

# **TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP**

**Bộ môn Nội  
Đại học Y Dược TPHCM**

# Tiếp cận THA

2

- (1) Bệnh nhân có bị tăng huyết áp thực sự không? Nếu có thì
- (2) Phân độ và phân loại tăng huyết áp?
- (3) Tăng huyết áp nguyên phát hay thứ phát?
- (4) Có tổn thương cơ quan đích?
- (5) Các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ngoài tăng huyết áp?

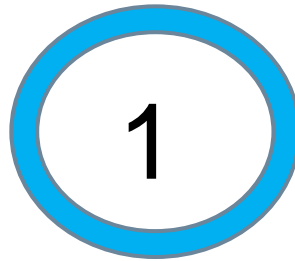
# MỤC TIÊU

3

1. Cách đo huyết áp
2. Định nghĩa tăng huyết áp (THA)
3. Phân loại THA
4. Phân độ THA
5. Các nguyên nhân thường gặp của THA
6. Phân tầng nguy cơ THA

# NỘI DUNG

---



**Cách đo huyết áp**

# Các phương pháp đo huyết áp

5

1. Tại phòng khám
2. Tại nhà
3. Huyết áp lưu động 24 giờ

## **Bảng 1. Đo huyết áp tại phòng khám**

*(2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension)*

Bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái trong phòng yên tĩnh ít nhất 5 phút trước khi đo huyết áp

Đo huyết áp 3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút, đo thêm lần thứ 4 nếu sự khác biệt huyết áp ở 2 lần đo đầu tiên  $> 10$  mmHg. Ghi huyết áp là huyết áp trung bình của 2 lần đo cuối cùng.

Việc đo huyết áp nên thực hiện nhiều lần ở bệnh nhân có huyết áp không ổn định như rung nhĩ, ở những bệnh nhân này nên đo huyết áp bằng ống nghe vì các thiết bị đo huyết áp tự động không được chứng nhận ở bệnh nhân rung nhĩ (nếu đo bằng các thiết bị tự động, việc ghi nhận huyết áp sẽ cao hơn trị số thực của bệnh nhân, khiến việc chẩn đoán tăng huyết áp sẽ quá đà)

Dùng băng cuốn đo huyết áp tiêu chuẩn (rộng 12-13 cm, dài 15 cm) ở hầu hết bệnh nhân. Có thể dùng băng cuốn lớn hơn nếu vòng tay  $> 32$  cm và ngược lại.

Băng cuốn được đặt ngang tim khi đo với lưng và tay phải có điểm tựa để tránh cơ làm huyết áp tăng cao.

Khi dùng ống nghe, xác định pha I và V (giảm hoặc mất) theo Korotkoff để xác định huyết áp tâm thu và tâm trương.

Đo huyết áp cả 2 tay ở lần đo đầu tiên nhằm phát hiện tình trạng khác biệt huyết áp 2 tay. Tay dùng để tham chiếu và đo huyết áp thường xuyên sau này là tay có huyết áp cao hơn.

Đo huyết áp tại thời điểm 1 phút và 3 phút khi đứng dậy sau khi đo huyết áp tư thế ngồi ở tất cả các bệnh nhân thăm khám lần đầu tiên để loại trừ hạ huyết áp tư thế.

Ghi nhận tần số tim bằng cách bắt mạch để loại trừ rối loạn nhịp.

# Chỉ định đo huyết áp tại nhà và huyết áp liên tục

7

## **Các tình huống hay gặp THA áo choàng trắng, V.d.**

- THA độ I khi đo tại phòng khám
- HA tại phòng khám tăng cao đáng kể nhưng không có tổn thương cơ quan đích

## **Các tình huống THA ẩn giấu hay gặp, V.d.**

- HA bình thường cao tại phòng khám
- HA tại phòng khám bình thường ở người có tổn thương cơ quan đích hoặc nguy cơ tim mạch cao

## **Hạ HA tư thế hoặc sau ăn ở bệnh nhân được điều trị hoặc không**

## **Đánh giá THA kháng trị**

- Đánh giá kiểm soát HA, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao đã được điều trị

## **Đáp ứng HA quá mức với gắng sức**

- Khi có thay đổi HA phòng khám đáng kể
- Đánh giá triệu chứng khi có tụt HA trong điều trị

## **Chỉ định đặc hiệu cho HALT hơn HATN:**

- Đánh giá trị số HA ban đêm và tình trạng trũng (V.d. nghi ngờ THA về đêm, như hội chứng ngưng thở khi ngủ, suy thận mạn, ĐTĐ, THA nội tiết hoặc rối loạn hệ thần kinh tự động)

