

## สิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหาร

ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง

แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลนครพนม

สิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหารมักพบในเด็กได้บ่อยโดยเฉพาะพบมากสุดในช่วงอายุ 6 เดือน ถึง 6 ปี

ส่วนในผู้ใหญ่อาจมีสิ่งแปลกปลอม (มักไม่ใช่อาหาร) ติดค้างในทางเดินอาหารซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท คนปัญญาอ่อน ตึ้มเหล้ามาก หรือนักโทษที่ต้องการหาสาเหตุมานอนในโรงพยาบาล คนไม่มีฟันมักเสี่ยงต่อการมีอาหารหรือฟันปลอมติดคอ นอกจากนี้ก็อาจพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดอาหาร ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือมีความผิดปกติของทางเดินอาหารแต่กำเนิดก็มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีสิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหาร

### การวินิจฉัย

เด็กโตและผู้ใหญ่อาจระบุตำแหน่งเจ็บคอได้ แต่ตำแหน่งนั้นก็อาจไม่มีสิ่งแปลกปลอมไปติดค้างอยู่เลยก็ได้ ส่วนเด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือคนปัญญาอ่อน มักมาด้วยอาการอาเจียน ไอบ่อย กลืนน้ำลายไม่ได้ หรือหายใจได้เสียงวี๊ด มีน้ำลายปนเลือด หรือหายใจลำบากก็ได้

ถ้าวัตถุทิ่มทะลุบริเวณคอหอยส่วนปาก (oropharynx) หรือหลอดอาหารส่วนต้นทะลุก็ทำให้มีอาการลำคอบวม แดง เจ็บหรือคลำได้เสียงกรอบแกรบที่คอ นอกจากนี้การมีสิ่งแปลกปลอมติดค้างในทางเดินอาหารอาจทำให้เกิดลำไส้ทะลุหรืออุดตันได้ ซึ่งต้องส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดหรือส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารต่อไป

เอกซเรย์จะช่วยบอกตำแหน่ง ขนาด และจำนวนสิ่งแปลกปลอมที่ติดค้างในทางเดินอาหารได้ แต่ถ้าเป็นสิ่งแปลกปลอมขนาดเล็กก็อาจเอกซเรย์ไม่พบได้เช่นกัน นอกจากนี้แพทย์ก็ไม่ควรส่งตรวจเอกซเรย์ชนิดที่ต้องกลืนสารทึบรังสีร่วมด้วยเพราะอาจเกิดการสูดสำลัก หรือสารทึบรังสีไปเคลือบสิ่งแปลกปลอมและเยื่อหลอดอาหาร จนทำให้จะมาใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารในภายหลังก็ไม่เห็นพยาธิสภาพ บางครั้งในการวินิจฉัยอาจต้องใช้คอมพิวเตอร์สแกนเพื่อตรวจหาตำแหน่งสิ่งแปลกปลอมได้

อย่างไรก็ดี แม้ว่าเอกซเรย์จะไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการก็ควรส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร

### ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องในทางเดินอาหารเพื่อหาสิ่งแปลกปลอมติดค้าง

#### 1. ภาวะฉุกเฉินที่ควรทำการส่องกล้อง

มีอาการอุดตันของหลอดอาหาร เช่น กลืนน้ำลายไม่ได้

แบตเตอรี่ติดค้างในหลอดอาหาร

วัตถุแหลมคมติดค้างในหลอดอาหาร

#### 2. ภาวะรึบด่วนที่ควรทำการส่องกล้อง

วัตถุไม่แหลมคมติดค้างในหลอดอาหาร

อาหารติดค้างในคอโดยไม่มีอาการ

วัตถุแหลมคมติดค้างในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ดูโอดีนัม

