

การรักษาผู้ป่วยกลืนกรดหรือด่าง

ศักดิ์ชาย เรืองสิน¹

Management of caustic injury

Ruangsin S.

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2006;24(5):461-467

Abstract:

The incidence of corrosive substance ingestion is high in southern Thailand. Gastrointestinal tract injury caused by caustic ingestion can be severe and result in high mortality. There are several factors that can affect the degree and extent of damage. In the acute stage, perforation and necrosis of the upper gastrointestinal tract may occur. Endoscopy should be attempted early to assess the extent of the damage. Management is mainly resuscitation, detection and correction of the complications. Potential long-term complications include esophageal stricture, antral stenosis and development of esophageal carcinoma. Esophageal strictures, which occur more commonly, correlate to the degree of injury and are managed by dilatation or surgical correction. This article summarizes the management of caustic injury and treatment options.

Key words: caustic injury, corrosive ingestion, esophageal stricture

¹พบ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป) อาจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 1 สิงหาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 23 สิงหาคม 2549

บทคัดย่อ:

การกลืนกรดหรือต่างพบได้บ่อยในประชากรภาคใต้ของประเทศไทยทำให้ทางเดินอาหารได้รับบาดเจ็บในระดับต่าง ๆ และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ความรุนแรงของทางเดินอาหารที่บาดเจ็บขึ้นกับหลายปัจจัย การส่องกล้องทางเดินอาหารในระยะแรกช่วยประเมินระดับของการบาดเจ็บ และวางแผนในการรักษาได้ถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยในระยะแรก คือ การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องให้การรักษาภาวะเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เช่น ทางเดินหายใจอุดตัน ทางเดินอาหารทะลุ ให้สารน้ำและยาที่จำเป็นจนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีและกลับบ้านได้ ส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว คือ ทางเดินอาหารตีบ การรักษาหลอดอาหารตีบ คือ การขยายหลอดอาหาร การผ่าตัดทำหลอดอาหารทดแทนจะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ ส่วนกระเพาะอาหารตีบ การรักษา คือ การผ่าตัด บทความนี้ได้รวบรวมข้อมูลและพยายามสรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลืนกรดหรือต่าง เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ทั่วไป

คำสำคัญ: การบาดเจ็บจากกรดหรือต่าง, การกลืนกรดหรือต่าง, หลอดอาหารตีบ

บทนำ

การกลืนกรดหรือต่างพบได้บ่อยในประชากรภาคใต้ของประเทศไทย อาจเกิดจากความตั้งใจหรือเป็นอุบัติเหตุก็ได้ ซึ่งในเด็กมักเป็นอุบัติเหตุกลืนโดยไม่ตั้งใจ ปริมาณสารที่ได้รับจะน้อยกว่าผู้ใหญ่ที่ตั้งใจรับประทาน ผู้ป่วยที่กลืนกรดหรือต่างประสบปัญหาตั้งแต่ระยะแรกและส่งผลต่อพยาธิสภาพในระยะยาว แพทย์ผู้ดูแลต้องสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมทั้งในขั้นต้นและในระยะยาวต่อไป การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงจากหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารทะลุ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความผิดปกติในระยะยาวตามมาได้

พยาธิสภาพจากการรับประทานสารที่มีฤทธิ์กัดกร่อนขึ้นกับคุณสมบัติของสาร ความเข้มข้นของสาร ปริมาณที่ได้รับ¹ และระยะเวลาที่สารสัมผัสกับเนื้อเยื่อ โดยทั่วไปการกลืนต่างมักเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงกว่าการกลืนกรด เนื่องจากต่างแทรกซึมเข้าทำลายเซลล์และผนังเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกอย่างรวดเร็ว จากการละลายไขมันที่อยู่ในเซลล์ (saponification) ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการตายแบบเหลว (liquefactive) ส่วนกรดเข้าทำลายโปรตีนในเนื้อเยื่อทำให้เกิดการตายแบบแข็ง (coagulative) ป้องกันการทำลายต่อเนื่องของกรด สารที่เป็นของแข็งเมื่อกินลงไปมักจะติดในช่องปาก และลำคอส่วนต้น ทำให้บริเวณนี้ได้รับบาดเจ็บบ่อย ในขณะที่สารเหลวจะถูกกลืนเข้าไปอันตรายต่อหลอดอาหารและกระเพาะอาหารมากกว่า ดังนั้นการกลืนกรดจึงสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของกระเพาะอาหารได้บ่อย เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายด้วยสารกัดกร่อนแล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาเป็น 3 ระยะ²⁻⁴ ดังนี้

1. การตายของเนื้อเยื่อเฉียบพลัน เกิดตั้งแต่เนื้อเยื่อสัมผัสกับสารและอาจยาวนานถึงวันที่ 4 หลังได้รับบาดเจ็บ ในช่วงนี้เซลล์เกิดการตายและเนื้อเยื่อที่ตกรอบ ๆ เซลล์ที่ตายมีขบวนการอักเสบเกิดขึ้นอย่างมาก

2. การเกิดแผลและเนื้อเยื่อใหม่ เริ่มเกิดในวันที่ 3-5 หลังการบาดเจ็บ เนื้อเยื่อที่ตายหลุดลอกเกิดเป็นแผลที่ผิวเยื่อบุทางเดินอาหาร ก้นแผลมีการอักเสบและมีเนื้อเยื่อใหม่เริ่มเจริญเข้ามาแทนที่ใช้เวลาถึงวันที่ 10-14 ในช่วงนี้ผนังของหลอดอาหารจะบางและอ่อนแอมาก ง่ายต่อการทะลุ

3. การหายของแผลและกลายเป็นแผลเป็น เริ่มเกิดในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังได้รับบาดเจ็บ มีการสะสมเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากและหนาขึ้น ทำให้หลอดอาหารหดสั้นและตีบแคบ การดูแลที่ถูกต้องในระยะนี้จะช่วยลดการตีบของหลอดอาหาร

การประเมินผู้ป่วย

เริ่มจากการซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบถึงชนิดและปริมาณของสารที่กลืนเข้าไป ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติไม่ได้ เป็นเด็กหรือไม่ทราบชนิดของสาร ก็ควรนำภาชนะที่ใส่สารละลายเหล่านั้นมาศึกษาส่วนประกอบ รวมถึงการถามเจตนาของผู้ป่วยในการรับประทานสารนั้นด้วย และอาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช ในกรณีที่ผู้ป่วยเจตนารับประทานเพื่อฆ่าตัวตาย

ในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดในช่องปากและบริเวณใต้กระดูกหน้าอก มีการหลั่งน้ำลายมากขึ้น กลืนลำบากเจ็บเวลากลืน การมีไข้สูงจะมีความสัมพันธ์กับหลอดอาหารทะลุภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนสามารถเกิดขึ้นได้⁵ อาการในระยะแรกจะดีขึ้นและหายไปเมื่อเข้าสู่ระยะที่สอง จนเมื่อ

เข้าสู่ระยะที่สามผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการกลืนลำบาก เนื่องจากหลอดอาหารตีบ ซึ่งร้อยละ 60 เกิดขึ้นภายใน 1 เดือน และร้อยละ 80 เกิดขึ้นภายใน 2 เดือน ถ้าหลัง 8 เดือนไปแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มีอาการกลืนติดมักจะแน่ใจได้ว่าไม่มีหลอดอาหารตีบ⁶

ปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญในช่วงแรก คือ การหายใจของผู้ป่วยอาจหายใจไม่ออกจากกล่องเสียงบีบรัดตัว (laryngospasm) กล่องเสียงบวม การสำลักกรดเข้าไปในปอด ทำให้เกิดปอดบวม (pulmonary edema) นอกจากนี้กรดที่มีความเข้มข้นมากจะทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และถ้าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดภาวะไตวายได้

การตรวจในช่องปากและลำคอ ช่วยบอกว่าผู้ป่วยกลืนสารกัดกร่อนลงไป แต่ไม่สามารถบอกการบาดเจ็บของหลอดอาหารได้ ซึ่งบางครั้งเนื้อเยื่อหลอดอาหารอาจได้รับบาดเจ็บโดยที่เยื่อในช่องปากดูปกติ³ ดังนั้นการตรวจด้วยกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนต้นในระยะแรกจึงมีประโยชน์ช่วยประเมินการบาดเจ็บของทางเดินอาหารเป็นระดับต่างๆ ดังนี้⁷

1. เล็กน้อย: พบเยื่อผิวทางเดินอาหารแดงและบวม
2. ปานกลาง: มีเลือดออกเล็กน้อย เป็นแผลและมีเยื่อเมือกคลุม
3. รุนแรง: เยื่อผิวหลุดลอกเป็นแผลลึก มีเลือดออกมาก ทางเดินอาหารอุดตันสมบูรณ์เนื่องจากเยื่อผิวบวม ทางเดินอาหารทะลุ

การส่องกล้องในระยะแรกมีโอกาทำให้เกิดการทะลุของหลอดอาหารได้แนะนำให้ทำภายใน 24 ชั่วโมงหลังการกลืนกรดหรือด่าง และต้องทำด้วยความนุ่มนวล การใช้ยานอนหลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แพทย์ไม่ควรพยายามส่องกล้องให้ลึกเกินตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บรุนแรงโดยเฉพาะเมื่อต้องออกแรงในการสอดกล้องมาก ข้อห้ามการส่องกล้อง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยทางเดินอาหารทะลุตั้งแต่แรก และไม่แนะนำให้ทำในช่วงวันที่ 5-15 หลังการกลืนกรดหรือด่าง เพราะเป็นช่วงที่หลอดอาหารทะลุง่ายมาก ถึงแม้ในระยะแรกการส่องกล้องอาจไม่เห็นการบาดเจ็บของทางเดินอาหาร แต่ในระยะหลังก็ยังมีโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ทางเดินอาหารตีบได้ ดังนั้นจึงควรตรวจทางเดินอาหารส่วนบนด้วยการกลืนแป้งหลังการกลืนกรดหรือด่าง 3 สัปดาห์เพื่อประเมินอีกครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่มีทางเดินอาหารบาดเจ็บระดับ 2 ถึง 3 ในการส่องกล้องครั้งแรก และอาจส่องกล้อง ทำซ้ำอีกที่ 3 เดือน และ 6 เดือน ตำแหน่งของทางเดินอาหารที่มักได้รับบาดเจ็บ คือ เกิดบริเวณหลอดอาหารพร้อยละ 70 และพบตรงตำแหน่งส่วนกลางหลอดอาหารมากที่สุด ส่วนกระเพาะอาหาร พบการบาดเจ็บร้อยละ 20 และเกิดบริเวณ antrum มากที่สุด⁶

การรักษา

การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องมีความสำคัญทั้งในระยะแรกและในระยะยาวหลังการบาดเจ็บ ซึ่งแบ่งรายละเอียดได้ดังนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรก

ผู้ป่วยที่มีประวัติกลืนกรดหรือด่างร่วมกับมีอาการผิดปกติควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและติดตามดูการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษา คือ ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อไม่ให้เกิดมีภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารแบบฉีดทางหลอดเลือดดำ ส่วนยาปฏิชีวนะบางท่านแนะนำให้เพื่อลดการอักเสบและป้องกันการติดเชื้อซ้ำเติมโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับสเตียรอยด์ร่วมด้วย⁸⁻⁹

ในกรณีที่ลิ้นและทางเดินหายใจส่วนต้นบวมมาก ต้องระวังภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ควรใส่ท่อช่วยหายใจทางปากหรือทำการเจาะคอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก¹⁰ ห้ามใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางจมูกแบบมองไม่เห็น เพราะทำให้เยื่อบวมมากขึ้น มีเลือดออก และอาจทำให้หลอดอาหารทะลุได้

