



BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

BS CK II NGÔ NGUYỄN KIM HƯỜNG

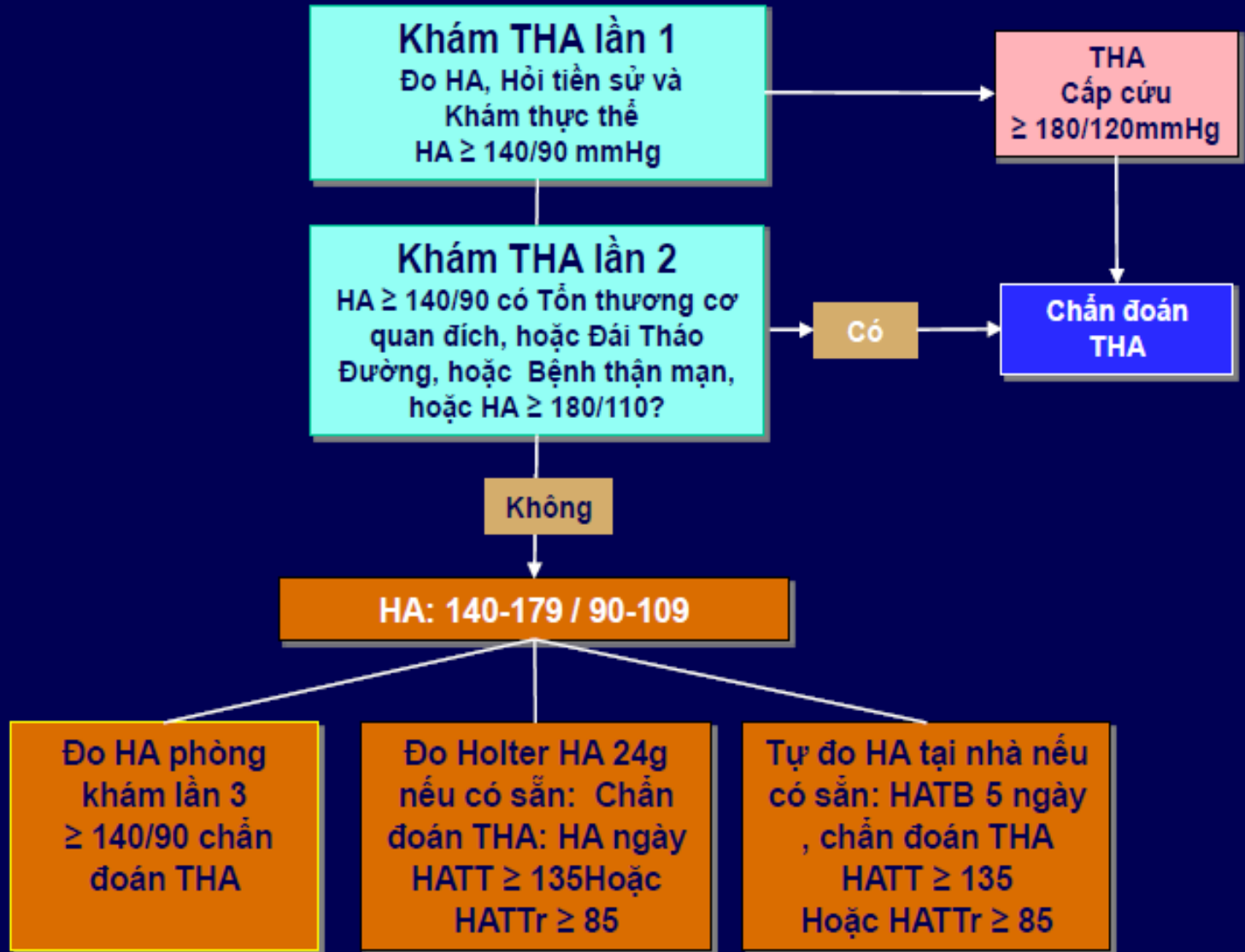
Bệnh Viện Nhân Dân 115



MỤC TIÊU

- 1/ Chẩn đoán THA, phân loại
- 2/ Tiếp cận bệnh nhân THA : Lâm sàng, CLS
- 3/ Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát
- 4/ Điều trị và phòng ngừa các biến cố TM
- 5/ Các tình huống lâm sàng minh họa

Chẩn đoán THA, phân loại



Chẩn đoán THA, phân loại

Khảo sát huyết áp di động (24 giờ)

	SBP	DBP
Office or clinic	140	90
24-hour	125–130	80
Day	130–135	85
Night	120	70
Home	130–135	85

Khảo sát huyết áp di động (24 giờ)

- **Giúp cải thiện tiên lượng nguy cơ tim mạch**
- **Chỉ định:**
 - * HA đo tại phòng khám dao động
 - * Mức HA tại phòng khám cao/ b/n ít nguy cơ TM
 - * Khác biệt lớn giữa HA / PK so với HA /nhà
 - * Kháng trị với thuốc
 - * Cần hạ huyết áp, đặc biệt ở người cao tuổi và người ĐTĐ
 - * HA cao tại PK/ phụ nữ có thai và nghi ngờ tiền sản giật

Chẩn đoán THA, phân loại

PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

Phân loại	HATT (mm Hg)	HATTr (mm Hg)
HA tối ưu	<120	<80
HA bình thường	<130	<85
HA bình thường cao	130-139	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (trung bình)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥180	≥110
THA tâm thu đơn độc	≥140	<90

Tiền Tăng huyết áp: kết hợp HA bình thường và Bình thường cao, nghĩa là HATTh từ 120 – 139 mmHg và HATTr từ 80 – 89 mmHg.

Chẩn đoán THA, phân loại

- **THA tâm thu đơn độc** : $HA_{tt} \geq 140$ và $HA_{ttr} < 90$
- **THA cấp cứu (emergency)**: là khi $HA_{tt} > 180$ hoặc $HA_{ttr} > 120$ kết hợp với tiến triển tổn thương cơ quan đích: tim, não, thận, hạ HA khẩn bằng thuốc đường tm
- **THA khẩn trương (urgency)**: cơn THA không kèm tổn thương cơ quan đích tiến triển cấp tính nhưng đe dọa xảy ra, HA được giảm dần trong vài giờ đến vài ngày bằng thuốc đường uống.

Chẩn đoán THA, phân loại

- **THA bị che dấu (masked):** HA đo ở pk $<140/90$ và đo ở ngoài pk $>135/85$
- **THA áo choàng trắng (office):** HA đo ở pk $>140/90$ và HA bình thường khi đo ở ngoài pk $<135/85$ hoặc khi làm holter HA 24h

		HA phòng khám(mmHg)	
		HATT < 140 và HATTr < 90	HATT ≥ 140 hoặc HATTr ≥ 90
HA tại nhà hoặc HA liên tục ban ngày	HATT < 135 hoặc HATTr < 85	HA bình thường thật sự	THA áo choàng trắng
	HATT ≥ 135 hoặc HATTr ≥ 85	THA bị che dấu	THA thật sự

- **THA tiên phát** : 95% không tìm được nguyên nhân
- **THA thứ phát**: 5%
 - Hẹp động mạch thận , bệnh nhu mô thận
 - Hội chứng Conn, hội chứng Cushing
 - Tăng sản thượng thận sinh dục , u tuyến thượng thận
 - Cường giáp hay nhược giáp
 - Hẹp eo ĐMC
 - THA liên quan đến thai kỳ
 - Hội chứng ngưng thở khi ngủ
 - Do thuốc viên ngừa thai
 - Do tăng áp lực nội sọ : bướu não, viêm não, toan máu hô hấp

Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát

Các yếu tố gợi ý THA thứ phát

- Khởi phát THA < 35 tuổi hoặc > 55 tuổi
- THA nặng, HA > 180/110mmHg lúc khởi bệnh
- Khởi bệnh đột ngột, từ HA bình thường đến THA nặng trong < 1 năm
- THA kháng trị
- Trước kia điều trị hiệu quả, nay đáp ứng kém
- Có tr/c nhiều cơ quan khi khởi bệnh

Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát

Bệnh sử

- Các triệu chứng của bệnh nội tiết hay bệnh chất keo
- Yếu, mệt, tiểu nhiều và vọp bẻ : gợi ý giảm kali máu
-> THA do h/c Conn
- Con THA kèm hồi hộp, tái nhợt, toát mồ hôi và run tay: u tủy thượng thận
- Ngáy to, có ngưng thở khi ngủ

Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát

Tiền căn

- a. Tiền sử gia đình (TD : bệnh thận đa nang)
- b. Bệnh thận, nhiễm trùng đường tiểu, tiểu ra máu, lạm dụng thuốc giảm đau (bệnh nhu mô thận)
- c. Thuốc : thuốc ngừa thai uống, liquorice, carbenoxolone, thuốc nhỏ mũi, cocaine, amphetamines, steroids, kháng viêm non-steroid, erythropoietin, cyclosporin, cam thảo
- d. Con yếu cơ, tetany (cường aldosterone)

Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát

Khám thực thể tìm THA thứ phát

- Dấu hiệu của hội chứng Cushing
- Vết da của đa u sợi thần kinh (neurofibromatosis) gợi ý u tủy thượng thận
- Mạch tứ chi không cân xứng , HA chi dưới thấp hơn chi trên
- Sờ thấy thận lớn (bệnh thận đa nang)
- Âm thổi ở bụng ((hẹp ĐM thận), âm thổi trước ngực hay tim (hẹp eo ĐMC)
- Thay đổi đột ngột HA : u tủy thượng thận
- Ban xuất huyết sờ được (palpable purpura) : bệnh viêm mẩn
- Tăng huyết áp tâm thu đơn thuần người trẻ : cường giáp
- THA kèm tim chậm : suy giáp

Tiếp cận bệnh nhân THA thứ phát

Khám thực thể tìm THA thứ phát, tổn thương cơ quan đích

Triệu chứng tổn thương cơ quan

- Não : âm thổi ở cổ, dấu về vận động hoặc cảm giác
- Đáy mắt : bất thường võng mạc
- Tim : mỏm tim, nhịp, gallop, ran phổi
- Bệnh động mạch ngoại vi: yếu, không cân xứng
- Động mạch cảnh : âm thổi

Chứng có béo phủ tạng

- Cân nặng, vòng bụng : Nam > 102cm Nữ > 88cm
- BMI : $\geq 25\text{kg/m}^2$ $\geq 30\text{kg/m}^2$: béo phì

Khảo sát cận lâm sàng

Trắc nghiệm thường quy :

- Đường máu
- Cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, Triglyceride
- K^+ /máu
- Acid uric/máu
- Creatinine máu ; độ lọc creatinine ước lượng (Cockcroft-Gault)
- Hb, Hct
- TPTNT, đạm niệu vi lượng
- ECG, Xq ngực

Khảo sát cận lâm sàng

Cận lâm sàng nên làm

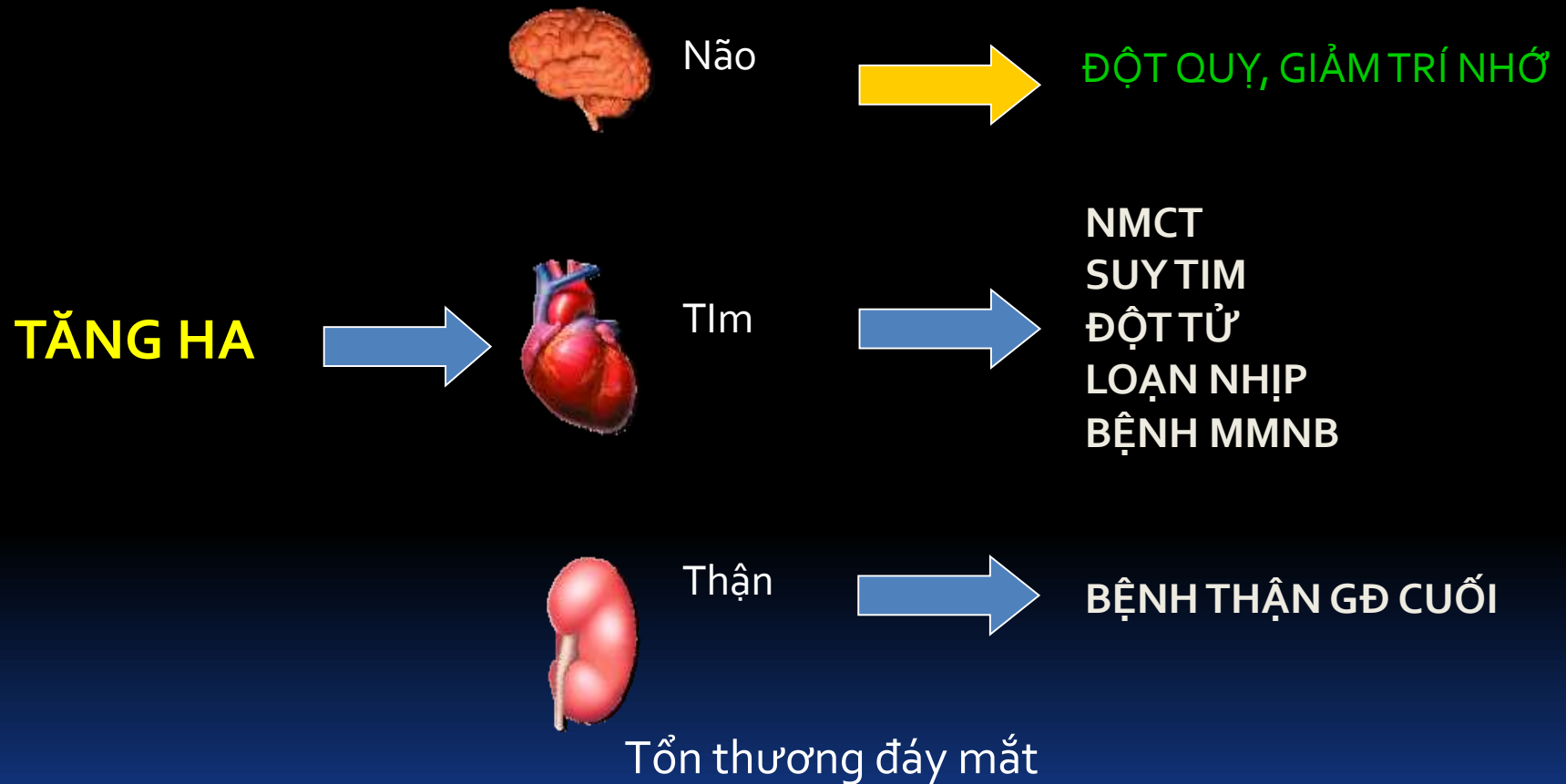
- ▣ Siêu âm tim
- ▣ Siêu âm ĐM cảnh
- ▣ Định lượng protein niệu
- ▣ Chỉ số ABI
- ▣ Soi đáy mắt
- ▣ Trắc nghiệm dung nạp đường (nếu đường máu đói $<5,6\text{mmol/l}$ (100mg/dL))
- ▣ HA di động 24 giờ và HA đo tại nhà
- ▣ Vận tốc sóng mạch

Khảo sát cận lâm sàng

Khảo sát mở rộng (chuyên khoa)

- Khảo sát thêm về tổn thương não, tim, thận và mạch máu
- Tìm nguyên nhân THA : đo renin, aldosterone, corticosteroid, catecholamine niệu, chụp mạch, siêu âm thận và thượng thận, MSCT, MRI

BIẾN CHỨNG QUAN TRỌNG CỦA THA



Adapted from Weir MR et al *Am J Hypertens* 1999;12:205S–213S; Beers MH, Berkow R, eds. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 17th ed. 1999:1629–1648; Francis CK. In: Izzo JL Jr, Black HR, eds. *Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure*. 2nd ed. 1999:175–176; Hershey LA. In: Izzo JL Jr, Black HR, eds. *Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure*. 2nd ed. 1999:188–189.



Tiếp cận điều trị và phòng ngừa các biến cố TM



PHÂN TẦNG NGUY CƠ

		HA (mm Hg)		
các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan k tr/ch or bệnh	Bình thường cao	Độ 1 (HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99)	Độ 2 (HATT 160-179 hoặc HATTr 100-109)	Độ 3 (HATT >180 hoặc HATTr > 110)
Không có YTNC		NC thấp	NC trung bình	NC cao
Có 1-2 YTNC	NC thấp	NC trung bình	NC trung bình	NC cao
Có từ 3 YTNC	NC thấp đến Trung bình	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao
Tổn thương cơ quan đích, STM gđ 3 hoặc ĐTD.	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao	NC cao đến rất cao
Bệnh TM có triệu chứng, bệnh thận mạn $\geq$ độ 4, hoặc ĐTD có tổn thương CQ đích / nhiều yếu tố nc	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao

YTNC về bệnh tim mạch	Thương tổn cơ quan đích không có triệu chứng	Đái tháo đường
Giới nam Tuổi (nam ≥ 55, nữ ≥ 65). Hút thuốc. RLLP: CT > 4.9 mmol/l và/hoặc LDL-C > 3.0 mmol/ và/hoặc HDL-C < 1.0 mmol/l và/hoặc TG > 1.7 mmol/l Đường máu khi đói bất thường. Béo phì Béo phì bụng. TC gia đình có người bị bệnh TM sớm (nam < 55 và nữ < 65)	Hiệu áp ≥ 60 mmHg (ở người già). - ECG dày thất trái - Dày ĐM cảnh (IMT > 0.9 mm) hoặc có MXV - Vận tốc sóng mạch đùi-ĐM cảnh > 10 m/s. - Chỉ số cổ chân- cẳng tay < 0.9. - Bệnh thận giai đoạn 3 (eGFR: 30-60) - Albumine niệu vi thể (30-300 mg/24 giờ) hoặc tỉ alb /creatinine (30-300 mg/g	- ĐH khi đói ≥ 7.0 mmol/l trong hai lần đo liên tiếp và /hoặc - HbA1c > 7 % (53 mmol/mol) và /hoặc - ĐH sau ăn > 11.0 mmol/l
		Bệnh tim thực thể hoặc bệnh thận Bệnh mạch não: NMN, XHN, TBMN thoáng qua. - Bệnh mạch vành - Suy tim - Bệnh ĐM chi dưới có triệu chứng. - Bệnh thận mạn giai đoạn 4 Protein niệu > 300 mg/24 - Bệnh vồng mạc tiến triển: XH hoặc tiết, phù gai thị

PHÂN TẦNG NGUY CƠ

các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan k tr/ch or bệnh	Bình thường cao	Độ 1 (HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99)	Độ 2 (HATT 160-179 hoặc HATTr 100- 109)	Độ 3 (HATT >180 hoặc HATTr > 110)
Không có YTNC		NC thấp	NC trung bình	NC cao
Có 1-2 YTNC	NC thấp	NC trung bình	NC trung bình	NC cao
Có từ 3 YTNC	NC thấp đến Trung bình	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao
Tổn thương cơ quan đích, STM gđ 3 hoặc ĐTD.	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao	NC cao đến rất cao
Bệnh TM có triệu chứng, bệnh thận mạn ≥ độ 4, hoặc ĐTD có tổn thương CQ đích / nhiều yếu tố nc	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao

Joint National Committee (JNC) Reports

Report	Year	Threshold	Treatment Goal	Evidence
First	1977	DBP 90 mm Hg	DBP <90 mm Hg	VA
Second	1980	DBP 90 mm Hg	DBP <90 mm Hg	HDFP
Third	1984	DBP 90 mm Hg	DBP <90 mm Hg	MRC, Australian
Fourth	1988	DBP 90 mm Hg or SBP 160 mm Hg for ISH	<140/90 mm Hg, if possible	Same as above
Fifth	1993	140/90 mm Hg and SBP 140 mm Hg for ISH	<140/90 mm Hg; consider <130/85	SHEP
Sixth	1997	140/90 mm Hg and SBP 140 mm Hg for ISH	<140/90 mm Hg; consider <130/85	Syst-Eur
Seventh	2003	140/90 mm Hg and SBP 140 mm Hg for ISH	<140 or <90 mmHg; DM or CKD <130/80 mmHg	RENAAL, IDNT
Eight-P	2014	140/90 mmHg 150/90 mmHg ≥60yo Plus opt. out	<140/90 mmHg <150/90 mmHg ≥60yo DM or CKD <140/90 mmHg	SHEP , Syst-Eur VALISH, JATOS

ĐIỀU TRỊ THEO PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

Những YTNC, tổn thương cơ quan và lâm sàng	Bình thườngcao HATT : 130-139hoặc HATTr : 85-89	THA Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr : 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr:100-109 mmHg	THA Độ 3. HATT ≥ 180 / >110 mmHg
Không có YTNC	Không điều trị	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt với mục tiêu $<140/90$	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt với mục tiêu $<140/90$	TĐLS, cho thuốc ngay đạt mục tiêu $<140/90$
Có 1-2 YTNC	TĐLS. Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc với mục tiêu $<140/90$	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
Có ≥ 3 YTNC	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng. Rồi cho thuốc với mục tiêu $140/90$	TĐLS + Thuốc HA với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
Tổn thương cơ quan đích, STM gđ 3 hoặc ĐTD	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS + Thuốc HA với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Thuốc HA với đích $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
BTM có tr/chứng, STM gđ ≥ 4 kèm or ĐTD có TTCQ đích/ nhiều YTNC	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$

KHỞI ĐẦU ĐIỀU TRỊ

- ❖ Thay đổi lối sống: tất cả BN, các giai đoạn THA
- ❖ THA độ 1: NC thấp hay trung bình: điều trị bằng thuốc sau thay đổi lối sống
- ❖ THA độ 1 NC cao or từ độ 2: sử dụng thuốc ngay
- ❖ Có thể chọn một trong 4 thuốc hàng I để khởi trị (Nếu k có chỉ định bắt buộc)

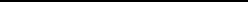
Thay đổi lối sống

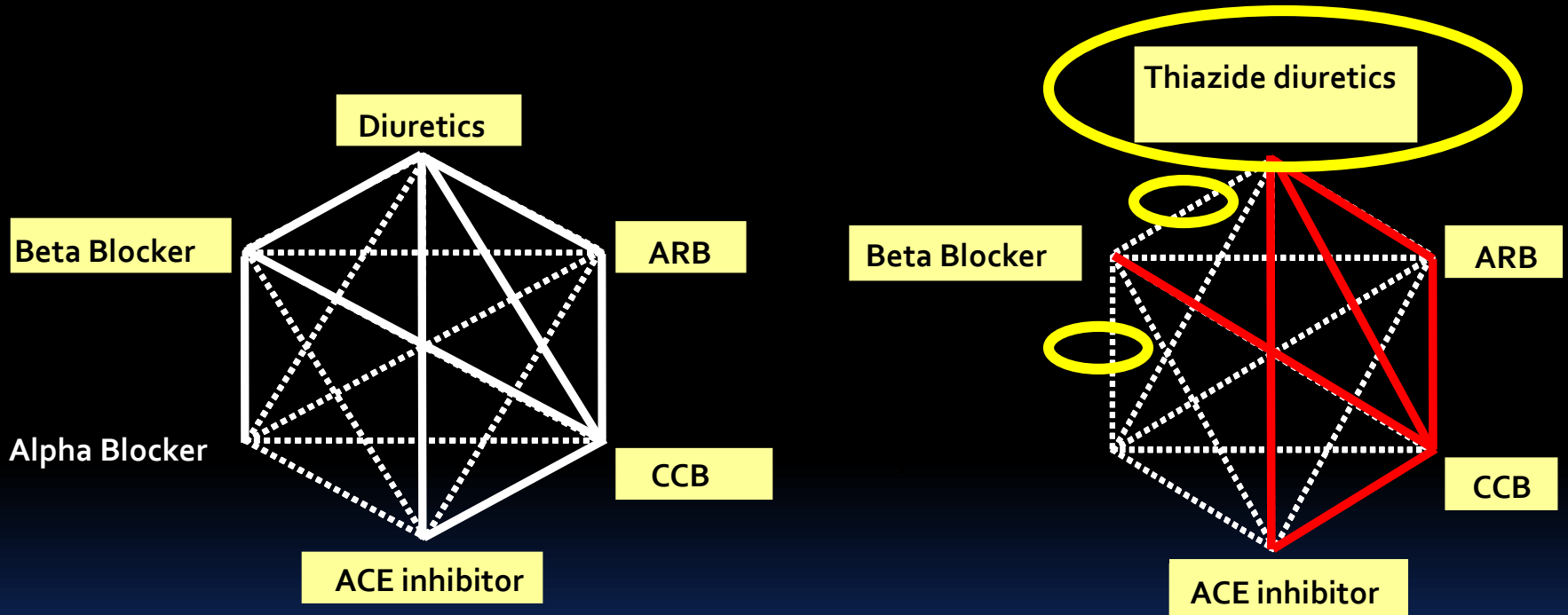
- Trên tất cả bệnh nhân, kể cả b/n huyết áp bình thường cao và có kèm YTNC
- Ngưng thuốc lá; giảm cân; giảm rượu; vận động thể lực; giảm muối; ăn nhiều rau và trái cây; giảm mỡ bão hòa và tổng lượng mỡ
- Cần theo dõi sát, có trợ giúp, nhắc nhở định kỳ

ĐƠN TRỊ LIỆU

- 4 nhóm thuốc ĐT hàng I: Lợi tiểu, ACEIs/ARB, CCB, BB.
 - ▣ BB là thuốc được lựa chọn:
 - Có chỉ định bắt buộc
 - Người trẻ <65 tuổi
 - Không có nguy cơ phát triển ĐTĐ
 - ▣ Nếu dùng lợi tiểu:
 - Thiazide là chọn đầu tiên
 - Chlorthalidone: THA kháng trị

Xu hướng thay đổi phối hợp thuốc trong điều trị THA

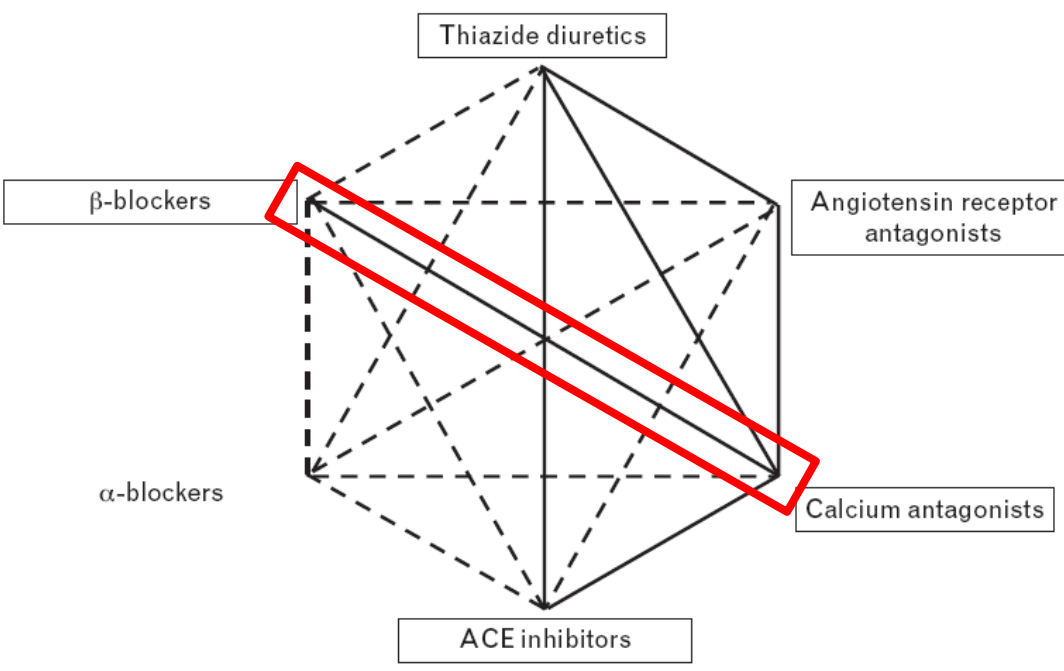
2003 ESH-ESC  **2007 ESH-ESC**



Lợi tiêu thường được phối hợp ngay từ đầu

changes



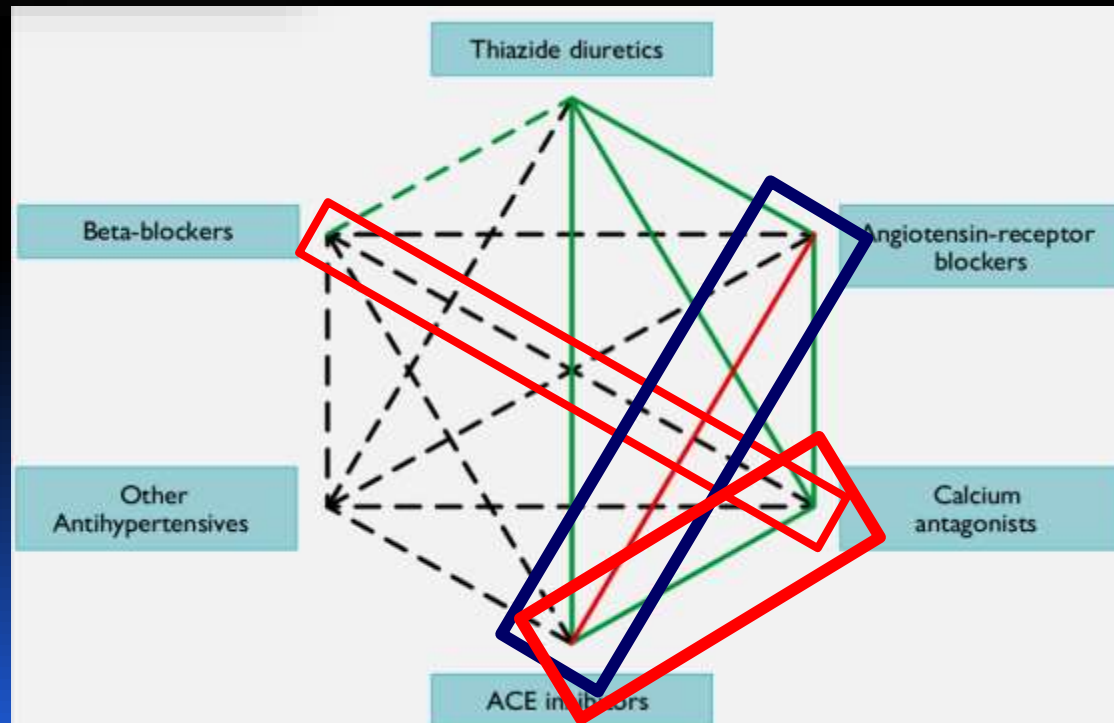


Kết hợp thuốc điều trị THA

ESH/ESC 2007 và 2013 có gì khác?