วัตถุยาว > 6 เซนติเมตร ติดค้างในลำไส้ดูโอดีนัมส่วนต้น

กินแม่เหล็ก

### 3. ภาวะไม่รีบด่วนในการส่องกล้อง

เหรียญติดค้างในหลอดอาหารนาน 12-24 ชั่วโมง และไม่มีอาการ

วัตถุขนาด > 2.5 เซนติเมตร ติดค้างในกระเพาะอาหาร

แบตเตอรี่อยู่ในกระเพาะอาหารและเฝ้าติดตามอาการมา > 48 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการผิดปกติ

## การรักษา

### 1. เวลาที่เหมาะสมในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร

การตัดสินใจเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินอาหาร ขึ้นอยู่กับอายุและอาการของผู้ป่วย ขนาดของวัตถุ ความแหลมคม ตำแหน่งที่ติดค้าง และเวลาที่เริ่มกิน

การตัดสินใจถึงความเสี่ยงต่อการอุดลำไส้ การอุดตัน หรือทะลุเพื่อตัดสินใจว่าควรเริ่มส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารอย่างรีบด่วนมากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ป่วยกลืนน้ำลายไม่ได้ก็ควรรีบส่องกล้องอย่างฉุกเฉินเพื่อป้องกันการอุดตัน ลำไส้ ตลอดจนการกินแบตเตอรี่ วัตถุแหลมคม หรือวัตถุที่มีขนาดยาวก็เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้ทางเดินอาหารทะลุได้ง่าย

ผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการของทางเดินอาหารส่วนต้นอุดตันก็ไม่จำเป็นต้องรีบทำการส่องกล้องตรวจ เพราะมีโอกาสที่วัตถุจะเคลื่อนหลุดออกจากร่างกายไปได้เอง

สิ่งแปลกปลอมหรืออาหารติดค้างในทางเดินอาหารนาน > 24 ชั่วโมง ควรทำการช่วยเหลือเอาออกเพราะยิ่งช้าก็ยิ่งนำออกได้ยากและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ลำไส้ทะลุได้ง่าย

ถ้าพบมีรอยถลอกของทางเดินอาหาร รอยทะลุ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ก็ควรรีบเอาวัตถุออกจากทางเดินอาหารอย่างเร่งด่วน

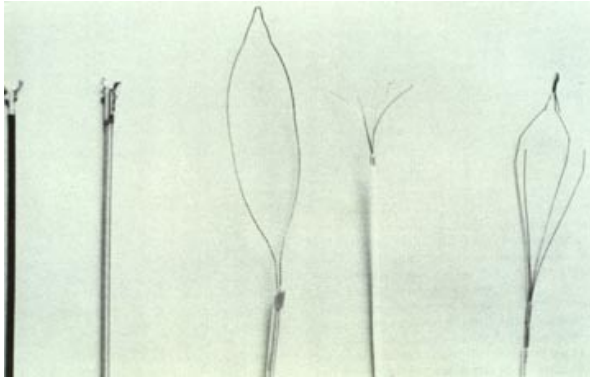
อย่างไรก็ดี ถ้าวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหารแล้วส่วนใหญ่มักจะถ่ายออกมาได้เองภายใน 4-6 วัน ดังนั้น ในกรณีที่กลืนวัตถุเข้ากระเพาะอาหารไปแล้วโดยไม่มีอาการนั้น แพทย์ก็ควรนัดดูอาการไปก่อน โดยให้ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการบ่น ๆ ว่ามีสิ่งแปลกปลอมออกมาหรือไม่ รวมทั้งแพทย์ควรติดตามด้วยเอกซเรย์ทุกสัปดาห์เพื่อเฝ้าดูการเคลื่อนที่ของวัตถุในทางเดินอาหารซึ่งอาจนานถึง 4 สัปดาห์กว่าวัตถุจะหลุดออกมาได้เอง

### 2. อุปกรณ์

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารมักนิยมใช้ flexible endoscopes เพราะใช้ยานอนหลับเพียงเล็กน้อยให้แก่ผู้ป่วยก็ทำได้แล้ว

