

## Y3 TĂNG HUYẾT ÁP (BS Trường Duy 29/3/2019)

### Khi nào đi tìm nguyên nhân gây THA? 5 chỉ định chính.

1. THA không kiểm soát (severe): đã CD và ĐT, tuân thủ ĐT và ăn nhạt, ko dùng thuốc gì khác gây THA mà BN vẫn THA.
2. THA ác tính (malignant): kèm phù gai thị ...
3. THA kháng trị: đã CD THA, ĐT ít nhất 3 loại thuốc hạ áp liều tối đa trong đó có lợi tiểu mà vẫn ko đạt mục tiêu.
4. Nhỏ hơn 30 hoặc lớn hơn 60 mà lần đầu được chẩn đoán THA. (Có hiệp hội lấy 65 y nhưng nên lấy 60 y).
5. Có triệu chứng gợi ý nguyên nhân

**Nhóm nguyên nhân:** hỏi hết toàn bộ đang uống thuốc gì, chế độ ăn uống nghỉ ngơi làm sao (stress mất ngủ vài ngày là hôm sau HA tăng), bệnh có trước đây.

#### **1. Nội tiết:** hàng đầu.

- Có **TUYẾN GIÁP** (cường giáp hoặc nhược giáp: về XN và LS hoàn toàn đối lập nhau.

**Cường:** trời thì lạnh mà BN mặc áo mỏng, ko ngồi yên, khám thấy cường giao cảm: mạch nhanh, T1 mạnh, ÁTTThu tổng máu tại van ĐM chủ do tăng vận tốc máu qua van. Dấu hiệu ngoại biên của cường giáp: 2 mắt lồi, lồi 1 mắt khi có mắt giả, run tay: cầm chén ăn cơm có run, đưa tay ra và nhắm mắt lại. Tuyến giáp to lan toả, có rung miu nếu Basedow.

**Suy giáp:** hoàn toàn ngược lại: trời nóng mà mặc áo dày, trả lời chậm chạp hẳn, cũng có rụng tóc nhưng tóc rể tre, thưa, cứng nhưng ko đặc hiệu. Dấu hiệu giảm chuyển hoá: phù đặc biệt, do lắng đọng mucopolysaccharide nên phù **cứng** do là chất nhầy. Mu bàn tay chân sưng húp, mào chày ko lộ, ấn lại ko lõm -> Phù niêm. Khàn do phù dây thanh âm. Thậm chí điếc do tắc ống tai ngoài. Có lồi mắt? Có thể do mucopolysaccharide ứ. Hỏi trước đây cắt toàn bộ tuyến giáp.

Cả cường và suy đều gây THA. Cường thì cường giao cảm, mạch tăng, HA tăng. Suy giáp?  $HA = CLT \times$  cản ngoại biên, chính vì CLT giảm nên kháng lực mạch ngoại biên tăng. Liên quan RAA : renin do cân cầu thận phóng, khi giảm tưới máu thận, hoặc kích hoạt giao cảm, hoặc giảm Na... Thiếu máu thận -> tăng renin -> tăng ang II gây co mạch. Và giảm mật độ thụ thể LDL-C tại gan nên dễ tăng lipid máu -> xơ vữa -> tăng kháng lực. Phải thử TSH, FT3, FT4 và siêu âm tuyến giáp (đánh giá cấu trúc và hình thái).

- **TUYẾN THUỖNG THẬN:** cả tuỷ và vỏ đều có thể gây THA.

Vỏ có cầu (aldosterone), bó (glucocorticoid hay cortisol), lưới (androgen - sinh dục). **TUỖY** dự trữ và tiết catecholamine (adre, noradre và dopamine). Pheochromocytoma (u tế bào ái Chrome - 85% ở tuỷ, 15% ở hạch giao cảm, tiết nhiều

**catecholamine**, gây tăng CLT, mạch ... nên THA. Rất đặc biệt là phát từng đợt nên gây THA cơn. Hay gặp ở người trẻ. Mỗi lần tăng đo là cao, nóng bừng trong người, tim đập thành thịch, khô miệng, khô cổ, khát nước dữ, đau đầu lúc sau tự hết. Do phóng ồ ạt catecholamine. Nghi ngờ -> ngoài cơn bình thường, CĐ chủ yếu dựa vào XN định lượng metanephrine máu (là chất chuyển hoá của catecho tại gan) và catecholamine niệu 24h (sau cate máu tăng). Nếu cả 2 tăng kèm bệnh sử nghi ngờ -> 85% ở tủy thượng thận -> làm gì? U nhỏ, tuyến thượng thận nằm sau phúc mạc -> CT khảo sát mô cứng tốt, nên chụp MRI bụng có cản từ. LS rất gợi ý nhưng MRI chụp ko thấy u -> coi chừng lọt ở hạch giao cảm -> PET-CT hoặc xạ hình (Na tetraflorat -> vùng nào tăng sinh mạch máu sẽ bắt phóng xạ. Chụp cạnh cột sống mà bắt -> thủ phạm.

#### **VỎ THƯỢNG THẬN:**

+ U vùng **cầu** gây tăng **Aldosterone** (phần cuối ống lượn xa, ống góp: bắt Na vào, nhả K ra nên kéo Na, tăng nước vào, hạ K, liệt cơ: “2 chân đi không được” hoặc 2 tay 2 chân luôn. Nặng hơn nữa có thể liệt hô hấp, khó thở, thử ion đồ K máu giảm. Yếu ĐỒNG THỜI (chứ 1 chân 1 tay coi chừng bệnh lý não), lúc này K máu thấp thì rất gợi ý u tăng tiết aldosterone. Định lượng aldosterone, chụp MRI bụng.

+ U vùng **bó** -> \$ Cushing: rối loạn phân bố mỡ -> mỡ ở gáy, hông, mông -> mập, BN nằm luồn tay sau gáy sờ được cục mỡ: “gù trâu”. Hệ quả: nang lông tuyến bã cung cấp nhiều acid béo -> nổi mụn trứng cá. Bà 70y mà nổi mụn ở mặt, ngực, lưng, THA, hoàn toàn ko dùng thuốc đông và tây -> coi chừng tăng cortisol. Có vết rạn da: hạ vị màu đỏ tía. Nếu vết rạn da trắng xà cừ: có thai, báng bụng rồi giảm, hoặc mập rồi giảm cân. Còn đỏ tía: bất thường. Định lượng cortisol máu 8h và 16h. Nếu tăng cao thì rất gợi ý u vỏ thượng thận -> MRI. Hoặc u tuyến yên tiết ACTH kích thích thượng thận tiết cortisol (lấy máu TM đá).

+ U vùng **lưới**: cực kỳ hiếm. Tại sao tăng **Androgen** gây THA? Bệnh suy tuỷ có thiếu máu, điều trị có androgen -> kích thích tạo máu. Đa hồng cầu -> tăng độ nhớt máu -> THA. Bệnh Vaquez đa HC nguyên phát cũng THA. Nên nam bao giờ cũng nhiều hồng cầu hơn nữ.

## **2. Mạch máu thận: hẹp ĐM thận.** Do xơ vữa hoặc loạn sản sợi cơ.

Xơ vữa: già, loạn sản sợi cơ: nữ trẻ.

Bị ở 1/3 ngoài gần ĐM chủ nếu xơ vữa (ăn lan vào), loạn sản 2/3 trong. Tuổi máu thận giảm (+) cầu thận tiết renin nên HA lệ thuộc Ang II. Dùng ACEI sẽ gây THA nặng nề. Nữ đo HA 2 tay chênh lệch nhau quá -> Takayasu (hay kèm hẹp ĐM thận). Khám nghe ât vùng ĐM thận. Đặt ống nghe dọc đường đi ĐM chủ thận, nghe bằng bell (do nằm sâu), trên rốn nghe ra 2 bên, hoặc cho BN ngồi dậy nghe sau lưng. Nhưng ât chỉ có trong 30% TH -> siêu âm Doppler ĐM thận (quan sát chiều đi của dòng máu).

## **3. Chủ mô thận:** mệnh mông. Tất cả BN THA phải đánh giá thận: chức năng (BUN, Cre, TPTNT), hình thái (siêu âm). Nếu BUN tăng Cre tăng, tiểu đạm, thận teo,

coi chừng BTM. Vấn đề là cái nào có trước? Nếu sớm thì còn CD được, chứ ESRD thì ko cần biết nữa, chữa giống nhau. Eg THA, làm hết XN thấy BUN bt, Cre bt, thận siêu âm ko teo nhưng TPTNT có tiểu đạm, esp tiểu máu kèm thì rất gợi ý bệnh lý cầu thận - > soi cận lắng nước tiểu.

**4. Thuốc:** có đang dùng kháng viêm, giảm đau: NSAID, corticoid, đau khớp uống thuốc nam bắc có trộn corticoid. Thuốc ngừa thai: là chẩn đoán **loại trừ**. Cơ chế ko rõ, estrogen giữ muối nước gây THA, nhưng có người bị ng ko. Như vậy loại trừ tất cả NN, ngưng thuốc ngừa thai, ko điều trị HA gì. Cam thảo: ngày xưa xí muối trộn trần bì (vỏ cam phơi khô), cam thảo (dược liệu trộn vào) hoặc thuốc đông y, bn suyễn bắt thuốc bắc uống để đỡ ho. Nên cũng là CD loại trừ. Mà đông dược thì nên ngưng, sau 3-5d thải ra khỏi người HA hết tăng.

## **5. Tâm lý và môi trường sống**

Ngoài ra:

**Hẹp eo ĐM chủ:** bẩm sinh, ở trẻ em nên HA chỉ trên tăng, chỉ dưới ko tăng. Nếu đo thì HA lúc nào chân cũng cao hơn tay. Trẻ phát triển ko cân xứng, chân teo nhưng đi đc, mạch bắt yếu, HA ko đo đc, gợi ý hẹp eo ĐM chủ. Nghe ât kls 3. Chụp Xq hình ảnh khuyết: quai ĐM chủ phồng (dẫn sau hẹp), hình ảnh một găm (khuyết sườn), cung sườn bị ăn nham nhờ do tăng sinh ĐM vú trong. CD bằng chụp ĐM chủ thấy hẹp eo ĐM chủ.