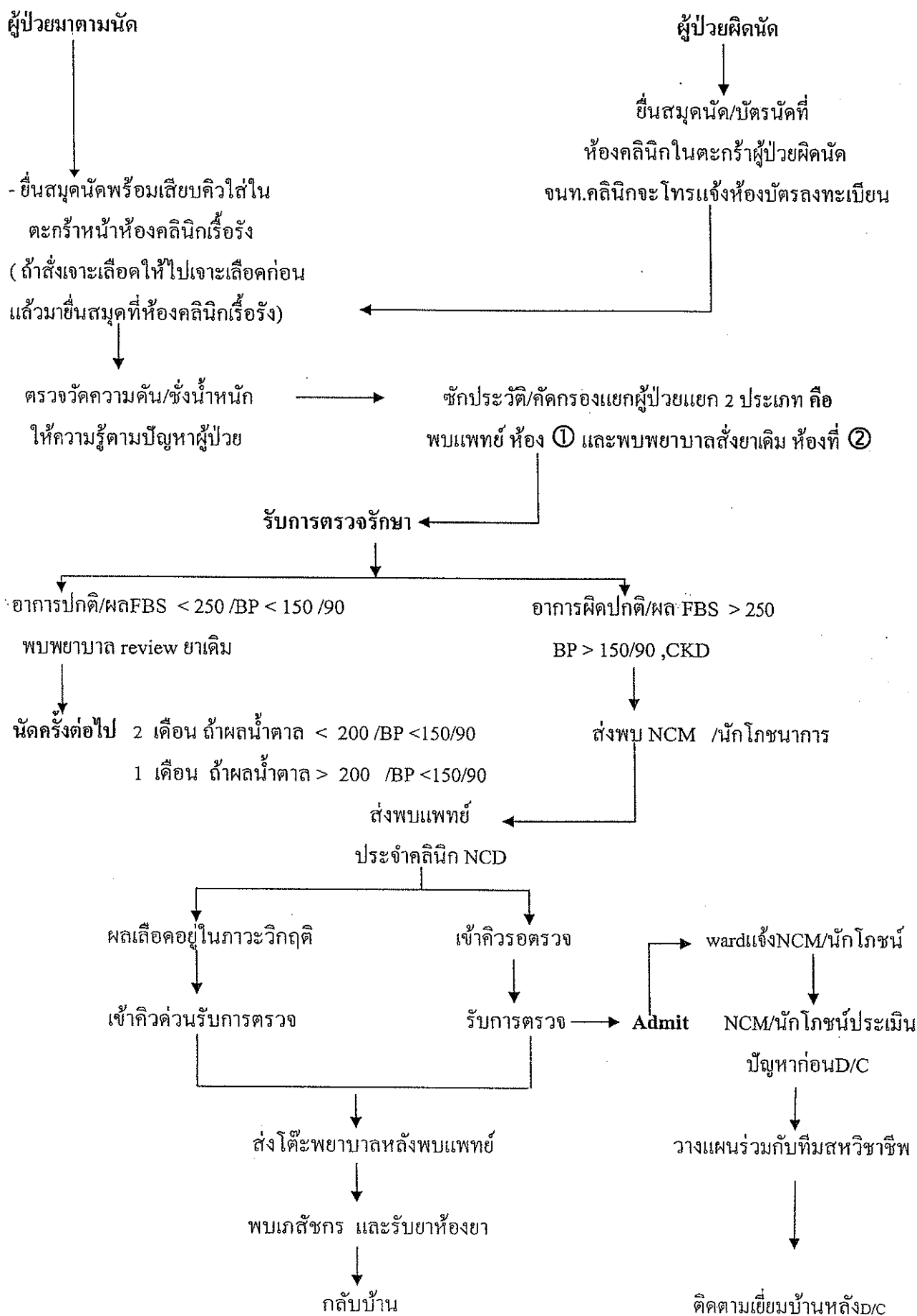


แนวทาง/ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกDM/HTโรงพยาบาลตะโหนด
 ปรับครั้งที่ 3 (24 มิ.ย.62)



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.

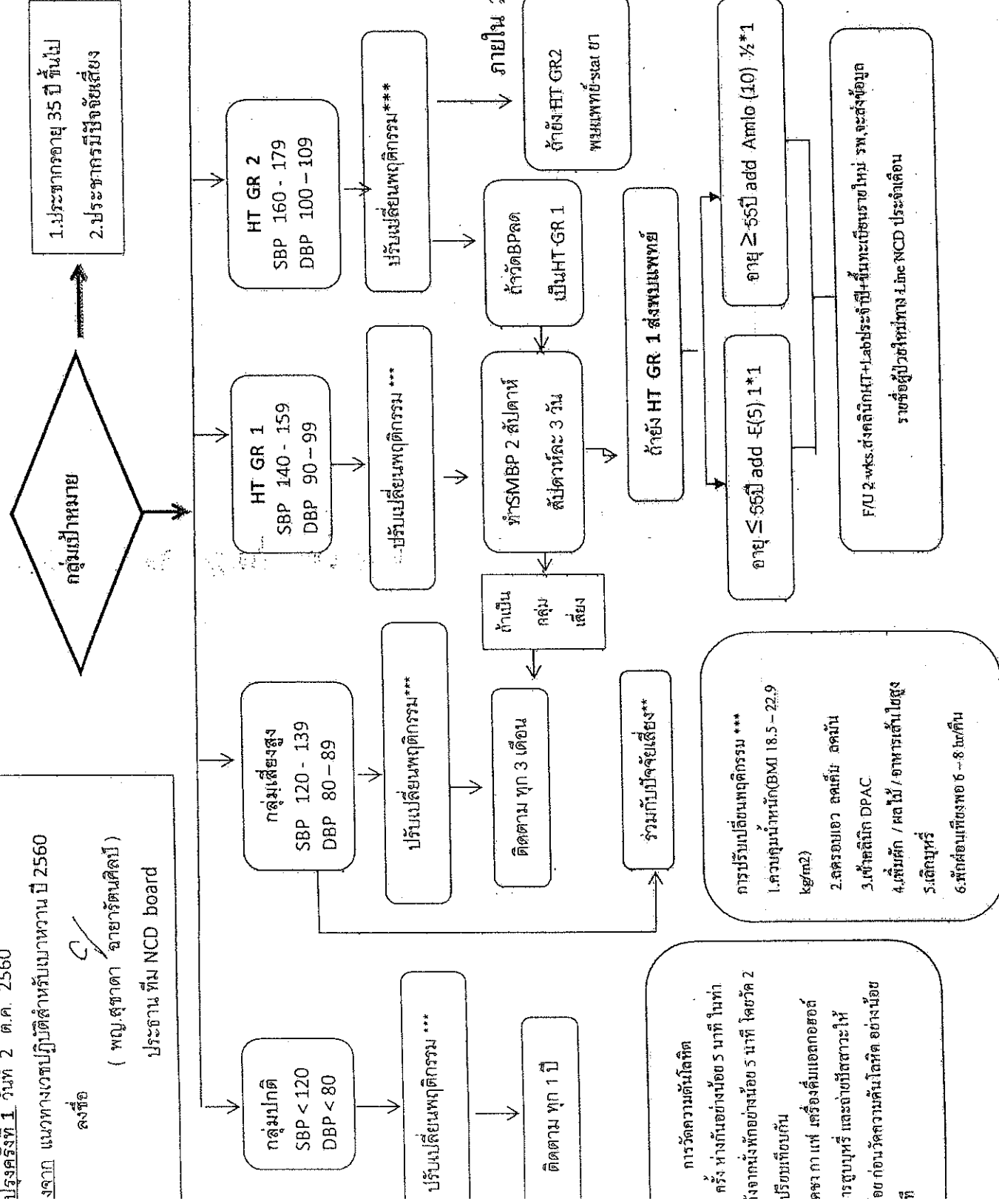
หลักเกณฑ์ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

- 1.ผู้ป่วยเรื้อรังขาดนัด เกิน 2 visit
 - 2.ผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานที่ควบคุมภาวะน้ำตาลไม่ได้
 - ผู้ป่วยที่มีผล FBS/DTX ≥ 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 ≤ 40)
 - 5.ผู้ป่วย Asthma/COPD ที่มีภาวะ attack ที่ ER > 2 ครั้ง/เดือน
 - 6.ผู้ป่วยรายกรณีเฉพาะที่มีการ Request จากทีมสหวิชาชีพ เช่น
 - มีโรคร่วมและไม่สามารถมารพ.เองได้
-

แนวทาง การจัดการ และ การวิจัยความดันโลหิตสูงใน รพ.สต./PCU

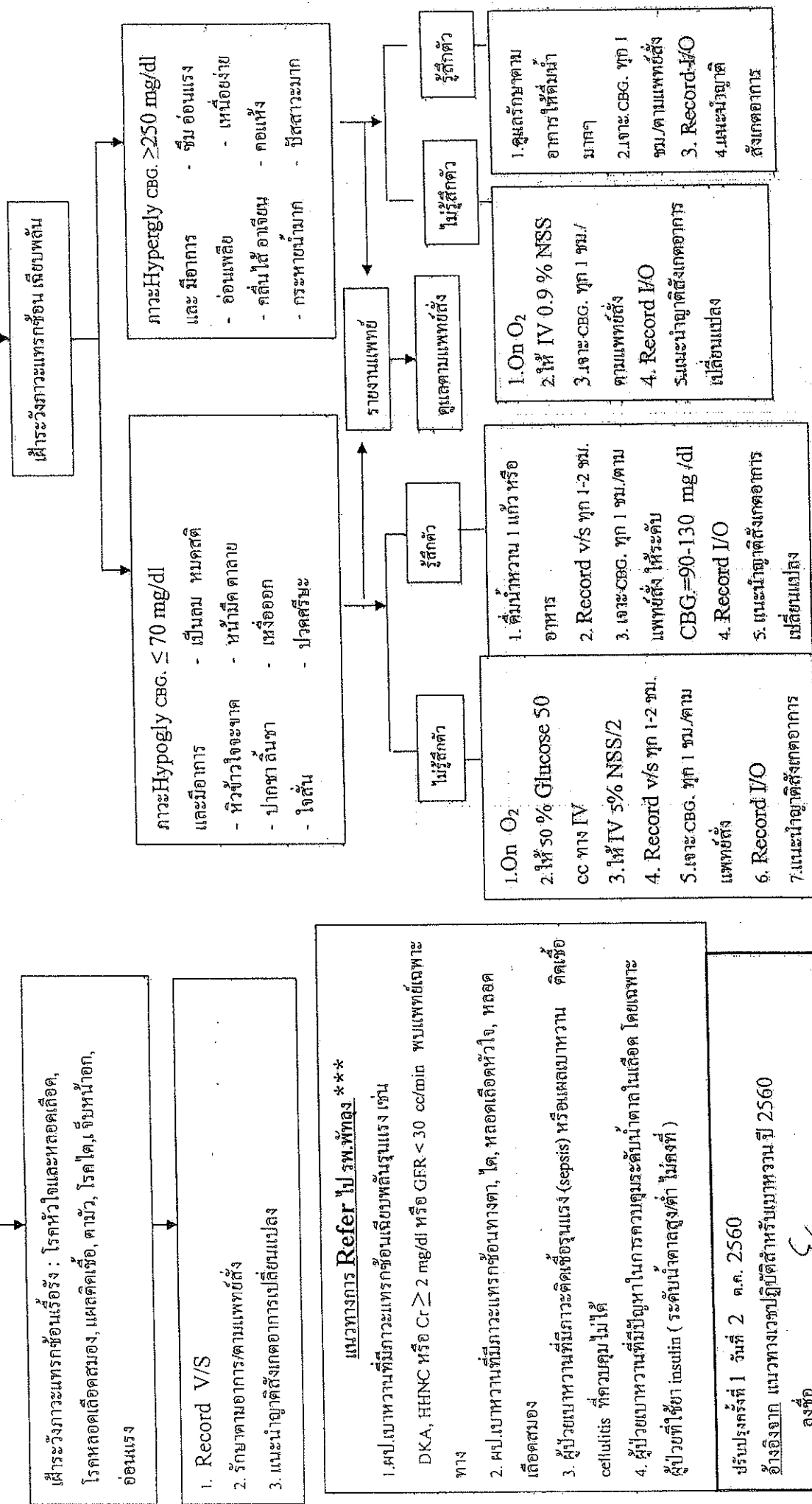
จาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560
 ประจักษ์ 1 วันที่ 2 ต.ค. 2560

(พญ.สุชาติดา ฉายารัตนศิลป์)
ประธานทีม NCD board



งานผู้ป่วยใน : ผู้ป่วยเบาหวาน

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะรับไว้ดูแล : การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน



งานห้องคลอด : DM

ผู้ป่วยเบาหวาน Admit

ระยะรอคลอด

- Observe progress of labour
- FHS of 15-30 นาที หรือ On NST และ ดูแลเฝ้าระวังเหมือนกลุ่ม 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
- เตรียมทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติแก่มารดา ทารก เช่น PPH, BA, คลอดติดไหล่
- ประเมิน ภาวะ Hypoglycemia โดยเจาะ capillary blood glucose ทุก 2 ชม. ให้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับ 80-120 mg/dl

ระยะหลังคลอด

- มารดา
- capillary blood glucose ทุก 4 ชม. ให้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับ 80-160 mg/dl
 - รายงานแพทย์ เมื่อมีภาวะข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เช่น ตกเลือดมาก มดลูกไม่แข็งตัว
 - Routine-care
- ทารก * ดูจากแนวทางการดูแลทารก
- อาจเกิด preterm, searterm, IUGR ให้ดูแลตามอาการ และตามแนวทางทางกุมารเวชศาสตร์
 - เยี่ยมบ้าน หลังคลอดทุกราย
 - ครั้งที่ 1. หลังคลอด ภายใน 6 สัปดาห์
 - ครั้งที่ 2. หลังคลอด ภายใน 6 เดือน
 - ผู้ป่วย GDM ทารก ต้องนัดตรวจคัดกรองเบาหวาน ภายใน 6 สัปดาห์ หลังคลอด

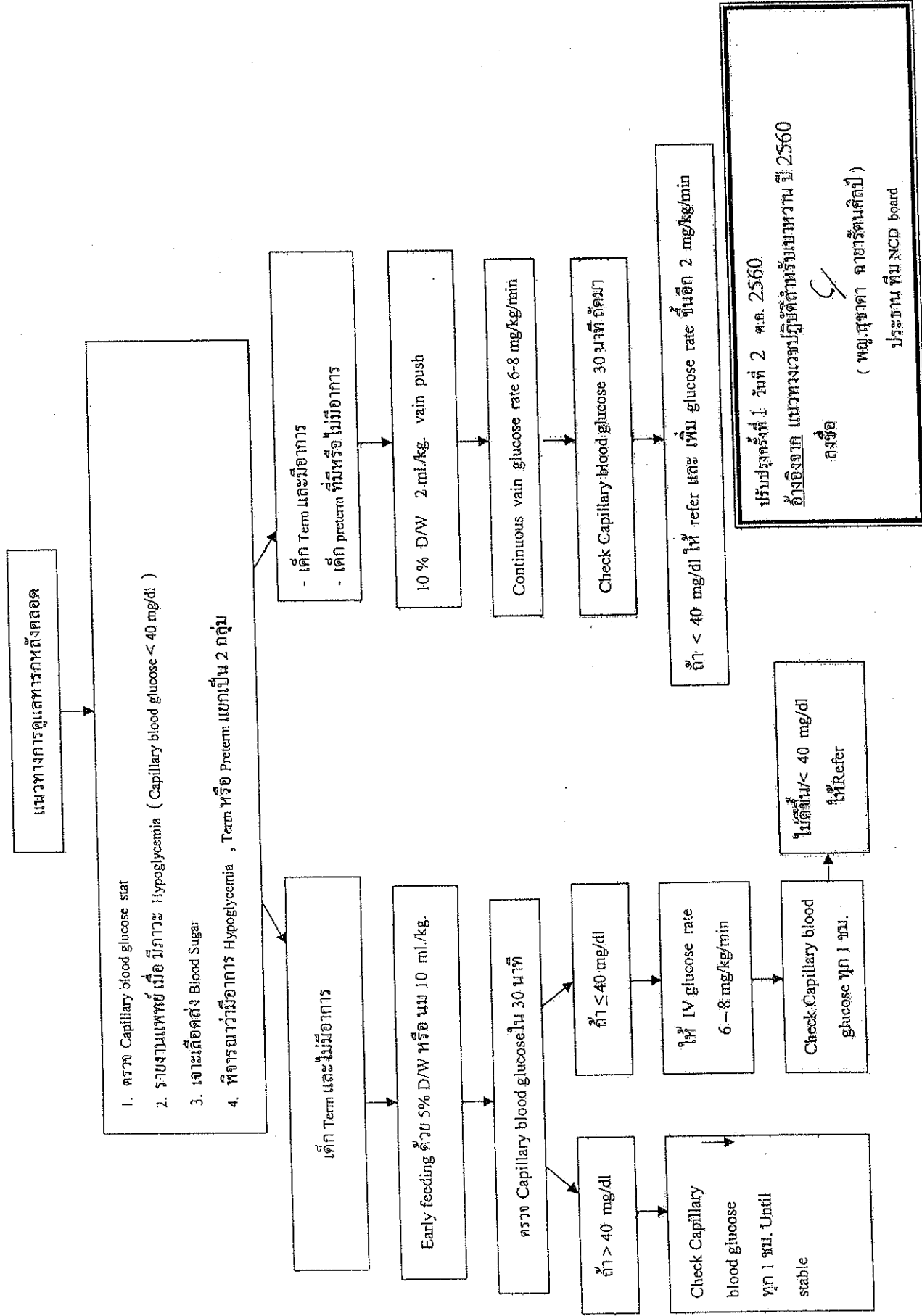
ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ค.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา นวยรัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

งานห้องคลอด/หลังคลอด : DM



ปฏิบัติงานวันที่ 2 ค.ค. 2560

อิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายรัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน ผู้ป่วยนอก / รพ.สต. / PCU

งัดน้ำ - งดอาหาร > 8 ชม. ตรวจ FPG กรณีไม่สามารถทำ FPG ได้ให้ใช้ CBG จากปลายนิ้ว

กลุ่มเป้าหมาย อายุ ≥ 35 ปี ขึ้นไป

ค่า < 100 mg/dl (ผลปกติ)

ค่า 100-125 mg/dl (กลุ่มเสี่ยง)

ค่า ≥ 126 mg/dl (ผลผิดปกติ)

กลุ่มไม่เสี่ยง

ทุก 1 ปี

มีปัจจัยเสี่ยง 1-4 ข้อใดข้อหนึ่ง

แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เมื่อหา

- โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยง

- อาหาร - ควบคุม นน.

- การออกกำลังกาย

- งดหวาน - ลดจำกัด AIC.

ส่งเข้าคลินิก DPAC ของ รพ.สต.

คัดกรองด้วย 75 gm OGTT ภายใน 1 wks. ถ้าค่า 140 เป็นกลุ่มเสี่ยง

ไม่มีปัจจัยเสี่ยง < 6 คะแนน

ไม่มีปัจจัยเสี่ยง < 6 คะแนน

นัดเจาะตัว ทุก 3 ค.

ค่า < 126 (กลุ่มเสี่ยง)

นัดทำ FPG ตัว ภายใน 1 wks

ค่า < 180 mg/dl or HbA1c < 8 %

Diet control 1-3 ค. และ ปรับพฤติกรรม

พบแพทย์ เพื่อ วินิจฉัยโรค

ส่งคลินิก DM ขึ้นทะเบียน/รับ

ปัจจัยเสี่ยง DM (หน่วยเป็นคะแนน)

1. อายุ → 34-39 ปี = 0 3. BMI → < 23 = 0, 23-27.4 = 3, ≥ 27.5 = 5

2. เพศ → ชาย = 0, หญิง = 2 4. ไขมันรวม → < 150 mg/dl = 0, 150-199 = 1, ≥ 200 = 2

5. HT → ไม่มี = 0, มี = 2 6. ญาติเบาหวาน → ไม่เป็น DM = 0, เป็น DM = 4

1. จะ FBS ≥ 126

2. จะ OGTT ≥ 200

3. จะ HbA1c > 6.5

4. มีอาการ 3 P จะน้ำตาลในเลือด ≥ 200

ให้คำแนะนำการดูแลเรื่องโรค/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เมื่อหา - โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน

- อาหาร - ควบคุม นน. - ออกกำลังกาย - งดหวาน (ถ้า Hx เสีย)

- ลดจำกัด HbA1c (ถ้า Hx เสีย) - การดูแลเท้า - การทำแผล

- การปรับยา - การฉีดอินซูลิน (กรณีรับยาฉีด)

- ฝึกระวังโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น เชื้อรา, วัณโรค, โรคผิวหนัง

อาการสงสัย DM

1. มีอาการบ่อยและมาก 2. กินจุแต่ผอม 3. ดื่มน้ำบ่อยและมาก

4. เป็นแผลเรื้อรัง 5. คันผิวหนังหรืออวัยวะเพศ

6. ขาดสมาธิ/เหนื่อย โดยไม่ทราบสาเหตุ

M screening

อายุ ≥ 35 ปี

BMI ≥ 25 / ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน

HT หรือ BP ≥ 140/90 mmHg

HDL < 35 mg/dl หรือ triglyceride ≥ 250 mg/dl

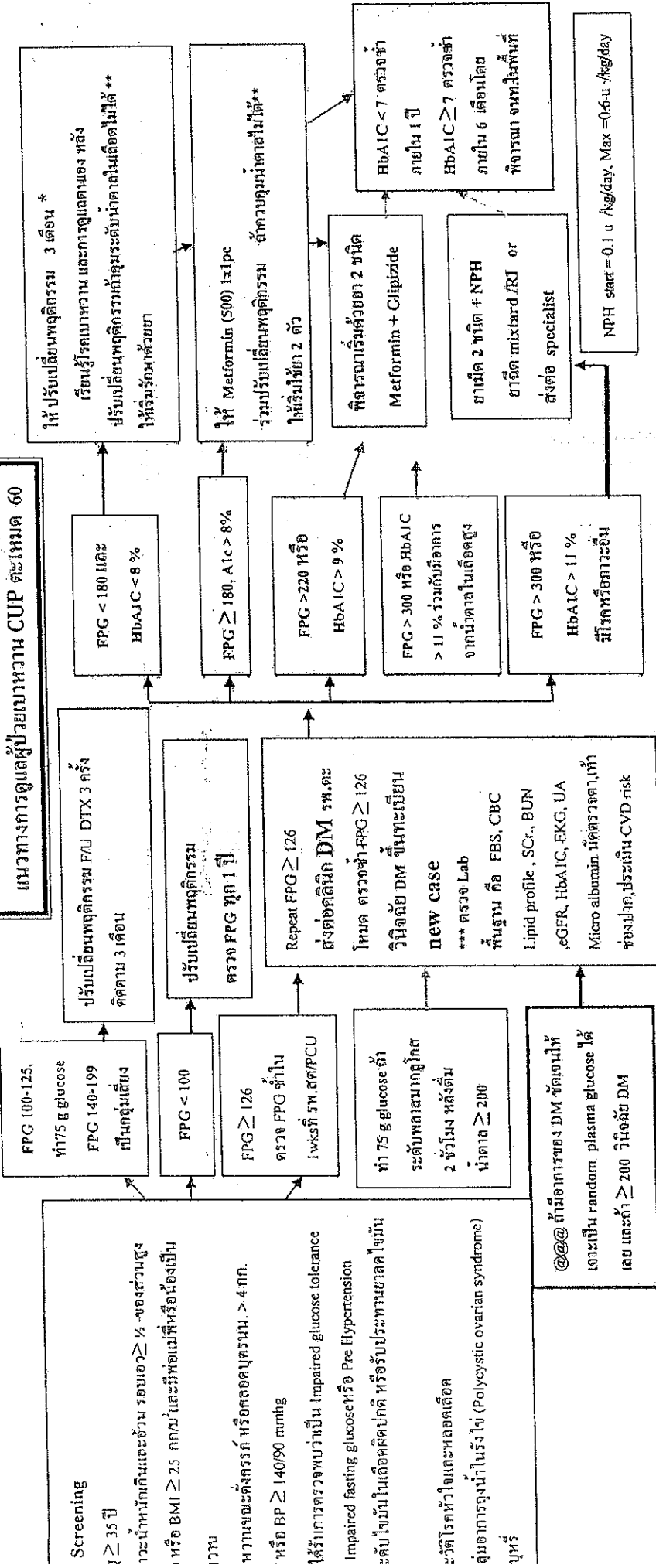
โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 kg

ไม่ใช่

เคยตรวจพบว่า เป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose

ประวัติ โรคหัวใจและหลอดเลือด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CUP ตะโหมด 60



พิจารณา: !! อาการของหัวใจขาดเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือด

1. เจ็บหน้าอกหรือรู้สึกมีก้อนกดอกถึงคอ และอาจเจ็บร้าวไปที่คอ คาง หันไหล่ หรือแขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้าง อาการร่วม คือ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย

2. ลักษณะการเจ็บ เจ็บแน่นๆ เจ็บรัดๆ เจ็บรุนแรงในอก

3. เจ็บขณะทำงาน ยกของหนัก ตื่นเต้น โกรธ รับประทานอาหารหรื ขาดอาหารเป็นเวลานานประมาณ 15 - 30 วินาที

หากพบ ส่ง ER Refer รพ. หักสูง ภายใน 12 ชั่วโมง

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน	
FPG	70-110
HbA1c	< 6.5
- อยุ่หรือ - hypoglycemia	
- เป็นไม่นาน บ่อย/รุนแรง	
- ไม่มีการ - สูงสุดที่	
แทรกซ้อน	
CHF, CVA, ชัก, โรคไต, โรคกระดูกพรุน	

140 - 170	7.0 - 8.0
- สูงอายุที่ดูแล ตัวเองไม่ได้	
- ผู้ป่วย CAD	
CHF, CVA, ชัก, โรคไต, โรคกระดูกพรุน	

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

- บริโภคอาหารตามหลักสุขภาพ

- งดบุหรี่

- คุมเบาหวาน

ควบคุมการรับประทานได้ 40-60%

**** ถ้า ผู้ป่วย DM ดังครกว่า 1 ปี**

และให้ยาฉีด insulin แทน

***** ยา 2 ตัว ต้องออกฤทธิ์ทั้งกัน**

ควรรับประทานที่ 2 เมื่อ ได้อาหารหนัก

ขนาด 1/2 - 2/3 ของขนาดสูงสุด

ตัวอื่นคุมน้ำตาลไม่ได้

@ Glipizide max dose 20 mg/day, ไม่ปรับ dose ใน CKD,เสี่ยงHypo.

เม.ม. ขึ้น, ขึ้นในคนแก่ Sulfa

@ Metformin max dose 3,000 mg/day ถ้า eGFR < 30 oH MEM, มี GI side-effect หากได้ยาทั้ง 2 กลุ่ม maximum dose แล้ว ยังคงคุม ไม่ดี พิจารณาฉีด Insulin

