้ยงสมองด้านหน้า (anterior cerebral circulation) เมื่อมีการกระตุ้นที่ Sphenopalatine ganglion (SPG) จะทำให้หลอดเลือดแดงขยายมีผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่มีอาการมากขึ้น (enhance collateral flow) ลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือด เซลล์สมองรอดมากขึ้น และลดความเสียหายของ blood brain barrier จึงเป็นที่มาของการศึกษาที่น่าสนใจเรื่องหนึ่ง เรื่องนั้นคือ... เรามาดูไปด้วยกันค่ะ

Sphenopalatine Ganglion Stimulation to Augment Cerebral Blood Flow A Randomized, Sham-Controlled Trial (Stroke.2019;50:2108–2117) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เริ่มมีอาการ การศึกษานี้ทำใน 7 ประเทศ 41 โรงพยาบาล คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาคือ อายุ 18 ถึง 85 ปี, ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด NIHSS 7 ถึง 18, อาการเข้าได้กับสมองขาดเลือดด้านหน้า (anterior circulation) และจะตัดผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ (มากกว่า 2 ใน 3 ของ middle cerebral artery), ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง, ผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดขนาดเล็ก (lacunar) หรือ ผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดทางด้านหลัง (posterior circulation), หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือมีการนำลิ่มเลือดออกผ่านสายสวนหลอดเลือด

รูปที่ 1. แสดงกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าการศึกษา



ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม SPG จำนวน 153 ราย อายุเฉลี่ย 73 ปี เพศหญิงร้อยละ 53.6 ความรุนแรงของโรค NIHSS 11 มีประวัติ Atrial fibrillation ร้อยละ 26.1 คะแนน ASPECTS 7 ในกลุ่ม Sham จำนวน 100 ราย อายุเฉลี่ย 74 ปี เพศหญิงร้อยละ 51 ความรุนแรงของโรค NIHSS 11 มีประวัติ Atrial fibrillation ร้อยละ 39 คะแนน ASPECTS 8 สำหรับผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มีการยืนยันว่ามี cortical involvement ในกลุ่ม SPG มีจำนวน 50 ราย อายุ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการกระตุ้นคือ ImpACT-24A มีขนาดกว้าง 2 มม. ยาว 23 มม. โดยจะฝังที่ pterygopalatine canal ใกล้กับ Sphenopalatine ganglion แพทย์ที่ทำการฝังอุปกรณ์นี้ได้คือ แพทย์ผ่าตัด วิทยุแพทย์ และประสาทแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้อุปกรณ์นี้ หลังจากฝังเสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นวันละ 4 ชั่วโมง เป็นเวลานาน 5 วัน จากนั้นจะประเมินขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและภาวะเลือดออก (hemorrhagic transformation) โดยการ ทำ CT หรือ MRI สมอง

การศึกษานี้มีผู้ป่วยจำนวน 303 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการฝัง ImpACT-24A จำนวน 202 ราย กับผู้ป่วยฝังอุปกรณ์หลอก 101 ราย ดังรูปที่ 1

เฉลี่ย 74 ปี เพศหญิงร้อยละ 62 ความรุนแรงของโรค NIHSS 14 มีประวัติ Atrial fibrillation ร้อยละ 34 คะแนน ASPECTS 5 ในกลุ่ม Sham จำนวน 37 ราย อายุเฉลี่ย 74 ปี เพศหญิงร้อยละ 56.8 ความรุนแรงของโรค NIHSS 14 มีประวัติ Atrial fibrillation ร้อยละ 64.9 คะแนน ASPECTS 7 ดังตารางที่ 1

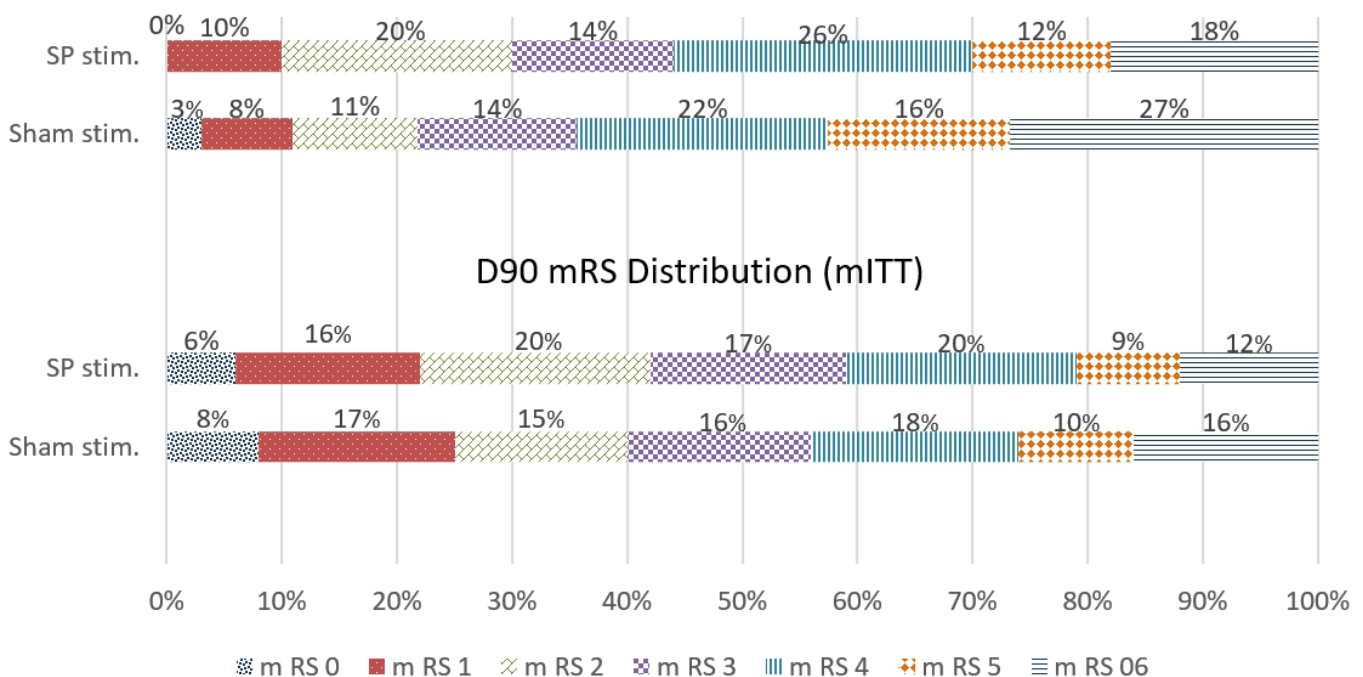
ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	mITT Population			CCI Population		
	SPG	Sham	P value	SPG	Sham	P value
N	153	100		50	37	
Age	73 (64–79)	74 (64–79)	0.22	74 (65–81)	74 (63–80)	0.90
NIHSS (IQR)	11 (8–15)	11 (9–14)	0.50	14 (11–17)	14 (11–17)	0.45
AF	26.1%	39%	0.03	34%	64.9%	0.004
ASPECT (IQR)	7 (5–10)	8 (7–10)	0.01	5 (3–6)	7 (3–8)	0.36
Time from LKW to first stimulation, h (IQR)	18.3 (14.7–22.4)	18.9 (14.4–22.5)	0.70	20.0 (15.8–23.3)	19.1 (14.8–21.9)	0.19

เมื่อติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่าในกลุ่ม SPG อาการดีขึ้นร้อยละ 49.7 ในกลุ่ม Sham ร้อยละ 40 odds ratio 1.48 (95% CI, 1.08–6.73) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.13$ แต่ผลการรักษาจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มี cortical involvement กล่าวคือในผู้ป่วย 87 ราย

ในกลุ่ม SPG อาการดีขึ้นร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่ม Sham อาการดีขึ้นร้อยละ 27 odds ratio 2.7 (95% CI 1.08–6.73) $p=0.03$ ดังรูปที่ 2 ผลข้างเคียงของการรักษาและอัตราการเสียชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

D90 mRS Distribution (CCI)



จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า การกระตุ้น Sphenopalatine ganglion ภายใน 24 ชั่วโมงในผู้ป่วย ที่มีอาการสมองขาดเลือดมีความปลอดภัย การกระตุ้น SPG ทำให้ผลการรักษาที่ 3 เดือนดีขึ้นโดยเฉพาะใน ผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มี cortical involvement

อ่านจบแล้ว งงกันไหมคะ ตกลงเราจะเชื่อกัน ดีไหม ในความเห็นส่วนตัวคิดว่าเพื่อเป็นการยืนยันผล การศึกษานี้ ควรจะต้องมีการศึกษาในประชากรที่มากขึ้น แต่อย่างน้อยการศึกษานี้ก็ทำให้เราทราบว่า การ กระตุ้น SPG มีผลให้เพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองได้ มากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการได้รับยา สลายลิ่มเลือดหรือนำลิ่มเลือดออกผ่านสายสวนหลอดเลือด ได้มากขึ้น ในฉบับนี้ขอจบการเล่าเพียงเท่านี้ก่อน ถ้าคุณผู้อ่านมีความเห็นเพิ่มเติมอย่างไร สามารถบอก กันมาได้นะคะ ตอนนี้อยากจะไปก่อนนะคะ ☺☺☺