

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

I. ĐỊNH NGHĨA

THA (tăng huyết áp) là khi:

- HA tâm thu ≥ 140 mmHg /BN từ 18 – <80 tuổi; hay 150mmHg/ BN từ 80 tuổi trở lên
- Hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg
- Hoặc cả hai

II. PHÂN LOẠI THA

Bảng 1: phân loại THA

Huyết áp	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
Tiền THA	120 – 139	và / hoặc	80 – 89
THA giai đoạn 1	140 – 159	và / hoặc	90 – 99
THA giai đoạn 2	≥ 160	và / hoặc	≥ 100
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

III. NGUYÊN NHÂN THA

III.1. THA nguyên phát

- 95% người lớn là THA nguyên phát.
- Nguyên nhân không rõ, tuy nhiên yếu tố di truyền và môi trường có ảnh hưởng trên nhóm này.
- Các yếu tố môi trường: chế độ ăn nhiều muối, béo phì, lối sống ít vận động (ngồi một chỗ)
- Một số yếu tố có thể liên quan đến di truyền: Sự hoạt hóa hệ renin-angiotensin-aldosterone và hệ thần kinh giao cảm cao; sự nhạy cảm của chế độ ăn kiêng muối tác động trên huyết áp
- Nguyên nhân khác: tăng độ xơ cứng của động mạch chủ theo tuổi (hay gặp dưới dạng THA tâm thu đơn độc trên người già)

III.2. THA thứ phát

Chiếm khoảng 5%

Một số nguyên nhân có thể phát hiện và điều trị được:

- THA do thận:
 - Bệnh động mạch thận
 - Viêm thận – bể thận mãn
 - Viêm cầu thận cấp – mãn
 - Bệnh thận đa nang
 - Hầu hết các bệnh nặng khác: bệnh thận tiểu đường, suy thận mãn
 - U thận bài tiết Renin
- Nội tiết

- Uống thuốc ngừa thai
- U tủy thượng thận Pheochromocytoma
- Bệnh Cushing và hội chứng Cushing
- Hội chứng Conn (cường Aldosterol nguyên phát)
- Cường tuyến cận giáp với tăng Ca^{++} máu
- Acromegaly
- Thần kinh
- Thuốc
 - Ngừa thai
 - Kháng viêm non – sterides
 - Cocain
 - Ephedrin
- Thai
- Mạch máu lớn
 - Hẹp eo ĐMC
 - Bệnh vi mạch
- Hội chứng ngưng thở lúc ngủ

IV. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN THA

IV.1 HỎI BỆNH

Khai thác các biến cố tim mạch đã bị như:

- Đột quy, cơn thoáng thiếu máu não hoặc cơn giảm trí nhớ
- Bệnh động mạch vành: NMCT, cơn đau thắt ngực, tái thông mạch vành.
- Suy tim, các triệu chứng gợi ý rối loạn chức năng thất trái (phù, khó thở)
- Bệnh thận mạn
- Bệnh động mạch ngoại biên
- Đái tháo đường
- Ngưng thở lúc ngủ

Các yếu tố nguy cơ khác:

- Tuổi
- Rối loạn lipid máu?
- Tiểu đạm vi thể?
- Gout?
- Tiền sử gia đình về THA và ĐTD?
- Hút thuốc lá?

Thuốc:

- Các thuốc đang điều trị hiện tại (không phải để điều trị THA) có thể gây THA: kháng viêm nonsteroid, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc ngừa thai thế hệ cũ đường uống với liều cao, thuốc điều trị migraine, các thuốc chữa cảm lạnh (dẫn xuất pseudoephedrine), các thuốc thảo dược, thuốc dân gian, thuốc kích thích (cocaine)
- Thuốc điều trị hạ áp đã và đang dùng, hiệu quả, dung nạp hay không...

IV.2. KHÁM LÂM SÀNG

Đo HA:

- BN ngồi tựa lưng, tay đặt trên bàn – ngang mức tim, 3 – 5ph sau bắt đầu đo
- Đo tối thiểu 2 lần cách 1 – 2ph
- Đo cả hai tay ở lần thăm khám đầu tiên. Nếu HA 2 tay chênh nhau tâm thu >20mmHg hoặc tâm trương > 10mmHg thì tìm các bất thường về mạch máu
- BN lớn tuổi, ĐTĐ và một số trường hợp nghi ngờ hạ HA tư thế , trong lần khám đầu tiên phải đo thêm HA lúc đứng 2 lần cách nhau 1ph và 3ph
- Chẩn đoán xác định THA khi cả hai lần khám cách nhau 1 – 4 tuần đều thỏa tiêu chuẩn định nghĩa THA
- Nếu HA tâm thu đo ở lần khám đầu tiên ≥ 180 mmHg có thể chẩn đoán và điều trị ngay.
- Một số BN đo HA cao tại phòng khám nhưng ở nơi khác thì bình thường gọi là “hội chứng áo choàng trắng”. Nên đo HA tại nhà hoặc theo dõi HA lưu động 24giờ

Tính BMI: đo vòng eo: bình thường nam < 102cm, nữ < 88cm

Tìm các dấu hiệu suy tim: Tĩnh mạch cổ nổi, ran ở hai đáy phổi, gan to, phù ngoại vi.

Khám thần kinh: tìm các dấu hiệu của đột quỵ

Soi đáy mắt:

- Chỉ định: cho BN THA người trẻ, kháng trị, hay kèm đái tháo đường.
- Các mức độ tổn thương do tăng HA
 - I: Lòng ĐM bị co nhỏ
 - II: Dấu bất chéo ĐM – TM dấu hiệu gunn
 - III: độ II + phù nề, xuất huyết, xuất tiết võng mạc
 - IV: độ III + phù gai thị
- Bất mạch: tìm dấu hiệu mất mạch, mạch nảy không đều hoặc giảm biên độ, đầu lạnh chi, sang thương da do thiếu máu cục bộ trong bệnh mạch máu ngoại biên.
- Khám cổ: lưu ý
 - Âm thổi ở ĐM cảnh
 - TM cổ nổi
 - Tuyến giáp lớn

IV.3. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm thường quy:

- Hemoglobin hoặc hematocrit
- Đường huyết đói
- Cholesterol, LDL, HDL, TG
- Natri, kali máu
- Acid uric
- Creatinin máu (có ước lượng GFR)
- Tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm tìm tiểu đạm vi thể
- ECG 12 chuyển đạo

- SIÊU ÂM TIM

Xét nghiệm bổ sung dựa trên bệnh sử, thăm khám và các dấu hiệu từ xét nghiệm thường quy

- HbA1c khi đường huyết đói > 102mg% hoặc tiền sử ĐTĐ
- Chức năng gan: AST, ALT
- Định lượng protein niệu khi tiểu đạm vi thể; đo natri, kali niệu và tính tỷ số
- Theo dõi HA tại nhà và ABPM (HA 24 giờ)
- Holter ECG khi có rối loạn nhịp
- Siêu âm mạch máu ngoại biên / mạch thận
- Đo vận tốc sóng mạch
- Tính chỉ số tay – cổ chân (ABI): bình thường > 0.9 – 1.3
- Holter HA 24g:
 - Nghi ngờ hội chứng áo choàng trắng:
 - THA giai đoạn I khi đo ở phòng khám
 - HA đo ở phòng khám cao mà không có tổn thương cơ quan đích
 - Nghi ngờ THA dấu mặt (masked hypertension):
 - HA bình thường cao/ đo ở phòng khám
 - HA bình thường/ phòng khám mà có tổn thương cơ quan đích không triệu chứng hoặc nguy cơ mạch vành toàn bộ cao
 - Nhận biết ảnh hưởng của áo choàng trắng ở BN THA
 - Sự biến thiên HA rõ rệt qua các lần khám tương tự hoặc khác nhau
 - Hạ HA tự động tính, tư thế, sau bữa ăn hoặc do ảnh hưởng thuốc và giấc ngủ trưa
 - HA phòng khám tăng cao hoặc nghi ngờ tiền sản giật
 - Nhận biết THA kháng trị thật hay giả (chỉ định đặc biệt)
 - Nghi ngờ THA về đêm hoặc không có vùng trũng HA ở BN bị ngưng thở lúc ngủ, bệnh thận mạn hoặc ĐTĐ
 - Đánh giá độ biến thiên HA

Xét nghiệm mở rộng theo ý kiến chuyên khoa

- Chỉ định bắt buộc ở BN THA kháng trị và có biến chứng: XN tìm tổn thương não, tim, thận và mạch máu (SAT gắng sức, CT, MRI ...)

V. ĐIỀU TRỊ

V.1 MỤC TIÊU VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị

- HA tâm thu: <140mmHg; <150mmHg ở BN >80tuổi không có ĐTĐ, bệnh thận mạn
- HA tâm trương: <90mmHg
- Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch khác mà đã phát hiện được (Rối loạn lipid, ĐTĐ, rối loạn dung nạp đường huyết, béo phì, hút thuốc lá) để giảm nguy cơ tim mạch toàn bộ.

Nguyên tắc:

- Đánh giá nguy cơ tổng quát trước khi điều trị để xác định mục tiêu cũng như chiến lược điều trị.

- Không hạ HA quá nhanh
- Tuân thủ nguyên tắc từng bước và theo cá thể
- Điều trị phải lâu dài, khi đạt được mục đích điều trị thì liệu duy trì thích hợp. Có thể có thời gian không dùng thuốc nhưng các biện pháp không thuốc vẫn phải được duy trì.
- Kết hợp giáo dục bệnh nhân tuân thủ chế độ điều trị
- Chú ý điều kiện kinh tế của BN

V.2 ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Ý nghĩa và chỉ định:

- Có lợi trong việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch khác
- Hỗ trợ cho việc điều trị thuốc.
- BN THA giai đoạn 1 và không có YTNC tim mạch cũng như các bất thường tim mạch:
 - Áp dụng phương pháp không điều trị thuốc từ 6 – 12 tháng
 - Điều trị thuốc ngay tức thì khi HA không đáp ứng mục tiêu hoặc xuất hiện các YTNC khác
- Biện pháp:

Bảng 2

Biện pháp thay đổi lối sống	Lời khuyên	Khả năng giảm HA tâm thu
Giảm cân	Duy trì trọng lượng cơ thể bình thường (BMI:18.5-24.9 kg/m ²)	5 – 20mmHg / mất 10 kg trọng lượng
Thực hiện kế hoạch DASH*	Chế độ ăn giàu trái cây, rau, ít chất béo	8 – 14 mmHg
Chế độ ăn giảm muối	Lượng muối nhập <2.4g Natri/ ngày hay < 6g Natriclorua/ ngày	2 – 8 mmHg
Hoạt động thể lực	Tăng cường hoạt động thể lực. Ví dụ như đi bộ (tối thiểu 30ph/ngày, hầu hết các ngày trong tuần), đi cầu thang bộ, chạy xe đạp, tập thể dục hàng ngày.	4 – 9 mmHg
Tiết chế rượu	Hạn chế uống rượu ≤ 2 lần / ngày /nam và < 2lần/ ngày/ nữ.(<30ml rượu trắng, <720ml bia, < 300ml rượu vang, 90ml rượu Whiskey 8 ⁰)	2 – 4 mmHg

*DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension

V.3 ĐIỀU TRỊ THA DÙNG THUỐC

V.3.1 Ngưỡng điều trị

- THA gđ 1 không đáp ứng với biện pháp thay đổi lối sống
- THA giai đoạn 2, khởi đầu phối hợp 2 thuốc
- BN >80 tuổi bắt đầu điều trị thuốc khi HA≥150/80mmHg, nếu có ĐTD hoặc bệnh thân đi kèm thì ngưỡng bắt đầu điều trị khi HA> 140/90mmHg

V.3.2 Một số lưu ý trong điều trị

- Đa số BN cần hơn 1 thuốc để kiểm soát HA
- Tăng liều hoặc thêm 1 nhóm thuốc mới sau 2 – 3 tuần, tuy nhiên liều của thuốc đã chọn đầu tiên ít nhất phải bằng nửa liều tối đa cho phép.
- Hầu hết BN phải đạt HA mục tiêu sau 6 -8 tuần điều trị
- Xem xét khởi trị ngay với chế độ 2 thuốc cho BN chưa từng điều trị mà có HA > 20/10mmHg so với HA đích.

V.3.3 Chọn lựa thuốc

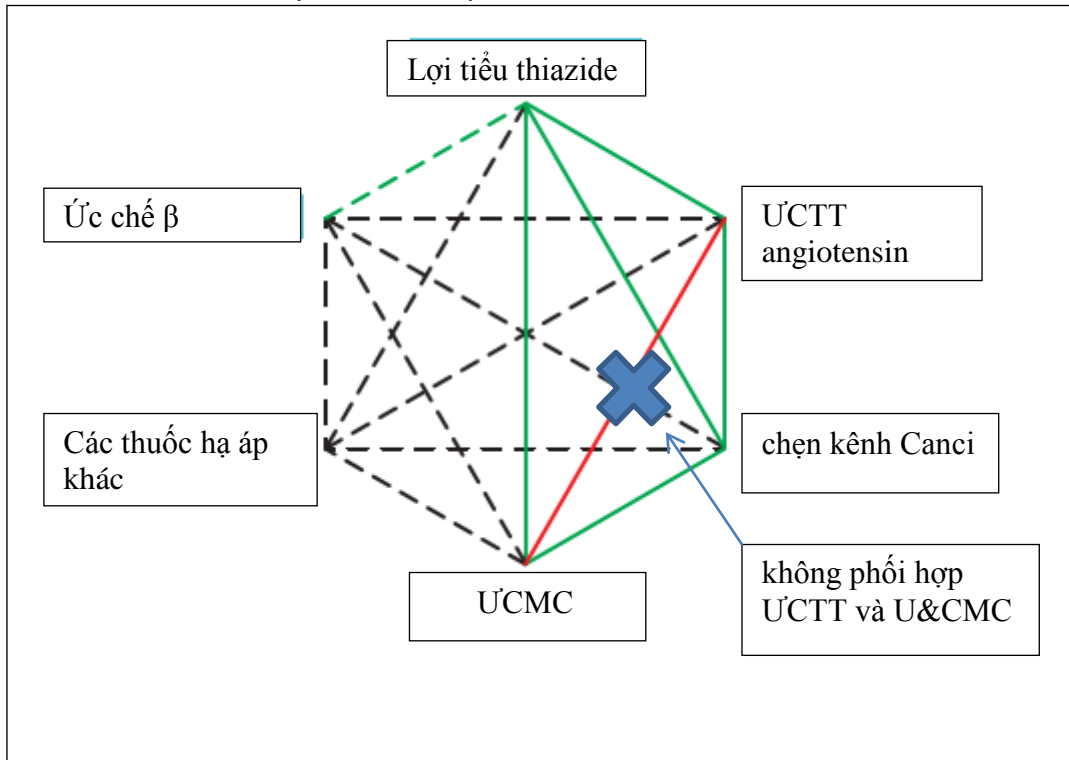
Bảng 3. Lựa chọn thuốc trên BN bị THA có hay không có những tình trạng chính khác

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên	Thuốc thứ 2 thêm vào nếu cần để đạt HA < 140/90 mmHg	Nếu thuốc thứ 3 cần để đạt HA < 140/90 mmHg
(Phần 1) Những chế độ điều trị khi THA không có bệnh lý đi kèm			
BN < 60 tuổi	UCTT hay UCMC	Ức chế Ca hay LT thiazide	Kết hợp UC Ca + UCMC hay UCTT + lợi tiểu thiazide
BN > 60 tuổi	Ức chế Ca hay LT thiazide (mặc dù UCMC hay UCTT cũng thường hiệu quả)	UCTT hay UCMC (hay UC Ca hay thiazide, nếu UCMC hay UCTT đã sử dụng đầu tiên)	Kết hợp UC Ca + UCMC hay UCTT + lợi tiểu thiazide
	Thuốc đầu tiên	Thuốc thứ 2 thêm vào nếu cần đạt HA < 140/90mmHg	Nếu thuốc thứ 3 cần thiết để đạt HA < 140/90 mmHg
(Phần 2) Khi THA đi kèm với những tình trạng khác			
THA và ĐTĐ	UCTT hay UC Ca	UC Ca hay lợi tiểu thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay UC Ca)
THA và bệnh thận mạn	UCTT hay UCMC	UC Ca hay lợi tiểu thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay UC Ca)
THA và bệnh ĐMV lâm sàng	UC β với UCTT hay UCMC	UC Ca hay lợi tiểu thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay UC Ca)
THA và tiền sử đột quỵ	UCMC hay UCTT	Lợi tiểu thiazide hay UC Ca	Thuốc thứ 2 thay thế (UC Ca hay lợi tiểu thiazide)
THA và suy tim	BN có triệu chứng suy tim: UCTT hay UCMC + UC β+ lợi tiểu + spironolactone bắt chấp HA. UC Ca nhóm Dihydropyridine nếu cần có thể phối hợp để kiểm soát HA		

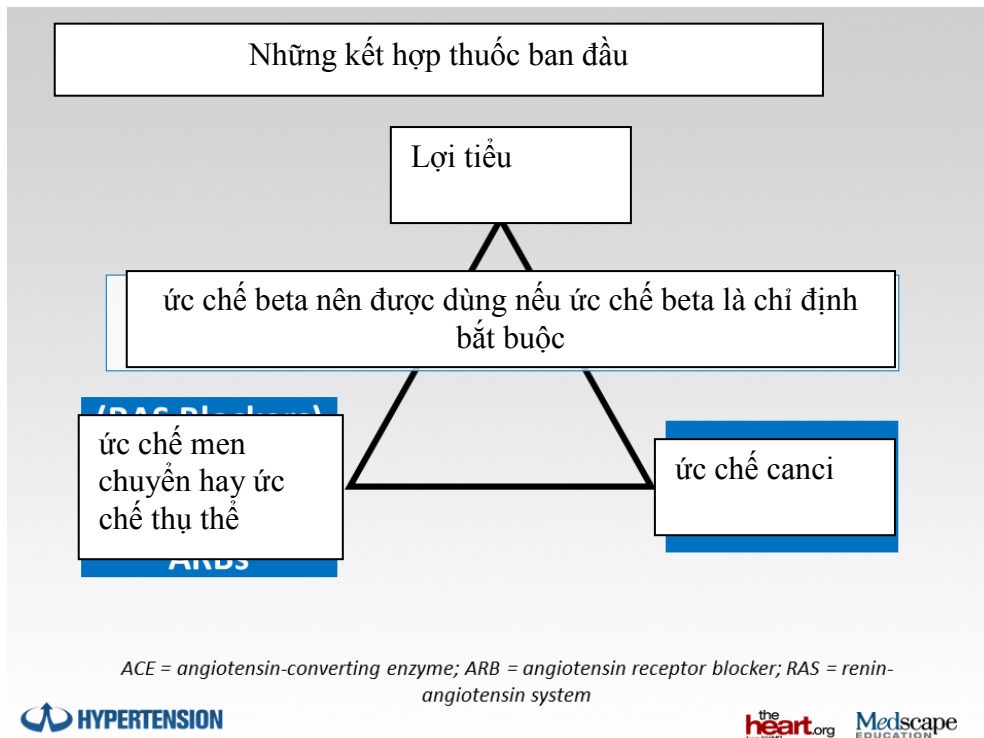
- Nên chọn thuốc tác dụng kéo dài để uống 1 lần /ngày
- Nên chọn thuốc kết hợp trong 1 viên cho BN dùng trên 1 loại thuốc

V.3.4 Phối hợp thuốc

Sơ đồ 1: CHIẾN LƯỢC PHỐI HỢP 2 THUỐC



- Phối hợp 3 thuốc:



- Ưu tiên Ức chế canci +lợi tiểu +ỨCMC hoặc ỨCTT.
- Dùng chẹn beta khi có chỉ định bắt buộc
- Nếu BN không dung nạp hoặc có chống chỉ định với các thuốc trên, có thể phối hợp với các thuốc hàng 2
- trước khi thêm thuốc thứ 3, cần tăng đến liều tối đa 2 thuốc đang dùng
- Khi chiến lược 3 thuốc không hiệu quả, sử dụng chiến lược phối hợp 4,5 thuốc (xem bài THA kháng trị)

V.3.5 Liều pháp xuống thang

- Nếu kiểm soát được HA sẽ giảm dần đến ngưng các thuốc (chế độ step-down) # 2 tháng 1 năm/lần để xác định chế độ điều trị tối thiểu mà vẫn duy trì được HA bình thường.
- Nên được làm thận trọng, chậm và liên tục. Cần theo dõi lâm sàng chặt chẽ khi tiếp cận điều trị xuống thang, vì HA có thể tăng trở lại mức cao HA vài tháng hoặc vài năm sau khi ngưng thuốc; điều này hay xảy ra ở BN không duy trì thường xuyên chế độ thay đổi lối sống trước đây đã thành công

V.3.6 Một số thuốc và liều lượng điều trị trong thực hành

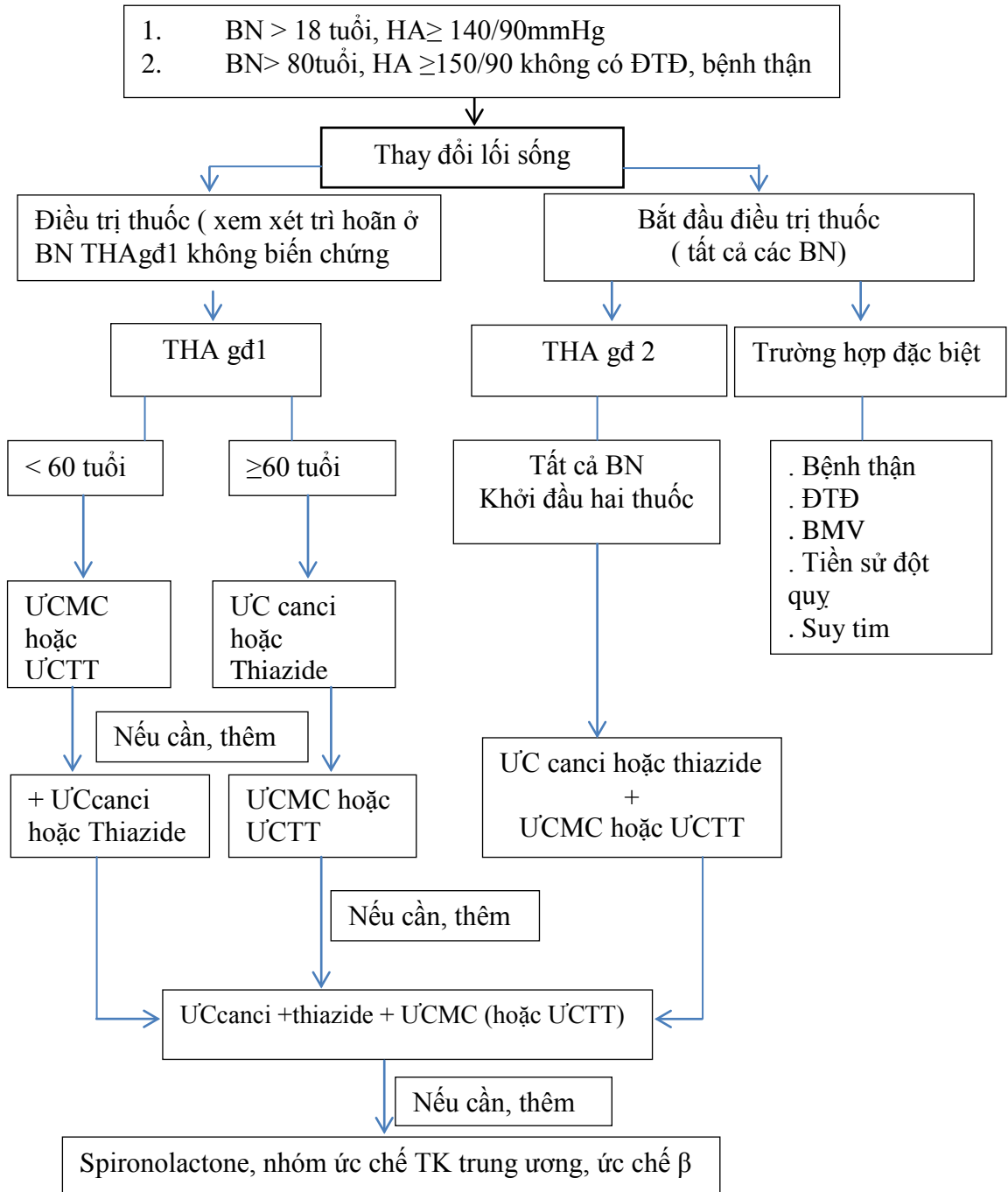
Bảng 4.

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)	
	Liều thấp	Liều thường sử dụng		Liều thấp	Liều thường sử dụng
UC Ca <i>Nondihydropyridines</i> Diltiazem Verapamil <i>Dihydropyridine</i> Amlodipine Felodipine Isradipine Nifedipine Nitredipine	120 120 2,5 2,5 2,5(2 lần/ ngày) 30 10	240-360 240-480 5-10 5-10 5-10(2 lần/ ngày) 30-90 20	Lợi tiểu <i>Thiazide và LT giống thiazide.</i> Bendroflumethiazide Chlorthalidone Hydrochlorothiazide Indapamide <i>Lợi tiểu quai</i> Bumetanide Furosemide Torsemide <i>Lợi tiểu tiết kiệm kali</i> Amiloride Eplerenone Spironolactone Triamterene	5 12,5 12,5 1,25 0,5 20x2 5 5 25 12,5 100	10 12,5-25 12,5-50 2,5 1 40x2 10 5-10 50-100 25-50 100
Thuốc tác động lên hệ rennin- angiotension					

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hàng ngày (mg)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hàng ngày (mg)	
	Liều thấp	Liều thường sử dụng		Liều thấp	Liều thường sử dụng
UCMC Benazepril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril UCTT Azilsartan Candesartan Eprosatan Irbesartan Losartan Olmesartan Telmisartan Valsartan Ức chế renin trực tiếp Aliskiren	5 12,5x2 lần 5 10 5 4 5 2,5 1-2 40 4 400 150 50 10 40 80 75	10-40 50-100x2 10-40 10-40 10-40 4-8 10-40 5-10 2-8 80 8-32 600-800 150-300 50-100 20-40 40-80 80-320 150-300	Ức chế β Acebutalol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Labetalol Metoprolol succinate Metoprolol tartrate Nadolol Nebivolol Propranolol	200 25 5 3,125x2 100x2 25 25x2 20 2,5 40x2	200-400 100 5-10 6.25-25x2 100-300x2 50-100 50-100x2 40-80 5-10 40-160x2
Ức chế thụ thể α-Adrenergic Doxazosin Prazosin Terazosin	1 1x2 lần 1	1-2 1-5x2 1-2	Dãn mạch, đối kháng α trung ương, giảm adrenergic <i>Dãn mạch</i> Hydralazin Minoxidil <i>Đối kháng α trung ương</i> Clonidine Methyldopa <i>Giảm adrenergic</i> Reserpine	10x2 2,5 0,1x2 125x2 lần 0,1	25-100x2 5-10 0,1-0,2x2 250-500x2 0,1-0,25

V.3.7 Sơ đồ chiến lược điều trị

Sơ đồ 2



Một số từ viết tắt:

- HA: huyết áp
- THA: tăng huyết áp
- YTNC: yếu tố nguy cơ
- ĐTĐ: đái tháo đường
- BTM: bệnh tim mạch
- BN: bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Volume 3, Number 7, July 2013*
2. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (ASH/ISH Hypertension Guidelines) *Journal of Hypertension 2014, 32:3–15*
3. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *NIH Publication No. 03-5233 December 2003*