แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

Newest Clinical Guideline: International Consensus Recommendations on the Management of Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding[1]

สมชาย เหลืองจารุ, พ.บ., ว.ทม.*

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่อันตรายถึงชีวิตและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ข้อมูลจากไทย จุฬาและต่างประเทศพบอัตราตายราวร้อยละ 10-14[2-4] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคที่เกี่ยวข้องกับกรดในทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น PU, gastritis

ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดระดับภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ขอบข่ายการให้บริการแก่ประชาชนมากกว่า 7.5 ล้านคนในเขตอีสานล่าง โดยเฉพาะจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ พบอุบัติการของภาวะนี้ได้บ่อยติด 1 ใน 10 โรคที่พบบ่อยและเสียชีวิตในโรงพยาบาล มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15-20 โดยเฉพาะในรายที่มีโรคร่วมหลายชนิด และภาวะนี้เป็นข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นถึงร้อยละ 60 ของการบริการในหน่วยตรวจพิเศษทางอายุรกรรม[5-8]

แนวทางการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตราฐาน แต่ข้อจำกัดต่าง ๆ ระหว่างโรงพยาบาลหรือประเทศต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ต้องทำให้มีการประยุกต์แนวทางต่าง ๆ มีปรับปรุงให้กับระบบของตนเอง เมื่อต้นปีที่ผ่านมาได้มีเป็น Clinical guideline (แนวทางการรักษาทางคลินิก) ล่าสุด ซึ่งตีพิมพ์ในเดือนมกราคม 2553 นี้เอง โดยเป็นการคิดร่วมกันของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับโลกจำนวน 34 คนจาก 15 ประเทศ ซึ่งได้นำ clinical guideline ของปี 2546 มาปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยมากขึ้น เนื่องจากข้อมูลใหม่ ๆ มีออกมามากขึ้น จึงขอนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

Guideline นี้ประกอบด้วย 5 ส่วนด้วยกัน ซึ่งจะแนะนำให้รู้ถึงความสำคัญของแต่ละจุด และยังมีจุดไหนที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป(controversy)

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา30000

ส่วนที่หนึ่ง การดูแลรักษาเบื้องต้น ประเมินความเสี่ยงและการรักษาก่อนการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย

1. หลังพบผู้ป่วยให้รีบประเมินอาการและให้การรักษาเบื้องต้นตามมาตรฐานทั่วไป

2. ให้คะแนนตามอาการทางคลินิกที่พบ เพื่อแยกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่ำ ซึ่งมีผลต่ออัตราการเกิดเลือดออกซ้ำและอัตราตาย ซึ่งอาการทางคลินิกที่ใช้ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี, อาการช๊อก, มีโรคร่วม, ความเข้มข้นเลือดต่ำตั้งแต่แรกรับ, ต้องการได้รับเลือด, พบเลือดสดออกจากทวารหนักหรืออาเจียนเป็นเลือดหรือสาย NG tube มีเลือดสด, ติดเชื้อในกระแสเลือด, ค่า Cr ในเลือดเพิ่มขึ้นหรือพบภาวะตับอักเสบ ซึ่งอ้างอิงตาม Blatchford or preendoscopic Rockall score

3. พิจารณาใส่สายยางล้างกระเพาะอาหาร (NG tube) ซึ่งอาจช่วยในการพยากรณ์โรคได้

4. ให้เลือดเมื่อมีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 70 กรัมต่อเดซิลิตร

5. ในผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว ควรแก้ปัญหาการแข็งตัวของเลือด แต่ไม่ควรเป็นเหตุผลที่ทำให้การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยโรคช้าออกไป เนื่องจากมีข้อมูลว่าค่า INR >1.5 จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงยกเว้นกรณีผู้ป่วยตับแข็งและสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (ASGE) แนะนำว่าหากค่า INR <1.4 และเกล็ดเลือดมากกว่า 50,000 ต่อลูกบาศ์กเซนติเมตรนั้นสามารถทำการรักษาผ่านกล้องตรวจได้ (therapeutic endoscopy)

6. การให้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารก่อนการส่องกล้องตรวจ ไม่แนะนำให้ใช้ประจำ ควรพิจารณาให้ในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการให้ยา Erythromycin IV หรือ metoclopramide IV ในรายที่สงสัยมีเลือดค้างในกระเพาะอาหารนั้นสามารถลดอัตราการส่องกล้องตรวจซ้ำลงไปได้ (OR 0.51) แต่ไม่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, จำนวนเลือดที่ให้และอัตราการผ่าตัด

7. ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออกซ้ำจากอาการทางคลินิกและสิ่งที่พบจากการส่องกล้องตรวจ สามารถกลับออกจากโรงพยาบาลได้หลังส่องกล้องเสร็จ

8. การให้ยาลดกรดกลุ่มยับยั้งปั๊มก่อนการส่องกล้องตรวจ (Preendoscopic PPI therapy) อาจพิจารณาให้เพื่อลดความรุนแรงของรอยโรคและลดการทำหัตถการรักษาผ่านกล้องตรวจลงได้ แต่ไม่ใช้เพื่อยืดการส่องกล้องตรวจออกไป และฤทธิ์ของยาจะไม่มีผลต่ออัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ, การผ่าตัดและอัตราเสียชีวิต

ส่วนที่สอง การรักษาผ่านกล้องตรวจ

1. ควรมีทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน รวมถึงแพทย์ที่สามารถรักษาผ่านกล้องตรวจได้

2. การส่องกล้องตรวจควรทำภายใน 24 ชั่วโมงหลังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (early gastroscopy) เนื่องจากพบว่าการทำหัตถการผ่านกล้องเพื่อห้ามเลือดออกจะลดอัตราพิการหรืออัตราเสียชีวิตลงได้ โดยเฉพาะการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล

3. การรักษาผ่านกล้องตรวจไม่จำเป็นในกรณีที่มีความเสี่ยงต่ำจากผลการส่องกล้อง เช่น clean base หรือ pigmented ulcers

4. การรักษาผ่านกล้องตรวจ กรณีที่พบมีก้อนเลือดติดอยู่ที่แผล (adherent clot) ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่

5. การรักษาผ่านกล้องตรวจเพื่อห้ามเลือด จำเป็นในกรณีที่พบเส้นเลือดบริเวณแผลหรือเลือดกำลังออก (non-bleeding visible vessel หรือ active bleeding; oozing or spurting)

6. การฉีดยาอะดีนาลินอย่างเดียวไม่พอเพียงในการรักษาผ่านกล้องตรวจ ควรใช้ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น hemoclipping, thermocoagulation (การห้ามเลือดด้วยความร้อน) หรือการฉีด sclerosant

7. การรักษาผ่านกล้องตรวจห้ามเลือดด้วยความร้อน ไม่ว่าวิธีไหนต่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน

8. การส่องกล้องเพื่อประเมินซ้ำ (second look endoscopy) หลังการรักษาครั้งแรก ควรใช้เพียงบางกรณี

9. การรักษาห้ามเลือดผ่านกล้องซ้ำ ควรทำในรายที่มีปัญหาเลือดออกซ้ำ

ส่วนที่สาม การรักษาด้วยยา

1. ไม่แนะนำให้ใช้ยา Histamine-2 receptor antagonists สำหรับผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

2. ยา somatostatin หรือ octreotide ไม่แนะให้ใช้ในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นทุกราย

3. การให้ยา PPI IV load ตามด้วย IV drip ควรพิจารณาเพื่อลดอัตราการเกิดเลือดออกหรืออัตราเสียชีวิตในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำหลังได้รับการรักษาผ่านกล้องตรวจแล้ว โดยขนาดที่แนะนำ คือ 80 มิลลิกรัม ต่อด้วย 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และมีข้อมูลว่า PPI ขนาดต่ำหรือชนิดรับประทานสามารถลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำได้แต่ไม่มีผลลดอัตราการเสียชีวิต

4. ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับหลังออกจากโรงพยาบาล ควรเป็น PPI ชนิดรับประทาน ให้ทานวันละครั้ง โดยระยะเวลาการรับประทานยาขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดเลือดออก

ส่วนที่สี่ การรักษาในโรงพยาบาล ที่ไม่ใช่การส่องกล้องหรือการให้ยา

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหลังการส่องกล้องตรวจสามารถเริ่มอาหารได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่านกล้องตรวจเนื่องจากมีลักษณะที่เสี่ยงสูงในการเกิดเลือดออกซ้ำควรให้พักในโรงพยาบาลอย่างน้อย 72 ชั่วโมง โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกควรสังเกตสัญญาณชีพอย่างระมัดระวัง (ในกลุ่มความดันไม่คงที่, อายุมาก, มีโรคร่วมที่รุนแรง, เลือดกำลังออกระหว่างส่องกล้องตรวจ หรือขนาดแผลใหญ่กว่า 2 เซนติเมตรขึ้นไป)

3. ปรึกษาศัลยแพทย์หากไม่สามารถควบคุมเลือดที่ออกได้ด้วยการส่องกล้องตรวจ หรือในที่ที่ทำได้ให้ปรึกษารังสีแพทย์เพื่อทำ percutaneous embolization

4. ในผู้ป่วยเลือดออกจากแผลเปปติค ควรทดสอบการติดเชื้อเฮชไพโลไร หากพบต้องให้การรักษา และควรพิสูจน์ว่าเชื้อหมดไปจริง หรือหากไม่พบในช่วงแรกควรต้องมีการทดสอบซ้ำในเวลาต่อมา

ส่วนที่ห้า การดูแลรักษาหลังออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับเอสไพรินและยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

1. ในผู้ป่วยเลือดออกจากแผลเปปติคที่เคยได้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ควรหยุดยาดังกล่าว หากว่าผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องได้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ควรรู้ว่าการให้ยาลดกรดกลุ่ม PPI ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือการให้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดเฉพาะ COX-2 inhibitor อย่างเดียว ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำได้ จึงแนะนำให้ใช้ยา PPI คู่กับ COX-2 inhibitor

2. ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำและเกิดเลือดออกจากแผลเปปติคนั้น จะเริ่มให้แอสไพรินเข้าไปใหม่เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนด้านโรคหัวใจมากกว่าปัญหาเลือดออกจากแผลเปปติค หากเป็นไปได้ควรเริ่มยาแอสไพรินหลังจากแผลเปปติคหายแล้ว

3. ในผู้ป่วยเลือดออกจากแผลเปปติคที่ต้องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านโรคหัวใจนั้น ควรทราบว่ายา clopidogrel หรือการให้แอสไพรินคู่กับยาลดกรดชนิด PPI มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำได้สูงพอ ๆ กัน เนื่องจากมีข้อมูลว่า clopidogrel สัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำได้ 9-14%

4. สิ่งที่ควรระวังเพิ่มเติม เนื่องจากยาลดกรดกลุ่ม PPI อาจลดผลการต้านเกล็ดเลือดของยา clopidogrel เนื่องจาก ยากลุ่ม PPI และยา clopidogrel จะแย่งกันใช้ cytochrome P450 isoenzyme CYP2C19 ซึ่งสำคัญใน

การเปลี่ยนยาclopidogrel ให้อยู่ในรูปที่ทำงานได้(active form)

เอกสารอ้างอิง

1. Barkun AN, Bardou M, Kuipers E, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Ann Intern Med 2010; 152: 101-13.
2. Saowaros V. Causes of Upper Gastrointestinal Bleeding in Thai Patients: Review of 5000 Upper Gastrointestinal Endoscopy. J Med Assoc Thai 1994; 77: 561-5.
3. พิศาล ไม้เรียง. Upper GI bleeding; guideline for management. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2547; 3: 2-21.
4. Tangmankongworakoon N, Rerknimitr R, Aekpongpaisit S, Kongkam P, Veskitkul P, Kullavanijaya P. Results of emergency gastroscopy for acute upper gastrointestinal bleeding outside official hours at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai 2003; 86 Suppl 2: S465-S471.
5. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รายงานประจำปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลมหาราชนคราชสีมา.
6. ชวนพิศ ธรรมาณิชานนท์, สุนทร ไทยสมัคร. การตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2527; 8: 109-20.
7. สมชาย เหลืองจารุ, ชวนพิศ สุทธินนท์, สุนทร ชินประสาทศักดิ์, สุนทร ไทยสมัคร. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจากการส่องตรวจด้วยกล้อง 972 ราย ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ.2540-2541. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2545; 26: 91-7.
8. รัศมี เสริมสาธนสวัสดิ์, ชวนพิศ สุทธินนท์, สุนทร ชินประสาทศักดิ์, สมชาย เหลืองจารุ. ระบาดวิทยาของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนคราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา2551; 32 (ฉบับผนวก): S21-S27.