

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CON TĂNG HUYẾT ÁP (HYPERTENSIVE CRISES)

*Ban hành kèm theo Quyết định số 60/QĐ- BV ngày 19/2/2014*

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Con tăng huyết áp là tình trạng tăng huyết áp đột ngột với huyết áp tâm trương vượt >120mmHg.

Bao gồm:

## 2. PHÂN LOẠI

- **Tăng huyết áp cấp cứu (emergency):** Tăng huyết áp cấp cứu được định nghĩa là huyết áp tâm thu > 180mmHg hoặc huyết áp tâm trương > 120mmHg kết hợp với tiến triển tổn thương cơ quan đích như các thay đổi rõ rệt về thần kinh, bệnh não do tăng huyết áp, nhồi máu não, xuất huyết nội sọ, suy tim trái cấp, phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ, suy thận hay sản giật. Đòi hỏi phải hạ áp ngay bằng thuốc đường tĩnh mạch để ngăn chặn hay hạn chế tối thiểu tổn thương cơ quan đích

- **Tăng huyết áp khẩn trương (urgency):** là con tăng huyết áp không kèm triệu chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển cấp tính nhưng đe dọa xảy ra, huyết áp có thể được giảm dần trong vài giờ đến vài ngày bằng thuốc đường uống.

- **Các danh pháp khác (hiện nay ít sử dụng)**

- **THA ác tính – gia tăng (accelerated-malignant hypertension):** Là một dạng THA cấp cứu có kèm phù gai thị (THA ác tính) và/hoặc xuất huyết và xuất tiết đáy mắt (THA gia tăng).

- **Bệnh não do THA (hypertensive encephalopathy):** Là một dạng THA cấp cứu có kèm nhức đầu nhiều, kích thích, rối loạn ý thức, co giật và các biểu hiện khác của rối loạn chức năng thần kinh trung ương, các triệu chứng này hồi phục khi HA giảm.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1 Chẩn đoán xác định :

Huyết áp tăng cao nhiều, huyết áp tâm trương  $\geq$  120mmHg, kèm triệu chứng nặng hay tổn thương các cơ quan đích tiến triển như

- Phù gai thị.
- Suy thận gia tăng.

- Biến chứng thần kinh cấp tính.
- Biến chứng tim mạch cấp tính.

### **3.2 Chẩn đoán loại cơn tăng huyết áp**

#### **3.2.1 Tăng huyết áp cấp cứu**

- Bệnh não do tăng huyết áp: Thay đổi ý thức, đau đầu, buồn nôn, phù gai thị
- Tăng huyết áp ác tính-gia tăng.
- Tăng huyết áp nặng kèm các biến chứng cấp tính.
  - Mạch máu não:
    - Xuất huyết trong sọ.
    - Xuất huyết dưới nhện.
    - Nhũn não nghẽn mạch nặng cấp tính.
  - Thận : suy thận tiến triển nhanh.
  - Tim mạch:
    - Phình bóc tách động mạch chủ.
    - Suy tim trái cấp với phù phổi.
    - Nhồi máu cơ tim.
    - Cơn đau thắt ngực không ổn định.
- Sản giật hay tăng huyết áp nặng khi có thai.
- Tình trạng tăng tiết Catecholamin:
  - Cơn u tủy thượng thận
  - Do ngưng thuốc hạ huyết áp đột ngột (Clonidine, Methyldopa).

#### **3.2.2 Tăng huyết áp khẩn trương**

- Bỏng nặng.
- Viêm cầu thận cấp với tăng huyết áp nặng.
- Viêm mạch máu toàn thân cấp tính.
- Tăng huyết áp liên quan phẫu thuật.
  - + Tăng huyết áp sau phẫu thuật.
  - + Tăng huyết áp nặng ở bệnh nhân hậu phẫu
  - + THA nặng sau ghép thận
- Chảy máu cam nặng.
- THA phản ứng dội ngược sau ngưng đột ngột thuốc hạ áp

- THA do thuốc: Quá liều các thuốc giống giao cảm, cơn THA do Metoclopramide, tương tác giữa các thuốc đối vận alpha và đối vận beta không chọn lọc

### 3.3 Chẩn đoán phân biệt

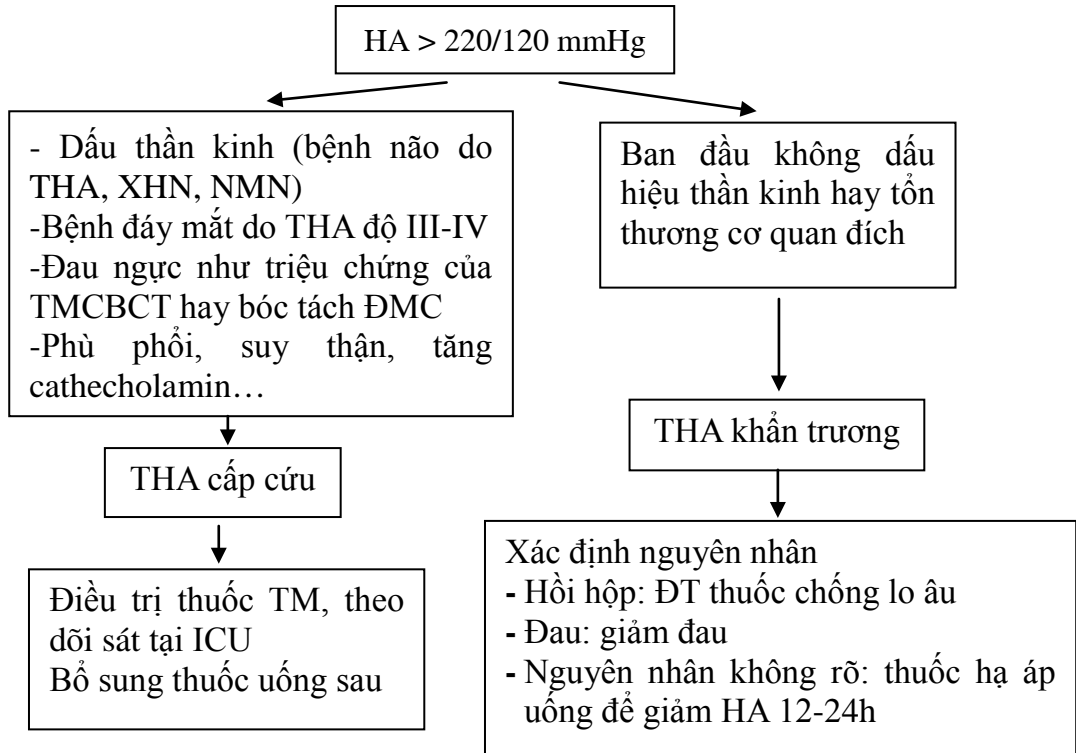
- **Đợt THA cấp tính không cấp cứu hay khẩn trương** (acute hypertensive episode – non emergency/non urgency): Khi bệnh nhân có THA  $\geq 180/110$ mmHg, không có triệu chứng, không có dấu hiệu đe dọa tổn thương cơ quan đích.
- **Cơn THA thoáng qua** (Transient Hypertension): HA chỉ tăng thoáng qua kết hợp với các tình trạng khác như : hồi hộp lo âu, hội chứng bỏ rượu, hội chứng ảo choàng trắng...

### 3.4 Cận lâm sàng đề nghị

- Thường quy:
  - + Công thức máu, đường huyết, BUN, creatinine, điện giải đồ, bilan lipid máu
  - + Acid uric máu
  - + Điện tâm đồ
  - + Chụp XQ tim phổi
  - + Tổng phân tích nước tiểu, microalbumin niệu
  - + Siêu âm tim
- Bổ sung tùy theo tổn thương cơ quan đích và nguyên nhân:
  - + BNP, men tim (khi có đau ngực, khó thở)
  - + Chụp CT scan ngực (nếu nghi ngờ bóc tách ĐMC)
  - + Xem xét CT não ở bệnh nhân hôn mê hay khám lâm sàng nghi ngờ có TBMMN.
  - + Các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân THA thứ phát (nếu nghi ngờ)

#### 4. ĐIỀU TRỊ

Sơ đồ chỉ dẫn điều trị cơn THA



**4.1 Mục đích và yêu cầu đối với tăng huyết áp cấp cứu :**

- Giảm 20 - 25% trị số huyết áp trung bình hay giảm trị số huyết áp tâm trương xuống <110mmHg trong vòng vài phút đến vài giờ.
- Điều trị bằng các thuốc đường tĩnh mạch
- Bệnh nhân THA cấp cứu cần được nhập viện, điều trị và theo dõi ở phòng sản sóc tích cực khoa tim mạch.
- Kiểm soát tổn thương cơ quan đích tiên triển/cấp tính quan trọng hơn là trị số tuyệt đối của HA.
- Tổn thương cơ quan đích có thể xảy ra hay tiên triển nặng thêm do giảm HA quá nhanh. Nếu triệu chứng xấu hơn trong quá trình hạ HA, tốc độ giảm HA phải chậm lại hay phải ngưng tạm thời.
- Tránh dùng thuốc qui lợi tiểu quai khi không có quá tải thể tích vì có thể gây ra phản xạ co mạch.
- Nên dùng thuốc hạ áp uống sớm để có thể giảm liều và ngừng thuốc TTM sớm. Chuyển đột ngột từ thuốc TTM sang thuốc uống có thể làm tăng đột ngột HA lại.

Bảng 1: Xử trí tăng huyết áp cấp cứu : các thuốc đường tĩnh mạch

Thuốc	Liều	Khởi phát/Thời gian tác dụng	Tác dụng phụ	Chỉ định
<b>Furosemide</b> <b>LASIX</b> ống <b>20mg</b>	20-40mg trong vòng 1-2', lặp lại với liều cao hơn nếu có suy tim, suy thận	1-5'	Giảm thể tích Hạ kali máu	Suy tim, suy thận, có quá tải thể tích
<b>Nitroprusside</b>	▪0,25-10µg/kg/phút	▪Ngay lập tức/2-3 phút sau khi truyền	▪Buồn nôn, nôn ói; dùng lâu dài gây ngộ độc cyanide, metHb	▪Hở van động mạch chủ, hở van 2 lá, phẫu thuật tim.
<b>Nitroglycerin</b>	▪5-100µg/phút	▪2-5phút/5-10phút	▪Nhức đầu, đỏ mặt, nhịp tim nhanh, metHb	▪Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực.
<b>Nicardipin</b>	▪TM 10mg/ trong 10 phút . ▪Duy trì 0,5-2mg/giờ	▪1-5'/15-30' ; có thể đến 12 giờ nếu truyền lâu dài	▪Nhịp tim nhanh, nôn ói, nhức đầu, tăng áp lực nội sọ	Bệnh não do THA
<b>Labetalol</b> <b>TRANDATE</b> ống <b>10mg/20ml</b>	▪Bolus TM 20-80mg hay 1mg/kg mỗi 5-10 phút(max 300mg) . ▪Duy trì 0,5-2mg/phút trong 8-12 giờ.	▪5-10phút/2-6giờ	▪Co thắt phế quản, block tim, suy tim, tụt huyết áp tư thế	Bệnh não do THA Tai biến mạch máu não
<b>Verapamine</b> <b>ISOPTIN</b> ống <b>5mg/2ml</b>	TM 5-10mg Duy trì TTM 25mg/giờ	1-5'/30-60'	Nhịp chậm, bloc tim đặc biệt khi dung chung với ức chế beta	Nhịp tim nhanh hoặc TMCT

#### 4.2 Đối với tăng huyết áp khẩn trương :

- Cho phép hạ huyết áp trong vòng vài giờ đến 72 giờ.
- Điều trị bằng các thuốc đường uống
- Thường đòi hỏi phối hợp thuốc.
- Cũng phải được theo dõi tại bệnh viện trong 24-72 giờ để chắc chắn bệnh nhân có đáp ứng điều trị và không gặp tác dụng phụ hay biến chứng.
- Nên tránh dùng Nifedipine ngậm dưới lưỡi trong xử trí cấp cứu THA đặc biệt là bệnh nhân bệnh mạch vành hay TBMMN do có thể gây ra tác dụng phụ trên tim mạch (đột quỵ/ NMCT).

**Bảng 2: Các thuốc hạ áp dùng trong THA khẩn trương**

Thuốc	Liều	Khởi phát/thời gian tác dụng	Thận trọng
<i>Captopril</i>	25mg-50mg uống hay ngậm dưới lưỡi, lập lại nếu cần	Uống :15-30phút/6-8giờ Ngậm:15-30phút/2-6giờ	Tụt huyết áp, suy thận, tăng kali máu
<i>Labetalol</i> <b>TRANDATE viên 200mg</b>	200-400mg lập lại mỗi 2-3giờ	30phút-2giờ/2-12giờ	Co thắt phế quản, block tim, tụt huyết áp tư thế
<i>Furosemid</i> <b>Lasix viên 40mg</b>	20-40 mg	30-60phút/6-8giờ	Hạ kali máu
<i>Propranolol</i> <b>Inderal viên 40mg</b>	20-40mg	15-30 phút/3-6giờ	Co thắt phế quản, block tim, tụt huyết áp tư thế
<i>Amlodipine</i>	5-10 mg	60-120 phút/12-18 giờ	
<i>Nicardipine</i>	20-40 mg	60-120 phút/8- 12 giờ	

### **4.3 Cơ tăng HA không phải cấp cứu và không phải khẩn trương (acute hypertensive episode – non emergency/non urgency):**

- Trong trường hợp này không cần điều trị hạ áp ngay lập tức.
- Cần tìm và điều trị các nguyên nhân thúc đẩy (lo lắng, đau đón, giảm oxy máu, ngưng điều trị thuốc hạ áp, dùng thuốc hạ áp không đủ liều...)
- Điều trị như THA thông thường.
- Nếu điều trị hạ áp trước đó hiệu quả và dung nạp tốt thì nên bắt đầu lại chế độ điều trị đó; nếu điều trị hạ áp trước đó không hiệu quả và dung nạp kém thì nên thay đổi thuốc khác phù hợp hơn.
- Chỉ cần lưu bệnh nhân lại tại phòng cấp cứu trong vài giờ, cho thuốc hạ áp điều trị lâu dài sau xuất viện, nên hẹn tái khám vài ngày sau.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. CRAWFORD.M, CARDIOLOGY. 2010; *P: 607-618*
2. Kaplan.NM: Kaplan's Clinical hypertension. 2006, *p: 311-322.*
3. Mancia.G et al: Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension. 2008: *249-254*
4. Guidelines for the management of arterial hypertension, ESH/ESC, 2013