

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ LƯU Ý TRONG MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG QUÂN SỰ

Trương Đình Cẩm^{1*}

TÓM TẮT

Tăng huyết áp là một bệnh lí mạn tính rất phổ biến, là nguyên nhân chính gây ra các biến cố sức khỏe nghiêm trọng như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, suy tim... Tăng huyết áp không chỉ ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, hiệu quả làm việc của người bệnh mà còn có thể tác động bất lợi đến chất lượng huấn luyện, hiệu quả công tác, khả năng sẵn sàng chiến đấu của đơn vị. Theo dõi, phát hiện sớm và điều trị kịp thời tăng huyết áp và quản lí chặt chẽ sức khỏe người bệnh tăng huyết áp giúp giảm thiểu các nguy cơ biến chứng, giữ vững và nâng cao chất lượng sức khỏe đơn vị. Dựa trên tài liệu của Bộ Y tế (ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010) và Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (VSH/VNHA) năm 2022, bài báo này giới thiệu nội dung chẩn đoán, điều trị người bệnh tăng huyết áp và một số lưu ý trong môi trường lao động quân sự để quý đồng nghiệp quan tâm tham khảo.

Từ khóa: Tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, môi trường quân sự, sức khỏe nghề nghiệp.

ABSTRACT

Hypertension was a highly prevalent chronic disease and a leading cause of severe cardiovascular complications, including stroke, myocardial infarction, and heart failure... Its impact extends beyond individual health, affecting occupational performance and, in military settings, potentially compromising training quality, operational efficiency, and combat readiness. Early detection, timely intervention, and stringent health management of hypertensive individuals are critical in mitigating complication risks and preserving overall force health. Based on the document of the Ministry of Health (issued with Decision No. 3192/QĐ-BYT dated August 31, 2010) and the Recommendation of the Hypertension Association - Vietnam National Heart Association (VSH/VNHA) in 2022, this article introduces the content of diagnosis and management of hypertensive patients and some notes in the military environment for interested colleagues to refer to.

Keywords: Hypertension, cardiovascular complications, military environment, occupational health.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trương Đình Cẩm, Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/02/2025; mời phản biện khoa học: 02/2025; chấp nhận đăng: 13/02/2025.

¹Bệnh viện Quân y 175.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (HA) là một trong những bệnh lí mạn tính phổ biến nhất hiện nay; là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng tim mạch nghiêm trọng như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, suy tim... Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng HA” (ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ Y tế), tăng HA là khi HA tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg [1]. Tình trạng tăng HA cũng được xác định khi người bệnh đã có chẩn đoán và điều trị tăng HA trước đó. Ngoài ra, còn có tăng HA thể “áo choàng trắng” (tình trạng HA thường xuyên tăng khi đo tại bệnh viện hoặc phòng khám, nhưng đo tại nhà hằng ngày hoặc HA trung bình trong 24 giờ lại bình thường) và tăng HA thể “ẩn giấu” (tình trạng HA bình thường khi đo tại bệnh viện hoặc phòng khám, nhưng lại tăng khi đo tại nhà hoặc khi theo dõi HA 24 giờ).

Trong môi trường quân đội, tăng HA không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe, hiệu suất làm việc của quân nhân mắc bệnh, mà còn có thể ảnh hưởng đến chất lượng huấn luyện, hiệu quả công tác và khả năng sẵn sàng chiến đấu của đơn vị. Việc quản lí chặt chẽ sức khỏe bộ đội, phát hiện sớm và điều trị kịp thời tăng HA giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng cho người bệnh, giữ vững và nâng cao chất lượng sức khỏe đơn vị.

Tạp chí Y học Quân sự trân trọng giới thiệu bài viết về một số điểm cần lưu ý trong chẩn đoán và điều trị tăng HA, phù hợp với điều kiện thực tế tại các đơn vị tuyến cơ sở để các đồng nghiệp cùng tham khảo, vận dụng.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân tăng HA

Phần lớn tăng HA ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (gọi là tăng HA nguyên phát), chỉ

khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (gọi là tăng HA thứ phát). Nguyên nhân tăng HA thứ phát bao gồm:

- Bệnh thận cấp tính hoặc mạn tính: viêm cầu thận cấp tính hoặc mạn tính; viêm thận kẽ; sỏi thận; thận đa nang; thận ứ nước; suy thận.
- Hẹp động mạch thận.
- U tủy thượng thận (Pheocromocytome).
- Cường Aldosterone tiên phát (hội chứng Conn).
- Hội chứng Cushing's.
- Bệnh lí tuyến giáp, tuyến cận giáp, tuyến yên.
- Do thuốc, liên quan đến thuốc (corticoid, non-steroid, tránh thai, cam thảo, hoạt chất giống giao cảm trong thuốc cảm, thuốc nhỏ mũi...).
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Bệnh Takayasu.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Ngừng thở khi ngủ.
- Yếu tố tâm thần...

2.2. Yếu tố nguy cơ tăng HA

Các yếu tố nguy cơ (YTNC) của tăng HA có thể chia thành 2 nhóm chính: nhóm yếu tố không thể thay đổi và nhóm yếu tố có thể thay đổi.

- Nhóm YTNC không thể thay đổi (do bẩm sinh hoặc những đặc điểm cá nhân), bao gồm:

- + Tuổi đời: nguy cơ tăng HA tăng lên theo tuổi, đặc biệt là sau 60 tuổi.
- + Giới tính: nam giới có nguy cơ nhiều hơn so với nữ giới ở trước tuổi 55; nhưng sau tuổi 65, nữ giới lại có nguy cơ nhiều hơn so với nam giới.
- + Di truyền và tiền sử gia đình: người có cha, mẹ hoặc người thân trong gia đình mắc tăng HA thì có nguy cơ nhiều hơn.

+ Chủng tộc: người gốc Phi có nguy cơ tăng HA nhiều hơn và thường mắc tăng HA ở độ tuổi sớm hơn các chủng tộc khác.

- Nhóm YTNC có thể thay đổi (liên quan đến lối sống, có thể kiểm soát, điều chỉnh), bao gồm:

- + Chế độ ăn uống không lành mạnh: ăn nhiều muối, ít rau quả, nhiều chất béo bão hòa và thực phẩm chế biến sẵn làm tăng nguy cơ mắc bệnh.
- + Thừa cân hoặc béo phì: trọng lượng cơ thể cao làm tăng gánh nặng lên tim và mạch máu, dễ dẫn đến tăng HA.
- + Ít vận động: hoạt động thể lực ít, dẫn đến tăng cân và tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch.
- + Hút thuốc lá: làm hẹp động mạch, tăng HA và tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch.

+ Uống rượu bia quá mức: uống nhiều rượu bia có thể làm tăng HA.

+ Căng thẳng tâm lí: căng thẳng kéo dài có thể góp phần làm tăng HA.

+ Chế độ ngủ không đủ: thiếu ngủ kéo dài ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát HA.

+ Đái tháo đường và rối loạn mỡ máu: những tình trạng này thường đi kèm với tăng HA và làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HA

3.1. Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ tăng HA

Để chẩn đoán chính xác tăng HA, cần tuân thủ nguyên tắc đo HA đúng cách:

- Kỹ thuật đo: thực hiện đo HA trong trạng thái người bệnh nghỉ ngơi, không uống cà phê, không hút thuốc lá trước khi đo 30 phút. Người bệnh ngồi ở tư thế thoải mái, lưng tựa vào ghế, tay đặt ngang tim, chân để trên sàn, không bắt chéo.

- Thời gian đo: thực hiện đo HA ít nhất 2 lần trong mỗi lần khám, cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nên đo HA ở cả hai tay trong lần đầu tiên để xác định tay có HA cao hơn.

Bảng 1. Tiêu chí chẩn đoán tăng HA

Phương pháp, thông số HA		Trị số HA (mmHg)
Đo HA tại phòng khám/bệnh viện		HATT ≥ 140 và/hoặc HATTr ≥ 90
Đo HA lưu động 24 giờ	Trung bình ban ngày	HATT ≥ 135 và/hoặc HATTr ≥ 85
	Trung bình ban đêm	HATT ≥ 120 và/hoặc HATTr ≥ 70
	Trung bình 24 giờ	HATT ≥ 130 và/hoặc HATTr ≥ 80
	Trung bình tự đo tại nhà	HATT ≥ 135 và/hoặc HATTr ≥ 85

Bảng 2. Phân độ tăng HA

Phân độ tăng HA	Trị số HA (mmHg)
Bình thường	HATT < 130 và HATTr < 85
Bình thường cao (tiền tăng HA)	HATT từ 130-139 và/hoặc HATT từ 85-89
Tăng HA độ 1 (nhẹ)	HATT từ 140-159 và/hoặc HATTr từ 90-99
Tăng HA độ 2 (nặng)	HATT ≥ 160 và/hoặc HATTr ≥ 100
Cơn tăng HA	HATT > 180 và/hoặc HATTr > 110
Tăng HATT đơn độc	HATT ≥ 140 và HATTr < 90

Trong phân độ tăng HA, nếu HATT và HATTr không cùng mức thì chọn mức HATT hoặc HATTr cao nhất để phân độ. Tăng HATT đơn độc xếp loại theo mức HATT.

Tăng HA kháng trị khi HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg trong điều kiện người bệnh đã dùng 3 thuốc liều tối đa dung nạp được (trong đó có 1 thuốc lợi tiểu) hoặc HA đã đạt mức < 140/90 mmHg nhưng người bệnh cần dùng ít nhất 4 thuốc hạ HA để điều trị.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ người bệnh tăng HA

SỐ YTNC	Tiền tăng HA	Tăng HA độ 1	Tăng HA độ 2
Không YTNC khác	Thấp	Thấp	Trung bình
Từ 1-2 YTNC	Thấp	Trung bình	Cao
≥ 3 YTNC	Trung bình	Cao	Cao
Tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn giai đoạn 3, đái tháo đường, bệnh tim mạch	Cao	Cao	Cao

- Các YTNC gồm: tuổi ≥ 55 với nam giới hoặc ≥ 65 với nữ giới; hút thuốc lá, LDL-C, tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm, mãn kinh sớm, thừa cân-béo phì, tần số tim lúc nghỉ > 80 lần/phút.

- Tổn thương cơ quan đích: phì đại thất trái; bệnh thận mạn tính (eGFR < 60 ml/phút/1,73 m², UACR > 30 mg/g); ABI < 0,9; tổn thương đáy mắt do tăng HA.

- Bệnh tim mạch: bệnh mạch vành, tiền sử đột quỵ não, bệnh động mạch ngoại biên, suy tim, rung nhĩ.

3.2. Điều trị tăng HA

- Nguyên tắc điều trị: tăng HA là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều đặn; điều trị lâu dài, đúng và đủ hằng ngày. Mục tiêu điều trị là: đạt “HA mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”. Bên cạnh đó, cần thực hiện thật tốt các biện pháp dự phòng tăng HA trên người bệnh, người có yếu tố nguy cơ và trong cả cộng đồng, đơn vị.

“HA mục tiêu” cần đạt là HATT < 140 mmHg, HATTr < 90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì HA mục tiêu cần đạt là HATT

< 130 mmHg, HATTr < 80 mmHg. Khi điều trị đã đạt HA mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài, kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kì để điều chỉnh kịp thời.

Điều trị cần hết sức tích cực ở người bệnh đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ HA quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu. Lưu ý: không nên để HATT/HATTr < 110/60 mmHg.

- Điều trị tăng HA bằng thuốc: có thể phân loại thuốc điều trị tăng HA thành các nhóm sau:

- + Nhóm A: các thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể AT1.
- + Nhóm B: các thuốc chẹn beta giao cảm.
- + Nhóm C: các thuốc chẹn kênh canxi.
- + Nhóm D: các thuốc lợi tiểu.
- + Nhóm E: các thuốc hạ HA còn lại.

Căn cứ vào các nhóm thuốc này, khi chỉ định điều trị tăng HA, cần quan tâm đến một số lưu ý trong sử dụng (bảng 4), trong ưu tiên lựa chọn (bảng 5), trong tính toán liều lượng các thuốc điều trị thường dùng (bảng 6):

Một số điểm lưu ý về sử dụng thuốc điều trị tăng HA:

Bảng 4. Thuốc điều trị tăng HA và một số lưu ý khi sử dụng

Thuốc	Có thể chỉ định	Thận trọng khi dùng	Chống chỉ định	Tác dụng không mong muốn
Nhóm A	- Suy tim. - Phì đại thất trái. - Suy chức năng thất trái sau nhồi máu cơ tim. - Bệnh thận có Protein niệu. - Có nguy cơ cao bệnh động mạch vành.	- Suy thận. - Tăng Kali máu. - Hẹp động mạch thận 2 bên hoặc 1 bên (ở người còn 1 thận). - Bệnh cơ tim phì đại.	- Phụ nữ mang thai. - Mẫn cảm với thuốc.	- Phù mạch. - Ho khan. - Tăng Creatinin máu. - Tăng kali máu. - Hạ HA.

Nhóm B	<ul style="list-style-type: none"> - Nhồi máu cơ tim. - Suy tim. - Đái tháo đường. - Nguy cơ cao bệnh mạch vành. - Rối loạn nhịp nhanh trên thất. - Bệnh cơ tim phì đại. - Glaucoma. 	<ul style="list-style-type: none"> - COPD nhẹ đến vừa. - Hen phế quản nhẹ. - Cơ đau thắt ngực kiểu Prinzmetal. - Trầm cảm. - Bệnh động mạch ngoại vi. - Tăng mỡ máu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hen phế quản hoặc COPD vừa đến nặng. - Nhịp chậm - Block A-V độ 2 hoặc 3. - Mẫn cảm với thuốc. - Bệnh nhân hay bị hạ đường máu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn cương dương. - Khó thở. - Thở khô khè. - Lạnh đầu chi. - Đau cách hồi. - Trầm cảm. - Mất ngủ. - Nhịp chậm. - Tiêu chảy.
Nhóm C	<ul style="list-style-type: none"> - Người lớn tuổi. - Đái tháo đường. - Nguy cơ bệnh mạch vành cao. - Cơ đau thắt ngực. - Bệnh cơ tim phì đại không tắc nghẽn (NDHP). - Tim nhanh trên thất (Verapamil). 		<ul style="list-style-type: none"> - Suy tim nặng, Block A-V, suy nút xoang, hội chứng WPW (Verapamil, Diltiazem). - Mẫn cảm với thuốc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Phù ngoại biên. - Đau đầu. - Bùng mặt. - Táo bón. - Hạ HA. - Tăng men gan - Block dẫn truyền (NDHP).
Nhóm D	<ul style="list-style-type: none"> - Người lớn tuổi. - Suy tim. - Đái tháo đường. - Nguy cơ cao bệnh mạch vành. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn điện giải. - Gout. - Rối loạn dung nạp glucose. - Tăng mỡ máu. - Suy thận. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mẫn cảm với thiazide. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hạ kali máu. - Tăng acid Uric. - Hạ Natri máu. - Tăng đường máu. - Hạ HA tư thế. - Chóng mặt. - Buồn nôn. - Táo bón.
Nhóm E	<ul style="list-style-type: none"> - Phì đại tiền liệt tuyến (chẹn Alpha). 		<ul style="list-style-type: none"> - Trầm cảm (Reserpine). - Bệnh lí gan mật (Methyldopa). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hạ HA tư thế (chẹn giao cảm). - Rối loạn thức tỉnh.

Bảng 5. Ưu tiên lựa chọn trong chỉ định thuốc điều trị tăng HA

Bệnh mắc kèm theo tăng HA	Lưu ý với các thuốc điều trị tăng HA
Ưu tiên lựa chọn (thuốc cải thiện đáng kể tiên lượng độc lập với tăng HA)	
Suy tim EF giảm	ACEi hoặc ARB, BB, MRA
Sau nhồi máu cơ tim	ACEi hoặc ARB, BB, MRA
Phì đại thất trái	ACEi hoặc ARB, CCB, Thiazide
Đái tháo đường	ACEi hoặc ARB
Bệnh thận mạn có Protein niệu	ACEi hoặc ARB
Đau thắt ngực	BB, CCB
Kiểm soát tần số thất khi rung/cường nhĩ	BB, CCB loại non-DHP
Kiểm soát tần số tim do cường thần kinh giao cảm (khi tần số tim > 80 lần/phút)	BB
Tăng HATT đơn độc	Lợi tiểu giống Thiazide, MRA, CCB

Tăng HA trong thai kì	Có tăng HA từ trước hoặc có triệu chứng/tổn thương cơ quan đích thì khởi trị khi HA \geq 140/90 mmHg; trường hợp khác, khởi trị khi HA \geq 150/95 mmHg. Ưu tiên dùng Methyldopa và CCB; không dùng ACEi và ARB; trong các thuốc BB, tránh dùng Atenolol. Trường hợp cấp cứu, có thể truyền tĩnh mạch Nicardipine hoặc Nitroglycerin. Sau sinh, tránh dùng Methyldopa (do nguy cơ trầm cảm); hạn chế dùng Propranolol và Nifedipine (nếu cho con bú).
Nên sử dụng (có thể cải thiện triệu chứng bệnh mắc kèm)	
Phi đại tiền liệt tuyến	Chẹn Alpha giao cảm
Cường giáp	BB
Đau nửa đầu	BB, CCB
Hội chứng Raynaud	CCB loại DHP
<p>ACEi (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors): nhóm thuốc ức chế men chuyển; ARB (Angiotensin receptor blockers): Nhóm thuốc ức chế thụ thể Angiotensin; BB (Beta-blockers): Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm; CCB (Calcium Chanel Blockers): Nhóm thuốc chẹn kênh canxi; MRA (Mineralcorticoid Receptor Antagonists): Nhóm thuốc đối kháng thụ thể Mineralcorticoid.</p>	

Bảng 6. Liều lượng thuốc điều trị

Thuốc uống	Tên thuốc	Liều khởi trị (mg)	Liều hằng ngày (mg)	Số lần dùng/24h	
Nhóm A	Loại ức chế men chuyển (ACEi)				
		Benazepril	5	10-40	1 lần
		Captopril	12,5	25-100	2-3 lần
		Enalapril	2,5	5-40	1-2 lần
		Lisinopril	5	10-40	1 lần
		Peridopril			
		- Đơn trị	5	5-10	1 lần
		- Viên phối hợp	3,5-5	5-10	1 lần
		Ramipril	2,5	2,5-20	1 lần
		Imidapril	5-10	5-10	1 lần
		Loại ức chế thụ thể (ARB)			
		Irbesartan	75	150-300	1 lần
		Losartan	25	50-100	1-2 lần
		Telmisartan	20	20-80	1 lần
	Valsartan	80	80-320	1-2 lần	
Nhóm B	Bisoprolol	2,5-5	2,5-10	1 lần	
	Metoprolol	25-50	100-200	1-2 lần	
	Carvedilol	6,25	12,5-50	2 lần	
	Nebivolol	2,5	5-10	1 lần	
Nhóm C	Loại dihydropyridine (DHP)				
		Amlordipine	2,5	5-10	1 lần
		Felodipine	2,5	5-20	1 lần
		Lacidipine	2	2-6	1 lần
		Nifedipine chậm (SR)	10	29-120	2 lần
		Nifedipine kéo dài (LA)	15	30-90	1 lần
		Loại Nondihydropyridine (NDPH)			
		Diltiazem	120	180-240	1-2 lần
	Verapamil	120	240-360	1-2 lần	

Nhóm D	Lợi tiểu thiazide/giống thiazide			
	Hydrochlorothiazide	6,25	6,25-12,5	1 lần
	Indapamide			
	- Đơn trị	1,5	1,5-3	1 lần
	- Viên phối hợp	1,25	1,25-2,5	1 lần
Nhóm E	Lợi tiểu kháng Aldosterone			
	Spironolactone	25	25-75	1 lần
	Tác động lên hệ giao cảm trung ương			
	Methyldopa	250	250-2000	2-4 lần
	Resepine	0,1	0,1-0,25	1 lần
Nhóm E	Giãn mạch trực tiếp			
	Hydralazine	12,5	25-100	2 lần

- Chiến thuật lựa chọn thuốc hạ HA khởi đầu:

+ Khi chưa đủ các thông tin về yếu tố nguy cơ tim mạch khác, về tổn thương cơ quan đích và các bệnh lí phối hợp thì có thể khởi trị tăng HA như đối với người không có chỉ định ưu tiên.

+ Khi không có chỉ định ưu tiên, lựa chọn thuốc điều trị khởi đầu là một thuốc có sẵn trong số các nhóm A, B, C, D. Cần tôn trọng tính cá thể trong điều trị tăng HA trong đó việc điều trị được điều chỉnh riêng cho từng bệnh nhân, dựa trên các đặc điểm và nhu cầu cụ thể của người bệnh bao gồm yếu tố tuổi tác, giới tính, bệnh kết hợp, loại thuốc và khả năng dung nạp về liều lượng.

+ Với người có tăng HA độ 1 kèm nguy cơ tim mạch thấp hoặc người ≥ 80 tuổi hoặc người có nguy cơ tụt HA quá mức, nên khởi trị với phác đồ dùng 1 thuốc hạ HA. Lưu ý: ưu tiên chọn thuốc chặn kênh Canxi tác dụng kéo hoặc lợi tiểu thiazide (nhóm D) cho người trên ≥ 60 tuổi, trong khi ưu tiên chọn thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể cho người < 60 tuổi; ưu tiên chọn thuốc chặn beta giao cảm cho người < 60 tuổi có tăng hoạt tính cường giao cảm, phụ nữ có thai hoặc đang có kế hoạch mang thai; ưu tiên chọn thuốc hạ HA dùng 1 lần trong ngày để kiểm soát HA ổn định tối thiểu 18-24 giờ, nhất là các thuốc đã được chứng minh hiệu quả hạ HA và bảo vệ cơ quan đích qua các thử nghiệm lâm sàng.

+ Với người có tăng HA độ ≥ 2 hoặc tăng HA độ 1 có nguy cơ tim mạch cao trở lên, khởi trị bằng cách phối hợp ≥ 2 thuốc hạ HA để nhanh chóng đạt HA mục tiêu. Lưu ý: phối hợp các thuốc sẵn có, bắt đầu với 2 loại thuốc hạ HA khác nhau (nhóm A, B, C, D, E), từ liều khởi đầu, tăng dần đến khi đạt HA mục tiêu. Cứ thêm 1 thuốc khác nhóm (với liều khởi đầu) thì hiệu quả ước tính giảm thêm 10 mmHg HATT hoặc 5 mmHg HATTr; ưu tiên các dạng phối hợp đã được chứng minh hiệu quả qua các thử nghiệm lâm sàng như các dạng phối hợp

từ 2 nhóm A-D hoặc A-C hoặc C-D (nếu chưa kiểm soát được HA bằng 2 thuốc thì thêm thuốc thứ ba, trong đó nên có 1 thuốc lợi tiểu giống thiazide, thường là phối hợp 3 thuốc nhóm A-C-D); ưu tiên chọn các thuốc dạng phối hợp liều cố định, đã có thử nghiệm lâm sàng chứng minh hiệu quả, để giảm số lần dùng thuốc trong ngày và tăng tuân thủ cũng như tăng dung nạp với điều trị.

3.3. Điều trị tăng HA cấp cứu

- Chẩn đoán: tăng HA cấp cứu là tình huống tăng HA nặng (độ 3) kèm với tổn thương cơ quan đích, thường đe dọa tính mạng và phải xử lí ngay lập tức để hạ HA (thường là thuốc truyền tĩnh mạch). Trong đó: “tăng HA ác tính” là tăng HA độ 3 kèm tổn thương đáy mắt (xuất huyết và/hoặc phù gai thị), tổn thương vi mạch và đông máu rải rác nội mạch, có thể kèm theo bệnh não, suy tim cấp và suy giảm cấp chức năng thận; “tăng HA nặng” là khi có tổn thương các cơ quan đích không thuộc tăng HA ác tính; “tăng HA khẩn trương” là là tăng HA nặng nhưng không kèm theo tổn thương cơ quan đích.

- Điều trị: điều trị tăng HA cấp cứu nhằm mục tiêu giảm 20-25% HA trung bình trong 1-2 giờ. Các trường hợp tăng HA cấp cứu cần được điều trị ở khoa hồi sức tích cực hoặc khoa nội tim mạch; HA giảm dần (mặc dù không đột ngột) khi sử dụng thuốc có thể chuẩn độ, tác dụng ngắn, theo đường tĩnh mạch. Lựa chọn loại thuốc, tốc độ và mức độ giảm thay đổi tùy theo cơ quan đích liên quan, song nhìn chung giảm từ 20-25% HA trung bình (MAP) trong khoảng 1 hoặc 2 giờ là phù hợp, đồng thời điều chỉnh thêm dựa trên các triệu chứng. Hạ HA khẩn cấp đến mức HA bình thường là không cần thiết. Cần lưu ý việc dùng thuốc điều trị hạ HA đường tĩnh mạch chỉ nên được thực hiện ở bệnh viện hoặc cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm, cần tuân thủ chặt chẽ về chỉ định, cân nhắc về liều lượng và theo dõi chặt chẽ trong quá trình sử dụng.

Bảng 7. Xử trí tăng HA cấp cứu

Biểu hiện lâm sàng	Thời gian và đích hạ HA	Điều trị
Tăng HA ác tính có hoặc không kèm suy thận cấp	Vài giờ: hạ 20-25% HA.	Nicardipine khởi đầu 5 mg/giờ; tăng từng nấc 2,5 mg mỗi 15 phút để đạt đích; liều tối đa 15 mg/giờ.
Bệnh não THA	Ngay lập tức: hạ 20-25% HA.	Nicardipine truyền tĩnh mạch như trên.
Biến cố mạch vành cấp	Ngay lập tức: hạ HATT < 140 mmHg.	Nitroglycerin truyền tĩnh mạch 5-200 mcg/ph; tăng từng nấc 5 mcg mỗi 5 phút.
Phù phổi cấp do suy tim	Ngay lập tức: hạ HATT < 140 mmHg.	Nitroglycerin truyền tĩnh mạch như trên; lợi tiểu quai tĩnh mạch.
Bóc tách động mạch chủ	Ngay lập tức: hạ HATT < 120 mmHg và tần số tim < 60 lần/phút.	Nicardipine truyền tĩnh mạch; có thể kết hợp Metoprolol uống liều thấp.
Sản giật và tiền sản giật	Ngay lập tức; hạ HATT < 160 mmHg và HATTr < 105 mmHg.	Nicardipine truyền tĩnh mạch. Cho sinh sớm.

4. BIẾN CHỨNG VÀ DỰ PHÒNG TĂNG HA

Tăng HA không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích, gây các biến chứng nguy hiểm như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, phình tách thành động mạch chủ, suy tim, suy thận, thậm chí tử vong.

Dự phòng tăng HA chủ yếu là áp dụng các biện pháp tích cực điều chỉnh, thay đổi lối sống ở người bệnh nói riêng và cộng đồng nói chung. Dự phòng ở người bệnh tăng HA nhằm ngăn ngừa tiến triển “bệnh tăng HA”, góp phần đạt “HA mục tiêu”, giảm số thuốc cần dùng trong điều trị. Cộng đồng dự phòng nhằm ngăn ngừa các YTNC và tiến triển YTNC thành bệnh. Trong đó:

+ Thực hiện chế độ ăn hợp lí: giảm ăn mặn (còn < 6g muối/ngày); tăng cường rau xanh, củ quả tươi; hạn chế thức ăn có nhiều chất béo bão hòa.

+ Rèn luyện thể lực: phối hợp tập luyện với chế độ dinh dưỡng để duy trì chỉ số BMI tốt nhất từ 18,5-22,9 kg/m²; vòng bụng < 90 cm với nam giới và < 80 cm với nữ giới; tăng cường các hoạt động thể lực phù hợp ở mức thích hợp (tập thể dục, đi bộ hoặc vận động mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút/mỗi ngày); tránh để cơ thể bị lạnh đột ngột.

+ Hạn chế các chất kích thích: nếu có sử dụng bia rượu, nên sử dụng dưới 3 cốc chuẩn/ngày với nam giới và dưới 2 cốc chuẩn/ngày với nữ giới (1 cốc chuẩn chứa 10 ethanol, tương đương 330 ml bia hoặc 120 ml rượu vang, hoặc 30 ml rượu mạnh); ngừng hút thuốc lá, thuốc lào; hạn chế các chất kích thích khác.

+ Cân bằng tâm lí, cảm xúc: cần thư giãn, nghỉ ngơi hợp lí; tránh lo âu, căng thẳng quá mức.

5. THEO DÕI, QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TĂNG HA

5.1. Theo dõi lâm sàng

- Với người có HA bình thường cao hoặc tăng HA “áo choàng trắng”: khám bệnh hằng năm, tư

vấn, hướng dẫn về lối sống và tự theo dõi sức khỏe.

- Với người bệnh tăng HA: sau liệu trình điều trị thuốc hạ HA đầu tiên, người bệnh phải được theo dõi, đánh giá hiệu quả và phát hiện tác dụng không mong muốn của thuốc hằng tháng, cho đến khi đạt mục đích điều trị.

- Khi điều trị đạt được HA mục tiêu ổn định: người bệnh phải được tái khám định kì mỗi tháng 1 lần, riêng người bệnh tăng HA độ 1 hoặc có nguy cơ tim mạch thấp, có thể thực hiện tái khám 1-3 tháng/lần.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích mỗi 1 năm/lần.

- Tư vấn cho người bệnh hiểu việc điều trị tăng HA cần liên tục và kéo dài suốt đời, không được tự ý bỏ thuốc. Số đo HA được kiểm soát ổn định không phải là căn cứ để ngừng thuốc. Việc ngưng thuốc điều trị có thể làm HA tăng cao trở lại, gây biến chứng hết sức nguy hiểm.

5.2. Theo dõi cận lâm sàng

- Huyết đồ, chức năng thận, ion đồ, AST, ALT, bilan mỡ máu: kiểm tra sau tháng đầu tiên dùng thuốc; sau đó, kiểm tra mỗi 3-6 tháng/lần tùy theo tình trạng người bệnh.

- Tổng phân tích nước tiểu, đạm niệu, siêu âm tim: kiểm tra mỗi 6-12 tháng/lần tùy theo tình trạng người bệnh.

6. TĂNG HA VÀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN QUAN TÂM TRONG MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG QUÂN SỰ

Do đặc thù của môi trường lao động quân sự, nhiệm vụ huấn luyện sẵn sàng chiến đấu và điều kiện sinh hoạt, việc quản lí sức khỏe bộ đội nói chung và quản lí bệnh tăng HA nói riêng đặt ra nhiều thách thức. Dưới đây là một số điểm cần lưu ý trong quản lí điều trị tăng HA cho quân nhân:

6.1. Ứng phó với căng thẳng và môi trường khắc nghiệt

Môi trường lao động quân sự thường có nhiều yếu tố gây căng thẳng, như luyện tập cường độ cao, điều kiện tác chiến, tình trạng thiếu ngủ, môi trường thời tiết khắc nghiệt (nóng, lạnh, ẩm ướt)... Những yếu tố này có thể làm tăng HA tạm thời hoặc kéo dài nếu không được quản lý tốt. Vì vậy, người chỉ huy và quân y đơn vị cần quan tâm thực hiện tốt các biện pháp:

- Quản lý căng thẳng: thực hành các kĩ thuật quản lý căng thẳng như hít thở sâu, thực hành các bài tập thư giãn cơ bắp, yoga, thiền định...

- Thể dục nhẹ nhàng: các bài tập nhẹ nhàng như đi bộ, chạy bộ nhẹ, bơi lội giúp giảm căng thẳng và cải thiện HA.

- Hỗ trợ tâm lí: cung cấp tư vấn tâm lí, các chương trình hỗ trợ tinh thần để giúp quân nhân giảm bớt áp lực tâm lí.

- Bảo đảm giấc ngủ: điều chỉnh thời gian làm việc để nghỉ ngơi hợp lí; tạo điều kiện ngủ đủ giấc và tránh dùng các chất kích thích quá mức.

6.2. Điều trị tăng HA trong điều kiện dã chiến

Trong điều kiện dã chiến, mọi hoạt động của đơn vị thường phải đối mặt với tình trạng không đầy đủ về cơ sở vật chất. Hoạt động chuyên môn có thể thiếu nhân viên y tế, không có dụng cụ đo HA chuẩn, không có tủ thuốc bảo quản lạnh, khó duy trì việc dùng thuốc đều đặn. Việc vận chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp cũng gặp nhiều khó khăn... Vì vậy, quân y đơn vị và người bệnh tăng HA cần lựa chọn giải pháp phù hợp.

- Chọn thuốc phù hợp: lựa chọn các loại thuốc hạ HA có thời gian tác dụng kéo dài (như lợi tiểu thiazide, chẹn thụ thể angiotensin II) để giảm tần suất uống thuốc, phù hợp với điều kiện di chuyển.

- Chọn thuốc dễ bảo quản: nên mang theo thuốc không yêu cầu điều kiện bảo quản đặc biệt, tránh các thuốc nhạy cảm với nhiệt độ.

- Hướng dẫn bộ đội chủ động quản lý sức khỏe: huấn luyện cho bộ đội, nhất là người bệnh tăng HA cách tự theo dõi HA (nếu có thiết bị), cách nhận biết dấu hiệu tăng HA, tăng HA cấp cứu để có thể phát hiện, tự phát hiện, xử lí bước đầu và báo cáo kịp thời.

Trong điều kiện dã chiến hoặc huấn luyện dã ngoại, chế độ ăn thường chứa nhiều muối (do dùng đồ hộp, thức ăn khô), ít rau xanh và trái cây, làm tăng nguy cơ tăng HA. Chỉ huy và quân y đơn vị cần quan tâm triển khai kiểm soát lượng muối đưa vào cơ thể: khuyến khích giảm sử dụng các loại thực phẩm nhiều muối; tăng bổ sung nước lọc thay vì đồ uống chứa caffeine hoặc nước ngọt có gas; tăng cường bổ sung dinh dưỡng bằng những thực

phẩm giàu kali, ít muối (như chuối, rau xanh, trái cây...) để giúp điều hòa HA.

6.3. Quản lí tăng HA trong thực hiện nhiệm vụ đặc biệt

Các nhiệm vụ đặc biệt (như triển khai tác chiến, bảo vệ biên giới, cứu hộ thiên tai...) thường kéo dài nhiều giờ, đôi khi kéo dài nhiều ngày, làm tăng nguy cơ tăng HA đột ngột do thiếu ngủ, căng thẳng cao độ.

Người chỉ huy và quân y đơn vị cần có sự chuẩn bị y tế chu đáo trước khi thực hiện nhiệm vụ, như kiểm tra sức khỏe quân nhân, phát hiện tình trạng tăng HA để có phương án xử trí; bảo đảm quân nhân kiểm soát tốt HA trong suốt quá trình thực hiện nhiệm vụ; mang theo đủ thuốc hạ HA cần thiết (nhất là các dạng viên uống dễ mang theo và sử dụng đơn giản). Đồng thời, tổ chức, sắp xếp thời gian nghỉ ngơi luân phiên hợp lí để giảm áp lực lên quân nhân.

6.4. Theo dõi và hỗ trợ y tế sau nhiệm vụ

Sau khi hoàn thành nhiệm vụ, quân nhân cần được theo dõi sức khỏe kĩ lưỡng hơn để phát hiện sớm các dấu hiệu của tăng HA hoặc tổn thương cơ quan đích do căng thẳng kéo dài.

Người chỉ huy và quân y đơn vị cần quan tâm tổ chức kiểm tra sức khỏe định kì cho bộ đội, trong đó lưu ý kiểm tra HA và xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch, thận. Đồng thời, xây dựng, tổ chức các chương trình hồi phục sức khỏe quân nhân, bao gồm tư vấn dinh dưỡng, tập luyện thể thao phù hợp, hỗ trợ tâm lí...

Tăng HA trong quân đội đòi hỏi có sự quan tâm đúng mức của người chỉ huy và quân y đơn vị. Trong môi trường đặc thù quân sự và yêu cầu nhiệm vụ, việc chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và quản lí tốt tăng HA sẽ giúp bảo vệ sức khỏe cho cán bộ, chiến sĩ, bảo đảm hiệu suất công tác và năng lực sẵn sàng chiến đấu, hoàn thành nhiệm vụ của đơn vị trong mọi tình huống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng HA, số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ Y tế.
2. *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng HA của Phân hội tăng HA/Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (VSH/VNHA)*, 2022.
3. Khuyến cáo thực hành lâm sàng xử trí tăng HA trong cộng đồng của AHS/ISH, 2020.
4. Khuyến cáo xử trí tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp châu Âu (ESH), 2021.
5. Hypertension in adults: diagnosis and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ISBN-13: 978-1-4731-5589-3; 2023 Nov 21. □