

**BV ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM  
KHOA NỘI TIM MẠCH**

## **CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG:**

Tăng huyết áp là khi đo huyết áp phòng khám có huyết áp tâm thu (HATT)  $\geq 140$  mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương (HATTr)  $\geq 90$  mmHg. Nếu số đo huyết áp (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, người bệnh được gọi là có tăng huyết áp 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, người bệnh được gọi là có tăng HA ẩn giấu (masked hypertension).

**Bảng 1.**

**Các thể tăng HA dựa theo trị số HA phòng khám và HA tại nhà hoặc HA liên tục**

<b>Trị số huyết áp</b>		<b>HA phòng khám (mmHg)</b>	
		HATT $< 140$ và HATTr $< 90$	HATT $\geq 140$ hoặc HATTr $\geq 90$
<b>HA tại nhà hoặc liên tục ban ngày (mmHg)</b>	HATT $< 135$ hoặc HATTr $< 85$	HA bình thường	THA áo choàng trắng
	HATT $\geq 135$ hoặc HATTr $\geq 85$	THA ẩn giấu	THA thật sự

Phần lớn tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (THA thứ phát).

### **2. CHẨN ĐOÁN:**

#### **2.1. Đo huyết áp:**

**Bảng 2. Đo huyết áp tại phòng khám**

Người bệnh 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 đo HA thêm nhiều lần ở những người bệnh có trị số HA không ổn định do bị rối loạn nhịp, ví dụ những người bệnh có rung nhĩ.
Dùng dụng cụ đo HA với túi hơi kích thước chuẩn (dài 35cm, rộng 12-13cm) cho đa số người bệnh, nhưng phải có túi hơi lớn hơn và nhỏ hơn dành cho những người bệnh có cánh tay to (chu vi cánh tay $> 32$ cm) hoặc nhỏ hơn trung bình.

Túi hơi đặt ngang mức tim. Cho người bệnh 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 người bệnh để phát hiện tụt HA tư thế. Đối với người cao tuổi, người bệnh ĐTD và người bệnh có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo HA nằm và đứng cả những lần khám sau.
Ghi nhận tần số tim và bắt mạch để loại trừ rối loạn nhịp tim.

Đo huyết áp 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 (ĐTD) và những người bệnh có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo thêm HA từ 1 đến 3 phút sau khi người bệnh đứng dậy. Tụt HA tư thế (HA tâm thu giảm  $\geq 20$  mmHg hoặc HA tâm trương giảm  $\geq 10$  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 người bệnh (home blood pressure monitoring - HPBM) và đo HA lưu động 24 giờ (ambulatory blood pressure monitoring - APBM). Trên bảng 3 là các chỉ định lâm sàng của đo HA ngoài phòng khám.

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

<p><b>Những tình huống mà tăng HA áo chàng trắng thường gặp:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tăng HA độ 1 khi đo HA tại phòng khám.</li> <li>- HA tăng rõ rệt khi đo ở phòng khám nhưng không có tổn thương cơ quan đích.</li> </ul>
<p><b>Những tình huống mà tăng HA ẩn giấu thường gặp:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA bình thường cao khi đo tại phòng khám.</li> <li>- HA đo ở phòng khám bình thường ở người có tổn thương cơ quan đích hoặc nguy cơ tim mạch cao.</li> </ul>
Tụt HA tư thế và sau ăn ở người bệnh đã điều trị và chưa điều trị.
<p>Đánh giá tăng HA kháng trị.</p> <p>Đánh giá việc kiểm soát HA, đặc biệt ở người bệnh nguy cơ cao được điều trị.</p>

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 huyết áp 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. Chẩn đoán xác định THA:** Dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình. Ngưỡng chẩn đoán THA thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (Bảng 4).

**Bảng 4.**

**Định nghĩa THA theo mức HA đo tại phòng khám, liên tục và tại nhà (mmHg)**

Các dạng đo HA	HA Tâm Thu (mmHg)		HA Tâm Trương (mmHg)
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	$\geq 85$

**2.3. Phân độ THA:** Huyết áp được phân theo HA tối ưu, bình thường, bình thường - cao hoặc THA từ độ 1 đến độ 3 theo HA phòng khám (xem Bảng 5). Bảng 5 là phân loại các mức huyết áp (HA) dựa trên số đo tại phòng khám. Phân loại này dành cho người trưởng thành và trẻ em trên 16 tuổi.

**Bảng 5. Định nghĩa và phân độ THA theo mức HA đo tại phòng khám (mmHg)**

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	$\geq 180$	Và/ hoặc	$\geq 110$

Tăng HA tâm thu đơn độc	$\geq 140$	Và	$< 90$
<b>Ghi chú:</b> Nếu HA tâm thu và HA tâm trương của người bệnh 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 dựa vào trị số HA tâm thu. Tiền tăng huyết áp: khi HATT > 120-139mmHg và HATTr > 80-89 mmHg			

#### 2.4. Đánh giá tổn thương cơ quan đích (HMOD):

Đánh giá người bệnh tăng HA bao gồm đánh giá tổng nguy cơ tim mạch của người bệnh (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 địa chỉ 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 xơ vữa động mạch).

Đánh giá người bệnh qua hỏi bệnh chi tiết, khám lâm sàng và thực hiện các cận lâm sàng. Các cận lâm sàng thường quy được nêu trên bảng 6. Ngoài các khảo sát cận lâm sàng thường quy 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 được 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 hẹp động mạch thận), đo chỉ số cổ chân - cánh tay (nếu nghi ngờ bệnh động mạch ngoại biên hoặc người bệnh có triệu chứng khập khiễng cách hồi) và soi đáy mắt. Bảng 7 liệt kê các cận lâm sàng giúp đánh giá tổn thương cơ quan đích.

Định nghĩa các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và bệnh tim mạch do XVĐM được nêu trên bảng 8. 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 người bệnh tăng HA (bảng 9). Một cách tiếp cận khác để phân tầng nguy cơ người bệnh 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 6. Các khảo sát cận lâm sàng thường quy ở người bệnh tăng HA

Tổng phân tích tế bào máu, bao gồm Hemoglobin
Đường huyết lúc đói, có thể kèm HbA1c
Bilan lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, TG

Na và K/máu
Axit uric/máu
Creatinin/máu (và eGFR)
AST, ALT
Phân tích nước tiểu bao gồm đạm niệu, hoặc lý tưởng là tỉ số Albumin/Creatinin nước tiểu
Điện tim 12 chuyển đạo

**Bảng 7. Đánh giá tổn thương cơ quan đích trong tăng huyết áp**

<b>Kiểm tra sàng lọc cơ bản cho HMOD</b>	<b>Chỉ định và diễn giải</b>
Điện tâm đồ 12 chuyển đạo	Tầm soát lớn thất trái và các bất thường tim khác có thể xảy ra, và ghi lại nhịp tim và rối loạn nhịp.
Tỉ lệ Albumin: Creatinin nước tiểu	Để phát hiện Albumin niệu cho thấy có khả năng bị bệnh thận.
Creatinin và eGFR	Để phát hiện bệnh thận.
Soi đáy mắt	Để phát hiện bệnh võng mạc do tăng huyết áp, đặc biệt là ở người bệnh tăng huyết áp giai đoạn 2 hoặc 3.
<b>Kiểm tra chi tiết hơn về HMOD</b>	
Siêu âm tim	Để đánh giá cấu trúc và chức năng của tim, thông tin này sẽ ảnh hưởng đến quyết định điều trị.
Siêu âm mạch cảnh	Để xác định sự hiện diện của mảng xơ vữa hoặc hẹp động mạch cảnh, đặc biệt ở những người bệnh bị bệnh mạch máu não hoặc bệnh mạch máu ở nơi khác.
Siêu âm bụng và Doppler	<p>Để đánh giá cấu trúc và kích thước của thận và loại trừ tắc nghẽn đường thận như là nguyên nhân nền gây bệnh thận mạn và tăng HA.</p> <p>Đánh giá động mạch chủ bụng để tìm bằng chứng về phình động mạch và bệnh mạch máu.</p> <p>Kiểm tra tuyến thượng thận để tìm bằng chứng về u tuyến hoặc u tủy thượng thận (CT hoặc MRI ưu tiên để kiểm tra chi tiết); xem phần 8.2 về sàng lọc tăng huyết áp thứ phát.</p> <p>Siêu âm Doppler động mạch thận để tìm bệnh mạch máu thận, đặc biệt là sự hiện diện của kích thước thận bất đối xứng.</p>
Vận tốc sóng mạch	Chỉ điểm xơ cứng động mạch chủ và xơ vữa động mạch toàn thân.
Chỉ số ABI	Sàng lọc bệnh động mạch chi dưới.

Kiểm tra chức năng nhận thức	Để đánh giá nhận thức ở người bệnh có triệu chứng gợi ý suy giảm nhận thức.
Hình ảnh não	Để đánh giá sự hiện diện của tổn thương não do thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết, đặc biệt là ở những người bệnh có tiền sử bệnh mạch máu não hoặc suy giảm nhận thức.

**Bảng 8. 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 $\geq 60$ 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 $\geq 55$ (nam), $\geq$ (nữ)	Phì đại thất trái trên ECG chỉ số Sokolow-Lyon $> 35$ mm hoặc R aVL $\geq 11$ 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		
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm (nam $< 55$ , nữ $< 65$ tuổi)	Phì đại thất trái trên siêu âm tim: LVIM $> 115$ g/m <sup>2</sup> (nam), $> 95$ g/m <sup>2</sup> (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	Màng xơ vữa/ khảo sát hình ảnh
Béo phì (đặc biệt là béo bụng) hoặc thừa cân	Người bệnh mạn giai đoạn 3 (eGFR 30-59 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) 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

**2.5 Phân tầng nguy cơ tim mạch:** Dựa vào mức huyết áp, các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích hoặc các bệnh đồng mắc đi kèm (xem Bảng 9. Phân tầng nguy cơ tim mạch) để có chiến lược quản lý, theo dõi và điều trị lâu dài.

**Bảng 9. Phân tầng nguy cơ tim mạch**

<b>Phân giai đoạn bệnh tăng HA</b>	<b>Yếu tố nguy cơ (YTNC) khác, tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch</b>	<b>Phân độ HA (mmHg)</b>			
		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 ( $\geq 180/\geq 110$ )
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 đến cao	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
	$\geq 3$ 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 $\geq 4$ hoặc ĐTĐ kèm tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

**3. ĐIỀU TRỊ:****3.1. Nguyên tắc chung:**

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 người bệnh. Điều trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) phải được bắt đầu ngay cho tất cả người bệnh tăng HA độ 2 và độ 3 và những người bệnh tăng HA độ 1 có nguy cơ cao - rất cao. Đối với người bệnh 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 người bệnh có HA bình thường cao, xem xét điều trị bằng thuốc nếu người bệnh có nguy cơ rất cao do có bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Riêng ở ngoài rất cao tuổi ( $\geq 80$  tuổi), khởi trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) được chỉ định nếu người bệnh có HA tâm thu  $\geq 160$  mmHg. Bảng 10 là ngưỡng HA cần điều trị (dựa trên số đo tại phòng khám).

**Bảng 10. 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 đơn thuần	+ ĐTD	+ Bệnh thận mạn	+ Bệnh mạch vành	+ Tiền sử đột quy	
18 – 65	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 90$
65 – 79	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 140$	$\geq 90$
$\geq 80$	$\geq 160$	$\geq 160$	$\geq 160$	$\geq 160$	$\geq 160$	$\geq 90$

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.

Đích HA cần đạt chung là  $<140/90$  mmHg nhưng dung nạp tốt cần đích  $<130/80$  mmHg, xem xét ranh giới đích bảo đảm hạ HA thấp ở mức an toàn:

- HATT với THA chung, THA có ĐTD, BMV, Đột quy, TIA ở tuổi 18-65t là giữa 130 và 120 mmHg & HATTr 80-70 mmHg;
- $> 65$ t HATT giữa 130-140 mmHg & HATTr 80-70 mmHg

Khi điều trị đã đạt HA mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

Điều trị cần hết sức tích cực ở người bệnh đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu. Bảng 11 cho thấy ranh giới đích điều trị của tăng HA dựa theo tuổi và bệnh kèm theo.



**Bảng 11. Ranh giới đích điều trị của HA**

<b>Nhóm tuổi</b>	<b>Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)</b>					<b>Ranh giới đích điều trị HATTr mmHg</b>
	THA chung	THA ĐTD	THA bệnh thận mạn	THA BMV	Đột quy, TIA	
18 - 64 tuổi	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích < 140 - 130 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	<80 đến 70
≥ 65 tuổi	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	<80 đến 70
<b>Ranh giới đích điều trị HATTr</b>	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	

**3.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống:**

Thay đổi lối sống phải được thực hiện ngay ở tất cả bệnh nhân với HA bình thường cao và THA. Hiệu quả của thay đổi lối sống có thể ngăn ngừa hoặc làm chậm khởi phát THA và giảm các biến cố tim mạch.

**Bảng 12. Thay đổi lối sống**

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Loại</b>	<b>Mức chứng cứ</b>
Giảm cân được khuyến cáo cho HA bình thường cao (tiền THA) và THA cho những người có thừa cân hoặc béo phì, duy trì BMI 20 - 25 mg/m <sup>2</sup> , vòng eo < 94cm ở nam và < 80cm ở nữ.	I	A
Tiết thực chế độ ăn có lợi cho tim như tiết thực DASH (chế độ ăn Địa Trung Hải) để có một cân nặng mong muốn đối với THA và tiền THA.	I	A
Hạn chế ăn mặn đối với THA và tiền THA <5g muối/ngày.	I	A
Bổ sung kali ưu tiên ăn giàu chất kali cho THA và tiền THA ngoại trừ có bệnh thận mạn hay tăng kali máu hay dùng thuốc giữ Kali máu.	I	A
Tăng cường hoạt động thể lực với một chương trình hợp lý (30p/ngày).	I	

Người bệnh THA và tiền THA được khuyến khích dùng rượu bia theo tiêu chuẩn không quá 2 đơn vị/ngày ở nam và 1 đơn vị/ngày ở nữ (*)	I	A
Ngừng hút thuốc lá và tránh nhiễm độc khói thuốc	I	A

\* Một đơn vị cồn chứa 14g nồng độ cồn tinh khiết tương đương 354 ml bia (5% cồn) ngày hoặc 150ml rượu vang (12% cồn) hoặc 45ml rượu mạnh (40% cồn).

### 3.3. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc:

Hầu hết người bệnh tăng HA cần điều trị thuốc hạ áp cùng với thay đổi lối sống để đạt hiệu quả kiểm soát tối ưu. Năm nhóm thuốc: UCMC, CTTA, CB, CKCa, LT (thiazides/thiazide-like như chorthalidone và indapamide) có hiệu quả giảm HA và các biến cố TM qua các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nên được chỉ định chính điều trị hạ áp. Mặc dù liệu pháp dùng thuốc hạ áp đã chứng minh có hiệu quả nhưng tỷ lệ kiểm soát HA chung vẫn còn kém, nên cần có chiến lược kết hợp thuốc cố định liều sớm với một phác đồ đơn giản nhằm gia tăng sự tuân thủ điều trị. Sơ đồ điều trị tăng HA được tóm tắt trong các hình 1, 2, 3.

Theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, nên phối hợp thuốc sớm nhằm tăng tỉ lệ kiểm soát được HA. Khởi trị bằng một thuốc chỉ dành cho người bệnh tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp, còn người bệnh tăng HA độ 1 có nguy cơ trung bình hoặc cao và người bệnh 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 người bệnh 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).

Phác đồ điều trị đơn giản hóa với ưu tiên dùng UCMC/CTTA + CKCa và/ hoặc thiazide/thiazides like cố định liều như là chiến lược cốt lõi điều trị cho hầu hết người bệnh, CCB khi có những chỉ định đặc hiệu.

**Bảng 13: 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

<b><u>Chẹn Canxi</u></b>			<b><u>Lợi tiểu</u></b>		
<i><u>Nondihydropyridine</u></i>			<i><u>Thiazide và giống thiazide</u></i>		
Diltiazem	120	240-360		12,5	12,5-50
Verapamil	120	240-480	Hydrochlorothiazide	12,5	1,5
<i><u>Dihydropyridine</u></i>			Indapamide		
Amlodipine	2,5	5-10	<i><u>Lợi tiểu quai</u></i>	20x2	40x2
Felodipine	2,5	5-10	Furosemide		
Nifedipine	30	30-90	<i><u>Kháng aldosterone</u></i>	12,5	25-50
Lacidipine	2	4-6	Spironolactone		
Lercanidipine	10	20			
<b><u>Ức chế men chuyển</u></b>			<b><u>Chẹn thụ thể angiotensin</u></b>		
Captopril	12,5x2	50x100x2		4	8-32
Enalapril	5	10-40	Candesartan	150	150-
Lisinopril	5	10-40	Irbesartan	50	300
Perindopril	5	5-10	Losartan	40	50-100
Ramipril	2,5	5-10	Telmisartan	80	40-80
imidapril	2,5	5-10	valsartan		80-320
<b><u>Chẹn Beta</u></b>			<b><u>Đối kháng &amp; trung ương</u></b>		
Acebutolol	200	200-400		125x2	250-
Atenolol	25	100	Methyldopa		500x2
Bisoprolol	5	5-10			
Carvedilol	3,125x2	6,25-			
Metoprolol	25	25x2			
succinate	25	50-100			
Metoprolol tartrate	2,5	50-100x2			
nebivolol		5-10			

**Bảng 14: 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, block xoang nhĩ hoặc block nhĩ thất độ cao, nhịp chậm < 60/phút	Hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucose, vận động viên
Chẹn Canxi DHP		- Rối loạn nhịp nhanh - Suy tim (HFrEF, NYHA III - IV) - Phù chân nặng đã có sẵn
Chẹn Canxi không DHP (verapamil, diltiazem)	Block xoang nhĩ hoặc block nhĩ thất độ cao, LVEF < 40%, nhịp chậm < 60/phút	Táo bón
Ức chế men chuyển, chẹn thụ thể	Có thai, tiền sử phù mạch, K máu > 5,5 mmol/l, hẹp động mạch thận 2 bên	Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy

#### 4. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ:

**Bảng 15: Theo dõi sau điều trị thuốc hạ huyết áp đầu tiên**

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Sau liệu trình điều trị thuốc hạ áp đầu tiên, người bệnh phải được theo dõi đánh giá hiệu quả trên HA và phát hiện các tác dụng phụ hàng tháng cho đến khi HA được kiểm soát đạt đích	I	B
Liệu phát phối hợp thuốc cố định liều phải làm giảm HA sau 1-2 tuần và có thể tiếp tục giảm HA trong 2 tháng	I	B
Xác định kiểm soát HA đạt đích tối đa trong 2 - 3 tháng	IIa	B
Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan không triệu chứng ít nhất mỗi 2 năm	I	C

#### 5. XỬ LÝ 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 tóm tắt trên bảng 16.

**Bảng 16: 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 $\geq 65$ ) Khởi trị bằng UCMC (CTTA) + chẹn Canxi hoặc Indapamide. Nếu dùng chẹn Beta, ưu tiên chẹn $\beta_1$ chọn lọc (Bisoprolol)
----------------------------	---

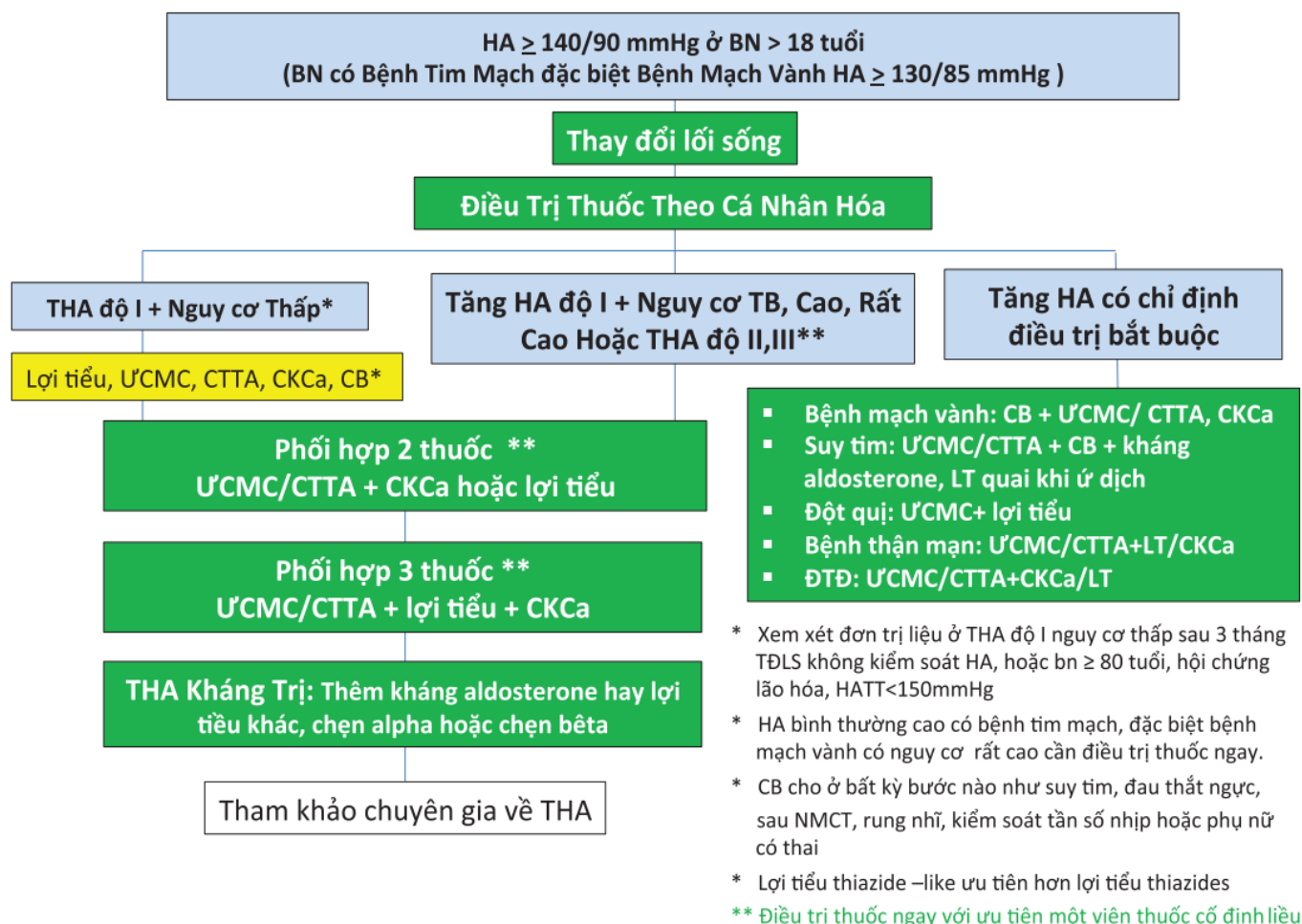
Tăng HA ở người bệnh thận mạn (eGFR < 60 ml/ph/1,73 m <sup>2</sup> )	<p>Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám <math>\geq 140/90</math> mmHg.</p> <p>Đích HA tâm thu 130-139 mmHg</p> <p>Dùng UCMC hoặc CTТА như một phần của liệu pháp thuốc nếu người bệnh có Albumin niệu vi lượng hoặc đạm niệu</p> <p>Không phối hợp 2 nhóm thuốc này với nhau</p> <p>Nếu eGFR &lt; 30 ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> không dùng lợi tiểu thiazide</p> <p>Dùng furosemide để giải quyết tình trạng quả tải dịch</p>
Tăng HA kèm bệnh mạch vành	<p>Đích HA 120-130/70-79 mmHg (130-140/70-79 mmHg nếu tuổi <math>\geq 65</math>).</p> <p>Người bệnh có tiền sử NMCT: dùng chẹn Bêta, UCMC (CTТА)</p> <p>Người bệnh đau thắt ngực: dùng chẹn Bêta và/ hoặc chẹn Canxi</p>
Tăng HA kèm suy tim	<p>Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám <math>\geq 140/90</math> mmHg.</p> <p>Liệu pháp thuốc ở người bệnh suy tim tâm thu (EF &lt; 40%) bao gồm một UCMC (CTТА), một chẹn Bêta và một lợi tiểu và/ hoặc spironolactone (+ Amlodipine nếu chưa đạt đích HA)</p>
Tăng HA có phì đại thất trái	<p>Đích HA tâm thu 120-130 mmHg</p> <p>Dùng UCMC (CTТА) + chẹn Canxi hoặc lợi tiểu</p>
Tăng HA kèm rung nhĩ	<p>Tầm soát tăng HA ở tất cả người bệnh rung nhĩ</p> <p>Dùng thuốc chẹn beta hoặc chẹn canxi không DHP nếu cần kiểm soát tần số thất</p> <p>Đích HA tâm thu &lt; 130 mmHg ở người bệnh uống thuốc chống đông để giảm thiểu nguy cơ chảy máu</p>
Tăng HA trong thai kỳ	<p>Tăng HA thai kỳ, tăng HA có từ trước chồng lên tăng HA thai kỳ hoặc tăng HA kèm tổn thương cơ quan đích hay có triệu chứng: khởi trị thuốc khi HA <math>\geq 140/90</math> mmHg. Trong các trường hợp khác, khởi trị thuốc khi HA <math>\geq 150/95</math> mmHg</p> <p>Methyldopa và chẹn Canxi là những thuốc được chọn hàng đầu. Không dùng UCMC và CTТА. Trong số các chẹn Bêta tránh dùng Atenolol</p> <p>HA tâm thu <math>\geq 170</math> mmHg hoặc HA tâm trương <math>\geq 110</math> mmHg ở thai phụ là tình huống cấp cứu <math>\rightarrow</math> cho nhập viện. Xử trí bằng thuốc truyền TM: Nicardipine, MgSO<sub>4</sub> hoặc Notroglycerin (nếu phù phổi cấp)</p> <p>Chi sinh (thường hoặc mổ) khẩn nếu có tiền sản giật kèm rối loạn thị giác hoặc rối loạn đông máu</p>

	Sau sinh tránh dùng Methyldopa (nguy cơ trầm cảm). Hạn chế dùng Propranolol và Nifedipine nếu cho con bú
--	--

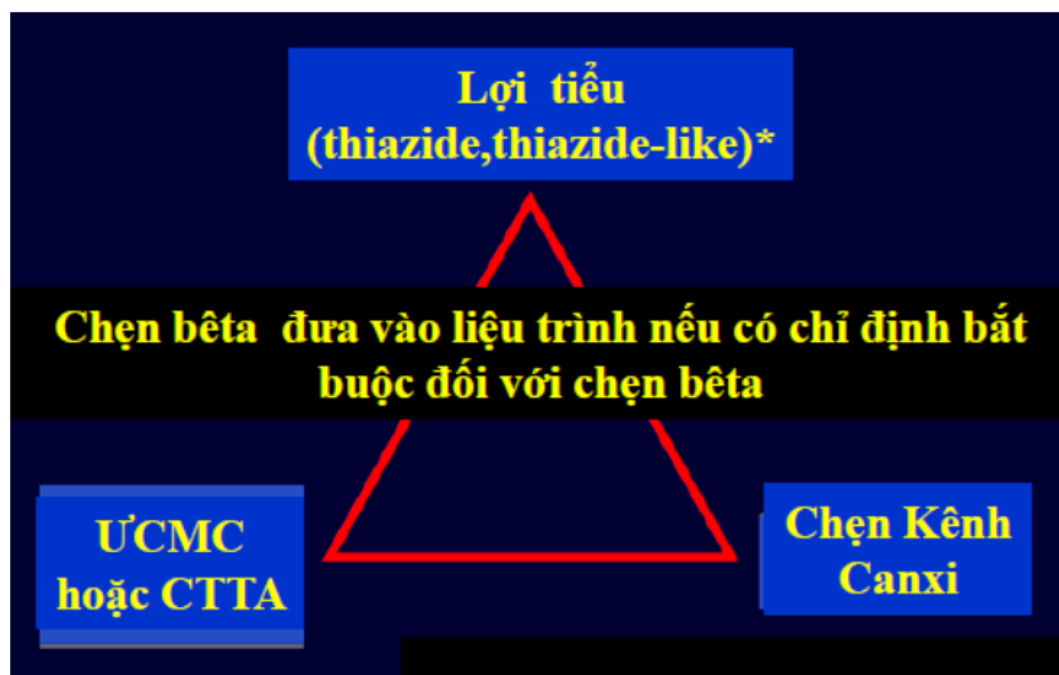
**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí THA Phân hội THA/Hội Tim Mạch học Việt nam 2018.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y Tế Việt Nam 2010.
3. Khuyến cáo xử trí THA của Hội THA châu Âu (ESH) 2013, 2018.

**Hình 1: Sơ đồ khuyến cáo điều trị THA VNHA/VSH 2018**

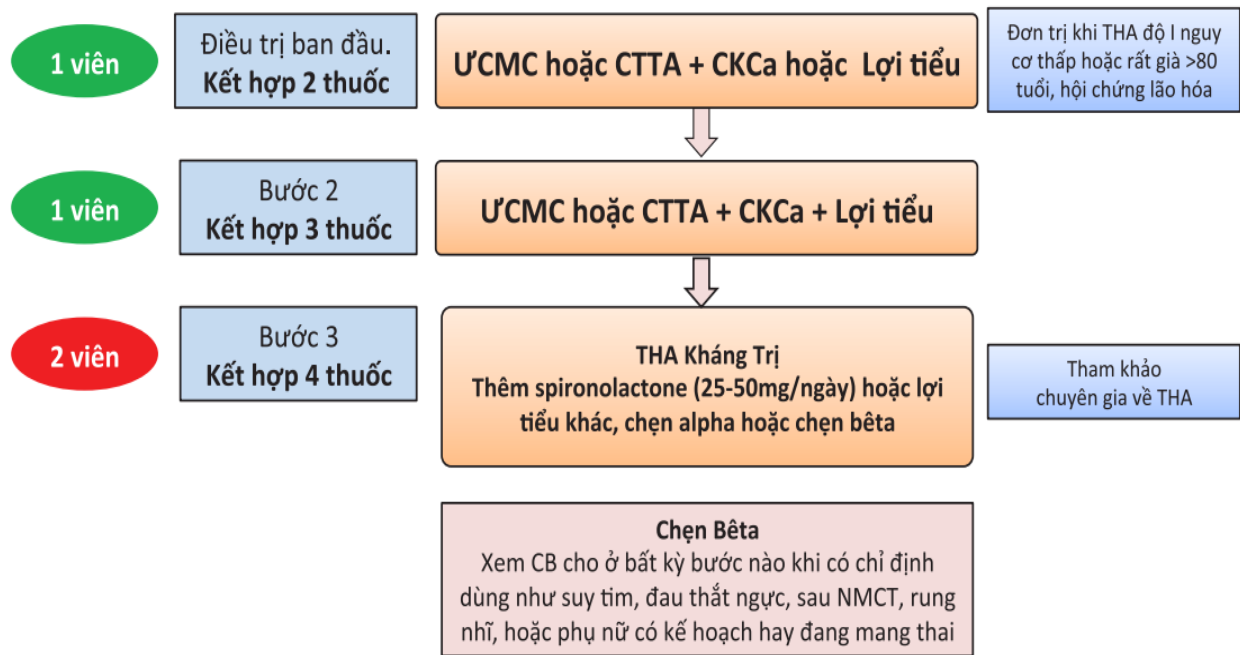


**Hình 2: Chiến lược kết hợp thuốc trong điều trị tăng HA**



\* Lợi tiểu tác dụng kéo dài (Thiazide-like) ưu tiên hơn lợi tiểu tác dụng ngắn (Thiazide)

**Hình 3: Chiến lược điều trị thuốc đối với THA không có biến chứng**



**TRƯỜNG KHOA**