

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ไพเราะ เพชราริรัทธ์ พ.บ.*

Abstract **Outcome of Threatment of Hypertensive Patients at Thamai hospital Chanthaburi.**

Pairao Petcharapirat M.D.*

* Thamai Hospital, Chanthaburi Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:140–147.

- Objective** : To study the result of threatment of hypertensive patients at Thamai hospital that 55 achive the target of blood pressure of Thai hypertension association guidelines.
- Material and Methods** : The descriptive study Six hundred and thirty three hypertensive patients without diabetic mellitus or kidney disease who attended at Hypertensive outpatients care of Thamai Hospital between October to December 2007 were reviewed
- Result** : Only 47.0 percent had controlled hypertension according to updated Thai hypertension association guidelines that set the treatment goal for individuals with hypertension without other compelling conditions (ie.,diabetes mellitus,chronic kidney disease) is blood pressure < 140/90 mmHg. More than half of patiens (77. 13 percent) who were achieved blood pressure control require 2 or more antihypertensive agents from different drug classes. In this study, Thiazide type diuretics are the most common antihypertensive agents were using and Calcium channel blockers are the second most common.
- Conclusion** : The control rate of hypertensive patients treated at hyprtension clinic Thamai hospital was 47.0 percent

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ และมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในผู้ที่มีอายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ 50 ปีขึ้นไป จะพบโรคนี้มากขึ้น^{1,2} และเป็นปัญหาสาธารณสุข

ที่สำคัญของประเทศเนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ทั้งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต และโรคไต

ในรายที่เป็นเรื้อรัง จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน

* โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ในระบบต่าง ๆ เช่น หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดในสมอง โรคไตวาย เป็นต้น จากการศึกษาใน cardiovascular events พบผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงถึง 1 ใน 2 ส่วน โรคหลอดเลือดสมองจะพบความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ใน 3

ซึ่งพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญถึงร้อยละ 70 ต่อการเกิดอัมพาตและหนึ่งในสามต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการทำลายของผนังหลอดเลือดและมีการทำลายอวัยวะเป้าหมาย โดยมีข้อมูลพบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 20 มม.ปรอท ของ systolic blood pressure (SBP) หรือ 10 มม.ปรอท ของ diastolic blood pressure (DBP) ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 40 – 70 ปี ตลอดช่วงความดันโลหิตตั้งแต่ 115/75 มม.ปรอท จนถึง 185/115 มม.ปรอท³ โดยอัตราเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นชัดเจนเมื่อความดันโลหิต > 140/90 มม.ปรอท⁴ และการรักษาความดันโลหิตสูงสามารถลดอัตราการเกิดอัมพาตได้ร้อยละ 35 – 40, ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20 – 25 และลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50⁵ ดังนั้น การลดความดันโลหิตเพื่อให้เกิดประโยชน์ดังกล่าวตามข้อแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย เป้าหมายของการรักษาคือ จะต้องรักษาให้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยจะต้องลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท^{6,7}

ดังนั้น การที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีจะทำให้สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้อย่างชัดเจน อาทิ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

แต่จากรายงานการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงครั้งเดียวที่รู้ว่าตนเองเป็นและมีเพียงครั้งหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการรักษามาเสมอ และในกลุ่มที่ได้รับการรักษามีเพียงครั้งเดียวที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย⁸ จึงเป็นที่มาของ

การศึกษา นี้ เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าใหม่ ได้รับการรักษาความดันโลหิตถึงเป้าหมายตามคำแนะนำของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยหรือไม่ เท่าไร และชี้ยาในการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างไร เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาและปรับการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าใหม่ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนา(Descriptive study) โดยประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ไม่มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน หรือ โรคไต และมารักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าใหม่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม- 31 ธันวาคม พ.ศ.2550 เป็นระยะเวลา 3 เดือน และคัดเลือกผู้ที่ขาดการรับยารักษาออกไปจากกลุ่มศึกษา

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ใช้ค่า systolic blood pressure ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปและหรือ diastolic blood pressure ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยต้องนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนทำการวัด

ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าใหม่ ได้แก่

กลุ่มยา ขับปัสสาวะ (Thiazide type diuretic)
: Hydrochlorothiazide (HCTZ)

กลุ่มยา β - Blocder : atenolol, propranolol

กลุ่มยา Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) : enalapril

กลุ่มยา Calcium Channel Blocker (CCB) : amlodipine

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิตสูง จำนวนและชนิดของยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง จากนั้นนำมา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ Pearson Chi-Square

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตที่ได้รับการรักษาตามนัดที่คลินิกพิเศษโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 623 ราย เป็นผู้ป่วยหญิง 378 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.67 เป็นผู้ป่วยชาย 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.33 อายุระหว่าง 21 – 92 ปี อายุเฉลี่ย 60.14 ปี

ระดับความดันโลหิตวันมารับการรักษาหลังได้นั่งพักแล้วอย่างน้อย 5 นาที ก่อนการวัดโดยแบ่งเป็นก

ตารางที่ 1

ระดับความดันโลหิต	ผู้ป่วยหญิง จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยชาย จำนวน (ร้อยละ)	รวมผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)
ตามเป้าหมาย < 140/90 มม.ปรอท	182 (48.1)	111 (45.3)	293 (47.0)
ไม่ได้ตามเป้าหมาย (140/90 มม.ปรอท	196(51.9)	134 (54.7)	330 (53.0)
รวม	378(100)	245(100)	623(100)

กลุ่มผู้ป่วยที่มี ระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายของการรักษาคือ < 140/90 มม.ปรอท และไม่ได้ตามเป้าหมายคือ $\geq 140/90$ มม.ปรอท ได้แสดงข้อมูลดัง ตารางที่ 1

พบว่า มี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย คือ < 140/90 มีจำนวน 293 ราย (ร้อยละ 47.0) และ ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย 330 ราย (ร้อยละ 53.0)

ต่อมาได้แบ่งระดับความดันโลหิตขณะที่ได้รับการรักษาตามแนวทางของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย เป็น 6 ระดับความดันโลหิตดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยตามระดับความดันโลหิตและความสัมพันธ์ของเพศต่อการควบคุมความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	ผู้ป่วยหญิง จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยชาย จำนวน (ร้อยละ)	รวมผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)
Optimal <120 และ <80	29 (7.7)	12 (4.9)	41 (6.6)
Normal SBP 120–129 และ/หรือ DBP 80–84 มม.ปรอท	47(12.4)	40 (16.3)	87 (14)
High normal SBP 130–139 และ/หรือ DBP 85–89 มม.ปรอท	66(17.5)	42 (17.1)	108 (17.3)
Grade 1 hypertension (mild) SBP 140–159 และ/หรือ DBP 90–99 มม.ปรอท	168 (44.4)	97 (39.6)	265 (42.5)
Grade 2 hypertension (moderate) SBP 160–179 และ/หรือ DBP 100–109 มม.ปรอท	61 (16.1)	47 (19.2)	108 (17.3)
Graatede 3 hypertension (severe) SBP ≥ 180 และ/หรือ DBP ≥ 110 มม.ปรอท	7 (1.9)	7 (2.9)	14 (2.2)
รวม	378 (100)	245(100)	623 (100)

พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากมีระดับความดันโลหิต อยู่ใน Grade 1 (mild) และเพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.4) มีระดับความดันโลหิต อยู่ใน Grade 1 (mild) เช่นเดียว เพศชาย (ร้อยละ 39.6) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ของ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันโลหิตและเพศ ($P > 0.05$)

และเมื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ และตามระดับความดันโลหิตได้ข้อมูลแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามระดับความดันโลหิตและตามช่วงอายุ

