

Bs CKII Nguyễn Thị Tuyết - Khoa Khám bệnh

1. Mở đầu

Theo một nghiên cứu của M, có khoảng 65% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tăng huyết áp (THA). THA và đái tháo đường (ĐTĐ), hai bệnh này có thể đi kèm, hoặc có mối liên quan với nhau. Nghiên cứu cho thấy THA và ĐTĐ thường song hành cùng nhau vì chúng có cùng nguyên nhân nguy cơ: thừa cân hoặc béo phì; chế độ ăn nhiều chất béo, nhiều muối, đường, ít vận động.



Tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường

Viết bởi: Biên tập viên

Chỉnh sửa, 05 Tháng 6 2016 14:25 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 05 Tháng 6 2016 15:57

THA là một yếu tố làm tăng mức độ nguy cơ của ĐTĐ, ngược lại ĐTĐ cũng làm cho tăng huyết áp trở nên khó điều trị hơn. Trên lâm sàng khó phân biệt bệnh nguyên THA và bệnh nhân ĐTĐ. Thông thường, ở bệnh nhân ĐTĐ typ 1 (còn thiếu hụt sản xuất Insulin hoặc sản xuất quá ít không đủ để điều hòa nồng độ đường trong máu), THA thường là hậu quả của biến chứng thận. Còn ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 (còn thiếu hụt năng sản xuất Insulin hoặc có kháng insulin hoặc hoàn toàn không sản xuất Insulin này), THA có thể xuất hiện trước khi bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ hoặc được phát hiện đồng thời với ĐTĐ trong bệnh cảnh của hội chứng chuyển hóa, gồm: Tăng huyết áp, béo phì, rối loạn chuyển hóa Lipid, rối loạn dung nạp glucose. Phải hiểu THA và ĐTĐ làm cho tiên lượng bệnh xấu đi rõ rệt, đặc biệt làm gia tăng nguy cơ biến chứng và tử vong tim mạch trên bệnh nhân ĐTĐ.

Tăng huyết áp thường có các triệu chứng như: nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, nhìn mờ, đau ngực khó thở. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp THA, bệnh nhân không có các triệu chứng trên nên dễ bị bỏ qua nếu không được kiểm tra huyết áp. Chính vì vậy nhiều bệnh nhân ĐTĐ cần được kiểm tra huyết áp định kỳ khi thăm khám để kịp thời phát hiện và điều trị THA.

2. Đặc điểm tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường

So với bệnh nhân không ĐTĐ, THA ở bệnh nhân ĐTĐ các nguy cơ đặc điểm bao gồm; tăng nguy cơ mắc mù lòa, mất đi khả năng trung huyết áp và nhịp tim sinh lý về đêm, gia tăng thời protein niệu, hội huyết áp tối thiểu và tăng huyết áp tâm thu đơn độc.

2.1. Mất khả năng trung huyết áp về đêm

Nguy cơ không tăng huyết áp và phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp có một sự thay đổi huyết áp và tần số tim trong 24 giờ qua khảo sát monitoring. Hình thức huyết áp tăng cao nhất khi thức dậy và thấp nhất khi ngủ.

Khả năng trung huyết áp khi trở về huyết áp giảm 10-15%. Bệnh nhân được gọi là mất khả năng trung huyết áp khi trở về huyết áp ban đêm khi ngủ giảm dưới 10% so với trở về huyết áp ban ngày.

Tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường

Vị trí biên tập viên

Chẩn đoán, 05 Tháng 6 2016 14:25 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 05 Tháng 6 2016 15:57

2.2. Microalbumin niệu

Trong ĐTĐ type 2 tình trạng xuất hiện micrialbumin niệu thường gặp với kháng insulin, nephropathy, mất khả năng trứng huyết áp về đêm và với các yếu tố thành công của hội chứng chuyển hóa.

2.3. Tăng huyết áp tâm thu đơn độc

Với số tiền triệu chứng của XVDM ở bệnh nhân ĐTĐ, tất cả các dạng mức độ của bệnh tính dần dần và trở nên nặng và huyết áp tâm thu gia tăng một cách từng bước do hình thành thành dạng mức độ không còn khả năng giãn ra khi lưu lượng máu gia tăng từ đó trái tim phải tăng huyết áp tâm thu đơn độc, hiện tượng này thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ và xảy ra ngay cả bệnh nhân ĐTĐ còn trẻ.

2.4. Hội huyết áp tâm thu

Ở bệnh nhân ĐTĐ có bệnh lý thần kinh tim mạch, gia tăng lưu lượng máu do tính mạch và rối loạn số lượng cơ tim phải đáp ứng có thể gây hội huyết áp tâm thu một cách đặc biệt hoặc trì hoãn vì thời gian giảm lưu lượng máu não gây choáng váng thoáng qua, mất, lơ lửng choáng và ngất. Đối với bệnh nhân hội huyết áp tâm thu cần có chế độ điều trị thích hợp, như ngừng thuốc lợi tiểu và thuốc giãn mạch ngoại biên, bỏ thuốc tích trong hội huyết áp tâm thu mãn tính.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp:

3.1. Chẩn đoán tăng huyết áp khi: huyết áp tối đa $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tối thiểu $\geq 90\text{mmHg}$.

3.2. Cách đo huyết áp: thường đo ở tư thế ngồi, tay đặt lên mặt bàn ở mức ngang tim. Bệnh nhân được nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo; không dùng các chất kích thích (rượu, chè, cà phê, hút thuốc lá) trước đó 1h. Không nhai thuốc mà, mũi có hoặc không kích thích giao cảm.

Tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường

Vị trí bài Biên tập viên

Chẩn đoán, 05 Tháng 6 2016 14:25 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 05 Tháng 6 2016 15:57

Huyết áp tâm thu là khi nghe tiếng đập đầu tiên. Huyết áp tâm trương là khi mất hẳn tiếng đập. Đo tại thời điểm 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1 phút. Huyết áp bình quân là giá trị trung bình của 2 lần đo.

Trong một số trường hợp bệnh nhân cần được đo huyết áp 24h bằng Holter huyết áp để loại trừ tăng huyết áp áo choàng trắng (white coat hypertension) Đây là THA do tâm lý bệnh nhân khi đi khám bệnh. Ngoài ra việc đo huyết áp 24h còn giúp cho việc chẩn đoán tăng huyết áp dao động và giúp cho việc đánh giá hiệu quả điều trị một cách chính xác.

4. Điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường

Việc giảm huyết áp được xem là một tiêu quan trọng giúp làm giảm các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ có THA cùng với việc điều chỉnh tích cực đường huyết và giảm mỡ máu.

Ngưỡng HA bắt đầu dùng thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ: là khi trị HA $\geq 140/90$ mm Hg. Mục đích điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ là $< 130/80$ mmHg .

Thường bệnh nhân ĐTĐ THA tâm thu đơn độc, hầu hết các thử nghiệm lâm sàng không đạt được đích HA khuyến cáo, đặc biệt khó hơn HA tâm thu xuống < 140 mmHg. Kiểm soát HA tâm trương ít khó khăn hơn.

4.1. Chọn lựa thuốc điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ

Các hướng dẫn quốc tế đường huyết khuyến cáo các chuyên gia chuyển là thuốc đầu tay cho bệnh nhân ĐTĐ và THA, tuy nhiên chưa có nghiên cứu bệnh chứng hay khuyến cáo này. Nghiên cứu ALLHAT gồm trên 12.000 người bị ĐTĐ type 2 và THA nhằm so sánh thuốc lợi tiểu thiazide (chlortalidone) với các thuốc canxi (amlodipine) hoặc UCMC (lisinopril) như thuốc đầu tay và kết quả cho thấy UCMC không tốt hơn thuốc lợi tiểu thiazide về giảm biến chứng hoặc tử vong tim mạch hoặc mạch vành ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. ALLHAT phụ thêm với các nghiên cứu khác mà đây đã giúp loại bỏ việc lo ngại về độ an toàn và hiệu quả của các thuốc canxi và thuốc lợi tiểu thiazide/tổng hợp thiazide trong điều trị ĐTĐ.

Thuốc ức chế thụ thể cũng cho thấy vai trò chính trong điều trị tăng huyết áp ở các bệnh nhân

renin-angiotensin ở bệnh nhân ĐTD và THA. Nghiên cứu the Losartan Intervention for Endpoint (LIFE) chứng tỏ điều trị bằng losartan hiệu quả hơn atenolol về mặt giảm biến chứng tim mạch, tử vong tim mạch và tử vong chung ở bệnh nhân ĐTD típ 2. Các dữ liệu cho thấy thuốc ức chế thụ thể b_1 hoặc thụ thể angiotensin II ở bệnh nhân ĐTD típ 2. Ở bệnh nhân ĐTD típ 1, UCMC hoặc thụ thể angiotensin II không có dữ liệu quan trọng nào chứng minh tác động bảo vệ tim mạch ở mức độ lâm sàng của bệnh nhân HA.

4.2. Vai trò phụ trợ của thuốc HA trong ĐTD

Kiểm soát HA tốt là vấn đề mấu chốt trong bệnh o v tim và thận ở bệnh nhân ĐTD. Để đạt được mục tiêu điều trị, đa số bệnh nhân THA và ĐTD đều cần phải sử dụng thuốc. Thuốc phụ trợ điều trị nên luôn có thuốc lợi tiểu thiazide/tổng hợp thiazide. Nên dùng thuốc điều trị viên phụ trợ để giảm liều thuốc uống. CMC hoặc ức chế thụ thể angiotensin II phụ trợ với lợi tiểu thiazide/tổng hợp thiazide điều trị để các bệnh nhân có thận mãn tính dễ quản lý. Các thuốc khác thích hợp để đạt được mục tiêu HA là ức chế canxi tác động kéo dài, chẹn beta và chẹn alpha. Ở bệnh nhân suy thận và hoặc có phù, có thể dùng thuốc lợi tiểu quai thay thế hoặc phụ trợ với thuốc lợi tiểu thiazide/giảm thiazide.

Tài liệu tham khảo

1. Khuyến cáo chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa THA của Tổ chức Y tế Thế giới/ Hiệp hội THA Thế giới (WHO/ISH) năm 1999 và 2003
2. Khuyến cáo thực hành lâm sàng xử trí THA trong cộng đồng của Hội THA Hoa Kỳ/ Hội THA Quốc Tế (AHS/ISH) 2014.
3. Khuyến cáo dựa trên bằng chứng về điều trị THA được công bố năm 2014 của những thành viên được chọn trong Ủy ban Liên Quốc gia (Hoa Kỳ) lần thứ 8 (JNC 8).
4. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2015 của Phân Hội THA/ Hội Tim Mạch Việt Nam.
5. International Diabetes Federation, 2012: Global Guideline for Type 2 Diabetes
6. John B. Buse; Kenneth S, Polonsky; Charles F. Barrant (2008): Type 2 Diabetes Mellitus: Williams Textbook of Endocrinology- Edition 11; p.1329-1389.