

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาลบึงนาราง
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลบึงนาราง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลบึงนาราง	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลบึงนาราง วัน/เดือน/ปี : ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖ หัวข้อ : คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน Link ภายนอก หมายเหตุ :.....	
ผู้รับผิดชอบการกรอกข้อมูล (น.ส.อาทิตยา อภัยภักดิ์) นักวิชาคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ ๒๕๖๖	ผู้อนุมัติรับรอง (นางสาวนิชณา สิงหาคำ) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ ๒๕๖๖
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (นายศักดิ์สิทธิ์ สินโน) นักวิชาคอมพิวเตอร์ วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ ๒๕๖๖	

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61 -00	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ 21 ธันวาคม 2560
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 1

แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2560

(Clinical Practice Guideline for Dyslipidemia 2017)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนาราง

นิยาม

ภาวะไขมันผิดปกติ คือ ความผิดปกติของ lipoprotein metabolism เป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงไปจนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis)

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การให้ยาในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน Clinical Atherosclerotic Cardiovascular Disease (Clinical ASCVD) ในผู้ที่ยังไม่มีโรค

การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การให้ยาในผู้ที่มี Clinical ASCVD แล้ว เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

Clinical Atherosclerotic CardioVascular Disease (Clinical ASCVD) หมายถึง ผู้ป่วยที่กำลังมีหรือเคยมี acute coronary syndrome (ACS), myocardial infarction, stable coronary artery disease, stable/unstable angina, coronary or other arterial revascularization, ischemic stroke, transient ischemic attack (TIA), peripheral artery disease (PAD), atherosclerotic aortic diseases

Subclinical ASCVD หมายถึง ผู้ที่ยังไม่มีอาการของ ACSVD แต่มีหลักฐานว่ามี atherosclerosis เช่น การพบ atherosclerotic plaque ที่หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดแดงที่คอ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ที่อื่น เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแดงแข็ง

- การสูบบุหรี่
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- ภาวะน้ำหนักเกิน
- การขาดกิจกรรมทางกาย
- พฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
- ภาวะเลือดข้น
- โปรตีนในปัสสาวะ
- หัวใจห้องล่างซ้ายโต

ประเภทเอกสาร CPG - MED -61 -0๓	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๑
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 2

ประชากรกลุ่มที่ควรได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ , โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
2. ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไปนี้
 - อายุ ผู้ชายอายุ ≥ 45 ปี ผู้หญิงอายุ ≥ 55 ปี
 - ประวัติครอบครัว พี่น้องหรือพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ชายเป็นเมื่ออายุ <55 ปีหรือผู้หญิงเป็นเมื่ออายุ <65 ปี
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง
 - สูบบุหรี่
 - ผู้ที่มีโรคหรือภาวะที่พบความผิดปกติของไขมันในเลือดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ได้แก่ BMI ≥ 23 kg/m² ,กลุ่มอาการเนฟโรติกและไตวายเรื้อรัง
 - HDL ต่ำโดย HDL ชาย <40 mg/dl และ HDL หญิง < 50 mg/dl
3. ผู้ที่ตรวจร่างกายพบลักษณะที่บ่งชี้ว่าระดับไขมันผิดปกติในเลือดได้แก่ corneal arcus, เอ็นร้อยหวายหนาและแข็ง, Tendon xanthoma ,xanthelesma ,palmar xanthoma ,eruptive xanthoma
4. ผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

หลักการรักษาไขมันผิดปกติ

1. ตรวจเลือดเบื้องต้นก่อนการรักษา เพื่อประเมินว่าไขมันชนิดใดผิดปกติ ตรวจการทำงานของตับและไต ตรวจน้ำตาลในเลือด (lipid profile, LFT, BUN, Cr, FBS)
2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นนอกจากไขมันในเลือด โดยใช้ Thai CV risk score ผ่านทาง application หรือ internet
3. ประเมินทางคลินิก ชักประวัติ ตรวจร่างกาย พิจารณาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
4. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ลดความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน
5. ติดตามผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของยา และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. การใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ บางครั้งจำเป็นต้องลดขนาดหรือหยุดยาชั่วคราวหรือถาวร เมื่อ
 - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น myopathy, rhabdomyolysis, จากการใช้ยา statin
 - ปฏิกริยาระหว่างยาตัวอื่นที่ได้รับอยู่ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
 - การทำงานของตับและไตลดลง
 - กรณีใช้ statin ถ้าพบว่า LDL ≤ 40 มก./ดล. สองครั้งติดต่อกัน อาจพิจารณาลดขนาดยา statin ลง

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61 – (๐) ๑	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 3

แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การป้องกันปฐมภูมิ

ควรให้คำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เช่น การควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ประมาณ 3-6 เดือนก่อนพิจารณาเริ่มยา ยกเว้นในกรณีที่ เป็น familial hypercholesterolemia

1.การป้องกันปฐมภูมิในผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ไม่เป็นเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง

(โดยสรุป เป้าหมาย LDL < 130 มก./ดล. ยกเว้น เช่น familial hypercholesterolemia LDL <100 มก./ดล.)

- อายุมากกว่า 21 ปี และมี LDL > 190 มก./ดล. ควรกำหนดเป้าหมายที่ LDL < 130 มก./ดล. หรือ LDL ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยา อย่างน้อย ร้อยละ 50 ควรเริ่มด้วย moderate intensity statin ในกรณีที่ให้ยา moderate intensity statin
- ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมัน LDL สูงมากจากพันธุกรรม เช่น familial hypercholesterolemia ควรกำหนดเป้าหมาย LDL <100 มก./ดล.หรือ LDL ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยา อย่างน้อย ร้อยละ 50 ควรเริ่มด้วย high intensity statin
- อายุมากกว่า 35 ปี, LDL <190 มก./ดล. และ Thai CV Risk Score ≥ ร้อยละ 10 น่าจะได้รับ low หรือ moderate intensity statin โดยกำหนดเป้าหมาย LDL < 130 มก./ดล. หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อยร้อยละ 30
- ผู้ที่มี Thai CV Risk Score น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่มีหลักฐานว่ามี subclinical atherosclerosis, ankle-brachial index < 0.9, มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวก่อนวัยอันควรหรือมีการอักเสบเรื้อรัง (เช่น psoriasis, rheumatoid arthritis, HIV infection) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจนำมาช่วยตัดสินใจในการให้ low หรือ moderate intensity statin ในผู้ที่มี ระดับ LDL < 190 มก./ดล. โดยกำหนดเป้าหมาย LDL < 130 มก./ดล. หรือลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อยร้อยละ 30

2. การป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน (โดยสรุป เป้าหมาย LDL < 100 มก./ดล.)

- อายุมากกว่า 40 ปี ควรเริ่มยา moderate intensity statin ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยมีเป้าหมายคือ ระดับ LDL < 100 มก./ดล.
- อายุต่ำกว่า 40 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ได้แก่ สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวมีโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนวัยอันควร ไมโครอัลบูมินูเรีย ควรได้รับคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยมีระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต 3 – 6 เดือนและถ้าหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแล้วระดับ LDL-C ยัง ≥ 100 มก./ดล. น่าจะพิจารณาให้ยากลุ่ม statin โดยมีเป้าหมาย LDL-C < 100 มก./ดล.
- อายุต่ำกว่า 40 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียงข้อเดียวหรือไม่มี อาจไม่จำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับ LDL-C แต่ต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยมีระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 – 6 เดือน และถ้าหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแล้วระดับ LDL-C ยัง ≥ 100 มก./ดล. น่าจะพิจารณาให้ยากลุ่ม statin โดยมีเป้าหมาย LDL-C < 100 มก./ดล.

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61 -09	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิรภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ ภู่เก้ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๑
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 4

3. การป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และมี estimated glomerular filtration rate (eGFR) <60 มล./นาท/1.73 ตร.ม. (โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-5) ที่มี LDL-C $\geq$ 100 มก./ดล. น่าจะให้ยาในกลุ่ม low หรือ moderate intensity statin เป้าหมาย LDL-C < 100 มก./ดล. หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกอย่างน้อย ร้อยละ 30

การป้องกันทุติยภูมิ

1. ผู้ป่วยที่กำลังเกิด acute vascular events เช่น acute coronary syndrome หรือผู้ป่วย clinical ASCVD ที่มี acute vascular events ภายในระยะเวลา 12 เดือน ควรให้ high intensity statin โดยกำหนดเป้าหมายให้ระดับ LDL < 70 มก./ดล.
2. ผู้ป่วย clinical ASCVD ที่มี vascular events ครั้งล่าสุดนานกว่าระยะเวลา 12 เดือน เช่น ผู้ป่วย stable coronary artery disease และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยได้แก่ เบาหวาน, เกิด ASCVD events ระหว่างได้รับยา statin, LDL ก่อนรักษา $\geq$ 190 มก./ดล., และมีโรคไตเรื้อรัง ควรให้ moderate หรือ high intensity statin โดยกำหนดเป้าหมายให้ LDL < 70 มก./ดล. ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว อาจพิจารณากำหนดเป้าหมาย LDL-C < 100 มก./ดล.
3. ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ไม่ได้เกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจและ LDL-C $\geq$ 100 มก./ดล. ควรได้ high intensity statin สำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มีระดับ LDL-C < 100 มก./ดล. น่าจะให้การรักษาด้วย moderate หรือ high intensity statin

แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ กลุ่มที่ไม่ใช่ statin

Fibrate

1. น่าจะพิจารณาเริ่มยาในกลุ่ม fibrate เพื่อป้องกันการเกิดตับอ่อนอักเสบ ในกรณีที่มี triglycerides $\geq$ 500 มก./ดล. ยกเว้น eGFR < 60 มล./นาท/1.73 ตร.ม. อาจพิจารณาเริ่มยาเมื่อระดับ triglycerides $\geq$ 1,000 มก./ดล.
2. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เบาหวาน ที่มี triglycerides $\geq$ 200 มก./ดล. ร่วมกับ HDL $\leq$ 35 มก./ดล. น่าจะพิจารณาให้ fibrate ร่วมกับ statin (แต่ไม่ควรใช้ gemfibrozil ร่วมกับ statin)

การประเมินก่อนการให้ยาและติดตามหลังการรักษา

1. ก่อนการรักษา ควรตรวจไขมันในเลือดโดยดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 1 ครั้ง และควรได้รับการตรวจเลือดซ้ำภายใน 4-12 สัปดาห์หลังจากเริ่มยาเพื่อประเมินประสิทธิภาพและ adherence ผู้ป่วย และติดตามเป็นครั้งคราวทุก 6-12 เดือน
2. ควรตรวจ AST, ALT ก่อนเริ่ม statin และ 4-12 สัปดาห์หลังจากเริ่มยา จากนั้นไม่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ
3. กรณี AST, ALT สูงกว่า UNL 3 เท่า อาจพิจารณาหยุด statin ชั่วคราวเพื่อหาสาเหตุ
4. กรณีมีปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง พิจารณาหยุด statin และเจาะเลือดส่ง CK
5. การตรวจไขมันในเลือดเพื่อติดตามผลการรักษาไม่จำเป็นต้องดอาหารและเครื่องดื่ม

จิรภา

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61-๐๑	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๐๒๐
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 5

แนวทางการรักษาระดับไขมันในเลือดสูง

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต (Total Lifestyle Change, TLC)

- ลดและควบคุมน้ำหนักในรายที่ BMI ≥ 23 kg/m²
- ออกกำลังกาย 3-5 วัน/สัปดาห์ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง) เพื่อลดภาวะดื้ออินซูลินทำให้ลดไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอล เพิ่มระดับ HDL-C และทำให้ mononuclear cell ลดการหลั่ง cytokines ที่กระตุ้น atherosclerosis
- งดสูบบุหรี่ เนื่องจาก บุหรี่ทำให้ HDL-C ลดลงลดลงเป็นอันตรายต่อ endothelial cell และมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง รวมทั้งทำให้เกร็ดเลือดจับตัวกัน
- ลดความเครียด
- การรับประทานอาหารที่ถูกต้องรับประทานอาหารที่มีพลังงานพอเหมาะ และมีอาหารหลักครบทุกหมู่
- รับประทานอาหารผักผลไม้ที่มีกากใยอาหาร
- ปริมาณอาหารหรือพลังงาน (kilocalories) ต่อวันพอเหมาะ
 - ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล
 - ใช้น้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน หรือ เมล็ดดอกคำฝอย รำข้าว มะกอกและหลีกเลี่ยงน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะมี trans fatty acids สูง จะทำให้ระดับ LDL เพิ่มขึ้น
- งด เครื่องในสัตว์และหนังสัตว์ทุกชนิด,
 - ลดอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก ,เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไข่แดง และ เช่น ไส้กรอกทุกชนิด, แฮม, โบโลน่า, แหนม, หมูยอ, กุนเชียง , เนยเทียม ,เนยขาว
- ควรรับประทานปลา ไข่ เป็ด หมู เนื้อ ที่ไม่ติดหนังและมัน วันละ 2-4 ชีด หรือเนื้อสัตว์สุก 4-6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อขึ้นกับน้ำหนักตัว,โปรตีนจากถั่วเหลือง นมพร่องไขมัน

35m

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61 --๐๑	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้า 6

ภาคผนวก

ตารางยาลดไขมันในเลือดที่มีในโรงพยาบาล

ชนิดยา	Dose (mg)	ความถี่/วัน	การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด (%)				ผลข้างเคียง
			↓TC	↓LDL-C	↑HDL-C	↓TG	
กลุ่ม Statin -Simvastatin (10, 20 mg)	10-40	1 ครั้งก่อนนอน	28-36	28-40	6-12	9-19	Abdominal pain (7%) Headache (3-7%) Myalgia (5%) Vertigo (5%) CPK elevation (5%) Constipation (2%) Transaminitis (1%) Rhabdomyolysis (<1%)
กลุ่ม Fibrates - Gemfibrozil (300 mg) (*600 mg รพ.มีไว้ใช้ สำหรับผู้ป่วย HIV เท่านั้น)	300-1200	1-2	10-15	10-15	11-20	35-50	Dyspepsia (20%) Abdominal pain(10%) Diarrhea (7%) Fatigue (4%) Nausea/vomitting(3%) Vertigo (2%) Constipation,Headache (1%) Myalgia,Rhabdomyolysis (<1%)

จ.ม.

ประเภทเอกสาร CPG – MED -61-๐๑	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ 21 กันยายน ๒๕๖๒
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 7

ภาคผนวก

ชนิดของยากลุ่ม statin ตามประสิทธิภาพในการลด LDL

High intensity statin	Moderate intensity statin	Low intensity statin
ลด LDL-C มากกว่า 50%	ลด LDL-C ได้น้อยกว่า 30%-50%	ลด LDL-C ได้น้อยกว่า 30%
Atorvastatin 40-80 mg	Atorvastatin 10-20 mg Simvastatin 20-40 mg	Simvastatin 10 mg

หมายเหตุ

1. ไม่ควรใช้ simvastatin 80 มก.
2. ไม่ควรใช้ simvastatin ร่วมกับ conazole, erythromycin, clarithromycin, protease inhibitor, gemfibrozil, cyclosporine, danazo
3. ไม่ควรใช้ simvastatin >10 มก. ต่อวันเมื่อใช้ร่วมกับ verapamil, diltiazem
4. ไม่ควรใช้ simvastatin > 20 มก.ต่อวัน เมื่อใช้ร่วมกับ amiodarone, amlodipine, ranolazine

ขนาดยาสูงสุดของยารักษาไขมันที่แนะนำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มยาและชื่อยา	ระยะ 1-2 (GFR $\geq$ 60)	ระยะ 3a (GFR 45-59)	ระยะ 3b-5 (GFR <45)	ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
Statin (mg/day)				
Atorvastatin	40-80		20-40	20
simvastatin	40		20-40	20
Fibric acid deviates (mg/day)				
Fenofibrate	150		ไม่ควรใช้	
Gemfibrozil	1200		600	

gom

ประเภทเอกสาร CPG – MED-๒๑-๐๗	เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด 2561
ผู้จัดทำ พญ.จิระภา แยมสันต์	วันที่ประกาศใช้ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
ฉบับที่ 1	สำเนาฉบับที่..... หน้าที่ 8

เอกสารอ้างอิง

- Update on Prevention of Cardiovascular Disease in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Light of Recent Evidence A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Diabetes Association ADA/AHA statement (August 2015)
- Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults 2013 ACC/AHA
- Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease Issued: July 2014 last modified: August 2015 NICE clinical guideline 181
- การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพื่อการจัดการโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง พิสนธิ์ จงตระกูล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 2, ปีพ.ศ. 2557





(นายพนม นุ่มสูติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเล รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง