Ths Nguyễn Đình Tuấn - CĐYT Quảng Nam

I. PHÂN LOẠI THA

Phân loại này xuất phát từ khuyến cáo WHO/ISH 1999 và 2003 trong đó đánh giá nguy cơ thêm cho nhóm có HA bình thường và bình thường cao. Các khái niệm nguy cơ thấp, trung bình, cao và rất cao để chỉ nguy cơ bị các vấn đề tim mạch trong vòng 10 năm lần lượt tương ứng là <15%, 15-20%, 20-30% và > 30% theo tiêu chuẩn của Framingham, hoặc nguy cơ bị bệnh lý tim mạch gây tử vong lần lượt tương ứng là < 4%, 4-5%, 5-8% và >8% theo tiêu chuẩn SCORE. Các phân loại này có thể được sử dụng như là các dấu chỉ điểm của nguy cơ tương đối, vì vậy các bác sỹ có thể tự áp dụng một hay vài biện pháp thăm dò mà không bắt buộc phải dựa vào các ngưỡng điều trị HA đã quy định.

Phân loại THA		
Phân loại	HATTh (mm	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	<120	<80
HA bình thường	<130	<85
HA bình thường cao	130-139	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (trung bình)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥140	< 90
Phân loại này dựa trên đo HA tại phòng khám. Nếu HATTh và HATTr không cùng một phân loại thì chọn mức HA cao hơn để xếp		

Khi HATT và HATTr nằm hai mức độ khác nhau, chọn mức độ cao hơn đã phân loại

THA tâm thu đơn độc cũng được đánh giá theo mức độ 1,2 hay 3 theo giá trị của HATT nếu HATTr <90 mmHg

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Tiến trình đo HA chung

- Đ□ b□nh nhân ng□i vài phút trong m□t phòng yên tĩnh tr□□c tr□□c khi b□t đ□u đo HA.
- Đo th□□ng quy là t□ th□ ng□i.
- Đ□i v□i ng□□i già và b□nh nhân đái tháo đ□□ng (ĐTĐ), khi khám l□n đ□u thì nên đo HA t□ th□ đ□ng.
- C□i b□ qu□n áo ch□t, cánh tay đ□ t□a trên bàn □ m□c ngang tim, th□ l□ng tay và không nói chuy□n trong khi đo.
- Đo ít nh□t hai l□n cách nhau 1-2 phút, n□u hai l□n đo này quá khác bi□t thì ti□p t□c đo thêm vài l□n n□a.
- Dùng băng qu□n tay đ□t tiêu chu□n (dài 12 - 13cm, r□ng 35cm) nh□ng ph□i có lo□i h□n cho ng□□i có cánh tay □m và lo□i l□n h□n cho ng□□i có cánh tay m□p.
- Dùng b□ng qu□n nh□ cho tr□ nh□.
- Băng qu□n đ□t ngang m□c tim dù b□nh nhân □ t□ th□ nào.
- H□ c□t thu□ ngân t□ t□ (2 mm/giây).
- S□ d□ng âm thanh pha I và pha V c□a Korotkoff đ□ xác đ□nh HA tâm thu.
- Ch□n HATTr th□i đi□m ti□ng đ□p bi□n m□t (pha V)
- Đo HA c□ hai tay trong l□n đo đ□u tiên đ□ phát hi□n s□ khác bi□t gây ra do b□nh lý m□ch máu ngo□i biên. Khi đó giá tr□ bên cao h□n đ□□c theo dõi s□ d□ng. - Tính HA d□a trên s□ trung bình hai l□n đo; n□u gi□a hai l□n đo đ□u tiên chênh l□ch nhi□u thì đo thêm nhi□u l□n n□a.
- Không bao gi□ đi□u tr□ THA khi ch□ d□a vào k□t qu□ m□t l□n đo HA.

□2.2. Đánh giá c□n lâm sàng

□2.2.1. Các test th□□ng quy

- Đ□□ng huy□t t□□ng (t□t h□n nên làm lúc đói)
- Cholesterol huy□t t□□ng- HDL-C huy□t t□□ng- TG huy□t t□□ng lúc đói
- Acid uric huy□t t□□ng- Creatinin huy□t t□□ng- K+ huy□t t□□ng
- Hb và Hct
- Phân tích n□□c ti□u
- Đi□n tim

2.2.2. Các test khuy□n cáo

- Siêu âm tim
- Siêu âm đ□ng m□ch c□nh (và đ□ng m□ch đùi)
- CRP
- Albumin ni□u vi th□ (ch□ y□u trong đái tháo đ□□ng)
- Đ□nh l□□ng protein ni□u (n□u test dipstick d□□ng tính)

- Soi đáy mắt (trong THA nặng)

2.2.3. Các test mở rộng (trong lĩnh vực chuyên khoa)

- THA có biến chứng: test chức năng não, tim và thận
- Tìm kiếm THA thứ phát: định lượng renin, aldosterone, corticosteroid, catecholamin, chụp động mạch, siêu âm thận.

2.3. Đánh giá nguy cơ, tổn thương cơ quan đích và tình trạng lâm sàng kết hợp ở bệnh nhân THA nói chung

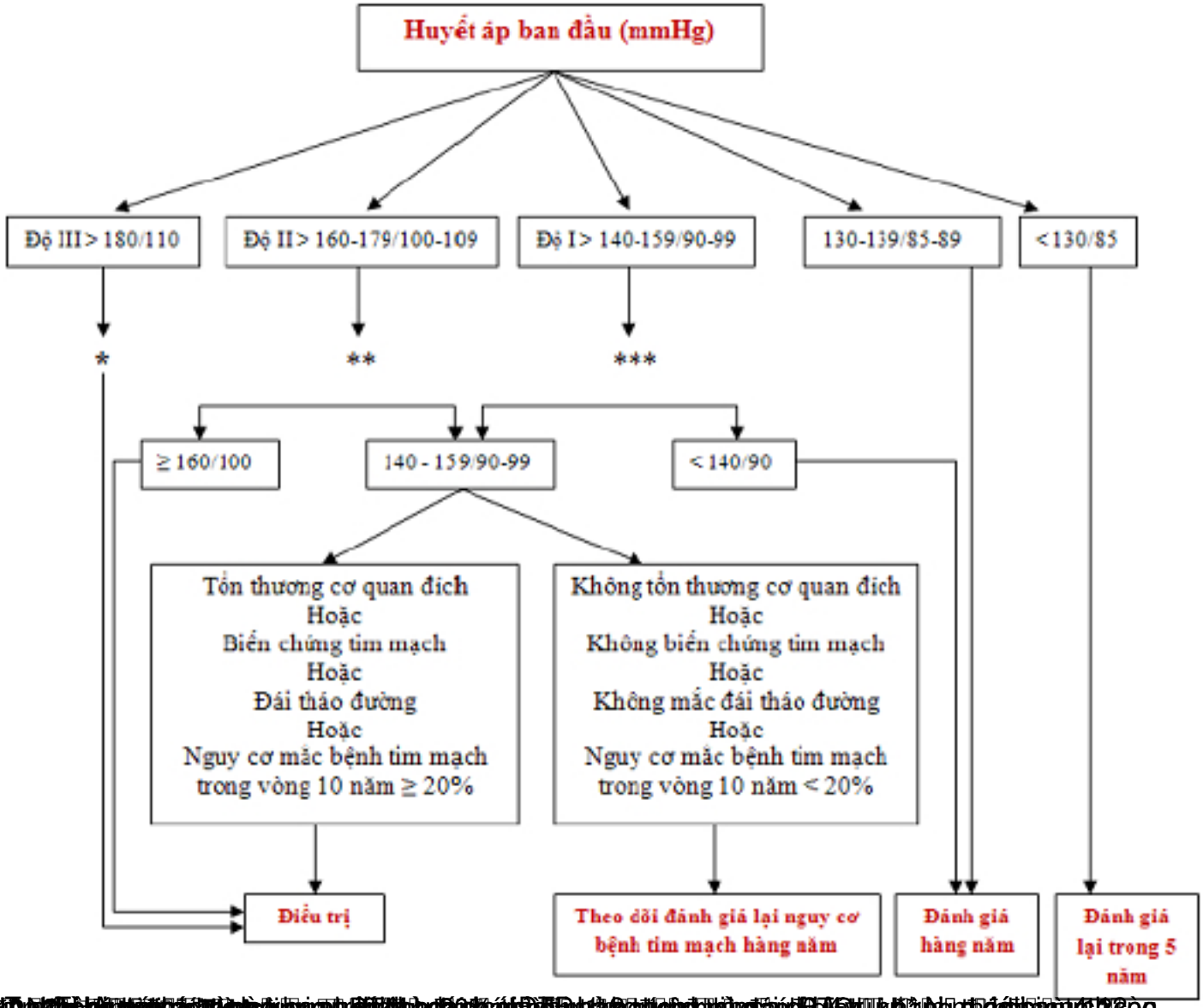
Yếu tố nguy cơ về bệnh tim mạch	Thương tổn cơ quan đích	Tình trạng lâm sàng kết hợp
-**Mức HATT và HATTr (giai đoạn 1-3)**	-Dày thất trái (điện tim hoặc siêu âm tim)	-Đái tháo đường -Bệnh mạch não
-**Nam > 55 tuổi**	-Microalbumin niệu (20-300mg/ngày)	.Nhồi máu não
-**Nữ > 65 tuổi**	-Có bằng chứng siêu âm hoặc X-quang về xơ vữa động mạch lan rộng (ĐM	.Xuất huyết não .Cơn thiếu máu thoáng qua -Bệnh tim .Nhồi máu cơ tim
-**Hút thuốc lá**		
-**Cholesterol toàn phần > 6,1mmol/l (240mg/dl)**		

hoặc LDL-cholesterol > 4,0mmol/l (160mg/dl)*	chủ, ĐM cảnh, ĐM vành, ĐM chậu, ĐM đùi)	.Đau thắt ngực
-HDL-cholesterol: Nam < 1,0 mmol/l (<40mg/dl),	-Bệnh võng mạc do THA độ III hoặc IV theo Keith- Wagener.	.Tái tưới máu mạch vành
Nữ < 1,2 mmol/l (<45mg/dl)		.Suy tim sung huyết
-Tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất bị bệnh tim mạch trước tuổi 50.		-Bệnh thận .Nồng độ creatinin huyết tương: Nữ> 1,4 mg/dl (120 µmol/l), Nam >1,5mg/dl (133 µmol/l)
-Béo phì, ít vận động thể lực.		.Albumin niệu > 300mg/ngày
		-Bệnh mạch ngoại biên

*** Những mức LDL-cholesterol và cholesterol toàn phần thấp hơn được dùng để mô tả nguy cơ gia tăng nhưng không dùng trong bảng phân loại này.**

	Huyết áp (mmHg)		
Những yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh	Gđ 1 (HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99)	Gđ 2 (HATT 160-179 hoặc HATTr 100-109)	Gđ 3 (HATT >180 hoặc HATTr > 110)
I: Không có yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
II: Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
III: Có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên, hoặc tổn thương cơ quan đích, hoặc có tình trạng lâm sàng đi kèm. *	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao

Bảng phân loại nguy cơ và phân tầng nguy cơ trong điều trị THA đái tháo đường (theo khuyến cáo ESH 2003)


Huyết áp ban đầu (mmHg)
Độ III > 180/110
Độ II > 160-179/100-109
Độ I > 140-159/90-99
130-139/85-89
< 130/85
*
**
***
≥ 160/100
140 - 159/90-99
< 140/90
Tổn thương cơ quan đích
Hoặc
Biến chứng tim mạch
Hoặc
Đái tháo đường
Hoặc
Nguy cơ mắc bệnh tim mạch
trong vòng 10 năm ≥ 20%
Không tổn thương cơ quan đích
Hoặc
Không biến chứng tim mạch
Hoặc
Không mắc đái tháo đường
Hoặc
Nguy cơ mắc bệnh tim mạch
trong vòng 10 năm < 20%
Điều trị
Theo dõi đánh giá lại nguy cơ bệnh tim mạch hàng năm
Đánh giá hàng năm
Đánh giá lại trong 5 năm

Chỉ định tuyệt đối và có thể chỉ định, chống chỉ định và thận trọng đối với các nhóm thuốc chính				
Nhóm thuốc	**Chỉ định tuyệt đối**	**Có thể chỉ định**	**Thận trọng**	**Chống chỉ định bắt buộc**
Chẹn anpha	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến		Hạ HA tư thế đứng, suy tim	Đái dầm
Ức chế men chuyển	Suy tim, suy chức năng thất trái, sau NMCT hoặc BMV đã rõ, bệnh thận ĐTĐ týp 1, dự phòng thứ phát đột quỵ	Bệnh thận mạn, bệnh thận ĐTĐ týp 2, bệnh thận có protein niệu	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, bệnh mạch máu thận
Chẹn thụ thể angiotensin	Không dung nạp ức chế men chuyển, bệnh thận ĐTĐ týp 2, THA có phì đại thất trái, suy tim ở bệnh nhân không dung nạp ƯCMC, sau NMCT	Suy chức năng thất trái, sau NMCT, không dung nạp các loại thuốc chống THA khác, bệnh thận có protein niệu, suy thận mạn, suy tim	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, bệnh mạch máu thận

Chẹn bêta	NMCT, đau thắt ngực	Suy tim	Suy tim, bệnh mạch máu ngoại vi, ĐTĐ (trừ kèm theo BMV)	Hen / bệnh phổi tắc nghẽn mạn, bloc tim
Ức chế canxi (dihydropyridin)	Người già, THA tâm thu đơn độc	Người già, đau thắt ngực		
UC canxi (loại ức chế nhịp tim)	Đau thắt ngực	NMCT	Kết hợp với chẹn bêta	Bloc tim, suy tim
Lợi tiểu thiazide/tương tự thiazide	Người già, THA tâm thu đơn độc, suy tim, dự phòng thứ phát đột quỵ			Bệnh gút

a. suy tim khi dùng một mình.

b. UCMC hoặc chẹn thụ thể angiotensin đều có lợi trong suy thận mạn nhưng phải dùng thận trọng, giám sát kỹ, hỏi chuyên gia khi có suy thận rõ.

c. Lưu ý dùng UCMC và chẹn thụ thể angiotensin trong bệnh mạch máu ngoại vi vì có liên quan bệnh mạch máu thận.

d. UCMC và chẹn thụ thể angiotensin thỉnh thoảng dùng ở bệnh mạch máu thận khi có chuyên gia giám sát.

e. Khi kết hợp lợi tiểu thiazide/tương tự thiazide.

f. Lợi tiểu thiazide/giống thiazide có thể cần thiết để kiểm soát HA ở bệnh nhân có tiền sử gout, lý tưởng là phối hợp với allopurinol.

[redacted]