

อาการสะอึก

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์*

อาการสะอึก (Hiccup) เป็นอาการที่พบบ่อย และมีความสำคัญพอสมควร ในเกณฑ์มาตรฐาน แพทย์ฝึกหัดของแพทยสภา² ก็กำหนดว่า แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วต้องสามารถถามประวัติ ตรวจร่างกาย ตลอดจนแปลผลจากข้อมูลที่ได้ และให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการสะอึกได้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าตำราแพทย์ทางอายุรกรรมที่ใช้อยู่ทั่วไป^{4, 7, 16, 34} มีเพียงเล่มเดียว⁴ ที่มีเรื่องอาการสะอึกและมีเพียงสั้น ๆ เท่านั้น ตำราทางสรีรวิทยา⁵ และพยาธิสรีรวิทยา³⁰ ก็ไม่มีเรื่องอาการสะอึก ในทำนองเดียวกัน แม้ว่าใน Index medicus จะจัดหัวข้อเรื่องอาการสะอึกไว้โดยเฉพาะ ก็ปรากฏว่ามีบทความเกี่ยวกับอาการสะอึกไม่มากนัก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969—1976 มีบทความภาษาอังกฤษที่เกี่ยวกับอาการสะอึกเพียง 35 เรื่องเท่านั้น ฉะนั้นจึงมีเหตุผลพอสมควรที่จะเสนอบทความทบทวน เรื่องอาการสะอึกไว้ ณ ที่นี้

ความสำคัญทางคลินิก

ทางคลินิกควรจะแบ่งอาการสะอึกออกเป็น 2 ประเภท²⁰

1. อาการสะอึกที่เกิดขึ้นชั่วระยะเวลาอันสั้น (Transient hiccup) เป็นอาการที่พบบ่อยซึ่งคน

ส่วนมากเคยเป็น อาการเกิดขึ้นไม่นานก็หายไปเอง ในทางปฏิบัติมักไม่มีปัญหา ปล่อยทิ้งไว้ก็หายไปเองก็ได้ หรือผู้มีอาการอาจจะทดลองใช้วิธีการต่างๆ ที่เคยได้ทราบมา อาการหายได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์

2. อาการสะอึกที่เป็นอยู่นาน (Persistent hiccup) ได้แก่กรณีที่อาการสะอึกเป็นอยู่นานหลายชั่วโมง เป็นวัน เป็นเดือน หรือบางครั้งเป็นปี อาการสะอึกเช่นนี้อาจจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงโรคต่างๆ ได้ ผู้ป่วยควรจะได้รับ การตรวจจากแพทย์ เพื่อค้นหาสาเหตุและได้รับการรักษา นอกจากนี้ อาการสะอึกยังเป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการนอนหลับ²⁵ ทำความรำคาญหรือความลำบากให้แก่ผู้ป่วย และผู้ อยู่ใกล้ชิดทั้งทางร่างกายและจิตใจ³³ มีรายงานว่าอาการสะอึกทำให้เกิดการรบกวนและเป็นอุปสรรคแก่การแปลผลของการตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้า²⁴ ทำให้เกิดภาวะ heart block¹⁵ และถ้าเกิดในระหว่างการผ่าตัดก็ทำให้ศัลยแพทย์ทำงานไม่สะดวกและถ้าวิสัญญีแพทย์ไม่ได้ใส่ endotracheal tube ไว้ก็จะทำให้การควบคุมการหายใจแก่ผู้ป่วยได้ลำบาก²⁵ นอกจากนี้ถ้าเกิดในระยะหลังผ่าตัดอาจจะทำให้แผลผ่าตัดแตกได้^{25, 28}

*หน่วยวิชาการระบบทางเดินอาหาร แผนกวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลไกของการเกิดการสะอึก

กลไกที่แท้จริงยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียดเพียงพอ²⁰ โดยทั่วไป⁸ เชื่อกันว่าอาการสะอึกเป็น involuntary reflex ที่ควบคุมโดยศูนย์ควบคุมการหายใจใน brain stem โดยมีเส้นประสาท vagus, phrenic และ sympathetic chain ตั้งแต่ระดับกระดูกสันหลัง ส่วนอกที่ 6-12 เป็น afferent limb ของ reflex arc และมีเส้นประสาท phrenic เป็น efferent limb ที่สำคัญไปทำให้กระบังลมหดตัว แต่กลไกที่แท้จริงคงจะซับซ้อนมากกว่านี้ เนื่องจากเหตุผลในการศึกษาคงต่อไปนี้

Samuel²⁷ ศึกษาการหดตัวของกระบังลมระหว่างการสะอึกด้วย fluoroscopy พบว่าการหดตัวของกระบังลมมีได้หลายแบบ บางรายมีการหดตัวของกระบังลมทั้งสองข้าง บางรายมีการหดตัวเพียงข้างเดียว นอกจากนั้นกระบังลมแต่ละข้างยังอาจจะหดตัวพร้อมกันทั้งสองข้าง หรือหดแต่เพียงบางส่วนก็ได้

จากการศึกษาระบบประสาทของกระบังลมก็พบว่าส่วนต่าง ๆ ของกระบังลมมีเส้นประสาทมาเลี้ยงต่าง ๆ กัน ส่วนกลางได้จากเส้นประสาท phrenic ส่วนขอบนอกได้จากเส้นประสาทส่วนอกหรือส่วนเอว นอกจากนี้เส้นประสาท phrenic เองก็มีการติดต่อกับเส้นประสาทส่วนอื่นในขณะที่ผ่านส่วนคอและส่วนอก มีการติดต่อกับเส้นประสาท vagus และ sympathetic chain เมื่อมาถึงช่องท้องเส้นประสาท phrenic จะแยกเป็นแขนง

ย่อย ๆ ส่วนมากไปสิ้นสุดที่บริเวณใต้เยื่อช่องท้องของกระบังลมเป็น diaphragmatic plexus ซึ่งบริเวณนั้นจะมีแขนงของเส้นประสาท sympathetic มาร่วมด้วย โดยมาจาก celiac plexus, aorto-renal plexus, splenic plexus และ hepatic plexus รวมทั้งแขนงจากเส้นประสาท vagus ด้วย ฉะนั้นโอกาสที่ความผิดปกติในช่องท้องจะทำให้เกิดอาการสะอึกจึงมีมาก

Davis⁸ ได้ทดลองศึกษากลไกทางระบบประสาทของการสะอึกด้วยวิธีทาง electrophysiology จากการทดลองศึกษาในผู้ป่วย 3 รายพบว่าเมื่อเกิดการสะอึกแต่ละครั้งจะมีกระแสไฟฟ้าเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งที่กระบังลมและที่กล้ามเนื้อ external intercostal ซึ่งผลการทดลองนี้ไม่เป็นไปตามกลไกที่กล่าวไว้ข้างต้น คือถ้า efferent impulse มาทางเส้นประสาท phrenic ก็ไม่ควรทำให้กล้ามเนื้อ external intercostal มีการหดตัวเกิดขึ้นพร้อมกันกับที่กระบังลม นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่บ่งว่าอาการสะอึกมิได้มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการหายใจและผลต่อ ventilation ก็มีน้อยมาก จากผลการทดลอง Davis สรุปว่าศูนย์ควบคุมการสะอึกมิได้อยู่ที่ศูนย์ควบคุมการหายใจ แต่ก็อยู่ในระดับที่สูงกว่าไขสันหลัง และยังให้ข้อเสนอด้วยว่าเมื่อพิจารณาสาเหตุต่าง ๆ ของการสะอึกแล้ว อาการสะอึกมีความสัมพันธ์กับระบบทางเดินอาหารมากกว่าระบบการหายใจ ควรถือว่าเป็น gastrointestinal reflex เช่นเดียวกับการอาเจียนมากกว่าเป็น respiratory reflex เช่นการไอ การจาม เป็นต้น

สาเหตุของอาการสะอึก

สาเหตุของอาการสะอึกรวบรวมมาจากการสังเกตพบเห็นหลาย ๆ ครั้งว่าโรคเหล่านั้นเกิดร่วมกับอาการสะอึก และโรคเหล่านั้นมีตำแหน่งพยาธิสภาพหรือพยาธิสรีรวิทยาที่จะก่อให้เกิดการกระตุ้นต่อกลไกของการเกิดอาการสะอึกได้ การพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการสะอึกกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่กระทำได้ยาก เพราะโรคชนิดหนึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการสะอึก แต่ผู้ป่วยโรคเดียวกันจำนวนมากไม่เกิดอาการสะอึก ผู้ป่วยบางรายก็อาจจะมีโรคที่อาจเป็นสาเหตุของอาการสะอึกได้ 2 หรือ 3 โรคพร้อมกัน³¹ จึงเป็นการยากที่จะบอกได้ว่าโรคใดเป็นสาเหตุที่แท้จริง

Samuel²⁷ แบ่งสาเหตุของอาการสะอึกตามกายวิภาคของกลไกการสะอึกและการสังเกตทางคลินิก ในบทความทบทวนนี้ได้นำมาดัดแปลงโดยเพิ่มเติมสาเหตุที่มีรายงานในภายหลังเพื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (ตารางที่ 1) สาเหตุส่วนมากมีพยาธิสภาพที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายว่าอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองเป็นผลให้เกิดการกระตุ้น afferent limb ของ reflex arc ที่ทำให้เกิดอาการสะอึกได้สมควรจะ ทบทวนเพิ่มเติมได้แก่สาเหตุทางจิตและสาเหตุที่เกิดร่วมกับการให้ยาสลบซึ่งอาจจะมีประโยชน์ต่อการพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาอาการสะอึก

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุต่างๆ ของอาการสะอึก²⁷

1. Psychogenic

- Malingers, Public seekers
- Border line mental cases
- Mental shock, Prolonged nervous strain

- Postpartum
- Cardiospasm, Pylorospasm
- * Conversion reaction³³

2. Organic

2.1 Central nervous system

- Hemorrhage
- Thrombosis
- Brain injury
- Fracture skull
- Neurosyphilis
- Anesthesia
- Encephalitis
- * Meningitis²⁵
- * Brain and spinal cord tumors^{25,32}
- * Herpes zoster⁶
- * Toxic-uremia, gout, malaria²⁵

2.2 Neck

- Tumors
- Glands
- Aneurysm
- Branchial cyst
- Diverticulum
- Scalene anterior syndrome
- Arteriovenous aneurysm

2.3 Thorax

- Aneurysm
- Neuroma
- Tumors
- Pericarditis
- Abscess
- Diaphragmatic hernia
- Foreign body
- Coronary thrombosis
- Esophageal spasm²⁵
- * Pleurisy²⁵
- * Cardiac enlargement²⁵

2.4 Abdomen

- Postoperative-ileus, subdiaphragmatic abscess gastric dilatation
- Aneurysm
- Tumors
- Gall bladder
- Pancreatitis
- Abscess
- Gastritis
- Foreign body
- Intestinal obstruction²⁵
- * Peritonitis²⁵
- * Metastatic cancer of the liver²⁵
- * Hepatitis²⁵
- * Swallowing of irritant substances²⁵
- * Typhoid⁶

* = สาเหตุที่มีรายการเพิ่มเติมจากของ Samuel²⁷

อาการระอึกกับสาเหตุทางจิต

Samuel²⁷ ทบทวนเรื่องการระอึกในแง่ของกายวิภาค สาเหตุและการรักษาจากประสบการณ์ 10 ปี ได้เสนอรายงานผู้ป่วย 42 ราย ในจำนวนนี้มีอยู่ 14 ราย (ชาย 2 หญิง 12) ที่มีสาเหตุจากทางจิตโดยตรง อีก 7 รายมีสาเหตุทางจิตเป็นสาเหตุที่สำคัญ แม้จะมีโรคทางกายร่วมอยู่ด้วย Samuel ยังกล่าวไว้ด้วยว่าผู้ป่วยที่มีอาการระอึกแทบทุกราย แม้ผู้ที่มีสาเหตุเด่นชัดทางกาย ภาวะทางจิตก็มีอิทธิพลต่ออาการระอึกอยู่มาก ภาวะทางจิตของผู้ป่วยเหล่านี้แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ผู้ที่ได้รับผลกระทบกระเทือนทางจิตอย่างเฉียบพลัน (Acute mental shock) หรือได้รับความบีบคั้นทางอารมณ์อย่างรุนแรง (Severe mental strain)

2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารบ่อยๆ โดยหาสาเหตุทางกายไม่ได้

Souadjian และ Cain³¹ ทบทวนสาเหตุของการระอึกในผู้ป่วย 220 ราย (ชาย 181 หญิง 39) พบว่าผู้ป่วย 48 ราย หรือร้อยละ 22 (หญิง 26 ราย ชาย 22 ราย) มีอาการและอาการแสดงทางจิตมากพอที่จะเชื่อได้ว่าการระอึกเกิดจากสาเหตุทางจิต แสดงว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยหญิงทั้งหมดมีสาเหตุทางจิต แต่ผู้ป่วยชายมีสาเหตุทางจิตเพียงร้อยละ 7 โรคทางจิตที่ผู้ป่วยเป็นได้แก่การติดยาเสพติด conversion hysteria, อาการซึมเศร้า anorexia nervosa, mental deficiency, anxie-

ty, psychoneurosis, enuresis และ malingering

อาการระอึกกับการให้ยาสลบ

วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์จะพบปัญหาผู้ป่วยเกิดอาการระอึกจากสาเหตุต่างๆ ที่ควรจะคำนึงถึงคือ

1. ในระหว่างให้ยาสลบ

1.1 การให้ยาประเภท ultra-short acting barbiturate เช่น Thiopental²⁵

1.2 การให้ยาสลบตื้น (Light anesthesia) เนื่องจากนิยมใช้ยาทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวร่วมกัน^{25, 35}

1.3 ยาสลบที่เป็นแก๊สเข้าไปในกระเพาะอาหารและเกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร³⁵

1.4 การจัดท่าผู้ป่วยระหว่างให้ยาสลบ เช่น แหงนคอมากเกินไปเกิดการกระตุ้นต่อเส้นประสาท phrenic¹⁸

1.5 Ventilation ไม่เพียงพอ²⁵

1.6 ระหว่างมีการจับต้องหรือดึงอวัยวะในช่องท้องเกิดการกระตุ้นผ่านทางเส้นประสาท vagus^{25, 35}

1.7 ระหว่างการผ่าตัดมีเลือด หนอง หรือของจากกระเพาะอาหารไหลไประคายเคืองต่อกระบังลม³⁵

2. ในระยะหลังการผ่าตัด³⁵

2.1 การโป่งพองของกระเพาะอาหารหรือลำไส้

2.2 มีผีหนอนงใต้กระบังลม

2.3 Uremia

การรักษาอาการระส่ำระสอย

การรักษาอาการระส่ำระสอยก็เช่นเดียวกับปัญหาอื่น ๆ ในทางการแพทย์กล่าวคือ

1. ต้องค้นหาสาเหตุและหาทางกำจัดหรือบรรเทาสาเหตุที่พบตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี ทั้งนี้อาจจะอาศัยสาเหตุจากตารางที่ 1 เป็นแนวทางในการพิจารณาค้นหาสาเหตุได้

2. ให้การรักษาตามอาการเพื่อยุติหรือผ่อนคลายอาการระส่ำระสอยที่เป็นอยู่

ในบทความทบทวนนี้ จะกล่าวเฉพาะวิธีการรักษาตามอาการเท่านั้น แต่ในบางกรณี สาเหตุของการระส่ำระสอยก็เด่นชัด การรักษาอาการก็จะตรงกับการรักษาสาเหตุ เช่น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายกระเพาะอาหารโป่งพองมากทำให้เกิดการระส่ำระสอย การใส่ nasogastric tube เพื่อดูดเอาลมออกทำให้การโป่งพองหายไป อาการระส่ำระสอยไปด้วย เป็นต้น

วิธีการรักษาอาการระส่ำระสอยเท่าที่มีกล่าวไว้ในหนังสือหรือบทความทางการแพทย์เท่าที่รวบรวมได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 เอกสารอ้างอิงที่ให้ไว้ได้เลือกเฉพาะที่เห็นว่าจะจะเป็นประโยชน์ เป็นต้นว่า เป็นบทความที่ล่าสุด หรือมีรายงานประสบการณ์ของผู้เขียนประกอบด้วย วิธีการต่างๆ ที่แสดงไว้ในตารางที่ 2 มุ่งที่ความครบถ้วนเป็นหลัก การจะเลือกใช้วิธีใดนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึง

ผู้ป่วยแต่ละรายและสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมเพื่อให้ได้วิธีที่ได้ผล แต่ไม่เกิดอันตรายหรือสิ้นเปลืองเกินความจำเป็น

ตารางที่ 2 วิธีการรักษาอาการระส่ำระสอย

1. วิธีทางกายภาพ

- 1.1 ทำให้ตกใจโดยไม่รู้ตัว²⁵
- 1.2 กลืนหายใจ²⁵
- 1.3 หายใจเข้าออกแรง ๆ หลาย ๆ ครั้ง²⁵
- 1.4 กดกระบอกนัยน์ตา²⁵
- 1.5 นวดหลอดเลือดแดง carotid²⁵
- 1.6 กิ่งเส้นแรง ๆ²⁵
- 1.7 คัดน้ำเย็นเร็ว ๆ²⁵
- 1.8 กลืนขนมปังหรือก้อนน้ำแข็ง²⁵ หรือน้ำตาลทราย¹⁰
- 1.9 ล้วงคอให้อาเจียน²⁵
- 1.10 ใช้สายยางกระตุ้น pharynx²⁵
- 1.11 ใส่ nasogastric tube^{6,35}
- 1.12 การกระตุ้นเส้นประสาท phrenic ด้วยกระแสไฟฟ้า¹⁷
- 1.13 หยอดจมกด้วยอีเทอร์²²
- 1.14 หยอดคอกด้วยน้ำแอมโมเนีย²⁶
- 1.15 ฟันท้าย ethyl chloride²⁷
- 1.16 การฝังเข็ม¹⁹

2. วิธีทางเภสัชวิทยา

- 2.1 Amyl nitrite^{25,35}
- 2.2 Atropine²⁵
- 2.3 Barbiturate²⁵
- 2.4 Benzedrine²⁵
- 2.5 Carbon dioxide inhalation^{6,25}
- 2.6 Carbamazepine¹¹
- 2.7 Chlorpromazine¹³
- 2.8 Diphenylhydantoin^{23,11,9}
- 2.9 Edrophonium⁶
- 2.10 Ketamine²⁹
- 2.11 Methylamphetamine²⁵
- 2.12 Methylphenidate¹⁴
- 2.13 Metoclopramide^{21,1}
- 2.14 Narcotics²⁵
- 2.15 Orphenidrine citrate¹²
- 2.16 Procaine²⁵
- 2.17 Quinidine^{13,25}

3. วิธีที่ใช้กับผู้ป่วยระหว่างให้ยาสลบ
 - 3.1 จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม¹⁸
 - 3.2 ให้ยาสลบเพิ่มขึ้น^{6,35}
 - 3.3 ให้ยาทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนไม่สามารถทำงานได้เอง^{6,35}
 - 3.4 Pulmonary inflation³
 - 3.5 Block เส้นประสาท vagus ส่วนใต้กระบังลม³⁵ ในรายที่กำลังทำผ่าตัดภายในช่องท้องอยู่
4. วิธีทำ Nerve block
 - 4.1 Phrenic nerve block¹⁷
 - 4.2 Local block of the vagus³⁵
 - 4.3 Paravertebral block of the vagus³⁵
5. วิธีทางศัลยกรรม
 - 5.1 Phrenic never crush²⁷
 - 5.2 Surgical division of phrenic nerve²⁷
6. วิธีทางจิตเวช
 - 6.1 Hypnosis³³
 - 6.2 Operant conditioning²⁶

ความเข้าใจกลไกของวิธีการรักษาแต่ละอย่าง อาจจะมีประโยชน์ต่อการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาได้ถูกต้องยิ่งขึ้น การรักษาบางวิธีอาจจะอธิบายได้โดยอาศัยกลไกของการเกิดอาการระอึกเป็นหลักแม้ว่ากลไกที่แท้จริงของการเกิดอาการระอึกจะยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่นอน แต่ก็มีบางส่วนที่พอจะยอมรับกันเป็นข้อยุติชั่วคราวได้ คือ อาการระอึกเป็น reflex ฉะนั้นความรู้เกี่ยวกับ reflex⁵ ซึ่งอาจจะขัดขวางมิให้เกิดได้ 3 วิธีด้วยกัน คือ

1. ยุติการเกิดของสิ่งกระตุ้น
2. ขัดขวางการนำของสิ่งกระตุ้นที่จุดใดจุดหนึ่งของ reflex arc
3. reflex inhibition

วิธีทางกายภาพ

วิธีการส่วนมากเป็นการทำให้เกิดสิ่งกระตุ้นชนิดใหม่เพื่อไปทำให้เกิด reflex inhibition ได้แก่ การแกล้งทำให้ตกใจ การกดกระบอกนัยน์ตา การนวดหลอดเลือดแดง carotid การดิ่งลิ้น การพ่นด้วย ethyl chloride การกระตุ้นเส้นประสาท phrenic ด้วยไฟฟ้า แต่บริเวณที่นิยมใช้กระตุ้นกันมากได้แก่บริเวณ pharynx เช่นโดยการตีมน้ำเย็นๆเร็วๆ การกลืนขนมปังก้อนน้ำแข็ง หรือน้ำตาลทราย ใช้สายยางกระตุ้นใช้นวล้วงคอ น้ำแอมโมเนียหยอดให้สำลัก หรือเอา ether หยอดเข้าทางจมุก เป็นต้น วิธีที่น่าสนใจ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและมีรายงานผลการใช้ในผู้ป่วย ได้แก่การกลืนน้ำตาลทราย และใช้สายยางกระตุ้น pharynx Engleman⁹ รายงานการรักษาอาการระอึกในผู้ป่วย 20 ราย เป็นผู้ที่ร่างกายสมบูรณ์ และมีอาการระอึกนานไม่เกิน 6 ชั่วโมง 12 ราย อีก 8 รายระอึกมานานตั้งแต่ 24 ชั่วโมงถึง 6 สัปดาห์ ใน 8 รายนี้หาโรคที่เป็นสาเหตุของอาการระอึกได้ 7 ราย ผลการรักษาด้วยการกลืนน้ำตาลทรายในผู้ป่วยทั้ง 20 ราย ปรากฏว่าอาการระอึกหยุดทันที 19 ราย การกลืนน้ำตาลทรายนี้เมื่อเอาน้ำตาลทรายใส่ปากแล้วต้องกลืนก่อนที่น้ำตาลจะละลาย

Salem และคณะ²⁵ รายงานผลการใช้สายยางสอดผ่านจมุกเข้าไปกระตุ้นในระดับกระดูกสันหลังส่วนคอที่ 2 พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการระอึก 85 ราย (65 รายเกิดระหว่างให้ยาสลบ) อาการระอึกหยุด

ทันที 84 ราย บางรายกลับสะอึกอีกแต่เมื่อกระตุ้นซ้ำก็หยุดอีกทุกราย

วิธีทางเภสัชวิทยา

การออกฤทธิ์ของยาที่ทำให้อาการสะอึกหยุดได้นั้น ส่วนมากยังไม่ทราบเป็นที่แน่นอน แต่ถ้ามพิจารณาทางค่านเภสัชวิทยาแล้ว จะแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1. ประเภทกระบบประสาทส่วนกลาง เช่น barbiturate, narcotics, chlorpromazine และ carbon dioxide เป็นต้น อาจจะออกฤทธิ์ขัดขวางการนำของ impulse ที่ทำให้เกิดอาการสะอึก
2. ประเภทกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เช่น benzedrine sulfate, methyl amphetamine และ methyl phenidate เป็นต้น อาจจะออกฤทธิ์โดยก่อให้เกิด impulse ใหม่ ทำให้เกิด reflex inhibition
3. ประเภทยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น atropine และ quinidine ซึ่งจะขัดขวางการนำของ impulse ผ่านเส้นประสาท vagus เป็นต้น
4. ประเภทยาที่ออกฤทธิ์ต่อ motor end plate ซึ่งมีทั้งชนิดที่ขัดขวางการนำของ impulse ได้แก่ยาทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและชนิดที่ตรงกันข้าม เช่น edrophonium

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการสะอึกที่สมควรจะกล่าวเพิ่มเติมได้แก่ chlorpromazine, metoclo-

pramide diphenylhydantoin และ methylphenidate

Chlorpromazine เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลาย และมีรายงานผลการใช้ตั้งแต่ปี 1955 เป็นยาชนิดเดียวที่แนะนำไว้ใน Beeson's Textbook of Medicine⁴ ขนาดที่ใช้คือ 25 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ phenothiazine ชนิดอื่นก็คงจะได้ผลเช่นกัน¹³ กลไกของการออกฤทธิ์คงจะคล้ายคลึงกับการใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

Metoclopramide ยาชนิดนี้นอกจากจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่นเดียวกับ phenothiazine แล้วยังออกฤทธิ์โดยตรงต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อของทางเดินอาหารอีกด้วย¹ ฉะนั้นกลไกการออกฤทธิ์รักษาอาการสะอึกอาจจะจะมี reflex inhibition ร่วมด้วยก็ได้ Madanagopalan²¹ รายงานผลการรักษาอาการสะอึกชนิดที่เป็นอยู่นาน (Intractable) จากสาเหตุต่างๆ ในผู้ป่วย 14 ราย ปรากฏว่าอาการสะอึกหยุดภายในครึ่งชั่วโมงทุกรายและหยุดอยู่นานถึง 8 ชั่วโมง ขนาดที่แนะนำให้ใช้คือ 10 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าได้ผลจึงให้รับประทานต่อ ครั้งละ 10 มก. วันละ 3 ครั้ง

Diphenylhydantoin มีรายงานโดย Petroski และ Patel²³ ว่าผู้ป่วยรายหนึ่งมีอาการสะอึกอยู่ 3 ปี หลังจากเกิดหลอดเลือดในสมองอุดตัน ด้วยสมมุติฐานที่ว่าอาการสะอึกเกิดจากมีจุดทำให้เกิดการระคายเคืองใกล้ศูนย์ควบคุมการสะอึกจึงได้ให้

diphenylhydantoin (DPH) 200 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ อาการสะอึกหยุดภายใน 1 ชั่วโมง และเมื่อให้ DPH ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือให้รับประทาน 100 มก. วันละ 3 ครั้งต่อไป ในระยะเวลาที่เฝ้าดูอยู่ 10 วันผู้ป่วยไม่มีอาการสะอึกอีกเลย Fariello และ Matani¹¹ รายงานผู้ป่วย 3 รายที่มีอาการสะอึกและมีความผิดปกติของคลื่นสมองเมื่อให้การรักษายาด้วยยาระงับอาการชัก ซึ่งรายหนึ่งใช้ DPH Davis กล่าวว่าใช้ DPH กับผู้ป่วยที่มีอาการสะอึกที่เป็นอยู่นาน 1 รายไม่ได้อผล แต่ก็มีได้บอกว่าอาการสะอึกเกิดจากโรคอะไร

Methylphenidate เมื่อปี พ.ศ. 1963 Macris และพวก รายงานว่า methylphenidate ใช้รักษาอาการสะอึกได้ผลดี ต่อมาในปี 1965 Vasiloff และพวกก็รายงานว่าได้ผลดีเช่นกัน อย่างไรก็ตาม Gregory และ Way¹⁴ ได้ศึกษาผลการใช้ methylphenidate แบบ double blind ในผู้ป่วยที่เกิดอาการสะอึกระหว่างได้รับยาสลบ 58 ราย พบว่าผู้ป่วย 24 รายได้รับ methylphenidate หยุดสะอึก 19 ราย ผู้ป่วย 27 รายได้รับ placebo หยุดสะอึก 19 ราย ผลการทดลองนี้ช่วยเตือนว่าอาการสะอึกนั้นเปลี่ยนแปลงง่ายอาจหายได้เอง ฉะนั้นการพิจารณาผลการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ควรคำนึงถึงความจริงข้อนี้ไว้ด้วยเสมอ

วิธีรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ

Jayasuriya¹⁸ สังเกตว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชมักจะเกิดอาการสะอึกภายหลังได้รับยาสลบและก่อนที่จะเริ่มการผ่าตัดในขณะที่

ผู้ป่วยประเภทอื่นได้รับยาสลบชนิดเดียวกันแต่ไม่เกิดอาการสะอึก ข้อแตกต่างมีอยู่ประการเดียวคือการผ่าตัดทางนรีเวชนั้น หลังจากให้ยาสลบแล้วต้องมีการจัดผู้ป่วยใหม่จากท่านอนราบเป็นท่า lithotomy การเคลื่อนตัวผู้ป่วยทำให้คอหงงมากคงจะกดเส้นประสาท phrenic เมื่อได้เปลี่ยนการปฏิบัติโดยจัดผู้ป่วยไว้ในท่า lithotomy ก่อนให้ยาสลบก็ไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยเหล่านี้เกิดอาการสะอึกอีก

Butt และพวก⁶ รายงานผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบและเกิดอาการสะอึก 42 ราย ได้ผลดังนี้ ในระยะเริ่มให้ยาสลบมีผู้ป่วยสะอึก 8 ราย หายเองก่อนในการรักษา 2 ราย อีก 6 ราย หายเมื่อให้ยาสลบเพิ่มขึ้น ในระยะผู้ป่วยกำลังสลบมีผู้ป่วยสะอึก 16 ราย เมื่อทำให้ระดับการสลบลึกเพิ่มขึ้นด้วยยาสลบที่ใช้อยู่ 15 ราย หายสะอึกมีอยู่ 1 ราย ที่สภาพของผู้ป่วยไม่สมควรให้ยาสลบเพิ่มเมื่อฉีด edrophonium 5 มก. เข้าหลอดเลือดดำอาการก็หายไป ในระยะหยุดให้ยาสลบมีผู้ป่วยสะอึก 18 ราย เมื่อใส่ nasogastric tube ให้ออกซิเจนและช่วยการหายใจ อาการหายไป 12 ราย อีก 6 รายอาการไม่หายแต่เมื่อฉีด edrophonium 5 มก. เข้าหลอดเลือดดำก็หาย

Baraka³ รายงานผู้ป่วย 10 รายที่เกิดอาการสะอึกระหว่างให้ยาสลบว่า เมื่อบีบ reservoir bag ให้ความดันเพิ่มขึ้น 30-40 มม.ปรอท. เป็นเวลา 10-20 วินาที อาการสะอึกจะหายทั้ง 10 ราย เข้าใจว่าเกิดจาก reflex inhibition ผ่านทางเส้นประสาท

วิธีใช้สายยางสอดผ่านจมูกเข้าไปกระตุ้น pharynx ก็ได้ผลในผู้ป่วยระหว่างได้รับยาสลบ²⁵

ในรายที่เป็นปัญหาใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลอาจจะใช้วิธี block เส้นประสาท vagus ได้กระบังลม หากกำลังทำการผ่าตัดในช่องท้องอยู่³⁵ หรือใช้วิธี block เส้นประสาทอื่น ๆ ที่จะกล่าวถึงต่อไป

วิธี block เส้นประสาทและวิธีทางศัลยกรรม

วิธีทั้งสองอย่างนี้มุ่งที่จะขัดขวางการนำของการ block เส้นประสาท vagus ที่บริเวณคอหรือได้กระบังลม³⁵ หรือที่ efferent limb เช่น impulse ซึ่งอาจจะเป็นที่ afferent limb เช่น paravertebral block หรือ block เส้นประสาท¹⁷ phrenic

Samuel²⁷ แสดงให้เห็นว่าการ block เส้นประสาท phrenic ด้วยยาชาหรือการตัดเส้นประสาท แม้จะทำทั้งสองข้างในบางกรณีก็ไม่อาจจะยุติอาการระอึกได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะเส้นประสาท phrenic มี aberration มาก การผ่าตัดให้ได้ผลต้องคำนึงถึงกายวิภาคของเส้นประสาท phrenic ด้วย

วิธีทางจิตเวช

Theohar และ McKegney³³ รายงานผลการรักษาผู้ป่วยหญิงอายุ 41 ปีมีอาการระอึกติดต่อกัน 2 สัปดาห์ได้รับการตรวจในโรงพยาบาล 2 แห่ง ไม่พบสาเหตุทางกาย จากการตรวจทางจิตอย่างละเอียดพบว่าอาการของผู้ป่วยเป็น conversion

reaction เมื่อให้การรักษาด้วยวิธีสะกดจิตประกอบกับการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวปรากฏว่าผู้ป่วยหายดี และไม่เกิดอาการระอึกอีกในระยะเวลา 10 เดือนของการติดตามผล ผู้รายงานได้ทบทวนรายงานการรักษาอาการระอึกทางจิตเวช พบว่ามีเพียงรายงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีสะกดจิต 3 รายงาน ๆ ละ 1 ราย แต่ไม่มีรายละเอียดของผลการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย

Salkind²⁶ รายงานผลการรักษาผู้ป่วยหญิงอายุ 10 ปี มีอาการระอึกติดต่อกันอยู่นาน 4 เดือน ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ไม่ได้ผล เมื่อใช้ chlorpromazine ทำให้อาการน้อยลงบ้าง แต่ก็ไม่หาย ผู้รายงานได้เลือกวิธีการรักษาโดยใช้สารละลายแอมโมเนียเจือจางใส่หลอดฉีดขนาด 10 มล. ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยผู้รายงานจะฉีดสารละลายเข้าไปในคอของผู้ป่วยทันทีทุกครั้ง que ผู้ป่วยระอึกทำให้ผู้ป่วยสำลักและไอ ผลปรากฏว่าอาการระอึกของผู้ป่วยห่างลงเรื่อย ๆ ภายใน 24 ชั่วโมงอาการก็ยุติ จากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือนผู้ป่วยไม่มีอาการระอึกอีกเลย ผู้รายงานเสนอว่าผลการรักษาเกิดจาก operant conditioning กล่าวคือสารละลายแอมโมเนียทำให้ผู้ป่วยสำลักและไอเป็น negative stimulus ต่ออาการระอึกซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ

สรุป

อาการระอึกเป็นอาการที่พบได้บ่อย จากการทบทวนวิธีรักษาอาการระอึกโดยยัติถ็กลไกของ

การเกิดอาการสะอึกเป็นหลักเท่าที่จะทำได้อาจจะพิจารณาเลือกการรักษาอาการสะอึกได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่เกิดอาการสะอึกชั่วระยะเวลาอันสั้น ควรเลือกใช้วิธีง่าย ๆ เช่น การกลืนน้ำตาลทรายหรือการดื่มน้ำเย็นเร็ว ๆ

2. ผู้ป่วยที่มีอาการสะอึกนานและแก้ด้วยวิธีข้างต้นไม่หาย อาจจะพิจารณาใช้วิธีที่ซับซ้อนขึ้น เช่นการใช้สายยางสอดผ่านรูจมูกเข้าไปกระตุ้น pharynx

3. เมื่อแก้ด้วยวิธีทางกายภาพไม่ได้ผลหรือกลับเป็นใหม่ในเวลาอันสั้น ควรพิจารณาที่สาเหตุของอาการสะอึกเพื่อหาทางแก้ไขที่สาเหตุ เช่น การโป่งพองของกระเพาะอาหารเป็นต้น หากยังไม่อาจจะหาสาเหตุได้หรือยังแก้ไขได้ไม่ทันการ อาจพิจารณาใช้ยา ยาที่สมควรจะเลือกใช้ได้แก่ metoclopramide และ chlorpromazine หรือ phenothiazine ชนิดอื่นผู้ป่วยที่เป็นโรคทางสมอง อาจจะพิจารณาใช้ diphenylhydantoin หากยาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล

4. อาการสะอึกที่เกิดขึ้น ระหว่างการให้ยาสลบ อาจแก้ได้ด้วยวิธีการง่าย ๆ เช่นการบีบ reservoir bag เพื่อเพิ่มความดันถ้าผู้ป่วยใส่ endotracheal tube อยู่ หรือใช้การสอดสายยางผ่านรูจมูกเข้าไปกระตุ้น pharynx ถ้าไม่ได้ผลหรือกลับเกิดการสะอึกอีกและไม่มีความจำเป็นในการให้ยาสลบเพิ่มก็เป็นวิธีที่ได้ผลดี หากไม่สมควรให้ยาสลบเพิ่มขึ้นอาจพิจารณาให้ยาเช่น edrophonium หรือการ block เส้นประสาท

5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องอาการสะอึกนาน ๆ ควรคำนึงถึงสาเหตุทางจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่มีสาเหตุอื่นที่เด่นชัด

เอกสารอ้างอิง

1. พินิจ กุลละวณิช: Metoclopramide. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 20:25-34, 2519
2. แพทยสภาสาร: เกณฑ์มาตรฐานแพทยฝึกหัด แพทยสภาสาร 5:3, 2519
3. Baraka A: Inhibition of hiccup by pulmonary inflation. Anesthesiology 32:271-3, 70
4. Beeson PB, McDermott W: Textbook of medicine. 14th ed. Tokyo, Igaku Shoi, 1975 pp. 817, 1105
5. Brobeck JR: Best and Taylor's physiological basis of medical practice. 9th ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1973 pp. 9-67
6. Butt HR Jr, Hamelberg W, Jacoby J: Hiccup; it's possible cause and treatment in anesthesia. Anesth Analg (Cleve) 40:181-5, 61
7. Davidson S, Macleod J: The principles and practice of medicine. 9th ed. The English Language Book Society and Churchill Livingstone, 1968
8. Davis JN: An experimental study of hiccup. Brain 93:851-72, 70
9. Davis JN: Correspondence; diphenylhydantoin for hiccups. Lancet 1:997, 74
10. Engleman EG, Lankton J, Lankton B: Granulated sugar as treatment for hiccups in conscious patients. N Engl J Med 285:1489, 71
11. Fariello RG, Mutani R: Correspondence; treatment of hiccup. Lancet 2:1201, 74
12. Gibbs AE: Two cases of persistent hiccup treated with orphenadrine citrate. Practitioner 191: 646, 63
13. Goodman LS, Gilman A: The pharmacological basis of therapeutics. 4th ed. New York, The Macmillan Co., 1970 pp. 169, 179, 925
14. Gregory GA, Way WL: Methylphenidate for the treatment of hiccups during anesthesia. Anesthesiology 31:89-90, 69
15. Harrington JT, DeSanctis RW: Hiccup - induced atrioventricular block. Ann Intern Med 70:105-6, 69

16. Harvey AM, Johns RJ, Owens AH, et al: The principles and practice of medicine. 18th ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1972
17. Ikram H, Orchard RT, Read SEC: Intractable hiccuping in acute myocardial infarction. *Br Med J* 2:504, 71
18. Jayasuriya JP: Hiccup during anesthesia a clinical observation. *Br J Anaesth* 44:117, 72
19. Kepes ER: Clinical anesthesia conference electrical stimulation of phrenic nerve in treatment of hiccups. *NY J Med* 72:2769, 72
20. Leading article: Hiccup. *Br Med J* 2:234-5, 71
21. Madanagopalan N: Metoclopramide in hiccup. *Curr Med Res Opin* 3:371, 75
22. Moses JA, Ramachandran KP, Surendran D: Treatment of hiccups with instillation of ether into nasal cavity. *Anesth Analg (Cleve)* 49:367-8, 70
23. Petroski D, Patel AN: Correspondence; diphenylhydantoin for intractable hiccups. *Lancet* 1:739, 74
24. Reynolds DW, Dweck HS: PVC's versus SDC's. *N Engl J Med* 284:1270-1, 71
25. Salem MR, Baraka, A, Rattengorg CC, et al: Treatment of hiccups by pharyngeal stimulation in anesthetized and conscious subjects. *JAMA* 202:32-6, 67
26. Salkind MR: The treatment of intractable hiccup by operant conditioning with negative incentive. *Practitioner* 206:535-7, 71
27. Samuel L: Hiccup; a ten year review of anatomy, etiology and treatment. *Can Med Assoc J* 67:315, 52
28. Santos G, Cook WA, Frater RWM: Reclosure of sternotomy disruption produced by hiccups. *Chest* 66:189-90, 74
29. Shantha TR: Ketamine for the treatment of hiccups during and following anesthesia; a preliminary report. *Anesth Analg (Cleve)* 52:822-4, 73
30. Sodeman WA, Sodeman WA Jr: Pathologic physiology; mechanisms of diseases. 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974
31. Soudjian JV, Cain JC, Intractable hiccup. Etiologic factors in 220 cases. *Postgrad Med* 43:72-7, 68
32. Stotka VL, Barcay SJ, Bell HS, et al: Intractable hiccough as the primary manifestation of brain stem tumor. *Am J Med* 32:312-5, 62
33. Theohar C, McKegney FP: Hiccups of psychogenic origin; a case report and a review of the literature. *Compr Psychiat* 11:377-84, 70
34. Wintrobe MM, Thorn GW, Adams RD, et al: Harrison's principles of internal medicine. 7th ed. Tokyo. Kogakosha Ltd, 1974
35. Wylie WD: A practice of anesthesia. 3rd ed. New York, Yearbook, 1972 pp. 65-67