

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองมีการตีบตัน แตก มีการทำลายของเนื้อสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตาย สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สมองส่วนนั้น ๆ ควบคุมอยู่ โดยอาการที่พบบ่อย คือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiplegia) โดยแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (กชพันธ์ ชอบนัทสน์, 2551 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; American Heart Association, 2006; Book, 2002) โดยจำแนกเป็น 3 ชนิดตามลักษณะการเกิด ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) เกิดจากการมี Atherosclerotic plaque ที่ผนังหลอดเลือด ส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือดและความดันเลือดสูง (Hypertension) เป็นพื้นฐานทำให้รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง พบมากบริเวณส่วนแยก (Bifurcation) และบริเวณโค้งของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (Internal Carotid Artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle Cerebral Artery) ซึ่งแขนงเหล่านี้ จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2. โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) เกิดเนื่องมาจากมีสิ่งอุดตัน (Embolism) เล็ก ๆ ที่หลุดลอยในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง และอุดตันหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ต้นกำเนิดของสิ่งอุดตันมักมาจากหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้มีชิ้นส่วนของลิ้นเลือดหรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบ หลุดลอยออกมา เข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมองและอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดตัน สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น ฟองอากาศ (Air Embolism) เกิดจากการรั่วหลุดของสายวัดปริมาณเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน มักจะเกิดหลังจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้องอก และมีสภาวะบางอย่างที่ทำให้เกิดสิ่งอุดตัน ได้อีก เช่น ภาวะเลือดหนืด (Polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น

3. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) ภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร่วมกับการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแข็งและตีบแคบ (Atherosclerosis) ซึ่งเรียกว่า ภาวะเลือดออกในสมองอันเนื่องมาจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Hypertensive Intracerebral Hemorrhage) จนทำให้หลอดเลือดในสมองแตก (Intracerebral Hemorrhage) หรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hemorrhage) ส่วนมากจะเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด จึงเกิดการแตกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง (Aneurysm) ของหลอดเลือดสมอง และความผิดปกติระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงที่ไม่มีหลอดเลือดฝอย (Arteriovenous Malformation)

โดยทั่วไปอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วรชัยแพทย์, 2542)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ในบางรายงานอาจไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้านใดด้านหนึ่งได้ สภาวะของกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพอ่อนแรง อ่อนปวกเปียก โดยทั่วไปจะเกิดอยู่ประมาณ 48 ชั่วโมง ในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) เป็นระยะที่พ้นระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง มี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติ ความดันซิสโตลิก 90 - 140 มิลลิเมตรปรอท และความดัน

ไคเอสโตลิก 50 - 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะนี้มักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด ปอดอักเสบ ขาดสารอาหาร

3. ระยะฟื้นฟู (Recovery Stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรก หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพจะมีการพัฒนาที่ดีเกิดขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การพูด การใช้ภาษา ในระยะนี้อาจมีระยะเวลาประมาณ 4 - 6 เดือน หรืออาจถึง 1 ปี

จากสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสียชีวิตใน 30 วันแรกของการเกิดโรค ภายหลังจากนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 70 - 80 เป็นผู้รอดชีวิต ในปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตใน 30 วันแรกลดลง เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูง ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ในจำนวนนั้นยังมีความพิการหลงเหลือ ทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงษ์แพทย์, 2542)

นอกจากนี้ อาจจำแนกโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะที่พบทางคลินิก ได้ 4 ลักษณะ ได้แก่

1. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack [TIA]) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือดขนาดเล็ก มีการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้สมองเสียหายที่เฉพาะแห่ง และสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Roth & Harvey, 1996)

2. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความพร่องทางระบบประสาทเกิน 24 ชั่วโมง สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (Reversible isChemic Neurological Deficit [RIND]) เนื่องจากสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็ก ๆ แต่ภาวะนี้มีโอกาสที่จะเกิดเนื้องอกตายได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (Hinkle, 1998; White & Duncan, 2002)

3. ภาวะสมองขาดเลือดที่ทำให้มีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive stroke) หรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เป็นเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดจากการอุดตันหรือสักรัดกั้น การไหลเวียนของเลือดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม หมดสติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 10 - 20 ภายในเวลา 2 - 3 สัปดาห์แรก (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

4. ภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการคงที่ (Complete Stroke) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา 2 - 3 สัปดาห์ อาการของโรคคงที่ (Stable Stroke) เนื้อสมองบริเวณรอยโรคไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้น (กึ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; White & Duncan, 2002)

ผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หากไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง จะก่อให้เกิดผลเสียต่อหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้หลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกได้ และมีอัตราการตายสูงในประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 และผู้ที่รอดชีวิตจะมีความพิการต่าง ๆ ของร่างกายหลงเหลืออยู่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Hankey & Less, 2001) ได้แก่ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน สูญเสียความรู้สึก มีความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร ความผิดปกติด้านความคิดและความจำ มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การขับถ่าย (Hock, 1999; National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2005) นอกจากนี้ ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ไร้คุณค่า เป็นต้น ความพิการดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น พยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ ส่งผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติด้านกำลังของกล้ามเนื้อ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร การพูด การเคลื่อนไหว ทำให้เสียการทรงตัว ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีอาการเกร็ง หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

1.2 ความผิดปกติด้านประสาทการรับรู้ การมองเห็น การสัมผัส การรับรู้ความเจ็บปวด การรับรู้เวลา สถานที่ การรับรู้ต่อบุคคลผิดปกติ มีอาการสับสน

1.3 ความผิดปกติด้านการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารได้เลย พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด รวมไปถึงความผิดปกติด้านการพูด

1.3.1 ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (Motor or Expressive Aphasia) ผู้ป่วยพูดไม่ได้ ขณะที่เข้าใจภาษาพูด ต้องการจะพูด หรือพูดไม่คล่อง ผิดไวยากรณ์ ใช้คำไม่ถูกต้อง

1.3.2 ไม่เข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (Receptive or Sensory Aphasia) ผู้ป่วยสามารถพูดได้ แต่พูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน

ไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้

1.4 ความผิดปกติด้านการขับถ่าย จากการเคลื่อนไหวที่ลดลง ต้องนอนหรือมีกิจกรรมน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการท้องผูก ขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ รวมถึงการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายอาจกลั้นปัสสาวะไม่ได้ บางรายมีปัสสาวะกั่งค้าง ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

1.5 ความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ทำให้ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และการตอบสนอง ดังนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว วิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน ตลอดจนรู้สึกไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (ฉันทยา จิตประไพ, 2542; Green, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมรับกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เป็นปัญหาและภาระของผู้อื่น มีอาการซึมเศร้า (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544)

3. ด้านครอบครัวและสังคม จากปัญหาทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง ต้องแยกตัวจากสังคม หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยอาจที่จะเผชิญหน้ากับบุคคลในสังคม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำตามปกติได้ (Castellucci, 2004)

4. ด้านภาวะเศรษฐกิจ จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน ญาติผู้ดูแล ครอบครัว ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้รายได้ รายรับ รายจ่าย มีการเปลี่ยนแปลง การไม่ได้ไปทำงานของผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลัก เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น ค่ารักษาพยาบาล รายจ่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงภาวะที่ขาดรายได้หลักที่เคยรับนั้น จึงส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจภายในครอบครัวเป็นอย่างมาก

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 62 หรือคิดเป็น 7 เท่าของคนปกติ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โดยมีลักษณะหนาตัวขึ้น ภายในหลอดเลือดขรุขระและตีบแคบลง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดง เป็นผลให้แรงดันของหลอดเลือดในสมองสูงขึ้นจนหลอดเลือด

เลือดแตกหรือมีเลือดออกได้ เมื่อมีเลือดออกหรือหลอดเลือดตีบตันนานขึ้น สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงก็จะตาย เกิดอาการอัมพาต หรืออาจเกิดอัมพาตจากการขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ดังนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความผิดปกติของความรู้สึกนึกคิด ความจำ มีความผิดปกติของการกลืน และหากเป็นรุนแรงอาจชัก หมดสติและเสียชีวิตได้ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา จะเสียชีวิตด้วยภาวะเลือดออกในสมองถึงร้อยละ 70

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้เป็นการป้องกันระยะแรก (Primary Prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และการป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว (ดิษยา รัตนากร, 2543) มีรายละเอียดดังนี้

1. การป้องกันระยะแรก (Primary Prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงนี้อาจแบ่งได้เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และการมีประวัติครอบครัวที่มีโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งมีปัจจัยหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ่มหัวใจรั่ว (American Heart Association: [AHA], 1999) ได้เสนอแนวทางควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวโดยการควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกให้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและควบคุมระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หยุดสูบบุหรี่ รักษาเบาหวานให้ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รักษาไขมันในเลือดให้ระดับไขมันแอลดีแอลน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงแล้วสามารถป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองที่สำคัญ คือ รักษาความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับของยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด (Wafarin) โดยให้ค่าอัตราส่วนการแข็งตัวของเลือดไม่มากกว่า 3

2. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention) ประกอบด้วย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกดังกล่าว ส่วนการป้องกันระยะที่สองของโรคหลอดเลือดสมอง คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และการผ่าตัดเอาสิ่งอุดตันในเส้นเลือดออก (Carotid Endarterectomy [CEA]) (Johnson, 2003) สำหรับการป้องกันระยะที่สองนั้นเป็นเพียงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น ควรให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น Aspirin (ASA) ในขนาดต่ำ

75 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน ส่วนการผ่าตัดเพื่อเอาสิ่งอุดตันในเส้นเลือดออก จะทำในรายที่มีการตีบของหลอดเลือดแดงคาโรติด ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป (Jonsson, 2003)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็นการดูแลรักษาแบบจำเพาะ การป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

1. การรักษาที่จำเพาะในโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เนื้อสมองที่ขาดเลือดบางส่วน จนสมองไม่สามารถทำงานได้ สามารถแก้ไขให้มีการไหลเวียนเลือด ได้อย่างเพียงพอด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยควรให้ในระยะชั่วโมงแรก ๆ ของการขาดเลือด เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดจะสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ถ้าการขาดเลือดดำเนินต่อไป เนื้อสมองจะค่อย ๆ ตายไป และไม่สามารถทำงานได้อีก

1.2 การใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดขยายตัวหรือเป็นมากขึ้น ยาระงับการแข็งตัวของเลือด ขัดขวางการรวมตัวของลิ่มเลือด เป็นการป้องกันการอุดตันซ้ำ ยาในกลุ่มนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในระยะเฉียบพลัน และต้องแน่ใจแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในสมอง และไม่เคยได้รับยาในกลุ่มนี้มาก่อน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา จำเป็นต้องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออก (Adams et al., 2003)

1.3 การใช้ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Antiaggregant Drug) เป็นยาป้องกันการเกิดการรวมตัวของกลุ่มเกล็ดเลือด ส่งผลทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องให้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก (Adams et al., 2003)

1.4 การผ่าตัดเพื่อลดการเบียดกดเนื้อสมอง (Decompression) หรือการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก เป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใด ๆ ก็ตาม การรักษาทางยา ก็อาจทำให้อาการดีขึ้นได้ตามลำดับ เนื่องจากการผ่าตัดอาจเป็นการทำลายเนื้อสมองส่วนที่ตีบมากขึ้น หรือมีการตกเลือดภายหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้มีก้อนเลือดออกที่ขนาดใหญ่กว่าเดิม (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะเฉียบพลันและวิกฤติ

2.1 การดูแลระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ (Cardiac and Pulmonary Care) เป็นการดูแลให้เลือดมีออกซิเจนเพียงพอที่จะไปเลี้ยงสมอง โดยหัวใจจะทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมอง เพื่อส่งเสริมการระบายอากาศเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด จะส่งผลให้มีการตายของเนื้อสมองเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือด

สมองขยาย ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดผลเสียต่อการไหลเวียนของเลือดไปสมองลดลง หรือทำให้สมองเคลื่อนไปกดศูนย์การหายใจบริเวณก้านสมอง จึงจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงต้องมากกว่า 95 % โดยการดูแลจัดทำให้มีการระบายอากาศ คุณดเสมหะ และอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.2 การดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) โดยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นในระยะเฉียบพลัน เนื่องจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลไกการควบคุมระดับความดันโลหิตภายในหลอดเลือดสมองเสียไป เพื่อให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองที่เหมาะสม ระดับความดันโลหิตที่ต่ำไป อาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือระดับความดันโลหิตที่สูงเกินไป จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ โดยให้ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 180/105 มิลลิเมตรปรอท ถ้ามักกว่านี้อาจต้องให้ยา (Adams et al., 2003)

2.3 การดูแลรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองบวม ภาวะนี้เป็นอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทระยะเฉียบพลัน โดยอาจเกิดจากปริมาณเลือดที่ออกหรือมีภาวะสมองบวมเป็นบริเวณกว้าง การดูแลจึงจำเป็นต้องจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา จากพื้นราบ เพื่อไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วย ถ้ามีอาการที่รุนแรง ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแมนนิทอล (Mannitol) รวมถึงการทำผ่าตัดเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่สูงขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2547) และการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547)