แนะนำเอกซเรย์ปอดผู้ป่วยทุกราย เพื่อประเมินสภาพของปอดเป็นข้อมูลเบื้องต้น และอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เช่น ปอดบวมจากการสำลัก ทางเดินอาหารทะลุ การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกและท้องหรือกลืนแป้งแบบละลายน้ำ (water soluble esophagography) ตรวจทางเดินอาหารส่วนบน จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะทางเดินอาหารทะลุได้ในรายที่ลักษณะทางคลินิกและภาพเอกซเรย์ปอดยังไม่ชัดเจน

การเจือจางสารหรือการเติมน้ำตาม¹¹ มีประโยชน์เฉพาะใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการกลืนกรดหรือด่างเท่านั้น สารที่มีฤทธิ์เป็นด่างจะเจือจางได้ด้วยการให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำมะนาว หรือน้ำส้ม ส่วนสารที่มีฤทธิ์เป็นกรดจะเจือจางด้วย นม ไข่ขาว หรือยาลดกรด ห้ามใช้ sodium bicarbonate เพราะทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้นและทำให้ทางเดินอาหารทะลุได้⁶ อีกทั้งปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้เกิดความร้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น^{2,4} และยังไม่ช่วยป้องกันการเกิดหลอดอาหารตีบในระยะยาว¹²

ห้ามกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาเจียน เนื่องจากจะเพิ่มการบาดเจ็บที่หลอดอาหารมากขึ้น และผลจากการอาเจียนอาจทำให้หลอดอาหารทะลุได้ ส่วนการใส่ nasogastric tube ก็ไม่แนะนำเช่นกัน

การรับประทานอาหารทางปากเริ่มเมื่อผู้ป่วยกลืนได้ดี ไม่มีอาการเจ็บหรือกลืนติด ถ้ารับประทานได้ดีแล้ว สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดติดตามเพื่อประเมินภาวะทางเดินอาหารตีบอีกครั้งเป็นระยะ ในผู้ป่วยที่ต้องอดอาหารเป็นเวลานานจำเป็น

ต้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (jejunostomy) ร่วมกับให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำในช่วงแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

ศัลยแพทย์มักจะรอให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก ก่อนเริ่มรักษา มีบางรายงานแนะนำขยายหลอดอาหารตั้งแต่วันแรกหลังการบาดเจ็บ เพื่อป้องกันทางเดินอาหารตีบจากพังผืดที่เกิดตามมา แต่วิธีการรักษาดังกล่าวยังไม่ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากการรื้อถอนขยายหลอดอาหารในช่วงแรกจะทำให้หลอดอาหารได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เกิดเยื่อพังผืดมากขึ้น และมีโอกาสเกิดการทะลุได้⁶

การให้สเตียรอยด์เพื่อยับยั้งการเกิดพังผืดได้ประโยชน์ในสัตว์ทดลอง แต่การใช้ยาในคนยังไม่ชัดเจนในการป้องกันหลอดอาหารตีบ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อย เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อ การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและฤทธิ์ของสเตียรอยด์เองจะบดบังอาการของผู้ป่วยเมื่อหลอดอาหารเกิดการทะลุโดยเฉพาะเมื่อใช้ในขนาดยาที่สูง^{4, 12-15}

สารยับยั้งการสร้างคอลลาเจนสามารถลดอุบัติการณ์เกิดหลอดอาหารตีบได้ในสัตว์ทดลอง แต่ในคนยังต้องการศึกษาเพิ่มขึ้นเพื่อยืนยันประโยชน์การใช้⁴

ถ้าเนื้อเยื่อทางเดินอาหารได้รับบาดเจ็บมากอาจเกิดการทะลุขึ้นเองได้ การรักษาทางเดินอาหารทะลุ คือ การผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เอาเนื้อเยื่อที่ตายออกทั้งหมดรวมทั้งการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง¹⁶ โดยหลีกเลี่ยงการต่อทางเดินอาหารในระยะนี้ หลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วจึงค่อยพิจารณาผ่าตัดทำหลอดอาหารทดแทนภายหลัง¹⁷ ผู้ป่วยที่พยาธิสภาพทางเดินอาหารบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าอาการเลวลงขณะสังเกตอาการหรือสงสัยทางเดินอาหารทะลุ ควรได้รับการผ่าตัด การตรวจพบลมในผนังกล้ามเนื้อหลอดอาหารบ่งถึงแนวโน้มสูงในการเกิดการทะลุของหลอดอาหาร

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

มีจุดประสงค์สำคัญ คือ การป้องกันและรักษาภาวะทางเดินอาหารตีบ โดยการขยายหลอดอาหารซึ่งมีหลายวิธี ดังนี้

1. ท่อขยาย Savary-Gilliard นิยมใช้โดยทั่วไป ขยายหลอดอาหารโดยมีตัวนำท่อขยายลงไปหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ท่อที่ใช้ขยายค่อนข้างแข็งเหมาะสำหรับขยายรอยตีบที่ยาว จำเป็นต้องใช้เครื่องเอกซเรย์ช่วยดูตำแหน่งสายนำทางก่อนการขยาย ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บคอหลังการขยายได้

2. ตัวขยายบอลลูนผ่านการส่องกล้อง เห็นรอยตีบได้โดยตรง แรงขยายที่กระทำต่อผนังหลอดอาหารสม่ำเสมอสามารถควบคุมได้ วัสดุราคาค่อนข้างแพงและไม่นิยมนำกลับมาใช้ใหม่ ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องเอกซเรย์ช่วย

3. ตัวขยาย Maloney or Hurst ใช้ในผู้ป่วยที่มีสายนำทางร้อยผ่านทางเดินอาหารส่วนต้นอยู่แล้ว ทำการขยายจากหลอดอาหารลงไปกระเพาะอาหาร ไม่จำเป็นต้องมีเครื่องเอกซเรย์ช่วย เหมาะกับรอยตีบที่ไม่แคบมาก

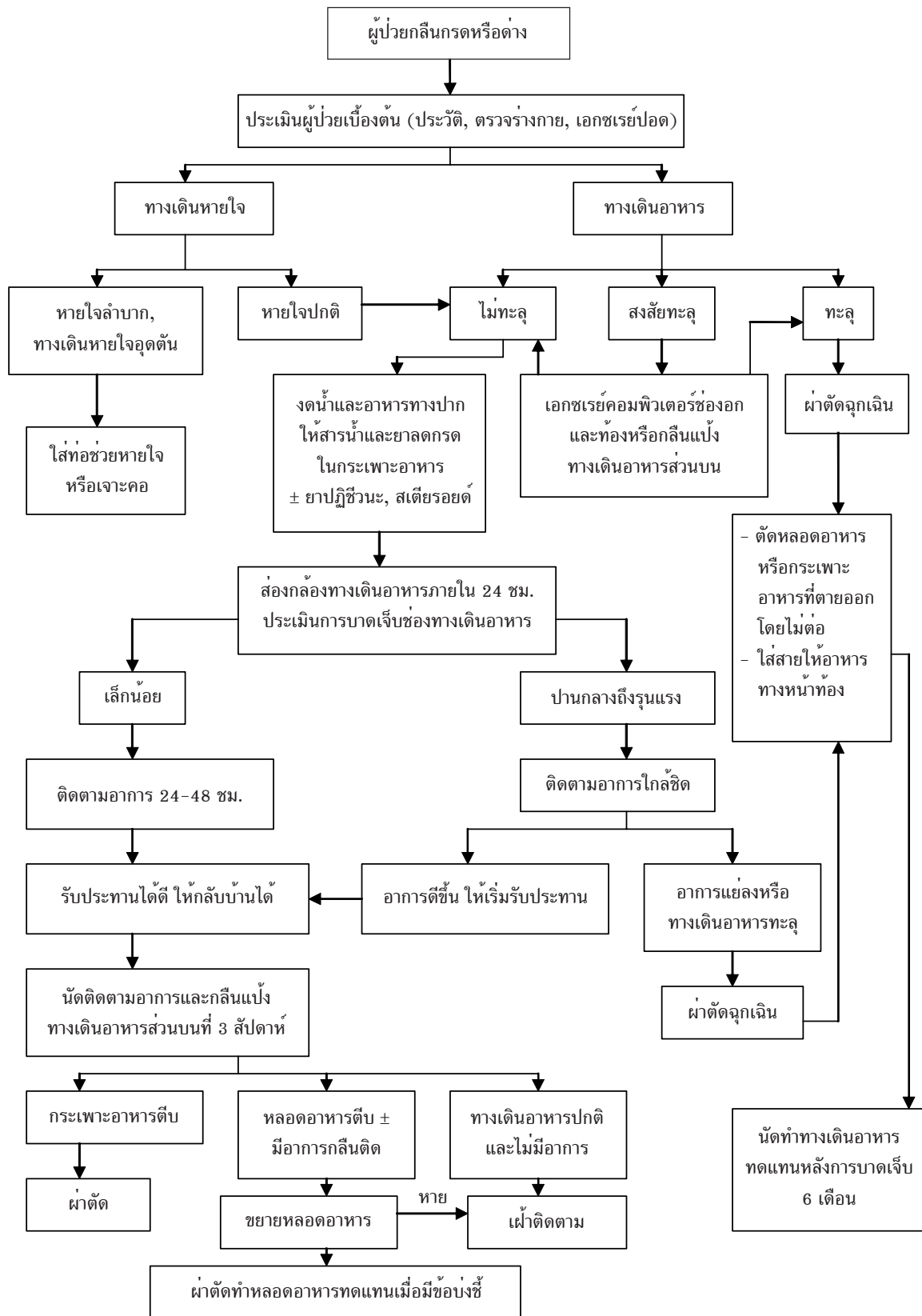
4. การใส่ท่อขยาย (stent) คาไว้ในหลอดอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงการขยายหลอดอาหารแบบครั้งคราว เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผลดี ผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบเพื่อขยายหลอดอาหารหลายครั้ง แต่การใส่ท่อขยายคาไว้จะเพิ่มภาวะ gastroesophageal reflux ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทำให้มีการบาดเจ็บของหลอดอาหารเพิ่มขึ้นจากกรดในกระเพาะอาหารย้อนกลับ ทำให้การขยายหลอดอาหารได้ผลไม่ดี และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งหลอดอาหาร แนะนำให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร เช่น omeprazole ขณะคาท่อขยายไว้^{9, 18-20}

การขยายหลอดอาหารต้องทำด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล เพื่อไม่ให้หลอดอาหารทะลุ การขยายหลอดอาหารควรขยายให้มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางกว้างอย่างน้อย 11 มิลลิเมตร ผู้ป่วยจึงจะกลืนได้ดี การรีบขยายหลอดอาหารก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก จะได้ผลดีกว่ารอจนผู้ป่วยมีอาการแล้วค่อยขยายภายหลัง²¹ โดยทั่วไปการขยายมักเริ่มทำในช่วง 3-6 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บเมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยพร้อม การนัดผู้ป่วยมาขยายหลอดอาหารในช่วงแรกต้องทำสม่ำเสมอ และค่อนข้างถี่ กล่าวคือ ประมาณ 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง ซึ่งขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพหลอดอาหาร หลังจากนั้นจึงนัดมาขยายทุก 2-4 สัปดาห์เป็นระยะ

การฉีดสเตียรอยด์เข้าผนังหลอดอาหารตรงตำแหน่งที่มีการตีบขณะทำการขยายด้วยบอลลูนผ่านการส่องกล้องเพื่อลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำ ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าจะได้ประโยชน์หรือไม่ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทุกราย¹⁸

ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดทำหลอดอาหารทดแทน²² คือ

1. ได้รับการขยายหลอดอาหารมาแล้วเป็นเวลา 1 ปี อาการไม่ดีขึ้น ยังต้องรับการขยายหลอดอาหารถี่เป็นระยะและสม่ำเสมอ
2. ทางเดินอาหารตีบตันสมบูรณ์ ไม่สามารถขยายหลอดอาหารได้



รูปที่ 1 สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกินกรดหรือด่าง

3. จากภาพเอกซเรย์โดยการกลืนแป้งพบว่า รูปร่างหลอดอาหารคดเคี้ยวมาก และเป็นกระเปาะไม่เหมาะสมกับการรักษาด้วยวิธีการขยาย

4. หลังการขยายหลอดอาหาร ผู้ป่วยมีอาการอักเสบรอบหลอดอาหารและในช่องอกรุนแรง

5. มีทางเชื่อมผิดปกติระหว่างหลอดอาหารกับอวัยวะอื่น (fistula)

6. ไม่สามารถขยายหรือคงขนาดหลอดอาหารด้วย dilator ขนาดมากกว่า 40 French ได้

7. ผู้ป่วยไม่สามารถมาติดตามการรักษาและขยายหลอดอาหารในระยะยาวได้

ปัจจุบันอวัยวะที่เลือกมาใช้ทดแทนหลอดอาหารเรียงตามความนิยมของศัลยแพทย์ คือ ลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก โดยนำอวัยวะนั้นผ่านทาง posterior mediastinum มาต่อกับหลอดอาหารบริเวณคอ ถ้า posterior mediastinum มีพังผืดมากหรือเคยผ่าตัดมาก่อน ให้นำอวัยวะทดแทนหลอดอาหารผ่านทาง substernum เพื่อต่อกับหลอดอาหารบริเวณคอ

การทำหลอดอาหารทดแทนโดยที่ไม่ได้ตัดหลอดอาหารเดิมออก อาจเกิดมีปัญหาร่องมีแผลเกิดในหลอดอาหารเดิมจากกรดในกระเพาะอาหารที่ย้อนขึ้นมา หรือหลอดอาหารเดิมมีการติดเชื่อเป็นฝีหนองในช่องอกด้านหลัง (posterior mediastinum) และหลอดอาหารเดิมมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งได้เมื่อติดตามผู้ป่วยที่กลืนด่างไปนาน 30-50 ปี²² การพยายามตัดหลอดอาหารเดิมออกจะทำให้ยากเนื่องจากมักพบปัญหาจากพังผืดรอบหลอดอาหารทำให้ผ่าตัดได้ยากและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การผ่าตัดเอาหลอดอาหารเดิมออกจะพิจารณาต่อเมื่อทำได้ง่ายและไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเท่านั้น²³

การเกิดการตีบของกระเพาะอาหารสามารถเกิดได้ตั้งแต่ 3-6 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บจนถึงหลายปีก็ได้ การขยายกระเพาะอาหารส่วนปลายที่ตีบด้วยบอลูนผ่านการส่องกล้อง อาจมีประโยชน์ในช่วงแรก แต่การรักษาหลัก คือ การผ่าตัด²⁴⁻²⁶ โดยตัดเอากระเพาะอาหารส่วนที่ตีบและแข็งออกและต่อทางเดินอาหารเข้ากับลำไส้เล็กส่วนต้นให้ใหม่ บางรายงานแนะนำให้ต่อกระเพาะอาหารเข้ากับลำไส้เล็กส่วนต้น โดยไม่ต้องตัดกระเพาะอาหารออกก็ได้ผลดีเช่นกัน ในผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารส่วนปลายตีบไม่มาก อาจพิจารณาทำแค่ pyloroplasty ก็ได้ผลดีเช่นกัน

