

# TĂNG HUYẾT ÁP

TS. Tạ Mạnh Cường  
Viện Tim Mạch VN  
Bệnh viện Bạch Mai

## **Nội dung:**

1. Chẩn đoán tăng huyết áp
2. Phát hiện tăng huyết áp có nguyên nhân.
3. Lượng giá yếu tố nguy cơ tim mạch
4. Điều trị tăng huyết áp

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Đo huyết áp tại phòng khám bệnh (bệnh viện) là cơ sở để chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân THA.
- Mỗi lần đo HA đều phải tuân thủ nghiêm túc các quy trình kỹ thuật.
- Máy đo: gồm 3 bộ phận
  - Áp kế: thủy ngân hoặc đồng hồ. Độ chính xác của áp kế thủy ngân là  $\pm 2$  mmHg và áp kế đồng hồ là  $\pm 5$  mmHg.
  - Áp kế thủy ngân cần kiểm tra hàng năm.
  - Áp kế đồng hồ cần so sánh với áp kế thủy ngân 1 năm/lần (tối thiểu).

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Băng cánh tay: phải phù hợp với kích thước cánh tay bệnh nhân.
  - đối với người trưởng thành bình thường: rộng 11- 13 cm; dài 20 – 28 cm.
  - đối với người trưởng thành, béo: rộng 16-20 cm; dài 32 –42 cm.
  - đối với trẻ em hoặc người trưởng thành, gầy: rộng 8 – 11 cm; dài 13 –20 cm.
- Ống nghe: chất lượng tốt.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Điều kiện đo huyết áp:
  - Thầy thuốc: ngồi đối diện với cột thủy ngân.
- Kiểm tra:
  - Máy đo đặt bằng chưa,
  - Cột thủy ngân đã đứng thẳng chưa,
  - Thủy ngân đã ở mức 0 chưa,
  - Van xả đã mở chưa.
- Bệnh nhân: tư thế nằm hoặc ngồi, cánh tay để trần (cần phải cởi cúc tay trước khi kéo tay áo).
  - BN được nghỉ tối thiểu 5 phút trước khi bắt đầu đo HA.
  - Cánh tay bệnh nhân ở ngang mức tim (LS 4).

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

– Đo HA xa các thời điểm có thể gây biến đổi số đo HA:

- Stress,
- Ngay sau ăn,
- Ngay sau gắng sức,
- Khi bị lạnh,
- Uống rượu, bia, cà phê,
- Hút thuốc lá,
- Bị đau,
- Dùng thuốc giống giao cảm.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Kỹ thuật đo HA:
  - Vị trí của băng cánh tay:
    - Phần giữa đặt lên trên chỗ đập của ĐM cánh tay.
    - Rìa dưới đặt trên nếp lằn khuỷu tay 2 khoát ngón tay.
  - Vị trí đặt ống nghe:
    - Đặt trên động mạch cánh tay, không tiếp xúc với băng cánh tay, không tiếp xúc với các dây cao su của máy đo HA.
    - Không đặt ống nghe dưới băng cánh tay.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Đo huyết áp:
  - Bơm nhanh hơi và sờ mạch quay để xác định số đo HATT tương ứng với lúc mất mạch quay.
  - Tiếp tục bơm lên 30 mmHg,
  - Xả bao hơi 2 mmHg/s.
  - Khi áp lực tụt xuống, ta nghe thấy tiếng mạch đập Korotkoff có 5 pha:
    - Pha I: xuất hiện tiếng mạch đập,
    - Pha II: tiếng mạch đập như tiếng thổi,
    - Pha III: tiếng đập rõ mạnh và đanh,
    - Pha IV: tiếng mạch đập đột ngột mờ đi,
    - Pha V: mất tiếng đập.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Xác định số đo huyết áp:
  - HATT là số đo tương ứng với tiếng Korotkoff đầu tiên (pha I).
  - HATC là số đo tương ứng với thời điểm mất tiếng Korotkoff (pha V).
  - HA đo 2 lần và lấy trung bình. Nếu 2 lần chênh nhau > 5 mmHg thì đo lần thứ 3. Mỗi lần cách nhau 2 phút.
  - Lần thăm khám đầu tiên: đo HA 2 tay. Đo 1 tay đối với những lần tiếp sau.
  - Đo HA khi đứng: với người có tuổi hoặc dùng một số thuốc ảnh hưởng đến HA.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Đo huyết áp tại phòng khám

- Trường hợp đặc biệt:
    - Không mất tiếng Korotkoff (pha V):
      - Trẻ em,
      - Phụ nữ có thai,
      - Thiếu máu,
      - Cường giáp.
- ⇒ Dùng pha IV để xác định HATC.
- Một số tình huống liên quan đến bệnh lý kèm theo:
    - Hở van ĐMC;
    - Loạn nhịp tim
  - Một số trường hợp đặc biệt khác: Mạch quá cứng, không ép được hoặc bệnh nhân quá béo.
  - Tư thế bệnh nhân: ngồi hoặc nằm. Khuyến cáo: ngồi (OMS). Phụ nữ có thai: [ngồi do HA.](http://www.cardionet.vn)

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Holter huyết áp: theo dõi HA tư động 24h

- Chỉ định:
  - Khi phương pháp đo HA kinh điển tại PKB khó chẩn đoán xác định THA.
  - Nghi ngờ THA “áo chòng trắng” .
  - THA nặng.
  - THA thai sản.
  - Theo dõi, đánh giá hiệu quả điều trị.

Xác định	24 giờ	Khi hoạt động	Khi nghỉ
THA có thể	139/87	146/91	127/79
THA chắc chắn	149/94	157/99	137/87

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Tự đo HA tại nhà (bằng máy đo điện tử)

(Omron M1, M4, Phillips HP – 5532, DS 175)

- Phương pháp:
  - BN ngồi, cánh tay để trên mặt bàn, nghỉ 5 phút trước khi đo.
  - Đo 3 lần liên tiếp vào buổi sáng trước khi uống thuốc và 3 lần liên tiếp vào buổi tối trước khi đi ngủ. Đo 5 ngày và lấy số trung bình.
- Chỉ định:
  - Tăng HA giới hạn.
  - Tăng HA “áo choàng trắng”.
- *THA nếu HA > 135/85 mmHg.*

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

- Quan điểm sử dụng các phương pháp đo HA:
  - Trị số HA đo tại phòng mạch hoặc phòng khám bệnh viện được dùng làm trị số đối chứng.
  - Theo dõi HA 24 giờ được xem là thêm giá trị LS khi:
    - HA đo tại phòng khám biến thiên đáng kể trong cùng một lần hoặc nhiều lần khám khác nhau.
    - HA đo tại phòng khám cao ở những người có nguy cơ tim mạch thấp.
    - Có sự chênh lệch về HA đo tại phòng khám và HA đo tại nhà.
    - Nghi kháng thuốc điều trị.
    - Bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

- Không khuyến khích đo HA tại nhà khi:
  - Nó làm cho bệnh nhân lo lắng.
  - Dẫn đến việc tự thay đổi phác đồ điều trị.
- Có sự khác biệt giữa các trị số bình thường đo tại phòng khám, Holter HA 24 giờ và tự đo HA tại nhà.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Tăng huyết áp “áo chàng trắng”

- Đo HA tại PK luôn cao nhưng HA đo tại nhà bình thường.
- Dấu hiệu gợi ý:
  - Hoàn cảnh: stress khi khám bệnh...
  - Điều trị bằng thuốc không hiệu quả, cho dù đã dùng 2 thuốc kết hợp. Đo HA tại phòng khám vẫn luôn cao.
  - Khó chịu khi dùng thuốc: cảm giác mệt xỉu, hoa mắt chóng mặt, đo HA tại nhà thấp.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Tăng huyết áp “áo chàng trắng”

- Thái độ xử trí:
  - Theo dõi HA tự động 24 giờ và tự đo HA tại nhà để có thể chẩn đoán đúng.
  - Không cần thiết phải điều trị bằng thuốc.
  - Cần được theo dõi về y tế. Tự đo HA tại nhà là phương pháp hữu ích.
  - Lưu ý có một tỷ lệ chuyển thành THA thường xuyên.

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Xác định tăng huyết áp

- Phân loại của TCYTTCG (1993)

Phân loại THA	HATT (mmHg)	HATC (mmHg)
HA bình thường	< 140 và	< 90
THA nhẹ	140 – 160 và/hoặc	90 - 105
THA giới hạn	140 – 160 và/hoặc	90 - 95
THA nặng và vừa	≥ 180 ≥ và/hoặc	≥ 105
THATT đơn thuần	≥ 160 và	< 90
THATT giới hạn	140 – 160 và	< 90

# CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

## Phân loại huyết áp

- Phân loại JNC VI

Cách thức đo HA	Phân loại	HATT (mmHg)	HATC (mmHg)
Lâm sàng	Tối ưu	< 120	< 80
	Bình thường	< 130	< 85
	Bình thường cao	130 – 139	85 - 89
	THA gđ I	140 – 159	90 - 99
	THA gđ II	160 – 179	100 - 109
	THA gđ III	≥ 180	≥ 110
Holter HA 24h	Bình thường ngày	< 135	< 85
	Bình thường đêm	< 120	< 75
Tự đo HA ở nhà	Bình thường	< 135	< 85

# NHỮNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

## Khám lâm sàng

- Khám LS bệnh nhân THA thường không có gì đặc biệt. Nhưng bắt buộc phải thăm khám LS vì giúp chẩn đoán nguyên nhân và phát hiện các biến chứng của THA.

### – Hỏi bệnh:

- Hiểu thêm về bệnh cảnh lâm sàng, hoàn cảnh xuất hiện bệnh, đặc điểm của THA và các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích...
- Tiền sử, tiến triển của THA.
- Mức độ nặng của THA.
- Các thuốc điều trị từ trước: nhóm thuốc, liều lượng, cách dùng, sự dung nạp thuốc.

# NHỮNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

## Hỏi bệnh:

- Những dấu hiệu do HA cao: Đau đầu, hồi hộp đánh trống ngực, ù tai, chóng mặt, đái đêm...
- Uống một số thuốc có thể gây THA: cam thảo, thuốc tránh thai, thuốc giống giao cảm, corticoïdes, chống viêm không steroides, ăn quá nhiều muối...
- Tìm kiếm các triệu chứng giúp hướng tới căn nguyên của THA:
  - Tiền sử bệnh thận-tiết niệu: sỏi thận, nhiễm trùng tiết niệu tái phát nhiều lần, u xơ TLT, thận đa nang, VCTM, HCTH...
  - Các triệu chứng: đau đầu, ra mồ hôi, nhịp nhanh của phéocromocytome.
  - Các dấu hiệu của u vỏ thượng thận: chuột rút, yếu cơ, đái nhiều...
- Những dấu hiệu tổn thương cơ quan đích:
  - Tim: khó thở, đau ngực...
  - Chi dưới: đau cách hồi...
  - Não: tai biến mạch não thoáng qua.
  - Mắt: giảm thị lực...
- Tìm kiếm các yếu tố nguy cơ khác: đái tháo đường, RLDH lipides máu...

# NHỮNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

## – Hỏi bệnh:

- Tìm hiểu về chế độ ăn uống: quá béo, quá mặn, uống rượu nhiều, thiếu magiê, kali canxi.
- Tìm hiểu yếu tố gia đình: THA, đột tử, bệnh nội tiết, thận đa nang, đái tháo đường.

## – Khám bệnh:

- Đo HA.
- Đánh giá tình trạng toàn thân: BMI.
- Khám tim: tần số tim, tiếng tim, tiếng thổi, các dấu hiệu suy tim trái (khó thở khi gắng sức, chẹn ngực, rales ẩm...), các dấu hiệu suy tim phải (phù hai chi dưới, gan to, đau khi gắng sức, phản hồi gan – TM cổ, TM cổ nổi...).
- Khám các mạch máu lớn: [www.socobn.vn](http://www.socobn.vn) và nghe.

# NHỮNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

## – Khám bệnh:

- Khám các mạch máu lớn: sờ và nghe.
  - Sờ bụng để phát hiện phình động mạch chủ bụng;
  - Sờ và nghe động mạch đùi: phát hiện hẹp eo ĐMC;
  - Nghe động mạch cảnh;
  - Nghe tiếng thổi vùng bụng để phát hiện hẹp ĐM thận;
  - Phát hiện bệnh động mạch chi dưới (sờ các mạch ngoại biên).
- Khám thần kinh: phát hiện các di chứng của TBMN

TBMN nguyên nhân ở vị trí động mạch cảnh (75%)	TBMN nguyên nhân ở vị trí động mạch sống – nền (25%)
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Liệt nửa người, một bên chi hoặc nửa mặt.</li><li>✓ Thất ngôn.</li><li>✓ Mù một mắt.</li><li>✓ Bán manh đồng vận cùng bên.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Liệt tứ chi hoặc hai chi dưới.</li><li>✓ Nhìn đôi.</li><li>✓ Mù 2 mắt.</li><li>✓ Bán manh đồng vận hai bên.</li><li>✓ Chóng mặt.</li></ul>

[www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)  [www.cardio.vn](http://www.cardio.vn)

# NHỮNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

## – Khám bệnh:

- Khám nội tiết.
  - Khám tuyến giáp.
  - Phát hiện các triệu chứng của bệnh Cushing.
- Khám đáy mắt phát hiện các dấu hiệu:
  - Hẹp động mạch võng mạc;
  - Bất chéo động tĩnh mạch;
  - Xuất huyết;
  - Xuất tiết;
  - Phù gai thị.

## *Chỉ định:*

- THA – ĐTĐ;
- THA ác tính;
- THA kèm theo giảm thị lực [www.cardionet.vn](http://www.cardionet.vn)

# CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM ĐỐI VỚI MỘT BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

- Các xét nghiệm thường quy:
  - Điện tim lúc nghỉ.
  - Đường máu.
  - Cholesterol máu, HDL-C, TG, a xít uric.
  - Ka li máu.
  - Créatinine máu.
  - Hemoglobine và hematocrit máu.
  - Phân tích nước tiểu: Hồng cầu, đường, protéine.
- Các xét nghiệm được khuyến cáo nên chỉ định:
  - Siêu âm tim.
  - Siêu âm động mạch cảnh và động mạch đùi.
  - Protéine – C phản ứng.
  - Microalbumine niệu (cần cho bn ĐTD).
  - Protéine niệu định lượng (nếu XN que nhúng +).
  - Soi đáy mắt (với THA nặng)

# CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

- Lợi ích của các xét nghiệm thường quy:
  - *Điện tim:*
    - Phát hiện phì đại thất trái.
    - Phát hiện thiếu máu cơ tim.
    - Phát hiện các rối loạn dẫn truyền và rối loạn nhịp tim.
  - *Đường máu khi đói:* Phát hiện đái tháo đường.
  - *Bilan lipides máu:* Phát hiện những rối loạn chuyển hoá lipides máu.
  - *Ka li máu:*
    - Phát hiện những trường hợp THA có kali máu thấp (HC Conn).
    - Để có thể chỉ định điều trị THA bằng thuốc lợi tiểu hoặc ức chế men chuyển.
  - *Créatinine:*
    - Phát hiện bệnh lý tại thận gây THA.
    - Đánh giá hậu quả của THA đối với thận.
    - Đánh giá chức năng thận trước khi điều trị.
  - *Nước tiểu:* xác định HC, đường, protéine.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- ❑ *Bằng cách khám lâm sàng tỉ mỉ và vận dụng các xét nghiệm thường quy, ta có thể phát hiện được phần lớn các trường hợp THA có nguyên nhân.*
- ❑ *Nguyên nhân của THA chỉ nên đặt ra khi thăm khám lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm gợi ý có sự tồn tại của một nguyên nhân gây THA.*

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Các nguyên nhân chủ yếu của THA “thứ phát”:
  - Ngộ độc rượu.
  - Bệnh thận mạn tính.
  - Bệnh lý mạch thận.
  - Bệnh lý tuyến thượng thận:
    - Cường aldosterol tiên phát.
    - Phéocromocytome.
  - Hội chứng Cushing.
  - Hẹp eo động mạch chủ.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- *Các nguyên nhân chủ yếu của THA “thứ phát”*:
  - Nguyên nhân nội tiết khác:
    - Rối loạn chức năng tuyến giáp.
    - Bệnh to đầu chi.
    - Cường cận giáp trạng.
  - THA liên quan đến một số rối loạn thần kinh:
    - Tăng áp nội sọ.
    - Rối loạn NST có tính gia đình.
    - Hội chứng ngừng thở khi ngủ.
  - THA do “thầy thuốc”: uống cam thảo, thuốc tránh thai, thuốc giống giao cảm, AINS, corticoïdes, ciclosporine, cocaine.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Bệnh thận
  - Những triệu chứng gợi ý:
    - Hỏi bệnh:
      - ❖ Tiền sử mắc bệnh thận-tiết niệu viêm nhiễm đường tiết niệu tái phát nhiều lần, chấn thương thận, bệnh thận đa nang có tính gia đình, bệnh lý tuyến tiền liệt, sử dụng thuốc gây nhiễm độc thận.
      - ❖ Tiền sử bệnh ngoài thận: đái tháo đường, bệnh hệ thống.
      - ❖ Có các triệu chứng: đái rắt, đái buốt, đái nóng, đái máu, đái mù, đau vùng hông lưng...
    - Khám lâm sàng phát hiện:
      - ❖ Khó thở vùng hố thất lưng,
      - ❖ Thận to hai bên trong bệnh thận đa nang,
      - ❖ Tiền liệt tuyến to hay có nốt trên TLT.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Bệnh thận
  - Những triệu chứng gợi ý:
    - Sinh hoá:
      - ❖ Tăng urê và créatinine máu
      - ❖ Nước tiểu có microalbumine hay protéine
      - ❖ Có hồng cầu trong nước tiểu.
  - Các bước tiếp theo nhằm chẩn đoán xác định:

*Tất cả những trường hợp THA kèm theo suy thận đều cần thiết chỉ định các xét nghiệm chuyên khoa để khẳng định chẩn đoán và xác định nguyên nhân suy thận.*

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

Xét nghiệm thường quy (bậc 1):  
créatinine, que nhúng thử nước tiểu



Xét nghiệm bậc 2:  
Siêu âm thận và Doppler động mạch thận



Xét nghiệm bậc 3 do các BS chuyên khoa chỉ định  
(tùy thuộc bệnh cảnh lâm sàng):  
UIV, chụp mạch thận, scintigraphie thận, sinh thiết thận.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- THA do bệnh mạch thận
  - Nguyên nhân: vữa xơ động mạch và loạn sản xơ ĐM thận gây hẹp ĐM thận.
  - Các dấu hiệu gợi ý:
    - THA khởi phát đột ngột;
    - THA kháng thuốc điều trị;
    - THA kèm theo tiếng thổi ở vùng bụng;
    - Tăng creatinine huyết thanh khi điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển angiotensine II hoặc ức chế thụ thể AT1.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

Phác đồ chẩn đoán khi nghi ngờ THA do nguyên nhân mạch thận

*Lâm sàng nghi ngờ THA do bệnh lý mạch thận*

Siêu âm Doppler động mạch thận

Kết luận hẹp ĐMT

Kết luận không hẹp ĐMT:

CE: THA không do hẹp ĐMT

Chụp cắt lớp xoắn ốc

Scintigraphie thận với MAG 3

Định lượng renine máu TM thận

Âm tính

Dương tính

Điều trị nội khoa

Chụp ĐMT và

ngón ĐMT

[www.cardionet.vn](http://www.cardionet.vn)

Điều trị nội khoa THA

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- THA do cường aldosterone tiên phát
  - Cường aldosterone tiên phát không phải là nguyên nhân hiếm gặp của THA.
  - Chẩn đoán cường aldosterone tiên phát luôn được đặt ra trước những trường hợp THA kháng thuốc điều trị và kali máu thấp (cho dù chỉ thấp ở mức độ vừa phải).

# PHÁT HIỆN TĂNG HUÝẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Nghi ngờ cường aldosterone tiên phát trước những trường hợp:
  - Kali máu dưới 3,7 mmol/l ở những bệnh nhân THA không điều trị bằng các thuốc chống táo bón, không dùng cam thảo hoặc ở những bệnh nhân THA đang được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển;
  - Kali máu thấp dưới 3,4 mmol/l ở những bệnh nhân THA đang được điều trị bằng thuốc lợi tiểu loại thiazide kết hợp với một thuốc lợi tiểu giữ kali;
  - THA không đáp ứng với điều trị;
  - Bệnh nhân đang được kiểm soát HA tốt bằng thuốc lợi tiểu loại spironolactone, từ khi thay đổi thuốc điều trị, HA trở nên ~~không~~ không chế được.

*Thái độ xử trí trước một trường hợp THA nghi ngờ  
cường aldosterol tiên phát*

Nghi ngờ cường aldosterone tiên phát

Định lượng rénine hoạt hoá và aldosterone

Chẩn đoán cường aldosterone nếu:

- Rénine thấp
- Aldosterol tăng
- Aldosterol/rénine > 23

Loại trừ chẩn đoán nếu định lượng  
các hoạt chất bình thường

Chẩn đoán bằng CT, XN chức năng

Phì đại thượng thận 2 bên

U lành tính Conn

Điều trị nội khoa bằng

spironolactone

Điều trị phẫu thuật

[www.cardionet.vn](http://www.cardionet.vn)

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- THA do Phéocromocytome
  - Phéocromocytome thường được đặt ra trước một bệnh nhân THA nhưng ít khi chẩn đoán xác định được.
  - Để loại trừ chẩn đoán phéocromocytome chỉ cần định lượng métanéphrine và normétanéphrine trong nước tiểu 24 giờ.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- THA do Phéocromocytome được nghi ngờ trước một bệnh nhân:
  - THA phối hợp với tam chứng: ra nhiều mồ hôi, đau đầu và nhịp nhanh;
  - THA từng cơn;
  - THA phối hợp với những giai đoạn hạ HA tư thế đứng;
  - THA kháng thuốc điều trị;
  - Có bệnh cảnh lâm sàng của các bệnh lý: Recklinghausen, hội chứng Von Hippel Lindau,
  - Đa u thần kinh - nội tiết.

# Thái độ xử trí trước một bệnh nhân nghi ngờ Pheochromocytome

Nghi ngờ Pheochromocytome

Định lượng métanéphrine và normétanéphrine  
trong nước tiểu 24 giờ

Chẩn đoán xác định  
nếu > 700mcg/24h

Loại trừ chẩn đoán  
nếu < 700 mcg/24h

Định vị tổn thương  
bằng CT +  
MIBG và/hoặc MRI

Điều trị ngoại khoa

Theo dõi bệnh nhân

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Hẹp eo động mạch chủ
  - Triệu chứng gợi ý: THA phổi hợp với
    - Mạch đùi mất hoặc yếu khi so sánh với mạch quay;
    - Huyết áp chi trên và chi dưới chênh lệch nhau nhiều;
    - Nghe tim thấy tiếng thổi giữa tâm thu ở khoảng LS 3 trái và vùng xương bả trái;
    - Tuần hoàn bàng hệ vùng ngực.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Hẹp eo động mạch chủ
  - Chẩn đoán xác định
    - Siêu âm tim: thấy hình ảnh eo động mạch chủ hẹp.  
Trên Doppler ghi được dòng rối qua eo ĐMC.
    - Chụp cắt lớp xoắn ốc và cộng hưởng từ hạt nhân.
    - Thông tim chụp mạch với thuốc cản quang.
- Hội chứng Cushing
  - Triệu chứng gợi ý: THA phối hợp với
    - Lâm sàng: béo mặt-bụng, mặt đỏ, trứng cá...
    - Sinh hoá: Không dung nạp hydratcarbone.

# PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ NGUYÊN NHÂN

- Hội chứng Cushing
  - Chẩn đoán xác định:
    - Định lượng cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ.
    - Siêu âm thượng thận.
    - Chụp cắt lớp tuyến thượng thận.
    - Chụp cộng hưởng từ hạt nhân tuyến thượng thận.
    - Các xét nghiệm khác do BS chuyên khoa nội tiết chỉ định.
  - Những nguyên nhân chính:
    - Bệnh Cushing;
    - Rối loạn bài tiết ACTH;
    - U lành thượng thận;
    - U vỏ thượng thận.

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Bước 1: Xác định điểm nguy cơ theo 6 yếu tố:

Tuổi (năm)	Nam (điểm)	Nữ (điểm)
30 – 34	- 1	- 9
35 – 39	0	- 4
40 – 44	1	0
45 – 49	2	3
50 – 54	3	6
55 – 59	4	7
60 – 64	5	8
65 – 69	6	8
70 – 74	7	8

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

LDL – C (mmol/l)	Nam (điểm)	Nữ (điểm)
$\leq 2,59$	- 3	- 2
2,60 – 3,36	0	0
3,37 – 4,14	0	0
4,15 – 4,92	1	2
$> 4,92$	2	2

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

HDL – C (mmol/l)	Nam (điểm)	Nữ (điểm)
< 0,90	2	5
0,91 – 1,16	1	2
1,17 – 1,29	0	1
1,30 – 1,55	0	0
≥ 1,56	-1	-2

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Tiểu đường	Nam	Nữ
Không	0	0
Có	2	4

Hút thuốc lá	Nam	Nữ
Không	0	0
Có	2	2

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Huyết áp (đối với nam)		
Tâm thu (mmHg)	Tâm trương (mmHg)	
< 120	< 80	0 điểm
120 – 129	80 – 84	0 điểm
130 – 139	85 – 89	1 điểm
140 – 159	90 – 99	2 điểm
≥ 160	≥ 100	3 điểm

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Huyết áp (đối với nữ)		
Tâm thu (mmHg)	Tâm trương (mmHg)	
< 120	< 80 - 3 điểm	≥ 100
120 – 129	80 – 84 0 điểm	90 - 99
130 – 139	85 – 89 0 điểm	2 điểm
140 – 159		3 điểm
≥ 160		

## LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Bước 2: Xác định điểm nguy cơ tổng cộng và quy đổi thành % nguy cơ.

Bảng đối nguy cơ tim mạch (với nam)	
Điểm nguy cơ tổng cộng	Nguy cơ TM trong vòng 10 năm (%)
≤ -3	1
-2	2
-1	2
0	3
1	4
2	4
3	6
4	7
5	9
6	11
7	14
8	18
9	22
10	27
11	33
12	40
13	47
≥ 14	≥ 56

Bảng đối nguy cơ tim mạch (với nữ)	
Điểm nguy cơ tổng cộng	Nguy cơ TM trong vòng 10 năm (%)
≤ -2	1
-1	2
0	2
1	2
2	3
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	11
11	13
12	15
13	17
14	20
15	24
16	27
≥ 17	≥ 32

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Bước 3: So sánh nguy cơ của BN với nguy cơ thấp và trung bình trong cộng đồng

Tuổi (năm)	Mức độ nguy cơ trong cộng đồng			
	Nguy cơ trung bình trong vòng 10 năm (%)		Nguy cơ thấp trong vòng 10 năm (%)	
	với nam	với nữ	với nam	với nữ
30 - 34	3	<1	2	<1
35 - 39	5	<1	3	1
40 - 44	7	2	4	2
45 - 49	11	5	4	3
50 - 54	14	8	6	5
55 - 59	16	12	7	7
60 - 64	21	12	9	8
65 - 69	25	13	11	8
70 - 74	30	14	14	8

# LƯỢNG GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

- Lượng giá nguy cơ tim mạch theo 5 mức độ:
  1. Rất thấp
  2. Thấp
  3. Vừa
  4. Cao
  5. Rất cao.

# CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TIỀN LƯỢNG

Các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch được dùng để phân tầng	Tổn thương cơ quan đích	Đái tháo đường	Tình trạng lâm sàng đi kèm
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múc HA tâm thu và tâm trương</li> <li>• Nam &gt; 55 tuổi.</li> <li>• Nữ &gt; 65 tuổi.</li> <li>• Hút thuốc lá.</li> <li>• Rối loạn chuyển hoá lipide máu:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cholesterol toàn phần &gt; 6,5 mmol hoặc</li> <li>– LDL-C &gt; 4 mmol hoặc</li> <li>– HDL-C nam &lt; 1,0, nữ &lt; 1,2 mmol/l.</li> </ul> </li> <li>• Tiền sử gia đình có bệnh TM sớm (&lt; 55 t với nam, &lt; 65 tuổi với nữ).</li> <li>• Béo bụng (chu vi bụng ≥ 102 cm với nam, ≥ 88 cm với nữ).</li> <li>• Protéine C phản ứng ≥ 1 mg/dl)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dày thất trái trên điện tim và/hoặc trên siêu âm tim.</li> <li>• Dày thành động mạch cảnh.</li> <li>• Créatinine máu tăng nhẹ.</li> <li>• Microalbumine niệu (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đường máu lúc đói &gt; 7 mmol/l.</li> <li>• Đường huyết sau ăn &gt; 11 mmol/l.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh mạch máu não: đột quỵ thiếu máu não, xuất huyết; TIA.</li> <li>• Bệnh tim: NMCT, đau thắt ngực, đã can thiệp ĐMV, suy tim ứ huyết.</li> <li>• Bệnh thận: bệnh thận ĐTD, suy thận.</li> <li>• Bệnh vông mạc tiền triển, xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị.</li> </ul>

# PHÂN TẦNG NGUY CƠ ĐỂ TIÊN LƯỢNG

Huyết áp					
Các YTNC khác và bệnh sử	Bình thường HATT 120-129 HaTTr 80 - 84	B thường cao HATT 130-139 HaTTr 85 - 89	Tầng độ I HATT 140-149/ HaTTr 90 - 99	Tầng độ II HATT 160-179/ HaTTr 100 - 109	Tầng độ III HATT > 180/ HaTTr > 110
Không có YTNC khác	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cộng thêm thấp	Nguy cơ cộng thêm trung bình	Nguy cơ cộng thêm cao
1 - 2 YTNC	Nguy cơ cộng thêm thấp	Nguy cơ cộng thêm thấp	Nguy cơ cộng thêm trung bình	Nguy cơ cộng thêm trung bình	Nguy cơ cộng thêm rất cao
3 YTNC hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc ĐTD	Nguy cơ cộng thêm trung bình	Nguy cơ cộng thêm cao	Nguy cơ cộng thêm cao	Nguy cơ cộng thêm cao	Nguy cơ cộng thêm rất cao
Tình trạng lâm sàng đi kèm	Nguy cơ cộng thêm cao	Nguy cơ cộng thêm rất cao	Nguy cơ cộng thêm rất cao	Nguy cơ cộng thêm rất cao	Nguy cơ cộng thêm rất cao



## MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ

- Mục đích chính của điều trị cho bệnh nhân THA là giảm tối đa tổng nguy cơ dài hạn của biến chứng và tử vong tim mạch. Điều này đòi hỏi phải điều trị tất cả các yếu tố nguy cơ có thể đảo ngược đã phát hiện được bao gồm hút thuốc lá, rối loạn lipid máu hoặc đái tháo đường, xử trí thích hợp các tình trạng lâm sàng đi kèm cũng như điều trị bản thân huyết áp cao.

## MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ

- Nên tích cực hạ thấp huyết áp cả tâm thu và tâm trương, ít nhất là dưới 140/90 mmHg và hạ thấp hơn nữa nếu dung nạp được trên tất cả bệnh nhân THA và dưới 130/80 mmHg trên người đái tháo đường, tuy nhiên cần lưu ý rằng khó có thể đạt được trị số HATT < 140 mmHg ở người cao tuổi.

# CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Ngừng hút thuốc
- Giảm cân nặng
- Giảm uống rượu, bia
- Tập thể dục
- Tránh stress
- Ăn giảm muối
- Bổ sung kali và can xi nếu khẩu phần ăn hàng ngày chưa đủ.

# ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC THUỐC HẠ ÁP

- Các nguyên tắc chỉ định:
  - Trên đa số bệnh nhân THA, nên bắt đầu điều trị từ từ và đạt trị số huyết áp đích sau vài tuần.
  - Để đạt được huyết áp đích, có khả năng một tỷ lệ lớn bệnh nhân phải dùng phối hợp từ 2 thuốc hạ áp trở lên.
  - Tùy theo mức huyết áp ban đầu và có hay không có biến chứng, nên khởi đầu điều trị một cách hợp lý với liều thấp của một thuốc đơn độc hoặc với liều thấp của 2 thuốc phối hợp.
  - Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng.

# LỰA CHỌN GIỮA ĐƠN TRỊ VÀ ĐA TRỊ LIỆU



# ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC THUỐC HẠ ÁP

- Điều trị với 1 thuốc:
  - Có thể tìm được 1 thuốc bệnh nhân đáp ứng tốt.
  - Công phụ, dễ làm nản lòng bệnh nhân.
- Điều trị bằng phối hợp thuốc:
  - Huyết áp có khả năng kiểm soát được tốt hơn.
  - Có thể có ít tác dụng phụ do các thuốc được dùng ở liều thấp.
  - Phối hợp 2 thuốc trong 1 viên thuận tiện cho bệnh nhân khi sử dụng.

# ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC THUỐC HẠ ÁP

- Cách phối hợp thuốc:
  - Lợi tiểu và chẹn bê ta
  - Lợi tiểu và ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1.
  - Chẹn can xi (loại dihydropyridine) và chẹn bêta
  - Chẹn can xi và ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1
  - Chẹn can xi và lợi tiểu
  - Chẹn anpha và chẹn bê ta giao cảm.

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

## 1. Thuốc lợi tiểu:

- Là thuốc nên được ưu tiên sử dụng trong điều trị THA.
- Có 4 loại thuốc lợi tiểu:
  - Lợi tiểu thiazide (Hypothiazide 25 mg).
  - Lợi tiểu tác động lên quai HELLÉ (Lasix, Lasilix viên 40 mg).
  - Lợi tiểu kháng aldosterone (Aldactone, Spironolactone viên 25, 50, 75 mg).
  - Lợi tiểu phối hợp (Aldactazine).

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc lợi tiểu thiazide
  - Cơ chế tác động:
    - Ưc chế tái hấp thu muối natri ở đoạn vỏ pha loãng của cầu thận.
    - Tác dụng bài tiết natri từ từ và tương đối vừa phải.
  - Tác dụng phụ:
    - Hạ kali máu;
    - Hạ natri máu;
    - Hạ clo máu;
    - Tăng a xít u ríc máu;
    - Tăng tryglycéride và LDL – C.
  - Chống chỉ định: suy thận [www.cardionet.vn](http://www.cardionet.vn)

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc lợi tiểu thiazide
  - Biệt dược: Hypothiazide viên 25 mg.
  - Thuốc họ hàng: Indapamide (Fludex viên 1,5 mg).
  - Liều lượng trung bình: 1 viên/ngày.
- Thuốc lợi tiểu tác động lên quai Helle loại Furosemide.
  - Cơ chế tác động:
    - Ưc chế sự chuyển vận của clo và natri ở phần giữa nhánh lên của quai Helle.
    - Tác động nhanh và ngắn trong điều trị THA.
  - Tác dụng phụ:

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc lợi tiểu tác động lên quai Helle loại Furosemide.
  - Tác dụng phụ:
    - Rối loạn nước và điện giải với giảm thể tích máu, giảm natri máu và mất nước;
    - Hạ kali máu;
    - Hạ clo máu;
    - Tăng a xít u-ríc máu
  - Các biệt dược chính: Lasix, Lasilix, Furosemide viên 40 mg.
  - Liều lượng: 1 viên/ngày

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc lợi tiểu kháng aldosterone
  - Cơ chế tác động:
    - Ưc chế thụ thể aldosterone ở tuyến thượng thận và một số vị trí khác của hệ tim mạch.
    - Có hai loại:
      - Spironolactone là một thuốc đối kháng với aldosterone bằng cách ức chế đặc hiệu và cạnh tranh với tác động của aldosterone thông qua sự ngăn cản tổng hợp protéine có vai trò chủ đạo trong hoạt động của bơm  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ .
      - Amiloride là một chất giả kháng aldosterone, tác động trực tiếp đến hệ thống trao đổi  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ .

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc lợi tiểu kháng aldosterone
  - Tác dụng phụ:
    - Tăng kali máu (nhất là ở bệnh nhân đái tháo đường và khi phối hợp với thuốc ức chế men chuyển).
    - Tăng clo máu;
    - Rối loạn nội tiết:
      - Vú to và giảm khả năng tình dục ở nam giới;
      - Rối loạn kinh nguyệt ở nữ giới.
  - Chống chỉ định:
    - Tăng kali máu;
    - Suy thận.
  - Các chế phẩm:
    - Aldactone viên 50, 75 mg.
    - Spironolactone viên 25, 50 mg.
  - Liều lượng: 1- 2 viên/ngày.