2.4 การติดตามการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ เป็นการเฝ้าระวังที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระดับอุณหภูมิส่วนใหญ่เกิดจากศูนย์การควบคุมอุณหภูมิได้รับอันตราย และอุณหภูมิเป็นสาเหตุของการส่งเสริมให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้สมองขาดเลือดและถูกทำลาย อุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้นทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง เนื่องจากมีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญ ดังนั้น จึงควรควบคุมให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

2.5 การดูแลภาวะสมดุลเกลือแร่ กรดด่าง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น จะทำให้เกิดกรดแลคติก และส่งเสริมให้เกิดการตายของเนื้อสมองเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้เนื้อสมองได้รับอันตรายได้ โดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และควรติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง

2.6 การเฝ้าระวังภาวะชัก จากภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการชัก การให้ยากันชักจึงจำเป็นในผู้ป่วยบางราย โดยนิยมใช้ฟีนิทอีน (Phenytoin) การดูแล

ผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเป็นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อรักษานาฬิกาของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและบริเวณสมองตายร่วมกับการแก้ไขเนื้อสมองในบริเวณที่ผิดปกติ สามารถฟื้นคืนสู่สภาพที่ดีในระยะเวลาอันสั้นและรวดเร็วที่สุด พร้อมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยตามมา อย่างถูกต้องและทันที่ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ละสังคม

3. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545) โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ควรทำตามขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 การดูแลด้านร่างกาย เป็นการช่วยเหลือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ฝึกทักษะการสื่อสาร ดูแลการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดปากและฟัน การขับถ่าย

3.2 การดูแลระดับประคับประคองอารมณ์ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Hupcey, 1999) เนื่องจากผู้ป่วยมักขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก มีผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง มีวิธีเผชิญปัญหาลดลง

3.3 การดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฝึกให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนไหวข้อต่อ และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

3.4 การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การปวดข้อ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ และข้อติดแข็ง

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 7 [JNC-7], 2004)

ระดับความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
Normal	< 120	และ	< 80
Prehypertension	120 - 139	หรือ	80 - 89
Hypertension			
Stage 1	140 - 159	หรือ	90 - 99
Stage 2	≥ 160	หรือ	≥ 100

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แม้ว่าจะไม่สามารถสรุปสาเหตุการเกิดได้แน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตได้หลายประการ ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจะมีระดับความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมเดียวกัน หรือลักษณะวิถีชีวิตที่เหมือนกัน เช่น พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวแอฟริกันอเมริกันมีอุบัติการณ์ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าชนผิวขาวอเมริกัน (JNC, 1997) และฮาร์ราฟ (Harrap cited in Groer, 2001) พบว่า ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ บุตรมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้อายุ 30 - 60

2. เพศ ความแตกต่างทางเพศจะมีผลให้ความดันโลหิตต่างกัน เพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่า ความดันซิสโตลิกของเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 5 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายมีอัตราการตายหรือพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541)

3. อายุ มีผลต่อความดันโลหิต โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 - 74 ปี มีความดันซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 36 และในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความดันซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 (Potter, 2003; Scott, 1998) เนื่องจากมีการแข็งตัวของ

หลอดเลือดจากกระบวนการเสื่อมของหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้แรงดันเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ความเครียด ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งส่งผลให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นจากกฎที่หลอดเลือดหดตัว ผลจากการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Potter & Perry, 1997) ซึ่งความเครียดนี้มักสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541)

5. ภาวะอ้วน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขึ้น โดยพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ขึ้นไป มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ในเพศหญิงที่มีเส้นรอบเอวขนาด 35 นิ้วหรือ 89 เซนติเมตรขึ้นไป และในเพศชายที่มีเส้นรอบเอวขนาด 40 นิ้ว หรือ 102 เซนติเมตรขึ้นไป จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเส้นเลือด เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chobanian et al., 2003)

6. การรับประทานเกลือโซเดียมมากเกินไป การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไป เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยโซเดียมส่งเสริมให้มีการกั่งของน้ำ จึงเป็นการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด (Blood Volume) และปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที (Groer, 2001)

7. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด สารประกอบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่ คือ นิโคติน (Nicotin) ทาร์ (Tar) คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) ไฮโดรไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) แอมโมเนีย (Ammonia) และสารกัมมันตภาพรังสีอื่น ๆ ล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสารนิโคติน เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยสารนิโคตินจะไปกระตุ้นระบบซิมพาเทติก ให้หลังฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) มีผลต่อผนังหลอดเลือดหดตัว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และยังทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตใน 15 - 30 นาที ภายหลังจากการสูบ (Kaplan, 1998) และถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่ก็จะยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์รักดี, 2542) นอกจากนี้ ยังทำให้ประสิทธิภาพของยารักษาความดันโลหิตลดลง

8. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า การดื่มสุรามากกว่า 30 มิลลิลิตร/วัน

(เทียบเท่าไวน์ 300 มิลลิกรัม หรือเบียร์ 720 มิลลิกรัม) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (Chobanian et al., 2003) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มความดันโลหิตจากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 1 ถึง 3 ชั่วโมงแรก จะมีการลดลงของความดันโลหิตไดแอสโตลิก แต่ผลในระยะยาวหลังจากดื่มเป็นประจำจะเพิ่มความดันโลหิต โดยพบว่า ผู้ที่ดื่มเอทานอลแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะมีความดันโลหิตซิสโตลิก เพิ่มขึ้น 3 - 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 - 2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย ทองพัฒนากุล, 2542) อีกทั้งยังทำให้ลดประสิทธิภาพของยารักษาความดันโลหิต และส่งผลต่อเนื่องให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Joint National Committee [JNC], 1997)

9. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ผลของคาเฟอีนอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (JNC, 1997) และยังเพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Kaplan, 1998) จากการศึกษา พบว่า กาแฟจะเริ่มออกฤทธิ์ใน 15 นาที และจะอยู่ในร่างกายนานหลายชั่วโมง รวมแล้วจะต้องใช้เวลาถึง 6 ชั่วโมงกว่าที่จะถูกขจัดออกจากร่างกาย

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต ตา รวมถึงอวัยวะที่สำคัญอื่น ๆ ลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการ และสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด การควบคุมความดันโลหิตโดยวิธีการใช้ยาเป็นวิธีหนึ่งที่แนะนำให้ใช้ แต่ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มอาการ (Hypertension Syndrome) คือ มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญของร่างกาย การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงมิได้คำนึงแต่การรักษาเพื่อลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วย การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงจึงมี 2 วิธี คือ การควบคุมโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological Therapies) และการควบคุมโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Therapies) หรือวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life - style Modification) ในปัจจุบันมักใช้ทั้งสองวิธีควบคู่กันไป (JNC-7, 2004)

1. การควบคุมโดยการใช้ยา เป็นการรักษาและควบคุมโดยการใช้ยา เพื่อลดระดับความดันโลหิต โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ซึ่งการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาแบบเป็นขั้นตอน (Stepped Care Approach) โดยขั้นตอนแรกจะเริ่มใช้ยาตัวเดียวในกลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เมื่อไม่ได้ผลจึงเลื่อนเป็นขั้นที่ 2 คือ ใช้ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive Agents) เช่น ยากันอะดรีเนอจิกเพิ่มเข้าไป ถ้ายัง

ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก็เริ่มใช้ยาในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) และเมื่อใช้ไม่ได้ผลก็เลื่อนไปใช้ยาในกลุ่มที่ 4 (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 8 กลุ่มดังนี้ (นงลักษณ์ สุขวานิชศิริปลั, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Potter & Perry, 2001; Woods, 2002)

1.1 กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกใช้อันดับแรก และเป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ออกฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต โดยส่งเสริมการขับน้ำ ลดการดูดซึมน้ำ และโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลงและลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีด้วย และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความดันโลหิต นอกจากนี้ยังช่วยลด Coronary - related Events ตลอดจนช่วยลด Left Ventricular Mass (LVM) ได้ ซึ่งการลด LVM จะช่วยให้หัวใจห้องล่างทำงานได้ตามปกติ หรืออาจช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นด้วย ยาในกลุ่มนี้ เช่น Furosemide, Spironolactone, Metolazone, Amiloride, Hydrochlorothiazide เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่สำคัญคือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (ยกเว้นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโพแทสเซียม) การเสียสมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ และภาวะขาดน้ำ

1.2 กลุ่มที่ 2 ยาต้านเบต้า - อะดรีเนอร์จิก (Beta - adrenergic Blocker) ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมกับ Beta - adrenergic Receptors ที่อยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดงเพื่อยับยั้งการตอบสนองต่อประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดการหลั่งเรนิน และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ เช่น Atenolol, Carvedilol, Propranolol, Labetalol เป็นต้น อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือ ทำให้มีอาการปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลียและระคายเคืองกระเพาะอาหาร ดังนั้น จึงต้องวัดความดันโลหิตบ่อยๆ และสังเกตอาการหัวใจเต้นช้า

1.3 กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆ เส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดขยายและลดแรงต้านทานในผนังหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่มักทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น และมีการคั่งของน้ำและโซเดียม ดังนั้น จึงมักใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะและยาด้านเบต้า ยาในกลุ่มนี้ เช่น Hydralazine Hydrochloride, Manoxidil, Labetalol เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและปวดศีรษะ

1.4 กลุ่มที่ 4 ยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (Calcium Channel Blockers) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในหัวใจและเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของ

หลอดเลือดอาร์เทอริโอล ส่งผลให้กล้ามเนื้อและหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว แรงต้านภายในผนังหลอดเลือดลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการนำกระแสไฟฟ้าของเวนทริเคิล ลดการบีบตัวของหัวใจ ลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดการไหลกลับของเลือดดำและยับยั้งหลอดเลือดในการตอบสนองต่อ Norepinephrine หรือ Angiotensin ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ เช่น Amlodipine, Nicardipine, Nifedipine, Verapamil, Diltiazem เป็นต้น ยาจะดูดซึมได้ดี หลังจากให้ยาทางปาก ร้อยละ 80 ของขนาดยาที่ให้ จะดูดซึมหมดภายในเวลา 3 ชั่วโมง ระดับยาสูงสุดในเวลา 30 - 120 นาที ถูกขับออกทางปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาการปวดศีรษะ มึนงง ใจสั่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หรือมี Heart Block ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน น้ำคั่งและบวมได้

1.5 กลุ่มที่ 5 ยาประเภทยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin Converting Enzyme [ACE] Inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้น จึงเหมือนกับ การป้องกันการหลั่งเรนิน และยับยั้ง Bradykinin Degradation ทำให้ไม่เกิดการสร้าง Angiotensin II และกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและบางครั้งยังช่วยลดการทำงานของระบบซิมพาเทติกด้วย นอกจากนี้ การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้าง ฮอว์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ลดการไหลเวียนเลือดในไต ลดอัตราการกรองที่ไต ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ลดความดันโลหิตโดยไม่เปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ไม่รบกวนความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเปลี่ยนอริยาบถ ประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ดีพอ ๆ กับยาขับปัสสาวะ และยาด้านเบต้า และสามารถใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื่องจากยาจะยับยั้งการหลั่งแอลโดสเตอโรน ทำให้มีการเพิ่มของระดับโพแทสเซียมในเลือด อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงได้ ยาในกลุ่มนี้ เช่น Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น ยาจะดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ขับออกทางปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาจทำให้เกิดอาการพิษจากยาดีจิตาลิสได้ง่าย เม็ดเลือดขาวต่ำ มีผื่นคัน ปากแห้ง ไอและไตเสียหายที่

1.6 กลุ่มที่ 6 ยาปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II Receptors Blocker; ARBs) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการจับกับ AT_1 - Receptors แทน Angiotensin II ซึ่งทำให้ไม่ออกฤทธิ์ต่อการขยายหลอดเลือด โดยไม่ทำให้ระดับของ Bradykinin เพิ่มขึ้นและไม่มีการกระตุ้นการหลั่งฮอว์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้ลดความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการไอจากการใช้ยาในกลุ่ม ACE Inhibitors แพทย์มักใช้ยาในกลุ่มนี้แทน นอกจากนี้ยังช่วยลด LV Filling

Pressure และ Afterload ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีอาการดีขึ้น ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ถูกเปลี่ยนแปลงเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตนานถึง 24 ชั่วโมง ยาในกลุ่มนี้ เช่น Candesartan, Losartan, Vasartan เป็นต้น

1.7 กลุ่มที่ 7 ยาประเภทปิดกั้นแอลฟาวันอะดรีเนอร์จิก (Alpha₁ - adrenergic Blockers) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ โดยการปิดกั้นผลของนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่มีต่อการรับแอลฟา (Alpha - receptors) โดยลดผลจากระบบซิมพาเทติกต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายอยู่ในระดับที่ปกติ ซึ่งไม่รบกวนปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที อัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดผ่านไตและอัตราการกรองที่ไต ทำให้เกิดใจสัน ได้น้อยกว่า Direct Vasodilators แต่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้มากกว่า ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ๆ เสมอ เนื่องจากถ้าให้ยากลุ่มนี้เพียงกลุ่มเดียวจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ ภาวะวูบ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใจสัน เจ็บหน้าอกและหัวใจวายได้ ยาในกลุ่มนี้ เช่น Prezosim, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น

1.8 กลุ่มที่ 8 ยาประเภทกระตุ้นแอลฟาทู (Central Alpha₂ - agonists) ยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ Central เช่น Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine ยาเหล่านี้จะมีคุณสมบัติเด่นเป็น Alpha - receptors Agonists การกระตุ้น Alpha₂ - receptors ในสมองส่วนที่เป็น Vasomotor center จะลด Sympathetic Outflow ที่ส่งไปยังระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยายตัว ช่วยลด Vascular Resistance ดังนั้น จึงมีผลลดความดันโลหิต โดยเฉพาะเมื่อได้ยา Clonidine หรือ Guanabenz ในขณะที่ Baroreceptor Reflex จะปกติ ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางจึงไม่ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำอย่างใดก็ตาม การให้ยาในกลุ่มนี้ เมื่อหยุดกะทันหัน โดยไม่ได้ลดขนาดยาอย่างเป็นลำดับ อาจจะทำให้เกิด Rebound Hypertension โดยเฉพาะยา Clonidine และ Guanabenz โดยมีสาเหตุมาจากการเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine ซึ่งถูกยาคดการหลั่งเอาไว้ที่บริเวณ Presynaptic Receptors โดยทั่วไปแล้วยาในกลุ่มนี้จะไม่ใช้เป็น First Line Drug ในการรักษาผู้ป่วย ยกเว้น ในกรณีความดันโลหิตสูงในคนตั้งครรภ์ Methyldopa ยังเป็นที่นิยมและเป็นยาที่แนะนำให้เลือกใช้ นอกจากนี้ ยังใช้ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีอาการของไมเกรน (Migraines) ยาในกลุ่มนี้ เช่น Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine เป็นต้น อาการข้างเคียงของยา ปวดศีรษะ มึนงง ปากแห้ง ซึม ท้องผูก อ่อนเพลีย ใจสัน เป็นต้น

286068

616.135/
57372

จากการศึกษา พบว่า การควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการใช้ยาเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้แล้ว ยังสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้ป่วย แต่พบว่ามีผู้ป่วยบางรายล้มหรือละลายที่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกรับประทานยา เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งการลดหรือเพิ่มการรับประทานยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น พยาบาลจึงควรอธิบายเกี่ยวกับยาให้ผู้ป่วยเข้าใจ หากผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้ เช่น ผู้สูงอายุควรทำความเข้าใจกับบุคคลที่รับผิดชอบ เช่น บุตรหลานหรือคนดูแลประจำ ยาที่ใช้ลดความดันโลหิตนี้ อาจจะต้องรับประทานวันละหลายครั้งอย่างสม่ำเสมอ ควรเก็บยาไว้ในที่สะดวกและไม่ลืมน (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) และไม่ควรหยุดรับประทานยาหรือรับประทานยาชนิดอื่น โดยปราศจากคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล เพราะยาบางชนิดอาจขัดขวางการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญมากเช่นกัน เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและความผิดปกติของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อหาทางป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อคำถามก็สามารถซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางสุขภาพได้ และสิ่งที่สำคัญในการมาตรวจตามนัด คือ การมารับยาซึ่งแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนตามระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดศีรษะมาก มีอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือไม่สามารถมาพบแพทย์ตามวันนัดได้ ให้มาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด พร้อมชี้แจงเหตุผล จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งการศึกษาของสกาเวิร์ตน์ ชัยสุนทร, 2543 พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของพัชรินทร์ สืบสายอ่อน (2546) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. การควบคุมโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

(Nonpharmacological Therapies or Life - Style Modification) เป็นการรักษาและควบคุมความดันโลหิตในรายผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับความรุนแรงน้อย แต่บางรายอาจมี

การใช้ยาร่วมด้วย ซึ่งจากการศึกษาการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การลดหรือการควบคุมน้ำหนัก การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การงดสูบบุหรี่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ในรายที่เริ่มมีความดันโลหิตสูง จะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3 ถึง 6 เดือน ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก จะต้องใช้วิธีการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิตได้ (JNC - 5, 1993 cited in Harkness & Dincher, 1999)

2.1 การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก โดยการควบคุมจำนวนแคลอรี และอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักได้ทุก 1 กิโลกรัม จะสามารถทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงได้ 2.5 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 1.5 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ การลดน้ำหนักจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเองที่ดีขึ้นด้วย (Grove, 2001; Harkness & Dincher, 1999) JNC-7 แนะนำให้ควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 (Chobanian et al., 2003) จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และควบคุมปริมาณแคลอรีในอาหารที่รับประทาน ให้เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องทราบถึงน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อนำมาหาค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง (เมตร)}^2}$$

ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร² คือ น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (Underweight) ดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/เมตร² คือ น้ำหนักตัวปกติ (Ideal Range) และดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร² คือน้ำหนักมากกว่าปกติ (Overweight) (คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติ การกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2541) แต่การลดน้ำหนักเป็นวิธีที่ค่อนข้างยากและล้มเหลวได้ง่าย ดังนั้น จึงต้องสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

การควบคุมอาหารควรจำกัดอาหารที่มีเกลือ โซเดียม ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปควรจำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม หรืออาหารตากแห้ง และระมัดระวังการใส่ยา หรือ สารอาหารที่มีจำนวนโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) จากการศึกษาพบว่า ถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตลงถึง 10/5 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 mmol (2.4 กรัมต่อวันหรือเกลือแกงน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน) (เกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม) จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2004; JNC-7, 2004; WHO - ISH, 1999) จากการศึกษาพบว่า ถ้าลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลงจาก 4,600 มิลลิกรัม เป็น 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้ประมาณ 2 - 3 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร จะตอบสนองต่อการรักษาคือดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่จำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาเหมือนกัน (Chobanian et al., 2004)

2.2* การงดสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและมีผลให้หลอดเลือดหดตัวและส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 15 - 30 นาที ภายหลังการสูบบุหรี่ และเมื่อสูบบุหรี่เป็นประจำจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดเสื่อมลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดน้อยลง การไหลเวียนโลหิตไม่ดี ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้ และถ้าผู้ป่วยเหล่านี้สูบบุหรี่ก็จะยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต่อต้านการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพหรือต้องใช้ขนาดยาเพิ่มขึ้น (Levine, 2000; Kaplan, 1998)

