

NHỮNG TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TRONG TĂNG HUYẾT ÁP

Bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp 2

TS. BS. Valentin S. Moiseev, và BS. Zhanna D. Kobalova

Bệnh viện số 64, Moscow, Russia

*Đồng tác giả: BS. Ioulia V. Kotovskaia, BS. Marina A. Sokolova,
BS. Larissa A. Sklizkova, và BS. Larissa A. Lobankova.*

Trường hợp 1: Đái tháo đường týp 2 và tăng huyết áp tâm thu đơn độc mới được chẩn đoán trên một phụ nữ lớn tuổi

Trường hợp 2 Bệnh tim đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp

Trường hợp 3 Tăng huyết áp, đái tháo đường và tính nhạy cảm với muối

Trường hợp 4 Vi tuần hoàn trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2.

Trường hợp 1

Đái tháo đường típ 2 và tăng huyết áp tâm thu đơn độc mới được chẩn đoán trên một phụ nữ lớn tuổi

Bệnh sử

Phát hiện tăng huyết áp trên một phụ nữ da trắng 67 tuổi, có tiền sử đái tháo đường típ 2 trong 3 năm.

Bệnh nhân vẫn trong chế độ ăn kiêng, không sử dụng thuốc hạ đường huyết hay bất kỳ điều trị thuốc nào khác

Tiền sử gia đình: mẹ bệnh nhân bị đái tháo đường và tăng huyết áp, đã chết vì nhồi máu cơ tim

Thăm khám thực thể

Chỉ số thân khối 29 kg/m², huyết áp trung bình lúc thăm khác 156/84 mm Hg, nhịp tim 72 lần/phút.

Soi đáy mắt: dấu hiệu khởi phát của bệnh viêm võng mạc trong đái tháo đường.

Khám tim, phổi: bình thường

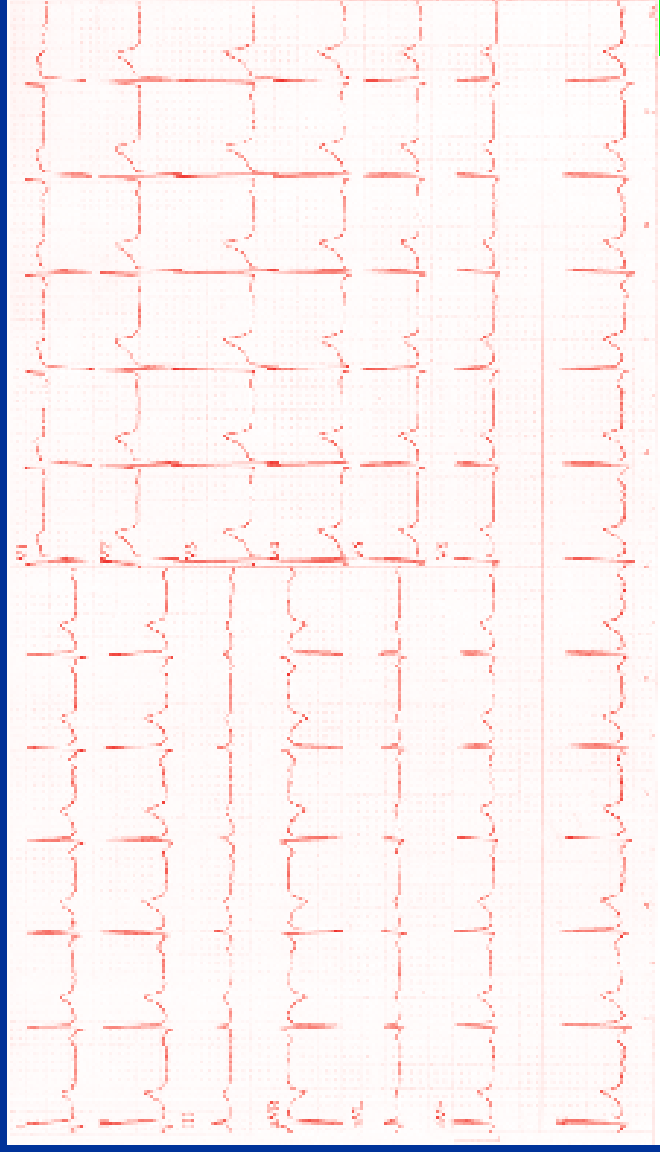
Thăm khám

Đường huyết thanh 6,6 mmol/L, đường huyết sau ăn 8,0 mmol/L, HbA_{1c} 6,7%

Cholesterol toàn phần trong huyết thanh 6,0 mmol/L, HDL cholesterol 0,8 mmol/L, triglyceride 2,4 mmol/L

Creatinine huyết thanh 100 μ mol/L, albumin niệu vi thể 12 mg/L

Điện tâm đồ bình thường, xét nghiệm huyết học và nước tiểu bình thường



Câu hỏi

- A. Những điểm chính để đánh giá và xử trí bệnh nhân đái tháo đường là gì?
- B. Những nguyên nhân gây tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường là gì?
- C. Trường hợp này có cần tiến hành đo huyết áp liên tục không?

Trả lời

A. Những điểm chính để đánh giá và xử trí bệnh nhân đái tháo đường:

Đánh giá

- Ít nhất thăm khám 2 lần, mỗi lần đo huyết áp cả tư thế ngồi và đứng
- Thăm khám lâm sàng toàn diện bao gồm nghe và sờ mạch
- Xét nghiệm: khảo sát chức năng thận, đường và lipid
- Chẩn đoán: tăng huyết áp tâm thu đơn độc độ 1, đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu

Xử trí

- Kiểm soát đúng mức đường, lipid và huyết áp
- Áp dụng điều trị sử dụng thuốc và không sử dụng thuốc (chế độ ăn uống lành mạnh, rèn luyện thể lực)
- Điều trị đầu tay trong tăng huyết áp không có biến chứng: thiazide liều thấp
- Natrilix SR: có một phần tác dụng lợi niệu giống thiazide, nhưng trung tính trên chuyển hóa đường và lipid.

Trả lời

B. Những nguyên nhân gây tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường:

Kết hợp giữa tăng huyết áp và đái tháo đường

- Đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp
- Phát triển tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đi kèm hội chứng đề kháng insulin

Bệnh mạch máu lớn trong đái tháo đường: góp phần làm tiến triển xơ cứng động mạch lớn

Những nguyên nhân thuộc về thận gây tăng huyết áp, nên được loại trừ bằng:

- Đánh giá bệnh thận trong đái tháo đường
- Nghe và siêu âm động mạch thận (hẹp động mạch thận)

Trả lời

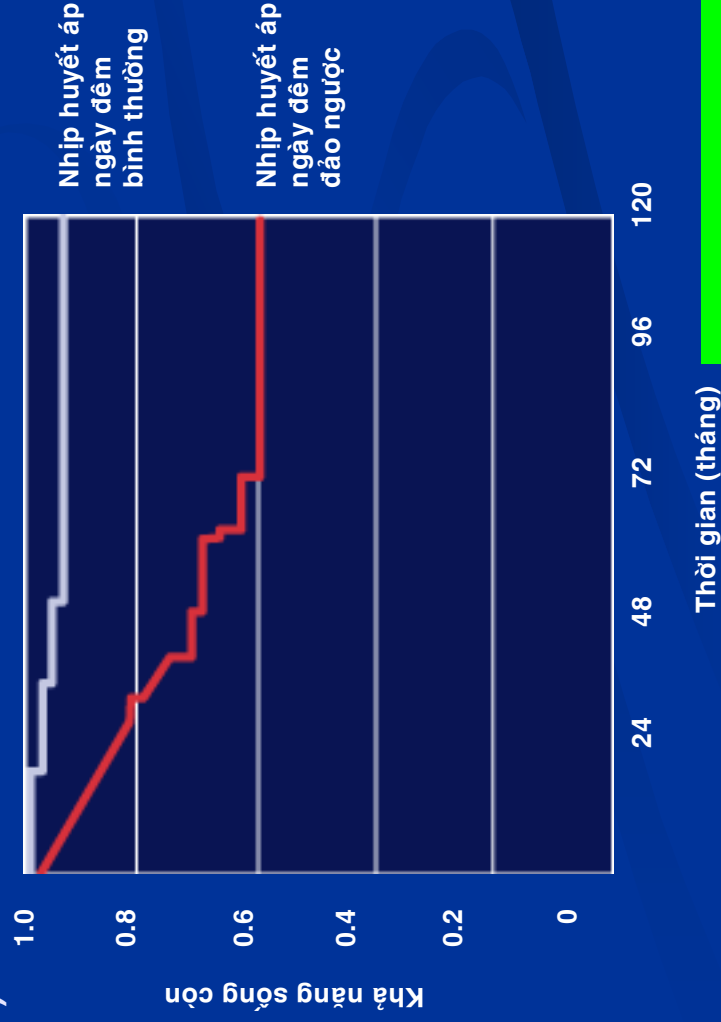
C. Trường hợp này có cần đo huyết áp liên tục không?

Kiểu huyết áp ngày đêm của bệnh nhân đái tháo đường:
huyết áp tăng biến thiên nhiều và mất khoảng hạ áp ban đêm.

Trên bệnh nhân có nhịp huyết áp ngày đêm bị đảo ngược, nguy cơ tử vong tương đối cao hơn gấp 20,6 lần (xem hình)

Đo huyết áp liên tục có lợi cho quyết định điều trị trên bệnh nhân lớn tuổi
(Hội tăng huyết áp Anh quốc)

Sau 12 tuần điều trị với Natrilix SR cho bệnh nhân này: có kết quả tốt trên HA tâm thu và nhịp HA ngày đêm



Nakano S, et al. *Diabetes*. 1998;47:1501-1506.
O'Brien E, et al. *BMJ*. 2000;320:1128-1134.

Bệnh tim đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp

Bệnh sử

Bất thường điện tim phát hiện khi thăm khám thường qui cho một bệnh nhân da trắng 54 tuổi

Bệnh sử tăng huyết áp động mạch (7 năm) và bất thường đường huyết 3 năm trước

Không điều trị thuốc chống tăng áp hay hạ đường huyết

Hút 15 điếu thuốc lá / ngày, uống rượu 30 đơn vị/ tuần

Thăm khám thực thể

Chỉ số thân khối 32 kg/m², nhịp tim 88 lần/phút

Huyết áp đo ở tư thế ngồi, nằm ngửa và đứng lần lượt là 164/102, 186/114 và 152/100mm Hg

Nghe tim, động mạch cảnh và động mạch thận bình thường; phổi, bụng và động mạch ngoại biên bình thường

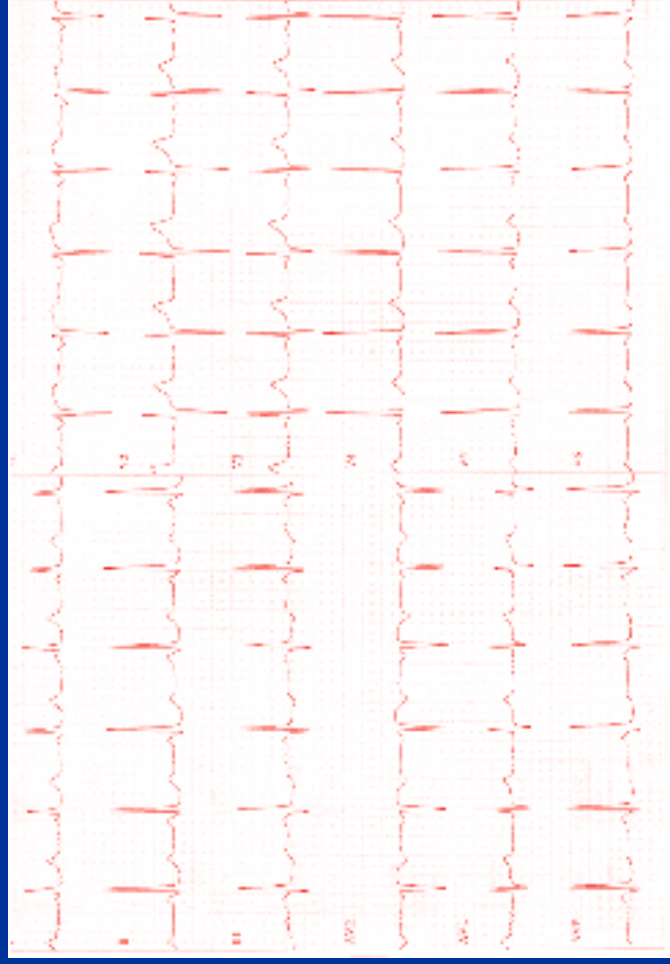
Thăm khám

Đường niệu dương tính (++)

Đường huyết lúc đói 8,0 mmol/L, đường huyết sau ăn 13,2 mmol/L, HbA_{1c} 8,4%

Creatinine huyết thanh 142 μ mol/L, albumin niệu vi thể 252 mg/L

Cholesterol toàn phần 6,8 mmol/L, HDL cholesterol 0,72 mmol/L, triglyceride 2,6mmol/L



Câu hỏi

- A. Những điểm đặc trưng của bệnh tim đái tháo đường là gì?
- B. Những biến đổi về đông máu và tạo huyết khối trên bệnh nhân đái tháo đường ra sao?
- C. Nên điều trị bệnh nhân này như thế nào?

Trả lời

A. Những điểm đặc trưng của bệnh tim đái tháo đường:

Tăng nguy cơ tương đối của bệnh động mạch vành trong đái tháo đường.

Bệnh cơ tim trong đái tháo đường

- Những bất thường của vi tuần hoàn mạch vành, xơ hóa cơ tim, phì đại tế bào cơ tim
- Bệnh hai thất
- Suy chức năng tâm trương là dấu hiệu sớm

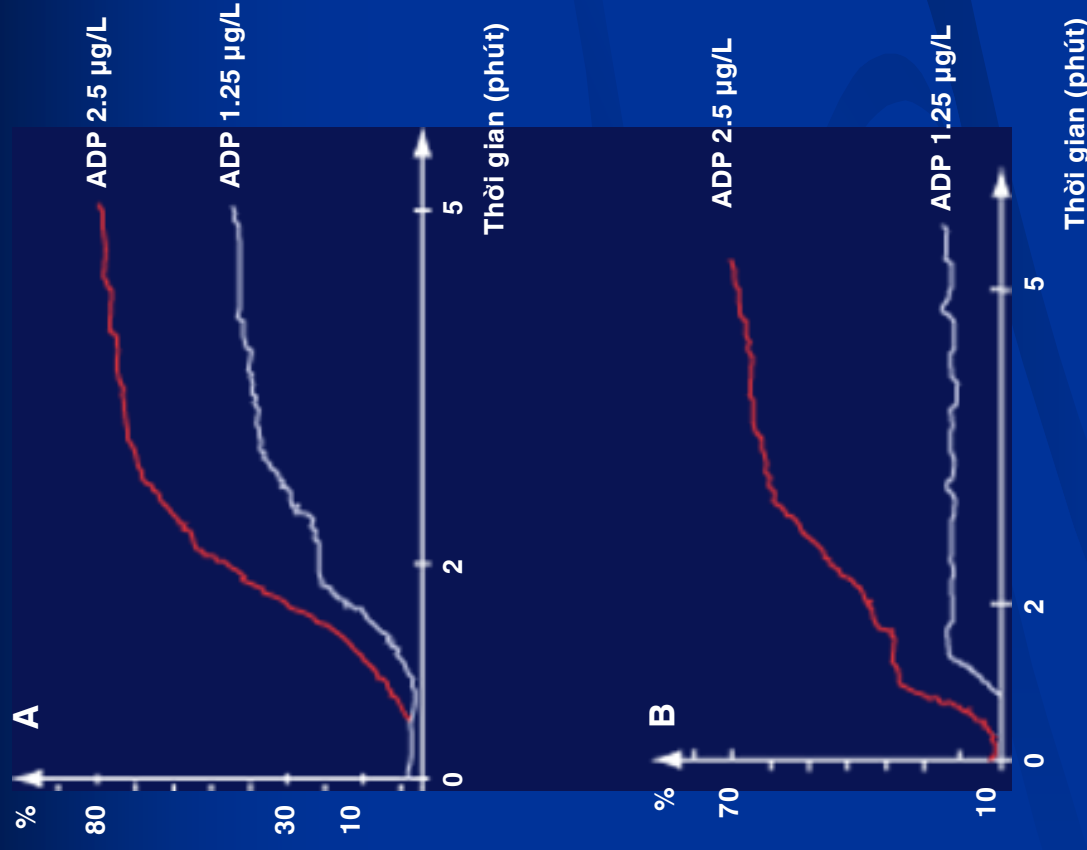
Tai biến tim mạch trầm lắng thường gặp hơn trong bệnh đái tháo đường (liên quan tới bệnh thần kinh tự động)

Van Belle E, et al. *Circulation*. 1997;96:1454-1460.
Caraciolo EA, et al. *Circulation*. 1996;93:2097-2105.
MISAD Group. *Am J Cardiol*. 1997;79:134-139.
Woodfield SL, et al. *J Am Coll Cardiol*. 1996;28:1661-1669.

Trả lời

B. Những biến đổi về đông máu và tạo huyết khối trong đái tháo đường:

- Đái tháo đường có tăng đông tương đối với
 - tăng ngưng tập tiểu cầu với adenosine diphosphate (ADP)
 - tăng nồng độ tiêu sợi huyết trong huyết tương
 - tăng nhiều yếu tố liên quan tới quá trình đông máu và chức năng tiểu cầu
- Trên 11 bệnh nhân đái tháo đường tăng huyết áp; được điều trị Natrilix SR trong 12 tuần giảm có ý nghĩa ngưng tập tiểu cầu với ADP



Trả lời

C. Nên điều trị bệnh nhân này như sau:

Xử trí yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

- Giảm cân, tập thể dục vừa sức, ngưng hút thuốc
- Điều trị rối loạn lipid: giảm nguy cơ tương đối 29% (xem bảng)

Cần điều trị phổi hợp để đạt được kiểm soát HA chặt chẽ

- UCMC (bệnh thận đái tháo đường)
+ lợi niệu (hay chẹn kênh can-xi
nhóm không dihydropiridine)
- chẹn β có lợi cho bệnh nhân
đái tháo đường có bệnh sử
nhồi máu cơ tim

Statins và aspirin

Bảng. Hiệu quả của điều trị hạ lipid trên những bệnh nhân có đái tháo đường hay không trong những thử nghiệm phòng ngừa thử phát				
Nghiên cứu	Giảm nguy cơ kết cục phổi hợp (%)		Giảm nguy cơ kết cục phổi hợp tổng phân tích (%)	
	Không có ĐTD	ĐTD	Không có ĐTD	ĐTD
4S	34	55		
CARE	26	13*	29 (18-39)	29 (3-36)
LIPID	25	19*		

Kết cục phổi hợp gồm bệnh mạch vành hay nhồi máu cơ tim không tử vong

* Không có ý nghĩa

Goldberg RB, et al. CARE Study. *Circulation*. 1998;98:2513-2519.
LIPID Study. *N Engl J Med*. 1998;339:1349-1357.
Pyorala K, et al. 4S Study. *Diabetes Care*. 1997;20:614-620.

Tăng huyết áp, đái tháo đường và tính nhạy cảm với muối

Bệnh sử

Bệnh nhân 57 tuổi, tăng huyết áp từ năm 54 tuổi, không điều trị thường xuyên

Được chẩn đoán đái tháo đường năm 53 tuổi, được điều trị với glibenclamide 3,5mg 2 lần/ngày

Không hút thuốc, thích ăn mặn

Tiền sử gia đình: mẹ tăng huyết áp và đái tháo đường, chết vì nhũn não năm 70 tuổi

Khám thực thể

Béo phì, chỉ số thân khối 31,2 kg/m², mạch 76 lần/phút

Huyết áp tư thế nằm 160/100 mm Hg, huyết áp đứng 155/100 mm Hg

Không có bất thường tại phổi và bụng, không có triệu chứng bệnh mạch máu ngoại biên hay bệnh mạch máu não

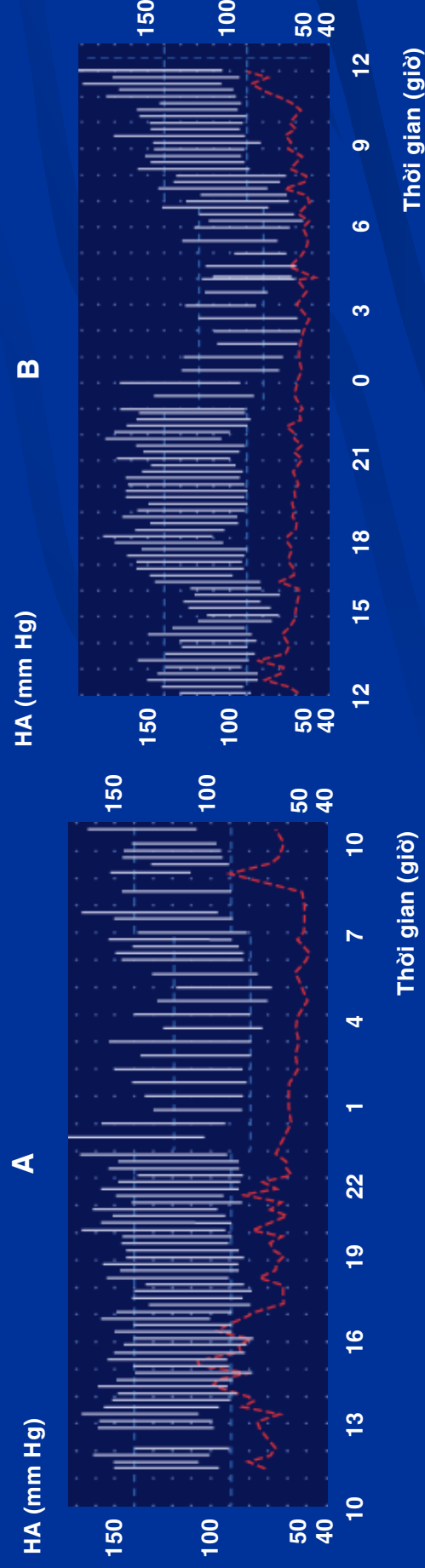
Thăm khám

ĐTĐ biểu hiện phì đại thất trái và soi đáy mắt thấy xơ cứng động mạch

Cholesterol toàn phần 6,7 mmol/L, triglyceride 1,8 mmol/L, đường huyết lúc đói 7,1 mmol/L, HbA_{1c} 7,8%

Theo dõi liên tục 24 giờ bằng thiết bị 2 chức năng đo HA và điện tim : có tăng HA và giảm nhịp tim biến thiên

Xét nghiệm độ nhạy cảm muối dương tính (xem hình)



Theo dõi huyết áp 24 giờ của bệnh nhân theo chế độ ăn nhiều muối (A) và ít muối (B)

Câu hỏi

- A. Nhịp tim chậm biến thiên có ảnh hưởng xấu trên tiên lượng của những bệnh nhân đái tháo đường không?
- B. Muối (Na) có vai trò gì trong sinh bệnh học tăng huyết áp?
- C. Phải điều trị cho bệnh nhân này như thế nào?

Trả lời

A. Nhịp tim chậm biến thiên có ảnh hưởng xấu đến tiên lượng trên bệnh nhân đái tháo đường không?

Bệnh thần kinh tự chủ rất thường gặp trong đái tháo đường

Chẩn đoán bệnh thần kinh bằng xét nghiệm chức năng thần kinh tự chủ của hệ tim mạch (phương pháp Valsalva)

Tỉ lệ tử vong trong 5 năm tăng gấp 5 trên bệnh nhân đái tháo đường bị bệnh thần kinh so với những người không có bệnh thần kinh.

Phát hiện sớm bệnh thần kinh tự chủ trong đái tháo đường bằng cách phân tích biến thiên nhịp tim trên bảng theo dõi điện tim.

Eur Heart J. 1996;354-381.
Laederach-Hofmann K, et al. *Clin Physiol.* 1999;19:97-106.
Laitinen T, et al. *Diabetes.* 1999;48:1295-1299.

Trả lời

B. Muối (Na) có vai trò gì trong sinh bệnh học tăng huyết áp?

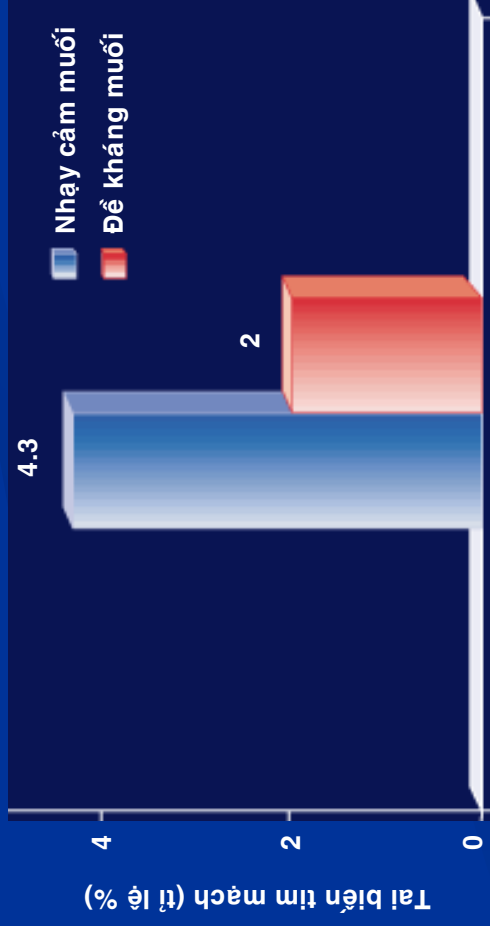
Chế độ ăn quá dư Na đi kèm với tăng tỉ lệ mắc bệnh tăng huyết áp

Có tương quan dương giữa chế độ ăn nhiều Na và mức HA trong đái tháo đường

Na có thể trao đổi

- tăng gần 10% trong bệnh nhân đái tháo đường
- tương quan dương với tuổi và huyết áp tâm thu

Tính nhạy cảm với muối đi kèm
phì đại thất trái, vi đạm niệu,
và tử vong tim mạch (xem hình)



Stamler R. *Hypertension*. 1991;17(suppl. 1):1017-1020.
Bihorac A, et al. *Am J Hypertens*. 2000;13:864-872.
Morimoto A, et al. *Lancet*. 1997;350:1734-1737.

Trả lời

C. Phải điều trị bệnh nhân này như thế nào?

- Kiểm soát đúng mức huyết áp là thiết yếu trên bệnh nhân đái tháo đường, với
- Lợi niệu liều thấp, Natrilix SR, là điều trị đầu tay (vì có tính nhạy với muối)
 - Chế độ ăn hạn chế muối, giảm nguy cơ khởi phát tăng huyết áp (xem bảng)

Hoạt động thể lực

Bảng. Bốn thử nghiệm phòng ngừa tăng huyết áp bằng chế độ ăn giảm muối

Thử nghiệm	Giảm Na (mmol/ngày)	Tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp (THA)	
		Nhóm có can thiệp	Nhóm chứng
Phòng ngừa tiên phát	31	8.8%	19.2%
Thử nghiệm phòng ngừa THA	34	26.9%	38.7%
Thử nghiệm phòng ngừa THA	44	8.6%	11.3%
Thử nghiệm phòng ngừa THA	40	38.1%	44.4%

Kaplan NM. *Am J Hypertens*. 2000;13:8-13.
 Gross TW, et al. *N Engl J Med*. 2000;342:905-912.
 1999 WHO-ISH Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens*. 1999;17:151-183.

Vi tuần hoàn trong đái tháo đường týp 2

Bệnh sử

Bệnh nhân nam 47 tuổi thấy mệt mỗi tăng dần, 3 tháng qua thỉnh thoảng bị nhức đầu

Khát và uống nhiều từ 5 tháng trước, nhìn kém vào ban đêm trong những tháng gần thời điểm thăm khám

Hút thuốc rất nhiều, uống rượu vừa phải và có hoạt động thể lực.

Mẹ bị tăng huyết áp và đái tháo đường, anh trai 56 tuổi bị đau ngực.

Khám thực thể

Chỉ số thân khối 30 kg/m², mạch 82 lần/phút

Huyết áp ngồi 164/106 mm Hg, huyết áp đứng 156/104 mm Hg

Khám phổi và bụng bình thường, nghe tim, động mạch và thận bình thường.

Thăm khám

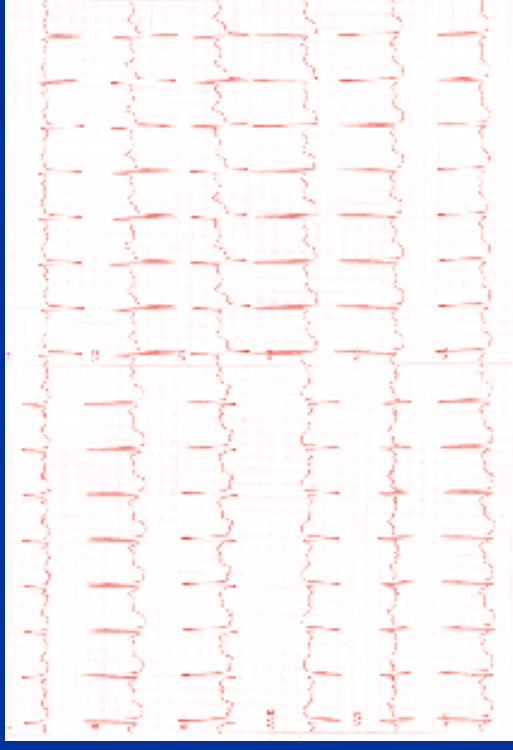
Thử đường niệu bằng que nhúng dương tính (+++) và đạm niệu (++++)

Đường huyết lúc đói 10,6 mmol/L, HbA_{1c} 11,4%

Creatinine huyết thanh 138 μ mol/L, cholesterol toàn phần 5,4 mmol/L, triglyceride 1,9 mmol/L, HDL cholesterol 0,8 mmol/L

Bài tiết đạm niệu 1,4 g/24 giờ

ĐTĐ: phì đại thất trái, soi đáy mắt ghi nhận bệnh võng mạc tăng sinh



Câu hỏi

- A. Các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa đường là gì?
- B. Những biến đổi vi tuần hoàn trong đái tháo đường được đánh giá như thế nào?
- C. Bình luận về chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân này.

Trả lời

A. Các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa đường:

Đái tháo đường (các dấu hiệu phải được khẳng định qua 2 lần khám)

- Đường huyết lúc đói $\geq 7,0$ mmol/L *và/hoặc*
- Đường huyết bình thường $\geq 11,1$ mmol/L với triệu chứng đái tháo đường *và/ hoặc*
- Đường huyết 2 giờ sau ăn 75g đường $\geq 11,1$ mmol/L

Rối loạn chuyển hóa đường:

rối loạn đường huyết lúc đói (6,1 mmol/L $\leq$ đường huyết lúc đói $< 7,0$ mmol/L) *hay*

Giảm dung nạp đường

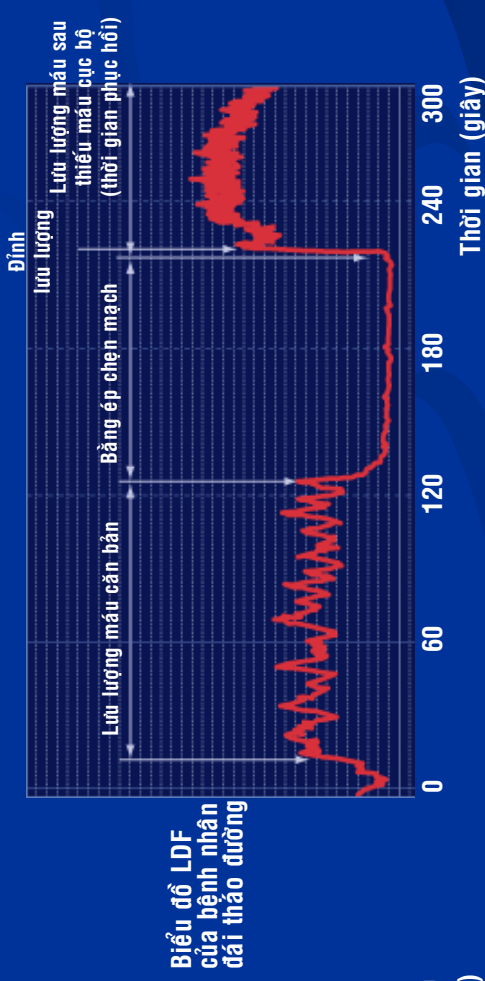
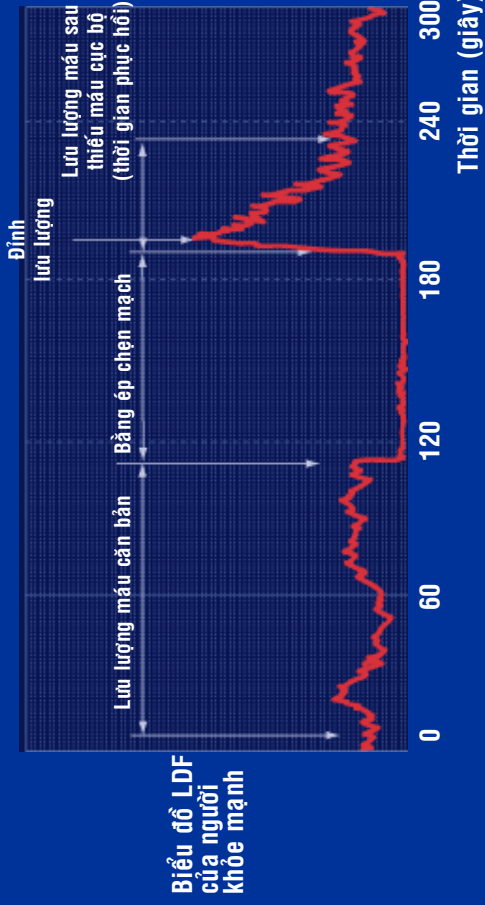
- Đường huyết lúc đói $< 7,0$ mmol/L *và*
- $7,8$ mmol/L $\leq$ đường huyết 2 giờ sau $< 11,1$ mmol/L

Trả lời

B. Những biến đổi vi tuần hoàn trong dải tháo đường đánh giá như thế nào ?

Thiết bị đo lưu lượng Laser Doppler (LDF): kỹ thuật không xâm lấn

- Đo lưu lượng máu dưới da lúc nghỉ và thay đổi sau xét nghiệm chức năng (hình)
- Đánh giá rối loạn chức năng nội mạc, sức cản của mao mạch và trữ lượng mao mạch.
- Bộc lộ rối loạn thần kinh tự chủ



Vicaud E. *Drugs*. 1999;59:1-10.
 Tur E. In: *Bioengineering of the Skin*. 1995;133-145.
 Fagrell B, et al. *J Intern Med*. 1997;241:349-362.
 Carpentier PH. *Drugs*. 1999;59:17-22.

Trả lời

C. Bình luận về chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân này

Theo dõi huyết áp lưu động: HA tăng trội về đêm (hình)

Điều trị nên gồm cả biện pháp không sử dụng thuốc và

- Điều trị phối hợp với ức chế men chuyển (Coversyl) và lợi niệu (Natrlix SR) như điều trị đầu tay
- Điều trị hạ đường huyết và aspirin

HA đích <125/75 mm Hg (vì đậm niệu >1 g/24 giờ)

HATTh – HATTr và nhịp tim

