**Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp**

Năm 2018 Hội Tim Châu Âu (European Society of Cardiology – ESC) phối hợp với Hội Tăng huyết áp Châu Âu (European Society of Hypertension – ESH) đưa ra Hướng dẫn cập nhật về xử trí tăng huyết áp, có nhiều điểm mới so với Hướng dẫn 2013.

Cũng trong năm 2018, Hội đồng Chuyên gia thuộc Phân Hội Tăng huyết áp Việt Nam/Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam đã biên soạn “Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018”, có nhiều điểm chính trùng hợp với Hướng dẫn ESC/ESH 2018.

Phác đồ chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Viện Tim đặt cơ sở trên khuyến cáo này, có tham khảo một số thông tin từ Hướng dẫn ESC/ESH 2018.

**I. PHÂN LOẠI CÁC MỨC HUYẾT ÁP**

  Trên bảng 1 là phân loại các mức huyết áp dựa trên số đo tại phòng khám. Phân loại này dành cho người trưởng thành và trẻ em trên 16 tuổi.

***Bảng 1. Phân loại các mức huyết áp (HA) dựa trên số đo tại phòng khám***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | ≥ 180 | và/hoặc | ≥ 110 |
| Tăng HA tâm thu đơn độc | ≥ 140 | và | < 90 |
| Ghi chú: Nếu HA tâm thu và HA tâm trương của bệnh nhân 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 3 dựa vào trị số HA tâm thu. | | | |

**II. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP**

**2.1. Đo huyết áp:**

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

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

|  |
| --- |
| Bệnh nhân 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 phải đo HA thêm nhiều lần ở những bệnh nhân có trị số HA không ổn định do bị rối loạn nhịp, ví dụ những bệnh nhân có rung nhĩ. |
| Dùng dụng cụ đo HA với túi hơi kích thước chuẩn (dài 35 cm, rộng 12-13 cm) cho đa số bệnh nhân, nhưng phải có túi hơi lớn hơn và nhỏ hơn dành những bệnh nhân có cánh tay to (chu vi cánh tay > 32 cm) hoặc nhỏ hơn trung bình. |
| Túi hơi đặt ngang mức tim. Cho bệnh nhân dựa lưng và tay để tránh co 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 bệnh nhân để phát hiện tụt HA tư thế. Đối với người cao tuổi, bệnh nhân ĐTĐ và bệnh nhân có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo HA nằm và đứng cả ở những lần khám sau. |
| Ghi nhận tần số tim và bắt mạch để loại trừ rối loạn nhịp tim. |

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

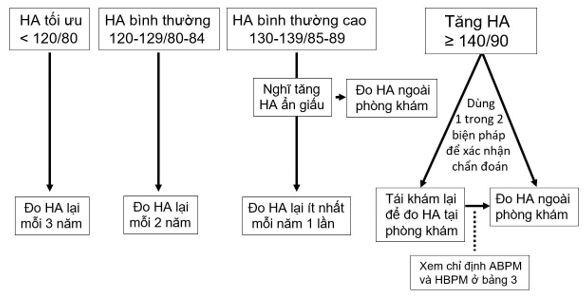
|  |
| --- |
| Những tình huống mà tăng HA áo choàng trắng thường gặp:  – Tăng HA độ 1 khi đo HA tại phòng khám  – HA tăng rõ rệt khi đo ở phòng khám nhưng không có tổn thương cơ quan đích |
| Những tình huống mà tăng HA ẩn giấu thường gặp:  – HA bình thường cao khi đo tại phòng khám  – HA đo ở phòng khám bình thường ở người có tổn thương cơ quan đích hoặc tổng nguy cơ tim mạch cao |
| Tụt HA tư thế và sau ăn ở bệnh nhân đã điều trị và chưa điều trị |
| Đánh giá tăng HA kháng trị  Đánh giá việc kiểm soát HA, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao được điều trị |
| HA đo tại phòng khám dao động đáng kể |
| Đánh giá các triệu chứng nghĩ 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 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. Tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp:**

  Chẩn đoán tăng HA dựa trên số đo tại phòng khám và ngoài phòng khám được nêu trên bảng 4. Nếu số đo HA tại phòng khám phù hợp với chẩn đoán tăng HA (≥ 140/90 mmHg) nhưng các số đo ngoài phòng khám không xác nhận chẩn đoán tăng HA, bệnh nhân được gọi là có tăng HA 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, bệnh nhân được gọi là có tăng HA ẩn giấu (masked hypertension). Trên hình 1 là qui trình tầm soát và chẩn đoán tăng HA. Tầm soát tăng HA bằng cách đo HA tại phòng khám được khuyến cáo cho tất cả người ≥ 18 tuổi (thông báo cho người được tầm soát biết trị số HA của mình, đồng thời ghi vào y bạ).

***Bảng 4: Định nghĩa tăng huyết áp***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HA tâm thu**  **(mmHg)** |  | **HA tâm trương**  **(mmHg)** |
| **Đo tại phòng khám** | ≥ 140 | và/hoặc | ≥ 90 |
| **Đo lưu động 24 giờ** |  |  |  |
| Trung bình ban ngày (hoặc khi thức) | ≥ 135 | và/hoặc | ≥ 85 |
| Trung bình ban đêm (hoặc khi ngủ) | ≥ 120 | và/hoặc | ≥ 70 |
| Trung bình 24 giờ | ≥ 130 | và/hoặc | ≥ 80 |
| **Trung bình tự đo ở nhà** | ≥ 135 | và/hoặc | ≥ 85 |



***Hình 1: Qui trình tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp***

**III. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP**

  Đánh giá bệnh nhân tăng HA bao gồm đánh giá tổng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân (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 điều trị 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 XVĐM).

  Đánh giá bệnh nhân qua hỏi bệnh chi tiết, khám lâm sàng và thực hiện các khảo sát cận lâm sàng. Các khảo sát cận lâm sàng thường qui được nêu trên bảng 5. Ngoài các khảo sát cận lâm sàng thường qui 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 quị), siêu âm bụng (giúp đánh giá kích thước và 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 bệnh nhân có triệu chứng khập khiễng cách hồi) và soi đáy mắt.

  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 6. 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 bệnh nhân tăng HA (bảng 7). Một cách tiếp cận khác để phân tầng nguy cơ bệnh nhân 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 5: Các khảo sát cận lâm sàng thường qui ở bệnh nhân tăng huyết áp***

|  |
| --- |
| 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 |
| Axít uric/máu |
| Creatinin/máu (và eGFR) |
| AST, ALT |
| Phân tích nước tiểu bao gồm đạm niệu đo bằng que nhúng, hoặc lý tưởng là tỉ số albumin /creatinin nước tiểu |
| Điện tim 12 chuyển đạo |

***Bảng 6: 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 ≥ 60 mmHg | Bệnh động mạch não: tiền sử đột quị dạng thiếu máu cục bộ, xuất huyết não hoặc cơn thiếu máu cục bộ não thoáng qua |
| Tuổi ≥ 55 (nam), ≥ 65 (nữ) | Phì đại thất trái trên ECG: chỉ số Sokolow-Lyon > 35 mm hoặc R aVL ≥ 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 trước 55, nữ trước 65) | Phì đại thất trái trên siêu âm tim: LVMI > 115 g/m2 (nam), > 95 g/m2 (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 mg/g | Mảng xơ vữa /khảo sát hình ảnh |
| Béo phì (đặc biệt là béo bụng) hoặc thừa cân | Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (eGFR 30-59 ml/min/1,73m2) 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 |

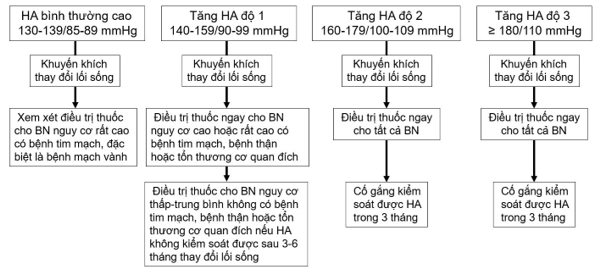
***Bảng 7: Phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng huyết áp***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Phân giai đoạn bệnh tăng HA** | **Yếu tố nguy cơ (YTNC) khác, tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch** | **Phân độ HA (mmHg)** | | | |
| **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**  **≥ 180      /≥ 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 | Nguy cơ trung bình đến cao | Nguy cơ cao |
| ≥ 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 ≥ 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 |

**IV. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP**

**4.1. Khi nào khởi trị tăng huyết áp?**

  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 bệnh nhân. Điều trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) phải được bắt đầu ngay cho tất cả bệnh nhân tăng HA độ 2 và độ 3 và những bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ cao-rất cao. Đối với bệnh nhân 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 bệnh nhân có HA bình thường cao, xem xét điều trị bằng thuốc nếu bệnh nhân có nguy cơ rất cao do có bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Riêng ở người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi), khởi trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) được chỉ định nếu bệnh nhân có HA tâm thu ≥ 160 mmHg. Trên hình 2 là qui trình khởi trị tùy theo mức HA ban đầu và trên bảng 8 là ngưỡng HA cần điều trị (dựa trên số đo tại phòng khám).



***Hình 2: Khởi trị bằng thay đổi lối sống và thuốc tùy theo mức huyết áp đo ở phòng khám ban đầu.***

***Bảng 8: 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 | + ĐTĐ | + bệnh thận mạn | + bệnh mạch vành | + tiền sử đột quị |
| 18 – 65 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 90 |
| 65 – 79 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 140 | ≥ 90 |
| ≥ 80 | ≥ 160 | ≥ 160 | ≥ 160 | ≥ 160 | ≥ 160 | ≥ 90 |
| Ngưỡng HA tâm trương cần điều trị (mmHg) | ≥ 90 | ≥ 90 | ≥ 90 | ≥ 90 | ≥ 90 |  |

**4.2. Mục tiêu điều trị:**

  Đối với tất cả bệnh nhân, mục tiêu đầu tiên của điều trị là đưa HA xuống thấp hơn 140/90 mmHg. Nếu điều trị được dung nạp tốt, nên đưa HA tâm thu xuống thấp hơn 130 mmHg (nhưng không cố đưa xuống dưới 120 mmHg) cho đa số bệnh nhân.

  Có 2 ngoại lệ là người cao tuổi (≥ 65 tuổi) và người bệnh thận mạn. Ở 2 nhóm đối tượng này đưa HA tâm thu về khoảng 130-139 mmHg.

  HA tâm trương dưới 80 mmHg là mục tiêu điều trị được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân tăng HA, bất kể tổng nguy cơ tim mạch hay bệnh kèm theo.

**4.3. Điều trị không dùng thuốc:**

  Các biện pháp điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống) được liệt kê trên bảng 9.

***Bảng 9: Điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống)***

|  |
| --- |
| Hạn chế muối ăn < 5 g/ngày. |
| Giới hạn lượng cồn tiêu thụ ở mức < 14 đơn vị/tuần đối với nam và < 8 đơn vị/tuần đối với nữ (1 đơn vị tương đương 125 ml rượu vang hoặc 250 ml bia). |
| Tăng tiêu thụ rau, trái cây tươi, cá, các loại hạt và axít béo không bão hòa (ví dụ dầu ô-liu). Giảm tiêu thụ thịt đỏ. Khuyến khích dùng các sản phẩm ít béo từ sữa. |
| Kiểm soát cân nặng, tránh thừa cân/béo phì. Đích BMI < 23 kg/m2. Đích vòng eo < 90 cm đối với nam và < 80 cm đối với nữ. |
| Vận động thể lực mức độ vừa ít nhất 30 phút x 5-7 ngày/tuần. Hình thức vận động với năng lượng được sinh ra từ chuyển hóa hiếu khí (đi bộ, chạy bộ chậm, chạy, đạp xe, bơi lội) |
| Bỏ thuốc lá (có biện pháp hỗ trợ). |

**4.4. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc:**

  Cả 5 nhóm thuốc chính điều trị tăng HA gồm ức chế men chuyển (ƯCMC), chẹn thụ thể angiotensin (CTTA), chẹn bêta, chẹn canxi và lợi tiểu (thiazide và giống thiazide như indapamide) đều có hiệu quả hạ HA và giảm biến cố tim mạch được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng, và do vậy đều được chỉ định như là nền tảng của các chiến lược điều trị tăng HA.

  Bảng 10 liệt kê các thuốc điều trị tăng HA thường dùng ở Việt Nam. Trên bảng 11 là các chống chỉ định tương đối và tuyệt đối của từng nhóm thuốc.

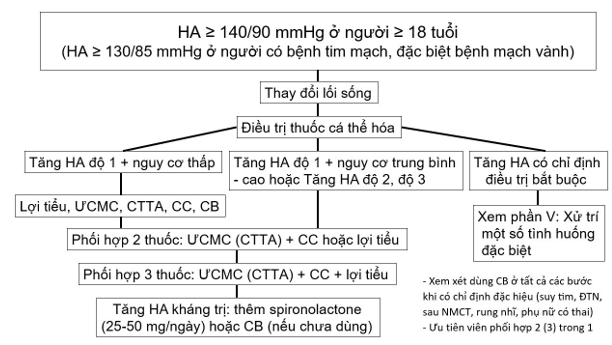
  Theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, nên phối hợp thuốc sớm nhằm tăng tỉ lệ kiểm soát được HA. Phác đồ điều trị tăng HA bằng thuốc của Viện Tim dựa trên khuyến cáo này, được nêu trên hình 3: Khởi trị bằng một thuốc chỉ dành cho bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp, còn bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ trung bình hoặc cao và bệnh nhân 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 bệnh nhân 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 bêta ở tất cả các bước nếu có chỉ định đặc hiệu (đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, tim nhanh).

***Bảng 10. 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** |
| **Chẹn canxi**  *Nondihydropyridine*  Diltiazem  Verapamil  *Dihydropyridine*  Amlodipine  Felodipine  Nifedipine  Lacidipine  Lercanidipine | 120  120    2,5  2,5  30  2  10 | 240-360  240-480    5-10  5-10  30-90  4-6  20 | **Lợi tiểu**  *Thiazide và giống thiazide*  Hydrochlorothiazide  Indapamide  *Lợi tiểu quai*  Furosemide  *Kháng aldosterone*  Spironolactone | 12,5  1,25    20×2    12,5 | 12,5-50  1,5    40×2    25-50 |
| **Ức chế men chuyển**  Captopril  Enalapril  Lisinopril  Perindopril  Ramipril  Imidapril | 12,5×2  5  5  5  2,5  2,5 | 50-100×2  10-40  10-40  5-10  5-10  5-10 | **Chẹn thụ thể angiotensin**  Candesartan  Irbesartan  Losartan  Telmisartan  Valsartan | 4  150  50  40  80 | 8-32  150-300  50-100  40-80  80-320 |
| **Chẹn bêta**  Acebutolol  Atenolol  Bisoprolol  Carvedilol  Metoprolol succinate  Metoprolol tartrate  Nebivolol | 200  25  5  3,125×2  25  25  2,5 | 200-400  100  5-10  6,25-25×2  50-100  50-100×2  5-10 | **Đối kháng α trung ương**  Methyldopa | 125×2 | 250-500×2 |

***Bảng 11: 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 bêta | – Hen phế quản                                 – Bloc xoang nhĩ  hoặc bloc 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 hoặc IV)                                      – Phù chân nặng đã có sẵn |
| Chẹn canxi không DHP (verapamil, diltiazem) | – Bloc xoang nhĩ  hoặc bloc nhĩ thất độ cao                                         – LVEF < 40%                                     – Nhịp chậm < 60/phút | – Táo bón |
| Ức chế men chuyển | – 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 |
| Chẹn thụ thể angiotensin | – Có thai                                                            – 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 |



***Hình 3: Qui trình điều trị tăng huyết áp (ƯCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin; CC: chẹn canxi; CB: chẹn bêta).***

**4.5. Theo dõi bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị:**

  Sau khi khởi trị bằng thuốc, hẹn bệnh nhân tái khám ít nhất một lần trong 2 tháng đầu để đánh giá hiệu quả hạ HA và tác dụng ngoại ý có thể có của thuốc. Trong thời gian đầu tần suất tái khám tùy thuộc vào mức độ nặng của tăng HA, mức độ khẩn cấp của việc đạt mục tiêu điều trị và các bệnh kèm theo. Viên phối hợp 2 trong 1 hạ HA trong vòng 1-2 tuần và sẽ tiếp tục hạ HA trong 2 tháng sau đó, do đó nếu dùng viên này thì hẹn bệnh nhân tái khám theo thời hạn tương ứng. Khi đã đạt đích HA, hẹn bệnh nhân tái khám mỗi 3-6 tháng. Tiến hành đánh giá lại các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích mỗi 2 năm. Trong quá trình theo dõi, luôn chú trọng các biện pháp cải thiện sự gắn kết của bệnh nhân với điều trị: giáo dục tạo động lực cho bệnh nhân, đơn giản hóa chế độ điều trị (uống 1 lần/ngày, ưu tiên viên 2 trong 1 hoặc 3 trong 1), nhờ người thân ở chung nhà nhắc bệnh nhân uống thuốc, tính toán để chi phí toa thuốc không vượt (hoặc không vượt quá xa) trần bảo hiểm.

**V. XỬ TRÍ 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 nêu tóm tắt trên bảng 12.

***Bảng 12: Xử trí một số tình huống đặc biệt***

|  |  |
| --- | --- |
| Tăng HA kèm đái tháo đường | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám ≥ 140/90 mmHg. Đích HA 120-129/70-79 mmHg (130-139/70-79 mmHg nếu tuổi ≥ 65).  Khởi trị bằng ƯCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc indapamide.  Nếu dùng chẹn bêta, ưu tiên chẹn β1 chọn lọc (bisoprolol). |
| Tăng HA ở người bệnh thận mạn (eGFR < 60 ml/phút/1,73 m2) | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám ≥ 140/90 mmHg. Đích HA tâm thu 130-139 mmHg.  Dùng ƯCMC hoặc CTTA như một phần của liệu pháp thuốc nếu bệnh nhân có albumin niệu vi lượng hoặc đạm niệu. Không phối hợp 2 nhóm thuốc này với nhau.  Nếu eGFR < 30 ml/phút/1,73 m2 không dùng lợi tiểu thiazide. Dùng furosemide để giải quyết tình trạng quá tải dịch. |
| Tăng HA kèm bệnh mạch vành | Đích HA 120-130/70-79 mmHg (130-140/70-79 mm Hg nếu tuổi ≥ 65).  Bệnh nhân có tiền sử NMCT: dùng chẹn bêta, ƯCMC (CTTA).  Bệnh nhân có đau thắt ngực: dùng chẹn bêta và/hoặc chẹn canxi. |
| Tăng HA kèm suy tim | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám ≥ 140/90 mmHg.  Liệu pháp thuốc ở bệnh nhân suy tim tâm thu (EF < 40%) bao gồm một ƯCMC (CTTA), một chẹn bêta và một lợi tiểu và/hoặc spironolactone (+ amlodipine nếu chưa đạt đích HA). |
| Tăng HA có phì đại thất trái | Đích HA tâm thu 120-130 mmHg.  Dùng ƯCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc lợi tiểu. |
| Tăng HA kèm rung nhĩ | Tầm soát tăng HA ở tất cả bệnh nhân rung nhĩ.  Dùng một thuốc chẹn bêta hoặc chẹn canxi không DHP nếu cần kiểm soát tần số thất.  Đích HA tâm thu < 130 mmHg ở bệnh nhân uống thuốc chống đông để giảm thiểu nguy cơ chảy máu. |
| Tăng HA trong thai kỳ | 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 ≥ 140/90 mmHg. Trong các trường hợp khác, khởi trị thuốc khi HA ≥ 150/95 mmHg.  Methyldopa và chẹn canxi là những thuốc được chọn hàng đầu. Không dùng ƯCMC và CTTA. Trong số các chẹn bêta tránh dùng atenolol.  HA tâm thu ≥ 170 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg ở thai phụ là tình huống cấp cứu ® cho nhập viện. Xử trí bằng thuốc truyền TM: nicardipine, MgSO4 hoặc nitroglycerin (nếu phù phổi cấp).  Cho sinh (thường hoặc mổ) khẩn nếu có tiền sản giật kèm rối loạn thị giác hoặc rối loạn đông máu.  Sau sinh tránh dùng methyldopa (nguy cơ trầm cảm). Hạn chế dùng propranolol và nifedipine nếu cho con bú. |

**VI. XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP ÁO CHOÀNG TRẮNG, TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU VÀ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ**

**Tăng HA áo choàng trắng:** So với người HA bình thường, người tăng HA áo choàng trắng có nguy cơ mắc bệnh tăng HA, ĐTĐ týp 2 và biến cố tim mạch nặng về dài hạn cao hơn có ý nghĩa. Người  tăng HA áo choàng trắng cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống. Việc kiểm tra lại HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám (ABPM và HBPM) được thực hiện không ít hơn mỗi 2 năm một lần. Không điều trị thuốc một cách thường qui, tuy nhiên có thể xem xét dùng thuốc cho một số người có tổn thương cơ quan đích rõ hoặc có nguy cơ tim mạch cao-rất cao.

**Tăng HA ẩn giấu:** Người tăng HA ẩn giấu thường có rối loạn chuyển hóa và tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và có nguy cơ biến cố tim mạch nặng về dài hạn gần bằng người bệnh tăng HA. Người tăng HA ẩn giấu cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống (đặc biệt là bỏ thuốc lá nếu đang hút). Điều trị bằng thuốc được chỉ định. Hẹn tái khám định kỳ để kiểm tra HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám.

**Tăng HA kháng trị:** Gọi là tăng HA kháng trị khi không đạt được đích HA < 140/90 mmHg (đo tại phòng khám) dù đã thay đổi lối sống và dùng liệu pháp thuốc đúng theo khuyến cáo (ít nhất 3 thuốc, điển hình là một ƯCMC (CTTA) + một chẹn canxi + một lợi tiểu dùng với liều tối ưu). Trong thực hành, khi không đạt đích HA < 140/90 mmHg dù đã kê toa phối hợp 3 thuốc liều tối ưu, tiến hành: (1) Xác minh sự tuân trị (với thuốc và thay đổi lối sống) của bệnh nhân; (2) Tìm xem có thuốc dùng kèm làm giảm hiệu lực của thuốc điều trị tăng HA hay không (bao gồm cả thảo dược và thực phẩm chức năng); (3) Cho đo HA ngoài phòng khám nếu nghi ngờ hiệu ứng áo choàng trắng; (4) Tìm các dấu hiệu gợi ý tăng HA thứ phát (bảng 13). Xử trí tăng HA kháng trị: Củng cố lại việc thay đổi lối sống của bệnh nhân (đặc biệt là ăn lạt) và phối hợp thêm spironolactone 25-50 mg/ngày. Có thể phối hợp bisoprolol nếu trước đó bệnh nhân chưa dùng thuốc chẹn bêta.

***Bảng 13: Các đặc điểm của bệnh nhân gợi ý tăng huyết áp thứ phát***

|  |
| --- |
| Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi) tăng HA độ 2 hoặc trẻ em bị tăng HA (mọi mức độ) |
| Tăng HA nặng lên cấp tính ở người được xác nhận là trước đó có HA bình thường ổn định trong thời gian dài |
| Tăng HA kháng trị |
| Tăng HA nặng (độ 3) hoặc tăng HA cấp cứu |
| Hiện diện nhiều tổn thương cơ quan đích nặng |
| Các đặc điểm lâm sàng hoặc sinh hóa gợi ý nguyên nhân nội tiết của tăng HA |
| Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn |
| Các triệu chứng gợi ý u tủy thượng thận hoặc tiền sử gia đình có u tủy thượng thận |

**VII. TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU**

  Tăng HA cấp cứu (hypertensive emergency) là tình huống tăng HA nặng (độ 3) kèm với tổn thương cơ quan đích cấp, thường đe dọa tính mạng và đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức nhưng thận trọng để hạ HA, thường là bằng thuốc truyền TM. Các biểu hiện điển hình của tăng HA cấp cứu gồm:

– Tăng HA ác tính: Tăng HA độ 3 kèm thay đổi đáy mắt (xuất huyết và/hoặc phù gai thị), tổn thương vi mạch và đông máu rải rác nội mạch, có thể kèm với bệnh não (khoảng 15% các trường hợp), suy tim cấp và suy giảm cấp chức năng thận.

– Tăng HA nặng kèm với những tình trạng lâm sàng khác đòi hỏi phải hạ HA khẩn, ví dụ bóc tách động mạch chủ cấp, thiếu máu cục bộ tim cấp hoặc suy tim cấp.

– Tăng HA nặng đột ngột do u tủy thượng thận kèm với tổn thương cơ quan.

– Tăng HA nặng ở thai phụ hoặc tiền sản giật.

  Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm nhức đầu, rối loạn thị giác, đau ngực, khó thở, choáng váng. Người bệnh não tăng HA có thể có ngủ gà, lơ mơ, mù vỏ não. Tuy nhiên khi có khiếm khuyết thần kinh khu trú phải nghĩ đến đột quị. Các khảo sát cận lâm sàng cần thiết được nêu trên bảng 14.

  Tăng HA khẩn trương (hypertensive urgency) là tăng HA nặng nhưng không kèm tổn thương cơ quan đích cấp. Những bệnh nhân này thường không cần nhập viện. Điều trị ngoại trú bằng thuốc uống và hẹn tái khám sớm (sau vài ngày) để bảo đảm là HA được kiểm soát.

  Xử trí tăng HA cấp cứu được nêu trên bảng 15. Đồng thời với việc hạ HA, xác định liệu bệnh nhân có cần biện pháp can thiệp đặc hiệu nào khác hay không. Trong thời gian bệnh nhân nằm viện tầm soát các nguyên nhân tăng HA thứ phát. Sau khi xuất viện (khi HA đã đạt mức an toàn và ổn định với thuốc uống), hẹn bệnh nhân tái khám thường xuyên (ít nhất mỗi tháng 1 lần) cho đến khi đạt đích HA tối ưu.

***Bảng 14: Khảo sát cận lâm sàng trong tăng huyết áp cấp cứu***

|  |
| --- |
| **Khảo sát cận lâm sàng chung cho mọi nguyên nhân:**  – Soi đáy mắt  – Điện tim 12 chuyển đạo  – Tổng phân tích tế bào máu (gồm hemoglobin và đếm tiểu cầu), fibrinogen  – Creatinin/máu (® eGFR), Na và K/máu, LDH, haptoglobin  – Tỉ số albumin: creatinin nước tiểu, khảo sát vi thể nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ  – Xét nghiệm phát hiện có thai ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ |
| **Khảo sát cận lâm sàng đặc hiệu tùy chỉ định:**  – Troponin, CK-MB (nghi NMCT cấp) và NT-proBNP  – X-quang ngực thẳng (bệnh nhân có biểu hiện quá tải dịch)  – Siêu âm tim (bóc tách động mạch chủ, suy tim, thiếu máu cục bộ tim)  – MSCT động mạch chủ ngực (bóc tách động mạch chủ)  – MSCT hoặc MRI não (biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương)  – Siêu âm thận và động mạch thận (nghi bệnh thận hoặc hẹp động mạch thận)  – Tìm ma túy trong nước tiểu (gởi phòng xét nghiệm bên ngoài nếu nghi ngờ) |

***Bảng 15: Xử trí tăng huyết áp cấp cứu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biểu hiện lâm sàng** | **Thời gian và đích hạ HA** | **Điều trị** |
| Tăng HA ác tính có hoặc không kèm suy thận cấp | Vài giờ  Hạ HA trung bình (mean arterial pressure) 20-25% | Nicardipine truyền TM (khởi đầu 5 mg/giờ, tăng từng nấc 2,5 mg mỗi 15 phút để đạt đích HA, tối đa 15 mg/giờ) |
| Bệnh não tăng HA | Hạ HA trung bình 20-25% ngay lập tức | Nicardipine truyền TM (như trên) |
| Biến cố mạch vành cấp | Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức | Nitroglycerine truyền TM (5-200 mg/phút, tăng từng nấc 5 mg/phút mỗi 5 phút) |
| Phù phổi cấp do tim | Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức | Nitroglycerine truyền TM (như trên) + furosemide TM |
| Bóc tách động mạch chủ | Hạ HA tâm thu xuống < 120 mmHg VÀ tần số tim xuống < 60/phút ngay lập tức | Nicardipine truyền TM + metoprolol uống (thử liều thấp 25 mg) |
| Sản giật và tiền sản giật nặng (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu) | Hạ HA tâm thu xuống < 160 mmHg VÀ HA tâm trương xuống < 105 mmHg ngay lập tức | Nicardipine và MgSO4 truyền TM  Cho sinh sớm |

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam.

2) 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339.