



# แนวทางการรักษา PORTAL HYPERTENSION ในผู้ป่วย CIRRHOSIS: UPDATE 2026



รศ.นพ.ศิษณุ ศิริมลพิวัฒนม์  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

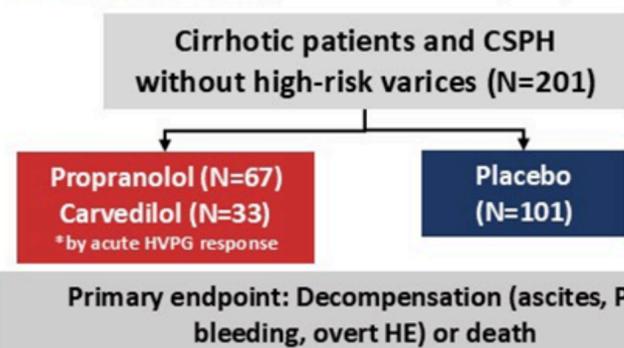
Esophageal varices (EV) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย cirrhosis ที่มี portal hypertension (30% ใน compensated cirrhosis และ 80% ใน decompensated cirrhosis) อัตราการเกิด EV ขึ้นมาใหม่นั้นประมาณ 7-8% ต่อปีและอัตราการเปลี่ยนจาก small เป็น large EV ประมาณ 10-12% ต่อปี สำหรับการเกิด bleeding จาก EV นั้นพบได้ 10-15% ต่อปีขึ้นกับระยะของ cirrhosis, ขนาดของ EV และการตรวจพบ red wale marks การเกิด EV ในผู้ป่วยโรคตับแข็งนั้นเป็นการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมี hepatic venous pressure gradient (HVPG)  $\geq 10$  mmHg (หรือเรียกว่า clinically significant portal hypertension, CSPH) ซึ่งสัมพันธ์ไปกับการเพิ่มขึ้นของโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆด้วย เช่น ascites, hepatic encephalopathy หรือ hepatocellular carcinoma

## แนวทางการรักษา portal hypertension ในผู้ป่วย cirrhosis

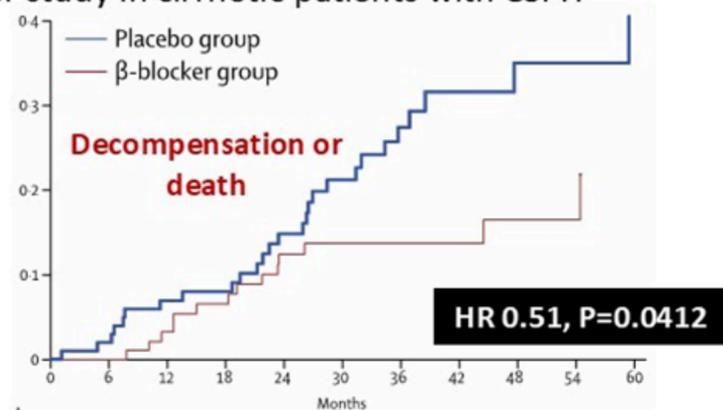
แนวทางในการรักษา portal hypertension ด้วยยากกลุ่ม non-selective beta-blockers (NSBBs) ในผู้ป่วย cirrhosis ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากการให้เริ่มยา NSBBs เฉพาะในผู้ป่วยที่มี high-risk esophageal varices เท่านั้น เป็นการให้เริ่มยา NSBBs ในผู้ป่วย cirrhosis ทุกรายที่มีภาวะ CSPH ซึ่งเป็นคำแนะนำที่อ้างอิงจากการศึกษา Predesci ซึ่งเป็น randomized, double-blinded, multicenter study ในผู้ป่วย cirrhosis ที่ยังไม่มี high-risk varices แต่มี CSPH (วัดจากค่า HVPG) จำนวน 201 ราย โดยพบว่าการรักษาด้วยยา NSBBs นั้นสามารถป้องกันการเกิด first decompensation ครั้งแรกและการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า hazard ratio = 0.51 โดยเฉพาะการเกิด ascites ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วย compensated cirrhosis โดยมีค่า hazard ratio = 0.42

### NSBBs is Indicated in Cirrhosis with CSPH

- **“Predesci Study”** Randomized, DB, multicenter study in cirrhotic patients with CSPH



