



กรมควบคุมโรค

สถาบันราชประชาสมาสัย

กลุ่มยุทธศาสตร์และ

พัฒนาองค์กร

โทร 0 2385 9135 7 ต่อ

1717,1718,1033



สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการปฏิบัติ  
เรื่อง

การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร  
ส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage)

CPG – PCT MED – 010 – REV00

ชื่อ-สกุล/ ทีม/คณะกรรมการ/หน่วยงาน/กลุ่มงาน	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย แพทย์หญิงสีฟ้า เดชปัญญา นางสาวแอนนา ทองอรุณ นายสำลิต เรืองสุรีย์		3 ตุลาคม 2565
ทบทวนโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการโรคอายุรกรรม		7 ตุลาคม 2565
อนุมัติโดย ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย		29 พ.ย. 2565
วันที่เริ่มใช้	29 พ.ย. 2565	

ห้ามหน่วยงานแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความใดๆ ในเอกสารควบคุมหรือทำสำเนาเผยแพร่เอง  
สามารถดำเนินการได้โดยผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพเท่านั้น





## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage) เบื้องต้น ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กรณีที่ไม่สามารถดูแลต่อเนื่องได้

## 2. ขอบเขต

แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย สถาบันราชประชาสมาสัย ด้วยภาวะภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่เกิดขึ้นไม่เกิน 48 ชั่วโมง

## 3. ความรับผิดชอบ

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย, พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและพยาบาลหอผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage) และใช้แบบฟอร์มแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (FO-CPG-PCT MED-010-REV00)

## 4. คำจำกัดความ

**4.1 ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น(Upper gastrointestinal hemorrhage)** หมายถึง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ประกอบด้วยหลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม เป็นภาวะที่พบบ่อยและมีความสำคัญในเวชปฏิบัติ เนื่องจากมีอัตราการตายถึงร้อยละ 10-15 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาพบแพทย์หรือมาถึงโรงพยาบาล

สาเหตุ : สาเหตุหลัก คือแผลในกระเพาะอาหาร(Peptic ulcer) สาเหตุอื่น ๆ ที่พบบรองลงมา ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (esophageal varices: EV), หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) และภาวะฉีกขาดบริเวณรอยต่อหลอดอาหาร(Mallory-Weiss syndrome)

อาการสำคัญ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือมีทั้งสองอาการร่วมกัน นอกจากนี้อาจมีอาการแสดงอื่น ๆ เช่น ซีด หน้ามืด วิงเวียน อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น หรือมีอาการแสดงของระบบอื่นร่วมด้วย เช่น อาการของโรคตับเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

**การซักประวัติ :** ควรซักประวัติที่สำคัญเพื่อประเมินความเสี่ยงและความเร่งด่วนในการรักษา

- อาเจียนเป็นเลือดสด, อาเจียนเป็นสีดำคล้ำ, ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือดสด
- ปริมาณและจำนวนครั้งที่อาเจียน/ถ่าย
- อาการแสดงร่วม เช่น ซีด วิงเวียน หน้ามืด หมดสติ
- สาเหตุ เช่น ประวัติดื่มสุรา, การใช้ยา(anticoagulants, antiplatelets, NSAIDs, ยาชุด), โรคประจำตัว

**การตรวจร่างกาย**

- General appearance: ระดับความรู้สึกตัว, pale conjunctivae
- vital signs



- signs of chronic liver disease
- กรณีประวัติเลือดออกกระบบทางเดินอาหารไม่ชัดเจน พิจารณา per rectal examination: melena, ใส่ NG tube irrigate

#### การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

- CBC, PT, PTT, INR
- BUN, Cr, electrolyte, LFT
- G/M for blood component (PRC, FFP)

**4.2 Glasgow-Blatchford score** คือคะแนนที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะต้องได้รับการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องมากน้อยเพียงใด

กรณีที่คะแนนเท่ากับ 0 ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเลือดจะหยุดเองได้ ไม่จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องแบบฉุกเฉิน สามารถนัดหรือส่งต่อพบแพทย์เพื่อส่องกล้องภายหลังได้

ตาราง Glasgow-Blatchford score

Clinical parameters	ผล	Score
Heart rate (/min)	≥ 100	1
Systolic blood pressure (mmHg)	100-109	1
	90-99	2
	< 90	3
BUN (mmol/L)	6.5-7.9	2
	8.0-9.9	3
	10.0-24.9	4
	≥ 25	6
Hemoglobin (g/dL)	12.0-12.9 (M) 10.0-12.0 (F)	1
	10.0-11.9 (M)	3
	<10.0 (M and F)	6
Comorbidities	Heart failure	2
	Liver disease	2
Presentation	Melena	1
	Syncope	2

#### 4.3 การประเมินความเสี่ยง

ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) Glasgow-Blatchford score = 0

