



การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเด็ก Foreign body aspiration in children

รัฐพล อุปปลา

Rattapon Uppala

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002

Correspondent author: rattaponkku@gmail.com

บทคัดย่อ

การสำลักสิ่งแปลกปลอมเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปต้องให้การวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต สิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยมากที่สุดคือประวัติและการตรวจร่างกาย และเมื่อวินิจฉัยได้แล้วต้องประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยได้ว่าเป็นการอุดกั้นแบบสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งสถานการณ์ที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล และควรรีบส่งต่อเข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องหลอดลมต่อไป นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักโดยการให้ความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กให้ปลอดภัย โดยเฉพาะในวัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นเมื่อผู้ปกครองพาเด็กมารับการตรวจสุขภาพตามกำหนดการให้วัคซีน บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้กับกับผู้ปกครองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุตามวัยทุกครั้ง

Abstract

Foreign body aspiration in children is the common emergency condition which healthcare provider should realize in the diagnosis and initial management to decrease the mortality. The most helpful tools in the diagnosis of this condition are history taking and complete physical examination. After recognition of this condition, the next step is to grade the severity of the victims by distinguish between complete or incomplete airway obstruction to consider the maneuver to provide the initial treatment for the patient, and then a referral process for specific treatment by bronchoscopy should be performed. Regarding the very high mortality of this condition, the prevention of this event should be advice to parents by anticipatory guidance. In every well child clinic, the healthcare providers should inform all babysitters of how to prevent the accidents in each children age group.

คำสำคัญ: การสำลักสิ่งแปลกปลอม การอุดกั้นทางเดินหายใจ การส่องกล้องหลอดลม

Keywords: foreign body aspiration, airway obstruction, bronchoscope

1. บทนำ

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจถือเป็นภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็กที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้การวินิจฉัยได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็วพร้อมทั้งให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ก่อนส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

การสำลักสิ่งแปลกปลอมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตในช่วงก่อนศตวรรษที่ 20 สูงถึงร้อยละ 24 และลดลงมาเรื่อยๆ เนื่องจากเครื่องมือการรักษาทันสมัยมากขึ้นและการส่งต่อทำได้รวดเร็ว (1)

อุบัติการณ์ของการสำลักสิ่งแปลกปลอมในเด็กร้อยละ 80 เกิดในเด็กที่อายุน้อยกว่า 3 ปี ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือช่วงอายุ 1-2 ปี เพราะในวัยดังกล่าวเด็กมีพัฒนาการที่ชอบหยิบจับสิ่งของเล็กๆ เข้าปาก นอกจากนี้การให้อาหารและของเล่นที่ไม่เหมาะสม อาจเพิ่มความเสี่ยงให้เด็กเกิดการสำลักได้ ส่วนเด็กโต พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกลืนเนื้อและระบบประสาท ทำให้เกิดความบกพร่องในการกลืน รวมทั้งผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์จนขาดสติ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสำลักสิ่งแปลกปลอมได้ (2)

ตำแหน่งที่พบสิ่งแปลกปลอมเข้าไปติดบอยที่สุดคือที่หลอดลมข้างขวา รองลงมาคือหลอดลมข้างซ้าย ส่วนตำแหน่งที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่างกล่องเสียงและหลอดลม (laryngotracheal) เพราะเป็นจุดที่มักเกิดการอุดกั้นอย่างสมบูรณ์ (complete airway obstruction) (3)

2. อาการและการแสดง

ผู้ป่วยที่มีการสำลักสิ่งแปลกปลอมจะก่อให้เกิดปัญหาทางระบบหายใจได้หลายอย่างขึ้นกับ ตำแหน่งและขนาดของสิ่งแปลกปลอม ซึ่งมีผลต่อความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น

2.1 สิ่งแปลกปลอมขนาดใหญ่ มักติดที่บริเวณช่องเปิดของสายเสียงบริเวณกล่องเสียง (glottis) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่แคบที่สุดของทางเดินหายใจเด็ก ผู้ป่วยจะมีปัญหาการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) เกิดอาการหอบ หายใจมีเสียงดังฮีด (stridor) หากเกิด อุดกั้นอย่างสมบูรณ์ (complete airway obstruction) จะทำให้ห้องไม่มีเสียง เกิดภาวะเขียว (cyanosis) และหมดสติตามมาอย่างรวดเร็ว

2.2 สิ่งแปลกปลอมขนาดเล็ก มักหลุดไปยังทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้มีปัญหาทางเดินหายใจส่วนล่างอุดกั้น (lower airway obstruction) อาจพบหายใจมีเสียงดังวี๊ด (wheezing) ซึ่งอาจเข้าใจผิดคิดว่าเป็นโรคหืด (asthma) ได้

อาการที่มักนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วคืออาการหอบเหนื่อยเฉียบพลัน ตัวเขียว หรือหมดสติ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็วโดยที่ก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยสบายดี ซึ่งการวินิจฉัยมักทำได้ไม่ยาก หากมีประวัติสำคัญที่ชัดเจน หากพบว่าบ่อยครั้งที่ไม่ได้ประวัติการสำลัก ในระยะแรกแต่ได้ในภายหลัง ดังนั้นการซักประวัติการสำลักเป็นสิ่งจำเป็นที่แพทย์ต้องถามผู้ปกครองเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางระบบหายใจ หากไม่ได้ประวัติชัดเจนแต่อาการเข้าได้ ให้สงสัยว่ามีการสำลักสิ่งแปลกปลอมไว้ก่อน

โดยทั่วไปพบว่าอาการของผู้ป่วยที่มีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (4)

ระยะที่ 1 เหตุการณ์เริ่มต้น (initial event)

ผู้ป่วยจะมีอาการไออย่างรุนแรง (violent paroxysms of coughing) มีอาการหายใจไม่ออก (choking) ร่วมกับขย้อน (gagging) อาจมีอาการหายใจลำบาก เสียงแหบ บางรายหายใจมีเสียงดังฮีด (stridor) หรือเสียงดังวี๊ดร่วมด้วย หากสิ่งแปลกปลอมมีขนาดใหญ่อาจเกิดการอุดกั้นบริเวณ laryngotracheal ทำให้เกิด complete airway obstruction ผู้ป่วยจะมีอาการเขียวหมดสติทันที และเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ

ระยะที่ 2 ช่วงไม่แสดงอาการ (asymptomatic interval)

ในระยะนี้อาการต่างๆ จะหายไปจนใกล้เคียงปกติเพราะสิ่งแปลกปลอมอาจเกาะนิ่งอยู่ที่ผนังหลอดลม ทำให้การระคายเคืองที่เกิดขึ้นที่หลอดลมลดลง ดังนั้นในระยะนี้มักทำให้ผู้ปกครองและแพทย์เพิกเฉยต่อการวินิจฉัยการสำลักสิ่งแปลกปลอมได้ เพราะอาจคิดว่าสิ่งแปลกปลอมได้หลุดออกมาแล้ว

ระยะที่ 3 ระยะที่มีภาวะแทรกซ้อน (complications)

เป็นระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักสิ่งแปลกปลอม โดยเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือมีการติดเชื้อตามหลังการสำลักสิ่งแปลกปลอม ผู้ป่วยอาจมีไข้สูง ไอเรื้อรังหรือไอปนเลือด ปอดอักเสบ หรือมีภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้

3. การวินิจฉัย

3.1 ประวัติ

เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยการสำลักสิ่งแปลกปลอม โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพบว่าประวัติสำคัญจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้เป็นอย่างดี โดยมีความไวร้อยละ 96 และมีความจำเพาะร้อยละ 76 ดังนั้นหากผู้ป่วยมีประวัติสำคัญชัดเจนจึงสามารถใช้เป็นเหตุผลในการพิจารณาส่องกล้องหลอดลม (bronchoscope) ได้ (5) หากพบว่ามีประวัติสำคัญร่วมกับตรวจพบมี wheezing จะต้องคิดถึงการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจร่วมด้วยเสมอ

3.2 การตรวจร่างกาย

ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในทางเดินหายใจ แบ่งเป็น complete airway obstruction คือไม่มีลมผ่านเข้าไปในทางเดินหายใจได้ ต่อจุดที่มีการอุดกั้นได้เลย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ตำแหน่ง laryngotracheal ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ อีกกลุ่มคือกลุ่มที่เป็น partial airway obstruction คือมีการอุดกั้นบางส่วน ซึ่งยังมีลมผ่านจุดที่มีการอุดกั้นได้

พบว่าตำแหน่งที่มีการอุดกั้นจากการสำลักสิ่งแปลกปลอมที่พบบ่อยที่สุดคือที่หลอดลมข้างขวา พบ

ประมาณร้อยละ 58 อาการและการแสดงของการอุดกั้นหลอดลมปอดข้างใดข้างหนึ่ง จะมีลักษณะจำเพาะคือมีประวัติสำคัญร่วมกับมีเสียง wheezing และ ตรวจร่างกายได้ยินเสียงหายใจเบาลง (decreased breath sound) ซึ่งจัดว่าเป็นลักษณะจำเพาะสำหรับตำแหน่งดังกล่าว อย่างไรก็ตามลักษณะจำเพาะที่กล่าวถึงนั้นพบได้เพียงร้อยละ 23-57 ของผู้ป่วยเท่านั้น (2)

3.3 การตรวจทางรังสีวิทยา

การตรวจด้วยภาพถ่ายทางรังสี (plain radiography) อาจช่วยหรือไม่ช่วยในการวินิจฉัยการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ เพราะโอกาสตรวจพบสิ่งแปลกปลอมจากภาพถ่ายรังสีนั้นมีน้อยมาก สิ่งแปลกปลอมนั้นต้องเป็นสารทึบรังสี (radio-opaque) ซึ่งพบเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะไม่พบสิ่งแปลกปลอม แต่ข้อมูลที่ได้จากการตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีก็จะช่วยในการวินิจฉัยได้ เช่นการตรวจพบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีที่เกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอม

โดยทั่วไปการตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี จะมีความไวร้อยละ 68-76 และมีความจำเพาะ ร้อยละ 45-67(6) ดังนั้นปัจจุบัน เพียงอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายก็ได้อาการที่เพียงพอแล้วในการตัดสินใจส่งตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องหลอดลม

วิธีการตรวจทางรังสีวิทยาทำได้หลายวิธีเช่น

3.3.1 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่แนะนำให้ตรวจคือ ทำที่ถ่ายจากด้านหลัง (posteroanterior) หรือ ทำที่ถ่ายจากด้านหน้า (anteroposterior) และ ทำที่ถ่ายจากด้านข้าง (lateral) หากเด็กให้ความร่วมมือ ให้ถ่ายเปรียบเทียบกับในช่วงหายใจเข้าและหายใจออก เพื่อดูลักษณะของลมที่ค้างในปอด (air trapping) หรือ มีลักษณะของ obstructive emphysema (ภาพที่ 1) ที่เกิดจากภาวะที่ลมเข้าได้แต่ออกไม่ได้ (ball valve effect) เนื่องจากสิ่งแปลกปลอมที่อุดกั้นในทางเดินหายใจ แต่หากเด็กไม่ให้ความร่วมมือก็อาจพิจารณาให้ถ่ายท่า right หรือ left lateral decubitus แทน โดยปกติปอดข้างที่นอนทับมักจะแฟบลง เพราะมีน้ำหนักของหัวใจและหลอดเลือดที่ mediastinum กด

ทับ ถ้ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในหลอดลมข้างนั้น จะยังมีเงาของลมในปอด เพราะมีการอุดกั้นจากสิ่งแปลกปลอม (7) นอกจากนี้การตรวจพบปอดแฟบ (atelectasis) ก็อาจไม่ใช่ลักษณะจำเพาะของการสำลักสิ่งแปลกปลอมอย่างไรก็ตามพบได้น้อยกว่า obstructive emphysema ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการสำลักสิ่งแปลกปลอม ได้แก่ ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (pneumothorax) และภาวะประจันอกมีอากาศ (pneumomediastinum) ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บต่อผนังทางเดินหายใจ แต่พบได้น้อยมาก

3.3.2 ภาพถ่ายทางเดินหายใจส่วนบน

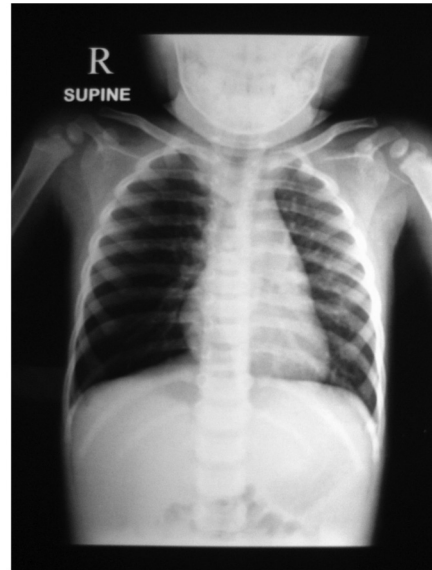
ได้แก่ภาพถ่ายท่า anteroposterior และ lateral neck ในรายที่สงสัยมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ความผิดปกติที่พบได้แก่ radio-opaque foreign body, partial obliterate ของ air column, widening ของ retropharyngeal space หรือ subglottic narrowing เป็นต้น

3.3.3 Airway fluoroscopy (8)

มีประโยชน์ในกรณีที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบความผิดปกติ เพราะแสดงให้เห็นการเคลื่อนไหวของ mediastinum และกระบังลม (diaphragm) หากมีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจจะตรวจพบว่ามี mediastinum ถูกเบียด จากการที่มี obstructive emphysema ร่วมกับ diaphragm ข้างที่มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ เคลื่อนไหวลดลง อย่างไรก็ตามการตรวจนี้ขึ้นกับความชำนาญของผู้ตรวจในแต่ละแห่ง

3.3.4 การตรวจทางรังสีอื่นๆ

เช่น การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Chest Computed Tomography: chest CT) ปัจจุบันไม่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะไม่ได้ช่วยทำให้การวินิจฉัยเร็วขึ้นและอาจทำให้การรักษาล่าช้าออกไป ยกเว้นในรายที่ส่องกล้องแล้วไม่พบสิ่งแปลกปลอม แต่ยังมีอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นในหลอดลมขนาดเล็ก การส่งตรวจเพิ่มเติมด้วย Chest CT อาจมีความจำเป็น (8)



ภาพที่ 1: ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผู้ป่วยที่มีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ พบว่ามีลมค้างในปอดข้างขวามากกว่าข้างซ้าย แสดงถึงการอุดกั้นของหลอดลมในตำแหน่งข้อปอดด้านขวา (right main bronchus obstruction)

4. การรักษา

4.1 ในกรณีฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่มีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขต้องประเมินผู้ป่วยว่าการอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นแบบสมบูรณ์ หรือบางส่วน โดยประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังนี้

4.1.1 หากผู้ป่วยยังไอได้ หรือหายใจเสียงดัง ถึงแม้จะมีอกบวมรุนแรง ถือว่าผู้ป่วยเกิด การอุดกั้นทางเดินหายใจแบบบางส่วน การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมคือไม่รีบรบกวนผู้ป่วย สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและรีบส่งผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องหลอดลมให้เร็วที่สุด ห้ามทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physiotherapy) หรือดูดเสมหะและพ่นยาขยายหลอดลมในระยะนี้โดยเด็ดขาด เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจแบบสมบูรณ์ได้

4.1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่หายใจและไอหรือพูดไม่มีเสียงหรือเขียว ถือว่าผู้ป่วยมี การอุดกั้นทางเดินหายใจแบบสมบูรณ์ ต้องให้การช่วยเหลือทันที ตามคำแนะนำของ American Heart Association (AHA) 2010 (9) โดยแนะนำว่าในเด็กทารกที่อายุน้อยกว่า 1 ปี ให้ทำ back blows 5 ครั้ง และ chest thrusts 5 ครั้ง (ภาพที่ 2) และในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ให้ทำ Heimlich maneuver หรือ subdiaphragmatic abdominal thrust (ภาพที่ 3 และ 4) ทำการช่วยเหลือเบื้องต้นจนสิ่งแปลกปลอมหลุดออกมาหรือจนผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว จึงให้ทำการช่วยกู้ชีพด้วยการทำ chest compression ระหว่างช่วยเหลือให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง หากเห็นสิ่งแปลกปลอมให้หยิบออก แต่หากไม่เห็นสิ่งแปลกปลอมไม่แนะนำให้ใช้นิ้วมือล้วงเพื่อหาสิ่งแปลกปลอม (blind finger sweep) เพราะอาจทำให้สิ่งแปลกปลอมถูกดันลึกเข้าไปมากขึ้น ระหว่างที่ทำการช่วยเหลือต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อส่งกล้องหลอดลม เมื่อนำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และยังคงมีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจแบบสมบูรณ์ สิ่งสำคัญที่สุดระหว่างรอทำการส่งกล้องหลอดลม คือเปิดทางเดินหายใจ เพื่อให้ลมเข้าปอด ซึ่งขั้นตอนประกอบด้วย

- รับสคอ laryngoscope ใส่ในทางเดินหายใจ หากมองเห็นสิ่งแปลกปลอมให้หยิบออกทันที ในระหว่างนั้นให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน

- หากไม่สามารถหยิบสิ่งแปลกปลอมออกได้ก็ควรจะทำ needle cricothyrotomy เพื่อให้มีลมเข้าไปในปอดได้ โดยใช้เข็มขนาดใหญ่ที่สุดเช่นเบอร์ 14 หรือเบอร์ 16 ถ้าเป็นเด็กเล็กใช้เบอร์ 18 (ควรเป็นเข็มแทงน้ำเกลือ ที่มีปลอก plastic catheter) แทะที่ตำแหน่ง cricothyroid membrane ซึ่งอยู่ขอบล่างของกระดูก thyroid ในแนว midline ทำมุม 30-40 องศากับผิวหนัง โดยหัวเข็มต่อกับ syringe ระหว่างที่แทงให้ aspirate syringe ไปจนกระทั่งได้ลม เมื่อปลายเข็มเข้าไปใน trachea ให้สคอ plastic catheter เข้าไปใน trachea จากนั้นต่อหัวเข็มเข้ากับ connector แล้วรีบปั๊ม resuscitation bag ที่ต่อกับออกซิเจนให้ผู้ป่วย จากนั้นจึงพิจารณาส่งกล้องหลอดลมแบบลูกเงินต่อไป ซึ่งวิธีการระหว่างที่รอการ

ส่งกล้องหลอดลมนี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น (10)

4.2 การส่งกล้องหลอดลม (bronchoscopy)

(4)

การส่งกล้องหลอดลมทำได้ 2 แบบ คือการทำ rigid bronchoscope และการทำ flexible bronchoscope ปัจจุบันถือว่าการทำ rigid bronchoscope เป็น มาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยที่สำลักสิ่งแปลกปลอม โดยข้อดีของการทำ rigid bronchoscope คือสามารถช่วยหายใจ (ventilate) และ นำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจได้ ส่วนการทำ flexible bronchoscope มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยกรณีที่สิ่งแปลกปลอมมีขนาดเล็ก และเข้าไปติดในหลอดลมส่วนปลาย ปัจจุบันมีการพัฒนา flexible bronchoscope ให้สามารถนำสิ่งแปลกปลอมขนาดเล็กออกจากทางเดินหายใจได้ แต่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษและความชำนาญซึ่งทำได้บางสถาบันเท่านั้น (8) ในประเทศไทยมีรายงานความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย ด้วยการ ใช้ flexible bronchoscope ภายหลังจากไม่สามารถนำสิ่งแปลกปลอมออกได้ด้วย rigid bronchoscope (11)

การประสานงานระหว่างแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน กุมารแพทย์ วิทยุแพทย์และแพทย์หู คอ จมูก มีความสำคัญอย่างยิ่งหากมีผู้ป่วยที่สงสัยมีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ เพราะหากทำการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็ว ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสรอดชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างสมบูรณ์

5. ภาวะแทรกซ้อน

หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเร็ว มักไม่พบภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง อย่างไรก็ตาม มีรายงานผู้ป่วยเด็กที่สำลักสิ่งแปลกปลอมที่มีภาวะ pneumothorax และ pneumomediastinum ซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บต่อผนังของทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอมเองหรือจากการอุดกั้นของหลอดลมขนาดเล็ก (12) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่ชัดเจน การวินิจฉัย

ล่าช้า สิ่งแปลกปลอมอาจติดค้างในหลอดลมขนาดเล็กเป็นเวลานาน ทำให้เกิดปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำ (recurrent pneumonia) บางรายอาจมีการอุดกั้นหลอดลมขนาดเล็กเรื้อรังจนเกิดหลอดลมโป่งพอง(bronchiectasis) ดังนั้นแพทย์ต้องให้การวินิจฉัยการสำลักสิ่งแปลกปลอมได้รวดเร็วเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว

6. การป้องกัน (11)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ขึ้นกับชนิด ลักษณะของสิ่งแปลกปลอม พัฒนาการของเด็ก สิ่งแวดล้อม ตลอดจนระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เพราะการเลี้ยงดูเด็กที่อยู่ในวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่ชอบเอาสิ่งของเข้าปาก ดังนั้นการเลือกของเล่นจึงเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดการสำลักในเด็กเสมอ นอกจากนี้การเลือกอาหารก็มีความสำคัญ เพราะเป็นสาเหตุของการสำลักที่พบบ่อยที่สุด ในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงไม่ควรให้อาหารประเภทถั่ว เมล็ดผลไม้ ลูกกวาด หรืออาหารที่มีลักษณะแข็ง อีกทั้ง ไม่ควรให้เด็กวิ่งเล่น กระโดด หรือพูดขณะรับประทานอาหาร

7. สรุป

การสำลักสิ่งแปลกปลอมเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย ในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปต้องให้การวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และควรรีบส่งต่อเข้ารับการรักษาด้วยการส่งก่อดึงหลอดลมต่อไป การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ โดยการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะในวัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง



ภาพที่ 2 การทำ Back blows (ภาพบน) and chest thrusts (ภาพล่าง) เพื่อให้สิ่งแปลกปลอมหลุดจากหลอดลมในเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี



ภาพที่ 3 การทำ Abdominal thrusts ในขณะที่ผู้ป่วยยืนหรือนั่ง (good consciousness). (จากGuidelines for cardiopulmonary resuscitation)



ภาพที่ 4 การทำ Abdominal thrusts ในกรณีที่ผู้ป่วย
นอน (good consciousness หรือ uncon-
sciousness).

8. เอกสารอ้างอิง

- (1) Kramer TA, Riding KH, Salkeld LJ. Tracheo-bronchial and esophageal foreign bodies in the pediatric population. *J Otolaryngol.* 1986; 15:355-8.
- (2) Tan HK, Brown K, McGill T. Airway foreign bodies (FB): a 10-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000; 56:91-9.
- (3) Wagner MH. Foreign body aspiration. In: Loughlin GM, Eigen H(eds). *Respiratory Disease in Children, Diagnosis and Management.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 343-50.
- (4) Holinger LD. Foreign bodies of the airway. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, Behrman RE, eds. *Nelson textbook of pediatrics.* 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2011.p.1453-4.
- (5) Metranngolo S, Monetti C, Meneghini L, Zadra N, Giusti F. Eight years' experience with foreign body aspiration in children: what is really important for a timely diagnosis?. *J Pediatr Surg.* 1999; 34:1229-31.
- (6) Svedstrom E, Puhakka H, Kero P. How accuracy is chest radiography in the diagnosis of tracheo-bronchial foreign bodies in children?. *Pediatr Radiol* 1989; 19:520-2.
- (7) Assefa D, Amin N, Stringel G, Dozor AJ. Use of decubitus radiographs in the diagnosis of foreign body aspiration in young children. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23(3):154-7.
- (8) Hitter A, Hullo E, Durand C, Righini CA. Diagnostic value of various investigations in children with suspected foreign body aspiration: review. *Eur Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011;128(5):248-52.
- (9) Berg MD, Schexnayder SM, Chameides L, Terry M, Donoghue A, Hickey RW, et al. Pediatric basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics.* 2010;126(5):e1345-60.
- (10) Robinson KJ, Katz R, Jacobs LM. A 12-year experience with prehospital cricothyrotomies. *Air Med J* 2001;20(6):27-30.
- (11) Srisingh K, Yupensuk N. Using flexible bronchoscope management foreign body aspiration in children : A case report and review literature. *Thai J of Pediatr.* 2013; 52:166-71.
- (12) Burton EM, Riggs W, Jr., Kaufman RA, Houston CS. Pneumomediastinum caused by foreign body aspiration in children. *Pediatr Radiol.* 1989;20(1-2):45-7.
- (13) Lima JA, Fischer GB. Foreign body aspiration in children. *Paediatr Res Rev.* 2002;3(4):303-7.