# NỘI DUNG

---

2

**Định nghĩa và chẩn đoán THA**



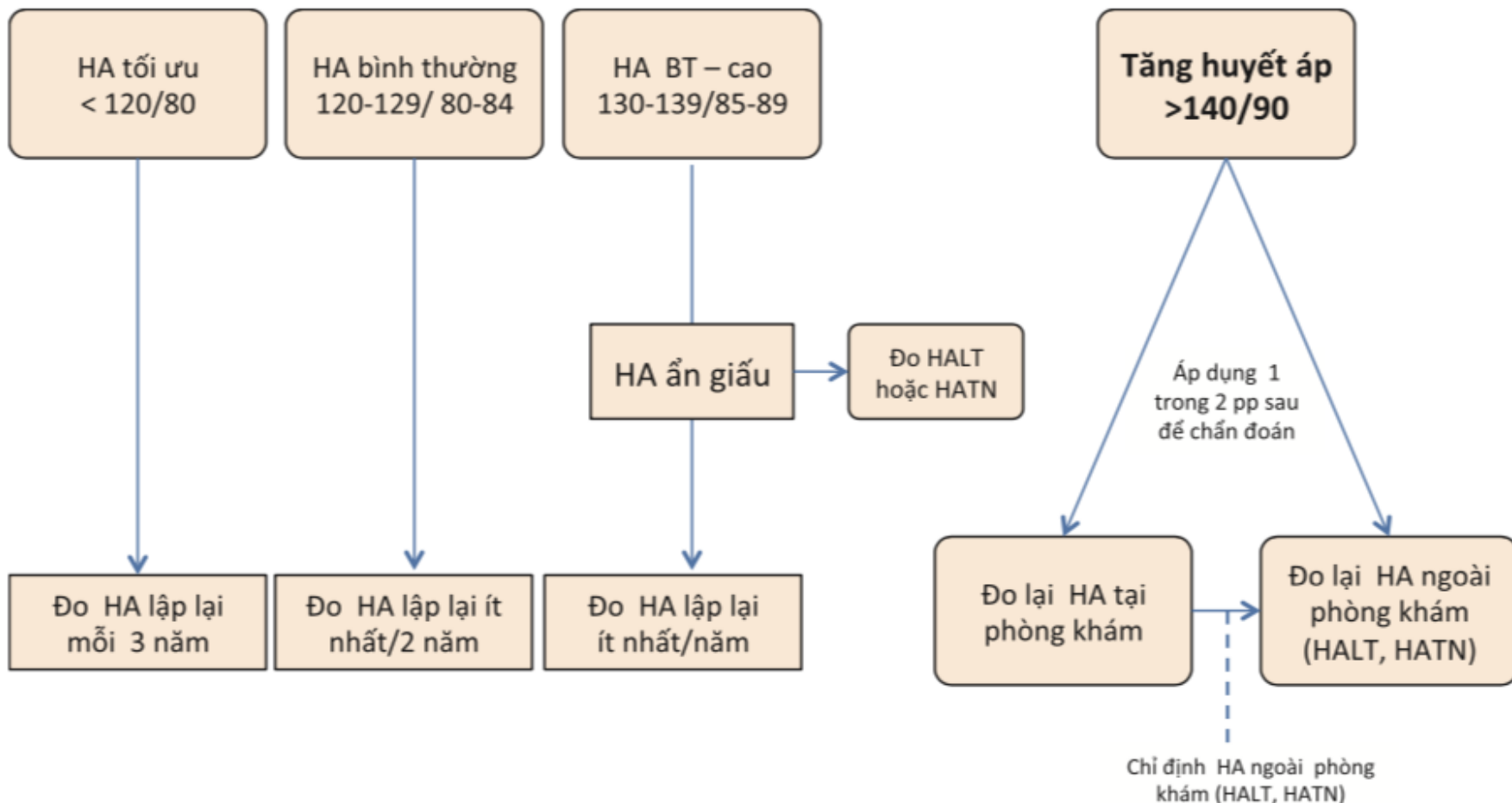
# Định nghĩa THA

9

|                             | HA Tâm Thu |         | HA Tâm Trương |
|-----------------------------|------------|---------|---------------|
| HA Phòng Khám               | $\geq 140$ | và/hoặc | $\geq 90$     |
| HA liên tục (ambulatory)    |            |         |               |
| Trung bình ngày (hoặc thức) | $\geq 135$ | và/hoặc | $\geq 85$     |
| Trung bình đêm (hoặc ngủ)   | $\geq 120$ | và/hoặc | $\geq 70$     |
| Trung bình 24 giờ           | $\geq 130$ | và/hoặc | $\geq 80$     |
| HA đo tại nhà trung bình    | $\geq 135$ | và/hoặc | $\geq 85$     |

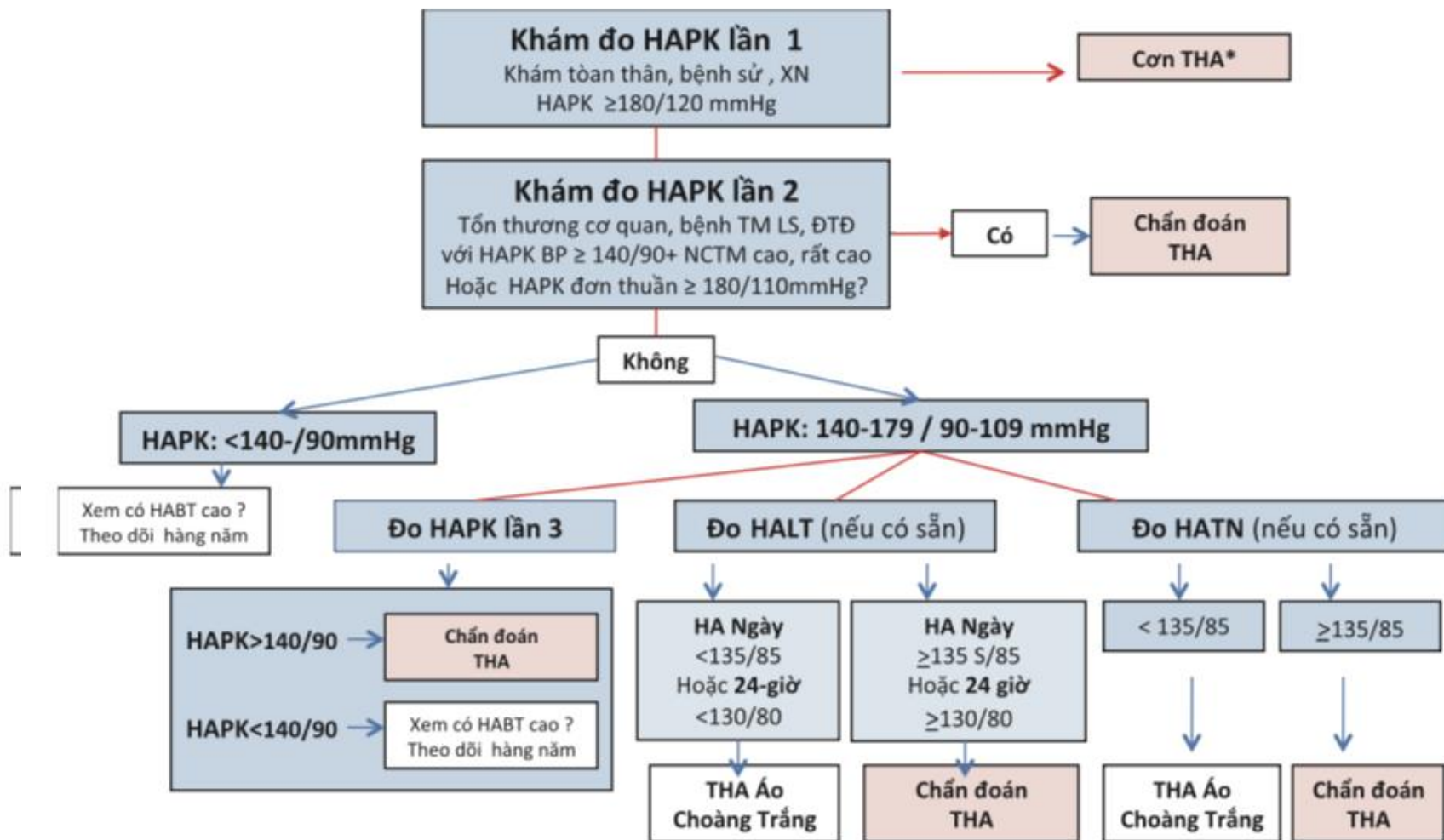
# Sàng lọc chẩn đoán THA

10



# Sơ đồ đo chẩn đoán THA

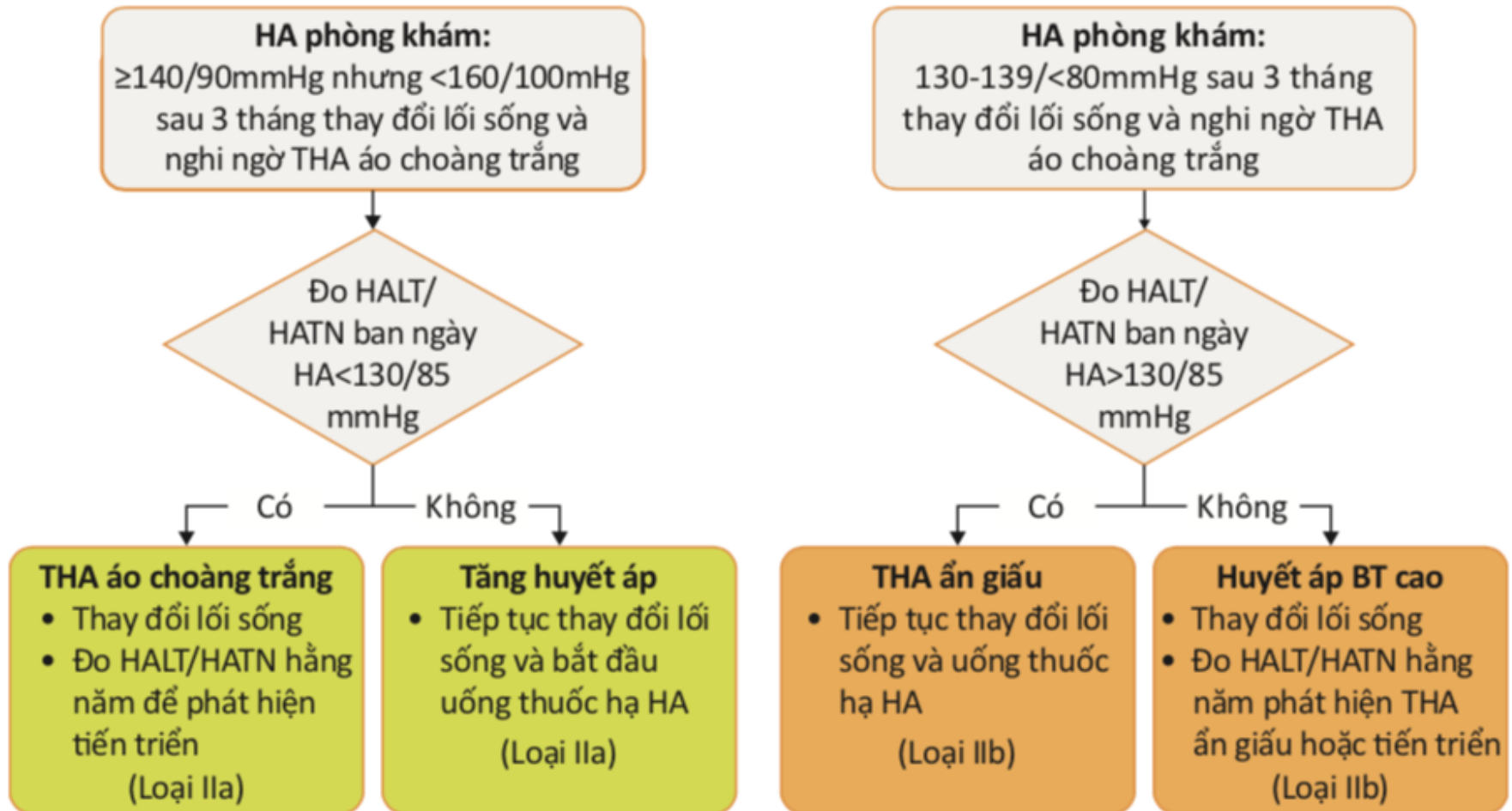
11



\* \* Cơn THA gồm cấp cứu & khẩn cấp

# Phát hiện THA áo trắng và ẩn giấu

12



# NỘI DUNG

---

3

**Phân độ và phân loại THA**

# Định nghĩa và phân độ THA khi đo tại phòng khám

14

|                     | HA Tâm Thu |         | HA Tâm Truong |
|---------------------|------------|---------|---------------|
| Tối ưu              | <120       | và      | <80           |
| Bình thường**       | 120 - 129  | và/hoặc | 80 - 84       |
| Bình thường cao**   | 130 - 139  | và/hoặc | 85 - 89       |
| THA độ 1            | 140 - 159  | và/hoặc | 90 - 99       |
| THA độ 2            | 160 - 179  | và/hoặc | 100 - 109     |
| THA độ 3            | ≥180       | và/hoặc | ≥110          |
| THA Tâm Thu đơn độc | ≥140       | và      | <90           |

\*Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HA tâm thu hay tâm trương cao nhất.

