

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

Năm 2018 Hội Tim Châu Âu (European Society of Cardiology – ESC) phối hợp với Hội Tăng huyết áp Châu Âu (European Society of Hypertension – ESH) đưa ra Hướng dẫn cập nhật về xử trí tăng huyết áp, có nhiều điểm mới so với Hướng dẫn 2013. Cũng trong năm 2018, Hội đồng Chuyên gia thuộc Phân Hội Tăng huyết áp Việt Nam/Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam đã biên soạn “Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018”, có nhiều điểm chính trùng hợp với Hướng dẫn ESC/ESH 2018. Phác đồ chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Viện Tim đặt cơ sở trên khuyến cáo này, có tham khảo một số thông tin từ Hướng dẫn ESC/ESH 2018.

I. PHÂN LOẠI CÁC MỨC HUYẾT ÁP

Trên bảng 1 là phân loại các mức huyết áp dựa trên số đo tại phòng khám. Phân loại này dành cho người trưởng thành và trẻ em trên 16 tuổi.

Bảng 1. Phân loại các mức huyết áp (HA) dựa trên số đo tại phòng khám.

Phân loại	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
Tối ưu	< 120	và	< 80
Bình thường	120-129	và/hoặc	80-84
Bình thường cao	130-139	và/hoặc	85-89
Tăng HA độ 1	140-159	và/hoặc	90-99
Tăng HA độ 2	160-179	và/hoặc	100-109
Tăng HA độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
Tăng HA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

Ghi chú: Nếu HA tâm thu và HA tâm trương của bệnh nhân nằm ở 2 mức khác nhau, phân loại dựa vào mức cao hơn. Tăng HA tâm thu đơn độc cũng được phân thành độ 1, 2 hoặc 3 dựa vào trị số HA tâm thu.

II. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Đo huyết áp:

Đo HA đúng là điều kiện tiên quyết để xác định chẩn đoán tăng HA. Trên bảng 2 là các điểm cần lưu ý khi đo HA tại phòng khám. Ở người cao tuổi, người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và những bệnh nhân có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo thêm HA từ 1 đến 3 phút sau khi bệnh nhân đứng dậy. Tụt HA tư thế (HA tâm thu giảm ≥ 20 mmHg hoặc HA tâm trương giảm ≥ 10 mmHg trong vòng 3 phút sau khi đứng dậy) có liên quan với tăng nguy cơ tử vong và biến cố tim mạch.

Đo HA ngoài phòng khám đóng vai trò quan trọng trong xác định chẩn đoán tăng HA và có thể rất hữu ích trong đánh giá đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Đo HA ngoài phòng khám gồm tự đo HA tại nhà bởi bệnh nhân (home blood pressure monitoring – HPBM) và đo HA lưu động 24 giờ (ambulatory blood pressure monitoring – ABPM). Trên bảng 3 là các chỉ định lâm sàng của đo HA ngoài phòng khám.

Bảng 2: Đo huyết áp tại phòng khám.

Bệnh nhân ngồi thoải mái trong môi trường yên tĩnh 5 phút trước khi bắt đầu đo HA.
Đo HA 3 lần cách nhau 1-2 phút và đo thêm vài lần nữa nếu 2 lần đo đầu có trị số cách nhau > 10 mmHg. HA được ghi nhận là trung bình của 2 lần đo cuối.
Có thể phải đo HA thêm nhiều lần ở những bệnh nhân có trị số HA không ổn định do bị rối loạn nhịp, ví dụ những bệnh nhân có rung nhĩ.
Dùng dụng cụ đo HA với túi hơi kích thước chuẩn (dài 35 cm, rộng 12-13 cm) cho đa số bệnh nhân, nhưng phải có túi hơi lớn hơn và nhỏ hơn dành những bệnh nhân có cánh tay to (chu vi cánh tay > 32 cm) hoặc nhỏ hơn trung bình.
Túi hơi đặt ngang mức tim. Cho bệnh nhân dựa lưng và tay để tránh cơ gây tăng HA.
Khi đo bằng phương pháp nghe, dựa vào tiếng Korotkoff pha I và pha V để xác định HA tâm thu và HA tâm trương.
Đo HA 2 tay ở lần khám đầu để phát hiện sự khác biệt trị số HA giữa 2 tay. Nếu có khác biệt, dựa vào trị số bên cao hơn để xếp loại mức HA.
Đo HA ngồi và 1-3 phút sau khi đứng dậy ở lần khám đầu tiên cho tất cả bệnh nhân để phát hiện tụt HA tư thế. Đối với người cao tuổi, bệnh nhân ĐTD và bệnh nhân có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo HA nằm và đứng cả ở những lần khám sau.
Ghi nhận tần số tim và bắt mạch để loại trừ rối loạn nhịp tim.

Bảng 3: Các chỉ định lâm sàng của đo huyết áp ngoài phòng khám.

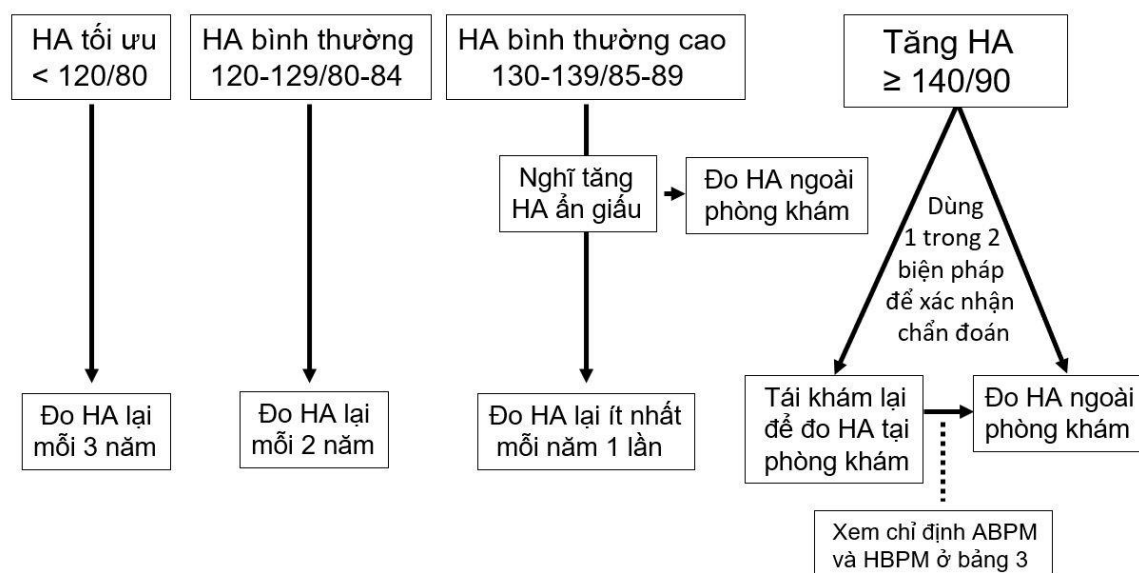
Những tình huống mà tăng HA áo choàng trắng thường gặp: - Tăng HA độ 1 khi đo HA tại phòng khám - HA tăng rõ rệt khi đo ở phòng khám nhưng không có tổn thương cơ quan đích
Những tình huống mà tăng HA ẩn giấu thường gặp: - HA bình thường cao khi đo tại phòng khám - HA đo ở phòng khám bình thường ở người có tổn thương cơ quan đích hoặc tổng nguy cơ tim mạch cao
Tụt HA tư thế và sau ăn ở bệnh nhân đã điều trị và chưa điều trị
Đánh giá tăng HA kháng trị Đánh giá việc kiểm soát HA, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao được điều trị
HA đo tại phòng khám dao động đáng kể
Đánh giá các triệu chứng nghi liên quan với tụt HA trong khi điều trị
Ưu tiên ABPM hơn là HBPM: Xác định trị số HA ban đêm và tình trạng trũng về đêm (nghi tăng HA ban đêm, như trong ngưng thở khi ngủ, bệnh thận mạn, đái tháo đường, tăng HA do bệnh nội tiết hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh tự động)

2.2. Tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp:

Chẩn đoán tăng HA dựa trên số đo tại phòng khám và ngoài phòng khám được nêu trên bảng 4. Nếu số đo HA tại phòng khám phù hợp với chẩn đoán tăng HA ($\geq 140/90$ mmHg) nhưng các số đo ngoài phòng khám không xác nhận chẩn đoán tăng HA, bệnh nhân được gọi là có tăng HA áo choàng trắng (white coat hypertension). Ngược lại, nếu các số đo ngoài phòng khám cho thấy có tăng HA nhưng HA đo tại phòng khám $< 140/90$ mmHg, bệnh nhân được gọi là có tăng HA ẩn giấu (masked hypertension). Trên hình 1 là qui trình tầm soát và chẩn đoán tăng HA. Tầm soát tăng HA bằng cách đo HA tại phòng khám được khuyến cáo cho tất cả người ≥ 18 tuổi (thông báo cho người được tầm soát biết trị số HA của mình, đồng thời ghi vào y bạ).

Bảng 4: Định nghĩa tăng huyết áp.

	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
Đo tại phòng khám	≥ 140	và/hoặc	≥ 90
Đo lưu động 24 giờ			
Trung bình ban ngày (hoặc khi thức)	≥ 135	và/hoặc	≥ 85
Trung bình ban đêm (hoặc khi ngủ)	≥ 120	và/hoặc	≥ 70
Trung bình 24 giờ	≥ 130	và/hoặc	≥ 80
Trung bình tự đo ở nhà	≥ 135	và/hoặc	≥ 85



Hình 1: Qui trình tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp.

III. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Đánh giá bệnh nhân tăng HA bao gồm đánh giá tổng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân (sự hiện diện các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương cơ quan đích, bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch - XVĐM), bệnh kèm theo và chức năng thận, gan. Việc đánh giá này giúp xác định

ngưỡng điều trị và mục tiêu điều trị cần đạt, lựa chọn thuốc hạ HA thích hợp và thuốc dùng kèm để kiểm soát nguy cơ tim mạch (statin khi có chỉ định, aspirin cho người đã có bệnh tim mạch do XVDM).

Đánh giá bệnh nhân qua hỏi bệnh chi tiết, khám lâm sàng và thực hiện các khảo sát cận lâm sàng. Các khảo sát cận lâm sàng thường qui được nêu trên bảng 5. Ngoài các khảo sát cận lâm sàng thường qui này, nếu nghi ngờ tổn thương cơ quan đích có thể cho làm thêm siêu âm tim (giúp đánh giá cấu trúc và chức năng tim), siêu âm động mạch cảnh (giúp nhận diện mảng xơ vữa hoặc hẹp động mạch cảnh, nhất là ở người đã từng bị đột quỵ), siêu âm bụng (giúp đánh giá kích thước và cấu trúc thận, loại trừ tắc nghẽn đường niệu như là nguyên nhân bệnh thận mạn và tăng HA, phát hiện phình động mạch chủ bụng, khảo sát các tuyến thượng thận và tìm dấu hiệu hẹp động mạch thận), đo chỉ số cổ chân-cánh tay (nếu nghi ngờ bệnh động mạch ngoại biên hoặc bệnh nhân có triệu chứng khập khiễng cách hồi) và soi đáy mắt.

