

สรุปประเด็นคำถาม-ตอบ เกี่ยวกับตัวชี้วัดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมชี้แจงตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการ
การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ปี 2565
วันที่ 23 กันยายน 2564

กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค

1. O & A ประเด็นโรคเบาหวาน

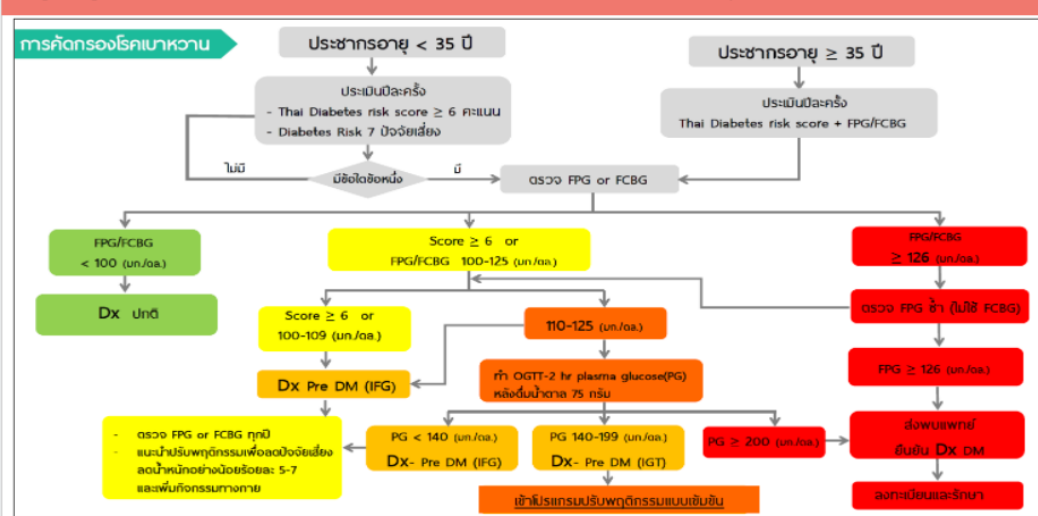
Q1: ถ้าค่าน้ำตาลในเลือด FPG ต่ำกว่า 70 mg/dl มีแนวทางการดูแลอย่างไร กรณีอาการปกติ และสามารถอัปเดตข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) ได้หรือไม่

A1: กรณีการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) พบว่าค่าน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 70 mg/dl ถ้าไม่มีอาการผิดปกติอื่นถือว่าปกติ แต่ถ้าต่ำกว่า 60 mg/dl ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้ง และสามารถอัปเดตข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) ได้ เพราะในระบบ HDC รับข้อมูลได้ตั้งแต่ค่าระดับน้ำตาล 50 mg/dl ขึ้นไป แต่ถ้าต่ำกว่า 50 mg/dl ในระบบ HDC ไม่สามารถรองรับได้

Q2: สถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ OGTT ได้ เช่น รพ.ชุมชน หรือ รพ.สต. จะมีแนวทางอย่างไรกับคนที่คัดกรอง FPG 110 – 125 mg/dl

A2: สปสช. วางแผนการคัดกรองเบาหวานด้วยการตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ใช้ดำเนินการในปี 2566 โดยการปฏิบัติต้องทำที่โรงพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากต้องใช้ oral glucose + FU FPG 2 hr. แต่หากเป็น รพ.สต. ขนาดใหญ่อาจทำได้ ซึ่งในกรณี รพ.ชุมชน หรือ รพ.สต. ที่ไม่สามารถทำ OGTT ได้ อาจต้องส่งต่อ รพ.เครือข่ายที่สามารถทำได้ สำหรับกลุ่มที่มีค่า FPG หรือ FCBG 110-125 mg/dl ถ้ามี impaired glucose tolerance (IGT) จะเข้าสู่โปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น (intensive lifestyle) ซึ่ง สปสช. จะสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการศึกษาค่า cost effective รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

(ร่าง) การคัดกรองโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ ปี 2566



ปรับจากร่างการคัดกรองเบาหวานสำหรับประเทศไทย สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ ปี 2566 (อยู่ระหว่างการศึกษาค่า cost effectiveness โดย HITAP)

Q3: การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ด้วยวิธี Random ตรวจอย่างไร

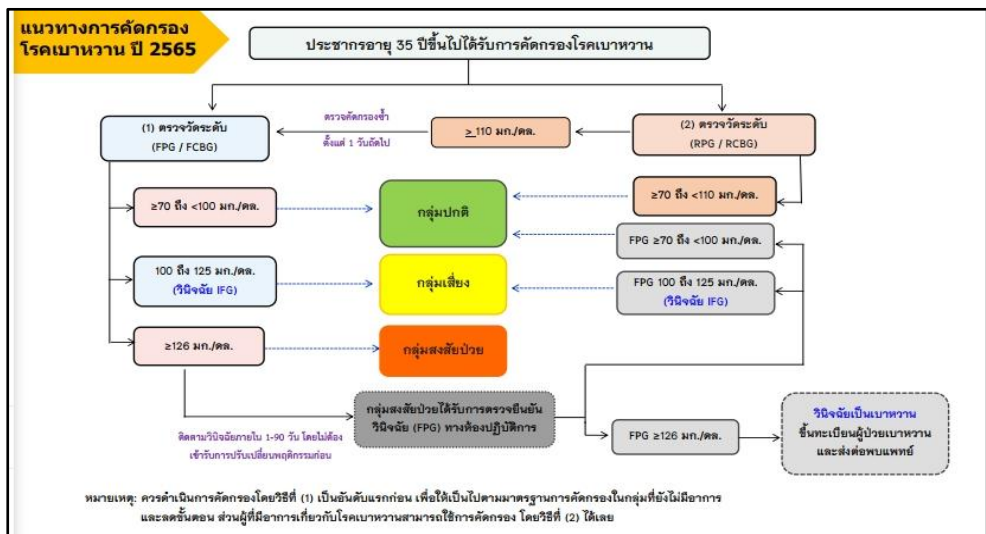
A3: การตรวจแบบไม่ต้องอดอาหาร โดยวิธีเจาะปลายนิ้วที่ไม่ต้องอดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสที่ไม่ต้องอดอาหาร (RPG) แบบใดก็ได้ไม่เลือกช่วงเวลาเรียกว่า Random แต่ไม่แนะนำการคัดกรองด้วยวิธี Random เพราะถ้าพบค่าผิดปกติ (110 mg/dl) ต้องทำการตรวจคัดกรองซ้ำด้วยวิธีอดอาหารอีกครั้ง จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมงเป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรองจากการที่ไม่อดอาหารได้เลย

Q4 : ผู้ป่วยเบาหวาน ต่อประชากร คิดเป็นกี่ %

A4: ร้อยละ 8.9
ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557)

Q5: ปี 2565 การคัดกรองเบาหวานแบบอดอาหารและไม้ออดอาหาร ใช้เกณฑ์เดิมหรือไม่

A5: ในปี 2565 การคัดกรองโรคเบาหวานแบบอดอาหารยังคงใช้เกณฑ์เดิม แต่แบบไม้ออดอาหารมีการปรับเกณฑ์ รายละเอียดตั้ง Flowchart แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน ปี 2565



ทั้งนี้จากข้อมูลการคัดกรองปี 2564 พบว่าการอดอาหารมากกว่าไม้ออดอาหาร (การตรวจคัดกรองแบบไม้ออดอาหารประมาณ 12%) แต่ในปี 2565 การตรวจคัดกรองแบบไม้ออดอาหาร (RCBG/RPG) หากมีค่า ≥ 110 mg/dl ต้องตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธี (FCBG / FPG) ทำให้ใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น และในปี 2566 จะไม่มีการคัดกรองกรณีไม้ออดอาหารอีกต่อไป จึงเชิญชวนว่าปีนี้ให้ใช้แบบอดอาหารให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้

Q6 : การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไตต้องตรวจ urine protein และ serum Creatinine ควรตรวจทั้งเลือดและปัสสาวะภายในวันเดียวกันหรือไม่