อุปกรณ์ในการเอาวัตถุออกอาจใช้ rat-tooth, alligator forceps, polypectomy snares, polyp graspers, Dormier baskets, retrieval nets, magnetic probes, friction-fit adaptors หรือ banding caps (ดังภาพที่ 1-3)

ก่อนทำการส่องกล้องควรฝึกใช้อุปกรณ์ฝึกจับวัตถุที่มีลักษณะคล้ายสิ่งแปลกปลอมที่กลืนเข้าไปก็ช่วยให้ตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์ได้เหมาะสมมากขึ้น



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ดึงวัตถุออก เรียงจากซ้ายไปขวา: rat-tooth and alligator forceps, snare, tripod forceps, pentipod forceps.



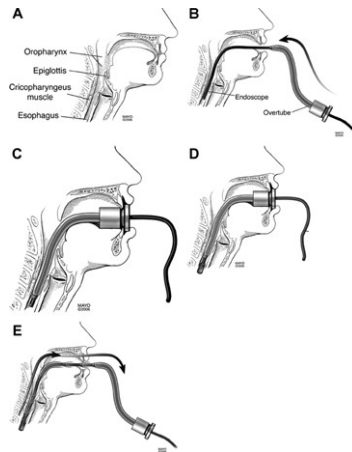
ภาพที่ 2 retrieval nets



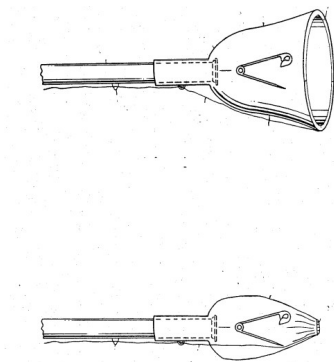
ภาพที่ 3 การใช้ basket คีบวัตถุแปลกปลอมออก

มีการใช้ overtubes เพื่อป้องกันทางเดินหายใจและทำหัตถการเอาสิ่งแปลกปลอมออกได้ง่ายขึ้น รวมทั้งป้องกันเยื่อบุหลอดอาหารฉีกขาดในขณะที่เอาวัตถุแหลมคมที่กลืนเข้าไปออกมา (ดังภาพที่ 4) ในกรณีที่เอาวัตถุแหลมคมที่ติดอยู่ในบริเวณต่ำกว่าหลอดอาหารออกก็ควรเลือกใช้ overtube ที่มีขนาดยาวจนถึงรอยต่อระหว่างกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร (gastroesophageal junction)

อย่างไรก็ดี overtube ถูกใช้กันน้อยมากในเด็ก ทั้งนี้เพราะอาจเสี่ยงต่อหลอดอาหารเป็นแผลถลอกในระหว่างการใส่ท่อ overtube ได้ ในเด็กนิยมใช้ foreign body protector hood แทนเพื่อป้องกันเยื่อบุของหลอดอาหารถลอกในระหว่างการคีบเอาวัตถุแหลมคมออกจากหลอดอาหาร (ดังภาพที่ 5)



ภาพที่ 4 แสดงวิธีใช้ overtube โดยสอดกล้องเข้าไปใน overtube แล้วใส่ทั้งหมดเข้าไปในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร



ภาพที่ 5 foreign body protector hood

### 3. อาหารติดคอ

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารก็เพื่อดึงเอาก้อนอาหารที่ติดคอก่อนหรือผลัดก้อนอาหารนั้นเข้าไปในกระเพาะอาหารแทน การเอาก้อนอาหารออกอาจทำได้โดยใช้อุปกรณ์เพื่อยีบออก ได้แก่ polypectomy snare, retrieval net, friction-fit adaptor, banding cap

