



สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 10

Trends in
Hypertension 2012

วันศุกร์ที่ 17 กุมภาพันธ์ 2555

ณ ห้อง Infinity 1-2 โรงแรมพูลแมน คิงพาวเวอร์ กรุงเทพฯ

สารจากประธานวิชาการสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 10 ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2555 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยและผู้สนใจได้รับทราบความรู้ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประชุมวิชาการในปีนี้มี Theme ของการประชุมคือ “Trends in Hypertension 2012” หมายถึงแนวโน้มใหม่ๆ ในเรื่องของความดันโลหิตสูงซึ่งจะส่งผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบเดิม โดยในช่วงเช้าได้นำเรื่องของกรณีวิจัยความดันโลหิตสูงโดยการใช้ ambulatory blood pressure monitoring ซึ่งได้รับการแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศอังกฤษที่เพิ่งตีพิมพ์ใหม่ล่าสุด เรื่องของการจำกัดเกลือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่ามีประโยชน์หรือไม่เพราะมีข้อมูลการศึกษาหลายการศึกษาที่ทำให้เกิดข้อถกเถียงในเรื่องนี้ และเรื่องของการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วย pre-hypertension

ในช่วงบ่ายจะเป็นการนำเสนอแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงที่เพิ่งจัดทำเสร็จสิ้นและเผยแพร่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทราบเป็นครั้งแรกในการประชุมนี้ และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยยังได้เชิญรองเลขาธิการแพทยสมาคมมาพูดคุยถึงผลทางด้านกฎหมายในเรื่องของแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อให้เห็นถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ใน Breakfast และ luncheon symposium ยังมีการนำเสนอข้อมูลใหม่ๆ ของยาลดความดันโลหิตอีกด้วย

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ขอขอบคุณบริษัทผลิตภัณฑ์ที่ให้การสนับสนุนในการออกบูธและการจัดการบรรยาย breakfast และ luncheon lecture ขอขอบคุณวิทยากรทุกท่านที่สละเวลาในการบรรยายในการประชุมวิชาการประจำปีในครั้งนี้ และขอขอบคุณสมาชิกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยและผู้สนใจทุกท่านที่ให้ความสนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปีในครั้งนี้

น.อ.นพ.อนุดตร จิตตินันท์

ประธานวิชาการสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

กำหนดการประชุมวิชาการประจำปี 2555
สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

07.00 - 07.30 น.	ลงทะเบียน	
07.30 - 08.30 น.	Breakfast Symposium สนับสนุนโดยบริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย) จำกัด The Challenges in Prevention the Cardiovascular Disease in Hypertensive Patients	ผศ.นพ.สุรพันธ์ สิทธิสุข รศ.นพ.พีระ บุรณะกิจเจริญ (Moderator)
08.50 - 09.00 น.	เปิดการประชุม	ศ.นพ.ศุภชัย ไชยธีระพันธ์
09.00 – 09.30 น.	Ambulatory BP or Home BP Monitoring for Routine Diagnosis of Hypertension	ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนา โรจน์
09.30 – 10.00 น.	Is Salt Restriction Necessary for Hypertension?	รศ.พญ.ปรียานุช แย้มวงษ์
10.00-10.30 น.	Do We Need Antihypertensive Drugs for Pre-hypertension?	ศ.นพ.อภิชาติ สุกนธสรพร รศ.นพ.ถาวร สุทธิไชยากุล (Moderator)
10.30-11.15 น.	Coffee break พร้อมประชุมธุรการ	
11.15 - 12.00 น.	Free paper presentation (3 paper)	ผศ.นพ.พงศ์อมร บุนนาค (Chair)
12.00-13.30 น.	Luncheon lecture (สนับสนุนโดย บริษัท เอ็ม เอส ดี (ประเทศไทย) จำกัด AIIA: Benefit across the Cardiovascular Continuum	ผศ.พญ.วิวรรณ ทังสุบุตร รศ.นพ.ถาวร สุทธิไชยากุล (Moderator)
13.30-14.30 น.	New Thai Hypertension Guideline 2012	รศ.นพ.พีระ บุรณะกิจเจริญ รศ.พญ.วีรนุช รอบสันติสุข รศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย
14.30-15.00 น.	Legal Issues about Hypertension Guidelines	น.อ.(พิเศษ)นพ.อิทธิพร คณะ เจริญ
15.00 น.	ปิดการประชุม	ศ.นพ.ศุภชัย ไชยธีระพันธ์
	Coffee break หลังปิดประชุม	

Ambulatory BP or Home BP Monitoring for Routine Diagnosis of Hypertension

Somkiat Sangwatanaroj, M.D.

