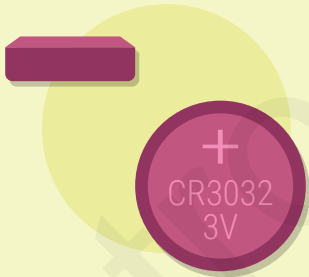


การวินิจฉัย รักษา และป้องกันการกลืนแบตเตอรี่กระดุมในผู้ป่วยเด็ก

คำแนะนำโดยสมาคมกุมารแพทย์ทางเดินอาหาร โรคตับ และ โภชนาวิทยา แห่งทวีปยุโรป

Diagnosis, Management, and Prevention of Button Battery Ingestion in Childhood: A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Position Paper. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;73(1):129-136.

แปลและเรียบเรียงโดย ศิวาพร แสงโสมแจ่ม, นพรัตน์ ประชาสิทธิศักดิ์,
อนันดร วงศ์ธีระสุด, เสกสิต โอสฤกษ์กุล



ระบาดวิทยา

จากสถิติการกลืนวัตถุแปลกปลอมในเด็กทั่วโลก พบอุบัติการณ์การกลืนแบตเตอรี่กระดุมสูง ร้อยละ 7-25 ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 1 ปี และเป็นช่วงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงสุดเช่นกัน รายงานจาก US National Poison Center ในปี ค.ศ.2019 พบการกลืนแบตเตอรี่กระดุมทั้งสิ้น 3,467 ครั้ง โดยร้อยละ 53 เกิดในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 1.5 เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพบมีผู้เสียชีวิต 3 ราย

พยาธิสรีรวิทยาและภาวะแทรกซ้อน

การเกิดอันตรายต่อหลอดอาหารจากการกลืนแบตเตอรี่กระดุม เกิดจากภาวะเนื้อเยื่อตายเพราะแรงกดโดยตรง เนื้อเยื่อถูกกัดกร่อนจากสารเคมีในแบตเตอรี่รั่วซึม สารพิษจากโลหะหนัก และอันตรายจากกระแสไฟฟ้าซึ่งเชื่อว่าเป็นกลไกหลัก เมื่อแบตเตอรี่กระดุมสัมผัสเยื่อของหลอดอาหาร จะเกิดความแตกต่างของแรงดันไฟฟ้าระหว่างขั้วบวกและขั้วลบ เกิดการสร้างไฮดรอกไซด์ไอออนขึ้นที่ขั้วลบ ทำให้ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) ในบริเวณนั้นสูงขึ้น เกิดการทำลายและการตายของเนื้อเยื่อแบบ liquefaction ซึ่งเทียบได้กับการกินสารละลายที่เป็นด่าง การบาดเจ็บอาจเกิดกับทุกชั้นของหลอดอาหาร ทำให้เกิดรูเปิดเชื่อม (fistula) ระหว่างหลอดอาหารและอวัยวะข้างเคียง เช่น หลอดลม หลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ตาหรือหลอดเลือดแดง subclavian ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งแรงดันไฟฟ้าและระยะเวลาที่แบตเตอรี่ติดค้าง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงและรวดเร็ว ไม่เว้นแม้กระทั่งแบตเตอรี่ที่ใช้งานแล้วก็ยังมีแรงดันไฟฟ้าที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้ นอกจากนี้ตำแหน่งของขั้วลบที่วางตัวในหลอดอาหารมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพ เช่น ถ้าขั้วลบติดผนังหลอดอาหารด้านหน้า อาจเกิดการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและหลอดลม หากหันไปทางด้านหลัง ต้องระวังภาวะการอักเสบของกระดูกสันหลังหรือหมอนรองกระดูกสันหลัง (spondylodiscitis) การติดค้างในหลอดอาหารส่วนต้นอาจมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงทรวงอก การเกิดรูเปิดเชื่อมกับหลอดลม (tracheoesophageal fistula) และการเกิดอันตรายต่อเส้นเสียงได้ หากแบตเตอรี่ติดค้างในหลอดอาหารส่วนกลาง ต้องระวังการเกิดรูเปิดเชื่อมกับหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ตา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการกลืนแบตเตอรี่กระดุมแสดงในตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนในทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณโพรงจมูก ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 16 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด

หลังจากกลืน แบตเตอรี่กระดุมส่วนใหญ่จะเคลื่อนผ่านหลอดอาหารและหลุดออกมาพร้อมอุจจาระได้เอง ส่วนน้อยจะติดค้างที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ซึ่งการติดค้างที่ 2 ตำแหน่งดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพียง ร้อยละ 7 และ 1.3 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดตามลำดับ การติดค้างของแบตเตอรี่ทำอันตรายต่อกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กได้น้อย เพราะขั้วบวกและขั้วลบไม่สัมผัสกับเนื้อเยื่อโดยตรงจนเกิดอันตรายจากกระแสไฟฟ้า ซึ่งต่างจากการติดค้างในหลอดอาหาร

การทำลายเนื้อเยื่อหลอดอาหารสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากติดค้าง แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจใช้เวลานานกว่านั้น เช่น การทะลุของหลอดอาหารมักเกิดภายใน 2 วัน (พบน้อยใน 12 ชั่วโมงแรก) การเกิดรูเปิดเชื่อมอาจพบได้เมื่อนำเอาแบตเตอรี่ออกแล้วถึง 4 สัปดาห์ ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น การตีบแคบของหลอดอาหาร (esophageal stricture) การอักเสบของกระดูกสันหลังหรือหมอนรองกระดูกสันหลัง การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท recurrent laryngeal อาจเกิดได้แม้เวลาผ่านไปเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนแบดเตอร์ีกระดูก

ระบบทางเดินหายใจ

ผนังกันโพรงจมูกทะลุ หรือเนื้อเยื่อโพรงจมูกติดกัน (intranasal synechiae)
เยื่อแก้วหูทะลุ
เส้นประสาท facial อ่อนแรง (facial nerve paralysis)
บาดเจ็บที่เส้นประสาท recurrent laryngeal
เลือดออกในต่อมไทรอยด์ (thyroid hemorrhage)
รูเปิดเชื่อม (fistula) ระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร
ลำไส้แบดเตอร์ีกระดูก
เลือดออกในปอด (pulmonary hemorrhage)
หลอดลมตีบแคบ (bronchial stenosis)
ปอดอักเสบ

ระบบทางเดินอาหาร

การทะลุ (perforation) ของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็ก
รูเปิดเชื่อมระหว่างหลอดอาหารและหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา หรือ
หลอดเลือดแดงอื่นๆ
การตีบแคบของหลอดอาหาร (esophageal stricture)

อื่นๆ

เลือดออกปริมาณมาก
การอักเสบของช่องอก (mediastinitis)
การอักเสบของกระดูกสันหลังหรือหมอนรองกระดูกสันหลัง (spondylodiscitis)
การอักเสบของผิวหนังรอบดวงตา (periorbital cellulitis)

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของการกลืนแบดเตอร์ีกระดูกขึ้นกับตำแหน่งที่ติดค้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีประวัติการกลืนชัดเจนจะมีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ เช่น อาเจียน น้ำลายไหล กลืนลำบาก กลืนเจ็บ ร้องกวน ไอ เสียงหายใจผิดปกติ (stridor) และหายใจหอบ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ชักไม่ได้ประวัติการกลืน อาจได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างล่าช้า เนื่องจากอาการข้างต้นมีความหลากหลายและไม่จำเพาะ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักมาพบแพทย์ ด้วยอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน โดยใช้เวลาเป็น ชั่วโมงถึงหลายวัน หรือเป็นสัปดาห์ อาการที่พบได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ไอเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดท้อง น้ำหนักลด เจ็บหน้าอก ไอ เสียงหายใจผิดปกติ (stridor) เสียงแหบ เจ็บคอ หินคอได้ไม่เต็มที่ และไข้ เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

วินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ทรวงอก (plain chest X-ray) ซึ่งช่วยบอกตำแหน่ง แบดเตอร์ีกระดูกที่ติดค้างในหลอดอาหาร การถ่ายภาพรังสีควรถ่ายทั้งด้านหน้าและด้านข้าง ครอบคลุมทั้งช่วงคอ ช่องอก และช่องท้อง ลักษณะแบดเตอร์ีกระดูกที่เห็นจากภาพเอกซเรย์ ด้านหน้าคือ เป็นวัตถุที่รังสีที่มีลักษณะเป็นวงซ้อนทับกัน เรียกว่า “Double ring หรือ Halo sign” ซึ่งชี้แยกจากเหรียญโลหะ ส่วนภาพทางด้านข้างจะเห็นลักษณะเป็นขั้นของขอบแบดเตอร์ี (step-off) แต่กรณีแบดเตอร์ีกระดูกที่บางมาก อาจไม่พบลักษณะนี้

การตรวจทางเดินอาหารด้วยภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ร่วมกับกลืนสารทึบรังสี จะช่วยตรวจหาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การอักเสบของช่องอก (mediastinitis) การเกิดรูเปิดเชื่อม (fistula) และการอักเสบของกระดูกหรือหมอนรองกระดูกสันหลัง (spondylodiscitis) แต่การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าทำได้ต่อเมื่อนำแบดเตอร์ีกระดูกออกจากทางเดินอาหารแล้วเท่านั้น

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- ◆ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น เลือดออก ปัญหาของระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic problems) ไข้ อาการระบบทางเดินหายใจ ปวดหลังรุนแรง เป็นต้น
- ◆ เมื่อตรวจด้วยกล้องตรวจทางเดินอาหาร พบการบาดเจ็บของเยื่อหูทางเดินอาหารระดับรุนแรง
- ◆ กรณีการวินิจฉัยที่ล่าช้าเกิน 12 ชม. หรือ นำแบดเตอร์ีออกจากหลอดอาหารเมื่อเวลานานกว่า 12 ชม. หลังจากกลืน (ภาพที่ 1)

การรักษาแบคทีเรียกระดูมติดค้างในหลอดอาหาร

ควรนำแบคทีเรียกระดูมออกจากหลอดอาหาร ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร (endoscopic removal) ภายในระยะเวลา 2 ชม. หลังกลืน โดยไม่จำเป็นต้องรอเวลาการงดอาหารให้ครบตามปกติ ควรส่องกล้องโดยการให้ยาสลบแบบทั่วไป (general anesthesia) ร่วมกับใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันทางเดินหายใจ ระหว่างการส่องกล้องควรประเมินระดับการบาดเจ็บของเยื่อหูทางเดินอาหารโดยพิจารณาจาก ความกว้างของบริเวณที่บาดเจ็บ ความลึกของแผล และตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ ขั้วแบคทีเรียกระดูมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดอาหารคือขั้วลบ (ด้านที่ไม่มีสัญลักษณ์ + และไม่มีตัวอักษรประทับ) หากพบการบาดเจ็บของหลอดอาหารอย่างชัดเจน ควรพิจารณาใส่สายยางให้อาหาร (nasogastric tube) เพื่อให้อาหารและเป็นช่องทางเปิดของโพรงหลอดอาหาร ไม่ควรให้รับประทานอาหารทางปากจนกว่าจะได้รับการยืนยันว่าไม่มีการทะลุของหลอดอาหาร หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น

ควรปรึกษาศัลยแพทย์ช่องอกและพิจารณาการตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ก่อนทำหัตถการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร ในกรณีการวินิจฉัยที่ล่าช้า หรือผู้ป่วยมีอาการรุนแรง (เช่น มีเลือดออก) ทั้งนี้เพราะการนำแบคทีเรียกระดูมออกในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเยื่อหูหลอดอาหารรุนแรง อาจทำให้หลอดอาหารทะลุ หรือเลือดออกอย่างเฉียบพลันจาก รูเปิดเชื่อม (fistula) ระหว่างหลอดอาหารกับหลอดเลือด ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงข้างต้น ควรพิจารณาตรวจภาพรังสีหลอดเลือดแดง (arteriogram) ของหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) เพื่อประเมินระยะห่างของแบคทีเรียกับหลอดเลือดแดงใหญ่ ก่อนส่องกล้องทางเดินอาหาร

หากพบการติดค้างของแบคทีเรียกระดูมในทางเดินหายใจหรือติดค้างในหลอดอาหารส่วนบนเหนือระดับกระดูกไหปลาร้า (clavicles) ควรปรึกษาแพทย์ด้านโสต ศอ นาสิก เพื่อนำแบคทีเรียออกด้วยกล้องส่องชนิดแข็ง (rigid endoscopy)

การปรับความเป็นกรดด่างเพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหลังของหลอดอาหาร (pH Neutralization Strategies to Mitigate Injury Progression After Ingestion)

ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำหัตถการนำสิ่งแปลกปลอมออกหลอดอาหารได้โดยเร็ว หรือไม่มีแพทย์ที่สามารถส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำผึ้งและ/หรือ sucralfate (ความเข้มข้น 1 ก./10 มล.) 10 มล. ทุก 10 นาที ให้ได้มากที่สุดจำนวน 6 ครั้งสำหรับน้ำผึ้ง และจำนวน 3 ครั้งสำหรับ sucralfate ระหว่างรอทำหัตถการหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยกลไกการออกฤทธิ์ช่วย เคลือบแบคทีเรียกระดูม ลดการเกิด electrolysis ของเนื้อเยื่อ และช่วยลดความเป็นด่าง (neutralization) ของไฮดรอกไซด์ที่สร้างจากแบคทีเรีย ทั้งนี้เพราะน้ำผึ้งและ sucralfate มีฤทธิ์เป็นกรดอย่างอ่อน ข้อควรระวังในการใช้น้ำผึ้งและ sucralfate คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าเกิน 12 ชม. สงสัยการทะลุของหลอดอาหาร มีการอักเสบของช่องอก (mediastinitis) ติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) มีอาการกลืนลำบาก มีประวัติแพ้ น้ำผึ้งหรือ sucralfate และผู้ป่วยทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี เนื่องจากมีความเสี่ยงของการเกิดพิษจาก botulinum ทอกซิน (infant botulism) ในน้ำผึ้ง อย่างไรก็ตามการให้น้ำผึ้งหรือ sucralfate ไม่ควรเป็นเหตุให้การส่องกล้องเพื่อนำแบคทีเรียออกกระทำไม่ได้ล่าช้า

ในกรณีที่ตรวจไม่พบการทะลุของหลอดอาหารหลังจากนำแบคทีเรียออก อาจพิจารณาล้างเยื่อหูหลอดอาหารด้วย 0.25% acetic acid ที่ปลอดเชื้อ ปริมาณ 50-150 มล. เพื่อปรับลดความเป็นด่างจากการสะสมของ hydroxide ในเนื้อเยื่อ

การประเมินอาการ การดูแลรักษา และการติดตามอาการหลังนำแบคทีเรียกระดูมออกจากหลอดอาหาร

ในผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบการบาดเจ็บของหลอดอาหาร อาจพิจารณาส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารซ้ำ (second look) ภายใน 2-4 วัน หรือตรวจหาการทะลุของหลอดอาหารจากการตรวจด้วยสารทึบรังสี (esophagogram) 1-2 วันหลังจากนำแบคทีเรียออก หากไม่พบหลอดอาหารทะลุ สามารถเริ่มให้อาหารทางปากด้วยอาหารเหลวใส (clear liquid) ได้และค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารเหลวหากผู้ป่วยรับได้ ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของหลอดอาหาร การกลับมารับประทานอาหารผ่านทางหลอดอาหารอาจใช้เวลานานถึง 4 สัปดาห์ เพื่อให้เนื้อเยื่อที่บาดเจ็บมีการฟื้นตัวก่อน

แนะนำให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อกว้าง (broad-spectrum antibiotic) ในผู้ป่วยที่หลอดอาหารบาดเจ็บรุนแรง หลอดอาหารทะลุ และ มีไข้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องอก (mediastinitis) ควรตรวจเพิ่มเติมด้วยการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์เป็นระยะ เพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของหลอดอาหารรุนแรง หรือได้รับการรักษาล่าช้า

ควรติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังการตีบแคบของหลอดอาหาร (esophageal stricture) ในผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารบาดเจ็บรุนแรง ด้วยการถ่ายภาพเอกซเรย์พร้อมกลืนสารทึบรังสี หรือพิจารณาส่องกล้องตรวจหลอดอาหารซ้ำ เนื่องจากการตีบแคบของหลอดอาหารสามารถเกิดขึ้นในเวลาหลายสัปดาห์หลังกลืนแบดเตอร์ และถ้าจำเป็นต้องรักษาด้วยการขยายหลอดอาหาร (esophageal dilation) ควรทำเมื่อเวลาผ่านไปเกินกว่า 4 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บเพื่อให้เนื้อเยื่อเกิดการซ่อมแซมได้อย่างเต็มที่แล้ว

การใช้ยาลดการหลั่งกรด (acid blockage) อาจมีประโยชน์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บซ้ำเติมของเยื่อหลอดอาหารที่เกิดขึ้นจากกรดในกระเพาะอาหารที่ไหลย้อน แต่ยังไม่มียารายงานการศึกษายืนยันชัดเจน

การรักษาแบดเตอร์ที่กระตุบติดค้างในตำแหน่งที่พ้นจากหลอดอาหาร

ในผู้ป่วยที่กลืนแบดเตอร์กระตุบ พบว่าแบดเตอร์เกือบทั้งหมดจะเคลื่อนออกจากหลอดอาหารสู่ลำไส้ และผ่านออกไปพร้อมอุจจาระได้เองภายใน 7-14 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติและไม่พบแบดเตอร์ค้างในหลอดอาหาร แนะนำให้เฝ้าดูแบดเตอร์ที่จะผ่านออกมาพร้อมกับอุจจาระ ร่วมกับติดตามถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ยืนยันการเคลื่อนผ่านของแบดเตอร์ อย่างไรก็ตามมีคำแนะนำการดูแลรักษา ในกรณีแบดเตอร์ที่ติดค้างในทางเดินอาหารส่วนอื่นดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรักษาแบดเตอร์ที่ติดค้างในทางเดินอาหารส่วนอื่น

ติดค้างที่กระเพาะอาหาร

ควรส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อนำแบดเตอร์ออก ตามข้อบ่งชี้ดังนี้

- มีอาการผิดปกติ
- ติดค้างอยู่นานกว่า 7-14 วัน เนื่องจากมีโอกาสน้อยที่จะผ่านออกจากกระเพาะอาหารได้เอง
- ผู้ป่วยที่ไม่ทราบเวลาการกลืนที่แน่นอน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้ามากกว่า 12 ชม. หลังกลืน เพื่อตรวจหาการบาดเจ็บของหลอดอาหาร เนื่องจากแบดเตอร์อาจค้างอยู่ในหลอดอาหารนานจนทำอันตรายต่อเยื่อหลอดอาหาร แม้ว่าเคลื่อนสู่กระเพาะอาหารแล้ว
- กลืนแม่เหล็กและติดค้างพร้อมแบดเตอร์กระตุบ เพราะอาจมีการดูดติดกันทำให้เยื่อกระเพาะอาหารขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดอันตราย

ติดค้างที่ลำไส้เล็ก

ควรปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดนำแบดเตอร์ออก ตามข้อบ่งชี้ดังนี้

- มีอาการผิดปกติ หรือ ค้างนานไม่เปลี่ยนตำแหน่ง
- กลืนแม่เหล็กและติดค้างพร้อมแบดเตอร์กระตุบ เพราะอาจมีการดูดติดกันทำให้เยื่อลำไส้ขาดเลือดจนเกิดอันตราย

การป้องกัน

- ปรับเปลี่ยนช่องใส่แบดเตอร์กระตุบในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้เด็กเปิดยากขึ้น
- การเคลือบผิวแบดเตอร์กระตุบ ด้วยสารที่มีรสขมเพื่อไม่ให้เด็กอม
- การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้แบดเตอร์กระตุบ และมีแนวทางการป้องกันอย่างถูกต้องในระดับประเทศ
- การให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กรับทราบถึงอันตรายของการกลืนกินแบดเตอร์กระตุบมากยิ่งขึ้น รวมถึงความรวดเร็วในการนำส่งสถานพยาบาล การนำเสนอความเข้าใจเหล่านี้ไปถึงบริษัทผู้ผลิต สื่อ โรงเรียน แพทย์ครอบครัว รวมถึงกุมารแพทย์

สรุปคำแนะนำ

1. การติดค้างของแบคทีเรียกลุ่มในหลอดอาหารเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และจำเป็นต้องนำแบคทีเรียออกโดยการส่องกล้องอย่างเร่งด่วน ภายใน 2 ชม.
2. พิจารณาลดการบาดเจ็บของหลอดอาหารด้วยการกินน้ำผึ้งและ/หรือ sucralfate ระหว่างรอการส่องกล้องทางเดินอาหาร
3. ควรตรวจทางรังสีวินิจฉัย (ภาพรังสีคอมพิวเตอร์) ก่อนส่องกล้อง เพื่อประเมินการบาดเจ็บของหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาซ้ำภายใน 12 ชม. หรือควรตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์เมื่อพบเยื่อหลอดอาหารบาดเจ็บรุนแรง
4. การนำแบคทีเรียกลุ่มที่ติดค้างในกระเพาะอาหารออก มีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ กลืนแบคทีเรียกลุ่มร่วมกับแม่เหล็ก หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยซ้ำ

ผู้ป่วยสงสัยกลืนแบคทีเรียกลุ่ม

ตรวจสอบสัญญาณชีพ ให้การรักษาถ้าผิดปกติ
ปรึกษาแพทย์หูดจุมก หากมีการอุดตันทางเดินหายใจ
พิจารณาให้ผู้ป่วยกินน้ำผึ้ง ในกรณีที่อาการคงที่มีอายุมากกว่า 1 ปี สามารถกลืนได้ปกติ และกลืนแบคทีเรียมาภายใน 12 ชั่วโมง
ถ่ายเอกซเรย์ 2 ท่า (AP, lateral)

แบคทีเรียกลุ่มติดค้างในหลอดอาหาร

วินิจฉัยได้ภายใน 12 ชม. หลังกลืน

รีบส่องกล้องนำออกภายใน 2 ชม. ถ้าติดค้างอยู่ที่โพลิปาร์หรือเหนือต่อโพลิปาร์ พิจารณาส่องกล้องโดยแพทย์หูดจุมก
ระหว่างที่รอส่องกล้อง ถ้าผู้ป่วยอาการคงที่ พิจารณาให้กินน้ำผึ้ง (อายุ > 1 ปี) หรือ sucralfate
หลังส่องกล้อง ถ้าไม่มีรูรั่วหรือรูเปิดเชื่อมต่อ พิจารณาใช้ 0.25% กรดแอสซิติค ปริมาณ 50-150 ซีซี สวนล้างบริเวณหลอดอาหาร

วินิจฉัยได้หลังจาก 12 ชม. หลังกลืน

พิจารณาดำยภาพรังสีคอมพิวเตอร์ และปรึกษาศัลยแพทย์ ก่อนส่องกล้องนำออก

แบคทีเรียกลุ่มติดค้างพื้นหลอดอาหาร

วินิจฉัยได้ภายใน 12 ชม. หลังกลืน

ไม่มีอาการ

ถ่ายภาพรังสีซ้ำหลังวันที่ 7-14 หรือเร็วกว่า ถ้ามีอาการผิดปกติ

ส่องกล้องนำออก หากไม่เคลื่อนออกมาเอง

วินิจฉัยได้หลังจาก 12 ชม. หลังกลืน

พิจารณาส่องกล้องประเมินการบาดเจ็บของหลอดอาหาร และถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ประเมินการบาดเจ็บของหลอดเลือด

ติดค้างที่กระเพาะอาหาร

ส่องกล้องนำออก

มีอาการหรือกลืนแม่เหล็กร่วมด้วย

ปรึกษาศัลยแพทย์

ติดค้างที่ลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่

ไม่มีอาการ

ถ่ายภาพรังสีซ้ำหลังวันที่ 7-14 หรือเร็วกว่า ถ้ามีอาการผิดปกติ

ปรึกษาศัลยแพทย์ หากไม่เคลื่อนออกมาเอง

ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลืนแบคทีเรียกลุ่ม