

ภาวะความดันเลือดสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

(Essential Hypertension)

1. ผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ไม่มีโรคร่วม (เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) ให้พิจารณาเลือกยาชนิดใดชนิดหนึ่งใน 4 กลุ่มเป็นยาขนาน

แรกในการรักษา ได้แก่ 1) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) : Enalapril

2) Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) : Losartan

3) Calcium Channel Blockers (CCBs) : Amlodipine

4) Thiazide-type Diuretics : HCTZ

ไม่แนะนำให้ใช้ Beta-Blockers (BBs) เช่น Atenolol, Propranolol, Carvedilol เป็นยาขนานแรกในการรักษา

ภาวะความดันเลือดสูง

ยกเว้นผู้ป่วยมีโรคร่วมซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของ BBs ได้แก่

1) Post-MI และ/หรือ CHF, arrhythmia, angina pectoris หรือ

2) มีหลักฐานที่บ่งถึงการมี sympathetic overactivity หรือ

3) เป็นผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งอาจมีการตั้งครรภ์ และมีข้อห้ามต่อการใช้ยาอื่น

2. ผู้มีอายุ <55 ปี ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของยาลดความดันเลือดชนิดอื่นควรใช้ ACEIs หรือ ARBs เป็นยาขนานแรก โดยอาจพิจารณาเลือกใช้ ACEIs ก่อน หากมีผลข้างเคียง เช่น อาการไอ จึงเปลี่ยนเป็น ARBs

แต่ห้ามใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs

ห้ามใช้ ACEIs, ARBs ให้หญิงตั้งครรภ์

ควรหยุดยา ACEIs หรือ ARBs เมื่อพบระดับ SCr เพิ่มขึ้น >30% หรือมีระดับโพแทสเซียมในเลือด >5.6 mEq/L โดยไม่มีสาเหตุอื่น

3. ผู้มีอายุ >55 ปี ควรใช้ CCBs หรือ diuretics เป็นยาขนานแรก โดยพิจารณาดังนี้

3.1) ใช้ diuretics ก่อนในผู้ป่วยที่รับประทานเค็มหรือมีอาการบวม หรือมีประวัติแพ้ยา CCBs หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะหัวใจวายหรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจวาย

3.2) ใช้ CCBs ก่อนเมื่อผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงระดับรุนแรง (grade 3 หรือ BP \geq 180/110 มม.ปรอท) หรือมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึงสูงมาก (10-year Thai CV risk score \geq 5%)*

โดยอาจใช้ ACEIs หรือ ARBs ร่วมด้วย เนื่องจากช่วยลดความดันโลหิตได้เร็ว

4. หลีกเลี่ยง BBs โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับ Diuretics ในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

5. ไม่ควรหยุด BBs อย่างฉับพลันโดยเฉพาะรายที่ใช้ในขนาดสูง แต่ให้ค่อยๆลดขนาดยาลงเนื่องจากอาจทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นอย่างกะทันหัน อาจพบภาวะใจสั่น หรือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้
6. ห้ามใช้ Short-acting CCBs (เช่น Nifedipine ชนิด immediate release) สำหรับการรักษาภาวะความดันเลือดสูงรวมทั้ง Hypertensive Urgency หรือ Emergency และ Angina pectoris เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตของผู้ป่วย
7. ห้ามใช้ Alpha-Blockers (เช่น Doxazosin, Prazosin) เป็นยาขนานแรกในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ร่วมกับยาลดความดันเลือดชนิดอื่นได้ และระวังการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุ ควรให้รับประทานก่อนนอน เพราะเสี่ยงต่ออาการข้างเคียง คือ Postural Hypotention

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Mellitus Type II)

1. ใช้ Metformin เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อไม่มีข้อห้ามใช้ หรือ ทนต่อยาไม่ได้
ควรปรับขนาดยาเมื่ออัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR หน่วย มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) ลดลง ดังนี้
eGFR 30-44 ให้ลดขนาดเหลือ 1000 มก./วัน เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Lactic acidosis
ควรตรวจค่าการทำงานของไต ทุก 3-6 เดือน
eGFR < 30 ห้ามใช้ยา
2. หลีกเลี่ยง Glibenclamide ในผู้ที่อายุสูงมากกว่า 65 ปี หรือผู้ที่มี eGFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.
3. Glipizide ไม่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยทำ Hemodialysis
4. Pioglitazone ไม่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาการข้างเคียง อาจมีอาการบวมจากสารน้ำคั่ง ห้ามใช้ในผู้มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวชั้น 3 และ 4 ของ New York Heart Association (NYHA) ควรระวังการใช้ยาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือกำลังเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
5. ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล 2 ชนิดแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามเป้าหมาย ให้พิจารณาเพิ่มยา Pioglitazone หรือฉีด NPH insulin ก่อนนอน
6. การให้ Antiplatelet พิจารณาให้ Antiplatelet ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชายและหญิงที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ประวัติโรคหัวใจและ หลอดเลือดในครอบครัว ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ
ขนาดของ Antiplatelet คือ Aspirin 75-162 มก./วัน
หากผู้ป่วยไม่สามารถทน Aspirin ได้ ให้พิจารณา Antiplatelet ตัวอื่น เช่น Clopidogrel
7. ตรวจ HbA1c ระดับไขมันในเลือด โรคแทรกซ้อนทางตา ตรวจเท้าประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดแผลและการทำงานของไต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ตาราง แสดงยาฉีดอินซูลินชนิดต่างๆ ที่มีในประเทศไทย

ชนิดยา (ชื่อยา)	เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์	เวลาที่มียุทธสูงสุด	ระยะเวลาการออกฤทธิ์
อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (regular insulin, RI) (Actrapid HM [®] , Humulin R [®] , Gensulin R [®] , Insugen R [®] , Insuman rapid [®] , Winsulin R [®])	30-45 นาที	2-3 ชั่วโมง	4-8 ชั่วโมง
อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (Insulin Isophane Suspension, NPH) (Insulatard HM [®] , Humulin N [®] , Gensulin N [®] , Insugen N [®] , Insuman basal [®] , Winsulin N [®])	2-4 ชั่วโมง	4-8 ชั่วโมง	10-16 ชั่วโมง
อินซูลินผสมสำเร็จรูป - Premixed 30% RI + 70% NPH (Mixtard 30 HM [®] , Humulin 70/30 [®] , Gensulin M30 [®] , Insugen 30/70 [®] , Insuman combo30 [®] , Winsulin 30/70 [®]) - Premixed 50% RI + 50% NPH (Gensulin M50 [®])	30-60 นาที	2 และ 8 ชั่วโมง	12-20 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว - Insulin lispro (Humalog [®]) - Insulin aspart (NovoRapid [®]) - Insulin glulisine (Apidra [®])	5-15 นาที 10-20 นาที 10-20 นาที	1-2 ชั่วโมง 1-2 ชั่วโมง 1-2 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว - Insulin glargine (Lantus [®] , Basalin [®] , Glaritus [®]) - Insulin detemir (Levemir [®]) - Insulin degludec (Tresiba [®])	2 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง 6 ชั่วโมง	ไม่มี ไม่มี ไม่มี	24 ชั่วโมง 18-24 ชั่วโมง 24-36 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกผสมสำเร็จรูป (Biphasic insulin analogue) - Premixed 30% insulin aspart + 70% insulin aspart protamine suspension (NovoMix 30 [®]) - Premixed 25% insulin lispro + 75% insulin lispro protamine suspension (Humalog Mix 25 [®]) - Premixed 50% insulin lispro + 50% insulin lispro protamine suspension (Humalog Mix 50 [®])	10-20 นาที 10-20 นาที 10-20 นาที	1 และ 8 ชั่วโมง 1 และ 8 ชั่วโมง 1 และ 8 ชั่วโมง	12-20 ชั่วโมง 12-20 ชั่วโมง 12-20 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง:

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.ครั้งที่2.ปทุมธานี:ร่มเย็น มีเดีย จำกัด;2560.
- พิสนธิ์ จงตระกูล.การใช้ยาสมเหตุสมผลใน Primary Care. ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ:วนิดาการพิมพ์;2560.
- คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล.ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2558.