

TĂNG HUYẾT ÁP THỨ PHÁT VÀ KHÁNG TRỊ

George Maxted, MD

CƠ BẢN

MÔ TẢ

Tăng huyết áp (THA) không kiểm soát được bao gồm các thể bệnh sau (xem phần "Cảnh báo" bên dưới):

- THA kháng trị: được định nghĩa là huyết áp (HA) vẫn cao hơn mục tiêu mặc dù đang sử dụng đồng thời ba thuốc hạ áp thuộc các nhóm khác nhau. Lý tưởng nhất, một trong ba thuốc nên là lợi tiểu, và tất cả các thuốc nên được kê ở liều tối ưu. Chẩn đoán này không nên bao gồm "hiệu ứng áo choàng trắng" hoặc việc không tuân thủ điều trị, mặc dù đây là những tình trạng thường giả dạng THA kháng trị.
- THA thứ phát: HA tăng do một cơ chế nền có thể xác định được.
- Hướng dẫn sửa đổi năm 2017 của ACC/AHA khuyến nghị thay đổi cách phân loại THA. Trong phạm vi chương này, chúng tôi xem xét THA giai đoạn 2: huyết áp tâm thu (SBP) ≥ 140 mm Hg hoặc huyết áp tâm trương (DBP) ≥ 90 mm Hg. Hướng dẫn này khá gây tranh cãi (1). Xem chủ đề "Tăng huyết áp Vô căn". Nhiều chuyên gia vẫn tuân theo hướng dẫn JNC 8, cho phép mục tiêu $<150/90$ mm Hg ở bệnh nhân >60 tuổi, và không đồng ý với việc chẩn đoán hoặc phân loại THA ở mức huyết áp dưới $140/90$ (2)[C].

Cân nhắc ở người cao tuổi

- Khởi phát THA ở người trưởng thành >60 tuổi là dấu hiệu mạnh gợi ý THA thứ phát.
- Ở bệnh nhân >80 tuổi, cân nhắc mục tiêu SBP cao hơn, ≥ 150 mm Hg. Cần thận trọng để tránh hạ DBP quá mức.
- Người cao tuổi có thể đáp ứng đặc biệt tốt với lợi tiểu và thuốc chẹn kênh canxi nhóm dihydropyridine.
- THA tâm thu là vấn đề đặc biệt khó khăn ở người cao tuổi.
- Các nguyên nhân thứ phát thường gặp hơn ở người cao tuổi bao gồm ngưng thở khi ngủ, bệnh thận, hẹp động mạch thận do xơ vữa, và cường aldosteron nguyên phát (PA).
- Động mạch không xẹp được (hiện tượng Osler) — chủ yếu gặp ở người cao tuổi có xơ cứng động mạch: mạch đập động mạch cánh tay và động mạch quay vẫn sờ thấy được ở áp lực băng quấn cao.

CẢNH BÁO

- Giả kháng trị (Pseudoresistance):
 - Đo huyết áp không chính xác
 - Băng quấn quá nhỏ
 - Bệnh nhân chưa nghỉ ngơi; cần ngồi yên tĩnh 5 phút
 - Tuân thủ điều trị kém: Trong các cơ sở chăm sóc ban đầu, ước tính tỷ lệ này xảy ra ở 40–60% bệnh nhân THA.
 - Hiệu ứng áo choàng trắng: tỷ lệ hiện mắc 20–40%. Không nên đưa ra quyết định lâm sàng về THA chỉ dựa trên kết quả đo tại phòng khám. Theo dõi HA tại nhà và/hoặc đo HA lưu động (ABPM) đáng tin cậy hơn. Xem khuyến nghị của USPSTF và AHA (3).
 - Đo huyết áp tự động tại phòng khám (AOBP) là phương pháp đo được ưu tiên. Nếu không thể thực hiện AOBP, đo huyết áp tại nhà (HBPM) được ưu tiên khi ra quyết định về điều trị.
 - Điều trị chưa đầy đủ

DỊCH TỄ HỌC

- Độ tuổi thường gặp: Nhìn chung, THA khởi phát trong khoảng 30–50 tuổi. Bệnh nhân THA kháng trị có nhiều khả năng gặp phải các kết cục phối hợp gồm tử vong, nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết (CHF), đột quỵ, hoặc bệnh thận mạn.
- Tùy theo nguyên nhân, độ tuổi khởi phát có thể khác nhau. Khởi phát <20 tuổi hoặc >50 tuổi làm tăng khả năng có nguyên nhân thứ phát gây THA.
- Các yếu tố dự báo mạnh nhất đối với THA kháng trị là tuổi (>75), có phì đại thất trái (LVH), béo phì (chỉ số khối cơ thể [BMI] >30), và SBP nền cao. Các yếu tố dự báo khác bao gồm bệnh thận mạn, đái tháo đường, sống ở khu vực Đông Nam Hoa Kỳ, chủng tộc người Mỹ gốc Phi (đặc biệt là phụ nữ), và ăn quá nhiều muối.

Tỷ lệ mới mắc

Tỷ lệ mới mắc chuẩn hóa theo tuổi tại Vương quốc Anh là 0,4 ca trên 100 người-năm vào năm 2015. Dữ liệu tại Hoa Kỳ chưa rõ ràng (4).

Tỷ lệ hiện mắc

- Tỷ lệ hiện mắc THA kháng trị ước tính khoảng 10–15% theo các báo cáo tại phòng khám (5). Phân tích NHANES cho thấy chỉ 53% người trưởng thành đạt kiểm soát HA <140/90 mm Hg. Nguyên nhân thường gặp nhất gây THA "kháng trị" biểu kiến có khả năng là do không tuân thủ điều trị.
- THA thứ phát chiếm khoảng 5–10% người trưởng thành mắc THA mạn tính.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (25–50%): Kết quả của các can thiệp còn chưa nhất quán.
- Cường aldosteron nguyên phát (8–20% các trường hợp THA kháng trị)
- Bệnh thận mạn (1–2% bệnh nhân THA)
- Bệnh mạch máu thận (0,2–0,7%, lên đến 35% ở người cao tuổi, 20% ở bệnh nhân thông tim)
- Hội chứng Cushing (<0,1%)
- U tủy thượng thận (Pheochromocytoma) (0,04–0,1% bệnh nhân THA)
- Các nguyên nhân hiếm khác: cường giáp, cường cận giáp, hẹp eo động mạch chủ, u nội sọ
- Nguyên nhân liên quan đến thuốc
 - Thuốc, đặc biệt là NSAID (cũng có thể làm giảm hiệu quả của thuốc ức chế men chuyển), thuốc thông mũi, chất kích thích (ví dụ: amphetamine, thuốc điều trị rối loạn tăng động giảm chú ý [ADHD]), thuốc giảm cảm giác thèm ăn (ví dụ: modafinil, ephedra, guarana, ma hoàng, cam đắng), erythropoietin, cam thảo tự nhiên (có trong một số loại thuốc lá nhai), yohimbine, glucocorticoid.
 - Thuốc tránh thai đường uống (OCP): Phụ nữ dùng thuốc tránh thai đường uống có thể bị THA nặng hơn và kiểm soát HA kém hơn, chủ yếu liên quan đến hàm lượng estrogen. Ngừng OCP có thể giúp HA trở về bình thường. Estrogen sau mãn kinh dường như không liên quan mạnh như vậy (5).
 - Cocaine, amphetamine, các chất gây nghiện bất hợp pháp khác; hội chứng cai thuốc và cai rượu.
- Yếu tố lối sống: Béo phì và ăn nhiều muối có thể triệt tiêu tác dụng có lợi của lợi tiểu. Uống rượu quá mức có thể gây ra hoặc làm nặng thêm THA. Ít vận động thể lực cũng góp phần.

Di truyền

HA có nền tảng di truyền: có tính di truyền và phổ biến hơn ở một số gia đình nhất định. Các biến thể di truyền đã được phát hiện ở bệnh nhân THA kháng trị nhưng ước tính chỉ chiếm <3% sự biến thiên của HA (5).

YẾU TỐ NGUY CƠ

Một nghiên cứu đoàn hệ lớn cho thấy những người mắc THA kháng trị (16,2%) có nhiều khả năng là nam giới, người da trắng, lớn tuổi hơn, và mắc đái tháo đường. Họ cũng có nhiều khả năng đang dùng thuốc chẹn β , chẹn kênh canxi, và chẹn α -adrenergic so với các nhóm thuốc khác. Các yếu tố dự báo THA kháng trị hoặc thứ phát: béo phì, đái tháo đường, kiểm soát HA xấu đi ở bệnh nhân THA trước đây ổn định, khởi phát ở tuổi <20 hoặc >50, không có tiền sử gia đình mắc THA, tổn thương cơ quan đích đáng kể, THA giai đoạn 2 (SBP >160 mm Hg hoặc DBP >100 mm Hg), bệnh thận, và sử dụng rượu hoặc chất gây nghiện.

PHÒNG NGỪA CHUNG

Việc phòng ngừa THA kháng trị và thứ phát được cho là tương tự như đối với THA nguyên phát hoặc vô căn: Áp dụng chế độ ăn Tiếp cận Chế độ ăn để Ngăn ngừa Tăng huyết áp (DASH), chế độ ăn ít natri, giảm cân ở bệnh nhân béo phì, tập thể dục, hạn chế uống rượu, và ngừng hút thuốc lá đều có thể mang lại lợi ích. Các kỹ thuật thư giãn có thể hữu ích, nhưng dữ liệu còn hạn chế.

CÁC TÌNH TRẠNG THƯỜNG ĐI KÈM

Rối loạn giấc ngủ; béo phì.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Hỏi hoặc xem lại trong mỗi lần khám: quy tắc ghi nhớ SANS: (i) Salt intake – lượng muối ăn vào, (ii) Alcohol intake – lượng rượu uống vào, (iii) NSAID use – sử dụng NSAID, (iv) Sleep – giấc ngủ (gợi ý của tác giả, dựa trên tài liệu tham khảo được liệt kê) (1).
- Hỏi về sự tuân thủ điều trị. Ước tính trong năm đầu điều trị THA, chỉ 20% bệnh nhân tuân thủ đủ tốt để đạt lợi ích lâm sàng (5).
- Xem lại các trị số HA đo tại nhà; cân nhắc đo HA lưu động (ABPM).
- Bệnh sử sẽ thay đổi tùy theo nguyên nhân gây THA thứ phát.
 - Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA): ngáy to khi ngủ, buồn ngủ ban ngày
 - U tủy thượng thận: các cơn đau đầu, hồi hộp đánh trống ngực, vã mồ hôi
 - Hội chứng Cushing: tăng cân, mặt tròn, yếu cơ, dễ bầm tím, vô kinh
 - Tăng thể tích trong lòng mạch: phù

KHÁM THỰC THỂ

- Đảm bảo HA được đo đúng cách. Bệnh nhân nên ngồi yên tĩnh, có tựa lưng, trong ít nhất 5 phút trước khi đo. Kích cỡ băng quấn phù hợp: túi hơi quấn quanh ít nhất 80% chu vi cánh tay. Đỡ cánh tay ngang mức tim. Đo tối thiểu hai lần, cách nhau ít nhất 1 phút. Kiểm tra HA ở cả hai tay. Cũng nên kiểm tra HA khi đứng để phát hiện hạ HA tư thế.
- USPSTF khuyến nghị "lấy các phép đo bên ngoài môi trường lâm sàng để xác nhận chẩn đoán". Chú ý đến các dấu hiệu liên quan đến nguyên nhân có thể có: THA do mạch máu thận: tiếng thổi tâm thu/tâm trương ở bụng; u tủy thượng thận: vã mồ hôi, nhịp tim nhanh; hội chứng Cushing: rậm lông, mặt tròn như mặt trăng, bướu mỡ sau gáy, vết rạn da màu tím, béo phì trung tâm; bệnh tuyến giáp: tuyến giáp to, run, lồi mắt, nhịp tim nhanh; hẹp eo động mạch chủ: THA ở chi trên kèm mạch đùi giảm hoặc chậm.
- Kiểm tra mạch, nghe tim, kiểm tra phù ở chân, soi đáy mắt.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Giả kháng trị (Pseudoresistance).

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & ĐIỂN GIẢI

- Điện tâm đồ (ECG) được thực hiện như một phần của đánh giá ban đầu; LVH là dấu hiệu quan trọng của THA kháng trị.
- Nghiên cứu giấc ngủ nếu bệnh sử và khám thực thể gợi ý. Khuyến nghị sử dụng thang điểm buồn ngủ Epworth.
- Đa ký giấc ngủ tại nhà đã được chứng minh là chính xác trong tầm soát OSA. Đo oxy máu qua đêm (overnight oximetry) không hữu ích.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

Các xét nghiệm chẩn đoán ban đầu giới hạn nên bao gồm tổng phân tích nước tiểu, công thức máu toàn phần (CBC), kali, natri, đường huyết, creatinin, bilan lipid, hormone kích thích tuyến giáp (TSH), và canxi. 50% bệnh nhân cường aldosteron có thể có nồng độ kali bình thường.

- Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh được liệt kê chỉ cần thiết khi bệnh sử, khám thực thể, hoặc dữ liệu xét nghiệm gợi ý.
- Siêu âm bụng: nếu nghi ngờ bệnh thận.
- Siêu âm Doppler mạch máu (duplex ultrasonography) có thể là xét nghiệm được ưu tiên đối với bệnh mạch máu thận. Chụp cộng hưởng từ mạch máu thận (MRA) có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp và có thể gây hại nhiều hơn. Chụp mạch qua ống thông truyền thống hoặc chụp CT mạch máu có thể cần thiết để xác nhận chẩn đoán.
- "U tình cờ phát hiện" ở tuyến thượng thận thường gặp trong thời đại nhiều xét nghiệm CT hiện nay. Nếu phát hiện trong bối cảnh THA kháng trị, cần cân nhắc cường aldosteron hoặc các tình trạng cường corticoid thượng thận.

Xét nghiệm theo dõi & Các cân nhắc đặc biệt

Có thể cân nhắc xét nghiệm thêm để chẩn đoán PA.

- Điều trị theo kinh nghiệm bằng thuốc đối kháng aldosteron có thể là lựa chọn ưu tiên hơn và phù hợp về mặt lâm sàng: spironolactone hoặc eplerenone (ít tác dụng giống estrogen hơn spironolactone). Amiloride có thể là lựa chọn để giữ kali nhưng chưa được chứng minh có ảnh hưởng đến nồng độ aldosteron.
- Tỷ lệ aldosteron/renin huyết tương (ARR) là xét nghiệm được ưu tiên, nhưng việc thực hiện và diễn giải đúng cách khá khó khăn. Nên tham khảo phòng xét nghiệm tham chiếu và diễn giải kết quả một cách thận trọng.
 - Xét nghiệm thêm (tầm soát) đối với u tủy thượng thận: metanephrine huyết tương.
 - Các xét nghiệm khác cần cân nhắc đối với THA kháng trị hoặc thứ phát: nước tiểu 24 giờ tìm cortisol tự do, canxi, hormone tuyến cận giáp (PTH), nghiệm pháp ức chế dexamethasone 1 mg qua đêm, xét nghiệm độc chất trong nước tiểu.

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Cân nhắc đo huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM), đặc biệt khi nghi ngờ hiệu ứng áo choàng trắng. Kết quả đo HA tại nhà dự báo tử vong, đột quỵ, và tổn thương cơ quan đích khác tốt hơn so với đo tại phòng khám. Quy trình tối ưu bao gồm hai lần đo theo cặp: buổi sáng và buổi tối (bốn lần đo) trong 4 đến 7 ngày.

- Thiết bị đo dao động ký (oscillometric), điện tử, đặt ở cánh tay trên, hoàn toàn tự động và có bộ nhớ: lấy trung bình nhiều lần đo trong vài ngày.

Xem <http://www.dableducational.org/>

ĐIỀU TRỊ

- Phương thức điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây THA. Vui lòng xem từng nguyên nhân được liệt kê để biết thông tin về cách điều trị phù hợp.

- Viện Quốc gia về Chăm sóc Sức khỏe và Chất lượng Điều trị (National Institute for Health Care and Excellence) (5) đưa ra một thuật toán quản lý hữu ích, nhấn mạnh vào thay đổi lối sống: chế độ ăn, giảm natri, vận động thể lực, uống rượu điều độ.
- Nhấn mạnh việc tuân thủ hướng dẫn JNC 8 và/hoặc AHA/ACC, chú trọng thay đổi lối sống (1),(2)[C].
 - Bệnh nhân béo phì và người cao tuổi có thể đáp ứng đặc biệt tốt với lợi tiểu.
 - Có thể xảy ra tình trạng dung nạp với lợi tiểu: thích nghi lâu dài với thiazide hoặc "hiệu ứng phanh" (braking effect). Cân nhắc tăng liều thiazide hoặc thêm thuốc ức chế aldosteron.
- Điều trị đặc hiệu cho một số nguyên nhân thứ phát nhất định
 - PA: thuốc đối kháng thụ thể aldosteron: spironolactone hoặc eplerenone (thuốc sau có tác dụng giống estrogen ít hơn)
 - Hội chứng Cushing: thuốc đối kháng thụ thể aldosteron
 - OSA: thở áp lực dương liên tục (CPAP) ± oxy, phẫu thuật, giảm cân
 - Dụng cụ đưa hàm dưới ra trước có thể hiệu quả tương đương ở một số bệnh nhân.
 - Thiếu oxy về đêm: bổ sung oxy
 - Phá hủy thần kinh giao cảm thận còn gây tranh cãi vì các phương pháp hiện tại phần lớn chưa chứng minh được lợi ích lâm sàng. Một nghiên cứu gần đây về phá hủy thần kinh thận qua ống thông cho thấy SBP giảm nhẹ, nhưng cần có các nghiên cứu lớn hơn để xác định lợi ích tổng thể (6).
- Điều trị hẹp động mạch thận do xơ vữa (ARAS) còn gây tranh cãi. Một phân tích gộp gần đây một lần nữa đặt câu hỏi về giá trị của đặt stent qua da. Thuốc ức chế men chuyển (ACEi) và ARB có thể mang lại lợi ích về tử vong lâu dài (5)[C].

THUỐC

- Tuân theo các hướng dẫn và thuật toán điều trị của JNC 8 và AHA/ACC/CDC, đồng thời hiểu rõ sự khác biệt giữa các hướng dẫn này (1)[C],(2)[C].
- Thêm một loại thuốc vào phác đồ có thể hiệu quả hơn so với việc tăng liều thuốc hiện có (xem thuật toán quản lý JNC 8, phương án B) (2).
- Dùng thuốc không phải lợi tiểu vào buổi tối có thể tăng hiệu quả điều trị và giảm các kết cục bất lợi liên quan đến THA (7)[A].
- Sử dụng theo kinh nghiệm thuốc đối kháng aldosteron thường mang lại hiệu quả.
- Các thuốc tác động trung ương (ví dụ: clonidine) có hiệu quả trong việc hạ HA, nhưng còn thiếu dữ liệu về kết cục.

CẢNH BÁO

- Các thuốc đặc hiệu để điều trị các trường hợp cấp cứu THA nên được khởi động trong những tình huống mà việc hạ HA ngay lập tức sẽ giúp phòng ngừa hoặc hạn chế tổn thương cơ quan đích (xem "Cấp cứu Tăng huyết áp").
- THA do mạch máu thận: Nong mạch (angioplasty) là điều trị được lựa chọn đối với loạn sản xơ cơ của động mạch thận.
- Nghiên cứu CORAL kết luận rằng ở bệnh nhân bị bệnh mạch máu thận do xơ vữa kèm THA, việc đặt stent động mạch thận không cải thiện kết cục so với chỉ điều trị nội khoa đơn thuần.
- Chuyển đến chuyên gia hoặc phòng khám chuyên về THA: Các nghiên cứu hồi cứu cho thấy tỷ lệ kiểm soát HA được cải thiện ở những bệnh nhân THA kháng trị được chuyển đến các phòng khám chuyên khoa THA.

Thuốc đầu tay (First Line)

- Đối với bệnh nhân không phải người da đen: lợi tiểu thiazide, ACEi hoặc ARB (không phối hợp cả hai), CCB.
- Đối với bệnh nhân người da đen: lợi tiểu thiazide, CCB. Hydralazine và isosorbide mononitrate hoặc dinitrate là các lựa chọn khác. Lưu ý: Việc kê đơn dựa trên chủng tộc gần đây đã bị đặt câu hỏi. Tuy nhiên, người gốc Phi có thể không đáp ứng tốt với ACEi hoặc ARB.

Thuốc thứ hai (Second Line)

Phối hợp lợi tiểu thiazide với ACEi, ARB, hoặc CCB, hoặc thêm lợi tiểu giữ kali. Thuốc chẹn β — đặc biệt nếu có chỉ định thuyết phục như bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc CHF — đau nửa đầu và loạn nhịp nhanh cũng có thể là chỉ định.

Thuốc thứ ba (Third Line)

Thêm thuốc chưa được sử dụng ở bậc thứ hai; nếu điều này vẫn không hạ HA đủ mức, cần bắt đầu tầm soát các nguyên nhân thứ phát (sử dụng NSAID mạn tính, lạm dụng rượu, hẹp động mạch thận, v.v.).

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYẾN

Nếu việc kiểm soát không thành công, cân nhắc chuyển đến trung tâm chuyên về THA hoặc chuyên khoa thận. Nếu xác định được nguyên nhân thứ phát, chuyển đến chuyên khoa phù hợp.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG KHÁC

Các can thiệp không dùng thuốc, ngoài các thay đổi lối sống tiêu chuẩn, có thể hữu ích.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Chương trình Y học Tích hợp của Đại học Wisconsin có tài liệu phát tay và thông tin dành cho bệnh nhân rất hữu ích.

CÂN NHẮC KHI NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ, VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Các biện pháp chung đối với tình trạng THA khẩn cấp hoặc cấp cứu.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Khuyến khích hoạt động thể lực hiếu khí 30 phút/ngày, tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

CHẾ ĐỘ ĂN

- Giảm muối có thể giúp hạ HA ở một số bệnh nhân.
- Khuyến nghị chế độ ăn Địa Trung Hải hoặc DASH.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Khuyến nghị theo dõi huyết áp tại nhà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, và cộng sự. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):1269–1324.

2. James PA, Oparil S, Carter BL, và cộng sự. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507–520.
3. Muntner P, Shimbo D, Carey RM, và cộng sự. Measurement of blood pressure in humans: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2019;73(5):e35–e66.
4. Sinnott SJ, Smeeth L, Williamson E, và cộng sự. Trends for prevalence and incidence of resistant hypertension: population based cohort study in the UK 1995-2015. BMJ. 2017;358:j3984.
5. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, và cộng sự. Resistant hypertension: detection, evaluation, and management: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2018;72(5):e53–e90.
6. Böhm M, Kario K, Kandzari DE, và cộng sự. Efficacy of catheter-based renal denervation in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED Pivotal): a multicentre, randomised, sham-controlled trial. Lancet. 2020;395(10234):1444–1451.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/recommendations> Xuất bản ngày 28/8/2019. Truy cập ngày 27/1/2021.

XEM THÊM

Cường Aldosteron, Nguyên phát; Hẹp eo Động mạch chủ; Bệnh Cushing và Hội chứng Cushing; Cường Cận giáp; Tăng huyết áp, Vô căn; Cường giáp; U tuyến Thượng thận.

MÃ BỆNH

ICD10

- I15.9 Tăng huyết áp thứ phát, không xác định
- I15.8 Tăng huyết áp thứ phát khác
- I15.0 Tăng huyết áp do mạch máu thận

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- Khởi phát THA ở người trưởng thành >60 tuổi là dấu hiệu mạnh gợi ý THA thứ phát.
- Nên cân nhắc sử dụng thuốc ức chế aldosteron trong tất cả các trường hợp THA kháng trị.
- Theo dõi HA tại nhà dự báo kết cục tốt hơn so với theo dõi HA tại phòng khám.