



ความดันโลหิต

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือดแดงซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ (คล้ายแรงลมที่ดันผนังของยางรถเมื่อเราสูบลมเข้า) ซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

1. **ความดันช่วงบน** หรือ **ความดันซิสโตลิก** (Systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะหัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงตามอายุ และความดันช่วงบนของคนคนเดียวต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย
2. **ความดันช่วงล่าง** หรือ **ความดันไดแอสโตลิก** (Diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะหัวใจคลายตัว

ในปัจจุบันได้มีการกำหนดค่าความดันโลหิตปกติและระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มียาตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังตารางด้านล่าง

ตารางการแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ประเภท	ความดันช่วงบน (มม.ปรอท)/ความดันช่วงล่าง (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	< 120 และ < 80
ความดันโลหิตปกติที่ค่อนข้างสูง	120-129 และ < 80
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	130-139 และ/หรือ 80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	≥ 140 และ/หรือ ≥ 90
ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว	≥ 140 และ < 90

หมายเหตุ : หากความดันช่วงบนและความดันช่วงล่างมีความรุนแรงอยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง, ความดันเลือดสูง, ความดันสูง หรือที่แพทย์บางท่านเรียกว่า ภาวะความดันโลหิตสูง (อังกฤษ : Hypertension หรือ High blood pressure) หมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งโดยมากผู้ป่วยจะมีความดันช่วงล่างสูง (Diastolic hypertension) โดยที่ความดันช่วงบนจะสูงหรือไม่ก็ได้ แต่บางรายอาจมีความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว แต่มีค่าความดันช่วงล่างไม่สูงก็ได้เช่นกัน เรียกว่า “ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว” (Isolated systolic hypertension - ISHT) ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายไม่น้อยไปกว่าความดันช่วงล่างสูง และผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างจริงจัง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ โดยพบได้สูงถึงประมาณ 25-30% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ (ในบางประเทศพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึง 50% ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ส่วนในเด็กก็สามารถพบเป็นโรคนี้ได้เช่นกัน แต่จะพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง

สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย (คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกก่อนวัยอันควรถึงเกือบ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้กำหนดให้วันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันความดันโลหิตสูงโลก เพื่อให้ผู้คนทั่วโลกได้ตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคนี้กันมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทยนั้น ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2550 พบอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจาก 1,025.44 เพิ่มขึ้นเป็น 1,561.42 ในปี พ.ศ.2557 และมีอัตราการเสียชีวิตโรคนี้ต่อประชากรแสนคนเป็น 3.64 ในปี พ.ศ.2550 ก็เพิ่มขึ้นเป็น 10.95 ในปี พ.ศ.2557

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ 90-95% แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ” (Primary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential hypertension) เมื่อกล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูงเรามักจะหมายถึงโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เป็นหลัก
 - โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ แพทย์เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ) ที่เรียกว่า “เรนิน” (Renin) และฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้จะทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำ เกลือแร่โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เพื่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะพบโรคนี้สูงขึ้นในคนที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ โดยผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติดังกล่าวประมาณ 3 เท่า), เชื้อชาติ (เพราะพบโรคนี้ได้สูงในคนอเมริกันผิวดำเมื่อเปรียบเทียบกับคนอเมริกันผิวขาวและชาวแมกซิกกันอเมริกัน), การมีอายุมาก, ความอ้วน, การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง (เพราะเกลือโซเดียมหรือเกลือทะเลเป็นตัวอ้วนน้ำในเลือด จึงมีผลเพิ่มปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้), การดื่มแอลกอฮอล์จัด, กระบวนการของร่างกายที่ส่งผลต่อสมดุลและการทำงานของเกลือแร่แคลเซียมในร่างกาย

- ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุได้ประมาณ 25-55 ปี (พบได้มากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นได้มากขึ้น
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนน้อยประมาณ 5-10% แพทย์อาจตรวจพบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งเรียกว่า “**ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ**” (Secondary hypertension) หรือ “**ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ**”
- ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - ความดันช่วงบนมีค่า ≥ 180 หรือความดันช่วงล่างมีค่า ≥ 110 มม.ปรอท
 - ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี - มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที - ควบคุมความดันไม่ได้หลังจากเคยคุมได้ดีมาก่อน หรือใช้ยาลดความดันมาหลายชนิดแล้วแต่ยังควบคุมความดันไม่ได้ - พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น หัวใจห้องกลางซ้ายโต มีค่าครีเอตินินในเลือด > 1.5 มก./ดล.
 - จอตาเสื่อม (Hypertension retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4
 - มีอาการที่สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (ดูเพิ่มเติมในหัวข้ออาการ)
 - สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุนี้อาจเกิดได้จากหลายสภาวะ ได้แก่
 - โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรัง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ โรคถุงน้ำไตชนิดหลายถุง ฯลฯ
 - หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)
 - หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)
 - เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง
 - โรคคุชชิ่ง / การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน
 - โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์
 - ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)
 - ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
 - ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์, ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์, ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน, อะดรีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน, โซโคลสโปรีน, อิริโทรมัยซิน, อิริโทรโพอิติน, รวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน
3. **ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว** มักพบในผู้สูงอายุ (ยังมีอายุมากเท่าไรก็จะมีโอกาสพบได้มากขึ้นเท่านั้น), ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta), ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency), โรคคอพอกเป็นพิษ (Toxic goiter)
4. **ความดันโลหิตสูงเพียงชั่วคราว** ความดันโลหิตอาจสูงเพียงชั่วคราวได้เมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ซีด เกิดอารมณ์เครียด (เช่น โกรธ ตื่นเต้น), ออกกำลังกายใหม่ ๆ ฯลฯ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด และความดันจะกลับมาเป็นปกติได้เองเมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้หมด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ คือ

- พันธุกรรม โอกาสจะสูงมากขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้
- โรคเบาหวาน เพราะก่อให้เกิดการอักเสบตีบแคบของหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งหลอดเลือดของไต
- โรคไตเรื้อรัง เพราะส่งผลถึงการสร้างเอนไซม์และฮอร์โมนที่ควบคุมความดันโลหิตดังที่กล่าวไป
- น้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน เพราะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดต่าง ๆ ตีบจากภาวะไขมันเกาะผนังหลอดเลือด
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
- การขาดการออกกำลังกาย เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนและเบาหวาน
- การรับประทานอาหารเค็มอย่างต่อเนื่อง ตามเหตุผลที่กล่าวไป
- การสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ส่งผลให้เกิดการอักเสบตีบตันของหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดไต
- การดื่มแอลกอฮอล์ เพราะส่งผลให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติและมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงประมาณ 50% ของผู้ที่ติดสุราทั้งหมด
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด ตามเหตุผลที่กล่าวไป

อาการความดันโลหิตสูง

ในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (พบได้เป็นส่วนใหญ่) ส่วนใหญ่จะมีไม่อาการแสดงแต่อย่างใด และมักตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรองโรคหรือเมื่อมาพบแพทย์ด้วยปัญหาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง

- มีส่วนน้อยที่อาจมีอาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เวียนศีรษะ ซึ่งมักจะเป็นตอนตื่นนอนใหม่ ๆ พอตอนสายอาการจะทุเลาไปเอง
- บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตบ ๆ แบบไม่เกรน
- ส่วนในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือมีความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ ตามัว มือเท้าชา หรือมีเลือดกำเดาไหล
- หากปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หอบเหนื่อย อบ เจ็บหน้าอก บวม แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น

ส่วนในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (พบได้เป็นส่วนน้อย) อาจมีอาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น มีระดับความดันโลหิตแกว่งขึ้น ๆ ลง ๆ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น และเหงื่อออกเป็นพัก ๆ (อาจเป็นเนื่องอกต่อมหมวกไตฟีโอโครโมไซโตมา), นอนกรนผิดปกติ (อาจเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับ), ต้นแขนและขาอ่อนแรงเป็นพัก ๆ (อาจเป็นภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ), ปวดหลังร่วมกับปัสสาวะขุ่นแดง (อาจเป็นนิ่วไต), รูปร่างอ้วนฉุ หน้าอุม มีไขมัน (หนอกควาย) ที่หลังคอ และมีประวัติการรับประทานยาสเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาลูกกลอนมาก่อน (อาจเป็นโรคคุชชิง) เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ ผู้ป่วยมักจะเป็นเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ตามมา เช่น สมอ ประสาทตา หัวใจ ไต หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนั้น ได้แก่

- **สมอง** อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย บางรายถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเป็นเสื่อม สมาธิลดลง นอกจากนี้ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก็อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ชัก หรือหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า “Hypertensive encephalopathy”
- **หัวใจ** จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ซึ่งถ้าปล่อยให้เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เกี่ยวกับหัวใจตามมาได้ และโรคนี้อาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว
- **ตา** จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ แต่ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่ตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้
- **ไต** อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย
- **หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย** หลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเกาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย) ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือรุนแรงเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ก็อาจป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลงได้ ส่วนในรายที่เป็นเพียงเล็กน้อย หากปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็อาจใช้เวลาจนถึง 7-10 ปี แต่ในรายที่มีความดันสูงมาก ๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี (ถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตภายใน 6-8 เดือน) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์จัด มีโรคอื่นร่วมด้วย (เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคเหล่านี้ควบคู่กันไปด้วย

ข้อมูลจากรายงานการคัดกรองความดันโลหิตในปี พ.ศ. 2554 (ตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน) พบว่าในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รายเก่า 2,661,954 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (7.94%) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (20.26%) มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (22.54%) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (14.21%) และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83%)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มักไม่มีการแสดง ยกเว้นผู้ป่วยในระยะรุนแรงที่อาจมีอาการแสดงได้ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น มีเลือดกำเดาไหล ฯลฯ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกไม่ได้ชัดเจน และส่วนใหญ่ของอาการจากโรคก็เป็นอาการจากภาวะแทรกซ้อน เช่น จากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็นอาการจากโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน หรือเป็นอาการจากโรคที่เป็น

สาเหตุ เช่น โรคเนื้องอกต่อมไธสมอง จึงทำให้โรคนี้อาจเรียกว่าเป็น “เพชรฆาตเงียบ” (Silent killer) ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างไม่ทันได้ระวังตัว ผู้ป่วยจึงต้องหมั่นตรวจสุขภาพและวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้จากการซักประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการใช้ยา การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (เพื่อดูการทำงานของหัวใจ), การตรวจภาพอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภาพต่อมไธสมอง), การตรวจปัสสาวะ และการตรวจเลือด (เพื่อดูระดับน้ำตาล คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ กรดยูริก ครีเอตินิน โพแทสเซียม ฮีโมโกลบิน และฮีมาโทคริต) ทั้งนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ ซึ่งควรได้รับการตรวจตั้งแต่ครั้งแรกที่วินิจฉัยและตรวจซ้ำอีกปีละ 1-2 ครั้ง หรือตรวจเมื่อพบว่ามีภาวะผิดปกติ

การตรวจสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ คือ การตรวจวัดค่าความดันโลหิตซึ่งถือเป็นการตรวจหลัก โดยทั่วไปจะทำการตรวจวัดความดันโลหิตในท่านั่งและมีการตรวจวัดหลายครั้ง ในแต่ละคราวจะทำการตรวจวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง (ทิ้งช่วงห่างกันประมาณ 1-2 นาที) เพื่อความแม่นยำของผลการตรวจ ถ้าพบว่าค่าความดันเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ แพทย์จะนัดให้มาตรวจวัดซ้ำอีกอย่างน้อย 1-2 ครั้งในต่างวันกัน หากพบว่าค่าความดันเฉลี่ยยังสูงกว่าปกติจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง



โดยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนั้นจะตรวจพบความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มม.ปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มม.ปรอทขึ้นไป หรือสูงทั้งช่วงบนและช่วงล่าง นอกจากนั้นมักไม่พบสิ่งผิดปกติอื่น ๆ เว้นแต่ในรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เช่น คล้ำได้ก้อนในท้องส่วนบนสองข้างในผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีชนิดหลายถุง, ตรวจพบสารไข่ขาวในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไต, ได้ยินเสียงฟู่ (Murmur) ตรงลิ้นหัวใจเอออร์ติกในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว, ใช้เครื่องฟังได้ยินเสียงฟู่ (Bruit) ที่หน้าท้องตรงบริเวณ

ได้ชายโครงด้านขวาหรือซ้ายในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงไตตีบ, คลำชีพจรที่ขาหนีบไม่ได้หรือคลำได้แผ่วเบาในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ ฯลฯ

หมายเหตุ : ควรงดการสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และงดการออกกำลังกายก่อนการตรวจวัดความดันอย่างน้อย 30 นาที และในวันที่ตรวจวัดความดันจะต้องงดการดื่มแอลกอฮอล์ และงดการใช้ยากระตุ้นอะดรีเนอร์จิก เช่น ซูโดอีเฟดรีน (Pseudoephedrine)