- ESH/ESC 2013 không còn coi phối hợp chẹn Calci+Chẹn beta giao cảm như một ưu tiên (nét rời).

KHÔNG PHỐI HỢP UCMC VÀ ARB



Comparisons to Other Guidelines

BP Goal	JNC-7	JNC-8	ASH/ISH	ESC/ESH	CHEP
Age < 60	<140/90	<140/90	<140/90	<140/90	<140/90
Age 60-79	<140/90	<150/90	<140/90	<140/90	<140/90
Age 80+	<140/90	<150/90	<150/90	<150/90	<150/90
Diabetes	<130/80	<140/90	<140/90	<140/85	<130/80
CKD	<130/80	<140/90	<140/90	<130/90	<140/90



Adapted from Salvo M et al. *Ann Pharmacother* 2014;48:1242-8.

HUSSON
UNIVERSITY

Chọn các nhóm thuốc ban đầu theo các nhóm tuổi có THA chưa có bệnh cảnh lâm sàng đi kèm

Nhóm bệnh nhân	Thuốc đầu tiên* nhưng xem xét ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 nếu cần đạt HA <140/90	Thêm thuốc thứ 3 cần đạt HA < 140/90
THA < 60 tuổi	CTTA/ ỨCMC	CKCa hoặc thiazide	CKCa + ỨCMC / CTTA + lợi tiểu thiazide
THA > 60 tuổi	CKCa or thiazide (mặc dù ỨCMC/CTTA cũng thường hiệu quả)	CTTA / ỨCMC (or CKCa or thiazide, nếu ỨCMC/ CTTA đã dùng đầu tiên)	CKCa + ỨCMC /CTTA + lợi tiểu thiazide

Chọn thuốc huyết áp theo các tình huống lâm sàng (chỉ định bắt buộc).

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 ưu tiên nếu cần để đạt HA < 140/90	Thêm thuốc thứ 3 để đạt HA < 140/90 mmHg*
THA và ĐTĐ	CTTA /ƯCMC	CKCa hay thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và bệnh thận mạn	CTTA/ƯC MC	CKCa hay tiểu thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 ưu tiên nếu cần để đạt HA < 140/90	Thêm thuốc thứ 3 để đạt HA < 140/90
THA và bệnh ĐMV lâm sàng	BB+ CTTA/ƯC MC	CKCa or thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và tiền sử đột quỵ	ƯCMC /CTTA	Lợi tiểu thiazide hay CKCa	Thuốc thứ 2 thay thế (CKCa hay lợi tiểu thiazide)
THA và suy tim	CTTA/ƯCMC + BB + spironolactone khi ST độ II- IV + lợi tiểu thiazide, quai khi ứ dịch. CKCa nhóm Dihydropyridine có thể thêm vào nếu cần kiểm soát HA		

Theo dõi lâu dài bệnh nhân THA

- Đạt mục tiêu huyết áp
- Kiểm soát tất cả YTNC, tổn thương cơ quan bia
- Nhắc nhở b/n:
 - * THA cần điều trị suốt đời
 - * có thể giảm liều thuốc

Kết luận:

Để cải thiện sự tuân thủ của bệnh nhân

- Cắt nghĩa về NC của THA và lợi ích của điều trị
- Chính điều trị sao phù hợp với nhu cầu và lối sống từng bệnh nhân
- Đơn giản điều trị (td: số lần uống thuốc)
- Khuyến khích tự đo huyết áp tại nhà
- Chú ý đến tác dụng phụ của thuốc

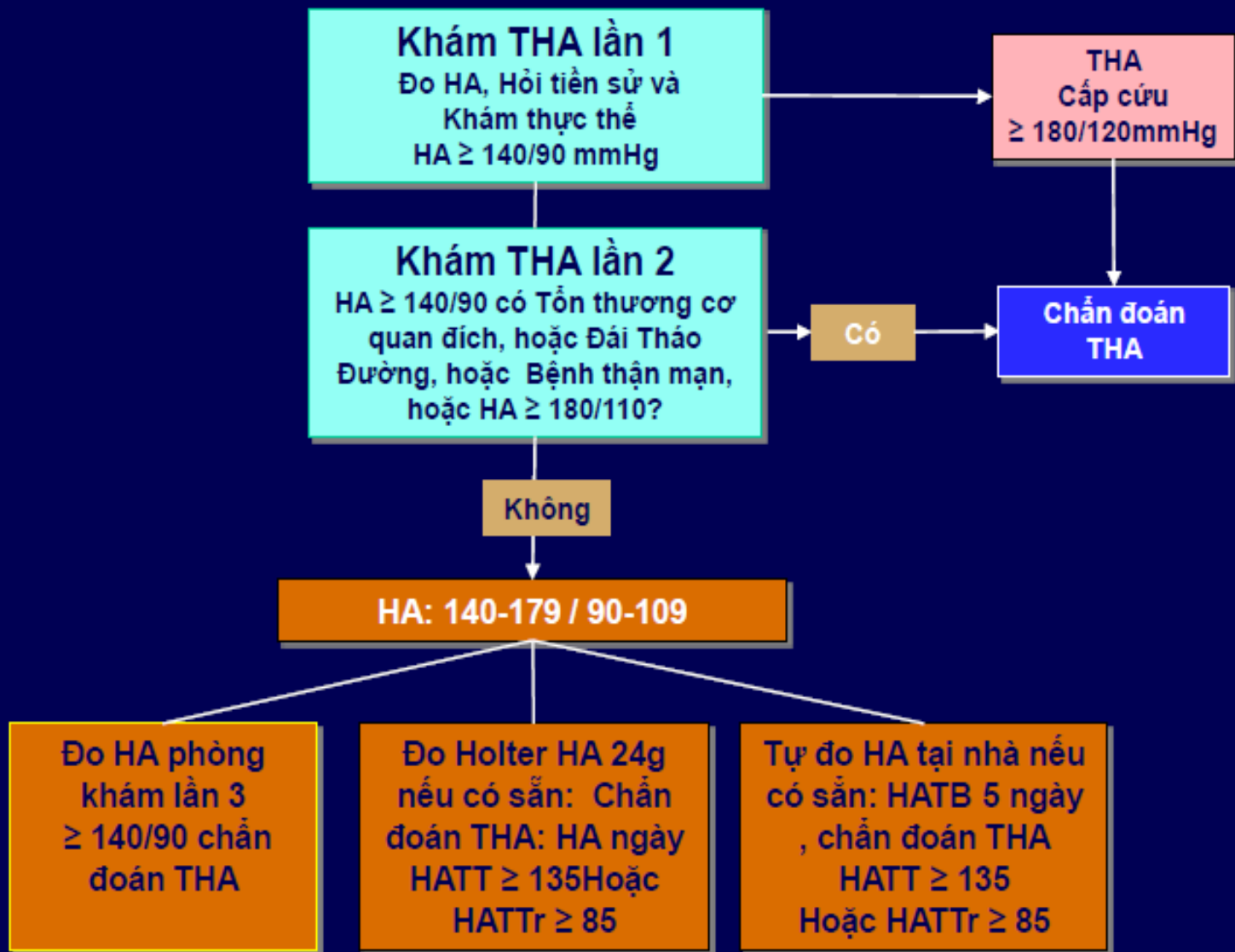
TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG 1:

- Bệnh nhân nữ 72 tuổi có tiền căn bị thoái hoá khớp đang **đ trị kháng viêm non steroid**, hen phế quản điều trị dẫn phế quản dạng hít, **hút thuốc lá** 10 gói/năm đã ngưng 2 năm. **TC gia đình cha mẹ đều bị THA**,
- Đến khám HA đo được 174/98 không triệu chứng.

■ **Câu hỏi 1:**

Bạn sẽ điều trị như thế nào: chọn nhiều câu đúng

- a. Bắt đầu sử dụng thuốc
- b. Tìm tổn thương cơ quan đích
- c. Ngưng kháng viêm non steroid và tiến hành xác chẩn lại chẩn đoán THA



- Bệnh nhân được làm xét nghiệm thường quy và không ghi nhận tổn thương cơ quan đích: tim, thận, mắt chỉ có **bề dày nội mạc ĐMC là 1mm**, HA trung bình khi theo dõi tại nhà và ngưng kháng viêm non steroid **là 150/90 mmHg**
- **Hướng xử trí tiếp theo:**
 - a. Thay đổi lối sống
 - b. Bắt đầu sử dụng thuốc
 - c. Thay đổi lối sống và bắt đầu sử dụng thuốc

YTNC về bệnh tim mạch	Thương tổn cơ quan đích không có triệu chứng	Đái tháo đường
Giới nam Tuổi (nam ≥ 55, nữ ≥ 65). Hút thuốc. RLLP: CT > 4.9 mmol/l và/hoặc LDL-C > 3.0 mmol/ và/hoặc HDL-C < 1.0 mmol/l và/hoặc TG > 1.7 mmol/l Đường máu khi đói bất thường. Béo phì Béo phì bụng. TC gia đình có người bị bệnh TM sớm (nam < 55 và nữ < 65)	Hiệu áp ≥ 60 mmHg (ở người già). - ECG dày thất trái - Dày ĐM cảnh (IMT > 0.9 mm) hoặc có MXV - Vận tốc sóng mạch đùi-ĐM cảnh > 10 m/s. - Chỉ số cổ chân- cẳng tay < 0.9. - Bệnh thận giai đoạn 3 (eGFR: 30-60) - Albumine niệu vi thể (30-300 mg/24 giờ) hoặc tỉ alb /creatinine (30-300 mg/g	- ĐH khi đói ≥ 7.0 mmol/l trong hai lần đo liên tiếp và /hoặc - HbA1c > 7 % (53 mmol/mol) và /hoặc - ĐH sau ăn > 11.0 mmol/l
		Bệnh tim thực thể hoặc bệnh thận Bệnh mạch não: NMN, XHN, TBMN thoáng qua. - Bệnh mạch vành - Suy tim - Bệnh ĐM chi dưới có triệu chứng. - Bệnh thận mạn giai đoạn 4 Protein niệu > 300 mg/24 - Bệnh vồng mạc tiến triển: XH hoặc tiết, phù gai thị

PHÂN TẦNG NGUY CƠ

các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan k tr/ch or bệnh	Bình thường cao	Độ 1 (HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99)	Độ 2 (HATT 160-179 hoặc HATTr 100- 109)	Độ 3 (HATT >180 hoặc HATTr > 110)
Không có YTNC		NC thấp	NC trung bình	NC cao
Có 1-2 YTNC	NC thấp	NC trung bình	NC trung bình	NC cao
Có từ 3 YTNC	NC thấp đến Trung bình	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao
Tổn thương cơ quan đích, STM gđ 3 hoặc ĐTD.	NC trung bình đến cao	NC cao	NC cao	NC cao đến rất cao
Bệnh TM có triệu chứng, bệnh thận mạn ≥ độ 4, hoặc ĐTD có tổn thương CQ đích / nhiều yếu tố nc	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao	NC rất cao

ĐIỀU TRỊ THEO PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

Những YTNC, tổn thương cơ quan và lâm sàng	Bình thườngcao HATT : 130-139hoặc HATTr : 85-89	THA Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr : 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr:100-109 mmHg	THA Độ 3. HATT ≥ 180 / >110 mmHg
Không có YTNC	Không điều trị	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt với mục tiêu $<140/90$	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt với mục tiêu $<140/90$	TĐLS, cho thuốc ngay đạt mục tiêu $<140/90$
Có 1-2 YTNC	TĐLS. Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc với mục tiêu $<140/90$	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
Có ≥ 3 YTNC	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng. Rồi cho thuốc với mục tiêu $140/90$	TĐLS + Thuốc HA với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
Tổn thương cơ quan đích, STM gđ 3 hoặc ĐTD	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS + Thuốc HA với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + Thuốc HA với đích $<140/90$	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$
BTM có tr/chứng, STM gđ ≥ 4 kèm or ĐTD có TTCQ đích/ nhiều YTNC	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu $<140/90$

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG 2:

- Bệnh nhân nam 55 tuổi bị **tiểu đường 5 năm**.
- 3 năm trước: không kiểm soát đường huyết tốt.
- 3 năm nay đã ổn định với thuốc uống và insulin.
- Đường huyết bất kỳ sau ăn $<10\text{mmol/L}$.
- HbA1c : 5-7%.
- **Albumin niệu (500mg/24h)**.
- **Tăng huyết áp**: HA khoảng 150/90 mmHg dù đang ĐT:
 - Losartan 50 mg/ng
 - Amlodipine 5 mg/ng

■ Câu hỏi 1:

- ▣ HA chưa kiểm soát tốt dù dùng thuốc (HA 150/90mmHg, mạch 70 l/ph).
- ▣ Bạn sẽ ĐT tiếp như thế nào:
 - 1. Bổ sung ACEIs
 - 2. Thêm chẹn BB
 - 3. Thêm lợi tiểu
 - 4. Thêm chẹn alpha
 - 5. Tăng liều losartan lên 100 mg/ng

- 
- 
- Bn đã được dùng losartan 100mg/ngày

- 
- 1 tháng sau bệnh thận tiến triển tốt
 - ▣ Kali máu bình thường
 - ▣ HATTh #130/80 mmHg
 - ▣ Nhịp tim 68 lần/ph
 - Sau 1 năm:
 - ▣ Tiếp tục ổn định và ĐT như cũ

*Cám ơn sự theo dõi quý Thầy Cô và
quý đồng nghiệp*

va mot so slide co



Đánh giá chẩn đoán các trường hợp THA cấp cứu chuyên biệt

THA cấp cứu	Biểu hiện LS	Test chẩn đoán
Bệnh não do THA NMN/XHN XH dưới nhện TMCB CT cấp/NMCT Suy tim	Thay đổi ý thức, đau đầu, nôn, phù gai thị Dấu TK định vị Khởi phát đau đầu đột ngột, cứng gáy Nặng ngực, nôn, khó thở... Thở nhanh, khó thở tư thể, tụt HA, khô khè...	CT não (chẩn đoán loại trừ) CT đầu CT não, chọc sống thắt lưng ECG, men tim XQ tim phổi, SAT, BNP

Đánh giá chẩn đoán các trường hợp THA cấp cứu chuyên biệt

Bóc tách Ao	Đau xé ngực Suy ĐMC cấp Rộng trung thất trên XQ	CT, MRI ngực ETO Chụp động mạch chủ
Tiền sản giật/sản giật	THA sau tuần 20 của thai Phù, protein niệu, co giật	Thử nước tiểu, xác định thai kỳ
Suy thận cấp	Tiền sử bệnh thận, quá tải thể tích, thiếu máu, nôn, thiếu niệu...	XN nước tiểu, BUN, Cre SA thận

HA $\geq$ 180/120 mmHg

--Dấu thần kinh (bệnh não do THA, XHN, NMN)
-Bệnh đáy mắt do THA độ III-IV
-Đau ngực như triệu chứng của TMCBCT hay bóc tách ĐMC
-Phù phổi, suy thận, tăng catecholamin...

THA cấp cứu

Điều trị thuốc TM, theo dõi sát tại ICU
Bổ sung thuốc uống sau

Ban đầu không dấu hiệu thần kinh hay tổn thương cơ quan đích

THA khẩn trương

Xác định nguyên nhân
Hội hộp: ĐT thuốc chống lo âu
Đau: giảm đau
Nguyên nhân không rõ: thuốc hạ áp uống để giảm HA 12-24h

Điều trị THA cấp cứu: Điều trị bằng các thuốc đường tĩnh mạch :

Thuốc	Liều	Khởi phát / Thời gian tác dụng	Tác dụng phụ	Chỉ định ưu tiên
Furosemide (LASIX® ống 20mg)	20-40mg TM trong 1-2', lặp lại với liều cao hơn nếu có suy tim, suy thận	5-15' / 2-3 giờ	Giảm thể tích, hạ Kali máu	Suy tim, Suy thận, có quá tải thể tích
Nitroprusside (NITROPRESS Ống bột 50mg)	TTM 0.25 – 10 µg/kg/phút	Ngay lập tức / 2 – 3' sau khi truyền	Tụt HA, buồn nôn, nôn ói, dùng lâu ngày gây ngộ độc cyanide, met Hb, tăng áp lực nội sọ	Hở van động mạch chủ, hở van 2 lá, phẫu thuật tim, bệnh não do THA
Nitroglycerin (ISOKET® ống 0,1% 10mg/10ml)	TTM 5 – 100 µg/phút	2 – 5' / 5 – 10'	Nhức đầu, đỏ mặt, nhịp tim nhanch, met Hb, lờn thuốc	Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực

Điều trị THA cấp cứu: Điều trị bằng các thuốc đường tĩnh mạch :

Thuốc	Liều	Khởi phát / Thời gian tác dụng	Tác dụng phụ	Chỉ định ưu tiên
Nicardipine (LOXEN® ống 10mg/10ml)	TM 10mg/10'. Duy trì TTM 0,5 - 2 mg/ giờ tùy tình trạng bệnh nhân, liều tối đa: 15mg/giờ	1 – 5' / 15 – 30'; có thể > 12 giờ nếu truyền lâu dài	Nhịp tim nhanh, buồn nôn, nôn ói, nhức đầu, tăng áp lực nội sọ, hạ HA kéo dài	Bệnh não do THA
Verapamil (ISOPTINE® ống 5mg/2ml)	TM 5-10mg Duy trì TTM 3-25mg/giờ	1-5' / 30-60'	Nhịp chậm, bloc tim (đặc biệt khi dùng chung với digitalis hay ức chế beta)	Nhịp tim nhanh và/hoặc TMCT
Labetolol (TRANDATE® Ống 100mg/20ml)	TM 20-80mg (hay 1mg/kg) mỗi 5-10', max 300mg Duy trì 0,5-2mg/phút trong 8 – 12 giờ	5 – 10' / 2 – 6 giờ	Cơ thất phế quản, bloc tim, suy tim, tụt HA tư thế	Bệnh não do THA Tai biến mạch máu não