สรุป

การกลืนกรดหรือด่าง เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการประเมินและการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในระยะแรกและในระยะยาว เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว การเลือกวิธีแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mamede RCM, Mello-Filho FV. Ingestion of caustic substances and its complications. Sao Paulo Med J/Rev Paul Med 2001;119:10-5.
2. Duncan M, Wong RKH. Esophageal emergencies: things that will wake you from a sound sleep. Gastroenterol Clin N Am 2003; 32: 1035-52.
3. Satar S, Topal M, Kozaci N. Ingestion of caustic substances by adults. Am J Ther 2004;11:258-61.
4. Ramasamy K, Gumaste VV. Corrosive ingestion in adults. J Clin Gastroenterol 2003;37:119-24.
5. Tseng YL, Wu MH, Lin MY, Lai WW. Massive upper gastrointestinal bleeding after acid corrosive injury. World J Surg 2004;28:50-4.
6. Peters JH, DeMeester TR. Esophagus and diaphragmatic Hernia. In: Brunicaudi FC, editor. Schwartz's principles of surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005; 835-931.
7. Poley JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ, Dees J, Hartmans R, Tilanus HW, et al. Ingestion of acid and alkaline agents: outcome and prognostic value of early upper endoscopy. Gastrointest Endosc 2004;60:372-7.
8. Baskin D, Urganci N, Abbasoglu L, Alkim C, Yalcin M, Karadag C, et al. A standardised protocol for the acute management of corrosive ingestion in children. Pediatr Surg Int 2004;20:824-8.
9. Jong ALD, Macdonald R, Ein S, Forte V, Turner A. Corrosive esophagitis in children: a 30-year review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001;57:203-11.

10. Turner A, Robinson P. Respiratory and gastrointestinal complications of caustic ingestion in children. *Emerg Med J* 2005;22:359-61.
11. Jain AL, Robertson GJ, Rudis MI. Surgical issues in the poisoned patient. *Emerg Med Clin N Am* 2003;21:1117-44.
12. Mamede RCM, Mello-Filho FV. Treatment of caustic ingestion: an analysis of 239 cases. *Dis esophagus* 2002;15:210-3.
13. Boukthir S, Fetni I, Mrad Sm, Mongalgi MA, Debbabi A, Barsaoui S. High doses of steroids in the management of caustic esophageal burns in children. *Arch Pediatr* 2004;11:13-7.
14. Pelclova D, Navratil T. Do corticosteroids prevent oesophageal stricture after corrosive ingestion? *Toxicol Rev* 2005;24:125-9.
15. Howell JM, Dalsey WC, Hartsell FW, Butzin CA. Steroids for the treatment of corrosive esophageal injury: a statistical analysis of past studies. *Am J Emerg Med* 1992;10:421-5.
16. Cattan P, Munoz-Bongrand N, Berney T, Halimi B, Sarfati E, Celerier M. Extensive abdominal surgery after caustic ingestion. *Ann Surg* 2000;231:519-23.
17. Han Y, Cheng QS, Li XF, Wang XP. Surgical management of esophageal strictures after caustic burns: a 30 years of experience. *World J Gastroenterol* 2004;10:2846-9.
18. De Peppo F, Zaccara A, Dall'Oglio L, Federici G, Ponticelli A, Marchetti P, et al. Stenting for caustic strictures: esophageal replacement replaced. *J Pediatr Surg* 1998;33:54-7.
19. Mutaf O. Treatment of corrosive esophageal strictures by long-term stenting. *J Pediatr Surg* 1996;31:681-5.
20. Zhou JH, Jiang YG, Wang EW, Lin YD, Gong TQ, Zhao YP, et al. Management of corrosive esophageal burns in 149 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;130:449-55.
21. Tiryaki T, Livanelioglu Z, Atayurt H. Early bougienage for relief of stricture formation following caustic esophageal burns. *Pediatr Surg Int* 2005;21:78-80.
22. Panieri E, Rode H, Millar AJW, Cywes S. Oesophageal replacement in the management of corrosive strictures: when is surgery indicated? *Pediatr Surg Int* 1998;13:336-40.
23. Kim YT, Sung SW, Kim JH. Is it necessary to resect the esophageal stricture? *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:1-6.
24. Tekant G, Eroglu E, Erdogan E, Yesildag E, Emir H, Buyukunal C, et al. Corrosive injury-induced gastric outlet obstruction: a changing spectrum of agents and treatment. *J Pediatr Surg* 2001;36:1004-7.
25. Ciftci Ao, Senocak ME, Buyukpamukcu N, Hicsoumez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: incidence and outcome. *Pediatr Surg Int* 1999;15:88-91.
26. Tseng YL, Wu MH, Lin MY, Lai WW. Early surgical correction for isolate gastric stricture following acid corrosion injury. *Dig Surg* 2002;19:276-80.