2.3 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 1 - 2 ออนซ์ต่อวัน (30 - 60 มิลลิลิตร) เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เหลือไม่เกิน 30 มิลลิลิตร/วัน จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (JNC-7, 2004) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเภทสุรา เบียร์ ไวน์ เชื่อว่ามีผลต่อการหลังเรนินหรือแคทีโคลามีน หรือมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงหรือลด

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยดื่มสุราไม่เกิน 2 ออนซ์หรือ 60 ซีซี/วัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 8 ออนซ์ หรือ 240 ซีซี/วัน หรือดื่มเบียร์ไม่เกิน 24 ออนซ์ หรือ 720 ซีซี/วัน (มันทนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปันดี, 2542; Chobanion et al., 2004)

2.4 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิคหรือเอโรบิก (Isotonic Exercise) ได้แก่ การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ และการขี่จักรยานเป็น การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การออกกำลังกายด้วยวิธีดังกล่าวมีผลต่อการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงได้ (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น แข็งแรงขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ความยืดหยุ่นของเส้นเลือด แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง หัวใจมีการบีบตัวได้แรงและนานขึ้น ทำให้จำนวนเลือดที่ถูกฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจและเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดระดับความเสื่อมของร่างกาย และพัฒนาร่างกายให้แข็งแรงได้ (ดำรง กิจกุลส, 2540) นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยให้การผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกาย และจิตใจ

2.5 การจัดการกับความเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้มีการหลั่ง Epinephrine จากต่อมหมวกไต และ Norepinephrine จากปลายประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการบีบตัวมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถ้าบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถปรับตัวหรือหาทางออกได้ จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเป็นอยู่นานโดยไม่ได้รับการแก้ไขอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้น การจัดการกับความเครียด จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โยคะ การทำสมาธิ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback) เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้มีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเฉพาะการผ่อนคลายจะช่วยลดการตอบสนองต่ออนอร์อิพิเนฟรินในเลือด ทำให้ความต้องการออกซิเจน อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจลดลงและระดับความดันโลหิตลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสงบและคลายความวิตกกังวล ทำให้การเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในการควบคุมความดันโลหิตนั้น จะเห็นว่านอกจากการรับประทานยาครบตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้ว การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตก็เป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น เมื่อใช้วิธีการรักษาทั้งสองวิธีควบคู่กันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ย่อมทำให้การรักษาความดันโลหิตประสบความสำเร็จและและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตมากมาย สรุปได้ ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรค

การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ถึงภาวะโรคในทางที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการรับรู้ถึงภาวะโรคที่ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีและไม่ถูกต้อง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและความรุนแรงของโรคขึ้นได้

โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1986) อธิบายการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมป้องกันโรคว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าจะตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค

เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้ทำการปรับปรุงและเพิ่มองค์ประกอบอื่นอีกจากแนวคิดของโรเซนสต็อคเดิม เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมหรือแรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัว (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัว (Perceived Barriers) และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป (Health Motivation)

แต่แนวคิดของโรเซนสตีลและเบคเกอร์ มุ่งเน้นอธิบายการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพหรือป้องกัน หลีกเลี่ยงจากการเป็น โรคในผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติหรือยังไม่มีอาการเจ็บป่วย เกิดขึ้น ซึ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็น โรค ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนเนื่องจากมีข้อจำกัดที่เกิดขึ้น จากโรคหรือความเจ็บป่วย หรือพยาธิสภาพของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จึงอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการหยุด ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากยังไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้น การที่จะให้ผู้ป่วยเข้าใจ การตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพของตนเอง และมีกรปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่สอดคล้องกับโรคหรือความ เจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย สามารถหาวิธี การเผชิญกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจากประสบการณ์ และข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลบุคคลและสื่อต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสามัญสำนึกของเลเวนทัล (Leventhal, 1980) ที่อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งมีได้หมายถึงการรับรู้ เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น แต่หมายถึงการรับรู้ตามความรู้สึก ความนึกคิด และความเชื่อของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเลเวนทัล เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลที่ เจ็บป่วยควรประกอบด้วย การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Cause) การรับรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) การรับรู้การปฏิบัติและจัดการกับโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมและรักษาโรค (Control/ Cure) การรับรู้ความรุนแรงและ อาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) และการรับรู้ระยะเวลาของการเป็นโรค และเจ็บป่วย (Timeline) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Cause) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยบุคคลเชื่อว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ได้แก่ สาเหตุทางชีววิทยา เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อโรค และไวรัส (Heijmans, 1998 cited in Hagger & Orbell, 2003) สาเหตุทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ภาวะ ซึมเศร้า (Moss - Morris et al., 1996 cited in Hagger & Orbell, 2003) สาเหตุทางสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษ และสารเคมี (Heijmans, 1998 cited in Hagger & Orbell, 2003) และสาเหตุทางจิตวิทยา เช่น ทัศนคติ การทำงานหนัก และลักษณะส่วนบุคคล (Heijmans & De Ridder, 1998 cited in Hagger & Orbell, 2003) จากการศึกษพบว่า ยังมีสาเหตุบางสาเหตุที่เหลื่อมล้ำกันอยู่ เช่น ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ปรากฏอยู่ในทั้งในสาเหตุทางด้านอารมณ์และสาเหตุทางด้านจิตวิทยา (Hagger & Orbell, 2003)

2. การรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลด้านการทำงาน ครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต และค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วยนี้มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อชีวิตของตนเอง หรือคิดว่าชีวิตของตนเองเลวลงเพราะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Hagger & Orbell, 2003)

3. การรับรู้การปฏิบัติและวิธีการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อควบคุมและรักษาโรค (Control/ Cure) เป็นการรับรู้ถึงวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ทั้งในด้านการรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าสามารถควบคุมและรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์จะช่วยรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ หรือการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์จะช่วยบรรเทาอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

4. การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้น โดยเชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการทางพยาธิวิทยาและประสบการณ์การเกิดอาการนั้น ๆ รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยไข้หวัด ก็จะได้รับรู้ว่าไข้หวัดใหญ่ทำให้มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อเป็นต้น

5. การรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือเจ็บป่วย (Timeline) เป็นการรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือเจ็บป่วย ว่าโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และลักษณะการเกิดอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นมีความต่อเนื่องตลอดไปหรือเป็นครั้งคราว เมื่อเป็นครั้งหนึ่งแล้ว สามารถกำเริบหรือเกิดขึ้นได้อีกในเวลาต่อมา เช่น อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และอาการสามารถกำเริบได้อีก แผลในกระเพาะอาหารเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาของการเป็นโรคนี้อาจมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรค

การรับรู้เป็นตัวแปรหรือปัจจัยหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้และความคิดในเรื่องนั้น (ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2527 อ้างถึงใน สนินาฏ อนุสกุล, 2544) การรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะที่เจ็บป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้าโดยตรงที่มีผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง จะส่งผลทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ

ไม่พอใจกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด (สินีนาฏ อนุสกุล, 2544) อรสา พันธุ์ภักดี (2542) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ การที่ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองแต่ละระยะได้ ผู้ป่วยจะประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาและจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลเพิ่มและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และการศึกษาของชลนุกุล คำนิง (2544) เกี่ยวกับการรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .142, p < .05$) ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อภาวะคุกคามของโรคและความเจ็บป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเป็น โรคหรือเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย

จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสำคัญอย่างมากต่อการรับรู้ของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะ โรคหรือความเจ็บป่วยที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งชักนำภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจ หรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านเข้ามาสู่ตนทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนของที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน การเลือกรับรู้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของผู้รับสาร ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิฐานะ การศึกษา สภาพสังคม กระบวนการเลือกรับข่าวสาร การเลือกรับรู้ตามทัศนคติ ประสบการณ์เดิมของบุคคล สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมและประเพณี (จารุณี บุญนิพัทธ์, 2539 อ้างถึงใน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี และคณะ, 2542)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ การรับรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ สมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาแล้ว บุคคลอื่น ๆ บทความ โฆษณา วารสาร สื่อมวลชน ทีวี วิทยุ ฯลฯ ซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองล้วนมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ดังการศึกษาของสินีนาฏ อนุสกุล (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .41, p > .01$)

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับฟังข่าวสาร เรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อไปรับการตรวจรักษา หรือจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ แผ่นพับ เป็นต้น หรือ แม้แต่อาการแสดงของโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น ล้วนถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผ่านกระบวนการทางด้านความคิด จิตใจ โดยที่สมองตีความ หรือแปลความจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง และแรงจูงใจ ออกมาเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนที่เป็นโรครมี 2 ลักษณะ คือ การรับรู้สุขภาพในทางที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ นั้น ๆ กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สินีนานู อนุสกุล, 2544)

นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งข้อมูลที่ต่างกันก็มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ดังการศึกษาของรัตนา รุจิรกุล และคณะ (2537) พบว่า บุคคลที่มีส่วนสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด คือ บุคคลในครอบครัว และมากที่สุด คือ บุตร รองลงมา คือ สามีหรือภรรยา ส่วนบุคคลภายนอกที่มีส่วนมากที่สุด คือ บุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้น บุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และหากถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสารต่าง ๆ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้ประโยชน์ในการดูแลตนเองได้

จะเห็นได้ว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่สอดคล้องตามแผนการรักษา ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง การที่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองในแต่ละระยะได้ ผู้ป่วยจะประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาและจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ผู้โรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลเพิ่มเติม และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

2. พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้หลายความหมายด้วยกัน เช่น

“Compliance” (Ducup & Mclics, 1982 อ้างถึงใน ชลนกุล คำนี้้ง, 2544) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา ตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ

“Adherence” เป็นคำรวมระหว่าง การประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Vermeire et al., 2001) ซึ่งถูกนำมาใช้แทน “Compliance” และ ได้รับความนิยมน้อยกว่าหลาย

องค์การอนามัยโลก (Lerman, 2005; WHO, 2003) ให้ความหมาย ความร่วมมือ (Adherence) คือ การให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งต้องการการยอมรับของผู้ป่วยเกี่ยวกับ คำแนะนำ โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมืออย่างดีกับบุคลากรทางสุขภาพและยึดมั่น ในการดูแล ตนเอง ถ้ามีการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเบอร์ก (Berg, 2002) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ถ้าแผนการดูแล คำนสุขภาพถูกสร้างจากความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยน่าจะให้ความ ร่วมมือ (Adhering) ในแผนมากขึ้น

บาร์รอฟสกี (Barofsky, 1978 cited in Berg, 2006) ได้เสนอให้แบ่งความต่อเนื่องในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อแผนการรักษาออกเป็น 3 ระดับ คือ Compliance, Adherence และ Therapeutic Alliance โดย Compliance หมายถึง การบังคับ ส่วน Adherence คือ การปฏิบัติที่มี แนวทางของผู้ป่วยและแนวทางของบุคลากร สุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องและ ตรงกัน และ Therapeutic Alliance คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการจัดการเรื่อง ความเจ็บป่วยของตนเอง ที่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และปฏิบัติต่อเนื่องจน เป็นนิสัย

พฤติกรรมมารับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างถูกต้องตามหลัก การบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดัน โลหิตเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามข้อบ่งชี้และข้อควรระวังดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อช่วย ป้องกันและลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะความดัน โลหิตสูงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลรวมถึงคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ ยาในแต่ละวัน ผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข ผลดีของการรับประทานยาตรงตามหลัก การบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ อันตรายจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือการหลีกเลี่ยง การรับประทานยาชนิดอื่นที่อาจมีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของยาลดความดัน โลหิต เช่น ยาที่มี

ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ยาลดน้ำมูก มีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งจากความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต โดยการใช้ยาได้อีกประการหนึ่ง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548, นงลักษณ์ สุขวานิชศิลป์, 2546; Porth, 1998; Woods, 2002) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 26.3 (ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538) ในขณะที่การศึกษาของพาเทลและเทลอร์ (Patel & Talor, 2002) พบร้อยละ 67.7 ดังนั้น สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา คือ บุคลากรทางสุขภาพต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต อันเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่อไป

การรับประทานยาอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาจนทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา จากการศึกษาของครูก และคณะ (Croog et al., อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์, 2542) เกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต 3 ชนิด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยเลิกรับประทานยาและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค

หลักการควบคุมอาหารในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตามแนวทางของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee [JNC], 2003 as cited in Chobanian et al., 2003) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณมากขึ้น การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม

3.1 การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ให้น้อยกว่า 2.4 กรัม/วัน หรือเกลือแกงน้อยกว่า 6 กรัม/วัน (Chobanian et al., 2003; WHO - ISH, 1999) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปควรจำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่าง ๆ รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม และอาหารตากแห้ง และระมัดระวังการใช้ยาหรือสารอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) จากการศึกษาพบว่า ถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัม/วัน จะสามารถลดความดันโลหิตลงถึง 10/5 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรรับประทาน โซเดียมน้อยกว่า 2.4 กรัม/วัน หรือเกลือแกงน้อยกว่า 6 กรัม/วัน (เกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม) (Chobanian et al., 2003; WHO - ISH, 1999) จากการศึกษาพบว่า ถ้าลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลงจาก 4,600 มิลลิกรัม เป็น 2,300

มิลลิกรัม/วัน มีผลลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอทและลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้ประมาณ 2 - 3 มิลลิเมตรปรอท (Chobanion et al., 2003) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร จะตอบสนองต่อการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่จำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาเหมือนกัน (Chobanion et al., 2003)

3.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ทอด หรือเจียว ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) และหลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน สมองสัตว์ อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง จะส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และยังพบว่า การลดน้ำหนัก จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Groce, 2001)

4. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Kaplan, 1997) โดยความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และความเครียดจะกระตุ้นให้มีการคุกกกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียน มีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ การจัดการกับความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติดังนี้ (จำลอง ดิษยวุฒิ และพริ้มเพรา ดิษยวุฒิ, 2545)

4.1 ควรวางแผนจัดการความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่เร่งร้อนในการทำงาน แบ่งเวลาให้เหมาะสม

4.2 คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี รู้จักให้อภัย

4.3 ใช้วิธีแก้ไขและขจัดความเครียด ได้แก่ การระบายความรู้สึกไม่สบายใจให้บุคคลอื่นรับฟัง การนอนหลับ การพักผ่อน เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ และการไปเที่ยว การออกกำลังกาย การระงับความโกรธ การจัดเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม

4.4 การหาวิธีเพื่อคลายความตึงเครียด เช่น วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ โยคะและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาทส่วนกลางบริเวณซีรีบรัล คอร์เทก (Cerebral Cortex) และยับยั้งไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากต่อมหมวกไต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต จากการศึกษาของลินเดน และคณะ (Linden et al., 2001) เกี่ยวกับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความเครียดมีความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของอัจฉรา สุคนธสรทรัพย์, สุภาพ ใบแก้ว และมยุรี สำราญญาติ (2542) ศึกษาผลการฝึกวิปัสสนาสมาธิต่อการตอบสนองต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ พบว่า ผลการฝึกวิปัสสนาสมาธิสามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การศึกษาผลการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง

5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การลดดื่มชา กาแฟ และการจำกัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการลดหรือการควบคุมน้ำหนักตัว มีข้อปฏิบัติดังนี้

5.1 การหลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้ชายไม่ควรดื่มสุรามากกว่า 2 ออนซ์หรือ 60 ซีซี/วัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 8 ออนซ์ หรือ 240 ซีซี/วัน หรือดื่มเบียร์ไม่เกิน 24 ออนซ์หรือ 720 ซีซี/วัน และในผู้หญิงให้ถือเกณฑ์ลดปริมาณลงครึ่งหนึ่ง (ดิลก กิโยทัย, สุขชัย กาญจนะธารายนต์ และสมชาย ปรีชาวัฒน์, 2543) เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการหลังเร็นินหรือแคทรีโกลามิน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยงหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี, 2542; Chobanian et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan (2004) พบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 3 ครั้ง/วัน จะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้ที่ดื่มสุราน้อยกว่า 3 ครั้ง/วัน (เท่ากับ 1.5 ออนซ์) ความดันโลหิตไม่สูงขึ้น ดังนั้น แคปแลน (Kaplan) ได้แนะนำว่าควรดื่มสุราในปริมาณ

แต่น้อย ถ้าดื่มมากกว่า 3 ครั้ง/วัน ก็ควรจะลดปริมาณให้ไม่เกิน 1.5 ออนซ์/วัน ถ้าหากรู้สึกรู้สึกตัวว่ามีผลกระทบจากสุราก็ควรจะเลิกดื่มไปเลย และถ้าผู้ที่ดื่มน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวันอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงนั้นก็ไม่จำเป็น และวิทเทเมน และคณะ (Wittemen et al., 2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราระดับปานกลาง กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในหญิง ประเทศอเมริกา จำนวน 58,218 คน อายุ 39 - 59 ปี ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเริ่มการศึกษา ติดตามผลเป็นเวลา 4 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ดื่มสุรา พบว่า ผู้ที่ดื่ม 20 ถึง 34 กรัมต่อวัน (ประมาณ 2 หรือ 3 ครั้ง) มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk) เป็น 1.4 เท่า (95% CI=1.2, 1.7) กลุ่มที่ดื่มมากกว่า 35 กรัม/วันมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 1.9 (95% CI = 1.6, 2.2) ผลจากการศึกษานี้ผู้วิจัยแนะนำว่า การดื่มสุร่าต่ำกว่า 20 กรัมต่อวัน (วันละ 1 ครั้ง) ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่ถ้าหากมากกว่านั้นความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาสนับสนุนว่าการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต

5.2 การงดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและมีผลต่อผนังหลอดเลือดและส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 15 - 30 นาทีภายหลังจากสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่ ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก แม้ว่าการสูบบุหรี่อาจจะไม่มีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิตสูง แต่ถือเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ และถ้าผู้ป่วยเหล่านี้สูบบุหรี่ก็จะยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต่อต้านการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพหรือต้องใช้ขนาดยาเพิ่มขึ้น (Levine, 2000; Kaplan, 1998)

5.3 หลีกเลี่ยงหรือลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โอเลี้ยง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผลของคาเฟอีนอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (JNC, 1997) และยังเพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Kaplan, 1998)

5.4 การควบคุมน้ำหนักตัว โดยการควบคุมจำนวนแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการลดน้ำหนักได้ทุก 1 กิโลกรัม จะสามารถทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ 2.5 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 1.5 มิลลิเมตรปรอท นอกจากการลดน้ำหนักจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเองที่ดีขึ้นด้วย (Grore, 2001; Harkness & Dincher, 1999) JNC-7 แนะนำให้ควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง

18.5 - 24.9 (Chobanion et al., 2003) จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรืออาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และข้อติดแข็ง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคที่ตรงตามความเป็นจริงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอย่างยิ่งในการควบคุม ป้องกันและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของเลเวนทัล (Leventhal, 1980) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด โดยมุ่งเน้นศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการจัดการเรื่องโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อควบคุมความดันโลหิตในโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันอันตรายจากภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ นอกจากนั้น ยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป