

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจในเด็ก : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Foreign body aspiration in children : A case report

อุไรวรรณ เลิศวาน์สบดี พ.บ.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 8 ปี มีประวัติไอแห้งๆ หายใจเสียงดัง นอนกรน

มีเสียงเปลี่ยน เหนื่อยเวลาออกแรง มานาน 1 เดือน ปฏิเสธประวัติสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจมาก่อน ตรวจร่างกายพบ expiratory stridor, rhonchi , mild decreased breath sound ที่ปอดด้านซ้าย เอกซเรย์ทรวงอกพบ mild hyperlucency at left lung ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน สงสัยการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ให้การรักษาและยืนยันการวินิจฉัยโดย การส่งตัวไปส่องกล้องหลอดลม ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่ามีเศษปลอกพลาสติก 1 ชิ้น ขนาด 1 x 1 เซนติเมตร อุดกั้นที่หลอดลม และสามารถนำสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจออกได้เป็นผลสำเร็จ ผลการรักษาดี การวินิจฉัยที่รวดเร็วถูกต้อง โดยอาศัย Foreign body score⁽¹⁾ (FBA score) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยตัดสินใจในการส่องกล้องหลอดลม นอกจากนั้นยัง

มีส่วนช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากภาวะดังกล่าวได้

Abstract

A 8 years old Thai boy with history of chronic cough, loud breath sounds, snoring, voice change and dyspnea on exertion during in 1 month. He refused symptoms of choking in the past. Physical examination found expiratory stridor, rhonchi, mild decreased breath sound at left lung. Chest X-ray showed mild hyperlucency at left lung. He was diagnosed as upper airway obstruction and suspected foreign body aspiration in respiratory airway. He was treated and confirmed diagnosis by transferring to Buddhachinaraj hospital at Phitsanulok Province and underwent Direct laryngobronchoscopy . They found a piece of plastic cap 1x1 cm in size during lodged in trachea and completely removed foreign body. The result of treatment was good. Early and definite diagnosis from FBA score⁽¹⁾ by the tool was helping

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางมูลนาก

for us in decision making to bronchoscope otherwise reduce mortality and complication of foreign body aspiration as well.

บทนำ

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ เป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญในเด็ก และสามารถก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้^(2,5-6) ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 3 ปี⁽¹⁻¹⁶⁾ การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการมีสิ่งแปลกปลอมติดค้างอยู่ในทางเดินหายใจเป็นระยะเวลาาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาถึงแก่ชีวิตได้ โดยพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึงประมาณ ร้อยละ 5 ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 4 ปี และร้อยละ 10 ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁸⁾ การวินิจฉัยอาศัยประวัติเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประวัติสำคัญจะมีอาหารหรือสิ่งแปลกปลอมอยู่ในปากขณะเด็กกินอาหารหรือกำลังเล่นและเกิดอาการไออย่างรุนแรงตามมา^(1-5,7-12,14-16,18) ในขณะที่อาการแสดงของผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ⁽¹⁻¹⁶⁾ อีกทั้งผู้ป่วยบางรายอาจมีผลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางรังสีที่ปกติได้ ส่วนการตรวจทางรังสีโดยทั่วไปมีความไว (sensitivity) ประมาณร้อยละ 63 - 83 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 45-67^(5,23,25) สามารถตรวจในท่า AP (anteroposterior) หรือ PA

(posteroanterior) และ lateral ส่วนการถ่ายภาพในท่าหายใจเข้าเทียบกับหายใจออก เพื่อดูลักษณะ air trapping หรือ hyperlucency ปอดข้างใดข้างหนึ่ง ที่เกิดจาก ball valve effect พบในกรณีที่เป็นการอุดกั้นอย่างไม่สมบูรณ์ ในเด็กเล็กใช้ lateral decubitus แทน โดยปกติปอดข้างที่นอนทับอยู่ (dependent position) จะมีลักษณะ underaerate intercostal space แคบลง ร่วมกับกระบังลมยกสูงขึ้น เนื่องจากน้ำหนักของหัวใจและ mediastinum ที่กดลงมา หากพบว่าปอดข้างนั้นไม่สามารถ deflate ได้ก็แสดงว่ามีการอุดกั้นของหลอดลมข้างนั้นเกิดขึ้น^(4,6,9,18) ความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และระยะเวลาตั้งแต่สำลักจนวินิจฉัย ผู้ที่วินิจฉัยได้ภายใน 24 ชั่วโมง มีโอกาสที่ภาพรังสีจะปกติได้มากกว่าในรายที่วินิจฉัยช้า^(3,6-7,11,18,28) ส่วน airway film ควรทำในรายที่มีอาการและอาการแสดงของการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น^(4,6,9-10,25) ความผิดปกติที่พบได้แก่ partial obliterate ของ air column , focal enlargement ของ soft tissue, subglottic narrowing, radiopaque ของ foreign body แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ด้านการป้องกัน และการช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง แต่การวินิจฉัยภาวะนี้ให้ถูกต้องและรวดเร็วก็ยังสามารถทำได้ยาก สำหรับกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางมูลนาก พบผู้ป่วยเด็ก 1 ราย ไม่มีประวัติสำลักสิ่งแปลกปลอมที่ชัดเจน ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องหลอดลมและกลับมาปกติในระยะเวลาอันสั้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 8 ปี ภูมิลำเนา อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มาตรวจที่โรงพยาบาลบางมูลนาก เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2549

อาการสำคัญ

ไอเรื้อรัง ประมาณ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆเรื้อรัง ร่วมกับ มีเสียงหายใจดัง นอนกรน เสียงเปลี่ยน และเหนื่อยเวลาออกแรง มารดาเห็นเหตุการณ์ว่า ประมาณ 1 เดือนก่อน ขณะที่ผู้ป่วยเล่นกับพี่ชาย ไม่ทราบเหมือนมีอะไรติดอยู่ในคอ ไม่สำลัก ไม่เขียว ไม่ได้สั้วคอ หายเอง ไม่ได้ได้รับการรักษาที่ใดๆ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มารดาสังเกตผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น ไม่มีไข้ จึงพามาตรวจรักษาโรงพยาบาล

ประวัติอื่นๆ

ก่อนหน้านี้อแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ประวัติคลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม เป็นบุตรคนที่ 2/2

ปฏิเสธประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค และ โรคภูมิแพ้ในครอบครัว

ได้รับวัคซีนตามนัด พัฒนาการสมวัย รับประทานอาหารครบ 5 หมู่

การตรวจร่างกาย

Vital sign : ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตรา

การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.7 องศาเซลเซียส

General appearance : น้ำหนัก 21 กิโลกรัม (50 เปอร์เซ็นต์ไทล์) ส่วนสูง 125 เซนติเมตร (50 เปอร์เซ็นต์ไทล์) ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ และที่อื่นๆ ไม่มีตาเหลือง ตัวเหลือง ไม่มีภาวะชีด เสียงแหบเล็กน้อย หายใจเร็ว ร่าเร็งดี

ตรวจHEENT : pharynx and tonsils not injected. Tonsils not enlargement. Nasal turbinate not pale or swelling.

ตรวจหัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจปอดพบ trachea in midline, expiratory stridor, rhonchi, no wheezing or crepitation, mild decreased breath sound at left lung.

ตรวจหน้าท้อง ไม่พบตับม้ามโต

ตรวจร่างกายระบบอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

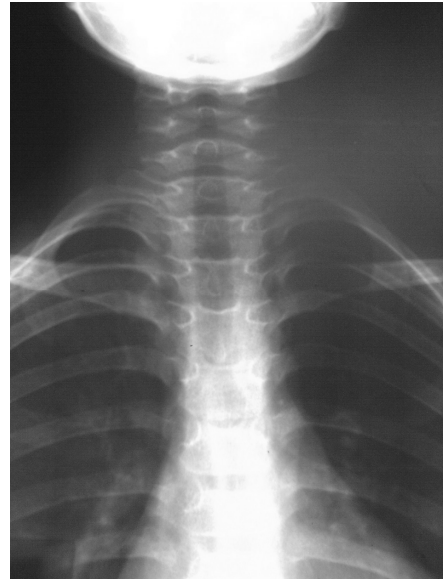
ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่ามี mild hyperaeration at left lung, no pulmonary infiltration, no atelectasis, no abnormal opacity in airway. (ภาพที่ 1)

ภาพถ่ายฟิล์ม left lateral decubitus พบว่ามี mild air trapping ไม่พบลักษณะหัวใจห้อยมายัง dependent lung (ข้างซ้าย) แสดงว่ามีการอุดกั้นหลอดลมข้างนั้นเกิดขึ้น (ภาพที่ 2)

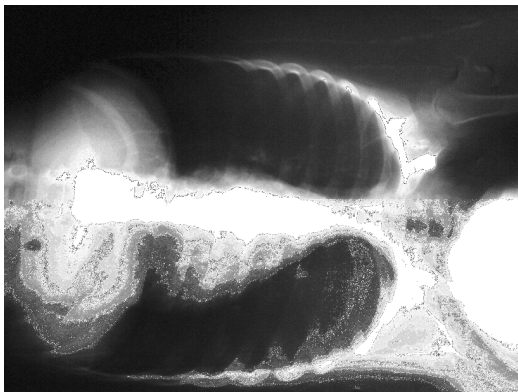
ภาพถ่ายฟิล์ม airway AP, lateral ไม่พบ subglottis narrowing, radiopaque foreign body หรือ adenotonsil hypertrophy (ภาพที่ 3 และ 4)



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเมื่อแรกรับ
พบว่า mild hyperaeration at left lung



ภาพที่ 3 และ 4 ภาพถ่ายฟิล์ม airway AP,
lateral ไม่พบ subglottis narrowing, radiopaque foreign
body หรือ adenotonsil hypertrophy



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายฟิล์ม left lateral decubitus
พบว่า mild air trapping left lung ไม่พบลักษณะหัวใจ
ห้อยมายัง dependent lung (ด้านซ้าย)

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน สงสัยมีการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ให้การรักษาและยื่นชั้นการวินิจฉัยโดยส่องกล้องหลอดลม พบเศษพลาสติก 1 ชิ้น ขนาด 1x1 เซนติเมตร และสามารถนำสิ่งแปลกปลอมออกมาได้สำเร็จ ผลการรักษาดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องหลอดลม

วิจารณ์

การสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจในเด็ก พบอุบัติการณ์สูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีประมาณร้อยละ 65-90 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด และพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹⁻¹⁶⁾ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในวัยนี้เริ่มรับประทานอาหารแข็ง มีพฤติกรรมชอบเอาของใส่ปาก วังเล่น ร้องตะโกน หรือร้องไห้ในขณะที่มีสิ่งของอยู่ในปาก^(3,22) ในขณะที่ลักษณะของฟันกรามซึ่งทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร กลไกที่ควบคุมและประสานงานการกลืนกับการหายใจยังเจริญไม่เต็มที่^(4,9,14,17,34) ตลอดจนลักษณะทางกายภาพของกล่องเสียง (larynx) ที่อยู่สูงใกล้กับโคนลิ้นมากกว่าเด็กโต^(4,6,9,14) ชนิดของสิ่งแปลกปลอมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65-90) เป็น organic substance ได้แก่ ถั่วลิสง ถั่วชนิดต่างๆ เมล็ดผลไม้ เมล็ดพืช ก้างปลา เศษอาหาร⁽¹⁻¹⁶⁾ ส่วน inorganic substance พบน้อยกว่า มักพบว่าผู้ป่วยที่มีการสำลักอาหารจะมีอายุต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการสำลักในสิ่งที่ไม่ใช่

อาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยรายนี้ที่อายุมากกว่า 3 ปี สำลักเป็นสิ่งของพลาสติก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ชนิด ลักษณะของสิ่งแปลกปลอม ความรุนแรงของการอุดกั้นในทางเดินหายใจ และระยะเวลาที่สิ่งแปลกปลอมติดอยู่⁽¹⁻¹⁶⁾ โดยทั่วไปมักให้ประวัติว่ามีอาการของเล่น หรือสิ่งแปลกปลอมอยู่ในปากขณะพูด หัวเราะ หรือเล่น ร้อยละ 75 - 86 จะมีผู้เห็นเหตุการณ์^(6,9,10) ขณะเกิดการสำลัก จะมีการขย้อนร่วมกับอาการไออยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง อาจมีอาการหายใจลำบาก stridor หรือ wheezing ร่วมด้วย ในรายที่สิ่งแปลกปลอมมีขนาดใหญ่จะติดอยู่บริเวณกล่องเสียง หรือ subglottis ทำให้ผู้ป่วยเขียว หมดสติ และอาจเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือในเวลาทันทีจากภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างสมบูรณ์ ต่อมาอาการต่างๆ จะหายไปจากการปรับตัวของ surface sensory receptor ของทางเดินหายใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น ไอเรื้อรัง ไซ้จากการติดเชื้อหรือ chemical irritation หอบ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น (stridor, hoarseness, barking cough), wheezing, recurrent pneumonia, lung abscess, bronchiectasis^(2,3,6,7,9-11,34) จากการศึกษาของข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี⁽¹⁾ พบว่า อาการแสดงที่พบบ่อย คือ ไอ หอบ การมีผู้เห็นเหตุการณ์ สำลัก และอาการที่ตรวจพบ คือ unilateral creased breath sound, dyspnea ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมา^(2-12,14-16,23,25,34) อีกทั้งมีค่าความไว

ความจำเพาะ PPV และ NPV สูง ส่วนการตรวจทางรังสีพบความผิดปกติที่พบบ่อย⁽¹⁾ คือ pulmonary infiltration (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือ Unilateral air trapping (ร้อยละ 42.2) และ atelectasis (ร้อยละ 22.2) พบว่ามีภาพรังสีที่มีความจำเพาะสูง (ร้อยละ 100) คือ atelectasis และ unilateral air trapping สามารถใช้คาดคะเนโอกาสการส่องกล้องพบสิ่งแปลกปลอมได้สร้างเป็น FBA score ประกอบด้วย ประวัติ 4 ข้อ (ไอ หอบ การมีผู้เห็นเหตุการณ์และสำคัญ) ตรวจร่างกาย 2 ข้อ (unilateral decreased breath sound และ dyspnea) และภาพรังสีที่ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง 1 ข้อ โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 0.938 กล่าวคือ ถ้าพบ 3 ใน 7 ข้อ จะมีโอกาสพบสิ่งแปลกปลอม ร้อยละ 88.2 หากพบ 4 ข้อมีโอกาสพบเท่ากับ ร้อยละ 91.5 และร้อยละ 100 หากมี 5 และ 6 ข้อ ตามลำดับ พิจารณาที่ cut off point จะเห็นว่าเกณฑ์ที่ 4 ข้อ จะมีโอกาสพบสิ่งแปลกปลอมสูงถึงร้อยละ 91.5 โดยมีความแม่นยำร้อยละ 89.7 ซึ่งในรายงานผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยมีประวัติสำคัญไม่ชัดเจนเมื่อใช้เกณฑ์ของ FBA score⁽¹⁾ มาช่วยประเมินโอกาสส่องกล้องพบสิ่งแปลกปลอม พบว่าได้ 5 ข้อ คือ ไอ, หอบ, unilateral decreased breath sound, dyspnea และมีความผิดปกติของภาพรังสี unilateral air trapping เมื่อนำไปส่องกล้องจึงมีโอกาพบสิ่งแปลกปลอม และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนได้

การรักษา

1. การช่วยเหลือเบื้องต้น^(2,6,9,20)

เป็นการช่วยเหลือที่ทำในที่เกิดเหตุ นอกสถานพยาบาล หรือในสถานพยาบาลที่อุปกรณ์ช่วยชีวิตไม่พร้อม กรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในทางเดินหายใจ หรือสงสัยอย่างมาก ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะอุดกั้นในทางเดินหายใจ เช่น ไอมากทันที ชี้อ่อน หายใจลำบาก ผู้เห็นเหตุการณ์ควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทันที แบ่งการช่วยเหลือตามอายุและระดับความรุนแรงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ตามคำแนะนำของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ International Liaison Committee (ILCOR) ใน guideline ปี 2000⁽³⁰⁾

