

การควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

รศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า
สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมากขึ้นทุกปี จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 172 คนต่อ 1 แสนประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ. ศ. 2552 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 269 คนต่อ 1 แสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 ดังรูปที่ 1 และส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทยและทั่วโลก ถึงแม้จะมีการรักษาที่ได้ผลดี เช่น การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke ภาวะหรือโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นพบเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยได้ทั้งในผู้ป่วย cerebral infarction และ intracerebral hemorrhage จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด acute ischemic stroke จำนวน 235,613 และ

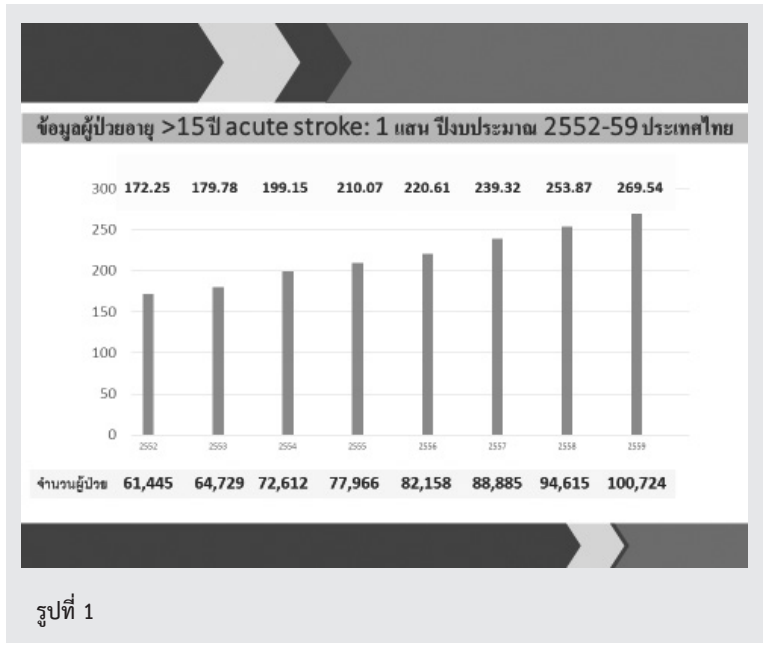
intracerebral hemorrhage จำนวน 110,390 พบผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงจำนวน 111,410 และ 57,049 คิดเป็นร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 51.7 ตามลำดับ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรคหลอดเลือดสมองนั้นประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

- 1. การควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็น stroke มาก่อน หรือ primary prevention
- 2. การควบคุมความดันโลหิตสูงในช่วง 7 วันแรกหลังจากเกิดโรค stroke (hyper-acute หรือ acute stroke)
- 3. การควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่เกิดโรค stroke แล้ว เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ หรือ secondary prevention

Primary prevention

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรค stroke นั้น มีข้อมูลจากหลาย ๆ การศึกษายืนยันอย่างแน่ชัดว่าได้ประโยชน์ในการลดโอกาสการเกิดโรค stroke ทั้งชนิด ischemic และ hemorrhagic stroke อย่างชัดเจน ทั้งใน



ความดันโลหิตสูงชนิด systolic หรือ diastolic hypertension และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรค stroke ที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ในผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวานหรือภาวะไตเสื่อม และกรณีผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ไตเสื่อม คือ 130/85 มม.ปรอท จะส่งผลให้ลดโอกาสการเกิดโรคและเสียชีวิตจากโรค stroke

การควบคุมความดันโลหิตในช่วง acute และ hyper-acute stroke

การควบคุมระดับความดันโลหิตในช่วงระยะเวลาดังกล่าว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ได้รับการรักษาด้วยยา thrombolytic agents หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยา thrombolytic agents

กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วย thrombolytic agents จากการศึกษาคพบว่าผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย stroke ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูง และเมื่อเวลาผ่านไประดับความดันโลหิตที่สูงนั้น จะค่อย ๆ ลดระดับลงมาได้เองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิตเลย ระดับความดันโลหิตที่พบว่าผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี คือ systolic BP 141-160 มม.ปรอท

ต่อมามีการศึกษาหลายการศึกษาเพื่อพิสูจน์ว่าการควบคุมความดันโลหิตให้มีระดับที่ต่ำลงมากกว่า 220/120 มม.ปรอทนั้นจะมีประโยชน์หรือไม่ เช่น การศึกษา COSSACS คือ การศึกษาผู้ป่วย acute stroke ที่เคยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงมาก่อน เมื่อเกิดภาวะ stroke ว่าการให้ยาควบคุมความดันโลหิตต่อหรือหยุดยา ผลการรักษาแตกต่างกันหรือไม่ พบว่าผลการรักษาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเมื่อประเมินด้วย modified Rankin scale พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษา SCAST โดยการให้ยาในกลุ่ม angiotensin receptor blocker ในผู้ป่วย acute stroke พบว่าผลการรักษาระหว่างกลุ่มที่ให้ยาและไม่ให้ยาดังกล่าว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อประเมินผลการรักษาด้วย modified Rankin scale เช่นเดียวกับการศึกษาขนาดใหญ่ในประเทศจีน CATIS

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงมีคำแนะนำหรือแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิต คือ ถ้าระดับความดันโลหิตสูงไม่เกิน 220/120 มม.ปรอท ไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมให้ระดับความดันโลหิตนั้นลดลงมาในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นว่าผู้ป่วยจะมีภาวะ heart failure, acute myocardial infarction, aortic dissection, acute renal failure ซึ่งแนวทางในเวชปฏิบัติของประเทศไทยเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วย acute ischemic stroke ก็กำหนดแนวทางที่มีลักษณะเดียวกัน และเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะ ischemic heart disease

ด้วยยาในกลุ่ม beta blocker มาก่อนไม่ควรหยุดยาดังกล่าวเมื่อเกิดภาวะ acute ischemic stroke

กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย thrombolytic agents ผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นจะมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในเนื้อสมองได้สูงถ้าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 185/110 มม.ปรอท ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่สูงมากกว่าระดับดังกล่าวต้องรีบให้ยาเพื่อควบคุมระดับความดันให้ลดต่ำลง ซึ่งยาที่ใช้นั้นสามารถให้ยาที่ทางหลอดเลือดดำชนิดใดก็ได้ หรือยาที่ได้รับประทานก็ได้ ยกเว้นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง nifedipine sublingual เพราะไม่สามารถควบคุมการลดลงของระดับความดันโลหิตได้

Secondary prevention

การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่เกิดภาวะ cerebral infarction แล้วนั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ และพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดซ้ำ การเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษา PROGRESS เป็นการให้ยา perindopril ร่วมกับยา diuretic การศึกษา LIFE study, การศึกษา HOPE study, ONTARGET, TRANSCEND study, การศึกษา JIKEI HEART study ในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งการศึกษาอื่น ๆ อีกหลายการศึกษาก็พบลักษณะเดียวกัน คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตมีประโยชน์ในการ secondary prevention อย่างชัดเจน ดังรูปที่ 2

นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor นั้นยังสามารถเพิ่มระดับ substance P, bradykinin ทำให้ผู้ป่วย stroke มี cough reflex ที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิด aspiration pneumonia ลดลง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาต่าง ๆ จะพบข้อมูลผลการรักษาที่ดีนั้น ยิ่งลดระดับความดันโลหิตลงมาได้มากก็ยิ่งทำให้ลดโอกาสการเป็นซ้ำ การเสียชีวิตได้มากยิ่งขึ้น

Stroke out-come of ACE-I and ARB Rx			HYPERTENSION IN Stroke
Clinical trial	Medication	Stroke risk reduction	
PROGRESS	Perindopril/diuretic	28.0 % RR	
HOPE	Ramipril	32.0 % RR	
LIFE	Losartan	25.8 % RR	
EUROPA	Perindopril	20.0 % RR	
JIKEI	Valsartan	40.0 % RR	
SCOPE	Candesartan	28.0 % RR	

รูปที่ 2

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย โดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การให้ยาลดความดันโลหิตกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (non-thrombolysis)

▶ SBP < 220 mmHg/ DBP < 120 mmHg ไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต ยกเว้น

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure)
- หลอดเลือดเอออดิกแตกฉา (aortic dissection)
- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial ischemia)
- ไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure)
- ภาวะ hypertensive encephalopathy

▶ SBP > 220 mmHg และ/หรือ DBP 121-140 mmHg โดยวัดห่างกันอย่างน้อย 20 นาที 2 ครั้ง

- Captopril 6.25-12.5 mg oral ออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาที อยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง
- Nicardipine 5 mg/hr intravenous (IV) ในช่วงแรกให้ขนาด 0.5-1 mg IV นาน 1-2 นาที แล้วปรับขนาดยา จนได้ความดันโลหิตตามเป้าหมาย (ลดลงร้อยละ 10-15) โดยเพิ่มขนาดยาครั้งละ 2.5 mg/hr ทุก 5 นาที

• Labetalol 10 mg IV drip in 1-2 นาที ถ้าความดันโลหิตไม่ลดลงสามารถให้ยาซ้ำได้อีกหนึ่งครั้ง หรือให้ IV drip 2-8 mg/min (< 300 mg/d)

▶ DBP > 140 mmHg โดยวัดซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง ทุก 5 นาที

- Nitroprusside 0.5 µg/Kg/min IV ในช่วงต้น แล้วติดตามการวัด

ความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ปรับขนาดยาทีละน้อย จนกระทั่งได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ (ลดลงร้อยละ 10-15) ยาก่อฤทธิ์ภายใน 1-5 นาที

- Nitroglycerine 5 mg IV drip ต่อด้วย 1-4 mg/hr ไม่ควรใช้ยา Nifedipine ชนิดอมใต้ลิ้น หรือรับประทาน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมผลของยาที่แน่นอนได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม

• หากผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงอยู่เดิม และได้รับยารักษามาก่อน สามารถหยุดยาทั้งหมดได้ และใช้เกณฑ์การรักษาตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น ยกเว้นยาในกลุ่ม β -blocker ที่ใช้รักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่ควรหยุดยากกลุ่ม β -blocker

- สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงในระยะยาว พิจารณาเริ่มยาได้ หลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง โดยการให้ยาลดความดันโลหิตเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ (SBP<100 mmHg/SBP<70 mmHg) ให้รักษาตามสาเหตุและพิจารณาให้ยาเพิ่มความดัน ในกรณีที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น

การให้ยาลดความดันโลหิตกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis)

▶ BP>180/105 mmHg

- Nicardipine 5 mg/hr IV drip ค่อยๆ ปรับจนได้ระดับความดันโลหิตที่ต้องการ โดยเพิ่มขนาดยา 2.5 mg/hr ทุก 5 นาที แต่ไม่เกิน 15 mg/hr

▶ DBP > 140 mmHg

- Nitroprusside 0.5 mg/Kg IV drip ค่อยๆ ปรับจนได้ระดับความดันโลหิตที่ต้องการ CVM