ความเสี่ยงสูง (High risk) พิจารณาจาก

1) ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่

- อายุ ≥ 60 ปี

- โรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

2) ลักษณะของเลือดที่ออก ได้แก่

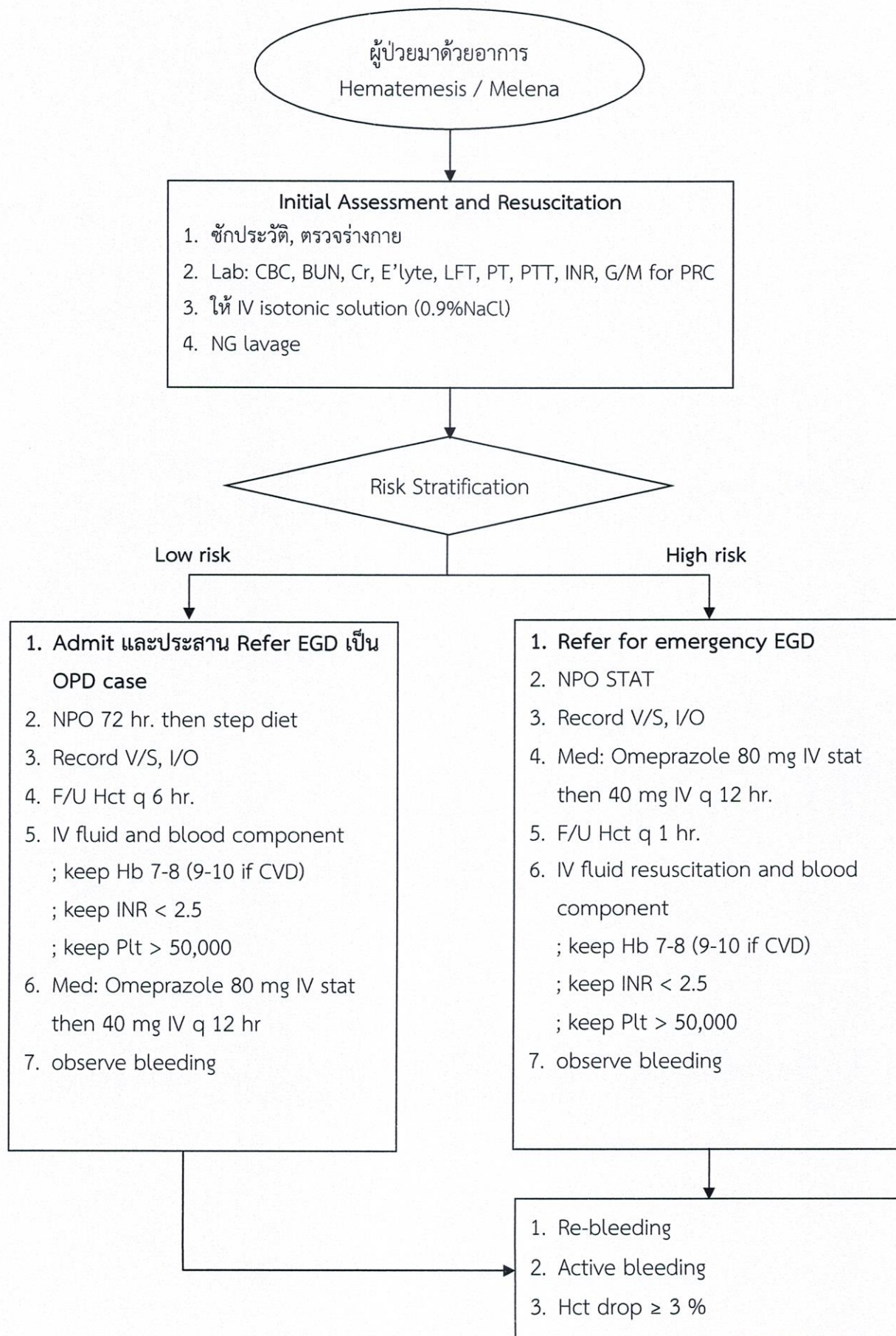
- ยังคงมีเลือดแดงสดออกจากสาย NG-tube
  - มีเลือดแดงสดออกจากทวารร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ลดลง
- 3) การดำเนินของโรค ได้แก่
- มีความจำเป็นต้องได้รับเลือด
  - มีภาวะเลือดออกซ้ำ
  - มีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่

#### การดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น (Initial management)

1. ดูแลระบบทางเดินหายใจ ระวังการสำลัก
2. ชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อหาสาเหตุของภาวะเลือดออก ทางเดินอาหารส่วนต้น และ ประเมินความรุนแรงของโรค
3. พิจารณาใส่สาย NG-tube เฉพาะในกรณีที่ประวัติเลือดออกทางเดินอาหารไม่ชัดเจน หรือต้องการ ประเมินว่าผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในขณะนั้นหรือไม่ (Active bleeding) โดยสามารถนำสายออกได้หลังได้รับการวินิจฉัย
4. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid resuscitation) โดยใช้สารน้ำประเภท Crystalloid solution
5. ประเมินความเสี่ยง
6. ให้การรักษาด้วยยา
7. ผู้ป่วย Glasgow-Blatchford score เท่ากับ 0 พิจารณาส่งปรึกษาเพื่อส่งกส่งโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่าแบบ OPD case และพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยแบบฉุกเฉินกรณีเป็นผู้ป่วย high risk



5. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น



## 6. ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ร้อยละผู้ป่วยสงสัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนด

## 7. เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย 2557
2. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH); European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline 2021
3. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding 2021





แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น  
(Upper Gastrointestinal Hemorrhage)

ชื่อ-สกุล .....อายุ.....ปี HN.....AN.....วันที่ ...../...../.....

Date	Order for one day	Date	Order for continuation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admit</li> <li>- Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR</li> <li>- Hct q 6 hr; if drop <math>\geq</math> 3 pls notify</li> <li>- G/M PRC ..... unit</li> <li>- PRC ..... unit IV drip unit ละ 3 hr. (hold IV ขณะให้ PRC)</li> <li>- 0.9%NaCl 1000 ml IV ..... ml/hr.</li> <li>- CXR</li> <li>- NG lavage ..... ml; if no active bleeding ให้ off NG tube ได้</li> <li>- Keep MAP <math>\geq</math> 65 mmHg</li> <li>- Consult med</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- NPO เว้นยา</li> <li>- record V/S, I/O</li> <li>- DTX q 8 hr; keep 80-200 mg/dL</li> </ul> <p><b>Medication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omeprazole 80 mg IV stat then 40 mg IV q 12 hr.</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> </ul>