สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย
Health Information System Development Office
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ปีที่ 2 ฉบับที่ 16
กันยายน 2549

ความดันโลหิตสูงในคนไทย

เนื้อหา : รศ.พญ. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, รศ.พญ. พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ และคณะ

ความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โดยพบว่าความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และเมื่อนำมาประเมินภาระโรคแล้วพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสองในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจากความดันโลหิตซิสโตลิกที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองคิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของภาระโรคทั้งหมด การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ทำการสำรวจเพื่อหาข้อมูลของโรคความดันโลหิตสูงโดยการสัมภาษณ์ และตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อหาความชุกรวมทั้งสัดส่วนและผลของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันในประชากรกลุ่มอายุและภูมิลำเนาต่างๆกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในคนไทยต่อไป

ผลการศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานผล "การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2547" ซึ่งดำเนินการสำรวจโดย สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับงบประมาณสนับสนุนการสำรวจ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจวัดความดันโลหิต ด้วยเครื่องวัดแบบปรอท (sphygmomanometers) มีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้ การวัดความดันโลหิตจะวัดที่แขนขวา ยกเว้นกรณีใช้แขนขวาไม่ได้ การวัดทำ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที ถ้าไม่สามารถวัดได้ 3 ครั้ง ต้องวัด 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย ผู้ที่วัดความดันโลหิตอาจเป็นแพทย์หรือพยาบาล แต่ต้องได้รับการทดสอบว่าไม่มีปัญหาการฟังของหูทั้ง 2 ข้าง เครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้เป็นเครื่องวัดแบบปรอท โดยการฟังเสียงจะใช้หูฟังด้านระฆัง การควบคุมคุณภาพการวัดความดันโลหิตประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือการควบคุมก่อนและหลังการวัดความดันโลหิต โดยการควบคุมก่อนการวัดความดันโลหิตจะเน้นที่การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ส่วนการควบคุมหลังการวัดความดันโลหิตจะเน้นที่การวิเคราะห์คุณภาพของข้อมูลซึ่งได้เก็บมาแล้ว และก่อนเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิต ผู้เข้ารับการตรวจต้องปฏิบัติตัวดังนี้

- งดอาหาร เครื่องดื่มทุกชนิดยกเว้นน้ำเปล่าก่อนเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิต 1 ชั่วโมง
- ต้องปัสสาวะก่อนเข้ารับการตรวจ
- งดออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนตรวจ
- ต้องไม่ได้รับความเจ็บปวดทางร่างกายก่อนเข้ารับการตรวจ 1 ชั่วโมง
- ต้องนั่งพักอย่างสงบอย่างน้อย 5 นาทีก่อนเข้ารับการตรวจ
- หากสวมเสื้อ กางเกง กระโปรงอย่างแน่นจนรู้สึกอึดอัดก็จำเป็นต้องถอดออกก่อน
- ท่าที่ใช้ในการตรวจคือนั่งเก้าอี้ซึ่งมีพนักพิง และแขนวางอยู่บนโต๊ะ และขาวางอยู่บนพื้นอย่างมั่นคง ผู้รับการตรวจต้องรู้สึกสบายไม่อึดอัด

การวิเคราะห์คุณภาพของข้อมูล พิจารณาจากค่าความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และค่าความต่างระหว่างความดันไดแอสโตลิกและซิสโตลิก (pulse pressure) ว่าอยู่ในช่วงค่าที่เป็นไปได้หรือไม่ ดังแสดงใน**ตารางที่ 1** หากพบข้อมูลค่าความดันโลหิตใด ไม่อยู่ในช่วงค่าความดันโลหิตที่เป็นได้ ข้อมูลนั้นจะไม่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

