

**แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย  
ที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย**

**จากการประชุม**

2004 Consensus for Clinical Practice Guideline  
for the management of Upper GI Bleeding

**จัดทำโดย**

กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



## แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย

โดยกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร  
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม 2547

ISBN 974-92027-2-4

### คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา : นพ.บัญชา โฉวาทพิสารพร  
              : พญ.วิโรชา มหาชัย  
ประธาน : นพ.อุดม คชินทร  
เลขานุการ : พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์  
กรรมการ  
              : พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์  
              : นพ.พิศาล ไม้เรียง  
              : พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล  
              : นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์  
              : นพ.องอาจ ไพรสณทรางกูร

### ออกแบบและจัดทำรูปเล่มโดย

บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด  
240/37 ถ. จรัญสนิทวงศ์ อ.บางกอกน้อย กทม. 10700  
โทร. 0-2866-3002-3 แฟกซ์. 0-2412-5320

## คำนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่พบบ่อยและมีความสำคัญในเวชปฏิบัติ เนื่องจากเป็นภาวะที่มีอัตราการตายถึงร้อยละ 10-15 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาพบแพทย์หรือมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม โดยเฉพาะในการประเมินความรุนแรงและการทำ resuscitation ผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้ยาในกลุ่ม antisecretory และการรักษาทาง endoscopy ซึ่งมีบทบาทสำคัญและนิยมใช้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประกอบกับยังไม่เคยมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทยมาก่อน กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้จัดประชุม consensus เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและได้ข้อสรุปเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอายุรแพทย์ด้านระบบทางเดินอาหาร ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ผลการประชุมได้ข้อสรุปและนำมาใช้ในการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว โดยเน้นข้อมูลสนับสนุนที่เป็น evidence-based และให้แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับสามารถนำแนวทางการดูแลรักษาดังกล่าวไปปฏิบัติได้จริง

สมาคมจะมีการติดตามและประเมินผลหลังจากที่แพทย์ได้ใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นนี้แล้ว 1-2 ปี หรือเมื่อมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานอันใหม่ จะมีการแก้ไขแนวทางการดูแลรักษาดังกล่าวให้มีความเหมาะสมและดียิ่งขึ้น

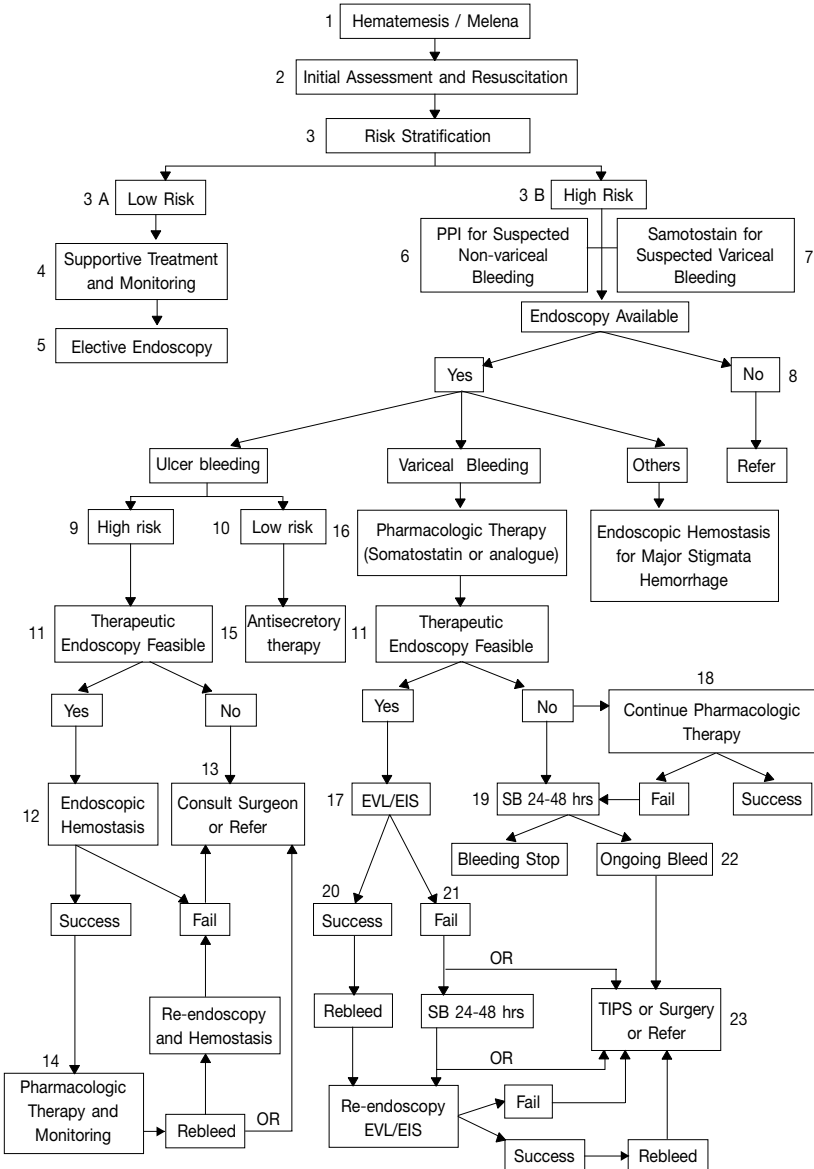
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยได้สละเวลานำความรู้และประสบการณ์เพื่อร่วมในการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และขอขอบคุณ บริษัท เซอริง-พลาว จำกัด, บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด, บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด, บริษัท เบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอล อินดัสตรี จำกัด บริษัท, บริษัท ยูซีบี ฟาร์มา (ไทยแลนด์) จำกัด, บริษัท สยามฟาร์มาซูติคอล จำกัด, บริษัท เอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด, บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด, บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด ที่ช่วยสนับสนุนการจัดการประชุมโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีสมความมุ่งหมาย

