ประเด็นสำคัญจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยและการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

กฤษฎา ฐานะวุฒิกุล พ.บ.*, สิริสวัสดิ์ คุณานนท์ พ.บ.**
*กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ ตำบลหย่วน อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา 56110
**สาขาวิชาความดันโลหิตสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพ 10700

Highlights from 2024 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension by the Thai Hypertension Society and Intensive Blood Pressure Control to Reduce the Risk of Cardiovascular Disease in the Future

Kritsada Thanawutthikul, M.D.*, Sirisawat Kunanon, M.D.**
*Department of Internal Medicine, Chiang Kham Hospital, Yuan, Chiang Kham, Phayao, 56110, Thailand
**Division of Hypertension, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Siri Rat, Bangkok Noi, Bangkok, 10700, Thailand
Corresponding Author: Kritsada Thanawutthikul (E-mail: por.kritsada35@gmail.com)
(Received: 8 April, 2025; Revised: 29 May, 2025; Accepted: 8 April, 2026)

Abstract

Hypertension is a common condition in the Thai population, affecting up to 14 million people. Increases in blood pressure levels increase the risk of death from cardiovascular disease and stroke. Therefore, hypertension is a condition that is significant to the Thai public health system. As a result, the Thai Hypertension Society has consistently created guidelines for managing hypertension in clinical settings, with the most recent version being 2024, aimed at the early detection of high blood pressure. Diagnosed when blood pressure levels are >140/90 mmHg in general, including blood pressure in the risk group >130/80 mmHg, along with the identification of hypertension-mediated organ damage, Patients ought to be diagnosed with hypertension when it is determined that the blood pressure recorded at the hospital aligns with the standards for diagnosing hypertension from being examined more than once. To manage hypertension, it is advised to implement lifestyle modification and utilize the required medication. Taking two different types of drugs from each of the five main drug groups at the same time is generally recommended and use two types of drugs in one pill if possible. And establish suitable treatment objectives based on age and risk. In general, in the population of 18-64 years, blood pressure levels <130/80 mm Hg, etc., and there is new research data, there is a tendency to intensive blood pressure control, blood pressure levels <120/80 (120-129/70-79) mm Hg in groups with high risk of cardiovascular disease. This article introduces the 2024 Thai Guidelines for Hypertension Management that have been created by the Thai Hypertension Society. These guidelines gather the evidence pertaining to the impacts of hypertension treatment.

Keywords: Hypertension, Intensive blood pressure control, Cardiovascular disease

บทคัดย่อ

ภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยประชากรชาวไทยมากถึง 14 ล้านคน และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นภาวะโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องและฉบับล่าสุด พ.ศ. 2567 โดยมุ่งหมายให้การวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น โดยวินิจฉัยเมื่อระดับความดันโลหิตตั้งแต่ ≥140/90 มม.ปรอทโดยทั่วไป รวมไปถึงความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยง ≥130/80 มม.ปรอท และร่วมกับการพบอวัยวะเป้าหมายถูกทำลายอย่างเฉียบพลัน ควรวินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อมาตรวจพบว่าความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ของวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากการมารับการตรวจมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป นำมาสู่การรักษาได้อย่างทันท่วงที ทั้งการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยการให้ยาอย่างเหมาะสม โดยแนะนำการใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิดในกลุ่มยาหลัก 5 ชนิด โดยแนะนำการใช้ยา 2-3 ชนิดรวมในเม็ดเดียวถ้ามีโอกาส และกำหนดเป้าหมายในการรักษาที่เหมาะสมตามช่วงอายุและความเสี่ยง โดยทั่วไปในประชากร 18-64 ปี ระดับความดันโลหิต < 130/80 มม.ปรอท เป็นต้น และมีข้อมูลทางการวิจัยใหม่ มีแนวโน้มที่จะควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดในสถานพยาบาล ระดับความดันโลหิต < 120/80 (120-129 /70-79) มม.ปรอท ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง บทความนี้ได้สรุปความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ซึ่งได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเพาะต่อผลของการรักษาความดันโลหิตสูง โดยการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

คำสำคัญ: ความดันโลหิต, การควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัด,ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

บทนำ

ภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยในประชากรชาวไทยมากถึง 14 ล้านคน และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 20 มม.ปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 10 มม.ปรอท เพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองถึงสองเท่า ดังนั้นภาวะโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องและฉบับล่าสุด พ.ศ. 2567 โดยมุ่งหมายให้การวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยแนวทางใหม่นี้ ให้การรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 ยังอิงกับ พ.ศ. 2562[1-2] กล่าวคือ 1) ให้ข้อเสนอแนะจากหลักฐานที่หาได้และเป็นกลางที่สุดแก่ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายได้มีการทบทวนข้อมูลต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและอย่างระมัดระวัง พร้อมสรุปการแนะนำเฉพาะไว้ 3) ได้พิจารณาข้อมูลต่าง ๆ จากการศึกษาใหม่ ๆ และการศึกษาก่อนหน้าที่สำคัญ มาร่วมในการรวบรวมข้อมูล ดังนั้นจึงให้ความรู้สำหรับใช้กับคนส่วนใหญ่และผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแง่ลักษณะส่วนตัว ลักษณะทางการแพทย์และวัฒนธรรม ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการแนวทางการตัดสินใจที่แตกต่างจากคนทั่วไป

เนื้อเรื่อง

ความดันโลหิตในประชากรทั่วไปเป็น unimodal distribution ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease; CVD) การแบ่งระดับของความดันโลหิตตามแนวเวชปฏิบัติให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและการรักษาในเวชปฏิบัติในหลากหลายสมาคม เช่นเดียวกับ 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension แต่ในแนวทางเวชปฏิบัติฉบับปี พ.ศ. 2567[1-3] ได้มีการปรับเปลี่ยนภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง หรือ ความดันโลหิตเริ่มสูง (กลุ่มเสี่ยง) เพื่อเพิ่มความตระหนักในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังตาราง 1

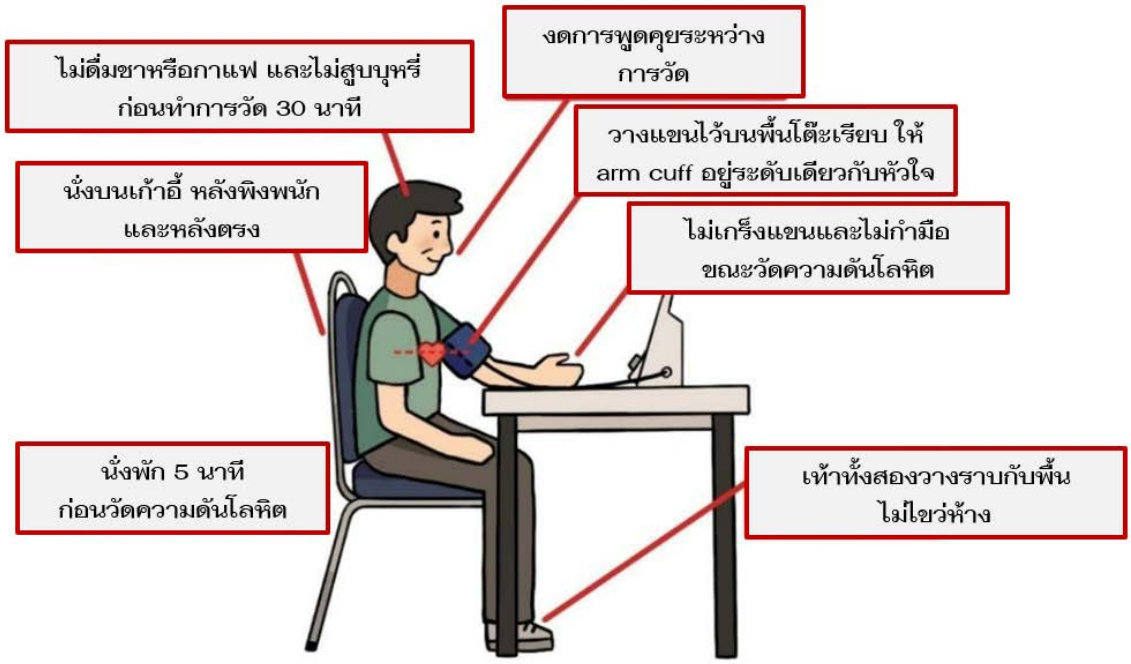
ตารางที่ 1 นิยาม และการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง[3]

การวินิจฉัย	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มม. ปรอท)		ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม. ปรอท)
ความดันโลหิตที่เหมาะสม	<120	และ	< 80
ความดันโลหิตปกติ	120-129	และ/หรือ	<80
ความดันโลหิตเริ่มสูง (กลุ่มเสี่ยง)	130-139	และ/หรือ	80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	≥180	และ/หรือ	≥110
ความดันโลหิตสูง เฉพาะซิสโตลิก	≥140	และ	<90
ความดันโลหิตสูง เฉพาะไดแอสโตลิก	<140	และ	≥90

โดยมีข้อแม้ว่า 1) ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก (systolic blood pressure; SBP) และระดับความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure; DBP) ต่างกัน ต้องใช้ระดับที่สูงกว่าในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, การตัดสินใจในการใช้ยารักษา และการประเมินประสิทธิผลในการรักษา 2) ความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก (isolated systolic hypertension; ISH) มีการแบ่งระดับความดันโลหิตเหมือนการแบ่งระดับความดันโลหิตซึ่งสูงทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างไรก็ตามหากมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำด้วยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (เช่น 60-70 มม.ปรอท) ควรถือเป็นความเสี่ยงเพิ่มเติม 3) การจะเริ่มใช้ยารักษาเมื่อไรให้ขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิตที่สูงและข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมซึ่งหาได้จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีร่องรอยของการทำลายอวัยวะ (hypertension-mediated organ damage; HMOD) และ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคไต เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงย่อมต้องการการรักษาด้วยยามากกว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความดันที่สูง แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ

นิยามของความดันโลหิตสูง

ให้วินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล (office BP measurement) หรือ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home BP measurement; HBPM) หรือ การวัดความดันโลหิต 24 ชั่วโมง (24-hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring; ABPM) โดยต้องวัดให้ถูกวิธี ความดันโลหิตที่วัดได้จะถูกแบ่งตามเกณฑ์ ดังตารางที่ 2 ส่วนวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีที่ถูกต้องดังแสดง ในรูปที่ 1



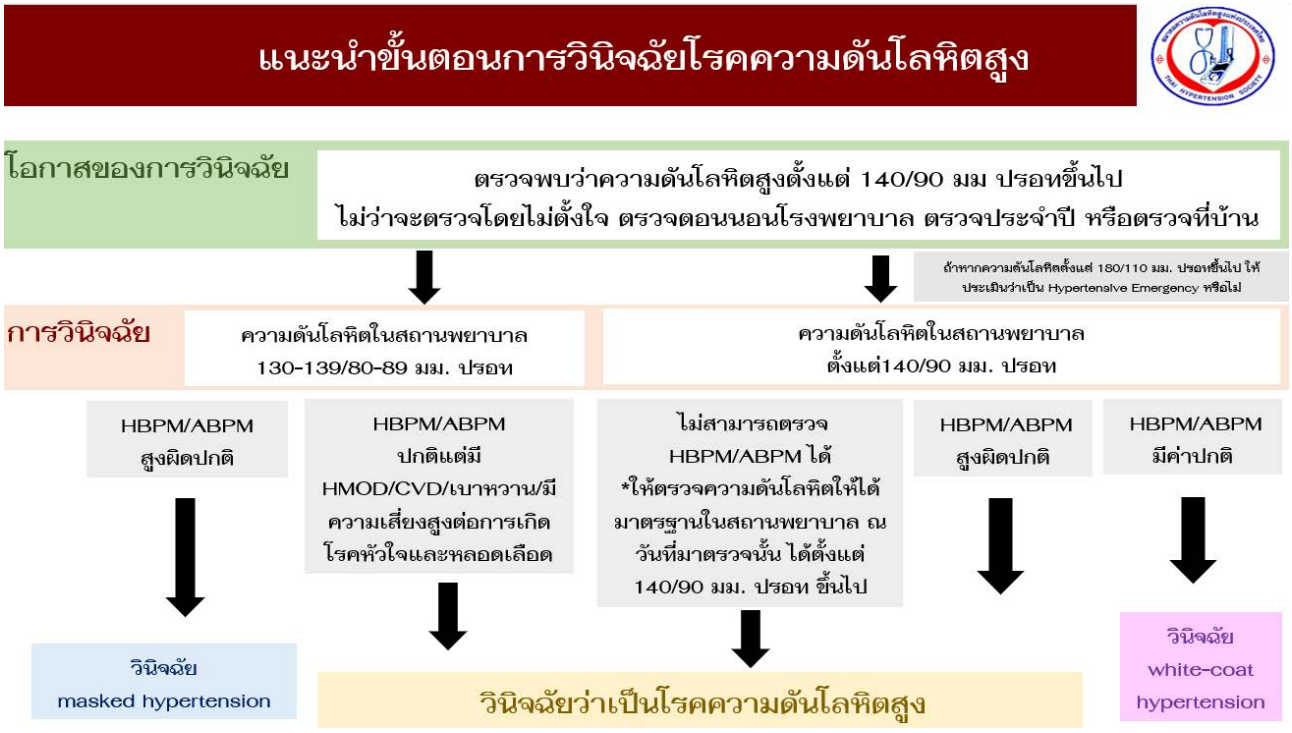
รูปที่ 1 แสดงวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีที่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 ระดับความดันโลหิตที่ใช้วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากการวัดแบบต่าง ๆ[3]

	ซิสโตลิก		ไดแอสโตลิก
วัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล	≥140	และ/หรือ	≥90
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 24 ชั่วโมง	≥130	และ/หรือ	≥80
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตอนกลางวัน	≥135	และ/หรือ	≥85
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตอนกลางคืน	≥120	และ/หรือ	≥70
วัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥135	และ/หรือ	≥85

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

ในการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้งที่ ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-3 นาที โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบผลจากการวัดสองครั้ง ต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรตรวจเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง แล้วนำผลทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยและต้องวัดความดันโลหิตให้ถูกวิธีในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง โดยตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 แนะนำว่าผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูง เมื่อได้รับการวัดความดันโลหิตจะแบ่งเป็น 4 ระดับตามระดับความดันโลหิตสูง ตั้งแต่มากกว่า 130/80 มม.ปรอท ร่วมกับการตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ไปจนถึงมากกว่า 180/110 มม.ปรอท และมีการวัดความโลหิตซ้ำทั้งรูปแบบ HBPM หรือ ABPM 2 ครั้งภายใน 1-3 เดือนตามระดับความเสี่ยง เพื่อมาช่วยในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง แต่ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 ฉบับใหม่นี้ เกณฑ์การวินิจฉัยให้วินิจฉัยโรคได้เลย (รูปที่ 2) กล่าวคือ ควรวินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อตรวจพบว่า ความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ของวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากการมารับการตรวจมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป



รูปที่ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567[3]

แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ควรได้มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต และได้รับการรักษาด้วยยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

A) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยทุกราย ประกอบด้วย

1) การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนลงพุง

2) การปรับรูปแบบของการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (ส่วนอาหาร 2:1:1 and Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet-DASH diet) ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม โดยทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย และเพิ่มการรับประทานใยอาหารและแร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โปแตสเซียมและแมกนีเซียม แคลเซียม

3) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร (โซเดียม < 2 กรัมต่อวัน)

4) การเพิ่มกิจกรรมทางกายภาพและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบดังนี้ ระดับปานกลาง: 10 นาทีต่อสัปดาห์, ระดับหนักมาก: 75 นาทีต่อสัปดาห์)

5) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ร่วมกับมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์ (alcohol-free days)

6) การเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

7) การจัดการความเครียดทางอารมณ์

8) การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษทางเสียงและทางอากาศ

B) การรักษาโดยการให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (pharmacologic treatment) ควรเริ่มต้นให้รักษายาลดความดันโลหิตสูง เมื่อ

1) ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย SBP ≥140 และ/หรือ DBP ≥90 มม.ปรอท สำหรับบุคคลทั่วไป

2) ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย SBP ≥130 และ/หรือ DBP ≥80 มม. ปรอท สำหรับรายต่อไปนี้

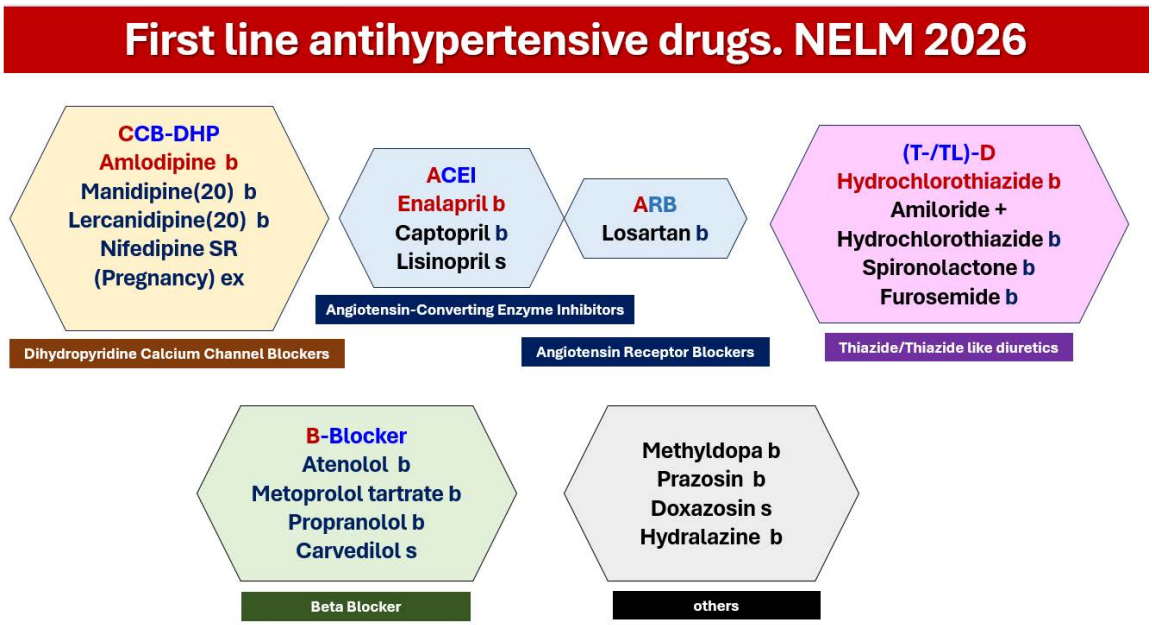
- บุคคลที่มีอาการจาก CVD
- โรคเบาหวาน
- มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค CVD ในอีก 10 ปีข้างหน้าร้อยละ 10 ขึ้นไป จาก Thai Cardiovascular (CV) risk score
- การตรวจพบ และสถานะของ HMOD

