

White-coat hypertension: the ambiguity in our practice ความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์: ความไม่ชัดเจนที่เราพบบ่อยในเวชปฏิบัติ

ทองนารถ คำใจ, ชนาकर्ณ ศัพทครือญาติ
Thongnard Kumjai, Chanakarn Sapkrueyart

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
Faculty of Dentistry, Bangkokthonburi University

บทคัดย่อ ภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์เป็นภาวะที่พบบ่อย มักเกิดจากความเครียดหรือวิตกกังวลเมื่อจะรับบริการทางการแพทย์ บทความฉบับนี้ได้กล่าวถึงเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะนี้กับโรคความดันโลหิตสูง และการพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์

คำสำคัญ ความดันโลหิตสูง การส่งปรึกษาแพทย์ ความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์

Abstract The white-coat hypertension is a common condition in daily practice. It is caused by fear or anxiety when receiving medical services. The diagnostic criteria, relationship with true hypertension and guideline for medical consultation was discussed in this article.

Keywords hypertension, medical consultation, white coat hypertension

บทนำ

โดยปกติการเข้ารับบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยจำเป็นต้องตรวจสัญญาณชีพ (รูปที่ 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวัดความดันโลหิตและชีพจร ซึ่งจะมีการกำหนดว่าความดันโลหิตที่เหมาะสมสำหรับการรักษาควรเป็นเท่าใด ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ ความดันโลหิตที่พบบางครั้งมีค่าสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยไม่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยบางรายไปตรวจร่างกายสม่ำเสมอ หรือมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งก็ไม่พบว่าตอนอยู่ที่บ้านความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะขึ้นเฉพาะตอนที่มารับการรักษาเท่านั้น

ภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์

โดยปกติ ความดันโลหิตเป็นสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และมีปัจจัยที่ส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มหลายประการ ทั้งปัจจัยทางกายภาพ เช่น อายุผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น อาการปวด ภาวะไข้ หรือปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล

เมื่อพบแพทย์ จึงมีผู้กำหนดศัพท์คำว่า “White-coat hypertension” หรือแปลเป็นไทยว่า “ความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์” โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 15 ถึง 30 ในผู้ป่วยที่พบมีความดันโลหิตขึ้นสูงในคลินิก^(1,2) และเมื่อวัดซ้ำ ก็ยังเกิดลักษณะเช่นเดิม^(1,3)

แม้จะเป็นสภาวะที่พบได้บ่อย และเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์โดย Pickering และคณะเป็นผู้วิจัยกลุ่มแรกที่ทำให้จำกัดความสภาวะนี้⁽⁴⁾ และทาง European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring ได้ให้นิยามว่าเป็นสภาวะที่ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท เมื่อวัดที่สถานพยาบาล และน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอทเมื่อวัดความดันแบบ 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM)⁽¹⁾ การนิยามสภาวะนี้ขึ้น มีเหตุผลเพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่ไม่ได้เป็น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็นและอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้

Correspondence to: รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทองนารถ คำใจ
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
Tel: (+66) 2800-6800
E-mail: thongnard@hotmail.com

J Med Glob 2023 Sep; 2(3)

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMedGlob>

ISSN: 2821-918X (Online)

How to cite this article: Thongnard Kumjai, Chanakarn Sapkrueyart. White-coat hypertension: the ambiguity in our practice. J Med Glob. 2023 Sep;2(3):51-53.

กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันบางประการ กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจมีพัฒนาการของโรคภายในระยะเวลาสั้นๆ จนกลายเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคนและสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

จะเห็นได้ว่าความเกณฑ์ของ European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring ได้นิยามความดันโลหิตว่ามีค่ามากกว่า 140/90 มม.ปรอท เมื่อวัดที่คลินิก แต่ไม่ได้ระบุว่าค่าสูงสุดที่ควรจะเป็นเท่าไรเท่าใด พบว่าในบางกรณี ความดันโลหิตที่พบอาจขึ้นสูงถึงระดับความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (ตารางที่ 1) ซึ่งหากพบกรณีเช่นนี้ก่อนรับบริการทางการแพทย์ เช่น การรับการรักษาทางทันตกรรม (รูปที่ 2) น่าจะปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจยืนยันว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์ หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง



รูปที่ 1 การวัดความดันโลหิตด้วยการเข้ารับบริการทางการแพทย์
Fig 1 Measuring the patient's blood pressure before receiving medical service.

ทั้งนี้เพราะตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (รูปที่ 3) ได้แนะนำให้ส่งปรึกษาแพทย์และวางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม⁽⁵⁾

กล่าวโดยสรุป บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์ และควรแยกแยะภาวะดังกล่าวออกจากโรคความดันโลหิตสูงได้ เบื้องต้นหากพบภาวะดังกล่าวในคลินิก แนะนำให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิต 24 ชั่วโมง หากมีข้อสงสัยควรส่งปรึกษาและรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ผู้ที่มีภาวะนี้ แม้จะยังไม่ใช่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง แต่ก็พบความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย



รูปที่ 2 ความดันโลหิตแอสโตลิกเท่ากับ 129 มม. ปรอท ซึ่งเป็นระดับความดันโลหิตสูงระยะที่ 2
Fig 2 The diastolic blood pressure in this patient was 129 mmHg, which was the level of stage 2 hypertension.

ตารางที่ 1 การจำแนกความดันโลหิตตามแนวทางของ JNC 7 เปรียบเทียบกับ 2017 ACC/AHA

Blood pressure classification according to JNC 7 and 2017 ACC/AHA guidelines				
Systolic BP (mm Hg)		Diastolic BP (mm Hg)		JNC 7
<120		and	<80	Normal BP
120-129		and	<80	Prehypertension
130-139		or	80-89	Prehypertension
140-159		or	90-99	Stage 1
≥160		or	≥100	Stage 2

ACC, American College of Cardiology; AHA, American Heart Association; BP, blood pressure; JNC 7, Seventh Report of the Joint National Committee.
*Categorization of BP should be based on an average of readings on 22 occasions following a standardized protocol.



รูปที่ 3 (ร่าง) แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางด้านทันตกรรม 2566
Fig 3 (draft) Dental Safety Goals and Guidelines 2023

เอกสารอ้างอิง

1. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, et al; on behalf of the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens. 2013;31:1731–67.
2. O'Brien E, Coats A, Owens P, Petrie J, Padfield PL, Littler WA, de Swiet M, Mee F. Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recommendations of the British hypertension society. BMJ. 2000;320:1128–34.

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติป้องกัน
ST2.3 ระบุตำแหน่งหรือชิ้นฟันที่จะรักษา ร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง เช่น ชิ้นฟันที่จะรักษาในช่องปาก ให้ผู้ป่วยดูผ่านกระจกเงา	
ST3 ประเมินสถานะของผู้ป่วย ก่อนเริ่มการรักษา	ST3.1 สำหรับการรักษาความดันโลหิตและชีพจร (1) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป - วัดความดันโลหิตและชีพจร ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง (2) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง¹³ (i) ครั้งแรกที่มาพบการรักษา ให้วัดความดันโลหิตและชีพจร เพื่อบันทึกเป็นข้อมูลเริ่มต้น และ (ii) ครั้งถัดไปที่มาพบการรักษา ให้วัดความดันโลหิตและชีพจร ก่อนเริ่มการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือความวิตกกังวล เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ หรือการถอนฟัน ST3.2 ชักประวัติสุขภาพ, ประวัติใช้ยา และประวัติแพ้ยา ของผู้ป่วยทุกราย ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง ST3.3 ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ และวางแผนการรักษาร่วมกัน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร¹⁴ ก่อนเริ่มการรักษา ในกรณีต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ และควบคุมโรคได้ไม่ดี หรือไม่ได้อยู่ระหว่างรับการรักษาจากแพทย์ (2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดยา หรือปรับวิธีใช้ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่¹⁵ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug), ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug), ยาที่เกี่ยวข้องกับการกระดูกขากรรไกรตายเนื่องจากยา (Medication-related osteonecrosis of the jaw, MRONJ) เป็นต้น

¹³ ภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ (1) โรคความดันโลหิตสูงชนิดทุพพิกาสเหตุ (Secondary hypertension), (2) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) หรือ Structural renal abnormalities, (3) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2, (4) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Solid-organ transplant), (5) โรคอ้วน, (6) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive sleep apnea), (7) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่คอดูรุนแรงที่ได้รับการรักษาแล้ว (Repaired aortic coarctation), (8) โรคทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เช่น Neurofibromatosis Turner's syndrome Williams syndrome โรคหลอดเลือดแดงใหญ่คอดูรุนแรง (Coarctation of the aorta), (9) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้ว (Treated hypertensive patient) และ (10) ผู้ป่วยที่คลอดก่อนกำหนด

¹⁴ คู่มืออย่างย่อการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ ฟ้าแดดสงยาง 3

¹⁵ คู่มืออย่างย่อ ฟ้าแดดสงยาง 5

3. Ben-Dov IZ, Ben-Arie L, Mekler J, Bursztyn M. Reproducibility of white-coat and masked hypertension in ambulatory blood pressure monitoring. Int J Cardiol. 2007;117:355–9.
4. Pickering TG, James GD, Boddie C, Harshfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white coat hypertension? JAMA. 1988;259:225–8.
5. Committee for Studying and Developing Dental Safety Standard, Subcommittee for Promoting Ethics, Protecting Consumer and Developing Service Quality, Board of the Dental Council of Thailand. Dental safety goals and guidelines 2015. [cited 10 December 2023] Available from <http://dentalcouncil.or.th/upload/files/UI8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqiAOkJj.pdf>