

โรคความดันโลหิตสูง

นิกา จริญญาเวสม์

ราชบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ประเภทวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์
สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตสภา, nibhajaroonvesama@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงนั้นเมื่อเป็นตอนแรก ๆ มักจะไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้ หรือถ้ามีอาการก็จะไม่รุนแรงมากนัก เช่นอาการปวดศีรษะเป็นเพียงอาการไม่สำคัญ เพราะอาจเกิดจากโรคอื่น ๆ ได้ ทำให้คนเป็นโรคนี้ไม่รู้ตัว หรือรู้แต่ก็รู้สึกสบายดี ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน ๆ มักไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยอาจเป็นโรคนี้นานถึง ๑๐ ปีเนื่องจากร่างกายจะปรับตัวให้ทันกับความดันโลหิตที่ค่อย ๆ สูงขึ้นทีละน้อย แต่ระหว่างนั้นอวัยวะต่าง ๆ จะถูกทำลายไปโดยไม่มีอาการ จนเมื่ออวัยวะต่าง ๆ ถูกทำลายมากขึ้น จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เป็นอัมพาต หัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย และไตล้มเหลว ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตโดยไม่รู้ตัว โรคนี้จึงได้ชื่อว่า “ฆาตกรเงียบ”

คนปกติจะมีความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ – ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท การวัดความดันโลหิตต้องทำอย่างถูกต้อง การวัดความดันโลหิตไม่จำเป็นต้องวัดทุกวัน อาจวัดสัปดาห์ละครั้งหรือเมื่อมีอาการเครียดหรือปวดศีรษะ เพราะธรรมชาติของความดันโลหิตจะไม่คงตัวตลอดทั้งวัน ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ถ้าวัดถี่ ผู้ป่วยจะเครียด และมักจะปรับยาเองไปตามความดันโลหิตที่วัดได้ หรือหยุดกินยาเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

โรคความดันโลหิตสูง ทั้งซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP)

โรคความดันโลหิตสูงมี ๒ อย่าง คือ

- โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ) พบมากกว่าร้อยละ ๙๐ – ๙๕ สาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้ได้แก่
 - ๑.๑ กรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ ผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีบิดามารดาไม่เป็นโรคนี้ และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็น บุตรจะมีโอกาสเป็นสูงมาก เมื่อมีอายุมากขึ้น
 - ๑.๒ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุที่แก้ไขได้ ได้แก่ อ้วน เป็นโรคเบาหวาน กินอาหารเค็ม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเครียด
๒. โรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ) พบน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ แต่มักเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้น้อย เพราะสาเหตุที่พบบ่อยคือโรคไต ส่วนสาเหตุอื่น ๆ คือ หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ เนื่องจากในต่อมหมวกไต ยาคุมกำเนิด นั้น เมื่อขจัดสาเหตุออก ผู้ป่วยก็จะหายได้ แต่พบได้น้อยมาก

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ในทางเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์จะวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป

การวัดความดันโลหิต

สำหรับผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรก ให้วัดความดันโลหิตหลังจากให้ผู้ป่วยนอนหงาย ๕ นาที และให้ลุกขึ้นยืนทันทีและยืนนาน ๓ นาที ถ้าความดันโลหิตซิสโตลิกทำยื่นต่ำกว่าความดันโลหิตทำนอนมากกว่า ๒๐ มม.ปรอท ให้วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตต่ำตามท่า (Postural hypotension) สำหรับผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยนั่งในท่าสบายบนเก้าอี้มีพนักพิงนาน ๕ นาที แล้วจึงจัดแขนที่จะวัดให้อยู่ระดับหัวใจ ผู้ป่วยต้องไม่ดื่มชา กาแฟ หรือสูบบุหรี่ ก่อนวัด ๓๐ นาที ไม่กลืนปัสสาวะ และอยู่ในสถานที่เงียบ สบาย ไม่หนาวหรือไม่ร้อนเกินไป

ภาวะของความดันโลหิตเป็นดังที่สรุปไว้ในตารางข้างล่างนี้

| ภาวะของความดันโลหิต | ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท) | ความดันโลหิตไดแอส- โตลิก (มม.ปรอท) | |
|------------------------|-----------------------------------|--|-----------|
| ดีที่สุด | <๑๒๐ และ | <๘๐ | ปรกติดี |
| ปรกติ | ๑๒๐-๑๒๙ และ/หรือ | ๘๐-๘๔ | ปรกติ |
| สูงกว่าปรกติ | ๑๓๐-๑๓๙ และ/หรือ | ๘๕-๘๙ | เริ่มเป็น |
| ความดันโลหิตสูง | ≥๑๔๐/๙๐ | | เป็นแล้ว |
| ระดับ ๑ (ระดับอ่อน) | ๑๔๐-๑๕๙ และ/หรือ | ๙๐-๙๙ | |
| ระดับ ๒ (ระดับปานกลาง) | ๑๖๐-๑๗๙ และ/หรือ | ๑๐๐-๑๐๙ | |
| ระดับ ๓ (ระดับรุนแรง) | ≥๑๘๐ และ/หรือ | ≥๑๑๐ | |

ความดันโลหิตเกิดจากการที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย มี ๒ ค่า คือ ค่าบนเป็นความดันซิสโตลิก (Systolic SBP) และค่าล่างเป็นความดันไดแอสโตลิก (Diastolic DBP) เฉพาะค่าล่าง เป็นความดันโลหิตส่วนปลาย (Peripheral Resistance = PR) เกิดจากสาเหตุของการต้านเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เพราะขนาดรูหลอดเลือด ทำให้มีแรงดึงที่ผนังของหลอดเลือดแดง จึงทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงส่วนปลายของผู้ป่วยสูงกว่าของคนที่มีความดันโลหิตปรกติ

การตรวจร่างกายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การตรวจร่างกายมีจุดประสงค์ ๓ ประการ คือ

๑. เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุหรือไม่
๒. เพื่อประเมินว่า ความดันโลหิตที่สูงมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ มากน้อยเท่าใด
๓. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดก่อนวัยอันสมควร

หลังจากวัดได้ว่าความดันโลหิตสูงชัดเจน หรือทราบว่าเป็นโรคนี้อยู่แล้วและได้กินยาอยู่ การซักประวัติถึงระยะเวลาที่เป็น ยาที่ลดความดันโลหิต รวมถึงยาที่อาจต่อต้านฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต เช่น สเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทซิมพะเทติก การรับประทานอาหารเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการซักถามประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว และอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาการที่มีอวัยวะถูกทำลาย เช่น แขนขาอ่อนแรงซีกหนึ่ง ตามัว เจ็บหน้าอก บวม หายใจลำบาก อาการกังวล ตลอดจนอาการที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับทางจิตใจ

เช่น ได้รับความรู้จากเพื่อน อ่านหนังสือแล้วนำมาเปรียบเทียบกับอาการของตัวเอง อาการปวดศีรษะไม่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง แต่สัมพันธ์กับความกังวลต่อการได้รับการวินิจฉัย

การตรวจร่างกายเพิ่มเติม

นอกจากการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้องแล้ว ควรตรวจหาร่องรอยการทำลายอวัยวะ หลักระยะ เวชกรรมที่จะช่วยวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ ได้แก่

ลักษณะทั่วไป : การกระจายของไขมันในร่างกาย ความผิดปกติของผิวหนัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการรับรู้

ลำคอ : คลำและฟัง หลอดเลือดแดง แคลโรติก และไทรอยด์

หัวใจ : ขนาด จังหวะและการเต้น เสียงหัวใจ

ปอด : มีเสียงหวีดจากหลอดลมตีบหรือไม่

ท้อง : ก้อนที่ไต เสียงฟู่จากหลอดเลือด เอออร์ตา หรือหลอดเลือดแดงที่ไต ซีพจรรยาบริเวณ

ขาหนีบ เส้นรอบเอว (ผู้ชายไม่เกิน ๙๐ ซม./ผู้หญิง ๘๐ ซม.)

แขน ขา : ซีพจรรยาแขนขา อาการบวมที่ขา

ระบบประสาท : ตรวจการทำงานของสมองและระบบประสาท

ดวงตา : ดูการเปลี่ยนแปลงของจอตา หลอดเลือดแดงในลูกตาและขั้วประสาทตา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจพื้นฐาน

- ดูสีเลือด (hemoglobin)
- ตรวจปัสสาวะ ดูอัลบูมินและโรคไต
- ตรวจเลือดหาระดับน้ำตาล เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ ครีเอตินิน อิเล็กโทรไลต์ ดูหน้าที่ไตหรือโรคไต หาระดับไขมัน HDL-C ซึ่งถ้าสูงถือว่าดี แต่โคเลสเตอรอล ไทรกลีเซอไรด์ และ LDL-C ซึ่งถ้าสูงจะทำให้อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มสูงขึ้นมาก ระดับกรดยูริก ในเลือดอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง
- ตรวจหัวใจ โดยคลื่นไฟฟ้า เพื่อหาภาวะผนังเวทริเคิลซ้ายของหัวใจหนา และการนำไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

- ตกเลือดในสมอง
- ผนังเวทริเคิลซ้ายของหัวใจหนา ภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ๓ เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีความดันโลหิตปกติ
- ภาวะไตเสื่อม จาก Nephrosclerosis, Interstitial fibrosis

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis)

- หลอดเลือดสมองตีบ ทำให้เป็นอัมพาต
- หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน
- ปวดแขนขาเนื่องจากการขาดเลือด (claudication syndrome)

แผนการรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะทำโดยการปรับพฤติกรรม คือ หยุดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนักตัว (ถ้าอ้วน) ลดหรือเลิกการดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย ลดการกินเกลือ เพิ่มการกินผักผลไม้ และลดการกินไขมันอิ่มตัว จำกัดไขมันรวม

ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มาก ไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต ควรติดตามอย่างใกล้ชิด จะเริ่มรักษาด้วยยาเมื่อความดันโลหิตไม่ลดลง

การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

ยาลดความดันโลหิตมี ๕ กลุ่ม คือ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist, CA) ยา Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin Receptor Blocker (ARB) และ β -Blocker อาจให้ยาชนิดเดียวหรือร่วมกันหลายชนิด

การใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดเดียวขนาดต่ำในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงไม่มาก เป้าหมายที่ต้องการคือลดความดันโลหิตต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท

การใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิดรวมกันในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ต้องใช้ยาลดความดันโลหิต ๒ ชนิด เพื่อลดความดันโลหิตให้ได้ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท หลังใช้ยาชนิดเดียวแล้วยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึงเป้าหมาย

ยาลดความดันโลหิตที่นิยมใช้ : Thiazide (ยาขับปัสสาวะ), Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin Receptor Blocker (ARB), β -blocker, Calcium Antagonist (CA)

บทสรุป

โรคความดันโลหิตสูงควรกำหนดเป้าหมายการรักษาดังต่อไปนี้

๑. เป้าหมายแรกคือการลดอัตราการเป็นโรค และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดในระยะยาว
๒. บำบัดโรคความดันโลหิตสูง และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงไปด้วยกัน เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคอ้วนลงพุง เบาหวาน และภาวะเวชกรรมที่พบ
๓. ผู้ป่วยทุกรายควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท และต่ำลงไปอีก ถ้าผู้ป่วยทนได้
๔. ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในระยะ ๑๐ ปี และผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกแล้ว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตเสื่อมสมรรถภาพ มีโปรตีนในปัสสาวะ ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท
๕. ควรให้ยาลดความดันโลหิต ก่อนที่จะเป็นอันตรายจากการเกิด การทำลายหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

พีระ บุรณะกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; ๒๕๕๒.

Appel LJ, Champahne CM, Harsha DW, et al. For the Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA 2003;289:2083-93.

Chobanian AV, Bakris GL, Bak HR, et al. Seventh report of The Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003;32:1206-52.

Dahlof B, Sever Ps, Poulter NR et al. Prevention of cardiovascular events with an Antihypertensive regimen of amlodipine adding perindoprilas required versus atenolol adding bendroflumethizide as required in the Anglo-Scandinavian Cardiac outcomes Trial- blood pressure Lowering ARM (ASCOT-BPLA) multicentres randomized control trial. Lancet 2005;366:885-906.

Dominiczak AF, Negrin DC, Clark, et al. Genes and hypertension. Hypertension 2000;35:164-72.

Jood K, Jern C, Wilhelmsen L, Rosengren A. Body mass index in mild-life is associated with a first stroke in men: a prospective population study over 28 years. Stroke 2004;35:2364-9.

Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. JAMA 1996;275:1571-6.

The task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension 2007;25:1105-87.