Villanueva C, et al. *Lancet* 2019



**“Treatment with NSBBs should be considered for the prevention of decompensation in cirrhosis with CSPH”**



# แนวทางการรักษา PORTAL HYPERTENSION ในผู้ป่วย CIRRHOSIS: UPDATE 2026



รศ.ดร.อุทัย ศิริมลพิวัฒน์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

## ความสำคัญของการวินิจฉัย CSPH

จากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาดังกล่าวทำให้การวินิจฉัยภาวะ CSPH ในผู้ป่วยตับแข็งระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญในทางคลินิก ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นการวัด HVPG เพื่อวินิจฉัย CSPH ในผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกรายเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ทำให้มีคำแนะนำให้ประเมินภาวะ CSPH ด้วยการใช้นon-invasive tests ต่างๆ โดยวิธีที่มีข้อมูลสนับสนุนมากที่สุด และทำได้ง่ายในทางเวชปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจวัดค่า liver stiffness measurement ด้วยเครื่องมือ vibration-controlled transient elastography (VCTE) ร่วมกับการตรวจระดับของ platelet count โดยมีแนวทางดังนี้

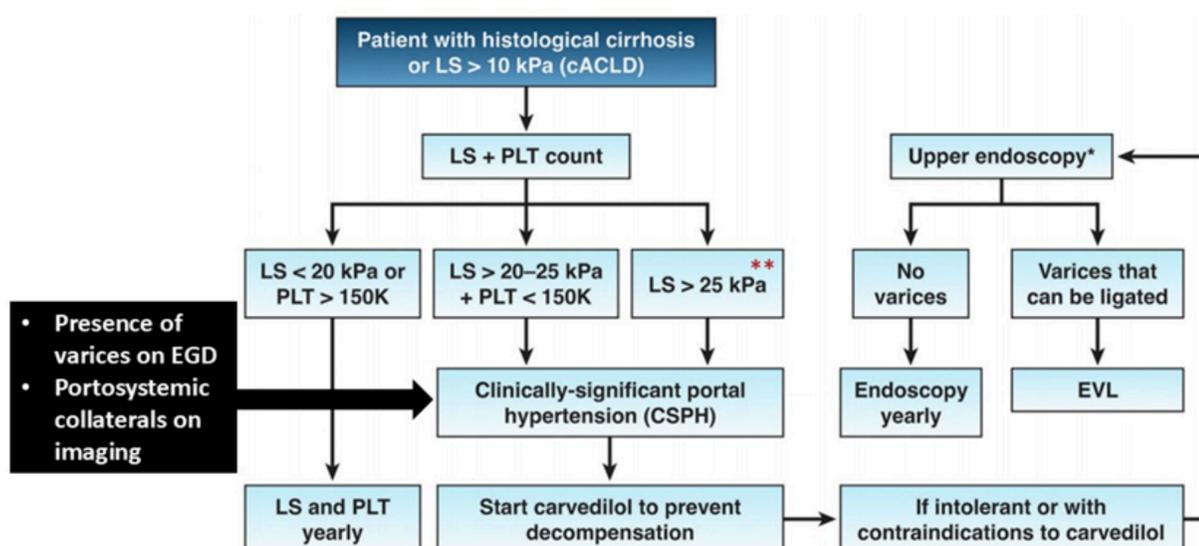
- หากค่า LSM  $\leq 15$  kPa และระดับเกล็ดเลือด  $\geq 150 \times 10^9$  มม.<sup>3</sup> สามารถตัดภาวะ CSPH ออกได้ ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจากทุกสาเหตุโดยมีค่า negative predictive value มากกว่า 95%
- หากค่า LSM  $\geq 25$  kPa สามารถให้การวินิจฉัย CSPH ได้เลย ยกเว้นในผู้ป่วย metabolic-dysfunction associated steatotic liver disease (MASLD) ที่มี obesity (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) ร่วมด้วย โดยมีค่า positive predictive value สูงถึง 95-100%

1. อ้างอิงจาก Anticipate model หากค่า LSM อยู่ระหว่าง 20-25 kPa ร่วมกับระดับเกล็ดเลือด  $< 150 \times 10^9$  มม.<sup>3</sup> หรือค่า LSM อยู่ระหว่าง 15-20 kPa ร่วมกับระดับเกล็ดเลือด  $< 110 \times 10^9$  มม.<sup>3</sup> มีโอกาสพบภาวะ CSPH อย่างน้อยร้อยละ 60 ยกเว้นในผู้ป่วย MASLD ที่มี obesity ร่วมด้วย ข้อจำกัดในผู้ป่วย obese MASLD เกิดจากการที่ค่า LSM นั้น overestimate ค่า HVPG ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้การประเมิน CSPH แนะนำให้ทำโดยอ้างอิงจาก Anticipate-NASH model ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 3 ตัวแปรได้แก่ 1). ค่า LSM 2). ระดับ platelet count และ 3). BMI ของผู้ป่วย โดยสามารถคำนวณได้ทาง website: <https://www.bcn-liverhuvh.com/resources>

การตรวจวิธีอื่นที่สามารถนำประกอบเพื่อประเมินภาวะ CSPH ในรายที่ผลการตรวจอยู่ใน intermediate zone ได้แก่ spleen stiffness measurement (SSM) โดยแนะนำให้ตรวจโดยเครื่อง spleen-dedicated VCTE ซึ่งใช้ probe 100 Hz ต่างจากการตรวจ VCTE ทั่วไปซึ่งใช้ probe 50 Hz

ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจ LSM ได้ เช่น ในสถานพยาบาลที่ไม่มีเครื่องตรวจ VCTE อาจพิจารณาการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นหรือ esophagogastroduodenoscopy (EGD) เพื่อคัดกรอง esophageal varices ซึ่งหากตรวจพบ varices หรือหากตรวจพบ portosystemic collaterals จากการตรวจทางรังสีวิทยา หรือหากตรวจพบ ascites ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็น portal hypertension-related ascites ก็เป็นหลักฐานทางคลินิกที่แสดงว่าผู้ป่วยรายนั้นมีภาวะ CSPH แล้ว

## Summary: Screening and prophylaxis of EV in Cirrhosis



\*\*Except in obese MASLD patients



# แนวทางการรักษา PORTAL HYPERTENSION ในผู้ป่วย CIRRHOSIS: UPDATE 2026



รศ.อุทธีร์ ศิรินาพิวัฒน์  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

## การรักษาด้วย NSBBS ในผู้ป่วย cirrhosis ที่มี CSPH

จากข้อมูลการศึกษาในปัจจุบัน ยา NSBBs ที่แนะนำเป็นทางเลือกแรกในผู้ป่วย cirrhosis ที่มี CSPH เพื่อป้องกันการเกิด first decompensation ได้แก่ carvedilol เนื่องจากให้ผลการรักษาที่ดีกว่า traditional NSBBs (propranolol) เนื่องจากมีฤทธิ์ anti- $\alpha$ -adrenergic activity ร่วมด้วย โดยแนวทางในการบริหารยามีดังนี้

ยา	ขนาดยาเริ่มต้น	การปรับยา	ขนาดยาสูงสุด	เป้าหมาย	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
Carvedilol	6.25 มก. วันละ 1 ครั้ง	เพิ่มเป็น 6.25 มก. วันละ 2 ครั้ง หลังจากผ่านไป 3 วัน	12.5 มก./วัน (สามารถให้ขนาดสูงกว่านี้ถ้ามีข้อบ่งชี้อื่น เช่น hypertension)	ไม่ปรับตาม HR โดยค่า SBP $\geq$ 90 mmHg	
Propranolol	20-40 มก. วันละ 2 ครั้ง	เพิ่มยาทุก 2-3 วันจนกว่าจะถึงเป้าหมาย	160 มก./วัน หากมี ascites และ 320 มก./วัน หากไม่มี ascites	HR 55-60 ครั้งต่อนาที โดยค่า SBP $\geq$ 90 mmHg	Fatigue, bradycardia, dyspnea, orthostasis, hypotension, constipation

โดยเมื่อเริ่มการรักษาด้วย NSBBs แล้วก็ไม่มีความจำเป็นในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อคัดกรอง esophageal varices อีก อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามหรือเกิดผลข้างเคียงจากยาในกลุ่ม NSBBs ควรพิจารณาส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและหากตรวจพบ high-risk varices แนะนำรักษาโดยการทำ endoscopic variceal ligation (EVL) หรือแนะนำติดตาม EGD ทุก 2-3 ปี หากตรวจไม่พบ varices หรือทุก 1-2 ปีหากตรวจพบ small varices หรือแนะนำ EGD ทันทีเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ decompensation



# แนวทางการรักษา PORTAL HYPERTENSION ในผู้ป่วย CIRRHOSIS: UPDATE 2026



รศ.อุทธีร์ ศิริสมพัตถ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

## การรักษาภาวะ acute bleeding EV

สำหรับการรักษา acute bleeding EV นั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนักจากเดิม โดยสามารถวินิจฉัยโดยการตรวจ EGD พบลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้ 1). active bleeding from EV 2). พบ white nipple หรือ adherent clot ที่ EV หรือ 3). ตรวจพบ EV โดยที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่สามารถอธิบายการสาเหตุของการมีเลือดออกได้ การรักษาประกอบไปด้วย