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc chẹn bê ta giao cảm
  - Cơ chế tác động hạ áp của các thuốc chẹn bêta là ức chế các thụ thể  $\beta$  adrenergic ở hệ thống tim mạch và hệ thống renine-angiotensin-aldosterone.
  - Tác dụng phụ:
    - Suy tim mất bù;
    - Rối loạn dẫn truyền, nhịp chậm;
    - Cơn hen phế quản;
    - Hội chứng Raynaud;
    - Rối loạn bilan lipid máu, rối loạn tình dục, rối loạn tiêu hoá

# Thuốc chẹn bê ta giao cảm

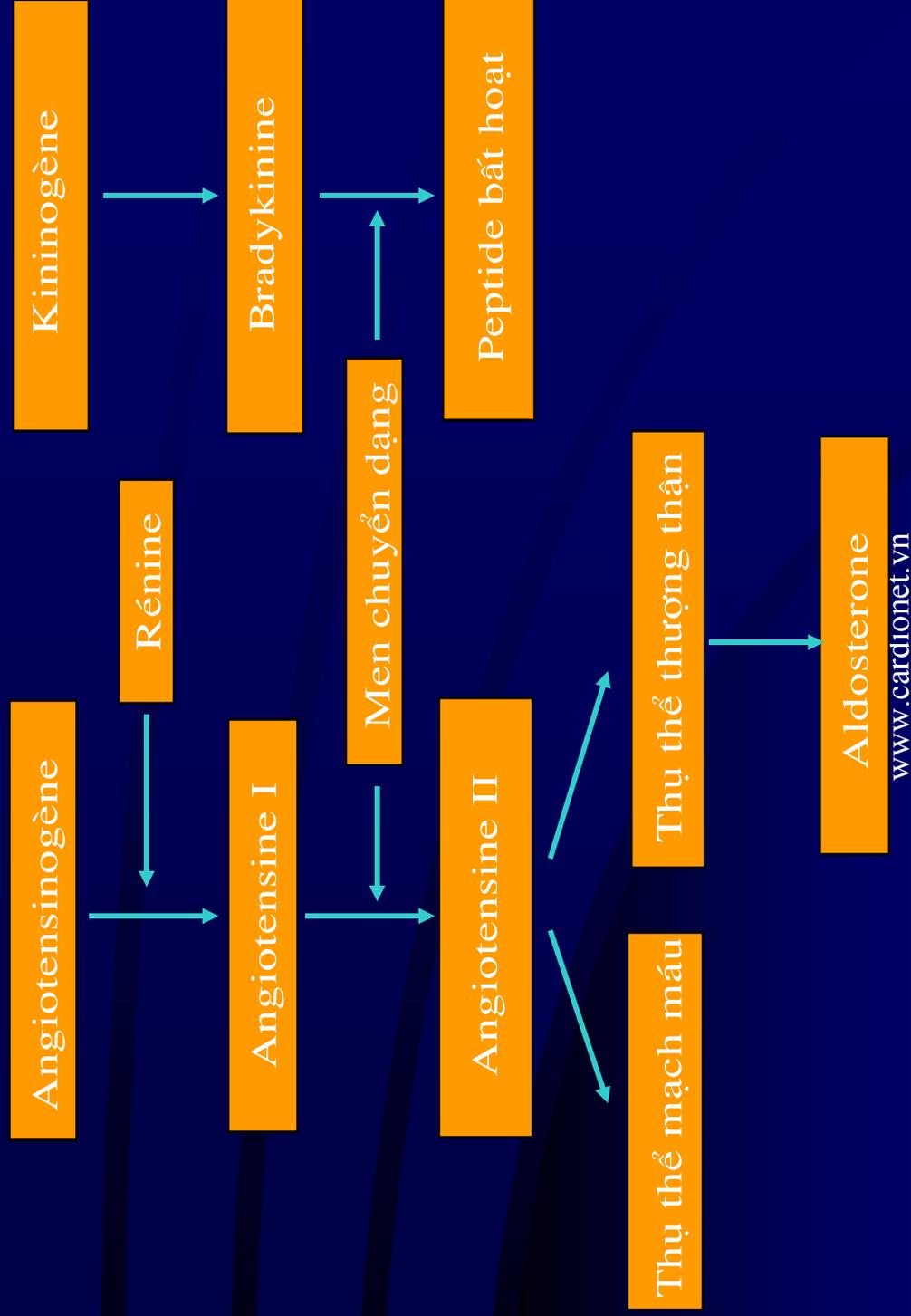
Hoạt chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Aténolol	ATENOLOL	50	1 viên
	TENORMINE	50	1 viên
Métoprolol	BETALOC	100	1/2 - 1 viên
	METOHEXAL	50	1 viên
Carvedilol	DILATREND	100	1/2 - 1 viên
		12, 5	1 viên
Bisoprolol		25	1/2 - 1 viên
	CONCOR	5	1 viên

# MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP CHÍNH

- Thuốc chẹn bê ta giao cảm
  - Chống chỉ định:
    - Bloc nhĩ thất không đặt máy tạo nhịp;
    - Nhịp chậm dưới 50 lần/phút;
    - Suy tim mất bù;
    - Hen phế quản;
    - Hội chứng Raynaud.

# Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine

## Nhắc lại về hệ thống Renine-Angiotensine





# Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine

Hoạt chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Captopril	LOPRIL CAPTOPRIL	25 25 & 50	50 – 150 mg chia 2 – 3 lần
Lisinopril	Zestril	5 - 20	5 – 20 mg
Enalapril	RENITEC BENALAPRIL	5 & 20	5 – 20 mg
Perindopril	COVERSYL	2 & 4	2 – 4 mg
Quinapril	ACUPRIL	5 & 20	5 – 20 mg
Ramipril	TRIA TEC	1,5; 2,5 & 5	1,25 – 10 mg
Bénazépril	CIBACENE	5 & 10	5 – 10 mg

# Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensine

- Tác dụng phụ:
  - Ho khan;
  - Tăng creatinine máu, tăng kali máu trong trường hợp mất muối và nước, hẹp động mạch thận 2 bên hoặc hẹp động mạch thận 1 bên ở bệnh nhân 1 thận.
- Chống chỉ định:
  - Có thai;
  - Đang cho con bú;
  - Dị ứng với các thành phần của thuốc.
  - Hẹp động mạch thận 2 bên (hoặc 1 bên ở bn có 1 thận).

# Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

- Cơ chế tác động:
  - Angiotensine II gắn vào nhiều loại thụ thể, trong đó thụ thể AT1 có tác động chủ yếu đến HA động mạch.
  - Thuốc đối kháng angiotensine II hiện nay ức chế đặc hiệu trên AT1 gây hạ áp do ức chế tác động tăng HA của angiotensine.

# Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

Hoạt chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Losartan	COZAAR	50	50 mg
Irbesartan	APROVEL	75, 150 & 300	75 – 300 mg
Telmisartan	MICARDIS	40 & 80	40 – 80 mg

# Thuốc đối kháng Angiotensine II (ức chế AT1)

- Tác dụng phụ:
  - Suy thận đặc biệt trong các trường hợp mất nước, muối, điều trị phối hợp với thuốc lợi tiểu.
  - Tăng kali máu khi suy thận nặng.
- Chống chỉ định:
  - Có thai
  - Đang cho con bú.
  - Hẹp động mạch thận.

# Thuốc chẹn Can xi

- Cơ chế tác dụng:
  - Thuốc chẹn Can xi ức chế kênh can xi chậm ngăn cản can xi vào tế bào và cơ co. Tác dụng ưu tiên trên tế bào cơ trơn của thành động mạch và tế bào cơ tim.
  - Tại các mạch máu, giảm dòng can xi làm giãn cơ trơn, giảm sức cản ngoại vi, hạ HA.
  - Tại cơ tim, giảm dòng can xi làm tế bào cơ tim giảm co với các tác dụng inotrope và chronotrope âm.

# Thuốc chẹn Can xi

- Có 3 loại thuốc chẹn dòng can xi:
  - Dihydropyridine
  - Benzothiazépine: *Diltiazem*
  - Phénylalkylamine: *Vérapamil*

*Trong điều trị THA, chủ yếu sử dụng dihydropyridine. Tác dụng chủ yếu của thuốc trên thành động mạch gây giãn mạch.*

# Thuốc chẹn can xi loại dihydropyridine

Hoạt chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
Nifédipine	NIFEDIPINE RETARD NIFEHEXAL	20	1 – 2 viên
Amlodipine	AMLOR AMDIPINE	5	1 viên
Fé lodipine	PLENDYL	5	1 viên
Nicardipine	LOXEN 20 LOXEN LP 50	20 50	1 – 3 viên 1 – 3 viên nang

# Thuốc chẹn Can xi

- Tác dụng phụ:
  - Với loại dihydropyridine:
    - Phù mắt cá chân
    - Cơn nóng bừng mặt
    - Đau đầu
    - Cơn bốc hỏa
  - Với loại benzothiazépine (*diltiazem*) và phénylalkylamine (*vérapamil*):
    - Nhịp chậm, blocc nhĩ thất, blocc xoang nhĩ;
    - Suy tim mất bù.

*Đây cũng là những chống chỉ định của 2 loại thuốc này.*

# Thuốc hạ áp trung ương

- Cơ chế tác động:
  - Thuốc làm giảm trương lực giao cảm do kích thích thụ thể  $\alpha_2$  adrénergique trung ương, dẫn đến:
    - Giảm tần số tim do tăng trương lực phó giao cảm;
    - Giảm sức cản ngoại biên toàn bộ;
    - Giảm hoạt động của hệ thống rénine-angiotensine-aldosterone.
  - Có 2 loại:  $\alpha$  méthyl dopa (aldomet), clonidine cùng các chất họ hàng (rilmenidine)

# Thuốc hạ áp trung ương

Hoạt chất	Biệt dược	Hàm lượng (mg)	Liều trung bình/ngày
$\alpha$ Méthydopa	ALDOMET DOPEGYT	250	2 – 4 viên
Rimenidine	HYPERIUM	1	1 viên
Clonidine	CATAPRESSAN	0,15	1 – 3 viên

# Thuốc hạ áp trung ương

- Tác dụng phụ:
  - Buồn ngủ
  - Khô miệng
  - Hạ huyết áp tư thế đứng
  - Khi đang dùng thuốc liều cao, ngừng thuốc đột ngột có thể gây hiện tượng THA “bùng phát” nguy hiểm.
  - Với méthydopa: viêm gan do huỷ hoại tế bào gan, biến đổi về huyết học.

# Áp dụng thực hành

Loại thuốc	Các tình trạng nên sử dụng
Lợi tiểu thiazide	Suy tim ứ huyết; Tăng huyết áp ở người có tuổi.
Lợi tiểu quai	Suy thận; Suy tim ứ huyết.
Lợi tiểu kháng aldosterone	Suy tim ứ huyết; Sau nhồi máu cơ tim.
Chẹn bê ta	Bệnh nhân trẻ tuổi; Đau thắt ngực; Sau NMCT; Suy tim xung huyết (với <b>carvedilol, bisoprolol*</b> : <b>rất thận trọng</b> ); Có thai; Nhịp tim nhanh.
Chẹn can xi	Bệnh nhân cao tuổi; THA tâm thu đơn độc; Đau thắt ngực; Bệnh mạch máu ngoại biên; Vữa xơ động mạch cảnh.
Ức chế men chuyển	Suy tim ứ huyết; Rối loạn chức năng thất trái; Sau NMCT; Bệnh thận do ĐTD type 1 và không do ĐTD; Protéine niệu.
Chẹn AT1	Bệnh thận do ĐTD type 2; Protéine niệu; Dày thất trái; ho do ÚCMC.
$\alpha$ Méthylidopa	Có thai. <a href="http://www.cardionet.vn">www.cardionet.vn</a>

# Điều trị các yếu tố nguy cơ phổi hợp

- Thuốc hạ lipid máu:
  - Tất cả bệnh nhân dưới 80 tuổi có bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên, tiền sử thiếu máu cục bộ, tai biến mạch não và ĐTD type 2 cần được điều trị bằng statine nếu cholesterol toàn phần  $> 3,5$  mmol/l với mục tiêu là giảm xuống khoảng 30%.
  - Bệnh nhân không có bệnh tim mạch hoặc tiểu đường kèm theo nhưng có nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm  $> 20\%$  cũng cần được điều trị bằng statine nếu cholesterol toàn phần  $> 3,5$  mmol/l.

# Điều trị các yếu tố nguy cơ phổi hợp

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu:
  - Điều trị chống kết tập tiểu cầu bằng aspirine liều thấp (100 mg/ngày) cần được sử dụng cho bệnh nhân có các biến cố tim mạch trước đó vì thuốc làm giảm được nguy cơ TBMN và NMCT.
  - Trên các bệnh nhân THA, aspirine liều thấp cũng được chỉ định cho những bệnh nhân suy thận ở mức độ vừa hoặc có nguy cơ tim mạch > 20%/10 năm.
  - Trên bệnh nhân THA, trước khi dùng aspirine cần kiểm soát tốt huyết áp.



[www.cardionet.vn](http://www.cardionet.vn)