

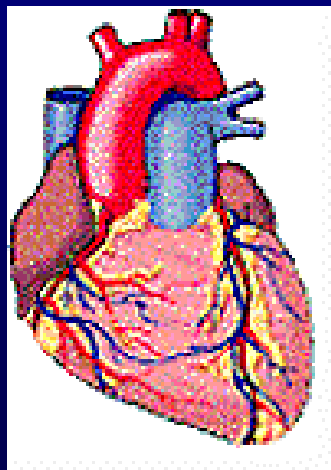


**BỘ MÔN TIM MẠCH**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**



# **TĂNG HUYẾT ÁP**

**(Đối tượng: Y6 RHM)**



**NGUYỄN TUẤN HẢI**

[nguyentuanhai\\_dhy@yahoo.com](mailto:nguyentuanhai_dhy@yahoo.com)

# CÁC CÂU HỎI CẦN TRẢ LỜI

## khi thăm khám một bệnh nhân nghi ngờ THA

1. Bệnh nhân (BN) có bị THA không?
2. Bệnh nhân bị THA ở giai đoạn nào?
3. THA là vô căn hay có nguyên nhân?
4. THA đã gây biến chứng tại các cơ quan đích nào?
5. Các YTNC tim mạch kèm theo là gì?
6. Nếu đã từng chẩn đoán, BN THA đã được điều trị gì?  
Đáp ứng với điều trị? Tuân thủ điều trị?
7. Chiến lược điều trị THA cho BN là gì?
8. Mục tiêu điều trị THA cho BN?

# THA: vấn đề thời sự ở nước ta

- ❖ Tỷ lệ bệnh gia tăng:

1960: 1% người trưởng thành.

1976: 1.9% người trưởng thành.

1990: 11.5% người trưởng thành.

1999: ở Hà nội: 16.06% người trưởng thành.

- ❖ Tai biến nặng  $\Rightarrow$  tàn phế, Tử vong

- ❖ Viện Tim mạch năm 2000: 24.7% (trên TS 4358 bệnh nhân nội trú)

- ❖ Có thể điều trị và phòng bệnh

# TỶ LỆ THA TRÊN THẾ GIỚI

## Nam 2000:

- ❖ Chiếm 26,4 % tổng số người lớn.
- ❖ 972 triệu bệnh nhân THA bao gồm cả nam và nữ
  - 333 triệu người THA: ở các nước phát triển.
  - 639 triệu người THA: ở các nước đang phát triển.

## Nam 2025:

- ❖ 29,2 % tổng số người lớn.
- ❖ 1,56 tỷ người bị THA.

**BỆNH NHÂN CÓ BỊ THA KHÔNG?**

# CHẨN ĐOÁN THA

- ❖ Đo HA khi nghỉ ngơi  $\geq 10$  phút  
Ngồi/ nằm. Đặc biệt đối với người già và BN bị  
đái tháo đường: nên đo HA cả ở tư thế đứng (hạ  
HA khi đứng)  
 $\geq 2$  lần đo x 3 ngày riêng rẽ
- ❖ Hoàn cảnh đo: chú ý Stress (THA áo choàng  
trắng : HA tăng hơn bình thường)
- ❖ Kết quả:  $\geq 140$  mmHg: HA tâm thu  
 $\geq 90$  mmHg: HA tâm trương

} Là  
**THA**

# NGƯỠNG CHẨN ĐOÁN THA

phụ thuộc vào phương pháp đánh giá

PHƯƠNG PHÁP	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Tại bệnh viện, phòng khám	$\geq 140$	$\geq 90$
Đo HA bằng máy Holter 24 giờ	$\geq 130$	$\geq 80$
Tự đo HA tại nhà	$\geq 135$	$\geq 85$

**BỆNH NHÂN BỊ THA GIAI ĐOẠN MẤY?**



# GIẢI ĐOẠN THA

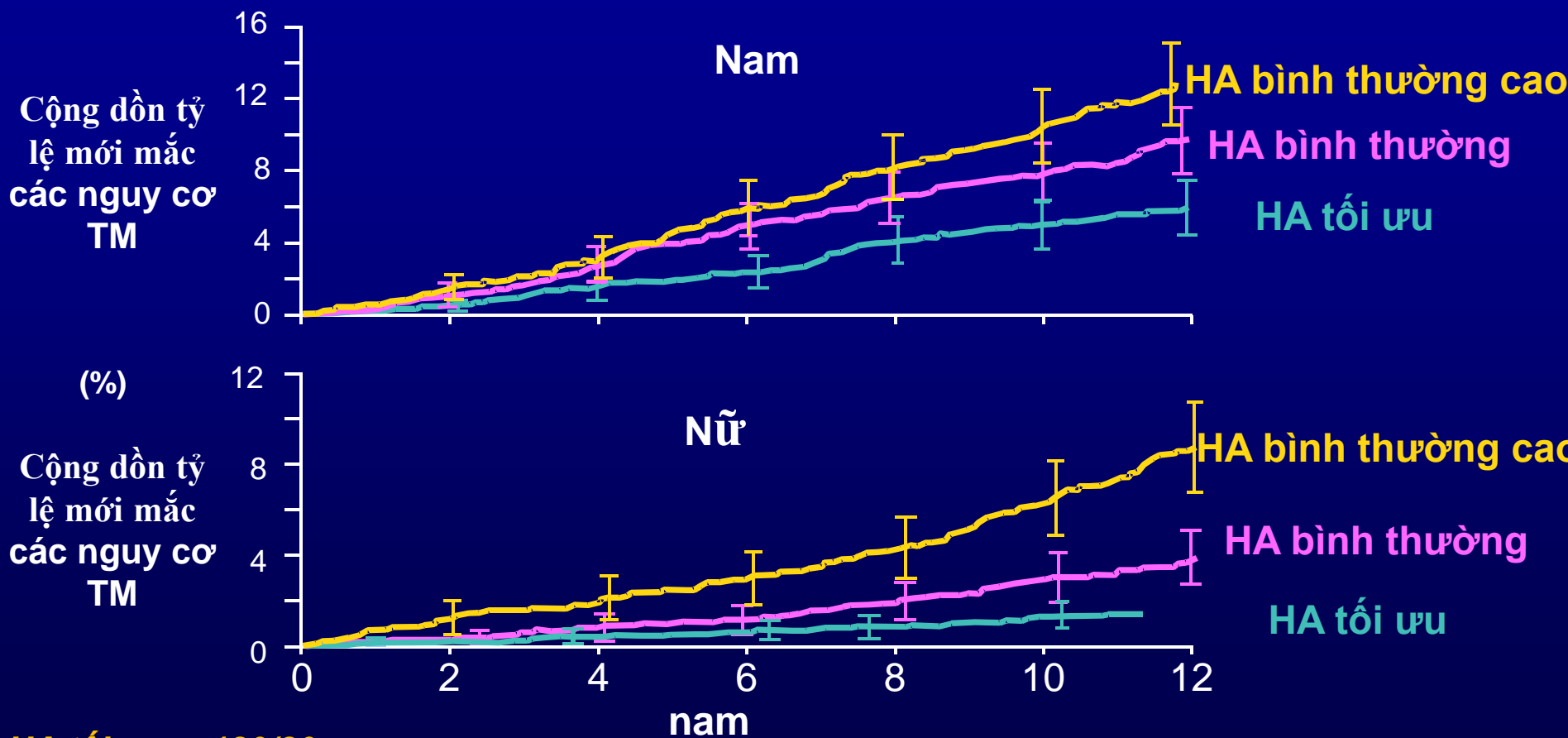
<b>PHÂN LOẠI</b> <b>Theo Hội tim mạch</b> <b>Việt Nam</b>	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	< 120	và	< 80
HA bình thường	< 130	và	< 85
HA bình thường cao	130 – 39	hoặc	85 - 89
THA giai đoạn I	140 – 159	và/hoặc	90 – 99
THA giai đoạn II	160 – 179		100 – 109
THA giai đoạn III	≥ 180		≥ 110

## THA tâm thu đơn độc:

- HA tâm thu  $\geq 140$  mmHg, cũng có 3 độ: 1,2,3
- Và HA tâm trương phải  $< 90$  mmHg

# ẢNH HƯỞNG CỦA HA “ BÌNH THƯỜNG CAO ” TRÊN NGUY CƠ TIM MẠCH

Từ nghiên cứu Framingham



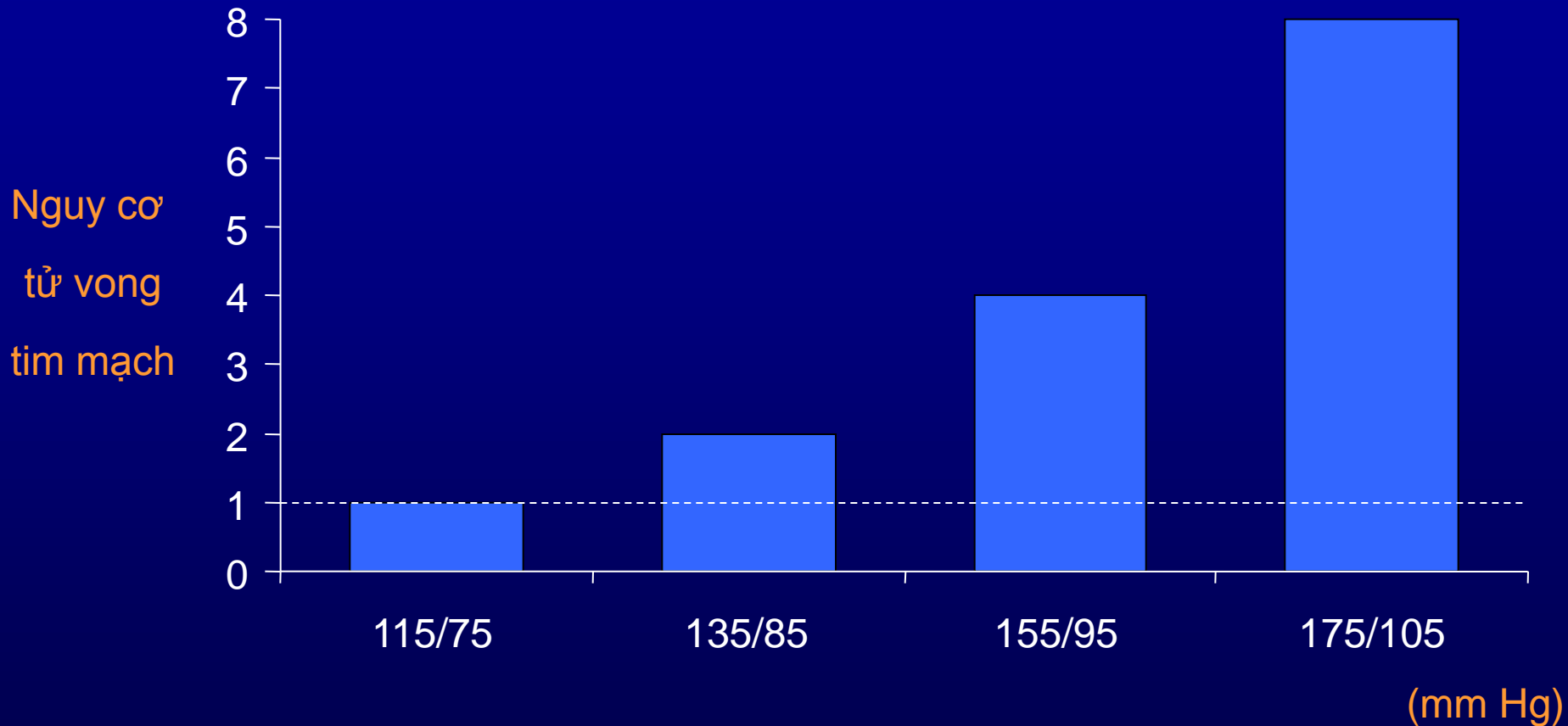
HA tối ưu: <120/80

HA bình thường: 120-129/80-84

HA bình thường cao: 130-139/85-89

Vasan et al. *N Engl J Med.* 2001;345:1291-7.

# Nguy cơ tử vong sẽ tăng gấp đôi khi số HA tăng lên theo mỗi nấc 20/10 mmHg\*



\* Đối tượng có tuổi từ 40-69 tuổi, HA từ ngưỡng 115/75 mm Hg.

*Lewington S, et al. Lancet. 2002; 60:1903-1913. JNC VII. JAMA. 2003.*

# Chẩn đoán THA nên phối hợp đánh giá tổng hợp các nguy cơ tim mạch

HA (mmHg)					
Các nguy cơ khác và tổn thương cơ quan đích	HA BT HATT 120-129 Hoặc HATTr 80-84	HA BT cao HATT 130-139 Hoặc HATTr 85-89	THA độ 1 HATT 140-159 Hoặc HATTr 90-99	THA độ 2 HATT 160-179 Hoặc HATTr 100-109	THA độ 3 HATT $\geq 180$ Hoặc HATTr $\geq 110$
Không có nguy cơ nào khác	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>cao</b>
1-2 nguy cơ	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>cao</b>
$\geq 3$ nguy cơ HCCH, tổn thương CQ đích hoặc DTD	Nguy cơ <b>thấp</b>	Nguy cơ <b>cao</b>	Nguy cơ <b>cao</b>	Nguy cơ <b>cao</b>	Nguy cơ <b>cao</b>
Có bệnh TM hoặc bệnh thận rõ ràng	Nguy cơ <b>cao</b>	Nguy cơ <b>rất cao</b>	Nguy cơ <b>rất cao</b>	Nguy cơ <b>cao</b>	Nguy cơ <b>cao</b>

**CÓ TÌM ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN GÂY THA KHÔNG?**

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

## Nguyên nhân:

$\geq 90\%$ : không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát)

$\leq 10\%$ : có nguyên nhân (THA thứ phát)

## Tìm nguyên nhân:

### ❖ Bệnh thận:

- viêm cầu thận- đái bết thận: bệnh Bright (tứ chứng Widal) trong viêm cầu thận mạn tính.
- sỏi thận, dị tật bẩm sinh ở thận (Kyste)

### ❖ Hẹp ĐM:

- ĐMC bụng trên chỗ xuất phát ĐM thận
- Hẹp ĐM thận
- Hẹp eo ĐMC

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- ❖ Bệnh nội tiết (thượng thận, tuyến giáp, tuyến yên):
  - U tuỷ thượng thận
  - U vỏ thượng thận
- ❖ Nhiễm độc thai nghén
- ❖ Hội chứng ngưng thở khi ngủ
- ❖ Stress tâm lý
- ❖ Ăn uống: cam thảo-cà phê.
- ❖ Thuốc có nội tiết tố:
  - Tổng hợp đạm (anabolisant)
  - Tránh thai

# Các thăm khám cần thiết cho chẩn đoán nguyên nhân

1. Hỏi bệnh.
2. Khám động mạch:
  - ❖ 2 chi trên
  - ❖ 2 chi dưới
  - ❖ Bụng: ĐMC bụng, nghe tại vị trí ĐM thận.
  - ❖ 2 ĐM cảnh
3. Các xét nghiệm cần thiết trên cơ sở hỏi và khám bệnh.

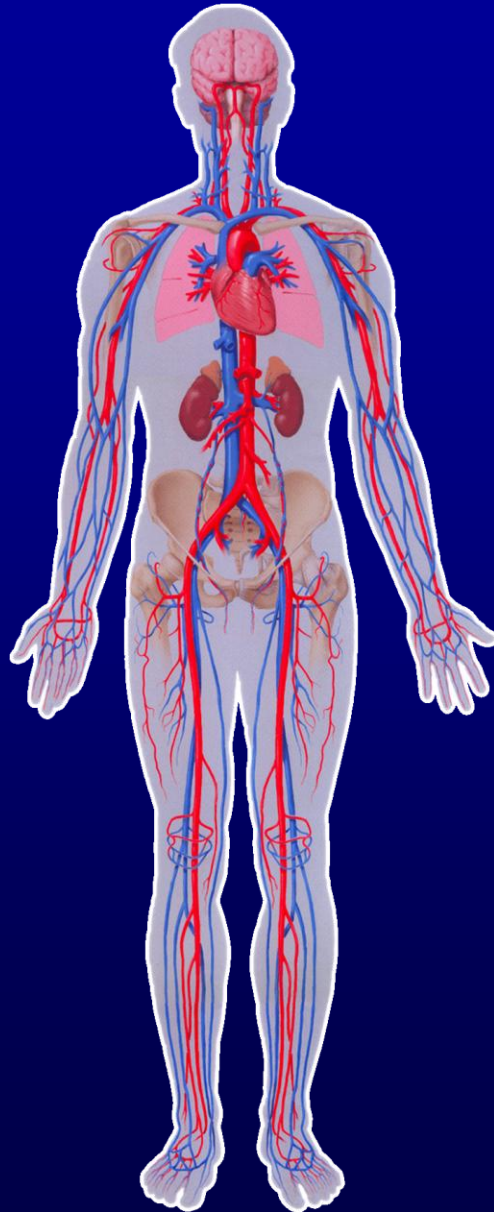


# Những tình huống lâm sàng hướng tới THA có nguyên nhân

1. THA người trẻ (dưới 30 tuổi)
2. THA ác tính
3. THA kháng trị (không kiểm soát được HA với ít nhất 3 nhóm thuốc hạ huyết áp)
4. Bệnh cảnh lâm sàng gợi ý THA có nguyên nhân:
  - ❖ Cường giáp → Basedow
  - ❖ Hẹp ĐM ở các vị trí khác đã biết (ĐM cảnh, ĐM chi trên...) → Tìm hẹp ĐM thận
  - ❖ Hạ kali máu → Tìm u thượng thận
  - ❖ ... ..

**ĐÃ CÓ TỔN THƯƠNG CÁC CƠ QUAN ĐÍCH CHƯA?**

# TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH



1. Não.
2. Đáy mắt.
3. Tim.
4. Thận.
5. Động mạch.

# BIẾN CHỨNG CỦA THA

Có 5 loại biến chứng thường gặp nhất trong THA

## Não:

- TBMN (nhũn não, xuất huyết não) → CT, cộng hưởng từ
- TBMN thoáng qua → hỏi bệnh, nghe ĐM cảnh, siêu âm

## Mắt:

- Tổn thương đáy mắt → soi đáy mắt

## Tim:

- Đau thắt ngực; NMCT → lâm sàng, ĐTĐ, SÂ, chụp ĐMV
- Phì đại cơ tim; → ĐTĐ, siêu âm tim
- Suy tim → lâm sàng, XQ, siêu âm, proBNP
- Rối loạn nhịp tim → lâm sàng, ĐTĐ

## Thận:

- Protein niệu, hồng cầu niệu. → TPT nước tiểu
- Suy thận → mức lọc cầu thận

**Động mạch chủ và ngoại vi:** tắc, hẹp, phình, tách động mạch

# BIẾN CHỨNG TIM VÀ CÁC MẠCH MÁU DO THA

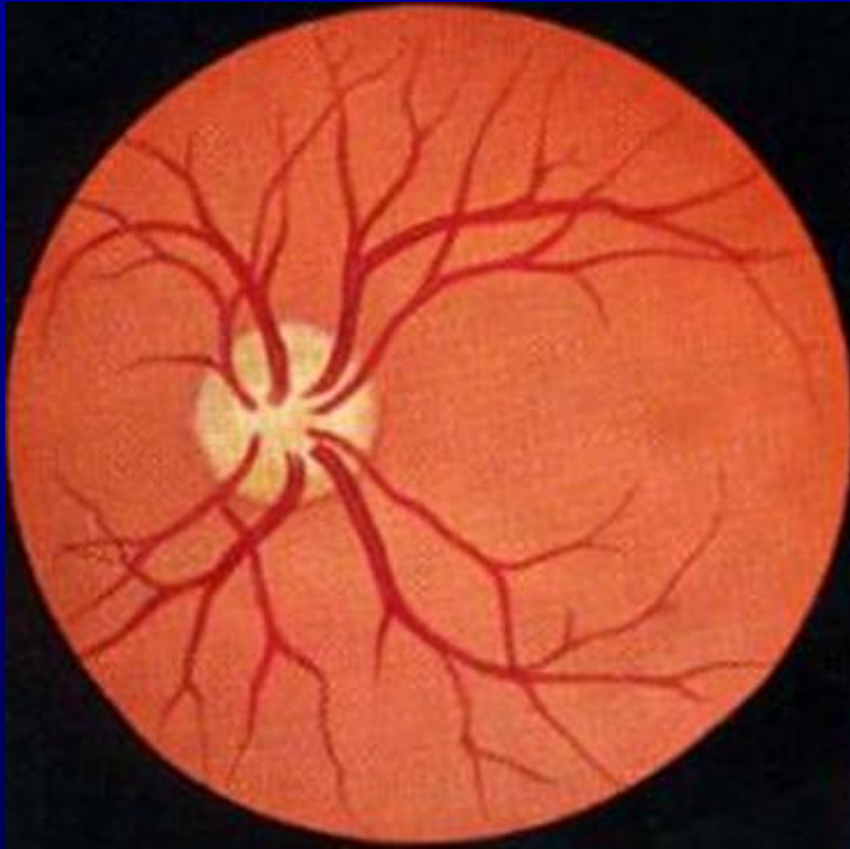
- ❖ **Phì đại tâm thất trái:** chẩn đoán nhờ điện tâm đồ và nhất là SÂ tim (tính chỉ số khối lượng cơ thất trái).
- ❖ **Rối loạn chức năng tâm trương, rối loạn chức năng tâm thu thất trái:** SÂ - Doppler tim.
- ❖ **Cơn đau thắt ngực hoặc NMCT:** do sự phối hợp giữa VXĐMV và  $\uparrow$  tiêu thụ  $O_2$  cơ tim (vì có phì đại TT).
- ❖ **Suy tim trái  $\Rightarrow$  Suy tim toàn bộ.**
- ❖ **Rối loạn nhịp tim.**
- ❖ **Xơ vữa nhiều ĐM** (chú ý ĐM cảnh hai bên).
- ❖ **Giãn, phình và phình tách thành của một số ĐM** (SÂ, chụp CT-Scanner, chụp cộng hưởng từ).

# BIẾN CHỨNG MẮT DO THA

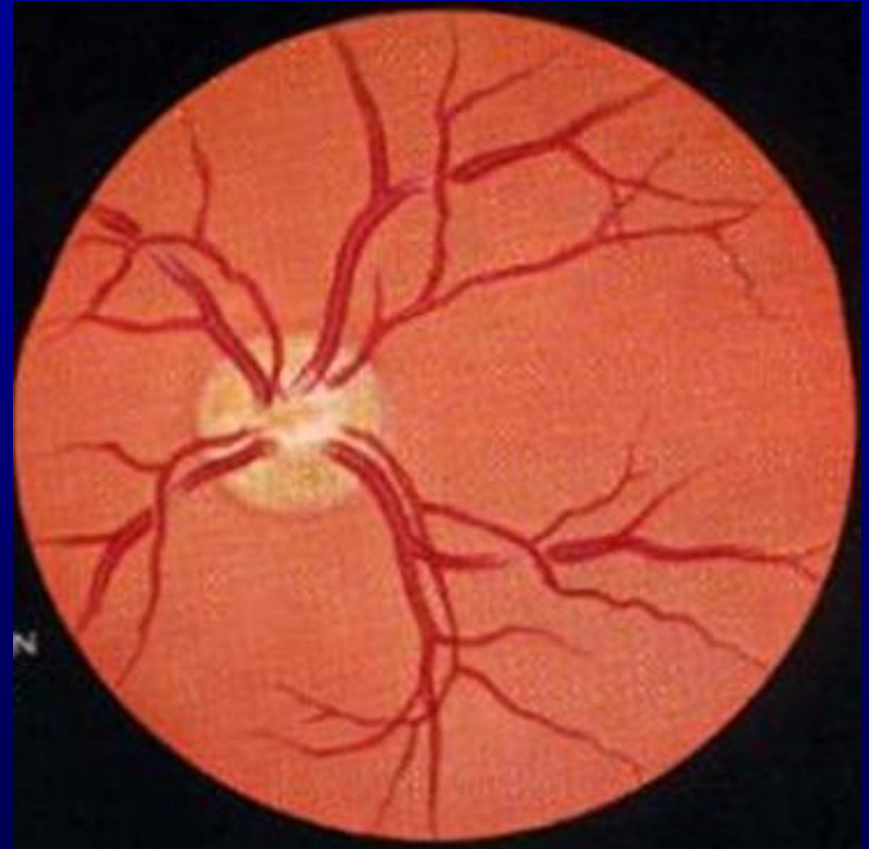
Keith -Wegener-Barker đã đề xuất đánh giá các tổn thương đáy mắt do THA theo 4 giai đoạn sau:

- ❖ **Giai đoạn 1:** các ĐM co nhỏ, óng ánh như sợi dây đồng.
- ❖ **Giai đoạn 2:** có dấu hiệu ĐM bắt chéo các TM (dấu hiệu Salus Gunn).
- ❖ **Giai đoạn 3:** có xuất huyết và xuất tiết ở võng mạc.
- ❖ **Giai đoạn 4:** xuất huyết, xuất tiết + phù gai thị.

## Hình ảnh tổn thương đáy mắt do THA



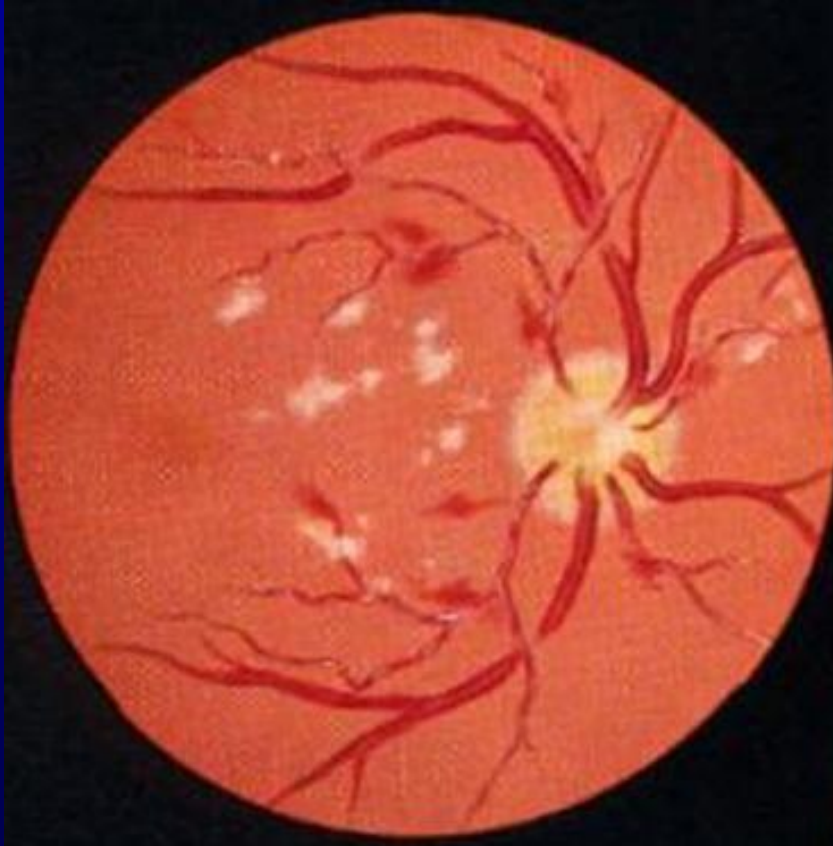
**Giai đoạn 1**



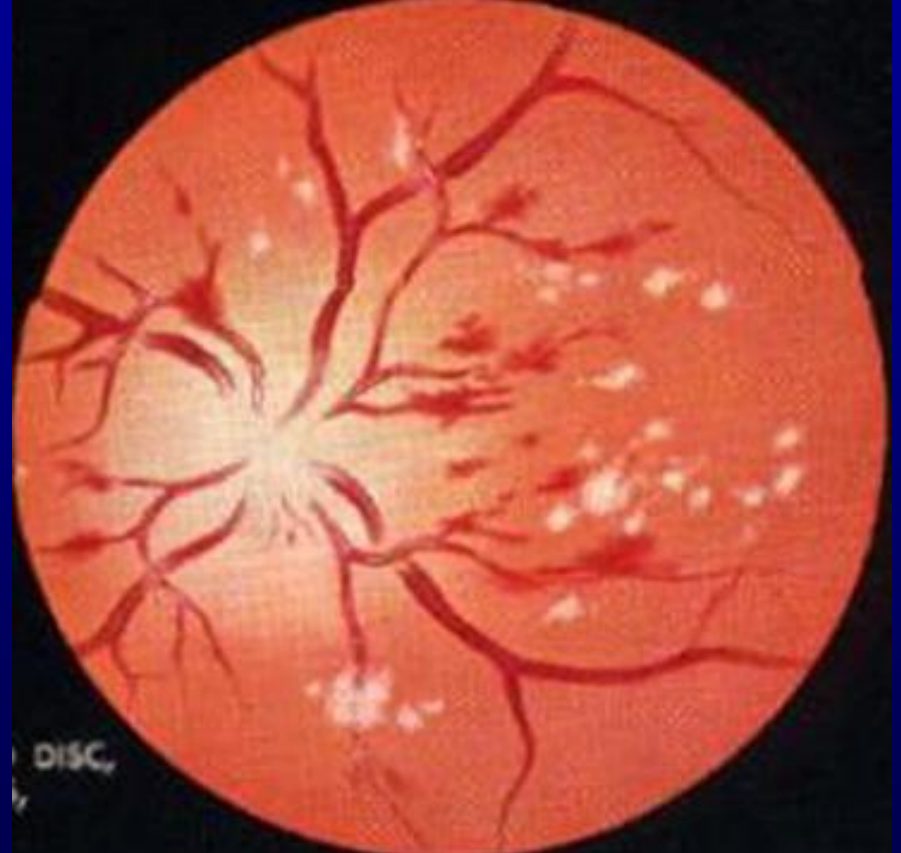
**Giai đoạn 2**



## Hình ảnh tổn thương đáy mắt do THA



**Giai đoạn 3**



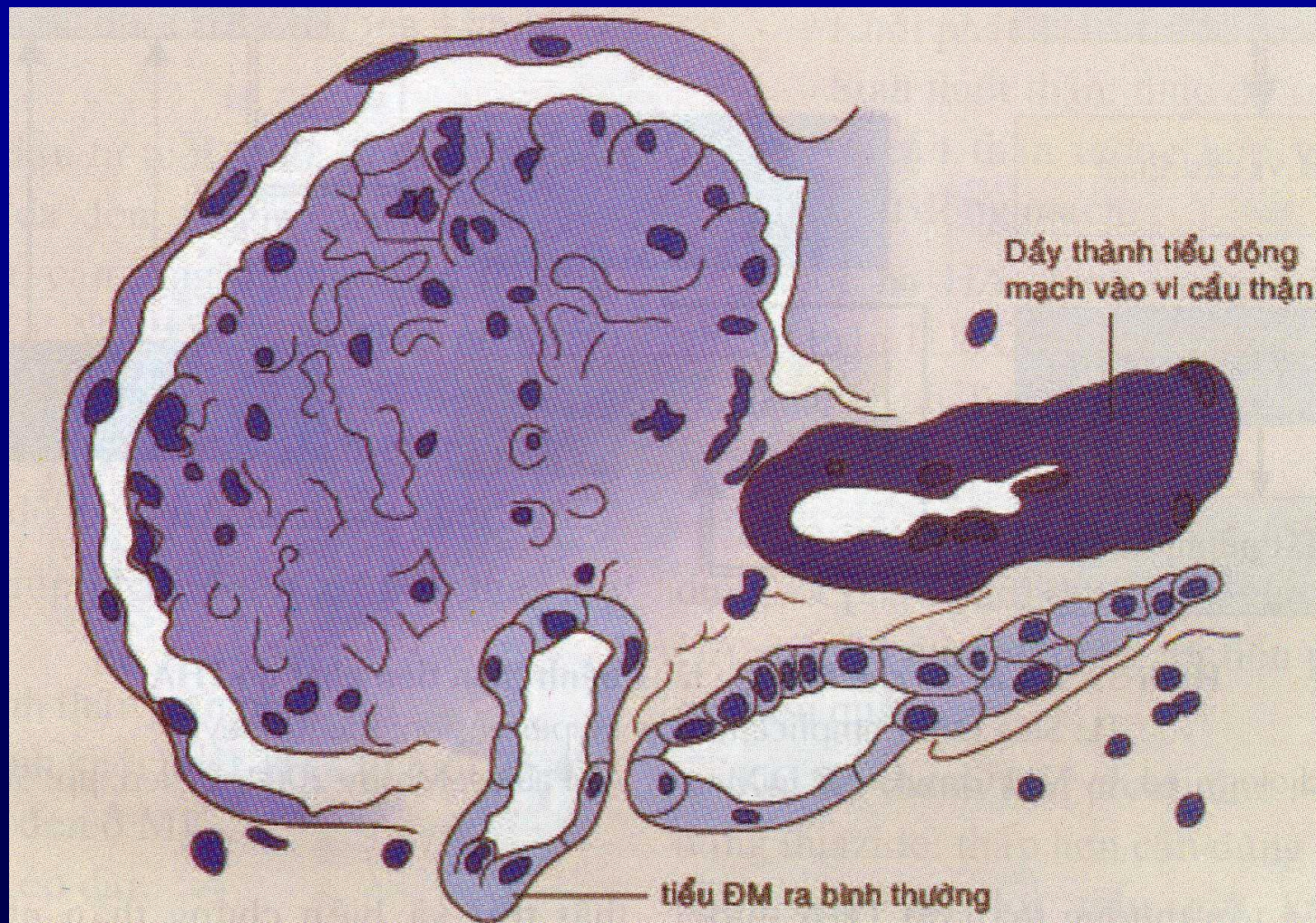
**Giai đoạn 4**



# BIẾN CHỨNG THẬN DO THA

- ❖ THA  $\Rightarrow$  gây xơ hoá các tiểu ĐM đến, tiểu ĐM đi và các mao mạch của cầu thận  $\Rightarrow$  gây rối loạn cả chức năng của cầu thận và chức năng của ống thận.
- ❖ Hậu quả:
  - Gây ra Protein niệu.
  - Có thể có thêm đái máu vi thể.
  - Hậu quả cuối cùng là gây suy thận (khoảng 10% các BN THA).
- ❖ Khi đã có suy thận  $\Rightarrow$  lại làm HA càng  $\uparrow$ .

# BIẾN CHỨNG THẬN DO THA



# BIẾN CHỨNG NÃO CỦA THA

❖ THA là yếu tố nguy cơ chủ yếu trong cả hai bệnh

lý: Nhồi máu não và Xuất huyết não (\*)

❖ Tỷ lệ đột quỵ sẽ tăng cao trong cả hai trường hợp:

THA tâm thu hay THA tâm trương (\*\*)

(\*) *Hypertension Primer: the Essentials of High Blood Pressure- 1999.*

(\*\*) *Lancet. 1990; 335: 765-774*



# BIẾN CHỨNG NÃO CỦA THA

## ❖ Nhũn não:

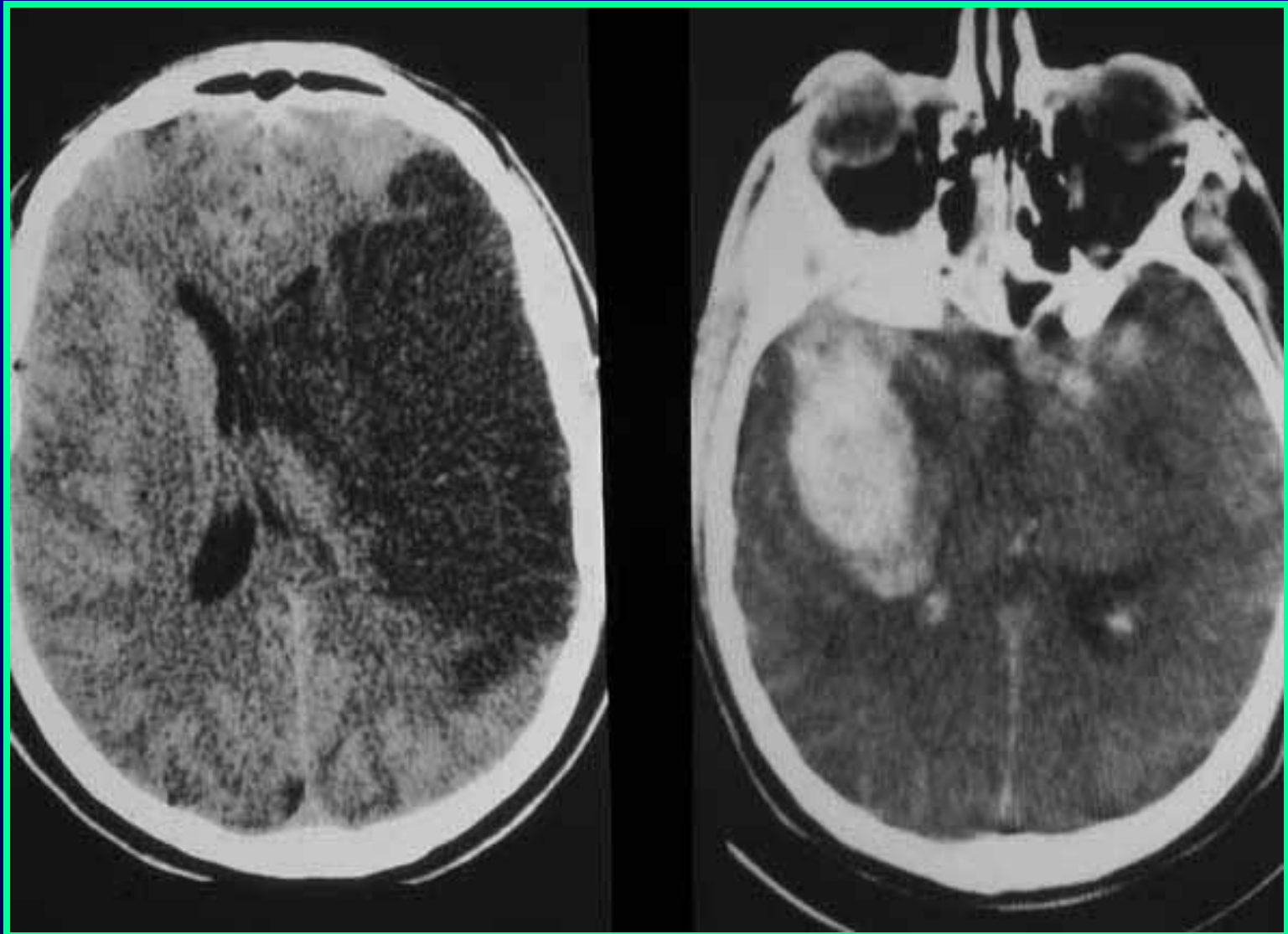
Do THA  $\Rightarrow$   $\uparrow$  xơ vữa động mạch  $\Rightarrow$  gây nhồi máu não.

## ❖ Xuất huyết não:

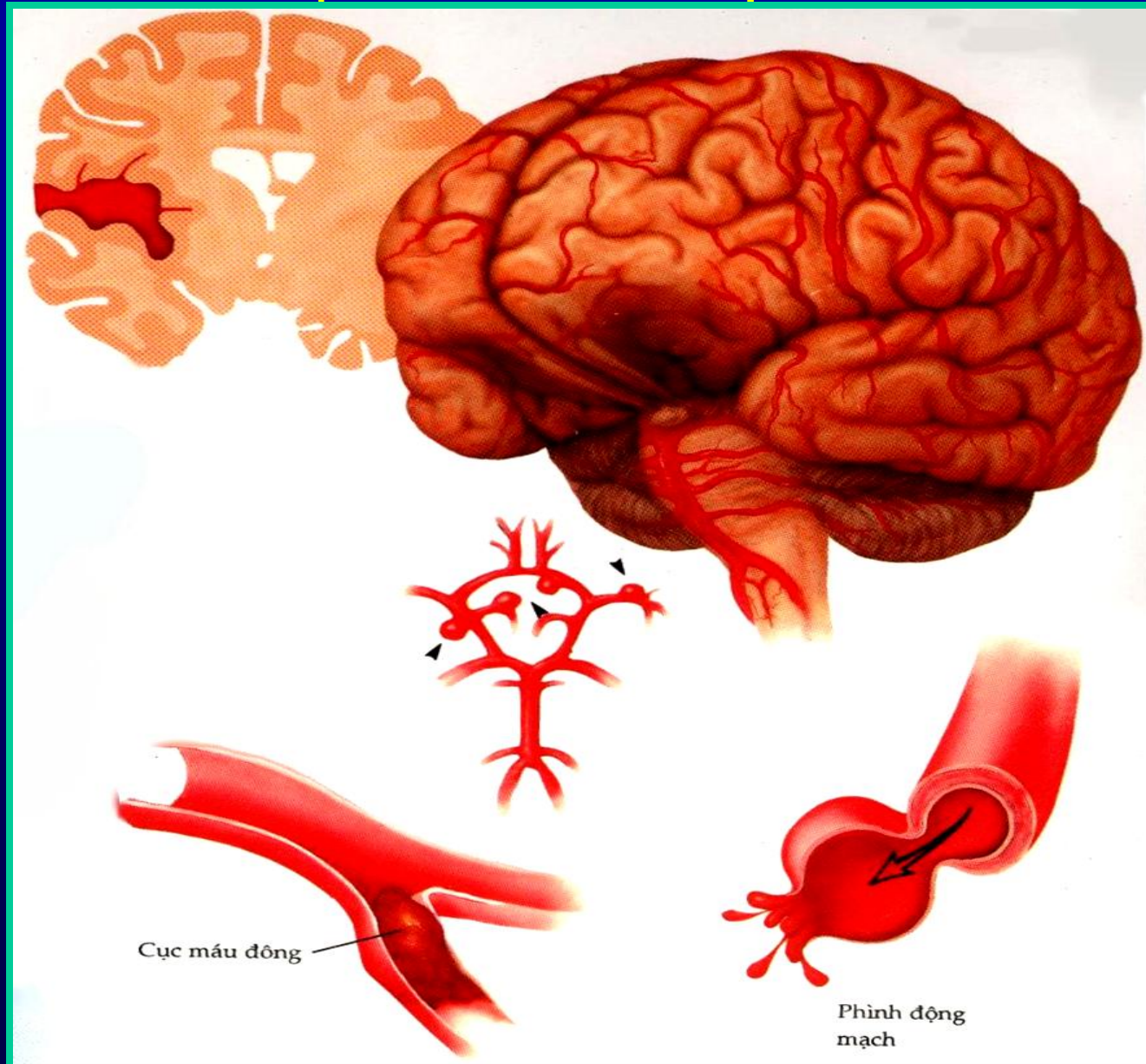
Do THA làm:

- $\uparrow$  áp lực các ĐM ở não.
- Phát triển các phình vi mạch não  
(*Cerebral vascular microaneurysm*)

# Hình ảnh nhũn não và xuất huyết não



# Sơ đồ hình ảnh tắc mạch não và phình các vi mạch não



**ĐIỀU TRỊ THA NHƯ THẾ NÀO?**

# **Điều trị Tăng huyết áp ở việt nam**

**Điều trị THA dựa vào:**

- 1. Độ THA**
- 2. Các tổn thương cơ quan đích**
- 3. Các yếu tố nguy cơ**
- 4. Cơ địa của người bệnh**



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THA

Phân độ Huyết áp & Phân tầng Nguy cơ Tim mạch để Xác định Huyết áp mục tiêu & Chiến lược điều trị  
**Mục tiêu: Huyết áp < 140/90 mmHg (< 130/80 mmHg nếu có đái tháo đường)**

Nâng cao nhận thức & Tích cực thay đổi lối sống để hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ tim mạch khác

Lựa chọn thuốc khởi đầu

Không có chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên

Có chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên

**Tăng Huyết áp độ 1  
(140-159/90-99 mmHg)**

- Chọn một trong số các thuốc nhóm: chẹn kênh canxi tác dụng dài, U'CMC, U'CTT, lợi tiểu thiazide liều thấp, chẹn beta.

**Tăng Huyết áp độ 2-3  
(≥ 160/ ≥ 100 mmHg)**

- Nên kết hợp ≥ 2 nhóm thuốc: chẹn kênh canxi tác dụng dài, U'CMC, U'CTT, lợi tiểu, chẹn beta...

- Dùng các thuốc theo chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên  
- Phối hợp thêm với các thuốc thuộc nhóm: chẹn kênh canxi, U'CMC, U'CTT, lợi tiểu, chẹn beta, chẹn anpha khi cần thiết....

Giám sát, tư vấn, khuyến khích tuân thủ điều trị  
Kiểm soát hoặc hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ tim mạch khác

Không đạt được Huyết áp mục tiêu

Có tác dụng phụ

Tăng liều tối đa hoặc phối hợp thuốc đến khi đạt huyết áp mục tiêu  
Tham khảo ý kiến chuyên gia tim mạch tuyến trên

Thay thế loại thuốc hạ áp khác  
Khuyến khích tuân thủ điều trị

# QUY TRÌNH KIỂM SOÁT SỐ ĐO HẠ

## Bước 1

*Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể*

1. Đo huyết áp theo đúng quy trình chuẩn, ở cả hai bên cánh tay
2. Phát hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch khác: (1) Tiền sử tai biến mạch não hoặc đái tháo đường hoặc rối loạn lipid máu; (2) Tuổi  $\geq 55$  hoặc giới Nam; (3) Quá cân hay béo phì hoặc Béo bụng; (4) Hút thuốc; (5) Uống nhiều rượu; (6) Lười vận động; (7) Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (Nam  $< 55$ , Nữ  $< 65$  tuổi); (8) Chế độ ăn mặn hoặc ít rau/quả hoặc nhiều chất béo động vật...

## Bước 2

*Xác định giai đoạn tăng huyết áp và chiến lược điều trị*

1. Huyết áp Bình thường	$<130 / <85$ mmHg	Giáo dục truyền thông chung về sức khỏe và lối sống tích cực, Khuyến khích theo dõi huyết áp định kỳ hàng năm.
2. Tiền Tăng Huyết áp (nguy cơ thấp)	130-139 / 85-89 mmHg	Tư vấn, truyền thông về tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch, Theo dõi huyết áp hàng tuần; đánh giá lại sau 3 tháng
3. Tăng Huyết áp Độ 1 (nguy cơ trung bình)	140-159 / 90-99 mmHg	Tích cực thay đổi lối sống và hạn chế các yếu tố nguy cơ, Theo dõi huyết áp hàng tuần; đánh giá lại hàng tháng, Điều trị thuốc nếu đã tổn thương cơ quan đích (tim, não, thận, mắt).
4. Tăng Huyết áp Độ 2 (nguy cơ trung bình - cao)	160-179 / 100-109 mmHg	Thay đổi lối sống + Kiểm soát các yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc hạ áp, Theo dõi huyết áp hàng ngày; đánh giá lại hàng tuần,
5. Tăng Huyết áp Độ 3 (nguy cơ cao - rất cao)	$\geq 180 / \geq 110$ mmHg	Thay đổi lối sống + Kiểm soát các yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc hạ áp, Khám chuyên khoa tim mạch hoặc bệnh viện tuyến trên (nếu cần), Theo dõi huyết áp hàng ngày; đánh giá lại hàng tuần.

## Bước 3

*Xác định huyết áp mục tiêu và phương án điều trị*

1. Tư vấn để tích cực thay đổi lối sống và hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.
2. Xác định mục tiêu điều trị: đưa huyết áp  $< 140/90$  mmHg ( $<130/80$  mmHg nếu có đái tháo đường).
3. Chọn thuốc khởi đầu (tùy theo bệnh nhân có hay không có những ưu tiên dùng một số loại thuốc hạ áp nhất định):
  - Tăng Huyết áp độ 1: chọn một trong số các thuốc nhóm (chẹn kênh canxi tác dụng dài, U'CMC, U'CTT, lợi tiểu, chẹn beta...).
  - Tăng Huyết áp độ  $>1$ : thường phải phối hợp  $\geq 2$  loại thuốc (chẹn kênh canxi tác dụng dài, U'CMC, U'CTT, lợi tiểu, chẹn beta...).
4. Nếu huyết áp chưa đạt mục tiêu điều trị: chỉnh liều thuốc tối ưu hoặc bổ sung thêm 1 loại khác đến khi đạt huyết áp mục tiêu, Nếu vẫn không đạt mục tiêu điều trị: chuyển tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.

## Bước 4

*Theo dõi định kỳ và giám sát tuân thủ điều trị*

1. Huyết áp  $< 140/90$  mmHg hoặc đã đạt mục tiêu: Tiếp tục tuyên truyền để duy trì lối sống tích cực phối hợp với điều trị thuốc hạ huyết áp, Tiếp tục duy trì phác đồ đã đạt mục tiêu điều trị và theo dõi lại định kỳ hàng tháng.
2. Huyết áp  $\geq 140/90$  mmHg hoặc chưa đạt mục tiêu: Khuyến khích tích cực thay đổi lối sống và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Theo dõi lại hàng tháng, Cân nhắc việc tăng liều hoặc bổ sung một loại thuốc hạ áp khác (phối hợp nhiều loại thuốc hạ áp), Nếu huyết áp vẫn khó kiểm soát: chuyển tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.
3. Có tác dụng phụ: Cân nhắc thay thế bằng một loại thuốc hạ áp khác ít có tác dụng phụ hơn, Theo dõi lại hàng tháng. Khuyến khích tích cực thay đổi lối sống và hạn chế yếu tố nguy cơ.

# CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
	Huyết áp tâm thu 120 - 129 mmHg và Huyết áp tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg	Huyết áp tâm thu $\geq 180$ mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương $\geq 110$ mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào	Theo dõi huyết áp định kỳ	Theo dõi huyết áp định kỳ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tháng + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM)	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có $\geq 3$ YTNC TM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Cân nhắc điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có đái tháo đường	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc			
Đã có biến cố hoặc bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay

# Thuốc chỉ định bắt buộc

## đối với những trường hợp cụ thể

Chỉ định bắt buộc	Lựa chọn điều trị khởi đầu
Suy tim	Lợi tiểu Thiazide, chẹn beta, UCMC, chẹn thụ thể AT1, đối kháng Aldosterone
Sau NMCT	Chẹn beta, UCMC, đối kháng Aldosterone
Nguy cơ bệnh tim mạch cao	Lợi tiểu Thiazide, chẹn beta, UCMC, chẹn canxi
Đái tháo đ- ờng	Lợi tiểu Thiazide, chẹn beta, UCMC, chẹn thụ thể AT1, chẹn canxi
Bệnh thận mạn tính	UCMC, chẹn thụ thể AT1
Dự phòng đột quy tái phát	Lợi tiểu Thiazide, UCMC

# Điều trị không dùng thuốc

(thay đổi lối sống)

- ❖ Giảm cân nặng. (nếu thừa cân).
- ❖ Hạn chế ăn mặn (2 - 4 - 6g NaCl/ngày).
- ❖ Đảm bảo đủ  $K^+$ ,  $Ca^{++}$ ,  $Mg^{++}$ .
- ❖ Hạn chế rượu (15 - 30ml Ethanol/ngày).
- ❖ Hạn chế cholesterol và acid béo no.
- ❖ Bỏ thuốc lá.
- ❖ Tăng cường vận động (30 - 45phút/ngày).

# Điều trị dùng thuốc

→ **Phải chú ý tới để đồng thời điều trị:**

- ❖ Các tổn thương cơ quan đích: tim, thận, não, mắt.
- ❖ Các yếu tố nguy cơ: thuốc lá/ rối loạn chuyển hoá lipid máu/ ĐM ngoại biên, ĐTĐ type II /gia đình, giới tính.



# Các nhóm thuốc điều trị THA

## 1. Thuốc lợi tiểu:

### ❖ Thiazide-Indapamide.

→ TD phụ: hạ K, Mg máu, có thể gây chuột rút, yếu cơ, liệt dương . . .

### ❖ Lợi tiểu quai: Furosemide.

→ TD phụ: Mất  $K^+$ ,  $Na^+$ , dùng kéo dài gây độc cho tai

### ❖ Lợi tiểu ít thải $K^+$ : Spironolactone.

→ Thận trọng ở b/n suy thận

## 2. Thuốc tác động lên TK giao cảm:

- ❖ Đồng vận giao cảm trung ương:

- Hiện nay ít dùng.

- ❖ Chẹn alpha ngoại biên: Prazosine.

- TD phụ: Hạ HA tư thế, đau đầu . . .

- ❖ Chẹn beta giao cảm: Betaloc, Atenolol . . .

- CCĐ trong: Nhịp chậm, suy tim nặng, bệnh phổi co thắt, bệnh ĐM ngoại vi . . .

- ❖ Chẹn alpha và beta giao cảm.



### 3. Thuốc giãn mạch:

- ❖ **ức chế men chuyển:** Renitec, Coversyl, Zestril. . .

- CCĐ ở BN hẹp ĐM thận 2 bên, phụ nữ có thai;

- TD phụ: gây ho, tăng K máu.

- ❖ **Chẹn thụ thể AT1 của Angiotensine II:** Cozaar. . .

- TD phụ: dị ứng, ngứa nhưng không gây HO

- ❖ **Chẹn canxi:**

- Nhóm Dihydropyridine: Plendil, Amlor . . .

- TD phụ: phù chân

- Nhóm không Dihydropyridine: Tildiem, Isoptine

- TD phụ: táo bón, nôn, đau đầu,

- ❖ **Giãn mạch trực tiếp:** Hydralazine.

# Các chỉ định và chống chỉ định cần được chú ý

## Loại thuốc

## Chỉ định

## Chống chỉ định

Lợi tiểu

Nhóm Thiazide

THA TT đơn độc

K<sup>+</sup> thấp

Suy tim, ĐTD

Nhóm Furosemide

Suy tim, suy thận

K<sup>+</sup> thấp

Nhóm giữ K<sup>+</sup>

Suy tim, K<sup>+</sup> thấp

K<sup>+</sup> cao, suy thận

Chẹn β giao cảm

Bệnh ĐMV

Bloc nhĩ thất

Suy tim (theo dõi ĐB)

Suy tim, mất bù

Loạn nhịp nhanh

Đau nửa đầu (Migraine)

ỨCMC

Suy tim

K<sup>+</sup> cao

Bệnh ĐMV

Hẹp cả 2 ĐM thận

Bệnh thận do ĐTD

Thai nghén

Chẹn kênh Ca<sup>++</sup>

Dihydropyridine

THA tâm thu đơn độc

Đau thắt ngực

Diltiazem

Đau TN, Tim loạn nhịp nhanh

Bloc nhĩ thất

Verapamil

Đau TN, Tim loạn nhịp nhanh

Bloc nhĩ thất

Chẹn α giao cảm

Phì đại tiền liệt tuyến

Hạ HA khi đứng

Chẹn TT AT1 của ANG II

Suy tim

K<sup>+</sup> cao

Bệnh thận do ĐTD

Hẹp cả 2 ĐM thận

thai nghén

**ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ THỂ THA ĐẶC BIỆT**

# **1 / THA ở trẻ nhỏ và thiếu niên**

- Thay đổi lối sống:

**Chế độ ăn, béo phì, thuốc lá, tập thể dục**

- Thuốc làm giảm HA
- Không dùng thuốc tổng hợp đạm.

## **2/ THA ở phụ nữ :**

### **a/ Dùng Oestrogen tránh thai:**

**Làm tăng nhẹ HATT và HATTr**

**THA > 2 - 3 lần người không dùng thuốc tránh thai**

### **b/ THA khi mang thai: Định nghĩa của TCYTTG :**

**$HATT \geq 140 \text{ mmHg}$  hoặc  $HATTr \geq 90 \text{ mmHg}$**

**$HATT \uparrow \geq 25 \text{ mmHg}$  hoặc  $HATTr \uparrow \geq 15 \text{ mmHg}$  so với  
quý đầu của thai kỳ, hoặc những lần có thai trước**

## Phân loại THA khi mang thai

### ❖ THA mạn tính trước khi có thai:

- HA  $\geq 140/90$  có từ trước khi có thai hoặc trong vòng 20 tuần đầu của thai kỳ.
- Trong đa số các trường hợp, HA còn cao  $> 42$  ngày sau đẻ. Có thể có protein niệu.

### ❖ THA do thai nghén (Pre - eclampsia):

- THA xuất hiện  $\geq 20$  tuần của thai kỳ.
- Thường trở lại bình thường  $< 42$  ngày sau đẻ.

## Các xét nghiệm nên làm đối với THA khi mang thai

<b>Hemoglobin và Hematocrit</b>	Nếu có cô đặc máu: THA do thai nghén có/hoặc không có Protein niệu
<b>Tiểu cầu</b>	Nếu $< 100.000 \times 10^9/l$ : hướng tới chẩn đoán nhiễm độc thai nghén
<b>AST, ALT, LDH</b>	Nếu tăng cao: nghĩ tới Hội chứng HELLP ( <i>Hemolysis, Elevated Liver enzyme levels and Low Platelet count</i> )
<b>Protein niệu (24h)</b>	Nếu $\geq 2g/ngày$ : phải theo dõi sát: $\geq 3g/ngày$ : xét lâm thai.
<b>Acid uric và Creatinine máu</b>	Nếu tăng cao: bệnh nặng- cần theo dõi độ thanh thải creatinine 24 h

## Điều trị THA trong thai nghén:

### ❖ Chế độ không thuốc

Ăn bình thường

Calcium 2g/ngày

Dầu cá.

Có thể dùng Aspirine liều thấp.

Vấn đề giảm cân: nhịn ăn để giảm cân đối với người béo không có lợi cho thai nhi.



## ❖ Chế độ thuốc:

**Không cho: Ư'CMC hoặc chẹn thụ thể AT1 của AngiotensinII vì có thể gây dị tật hoặc tử vong thai nhi.**

### - Lợi tiểu:

Cho được nếu THA xảy ra trước thai kỳ.

Không cho được nếu là nhiễm độc thai nghén.

- Đồng vận  $\alpha$  giao cảm (Aldomet) là thuốc ưu tiên.
- Chẹn  $\beta$  và chẹn  $\beta + \alpha$ : tốt nếu cho về cuối thai kỳ vì không làm giảm cân thai nhi (Atenolol, Metoprolol, Labetalol).
- Chẹn Calcium : cho được. Nhưng chú ý: nếu kèm Mg Sulfate: có thể làm tụt HA.
- Giãn mạch trực tiếp (Hydralazine) cho được.

### 3. THA ở người cao tuổi:

#### a/ Đặc điểm

- THA tâm thu: phổ biến, do giảm sự đàn hồi của các ĐM lớn
- Điều chỉnh thần kinh giao cảm kém
- Đào thải thuốc kém

#### b/ Điều trị:

- Thay đổi cách sống - Ăn bớt mặn,
  - Nếu không được, cho lợi tiểu
  - Thuốc: “**bắt** đầu liều thấp, tăng liều từ từ”
    - + Cho khoảng 1/2 liều thuốc so với người trẻ.
    - + Rất thận trọng khi cho thuốc làm hạ HA nhanh và thuốc ảnh hưởng tới cơ quan hay bị tổn thương ở người già.
- VD: Viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn giai đoạn nặng:  
Không cho chẹn beta

## 4. Điều trị THA tâm thu đơn độc:

Định nghĩa: (JNC VI-1999, WHO/ISH)

$HATT \geq 140 \text{ mmHg}$

$HATTr < 90 \text{ mmHg}$

**THATTĐĐ (tăng huyết áp tâm thu đơn độc):**

- Độ 1:  $HATT < 160 \text{ mmHg}$

- Phân nhóm  $HATT < 150 \text{ mmHg}$

ranh giới

- Độ 2:  $HATT < 180 \text{ mmHg}$

- Độ 3:  $HATT \geq 180 \text{ mmHg}$

❖ **Bệnh sinh:** Lão hoá ĐM lớn và thay đổi TK thể dịch  $\Rightarrow$  giảm tính đàn hồi (compliance).

❖ **Hay gặp:**  $\geq 60$  tuổi

❖ **Điều trị:**

**Không dùng thuốc:**

Thể dục

Giảm mặn

Giảm cân nặng

Bỏ thuốc lá

**Thuốc:**

Thiazide > Chẹn  $\beta$

Chẹn Calcium nhóm dihydropyridine thải chậm

ƯCMC

Đối kháng AT1 của Angiotensin II

## **5. THA trong giai đoạn cấp của TBMMN**

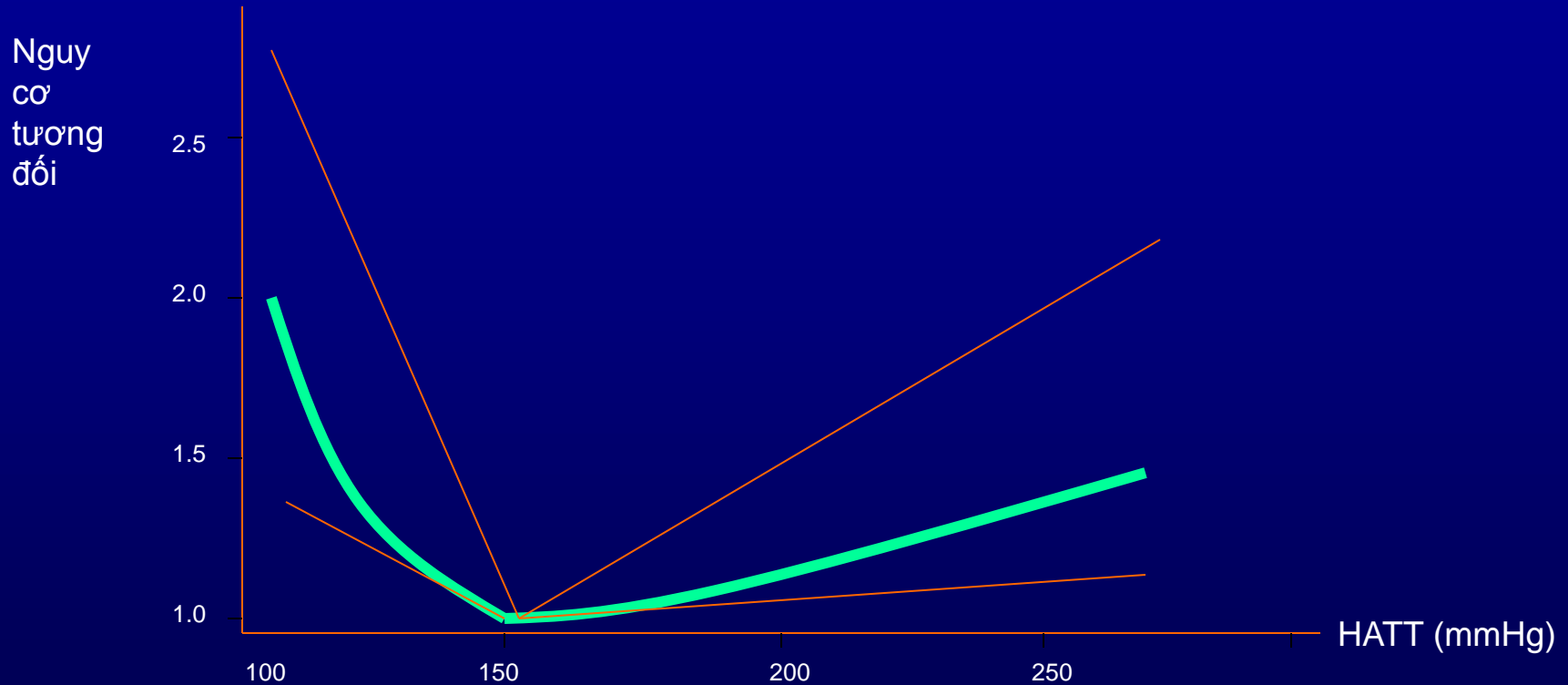
# Sinh lý bệnh của THA trong giai đoạn cấp TBMN

- Có sự kích hoạt phản ứng hệ thần kinh- thể dịch (phản ứng giao cảm, glucocorticoid, mineralocorticoid...)
- Tăng cung lượng tim.
- Phản ứng Cushing : phản ứng THA đáp ứng với tăng áp lực nội sọ để duy trì áp lực tưới máu não.

# Ảnh hưởng của số huyết áp tới tiên lượng TBMN cấp

- Đối với thể nhũn não: Nghiên cứu IST trên hơn 17.000 bệnh nhân TBMN cấp cho thấy:
  - Tiên lượng tốt nhất ở nhóm BN có số HA khi bị TBMN là ở mức giới hạn trên của bình thường hoặc THA nhẹ.
  - Có thay đổi đường cong chữ U:
    - Cứ giảm mỗi 10 mmHg dưới mức 150mmHg của HATT -> tăng tỷ lệ tử vong 17,9%.
    - Cứ tăng mỗi 10 mmHg trên mức 150mmHg của HATT -> cũng tăng 3,8% tỷ lệ tử vong.

# Đường cong chữ U biểu diễn mối liên quan giữa con số HA và tiên lượng TBMN



Nghiên cứu International Stroke Trial. Lancet 1997;349:1569-1581



# Ảnh hưởng của số huyết áp tới tiên lượng TBMN cấp

## ■ Đối với thể xuất huyết não (\*):

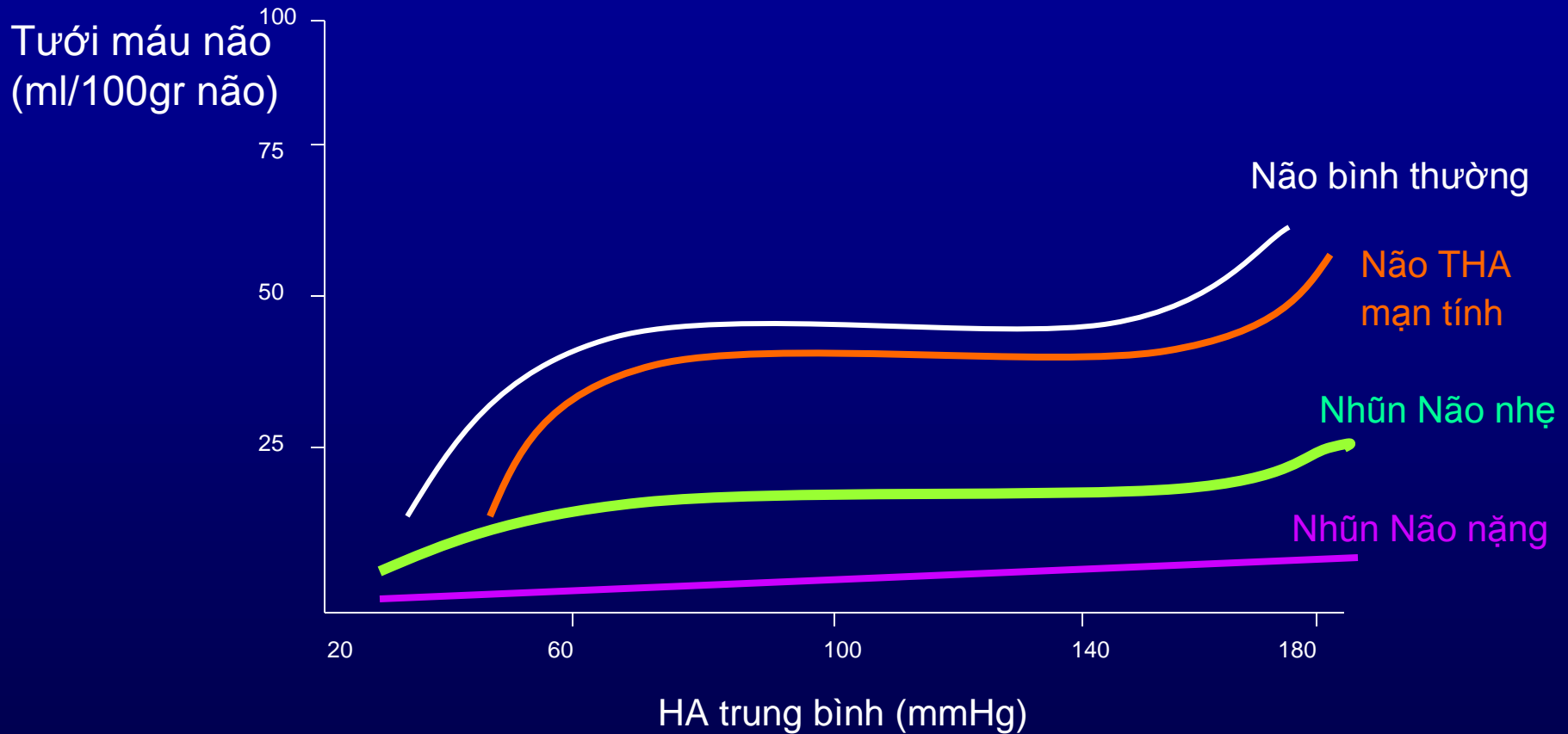
- Có mối tương quan tỷ lệ thuận giữa mức độ THA và mức độ tăng kích thước của khối máu tụ ở não.
- Tuy nhiên, hiệu ứng Cushing rất quan trọng và có thể là phản ứng THA trong XHN.
- Có mối liên quan giữa tăng kích thước khối máu tụ và tiên lượng của bệnh.

(\*) *Lancet* 1997;349:1569-1581

# HA, tưới máu não và quá trình tự điều hoà trong TBMN (thể nhũn não)

- **Bình thường:** cơ chế tự điều hoà tưới máu não => thích nghi được cho những sự thay đổi về HA.
  - **Khi TBMN cấp:** Rối loạn cơ chế tự điều hoà này => tưới máu não có t/ch bị động, phụ thuộc vào HA ĐM => **Không nên hạ HA quá mức**, vì sẽ làm:
    - Giảm áp lực tưới máu não cần thiết.
    - Mất phục hồi vùng “tranh tối tranh sáng”.
    - Lan rộng vùng nhồi máu não.
- => ảnh hưởng đến tiên lượng chung.

# Huyết áp, tưới máu não và quá trình tự điều hoà trong TBMN (thể nhũn não)



# HA, tưới máu não và quá trình tự điều hoà trong TBMN (thể Xuất huyết não)

- ❖ Có mối liên quan giữa HA  $\uparrow$  và mức lan rộng của xuất huyết não.
- ❖ Nên hạ huyết áp cho bệnh nhân xuất huyết não tiên phát nếu có THA nhiều.
- ❖ Một số N/C với các thuốc hạ HA thông thường thấy không có sự giảm tưới máu não trên SPECT ở bệnh nhân XHN.

## 6. THA có bệnh mạch vành

- ❖ Hạ HA từ từ
- ❖ Tránh thuốc làm nhịp tim nhanh: Hydralazine, Adalat nhanh.
- ❖ Thường cho:
  - + Chẹn beta
  - + Chẹn canxi loại làm chậm nhịp tim  
(Verapamil - Diltiazem)
  - + ức chế men chuyển

## **7. THA có phì đại thất trái**

- Giảm muối
- Giảm cân nặng
- Thuốc: Lợi tiểu, ức chế men chuyển.

## **8. THA có suy tim:**

- Điều trị song song THA và suy tim
- Thuốc:

Nitrates - Hydralazine - UCMC - Lợi tiểu -  
Carvedilol - Amlodipine - Felodipine -

Digoxin

## **9. THA có bệnh ĐM ngoại vi**

- Điều trị THA
- Thận trọng khi dùng chẹn beta giao cảm

## 10. Điều trị THA trong suy thận:

### Trong bệnh sinh:

- Giữ muối và nước--> tăng cung lượng tim.
- Kích hoạt hệ thống Renine - Angiotensine:  
--> tăng sức cản ngoại vi và giữ muối + nước

### Điều trị không thuốc:

- Hạn chế muối:  $\leq 3-5\text{g}$  trong 24h
- Protein:  $0.8-1.2\text{g/kg/ngày}$ .
- Giảm Phospho và  $\text{K}^+$
- Tăng calcium
- Giảm Cholesterol
- Giảm rượu, thuốc lá
- Hoạt động thể lực vừa phải

## Điều trị thuốc:

- Lợi tiểu:

Ưu tiên lợi tiểu quai: Furosemide, vì có độ thanh thải cao.

- Các thuốc giảm HA khác:

Dùng được. Nhưng nếu  $K^+$  tăng (từ 5.5mmol/l trở lên) và suy thận nặng: không cho U'CMC và chẹn thụ thể AT1 của Angiotensin II.



## 11. THA có tổn thương nhu mô thận

### - Xét nghiệm:

- + Nước tiểu và máu: Creatinine huyết thanh
- + Siêu âm

### - Thuốc:

- + Giảm HA: UCMC , lợi tiểu (trừ Kali máu cao, hẹp động mạch thận 2 bên)

### - Can thiệp:

- + Nong ĐM:

Loạn sản, xơ cơ ĐM thận

Stent ĐM: Tránh hẹp lại sau nong

- + Cắt thận

## **12. THA có đái tháo đường :**

- Mất khả năng điều chỉnh HA
- Điều trị THA // đái tháo đường: HA phải  $< 130/85$  mmHg

### **Thuốc:**

- UCMC - Chẹn alpha - Chẹn canxi - Lợi tiểu liều thấp
- Chẹn beta : có thể cho Atenolol được.

## **13. THA có kháng Insulin**

- Béo phì: THA - Đái tháo đường type II - Kháng Insulin
- Điều trị: giảm cân nặng, giảm mỡ máu, chữa THA, cho các tác nhân làm tăng tác dụng của Insulin.

## **14. THA có rối loạn chuyển hóa lipid**

**- Điều trị THA // điều trị rối loạn chuyển hóa lipid.**

**- Điều trị:**

**Chống béo phì, giảm axit béo no, muối ăn, rượu,**

**Tăng cường vận động**

# KẾT LUẬN

1. Tăng huyết áp đang gia tăng và chiếm tỷ lệ cao ở Việt Nam.
2. Số huyết áp tâm thu/huyết áp tâm trương cao đều có ý nghĩa tiên lượng xấu nếu không được điều trị hợp lý.
3. Tai biến ở các cơ quan đích là nguyên nhân của bệnh suất và tử suất trong THA: tim, thận, não, mắt, hệ động mạch.

# KẾT LUẬN

## 4. Điều trị THA phải toàn diện:

- Hạ Huyết áp.
- Cơ quan đích.
- Yếu tố nguy cơ và các bệnh đi kèm.

## 5. Điều trị THA:

- Điều trị không dùng thuốc,
- Điều trị thuốc.
- Điều trị theo thể bệnh.
- Điều trị lâu dài.