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

ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ค.ค. 2560

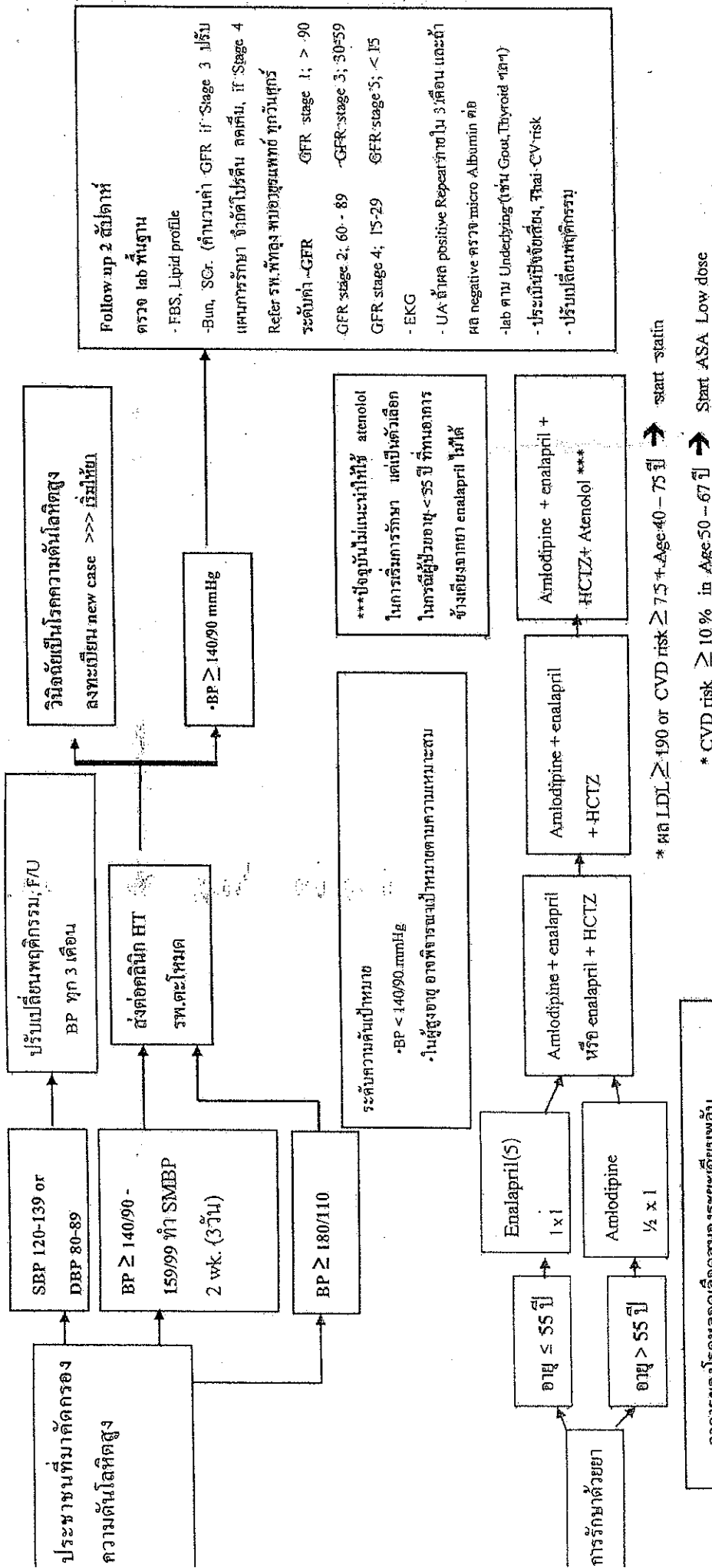
ข้าพเจ้ายก แพทย์เวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560

ลงชื่อ

(พญ.สุวิมล ฉายรัตน์เลิศปรี)

ประธาน ทีม NCD board

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง CUP ตะโหนด



ปรับปฏิกิริยาที่ 1 วันที่ 2 ต.ค. 60

แจ้งถึงจาก แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยปฏิบัติทั่วไป
สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558

ลงชื่อ

(พญ.สุชาดา ฉายารัตนศิลป์)

ประธาน ทีม NCD board

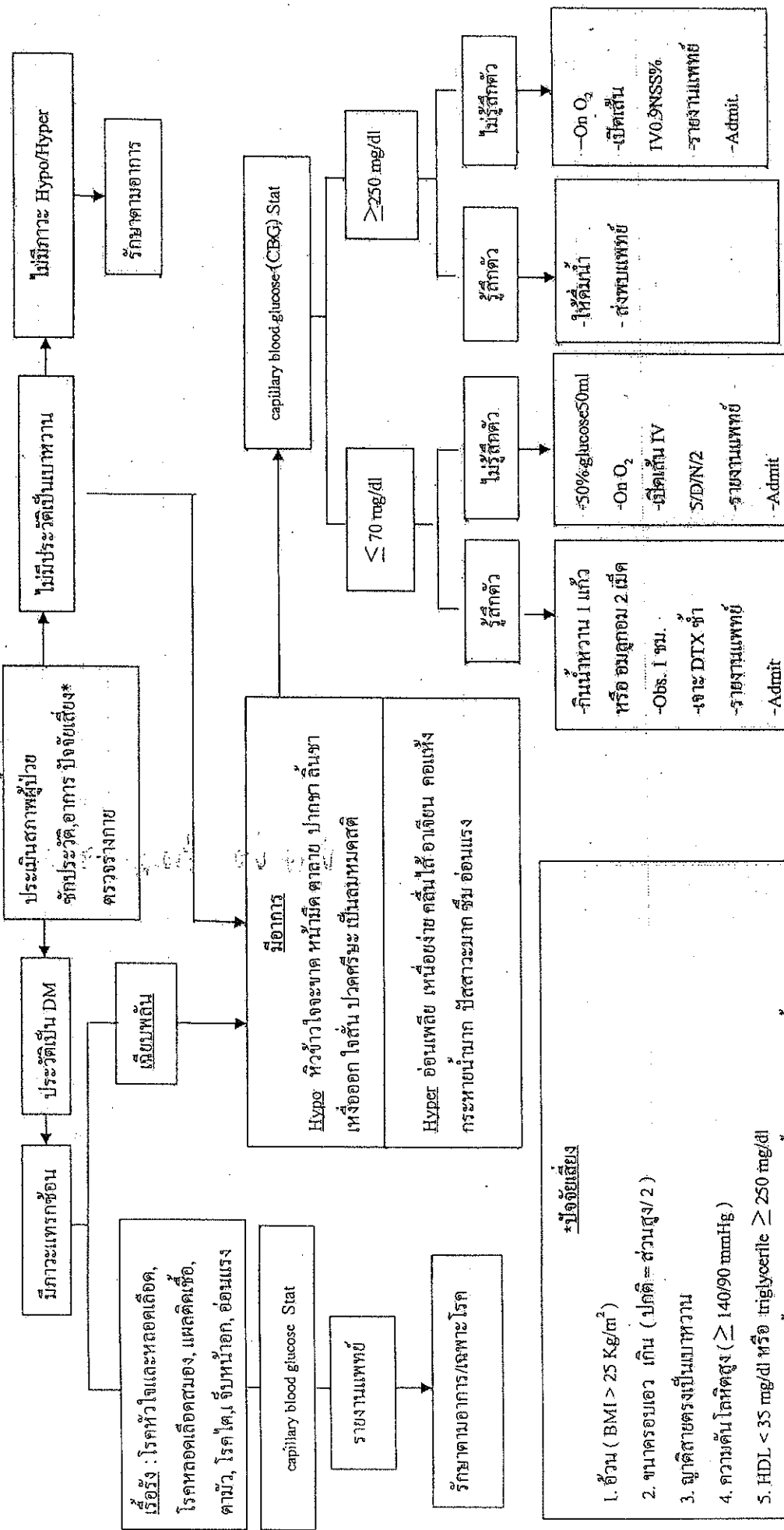
อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

1. ภา อ่อนแรง/แขน/ขา/หน้า ซึ่งได้ข้างหนึ่งทันที
2. พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือฟังไม่เข้าใจ ในทันทีทันใด ชั่วขณะ
3. เค้นเซ เวียนศีรษะทันที
4. คามองเห็นภาพซ้อนหรือมีมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที
5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

หากพบ Refer รพ. ตะโหนด ทันที

งานห้องปฏิบัติการ : DM

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา



- *ปัจจัยเสี่ยง**
1. ช้วน (BMI > 25 Kg/m²)
 2. ขนาดรอบเอว เกิน (ปกติ = ส่วนสูง/2)
 3. ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
 4. ความดันโลหิตสูง (≥ 140/90 mmHg)
 5. HDL < 35 mg/dl หรือ triglyceride ≥ 250 mg/dl
 6. โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 kg ขึ้นไป
 7. เคยตรวจพบว่า เป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose
 8. โรคของหลอดเลือดแดง

รับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 2 ค.ค. 2560
อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ปี 2560.
ลงชื่อ (พญ.สุชาดา จายารัตนศิลป์)
ประธาน ทีม NCD board

ตารางให้วีดิทัศน์ของโรงพยาบาลตะกั่วป่า

วัน	เช้า (09.30 - 12.00 น.)	บ่าย (13.00 - 16.30 น.)
วันจันทร์	1. การดูแลสุขภาพ 2. การดูแลสุขภาพจิต 3. การดูแลสุขภาพ	4. การดูแลสุขภาพจิต 5. การดูแลสุขภาพจิต 6. การดูแลสุขภาพจิต
วันอังคาร	7. การดูแลสุขภาพจิต 8. การดูแลสุขภาพจิต 9. การดูแลสุขภาพจิต	10. การดูแลสุขภาพจิต 11. การดูแลสุขภาพจิต 12. การดูแลสุขภาพจิต
วันพุธ	13. การดูแลสุขภาพจิต 14. การดูแลสุขภาพจิต 15. การดูแลสุขภาพจิต	16. การดูแลสุขภาพจิต 17. การดูแลสุขภาพจิต 18. การดูแลสุขภาพจิต
วันพฤหัสบดี	19. การดูแลสุขภาพจิต 20. การดูแลสุขภาพจิต 21. การดูแลสุขภาพจิต	22. การดูแลสุขภาพจิต 23. การดูแลสุขภาพจิต 24. การดูแลสุขภาพจิต
วันศุกร์	25. การดูแลสุขภาพจิต 26. การดูแลสุขภาพจิต 27. การดูแลสุขภาพจิต	28. การดูแลสุขภาพจิต 29. การดูแลสุขภาพจิต 30. การดูแลสุขภาพจิต

หมายเหตุ : ตารางนี้เป็นเพียงแนวทางในการดำเนินงาน
 การดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม
 การดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม