

FORM BỆNH ÁN THA

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

II. LĐNV:

- Huyết áp tăng: mệt mỏi, bừng mặt, tim đập nhanh...
- Biến chứng của THA:

III. BỆNH SỬ: Ai khai

- Nhớ hỏi các bchung của THA:
 - Tiểu đêm, tiểu bọt,..
 - Hồi hộp, đánh trống ngực, khó thở
 - Nhìn mờ
 - Yếu liệt, đau đầu

IV. TIỀN CĂN

A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:

- THA: Năm phát hiện, HA max, HA dễ chịu, điều trị? Toa? Biến chứng?

Biến chứng:

- Mắt: mờ mắt
- Não: TBMMN, TIA
- Thận:
- Bệnh tim mạch khác
- Mạch máu: xơ vữa, BMV

Ng nhân thứ phát

- Bệnh giáp
- Cushing
- Bệnh khớp → uống cort, NSAIDs (ức chế prostag → co mạch)
- Thuốc ngừa thai
- Takayasu

2. Ngoại khoa:

-

3. Thói quen – dị ứng:

- Ăn mặn: Nêm, chấm, ăn đồ mua sẵn, đồ hộp
- Ăn béo
- Ăn trái cây, vận động thể lực

- HTL
- Stress

B. GIA ĐÌNH

- Bệnh tim mạch sớm nam 55 nữ 65

V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim mạch:
2. Hô hấp:
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục:
5. Thần kinh: dấu tai biến mm não
6. Cơ xương khớp: yếu liệt (nghẽn mạch não tai biến)
7. Chuyển hóa: Sốt, phù (St phải)

VI. KHÁM

A. Tổng trạng:

- Tri giác,
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- BMI
- Da niêm, phù
- Cushing: gù trâu, tăng tích mỡ dưới da, da mỏng, bầm máu, tăng tiết tuyến bã dễ mụn trứng cá.

B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối không biến dạng
- Họng, lưỡi
- Tuyến giáp: to? Âm thổi?
- TMCN, hạch cổ
- Chạm chạm, mất linh hoạt, da dày: Suy giáp

2. Ngực:

• Tim:

Nhìn: Lồng ngực bình thường

Sờ:

- Mỏm: nảy mạnh, kéo dài (dày thất T)
- Mỏm tim kls 6, lệch khỏi đường trung đòn T > 2 cm (dãn thất T)

Nghe:

- T1 mạnh: van 2 lá đập vào dòng máu nhanh
- T3: Cơ thất lớn, giảm khả năng dẫn → nhĩ đổ xuống đập vào thất gây T3
- Van đmc
- Ât thu tổng máu qua van đmc

- Click phun máu: căng dẫn bất thường of ĐM ngay sau T1 (khó nghe)
- Hở van đmc cơ năng → attruong (dẫn gốc đmc mới gây ra, còn dẫn buồng thất T chỉ gây hở 2 lá cơ năng)
- P2 mạnh, âm thu qua van đmp (cơ thất T dày đổ ngược lại làm tăng P đmp)
- Graham steel: Âm thu do hở đmp cơ năng (dẫn đmp)

Khám mạch:

- Mạch tứ chi: so sánh chi T – chi D, P – T, dấu xơ cứng mạch
- Mạch cảnh
- Mạch thận (sau lưng)
- Đmc bụng
- Dấu giật dây chuông

3. Bụng:

4. Thần kinh, cơ xương khớp:

- Coi chừng biến chứng nghẽn mạch não tbmmn
- Sức cơ: giảm trong hạ kali máu (HC Cohn)
- Mất cân đối các chi: Hẹp eo đmc
- To đầu chi

VII. TTBA

VIII. ĐVĐ:

- HA cao

IX. CĐSB/CĐPB

- THA [độ theo JNC VIII] [biến chứng cq đích] (nguyên phát)
- THA [thứ phát do nguyên nhân] [biến chứng cq đích] (thứ phát)

X. BIỆN LUẬN

1. Có THA hok:

- Có THA do HA đo dc là...

2. Thứ phát hay nguyên phát:

- **Nguyên phát:**

Nghĩ khi có nhiều YTNC (KHÔNG PHẢI do không có ng nhân thứ phát):

- Tiền căn gđinh
- Nữ mãn kinh (48 +-2), nam
- >60t
- RLCH lipid, ĐTĐ
- HTL, stress
- Ăn mặn

Phân độ:

JNC – 8 Classification of BP

Table 3. Classification of Blood Pressure in Adults (age ≥18 years)			
Classification	Systolic Blood Pressure (mmHg)		Diastolic Blood Pressure (mmHg)
Normal	<120	AND	<80
Prehypertension	120-139	OR	80-89
Stage 1 HTN	140-159	OR	90-99
Stage 2 HTN	≥160	OR	≥100

• Thứ phát:

Gợi ý khi:

- <30t or >60t lần đầu khởi phát triệu chứng
- Trùng hợp gợi ý: cushing, HC Cohn cường aldosterone
- THA ác tính: THA + phù gai thị (tăng áp nội sọ → phù ĐM trung tâm võng mạc → nhìn mờ)
- THA kháng trị:
 - Sd ≥ 3 loại thuốc hạ áp, trong đó có 1 lợi tiểu
 - Chưa đạt HA mục tiêu
 - Thuốc: ngừa thai, cam thảo, cort
- Ng nhân:
 - Hẹp eo đm
 - Hẹp đm thận
 - Thận đa nang
 - Bệnh chủ mô thận
 - Cường giáp
 - Cushing
 - U tủy/vỏ
 - Takayasu

3. Biến chứng:

i. Tim:

1. Phi đại thất trái: khám ko thấy mỏm tim đập mạnh, kéo dài tuy nhiên cơ địa bệnh nhân béo phì có thể khiến triệu chứng bị che lấp → ECG.
2. Suy tim: chưa có triệu chứng gợi ý suy tim → loại trừ.

3. Bệnh mạch vành: chưa có cơn đau thắt ngực tuy nhiên bệnh nhân lớn tuổi, cơ địa nhiều YTNC(béo phì, nữ mãn kinh, RL lipid máu) không thể loại trừ → ECG, bilan lipid máu.

ii. **Thận:** lượng nước tiểu và tính chất trước giờ của bệnh nhân không thay đổi tuy nhiên không đủ để loại trừ bệnh thận mạn cũng như tiểu đái, tiểu máu vi thể → TPTNT, Ure, Creatinine.

iii. **Mạch máu:**

1. Xơ vữa động mạch: khám thấy HA đều 2 tay, chỉ số ABI 2 bên đều trong giới hạn bình thường, nghe không thấy âm thổi ĐM chủ bụng, ĐM thận, ĐM cảnh tuy nhiên cần siêu âm Doppler ĐM cảnh để xác định chẩn đoán
2. Bệnh động mạch chi dưới: chưa ghi nhận triệu chứng đau cách hồi, chỉ số ABI 2 bên trong giới hạn bình thường nên ít nghĩ.

iv. **Não:** yếu liệt, đau đầu

v. **Mắt:** bệnh nhân có nhìn mờ tuy nhiên chỉ trong cơn THA → đề nghị FO kiểm tra đáy mắt.

XI. CLS

1. Thường quy:

- CTM, Hct, đường huyết, ion đồ
- Bilan lipid
- Acid uric máu
- BUN – Cre, TPTNT
- ECG, X quang ngực thẳng, SÂ tim
- Soi đáy mắt

2. Chẩn đoán:

- SÂ mạch máu
- Chụp ĐM thận chọn lọc
- CT, MRI bụng
- Hormon giáp
- Catecholamin/pee 24h
- Cortisol máu
- 17 ceto 17 oh steroid/pee 24h

XII. CĐXD

- THA [độ theo JNC VIII] [biến chứng cq đích] (nguyên phát)
- THA [thứ phát do nguyên nhân] [biến chứng cq đích] (thứ phát)

XIII. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

1. Điều trị nguyên nhân (nếu có) dù cho vô căn 90-95%. VD: U vò/tủy thượng thận thì phải phẫu thuật. Ko có NN thì chẩn đoán THA vô căn, điều trị suốt đời. Loại bỏ NN là cách duy nhất làm người ta ko điều trị suốt đời.
2. Nếu không tìm được nguyên nhân thì tìm yếu tố nguy cơ.
3. <140/90mmHg. 4 cái tai biến Framingham giảm xuống rất nhiều → phòng ngừa biến chứng. Con số này là hướng theo châu Âu, Mỹ xài 130/80 ời
4. Phòng ngừa biến chứng.
 - → Thay đổi lối sống/Lối sống + thuốc **ALWAYS LỐI SỐNG**

2. Cụ thể:

• Thay đổi lối sống

- Hạn chế muối: 75% muối đc cung cấp qua thức ăn
 - <100mmol, 2.4g sodium, 6g NaCl
 - Hạn chế ăn thức ăn nấu sẵn, đóng đồ hộp
 - Trên bàn ăn giảm bớt chuyện chấm thêm.
- Lượng rượu uống vô trung bình:
 - Nam: 2 lon bia/ngày; 300ml rượu vang ; 60ml whiskey
 - Nữ: ½ lượng trên
- Tiêu thụ rau quả trái cây, ít chất béo/ sữa ít béo:
 - 5 khẩu phần. 1 trái cam/mận/mãng cụt/ ½ trái chuối tính là 1 phần.
- Giảm cân nếu thừa cân
- Tập thể dục đều đặn: đi bộ 30 phút/ngày. Tốc độ tùy mỗi người. Cứ đủ 30 phút là đc. Ngoài trời nóng/lạnh/bão thì khuyên đi bộ trong nhà.
- Ngưng hút thuốc lá
- 035 – 140 – 530
 - 0: ko hút thuốc
 - 3: 3km/ngày hoặc 30 phút. Ở nước ngoài mỗi block đầu đó 1.5km thì đi 2 block. VN thì đường xá vẫn rip.
 - 5: Khẩu phần trái cây. 1 trái mận/mãng cụt/ 1 chùm nho
 - 140: đi khám bác sĩ
 - 5: cholesterol <5mmol/L. Normal: 5.2
 - 3: LDLc <3 mmol/L. Normal: 3.4 Cô chỉ lấy 2x2 = 4 (oof)
 - 0: Ko thừa cân

• Thuốc

Hội châu Âu VN THEO THA là 140/90. Dễ nhớ hơn. Mục tiêu điều trị là 140/90. Từ đó mỗi độ tăng 20/10 mmHg. **TRICK CHO DỄ NHỚ LÊN BÀN THI TEO DÁI.** THA tâm thu đơn thuần là chỉ tăng tâm thu thôi.

- Lưu ý người $\geq 80y$ thì $\geq 160/90$ thì mới điều trị do hạ thấp quá sẽ té ngã gãy cổ xương đùi, Alzheimer. *Tâm trương auto 90.*
- Hạ *tới* bao nhiêu là tốt ?
 - $< 65y$, hạ # 120 – 130, ko cho phép < 120
 - $\geq 65y$, # 130 – 140, ko cho phép < 130
 - Tâm trương : 70 – 80, ko cho phép < 70 . VD: BN điều trị còn 120/60 là ko đạt do HATTr thấp quá

COI CHỪNG 2 MỐC SIDA 80 VÀ 65 TUỔI.

- Thuốc đầu tay : CCB, ACEi/ARB, lợi tiểu, beta blocker
 - 4 thứ thuốc ko phải beta blocker đc ưa chuộng hơn
 - Beta blocker đc dùng trong trường hợp:
 - Đau ngực
 - NMCT
 - Suy tim
 - Kiểm soát dự phòng: chuẩn bị lên bàn thi, sắp ngân hàng ký hợp đồng, nghiên cứu sinh trình đề tài

Phối hợp thuốc:

Slide 36: *lưu ý ko có ~~beta~~ — blocker.*

- Khi nào phối hợp thuốc:
 - Đơn trị liệu thất bại
 - Tăng huyết áp độ II (**THEO TRƯỜNG PHÁI NÀO CŨNG ĐC**)
 - THA + tổn thương cơ quan đích (BMV, suy tim,...)
- Phối hợp cái nào. Cứ tổ hợp 2/3 món nào cũng đc. 2 món ko đủ → 3 món
- Beta blocker đc sử dụng chung khi có NMCT, đau thắt ngực, suy tim,... kèm
- Vì sao phải phối hợp thuốc
 - Cơ chế bệnh sinh phức tạp. VD: BN cường giao cảm, lo lắng → Vừa tăng nhịp tim + co thắt, vừa đánh lên CLT + SCNB.
 - Tương tác cơ chế gây THA. VD: Lợi tiểu → mất sodium → renin tăng → phối hợp lợi tiểu + beta blocker [**WUT KO CÓ TRONG KHUYẾN CÁO**] → bị hen → lợi tiểu + ACEi → ho khan → lợi tiểu + ARB.
 - Giảm tác dụng phụ của thuốc [**CHO THI NGARR**]. VD: Xàì amlodipin dẫn động mạch, TM dẫn chưa kịp → phù mắt cá chân → CCB + ACEi (dẫn ĐM + TM).

- Tăng tuân thủ *do giảm tác dụng phụ*
- Y học chứng cứ
- Kiểm soát huyết áp tốt hơn

Y lệnh cụ thể (copy hồ sơ trên khoa :v):

Amlor 5mg 1v (u) chiều

Zestril 10mg ½ viên (u)

Thuốc lipid: Atorvastatin 20 mg 1v (u) chiều

(theo cô Hoa thì Y6 nhớ Ator thôi đừng sunsee Rosu torme j j)

XIV. TIỀN LƯỢNG: