



แนวทางเวชปฏิบัติในหน่วย บริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลแม่สาย

ฉบับปรับปรุงเดือนกรกฎาคม
ปีงบประมาณ 2568

จัดทำโดย

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การกิจด้านบริการปฐม
ภูมิ

โรงพยาบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัด
เชียงราย

Website :

<http://maesaihospital.com/mshprimary>



URL เอกสาร Online
(Google Doc)



สารบัญ

โรคความดันโลหิตสูง (Essential Hypertension).....	3
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Mellitus type 2).....	10
โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia).....	16
โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 (Chronic Kidney Disease stage 1-3).....	21
เอกสารอ้างอิง.....	22

โรคความดันโลหิตสูง(Essential Hypertension)

ดัดแปลงจาก

แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย¹

วันที่เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม

พ.ศ.2568

วันที่ปรับปรุงแก้ไข 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568

ผู้จัดทำ นพ.ปรัชญา

ศรีสุวรรณ

ผู้ทบทวน นพ.ทรงสิทธิ์ ชีรชัยสกุล

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ตำแหน่ง ประธานทีมการรักษาพยาบาล
การ

ผู้อนุมัติ พญ.สุชัยญา

สุวรรณจิตร

ตำแหน่ง ประธานองค์กร
แพทย์

1.1 การเตรียมวัดความดันโลหิต



หากใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

- (1) การวัดความดันโลหิต กระทำในท่านั่ง โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที
- (2) ความถี่ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ควรวัด 2 ครั้งต่อวัน ในตอนเช้า และตอนเย็น อย่างน้อย 4 ถึง 7 วันติดต่อกัน ก่อนพบแพทย์ เพื่อให้ใช้ในการตัดสินใจให้การรักษา

ความดันโลหิตสูง โดยหลักใหญ่ จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ซึ่งไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (Essential หรือ Primary Hypertension) ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่พบทั่วไป ในคนสูงอายุ อายุที่เริ่มเป็นโรคมักจะอยู่ในช่วงอายุ 40 - 50 ปี



2. โรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีสาเหตุจากโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดไต โรคระบบต่อมหมวกไต เป็นต้น ซึ่งอายุที่เริ่มเป็นโรค มักเกิดก่อน 30 ปี หรือเกิดหลัง 50 ปี

ความถี่ของการวัดความดันโลหิต

ข้อบ่งชี้และสถานะ	ความถี่ของการวัดความดันโลหิต
เพื่อการวินิจฉัย	ควรวัดต่อเนื่องกันเป็นเวลา 7 วัน หรือหากต้องการวินิจฉัยเร่งด่วนควรวัดต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน
เพื่อติดตามการรักษา ระหว่างการให้ยา	ควรตรวจวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง 7 วัน โดยเริ่มวัดหลังจากเริ่มยา หรือปรับยาไปแล้ว 2 สัปดาห์ และวัดอีกครั้งหนึ่งติดต่อกัน 3 วัน ในสัปดาห์ก่อนที่จะถึงวันนัดพบแพทย์
เพื่อติดตามระยะยาว ในรายที่คุมความดันโลหิตได้แล้ว	ควรตรวจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละหนึ่งหรือสองครั้ง หรือวัดความดันโลหิต 7 วัน ก่อนมาพบแพทย์แต่ละครั้ง และถ้าแพทย์นัดนานๆ ครั้ง ควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 7 วัน ทุก ๆ 3 เดือน

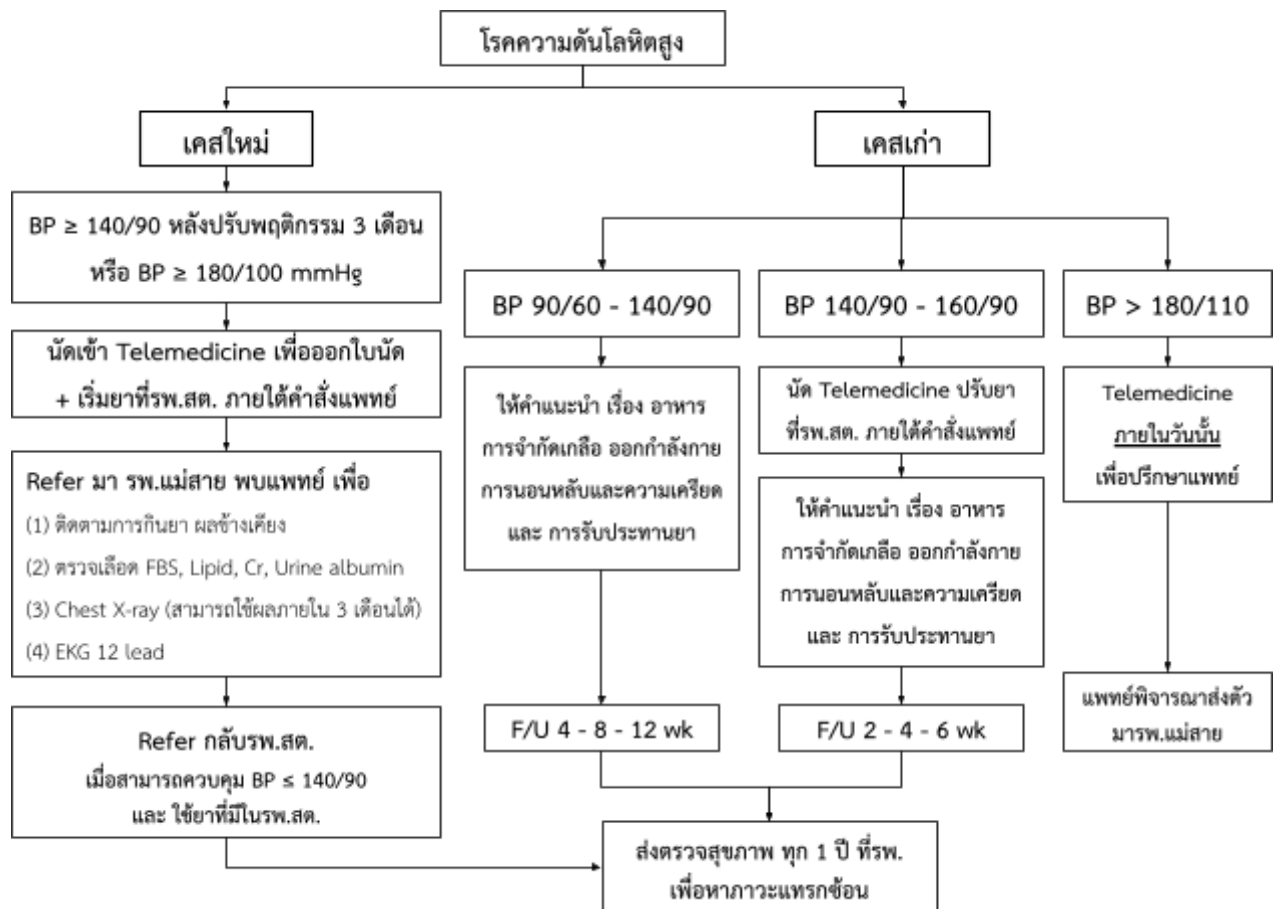
การจำแนกระดับความดันโลหิต ตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

การวินิจฉัย	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Optimal	น้อยกว่า 120	และ	น้อยกว่า 80
Normal	120 ถึง 129	และ/หรือ	น้อยกว่า 80
BP at risk (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่เป็นโรค)	130 ถึง 139	และ/หรือ	80 ถึง 89
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	140 ถึง 159	และ/หรือ	90 ถึง 99
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	160 ถึง 179	และ/หรือ	100 ถึง 109
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	ตั้งแต่ 180 ขึ้นไป	และ/หรือ	ตั้งแต่ 110 ขึ้นไป
Isolated systolic hypertension (ISH)	ตั้งแต่ 140 ขึ้นไป	และ	น้อยกว่า 90
Isolated diastolic hypertension (IDH)	น้อยกว่า 140	และ	ตั้งแต่ 90 ขึ้นไป

1.2 การวินิจฉัย



1.2 แนวทางการรักษาพยาบาลและส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ



วัตถุประสงค์ของการประเมินผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

- ☑ ค้นหาสาเหตุ เช่น การรับประทานยา ขาดการออกกำลังกาย ยาเสพติด กรรมพันธุ์ และสาเหตุทุติยภูมิ
- ☑ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคอ้วน โรคเกาต์)
(ส่งตรวจ CBC, FBS, HbA1C, Lipid, Cr, Na, K, Uric, Urine albumin, UPCI หรือ urine microalbumin ในเบาหวาน)
- ☑ การตรวจหา hypertension-mediated organ damage (HMOD)
 - ☑ โรคหัวใจและหลอดเลือด (EKG 12 lead , Chest X- ray)
 - ☑ โรคไต (Cr ,Urine albumin)
- ☑ ประเมินระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (Thai CV risk score) เพื่อพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Statin



1.3 การรักษา

แบ่งเป็น

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต
2. การรักษาด้วยยา

1.3.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน	ควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม.
การปรับรูปแบบอาหาร	- รูปแบบอาหาร DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) หรือเน้นการรับประทานอาหารที่ไม่ผ่านกระบวนการแปรรูป แป้งและธัญชาติไม่ขัดสี ถั่วเปลือกแข็ง ผัก และผลไม้ เน้นโปรตีนที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ - แนะนำให้บริโภคโซเดียมวันละไม่เกิน 2 กรัม หรือเข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม อาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที และไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน
การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชาย ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

1.3.2 การรักษาด้วยยา

ควรเลือกใช้ยาขนานแรกจาก 5 กลุ่มต่อไปนี้

1. ACEI (Enalapril)
2. ARBs (losartan)
3. Calcium channel blocker(Amlodipine)
4. Diuretics เช่น Thiazide-type diuretic (HCTZ)
5. Beta blocker (Atenolol)

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. หากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (>55 ปี) แนะนำเริ่มด้วย ACEI (Enalapril) หรือ calcium channel blocker เช่น amlodipine
2. หลีกเลี่ยงการให้ยา HCTZ เป็นยาตัวแรกในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจมีปัญหา electrolyte imbalance ได้ง่าย



3. หากมีเบาหวานร่วมด้วย แนะนำให้เริ่มด้วย ACEI เป็นยาตัวแรก เพื่อชะลอการเกิด microalbuminuria
4. หากมี micro/macroalbuminuria ควรจะได้รับ ACEI/ARBs ร่วมด้วย
5. ระงับการใช้ beta blocker ในผู้ป่วยเบาหวาน เพราะอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำได้
6. หลีกเลี่ยงการใช้ยา beta blocker ในผู้ป่วยโรคหอบหืด
7. alpha-blocker และ Beta-blocker ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรก ให้ใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น

แนวทางการเลือกและหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดความดันโลหิตที่มีภาวะอื่นร่วมด้วย

	Diuretic	BB	CCB	ACEI	ARB	MRA	AB
เบาหวาน			/	/	/		
ไตวายเรื้อรัง				/	/		
หลอดเลือดสมอง	/			/	/		
กล้ามเนื้อหัวใจตาย		/		/	/		
หัวใจล้มเหลว	/	/		/	/	/	
ต่อมลูกหมากโต							/
กระดูกพรุน	/		/				
หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน		X	/				
หลอดเลือดที่ไตตีบ 2 ข้าง				X	X		
2 nd -3 rd AV block		X	X				
COPD, Asthma		X					
Gout	X						

/ แนะนำให้ใช้ X ควรหลีกเลี่ยง

ตารางแสดงขนาดยาลดความดันโลหิตเริ่มต้นและขนาดยาสูงสุดที่สามารถใช้ได้

ยา	ขนาดยาเริ่มต้น/dose	ขนาดยาสูงสุด/วัน	ความถี่ของการใช้	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
----	---------------------	------------------	------------------	----------------------



Hydrochlorothiazide (HCTZ)	6.25 - 25 mg	25 mg	วันละครั้ง	บัสสาวะบ่อย, โขเดียมโพแทสเซียมต่ำ, กรดยูริกสูง
Furosemide (Lasix)	20 mg	300 mg	วันละ 1-2 ครั้ง	บัสสาวะบ่อย, โพแทสเซียมต่ำ
Amlodipine	2.5 - 10mg	10 mg	วันละครั้ง	ขาบวม, ใจสั่น
Propranolol	10 mg	320 mg	วันละ 2 ครั้ง	หัวใจเต้นช้าเกินไป, หอบหืดกำเริบ, น้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน
Atenolol	50 mg	100 mg	วันละ 1-2 ครั้ง	
Carvedilol	6.25 mg	50 mg	วันละ 1-2 ครั้ง	
Enalapril	2.5 - 5 mg	40 mg	วันละ 1-2 ครั้ง	ไอแห้งๆ, เวียนศีรษะ
Losartan	25 - 50 mg	100 mg	วันละครั้ง	เวียนศีรษะ
Hydralazine	25 - 50 mg	325 mg	วันละ 3 ครั้ง	หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ
Methyldopa	250 - 500 mg	3 gm	วันละ 2-3 ครั้ง	อ่อนเพลีย, ง่วงนอน, ชิมเศร้า ปากแห้ง,
Doxazosin	1 - 2 mg	16 mg	วันละครั้ง	Orthostatic hypotension

5. เป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต

ความดันโลหิตเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วย
< 130/80 mmHg	ผู้ป่วยทั่วไป 18 - 64 ปี
< 140/90 mmHg	ผู้ป่วยทั่วไป 65 - 79 ปี (หากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดี ควรลดมา < 130/80 mmHg)
SBP 140-150 mmHg และ DBP < 80 mmHg	ผู้ป่วยทั่วไป 80 ปีขึ้นไป (หากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดี ควรลดมาให้อยู่ระหว่าง 130-139 mmHg)
<130/80 mmHg	ผู้ป่วยเบาหวาน
<140/90 mmHg	ผู้ป่วย CKD ที่ไม่มี albuminuria หรือ น้อยกว่า 30 มก./วัน
< 120-130 / 70-79 mmHg	ผู้ป่วย CKD ที่มี albuminuria ตั้งแต่ 30 มก./วันขึ้นไป



< 140/90 mmHg	ผู้ป่วยที่เคยเป็น CVD แล้ว
120-130 / 70-80 mmHg	ผู้ที่เคยเป็น Stroke มาแล้ว
SBP 120-129	ผู้ป่วยที่เป็น PAD (Peripheral Artery Disease)

7. ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (Hypertensive urgency)

สำหรับ NPCU/PCU/รพ.สต. นอกพื้นที่รพ.แม่สาย

ระดับความดันโลหิต (SBP/DBP)	การดูแลรักษา
มากกว่า 160/100	ให้ผู้ป่วยนั่งพัก วัด BP ซ้ำอีก 15-30 นาที - หากยังเกิน 160/100 - ประเมินแพทย์ประจำ PCU หรือ แพทย์ในแผนก เวชกรรมสังคม รพ.แม่สาย
มากกว่าหรือเท่ากับ 210/120	ส่งผู้ป่วย มาโรงพยาบาลแม่สาย ในวันนั้น

สำหรับ PCU เวียงพางคำ และ OPD ในพื้นที่รพ.แม่สาย

ระดับความดันโลหิต (SBP/DBP)	การดูแลรักษา
160/100 - 179/109	ส่งตรวจด่วน OPD ทั่วไป ไม่ต้องรอคิว
180/110 - 209/119	ให้ captopril 1 tab oral stat แล้ว repeat BP อีก 30 นาที (กรณี CKD ใช้ hydralazine แทน) - หาก <180/110 ส่งตรวจด่วน OPD ทั่วไป ไม่ต้องรอคิว - หาก 180/110 – 209/119 ส่งไปดูแลต่อ ER
มากกว่าหรือเท่ากับ 210/120	ส่ง ER พิจารณา start Nicardipine(1:5) 5 - 75 mcd/min - keep BP $\leq$ 180/110, MAP < 120

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

(Diabetes Mellitus type 2)

ดัดแปลงจาก

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 2566
(ฉบับปรับปรุง กพ.67)²

วันที่เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม
พ.ศ.2568

วันที่ปรับปรุงแก้ไข 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568

ผู้จัดทำ นพ.ปรัชญา

ศรีสุวรรณ

ผู้ทบทวน นพ.ทรงสิทธิ์ ชีรชัยสกุล

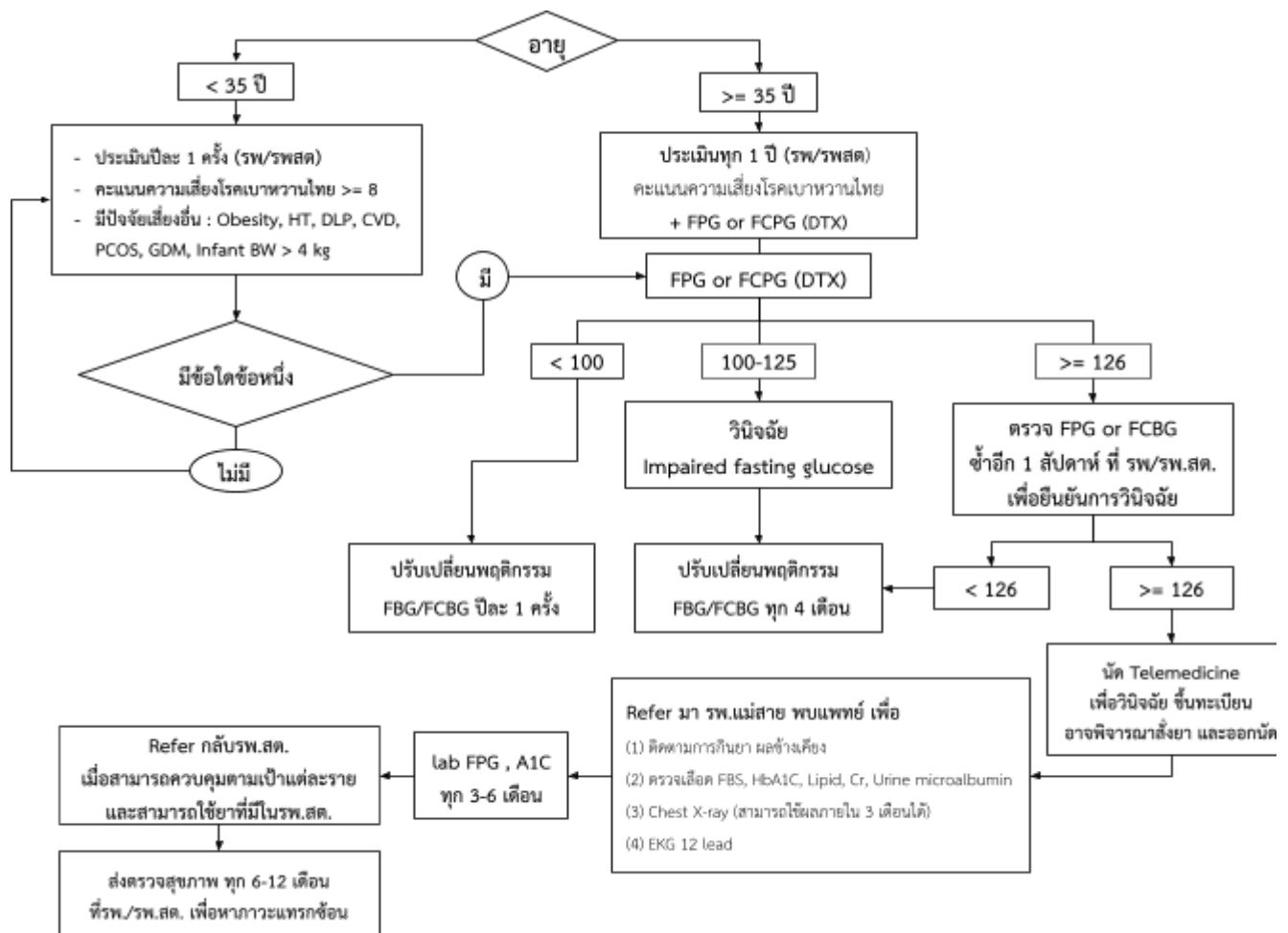
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ตำแหน่ง ประธานทีมการรักษาพยาบาล
การ

ผู้อนุมัติ พญ.สุชัยญา

สุวรรณจิตร

ตำแหน่ง ประธานองค์กร
แพทย์

แนวทางในการคัดกรอง และวินิจฉัยเบาหวาน





การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานใช้ผลการตรวจเลือดเป็นหลักโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

1. การตรวจพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง(FBG) ≥ 126 มก./ดล.
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส ณ เวลาใดๆ(Random plasma glucose) มีค่า ≥ 200 มก./ดล.
3. การตรวจการทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส ระดับพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส มีค่า ≥ 200 มก./ดล.
4. ตรวจระดับA1C ณ เวลาใดๆ มีค่า $\geq 6.5\%$

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ A1C เพื่อการวินิจฉัย

สถานะ	ปกติ	ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes)		โรคเบาหวาน
		Impaired fasting glucose (IFG)	Impaired glucose tolerance (IGT)	
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร, FPG (mg/dl)	<100	100-125	-	≥ 126
พลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 75 กรัม, OGTT 2hr-PG (mg/dl)	<140	-	140-199	≥ 200
พลาสมากลูโคสเวลาใดๆในผู้มีอาการชัดเจน, Random PG (mg/dl)	-	-	-	≥ 200
ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	<5.7%	5.7-6.4%		$\geq 6.5\%$

เงื่อนไขการวินิจฉัย

1. กรณีมีอาการของโรคเบาหวานเช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ สามารถวินิจฉัยเบาหวานได้ตามเกณฑ์ผลการตรวจเลือดด้วยวิธีที่ระบุ
2. กรณีไม่มีอาการของโรคเบาหวาน แต่ผลเลือดผิดปกติตามเกณฑ์ การวินิจฉัยเบาหวานขอให้ทำการตรวจเลือดซ้ำด้วยวิธีเดิมในวันต่อไปที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อยืนยันวินิจฉัยเบาหวาน

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

โดยทั่วไประดับน้ำตาลเป้าหมายในเลือดขณะอดอาหารควรอยู่ที่ 80-130 มก./ดล. ส่วนเป้าหมาย A1C ในแต่ละรายพิจารณาตามปัจจัยได้แก่

1. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วมอื่น เป้าหมาย A1C 7.0% โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและไม่มีผลข้างเคียงจากการรักษา ส่วนผู้ที่ต้องควบคุมเข้มงวด เป้าหมาย A1C <6.5%
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายการควบคุมอาจกำหนดเป็น A1C <8.0 %
3. ผู้สูงอายุ (อายุ > 65 ปี) ควรพิจารณาสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม
 - 3.1 ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีไม่มีโรคร่วม ให้ควบคุมในระดับเข้มงวดคือใช้เป้าหมาย A1C 7.0 -7.5%
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนปานกลาง ได้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้(functional independent) แต่มีโรคร่วมหลายอย่าง หรือภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง (cognitive impairment) ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย A1C <8.0%
 - 3.3 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความซับซ้อนมาก ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(long term care) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (functional dependent) ผู้ป่วยในระยะท้ายของโรคเรื้อรัง(end-stage chronic illness) รวมถึงผู้ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือผู้ที่มีความรู้คิดบกพร่องปานกลางถึงรุนแรง(dementia) การรักษาเบาหวานจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนระยะท้าย ไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จึงไม่ได้ตั้งเป้าหมาย A1C ให้เลือกใช้ยาที่มีความเสี่ยงน้อยต่อภาวะน้ำตาลต่ำ การบริหารยาไม่ยุ่งยาก และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำ

ตารางที่ 2 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่ไม่ตั้งครรภ์

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย	
	ควบคุมเข้มงวด	ควบคุมทั่วไป
ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร	70-110 mg/dl	90-130 mg/dl
ระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง	<140 mg/dl	-
ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังรับประทานอาหาร	-	<180 mg/dl
HbA1C	< 6.5%	< 7.0%

ตารางที่ 3 เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุ



สภาวะผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	เป้าหมายระดับ A1C	FBG(mg/dL)
ผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	7.0-7.5 %	80-130
ผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนปานกลาง	<8%	90-150
ผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมาก	ไม่ได้ระบุค่า ให้การรักษาที่หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และไม่ให้เกิดอาการจากภาวะน้ำตาลสูงในเลือด	100-180

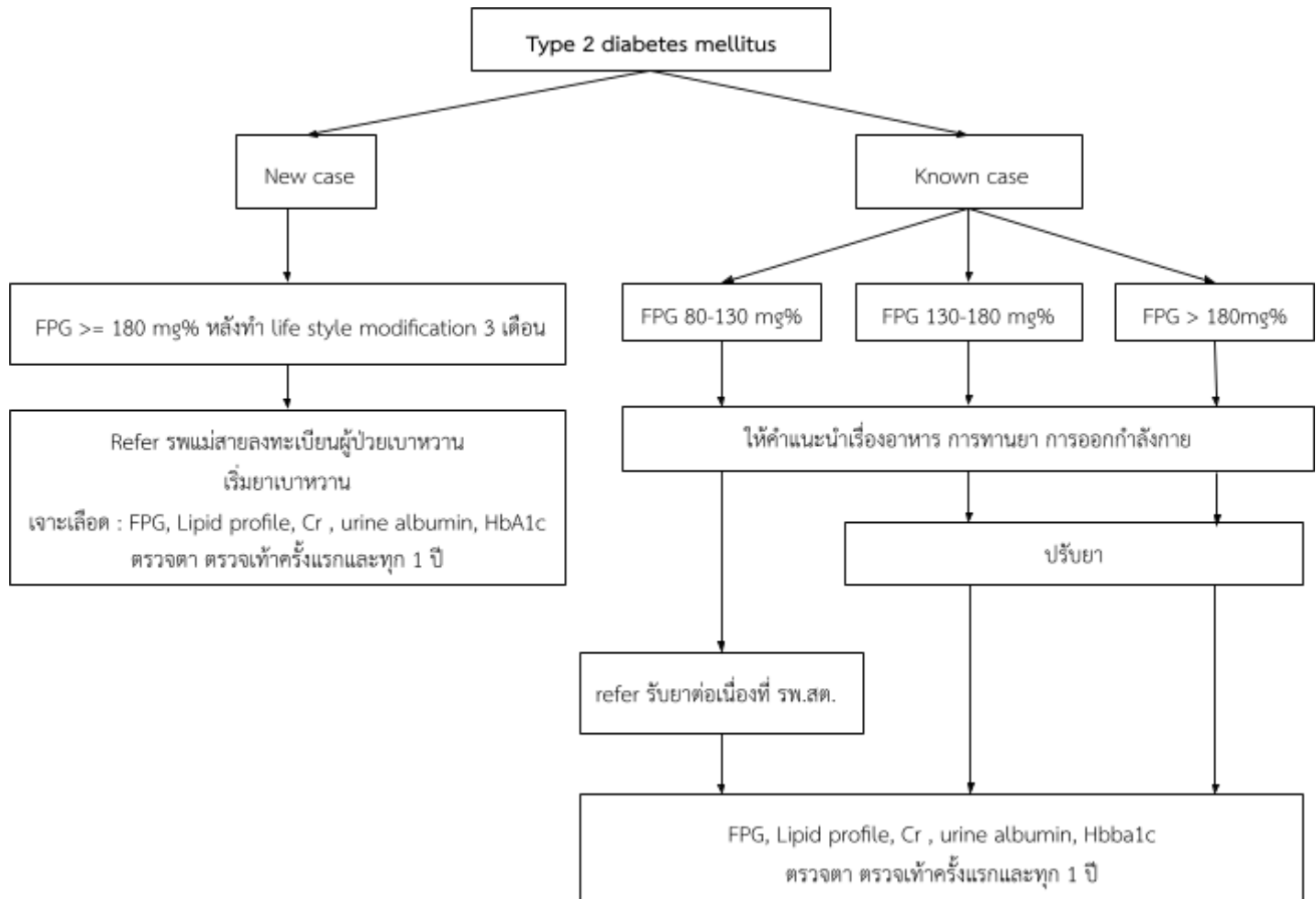
เป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด

การควบคุม/ การปฏิบัติตัว	เป้าหมาย
LDL** - อายุ 20-40 ปีและมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด* ≥ 2 ปัจจัย หรือ อายุ 40-75 ปี และมีปัจจัยเสี่ยง < 2 ปัจจัย - อายุ 40-75 ปีและมีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด ≥ 2 ปัจจัย - อายุ 40-75 ปี และเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	< 100 มก./ดล. และลดลงจากตั้งต้น $\geq 30\%$ < 70 มก./ดล. และลดลงจากตั้งต้น $\geq 50\%$ < 55 มก./ดล. และลดลงจากตั้งต้น $\geq 50\%$
BP	$< 130/80$ มม.ปรอท
น้ำหนักตัว - ลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน - BMI - รอบเอว	$\geq 5\%$ ของน้ำหนักตั้งต้น 18.55-22.9 กก./ตร.ม. หรือใกล้เคียง ส่วนสูงหาร 2
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่
การดื่มสุรา	ไม่ดื่ม
การออกกำลังกาย	ตามคำแนะนำของแพทย์

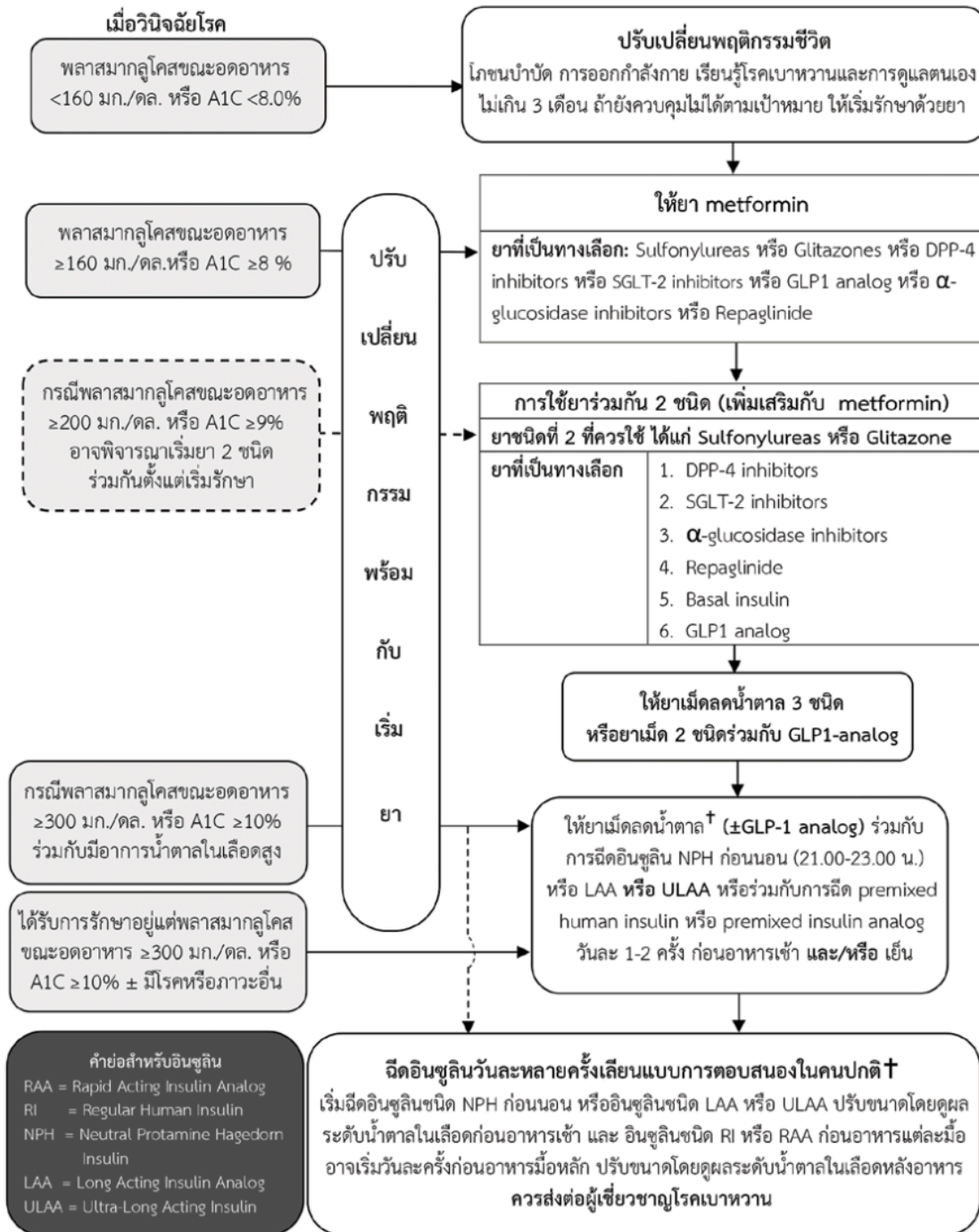
*ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย สบุนหรี ความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไมโครอัลบูมินูเรีย

** ดูเพิ่มเติมในแนวทางการรักษาโรคไขมันในเลือดสูง

แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและส่งต่อเครือข่ายบริการ สุขภาพ



แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2





ขนาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับขนาดตามไต

ยา	ขนาด เริ่มต้น	ขนาดสูงสุด ต่อวัน	ความถี่ การใช้	CKD 3,4,5	ข้อควรสังเกต/ อาการข้างเคียง
Metformin ลด A1C 1-2%	500-100 0 mg	2550mg	OD-TID	-ลดขนาดในผู้ป่วย eGFR 30-45 -ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย eGFR<30 หรือ Cr $\geq$ 1.5 (ช), Cr $\geq$ 1.4 (ญ)	-โอกาสน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยมาก (หากใช้ตัวเดียว) -ไม่เพิ่มน้ำหนักตัว -ควรเริ่มยาในขนาดต่ำเพื่อลดผลข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร
Glipizide ลด A1C 1-2%	5-10 mg	20 mg	OD-BID	ไม่ต้องปรับขนาดยา ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย eGFR <15	-ระวัง hypoglycemia - نن.ตัวเพิ่มได้เล็กน้อย -ระวังในผู้ป่วยแพ้ sulfa อย่างรุนแรง
Pioglitazone ลด A1C 0.5-1.4%	15 mg	45mg	OD	ไม่ต้องปรับขนาดยา	-อาจทำให้บวมหน้าและ نن.ตัวเพิ่มได้ 2-4 kg -ห้ามใช้ใน type1DM และ CHF
Insulin ลด A1C 1.5-3.5% หรือมากกว่า	-	-	OD - BID	-	-ระวัง hypoglycemia - نن.ตัวเพิ่มได้



แนวทางเวชปฏิบัติการให้บริการปฐมภูมิ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่สาย | Website :
maesaihospital.com/mshprimary

เอกสาร : CPG CUP-PCU-01-การรักษาโรค

ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2568

หน้า 18 จาก 28



โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)

ดัดแปลงจาก

แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ.
2567³

วันที่เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม พ.ศ.
2568

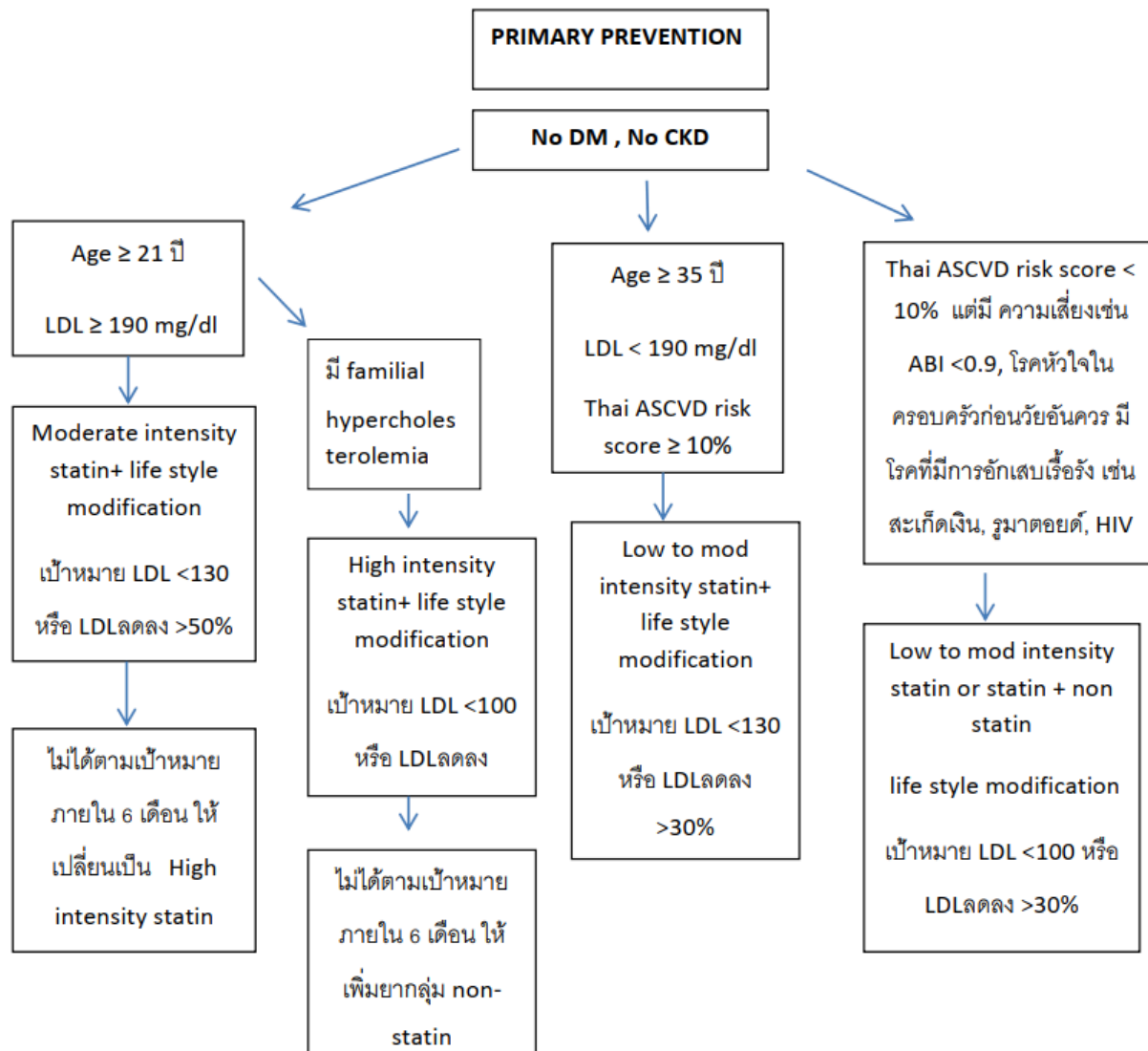
วันที่ปรับปรุงแก้ไข 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568

ผู้จัดทำ นพ.ปรัชญา ศรีสุวรรณ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้ทบทวน นพ.ทรงสิทธิ์ ชีรชัยสกุล
ตำแหน่ง ประธานทีมการรักษาพยาบาล

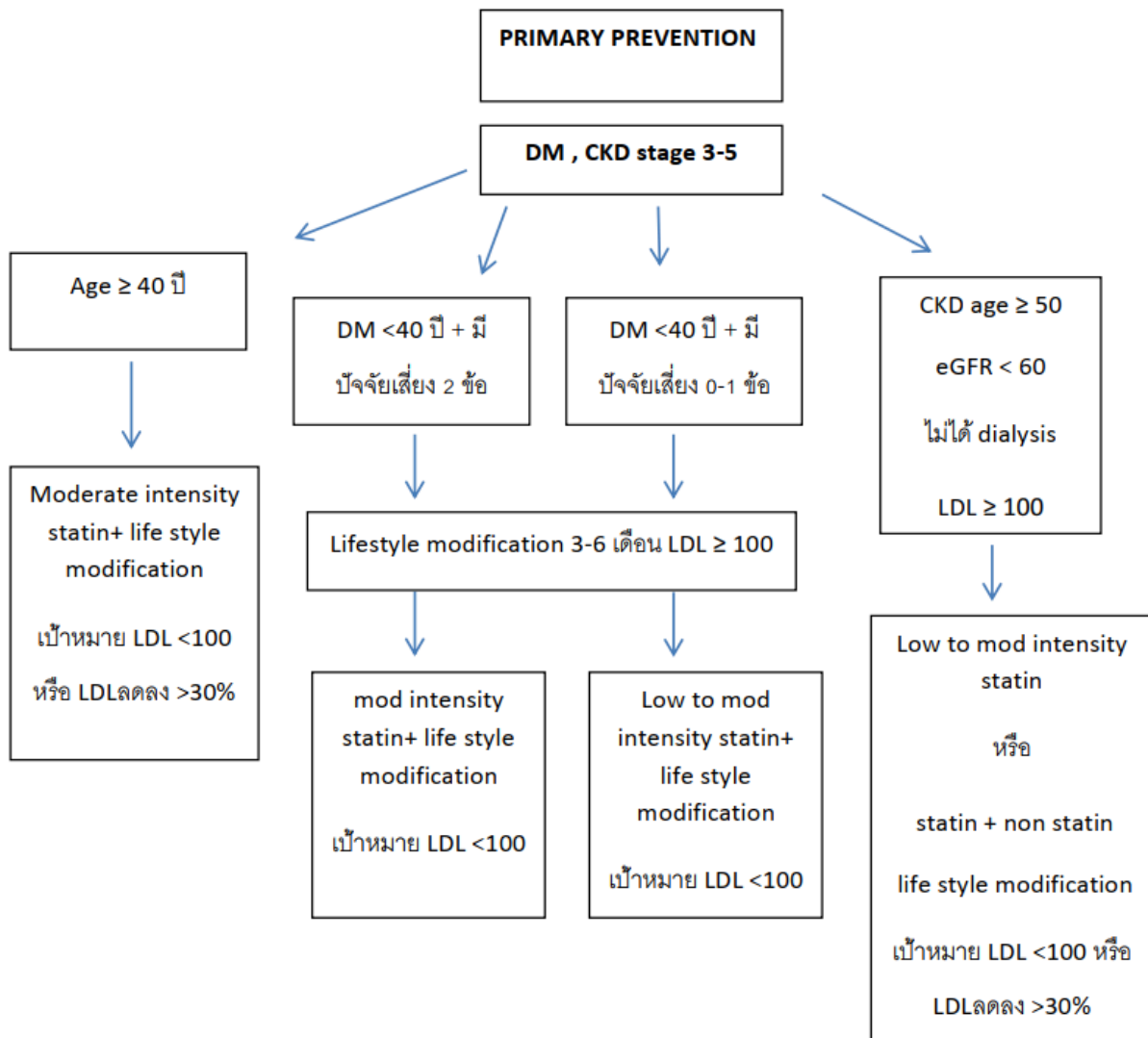
ผู้อนุมัติ พญ.สุชัยญา สุวรรณ
จิตร
ตำแหน่ง ประธานองค์กรแพทย์

แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อป้องกัน โรคหัวใจ และหลอดเลือด ชนิดปฐมภูมิ (Primary Prevention)



แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด

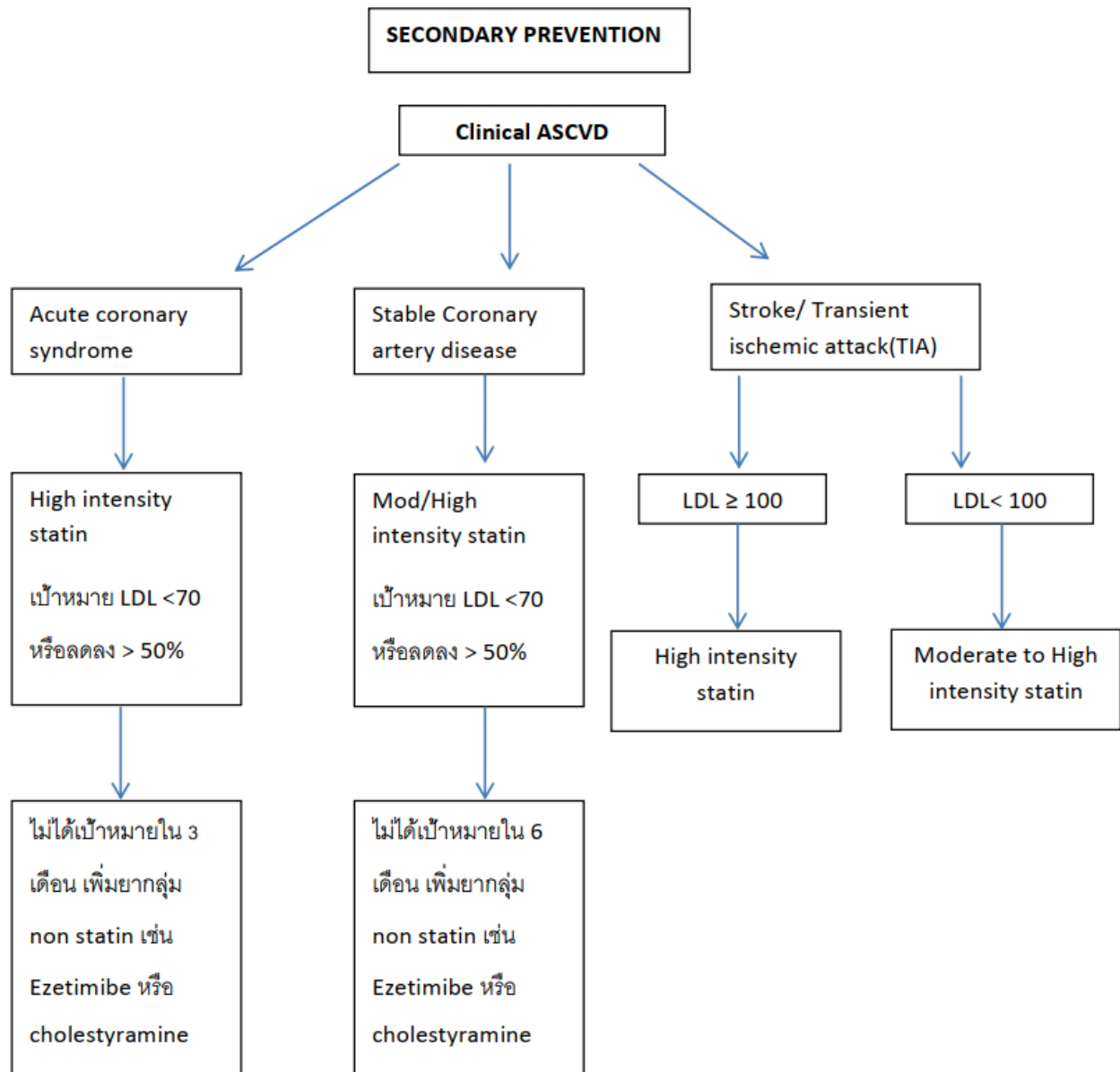
ชนิดปฐมภูมิ (Secondary Prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและไตวาย เรื้อรัง



ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่, ความดันโลหิตสูง, ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวก่อนวัยอันควร, มี microalbuminuria



แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มี โรคหัวใจ และหลอดเลือด เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ





ชนิดของยาในกลุ่ม statin ตามประสิทธิภาพในการลด LDL-C

High intensity statin	Moderate intensity statin	Low intensity statin
ลดระดับ LDL-C ก่อนเริ่มรักษา ลงได้มากกว่า ร้อยละ 50 Atorvastatin 40-80 mg Rosuvastatin 20 mg	ลดระดับ LDL-C ก่อนเริ่มรักษา ลงได้ ประมาณร้อยละ 30-50 Simvastatin 20-40 mg Atorvastatin 10-20 mg Rosuvastatin 5-10 mg Pravastatin 40 mg Fluvastatin 80 mg Pitavastatin 2-4 mg	ลดระดับ LDL-C ก่อนเริ่มรักษา ลงได้น้อยกว่า ร้อยละ 30 Simvastatin 10 mg Pravastatin 10-20 mg Fluvastatin 20-40 mg Pitavastatin 1 mg

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยแต่ละรายอาจตอบสนองต่อยาในกลุ่ม statin แตกต่างกันไป บางรายตอบสนองดีแม้ใช้ยาต่ำกว่าขนาดที่แนะนำ
- ไม่ควรใช้ simvastatin 80 mg
- ไม่ควรใช้ simvastatin ร่วมกับยา ต้านเชื้อราในกลุ่ม conazole, erythromycin, clarithromycin, protease inhibitor, gemfibrozil, cyclosporine, danazol
- ไม่ควรใช้ simvastatin เกิน 10 mg เมื่อใช้ร่วมกับ verapamil, diltiazem
- ไม่ควรใช้ simvastatin เกิน 20 mg เมื่อใช้ร่วมกับ amiodarone, amlodipine, ranolazine
- ควรระมัดระวังการใช้ high intensity statin ในผู้ป่วยอายุ > 75 ปี, ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อปัญหา drug interaction, ผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกในสมองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 3b-5

แนวทางการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ ที่ไม่ใช่ กลุ่ม statin

Fibrate

- พิจารณาเริ่มยาในกลุ่ม fibrate เพื่อป้องกันภาวะตับอ่อนอักเสบ ในกรณีที่ TG > 500 mg/dl ยกเว้นในผู้ป่วยที่ eGFR < 60 อาจเริ่มยาเมื่อ TG > 1,000 mg/dl
- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มี TG $\geq$ 200 mg/dl และ HDL-C $\leq$ 35 mg/dl อาจพิจารณาให้ร่วมกับ statin
- ไม่ควรใช้ gemfibrozil ร่วมกับ statin
- ไม่ควรใช้ fenofibrate ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ eGFR < 45, หากจะใช้ gemfibrozil สามารถใช้ได้สูงสุด 600 mg ต่อวัน

การประเมินก่อนให้ยาและการติดตามการรักษาไขมันในเลือดผิดปกติ



1. ควรได้รับการเจาะ Fasting lipid ก่อนให้ยา และ ควรมีการเจาะเลือดติดตาม 4-12 สัปดาห์ หลังให้ยา เพื่อดู ประสิทธิภาพของยา และดู adherence ของผู้ป่วย
2. ควรติดตามผลการรักษาเป็นครั้งคราว เช่น ทุก 3-12 เดือน
3. ควรได้รับการตรวจ AST,ALT ก่อนเริ่มยา และหลังเริ่มยา 4-12 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังผลแทรกซ้อน หลังจากนั้น ตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น
4. หาก AST,ALT สูงกว่าค่าปกติ มากกว่า 3 เท่า อาจพิจารณาหยุดยาชั่วคราวเพื่อหาสาเหตุ
5. กรณีที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตะคริว ควรได้รับการตรวจ CK และควรหยุดยาชั่วคราว และตรวจเลือดซ้ำ 2-4 สัปดาห์ จากนั้นอาจทดลองให้รับประทานยาใหม่ หากยังมีอาการอีก แสดงว่าอาจเกิดจากยา statin
6. กรณีที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับ CK สูงกว่าค่าปกติ มากกว่า 10 เท่า อาจเข้าข่าย rhabdomyolysis ให้หยุด statin ทันที และรักษาอย่างเร่งด่วน

โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 (Chronic Kidney Disease stage 1-3)

ดัดแปลงจาก

การคัดกรองและดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565⁴

วันที่เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม พ.ศ.
2568

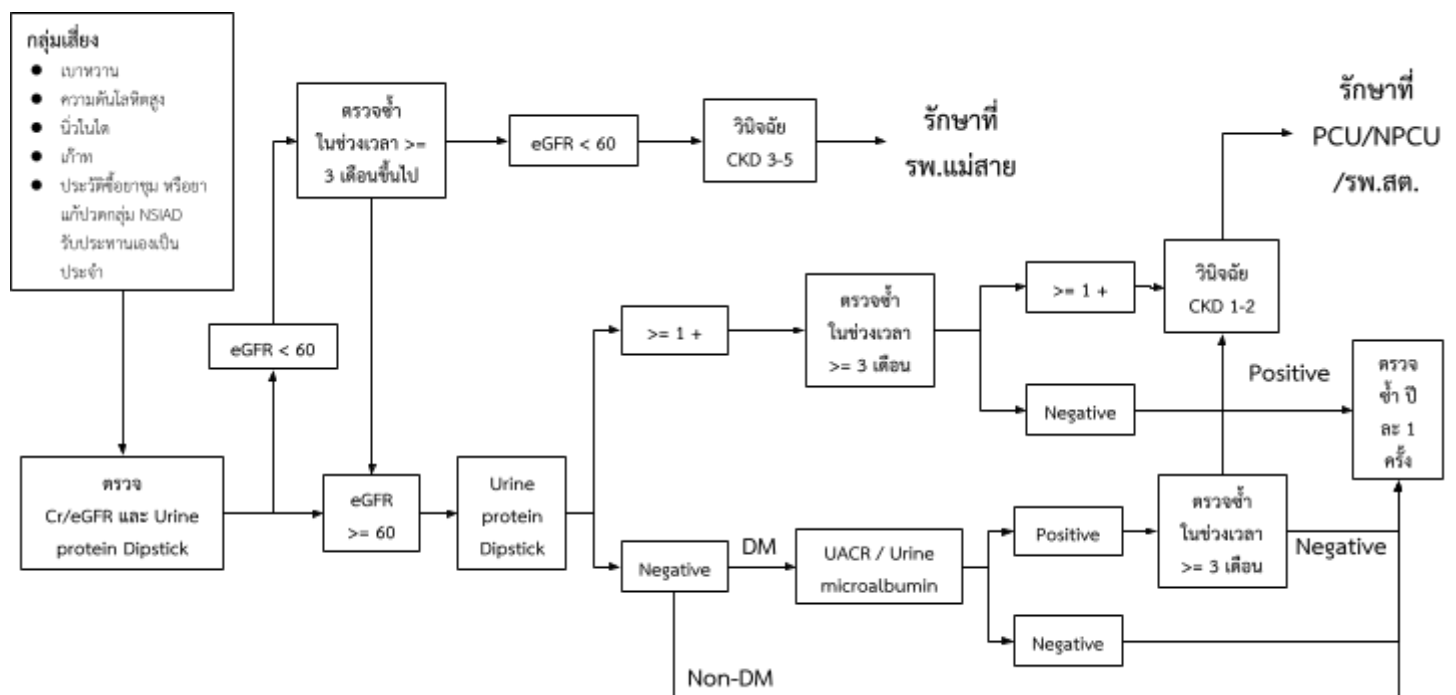
วันที่ปรับปรุงแก้ไข 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568

ผู้จัดทำ นพ.ปรัชญา ศรีสุวรรณ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้ทบทวน นพ.ทรงสิทธิ์ อีรชัยสกุล
ตำแหน่ง ประธานทีมการรักษาพยาบาล

ผู้นำนัด พญ.สุชัยญา สุวรรณ
จิตร
ตำแหน่ง ประธานองค์กรแพทย์

แผนภูมิแนวทางการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในระดับปฐมภูมิ



eFGR = estimated Glomerular Filtration Rate

Urine microalbumin เลือกตรวจได้ 3 วิธี

1. UACR : Urine Albumin-Creatinine Ration (mg/g Cr) คำนวณจาก Urine Albumin (mg/dL) หารด้วยค่า Urine Creatinine (mg/dL) ทั้งหมด คูณด้วย 1000 ถ้าเกิน 30 คือ ผิดปกติ
2. UACR strip ถ้าเกิน 30 mg/g Cr คือ ผิดปกติ
3. Urine microalbumin strip ถ้า positive คือ ผิดปกติ



แนวทางเวชปฏิบัติการให้บริการปฐมภูมิ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่สาย | Website :
maesaihospital.com/mshprimary

เอกสาร : CPG CUP-PCU-01-การรักษาโรค

ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2568

หน้า 26 จาก 28



เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. [อ้างถึง 17 กรกฎาคม 2025]. Available at: <https://www.thaihypertension.org/guideline.html>
2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 22 กรกฎาคม 2025]. Available at: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhhl-thawpi/diabetes-book/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566>
3. แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567 - ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 22 กรกฎาคม 2025]. Available at: <https://www2.rcpt.org/web/content/1022>
4. การคัดกรองและดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ – สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 22 กรกฎาคม 2025]. Available at: <https://www.nephrothai.org/%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%84%e0%b8%b1%e0%b8%94%e0%b8%81%e0%b8%a3%e0%b8%ad%e0%b8%87%e0%b9%81%e0%b8%a5%e0%b8%b0%e0%b8%94%e0%b8%b9%e0%b9%81%e0%b8%a5%e0%b8%a3%e0%b8%b1%e0%b8%81%e0%b8%a9%e0%b8%b2/>