



Trường Đại học Y Hà Nội



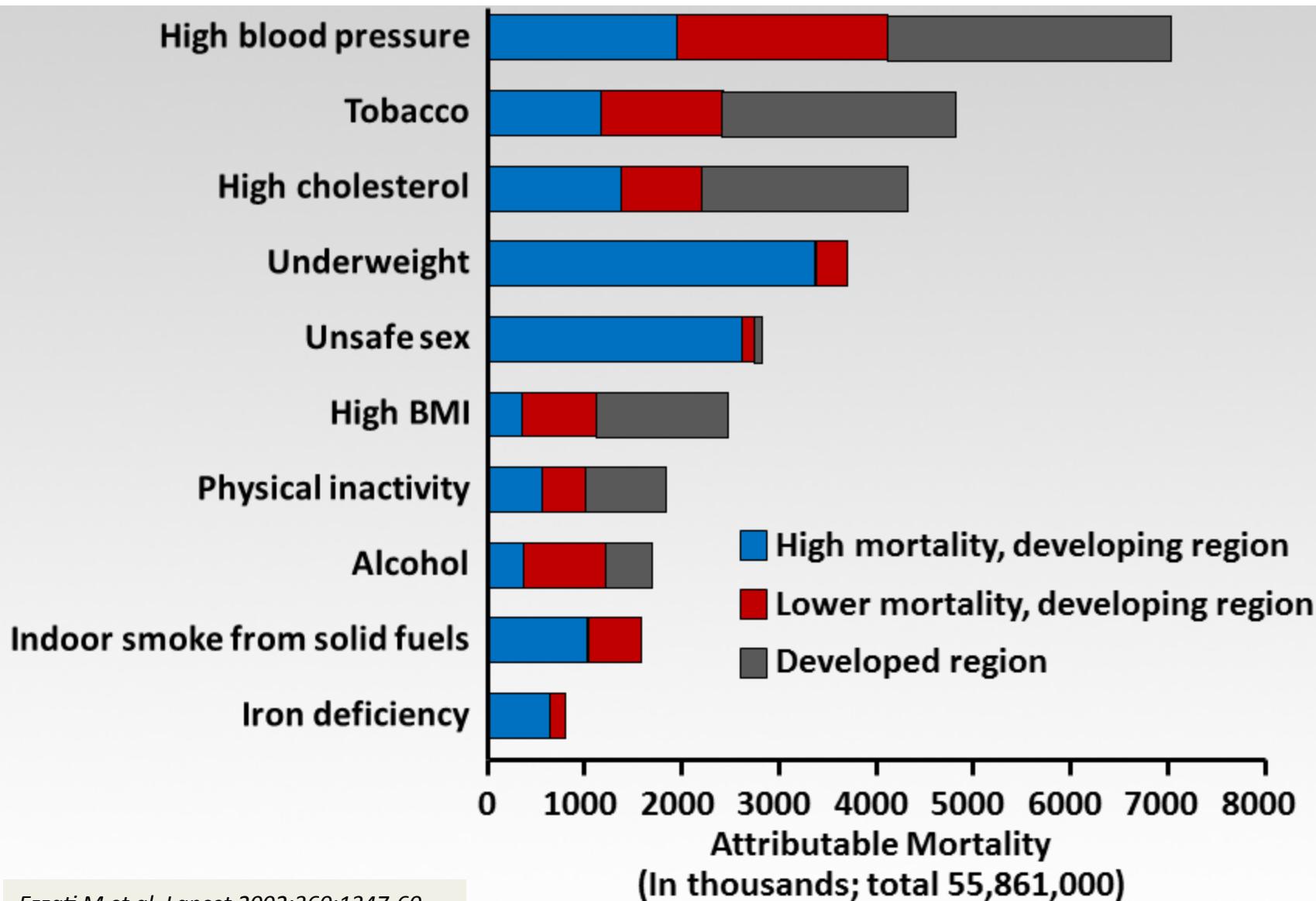
Viện Tim mạch Việt Nam

XỬ TRÍ CÁC TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

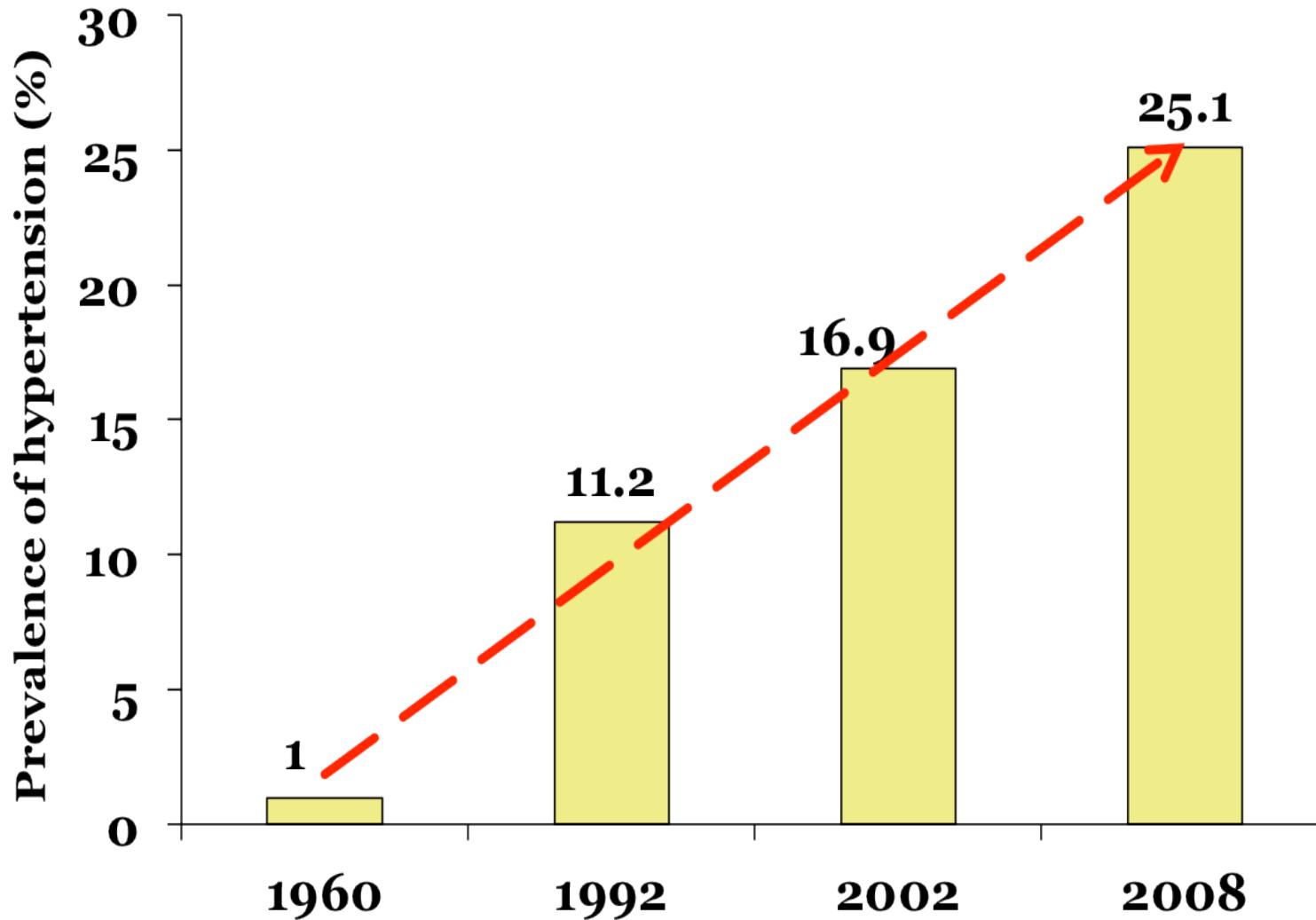
ThS. BS Phan Tuấn Đạt

Bộ môn Tim mạch

Tử vong toàn cầu: Tác động của THA



Xu hướng tỷ lệ mắc THA tại Việt Nam



- 1960: Dang Van Chung et al.: Hypertension among adult population in Northern Vietnam.
- 1992: Tran Do Trinh et al.: Hypertension among Vietnamese people aged 18 years and over.
- 2002: Truong Viet Dung et al.: Hypertension among Vietnamese adults aged 25 to 64 years old. National Health Survey 2001 – 2002.
- 2008: Our survey.: Hypertension and its risk factors among Vietnamese adults aged 25 years and over.

