



การเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดคนไข้เลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงด้วยวิธีส่องกล้อง กับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ศราวุฒิ ทุมเสน, (ว.ว. ประสาทศัลยแพทย์)

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดไขมันในหลอดเลือดสมองได้แก่ ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งการรักษาหลักคือการผ่าตัดการเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อระบายเลือดออกภายในสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ ช่วยลดโอกาสในการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีการพัฒนาการผ่าตัดรูปแบบใหม่แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายคือการนำกล้องเอนโดสโคปมาใช้ในการผ่าตัดเพราะว่ามีมุมมองมองเห็นที่ชัดเจนมากกว่าการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้การผ่าตัดมีแผลขนาดเล็กลง ปริมาณการสูญเสียเลือดลดลง ใช้เวลาในการผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลดลงอีกด้วย

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพในการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องเอนโดสโคป 2) เพื่อศึกษาถึงผลดีผลเสียเปรียบเทียบการผ่าตัด 2 รูปแบบ 3) เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาคนไข้เลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพรรณาย้อนหลัง โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังด้วยโรคเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดส่องกล้องและกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการผ่าตัด รวมทั้งประวัติหลังผ่าตัดมาวิเคราะห์จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้วิธีส่องกล้องจำนวน 11 ราย และการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน 31 ราย

ผลการวิจัย: จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องสามารถระบายเลือดออกเฉลี่ย ร้อยละ 89 อัตราการสูญเสียเลือดน้อยกว่าเฉลี่ย 122.72 มิลลิลิตร ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัดน้อยกว่าเฉลี่ย 66.81 นาที ไม่พบอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาย้อนหลังจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องเอนโดสโคปสามารถระบายเลือดออกได้ดี อัตราการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด คะแนนระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งระยะเวลาที่ในการผ่าตัดดีกว่าการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

สรุปผล: การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องเอนโดสโคปให้ผลที่ดีกว่าการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในด้านการเพิ่มอัตราการระบายเลือดออกจากสมอง ลดระยะเวลาการผ่าตัด ลดการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และคะแนนระดับความรู้สึกตัวที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยเชิงสถิติ

คำสำคัญ: การผ่าตัดคนไข้เลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง, การผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องเอนโดสโคป, การผ่าตัดด้วยวิธีการเปิดกะโหลกศีรษะ

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 23 สิงหาคม 2565

อนุมัติตีพิมพ์: 19 ธันวาคม 2565



(Comparison Result, Endoscopic VS Open Craniotomy remove blood clot In Hypertensive Hemorrhage Patients at Chaiyaphum Hospital)

Sarawut Tumsen, M.D., (Neurosurgeon)*

Abstract

Intracerebral hemorrhage is the common disease in patients which had risk factors such as hypertension, chronic alcohol drinking, diabetes mellitus, dyslipidemia. The main treatment is open craniotomy to remove blood clot. Recently, Removal blood clot by endoscopy is the new treatment option which is better in visualization that can be useful in operation.

Objective: 1) To study the effectiveness of endoscopic surgery. 2) To study the advantages and disadvantages of 2 types of surgery 3) To improve the treatment of hypertensive hemorrhage patients

Method: In this research, there are comparison outcome between Removal blood clot by endoscopy and open craniotomy for removal of blood clot in 42 patients, Endoscopy group n = 11, open craniotomy group n = 31.

Result: Removal blood clot by endoscopy has superior in outcome than open craniotomy for removal blood clot rate 89%, blood loss 122.72 ml, operative time 66.81 minutes, no postoperative complication and increase survival rate. Conclusion, Removal blood clot by endoscopy have better outcome than open craniotomy for removal blood clot.

