

# TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Lâm Hiếu

Bộ môn Tim mạch - ĐH Y Hà nội

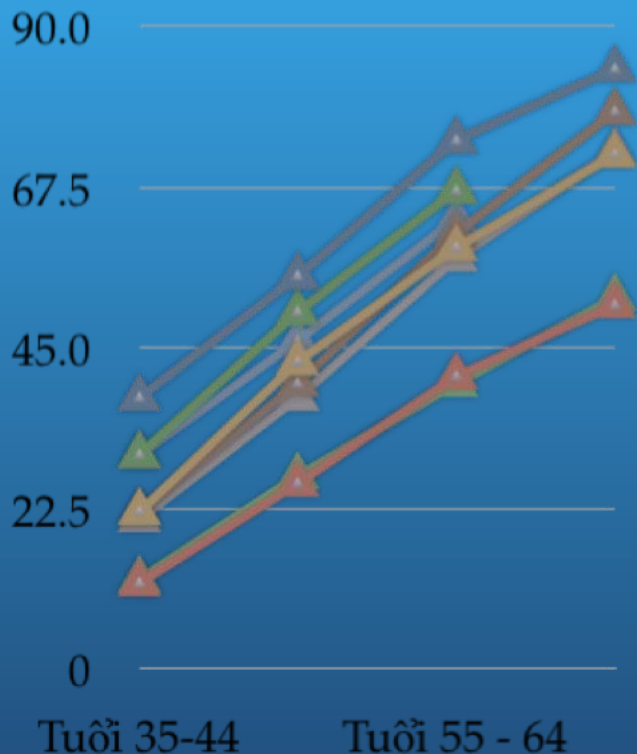
Viện Tim mạch Việt nam

# TỬ VONG TOÀN CẦU 2000



# THA trên thế giới

★ GER    ★ FIN    ★ ITA  
 ★ CAN    ★ Engl.    ★ SWE  
 ★ SPA    ★ USA

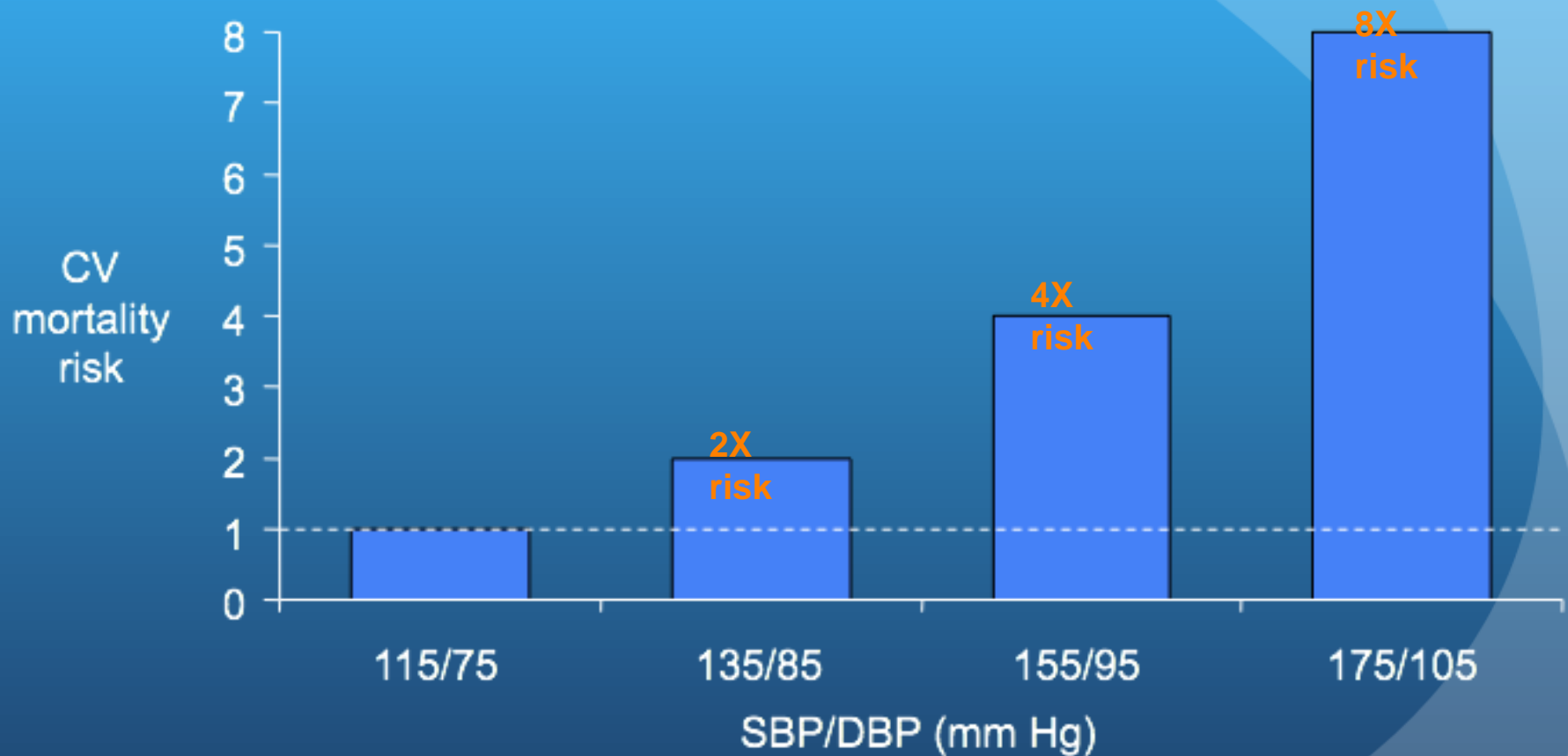


- 2000: 26,4 % tổng số người lớn.
- 972 triệu b/n THA (cả nam và nữ),
  - 333 triệu ở các nước phát triển.
  - 639 triệu ở các nước đang phát triển.
- 2025 ước 29,2 % ( $\approx 1,56$  tỷ người)
- Tại Mỹ: 50 triệu b/n THA: 59% được điều trị nhưng chỉ 34% kiểm soát tốt
  - 30% b/n không biết mình bị THA.
  - Dù HA bình thường ở tuổi 55, sau đó vẫn có 90% cơ hội mắc THA (FHS)
  - Với người > 50 tuổi, THA tâm thu nguy hiểm hơn THA tâm trương

Wolf-Maier K et al. JAMA 2003; 289:2363 - 9

Kearney PM et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005;365:217-223

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



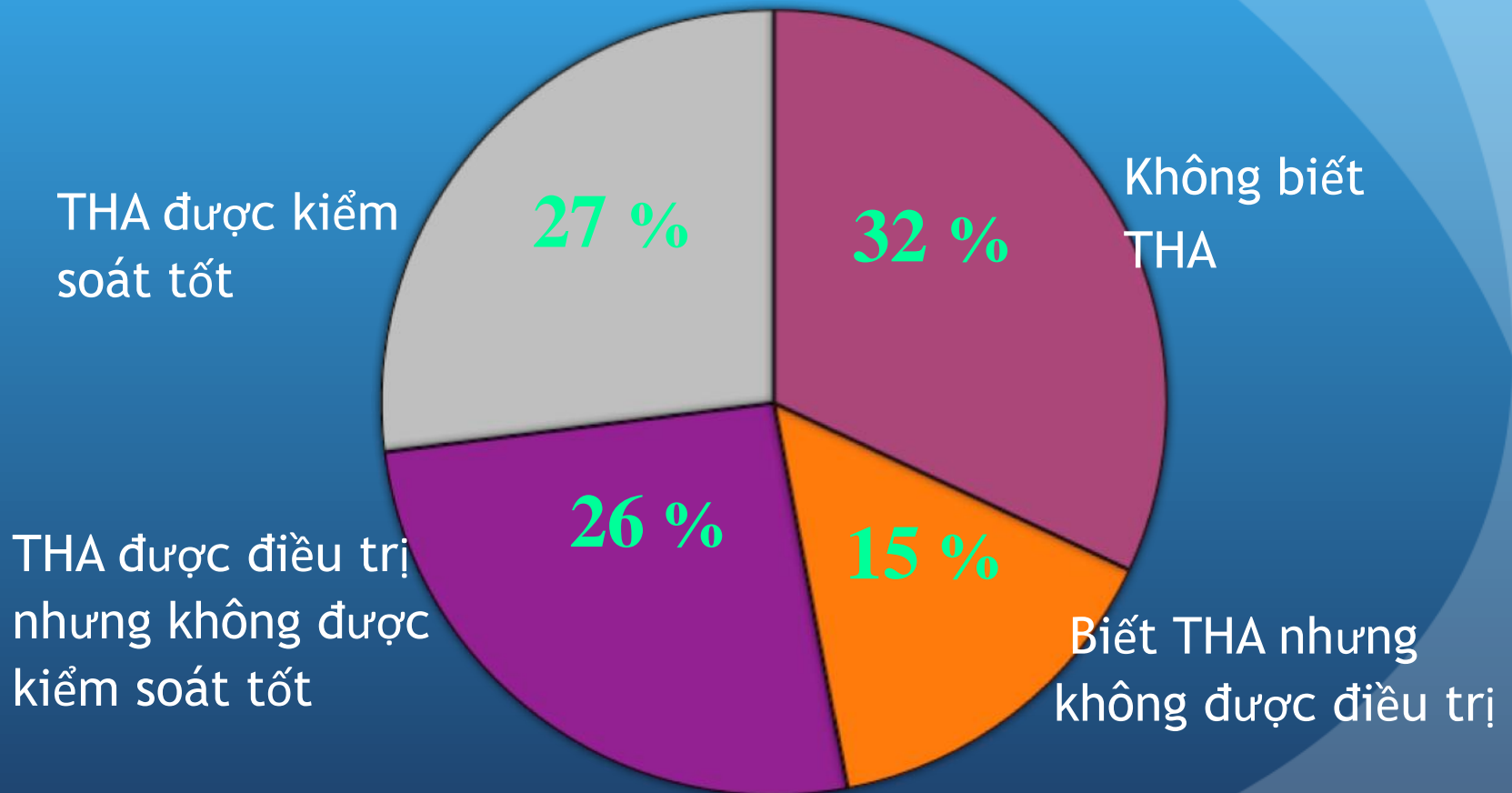
\*Individuals aged 40-69 years, starting at BP 115/75 mm Hg.

CV, cardiovascular; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure

Lewington S, et al. *Lancet*. 2002; 60:1903-1913.

JNC-VIII, 2018, 2019

## Tình hình phát hiện và kiểm soát THA tại Hoa kỳ



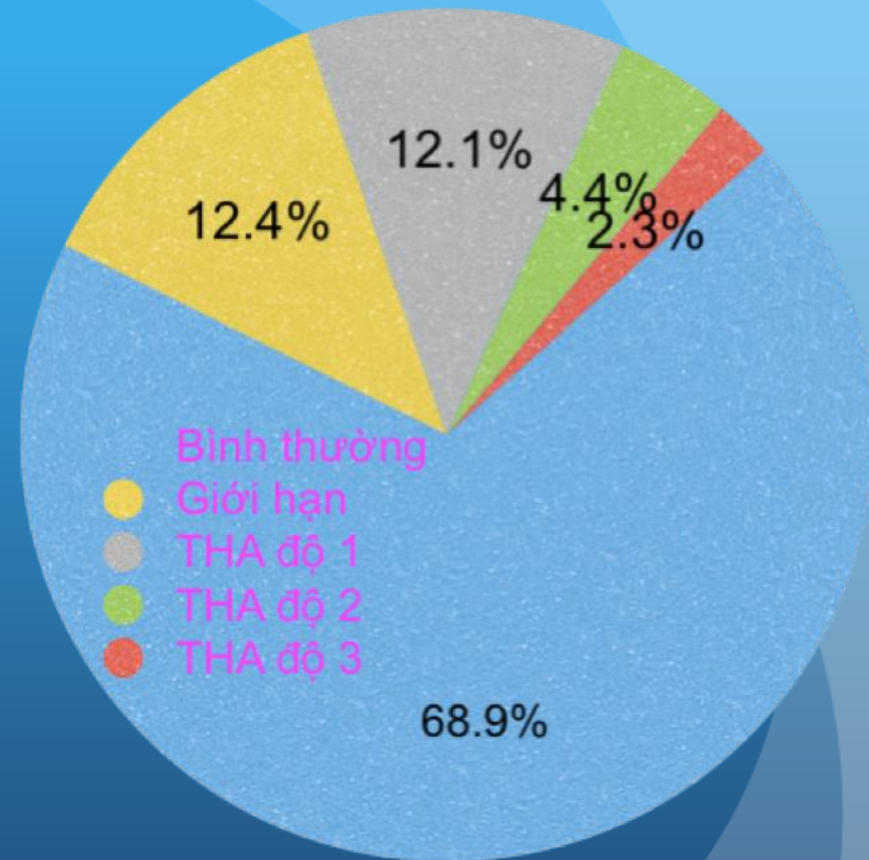
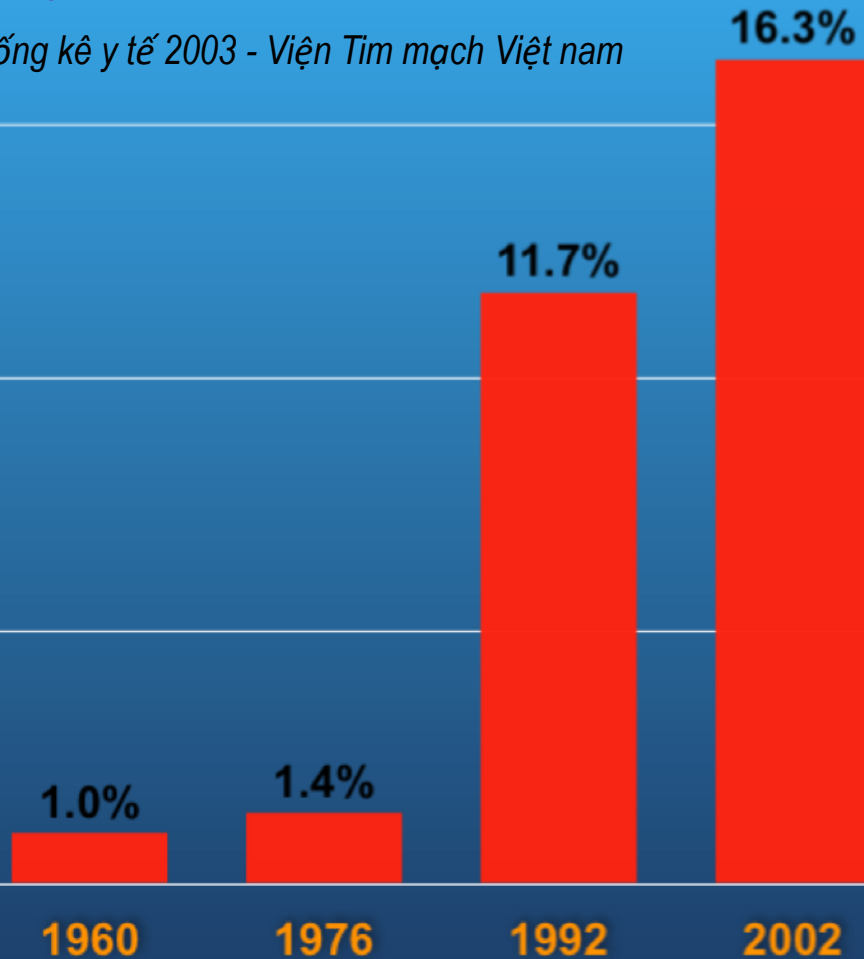
# QUÁ ÍT B/n được Điều trị

- Đánh giá thấp các nguy cơ có thật của bệnh nhân THA.
- Ước lượng dưới mức THA thật sự của bệnh nhân
- Vẫn chưa thống nhất về khái niệm “bình thường” và “đích “ điều trị THA
- Điều chỉnh lối sống là công việc chưa được coi trọng đúng mực ở bệnh nhân THA
- Tác dụng phụ của thuốc THA...
- Các khuyến cáo về THA còn chưa thống nhất...

# Tăng huyết áp - vấn đề NÓNG ở cộng đồng

## Tỷ lệ hiện mắc THA

Thống kê y tế 2003 - Viện Tim mạch Việt nam



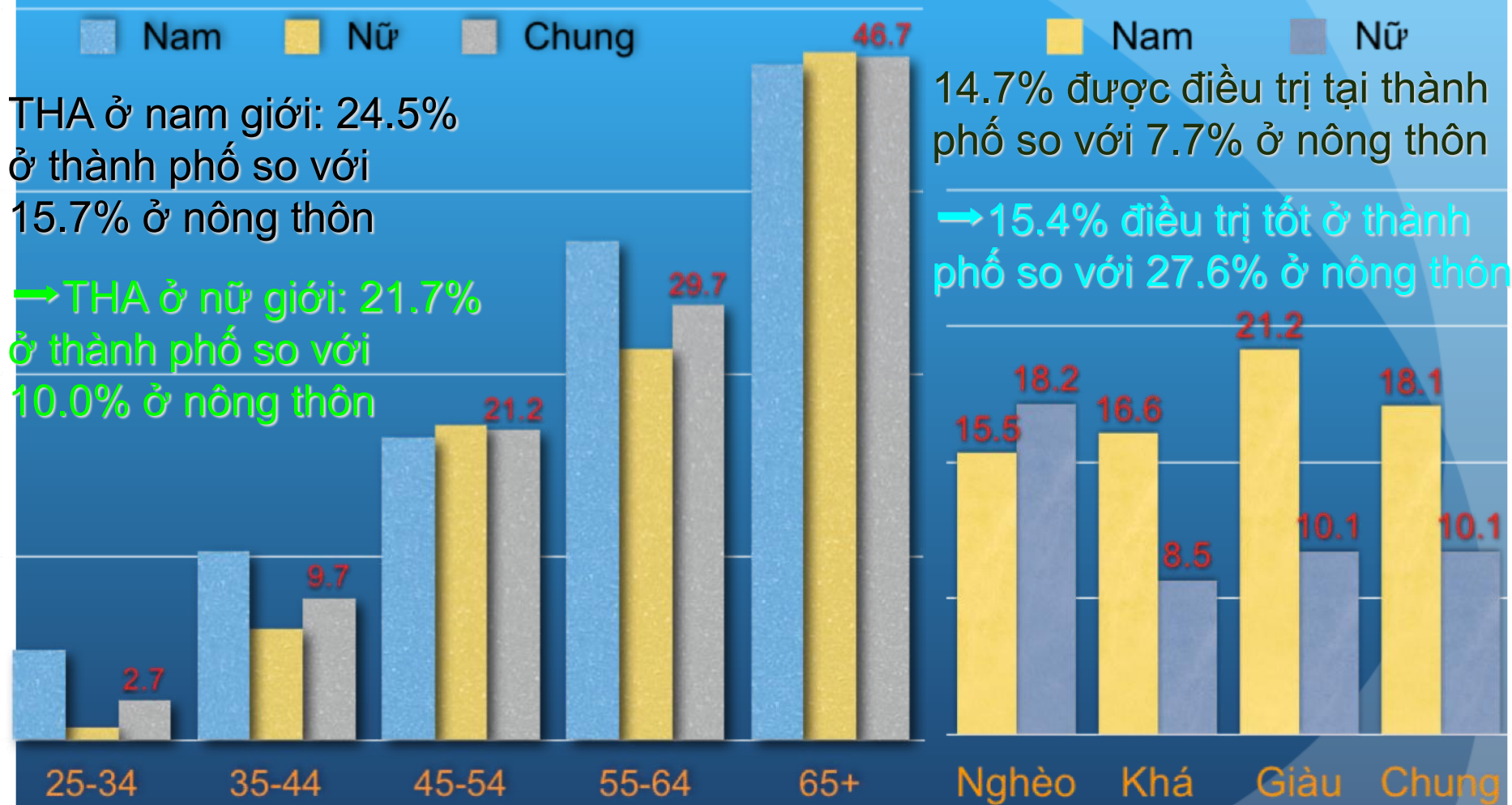
% được điều trị: 11.5%

→ 14.7% TP so với 7.7% NT

% được điều trị tốt: 19.1%

→ 15.4% TP so với 27.6% NT

# Tăng huyết áp trong cộng đồng

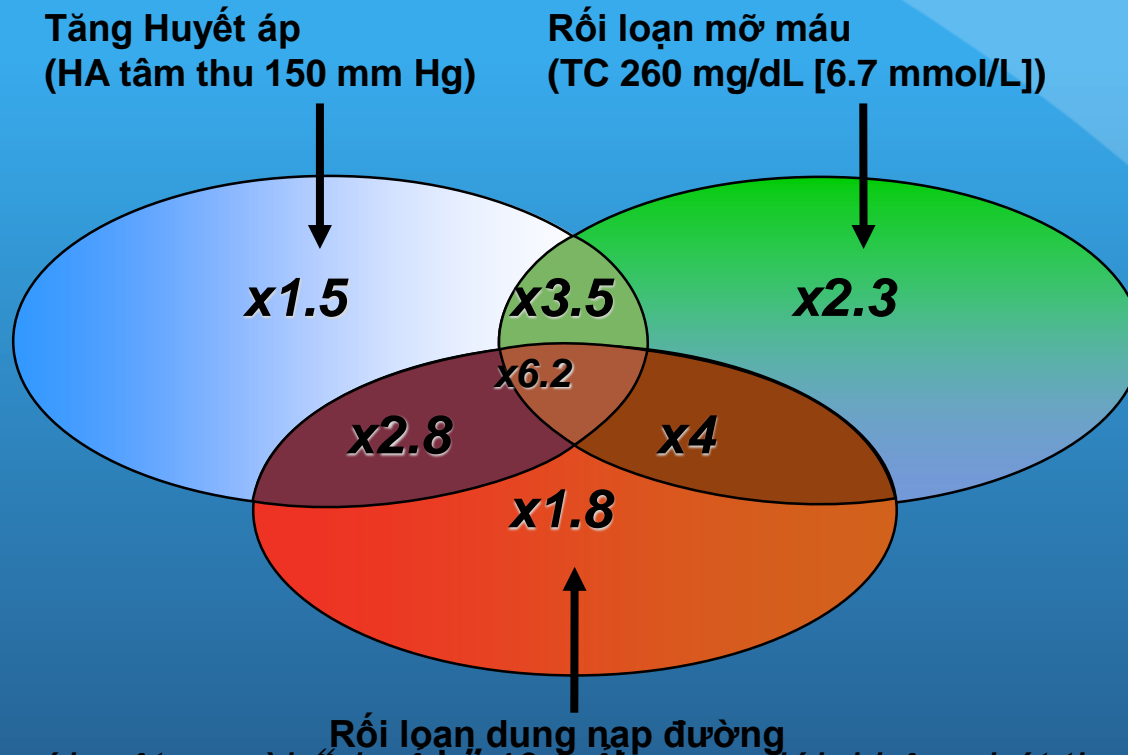


PG Khải và cs. Tần suất THA và các yếu tố nguy cơ tại các tỉnh miền Bắc Việt nam. Tạp chí Tim mạch học Việt nam, 2003;33:9-34.

HIV Minh et al. Gender differences in prevalence and socioeconomic determinants of hypertension. J Human Hypertension, 2006;20:119-115.



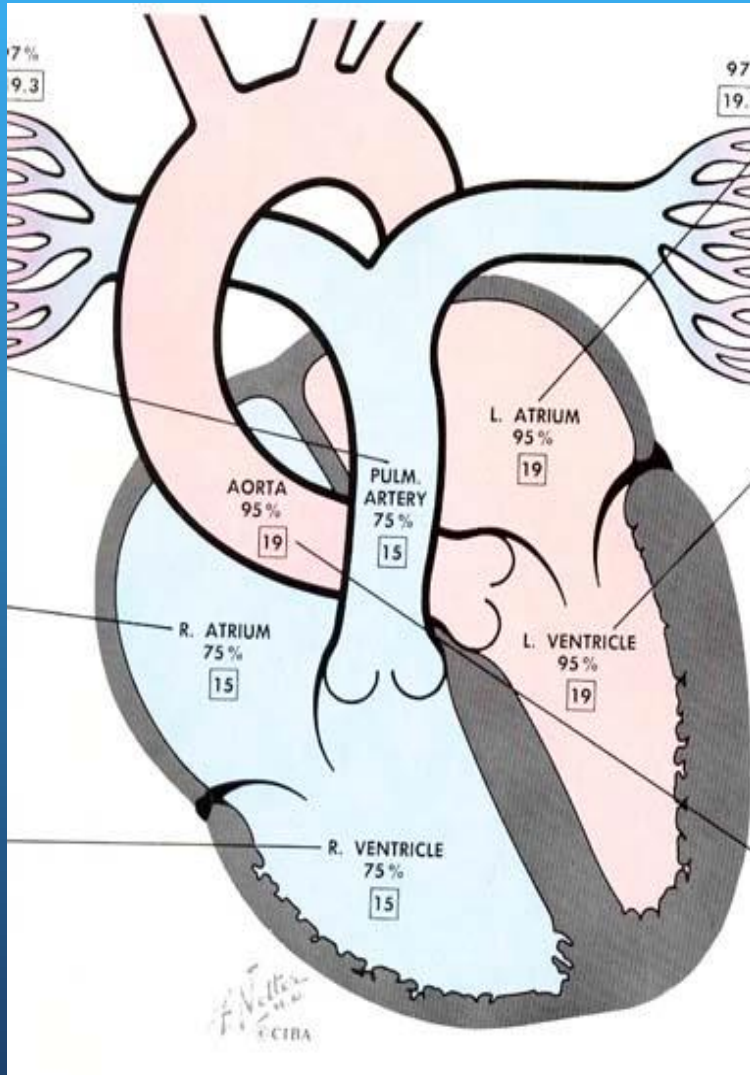
# Tương tác giữa các Yếu tố Nguy cơ



Rối loạn dung nạp đường

Nếu so sánh với một người “chuẩn” 40 tuổi, nam giới, không hút thuốc, Huyết áp tâm thu 120 mmHg, cholesterol máu 185 mg/dL (4.8 mmol/L), không rối loạn dung nạp đường máu, không có phì đại thất trái trên điện tim → tương đương với **Nguy cơ “cơ sở” xuất hiện biến cố tim mạch trong vòng 8 năm là 15/1000 (1.5%).**

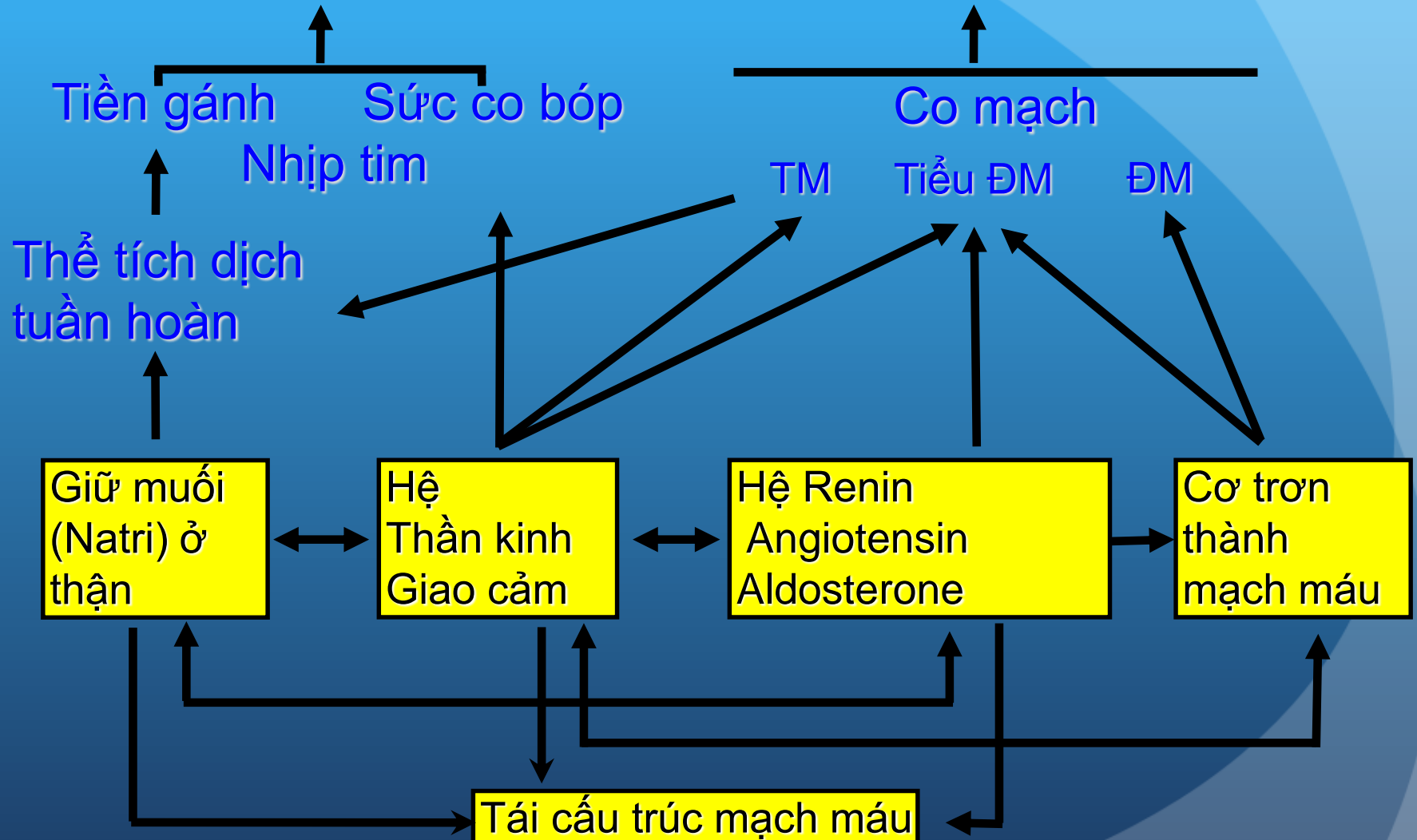
# HUYẾT ÁP LÀ GÌ ?



- ✓ Huyết áp (HA) là áp lực máu lưu thông tác động lên thành mạch
  - ✓ Các thành phần tạo nên HA: Sức bóp của tim Thể tích tuần hoàn (tiền gánh) Sức cản thành mạch (hậu gánh)
- Tăng huyết áp (THA) là khi huyết áp tăng tới mức có thể gây ra tổn thương các cơ quan đích như võng mạc, não, tim, thận, mạch máu lớn...

# Huyết áp Động mạch =

Cung lượng tim X Sức cản mạch ngoại vi

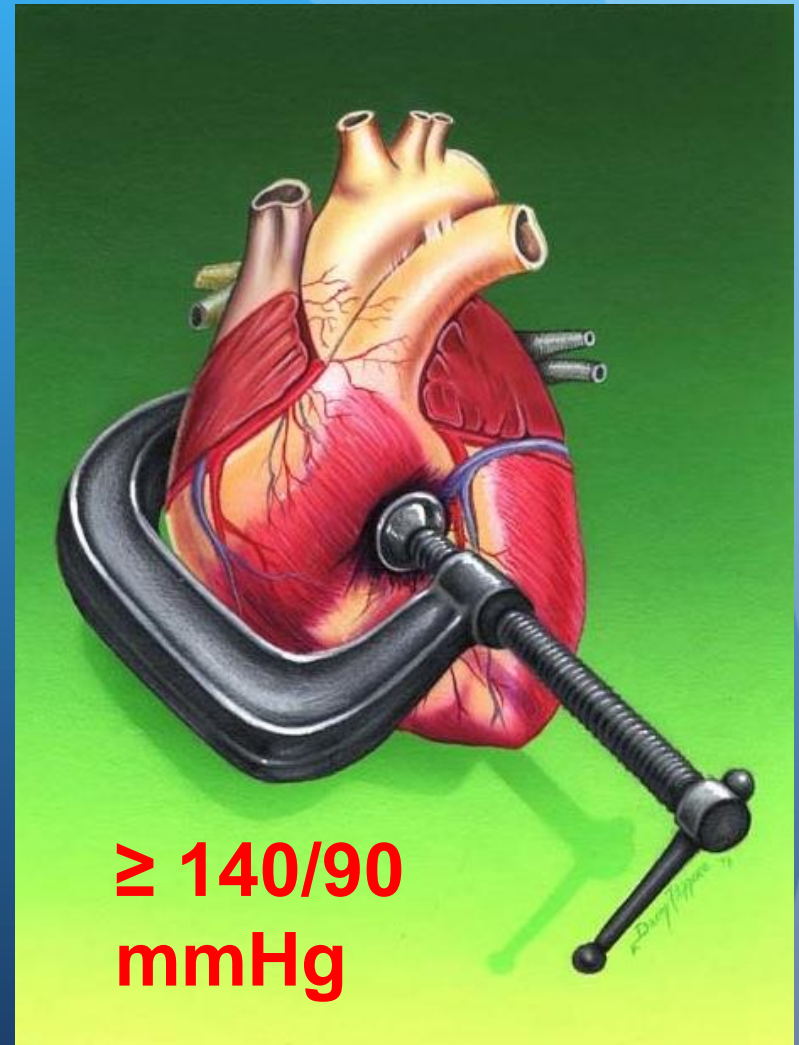


# TĂNG HUYẾT ÁP LÀ GÌ ?

✓ Định nghĩa: Tổ chức Y tế Thế giới và Hội THA quốc tế đã thống nhất quy định gọi là THA khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg.

✓ Chẩn đoán bằng cách đo huyết áp **đúng** theo quy trình có: HA tối đa  $\geq 140$  mmHg hoặc HA tối thiểu  $\geq 90$  mmHg hoặc Đang được uống thuốc điều trị hạ huyết áp

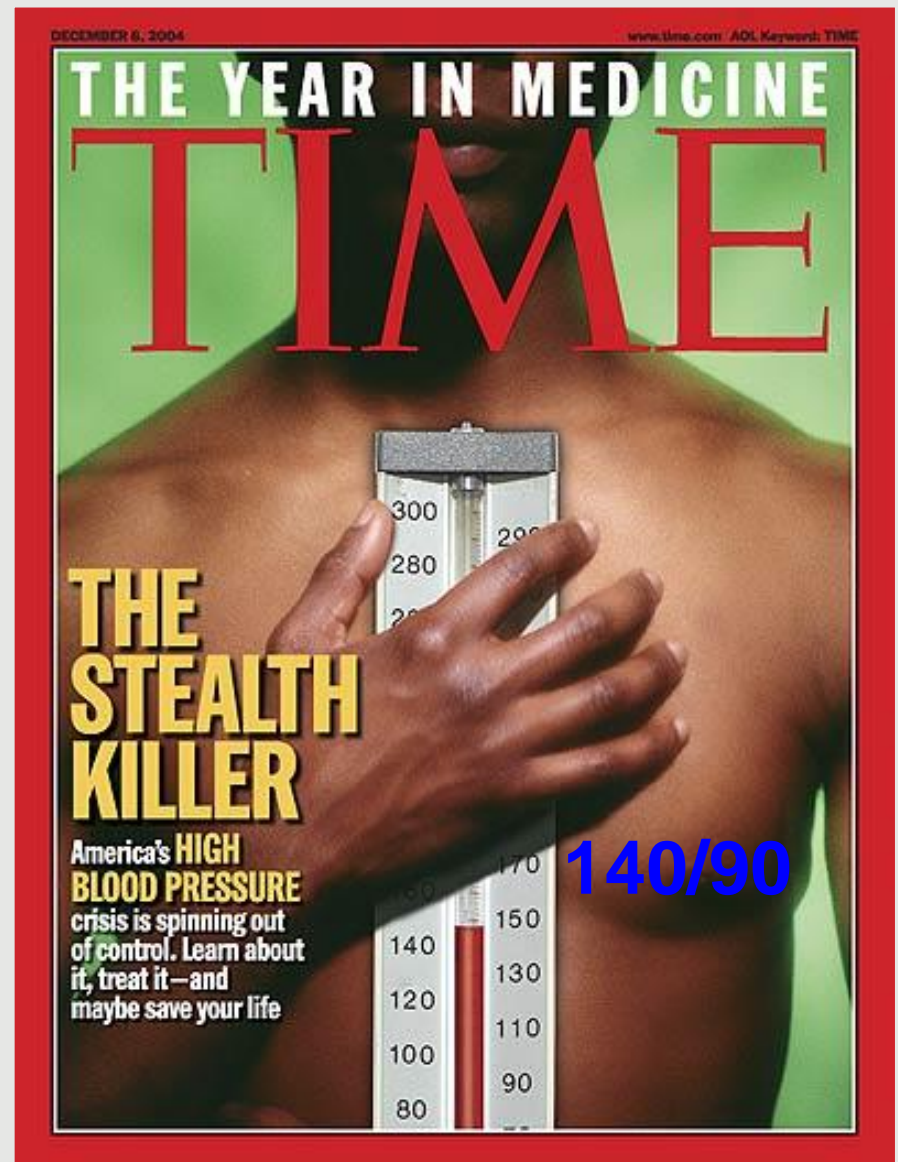
⇒ Lưu ý THA áo choàng trắng và áo choàng xám



# AI CÓ THỂ BỊ THA ?

- Người cao tuổi
- Người bị tai biến mạch não
- Người bị bệnh tim
- Phụ nữ có thai
- Người trẻ tuổi
- Bất cứ ai !!!

→ Vì thế *mọi người cần được đo huyết áp định kỳ để phát hiện*





# BIỂU HIỆN THƯỜNG GẶP

- Đau đầu, giật hai bên thái dương
- Choáng váng
- Nóng bừng mặt
- Mất ngủ, đái đêm
- Chảy máu mũi
- Giảm thị lực, ruồi bay
- Hồi hộp trống ngực
- ...

→ *Không có biểu hiện gì*



# Đo huyết áp đúng

- ✓ Ngồi nghỉ trước khi đo, ít nhất 5-10 phút, trong phòng yên tĩnh
- ✓ Không dùng chất kích thích trước 2 giờ
- ✓ Sử dụng huyết áp kế thủy ngân hoặc điện tử
- ✓ Bề dài bao đo tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu 40%: (trung bình 12-13cm X 35cm rộng). ***Quấn bao phía trên nếp khuỷu 2cm, đảm bảo ngang mức với tim***
- ✓ Nghỉ >30 giây trước khi đo lại cùng bên
- ✓ **Đo ít nhất hai lần**, đo lại vài lần sau khi nghỉ >5 phút nếu chênh lệch giữa hai lần đo đầu >10mmHg
- ✓ Đo HA ở hai tay và ***lấy trị số cao hơn***, ghi lại nhịp tim
- ✓ Đo ở tư thế ngồi ghế tựa, tay trên bàn, khuỷu ngang mức tim
- ✓ Có thể đo HA ở các tư thế nằm, ngồi, đứng. Đối với người già và đái tháo đường đo HA ở cả tư thế đứng để xác định hạ HA tư thế
- ✓ Đo nhiều lần  $\geq 2$  lần đo x 3 ngày riêng rẽ để xác định HA (?)

# Các Cách ĐO HA khác

- ✓ Theo dõi Huyết áp 24 giờ (Ambulatory BP Measurements)
  - ✓ Bổ sung dự báo nguy cơ tim mạch ngoài giá trị HA đo tại bệnh viện (giá trị tham chiếu).
  - ✓ Nên được chỉ định khi: (1) có khác biệt đáng kể giữa các lần đo hoặc lần khám; (2) đo HA cao trong khi nguy cơ tim mạch thấp; (3) khác biệt đáng kể giữa HA ở nhà và bệnh viện, (4) nghi ngờ kháng trị THA; (5) nghi ngờ có cơn hạ huyết áp đặc biệt ở người già, tiểu đường; (4) đo HA tại viện cao ở phụ nữ có thai hoặc nghi ngờ tiền sản giật.
- ✓ Tự đo HA tại nhà: cũng có ý nghĩa lâm sàng và tiên lượng
  - ✓ Nên khuyến khích nếu (1) cung cấp thêm thông tin về hiệu quả điều trị (tác dụng đỉnh, mức độ phủ thuốc...); (2) tăng mức độ gắn bó với điều trị; (3) nghi ngờ độ chính xác của Holter HA.
  - ✓ Không nên áp dụng nếu (1) gây lo lắng hoặc (2) khiến bệnh nhân tự điều chỉnh liều thuốc.



# NGŨỜNG Chẩn đoán THA

✓ *Ngưỡng bình thường khi đo HA tại bệnh viện khác biệt với các giá trị ngưỡng bình thường của các biện pháp đo HA khác.*

Cách đo HA	HA tâm thu	HA tâm trương
<b>Tại phòng khám</b>	<b>140</b>	<b>90</b>
Theo dõi HA 24 giờ	125 - 130	80
Ban ngày	130 - 135	85
Về đêm	120	70
Tại nhà	130 - 135	85

# PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

Phân độ THA	HA tối đa	HA tối thiểu
<b>HA tối ưu</b>	<b>&lt; 120</b>	<b>&lt; 80</b>
HA bình thường	120 - 130	80 - 85
HA bình thường cao	130 - 140	85 - 90
<b>THA giai đoạn I</b>	<b>140 - 160</b>	<b>90 - 100</b>
<b>THA giai đoạn II</b>	<b>160 - 180</b>	<b>100 - 110</b>
<b>THA giai đoạn III</b>	<b>≥ 180</b>	<b>≥ 110</b>

# Theo dõi huyết áp đúng

HA đo lần đầu tiên		Thời gian cần đo lại và theo dõi định kỳ
HA tối đa	HA tối thiểu	
< 80	< 60	Nên khám lại tại bệnh viện
< 130	< 85	Kiểm tra lại sau 1 - 2 năm
130 - 140	85 - 90	Kiểm tra lại sau 6 tháng - 1 năm
<b>≥ 140</b>	<b>≥ 90</b>	<b>Đưa vào chương trình quản lý tại xã</b>
140 - 160	90 - 100	Kiểm tra sau 1-2 tháng, đo 1 tháng/lần
<b>≥ 160</b>	<b>≥ 100</b>	<b>Khả năng có TĂNG HUYẾT ÁP</b>
<b>160 - 180</b>	<b>100 -110</b>	<b>Kiểm tra lại sau 2 tuần - 1 tháng</b>
<b>≥ 180</b>	<b>≥ 110</b>	<b>Kiểm tra lại ngay, kiểm tra lại trong vòng 1 tuần tùy theo tình trạng bệnh</b>

# Hỏi tiền sử - bệnh sử

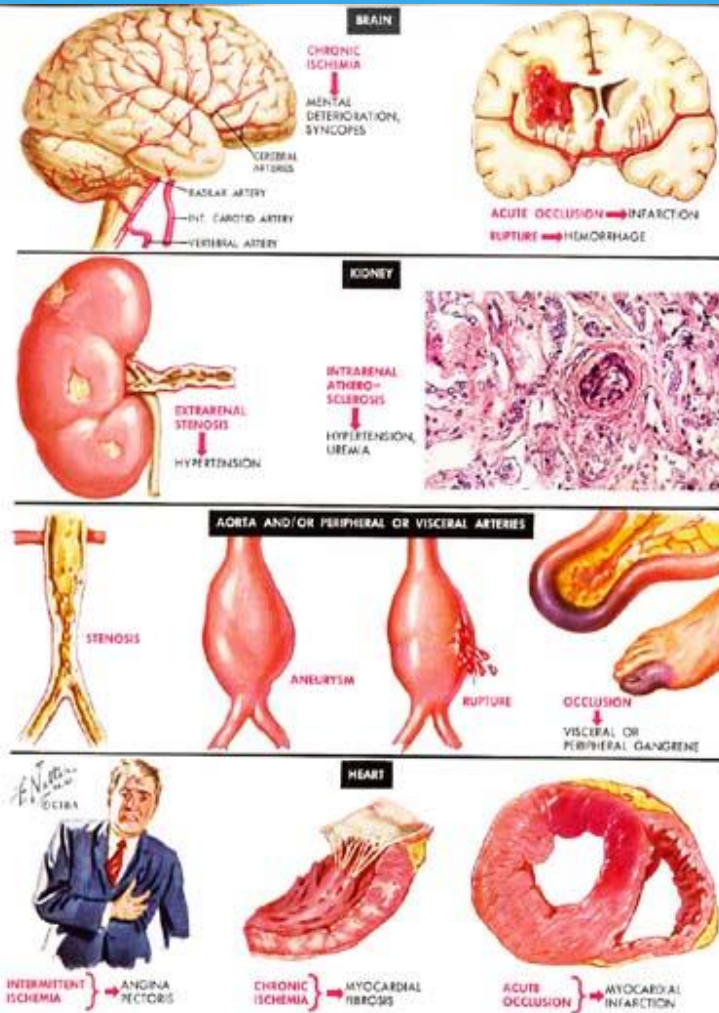
- ✓ Thời gian phát hiện (mắc) THA và mức độ THA trước đây
- ✓ Tiền sử dùng các thuốc hạ áp: loại thuốc, hiệu quả và tác dụng phụ
- ✓ Hỏi về các dấu hiệu chỉ điểm của THA thứ phát:
  - ✓ Tiền sử gia đình có bệnh thận (thận đa nang)
  - ✓ Tiền sử mắc bệnh thận, nhiễm khuẩn tiết niệu, đái máu, sử dụng quá mức thuốc giảm đau (bệnh lý nhu mô thận)
  - ✓ Tiền sử dùng các loại thuốc tránh thai, rượu, thuốc gây nghiện (carbenoxolone, cocaine, amphetamines), thuốc nhỏ mũi, steroids, giảm đau NSAID, erythropoietin, cyclosporine
  - ✓ Con vã mồ hôi, đau đầu lo lắng, trống ngực (u tủy thượng thận)
  - ✓ Các cơn yếu cơ và chuột rút (cường aldosterone)

- ✓ Hỏi về các yếu tố nguy cơ:
  - ✓ Tiền sử gia đình và bản thân về (1) THA, các bệnh tim mạch; (2) rối loạn mỡ máu; (3) tiểu đường;
  - ✓ Thói quen về (1) hút thuốc; (2) chế độ ăn; (3) chế độ hoạt động thể lực & béo phì; (4) ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ
  - ✓ Nhân cách/cá tính
- ✓ Hỏi về tr/chứng cơ năng của các tổn thương cơ quan đích
  - ✓ Não và mắt: đau đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác, cơn tai biến mạch não thoáng qua, tr/c thần kinh khứu giác/vận động
  - ✓ Tim: hồi hộp trống ngực, đau thắt ngực, khó thở, phù mắt cá
  - ✓ Thận: khát nước, đái nhiều, đái đêm, đái máu
  - ✓ Bệnh ĐM ngoại vi: đầu chi lạnh, đau cách hồi
- ✓ Các yếu tố các nhân, gia đình và xã hội khác

# Phát hiện tr/chứng

- ✓ Tr/chứng lâm sàng gợi ý THA thứ phát (có nguyên nhân)
  - ✓ Triệu chứng đặc hiệu của h/c Cushing
  - ✓ Sờ thận to (thận đa nang)
  - ✓ Nghe tiếng thổi ở bụng (THA do bệnh động mạch thận)
  - ✓ Nghe tiếng thổi ở trước tim/ngực (hẹp eo ĐMC, bệnh ĐMC)
  - ✓ Mạch/HA đùi giảm và trễ so với tay (hẹp eo ĐMC, bệnh ĐMC)
- ✓ Tr/chứng lâm sàng gợi ý tổn thương cơ quan đích (của THA)
  - ✓ Não: tiếng thổi vùng ĐM cổ, tr/c thần kinh khứu giác
  - ✓ Mắt: bất thường đáy mắt khi soi
  - ✓ Tim: mỏm tim đập bất thường, rối loạn nhịp, nghe có tiếng ngựa phi, rales phổi, phù ngoại vi...
  - ✓ Bệnh ĐM ngoại vi: giảm/mất mạch một bên, chi lạnh, tổn thương da loạn dưỡng
- ✓ Phát hiện bằng chứng của béo tạng (visceral obesity)
  - ✓ Cân nặng
  - ✓ Vòng bụng (tư thế đứng): nam >102 cm, nữ >88 cm
  - ✓ Chỉ số khối cơ thể: quá cân  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , béo phì  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

# TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH



<i><b>Cơ quan đích</b></i>	<i><b>Tổn thương</b></i>
Mạch máu lớn	Giãn phình ĐM, Xơ vữa động mạch tiến triển Phình tách ĐMC
Tim	Phù phổi/hen tim, NMCT. Bệnh ĐMV, phì đại thất trái
Não	XH não, hôn mê, co giật, Thay đổi tâm thần, Đột quỵ, tai biến mạch não thoáng qua
Thận	Tiểu máu, tiểu đạm, suy thận
Võng mạc	Xuất huyết, xuất tiết, phù gai

# Các xét nghiệm

- **Xét nghiệm thường quy**

- ✓ Đường máu khi đói
- ✓ Mỡ máu: TC, HDL, LDL, TG
- ✓ Điện giải máu: kali
- ✓ Acid uric máu
- ✓ Creatinine máu: ước tính độ thanh thải creatinine (c/thức Cockcroft-Gault) hoặc mức lọc cầu thận (c/thức MDRD)
- ✓ Haemoglobin and haematocrit
- ✓ Phân tích nước tiểu (que thử albumine niệu và soi vi thể)
- ✓ Điện tim

## **Xét nghiệm nên làm**

Siêu âm tim

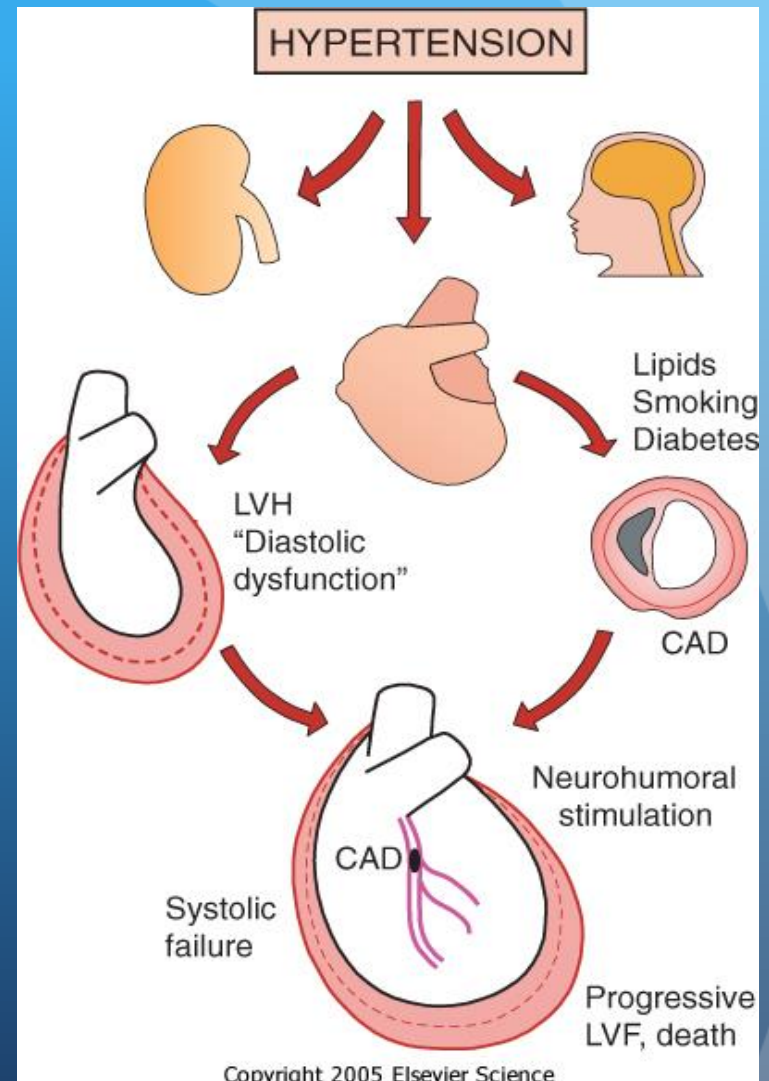
Siêu âm Doppler mạch cảnh

- ✓ Định lượng protein niệu (nếu que thử protein dương tính) Chỉ số ABI (mắt cá-cánh tay) Soi đáy mắt
- ✓ Ngh/pháp dung nạp glucose (nếu đường máu khi đói  $>5.6$  mmol/L hay 102 mg/dl)
- ✓ Theo dõi HA 24 giờ và tại nhà
- ✓ Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (nếu có điều kiện)



# Các xét nghiệm

- **Xét nghiệm mở rộng**
- **(chuyên khoa)**
- ✓ Để đánh giá thêm các bệnh lý ở não, tim, thận và mạch máu: bắt buộc ở bệnh nhân THA có biến chứng
- ✓ Tìm kiếm các nguyên nhân THA thứ phát gợi ý nhờ hỏi bệnh sử/khám hoặc x/n thường quy như định lượng renin, aldosterone, corticosteroids, catecholamines máu/niệu, chụp động mạch, siêu âm thận và thượng thận, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ...



# TIẾP CẬN Bệnh nhân THA

## ✓ Yếu tố Nguy cơ Tim mạch

### ✓ Tăng huyết áp

✓ Hút thuốc lá

✓ Béo phì (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>)

✓ Không hoạt động thể lực Rối loạn mỡ máu

✓ Đái đường

✓ Microalbumin niệu hoặc Mức lọc Cầu thận ước tính <60 ml/min Tuổi (> 55 nam, 65 với nữ)

✓ Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam trước 55, nữ trước 65 tuổi)

## ✓ Nguyên nhân THA thứ phát

✓ Ngừng thở khi ngủ Do thuốc, liên quan đến thuốc

✓ Bệnh thận mạn tính Cường aldosterone tiên phát

✓ Bệnh mạch thận Điều trị steroid lâu dài/ Hội chứng Cushing's

✓ U tủy thượng thận Hẹp eo Động mạch chủ Bệnh lý tuyến giáp hoặc cận giáp

# PHÂN TẦNG NGUY CƠ

- Yếu tố chính để đánh giá: (1) Có bệnh tim mạch hoặc bệnh thận; (2/3) Đái đường típ 2 hoặc 1; (4) Có các YTNC cao khác nhau.
- ***Điểm mới trong phân tầng nguy cơ***
  - Tăng HA tâm thu, HA tâm trương và chênh lệch HA (HA hiệu số) lớn được coi là những nguy cơ tim mạch → Dùng HATT và HATT<sub>r</sub> để phân độ và phân tầng THA và nguy cơ tim mạch.
  - Nguy cơ đặc biệt cao khi có bệnh tim mạch hoặc bệnh thận.
  - H/c chuyển hóa và tổn thương vi thể cơ quan đích (vdv micro albumine niệu) được thêm vào b/n ĐTĐ để phân tầng nguy cơ
- ***Một số thông số được dùng thêm để phân tầng nguy cơ:***
  - HC chuyển hóa; tổn thương đa phủ tạng;
  - Vận tốc lan truyền sóng mạch;
  - Chỉ số HA mắt cá – cánh tay (ABI);
  - Tổn thương vi thể các cơ quan đích: micro albumine niệu;
  - Độ dày lớp nội mạc ĐM cảnh...

# NGUY CƠ TM cao/Rất cao

- HA tâm thu  $\geq 180$  mmHg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 110$  mmHg
- HA tâm thu  $>160$  mmHg song HA tâm trương thấp ( $< 70$  mmHg)
- Đái tháo đường
- Hội chứng chuyển hóa
- Có trên  $\geq 3$  yếu tố nguy cơ tim mạch
- Có kèm theo bệnh tim mạch hoặc bệnh thận
- Có ít nhất một tổn thương cơ quan đích như sau:
  - Dày thất trái trên điện tim hoặc siêu âm tim (đặc biệt là khi phì đại đồng tâm)
  - Siêu âm Doppler mạch có mảng xơ vữa hoặc dày thành ĐMC
  - Tăng độ cứng thành động mạch
  - Tăng nhẹ creatinine huyết thanh
  - Mức lọc cầu thận hoặc độ thanh thải creatinine ước tính giảm
  - Microalbumin hoặc protein niệu

# Phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân THA

Bệnh cảnh	HA Bình Thường HATThu 120-129 hoặc HATTr 80-84	HA BThường Cao HATThu 130-139 hoặc HATTr 85-89	THA độ 1 HATThu 140-159 hoặc HATTr 90-99	THA độ 2 HATThu 160-179 hoặc HATTr 100-109	THA độ 3 HATThu $\geq 180$ hoặc HATTr $\geq 110$
Không có yếu tố nguy cơ nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
1-2 Yếu tố nguy cơ tim mạch	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
$\geq 3$ YTNC tim mạch, hội chứng chuyển hóa, tổn thương cơ quan đích hoặc tiểu đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố/bệnh tim mạch hoặc bệnh thận	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Bệnh cảnh	HA Bình Thường HATThu 120-129 hoặc HATTr 80-84	HA BThường Cao HATThu 130-139 hoặc HATTr 85-89	THA độ 1 HATThu 140-159 hoặc HATTr 90-99	THA độ 2 HATThu 160-179 hoặc HATTr 100-109	THA độ 3 HATThu ≥180 hoặc HATTr≥110
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào	Theo dõi HA định kỳ	Theo dõi HA định kỳ	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC vài tháng+Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC vài tuần +Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
1-2 Yếu tố nguy cơ tim mạch	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
≥ 3 YTNC tim mạch, hội chứng chuyển hóa, hoặc tổn thương cơ quan đích	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC - Cân nhắc dùng thuốc	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Điều trị thuốc	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Điều trị thuốc	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
Tiểu đường	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Điều trị thuốc			
Đã có biến cố/bệnh tim mạch hoặc bệnh thận	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Thay đổi lối sống tích cực & Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay

# ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

# Điều trị nguyên nhân

- Nội tiết: u tuỷ thượng thận ...
- Thận: Hẹp động mạch thận, sỏi thận
- Bẩm sinh: hẹp eo ĐMC, Takaysu ...



# Mục tiêu điều trị THA

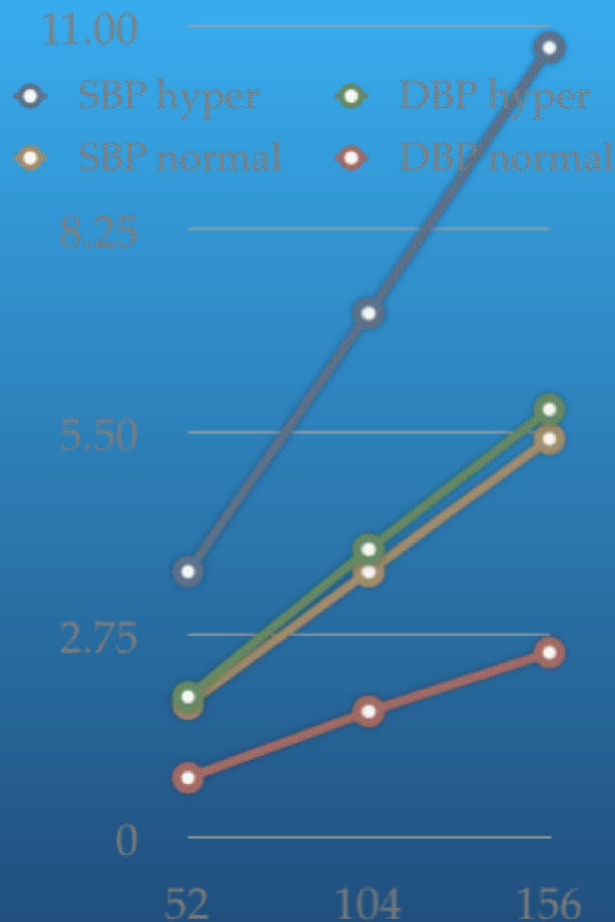
- Mục tiêu hàng đầu là **giảm tối đa nguy cơ tim mạch lâu dài**, ngăn ngừa tiến triển của huyết áp, phòng ngừa lâu dài các biến chứng/tử vong, kéo dài tuổi thọ...→ đòi hỏi phải điều trị HA tăng đồng thời điều trị các nguy cơ có thể đảo ngược khác.
- Điều trị toàn diện, liên tục và lâu dài (suốt đời): không chế tất cả các nguy cơ có thể đảo ngược được: **đúng, đủ, đều**.
- Đưa được HA về trị số bình thường  $< 140/90$  mmHg, và thấp hơn nếu bệnh nhân dung nạp được;  $< 130/80$  mmHg ở bệnh nhân Đái đường hoặc có nguy cơ cao/rất cao hoặc đã có biến chứng (TBMN, NMCT, suy thận, protein niệu...).
- Khó hạ HA khi đã có các tổn thương đi kèm (đái đường, suy thận...) → phải **điều trị tích cực**. Để đạt mục tiêu điều trị tốt và dễ dàng hơn, cần điều trị HA tích cực kể cả trước khi xảy ra tổn thương cơ quan đích.

# NGƯỜI HA CẦN ĐẠT

- Nguyên tắc điều trị THA: Điều chỉnh lối sống là luôn luôn cần thiết. Cần lựa chọn loại thuốc có tác dụng hạ áp thích hợp, ít tác dụng phụ, phù hợp với từng thể lâm sàng (người già, tiểu đường, suy tim, suy vành, có thai...). Số HA cần giảm một cách từ từ (tránh hạ HA quá nhanh). Việc điều trị cần lâu dài, liên tục, thậm chí suốt đời.

THA chưa có biến chứng	HA < 140/90
Đái tháo đường Bệnh thận mạn tính Mức lọc cầu thận < 60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> Tỷ lệ albumin/creatinine niệu ≥ 30 mg/mmol	Chỉ định HA < 130/80
Bệnh ĐMV ổn định Dự phòng thứ phát TBMN hoặc TIA Phì đại thất trái	Cân nhắc HA < 130/80

# Thay đổi lối sống & THA



Vai trò của chế độ ăn giảm muối

Biện pháp	Số lượng	Hiệu quả giảm HA tối đa/tối thiểu
Giảm thức ăn chế biến sẵn có muối	1.8 g Natri (78 mmol)	- 5.1 / - 2.7
Giảm cân	/mỗi kg giảm cân	- 1.1 / - 0.9
Uống rượu	Giảm 3.6 cốc/ngày	- 3.9 / - 2.4
Vận động thể lực	120-150 phút/tuần	- 4.9 / - 3.7
Chế độ ăn hợp lý	DASH	- 11.4 / - 5.5 (với người THA)
		- 3.6 / - 1.8 (với HA b/thường)

Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension. Padwal R. CMAJ 2005;173(7):749-51.

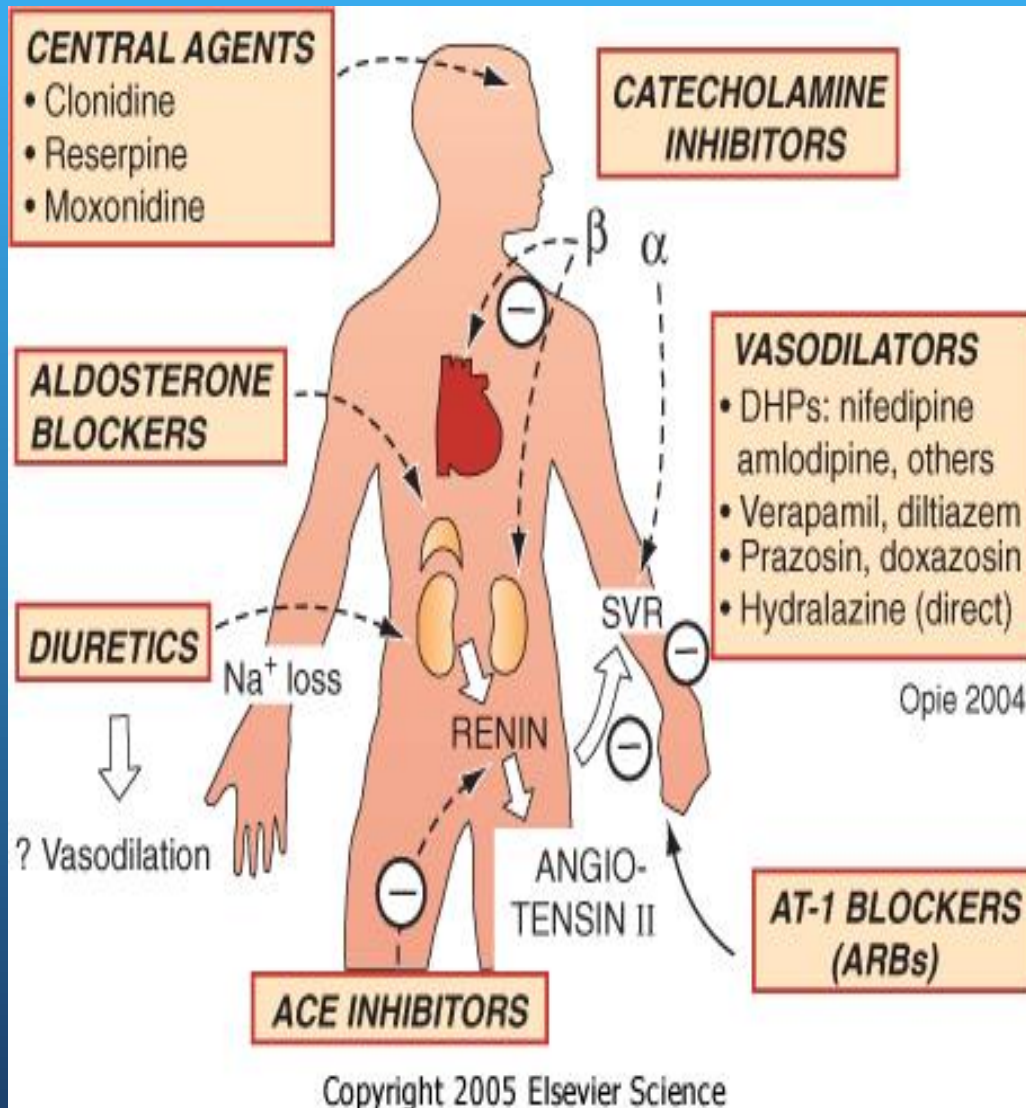
# THAY ĐỔI LỐI SỐNG (1)

- Thay đổi lối sống hợp lý, tích cực và kiểm soát các YTNC: cho mọi b/n để hạ HA, giảm số lượng thuốc cần dùng, ngăn ngừa tiến triển HA...
- Do việc tuân thủ thay đổi lối sống thường kém, hiệu quả lên HA đa dạng, do vậy cần theo dõi sát để khuyến khích điều trị và bắt đầu dùng thuốc khi cần
- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ  $K^+$ ,  $Mg^{++}$ ,  $Ca^{++}$ 
  - **Giảm muối**, ít hơn 100 mmol natri/ngày (6 gram NaCl/ngày).
  - Thêm rau xanh, hoa quả tươi, ăn nhiều chất xơ và protein thực vật.
  - Ít béo, hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no
- Giảm cân (nếu thừa cân) và duy trì cân nặng lý tưởng BMI 18.5-25 kg/m<sup>2</sup>
  - Giảm cân ( $\geq 5$ kg) ở những người quá cân (BMI  $>25$ )
  - Duy trì vòng bụng  $< 102$  cm ở nam và  $< 88$  cm ở nữ
- Hạn chế rượu: số lượng  $<3$  cốc/ngày (nam),  $<2$  cốc/ngày (nữ) **VÀ**  $<14$  cốc/tuần (nam),  $< 9$  cốc/tuần (nữ): cốc tiêu chuẩn chứa 15ml ethanol tương đương với 360ml bia hoặc 150ml rượu vang hoặc 30ml whisky.
- Bỏ thuốc lá
- Tăng cường các hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, chạy bộ hoặc vận động mức độ vừa: khoảng 30-60 phút hàng ngày trong tuần.
- Tránh căng thẳng thần kinh, thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý
- Tránh bị lạnh đột ngột

# LỰA CHỌN THUỐC HẠ HA

- **Lợi ích của điều trị tăng huyết áp là do tác dụng hạ áp của thuốc.**
- 5 nhóm thuốc điều trị hạ HA chính: (1) lợi tiểu thiazide, (2) chẹn kênh canxi, (3) ACEI, (4) ARB, (5) chẹn beta giao cảm: đều phù hợp để khởi đầu và duy trì điều trị THA, đơn thuần hoặc phối hợp. Tuy nhiên vai trò của chẹn beta giảm nhiều: không nên phối hợp chẹn beta với lợi tiểu thiazide ở b/n có h/c chuyển hóa hoặc nguy cơ xuất hiện tiểu đường cao.
- Điều trị thường cần phối hợp nhiều loại thuốc, vì thế thuốc đầu tiên là gì không quá quan trọng, song vẫn có chỉ định bắt buộc đồng thời cần tính:
  - Đáp ứng, tác dụng phụ của các nhóm thuốc tương tự trong quá khứ
  - Tác dụng của thuốc đối với các YTNC tim mạch của từng bệnh nhân
  - Tổn thương các cơ quan đích, bệnh tim mạch kèm theo, bệnh thận hoặc đái đường → ưu tiên chọn thuốc này hay thuốc khác
  - Tương tác thuốc (có thể) giữa các nhóm
  - Giá thành điều trị lâu dài
- Cần chú ý đến tác dụng phụ của thuốc vì đó là nguyên nhân quan trọng nhất gây bỏ thuốc - các tác dụng này rất khác nhau giữa các bệnh nhân
- Nên chọn thuốc có tác dụng hạ áp ít nhất trong 24 giờ để dùng thuốc 1 lần/ngày: kiểm tra bằng máy đo tại nhà hoặc theo dõi liên tục 24 giờ

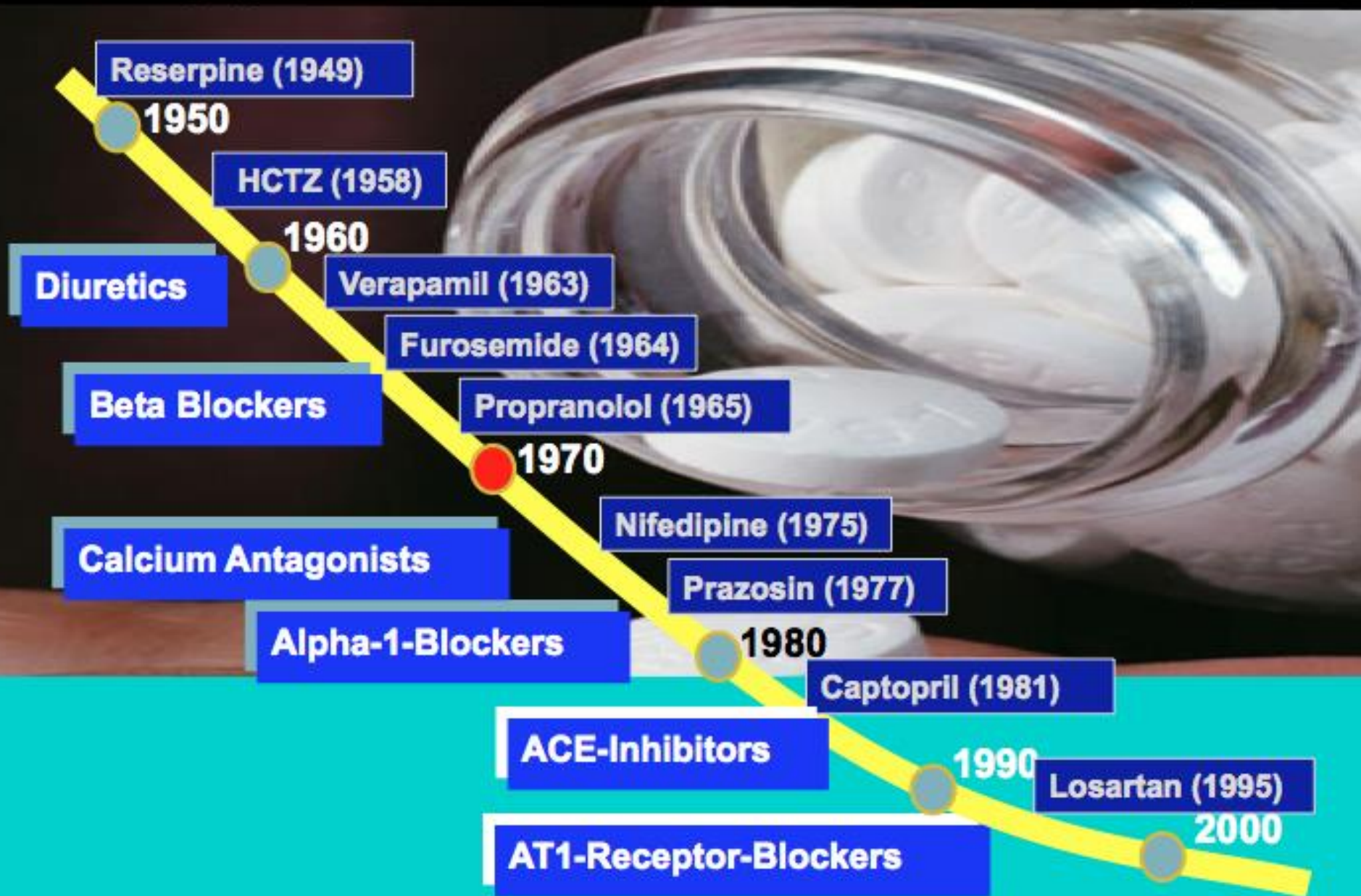
# CÁC thuốc hạ Huyết Áp



1. Lợi tiểu
2. Chẹn kênh canxi (CCB)
- 3.Ức chế men chuyển (ACEI)
- 4.Ức chế thụ thể angiotensin (ARB)
5. Giãn mạch ngoại vi
6. Chẹn alpha-1
7. Chẹn beta
8. Kích thích alpha-2
9. Ức chế hạch giao cảm
10. Ức chế đầu tận TK giao cảm



# Sự phát triển của các thuốc điều trị THA



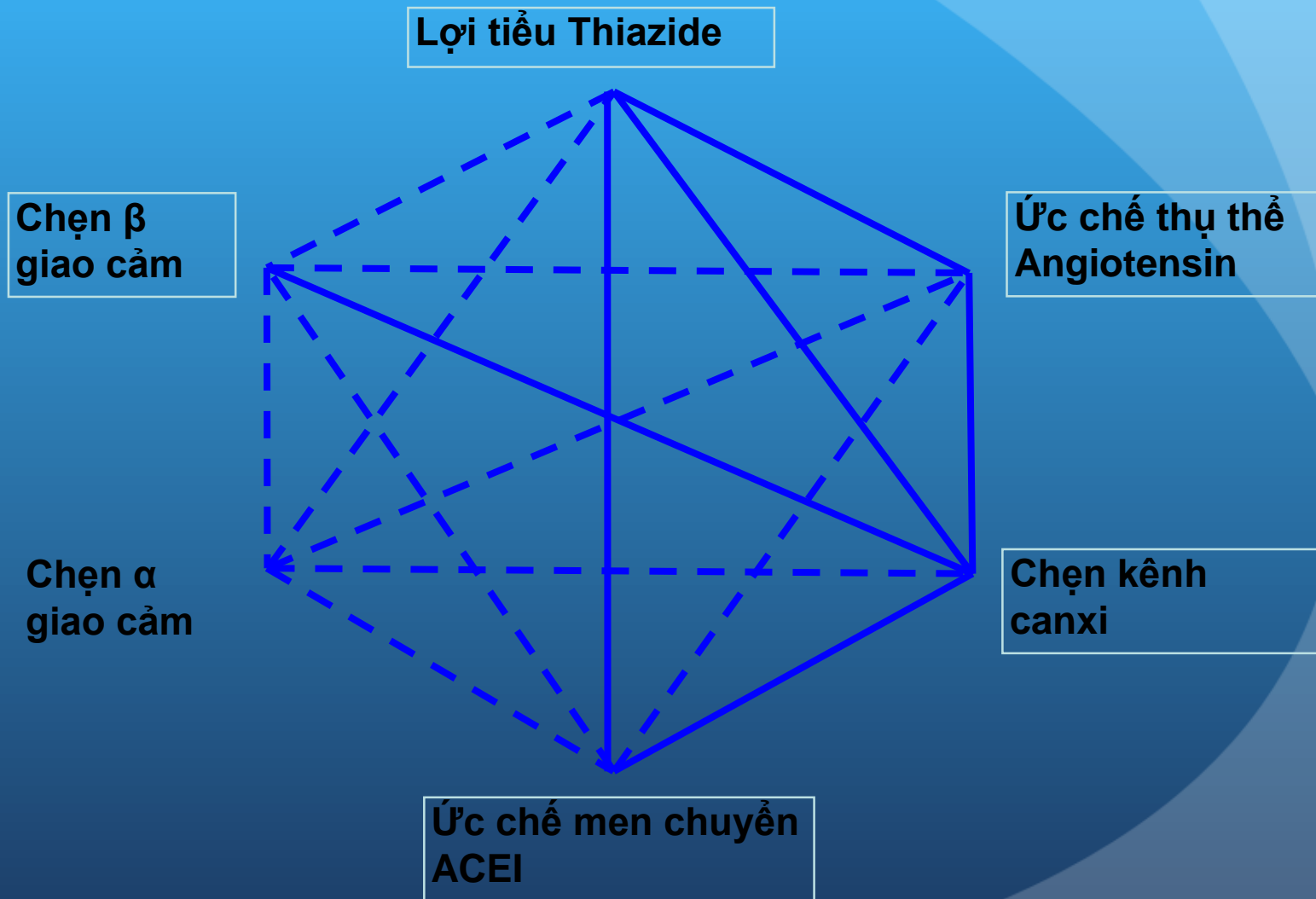
# THUỐC PHỐI HỢP

✓ Alpha-1 Blocker + Diuretic Prazosin+Polythiazide (Minizine®)  
Alpha-2 Agonist + Diuretic Clonidine+Chlorothalidone  
(Combipress®) Methyl-dopa + HCTZ (Aldoril®) Neuronal Terminal  
Inhibitor + Diuretic Reserpine+HCTZ (Hydropress®)  
Reserpine+Chlorthalidone (Demi-Regroton®, Regroton®)  
Guatethidine + HCTZ (Esimil®)

✓ ACE Inhibitor + Calcium Channel Blocker Amlodipine+Benazepril  
(Lotrel®) Enalapril+Diltiazem (Teczem®) Felodipine+Enalapril  
(Lexxel®)



# PHỐI HỢP THUỐC



# ĐƠN & ĐA TRỊ LIỆU

- Cho dù dùng nhóm thuốc nào, đơn trị liệu cũng chỉ kiểm soát được HA ở một số lượng hạn chế bệnh nhân mà đa số phải phối hợp thuốc: có nhiều dạng phối hợp thuốc có hiệu quả và dung nạp tốt trên thị trường.
- Khởi đầu điều trị có thể dùng 1 loại thuốc hoặc phối hợp 2 loại thuốc liều thấp sau đó tăng liều hoặc số loại thuốc nếu cần.
- Đơn trị liệu có thể dùng để khởi đầu đối với THA nhẹ có nguy cơ tim mạch tổng thể thấp hoặc trung bình. Với THA giai đoạn 2 hoặc 3 hay khi nguy cơ tim mạch tổng thể ở mức cao trở lên, thì nên phối hợp luôn 2 loại thuốc liều thấp từ đầu.
- Các biệt dược phối hợp 2 thuốc sẽ đơn giản hóa liệu trình điều trị và tránh bỏ thuốc, tuy nhiên với bệnh nhân THA nặng, có thể phối hợp nhiều loại hơn.
- Đối với THA chưa có biến chứng, ở người già, nên khởi đầu từ từ trong khi với nhóm THA nguy cơ tim mạch cao thì nên nhanh chóng đưa HA xuống mức cần đạt với các dạng phối hợp và liều cao hơn.

# Dự phòng Biến cố Tim mạch

- ✓ Hạ mỡ máu: ở mọi b/n THA kèm b/chứng TM khác hoặc đái đường týp 2 cần điều trị với statin nhằm hạ mỡ máu đến mức (thấp hơn nếu được)
  - ✓ Cholesterol toàn phần < 4.5 mmol/L (175 mg/dL)
  - ✓ LDL-cholesterol < 2.5 mmol/L (100 mg/dL)
- ✓ B/n THA dù chưa có b/chứng TM rõ nhưng nếu nguy cơ tim mạch tổng thể cao ( $\geq 20\%$  nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch trong vòng 10 năm) nên điều trị dự phòng bằng statin dù Cholesterol TP/LDL-C chưa tăng.
- ✓ Chống ngưng tập tiểu cầu: đặc biệt Aspirin liều thấp: kê cho b/n THA tiền sử mắc biến cố tim mạch, nếu không làm tăng nguy cơ chảy máu.
  - ✓ Aspirin liều thấp cũng nên dùng ở b/n THA  $\geq 50$  tuổi, chưa có tiền sử bệnh tim mạch, khi creatinine cao vừa hoặc nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch ở mức vừa. Trong mọi tình huống cần cân đối trên cơ sở tỷ lệ lợi ích/nguy cơ là giảm biến cố NMCT/nguy cơ chảy máu.
  - ✓ Chỉ nên bắt đầu dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu sau khi đã kiểm soát tốt huyết áp để làm giảm thiểu nguy cơ xuất huyết não.
- ✓ Kiểm soát hiệu quả đường huyết nếu THA/Đái đường: cần phối hợp thuốc và chế độ ăn để đạt đường máu khi đói  $\leq 6$  mmol/L (108 mgdL) và HbA1C (glycated haemoglobin) <6.5%.

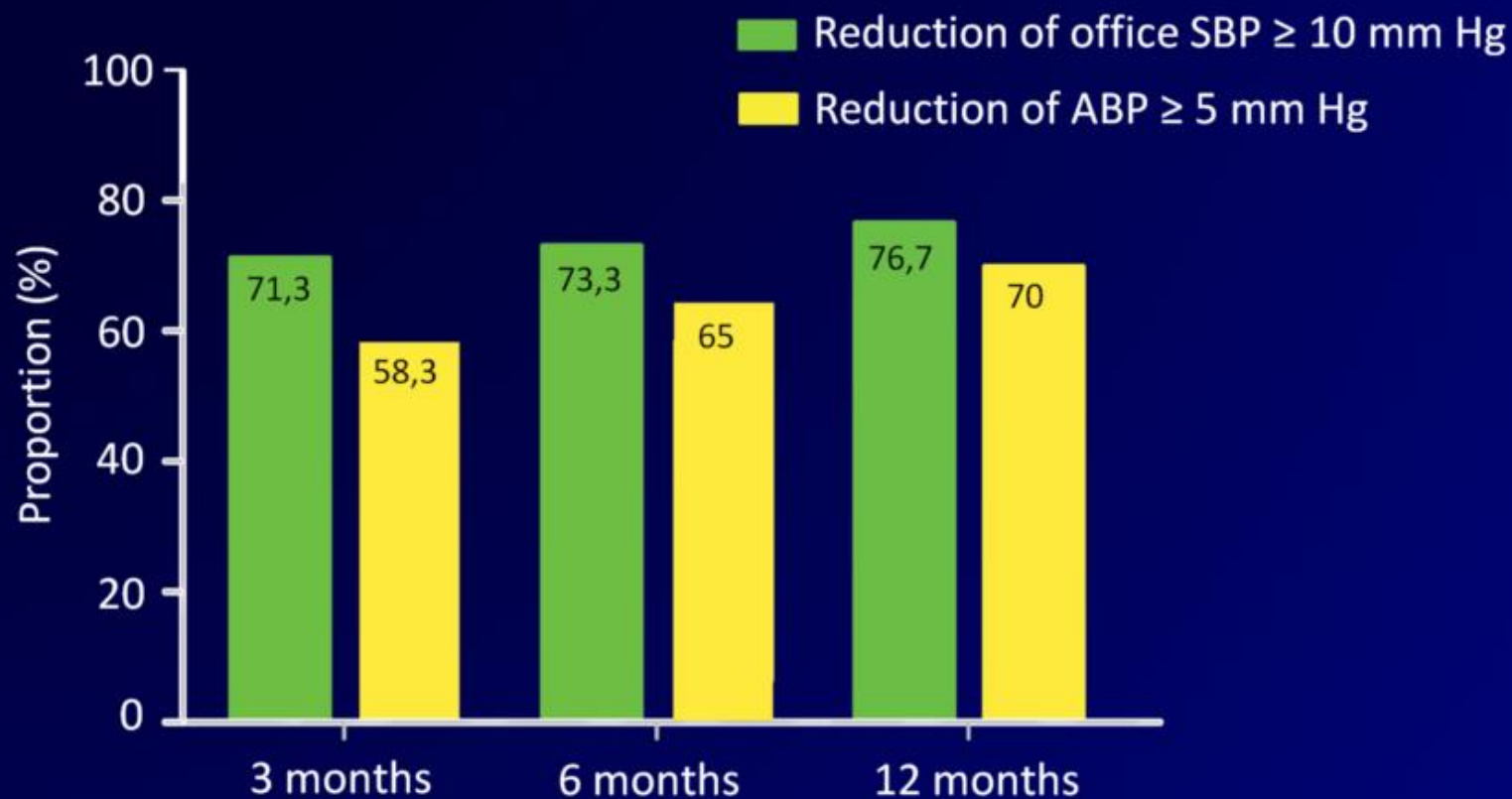
# THEO DÕI & tái khám THA

- Cần tái khám thường xuyên để điều chỉnh kịp thời phác đồ điều trị theo đáp ứng thay đổi HA và các tác dụng phụ của thuốc.
  - Khi HA đã đạt đến ngưỡng yêu cầu, tần suất tái khám có thể giảm, nhưng không nên để cách quá lâu do dễ khiến b/n bỏ đ/trị.
  - B/n THA giai đoạn I hoặc nguy cơ thấp nên tái khám hàng tháng, nếu theo dõi HA tại nhà thường xuyên thì có thể lâu hơn.
  - B/n nguy cơ cao hoặc rất cao cần tái khám thường xuyên hơn.
  - Nếu áp dụng các biện pháp không thuốc đơn thuần, cần theo dõi thường xuyên do b/n dễ bỏ điều trị và đáp ứng HA rất khác biệt
- ***Mục tiêu của tái khám để duy trì kiểm soát các YTNC “có thể đảo ngược” và kiểm tra tình trạng tổn thương cơ quan đích.***
- Đáp ứng với điều trị của khối cơ thất trái và thành ĐM cảnh chậm, do vậy chỉ cần kiểm tra mỗi năm một lần.
- Điều trị THA là điều trị kéo dài (cả đời), khi ngừng điều trị b/n sẽ quay trở lại trạng thái THA. Chỉ nên thử cắt/giảm thuốc ở b/n nguy cơ thấp sau khi đã kiểm soát tốt HA trong một thời gian dài, và khi các biện pháp không dùng thuốc đã được áp dụng thành công.

# Điều trị RF trong bệnh THA (Renal sympathetic denervation)



# Rates of responders to renal denervation in patients with true treatment-resistant hypertension



# Kết luận

- THA là một bệnh lý rất thường gặp trong cộng đồng và là một nguy cơ tim mạch quan trọng và không thể tách rời.
- Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể và phân tầng nguy cơ là cần thiết để quyết định phương thức điều trị THA.
- Cần có sự linh hoạt trong việc xác định ngưỡng và đích điều trị THA trên từng bệnh nhân cụ thể (<140/90 mmHg)
- Điều chỉnh lối sống là biện pháp luôn cần thiết, kể cả khi chưa bị THA, để dự phòng bệnh và biến cố tim mạch.
- Cần có sự phối hợp thuốc điều trị THA để đạt được mục tiêu điều trị tối ưu.
- Điều trị THA tại tuyến cơ sở là hoàn toàn khả thi



# Chung tay vì một trái tim khỏe



Đề huyết áp  
dưới  
140/90