

แนวทางการให้ยารักษาอาการเลือดออกในผู้ป่วยระดับประคอง

ประเมินสาเหตุเลือดออกและพิจารณาแก้สาเหตุที่จะเป็นไปได้ โดยสามารถแบ่งสาเหตุต่างๆ ได้ดังนี้

1. Cancer invasion and destruction of vessels
2. Treatment-related causes
3. Thrombocytopenia
4. Drugs: LMWH, warfarin, DOACs, ASA, NSAIDS
5. Coagulation disturbances: DIC, liver disease

การดูแลทั่วไป: ใช้ผ้าสีเข้มกดห้ามเลือดจะได้ไม่ดูแดงจนจนเกินไป ห้ามผ้าให้เพราะผู้ป่วยมักรู้สึกหนาวมากจากการเสียเลือด

ภาวะเลือดออกรุนแรงอย่างมากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (massive terminal hemorrhage)

-ถ้าผู้ป่วยไม่สบาย พิจารณาให้ sedative agent ที่ออกฤทธิ์เร็ว

-โดยต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้าก่อน เพราะปกติหลังจากให้ยาผู้ป่วยจะหลับและเสียชีวิตไปในที่สุด เพื่อไม่ให้มีการเข้าใจผิดว่าเป็นการทำการุณยฆาตให้ผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้รำลึกาก่อนการให้ยา

- Midazolam 10 mg IV bolus หรือ SC หรือ IM (large deltoid or gluteal muscle) หรือ sublingual (ใช้ยาฉีดมาให้ได้ลิ้น) สามารถให้ซ้ำได้เมื่อต้องการ IV within 5 min หากให้ SC, IM, buccal within 5 to 15 min
- หรือพิจารณาให้ diazepam 10 mg IV or 10 mg rectal suppository (ประยุกต์นำยาฉีดมาใช้)
- หรือ ketamine (anesthetic agent, NMDA receptor antagonist) 150-250 mg IV or 500 mg IM (large deltoid or gluteal muscle)
- พิจารณาให้ Opioid เมื่อมีอาการปวดหรือหายใจหอบเหนื่อยร่วมด้วย
- ในผู้ป่วยเปราะบาง อาจจะใช้ขนาดน้อยกว่านี้ได้

ภาวะเลือดออกเล็กน้อย **Minor bleeding** พิจารณาใช้หัตถการที่อาจลดเลือดออกได้ radiotherapy, embolization, endoscopy, bronchoscopy เป็นต้น

1. เลือดออกจากผิวหนัง (รวมถึง เนื้องอกก้อนคล้ายดอกกระหล่ำ และเย็บุต่างๆ)

- กดโดยใช้ผ้าก๊อชแช่ใน tranexamic acid (500 mg/5ml) 10 ml หรือ adrenaline (1:1,000) หรือใช้ gel foam กดบริเวณที่เลือดออก
- ในรายที่มีเลือดออกในช่องปาก ใช้ 5% tranexamic acid ชนิดน้ำ ปริมาณ 10 ml บ้วนปาก วันละ 4 ครั้ง ผสมโดยใช้ tranexamic acid (250 mg) 2 เม็ด ผสมน้ำ 10 ml หรือใช้ยา 1 หลอด (500 mg/5 ml) ผสมน้ำจนได้ 10 ml
- Silver nitrate แปะผิวบริเวณเลือดออก สามารถใช้เพื่อหยุดเลือดออกเฉพาะจุด

- อุปกรณ์ปิดแผลห้ามเลือด Alginate เช่น Kaltostat® สามารถนำมาช่วยได้
- การใส่ผ้าซับสอดจมูก (nasal tampon) หรือ Rapid Rhino® สามารถใช้สำหรับเลือดออกจากจมูก ให้ขอคำแนะนำเพิ่มเติมจาก ENT specialist
- ถ้าการเลือดออกไม่เกี่ยวกับภาวะ DIC พิจารณาให้ยา systemic antifibrinolytics เช่น tranexamic acid ขนาดเริ่มต้น 1.5 g PO ตามด้วย 1 g PO วันละ 3 ครั้ง
ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากให้ยา 3 วัน ให้เพิ่มขนาดเป็น 1.5 g PO วันละ 3 ครั้ง หรือ 500 mg IV TID ปรับลดยาในผู้ที่มีไตบกพร่อง ระวังการเกิด thrombosis
แนะนำให้ลดหรือหยุดยา 1 สัปดาห์ หลังจากเลือดหยุดแล้ว
- ละลาย sucralfate 2 g ในน้ำ 10 ml บ้วนปาก วันละ 2 ครั้ง หรือ รับประทานสำหรับแผลที่หลุดอาหารหรือแผลที่ลำไส้ตรง

2. เลือดออกทางเดินหายใจ

- ถ้าทราบตำแหน่งที่เลือดออกในปอด ให้นอนตะแคงเอียงข้างที่เลือดออกลง เพื่อลดผลกระทบกับปอดอีกข้าง หรือให้จัดท่าให้ศีรษะต่ำเพื่อช่วยในการระบายเลือด
- ให้ออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะตามความจำเป็น
- รักษาสาเหตุ เช่น การติดเชื้อ หรือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- การให้ยากดการไออาจจะจำเป็น
- พิจารณา nebulized adrenaline (1 ml of 1:1000 adrenaline with 4 mL 0.9%NaCl) ฟ่น 4 ครั้ง/วัน
- พิจารณา tranexamic acid ตามข้างต้น (หัวข้อเลือดออกจากผิวหนัง)
- การฉายแสงสามารถช่วยควบคุมอาหารเลือดออกได้ในร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในปอด

3. เลือดออกทางเดินปัสสาวะ

- หาสาเหตุอื่นหรือรักษาการติดเชื้อ
- พิจารณาให้ tranexamic acid แต่ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนให้ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดตกค้างในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะหากเลือดออกใน upper tract of KUB system

4. เลือดออกทางเดินอาหาร

- พิจารณาให้ยากลุ่ม PPI ตามแนวทางการรักษา GI hemorrhage
- พิจารณาให้ Tranexamic acid ตามข้างต้น (หัวข้อเลือดออกจากผิวหนัง)
- Sucralfate ตามที่กล่าวข้างต้น (หัวข้อเลือดออกจากผิวหนัง)
- Vitamin K พิจารณาให้กรณีสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ Vitamin K deficiency ร่วมด้วย มีประวัติทานยา warfarin

5. เลือดออกจากโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่รุนแรง

- พิจารณาให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางร่วมดูแล

References:

1. Update Handbook of Palliative care guidelines, NHS, UK, ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. NSH, Scottish Palliative Care Guidelines. Catastrophic hemorrhage 2017
3. Chai E, Meier D, Morris J, Goldhirsch S. Bleeding. 2014. In: Geriatric Palliative Care. Oxford Medicine Online: Oxford University Press
4. Oneschuk D. Subcutaneous midazolam for acute hemorrhage in patients with advanced cancer. *Can Fam Physician*. 1998;44:1461-2
5. Harris DG, Noble SI. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(6):913-27
6. Ubogagu E, Harris DG. Guideline for the management of terminal hemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2012;2(4):294-300
7. Marcus JP, Jens Kessler, et al. Bleeding Control in Palliative Care Patients with the help of Tranexamic Acid. *J Palliat Care*. 2017 Apr;32(2):47-48.
8. Nee R, Doppenschmidt D, Donovan DJ, Andrews TC. Intravenous versus subcutaneous vitamin K1 in reversing excessive oral anticoagulation. *Am J Cardiol*. 1999;83(2):286-8.
9. Eric Prommer (2005) Management of bleeding in the terminally ill patient, *Hematology*, 10:3, 167-175, DOI: 10.1080/10245330500093237
10. Whitting AM, Bussey HI, et al. Comparing different routes and doses of phytonadione for reversing excessive anticoagulation. *Arch Intern Med* 1998;158:2136-2140
11. Raj G, Kumar R, et al. Time course of reversal of anticoagulant effect of warfarin by intravenous and subcutaneous phytonadione. *Arch Intern Med* 1999; 159:2721-2724
12. Crowther MA, Douketis JD, et al. Oral vitamin K lowers the international normalized ratio more rapidly than subcutaneous vitamin K in the treatment of warfarin-associated coagulopathy. *Ann Intern Med* 2002;137:251-254
13. การดูแลประคับประคอง ศูนย์บริรักษ์ สิริราช Siriraj palliative E-book