* CVD: Cardiovascular disease, * HMOD: Hypertension-mediated organ damage

การรักษาด้วยยากลุ่มหลักกล่าวคือ 5 กลุ่มชนิด กล่าวคือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers, CCBs- Dihydropyridines (DHP) CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาที่ใกล้เคียง thiazides-like diuretic) (รูปที่ 3)

- แนะนำให้เริ่มด้วยยา 2 ชนิดร่วมกันเสมอ (prefer single pill combination) โดยจะเลือกใช้คู่อื่นก็ได้จากยา 5 กลุ่มหลัก ตามความเหมาะสม
- พิจารณาเริ่มยาก่อนเพียง 1 ชนิดก่อนในกรณีต่อไปนี้

ผู้ป่วยสูงอายุมาก, ผู้ป่วยร่างกายอ่อนเพลียทรุดโทรม, ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงก่อนการรักษาไม่มาก (140-149/90-95 มม. ปรอท) และมีความเสี่ยงต่อ CVD ต่ำ, ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตกลุ่มเสี่ยง (130-139/80-89 มม. ปรอท) แต่มีความเสี่ยงต่อ CVD สูงตาม (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 แสดงยากลุ่มหลักในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2569)[4]

*บัญชี Basic list (b)= “first-line” คือ รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

*บัญชี Supplemental list (s) = “ทางเลือก” คือ รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิด

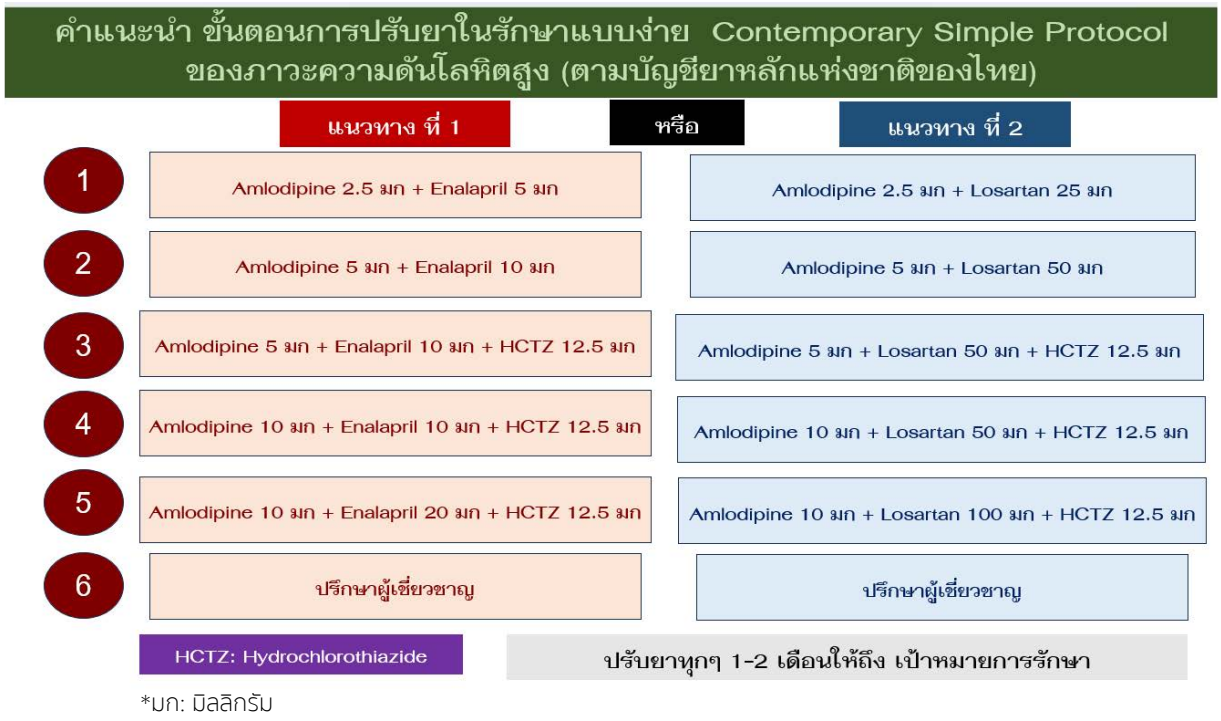
*บัญชี Exclusive list (ex) = “เฉพาะโรค / specialist” คือ รายการยาที่ต้องใช้ในเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายโดยเฉพาะ

*บัญชี Special lists (S)= “ควบคุมการใช้” คือ รายการยาที่ต้องใช้ในเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญและมีการควบคุม

คำแนะนำขั้นตอนการปรับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงแบบง่าย contemporary simple protocol ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 และบัญชียาหลักแห่งชาติ 2569

ในบริบทของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไทย แนะนำให้เลือกใช้ยารวมกันสองชนิดตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2569 โดยใช้ยาขนาดต่ำในการเริ่มการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ และผลรวม

ในการรักษาที่ดีที่สุด โดยแนะนำให้เริ่มด้วยยา 2 ชนิดร่วมกันเสมอ (prefer single pill combination) โดยจะเลือกใช้คู่อื่นก็ได้จากยา 5 กลุ่มหลัก ดังกล่าวข้างต้น ตามความเหมาะสม[3-4]



*มก: มิลลิกรัม

รูปที่ 4 คำแนะนำขั้นตอนการปรับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงแบบง่าย (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2569)[3-4]

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ตามคำแนะนำภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ควรได้รับการรักษาให้ความดันโลหิตลดลงมาเป็น 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น โดยคำแนะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ควรลดความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ลงมาต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ในเบื้องต้นก่อน และหากผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดี แล้วค่อยปรับเป้าหมายการรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลงมาที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น (ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4) และเฝ้าระวังผลเสียที่เกิดขึ้น ในกลุ่มประชากรเปราะบางที่ลดความดันโลหิตต่ำเกินไปแล้วไม่สามารถทนได้ ดังนั้นในกลุ่มเหล่านี้ควรกำหนดเป้าหมายความดันโลหิตของการรักษาที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลเป็นราย ๆ ไป (รูปที่ 5)

ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของระดับความดันโลหิต ตามแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567[3]

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567 จากการตรวจสถานพยาบาล		
อายุ	**ระดับความดันเป้าหมาย**	
18-64 ปี		น้อยกว่า 130/80 มม. ปรอท
65-79 ปี	เป้าหมายหลัก น้อยกว่า 140/90 มม. ปรอท	น้อยกว่า 130/80 มม. ปรอท (ถ้าสามารถทนได้)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567 จากการตรวจสถานพยาบาล		
อายุ	**ระดับความดันเป้าหมาย**	
65-79 ปี + ISH (Isolated Systolic Hypertension)	SBP 140-150 มม. ปรอท	SBP 130-139 มม. ปรอท (ถ้าสามารถทนได้, เฝ้าระวังถ้าระดับความดัน DBP น้อยกว่า <70 mmHg)
80 ปีขึ้นไป	SBP 140-150 มม. ปรอท	SBP 130-139 มม. ปรอท (ถ้าสามารถทนได้, เฝ้าระวังถ้าระดับความดัน DBP น้อยกว่า <70 mmHg))
ไม่ควรวางเป้าหมายการลดความดันโลหิตในสถานพยาบาลให้ต่ำกว่า <120/70 มม.ปรอท และควรกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายทรุดโทรมเป็นราย ๆ ตามความเหมาะสม		

ตารางที่ 4 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่บ้านโดยเฉลี่ยตามแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567[3]

อายุ	เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่บ้าน (มม. ปรอท)
18-65 ปี	< 125/75
> 65 ปี	< 135/85

บุคคลทั่วไป ค่าเฉลี่ยระดับเป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่บ้าน < 130/80 มม.[3]



รูปที่ 5 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของระดับตามแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2567[3]

ตารางที่ 5 การตั้งเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในปี 2567 ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์

	SPRINT[5]	STEP[6]	ESPRIT[7]	BPROAD[8]
วารสาร	NEJM 2015	NEJM 2021	Lancet 2024	NEJM 2024
จำนวนประชากร	9,261	8,533	11,255	12,821
ประเทศ	สหรัฐอเมริกา	จีน	จีน	จีน
อายุ (ค่าเฉลี่ยปี)	67.9	66.2	64.9	63.7
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุมากกว่า 55 ปี ร่วมกับความเสี่ยงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือไตวายเรื้อรังที่ค่าระดับ eGFR 20-60 มล./นาที/1.73 ม.^{2}) หรือประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (Framingham) มากกว่า 15% หรือ อายุมากกว่า 75 ปี	อายุ 60-80 ปี ร่วมกับไม่พบความเสี่ยงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุมากกว่า 50 ปี ร่วมกับ เคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนหน้า หรือมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2 ข้อได้ หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนหน้านี้ หรือโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่ได้รับการซ่อมแซมเส้นเลือด กลุ่มโรคหลอดเลือดแดงคอคอโรตีบที่ได้รับการใส่ขดลวดหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องที่ได้รับการซ่อมแซมเส้นเลือด หรือมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2 ข้อ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ เพศชายอายุมากกว่า 60 ปี	อายุมากกว่า 50 ปี ร่วมกับ ร่วมกับมีความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 1 ข้อได้แก่ ได้แก่ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (≥3 เดือน): โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน กลุ่มโรคหลอดเลือดแดงคอตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่แสดงอาการภายใน 3 ปี หรือ มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 ข้อขึ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังที่ค่าระดับ eGFR 30–59 มล./นาที/1.73 ม.^{2}
เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษาในกลุ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการ น้อยกว่า 6 เดือน หรือค่าการทำงานการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย LVEF น้อยกว่า 35%	ความเสี่ยงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน หรือหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้อง	เบาหวานชนิดที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน หรือหลอดเลือดแดงใหญ่

	SPRINT[5]	STEP[6]	ESPRIT[7]	BPROAD[8]
			ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการน้อยกว่า 6 เดือน หรือ ค่าการทำงานการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย LVEF น้อยกว่า 35 %	โป่งพองในช่องท้อง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการน้อยกว่า 6 เดือน หรือ ค่าการทำงานการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย LVEF น้อยกว่า 35 %
เบาหวาน	0%	19.1%	38.7%	100%
ไตวายเรื้อรัง	เกณฑ์การคัดเลือกออกที่ระดับค่าการทำงานของไต eGFR น้อยกว่า 20 หรือ กลุ่มโรคไตอักเสบโกลเมอรูลัส หรือ โปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัมต่อวัน	เกณฑ์การคัดเลือกออกที่ระดับค่าการทำงานของไต eGFR น้อยกว่า 30 หรือ ค่าครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	เกณฑ์การคัดเลือกออกที่ระดับค่าการทำงานของไต eGFR น้อยกว่า 45 หรือ กลุ่มโรคไตอักเสบโกลเมอรูลัส หรือ โปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัมต่อวัน	เกณฑ์การคัดเลือกออก กลุ่มปลูกถ่ายไต หรือระดับค่าการทำงานของไต eGFR น้อยกว่า 30 หรือ ค่าครีเอตินินในเลือด มากกว่า 2.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
วิธีการรักษาโรค ระดับความดันโลหิตในกลุ่มรักษาความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด ค่าซิสโตลิก/ค่าไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	121.4 / 68.7	127.5 / 76.4	119.1 / 69.9	121.6 (60% met SBP)
ระดับความดันโลหิตในกลุ่มรักษาความดันโลหิตทั่วไป ค่าซิสโตลิก/ค่าไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	136.2 / 76.3	135.3 / 79.2	134.8 / 76.7	133.2
จำนวนชนิดยารักษาความดันโลหิตที่ได้รับ	2.8	2.8	2.7	2
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ติดตามการศึกษา (ปี)	3.26.	3.34.	3.4	4.2
ผลลัพธ์การศึกษา ผลรวมระหว่างอุบัติการณ์การเกิดโรคความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	5.2 vs 6.8%	3.5 vs 4.6%	7.4 vs 8.8 %	6.1% vs 7.6 %
อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ	3.3 vs 4.5%	1.6 vs 1.5%	2.8 vs 3.6 %	2.6 vs 2.8 %

	SPRINT[5]	STEP[6]	ESPRIT[7]	BPROAD[8]
โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.3 vs 1.5%	1.1 vs 1.7%	4.7 vs 5.4 %	4.4 vs 5.7 %
โอกาสการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	1.3 vs 2.1%	0.1 vs 0.3%	1 vs 1.4 %	0.5 vs 0.7 %
อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ	0.8 vs 1.4%	0.4 vs 0.6%	1.1 vs 1.7%	0.9 vs 1.0 %
ผลการศึกษาหลัก, อัตราเสี่ยงในการเกิดผลลัพธ์ที่สนใจในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง (HR), 95%CI	0.75, (0.64, 0.89)	0.74, (0.60, 0.92)	0.88, (0.78, 0.99)	0.79, (0.69, 0.90)
ค่านัยสำคัญทางสถิติ	< 0.001	0.007	0.028	< 0.001
ผลข้างเคียง				
ภาวะความดันต่ำ	3.4 vs 2%	3.4 vs 2.6%	0.1 vs 0.1%	0.1 vs < 0.1
ภาวะเป็นลม	3.5 vs 2.4%	0.1 vs <0.1%	0.5 vs 0.2%	0.2 vs 0.2
ภาวะไตวายเฉียบพลัน	2.3 vs 1.7%	1% vs 1%	0.1 vs <0.1%	0.1 vs 0.1

* eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) คือ คือปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) เพื่อตรวจเช็คประสิทธิภาพการกรองของไต