Conclusion: Removal blood clot by endoscopy demonstrated better result in remove hematoma, decrease in postoperative complication, operative time, decrease blood loss, decrease mortality rate and improve in survival rate better than open craniotomy

Keyword: intracerebral hemorrhage, Removal blood clot by endoscopy, craniotomy remove blood clot

* Surgery Group Chaiyaphum Hospital

Submission: 23 August 2022

Publication: 19 December 2022



บทนำ

เนื่องด้วยปัจจุบันผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดไขมันในหลอดเลือดสมองได้แก่ ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁽¹⁾ จากศึกษาข้อมูลของ American Heart Association (AHA) 2022 พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกในสหรัฐอเมริกาคิดเป็น ร้อยละ 10 ของประชากร 796,500 คน และเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 30-40 ใน 1 ปีแรกหลังจากการวินิจฉัยโรค⁽²⁾ ในปัจจุบันมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉลี่ย 37,000-52,400 รายต่อปี และมีอัตราการเกิดสูงขึ้นเรื่อย ๆ ถึงสองเท่าในอีก 50 ปีข้างหน้า เนื่องจากมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾

ในประเทศไทยจากรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565 รายงานว่าในปีพ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 355,671 ราย คิดเป็น 543 ต่อ 100,000 ประชากร โดยมีการเสียชีวิตอยู่ที่ 34,728 ราย คิดเป็น 53 ต่อ 100,000 ประชากร⁽⁴⁾ ในส่วนของข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2563 มีผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 33,706 ราย⁽¹⁾ และจากข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 28 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 34,728 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 20,034 ราย และเพศหญิงจำนวน 14,694 ราย โดยโรคหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นอัตรา ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด⁽⁵⁾

ในอดีตคนไข้ที่โรคเลือดออกในสมองได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดนาน เสียเลือดมาก อัตราการเสียชีวิตสูง⁽⁶⁾ ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีในการผ่าตัดรักษาที่มีความทันสมัย

มากขึ้น มีการพัฒนาการผ่าตัดวิธีใหม่ด้วยกล้องเอนโดสโคปมีมุมมองการมองเห็นที่ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้การผ่าตัดมีแผลขนาดเล็กลง ปริมาณการสูญเสียเลือดลดลง ใช้เวลาในการผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรักษาลดลง⁽⁷⁾ จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยแบบพรรณาย้อนหลังถึงการผ่าตัดด้วยกล้องเอนโดสโคปเมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้ผลดีกว่าจริงหรือไม่

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพในการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องเอนโดสโคป
- 2) เพื่อศึกษาถึงผลดีผลเสียเปรียบเทียบการผ่าตัด 2 รูปแบบ
- 3) เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาคอนไจเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Retrospective Analytic Study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565

ประชากรการวิจัย

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565



กลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงที่ Basal Ganglion ช่วงเวลาดังตั้ง 1 มกราคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565 ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นเลือดออกที่ตำแหน่ง basal ganglion ช่วง 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565
2. ขนาดของ ปริมาณก้อนเลือด >30 ซีซีหรือ ปริมาณก้อนเลือด <30 ซีซี ที่มีผลต่อการกดเบียดสมอง ส่งผลให้มีสมองเคลื่อน >5 มิลลิเมตร หรือ กดโพรงน้ำเลี้ยงสมอง หรือ ระดับความรู้สึกตัว <8 แต้ม
3. ไม่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองหรือไม่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ไม่มีอวัยวะในร่างกายได้บาดเจ็บหรือกระดูกแตกหัก, ไม่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง, ไม่มีการบาดเจ็บในช่องท้อง, ไม่มีลมหรือเลือดออกในช่องปอด
5. มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
6. สัญญาณชีพอยู่ในระดับ BP >90/60, ไม่มีปัญหา Hypotension, ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

เกณฑ์คัดออก

1. โรคเลือดออกในสมองตำแหน่งอื่นที่นอกเหนือจากตำแหน่ง basal ganglion และเป็นผู้ป่วยนอกเหนือช่วง 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565
2. เลือดออกในตำแหน่ง Basal ganglion Hemorrhage ที่มีขนาดก้อนเลือด <30 ซีซี หรือ ไม่มีการกดเบียดเนื้อสมอง, สมองเคลื่อน <5 mm หรือ ไม่มีการ

กดเบียดโพรงน้ำเลี้ยงสมอง หรือ คะแนนการตื่นรู้ตัว >8

3. อายุ <20 หรือ >75 ปี
4. ผู้ป่วยที่มีเลือดออกที่เหนือหรือใต้เยื่อหุ้มสมอง
5. ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บหลายที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีกระดูกหัก หรือมีไขสันหลังบาดเจ็บ มีเลือดออกในช่องท้องหรือลมรั่วในช่องอก
6. ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
7. ผู้ป่วยเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ COE No. 020/2565

เครื่องมือวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดสมองด้วยการส่องกล้องและการเปิดกะโหลกศีรษะ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ของค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลพื้นฐานคนไข้ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะความผิดปกติ เช่นการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะติดเชื้อราเรื้อรัง รวมถึงนำผลลัพธ์ของการผ่าตัด 2 รูปแบบมานำเสนอในเชิงพรรณนา



ผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงผ่านกล้องและการการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีจำนวน 11 รายเป็นชาย 7 ราย (63.63%) เป็นหญิง 4 ราย (36.36%) และกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะมีจำนวน 31 รายเป็นชาย 19 ราย (61.29%) เป็นหญิง 12 ราย (38.70%)

รวมทั้งสองกลุ่ม เป็นชาย 26 ราย (61.90%) หญิง 16 ราย (38.10%)

ข้อมูลพื้นฐานคนไข้ (Demographic data) ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ภาวะติดสุราเรื้อรัง ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงมีการเกิดด้านขวามากกว่าด้านซ้าย คิดเป็น 31:11 ราย (73.81% : 26.19%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานคนไข้ (Demographic Data)

Demographic data	จำนวน (n)	ร้อยละ (Percent)
Age		
21 – 40 yr	4	9.52%
41 – 50 yr	13	30.95%
51 – 60 yr	13	30.95%
61 – 75 yr	12	28.57%
Underlying disease		
Unknown	24	57.14
Chronic Alcohol Drinking	2	4.76
HT	6	14.29
HT,Old CVA, DM	1	2.38
HT, DM	4	9.52
HT, DM, DLP	1	2.38
HT, DLP	3	7.14
VHD, Coagulopathy	1	2.38
DM	6	14.28
DLP	4	9.52
Rt BGH	31	73.81
Lt BGH	11	26.19

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 รายสามารถพบโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

HT = Hypertension, DM = Diabetes Mellitus, DLP = Dyslipidemia, VHD = Vulvular Heart Disease, Old CVA = Old Cerebrovascular disease, BGH = Basal Ganglion Hemorrhage



ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องมีอัตราการนำเลือดออกได้เฉลี่ย ร้อยละ 89 เทียบกับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ทำได้ ร้อยละ 57 ในเรื่องระยะเวลาการผ่าตัดรักษาในกลุ่มการผ่าตัดส่องกล้องใช้เวลาเฉลี่ย 66.81 นาที เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะใช้เวลาเฉลี่ย 86.54 นาที ในเรื่องของ การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด การผ่าตัดผ่านการส่องกล้องมีอัตราเสียเลือดเฉลี่ย 122.72 ml เทียบกับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่เสียเลือดเฉลี่ย 311.45 ml ในเรื่องอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด พบว่าการทำการผ่าตัดผ่านการส่องกล้องไม่พบอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำเมื่อเทียบกับการทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่มีอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำที่ ร้อยละ 22.58

เรื่องการกลับมาผ่าตัดซ้ำพบการกลับมาผ่าตัดซ้ำในกลุ่มที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ร้อยละ 3.23 ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบว่าในกลุ่มที่มีการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะมีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพผลการรักษา

Comparison data	Endoscopic remove blood clot (n=11)	Open Craniotomy remove blood clot (n=31)
Remove blood clot rate	89%	57 %
Re-Bleeding	0 (0 %)	7 (22.58 %)
Re Surgery	0 (0 %)	1 (3.23 %)
Postop brain edema	0 (0 %)	14 (45.16 %)
Postop subgaleal hematoma	0 (0 %)	10 (32.26 %)
Dead	1 (9.09 %)	8 (25.81 %)
Survive	10 (90.91 %)	23 (74.19 %)
Preop GCS	8.45	8.87
Postop GCS	8.81	8.16
Operative time(minute)	66.81	86.54
Blood loss (ml)	122.72	311.45

หมายเหตุ : GCS = Glasgow Coma Score

ได้แก่ Postop Brain Edema ร้อยละ 45.16, Subgaleal hematoma ร้อยละ 32.26, แตกต่างจากกลุ่มที่ทำ Endoscope remove blood clot ที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดในเรื่องคะแนน (Glasgow Coma Score: GCS) มีการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 24 ชม จากการศึกษาค้นพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดผ่านการส่องกล้องมีอัตราคะแนนการตื่นรู้ตัวหลังผ่าตัดดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด (GCS Preop 8.45/ Postop 8.81) เทียบกับในกลุ่ม Open craniotomy remove blood clot มีอัตรา GCS หลังผ่าตัดที่แยลงกว่าก่อนผ่าตัด (GCS Preop 8.87/ Postop 8.16)

จากการติดตามอาการผู้ป่วยจนถึงการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดผ่านการส่องกล้องมีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 90.91 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.09 เมื่อเทียบการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 74.19 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.81 ดังตารางที่ 2



อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการผ่าตัดคนไข้เลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงด้วยกล้องเอนโดสโคป ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ไม่เคยตรวจว่ามีโรคประจำตัวมาก่อน แต่จะมีบางส่วนเกิดจากมีโรคประจำตัวอยู่ก่อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง โรคเบาหวานและการดื่มสุราเรื้อรัง คนไข้ทุกคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเลือดออกในสมองที่ตำแหน่ง Basal ganglion แบ่งเป็น Rt BGH ร้อยละ 73.81, Lt BGH ร้อยละ 26.19 ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง จากผลการศึกษา นั้น พบว่าการผ่าตัดด้วยกล้องเอนโดสโคปให้ผลดีได้แก่ ลดเวลาในการผ่าตัดลงเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ประมาณ 66.81 นาที สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 122.72 ซีซี เรื่องภาวะแทรกซ้อนทางด้านการผ่าตัด พบว่า ไม่มีปัญหาเรื่องเลือดออกในสมองซ้ำ ไม่พบภาวะที่ต้องกลับมาทำการผ่าตัดซ้ำใน 24 ชั่วโมง ไม่พบภาวะสมองบวมหลังการผ่าตัด ไม่พบภาวะเนื้อเยื่อใต้หนังศีรษะบวมหลังการผ่าตัด และมีอัตราการนำเลือดออกจากสมองนั้นทำได้ดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ที่ ร้อยละ 89 และ 57 ในส่วนการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะนั้นข้อเสียมีมากกว่าคืออัตราการนำเลือดออกจากสมอง นั้นทำได้น้อยกว่าการผ่าตัดส่องกล้องคือ ร้อยละ 57 มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่าคือ 311.45 ซีซี มีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ยที่ 86.54 นาที ในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนั้น พบว่ามีเรื่องของอัตราการภาวะแทรกซ้อนมากกว่าอย่างชัดเจน ในเรื่องอัตราการตาย อัตราการรอดชีวิตนั้น พบว่าการผ่าตัดผ่านกล้องมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะที่ ร้อยละ 90 และ

70 และมีอัตราการเสียชีวิตที่ ร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ และยังพบว่าการผ่าตัดแบบเอนโดสโคปนั้น มีอัตราการเพิ่มขึ้นของ GCS ช่วงหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ที่ 8.45 คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 8.81 คะแนนที่หลังผ่าตัด 24 ชม. เปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะปกติที่ 8.87 คะแนน ลดลงเหลือ 8.16 คะแนน

สาเหตุที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ในการรักษาเป็นเพราะการทำผ่าตัดผ่านกล้องนั้นมีแสงและ ภาพขยายจากกล้องช่วยให้เห็นก้อนเลือดชัด เปิดแผลเล็ก บาดเจ็บน้อย ระบายเลือดออกได้ดี ลดอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตเวลาในการผ่าตัดเปิดและเย็บปิด⁽⁷⁾ และการที่มีกล้องช่วยในการมองเห็นนั้นทำให้สามารถจัดการกับจุดที่เลือดออกได้อย่างแม่นยำและเห็นชัดว่าสามารถห้ามเลือดได้สนิทซึ่งต่างจากการเปิดกะโหลกผ่าตัดใหญ่ที่เมื่อไปถึงจุดที่มีเลือดออกในบริเวณลึกต้องใช้การเปิดถ่างเนื้อสมองเพื่อจะให้เห็นจุดเลือดออกทำให้เกิดความบอบช้ำต่อเนื้อสมองและการที่มองไม่เห็นจุดเลือดออกที่ชัดเจนจะทำให้การห้ามเลือดนั้นลำบากและอาจจะทำลายเนื้อสมองส่วนที่ดีไปพร้อมกันด้วย ในเรื่องจำนวนแผลผ่าตัดนั้นเนื่องจากการเป็นการทำการศึกษาในระยะสั้นจึงยังมีจำนวนคนเล็กน้อย จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

สรุป

จากการศึกษาทั้งหมดทำให้สามารถสรุปได้ว่าการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องมีอัตราการระบายเลือดที่ดีกว่า สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดอัตราการเสียชีวิต ลดเวลาในการทำผ่าตัดรักษา ลด



อัตราการเสียชีวิต เพิ่มอัตราการตื่นรู้ตัวหลังผ่าตัด อัตราการรอดชีวิต เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดเพื่อศึกษาเพิ่มเติมต่อไป โดยเมื่อต้องการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ หรือเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา โดยสามารถนำข้อมูลความแตกต่างเหล่านี้มาคำนวณผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ชัดเจนขึ้น และหากทำ RCT ได้ก็ จะสามารถได้คำตอบของผลลัพธ์การรักษาชัดเจนขึ้น หรือหากในอนาคตมีข้อจำกัดของจริยธรรม ทำให้ข้อมูลหรือวิธีการรักษาบางอย่างต้องระงับไป ก็จะต้องใช้สถิติมาช่วยเพื่อให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. ชุดข้อมูลอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกสิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ ปี 2560-2563. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: Retrieved from <https://data.go.th/>: https://data.go.th/dataset/dataset-pp_38_07 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2564].
2. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2022;53(7):e282-361.
3. Sheth KN. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *N Engl J Med*, 2022;387:1589-96.

4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.niems.go.th: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414529_20220111124457.pdf [11 มกราคม 2565].
5. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันวันอัมพาตโลก ปี 2564 ให้ประชาชน “รู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เลี่ยงนาที่มีค่าช่วยชีวิต”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21374&deptcode=brc> [28 ตุลาคม 2564].
6. Zhou H, Zhang Y, Liu L, Han X, Tao Y, Tang Y, et al. (2011, June 23). A prospective controlled study: minimally invasive stereotactic puncture therapy versus conventional craniotomy in the treatment of acute intracerebral hemorrhage. *BMC Neurol*, 2011;11:76.
7. Sun G, Li X, Chen X, Zhang Y, Xu Z. Comparison of keyhole endoscopy and craniotomy for the treatment of patients with hypertensive cerebral hemorrhage. *Medicine (Baltimore)*, 2019;98(2):e14123.