

**แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย  
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย 2557**

**จัดทำโดย**

**สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย**



**แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย**

สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย

พิมพ์ครั้งแรก

ISBN

**คณะผู้จัดทำ**

ที่ปรึกษา : อ.นพ. ทวี รัตนชูเอก

ประธาน : ศ.นพ.รังสรรค์ ถกษณ์มิตร

เลขานุการ : อ.พญ.รภัส พิทยานนท์

กรรมการ

: รศ.นพ.ธวัชชัย อัศววิพุธ

: ผศ.นพ.อภิชาติ แสงจันทร์

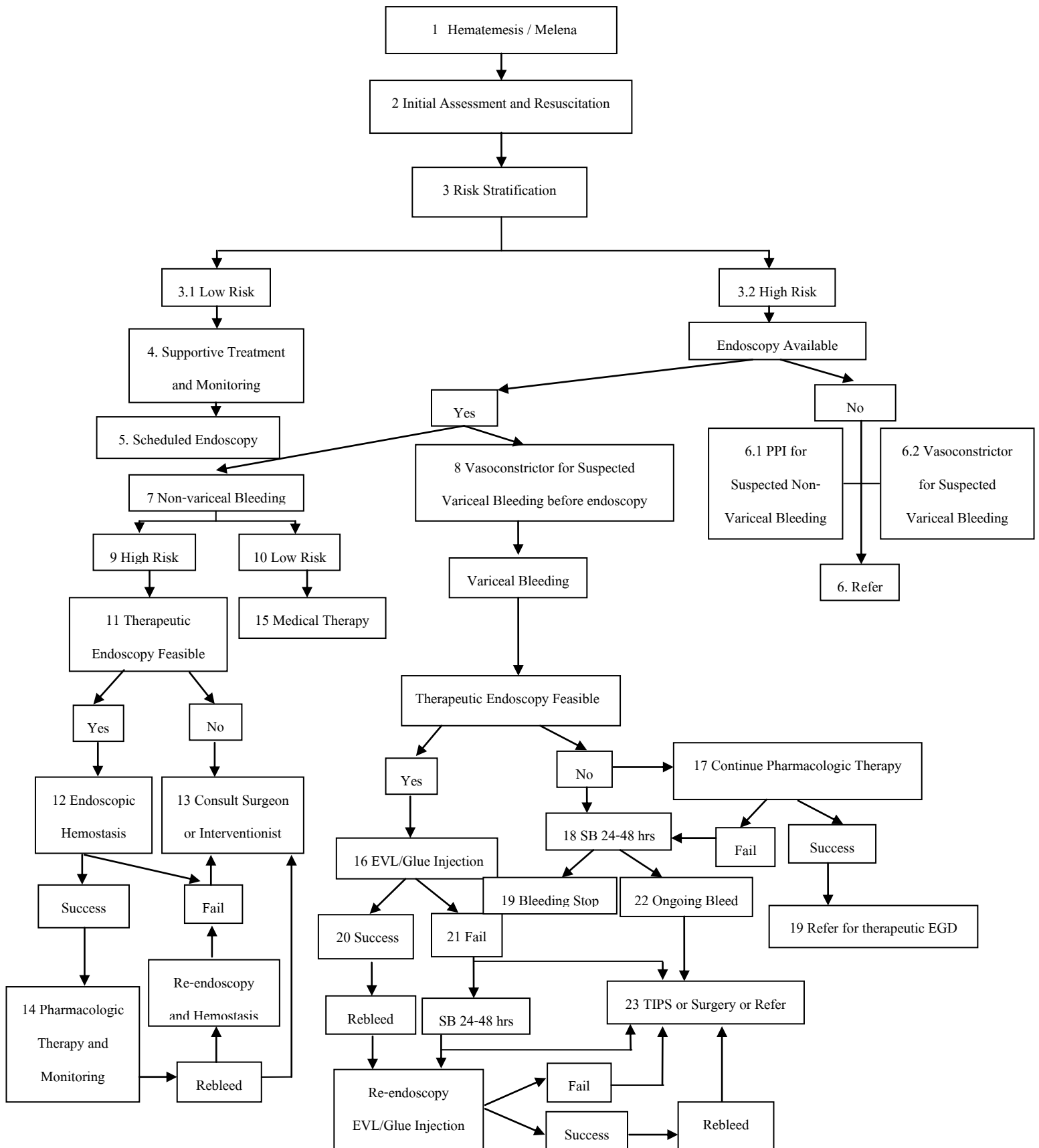
: อ.นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์

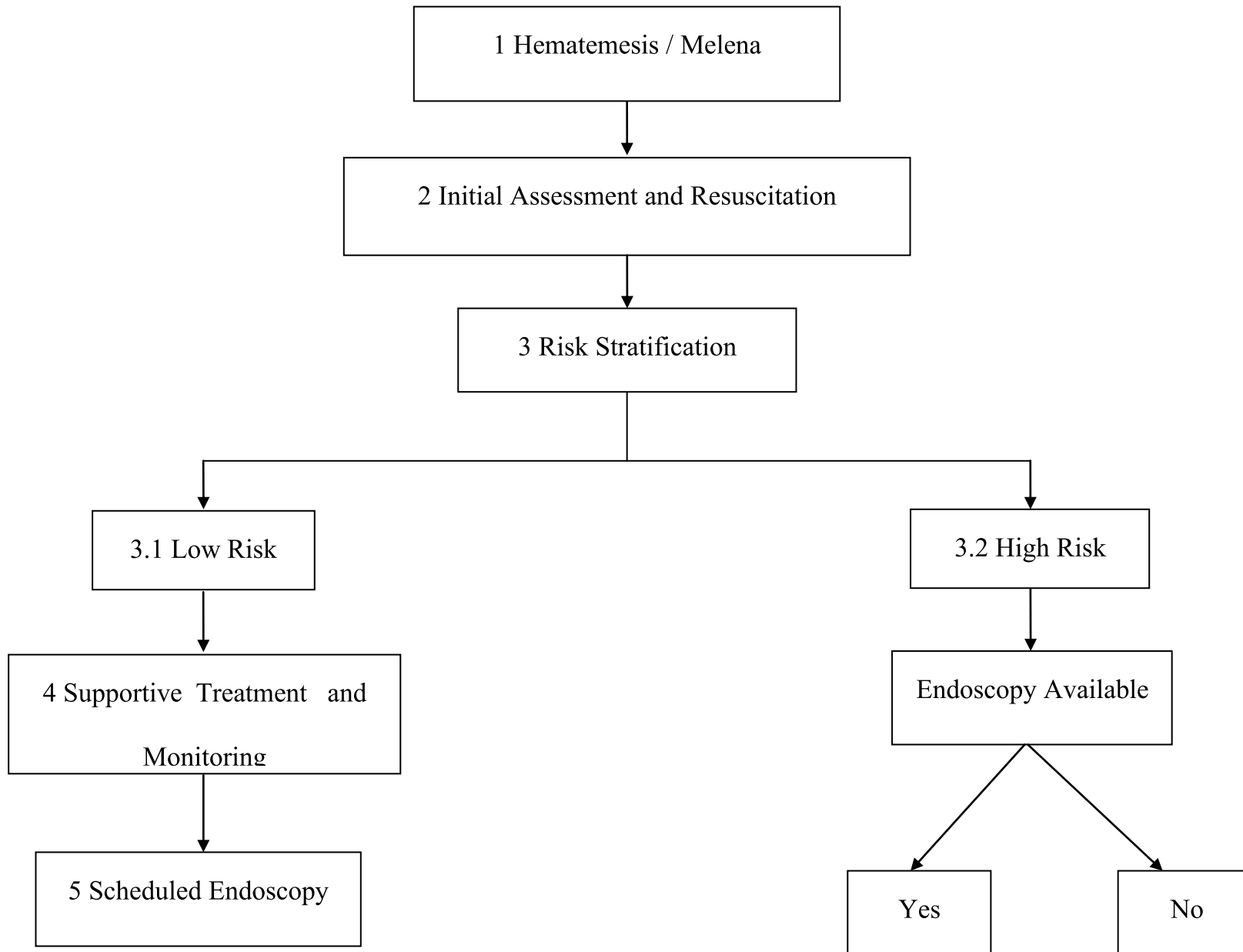
: รศ.พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์