Tỷ lệ THA ở người lớn Việt Nam 2009

Điều tra THA
(9832 người lớn, ≥ 25 tuổi)
Quần thể ước tính: 44 million

Huyết áp bình thường
(74.9%; 7356/9832)

Quần thể ước tính: 33 triệu

THA

(25.1%; 2467/9832)

Quần thể ước tính: 11 triệu

Không biết THA
(51.6%; 1273/2467)

Quần thể ước tính: 5.7 triệu

Biết bị THA
(48.4%)

Quần thể ước tính: 5.3 triệu

Không điều trị THA
(38.9%; 464/1194)

Quần thể ước tính: 2.1 triệu

THA có điều trị
(61.1%; 730/1194)

Quần thể ước tính: 3.2 triệu

THA có Đ/trị nhưng chưa K/S
(63.7%; 465/730)

Quần thể ước tính: 2.0 triệu

THA có đ/trị & K/soát được
(36.3%; 265/730)

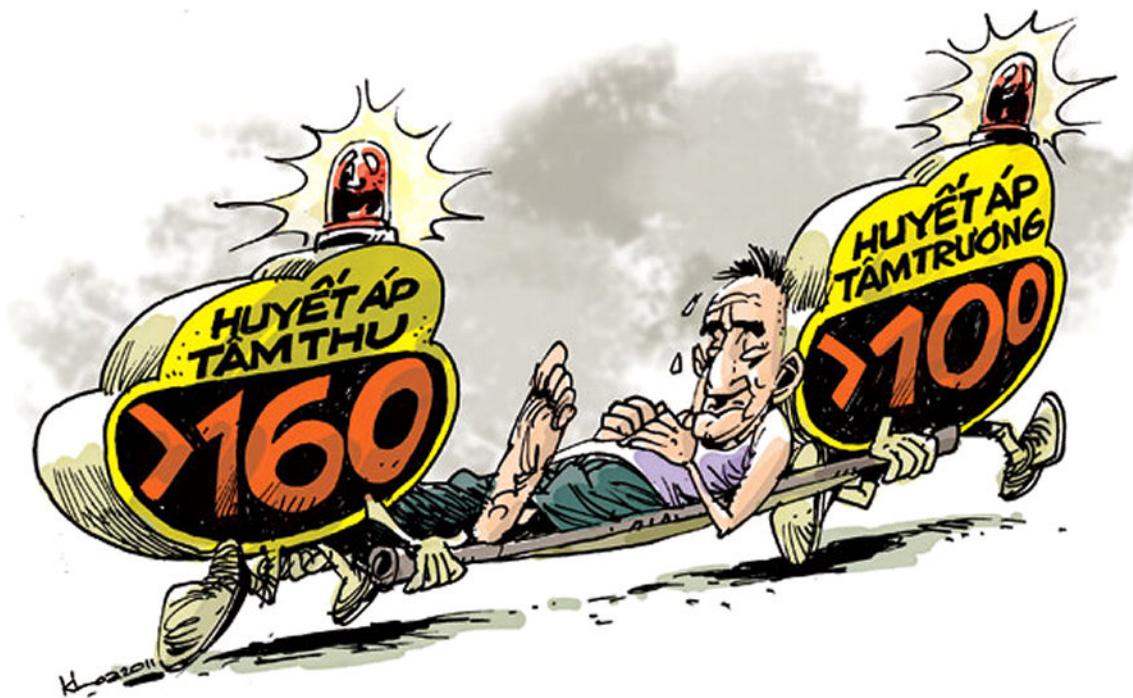
Quần thể ước tính: 1.2 triệu

9.8 triệu có sức khoẻ bị THA ảnh hưởng

TẠI KHOA CẤP CỨU TIẾP NHẬN 4 BN

Bn số 1: BN nam 56t, đau ngực trái như xé, lan ra sau lưng, HA: 220/100 mmHg

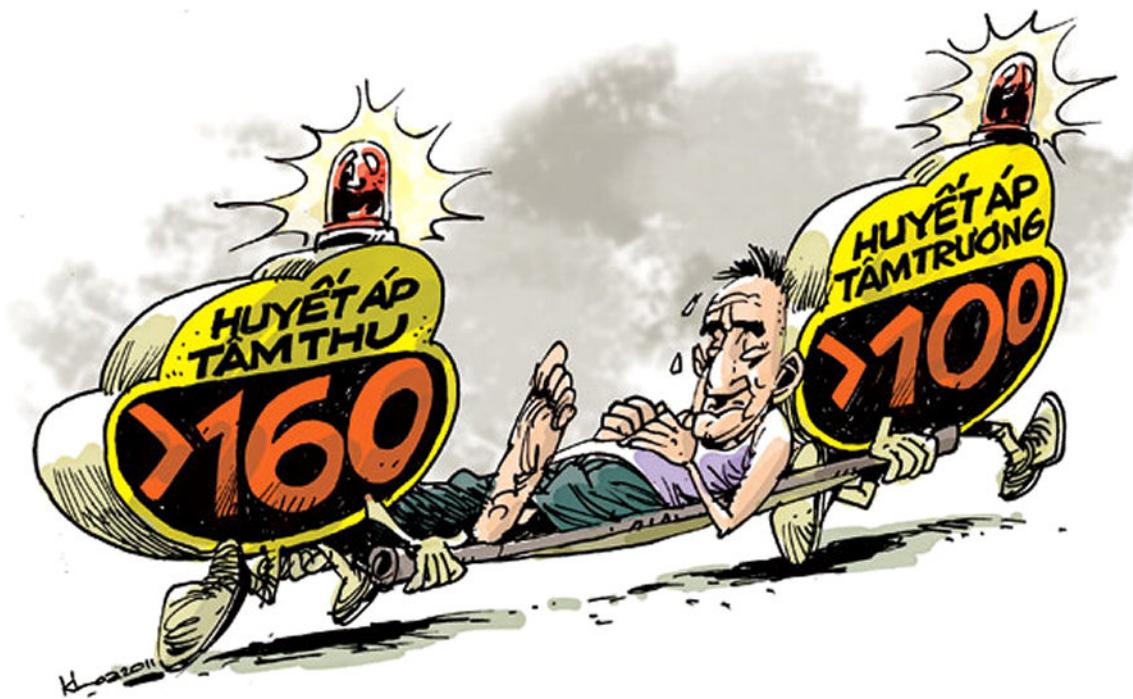
Bn số 2: BN nữ 65t, mót liệt nửa người phải cách 6h, HA: 185/95 mmHg



TẠI KHOA CẤP CỨU TIẾP NHẬN 4 BN

Bn số 3: BN nam 73t, khó thở, ho khạc đờm hồng, HA: 200/145 mmHg

Bn số 4: BN nữ 60t, có TS THA từ lâu, cảm giác hơi choáng váng, HA: 195/95 mmHg

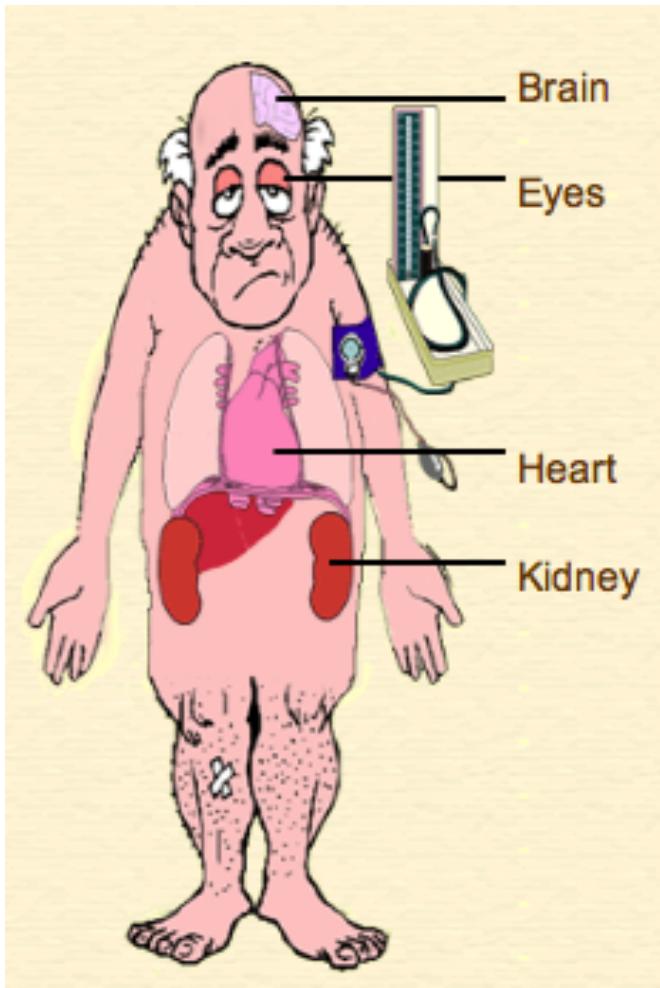


1. BN nào phải điều trị dùng thuốc để hạ HA ngay lập tức?
2. Phải hạ HA về mức ntn?
3. Thuốc nào dùng để hạ áp tốt nhất?

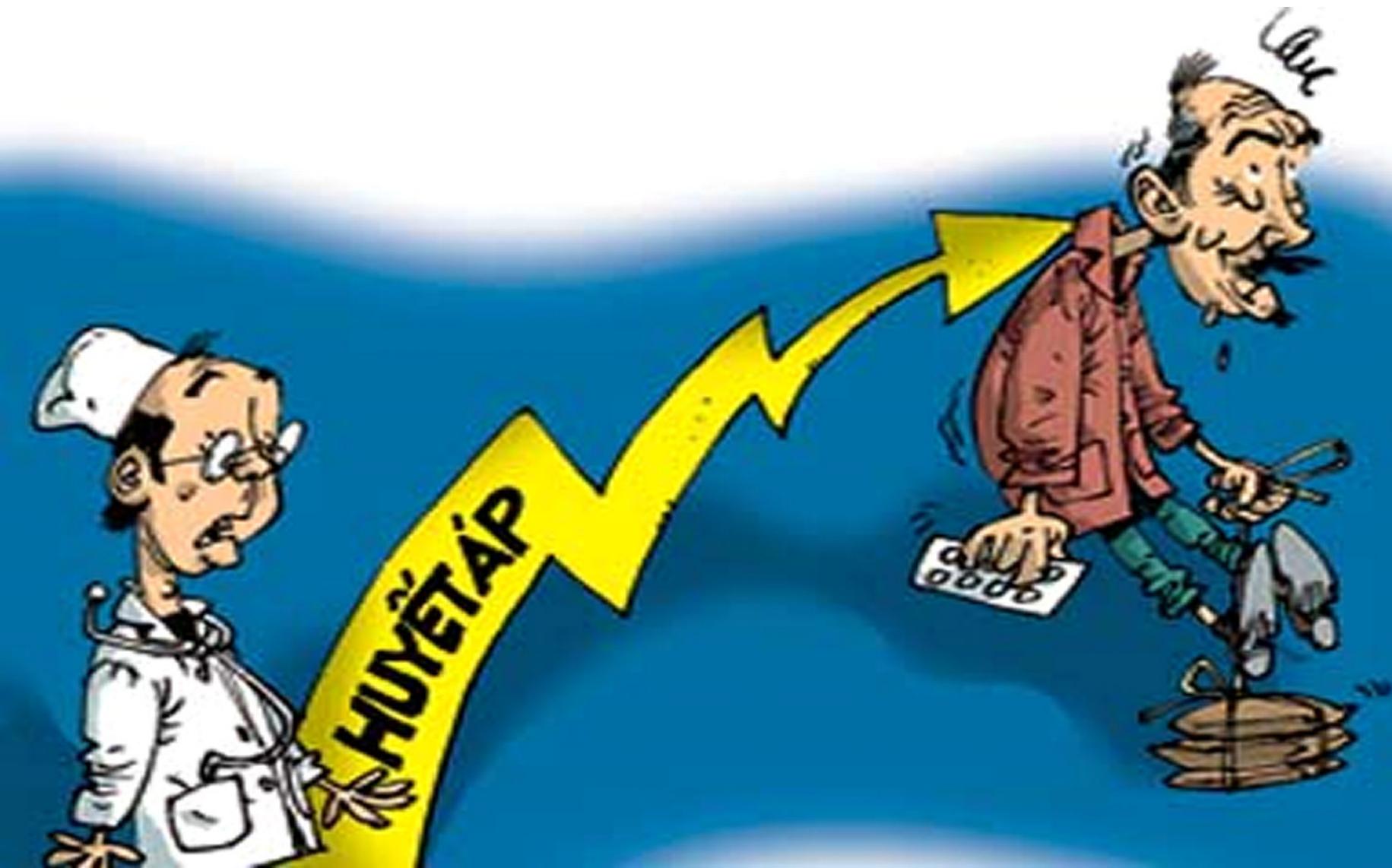


TRẢ LỜI CHO CÂU HỎI SỐ 1

Điểm mấu chốt: Đã có tồn thương cơ quan đích hay chưa ?

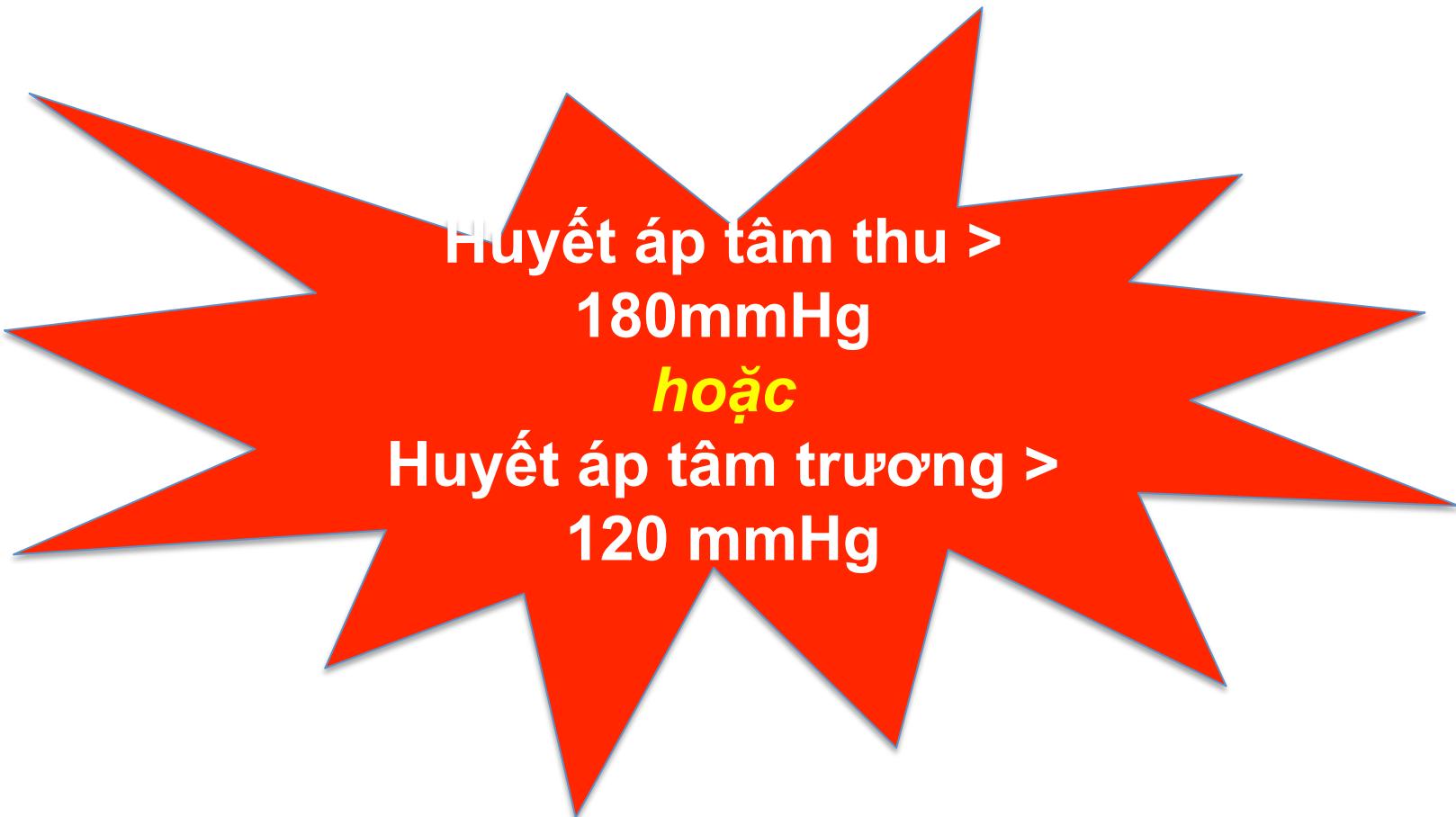


ĐỊNH NGHĨA



CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

- Thuật ngữ chung để chỉ các tình trạng gia tăng huyết áp nặng và tiềm ẩn nguy cơ gây tổn thương cơ quan đích (tim, mạch máu, thận, mắt và não)



PHÂN LOẠI

CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

Tăng huyết áp thực sự
cần cấp cứu
(hypertensive emergency)

Tăng huyết áp cấp cứu
(hypertensive urgency)

Giả Tăng huyết áp
cấp cứu
(Pseudoemergencies)



Tăng huyết áp thực sự cần cấp cứu (Hypertensive emergency)

- Tình trạng THA nặng với các **bằng chứng của tổn thương cơ quan đích** cấp tính và đang tiến triển, bao gồm các thể:
 - **Bệnh não do THA (hypertensive encephalopathy)**: tình trạng THA thực sự cần cấp cứu chuyên biệt được đặc trưng bằng tình trạng kích thích, vật vã, đau đầu và rối loạn ý thức hậu quả của sự gia tăng có ý nghĩa và thường là nhanh con số huyết áp
 - **THA ác tính-tiến triển nhanh (accelarated malignant hypertension)**: tình trạng THA thực sự cần cấp cứu chuyên biệt được đặc trưng bằng tổn thương đáy mắt dạng phù gai thị và/hoặc xuất huyết, xuất tiết võng mạc cấp

Tăng huyết áp cấp cứu (Hypertensive urgency)

- Tình trạng THA nặng song **KHÔNG** có bằng chứng của tổn thương cơ quan đích cấp tính và đang tiến triển

Giả tăng huyết áp cấp cứu (*Pseudoemergencies*)

- Đây là những trường hợp THA do phản ứng quá mức của hệ thần kinh giao cảm gấp trong đau, hạ oxi máu, tăng thán huyết hạ đường huyết, lo lắng, sau động kinh

CÁCH TIẾP CẬN



MỤC ĐÍCH

HA > 180/120 mmHg

1. Phát hiện các đặc điểm lâm sàng làm BN bị tăng nguy cơ THA cấp cứu
2. Phát hiện các dấu hiệu và triệu chứng tổn thương cơ quan đích

Khai thác Tiền sử - Bệnh sử

Bệnh sử của lần nhập viện lần này:

❖ **Triệu chứng tồn thương cơ quan đích:**

- Hệ Thần kinh: thay đổi ý thức, đau đầu, yếu, thay đổi thị giác
- Hệ Tim mạch: đau ngực, khó thở
- Hệ thận TN: đái máu, giảm thể tích nước tiểu

Khai thác Tiền sử - Bệnh sử

❖ *Tiền sử nội khoa:*

- Tiền sử tăng huyết áp
- Tiền sử bị bệnh hệ TKTW, tim/ĐM chủ, hoặc bệnh thận
- Tiền sử sản – phụ khoa

❖ *Thuốc:*

- Thuốc điều trị THA: thay đổi liều, tuân thủ điều trị
- Thuốc ức chế MAO, thuốc thảo dược, đông y

Khai thác Tiền sử - Bệnh sử

Tiền sử gia đình/xã hội:

- Sử dụng cocaine/amphetamine hay các thuốc gây nghiện khác
- Tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch/ động mạch chủ



Khám thực thể

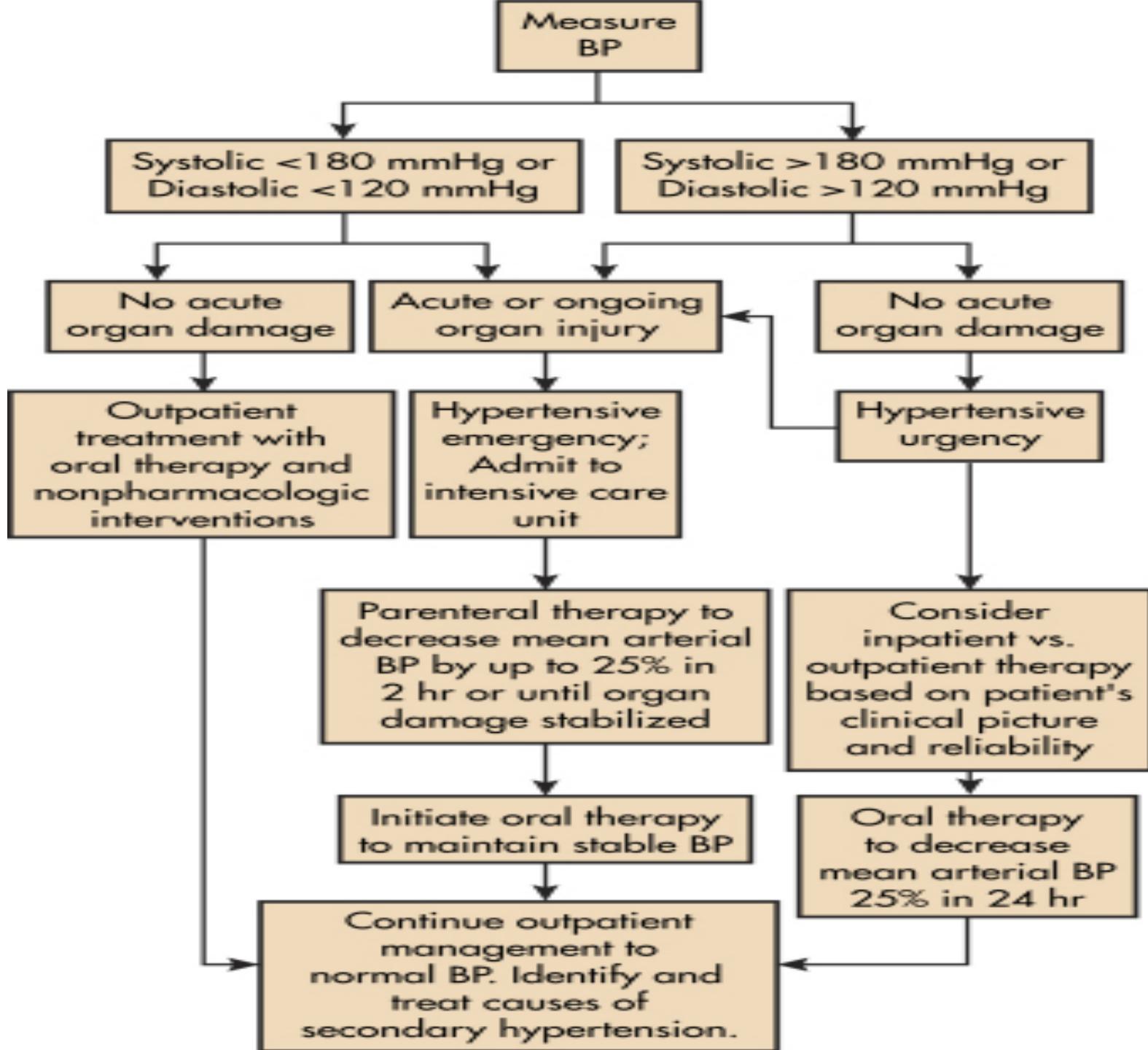
- ❖ **Dấu hiệu sinh tồn:** đo HA ở cả 2 tay và 2 chân, tăng tần số tim, SaO₂ giảm
- ❖ **Toàn thân:** kích thích, bồn chồn, vật vã
- ❖ **Soi đáy mắt:** xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị
- ❖ **Tim mạch:** Tiếng T3, T4, tiếng thổi tâm trương của hở van ĐM chủ, TM cảnh nổi, phù ngoại biên. Tiếng thổi ở ĐM mất hoặc giảm cường độ mạch
- ❖ **Phổi:** ran ẩm, ran nổ
- ❖ **Thần kinh:** rối loạn ý thức, dấu hiện TK khu trú

Thăm dò cận lâm sàng

- Công thức máu
- Hóa sinh máu: Ure, Glucose, Creatinin, điện giải đồ, các marker tim đặc hiệu
- Tổng phân tích nước tiểu
- Điện tâm đồ: thay đổi của sóng ST/T, sóng Q, phì đại thất trái,...
- XQ tim phổi thẳng: trung thất rộng, phù phổi
- Siêu âm tim: rối loạn vận động vùng, phì đại thất trái,...
- Siêu âm ổ bụng
- ...

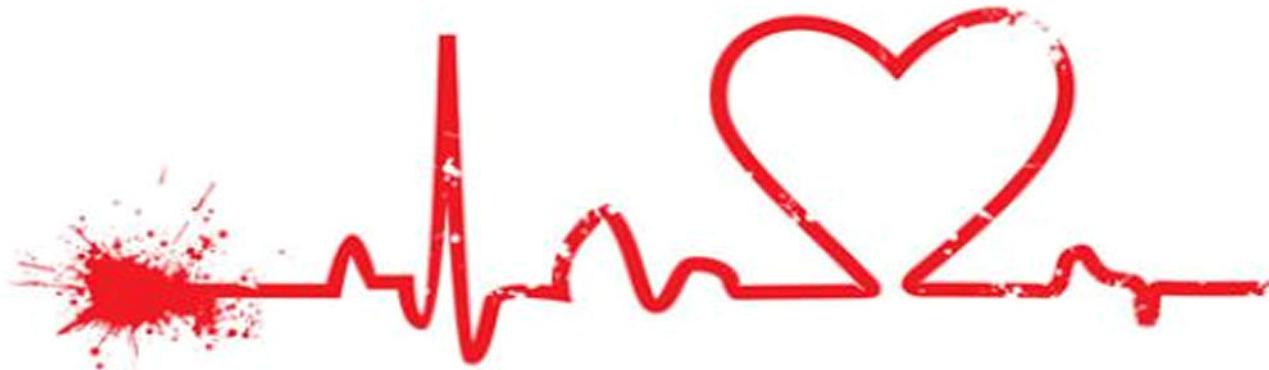
XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU theo khuyễn cáo JNC 7





XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

1. Mục tiêu của điều trị là gì?
2. Bn nên nhập viện ở khoa nào?
3. Hạ huyết áp đến bao nhiêu là vừa?
4. Nên dùng huyết áp đường tiêm hay đường uống?



XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

1. Mục tiêu chung:

- Làm ngừng tiến triển tổn thương cơ quan đích
- Tránh làm giảm tưới máu cơ quan đích trong quá trình điều trị

XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

2. Bn nên nhập viện ở khoa nào?

- Nên cho BN nhập viện khoa HSCC để theo dõi HA động mạch xâm lấn



XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

3. *Hạ huyết áp đến bao nhiêu là vừa?*

- Không nên hạ HA quá tích cực, nói chung nên giảm HA trung bình khoảng 10-15% và không giảm quá > 25% trong vòng 1h đầu
- Trong vòng 2-6h tiếp theo nên hướng tới đích HA khoảng 160/110 mmHg nếu mức giảm HA khởi đầu được BN dung nạp tốt

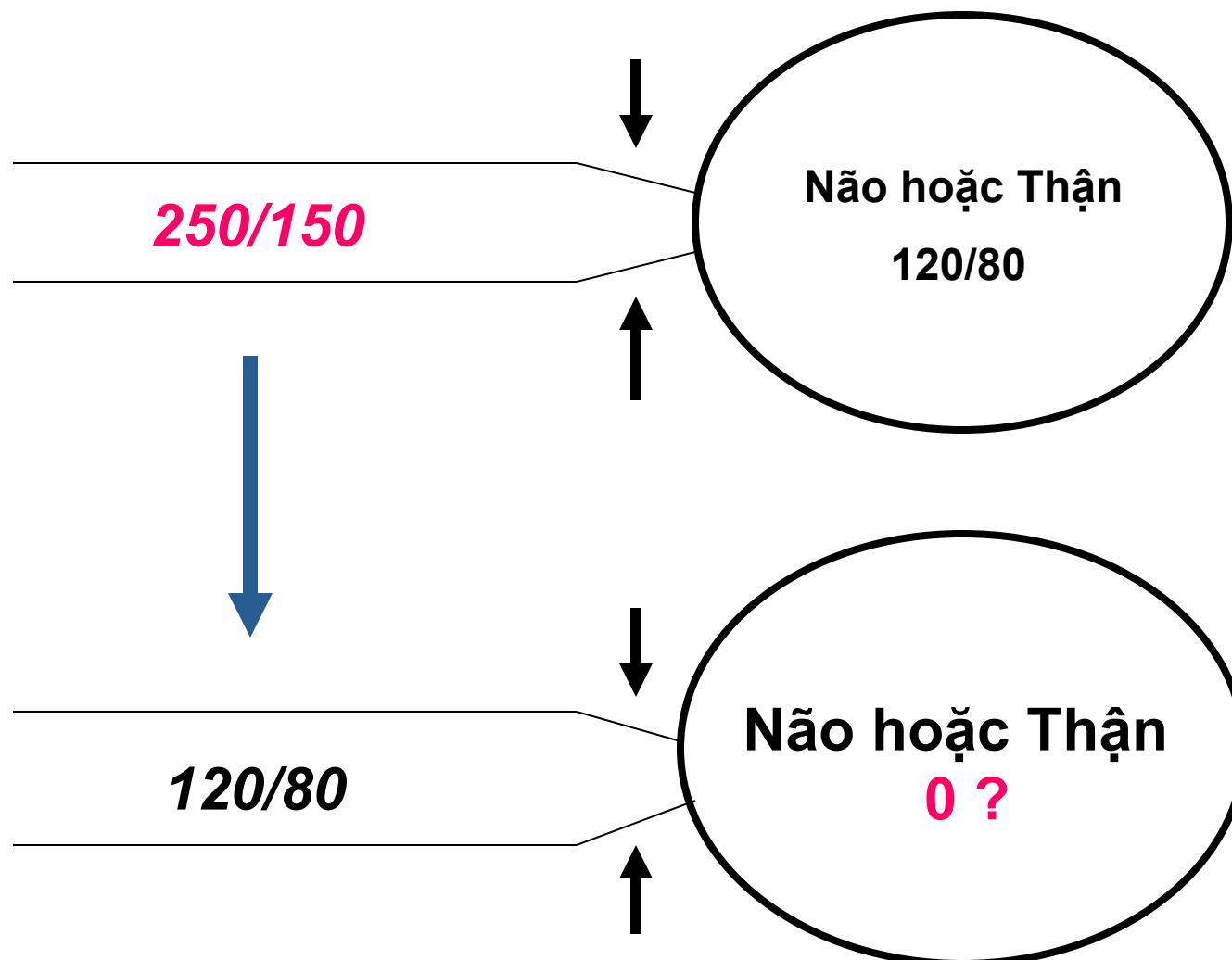
XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

HUYẾT ÁP TRUNG BÌNH=

$HATTr + 1/3 (HATT-HATTr)$

- HATB = 70-120 mmHg
- Huyết áp trung bình được coi như là áp lực tuối máu của tim đến các cơ quan trong cơ thể
- Khi HATB hạ thấp hơn giá trị bình thường có thể gây giảm lượng máu đến các cơ quan và gây thiếu máu

Lý do tại sao không nên hạ HA đột ngột!



XỬ TRÍ THA THỰC SỰ CẦN CẤP CỨU

4. Nên dùng huyết áp đường tiêm hay đường uống?

- Nên lựa chọn các thuốc hạ áp đường tiêm trên cơ sở các hội chứng tăng HA đặc hiệu cần xử trí
- Bắt đầu phác đồ điều trị thuốc hạ HA đường uống tùy thuộc vào bệnh nội khoa đi kèm và thuốc điều trị có thể dùng tại nhà
- Bắt đầu ngừng dần thuốc hạ HA đường tiêm và tiến hành điều trị bằng thuốc uống thích hợp khi kiểm soát được HA trong vòng 12-24h và cơ chế tự điều hòa HA của BN được tái lập

THUỐC ĐIỀU TRỊ THA CẤP CỨU ĐƯỜNG TIÊM TRUYỀN

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều duy trì	Bắt đầu có t/dụng	Thời gian tác dụng
Nitroprusside (50mg/250ml G5%) truyền TM	0,1 µg/kg/ph	0,1 - 0,5 µg/kg/ph Tối đa 10 µg/kg/ph Không dùng liều 2 µg/kg/ph quá 48 giờ	< 1 phút	< 2 phút
Nitroglycerin (100mg/500ml G5%) truyền TM	0,1 µg/ph	100 µg/ph	1-2 phút	< 10 phút
Hydralazine	5-20mg/TM	5-40mg/4-6giờ/TM	10-30 phút	2-8 giờ
Diazoxid	50-100mg/ TM	10-15ph/lần hoặc truyền 10-30mg/ph/TM Tối đa: 600mg		
Labetalol	20 mg/TM	20-80mg/TM hoặc truyền 1mg/ph	5-20 phút	3 giờ
Nicardipine	5mg/giờ	Tăng 2,5mg/giờ/5phút Tối đa 15 mg/giờ	5-10 phút	3 giờ

THUỐC ĐIỀU TRỊ THA CẤP CỨU ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc	Khởi đầu (ngày)	Duy trì (mg/ngày)	Bắt đầu t/dụng (giờ)	Kéo dài (giờ)	T/g ổn định (tuần)
Verapamil	80mg/8giờ	Tới 480mg	1-2	6-8	1
Diltiazem	60-240mg	Tới 360-540mg	1	3-6	2
Nifedipine	30-60mg	Tới 90-120mg	0,5	4-8	< 1
Metoprolol	50-100mg	Tới 450mg	1	3-6	1
Atenolol	50mg	Tới 100mg	3	24	1-2

CÁCH LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ THA CẤP CỨU

Bệnh lý	Lựa chọn đầu tiên	Lựa chọn tiếp theo	Chống chỉ định
Phình tách DMC	Nitroprussid + chẹn β	Trimethanpan Labetalol	Hydralazine, Minoxidil, Diazoside
Cơn đau ngực không ổn định, NMCT	Nitroglycerin	Labetalol	Hydralazine, Minoxidil, Diazoside, phentolamine
Sau phẫu thuật mạch máu	Nicardipine	Nitroprussid Nitroglycerin	
Suy thất trái	Nitroprussid	Nitroglycerin	Labetalol, chẹn canxi
Bệnh thận tăng HA	UCMC	Các thuốc khác	Thận trọng UCMC khi có suy thận
Nhồi máu não	Labetalol	Hydralazine UCMC	Minoxidil, clonidil, Trimethanpan
Xuất huyết não	Nitroprussid	Labetalol	Diazoside
Tiền sản giật, sản giật	Hydralazin	Labetalol Nicardipine	Nitroprussid, Trimethanpan, UCMC
U tuỷ thượng thận	Phentolamine	Nitroprussid	Minoxidil

NITROGLYCERIN

- **Liều dùng:** khởi đầu 5mcg/ph. Liều duy trì: chỉnh liều mỗi 3-5 phút tới liều 100mcg/ph
- **Tác dụng phụ:** tình trạng dung nạp thuốc, đau đầu, tut HA, nôn,...
- **Cơ chế:** giãn TM, giãn nhẹ tiểu ĐM khi dùng liều cao
- **Chỉ định:** các trường hợp cấp cứu biến chứng của tổn thương chức năng cơ tim, VD: thiếu máu cơ tim, NMCT, suy thất trái, phù phổi cấp, THA sau PT CABG

NICARDIPINE

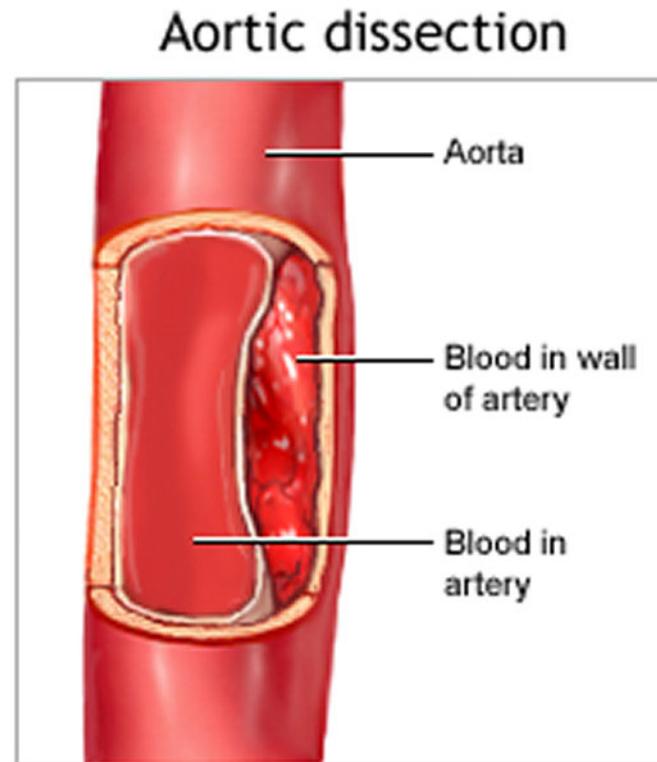
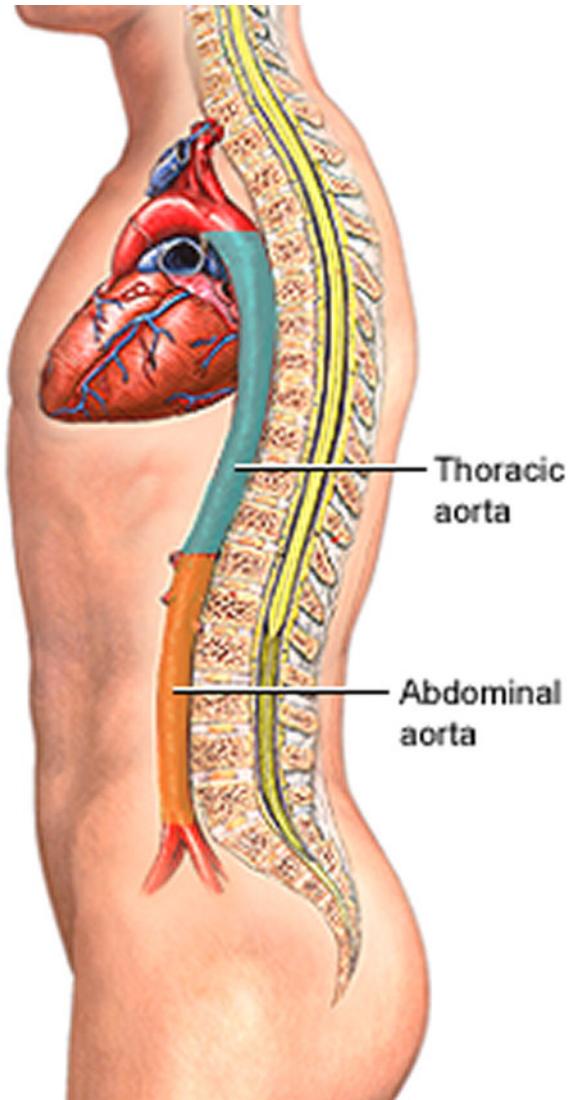
- **Liều dùng:** khởi đầu 5mg/h, tăng thêm mỗi 20 phút từng mức 2,5mg/h, tối liều tối đa là 15mg/h
- **Tác dụng phụ:** tụt HA, tăng tần số tim, suy tim, đau đầu, buồn nôn,...
- **Cơ chế:** thuốc chẹn kênh canxi nhóm DHP
- **Chỉ định:** được dùng hữu hiệu đối với hầu hết tất cả các trường hợp THA, **KHÔNG dùng trong suy tim cấp**
- Có thể hạn chế được tác dụng phụ nhịp tim nhanh phản xạ bằng cách phối hợp với chẹn beta giao cảm

BN số 1

- BN nam 56t, đau ngực trái như xé, lan ra sau lưng
- Tiền sử THA nhiều năm không điều trị đều
- Tim 100ck/ph
- HA: 220/100 mmHg, đều 2 tay
- XQ tim phổi: trung thất rộng
- MSCT ĐMC: phình tách ĐMC stanford B

→ **Phình tách ĐMC**

THA CẤP CỨU TRONG HỘI CHỨNG ĐMC CẤP



Hội chứng động mạch chủ cấp

Hội chứng ĐMC cấp, *acute aortic syndrome*, là một thuật ngữ để chỉ nhiều bệnh cảnh cấp cứu liên quan chéo đến nhau, giống nhau về đặc điểm lâm sàng và tiến triển, bao gồm: lóc tách thành ĐMC, huyết khối trong thành ĐMC (**IMH, intramural haematoma**), mảng xơ vữa thành ĐMC loét thủng (**PAU, penetrating atherosclerotic ulcer**) và kể cả chấn thương ĐMC có rách lớp nội mạc *hoặc phình ĐMC có biến chứng*.



Lóc tách thành ĐMC



PAU



IMH



IMH

Diễn tiến tự nhiên hội chứng ĐMC cấp

Biến chứng của lóc thành ĐMC type A

- Chết do vỡ ĐMC
- Thiếu máu/nhồi máu cơ tim
- Tràn dịch màng tim ép tim
- Hở van ĐMC
- Tai biến mạch não hoặc biến chứng thần kinh

Biến chứng của lóc thành ĐMC type B

- Thiếu máu tạng
- Thiếu máu chi
- Suy thận

Tiên lượng

- Tử vong chung do lóc thành ĐMC cấp lên tới 1%/giờ trong 48 giờ đầu.
- Tử vong trong viện do lóc tách type B liên quan đến đường kính ĐMC.
- Tử vong do mổ với lóc tách type A khoảng 10-15%, cao hơn với type B.
- Số sống còn lâu dài với lóc tách type A đã mổ hoặc lóc tách type B không biến chứng điều trị nội khoa là 75% sau 5 năm.

Phác đồ xử trí lóc thành ĐMC

Khống chế HA/nhịp tim

- Khống chế HA/nhịp tim
- Truyền TM chẹn beta hoặc labetalol (CCĐ với chẹn beta: thay bằng diltiazem hoặc verapamil)
- **Chỉnh liều để kiểm soát nhịp tim < 60 (giảm dP/dt)**

1

+
Giảm đau
Opiates đường TM
Chỉnh liều theo tình trạng đau

2

Không

Tụt HA hoặc shock?

Có

- Truyền dịch, máu tĩnh mạch: (ổn định thể tích tuần hoàn)
- Duy trì HA trung bình 70 mmHg (nếu HA tụt -> dùng vận mạch)
- Điều trị dựa trên tổn thương theo giải phẫu: TDMT, vỡ thành ĐMC, NMCT...

HA tâm thu >120 mmHg?

Thêm thuốc khống chế HA (ACEI, ARB, CCB)

3

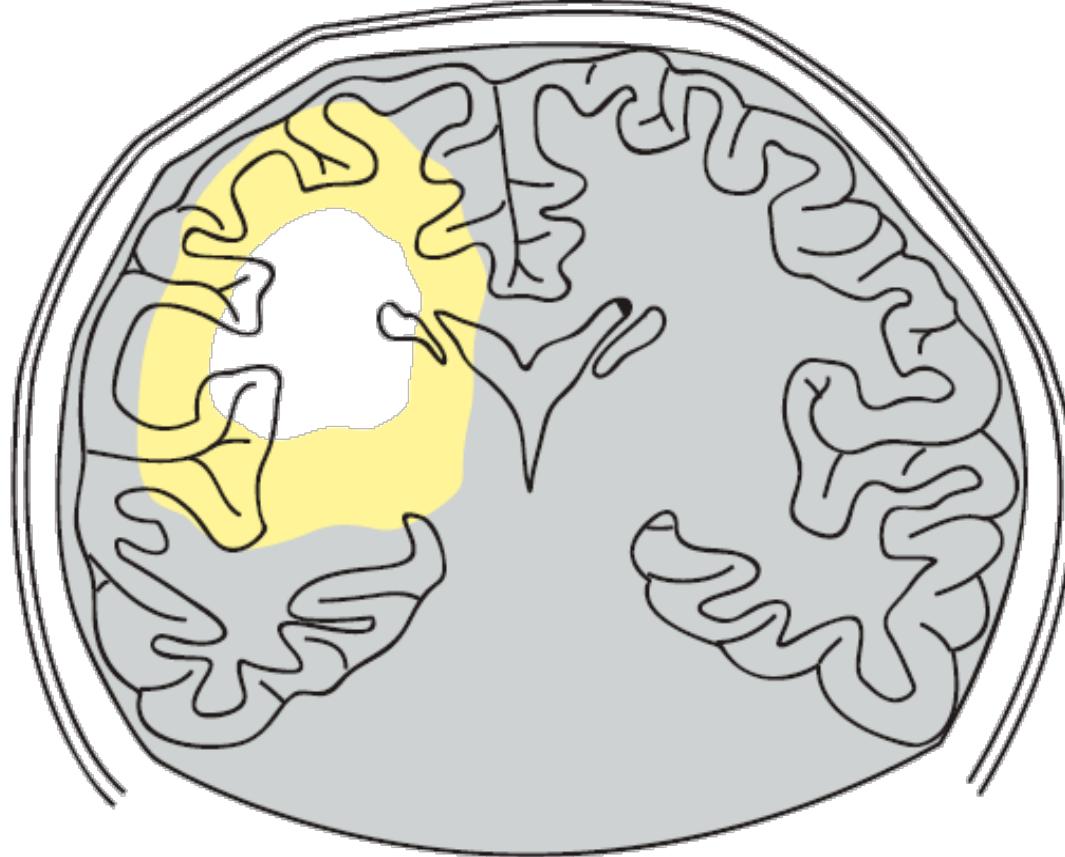
Khống chế HA: Thuốc giãn mạch truyền TM
Chỉnh liều HA Tâm thu < 120 mmHg (Mục tiêu là HA thấp nhất mà vẫn bảo đảm tưới máu các tạng)

BN số 2

- BN nữ 65t, mới liệt nửa người phải cách 6h, HA: 185/95 mmHg
- CT sọ: có hình ảnh xuất huyết não

→ **TBMIN cấp**

THA CẤP CỨU TRONG TBMN CẤP



Vấn đề điều trị THA ở bệnh nhân TBMN cấp

- HA > 160 mmHg được ghi nhận trên 60% BN bị đột quỵ cấp và đi kèm tiên lượng xấu
- Cứ mỗi tăng 10 mmHg với HATT, nguy cơ biến cố thần kinh tăng 40% và nguy cơ tàn phế 23%
- Về mặt lý thuyết, lý do để hạ HA là làm giảm phù não, giảm nguy cơ chảy máu não thứ phát, ngăn ngừa các biến cố mạch nơi khác, và tăng khả năng phục hồi sớm sau

Vấn đề điều trị THA ở bệnh nhân TBMN cấp

- Với đa số bệnh nhân, huyết áp có xu hướng hạ dần sau những giờ đầu mặc dù không có thuốc điều trị huyết áp nào
- Việc hạ HA quá tích cực có thể dẫn đến làm xấu đi tình hình do làm giảm tươi máu não – vốn cần duy trì sự sống của não vùng đang bị thiếu máu não

KHUYẾN CÁO VỀ THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN TBMN THỂ NHŨN NÃO VÀ KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC TIÊU SƠI HUYẾT (AHA/ASA 2007 Guideline Update)

Mức HA	Thái độ
• HATT \leq 220 hoặc HATTr \leq 120 mmHg	• Theo dõi (chỉ cho thuốc hạ HA khi có các biến chứng NMCT, tách thành ĐMC, phù phổi, bệnh não do THA)
• HATT \geq 220 hoặc HATTr 121 - 140 mmHg	• Labetalol 10 –20 mg TM hoặc, Nicardipine 5 mg/h (TM) -> Hạ khoảng 10 –15% số HA
• HATTr > 140 mmHg	• Nitroprusside 0,5 mg/kg/phút (TM) -> hạ khoảng 10 –15% số HA

KHUYẾN CÁO VỀ THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ THA Ở BN TBMN THỂ NHŨN NÃO VÀ CÓ CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC TIÊU SƠI HUYẾT (AHA/ASA 2007 Guideline Update)

Mức HA	Thái độ
* <u>Trước điều trị tiêu sợi huyết, nếu:</u> HATT > 185 hoặc HATT _r > 110 mmHg	Điều trị HA trước khi cho thuốc tiêu sợi huyết: (Labetalol - TM)
* <u>Trong lúc điều trị tiêu sợi huyết</u> Theo dõi: HATT _r > 140 mmHg	Nitroprusside 0,5 mg/kg/phút (TM)
HATT 180 – 230 hoặc HATT _r 105 – 120 mmHg	Labetalol (TM)
HATT > 230 hoặc HATT _r 121 – 140 mmHg	Labetalol (TM) hoặc Nicardipine (TM)

BN số 3

- BN nam 73t, khó thở, ho khạc đờm hồng, HA: 200/145 mmHg
→ **Phù phổi cấp**

THA CẤP CỨU TRONG SUY TIM CẤP



XỬ TRÍ THA CẤP CỨU TRONG SUY TIM CẤP

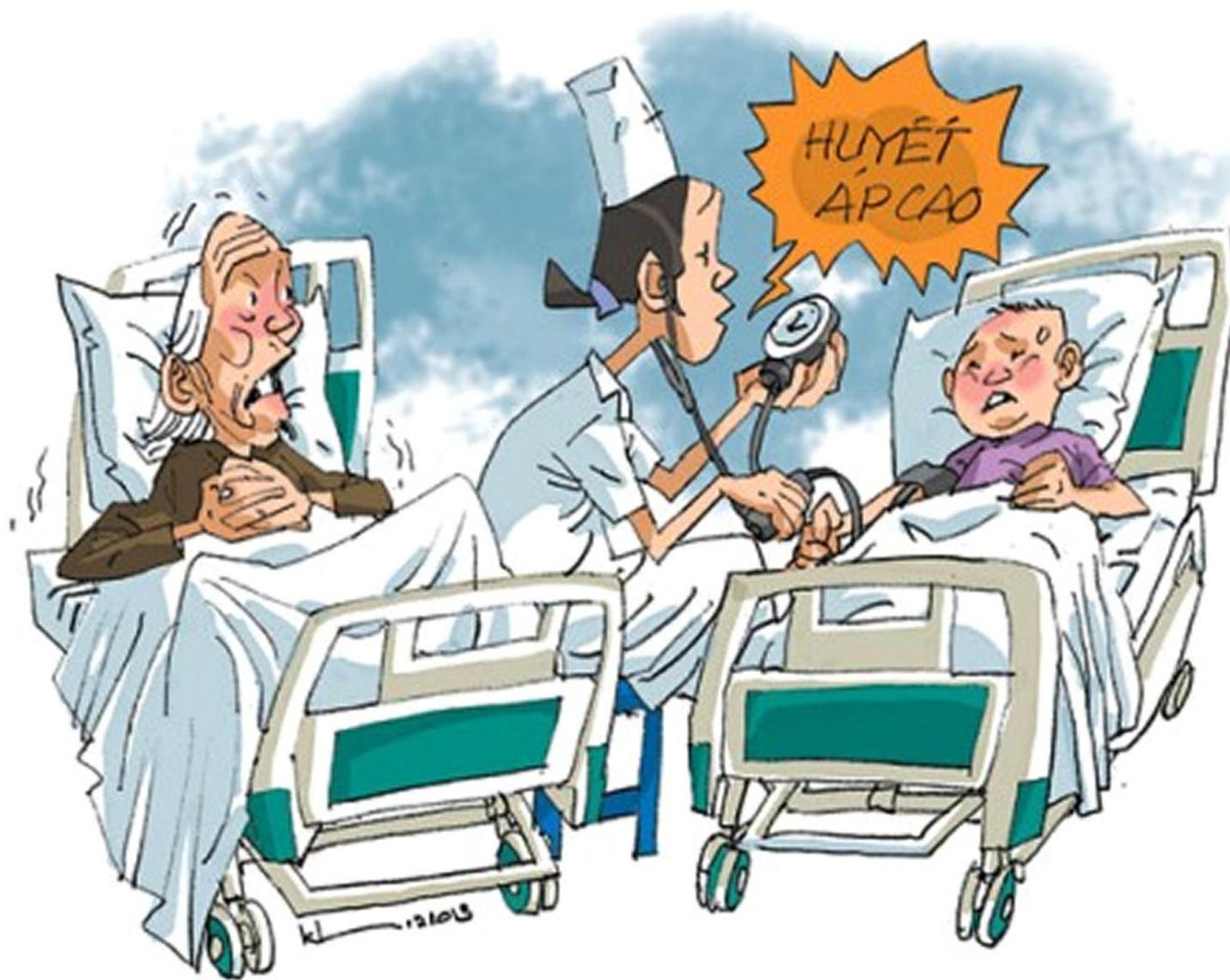
- Truyền Nitroglycerin và điều chỉnh liều tới khi làm giảm được các triệu chứng
- Thêm thuốc lợi tiểu quai nếu có tình trạng phù phổi cấp
- Nên dùng thuốc UCMC trừ khi không có chỉ định

BN số 4

- BN nữ 60t, có TS THA từ lâu, cảm giác hơi choáng váng, HA: 195/95 mmHg
- Khám lâm sàng và CLS không có dấu hiệu của tổn thương cơ quan đích

→ **Tăng huyết áp cấp cứu**

XỬ TRÍ THA CẤP CỨU



XỬ TRÍ THA CẤP CỨU

- Bắt đầu điều trị thuốc hạ áp đường uống tùy thuộc vào bệnh nội khoa đi kèm và thuốc điều trị có thể dùng tại nhà
- Xác định mức độ cần theo dõi dựa trên bệnh cảnh lâm sàng nền và khả năng trang thiết bị tại cơ sở điều trị BN ngoại trú

XỬ TRÍ THA CẤP CỨU

- Đích cần đạt là làm hạ HA trung bình 20% trong 1-2 ngày và làm giảm hơn nữa tới khi đạt được đích điều trị cho BN ngoại trú trong vòng vài tuần đến hàng tháng
- Lên kế hoạch theo dõi ngoại trú cho BN trong vòng 48-72h để đảm bảo tuân thủ điều trị

TAKE HOME MESSAGE



TAKE HOME MESSAGE

- Nhanh chóng tiến hành quy trình khai thác tiền sử, bệnh sử và khám thực thể để:
 - Nhanh chóng phát hiện các đặc điểm lâm sàng khiến BN rơi vào nguy cơ THA cấp cứu
 - Tìm kiếm các dấu hiệu và/hoặc triệu chứng tồn thương cơ quan đích
- Đích của điều trị THA cấp cứu là phải hạ thấp được con số HA tới mức có hiệu quả để làm ngừng tiến triển của tình trạng tồn thương cơ quan đích song lại không được điều chỉnh HA quá mức và gây giảm tưới máu cơ quan đích

XIN CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE !



U tuyển giáp quá to