TĂNG HUYẾT ÁP

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân tăng huyết áp**

Chẩn đoán xác định – chẩn đoán mức độ – chẩn đoán nguyên nhân – chẩn đoán biến chứng

**2. Tóm tắt các vấn đề cần hỏi**

- Hỏi làm rõ nguyên nhân, biến chứng và mức độ

- Hỏi tiền sử các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản (chẩn đoán, thuốc điều trị, v.v), chế độ ăn uống, sinh hoạt.

**3. Các vấn đề cần khám**

- Đo huyết áp cả 2 tay.

- Chủ yếu tìm các biến chứng của BN đái tháo đường:

+ Tim: Suy tim trái, suy tim phải, cơn đau thắt ngực. Khám tim vừa để chẩn đoán biến chứng vừa để tìm nguyên nhân.

+ Mạch máu ngoại vi: Bắt mạch, lạnh chi, cơn đau cách hồi, da.

+ Bệnh lý về thận: Phù, hội chứng thiếu máu, thân to (thận đa nang).

+ Thần kinh: Liệt thần kinh khu trú, hội chứng màng não.

+ Mắt: Nhìn mờ.

**4. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Dựa vào trị số huyết áp đo ở nhiều thời điểm khác nhau (lúc vào viện, lúc khám, mức huyết áp cao nhất và duy trì trong tiền sử/quá khứ) và đo ở các vị trí khác nhau (2 tay, chi dưới thường không có bao đo phù hợp).

**5. Chẩn đoán mức độ**

- Chẩn đoán mức độ dựa trên huyết áp cao nhất đo được.

**6. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Tìm được nguyên nhân trực tiếp

- Nếu tăng huyết áp vô căn cần loại trừ những nguyên nhân khác dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng.

**7. Các nguyên nhân và đặc điểm của từng nguyên nhân**

- Hở van động mạch chủ: Tiếng thổi tâm trương, huyết áp tâm thu tăng cao nhưng huyết áp tâm thu trương hạ thấp.

- Hẹp eo động mạch chủ: Tiếng thổi tâm thu, huyết áp chi trên chi dưới chênh lệch nhưng khó đo nên người ta thường kiểm tra mạch để thay thế (mạch chi dưới yếu hơn chi trên), chảy máu mũi.

**7. Các biến chứng**

- Loại trừ các biến chứng dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đôi khi có những biến chứng không biểu hiện trên lâm sàng cần các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán ví dụ thiếu máu ít, biến chứng thận.

**8. Mục tiêu điều trị**

**9. Các thuốc điều trị (chỉ định, chống chỉ định)**

- Chọn ức chế men chuyển trước ức chế thụ thể do ức chế thụ thể đắt hơn. Ức chế men chuyển nên chọn những nhóm thuốc sau do tác dụng kéo dài hơn.

- Chẹn kênh Ca2+ là thuốc trung tính hạ được huyết áp nhưng không bảo vệ cơ quan đích

- Chẹn beta giao cảm gây che lấp triệu chứng của hạ đường huyết

- Ức chế thần kinh trung ương là nhóm thuốc cuối cùng lựa chọn

**10. Khi nào dùng 1 thuốc khi nào phối hợp thuốc?**

- Có biến chứng và nguy cơ cao nên phối hợp thuốc

**11. Đơn điều trị cụ thể**

- Chế độ ăn nhạt tương đối nếu chức năng thận còn tốt và không có suy tim sung huyết. Dùng rượu vang đỏ thay thế vì giảm nguy cơ đột quỵ, uống 1 lon bia tương ứng 100ml rượu vang, 40ml rượu mạnh nếu khó bỏ tuyệt đối.

- Chế độ sinh hoạt đi bộ nhẹ nhàng

- Thuốc

**12. Tại sao BN tiều đường có tăng huyết áp nên dùng lợi tiểu kháng aldosterol?**