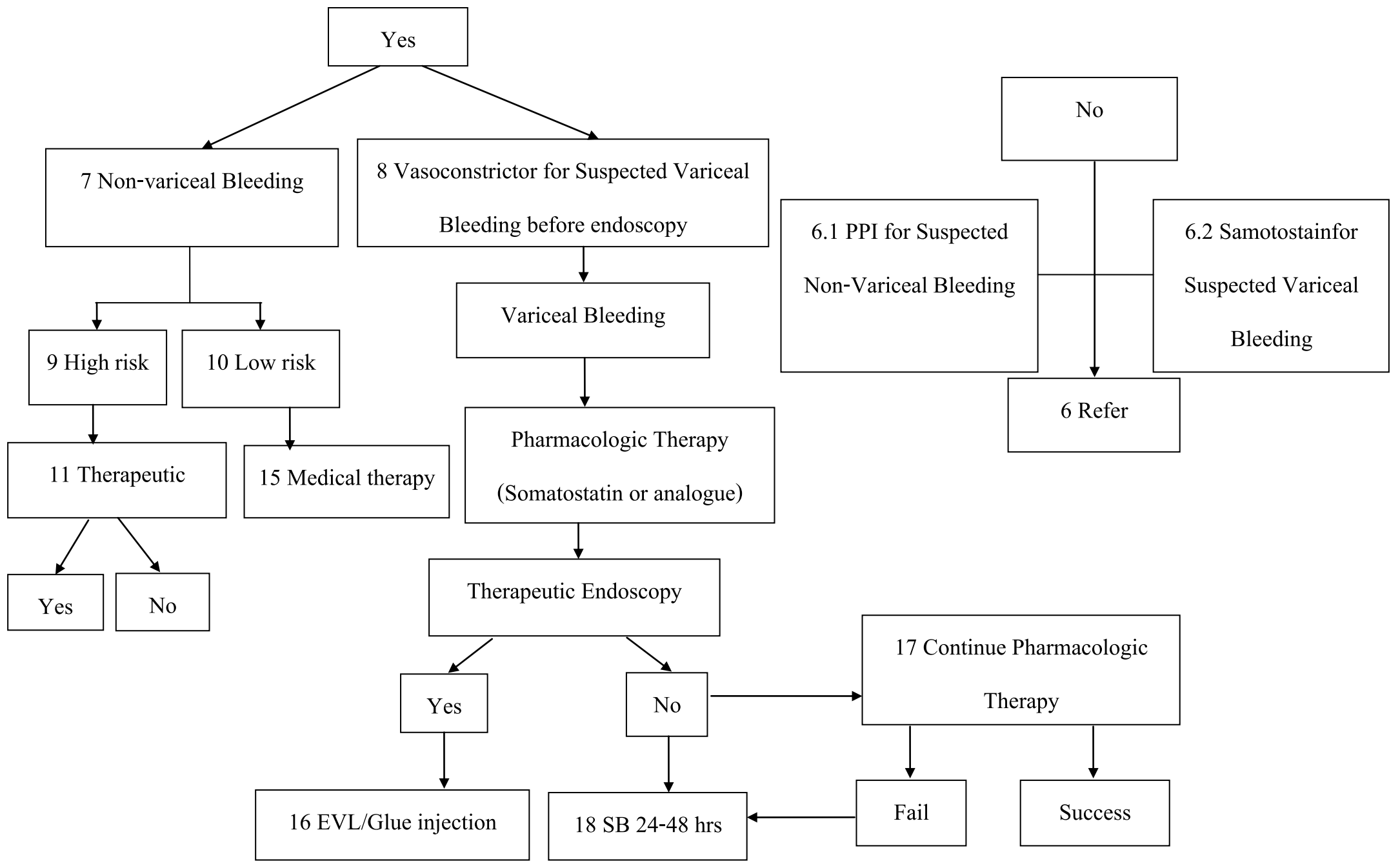
: อ.นพ.นพพร อนุกุลการกุล

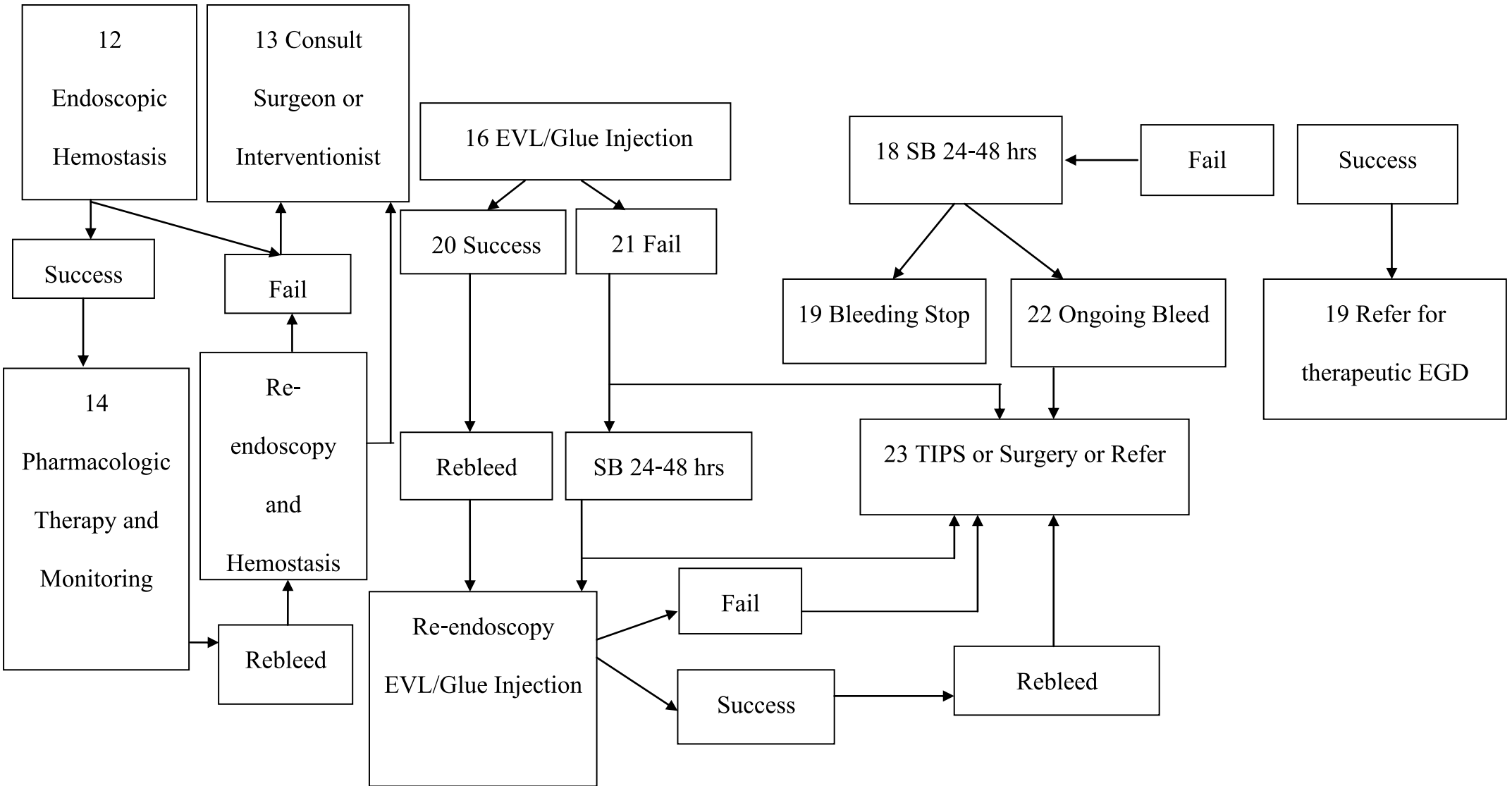
: อ.นพ.พรเทพ อังศุวัชรากร

**ออกแบบและจัดทำรูปเล่มโดย**









## คำอธิบายเพิ่มเติมตามแผนภูมิ

1. ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่เกิดขึ้นไม่เกิน 48 ชั่วโมงเท่านั้น โดยผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น

2.1 ดูแลระบบทางเดินหายใจ ระวังการสำลัก

2.2 ชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อหาสาเหตุของภาวะเลือดออก

ทางเดินอาหารส่วนต้น และประเมินความรุนแรงของโรค

2.3 พิจารณาใส่สาย NG-tube เฉพาะในกรณีที่ประวัติเลือดออกทางเดินอาหารไม่ชัดเจน หรือต้องการประเมินว่าผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในขณะนั้นหรือไม่ (Active bleeding) โดยสามารถนำสายออกได้หลังได้รับการวินิจฉัย

2.4 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ

2.5 เจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC, coagulogram, BUN/Cr เพื่อประเมินโรคร่วม และ Glasgow-Blatchford score

2.6 ควรจองเลือดไว้ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าต้องให้เลือด

หมายเหตุ:

1. รายละเอียดการดูแลรักษาสามารถปรับได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และความพร้อมของสถานพยาบาล

2. Glasgow-Blatchford score (ตารางที่1) คือคะแนนที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหาร มีโอกาสที่จะได้รับการหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้องมากน้อยเพียงใด เช่นถ้าได้คะแนนเท่ากับ 0 (คือต้องมีครบทุกข้อต่อไปนี้ BUN < 18.2 mg/dl, Hemoglobin  $\geq$  13.0 g/dl สำหรับผู้ชาย หรือ 12.0 g/dl สำหรับผู้หญิง, Systolic BP  $\geq$  110 mm Hg, pulse < 100/ min และตรวจร่างกายไม่พบว่ามี melena ไม่มีประวัติหมดสติ ไม่มีภาวะหัวใจวาย และไม่มีโรคตับ) ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่เลือดจะหยุดเองได้ จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องแบบฉุกเฉิน และสามารถนัดมาตรวจกับแพทย์

ทางเดินอาหารเพื่อนัดสองภายหลังได้ เป็นต้น

ตารางที่ 1 Glasgow-Blatchford score

Admission risk marker	Scores
BUN (mg/dl) 6.5-7.9	2
8.0-9.9	3
10.0-24.9	4
≥ 25.0	6
Hemoglobin (g/L) 12-12.9(M), 10-11.9(F)	1
10-11.9g/L(M)	3
<10 (M and F)	6
Systolic BP (mmHg) 100-109	1
90-99	2
<90	3
Other markers	
Pulse ≥ 100/min	1
Presentation with melena	1
Presentation with syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2

3. ประเมินความเสี่ยง

3.1 ความเสี่ยงต่ำ เช่น Blatchford score=0

3.2 ความเสี่ยงสูง โดยพิจารณาจาก

1. ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่

- อายุ ≥ 60 ปี
- โรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

2. ลักษณะของเลือดที่ออก ได้แก่

- ยังคงมีเลือดแดงสดออกจากสาย NG-tube
- มีเลือดแดงสดออกจากทวารร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ลดต่ำลง

3. การดำเนินของโรค ได้แก่



- มีความจำเป็นต้องได้รับเลือด
- เป็นภาวะเลือดออกซ้ำ
- มีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่

หมายเหตุ : ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย ถ้าพบสถานการณ์ดังต่อไปนี้ ได้แก่

- ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มหมู่เลือดตลาดแคลน เช่น หมู่เลือด AB, Rh-
- โรงพยาบาลอยู่ไกลมากต้องใช้เวลาในการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ไม่มีคลังเลือดสำรอง ไม่สามารถให้เลือดผู้ป่วยได้

#### 4.การรักษาแบบประคับประคอง และการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ

- เหมือนกับข้อ 2
- ให้อาหารกลุ่ม PPI ขนาดมาตรฐาน 2 ครั้งต่อวัน จนกว่าจะได้รับการส่ง

กล้อง

#### 5.การส่งกล้องแบบไม่ฉุกเฉิน

- ผู้ป่วยทุกคนที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นควรได้รับการส่งกล้องทุกราย
- ถ้าอยู่ในรพ.ที่ไม่สามารถส่งกล้องได้ ให้ส่งต่อผู้ป่วย

#### 6. ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อ ถ้ามีภาวะดังต่อไปนี้

- เป็นผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะความผิดปกติที่มีความเสี่ยงสูง (High risk of bleeding) รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และไม่มีแพทย์ที่สามารถส่งกล้องเพื่อหยุดเลือดได้ หรือไม่มี ศัลยแพทย์ที่สามารถผ่าตัดหยุดเลือดได้
- ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มหมู่เลือดตลาดแคลน เช่น หมู่เลือด AB, Rh-
- ไม่มีคลังเลือดสำรอง ไม่สามารถให้เลือดผู้ป่วยได้

โดยพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่ใกล้ที่สุด โดยให้ ยาทตามสาเหตุที่สันนิษฐานว่าทำให้เกิดภาวะเลือดออกก่อนส่งตัวผู้ป่วย คือ

6.1 สงสัยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเกิดจากสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่ เส้นเลือดโป่งพอง (non-variceal bleeding) โดยถ้าสงสัยว่าเกิดจากแผลที่มีความเสี่ยงสูง (High risk of bleeding) ให้ PPI ทางเส้นเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ยา Omeprazole หรือ Pantoprazole หรือ Esomeprazole 80 มิลลิกรัม

ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง หรือ Lansoprazole 60 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น 6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง แต่ถ้าสงสัยเป็นความผิดปกติจากแผลที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk of bleeding) ให้ยาดังกล่าวในรูปยาเม็ดหรือยารับประทาน ตามขนาดมาตรฐานแต่ละชนิด 2 ครั้งต่อวัน จนกว่าจะได้รับการส่องกล้อง

6.2 สงสัยภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (Variceal bleeding) โดยมีอาการดังต่อไปนี้คือ

- เคยมีภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพองมาก่อนหน้านี้
- มีการตรวจร่างกายที่แสดงถึงภาวะแรงดันในเส้นเลือดดำสูง (Portal Hypertension) เช่น ม้ามโต มีน้ำในช่องท้อง(Ascites), Hepatic encephalopathy, superficial vein dilatation

- มีลักษณะของตับแข็ง

ควรให้ยา Teripressin 1-2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือยา Octreotide 50 ไมโครกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น 50 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง หรือยา Somatostatin 250 ไมโครกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น 250 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง โดยถ้ายังคงมีสัญญาณชีพไม่คงที่ ควรพิจารณาใส่ Sengstaken-Blakemore tube (SB tube) ก่อนส่งตัวผู้ป่วย  
หมายเหตุ: ถ้ามีโอกาสเป็นจากทั้ง 2 สาเหตุ ควรให้ยาทั้ง 2 ชนิดควบคู่กัน

7. สงสัยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่เส้นเลือดดำโป่งพอง (non-variceal bleeding)