*Division of Cardiovascular Medicine, Department of Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330*

In clinical practice, there are two forms of out-of-office blood pressure monitoring (BPM): Home (or Self) and Ambulatory BPM (HBPM or SBPM and ABPM). Several national and international guidelines have recommended HBPM for hypertension management since 1996: American Society of HT 1996, World Health Organization – International Society of HT 1999, European Society of HT 2001, Japanese HT Society 2003, JNC 7 2003, British HT Society 2004, American Heart Association 2005, European Society of Cardiology 2007 and British Hypertension Society NICE guidelines in August 2011 (www.nice.org.uk/CG127).

According to the latest NICE 2011 guidelines for diagnosis of hypertension: If the clinic (or office) blood pressure is 140/90 mmHg or higher, offer ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) to confirm the diagnosis of hypertension and if ABPM is declined or not tolerated, offer HBPM. The ABPM required at least 2 measurements per hour during usual waking hours and average of at least 14 measurements to confirm the diagnosis. The HBPM required 2 consecutive seated measurements at least 1 minute apart, blood pressure is recorded twice a day for at least 4 days (preferably for 7 days), discard first-day-measurements and average value of all remaining blood pressure records.

Clinical practice in Thailand, the HBPM is more feasibility and lower cost than ABPM. Therefore, HBPM maybe the suitable diagnostic tool for hypertensive patients. The indication for HBPM are: all patients receiving anti-hypertensive medication, evaluation of white coat hypertension, evaluation of masked hypertension, evaluation of resistant hypertension, to improve compliance and medical adherence and to improve hypertension control rates.

Is Salt Restriction Necessary for Hypertension?

รศ.พญ. ปรียานุช แยมวงษ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การจำกัดเกลือ เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยามานาน ควบคู่ไปกับการควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกายและการบริหารความเครียด เนื่องจากมีข้อมูลทั้งทางทางสรีรวิทยา วิทยาเกี่ยวกับบทบาทของเกลือต่อปริมาณสารน้ำในร่างกายและปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ ร่วมกับการสนับสนุนโดยข้อมูลทางระบาดวิทยา ว่าประชากรกลุ่มที่อยู่ริมทะเลและบริโภคเกลือมาก จะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าประชากรกลุ่มที่อยู่ห่างไกลทะเล จึงมีการระบุไว้ในแนวปฏิบัติขั้นต้นของคุณแลร์รักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตลอดมา แม้กระทั่งใน JNC VII ในปีค.ศ. 2007 ก็ยังระบุให้จำกัดเกลือโซเดียมต่ำกว่าวันละ 2.4 กรัม (ประมาณ 6 กรัมของเกลือโซเดียมคลอไรด์) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในระยะหลัง เริ่มแสดงให้เห็นมากขึ้นว่าการจำกัดเกลือโซเดียมมากเกินไป (ต่ำกว่าวันละ 2,300-2,700 กรัม) ถึงแม้จะลดความดันซิสโตลิกได้ แต่ไม่มีผลต่ออัตราการตายจากโรคหลอดเลือดทั้งในกลุ่มคนที่ความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้อาจมีผลเสียและเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีหัวใจวายได้ด้วย จึงเริ่มมีการตั้งสมมติฐานว่าความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับอัตราการตายจากโรคหลอดเลือด อาจเป็นรูป “J” curve นั่นคือถ้าบริโภคมากเกินไปหรือน้อยเกินไปก็ล้วนมีผลเสียทั้งสิ้น จึงควรใช้ทางสายกลาง แต่ปริมาณเกลือเท่าใดจึงจะเหมาะสมยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัดและคงจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีก ระยะเวลาหนึ่งก่อนจะได้ข้อสรุป

Do We Need Antihypertensive Drugs for Pre-Hypertension?

Apichard Sukonthasran, M.D.

Division of Cardiology, Department of Medicine, Faculty of Medicine,

Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

The name of the range of blood pressures between what is clearly normal and what is definitely hypertensive changed from “transient hypertension” in the 1940s to “borderline hypertension” in the 1970s, “high-normal blood pressure” in the 1990s, and most recently, “prehypertension” in 2003. Regardless of terminology, this condition is a precursor of hypertension and is associated with excess morbidity and deaths from cardiovascular causes.

Prehypertension, defined as the blood pressure range of 120 to 139 mmHg systolic or 80 to 89 mmHg diastolic, is highly prevalent, occurring in up to 40% of individuals depending on age, sex, and ethnicity of the studied population and is present in about 70 million Americans. Professional societies do not currently recommend pharmacological treatment for prehypertension per se, based on the lack of prospective, randomized trials examining the effects of antihypertensive therapy on reducing cardiovascular events in this population.

However, a myriad of placebo controlled trials have been performed in this cohorts for the treatment of other conditions (e.g. atherosclerosis or secondary prevention of cardiovascular disease) with antihypertensive drugs or for testing other hypotheses with these drugs (e.g. prevention of diabetes). And in two recent meta-analysis, conclusions were made that antihypertensive treatment, in this group of prehypertension, can reduce the risk of stroke, cardiovascular events and all-cause mortality. However, additional randomized trial data are necessary.

A Randomized Controlled Trial of A Trained Pharmacist-Nurse Model Care on Uncomplicated Hypertension in Primary Care Setting in Rural Area of Thailand

Puritat Maungboon¹, Pisit Hutayanon², Songkwan Silaruks³

¹Department of Medicine, Singburi General Hospital, Singburi, Thailand

²Division of Cardiovascular Diseases, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Patumthani, Thailand

³Division of Cardiovascular Diseases, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Khean University, Khon Khean, Thailand

Background: Blood pressure control in hypertensive patients is of paramount importance; however current patterns are usually suboptimal. Given increasing problems with access to primary care physicians, trained pharmacists and practice nurses can effectively identify, educate, and monitor patients with hypertension.

Objective: Evaluate the effectiveness of co-management of uncontrolled, uncomplicated hypertensive patients by trained-pharmacist and-practice nurse teams (intervention) compared with usual primary care (usual primary care) in the primary care clinic in rural area.

Method: We performed a single center, single-blind randomized controlled trial comparing usual primary care and intervention care; which consisted of trained pharmacist and nurse teams according to expert-proved collaborative protocol management of uncomplicated hypertension in the primary care clinic. The uncontrolled hypertensive, non-diabetes patients (BP > 140/90 mmHg); without evidence of organ damage were allocated to care from trained providers or primary physicians. At baseline, there was no significant difference in blood pressures between arms. Primary outcome measures were differences in mean systolic and diastolic blood pressure between groups at the end of study. Secondary outcomes included optimal blood pressure control, (<140/90 mmHg), use of appropriated drug to control blood pressure, rate of screening organ damage, hypertension-related knowledge, medication adherence, quality of life, and satisfaction.

Results: A total of 211 eligible patients were enrolled to intervention and control arms between December 1, 2010, and May 31, 2011. The mean age (SD) patient 59.1 (9.3) years, 62.2% are male, and the mean baseline systolic/diastolic BP was 146.8(9.6)/86.4(10.1) mmHg at baseline. The intervention group achieved significantly lower systolic (p=0.034) and diastolic (p=0.025) blood pressures compared to control (135/72 mmHg vs. 147/81 mmHg). At the end of study, 51% of intervention patients could achieve target blood pressure compared to 39% of control subjects (p=0.022). The intervention patients received more total office visits compared to physician visits (5 vs 3, p=0.08). Intervention group was prescribed less antihypertensive medications (2.4 vs. 3.8, p=0.02). There were statistically significant differences between groups regarding to hypertension-related knowledge, medication adherence, or satisfaction while not significantly difference of appropriated drug usage and quality of life.

Conclusion: Trained pharmacist and practice nurse teams can be collaborated to hypertension management achieved significantly better blood pressure control according to expert-proved guideline compared to primary physician care with no difference in quality of life.

THE PREVALENCE OF HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HIGH SODIUM CONSUMPTION IN HYPERTENSION CLINIC AT SIRIRAJ HOSPITAL

PEERA BURANAKITJAROEN¹, META PHOOJAROENCHANACHAI¹

¹*Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

Background

High dietary sodium intake is associated with the development of hypertension which is one of the most important risk factors for cardiovascular disease (CVD), stroke and renal failure. Decreasing sodium intake will contribute to risk reduction in developing the diseases. The level of salt intake in our hypertensive patients can be monitored outpatiently and epidemiologic characteristics among those high salt intake can be sorted out to improve hypertension management.

Methods

A cross-sectional study which enrolled 320 hypertensive patients in hypertension clinic at Siriraj Hospital was carried out from September 2010 to January 2011. Epidemiologic data e.g. age, sex, body mass index (BMI), duration of treatment, education, salary, frequency of salty food consumed/week and clinical data e.g. creatinine clearance and anti-hypertensive drug(s) received were collected using pre-defined questionnaires. 24-hour urine for 2 days to determine average amount of urine sodium/day were collected by volunteers. Urine sodium of >100 mmol/day were considered high salt intake. Correlations of those with high salt intake with all variables were done.

Results

The prevalence of high salt intake was 73.4%. The mean amount of daily sodium intake was 148 mmol/day (3,404 mg/day). Rate of high salt intake was found in males more than females ($p = 0.001$), those of <60 year old ($p = 0.012$), those with higher education ($p < 0.001$), higher salary ($p < 0.001$) and those who have self-own business ($p = 0.01$). About three-quarters (76.3%) of those patients who knew the effect of salt on blood pressure consumed high salt diet.

Conclusions

This study revealed that nearly three-quarters of hypertensive patients attended at hypertension clinic still consumed high salt diet. Those patients with certain epidemiologic characteristics were found to consume high sodium diet. Simple verbal instructions for patients to consume low salt diet seem to be insufficient in clinical practice.

Rate and clinical features of obstructive sleep apnea in Thai hypertensive patients

Kittisak Sawanyawisuth^{1,*}, Jarin Chindaprasit¹, Aonchuma Domthong¹,
Panita Limpawattana¹, Somchit Chumjan²

¹Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002,
Thailand

²Outpatient section, Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon
Kaen, 40002, Thailand

Background: Obstructive sleep apnea (OSA) is a novel medical disease. The prevalence of OSA is 20% in general population and 40% in hypertensive patients. OSA is always underdiagnosed in clinical practice but it is associated with major cardiovascular diseases if left untreated. However, there is limited data on evidence of OSA and its clinical features in Thai hypertensive patients.

Methods: We retrospectively reviewed medical records of patients treated at hypertension/sleep clinic at Srinagarind hospital, Khon Kaen University between 2010 and 2011. The inclusion criteria were hypertensive patients who had at least one symptom of OSA and had been tested for sleep study. Rate and clinical features of OSA were studied.

Results: During the study period, 49 patients met the criteria. Of those, 42 patients (85.71%) had apnea-hypopnea index more than 5/hour. The common symptoms of OSA were snoring (100%), daytime sleepiness (28.57%), unexplained nocturia (28.57%), and gastroesophageal reflux disease (28.57%). The median age of all patients was 61 years (range 34-78) and 35 patients (83.33%) had age range of 40-70 years. The numbers of patients with age less than 60 years and more than 60 years were 20 and 22 cases, respectively. Hypertensive patients with OSA who were older than 60 years had significantly lower BMI compared to those who were younger than 60 years (27.46 vs 30.44, p 0.031). Most patients (88.10%) had well-controlled blood pressure level.

Discussion/conclusion: OSA is very common in Thai hypertensive patients who have at least one symptom of OSA with age range of 40-70 years. Thai physicians should be aware of OSA in hypertensive patients to reduce cardiovascular complications of OSA even the blood pressure is undercontrolled. Elderly hypertensive patients with OSA had lower body mass index than younger ones.

Keywords: obstructive sleep apnea; hypertension; Thai; clinical features

Word count: 286

New Thai guideline of the treatment of hypertension 2012

Assoc. Prof. Dr. Peera Buranakitjaroen

**Division of Hypertension, Department of Medicine, Siriraj Hospital.*

Thai hypertension guidelines composed of 5 sections i.e. 1) **the diagnosis** which includes the definitions of various kinds of hypertension, blood pressure (BP) measurements, BP classification and home BP measurements. 2) **the assessment of cardiovascular risk in the next 10 years** was performed by history taking, physical examination (to confirm high BP, to detect organ damage and secondary hypertension) and laboratory tests (for general practitioners and specialists) . Then, cardiovascular risk in the next 10 years was assessed by using risk factors, subclinical organ damage, diabetes mellitus and established cardiovascular and renal diseases. 3) **the treatment of hypertension** which encourages lifestyle modification for all cases and usage of antihypertensive drugs for most patients. 4) **the following up** of those hypertensive patients were carried out by considering of period of following up which depends on severity of initial BP and step-down therapy. 5) **the management of hypertension in special groups of patients** which includes elderly patients, patients with coronary artery disease, stroke, diabetes mellitus , chronic kidney disease and pregnant women.

There are 4 major classes of drugs e.g. diuretics, calcium channel blockers (CCBs), angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) and angiotensin receptor blockers (ARBs). All of these can be used as initial drugs or in combinations. Specific antihypertensive drugs should be given to those with organ damage , established cardiovascular/renal diseases and certain clinical conditions e.g. isolated systolic hypertension, metabolic syndrome, diabetes mellitus and pregnancy etc.. Those drugs were proven to be useful for them according to clinical outcome studies. For general hypertensive patients, usage of antihypertensive drugs still follows the National Institute for health and Clinical Excellence(NICE) guidelines 2011 which suggested that ACEIs/ARBs should be given to those patients of < 55 years and CCBs to those of ≥ 55 years as initial drug (step 1). Since most Thai food contained a lot of salt, diuretics were still considered as an alternative to CCBs in step 1. If BP cannot be normalized, combination of ACEIs/ARBs and CCBs/diuretics should be used (step 2). Then combination of ACEIs/ARBs, CCBs and diuretic will be the next step (step 3). Addition of spironolactone or furosemide followed by α -blocker/ β -blockers will be the final step (step 4).

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รศ. นพ. ประเสริฐ อัสสันตชัย

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 โดยร้อยละ 72 - 80 ของผู้สูงอายุไทยมีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคทางอายุรกรรมที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 14 - 27) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อย จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา และการมีพยาธิสภาพหลายระบบ ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคจนถึงขั้นตอนการรักษาและป้องกันโรค เช่น ผู้ที่มี atrial fibrillation การพบความแปรปรวน (variability) ของระดับความดันโลหิต จึงมักพบภาวะ white-coat effect ตลอดจนภาวะ postprandial hypotension ในด้านการรักษาแบบไม่ใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุก็มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการรักษาประเภทนี้ได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ทั้งในด้านการจำกัดการได้รับเกลือโซเดียม และการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการรักษาแบบใช้ยาลดความดันโลหิต มีข้อพึงระวังที่สำคัญได้แก่ การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะหกล้ม ภาวะกระตุกชัก และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนระดับความดันโลหิตเป้าหมายหลังให้การรักษา ซึ่งแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุทั่วไปและผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ทำให้พบปรากฏการณ์ที่เรียก J - curve effect ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้มีแนวโน้มที่จะได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน การพยายามเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตนอกจากจะคำนึงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งถึงประสิทธิภาพของยาแล้ว ควรพยายามเลือกใช้ยาหรือไม่เลือกใช้ยาที่อาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อโรคร่วมด้วย

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะมีระดับความดันโลหิตสูงในระยะแรก แพทย์ควรทำการวินิจฉัยแยกโรคถึงสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปัญหาทั่วไป เช่น ผู้ป่วยกำลังมีอาการปวดจากสาเหตุใดๆ อาการปวดปัสสาวะ ไปจนถึงโรคที่ทำให้ความดันโลหิตสูงพร้อมกับอาการทางระบบประสาท เช่น ภาวะเลือดเซาะในผนังหลอดเลือดเอออร์ตา (aortic dissection) โรคความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤตที่ทำให้เกิดอาการทางสมอง (hypertensive encephalopathy) การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งได้เป็นสองระยะ คือระยะเฉียบพลัน (ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มมีอาการ) ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาละลายลิ่มเลือด (tissue plasminogen activator, t-PA) ก่อนให้ยา t-PA ควรควบคุมให้ SBP < 185 มม.ปรอท และ DBP < 110 มม.ปรอท แนะนำให้เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น nifedipine หรือ labetalol ทางหลอดเลือดดำ หรือ sodium nitroprusside ไม่ควรใช้ยากลุ่มไนเตรทหรือยา nifedipine ชนิดออกฤทธิ์สั้น ทั้งการรับประทานหรือการบีบยาใส่ใต้ลิ้น ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาละลายลิ่มเลือด ควบคุมให้ SBP < 220 มม.ปรอท และ DBP < 120 มม.ปรอท โดยจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตต่อเมื่อทำการวัดความดันโลหิตซ้ำ 2 - 3 ครั้ง ภายหลังให้ผู้ป่วยพักแล้วระดับความดันโลหิตยังสูงเกินค่าที่แนะนำ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่อาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว ควรใช้ยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ให้มีค่าน้อยกว่า 130 / 80 มม.ปรอท โดยแนะนำให้ใช้ ACEIs ร่วมกับยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs

รายนามคณะกรรมการบริหารสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

1.	ศ.นพ.สุนทร	ทัศนันทน์	ที่ปรึกษาอดีตมศักดิ์
2.	ศ.นพ.สุภชัย	ไชยธีระพันธ์	นายกสมาคมฯ
3.	รศ.นพ.พีระ	บุรณะกิจเจริญ	อุปนายก
4.	พญ.วิไล	พั่ววิไล	เลขาธิการ
5.	ศ.พญ.วรรณิณี	นิธยานันท์	เหรัญญิก
6.	น.อ.นพ.อนุตตร	จิตตินันท์	ประธานวิชาการ
7.	พล.ต.ท.นพ.นุกูล	เจียมอนุกูลกิจ	ปฏิคม
8.	ผศ.นพ.พงศ์อมร	บุญนาถ	นายทะเบียน
9.	พ.อ.หญิง พญ.หญิงน้อย	อุบลเดชประชารักษ์	กรรมการกลาง
10.	พล.อ.ต.นพ.บรรหาร	กอนันตกุล	กรรมการกลาง
11.	ศ.นพ.อภิชาติ	วิษญาณรัตน์	กรรมการกลาง
12.	รศ.นพ.สุภชัย	ถนอมทรัพย์	กรรมการกลาง
13.	รศ.นพ.ถาวร	สุทธิไชยากุล	กรรมการกลาง
14.	ผศ.นพ.สุรพันธ์	สิทธิสุข	กรรมการกลาง
15.	ศ.นพ.อภิชาติ	สุคนธ์สรรพ	กรรมการกลาง
16.	พ.อ.นพ.ปรีชา	เอื้อโรจน์อังกูร	กรรมการกลาง
17.	ศ.พญ.ทรงขวัญ	ศิลารักษ์	กรรมการกลาง

รายนามอนุกรรมการวิชาการ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

1.	น.อ.นพ. อนุตตร	จิตตินันท์	ประธาน
2.	รศ.นพ.ถาวร	สุทธิไชยากุล	กรรมการ
3.	ผศ.นพ.ระพีพล	กฤษกร ณ อยุธยา	กรรมการ
4.	ผศ.นพ.พงศ์อมร	บุญนาถ	กรรมการ
5.	พ.อ.นพ.ปรีชา	เอื้อโรจน์อังกูร	กรรมการ
6.	ผศ.พญ.วีรนุช	รอบสันติสุข	กรรมการ
7.	นพ.ยงชัย	นิละนนท์	กรรมการ
8.	น.ท.นพ.พงศธร	คชเสนีย์	กรรมการและเลขานุการ

**บริษัทผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ให้การสนับสนุน
การประชุมวิชาการประจำปี 2555**

1. บริษัท เอ็ม เอส ดี (ประเทศไทย) จำกัด
2. บริษัท เบอริงเกอร์ อินเกลไฮม์ (ไทย) จำกัด
3. บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด
4. บริษัท ซาโนฟี-อเวนติส (ประเทศไทย) จำกัด
5. บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด
6. บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด
7. บริษัท เบอร์ลินฟาร์มาซูติคอลลินด์สตรี้ จำกัด
8. บริษัท ไบโอฟาร์ม เคมีคัลส์ จำกัด
9. บริษัท เซอร์เวียร์ (ประเทศไทย) จำกัด
10. บริษัท แจ็กเจียอุตสาหกรรม (ไทย) จำกัด (มหาชน)
11. บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด
12. บริษัท ไดอิจิ ซังเคียว (ประเทศไทย) จำกัด
13. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไดนามิค ซีสเท็มส์
14. บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด
15. บริษัท อินวิด้า (ประเทศไทย) จำกัด
16. บริษัท สීමการแพทย์ จำกัด
17. บริษัท เมอร์ค จำกัด
18. บริษัท เพ็นส์ มาร์เก็ตติ้ง แอนด์ ดิสทริบิวชั่น จำกัด
19. บริษัท ดีเคเอสเฮล (ประเทศไทย) จำกัด