## I. ĐỊNH NGHĨA

Tăng huyết áp **là**khi huyết áp tâm thu > 140 mmHg **và/hoặc**huyết áp tâm trương > 90 mmHg.

## II. NGUYÊN NHÂN

* Phần lớn tăng huyết áp ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (tăng huyết áp nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường họp là có nguyên nhân (tăng huyết áp thứ phát).
* Nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng và tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp).

## III. CHẨN ĐOÁN

* Chẩn đoán xác định tăng huyết áp: dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình (xem Phụ lục: Quy trình đo huyết áp).
* Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (Bảng 1).

**Bảng 1.**Các ngưỡng chân đoán tăng huyệt áp theo từng cách đo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Huyết áp tâm thu** |  | **Huyết áp tâm trương** |
| 1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trinh | > 140 mmHg |  | > 90 mmHg |
| 2. Đo bằng máy đo huyết áp tự động 24 giờ | > 130 mmHg | Và/hoặc | > 80 mmHg |
| 3. Tự đo tại nhà (đo nhiều lần) | > 135 mmHg |  | > 85 mmHg |

**Phân độ tăng huyết áp:**dựa vào trị số huyêt áp do cán bộ y tê đo được (xem Bàng 2).

Báng 2. Phán độ huyết áp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phân độ huyết áp** | **Huyết áp tâm thu (mmHg)** |  | **Huyết áp tâm trương (mmHg)** |
| Huyết áp tối ưu | < 120 |  | <80 |
| Huyết áp binh thường | 120-129 | Và/hoặc | 84-84 |
| Tiền tăng huyết áp | 130-139 | Và/hoặc | 85-89 |
| Tănq huyết áp độ 1 | 140-159 | Và/hoặc | 90-99 |
| Tăng huyết áp độ 2 | 160-179 | Và/hoặc | 100-109 |
| Tănq huyết áp độ 3 | >= 180 | Và/hoặc | >=110 |
| Tăng huyết áp tâm thu đơn độc | >= 140 |  | <90 |

**Bảng 3.**Phân độ tăng huyết áp theo ACC/AHA 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phân độ tăng huyết áp** | **Huyết áp tâm thu (mmHg)** |  | **Huyết áp tâm trương (mmHg)** |
| Binh thường | < 120 | Và | <80 |
| Bình thường cao | 120-129 | Và | < 80 |
| Tăng huyết áp độ 1 | 130-139 | Hoặc | 80-90 |
| Tăng huyết áp độ 2 | >= 140 | Hoặc | >= 90 |
| Cơn tăng huyet áp  (càn ý kiến bác sĩ ngay lập tức) | > 180 | Và/hoặc | > 120 |

Nêu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn đế xếp loại. Tăng huyết áp tâm thu đơn độc cũng được phân độ theo các mức biên động của huyết áp tâm thu.

Phân tầng nguy cơ tim mạch: dựa vào phân độ huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch và biến cổ tim mạch.

**Bàng 4.**Phân tầng nguy cơ tim mạch

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bệnh cảnh | Huyết áp bình thường | Tiền  Tăng huyết áp | Tăng huyết áp Độ 1 | Tăng huyết áp Độ 2 | Tăng huyết  áp Độ 3 |
|  | Huyết áp tâm thu 120-129 mmHg và huyết áp tâm trương 80-84 mmHg | Huyết áp tâm thu 130-139 mmHg vàyhoặc huyết áp tâm trương 85-89 mmHg | Huyết áp tâm thu 140-159 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương 90-99 mmHg | Huyết áp tâm thu 160-179 mmHg và/hoãc huyết áp tâm trương 100-109 mmHg | Huyết áp tâm thu >180 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương > 110 mmHg |
| Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào |  |  | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung bình | Nguy cơ cao |
| Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) | Nguy cơ thấp | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung binh | Nguy cơ trung bình | Nguy cơ rất cao |
| Có >3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tồn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường | Nguy cơ trung bình | Nguy cơ cao | Nguy cơ cao | Nguy cơ cao | Nguy cơ rất  cao |
| Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính | Nguy cơ rất  cao | Nguy cơ rất cao | Nguy cơ rất  cao | Nguy cơ rất cao | Nguy cơ rât cao |

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc chung

* Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.
* Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch’ ’.
* “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều tri đã đat huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ đế điều chinh kip thời.
* Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh đế tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

### 4.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống:

Áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cằn dùng…

* Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
  + Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày)
  + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi
  + Hạn chê thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no.
* Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5-22,9 kg/m2.
* Cố gắng duy tri vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm ở nữ.
* Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuân/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10 g ethanol tương đương với 330 mL bia hoặc 120 mL rượu vang, hoặc 30 mL rượu mạnh.
* Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
* Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể duc đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.
* Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư dãn, nghỉ ngơi hợp lý.
* Tránh bị lạnh đột ngột.

### 4.3. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc tại tuyến cơ sở

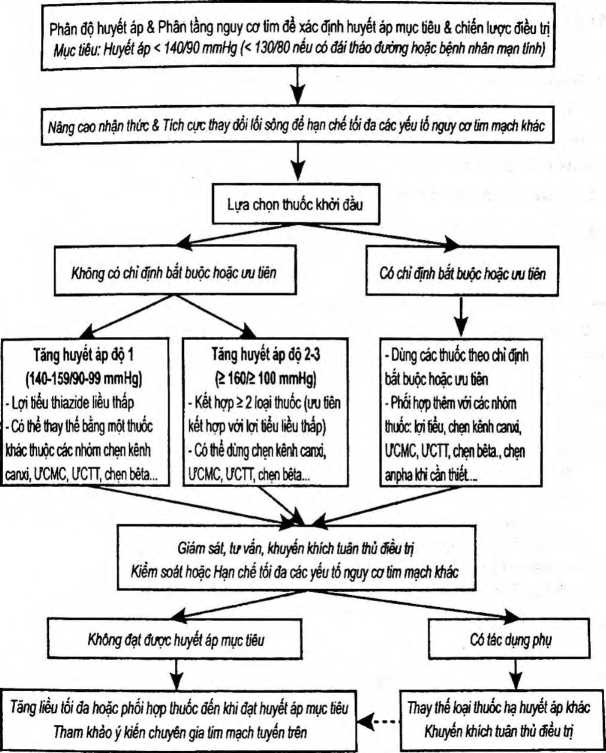
* Chọn thuốc khởi đầu:
  + Tăng huyết áp độ 1: có thể lựa chọn một thuốc trong sồ các nhóm: lợi tiểu thiazide liều thâp; ức chế men chuyển; chẹn kênh canxi loại tác dụng kéo dài; chẹn beta giao cảm (nếu không có chống chỉ định).
  + Tăng huyết áp từ độ 2 trở lên: nên phối hợp hai loại thuốc (lợi tiểu, chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể ATI của angiotensin II, chẹn bêta giao cảm.
  + Từng bước phối hợp các thuốc hạ huyết áp cơ bản, bắt đầu từ liều thâp như lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12,5 mg/ngày), chẹn kênh canxi dạng phóng thích chậm (nifedipine chậm (retard) 10-20 mg/ngày), ức chế men chuyền (enalapril 5mg/ngày; perindopril 2,5-5 mg/ngày…).
* Quản lý người bệnh ngay tại tuyến cơ sở để đảm bảo bệnh nhân được uống thuốc đúng, đủ và đều; đồng thời giám sát quá trình điều trị, tái khám, phát hiện sớm các biên chứng và tác dụng phụ của thuôc theo 4 bước quản lý tăng huyêt áp ở tuyến cơ sở (Phụ lục 3- Quy trình 4 bước điều trị tăng huyết áp tại tuyến cơ sờ).
* Nêu chưa đạt huyết áp mục tiêu: chính liều tối ưu hoặc bô sung thêm một loại thuốc khác cho đến khi đạt huyết áp mục tiêu.
* Neu vẫn không đạt huyết áp mục tiêu hoặc có biến cố: cân chuyền tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.
* Các lý do để chuyển tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch.
* Cân nhắc chuyển đến các đơn vị quản lý tăng huyêt áp tuyen trên hoặc chuyên khoa tim mạch trong các trường hợp sau:
  + Tăng huyết áp tiến triển: tăng huyết áp đe doạ có biến chứng (như tai biến mạch não thoáng qua, suy tìm,…) hoặc khi có các biến cố tim mạch.
  + Nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát hoặc tăng huyết áp ở người trẻ hoặc khi càn đánh giá các tốn thương cơ quan đích.
  + Tăng huyết áp kháng trị mặc dù đã dùng nhiều loại thuốc phối họp (> 3 thuốc, trong đó ít nhất có một thuốc lợi tiểu) hoặc không thể dung nạp với các thuốc hạ áp, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp.
  + Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

### 4.4. Điều trị tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở tuyến trên

Quản lý tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở tuyến trển bao gồm:

* Phát hiện tổn thương cơ quan đích ngay ở giai đoạn tiền lâm sàng (Phụ lục 1- Nguyến nhân gây tăng huyết áp thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng và tồn thương cơ quan đích do tăng huyết áp).
* Loại trừ các nguyến nhân gây tăng huyết áp thứ phát (Phụ lục 1).
* Chọn chiến lược điều trị dưa vào độ huyết áp và mức nguy cơ tim mạch (Phụ lục 4- Chiến lược điều trị theo độ huyết áp và nguy cơ tim mạch).
* Tối ưu hóa phác đồ điều trị tăng huyết áp: dựa vào các chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiến của từng nhóm thuốc hạ huyết áp trong các thể bệnh cụ thể. Phối hợp nhiều thuốc đế tăng khả năng kiểm soát huyết áp thành công, giảm tác dụng phụ và tăng việc tuân thù điều trị của người bệnh (Phụ lục 5- Chỉ định bắt buộc và ưu tiên đối với một số thuốc hạ áp, sơ đồ phối hợp thuốc và Phụ lục 6, mục 1- Một số loại thuốc hạ huyết áp đường uống thường dùng).
* Điều trị các bệnh phối họp và điều trị dự phòng ở nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao.
* Sử dụng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch trong tình huống khẩn cấp như tăng huyết áp ác tính; tách thành động mach chủ; suy thận tiến triển nhanh; sản giật; tăng huyết áp có kèm nhồi máu cơ tim cấp hoặc suy tim trái câp,…
* Một số loại thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch thường dùng).

### ****4.5. LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP****



## ****V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN****

* Nhập viện để xác định chẩn đoán Tăng huyết áp, tầm soát nguyên nhân Tăng huyết áp thứ phát
* Phục vụ điều trị khi thoả mãn 1 trong các tiêu chí:
* Huyết áp dao động bất thường
* Có bằng chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển
* Nghi ngờ “Tăng huyết áp áo choàng trắng”, “Tăng huyết áp ẩn giấu”
* Cần thêm thông tin theo dõi để quyết định điều trị, điều chỉnh thuốc
* Nghi ngờ tăng huyết áp về đêm
* Đánh giá hạ huyết áp triệu chứng

## VI. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG

Tăng huyết áp không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiềm nhu tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim, phình tách thành động mạch chù, suy tim, suy thận,… thậm chí dân đến từ vong.

– Não: đột quị thiếu máu não cấp, xuất huyết não, thiếu máu não thoáng qua, sa sút trí tuệ, hẹp động mạch cảnh.

– Tim: phì đại thất trái (điện tâm đồ hay siêu âm tim), suy tim, loạn nhịp,nhồi máu cơ tim

– Mạch máu:

+ Bệnh mạch máu ngoại vi: xơ cứng, dày, xơ vữa, hẹp và tắt

+ Mắt: xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, phù gai thị.

+ Thận: tiểu microalbumin niệu, protein niệu, tăng creatinin huyết, suy thận …

## VII. PHÒNG BỆNH

Các biện pháp tích cực thay đồi lối sống (Phần IV.2) là những biện pháp đề phòng ngừa tăng huyết áp ở người trưởng thành, phối hợp với việc giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

## ****VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO****

Khuyến cáo hội tim mạch Việt Nam.