

2022

Cơ tăng huyết áp khẩn cấp



BS. Nguyễn Hoàng Lộc

UpToDate

8/27/2022

Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults

Authors: Joseph Varon, MD, FACP, FCCP, FCCM, FRSM, William J Elliott, MD, PhD

Section Editors: George L Bakris, MD, William B White, MD

Deputy Editor: John P Forman, MD, MSc

Contributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

Literature review current through: **Jul 2022**. | This topic last updated: **Nov 17, 2021**.

Table of Contents

A. Giới thiệu và định nghĩa	2
B. Đánh giá	2
C. Điều trị	3
I. Các tiếp cận chung	
II. Tốc độ hạ huyết áp nhanh đến mức nào là phù hợp	4
III. Mục tiêu hạ huyết áp	5
IV. Các chiến lược điều trị	5
Khi nào nên hạ huyết áp theo thời gian tính bằng nhiều giờ	5
Khi nào nên hạ huyết áp theo thời gian tính bằng nhiều ngày	6

A. Giới thiệu và định nghĩa

Tăng huyết áp nặng trên người trưởng thành (thường thường được định nghĩa là huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 120 mmHg) có thể gây ra nhiều biến chứng đe dọa tính mạng. Các biến chứng này bao gồm: bệnh não tăng huyết áp, xuất huyết võng mạc, phù gai thị, hoặc tổn thương thận cấp và bán cấp.

Xuất hiện nhiều và phổ biến hơn, đó là các bệnh nhân tăng huyết áp nặng nhưng chỉ có triệu chứng tương đối nhẹ hoặc hoàn toàn không hề có triệu chứng mặc dù huyết áp của họ đang trong ngưỡng “nặng” (ví dụ như $\geq 180/\geq 120$ mmHg), thường thường chỉ đau đầu nhẹ nhưng không hề có triệu chứng của việc tổn thương cơ quan đích. Các kiểu tăng huyết áp nặng không triệu chứng này thỉnh thoảng còn được gọi với cái tên là tăng huyết áp khẩn cấp, và cũng như tăng huyết áp cấp cứu, nó thường xảy ra trên

Bảng 1: các bước đo huyết áp chuẩn

các bệnh nhân không chịu tuân thủ thuốc điều trị huyết áp hoặc không chịu tuân thủ chế độ ăn giảm mặn.

Bài này sẽ tóm tắt lại cách điều trị tăng huyết áp khẩn cấp. Các khuyến cáo bên dưới bài chỉ áp dụng cho các bệnh nhân không có tổn thương cơ quan đích cấp hoặc tổn thương cơ quan đích đang tiến triển.

B. Đánh giá

Điểm quan trọng bậc nhất khi đánh giá một bệnh nhân tăng huyết áp nặng là phải loại trừ cho bằng được tổn thương cơ quan đích cấp tính hoặc đang tiến triển, bởi vì khi đó sẽ không còn là tăng huyết áp khẩn cấp nữa mà sẽ là tăng huyết áp cấp cứu.

Thêm nữa, tăng huyết áp nặng nên được xác định nhanh bằng cách đo huyết áp lặp lại nhiều lần và phải đo đúng chuẩn. (như bảng 1)

Các bước quan trọng để đo huyết áp đúng chuẩn	Các hướng dẫn chuyên biệt
Bước 1: chuẩn bị bệnh nhân phù hợp	1. Bệnh nhân ngồi ghế có tựa lưng, thư giãn >5 phút 2. Bệnh nhân nên tránh caffe, thể thao, hút thuốc ít nhất 30 phút trước đo 3. Đảm bảo bệnh nhân có bàng quang trống 4. Cả bệnh nhân và người đo không được trò chuyện với nhau trong suốt thời gian bệnh nhân thư giãn và suốt thời gian đo 5. Cởi tất cả các đồ đạc tại vị trí quấn bao huyết áp 6. Việc đo huyết áp thực hiện khi bệnh nhân đang ngồi hoặc đang nằm trên bàn thăm khám
Bước 2: sử dụng kỹ thuật chuẩn để đo huyết áp	1. Sử dụng thiết bị đo huyết áp đã được chứng nhận và được kiểm tra thường xuyên định kỳ 2. Hỗ trợ tay bệnh nhân (vd đang ngồi ghế) 3. Vị trí chính giữa của bao quấn nên ngang

	mức nhĩ phải (điểm giữa xương ức) - Sử dụng bao quấn có kích thước chuẩn - Cả màng và chuồng của ống nghe đều có thể được sử dụng để ghi nhận tiếng mạch
Bước 3: tiến hành đo	- Trong lần khám đầu tiên, đo huyết áp cả 2 tay và ghi nhận giá trị huyết áp ở tay cao hơn - Đo lặp lại sau 1-2 phút - Bắt mạch, tại vị trí mất mạch bơm thêm 20-30mmHg rồi đặt ống nghe - Xả cuff với tốc độ 2mmHg mỗi giây và nghe tiếng Korotkoff
Bước 4: ghi nhận chỉ số huyết áp chính xác	Ghi nhận huyết áp tâm thu và tâm trương. Ghi nhận huyết áp tâm thu tại vị trí nghe được tiếng Korotkoff đầu tiên, ghi nhận huyết áp tâm trương tại vị trí biến mất tiếng Korotkoff.
Bước 5: đọc giá trị trung bình	Sử dụng giá trị trung bình của 2 lần đo trong 2 lần đến thăm khám để quyết định mức huyết áp
Bước 6: trả kết quả đọc cho bệnh nhân	

C. Điều trị

Cho đến hiện giờ điều trị tối ưu cho các bệnh nhân tăng huyết áp khẩn cấp vẫn chưa được là rõ ràng. Các dữ liệu từ các nghiên cứu cho thấy điều trị bệnh nhân tăng huyết áp khẩn cấp ngoại trú không hiệu quả và họ thường bỏ việc tái khám điều trị. Thêm nữa, nhiều bệnh nhân trong các bệnh nhân này đã quay lại nhập cấp cứu chỉ trong vòng 3 tháng với tình trạng huyết áp không kiểm soát nổi.

Các tiếp cận chung – có nhiều câu hỏi đã được đặt ra xung quanh việc điều trị bệnh nhân tăng huyết áp khẩn cấp như:

- Huyết áp nên hạ nhanh nhưng với tốc độ như thế nào? – huyết áp nên hạ thấp với tốc độ tính bằng giờ đến ngày, tốc độ hạ nên chậm hơn nữa có thể nên thực hiện trên các bệnh nhân lớn tuổi, là các bệnh nhân rất nhạy cảm dễ bị thiếu máu tim hoặc não nếu huyết áp hạ quá nhanh.

- Mức huyết áp mục tiêu là bao nhiêu khi hạ trong khoảng thời gian vừa nêu? – huyết áp thường thường nên được hạ xuống <160/<100 mmHg. Tuy nhiên, áp lực động mạch trung bình không nên bị hạ thấp hơn ngưỡng 25-30% trong 2 đến 4 giờ đầu. Do đó, huyết áp mục tiêu ngắn hạn trong vài giờ đầu có thể cần phải trên 160/100 mmHg ở các bệnh nhân có mức huyết áp rất cao. Cách tiếp cận này không được nghiên cứu quá rõ ràng và chủ yếu là dựa vào kinh nghiệm. Với dài hạn, huyết áp nên được giảm nhiều hơn (ví dụ <140/<90 mmHg hoặc <130/<80 mmHg)
- Mục tiêu huyết áp này nên đạt được bằng cách nào? – chiến lược hạ huyết áp trên các bệnh nhân này sẽ phụ thuộc vào câu hỏi liệu bệnh nhân nên được hạ huyết áp nhanh đến cỡ nào, hạ trong thời gian tính bằng giờ hay hạ trong thời gian tính bằng ngày. Cần biết thêm, việc chuyển bệnh nhân đến một nơi

yên tĩnh nghỉ ngơi là đã có thể hạ huyết áp từ 10-20mmHg hoặc thậm chí nhiều hơn nữa.

- Nếu huyết áp cần được hạ với thời gian tính bằng giờ, thì vài bác sỹ sẽ chọn clonidine hoặc captopril đường uống, tuy nhiên hiệu quả rất biến đổi. Ngược lại, vài bác sỹ lại thích dùng các thuốc tác dụng dài (ví dụ như amlodipine, chlorthalidone) và hẹn tái khám lại sau 1-2 ngày.
- Nếu huyết áp cần được hạ với thời gian tính bằng ngày, tiếp cận của chúng tôi sẽ tùy thuộc vào tình huống đấy là gì. Nhìn chung, điều trị sẽ là tiếp tục thuốc huyết áp đang có (ở các bệnh nhân không tuân thủ điều trị), hoặc thêm thuốc trên toa có sẵn.

Tốc độ hạ huyết áp nhanh đến mức nào là phù hợp

Tốc độ hạ nhanh đến cỡ nào mà vẫn đem lại sự an toàn vẫn còn đang bị tranh cãi và cho tới nay vẫn chưa có một bằng chứng y khoa nào đủ mạnh để thống nhất việc này. Trên bệnh nhân không có triệu chứng, lời khuyên vẫn là hạ từ từ với thời gian tính bằng giờ đến ngày.

Lời khuyên trên bất nguồn và mong muốn đạt được sự cân bằng giữa 2 thành tố:

1. Các yếu tố biến cố nguy cơ có thể xảy ra (nhồi máu não, tổn thương thận cấp, nhồi máu cơ tim) nếu huyết áp hạ quá nhanh hoặc hạ dưới ngưỡng tự điều chỉnh của cơ thể để duy trì tình trạng tưới máu mô
2. Nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch tức thì khi tình trạng huyết áp tăng lên quá cao.

Chẳng có một bằng chứng lợi ích nào cho thấy từ việc hạ huyết áp nhanh trên bệnh nhân không triệu chứng, và hầu hết các bệnh nhân nhập viện

đều có thể điều trị ngoại trú. Các nghiên cứu sau đây đã mô tả điều đó:

- Một nghiên cứu hồi cứu với 59,535 bệnh nhân, nhập viện với tăng huyết áp nặng không triệu chứng, người ta không thấy có lợi ích gì giữa nhóm bệnh nhân nằm cấp cứu với nhóm bệnh nhân điều trị tại nhà. Vào tháng thứ 6 của nghiên cứu, tỷ lệ các biến cố tim mạch nặng thấp tương đương ở cả 2 nhóm bệnh nhân (0.9 percent), và nhóm bệnh nhân điều trị tại nhà có tỷ lệ nhập viện 30 ngày thấp hơn (48 versus 59 percent). Mặc dù tỷ lệ kiểm soát được huyết áp tốt hơn ở nhóm nhập cấp cứu, nhưng đến cuối tháng thứ 6 người ta chẳng ghi nhận được sự khác biệt gì.
- Một nghiên cứu hồi cứu khác gồm 1016 bệnh nhân nhập khoa cấp cứu; 435 được điều trị huyết áp bằng phương pháp khẩn cấp, nhóm khác gồm 581 bệnh nhân thì được điều trị nhưng không khẩn cấp bằng. Không có sự khác biệt gì giữa 2 nhóm tại thời điểm 24 giờ và 30 ngày sau đó. Và cũng chẳng có sự khác biệt có ý nghĩa gì về tử vong tại thời điểm 30 ngày và 1 năm theo dõi.

Ngược lại, việc điều trị hạ áp quá nhanh và quá cực đoan có thể gây ra thiếu máu não và thiếu máu cơ tim hoặc thậm chí tổn thương thận nếu huyết áp bị tụt xuống dưới ngưỡng tưới máu mô. Các biến cố này thường được quan sát thấy với việc điều trị bằng nifedipine ngâm dưới lưỡi mà thường dẫn đến việc tụt huyết áp không thể kiểm soát và ngoài tầm dự đoán. Dĩ nhiên, không chỉ riêng nifedipine, các nhóm thuốc khác vẫn có thể gây hạ áp nhanh, mạnh và ngoài tầm dự đoán. Trong một nghiên cứu, 147 nhập viện với huyết áp tâm thu ≥ 220 mmHg hoặc tâm trương ≥ 120 mmHg được theo dõi sau

khi cho uống thuốc huyết áp. Vào giờ thứ 5, huyết áp tâm thu đã tụt dưới <140 mmHg ở 30 bệnh nhân và <120 mmHg ở 9 bệnh nhân; 14 bệnh nhân (9%) bị tụt huyết áp dưới 100 mmHg. Clonidine chịu trách nhiệm cho sự tụt huyết áp cực đoan này.

Các biến cố nguy cơ nên được cân nhắc kỹ trên từng cá thể bệnh nhân chuyên biệt khi quyết định việc nên hạ huyết áp nhanh đến cỡ nào. Ví dụ các bệnh nhân lớn tuổi sẽ là các cá thể có nguy cơ thiếu máu não và tim khi huyết áp hạ quá nhanh và/ hoặc quá nhiều. Trên các bệnh nhân có áp lực mạch lớn (ví dụ huyết áp tâm trương <90 mmHg và huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg) thì huyết áp mục tiêu ban đầu cần đạt được nên ở một tốc độ chậm hơn (có thể tính bằng tuần hoặc hơn nữa).

Mục tiêu hạ huyết áp

Ở người trưởng thành, mục tiêu hạ huyết áp nếu cần hạ trong thời gian ngắn là $\leq 160/\leq 100$ mmHg. Tuy nhiên, trong vài giờ đầu, huyết áp trung bình không nên hạ thấp hơn 25 to 30 % so với ban đầu.

Các chiến lược điều trị - Tất cả các bệnh nhân nên được đến phòng yên tĩnh để nằm nghỉ. Chỉ cần nằm nghỉ 30 phút thôi, huyết áp có thể giảm $\geq 20/10$ mmHg trong 32% bệnh nhân. Nếu không hiệu quả thì lúc đó hãy cân nhắc đến việc dùng thuốc để hạ áp.

Khi nào nên hạ huyết áp theo thời gian tính bằng nhiều giờ

Bệnh nhân có các nguy cơ biến cố tim mạch khi huyết áp cao, bao gồm bệnh nhân có túi phình nội sọ hoặc túi phình động mạch chủ đã được chẩn đoán, sẽ là nhóm bệnh nhân nên hạ huyết áp tính bằng giờ.

Có rất nhiều cách khác nhau để hạ huyết áp theo giờ bao gồm, nifedipine uống hoặc ngâm;

nitrates, captopril, hoặc clonidine uống hoặc hydralazine; Tuy nhiên, **nifedipine ngâm dưới lưỡi là chống chỉ định** trong bối cảnh này và **không** nên sử dụng. Như đã lưu ý ở trên, thiếu máu tim hoặc não có thể xảy ra nếu hạ huyết áp quá cực đoan, và người ta thấy nó thường xuất hiện khi bác sĩ điều trị bằng nifedipine ngâm dưới lưỡi. Đây cũng là lý do chính viên nifedipine đã không được FDA Hoa Kỳ thông qua, và đó cũng là lý do nhiều bệnh viện đặc biệt là khoa cấp cứu cấm sử dụng thuốc này.

Có sự khác biệt về chính sách của các quốc gia và vùng lãnh thổ trong việc điều trị tăng huyết áp khẩn cấp. Ở vài nơi, chính sách bắt buộc huyết áp phải được điều trị và hạ thấp dưới ngưỡng tùy ý trước khi cho bệnh nhân xuất viện. Trên các bệnh nhân như vậy, 2 thuốc phổ biến được sử dụng là:

- Clonidine uống
- Captopril uống (nếu bệnh nhân không quá tải thể tích)

Tuy nhiên, thỉnh thoảng các thuốc hạ áp khác cũng có thể được sử dụng. Vài chuyên gia lại thích chọn các nhóm thuốc hạ áp tác dụng dài (loại dùng để trị tăng huyết áp mạn) hơn là chọn ưu tiên các thuốc tác dụng ngắn.

Sau khi cho thuốc, bệnh nhân nên được theo dõi để đảm bảo sau vài giờ huyết áp giảm được từ 20-30 mmHg. Sau đó, một thuốc tác dụng dài nên được kê, và bệnh nhân có thể được cho về nhà để theo dõi và tái khám sau vài ngày. Huyết áp có thể giảm lâu hơn khi sử dụng thuốc captopril và có thể giảm nhiều hơn với các bệnh nhân xơ hóa động mạch thận.

Một tiếp cận an toàn hơn đó là hãy thôi khoong dùng các thuốc tác dụng ngắn và khởi trị bằng thuốc tác dụng kéo dài (vd như amlodipine hay chlorthalidone) và theo dõi bệnh nhân trong 1-2

ngày. Chiến lược này có thể ưu việt hơn việc ngay từ đầu sử dụng thuốc tác dụng ngắn, và có lẽ trong tương lai nó sẽ giúp nhìn nhận lại việc có nên sử dụng thuốc tác dụng ngắn trong điều trị ban đầu ở bệnh nhân tăng huyết áp nặng không triệu chứng.

Khi nào nên hạ huyết áp theo thời gian tính bằng nhiều ngày

Bệnh nhân mà không cần hạ huyết áp quá nhanh (tính bằng giờ như đã nêu trên), nên được hạ áp theo thời gian tính bằng ngày. Trên các bệnh nhân mà không tuân thủ điều trị, thì chỉ cần cho sử dụng tiếp thuốc đã có thường là đã đủ.

Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp đã được điều trị trước đó – Trong số các bệnh nhân đã được điều trị huyết áp thì các điều sau đây có thể phù hợp với họ:

- Tái sử dụng lại các thuốc huyết áp trước đó (nhưng tránh các thuốc gây tăng huyết áp dội như đồng vận alpha-2-trung ương, beta blockers liều cao) khi họ không tuân thủ điều trị.
- Tăng liều thuốc hiện tại họ đang dùng hoặc thêm thuốc. Thực tế, chúng tôi quan sát thấy cách tăng liều thường được sử dụng hơn.
- Thêm một thuốc lợi tiểu phù hợp chức năng thận, dẫn dắt bệnh nhân lại việc hạn chế muối mặn,

Nhóm bệnh nhân không điều trị gì trước đó – với nhóm này sẽ có nhiều lựa chọn. Việc điều trị nên cân nhắc đến nguy cơ khi tăng huyết áp nặng kéo dài, và nguy cơ xuất hiện các biến cố mạch máu khi hạ áp quá nhanh.

Tới hiện tại chưa có nghiên cứu nào khuyến cáo một thuốc đặc hiệu nào nên sử dụng trên nhóm

bệnh nhân mà huyết áp họ nên hạ với thời gian tính bằng ngày. Nhóm thuốc CCB (không phải nifedipine), Beta-bloker, ACEi, ARB đều có thể sử dụng.

Vài chuyên gia khởi trị bằng việc kết hợp thuốc hoặc dùng viên kết hợp. Nguyên lý cho việc này đó là hầu hết các bệnh nhân với huyết áp $\geq 20/10$ mmHg huyết áp mục tiêu sẽ đòi hỏi cần nhiều hơn một thuốc huyết áp. Nếu, trên một bệnh nhân chưa điều trị gì, nhập viện với cơn tăng huyết áp khẩn cấp không triệu chứng, mục tiêu hạ áp nên được hạ theo ngày (hơn là theo giờ), và kết hợp thuốc nên được sử dụng. Cá nhân chúng tôi chọn sự kết hợp một CCB tác dụng dài cộng với một ACEi/ARB tác dụng dài. Việc chọn lựa của chúng tôi dựa trên nghiên cứu ACCOMPLISH, được thảo luận trong một bài khác.

Không có nhiều khả năng cho việc kết hợp 2 thuốc tác dụng kéo dài ở liều thấp nhất gây ra việc hạ áp quá nhanh và cực đoan. Dĩ nhiên, khi kết hợp thuốc thì cần phải theo dõi sát bệnh nhân, bởi vì, tác dụng của hiệp đồng 2 thuốc đôi khi không xảy ra trong vài ngày đầu, mà có thể lâu hơn, nếu không theo dõi sát huyết áp có thể hạ quá nhanh mà không hay biết.

Theo dõi và follow-up – Bệnh nhân tăng huyết áp nặng không triệu chứng thường được điều trị tại khoa cấp cứu, do họ là các bệnh nhân cần được xét nghiệm để loại tổn thương cơ quan đích và họ cần được điều trị thuốc và theo dõi nhiều giờ. Dĩ nhiên, các bệnh nhân này vẫn có thể điều trị và theo dõi tại phòng khám nếu điều kiện theo dõi cho phép.

Lý tưởng nhất, bệnh nhân nên được theo dõi vài giờ để đảm bảo huyết áp ổn định hoặc đang cải thiện dần. Nếu họ vẫn không có triệu chứng, thì họ có thể được chuyển sang điều trị lâu dài sao cho huyết áp mục tiêu $\leq 160/100$ mmHg. Qua

nhiều tuần lễ hoặc qua nhiều tháng sau, thuốc huyết áp nên được chỉnh lại để cố gắng đạt

được mức huyết áp tối ưu nhất cho từng cá thể hóa bệnh nhân.

THE END – THANK YOU

