ขั้นตอนการรับบริการตรวจรักษา
โรงพยาบาลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง

1. รับบัตรคิวที่จุดคัดแยกประเภทผู้ป่วย (หน้าห้องเวชระเบียน)

2. ยื่นบัตรคิว พร้อมด้วยบัตรประชาชนและบัตรโรงพยาบาล / บัตรทอง

3. ซักประวัติเบื้องต้นก่อนพบแพทย์ หน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก

4. พบแพทย์ – ส่งชันสูตรเพิ่มเติม

5. รับยา / กลับบ้าน

แนวทาง/ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกDM/HTโรงพยาบาลตะโหมด

ปรับครั้งที่ 3 (24 มิ.ย.62)

ผู้ป่วยมาตามนัด

- ยื่นสมุดนัดพร้อมเสียบคิวใส่ในตะกร้าหน้าห้องคลินิกเรื้อรัง (ถ้าสั่งเจาะเลือดให้ไปเจาะเลือดก่อนแล้วมายื่นสมุดที่ห้องคลินิกเรื้อรัง)

ผู้ป่วยผิดนัด

ยื่นสมุดนัด/บัตรนัดที่ห้องคลินิกในตะกร้าผู้ป่วยผิดนัด จนท.คลินิกจะโทรแจ้งห้องบัตรลงทะเบียน

ตรวจวัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก ให้ความรู้ตามปัญหาผู้ป่วย

ซักประวัติ/คัดกรองแยกผู้ป่วยแยก 2 ประเภท คือ พบแพทย์ ห้อง ① และพบพยาบาลสั่งยาเดิม ห้องที่ ②

รับการตรวจรักษา

อาการปกติ/ผลFBS < 250 /BP < 150 /90 พบพยาบาล review ยาเดิม

นัดครั้งต่อไป 2 เดือน ถ้าผลน้ำตาล < 200 /BP <150/90
1 เดือน ถ้าผลน้ำตาล > 200 /BP <150/90

อาการผิดปกติ/ผล FBS > 250 BP > 150/90 ,CKD

ส่งพบ NCM /นักโภชนาการ

ส่งพบแพทย์ประจำคลินิก NCD

ผลเลือดอยู่ในภาวะวิกฤติ → เข้าคิวด่วนรับการตรวจ

เข้าคิวรอตรวจ → รับการตรวจ → **Admit**

wardแจ้งNCM/นักโภชน์ → NCM/นักโภชน์ประเมินปัญหาก่อนD/C → วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ → ติดตามเยี่ยมบ้านหลังD/C

ส่งโต๊ะพยาบาลหลังพบแพทย์ → พบเภสัชกร และรับยาห้องยา → กลับบ้าน

เกณฑ์ปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังAdmit

1.ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน

1.1 เจ้าหน้าที่Ward โทรแจ้ง NCM /นักโภชนาการ

1.2 NCM ประเมินปัญหาผู้ป่วย

1.3 ร่วมกันวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

- แพทย์
- เภสัชกร
- พยาบาลในคลินิก NCD
- นักโภชนาการ
- นักกายภาพ
- ทีมสุขภาพจิต
- ศูนย์เยี่ยมบ้าน

1.4 วางแผนติดตามเยี่ยมหลัง D/C ภายใน 2 สัปดาห์ วัน พุธ - พฤหัสบดี

1.5 ติดตามเยี่ยมร่วมด้วยทีมเยี่ยมและจนท.ในพื้นที่ รพ.สต.

2.ผู้ป่วย COPD/Asthma

2.1 เจ้าหน้าที่Ward โทรแจ้ง ทีมคลินิก NCD

2.2 ร่วมกันวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

- แพทย์
- เภสัชกร
- พยาบาลในคลินิก
- นักกายภาพ
- ทีมสุขภาพจิต
- ศูนย์เยี่ยมบ้าน

2.3 วางแผนติดตามเยี่ยมหลัง D/C ภายใน 2 สัปดาห์ วัน พุธ - พฤหัสบดี

2.4 ติดตามเยี่ยมร่วมด้วยทีมเยี่ยมและจนท.ในพื้นที่ รพ.สต.

หลักเกณฑ์ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.ผู้ป่วยเรื้อรังขาดนัด เกิน 2 visit

2.ผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานที่ควบคุมภาวะน้ำตาลไม่ได้

- ผู้ป่วยที่มีผล FBS/DTX $\geq$ 300 mg% เมื่อรับยา
- ผู้ป่วย On Insulin ที่มีภาวะ Hypo/Hyperบ่อยๆ

3.ผู้ป่วยเรื้อรังที่ Re – admit

- ผู้ป่วย COPD/Asthma Re – admit ภายใน 28 วัน
- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันฯ ที่ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

4.ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (มีค่า GFR $\leq$ 40)

5.ผู้ป่วย Asthma/COPD ที่มีภาวะ attact ที่ ER > 2 ครั้ง/เดือน

6.ผู้ป่วยรายกรณีเฉพาะที่มีการ Request จากทีมสหวิชาชีพ เช่น

- มีโรคร่วมและไม่สามารถมารพ.เองได้

.....

แนวทางการคัดกรอง และ การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต./PCU

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

กลุ่มเป้าหมาย

1.ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป

2.ประชากรมีปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มปกติ
SBP < 120
DBP < 80

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ***

ติดตาม ทุก 1 ปี

กลุ่มเสี่ยงสูง
SBP 120 - 139
DBP 80 – 89

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม***

ติดตาม ทุก 3 เดือน

ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง**

HT GR 1
SBP 140 - 159
DBP 90 – 99

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ***

ทำSMBP 2 สัปดาห์
สัปดาห์ละ 3 วัน

ถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยง

ถ้าวัดBPลดเป็นHT GR 1

ถ้ายัง HT GR 1 ส่งพบแพทย์

อายุ ≤ 55ปี add E(5) 1*1

อายุ ≥ 55ปี add Amlo (10) ½*1

HT GR 2
SBP 160 - 179
DBP 100 – 109

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม***

ภายใน 2 wks.

ถ้ายัง HT GR2 พบแพทย์ stat ยา

HT GR 3
SBP ≥ 180
DBP ≥ 110

ส่งต่อ รพ.ตะโหมด ทันที เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์

F/U 2 wks.ส่งคลินิกHT+Labประจำปี+ขึ้นทะเบียนรายใหม่ รพ.จะส่งข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยใหม่ทาง Line NCD ประจำเดือน

การวัดความดันโลหิต

1.วัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 5 นาที ในท่านั่ง หลังจากนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที โดยวัด 2 แขน เปรียบเทียบกัน

2.ให้งดชา กา แฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ การสูบบุหรี่ และถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ก่อนวัดความดันโลหิต อย่างน้อย 30 นาที

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม *

1.ควบคุมน้ำหนัก(BMI 18.5 – 22.9 kg/m2)

2.ลดรอบเอว ลดเค็ม ลดมัน

3.เข้าคลินิก DPAC

4.เพิ่มผัก / ผลไม้ / อาหารเส้นใยสูง

5.เลิกบุหรี่

6.พักผ่อนเพียงพอ 6 – 8 hr/คืน

ปัจจัยเสี่ยง**

1).อ้วน/BMI เกิน 2).รอบเอว (ส.ส2) เกิน 3).ญาติสายตรงเป็นDT 4).ไขมันสูง 5).ประวัติเป็น DM/CVA ฯ.คน ไม่/โรคไต/โรคหัวใจ ครอบครัวเสี่ยน โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหัวใจ 7).สูบบุหรี่

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CUP ต.ค. หมด 60

DM Screening

- อายุ ≥ 35 ปี
- มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว≥ ½ -ของส่วนสูง (ซม) หรือ BMI ≥ 25 กก/ม^{2}และมีพ่อแม่พี่หรือน้องเป็นเบาหวาน
- เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรหนัก >4 กก.
- HT หรือ BP ≥ 140/90 mmhg
- เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucoseหรือ Pre Hypertension
- มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ หรือรับประทานยาลดไขมันอยู่
- ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome)
- สูบบุหรี่

FPG 100-125, ทำ75 g glucose FPG 140-199 เป็นกลุ่มเสี่ยง → ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม F/U DTX 3 ครั้ง ติดตาม 3 เดือน

FPG < 100 → ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจ FPG ทุก 1 ปี

FPG ≥ 126 ตรวจ FPG ซ้ำใน 1wksที่ รพ.สต/PCU → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.คะ โหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

ทำ 75 g glucose ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.คะ โหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

@@@ ถ้ามีอาการของ DM ชัดเจนให้เจาะเป็น random plasma glucose ได้เลย และถ้า ≥ 200 วินิจฉัย DM → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.คะ โหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

*** ตรวจ Lab พื้นฐาน คือ FBS, CBC Lipid profile , SCr., BUN ,eGFR, HbA1C, EKG, UA Micro albumin นัดตรวจตา,เท้า ช่องปาก,ประเมิน CVD risk

Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.คะ โหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

- FPG < 180 และ HbA1C < 8 % → ให้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน * เรียนรู้โรคเบาหวาน และการดูแลตนเอง หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถ้าคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ** ให้เริ่มรักษาด้วยยา
- FPG ≥ 180, A1c > 8% → ให้ Metformin (500) 1x1pc ร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าควบคุมน้ำตาลไม่ได้** ให้เริ่มใช้ยา 2 ตัว
- FPG >220 หรือ HbA1C > 9 % → พิจารณาเริ่มด้วยยา 2 ชนิด Metformin + Glipizide → HbA1C < 7 ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี; HbA1C ≥ 7 ตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนโดยพิจารณา จนท.ในพื้นที่
- FPG > 300 หรือ HbA1C > 11 % ร่วมกับมีอาการจากน้ำตาลในเลือดสูง → ยาเม็ด 2 ชนิด + NPH ยาฉีด mixtard /RI or ส่งต่อ specialist → HbA1C < 7 ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี; HbA1C ≥ 7 ตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนโดยพิจารณา จนท.ในพื้นที่
- FPG > 300 หรือ HbA1C > 11 % มีโรคหรือภาวะอื่น → NPH start = 0.1 u /kg/day, Max = 0.6 u /kg/day

* ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
- บริโภคอาหารตามหลักสุขภาพ
- งดบุหรี่
- คุมน้ำหนัก

ลดอุบัติการณ์เบาหวานได้ 40-60%

*** ถ้า ผู้ป่วย DM ตั้งครรภ์ให้ off ยากิน และให้ยาฉีด insulin แทน

**** ยา 2 ตัวต้องออกฤทธิ์ต่างกัน

- ควรเริ่มยาชนิดที่ 2 เมื่อได้ยาชนิดแรกในขนาด ½ - 2/3 ของขนาดยาสูงสุด แล้วยังคุมน้ำตาลไม่ได้

** เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

	เข้มงวดมาก	ทั่วไป	ไม่เข้มงวด
FPG	70-110	80-130	140 - 170
HbA1C	< 6.5	< 7.0	7.0 - 8.0
	- อายุน้อย	- hypoglycemia	- สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้
	- เป็นไม่นาน	บ่อย/รุนแรง	- ผู้ป่วย CAD CHF, CVA; ชัก, โรคตับ, โรคไตระยะสุดท้าย
	- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- สูงอายุที่สุขภาพดี	

*** ถ้าอ้วนเริ่มด้วย Metformin ไม่อ้วน พิจารณาเริ่มด้วย glipizide หรือ glibenclamide,

เฝ้าระวัง !! อาการของหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1.เจ็บหน้าอกตรงใดก็ได้จากขอดอก ถึงคอ และอาจเจ็บร้าวไปที่คอ กราม ฟัน ไหล่ หรือแขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้าง อาการร่วม คือ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย

2.ลักษณะการเจ็บ เจ็บแน่นๆ เจ็บรัด ๆ เจ็บรุนแรงในอก

3. เจ็บขณะทำงาน ยกของหนัก ดื่นเต้น โกรธ รับประทานอาหาร ถูกอากาศเย็น เจ็บนานประมาณ 15 – 30 วินาที

หากพบ ส่ง ER Refer รพ. พัทลุง ภายใน 12 ชั่วโมง

@ Glipizide max dose 20 mg/day , ไม่ปรับ dose ใน CKD เสี่ยงHypo, น.น ขึ้น ,เสี่ยงในคนแพ้ Sulfa

@ Metformin max dose 3,000 mg/day ถ้า GFR <30 off MFM ,มี GI-side effect หากได้รับยาทั้ง 2 กลุ่ม maximum dose แล้ว ยังคุมไม่ได้ พิจารณาฉีด Insulin

@ Add ASA : age ≥ 50 ปี + เสี่ยง CVD (หรือ สูบบุหรี่ หรือ DLP หรือ มี albuminuria หรือ HT หรือ ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว)

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

งานผู้ป่วยใน : ผู้ป่วยเบาหวาน

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะรับไว้ดูแล : การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง : โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, แผลติดเชื้อ, ตามัว, โรคไต,เ จ็บหน้าอก, อ่อนแรง

1. Record V/S
2. รักษาตามอาการ/ตามแพทย์สั่ง
3. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

แนวทางการ Refer ไป รพ.พัทลุง ***

1.ผป.เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันรุนแรง เช่น DKA, HHNC หรือ Cr ≥ 2 mg/dl หรือ GFR < 30 cc/min พบแพทย์เฉพาะทาง

2. ผป.เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา, ไต, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง (sepsis) หรือแผลเบาหวาน ติดเชื้อ cellulitis ที่ควบคุมไม่ได้

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยา insulin (ระดับน้ำตาลสูง/ต่ำ ไม่คงที่)

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560
ลงชื่อ
(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)
ประธาน ทีม NCD board

เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลัน

ภาวะHypogly CBG. ≤ 70 mg/dl
และมีอาการ
- หิวข้าวใจจะขาด
- ปากชา ลิ้นชา
- ใจสั่น
- เป็นลม หมดสติ
- หน้ามืด ตาลาย
- เหงื่อออก
- ปวดศรีษะ

ภาวะHypergly CBG. ≥250 mg/dl
และ มีอาการ
- ซึม อ่อนแรง
- อ่อนเพลีย
- เหนื่อยง่าย
- คลื่นไส้ อาเจียน
- คอแห้ง
- กระหายน้ำมาก
- ปัสสาวะมาก

รายงานแพทย์

ไม่รู้สึกตัว

1.On O_2
2.ให้ 50 % Glucose 50 cc ทาง IV
3.ให้ IV 5% NSS/2
4. Record v/s ทุก 1-2 ชม.
5.เจาะ CBG. ทุก 1 ชม./ตามแพทย์สั่ง
6. Record I/O
7.แนะนำญาติสังเกตอาการ

รู้สึกตัว

1. ดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว หรืออาหาร
2. Record v/s ทุก 1-2 ชม.
3. เจาะ CBG. ทุก 1 ชม./ตามแพทย์สั่ง ให้ระดับ CBG.=90-130 mg /dl
4. Record I/O
5. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

ดูแลตามแพทย์สั่ง

ไม่รู้สึกตัว

1.On O_2
2.ให้ IV 0.9 % NSS
3.เจาะ CBG. ทุก 1 ชม./ตามแพทย์สั่ง
4. Record I/O
5.แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

รู้สึกตัว

1.ดูแลรักษาตามอาการให้ดื่มน้ำมากๆ
2.เจาะ CBG. ทุก 1 ชม./ตามแพทย์สั่ง
3. Record I/O
4.แนะนำญาติสังเกตอาการ

งานห้องคลอด : DM

ผู้ป่วยเบาหวาน Admit

ระยะรอคลอด

- Observe progess of labour
- FHS of 15-30 นาที หรือ On NST และดูแลเฝ้าระวังเหมือนกลุ่ม high risk (ทารกตายคลอด, ทารกตายในครรภ์, แท้ง, คลอดก่อนกำหนด, คลอดเกินกำหนด, Pre DM ท้องแรก)
- PV pm
- NPO ON 5% D/NSS/2 1000 ml + RI 10 Unit (ถ้าผู้ป่วยควบคุมด้วย insulin)
  0.9 % NSS 1000 ml IV drip 100 ml/hr. (ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมด้วย insulin)
- capillary blood glucose ทุก 2 ชม. ให้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับ 80-120 mg/dl

ระยะคลอด

- Routine care
- เตรียมทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติแก่มารดาทารก เช่น PPH, BA , คลอดติดไหล่
- ประเมิน ภาวะ Hypoglycemia โดยเจาะ capillary blood glucose ทุก 2 ชม. ให้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับ 80-120 mg/dl

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560
ลงชื่อ
(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)
ประธาน ทีม NCD board

ระยะหลังคลอด

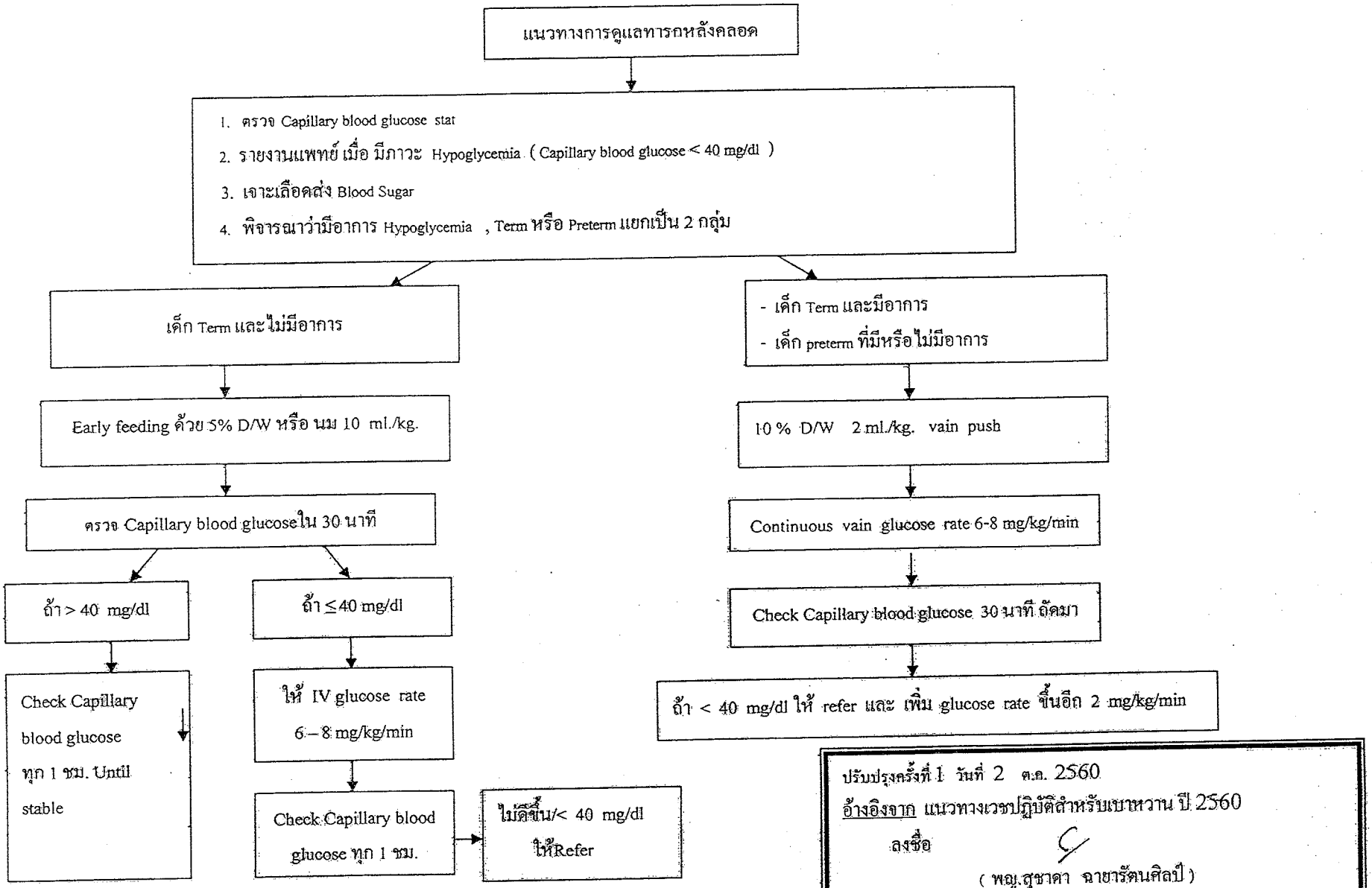
มารดา

- capillary blood glucose ทุก 4 ชม. ให้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับ 80-160 mg/dl
- รายงานแพทย์เมื่อมีภาวะข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เช่น ตกเลือดมาก มดลูกไม่แข็งตัว
- Routine care

ทารก * ดูจากแนวทางการดูแลทารกฯ
อาจเกิด preterm, nearterm, IUGR ให้ดูแลตามอาการ และตามแนวทางการดูแลทารกฯ

เยี่ยมบ้าน หลังคลอดทุกราย
ครั้งที่ 1.หลังคลอด ภายใน 6 สัปดาห์
ครั้งที่ 2.หลังคลอด ภายใน 6 เดือน
ผู้ป่วย GDM ทุกราย ต้องนัดตรวจคัดกรองเบาหวาน ภายใน 6 สัปดาห์ หลังคลอด

งานห้องคลอด/หลังคลอด : DM



ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน ผู้ป่วยนอก / รพ.สต./ PCU

กลุ่มเป้าหมาย อายุ ≥35 ปี ขึ้นไป ⟹ งดน้ำ – งดอาหาร > 8 ช.ม. ตรวจ FPG กรณีไม่สามารถทำFPG ได้ให้ใช้ CBG จากปลายนิ้ว

ค่า < 100 mg/dl (ผลปกติ)

- กลุ่มไม่เสี่ยง → นัดทุก 1 ปี
- มีปัจจัยเสี่ยงข้อ1 – 4 ข้อใดข้อหนึ่ง → แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื้อหา
- โรคเบาหวานและ ปัจจัยเสี่ยง
- อาหาร - ควบคุม นน.
- การออกกำลังกาย
- งดเหล้า - ลด/จำกัดA1c.

ค่า 100- 125 mg/dl (กลุ่มเสี่ยง)

- มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 6 คะแนน → ส่งเข้าคลินิก DPACของรพ.สต.
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง < 6 คะแนน → คัดกรองด้วย 75 gm OGTT ภายใน 1 wks. ถ้าค่า 140 เป็นกลุ่มเสี่ยง → นัดเจาะซ้ำทุก 3 ด.

140 – 199 → IFG + IGT นัดเจาะทุก 3 ด.

> 200 → DM

ค่า ≥ 126 mg/dl (ผลผิดปกติ)

- นัดทำ FPG ซ้ำ ภายใน 1 wks → ถ้า < 126 (กลุ่มเสี่ยง) → นัดเจาะซ้ำทุก 3 ด.
- ค่า < 180 mg/dl or HbA1c < 8 % → Diet control 1 – 3 ด. และ ปรับพฤติกรรม

1.เจาะ FBS ≥ 126
2.เจาะOGTT ≥200
3.เจาะ HbA1c>6.5
4.มีอาการ 3 P เจาะ น้ำตาลแบบสุ่ม ≥200

→ พบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรค → ส่งคลินิก DM ขึ้นทะเบียน/FU

DM screening

1. อายุ ≥ 35 ปี
2. BMI ≥ 25 /ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
3. HT หรือ BP ≥ 140/90 mmHg
4. HDL < 35 mg/dl หรือ triglycerile ≥ 250 mg/dl
5. โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 kg ขึ้นไป
6. เคยตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose
7. ประวัติ โรคหัวใจและหลอดเลือด

ให้คำแนะนำการดูแลเรื่องโรค/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื้อหา – โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน
- อาหาร - สุขนน. - ออกกำลังกาย - งดบุหรี่(ถ้าHx เสี่ยง)
- ลด/จำกัดHba1c(ถ้าHxเสี่ยง) - การดูแลเท้า - การทำแผล
- การรับประทานยา - การฉีด Insulin(กรณีรับยาฉีด)
- เฝ้าระวังโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น เชื้อรา, วัณโรค, โรคผิวหนัง

อาการสงสัย DM

1. ปัสสาวะบ่อยและมาก 2. กินจุแต่ผอม 3. ดื่มน้ำบ่อยและมาก
4. เป็นแผลเรื้อรัง 5. คันผิวหนังหรืออวัยวะเพศ
6. ชาตามมือ/เท้า โดยไม่ทราบสาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยง DM (หน่วยเป็น คะแนน)

1).อายุ → 34 – 39 ปี = 0 → 40 – 44 ปี = 0 → 45 – 49 ปี = 1 → ≥50 ปี = 2

2).เพศ → ญ = 0 / ช = 2

3).BMI → < 23 = 0, 23 – 27.4 = 3, ≥27.5 = 5

4).รอบเอว → ช < 90cm, ญ < 80 cm = 0 → ช ≥ 90cm, ญ ≥ 80 cm = 2

5).HT → ไม่มี = 0, มี = 2

6).ญาติสายตรง → ไม่เป็น DM = 0, เป็นDM = 4

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CUP ตะไหมด 60

DM Screening

- อายุ ≥ 35 ปี
- มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว≥ ½ -ของส่วนสูง (ซม) หรือ BMI ≥ 25 กก/ม^{2}และมีพ่อแม่พี่หรือน้องเป็นเบาหวาน
- เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน.น. > 4 กก.
- HT หรือ BP ≥ 140/90 mmhg
- เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucoseหรือ Pre Hypertension
- มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ หรือรับประทานยาลดไขมันอยู่
- ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome)
- สูบบุหรี่

FPG 100-125, ทำ75 g glucose FPG 140-199 เป็นกลุ่มเสี่ยง → ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม F/U DTX 3 ครั้ง ติดตาม 3 เดือน

FPG < 100 → ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจ FPG ทุก 1 ปี

FPG ≥ 126 ตรวจ FPG ซ้ำใน 1wks ที่ รพ.สต/PCU → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.ตะโหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

ทำ 75 g glucose ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.ตะโหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

@@@ ถ้ามีอาการของ DM ชัดเจนให้เจาะเป็น random plasma glucose ได้เลย และถ้า ≥ 200 วินิจฉัย DM → Repeat FPG ≥ 126 ส่งต่อคลินิก DM รพ.ตะโหมด ตรวจซ้ำ FPG ≥ 126 วินิจฉัย DM ขึ้นทะเบียน new case

*** ตรวจ Lab พื้นฐาน คือ FBS, CBC Lipid profile , SCr., BUN ,eGFR, HbA1C, EKG, UA Micro albumin นัดตรวจตา,เท้า ช่องปาก,ประเมิน CVD risk

FPG < 180 และ HbA1C < 8 % → ให้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน * เรียนรู้โรคเบาหวาน และการดูแลตนเอง หลัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถ้าคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ** ให้เริ่มรักษาด้วยยา

FPG ≥ 180, A1c > 8% → ให้ Metformin (500) 1x1pc ร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าควบคุมน้ำตาลไม่ได้** ให้เริ่มใช้ยา 2 ตัว

FPG >220 หรือ HbA1C > 9 % → พิจารณาเริ่มด้วยยา 2 ชนิด Metformin + Glipizide → HbA1C < 7 ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี; HbA1C ≥ 7 ตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนโดยพิจารณา จนท.ในพื้นที่

FPG > 300 หรือ HbA1C > 11 % ร่วมกับมีอาการจากน้ำตาลในเลือดสูง → ยาเม็ด 2 ชนิด + NPH ยาฉีด mixtard /RI or ส่งต่อ specialist → HbA1C < 7 ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี; HbA1C ≥ 7 ตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนโดยพิจารณา จนท.ในพื้นที่

FPG > 300 หรือ HbA1C > 11 % มีโรคหรือภาวะอื่น → NPH start = 0.1 u /kg/day, Max = 0.6 u /kg/day

* ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
- บริโภคอาหารตามหลักสุขภาพ
- งดบุหรี่
- คุมน้ำหนัก

ลดอุบัติการณ์เบาหวานได้ 40-60%

*** ถ้า ผู้ป่วย DM ตั้งครรภ์ให้ off ยากิน และให้ยาฉีด insulin แทน

**** ยา 2 ตัวต้องออกฤทธิ์ต่างกัน
- ควรเริ่มยาชนิดที่ 2 เมื่อได้ยาชนิดแรกในขนาด ½ - 2/3 ของขนาดยาสูงสุด แล้วยังคุมน้ำตาลไม่ได้

** เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

	เข้มงวดมาก	ทั่วไป	ไม่เข้มงวด
FPG	70-110	80-130	140 - 170
HbA1C	< 6.5 - อายุน้อย - เป็นไม่นาน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	< 7.0 - hypoglycemia บ่อย/รุนแรง - สูงอายุที่สุขภาพดี	7.0 - 8.0 - สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้ - ผู้ป่วย CAD CHF, CVA, ชัก, โรคตับ, โรคไตระยะสุดท้าย

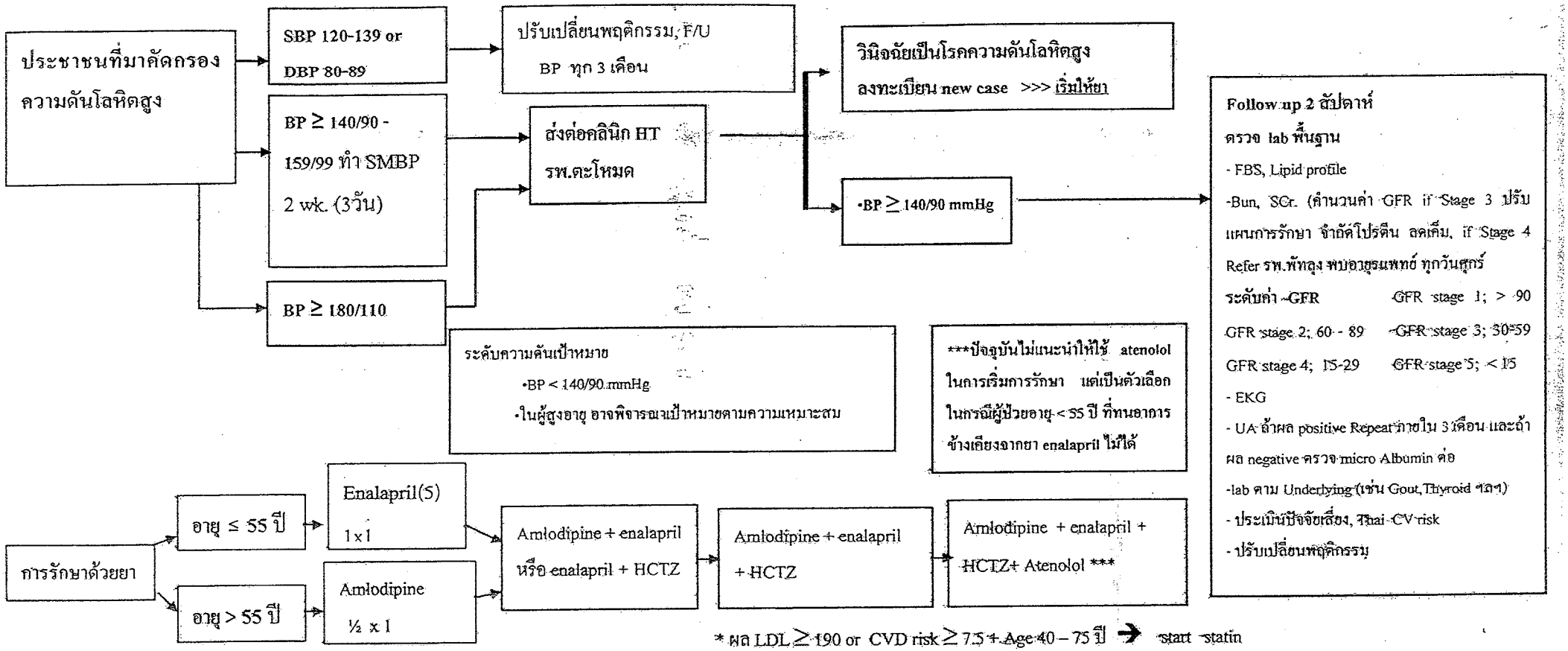
*** ถ้า*อ้วน*เริ่มด้วย Metformin *ไม่อ้วน* พิจารณาเริ่มด้วย glipizide หรือ glibenclamide,

เฝ้าระวัง !! อาการของหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
1.เจ็บหน้าอกตรงใดก็ได้จากยอดอก ถึงคอ และอาจเจ็บร้าวไปที่คอ คาง ฟัน ไหล่ หรือแขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้าง อาการร่วม คือ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย
2.ลักษณะการเจ็บ เจ็บแน่นๆ เจ็บรัด ๆ เจ็บรุนแรงในอก
3. เจ็บขณะทำงาน ยกของหนัก ตื่นเต้น โกรธ รับประทานอาหาร ถูกอากาศเย็น เจ็บนานประมาณ 15 –30 วินาที
หากพบ ส่ง ER Refer รพ. พัทลุง ภายใน 12 ชั่วโมง

@ Glipizide max dose 20 mg/day , ไม่ปรับ dose ใน CKD,เสี่ยงHypo. น.น ขึ้น ,เสี่ยงในคนแพ้ Sulfa
@ Metformin max dose 3,000 mg/day ถ้า GFR <30 off MFM ,มี GI side effect
หากได้รับยาทั้ง 2 กลุ่ม maximum dose แล้ว ยังคุมไม่ได้ พิจารณาฉีด Insulin
@ Add ASA : age ≥ 50 ปี + เสี่ยง CVD (สูบบุหรี่ or DLP or มี albuminuria or HT or มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว)

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560
ลงชื่อ
(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)
ประธาน ทีม NCD board

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง CUP ตะโหมด



* ผล LDL ≥ 190 or CVD risk ≥ 7.5 + Age 40 – 75 ปี → start statin

* CVD risk ≥ 10 % in Age 50 – 67 ปี → Start ASA Low dose

อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

1.ชา อ่อนแรง/แขน/ขา/หน้า ข้างใดข้างหนึ่งทันที

2.พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจในทันทีทันใด ยิ้มมุมปากตก

3. เดินเซ เวียนศีรษะทันที

4. ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมืดมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที

5.ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

<u>หากพบ</u> Refer รพ. ตะโหมด ทันที

<u>ปรับปรุงครั้งที่</u> 1 วันที่ 2 ต.ค. 60

<u>อ้างอิงจาก</u> แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

งานห้องอบัติเหตฉกเฉิน : DM

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ประเมินสภาพผู้ป่วย
ซักประวัติ,อาการ ปัจจัยเสี่ยง*
ตรวจร่างกาย

ไม่มีประวัติเป็นเบาหวาน → ไม่มีภาวะ Hypo/Hyper → รักษาตามอาการ

ประวัติเป็น DM → มีภาวะแทรกซ้อน

เรื้อรัง : โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, แผลติดเชื้อ, ตามัว, โรคไต,เ จ็บหน้าอก, อ่อนแรง → capillary blood glucose Stat → รายงานแพทย์ → รักษาตามอาการ/เฉพาะโรค

เฉียบพลัน

มีอาการ

Hypo หิวข้าวใจจะขาด หน้ามืด ตาลาย ปากชา ลิ้นชา เหงื่อออก ใจสั่น ปวดศรีษะ เป็นลมหมดสติ

Hyper อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง กระหายน้ำมาก ปัสสาวะมาก ซึม อ่อนแรง

→ capillary blood glucose (CBG) Stat

- ≤ 70 mg/dl
  - รู้สึกตัว → -กินน้ำหวาน 1 แก้ว หรือ อมลูกอม 2 เม็ด -Obs. 1 ชม. -เจาะ DTX ซ้ำ -รายงานแพทย์ -Admit
  - ไม่รู้สึกตัว → -50% glucose 50ml -On O_2 -เปิดเส้น IV S/D/N/2 -รายงานแพทย์ -Admit
- ≥250 mg/dl
  - รู้สึกตัว → -ให้ดื่มน้ำ - ส่งพบแพทย์
  - ไม่รู้สึกตัว → -On O_2 -เปิดเส้น IV0.9NSS% -รายงานแพทย์ -Admit

***ปัจจัยเสี่ยง**

1. อ้วน (BMI > 25 Kg/m^2)
2. ขนาดรอบเอว เกิน (ปกติ = ส่วนสูง/ 2)
3. ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
4. ความดันโลหิตสูง (≥ 140/90 mmHg)
5. HDL < 35 mg/dl หรือ triglycerile ≥ 250 mg/dl
6. โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 kg ขึ้นไป
7. เคยตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose
8. โรคของหลอดเลือดแดง

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560
ลงชื่อ
(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)
ประธาน ทีม NCD board

ตารางให้บริการของโรงพยาบาลตะโหมด

วัน	เช้า (08.30 - 12.00 น.)	บ่าย (13.00 - 16.30 น.)
จันทร์	คลินิกประสาทวิทยา คลินิกอายุรกรรม โรคทั่วไป คลินิกฝากครรภ์	คลินิกศัลยกรรม คลินิกเลิกบุหรี่ (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1 ห้องเล็ก) คลินิกนิติเวช,คลินิกผู้ป่วยนอกจิต โรคอายุรกรรม
อังคาร	คลินิกศัลยกรรม คลินิกโรคเรื้อรัง (CKD) (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1 ห้องเล็ก) คลินิกวัยทอง (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 2 ห้อง 4 ห้องเล็ก) คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1 ห้องเล็ก)	คลินิกศัลยกรรม คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช
พุธ	คลินิกศัลยกรรม คลินิกอายุรกรรม คลินิกอุบัติเหตุ,ทั่วไป (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1 ห้อง 5 ห้องเล็ก) คลินิกน้ำหนักดูดี -ผู้ป่วย (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 4 ห้องเล็ก)	คลินิกหัวใจ คลินิกอายุรกรรม โรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน
พฤหัสบดี	คลินิกศัลยกรรม คลินิกอายุรกรรม + โรคทั่วไป (ห้องเล็ก) คลินิกอายุรกรรม โรคต่อมไร้ท่อ (ห้องเล็ก) คลินิก ART (ห้องเล็ก)	คลินิกอายุรกรรม โรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน
ศุกร์	คลินิกศัลยกรรม คลินิกอายุรกรรมทั่วไป (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1 ห้องเล็ก) คลินิก COPD คลินิกอายุรกรรมทั่วไปผู้ใหญ่ (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 2,4 ห้องเล็ก) คลินิก CKD คลินิกอายุรกรรม + ต่อมลูก (ห้องเล็ก) คลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ (ห้องตรวจโรคต่อมไร้ท่อ) คลินิกโรคหอบ ห้องตรวจโรคทางเดินหายใจ โรคเรื้อรังต่างๆ (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1)	คลินิกอายุรกรรม โรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน ห้องตรวจโรคทางเดินหายใจ โรคเรื้อรังต่างๆ (ตึกผู้ป่วยนอก ชั้นที่ 1)

หมายเหตุ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป ให้บริการ ทุกวัน - ศุกร์ เวลา 08.30 - 16.00 น.
คลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ ให้บริการ ทุกวัน - พุธ เวลา 08.30 - 16.00 น.
งานบริการผู้ป่วยนอก ให้บริการผู้ป่วย จำนวน 30 คิวต่อวัน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารภูมิภาค
โรงพยาบาลตะโหมด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๔
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคโรงพยาบาลตะโหมด

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลตะโหมด วัน/เดือน/ปี : ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ หัวข้อ : MOIT ๒ ข้อ ๑๔ คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘) รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) - คู่มือขั้นตอนการให้บริการของโรงพยาบาลตะโหมด Link ภายนอก : http://tamothospital.com/ หมายเหตุ : -
ผู้รับผิดชอบการกรอกข้อมูล (นางวันดี ชนะสิทธิ์) ตำแหน่งนักจัดการทั่วไปชำนาญการ วันที่ ๑๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้อนุมัติรับรอง (นายวิชัย สว่างวัน) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชัยสน รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะโหมด วันที่ ๑๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (นายรณศักย์ ฤทธิช่วย) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๑๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