

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลทุ่งหัวช้าง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูนครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารต่างๆ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การแพทย์พหุลักษณะ
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. บริบทโรงพยาบาลทุ่งหัวช้างในด้านงานสร้างเสริมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การแพทย์พหุลักษณะ

สุขภาพเป็นปรากฏการณ์ทางชีววัฒนธรรม (Biocultural Phenomenon) แนวคิดเรื่องสุขภาพในแต่ละสังคมจึงเป็นผลจากปัจจัยทั้งทางชีวภาพ จากระบบวิถีคิด และวิถีทำความเข้าใจโลก วัฒนธรรมสุขภาพในสังคมต่างๆ จึงมีความแตกต่างหลากหลาย และมีใช่เฉพาะแต่วัฒนธรรมเท่านั้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แม้แต่กระบวนการชีววิทยาของมนุษย์ในแต่ละสังคมก็มิได้มีลักษณะสากลเหมือนกันทุกสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)

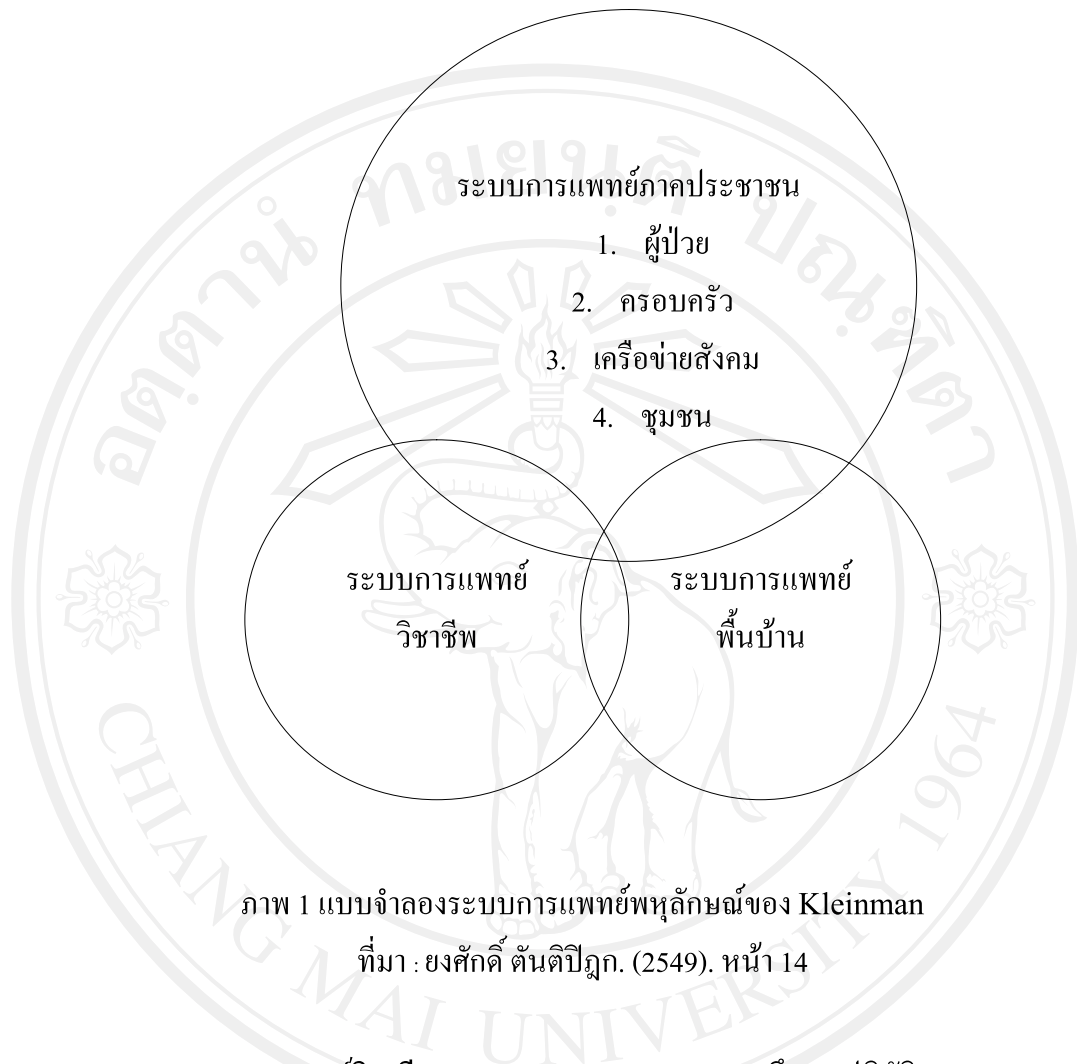
ปัญหาความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์พื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จึงได้พยายามแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ และการมีสุขภาพที่ดี โดยมนุษย์จะทุ่มเท พยายามเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและโรคภัยต่างๆ ความรู้ความเข้าใจที่ได้จะถูกสั่งสมเป็นแนวคิด และเป็นระบบทฤษฎีที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วย และใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น องค์ความรู้ที่ได้ในแต่ละครั้งจะถูกสะสมและสืบทอดเป็นแบบแผนต่อกันมา โดยรูปแบบมีลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม ขณะเดียวกันองค์ความรู้ก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งเป็นรากฐานของแนวคิดเรื่องพหุลักษณะทางการแพทย์ (Medical Pluralistic) ในทางมานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical

Anthropology) ว่า ในแต่ละสังคมจะมีระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย อยู่มากกว่าหนึ่งระบบ หรือที่เรียกกันว่า ระบบการแพทย์พหุลักษณะ โดยมีระบบวิถีคิด ทฤษฎี และ วัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ซึ่งพบอยู่ทุกสังคมทั่วโลก ทั้งนี้เกิดจากข้อเท็จจริงที่ว่าไม่มี ระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทุกมิติ คือทั้งสามารถเยียวยารักษาโรคต่างๆ ทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อความคับข้องใจของมนุษย์ได้ทุกด้าน สร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง มีราคาถูก และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์นั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในขณะที่มนุษย์มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่แตกต่างกันหลากหลายและเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เช่น การรักษาพยาบาลตามแบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งอาจมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยบางประการได้อย่างเหมาะสม แต่ มักเป็นมิติมุมมองของฝ่ายวิทยาศาสตร์ และมักมองสุขภาพในฐานะของการรักษาโรคภัยไข้เจ็บแบบ “แยกส่วน” มองมนุษย์เป็นปัจจัยทางชีวเคมี ไม่มีการมองแบบ “องค์รวม” ที่ประกอบด้วยกาย ใจ และ จิตวิญญาณ ในขณะที่การแพทย์ระบบดั้งเดิมในสังคมนั้น อาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมจิตวิทยาบางอย่างได้ การศึกษาด้านสุขภาพโดยใช้มิติมุมมองของฝ่ายสังคมศาสตร์ที่ระบบการแพทย์มีหลากหลาย หรือที่เรียกว่า การแพทย์พหุลักษณะนั้น ยังไม่ได้รับการศึกษาเท่าที่ควร ในปัจจุบันประชาชนจะมองหาการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีการยอมรับมากขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ของไทย มีการส่งเสริมให้มีการดำเนินการพัฒนาภูมิปัญญาทางการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวด ประสานเข้ากับระบบบริการแพทย์ปัจจุบัน

Arthur Kleinman นักมานุษยวิทยาการแพทย์คนหนึ่งกล่าวถึงการแพทย์พหุลักษณะ โดยได้อธิบายโครงสร้างและหน้าที่ของระบบการดูแลสุขภาพในฐานะระบบวัฒนธรรม โดยระบบการแพทย์จะประกอบด้วยระบบวัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบของการให้ความหมายและบรรทัดฐานทางพฤติกรรม รวมทั้ง สิ่งที่เชื่อมโยงระบบเหล่านี้ ซึ่งก็คือความสัมพันธ์ทางสังคมและสถาบันทางสังคมต่างๆ ระบบวัฒนธรรมโดยนัยของ Kleinman เป็นระบบของความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่ปรุงแต่งความจริงของสังคม (social reality) และประสบการณ์ของบุคคล (personal experience) และเป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยภายนอกของระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และประวัติศาสตร์) กับปัจจัยภายในของระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรม และ กระบวนการสื่อสาร) ดังนั้นระบบวัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดระบบการแพทย์ที่แตกต่างกัน เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลที่แตกต่างกัน

Kleinman ยังเสนอแบบจำลองของการแพทย์พหุลักษณะที่มี 3 ภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องและทับซ้อนกันได้แก่ ภาคประชาชน (popular sector) ภาคพื้นบ้าน (folk sector) และภาควิชาชีพ (professional sector) โดยปัจเจกและกลุ่มคนต่างๆ ในแต่ละภาคส่วนมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันได้ โดยผ่านคำอธิบายที่มาจากแนวคิดเกี่ยวกับ “ the social and cultural construction of the illness experience” ซึ่งทำให้มีการประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้แตกต่างกันตามสังคมนวัตกรรมที่แตกต่างกัน เมื่อประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ต่างกัน ก็ย่อมประกอบสร้างกลวิธีและเกณฑ์ในการตัดสินใจในการรักษาความเจ็บป่วยนั้นแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นในมุมมองของ Kleinman วัฒนธรรมซึ่งมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ ทำให้มีการประกอบสร้างความจริงได้หลากหลาย เพราะมนุษย์ให้ความหมายกับความจริงที่แตกต่างกัน ดังนั้นความเชื่อที่ว่าเมื่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์พัฒนามากขึ้นแล้ว รูปแบบการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยจะเหลือน้อยลง จนกระทั่งมีการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์รูปแบบเดียวนั้น ปัจจุบันพิสูจน์ได้ว่าไม่เป็นความจริง ยิ่งสังคมเปลี่ยนไปเป็นสังคมเปิด มีการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสารเข้ามาจำนวนมาก การแพทย์พหุลักษณะก็จะมีมากขึ้น โดยครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้าน และภาคประชาชน ซึ่งแบบจำลอง ของการแพทย์พหุลักษณะของ Kleinman แสดงดังภาพที่ 1 (Kleinman A.,1978 อ้างใน ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2549)

ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Medical Pluralistic) เป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง นักมานุษยวิทยาเห็นข้อเท็จจริงซึ่งปรากฏเหมือนกันทุกสังคมทั่วโลกว่า ในสังคมหนึ่งๆ ย่อมมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบเสมอ ไม่ว่าจะสังคมนั้นจะเป็นสังคมสมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์อย่างมาก หรือจะเป็นสังคมดั้งเดิมที่ห่างไกลจากความทันสมัยก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะ โดยความจริงแล้ว ไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียว ที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวของมันเอง จนสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างบริบูรณ์ในทุกมิติ และสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคมได้(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ซึ่งระบบการแพทย์พหุลักษณะประกอบด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ข; เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2548; ปรียา ตันติพัฒนานันต์, 2545; เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2540; เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2542)



ภาพ 1 แบบจำลองระบบการแพทย์พหุลักษณะของ Kleinman

ที่มา : ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2549). หน้า 14

**1. ระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional Sector)** หมายถึงการปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะสำคัญประกอบด้วย

1.1 ระดับการศึกษา ที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพ มีวิทยาการทางการแพทย์ขั้นสูง ต้องเป็นความรู้ในขั้นสูงมิใช่ความรู้ในระดับทั่วไปและมีเวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมการแพทย์แบบตะวันตก เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย

1.2 มีจรรยาบรรณทางวิชาชีพ เพื่อเป็นกรอบความประพฤติ บรรทัดฐานที่ควบคุมผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนั้น

1.3 มีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ เพื่อแสดงถึงความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพอย่างถูกต้องได้มาตรฐานวิชาชีพ

1.4 มีการจัดตั้งองค์กรที่เป็นทางการและซับซ้อนในระบบราชการ

1.5 มีสมาคมวิชาชีพ เป็นการรวมกลุ่มคนในวิชาชีพเดียวกัน มีฐานะเป็นองค์กร

ทางสังคมที่ทำหน้าที่ประสาน และควบคุมสมาชิกในวิชาชีพของตน

1.6 การควบคุมตนเองในกลุ่มวิชาชีพ เป็นการตั้งเกณฑ์ในการควบคุม วิธีการในการลงโทษสมาชิกที่ดำเนินการผิดหลักการความรู้ หรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

**2. ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (Popular Sector)** เป็นระบบที่ได้รับการเรียนรู้ที่จะรักษาโรคจากการแพทย์วิชาชีพ และระบบการแพทย์พื้นบ้าน โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และวิธีการรักษา โดยอาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประชาชน เมื่อมีการประสบความสำเร็จในการรักษากับวิธีใดมักมีการเล่าสู่ และมีการแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการของโรคแบบเดียวกันในการรักษาต่อไปอีก เป็นข้อสรุปความรู้และวิธีการรักษาสำหรับการแนะนำญาติพี่น้องและคนในชุมชน รวมทั้งการงดอาหารที่เข้าใจว่าแสดงต่อโรค การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การซื้อหายากินเอง

**3. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector)** หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบวิชาชีพ เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่น ไม่มีมาตรฐานแน่นอน เป็นการรักษาเฉพาะกลุ่ม ไม่มีองค์กรที่เป็นทางการ เป็นความเชื่อที่มีการสืบทอด มีความหลากหลายในรูปแบบ และมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ เช่น หมอแผนโบราณ หมอผี หมอไสยศาสตร์ ซึ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านจะมี 4 ระบบย่อย คือ

3.1 การแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นกระบวนการพื้นฐานที่สุดและดั้งเดิมที่สุดในการแสวงหาทางออกแก่ปัญหาสุขภาพ ยังคงเกิดขึ้น ดำรงอยู่และมีการผลิตใหม่อยู่ตลอดเวลาไม่มีวันสิ้นสุด การแพทย์แบบนี้ มีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์ของท้องถิ่นเป็นสำคัญ จึงมักมีความแตกต่างกันระหว่างท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่มีสภาพทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

3.1.1 การรักษาด้วยยากลางบ้าน เป็นความรู้ที่ชาวบ้านมีอยู่ และใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่รู้จักกันโดยทั่วไป ปกติมักใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือปลูกไว้ตามบริเวณบ้าน ส่วนใหญ่มักเป็นของหาง่ายใกล้มือ และมักใช้กับโรคทั่วไปที่พบบ่อย หรือแม้แต่ในชีวิตประจำวัน

3.1.2 แบบแผนการปฏิบัติเฉพาะตัว ในวัฒนธรรมหนึ่งๆ มักมีแบบแผนการปฏิบัติตัวสำหรับในกรณีที่มีการผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งที่พบบ่อยที่สุดในทุกวัฒนธรรม คือ ข้อห้ามต่างๆ ในภาวะการเจ็บป่วยหนึ่งๆ หรือแม้แต่ในช่วงสำคัญของชีวิตเช่น หลังคลอดบุตร ชาวบ้านจะมีข้อปฏิบัติเฉพาะ ซึ่งอาจเป็นข้อห้ามในเรื่องการกินอาหาร มิให้กินอาหารบางชนิด หรือข้อห้ามอื่นๆ ตัวอย่างที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ แบบแผนการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ในชนบทไทยจะถูกห้ามมิให้ทานอาหารหลายชนิด เช่น อาหาร

หวาน อาหารมัน ห้ามมิให้ไปดูคนอื่นคลอดลูก หลังคลอดลูกจะถูกจัดให้อยู่ไฟ คือต้องกินน้ำร้อน ต้องนอนผองไฟ เพื่อให้ลมคูลูกเข้าอุ้ง เป็นต้น ข้อปฏิบัติเหล่านี้บางอย่างสอดคล้องกับเหตุผลทาง วิทยาศาสตร์ เช่น การเพิ่มอุณหภูมิร่างกายหลังคลอดจะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดี อุณหภูมิที่ สูงขึ้นจะทำให้การหดตัวของมดลูกนั้นดีขึ้นด้วย

3.1.3 การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์ การรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านได้แก่ หมอ พื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรค หรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆ มา โดยเฉพาะ หมอพื้นบ้านมักมิได้ศึกษาทฤษฎีการแพทย์ใดๆ มาอย่างเป็นระบบ แต่อาศัยการสังเกต และจดจำจากการบอกกล่าว ซึ่คความสามารถจึงอยู่ในขอบเขตที่ตนรู้ ตัวอย่างของหมอพื้นบ้าน ได้แก่

3.1.3.1 หมอยาต้ม – ยาฝน ใช้สมุนไพรในการรักษา

3.1.3.2 หมอกระดูก รักษากระดูกหัก หรือข้อเคลื่อน โดยการใส่ เฝือกขโลมน้ำมัน หรืออาจใช้เวทมนตร์ประกอบ

3.1.3.3 หมอดำแย ทำคลอดแก่หญิงมีครรภ์

3.1.3.4 หมอนวด รักษาอาการปวดเมื่อย

3.1.3.5 หมอที่รักษาโรคเฉพาะอื่นๆ เช่น หมอรักษางูกัด หมอ

รักษาโรคริดสีดวงทวาร

ความรู้ในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์นั้น ถักร้อยอยู่ในเครือข่ายสังคมซึ่ง เปรียบเสมือนกับตาข่ายที่เป็น โครงสร้างให้ความรู้ทางสุขภาพเหล่านี้เกาะยึดอยู่ ครอบครัวยุคและเครือ ญาติจึงเป็น โครงสร้างที่สำคัญที่สุดในการสืบทอดความรู้เหล่านี้ แต่ในปัจจุบัน โครงสร้างทาง ครอบครัวยุคใหม่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ จะทำให้กระแสการสืบทอดชุดของความรู้ทางการแพทย์ประสบการณ์นี้ขาดช่วงไป

3.2 การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ การแพทย์แบบนี้มีแนวคิดมาจาก การที่มนุษย์พยายามที่หาคำตอบว่าทำไมปรากฏการณ์ต่างๆ จึงเกิดขึ้นกับบุคคลหรือสังคมหนึ่งๆ อย่างเฉพาะเจาะจง วัฒนธรรมดั้งเดิมจึงได้สังเคราะห์โลกทัศน์ชุดหนึ่งขึ้น เพื่อให้คำอธิบายสำหรับ คำถามเช่นนี้ โดยการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับอำนาจเหนือธรรมชาติที่เปรียบเสมือนพลัง ที่จับดันให้สภาพสิ่งแวดล้อมไปตามเจตจำนงที่อยู่เหนืออำนาจการควบคุมของมนุษย์ อำนาจ เหนือธรรมชาติเหล่านี้ดำรงอยู่และสามารถคลบนัดลให้สิ่งต่างๆ อุบัติขึ้นภายใต้กฎเกณฑ์ที่ แน่นนอนระดับหนึ่ง และเพื่อความอยู่รอด มนุษย์จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์เหล่านั้น และ

ปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ขัดแย้งต่อเจตจำนงแห่งอำนาจศักดิ์สิทธิ์ อันจะช่วยป้องกันภัยพิบัติแห่งตน

โลกในมโนคติแบบอำนาจเหนือธรรมชาติ จึงประกอบขึ้นด้วยด้านที่เป็นวัตถุธรรม ได้แก่ องค์ประกอบทางกายภาพต่างๆ กับด้านนามธรรมที่เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจบงการความเป็นไปของสรรพสิ่ง การรักษาแบบอำนาจเหนือธรรมชาติมี 2 แบบ คือ การเซ่นไหว้บูชาผี ซึ่งวิญญูณศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้เรียกขานแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น ผีปู่ตา ผีตาแฮกในภาคอีสาน ผีเจ้านายในภาคเหนือ โดยผีหรือวิญญูณศักดิ์สิทธิ์ทำหน้าที่คอยปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตามครรลองที่ถูกตั้ง โดยจะทำโทษผู้ที่ทำการละเมิด หรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือกฎเกณฑ์ความถูกต้องที่สังคมหนึ่งนั้นยึดถือ อีกวิธีคือการรักษาด้วยหมอผี หรือหมอธรรม ที่รักษาโรคอันเกิดจากผีกระทำ โดยการปราบผีด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เวทมนตร์อาคาต่างๆ การรด ประพรม หรืออาบน้ำมนต์ เป็นต้น ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น เป็นระบบการแพทย์บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม โดยถือว่าปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยมีรากเหง้ามาจากความขัดแย้งทางสังคม ปรัชญาการรักษาโรคจึงเป็นการใช้ปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นมาตรการควบคุมและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในสังคม โดยเจตจำนงมุ่งไปที่การจัดระเบียบทางสังคม เพื่อให้องค์ประกอบในสังคมดำเนินอยู่ในจารีตและครรลองที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับความสมดุลของทั้งระบบ ทั้งมิติของจิตวิญญาณ มิติทางสังคม และมิติทางนิเวศวิทยา

3.3 การแพทย์แบบโหราศาสตร์ การแพทย์แบบนี้ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมพราหมณ์ ซึ่งมีวิธีคิดที่สลับซับซ้อน เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง โดยมีกรอบวิธีคิดที่ว่า สภาพสิ่งแวดล้อมในจักรวาลล้วนแต่สัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ด้วยเงื่อนไขความสัมพันธ์ที่สามัญสำนึกไม่อาจหยั่งรู้ได้ ทั้งนี้การดำรงอยู่และการเคลื่อนไหวของสรรพสิ่งเป็นไปตามชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งในจักรราศี การจะทำความเข้าใจในภาวะปัจจุบันและทำนายอนาคตต้องใช้เครื่องมือคือ โหราศาสตร์ และถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์ที่จะต้องเกิดขึ้นของเจ้าชะตา ชีวิตจะมีความแปรปรวนขึ้นลง ที่บางครั้งจำเป็นต้องทำการสะเดาะเคราะห์ หรือกิจกรรมรูปแบบอื่นๆ เพื่อปรับเปลี่ยนหันเห หรือผ่อนหนักเป็นเบา ระบบการแพทย์นี้จึงเป็นระบบที่เหมาะสมสำหรับมนุษย์ที่ต้องการการประคับประคองจิตใจ สามารถเป็นที่พึ่งที่อบอุ่นใจได้

3.4 การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย ซึ่งในทางทฤษฎีธาตุยึดถือเหมือนกับอินเดียว่า ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการคือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ความเจ็บป่วยต่างๆ มีสาเหตุมาจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 การเยียวยาจึงต้องทำให้เกิดภาวะสมดุลขึ้น โดยการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุได้จำแนกสรรพสิ่งซึ่งเป็นเภสัชสารออกเป็นหมวดหมู่ ซึ่งมี

คุณสมบัติเฉพาะเพื่อกระทำโดยตรงต่อความแปรปรวนของธาตุโคธาตุนั้น เพื่อให้กลับมา มีความสมดุลดั้งเดิม

## 2. โรคความดันโลหิตสูง

### 2.1 ความหมาย

ค่าความดันโลหิตมีอยู่ 2 ค่า คือ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) ซึ่งในคนปกติมีค่า 120 มม.ปรอท และ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) ซึ่งในคนปกติมีค่า 80 มม.ปรอท การเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ ภาวะความดันในหลอดเลือดแดง สูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 140 มม.ปรอท หรือ การมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่า 90 มม.ปรอทหรือทั้งสองค่ามีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2545ก) ซึ่ง Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตไว้ในรายงานฉบับที่ 7 (JNC 7) เป็น 4 ระดับดังนี้

ในคนปกติ ระดับความดันโลหิตจะมีค่า SBP น้อยกว่า 120 มม.ปรอท และ DBP น้อยกว่า 80 มม.ปรอท หากค่าความดันโลหิต SBP สูงกว่า 120 มม.ปรอท และ ค่า DBP สูงกว่า 80 มม.ปรอท จะถือว่าเริ่มมีอาการผิดปกติของความดันโลหิต ซึ่งตามเกณฑ์ของ JNC 7 ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิต SBP อยู่ในช่วง 120-139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP อยู่ในช่วง 80-89 มม.ปรอท จะถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต ซึ่งกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิต SBP อยู่ในช่วง 140-159 มม.ปรอท หรือ DBP อยู่ในช่วง 90-99 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงระดับที่ 1 ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตโดย SBP เท่ากับหรือมากกว่า 160 มม.ปรอท หรือ มี DBP เท่ากับหรือมากกว่า 100 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงระดับที่ 2 ซึ่งผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงทั้งระดับที่ 1 และระดับที่ 2 จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ต่อไป (Joint National Committee, 2003) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปตามวิธีการของ JNC 7

ระดับความรุนแรง	systolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)	diastolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	< 120	และ < 80
prehypertension	120 – 139	หรือ 80 - 89
Stage 1 hypertension	140 – 159	หรือ 90 - 99
Stage 2 hypertension	> 160	หรือ ≥ 100

ที่มา : Joint National Committee (2003). หน้า 5

## 2.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ เนื่องจากหากเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง จะไม่มีอาการแสดงใดๆ ปรากฏให้เห็น แต่อาจมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงรุนแรงจะมีอาการต่อไปนี้ คือ (Health and Age, 2003; สมชาติ โฉมฉาย และอรุณรัตน์ สุวจิตตานนท์, 2536)

2.2.1 ปวดศีรษะรุนแรง อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อยอย่างที่เข้าใจกัน โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้าและอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง และอาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.2.2 มีอาการสับสน

2.2.3 ปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine) อาการปวดศีรษะข้างเดียว และความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมากกว่าคนปกติ และผู้ที่ มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวก็พบว่า เป็นโรค ความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียว

2.2.4 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออก โดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้เป็นปกติ

นอกจากนี้อาการอื่นๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ ตาพร่า สับสน และชัก

## 2.3 ชนิด สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมี 2 แบบใหญ่ๆ คือ (วีรบุรุษ รอบสันติสุข, 2549; อภิชาติ สุคนธรสรณ์, 2548; Cardio lectures, 2542; Health and Age, 2003)

2.3.1 ความดันโลหิตสูงชนิด Essential (primary) hypertension ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบ Essential พบมากกว่า 95 % ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงแบบนี้จะพบเพิ่มขึ้นตามอายุ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และ พบในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองมากกว่านอกเมือง สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่พบว่ามีส่วนประกอบจากหลายปัจจัย เริ่มจากพันธุกรรม และรวมถึงภาวะแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

2.3.1.1 ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว พบว่า ถ้าพ่อหรือแม่หรือพี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง โอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็จะสูงด้วย

2.3.1.2 การมีระดับไนตริกออกไซด์ต่ำ สารตัวนี้จะมียู่ตามธรรมชาติในคน โดยจะมีผลในการขยายเส้นเลือด จากการศึกษพบว่า คนอเมริกันผิวดำจะมีสารตัวนี้ต่ำ ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย

2.3.1.3 การมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐานหรืออ้วน คนอ้วนหรือคนที่ มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ มีน้ำหนักตัวปกติ

2.3.1.4 ปัจจัยทางด้านโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มจัดกว่าปกติ จากการใช้เกลือ เกลือแกง น้ำปลา มากเกินไป เพราะ การกินเค็ม มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายด้วย เช่น ทำให้ผนังของหัวใจหนาตัวขึ้น ทำให้ไตทำงานมากขึ้น เป็นต้น ปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ มากเกินไป การรับประทานอาหารที่มีไขมันคุณภาพต่ำ เป็นต้น

2.3.1.5 ความเครียด

2.3.1.6 การขาดการออกกำลังกาย

2.3.1.7 ความไวในการตอบสนองต่ออินซูลิน ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอินซูลินบางอย่างเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออินซูลิน พบว่าหากร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินมากเกินไป จะมีผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้บ่อย ทำให้ร่างกายมีความต้านทานในเส้นเลือดมากขึ้น และต้องปรับตัวให้มีปริมาณเลือดมากขึ้น โอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีมากขึ้น

2.3.2 ความดันโลหิตสูงชนิด Secondary hypertension มีสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายชนิด ที่พบบ่อยได้แก่ โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing's syndrome ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์มากและยาวนาน (พบประมาณ 10 % ของผู้ป่วยชนิดนี้) การดื่มกาแฟมากๆ (มากกว่า 5 แก้วต่อวัน) การใช้สารเสพติด เช่น โคเคน และการสูบบุหรี่

สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองแบบ ได้แก่ การมีอารมณ์ไม่แจ่มใส โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าและกระวนกระวาย ปัจจัยทางสังคม เช่น คนอเมริกันผิวดำซึ่งมักจะมีวิถีชีวิตที่เครียด เก็บกด เนื่องจากการถูกดูถูกเหยียดหยาม การมีความยากจน และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

## 2.4 การวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2545ค ; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2545 ; คณะทำงานการบริหารการะโรค เขตภาคเหนือตอนบน, 2549)

### 2.4.1 การซักประวัติ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทราบสิ่งต่างๆ ดังนี้

2.4.1.1 ประวัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น เช่น ทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็น ลักษณะของความดันโลหิตสูง หากเคยได้รับการรักษามาก่อน ควรทราบชนิดของยาที่เคยรับประทาน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงใด รวมทั้งฤทธิ์ข้างเคียงของยา ประวัติโรคอื่นที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย เช่น หอบหืด ซึ่งต้อง หลีกเลี่ยงการใช้  $\beta$ -blocker โรคเก๊าท์ ที่ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาขับปัสสาวะ ประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งต้องนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4.1.2 ประวัติของโรคต่างๆ ที่พบในครอบครัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนว่าผู้ป่วยน่าจะเป็น โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวาน และโรคเก๊าท์ เพราะเป็นข้อพิจารณาหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดความดันโลหิตบางกลุ่ม

2.4.1.3 ประวัติเสี่ยงที่มี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (ระยะเวลาและปริมาณที่เสพ) การออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม อายุขณะที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.4.1.4 อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายของอวัยวะต่างๆ แล้ว เช่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขาชั่วคราวหรือถาวร ตามัว หรือตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว ปัสสาวะบ่อยกลางคืน บวมที่เท้าเวลาบ่ายหรือเย็น ปวดขาเวลาเดินทำให้ต้องพักจึงจะเดินต่อไปได้

2.4.1.5 อาการที่บ่งชี้ว่า จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ เช่น ระดับความดันโลหิตขึ้นๆลงๆ ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพักๆ

## 2.4.2 การตรวจร่างกาย มีจุดมุ่งหมายดังนี้

2.4.2.1 ตรวจยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง ร่วมกับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ต้องมีวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่สูงอย่างถาวร อาจต้องทำการวัดอย่างน้อย 3 ครั้งห่างกันประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะในรายที่ความดันโลหิตสูงไม่มาก และตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่แสดงว่ามีการทำลายของอวัยวะต่างๆ จากโรคความดันโลหิตสูง

2.4.2.2 ตรวจหาร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจห้องซ้ายล่างโต (left ventricular hypertrophy – LVH) ขาบวมร่วมกับซีด (chronic kidney disease – CKD) แขนขาหรืออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งร่วมกับอาการปากเบี้ยวไปฝั่งตรงข้าม ซิฟรที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งเบาพร้อมกับประวัติของการสูบบุหรี่ (atherosclerosis) ความผิดปกติของจอตา (retinopathy) เช่น หลอดเลือดที่จอตาเล็กกลวง หรือ ผนังหนาตัวขึ้นอาจร่วมกับการมีเลือดออกเกิดปฏิกิริยาที่จอตาหรือประสาทตาบวม (papilledema) เป็นต้น

2.4.2.3 ตรวจหาร่องรอยที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ เช่น พบก้อนในท้องส่วนบน 2 ข้าง (poly cystic kidney disease) ซิฟรของแขนหรือขาหรือคอข้างหนึ่งข้างใดหายไปหรือเบาลง ซิฟรแขนซ้ายเบาพร้อมกับซิฟรที่โคนขา 2 ข้างเบาในผู้ป่วยอายุน้อย (coarctation of aorta) เสียงฟู่ในท้องส่วนบนใกล้กลางหรือบริเวณหลังส่วนบน 2 ข้าง (renal artery stenosis) กล้ามเนื้อแขนและขาหรือหรือต้นคออ่อนแรง (primary aldosteronism) พบความผิดปกติของหลอดเลือดที่จอตา (hemangioma) ร่วมกับกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของ cerebellum ซีด เท้าบวม ผิวแห้งเหลือง

2.4.3 การตรวจระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนในการวัดความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดีเพื่อความถูกต้อง ซึ่งสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงได้แก่

2.4.3.1 การเตรียมผู้ป่วย ก่อนทำการวัด 30 นาที ผู้ป่วยต้องไม่รับประทานเครื่องดื่มที่มี Caffeine เช่น ชา หรือ กาแฟ และไม่สูบบุหรี่ พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนัก เพื่อไม่ต้องเกร็งหลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น แขนซ้ายหรือขวา ที่ต้องการวัดวางบนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2.4.3.2 การเตรียมอุปกรณ์ ทั้งเครื่องวัดชนิดปรอท หรือ ดิจิตอล จะต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ และใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลมจะต้องครอบคลุมรอบวงแขนของผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมขนาด 12 – 13 ซม. x 35 ซม. ทั้งนี้การใช้ Arm cuff เล็ก

เกินไปเมื่อเทียบกับรอบแขนผู้ป่วยจะทำให้วัดความดันโลหิตได้สูงเกินจริง และถ้า arm cuff ใหญ่เกินไปจะทำให้ความดันโลหิตที่วัดได้ต่ำเกินจริง

#### 2.4.3.3 วิธีการวัด

(1) พัน Arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2 – 3 ซม. ซึ่งควรให้อยู่ตรงระดับหัวใจเสมอ และ ให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบให้อยู่เหนือ Brachial artery

(2) ให้อัตราวัดระดับ systolic blood pressure โดยการคลำก่อน บีบลูกยาง (rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำ Brachial artery ไม่ได้ ค่อยๆ ปล่อยลมออก ให้ปรอทไหลลดเรื่อยๆ ลดระดับลงในอัตรา 2-3 มม./วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ ถือเป็นระดับ systolic blood pressure คร่าวๆ

(3) วัดระดับความดันโลหิต โดยการฟัง ให้วาง stethoscope เหนือ brachial artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่า systolic blood pressure ที่คลำได้ 20 – 30 มม.ปรอท แล้วค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยินจะเป็น systolic blood pressure ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป โดยเสียงสุดท้ายที่ได้ยินคือ diastolic blood pressure

(4) ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 - 2 นาที หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน  $\pm 5$  มม.ปรอท นำ 2 ค่าที่วัดมาเฉลี่ย หากแตกต่างกันเกินกว่า 5 มม.ปรอท ต้องวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน  $\pm 5$  มม.ปรอทมาเฉลี่ย

(5) ในการวัดระดับความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขน ทั้ง 2 ข้าง สำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืด เวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดระดับความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยยืนแล้ววัดทันที และวัดอีกครั้งหลังยืน 1 นาที หากระดับ systolic blood pressure ในท่ายืนต่ำกว่า systolic blood pressure ในท่านั่งมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension

### 2.5 การป้องกันโรค

จากหลายๆ การศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดทั้งวิถีชีวิตหลายแบบที่ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ได้แก่ (Health and Age, 2003)

2.5.1 การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ซึ่งค่าปกติควรจะอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร จากหลายๆ การศึกษายืนยันว่า การมีน้ำหนัก ตัวเกินเกณฑ์ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการเป็นโรคนี้ ทั้ง

ในผู้ใหญ่และวัยรุ่น การควบคุมน้ำหนัก ไม่ว่าจะโดยการออกกำลังกายหรือการควบคุมการบริโภคอาหาร จึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันโรค

2.5.2 การลดการรับประทานเค็ม แม้ว่าหลายๆ การศึกษาจะพบว่า การตอบสนองต่อการทานอาหารเค็มในประชาชนในแต่ละกลุ่มต่างกัน ก็ยังมีการแนะนำว่าควรลดการบริโภคอาหารเค็ม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ

2.5.3 การเพิ่มการออกกำลังกาย หลายการศึกษาพบว่า คนที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยคนที่ออกกำลังกายจะลดการเป็นความดันโลหิตสูงได้ถึง 35 – 70 % ทั้งนี้ยังไม่มีการยืนยันในเรื่องระยะเวลาและความถี่ในการออกกำลังกาย แต่ก็มีคำแนะนำว่าการออกกำลังกายในระดับต่ำถึงปานกลาง เช่น การเดิน การวิ่งแบบเบาๆ การเต้นแอโรบิก จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันมากกว่าการออกกำลังกายที่หักโหม

2.5.4 การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ มีหลายการศึกษาพบว่า ประชาชนที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น หากจะดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือมีปริมาณวิสกี้ที่ยังไม่ผสมเท่ากับ 90 มล.

2.5.5 การรับประทานผักผลไม้ให้มาก คนที่รับประทานผักและผลไม้มากจะมีความดันโลหิตที่ต่ำกว่าคนที่ไม่รับประทานอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็ยังไม่ทราบสารอาหารที่เกี่ยวข้อง

## 2.6 การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

### 2.6.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (life style modification)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสม มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย แม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคก็จะช่วยในการป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ และควรปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ตลอดไป เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่

(Jacob G., 2006A; Hudson T, 2001)

2.6.1.1 การลดน้ำหนักตัว ปกติเราควรดูแล ให้มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งในการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม จะช่วยลดความดันโลหิตได้ 5 - 20 มม.ปรอท

2.6.1.2 การใช้ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ซึ่งได้แก่ การรับประทานผักผลไม้ให้มาก รับประทานเนื้อปลาให้มากขึ้น เพิ่มปริมาณไฟเบอร์ในอาหาร เช่น การรับประทานข้าวโอ๊ต แอปเปิ้ล โดยไฟเบอร์จากอาหารพวกนี้จะช่วยต่อต้านโรค

ความดันโลหิตสูง มีประโยชน์ในการลดคลอเรสเตอรอลชนิดเลว และ การลดน้ำหนัก รับประทานผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ และ ลดปริมาณไขมันรวมในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว จะช่วยลดความดันโลหิตได้ 8-14 มม.ปรอท

2.6.1.3 การจำกัดเกลือในอาหาร โดยลดการรับประทานเกลือโซเดียม ไม่ควรบริโภคเกลือมากกว่า 2.4 กรัม/วัน หรือเกลือแกง มากกว่า 6 กรัม/วัน (เกลือ 1 ช้อนชา หนักประมาณ 5 กรัม) หรือไม่เกิน 100 มิลลิโมล/วัน จะช่วยลดความดันโลหิตได้ 2-8 มม.ปรอท

2.6.1.4 การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 – 6 วัน จะช่วยลดความดันโลหิตได้ 4-9 มม.ปรอท

2.6.1.5 การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ชายไม่ควรดื่ม Ethanol เกินวันละ 30 ml หรือ 1 ออนซ์ ไม่ควรดื่มเบียร์เกินวันละ 720 ml หรือ 2 กระป๋อง ไม่ควรดื่มไวน์เกินวันละ 300 ml หรือ 2 แก้ว และไม่ควรดื่มวิสกี้เกินวันละ 90 ml ในผู้หญิง หรือ ผู้ที่มีร่างกายขนาดเล็กให้ลดขนาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงครึ่งหนึ่ง จะช่วยลดความดันโลหิตได้ 2-4 มม.ปรอท

2.6.1.6 การพักผ่อนหย่อนใจและการคลายเครียด นอกจากนี้จะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยงดการสูบบุหรี่ รับประทานเกลือโปแตสเซียมให้เพียงพอ (วันละ 3,500 มิลลิกรัม) อย่างไรก็ตามในกรณีที่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นเวลา 6 เดือนถึง 1 ปีแล้วความดันโลหิตสูงก็ควรพิจารณาใช้ยาร่วมด้วย

## 2.6.2 การรักษาผู้ป่วยเพื่อลดความดันโลหิต

การรักษาอาการผู้ป่วยในระยะนี้ จะทำเมื่อใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตแล้ว ระดับความดันโลหิตยังสูงอยู่ ซึ่งในปัจจุบันจะมี 2 วิธี คือ

2.6.2.1 การรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต เหตุผลที่สำคัญในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ ต้องการลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต อันเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและไต ซึ่งพบว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตรักษา สามารถลดการเกิดอัมพาตได้ประมาณร้อยละ 35 – 40 ลดการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 20 – 25 และลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 ดังนั้นการเลือกใช้ยาจะต้องคำนึงถึงประเด็นดังกล่าวร่วมไปกับการคำนึงถึงประสิทธิภาพของตัวยาในการลดระดับความดันโลหิต การรักษาด้วยยาจะใช้ในผู้ป่วยที่มี SBP มากกว่า 160 มม.ปรอทหรือ DBP มากกว่า 100 มม.ปรอท ในทางปฏิบัติแพทย์สามารถเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาน เพราะผลดีเกิดจากการลดความดันโลหิตเป็นหลัก ยาที่นิยมใช้กันทั่วโลกมีอยู่ 5 กลุ่ม และมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว ได้แก่ (Joint National Committee, 2003; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550)

(1) ยาในกลุ่ม Diuretics ยาในกลุ่มนี้จะช่วยให้กำจัดโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ทำให้ลดปริมาณน้ำในเลือดในร่างกายและลดความดันโลหิตลง ยาที่นิยมใช้ใน กลุ่มนี้ได้แก่

- Thiazide diuretics เช่น hydrochlorothiazide (HCTZ) การใช้จะลดปริมาณ โปแตสเซียม และอาจจะเพิ่มคลอเรสเทอรอลกับน้ำตาลในเลือด จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคเก๊าท์หรือโรคเบาหวาน

- Loop diuretics เช่น furosemide และ bumetanide การใช้จะลดระดับโปแตสเซียมเช่นกัน

- Potassium-sparing diuretics เช่น spironolactone ข้อดีของยาดังกล่าวคือไม่ทำให้ระดับโปแตสเซียมลดลง แต่จะมีผลข้างเคียงคืออาจทำให้มีหน้าอกโตขึ้นในผู้ชาย

(2)  $\beta$ -blocker เช่น acebutolol, atenolol, metoprolol, nadolol และ propranolol ยากลุ่มนี้จะลดอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อลดการทำงานของหัวใจ และลดปริมาณฮอร์โมนในร่างกายลงทำให้เส้นเลือดผ่อนคลาย ผลข้างเคียงคือ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ล้า และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ยาดังกล่าวไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวและมีปัญหาทางเดินหายใจ เช่น emphysema อีกทั้งควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน

(3) Calcium channel blocker เช่น amlodipine, felodipine, nifedipine, nicardipine และ verapamil ยากลุ่มนี้จะทำให้เส้นเลือดผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่ผลข้างเคียงคือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ และปวดหัว

(4) Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor) เช่น benazepril, captopril, enalapril, lisinoprol และ ramipril ยาในกลุ่มนี้จะไปยับยั้งปฏิกิริยาเคมีในร่างกายเพื่อลดสารที่ไปเพิ่มความดันโลหิต ผลข้างเคียงคือ ไอ เป็นผื่น และสูญเสียการรับรส

(5) Angiotensin receptor blocker (ARB) เช่น losartan, vasartan, candesartan, irbesartan และ telmisartan ยากลุ่มนี้จะไปป้องกันผลของสารเคมีบางตัวในร่างกายที่จะไปทำให้ความดันโลหิตเพิ่ม แต่ผลข้างเคียงได้แก่ วิงเวียน คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดหลัง ไอ ล้า เป็นไข้ หายใจสั้น ซึมเศร้า และกระวนกระวาย เป็นต้น

ยาลดความดันโลหิตส่วนใหญ่สามารถลดความดันโลหิตลงมาได้ประมาณร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ 20/10 มม.ปรอท หรือเป็นผู้ป่วย ใน stage 2 มักจะต้องใช้ยาในการควบคุมมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีหลายๆ การศึกษาที่แสดงถึง



ประสิทธิภาพของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง แต่จากการทำ meta-analysis และหลายๆ การศึกษายังสรุปได้ค่อนข้างยาก ถึงประสิทธิภาพของยาแต่ละชนิด ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงอยู่ 2 แนวทาง แต่ยังคงมีความขัดแย้งกันอยู่ในบางประเด็น คือ แนวทางของ NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) โดย Royal College of Physicians แห่งกรุงลอนดอน ปีค.ศ. 2006 และแนวทางร่วมของ the European Society of Hypertension (ESH) กับ the European Society of Cardiology (ESC) ซึ่งรายงานในเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 2007 อย่างไรก็ตามหลักทั่วไปในการใช้ยา คือ การเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตตั้งแต่แรกๆ ตอนที่ผู้ป่วยยังไม่มีความเสี่ยงในระบบ cardiovascular จะทำให้รักษาถึงเป้าหมายได้ง่ายกว่า ควรเลือกยาที่มีฤทธิ์นานครอบคลุมได้ตลอด 24 ชั่วโมง จากการรับประทานวันละครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา การให้ยารับประทานวันละ 2 ครั้งก็สามารถยอมรับได้ โดยการแบ่งให้ยา โดยระยะเวลาของการออกฤทธิ์ให้ครอบคลุมถึงเช้าวันรุ่งขึ้นก่อนรับประทานมื้อต่อไป ควรเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำเพียง 1 ชนิด ซึ่งโดยปกติจะสามารถลดความดันโลหิตได้ไม่เกินร้อยละ 20 – 30 ของกลุ่มผู้ป่วย และใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนที่จะปรับขนาดยาขึ้น เพื่อรอให้ผลลดความดันโลหิตของยาเกิดขึ้นอย่างเต็มที่ก่อน ถ้าผู้ป่วยทนต่อยาได้ดีแต่ความดันโลหิตยังไม่ลดตามต้องการ ค่อยเพิ่มยาเป็นขนาดกลาง อาจเปลี่ยนกลุ่มยา หรืออาจเสริมยาตัวที่สองในขนาดต่ำก็ได้ ดังนั้น จากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีการแนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะขนาดต่ำ เป็นยาขนานแรก เพื่อรักษาความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน บางรายงานแนะนำว่า การจะเริ่มใช้ยาก่อนนั้น ไม่ค่อยมีปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป และพบว่าผู้ป่วยประมาณ 10 % เท่านั้นที่ต้องการยา 3 ชนิด (อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์, 2550)

#### 2.6.2.2 การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้ยา และถือเป็นการแพทย์ทางเลือกที่มีมากขึ้น ในปัจจุบันได้แก่ (สมุนไพรรักษา, 2551; Health and Age, 2003; Jacob G, 2006B; Hudson T, 2001)

##### (1) Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)

เป็นการบริโภคที่สมดุล มีคุณค่าและประโยชน์ ได้แก่ อาหารประเภทผัก ผลไม้ และอาหารที่มีไขมันต่ำ วิธีการนี้นอกจากจะช่วยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแล้ว หากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติก็จะทำให้มีความดันโลหิตดีขึ้นด้วย จากการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารเหล่านี้ร่วมกับการบริโภคเกลือน้อยกว่า 2,400 มก./วัน จะ

ช่วยให้ความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพพอๆ กับการทานยา สารอาหารต่างๆ หรืออาหารเสริมที่พบใน DASH และได้ทำการศึกษาว่า มีผลต่อการช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงได้แก่

- สารแอนตี้ออกซิแดนซ์ การรับประทานผักผลไม้หลายๆ ในแต่ละวันจะช่วยให้ร่างกายได้รับสารแอนตี้ออกซิแดนซ์ที่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ วิตามินซี วิตามินอี และเบต้าแคโรทีน ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่ามีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และยังพบว่าประชาชนที่เป็นมังสวิรัติมักจะมีความดันโลหิตต่ำ มีอุบัติการณ์การเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ

- การรับประทานแคลเซียม ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน และข้อสนับสนุนมากนักเกี่ยวกับประโยชน์ของแคลเซียม แต่อย่างไรก็ตามมีผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่า การรับประทานแคลเซียมน่าจะช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงลงได้

- การรับประทานโคเอนไซม์ Q10 มีบางการศึกษาที่พบว่า โคเอนไซม์ Q10 ซึ่งพบในน้ำมันปลา เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้บางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 40% มีระดับ โคเอนไซม์ Q10 ต่ำอีกทั้งพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง เมื่อได้รับประทาน โคเอนไซม์ Q10 ในปริมาณ 50 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ประมาณ 4 ถึง 12 สัปดาห์

- แมกนีเซียม อาหารที่มีแมกนีเซียมสูงได้แก่ ผักใบเขียว ถั่ว ข้าวสาลี มีการศึกษาอย่างน้อย 10 การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

- กรดไขมันโอเมก้า-3 มีการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่า การรับประทานกรดไขมันไม่อิ่มตัวโอเมก้า-3 (omega-3 polyunsaturated fatty acid, PUFA) ซึ่งพบมากในปลา เช่น ปลาแซลมอน ปลาแมคเคอเรล หรือปลาซาร์ดีน จะลดความดันโลหิตในผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

- โปแตสเซียม การศึกษาเกี่ยวกับโปแตสเซียม ยังไม่ชัดเจน แต่มีการแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น มะเขือเทศ, อโวคาโด, กล้วย, ส้ม และลูกพรุน เป็นต้น

## (2) การใช้สมุนไพร (Herbs)

สำหรับสมุนไพรที่ได้มีการศึกษาและพบว่ามีผลในการลดความดันโลหิต ได้แก่

- กระเทียม มีการศึกษาที่แนะนำว่ากระเทียมดิบมีผลดี

ต่อหลอดเลือดหัวใจ และลดความดันโลหิต ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้มีการรับประทานกระเทียมวันละ 5 – 10 กลีบ หรือ 300 มิลลิกรัม/วัน บางท่านแนะนำว่าควรบริโภคประมาณ 600 มิลลิกรัม/วัน มีการศึกษาหนึ่งกล่าวว่า การให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานกระเทียมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จะลดระดับ DBP และ คลอเรสเตอรอลลงอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังลดระดับคลอเรสเตอรอลชนิดเลว และยังเพิ่มระดับคลอเรสเตอรอลชนิดดีด้วย

- หลัาหนดแมว เป็นสมุนไพรที่ใช้ต้นทั้งต้นเป็นยาขับปัสสาวะ แก้โรคปวดตามสันหลังและบั้นเอว ส่วนใบใช้เป็นยารักษาโรคเบาหวาน และลดความดันโลหิต โดยวิธีใช้คือการต้มและรับประทานน้ำ

- พืชไม้พุ่มชื่อ Hawthorn ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสมุนไพรแนะนำว่าให้รับประทานสารสกัดจากใบและดอกของมัน 160 – 900 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์หรือมากกว่า จะมีผลดีต่อหลอดเลือดหัวใจ และน่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีสาร flavonoids ซึ่งจะช่วยการทำงานของหัวใจ โดยการขยายเส้นเลือดโคโรนารี เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจ นอกจากนี้ยังลดคลอเรสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์

- การรับประทานหอม สิ่งที่ดีที่สุดคือ น้ำมันในหอม พบว่าการรับประทานน้ำมันในหอม 2 – 3 ช้อนชา จะช่วยลด SBP ลง 25 มม.ปรอท และลด DBP ลงได้ 15 มม.ปรอท

- ชาเขียว คนเอเชียจะใช้ในการดูแลระดับความดันโลหิต มานับศตวรรษ ชาเขียวจะช่วยให้การกำจัดคลอเรสเตอรอล เพราะมีสาร Epigallocatechin (EGCG) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดออกซิเดชัน ช่วยในการลด ระดับคลอเรสเตอรอลชนิดเลว และยังเพิ่มระดับคลอเรสเตอรอลชนิดดีด้วย ซึ่งทั้งหมดจะช่วยรักษาระดับความดันโลหิต

### (3) การฝังเข็ม (Acupuncture)

แม้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า ผลจากการฝังเข็มสามารถปรับการทำงานของร่างกายโดยรวม หรือช่วยให้คลายเครียด หรือว่าทั้งสองอย่าง แต่ หลายๆ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการฝังเข็ม จะมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงได้ดี และการรักษาโดยวิธีนี้ควรทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการ โดยทั่วไปจะมีการกระตุ้นจุดที่ท้อง ลำตัวท่อนล่าง หลัง เท้าและศีรษะ (ลลิตา ธีระสิริ, 2544) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มี ก็เป็นการติดตามฝังเข็มในช่วงสั้นๆ ซึ่งควรจะมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป

## (4) การนวด

จากการศึกษาพบว่า การนวดร่างกายช่วยให้ผ่อนคลาย และลดความเครียด ซึ่งจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้

## (5) การรักษาที่ผสมผสานเรื่องของกายและจิต

เคยมีการศึกษาในคนอเมริกันผิวดำ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีที่เหนือธรรมชาติ เช่น การสะกดจิตตัวเอง หรือการควบคุมการทำงานของจิตและกายของตนเอง ด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิต (Biofeedback) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่าระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

## (6) การให้การรักษาตามแนวแพทย์แผนจีน

วิธีปฏิบัติของชาวจีน ได้แก่ การรำจี้ก ซึ่งผสมผสานเอา การเพ่งสมาธิ การเคลื่อนไหวที่เป็นจังหวะ การออกกำลังกาย จิตวิญญาณ และการดูแลตนเองเข้าด้วยกัน ซึ่งถือว่าเป็นการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ จากการศึกษาในผู้ป่วยชาวจีนพบว่า คนที่รำจี้ก ครั้งละ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง จะมีระดับความดันโลหิตที่ดีกว่าคนที่ไม่รำจี้ก

นอกจากนี้ยังมีการแพทย์แบบต่างๆที่ถือว่า ช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง เช่น การแพทย์ของฮินดู การปฏิบัติโยคะ เป็นต้น

**2.7 หลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง**

การประชุม The Seventh Report of the Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7 express) ได้ข้อสรุปเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ผู้ป่วยทุกรายที่มีความดันโลหิตสูงเกินกว่า 140/90 มม.ปรอทอย่างต่อเนื่อง ควรจะได้รับยาลดความดันโลหิตร่วมไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตที่เหมาะสม การจัดเกณฑ์ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงถึงสูงมาก อาศัยระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป หรือมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือมีเบาหวาน หรือมีอวัยวะภายในถูกทำลาย หรือมี อาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดและระบบไต ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ควรเริ่มให้ยารักษาความดันโลหิตได้เลย เป้าหมายการลดความดันโลหิตคือ จะต้องลดความดันโลหิตลงต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทเป็นอย่างน้อย เพราะจะเกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยของแพทย์ในปัจจุบันจะตัดสินใจทำการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักสำคัญ 3 ประการคือ (Joint National Committee, 2003; พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2538; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2548; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550)

2.7.1 การประเมินความเสี่ยงทั้งหมดของระบบหลอดเลือดหัวใจ โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมี ได้แก่ ผู้ชายอายุมากกว่า 55 ปี ผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปี การสูบบุหรี่ การมีระดับคลอเรสเตอรอลมากกว่า 240 มก./ดล. หรือการมี คลอเรสเตอรอลชนิดเลวมากกว่า 160 มก./ดล. การมีระดับคลอเรสเตอรอลชนิดดี มากกว่า 40 มก./ดล. ในผู้ชายและมากกว่า 45 มก./ดล. ในผู้หญิง การมีประวัติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวสายตรง ผู้ป่วยอ้วนและไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ควรดูร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่างๆ ที่ตรวจพบแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ และผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต ปัสสาวะพบ Microalbuminuria (30-300 มก./วัน) การตรวจทางรังสีหรือการตรวจอัลตราซาวด์ พบ atherosclerotic plaque ตามเส้นเลือดต่างๆ ได้แก่ aorta, carotid, coronary, iliac และ femoral arteries หรือการพบความผิดปกติที่จอตา เป็นต้น

2.7.2 ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ในแนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยทุกรายก่อน หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็จะไม่ทำการรักษาด้วยยา แต่หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้วประมาณ 6 - 12 เดือน ผู้ป่วยยังมีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ จึงจะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต

2.7.3 ใน ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องลดระดับความดันโลหิต Diastolic ลงมาถึง 80 มม.ปรอทหรือต่ำกว่านั้น ซึ่งได้แก่

2.7.3.1 ผู้ป่วยเชื้อชาติแอฟริกันผิวดำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรคความดันโลหิตสูงกว่า และอาจมีการเสื่อมสภาพของไตอย่างต่อเนื่องได้แม้จะคุมความดันโลหิต diastolic ได้ที่ 85 ถึง 90 มม.ปรอท

2.7.3.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไต มีการพิสูจน์ยืนยันแล้วว่า ระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท ช่วยลด การเกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดียิ่งขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับระดับความดันโลหิต systolic มีการศึกษายืนยันว่าอาจลดลงมาได้ถึง 110 มม.ปรอท และให้ประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานลงมาได้มากกว่าการลดความดันโลหิตตามปกติ

2.7.3.3 ผู้ป่วยที่มี Slowly progressive chronic renal disease ที่มีการขับ โปรตีนออกมาในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม/วัน มีหลักฐานว่า ถ้าลดความดันโลหิตลงมาถึง 125/75 มม.ปรอท อาจลดอัตราการเสื่อมการทำงานของไตได้

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ทำการศึกษาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงดังนี้

Lloyd-Jones D. M. และ คณะ (2002) ได้ศึกษา เรื่องการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1987 – 1999 เพื่อหาปัจจัยที่สามารถใช้ในการทำนายการเริ่มเข้ารับการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษาและกลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ได้ คือ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอทหรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท ติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 4 ปี โดยการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจร่างกาย ชักประวัติ และ หาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในคนที่ไม่เคยรับการรักษาจำนวน 1103 คน มีเพียง 350 คน (31.7 %) ที่มาเริ่มรับการรักษา ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับ 1 อยู่ 25.7 % และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับ 2 หรือมากกว่าอยู่ 51.2 % ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างในการเข้ารับการรักษาของเพศ ความอ้วนและระดับคลอเรสเตอรอล ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้แก่ การมีระดับความดันโลหิตที่สูงทั้ง SBP และ DBP การมีโรคเกี่ยวกับหัวใจและการมีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ปัจจัยเสี่ยง อื่นๆ ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจใช้เป็นตัวทำนายไม่ได้ ในการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 2475 คน มีเพียง 988 คน (39.9 %) ที่ควบคุมได้ในระยะเวลาที่ติดตาม โดยกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และเริ่มเข้ารับการรักษาจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้วมักจะควบคุมความดันไม่ได้ การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงของประชาชนทั่วโลกที่มักไม่ตัดสินใจรับการรักษา และผู้ป่วยไม่เห็นความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิต

Neter J. E. และ คณะ (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องอิทธิพลของการลดน้ำหนักต่อความดันโลหิต โดยทำการศึกษาวิเคราะห์แบบ meta-analysis ในการศึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างปี 1966 – 2002 ซึ่งมี ทั้งหมดจำนวน 25 การศึกษาและมีผู้เข้าร่วมจำนวน 4874 คน ผลการศึกษาพบว่า หากน้ำหนักลดลงสุทธิประมาณ 5.1 กิโลกรัม ไม่ว่าจะจากการควบคุมอาหาร เพิ่มการออกกำลังกาย หรือทั้งสองอย่างจะมีผลทำให้ SBP ลดลง 4.44 มม.ปรอท และ DBP ลดลง 3.57 มม.ปรอทอย่างมีนัยสำคัญ การลดน้ำหนักตัวลง 1 กิโลกรัมจะทำให้ SBP ลดลง 1.05 มม.ปรอทและ DBP ลดลง 0.92 มม.ปรอทอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยัง ใช้เป็นตัวคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยที่ลดน้ำหนักลงมากกว่า 5 กิโลกรัมจะมีความดันโลหิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ลดน้ำหนักได้น้อยกว่า 5 กิโลกรัมอย่าง

มีนัยสำคัญ โดย SBP จะลดลงในช่วง 2.70 - 6.63 มม.ปรอท และ DBP จะลดลง 2.01 - 5.12 มม.ปรอท อีกทั้งผู้ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาจะมี DBP ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การลดน้ำหนักมีความสำคัญต่อทั้งการป้องกันและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

Obarzanek E. และคณะ (2003) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความดันโลหิตในแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนการบริโภคเกลือ ซึ่งทำการศึกษาในสหรัฐอเมริกา โดยแนวคิดคือ ยอมรับว่าการเปลี่ยนการบริโภคเกลือมีผลต่อความดันโลหิตเฉลี่ย แต่ยังไม่ มีความชัดเจนในการตอบสนองของแต่ละบุคคลที่จะนำมาใช้ในการทำนายได้ จึงได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันจำนวน 188 คน โดยให้บริโภคเกลือในปริมาณสูงมาก่อน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงเปลี่ยนการบริโภคเกลือเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง กลาง และต่ำ ซึ่งมีปริมาณเกลือเป็น 140, 104 และ 62 มิลลิโมล/วัน ตามลำดับ เป็นเวลา 30 วัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่บริโภคเกลือระดับสูง (ไม่เปลี่ยนการบริโภคเกลือ) มีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 24-25 มม.ปรอท โดยมีเพียง 8.0 % ที่ความดันโลหิตลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.ปรอท เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บริโภคเกลือในระดับต่ำพบว่า ความดันโลหิตจะเปลี่ยนไปในช่วง - 32 ถึง 17 มม.ปรอท โดยมีเพียง 33.5 % ที่ความดันโลหิตลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.ปรอท นอกจากนี้ยังไม่สามารถแสดงความชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคเกลือในระดับต่างๆ ได้ การศึกษานี้จึงสรุปว่า เป็นการยากที่จะพิจารณาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณการบริโภคเกลือในแต่ละบุคคล แต่สนับสนุนความรู้ในการรับประทานเกลือแต่น้อย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

Appel L. J. และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่องโภชนาการที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจาก American Heart Association พบว่า มีปัจจัยทางด้านโภชนาการหลายๆ อย่างที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยการปรับพฤติกรรมทางด้านอาหารที่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้แก่ การบริโภคเกลือลดลง การลดน้ำหนัก และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ เมื่อทศวรรษที่ผ่านมายังพบว่า การรับประทานโปแตสเซียมเพิ่มขึ้น การบริโภคในรูปแบบ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่า คนผิวดำจะ มีความดันโลหิตที่ลดลงได้ดีเมื่อลดปริมาณการบริโภคเกลือลง เพิ่มการบริโภคโปแตสเซียมและมีการบริโภค แบบ DASH คนที่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคไตควรมีการเปลี่ยนโภชนาการ ไม่ว่าจะคนที่ เป็นหรือไม่เป็น โรคความดันโลหิตสูงต่างก็ควรปรับโภชนาการ โดยคนที่ไม่เป็นจะทำให้มีความดันโลหิตต่ำลงและป้องกันการเกิดโรค การ

เปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาจทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ไม่ต้องรับยาได้ ในผู้ป่วยที่รับยาไปแล้วการเปลี่ยนโภชนาการ เช่น การบริโภคเกลือที่ลดลง จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ การศึกษานี้จึงเป็นโอกาสให้นักสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ หรือรัฐบาลมีการพัฒนา นำองค์ความรู้ไปใช้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการดูแลประชาชน

YJ C. (1997) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการฝังเข็มต่อต่อมไร้ท่อและหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำการทดลองในชาวจีนในประเทศไต้หวัน โดยผู้ทำการทดลองคิดว่าการฝังเข็มที่ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยอาจเป็นกลไกของต่อมไร้ท่อ วัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ เพื่อศึกษาผลของการฝังเข็มต่อระดับความดันโลหิต และการหลั่งสาร เรนิน วาโซเพรสซิน และ คอर्टิโซล ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การศึกษาทำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับการรักษาจำนวน 50 คน โดยการฝังเข็มในท่านอน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากฝังเข็ม 30 นาที และความดันโลหิต ผู้ป่วยจะมี SBP เปลี่ยนจาก  $169 \pm 2$  เป็น  $151 \pm 2$  มม.ปรอท และมี DBP เปลี่ยนจาก  $107 \pm 1$  เป็น  $96 \pm 1$  มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนจาก  $77 \pm 2$  เป็น  $72 \pm 2$  ครั้งต่อ นาที การวัดเรนินในเลือดพบว่า ลดลงจาก  $1.7 \pm 0.4$  เป็น  $1.1 \pm 0.2$  นาโนกรัม/มิลลิลิตร/2 ชั่วโมง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญของวาโซเพรสซินและคอर्टิโซล อย่างไรก็ตามผลการทดลองนี้ยืนยันว่า การฝังเข็มจะช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วย และแนะนำว่าผลส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องน่าจะมาจากการลดลงของการหลั่งเรนิน

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พหุลักษณะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การศึกษามักจะมุ่งเน้นไปในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เป็นไปในแนวทางเพื่อการป้องกันหรือการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นลักษณะของการแพทย์ในระบบวิชาชีพ และกระทำการศึกษาที่แยกส่วนในด้านใดด้านเดียว เช่น ด้านโภชนาการ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถให้คำยืนยันได้ในการปรับลดความดันโลหิตของผู้ป่วย แต่ไม่พบการศึกษาในแง่ที่เกี่ยวข้องกับทางสังคมมานุษยวิทยา เกี่ยวกับรูปแบบระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือก ซึ่งหากได้รับทราบ น่าจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเองได้มากขึ้น และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป ตลอดจนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับมาเป็นประโยชน์ได้ต่อไป การศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษารูปแบบระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา ว่ามีรูปแบบใดบ้างที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ทั้งนี้เพื่อได้ความรู้ใหม่ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคอื่นๆ ต่อไป