ในกรณีผู้ป่วยทุกอายุที่มีอาการแสดงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจไม่เต็มที่ยังหายใจได้เอง พูดได้ ไอได้แรง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไอแรงๆ เพื่อให้สิ่งแปลกปลอมหลุดออกมา และห้ามใช้นิ้วมือควานหาสิ่งแปลกปลอมในปากและคอโดยที่มองไม่เห็น (blind finger sweeps) เพราะอาจทำให้สิ่งแปลกปลอมถูกดันลึกลงไป จนเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณ subglottic ได้

ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเต็มที่ได้แก่ ร้องไม่มีเสียง ไม่สามารถไอ หายใจลำบาก เขียว หมดสติ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทีอาจเสียชีวิตได้ ในเด็กทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี ให้ทำ five back blows และ chest thrusts ในเด็กอายุ 1-8 ปี ให้ทำ Heimlich subdiaphragmatic abdominal thrust ในทำอื่นหรือนั่งเพื่อนำสิ่ง

แปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ สามารถทำซ้ำจน
สิ่งแปลกปลอมหลุดออกมา

ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและสงสัยว่ามีสิ่ง
แปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ ควรเปิดปาก ยกคาง
และลิ้นขึ้น (tongue jaw lift) เพื่อมองหาสิ่งแปลกปลอม
ในปาก ถ้าเห็นให้หยิบออก และช่วยหายใจในท่า head
tilt - chin lift หากผู้ป่วยยังไม่หายใจ ให้ทำ five
back blows และ five chest thrusts ในเด็กที่อายุน้อยกว่า
1 ปี (หรือ abdominal thrust ในเด็กอายุ 1 - 8 ปี) สลับ
กับการช่วยหายใจจนกว่าสิ่งแปลกปลอมจะหลุด
ออกมาหรือผู้ป่วยหายใจได้เอง แล้วรีบนำส่ง
โรงพยาบาล⁽²⁾

2. การส่องกล้องหลอดลม

การสืบสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดิน
หายใจเด็ก นิยมใช้ rigid bronchoscope เป็นพื้นฐาน สำหรับ
flexible bronchoscope สามารถใช้ร่วมกับ rigid
bronchoscope ในบางกรณี เช่น ไม่แน่ใจว่ามีการสำลักสิ่ง
แปลกปลอมหรือไม่ หรือเมื่อไม่สามารถสืบออกด้วย rigid
bronchoscope ได้ หรือใช้ร่วมกับ laser เพื่อเอา granulation
tissue ซึ่งหุ้มรอบๆ ออกก่อนที่จะสืบสิ่งแปลกปลอมออก
ปัจจุบันมีรายงานความสำเร็จของการใช้ flexible
bronchoscope ในเด็กมากขึ้น^(2-4,6,8-11,13,16,24)

3. การผ่าตัด^(2,4,6-7,13,18-19)

ใช้ในรายที่ไม่สามารถนำสิ่งแปลกปลอมออก
โดยการส่องกล้องหลอดลมได้ เนื่องจากสิ่งแปลกปลอมติด
อยู่บริเวณหลอดลมส่วนปลาย หรือติดอยู่เป็นเวลานาน ทำให้
เกิดการอักเสบเรื้อรัง granulation tissue และ fibrosis ซึ่ง
เสี่ยงต่อการฉีกขาดของหลอดลม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

เช่น hemoptysis, persistent Pneumonia, atelectasis, bronchiectasis
ของปอดส่วนใดส่วนหนึ่ง จำเป็นต้องผ่าตัด Tracheotomy,
bronchotomy เพื่อนำสิ่งแปลกปลอมออก หรือ thoracotomy
เพื่อตัดปอดส่วนนั้นๆ ออก (lobectomy)

จากประวัติผู้ป่วยเป็นเด็กโต สงสัย
ภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ชนิดไม่เต็มทีและยัง
รู้สึกตัวดี จึงได้ส่งตัวไปส่องกล้องหลอดลม ตาม
แนวทางการดูแลภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดิน
หายใจในเด็กที่โรงพยาบาลชุมชน⁽²⁾ ผลการรักษาดี

สรุป

ภาวะการสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดิน
หายใจ เป็นปัญหาที่สำคัญในเด็ก สามารถทำให้เกิด
อันตรายถึงชีวิตได้ ประวัติเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการ
วินิจฉัย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับ
ตำแหน่ง ชนิดลักษณะของสิ่งแปลกปลอม ความรุนแรง
ของการอุดกั้นทางเดินหายใจ และระยะเวลาที่ติดอยู่

ดังนั้น หากพบว่าผู้ป่วยเด็กมีปัญหาของระบบ
ทางเดินหายใจที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้นหรือมีการดำเนินโรค
ที่ไม่เป็นไปตามปกติ ควรต้องนึกถึงภาวะสำลักสิ่ง
แปลกปลอมด้วยเสมอ กรณีที่ไม่แน่ใจจากประวัติ หรือ
ตรวจร่างกาย การนำเอา FBA score⁽¹⁾ มาใช้เป็น
แนวทางในการตัดสินใจหรือประเมินผู้ป่วยที่สงสัยมี
ภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจในเด็ก
เพื่อช่วยในการส่งตรวจส่องกล้องหลอดลมด้วยความ
เชื่อมั่นยิ่งขึ้น และสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการลด
อุบัติการณ์ ดังกล่าว คือ การป้องกัน โดยให้ความรู้แก่

ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เลือกรอาหาร ของเล่นให้
เหมาะสมตามวัย ตลอดจนวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่
ถูกต้อง^(2,9,11,18)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์แพทย์หญิงพนิดา ศรีสันต์
อาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เจตน์ชัย และอาจารย์
นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล สถาบันสุขภาพเด็ก
แห่งชาติมหาราชินี ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงาน
และนายแพทย์ดิเรก จำเป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
บางมูลนาก ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา ศรีสันต์ และคณะ. ภาวะสำลักสิ่ง
แปลกปลอมในทางเดินหายใจในสถาบันสุขภาพเด็ก
แห่งชาติมหาราชินี.กุมารเวชสาร. 2550. กำลังตีพิมพ์.
2. คณะกรรมการดำเนินงานโครงการพัฒนา
แนวทางดูแลรักษาภาวะสำลักวัตถุแปลกปลอมใน
ทางเดินหายใจเด็ก.แนวทางการวินิจฉัยและแนว
ทางการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับเด็กที่สำลักวัตถุ
แปลกปลอมเข้าทางเดินหายใจ. ใน : สาวิตตี ชลออยู่,
พนิดา ศรีสันต์, ณรงค์ นิธิปัญญา, บรรณาธิการ.
แนวทางการดูแลรักษาภาวะสำลักวัตถุแปลกปลอมใน
ทางเดินหายใจเด็ก.กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ; 2546: 14-32,
40-45.
3. Skoulakis C, Doxas P, Papadakis C.
Bronchoscopy for foreign body removal in children : a

review and analysis of 210 cases.Int J Pediatr
Otorhinolaryngol 2000; 53:143-8.

4. Tan H, Brown K, MacGill T, Kenna M,
Healy. Airway foreign bodies: a 10-year review. Int J
Radiatr Otorhinolaryngol 2000;56: 91-9.
5. Metrangolo S,Monetti C, Meneghini L,
Zandra 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. Rovin JD, Rodgers B.Pediatric foreign
body aspiration. Pediatr Rev 2000;21:86-9.
7. Cotton R. Foreign body aspiration. In:
Chernick V, Boat T. Kendig's disorders of the
respiratory tract in children. 6 th ed. Philadelphia: WB
Saunders; 1988. p. 601-7.
8. Emir H, Tekant G, Besik C. Bronchoscopic
removal of tracheobroncheal foreign bodies : value of
patient history and timing. Pediatr Surg Int 2001; 17:
85-7.
9. Lima JAB, Fischer GB.Foreign body
aspiration.Pediatric Respir Rev 2002;3: 303-7.
10. Bittencourt PFS, Carmargos PAM,
Scheinmann P, Blic J. Foreign body aspiration :
clinical, radiological findings and factors associated
with its late removal. Int J Pediatr Otorhinolaryngol ,
article in press, corrected proof, available online 8
November 2005.

11. Lea E, Nawaf H, Yoav T, Evin S, Zeev Z, Amir K . Diagnostic evaluation of foreign body aspiration in children : a prospective study. *J Pediatr Surg* 2005;40:1122-7.
12. Brkic F, Delibegovic-Dedic S, Hajdarovic D. Bronchoscopic removal of foreign bodies from children in Bosnia and Herzegovina: experience with 230 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 60:193-6.
13. Karakoc F, Karadag B, Akbenlioglu C. Foreign Body Aspiration: What is the outcome?. *Pediatric Pulmonology* 2002;34:30-6.
14. Morley RE, Ludemann JP, Moxham JP, Kozak FK, Riding KH. Foreign Body Aspiration in Infant and Toddlers : recent trends in British Columbia. *J Otolaryngol* 2004 ;33:37-41.
15. Cifci AO, Bingol-Kologlu M, Senocak ME, Tantel FC, Buyukpamukcu N. Bronchoscopy for evaluation of foreign body aspiration in children : *J Pediatr Surg* 2003;38:1170-6.
16. Ayed AK, Jafar AM, Owayed A. Foreign body aspiration in children : diagnosis and treatment : *Pediatr Surg Int* 2003;19:485-8.
17. Wagner M. Foreign body aspiration. In: Lounclin G, Eiohen H, editors. *Respiratory disease in children diagnosis and management*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994; p. 343-50.
18. Zaytoun G, Rouadi P, Baki D, Endoscopic management of foreign bodies in the tracheobronchial tree: predictive factors for complications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000 ;123 : 311-6.
19. Park A, Fowler S, Challapalli M. Suspected foreign body aspiration in a child with endobroncheal tuberculosis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53: 67-71.
20. Reilly J, Thompson J, MacArthur C. Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. *Laryngoscope* 1997;107:17-20.
21. Qguz F, Citak A, Unuvar E, Sidal M. Airway foreign bodies in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 52:11-6.
22. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Biettolt M, Redenstien D. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. *Chest* 1999; 15:1357-62.
23. Friedman E. Tracheobroncheal foreign bodies: *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33(1): 179-85.
24. Zerella J, Dimler M, McGill L, Pippus K. Foreign body aspiration in children : value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998; 33:1651-4.

25. Silva A, Muntz H, Clary R, Utility of conventional radiography in the diagnosis and management of pediatric airway foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107:834-8.
26. Bressler K. Foreign body aspiration. In: Taussig LM, editor. *Pediatric Respiratory Medicine*. Missouri : Mosby Inc;1999. p. 430-35.
27. Barben J, Berkowitz R, Kemp A, Massie J. Bronchial granuloma-where's the foreign body? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53: 215-9.
28. Lim-Dunham J, Yousefzadeh D, The interrupted bronchus : a fluoroscopic sign of bronchial foreign body in infants and children. *AJR* 1999;173: 969-72.
29. Sersar S, Hamza U. Inhaled foreign bodies : management according to early or late presentation. *Eur J Cardiothoracic Surg* 2005; 28(3)369-74.
30. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care [editorial]. *Circulation* 2000;102: 1276-8.
31. Brownlee K, Crabbe D. Pediatric bronchoscopy. *Arch Dis Child* 1997;77:272-5.
32. Rafanan A, Mentha A. Adult airway foreign body removal: What's new? *Clin Chest Med* 2001; 22: 319-30.
33. Schmidt H, Manegold B, Foreign body aspiration in children. *Surgical Endoscopy* 2000;14: 644-8.
34. Aydogan LB, Tuncer U Soylul, Kiroglu M, Otorhinoglu C. Rigid bronchoscopy for the suspicious of foreign body in the airway. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, article in press, corrected proof, available online 19 October 2005.