

กรณีศึกษา : การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมติดค้าง ในทางเดินอาหารส่วนต้น

จารึก มณีโชติ*

วรลักษณ์ รามดิษฐ์**

ธรรณิศ ลิ้มปর্ণกุล***

บทคัดย่อ

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยชายพม่าอายุ 15 ปี มาโรงพยาบาลกระบี่ด้วยปลาหมอตัดคอ ประวัตติ 2 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาลผู้ป่วยจับปลาโดยการคาบหัวปลาไว้ในปากก่อนใส่ภาชนะทำให้เกิดอุบัติเหตุปลาหลุดลงในคอ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้ปกติ มีปัญหาไม่สามารถกลืนน้ำลายได้มีเลือดออกและมีอาการปวดมาก ตรวจร่างกายเห็นทางปลาในปากส่งห้องผ่าตัด เพื่อเอาปลาออกจากปากผู้ป่วยซึ่งต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยใช้การใส่ท่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยหลับ ใช้กล้องส่องตรวจในทางเดินอาหารเพื่อวางแผนในการเอาสิ่งแปลกปลอมออก ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถเอาปลาทั้งตัวออกมา โดยส่องกล้องตรวจได้เนื่องจากกล้องมีขนาดเล็กไม่สามารถดึงปลาออกมาได้ จึงใช้เครื่องมือถ่างปากและกดลิ้นถึงโคนลิ้น เพื่อสามารถมองเห็นคอหอยหลังช่องปาก มองเห็นต่อมทอนซิลสามารถแยกครีปลาออกจากต่อมทอนซิลและเอาปลาออกมาได้ หลังจากนั้นส่องกล้องตรวจในระบบทางเดินอาหาร ล้างและเอาเกล็ดปลาออก หลังส่องกล้องเอาปลาออกผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 2 วัน

คำสำคัญ : สิ่งแปลกปลอมทางเดินอาหารส่วนต้น

* พย.บ. ห้องผ่าตัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่

** พ.บ. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกระบี่

*** พ.บ. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกระบี่

Management of ingested foreign bodies in an adolescent : A case report

*Jaruek Maneechot**

*Waraluck Ramdit***

*Thoranit Limpakornkul****

Abstract

A case report of 15-year-old Myanmar male, who was presented at Krabi Hospital with occur at foreign bodies (fish) in throat, 2 hours after holding the fish head in the mouth before placing it in a container. An accident occurred, the fish dropped in the oropharynx. Then physical examination was found foreign body in the oropharynx. the finding of rigid direct laryngoscopy and esophagoscopy was positive but cann't remove it. Patients was taken for exploration of throat to remove foreign body, after general anesthesia with endotracheal tube intubation and Rapid Sequence Intubation technique (RSI), patients without complications and length of stay (LOS) 2 days.

Keywords : foreign bodies ingestion

* B.N.S. Operating Room Nursing Department Krabi Hospital

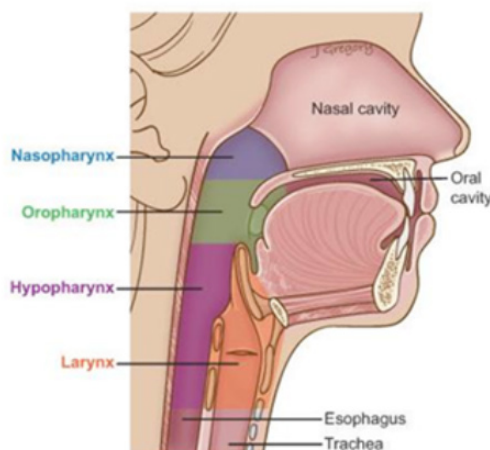
** M.D. Department of Anesthesiology Krabi Hospital

*** M.D. Department of Otolaryngology Krabi Hospital

บทนำ

การกลืนสิ่งแปลกปลอมชนิดแหลมคมมักเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี แต่สำหรับในผู้ใหญ่ มักจะพบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยในแถบทวีปเอเชีย การกลืนสิ่งแปลกปลอมชนิดแหลมคม มักเกิดจากก้างปลาและกระดูกไก่ รองลงมาได้แก่ เศษไม้จิ้มฟัน และเข็ม โดยสิ่งแปลกปลอมชนิดแหลมคมมักเกิดจากการกลืนโดยไม่ตั้งใจ^{1,2} การติดค้างในทางเดินอาหารทั่วไปแบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะฉับพลัน (acute complication) เช่น การบวม การถลอก ภาวะเลือดออก การติดค้างหรือการเกิดการอุดตันในทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการทะลุได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง (Delayed complication)³ เช่น การเกิดฝีในระบบทางเดินอาหารหรืออวัยวะข้างเคียง และการติดเชื้อ

ในกระแสเลือด ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยโรคการติดเชื้อในช่องคอ (deep neck infection)³⁻⁴ การติดค้างของสิ่งแปลกปลอมชนิดแหลมคมมักเกิดในจุดที่มีการตีบแคบจุดโค้ง หรือจุดที่เป็นรูเปิดทางกายภาพในระบบทางเดินอาหาร (ภาพที่ 1) ได้แก่ Oropharynx, upper esophageal sphincter หลอดอาหารส่วนกลางที่ใกล้กับบริเวณ aortic arch และหลอดอาหารส่วนกลางที่ใกล้กับบริเวณ mainstem bronchus และหลอดอาหารส่วนปลายบริเวณ esophago-gastric junction การรักษาร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้อง ร่วมกับใช้อุปกรณ์คีบออกและร้อยละ 1 อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดกรณีที่ผู้ป่วยสามารถกลืนลงไปได้^{4,5}



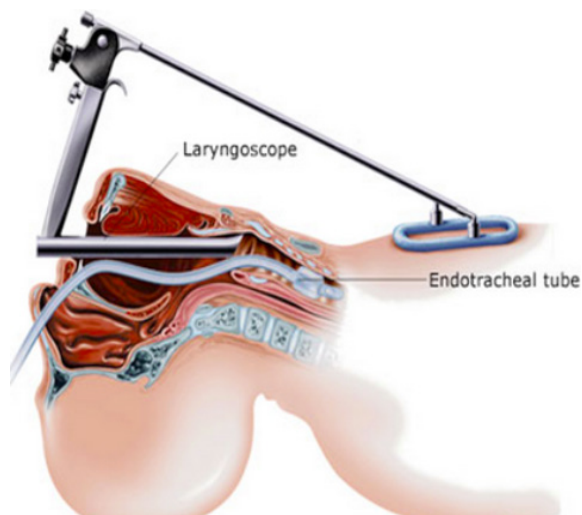
ภาพที่ 1 กายวิภาคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น <https://sites.google.com/a/mtlstudents.net/homepage/home/pharynx-and-esophagus>

รายงานผู้ป่วยชายพม่า อายุ 15 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 ซม. อาชีพรับจ้างอยู่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเขาพนมด้วยปลาหมอตึงตัวติดคอ ประวัติการเจ็บป่วย 2 ชั่วโมงก่อนส่งตัวมาโรงพยาบาลกระบี่ ผู้ป่วยไปจับปลาหมอตึงตัวคาบปลาไว้ในปากปลาตึงหลุดเข้าคอ ผู้ป่วยพยายามดึงปลาออกจนทางปลาขาดแต่ไม่สามารถเอาออกได้ จึงไปโรงพยาบาลเขาพนม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสะดวก มีน้ำลายปนเลือดไหลออกจากปากตลอด มีอาการปวดมาก จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลกระบี่ แรกวันที่ ER เวลา 20.05 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆

มีน้ำลายปนเลือดไหลตลอด สัญญาณชีพ T= 37 °C PR= 90 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 130/90 mmHg O₂sat 98% Pain score 7 คะแนน ตรวจร่างกายพบ ปลาหมอตึงตัวอยู่ในปากผู้ป่วยมองเห็นทางปลา การวินิจฉัยครั้งแรก Fish in esophagus Consult ศัลยแพทย์ โสต คอ นาสิก ให้ Set OR stat for DL with remove FB stat เตรียม Pre-op เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr., E₄lyte, anti HIV, เอกซเรย์ปอด พยาบาลหอบผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล รายงานวิสัญญีแพทย์ โดยเตรียมเครื่องมือสำหรับการให้ยา