A6: ในผู้ป่วยเบาหวานการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตใช้ทั้งการรุ่มปัสสาวะดู albumin - microalbuminuria หรือ macroalbuminuria ก็ได้ และตรวจเลือดดู ค่า eGFR ด้วย ไม่จำเป็นต้องตรวจวันเดียวกัน แต่ต้องตรวจภายในปีงบประมาณ

Q7 : ขอคำอธิบายเพิ่มเติมในการคัดกรองตามช่วงอายุ กลุ่มเป้าหมายตัวชี้วัดการคัดกรอง
1.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน
2.ร้อยละประชากรอายุ 35-59 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน

A7 : ตัวชี้วัดการคัดกรอง ช่วงอายุที่ใช้ในการดำเนินงานคือประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้พื้นที่สามารถดูข้อมูลช่วงอายุ 35-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานและเป็นกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยง เข้าถึงการรับบริการได้น้อย จึงแยกข้อมูลกรณีวัยทำงานให้พื้นที่สามารถติดตามเพื่อวางแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานได้
- เหตุผลการปรับชื่อตัวชี้วัดเป็น... “ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย” เนื่องจากเดิมการคัดกรองที่ดำเนินงานพบว่าจะไม่สิ้นสุดกระบวนการของการคัดกรอง เช่น ยังไม่ได้นำกลุ่มสงสัยป่วยไปติดตามเจาะเลือดตามแนวทางเพื่อวินิจฉัย ดังนั้น ต้นปีงบประมาณการคัดกรองได้กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย แต่ปลายปีงบประมาณควรเหลือกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เท่านั้น

<p>Q8: รพ.สต. คัดกรองแบบไม่อดอาหาร จะบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองใน NCD screen กรณีต้องตรวจซ้ำแบบอดอาหารตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดย FCBG ต้องลงข้อมูลแฟ้มใด</p>	<p>A8 : - กรณีการคัดกรองจากการที่ไม่อดอาหาร โดยตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) มีค่า ≥ 110 mg/dl สามารถตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) และบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม NCDSCREEN</p> <p>- การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ให้ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข สามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
<p>Q9 : ตรวจคัดกรอง RCBG / RPG ที่โรงพยาบาล กรณีคนไข้ work in เข้ารับบริการ และเป็นกลุ่มเป้าหมายต้องติดตามแล้วนับเป็นผลงานหรือไม่ และต้องคีย์ข้อมูลอย่างไร</p>	<p>A9 : สามารถคีย์ข้อมูลการคัดกรองในแฟ้ม NCDSCREEN และพิจารณาการนับผลงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีโรงพยาบาลตรวจครั้งแรกแล้วคีย์ข้อมูลในแฟ้ม NCDSCREEN นับการตรวจครั้งแรกเป็นการคัดกรองได้เลย ถ้าค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl สามารถนับมาตรวจซ้ำตามกระบวนการของ template กรณีนี้นับเป็นผลงาน (กรณีกลุ่มเป้าหมายต้องติดตามอยู่ในเขตรับผิดชอบเท่านั้น) - กรณีคนไข้ walk in เข้ารับบริการ และเป็นกลุ่มเป้าหมาย รพ.สต. สามารถตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาล แล้วส่งข้อมูลให้ รพ.สต.ที่รับผิดชอบคีย์ในแฟ้ม NCDSCREEN ถ้าค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl สามารถนับมาตรวจซ้ำตามกระบวนการของ template กรณีนี้นับเป็นผลงาน - กรณีมีการตรวจคัดกรองและตรวจติดตามเพื่อการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล คนไข้เป็นกลุ่มเป้าหมายของจังหวัด จะไม่นับเป็นผลงานในระดับโรงพยาบาล แต่จะนับเป็นผลงานในระดับจังหวัด - กรณีเคยทำ NCDSCREEN แล้ว (อาจจะได้รับการคัดกรองที่ รพ.สต.) มาตรวจอีกครั้งที่โรงพยาบาลด้วยวิธี FCBG/FPG ระบบจะนับเป็นผลงานของสถานบริการที่รับผิดชอบ
<p>Q10 : นิยามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ใช้ค่า RCBG/RPG ≥ 110 mg/dl ใช่หรือไม่ และอยากทราบเหตุผลของค่าตัวเลขดังกล่าว</p>	<p>A10 : ตามแนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน แนะนำให้ใช้วิธีการตรวจคัดกรองวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตรวจวัดพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (Fasting Plasma Glucose, FPG) 2) การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Fasting Capillary Blood Glucose, FCBG) <p>ในกรณีกลุ่มที่ไม่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานคัดกรองโดยวิธี FCBG หรือ FPG และในกรณีกลุ่มที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หากคัดกรองโดยวิธี RCBG หรือ RPG และมีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl ยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากค่าระดับน้ำตาลที่วัดได้มีโอกาสที่จะมีความคลาดเคลื่อน จึงต้องตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธี FCBG หรือ FPG ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง หากมีค่าระดับน้ำตาล ≥ 126 mg/dl คือ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และต้องตรวจยืนยันวินิจฉัยโดย FPG ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>

	<p>การคัดกรองโรคเบาหวาน แบบไม่ต้องอดอาหาร (RCBG/RPG) กรณีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl ถือว่าเป็นค่าที่ผิดปกติ หรือมีภาวะเสี่ยงก่อนเป็นเบาหวาน จึงต้องได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัยตามแนวทางข้างต้น</p> <p>Reference:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานสำหรับโรคเบาหวาน 2560 หน้า 29 2. Random capillary blood glucose cut points for diabetes and pre-diabetes derived from community based opportunistic screening in India. 3. Random Blood Glucose: A Robust Risk Factor For Type 2 Diabetes. 4. Random capillary plasma glucose measurement in the screening of diabetes mellitus in high-risk subjects in Thailand.
--	--

2. O & A ประเด็นโรคความดันโลหิตสูง

<p>Q1: กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ใช้ค่า 130 - 139/85 - 89 mmHg แล้วกลุ่มความดันโลหิตปกติ ใช้ค่าเท่าใด</p>	<p>A1: ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สามารถจำแนกระดับรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (จากการวัดความดันโลหิตในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก) ดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Category</th> <th>SBP (mmHg)</th> <th></th> <th>DBP (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Optimal</td> <td>< 120</td> <td>และ</td> <td>< 80</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>120 - 129</td> <td>และ/หรือ</td> <td>80 - 84</td> </tr> <tr> <td>High normal</td> <td>130 - 139</td> <td>และ/หรือ</td> <td>85 - 89</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 1</td> <td>140 - 159</td> <td>และ/หรือ</td> <td>90 - 99</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 2</td> <td>160 - 179</td> <td>และ/หรือ</td> <td>100 - 109</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 3</td> <td>≥ 180</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 110</td> </tr> <tr> <td>Isolated systolic hypertension (ISH)</td> <td>≥ 140</td> <td>และ</td> <td>< 90</td> </tr> </tbody> </table>	Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	Optimal	< 120	และ	< 80	Normal	120 - 129	และ/หรือ	80 - 84	High normal	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89	Hypertension ระดับ 1	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99	Hypertension ระดับ 2	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109	Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110	Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90
Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)																														
Optimal	< 120	และ	< 80																														
Normal	120 - 129	และ/หรือ	80 - 84																														
High normal	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89																														
Hypertension ระดับ 1	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99																														
Hypertension ระดับ 2	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109																														
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110																														
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90																														
<p>Q2 : หากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากปีที่ผ่านมา ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring : HBPM) แล้วพบว่ามีความดันโลหิตปกติ จะถูกนับเป็นตัวหารด้วยหรือไม่ (รายละเอียดในตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มียกระดับความดันโลหิต High normal ที่ได้รับการติดตาม)</p>	<p>A2 : หากผู้ที่มารับบริการได้รับการตรวจคัดกรอง แล้วพบว่ามีความดันโลหิตอยู่ในกลุ่ม High normal (SBP 130 - 139 และ/หรือ DBP 85 - 89 mmHg) และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา จะถูกนับเป็นตัวหารในตัวชี้วัดฯ ดังกล่าวทั้งหมด</p>																																

<p>Q3 : ในกรณีผู้ป่วยเป็โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในปีปัจจุบัน จะถูกนับตามเงื่อนไขของตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิต High normal ที่ได้รับการติดตามหรือไม่</p>	<p>A3 : หากได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา แล้วพบว่าอยู่ในกลุ่ม High normal (SBP 130 - 139 และ/หรือ DBP 85 - 89 mmHg) และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบัน จะถูกนับตามเงื่อนไขของตัวชี้วัด ฯ ไม่ว่าในปีงบประมาณที่ผ่านมาจะป่วยด้วยโรคอื่นมาแล้วก็ตาม สามารถศึกษารายละเอียดอื่นเพิ่มเติมได้ใน template ตัวชี้วัด</p>																												
<p>Q4 : การทำ Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) และ Office blood pressure measurement (OBPM) มีความแตกต่างกันอย่างไร</p>	<p>A4 : Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ ที่สามารถป้อนคำสั่งล่วงหน้าให้เครื่องทำการวัดความดันโลหิตเองเป็นระยะตามที่กำหนด โดยทั่วไปแนะนำให้วัดความดันโลหิตทุก 15 - 30 นาที และติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 24 - 48 ชั่วโมง แล้วนำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตในขณะตื่นและขณะนอนหลับ</p> <p>ส่วน Office blood pressure measurement (OBPM) เป็นการวัดความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>โดยค่าความดันโลหิตที่ได้จากการวัด ABPM จะต่ำกว่าค่าที่ได้จากการวัดแบบ OBPM ดังนั้น จึงมีเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ต่างกัน รายละเอียดดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="491 1048 1471 1585"> <thead> <tr> <th>วิธีการวัดความดันโลหิต</th> <th>SBP (mmHg)</th> <th></th> <th>DBP (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล</td> <td>≥ 140</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 90</td> </tr> <tr> <td>การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน</td> <td>≥ 135</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 85</td> </tr> <tr> <td colspan="4">การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ</td> </tr> <tr> <td>ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางวัน</td> <td>≥ 135</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 85</td> </tr> <tr> <td>ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางคืน</td> <td>≥ 120</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 70</td> </tr> <tr> <td>ความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งวัน</td> <td>≥ 130</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 80</td> </tr> </tbody> </table>	วิธีการวัดความดันโลหิต	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล	≥ 140	และ/หรือ	≥ 90	การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85	การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ				ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางวัน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85	ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางคืน	≥ 120	และ/หรือ	≥ 70	ความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งวัน	≥ 130	และ/หรือ	≥ 80
วิธีการวัดความดันโลหิต	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)																										
การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล	≥ 140	และ/หรือ	≥ 90																										
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85																										
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ																													
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางวัน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85																										
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางคืน	≥ 120	และ/หรือ	≥ 70																										
ความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งวัน	≥ 130	และ/หรือ	≥ 80																										
<p>Q5 : การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดอย่างน้อยกี่วัน</p>	<p>A5 : การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p>																												

<p>Q6 : ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีกิจวัตรประจำวันหรือช่วงเวลานอนที่แตกต่างจากช่วงเวลาปกติ และต้องได้รับการติดตามยืนยันวินิจัยด้วยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ควรใช้ช่วงเวลาใด ในการวัดความดันโลหิตวันละ 2 ช่วงเวลา</p>	<p>A6 : พิจารณาจากช่วงที่นอนหลับยาวนานที่สุด โดยควรวัดความดันโลหิตครั้งที่ 1 ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากตื่นนอน และครั้งที่ 2 ควรวัดก่อนเข้านอน</p>
<p>Q7 : หากวัดความดันโลหิตก่อนฉีดวัคซีน COVID - 19 แล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูง $\geq 180/110$ mmHg แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงได้เลยหรือไม่</p>	<p>A7 : ผู้ที่มารับบริการฉีดวัคซีน COVID - 19 ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ๆ แล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูง $\geq 180/110$ mm Hg ควรให้นั่งพักเป็นเวลา 5 นาที และวัดความดันโลหิตซ้ำ หากยังคงสูงอยู่ ควรรีบพบแพทย์ เพื่อตรวจหลักฐานว่ามี Acute target - organ damage หรือไม่ และพิจารณาวินิจัยต่อไป เนื่องจากอาจเป็นความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ซึ่งมีอันตรายถึงชีวิตได้</p>
<p>Q8 : ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตที่บ้านปกติมาตลอด แต่หลังจากวัดความดันโลหิตครั้งล่าสุดที่สถานบริการสาธารณสุขแล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูง $180/110$ mmHg จะมีแนวทางการจัดการอย่างไร</p>	<p>A8 : ปฏิบัติตามแนวทางวัดคัดกรอง - วินิจฉัย - ไปพร้อมกัน (One - D or One - stop - Diagnosis) หากผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ วัดความดันโลหิต ≥ 180 และ/หรือ ≥ 110 mmHg ในสถานพยาบาลและไม่มีสาเหตุชัดเจนที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ให้บุคลากรสาธารณสุขแจ้งผู้ถูกวัดระดับความดันโลหิตว่า “นั่งพัก 2 - 3 นาที ความดันโลหิตก็จะลดลง” หากพบว่ายังมีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg ให้ส่งพบแพทย์ วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน ให้ยารักษาฯ “ในวันนั้น” และติดตามตลอดไป ตามแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 4 หรือถ้าหากมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับอื่นๆ สามารถศึกษาแนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติม รายละเอียดดังนี้</p> <div data-bbox="502 1355 1460 1713" style="text-align: center;"> <p>Average office BP (on the same visit)</p> <ul style="list-style-type: none"> $\geq 130/85$: High normal BP $\geq 140/90$: Possible HT $\geq 160/100$: Probable HT $\geq 180/110$: Definite HT <p>TOD / CVD / DM / high CV risk*</p> <ul style="list-style-type: none"> Yes: Definite HT No: <ul style="list-style-type: none"> For $\geq 130/85$: HBPM/ABPM For $\geq 140/90$: HBPM/ABPM or Serial OBPM 2 visits within 3 mo. For $\geq 160/100$: HBPM/ABPM or Serial OBPM 2 visits within 1 mo. <p>Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> High: Masked HT, Normal: Normotension High: Definite HT, Normal (HBPM/ABPM): White-coat HT <p>One-stop diagnosis</p> <p><small>*10-year Thai CV risk score > 10 %</small></p> </div> <p><i>HT = hypertension, BP = blood pressure, TOD = target organ damage, CVD = cardiovascular disease, DM = diabetes mellitus, CV = cardiovascular, HBPM = home blood pressure monitoring, ABPM = ambulatory blood pressure monitoring, OBPM = office blood pressure measurement, mo. = month.</i></p>

<p>Q9 : อยากทราบแนวทางสำหรับ รพ.สต. ที่มีข้อจำกัด กรณีพบค่าความดันโลหิต 180/110 mmHg แต่ไม่สามารถวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้ ภายในวันนั้น</p>	<p>A9 : ผู้ที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg จัดอยู่ในกลุ่มความดันโลหิตสูงระดับ 4 ควรส่งพบแพทย์ วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน ให้ยารักษา “ในวันนั้น” แต่หากไม่สามารถดำเนินการได้ ให้ขึ้นทะเบียนและติดตามวินิจฉัย 1 - 7 วัน ซึ่งก็จะเข้าเกณฑ์ตัวชี้วัด “ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต ≥ 180 และ/หรือ ≥ 110 mmHg จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย”</p>
<p>Q10 : กรณีที่วัดความดันโลหิต ครั้งแรก มีค่า $\geq 180/110$ mmHg และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำ พบว่ามีค่า $< 180/110$ mmHg ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ตัวชี้วัดใหม่ “ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต ≥ 180 และ/หรือ ≥ 110 mmHg จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย” ใช่หรือไม่</p>	<p>A10 : หากผู้รับบริการที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg ได้รับการวัดซ้ำ หรือได้รับการตรวจติดตามตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 อย่างถูกต้อง แล้วพบว่า ค่าความดันโลหิตลดลง จะไม่เข้าเกณฑ์ในตัวชี้วัด ๓ ดังกล่าว เนื่องจากตัวชี้วัดนี้ จะนับเฉพาะผู้ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต แล้วมีค่า $\geq 180/110$ mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ขึ้นทะเบียนในปัจุบันประมาณ (แต่อาจจะสามารถเข้าเกณฑ์ในตัวชี้วัดอื่นแทนได้ เช่น ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)</p>
<p>Q11 : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการขึ้นทะเบียน รักษา และพบว่ามีระดับความดันโลหิตเป็นปกติ หลังได้รับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ (มาตามนัด ไม่ขาดยา เป็นเวลา 2 ปี) สามารถยกเลิกการวินิจฉัยได้หรือไม่</p>	<p>A11 : ควรคงการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน และติดตามอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าผู้ป่วยจะมีค่าความดันโลหิตเป็นปกติแล้วก็ตาม</p>
<p>Q12 : หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในแฟ้มไตและใช้รหัสการวินิจฉัยอะไร</p>	<p>A12 : บันทึกการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิมในแฟ้ม SERVICE สำหรับรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) สามารถลงรหัส R03.0 สำหรับการติดตามได้ แต่การใช้ข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดจะจับที่ค่าระดับความดันโลหิต ไม่ตัดที่การลงรหัสวินิจฉัย</p>

<p>Q13 : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน และต้องเข้ารักษาอาการป่วยด้วยสาเหตุอื่นที่โรงพยาบาล จึงได้รับการวัดระดับความดันโลหิต กรณีเช่นนี้ควรนับข้อมูลการตรวจติดตามจากแหล่งใด</p>	<p>A13 : ไม่ว่าจะบันทึกข้อมูลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ใน HDC data exchange หรือบันทึกข้อมูลจากการวัดความดันโลหิตซ้ำที่โรงพยาบาล (Second visit) ในแฟ้ม service ก็ถือเป็นการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถนำมาตอบตัวชี้วัดได้ แต่ในกรณีการวินิจฉัยหากมีความขัดแย้งกันของผล HBPM กับผลการวัดในสถานบริการสาธารณสุข ให้ถือเอาผลของ HBPM เป็นสำคัญ (อาจพิจารณาตรวจ ABPM เพิ่มเติม) เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่าการวัดความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข</p>
---	--

3. O & A ประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติม

<p>Q1: เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 กองโรคไม่ติดต่อ มีแนวทางการคัดกรองและการดำเนินงานอื่นๆ ที่ไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดอย่างไร (โดยเฉพาะไตรมาสแรก ที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานตอบโต้โรคโควิด - 19)</p>	<p>A1: หน่วยงานที่มีการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง และโอกาสสำหรับการพัฒนา เพื่อให้กองโรคไม่ติดต่อ ใช้ข้อมูลประกอบการสนับสนุนการดำเนินงานที่ตรงตามความต้องการ อาทิเช่น การพัฒนา Service Model, นวัตกรรม, เทคโนโลยี Health station, Application, จัดบริการในรูปแบบ New normal ที่ช่วยในการคัดกรองและการเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น</p>
<p>Q2 : จะมีการปรับชื่อและนิยามตัวชี้วัดใน Template ปี 2565 ของ HDC ด้วยหรือไม่</p>	<p>A2 : กองโรคไม่ติดต่อจะจัดทำหนังสือถึง HDC หลังได้ข้อสรุปจากการประชุมชี้แจงตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ปี 2565 วันที่ 23 กันยายน 2564 เพื่อปรับข้อมูลที่แสดงผลบนหน้าเว็บไซต์ HDC ให้เป็นปัจจุบัน</p>