* LVEF (Left Ventricular Ejection Fraction) คือ ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เพื่อตรวจเช็คประสิทธิภาพการทำงานงานของหัวใจ

เมื่อพิจารณาจากการศึกษาทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมตั้งแต่อดีตจนถึงปีพ.ศ. 2567 ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ดังแสดงตาราง 5 จะพบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางโรคต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้มีข้อมูลทางการวิจัยใหม่ มีแนวโน้มที่จะควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดในสถานพยาบาล ความดันโลหิตซิสโตลิกให้ลดต่ำใกล้เคียง 120 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 70-79 มม.ปรอท กลุ่มความเสี่ยงหลอดเลือดสมองและหัวใจสูง[5-8]

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการวิเคราะห์เชิงอภิมานจาก 7 การศึกษากลุ่มทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม ในประชากร 72,138 คนที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการควบคุมเป้าหมายความดันโลหิตซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 130 มม.ปรอทมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญและอัตราการตายจากสาเหตุทั้งหมดเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายดันโลหิตซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มม.ปรอท ในทำนองเดียวกัน เป้าหมายความดันโลหิตซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 120 มม.ปรอทมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 140 มม.ปรอท อย่างไรก็ตาม การลดความเสี่ยงการตายจากสาเหตุทั้งหมดนั้นมีนัยสำคัญน้อยกว่ากลุ่มที่ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท[9]

สอดคล้องกับแนวเวชปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป ปี ค.ศ. 2024 ที่กำหนดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก เป้าหมายอยู่ช่วง < 120-129/70-79 มม.ปรอท อันเป็นมาตรฐานสากลในการดูแลรักษาในปัจจุบัน[10]

สรุป

กล่าวโดยสรุป ในปี พ.ศ. 2567 การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทยในประชากรทั่วไป อายุ 18-64 ปี ให้ระดับความดันโลหิตเป้าหมายอยู่ช่วงน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท อายุมากกว่า 65-79 ปีถึง 80 ปีขึ้นไป 140-150/90 มม.ปรอทไปจนถึงน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท (ถ้าสามารถทนได้)[3] และมีข้อมูลการศึกษาใหม่ที่กำหนดเป้าหมายควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดมากขึ้นในสถานพยาบาล ควบคุมเป้าหมายความดันโลหิตซิสโตลิกให้ลดต่ำใกล้เคียง 120 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 70-79 มม.ปรอทที่จะย้อนไปถึงข้อมูลในอดีตที่พบว่าความดันโลหิตในประชากรทั่วไปเป็นการกระจายที่มีรูปร่างเป็นโค้ง ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบความเสี่ยงต่ำสุดในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ระดับความดันโลหิต 115-110/75-70 มม.ปรอท และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าด้วยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นครั้งละ 20/10 มม.ปรอท ในบุคคลอายุ 40-69 ปี[11] อย่างไรก็ตาม ระดับความดันเป้าหมายไม่ควรวางเป้าหมายการลดความดันโลหิตในสถานพยาบาลให้ควบคุมเป้าหมายความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 120 มม.ปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่ควรต่ำกว่า 70 มม.ปรอท เพื่อประโยชน์ทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง แต่ควรพิจารณาความเหมาะสม คำนึงถึงประโยชน์และโทษของการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดเป็นรายบุคคลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Thai Hypertension Society. Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019. Bangkok: Trick Think; 2019.
2. Kunanon S, Roubsanthisuk W, Chattranukulchai P, Sangwatanaroj S, Ophascharoensuk V, Sitthisook S, et al. 2022 Thai Hypertension Society guidelines on home blood pressure monitoring. J Clin Hypertens (Greenwich) 2022;24(9):1139-46.
3. Thai Hypertension Society. Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2024. Bangkok: Trick Think; 2024.
4. National Drug Policy Division. Thailand's National List of Essential Medicines (NLEM) 2026. [Internet] 2026 [cited 2026]. Available from: https://ndp.fda.moph.go.th/
5. SPRINT Research Group; Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015;373(22):2103-16.
6. Zhang W, Zhang S, Deng Y, Wu S, Ren J, Sun G, et al. Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension. N Engl J Med 2021;385(14):1268-79.
7. Liu J, Li Y, Ge J, Yan X, Zhang H, Zheng X, et al. Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial. Lancet 2024;404(10449):245-55.
8. Bi Y, Li M, Liu Y, Li T, Lu J, Duan P, et al. Intensive blood-pressure control in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2025;392(12):1155-67.
9. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J 2024;45(38):3912-4018.
10. Whelton PK, O'Connell S, Mills KT, He J. Optimal antihypertensive systolic blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Hypertension 2024;81(11):2329-39.
11. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360(9349):1903-13.