THA TT đơn độc xếp loại theo mức HATT

\*\*Tiền Tăng huyết áp: khi HATT > 120-139mmHg và HATTr > 80-89 mmHg

# Phân độ THA theo ACC/AHA 2017

15

| <b>Bảng 5. Phân độ tăng huyết áp theo Trường môn Tim mạch học Hoa Kỳ 2017</b> |                |         |                   |
|---|----------------|---------|-------------------|
| <b>Phân độ</b>  | <b>Tâm thu</b> |         | <b>Tâm trương</b> |
| Bình thường   | < 120 mmHg     | và      | < 80 mmHg         |
| Cao   | 120-129 mmHg   | và      | < 80 mmHg         |
| Tăng huyết áp   |                |         |                   |
| Độ 1  | 130-139 mmHg   | và/hoặc | 80-89 mmHg        |
| Độ 2  | ≥ 140 mmHg     | và/hoặc | ≥ 90 mmHg         |

# Phân loại THA

16

1. THA cấp cứu
2. THA tâm thu đơn độc
3. THA tâm thu đơn độc ở người trẻ
4. THA tâm trương đơn độc
5. THA áp choàng trắng
6. THA ẩn giấu (dấu mặt)
7. THA giả tạo



# Tăng huyết áp cấp cứu

17

1. THA ác tính
2. THA cấp cứu
3. THA nặng do u tuỷ thượng thận
4. Sản giật

# Tăng huyết áp ác tính

18

- Tăng huyết áp nặng (độ 3) kèm:
    1. Xuất huyết võng mạc và/hoặc phù gai thị,
    2. Đông máu nội mạch lan toả,
    3. Bệnh lý vi mạch
    4. Có thể có các biến chứng cấp tính khác đi kèm như suy tim cấp, bệnh cảnh não, suy thận cấp
- Cơ chế: hoại tử dạng sợi của các mạch máu nhỏ ở thận, võng mạc và não.
- Chữ “ác tính” ngụ ý đây là thể bệnh có tiên lượng rất xấu nếu không điều trị.

# Tăng huyết áp cấp cứu

19

➤ Gây biến chứng cấp tính lên cơ quan đích

1. Phù phổi cấp
2. Bóc tách động mạch chủ
3. Tai biến mạch máu não
4. Suy thận cấp
5. Hội chứng mạch vành cấp

# Tăng huyết áp khẩn trương

20

- Tăng huyết áp nặng
- Đe dọa tổn thương cơ quan đích cấp tính nếu không điều trị
- Chưa tổn thương cơ quan đích cấp tính

# THA tâm thu đơn độc

21

- HATT > 139 mmHg và
- HATTr < 90 mmHg
- Thường gặp ở người lớn tuổi

# THA tâm trương đơn độc

22

- HATT < 140 mmHg và
- HATTr > 89 mmHg
- Thường gặp ở người trung niên

# THA áo choàng trắng

23

- THA độ khi đo tại phòng khám, không cao khi đo bằng các phương pháp khác
- Hay gặp ở người có các yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc rối loạn chuyển hoá
- Tần suất bị đái tháo đường và THA cũng cao hơn
- Đôi khi có tổn thương cơ quan đích không triệu chứng

# THA ẩn giấu (giấu mặt)

24

- THA tại nhà hoặc huyết áp lưu động
- Huyết áp bình thường tại phòng khám
- Thường gặp ở nhóm có HATT 130-139 mmHg, HATTr 80-89 mmHg tại phòng khám
- Ít gặp trong nhóm có huyết áp < 130/80 mmHg tại phòng khám.



# THA ẩn giấu (giấu mặt)

25

- THA tại nhà hoặc huyết áp lưu động
- Huyết áp bình thường tại phòng khám
- Thường gặp ở nhóm có HATT 130-139 mmHg, HATTr 80-89 mmHg tại phòng khám
- Ít gặp trong nhóm có huyết áp < 130/80 mmHg tại phòng khám.

# NỘI DUNG

---

4

**THA nguyên phát hay thứ phát?**

# Đặc điểm lâm sàng gợi ý THA thứ phát

27

## **Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng gợi ý tăng huyết áp thứ phát**

- Tuổi khởi phát: dưới 40 với tăng huyết áp độ 2 hoặc tăng huyết áp trẻ em.
- Huyết áp  $\geq 180/110$  mmHg (độ 3) và hoặc tăng huyết áp cấp cứu.
- Tồn thương nhiều cơ quan đích:
  - Soi đáy mắt: mức độ trung bình hay ác tính
  - Creatinin huyết thanh trên  $1,5 \text{ mg\%}$
  - Tim lớn hay phì đại thất trái trên x quang ngực
- Có biểu hiện chỉ điểm nguyên nhân tăng huyết áp
  - Hạ kali máu
  - Âm thổi ở bụng
  - Huyết áp thay đổi kèm với nhịp tim nhanh, đổ mồ hôi, run
  - Tiền sử gia đình có bệnh thận
- Đáp ứng kém với điều trị ở bệnh nhân huyết áp ổn định huyết áp trước đây
- Tăng huyết áp kháng trị
- Các triệu chứng lâm sàng gợi ý hội chứng ngưng thở lúc ngủ
- Các triệu chứng lâm sàng gợi ý u tuỷ thượng thận hoặc tiền căn gia đình u tuỷ thượng thận

# THA thứ phát

28

| Nguyên nhân thường gặp   |
|--|
| Bệnh nhu mô thận   |
| Bệnh lý mạch thận  |
| Cường aldosterone nguyên phát  |
| Bệnh phổi tắc nghẽn  |
| Thuốc hoặc rượu  |
| Nguyên nhân ít gặp   |
| U tủy thượng thận/paraganglioma  |
| Hội chứng Cushing  |
| Suy giáp   |
| Cường giáp   |
| Hẹp eo ĐMC (không được chẩn đoán hoặc sửa chữa)                                |
| Cường cận giáp nguyên phát   |
| Phì đại thượng thận bẩm sinh   |
| Hội chứng cường mineralocorticoid quá mức khác với cường aldosterone tiên phát |
| Bệnh to cực  |

**Bảng 8.** Nguyên nhân, tần suất, triệu chứng gợi ý và các cận lâm sàng ban đầu giúp chẩn đoán nguyên nhân tăng huyết áp.

| <b>Nguyên nhân</b>           | <b>Tần suất</b> | <b>Triệu chứng gợi ý</b>  | <b>Cận lâm sàng</b>  |
|------------------------------|-----------------|---|--|
| Ngưng thở lúc ngủ            | 5 – 10%         | Ngáy, béo phì, nhức đầu buổi sáng, ngủ gật  | Thang điểm Epworth và đa ký giấc ngủ   |
| Bệnh nhu mô thận             | 2 – 10%         | Thường không triệu chứng, đái tháo đường, tiểu đêm, tiểu đạm, tiểu máu, thiếu máu   | Creatinin, ion đồ máu, eGFR, TPTNT, siêu âm thận   |
| <b>Bệnh mạch máu thận</b>    |                 |   |  |
| Xơ vữa mạch máu thận         | 1-10%           | Lớn tuổi, xơ vữa động mạch lan toả nhất là mạch máu ngoại biên, đái tháo đường, phù phổi cấp thoáng qua, âm thổi ở bụng   | Siêu âm hoặc CT hoặc MRI động mạch thận  |
| Loạn sản sợi cơ              |                 | Gặp ở người trẻ, nữ, âm thổi ở bụng   |  |
| <b>Bệnh nội tiết</b>         |                 |   |  |
| Cường Aldosteron nguyên phát | 5 – 15%         | Thường không triệu chứng, yếu cơ (ít gặp)   | Renin và aldosteron máu, hạ kali máu (ít gặp): lưu ý là hạ kali máu có thể làm giảm nồng độ aldosteron máu |
| U tủy thượng thận            | <1%             | Triệu chứng từng cơn (5P): THA kịch phát, đau đầu theo mạch đập, hồi hộp, vã mồ hôi, da tái; huyết áp thay đổi đột ngột; huyết áp tăng cao khởi phát bởi thuốc (chẹn beta, metoclopramide, thuốc gây nghiện, chống trầm cảm 3 vòng, thuốc kích thích thần kinh giao cảm | Metanephrines trong máu hoặc nước tiểu 24 giờ  |
| Hội chứng Cushing            | <1%             | Mặt tròn như mặt trăng, béo phì trung tâm, thiếu sản da, rạn da, xuất huyết da dạng mảng, sử dụng steroids kéo dài.   | Cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ  |
| Bệnh tuyến giáp              | 1 – 2%          |   | Chức năng tuyến giáp   |
| Cường cận giáp               | <1%             |   | Hormone cận giáp, Ca <sup>++</sup>   |
| <b>Nguyên nhân khác</b>      |                 |   |  |
| Hẹp eo động mạch chủ         | <1%             | Thường gặp ở trẻ em và thiếu niên: huyết áp tay cao >20/10 mmHg so với chân và/hoặc chênh lệch giữa tay phải và trái, chỉ số ABI thấp, hình ảnh khuyết xương sườn trên X quang ngực   | Siêu âm tim  |

**Bảng 9. Tỷ lệ tăng huyết áp có nguyên nhân và các nguyên nhân thường gặp theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi                      | Tỷ lệ phần trăm có nguyên nhân | Nguyên nhân chính   |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| <b>Trẻ em &lt;12 tuổi</b>      | 70 – 85                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh nhu mô thận</li> <li>• Hẹp eo động mạch chủ</li> <li>• Bệnh đơn gen</li> </ul>  |
| <b>Thiếu niên 12 – 18 tuổi</b> | 10 – 15                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh nhu mô thận</li> <li>• Hẹp eo động mạch chủ</li> <li>• Bệnh đơn gen</li> </ul>  |
| <b>Người lớn 19 – 40 tuổi</b>  | 5 – 10                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh nhu mô thận</li> <li>• Loạn sản sợi cơ</li> <li>• Bệnh đơn gen không được chẩn đoán</li> </ul>  |
| <b>Trung niên 41 – 65 tuổi</b> | 5 – 15                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cường aldosteron nguyên phát</li> <li>• Ngưng thở lúc ngủ</li> <li>• Hội chứng Cushing</li> <li>• U tuỷ thượng thận</li> <li>• Bệnh nhu mô thận</li> <li>• Xơ vữa mạch máu thận</li> </ul> |
| <b>Cao tuổi &gt;65 tuổi</b>    | 5 – 10                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xơ vữa mạch máu thận</li> <li>• Bệnh nhu mô thận</li> <li>• Bệnh tuyến giáp</li> </ul>   |

# Các thuốc gây THA

31

| <b>Bảng 10. Các thuốc và hoạt chất có thể gây tăng huyết áp</b> |   |
|---|---|
| <b>Thuốc/hoạt chất</b>  |   |
| <b>Thuốc ngừa thai</b>  | Đặc biệt có chứa Estrogen, gây THA ở 5% phụ nữ, thường THA nhẹ  |
| <b>Thuốc giảm cân</b>   | Ví dụ: phenylpropanolamine, sibutramine   |
| <b>Thuốc kích thích</b>   | Amphetamine, cocaine, ecstasy... Các thuốc này thường gây THA cấp tính hơn là mạn tính  |
| <b>Cam thảo</b>   | Sử dụng cam thảo nhiều và kéo dài giống như cường aldosteron do kích thích thụ thể mineralcorticoid và ức chế chuyển hoá cortisol |
| <b>Thuốc ức chế miễn dịch</b>                                   | Ví dụ: cyclosporin A (tacrolimus ít ảnh hưởng đến huyết áp và rapamycin hầu như không ảnh hưởng đến huyết áp), và corticoids      |
| <b>Thuốc điều trị ung thư chống tăng sinh mạch máu</b>          | Thuốc ức chế VEGFs (bevacizumab), ức chế tyrosine kinase (sunitinib), và sorafenib  |
| <b>Thuốc khác</b>   | Thuốc giống testosterone, erythropoietin, kháng viêm non-steroids, thuốc từ thảo mộc: cây ma hoàng                                |

