

**Update** แนวทางการรักษา  
**hypertension** และ  
**dyslipidaemia**

สุทธิพงษ์ ศรีทรงชัย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


# JNC 8

# ข้อแนะนำในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

1. ในผู้ป่วยอายุ  $\geq 60$  ปี เริ่มใช้ยาที่ SBP  $\geq 150$  หรือ DBP  $\geq 90$   
เป้าหมาย SBP  $< 150$  และ DBP  $< 90$  (ถ้าหากได้รับ BP ต่ำกว่านี้และทนต่อยาได้ดี ก็ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรักษา)
2. ในผู้ป่วยอายุ  $< 60$  ปี เริ่มใช้ยาที่ SBP  $\geq 140$  และ DBP  $\geq 90$  เป้าหมาย SBP  $< 140$  และ DBP  $< 90$
3. เริ่มใช้ยาที่ SBP  $\geq 140$  หรือ DBP  $\geq 90$  เป้าหมาย SBP  $< 140$  และ DBP  $< 90$  หากอายุ  $\geq 18$  ปีและ
  - มี CKD
  - เป็นโรคเบาหวาน

4. ในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยผิวสี (non-black population): ยาเริ่มต้นในการรักษา คือ thiazide, CCB, ACEI หรือ ARB (ตัวใดก็ได้ ประสิทธิภาพเทียบเท่ากัน)
5. ในผู้ป่วยผิวสี: ยาเริ่มต้นในการรักษา คือ thiazide หรือ CCB
6. ผู้ป่วยอายุ  $\geq 18$  ปี และมี CKD: ยาเริ่มต้น (หรือที่ใช้เพิ่มเติม) ควรเป็น ACEI หรือ ARB รวมอยู่ด้วย เพื่อผลในการรักษาสภาพของไต ไม่คำนึงถึงเชื้อชาติหรือโรคเบาหวาน
7. เป้าหมายหลัก คือ ลด BP จนถึงเป้าหมายและรักษาไว้
8. ถ้าไม่ได้ goal BP หลังจากรักษามาแล้ว 1 เดือน – ให้เพิ่มขนาดยาตัวแรกหรือเพิ่มยาตัวที่สอง แพทย์ควรวัด BP และปรับการรักษาต่อไปจนได้รับ goal BP
9. ถ้าไม่ได้รับ goal BP จากการใช้ยา 2 ตัว – ให้เพิ่มยาตัวที่สามและ titrate
10. ไม่ใช่ ACEi และ ARB ร่วมกัน





11. ถ้าไม่ได้รับ **goal BP** จากการใช้ยาตามที่กล่าวก่อนหน้านี้เพราะ **CI** หรือจำเป็นต้องใช้ยามากกว่า **3** ตัวเพื่อให้ได้ **goal BP** – ให้ใช้ยากลุ่มอื่นได้ (นอกเหนือจาก **thiazide, CCB, ACEi** หรือ **ARB**)

12. ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงหาก

- ทำตามแผนการรักษาข้างต้นทั้งหมดแล้วยังไม่ได้รับ **goal BP**

- complicated pts** ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม

A tropical beach scene with a light blue sky, three white birds flying, two green palm trees on the right, and blue and white wavy lines representing waves at the bottom.

# **2013 ACC/AHA guideline**

# 4 Statin benefit groups

- ผู้ป่วย 4 กลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยากลุ่ม statin
  1. มี clinical ASCVD
  2. LDL-C  $\geq 190$  mg/dL (primary elevation)
  3. อายุ 40-75 ปี เป็นเบาหวาน
  4. มี estimated 10-year ASCVD risk  $\geq 7.5\%$

# Clinical ASCVD

- acute coronary syndromes, or a history of MI
- stable or unstable angina
- coronary or other arterial revascularization
- Stroke
- TIA
- peripheral arterial disease presumed to be of atherosclerotic origin



# มีอะไรใหม่ใน guideline นี้?

- 1) 4 statin benefit groups
- 2) ยกเลิกเป้าหมาย LDL และ non-HDL  
ยาอื่นที่ไม่ใช่ statin ไม่ได้ลด ASCVD risk ในระดับที่ยอมรับได้เมื่อเปรียบเทียบกับโอกาสในการเกิดผลข้างเคียง
- 3) ใช้ Pooled Cohort Equations เพื่อประมาณ 10-year ASCVD risk (แทนที่ Framingham Point Scores)
- 4) Heart healthy lifestyle habits

# Statin Therapy

- **High-Intensity** = การใช้ยาทุกวันลด LDL ได้ประมาณ  $\geq 50\%$
- **Moderate-Intensity** = การใช้ยาทุกวันลด LDL ได้ประมาณ 30-50%
- **Low-Intensity** = การใช้ยาทุกวันลด LDL ได้ประมาณ  $< 30\%$

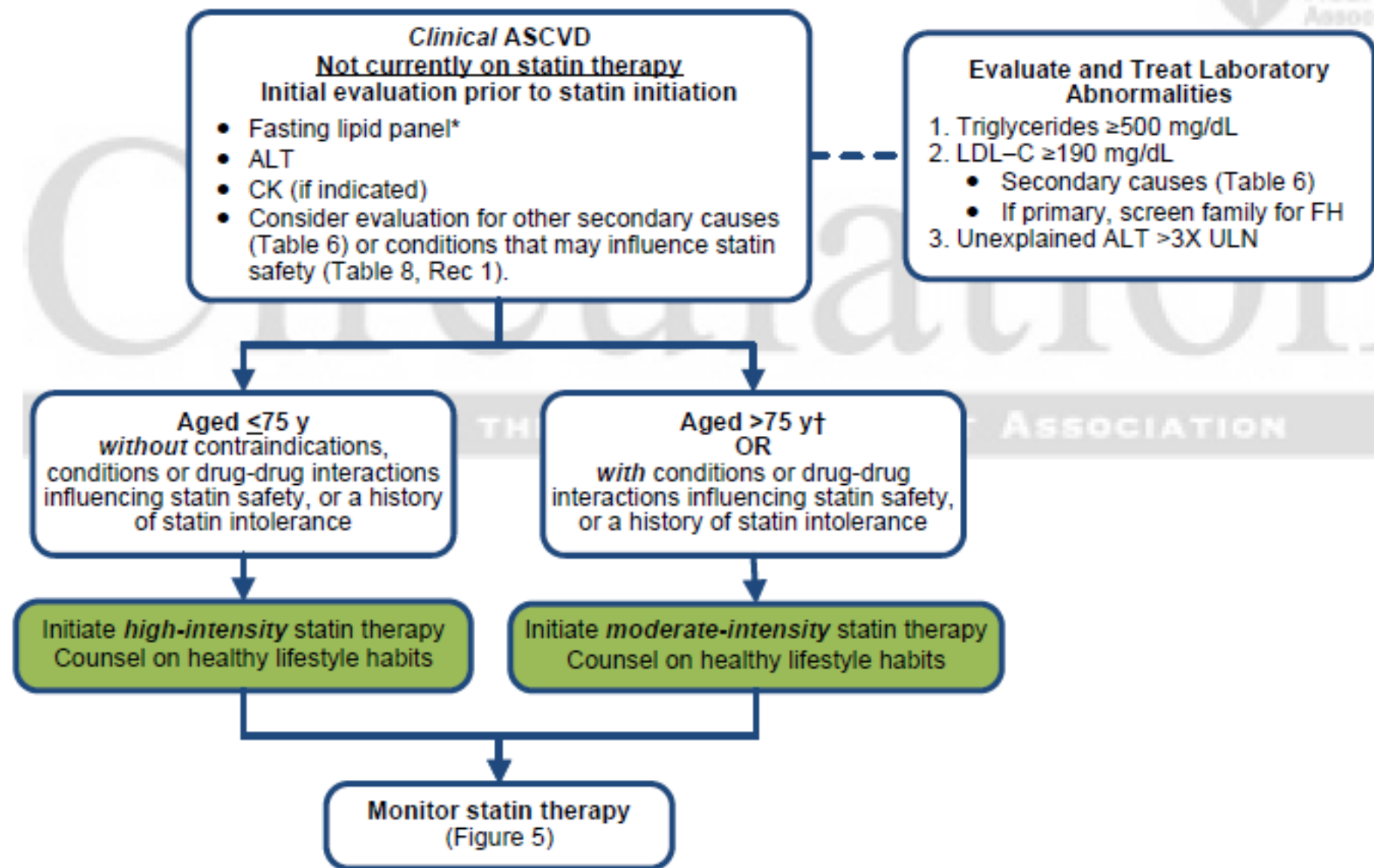
**Table 5. High- Moderate- and Low-Intensity Statin Therapy (Used in the RCTs reviewed by the Expert Panel)\***

High-Intensity Statin Therapy	Moderate-Intensity Statin Therapy	Low-Intensity Statin Therapy
Daily dose lowers LDL-C on average, by approximately $\geq 50\%$	Daily dose lowers LDL-C on average, by approximately 30% to $< 50\%$	Daily dose lowers LDL-C on average, by $< 30\%$
<b>Atorvastatin (40<sup>†</sup>)–80 mg</b> <b>Rosuvastatin 20 (40) mg</b>	<b>Atorvastatin 10 (20) mg</b> <b>Rosuvastatin (5) 10 mg</b> <b>Simvastatin 20–40 mg<sup>‡</sup></b> <b>Pravastatin 40 (80) mg</b> <b>Lovastatin 40 mg</b> <i>Fluvastatin XL 80 mg</i> <b>Fluvastatin 40 mg bid</b> <i>Pitavastatin 2–4 mg</i>	<i>Simvastatin 10 mg</i> <b>Pravastatin 10–20 mg</b> <b>Lovastatin 20 mg</b> <i>Fluvastatin 20–40 mg</i> <i>Pitavastatin 1 mg</i>



Circulation

**Figure 3. Initiating statin therapy in individuals with clinical ASCVD**





**Table 6. Secondary Causes of Hyperlipidemia Most Commonly Encountered in Clinical Practice**

Secondary Cause	Elevated LDL-C	Elevated Triglycerides
Diet	Saturated or <i>trans</i> fats, weight gain, anorexia	Weight gain, very low-fat diets, high intake of refined carbohydrates, excessive alcohol intake
Drugs	Diuretics, cyclosporine, glucocorticoids, amiodarone	Oral estrogens, glucocorticoids, bile acid sequestrants, protease inhibitors, retinoic acid, anabolic steroids, sirolimus, raloxifene, tamoxifen, beta blockers (not carvedilol), thiazides
Diseases	Biliary obstruction, nephrotic syndrome	Nephrotic syndrome, chronic renal failure, lipodystrophies
Disorders and altered states of metabolism	Hypothyroidism, obesity, pregnancy*	Diabetes (poorly controlled), hypothyroidism, obesity, pregnancy*

\*Cholesterol and triglycerides rise progressively throughout pregnancy (81); treatment with statins, niacin, and ezetimibe are contraindicated during pregnancy and lactation.

LDL-C indicates low-density lipoprotein cholesterol. Adapted with permission from Stone et al (81).