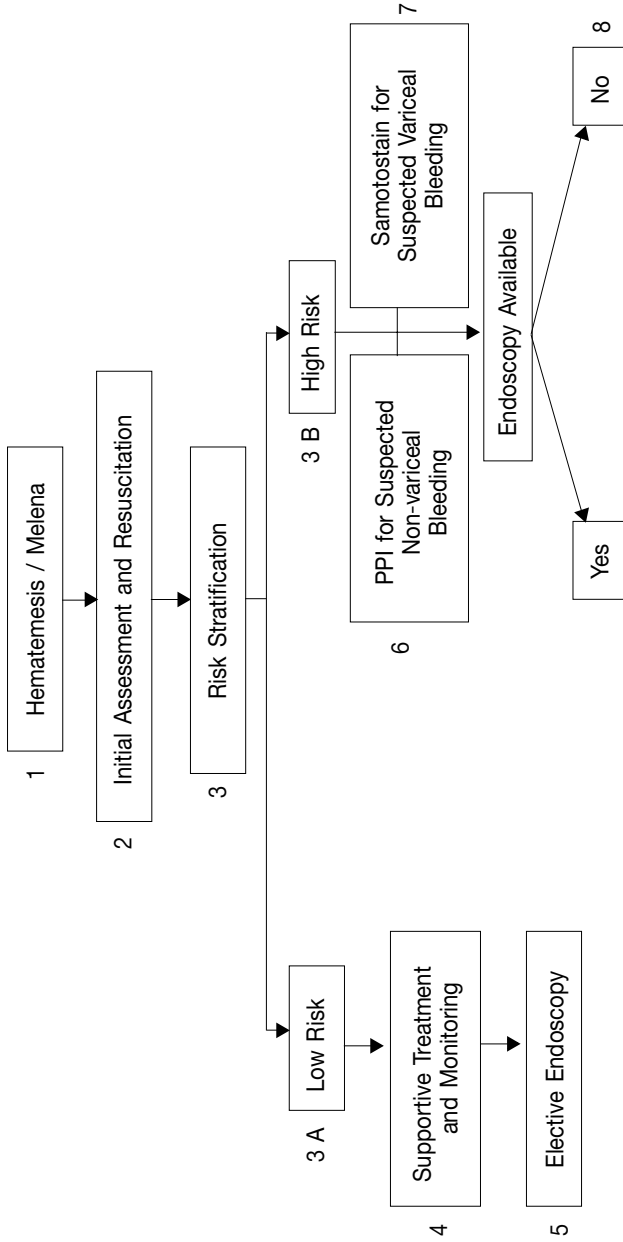


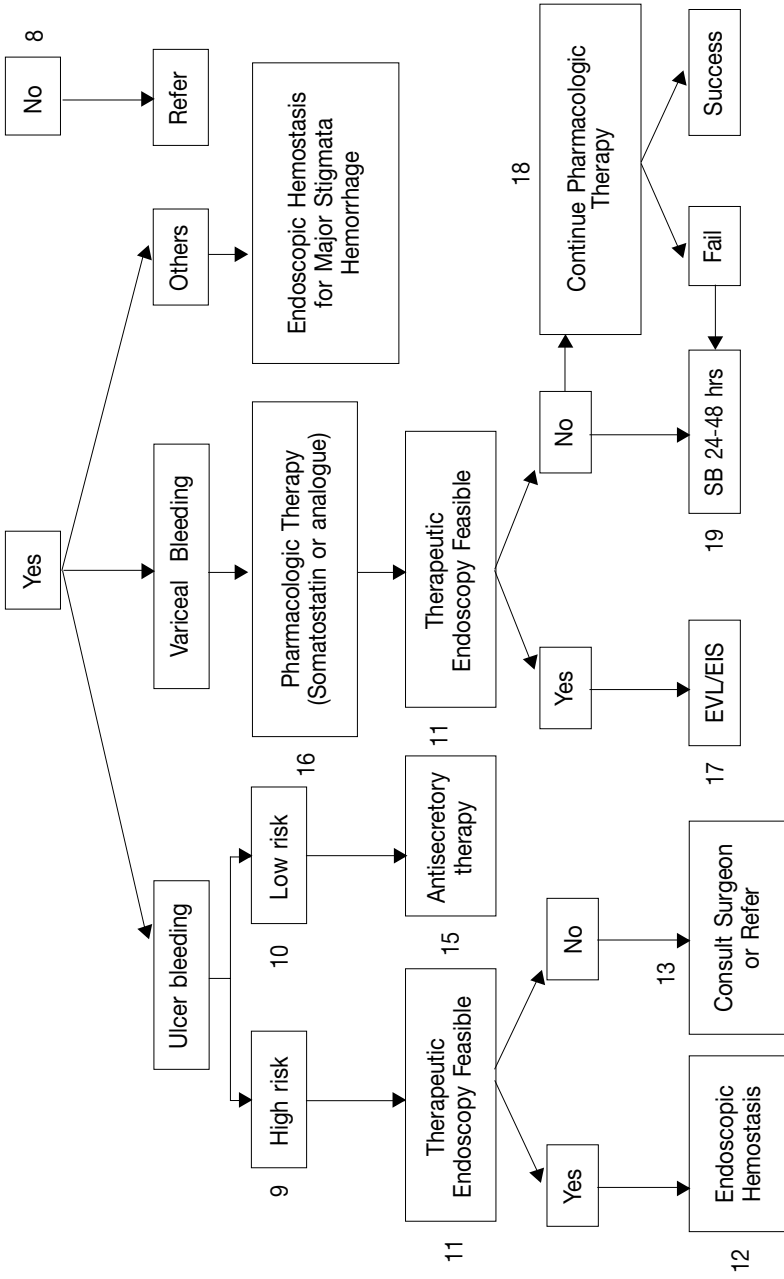
รศ.นพ.บัญชา โอวาทพิรพร

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

แผนภูมิการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย











## คำอธิบายเพิ่มเติมตามแผนภูมิ

1. แผนภูมินี้ใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงเท่านั้น โดยผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด หรือถ่าย melena
2. Initial Assessment and Resuscitation
  - Supportive Treatment
    - a. Maintain airway
    - b. History and physical examination for assessment of severity and causes
    - c. NG irrigation
    - d. Fluid resuscitation
    - e. Blood for CBC, cross-match blood group for blood transfusion

หมายเหตุ : รายละเอียดการดูแลรักษาให้ปรับตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและตามสภาพความพร้อมของสถานพยาบาล

3. Risk Stratification
  - 3A Low clinical risk factors
  - 3B High clinical risk factors include
    - Host factors
      - Age  $\geq$  60 years
      - Co-morbid conditions e.g. renal failure, cirrhosis, cardiovascular disease, COPD
      - Hemodynamic instability e.g. orthostatic hypotension, pulse  $>100$  /min, systolic BP  $< 100$  mmHg
      - Coagulopathy including drug-related
    - Bleeding character
      - Continuous red blood from NG after irrigation

- Red blood per rectum
- Patient course
  - Need blood transfusion
  - Rebleeding
  - Hemodynamic instability

**Note:** In special circumstances, patients' referral may be considered if

- The patient has rare blood group (group AB, Rh negative)
- Taking more than 1 hr to the nearest referral hospital
- Blood transfusion is not available

4. Supportive Treatment and Monitoring

- Supportive treatment as 2
- Oral PPI double dose until endoscopy

5. Elective Endoscopy

- Every patient should have endoscopy done if available
- If endoscopy is not available, consider patient's referral

6. Suspected non-variceal bleeding

- Continuous IV infusion or bolus PPI or oral PPI double dose
- If endoscopy is available within 8 hr, PPI may not be needed

**Note:** - Continuous IV infusion PPI: Omeprazole or Pantoprazole 80

mg ① bolus then infusion drip 8 mg/hr

- Bolus PPI: Omeprazole or Pantoprazole 40 mg ① twice daily

7. Suspected variceal bleeding

- Clinical signs include
  - Previous documented of esophageal varices or gastric varices

or - Signs of portal HT e.g. splenomegaly, ascites, hepatic encephalopathy, dilated superficial vein

- or - Clinical cirrhosis with thrombocytopenia and/or splenomegaly
  - Medication: Somatostatin 250 microgram bolus followed with somatostatin 250 microgram/hour IV or Octreotide 50 microgram bolus followed with octreotide 50 microgram/hour IV
  - If endoscopy can be performed urgently, somatostatin or its analogue may not be needed
- 8. Patient should be referred if
  - High risk of bleeding including recurrent bleeding and no endoscopic treatment or no surgical treatment available
  - Rare blood group
  - No blood transfusion available
- 9. High endoscopic risks
  - Arterial bleeding; spurting, oozing
  - Non-bleeding visible vessel
  - Adherent clot
- 10. Low endoscopic risks
  - Hematin spot
  - Clean-based ulcer
  - Gastritis
- 11. Therapeutic endoscopy feasible
  - Defined as ability to do any of therapeutic modalities (even 1 modality)
- 12. Endoscopic hemostasis
  - Spurting : injection with adrenaline and followed with thermal coagulation or hemoclips
  - Clot adherent : injection with adrenaline then removal of clot,

- followed with thermal coagulation or hemoclips
- Non bleeding visible vessel : thermal coagulation, fibrin sealant or hemoclips
13. Consult surgeon as soon as possible or refer if no surgeon available
  14. Pharmacologic therapy
    - Drugs : oral or IV infusion PPI is either used depending on patients severity and physician's judgement
  15. Antisecretory therapy
    - Drugs : oral or IV infusion PPI is either used depending on patients severity and physician's judgement
    - In NSAID user including low dose ASA
      - PPI is recommended in ongoing NSAIDs use
      - H<sub>2</sub>RA is as effective as PPI if NSAIDs are stopped
  16. Pharmacologic therapy in variceal bleeding
    - Somatostatin 250 microgram bolus, followed with somatostatin 250 microgram/hour IV or Octreotide 50 microgram bolus, followed with octreotide 50 microgram/hour IV
    - If the patient already received somatostatin or its analogue before endoscopy, bolus dose is not needed
  17. Endoscopic variceal ligation (EVL) or Endoscopic injection sclerotherapy (EIS) depends on the experiences of the endoscopist
  18. Continue pharmacologic therapy for 5 days
  19. Sengstaken Blakemore tube (SB) insertion
  20. Hemostatic success means bleeding stopped
    - May consider discharge somatostatin or its analogue if the EVL or EIS is completely performed

21. If hemostasis fail
  - Somatostatin or its analogue should be continued
  - Consider options according to healthcare resources, experiences of the endoscopist and the patient's conditions
    - Consult for surgery or Transcutaneous intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) with or without temporary tamponade with Sengstaken Blakemore tube
    - Temporary tamponade with Sengstaken Blakemore tube and re-endoscopy after 24-48 hr
22. If bleeding is still ongoing more than 24-48 hour surgery or TIPS is needed
23. The surgeon should be capable for shunt surgery otherwise refer to the center that has more equipped facilities

**หมายเหตุ:** กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดทำ Statement เรื่องแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งจะมีรายละเอียดรวมทั้งมีเอกสารอ้างอิงเพื่อใช้ประกอบกับ guideline ในหนังสือเล่มนี้ และได้ส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) เพื่อเผยแพร่ต่อไป ท่านสามารถหารายละเอียดได้ในจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ [www.thaigastro.org](http://www.thaigastro.org)

รายนามผู้เข้าประชุมสัมมนา

**Consensus for Clinical Practice Guideline  
for the management of Upper GI Bleeding  
24-26 สิงหาคม 2546 ณ ห้องประชุมโรงแรมรอยัลริゾート จ.ระยอง**

นพ.เกรียงไกร อัครวงค์	รพ.สมิติเวช	กรุงเทพฯ
พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์	รามาริบัติ	กรุงเทพฯ
นท.นพ. ชินวัตร สุทธิวัฒนา	รพ.ภูมิพลฯ	กรุงเทพฯ
พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์	รพ.รามาริบัติ	กรุงเทพฯ
นพ.ชูชาติ คูศิริวัฒน์	รพ.อุตรดิตถ์	อุตรดิตถ์
นพ.เต็มชัย ไชยน์วัตติ	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.ไตรจักร ชันดู	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
นพ.ทวี รัตนชูเอก	รพ.ราชวิถี	กรุงเทพฯ
นพ.ทองดี ชัยพานิช	รพ.สมิติเวช	กรุงเทพฯ
นพ.ธนพล ไหมแพง	รพ.สงขลานครินทร์	สงขลา
นพ.ธเนศ จัดวัฒนกุล	รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ชลบุรี
นพ.ธเนศ ชิตาพานารักษ์	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
นพ.ธวัชชัย อัครวิพุธ	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.บัญญัติ โอวาทพิรพร	รพ.สงขลานครินทร์	สงขลา
นพ.บันเทิง เยาว์วัฒนานุกุล	รพ.พนัสสินคม	ชลบุรี
นพ.ประมวล ไทยงามศิลป์	รพ.กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์
นพ.พัฒนา เบ้าสาทร	รพ.นครบุรี	นครราชสีมา
นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
นพ.พิศาล ไม้เรียง	รพ.ศรีนครินทร์	ขอนแก่น
นพ.พิเศษ พิเศษพงษา	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
นพ.ภัทรายุส ออประยูร	รพ.พระปกเกล้า	จันทบุรี
นพ.มกรเทพ เทพกาญจนา	รพ.รัชดา-ท่าพระ	กรุงเทพฯ

นพ.รัฐกร วิไลชนม์	รพ.ธรรมศาสตร์	ปทุมธานี
พญ.รัตนา บุญศิริจันทร์	รพ.วชิรพยาบาล	กรุงเทพฯ
นพ.ราวิณ โชนี	รพ.ศูนย์ลำปาง	ลำปาง
นพ.วรพจน์ นรสุชา	รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	ชลบุรี
พตอ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	รพ.ตำรวจ	กรุงเทพฯ
พญ.วโรชา มหาชัย	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
นพ.วัฒน์ยุทธ สรรพพานิช	รพ.ค่ายสุรสีห์	กาญจนบุรี
นพ.วีรยุทธ ไชยิตตกุลชัย	รพ.นครพิงค์	เชียงใหม่
นพ.ศรัณย์ วรรณภาสนี	รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์	อุบลราชธานี
พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.ศุภชัย ศรีศิริรุ่ง	รพ.พญาไทศิริราช	ชลบุรี
นพ.สถาพร มานัสสถิตย์	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	รพ.เวชศาสตร์เขตร้อน	กรุงเทพฯ
นพ.สมอาจ ตั้งเจริญ	รพ.กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์
นพ.สชาติทร ไชยิตชัยวัฒน์	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์	รพ.ราชวิถี	กรุงเทพฯ
นพ.สุเจตน์ เลิศเอนกวัฒนา	รพ.หนองคาย	หนองคาย
นพ.สุนทร ตริสรานุกวัฒนา	รพ.เซ็นเมรี่	นครราชสีมา
นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์	รพ.นครราชสีมา	นครราชสีมา
นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.สุพรชัย กาญจนवासี	รพ.ลพบุรี	ลพบุรี
พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
นพ.องอาจ ไพรสณฑ์ราษฎร์	รพ.มหาสารนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
นพ.อำนาจ จิตรวรรณันท์	รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	กรุงเทพฯ
นพ.อุดม คชินทร	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.โอฬาร วิวัฒน์ชา่ง	รพ.อุดรธานี	อุดรธานี
นพ.ธัญเดช นิมมานวุฒิมงคล	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.สมชาย ลีลากุลดวงค์	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ

## คณะกรรมการดำเนินงานกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ.2546-2547

ประธาน	: พญ.วโรชา มหาชัย
เลขานุการ	: นพ.ลลิตวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์
เหรัญญิก	: พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล
กรรมการ	: พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์
	: พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์
	: นพ.บัญชา โอวาทพิสารพร
	: นพ.พิศาล ไม้เรียง
	: นพ.องอาจ ไพรสณทรางกูร
	: นพ.อุดม คชินทร