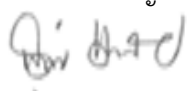


ปรับปรุง ครั้งที่ 2  
พฤษภาคม 2561  
โดย ทีมสหวิชาชีพ รพ.เจริญศิลป์  
ประธานทีม   
(นพ.สุชาติ ภาดจ่อหอ)

## ความดันโลหิตสูง

### การวินิจฉัย

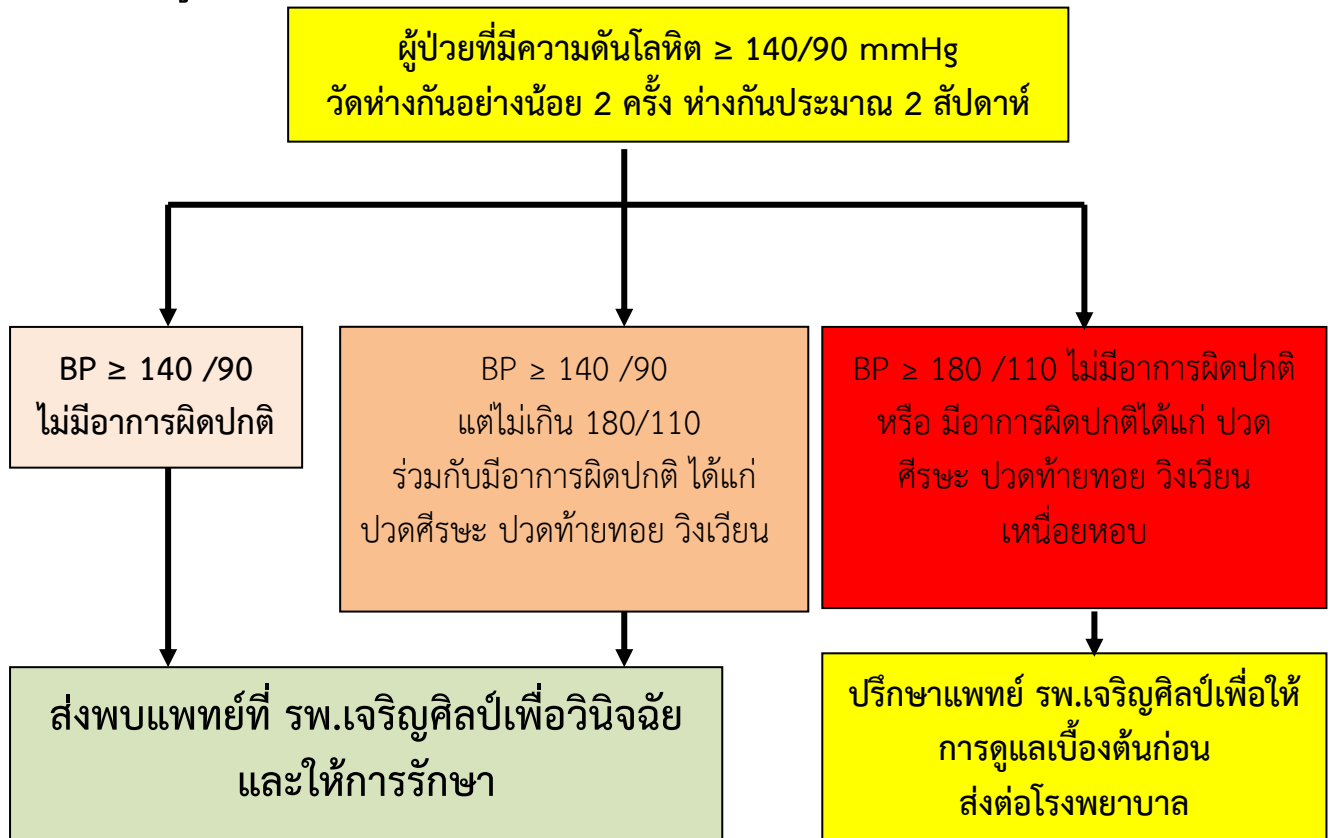
Systolic blood pressure  $> 140$  mmHg และ/หรือ Diastolic blood pressure  $> 90$  mmHg วัดห่างกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์

### เกณฑ์การจำแนกความรุนแรง

Condition	Systolic blood pressure		Diastolic blood pressure
Normal	$< 120$	and	$< 80$
Pre-hypertension	120-139	and /or	80-89
Hypertension stage 1	140-159	and /or	90-99
Hypertension stage 2	$\geq 160$	and /or	$\geq 100$
Hypertension stage 3	$\geq 180$	and /or	$\geq 110$

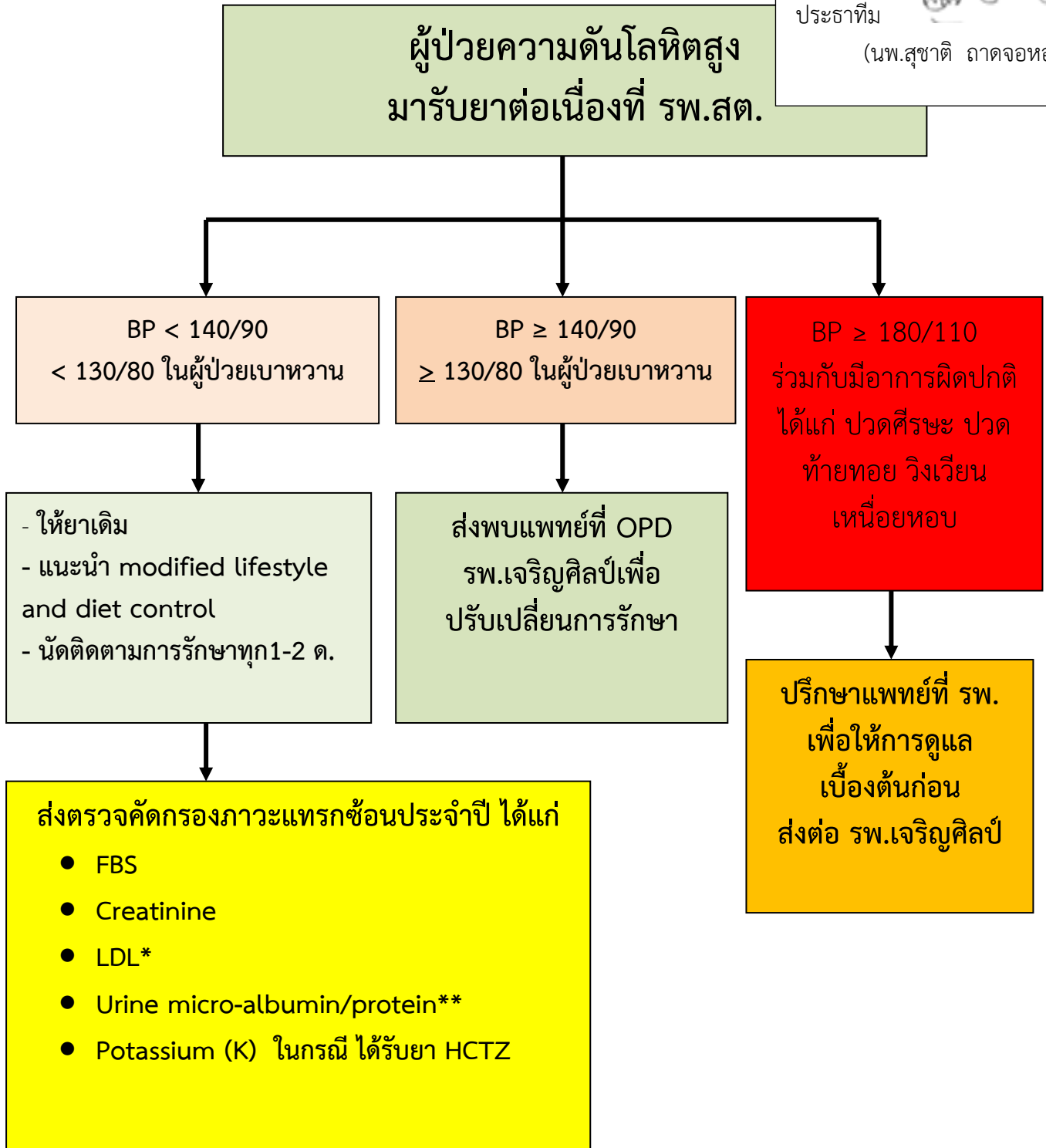
### แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) คปสอ.เจริญศิลป์

#### 1. กรณีผู้ป่วยรายใหม่



ปรับปรุง ครั้งที่ 2  
พฤศจิกายน 2561  
โดย ทีมสหวิชาชีพ รพ.เจริญศิลป์  
ประชาทิม  
(นพ.สุชาติ ภาตจจอหอ)

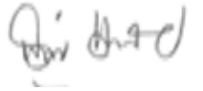
## 2. กรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า

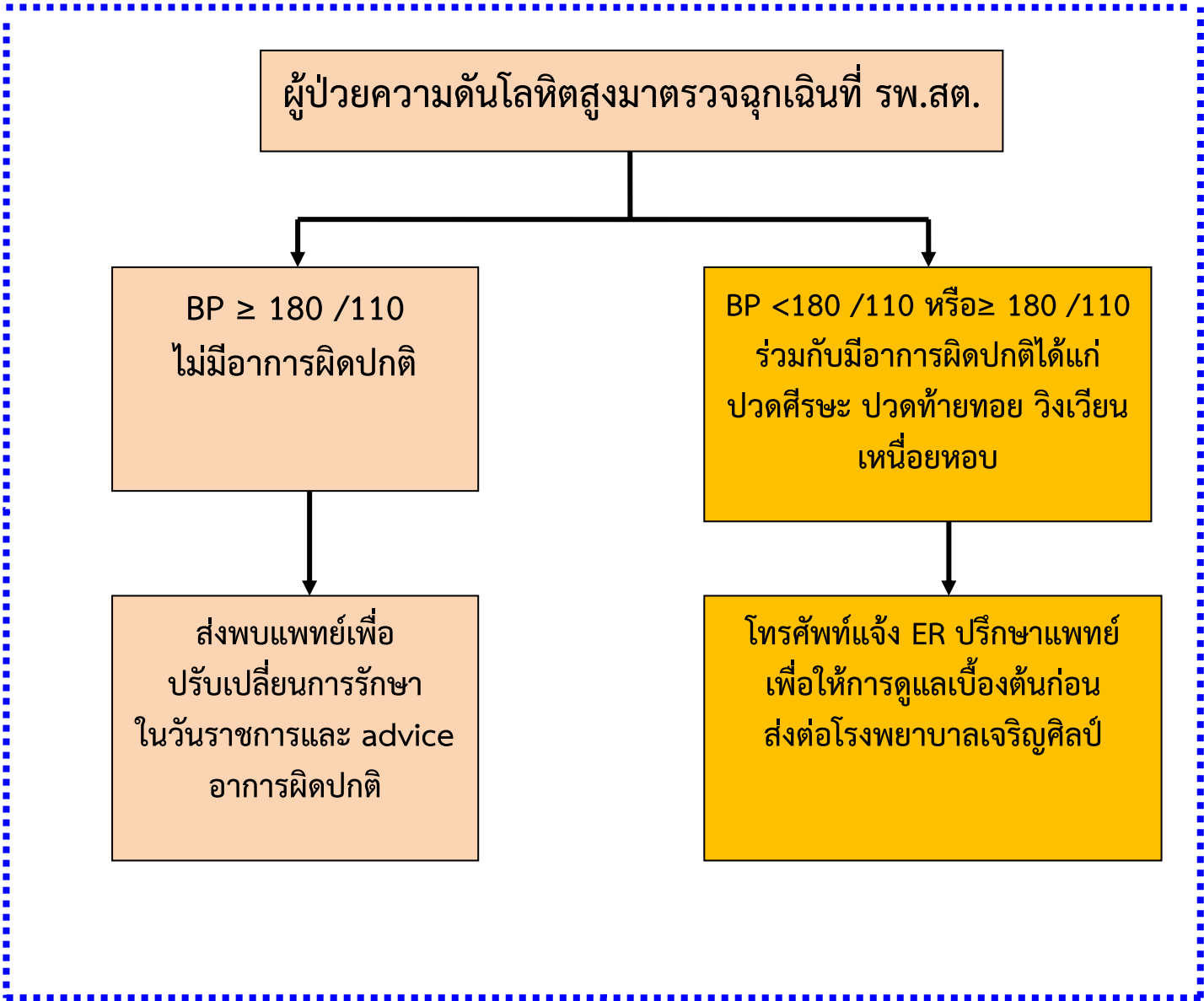


หมายเหตุ \* กรณีตรวจประจำปีครั้งแรก ให้ส่งตรวจไขมันทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ Cholesterol, Triglyceride, LDL, HDL

\*\* ให้ตรวจปัสสาวะโดยใช้ urine protein strip ที่ รพ.สต.ก่อน หาก urine protein strip ผลเป็นลบจึงส่งปัสสาวะตรวจ urine micro-albumin ที่ห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ถ้าผลเป็นบวก ไม่ต้องส่งตรวจ urine micro-albumin อีก

### 3. กรณีความดันโลหิตสูงระดับอันตราย

ปรับปรุง ครั้งที่2  
พฤศจิกายน 2561  
โดย ทีมสหวิชาชีพ รพ.เจริญศิลป์  
ประธานทีม. 



#### 4. เป้าหมายของการให้ยาลดความดัน

1. ผู้ป่วยทั่วไปให้ความดันโลหิตน้อยกว่า 140 /90 mmHg
2. ผู้ป่วยเบาหวาน และโรคไตวายเรื้อรัง ให้ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg
3. ในผู้ป่วยที่จะทำหัตถการทางทันตกรรม (โดยเฉพาะการถอนฟัน) ควรมีความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 mmHg

#### 5. ภาวะแทรกซ้อนและการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วย

## ความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อน	การตรวจคัดกรอง
<u>ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ</u> ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย เรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน โรคหัวใจขาด เลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	- ตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) - CXR
<u>ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง</u> อาจเกิดภาวะหลอดเลือด ในสมองตีบตันหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาต ครึ่งซีก	-ไม่แนะนำการตรวจคัดกรอง
<u>ภาวะแทรกซ้อนที่ไต</u> ภาวะไตวายเรื้อรัง และ ไตวาย	- ตรวจเลือด BUN/Creatinine - ตรวจปัสสาวะ micro - albumin/protein
<u>ภาวะแทรกซ้อนที่ตา</u> จอประสาทตาเสื่อม	- ตรวจจอประสาทตา

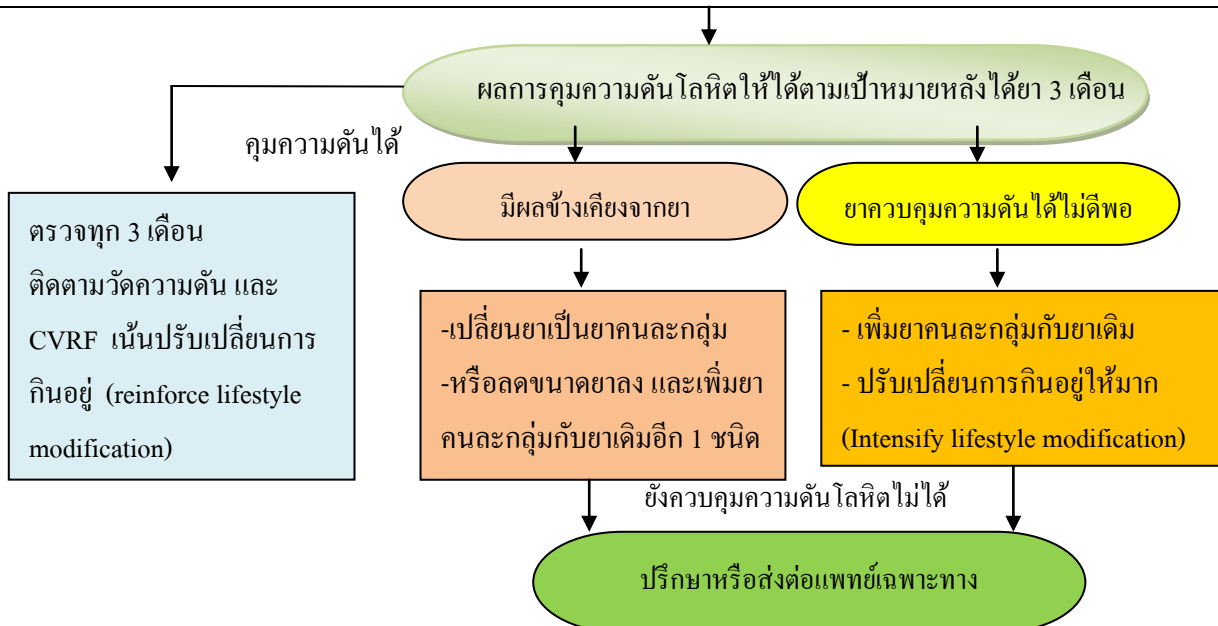
## 6. แผนภูมิแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

SBP < 180 DBP < 110 มม.ปรอท

เริ่มปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต  
(life style modifications)

ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ < 140/90 มม.ปรอท หรือไม่ได้  
< 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคไต (proteinuria > 1 กรัม / วัน)

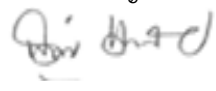
ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตพร้อมกับเริ่มยาลดความดัน Diuretic หรือ $\beta$ - blocker
<b>การให้ยาลดความดันเฉพาะโรค</b> (มีหลักฐานการศึกษา randomized control trial)
<b>เบาหวานชนิดที่ 1</b> ที่มี proteinuria : ให้ ACE inhibitor
<b>Heart failure</b> : ให้ ACE inhibitor, Diuretic
<b>Isolate systolic HT (ผู้สูงอายุ)</b> : ให้ Diuretic , calcium antagonist (long acting DHP)
<b>Myocardial infarction</b> : ให้ $\beta$ -Blocker (non-ISA) , ACE-inhibitor (เมื่อมี systolic dysfunction)
<b>การให้ยาลดความดันโลหิตเฉพาะโรค</b> (ที่มีหลักฐานว่าน่าจะมีประโยชน์)
<b>Low-dose diuretic</b> : เบาหวานชนิดที่ 2
<b><math>\beta</math> -blocker</b> : angina , AT / AF , essential tremor , stable CHF , hyperthyroid , Pre-op , migraine
<b>Calcium Antagonists</b> : angina , cyclosporin induced HT , DM with proteinuria : (non-DHP) AT / AF , MI , migraine
<b>ACE – inhibitor</b> : เบาหวาน with proteinuria , renal insufficiency. (Cr<3 มก/ดล และไม่มี bilateral renovascular HT)
<b>Angiotensin II receptor blocker</b> : heart failure
<b><math>\alpha</math> – blocker</b> : prostatism (BPH) , dyslipidemia
เริ่มโดยการให้ยาออกฤทธิ์ยาว (วันละ 1-2 ครั้ง) ขนาดต่ำ และค่อยเพิ่มขนาดยา การให้ยาขนาดต่ำ ๆ หลาย ๆ ชนิดร่วมกันจะดีกว่าให้ยาขนาดเดียวในขนาดสูง



## เอกสารอ้างอิง

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al.; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. **The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC7 report** . JAMA 2003;289:2560–72.
2. Muzyka B.C., and M. Glick. **The hypertensive dental patient**, JADA 128:1109-1120, 1997
3. Rose L., and D. Kaye. **Internal Medicine for Dentistry**, 2nd ed. C.V. Wesby Co., St. Louis, 1990.
4. Niedle E.N., and J.A. Yagiela. **Pharmacology and Therapeutics for Dentistry**, (3rd Ed.) Mosby, St. Louis. 1989
5. Gage T.W., and F.A. Pickett. **Dental Drug Reference**. Mosby, St. Louise. 1996

แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
(Hypertension)  
โรงพยาบาลเจริญศิลป์

ปรับปรุง ครั้งที่ 2  
พฤศจิกายน 2561  
โดย ทีมสหวิชาชีพ รพ.เจริญศิลป์  
ประธานทีม   
(นพ.สุชาติ ภาดจ่อหอ)

1. กรณีผู้ป่วยรายใหม่

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต  $\geq 140/90$  mmHg  
วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 15 นาที

Mild

Moderate

Severe

BP  $\geq 140/90$   
ไม่มีอาการผิดปกติ

BP  $\geq 140/90$   
แต่ไม่เกิน 180/110 ร่วมกับ มี  
อาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ  
ปวดท้ายทอย วิงเวียน

BP  $\geq 180/110$  ไม่มีอาการ  
ผิดปกติ หรือ มีอาการผิดปกติ  
ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย  
วิงเวียน  
เหนื่อยหอบ

ส่งพบแพทย์ที่  
OPD

ส่งพบแพทย์ที่ ER

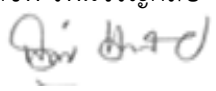
- Rest 30 นาที
- Supportive treatment
- วัด BP ซ้ำ
- รายงานแพทย์

ส่งพบแพทย์ที่ ER

- ถ้า HT เดิมให้ยาเดิมผู้ป่วย
- ถ้าขาดยา ให้ยาเดิมผู้ป่วย
- ถ้าไม่มีประวัติความดัน ให้  
captopril 1 tab o stat
- Rest 30 นาที
- Supportive treatment
- วัด BP ซ้ำ
- รายงานแพทย์
- ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อ  
investigate เพิ่มเติม CT
- Refer

แนวทางการส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี  
ได้แก่

- FBS
- Creatinine
- LDL\*
- Urine micro-albumin/protein\*\*
- Potassium (K) ในกรณี ได้รับยา HCTZ

ปรับปรุง ครั้งที่ 2 : พฤศจิกายน  
2561  
โดย ทีมสหวิชาชีพ รพ.เจริญศิลป์  
ประธานทีม   
(นพ.สุชาติ ภาดจ่อหอ)

หมายเหตุ \*

- กรณีตรวจประจำปีครั้งแรก ให้ส่งตรวจไขมันทั้ง 4 ชนิด

ได้แก่Cholesterol, Triglyceride, LDL, HDL

\*\* ให้ตรวจปัสสาวะโดยใช้ urine protein strip ที่ รพ.สต.ก่อน หาก urine protein strip ผลเป็นลบ จึงส่งปัสสาวะตรวจ urine micro-albumin ที่ห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์  
ถ้าผลเป็นบวก ไม่ต้องส่งตรวจ urine micro-albumin อีก