

6-1-2000

Anesthesia in the New Millenium: Regional Anesthesia

T. Werawatganon

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Werawatganon, T. (2000) "Anesthesia in the New Millenium: Regional Anesthesia," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 44: Iss. 6, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol44/iss6/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

วิสัยทัศน์ในสหสาขาวิชาชีพใหม่: ความคาดหวังเกี่ยวกับ Regional Anesthesia

เทวารักษ์ วีระวัฒน์กานนท์*

การระงับความรู้สึกมีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานตั้งแต่ปี ค.ศ. 1540⁽¹⁾ และมีการพัฒนาตลอดเวลาที่ผ่านมา สำหรับสหสาขาวิชาชีพใหม่ ซึ่งเริ่มต้นในปี ค.ศ. 2000 นี้ เราคาดว่า การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) จะได้รับความนิยมแพร่หลายมากขึ้น เราหวังว่าเมื่อประชาชนมีการศึกษาดีขึ้น การอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างวิสัญญีแพทย์กับผู้ป่วยเป็นไปได้โดยง่าย และนำไปสู่การยอมรับวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงความปลอดภัยและประโยชน์ในการบรรเทาปวดในระหว่างผ่าตัด ตลอดจนถึงหลังผ่าตัด สามารถช่วยระงับปวดได้เป็นระยะเวลาหลายวัน โดยใส่สาย epidural ไว้ที่หลังเพื่อใส่ยาชา และ/หรือ ยาแก้ปวดพวก opioids⁽²⁾ ซึ่งวิธีการเดียวกันนี้ใช้บรรเทาปวดระหว่างเจ็บท้องคลอด⁽³⁾ ช่วยลดความทุกข์ทรมานของมารดา ทารกและญาติ อันเป็นที่นิยมใช้กันมากในต่างประเทศ เราอยากให้ผู้ป่วยได้รับบริการเหล่านี้โดยทั่วถึง เราไม่อยากเห็นผู้ป่วยถูกส่งเข้าห้องผ่าตัดด้วยน้ำตานองหน้าพูดกันไม่รู้เรื่อง กลัวจนตัวสั่น ทั้งนี้คงต้องอาศัยการเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างดี โดยวิสัญญีแพทย์และความร่วมมือจากแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกท่านในการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง

การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) เป็นวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนวิธีหนึ่งที่ยอมรับมากในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการระงับความรู้สึกโดยวิธีนี้มากที่สุดในประเทศไทย ผลที่ได้ก็เป็นที่ประทับใจเนื่องจากออกฤทธิ์

ในทันที ระงับความรู้สึกได้ดีมากจนไม่รู้สึกเจ็บเลย และภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก⁽⁴⁾ ขนาดของเข็มที่ใช้มีการพัฒนาให้ขนาดเล็กลงตลอดเวลาจากขนาดเบอร์ 22G ในอดีต จนถึงขนาดเข็มเบอร์ 27G ในปัจจุบัน และกำลังจะเริ่มใช้เข็มเบอร์ 29G ในอนาคตอันใกล้ โดยเชื่อว่าขนาดเข็มที่เล็กลงสามารถลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะปวดศีรษะลงได้ ซึ่งอัตราเสี่ยงในการเกิดอาการปวดศีรษะภายหลังเจาะเยื่อหุ้มไขสันหลัง (postdural puncture headache) คือประมาณ 1%⁽⁵⁾ ซึ่งยังน้อยกว่าที่เกิดจากการตั้งใจฉีดยาชาเข้าช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง (epidural anesthesia) เสียอีก⁽⁶⁾ เนื่องจากมีการพลาดทะลุเยื่อหุ้มไขสันหลังได้พอสมควร และการเจาะด้วยเข็มที่ใช้แทงจะใหญ่มากขนาดเบอร์ 16G หรือ 18G จะเกิดการปวดศีรษะได้สูงถึง 80% ดังนั้นคาดว่า การระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังจะได้รับความนิยมเพิ่มมากกว่า epidural anesthesia โดยสามารถผสมยาบรรเทาปวดในยาชาในขนาดที่น้อยมากเช่น morphine 0.1- 0.2 มก. ได้ผลในการระงับปวดดีมากนานถึง 24 ชั่วโมง⁽⁷⁾

ปัจจุบันมีการใช้วิธีระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังกับผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัดเล็ก ๆ โดยนอนพักที่โรงพยาบาลเพียงชั่วครู่ รอให้ยาชาหมดฤทธิ์ก็กลับบ้านได้ ยาชาที่ใช้ก็จะเป็นชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ lidocaine ซึ่งเป็นยาชาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมานาน แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าระยะหลังมีรายงานเกี่ยวกับอาการข้างเคียงทางระบบประสาท (transient neurological symptoms: TNS) หลังการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยตั้งข้อ

*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สงสัยว่าอาจมีสาเหตุจากยาชาที่ใช้ คือ lidocaine⁽⁸⁾ และมุ่งไปสู่ความพยายามที่จะหายาชาชนิดใหม่มาทดแทน เช่น ropivacaine แต่ก่อนที่จะข้ามไปถึงจุดนี้สิ่งที่ไม่ควรละเลยคือ ต้องหาข้อพิสูจน์ที่แน่ชัดกว่านี้ว่า TNS มีจริง เป็นปัญหาจริง และ lidocaine เป็นสาเหตุที่แท้จริงแล้ว นั่นจึงจะเป็นการสมเหตุสมผลที่จะเลิกใช้ยาตัวนี้

อ้างอิง

1. Vandam LD. History of anesthetic practice. In: Miller RD, ed. Anesthesia. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1994: 9 - 19
2. Ozalp G, Guner F, Kuru N, Kadiogullari N. Postoperative patient-controlled epidural analgesia with opioid bupivacaine mixtures. Can J Anaesth 1998 Oct; 45(10): 938 - 42
3. Muir HA, Writer D, Douglas J, Weeks S, Gambling D, Macarthur A. Double-blind comparison of epidural ropivacaine 0.25 % and bupivacaine 0.25 %, for the relief of child birth pain. Can J Anaesth 1997 Jun; 44(6): 599 - 604
4. Werawatganon T, Sorahong U, Wunwimolsuk P, Sutprerdprai U, Sriplakit P. Spinal block for cesarean section at Chulalongkorn Hospital. Thai J Anesth 1992 Jan; 18(1): 27 - 30
5. Bunburaphong P, Werawatganon T, Sripajittichai P, Leepuengtham T. Incidence of postdural puncture headache in obstetric patients: comparison of the 25G Quincke vs the 25G Whitacre needles. Thai J Anesthesia 1996 Apr; 22(2): 75 - 81
6. Norris MC, Leighton BL, De Simone CA. Needle direction and headache after inadvertent dural puncture. Anesthesiology 1989 May; 70(5): 729-31
7. Charuluxananan S, Kyokong O, Pongpakdee K. Dose of intrathecal morphine for postoperative pain relief in caesarean section. Thai J Anesthesia 1996 Apr; 22(2): 82 - 7
8. Salmela L, Aromaa U. Transient radicular irritation after spinal anesthesia induced with hyperbaric solutions of cerebrospinal fluid-diluted lidocaine 50 mg/ml or mepivacaine 40 mg/ml or bupivacaine 5 mg/ml. Acta Anaesth Scand 1998 Aug; 42(7): 765-9