ระงับความรู้สึกทั่วไป พยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมความพร้อมเครื่องมือ โดยเตรียมเครื่องมือสำหรับการเจาะคอ กรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เตรียมเครื่องมือสองกล้อง Direct laryngoscope (ภาพที่ 2) กับ Rigid Esophagoscope

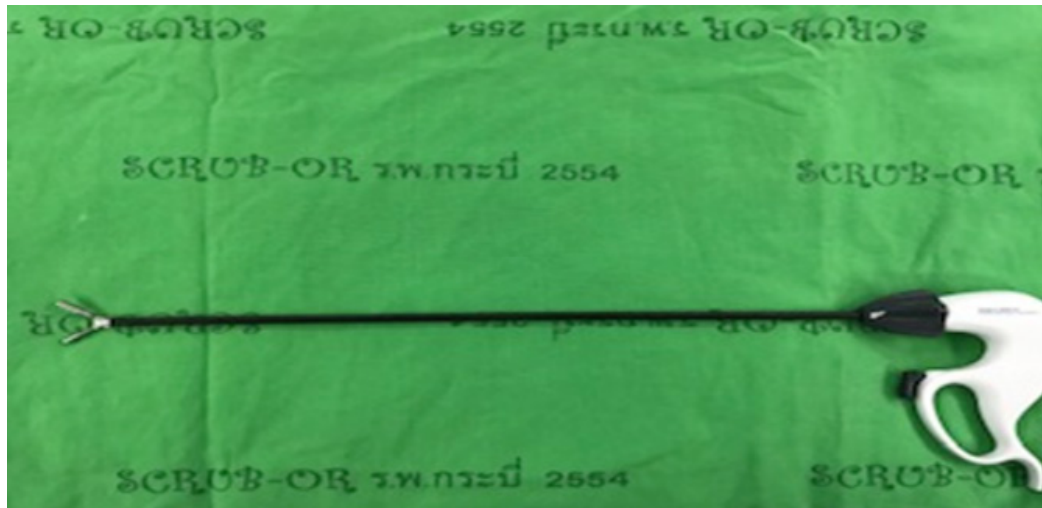
(ภาพที่ 3) พร้อมทั้งอุปกรณ์คีบเอาสิ่งแปลกปลอมออก โดยดัดแปลงใช้เครื่องมือทำ laparoscopy ที่เรียกว่า Grasper forceps (ภาพที่ 4) เนื่องจากมีความแข็งแรงกว่าเครื่องมือที่ใช้ในการคีบก้างปลาหรือกระดูกไก่ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 2 การแสดงการใช้เครื่องมือ Direct laryngoscope
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่



ภาพที่ 3 Rigid Esophagoscope และแสดงการใช้เครื่องมือ Rigid Esophagoscope
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่



ภาพที่ 4 Grasper forceps เป็นเครื่องมือที่ใช้ใน laparoscope
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระปี่



ภาพที่ 5 Alligator forceps สำหรับคีบทางปลา
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระปี่

แรกรับในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่สามารถนอนราบได้ มีน้ำลายปนเลือดไหลตลอด มีอาการปวด ผู้ป่วยมีปัญหาในการสูดเนื่องจากเป็นชาวต่างชาติ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยจากญาติและเวชระเบียน ทีมวิสัญญีเตรียมให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยมีกระบวนการดูแล 3 ขั้นตอน

1. Pre-anesthesia Assessment : Good consciousness นิ่งกัมหน้ำ น้ำลายปนเลือดไหลตลอด กระสับกระส่ายเนื่องจากมีอาการเจ็บคอ เสียงไม่แหบ หายใจ

เองได้ Physical examination: oral : เห็นตัวปลาใน oropharynx lung : clear CXR : ไม่มี Foreign body ASA class 3E

Problem : Foreign body in oropharynx and continuous bleeding per oral
: Difficult mask ventilator and difficult intubation

: Risk for aspiration

Plan : General anesthesia with endotracheal

tube intubation and Rapid Sequence Intubation technique (RSI) เป็นการใส่ท่อช่วยหายใจแบบรวดเร็ว โดยใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยหมดสติระยะสั้น ๆ ตามด้วยการให้ยากลายกล้ามเนื้อ

2. Intra –anesthesia

: อธิบายขั้นตอนการดมสลบ ก่อน-หลังผ่าตัดและอาจจะต้องคาท่อช่วยหายใจกรณีที่ทางเดินหายใจวม

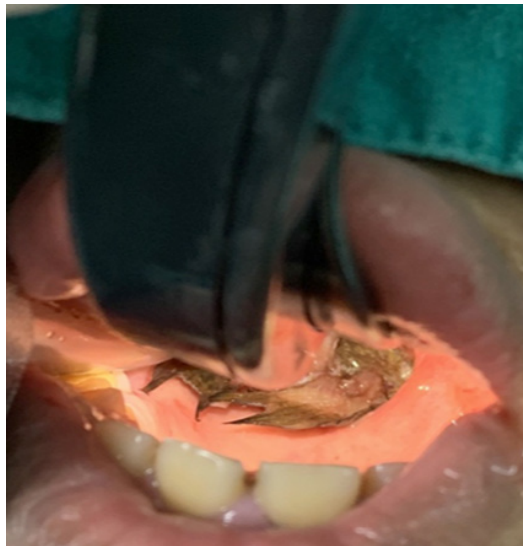
: preoxygenation เป็นการให้ออกซิเจนก่อนนำสลบ ในท่านั่ง

: เตรียม ET-tube No.8 with Guide, Laryngoscope, Video Laryngoscope, Suction catheter เบอร์ 18 มีขนาดใหญ่สุดเพื่อดูน้ำลายตลอดเวลา

: เมื่อพร้อมให้ผู้ป่วยนอนราบตะแคงหน้าไปด้านซ้าย นำสลบด้วย Rapid Sequence Intubation technique induction ด้วย Thiopental Sodium IV, succinylcholine

: เปิดปากผู้ป่วย เห็นตัวปลาอยู่ที่ posterior pharynx apply laryngoscope blade เห็น epiglottis ถูกเบียดไปทางซ้าย ใส่ ET-tube เข้าไปได้ epiglottis แล้ว off guide สามารถ ventilate ได้ตามปกติ ให้ dexamethasone 5 mg iv

3. Post anesthetic วิสัญญีรื้อให้ผู้ป่วยหายใจและตื่นดี จึง Off ET tube รวมระยะเวลาดมยาสลบ 55 นาที ผู้ป่วยหายใจดี ยังมีน้ำลายไหลปนเลือดเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ On O₂ mask with bag Post anesthetic recovery score 9-10-10 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วย



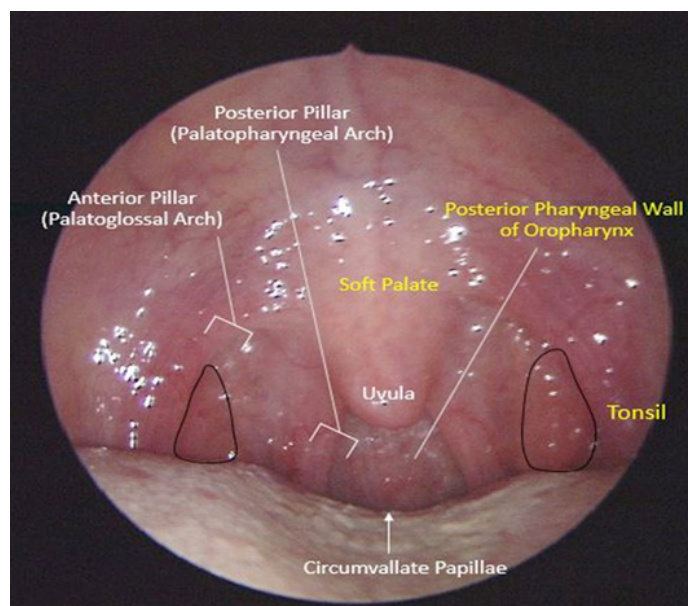
ภาพที่ 6 Direct laryngoscope exam พบทางปลาที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่

หลังผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกคลัยแพทย์ โสต ศอ นาสิก ทำหัตถการส่องกล้องชนิดแทงโลหะตรวจทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น (Direct laryngoscope exam) พบทางปลา (ภาพที่ 6) พยายามเอาตัวปลาออกด้วย Grasper forceps แต่ไม่สามารถเอาออกได้ เนื่องจากมีครีบลาดติดบริเวณส่วนต่อมทอนซิล จากการประเมินผู้ป่วยพบว่าปลาอยู่ในส่วนของ oropharynx สามารถใช้เครื่องมือถ่างปากที่เรียกว่า Davis Boyle Mouth Gag with tongue blade (ภาพที่ 7) เป็นเครื่องมือที่ใช้เปิดปากกว้างและ

มีส่วน tongue blade สามารถกดกลืนลงทำให้มองเห็นส่วนของ oropharynx โดยมีขั้นตอนการใส่เครื่องมือดังนี้ ขั้นตอน ที่ 1 ใช้ก๊อชชุบน้ำหมาด ๆ ไว้รองพื้นบนแล้วใส่เครื่องมือ Davis Boyle Mouth Gag เกี่ยวฟันบน ขั้นตอนที่ 2 เปิดปากให้กว้าง โดยใช้ tongue blade กดกลืน ขั้นตอนที่ 3 ใช้ส่วนปลายของ tongue blade เกี่ยวกับขอบของ mayo stand เพื่อให้สามารถเปิดปากให้หนึ่งและมั่นคง (ภาพที่ 6) ทำให้สามารถมองเห็นลักษณะของกายวิภาคของ oropharynx (ภาพที่ 8)



ภาพที่ 7 Davis Boyle Mouth Gag with tongue blade และลักษณะการใส่เครื่องมือ
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่



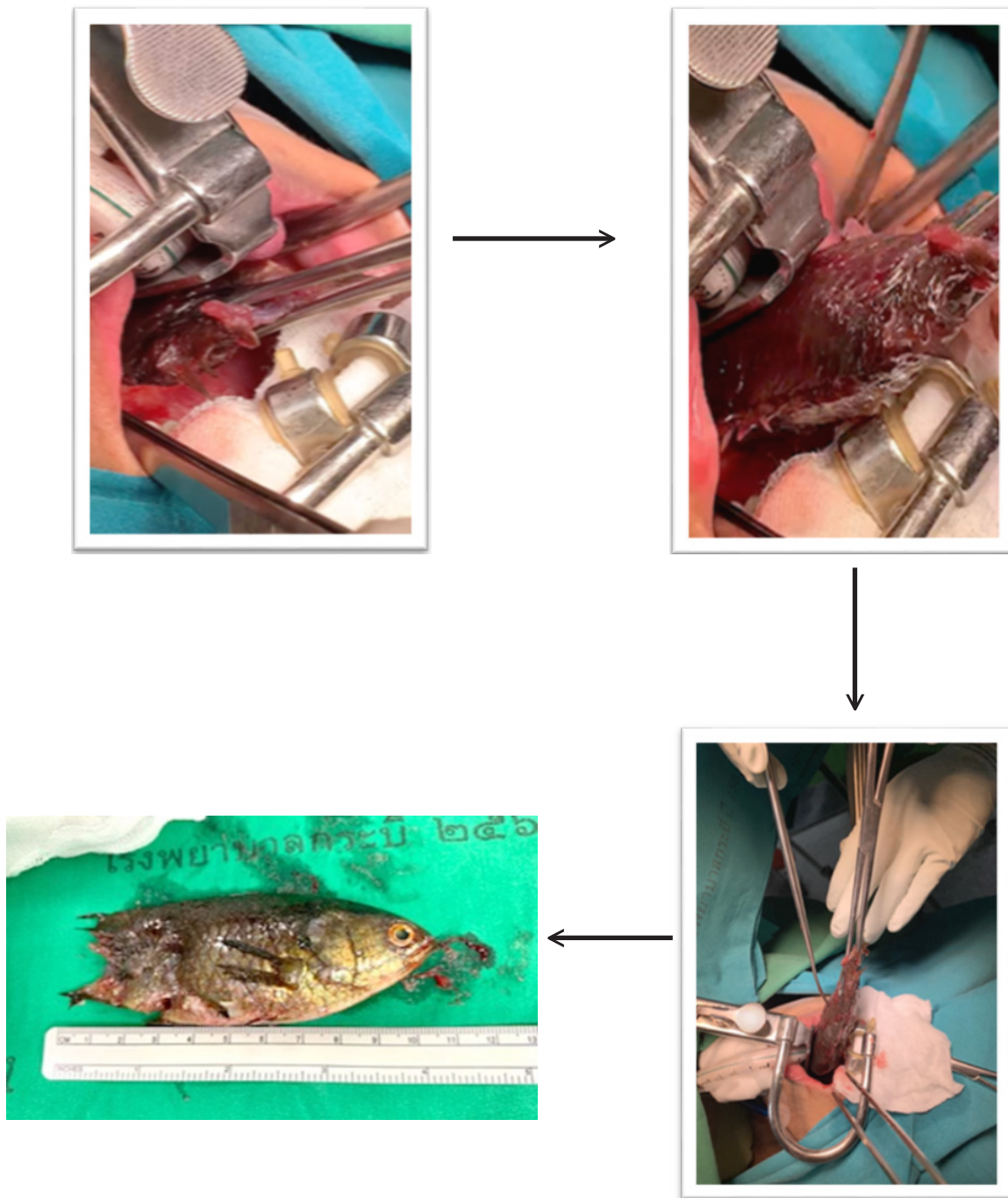
ภาพที่ 8 Oropharynx ที่สามารถมองเห็นได้หลังใส่เครื่องมือ Davis Boyle Mouth Gag with tongue blade
https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class04/388_471/surface_anatomy_in_ENT/index2.html

Finding : ปลาทั้งตัวอยู่ใน oropharynx ครีบลาดติดอยู่ต่อมทอนซิลด้านขวาส่วนหัวปลาอยู่บริเวณ posterior wall oropharynx สามารถใช้ sponge forceps จับบริเวณตัวปลาและใช้ pillar elevator กดต่อมทอนซิลด้านขวาออกจากครีบลาดและค่อย ๆ เอาปลาออกทางด้านขวาออกและใช้ pillar elevator กดต่อมทอนซิลด้านซ้ายแล้วค่อย ๆ เอาตัวปลาออกอย่างระมัดระวัง หลังจากตัวปลาออก

ศัลยแพทย์ ทำ Direct laryngoscope exam และ Rigid Esophagoscope exam เพื่อตรวจสอบการบาดเจ็บของระบบทางเดินหายใจส่วนต้นและทางเดินอาหาร พบมีรอยถลอกและมีเกล็ดปลาค้างอยู่บริเวณต่อมทอนซิลด้านขวาและส่วน posterior wall oropharynx ไม่มี active bleeding ใช้ Grasper forceps เอาเกล็ดปลาออก แล้ว Packing บริเวณ posterior wall oropharynx ด้วยก้อน

ซุบน้ำ ก่อนล้างทำความสะอาดในช่องคอด้วย 0.9% NSS แล้ว เอาก้อน packing ออก รวมระยะเวลาผ่าตัด 35 นาที EBL 5 c.c. ได้รับการรักษาด้วย antibiotic และนอนพัก

รักษาตัวในโรงพยาบาล 1 คืน เพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพปกติ สามารถกลับบ้านได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 2 วัน



ภาพที่ 9 แสดงขั้นตอนการเอาปลาหม้อออกจากปากของผู้ป่วย
ที่มา: ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่

วิจารณ์ผล

การกลืนสิ่งแปลกปลอมลงในทางเดินอาหาร โดยไม่ตั้งใจพบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เป็นภาวะฉุกเฉินที่ยังคงพบบ่อยอยู่เสมอ Omer Ashraf⁶ ได้เคยศึกษารวบรวมอุบัติการณ์จากวารสารทางวิชาการต่าง ๆ พบว่า ร้อยละ 28-68 ของวัตถุแปลกปลอมของระบบทางเดินอาหารพบในเพศชายได้พอ ๆ กับเพศหญิง ผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 5 ปี เนื่องจากเด็กในวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น ชุกชนแต่ขาดความระมัดระวัง เด็กบางคนชอบอมเหรียญขณะเล่น ผู้ปกครองอาจดูแลไม่ทั่วถึง วัตถุแปลกปลอมที่เป็นเหรียญพบในเด็กเกือบทั้งหมด Panieri และ Bass⁷ ได้ศึกษาเรื่องนี้พบว่าโดยทั่วไป เมื่อกลืนวัตถุแปลกปลอมลงไปในระบบทางเดินอาหารจะติดที่บริเวณคอหอย (hypopharynx) ร้อยละ 5-10 ติดที่หลอดอาหาร ร้อยละ 20 ตกลงในกระเพาะ ร้อยละ 60 และติดอยู่ในลำไส้ร้อยละ 10 Arana และคณะ⁸ พบว่าร้อยละ 80-90 ของวัตถุแปลกปลอมหลุดออกจากทางเดินอาหารได้เองโดยไม่ต้องทำอะไร ร้อยละ 10-20 ต้องส่องกล้องร้อยละ 10-20 และมีเพียงร้อยละ 1 หรือน้อยกว่าต้องรักษาโดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมาแสดงด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากสิ่งแปลกปลอมนั้นได้ โดยแบ่งเป็น ภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน (acute complication) เช่น การบวม การถลอก ภาวะเลือดออก การติดค้างหรือการเกิดการอุดตันในทางเดินอาหาร และการทะลุ และภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง (Delayed complication) เช่น การเกิดฝีในระบบทางเดินอาหารหรืออวัยวะข้างเคียง และการติดเชื้อในกระแสเลือด สถิติปี พ.ศ. 2561-2562 มีผู้ป่วยในโรงพยาบาลกระปีที่มีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหาร จำนวน 118-133 ราย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่คิดเป็นร้อยละ 79-84 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้น สิ่งแปลกปลอมส่วนใหญ่จะเป็นก้างปลา พบในผู้ป่วยอายุในช่วง 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนผู้ป่วยสูงอายุมักจะเป็นเศษเนื้อ กระดูกหมูเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีฟันเคี้ยว ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะพบสิ่งแปลกปลอมเป็นเหรียญ ร้อยละ 90 การรักษาส่วนใหญ่ทำหัตถการส่องกล้องชนิดทางโหละตรวจทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น (Direct laryngoscope exam) หากไม่พบสิ่งแปลกปลอม

จะต้องส่องกล้องตรวจในทางเดินอาหาร (rigid esophagoscopy) เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินอาหาร ผลลัพธ์การตรวจผู้ป่วยที่พบสิ่งแปลกปลอมมีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ไม่พบสิ่งแปลกปลอม คำแนะนำผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้นไม่ควรใช้วิธีที่รับประทานข้าวปั้น หรือพยายามเอาออกเองเพราะจะทำให้สิ่งแปลกปลอมฝังลึกและอันตราย

สรุปผล

สิ่งแปลกปลอมที่ลงในระบบทางเดินอาหารจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ไม่บ่อย แต่ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยก็มาแสดงด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักจะกลืนสิ่งแปลกปลอมโดยไม่ทราบและไม่ได้ตั้งใจ หากสิ่งแปลกปลอมมีขนาดใหญ่หรือไปอุดตันทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การประเมิน การวินิจฉัยและการให้การรักษาพยาบาล การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ ได้ถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ป่วยจะได้รับการปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ambe P, Weber SA, Schauer M, Knoefel WT. Swallowed foreignbodies in adults. Dtsch Arztebl Int. 2012;109:869-75
2. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, Parray FQ, Lone R, WaniKA. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreignbodies; a review of 21 cases. British Journal of Medical Practitioners. 2012;5.
3. Hong KH, Kim YJ, Kim JH, Chun SW, Kim HM, Cho JH. Riskfactors for complications associated with upper gastrointestinalforeign bodies. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2015;21:8125
4. เกษมศักดิ์ ทัศนพูนชัย และ ศักรินทร์ จิรพงศ์ธร. ภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนสิ่งแปลกปลอมชนิดแหลมคม

ในทางเดินอาหาร (Complications of Sharp-pointed Foreign Body Ingestion in Gastrointestinal Tract).
เวชสารแพทย์ทหารบก 2560;70(3).

5. Lin HH, Lee SC, Chu HC, Chang WK, Chao YC, Hsieh TY. Emergency endoscopic management of dietary foreign bodies in the esophagus. The American Journal of Emergency Medicine. 2007;25:662-5.

6. Omer Ashraf, 1 Muhammed Arshad, 2 and Atif Afzal. 1. Approach to foreign body ingestion, method determines outcome. Afr Health Sciv. 6(3); 2006 Sep. PMC1831891

7. Panieri E, Bass DH. The management of ingested foreign bodies in children. A review of 663 cases. Eur J Emerg Med. 1995;2:83-7

8. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur J Pediatr. 2001;160: 468-72.