- ถ้าสามารถส่องกล้องได้ภายใน 8-12 ชั่วโมง อาจจะให้หรือไม่ให้ยา PPI ก่อนไปส่องกล้องก็ได้
- ถ้าไม่สามารถส่องกล้องได้ภายในเวลา 8-12 ชั่วโมง ควรให้ยา PPI ตามข้อ 6.1

8. สงสัยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (Variceal bleeding) ควรให้ยาตามข้อ 6.2 ทันทีก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้อง

9. ผลการส่องกล้องที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดเลือดออกซ้ำ (High risk lesions) ได้แก่

- ความผิดปกติที่มีเลือดพุ่งออกมาอย่างชัดเจน (Arterial spurting)

- แผลที่มีเลือดซึมออกจากแผล (Arterial oozing) หรือรอยโรคอื่นที่มีเลือดซึมออก เช่น การฉีกขาดของเยื่อเมือก (Mallory Weiss tear)
- แผลที่มีตอของเส้นเลือดอยู่ที่ก้นแผล (Non-bleeding visible vessel)
- แผลที่มีลิ่มเลือดติดอยู่ที่ก้นแผล (Adherent clot) ซึ่งเมื่อนำลิ่มเลือดนั้นออกแล้วเห็นความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 3 อย่างข้างต้น

10. ผลการส่องกล้องที่มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดเลือดออกซ้ำ (Low risk lesions) ได้แก่

- แผลที่มีจุดเลือดออกอยู่ที่ก้นแผล (Pigmented spot)
- แผลที่ไม่มีหลักฐานของเลือดที่เพิ่งออก (Clean-based ulcer)
- ภาวะอาหารอักเสบ (Gastritis), รอยต่อระหว่างกระเพาะกับหลอดอาหารปรี (Mallory Weiss tear)

11. ความสามารถในการส่องกล้องเพื่อหยุดเลือดออกทางเดินอาหาร (Therapeutic endoscopy feasible) หมายถึง ความสามารถในการหยุดเลือดออกทางเดินอาหารด้วยการส่องกล้องได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

12. การหยุดเลือดออกทางเดินอาหาร (Endoscopic hemostasis) ได้แก่

- Spurting or oozing : ฉีดด้วย Adrenaline เพื่อหยุดเลือดชั่วคราว จากนั้นใช้ความร้อน (Thermal coagulation) หรือ ตัวหนีบ(Hemoclips) เพื่อหยุดเลือดก็ได้
- Clot adherent : ฉีดด้วย Adrenaline แล้วนำลิ่มเลือดออกจากแผล หลังจากนั้น รักษาตามสิ่งที่พบใต้ลิ่มเลือดนั้น โดยถ้าพบตอเส้นเลือด หรือ เลือดซึมออกจากแผลให้ใช้ความร้อน (Thermal coagulation) หรือ ตัวหนีบ (Hemoclips) เพื่อหยุดเลือด
- Non bleeding visible vessel: ใช้ความร้อน (Thermal coagulation) หรือ ตัวหนีบ(Hemoclips) เพื่อหยุดเลือดก็ได้

13. ปรีกษาศัลยแพทย์ หรือ แพทย์รังสีร่วมรักษา ให้เร็วที่สุด หรือส่งต่อผู้ป่วย ถ้าไม่มีศัลยแพทย์

14. หลังจากหยุดเลือดออกด้วยการส่องกล้องได้สำเร็จไม่ว่าจะวิธีใด ผู้ป่วยควร

ได้รับยาPPI ทางเส้นเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ยา Omeprazole หรือ Pantoprazole หรือ Esomeprazole 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง หรือ Lansoprazole 6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง เป็นเวลา 72 ชั่วโมง เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะ เลือดออกซ้ำ

15. ยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่เป็น Low risk lesions คือ ยา PPI ในรูปแบบรับประทาน ขนาดมาตรฐานวันละ 1 ครั้ง จนกว่าความผิดปกตินั้นจะหายไป โดยถ้าผู้ป่วย จำเป็นต้องรับประทานยา NSAIDs หรือ แอสไพรินต่อ จำเป็นต้องได้ยา PPI ในรูปแบบรับประทานต่อ ควบคู่ไปด้วย

16. การรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection) ขึ้นอยู่กับ ประสิทธิภาพของแพทย์ที่ทำการส่องกล้อง โดยถ้าเป็นเส้นเลือดดำโป่งพองที่ กระจายอาหาร ควรใช้กาวฉีดไปที่เส้นเลือดดำโป่งพองนั้น และหากถ้าเส้น เลือดมีขนาดใหญ่ อาจพิจารณาฉีดมากกว่า 1 dose แต่ไม่ควรเกิน 4 dose ต่อการฉีด 1 ครั้งในผู้ป่วยแต่ละรายเนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิด Pulmonary embolism

17. ให้การรักษาด้วยยาเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันและรอดูการตอบสนองจากยา หรือพิจารณาทำข้อ 18 ร่วมด้วยหากมีภาวะเลือดออกปริมาณมากจนทำให้ สัญญาณชีพไม่คงที่ตลอดเวลา

18. หมายถึงการใส่ Sengstaken-Blakemore tube (SB tube)

19. ภายหลังจากควบคุมภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยา และ/ หรือ SB tube ได้แล้วนั้น หากไม่สามารถรักษาด้วยการส่องกล้องได้ ควรส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรับการรักษาด้วยกล้องอีก ทางหนึ่ง (โดยไม่ควรดึงสาย SB tube ออกก่อนที่ผู้ป่วยจะไปถึงโรงพยาบาลที่ สามารถส่องกล้องได้) เนื่องจากการให้ยาเพียงอย่างเดียวมีโอกาสเกิด เลือดออกซ้ำจากเส้นเลือดโป่งพองได้ หรือส่งผู้ป่วยทำ Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) ถ้าไม่มีข้อห้ามอื่นใด

20. หมายถึงสามารถหยุดเลือดได้ด้วยวิธีจากการส่องกล้อง ซึ่งควรให้ยา Teripressin หรือ Somatostatin หรือ Octreotide ต่อ3-5 วัน หรือพิจารณาหยุดยาหากมั่นใจว่าสามารถหยุดเลือดได้ดี (Adequate treatment) ทั้งนี้แล้วแต่ความเห็นของแพทย์ผู้ทำการส่องกล้อง

21. ถ้าไม่สามารถหยุดเลือดได้ด้วยวิธีการส่องกล้อง ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

- ให้ยา Teripressin หรือ Somatostatin หรือ Octreotide ต่อไปก่อน
- พิจารณาวิธีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ โดยขึ้นอยู่กับทรัพยากรในโรงพยาบาล ประสบการณ์ของแพทย์ส่องกล้อง และสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่

1. ปรึกษาแพทย์รังสีร่วมรักษาเพื่อพิจารณาทำ Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) หรือศัลยแพทย์ เพื่อพิจารณาผ่าตัดหากไม่มีแพทย์รังสีร่วมรักษา โดยอาจใส่สาย Sengstaken Blakemore tube เพื่อหยุดเลือดชั่วคราวหรือไม่ก็ได้

2. ใส่สาย Sengstaken Blakemore tube เพื่อหยุดเลือดชั่วคราว เป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง แล้วส่องกล้องซ้ำอีกครั้งเพื่อทำการรักษาด้วยกล้อง

22. ถ้ายังมีเลือดออกหลังใส่สาย Sengstaken Blakemore tube แล้วเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง ให้ปรึกษาแพทย์รังสีร่วมรักษา หรือศัลยแพทย์

23. แพทย์รังสีร่วมรักษาควรพิจารณาทำ Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) หรือศัลยแพทย์ควรพิจารณาทำการผ่าตัดทำ Shunt หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ TIPS หรือทำผ่าตัดได้