- การดูแลทั่วไป ผู้ป่วยที่มี hepatic encephalopathy ควรได้รับการทำ endotracheal intubation เพื่อป้องกัน aspiration สำหรับการให้ blood transfusion ควรพิจารณาตามความจำเป็นในแต่ละรายโดยรักษาระดับของ hemoglobin 7-9 g/dL ยกเว้นในผู้ป่วยที่มี cardiovascular disorders หรือ ongoing bleeding รวมทั้งหลีกเลี่ยงการแก้ไข thrombocytopenia หรือ coagulopathy โดยไม่จำเป็น
- การรักษาด้วยยากุ่ม vasoactive drugs ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เกิด splanchnic vasoconstriction ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ terlipressin, somatostatin และ octreotide โดยควรเริ่มต้นที่ที่สงสัยภาวะ bleeding EV โดยระยะเวลาของการให้ยากุ่มนี้เท่ากับ 2-5 วัน
- การให้ antibiotic prophylaxis เป็นระยะเวลา 5-7 วัน โดยให้ oral norfloxacin 400 mg ทุก 12 ชม. หรือในรายที่เป็น advanced cirrhosis หรือได้ quinolone prophylaxis หรือใน sw. ที่มี prevalence ของ quinolone-resistant bacterial infections สูงนั้นพบว่า การให้ iv ceftriaxone 1 g วันละ 1 ครั้งพบว่าได้ผลดีกว่า
- ผู้ป่วยควรได้รับการทำ endoscopic treatment ด้วยการทำให้ EVL ภายในระยะเวลา 12 ชม.
- ในผู้ป่วยที่ยังมี ongoing bleeding หลังได้รับการรักษาหรือเกิด rebleeding ในระยะเวลา 5 วัน แรกจัดอยู่ในกลุ่ม treatment failure หากอาการไม่รุนแรงสามารถพิจารณา endoscopic treatment อีก 1 ครั้ง แต่ในรายที่อาการรุนแรงควรรักษาด้วย rescue therapies ได้แก่ Balloon tamponade (การใส่ Sengstaken-Blakemore tube) หรือ self-expandable esophageal stent หรือ transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) หรือ portocaval shunt surgery
- มีการศึกษาว่าการทำ preemptive หรือ early TIPS หลังจากการทำ EVL ในครั้งแรกให้กับผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงต่อ treatment failure (Child B with active bleeding หรือ Child C ที่ score 10-13) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างไรก็ตามการรักษาวิธีนี้ขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์ ผู้รักษาและทรัพยากร
- หลังจากผู้ป่วยเกิด bleeding EV โอกาสการเกิด rebleeding สูงถึง 60% ภายใน 2 ปีแรก จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันการเกิด rebleeding โดยการรักษาด้วย combination NSBBs (carvedilol หรือ propranolol) + EVL (ทุก 1-4 สัปดาห์จนกว่า EV จะหายไป) ได้ผลดีที่สุด โดยควรเริ่มการรักษาทันทีหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะ acute bleeding จนดีขึ้นแล้ว
- ในรายที่ไม่สามารถให้ยา NSBBs ได้ หรือไม่สามารถทำ EVL ได้ แนะนำให้รักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว
- สำหรับผู้ป่วยที่ยังเกิดเลือดออกซ้ำหลังจากการรักษาดังกล่าว (failure secondary prophylaxis) แนะนำให้รักษาด้วย TIPS หรือ portosystemic shunt surgery



# แนวทางการรักษา PORTAL HYPERTENSION ในผู้ป่วย CIRRHOSIS: UPDATE 2026



รศ.นพ.ศิษณุ ศิริมาพิวัฒน์  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

## สรุป

แนวทางการดูแล portal hypertension ในผู้ป่วย cirrhosis ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะแนวทางการเริ่มยากลุ่ม NSBBs ในผู้ป่วยที่มีภาวะ clinically significant portal hypertension (CSPH) แม้ยังไม่มี high-risk varices ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิด decompensation ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค

การประเมิน CSPH ด้วย non-invasive tests เช่น liver stiffness measurement ร่วมกับ platelet count มีบทบาทสำคัญในเวชปฏิบัติ และช่วยให้สามารถเริ่มการรักษาได้เร็วขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาการวัด HVPG ในผู้ป่วยทุกราย

ภายในปี 2569 นี้จะมีการประชุมและออกแนวทางการรักษา Baveno VIII ซึ่งน่าจะมีการปรับปรุงคำแนะนำบางประการเพิ่มเติม โดยทางสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยจะนำข้อมูลมานำเสนออีกครั้ง

## เอกสารอ้างอิงหลัก

1. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Baveno VIIF. Baveno VII -Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76(4):959-74.
2. Kaplan DE, Bosch J, Ripoll C, Thiele M, Fortune BE, Simonetto DA, Garcia-Tsao G. AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. Hepatology. 2023.
3. Villanueva C, Albillos A, Genesca J, Garcia-Pagan JC, Calleja JL, Aracil C, et al. beta blockers to prevent decompensation of cirrhosis in patients with clinically significant portal hypertension (PREDESCI): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. 2019;393(10181):1597-608.