การรักษาความดันโลหิตสูง

ก่อนการรักษาแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายโดยการค้นหาสาเหตุ ประเมินพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด* ค้นหาโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง** และร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง*** รวมทั้งค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต**** ซึ่งทำได้จากการตรวจต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงชนิดของโรคด้วย เพราะถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการรักษาหายได้มากกว่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาระดับความรุนแรงของโรคร่วมไปกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า*****

หมายเหตุ :

* ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, อ้วน, ไขมันในเลือดผิดปกติ, ภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะระยะแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อวัน, มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีในผู้ชาย หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีในผู้หญิง, มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวที่เป็นก่อนวัยอันควร (น้อยกว่า 55 ปีในผู้ชาย หรือน้อยกว่า 65 ปีในผู้หญิง), การสูบบุหรี่, การขาดการออกกำลังกาย

** โรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง (Associated clinical conditions - AAC) ได้แก่ โรคเบาหวาน (แม้ไม่ได้เป็นโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้), โรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ สมองขาดเลือดชั่วคราว สมองขาดเลือดจากการอุดตัน หลอดเลือดสมองแตก), โรคหัวใจ (ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือใช้บอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ), โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย, โรคไตเรื้อรัง

*** ร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงโดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ (Target organ damage - TOD) ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) จากการตรวจคลื่นหัวใจหรือการถ่ายภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram), ตรวจพบจอตาผิดปกติ (Hypertensive retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4, ตรวจพบภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะระยะแรก (Microalbuminuria) คือ มีปริมาณ 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน, ตรวจทางรังสีหรืออัลตราซาวนด์พบตะกอนท่อเลือดแดง (Atherosclerotic plaque) ตามหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดแดงคอ ปีกสะโพก และหลอดเลือดแดงต้นขา

**** ภาวะผิดปกติที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต เช่น โรคหืด โรคเกาต์

***** ตารางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า

ความเสี่ยง	ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2
1.ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใด ๆ เลย	ต่ำ	ปานกลาง-สูง
2.มี 2-3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ปานกลาง	ปานกลาง-สูง
3.มี 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นไป หรือมีโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง (ACC) หรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (TOD)	สูง	สูง

โดยการรักษามีตั้งแต่การให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต, การให้ยาลดความดันโลหิตซึ่งมีหลากหลายชนิดและมีทั้งชนิดกินและชนิดฉีดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ, การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (เช่น การกินยาคลายเครียดและการให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ), การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (เช่น รักษาโรคเบาหวาน), การรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุ (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง หรือโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง) และรวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นได้ทั้งสาเหตุและภาวะแทรกซ้อน)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. เป้าหมายของการลดความดันโลหิต คือ ควรลดความดันช่วงบน < 130 และความดันช่วงล่าง < 80 มม.ปรอท
2. ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 และความดันช่วงล่าง < 80 มม.ปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้ยาลดความดันและติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดัน
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ*) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือด

สูง โรคเบาหวาน ฯลฯ) ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

5. **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง** (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มีความดันช่วงบน ≥ 180 และ/หรือช่วงล่าง ≥ 110 ทูกราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม) ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดันตั้งแต่แรกพบ ร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง
6. **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ** ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
 - **ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน** (Hypertensive emergencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือความดันช่วงล่าง > 120 มม.ปรอท ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของอวัยวะสำคัญ (เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน, ไตวายเฉียบพลัน, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและให้ยาฉีดลดความดัน เช่น อินาลาพริล (Enalapril), นิคาร์ดิพีน (Nifedipine), ไนโตรพรัสไซด์ (Nitroprusside), ลาเบทาลอล (Labetalol) โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดความดันของผู้ป่วยให้เหลือ 160/100 มม.ปรอท ภายใน 2-6 ชั่วโมงต่อมา (เพราะต้องระวังไม่ให้ความดันลดเร็วเกินไป เช่น การไม่ให้ยาไนเฟดิพีน (Nifedipine) อมใต้ลิ้น เพราะอาจทำให้เซลล์สมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงฉับพลันได้)
 - **ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน** (Hypertensive urgencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือช่วงล่าง > 120 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เลือดกำเดาไหล หรือมีความวิตกกังวลรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับมาส่งโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และแพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดันที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น แคปโตพริล (Captopril), โคลนิดีน (Clonidine), ลาเบทาลอล (Labetalol) รับประทานในทันที หรือให้ยาลดความดันหลายชนิดรับประทานทันที เพื่อให้ความดันของผู้ป่วยลดลงภายใน 24-48 ชั่วโมง
7. **การให้ยารักษาความดัน** ในรายที่แพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดัน แพทย์จะมีแนวทางในการให้ยาดังนี้
 - **ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1** แพทย์จะเริ่มการรักษาด้วยการให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียง 1 ชนิด ซึ่งยาที่นิยมใช้จะเริ่มจากไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ขนาด 12.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง แล้วติดตามผลทุกเดือน ถ้ายังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย แพทย์จะปรับขนาดยาเป็น 25 และ 50 มิลลิกรัม ตามลำดับ แต่ถ้ายังควบคุมไม่ได้ แพทย์จะให้ยาอีกชนิดหนึ่งร่วมไปด้วย เช่น ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers), ยาต้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) หรือยาด้านเอซ (ACE inhibitors) โดยจะปรับขนาดยาขึ้นทีละน้อย แต่บางครั้งแพทย์อาจพิจารณาให้ยา 2 ชนิดในขนาดต่ำก็ได้ คือไม่จำเป็นต้องให้ยาชนิดแรกถึงเต็มขนาดแล้วค่อยเพิ่มชนิดที่ 2
 - **ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 2** แพทย์จะเริ่มให้การรักษาด้วยยา 2 ชนิดร่วมกัน โดยมีไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นตัวหลักร่วมกับยาชนิดอื่น โดยจะเริ่มจากขนาดต่ำกว่าก่อน ร่วมกับการติดตามวัดความดันเดือนละ 1 ครั้ง (แต่ถ้าความดันสูงมากก็จะติดตามทุก 1-2 สัปดาห์) แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนกว่าจะควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แต่ถ้ายังไม่ได้ผลก็อาจจะต้องปรับเปลี่ยนยาและใช้ยาถึง 3-4 ชนิดร่วมกัน

- ในการให้ยารักษาความดันนั้น แพทย์จะเริ่มจากการให้ทีละน้อยก่อน แล้วจึงจะค่อย ๆ เพิ่มขนาดขึ้นไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เพราะจะทำให้ความตมมากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกได้ (ความดันตกในท่ายืน)
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วยการใช้ยาลดความดันเพียง 1-2 ชนิด มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องใช้ยาลดความดันมากกว่า 2 ชนิด

8. การรักษาความดันโลหิตสูงในภาวะต่าง ๆ

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ถ้าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดชั่วคราว แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) หรือยาต้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) ชนิดออกฤทธิ์ยาว แต่ถ้าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า และยาต้านเอช (ACE inhibitors)
- ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ร่วมกับยาต้านเอช ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำได้
- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาต้านเอช ยาปิดกั้นเบต้า และยาขับปัสสาวะ (Diuretics) อย่างยาฟูโรซีไมด์ (Furosemide) และสไปโรโนแลคโตน (Spironolactone)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) แพทย์จะให้ยาปิดกั้นแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blocker - ARB)
- ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง (ตรวจพบมีสารไข่ขาวในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือครีเอตินินมากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย หรือมากกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง) แพทย์จะให้ยาลดความดันอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน โดยจะมียาต้านเอชหรือยาปิดกั้นแองจิโอเทนซิน (ARB) เป็นหลัก ซึ่งจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ อีกทั้งยาทั้งสองชนิดนี้แพทย์ยังแนะนำใช้ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วย จึงช่วยป้องกันภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานและลดภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะ
- ผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาปิดกั้นแอลฟา (Alpha blockers) เช่น ดอกซาโซซิน (Doxazosin), พร่าโซซิน (Prazosin) ซึ่งจะช่วยรักษาอาการต่อมลูกหมากโตด้วย
- ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า, ไฮดรอลาซีน (Hydralazine), เมทิลโดปา (Methyldopa)
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันช่วงบนสูงเดี่ยว แพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์และ/หรือยาต้านแคลเซียมชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวในขนาดต่ำ หากยังไม่ได้ผลแพทย์จะค่อย ๆ ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นทีละน้อยอย่างช้า ๆ เพื่อระวังไม่ให้เกิดภาวะความดันตกในท่ายืน

9. การติดตามผลการรักษาโรคความดันโลหิต ในช่วงแรกของการรักษาแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันสูงมากจะนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์ เมื่อควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแล้ว แพทย์จะนัดมาตรวจทุก 3-6 เดือน และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 6-12 เดือน ซึ่งในการติดตามผู้ป่วยนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสม รวมถึงซักถามอาการและตรวจดูภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

10. การดื้อต่อผลการรักษา (Resistant hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันร่วมกันตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป (รวมทั้งยาขับปัสสาวะ) จนเต็มขนาดของยาแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จะค้นหาสาเหตุและทำการแก้ไขสาเหตุที่ตรวจพบ (สาเหตุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ได้แก่ การวัดความดันไม่ถูกต้อง, การส่งยาลดความดันไปในขนาดน้อยเกินไป, ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง, ใช้ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง, รับประทาน

อาหารที่มีโซเดียมสูง, น้ำหนักตัวขึ้นมากหรืออ้วน, ดื่มแอลกอฮอล์จัด, เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทรานซาเฮต)

11. หากควบคุมความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทรานซาเฮต หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ ตา หรือไต ซึ่งจำเป็นต้องทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติมและให้การดูแลรักษาที่ซับซ้อน ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ : ปัจจัยเสี่ยงในที่นี้หมายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายได้ยาก แต่ก็สามารถรักษาควบคุมได้เสมอถ้าเริ่มรักษาตั้งแต่แรก ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอย่างถูกต้อง ควบถ่วง และไม่หยุดยาเอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงและเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีดังนี้

- **บริโภคอาหารควบคุมความดัน หรือ อาหารแดช (Dietary approaches to stop hypertension - DASH Diet)** ซึ่งเป็นวิธีการกินอาหารที่ผู้เชี่ยวชาญยกให้เป็นสุดยอดการป้องกันและรักษาโรคนี้ โดยการเน้นรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง (เพราะมีโพแทสเซียมมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดัน) ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืช ถั่วต่าง ๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มาก ๆ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ (เนื้อแดง) แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล และลดการบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียม (เช่น ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม น้ำพริก กะปิ ปลาร้า หน่อกล้วย อาหารที่ใส่หรือจิ้มเกลือ ของดองเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสที่มีรสเค็ม ฯลฯ) โดยการจำกัดเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ให้น้อยกว่าวันละ 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา และลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู (เช่น ขนมปัง ขนมสาลี ขนมถ้วยฟู ผงชูรส และสารกันบูด (เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป) รวมทั้งโซเดียมไบคาร์บอเนต (เช่น ยาชาตุน้ำแดง ยาเม็ดโซดาไมนด์) และงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายให้ดื่มได้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (Drink) ซึ่งเทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร ส่วนผู้หญิงให้ดื่มได้ไม่เกิน 1 หน่วยการดื่ม
- งดการสูบบุหรี่ รวมถึงการใช้ยาเม็ดยาสูบ
- ลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กก./ม.2 (หรือถ้าลดได้น้อยกว่า 23 กก./ม.2 เลยดียิ่งดี)
- หมั่นออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำให้ได้เกือบทุกวัน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที
- รักษาสุขภาพจิตให้ดี ไม่เครียด เข้าใจและยอมรับชีวิต รวมถึงการหมั่นฝึกผ่อนคลายความเครียดและบริหารสุขภาพจิตอยู่เสมอ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ โยคะ รำมวยจีน ชี่กง ร้องเพลง เล่นดนตรี หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ ฯลฯ

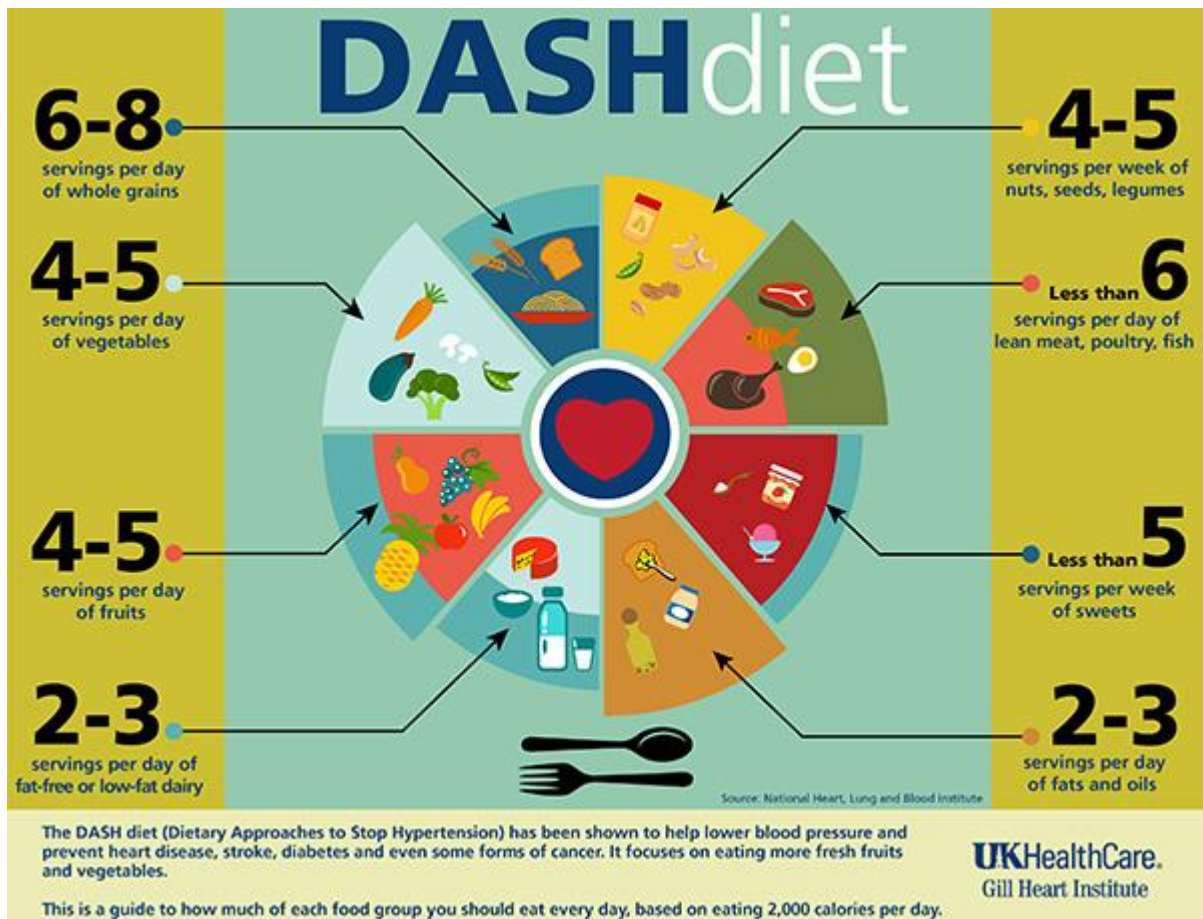


IMAGE SOURCE : ukhealthcare.uky.edu

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำที่อธิบายไว้ในหัวข้อ “การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพราะถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี ความดันโลหิตอาจลดลงเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้ยารักษาเลยก็ได้ (ถ้าเป็นในระดับที่ 1) หรือไม่ก็ช่วยลดขนาดของยาที่ใช้ลง (ถ้าเป็นระดับที่ 2)
- ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะรู้สึกสบายดีหรือความดันลดลงแล้วก็ตาม โดยการลดยาหรือหยุดยานั้นผู้ป่วยควรให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเมื่อแพทย์ให้ยาจนความดันลดเป็นปกติได้ติดต่อกันนาน 1 ปี แพทย์อาจลดขนาดของยาลงทีละน้อย แล้วตรวจวัดความดันเป็นระยะ ๆ ถ้าความดันปกติแพทย์จะให้ยาในขนาดนั้น ๆ หรือค่อย ๆ ลดขนาดยาจนหยุดยาไปเลย แต่ยังคงต้องหมั่นตรวจวัดความดันผู้ป่วยต่อไปเรื่อย ๆ ถ้าความดันขึ้นสูงใหม่ก็ต้องให้ยาใหม่ หรือเพิ่มขนาดของยาขึ้นไปใหม่ (มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องใช้ยาควบคุมความดันไปตลอดชีวิต)
- ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยปล่อยให้ดันโลหิตสูงอยู่นานเป็นแรมปี หากผู้ป่วยรักษาอย่างจริงจัง โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะลดน้อยลงและสามารถมีชีวิตยืนยาวได้เช่นคนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจควรติดต่อกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะรู้สึกสบายดีแล้วหรือไม่มีอาการผิดปกติเลยก็ตามก็ควรหมั่นตรวจวัดความดันเป็นประจำ อาจเป็นเดือนละ 1-2 ครั้ง อาจวัดกันเองที่บ้านหรือไหว้วานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านช่วยตรวจวัดให้ก็ได้ และควรลงสมุดบันทึกไว้ด้วย เพื่อนำไปให้แพทย์ดูในการตรวจครั้งต่อไป

- ผู้ป่วยบางรายที่ตรวจวัดความดันที่บ้านจะมีค่าความดันปกติ แต่เมื่อไปตรวจวัดที่สถานพยาบาลอาจพบว่าความดันโลหิตสูงก็ได้ ซึ่งอาการลักษณะนี้จะเรียกว่า “White-coat hypertension” ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงควรมีเครื่องวัดความดันไว้คอยตรวจวัดเองที่บ้าน เพราะจะช่วยประเมินค่าความดันได้ดีกว่า
 - วิธีการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งการติดตามผลการรักษาที่แน่นอนคือ “การตรวจวัดความดันโลหิต” เพราะการอาศัยแต่วิธีการสังเกตเพียงอย่างเดียวมักไม่แน่นอน เพราะโรคนี้ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดงแต่อย่างใด คนทั่วไปมักเข้าใจผิดว่าความดันโลหิตสูงจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ (ทำให้คิดว่าถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะก็จะนึกว่าไม่เป็นความดันโลหิตสูง) ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความดันโลหิตสูงที่จะแสดงอาการปวดศีรษะนั้นพบได้น้อย และอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ก็มักมาจากสาเหตุอื่น ๆ มากกว่าความดันโลหิตสูง เช่น ความเครียด ไมเกรน ฯลฯ
 - โรคความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง คือ ความดันโลหิตที่สูงตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป เพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้จากโรคหัวใจ สมอ ไต ล้มเหลว ส่วนโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน คือ ความดันโลหิตที่สูงตั้งแต่ 220/140 มม.ปรอทขึ้นไป เพราะเป็นอันตรายถึงชีวิตจากการทำงานล้มเหลวของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น หัวใจ สมอ และไต
 - ไปพบแพทย์ตามนัดเสมอ และรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติไปจากเดิม หรือเมื่ออาการต่าง ๆ แย่ลง หรือเมื่อมีความกังวลในอาการที่เป็นอยู่
 - รีบไปพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมงหรือฉุกเฉิน (ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ) เมื่อมีอาการปวดศีรษะมาก, เหนื่อยมากกว่าปกติมาก, หัวบวม (เป็นอาการของโรคหัวใจล้มเหลว), เจ็บแน่นหน้าอก, ใจสั่น, เหงื่อออกมาก, จะเป็นลม (เป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งต้องพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน), แขนขาอ่อนแรง, พูดไม่ชัด, คลื่นไส้ อาเจียน (เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน)
- การป้องกันความดันโลหิตสูง**

การป้องกันความดันโลหิตสูง

สำหรับคนทั่วไปอาจป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตดังนี้

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมทุกวัน เน้นผักและผลไม้ชนิดไม่หวานให้มาก ๆ และลดอาหารพวกไขมันชนิดอิ่มตัว แป้ง น้ำตาล ของหวาน และอาหารเค็ม
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 23 กก./ม.2 ความยาวรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย และ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง ด้วยการควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. ออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ ครั้งละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง หรือวันเว้นวัน
4. พักผ่อนให้เพียงพอและรักษาสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ
5. ลดปริมาณของเกลือโซเดียมที่บริโภคไม่ให้เกินวันละ 2.4 กรัม (เทียบเท่าเกลือแกง 6 กรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชา)
6. ถ้าเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว สำหรับผู้ชายควรจำกัดปริมาณของแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร) ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยควรจำกัดปริมาณของการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 1 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 45 มิลลิลิตร ไวน์ 150 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 360 มิลลิลิตร)
7. บริกษาแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพราะอาจมียาบางตัวที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ส่วนการใช้ยาคุมกำเนิดแนะนำให้ปรึกษาแพทย์

8. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แม้ว่าจะยังรู้สึกสบายดีก็ควรไปตรวจสุขภาพซึ่งรวมถึงการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 2 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แนะนำว่าควรไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตรวจบ่อยตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีรูปร่างอ้วนหรือมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้ (อาจเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านก็ได้ เช่น คลินิกแพทย์ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข)