

TĂNG HUYẾT ÁP

I. ĐO HUYẾT ÁP

1. Các loại máy đo HA:

- HA kế thủy ngân – HA kế đồng hồ – HA kế điện tử
- HA liên tục 24h Holter: trường hợp THA cơn, theo dõi lượng giá và điều trị
- HA đo trực tiếp qua kim đưa vào động mạch → **chính xác nhất**
- Máy đo HA phải có kích thước túi hơi bao trọn được chu vi cánh tay và phủ được 2/3 chiều dài cánh tay người bệnh

2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Nằm nghỉ 5 phút trước khi đo
- Không hút thuốc lá 15 phút trước khi đo
- Không uống cafe 1h trước khi đo
- Không sử dụng thuốc cường giao cảm
- Không bị bệnh cấp tính
- Tư thế nằm hoặc ngồi. Khi ngồi tay phải ngang mức tim
- Đo ≥ 2 lần tư thế ngồi trong mỗi lần khám và khám ≥ 2 lần
- Đo HA chi dưới: người trẻ
- Đo HA 2 tay: lần đo đầu tiên, lấy trị số ở tay HA cao hơn
- Đo HA tư thế nằm và đứng cách nhau 3 phút ở các đối tượng:
 - + > 65 tuổi
 - + ĐTD
 - + Đang điều trị THA
 - + Nghi ngờ hạ HA tư thế
- Mỗi người: trị số HA đã thay đổi theo giờ trong ngày (cao vào buổi sáng – thấp về đêm), theo phản ứng cơ thể: lúc ngủ, stress, sau ăn no, ... theo giới tính, chủng tộc, tuổi (có thể SBP tăng 5 mmHg mỗi 10 năm, DBP lại không đổi) vì vậy khó có tiêu chuẩn cho từng cá thể

II. CHẨN ĐOÁN THA ỔN ĐỊNH:

1. Chẩn đoán xác định:

- Nếu đã có tiền căn THA, chẩn đoán khi đo thấy THA theo tiêu chuẩn JNC7.
- Nếu chưa có tiền căn, chẩn đoán sau khi đo HA 2 lần trong 2 lần khám khác nhau cách nhau vài tuần hoặc khi HA $\geq 180/120$ mmHg hoặc kèm tổn thương cơ quan đích và loại trừ THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu, THA tâm thu/tâm trương đơn độc.
- Ngưỡng chẩn đoán THA theo Hội Tim mạch Châu Âu (ESC 2018) và Hội Tim mạch Việt Nam (VNHA 2015)

HA tại phòng khám	HA tại nhà tự đo 5 ngày	Holter HA 24 giờ		
		24h	Ban ngày	Ban đêm
$\geq 140/90$ mmHg	$\geq 135/85$ mmHg	$\geq 130/80$ mmHg	$\geq 135/85$ mmHg	$\geq 120/70$ mmHg

- Phân biệt THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu, THA tâm thu/tâm trương đơn độc:

	HA phòng khám	HA tại nhà
- THA áo choàng trắng – THA phòng khám đơn độc – Hiệu ứng áo choàng trắng: HA tăng đáp ứng khi có bác sĩ	$\geq 140/90$ mmHg nhiều lần	$< 135/85$ mmHg
- THA ẩn giấu – THA lưu động	$< 140/90$ mmHg	$\geq 135/85$ mmHg
	SBP	DBP
- THA tâm thu đơn độc: thường gặp ở nam, trẻ do gia tăng nhanh chóng chiều cao và tính đàn hồi của ĐM nên tăng khuếch đại sóng áp lực thì tâm thu	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg
- THA tâm trương đơn độc	< 140 mmHg	≥ 90 mmHg

- THA giả tạo:

- + HA đo được cao hơn thực tế
- + Dấu Osler: bơm HA vượt mức HA tâm thu vẫn bắt mạch được
- + Gặp ở người lớn tuổi do ĐM xơ cứng

- Con THA: sự tăng vọt trị số HA đe dọa tổn thương cơ quan đích

	Chưa tổn thương cơ quan đích	Có tổn thương cơ quan đích
Con THA	<ul style="list-style-type: none"> + THA khẩn cấp: chưa có tiền căn THA, thường HA tâm trương > 120 mmHg, HA hạ sau vài giờ + THA chưa kiểm soát: đã có tiền căn THA 	Gọi chung là THA cấp cứu , bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> + THA gia tốc: SBP > 180 mmHg và DBP > 120 mmHg, lâm sàng có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích nhưng chưa phù gai thị + THA ác tính: phù gai thị

2. Chẩn đoán nguyên nhân THA:

❖ **Nguyên phát:** khi có nhiều yếu tố nguy cơ THA. Nếu nói THA nguyên phát do chiếm 90% THA → **thi lại**

Yếu tố nguy cơ tim mạch	Yếu tố nguy cơ THA
<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi: nam > 45 và nữ > 55 - Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch sớm: nam < 55 và nữ < 65 - Hút thuốc lá - Ít vận động thể lực - Béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²) - Tăng huyết áp - Rối loạn chuyển hóa lipid (LDL > 115 mg/dL) - Đái tháo đường/Rối loạn đường huyết đói/Rối loạn dung nạp glucose 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi > 60 - Giới tính: nam, nữ mãn kinh - Yếu tố di truyền - Hút thuốc lá - Uống rượu nhiều - Béo phì - Đái tháo đường - Rối loạn chuyển hóa lipid - Chế độ ăn nhiều muối, ít kali và canxi - Chế độ sinh hoạt ít vận động: làm việc, giải trí, nghỉ ngơi - Đời sống kinh tế, áp lực tâm lý

❖ Thứ phát:

Có chỉ định tìm nguyên nhân khi:

- Theo BS Tuấn:

- + Tuổi khởi phát < 30 hay > 60 (không phải tuổi phát hiện)
- + HA cao: SBP \geq 180 mmHg và DBP \geq 120 mmHg
- + Tổn thương cơ quan đích nặng nề: tim (suy tim), thận (suy thận nặng), não
- + Có dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: nhịp tim nhanh, hạ K⁺ máu (cường aldosteron nguyên phát), nhức đầu từng cơn kèm hội hợp đánh trống ngực, đỏ bừng mặt (u tủy thượng thận) ...
- + Đáp ứng kém với điều trị: điều trị bằng 3 loại thuốc huyết áp với liều tối ưu, trong đó có 1 loại thuốc lợi tiểu vẫn không hạ được huyết áp

- Theo BS Duy và Washington:

- + Tuổi khởi phát < 30 hay > 60 (không phải tuổi phát hiện)
- + THA khó kiểm soát sau khi bắt đầu điều trị
- + THA đang ổn định chuyển thành khó kiểm soát
- + Có biểu hiện lâm sàng của cơn THA
- + Có dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: nhịp tim nhanh, hạ K⁺ máu (cường aldosteron nguyên phát), nhức đầu từng cơn kèm hội hợp đánh trống ngực, đỏ bừng mặt (u tủy thượng thận) ...

Có 5 nhóm nguyên nhân:

- Thuốc: ngừa thai, corticoid, cam thảo
- Bệnh tim: hẹp eo ĐMC, Takayasu (viêm mạch máu do phản ứng chéo của kháng thể với nội mô sau nhiễm siêu vi, gặp ở nữ trẻ có dấu hiệu mất mạch ở chi trừ type 1)
- Bệnh thận: hẹp ĐM thận, thận đa nang, bệnh thận mạn
- Nội tiết: cường giáp, nhược giáp, u vỏ thượng thận, u tủy thượng thận, Cushing, to đầu chi
- Khác: chấn thương đầu, đa hồng cầu, thai kỳ

3. Phân độ THA nguyên phát:

- Phân độ THA theo ESC 2018:

Table 3 Classification of office blood pressure^a and definitions of hypertension grade^b

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	\geq 180	and/or	\geq 110
Isolated systolic hypertension ^b	\geq 140	and	<90

©ESC/ESH 2018

- Phân độ THA theo JNC7: được áp dụng với người > 18 tuổi có THA vô căn (nguyên phát), không có bệnh lý cấp tính và chưa điều trị. Trị số HA dùng để phân độ là HA bình

thường ở nhà BN đo nếu không điều trị thuốc. Khi cả SBP – DBP cùng cao thì độ tính theo trị số cao hơn. JNC6, ESC 2018 có THA độ 3, JNC7 chỉ có THA độ 2

Ví dụ: HA cao nhất của BN là 200 mmHg, bình thường 150 mmHg, sau khi uống thuốc còn 130 mmHg → THA độ 1

4. Biện chứng của THA:

- Tim:

- Phì đại thất trái
- Suy tim tâm trương: giảm khả năng đổ đầy thất do phì đại thất
- Bệnh mạch vành

- Thần kinh:

- Nhồi máu não, xuất huyết não
- Con thiếu máu não thoáng qua

- **Thận:** Suy thận mạn, tiểu đạm, tiểu máu vi thể

- **Mắt:** muốn phân độ phải soi đáy mắt, mức độ nhìn mờ không liên quan (vì có thể nhồi máu ĐM, không có xuất huyết):

- Độ 1: lòng ĐM co nhỏ < 2/3 đường kính tĩnh mạch
- Độ 2: bắt chéo ĐM – TM (dấu S.Gunn)
- Độ 3: Độ 2 + phù nề, xuất tiết, xuất huyết võng mạc
- Độ 4: Độ 3 + phù gai thị

→ Dấu S.Gunn (bắt chéo động tĩnh mạch) là gì? Động mạch ở đáy mắt tiết diện nhỏ, thường rất mềm mại nên bình thường động mạch bắt chéo tĩnh mạch nhưng không đè xẹp; trường hợp THA nặng kéo dài làm thành động mạch trung tâm võng mạc dày lên và cứng đè xẹp cả tĩnh mạch. Có thể bảo vệ đáy mắt bằng nhóm thuốc Trimetazidime và Ginkgo biloba (cao bạch quả).

- Mạch máu:

- Xơ vữa động mạch
- Bệnh động mạch chi dưới: đau cách hồi (đau sau khi đi 1 quãng đường nhất định)
- Phình ĐMC ngực, ĐMC bụng, bóc tách ĐMC

Lưu ý: nên chia thành biến chứng cấp và biến chứng mạn:

- BC cấp:

- Não: nhồi máu não, xuất huyết não
- Tim mạch: **nhớ nói phù phổi cấp**, nhồi máu cơ tim, phình bóc tách ĐMC
- Thận: suy thận cấp
- Mắt: phù gai thị

5. Phân tầng nguy cơ: theo JNC6

Mục đích phân nhóm nguy cơ: tiên lượng khả năng BN bị bệnh tim mạch

- Nguy cơ nhóm A: THA, không có yếu tố nguy cơ, không tổn thương cơ quan đích, không có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch

- Nguy cơ nhóm B: THA, có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch nhưng không phải đái tháo đường, không tổn thương cơ quan đích, không có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch

- Nguy cơ nhóm C: THA, có tổn thương cơ quan đích và/hoặc đái tháo đường, kèm hoặc không kèm yếu tố nguy cơ khác, hoặc có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch

III. BỆNH ÁN:

1. Bệnh sử:

- Triệu chứng do THA: đau đầu vùng chẩm lan tỏa vào buổi sáng sau khi thức dậy không kèm theo sốt, chóng mặt, hồi hộp, mau mệt mỏi

- Triệu chứng mạch máu do THA: chảy máu mũi, chảy máu răng, nhìn lóa, đau ngực do bóc tách động mạch chủ, chóng mặt theo tư thế

- Triệu chứng của biến chứng THA: triệu chứng của suy tim, đau ngực kiểu mạch vành, yếu liệt tay chân, nhìn mờ, tê 2 chân

2. Tiền căn:

❖ Bản thân:

- Yếu tố nguy cơ THA: nam, nữ mãn kinh, hút thuốc lá, uống rượu nhiều, béo phì, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, chế độ ăn nhiều muối, ít kali và canxi, chế độ sinh hoạt: làm việc, giải trí, nghỉ ngơi, đời sống kinh tế và các áp lực tâm lý.

- Đặc điểm THA: thời gian phát hiện, trị số HA cao nhất, trị số sinh hoạt dễ chịu nhất, thuốc đang điều trị HA, sự tuân thủ điều trị, đã nhập viện bao nhiêu lần vì THA.

- Tiền căn nguyên nhân của THA:

- Thuốc: sử dụng thuốc ngừa thai (estrogen – progesterone), corticoid (thuốc giảm đau khớp), cam thảo (thuốc ho, rượu, thuốc nam thuốc bắc)
- Bệnh thận – niệu: sỏi thận – cơn đau quặn thận – tiểu khó – bí tiểu, triệu chứng nhiễm siêu vi gần đây (viêm cầu thận cấp), thận đa nang, gan đa nang
- U tủy thượng thận: THA từng cơn kèm hồi hộp, đau đầu, vã mồ hôi sau cười nhiều, xúc động, gắng sức, tăng áp lực ổ bụng
- Cường aldosterone nguyên phát: yếu cơ 2 chi dưới
- Cường giáp: mắt lồi, kích động, nói nhiều, ăn nhiều, gầy sụt nhanh, run tay, nóng bức
- Thai kỳ: phát hiện THA tuần thứ mấy thai kỳ

- Tiền căn biến chứng của THA: Tim (triệu chứng của suy tim, bệnh mạch vành) – Não (tai biến mạch máu não, sứt giảm trí nhớ) – Thận (tiểu đạm/tiểu máu) – Mắt (nhìn mờ) – Mạch máu (đau cách hồi, đau ngực kiểu phình ĐMC)

- Tiền căn các triệu chứng của bệnh sử trước đây

❖ Gia đình: bao nhiêu người trong gia đình THA, có ai bệnh tim mạch sớm, bệnh thận, đái tháo đường, rối loạn lipid máu

3. Khám:

❖ Tổng quát:

- Dáng người: kiểu hình Cushing/chi trên phát triển hơn chi dưới

- BMI

- Da: xanh, xạm/mỏng/ấm ẩm

- Phù chân/toàn thân

- Đo HA 2 tay, HA tư thế
- Mạch nhanh
- ❖ Đầu mặt cổ:
 - Các dấu hiệu mất của cường giáp, nhìn mờ được bao xa
 - Dấu tụ mỡ sau gáy
 - Tuyến giáp to, có rung miêu
 - TM cổ nổi
- ❖ Lồng ngực:
 - Tim: mỏm tim nảy mạnh, lệch khỏi ĐTD, A2 mạnh, T4 (giai đoạn sớm) – T3 (giai đoạn muộn), âm thổi khoang liên sườn III bờ (T) xương ức và sau lưng
 - Phổi: ran nổ, ran ẩm
- ❖ Bụng:
 - Vết rạn da ở bụng
 - Âm thổi động mạch thận
 - Gan to
 - Chạm thận, bập bênh thận, rung thận
- ❖ Thần kinh – cơ xương khớp:
 - Yếu liệt nửa người, nói đớ, méo miệng, các dấu thần kinh định vị khác
 - Run tay, dấu ghé đầu
 - Yếu 2 chi dưới trong ngộ độc cam thảo, HC Conn
- ❖ Khám mạch máu:
 - Mạch đều 2 bên không, mạch chi trên và chi dưới
 - Dấu giật dây chuông, dấu se điều
 - Âm thổi động mạch

IV. NOTE:

- Định nghĩa THA: THA là sự xuất hiện huyết áp cao đến một mức độ làm cho bệnh nhân tăng nguy cơ tổn thương các cơ quan đích như võng mạc, não, tim, thận và các mạch máu lớn (Washington)
- Tần suất THA cao từ 2 – 7 lần ở người có bố hoặc mẹ THA, uống rượu tăng nguy cơ THA khi > 5 lần cho phép
- Thay đổi lối sống trong điều trị THA:
 - Đạt và duy trì BMI < 25 kg/m²
 - Ăn < 6 g NaCl/ngày
 - Chế độ ăn DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) trong thời gian > 8 tuần: nhiều rau củ quả, ít chất béo đặc biệt là chất béo bão hòa
 - Uống rượu bia: nam ≤ 28 g ethanol/ngày, nữ ≤ 14 g ethanol/ngày
 - Vận động thường xuyên, đi bộ 30 phút mỗi ngày
- Biến chứng mắt của THA khác biến chứng mắt của ĐTD?
 - THA: bất chéo động tĩnh mạch
 - ĐTD: vi phình mạch hột lựu
- Biến chứng thận của THA khác biến chứng thận của ĐTD?
 - THA: xơ hóa cầu thận, mạch máu thận
 - ĐTD: xơ chai cầu thận dạng nốt (Kimmelstiel Wilson)

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị
2. Mục tiêu điều trị
3. Điều trị cụ thể