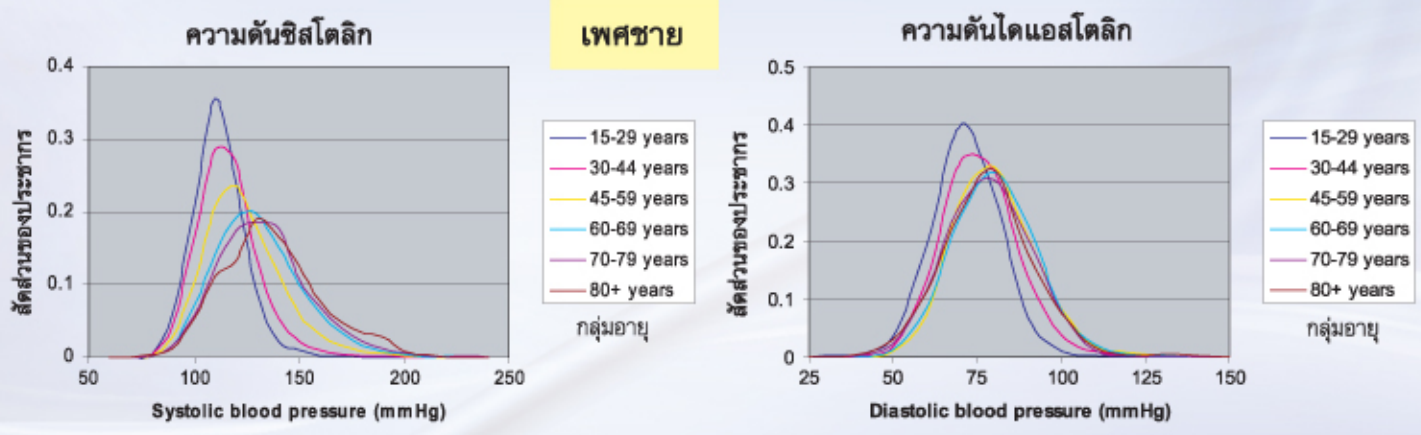
ตารางที่ 1 ค่าความดันที่เป็นไปได้ของความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และความต่างระหว่างความดันไดแอสโตลิกและซิสโตลิก

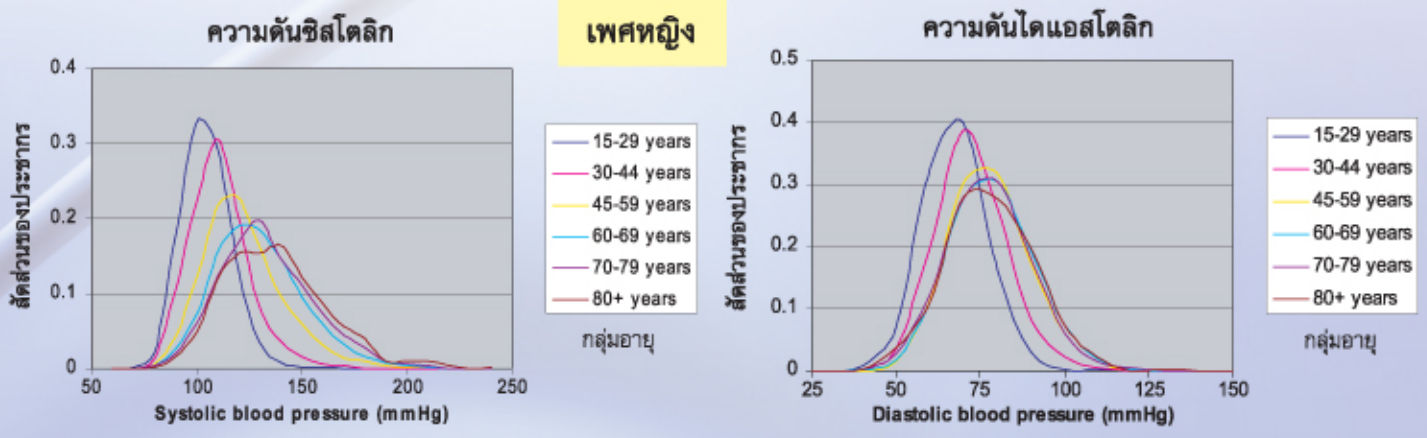
ความดันโลหิต	ค่าความดันที่เป็นได้ (มิลลิเมตรปรอท)	
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ความดันซิสโตลิก	75	275
ความดันไดแอสโตลิก	10	160
ความต่างระหว่างความดันไดแอสโตลิก และซิสโตลิก	10	150

