

# CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TĂNG HA

## Tăng huyết áp và đái tháo đường týp 2

*(Tài liệu được cung cấp bởi Les Laboratoires Servier)*

- Trường hợp 1** Đái tháo đường týp 2 và phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp
- Trường hợp 2** Tăng huyết áp không kiểm soát, đái tháo đường týp 2 và hội chứng chuyển hóa
- Trường hợp 3** Tăng huyết áp kháng trị trên bệnh nhân đái tháo đường
- Trường hợp 4** Tăng huyết áp và bệnh cơ tim do đái tháo đường

## TRƯỜNG HỢP 1

# ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ PHÌ ĐẠI THẤT TRÁI TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

### Bệnh sử

- Nam giới, 60 tuổi, nhập viện do đau đầu kéo dài
- Bệnh sử đái tháo đường typ 2, điều trị bằng thuốc chống đái tháo đường dạng uống
- Hút thuốc lá 20 điếu / ngày trong 25 năm, không có tiền sử gia đình về tăng huyết áp hay bệnh tim mạch khác

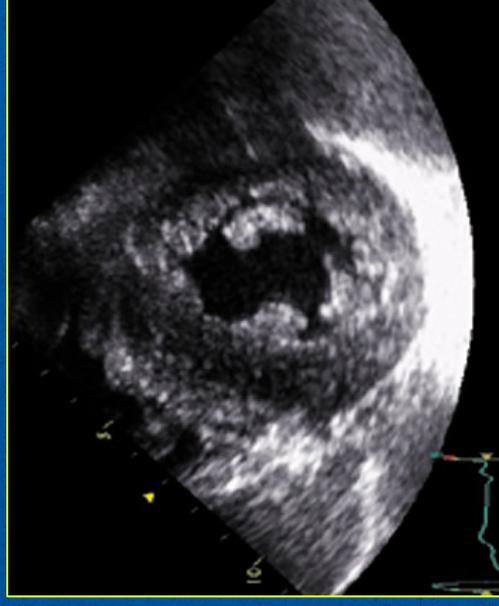
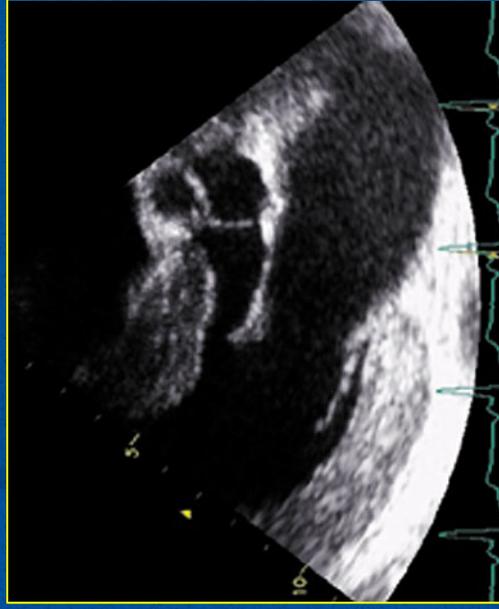
### Khám lâm sàng

- Quá cân: BMI 29.4 kg/m<sup>2</sup>
- Huyết áp lúc nghỉ ngơi trong hai ngày khác nhau là 160/90 mm Hg
- Không có âm thổi động mạch cảnh, suy giảm nhận thức, mạch hai bên không đều, tăng áp lực tĩnh mạch cảnh, có rales, tiếng thổi tim

## TRƯỜNG HỢP 1

### Xét nghiệm

- Điện tâm đồ chuẩn 12 chuyển đạo : nhịp xoang, và block không hoàn toàn nhánh trái
- Creatinin nước tiểu 135 mmol/L
- Triglycerides 1.75 mmol/L, HDL-cholesterol 0.35 mmol/L, LDL-cholesterol 2 mmol/L
- Siêu âm tim mode M 2 chiều: khối lượng cơ thất trái chức năng tâm thu bình thường (hình 1)



Hình 1: Siêu âm tim mode M : phì đại thất trái

### Bàn luận

#### A. Bàn luận về huyết áp của bệnh nhân

- Tăng huyết áp độ 2 (theo 2003 ESH/ESC và JNC 7)
- Huyết áp được khuyến cáo hạ về mức:
  - Thấp hơn 140/90 mm Hg và thấp hơn nữa cho tất cả bệnh nhân tăng huyết áp, nếu bệnh nhân dung nạp được
  - Thấp hơn 130/80 mm Hg trên bệnh nhân đái tháo đường tăng huyết áp
- Đầu đầu: có thể do kiểm soát huyết áp kém

2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1011-1053.  
Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003;289:2560-2572.

## **Bàn luận**

- B. Bệnh nhân này có nguy cơ tim mạch cao?**
    - Bệnh nhân có nguy cơ cộng thêm cao:
      - có một số yếu tố nguy cơ tim mạch (nam giới, > 55 tuổi, hút thuốc, rối loạn mỡ máu
      - tổn thương cơ quan đích (phì đại thất trái)
      - đái tháo đường tít 2
    - Tăng huyết áp và đái tháo đường thường đi kèm với các bệnh tim mạch
- Hội chứng chuyển hóa làm tăng nguy cơ tim mạch

## Bản luận

Phân tầng nguy cơ để đánh giá tiên lượng					
Huyết áp (mm Hg)					
Các yếu tố nguy cơ Khác và bệnh sử	Bình thường HATT $\geq$ 180 / HATTr $\geq$ 110	Bình thường cao HATT $\geq$ 120-129 / HATTr $\geq$ 80-84	Độ 1 HATT $\geq$ 130-139/ HATTr $\geq$ 85-89	Độ 2 HATT $\geq$ 140-159 / HATTr $\geq$ 90-99	Độ 3 HATT $\geq$ 160-179/ HATTr $\geq$ 100-109
Không có YTNC khác					
1-2 YTNC					
$\geq$ 3 YTNC hoặc TTCQD Hoặc ĐTD					
Kèm triệu chứng LS					

YTNC: yếu tố nguy cơ; TTCQD: tổn thương cơ quan đích; ĐTD: đái tháo đường; HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương

Nguy cơ trung bình

Nguy cơ cộng thêm thấp

Nguy cơ cộng thêm trung bình

Nguy cơ cộng thêm cao

Nguy cơ cộng thêm rất cao

### Bàn luận

- C. Trị liệu nào được khuyến cáo cho bệnh nhân này?
  - Mục tiêu chính: nhằm giảm tối đa nguy cơ tim mạch lâu dài bằng cách:
    - Điều trị các yếu tố nguy cơ thay đổi được (hút thuốc, rối loạn mỡ máu...)
    - Giảm cân và tăng tập thể dục
    - Hạ huyết áp đến mức mục tiêu **130/80 mm Hg**
  - Điều trị bằng một thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể angiotensin
  - Thêm Natrilix SR: hiệu quả hơn enalapril trong giảm phì đại thất trái

UK Prospective Diabetes Study Group. *UKPDS* 38. *BMJ*. 1998;317:703-713.

Gosse P, Sheridan DJ, Zannad F, et al. *J Hypertens*. 2000;18:1465-1475.

### Bàn luận

- D. Tỷ suất của phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp :
  - Phì đại thất trái do tăng huyết áp đặc trưng bởi :
    - Phì đại thất trái đồng tâm
    - Độ co bóp bình thường hoặc tăng
    - Tăng tương đối thành tim
    - Thể tích cuối tâm trương bình thường hoặc thấp
    - Đôi khi rối loạn kỳ thư giãn
  - Rối loạn thư giãn thất trái:
    - Chiếm 30% đến 50% bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 hoặc 2
    - Gặp ở 2/3 số bệnh nhân tăng huyết áp nặng hơn

Bonaduce D, Breglio R, Conforti G, et al. *Eur Heart J*. 1989;10:611-621.

## TRƯỜNG HỢP 2

# TĂNG HUYẾT ÁP KHÔNG KIỂM SOÁT , ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 VÀ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

### Bệnh sử

- Nữ giới, 75 tuổi, nhập viện do triệu chứng ruồi bay của tăng huyết áp
- Đái tháo đường tít 2, điều trị bằng thuốc chống đái tháo đường dạng uống
- Tăng huyết áp, điều trị bằng thuốc ức chế thụ thể angiotensin

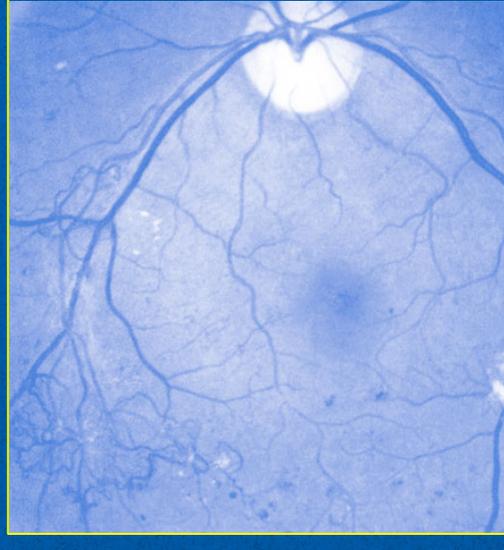
### Khám lâm sàng

- Béo phì, BMI 32 kg/m<sup>2</sup>
- Huyết áp (trung bình 3 lần đo trong 15 phút) 155/90 mm Hg, mạch 90 nhịp/phút
- Không có tiếng thổi bất thường khi nghe tim
- Không có dấu hiệu sung huyết ngoại vi

## TRƯỜNG HỢP 2

### Xét nghiệm

- ✓ Điện tâm đồ: nhịp xoang, block không hoàn toàn nhánh trái, phì đại thất trái (chỉ số Sokolow >35 mm)
- ✓ Soi đáy mắt: bệnh lý võng mạc do tăng huyết áp giai đoạn 2 (hình 1)
- ✓ Cholesterol toàn phần 6.03 mmol/L, HDL cholesterol 1.03 mmol/L, triglycerides 2.85 mmol/L
- ✓ Đường huyết 6.4 mmol/L
- ✓ LDL cholesterol (theo công thức Friedenwald) 1.44 g/L



Hình 1: bệnh lý võng mạc do tăng huyết áp giai đoạn 2

### Bàn luận

#### A. Bàn luận về sự hiện diện của hội chứng chuyển hóa

Theo định nghĩa của NCEP ATP III : có ít nhất 3 trong 5 yếu tố nguy cơ (bảng 1)

Hội chứng chuyển hóa đi kèm với:

- tăng 4 lần nguy cơ tử vong do bệnh mạch vành
- tăng 2 lần nguy cơ bệnh tim mạch và tử vong chung

Tần suất của hội chứng chuyển hóa ở Mỹ: 23.7%

Định nghĩa về hội chứng chuyển hóa dựa theo tiêu chuẩn của NCEP ATP III.	
Tiêu chuẩn	Giá trị
Béo phì vùng bụng: chu vi vòng eo	>102 cm ở nam giới >88 cm ở nữ giới
Huyết áp	≥130 mm Hg tâm thu +/- ≥85 mm Hg tâm trương
Đường huyết lúc đói	≥1.10 g/L (6.1 mmol/L)
Triglycerides	≥1.5 g/L (1.7 mmol/L)
HDL cholesterol	Nam giới <0.40 g/L (1.1 mmol/L) Nữ giới <0.50 g/L (1.3 mmol/L)

Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-2497.  
Ford ES, Giles WH, Dietz WH. *JAMA*. 2002;287:356-359. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. *JAMA*. 2002;288:2709-2716.

### Bàn luận

#### B. Bệnh nhân này nên có trị liệu cộng thêm nào?

- Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cộng thêm cao trên 65 tuổi, béo phì, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, vi đạm niệu, bệnh vông mạc do tăng huyết áp, và đái tháo đường tít 2
- Cần được hạ huyết áp tích cực
- Để đạt huyết áp mục tiêu cần điều trị phối hợp

Thêm lợi tiểu: Natrilix SR

#### -- Trung tính với chuyển hóa

#### -- Giảm vi đạm niệu ở bệnh nhân tăng huyết áp đái tháo đường

2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management

f arterial hypertension - Guidelines Committee. *J Hypertens.* 2003;21:1011-1053.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The JNC 7 report. *JAMA.* 2003;289:2560-2572.

Marre M, Puig JG, Kokot F, et al. *J Hypertens.* 2004;22:1613-1622.

### Bàn luận

C. Bệnh nhân cần thêm những trị liệu không dùng thuốc nào?

Thay đổi lối sống:

- **Ngừng hút thuốc, giảm cân**
- **Giảm uống rượu**
- **Tăng hoạt động thể lực**
- **Ăn kiêng**

Đái tháo đường týp 2 và hội chứng chuyển hóa được cải thiện nhờ tăng hoạt động thể lực

Giảm cân ở bệnh nhân béo phì: giảm lượng calo, tăng hoạt động thể lực và điều khiển bằng ý chí

## TRƯỜNG HỢP 3

# TĂNG HUYẾT ÁP DẠI DẰNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### Bệnh sử

- Nam giới, 65 tuổi, tăng huyết áp, điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển
- Bệnh động mạch ngoại biên không triệu chứng, đái tháo đường tít 2
- Rung nhĩ mạn tính, điều trị bằng digoxin và warfarin
- Không kiểm soát được huyết áp và suy giảm chức năng thận  ngừng ỨCMC
- Chuyển sang Natrilix SR
- Bệnh nhân được hẹn tái khám

## TRƯỜNG HỢP 3

### Khám lâm sàng và xét nghiệm

#### Khám lâm sàng:

- Huyết áp (trung bình của 4 lần đo) 125/80 mm Hg, mạch 90 nhịp/ph
- Nghe tim bình thường, không có dấu hiệu sung huyết ngoại biên

#### Xét nghiệm (tiến hành 6 tháng trước khi bắt đầu điều trị):

- Đường máu 6.94 mmol/L, cholesterol toàn phần 5.42 mmol/L, HDL cholesterol 1.29 mmol/L,
- triglycerides 2.28 mmol/L
- Creatinine 150 mmol/L, kali 3 mmol/L, vi đạm niệu 20 mg/min
- Điện tâm đồ: rung nhĩ
- Siêu âm mạch: xơ vữa động mạch trung bình

### Bàn luận

#### A. Kết luận lâm sàng đầu tiên là gì?

- Đái tháo đường tít 2 có tăng huyết áp dai dẳng, giảm chức năng thận  
tăng kali máu, kiểm soát đường huyết kém

- Không kiểm soát được huyết áp
- Suy giảm chức năng thận mặc dù có dùng UCMC
- Cần tìm nguyên nhân của tăng huyết áp kháng trị (*bảng*)

### Các nguyên nhân huyết áp không đáp ứng với trị liệu

Tăng huyết áp thứ phát xác định:

- Tăng huyết áp nhu mô thận
- Tăng huyết áp do động mạch thận
- **U tế bào ưa sắc của tủy thượng thận**
- Cường aldosteron tiên phát
- Hội chứng cushing
- **Hẹp động mạch chủ**
- Tăng huyết áp do thuốc (ngừa thai uống, NSAIDs, cyclosporin, erythropoietin, cocaine, amphetamines)
- **Glycyrrhizin**

### Tuần thủ điều trị kém

- Không thay đổi lối sống
- Tăng cân, uống rượu nhiều

### Quá tải tuần hoàn

- Sử dụng lợi tiểu không đầy đủ
- Suy thận tiến triển
- Ăn nhiều muối

### Những nguyên nhân tăng huyết áp dai dẳng giả mạo

- Tăng huyết áp công sở (áo choàng trắng đơn thuần)
- Không sử dụng băng hơi đủ lớn

Ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn

## TRƯỜNG HỢP 3

### Bàn luận

#### B. Chẩn đoán nào được nghi ngờ?

Tăng huyết áp do động mạch thận: nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tăng huyết áp thứ phát

- Hẹp động mạch thận:
  - Do xơ vữa mạch máu ở 75% trường hợp
  - Do loạn sản sợi cơ ở 25% trường hợp
  - Âm thổi vùng bụng một bên, tăng kali máu, đa globulin niệu, suy thận tiến triển
- Suy giảm chức năng thận sau khi dùng UCMC: gợi ý hẹp động mạch thận hai bên

## Bàn luận

C. Xét nghiệm nào nên được tiến hành để chẩn đoán xác định? (1)

Chụp hình siêu âm Doppler màu (phụ thuộc nhiều vào người quan sát) để tính :

– tốc độ tâm thu tối đa

– Chỉ số kháng trị =  $\left( \frac{1 - \text{tốc độ cuối tâm trương}}{\text{tốc độ tâm thu tối đa}} \right) \times 100$



để xác định bệnh nhân nào có lợi khi tái thông mạch



nếu chỉ số kháng trị >80: không giảm áp lực mạch trung bình, giảm chức năng thận sau khi chụp mạch

**Xác định đường kính ngang của thận:** nếu <8 cm, không chỉ định chụp hình mạch máu thận

## TRƯỜNG HỢP 3

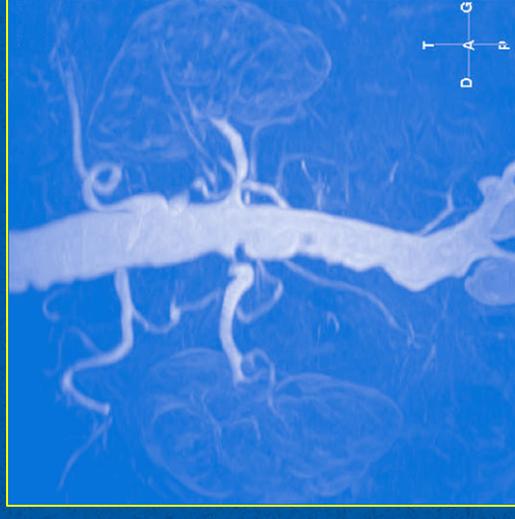
### Bàn luận

**C. Xét nghiệm nào nên được tiến hành để chẩn đoán xác định? (2)**

Hẹp động mạch thận hai bên được khẳng định bằng chụp cộng hưởng từ mạch (hình 1)

huyết áp được kiểm soát bằng Natrilix SR: tạm thời hoãn chụp

**Bắt buộc kiểm tra mỗi 6 tháng:** huyết áp, creatinin máu, kali máu kích thước thận



Hình 1: Chụp cộng hưởng từ mạch: Hẹp động mạch thận hai bên

## TRƯỜNG HỢP 4

# TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BỆNH CỠ TIM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### Bệnh sử

- Nam giới, 60 tuổi, nhập viện do suy tim NYHA độ III
- Đái tháo đường týp 2, điều trị bằng thuốc chống đái tháo đường dạng uống (biguanide)
- Tiền sử tăng huyết áp, hiện nay đã được kiểm soát
- Đã từng hút thuốc 30 điếu/ngày trong 40 năm

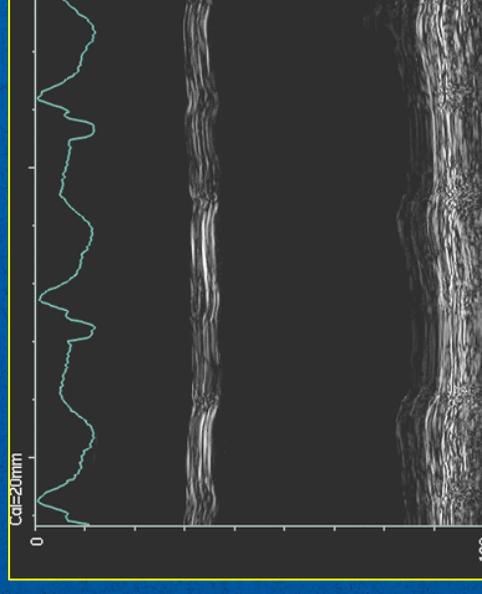
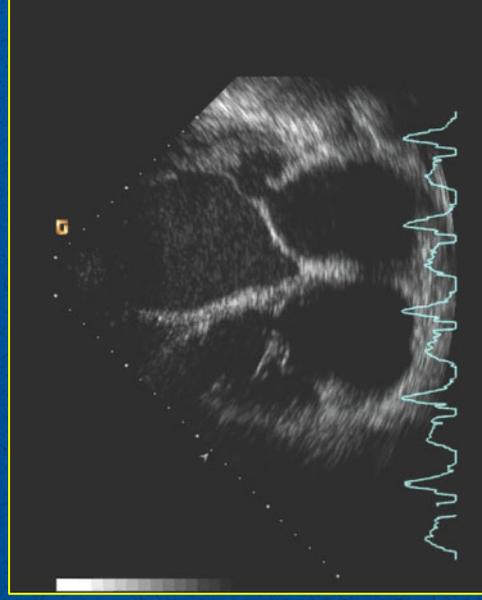
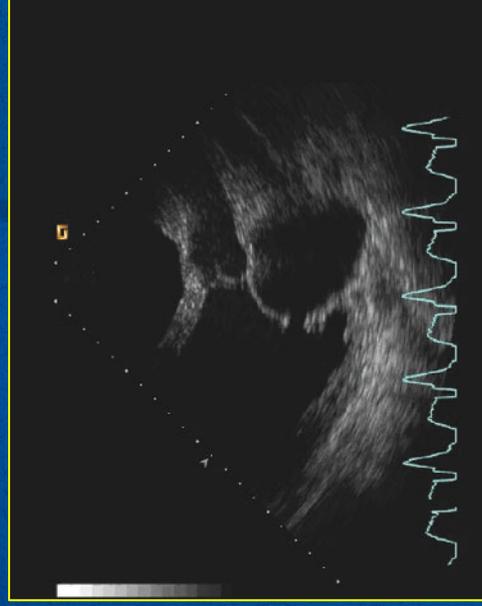
### Khám lâm sàng

- Huyết áp 120/60 mm Hg
- Không có dấu hiệu suy tim sung huyết

## TRƯỜNG HỢP 4

### Xét nghiệm

- Điện tâm đồ: nhịp xoang với block nhánh phải
- Siêu âm tim: bệnh cơ tim giãn, giảm động lan tỏa trầm trọng, trào ngược van hai lá nhẹ
- Huyết áp tâm thu động mạch phổi ước đoán = 45 mm Hg
- Xét nghiệm: đường máu 6.38 mmol/L, vi đạm niệu 100 mg/ph



Hình 1: bệnh cơ tim giãn, giảm động lan tỏa trầm trọng, trào ngược van hai lá nhẹ

### Bàn luận

- A. Chẩn đoán là gì? Hai yếu tố bệnh căn nào cần được nghi ngờ?(1)**
- Cơ tim phì đại (do đái tháo đường hoặc thiếu máu cục bộ)
  - Trên bệnh nhân đái tháo đường:
    - **tăng tổn thương tim mạch (thay đổi rõ nét trong chuyển hóa tim)**
    - **tăng 3-4 lần nguy cơ suy tim sung huyết**
  - Bệnh cơ tim do đái tháo đường
    - **tần suất: 15% bệnh cơ tim không do thiếu máu có liên quan tới đái tháo đường**
    - **Điều trị: bù đắp tốt các thông số chuyển hóa, khởi trị với IJCMC, dùng liều tối ưu chẹn beta**
    - **kiểm soát huyết áp là bắt buộc khi có suy tim và tăng huyết áp**

Sachs RN, Brodard P, Attali JR, et al. *Rev Med Int.* 1982;3:197-204.

Kannel WB, Hjortland M, Castelli WP. *Am J Cardiol.* 1974;34:29-34.

Shekelle PG, Rich MW, Morton SC, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2003;41:1529-1538.

### Bàn luận

**A. Chẩn đoán là gì? Hai yếu tố bệnh căn nào cần được nghi ngờ?(2)**

Chẩn đoán có thể thứ hai: bệnh cơ tim do thiếu máu

Tần suất tăng từ 3 đến 4 lần ở bệnh nhân đái tháo đường

Có thể gặp ở những bệnh nhân không có triệu chứng của bệnh mạch vành (thiếu máu trầm lắng)

Tuy nhiên trên bệnh nhân này không có dấu hiệu thiếu máu hay hoại tử do nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ

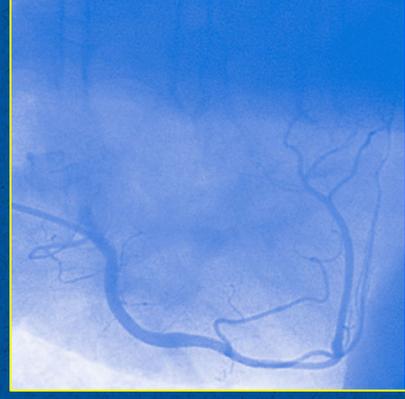
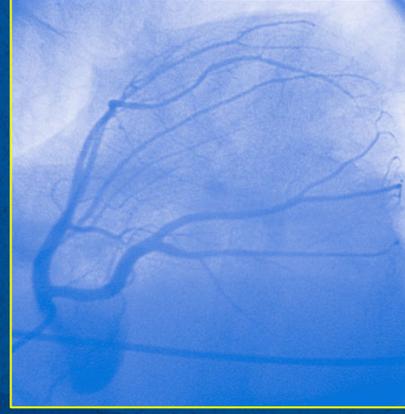
Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, et al. *N Engl J Med.* 1998;339:229-234.

### Bàn luận

- B.** Ý nghĩa của dòng qua van hai lá giới hạn trên bệnh nhân này?
- Dòng qua van hai lá giới hạn liên quan đến tăng áp lực đổ đầy thất trái
  - Tốc độ dòng chảy qua van hai lá ghi nhận: đánh giá gián tiếp chức năng tâm trương thất trái
  - Phân tích dữ liệu về dòng chảy qua van hai lá: dự đoán áp lực đổ đầy thất trái trên bệnh nhân giảm chức năng tâm thu thất trái chứ không phải ở những bệnh nhân có chức năng tâm thu được bảo tồn
  - Ở bệnh nhân này, tỉ số  $E/A=2$  (áp lực đổ đầy thất cao)

### Bàn luận

- C. Xét nghiệm nào giúp chẩn đoán xác định?
  - Chụp động mạch vành: bệnh nhân này không bị bệnh mạch vành (hình 2)
  - Chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp đo mật độ mạch chưa được đánh giá đúng
  - Thận trọng trước khi tiến hành xét nghiệm:
    - Ngừng biguanide 48 h trước khi chụp mạch tránh nhiễm toan lactic
    - Bù nước đầy đủ tránh suy thận



Hình 2: Chụp động mạch vành: không có bệnh mạch vành

