



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

สรุปประเด็นคำถาม-ตอบ เกี่ยวกับตัวชี้วัดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพแนวทางการดำเนินงาน
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2565
วันจันทร์ที่ 14 มีนาคม 2565

กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค

01. O & A ประเด็นโรคเบาหวาน

<p>Q1: ควรตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหารกี่นาที</p>	<p>A1: ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 แนะนำให้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง เนื่องจากในคนปกติจะสามารถลดระดับน้ำตาลลงมาได้ภายในเวลา 2 ชั่วโมง ส่วนผู้ที่มีการหลังอินซูลินบกพร่องหรือเป็นโรคเบาหวานจะต้องใช้เวลาในการลดระดับน้ำตาลนานกว่า 2 ชั่วโมง</p>
<p>Q2: ผู้ป่วยเบาหวานควรเริ่มใช้ยาที่ค่า Low Density Lipoprotein (LDL) เท่าไหร่</p>	<p>A2: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ค่าเป้าหมายการรักษา LDL < 100 mg/dl) ซึ่งในการรักษาเพื่อลดไขมันในเลือด จะเริ่มต้นจากการควบคุมอาหารประมาณ 6 สัปดาห์ ถ้าค่า LDL ยังไม่ลดลงก็จะเข้าสู่กระบวนการควบคุมอาหารอย่างเข้มข้นต่ออีก 6 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน ในกรณีที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (ค่าเป้าหมายการรักษา LDL < 70 mg/dl) ถ้าระดับ LDL ยังไม่ลดลงอาจจะต้องเพิ่ม Dose ยาในกลุ่ม Statin</p>
<p>Q3: ผู้ป่วยที่อ้วนขึ้นจากภาวะ Hyperglycemia ควรลดยา Glipizide ได้หรือไม่</p>	<p>A3 : ในเบื้องต้นไม่ต้องลดยา Glipizide เนื่องจากเป็นกลุ่มยาหลัก แต่ควรพิจารณาว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลแล้วแต่ค่าน้ำตาลสูง และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ให้พิจารณาว่าเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มากเกินไป หรือผู้ป่วยได้รับยา Sulfonylureas ซึ่งจะกระตุ้นการหลั่ง Insulin ทำให้เกิดอาการหิวมากกว่าปกติ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้เป็นยาหลักที่ใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ทั้งนี้อาจเกิดจากตัวยาและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม</p>
<p>Q4: การคัดกรองเบาหวานในอายุ 35 ปีขึ้นไป ขั้นตอนการประเมิน Thai Diabetic Risk Score และการตรวจค่าน้ำตาลด้วยวิธี FPG หาก Thai Diabetic Risk Score ≥ 6 คะแนน กับ FPG หรือ FCBG 100-125 มก/ดล. สามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งได้หรือไม่</p>	<p>A4: กรณีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป สามารถเลือกใช้วิธี Thai Diabetic Risk Score ≥ 6 คะแนน กับ FPG หรือ FCBG 100-109 มก/ดล. วิธีใดวิธีหนึ่งได้ แต่หากกรณีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ต้องใช้เกณฑ์การคัดกรองขององค์การอนามัยโลกด้วย เพื่อหาความเสี่ยงร่วมอื่นๆ ตาม Flow ดังนี้</p>
<p>Q5: กรณีตรวจด้วยวิธี FPG จำนวน 2 ครั้งแล้ว การวินิจฉัยต้องตรวจด้วยวิธี OGTT อีกครั้งหรือไม่</p>	<p>A5: ตรวจด้วยวิธี FPG จำนวน 2 ครั้งแล้ว หากค่าระดับน้ำตาล ≥ 126 มก/ดล. สามารถวินิจฉัยได้เลย โดยไม่ต้องตรวจด้วยวิธี OGTT ซ้ำ</p>
<p>Q6: การตรวจด้วยวิธี OGTT ต้องอดอาหารก่อนมาตรวจหรือไม่</p>	<p>A6: ก่อนการตรวจ OGTT ผู้รับการตรวจต้องอดอาหารและเครื่องดื่มมากกว่า 8 ชั่วโมง (สามารถดื่มน้ำเปล่าได้)</p>
<p>Q7: ตัวชี้วัดการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานกรณี รพ.สต. บันทึกและส่งข้อมูลแล้ว</p>	<p>A7: ต้องตรวจสอบข้อมูลว่าสามารถส่งออก แพ้ LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) ได้หรือไม่ ซึ่งบาง รพ.สต. สามารถคีย์ได้แต่ส่งออกข้อมูลไม่ได้ เนื่องจากโปรแกรมที่ รพ.สต. ใช้งานไม่สามารถส่งออก LABFU ดังกล่าวได้ ดังนั้นควรจะให้โรงพยาบาลแม่ข่ายส่งออกข้อมูล เพราะโรงพยาบาลจะมีห้องปฏิบัติการที่สามารถ</p>

<p>แต่ผลงานไม่ขึ้นในระบบ HDC จึงอยากทราบสาเหตุ และสามารถตรวจสอบได้หรือไม่</p>	<p>ส่งออกข้อมูลเพิ่ม LABFU ได้ รวมทั้งต้องตรวจสอบเลขบัตรประชาชนให้ตรงกันด้วย</p>
<p>Q8: กรณีคัดกรองโรคเบาหวานที่ รพ.สต. เป็นกลุ่มสงสัยป่วย และไปตรวจยืนยันที่ รพ.เอกชน นำผลตรวจมาให้ รพ.สต.ลงข้อมูลได้หรือไม่ และต้องลงข้อมูลในแฟ้มใด</p>	<p>A8 : - กรณี รพ.สต.นำข้อมูลจาก รพ.เอกชน มาลงในระบบ สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ ผล LAB ไม่ใช่ผลการตรวจระดับน้ำตาลตามปกติ เนื่องจากบางโปรแกรมต้องเปิดระบบห้อง LAB ก่อน ทำให้การลงข้อมูลค่าระดับน้ำตาลตามปกติ (แบบเดิม) จะไม่สามารถใช้ได้ และไม่ถูกส่งออก ดังนั้นบางสถานบริการจึงเลือกที่จะไม่ลงข้อมูลส่วนนี้เลย แต่บางโปรแกรมก็สามารถรองรับการนำผล LAB มาลงข้อมูลได้ และสามารถส่งออกได้ แฟ้มสำหรับส่งออกข้อมูล คือแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) และต้องตรวจสอบ 43 แฟ้มในการส่งออกข้อมูล โดยการ export 43 แฟ้ม แล้วตรวจสอบแฟ้ม LABFU ว่ามีรหัส LAB ตรงกับ Template ส่งออกหรือไม่ ถ้าไม่มีจะไม่ถูกนับเป็นผลงาน</p> <p>- กรณีโรงพยาบาลจะมีห้องปฏิบัติการที่สามารถส่ง LAB 43 แฟ้มได้ แต่สิ่งที่จะต้องตรวจสอบคือ เลขบัตรประชาชนตรงกับกลุ่มสงสัยป่วยที่ต้องติดตามวินิจฉัยหรือไม่ ถ้าเลขบัตรประชาชนถูกต้อง รหัส LAB ถูกต้อง เมื่อส่งออกข้อมูลก็จะเข้าสู่ระบบ HDC และนับเป็นผลงาน</p>
<p>Q9: ตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในกรณีที่มีโรคร่วมจะเป็นการขึ้นทะเบียนในแฟ้ม CHRONIC พบว่าระบบ HIS บางสถานบริการไม่สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนแฟ้ม CHRONIC ทุกกลุ่มโรคที่ระบุใน Template ได้ ถ้าจะใช้ข้อมูลโรคร่วมจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD และDIAGNOSIS_IPD จะสามารถทำได้หรือไม่</p>	<p>A9: ระบบ HDC ประมวลผลจากแฟ้ม CHRONIC แต่ถ้าบางสถานบริการไม่สามารถส่งออกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในแฟ้ม CHRONIC ได้ ทาง HDC สามารถประมวลผลข้อมูลจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD ภายในปีงบประมาณ เช่น ในปีงบประมาณ 2565 เดือนพฤศจิกายน ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (E11) และมีโรคหัวใจขาดเลือด (I20) ร่วมด้วย กรณีนี้นับได้ว่ามีโรคร่วมแล้ว ถึงแม้จะไม่ได้ขึ้นทะเบียนในแฟ้ม CHRONIC หรือส่งออกข้อมูลไม่ได้ก็ตาม</p>
<p>Q10: กรณีตรวจคัดกรองด้วย DTX.ที่ รพ.สต. พบว่า มีค่าระดับน้ำตาลสูง จึงส่งต่อตรวจซ้ำที่ รพ. ภายในวันเดียวกัน และแพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ทำให้ไม่ตรงตามรายละเอียดใน Template การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน นับเป็นผลงานได้หรือไม่</p>	<p>A10: กรณีคัดกรองแล้วเข้าข่ายเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน การยืนยันวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ภายในวันนั้น จะไม่นับเป็นผลงานในตัวชี้วัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>