Định nghĩa các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và bệnh tim mạch do XVDM được nêu trên bảng 6. Sự hiện diện các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và bệnh tim mạch giúp phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng HA (bảng 7). Một cách tiếp cận khác để phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng HA là dùng thang điểm SCORE (xem Phác đồ kiểm soát lipid máu trong phòng ngừa bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch).

Bảng 5: Các khảo sát cận lâm sàng thường qui ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Tổng phân tích tế bào máu, bao gồm hemoglobin
Đường huyết lúc đói, có thể kèm HbA _{1c}
Bilan lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, TG
Na và K/máu
Axít uric/máu
Creatinin/máu (và eGFR)
AST, ALT
Phân tích nước tiểu bao gồm đạm niệu đo bằng que nhúng, hoặc lý tưởng là tỉ số albumin /creatinin nước tiểu
Điện tim 12 chuyển đạo

Bảng 6: Định nghĩa yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích và bệnh tim mạch.

Yếu tố nguy cơ	Tổn thương cơ quan đích	Bệnh tim mạch
Giới nam	Áp lực mạch ≥ 60 mmHg	Bệnh động mạch não: tiền sử đột quỵ dạng thiếu máu cục bộ, xuất huyết não hoặc cơn thiếu máu cục bộ não thoáng qua
Tuổi ≥ 55 (nam), ≥ 65 (nữ)	Phì đại thất trái trên ECG: chỉ số Sokolow-Lyon > 35 mm hoặc R aVL ≥ 11 mm; Tích số Cornell > 2440 mm.ms hoặc điện thế Cornell > 28 mm (nam), > 20 mm (nữ)	
Hút thuốc lá (đang hoặc đã từng)		
Tăng cholesterol toàn phần và LDL-C		

Yếu tố nguy cơ	Tổn thương cơ quan đích	Bệnh tim mạch
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm (nam trước 55, nữ trước 65)	Phi đại thất trái trên siêu âm tim: LVMI > 115 g/m ² (nam), > 95 g/m ² (nữ)	Bệnh động mạch vành: NMCT, đau thắt ngực, tái tưới máu mạch vành
Nữ mãn kinh sớm (trước 45 tuổi)	Tỉ số albumin/creatinin nước tiểu 30-300 mg/g	Mảng xơ vữa /khảo sát hình ảnh
Béo phì (đặc biệt là béo bụng) hoặc thừa cân	Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (eGFR 30-59 ml/min/1,73m ²) hoặc giai đoạn 4 (eGFR 15-29)	Suy tim, bao gồm suy tim với phân suất tống máu bảo tồn
Lối sống ít vận động	Tỉ số cổ chân-cánh tay < 0,9	Bệnh động mạch ngoại vi
Tần số tim lúc nghỉ > 80/phút	Tổn thương đáy mắt tiến triển: xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị	Rung nhĩ

Bảng 7: Phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng huyết áp.

Phân giai đoạn bệnh tăng HA	Yếu tố nguy cơ (YTNC) khác, tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch	Phân độ HA (mmHg)			
		Bình thường cao 130-139 /85-89	Tăng HA độ 1 140-159 /90-99	Tăng HA độ 2 160-179 /100-109	Tăng HA độ 3 ≥ 180 /≥ 110
Giai đoạn 1: không biến chứng	Không YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	1-2 YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
	≥ 3 YTNC	Nguy cơ thấp đến trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Giai đoạn 2: bệnh không triệu chứng	Tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc ĐTĐ không tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
Giai đoạn 3	Đã có bệnh tim mạch, bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 4 hoặc ĐTĐ kèm tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

IV. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

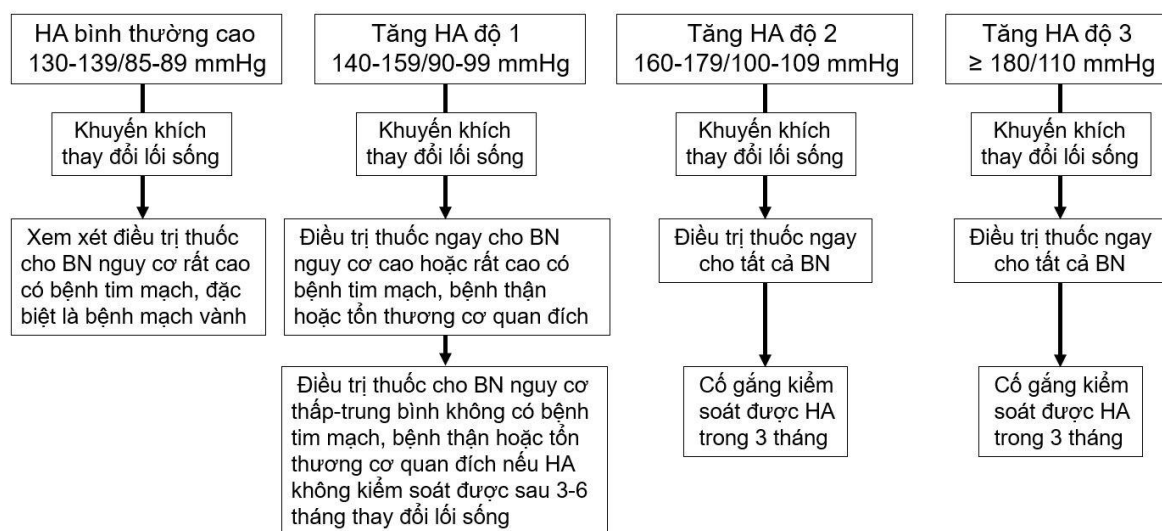
4.1. Khi nào khởi trị tăng huyết áp?

Khởi trị (bằng thuốc và thay đổi lối sống) không chỉ phụ thuộc vào mức HA đo ở phòng khám ban đầu mà còn phụ thuộc vào tổng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân. Điều trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) phải được bắt đầu ngay cho tất cả bệnh nhân tăng HA

độ 2 và độ 3 và những bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ cao-rất cao. Đối với bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp-trung bình, có thể thử điều trị bằng thay đổi lối sống đơn thuần 3-6 tháng. Nếu thay đổi lối sống đơn thuần không kiểm soát được HA thì dùng thuốc. Đối với bệnh nhân có HA bình thường cao, xem xét điều trị bằng thuốc nếu bệnh nhân có nguy cơ rất cao do có bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Riêng ở người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi), khởi trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) được chỉ định nếu bệnh nhân có HA tâm thu ≥ 160 mmHg. Trên hình 2 là qui trình khởi trị tùy theo mức HA ban đầu và trên bảng 8 là ngưỡng HA cần điều trị (dựa trên số đo tại phòng khám).

Bảng 8: Ngưỡng huyết áp (đo tại phòng khám) cần điều trị.

Nhóm tuổi	Ngưỡng HA tâm thu cần điều trị (mmHg)					Ngưỡng HA tâm trương cần điều trị (mmHg)
	Tăng HA	+ ĐTD	+ bệnh thận mạn	+ bệnh mạch vành	+ tiền sử đột quỵ	
18 – 65	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
65 – 79	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
≥ 80	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Ngưỡng HA tâm trương cần điều trị (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	



Hình 2: Khởi trị bằng thay đổi lối sống và thuốc tùy theo mức huyết áp đo ở phòng khám ban đầu.

4.2. Mục tiêu điều trị:

Đối với tất cả bệnh nhân, mục tiêu đầu tiên của điều trị là đưa HA xuống thấp hơn 140/90 mmHg. Nếu điều trị được dung nạp tốt, nên đưa HA tâm thu xuống thấp hơn 130 mmHg (nhưng không cố đưa xuống dưới 120 mmHg) cho đa số bệnh nhân.

Có 2 ngoại lệ là người cao tuổi (≥ 65 tuổi) và người bệnh thận mạn. Ở 2 nhóm đối tượng này đưa HA tâm thu về khoảng 130-139 mmHg.

HA tâm trương dưới 80 mmHg là mục tiêu điều trị được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân tăng HA, bất kể tổng nguy cơ tim mạch hay bệnh kèm theo.

4.3. Điều trị không dùng thuốc:

Các biện pháp điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống) được liệt kê trên bảng 9.

Bảng 9: Điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống).

Hạn chế muối ăn < 5 g/ngày.
Giới hạn lượng cồn tiêu thụ ở mức < 14 đơn vị/tuần đối với nam và < 8 đơn vị/tuần đối với nữ (1 đơn vị tương đương 125 ml rượu vang hoặc 250 ml bia).
Tăng tiêu thụ rau, trái cây tươi, cá, các loại hạt và axit béo không bão hòa (ví dụ dầu ô-liu). Giảm tiêu thụ thịt đỏ. Khuyến khích dùng các sản phẩm ít béo từ sữa.
Kiểm soát cân nặng, tránh thừa cân/béo phì. Đích BMI < 23 kg/m ² . Đích vòng eo < 90 cm đối với nam và < 80 cm đối với nữ.
Vận động thể lực mức độ vừa ít nhất 30 phút x 5-7 ngày/tuần. Hình thức vận động là đi bộ nhanh, chạy bộ chậm, chạy, đạp xe, bơi lội.
Bỏ thuốc lá (có biện pháp hỗ trợ).

4.4. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc:

Cả 5 nhóm thuốc chính điều trị tăng HA gồm ức chế men chuyển (ÚCMC), chẹn thụ thể angiotensin (CTTA), chẹn beta, chẹn canxi và lợi tiểu (thiazide và giống thiazide như indapamide) đều có hiệu quả hạ HA và giảm biến cố tim mạch được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng, và do vậy đều được chỉ định như là nền tảng của các chiến lược điều trị tăng HA.

Bảng 10 liệt kê các thuốc điều trị tăng HA thường dùng ở Việt Nam. Trên bảng 11 là các chống chỉ định tương đối và tuyệt đối của từng nhóm thuốc.

Theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, nên phối hợp thuốc sớm nhằm tăng tỉ lệ kiểm soát được HA. Phác đồ điều trị tăng HA bằng thuốc của Viện Tim dựa trên khuyến cáo này, được nêu trên hình 3: Khởi trị bằng một thuốc chỉ dành cho bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp, còn bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ trung bình hoặc cao và bệnh nhân tăng HA độ 2 và độ 3 đều được dùng phối hợp thuốc từ đầu (Các trường hợp ngoại lệ không phối hợp thuốc từ đầu gồm bệnh nhân cao tuổi suy yếu và HA ban đầu < 150 mmHg). Khi phối hợp thuốc, ưu tiên dùng viên 2 trong 1 hoặc 3 trong 1 nhằm tăng tuân trị về dài hạn. Xem xét dùng thuốc chẹn beta ở tất cả các bước nếu có chỉ định đặc hiệu (đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, tim nhanh).

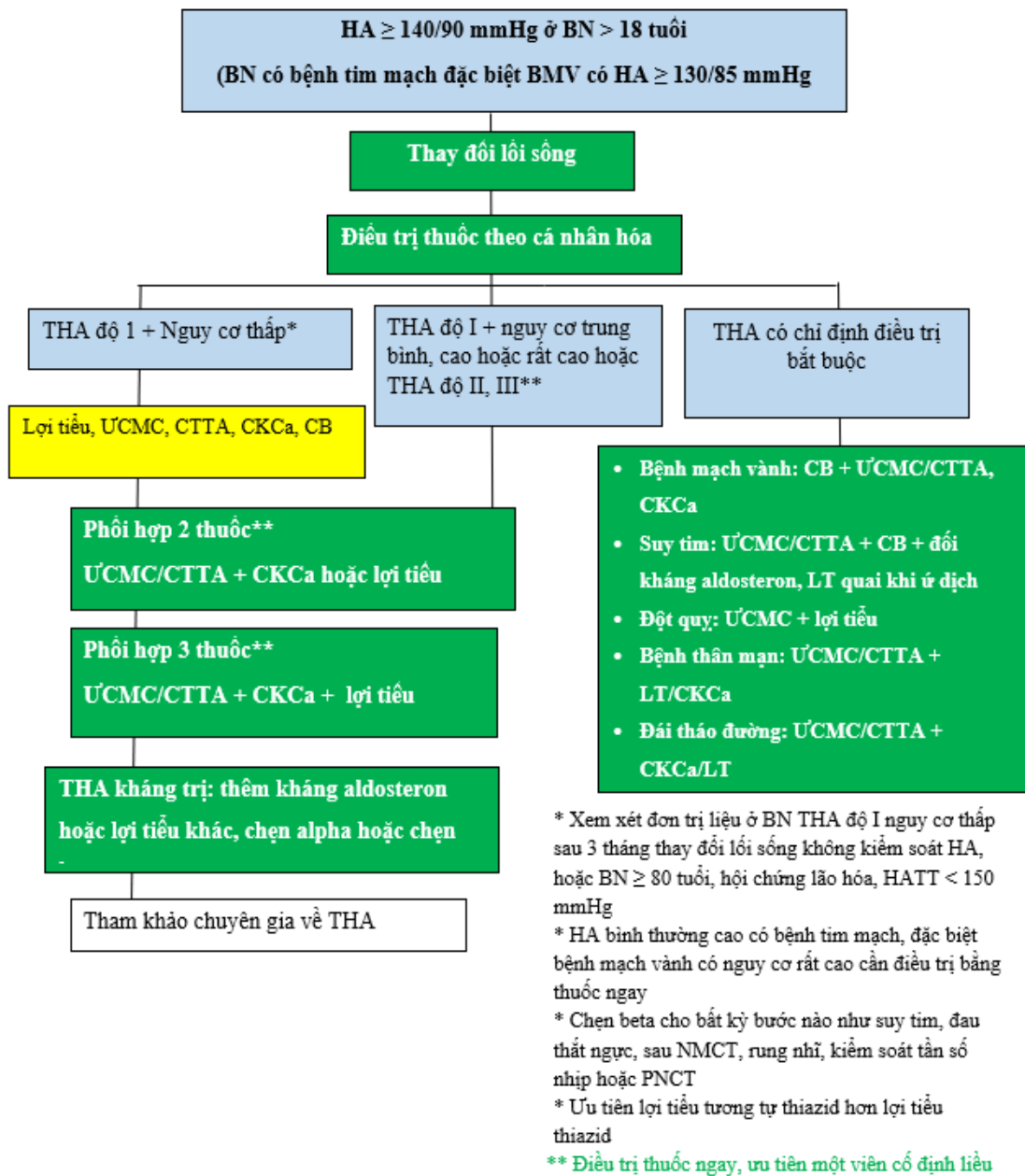
Bảng 10. Các thuốc điều trị tăng huyết áp thông dụng.

NHÓM THUỐC	Liều hàng ngày (mg x số lần)		NHÓM THUỐC	Liều hàng ngày (mg x số lần)	
	Liều thấp	Liều thường dùng		Liều thấp	Liều thường dùng
<u>Chẹn canxi</u> <i>Nondihydropyridine</i> Diltiazem Verapamil	120 120	240-360 240-480	<u>Lợi tiểu</u> <i>Thiazide và giống thiazide</i> Hydrochlorothiazide Indapamide	12,5 1,25	12,5-50 1,5
<i>Dihydropyridine</i> Amlodipine Felodipine Nifedipine Lacidipine Lercanidipine	2,5 2,5 30 2 10	5-10 5-10 30-90 4-6 20	<u>Lợi tiểu quai</u> Furosemide <u>Kháng aldosterone</u> Spironolactone	20x2 12,5	40x2 25-50
<u>Ức chế men chuyển</u> Captopril Enalapril Lisinopril Perindopril Ramipril Imidapril	12,5x2 5 5 5 2,5 2,5	50-100x2 10-40 10-40 5-10 5-10 5-10	<u>Chẹn thụ thể angiotensin</u> Candesartan Irbesartan Losartan Telmisartan Valsartan	4 150 50 40 80	8-32 150-300 50-100 40-80 80-320
<u>Chẹn beta</u> Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol succinate Metoprolol tartrate Nebivolol	200 25 5 3,125x2 25 25 2,5	200-400 100 5-10 6,25- 25x2 50-100 50-100x2 5-10	<u>Đối kháng α trung ương</u> Methyldopa	125x2	250-500x2

