



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

สรุปประเด็นคำถาม - คำตอบ

ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
โรคหัวใจและหลอดเลือด) และระบบข้อมูล

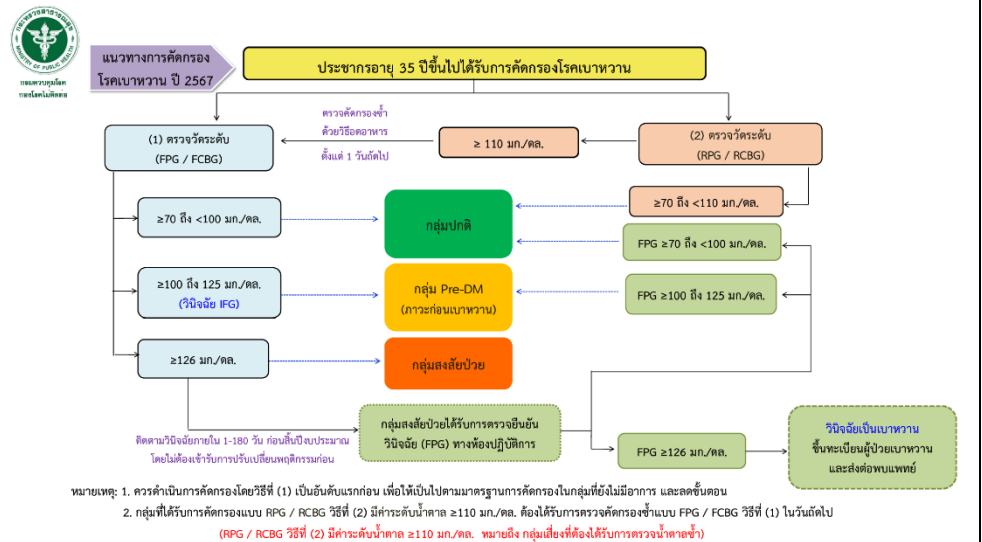
จากการประชุม Update องค์ความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
และทิศทางการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อและการประเมินผล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
วันพุธที่ 20 กันยายน 2566

กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Q & A ประเด็นโรคเบาหวาน

Q1: ปัจจุบันการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าต้องตรวจคัดกรองโดยวิธี DTX หรือ FBS แต่แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวานปี 2566 กำหนดว่าหาก Diabetes Risk Score น้อยกว่า 8 ให้ตรวจทุก 3 ปี ดังนั้นเกณฑ์ตัวชี้วัดจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่

A1: ตัวชี้วัดการคัดกรองโรคเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2567 ไม่มีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดการตรวจคัดกรองฯ แนวทางการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวานปี 2566 โดยประชาชนทั่วไปอายุ ≥ 35 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินทุก 1 ปี โดยวิธีการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง ดังรูปที่ 1 แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานปี 2567



Q2: กรณีประชาชนอายุน้อยกว่า 35 ปี จำเป็นต้องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในการคัดกรองเบาหวานหรือไม่

A2: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566 การคัดกรองโรคเบาหวานกรณี **ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี** ให้ประเมินความเสี่ยงจากคะแนน Thai Diabetes Risk Score ร่วมกับพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ดังนี้

1. ถ้าคะแนนความเสี่ยง < 8 และไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ ถือเป็นผู้มีความเสี่ยงปานกลาง ให้ประเมินซ้ำทุก 5 ปี จนถึงอายุ 35 ปี
2. ถ้ามีคะแนนความเสี่ยง ≥ 8 หรือมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ตรวจ FPG หรือ FCBG
 - ผลการตรวจเลือด <math>< 100</math> mg/dL ถือว่ามีความเสี่ยงปานกลาง ให้ประเมินตนเองทุก 3 ปี
 - ถ้าผลการตรวจเลือดมีค่า ≥ 100 mg/dL ถือว่ามีความเสี่ยงสูง ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

Q3: กรณีผู้ป่วยเบาหวานตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) มีค่า 150 - 170 mg/dL แต่เมื่อตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเท่ากับ 5.7% ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของทั้ง 2 วิธีที่ไม่สอดคล้องกัน สาเหตุเกิดจากอะไร

A3: หากค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยการตรวจด้วยวิธีเจาะปลายนิ้วผิดปกติ แต่การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าปกติ สาเหตุอาจเกิดจากผลตรวจ HbA1c มีความคลาดเคลื่อน เช่น ผู้ที่เป็นธาลัสซีเมีย หรือทานยาบางชนิด ฯลฯ อาจส่งผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สอดคล้องกัน ตัวอย่างงานวิจัย พบว่าในผู้ที่เป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาลสูง โดยตรวจแบบ FPG/OGTT มีค่ามากกว่า 200 mg/dL แต่มีค่า HbA1c ประมาณ 4.5 - 5 % เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่เป็นธาลัสซีเมีย

Q & A ประเด็นโรคเบาหวาน

	<p>เม็ดเลือดแดงจะแตกเร็ว และมีอายุสั้น จึงส่งผลให้ค่าระดับ HbA1c ต่ำกว่าปกติ ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ที่มีธาลัสซีเมียแฝงค่อนข้างมาก</p>
<p>Q4: ในการตรวจ OGTT สามารถใช้น้ำหวานเฮลบลูบอยแทนน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ได้หรือไม่</p>	<p>A4: ไม่สามารถใช้น้ำหวานเฮลบลูบอย แทนน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ได้ เนื่องจากในน้ำหวานเฮลบลูบอยไม่สามารถคำนวณปริมาณน้ำตาลกลูโคสและความเข้มข้นได้ เพราะการทำ OGTT จะต้องใช้น้ำตาลกลูโคส 75 กรัม และมีความเข้มข้น 50%</p>
<p>Q5: การทดสอบความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการทำ Ipswich touch test มี Sensitivity และ specificity มากน้อยเพียงใด สามารถใช้แทนการทำ Monofilament ได้หรือไม่</p>	<p>A5: การทำ Ipswich touch test เป็นการทดสอบความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความสูญเสียการรับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า สามารถใช้แทนการทำ Monofilament ได้ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการตรวจ โดยการให้ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้จิ้มที่นิ้วเท้าของผู้ป่วยในบริเวณตำแหน่ง ดังรูปที่ 2</p> <div style="text-align: center;">  <p>รูปที่ 2. แสดงลำดับการตรวจ Ipswich Touch Test¹⁹</p> </div>
<p>Q6: อายุที่เหมาะสมของผู้ป่วยในการทำ DM Remission ไม่ควรเกินเท่าไร และมีคำแนะนำในการทำ Remission อย่างไร</p>	<p>A6 : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2565 มีข้อแนะนำในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมในการแนะนำเข้าสู่การรักษา <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากกลุ่มนี้ก็มีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้เช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย • ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควรรักษา <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมรุนแรง และมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังที่มี eGFR < 30 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน - ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี และไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน หรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น - ผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ที่อาจเป็นโรคเบาหวานชนิด Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA) - ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 - ผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี - ผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์

Q & A ประเด็นโรคเบาหวาน

<p>Q7: ขอคำแนะนำเรื่องการทำ IF ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน</p>	<p>A7: การอดอาหารเป็นช่วงเวลา (Intermittent fasting (IF)) มีหลายรูปแบบ เช่น การอดอาหารเป็นวัน หรืออดอาหารแบบนับชั่วโมง ซึ่งแนะนำให้ทำ IF แบบนับชั่วโมง เช่น ทำ IF แบบ 18/6 (การอดอาหารยาวนานเป็นเวลา 18 ชั่วโมง และเริ่มกินอาหารในเวลา 6 ชั่วโมงที่เหลือ) ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารในมือเช้าเพราะเป็นมือสำคัญ และเริ่มอดอาหารในมือถัดไป ตัวอย่างเช่น เลือกรับประทานอาหารช่วง 8.00 - 16.00 น. และเริ่มอดอาหารเวลา 16.00 น. เป็นต้นไป เป็นต้น</p>
--	---

หมายเหตุ: สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ที่

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2565

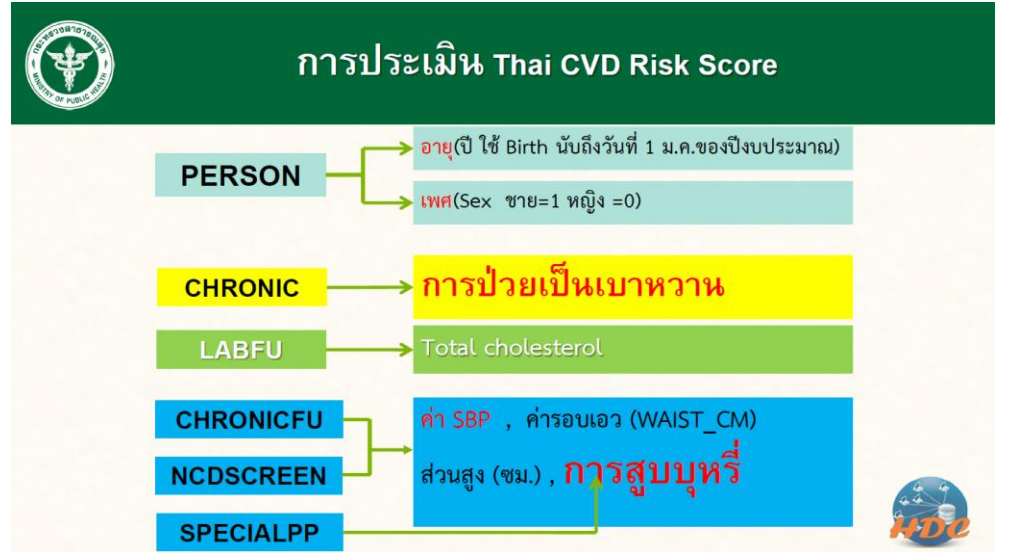
Q & A ประเด็นโรคความดันโลหิตสูง	
<p>Q1: กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับความดันโลหิต < 130/80 มม.ปรอท และทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) จะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่า < 125/75 มม.ปรอท หรือไม่</p>	<p>A1: ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา คือ ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล มีค่า Systolic Blood Pressure (SBP) ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท (สำหรับระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาโดยวิธี HBPM ยังไม่มี Evidence Based ระบุไว้อย่างชัดเจน) ดังนั้นในกรณีดังกล่าว การตั้งเป้าหมายการรักษาจากการทำ HBPM จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อภิชาติ สุคนธสรณ์ นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่าความดันโลหิตแบบ Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) < 130/80 มม.ปรอท แล้วนั้น ไม่จำเป็นต้องปรับค่า HBPM ให้ลงมาต่ำกว่า 120 มม.ปรอท เนื่องจากการที่ค่า OBPM < 130/80 มม.ปรอท จะส่งผลให้ความแตกต่างระหว่างค่า OBPM และ HBPM ต่ำกว่า 10 มม.ปรอทอย่างแน่นอน</p>
<p>Q2: กรณีผู้ป่วย White - Coat Hypertension สามารถ Start Anti - HT Low dose ได้หรือไม่</p>	<p>A2: กรณีผู้ป่วย White - Coat Hypertension ควรพิจารณา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณี White - Coat Hypertension ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM) ตลอดจนตรวจหา Target Organ Damage (TOD) 2. หากพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระดับสูงหรือสูงมาก หรือตรวจพบ Target Organ Damage หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน แพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย White - Coat Hypertension แต่ไม่ควรให้ทุกราย 3. การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ควรสอบถามถึงความสมัครใจของผู้ป่วย เนื่องจาก White - Coat Hypertension คือ ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน (HBPM) เป็นปกติ ดังนั้นการรักษาเพื่อลดความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล (OBPM) ให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจทำได้ยาก อีกทั้งควรพิจารณาถึงคุณภาพของการทำ OBPM ให้มีมาตรฐานตามที่แนวทางฯ กำหนด เพื่อให้ได้ค่า OBPM ที่ถูกต้องในการรักษาผู้ป่วย
<p>Q3: หากผู้ป่วยรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ Amlodipine, Enalapril, Atenolol, และ Doxazocin แล้วพบว่าค่าความดันโลหิต > 140/90 มม.ปรอท ควรทำอะไร และค่าความดันโลหิตต้องลดลงถึงระดับใด ถึงจะสามารถลดยาหรือปรับยาได้</p>	<p>A3: สิ่งสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยจะต้องควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากกรณีตัวอย่าง หากผู้ป่วยได้รับยาตามที่ระบุแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมได้ ให้เพิ่มกลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ในขนาดต่ำ ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ที่ < 120/70 มม.ปรอท แนะนำให้แพทย์พิจารณาลดยาลงบางส่วนตามความเหมาะสม แต่ไม่ควรให้หยุดยาโดยทันที</p>

หมายเหตุ: สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ที่ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

Q & A ประเด็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

Q1: การคัดกรอง CVD risk HDC มี การประมวลผลข้อมูลจากแฟ้มใดบ้าง

A1: การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score) ในหน้า รายงาน HDC มีการประมวลผลจากแฟ้มที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังรูปที่ 3



Q & A ประเด็นการจัดการข้อมูล	
<p>Q1: การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินทราชินี (สอน.) ที่มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดลดลง จึงอยากทราบว่า กองโรคไม่ติดต่อมีแผนการเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูลอย่างไร</p>	<p>A1: กองโรคไม่ติดต่อได้มีการติดตามผลกระทบหน่วยงานที่มีการถ่ายโอนผ่านการประชุม Service Plan NCD และการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งผลักดันให้เกิดการ MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อบรรลุการดำเนินงานของ รพ.สต. รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงานที่ถ่ายโอน</p>
<p>Q2: กรณีสถานบริการสาธารณสุขที่มีการถ่ายโอนไปยัง อปท. แล้ว แต่ยังไม่ปรากฏข้อมูลว่าสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวฯ ยังคงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร</p>	<p>A2: หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการสาธารณสุขที่มีการถ่ายโอนไปยัง อปท. แจ้งข้อมูลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้รับทราบรายชื่อสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมดที่มีการถ่ายโอน 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งรายชื่อสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าว ให้กับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับทราบ 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) จะปรับข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขที่มีการถ่ายโอนตามที่ได้รับแจ้งจาก กยผ. โดยจะดำเนินการในวันจันทร์ของทุกสัปดาห์
<p>Q3: กรณีพบข้อมูลในระบบ HDC ผิดพลาดส่งผลให้เป้าหมายที่ต้องดำเนินงานเยอะกว่าข้อมูลจริง (ตัวหารมากขึ้น) และผลงานตัวชี้วัดลดต่ำลง จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร</p>	<p>A3: สามารถทำ Data Correct เพื่อรายงานแก้ไขข้อมูล ซึ่งต้องให้หน่วยงานที่เป็นผู้ให้บริการ ดำเนินการแก้ไขและส่งต่อข้อมูล Data Correct เท่านั้น จึงจะสามารถปรับแก้ไขข้อมูลได้</p>

ประเด็นการยืนยันตัวตน (Authentication): กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้รับทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันตัวตน (Authentication) ในระบบ E - Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรียบร้อยแล้ว โดยได้รวบรวมประเด็นคำถามและข้อเสนอแนะทั้งหมดจากการประชุม Update องค์ความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงฯ เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2566 ที่ผ่านมา และส่งต่อข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบ หากมีความชัดเจนในการดำเนินงานดังกล่าว กองโรคไม่ติดต่อ จะแจ้งให้ทราบในลำดับต่อไป