ระดับความดันโลหิต	อายุ น้อยกว่า	อายุ 50 ปี	อายุ 50-59 ปี	อายุ 70 ปีขึ้นไป	รวมผู้ป่วย ทั้งหมด จำนวน ร้อยละ
Optimal <120 และ <80	7(5)	7(4.4)	16(10.5)	11(6.4)	41(6.6)
Normal SBP 120-129 และ/หรือ DBP 80-84 มม.ปรอท	20(14.4)	21(13.2)	22(14.4)	24(14.0)	87(14)
High normal SBP 130-139 และ/หรือ DBP 85-89 มม.ปรอท	16(11.5)	28(17.6)	31(20.3)	33(19.2)	108(17.3)
Grade 1 hypertension (mild) SBP 140-159 และ/หรือ DBP 90-99 มม.ปรอท	63(45.3)	75(47.2)	59(38.6)	68(39.5)	265(42.5)
Grade 2 hypertension (moderate) SBP 160-179 และ/หรือ DBP 100-109 มม.ปรอท	27(19.4)	27(17)	24(15.7)	30(17.4)	108(17.3)
Grade 3 hypertension (severe) SBP $\geq$ 180 และ/หรือ DBP $\geq$ 110 มม.ปรอท	6(4.3)	1(0.6)	1(0.7)	6(3.5)	14(2.2)
รวม	139(22.3)	159(25.5)	153(24.6)	172(27.6)	623(100)

Pearson Chi-Square = 19.079, df = 15, P-value = 0.210

พบว่าช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไปมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 172 ราย (ร้อยละ 27.6) น้อยที่สุดในช่วงอายุ น้อยกว่า 50 ปี 139 ราย (ร้อยละ 22.3) และจากข้อมูลแสดงว่า ทุกช่วงอายุจะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับ Grade 1(mild) สูงสุด เหมือนกัน

และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทาง

สถิติ ตามระดับความดันโลหิตและกลุ่มอายุ ($P > 0.05$)

ต่อมาได้นำข้อมูลจำนวนชนิดของยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 1 ถึง 4 ชนิด และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแยกเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมาย มาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนชนิดของยาลดความดันโลหิต				
	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิด	4 ชนิด	รวม
ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย จำนวน (ร้อยละ)	67 (35.6)	67 (48.9)	69 (47.9)	90 (58.4)	293 (47.0)
ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน (ร้อยละ)	121 (64.4)	70 (51.1)	75 (52.1)	64 (41.6)	330(53.0)
รวม	188 (30.2)	137 (22.0)	144(23.1)	154(24.7)	623 (100)

Pearson Chi-Square = 18.082, df = 3, P-value=0.000

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 69.80 ได้รับยาลดความดันมากกว่า 1 ชนิด และร้อยละ 30.2 ได้รับยาลดความดัน 1 ชนิด และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตในทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาลดความดันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยา 1 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 4 และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบความสัมพันธ์ของจำนวนชนิดของยาลดความดันโลหิตกับจำนวนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้ตามเป้าหมาย ($P=0.000$)

ชนิดของยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ ยากลุ่ม Thiazide type diuretic รองลงมาคือ ยากลุ่ม CCB, β -blocker, ACEI ตามลำดับ และในกลุ่มที่ได้รับยา 2 ชนิดรวมกันจะเป็นยากลุ่ม Thiazide type diuretic ร่วมกับ CCB มากที่สุด

วิจารณ์

โรคความดันโลหิตสูงที่พบในเวชปฏิบัติมักเป็นกลุ่มที่ไม่มีสาเหตุที่เรียกว่า Primary hypertension หรือ essential hypertension โดยพบในสัดส่วนร้อยละ 90-95⁹ อย่างไรก็ตามแพทย์ต้องพยายามสืบหาสาเหตุ

ของโรคความดันโลหิตสูงเสมอเนื่องจากสาเหตุบางประการสามารถรักษาให้หายขาดได้เช่น primary hyperaldosteronism (Conn's syndrome), hyperthyroidism, hypothyroidism เป็นต้น

มีข้อมูลว่าการรักษาความดันโลหิตสูงสามารถลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้⁹ ดังนั้นผู้รักษาจึงต้องพยายามรักษาให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายมากที่สุด

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลท่าใหม่ มีจำนวน 293 ราย (ร้อยละ 47) ที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายตามคำแนะนำของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย คือ <140/90 มม.ปรอท เปรียบเทียบกับหลายการศึกษาของต่างประเทศใกล้เคียงกัน¹⁰⁻¹²

การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายไม่ขึ้นกับเพศผู้ป่วยและกลุ่มช่วงอายุ

กลุ่มที่รักษาระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย มีจำนวน 330 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ใน Grade 1 (mild)

ในการศึกษานี้ ได้คัดเลือกผู้ป่วยที่ขาดยาก่อนมารับการรักษาในช่วงที่เก็บข้อมูลออกไปแล้ว ดังนั้น

สาเหตุที่อาจทำให้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย คิดว่าเป็นจาก 3 ปัจจัย คือ

1. มีโรคหรือภาวะอื่นร่วมอยู่ด้วย โดยไม่ได้ค้นหาเพิ่มเติม เช่น โรคไตเรื้อรัง เพราะจากการเก็บและศึกษาข้อมูลมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับการตรวจหรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงอื่นหรือภาวะที่มีอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย

2. สาเหตุจากผู้ป่วย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตยังไม่ได้ทำหรือทำไม่ดีพอ เช่น ยังสูบบุหรี่ ไม่ควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง มีความตึงเครียด ขาดการออกกำลังกายหรือได้รับยาที่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ กลุ่ม NSAIDS

3. สาเหตุจากแพทย์ผู้รักษาไม่ได้ปรับการรักษาหรือปรับยาลดความดันโลหิต เพื่อรักษาถึงเป้าหมายให้มากที่สุด ไม่ได้แนะนำหรือช่วยให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 กลุ่ม ในแต่ละจำนวนชนิดของยาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 ชนิด มีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดัน 1 ชนิด และแสดงได้ว่าจำนวนชนิดของยาลดความดันมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย พบว่าการใช้ยาลดความดันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป¹⁰ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งเหมือนกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรักษาความดันโลหิตได้ถึงเป้าหมาย <140/90 มม.ปรอท ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิด และมีรายงานการศึกษาพบว่าการใช้ยาลดความดันโลหิตขนาดน้อยหลายชนิดร่วมกันจะเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความดันและลดการเกิดผลข้างเคียงของยา ผลการควบคุมความดันโลหิตที่ได้ผลดีที่สุดเมื่อใช้ยาขนาดครึ่งหนึ่งของขนาดปกติ 3 ชนิดร่วมกัน¹²

สำหรับคำแนะนำตาม สมาคมความดันโลหิตสูง

แห่งประเทศไทย 255113 ได้แบ่งระดับความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่อายุเกิน 18 ปีขึ้นไป คือ optimal, normal, high normal, grade 1, grade 2 และ grade 3 โดยที่มีข้อแนะนำเพิ่มเติมในการรักษาเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า คือ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ normal และ high normal ซึ่งถ้ามี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง ก็จะเริ่มมีความเสี่ยง < ร้อยละ 15 ถ้ามี 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปเช่น MS หรือ OD ก็จะเริ่มมีความเสี่ยง ร้อยละ 15 ถึง < ร้อยละ 20 ดังนั้น ควรเริ่มเข้มงวดในการรักษา ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงใน 2 กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

สำหรับการรักษา ควรเน้นความสำคัญอันดับแรกคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ทำทุกรายแม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก็อาจป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้¹³

การใช้ยาลดความดันโลหิตไม่จำเป็นต้องเริ่มให้ยาทุกรายและในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางรายก็อาจไม่ต้องใช้ยากก็ได้หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แต่เดิมแนวทางการให้ยาลดความดันโลหิตแนะนำให้ยา Thiazide type diuretic ก่อนเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็อาจพิจารณาใช้ยากกลุ่มอื่นก็ได้ เช่น ACEI, β -blocker, CCB หรือให้ยา Thiazide type diuretic ร่วมกับยากกลุ่มดังกล่าว แต่สำหรับ stage 2 ขึ้นไปแนะนำให้ใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน โดยให้ Thiazide type diuretic ร่วมกับยากกลุ่มที่กล่าวข้างต้นได้เลย

เพราะจากการศึกษาที่สำคัญ (ALLHAT) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยา ACEI หรือ CCB เมื่อเทียบกับยากกลุ่ม Thiazide diuretic จึงแนะนำให้ใช้ยากกลุ่ม Thiazide type diuretic เป็นยาตัวแรกในการรักษาความดันโลหิตสูง¹⁴

ในการศึกษานี้ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ใช้มากที่สุด คือ ยากลุ่ม Thiazide type diuretic รองลง

มาเป็น CCB, β -blocker, ACEI ตามลำดับซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ใช้ทั่วไปตามมาตรฐาน⁶

ในปัจจุบันการเลือกใช้อยากลุ่มใดก่อน ไม่ค่อยมีปัญหาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักต้องใช้อย่างน้อย 2 ตัวขึ้นไป เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมาย และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนไปใช้ยาที่เป็น fixed dose combination ในเมื่อดูแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทานยาได้ครบตามแพทย์สั่ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการใช้อยากลุ่มต่าง ๆ ก็ให้เลือกใช้ยาลดความดันโลหิตตามข้อบ่งชี้

สรุป

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นเบาหวานหรือโรคไตของโรงพยาบาลท่าใหม่ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด และการใช้ยาลดความดันหลายชนิดร่วมกันทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ถึงเป้าหมายมากกว่าใช้ยาลดความดันเพียงชนิดเดียว และยาลดความดันที่ใช้มากที่สุดคือยาในกลุ่ม Thiazide type diuretic และ CCB ควรที่จะมีการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและนำมาใช้ ในการรักษาโดยรวดเร็วมากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าใหม่ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและนำข้อมูลมานำเสนอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกพิเศษความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลท่าใหม่ ที่ช่วยรวบรวมทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก

เอกสารอ้างอิง

1. Norman M, Kaplan M.D. Clinical Hypertention Sixth Edition. illiams & Wilkins 1994.
2. JNC VII Committee. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure : the Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Etection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. AMA 2003;289:2560-72.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins A. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. Lancet 2002;360:1903-13
4. Moser M. Guidelines and goals in the management of typertension. Medscape Cardiol. 2003;7(1):1-3.
5. Neal B, MacMahom S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure lowering drugs. Lancet 2000;356:1955-64.
6. Chobnian AV, Bakris GL, black HR, Cushman WC, Green LA. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-72.
7. American Diabetes Association. Hypertension Management in adults with diabetes. Diabetes Care. 2004;27(1):65-7.
8. Han sson L, Zanchetti A, Carruthers SG. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principle results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. Lancet, 1998;351L1755-62.

9. The ALLHAT Collaborative Research Group. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings : the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack J Clin
10. Hypertens (Greenwich). 2002 Nov-Dec; 4 (6) : 393 – 404 Steven MA, Elizabeth AM, Liisa H. John A, Jennifer H, Alison C, Pablo L, and Eve AK. Quality of care for hypertension in the United States. BMC Cardiovasc Disord. 2005; 5:1.
11. Law MR, professor, Wald NJ, Morris JK. Value of low dose combination treatment with Blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. BMJ 2003;326(7404): 1427.
12. Vickie A, Allison E, and UNA D .Blood pressure Goal Attainment According to JNC 7 Guidelines and Utilization of Antihypertensive Drug
13. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.1-16.
14. Furberg CD, Wright JT Jr, Davis Br. Major outcomes in high risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel Blocker vs. diuretic : the Antihypertensive and lipid lowering Treatment to Prevent Attack Trial (ALLHAT) JAMA. 2002; 288: 2982 – 97.