<p>Q11: การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว FCBG ค่าระดับน้ำตาล <70 mg/dl จัดเป็นกลุ่มใด และระบบสามารถรองรับค่าระดับน้ำตาลได้ต่ำสุดเท่าไร</p>	<p>A11: กรณีการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) พบว่าค่าน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 70 mg/dl ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้ง และสามารถอัปเดตข้อมูลเข้าระบบ HDC ได้ เพราะในระบบ HDC สามารถรองรับข้อมูลได้ตั้งแต่ค่าระดับน้ำตาล 50 mg/dl ขึ้นไป แต่ถ้าต่ำกว่า 50 mg/dl ในระบบ HDC ไม่สามารถรองรับได้</p>
<p>Q12: ตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ การประมวลผลในระบบ HDC ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONIC และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD เหมือนกับตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหรือไม่</p>	<p>A12: ตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ การประมวลผลในระบบ HDC ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONIC และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD เหมือนกับตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p>
<p>Q13: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mg/dl จำเป็นต้องตรวจ FPG ภายใน 90 วันหรือไม่</p>	<p>A13: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100 - 125 mg/dl ไม่ต้องตรวจ FPG ภายใน 90 วัน เนื่องจากยังไม่เข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน แต่ควรนัดตรวจเบาหวานทุกปี</p>
<p>Q14: การบันทึกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานสามารถทำได้อย่างไร</p>	<p>A14: บันทึกในแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) และการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ต้องตรวจด้วยวิธี FPG ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560</p>
<p>Q15: การติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ถ้าติดตามเกิน 90 วัน จะนับผลงานหรือไม่</p>	<p>A15: ไม่นับเป็นผลงาน เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ต้องได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 เนื่องจากค่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ป่วยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ดังนั้นเพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องตรวจติดตามเพื่อวินิจฉัยให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้</p>
<p>Q16: การบันทึกข้อมูลคัดกรองแบบไม่อดอาหาร (RPG/ RCBG) แต่ตรวจซ้ำแบบอดอาหารต้องบันทึกข้อมูลในแฟ้ม NCDSCREEN ด้วยหรือไม่</p>	<p>A16: กรณีการคัดกรองจากการที่ไม่อดอาหาร โดยตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคส (RPG) มีค่า ≥ 110 mg/dl สามารถตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) และบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม NCDSCREEN แต่หากคัดกรองแบบไม่อดอาหาร (RPG/ RCBG) แล้วบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม NCDSCREEN เลย โดยไม่ตรวจคัดกรองซ้ำด้วยวิธี FCBG/ FPG จะไม่นับเป็นผลงานเนื่องจาก HDC จะประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN ที่ตรวจคัดกรองจาก FCBG/ FPG เท่านั้น</p>

<p>Q17: กรณีการคัดกรองแบบไม่อดอาหาร (RPG/ RCBG) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด >110 mg/dl ต้องส่งคัดกรองแบบอดอาหาร (FCBG/ FPG) ที่ รพ.ทุกรายหรือไม่</p>	<p>A17: การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง สามารถดำเนินการคัดกรองที่ รพ.สต.ได้ ถ้ามีค่าระดับน้ำตาล ≥ 126 mg/dl จะจัดเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานที่ต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 90 วัน</p>
<p>Q18: คัดกรองโรคเบาหวานพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าไม่ติดตามยืนยันวินิจฉัยด้วยวิธี FPG แต่ยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจ OGTT จะขึ้นเป็นผลงานหรือไม่</p>	<p>A18: ปีงบประมาณ 2565 ไม่นับเป็นผลงานตามตัวชี้วัดร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ต้องได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 แต่ในปีงบประมาณ 2566 วางแผนว่าจะใช้การตรวจโดยวิธี OGTT ในการคัดกรองและวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p>
<p>Q19: Thailand Hospital Indicator Program (THIP) เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล HDC จะช่วยลดภาระงานผู้ปฏิบัติอย่างไร ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเดียวกัน เช่น DM HT good control</p>	<p>A19: ผู้ปฏิบัติงานสามารถดึงข้อมูลไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ว่า ข้อมูลครอบคลุมหรือไม่หรืออาจจะต้องเก็บข้อมูลของแต่ละพื้นที่โดยตรงซึ่งจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากกว่า</p>
<p>Q20: กรณีคัดกรองโรคเบาหวานแบบไม่อดอาหาร มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 120 mg/dl เมื่อตรวจซ้ำในวันถัดไปแบบอดอาหาร (FCBG) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100 mg/dl จะบันทึกข้อมูลในแฟ้ม NCD Screen อย่างไร</p>	<p>A20: กรณีการคัดกรองจากการที่ไม่อดอาหาร โดยตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (RPG) มีค่า ≥ 110 mg/dl สามารถตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) หากมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100 mg/dl ต้องบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม NCDScreen ด้วยแต่จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง</p>
<p>Q21: ข้อมูลตัวชี้วัด อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่แสดงผล หน้า HDC เกิดจากสาเหตุใด</p>	<p>A21: เนื่องจากตัวชี้วัดอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ต้องใช้ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์จากกระทรวงมหาดไทยในการประมวลผล ในปีงบประมาณ 2565 จะได้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ประมาณสิ้นเดือนมีนาคม ส่งผลให้ตัวชี้วัดดังกล่าว ยังไม่สามารถแสดงข้อมูลรายงานในระบบ HDC ได้</p>

2. O & A ประเด็นโรคความดันโลหิตสูง

<p>Q1: หากทำ HBPM มีความดันโลหิต $\geq 130/85$ mmHg แต่เมื่อติดตามมาวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานบริการสาธารณสุข พบว่ามีความดันโลหิต $< 130/85$ mmHg ควรยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเลยหรือไม่ และสามารถพิจารณาให้ยาได้เลยหรือไม่</p>	<p>A1: หากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ office BP (วัดด้วยวิธีมาตรฐาน ทั้ง 2 วิธี) ให้ถือเอาผล HBPM เป็นสำคัญ และอาจพิจารณาตรวจ ambulatory blood pressure monitoring; ABPM เพิ่มเติม เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ได้ดีกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (office BP)</p> <p>การให้ยาในกรณีดังกล่าว สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยใหม่บางคน อาจรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับยาในวันนั้น แต่หากตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในเกณฑ์ปานกลางถึงสูงและประสงค์ที่จะรับยา ก็สามารถเริ่มยาได้เลย</p>
<p>Q2 : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หากมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือการทำ HBPM สามารถนัดติดตามที่สถานบริการสาธารณสุข ได้หรือไม่</p>	<p>A2 : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี</p> <p>คือ ทำ HBPM ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องทำ HBPM ภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้อง แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดย HBPM \geq ร้อยละ 60</p>
<p>Q3 : การประเมินระดับความดันโลหิต HBPM หากมีค่าเฉลี่ย 4 ค่าจะใช้ค่าใด</p>	<p>A3 : การคำนวณค่า HBPM ให้ตัดค่าความดันโลหิตที่วัดในวันแรกออก และคำนวณค่าเฉลี่ยจากค่าความดันโลหิตที่เหลือทั้งหมด</p>
<p>Q4 : ควรทำ HBPM ในกลุ่มผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและเริ่มยาแล้ว เพื่อติดตามการปรับยาหรือไม่</p>	<p>A4 : การทำ HBPM ควรวัดความดันโลหิตในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ครั้งถัดไป ซึ่งแพทย์จะใช้ผลการทำ HBPM เพื่อพิจารณาประกอบการปรับขนาดยาลดความดันโลหิต</p>
<p>Q5 : ผู้ที่คัดกรองความดันโลหิตมีค่า BP $\geq 180/110$ mmHg ควรส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย หรือควรทำ HBPM และนัดติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ</p>	<p>A5 : ผู้ที่มีความดันโลหิตด้วยวิธีมาตรฐานและมีค่า BP $\geq 180/110$ mmHg จากการคัดกรองควรพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD - 10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15)</p>
<p>Q6 : สามารถเพิ่มการตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในระดับนโยบาย ได้อย่างไร</p>	<p>A6 : การเพิ่มจำนวนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ควรเกิดจากความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายการดำเนินงานทุกระดับ โดยมีข้อเสนอแนะ จากการทบทวนข้อมูล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์อย่างลัวที่จะยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ - ทบทวนแนวทางการติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หลังการดำเนินการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง - ควรประเมิน CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งหากตรวจพบว่ามีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” - ทบทวนแนวทางยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธี HBPM และ OBPM ที่ถูกต้อง - พิจารณา hospital screening

	- ทบทวนแนวทางการให้ยาขนาดต่ำ ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่
Q7 : ที่คัดกรองความดันโลหิตมีค่า BP \geq 180/110 mmHg และแพทย์ไม่วินิจฉัยในวันนั้น แต่เมื่อติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ พบว่าค่า BP $<$ 180/110 mmHg จะทำให้เป้าหมายที่ต้องติดตามวินิจฉัยลดลงหรือไม่	A7 : ผู้ที่คัดกรองความดันโลหิตมีค่า BP \geq 180/110 mmHg และแพทย์ไม่วินิจฉัยในวันนั้น แต่เมื่อติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ พบว่าค่า BP $<$ 180/110 mmHg ยังถือว่าเป็นเป้าหมายการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตในปิงปประมาณ (ตัว B ของตัวชี้วัดร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต \geq 180/110 mmHg จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย)
Q7: การส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม LABFU จะตรวจสอบความถูกต้องได้อย่างไร	A7 : ต้องทำการเปรียบเทียบข้อมูลรหัสผู้ป่วยแต่ละรายใน LABFU เพื่อเป็นการตรวจเช็คความถูกต้องของข้อมูล หากตรวจสอบแล้วข้อมูลตรงกันแสดงว่า LABFU มีการส่งออก 43 แฟ้มได้ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชน
