



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
Vietnam National Heart Association

KHUYẾN CÁO VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP 2015

www.vnha.org.vn

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

24h:	24 giờ	HATTr:	Huyết áp tâm trương
BMI:	Chỉ số khối cơ thể	HATB:	Huyết áp trung bình
BMV:	Bệnh mạch vành	MLCT:	Mức lọc cầu thận
BTM:	Bệnh tim mạch	NMCT:	Nhồi máu cơ tim
CKCa:	Chẹn kênh Canxi	RLLM:	Rối loạn Lipid máu
CKD:	Bệnh thận mạn	TBMN:	Tai biến máu não
CTTA:	Chẹn thụ thể Angiotensin II	TĐLS:	Thay đổi lối sống
CT:	Cholesterol toàn phần	TG:	Triglycerid
ĐM:	Động mạch	THA:	Tăng huyết áp
ĐTĐ:	Đái tháo đường	TIA:	Tai biến máu não thoáng qua
EF:	Phân số tổng máu	TM:	Tĩnh mạch
HA:	Huyết áp	ƯCMC:	Ức chế men chuyển
HATT:	Huyết áp tâm thu	ƯCB:	Ức chế β
		YTNC:	Yếu tố nguy cơ

BẢN TÓM TẮT

Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị & dự phòng tăng huyết áp của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam 2015

- **Trưởng Ban** : GS. TS. Huỳnh Văn Minh

- **Điều phối** : PGS.TS. Trần Văn Huy

- **Hội đồng** : GS.TS. Phạm Gia Khải, GS.TS. Đặng Vạn Phước, GS.TS. Nguyễn Lâm Việt, PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh, GS.TS. Đỗ Doãn Lợi, PGS.TS. Châu Ngọc Hoa, PGS.TS. Nguyễn Văn Tri, PGS.TS. Trương Quang Bình, PGS. TS. Phạm Mạnh Hùng, PGS.TS. Nguyễn Đức Công, TS. Hồ Huỳnh Quang Trí, TS. Nguyễn Ngọc Quang, TS. Viên Văn Đoàn, TS. Phạm Thái Sơn, TS. Cao Trường Sinh, BSKKII. Nguyễn Thanh Hiền

- **Ban Thư ký** : TS. Phạm Thái Sơn, BSKKII. Ngô Văn Hùng, BSKKII. Phan Nam Hùng, BSCKI. Ngô Minh Đức

I. PHẦN MỞ ĐẦU

1. Phân nhóm khuyến cáo

Bảng 1. Phân nhóm khuyến cáo

Phân nhóm	Định nghĩa	Gợi ý áp dụng
Nhóm I	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị mang lại lợi ích và hiệu quả.	Được khuyến cáo/ chỉ định.
Nhóm II	Chứng cứ đang còn bàn cãi và/hoặc ý kiến khác nhau về sự lợi ích/hiệu quả của điều trị.	
- Nhóm IIa	Chứng cứ/ý kiến ủng hộ mạnh về tính hiệu quả của việc điều trị.	Nên được xem xét.
- Nhóm IIb	Chứng cứ/ý kiến cho thấy ít có hiệu quả của việc điều trị.	Có thể được xem xét.
Nhóm III	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị không mang lại lợi ích và hiệu quả, trong một vài trường hợp có thể gây nguy hại.	Không được khuyến cáo.

Bảng 2. Mức độ bằng chứng

Mức chứng cứ A	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các phân tích gộp.
Mức chứng cứ B	Dữ liệu có từ một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lâm sàng lớn không ngẫu nhiên.
Mức chứng cứ C	Sự đồng thuận của các chuyên gia và hoặc các nghiên cứu nhỏ, các nghiên cứu hồi cứu.

2. Định nghĩa và phân độ tăng huyết áp

Bảng 3. Phân độ tăng huyết áp

Phân loại	HATT (mmHg)	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
Tiền tăng huyết áp: kết hợp HA bình thường và Bình thường cao, nghĩa là HATT từ 120 – 139 mmHg và HATTr từ 80 – 89 mmHg.		

- 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.

- Áp lực mạch đập (hiệu số HATT và HATTr): tối ưu là 40 mmHg, nếu trên 61 mmHg có thể xem là một yếu tố tiên lượng nặng cho bệnh nhân.

II. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

1. Chẩn đoán tăng huyết áp

Chẩn đoán THA cần dựa vào: 1) trị số HA; 2) đánh giá nguy cơ tim mạch toàn thể thông qua tìm kiếm các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích, bệnh lý hoặc dấu chứng lâm sàng kèm theo; 3) xác định nguyên nhân thứ phát gây THA.

Quá trình chẩn đoán bao gồm các bước chính như sau: 1) đo HA nhiều lần; 2) khai thác tiền sử; 3) khám thực thể và 4) thực hiện các khám nghiệm cận lâm sàng cần thiết.

Huyết áp lưu động cung cấp thông tin nhiều hơn HA đo tại nhà hoặc phòng khám; ví dụ, HA 24 giờ gồm cả HA trung bình ban ngày (thường từ 7-22 giờ) và giá trị ban đêm và mức dao động HA.

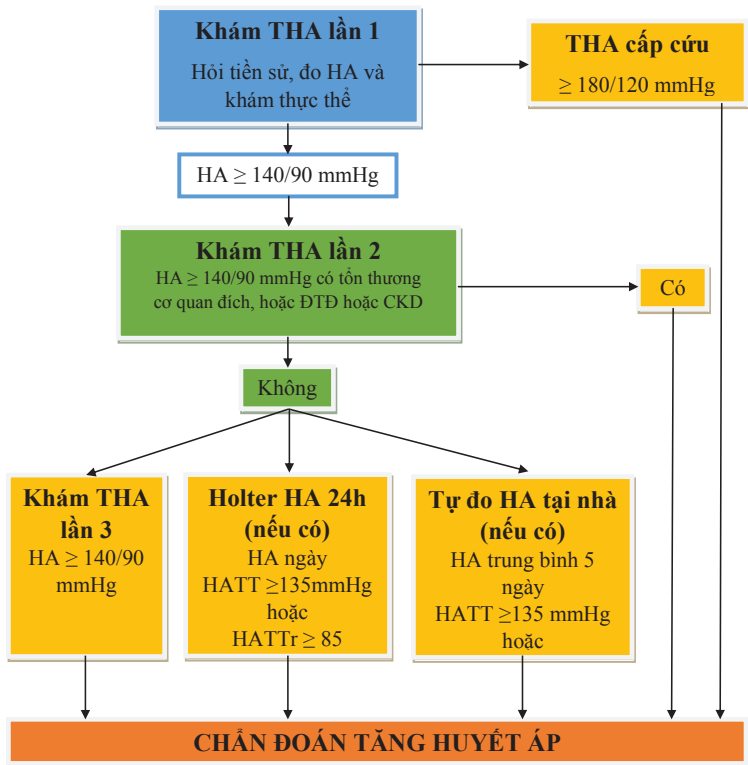
Bảng 4. Khuyến cáo kỹ thuật đo huyết áp

Khuyến cáo	Nhóm	Mức
Đo HA tại phòng khám được khuyến cáo giúp sàng lọc và chẩn đoán THA.	I	B
Chẩn đoán THA khi đo HA ít nhất 2 lần cho 1 lần đo và ít nhất 2 lần cho 1 lần khám.	I	C
Đo HA ngoại trú được dùng để xác định chẩn đoán, thể THA, cơn hạ HA và tăng cường khả năng dự báo nguy cơ TM.	IIa	B
Đối với đo HA ngoại trú, theo dõi HA liên tục 24 giờ hoặc đo HA tại nhà được xem xét tùy vào chỉ định, tính khả dụng, tiện dụng, giá thành và nếu được, nên tham khảo thêm bệnh nhân.	IIb	C

Bảng 5. Các ngưỡng huyết áp áp dụng để chẩn đoán tăng huyết áp theo cách đo

	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
Đo HA tại phòng khám/bệnh viện	≥140	≥90
Đo Holter HA 24h:		
-Ban ngày (hoặc lúc ngủ dậy)	≥135	≥85
-Ban đêm (hoặc lúc đi ngủ)	≥120	≥70
-24 giờ	≥130	≥80
Đo HA tại nhà (tự đo)	≥135	≥85

Tự đo HA tại nhà được khuyến cáo áp dụng nhằm: cung cấp nhiều thông tin cho các quyết định của bác sỹ và cải thiện sự gắn kết bệnh nhân vào chế độ điều trị.



Hình 1. Phác đồ chẩn đoán tăng huyết áp theo các kỹ thuật đo huyết áp

2. Phân loại tăng huyết áp

Bảng 6. Một số thể tăng huyết áp

		HA phòng khám (mmHg)	
		HATT < 140 và HATTr < 90	HATT ≥140 hoặc HATTr ≥ 90
HA tại nhà hoặc HA liên tục ban ngày (mmHg)	HATT <135 hoặc HATTr <85	HA bình thường thật sự	THA áo choàng trắng
	HATT ≥135 hoặc HATTr ≥85	THA ẩn dấu	THA thật sự

III. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Bao gồm :

- Hồi tiền sử gia đình và bản thân.
- Khám lâm sàng.
- Thăm dò cận lâm sàng.

1. Tìm tổn thương cơ quan đích

Bảng 7. Khám thực thể tăng huyết áp thứ phát, tổn thương cơ quan và béo phì

1. Các dấu hiệu gợi ý tăng HA thứ phát	<ul style="list-style-type: none">• Đặc điểm của hội chứng Cushing• Đốm da do u xơ thần kinh• Khám thấy thận to• Nghe âm thổi ở bụng• Nghe âm thổi ở ngực hoặc ở thượng vị• Mạch đùi không rõ• Khác biệt HA giữa tay phải và tay trái
2. Các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích	<ul style="list-style-type: none">• Não: những khiếm khuyết về cảm giác và vận động• Vỡng mạc: Soi đáy mắt có bất thường• Tim: Nhịp tim, tiếng T3 hoặc T4, tiếng thổi, loạn nhịp tim, ran phổi, phù ngoại biên• Động mạch ngoại biên: mất mạch, mạch yếu hoặc mạch không đều hai bên, lạnh đầu chi, những sang thương da do thiếu máu• Động mạch cảnh: tiếng thổi tâm thu
3. Bằng chứng của béo phì	<ul style="list-style-type: none">• Cân nặng và chiều cao• Tính BMI• Vòng eo

2. Thăm dò cận lâm sàng

Bảng 8. Thăm dò cận lâm sàng

1. Các xét nghiệm thường quy	<ul style="list-style-type: none">- Đường máu (tốt hơn nên làm lúc đói)- Cholesterol toàn phần, HDL-C, TG máu lúc đói- Axit uric máu - Creatinin máu (kết hợp đánh giá mức lọc cầu thận)- K⁺ và Na⁺ máu- Hemoglobin và Hematocrit- Tổng phân tích nước tiểu- Điện tâm đồ
2. Các xét nghiệm bổ sung	<ul style="list-style-type: none">- HbA1C (nếu đường máu > 5.6 mmol/l (102 mg/ml) hoặc tiền sử ĐTĐ)- Siêu âm tim- Holter HA 24h và HA tại nhà- Holter Điện tâm đồ nếu có loạn nhịp tim- Siêu âm ĐM cảnh- Siêu âm ĐM ngoại biên/bụng- Vận tốc sóng mạch- Chỉ số cổ chân/cánh tay- Định lượng protein niệu (nếu xét nghiệm que nhúng dương tính)- Soi đáy mắt (trong THA nặng)
3. Các xét nghiệm mở rộng (trong lĩnh vực chuyên khoa)	<ul style="list-style-type: none">- THA có biến chứng: đánh giá chức năng não, tim và thận khi THA kháng trị hoặc có biến chứng.- Tìm kiếm THA thứ phát: định lượng Renin, Aldosterone, Corticosteroid, Catecholamin, chụp ĐM, siêu âm thận...

Bảng 9. Nguy cơ, tổn thương cơ quan đích và bệnh lý kết hợp ở bệnh nhân tăng huyết áp

Yếu tố nguy cơ về BTM	Tổn thương cơ quan đích không có triệu chứng	Đái tháo đường
<p>Giới nam</p> <p>Tuổi (≥ 55 tuổi ở nam, ≥ 65 tuổi ở nữ).</p> <p>Hút thuốc.</p> <p>Rối loạn lipid máu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT > 4.9 mmol/l (190 mg/dl) và/hoặc - LDL-C > 3.0 mmol/l (115mg/dl) và/hoặc - HDL-C < 1.0 mmol/l (40 mg/dl) ở nam , < 1.2 mmol/l (46 mg/dl) ở nữ, và/hoặc - TG > 1.7 mmol/l (150 mg/dl). <p>Đường máu khi đói bất thường.</p> <p>Béo phì</p> <p>Béo bụng.</p> <p>Tiền sử gia đình có người bị bệnh tim mạch sớm (< 55 tuổi với nam và < 65 với nữ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Huyết áp ≥ 60 mmHg (ở người già). - Điện tâm đồ có hình ảnh dày thất trái hoặc - Dày thành ĐM cảnh (IMT > 0.9 mm) hoặc có mảng vữa. - Vận tốc sóng mạch động mạch đùi-ĐM cảnh > 10 m/s. - Chỉ số cổ chân- cánh tay < 0.9. - Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (MLCT: 30-60 ml/phút/1.73 m²) - Albumine niệu vi thể (30-300 mg/24 giờ) hoặc tỉ số Albumin/Creatinine (30-300 mg/g hoặc 3.4-34 mg/ mmol) 	<ul style="list-style-type: none"> - Đường máu khi đói ≥ 7.0 mmmol/l (126 mg/dl) trong hai lần đo liên tiếp và /hoặc - HbA1c $> 7\%$ (53 mmol/mol) và /hoặc - Đường máu sau ăn > 11.0 mmol/l (200 mg/dl) <p align="center">Bệnh tim thực thể hoặc bệnh thận</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh mạch não: nhồi máu não, xuất huyết não, TBMN thoáng qua. - Bệnh mạch vành: đau thắt ngực, NMCT; tái tưới máu bằng nong vành hoặc cầu nối. - Suy tim, bao gồm suy tim chức năng thất trái bảo tồn. - Bệnh ĐM chi dưới có triệu chứng. - CKD giai đoạn 4 (MLCT < 30 ml/ph/1.73 m²) Protein niệu > 300 mg/24 giờ. - Bệnh vồng mạc tiền triển: xuất huyết hoặc tiết, phù gai thị

3. Phân tầng nguy cơ tăng huyết áp

Bảng 10. Phân tầng nguy cơ tăng huyết áp

Những yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh	HA bình thường cao (mmHg)	Độ 1 HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99 (mmHg)	Độ 2 HATT 160-179 hoặc HATTr 100-109 (mmHg)	Độ 3 HATT >180 hoặc HATTr > 110 (mmHg)
Không có yếu tố nguy cơ		Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp đến trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Tổn thương cơ quan đích, CKD giai đoạn 3 hoặc ĐTĐ.	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
BTM có triệu chứng, CKD giai đoạn ≥ 4 kèm theo hoặc ĐTĐ có tổn thương cơ quan đích/nhiều yếu tố nguy cơ	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

IV. XÁC ĐỊNH NGƯỠNG, ĐÍCH ĐIỀU TRỊ VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP

1. Mục đích của điều trị

Xử trí THA và tất cả những YTNC khác liên quan đến biến cố tim mạch bao gồm RLLM, bất dung nạp glucose hoặc ĐTĐ, béo phì và hút thuốc lá. Điều quan trọng cần thông tin cho bệnh nhân rằng điều trị THA thường phải lâu dài và nó có thể gây nguy hiểm cho họ khi ngưng điều trị bằng thuốc hoặc thay đổi lối sống mà không thảo luận trước với bác sỹ của họ.

Bảng 11. Khuyến cáo mục tiêu điều trị tăng huyết áp người >18 tuổi

THA >18 tuổi, mức hạ HA chung: <140/90 mmHg (I, A). Mức hạ HA <130/80 mmHg không còn áp dụng cho CKD, ĐTĐ, hội chứng chuyển hóa, Albumin niệu vi thể, bệnh mạch vành.
THA >80 tuổi, mức hạ HA <150/90 mmHg. Nếu có ĐTĐ, CKD: mức HA cần đạt <140/90 mmHg (I, A)
Kiểm soát cùng lúc tất cả các yếu tố nguy cơ đi kèm (I, A)
Chọn phương thức điều trị có Chứng cứ giảm tối đa nguy cơ lâu dài toàn bộ về bệnh suất và tử suất tim mạch (I, A)

**Bảng 12. Xử trí tăng huyết áp theo phân tầng nguy cơ
và phân độ tăng huyết áp**

Những yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích và bệnh cảnh lâm sàng	HA bình thường cao: HATT 130-139 hoặc HATTr 85-89 (mmHg)	THA ĐỘ 1 HATT 140-159 hoặc HATTr 90-99 (mmHg)	THA ĐỘ 2 HATT 160-179 hoặc HATTr 100-109 (mmHg)	THA ĐỘ 3 HATT ≥180 hoặc HTTr >110 (mmHg)
Không có yếu tố nguy cơ	Không điều trị	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt mục tiêu <140/90	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc đạt mục tiêu <140/90	TĐLS, cho thuốc ngay đạt mục tiêu <140/90
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc mục tiêu <140/90	TĐLS trong vài tháng rồi cho thuốc mục tiêu < 140/90	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng. Rồi cho thuốc mục tiêu 140/90	TĐLS + Thuốc HA với mục tiêu <140/90	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
Tổn thương cơ quan đích, CKD giai đoạn 3 hoặc ĐTD	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS + Thuốc HA mục tiêu < 140/90	TĐLS +Thuốc HA đích <140/90	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
BTM có triệu chứng, CKD giai đoạn ≥4 kèm hoặc ĐTD có tổn thương cơ quan đích / nhiều yếu tố nguy cơ	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90	TĐLS + cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90	TĐLS + cho thuốc ngay mục tiêu <140/90	TĐLS + Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90

Bảng 13. Các biện pháp không dùng thuốc nhằm giảm huyết áp và/hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch

Lượng muối ăn vào	Hạn chế 5-6g/ngày
Dùng lượng cồn vừa phải	Nam: giới hạn 20-30g/ngày, Nữ: giới hạn 10-20g/ngày
Hàng ngày tăng cường rau củ, trái cây, ít chất béo, thay chất béo bão hoà bằng chất béo đơn-không bão hoà, tăng ăn cá có dầu.	
Chỉ số BMI	23 kg/m ²
Chỉ số vòng eo	Nam: <90 cm, Nữ: <80 cm
Luyện tập thường xuyên	≥ 30 phút/ngày, 5-7 ngày/tuần
Không hút thuốc, tránh xa khói thuốc.	

2. Điều trị bằng thuốc

Bảng 14. Chọn các nhóm thuốc ban đầu theo các nhóm tuổi bị tăng huyết áp

Nhóm bệnh nhân	Thuốc đầu tiên nhưng xem xét ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 nếu cần đạt HA <140/90 mmHg	Thêm thuốc thứ 3 cần đạt HA <140/90 mmHg
< 60 tuổi	CTTA/ỨCMC	CKCa hoặc Thiazide	CKCa + ỨCMC/ CTTA + lợi tiểu Thiazide
> 60 tuổi	CKCa hoặc Thiazide (mặc dù ỨCMC/CTTA cũng thường hiệu quả)	CTTA/ỨCMC (hoặc CKCa hoặc Thiazide, nếu ỨCMC/CTTA đã sử dụng đầu tiên)	CKCa + ỨCMC/ CTTA + lợi tiểu Thiazide

Bảng 15. Thuốc uống hạ huyết áp

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg x số lần)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg x số lần)	
	Liều thấp	Liều thường dùng		Liều thấp	Liều thường dùng
<u>Chẹn kênh Canxi</u>			<u>Lợi tiểu</u>		
<i><u>Nondihydropyridines</u></i>			<i><u>Thiazide và tương tự</u></i>		
Diltiazem	120	240-360	<i><u>Thiazide</u></i>		
Verapamil	120	240-480	Bendroflumethiazide	5	10
<i><u>Dihydropyridine</u></i>			Chlorthalidone	12,5	12,5-25
Amlodipine	2,5	5-10	Hydrochlorothiazide	12,5	12,5-50
Felodipine	2,5	5-10	Indapamide	1,25	2,5
Isradipine	2,5x2	5-10x2	<i><u>Lợi tiểu quai</u></i>		
Nifedipine	30	30-90	Bumetanide	0,5	1
Nitredipine	10	20	Furosemide	20x2	40x2
Lercanidipine	10	20	Torsemide	5	10
			<i><u>Lợi tiểu giữ Kali</u></i>		
			Amiloride	5	5-10
			Eplerenone	25	50-100
			Spirolactone	12,5	25-50
			Triamterene	100	100
Thuốc tác động lên hệ Renin- Angiotension					
<u>Ức chế men chuyển</u>			<u>Chẹn thụ thể</u>		
Benazepril	5	10-40	<u>Angiotensin II</u>	40	80
Captopril	12,5x2	50-100x2	Azilsartan	4	8-32
Enalapril	5	10-40	Candesartan	400	600-800
Fosinopril	10	10-40	Eprosartan	150	150-300
Lisinopril	5	10-40	Irbesartan	50	50-100
Perindopril	4	4-8	Losartan	10	20-40
Quinapril	5	10-40	Olmesartan	40	40-80
Ramipril	2,5	5-10	Telmisartan	80	80-320
Trandolapril	1-2	2-8	Valsartan		
Imidapril	2,5	5-10	<u>Ức chế trực tiếp</u>	75	150-300
			<u>Renin</u>		
			Aliskiren		

Bảng 15. Thuốc uống hạ huyết áp (tiếp)

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg x số lần)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg x số lần)	
	Liều thấp	Liều thường dùng		Liều thấp	Liều thường dùng
<u>Ức chế thụ thể α-Adrenergic</u>			<u>Dãn mạch, đối kháng α trung ương, giảm adrenergic</u>		
Doxazosin	1	1-2	<u>Dãn mạch</u>		
Prazosin	1x2	1-5x2	Hydralazin	10x2	25-100x2
Terazosin	1	1-2	Minoxidil	2,5	5-10
			<u>Đối kháng α trung ương</u>		
			Clonidine	0,1x2	0,1-0,2x2
			Methyldopa	125x2	250-500x2
			<u>Giảm adrenergic</u>		
			Reserpine	0,1	0,1-0,25
<u>Ức chế β</u>					
Acebutalol	200	200-400			
Atenolol	25	100			
Bisoprolol	5	5-10			
Carvedilol	3,125x2	6,25-25x2			
Labetalol	100x2	100-300x2			
Metoprolol succinate	25	50-100			
Metoprolol tartrate	25	50-100x2			
Nadolol	25	40-80			
Nebivolol	2,5	5-10			

3. Chọn thuốc tăng huyết áp

Bảng 16. Chỉ định tuyệt đối, 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 tuyệt đối
Chẹn α	Phi đại lạnh tính tiền liệt tuyến		Hạ HA tư thế đứng, suy tim ^a	Đái dầm
ỨCMC	Suy tim, suy chức năng thất trái, sau NMCT hoặc BMV đã rõ, bệnh thận ĐTĐ tít 1, dự phòng thứ phát đột quĩ ^c	CKD ^b , bệnh thận ĐTĐ tít 2, bệnh thận có protein niệu	Suy thận ^b , bệnh mạch máu ngoại biên ^c	Thai nghén, bệnh mạch máu thận ^d
CTTA	Không dung nạp ỨCMC, bệnh thận ĐTĐ tít 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 ^b	Suy thận ^b , bệnh mạch máu ngoại biên ^c	Thai nghén, bệnh mạch máu thận ^d
ỨCB	NMCT, đau thắt ngực	Suy tim ^f	Cần theo dõi ở bệnh nhân suy tim ^f , bệnh mạch máu ngoại biên, ĐTĐ (trừ kèm theo BMV)	Hen / bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bloc tim (trừ metoprolol, carvedilol, bisoprolol)
CKCa (Dihydropyridin)	Người già, THA tâm thu đơn độc	Người già, đau thắt ngực		
CKCa (Non-dihydropyridin)	Đau thắt ngực	NMCT	Kết hợp với ỨCB	Bloc tim, suy tim
Lợi tiểu Thiazide/ tương tự Thiazide	Người già, THA tâm thu đơn độc, suy tim, dự phòng thứ phát đột quĩ			Bệnh gút ^e

Chú giải:

a. Suy tim khi dùng một mình.

b. UCMC hoặc CTTA 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 CTTA trong bệnh mạch máu ngoại biên vì có liên quan bệnh mạch máu thận.

d. UCMC và CTTA có thể dùng ở bệnh mạch máu thận khi có chuyên gia giám sát.

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

f. Thuốc UCB nay có xu hướng dùng nhiều để điều trị suy tim chủ yếu với metoprolol, carvedilol, bisoprolol, nebivolol; tuy nhiên nhóm thuốc này vẫn có thể làm suy tim nặng lên trong một số trường hợp.

g. Lợi tiểu Thiazide/tương tự Thiazide có thể cần thiết để kiểm soát HA ở bệnh nhân có tiền sử gút, lý tưởng là phối hợp với Allopuridol.

4. Phối hợp thuốc hạ huyết áp



Nếu mục tiêu không đạt sau 1 tháng có thể tăng liều hoặc phối hợp thuốc

Hình 2: Sơ đồ phối hợp thuốc huyết áp

Hầu hết BN cần hơn 1 thuốc để kiểm soát HA. Nói chung, khoảng cách 2-3 tuần là thích hợp để xem xét tăng liều thuốc hoặc thêm thuốc mới. Có thể điều chỉnh nhanh hơn hoặc chậm hơn tùy vào quyết định của nhà lâm sàng.

HA \geq 140/90 mmHg ở BN > 18 tuổi

(BN > 80 tuổi: HA \geq 150/90 mmHg hoặc HA \geq 140/90 mmHg ở BN ĐTD, Bệnh thận mạn)

Thay đổi lối sống

Điều trị thuốc

Tăng HA độ 1

Lợi tiểu, ÚCMC, CTTA, CKCa, ÚCB

Phối hợp 2 thuốc khi HATThu > 20 mmHg hoặc
HATTr >10 mmHg so với mức mục tiêu **

Phối hợp 3 thuốc
Ưu tiên ÚCMC/CTTA + lợi tiểu + CKCa

Phối hợp 4 thuốc, xem xét thêm ÚCB, kháng
Aldosterone hay nhóm khác

Tham khảo chuyên gia về THA,
điều trị can thiệp

Tăng HA độ 2, 3

Tăng HA có chỉ định
điều trị bắt buộc

- Bệnh thận mạn : ÚCMC/CTTA
- ĐTD: ÚCMC/CTTA
- Bệnh mạch vành: BB + ÚCMC/CTTA, CKCa
- Suy tim: ÚCMC/CTTA + BB, lợi tiểu, kháng Aldosterone
- Đột quỵ: ÚCMC/CTTA, lợi tiểu

* THA độ 1 không có nhiều YTNC đi kèm có thể chậm dùng thuốc sau một vài tháng thay đổi lối sống.

• >60 tuổi: Ưu tiên lợi tiểu, CKCa và không nên dùng ÚCB

• <60 tuổi: Ưu tiên ÚCMC,CTTA

** Khi sử dụng 1 thuốc nhưng không đạt mục tiêu sau 1 tháng

• Ưu tiên phối hợp : ÚCMC/CTTA + CKCa hoặc lợi tiểu

Hình 3. Phác đồ điều trị tăng huyết áp chung và nhóm có chỉ định bắt buộc

5. Tương tác các thuốc hạ huyết áp

Bảng 17. Tương tác thuốc chọn lọc trong điều trị tăng huyết áp

Nhóm thuốc	Hiệu quả tăng	Hiệu quả giảm	Hiệu quả đối với các thuốc khác
Lợi tiểu	Lợi tiểu tác động ở vị trí khác trong cầu thận (VD: Furosemide + Thiazides)	- Thuốc chuyển Resin - Kháng viêm không Steroid - Steroid	- Lợi tiểu làm tăng lithium trong huyết thanh - Lợi tiểu giữ K+ làm xấu hơn tình trạng tăng K+ máu do UCMC
UCB	- Cimetidin (UCB chuyển hóa tại gan) - Quinidine (UCB chuyển hóa tại gan) - Thức ăn (UCB chuyển hóa tại gan)	- Kháng viêm không Steroid - Ngưng Clonidine và Phenobarbital	- UCB che đậy và kéo dài hạ đường huyết do Insulin. - Dùng chung với CKCa non-Dihydropyridine gây block tim.
UCMC	Chlopromazine hoặc Clozapine	- Kháng viêm không-Steroid. - Antacids - Thức ăn giảm hấp thu (Moexipril)	- UCMC làm tăng Lithium huyết thanh. - UCMC làm tăng K+ máu khi dùng kèm lợi tiểu giữ K+
CKCa	Nước bưởi (vài loại Dihydropyridine) Cimetidin hoặc Ranitidine	Rifampin và Pheno-barbital	- Tăng nồng độ Cyclosporine - Non-dihydropyridine tăng nồng độ Digoxin, Quinidine, Sulfonylureas và Theophylline - Verapamil có thể hạ nồng độ Lithium, Methyldopa có thể tăng Lithium.
Ức chế α , ức chế thần kinh trung ương và thần kinh ngoại biên		- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (và có thể Pheno-Thiazine). - Ức chế Monoamine oxidase. - Thuốc giống giao cảm hoặc Guanadre. - Muối sắt có thể làm giảm hấp thu Methyldopa	- Clonidine tăng tác dụng nhiều thuốc gây mê.

6. Các nhóm bệnh nhân THA đặc biệt

Hầu hết thuốc dùng để điều trị THA cũng được khảo sát cho một số chỉ định đặc hiệu. Những thuốc này gồm ÚCMC, CTTA, ÚCB, CKCa và lợi tiểu ở các bệnh nhân mắc cả ĐTĐ, bệnh thận, bệnh mạch vành và mạch máu não, suy tim và dày thất trái.

Bảng 18. Chọn thuốc huyết áp theo các nhóm bệnh phối hợp

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 ưu tiên nếu cần để đạt HA < 140/90 mmHg	Thêm thuốc thứ 3 để đạt HA < 140/90 mmHg
THA và ĐTĐ	CTTA/ÚCMC	CKCa hay Thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (Thiazide hay CKCa)
THA và CKD	CTTA/ÚCMC	CKCa hay lợi tiểu Thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (Thiazide hay CKCa)
THA và BMV	ÚCB+CTTA/ÚCMC	CKCa hay Thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (Thiazide hay CKCa)
THA và tiền sử đột quỵ	ÚCMC/CTTA	Lợi tiểu Thiazide hay CKCa	Thuốc thứ 2 thay thế (CKCa hay lợi tiểu Thiazide)
THA và suy tim	CTTA/ÚCMC + ÚCB + Spironolactone khi suy tim độ II- IV + lợi tiểu Thiazide, lợi tiểu quai khi ứ dịch. CKCa nhóm Dihydropyridine có thể thêm vào nếu cần kiểm soát HA		

6.1. Tăng huyết áp ở người cao tuổi

Bảng 19. Khuyến cáo hạ huyết áp ở người cao tuổi theo tình trạng lâm sàng

Tình trạng lâm sàng	Khuyến cáo
HATT \geq 160 mmHg	* Giảm HATT đến 150 mmHg (I, A)
Tuổi <80 với HATT \geq 140 mmHg	* Xem xét điều trị hạ áp * Mục tiêu : HATT <140 mmHg (I, A)
Tuổi >80 với HATT ban đầu \geq 160 mmHG	* Giảm HATT đến 150 mmHg (I, A) Cung cấp điều kiện tinh thần và thể chất tốt
Người cao tuổi suy yếu	* Quyết định điều trị tăng huyết áp theo sự thận trọng của thầy thuốc lâm sàng dựa vào theo dõi hiệu quả của điều trị (I, C)
Tiếp tục điều trị hạ áp khi dung nạp tốt	* Xem xét khi bệnh nhân trở nên già (IIa, C)
Tất cả các nhóm thuốc hạ áp được khuyến cáo và có thể hữu ích ở người cao tuổi	* Lợi tiểu, CKCa là ưu tiên cho THA tâm thu đơn độc, UCB hạn chế trong THA độ I chưa có biến chứng (I, A)

6.2. Tăng huyết áp ẩn giấu và tăng huyết áp áo choàng trắng

Đây là hai thể mới được lưu ý gần đây và đã có khuyến cáo để kiểm soát sự phát triển THA nặng hơn về sau.

Bảng 20. Khuyến cáo xử trí THA ẩn giấu và THA áo choàng trắng

Khuyến cáo
THA ẩn giấu * Xem xét cả thay đổi lối sống và điều trị thuốc hạ áp (IIa, C)
THA áo choàng trắng * Không có yếu tố nguy cơ đi kèm: chỉ thay đổi lối sống và theo dõi sát (IIa, C) * Nguy cơ tim mạch cao: xem xét thay đổi lối sống và điều trị thuốc hạ áp (IIb, C)

6.3. Tăng huyết áp và đột quị

**Bảng 21. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp
biến chứng tai biến mạch não**

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Không nên điều trị hạ huyết áp thường quy trong 3-7 ngày đầu sau đột quị cấp (III, B)	<ul style="list-style-type: none">• Bất chấp mức HA (III, B)• <i>Chỉ dùng hạ áp đối với HATT rất cao theo sự thăm định tình trạng lâm sàng</i>
Điều trị hạ áp ở bệnh nhân có tiền sử đột quị hoặc TIA (I, B)	<ul style="list-style-type: none">• Ngay khi HATT ban đầu 140-159 mmHg (I, B)
Đích HATT đối với bệnh nhân THA có tiền sử đột quị hoặc TIA: <140 mmHg (IIa, B)	
Xem xét đích HATT cao hơn ở bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi có tiền sử đột quị hoặc TIA (IIb, B)	
Tất cả các thuốc đều được khuyến cáo dùng dự phòng đột quị nhưng ưu tiên U'CMC /CTTA + lợi tiểu trong dự phòng đột quị tái phát (I,A)	<ul style="list-style-type: none">• Miễn sao có hiệu quả giảm HA

6.4. Tăng huyết áp và hội chứng chuyển hóa

Suy giảm sự dung nạp glucose và ĐTĐ: Thay đổi lối sống đơn giản nhất gồm dinh dưỡng hợp lý và tăng hoạt động thể lực có thể giảm gần 60% khả năng bị ĐTĐ ở những người có nguy cơ cao.

Bảng 22. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong Hội chứng chuyển hóa

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Thay đổi lối sống đối với tất cả các trường hợp (I, B)	<ul style="list-style-type: none">• Đặc biệt giảm cân và tăng cường hoạt động• <i>Cải thiện HA và các thành phần hội chứng chuyển hóa, chậm khởi phát ĐTĐ</i>
Thuốc hạ áp có thể cải thiện, hoặc không làm nặng thêm độ nhạy insulin được khuyến cáo (IIa, C)	<ul style="list-style-type: none">• ƯCMC/CTTA• Chẹn kênh Canxi (IIa, C)
ƯCB và lợi tiểu chỉ được cho khi phối hợp thuốc (IIa, C)	<ul style="list-style-type: none">• Ưu tiên phối hợp với thuốc giữ Kali (IIa, C)
Cho thuốc hạ áp với hội chứng rối loạn chuyển hóa khi HA $\geq 140/90$ mmHg sau khi đã thay đổi lối sống để duy trì HA $< 140/90$ mmHg (I, B)	
Không điều trị khi HA bình thường-cao có hội chứng chuyển hóa (III, A)	

6.5. Tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường.

Bảng 23. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong đái tháo đường

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Bắt buộc : Điều trị thuốc ngay khi HATT ≥ 160 mmHg (I, A)	<ul style="list-style-type: none">• Khuyến cáo mạnh khởi trị thuốc khi HATT ≥ 140 mmHg (I, A)
Đích HATT và HATTr ở bệnh nhân THA với ĐTĐ: $< 140/90$ mmHg (I, A)	
<ul style="list-style-type: none">• Ưu tiên ƯCMC/CTTA (I, A)• Đặc biệt khi có đạm niệu hoặc vi đạm niệu	<ul style="list-style-type: none">• Tất cả các thuốc khác có thể được dùng cho bệnh nhân ĐTĐ (I, A)

6.6. Bệnh thận và tăng huyết áp

Cho dù tiêu Albumin lượng nhỏ nhưng dai dẳng (thậm chí dưới ngưỡng Albumin vi niệu) và/hoặc tăng nhẹ Creatinine huyết thanh trước khi điều trị THA thì đó vẫn là yếu tố dự báo mạnh mẽ tình trạng bệnh tật và tử vong do BTM sớm. Do đó, hầu hết bệnh nhân bị bệnh thận và THA dù đã điều trị nhưng có tổn thương cơ quan đích thì vẫn có nguy cơ BTM đáng kể.

Bảng 24. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong bệnh thận mạn

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Đích hạ HA <140/90 mmHg (I, B)	
Có thể xem xét HATT <130 mmHg khi có đạ m niệu	• Theo dõi sự thay đổi MLCT (IIb,B)
ƯCMC/CTTA hiệu quả giảm Albumine niệu hơn các nhóm thuốc khác (I,A)	• Chỉ định khi có đạ m niệu vi thể hoặc đại thể (I,A)
Phối hợp thuốc thường cần để đạt đích hạ HA (I,A)	• Phối hợp ƯCMC/CTTA với các nhóm thuốc khác (I,A)
Phối hợp ƯCMC với CTTA (III,A)	• Không khuyến cáo (III,A)
Kháng Aldosterone không khuyến cáo trong CKD (III, C)	• Đặc biệt trong phối hợp với ƯCMC/CTTA • Nguy cơ giảm quá mức chức năng thận, tăng K ⁺ máu (III,C)

6.7. Bệnh động mạch ngoại biên**Bảng 25. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong bệnh động mạch ngoại biên**

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Xem xét CKCa và ƯCMC trong xơ vữa ĐM cảnh (IIa,B)	• Hiệu quả làm chậm tiến trình xơ vữa hơn lợi tiểu, ƯCB
Tất cả các thuốc hạ áp đều được xem xét cho THA với vận tốc sóng mạch >10 m/s (IIa,C)	• Hạ HA <140/90 mmHg (IIa,C)
Điều trị thuốc trong THA có đích HA <140/90 mmHg (I,A)	• Bệnh nhân với bệnh ĐM ngoại biên có nguy cơ cao NMCT, đột quỵ, suy tim, tử vong do BTM
Xem xét ƯCB để điều trị THA với bệnh ĐM ngoại biên (IIa,A)	• Cần theo dõi cẩn thận • Dùng ƯCB không làm nặng triệu chứng bệnh ĐM ngoại biên (IIa, A)

6.8. Tăng huyết áp ở phụ nữ và phụ nữ có thai

Bảng 26. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp ở phụ nữ và phụ nữ có thai

Các tình huống lâm sàng	Khuyến cáo
Liệu pháp Hormon thay thế	<ul style="list-style-type: none">• Không khuyến cáo trong dự phòng BTM nguyên phát hoặc thứ phát (III, A)
Nếu điều trị cho phụ nữ trẻ tiền mãn kinh sớm có triệu chứng mãn kinh nặng	<ul style="list-style-type: none">• Cân nhắc rủi ro/lợi ích (III, A)
Điều trị thuốc THA nặng ở phụ nữ có thai (HATT >160 mmHg hoặc HATTr >110 mmHg)	<ul style="list-style-type: none">• Được khuyến cáo (I, C)
THA thường xuyên $\geq 150/95$ mmHg ở phụ nữ có thai HA $\geq 140/90$ mmHg hiện diện trong chu kỳ thai, tổn thương cơ quan đích, hoặc có triệu chứng	<ul style="list-style-type: none">• Xem xét điều trị thuốc (IIb, C)
Nguy cơ cao tiền sản giật	<ul style="list-style-type: none">• Xem xét cho Aspirin liều thấp từ 12 tuần trở đi cho đến lúc sinh (IIb, B)• Với ít nguy cơ xuất huyết tiêu hóa
Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản	<ul style="list-style-type: none">• UCMC/CTTA không được khuyến cáo (III, C)
Methyldopa, Labetolol, Nifedipine	<ul style="list-style-type: none">• Xem xét như là thuốc ưu tiên trong thai kỳ• Đối với tiền sản giật: Labetalol tiềm tĩnh mạch hoặc truyền Nitroprusside (IIb, B)

4.7. Tăng huyết áp kháng trị

THA kháng trị được định nghĩa khi không đạt được HA mục tiêu ở những bệnh nhân đã dùng đủ liều của một phác đồ gồm 3 thuốc thích hợp trong đó có 1 loại lợi tiểu.

Bảng 27. Các nguyên nhân tăng huyết áp kháng trị

Đo HA không đúng

Tăng thể tích quá mức

Ăn quá nhiều muối

Giữ nước do bệnh thận

Dùng lợi tiểu không thích hợp

Nguyên nhân do thuốc hay các nguyên nhân khác

Không tuân thủ điều trị

Liều không thích hợp

Kết hợp thuốc không đúng

Thuốc kháng viêm không Steroid, thuốc ức chế Cyclooxygenase 2

Cocaine, Amphetamines, các loại thuốc gây nghiện khác

Thuốc đồng giao cảm (thuốc giảm sung huyết, thuốc gây chán ăn)

Thuốc uống ngừa thai

Hormon Steroid thượng thận

Cyclosporine và Tacrolimus

Erythropoietin

Cam thảo (kể cả một vài loại thuốc lá dạng nhai)

Thức ăn bổ sung và thuốc mua không cần kê đơn (ví dụ Ephedra, ma hoàng, cam đắng)

Bệnh cảnh kèm theo

Béo phì

Uống nhiều rượu

Các nguyên nhân của THA thứ phát

Nếu THA dai dẳng vẫn tồn tại sau khi đã phát hiện nguyên nhân và xử trí thì tiến hành việc tìm các nguyên nhân của THA thứ phát. Nếu vẫn cứ THA dai dẳng thì bước hợp lý tiếp theo là đến gặp chuyên gia về THA để được tư vấn.

Bảng 28. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp kháng trị

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Kiểm tra tính hiệu quả của từng thuốc trong phối hợp nhiều thuốc và rút bớt bất kỳ thuốc nào hạ áp trong liệu trình mà xem ra không có hoặc ít hiệu quả (I, C)	
Cân nhắc kháng Aldosterone, Amiloride, và chẹn α Doxazosin (nếu không chống chỉ định) (IIa,B)	• <i>Nếu không chống chỉ định</i> (IIa,B)
Điều trị can thiệp xâm nhập: xem xét theo chỉ định chuyên gia (IIb,C)	• Nếu điều trị bằng thuốc không hiệu quả (IIb,C)
<i>Chưa có số liệu hiệu quả và an toàn của điều trị can thiệp trong THA đờ kháng về lâu dài nên cần có quyết định của chuyên gia và chỉ thực hiện ở trung tâm THA chuyên sâu (I,C)</i>	
Chỉ can thiệp xâm nhập khi bệnh nhân THA kháng trị thật sự (I,C)	• Giá trị lâm sàng: HATT ≥ 160 mmHg hoặc HATTr ≥ 110 mmHg khi đo HA liên tục

4.8. Con tăng huyết áp cấp cứu và khẩn cấp

Bảng 29. Điều trị tăng huyết áp cấp cứu và khẩn cấp

Thuốc	Liều	Thời gian bắt đầu tác dụng	Thời gian kéo dài tác dụng	Tác dụng không mong muốn	Chỉ định đặc biệt
Dẫn mạch Sodium nitroprusside	0,25 - 10 mg/kg/phút truyền TM (liều tối đa chi phút)	Tức thì	1-2 phút	Buồn nôn, nôn, giật cơ, đỏ mề hôi, nhiễm độc Thiocyanate và Cyanide	Hầu hết các THA cấp cứu, cẩn thận khi áp lực nội sọ cao hoặc tăng Ure máu.
Nicardipine	5-1.5mg/giờ truyền TM	5-10 phút	1-4 giờ	Nhịp nhanh, nhức đầu, đỏ mặt viêm TM khu trú	Hầu hết THA cấp cứu trừ suy tim cấp; cẩn thận khi thiếu năng vành.
Fenoldopan mesylate Nitroglycerin	0,1 - 0,3 mg/kg mỗi phút 5-100mg/phút truyền TM	< 5 phút 2-5 phút	30 phút 3-5 phút	Nhịp nhanh, nhức đầu, buồn nôn, đỏ mặt. Nhức đầu, nôn, Methemoglobine máu, dung nạp thuốc khi dùng lâu	Hầu hết THA cấp cứu trừ tăng nhãn áp. Thiếu máu cơ tim
Enalaprilat	1,25 - 5mg mỗi giờ 6 truyền TM	15 - 30 phút	6 giờ	Tụt HA khi Renin cao; đáp ứng thay đổi	Suy thận trái cấp; tránh trong NMCT cấp

Bảng 29. Điều trị tăng huyết áp cấp cứu và khẩn cấp (tiếp)

Thuốc	Liều	Thời gian bắt đầu tác dụng	Thời gian kéo dài tác dụng	Tác dụng không mong muốn	Chỉ định đặc biệt
Hydralazine	0 - 20mg truyền TM 10 - 50mg TB	10 - 20 phút 20-30 phút	3-8 giờ	Nhịp nhanh, đỏ mặt, nhức đầu, nôn, làm nặng đau thắt ngực.	Co giật
Diazoxide	50 - 100mg tiêm TM nhắc lại hoặc truyền TM 15 - 30 phút	2 - 4 phút	6 - 12 giờ		Hiện nay ít dùng do không có phương tiện theo dõi chặt chẽ
Ức chế giao cảm Labetalol	20-80mg tiêm TM mỗi 10 phút 0,5-2mg/phút truyền TM	5 - 10 phút	3 - 6 giờ	Nôn, ngứa da đầu, nóng cổ họng, chóng mặt, buồn nôn, bloc tim, tụt HA tư thế	Hầu hết THA cấp cứu trừ suy tim cấp
Esmolol	250-500 mg/kg/phút cho 1 phút sau đó 50-100 mg/kg/phút cho 4 phút, có thể lặp lại	1-2 phút	1-2 phút	Tụt HA, buồn nôn	Bóc tách ĐM chủ sau phẫu thuật.
Phen-tolamine	5-15 mg truyền TM	1-2 phút	3 - 10 phút	Nhịp nhanh, đỏ mặt, nhức đầu	Thừa catecholamin

Trong hoàn cảnh cụ thể của Việt Nam không phải lúc nào cũng có thể nhanh chóng giải quyết các cơn THA tối cấp bằng thuốc đường TM, vì vậy có thể sử dụng các loại thuốc sau đây với điều kiện là cho liều lượng thích hợp và theo dõi HA liên tục để hạ HA trong 2 giờ đầu không quá 25% mức HA ban đầu (HA trung bình) và 2-6 giờ sau đạt mức HA 160/100 mmHg.

- Nitroglycerine: xịt hoặc ngâm dưới lưỡi: 0,4 mg, 0,8 mg, 0,12 mg.
- Captopril ngâm dưới lưỡi: 6,5 mg - 50 mg, tác dụng sau 15 phút.
- Clonidine: 0,2 mg - 0,8 mg (tác dụng sau 80 phút)
- Labetalol: 100 - 200 mg (tác dụng sau 30 phút)

Bảng 30. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong cơn tăng huyết áp

Tình trạng lâm sàng	Khuyến cáo
<p>THA cấp cứu là tình trạng HA tăng cao >180/120 mmHg với các biểu hiện đe dọa hoặc tổn thương cơ quan đích đang tiến triển</p>	<p>Cần nhập viện điều trị hạ HA bằng thuốc đường TM ngay để giảm các biến cố với mức hạ HATB không quá 25% trong 1 giờ đầu; nếu sau đó bệnh nhân ổn định có thể hạ HA đến 160/100-110 mmHg trong 2 giờ đến 6 giờ kế tiếp</p>
<p>Thuốc điều trị THA cấp cứu</p>	<p>Labetalol, Sodium Nitroprusside, Nicardipine, Nitrates và lợi tiểu là các thuốc thường được dùng qua đường tĩnh mạch nhưng cần cá nhân hóa</p>
<p>HA tăng cao đơn thuần không có tổn thương cơ quan đích (THA khẩn cấp) với nhức đầu, chóng mặt, lo lắng nhiều, không xem như THA cấp cứu</p>	<p>Đích điều trị là HATTr 100-110 mmHg trong nhiều giờ, không cần nằm viện, tái khám sau 24 giờ. Điều trị thuốc uống hoặc tiêm và có thể cho thêm an thần. Hạ HA nhanh cần tránh để giảm nguy cơ thiếu máu não hoặc thiếu máu cơ tim cục bộ</p>

4.9. Tăng huyết áp và bệnh nhân phẫu thuật

Tăng HA không khống chế được có liên quan với sự dao động HA biên độ lớn trong khi gây mê và đặt nội khí quản và có thể làm tăng nguy cơ tai biến thiếu máu cục bộ trước và sau mổ.

Bảng 31. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong phẫu thuật

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Mục tiêu HATT ở bệnh nhân THA có BMV : <140 mmHg (IIa, B)	
ƯCB, ƯCMC cho bệnh nhân THA có NMCT gần đây	• BMV khác : các thuốc hạ HA khác có thể dùng như ƯCB, ƯCMC, CKCa
Lợi tiểu, ƯCB, ƯCMC, CTTA và/hoặc kháng Aldosterone cho bệnh nhân suy tim hoặc rối loạn chức năng thất trái nặng (I,A)	• Giảm tử vong và nhập viện (I,A)
Không có chứng cứ với bất kỳ thuốc hạ HA nào có hiệu quả ở bệnh nhân suy tim có EF bảo tồn (suy tim tâm trương)	• Tuy nhiên trong những bệnh nhân này và bệnh nhân rối loạn chức năng tâm thu nên xem xét hạ HATT đến <140 mmHg (IIa,C) • Hướng dẫn điều trị để giảm triệu chứng
Xem xét ƯCMC và CTTA (và ƯCB và kháng Aldosterone khi có suy tim) ở bệnh nhân có nguy cơ rung nhĩ hoặc rung nhĩ tái phát (IIa,C)	
Liệu pháp hạ áp trong tất cả bệnh nhân có phì đại thất trái (I,B)	• Chọn lựa thuốc ban đầu với khả năng giảm phì đại thất trái lớn hơn (ƯCMC, CTTA, CKCa) (IIa,B)

4.10. Tăng huyết áp và bệnh mạch vành

Đích HA trong BMV có 2 mức tùy theo THA có BMV thuộc thể nào và có biến chứng hay không có biến chứng.

Bảng 32. Khuyến cáo điều trị tăng huyết áp trong bệnh mạch vành

Đích HA (mmHg)	Tình trạng	Nhóm/Mức bằng chứng
<150/90	Tuổi > 80	IIa, B
<140/90	BMV Hội chứng vành cấp Suy tim	I, A IIa, C IIa, B
<130/80	BMV Sau NMCT, đột quỵ hoặc TIA, bệnh ĐM cảnh, bệnh ĐM ngoại biên, phình ĐM chủ bụng	IIb, C IIb, C

Việc chọn lựa thuốc hạ áp cũng tùy thuộc vào THA có hội chứng vành cấp hay không, nhưng thuốc cơ bản và đầu tay vẫn là ƯCB. Bảng sau đây nêu theo thứ tự ưu tiên 1 rồi đến mức 2.

Bảng 33. Thuốc ưu tiên chọn lựa trong THA có bệnh mạch vành

	ƯCB	Ư'CMC/ CTTA	Lợi tiểu	Nitrates
ĐTNÔĐ	1	1	1	1
HCVC	1	1	1	2
Suy tim	1	1	1	2
	CKCa (non-DHP)	CKCa (DHP)	Lợi tiểu kháng Alds	Hydralazine/ ISDN
ĐTNÔĐ	2	2	2	
HCVC	2	2	2	
Suy tim		2	2	2

Alds = Aldosterol; DHP = Dihydropyridines; ĐTNÔĐ = Đau thắt ngực ổn định; HCVC = Hội chứng vành cấp; ISDN = Isosorbitdinitrate

V. DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP

Chiến lược dự phòng trên cộng đồng nhằm:

- Ngăn ngừa THA tăng theo tuổi, do đó làm giảm tỷ lệ hiện mắc THA.
- Giảm nhu cầu thuốc THA.
- Giảm gánh nặng BTM.

Bảng 34. Can thiệp thay đổi lối sống làm giảm huyết áp

Cách thức	Khuyến nghị	Số HA giảm được
Giảm cân nặng	Duy trì BMI lý tưởng (20-25 kg/m ²)	5-10 mmHg khi giảm mỗi 10 kg
Chế độ ăn DASH	Ăn nhiều trái cây, rau, ít mỡ (giảm chất béo toàn phần và loại bão hòa)	8-14 mmHg
Hạn chế muối ăn	Giảm lượng muối ăn <100 mmol/ngày (<2,4g Natri hoặc <6g muối)	2-8 mmHg
Vận động thân thể	Khuyến khích tập thể dục mức độ vừa hoặc đi bộ 30 phút/ngày	4-9 mmHg
Uống chất có cồn điều độ	Nam: <21 đơn vị/tuần Nữ: <14 đơn vị/tuần	2-4 mmHg

DASH: Chế độ ngăn ngừa tăng huyết áp

TÀI LIỆU TĂNG HUYẾT ÁP THAM KHẢO

1. Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp của Hội Tim Mạch học Việt Nam 2008.
2. Khuyến cáo xử trí tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp Anh quốc (BSH), NICE 2013.
3. Khuyến cáo xử trí tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp châu Âu (ESC/ESH) 2013.
4. Khuyến cáo thực hành lâm sàng xử trí tăng huyết áp trong cộng đồng của Hội Tăng huyết áp Hoa Kỳ/ Hội Tăng huyết áp Quốc Tế (AHS/ISH) 2014.
5. Khuyến cáo dựa trên bằng chứng về điều trị tăng huyết áp ở người lớn 2014 của những thành viên được chọn trong Ủy ban Liên Quốc gia (Hoa Kỳ) lần thứ 8 (JNC 8) .
6. Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp Canada (CHEP) 2014.
7. Khuyến cáo của Hội Tăng huyết áp Korean 2014.
8. Khuyến cáo của Hội Tăng huyết áp Malaysia 2012.
9. Khuyến cáo của Hội Tim mạch Đài loan 2010.
10. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y Tế Việt Nam 2009
11. Biên bản Hội nghị đồng thuận các chuyên gia tại TP Hồ Chí Minh 15/4/2014.
12. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Thái Sơn và cộng sự, “Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001-2002”, Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam; (2003) số33, Tr 9-15.



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

Tất cả nội dung trên khuyến cáo của Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học khách quan và không bị ảnh hưởng bởi bất cứ sự chi phối nào từ bên ngoài.

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam trân trọng cảm ơn các đơn vị, tổ chức sau đã hỗ trợ cho việc xây dựng và hoàn thành khuyến cáo này trong khuôn khổ quỹ hỗ trợ đào tạo không ràng buộc:

TÀI TRỢ CHÍNH



ĐỒNG TÀI TRỢ



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội
Tel : (84-4) 3 8688 488 Fax: (84-4) 3 8688 488
Email : info@vnha.org.vn Website: www.vnha.org.vn



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

Tel: (84-4) 3 8688 488 Fax: (84-4) 3 8688 488

Email: info@vnha.org.vn Website: www.vnha.org.vn