

Ths Nguy n Đình Tu n - CĐYT Qu ng Nam

I. PHÂN LO I THA

Phân lo i này xu t phát t khuyn cáo WHO/ISH 1999 và 2003 trong đó đánh giá nguy c thêm cho nhóm có HA bình th ng và bình th ng cao. Các khái ni m nguy c th p, trung bình, cao và r t cao đ ch nguy c b các v n đ tim m ch trong vòng 10 năm l n l t t ng ng là <15%, 15-20%, 20-30% và > 30% theo tiêu chu n c a Framingham, ho c nguy c b b nh lý tim m ch gây t vong l n l t t ng ng là < 4%, 4-5%, 5-8% và >8% theo tiêu chu n SCORE. Các phân lo i này có th đ c s d ng nh là các d u ch đ m c a nguy c t ng đ i, vì v y các bác s có th t áp d ng m t hay vài bi n pháp thăm dò mà không b t bu c ph i d a vào các ng ng đ u tr HA đã quy đ nh.

Phân loại THA		
Phân loại	HATTh (mm)	HATTr (mmHg)
HA t u u	<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 n m hai m c đ khác nhau, ch n m c đ cao h n đã phân lo i

THA tâm thu đ n đ c cũng đ c đánh giá theo m c đ 1,2 hay 3 theo giá tr c a HATT n u HATTr <90 mmHg

II. CH N ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ TĂNG HUY T ÁP

2.1. Ti n trình đo HA chung

Đi u tr tăng huyết áp trong đái tháo đ ng

Vi t b i Biên t p viên

Th ba, 28 Tháng 10 2014 07:07 - L n c p nh t cu i Th ba, 28 Tháng 10 2014 07:20

- 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 đ i 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 đ 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 đ 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 huyết t ng (t t h n nên làm lúc đói)
- Cholesterol huyết t ng- HDL-C huyết t ng- TG huyết t ng lúc đói
- Acid uric huyết t ng- Creatinin huyết t ng- K+ huyết 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 đ ng tính)

Điểm trừ tăng huyết áp trong chẩn đoán

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:07 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:20

- Soi đáy mắt (trong THA nặng)

2.2.3. Các test máu rỗng (trong lĩnh vực chuyên khoa)

- THA có biến chứng: test chức năng não, tim và thận
- Tìm kiếm THA phát: đo nồng độ renin, aldosterone, corticosteroid, catecholamin, chụp đáy mắt, siêu âm thận.

2.3. Đánh giá nguy cơ, tiến triển và tình trạng lâm sàng kết hợp bệnh nhân THA nói chung

Yếu tố nguy cơ và bệnh tim mạch	Thương tổn cơ quan đích	Tình trạng lâm sàng kết hợp
-Mức HATT và HATTtr (gấp đoạn 1-3)	-Dây thất tâm (điện tim) hoặc siêu âm tim	-Đau thắt ngực
-Nam > 55 tuổi	-Microalbumin niệu (20-300mg/ngày)	-Quai mạch não
-Nữ > 65 tuổi	-Có bằng chứng siêu âm	-Nhồi máu não
-Hút thuốc lá	-Có bằng chứng siêu âm hoặc X-quang và xo vữa	-Xuất huyết não
-Cholesterol toàn phần > 6.1mmol/l (240mg/dl)	-Động mạch lớn rộng (ĐM)	-Cơn thiếu máu thoáng qua
		-Bệnh tim
		-Nhồi máu cơ tim

Điểm trừ tăng huyết áp trong đại tháo đường

Vết bìa Biên tập viên

Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:07 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:20

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

Chẩn đoán đái tháo đường (Glycemic status) dựa trên kết quả xét nghiệm đường huyết (g/L) hoặc HbA1c (%)

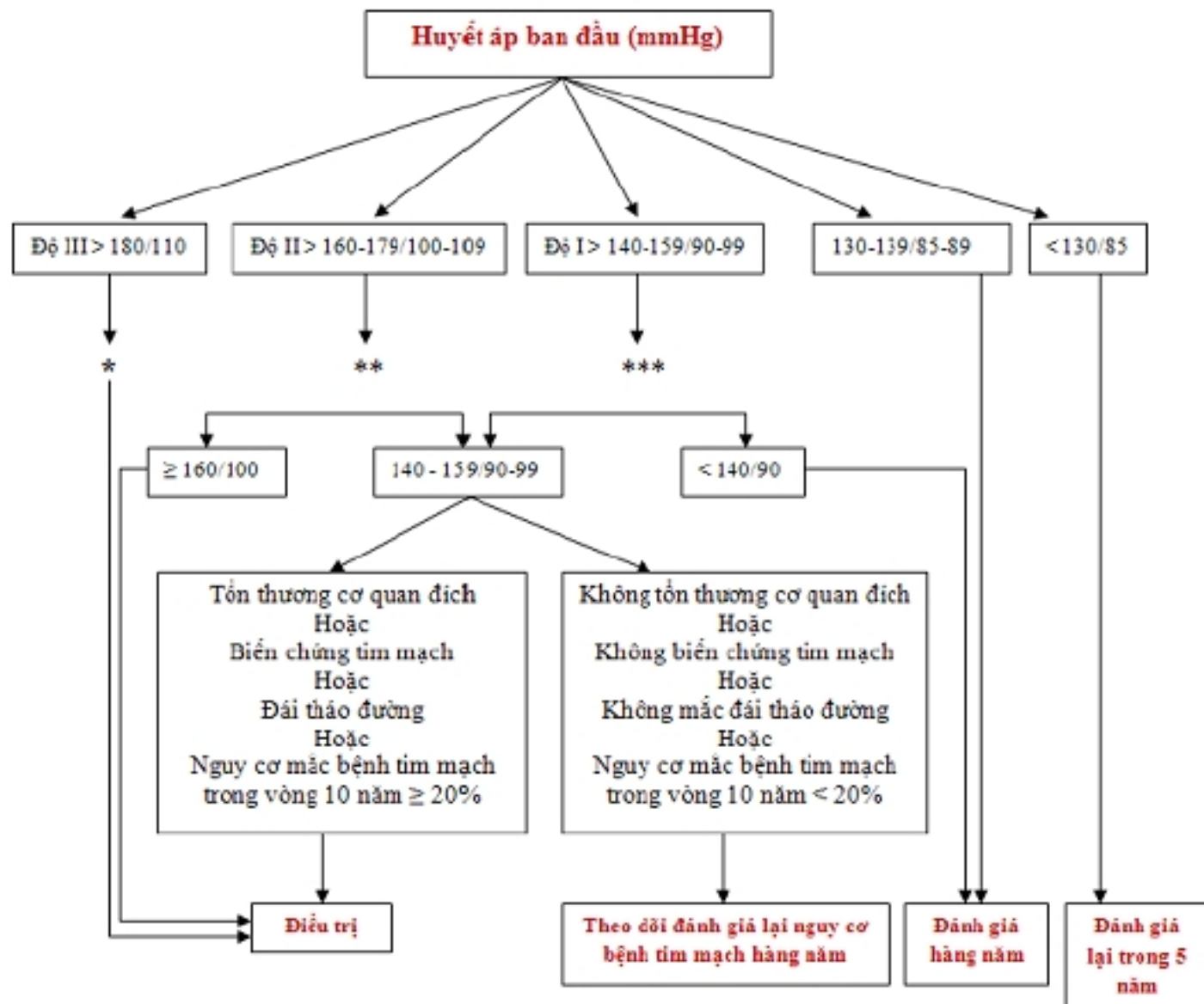
Những yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh	Huyết áp (mmHg)		
	Gđ 1 (HATT 140-159 hoặc HATTtr 90-99)	Gđ 2 (HATT 160-179 hoặc HATTtr 100-109)	Gđ 3 (HATT >180 hoặc HATTtr >110)
I: Không có yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
II: Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	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

Điểm trừ tăng huyết áp trong đại tháo đường (theo khuyến cáo ESH 2003)

Điều trị tăng huyết áp trong đái tháo đường

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:07 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 28 Tháng 10 2014 07:20



Siêu nhân công nghệ y học và kỹ thuật y học hiện đại đang thay đổi cách chúng ta chẩn đoán và điều trị bệnh tật. Hãy khám phá những tiến bộ mới nhất trong lĩnh vực này.

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	Phi đại lạnh 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 typ 1, dự phòng thứ phát đột quỵ	Bệnh thận mạn, bệnh thận ĐTĐ typ 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 typ 2, THA có phi đại thất trái, suy tim ở bệnh nhân không dung nạp ỨCMC, 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 beta	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 beta	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.