

BS Đặng Thị Quỳnh Chi -

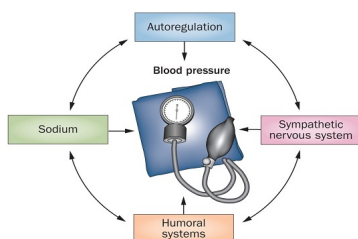
1. Can thiệp lối sống để hạ huyết áp ở bệnh nhân bệnh thận mạn (CKD) chưa lọc máu

1.1. Lượng Natri ăn vào:

- Khuyến cáo: Chúng tôi đề xuất mức tiêu thụ natri <2 g natri mỗi ngày (hoặc <90 mmol natri mỗi ngày, hoặc <5 g natri clorua mỗi ngày) ở những bệnh nhân bệnh huyết áp cao và bệnh thận mạn tính (2C).

- Hạn chế natri trong chế độ ăn uống không phù hợp với bệnh nhân bệnh thận do mất natri.

- Chế độ ăn theo phương pháp tiếp cận để ngăn ngừa tăng huyết áp (DASH) hoặc sử dụng chế độ thay thế muối giàu kali có thể không phù hợp với bệnh nhân bệnh thận mạn tính hoặc những người bị hạ aldosteron do hạ renin máu hoặc các nguyên nhân khác gây giảm bài tiết kali do khả năng tiêu mangan gây tăng kali máu.



1.2. Hoạt động thể chất:

- Khuyến cáo: Chúng tôi đề xuất rằng những bệnh nhân bệnh huyết áp cao và CKD nên được khuyến khích tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày và ưu tiên trong thời gian tích lũy ít nhất 150 phút mỗi tuần hoặc ít nhất 30 phút mỗi ngày phù hợp với khả năng chịu đựng và thể chất của họ (2C).

- Xem xét tình tr ng th i c tim m ch, h n ch v th ch t, ch c năng nh n th c và nguy c tể ngã khi quy t đ nh tri n khai và c ng đ can thi p ho t đ ng th ch t t ng b nh nhân.

- Hình th c và c ng đ ho t đ ng th ch t nên đ c xem xét và đ u ch nh khi c n thi t t ng b nh nhân. V n có th có nh ng i ích s c kho quan tr ng khác ngay c khi ho t đ ng th ch t không đ t đ c m c tiêu đ xu t cho dân s chung.

2. Qu n lý huy t áp b nh nhân CKD, có ho c không m c b nh đái tháo đ ng, ch a l c máu

2.1. M c tiêu huy t áp

- Khuy n cáo: Chúng tôi đ xu t r ng ng i l n b tăng huy t áp và CKD nên đ c đ u tr v i m c tiêu huy t áp tâm thu (SBP) <120 mm Hg, khi dung n p đ c, b ng cách s d ng phép đo huy t áp chu n hóa t i phòng khám (2B).

- Có kh năng gây nguy hi m khi áp đ ng m c tiêu SBP đ c khuy n ngh là <120 mm Hg khi đo HA b ng cách không chu n hoá.

- Các bác sĩ lâm sàng có th cung c p li u pháp h huy t áp ít chuyên sâu h n n nh ng b nh nhân có tu i th r t h n ch ho c h huy t áp t th có tri u ch ng.

2.2. Đ u tr b ng thu c h tăng huy t áp, bao g m thu c c ch RAS (RASi)

- Khuy n cáo: Chúng tôi khuy n cáo b t đ u dùng thu c c ch h renin-angiotensin (RASi) (thu c c ch men chuy n angiotensin [ACEi] ho c thu c ch n th th angiotensin II [ARB]) cho nh ng ng i b tăng huy t áp, CKD và albumin ni u tăng nghiê m tr ng (G1–G4, A3) mà không m c đái tháo đ ng (1B).

- Khuy n cáo: Chúng tôi khuy n cáo b t đ u dùng RASi (ACEi ho c ARB) cho nh ng ng i b tăng huy t áp, CKD và albumin ni u tăng v a ph i (G1–G4, A2) mà không m c đái tháo đ ng (2C).

- Khuyên cáo: Chúng tôi khuyên cáo bắt đầu dùng RASi (ACEi hoặc ARB) cho bệnh nhân tăng huyết áp, CKD và albumin niệu tăng vừa phải đến nặng (G1–G4, A2 và A3) có kèm đái tháo đường (1B).

- Có thể hợp lý khi bắt đầu điều trị bệnh nhân tăng huyết áp, CKD và không có albumin niệu, có hoặc không kèm đái tháo đường, bằng RASi (ACEi hoặc ARB).
- RASi (ACEi hoặc ARB) nên được dùng bằng liều cao nhất được chấp thuận mà có thể dung nạp được để đạt được lợi ích đã mô tả vì bệnh nhân lợi ích đã được chứng minh đã đạt được trong các thử nghiệm sử dụng bệnh nhân liều này.
- Bệnh nhân thay đổi về Huyết áp, creatinine huyết thanh và kali huyết thanh nên được kiểm tra trong vòng 2-4 tuần sau khi bắt đầu hoặc tăng liều RASi, tùy thuộc vào GFR và kali huyết thanh hiện tại.
- Tăng kali máu liên quan đến việc sử dụng RASi thường có thể được kiểm soát bằng các biện pháp làm giảm nồng độ kali trong huyết thanh thay vì giảm liều hoặc ngừng RASi.
- Tiếp tục liều pháp ACEi hoặc ARB trừ khi creatinine huyết thanh tăng hơn 30% trong vòng 4 tuần sau khi bắt đầu điều trị hoặc tăng liều.
- Cân nhắc giảm liều hoặc ngừng ACEi hoặc ARB trong trường hợp hợp huyết áp có triệu chứng hoặc tăng kali máu không kiểm soát được mặc dù đã điều trị thuốc, hoặc để giảm các triệu chứng tăng urê trong khi điều trị suy thận (tức là liều của thận tính [eGFR] <15 ml/phút trên 1,73 m²).
- Đối với bệnh nhân tăng huyết áp mãn tính có albumin niệu (A1) bình thường đến tăng nhẹ cân nhắc khi bắt đầu RASi (ACEi hoặc ARB) cho các chứng bệnh khác (ví dụ như để điều trị tăng huyết áp hoặc suy tim có phân suất tống máu thấp).
- Tiếp tục dùng ACEi hoặc ARB ở bệnh nhân tăng huyết áp mãn tính CKD ngay cả khi eGFR giảm xuống dưới 30 ml/phút trên 1,73 m².
- Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid có hiệu quả trong việc kiểm soát tăng huyết áp kháng trị bệnh nhân có thể gây tăng kali máu hoặc suy giảm chức năng thận có thể hội chứng, đặc biệt là ở bệnh nhân bệnh nhân có eGFR thấp.

2.3. Vai trò của liều pháp kép với RASi

- Khuyên cáo: Chúng tôi khuyên cáo tránh bắt đầu sử dụng kết hợp nào giữa ACEi, ARB và liều pháp ức chế renin trực tiếp (DRI) ở bệnh nhân bệnh nhân bệnh CKD, có hoặc không kèm bệnh đái tháo đường (1B).

2.4. Quản lý huyết áp ở người ghép thận (CKD G1T–G5T)

- Điều trị cho người ghép thận trở thành bệnh huyết áp cao để đạt mục tiêu huyết áp <130 mm Hg tâm thu và <80 mm Hg tâm trương bằng cách sử dụng phép đo huyết áp chu kỳ tại phòng khám.

Khuyến cáo: Chúng tôi khuyến cáo nên sử dụng thuốc chẹn kênh canxi dihydropyridine (CCB) hoặc ARB làm thuốc hạ tăng huyết áp hàng đầu ở người ghép thận trở thành (1C).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kidney International (2021), “KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease”, Volume 99, trang 1 – 87.