

ความดันโลหิตสูง : รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกัน มาตรการเฝ้าระวังทางสุขภาพ

ชฎานิต ลือวานิช*

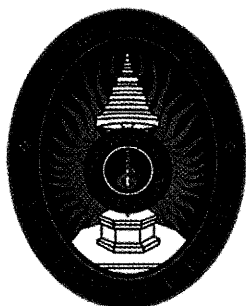
บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ อาจทำให้อวัยวะเป้าหมายของร่างกายหลายอวัยวะ ได้แก่ หัวใจ ไต สมอถูกทำลาย ผู้ป่วยย่อมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง อัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การตรวจคัดกรองความดันโลหิตจึงเป็นบริการสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่งต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมี 4 รูปแบบ คือ ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีความยั่งยืน การอาศัยเครือข่ายทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และข้อเสียของการรับการคัดกรองความดันโลหิต บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมถึงบ้านพบว่าเป็นรูปแบบที่ได้ผลดีที่สุดในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและการสร้างนักเรียนอาสา โดยการคัดกรองความดันโลหิตสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกจะได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ บทความนี้จึงนำเสนอสาระเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองความดันโลหิตสูง ตลอดจนรูปแบบการคัดกรองความผิดปกติดังกล่าว

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรอง รูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตสูง

*โปรแกรมสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

21 หมู่ 6 ถนนเทพกระษัตรี ตำบลรัชฎา อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000 E-mail: chayanit55@hotmail.com



Hypertension: Pattern for Screening the Health Silent Killer

Chayanit Luevanich*

ABSTRACT

Hypertension is a major health problem in the world, both in the developed and developing countries. If patients could not control their blood pressure, it may be a major modifiable risk factor for damaging the target organs such as heart, kidney, and brain. Patients will prone to acute complication from hypertension i.e. cerebral hemorrhage, stroke, heart disease, and renal failure. The complications may be the leading cause of death. Screening and early treatment can significantly reduce the incident and medical care costs. There have 4 screening patterns i.e. the health care volunteers' participation can lead to sustain the hypertension prevention and control; social networks lead the high risk individual has the opportunity to share the screening pro and con, home visit by health care provider is the effective pattern for controlling hypertension, and student volunteers. Moreover, the pre-hypertension people could receive the early treatment in the early stage of illness. Therefore, this article serves to details on hypertension, screening, and the patterns of screening.

Keywords : hypertension screening hypertension screening patterns

*Community Health Program, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University
21 Tepkrasatree Road, Tambon Rasada, Amphor Muang,
Phuket Province, 83000 E-mail: chayanit55@hotmail.com

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (1) โรคดังกล่าวมักพบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ หัวใจ ไต สมองเสื่อมหน้าที่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโอกาเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายร้อยละ 60 - 75 หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20 - 30 ไตวายร้อยละ 5 - 10 สำหรับผู้ที่รอดชีวิตมีโอกาสเป็นอัมพาตสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 5 เท่า เนื่องจากเนื้อสมองตาย โดยคนไทยเสียชีวิตเนื่องจากความดันโลหิตสูงปีละ 48,000 ราย เสียชีวิตชั่วคราวร้อยละ 5 ราย และเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตประมาณปีละ 250,000 คน (2) ดังนั้น การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การคัดกรองความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และให้การรักษาดังแต่ระยะแรกของโรค

การคัดกรองความดันโลหิตเป็นกระบวนการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระการดูแล ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายคนละประมาณ 7,000 - 19,000 บาทต่อปี (3) ในขณะที่ผู้ป่วยในของประเทศสหรัฐอเมริกาเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคปีแรกประมาณ 33,145 บาท ค่าใช้จ่ายในปีที่ 2 ประมาณ 20,125 บาท และหลังจากนั้นเสียค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 14,700 บาท (4) ซึ่งการประมาณค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากไม่ได้ประมาณค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่สามารถคิดเป็นมูลค่าได้ อีกทั้งประชาชนยังตระหนักและให้ความร่วมมือในการรักษา

ตลอดจนการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างน้อย ทั้งที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวได้ หากประชาชนได้รับการค้นหาโรคโดยการคัดกรองและมีการควบคุมความดันโลหิตที่ดี เนื่องจากยังไม่มีกรรวบรวมรูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น บทความนี้จะนำเสนอสาระหลัก 2 ประการ คือ โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง อาการและการแสดง และการคัดกรองความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและแนวทางการคัดกรองความดันโลหิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดระบบบริการที่นำไปสู่การเพิ่มอัตราการรับการคัดกรองความดันโลหิตสูงของประชาชน ตลอดจนการสร้างความตระหนักแก่ประชาชนต่อโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (1) สำหรับประชาชน การให้ความหมายต่อโรคความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันไปจากที่บุคลากรสาธารณสุขให้ความหมาย โดย Klieman (5) กล่าวว่า ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่ยากในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มองโรคเป็นความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จากการวิจัยทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงตั้งแต่ พ.ศ. 2530 - 2550 สามารถสรุปการให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงเป็น 7 กลุ่ม (6) คือ 1) อาการ

ของความดันโลหิตสูงมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เครียด ความวิตกกังวล 2) ความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับเลือดและหลอดเลือด เกิดจากไขมันที่เกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หัวใจต้องออกแรงบีบตัวสูง เปรียบเสมือนท่อน้ำที่มีสนิมเกาะ 3) ความดันโลหิตสูงมักพบควบคู่กับความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ส่งผลให้สมรรถภาพของร่างกายอ่อนกำลังและเสื่อมตามอายุ 4) ความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่บุคคลมีนิสัยชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การทำงาน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็ม การพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่ออกกำลังกาย 5) ความดันโลหิตสูงมักพบร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคอ้วน หอบ โรคหัวใจ โรคทางสายตา โลหิตจาง 6) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจากความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม และ 7) ความดันโลหิตสูงเป็นมาตรการเจ็บ เนื่องจากในระยะแรกของโรคไม่แสดงอาการชัดเจน และเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 95 เป็นความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิ คือ ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (7) โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้ (5)

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factor) ประกอบด้วย ประวัติครอบครัว อายุ เพศ เชื้อชาติ โดยผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มียีนบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษายาววัยทำงาน

ของประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น โดยความดันโลหิตสูงพบบ่อยในช่วงอายุ 30 - 50 ปี อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาชายวัยทำงานของประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้ที่มีอายุ 30 ปี พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.1 อายุ 40 ปี พบร้อยละ 40.4 และอายุ 50 ปี พบร้อยละ 51.3 (8) โดยอายุมีความสำคัญในการทำนายความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีอายุ 20 - 44 ปี ร้อยละ 70.3 ทราบถึงภาวะโรคของตน ขณะที่ผู้ที่มีอายุ 45 - 64 ปี ร้อยละ 86.0 ทราบถึงภาวะโรคของตน และอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 84.3 ทราบถึงภาวะโรคของตน จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญต่อการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย (9) นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงอายุต่ำกว่า 55 ปี เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงสูงกว่าเพศหญิง ช่วงอายุ 55 - 74 ปี ความเสี่ยงของเพศชายและเพศหญิงเท่าเทียมกัน และอายุตั้งแต่ 74 ปี ขึ้นไป เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย จากการศึกษเปรียบเทียบช่วงอายุของเพศชายและเพศหญิง (10) พบว่า ช่วงอายุ 35 - 44 ปี เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย ความดันโลหิตสูงพบในคนผิวดำสูงกว่าคนผิวขาว สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด นอกจากนี้ ยังพบว่า เศรษฐฐานะต่ำ (ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ สิ่งแวดล้อมในสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างยีนและสิ่งแวดล้อม) มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในระดับสูง ผู้ที่มีรายได้ต่ำมีค่าเฉลี่ยของ Systolic สูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐฐานะสูง (11)

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor) ประกอบด้วย ภาวะเครียด อ้วน สารอาหาร

การสูบบุหรี่ โดยความเครียดทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก แต่จากการศึกษาของ Sparrenberger และ Fuehs (12) พบว่า ความเครียดในชีวิต และความโศกเศร้าไม่ได้ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น พฤติกรรมการนั่งติดที่เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (13) จากการศึกษาในชนบทของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงหรือเท่ากับ 27.0 กิโลกรัมต่อตารางลูกบาศก์เมตรมีภาวะเสี่ยงต่อระดับความดันโลหิตสูงถึง 3 เท่า (14) ในขณะที่การศึกษาในชาวจีนฮ่องกง พบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.8 กิโลกรัมต่อตารางลูกบาศก์เมตรเสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิต (15) และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางลูกบาศก์เมตรเสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตเช่นกัน (16)

นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตที่เริ่มสูงเป็นเครื่องหมายสำคัญที่บ่งบอกถึงอวัยวะเป้าหมายในร่างกายถูกทำลาย (17) โดย Systolic สามารถทำนายอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่า Diastolic (18) สารอาหารเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการบริโภคโซเดียมก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ เนื่องจากกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแองจิโอเทนซิน ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตและกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง ดังการสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของคนไทย (19) พบว่า อาหารพื้นบ้านของคนไทยภาคต่าง ๆ นิยมบริโภคกะปิ น้ำปลา ปลาร้า แกงกะทิ จึงดูเหมือนว่าการรับประทานอาหารประเภทดังกล่าวเป็นวิถีไทยที่สืบทอดกันมา คนไทยจึงบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม มัน ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารหรือยาบางชนิดเป็นอีกปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากเชื่อว่าสารนิโคตินและโคเคนมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทันที สำหรับคาเฟอีน ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นนิโคติที่สูบบุหรี่เกิดความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น (20)

นอกจากนี้ยังพบว่าวิถีชีวิตของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะสังคมเมือง กล่าวคือ ประชาชนมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ เคร่งเครียด รับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การใช้สารปรุงรสประกอบอาหาร เนื่องจากการบริโภคเกลือโซเดียม โดยเฉพาะอาหารพื้นบ้านที่ประชาชนนิยมบริโภคมักมีส่วนผสมของกะปิ น้ำปลา ปลาร้า แกงกะทิ กิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกายลดลง การทำงานโดยไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของคนไทยในปัจจุบัน (19) วัฒนธรรมและบริบทของผู้ป่วยมีผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (21) และ พบว่า ภูมิลำเลามีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากพบว่าความดันโลหิตสูงพบบ่อยในผู้ที่มีการเคลื่อนย้ายจากชนบทไปยังเขตเมืองและชุมชนหนาแน่น (22)

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการ ผู้ป่วยมักตรวจพบโดยบังเอิญ เช่น จากการคัดกรองความดันโลหิต การไปรับการตรวจด้วยโรคอื่น ๆ อาการที่แสดงถึงโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ อาการปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก มักปวดบริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะช่วงเช้าหลังตื่นนอนและมักหายไปได้เองหรือค่อย ๆ ดีขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงต่อมา เชื่อว่าเกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้น จึงอาจ

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มึนงง อาจเกิดเนื่องจากเลือดสมองไปเลี้ยงสมองลดลงหรือขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เลือดกำเดาไหล (Epitaxis) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งพบได้น้อย อาการหายใจลำบากขณะออกแรงหรือทำงานหนัก อาจมีอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและอาการอื่น ๆ ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ใจสั่น (23) โดย อาการนำที่พบบ่อยในผู้ป่วย คือ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย คือ หัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนปลาย ไต และตา โดยภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติ อาจมีภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) หรือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดถาวร (Stroke) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ คลำชีพจรหลอดเลือดบริเวณแขนหรือขาไม่ได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง อาจมีประวัติปวดแขนหรือขาหลังใช้งานนาน เช่น เป็นตะคริวบ่อย ปวดน่องขณะเดินมากๆ ตรวจพบหลอดเลือดแดงโป่งพอง ภาวะแทรกซ้อนของไต ได้แก่ การคั่ง

ของของเสียในร่างกาย โดยครีเอตินินมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ $\geq 1+$ หรือไมโครอัลบูมิน และ ภาวะแทรกซ้อนของตา (Retinopathy) ได้แก่ หลอดเลือดในชั้นจอตาแตก มีการซึมผ่านของสารในหลอดเลือดออกมาข้างนอก และ/หรือร่วมกับภาวะจอตาบวม ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ (18,23)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงตาม The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC 7 โดยจำแนกความดันโลหิตสูงเป็น 5 กลุ่ม คือ ระดับปกติ เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงระดับ 1 และ ความดันโลหิตสูงระดับ 2 ดังตาราง 1 (1) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันจำแนกระดับความดันโลหิตสูงโดยยึดเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยจำแนกเป็น 7 กลุ่ม คือ ความดันโลหิตที่ดี ความดันโลหิตปกติ ความดันโลหิตปกติแต่ค่อนข้างสูง ความดันโลหิตสูงระดับ 1 ความดันโลหิตสูงระดับ 2 ความดันโลหิตสูงระดับ 3 และความดันโลหิตช่วงบนสูงเดี่ยว ดังตาราง 2 (24)

ตารางที่ 1 การจำแนกความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (1)

JNC 6	ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	JNC 7
ความดันโลหิตที่ดี	< 120/80	ปกติ
ความดันโลหิตปกติ	120 - 129/80 - 84	เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง
ความดันปกติแต่ค่อนข้างสูง	130 - 139/85 - 89	
ความดันโลหิตสูง	≥140/90	ความดันโลหิตสูง
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	140 - 159/ 90 - 99	ความดันโลหิตสูงระดับ 1
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	160 - 179/100 - 109	ความดันโลหิตสูงระดับ 2
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	≥180/90	

ตารางที่ 2 ระดับความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (24)

กลุ่ม	ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)		ความดันไดแอสโตลิก (DBP)
ความดันโลหิตที่ดี	< 120	และ	< 80
ความดันโลหิตปกติ	120 - 129	และ	80 - 84
ความดันปกติแต่ค่อนข้างสูง	130 - 139	และ	85 - 89
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	≥180	และ/หรือ	≥110
ความดันโลหิตช่วงบนสูง เดี่ยว	≥140	และ	< 90

การคัดกรอง

สืบเนื่องโรคความดันโลหิตสูงมักนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ หลายโรค ดังนั้น การคัดกรองความดันโลหิตและการได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การคัดกรองเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ โดยเป็นกระบวนการคัดแยกบุคคล

ที่มีความเสี่ยงในสถานะต่าง ๆ ทั้งความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงมากหรือเป็นโรค เพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการบริการหรือจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดการยับยั้งหรือชะลอการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อลดโอกาสการเกิดโรค ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งและการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การคัดกรองจึงเป็นกระบวนการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (25) การคัดกรองที่ดีควรเป็น

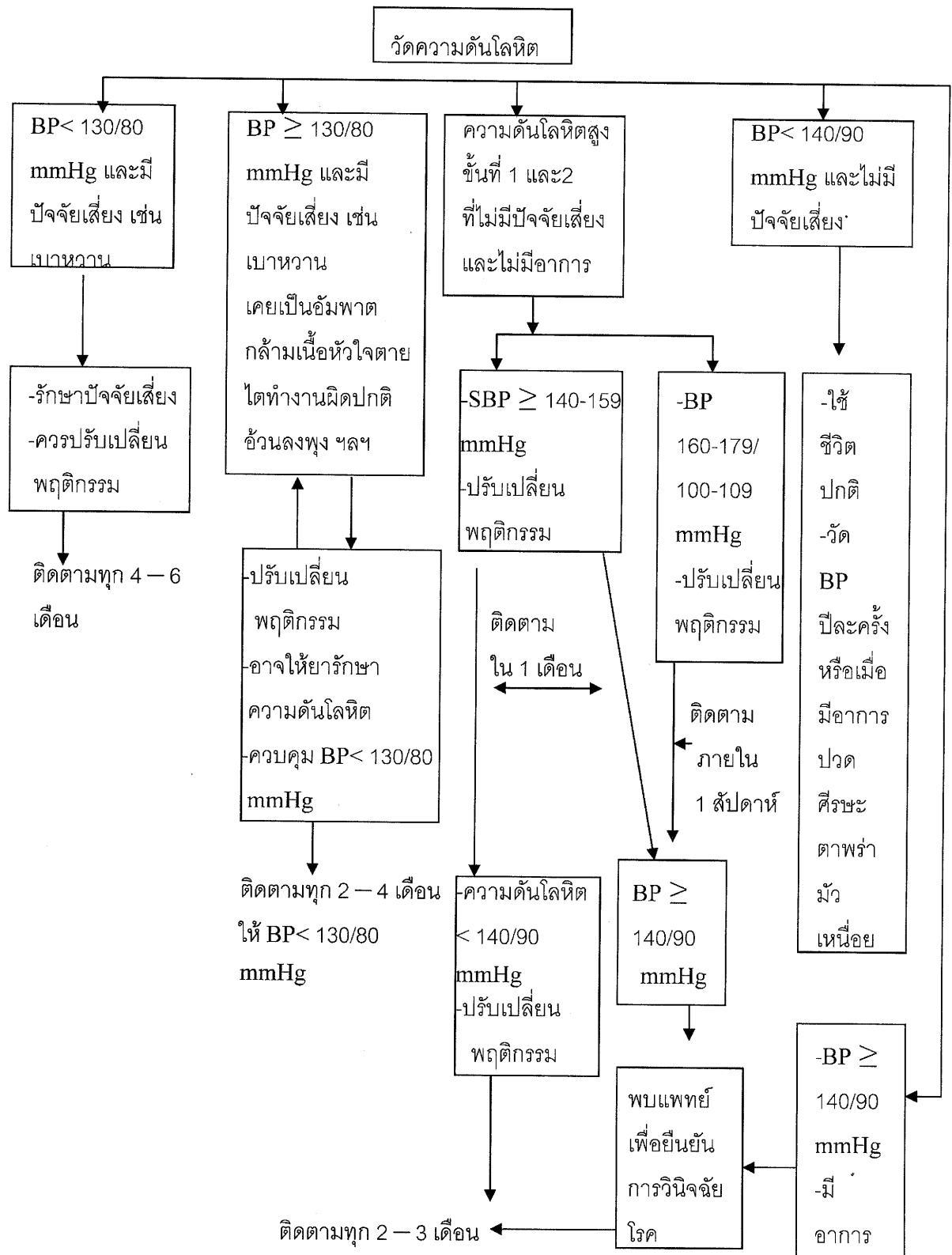
ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงก่อนที่จะเกิดโรค หากเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับน้ำแข็งกลางทะเล (Iceberg) โรคที่ตรวจพบเปรียบเสมือนน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำเท่านั้น ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเปรียบได้กับน้ำแข็งที่อยู่ใต้น้ำซึ่งคอยบั่นทอนสุขภาพอยู่ตลอดเวลา หากรอจนกระทั่งป่วยเป็นโรค อาจสายเกินไปสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (26)

การคัดกรองสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ การคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและการคัดกลุ่มในลักษณะมวลชนซึ่งเป็นการคัดกรองเพื่อค้นหาโรคหรือภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มใหญ่โดยปราศจากการเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง สำหรับการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รักษาสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาว่าอวัยวะสำคัญใดในร่างกายถูกทำลาย ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยหลักการบริหารจัดการการคัดกรองในชุมชน ประกอบด้วย (26) โรคที่ได้รับการคัดกรองควรเป็นโรคที่เป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพ การคัดกรองโรคต่าง ๆ ควรมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับและมีวิธีการที่ได้มาตรฐาน ควรมีการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการคัดกรองอย่างเพียงพอ โรคที่ทำการคัดกรองควรมีช่วงเวลาก่อนที่จะปรากฏอาการของโรค มีวิธีการทดสอบและการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างเหมาะสม วิธีการตรวจควรเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับ ผู้ทำการคัดกรองมีความรู้ถึงธรรมชาติของโรค ควรเป็นโรค

ที่มีนโยบายสนับสนุน และการค้นหาผู้ป่วยควรกระทำอย่างต่อเนื่อง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (24) กำหนดแนวทางการคัดกรอง 2 ลักษณะตามกลุ่มอายุประชากรที่จะต้องได้รับการคัดกรองโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย แบบตั้งรับ เป็นการคัดกรองสำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในสถานศึกษา สถานประกอบการ โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และ แบบเชิงรุก เป็นการคัดกรองสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป บุคลากรสาธารณสุขต้องทบทวนทะเบียนประชากรในพื้นที่ เพื่อแจ้งข่าวการคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายและติดตามให้บริการโดยตรง สำนักพัฒนาวิชาชีพการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการคัดกรองความดันโลหิตสูงขึ้นต้นในผู้ใหญ่เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ประกอบในการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1 (27) เนื่องจากการคัดกรองความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ถือเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติในผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยและลดอัตราการเกิดและอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง (6)

กล่าวโดยสรุป การคัดกรองความดันโลหิตเป็นกระบวนการสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่มีราคาถูกกว่าการรักษา ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแนวทางการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกำหนดเป็นภาระงานที่บุคลากรสาธารณสุขพึงดำเนินการให้บริการสุขภาพเชิงรุก



ภาพที่ 1 แนวการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขั้นต้นในผู้ใหญ่ (27)

รูปแบบการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง หลายหน่วยงานพยายามหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถประมวลรูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตสูงได้ 4 รูปแบบ คือ ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การอาศัยเครือข่ายทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมถึงบ้าน และการสร้างนักเรียนอาสา โดยแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำตำบล

ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดปทุมธานีได้พัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 มี อสม. และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวติดตามดูแลประชาชน กลุ่มที่ 2 มี อสม.ติดตามดูแลประชาชน โดยกลุ่มที่ 1 และ 2 ดำเนินกิจกรรม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เริ่มจากการจัดอบรมประชากรกลุ่มเป้าหมายด้วยกิจกรรมในชุมชนและติดตามดูแลติดต่อกัน 1 ปี และกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนที่ 2 ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการ ส่วนที่ 3 ประเมินผลจากการมีส่วนร่วมของ อสม.และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตลอดจนความยั่งยืนของโครงการด้วยการติดตามผล 3 ครั้ง ผลการประเมินพบว่า กลุ่มที่ 1 ประชาชนมีคะแนนความรู้ในระดับสูงจากการติดตามทั้ง 3 ครั้ง กลุ่มที่ 2 ประชาชนมีแนวโน้มของคะแนนความรู้ขึ้นแต่น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 สำหรับกลุ่มที่ 3 ประชาชนมีแนวโน้มของคะแนนความรู้ลดลงในการประเมินครั้งที่ 3 การให้ความรู้ของ อสม.และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลสุขภาพ

ตนเอง ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ความรู้ดังกล่าวล้วนเป็นความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ หากต้องการความยั่งยืนควรมีการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม.และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้านความคุ้มค่าพบว่า รูปแบบการคัดกรองของกลุ่มที่ 1 มีความคุ้มค่าที่สุดและใช้ต้นทุนต่อหัวน้อยที่สุด ดังนั้น รูปแบบหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีความยั่งยืน คือ ความร่วมมือของ อสม.และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการติดตามดูแลประชาชน ตลอดจนมีงบประมาณสนับสนุนแก่ อสม. (28)

การอาศัยเครือข่ายทางสังคม

การส่งเสริมให้ประชาชนรับการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต แต่มักพบว่าประชาชนมารับการคัดกรองน้อย จากการประยุกต์แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน การคัดกรองโรคกับสมาชิกเครือข่ายเป็นรายบุคคลและการสนทนา แจกคู่มือเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจโรคได้ดียิ่งขึ้น และการติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มทดลองมารับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานร้อยละ 100 และสามารถทำให้ประชาชนรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดกรอง ส่วน

สาเหตุที่ประชาชนมารับการวัดความดันโลหิตสูงสุด คือ มีอาการผิดปกติและบุคลากรสาธารณสุขแนะนำให้มารับการคัดกรอง สำหรับเหตุผลที่ไม่มารับวัดความดันโลหิตสูงสุด คือ ไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมา คือ ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของการคัดกรอง นอกจากนี้ยังพบว่าเครือข่ายทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และข้อเสียของการรับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวาน (29) อีกด้วย

บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมถึงบ้าน

จากการศึกษาการคัดกรองความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่าวิธีการที่ได้ผลดีที่สุดที่สุดในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือ บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมถึงบ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 39.3 ไม่ทราบมาก่อนว่าตนมีภาวะความดันโลหิตสูง (34) นอกจากนี้ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงมักคิดว่าตนไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเวลาอันใกล้นี้ (35) เมื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ความหมายความผาสุก พบว่าผู้ป่วยมักไม่มองว่าระดับความดันโลหิตที่เริ่มสูงจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงนำไปสู่การไม่ไปรับการตรวจซ้ำหรือการมาตรวจตามนัด (36) สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประสบอุปสรรคในการไปรับการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องรักษาตลอดชีวิต ร้อยละ 78 ของผู้ป่วยคิดว่าหากไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ แสดงว่าตนสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ (32) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 72 ผู้ป่วยให้เหตุผลถึงการไม่มารับการตรวจซ้ำเนื่องจากระยะเวลาในการรอตรวจนาน

การสร้างนักเรียนอาสา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการฝึกอบรมนักเรียนอาสาเกรด 7 และ 9 ช่วยคัดกรองความดันโลหิตผู้ที่อาศัยในละแวกโรงเรียนและละแวกบ้าน พบว่านักเรียนทั้ง 2 ชั้นปีมีความสามารถในการคัดกรองความดันโลหิตในผู้ที่อาศัยอยู่ละแวกบ้านของนักเรียนอาสาไม่แตกต่างกัน สำหรับการคัดกรองผู้ที่อาศัยละแวกโรงเรียนพบว่านักเรียนอาสาชั้นเกรด 9 ปฏิบัติได้ดีกว่านักเรียนอาสาชั้นเกรด 7 ส่งผลให้ประชาชนตระหนักถึงการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงขึ้น (37)

นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์ความรู้ความดันโลหิตสูงของประเทศไทย (19) พบว่าสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลประชาชนและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ ความไม่ชัดเจนของรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมทั้งในและนอกโรงพยาบาล ตั้งแต่การประสานงาน การเตรียมความรู้และความพร้อมของบุคลากร โดยส่วนใหญ่มี อสม. เป็นผู้ช่วย แต่ยังขาดการพัฒนาศักยภาพของอสม. ในการสร้างความไว้วางใจและสร้างศรัทธาแก่ผู้มารับบริการ ในส่วนของสถานื่อนามัยพบว่าขาดการประสานงานที่เป็นระบบและเชื่อมโยงระบบที่ครอบคลุม อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เข้าใจบทบาทของตนว่าต้องติดตามผู้ป่วยในประเด็นใดบ้าง ส่วนใหญ่เป็นการทำงานตามหน้าที่ที่ถูกกำหนด เจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจในด้านความรู้และการตรวจรักษา การให้คำแนะนำผู้ป่วยเป็นการให้คำแนะนำโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งการจัดระบบบริการมีความแตกต่างด้านศักยภาพระหว่าง การรับบริการที่โรงพยาบาลและสถานื่อนามัย ส่งผลให้ผู้มารับบริการไม่มั่นใจในบริการที่ได้รับ

การคัดกรองความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่ยังไม่ปรากฏอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้การคัดกรองความดันโลหิตสูงและการรักษาผู้ป่วยแต่เนิ่น ๆ มีความสำคัญต่อการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และยืดอายุขัยอีกด้วย (30) จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยมากกว่า 20,000 ราย พบว่า การลดความดันโลหิตสูงสามารถลดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 15 ลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ร้อยละ 20 และสามารถลดการเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 10 หากสามารถลดระดับความดันโลหิตจาก 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็น 130/85 มิลลิเมตรปรอทสามารถเพิ่มอายุขัยได้ 16.5 – 17.4 ปี (31) ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองความดันโลหิตในผู้ใหญ่ทุกคน อย่างไรก็ตามในการคัดกรองความดันโลหิตไม่ควรอาศัยการวัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียวในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยผู้ป่วยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเกินความเป็นจริง นอกจากนี้ความเที่ยงตรงของเครื่องวัดความดันโลหิตยังมีผลต่อความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค โดยพบว่าเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดแอลลอยด์ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดประมาณ 4 - 6 มิลลิเมตรปรอท พบร้อยละ 32 และคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือ 13 มิลลิเมตรปรอท พบร้อยละ 7 (32) นอกจากนี้ยังพบว่า ความคลาดเคลื่อนจากการวัดความดันโลหิตยังขึ้นอยู่กับเทคนิคการวัด ขนาดผ้าพันแขน หูฟัง แรงดันรั่ว ปรอท ทำในการวัด ตำแหน่งของแขนขณะวัดความดันโลหิต (33)

จากการรายงานของหน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพและคุณภาพของสหรัฐอเมริการายงานว่า การคัดกรองความดันโลหิตและบอกผู้รับการคัดกรองว่าความดันโลหิตสูงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลต่อด้านจิตใจของผู้รับการตรวจคัดกรอง ทำให้ผู้

รับการคัดกรองไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ ขณะ แต่ยังไม่มีการยืนยันที่ชัดเจน (33)

วิจารณ์

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจและไตวาย (23,28) การคัดกรองความดันโลหิตจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการป้องกันโรค ผู้ทำหน้าที่ในการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาของประเทศไทยประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เป็นหลัก บทบาทของชุมชนในการป้องกันหรือลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังมีน้อย อีกทั้ง อสม. มีศักยภาพในการให้คำแนะนำประชาชนที่ตนรับผิดชอบในลักษณะทั่ว ๆ ไป ที่มักได้ยิน ได้เห็น คือ “อย่ากินของเค็ม ของมัน” อีกทั้ง อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการสังเคราะห์ความรู้ความดันโลหิตสูงที่พบว่าระบบการสาธารณสุขไทยยังขาดการพัฒนาศักยภาพ อสม.(19) ซึ่งเป็นผู้ช่วยที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยคำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีความเป็นอยู่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้ การให้ความหมายและประสบการณ์ในอดีตของประชาชน ประชาชนมักให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงจากอาการที่ปรากฏ คือ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หากไม่มีอาการดังกล่าวนี้หมายถึงไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากระยะแรกของโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการผิดปกติ จึงมีความแตกต่างในการให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและ

ประชาชน (5,36) จากการรวบรวมรูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตสูงทั้ง 4 รูปแบบ พบว่า รูปแบบที่น่าจะเหมาะสมกับสังคมไทย คือ ให้เครือข่ายทางสังคมที่อยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรค การคัดกรองโรคแก่สมาชิกในเครือข่ายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงรายบุคคล มีการติดตามเยี่ยมบ้าน แจกคู่มือเกี่ยวกับโรค สามารถสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มเสี่ยง ทำให้กลุ่มเสี่ยงไปรับการคัดกรองในอัตราสูง (29) นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (34) จึงเชื่อว่าหากมีการบูรณาการการคัดกรองความดันโลหิตสูงทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นจะสามารถสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในการพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากสังคมไทยดั้งเดิมเป็นสังคมที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สำหรับการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ระบบการคัดกรองความดันโลหิตของประเทศไทยที่อาศัยอสม. เป็นหลักอาจไม่สามารถสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการคัดกรองความดันโลหิตเท่าที่ควร ขณะเดียวกันสาธารณสุขไทยจะต้องพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่อง (19) พร้อมทั้งต้องอาศัยเครือข่ายทางสังคม สร้างแกนนำอาสาสมัครมากกว่าการพึ่งพา อสม. เพียงกลุ่มเดียว อีกทั้งต้องสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น และต่อเนื่อง ต้องให้ประชาชนรับรู้ปัจจุบันความดันโลหิตเป็นโรคที่ใกล้ตัว เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมนั่นเอง

จากข้อเสนอดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตมีความสำคัญ

ต่อการป้องกันตลอดจนการเฝ้าระวังผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ อย่างไรก็ตามยังคงต้องศึกษาค้นคว้าเพื่อค้นหารูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนวิธีการรณรงค์ที่สามารถเข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เวทิน นพนิทย์ The Professional Association of Thailand ที่อ่านและวิพากษ์นิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Online Resources, [cited 2009 Jan 16]. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7_full.pdf.
2. สุพรรณ ศรีธรรมมา. คนไทย 11 ล. เผชิญความดันสูง สธ.เผย ชม.ละ 5 ราย. Online Resources, [cited 2551 พ.ค. 24]. Available from: http://www.hsri.or.th/achieve/thai_dead_event_5_hr.html.
3. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. สุ่มสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย. Online Resources, [cited 2551 พ.ค. 24]. Available from: http://www.hsri.or.th/achieve/thai_hr.html.

4. Odell, T. W. and Gregory, M. C. : Cost of hypertension treatment. JGIM. Online Resources, [cited 2009 May 22]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/a1143024510w3d/6>.
5. Klieman, A., Eisenberg, L. and Good, B. : Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. Ann. Intern. Med., 88:251-258,1978.
6. สุชีพ เณรนนท์. วัฒนธรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. Online Resources, [cited 2009 Jun 14]. Available from: <http://www.genednetek.or.th>
7. National Hypertension Association. The hypertension epidemic. Online Resources, [cited 2008 Sep 28]. Available from: <http://www.nathypertension.org/what%20it%20means%20to%20you.html>.
8. Shirakawa, T. et. al. : Differential impact of family history on age-associated increase in the prevalence of hypertension and diabetes in male Japanese workers. Hypertens Res.,29(12):81-87,2006.
9. Angell, S. Y. et al. : Prevalence, awareness, treatment, and predictors of control of hypertension in New York city. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 1(1): 46-53,2008.
10. Dong, G. et al. : Prevalence, awareness, treatment, control of hypertension in rural adults from Liaoning Province, Northeast China. Hypertens Res., 30, 70-86, 2006.
11. Grotto, I., Huerta, M., and Sharabi, Y. : Hypertension and socioeconomic status. Curr Opin Cardiol., 23(4): 335-339,2008.
12. Sparrenberger, F., Fuchs, S. C., Moreira, L. B., and Fuchs, F. D. : Stressful life events current psychological distress are associated with self-reported hypertension but not with true hypertension: Results from a cross-sectional population-based study. BMC Public Health 8, 357-365, 2008.
13. Beunza, J. J. et al. : Sedentary behaviors and the risk of incident hypertension. AJH.,20(10):1156-1162,2007.
14. Jiang, J., Kitano, T., Shono, M., Wakamiya, J., and Futatsuka, M., Serial study on the association between body mass index and hypertension in rural Japanese. Environ. Health Pre. Med. 8: 90-94,2003.
15. Ko, G. T. et al : Prediction of hypertension, diabetes, dyslipidaemia or albuminuria using simple anthropometric index in Hong Kong Chinese. Int J. Obes Relat Metab Disord., 23:1136-1142,1999.
16. _____ International diabetes institute: The Asia-pacific perspective: Redefining obesity and treatment. International diabetes institute, Victoria. p. 23, 2000.
17. Delles, C. : Risk factors and target organ damage: Is there a special case for prehypertension?. J. Hypertens., 26(12):2268-2270,2008.

18. Gu, D. et al. : Blood pressure and risk of cardiovascular disease in Chinese men and women. *AJH.*, 21(3): 265 - 272, 2008.
19. นิวัติ อุณภพพันธุ์ และ คณะ : สังเคราะห์ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงฉบับรู้ทันผู้ป่วย.ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, นครราชสีมา. หน้า 40-48,2551.
20. Zhu, H. et al. : Cardiovascular characteristics in American youth with prehypertension. *AJH.*, 20(10): 1051-1057, 2007.
21. Wissen, K., Litchfield, M. and Maling, T. : Living with high blood pressure. *JAN.*, 27(3):567-574,1998.
22. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. ว.วิจัยระบบสาธารณสุข 2(1):880-885,2551.
23. ผ่องพรรณ อรุณแสง: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. คลังนาโนวิทยา, ขอนแก่น. หน้า 225,2549.
24. แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปและแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. หน้า1, 2549.
25. แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. หน้า 7-10, 2552.
26. รุ่งทิพย์ วรรณวิมลสุข. (2545). ตรวจสอบภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่. Online Resources, [cited 2009 Nov 14]. Available from: <http://www.thaiclinic.com/medbible/healthexam.html>.
27. แนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. หน้า 13, 2550.
28. จิราพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, นุชนาท บุญต่อเติม และ ปราบณายศพล: การประเมินผลพัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดปทุมธานี. สามเจริญพาณิชย์, นนทบุรี. หน้า 25,2550.
29. รัชนิทร สาธุเสน: ประสิทธิภาพของเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมเข้ารับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอตาก.[cited 2009 July 16]. Available from: http://www.stkc.go.th/library.app_pshp&id= 44798.
30. Littenberg, B., Garber, A. M. and Sox, H. C. Screening for hypertension. Online Resources, [cited 2009 Jan 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/2136982>.
31. Sheridon, S., Pignone, M. and Denahue, K. Hypertension (Screening, counseling, and treatment). *Lancet*. [serial on the [cited 2009, January 16]. Available from: <http://www.businessgrapehealth-org/benefitsttopics/topics/purchasers/condition specific/evidencstatement/hypertension es.pdf>.

32. Pater, C. : Beyond the evidence of the new hypertension guideline. Blood pressure measurement-is it good enough for accurate diagnosis of hypertension? Time might be in, for a paradigm shift (I). Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine 6:1-14,2005.
33. Screening for hypertension. [cited in 2009 Jan 26]. Available from: http://www.ahrg.gov/clinic/2_wdcps/hyperten.pdf.
34. Stahl, S. M., Lawrie, T., Neill, P. and Kelley, C. : Motivational interventions in community hypertension screening. AJPH., 67(4): 345-352,1977.
35. Wanger, E. H., et. al: Hypertension control in a rural biracial community: Successes and failures of primary care. AJPH., 70(1):48-55,1980.
36. Bloom, J. R. and Monterossa, S. : Hypertension labeling and sense of well-being. AJPH. 71(11):1228-1232,1981.
37. Johnson, C. B., Meyers, A. W., Schleser, R. and Thackwray, D. : The role of student volunteers in door to door hypertension screening. J Commun Health, 9(3):206-215,1984.