

TĂNG HUYẾT ÁP, VÔ CĂN

Ronald N. Adler, MD, FAAFP • Jeremy Golding, MD, FAAFP

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Tăng huyết áp (THA) vô căn là THA không xác định được nguyên nhân; còn gọi là THA nguyên phát và (gọi không chính xác là) THA lành tính. Mặc dù tầm quan trọng của bệnh như một yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch và các bệnh lý, tử vong khác đã được xác lập rõ ràng, vẫn còn nhiều tranh cãi về các ngưỡng khuyến nghị để chẩn đoán và điều trị.
- THA được định nghĩa (theo Ủy ban Quốc gia Liên hợp [JNC] 8) (1) và theo Hiệp hội Tăng huyết áp Quốc tế như sau (tất cả trị số tính bằng mm Hg):
 - Tuổi <60: huyết áp tâm thu (SBP) ≥ 140 và/hoặc huyết áp tâm trương (DBP) ≥ 90 ở ≥ 2 lần khám
 - Tuổi ≥ 60 : SBP ≥ 150 và/hoặc DBP ≥ 90 ở ≥ 2 lần khám
 - Có đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn (CKD): SBP ≥ 140 và/hoặc DBP ≥ 90
 - Trường Môn Tim mạch Hoa Kỳ (ACC)/Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) sử dụng SBP ≥ 130 và/hoặc DBP ≥ 80 làm mốc "THA giai đoạn 1", cần được điều trị bằng vận động thể lực và thay đổi lối sống, chỉ dùng thuốc khi bệnh nhân thuộc nhóm "nguy cơ cao hơn", được định nghĩa là tuổi ≥ 65 , có CKD, đái tháo đường, hoặc đã có bệnh tim mạch (CVD).

Cân nhắc ở người cao tuổi

THA tâm thu đơn độc rất thường gặp. Điều trị đã được chứng minh có hiệu quả và mang lại lợi ích trong việc phòng ngừa đột quỵ, bệnh lý tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân (2)[A], mặc dù mục tiêu SBP ở người cao tuổi cao hơn so với người trẻ (~150 mm Hg tâm thu), và các phản ứng bất lợi với thuốc cũng thường gặp hơn. Lợi ích của điều trị đã được chứng minh rõ ràng ở người cao tuổi có SBP ≥ 160 . Bệnh nhân rất cao tuổi có thể có nguy cơ cao gặp biến cố bất lợi liên quan đến điều trị thuốc THA. Bằng chứng về lợi ích mạnh nhất được ghi nhận khi sử dụng nhóm lợi tiểu thiazide.

Cân nhắc ở trẻ em

Được định nghĩa là SBP hoặc DBP $\geq$ bách phân vị thứ 95 qua các lần đo lặp lại. Đo huyết áp trong các lần khám định kỳ bắt đầu từ 3 tuổi. Tiền THA: SBP hoặc DBP nằm giữa bách phân vị 90 và 95.

Cân nhắc ở phụ nữ mang thai

- Huyết áp tăng trong thai kỳ có thể là THA mạn tính, THA do thai kỳ, hoặc tiền sản giật. Thuốc ức chế men chuyển (ACE) và thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB) là chống chỉ định.
- Tử vong ở mẹ và thai nhi giảm khi điều trị THA nặng (xem chủ đề "Tiền sản giật và Sản giật (Nhiễm độc thai nghén)"); các thuốc ưu tiên: labetalol, nifedipin, methyldopa, hoặc hydralazin.

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ hiện mắc

Tùy theo định nghĩa được sử dụng, 32–46% người trưởng thành tại Hoa Kỳ mắc THA; tỷ lệ mới mắc và hiện mắc cao hơn ở nam giới.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

>90% các trường hợp THA không xác định được nguyên nhân. Về chẩn đoán phân biệt và nguyên nhân của THA thứ phát, xem "Tăng huyết áp Thứ phát và Kháng trị."

Di truyền

Mức huyết áp có tính chất gia đình rõ rệt. Cần xem xét nguy cơ mắc bệnh tim mạch có tính chất gia đình.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Tiền sử gia đình, béo phì, sử dụng rượu, ăn nhiều muối, căng thẳng, ít vận động thể lực, hút thuốc lá, đề kháng insulin, ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA).

CHẨN ĐOÁN

- Mặc dù hướng dẫn của ACC/AHA năm 2017 mang tính tích cực hơn, nhiều chuyên gia vẫn coi khuyến nghị của JNC 8 (1) là ưu tiên hàng đầu.
- Những người phản biện hướng dẫn ACC/AHA nêu ra nhiều lo ngại về phương pháp luận. Người <130/80 (theo ACC/AHA) so với JNC 8 sẽ dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị THA cho hàng triệu người khác, trong khi lợi ích chưa rõ ràng và một số tác hại là không thể tránh khỏi.
- Chương này sử dụng JNC 8 làm cơ sở, nhưng các khuyến nghị vẫn phù hợp bất kể áp dụng hướng dẫn nào. Chúng tôi khuyến nghị đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể và ra quyết định chung với bệnh nhân.

BỆNH SỬ

THA thường không có triệu chứng, trừ những trường hợp cực đoan hoặc sau khi xuất hiện các biến chứng tim mạch liên quan. Đau đầu có thể gặp khi huyết áp cao, thường xuất hiện lúc thức dậy và ở vùng chẩm.

KHÁM THỰC THỂ

- Chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo. Đo huyết áp ở cả hai tay (xem phần kỹ thuật đúng bên dưới — rất quan trọng để chẩn đoán và điều trị chính xác). Đo huyết áp không đúng cách là nguyên nhân thường gặp gây chẩn đoán quá mức.
- Khám tim mạch và mạch ngoại biên toàn diện: So sánh mạch quay và mạch đùi về biên độ và thời gian (đánh giá hẹp eo động mạch chủ [đặc biệt ở người trẻ], hẹp động mạch dưới đòn). Soi đáy mắt để phát hiện hẹp tiểu động mạch, dấu hiệu bất chéo động-tĩnh mạch, xuất huyết, xuất tiết và phù gai thị.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- THA thứ phát: Chỉ nên tầm soát khi bệnh sử, khám thực thể hoặc xét nghiệm cơ bản gợi ý khả năng cao. Cũng nên cân nhắc ở bệnh nhân không đáp ứng với điều trị (xem "Tăng huyết áp Thứ phát và Kháng trị").
- THA áo choàng trắng: huyết áp tăng khi đo tại phòng khám nhưng bình thường khi đo ngoài phòng khám.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & ĐIỂN GIẢI

CẢNH BÁO

Khi đo huyết áp: tránh caffein, vận động thể lực và hút thuốc lá >30 phút trước khi đo. Bệnh nhân nên ngồi yên, có tựa lưng, ít nhất 5 phút, chân đặt trên sàn, cánh tay được đỡ ngang mức tim. Dùng băng quấn đúng kích cỡ. Xả hơi băng quấn từ từ hoặc dùng máy đo tự động. Lấy trung bình của hai lần đo trở lên, tránh "làm tròn" kết quả. Có thể để bệnh nhân ở một mình để đo tại phòng khám bằng máy tự động hoặc do bệnh nhân tự kích hoạt.

Tuyên bố năm 2021 của Lực lượng Đặc nhiệm Dịch vụ Dự phòng Hoa Kỳ (USPSTF) (Mức khuyến cáo A): Chẩn đoán THA cần được xác nhận bằng các phép đo huyết áp bên ngoài môi trường lâm sàng. Đo huyết áp tại nhà (HBPM) có tương quan tốt hơn với kết cục tim mạch so với trị số đo tại phòng khám, đồng thời giúp giảm thiểu sai số của phép đo tại phòng khám (3)[A]. Nên khuyến khích đo huyết áp tại nhà để chẩn đoán và theo dõi. Đối với kết quả HBPM, ngưỡng chẩn đoán là $\geq 135/85$, và mục tiêu điều trị là $<135/85$.

Đo huyết áp lưu động (ABPM) là phương pháp lý tưởng, nhưng không phổ biến rộng rãi tại Hoa Kỳ.

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

- Hemoglobin hoặc hematocrit hoặc công thức máu toàn phần; kali, canxi, creatinin, và acid uric; tổng phân tích nước tiểu toàn diện (protein niệu, tiểu máu).
- Bilan lipid. Đường huyết đói hoặc HbA1c. Cân nhắc khả năng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân có BMI cao (2).
- Điện tâm đồ (ECG) để đánh giá khả năng phì đại thất trái (LVH) hoặc các bất thường về nhịp.

Xét nghiệm theo dõi & Các cân nhắc đặc biệt

- ABPM hoặc HBPM khi nghi ngờ THA "áo choàng trắng", THA từng cơn, hoặc rối loạn chức năng thần kinh tự chủ. Đo lưu động có thể đặc biệt hữu ích khi nghi ngờ rối loạn thần kinh tự chủ.
- Thực hiện đánh giá nguy cơ tim mạch. Công cụ đánh giá nguy cơ của ACC/AHA có xu hướng ước tính nguy cơ cao hơn thực tế (từ 50% trở lên, đặc biệt ở người cao tuổi). Định nghĩa "nguy cơ thấp" loại trừ những bệnh nhân có tiền sử CVD, đái tháo đường, CKD, và tăng cholesterol máu gia đình hoặc bệnh động mạch vành sớm có tính gia đình.

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Phần điều trị được trình bày theo hướng dẫn JNC 8. Các tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây của các thử nghiệm ngẫu nhiên không ủng hộ khuyến nghị mục tiêu huyết áp thấp hơn tiêu chuẩn cho nhóm dân số nguy cơ trung bình. Cần cân nhắc tác hại tiềm ẩn của điều trị so với lợi ích tiềm năng.
- Mục tiêu điều trị:
 - Tuổi <60: SBP <140 và DBP <90 (đối với HBPM <135/85)
 - Tuổi ≥60: SBP <150 và DBP <90 (đối với HBPM <140/90)
 - Tuổi ≥60 có CKD hoặc đái tháo đường: SBP <140 và DBP <90 (đối với HBPM <135/85)
- Có thể cân nhắc điều trị tích cực hơn ở bệnh nhân nguy cơ cao đáp ứng tiêu chuẩn tuyển chọn của nghiên cứu SPRINT, vì điều trị tích cực cho thấy cải thiện kết cục, nhưng cần điều trị 61 bệnh nhân không đái tháo đường (số cần điều trị – NNT) trong 3 năm để đạt SBP mục tiêu <120 mm Hg nhằm phòng ngừa một biến cố tim mạch nặng, và 90 bệnh nhân như vậy trong 3 năm để phòng ngừa một trường hợp tử vong (NNT 90).
- Ngay cả trong dự phòng thứ phát, vẫn chưa có kết luận chắc chắn về hiệu quả so sánh giữa điều trị tích cực và điều trị tiêu chuẩn.
- Mục tiêu điều trị cá thể hóa nên được thiết lập cùng với bệnh nhân sau khi thảo luận về lợi ích và tác hại tiềm năng (ra quyết định chung) (2).
- Khuyến nghị cải thiện lối sống, bao gồm chế độ ăn, vận động thể lực, và giảm hoặc ngưng thuốc lá/rượu.
- Lợi ích của điều trị thuốc ở bệnh nhân nguy cơ thấp mắc THA độ I (140–150/90–99) vẫn chưa rõ ràng, với các tác hại bao gồm ngất, tổn thương thận và rối loạn điện giải. Cần cá thể hóa quyết định.
- Điều trị bệnh nhân CKD hoặc đái tháo đường đến mục tiêu huyết áp thấp hơn tiêu chuẩn (<140/90) dường như không làm giảm thêm tỷ lệ tử vong hoặc bệnh tật. Cần cá thể hóa mục tiêu huyết áp dựa trên yếu tố nguy cơ và mong muốn của bệnh nhân.
- Phần lớn lợi ích điều trị đạt được là nhờ hạ SBP rất cao (ví dụ từ 190 xuống 150), so với lợi ích khi hạ từ 150 xuống 136. Việc cố gắng hạ thêm một chút huyết áp bằng cách thêm thuốc thứ tư hoặc thứ năm để đạt "mục tiêu" mang lại ít lợi ích lâm sàng hơn và dễ gây tác dụng phụ hơn. Mục tiêu DBP thấp hơn tiêu chuẩn JNC-8 không liên quan đến giảm bệnh tật/tử vong.

THUỐC

- Phối hợp nhiều thuốc ở liều dưới tối đa có thể đạt được huyết áp mục tiêu với ít tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, cần cân nhắc lợi ích này với các thách thức về tuân thủ điều trị do gánh nặng số lượng viên thuốc tăng và phác đồ dùng thuốc phức tạp hơn.
- Ở bệnh nhân dùng >1 loại thuốc, nên uống các thuốc không phải lợi tiểu vào buổi tối để có tác dụng hạ áp tốt hơn trong 24 giờ.
- Nên thử đơn trị liệu tuần tự với các nhóm thuốc khác nhau vì đáp ứng cá nhân khác nhau.
- Nhiều bệnh nhân sẽ cần phối hợp nhiều loại thuốc.
- Đối với đơn trị liệu ban đầu, chọn một trong 4 nhóm thuốc: ức chế men chuyển (ACE), ARB, chẹn kênh canxi (CCB), hoặc lợi tiểu; ưu tiên lợi tiểu thiazide hoặc CCB làm thuốc đầu tay ở quần thể người da đen nói chung.
- Thuốc chẹn β như atenolol trước đây được khuyến nghị mạnh mẽ. Tuy nhiên, các phân tích gộp gần đây cho thấy chẹn β có thể có lợi ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ, suy tim (CHF), đau nửa đầu, và bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI).
- Thuốc ức chế men chuyển nên được sử dụng ở bệnh nhân đái tháo đường, protein niệu, rung nhĩ, hoặc suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF), nhưng không dùng trong thai kỳ.
- Thuốc chẹn α -adrenergic không phải là lựa chọn đầu tay cho đơn trị liệu nhưng vẫn được dùng làm lựa chọn thứ hai sau khi phối hợp các thuốc đầu tay; có thể có lợi ở nam giới có phì đại lành tính tuyến tiền liệt (BPH).
- CCB có thể được cân nhắc ở bệnh nhân THA tâm thu đơn độc, xơ vữa động mạch, đau thắt ngực, đau nửa đầu, hoặc hen phế quản; đã được chứng minh rõ ràng giúp giảm nguy cơ đột quỵ.

Thuốc đầu tay (First Line)

- Lợi tiểu thiazide có thể không hiệu quả khi độ thanh thải creatinin <30.
 - Chlorthalidone: 12,5–25,0 mg/ngày (thời gian bán hủy dài hơn và mạnh hơn hydrochlorothiazide nhưng gây hạ natri máu và hạ kali máu nhiều hơn); có bằng chứng mạnh nhất cho thuốc này.
 - Hydrochlorothiazide: 12,5–50,0 mg/ngày; indapamide: 1,25–2,50 mg/ngày; metolazone: 2,5–5,0 mg/ngày hiệu quả hơn các thiazide khác ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận, nhưng còn thiếu dữ liệu về kết cục.
- Ức chế men chuyển: lisinopril: 5–40 mg/ngày; enalapril: 5–40 mg/ngày; ramipril: 2,5–20,0 mg/ngày; benazepril: 10–40 mg/ngày.
- CCB: amlodipine: 2,5–10 mg/ngày; nifedipine (phóng thích chậm): 30–90 mg/ngày; diltiazem CD: 180–360 mg/ngày; verapamil (phóng thích chậm): 120–480 mg/ngày.
- ARB: losartan: 25–100 mg chia 1–2 lần, có tác dụng tăng thải acid uric độc đáo nhưng khiêm tốn; valsartan: 80–320 mg/ngày; irbesartan: 75–300 mg/ngày; candesartan: 4–32 mg/ngày; telmisartan: 20–80 mg/ngày; ức chế renin: aliskiren 150–300 mg/ngày.
- Chống chỉ định: Lợi tiểu thiazide có thể làm nặng thêm bệnh gút. Chẹn β (tương đối) trong hen phế quản, block tim, đái tháo đường, và bệnh mạch máu ngoại biên; có lẽ nên tránh ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa hoặc đái tháo đường cần dùng insulin. Diltiazem hoặc verapamil: không dùng khi có rối loạn chức năng tâm thu hoặc block tim. Amlodipine gây phù ngoại biên.

Thuốc thứ hai (Second Line)

- Trước khi tăng bậc điều trị, cần đảm bảo bệnh nhân tuân thủ đúng phác đồ đã kê. Hầu hết các nhóm thuốc có thể phối hợp với nhau. Chọn thuốc bổ sung có tác dụng bổ trợ lẫn nhau (ví dụ: ức chế men chuyển/ARB phối hợp lợi tiểu, hoặc thuốc giãn mạch phối hợp lợi tiểu hoặc chẹn β). Không phối hợp ức chế men chuyển với ARB.

- THA kháng trị với thuốc (xem chủ đề "Tăng huyết áp Thứ phát và Kháng trị"): spironolactone 25–100 mg/ngày hoặc eplerenone 50 mg một đến hai lần/ngày đặc biệt hiệu quả.
- Chẹn β có thể hiệu quả ở bệnh nhân nhịp tim nhanh lúc nghỉ. Metoprolol succinate cho phép dùng một lần/ngày trong khoảng liều rộng (25–400 mg/ngày). Carvedilol và labetalol phối hợp tác dụng chẹn α và β .
- Thuốc chủ vận α_2 tác động trung ương: clonidine 0,1–1,2 mg x 2 lần/ngày hoặc miếng dán hàng tuần 0,1–0,3 mg/ngày; guanfacine 1–3 mg/ngày; hoặc methyl dopa 250–2.000 mg x 2 lần/ngày.
- Thuốc đối kháng α -adrenergic: prazosin 1–10 mg x 2 lần/ngày, terazosin 1–20 mg/ngày, hoặc doxazosin 1–16 mg/ngày.
- Thuốc giãn mạch: hydralazine 10–25 mg x 4 lần/ngày; nguy cơ nhịp nhanh nên thường phối hợp với chẹn β ; cũng có thể gây lupus ban đỏ hệ thống (SLE) do thuốc. Minoxidil: hiếm khi sử dụng do tác dụng phụ; có thể hiệu quả hơn các thuốc khác trong suy thận và THA kháng trị.
- Metolazone và lợi tiểu quai có thể được dùng khi suy thận nặng hơn, nhưng thiếu dữ liệu về kết cục; lợi tiểu quai (cho quá tải thể tích): furosemide 20–320 mg/ngày hoặc bumetanide 0,5–2,0 mg/ngày.
- Lợi tiểu giữ kali ở bệnh nhân hạ kali máu khi dùng thiazide: amiloride 5–10 mg/ngày hoặc triamterene 50–150 mg/ngày.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Phản hồi sinh học (biofeedback) và các bài tập thư giãn.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

CẢNH BÁO

Kiểm tra lại điện giải, BUN/creatinin khoảng 3–6 tuần sau khi bắt đầu dùng lợi tiểu thiazide, ARB, hoặc ức chế men chuyển, để đánh giá các biến chứng do thuốc. Tái khám bệnh nhân mỗi 3–6 tháng cho đến khi ổn định, sau đó mỗi 6–12 tháng. Cân nhắc cho bệnh nhân tự theo dõi huyết áp; theo dõi các vấn đề về chất lượng cuộc sống bao gồm chức năng tình dục.

- Tuân thủ điều trị kém là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng "thất bại điều trị" biểu kiến.
- Ít nhất kiểm tra creatinin và kali hằng năm cho bệnh nhân dùng lợi tiểu, ức chế men chuyển, và ARB.

CHẾ ĐỘ ĂN

- ~20% bệnh nhân sẽ đáp ứng với chế độ ăn giảm muối (<6 g NaCl hoặc <2,4 g Na/ngày). Giới hạn tiêu thụ rượu <1 oz/ngày.
- Cân nhắc chế độ ăn Tiếp cận Chế độ ăn để Ngăn ngừa Tăng huyết áp (DASH):

http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/hbp_low.pdf

BIẾN CHỨNG

Suy tim và suy thận, phì đại thất trái (LVH), nhồi máu cơ tim, xuất huyết võng mạc, đột quỵ, bệnh tim do tăng huyết áp, tác dụng phụ của thuốc, rối loạn cương dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, và cộng sự. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(6):430–437.
3. U.S. Prevention Services Task Force. Hypertension in adults: screening.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening> Xuất bản ngày 27/4/2021. Truy cập ngày 16/11/2021.

XEM THÊM

Tăng huyết áp, Thử phát và Kháng trị; Cấp cứu Tăng huyết áp; Bệnh Thận Đa nang

MÃ BỆNH

ICD10

I10 Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- Điều trị THA giúp giảm nguy cơ các biến cố tim mạch bất lợi nặng (MACE). Số bệnh nhân cần điều trị (NNT) để phòng ngừa một MACE dao động từ 10–50 mỗi năm ở bệnh nhân THA nặng, nhưng lên tới hàng trăm hoặc hàng nghìn mỗi năm ở bệnh nhân THA nhẹ.
- Đo huyết áp ngoài phòng khám.
- Điều trị quá tích cực có thể gây ra những tác hại đáng kể, đặc biệt ở người cao tuổi.