

Monitoring Pt_iO_2 a změny frakce kyslíku ve vdechované směsi u pacientů po těžkém subarachnoidálním krvácení

Monitoring Pt_iO_2 and Changes in Oxygen Fraction in the Breathed Mixture after Severe Subarachnoid Haemorrhage

Souhrn

Cíl: Cílem práce bylo vyhodnotit možné zlepšení výsledků v léčbě pacientů po těžkém SAK při použití monitoringu tkáňového kyslíku v mozku (Pt_iO_2 , systém Licox) a dle ní řízené manipulace s frakcí kyslíku ve vdechované směsi (FiO_2). **Soubor a metodika:** Do studie (2007–2009) bylo celkem zařazeno 45 pacientů se SAK HH 3, 4 a 5 s prokázaným zdrojem krvácení (aneuryzmatem). Jednalo se ve všech případech o pacienty na řízené ventilaci. První skupinu tvořilo 22 pacientů se SAK HH 4 a 5 s aneuryzmatem ošetřeným coilingem. Druhá skupina sestávala z 23 pacientů se SAK HH 3 a 4 s aneuryzmatem ošetřeným clippingem. V obou skupinách (clipping, coiling) byli pacienti náhodně rozdělení na podskupinu experimentální a kontrolní. Pacienti experimentálních podskupin měli monitorováno Pt_iO_2 . Pokud hodnoty Pt_iO_2 poklesly pod 15 mmHg a nezlepšily se po dobu 30 minut, byla zvýšena FiO_2 ze standardní hodnoty (rozmezí 40–55 %) na vyšší hladinu (rozmezí 70–85 %). V případě normalizace hladiny Pt_iO_2 trvající alespoň 1 hodinu byla frakce kyslíku snížena zpět na nižší hladinu. Vyhodnoceny byly výsledky léčby kvantifikované pomocí Glasgow Outcome Scale (GOS) tři měsíce po vzniku SAK. **Výsledky:** Mezi léčebnými výsledky pacientů léčených s použitím monitorování Pt_iO_2 a bez jeho použití se neprokázal statisticky významný rozdíl. **Závěr:** Terapie využívající manipulaci s FiO_2 v návaznosti na měření Pt_iO_2 nezlepšila výsledky léčby pacientů po SAK HH 3, 4 a 5. Je pravděpodobné, že léčebné výsledky nelze zlepšit zvyšováním FiO_2 z toho důvodu, že při přítomnosti vazospazmů dochází jen k malému zvyšování hladiny kyslíku v mozkové tkáni.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate any possible improvement in outcome for post-severe-SAH patients that might result from monitoring tissue oxygen in the brain (Pt_iO_2 , Licox system) and manipulation of the fraction of oxygen in the inhaled mixture of gases (FiO_2) with respect to Pt_iO_2 value. **Material and methods:** 45 patients with aneurysm SAH HH 3, 4 and 5 were enrolled in the study (2007–2009). All patients were artificially ventilated. The first group consisted of 22 patients with SAH HH 4 and 5 treated by coiling. The second group consisted of 23 patients with SAH HH 3 and 4 treated by clipping. The groups were randomly divided into experimental and control subgroups. In the experimental subgroups, Pt_iO_2 was monitored. If the Pt_iO_2 value dropped below 15 mmHg and had not improved after 30 minutes, FiO_2 was increased from the default values (range 40–55%) to higher levels (range 70–85%). If the Pt_iO_2 level reached 15 mmHg for at least an hour, FiO_2 was brought back to a lower level. Treatment outcome was quantified using the Glasgow Outcome Scale (GOS) and evaluated 3 months after the SAH. **Results:** The treatment results for patients with and without the use of Pt_iO_2 monitoring did not differ statistically. **Conclusion:** Therapy with FiO_2 manipulation subsequent to Pt_iO_2 measurements did not improve the outcome in patients suffering from SAH, HH 3, 4 and 5. It appears likely that vasospasm prevents Pt_iO_2 increase in response to FiO_2 elevation.

M. Smrčka, E. Neuman,
K. Ďuriš, T. Svoboda, M. Duba

Neurochirurgická klinika
LF MU a FN Brno



prof. MUDr. Martin Smrčka,
Ph.D., MBA

Neurochirurgická klinika
LF MU a FN Brno

Jihlavská 20

625 00 Brno

e-mail: msmrcka@fnbrno.cz

Přijato k recenzi: 30. 3. 2010

Přijato do tisku: 15. 8. 2010

Klíčová slova

tkáňový kyslík – subarachnoidální
krvácení – vazospazmy

Keywords

brain tissue oxygen – subarachnoid
haemorrhage – vasospasm

Práce vznikla za podpory grantu IGA MZ
ČR NR/8837 a IGF FN Brno č. 7/06.

Úvod

Mozková ischemie (delayed cerebral ischemia, DCI) jako komplikace po proběhlém subarachnoidálním krvácení (SAK) se objevuje nejčastěji od 4. do 16. dne po ruptuře aneuryzmatu a je vedle časného opakovaného krvácení (rebleedingu) nejzávažnější a nejobávanější komplikací u pacientů se SAK. Postihuje asi 20–30 % pacientů [1–3] a u řady z nich vede k závažným neurologickým následkům, případně k úmrtí.

DCI je způsobena vazospazmy tepen mozkového řečiště. Navzdory mnoha letům intenzivního výzkumu nebyla patogeneze vzniku DCI zcela objasněna. Výskyt DCI souvisí s těžším stavem pacienta při přijetí [4–6], s rostoucím množstvím krve v subarachnoidálních prostorech [5–8], s vyšším věkem [4,9], s hyperglykemií [4], s hypotenzí při anestezii během operace aneuryzmatu [10], s přítomností akutního hydrocefalu při přijetí [11] a s délkou trvání bezvědomí bezprostředně po vzniku SAK [12].

Vazospazmy se diagnostikují rutinně pomocí transkraniálního dopplerovského vyšetření, případně jsou patrné na angiografickém vyšetření. Je i několik možností přímého měření oxygenace mozkové tkáně u pacientů na JIP.

Katetrizace vena jugularis interna a následně měření saturace venózní krve (odtékající z mozku) kyslíkem (SjO₂) dovoluje zhodnocení stavu globální oxygenace mozku. Redukce SjO₂ pod fyziologické hodnoty, tj. SjO₂ < 55 %, indikuje, že dávka kyslíku do mozku nedosahuje potřeb mozku [13]. Měření SjO₂ není ale schopno zachytit lokální mozkovou ischemii [14]. Vezmeme-li v úvahu nutnost opakované kalibrace (cca po 4 hod) a zejména pak citlivost měřených hodnot na pozici katétru (při náhodném, a to i drobném pohybu dojde ke skokové změně měřené hodnoty a je nutná rekaliibrace), bývá v praxi měření SjO₂ poměrně obtížné.

Mikrodialýza mozku je dobře laboratorně ověřená metoda, která nyní nachází stále častější uplatnění jako součást multimodálního monitoringu u lůžka pacienta. Umístění mikrodialyzačního katétru do rizikových oblastí dovoluje sledovat biochemické změny ve tkáni, která je nejvíce ohrožena sekundárním inzultem. Měřit je možno hladinu glukózy, laktátu, pyruvátu, glycerolu a glutamátu [15].

Zlepšení technologie a nesnáze technik popsaných výše vedly k vývoji zařízení pro přímé měření parciálního tlaku kyslíku v mozkové tkáni (PtiO₂, brain tissue oxygen pressure). PtiO₂ je obrazem rovnováhy mezi spotřebou kyslíku a dodávkou kyslíku. Hodnota PtiO₂ je ovlivněna změnami v kapilární perfuzi, tj. změnami v CBF (cerebral blood flow).

V současnosti je nejběžněji užíván systém Licox (GMS, Kiel-Mielkendorf, Germany) a do roku 2006 byl užíván systém Neurotrend (Codman, Johnson & Johnson, Raynham, MA, USA). Nově je k dispozici také multimodální čidlo Neurovent PTO (Raumedic). Protože reakce systémů pro měření PtiO₂ jsou rychlé [16], a hodnoty PtiO₂ jsou tak okamžitě dostupné, dovolují systémy pro měření PtiO₂ terapeuticky reagovat na zjištěné biologické změny a sledovat odezvy, jichž bylo terapií dosaženo. Hodnoty PtiO₂, které jsou označeny za hypoxické, musí být ale zvažovány i v kontextu typu použité sondy, místa zavedení sondy, typu patologie a také doby trvání hypoxie. Jako prahy hypoxie tak byly navrženy různé hodnoty PtiO₂ (tab. 1).

Na základě doporučení uvedených v tab. 1 považujeme za dostatečnou

hodnotu tkáňového kyslíku alespoň 20 mmHg. Za alarmující považujeme pak hodnotu 10 mmHg.

Cílem práce bylo především vyhodnotit možné zlepšení výsledků v léčbě pacientů po SAK HH 3, 4 a 5 (klasifikace podle Hunta-Hesse), ohrožených rozvojem ischemických komplikací následkem cévních spazmů. K tomuto účelu bylo použito monitorování tkáňového kyslíku v mozku a manipulace s podílem kyslíku ve vdechované směsi. To mělo posloužit k vyhodnocení, zda takto rozšířené monitorování a léčba modifikovaná podle znalostí tkáňového kyslíku v mozku má přínos vůči dosud používanému standardnímu monitorování a léčbě řízené pomocí TK, ICP a CPP.

Soubor a metodika

Do studie (2007–2009) bylo celkem zařazeno 45 pacientů (17 mužů, 28 žen, průměrný věk 51 let, směrodatná odchylka věkového průměru 11 let) se SAK HH 3, 4 a 5 s prokázaným zdrojem krvácení (aneuryzmatem). Jednalo se ve všech případech o pacienty na řízené ventilaci. Pacienti HH 3 byli ponecháni na řízené ventilaci po zavedení zevní komorové drenáže nebo po výkonu na aneuryzmatu. Do stu-

Tab. 1. Prahy hypoxie dle různých autorů.

Typ čidla	Autoři	Rok	Práh hypoxie (PbtO ₂ v mmHg)	Způsob stanovení prahu
Neurotrend	Menon et al [17]	2004	10	oblasti s PbtO ₂ < 10 mmHg měly signifikantně vyšší difuzní gradient kyslíku (PvO ₂ -PbtO ₂)
Neurotrend	Johnston et al [18]	2005	14	porovnání PbtO ₂ s OEF PET, PbtO ₂ 14 mmHg odpovídalo OEF 40 %, což je práh hypoxie
Licox	Kiening et al [19]	1996	8.5	regresní analýza – hodnota SjO ₂ 50 % odpovídala PbtO ₂ 8,5 mmHg
Licox	Valadka et al [20]	1998	20 (6)	regresní analýza vyhodnocující délku PbtO ₂ pod prahem s pravděpodobností úmrtí. Mnohem větší pravděpodobnost úmrtí se stoupajícím časem, kdy PbtO ₂ bylo menší než 20 mmHg anebo jakkoliv krátká doba kdy PbtO ₂ pokleslo pod 6 mmHg
Licox	van den Brink et al [21]	2000	< 5 po dobu 30 min < 10 po dobu 1 hod 45 min < 15 po dobu 4 hod	odstupňováno relativní riziko úmrtí, délka trvání a hloubka hypoxie jsou vyjádřeny jako 50% riziko úmrtí

OEF: oxygen extraction fraction, PET: pozitronová emisní tomografie

MONITORING PTIO₂ A ZMĚNY FRAKCE KYSLÍKU VE VDECHOVANÉ SMĚSI PO SUBARACHNOIDÁLNÍM KRVÁCENÍ

die nebyli zařazováni pacienti starší 70 let a pacienti s infaustní prognózou již při přijetí (oboustranná mydriáza, případně areflexie nad C1 v době přijetí na JIP).

U všech pacientů byla v nejkratší možné době provedena diagnostika zdroje krvácení mozkovou panangiografií (DSA), případně pomocí CT angiografie. Po diagnostice byla další léčba volena dle nálezů na diagnostických vyšetřeních a s přihlédnutím ke klinickému stavu pacientů (tj. coiling nebo clipping) podle obecně platných zásad a podle zvyklostí pracoviště.

Pacienti byli kategorizováni do dvou skupin podle typu ošetření (coiling nebo clipping). Ve všech případech bylo aneuryzma ošetřeno časně (1.–4. den od ruptury).

První skupinu tvořilo 22 pacientů se SAK HH 4 a 5 s prokázaným zdrojem krvácení (aneurysmatem), u nichž bylo aneuryzma ošetřeno coilingem.

Druhou skupinu tvořilo 23 pacientů se SAK HH 3 a 4, u kterých bylo aneuryzma ošetřeno clippingem. U části pacientů této skupiny byl přítomen intracerebrální hematoma vyžadující chirurgickou evakuaci.

Zatímco diagnostika a ošetření aneurysmatu proběhly u všech zařazených pacientů obdobným a standardizovaným způsobem, monitoring pacientů na JIP při další léčbě se lišil. V rámci každé z obou jmenovaných skupin (clipping, coiling) byli pacienti náhodně rozděleni na podskupinu experimentální a podskupinu kontrolní (celkem tak vznikly čtyři podskupiny). Alokace pacientů do jednotlivých skupin byla provedena střídavě, podle pořadí jednotlivých konsektivních pacientů. U všech podskupin byl na JIP monitorován nitrolební tlak (ICP, monitoring se prováděl buď parenchymovým čidlem Sophysa, nebo přes ventrikulostomii) a invazivní krevní tlak (TK, monitorován nejčastěji punkcí arteria radialis). Pacienti experimentálních podskupin byli ještě navíc monitorováni čidlem pro měření parciálního tlaku kyslíku v mozkové tkáni (PtiO₂, systém Licox) a teplotním čidlem pro měření teploty tělesného jádra (močový měchýř, případně rektum, znalost teploty tělesného jádra je nutná pro korekci teplotní závislosti čidla pro tkáňovou oxymetrii). Čidlo pro tkáňovou oxymetrii bylo přednostně zaváděno do oblasti, kde jsme nejvíce předpokládali rozvoj vazospazmů, tj. do povodí tepny,

na niž byla zjištěna výduť. V případě, že výduť byla zjištěna na ACA nebo ACoA, bylo čidlo umístěno mediálně od Kocherova bodu cca 1 cm od střední čáry na stejné straně, kde se nacházela výduť. V případě, že se výduť nacházela na ACM nebo ACI, bylo čidlo umístěno laterálně od Kocherova bodu (cca 4 cm od střední čáry, na stejné straně jako výduť). V případě nálezů aneurysmatu v zadním povodí (a. basilaris, PICA...) bylo čidlo umístěno do pravého Kocherova bodu.

Čidlo Licox jsme zaváděli 4. den po vzniku SAK (zaváděno na JIP), neboť vazospazmy obvykle nevznikají dříve a čidlo

nelze ponechat z důvodu rizika infekce déle než cca 8–10 dní. Čidlo zaváděné 4. den po SAK a ponechané 8–10 dní dobře pokryje předpokládané období trvání vazospazmů. Vzhledem k tomu, že čidlo ihned po zavedení ukazuje nevalidní hodnoty, byly hodnoty PtiO₂ považovány za validní po 6 hodinách.

Pacienti v kontrolních podskupinách byli na JIP léčeni a monitorováni podle v současné době obecně používaných postupů. V experimentálních podskupinách byla léčba modifikována podle zjištěných hodnot PtiO₂. Pokud hodnoty PtiO₂ poklesly pod 15 mmHg a nezlepšily se po dobu 30 minut,

Tab. 2. Tabulka pacientů skupiny „coiling“, podskupina „kontrolní“ i „experimentální“.

Coiling, kontrolní podskupina				
	HH	Fisher	GOS	Lokalizace aneurysmatu
1	4	4	5	ACoA
2	4	3	1	a. basilaris
3	4	4	1	ACI
4	4	4	4	a. vertebralis
5	4	3	3	ACoA
6	4	4	5	ACoA
7	4	3	5	a. basilaris
8	4	4	5	ACoP
9	4	4	3	ACoA
10	4	4	3	ACoP
11	5	3	2	ACoP

Coiling, experimentální podskupina						
	HH	Fisher	GOS	Lokalizace aneurysmatu	Čas monitorace PbtO ₂ (dny)	Podíl poklesu PbtO ₂ pod 15 mmHg (%)
1	5	3	1	ACI	8,4	10,1
2	4	4	4	ACI	3,9	2,4
3	4	3	1	ACA	7,7	9,2
4	4	3	1	ACoA	12,9	14,4
5	4	3	5	ACoA	6,7	8,5
6	4	4	1	ACA	6,1	2,8
7	4	3	5	ACM	3,3	1,8
8	4	3	5	ACoA	7	4,5
9	4	3	2	ACM	8,1	7,5
10	4	3	1	ACM	5,1	6
11	5	4	1	ACM	6,3	10,9

HH: klasifikace dle Hunta-Hesse, Fisher: klasifikace dle Fishera, GOS: Glasgow Outcome Scale, ACI: arteria carotis interna, ACoA: arteria comunicans anterior, ACoP: arteria comunicans posterior, ACM: arteria cerebri media

byla zvýšena frakce kyslíku ve vdechované směsi plynů (FiO₂) ze standardní hodnoty (udržované v rozmezí 40–55 %) na vyšší hladinu (rozmezí 70–85 %). V případě normalizace hladiny PtiO₂ (tj. vzestup nad 15 mmHg) trávající alespoň 1 hodinu byla frakce kyslíku snížena zpět na nižší hladinu (tj. 40–55 %). Sledováno bylo i množství krve v subarachnoidálních prostorech pro ověření porovnatelnosti obou skupin pacientů. To bylo hodnoceno pomocí Fisherova skóre, jež předvídá stupeň rizika vazospazmu. Jednotlivé porovnávané skupiny

se nelišily statisticky ani ve Fisherově skóre, ani v HH skóre.

Vyhodnocen byl přínos rozšířeného monitoringu (o PtiO₂) a jím řízené manipulace s FiO₂ na výsledek léčby kvantifikovaný pomocí Glasgow Outcome Scale (GOS) tři měsíce po vzniku SAK. Bylo použito dichotomizace GOS na výsledek dobrý (GOS 4 a 5) a špatný (GOS 1, 2, 3). GOS experimentální a kontrolní podskupiny obou skupin (coiling, clipping) bylo porovnáno pomocí chí-kvadrát (χ^2) testu.

Tab. 3. Tabulka pacientů skupiny „clipping“, podskupina „kontrolní“ i „experimentální“.

Clipping, podskupina „kontrolní“							
	HH	Fisher	GOS	Lokalizace aneuryzmatu	ICH		
1	4	4	2	ACM	ano		
2	4	4	2	ACM	ano		
3	4	4	2	ACM	ano		
4	4	4	2	ACoA	ano		
5	3	3	5	ACoP	ne		
6	4	3	4	ACM	ne		
7	3	4	1	ACoP	ne		
8	3	3	4	ACM	ne		
9	4	3	4	ACoA	ne		
10	3	3	5	ACM	ne		
11	4	4	2	ACM	ne		
Clipping, podskupina „experimentální“							
	HH	Fisher	GOS	Lokalizace aneuryzmatu	ICH	Čas monitorace PbtO ₂ (dny)	Podíl poklesu PbtO ₂ pod 15 mmHg (%)
1	4	4	3	ACM	ano	9,1	12,3
2	3	4	1	ACM	ano	4,9	11,2
3	4	4	1	ACM	ano	2,95	0,65
4	4	4	2	ACoA	ano	10	4,5
5	4	4	3	ACoA	ano	4,8	4,3
6	3	3	1	ACM	ne	9,5	7,9
7	3	4	4	ACM	ne	5,3	1,9
8	3	3	4	ACoP	ne	8,9	32,3
9	4	3	1	ACoA	ne	9,8	2,4
10	3	2	5	ACoP	ne	6,9	1
11	3	3	1	ACoA	ne	12,8	3,2
12	3	4	4	ACoA	ne	3,2	24,7

ACoP: arteria comunicans posterior, ACM: arteria cerebri media, ICH: přítomnost intracerebrálního hematomu vyžadujícímu chirurgické odstranění, ostatní zkratky shodné se zkratkami v tab. 2

Výsledky

Skupina „coiling“, podskupina „kontrolní“

Metoda

Pacienti se SAK HH 4 a 5 s prokázaným aneuryzmatem léčeným coilingem, na řízené ventilaci, standardní monitoring (ICP, TK) na JIP.

Charakteristiky souboru

Jedenáct pacientů, 8 mužů, 3 ženy, průměrný věk 50 let, směrodatná odchylka věkového průměru 14 let. Fisherovo skóre 3 a 4. Detailnější údaje o pacientech v tab. 2.

Skupina „coiling“, podskupina „experimentální“

Metoda

Pacienti se SAK HH 4 a 5, s prokázaným aneuryzmatem léčeným coilingem, na řízené ventilaci, standardní monitorování na JIP (ICP, TK) rozšířená o PtiO₂ monitorování. FiO₂ výše popsaným způsobem měněno v závislosti na PtiO₂.

Charakteristiky souboru

Jedenáct pacientů, 3 muži, 8 žen, průměrný věk 44 let, směrodatná odchylka věkového průměru 10 let. Fisherovo skóre 3 a 4, detailnější údaje o pacientech v tab. 2.

Skupina „clipping“, podskupina „kontrolní“

Metoda

Pacienti se SAK HH 3 a 4 s prokázaným aneuryzmatem ošetřeným clippingem, kteří vzhledem ke svému pooperačnímu stavu museli být v pooperačním období ponecháni na řízené ventilaci, standardní monitorování (ICP, TK) na JIP. U části pacientů byl přítomen intracerebrální hematoma, který vyžadoval evakuaci.

Charakteristiky souboru

Charakteristiky souboru: 11 pacientů, 1 muž, 10 žen, průměrný věk 57 let, směrodatná odchylka průměru věku 9 let. Fisherovo skóre 3 až 4. Detailnější údaje o pacientech v tab. 3.

Skupina „clipping“, podskupina „experimentální“

Metoda

Pacienti se SAK HH 3 a 4, s prokázaným aneuryzmatem ošetřeným clippingem, kteří vzhledem ke svému poope-

račnímu stavu museli být v pooperačním období ponecháni na řízené ventilaci. Standardní monitoring (ICP, TK) na JIP rozšířená o PtiO₂ monitoring. FiO₂ výše popsaným způsobem měněno v závislosti na PtiO₂. U části pacientů byl přítomen intracerebrální hematom, který vyžadoval evakuaci.

Charakteristiky souboru

Charakteristiky souboru: 12 pacientů, 5 mužů, 7 žen, průměrný věk 51 let, směrodatná odchylka průměru 10 let, detailnější údaje o pacientech v tab. 3.

Grafické zhodnocení léčebných výsledků

Z obr. 1 je patrné, že léčebné výsledky jsou obdobné v obou podskupinách (kontrolní, experimentální) v rámci obou sledovaných skupin (coiling, clipping).

Statistické zhodnocení léčebných výsledků

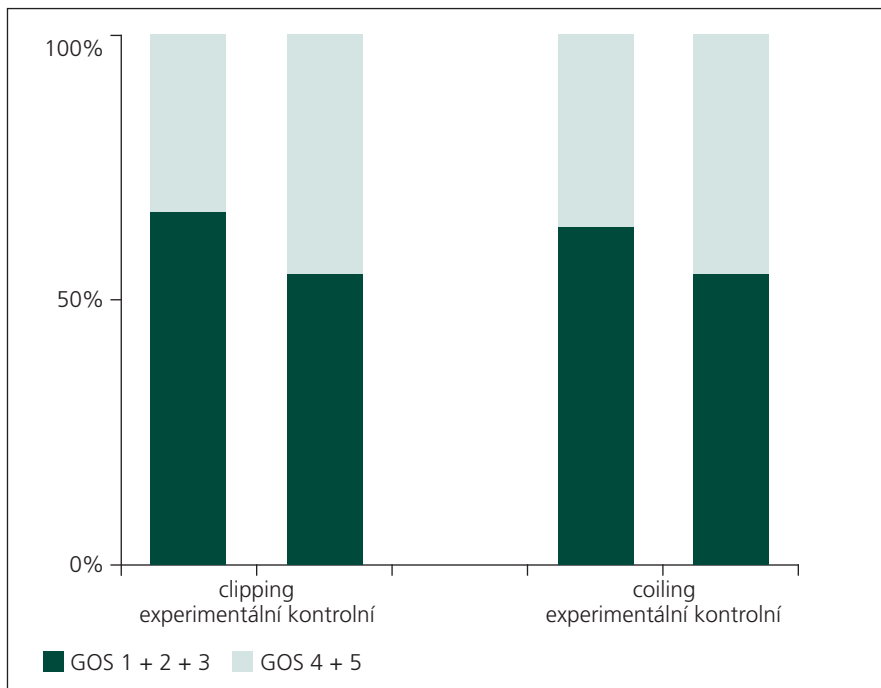
Vzhledem k tomu, že léčebný výsledek je hodnocen ordinálními daty, zvolili jsme ke statistickému zhodnocení chí-kvadrát test. GOS všech pacientů ve všech skupinách jsou shrnuty v tab. 4. Ke statistickému hodnocení byly léčebné výsledky hodnocené pomocí GOS sloučeny do dvou kategorií – GOS 1, 2 a 3 jako špatný léčebný výsledek a GOS 4 a 5 jako dobrý léčebný výsledek.

Výsledek chí-kvadrát testu: $\chi^2=1,23$ (potřebné χ^2 pro hladinu 0,05 = 3,84)

Výsledek chí-kvadrát testu není statisticky významný, to znamená, že se nepotvrdil rozdíl v léčebných výsledcích mezi podskupinami „kontrolní“ a „experimentální“ v rámci obou uvažovaných skupin. Nepotvrdil se tedy rozdíl mezi pacienty léčenými standardně a experimentálně při zvyšování FiO₂ při poklesu PtiO₂ pod 15 mmHg.

Diskuze

V České republice se problematikou monitorování zabývalo již několik autorů – Pachtl et al [22] použili tuto metodu u pacientů se SAK, Hejčl et al [23] uveřejnili kazuistiku pacienta s kraniocerebrálním poraněním a kazuistiky pacientů se SAK a kraniocerebrálním poraněním publikovali také Gál et al [24]. Souhrnnou práci na téma PtiO₂ publikovali Filaun et al [25]. Vesměs se jednalo o první zkušenosti se zmíněnou metodou, a proto dále v dis-



Obr. 1. Grafické znázornění léčebných výsledků všech podskupin pacientů.

Tab. 4. Tabulka GOS všech pacientů.

GOS	Počet pacientů – coiling, kontrolní	Počet pacientů – coiling, experimentální	Počet pacientů – clipping, kontrolní	Počet pacientů – clipping, experimentální
1 + 2 + 3	6	7	6	8
4 + 5	5	4	5	4

kuzi citujeme výsledky některých zahraničních autorů.

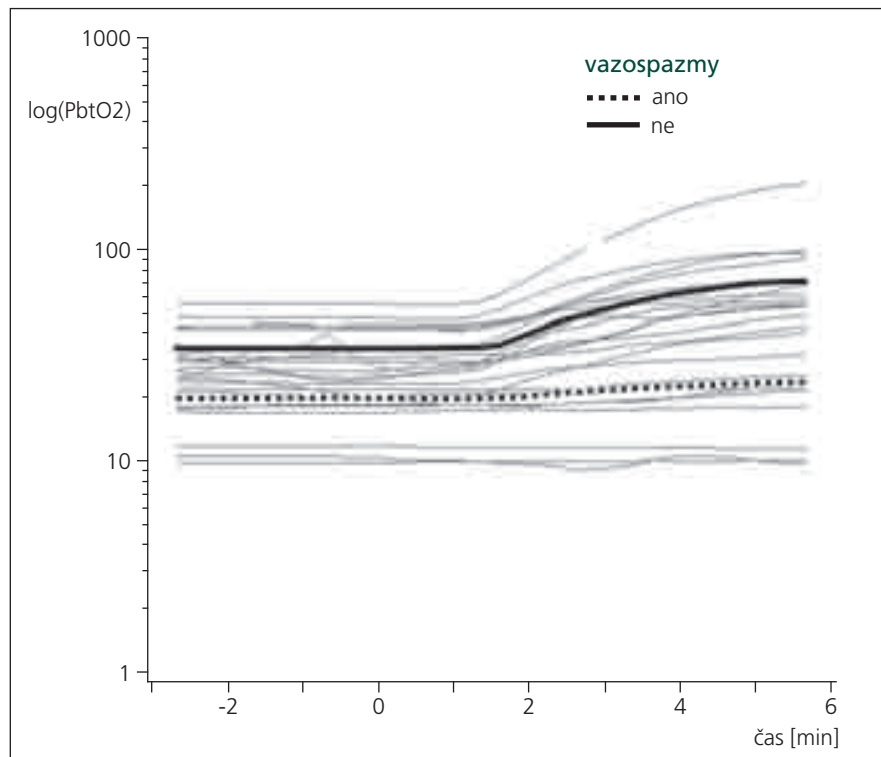
Kett-White et al [26] monitorovali 40 pacientů (35 po SAK, 5 po komplexních operacích na aneuryzmatech) pomocí PtiO₂ a mikrodialýzy. Podařilo se ale prokázat pouze slabou asociaci mezi epizodami nízkého PtiO₂, abnormálními hodnotami v mikrodialýze a špatným léčebným výsledkem. Jako možné důvody pro velkou variabilitu v měřených hodnotách PtiO₂ (jež byla příčinou slabé asociace) udává autor tyto možné důvody – variabilní vzdálenost čidla od cév (a následný gradient kyslíku), rozdíly mezi šedou a bílou hmotou (rozdíly v rychlosti metabolismu a rozdílná hloubka inzerce při členitosti povrchu mozku – sulky, gory).

Studie používající systém Neurotrend u 10 pacientů po SAK [27], z nichž u tří se vyvinuly vazospazmy, ukazuje signifikantní snížení pH a zvýšení PtiCO₂ (p < 0,001). Nedokázala ale stanovit prahovou hodnotu PtiO₂, u které se rozvíjí ischemie.

Meixensberger et al [28] prospektivně studovali 42 pacientů se SAK HH 4 a 5. Také nedokázali stanovit určitou hodnotu PtiO₂, která by byla prediktorem úmrtí pacientů. Udávané důvody pro nemožnost stanovení takovéto hodnoty jsou malý počet pacientů ve studii, potíže s přesností zavádění sondy do postiženého teritoria a rovněž možnost, že spotřeba kyslíku byla v postižené oblasti více zasažena (tedy dodávaný kyslík nebyl spotřebováván), než bylo zasaženo CBF, a hodnota PtiO₂ zůstávala vysoká.

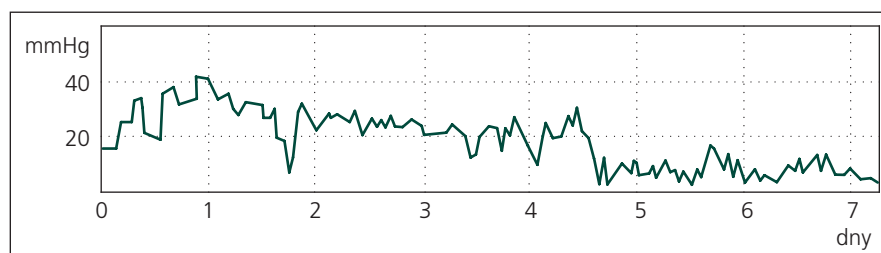
Reakci PtiO₂ na hyperoxii zkoumali ve své práci Hlatky et al [29]. Přestože se týkala kraniocerebrálních traumat, její závěry jsou zajímavé i z hlediska SAK. Hlatky v závěru práce konstatuje, že pokud je nízký CBF, pak je i zvýšení PtiO₂ při hyperoxii malé, a že ačkoliv i malé zvýšení kyslíku může být při nízkém CBF důležité, vyšší terapeutické naděje pravděpodobně jsou v ovlivnění CBF.

Zatím není zcela jasné, jestli vůbec monitoring PtiO₂ může být varující před ná-



Obr. 2. Ilustrace nárůstu PbtO₂ po zvýšení FiO₂ na 100 % z výchozí hodnoty (okolo 50%).

FiO₂ bylo skokově zvýšeno v čase 0. U pacientů s vazospazmy dochází k nižšímu nárůstu PbtO₂. Podrobněji viz [31].



Obr. 3. Ukázka typického průběhu PbtO₂ u pacienta se špatným léčebným výsledkem.

Charakteristický je rychlý pokles PbtO₂ z víceméně normálních hodnot do hodnot jasně patologických.

stupem vazospazmů a následných ischemií a když tomu tak je, tak jaká hodnota je ta kritická. Interpretace naměřených hodnot PtiO₂ není totiž zcela přímočará. Změny v CBF nejsou jediné, které ovlivní PtiO₂. Jak ukazují Menon et al, také překážky v difuzi kyslíku ovlivňují PtiO₂ [17]. V důsledku patologických změn ve tkáni (perivaskulární edém, kolaps kapilár, endoteliální swelling) je difuze kyslíku z kapilár do extracelulární tekutiny zhoršena. Zhoršení difuze kyslíku se projeví zejména při omezení průtoku krve mozkem (hypotenze, hyperventilace). V takto postižených místech dochází k hypoxii, pro-

tože nemůže dojít ke zvýšení extrakce kyslíku z krve.

Dle studie s modelem globální ischemie závisí interpretace hodnot PtiO₂ také na specifitě prostředí, ve kterém je čidlo umístěno, konkrétně, zda se nachází spíše v blízkosti arteriol nebo spíše vén [30]. Pokud je čidlo PtiO₂ umístěno v blízkosti arteriol, pak změny PtiO₂ sledují změny CBF. Pokud se čidlo PtiO₂ nachází v blízkosti vén, pak změny PtiO₂ kopírují změny ve velikosti arteriovenózní diference (tj. kopírují změny ve frakci extrahovaného kyslíku).

V našich vlastních výsledcích se neprokázal statistický rozdíl mezi léčbou pa-

cientů se SAK s použitím monitoringu tkáňového kyslíku a se změnami v partiálním tlaku kyslíku ve vdechované směsi v porovnání se standardní léčbou. Již před časem jsme publikovali zjištění, že při zvyšování FiO₂ je nárůst PtiO₂ nižší u pacientů s prokázanými vazospazmy, než u pacientů bez vazospazmů [31]. Obr. 2 ilustruje tuto skutečnost.

S ohledem na tento fakt, že nárůst PtiO₂ je nižší u pacientů s vazospazmy, než u pacientů bez vazospazmů, se dá soudit, že zvyšování FiO₂ nepřinese benefit právě těm pacientům, kteří by to nejvíce potřebovali. Po zvýšení FiO₂ se totiž hodnota PtiO₂ zvýší jen málo a toto malé zvýšení nezabrání propadnutí ischemizovaných oblastí nekróze. Samotné zvyšování FiO₂ se tak nejeví být účinnou metodou pro léčbu ischemických komplikací vyvolaných vazospazmy.

Dle našich zkušeností jsou hodnoty PtiO₂ zpočátku víceméně u všech pacientů v pásmu normálních hodnot, byť často kolísají. Pro pacienty se špatným léčebným výsledkem je typické, že po různě dlouhém období relativně příznivých hodnot PtiO₂ se objeví rychle klesající trend v hladině PtiO₂ až do jasně patologických hodnot. Tyto nízké hodnoty mají tendenci dlouhodobě přetrvávat (buď hodiny, nebo již trvale), léčebně se je nedaří zvrátit. Po tomto poklesu PtiO₂ nastává s určitým odstupem zhoršení klinického stavu pacienta (případně zhoršení na CT nálezů). Ukázka takového průběhu PtiO₂ je na obr. 3. U pacientů s dobrým léčebným výsledkem je naopak typické jen zmiňované kolísání hodnot PtiO₂.

Obecně jsou ale hodnoty měřené PtiO₂ dosti individuální, jejich interpretace není jednoznačná, navíc se jedná o lokální hodnotu. Hodnoty PtiO₂ lze dle našeho názoru využít jako časný ukazatel hrožící ischemizace jen tehdy, pokud jsou uvažovány v korelaci s CT nálezem, středním arteriálním tlakem, s podávanými vazodilatačními léky, nutná je znalost vlastností místa inzerce čidla (zdravá tkáň, penumbra, ischemizovaná oblast...). Pozitivní aspekt je, že se jedná o relativně stabilní a spolehlivou metodu, která přináší novou potenciálně využitelnou informaci. Jako určité řešení v interpretaci naměřených hodnot se jeví korelace této fokální metody s grafickým perfuzním vyšetřením (například mobilní perfuzní CT). Určitou možností do budoucna je vyzkoušet tká-

ňovou oxymetrii jako metodu monitorující efektivitu léčebných opatření k reverzi vazospazmů – např. účinnost zkoumaných vazooaktivních látek.

Závěr

Terapie využívající manipulaci s FiO₂ nemá pravděpodobně příznivý efekt pro výsledek léčby pacientů po SAK HH 3, 4 a 5. Je pravděpodobné, že léčebné výsledky nelze zlepšit zvyšováním FiO₂ z toho důvodu, že při přítomnosti vazospazmů dochází jen k malému zvyšování hladiny kyslíku v mozkové tkáni.

Monitoring PtiO₂ se dle našich zkušeností jeví být spolehlivým časným ukazatelem ischemie u pacientů se SAK HH 3, 4, 5, avšak za podmínek, že interpretace hodnoty PtiO₂ je prováděna v kontextu řady ostatních parametrů, z nichž nejdůležitější jsou vlastnosti místa inzerce.

Literatura

- Heros RC, Zervas NT, Varsos V. Cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage: an update. *Ann Neurol* 1983; 14(6): 599–608.
- Van Gijn J, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain* 2001; 124(2): 249–278.
- Kassell NF, Sasaki T, Colohan ART, Nazar G. Cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1985; 16(4): 562–572.
- Charpentier C, Audibert G, Guillemin F, Civit T, Ducrocq X, Bracard S et al. Multivariate analysis of predictors of cerebral vasospasm occurrence after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1999; 30(7): 1402–1408.
- Inagawa T. Cerebral vasospasm in elderly patients treated by early operation for ruptured intracranial aneurysms. *Acta Neurochir* 1992; 115(3–4): 79–85.
- Rabb CH, Tang G, Chin LS, Giannotta SL. A statistical analysis of factors related to symptomatic cerebral vasospasm. *Acta Neurochir* 1994; 127(1–2): 27–31.
- Fisher CM, Kistler JP, Davis JM. Relation of cerebral vasospasm to subarachnoid hemorrhage visualized by computed tomographic scanning. *Neurosurgery* 1980; 6(1): 1–9.
- Hirai S, Ono J, Yamaura A. Clinical grading and outcome after early surgery in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery* 1996; 39(3): 441–447.
- Lanzino G, Kassell NF, Germanson TP, Kongable GL, Truskowski LL, Torner JC et al. Age and outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Why do older patients fare worse? *J Neurosurg* 1996; 85(3): 410–418.
- Chang HS, Hongo K, Nakagawa H. Adverse effects of limited hypotensive anesthesia on the outcome of patients with subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 2000; 92(6): 971–975.
- Fujii Y, Takeuchi S, Sasaki O, Minakawa T, Koike T, Tanaka R. Serial changes of hemostasis in aneurysmal subarachnoid hemorrhage with special reference to delayed ischemic neurological deficits. *J Neurosurg* 1997; 86(4): 594–602.
- Hop JW, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Initial loss of consciousness and risk of delayed cerebral ischemia after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1999; 30(11): 2268–2271.
- Tisdall MM, Smith M. Multimodal monitoring in traumatic brain injury: current status and future directions. *Br J Anaesth* 2007; 99(1): 61–67.
- Coles JP, Fryer TD, Smielewski P, et al. Defining ischemic burden after traumatic brain injury using 15O PET imaging of cerebral physiology. *J Cereb Blood Flow Metab* 2004; 24(2): 191–201.
- Reinstrup P, Stahl N, Mellergard P, Uski T, Ungerstedt U, Nordstrom CH. Intracerebral microdialysis in clinical practice: baseline values for chemical markers during wakefulness, anesthesia, and neurosurgery. *Neurosurgery* 2000; 47(3): 701–709.
- Hoelper BM, Alessandri B, Heimann A, Behr R, Kempki O. Brain oxygen monitoring: in-vitro accuracy, long-term drift and response-time of Licox- and Neurotrend sensors. *Acta Neurochir (Wien)* 2005; 147(7): 767–774.
- Menon DK, Coles JP, Gupta AK, Fryer TD, Smielewski P, Chatfield DA et al. Diffusion limited oxygen delivery following head injury. *Crit Care Med* 2004; 32(6): 1384–1390.
- Johnston AJ, Steiner LA, Coles JP, Chatfield DA, Fryer TD, Smielewski P et al. Effect of cerebral perfusion pressure augmentation on regional oxygenation and metabolism after head injury. *Crit Care Med* 2005; 33(1): 189–195.
- Kiening KL, Unterberg AW, Bardt TF, Schneider GH, Lanksch WR. Monitoring of cerebral oxygenation in patients with severe head injuries: brain tissue PO₂ versus jugular vein oxygen saturation. *J Neurosurg* 1996; 85(5): 751–757.
- Valadka AB, Gopinath SP, Contant CF, Uzura M, Robertson CS. Relationship of brain tissue PO₂ to outcome after severe head injury. *Crit Care Med* 1998; 26(9): 1576–1581.
- van den Brink WA, van Santbrink H, Steyerberg EW, Avezaat CJ, Suazo JA, Hogsteeger C et al. Brain oxygen tension in severe head injury. *Neurosurgery* 2000; 46(4): 868–876.
- Pachl J, Haninec P, Tencer T, Mizner P, Houstava L, Tomáš R et al. The effect of subarachnoid sodium nitroprusside on the prevention of vasospasm in subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurochir* 2005; 95 (Suppl): 141–145.
- Hejčl A, Bartoš R, Humhej I, Bolcha M, Bejšovec D, Procházka J et al. Dekompresivní kraniektomie v léčbě posttraumatického edému mozku a přínos nových monitorovacích metod. *Čas Lék čes* 2007; 146(4): 307–312.
- Gál R, Smrčka M, Štourač P, Straževská E, Neuman E. Měření tkáňového kyslíku v mozku jako součást multimodálního monitorování: kazuistika. *Cesk Slov Neurol N* 2007; 70/103(5): 562–566.
- Filaun M, Horáček M, Steindler J, Pekař L, Cvachovec K. Monitorování mozkové oxygenace. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104(6): 657–663.
- Kett-White R, Hutchinson PJ, Al-Rawi PG, Gupta AK, Pickard JD, Kirkpatrick PJ. Adverse cerebral events detected after subarachnoid hemorrhage using brain oxygen and microdialysis probes. *Neurosurgery* 2002; 50(6): 1213–1221.
- Charbel FT, Du X, Hoffman WE, Ausman JI. Brain tissue PO₂, PCO₂, and pH during cerebral vasospasm. *Surg Neurol* 2000; 54(6): 432–437.
- Meixensberger J, Vath A, Jaeger M, Kunze E, Dings J, Roosen K. Monitoring of brain tissue oxygenation following severe subarachnoid hemorrhage. *Neurol Res* 2003; 25(5): 445–450.
- Hlatky R, Valadka AB, Gopinath SP, Robertson CS. Brain tissue oxygen tension response to induced hyperoxia reduced in hypoperfused brain. *J Neurosurg* 2008; 108(1): 53–58.
- Scheufler KM, Rohrborn HJ, Zentner J. Does tissue oxygen tension reliably reflect cerebral oxygen delivery and consumption? *Anesth Analg* 2002; 95(4): 1042–1048.
- Đuriš K, Smrčka M, Ševčík P, Gál R, Juráš V, Neuman E et al. Možnosti využití mozkové tkáňové oxymetrie v detekci vazospazmů u pacientů po subarachnoidálním krvácení. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2009; 20(2): 102–106.