

CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TRONG TĂNG HUYẾT ÁP

Bệnh nhân tăng huyết áp với huyết áp tâm thu cao

BS Patrick J. Mulrow

Khoa nội

Trường Y Ohio,

Toledo, Hoa Kỳ

- Trường hợp 1 Huyết áp bình thường cao: nguy cơ tim mạch
- Trường hợp 2 Tăng huyết áp nặng trên người cao tuổi
- Trường hợp 3 Tăng huyết áp tâm thu và đái tháo đường: tình trạng thường gặp
- Trường hợp 4 Tăng huyết áp tâm thu và suy tim sung huyết.

Trường hợp 1

Huyết áp bình thường cao: nguy cơ tim mạch

Bệnh sử

Bệnh nhân nữ 65 tuổi, HA 172/84 mm Hg

Hút thuốc 1 gói/ngày, bị chứng đi lạc cách hồi nhẹ

Tiền sử: HA 138/86 mm Hg và BMI 26.5 kg/m² từ năm 45 tuổi
HA 148/92 mm Hg và BMI 28.5 kg/m² từ năm 55 tuổi

Khám thực thể

BMI 31.1 kg/m², HA 174/80 mm Hg

Am thổi ở mạch cảnh trái và cả hai mạch đùi

Soi đáy mắt: hẹp tiểu động mạch nhẹ, không có xuất huyết hay xuất tiết

Xét nghiệm

Cholesterol 220 mg/dL, LDL 152 mg/dL, HDL 45 mg/dL

Điện giải huyết thanh, Urê máu bình thường

Creatinine và đường huyết bình thường

Tổng phân tích nước tiểu: đạm và tế bào âm tính.

Câu hỏi

- A. Mức nguy cơ phát triển tăng huyết áp trong cuộc sống của một phụ nữ 45 tuổi?**
- B. Điều gì sẽ xảy ra trên huyết áp với sự lão hóa?**
- C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị.**

Trả lời

A. Mức nguy cơ phát triển tăng huyết áp trong cuộc sống của một phụ nữ 45 tuổi?

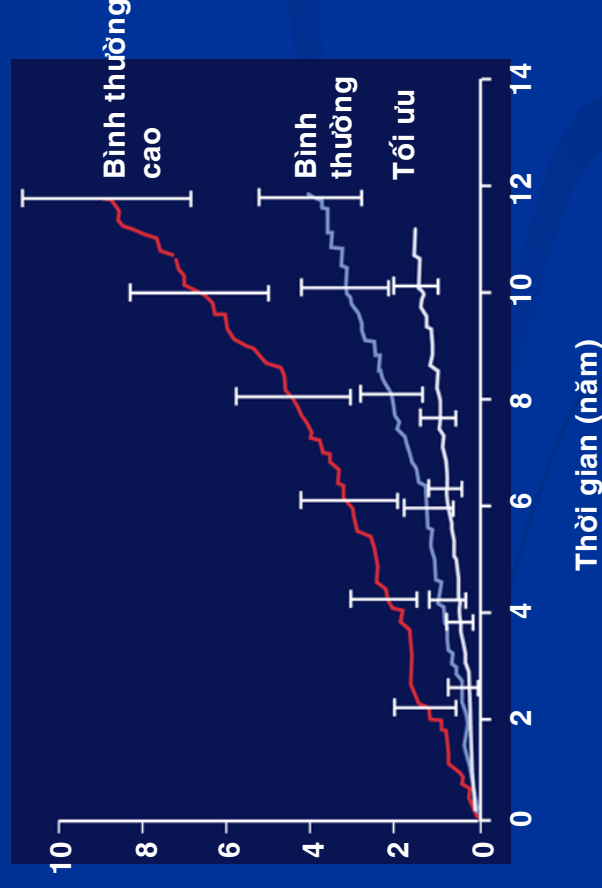
Vào tuổi 45

- Bệnh nhân có HA bình thường cao và thừa cân nặng
- HA bình thường cao kéo theo tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch (xem hình)

Vào tuổi 55

- Bệnh nhân có THA giai đoạn I, béo phì, và hút thuốc
- Nguy cơ phát triển THA trong phần đời còn lại của một phụ nữ 55 gần 90%

Tỷ suất tích lũy tai biến tim mạch (%)



Tỷ suất tai biến tim mạch qua 10 năm trên phụ nữ thừa cân nặng theo HA ban đầu .

Trả lời

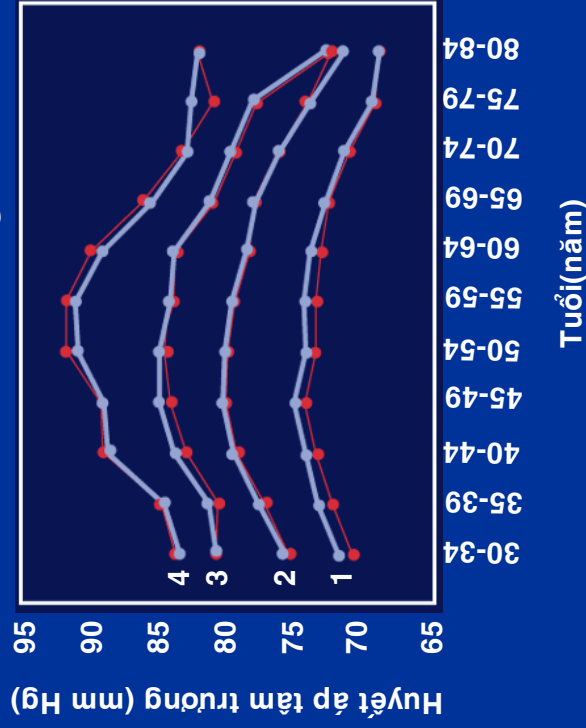
B. Điều gì sẽ xảy ra trên huyết áp với sự lão hóa??

Huyết áp tâm thu tăng theo tuổi

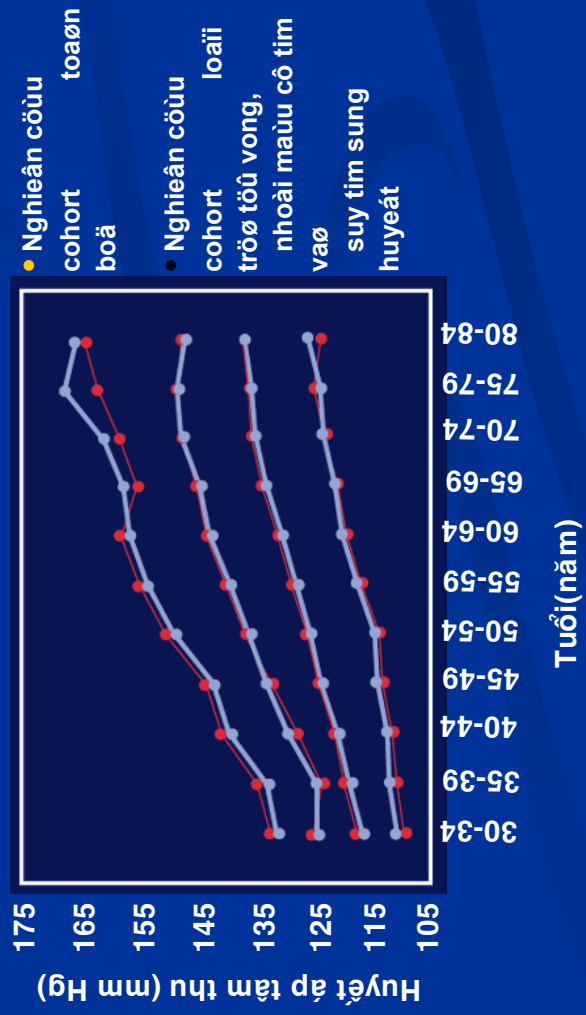
Huyết áp tâm trương tăng theo tuổi nhưng đạt đến đỉnh điểm vào khoảng từ 55 đến 60 tuổi

HA vào tuổi 60 sẽ cao hơn trên những người có HA bình thường cao ở tuổi 30 (hình)
Xơ cứng động mạch: gây tăng HA tâm thu và giảm HA tâm trương theo tuổi

Tâm trương



Tâm thu



Nghiên cứu cộng đồng về trị số HA qua một khoảng thời gian sống

C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị

Đánh giá

- Bệnh nhân có nguy cơ: THA, tăng LDL cholesterol, béo phì, hút thuốc
- Hủy hoại cơ quan đích: Xơ vữa động mạch toàn thân, với đi lạc cách hồi

Điều trị

- Khởi trị với **ỨCMC**, perindopril vì những bệnh mạch máu khác
- Thêm lợi niệu sau một tháng, đạt mức HA <140/90 mm Hg
- Statin, Giảm cân, ăn nhạt (ít muối), khuyến ngưng hút thuốc

The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group, Phase II. Arch Intern Med. 1997;157:657-667.
Conlin PR, Chow D, Miller ER 3rd, et al. Am J Hypertens. 2000;13:949-955.

Tăng huyết áp nặng trên người cao tuổi

Bệnh sử

Bệnh nhân nam 72 tuổi, mới bị nhức đầu dồn dập

Bệnh sử tăng HA 10 năm, điều trị lợi niệu liều thấp

Tiền sử: điều trị viêm xương khớp với thuốc kháng viêm không steroid, khó thở khi gắng sức vừa phải.

Khám thực thể

HA 220/95 mm Hg, BMI 26 kg/m², âm thổi tâm thu III/VI systolic trên vùng động mạch chủ
âm thổi lớn ở giữa thượng vị, âm thổi trên mạch đùi cả hai bên.

Soi đáy mắt: xuất huyết rải rác, dấu bất chéo động tĩnh mạch

Xét nghiệm

Hạ Kali (3.2 mg/L), tăng creatinine (1.9 mg/dL) và aldosterone (32 ng/dL)

Hoạt tính renin huyết tương ở tư thế nằm 7 ng/mL/h, BUN 38 mg/dL

Phân tích nước tiểu: đạm niệu 1+

Điện tâm đồ: phì đại thất trái

Hẹp động mạch thận phải trên siêu âm, được xác định qua chụp X quang động mạch thận (hẹp 80%)

Câu hỏi

- A. Khi nào nên tìm nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát trên bệnh nhân cao tuổi bị tăng huyết áp?
- B. Những xét nghiệm nào giúp chẩn đoán tăng huyết áp thứ phát?
- C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị.

Trả lời

A. Khi nào nên tìm nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát trên bệnh nhân cao tuổi bị tăng huyết áp?

Nên tầm soát nguyên nhân gây tăng huyết áp trong

THA mới khởi phát

**Tăng huyết áp mới diễn tiến xấu
(như trên bệnh nhân này)**

THA kháng với điều trị 3 hay 4 thuốc

Tăng nitơ huyết không giải thích được

**Nguyên nhân gây
tăng huyết áp thứ phát**

- Hẹp động mạch thận
- Cường aldosterone nguyên phát
- U tế bào ưa Crôm
- Hội chứng Cushing
- Bệnh thận
- Thuốc
- Hẹp eo động mạch chủ

B. Những xét nghiệm nào giúp chẩn đoán tăng huyết áp thứ phát?

Loại trừ sử dụng kháng viêm không steroid, các chế phẩm estrogen

Hẹp động mạch thận

- Chụp mạch máu cắt lớp hay cộng hưởng từ
- Siêu âm Doppler
- xạ hình thận
- Chụp X quang mạch máu thận

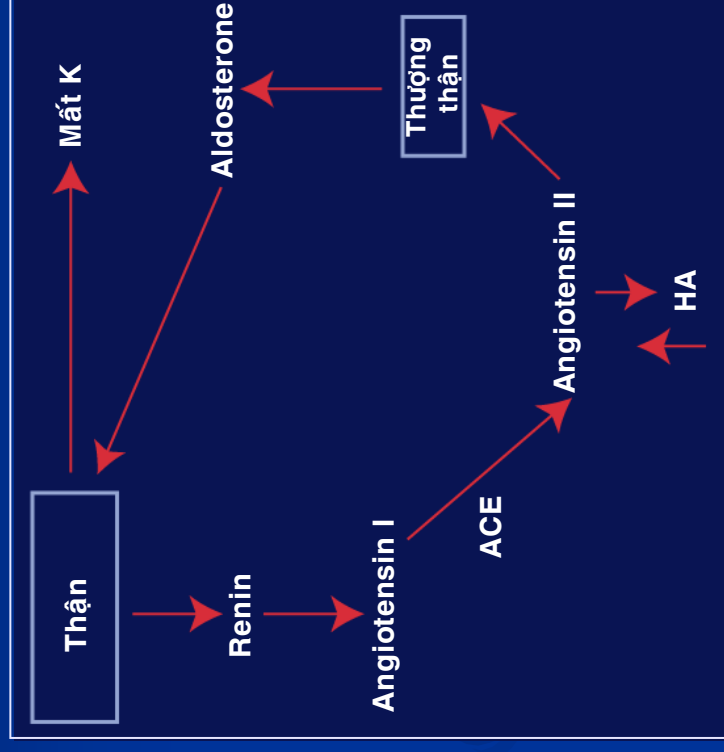
U tế bào ưa crôm: đo catecholamine trong huyết thanh hay nước tiểu

Nghuyên nhân thượng thận (cường aldosterone hay hội chứng Cushing):
định lượng nội tiết tố.

C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị

Hẹp động mạch thận kèm THA nặng và suy giảm chức năng thận:

- Chụp X quang động mạch thận phải
 - điều trị thuốc:
Natlilix SR + ÚCMC (perindopril)
 - Cho kết quả tốt trên HA và chức năng thận
- Tuy nhiên, Tác dụng lâu dài của tạo hình động mạch cho kết quả không nhất quán.

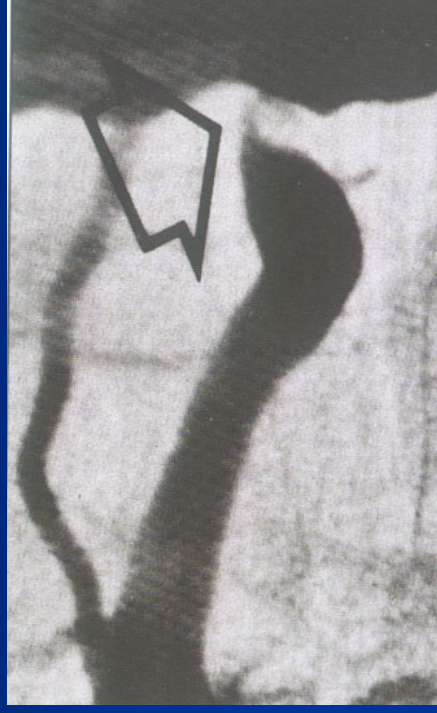


Hệ Renin-angiotensin-aldosterone

Bloch MJ, Trost DA, Whitmer J, et al. Am J Hypertens. 2001;14:983-988.
Plouin PF, Chatellier G, Darń B, Raynaud A. Hypertension. 1998;31:823-829.

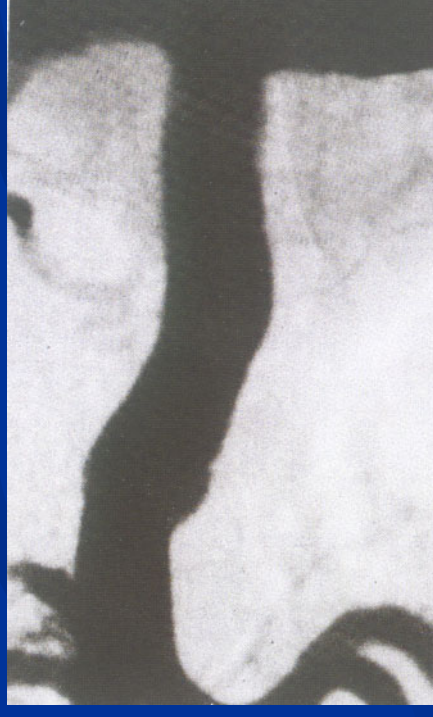
Trả lời

Chỉ nên chỉ định tạo hình mạch máu khi có hẹp rõ >60%.



Lưu ý chỗ hẹp động mạch thận tại đoạn vừa mới phân nhánh từ động mạch chủ...

... và lòng mạch bình thường sau tạo hình mạch máu.



Trường hợp 3

Tăng huyết áp tâm thu và đái tháo đường: tình trạng thường gặp

Bệnh sử

Bệnh nhân nữ 60 tuổi bị đái tháo đường týp 2 đã 8 năm, điều trị với glyburide và metformin

Một tháng trước HbA_{1c} là 8.2%

Tiền sử THA, điều trị với amlodipine

Không có bệnh lý võng mạc hay thần kinh

Khám thực thể

BMI 32 kg/m², HA 158/78 mm Hg, Soi đáy mắt: Hẹp tiểu động mạch

Giảm cảm giác đau ở cả hai bàn chân, mạch yếu đi.

Xét nghiệm

Rối loạn lipid máu: LDL và triglycerides cao, HDL thấp

Cholesterol 220 mg/dL, HDL 32 mg/dL, LDL 144 mg/dL

Triglycerides 200 mg/dL

tỉ lệ microalbumin:creatinine cao = 92 (bình thường 0-30)

Câu hỏi

- A. Tương quan giữa đái tháo đường và tăng huyết áp là gì?
- B. Nên theo dõi yếu tố nguy cơ tim mạch nào?
- C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị.

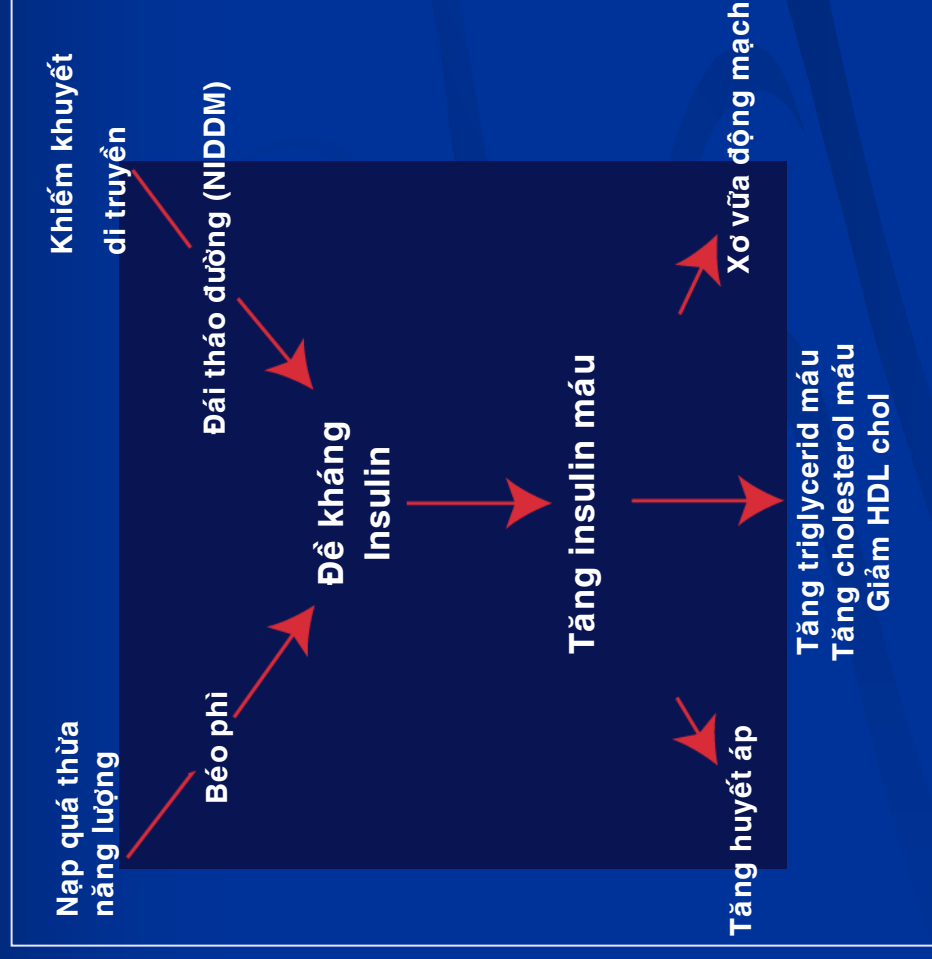
Trả lời

A. Tương quan giữa đái tháo đường và tăng huyết áp là gì?

THA thường gặp hơn trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2

- 30% tới 50% bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp
- đái tháo đường thường gặp trên bệnh nhân tăng huyết áp

Nhiều yếu tố đóng vai trò trong sinh bệnh học THA trên bệnh nhân đái tháo đường (Hình)



Trả lời

B. Nên theo dõi yếu tố nguy cơ tim mạch nào?

Tỷ suất bệnh mạch máu cao (đột quỵ, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên) trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa

Các yếu tố cần kiểm soát

- LDL nên giảm xuống < 100 mg/dL
- Kiểm soát HA, thường cần đến vài thuốc
- Chức năng thận (albumin niệu vi thể)

Hội chứng chuyển hóa

- Béo phì
- Tăng huyết áp
- Bất dung nạp Glucoz
- Rối loạn lipid máu
- Đề kháng Insulin

C. Nhận xét về xét nghiệm và điều trị.

Điều trị THA trên bệnh nhân đái tháo đường giảm tử vong tim mạch (Bảng)

Mục đích điều trị:

- Đường huyết (HbA_{1c} <7%): Thuốc hạ đường huyết + tiết chế, thường cần đến insulin
- HA < 130/85 mm Hg, trường hợp này với perindopril, Natrilix SR, và atenolol
- Giảm LDL xuống dưới 100 mg/dL bằng statin
- Kiểm soát chế độ ăn, giảm cân, giảm muối

Bảng. Điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường trong bốn thử nghiệm lâm sàng: Giảm tử vong tim mạch.	
	Giảm tử vong tim mạch (%)
SHEP	34%
Syst-Eur	76%
UKPDS	32%
HOPE	37%

Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, et al for the RENAAL Study Investigators. N Engl J Med. 2001;345:861-869.
Marre M, Fernandez M, Gardia-Puig J, et al. J Hypertens. 2002;20(suppl 4):S338.

Tăng huyết áp tâm thu và suy tim sung huyết

Bệnh sử

Bệnh nhân nam 70 tuổi, khó thở khi gắng sức

Bệnh sử THA, gần đây không điều trị

Không có đau ngực, hay tiền căn đột quỵ hoặc đái tháo đường

Khám thực thể

BMI 32 kg/m², HA 178/74 mm Hg

Ran ẩm ở đáy phổi, âm thổi tâm thu II/VI ở mỏm

Phù trước xương chày 2+

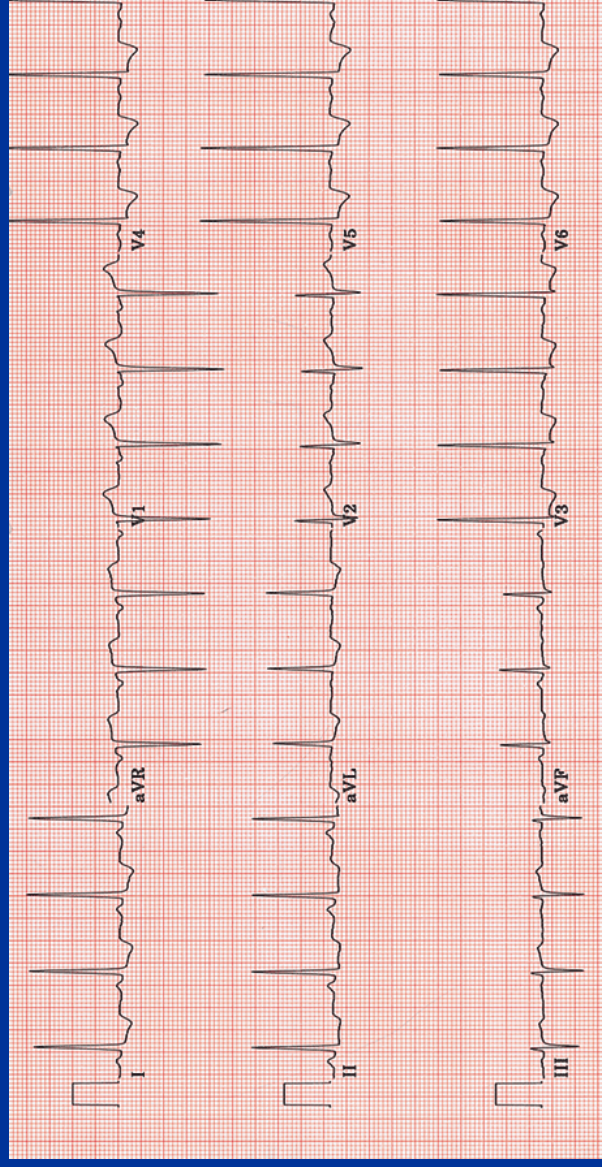
Xét nghiệm

Điện tâm đồ: phì đại thất trái

X quang ngực: suy tim sung huyết (STSH)

Siêu âm tim

- Giảm phân xuất tổng máu còn 36%
- Lớn nhĩ trái, dày thành thất trái
- Hở van 2 lá nhẹ



Phì đại thất
trái trên
ĐTĐ.

Câu hỏi

- A. Tăng huyết áp đóng vai trò gì trong phát triển suy tim sung huyết?
- B. Phì đại thất trái có phải là yếu tố nguy cơ nghiêm trọng không?
- C. Nên sử dụng thuốc nào để điều trị tăng huyết áp và suy tim sung huyết?

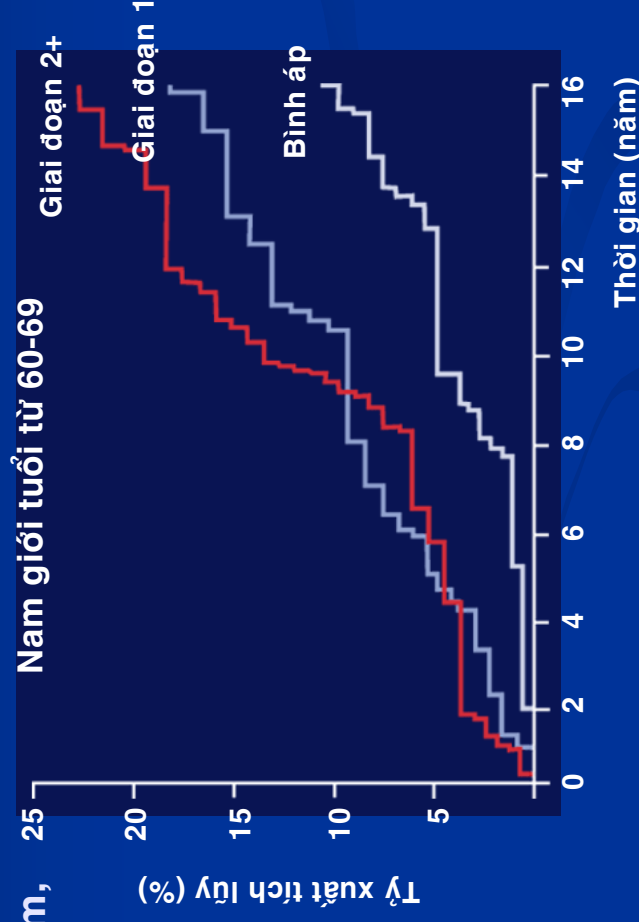
Trả lời

A. Tăng huyết áp đóng vai trò gì trong phát triển suy tim sung huyết?

THA không điều trị: nguyên nhân chính gây STSH

Trong một nghiên cứu Framingham, bệnh nhân THA giai đoạn I có tăng STSH so với kiểm soát HA về mức bình thường (xem hình)

điều trị tăng huyết áp tâm thu giảm >50%
diễn tiến tới suy tim



Phát triển suy tim sung huyết qua 14 năm quan sát.

Levy D, Garrison RJ, Savage DD, Kannel WB, Castelli WP. N Engl J Med. 1990;322:1561-1566.
Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. JAMA. 1996;275:1557-1562.
Moser M, Hebert PR. J Am Coll Cardiol. 1996;27:1214-1218.

B. Phì đại thất trái có phải là yếu tố nguy cơ nghiêm trọng không?

PĐTT: yếu tố nguy cơ nghiêm trọng cho tai biến và tử vong tim mạch

Hạ thấp HA làm giảm PĐTT

Thuốc có hiệu quả làm giảm PĐTT

- Lợi niệu (thử nghiệm LIVE) hay
- ức chế men chuyển (theo các tổng phân tích)

Schmieder RE, Martus P, Klingbeil A. JAMA. 1996;275:1507-1513.
Gosse P, Sheridan D, Zannad F, et al. J Hypertens. 2000;18:1465-1475.

Trả lời

C. Nên sử dụng thuốc nào để điều trị tăng huyết áp và suy tim sung huyết?

Bắt đầu với ÚCMC, rồi thêm lợi niệu và chẹn beta

Chỉnh liều

Điều trị cho bệnh nhân này

- ÚCMC, đổi sang chẹn thụ thể AII do ho nhiều
- Thêm lợi niệu (Natrilix SR) và chẹn beta (metoprolol)
- HA giảm xuống mức 135/75 mm Hg, có cải thiện suy tim sung huyết