การที่อาหารติดคอบ่อยเกิดจากหลอดอาหารมีพยาธิสภาพ ดังนั้น การผลัดอาหารเข้าไปก็เสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุได้สูง ดังนั้น แพทย์จะผลัดอาหารเข้าไปในกระเพาะอาหารได้ก็ต่อเมื่อทำการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารส่วนที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ติดคอทั้งหมดอย่างละเอียดแล้ว อย่างไรก็ตาม จากรายงานผู้ป่วย 375 คน โดยได้ทำการผลัดก้อนอาหารที่ติดค้างในหลอดอาหารเข้าไปในกระเพาะอาหารก็ไม่มีอุบัติการณ์ของหลอดอาหารทะลุแต่อย่างใด<sup>(2,3)</sup> วิธีการผลัดก้อนอาหารเข้าไปทำโดยผลัดที่กลางก้อนอย่างเบา ๆ แต่ถ้าไม่สำเร็จก็อาจเปลี่ยนเป็นตัดแบ่งก้อนอาหารให้มีขนาดเล็กลง จากนั้นค่อยผลัดอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม การผลัดก้อนอาหารอย่างแรงก็เสี่ยงต่อการเกิดหลอดอาหารทะลุได้ง่าย

ในกรณีที่เป็น esophageal stricture นั้น หลังจากเอาก้อนอาหารออกแล้วควรจะใช้เครื่องมือถ่างหลอดอาหารให้กว้างขึ้นด้วย เพื่อป้องกันการเกิดอาหารติดคอซ้ำ แต่ก็ไม่ควรถ่างหลอดอาหารในกรณีที่ก้อนอาหาร

ติดค้างในหลอดอาหารอยู่นาน หรือพบว่ามีเยื่อบุหลอดอาหารอักเสบชนิด esophilic esophagitis เกิดขึ้น เพราะการถ่างหลอดอาหารจะทำให้เกิดทะลุได้ง่าย

ก้อนอาหารติดในหลอดอาหารอยู่นานอาจก่อให้เกิดเยื่อบุหลอดอาหารอักเสบชนิด esophilic esophagitis ได้ถึง 33%<sup>(4)</sup> ถ้าสงสัยภาวะนี้ก็ควรทำการตัดชิ้นเนื้อของเยื่อบุหลอดอาหารเพื่อส่งตรวจโดยนิยมเลือกตัดบริเวณหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนปลาย

ยังไม่มีการศึกษาอย่างแท้จริงของการใช้เอนไซม์ย่อยโปรตีน เช่น papain เพื่อนำมาช่วยย่อยอาหารที่ติดค้างในทางเดินอาหาร อย่างไรก็ตามก็พบมีรายงานว่าเอนไซม์นี้อาจทำให้เกิด hypernatremia เยื่อบุของทางเดินอาหารเป็นแผลและหลอดอาหารทะลุตามมาได้

#### Glucagon

มีรายงานการใช้ glucagon 1 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดเพื่อให้หลอดอาหารส่วนปลายคลายตัวออก จนทำให้ง่ายต่อการส่องกล้องเพื่อเอาก้อนอาหารที่ติดค้างอยู่ออกมา แต่บางงานวิจัยก็แสดงว่ากลูคาгонไม่ได้มีประสิทธิภาพแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามก็กลูคาгонค่อนข้างปลอดภัยจึงยังยอมรับให้ใช้กันอยู่บ้าง แต่ก็พบว่าการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารมักได้ประโยชน์และช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าอยู่ดี

### 4. สิ่งแปลกปลอม

#### 4.1 วัตถุทื่อ

เหรียญอาจใช้ rat-tooth หรือ alligator คีบออก รวมทั้งอาจใช้ snare หรือ retrieval net

วัตถุที่กลมและเรียบควรใช้ retrieval net หรือ basket ดึงออก จากการศึกษพบว่า retrieval net ใช้การได้ดีกว่า ถ้าประเมินแล้วไม่สามารถหยิบเอาวัตถุออกได้ก็ให้ดันวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหารแทน ซึ่งจะช่วยให้มีพื้นที่ทำหัตถการดึงออกได้ง่ายขึ้นอีกด้วย

ถ้าไม่ส่องกล้องเข้าทางเดินอาหารเพื่อคีบออกก็อาจใช้วิธีอื่นแทนได้ เช่น ในการจัดการกับวัตถุทึบแสงและท่อที่ติดค้างในหลอดอาหารก็อาจใช้วิธีดันลงไปในกระเพาะอาหาร โดยอาจใช้ forcep ดันภายใต้ fluoroscope ที่เฝ้าติดตามดู นอกจากนี้ยังมีการใช้บอลลูนของ foley catheter มาดันหรือใช้สายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ที่ติดแม่เหล็กเอาไว้มาดูดวัตถุออกได้ การกระทำเหล่านี้มักไม่สามารถควบคุมทิศทางได้ว่าจะเอาวัตถุออกหรือดันวัตถุเข้าไปในกระเพาะอาหาร รวมทั้งไม่เห็นพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหลอดอาหารอีกด้วย ดังนั้นจึงแนะนำว่าการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารน่าจะมีประโยชน์มากกว่า

ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้กล้องส่องทางเดินอาหารเพื่อเอาวัตถุที่มีขนาดใหญ่กว่า 2.5 เซนติเมตร ในกระเพาะอาหารออกเพราะวัตถุแบบนี้มีขนาดใหญ่เกินกว่าจะหลุดผ่าน pylorus ออกมาได้เอง นอกจากนี้ถ้าวัตถุไม่เคลื่อนที่ในกระเพาะอาหารนาน 3-4 สัปดาห์ ก็ควรพิจารณาส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อคีบออก

ถ้ามีอาการแสดงของ peritonitis ก็ควรส่งปรึกษาศัลยแพทย์ อีกกรณีที่ต้องผ่าตัดออกคือ มีวัตถุติดอยู่ในตำแหน่งที่ผ่านเลยลำไส้ดูโอติ้นไปแล้วและหยุดนิ่งไม่เคลื่อนที่นาน > 1 สัปดาห์ อีกทั้งตำแหน่งอยู่ลึกเกินกว่าจะใช้กล้องส่องไปคีบออกได้

#### 4.2 วัตถุขนาดยาว

วัตถุขนาดยาว > 6 เซนติเมตร เช่น แปรงสีฟัน ข้อนหรือลิ่ม ซึ่งมักผ่านลำไส้ดูโอติ้นไม่ได้ยากก็ควรถูกคีบออก อาจใช้ overtube ขนาด 45 เซนติเมตร ที่ยาวเลย gastroesophageal junction ออกมา โดยใช้ snare หรือ basket คีบเอาวัตถุออกเข้าไปใน overtube จากนั้นดึงทั้งวัตถุแปลกปลอม overtube และกล้องส่องทางเดินอาหารออกมาพร้อมกัน

#### 4.3 วัตถุแหลมคม

กระดูกไก่ ก้างปลา ลวดหนีบกระดาด ไม้จิ้มฟัน หรือเข็ม มักก่อให้เกิดภาวะลำไส้ทะลุได้ง่าย ดังนั้น แพทย์ต้องทำการสืบหาดำแหน่งที่วัตถุแหลมคมเหล่านี้ติดอยู่ในหลอดอาหาร ส่วนใหญ่มักเอกซเรย์ไม่พบ แต่แพทย์ก็ยัง

ต้องใช้กล้องส่องดูทางเดินอาหารอยู่ดี วัตถุแหลมคมที่ติดค้างเหนือบริเวณ cricopharyngeus ก็ควรใช้ laryngoscope ส่องดูและคีบออกได้ แต่ถ้าอยู่ต่ำกว่านี้ก็ควรใช้ rigid หรือ flexible endoscope แทน

แม้ว่าวัตถุแหลมคมที่อยู่ในกระเพาะอาหารส่วนใหญ่มักหลุดออกจากร่างกายได้เอง แต่ก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึง 35%<sup>(5,6)</sup> ดังนั้น วัตถุแหลมคมที่อยู่ในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ดูโอดีนัมส่วนต้นควรได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อคีบวัตถุออก หรือเฝ้าติดตามด้วยการเอกซเรย์ทุกวัน และถ้าพบว่าวัตถุไม่เคลื่อนที่เลยนาน > 3 วัน ก็ควรตัดสินใจผ่าตัดเอาออก

แพทย์ควรแนะนำว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาเจียน ไข้สูง อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ ก็ควรรีบมารับการตรวจส่องกล้องดูทางเดินอาหารเพื่อใช้ forceps, retrieval net หรือ polypectomy snare คีบวัตถุที่ติดค้างในทางเดินอาหารออก

การป้องกันเยื่ออุ้งลมจากวัตถุแหลมคมควรขณะนำออกจากหลอดอาหารโดยการใช้อvertube หรือใช้กล้องส่องทางเดินอาหารที่ติด protector hood ไว้ที่ปลาย

#### 4.4 การกินแบตเตอรี่ชนิดกระดุม

เด็กอายุ < 5 ปี มักกินแบตเตอรี่ชนิดกระดุมได้บ่อย โดยอาจดึงแบตเตอรี่ออกมาจากนาฬิกา เครื่องคิดเลข หรือเกมต่าง ๆ ถ้าแบตเตอรี่ค้างในหลอดอาหารอาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อของทางเดินอาหารตายจนทะลุได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

ดังนั้น เมื่อพบแบตเตอรี่ค้างในหลอดอาหารควรรีบเอาออกอย่างฉุกเฉิน การใช้ basket หรือ net มักได้ผลเหมือนกัน หรืออาจใช้บอลลูนสอดผ่านกล้องส่องทางเดินอาหารไปจนยาวเลยตำแหน่งวัตถุค้างอยู่ จากนั้นเป่าลมเข้าบอลลูนแล้วค่อยลากเอาแบตเตอรี่ออกมาพร้อมทั้งดึงกล้องออกมาพร้อมกันด้วย อาจใช้อvertube หรือท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันระหว่างทำหัตถการ ถ้าเอาแบตเตอรี่ออกจากหลอดอาหารด้วยวิธีนี้ไม่ได้ก็ควรผลักแบตเตอรี่เข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อให้มีพื้นที่กว้างพอให้ใช้ basket หรือ net ดึงออกได้สะดวก

แบตเตอรี่ที่ผ่านเลยหลอดอาหารมาแล้วโดยไม่มีอาการอะไรก็ไม่จำเป็นต้องทำการคีบออก ถ้าแบตเตอรี่อยู่ในกระเพาะอาหารแล้วมักผ่านหลุดออกมาได้โดยไม่มีอันตราย แต่แบตเตอรี่ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง > 20 มิลลิเมตร ที่อยู่ในกระเพาะอาหารนาน > 48 ชั่วโมง ควรจะทำการคีบออก ถ้าผ่านลำไส้ดูโอดีนัมไปแล้วพบว่า 85% มักหลุดออกจากร่างกายได้ภายใน 72 ชั่วโมง แนะนำให้ทำการเอกซเรย์เฝ้าติดตามทุก 3-4 วัน

สำหรับการทำให้ผู้ป่วยเกิดอาเจียนเพื่อเอาวัตถุที่ติดค้างในทางเดินอาหารออกมักไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด และยังอาจทำให้แบตเตอรี่ถูกขยี้จนจากกระเพาะอาหารย้อนขึ้นไปค้างที่หลอดอาหารแทนได้

การให้ยาลดกรดหรือยาถ่ายเพื่อรักษาก็ไม่มีประโยชน์ อย่างไรก็ตามการสวนล้างกระเพาะอาหารอาจมีประโยชน์ได้บ้าง

การกลืนถ่านรูปกลมพบมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามที่มียารายงานพบว่าส่วนใหญ่มักไม่มีอันตราย และพบเพียง 18% ที่มีอาการเล็กน้อยหรือปานกลาง อย่างไรก็ตามถ้าวัตถุค้างในกระเพาะอาหารนาน > 48 ชั่วโมง ก็ควรถูกคีบออก ถ้ามีอาการบาดเจ็บของทางเดินอาหารก็เป็นข้อบ่งชี้ให้คีบเอาวัตถุออกโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีประวัติว่าแบตเตอรี่ที่กลืนเข้าไปมีสภาพชำรุดอยู่ก่อนแล้ว ก็ยังต้องคีบเอาออกโดยด่วน

#### 4.5 แม่เหล็ก

การกลืนแม่เหล็กอาจทำให้ทางเดินอาหารได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ แม่เหล็กอาจดูดกันและดูดเอาเนื้อเยื่อของทางเดินอาหารเข้าไปด้วย จนทำให้เนื้อเยื่อของทางเดินอาหารเกิดเนื้อตายเป็นรอยทะลุ ทำให้ลำไส้บิดพัน (volvulus) หรือลำไส้แตกทะลุจนเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ดังนั้น การกินแม่เหล็กเพียง 1 อันก็ควรถูกคีบเอาออก

#### 4.6 เหรียญ

เด็กมักมีอุบัติการณ์กลืนเหรียญบ่อย ถ้าเหรียญติดในหลอดอาหารและไม่มีอาการก็สามารถเฝ้าติดตามได้นาน 12-24 ชั่วโมง เพราะเหรียญมักมีโอกาสหลุดออกจากร่างกายได้เองค่อนข้างสูง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลืนน้ำลายไม่ได้ เจ็บหน้าอก และมีเสียง stridor ก็ควรรับทำหัตถการเพื่อเอาเหรียญออกอย่างฉุกเฉิน จากการศึกษาหนึ่งพบว่าเหรียญที่อยู่ในหลอดอาหารส่วนปลายมีโอกาสหลุดออกมาได้เองสูงกว่าเหรียญที่ค้างในหลอดอาหารส่วนต้น (56% & 27%)<sup>(7)</sup> เหรียญมักผ่านกระเพาะอาหารและทางเดินอาหารส่วนอื่น ๆ ไปได้โดยไม่อุดกั้น โดยแพทย์ควรทำการเอกซเรย์เพื่อเฝ้าติดตามเท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีรายงานในปี ค.ศ. 1982 พบผู้ป่วยเกิดพิษสังกะสีอันเกิดจากการกินเหรียญเพนนีจำนวนมาก

#### 4.7 ภาวะเย็บติด

พวกค้ายาเสพติดอาจกลืนถุงพลาสติกหรือถุงยางที่บรรจุยาเสพติดเอาไว้ ที่เรียกว่า body packing ซึ่งมักเอกซเรย์เห็นได้หรืออาจใช้คอมพิวเตอร์สแกนดูก็ได้ ถ้าถุงแตกจะทำให้ผู้กลืนถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น จึงไม่ควรส่งกล้องเพื่อเอาถุงออกเพราะระหว่างทำหัตถการอาจเกิดถุงแตกในทางเดินอาหารได้

ถ้าพบว่าถุงหยุดนิ่งในทางเดินอาหารหรือมีอาการแสดงของทางเดินอาหารอุดกั้นก็ควรผ่าตัดเอาออก ถ้าสงสัยว่าถุงแตกในทางเดินอาหารก็ควรผ่าตัดโดยด่วน และปรึกษาแผนกพิษวิทยาร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

#### 5. วัตถุแปลกปลอมในลำไส้เล็ก

มีการใช้กล้องส่องลำไส้เล็กที่ติดบอลูนอยู่ (balloon enteroscopy) เพื่อเอาวัตถุที่อุดกั้นหรือก่อเกิดลำไส้ทะลุออกมา นอกจากนี้ก็มีการใช้ hoods, baskets และ forceps เข้าไปคีบร่วมกับการใช้กล้องส่องลำไส้เล็ก

อย่างไรก็ดี เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ใหม่ ดังนั้น ต้องใช้ความชำนาญ จึงควรทำในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และสามารถทนต่อหัตถการที่ยาวนานนี้ได้

**สรุปข้อแนะนำ** (ดูความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำตามตารางที่ 1)

1. หลีกเลี่ยงการกลืนสารรังสีเพื่อเอกซเรย์หาวัตถุแปลกปลอมที่ติดค้างในหลอดอาหาร ☒ ○ ○ ○ ○
2. ถ้าวัตถุติดในบริเวณเหนือต่อ cricopharyngeus ก็ให้ปรึกษาแพทย์โสต ศอ นาสิก ☒ ○ ○ ○ ○
3. ถ้ามีอาการแสดงของหลอดอาหารอุดกั้นต้องรับทำหัตถการคีบเอาวัตถุออกอย่างฉุกเฉิน ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
4. การรักษาก้อนอาหารติดค้างในหลอดอาหารอาจใช้วิธีคีบออกทั้งก้อน ย่อยให้ขนาดเล็กลงแล้วคีบออก หรือผลักดันเข้าไปในกระเพาะอาหารก็ได้ ☒ ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
5. ถ้าวัตถุในกระเพาะอาหารขนาด > 2.5 เซนติเมตร ควรส่งกล้องเพื่อคีบออก ☒ ○ ○ ○ ○
6. ถ้าวัตถุแหลมคมหรือวัตถุที่มีขนาดยาว > 6 เซนติเมตร ติดค้างในตำแหน่งเหนือกว่าหรือในลำไส้ดูโอดีนัมส่วนต้น ก็ควรส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อเอาออก ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
7. ควรรับนำแบตเตอรี่ที่ติดค้างในหลอดอาหารออกอย่างฉุกเฉิน ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
8. ถ้ากลืนแม่เหล็กติดค้างในทางเดินอาหารก็ควรรับส่งกล้องอย่างเร่งด่วนเพื่อเอาออก แต่ถ้าติดอยู่ลึกจนส่งกล้องไม่ได้ก็ให้สังเกตอาการ เฝ้าติดตาม และถ้าวัตถุไม่มีการขยับเคลื่อนที่เลยก็ควรปรึกษาศัลยแพทย์ ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
9. ถ้ากลืนเหรียญไปติดค้างที่หลอดอาหารโดยผู้ป่วยไม่มีอาการ ก็ให้สังเกตอาการไปก่อน แต่ถ้าไม่มีการเคลื่อนที่เลยนาน > 24 ชั่วโมง ก็ควรทำหัตถการเพื่อเอาออก ☒ ☒ ○ ○ ○ ○
10. แนะนำว่าไม่ควรส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารเพื่อนำถุงยาเสพติดที่กลืนเข้าไปออก ☒ ☒ ○ ○ ○ ○

**ตารางที่ 1** แสดงความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำ

**TABLE 1. GRADE system for rating the quality of evidence for guidelines**

| Quality of evidence | Definition                                                                                                                                   | Symbol |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| High quality        | Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect                                                         | ⊕⊕⊕⊕   |
| Moderate quality    | Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate               | ⊕⊕⊕○   |
| Low quality         | Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate | ⊕⊕○○   |
| Very low quality    | Any estimate of effect is very uncertain                                                                                                     | ⊕○○○   |

Adapted from Guyatt et al.<sup>1</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Management of ingested foreign bodies and food impactions. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2011;1085-91.
2. Vicari JJ, Johanson JF, Frakes JT. Outcomes of acute esophageal food impaction: success of the push technique. Gastrointest Endosc 2001;53:178-81.
3. Longstreth GF, Longatreh KJ, Yao JF. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. Gastrointest Endosc 2001;53:193-8.
4. Kerlin P, Jones D, Remedios M, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in adults with food bolus obstruction of the esophagus. J Clin Gastroenterol 2007;41:356-61.
5. Carp L. Foreign bodies in the intestine. Ann Surg 1927;85:575-91.
6. Rosch W, Classen M. Fiberendoscopic foreign body removal from the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 1972;4:193-7.
7. Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, et al. A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children. Pediatrics 2005;116:614-9.