

แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD

ความดันเลือดสูง

ข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญของการใช้ยารักษาภาวะความดันเลือดสูง

1. ผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ไม่มีโรคร่วม (เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น) หรือข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิกอื่น ควรได้รับยาชนิดใดชนิดหนึ่งจากยาใน 4 กลุ่มนี้ในการรักษา

- 1) Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) เช่น Enalapril
- 2) Angiotensin receptor blockers (ARBs) เช่น Losartan, Valsartan
- 3) Calcium channel blockers (CCBs) เช่น Amlodipine, Verapamil, Nifedipine SR, Manidipine
- 4) Thiazide-type diuretics เช่น Hydrochlorothiazide (HCTZ)

2. ในผู้มีอายุต่ำกว่า 55 ปี ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของยาลดความดันเลือดชนิดอื่น ควรได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs เป็นยาขนานแรก โดยทั่วไปควรเลือกใช้ในกลุ่ม ACEIs ก่อน แต่หากพบว่ามีผลข้างเคียง เช่น อาการไอ จึงเปลี่ยนเป็น ARBs และควรหลีกเลี่ยงการใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs

3. ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ควรได้รับยาในกลุ่ม CCBs หรือ diuretics เป็นยาขนานแรก โดยพิจารณา ดังนี้

1) ในผู้ป่วยที่รับประทานเค็มหรือมีอาการบวม หรือมีประวัติแพ้ยา CCBs หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะหัวใจวายหรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจวาย ควรได้รับยาในกลุ่ม diuretics

2) ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงระดับรุนแรง (grade 3 หรือ BP \geq 180/110 มม.ปรอท) หรือมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึงสูงมาก (10-year Thai CV risk score \geq 5%)* ควรได้รับยาในกลุ่ม CCBs โดยอาจใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ได้ เนื่องจากช่วยลดความดันเลือดได้ดีและเร็วกว่า

4. ผู้ป่วยความดันเลือดสูงไม่ควรได้รับยาในกลุ่ม Beta-blockers (BBs) (เช่น Atenolol, Propranolol, Carvedilol, Metoprolol) เป็นยาขนานแรกในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง ยกเว้นเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของยาในกลุ่มนี้ อันได้แก่

- 1) post-MI และ/หรือ CHF, arrhythmia, angina pectoris
- 2) มีหลักฐานที่บ่งถึงการมี sympathetic overactivity
- 3) เป็นผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งอาจมีการตั้งครรภ์ และมีข้อห้ามต่อการใช้อื่น

5. ในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ไม่ได้รับยาในกลุ่ม BBs โดยเฉพาะหากต้องใช้ร่วมกับ diuretics
6. ในผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม BBs ไม่ควรหยุดยาอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะในรายที่มีการใช้ในขนาดสูง เนื่องจากอาจทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นอย่างกะทันหัน อาจพบภาวะใจสั่น หรือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ควรค่อยๆ ลดขนาดยาลง
7. ห้ามใช้ short-acting CCBs (เช่น Nifedipine ชนิด immediate release) สำหรับการรักษาภาวะความดันเลือดสูงรวมทั้ง hypertensive urgency หรือ emergency และ angina pectoris เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตของผู้ป่วย
8. ห้ามใช้ alpha-blockers (เช่น Doxazosin, Prazosin) เป็นยาขนานแรกในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ร่วมกับยาลดความดันเลือดชนิดอื่นได้
9. ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจติดตามประจำปีเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันเลือดสูง ดังนี้
 - 1) Blood chemistry เช่น FBS, SCr, uric, ระดับไขมันในเลือดและ electrolytes (ในรายที่ได้ diuretics หรือ ACEIs หรือ ARBs)
 - 2) Urinalysis
 - 3) Electrocardiography

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญของการใช้ยาในโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับ metformin เป็นยาขนานแรกในการรักษา ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ ซึ่งได้แก่
 - 1) ผู้ที่มีการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ต่ำกว่า 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
 - 2) ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับ หัวใจ ปอดเสื่อมลงมาก
 - 3) มีภาวะความดันเลือดต่ำ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะ lactic acidosis
2. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด โดยเฉพาะในผู้ที่อายุสูงกว่า 65 ปี หรือผู้ที่มี eGFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ไม่ควรได้รับ Glibenclamide ควรใช้ Glipizide แทน

3. ในผู้มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวชั้น 3 และ 4 ของ New York Heart Association (NYHA) หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือกำลังเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกหัก เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ควรได้รับยา Pioglitazone
4. ไม่ควรใช้ Pioglitazone ร่วมกับอินซูลิน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น กรณีมีความจำเป็นควรใช้ด้วยความระมัดระวัง
5. ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล 2 ชนิดแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามเป้าหมาย สามารถพิจารณาเพิ่มยา Pioglitazone หรือเพิ่มชนิด NPH insulin ก่อนนอน
6. ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล 3 ชนิดแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามเป้าหมาย ให้ฉีด NPH insulin ก่อนนอน และควรลดหรือหยุด sulfonylurea ถ้าได้รับอยู่ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
7. ในผู้ชายอายุสูงกว่า 50 ปี หรือผู้หญิงอายุสูงกว่า 60 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปี (10-year Thai CV risk score) >10% ถ้าไม่มีข้อห้ามจากปัญหาเลือดออกง่าย ควรได้รับ Aspirin ขนาด 75-162 มก. วันละครั้ง
8. ผู้ป่วยควรได้รับประเมินระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว ความดันเลือด ทุกครั้งที่มาติดตาม
9. ควรได้รับการตรวจ HbA1c ระดับไขมันในเลือด โรคแทรกซ้อนทางตา ตรวจเท้าประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดแผลและการทำงานของไต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติ

ข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญของการใช้ยาในภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติ

1. ในผู้ป่วยรายใหม่ ไม่ควรให้ Simvastatin เกินวันละ 40 มก. สำหรับผู้ป่วยที่ใช้มานานเกิน 1 ปี โดยไม่เกิดผลข้างเคียงให้ใช้ยาในขนาดเดิมต่อไปได้
2. เมื่อใช้ Simvastatin ในขนาดสูงติดต่อกัน 6 เดือน แล้วยังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย หรือเกิดผลข้างเคียงจากยา สามารถพิจารณาใช้ Atorvastatin ได้
3. ห้ามใช้ Simvastatin ร่วมกับ Gemfibrozil
4. หลีกเลี่ยงการใช้ Simvastatin ในขนาดเกินวันละ 20 มก. เมื่อใช้ร่วมกับ Amlodipine หรือ Amiodarone หรือเกินวันละ 10 มก. เมื่อใช้ร่วมกับ diltiazem หรือ verapamil

5. ในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะ >75 ปี ผู้ป่วยโรคตับหรือโรคไต ควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ตลอดจนอาการปวดกล้ามเนื้อและการเพิ่มขึ้นของ Creatine kinase (CK)
6. ในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด หรือหลังการปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา ควรตรวจระดับไขมันอีกครั้งประมาณ 4-12 สัปดาห์ เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์
7. ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจติดตามระดับไขมันปีละ 1-2 ครั้งในผู้ป่วยที่ได้บรรลุเป้าหมายแล้ว (ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ควรตรวจถี่ขึ้น)