# NỘI DUNG

---

5

**Có tổn thương cơ quan đích?**



# Biến chứng của THA

33

**Bảng 11. Các biến chứng cấp tính và mạn tính do tăng huyết áp**

| <b>Cơ quan</b>      | <b>Cấp tính</b>  | <b>Mạn tính</b>  |
|---------------------|--|--|
| <b>Tim</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hội chứng mạch vành cấp</li> <li>▪ Phù phổi cấp do tăng huyết áp</li> <li>▪ Đột mất bù cấp của suy tim mạn</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hội chứng mạch vành mạn</li> <li>▪ Phì đại thất trái</li> <li>▪ Suy tim mạn do tăng huyết áp</li> </ul>                                   |
| <b>Não</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nhồi máu não</li> <li>▪ Xuất huyết não</li> <li>▪ Con thoát thiếu máu não</li> <li>▪ Động kinh</li> <li>▪ Hôn mê</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nhồi máu não cũ</li> <li>▪ Xuất huyết não cũ</li> <li>▪ Con thoát thiếu máu não cũ</li> </ul>   |
| <b>Thận</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tồn thương thận cấp</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bệnh thận mạn</li> </ul>  |
| <b>Mắt</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Xuất huyết võng mạc</li> <li>▪ Phù gai thị</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bệnh võng mạc do tăng huyết áp mạn tính</li> </ul>  |
| <b>Mạch máu lớn</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bóc tách động mạch chủ, vỡ</li> <li>▪ Tắc động mạch ngoại biên cấp tính (thiếu máu chi cấp tính)</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phình động mạch chủ</li> <li>▪ Bệnh mạch máu ngoại biên mạn tính (đau cách hồi)</li> <li>▪ Xơ vữa động mạch: động mạch cảnh...</li> </ul> |

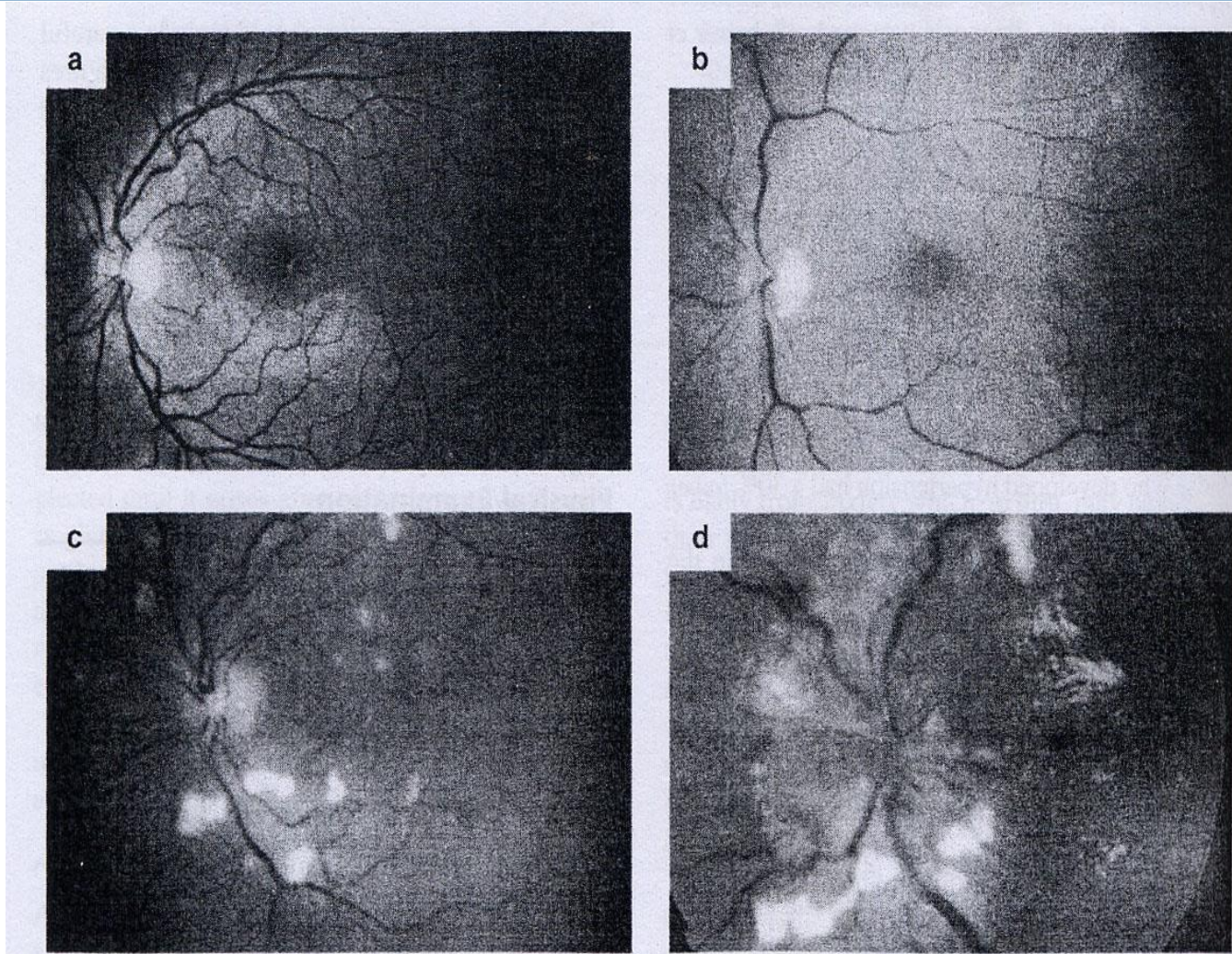
# Tổn thương mắt

34

| <b>Bảng 12. Phân loại bệnh võng mạc do tăng huyết áp</b> |  |  |
|--|--|--|
| <b>Phân loại</b>   | <b>Triệu chứng bệnh võng mạc</b>   | <b>Liên quan toàn thân</b>   |
| Không  | Không có triệu chứng   | Không  |
| Nhẹ  | Hẹp tiểu động mạch khu trú hay lan tỏa, bất chéo động tĩnh mạch, phối hợp những tổn thương này.                                | Có liên quan tương đối với bệnh mạch vành, đột quy và tử vong.                                       |
| Trung bình   | Xuất huyết võng mạc (hình ngọn lửa hay dạng chấm), vi phình mạch, dạng vải bông thô, xuất tiết, phối hợp những tổn thương này. | Có liên quan chặt chẽ với nguy cơ đột quy, giảm khả năng nhận thức, tử vong do nguyên nhân tim mạch. |
| Ác tính  | Triệu chứng của bệnh võng mạc trung bình kết hợp phù hai bên đĩa thị.  | Liên quan mạnh với tử vong.  |

# Tổn thương mắt

35



# Tổn thương thận

36

- Do tăng áp lực vi cầu thận
- Có 3 giai đoạn:
  1. Vi đạm niệu => vi albumin niệu
  2. Tiểu đạm đại thể => TPTNT
  3. Suy thận => Creatinin huyết thanh

# Tổn thương tim

37

- ❑ Dày thất trái
- ❑ Suy tim trái
- ❑ Bệnh mạch vành
- ❑ Loạn nhịp tim
- ❑ Đột tử

# Tổn thương não

38

- Nhồi máu não
- Xuất huyết não
- Cơn thoáng thiếu máu não
- Sa sút trí tuệ

# Tổn thương não

39

- Nguyên nhân:
  - ▣ Xơ vữa động mạch
  - ▣ Rối loạn chức năng nội mạc
  - ▣ Rối loạn đông máu
  - ▣ Viêm mạch

# Tổn thương mạch máu

40

- Động mạch cảnh
- Động mạch chủ bụng
- Động mạch ngoại biên



# Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích

41

| Sàng lọc cơ bản                               | Chỉ định và giải thích   |
|---|--|
| Điện tâm đồ 12 chuyển đạo                     | • Sàng lọc DTT và các bất thường tim mạch có thể có bất thường tần số hoặc nhịp tim  |
| Tỉ lệ albumin:creatinine nước tiểu            | • Để phát hiện sự gia tăng đào thải albumin khả năng bệnh thận   |
| Creatinine máu và eGFR                        | • Để phát hiện bệnh thận   |
| Sàng lọc chi tiết hơn tổn thương cơ quan đích |  |
| Siêu âm tim                                   | • Đánh giá cấu trúc và chức năng tim có khả năng ảnh hưởng quyết định điều trị   |
| Siêu âm động mạch cảnh                        | • Xác định sự hiện diện mảng vữa hoặc chít hẹp, đặc biệt ở bệnh nhân bị TBMN hoặc bệnh lý mạch máu   |
| Siêu âm bụng và khảo sát Doppler              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Đánh giá kích thước và cấu trúc thận (V.d. sẹo hóa) và loại trừ tắc đường tiết niệu có khả năng là nguyên do của bệnh thận mạn và THA.</li><li>• Đánh giá ĐMC bụng xem có phình dẫn ĐM và bệnh lý mạch máu. Khám tuyến thượng thận để xem có adenoma hoặc u tủy thượng thận (CT hoặc MRI nếu cần)</li><li>• Khảo sát Doppler mạch thận để sàng lọc bệnh mạch thận đặc biệt khi có sự mất cân đối kích thước thận</li></ul> |
| Vận tốc sóng mạch (PWV)                       | • Một chỉ số cứng mạch và nguyên do vữa xơ động mạch   |
| Chỉ số cẳng chân cổ tay (ABI)                 | • Sàng lọc bằng chứng của bệnh mạch máu ngoại biên   |
| Trắc nghiệm chức năng nhận thức               | • Đánh giá nhận thức ở bệnh nhân có triệu chứng gợi ý rối loạn nhận thức   |
| Hình ảnh não                                  | • Đánh giá sự có mặt tổn thương thiếu máu hoặc xuất huyết não đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử bệnh mạch máu não hoặc rối loạn hành vi.   |

# NỘI DUNG

---

6

**ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH?**

# Các xét nghiệm thông thường

43

| Các xét nghiệm thông thường   |
|---|
| Haemoglobin và/hoặc haematocrit   |
| Đường máu khi đói và HbA <sub>1c</sub>  |
| Mỡ máu: cholesterol toàn phần, LDL- cholesterol, HDL- cholesterol   |
| Triglyceride máu  |
| Natri và Kali máu   |
| Uric acid máu   |
| Creatinine máu, mức lọc cầu thận ước đoán (eGFR)  |
| Chức năng gan   |
| Phân tích nước tiểu : phân tích nước tiểu: protein niệu bằng que nhúng, lý tưởng là tỉ lệ albumin:creatinine. |
| Điện tâm đồ 12 chuyển đạo   |

# Các yếu tố ảnh hưởng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA

44

| Đặc điểm dân số và các thông số cận lâm sàng                     |
|--|
| Giới (nam > nữ)  |
| Tuổi   |
| Thuốc lá – đang hút hoặc đã hút                                  |
| Cholesterol toàn bộ và HDL-C                                     |
| *Uric acid   |
| Đái tháo đường   |
| Tăng trọng hoặc béo phì  |
| Tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch sớm (tuổi nam < 55 và nữ < 65) |
| Tiền sử gia đình hoặc người thân mắc bệnh THA sớm                |
| Mãn kinh sớm   |
| Lối sống tĩnh tại  |
| Yếu tố tâm lý và xã hội  |
| *Nhịp tim (trị số khi nghỉ > 80 l/phút)                          |

# Các yếu tố ảnh hưởng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA

45

| Tổn thương cơ quan đích không có triệu chứng   |
|--|
| Cứng mạch: HA mạch (ở người lớn) $\geq 60$ mmHg<br>Vận tốc sóng mạch (PWV) ĐMC- đùi $> 10$ m/s   |
| ECG dày thất trái  |
| Siêu âm tim DTT  |
| Albumine niệu vi thể hoặc tăng tỉ lệ albumin-creatinine  |
| Bệnh thận mạn mức độ vừa với eGFR $> 30$ -59 mL/ph/1.73 m <sup>2</sup> (BSA) hoặc bệnh thận mạn nặng với eGFR $< 30$ mL/phút/1.73 m <sup>2</sup> |
| Chỉ số cẳng chân–cổ tay $< 0.9$  |
| Bệnh võng mạc tiến triển: xuất huyết hoặc xuất tiết, phù gai thị   |
| Bệnh tim mạch đã xác định  |
| Bệnh mạch não: Đột quỵ thiếu máu cục bộ, xuất huyết não, TIA   |
| Bệnh Mạch Vành: nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, tái tưới máu cơ tim  |
| Hiện diện mảng vữa xơ qua hình ảnh   |
| Suy tim, bao gồm Suy tim với EF bảo tồn  |
| Bệnh lý ĐM ngoại biên  |
| Rung nhĩ   |

# Phân tầng nguy cơ, giai đoạn của THA

46

| Giai đoạn Bệnh THA                      | Các YTNC khác, TTCQ đích hoặc bệnh   | Phân độ HA (mmHg)                     |                                     |                                       |                                   |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
|   |  | BT-Cao<br>HATT 130-139<br>HATTr 85-89 | Độ 1<br>HATT 140-159<br>HATTr 90-99 | Độ 2<br>HATT 160-179<br>HATTr 100-109 | Độ 3<br>HATT ≥ 180<br>HATTr ≥ 110 |
| Giai đoạn 1<br>(không biến chứng)       | Không có YTNC  | Nguy cơ thấp                          | Nguy cơ thấp                        | Nguy cơ trung bình                    | Nguy cơ cao                       |
|   | 1 hoặc 2 YTNC  | Nguy cơ thấp                          | Nguy cơ trung bình                  | Nguy cơ trung bình - cao              | Nguy cơ cao                       |
|   | ≥ 3 YTNC   | Nguy cơ thấp - trung bình             | Nguy cơ trung bình - cao            | Nguy cơ cao                           | Nguy cơ cao                       |
| Giai đoạn 2<br>(bệnh không triệu chứng) | TTCQĐ, Bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc ĐTD không tổn thương cơ quan                             | Nguy cơ trung bình - cao              | Nguy cơ cao                         | Nguy cơ cao                           | Nguy cơ cao - rất cao             |
| Giai đoạn 3<br>(bệnh có triệu chứng)    | Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn giai đoạn ≥ 4, hoặc ĐTD có tổn thương cơ quan đích | Nguy cơ rất cao                       | Nguy cơ rất cao                     | Nguy cơ rất cao                       | Nguy cơ rất cao                   |

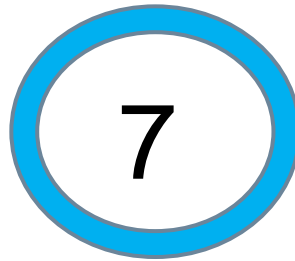
# Nguy cơ tim mạch 10 năm của THA

47

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Nguy cơ rất cao</b> | <p><b>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau:</b></p> <p><b>Bệnh TM rõ, lâm sàng hoặc trên hình ảnh</b></p> <p><b>BTM lâm sàng</b> bao gồm NMCT, HCVC, bệnh mạch vành hoặc tái tưới máu ĐM khác, đột quỵ, TBMNTQ, bóc tách ĐMC, bệnh mạch máu ngoại biên.</p> <p><b>BTM xác định rõ trên hình ảnh</b> bao gồm: mảng vữa xơ đáng kể (V.d. hẹp <math>\geq 50\%</math>) khi chụp mạch hoặc siêu âm. Điều này không bao gồm dày lớp nội trung mạc ĐMC.</p> <p><b>ĐTĐ với tổn thương cơ quan đích</b>, V.d. protein niệu hoặc với nguy cơ chính như THA độ 3 hoặc tăng cholesterol.</p> <p><b>Suy thận nặng</b> (eGFR <math>&lt; 30</math> mL/phút/1.73 m<sup>2</sup>)</p> <p><b>Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE <math>\geq 10\%</math></b></p> |
| <b>Nguy cơ cao</b>     | <p><b>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau:</b></p> <p><b>Sự gia tăng rõ của một YTNC</b>, đặc biệt cholesterol <math>&gt; 8</math> mmol/L (<math>&gt; 310</math> mg/dL)<br/>V.d. tăng cholesterol gia đình, THA độ 3 (HA <math>\geq 180/110</math> mmHg)</p> <p><b>Hầu hết các bệnh nhân ĐTĐ khác</b> (trừ một số người trẻ ĐTĐ thể 1 và không có YTNC chính, có thể là nguy cơ vừa)</p> <p><b>DTT do tăng huyết áp</b></p> <p><b>Suy thận mức độ vừa với eGFR 30-59 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup>)</b></p> <p><b>Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là 5-10%</b></p>   |
| <b>Nguy cơ vừa</b>     | <p><b>Những người có:</b></p> <p><b>Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE từ 1% đến <math>&lt; 5\%</math></b></p> <p><b>THA độ 2</b></p> <p><b>Nhiều người trung niên thuộc về nhóm này</b></p>   |
| <b>Nguy cơ thấp</b>    | <p><b>Những người có:</b></p> <p><b>Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là <math>&lt; 1\%</math></b></p>  |

# NỘI DUNG

---



## KẾT LUẬN



# Tiếp cận tăng huyết áp

49

- ❑ Đo huyết áp chính xác
- ❑ Hỏi bệnh sử đầy đủ
- ❑ Khám lâm sàng kỹ
- ❑ Trả lời đầy đủ 5 câu hỏi trong tiếp cận THA

***XIN CHÂN THÀNH CÁM ƠN!***

