

Background: ยา lornoxicam เป็น NSAIDs ในกลุ่ม oxicam มี half-life 3-5 ชั่วโมง มี side effect น้อย และเป็นยาฉีดทางหลอดเลือดดำเพียงชนิดเดียวที่มีในประเทศไทยในขณะทำการศึกษานี้ มีรายงานการใช้ lornoxicam ระวังปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ microsurgery ได้ผลดี แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบเปิด ซึ่งมีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีสมมติฐานว่ายา lornoxicam สามารถป้องกันอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่ายาหลอก

Objective: เพื่อเปรียบเทียบผลการป้องกันอาการปวดและผลข้างเคียงของ lornoxicam 16 mg กับยาหลอกเมื่อฉีดให้ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Materials and Methods: ศึกษาแบบ Randomized, double blind, placebo controlled trial ในผู้ป่วย 56 ราย โดยกลุ่มทดลอง (กลุ่ม L) จะได้รับยา lornoxicam 16 mg ส่วนกลุ่มควบคุม (กลุ่ม P) จะได้รับ placebo โดยฉีดทางหลอดเลือดดำเมื่อเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัด ประเมินอาการปวดขณะผู้ป่วยนอนพักโดยใช้ verbal numeric rating scale: VNRS 0-10 ที่เวลาแรกรับในห้องพักฟื้น (T0) และที่ 1 (T1) และ 2 (T2) ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับปวดเพิ่มเป็น morphine เมื่อต้องการ บันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มขอยาระงับปวดครั้งแรก ปริมาณ morphine ที่ใช้ระงับปวดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และอาการแทรกซ้อนที่พบ

Results: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ASA status ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก สัดส่วนของผู้ป่วยที่มี VNRS > 5 ที่เวลา T0 ระหว่างกลุ่ม P และกลุ่ม L ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (44.4% vs 50.0%, CI of difference: -32.4%, 21.3%, P = 0.68) ระดับความปวดเฉลี่ย (Mean) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน โดยที่เวลา T0 และ T1 พบมี VNRS > 5 ส่วนที่ T2 มี VNRS < 5 ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ระยะเวลาที่เริ่มขอยาแก้ปวดครั้งแรกของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (35 นาทีในกลุ่ม P vs 40 นาทีในกลุ่ม L) เช่นเดียวกับปริมาณ morphine เฉลี่ยที่ใช้ไปใน 2 ชั่วโมงแรกของกลุ่ม P และกลุ่ม L พบว่าไม่แตกต่างกัน (9 mg vs 9.3 mg)

อาการคลื่นไส้อาเจียน ของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (3 ราย vs 5 ราย) เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการง่วงซึมมาก (11 ราย vs 14 ราย) และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการใช้ออกซิเจนในระหว่างการนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย (11 ราย vs 9 ราย)

Conclusion: การให้ยา lornoxicam 16 mg ฉีดก่อนเสร็จการผ่าตัดกระดูกสันหลังไม่สามารถลดสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับความปวด VNRS > 5 ในระยะเริ่มฟื้นจากยาสลบลงได้ อย่างไรก็ตามที่เวลา 2 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับยา lornoxicam ได้รับการระงับปวดที่เพียงพอเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก

Background: Lornoxicam, is an NSAID belonging to the enolic acid chemical class shared by piroxicam and tenoxicam. It is rapidly eliminated, having short plasma elimination half- life of 3-5 h, which suggests its suitability for acute postoperative pain control. It has been used successfully in microsurgical lumbar discectomy. However, there was no data about controlling pain after open discectomy or decompressive laminectomy of the lumbar spine, which was moderate to severe pain.

Objective: To compare the efficacy of a single intraoperative dose of 16 mg of lornoxicam for pain relief after discectomy or laminectomy with placebo.

Study design: Randomized, double blind, placebo-controlled trial

Materials and Methods: Fifty-six patients underwent discectomy or decompressive laminectomy under general anesthesia were randomly allocated to receive 16 mg lornoxicam (Group L), or placebo (Group P) at the beginning of wound closing. Pain scores at rest (using a verbal numeric rating scale: VNRS 0 - 10), time to first analgesia requirement, morphine consumption during the first 2 h after surgery and adverse effects were all recorded. The outcomes were assessed at the admission to the PACU as soon as patients gained consciousness (T0), then at 1 (T1) and 2 (T2) h after surgery.

Results: Baseline characteristics in terms of age, ASA status, and duration of anesthesia were comparable between the two groups. The proportion of patients with VNRS > 5 at T0 in both groups were not significantly different (44.4% in group P vs 50.0% in group L, CI of difference:- 32.4%, 21.3%, $p = 0.68$). The mean VNRS scores, evaluated at T0 and T1 were > 5 and at T2 was < 5 in both groups. There was no significant difference between the two groups.

The morphine consumption during the first 2 h after surgery in both groups was not different (9.0 mg vs 9.3 mg) as well as the time to first analgesia requirement (35 min vs 40 min).

Patients in the two groups had no significant difference in the symptoms or degree of nausea/vomiting. The number of patients with excessive sedation either at the admission to or discharge from the PACU in both groups were not different (11 vs 14 and 0 vs 1, respectively). The proportion of patients needed oxygen during transportation to the ward was not different as well.

Conclusion: Lornoxicam 16 mg given intravenously before wound closing provides inadequate pain relief immediately after discectomy or laminectomy. However, adequate pain relief was demonstrated at 2 h after surgery, which was similar to placebo.