

## แบบฟอร์มตอบคำถามทางด้านยาอย่างเป็นระบบ

วันที่รับคำถาม : 16 พ.ย. 2565 เวลา : 13.30 น.

### ข้อมูลผู้ถาม

ชื่อผู้ถาม : ชารี ทหัทธนธารี

ที่อยู่/โทร : ละไมฟาร์มมาชี

อาชีพ/วิชาชีพ : เกษัตริกร

วัตถุประสงค์ในการถาม : นำไปปรับเปลี่ยนขนาดยาให้กับผู้ป่วย

ความริบด่วนที่ต้องการ : -

วิธีการถามทาง : ตอบคำถามทางยา คณะเภสัชฯ

### ข้อมูลคำถาม

- คำถามแรก (Initial question) : Ptกิน Manidipine 10 mg ½ เม็ด เช้า และ Lazatan 50 mg ½ เม็ด เช้า...1เดือนต่อมา มีอาการปวดหัวบ่อยๆ และมีอาการ แสบยอดอก(แสบกระเพาะ..ควร ปรับ หรือ เปลี่ยนยาให้ Pt อย่างไรครับ (Pt ชาย 56 ปี

ชายไทย อายุ 56 ปีทาน Manidipine 10 mg ½ เม็ด เช้า และ Losartan(คาดว่าเข้ากับยาตัวนี้มากที่สุดพิจารณาจากชื่อ ขนาด และวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วย) 50 mg ½ เม็ด เช้า เป็นเวลา 1 เดือนพบว่า มีอาการปวดหัวบ่อยๆ และมีอาการ แสบยอดอก(แสบกระเพาะ) ดังนั้นควร ปรับ หรือ เปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยอย่างไร

- ข้อมูลภูมิหลังของคำถาม (Background information)

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ 56 ปี เพศ ชาย นน. - ส่วนสูง -
- ข้อมูลเกี่ยวกับโรค -
- ข้อมูลเกี่ยวกับยา
  - ยาที่ใช้อยู่ manidipine ขนาดยา 10 mg ½ x 1 เช้า ระยะเวลาที่ใช้ 1 เดือน
  - ยาที่ใช้ร่วม Losartan ขนาดยา 50 mg ½ x 1 เช้า ระยะเวลาที่ใช้ 1 เดือน
  - ข้อมูลการแพ้ยา/แพ้อาหาร -

- สรุปคำถามที่แท้จริงเพื่อการสืบค้น (Ultimate question) โดยใช้หลัก PICO

- ✦ P = ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 56 มีอาการปวดศีรษะและแสบยอดอกหลังใช้ยา 1 เดือน
- ✦ I = ยา manidipine ร่วมกับ losartan
- ✦ C = antihypertensives อื่น
- ✦ O = ได้รับยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสม ที่ไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง

- คำถามที่แท้จริงคือ

1. อาการปวดหัวและแสบยอดอกที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากยา manidipine หรือ losartan ได้หรือไม่ เพราะอะไร
2. การปรับเปลี่ยนยาชนิดอื่น หรือวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะแสบยอดอก ทำได้อย่างไร

- การจัดประเภทของคำถามที่แท้จริงเพื่อการสืบค้น : ADR

- หนังสือ ตำรา ที่ควรใช้อ้างอิง: Lexicomp®

## การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Search strategy and conduct on systematic search)

### แหล่งข้อมูล Tertiary sources ที่ใช้

แหล่งข้อมูลที่เลือกใช้:

#### 1. Lexicomp®

##### สรุปข้อมูลที่พบ

Manidipine ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง calcium ion influx ผ่าน voltage-dependent L- และ T-type calcium channels ของกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีรายงานอาการข้างเคียงที่พบคือ Ankle edema (6%), palpitations (3%), edema , Headache (4%), dizziness (2%), Hot flash (2%), Abdominal distention, abdominal distress, bloating, stomach discomfort และมีกรรายงานว่ เกิด chest pain , stomach pain <1% <sup>[1]</sup>

Losartan ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง AT1 มีผลยับยั้งฤทธิ์ของ angiotensin II ทำให้ระดับ angiotensin II ใน plasma ลดลง ส่งผลให้ arterioles และหลอดเลือดดำขยายตัว รวมทั้งลดการหลั่ง aldosterone จากต่อมหมวกไต ซึ่งมีรายงานอาการข้างเคียงที่พบคือ Edema (<2%), hypotension (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), orthostatic hypotension (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), palpitations (<2%), syncope (<2%), Pruritus (<2%), skin photosensitivity (<2%), skin rash (<2%), urticaria (<2%), Hyperkalemia (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%; incidence varies in literature and may be impacted by comorbidities) (Desai 2007; Weir 2010; Yusuf 2008), hypoglycemia (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), Abdominal pain (<2%), diarrhea (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), nausea (<2%), vomiting (<2%), Genitourinary: Urinary tract infection (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), Anemia (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%; hypertension: <2%), Depression (<2%), dizziness (3%), drowsiness (<2%), fatigue (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), paresthesia (<2%), sleep disorder (<2%), vertigo (<2%), Arthralgia (<2%), asthenia (type 2 diabetic nephropathy: ≥4%), back pain (hypertension and type 2 diabetic neuropathy: 2% to ≥4%), myalgia (<2%), Tinnitus (<2%), Cough (ARBs: 3%) (Matchar 2008), dyspnea (<2%), nasal congestion (2%), upper respiratory tract infection (8%), Hyponatremia (Das 2015) <sup>[2]</sup>

#### 2. European heart journal (European Heart Journal, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, Pages 3021–3104,)

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension:  
The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

จากแนวทางการรักษา มีคำแนะนำให้ทำการรักษาด้วยสองวิธีคือวิธียาร่วมกับวิธีการที่ไม่ใช่ยา โดยมีการรวบรวมการศึกษาและให้คำแนะนำ ในยา 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ ACEIs, ARBs, CCBs ,Diuretics, Beta-blocker ว่ามีประสิทธิภาพ และยังมีประโยชน์ในการลด CV risk อย่างมีนัยสำคัญ โดยยาแต่ละกลุ่มจะมีข้อห้ามและข้อบ่งใช้จำเพาะแต่ละกลุ่มถึงประสิทธิภาพและอาการข้างเคียง จึงมีคำแนะนำให้ใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ ร่วมกับวิธีที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะ การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณมาก การลดน้ำหนัก และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ส่วนการสูบบุหรี่อาจมีผลต่อการเพิ่มความดันในช่วงกลางวัน <sup>[8]</sup>

### 3. American Heart Association 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines

จากแนวทางการรักษา มีคำแนะนำเกี่ยวกับ ยาที่อาจมีผลทำให้เพิ่มความดันโลหิต หรือ มีอาการกำเริบของโรคความดันโลหิตสูง โดยยา celecoxib เพิ่มความดัน 3/1 mmHg หรืออาจไม่เพิ่ม ส่วน nonselective NSAIDs เพิ่มความดัน 3/1 mmHg และ NSAIDs can antagonize the effects of RAAS-inhibitors and beta blockers และยา Acetaminophen ใช้ทุกวัน เพิ่มความเสี่ยง 1.34 เท่า ในการกำเริบของอาการความดันโลหิตสูง<sup>[9]</sup>

### 4. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562

จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ indapamide) การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก 5 กลุ่มนี้ จะให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูง เพียงชนิดเดียวก็สามารถเลือกจากยาในกลุ่มใดก็ได้ ตามความเหมาะสม การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ควรพิจารณาจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง และพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ ของการให้ยาแต่ละชนิด แนวทางในการเลือกยาลดความดันโลหิตสูงแนะนำให้ปฏิบัติดังในตารางที่ 7 <sup>[10]</sup>

ตารางที่ 7 แนวทางการใช้ยาลดความดันโลหิต

คำแนะนำ	ระดับของคำแนะนำ	คุณภาพของหลักฐานสนับสนุน
ควรเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงจากยาลดความดันโลหิตใน 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาที่ใกล้เคียง)	I	A
ควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม renin angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยากลับใดมารวมกันได้ตามความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้ที่มีความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก (140-149/90-99 มม.ปรอท) และมีความเสี่ยงต่ำ ควรเลือกใช้ยาเริ่มต้นเพียงชนิดเดียว	I	A
ควรเลือกให้ยาเบื้องต้นเป็นยาผสม 2 ชนิดในเม็ดเดียวกัน	I	B
ควรใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดหากใช้ยา 2 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยหนึ่งในยา 3 ชนิดควรจะเป็นยาขับปัสสาวะ (thiazides หรือยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides)	I	A
ควรเพิ่ม spironolactone, หรือ beta-blocker หรือ alpha-blocker ทีละชนิด ตามลำดับหากใช้ยา 3 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และยังไม่ได้ใช้ยา 3 ชนิดนี้มาก่อน	I	B
ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs	III	A

สรุปข้อมูลที่ยังขาดหรือไม่สมบูรณ์ที่จำเป็นต้องหาเพิ่มจาก Primary source  
รายงานเกี่ยวกับ อาการทาง GI และอาการปวดหัว ของยา CCB และ ARB

### แหล่งข้อมูล Secondary sources

Secondary sources ที่ใช้

1. Pubmed®
2. google scholar

Keywordsที่ใช้ CCB, ARB, Manidipine, Losartan, gastro- , GI side effect, GERD, GI discomfort

จำนวนข้อมูล Primary sources ที่พบ 1 ชุด

1. **Increased risk of exacerbating gastrointestinal disease among elderly patients following treatment with calcium channel blockers : Journal of clinical pharmacy and therapeutics. 2008 Dec** จากงานวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา CCBs มากกว่า 6 เดือน พบว่า CCBs อาจลดความดันของกล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารส่วนล่าง และเพิ่มความเสี่ยงของโรคทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ใช้ยาเป็นระยะเวลานาน และมีการรายงานในการศึกษาย่อยว่าพบ ยา Felodipine เพิ่มอัตราการเกิดโรคกรดไหลย้อนได้ แต่ไม่ได้เพิ่มความรุนแรงของอาการโรคกรดไหลย้อน<sup>[3]</sup>
2. **Effects of anti-hypertensive drugs on esophageal body contraction : world Journal of gastroenterology** จากการศึกษาพบว่า ยาในกลุ่ม CCB ลด Lower esophageal sphincter pressure ในคนสุขภาพดีและยังลด ความถี่และระยะเวลาในการหดตัวของหลอดอาหารในคนสุขภาพดีอีกด้วย และยาในกลุ่ม ARB ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ Losartan ในการศึกษาและพบว่าไม่ลดความถี่และระยะเวลาในการหดตัวของหลอดอาหาร และ ไม่ลด Lower esophageal ดังนั้นมีเพียงยาในกลุ่ม CCB(nifedipine) ที่ลด LESP<sup>[4]</sup>
3. **Influence of calcium channel blockers in patients with gastrointestinal disease in Japanese community pharmacies ; Journal of clinical pharmacy and therapeutics. 2011 Feb** จากการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์หัตถิยภูมิ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใน HR ระหว่าง CCB และกลุ่มควบคุม และการวิเคราะห์ระดับเมตา แสดงให้เห็นว่า PPIs มีประสิทธิภาพมากกว่า H2RAs ในการรักษาโรกระบบทางเดินอาหาร และมีประสิทธิภาพในการป้องกันเลือดออกต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำจากแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ PPIs ยังแสดงให้เห็นว่าเหนือกว่ารานิทีดินและยาหลอก ในการรักษาโรคหลอดอาหารและลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ผลที่ตามมา คือการวิเคราะห์หัตถิยภูมิชี้ให้เห็นว่า CCBs อาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น การรักษาด้วย PPI อาจดีกว่าการรักษาด้วย H2RA สำหรับโรกระบบทางเดินอาหารที่เกิดจาก CCB โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรกระบบทางเดินอาหารอาจจำเป็นต้องรับประทาน CCB เนื่องจากความดันโลหิตสูง  
แม้ว่า CCB จะเกิดการระคายเคืองในทางเดินอาหารก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากในกลุ่มควบคุมใช้ยาขับปัสสาวะ ตัวบล็อกเบต้า และตัวบล็อกตัวรับแอนจิโอเทนซิน อุบัติการณ์ของการระคายเคืองกระเพาะอาหารในกลุ่มควบคุมต่ำ ดังนั้น ยาขับปัสสาวะ เบต้าบล็อกเกอร์ และแอนจิโอเทนซิน รีเซพเตอร์ บล็อกเกอร์ อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมแทน CCB สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการในทางเดินอาหาร<sup>[5]</sup>
4. **A profile of adverse effects of antihypertensive medicines in a tertiary care clinic in Nigeria ; annals of african medicine.2017** จากการศึกษาพบว่า พบว่าการใช้ยาลดความดัน มักพบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลายอาการ และมักพบอาการเวียนศีรษะ ปวดหัว ได้ประมาณ

22.6 % ในคนที่ใช้ยาลดความดัน ซึ่งเกิดขึ้นได้หลากหลายตามแต่ละบุคคล และมีโอกาสที่จะเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>[6]</sup>

- 5. Short-term Safety and Tolerability of Antihypertensive Agents in Korean Patients: an Observational Study ; pharmacoepidemiology and drug safety report.2000** จากการศึกษาพบว่า มีรายงานการเกิดอาการข้างเคียงหลายอาการ โดยมีการศึกษาแยกตาม เพศ อายุ และ กลุ่มยา และจากการศึกษาพบว่า มีรายงานอาการอาหารไม่ย่อยและเวียนศีรษะ ปวดหัว โดย อาหารการไม่ย่อย โดยมีรายงานตามการแบ่งตามเพศ เพศชาย (0.7%) เพศหญิง (2.0%) แบ่งตามช่วงอายุ <50 (1.1%) 50-59 (0.3%) >60(2.3%) แบ่งตามกลุ่มยา CCBs (0.7%) ARBs (0.9%) และมีรายงานอาการเวียนศีรษะ ปวดหัว โดยมีรายงานตามการแบ่งตามเพศ เพศชาย (4.6%) เพศหญิง (8.3%) แบ่งตามช่วงอายุ <50 (7.6%) 50-59 (6.6%) >60 (3.7%) และแบ่งตามกลุ่มยา CCBs (7.4%) ARBs (4.0%) อีกทั้งยังพบว่า ยาลดความดันในกลุ่ม ACEIs, Beta-blocker, Alpha-blocker, Diuretics มีรายงานอาการปวดหัว 5.3 3.7 4.9 5.0 ตามลำดับ<sup>[7]</sup>

#### การวิเคราะห์และสังเคราะห์คำตอบ

ยาลดระดับความดันโลหิตในกลุ่ม Calcium channel blockers หรือ CCBs ซึ่งยา manidipine เป็นยาในกลุ่มดังกล่าว จากการศึกษาพบว่ายาในกลุ่มนี้ สามารถลด Lower esophageal sphincter pressure ได้<sup>[3,4,5]</sup> ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย อีกทั้งยังพบรายงานการเกิดอาการปวดหัว เวียนศีรษะ ประมาณ 4% ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาลดความดัน โดยพบว่ากลุ่มที่ใช้ CCBs พบรายงานการเกิดร้อยละ 7.4% <sup>[5]</sup>

การใช้ยาลดความดันในกลุ่ม angiotensin receptor blockers หรือ ARBs จากการศึกษาพบว่าไม่ลด Lower esophageal sphincter pressure <sup>[4]</sup> อีกทั้งยังพบรายงานการเกิดอาการปวดหัว เวียนศีรษะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาลดความดัน โดยพบว่ากลุ่มที่ใช้ ARBs พบรายงานการเกิดร้อยละ 4.0% <sup>[5]</sup>

และการใช้ยาลดความดันในกลุ่มอื่นๆ เช่น ACEIs, Beta-blocker, Alpha-blocker, Diuretics มีรายงานอาการปวดหัว 5.3 3.7 4.9 5.0 ตามลำดับ <sup>[5]</sup>

จากแนวทางการรักษา มีคำแนะนำให้ทำการรักษาด้วยสองวิธีคือวิธีาร่วมกับวิธีการที่ไม่ใช่ยา โดยมีการรวบรวมการศึกษาและให้คำแนะนำ ในยา 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ ACEIs, ARBs, CCBs ,Diuretics, Beta-blocker ว่ามีประสิทธิภาพ และยังมีประโยชน์ในการลด CV risk อย่างมีนัยสำคัญ โดยยาแต่ละกลุ่มจะมีข้อห้ามและข้อบ่งชี้จำเพาะแต่ละกลุ่มถึงประสิทธิภาพและอาการข้างเคียง จึงมีคำแนะนำให้ใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ โดยควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม renin angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยากกลุ่มใดมารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม ร่วมกับวิธีที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือ การดื่มแอลกอฮอล์ ในปริมาณที่พอเหมาะ การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณมาก การลดน้ำหนัก และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ส่วนการสูบบุหรี่อาจมีผลต่อการเพิ่มความดันในช่วงกลางวัน <sup>[6,7]</sup>

จากแนวทางการรักษา มีคำแนะนำเกี่ยวกับ ยาที่อาจมีผลทำให้เพิ่มความดันโลหิต หรือ มีอาการกำเริบของโรคความดันโลหิตสูง โดยยา celecoxib เพิ่มความดัน3/1 mmHg หรืออาจไม่เพิ่ม ส่วน nonselective NSAIDs เพิ่มความดัน3/1 mmHg และ NSAIDs can antagonize the effects of RAAS-inhibitors and beta blockers และยา Acetaminophen ใช้ทุกวัน เพิ่มความเสี่ยง 1.34 เท่าในการกำเริบของอาการความดันโลหิตสูง<sup>[10]</sup>

## ข้อมูลการตอบคำถาม

ยาลดระดับความดันโลหิตในกลุ่ม Calcium channel blockers (CCBs) ซึ่งยา manidipine เป็นยาในกลุ่มดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการทำให้เกิดอาการแสบยอดอกในผู้ป่วยเนื่องจากยาในกลุ่มนี้สามารถลด Lower esophageal sphincter pressure มีรายงานการเกิดอาการแสบร้อนกลางหน้าอก น้อยกว่าร้อยละ 1 และพบรายงานการเกิดอาการปวดหัว เวียนศีรษะ ประมาณร้อยละ 4 และ ร้อยละ 2 ตามลำดับ<sup>[1-4]</sup> ส่วนการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตในกลุ่ม angiotensin receptor blockers (ARBs) ซึ่งยา losartan เป็นยาในกลุ่มดังกล่าว ไม่พบความสัมพันธ์กับอาการแสบยอดอกในผู้ป่วย<sup>[4]</sup> และพบรายงานการเกิดอาการเวียนศีรษะจากการใช้ยา Losartan น้อยกว่าร้อยละ 2<sup>[5]</sup> ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาลดระดับความดันโลหิต ยาลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ACEIs, Beta-blocker, Alpha-blocker, Diuretics มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในเรื่องอาการปวดหัวเช่นกัน<sup>[4]</sup>

จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ยา 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ ACEIs, ARBs, CCBs , Diuretics, Beta-blocker ควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม renin angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยากลุ่มใดมารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม<sup>[6-7]</sup> ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ใช้ยาาร่วมกันคือ Manidipine (ยาในกลุ่มCCBs) ร่วมกับ Losartan (ยาในกลุ่ม ARBs) ดังนั้นอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนการใช้ยาเป็นยาในกลุ่ม ARBs ร่วมกับยาในกลุ่มขับปัสสาวะ(Diuretics) โดยพิจารณาหยุดการใช้ยา CCBs เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการแสบยอดอกจากยาในกลุ่ม CCBs ดังที่อธิบายไว้ข้างต้นซึ่งอาจแก้ปัญหาในเรื่องของอาการแสบยอดอกได้

อาการปวดศีรษะของผู้ถามอาจจะต้องหาสาเหตุของอาการปวดศีรษะเนื่องจากอาจมีสาเหตุอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การใช้ยา หากยังสงสัยว่าเกิดจากการใช้ยาอาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณายาลดระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมต่อไป เนื่องจากยาลดระดับความดันโลหิตหลายกลุ่มก็สามารถทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Manidipine. In: Specific Lexicomp Online Database [database on the internet]. Hudson (OH): Lexicomp Inc.: [update 16 November 2022; cite 22 November 2022]. Available from: [https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/multinat\\_f/6487270?cesid=3dKCKhTFdKB&searchUrl=%2Ffco%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dmanidipine%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dmanidipine](https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/multinat_f/6487270?cesid=3dKCKhTFdKB&searchUrl=%2Ffco%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dmanidipine%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dmanidipine)
2. Hamada, A., Akiyoshi, R., Ishii, J., Hamada, N., Miyazaki, C., Hamada, T., Ohwaki, Y., Ikeda, R., Wada, M., & Nakashima, K. (2012). Influence of calcium channel blockers in patients with gastrointestinal disease in Japanese community pharmacies. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 37(1), 74–77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2011.01253.x>
3. Hamada, A., Ishii, J., Doi, K., Hamada, N., Miyazaki, C., Hamada, T., Ohwaki, Y., Wada, M., & Nakashima, K. (2008). Increased risk of exacerbating gastrointestinal disease among elderly patients following treatment with calcium channel blockers. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 33(6), 619–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2008.00958.x>
4. Yoshida, K., Furuta, K., Adachi, K., Ohara, S., Morita, T., Tanimura, T., Nakata, S., Miki, M., Koshino, K., & Kinoshita, Y. (2010). Effects of anti-hypertensive drugs on esophageal body contraction. *World journal of gastroenterology*, 16(8), 987–991. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i8.987>.
5. Losartan. In: Specific Lexicomp Online Database [database on the internet]. Hudson (OH): Lexicomp Inc.: publication year [cited 16 November 2022]. Available from: [https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/multinat\\_f/4669787?cesid=23Cc9xLJXzs&hitReason=inter-national-brand-name&searchUrl=%2Ffco%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dlorsatan%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dlorsatan](https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/multinat_f/4669787?cesid=23Cc9xLJXzs&hitReason=inter-national-brand-name&searchUrl=%2Ffco%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dlorsatan%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dlorsatan)

6. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., ... Desormais, I. (2018). Linee guida ESC/ESH 2018 per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione arteriosa. Task Force per la Diagnosi e il Trattamento dell'ipertensione Arteriosa della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea dell'ipertensione Arteriosa (ESH) [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)]. *Giornale italiano di cardiologia* (2006), 19(11 Suppl 1), 3S–73S. <https://doi.org/10.1714/3026.30245>
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). [2022 Nov 21]; Access on [http://www.thaiheart.org/images/column\\_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf)

วิธีการส่งคำตอบ :

ชื่อผู้ตอบคำถาม : นายภาคิน แซ่ซิ่น

วันที่ตอบคำถาม : 16/11/2565 เวลา : 20.00 น.

รวมระยะเวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม : 6 ชั่วโมง

การติดตามผลการใช้ข้อมูลที่ตอบ : -