

25

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเด็ก

(Foreign Body Aspiration in Children)

ลลิตา ก้องเกียรติกุล

บทนำ

โดยทั่วไปมนุษย์มีกลไกป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในทางเดินหายใจ ได้แก่ การหดตัวของฝากล่องเสียง (epiglottis) และกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียง (arytenoid cartilage) เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจ รวมถึงการหดตัวอย่างแรงของเส้นเสียง (vocal cords) เมื่อมีวัตถุแปลกปลอมเข้ามาใกล้บริเวณทางเดินหายใจ และการไอเมื่อมีการกระตุ้น cough reflex ของทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอม การสำลักสิ่งแปลกปลอมที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนอย่างสมบูรณ์ (complete upper airway obstruction) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าการอุดกั้นทางเดินหายใจไม่สมบูรณ์ หรือวัตถุแปลกปลอมมีขนาดเล็ก อาการของทางเดินหายใจอุดกั้นจะมีความรุนแรงน้อยลง และถ้าไม่นำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้

ระบาดวิทยา

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่พบได้ไม่น้อยในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก¹ การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเด็กมากกว่าร้อยละ 80 เกิดในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพบสูงสุดในช่วงอายุ 1-2 ปี เด็กชายพบบ่อยกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วนประมาณ 2:1 ขึ้นกับการศึกษา² เนื่องจากเด็กวัยนี้ชอบหยิบสิ่งของเข้าปาก, ร้องไห้หรือตะโกนเวลาที่มีอาหารหรือของเล่นอยู่ในปาก นอกจากนี้เด็กในวัยนี้เคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันหน้า (incisors) เนื่องจากฟันกรามยังไม่พัฒนา ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด จึงมีโอกาสที่จะสำลักอาหารลงทางเดินหายใจได้ ส่วนเด็กโตหรือผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจจากการทำหัตถการหรือใส่อุปกรณ์ในช่องปาก, การที่ความรู้สึกตัวลดลงจากการได้ยาหรือใช้สารเสพติด, มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หรือมีโรคทางระบบประสาทหรือจิตเวช เป็นต้น

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจของเด็กส่วนใหญ่พบในหลอดลม (bronchus) ส่วนน้อยพบในกล่องเสียง (larynx) และท่อลม (trachea) มีงานศึกษากรณีเด็กมีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ตำแหน่งที่พบมีสิ่งแปลกปลอมมากที่สุด คือ หลอดลมด้านขวา (ร้อยละ 60), หลอดลมด้านซ้าย (ร้อยละ 23), ท่อลม (ร้อยละ 13) และบริเวณกล่องเสียง (ร้อยละ 3)² สิ่งแปลกปลอมที่พบบริเวณกล่องเสียงและท่อลมทำให้เกิดอัตราตายสูงกว่าที่พบบริเวณหลอดลม³

พยาธิสรีรวิทยา

การสำลักสิ่งแปลกปลอมบริเวณกล่องเสียงหรือท่อลม และเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจอย่างสมบูรณ์ ก่อให้เกิดภาวะขาดอากาศ (asphyxia) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว กรณีสิ่งแปลกปลอมที่มีขนาดเล็กไม่ใหญ่มากสามารถหลุดผ่านกล่องเสียงและท่อลมไปยังหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง ตำแหน่งที่สิ่งแปลกปลอมไปอุดตันขึ้นอยู่กับขนาดของสิ่งแปลกปลอม, อายุของเด็ก และท่าทางของเด็กขณะสำลัก

ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดลมในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี หลอดลมทั้ง 2 ข้างจะทำมุมกับท่อลมเท่า ๆ กัน ดังนั้นถ้าเด็กอยู่ในท่านั่ง สิ่งแปลกปลอมมีโอกาสหลุดลงไปหลอดลมทั้ง 2 ด้านเท่า ๆ กัน⁴ เมื่ออายุมากขึ้น หลอดลมทั้ง 2 ข้างจะทำมุมกับท่อลมต่างกัน โดยหลอดลมด้านซ้ายจะทำมุมป้านมากขึ้นกับท่อลม และหลอดลมด้านขวาจะมีลักษณะทำมุมแหลมกว่า ส่งผลให้สิ่งแปลกปลอมมีโอกาสที่จะตกลงไปที่หลอดลมด้านขวาสูงกว่าด้านซ้าย⁴

รายงานของ Debeljak และคณะ⁵ ศึกษาการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจในผู้ใหญ่ พบว่า ตำแหน่งที่พบสิ่งแปลกปลอมบ่อยที่สุด คือ หลอดลมด้านขวาร้อยละ 67, หลอดลมด้านซ้ายร้อยละ 32 และบริเวณท่อลมร้อยละ 1 และพบว่า หลังการรักษาโดยการพยายามนำสิ่งแปลกปลอมออกมา สิ่งแปลกปลอมมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนที่ลึกลงไปมากขึ้น หากไม่สามารถนำสิ่งแปลกปลอมออกมาได้สำเร็จ อาจทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจมากขึ้น

สิ่งแปลกปลอมที่เป็นสารอินทรีย์ (organic) เช่น พืช, ผัก, เมล็ดผลไม้, ถั่ว มักสลายตัวทำให้การเอาสิ่งแปลกปลอมออกทำได้ยาก ทำให้เกิดการบวมและการอักเสบของเยื่อบุทางเดินหายใจ อาจเกิดแผลและเลือดออก หรือมี granulation tissue เกิดขึ้นได้ อาการที่พบ ได้แก่ ไอ, หายใจเหนื่อย และเขียว อาจพบภาวะแทรกซ้อน เช่น mediastinitis หรือ tracheoesophageal fistula ได้ ส่วนทางเดินหายใจที่อยู่ลึกต่อการอุดตันสามารถเกิด air trapping, ภาวะลมโป่งพองเฉพาะที่ (local emphysema), ปอดแฟบ (atelectasis), ปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia), ฝีในปอด (lung abscess) หรือหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis) เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยได้รับการเอาสิ่งแปลกปลอมออกแล้ว การอักเสบจะยังคงดำเนินต่อไป การเปลี่ยนแปลงของปอดที่เกิดขึ้นอาจไม่กลับมาเหมือนเดิม โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในทางเดินหายใจนานกว่า 24-48 ชั่วโมง⁶

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยสามารถทำได้จากประวัติและการตรวจร่างกาย โดยประวัติจากผู้ที่เห็นเหตุการณ์โดยตรง และมีอาการที่เข้าได้กับการสำลักชัดเจนซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยอย่างมาก ถ้าประวัติไม่ชัดเจน แต่แพทย์สงสัยภาวะสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ การวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ความไวและความจำเพาะของการวินิจฉัยภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความไวและความจำเพาะของการวินิจฉัยภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเด็ก (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9)

	Positive predictive value (%)	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Negative predictive value (%)
ประวัติการสำลัก	50	85	21	60
ตรวจร่างกายพบเสียงหายใจเข้าเบาลงของปอดข้างเดียว	84	65	88	73
ตรวจพบเสียงหวีด	65	33	84	57
ภาพรังสีปอดพบวัตถุแปลกปลอมทึบแสง	100	20	100	57
ลักษณะถุงลมโป่งพองเฉพาะที่	81	53	88	67
ภาพรังสีช่วงหายใจเข้าผิดปกติ	72	70	74	73

ประวัติที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติการสำลัก หรือมีผู้เห็นเหตุการณ์การสำลัก โดยมีอาการไอ, เหนื่อย หรือเขียวเกิดขึ้นทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ในเด็กที่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยมาก่อน อาการสำลักมักเกิดขึ้นทันทีหลังเหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจหายใจได้ในเวลาไม่กี่นาที ถึงแม้ว่าการผู้ป่วยจะหายแล้ว แพทย์ต้องมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ตกค้างอยู่ในทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ประวัติของอาหารที่รับประทาน หรือสิ่งของที่เล่นอยู่ก่อนเกิดเหตุการณ์อาจช่วยบอกถึงสิ่งของที่อุดกั้นทางเดินหายใจได้

เด็กที่มีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน, เขียว และระดับความรู้สึกตัวลดลงถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน รวมถึงเตรียมการกู้ชีพ และการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ โดยทั่วไปการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจมักเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจบางส่วน (partial airway obstruction) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไอ, หายใจเร็ว, หายใจเสียงดัง (stridor), เสียงหายใจเข้าเบาลง (diminished breath sound) หรือมีเสียงหวีดเฉพาะส่วน (localized wheezing) เป็นต้น อาการเฉพาะซึ่งเป็น classic triad ของการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ, หายใจมีเสียงหวีด และเสียงหายใจเข้าเบาลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในเด็กที่มีภาวะสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจพบมีอาการตาม classic triad เพียงร้อยละ 57 เท่านั้น⁷ การใช้ triad มีความจำเพาะค่อนข้างสูง (ร้อยละ 96-98) แต่ความไวค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 27-43)⁸

อาการและอาการแสดงของการสำลักสิ่งแปลกปลอมขึ้นกับชนิด, ขนาด และตำแหน่งของสิ่งแปลกปลอม

1. สิ่งแปลกปลอมในจมูก

อาจเกิดขึ้นได้เวลาเด็กพยายามดมกลิ่นสิ่งของชิ้นเล็ก ๆ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีสารคัดหลั่งออกจากจมูกข้างที่มีสิ่งแปลกปลอม (unilateral nasal discharge) และมีกลิ่นเหม็น บางครั้งอาจพบสารคัดหลั่งมีเลือดปน

2. สิ่งแปลกปลอมบริเวณกล่องเสียงหรือท่อลม

พบได้ไม่บ่อย สิ่งแปลกปลอมบริเวณนี้ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือทันที มักมาด้วยอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจถึงแก่ชีวิต อาการสำคัญ ได้แก่ หายใจเสียงดัง, มีเสียงหวีด, กลืนน้ำลายลำบาก, เหนื่อยหรือเสียงแหบ เป็นต้น ถ้าสิ่งแปลกปลอมมีความคมอาจเกิดการบาดเจ็บของหลอดลมหรือหลอดอาหาร

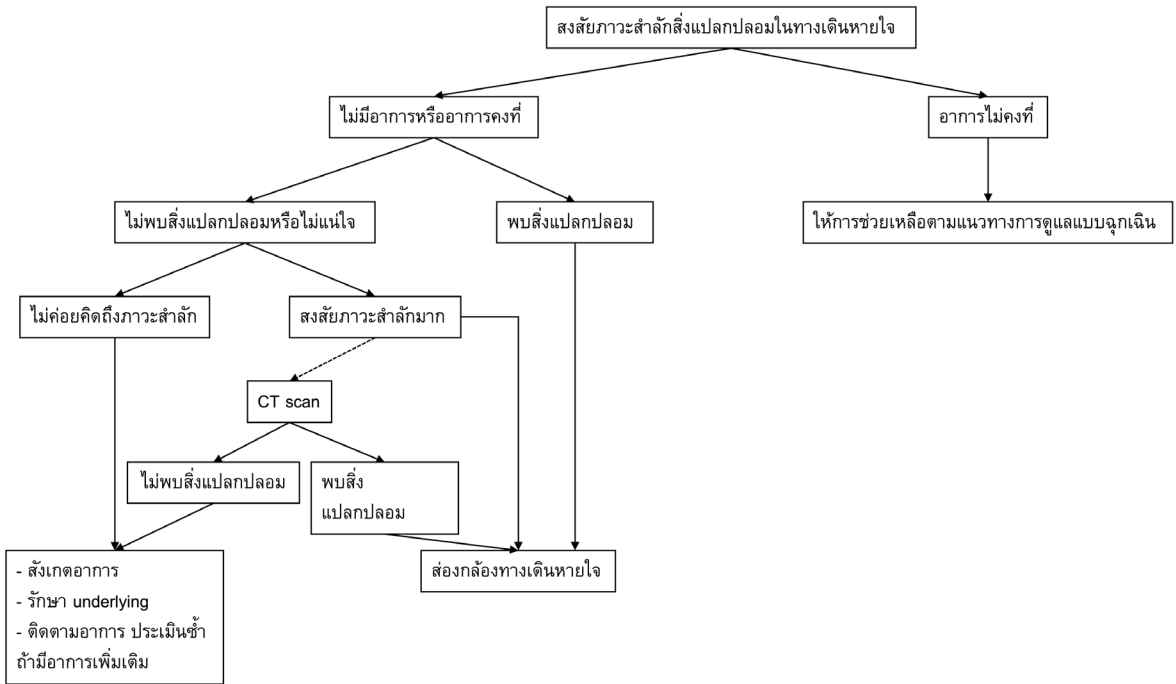
3. สิ่งแปลกปลอมบริเวณหลอดลม

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไอ, หายใจมีเสียงหวีด อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ ไอเป็นเลือด, หายใจเหนื่อย, หายใจลำบาก, เสียงหายใจเข้าเบาลง หรือมีอาการเขียว เป็นต้น อาการแสดงพบไม่มาก ถ้าสิ่งแปลกปลอมอยู่ลึกลงไปบริเวณหลอดลมส่วนปลาย

การวินิจฉัยล่าช้า (delayed diagnosis)

ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ และมาพบแพทย์หลังเหตุการณ์สำคัญผ่านไปแล้ว อาการนำส่วนใหญ่เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ เช่น มีการอักเสบหรือการติดเชื้อของทางเดินหายใจ โดยมีไข้, ไอ, หอบ กรณีที่ไม่ได้ประวัติสำคัญชัดเจน หรือผู้ปกครองไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ แพทย์อาจไม่ได้คิดถึงภาวะนี้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการดีขึ้นหลังได้รับยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามความผิดปกติบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะไม่หาย และพบการติดเชื้อของปอดซ้ำได้บ่อย (recurrence of pneumonia) บางรายอาจมีอาการหายใจเสียงหวีดเป็น ๆ หาย ๆ จึงได้รับการวินิจฉัยและรักษาแบบโรคหืด เด็กเล็กหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสำคัญได้ง่าย และไม่สามารถบอกประวัติหรืออาการได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลัก, มีประวัติเขียว, ไอ, หายใจเสียงดังหวีด, ปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ ๆ และหายใจไม่สนิท หรือเกิดหลอดลมโป่งพองเฉพาะที่จะต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ โดยซักถามประวัติการกลืนและการสำลักอาหารอย่างละเอียด

อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า คือ สิ่งแปลกปลอมอยู่ในหลอดลมส่วนปลาย ซึ่งอาการแสดงไม่ชัดเจนหรืออาการไม่จำเพาะ หรือเคยมีประวัติและอาการสำคัญแต่อาการหายแล้ว แพทย์จึงคิดว่าสิ่งแปลกปลอมหลุดไปแล้ว โดยอาการของระบบหายใจมักเกิดตามหลังเหตุการณ์เป็นระยะเวลานาน เป็นต้น ดังนั้น ถ้าสงสัยว่ามีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจควรพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติม ดังรูปที่ 1



CT scan, Computed tomography scan

รูปที่ 1 แนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมกรณีที่มีสัญญาณชีพสำคัญเปลี่ยนแปลงในทางเดินหายใจ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

กรณีสัญญาณชีพสำคัญเปลี่ยนแปลงในทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรืออาการคงที่ แพทย์ควรส่งภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกราย ทั้งในท่าหายใจเข้าและหายใจออก เพื่อประเมินตำแหน่งของสิ่งแปลกปลอม แต่เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถร่วมมือถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่าหายใจออกได้ แพทย์อาจพิจารณาถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่า lateral decubitus ของข้างที่สงสัยว่าจะมีสิ่งแปลกปลอมซึ่งจะพบความผิดปกติได้ถึงร้อยละ 33 แต่อาจไม่พบชิ้นส่วนของวัตถุแปลกปลอมที่เป็น radiolucent ลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เป็น indirect sign สามารถบอกถึงภาวะสำคัญเปลี่ยนแปลงได้ เช่น air trapping, unilateral hyperinflation, lobar หรือ segmental atelectasis, mediastinal shift หรือบางรายพบลักษณะของปอดติดเชื้อแบบ consolidation เป็นต้น ในรายที่มี subcutaneous emphysema หรือ pneumomediastinum จะช่วยสนับสนุนภาวะสำคัญเปลี่ยนแปลงมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกตินั้นไม่สามารถแยกภาวะสำคัญเปลี่ยนแปลงจากการวินิจฉัยแยกโรคได้¹⁰

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT) หรือเอ็มอาร์ไอ (magnetic resonance imaging)

เป็นการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะสำคัญเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการคงที่ และภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ หากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือ

เอ็มอาร์ไอไม่พบสิ่งแปลกปลอม อาจไม่จำเป็นต้องทำการส่องกล้องทางเดินหายใจ¹¹ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยมักได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจเพื่อวินิจฉัยภาวะสำคัญสิ่งแปลกปลอมมากกว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อลดการสัมผัสรังสี และลดการใช้ยานอนหลับขณะตรวจในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ

การถ่ายภาพรังสีบนจอ (fluoroscopy)

อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย โดยใช้ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกในการวินิจฉัยภาวะสำคัญสิ่งแปลกปลอม ใช้ประเมินการเคลื่อนไหวของกระบังลม สังเกตลักษณะ mediastinal shift หรือ air trapping¹²

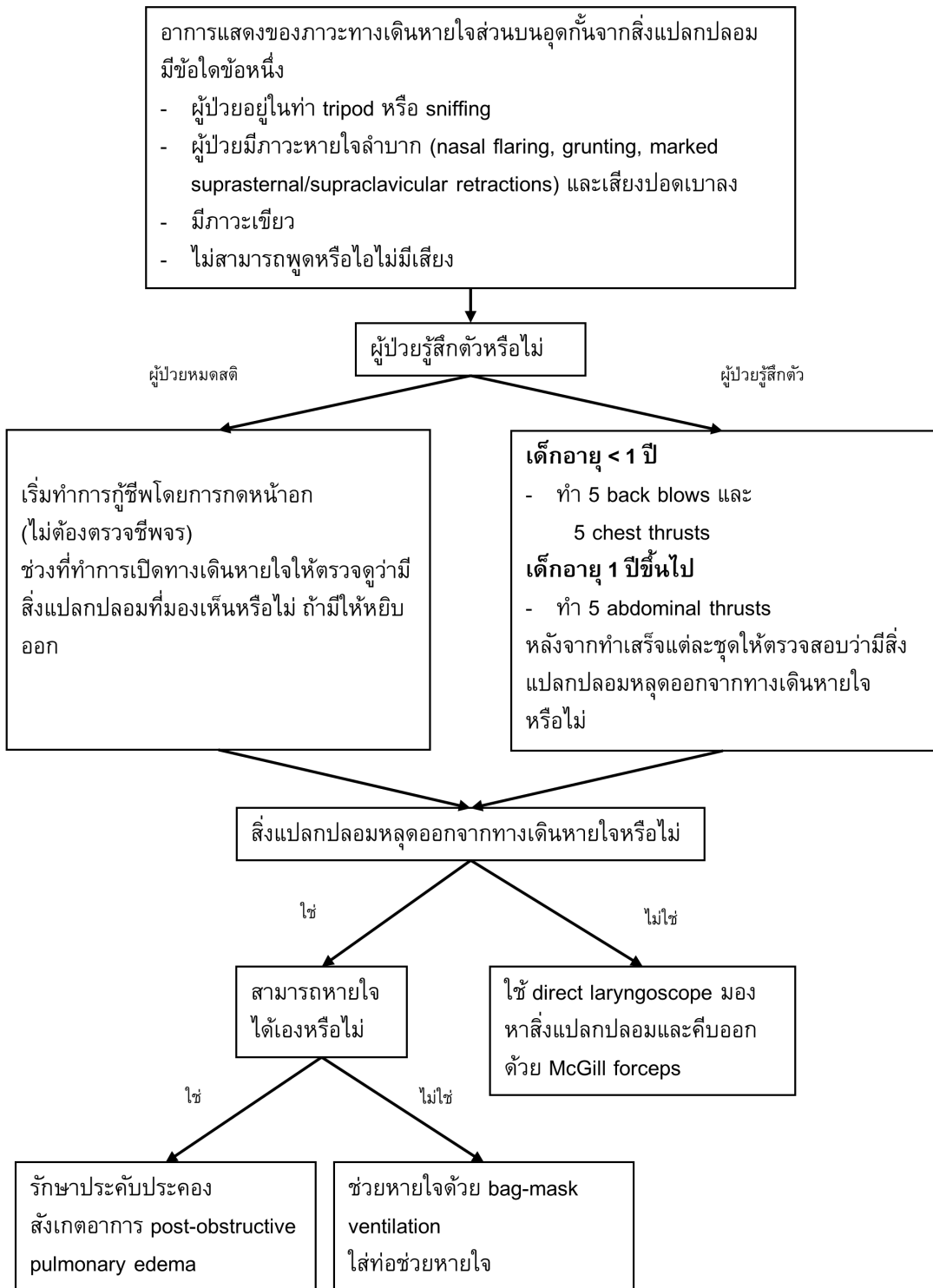
การส่องกล้องทางเดินหายใจ (bronchoscopy)

กรณีที่สงสัยมากกว่ามีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ควรมีการตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องทางเดินหายใจทุกราย ส่วนใหญ่นิยมใช้ rigid bronchoscope เนื่องจากสามารถส่องทางเดินหายใจเพื่อหาสิ่งแปลกปลอม และสามารถคีบออกมาได้ในเวลาเดียวกัน ส่วนการใช้ flexible bronchoscope มักใช้เพื่อสำรวจทางเดินหายใจในกรณีที่ไม่แน่ใจว่ามีสิ่งแปลกปลอมหรือไม่ อย่างไรก็ตามบางสถาบันสามารถใช้ flexible bronchoscope เพื่อนำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจได้เช่นกัน¹³

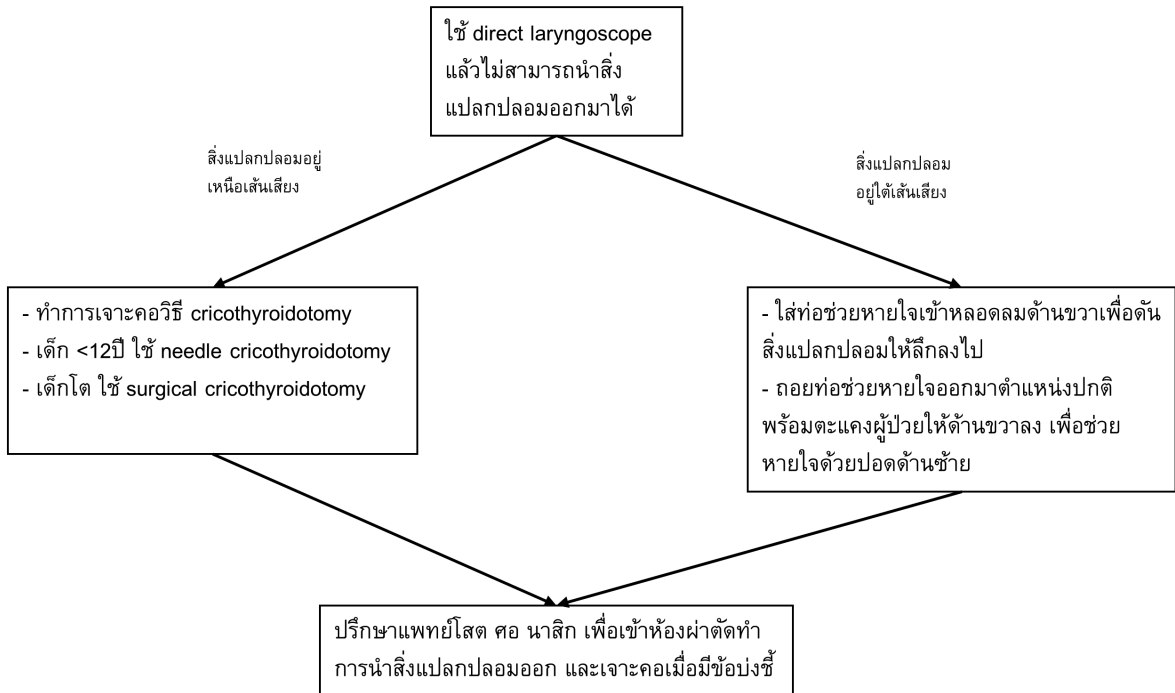
การรักษา

กรณีเด็กที่มีอาการสำลักขึ้นมาแบบทันที (choking), ไม่สามารถออกเสียงได้ และมีอาการเขียว ให้คิดถึงภาวะทางเดินหายใจอุดตันแบบสมบูรณ์จากการสำลักสิ่งแปลกปลอม ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนตามคำแนะนำของ American Heart Association (AHA) ปี พ.ศ. 2563¹⁴

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (infant) แนะนำให้ใช้เทคนิค five back blows และ five chest compressions ไม่แนะนำให้ทำ abdominal thrusts ในเด็กเล็ก เนื่องจากอาจเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้อง
- ในกรณีเด็กโตหรือผู้ใหญ่ให้ใช้วิธี abdominal thrusts หรือ Heimlich maneuver
- ถ้าผู้ป่วยหมดสติ ไม่ว่าจะมึนหรือไม่ให้ทำการกู้ชีพด้วยการกดหน้าอก (chest compression) จนกว่าวัตถุแปลกปลอมจะหลุดออกมา ในผู้ป่วยหมดสติ หลังจากกู้ชีพครบ 2 นาทีแล้วให้ขอความช่วยเหลือจากทีมกู้ชีพ (ถ้ายังไม่ได้ทำ) ระหว่างการทำ chest compression และเปิดทางเดินหายใจ หากพบสิ่งแปลกปลอมในช่องปากให้หยิบออก ถ้าไม่เห็นสิ่งแปลกปลอม ไม่แนะนำให้ใช้นิ้วมือล้วงเพื่อค้นหาสิ่งแปลกปลอม (blind finger sweep) เพราะอาจทำให้สิ่งแปลกปลอมถูกดันลึกลงไปมากขึ้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอม ดังรูปที่ 2 และรูปที่ 3



รูปที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันสมบูรณ์จากสิ่งแปลกปลอม (complete upper airway obstruction) ซึ่งแพทย์ควรสงสัยว่าเกิดจากการสำลักสิ่งแปลกปลอมเมื่อมีผู้เห็นเหตุการณ์, มีประวัติสำลักก่อนเกิดเหตุ หรือตรวจพบสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจส่วนบน (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 15)



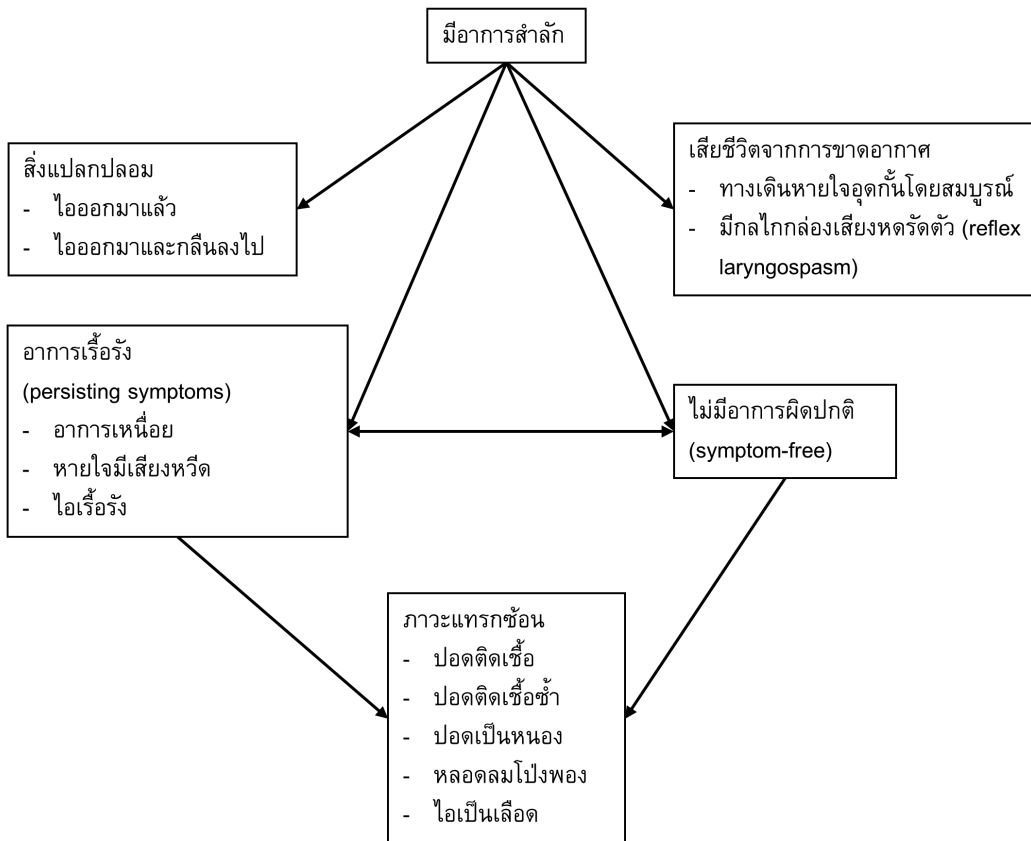
รูปที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากสิ่งแปลกปลอม แต่ไม่สามารถนำสิ่งแปลกปลอมออกมาได้หลังจากการใช้ direct laryngoscope (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 15)

ภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรค

การสำลักสิ่งแปลกปลอมหากไม่ได้รับการรักษา และปล่อยให้ตกค้างในทางเดินหายใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังรูปที่ 4 โดยภาวะแทรกซ้อนมักสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1. ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (cardiac arrest) เกิดขึ้นเมื่อสิ่งแปลกปลอมอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนอย่างสมบูรณ์ และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

2. ภาวะปอดติดเชื้อ (pulmonary infection) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เนื่องจากการมีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจจะทำให้มีสิ่งคัดหลั่งออกมาปริมาณมาก เกิดการอักเสบและติดเชื้อซ้ำ ๆ เด็กบางรายที่แพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยเรื่องการสำลักสิ่งแปลกปลอมได้ อาจแสดงอาการด้วยการติดเชื้อซ้ำ ๆ, มีไข้ในปอด, อาการไอเป็นเลือดหรือหลอดลมโป่งพอง ดังนั้นแพทย์ต้องให้การวินิจฉัยแยกภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดติดเชื้อซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถหาสาเหตุได้



รูปที่ 4 การดำเนินโรคของการสำคัญสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจในเด็กที่ไม่ได้รับการรักษา (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 15)

3. ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (pneumothorax) จากสิ่งแปลกปลอมอุดตันทางเดินหายใจและเกิด ball valve effect

4. ภาวะทางเดินหายใจฉีกขาดจากสิ่งแปลกปลอมที่มีคมหรือภาวะ bronchopleural fistula เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย

สรุป

การสำคัญสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเป็นภาวะที่พบน้อยและสามารถป้องกันได้ ความรู้เรื่องการดูแลเด็กที่มีภาวะสำคัญสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง การช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นสามารถลดอัตราการตายและทุพพลภาพอันเกิดจากภาวะสมองขาดออกซิเจนได้ และเพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนจากการสำคัญสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ แพทย์ควรแนะนำผู้ปกครองให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อนำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ ถึงแม้จะไม่มีอาการแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Bamber AR, Pryce J, Ashworth M, Sebire NJ. Fatal aspiration of foreign bodies in infants and children. *Fetal Pediatr Pathol* 2014; 33: 42-8.
2. Eren S, Balci AE, Dikici B, Doblan M, Eren MN. Foreign body aspiration in children: Experience of 1160 cases. *Ann Trop Paediatr* 2003; 23: 31-7.
3. Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children. A comparison with bronchial foreign bodies. *Am J Dis Child* 1987; 141: 259-62.
4. Cleveland RH. Symmetry of bronchial angles in children. *Radiology* 1979; 133: 89-93.
5. Debeljak A, Sorli J, Music E, Kecelj P. Bronchoscopic removal of foreign bodies in adults: Experience with 62 patients from 1974-1998. *Eur Respir J* 1999; 14: 792-5.
6. Rovin JD, Rodgers BM. Pediatric foreign body aspiration. *Pediatr Rev* 2000; 21: 86-90.
7. Tan HK, Brown K, McGill T, Kenna MA, Lund DP, Healy GB. Airway foreign bodies (FB): A 10-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 56: 91-9.
8. Singh H, Parakh A. Tracheobronchial foreign body aspiration in children. *Clin Pediatr (Phila)* 2014; 53: 415-9.
9. Martinot A, Closset M, Marquette CH, et al. Indications for flexible versus rigid bronchoscopy in children with suspected foreign-body aspiration. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 1676-9.
10. Mu LC, Sun DQ, He P. Radiological diagnosis of aspirated foreign bodies in children: Review of 343 cases. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 778-82.
11. Yang C, Hua R, Xu K, et al. The role of 3D computed tomography (CT) imaging in the diagnosis of foreign body aspiration in children. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015; 19: 265-73.
12. Laya BF, Restrepo R, Lee EY. Practical imaging evaluation of foreign bodies in children: An update. *Radiol Clin North Am* 2017; 55: 845-67.
13. Yuksel H, Yilmaz O, Acikel A, Basbay Y, Yasar A, Topcu I. First line treatment for foreign body aspiration in children: Flexible bronchoscopy. *Eur Respir J* 2018; 52: 624.
14. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2020; 142: S469-S523.
15. Ruiz FE. Airway foreign bodies in children. In: UpToDate, Mallory GB, Torrey SB (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2022. Available from: URL: <https://www.uptodate.com/contents/airway-foreign-bodies-in-children> [Access: April 3, 2022]