

BsCKII. Trọn Lâm -

Hướng dẫn cập nhật lần này của KDIGO 2021 (The Kidney Disease: Improving Global Outcomes) bao gồm 11 khuyến cáo. Bài này tóm tắt các khuyến cáo chính liên quan đến chẩn đoán và xử lý tăng huyết áp (THA) ở người bệnh thận mạn không lọc máu. Để biết, tiếp trung vào các khuyến cáo về phương pháp đo huyết áp (HA) tiêu chuẩn và đích HA tâm thu (HATT) < 120 mm Hg.

1. Nên đo huyết áp (HA) phòng khám tiêu chuẩn thay vì đo HA phòng khám thông thường quy định xử lý tăng huyết áp (THA) ở người bệnh (khuyến cáo 1B) (bảng 1).

1. Properly prepare the patient	1. Have the patient relax, sitting in a chair (feet on floor, back supported) for >5 min 2. The patient should avoid caffeine, exercise, and smoking for at least 30 min before measurement 3. Ensure patient has emptied his/her bladder 4. Neither the patient nor the observer should talk during the rest period or during the measurement 5. Remove all clothing covering the location of cuff placement 6. Measurements made while the patient is sitting or lying on an examining table do not fulfill these criteria
2. Use proper technique for BP measurements	1. Use a BP measurement device that has been validated, and ensure that the device is calibrated periodically 2. Support the patient's arm (e.g., resting on a desk) 3. Position the middle of the cuff on the patient's upper arm at the level of the right atrium (the midpoint of the sternum) 4. Use the correct cuff size, such that the bladder encircles 80% of the arm, and note if a larger- or smaller-than-normal cuff size is used 5. Either the stethoscope diaphragm or bell may be used for auscultatory readings
3. Take the proper measurements needed for diagnosis and treatment of elevated BP	1. At the first visit, record BP in both arms. Use the arm that gives the higher reading for subsequent readings 2. Separate repeated measurements by 1–2 min 3. For auscultatory determination, use a palpated estimate of radial pulse obliteration pressure to estimate SBP. Inflate the cuff 20–30 mm Hg above this level for an auscultatory determination of the BP level 4. For auscultatory readings, deflate the cuff pressure 2 mm Hg per second, and listen for Korotkoff sounds
4. Properly document accurate BP readings	1. Record SBP and DBP. If using the auscultatory technique, record SBP and DBP as onset of the first Korotkoff sound and disappearance of all Korotkoff sounds, respectively, using the nearest even number 2. Note the time of most recent BP medication taken before measurements
5. Average the readings	Use an average of ≥2 readings obtained on ≥2 occasions to estimate the individual's level of BP
6. Provide BP readings to patient	Provide patients with the SBP/DBP readings verbally and in writing

Bảng 1: Bảng kiểm tra về quy trình đo HA phòng khám tiêu chuẩn

HA phòng khám tiêu chuẩn là số HA thu được sau khi đã tuân theo các bước chuẩn bị và kỹ thuật đo đã khuyến cáo (bảng 1), bất kể loại thiết bị được sử dụng.

HA phòng khám thông thường quy là số HA thu được mà không cần tuân theo các bước trên và thông thường được gọi là HA phòng khám thông thường.

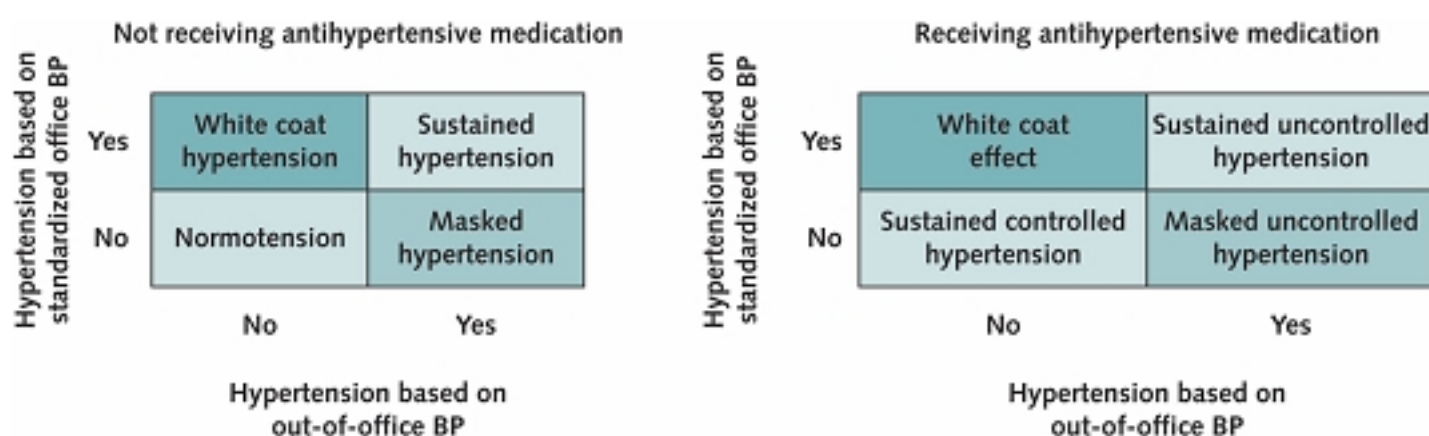
Khuyến cáo đo HA tiêu chuẩn này phù hợp với các Hướng dẫn gần đây của các Hiệp hội

mức khác, như ACC/AHA, ESC và ESH.

Các thiết bị đo HA bệnh dao động có thể thích hợp hơn các thiết bị đo HA thông công vì chúng giảm thiểu các nguyên nhân tiềm ẩn của sai không chính xác có thể xảy ra liên quan đến nhúng ai sốt của con người khi đo HA bệnh tay. Do vậy, các thiết bị đo HA thông có thể là phương pháp đáng tin cậy của chuồng đo HA phòng khám tiêu chuẩn. Chúng có thể làm tăng khả năng tuân thủ quy trình chuẩn bệnh thích hợp vì họ bệnh đã được tiếp trình. Máy cũng có thể tiếp trình theo dõi liên tục đo HA và cung cấp mức HA trung bình.

2. Các phương pháp đo HA ngoài phòng khám như theo dõi HA liên tục 24 giờ (ABPM) hoặc theo dõi HA tại nhà (HBPM) nên được sử dụng bổ sung cho HA phòng khám tiêu chuẩn để xử lý THA (KC 2B).

Đối với những bệnh nhân đang không dùng thuốc hạ HA, có thể được phân loại thành 4 nhóm dựa trên các mức HA đo tại phòng khám và ngoài phòng khám (Hình 1), đó là: huyết áp bình thường, tăng huyết áp áo choàng trắng, tăng huyết áp dai dẳng, và tăng huyết áp ẩn dử. Còn với những người đang dùng thuốc hạ HA, có thể được phân loại thành 4 nhóm tương tự, đó là: huyết áp áo choàng trắng, tăng huyết áp dai dẳng đã kiểm soát, tăng huyết áp dai dẳng không kiểm soát, và tăng huyết áp ẩn dử không kiểm soát. Nghiên cứu cho thấy mối liên quan của mức HA ngoài phòng khám với các kết quả tìm kiếm và bệnh nhân mắc HA tại phòng khám trong dân số chung và trong nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn.



Hình 1: Các kiểu THA dựa vào kết hợp mức HA phòng khám tiêu chuẩn và mức HA ngoài

phòng khám

Nếu có thể, khi đi đến nên sử dụng ABPM để bổ sung cho HA phòng khám tiêu chuẩn, còn HBPM dành cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc hạ HA.

3. Với HATT mức tiêu, người bệnh có HA cao và bệnh thận mạn nên được điều trị với đích HATT <120 mm Hg nếu có thể dùng liều thấp, bằng cách sử dụng phương pháp đo HA phòng khám tiêu chuẩn (KC 2B).

Đây là một khuyến cáo yếu dựa trên bằng chứng chất lượng trung bình.

Nghiên cứu SPRINT cho thấy các biến cố tim mạch và tử vong do mạch máu nguyên nhân giảm đáng kể với HA mức tiêu thấp hơn. Những lợi ích này dường như tương tự ở bệnh nhân bệnh thận mạn, người cao tuổi, khối lượng lọc máu thấp, người già yếu và những người bệnh tiểu đường. Bảng 2 trình bày lợi ích của đích HATT < 120mm Hg ở bệnh nhân bệnh thận mạn trong những bối cảnh khác nhau.

Table 2. Certainty of the Evidence Supporting an SBP Target of <120 mm Hg for Patients With CKD

More certain

Age >50 y
High risk for cardiovascular disease

Less certain

Age <50 or >80 y
Diabetes with CKD
CKD G4 or G5*
Proteinuria >1 g/d*
White coat hypertension
Pretreatment SBP of 120–129 mm Hg
Prior stroke
Very low DBP
Polycystic kidney disease
Severe hypertension—e.g., SBP ≥180 mm Hg while receiving no treatment or ≥150 mm Hg despite >4 antihypertensive agents

CKD = chronic kidney disease; DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure.

* CKD G4–G5 indicates an estimated glomerular filtration rate <30 mL/min/1.73 m². Note that most people with CKD in the general population are older adults with CKD G1–G3 and with proteinuria <1 g/d (55) and so would fall under “more certain.”

Category	Albumin/creatinine ratio (mg/g)	Terms
A1	<30	Normal to mildly increased
A2	30–300	Moderately increased
A3	>300	Severely increased

Abbreviation: CKD, chronic kidney disease.

[Charles B. Y. Tong](#), [Alfred K. Cheung](#)