

Tăng huyết áp

- Tăng huyết áp (THA) là bệnh rất thường gặp và là vấn đề xã hội.
- Nếu không được chẩn đoán và điều trị có thể gây ra các biến chứng và di chứng nặng nề(ví dụ tai biến mạch não..), ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh, là gánh nặng cho gia đình và cho xã hội.
- THA ở người lớn đa số là không có nguyên nhân (THA vô căn) chiếm tỷ lệ > 95%. THA có căn nguyên cần được chú ý trong các trường hợp: tuổi < 30, THA khó khống chế bằng thuốc, tiến triển nhanh, có biểu hiện bệnh lý ở cơ quan khác (suy thận..).

I. Định nghĩa

-Gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg.

-Một số định nghĩa THA khác:

+ THA tâm thu đơn độc: trị số của HATT ≥ 140 mmHg và HATTr < 90mmHg.

+ THA tâm trương đơn độc: trị số HATT < 140mmHg và HATTr ≥ 90 mmHg.

+THA áo choàng trắng: Đo huyết áp tại nhà hoặc đo huyết áp 24 giờ bình thường nhưng huyết áp tăng thường xuyên tại bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ.

II. Giai đoạn tăng huyết áp

1. Theo JNC VI(1997)

Khái niệm	HA tâm thu		HA tâm trương
HA tối ưu	< 120	và	< 80
HA bình thường	< 130	và	< 85
Bình thường cao	130-139	hoặc	85-89
Tăng huyết áp			
Giai đoạn 1	140-159	và/hoặc	90-99
Giai đoạn 2	160-179	và/hoặc	100-109
Giai đoạn 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110

2. Theo JNC VII(2003)

Phân độ THA	HATT(mmHg)	HATTr (mmHg)
Bình thường	<120	<80
Tiền THA	120-139	80-89
THA độ 1	140-159	90-99
THA độ 2	≥ 160	≥ 100

III.Triệu chứng và dấu hiệu

- Thường không có triệu chứng.
- Đi khám vì xuất hiện các biến chứng của bệnh: tai biến mạch não..
- Có thể có các triệu chứng như chóng mặt, mệt mỏi, đau đầu, hồi hộp..

IV. Chẩn đoán

1. THA được chẩn đoán và phân loại bằng máy đo huyết áp. Khai thác tiền sử, khám lâm sàng và làm một số thăm dò cận lâm sàng giúp chẩn đoán nguyên nhân, tìm các tổn thương cơ quan đích và giúp tiên lượng bệnh.

- Phương pháp đo huyết áp:

+ Băng quấn tay được đặt ở mặt trước trong cánh tay áp lên động mạch cánh tay, ống nghe được đặt áp lên động mạch cánh tay, cách xa với băng quấn tay.

+ Đo huyết áp phải được thực hiện ở hai tay trong tư thế nằm, rồi đứng (sau 1 phút và sau 3 phút, để phát hiện hạ huyết áp tư thế), có thể lặp lại lần đo sau buổi khám.

+ Bao quấn tay được bơm hơi lần thứ nhất cùng với lúc bắt mạch để xác nhận HATT, xả hơi rồi bơm lại 20-30mmHg cao hơn lần đánh giá ban đầu. Sau đó sẽ xả hơi dần dần.

+ Tiếng mạch đập đầu tiên nghe được xác định trị số HATT.

+ Tiếng cuối cùng nghe được xác định trị số HATTr.

+ THA phải được kiểm định ở ba lần khác nhau trong ít nhất hai lần khám, phải chắc chắn về tính chất thường xuyên của THA.

3. Hỏi bệnh

- THA được phát hiện từ bao giờ, huyết áp cao nhất là bao nhiêu, có điều trị thường xuyên không?
- Có tiền sử bị bệnh động mạch vành, đái tháo đường, rối loạn Lipid máu, bệnh Gout ..hay không?

- Trong gia đình có ai bị THA không? Tình trạng hút thuốc lá, sử dụng bia, rượu? thói quen ăn mặn?

4. Khám thực thể

- Đo huyết áp.
- Đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng.
- Khám mắt.
- Khám phát hiện âm thổi ở động mạch chủ hay động mạch thận, các khối bất thường ở vùng bụng.

5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu.
- Sinh hoá máu: đánh giá chức năng thận, đường máu, điện giải, Lipid máu.
- Điện tâm đồ: có thể thấy hình ảnh dày thất trái và các biến chứng tim mạch khác.

Sau khi làm các xét nghiệm cơ bản, tùy theo kết quả ban đầu mà có thể chỉ định làm thêm các thăm dò khác (khi có protein niệu, suy thận, làm thêm siêu âm thận để đánh giá kích thước của thận và các tổn thương khác kèm theo nếu có).

- Siêu âm tim trong một số trường hợp cần thiết để đánh giá chức năng tim, độ dày thành tim, rối loạn vận động vùng các thành tim..

V. Điều trị

Đối với tất cả các bệnh nhân, mục tiêu điều trị là giảm huyết áp < 140/90mmHg. Các trường hợp bệnh nhân có kèm theo đái tháo đường, mục tiêu điều trị huyết áp là < 130/80mmHg.

1. Điều chỉnh lối sống

- Tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày.
- Giảm cân nặng và đưa BMI trong khoảng 18,5-24,9 ở những bệnh nhân béo phì.
- Bỏ thuốc lá.
- Chế độ ăn nhiều rau, quả, ít chất béo, ăn giảm muối, hạn chế uống rượu.

Những bệnh nhân THA giai đoạn 1 nếu không có triệu chứng tổn thương cơ quan đích thì việc thay đổi lối sống có thể đưa huyết áp về trị số bình thường mà không phải dùng thuốc.

2. Thái độ điều trị và phân tầng mối nguy cơ đối với bệnh nhân THA

- Theo JNC VI, thái độ đối với bệnh nhân THA khi đo lần đầu:

HA tối đa	HA tối thiểu	Thái độ
< 130	< 85	Kiểm tra lại trong 2 năm
130-139	85-89	Kiểm tra lại trong 1 năm
140-159	90-99	Khẳng định lại trong vòng 2 tháng
160-179	100-109	Đánh giá và điều trị trong vòng 1 tháng
≥ 180	≥ 110	Điều trị ngay

- Phân tầng mức nguy cơ đối với bệnh nhân THA (theo JNC VI)

Giai đoạn THA	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm C
Bình thường cao	Điều chỉnh lối sống	Điều chỉnh lối sống	Dùng thuốc
Giai đoạn 1	Điều chỉnh lối sống(12 tháng)	Điều chỉnh lối sống (6 tháng)	Dùng thuốc
Giai đoạn 2 và 3	Dùng thuốc	Dùng thuốc	Dùng thuốc

Trong đó:

Nhóm A : là những bệnh nhân THA nhẹ không có tổn thương cơ quan đích, không có bệnh tim mạch kèm theo.

Nhóm B : là những bệnh nhân THA chưa có tổn thương cơ quan đích, không có bệnh lý tim mạch kèm theo nhưng có ít nhất một yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch.

Nhóm C : là nhóm có bệnh tim mạch kèm theo hoặc có tổn thương cơ quan đích hoặc có bệnh đái tháo đường.

3. Các thuốc điều trị THA

3.1. Thuốc tác động lên hệ giao cảm:

- Thuốc chẹn beta giao cảm: làm hạ huyết áp do chẹn thụ thể beta giao cảm với catecholamine do đó làm giảm nhịp tim và cung lượng tim, tăng giải phóng các prostaglandins gây giãn mạch.

- Dựa trên mức chọn lọc trên tim mà chia ra nhóm có chọn lọc với thụ thể beta1 và nhóm không chọn lọc.

- Chống chỉ định: nhịp chậm, bloc nhĩ thất độ cao, suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thận trọng ở bệnh nhân đái tháo đường. Chú ý có thể có hiệu ứng cơn THA bùng phát nếu ngừng thuốc đột ngột.

- Các loại thuốc chẹn chọn lọc beta 1 thường dùng: Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol.

- Các thuốc không chọn lọc: Propranolol

- Thuốc chẹn cả alpha và beta giao cảm: carvedilol (Dilatrend)

3.2 Lợi tiểu: được coi là thuốc lựa chọn hàng đầu trong điều trị THA. Thuốc lợi tiểu làm giảm khối lượng tuần hoàn trong lòng mạch do đó làm giảm huyết áp.

Các nhóm thuốc lợi tiểu:

-Nhóm Thiazide: chú ý khi dùng kéo dài có thể gây hạ kali máu, gây rối loạn mỡ máu.

-Nhóm lợi tiểu tác động lên quai Henle: là thuốc lợi tiểu mạnh, làm mất điện giải và có thể gây ngộ độc với tai.

-Nhóm lợi tiểu giữ kali (spironolactone): ít khi dùng đơn độc, khi phối hợp với một loại lợi tiểu khác làm tăng tác dụng lợi tiểu và hạn chế được tác dụng phụ gây rối loạn điện giải đồ máu.

3.3. Các thuốc chẹn kênh calci.

- Các thuốc chẹn kênh calci làm giãn hệ tiểu động mạch bằng cách ngăn chặn dòng calci chậm vào trong tế bào cơ trơn thành mạch. Tác dụng trên cơ tim và nhịp tim khác nhau tùy thuộc vào từng nhóm thuốc.

- Các thuốc chẹn kênh calci thường dùng:

+ Nhóm Dihydropyridine (Nifedipin, amlordipin, Felodipine, Nicardipine). Amlordipine, Felodipine có tác dụng hạ huyết áp tốt, ít ảnh hưởng đến chức năng co bóp cơ tim và nhịp tim. Nifedipine làm nhịp tim nhanh, có ảnh hưởng đến sức co bóp của cơ tim.

+ Nhóm benzothiazepine (Ditiazem)

+ Nhóm Diphenylalkylamine (Verapamin)

3.4. Thuốc ức chế men chuyển

- Là thuốc điều trị THA tốt, ít gây các tác dụng phụ trầm trọng, tác dụng khó chịu của thuốc này là gây ho khan.

- Các thuốc thường dùng: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Peridopril.

- Thuốc kháng thụ thể AT1 của Angiotensin II: Khi dùng thường không gây ho khan như dùng thuốc ức chế men chuyển.

3.5. Thuốc giãn mạch trực tiếp: Hydralazine, Minoxidil.

Thuốc làm giãn trực tiếp cơ trơn động mạch gây hạ huyết áp. Có nhiều tác dụng phụ nên không phải là thuốc được lựa chọn hàng đầu trong điều trị THA, thuốc có ích ở những bệnh nhân kháng lại các thuốc hạ áp khác, chỉ định được cho bệnh nhân THA ở phụ nữ có thai.

3.6. Thuốc hạ áp theo đường truyền tĩnh mạch: được chỉ định trong một số trường hợp nhất định như THA ác tính, tách thành động mạch chủ, sản giật. Chỉ nên sử dụng thuốc này ở cơ sở y tế có đủ trang thiết bị để theo dõi và cấp cứu bệnh nhân.

Nhìn chung việc lựa chọn thuốc điều trị THA phải tùy theo từng bệnh nhân cụ thể, phụ thuộc và thể trạng người bệnh, các bệnh lý khác kèm theo, đã có tổn thương cơ quan đích hay chưa..và việc điều trị cần phải nhấn mạnh rằng: điều trị THA là điều trị suốt đời, không phải lúc nào cũng gặp triệu chứng cơ năng của bệnhTHA và phải tuân thủ chế độ điều trị mới giảm được các biến chứng của bệnh.