ผลการศึกษา

ความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งเพศชายและหญิง ดังแสดงใน**ภาพที่ 1** ซึ่งเป็นกราฟแจกแจงความถี่ (Histogram) ของความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ตามอายุและเพศ

ภาพที่ 1 การกระจายของค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเพศชายและหญิง จำแนกตามกลุ่มอายุ





จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในลักษณะที่ต่อเนื่อง (continuous association) กล่าวคือความดันโลหิตที่ยิ่งสูงขึ้นจะทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมากขึ้น ดังนั้นการใช้ระดับความดันโลหิตที่ระดับใดระดับหนึ่งเป็น "จุดแบ่ง" ระหว่างความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตสูง เช่นการใช้ระดับความดันโลหิตที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นจุดแบ่งระหว่างความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตสูง จึงอาจไม่ใช่เครื่องมือที่ดีนักในการวัดความเสี่ยงในระดับประชากรต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่การใช้ระดับความดันโลหิตในลักษณะนี้มีข้อดี คือช่วยให้เกิดความเข้าใจง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเปรียบเทียบปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละภาค รวมทั้งการวัดผลของการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดความดัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดนิยามของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

- ผู้ที่ความดันซิสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท (SBP ≥ 140 mmHg) หรือ
- ผู้ที่ความดันไดแดสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท (DBP ≥ 90 mmHg) หรือ
- ผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต

คำจำกัดความ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่นับรวมผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (ทั้งแพทย์และไม่ใช่แพทย์) ว่ามีระดับความดันโลหิตสูงหรือได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตอันเนื่องมาจากมีความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย หรือการบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ เพราะอาจมีความผิดพลาดในความเข้าใจ และการแปลความหมายได้ง่าย อีกประการหนึ่งการตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในแต่ละบุคคลมักขึ้นกับปัจจัยบางประการ เช่น ความสามารถในการเข้าถึงสถานพยาบาล

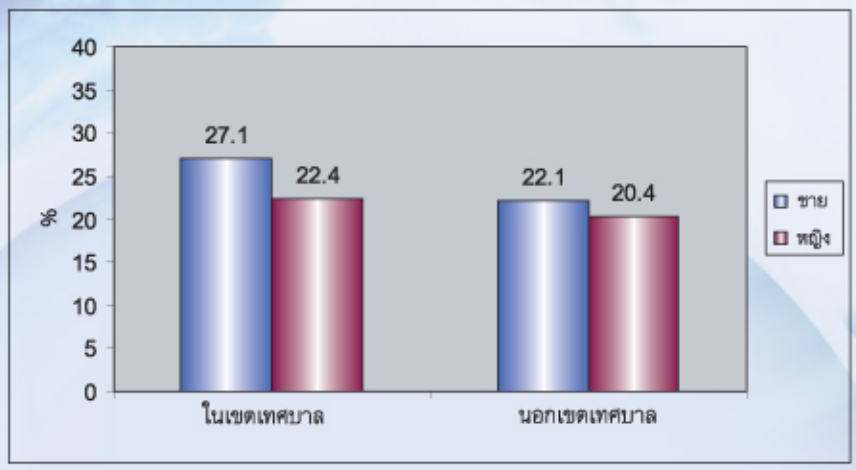
จากการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อยมีความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุมากขึ้นกลับพบว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกของความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ดังแสดงใน**ตารางที่ 2 (ความชุกของโรค หมายถึง ร้อยละของประชากรที่พบว่าป่วยเป็นโรค ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง)**

ตารางที่ 2 ความชุกของความดันโลหิตสูงในคนไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

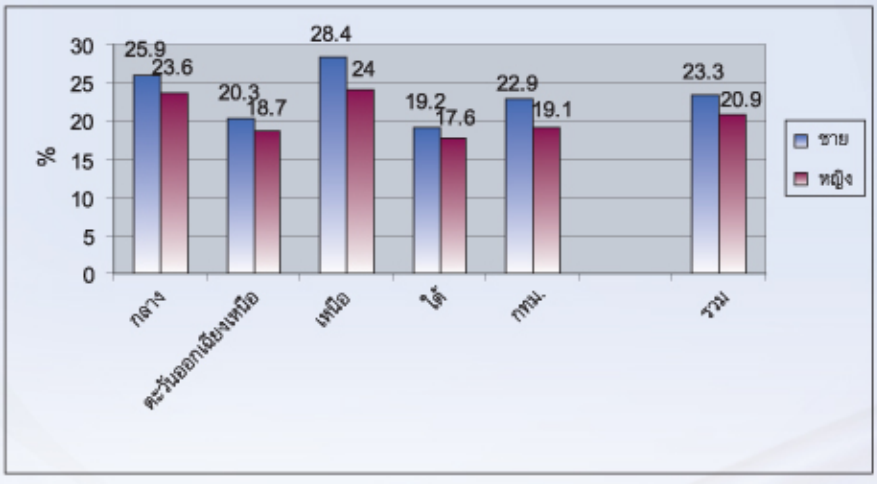
อายุ (ปี)	ความชุกความดันโลหิตสูง (ร้อยละ)	
	ชาย	หญิง
15-29	9.8	4.1
30-44	18.6	13.9
45-59	35.7	34.3
60-69	47.3	48.1
70-79	53.2	54.2
80+	59.4	61.8
รวมทุกอายุ	23.3	20.9

เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลทั้งในผู้ชายและผู้หญิง **(ภาพที่ 2)** แต่เมื่อพิจารณารายภาค พบว่าภาคเหนือมีความชุกของความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลางและกรุงเทพฯ **(ภาพที่ 3)** อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ความชุกของความดันโลหิตสูงแยกตามพื้นที่นี้ ยังไม่ได้ปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุของประชากรในแต่ละพื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่อาจมีโครงสร้างอายุของประชากรที่แตกต่างกันและส่งผลให้เกิดความแตกต่างของความชุกของโรคในแต่ละพื้นที่ได้

ภาพที่ 2 ความชุกของความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



ภาพที่ 3 ความชุกของความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศและภาค



ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- **กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย** หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากแพทย์ (ไม่นับรวมบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น ๆ)
- **กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดัน
- **กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต แต่จากการตรวจวัดความดันยังพบความดันซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท
- **กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และตรวจวัดความดันโลหิตพบว่า ความดันซิสโตลิก < 140 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในสัดส่วนที่สูง ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของการรักษาด้วยยาต่ำไปด้วย ดังแสดงใน**ตารางที่ 3** โดยในกลุ่มอายุเดียวกันผู้ป่วยชายมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาสูงกว่าผู้หญิง ผู้ป่วยอายุน้อยมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น และถึงแม้ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีแล้วก็ตาม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมากขึ้น แต่กลับพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบ่งตามการวินิจฉัยและการรักษา จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ชาย	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	94.4	91.4	74.2	62.2	63.1	65.8	78.6
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	4.1	2.0	6.2	5.8	5.6	2.3	4.5
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	1.1	3.2	13.5	21.9	20.4	23.4	11.2
รักษาและควบคุมได้	0.4	3.4	6.1	10.1	11.0	8.5	5.7

หญิง	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	86.7	80.5	58.9	53.8	51.1	62.3	63.8
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	3.2	4.7	6.2	5.0	5.7	6.3	5.4
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	2.6	8.3	21.8	25.9	28.1	20.3	19.0
รักษาและควบคุมได้	7.5	6.5	13.0	15.3	15.1	11.1	11.7

หากวิเคราะห์แยก โอกาสของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการได้รับการวินิจฉัยและรักษาเป็นชั้นๆลงไป จะพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่พบถึงร้อยละ 20 ของประชากร มีเพียงร้อยละ 21 ในชายและร้อยละ 36 ในหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ทราบว่าตนเองป่วย) และในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองป่วย มีร้อยละ 79 ในชาย และร้อยละ 85 ในหญิง ที่ได้รับการรักษา และในกลุ่มที่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 34 ในชาย และร้อยละ 38 ในหญิง ที่สามารถควบคุมโรคได้ **(ภาพที่ 4)** และหากคำนวณโอกาสในการควบคุมโรคได้ ในบรรดาผู้ป่วยทั้งหมด จะพบว่ามีเพียงร้อยละ 5.7 ในชาย และร้อยละ 11.7 ในหญิง เท่านั้น

ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และโอกาสในการได้รับการวินิจฉัย รักษา และการสามารถควบคุมโรคได้ จำแนกตามเพศ

เมื่อจำแนกตามภาค พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยในส่วนภูมิภาค จะสูงกว่าในกรุงเทพฯ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงสุด (ร้อยละ 80) รวมถึงการรักษาด้วยยาก็ต่ำที่สุด เช่นกัน **(ตารางที่ 4)** ข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงปัญหาในการวินิจฉัยโรค หรือการคัดกรองโรค รวมทั้งปัญหาในการรักษาเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 ร้อยละของการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามภาค

ความดันโลหิต	ภาค					
	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพ ฯ	ทั้งประเทศ
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	68.8	79.7	70.1	63.4	56.5	71.4
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	5.2	5.1	3.4	6.5	6.4	4.9
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	17.9	8.9	18.2	16.7	19.0	15.0
รักษาและควบคุมได้	8.2	6.3	8.3	13.4	18.1	8.6

สรุป

ปัญหาความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบมีความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายภาค พบความชุกของความดันโลหิตสูงที่สูงสุดในภาคเหนือและภาคกลาง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุกต่ำที่สุด นอกจากนี้ ยังพบผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในสัดส่วนที่สูง ผู้ชายมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ต่ำกว่าหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน ขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่สูงกว่าส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งน่าจะสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน หรือเจ้าหน้าที่ในพื้นที่อาจจะยังไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในการตรวจคัดกรองโรคระยะเริ่มแรก

ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาความชุกรวมทั้งการได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามรายได้ของครัวเรือน อาชีพ และระดับการศึกษา
2. ควรศึกษาแนวโน้มความชุกของโรคของประชากรกลุ่มต่างๆ โดยการวิเคราะห์แบบ age-period-cohort (อายุ-ช่วงเวลา-รุ่นของประชากร) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรุ่นของประชากร

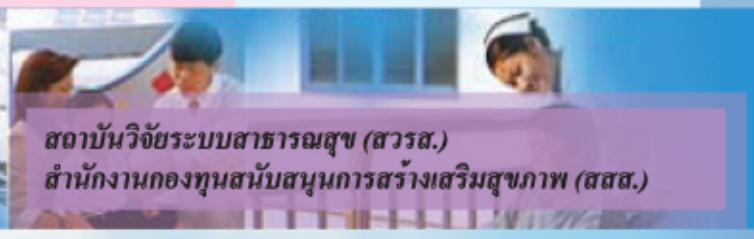
ข้อเสนอต่อนโยบาย

1. ควรพัฒนานโยบายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป และในเขตเมือง โดยการปรับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรค และการรักษาที่ต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงการวินิจฉัยโรค และรักษาโรคที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะระบบบริการที่ใกล้บ้านและใกล้ใจ

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

1. ควรเปรียบเทียบผลการสำรวจต่างๆ ที่มีการสำรวจความชุกของโรค การวินิจฉัยและรักษาโรค และเปรียบเทียบวิธีการและเครื่องมือที่ใช้
2. ควรพัฒนามาตรฐานการเก็บข้อมูล โดยกำหนดดัชนีชี้วัด วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือมาตรฐาน และควรบูรณาการการสำรวจต่างๆ ให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ชั้น 4 อาคารเอไอนนท์ เลขที่ 70/7
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 02-5800931-2 Fax 02-5800933 www.hiso.or.th
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)