

**CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP 2018
THEO Y HỌC CHỨNG CỨ**

Phân độ THA:

Loại	Tâm thu (mmHg)	Và	Tâm trương (mmHg)
Tối ưu	<120	Và	<80
Bình thường	120-129	Và/hoặc	80-84
Bình thường cao	130-139	Và/hoặc	85-89
Độ 1	140-159	Và/hoặc	90-99
Độ 2	160-179	Và/hoặc	100-109
Độ 3	≥180	Và/hoặc	≥110
THA TT đơn thuần	≥140	Và	<90

Cận lâm sàng:

Khuyến cáo CLS ở BN THA	Loại	MCC
Tim		
ECG cho tất cả BN	I	B
Siêu âm tim:		
- ECG bất thường hoặc có dấu hiệu hoặc triệu chứng RLCNTT	I	B
- Xem xét khi có dày TT có thể ảnh hưởng đến ĐT	IIb	B
Mạch máu		
- SA ĐM cảnh: + BN đột quy hoặc TMNTQ + Có thể xem xét nếu có mảng xơ vữa hoặc hẹp ĐM cảnh ở BN có bệnh mạch máu khác	I II b	B B
- Đo ABI để phát hiện bệnh ĐM chi dưới	II b	B
Thận		
- Creatinin máu và MLCT ở tất cả BN	I	B
- Đo Albumin niệu, tỷ lệ Cre máu/NT ở tất cả BN	I	B
- SA và Doppler thận xem xét ở BN suy CN thận, Albumin/ niệu hoặc THA thứ phát	II a	C
Soi đáy mắt		
THA độ 2 hoặc 3 và ở tất cả BN ĐTĐ	I	C
Có thể xem xét ở BN khác	II b	C
Não		
BN THA kèm TC về thần kinh, CT hoặc MRI để phát hiện NMN, XH vi mạch và tổn thương chất trắng	II b	B

Mục tiêu điều trị:

Nhóm	HATT mmHg	HATTr mmHg
Người lớn tuổi: 65-80 t	130-139	Phụ thuộc YTNC
Người trên 80 t	130-139, nếu dung nạp	
ĐT thuốc khởi đầu	Khởi đầu 2 thứ thuốc, trừ trường hợp lớn tuổi có ít YTNC và THA độ 1 (HATT<150mmHg)	
THA kháng trị	HA vẫn cao khi đã phối hợp thêm Spironolacton liều thấp hoặc khi đã phối hợp liều cao Thiazid hoặc lợi tiểu quay hoặc khi đã thêm Bisoprolol hoặc Doxazolin	

Yếu tố nguy cơ 10 năm:

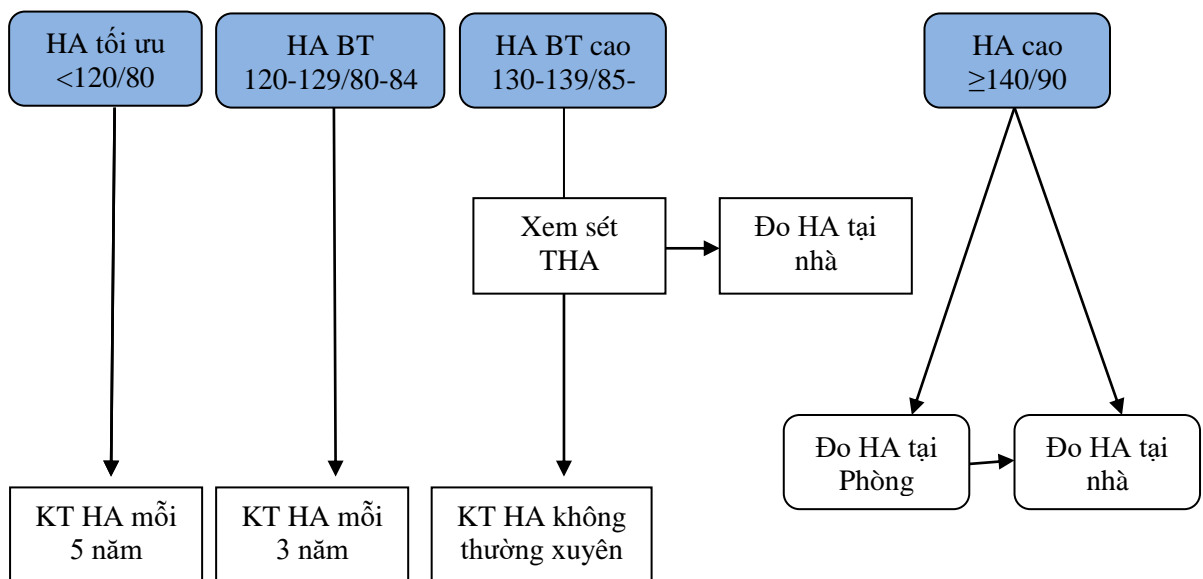
Rất cao	Nếu có bất kỳ yếu tố nào sau đây: <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh mạch vành: gồm NMCT cấp, HC vành cấp, đột quy, cơn TMNTQ, phình động mạch chủ và bệnh ĐM ngoại vi - Bệnh mạch vành qua chụp mạch vành hoặc siêu âm. - ĐTĐ có tổn thương cơ quan đích như: Protein niệu, hoặc 1 YTNC lớn như THA độ 3 hoặc tăng Cholesterol máu. - Bệnh thận mạn: MLCT <30ml/p/1,73m² da.. - Chỉ số nguy cơ 10 năm $\geq 10\%$
Cao	Người bệnh có bất kỳ 1 trong những YTNC sau: <ul style="list-style-type: none"> - Có 1 YTNC duy nhất: như Cholesterol > 8mmol/l, tăng Cho máu gia đình, hoặc THA độ 3 ($\geq 180/110$mmHg) - ĐTĐ (trừ ĐTĐ typ 1 ở người trẻ) - Lớn thất T do THA - BTM : MLCT 30-59ml/p/1,73m² da - Chỉ số nguy cơ 10 năm 5-10%
Vừa	Người bệnh với: <ul style="list-style-type: none"> - Chỉ số nguy cơ 10 năm: ≥ 1- <5% - THA độ 2 - Người trung niên kèm yếu tố này.
Thấp	Người bệnh với: <ul style="list-style-type: none"> - Chỉ số nguy cơ 10 năm: <1%

Giai đoạn THA và mức nguy cơ

THA	YTNC khác, TT cơ quan đích	HA mmHg			
		BT cao TT: 130-139 TTr: 85-89	Độ 1 TT: 140-159 TTr: 90-99	Độ 2 TT: 160-179 TTr: 100-109	Độ 3 TT: ≥ 180 hoặc TTr: ≥ 110
GD 1 (Không BC)	Không YTNC khác	Thấp	Thấp	TB	Cao
	1-2 YTNC	Thấp	TB	TB- cao	Cao

	≥ 3 YTNC	Thấp - TB	TB- cao	Cao	Cao
GĐ 2 (Bệnh không triệu chứng)	TTCQĐ, BTM GĐ 3, ĐTĐ không TTCQĐ	TB - cao	Cao	Cao	Rất cao
GĐ 3 (Bệnh có triệu chứng)	BMV, BTM ≥ GĐ 4, hoặc ĐTĐ có TTCQĐ	Rất cao	Rất cao	Rất cao	Rất cao

Xử trí THA:



Thay đổi lối sống:

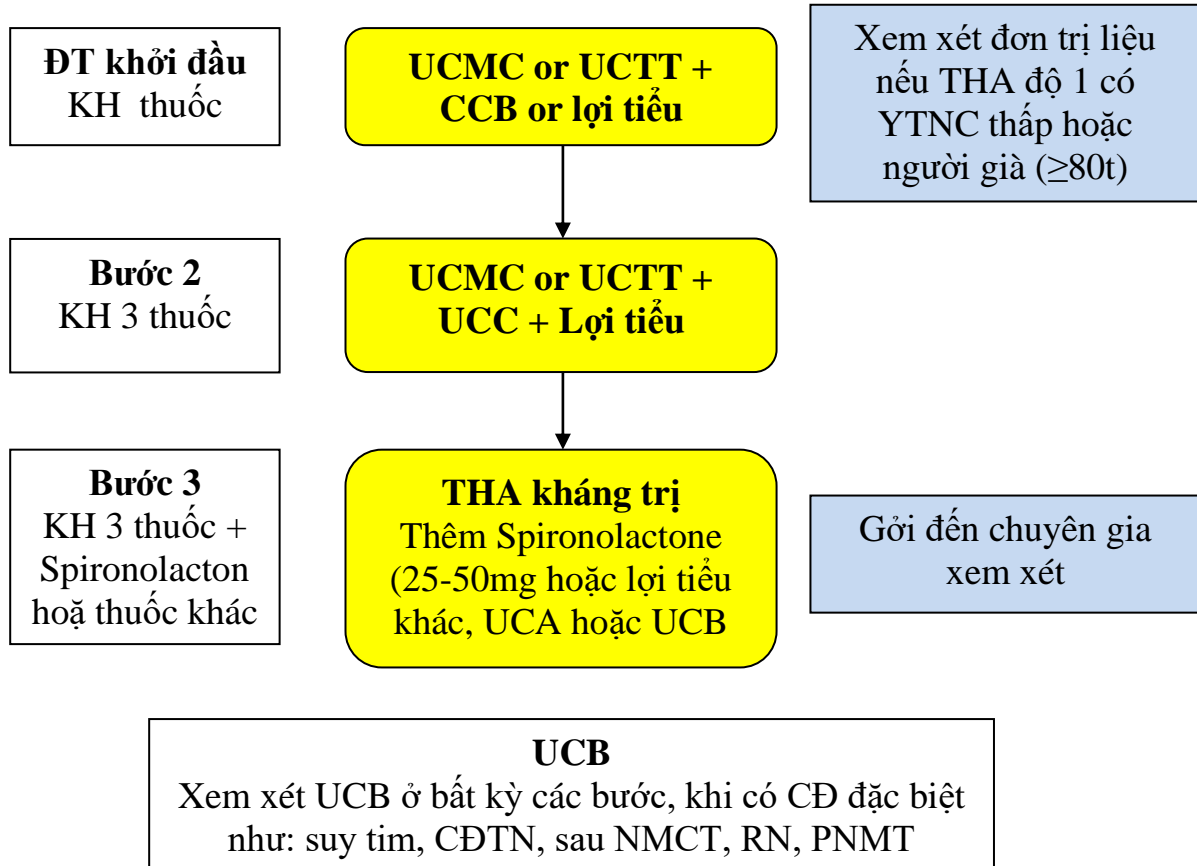
Khuyến cáo	Loại	MCC
Muối <5g/ngày	I	A
Hạn chế rượu bia: + < 14 đv/ tuần/ nam + < 8 đv / tuần/ Nữ	I	A
Tránh uống rượu say	III	C
Tăng khẩu phần rau, trái cây, cá, acid béo không bão hòa. Giảm thịt đỏ, mỡ	I	A
Kiểm soát cân nặng tránh béo phì (BMI>30kg/m ² hoặc vòng bụng: Nam >102, Nữ > 88cm)	I	A
Luyện tập (ít nhất 30p/ngày 5-7 ngày/tuần)	I	A
Ngưng thuốc lá	I	B

Thuốc:

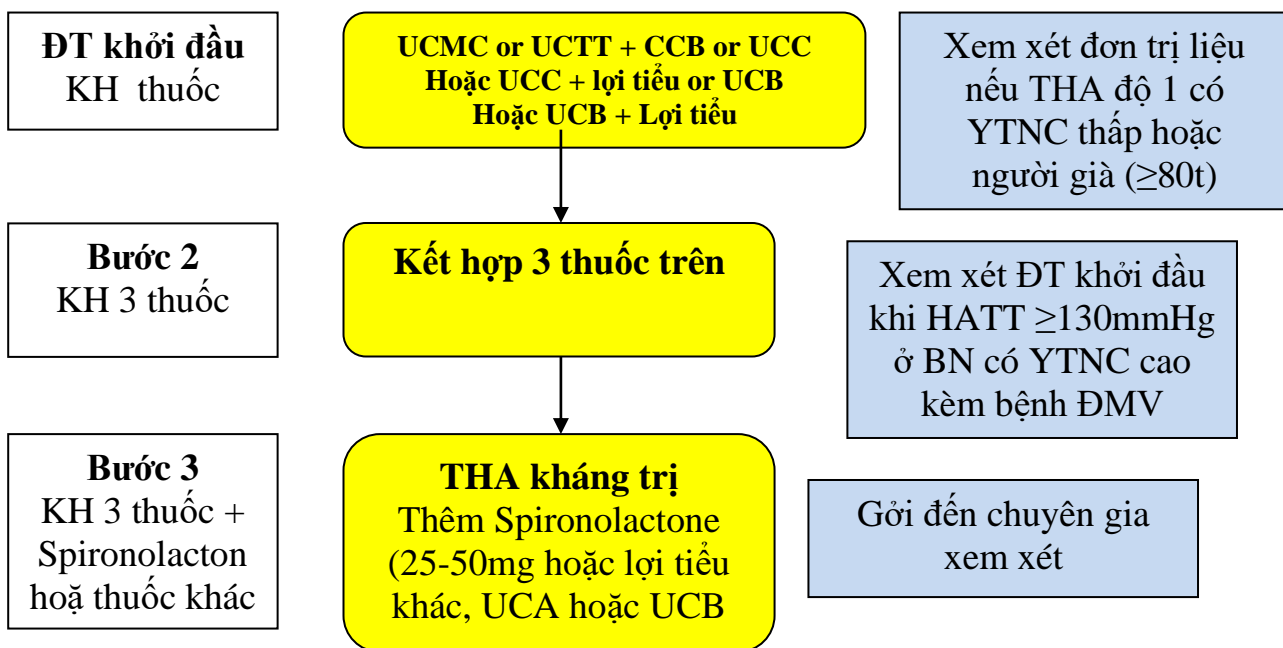
Khuyến cáo	Loại	MCC
Trong tất cả thuốc ĐT THA, UCMC, UCTT, UCB, UCC và lợi tiểu (Thiazid và Thiazid like) có hiệu quả giảm HA và	I	A

biến cố tim mạch và vì thế được chỉ định là thuốc cơ bản để điều trị THA		
ĐT kết hợp thuốc khởi đầu được khuyến cáo hầu hết BN THA. Kết hợp UCMC (hoặc UCTT) với UCC hoặc lợi tiểu	I	A
UCB kết hợp bất kỳ thuốc khác nếu: CĐTĐN, sau NMCT, suy tim hoặc kiểm soát nhịp	I	A
Kết hợp 2 loại thuốc hơn là đơn trị liệu ngoại trừ người lớn tuổi có YTNC thấp và THA độ 1 (đặc biệt là HATT<150mmHg)	I	B
Nếu HA không kiểm soát được khi đã kết hợp 2 loại thuốc, nên tăng liều thuốc kết hợp, thường sử dụng UCTT với UCB và Thiazid/Thiazid like	I	B
Không được kết hợp 2 thuốc UCTT	III	A

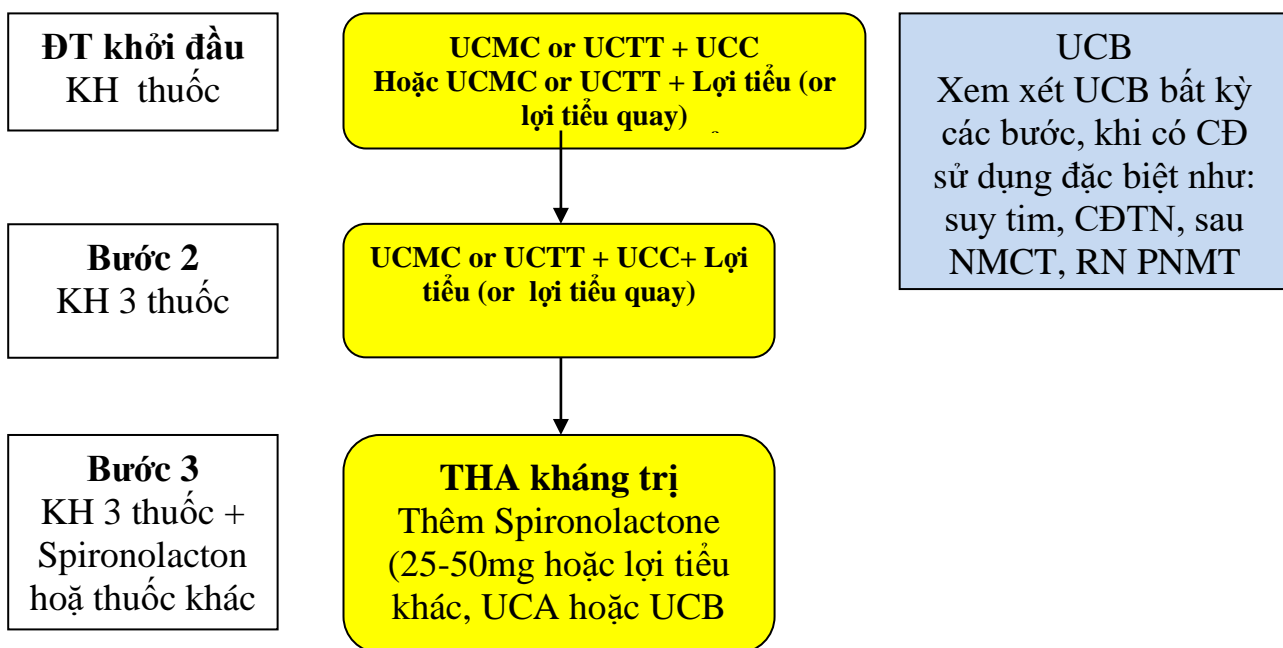
Kết hợp thuốc ĐT THA không biến chứng



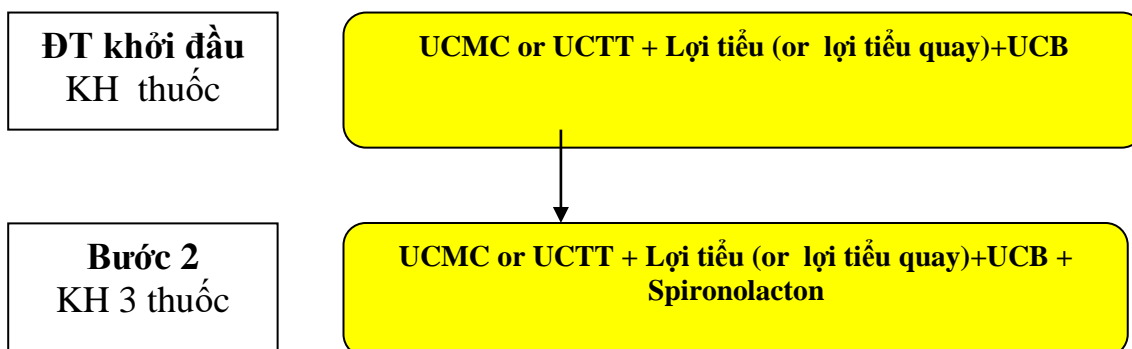
Kết hợp thuốc ĐT THA kèm bệnh mạch vành



Kết hợp thuốc ĐT THA kèm bệnh thận mạn



Kết hợp thuốc ĐT THA kèm suy tim EF giảm



THA kháng trị:

Khuyến cáo	Loại	MCC
THA kháng trị khi: + Liều tối ưu các thuốc gồm: lợi tiểu (đặc biệt là kết hợp UCMC or UCTT + UCC + Thiazid mà HATT và HATT không dưới 140mmHg và/hoặc <90mmHg; và + Không kiểm soát được HA tại phòng khám và HA tại; nhà và + Sau khi đã loại trừ THA giả kháng trị, THA thứ phát	I	C
Khuyến cáo ĐT THA kháng trị: + Xem lại thay đổi lối sống đặc biệt là muối + Thêm Spironolacton liều thấp + Hoặc thêm lợi tiểu khác nếu Không dung nạp Spironolacton như Thiazid hoặc lợi tiểu quay liều cao. + Hoặc thêm Bisoprolol hoặc Doxazosin	I	A

THA ở PNCT:

Khuyến cáo	Loại	MCC
PNCT có THA thai kỳ hoặc THA có trước, có dấu hiệu tổn thương cơ quan, khởi đầu điều trị bằng thuốc khi HATT \geq 140 mmHg hoặc HATT _r \geq 90mmHg	I	C
Các trường hợp khác khởi đầu điều trị bằng thuốc khi HATT \geq 150 mmHg hoặc HATT _r \geq 95mmHg	I	C
Methyldopa, Labetalol, và UCC là thuốc được chọn để ĐT THA thai kỳ	I	B (Methyl) C (Label và UCC)
UCMC, UCTT không dùng cho PNCT	III	C
HATT \geq 170 mmHg hoặc HATT _r \geq 110mmHg ở PNCT là	I	C

tình trạng khẩn cấp, nên cho nhập viện		
THA nặng nên dùng Labetalol TM, Methyldopa uống hoặc Nifedipin	I	C
Nên điều trị THA khẩn cấp bằng Labetalol TM hoặc Nifedipin TM và Magnesium	I	C
Tiền sản giật kèm với OAP nên dùng Nitroglycerin TTM	I	C
THA thai kỳ hoặc tiền sản giật nhẹ, nên sanh ở tuần 37	I	B

THA ở BN ĐTD:

Khuyến cáo	Loại	MCC
Nên dùng thuốc hạ áp để ĐT cho BN ĐTD khi HA \geq 140/90 mmHg	I	A
Người ĐTD được khuyến cáo:		
+ Mục tiêu: HATT từ 130 đến <130mmHg nếu dung nạp được, nhưng không nên <120mmHg	I	A
+ Người già (\geq 65t) MT HATT 130-139mmHg	I	A
+ MT HATT _r <80mmHg nhưng không <70mmHg	I	C
Khởi đầu điều trị kết hợp UCTT với UCC hoặc Thiazid/Thiazid like	I	A
Không được kết hợp UCMC và UCTT	III	A

THA ở BN BTM:

Khuyến cáo	Loại	MCC
BN bệnh thận mạn có ĐTD hay không ĐTD HA \geq 140/90mmHg được ĐT bằng thay đổi lối sống và thuốc hạ HA	I	A
BN bệnh thận mạn có ĐTD hay không ĐTD:	I	A
+ HATT <130- 139mmHg	II a	C
+ ĐT HA tùy theo từng bệnh nhân, nên xem xét sự dung nạp, CN thận và điện giải		
UC hệ Renin Angiotensinogen (UC RAS) có hiệu quả giảm Albumin niệu hơn các thuốc hạ áp khác và nên sử dụng khi có Albumin niệu hoặc Protein niệu	I	A
Không kết hợp 2 thuốc UC hệ Renin Angiotensinogen	III	A

THA ở BN BMV:

Khuyến cáo	Loại	MCC
MT điều trị: HATT \leq 130mmHg nếu dung nạp nhưng không <120mmHg	I	A
BN lớn tuổi (\geq 65t) MT HATT 130-140mmHg	I	A
MT điều trị HATT \leq 80mmHg nhưng không <70mmHg	I	C
BN THA có TS NMCT, UCB và UC RAS nên dùng	I	A
BN có CĐTĐ, UCB và/hoặc UCC nên dùng	I	A

THA ở BN suy tim hoặc dày thất trái:

Khuyến cáo	Loại	MCC
BN THA kèm suy tim (EF giảm) nên hạ HA \geq 140/90mmHg	II a	B
BN suy tim EF giảm nên hạ HA bằng UCMC hoặc UCTT, và UCB và lợi tiểu	I	A
UCC nhóm Dihydropyridin nên thêm nếu không kiểm soát được HA	II b	C
BN suy tim EF không giảm, MT điều trị giống như ST EF giảm	II a	B
Tất cả BN dày thất trái: + Nên dùng UC RAS kết hợp UCC hoặc lợi tiểu	I	A
+ HATT nên < 120-130mmHg	II a	B

THA ở BN đột quỵ cấp và bệnh mạch não:

Khuyến cáo	Loại	MCC
BN xuất huyết nội sọ cấp: + Không nên hạ HA ngay nếu HATT <220mmHg + BN HATT \geq 220mmHg, hạ HA cẩn thận bằng thuốc TM đến <180mmHg	III II a	A B
BN NMN cấp không khuyến cáo dùng thuốc hạ áp, ngoại trừ: + BN NMN cấp nhưng có dùng tiêu sợi huyết, hạ HA cẩn thận và nên duy trì <180/105mmHg cho ít nhất 24 giờ đầu sau khi dùng tiêu sợi huyết + BN THA mà không dùng TSH có thể xem xét dùng thuốc hạ HA dựa trên lâm sàng để giảm HA 15% trong 24 giờ đầu sau khởi phát NMN	III II a II b	A B C
BN THA với biến cố mạch máu não cấp, nên điều trị hạ		

HA: + Ngay đối với TMNTQ	I	A
+ Sau nhiều ngày hội phục NMN	I	A
Tất cả BN THA kèm NMC cấp hoặc CTMNTQ , MT HATT 120-130mmHg	II a	B
Nên dùng thuốc hạ HA cho việc phòng ngừa đột quy bằng UC RAS với UCC hoặc Thiazid/ Thiazid like	I	A

THA ở BN rung nhĩ:

Khuyến cáo	Loại	MCC
BN THA kèm rung nhĩ cần theo dõi HA	I	C
UCB hoặc UCC non-dihydropyridin nên dùng để kiểm soát HA	II a	B
Nên phòng ngừa đột quy bằng thuốc kháng đông ở BN rung nhĩ, THA và CHA2DS2-VASc ≥ 2 ở nam và ≥ 3 ở nữ	I	A
Phòng ngừa đột quy bằng thuốc kháng đông nên xem xét ở BN rung nhĩ, THA và chỉ 1 YTNC (CHA2DS2-VASc =1)	II a	B
Kháng đông uống nên dùng cho BN THA (HATT ≥ 180 mmHg và/hoặc HATT _r ≥ 100 mmHg để HATT < 140mmHg và đến < 130mmHg nên xem xét	II a	B