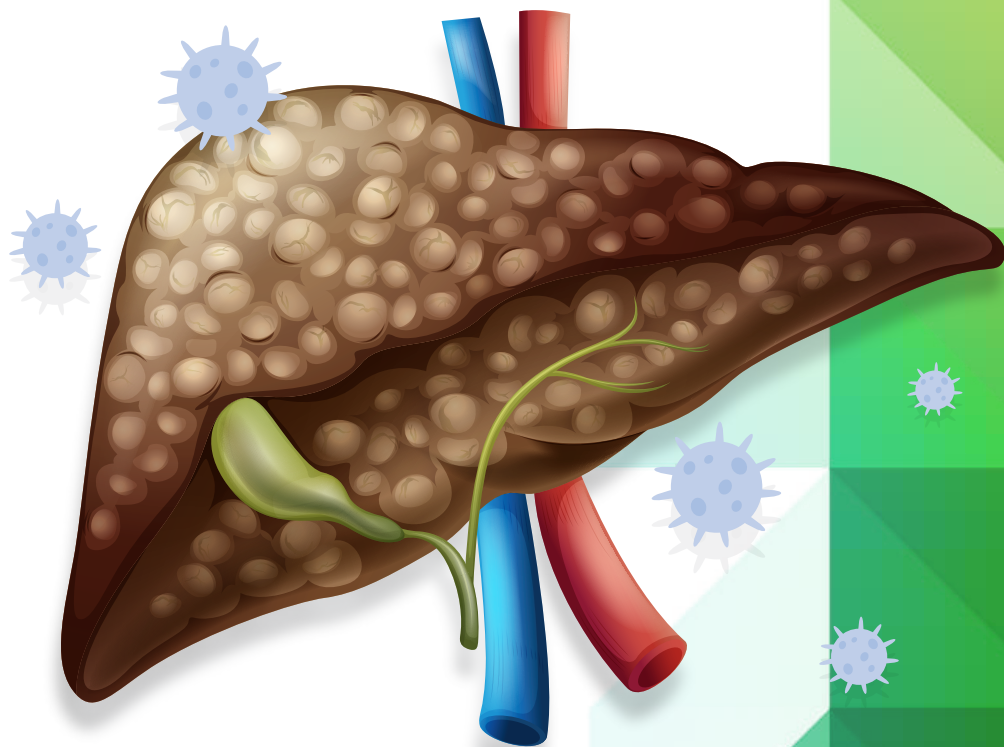


แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568



THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025



สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
Thai Association for the Study of the Liver
(THASL)

ฉบับย่อ

THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025

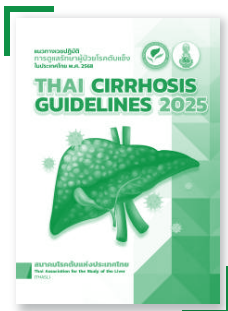
แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
Thai Association for the Study of the Liver
(THASL)



THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025

แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568



พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2569 จำนวน 2,000 เล่ม
ISBN : 978-616-91308-8-8

ผู้จัดพิมพ์เผยแพร่

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
เลขที่ 1575/1 ชั้น 4 อาคารชัยสงวน
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ได้รับการสนับสนุนการจัดทำจาก
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
และสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
สนับสนุนการพิมพ์

ออกแบบรูปเล่มและพิมพ์ที่

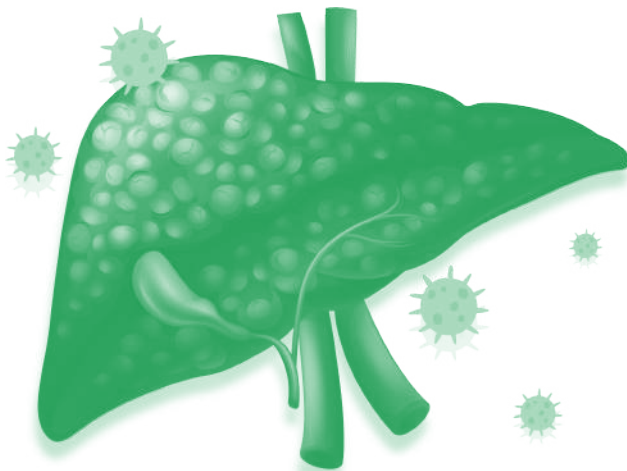
บริษัท ยี่มยกใหญ่ จำกัด
เลขที่ 295/18 หมู่ 5 ต.บ้านฉาง
อ.บ้านฉาง จ.ระยอง 21130

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	01
รายนามคณะกรรมการ	02
บทนำ	05
แผนผังแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง	07
สรุปคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งในเวชปฏิบัติ	09

THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025

แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568



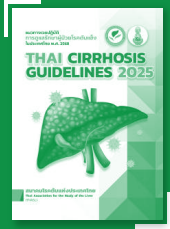
อ่านข้อมูล
ฉบับเต็ม
IIUU E-Book
ได้ที่ QR-Code นี้



ในประเทศไทย โรคตับแข็งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีอัตราการเสียชีวิตได้สูง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของข้อบ่งชี้ที่รับผู้ป่วยโรคตับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ดังนั้นการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย พ.ศ. 2568 จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ แพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติฯ นี้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของสถานพยาบาลนั้นๆ ตลอดจนการเข้าถึงการรักษาภายใต้สิทธิ์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ด้วยเหตุดังกล่าวในปี พ.ศ. 2566 สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยจึงได้อนุมัติให้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย พ.ศ. 2568 โดยมี ศ. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ เป็นประธานของคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในครั้งนี้ โดยการจัดทำร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีการใช้ระบบ web-based ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการโหวตแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้มีการเชิญแพทย์สาขาอื่น ได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ ร่วมเป็นคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ รวมทั้งสิ้น 57 ท่าน ซึ่งคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ร่วมแรงร่วมใจจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับนี้ จนได้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่มีเนื้อหาที่สมบูรณ์และครอบคลุมประเด็นต่างๆ

ในนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย พ.ศ. 2568 ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ครั้งนี้ จะไม่บรรลุผลสำเร็จได้เลยถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างดียิ่งจากเลขานุการของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งได้แก่ คุณสุวิมล จันทสโร และคุณปวีชญา สุจริตจิตร ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้ความสนับสนุนการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับนี้

ศ. พญ.อาภัสณี โสภณสถุญ์สุข
นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
(วาระ พ.ศ. 2566-2567)



รายนามคณะกรรมการ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย พ.ศ. 2568

1	นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์		ประธาน	
2	แพทย์หญิงอภัสณี โสภณสถุ์สุข		รองประธาน	
3	นายแพทย์ศิษฏ์ ศิริมลพิวัฒน์		เลขานุการ	
4	นายแพทย์สุพจน์ นิมอนงค์		รองเลขานุการ	
5	แพทย์หญิงเกศรินทร์ ถานะภิรมย์	กรรมการ	26 นายแพทย์ศักรินทร์ จิรพงศธร	กรรมการ
6	แพทย์หญิงกนกวรรณ ภิญโญพรพาณิชย์	กรรมการ	27 แพทย์หญิงศิวะพร ไชยน์วัตติ	กรรมการ
7	นายแพทย์กิตติยศ ภู่วรรณ	กรรมการ	28 นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	กรรมการ
8	แพทย์หญิงฉัตรตมณี เลิศอุดมผลวนิช	กรรมการ	29 นายแพทย์สันทวิชญ์ จันทร์รังสี	กรรมการ
9	นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล	กรรมการ	30 นายแพทย์สุนทร ชลประเสริฐสุข	กรรมการ
10	แพทย์หญิงชนันทา หงส์นาร	กรรมการ	31 แพทย์หญิงสุพร ตรีพงษ์กรณา	กรรมการ
11	นายแพทย์ชิตชัย รัตนนุกรม	กรรมการ	32 แพทย์หญิงสุภัทศรี เศรษฐสินธุ์	กรรมการ
12	แพทย์หญิงณัชชา ปิ่นเจริญ	กรรมการ	33 นายแพทย์อภิชาติ แก้วเดช	กรรมการ
13	นายแพทย์ณัฐพล อภรณ์สุจริตกุล	กรรมการ	34 แพทย์หญิงอภิญา สิริพันธ์	กรรมการ
14	แพทย์หญิงณัชชา จารุญกุล	กรรมการ	35 แพทย์หญิงอลิสรา ดำรงณี	กรรมการ
15	นายแพทย์หม่อมหลวงทยา กิตติยาก	กรรมการ	36 นายแพทย์นริศร ลักขณานุกรักษ์	กรรมการ
16	นายแพทย์ประวัฒน์ โสสิตะมงคล	กรรมการ	37 นายแพทย์กันต์ธีร์ อนันตพงศ์	กรรมการ
17	นายแพทย์พงษ์ภพ อินทรประสงค์	กรรมการ	38 แพทย์หญิงสายพิณ เมืองแมน	กรรมการ
18	แพทย์หญิงพนิดา ทองอุทัยศรี	กรรมการ	39 แพทย์หญิงสรีตา รัตนอมรพิน	กรรมการ
19	แพทย์หญิงพิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธุ์	กรรมการ	40 พลอากาศตรีนายแพทย์ชินวัตร สุทธิวนา	ที่ปรึกษา
20	นายแพทย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา	กรรมการ	41 แพทย์หญิงชุติมา ประมุขสินทรัพย์	ที่ปรึกษา
21	แพทย์หญิงณณิรัตน์ ชยานุกัทรกุล	กรรมการ	42 นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี	ที่ปรึกษา
22	แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ	กรรมการ	43 นายแพทย์ทิสัญญ์ ตั้งกิจวานิชย์	ที่ปรึกษา
23	นายแพทย์วัชรศักดิ์ โชติยะปุตตะ	กรรมการ	44 แพทย์หญิงวัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	ที่ปรึกษา
24	แพทย์หญิงวรรณุช จงศรีสวัสดิ์	กรรมการ	45 นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
25	นายแพทย์วิศรุต มานะศิริสุข	กรรมการ	46 พลตรีนายแพทย์อนุชิต จูทะพุทธิ	ที่ปรึกษา

รายนามคณะทำงาน

11 กลุ่มย่อย

กลุ่มที่ 1

Diagnosis and etiologies of cirrhosis

1	นายแพทย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงพนิดา ทองอุทัยศรี	กรรมการ
3	นายแพทย์สุนทร ชลประเสริฐสุข	กรรมการ
4	แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ	กรรมการ
5	นายแพทย์กิตติยศ ภู่วรรรณ	กรรมการ
6	นายแพทย์วิศรุต มานะศิริสุข	กรรมการ

กลุ่มที่ 2

Natural history and prognostic assessment

1	นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงพิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธ์ุ	กรรมการ
3	นายแพทย์สุพจน์ นิมอนงค์	กรรมการ
4	แพทย์หญิงเกศรินทร์ ถานะภิรมย์	กรรมการ
5	แพทย์หญิงสุภัทศรี เศรษฐสินธุ์	กรรมการ
6	นายแพทย์สุนทร ชลประเสริฐสุข	กรรมการ

กลุ่มที่ 3

Ascites

1	แพทย์หญิงศิวะพร ไชยณูวัตติ	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงมณีนรัตน์ ชยานุกัทรกุล	กรรมการ
3	แพทย์หญิงพิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธ์ุ	กรรมการ
4	นายแพทย์อภิชาติ แก้วเดช	กรรมการ
5	แพทย์หญิงอภิญา สิริพันธ์	กรรมการ
6	แพทย์หญิงอากัสณี โสภณสฤกษ์สุข	กรรมการ
7	แพทย์หญิงสรีตรา รัตนอมรพิน	กรรมการ

กลุ่มที่ 4

SBP and infection

1	นายแพทย์ศักรินทร์ จิรพงศธร	ประธานกลุ่ม
2	นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล	กรรมการ
3	แพทย์หญิงชนันtha หงส์นาก	กรรมการ
4	แพทย์หญิงเกศรินทร์ ถานะภิรมย์	กรรมการ
5	นายแพทย์กิตติยศ ภู่วรรรณ	กรรมการ
6	แพทย์หญิงอากัสณี โสภณสฤกษ์สุข	กรรมการ
7	แพทย์หญิงสรีตรา รัตนอมรพิน	กรรมการ

กลุ่มที่ 5

AKI and HRS

1	แพทย์หญิงอากัสณี โสภณสฤกษ์สุข	ประธานกลุ่ม
2	นายแพทย์สุพจน์ นิมอนงค์	กรรมการ
3	นายแพทย์อภิชาติ แก้วเดช	กรรมการ
4	แพทย์หญิงมณีนรัตน์ ชยานุกัทรกุล	กรรมการ
5	แพทย์หญิงกนกวรรณ ภิญโญพรพาณิชย์	กรรมการ
6	นายแพทย์ชิตชัย รัตนนุกรม	กรรมการ
7	แพทย์หญิงสรีตรา รัตนอมรพิน	กรรมการ

กลุ่มที่ 6

Portal HT and varices

1	นายแพทย์ศิษฏ์ ศิริมลพิวัฒน์	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงศิวะพร ไชยณูวัตติ	กรรมการ
3	นายแพทย์ศักรินทร์ จิรพงศธร	กรรมการ
4	แพทย์หญิงณัชชา ปันเจริญ	กรรมการ
5	นายแพทย์หม่อมหลวงทยา กิตติยากร	กรรมการ
6	นายแพทย์ณัฐพล อภรณ์สุจรกิจกุล	กรรมการ

กลุ่มที่ 7

Hepatic encephalopathy

1	นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงกนกวรรณ ภิญโญพรพาณิชย์	กรรมการ
3	แพทย์หญิงณัชชา จำรูญกุล	กรรมการ
4	นายแพทย์สุนทร ชลประเสริฐสุข	กรรมการ
5	นายแพทย์พงษ์ภพ อินทรประสงค์	กรรมการ
6	แพทย์หญิงอากัสณี โสภณสฤกษ์สุข	กรรมการ
7	แพทย์หญิงสรีตรา รัตนอมรพิน	กรรมการ

กลุ่มที่ 8

Nutrition and general management

1	แพทย์หญิงณัชชา จำรูญกุล	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงอภิญา สิริพันธ์	กรรมการ
3	นายแพทย์วัชรศักดิ์ ไชยยะปุตตะ	กรรมการ
4	แพทย์หญิงสุภัทศรี เศรษฐสินธุ์	กรรมการ
5	นายแพทย์วิศรุต มานะศิริสุข	กรรมการ
6	แพทย์หญิงอากัสณี โสภณสฤกษ์สุข	กรรมการ
7	นายแพทย์นริศร์ ลักขณานุกรักษ์	กรรมการ
8	นายแพทย์กันต์ธีร์ อนันตพงศ์	กรรมการ
9	แพทย์หญิงสรีตรา รัตนอมรพิน	กรรมการ

กลุ่มที่ 9

Surgery in cirrhosis

1	นายแพทย์วชิรศักดิ์ โชติยะปุตตะ	ประธานกลุ่ม
2	นายแพทย์ประวิวัฒน์ ไชลิตะมงคล	กรรมการ
3	นายแพทย์หม่อมหลวงทยา กิตติยากร	กรรมการ
4	แพทย์หญิงชนันทา หงส์ธนากร	กรรมการ
5	แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ	กรรมการ
6	นายแพทย์ชิตชัย รัตนนุกรม	กรรมการ
7	แพทย์หญิงสายพิน เมื่องแมน	กรรมการ

กลุ่มที่ 10

Liver transplant in cirrhosis

1	นายแพทย์พงษ์ภพ อินทรประสงค์	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงศิวะพร ไชยนิวดี	กรรมการ
3	แพทย์หญิงณัฏฐรัตน์ ชยานุกัทรกุล	กรรมการ
4	นายแพทย์สันตวิษณุ จันทร์รังสี	กรรมการ
5	นายแพทย์ณัฐพล อภรณ์สุจริตกุล	กรรมการ
6	นายแพทย์ประวิวัฒน์ ไชลิตะมงคล	กรรมการ
7	แพทย์หญิงอลิสรา ดำรงมณี	กรรมการ

กลุ่มที่ 11

Cirrhosis in children and adolescents

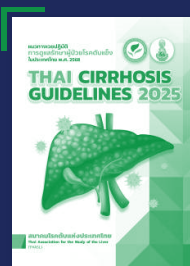
1	แพทย์หญิงวรรณุช จงศรีสวัสดิ์	ประธานกลุ่ม
2	แพทย์หญิงสุพร ตริพงษ์กรณา	กรรมการ
3	แพทย์หญิงฉัตรตมณี เลิศอุดมผลวนิช	กรรมการ
4	แพทย์หญิงอลิสรา ดำรงมณี	กรรมการ

อายุรแพทย์ทั่วไป

- 1 นายแพทย์กิตติ ชื่นยง
- 2 นายแพทย์คมสันต์ เลิศคูพิโนจ
- 3 นายแพทย์โอฬาร วิวัฒนาช่าง
- 4 แพทย์หญิงนทวรรณ สุขใส
- 5 แพทย์หญิงปิยวรรณ แสนเกษม
- 6 แพทย์หญิงอรุณลักษณ์ บุรณถาวรสม
- 7 แพทย์หญิงณพิชญา วิริยะ
- 8 นายแพทย์ภาคภูมิ คูวิจิตรสุวรรณ
- 9 นายแพทย์ภกร จิรลักข์
- 10 นายแพทย์ศิวกร ว่องไวทยกรกุล
- 11 นายแพทย์คณพล อมรพิทักษ์

บรรณาธิการ

- 1 นายแพทย์ศิษฏ์ ศิริมลพิวัฒน์
- 2 แพทย์หญิงอภัสณี โสภณสฤกษ์สุข
- 3 แพทย์หญิงณัฏฐรัตน์ ชยานุกัทรกุล
- 4 นายแพทย์อภิชาติ แก้วเดช
- 5 นายแพทย์วิศรุต มานะศิริสุข
- 6 แพทย์หญิงสิริตา รัตนอมรินทร์



โดยคณะอนุกรรมการทุกท่านได้ลงนามในเอกสารเพื่อแสดงว่า
ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง บางครั้งมีข้อคิดเห็นทางการแพทย์ที่ขัดแย้งกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่โรคลิพิดสูงผิดปกติ ควรรับประทานยาลดไขมันประเภท statin หรือไม่ หรือผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated ที่มีปัญหาอนไมหลับ ควรได้รับยานอนหลับหรือไม่ เป็นต้น ข้อคิดเห็นทางการแพทย์ที่ขัดแย้งกันหรือยังไม่ได้ข้อสรุป จึงนำมาสู่การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทย พ.ศ. 2568 ซึ่งได้รับความสนับสนุนการจัดทำจากสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย การดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ นี้เป็นไปตามหลักวิชาการและความเหมาะสมกับประเทศอย่างเป็นอิสระ ตามคู่มือการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 เริ่มแรกของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ มีคณะกรรมการและที่ปรึกษา 46 ท่าน โดยได้แบ่งหัวข้อของแนวทางเวชปฏิบัติฯ เป็น 11 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีประธานและคณะกรรมการกลุ่ม 4-9 ท่าน ใช้เวลา 4-5 เดือนในการจัดทำร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งประกอบด้วย 11 กลุ่มหัวข้อ โดยแต่ละหัวข้อของแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้มีการเขียนในรูปแบบของคำถาม (clinical question) ข้อเสนอแนะ (statement) และคำอธิบาย (rationale) การโหวตแนวทางเวชปฏิบัติฯ แบ่งเป็น 3 รอบใหญ่ โดยใช้ระบบ web-based ในการโหวตร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ตั้งแต่รอบที่ 2 ถึงรอบที่ 3 โดยในรอบสุดท้ายมีอายุรแพทย์ แพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ และอายุรแพทย์จากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศอีก 11 ท่าน รวมเป็น 57 ท่าน ร่วมกันโหวตร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในรอบที่ 3 จากนั้นมีการประชุมย่อยอีก 2-3 ครั้งจนได้ร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่มีข้อเสนอแนะ 120 ข้อ มี consensus ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 116 ข้อ และมี consensus น้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 4 ข้อ นำไปสู่การให้คำแนะนำอย่างยิ่ง (strongly recommend) 7 ข้อ คำแนะนำแบบมีเงื่อนไข (conditional recommend) 109 ข้อ และไม่แนะนำและไม่คัดค้าน (neither recommend nor against) 4 ข้อ จากนั้นร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้รับการตรวจพิสูจน์อักษรจนได้ร่างแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับพิสูจน์อักษรแล้ว จึงนำไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และนำเสนอในงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และงานประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จนได้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับสมบูรณ์ และนำเสนอคณะกรรมการเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อขอความเห็นชอบผ่านสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

และแม้ว่ากลุ่มผู้จัดทำได้พยายามจัดทำเวชปฏิบัติฯ นี้ให้เหมาะสมกับบริบทการบริการทางสาธารณสุขประเทศไทยมากที่สุดแล้ว การนำเวชปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ยังอาจจะมีอุปสรรคอยู่บ้าง ยกตัวอย่าง เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มบางชนิดที่ยังไม่มีแพร่หลายในประเทศไทย (เช่น การตรวจ transient elastography) หรือปัญหาด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านโรกระบบทางเดินอาหารยังมีจำกัดในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นการที่จะนำแนวทางในเวชปฏิบัติฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างสมบูรณ์อาจจะต้องมีการปรับตามความพร้อมด้านทรัพยากรด้านบุคลากร สถานที่และเครื่องมือในแต่ละพื้นที่

THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025

วัตถุประสงค์

1

เพื่อเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งแก่แพทย์เวชปฏิบัติ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์โรกระบบทางเดินอาหารและตับ บุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินโรคของโรคตับเรื้อรัง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง การวินิจฉัยโรคตับแข็ง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรคตับแข็ง

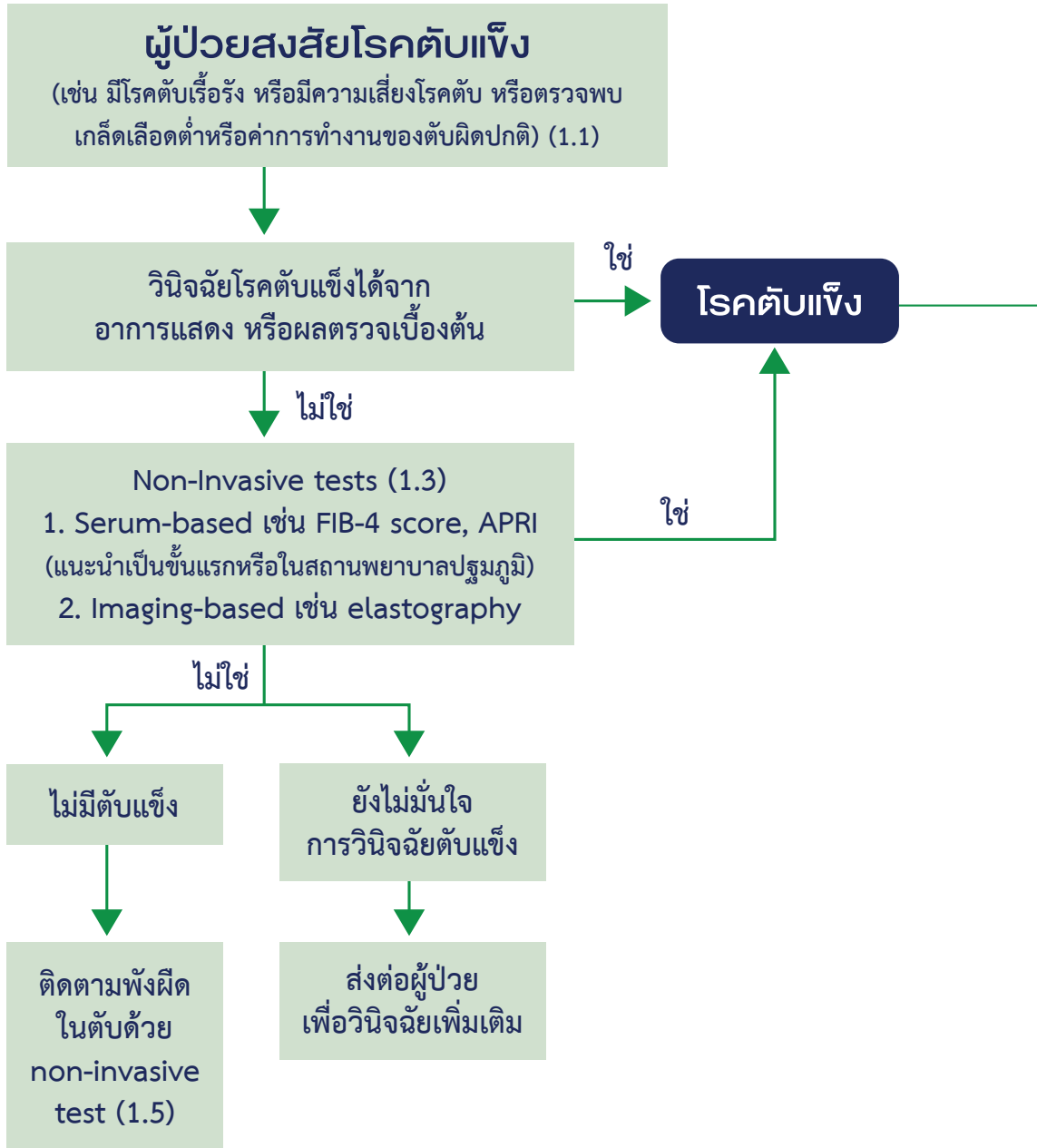
2

เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งที่ถูกต้องตามความเหมาะสม

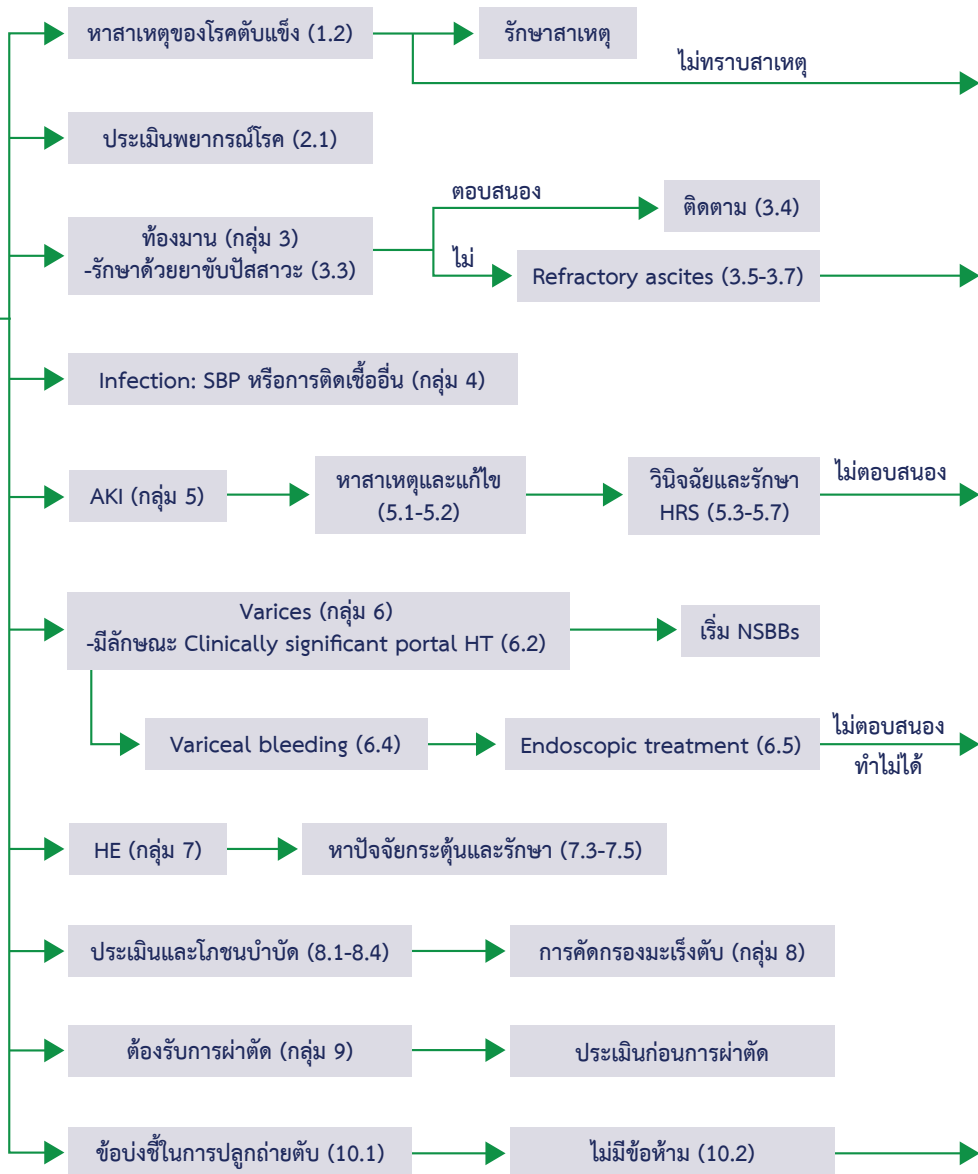
3

เพื่อรวบรวมเนื้อหาวิชาการของโรคตับแข็ง เผยแพร่องค์ความรู้และเป็นแหล่งค้นหาความรู้ และข้อมูลทางวิชาการสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์โรกระบบทางเดินอาหารและตับ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสนใจ

แผนผังแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง ในประเทศไทย พ.ศ. 2568

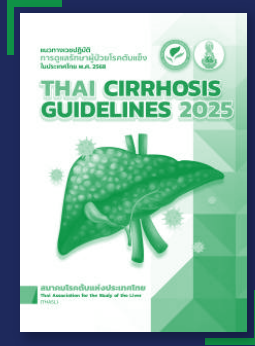


แผนผังแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568



พิจารณาส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางด้านโภชนาการและตับ

อ่านข้อมูลฉบับเต็ม
แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568
แบบ E-Book ใต้ที่ QR-Code นี้



สรุปคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งในเวชปฏิบัติ



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 1

การวินิจฉัยและการสืบค้นหาสาเหตุของโรคตับแข็ง

คำถามที่ 1.1: ผู้ป่วยรายใดควรสงสัยว่ามีโรคตับแข็ง

ข้อเสนอแนะที่ 1.1: ผู้ป่วยที่ควรสงสัยว่ามีโรคตับแข็ง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรัง หรือไม่รู้ว่ามีโรคตับมาก่อน แต่มีความเสี่ยงต่อโรคตับ ตรวจร่างกายมีอาการแสดงทางคลินิกของโรคตับเรื้อรัง ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเกล็ดเลือดต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ หรือตรวจทางรังสีวิทยาเข้าได้กับโรคตับแข็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคตับแข็งระยะ decompensated หรือจากภาวะแทรกซ้อน

คำถามที่ 1.2: การตรวจหาสาเหตุของโรคตับแข็งควรทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 1.2: ผู้ป่วยควรได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ เพื่อนำไปสู่การเลือกการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอย่างเหมาะสมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยหาสาเหตุโรคตับแข็ง

คำถามที่ 1.3: การวินิจฉัยโรคตับแข็งควรทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 1.3.1: สำหรับ non-invasive tests แนะนำให้ใช้ 1). serum based scoring system เช่น fibrosis-4 index (FIB-4) และ AST-to-platelet ratio index (APRI) เป็นต้น หรือ 2). imaging-based system ได้แก่ transient elastography การตรวจอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า โดยใช้ค่าจุดตัดที่แตกต่างกันตามสาเหตุของโรค

ข้อเสนอแนะที่ 1.3.2: สำหรับ invasive test แนะนำให้ตรวจชิ้นเนื้อตับ ในกรณียังสงสัยโรคตับแข็ง แต่ผล non-invasive tests ไม่ชัดเจน หรือเพื่อหาสาเหตุของโรคตับแข็งอย่างแน่ชัด โดยเฉพาะในผู้ป่วย autoimmune hepatitis และประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่องานวิจัยทางคลินิก เช่น โรคตับคั่งไขมันหรือโรคตับจากแอลกอฮอล์

คำถามที่ 1.4: ในสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถวินิจฉัยโรคตับแข็งได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 1.4: การวินิจฉัยโรคตับแข็งในสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถทำได้โดยการตรวจเลือด ได้แก่ การตรวจปริมาณเกล็ดเลือด ค่า aspartate aminotransferase และ alanine aminotransferase เพื่อนำมาคำนวณค่า FIB-4

คำถามที่ 1.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือโรคตับเรื้อรังควรได้รับการติดตามพังผืดในตับอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 1.5.1: ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังควรได้รับการประเมินพังผืดในตับว่าเข้าสู่พังผืดระดับรุนแรง หรือโรคตับแข็งหรือยังด้วย non-invasive test คือ FIB-4 เป็นอันดับแรก กรณีผล FIB-4 มีค่าก้ำกึ่ง แนะนำให้ตรวจด้วย transient elastography เป็นลำดับถัดไป หากยังได้ผลก้ำกึ่ง แนะนำให้ตรวจชิ้นเนื้อตับ

ข้อเสนอแนะที่ 1.5.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ compensated การติดตามพังผืดในตับด้วย FIB-4 หรือ transient elastography ร่วมกับจำนวนเกล็ดเลือด สามารถบอกการดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้

คำถามที่ 1.6: ควรส่งต่อผู้ป่วยโรคตับแข็งเมื่อไหร่

ข้อเสนอแนะที่ 1.6: พิจารณาส่งต่อในกรณีที่ตรวจ non-invasive test แล้วยังไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคตับแข็ง เพื่อรักษาสาเหตุของโรคตับแข็ง หรือผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งรุนแรง เพื่อการรักษาจำเพาะและประเมินหรือในการปลูกถ่ายตับ



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 2

การดำเนินโรคและการประเมินพยากรณ์โรค

คำถามที่ 2.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับการประเมินพยากรณ์โรคอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 2.1: การประเมิน liver stiffness measurement, Child-Turcotte-Pugh (CTP) score หรือ Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score มีบทบาทในการประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและโอกาสเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือ compensated advanced chronic liver disease

คำถามที่ 2.2: กลุ่มยาชนิดใดบ้างที่สามารถป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะ acute decompensation หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ compensated ตลอดจนชะลอ หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคตับแข็ง

ข้อเสนอแนะที่ 2.2.1: การให้ยา non-selective beta blockers (NSBBs) ระยะยาว ในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะเริ่มต้นที่มี clinically significant portal hypertension (CSPH) สามารถชะลอการเกิดภาวะท้องมานและการเกิดภาวะ decompensation

ข้อเสนอแนะที่ 2.2.2: ควรเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม statin ในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated หากมีความจำเป็นต้องใช้ควรเริ่มจากขนาดยาต่ำ

ข้อเสนอแนะที่ 2.2.3: ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะแนะนำให้ใช้ยา rifaximin ร่วมกับการรักษามาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิด hepatic encephalopathy (HE) ครั้งแรก

ข้อเสนอแนะที่ 2.2.4: การใช้ยา rifaximin ร่วมกับการรักษามาตรฐานช่วยลดการเกิด HE ช้ำ และอาจได้ประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิด decompensating events ในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated และอาจลดอัตราการเสียชีวิต

คำถามที่ 2.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ acute decompensation (AD) หรือ acute-on-chronic liver failure (ACLF) ควรวินิจฉัยได้รับการค้นหาสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 2.3.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ AD หรือ ACLF ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยทั้งสาเหตุในตับและนอกตับ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียโดยเฉพาะ spontaneous bacterial peritonitis และการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร การกำเริบของไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ยาและสมุนไพร

ข้อเสนอแนะที่ 2.3.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ AD หรือ ACLF ที่ตรวจไม่พบสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อย ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุที่พบบรองลงไป ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ดีและอี, Wilson’s disease, autoimmune hepatitis, ภาวะตับขาดเลือด และสาเหตุนอกตับ ได้แก่ การติดเชื้อ การผ่าตัดที่ส่งผลต่อการทำงานของตับ โดยการเลือกตรวจควรพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในแต่ละราย

คำถามที่ 2.4: อะไรเป็นผลกระทบของโรคร่วม รวมถึงแอลกอฮอล์และกลุ่มอาการเมแทบอลิกต่อโรคตับแข็ง

ข้อเสนอแนะที่ 2.4.1: การดื่มแอลกอฮอล์แม้ในปริมาณน้อย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด decompensation มะเร็งตับ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งโดยไม่จำกัดเฉพาะโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกรายงดดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะที่ 2.4.2: การมีปัจจัยด้านเมแทบอลิกร่วมด้วย โดยเฉพาะเบาหวานในผู้ป่วยโรคตับแข็งไม่ว่าจากสาเหตุใด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่มากขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงด้วยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง และควรให้การดูแลรักษาปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 3

ภาวะท้องมานในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คำถามที่ 3.1: ผู้ป่วยที่มีท้องมานที่ได้รับการเจาะตรวจน้ำในท้อง ควรส่งตรวจอะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะที่ 3.1.1: ผู้ป่วยที่มีท้องมานเป็นครั้งแรก ควรได้รับการเจาะตรวจน้ำในช่องท้องทุกราย

ข้อเสนอแนะที่ 3.1.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมานอยู่เดิม หากมีการทรุดลงของผู้ป่วยไม่ว่าอาการใด หรือมีน้ำในช่องท้องมากขึ้น แม้จะรับประทานยาขับปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรได้รับการเจาะและส่งตรวจสารน้ำในช่องท้องเพิ่ม

ข้อเสนอแนะที่ 3.1.3: ผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือมีเกล็ดเลือดต่ำ ไม่ถือเป็นข้อห้ามของการเจาะตรวจน้ำในช่องท้อง และโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องให้ส่วนประกอบของเลือดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของค่าเหล่านี้ก่อนทำหัตถการ

ข้อเสนอแนะที่ 3.1.4: เมื่อเจาะน้ำในช่องท้องแล้ว ควรส่งตรวจนับและแยกชนิดเซลล์ ตรวจค่าแอลบูมิน และโปรตีนในน้ำเจาะท้องด้วยทุกครั้ง แต่การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ให้พิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายๆ ไป

คำถามที่ 3.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมาน ควรบริโภคเกลือปริมาณเท่าใด

ข้อเสนอแนะที่ 3.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมาน แนะนำให้มีการจำกัดเกลือในระดับปานกลาง ปริมาณไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน

คำถามที่ 3.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมานควรเริ่มการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 3.3.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมานครั้งแรกตั้งแต่ระดับ 2 ควรได้รับยาขับปัสสาวะ spironolactone ขนาดเริ่มต้น 50-100 มก./วัน อาจให้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ furosemide ได้ ขนาดเริ่มต้น 20-40 มก./วัน

ข้อเสนอแนะที่ 3.3.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมานยาวนานหรือกลับเป็นซ้ำ แนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะ 2 ชนิดร่วมกันตั้งแต่ต้น

คำถามที่ 3.4: ผู้ป่วยท้องมานที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรได้รับการติดตามอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 3.4.1: ผู้ป่วยท้องมานที่รับประทานยาขับปัสสาวะควรได้รับการประเมินอาการ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก ตรวจสอบระดับการทำงานของไต เกล็ดเลือดขาวและโพแทสเซียมเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะที่ 3.4.2: ควรหยุดยาขับปัสสาวะกรณีมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ระดับโซเดียมน้อยกว่า 120-125 มิลลิโมลต่อลิตร, acute kidney injury, hepatic encephalopathy และตะคริวรุนแรง หรือหยุดยาขับปัสสาวะ furosemide กรณีโพแทสเซียมน้อยกว่า 3 มิลลิโมลต่อลิตร หรือหยุดยา spironolactone กรณีโพแทสเซียมมากกว่า 6 มิลลิโมลต่อลิตร

คำถามที่ 3.5: ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานชนิด refractory ascites ควรได้รับยาขับปัสสาวะต่อหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 3.5: ผู้ป่วย refractory ascites ส่วนใหญ่มักต้องลดขนาดยาขับปัสสาวะลงหรือหยุดยา ในกรณีนี้ควรพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น การทำ large-volume paracentesis หรือ transjugular intrahepatic portosystemic shunt หรืออาจพิจารณาใช้ยาอื่นที่มีข้อมูลว่าสามารถใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น midodrine

คำถามที่ 3.6: ผู้ป่วย refractory ascites ที่ได้รับการทำ large-volume paracentesis (LVP) ควรได้รับสารแอลบูมินหรือสารน้ำทดแทนเช่นไร

ข้อเสนอแนะที่ 3.6: ผู้ป่วย refractory ascites ที่ได้รับการทำ LVP ควรได้รับแอลบูมินทางหลอดเลือดดำ ในขนาด 6 ถึง 8 กรัมต่อลิตรของน้ำในท้องที่เจาะออก ในกรณีที่เจาะระบายน้ำในช่องท้องมากกว่า 5 ลิตร แต่ถ้าเจาะระบายน้ำในช่องท้องน้อยกว่า 5 ลิตร อาจพิจารณาให้สารน้ำอื่นๆ ชนิด colloids ทดแทนได้

คำถามที่ 3.7: ผู้ป่วยที่ refractory ascites รายใดที่ควรได้รับการรักษาด้วย transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)

ข้อเสนอแนะที่ 3.7: ผู้ป่วยที่ refractory ascites ที่ควรพิจารณาการรักษาด้วย TIPS เช่น ผู้ป่วยที่รอกการปลูกถ่ายตับและไม่มีข้อห้ามในการทำ TIPS ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ควรทำ TIPS ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี หรือมีค่าการทำงานของตับที่ไม่ดี หรือมีภาวะ hepatic encephalopathy รวมถึงมีโรคร่วมอื่นที่เป็นข้อห้าม

คำถามที่ 3.8: ผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatic hydrothorax ควรรักษาอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 3.8: ผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatic hydrothorax แนะนำให้เริ่มรักษาด้วยการจำกัดเกลือและยาขับปัสสาวะ โดยแนะนำให้เจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ไม่แนะนำให้ใส่สายเพื่อระบายน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น อาจจะพิจารณาทำ TIPS และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินการปลูกถ่ายตับ

คำถามที่ 3.9: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ควรได้รับการรักษาด้วยการให้เกลือแองโกลดการบิริโกลเกลือ

ข้อเสนอแนะที่ 3.9.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำร่วมกับภาวะท้องมานหรือบวม แนะนำให้ลดการบริโภคน้ำและจำกัดการบริโภคน้ำเปล่า และไม่แนะนำให้ใช้เม็ดเกลือแอง (salt tablet)

ข้อเสนอแนะที่ 3.9.2: สำหรับกรณีที่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำชนิดที่มีปริมาณน้ำในร่างกายต่ำ แนะนำให้ใช้สารละลายชนิดคริสตัลลอยด์หรือสารละลายแอลบูมินความเข้มข้นร้อยละ 5 ทางหลอดเลือดดำ คู่กับการหยุดยาขับปัสสาวะ และ/หรือยาระบาย

คำถามที่ 3.10: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำควรได้รับการรักษาด้วย vasopressin receptor 2 (V2) antagonist (tolvaptan) หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 3.10: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำกว่า 125 มิลลิโมล/ลิตร สามารถพิจารณาให้การรักษาด้วยยา tolvaptan ได้ โดยเริ่มที่ขนาด 15 มก./วัน และเพิ่มขนาดขึ้นตามการตอบสนองของระดับโซเดียมได้ถึง 60 มก./วัน โดยระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 30 วัน ในขณะที่ให้ยา tolvaptan ในระยะแรก ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังระดับโซเดียมในเลือดอย่างใกล้ชิด

คำถามที่ 3.11: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมานควรได้รับสารแอลบูมินทางหลอดเลือดดำเป็นประจำหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 3.12: ปัจจุบันยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับสารแอลบูมินทางหลอดเลือดดำเป็นประจำ

คำถามที่ 3.12: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานสามารถให้ยา non-selective beta-blockers (NSBBs) ได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 3.12.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน ไม่ถือเป็นข้อห้ามสำหรับการให้ยา NSBBs

ข้อเสนอแนะที่ 3.12.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานชนิด refractory ascites หรือมี spontaneous bacterial peritonitis สามารถให้ยา NSBBs ได้ แต่ควรพิจารณาในขนาดที่ไม่เกิน 80 มก./วัน หรือเทียบเท่า และพิจารณาลดหรือหยุดยา NSBBs หากผู้ป่วยมีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure, MAP) <65 มม.ปรอท หรือมี acute kidney injury



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 4

Spontaneous bacterial peritonitis และการติดเชื้อแบคทีเรีย

คำถามที่ 4.1: การรักษา spontaneous bacterial peritonitis (SBP) จำเป็นต้องครอบคลุมเชื้อดื้อยาตั้งแต่ต้นหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 4.1.1: ควรเริ่มยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำให้ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่เป็นไปได้ ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัย SBP หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง (ใช้ นิวโทรฟิลของน้ำในช่องท้อง ≥ 250 เซลล์/ลบ.มม.)

ข้อเสนอแนะที่ 4.1.2: ยาปฏิชีวนะที่ควรพิจารณาให้เป็นตัวแรกในผู้ป่วย community-acquired SBP ได้แก่ ยาในกลุ่ม 3rd generation cephalosporins เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5-7 วัน

ข้อเสนอแนะที่ 4.1.3: ผู้ป่วย nosocomial SBP หรือ healthcare-associated SBP หรือมีภาวะ severe sepsis หรือ shock ควรพิจารณาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

คำถามที่ 4.2: แอลบูมินมีบทบาทในการรักษา spontaneous bacterial peritonitis (SBP) หรือไม่

คำแนะนำที่ 4.2: แนะนำให้รักษา SBP โดยการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการให้แอลบูมินขนาด 1.5 ก./น้ำหนักตัว 1 กก. ภายใน 6 ชม. หลังวินิจฉัย SBP ตามด้วยขนาด 1 ก./น้ำหนักตัว 1 กก. ในวันที่ 3 โดยพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด hepatorenal syndrome ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ มีระดับบิลิรูบิน >4 มก./ดล. หรือซีรั่มครีเอตินีน >1 มก./ดล. หรือ BUN >30 มก./ดล.

คำถามที่ 4.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายใดควรได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prophylaxis) สำหรับการเกิด spontaneous bacterial peritonitis (SBP)

คำแนะนำที่ 4.3: ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการเกิด SBP แบบปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงใน 2 กรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยโรคตับแข็งและมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ควรให้ยา ceftriaxone ขนาด 1 ก./วัน ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 5-7 วัน
- ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีท้องมาน และมีระดับโปรตีนในน้ำในท้องน้อยกว่า 1.5 ก./ดล. ร่วมกับการทำงานของไตผิดปกติ (ซีรั่มครีเอตินีน >1.2 มก./ดล. หรือ BUN >25 มก./ดล. หรือซีรั่มโซเดียม <130 มิลลิโมล/ลิตร) หรือมีการทำงานของตับบกพร่องรุนแรง (Child -Pugh score >9 ร่วมกับบิลิรูบิน >3 มก./ดล.) ควรพิจารณาให้ยา norfloxacin หรือ ciprofloxacin ชนิดรับประทาน ระยะยาวในรายที่เหมาะสม

คำถามที่ 4.4: การรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียอื่น นอกเหนือจาก spontaneous bacterial peritonitis จำเป็นต้องครอบคลุมเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรกหรือไม่

คำแนะนำที่ 4.4: แนะนำให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรกรับในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียในกรณีที่เป็นการติดเชื้อที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หรือเป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล โดยควรพิจารณายาปฏิชีวนะให้เหมาะสมตามข้อมูลทางระบาดวิทยาของเชื้อดื้อยา

คำถามที่ 4.5: แอลบูมินมีบทบาทในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ นอกเหนือจาก spontaneous bacterial peritonitis (SBP) หรือไม่

คำแนะนำที่ 4.5: ไม่มีหลักฐานว่าแอลบูมินมีประโยชน์ในภาวะติดเชื้อแบคทีเรียอื่นนอกเหนือจาก SBP

คำถามที่ 4.6: ยาลดกรดกลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือไม่

คำแนะนำที่ 4.6: ยาลดกรดกลุ่ม PPI เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 5

Acute kidney injury IIa: hepatorenal syndrome

คำถามที่ 5.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ acute kidney injury (AKI) ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุของภาวะ AKI อย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 5.1.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ AKI แนะนำให้พิจารณาตรวจหาสาเหตุของภาวะ AKI โดยการตรวจปัสสาวะและอัลตราซาวด์ของระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะที่ 5.1.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ AKI อาจส่งตรวจระดับ neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) ในปัสสาวะเพื่อช่วยการวินิจฉัยแยกภาวะ acute tubular necrosis หากสามารถส่งตรวจได้

ข้อเสนอแนะที่ 5.1.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดภาวะ AKI ควรได้รับการประเมินหาสาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่ การใช้ยาที่มีผลต่อไต การติดเชื้อ การขาดสารน้ำ การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร การได้รับยาขับปัสสาวะปริมาณมาก การทำ large volume paracentesis โดยไม่มีการชดเชยสารน้ำที่สูญเสียไปด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เพียงพอ

คำถามที่ 5.2: การให้สารละลายแอลบูมินร่วมกับสารน้ำเพิ่มปริมาตร (volume expander) ทางหลอดเลือดดำช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของภาวะ acute kidney injury (AKI) ในผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 5.2: การทำงานของไตที่ดีขึ้นหลังจากการให้แอลบูมินขนาด 1 ก./น้ำหนักตัว 1 กก./วัน เป็นเวลาติดต่อกัน 2 วัน ใช้ในการวินิจฉัยแยก pre-renal AKI จาก hepatorenal syndrome-AKI

คำถามที่ 5.3: การให้ยา terlipressin ร่วมกับแอลบูมินมีบทบาทในการรักษา กลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS-AKI) หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 5.3: การให้ยา terlipressin ร่วมกับแอลบูมินมีประโยชน์ในการรักษาภาวะ HRS-AKI โดยสามารถทำให้การทำงานของไตดีขึ้น ระดับครีเอตินินในซีรัมลดลง

คำถามที่ 5.4: การให้ยา norepinephrine ร่วมกับแอลบูมินมีประสิทธิภาพในการรักษา กลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS)-AKI เทียบเท่ากับยา terlipressin ร่วมกับแอลบูมินหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 5.4: การให้ยา norepinephrine ร่วมกับแอลบูมินมีประสิทธิภาพในการรักษา กลุ่มอาการ HRS-AKI เทียบเท่ากับยา terlipressin ร่วมกับแอลบูมิน ในแง่การเพิ่มการหายจาก HRS-AKI และลดอัตราการเสียชีวิต

คำถามที่ 5.5: ผู้ป่วยกลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS) ที่ได้รับการรักษาด้วยสารบีบหลอดเลือด (vasoconstrictor) ควรมีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 5.5: ผู้ป่วย HRS ที่ได้รับการรักษาด้วยสารบีบหลอดเลือดควรมีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาด้วยซีรัมครีเอตินิน ซีรัมโซเดียม ปริมาณปัสสาวะต่อวัน ความดันโลหิต และอาการทางคลินิก เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา

คำถามที่ 5.6: ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS) ควรหยุดการให้สารบีบหลอดเลือด (vasoconstrictor) เมื่อใด

ข้อเสนอแนะที่ 5.6: ควรหยุดการให้สารบีบหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มอาการ HRS เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองสมบูรณ์ หรือเมื่อให้สารบีบหลอดเลือดจนถึง 14 วันแล้วผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อยา หรือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการให้สารบีบหลอดเลือด

คำถามที่ 5.7: การบำบัดทดแทนไตมีบทบาทในผู้ป่วยกลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS)-AKI ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 5.7: ไม่มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ที่ชัดเจนในการรักษาภาวะ HRS-AKI ด้วยการบำบัดทดแทนไต อาจพิจารณาเป็น bridging therapy ในผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายตับ

คำถามที่ 5.8: การปลูกถ่ายตับมีบทบาทในการรักษากลุ่มอาการ hepatorenal syndrome (HRS)-AKI หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 5.8: การปลูกถ่ายตับมีบทบาทสำคัญในการรักษากลุ่ม HRS-AKI ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาบีบหลอดเลือด (vasoconstrictor) ร่วมกับแอลบูมิน



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 6

ภาวะความดันพอร์ทัลสูงและหลอดเลือดขดที่หลอดอาหารในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คำถามที่ 6.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายใดควรได้รับการคัดกรองหลอดเลือดขดที่หลอดอาหารด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy, EGD)

ข้อเสนอแนะที่ 6.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated ควรพิจารณาทำการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อคัดกรองหลอดเลือดขดที่หลอดอาหารทุกราย ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ compensated สมควรที่จะได้เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเช่นกัน แต่ในรายที่มีค่า liver stiffness measurement <20 กิโลปาสคาล และระดับเกล็ดเลือด >150,000/ลบ.มม. แพทย์อาจพิจารณางดเว้นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นไปก่อนได้

คำถามที่ 6.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายใดควรได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม non-selective beta-blockers (NSBBs) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันพอร์ทัลสูง

ข้อเสนอแนะที่ 6.2: ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับ clinically significant portal hypertension (CSPH) ทุกรายควรพิจารณาให้ NSBBs เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันพอร์ทัลสูง โดยพิจารณาให้ยา carvedilol เป็นยาตัวแรก

คำถามที่ 6.3: ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ควรได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม non-selective beta-blockers (NSBBs) แต่ไม่สามารถให้ได้ เช่น มีข้อห้ามหรือเกิดผลข้างเคียง มีแนวทางการรักษาอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 6.3: ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยา NSBBs ได้ควรพิจารณาการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อตรวจคัดกรองหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหาร โดยเฉพาะในกรณีค่า liver stiffness measurement ≥ 20 กิโลปาสคาลหรือเกล็ดเลือด $\leq 150,000$ /ลบ.มม. หากตรวจพบหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหารขนาดใหญ่ ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธี endoscopic variceal ligation (EVL)

คำถามที่ 6.4: ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดขดทางเดินอาหารเฉียบพลัน (acute variceal bleeding) ควรได้รับการดูแลรักษาทั่วไปอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 6.4: ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดขดทางเดินอาหารเฉียบพลันควรได้รับการดูแลรักษาทั่วไป ด้วยยาลดความดันพอร์ทัล ยาปฏิชีวนะ และให้เลือดให้ระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง 7-9 กรัม/ดล.

คำถามที่ 6.5: แนวทางการรักษาด้วยการส่องกล้อง (endoscopic treatment) ในผู้ป่วยที่เลือดออกจากหลอดเลือดขดทางเดินอาหารเฉียบพลันเป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 6.5: ผู้ป่วยที่เลือดออกจากหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหารควรได้รับการรักษาโดยวิธี endoscopic variceal ligation (EVL) สำหรับหลอดเลือดขดที่กระเพาะอาหารควรได้รับการรักษาโดยวิธี cyanoacrylate injection และนัดผู้ป่วยกลับมารักษากันหลอดเลือดขดขยุบหาย

คำถามที่ 6.6: ทบทางของ transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) และการรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยเลือดออกจากหลอดเลือดขดทางเดินอาหารเป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 6.6: ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือ สามารถพิจารณาการทำ TIPS ในผู้ป่วยเลือดออกจากหลอดเลือดขดทางเดินอาหารที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยที่เกิดเลือดออกซ้ำ หลังจากได้รับการรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการทำ TIPS และการปลูกถ่ายตับ อาจพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาการรักษาด้วย portosystemic shunt surgery ในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการรักษา

คำถามที่ 6.7: ผู้ป่วยเลือดออกจากหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหารเดียบพลันที่ได้รับการรักษาแล้ว ควรได้รับการรักษาต่ออย่างไรเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ

ข้อเสนอแนะที่ 6.7: การรักษาหลักเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหาร ได้แก่ การให้ยากลุ่ม non-selective beta-blockers (NSBBs) ร่วมกับการทำ endoscopic variceal ligation (EVL)

คำถามที่ 6.8: แนวทางการรักษาและป้องกันภาวะเลือดออกจาก portal hypertensive gastropathy (PHG) เป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 6.8: แนวทางการรักษาและป้องกันภาวะเลือดออกจาก PHG ประกอบไปด้วยยา non-selective beta-blockers (NSBBs), argon plasma coagulation (APC) และ transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) โดยพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 7

Hepatic encephalopathy ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คำถามที่ 7.1: ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีสติสัมปชัญญะผิดปกติ การตรวจซีรัมแอมโมเนียมีประโยชน์ในการวินิจฉัย hepatic encephalopathy (HE) หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 7.1: ไม่แนะนำการวินิจฉัย HE ด้วยการตรวจวัดการเพิ่มขึ้นระดับซีรัมแอมโมเนีย

คำถามที่ 7.2: ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีสติสัมปชัญญะผิดปกติ การตรวจทางรังสีวิทยา มีประโยชน์ในการวินิจฉัย hepatic encephalopathy (HE) หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 7.2: การวินิจฉัย HE ด้วยการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีสติสัมปชัญญะผิดปกติไม่มีประโยชน์ แต่อาจจะมีประโยชน์ช่วยแยกโรคในสมองอื่นๆ ในกรณีที่ประวัติหรือการตรวจร่างกายไม่สามารถแยกโรคได้

คำถามที่ 7.3: การตรวจหาและแก้ไขปัจจัยส่งเสริมการเกิด hepatic encephalopathy (HE) มีประโยชน์ในการป้องกันและรักษา overt HE หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 7.3: การตรวจหาและแก้ไขปัจจัยส่งเสริมการเกิด HE มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและรักษา overt HE

คำถามที่ 7.4: ยา lactulose มีประโยชน์หรือไม่ในการรักษา overt hepatic encephalopathy (HE)

ข้อเสนอแนะที่ 7.4: ยา lactulose มีประโยชน์ในการรักษา overt HE

คำถามที่ 7.5: การรักษาอื่นร่วมกับ lactulose (เช่น rifaximin, ยาปฏิชีวนะชนิดอื่น, แอลบูมิน, probiotics, branched-chain amino acid, l-ornithine l-aspartate และ liver support system) มีประโยชน์หรือไม่ในการรักษา overt hepatic encephalopathy (HE)

ข้อเสนอแนะที่ 7.5: การรักษาอื่นที่ใช้ร่วมกับ lactulose และมีประโยชน์เพิ่มขึ้นในการรักษา overt HE ได้แก่ ยา rifaximin และการให้แอลบูมินทางหลอดเลือดดำ

คำถามที่ 7.6: Lactulose มีประโยชน์หรือไม่ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ hepatic encephalopathy (HE)

ข้อเสนอแนะที่ 7.6: แนะนำให้ lactulose เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ overt HE

คำถามที่ 7.7: การรักษาอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกับ lactulose (เช่น rifaximin, ยาปฏิชีวนะชนิดอื่น, แอลบูมิน, probiotics, branched-chain amino acid, l-ornithine l-aspartate และการรักษาทางโภชนาการ) ทำให้มีประโยชน์เพิ่มขึ้นหรือไม่ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ overt hepatic encephalopathy (HE)

ข้อเสนอแนะที่ 7.7: การให้ rifaximin ร่วมกับ lactulose มีประโยชน์ในการช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของ HE ในผู้ป่วยที่เกิด HE ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นมากกว่าเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

คำถามที่ 7.8: ควรให้การป้องกัน overt hepatic encephalopathy (HE) ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ไม่เคยเกิด overt HE มาก่อนในกรณีใดบ้างและทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 7.8: การให้ lactulose ทางปากหรือทางสายยางในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร สามารถป้องกันการเกิด overt HE ได้

คำถามที่ 7.9: จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะ minimal hepatic encephalopathy (HE) ในผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกรายหรือไม่และอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 7.9: ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกรายควรได้รับการคัดกรองภาวะ minimal HE โดยการใช้ animal naming test และยืนยันการวินิจฉัยภาวะ minimal HE โดยใช้ psychometric test อย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับการรักษาให้รักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย HE โดยใช้ lactulose หรือ rifaximin เป็นต้น



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 8

ภาวะโภชนาการและการดูแลทั่วไปในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คำถามที่ 8.1: การประเมินภาวะทุพโภชนาการและมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยโรคตับแข็งทำได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.1.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกรายควรได้รับการคัดกรองทางโภชนาการ (nutrition screening) โดยจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1). Child-Pugh C หรือ 2). ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) <18.5 กก./ม.² หรือ 3). ความเสี่ยงสูงจากเครื่องมือคัดกรองทางโภชนาการ โดยแนะนำเครื่องมือ Royal Free Hospital Nutrition Prioritizing Tool (RFH-NPT)

ข้อเสนอแนะที่ 8.1.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีความเสี่ยงสูงจากการคัดกรองทางโภชนาการ ควรได้รับการประเมินทางโภชนาการ (nutrition assessment) และการประเมินมวลกล้ามเนื้อ เครื่องมือประเมินและวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการที่แนะนำ คือ subjective global assessment (SGA), the Royal Free Hospital Global Assessment (RFH-GA), และ Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria

ข้อเสนอแนะที่ 8.1.3: การประเมินกล้ามเนื้อ เครื่องมือที่สามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ ได้แก่ การวัดการทำงานของกล้ามเนื้อโดย handgrip strength test และการวัดมวลกล้ามเนื้อด้วยวิธี bioelectrical impedance analysis (BIA) สามารถใช้ค่า skeletal muscle index (SMI) ที่กระดูกสันหลังระดับ L3 ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการทำเอกซเรย์ ซึ่งถือเป็นวิธีมาตรฐานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อยู่แล้วและสามารถวัดได้

คำถามที่ 8.2: การดูแลทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับแข็งมีแนวทางอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.2.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับพลังงานอย่างน้อย 30-35 กิโลแคลอรี/กก./วัน สำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีโรคอ้วนควรได้รับพลังงานตามดัชนีมวลกาย กล่าวคือ 25-35 กิโลแคลอรี/กก./วัน ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย 30-40 กก./ม.² และ 20-25 กิโลแคลอรี/กก./วัน ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย >40 กก./ม.² และควรได้รับโปรตีนอย่างน้อย 1.2-1.5 กรัม/กก./วัน

ข้อเสนอแนะที่ 8.2.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรรับประทานอาหารสุกสะอาด หลากหลายและดีต่อสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือโรคตับแข็งระยะ decompensated แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อดึก (late evening snack) เพื่อป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ

ข้อเสนอแนะที่ 8.2.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานและบวม ควรจำกัดการรับประทานเกลือน้อยกว่า 5 ก./วัน

ข้อเสนอแนะที่ 8.2.4: ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ควรพิจารณาให้อาหารเสริมทางการแพทย์ (oral nutritional supplements, ONS) อาหารทางทางเดินอาหาร (enteral nutrition, EN) และอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition, PN) ตามลำดับ

คำถามที่ 8.3: Branched-chain amino acids (BCAA) มีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือไม่ อย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.3: BCAA มีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ไม่สามารถรับประทานอาหารโปรตีนปกติได้เพียงพอ

คำถามที่ 8.4: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับการเสริม micronutrients หรือไม่และอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.4.1: แนะนำเสริม micronutrients ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง/โรคตับเรื้อรัง ที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีอาการ/อาการแสดงของการขาดสารวิตามินและแร่ธาตุรวม (multivitamins and minerals) โดยเสริมในขนาดปกติอย่างน้อยในช่วง 2 สัปดาห์แรก หรือจนกว่าจะรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ 8.4.2: แนะนำเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับวิตามินดีในผู้ป่วยโรคตับแข็ง และเสริมวิตามินดีในกรณีพบว่ามีระดับต่ำกว่า 20 นก./มล.

ข้อเสนอแนะที่ 8.4.3: การเสริมสังกะสีมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะ hepatic encephalopathy (HE) แนะนำเสริมในผู้ที่ตรวจพบระดับสังกะสีต่ำ

คำถามที่ 8.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรรับประทานอาหารเสริมหรือสมุนไพรหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 8.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งไม่ควรรับประทานอาหารเสริมหรือสมุนไพร เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดตับอักเสบ ตับอักเสบรุนแรง และ acute-on-chronic liver failure (ACLF)

คำถามที่ 8.6: ผู้ป่วยโรคตับแข็งสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.6: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจออกกำลังกายชนิดแอโรบิก หรือใช้แรงต้าน เพื่อลดการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและ frailty แนะนำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคตับแข็งควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้ป่วย Child B และ C

คำถามที่ 8.7: การเลือกสุบบุหรี่มีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 8.7: การสุบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการรุดหน้าของพังผืดในตับ และเพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งตับ ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลิกบุหรี่

คำถามที่ 8.8: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่นอนไม่หลับ ควรทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.8: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับควรได้รับการตรวจประเมินภาวะ hepatic encephalopathy (HE) เพื่อแก้ไขต้นเหตุ โดยการพบว่าปัญหาการนอนของผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับ HE สามารถพิจารณาใช้ยาช่วยนอนหลับที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากข้อมูลประสิทธิภาพในระยะยาว และความปลอดภัยยังมีจำกัด

คำถามที่ 8.9: อาการตะคริวในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ควรประเมินและรักษาอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.9: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีอาการตะคริวมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ยาที่มีผลทำให้ระยะเวลา ความถี่และความรุนแรงของตะคริวลดลง ได้แก่ orphenadrine, baclofen, methocarbamol, pregabalin และ quinine อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยง quinine เพราะยามีผลข้างเคียงหลายอย่าง

คำถามที่ 8.10: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีโอกาสกระดูกหัก (fracture) จากภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) มากกว่าประชากรปกติหรือไม่ และสามารถป้องกันได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.10: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีโอกาสกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนสูงกว่าคนทั่วไป 2 เท่า สามารถป้องกันโดยการตรวจคัดกรองความหนาแน่นของกระดูก (bone mineral density, BMD) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกพรุน

คำถามที่ 8.11: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับวัคซีนอะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะที่ 8.11: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับวัคซีนเพิ่มเติมจากคำแนะนำในประชากรทั่วไป ได้แก่ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B vaccine)

คำถามที่ 8.12: เมื่อผู้ป่วยโรคตับแข็งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ควรได้รับการดูแลอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 8.12.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต (end-of-life stage) ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และอาจทำควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรค (disease-directed treatment) โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นความสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะที่ 8.12.2: ควรจัดให้มีระบบบริการที่มีสหสาขา ร่วมกันดูแลอาการ ความเจ็บป่วยทางกายและด้านจิตใจ ในระยะสุดท้ายของโรคในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะท้าย เนื่องจากช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่ 12 เดือน และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีแผนจะปลูกถ่ายตับ โดยการจัดรูปแบบบริการเพื่อสามารถดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของสถานพยาบาลนั้น



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 9

การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คำถามที่ 9.1: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดแบบไม่รีบด่วนอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.1.1: แนะนำให้ใช้ Child-Pugh score หรือ Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score ในการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดแบบไม่รีบด่วนชนิด non-hepatic surgery โดยแนะนำให้ผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมี Child-Pugh score ≤ 6 หรือ MELD score < 10 และควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมี Child-Pugh score ≥ 10 หรือ MELD score > 15

ข้อเสนอแนะที่ 9.1.2: สามารถใช้การประเมินแบบใหม่ ได้แก่ Mayo post-operative surgical risk score หรือ VOCAL-Penn score ในการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดแบบไม่รีบด่วนชนิด non-hepatic surgery ได้

คำถามที่ 9.2 : ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับการประเมินและแก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดก่อนการผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.2: ค่าการแข็งตัวของเลือดไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดเลือดออกในผู้ป่วยโรคตับแข็ง จึงไม่จำเป็นต้องแก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดเนื่องจากทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น แนะนำให้แก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated หรือตับแข็งที่มีภาวะ ACLF ที่ต้องผ่าตัด โดยการประเมินภาวะการแข็งตัวของเลือดด้วยการตรวจ viscoelastic test คือ thromboelastography (TEG) หรือ rotational thromboelastometry (ROTEM) ในสถานที่ที่ไม่สามารถตรวจ viscoelastic test ได้ ให้ตรวจระดับ fibrinogen แทน และให้ fibrinogen concentrate หากระดับ fibrinogen < 100 มก./ดล. ก่อนการผ่าตัด

คำถามที่ 9.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งควรได้รับการประเมินความดันพอร์ทัลก่อนการผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.3: ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดแบบไม่รีบด่วนที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง (intermediate) และระดับสูง (high) ควรได้รับการประเมินทางคลินิกและจากการตรวจเลือด พร้อมกับการตรวจภาพทางรังสีวิทยา (โดยอย่างน้อยทำการตรวจอัลตราซาวด์) รวมทั้งพิจารณาการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy, EGD)

คำถามที่ 9.4: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการผ่าตัดตับ (liver resection) หรือไม่และมีแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.4: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดตับ แนวทางการลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสามารถทำได้โดยการตรวจประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยโรคตับแข็งก่อนการผ่าตัดอย่างละเอียดโดยการประเมินใช้ Child-Pugh classification ร่วมกับการตรวจประเมินปริมาตรตับ future liver remnant (FLR) โดยการใช้ CT volumetry และการใช้การตรวจ indocyanine green (ICG) clearance

คำถามที่ 9.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการผ่าตัดหัวใจหรือไม่ และมีแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งเพิ่มความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ โดยระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะตับแข็ง และสัมพันธ์กับผลการประเมินสถานะตับด้วย Child-Pugh score ผู้ป่วยกลุ่ม Child-Pugh A สามารถรับการผ่าตัดหัวใจได้แม้จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นบ้าง แต่แพทย์ควรพยายามเลี่ยงการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่ม Child-Pugh C เพราะความเสี่ยงสูงมาก ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม Child-Pugh B ควรพิจารณาเป็นรายๆ ว่าควรผ่าตัดหรือไม่

คำถามที่ 9.6: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีโรคอ้วนสามารถรับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 9.6: การผ่าตัดลดน้ำหนัก สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ compensated ที่มีโรคอ้วนร่วมด้วย ทั้งนี้ต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีการประเมินสภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

คำถามที่ 9.7: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการผ่าตัดช่องท้องหรือผนังหน้าท้องหรือไม่ และมีแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.7.1: การผ่าตัดถุงน้ำดีสามารถทำได้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh A และ B โดยแนะนำการผ่าตัดแบบส่องกล้องทางหน้าท้อง เพราะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาอนโรงพยาบาลได้ สำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh C ควรหลีกเลี่ยงผ่าตัด แนะนำการรักษาแบบ conservative treatment โดยการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการใส่สาย cholecystostomy

ข้อเสนอแนะที่ 9.7.2: การผ่าตัดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยโรคตับแข็งสามารถทำได้โดยผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh A จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยกว่าในระยะ Child-Pugh B และ C และควรพิจารณาผ่าตัดในสถาบันที่มีความพร้อมและมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะที่ 9.7.3: การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยโรคตับแข็งสามารถทำได้ โดยผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh A มีความปลอดภัยมากกว่า และอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยกว่าในระยะ Child-Pugh B และ C และควรพิจารณาผ่าตัดในสถาบันที่มีความพร้อมและมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะที่ 9.7.4: การผ่าตัดไส้เลื่อนในผู้ป่วยโรคตับแข็งสามารถทำได้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh A และ B โดยการผ่าตัดแบบส่องกล้องเสริมความแข็งแรงด้วยการใส่ตาข่าย ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh C อาจพิจารณาปลูกถ่ายตับก่อน

ข้อเสนอแนะที่ 9.7.5: ผู้ป่วยโรคตับแข็งหลังจากได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน แนะนำลดการรับประทานเกลือและจำกัดน้ำ ร่วมกับปรับยาขับปัสสาวะให้สามารถควบคุมน้ำในช่องท้องได้

คำถามที่ 9.8: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการผ่าตัดกระดุกและข้อหรือไม่ และมีแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.8: ผู้ป่วยโรคตับแข็งสามารถทำการการผ่าตัดกระดุกและข้อได้ ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง Child-Pugh A และ B แนะนำให้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและข้อสะโพกเทียมแบบไม่รีบด่วนมากกว่าแบบผ่าตัดฉุกเฉิน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้

คำถามที่ 9.9: การให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ควรใช้วิธีใด

ข้อเสนอแนะที่ 9.9: ผู้ป่วยโรคตับแข็งเมื่อเข้ารับการผ่าตัดในช่องท้องและช่องทรวงอกแนะนำการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) กรณีการผ่าตัดกระดูกและข้อ อาจพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนของร่างกาย (regional anesthesia) ได้

คำถามที่ 9.10: ควรพิจารณาการให้สารน้ำระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็งอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.10: การให้สารน้ำระหว่างผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็งต้องประเมิน volume status ร่วมด้วย เพื่อเลี่ยงหลักการให้สารน้ำที่มากเกินไปซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะท้องมาน บวม โซเดียมในเลือดต่ำและความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น สำหรับสารน้ำทดแทนที่แนะนำให้ป้อนเป็นอันดับแรกคือ balanced crystalloids ส่วนการให้แอลบูมินมีประโยชน์ในบางกรณี และควรพิจารณาให้ยา norepinephrine เร็วเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด tissue hypoperfusion

คำถามที่ 9.11: ควรพิจารณาการให้เลือดแดงและองค์ประกอบของเลือดในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเลือดออกเฉียบพลันหลังการผ่าตัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.11: ในกรณีผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเลือดออกหลังการผ่าตัดมีสัญญาณชีพคงที่ แนะนำการให้เลือดลักษณะ restrictive strategy เมื่อระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 กรัม/ดล. อย่างไรก็ตามไม่แนะนำการให้องค์ประกอบของเลือดและเกล็ดเลือดเพื่อคงระดับ INR หรือระดับเกล็ดเลือด

คำถามที่ 9.12: ควรพิจารณาการให้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็งให้เหมาะสมอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 9.12: การให้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็งควรใช้อย่างระมัดระวัง ยาที่ใช้ได้และแนะนำคือยา acetaminophen มีความปลอดภัยสามารถใช้ได้ในขนาดต่ำไม่เกิน 2 กรัม/วันในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ compensated ส่วนยา non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ควรหลีกเลี่ยงเพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันและเลือดออกในทางเดินอาหาร สำหรับยากลุ่ม opioids ใช้ได้โดยต้องลดขนาดยาจากปกติ



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 10

การปลูกถ่ายตับ

คำถามที่ 10.1: ควรส่งต่อผู้ป่วยโรคตับแข็งเพื่อเข้าพิจารณาปลูกถ่ายตับเมื่อไหร่

ข้อเสนอแนะที่ 10.1: ควรส่งต่อผู้ป่วยโรคตับแข็งเพื่อเข้าพิจารณาปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากตับแข็ง เช่น ท้องมาน (ascites) เลือดออกจากหลอดเลือดขดที่หลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (variceal bleeding) โรคสมองจากตับ (hepatic encephalopathy) หรือผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการทำงานของตับเสื่อมลงจนมีค่า MELD score ≥ 15 หรือผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma (HCC) ที่มี 1 ก้อนขนาด 2-5 ซม. หรือ 2-3 ก้อน ขนาดก้อนละไม่เกิน 3 ซม.

คำถามที่ 10.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งกลุ่มใดที่ไม่ควรส่งต่อเพื่อพิจารณาปลูกถ่ายตับ

ข้อเสนอแนะที่ 10.2: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ไม่ควรส่งต่อเพื่อพิจารณาปลูกถ่ายตับคือผู้ป่วยที่จะไม่ได้รับประโยชน์หรืออาจได้รับโทษจากการปลูกถ่ายตับ หรือมีสภาพทางกายวิภาคที่ทำให้ไม่สามารถปลูกถ่ายตับได้สำเร็จ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคปอดที่รุนแรง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma (HCC) ระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ยังใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

คำถามที่ 10.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่พบร่วมกับมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma (HCC) ควรส่งต่อเพื่อพิจารณาปลูกถ่ายตับเมื่อไหร่

ข้อเสนอแนะที่ 10.3: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่พบร่วมกับมะเร็งตับชนิด HCC ควรส่งต่อเพื่อพิจารณาปลูกถ่ายตับเมื่อมะเร็งอยู่ภายในเกณฑ์ Milan criteria (1 ก้อนขนาดไม่เกิน 5 ซม. หรือ 2-3 ก้อน ขนาดก้อนละไม่เกิน 3 ซม.) ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น



อ่านข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 11

โรคตับแข็งในเด็กและวัยรุ่น

คำถามที่ 11.1: สาเหตุของโรคตับแข็งที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นคืออะไร และควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใดเพื่อการวินิจฉัย

ข้อเสนอแนะที่ 11.1: สาเหตุของโรคตับแข็งที่พบบ่อยในเด็กโตและวัยรุ่น ได้แก่ โรคท่อน้ำดีตีบตัน (biliary atresia), Wilson's disease และ autoimmune liver disease หากพบเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคตับแข็ง โดยไม่ได้มีสาเหตุจากโรคท่อน้ำดีตีบตันควรหาสาเหตุอื่นๆ โดยส่งตรวจ HBsAg, HCV antibody, ceruloplasmin, 24-hour urine copper quantification, slit-lamp eye examination, anti-nuclear antibody, anti-smooth muscle antibody, anti-liver-kidney-microsomal antibody และอัลตราซาวด์ตับ

คำถามที่ 11.2: Non-invasive tests ใดมีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคตับแข็งในเด็กและวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะที่ 11.2: Non-invasive tests ที่มีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคตับแข็งในเด็กและวัยรุ่น คือ ultrasound elastography ด้วยเทคนิค vibration controlled transient elastography (VCTE) และ acoustic radiation force impulse (ARFI) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและติดตามความรุนแรงของภาวะพังผืดระดับรุนแรงหรือตับแข็งในเด็กและวัยรุ่น

คำถามที่ 11.3: ควรใช้การรักษาใดเป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prophylaxis) และทุติยภูมิ (secondary prophylaxis) สำหรับหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหาร/กระเพาะอาหารในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็ง

ข้อเสนอแนะที่ 11.3.1: ในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งแนะนำให้คัดกรองหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหาร/กระเพาะอาหาร ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดขดชนิดเสี่ยงสูงโดยประเมินจากตรวจร่างกายพบม้ามโตและเกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000/ลบ.มม. ร่วมกับพิจารณาค่า AST to platelet ratio index (APRI) ความยืดหยุ่นของตับ หรือความยืดหยุ่นของม้าม

ข้อเสนอแนะที่ 11.3.2: ในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งที่ตรวจพบหลอดเลือดคดชนิดเสี่ยงสูง จากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แนะนำให้ทำการป้องกันแบบปฐมภูมิโดยการทำให้ endoscopic variceal ligation (EVL)

ข้อเสนอแนะที่ 11.3.3: ในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดคดที่หลอดเลือดที่หลอดเลือดอาหาร/กระเพาะอาหาร แนะนำให้ทำการป้องกันแบบทุติยภูมิโดยการทำให้ EVL

คำถามที่ 11.4: ควรรักษาภาวะท้องมานในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งอย่างไร

ข้อเสนอแนะที่ 11.4.1: การรักษาเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งที่ตรวจพบภาวะท้องมานทำได้โดยการจำกัดปริมาณโซเดียมในผู้ป่วยที่มีท้องมานระดับปานกลางขึ้นไป และแนะนำให้ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ในรายที่มีท้องมานมากจนมีอาการหรือไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ แนะนำให้เจาะระบายน้ำในช่องท้อง (large volume paracentesis) ในปริมาณครั้งละ 50-100 มล./น้ำหนักตัว 1 กก. ร่วมกับให้แอลบูมินทางหลอดเลือดดำ

ข้อเสนอแนะที่ 11.4.2: ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานควรได้รับการส่งต่อเพื่อพิจารณาการปลูกถ่ายตับ

คำถามที่ 11.5: การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ spontaneous bacterial peritonitis (SBP) ในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งมีประโยชน์หรือไม่

ข้อเสนอแนะที่ 11.5: ยังไม่มีข้อมูลมากพอที่จะแนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ SBP ในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็ง

คำถามที่ 11.6: ควรพิจารณาการปลูกถ่ายตับในเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งเมื่อใด

ข้อเสนอแนะที่ 11.6: ควรส่งต่อผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคตับแข็งเพื่อเข้าพิจารณาปลูกถ่ายตับ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง เช่น ท้องมาน เลือดออกจากหลอดเลือดคดที่หลอดเลือดอาหารหรือกระเพาะอาหาร hepatic encephalopathy มีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หรือในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการทำงานของตับเสื่อมลงจนมีค่า MELD-Na/PELD score ≥ 15

อ่านข้อมูลเพิ่มเติมแต่ละบทแบบ E-Book โดยการสแกน QR-Code



บทที่ 1
การวินิจฉัยและการสืบค้นหาสาเหตุของโรคตับแข็ง



บทที่ 2
การดำเนินโรคและการประเมินพยากรณ์โรค



บทที่ 3
ภาวะท้องมานในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



บทที่ 4
Spontaneous bacterial peritonitis และการติดเชื้อแบคทีเรีย



บทที่ 5
Acute kidney injury และ hepatorenal syndrome



บทที่ 6
ภาวะความดันพอร์ทัลสูงและเลือดออกที่หลอดเลือดอาหารในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



บทที่ 7
Hepatic encephalopathy ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



บทที่ 8
ภาวะโภชนาการและการดูแลทั่วไปในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



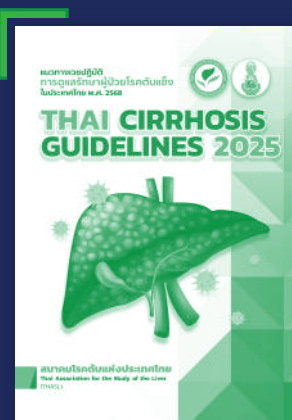
บทที่ 9
การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับแข็ง



บทที่ 10
การปลูกถ่ายตับ



บทที่ 11
โรคตับแข็งในเด็กและวัยรุ่น

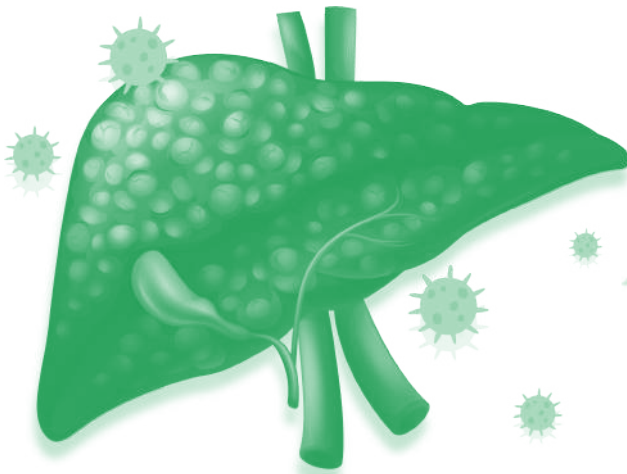


อ่านข้อมูลฉบับเต็ม
แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568
ในรูป E-Book ใต้ที่ QR-Code นี้



THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025

แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568



THAI CIRRHOSIS GUIDELINES 2025



สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

Thai Association for the Study of the Liver

(THASL)