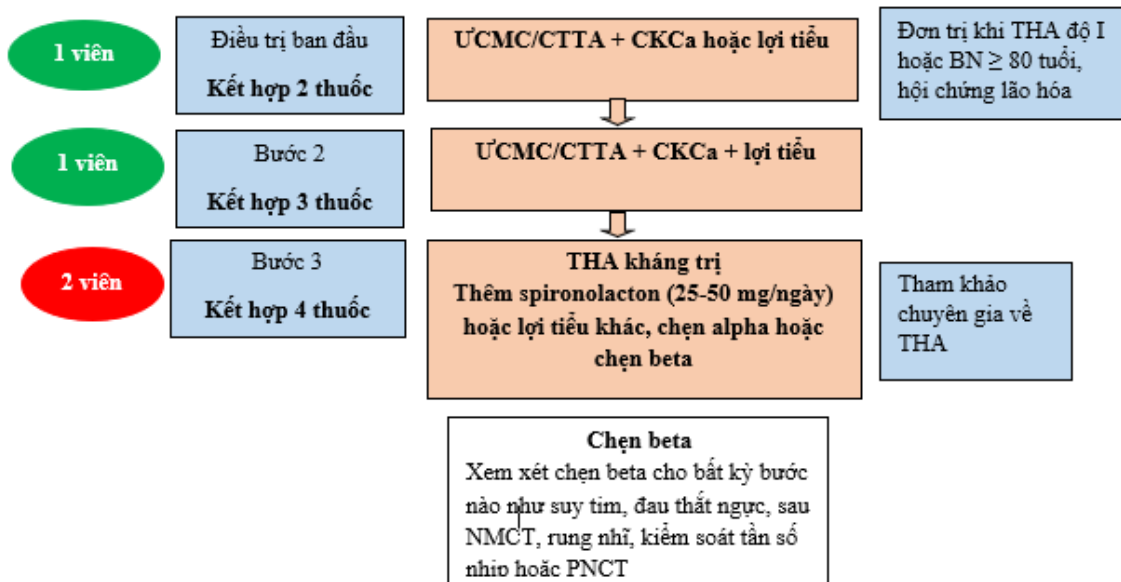
Bảng 11: Chống chỉ định với thuốc điều trị tăng huyết áp.

Nhóm thuốc	Chống chỉ định	
	Tuyệt đối	Tương đối
Lợi tiểu thiazide và giống thiazide	Gout	- Hội chứng chuyển hóa - Rối loạn dung nạp glucose - Có thai - Tăng canxi máu - Hạ kali máu
Chẹn beta	- Hen phế quản - Bloc xoang nhĩ hoặc bloc nhĩ thất độ cao - Nhịp chậm < 60/phút	- Hội chứng chuyển hóa - Rối loạn dung nạp glucose - Vận động viên

Nhóm thuốc	Chống chỉ định	
	Tuyệt đối	Tương đối
Chẹn canxi DHP		<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn nhịp nhanh - Suy tim (HFrEF, NYHA III hoặc IV) - Phù chân nặng đã có sẵn
Chẹn canxi không DHP (verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc xoang nhĩ hoặc bloc nhĩ thất độ cao - LVEF < 40% - Nhịp chậm < 60/phút 	<ul style="list-style-type: none"> - Táo bón
Ức chế men chuyển	<ul style="list-style-type: none"> - Có thai - Tiền sử phù mạch - Kali máu > 5,5 mmol/l - Hẹp động mạch thận 2 bên 	<ul style="list-style-type: none"> - Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy
Chẹn thụ thể angiotensin	<ul style="list-style-type: none"> - Có thai - Kali máu > 5,5 mmol/l - Hẹp động mạch thận 2 bên 	<ul style="list-style-type: none"> - Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy



Hình 3: Sơ đồ khuyến cáo điều trị THA theo Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị THA của Hội Tim mạch học Việt Nam 2018



Hình 4. Chiến lược điều trị thuốc với THA không biến chứng theo Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị THA của Hội Tim mạch học Việt Nam 2018

Phác đồ điều trị này cũng thích hợp dùng cho bệnh nhân THA có tổn thương cơ quan đích, bệnh mạch não, đái tháo đường hoặc bệnh động mạch ngoại vi.

4.5. Theo dõi bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị:

Sau khi khởi trị bằng thuốc, bệnh nhân tái khám ít nhất một lần trong 2 tháng đầu để đánh giá hiệu quả hạ HA và tác dụng ngoại ý có thể có của thuốc. Trong thời gian đầu tần suất tái khám tùy thuộc vào mức độ nặng của tăng HA, mức độ khẩn cấp của việc đạt mục tiêu điều trị và các bệnh kèm theo. Viên phối hợp 2 trong 1 hạ HA trong vòng 1-2 tuần và sẽ tiếp tục hạ HA trong 2 tháng sau đó, do đó nếu dùng viên này thì bệnh nhân tái khám theo thời hạn tương ứng. Khi đã đạt đích HA, bệnh nhân tái khám mỗi 3-6 tháng. Tiến hành đánh giá lại các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích mỗi 2 năm. Trong quá trình theo dõi, luôn chú trọng các biện pháp cải thiện sự gắn kết của bệnh nhân với điều trị: giáo dục tạo động lực cho bệnh nhân, đơn giản hóa chế độ điều trị (uống 1 lần/ngày, ưu tiên viên 2 trong 1 hoặc 3 trong 1), nhờ người thân ở chung nhà nhắc bệnh nhân uống thuốc, tính toán để chi phí toa thuốc không vượt (hoặc không vượt quá xa) trần bảo hiểm.

V. XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

Ngưỡng điều trị, đích HA tối ưu, thuốc ưu tiên lựa chọn và những điểm cần lưu ý trong một số tình huống đặc biệt được nêu tóm tắt trên bảng 12.

Bảng 12: Xử trí một số tình huống đặc biệt.

Tăng HA kèm đái tháo đường	Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám $\geq 140/90$ mmHg. Đích HA 120-129/70-79 mmHg (130-139/70-79 mmHg nếu tuổi ≥ 65). Khởi trị bằng UCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc indapamide. Nếu dùng chẹn beta, ưu tiên chẹn β_1 chọn lọc (bisoprolol).
Tăng HA ở người bệnh thận mạn (eGFR < 60 ml/phút/1,73 m ²)	Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám $\geq 140/90$ mmHg. Đích HA tâm thu 130-139 mmHg.

	Dùng UCMC hoặc CTTA như một phần của liệu pháp thuốc nếu bệnh nhân có albumin niệu vi lượng hoặc đạm niệu. Không phối hợp 2 nhóm thuốc này với nhau. Nếu eGFR < 30 ml/phút/1,73 m ² không dùng lợi tiểu thiazide. Dùng furosemide để giải quyết tình trạng quá tải dịch.
Tăng HA kèm bệnh mạch vành	Đích HA 120-130/70-79 mmHg (130-140/70-79 mm Hg nếu tuổi ≥ 65). Bệnh nhân có tiền sử NMCT: dùng chẹn beta, UCMC (CTTA). Bệnh nhân có đau thắt ngực: dùng chẹn beta và/hoặc chẹn canxi.
Tăng HA kèm suy tim	Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám ≥ 140/90 mmHg. Liệu pháp thuốc ở bệnh nhân suy tim tâm thu (EF < 40%) bao gồm một UCMC (CTTA), một chẹn beta và một lợi tiểu và/hoặc spironolactone (+ amlodipine nếu chưa đạt đích HA).
Tăng HA có phì đại thất trái	Đích HA tâm thu 120-130 mmHg. Dùng UCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc lợi tiểu.
Tăng HA kèm rung nhĩ	Tầm soát tăng HA ở tất cả bệnh nhân rung nhĩ. Dùng một thuốc chẹn beta hoặc chẹn canxi không DHP nếu cần kiểm soát tần số thất. Đích HA tâm thu < 130 mmHg ở bệnh nhân uống thuốc chống đông để giảm thiểu nguy cơ chảy máu.
Tăng HA trong thai kỳ	Tăng HA thai kỳ, tăng HA có từ trước chông lên tăng HA thai kỳ hoặc tăng HA kèm tổn thương cơ quan đích hay có triệu chứng: khởi trị thuốc khi HA ≥ 140/90 mmHg. Trong các trường hợp khác, khởi trị thuốc khi HA ≥ 150/95 mmHg. Methyldopa và chẹn canxi là những thuốc được chọn hàng đầu. Không dùng UCMC và CTTA. Trong số các chẹn beta tránh dùng atenolol. HA tâm thu ≥ 170 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg ở thai phụ là tình huống cấp cứu → cho nhập viện. Xử trí bằng thuốc truyền TM: nicardipine, MgSO ₄ hoặc nitroglycerin (nếu phù phổi cấp). Cho sinh (thường hoặc mổ) khẩn nếu có tiền sản giật kèm rối loạn thị giác hoặc rối loạn đông máu. Sau sinh tránh dùng methyldopa (nguy cơ trầm cảm). Hạn chế dùng propranolol và nifedipine nếu cho con bú.

VI. XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP ÁO CHOÀNG TRẮNG, TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU VÀ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

Tăng HA áo choàng trắng: So với người HA bình thường, người tăng HA áo choàng trắng có nguy cơ mắc bệnh tăng HA, ĐTĐ tít 2 và biến cố tim mạch nặng về dài hạn cao hơn có ý nghĩa. Người tăng HA áo choàng trắng cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống. Việc kiểm tra lại HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám (ABPM và HBPM) được thực hiện không ít hơn mỗi 2 năm một lần. Không điều trị thuốc một cách thường qui, tuy nhiên có thể xem xét dùng thuốc cho một số người có tổn thương cơ quan đích rõ hoặc có nguy cơ tim mạch cao-rất cao.

Tăng HA ẩn giấu: Người tăng HA ẩn giấu thường có rối loạn chuyển hóa và tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và có nguy cơ biến cố tim mạch nặng về dài hạn gần bằng người

bệnh tăng HA. Người tăng HA ẩn giấu cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống (đặc biệt là bỏ thuốc lá nếu đang hút). Điều trị bằng thuốc được chỉ định. Hẹn tái khám định kỳ để kiểm tra HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám.

Tăng HA kháng trị: Gọi là tăng HA kháng trị khi không đạt được đích HA < 140/90 mmHg (đo tại phòng khám) dù đã thay đổi lối sống và dùng liều pháp thuốc đúng theo khuyến cáo (ít nhất 3 thuốc, điển hình là một UCMC (CTTA) + một chẹn canxi + một lợi tiểu dùng với liều tối ưu). Trong thực hành, khi không đạt đích HA < 140/90 mmHg dù đã kê toa phối hợp 3 thuốc liều tối ưu, tiến hành: (1) Xác minh sự tuân trị (với thuốc và thay đổi lối sống) của bệnh nhân; (2) Tìm xem có thuốc dùng kèm làm giảm hiệu lực của thuốc điều trị tăng HA hay không (bao gồm cả thảo dược và thực phẩm chức năng); (3) Cho đo HA ngoài phòng khám nếu nghi ngờ hiệu ứng áo choàng trắng; (4) Tìm các dấu hiệu gợi ý tăng HA thứ phát (bảng 13). Xử trí tăng HA kháng trị: Cùng cố lại việc thay đổi lối sống của bệnh nhân (đặc biệt là ăn nhạt) và phối hợp thêm spironolactone 25-50 mg/ngày. Có thể phối hợp bisoprolol nếu trước đó bệnh nhân chưa dùng thuốc chẹn beta.

Bảng 13: Các đặc điểm của bệnh nhân gợi ý tăng huyết áp thứ phát.

Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi) tăng HA độ 2 hoặc trẻ em bị tăng HA (mọi mức độ)
Tăng HA nặng lên cấp tính ở người được xác nhận là trước đó có HA bình thường ổn định trong thời gian dài
Tăng HA kháng trị
Tăng HA nặng (độ 3) hoặc tăng HA cấp cứu
Hiện diện nhiều tổn thương cơ quan đích nặng
Các đặc điểm lâm sàng hoặc sinh hóa gợi ý nguyên nhân nội tiết của tăng HA
Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn
Các triệu chứng gợi ý u tủy thượng thận hoặc tiền sử gia đình có u tủy thượng thận

VII. TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

Tăng HA cấp cứu (hypertensive emergency) là tình huống tăng HA nặng (độ 3) kèm với tổn thương cơ quan đích cấp, thường đe dọa tính mạng và đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức nhưng thận trọng để hạ HA, thường là bằng thuốc truyền tĩnh mạch. Các biểu hiện điển hình của tăng HA cấp cứu gồm:

- Tăng HA ác tính: Tăng HA độ 3 kèm thay đổi đáy mắt (xuất huyết và/hoặc phù gai thị), tổn thương vi mạch và đông máu rải rác nội mạch, có thể kèm với bệnh não (khoảng 15% các trường hợp), suy tim cấp và suy giảm cấp chức năng thận.
- Tăng HA nặng kèm với những tình trạng lâm sàng khác đòi hỏi phải hạ HA khẩn, ví dụ bóc tách động mạch chủ cấp, thiếu máu cục bộ tim cấp hoặc suy tim cấp.
- Tăng HA nặng đột ngột do u tủy thượng thận kèm với tổn thương cơ quan.
- Tăng HA nặng ở thai phụ hoặc tiền sản giật.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm nhức đầu, rối loạn thị giác, đau ngực, khó thở, choáng váng. Người bệnh não tăng HA có thể có ngủ gà, lơ mơ, mù võ não. Tuy nhiên khi có

kiêm khuyết thần kinh khu trú phải nghĩ đến đột quỵ. Các khảo sát cận lâm sàng cần thiết được nêu trên bảng 14.

Tăng HA khẩn trương (hypertensive urgency) là tăng HA nặng nhưng không kèm tổn thương cơ quan đích cấp. Những bệnh nhân này thường không cần nhập viện. Điều trị ngoại trú bằng thuốc uống và hẹn tái khám sớm (sau vài ngày) để bảo đảm là HA được kiểm soát.

Xử trí tăng HA cấp cứu được nêu trên bảng 15. Đồng thời với việc hạ HA, xác định liệu bệnh nhân có cần biện pháp can thiệp đặc hiệu nào khác hay không. Trong thời gian bệnh nhân nằm viện tầm soát các nguyên nhân tăng HA thứ phát. Sau khi xuất viện (khi HA đã đạt mức an toàn và ổn định với thuốc uống), hẹn bệnh nhân tái khám thường xuyên (ít nhất mỗi tháng 1 lần) cho đến khi đạt đích HA tối ưu.

Bảng 14: Khảo sát cận lâm sàng trong tăng huyết áp cấp cứu.

<p>Khảo sát cận lâm sàng chung cho mọi nguyên nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soi đáy mắt - Điện tim 12 chuyển đạo - Tổng phân tích tế bào máu (gồm hemoglobin và đếm tiểu cầu), fibrinogen - Creatinin/máu (\rightarrow eGFR), Na và K/máu, LDH, haptoglobin - Tỷ số albumin: creatinin nước tiểu, khảo sát vi thể nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ - Xét nghiệm phát hiện có thai ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ
<p>Khảo sát cận lâm sàng đặc hiệu tùy chỉ định:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troponin, CK-MB (nghi NMCT cấp) và NT-proBNP - X-quang ngực thẳng (bệnh nhân có biểu hiện quá tải dịch) - Siêu âm tim (bóc tách động mạch chủ, suy tim, thiếu máu cục bộ tim) - MSCT động mạch chủ ngực (bóc tách động mạch chủ) - MSCT hoặc MRI não (biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương) - Siêu âm thận và động mạch thận (nghi bệnh thận hoặc hẹp động mạch thận) - Tìm ma túy trong nước tiểu (gửi phòng xét nghiệm bên ngoài nếu nghi ngờ)

Bảng 15: Xử trí tăng huyết áp cấp cứu.

Biểu hiện lâm sàng	Thời gian và đích hạ HA	Điều trị
Tăng HA ác tính có hoặc không kèm suy thận cấp	Vài giờ Hạ HA trung bình (mean arterial pressure) 20-25%	Nicardipine truyền TM (khởi đầu 5 mg/giờ, tăng từng nấc 2,5 mg mỗi 15 phút để đạt đích HA, tối đa 15 mg/giờ)
Bệnh não tăng HA	Hạ HA trung bình 20-25% ngay lập tức	Nicardipine truyền TM (như trên)

Biểu hiện lâm sàng	Thời gian và đích hạ HA	Điều trị
Biến cố mạch vành cấp	Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức	Nitroglycerine truyền TM (5-200 mg/phút, tăng từng nấc 5 mg/phút mỗi 5 phút)
Phù phổi cấp do tim	Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức	Nitroglycerine truyền TM (như trên) + furosemide TM
Bóc tách động mạch chủ	Hạ HA tâm thu xuống < 120 mmHg VÀ tần số tim xuống < 60/phút ngay lập tức	Nicardipine truyền TM + metoprolol uống (thử liều thấp 25 mg)
Sản giật và tiền sản giật nặng (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu)	Hạ HA tâm thu xuống < 160 mmHg VÀ HA tâm trương xuống < 105 mmHg ngay lập tức	Nicardipine và MgSO ₄ truyền TM Cho sinh sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị năm 2019 của Viện Tim TPHCM
2. Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”.
3. Quyết định số 3809/QĐ-BYT ngày 27/8/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn thực hành được lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm.