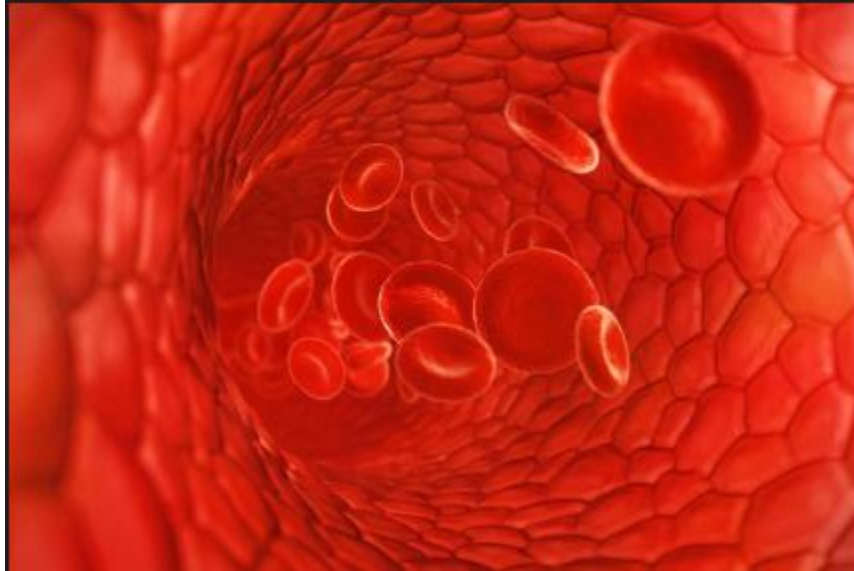


TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU TUYỆT ĐỐI (HYPERTENSIVE EMERGENCIES)

Phạm Ngọc Minh 29/9/2016



Một người phụ nữ béo phì 55 tuổi vào viện vì khó thở, mệt mỏi và đau ngực cảm giác mơ hồ và đau lưng. triệu chứng của cô bắt đầu 20 phút trước và dần dần trở nên nặng hơn. huyết áp 230/150 mm Hg; mạch 128 nhịp mỗi phút; và hô hấp 32 lần/phút.

THA gặp ở hơn 20% (người lớn) và khoảng 3% (trẻ em). tăng huyết áp không được điều trị gây nhiều bệnh lý và tăng tỷ lệ tử vong do đột quy, suy tim sung huyết, bệnh mạch máu ngoại vi, đột tử, nhồi máu cơ tim...

Tăng huyết áp khi khám thường không kèm theo các triệu chứng. Vì vậy, cần phát hiện bệnh nhân bị tăng huyết áp và theo dõi thích hợp. 1 số bệnh nhân (1/3) khi đo ở phòng khám thấy tăng đáng kể nhưng lần khám sau huyết áp lại về bình thường

Tăng huyết áp được phân loại theo độ cao của huyết áp tâm thu hay tâm trương. Bảng 10-1 liệt kê các giá trị xác định tối ưu, bình thường và giai đoạn THA 1, 2 và 3. Các giai đoạn 1 và 2 là hay gặp nhất. Chẩn đoán tăng huyết áp trong trường hợp không có triệu chứng đòi hỏi hai lần đo huyết áp cách ngày. tăng huyết áp nặng

được chẩn đoán và điều trị từ 1 lần đo có hoặc không có triệu chứng biểu hiện tổn thương cơ quan

Table 10-1 -- Classification of Blood Pressure in Adults Older Than 18 Years

Category	Blood Pressure (mm Hg)		
	<i>Systolic</i>		<i>Diastolic</i>
Optimal	<120	and	<80
Normal	<130	and	<85
High-normal	130–139	or	85–89
Hypertension, stage 1	140–159	or	90–99
Hypertension, stage 2	160–179	or	100–109
Hypertension, stage 3	≥180	or	≥110

Hiếm khi, huyết áp cao gây ra tiến triển nhanh tổn thương cơ quan. Cấp cứu THA thường không xảy ra cho đến khi huyết áp tâm trương trên 115mmHg. Thông thường, HA tâm trương cao hơn đáng kể, vượt quá 130 mm Hg. Tiền sản giật và sản giật, cả hai trường hợp cấp cứu tăng huyết áp trong thai kỳ, có thể xảy ra ở áp suất máu thấp hơn (xem cân nhắc đặc biệt).

Trước đây, những bệnh nhân có huyết áp cao nhưng không có tổn thương cơ quan đích gọi là THA cấp cứu và khuyến cáo giảm HA trước khi rời khỏi phòng cấp cứu. nhưng gần đây, với những bệnh nhân THA mạn tính, nếu hạ huyết áp không đúng có thể có hại nhiều hơn có lợi

hệ thống thần kinh, tim mạch và thận tác động lên tổng cung lượng tim hay trở kháng ngoại biên trên nền THA nhẹ hay vừa dẫn đến THA cấp cứu. ở hệ thống thần kinh trung ương (CNS), THA quá mức sẽ làm giảm tưới máu não, giãn các tiểu động mạch và mất tính toàn vẹn của hàng rào máu não. Dẫn đến hậu quả làm tăng áp lực nội sọ, phù não và giảm lưu lượng máu não. Trong hệ thống tim mạch, THA nặng dẫn đến tăng huyết áp tâm trương do tăng hậu tải, tăng công suất làm việc của cơ tim và nhu cầu oxy để duy trì cung lượng tim. Vì vậy có thể dẫn đến đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim hoặc suy tim. Thận tùy thuộc vào cơ mạch động mạch, tổn thương nhu mô và những thay đổi nội tiết tố có thể dẫn đến suy thận

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ỔN ĐỊNH

Chẩn đoán ưu tiên

Cần chẩn đoán và điều trị các trường hợp tăng huyết áp cấp cứu trước khi đến viện.
Điều trị các triệu chứng như khó thở, đau ngực hoặc đau đầu

Những trường hợp cấp cứu khi huyết áp tâm trường trên 115 mm Hg có bằng chứng tổn thương cơ quan đích. Có thể kèm theo thay đổi trạng thái tâm thần, đau đầu nặng, dấu hiệu thần kinh khu trú (bao gồm cả vấn đề về thị giác), co giật, đau ngực hoặc đau lưng, khó thở, thở nhanh hoặc tiểu máu.

Đánh giá nhanh

Đánh giá ban đầu các triệu chứng của bệnh nhân, tiền sử tăng huyết áp, nguyên nhân có thể và khám các cơ quan đích.

1. Có đau ngực hoặc đau bụng? bắt đầu khi nào? Đột ngột hay từ từ? đặc điểm cơn đau? điều gì làm cho cơn đau tốt lên hoặc tồi tệ hơn?
2. Có đau đầu nghiêm trọng, suy nhược, vấn đề thị giác hoặc thay đổi tâm thần?
3. Có khó thở?
4. bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp? đã từng dùng thuốc điều trị THA?
5. Những thuốc đang dùng? Có bằng chứng gián tiếp của việc lạm dụng thuốc phiện?

6. Đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, có đang mang thai? Nếu có, tiền sử sản khoa?

7. Hệ thống tim mạch. Bệnh nhân có ran, tĩnh mạch cổ nổi hay phù ngoại biên?

8. Hệ thống thần kinh. Liệu tình trạng tâm thần của bệnh nhân xuất hiện có phù hợp?

9. soi đáy mắt kiểm tra. Có phù gai thị hoặc xuất huyết võng mạc?

Can thiệp sớm

Bệnh nhân cần chẩn đoán và điều trị cùng một lúc.

1. Đo huyết áp, đo cả 2 tay, mạch so sánh cả 4 chi. Đo huyết áp mỗi 3-5 phút đầu trong quá trình chăm sóc.
2. thở oxy duy trì ở mức 2-4 L / phút qua ngạnh mũi. Có thể tăng lên nếu cần
3. lập đường truyền tĩnh mạch. Giữ đường truyền bằng Dextrose 5%
4. mắc monitor tim và ECG.
5. làm tổng phân tích nước tiểu, CTM, điện giải đồ, ure, creatinine, glucose
6. xử trí thuốc chống tăng huyết áp đường tiêm trong trường hợp tăng huyết áp cấp cứu. Các loại thuốc được lựa chọn tùy thuộc vào cơ quan đích bị ảnh hưởng (Bảng 10-2).

Table 10-2 -- Intravenous Drugs for Hypertensive Emergencies

Drug	Class	Dose and Route	Onset	Duration	Comments
Nitroprusside	Vasodilator	0.25–10 µg/kg/min	<1 min	2–5 min	Potent; titratable with short duration of action impairs cerebral autoregulation.
Nitroglycerin	Vasodilator	5–100 µg/min	2–5 min	3–10 min	Suspected coronary ischemia; titratable
Labetalol	α and β blocker	1–2 mg/min; max 300 mg	5 min	3–8 hr	Contraindicated in asthma, chronic obstructive pulmonary disease, heart block
Magnesium sulfate	Vasodilator; nerve stabilizer	2–4 g over 5 min then 1–2 g/hr	Minutes	Hours	Eclampsia and preeclampsia
Hydralazine	Arteriolar dilator	10–20 mg	10–30 min	2–6 hr	Causes tachycardia and can precipitate angina; useful in eclampsia/preeclampsia
Fenoldopam	Selective dopamine D ₁ receptor agonist	0.1–1.5 µg/kg/min	15 min	15 min (50% effect lost)	Preserves renal function. Intermediate onset and duration. Infusion approved for less than 48 hours.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG

Khi bệnh nhân ổn định, cần hỏi bệnh sử và khám chi tiết để đánh giá tổn thương cơ quan đích và tìm kiếm nguyên nhân chính của tăng huyết áp.

Bệnh sử

Các triệu chứng.

Các triệu chứng thay đổi theo thời gian như nào?

Dấu hiệu thần kinh

Có những bệnh nhân đau đầu, co giật, rối loạn thị giác hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú gặp ở bệnh não tăng huyết áp, xuất huyết nội sọ, tiền sản giật hoặc sản giật, hoặc u tế bào ưa crom (u tủy thượng thận)?

Đau ngực.

Hiện tại đau ngực? đau tim do thiếu máu cục bộ thường có cảm giác như có một cái gì đó nặng nề đang ngồi trên ngực của bệnh nhân. Đau do lóc tách động mạch chủ thường lan ra sau lưng và được mô tả như cảm giác bị “rách”

Suy tim sung huyết.

Có khó thở, khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm hoặc phù ngoại biên gợi ý suy tim sung huyết?

Tiểu máu.

Hiện có tiểu máu? Tiền sử tiểu máu gợi ý nhiều đến tổn thương thận do THA

Mang thai.

bệnh nhân mang thai? Nếu vậy, huyết áp tâm trương cần hạ nhanh về 100 mm Hg.

Trước đây đã từng bị như vậy?

Đã từng bị như vậy trước đó? Có yếu tố khởi phát? Có phương pháp điều trị hiệu quả? Các cơn suy tim sung huyết, phù phổi, phình động mạch chủ, thiếu máu động mạch vành và sản giật hoặc tiền sản giật có xu hướng tái phát.

Tiền sử

Có tiền sử tăng huyết áp, bệnh tim mạch hoặc bệnh thận? Bệnh nhân có tiền sử bệnh nội tiết đặc biệt là bệnh tiểu đường, ung thư tủy của tuyến giáp hoặc u tủy thượng thận? Bệnh nhân tiểu đường có làm tăng nguy cơ bệnh lý thận, bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh động mạch ngoại biên. Bệnh nhân ung thư tủy tuyến giáp làm tăng nguy cơ mắc u tủy thượng thận

Tiền sử dùng thuốc.

Sử dụng cocaine hoặc các chất kích thích có thể làm tăng huyết áp, đôi khi tăng đáng kể. bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh có thể nhồi máu cơ tim và đột quy do tác dụng phụ của các loại thuốc này. Vấn đề tương tự xảy ra khi bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế monoamine oxidase (ví dụ, phenelzine [Nardil]) điều trị trầm cảm, ăn thức ăn có tyramine ... dùng đột ngột thuốc hạ huyết áp, đặc biệt là clonidine, có thể dẫn đến phục hồi tăng huyết áp, trong đó huyết áp tăng trên mức trước khi bắt đầu điều trị

Khám toàn thân

Mức độ ý thức, mức độ đau, toát mồ hôi và màu da

Huyết áp.

Huyết áp ở những bệnh nhân này rất không ổn định đòi hỏi phải giám sát chặt chẽ. đo huyết áp được thực hiện ở cả hai cánh tay và lặp đi lặp lại mỗi 3-5 phút

đo huyết áp không xâm lấn nổi tiếng là không chính xác. Băng quấn huyết áp phải có kích thước phù hợp. chiều dài băng quấn ít nhất 2/3 cánh tay. Bắt mạch khi cuff huyết áp đang được bơm căng là 1 trong những cách ít chính xác nhất khi đo huyết áp. Nghe âm thanh Korotkoff là cách đo chuẩn nhất. Sau khi bơm quá lên 20-30 mm Hg ở điểm mà khi bơm căng cuff thấy mất mạch, huyết áp tâm thu là tiếng đầu khi nghe thấy và huyết áp tâm trương là khi âm thanh thay đổi và khi biến mất. 1 trong 2 điểm chính xác hơn vẫn còn tranh cãi. Âm thanh biến mất vẫn thường được chấp nhận thông dụng hơn.

Mắt

Phù gai thị, xuất huyết võng mạc và co thắt mạch xảy ra là tổn thương khi có tăng huyết áp ác tính. Tăng huyết áp ác tính thường khi huyết áp tâm trương hơn 130-140 mm Hg khi soi đáy mắt.

Khám tim mạch.

Tiếng tim, tiếng thổi, tiếng ngựa phi nước đại, tĩnh mạch cổ nổi, rales âm và phù ngoại vi gợi ý suy tim sung huyết. Lọc tách động mạch chủ liên quan đến gốc động mạch chủ có thể gây tiếng thổi tâm trương khi trào ngược động mạch chủ. Thổi liên tục (kéo dài qua tâm thu và tâm trương) thì thậm chí có thể gặp ở bệnh nhân hẹp động mạch chủ. Phù ngoại vi thường gặp ở phụ nữ mang thai bị tiền sản giật.

khám phổi.

cần phát hiện phù phổi thứ phát do suy tim sung huyết. Tăng nhịp thở kèm rales ẩm khuếch tán là gợi ý

khám Bụng.

khi mang thai mà tăng huyết áp thường chẩn đoán tiền sản giật / sản giật. cần kiểm tra tim thai bằng siêu âm Doppler đầu giường. kiểm tra phình hay hẹp động mạch chủ. Khối ở bụng sờ đau thường đến 70% là phình động mạch chủ. Phải giả định phình động mạch chủ bụng cho đến khi xác định nguyên nhân khác.

Mạch ngoại vi.

Nếu nghi lóc tách phình động mạch chủ cần so sánh mạch ngoại vi và kiểm tra thường xuyên. Các bệnh lý khác cũng có thể gây áp lực máu khác nhau ở các chi khác nhau như xơ cứng động mạch ngoại vi hoặc hẹp động mạch chủ.

khám thần kinh.

Bao gồm trạng thái tâm thần và thần kinh sọ não, vận động, cảm giác, phản xạ gân sâu và phản xạ (Babinski). trạng thái tâm thần thay đổi và dấu hiệu thần kinh khu trú gặp trong bệnh não tăng huyết áp, xuất huyết nội sọ và sản giật hoặc tiền sản giật.

BIỆN LUẬN LÂM SÀNG

Sau khi thu thập các dữ liệu, cần xem xét các câu hỏi sau đây.

Đây là trường hợp tăng huyết áp ác tính?

Cần xác định xem có biểu hiện tổn thương cơ quan như thần kinh trung ương (bao gồm mắt) , tim mạch hoặc rối loạn chức năng thận.

Hệ thống thần kinh trung ương.

Bệnh não do tăng huyết áp và tai biến mạch máu não do tăng huyết áp nặng có thể gây rối loạn chức năng thần kinh và tổn thương nặng. Bệnh não do tăng huyết áp liên quan đến toàn bộ não, mặc dù tổn thương không đồng đều. khi khám nghiệm tử thi, xuất huyết và nhiều ổ nhồi máu nhỏ được tìm thấy, thường kèm theo phù nề. Thông thường, bệnh não do tăng huyết áp bệnh não tiến triển từ vài giờ đến vài ngày. Bệnh nhân than phiền bị đau đầu, buồn nôn và nôn. Họ có thể thay đổi trạng thái tinh thần hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú, kể cả mù, rối loạn chức năng thần kinh sọ não, thất ngôn và liệt nửa người. Ngoài ra bệnh nhân tăng huyết áp nặng thường gây xuất huyết nội sọ. xuất huyết nội sọ thường nhìn thấy trên CT, và nếu xuất huyết quá nhỏ để có thể nhìn thấy trên CT thì không thể do tăng huyết áp nặng được.

Hệ tim mạch.

Những bệnh nhân có tổn thương tim mạch thứ phát do tăng huyết áp có thể biểu hiện phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ, nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định. tiêu thụ oxy của cơ tim tăng lên vì hậu gánh lớn hơn ở những bệnh nhân tăng huyết áp. Sự gia tăng này dẫn đến thiếu máu cục bộ ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch tiềm ẩn. Một phần ba số bệnh nhân nhồi máu cơ tim có huyết áp tâm trương trên 100 mm Hg. Mức tăng này thường kéo dài chỉ một vài giờ.

Phù phổi thường là biểu hiện ban đầu của một cấp cứu tăng huyết áp. Phù phổi có thể xuất hiện một cách tinh tế. Bệnh nhân có khó thở khi nằm và khó thở khi gắng sức hoặc rale ẩm tiến triển, thở nhanh và lo lắng. phù phổi biểu hiện như khó thở, ho, đờm bọt, vã mồ hôi, tím tái, xanh xao và hốt hoảng.

Bóc tách động mạch chủ (trong 75% đến 85% các trường hợp) khởi phát đột ngột đau xé ngực nặng. Cơn đau lan tới vùng thượng vị, tứ chi hoặc ra sau lưng. Bóc tách động mạch chủ có thể dẫn đến suy động mạch chủ cấp tính hoặc bóc tách thành các màng tim gây chèn ép tim cấp tính. Có đến 20% bệnh nhân có suy tim sung huyết. nếu phát hiện huyết áp 2 chi khác nhau hoặc mạch tại 2 vị trí khác nhau có thể đó là do lóc tách phình mạch

Thận.

Suy thận cấp có thể là biểu hiện của tăng huyết áp ác tính. Bệnh nhân có thể tiểu máu và phù ngoại vi. Các xét nghiệm thường xác định chẩn đoán này

Các nguyên nhân phổ biến nhất của tăng huyết áp thứ phát là bệnh thận mãn tính, hẹp động mạch thận, cường aldosteron nguyên phát, hẹp động mạch chủ, hội chứng Cushing, u tế bào ưa crom và tăng huyết áp do thuốc.

Hẹp động mạch thận

Hẹp động mạch thận là nguyên nhân có khả năng chữa được hay gặp nhất của bệnh tăng huyết áp. Gặp từ 1% đến 5% số bệnh nhân tăng huyết áp. Giảm tưới máu thận do hẹp động mạch thận thúc đẩy tiết renin. Renin làm tăng angiotensin II, một chất co mạch mạnh và làm tăng hoạt động vận mạch giao cảm. Hẹp động mạch thận thường xảy ra nhất ở hai nhóm bệnh nhân, những người đàn ông lớn tuổi mắc bệnh

xơ vữa động mạch và phụ nữ trẻ với loạn sản xơ động mạch thận. thối tâm thu ở bụng thường gặp ở 40-80% bệnh nhân hẹp động mạch thận. phát hiện lâm sàng khác có liên quan đến THA gồm bệnh võng mạc, THA kháng trị, thể trạng gày... chẩn đoán gồm chụp động mạch thận

Cường aldosterone

Cường aldosterone hoặc tăng sinh corticoid tự nhiên cũng gây tăng huyết áp. Chúng gây tích lũy natri, tăng thể tích tuần hoàn và tăng cung lượng tim. tăng huyết áp thường là nhẹ đến trung bình. Bệnh nhân thường hạ kali máu và tăng bài tiết kali niệu.

Bệnh thận.

bệnh thận mạn tính là nguyên nhân hay gặp nhất của tăng huyết áp thứ phát. xảy ra ở hơn 80% bệnh nhân có bệnh thận giai đoạn cuối.

u tủy thượng thận (u tế bào ưa crom)

u tủy thượng thận sản xuất catecholamine dư thừa, epinephrine, norepinephrine gây tăng huyết áp kịch phát. Bệnh nhân thường than phiền tim đập thành thịch, nhức đầu dữ dội, đánh trống ngực, vã mồ hôi quá nhiều. xét nghiệm thấy tăng đường huyết. Khoảng 10% bệnh nhân có tiền sử gia đình u tủy thượng thận. định lượng nồng độ catecholamine trong huyết tương và acid vanillyl niệu để xác định chẩn đoán

Thuốc.

Thuốc là một nguyên nhân quan trọng của tăng huyết áp thứ phát. Các thuốc như cocaine và chất kích thích có thể dẫn tới tăng huyết áp nặng. Ngoài ra, cai rượu hoặc clonidin có thể gây tăng huyết áp nặng. Cuối cùng, một số loại thuốc như thuốc ức chế monoamine oxidase có thể phản ứng với các loại thực phẩm có chứa tyramine-như rượu vang đỏ, pho mát, bia, cá trích muối dẫn đến tăng huyết áp ác tính

Chẩn đoán

Xét nghiệm: BUN, creatinin, điện giải, Glucose và CTM

Ure và creatinin đánh giá suy thận. glucose cao có thể do ĐTĐ. Hạ kali máu có thể do cường aldosteron hoặc tăng renin. thiếu máu tán huyết nếu giảm hồng cầu ngoại vi.

Phân tích nước tiểu.

Ở những bệnh nhân có tổn thương thận, có hồng cầu và protein trong nước tiểu. glucose ở bn ĐTĐ

ma túy.

Test morphine chỉ định trong máu hoặc nước tiểu ở bn nghi ngờ

ECG

được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp nặng. Bệnh nhân có bệnh tim thiếu máu cục bộ có thể có bằng chứng ECG của thiếu máu cục bộ. Hầu hết bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim tiến triển sẽ thay đổi ECG trong vòng vài giờ sau khi khởi phát nhồi máu. phì đại thất trái gợi ý tăng huyết áp mạn tính. ECG bất thường ở 90% bệnh nhân bị bóc tách động mạch chủ.

X quang.

ở bn phù phổi giai đoạn sớm, dấu hiệu mạch máu trở nên phù nề mờ nhưng hay bị bỏ qua. Khi phù phổi tiến triển, các mạch máu giãn to mờ 2 trường phổi

X quang phổi của bệnh nhân bị phình động mạch chủ thường thấy giãn rộng trung thất và "mờ núm động mạch chủ."

Chụp cắt lớp vi tính.

CT phát hiện xuất huyết nội sọ và có thể phát hiện cơn đột quy.

Chụp mạch + ct ngực

Khi nghi ngờ bóc tách phình động mạch chủ. CT thường được thực hiện nhanh chóng hơn chụp mạch nhưng chụp mạch đánh giá chính xác hơn về vị trí bóc tách

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc chung

Việc xử trí cơn THA ác tính cần theo các nguyên tắc sau đây:

1. Huyết áp được hạ xuống dần bằng thuốc tiêm tĩnh mạch phù hợp. Mục tiêu chung là giảm huyết áp trung bình không quá 25% trong vòng 2 giờ. Việc điều trị đang hướng về 160/100 mm Hg trong 2-6 giờ. Nhanh chóng làm giảm huyết áp có thể gây thiếu máu não, mạch vành hoặc thận.
2. Các biến chứng của THA ác tính gồm nhồi máu cơ tim, xuất huyết nội sọ, phù phổi và suy thận
3. giải quyết nguyên nhân gây THA ác tính

Với 1 bác sĩ có kinh nghiệm, khôn ngoan nên tìm kiếm các bệnh lý nguy hiểm trước, không cần thiết phải đưa huyết áp về bình thường ngay vì rất nguy hiểm nếu chưa rõ vấn đề ở đây là gì

Xử trí bằng thuốc tiêm tĩnh mạch có theo dõi huyết động và tim. Nếu có thể nên đặt catheter động mạch liên tục đo huyết áp tâm thu, tâm trương. Thường thì để băng quấn tại chỗ để đo liên tục là được.

Thuốc chống tăng huyết áp trường hợp khẩn cấp

Nitroprusside là thuốc hay được sử dụng trong trường hợp tăng huyết áp cấp cứu và thường là thuốc ban đầu được lựa chọn. gây giãn động mạch và tĩnh mạch nhanh chóng, do đó giảm cả tiền tải và hậu tải. Nó có tác dụng tối thiểu trên cung lượng tim và lưu lượng máu cơ tim. Khi nitroprusside dùng trong thời gian dài,

niễm độc thiocyanate có thể xảy ra. Thường ta sẽ không quan tâm khi điều trị ban đầu với bn cấp cứu

Nitroglycerin là thuốc không chỉ giãn động mạch và tĩnh mạch mà còn làm giãn động mạch vành. Nó tác dụng lớn hơn trên tĩnh mạch. Tiêm tĩnh mạch, nó có hiệu quả trong việc làm giảm tiền tải và hậu tải ngay lập tức. Nó đặc biệt tốt cho các trường hợp cấp cứu tăng huyết áp có suy mạch vành.

Labetalol là thuốc chẹn α_1 và β có tác dụng giãn mạch trực tiếp. Nó làm giảm huyết áp tâm thu và tổng sức cản mạch ngoại vi mà không gây phản xạ nhịp tim nhanh. Vẫn dùng cho bn xuất huyết não. nó an toàn khi dùng cho bn suy thận nặng

Fenoldopam là một chất chủ vận thụ thể dopamine mới được phê duyệt để xử trí trường hợp cấp cứu tăng huyết áp. Thời gian khởi phát và tác dụng trung bình, được dung nạp tốt và là thuốc duy nhất có thể bảo vệ lưu lượng máu thận. Nó được dùng dạng pha dịch truyền trong thời gian dưới 48h để xử trí THA ác tính

Xử trí theo tổn thương của cơ quan đích

Bệnh não do THA

Tổn thương thần kinh đòi hỏi phải kiểm soát huyết áp kịp thời, tốt nhất trong vòng 1 giờ. Thông thường, sodium nitroprusside là thuốc được lựa chọn cho những bệnh nhân này vì nó không có tác dụng phụ với thần kinh trung ương. labetalol tiêm tĩnh mạch cũng có thể được sử dụng.

Trường hợp THA có vấn đề nội sọ khác.

máu tụ dưới màng cứng và ngoài màng cứng điều trị tốt nhất bằng phẫu thuật kịp thời. Điều trị xuất huyết dưới nhện và trong nhu mô não thì khác. Thật không may, xuất huyết não thường lại xảy ra do tăng huyết áp. Ở nhiều bệnh nhân, cần duy trì huyết áp động mạch trung bình cao để duy trì tưới máu não. Vì vậy, rất nguy hiểm nếu giảm huyết áp quá nhanh. Huyết áp ban đầu chỉ giảm 15% đến 20%. sau đó đánh giá lại, nếu ổn định cố gắng giữ ở mức giảm 15% đến 20%. Mục đích là để giảm áp lực tâm trương từ 100 đến 110 mm Hg. Nitroprusside và labetalol là thuốc được lựa chọn. Những bệnh nhân này có thể phối hợp với thuốc điều trị khác làm giảm áp lực nội sọ như mannitol.

Phù phổi

Nitrates là loại thuốc tuyệt vời trong tình huống này. Nó làm giãn cả động mạch và tĩnh mạch, làm giảm tiền tải và hậu tải. Nitroglycerin cũng làm giãn động mạch vành và đặc biệt tốt khi bệnh nhân có cơn đau thắt ngực đồng thời. Nitroprusside tương đối hiệu quả vì làm giãn các động mạch ngoại biên và giảm hậu tải.

Furosemide (Lasix) và bumetanid (BUMEX) cũng được sử dụng để giảm ứ máu tĩnh mạch và bài tiết nước. Morphine sulfate được tiêm tĩnh mạch để ức chế giao cảm, giãn tĩnh mạch và giảm bớt lo âu. Mục đích của việc giảm huyết áp là tăng tưới máu và hạn chế tối thiểu hoạt động của tim.

Lóc tách động mạch chủ cấp

Mục tiêu điều trị là nhanh chóng giảm huyết áp động mạch trung bình huyết áp và giảm độ tăng áp lực trong động mạch chủ (dP / dt). Nitroprusside được dùng với thuốc chẹn β như propranolol hoặc esmolol để giảm áp lực động mạch trung bình trong khi giảm dP / dt . Các thuốc chẹn β được tăng liều để tránh suy tim đột ngột hoặc co thắt phế quản. theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn nên áp dụng với những bệnh nhân này vì nó cho phép theo dõi các sóng áp lực và giám sát dP / dt .

Labetalol có thể sử dụng một mình hoặc kết hợp với nitroprusside. Trimethaphan hiếm khi được sử dụng vì những tác dụng phụ khó chịu của phong tỏa hạch. Phình mạch type A, liên quan đến đoạn lên động mạch chủ, đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật. Phình mạch type B không biến chứng (DeBakey loại III), chỉ liên quan đến đoạn xuống động mạch chủ, có thể điều trị nội khoa. Tỷ lệ tử vong sớm xảy ra lên đến 50% số bệnh nhân này nếu không được điều trị đúng cách.

Tăng huyết áp - suy thận.

Các triệu chứng trong trường hợp này thường không rõ cho đến khi bệnh nhân bị suy thận nặng. Điều trị kịp thời có thể cứu vãn một số mô thận bị hỏng nhưng vẫn không khả thi. Bởi vì hầu như tất cả các bệnh nhân có nồng độ renin cao, dùng thuốc ức chế men chuyển trong lúc này có lợi như captopril và enalapril. Thật không may, phải mất một vài giờ các loại thuốc này mới có tác dụng hạ áp. Nên ban đầu thường bắt đầu với nitroprusside hoặc labetalol.

Tăng huyết áp do thuốc

tăng huyết áp do tăng sản xuất catecholamine (ví dụ, dùng thuốc ức chế monoamine oxidase, thuốc cường giao cảm như cocaine hoặc các chất kích thích) hoặc do u tế bào ưa crom, phentolamine (Regitine). Các trường hợp này nên dùng, nitroprusside thường có hiệu quả. chẹn β chọn lọc có thể dẫn đến kích thích α -adrenergic làm nặng thêm tình trạng bệnh nhân

Cai thuốc hạ huyết áp.

Bất ngờ dùng thuốc hạ huyết áp có thể gây “phục hồi” THA trên ngưỡng bình thường, trường hợp này không gặp với cai thuốc lợi tiểu, nhưng gặp khi dùng các thuốc điều nhịp, đặc biệt là clonidine (Catapres). Nó xảy ra ở 1% đến 5% bệnh nhân đột ngột ngưng dùng thuốc. Với clonidin, sự khởi đầu của tăng huyết áp hồi

phục thường bắt đầu từ 18 đến 20 giờ sau liều cuối cùng. Tình trạng này đáp ứng tốt khi cho dùng lại thuốc. Những bệnh nhân có tổn thương cơ quan đích có thể được điều trị như các trường hợp được mô tả trước đó

Cai thuốc chống trầm cảm

Khi bệnh nhân cai thuốc chống trầm cảm gây cường adrenergic tương đối bền vững gây nhịp tim nhanh, thở nhanh, tăng huyết áp và sốt. Nói chung, còn tùy thời gian bán hủy của thuốc, quá trình cai thuốc. cai Ethanol nên tiến hành trong 4 ngày, cai diazepam (Valium) kéo dài trong khoảng 9 ngày. Nếu không được điều trị, cai thuốc đôi khi gây rối loạn vận mạch có thể dẫn đến mê sảng. nếu cần thiết, dùng clonidine hoặc methadone để cai thuốc chống trầm cảm

Tăng huyết áp cấp cứu (hypertensive urgencies) : Một chẩn đoán không chắc chắn

Thuật ngữ này đã được sử dụng trong các tài liệu để mô tả trạng thái trong đó tăng huyết áp nặng (giai đoạn 3 và cao hơn, xem bảng 10-1) nhưng bệnh nhân không có bằng chứng của rối loạn chức năng cơ quan đích. Trong nhiều năm, các chiến lược cho những bệnh nhân này là giảm huyết áp của họ dần dần trong một vài giờ với các thuốc dùng đường uống như nifedipine ngâm dưới lưỡi hoặc clonidin đường uống. Gần đây, một số tác giả đã đặt câu hỏi liệu có cần thiết phải giảm nhanh chóng huyết áp mà không có biểu hiện tổn thương cơ quan đích bằng nifedipine ngâm dưới lưỡi vì nhiều trường hợp đã có tác dụng phụ đáng kể ở một số bệnh nhân, bao gồm đột quỵ và nhồi máu cơ tim cấp tính. Ủy ban Liên hợp quốc về ngăn ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp lưu ý rằng "huyết áp cao đơn độc, trong trường hợp không có triệu chứng hoặc tổn thương cơ quan đích mới hoặc tiến triển, ít khi cần phải điều trị khẩn cấp". Cũng có bằng chứng rằng khi bệnh nhân có tăng huyết áp đơn độc chỉ cần để họ ở 1 căn phòng yên tĩnh, huyết áp sẽ giảm dần theo thời gian mà không cần dùng thuốc. Nifedipine không nên được

sử dụng để hạ huyết áp do không thể kiểm soát được tác dụng của nó. Nếu cần thuốc uống thay thế để giảm dần huyết áp, hãy lựa chọn clonidin vì nó an toàn hơn nhiều

Với đa số các bệnh nhân cấp cứu, tăng huyết áp không có triệu chứng là một căn bệnh mãn tính. Nếu huyết áp trong phạm vi của giai đoạn 3 hoặc cao hơn, bệnh nhân sẽ cần điều trị mãn tính với thuốc hạ huyết áp. Nếu bệnh nhân đang được điều trị hạ huyết áp, phác đồ điều trị cần phải được đánh giá lại. Thông thường nhất, bệnh nhân tăng huyết áp mới được chẩn đoán nên dùng lợi tiểu hoặc chẹn beta là điều trị đầu tay. Tuy nhiên, việc điều trị phải dựa trên các yếu tố của bệnh nhân và các bệnh kèm theo.

Tăng huyết áp trung bình và nhẹ

Bệnh nhân có tăng huyết áp trung bình và nhẹ (giai đoạn 1 và 2) và không có tổn thương cơ quan đích không cần can thiệp

TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Mang thai

bệnh nhân mang thai nhạy cảm với những tác động của tăng huyết áp hơn những người lớn khác. The American College of Obstetrics and Gynecology xác định tăng huyết áp trong thai kỳ là (1) HA tâm trương lớn hơn 90 mm Hg hoặc lớn hơn 15 mm Hg trên mức nền hoặc (2) huyết áp tâm thu lớn hơn 140 mm Hg hoặc 30 mm Hg trên mức nền. Những bệnh nhân này có nguy cơ cao bị các biến chứng, như thai lưu, sản giật, tiền sản giật. Tiền sản giật có thể liên quan đến tăng huyết áp, phù, protein niệu, thiếu máu tán huyết mao mạch, giảm tiểu cầu và tăng men

gan. Sản giật là tiền sản giật kèm theo co giật mới khởi phát. Sản giật và tiền sản giật xảy ra chỉ trong nửa sau của thai kỳ, vì vậy trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán có thai là chắc chắn. bệnh nhân mang thai có nguy cơ tiền sản giật nếu

1. lần mang thai trước đã bị tiền sản giật
2. đa thai
3. chữa trứng
4. Có tiền sử gia đình tiền sản giật.
5. Bệnh nhân điều kiện kinh tế không khá giả
6. thai phụ ít tuổi hoặc lớn tuổi sinh con so

Bệnh nhân có sản giật hoặc tiền sản giật thường tăng phản xạ gân sâu. Có thể theo dõi phản xạ như 1 cách theo dõi trong điều trị. Những thay đổi khi soi đáy mắt nên kiểm tra để tránh nguy cơ xuất huyết não ở bệnh nhân THA. Magnesium sulfate là thuốc được lựa chọn để điều trị các triệu chứng thần kinh, nó cũng có thể giúp giảm huyết áp. Hydralazine là thuốc được lựa chọn để kiểm soát huyết áp, đặc biệt là trước sinh, vì nó bảo đảm dòng máu nuôi tử cung. Mặc dù các thuốc này giúp kiểm soát bệnh, nhưng nên cho bn sinh sớm mới là thuốc tốt duy nhất trong trường hợp cho tiền sản giật và sản giật.

Bệnh nhân nhi

Vẫn còn nhiều tranh cãi về vấn đề này, có bằng chứng rằng nhiều trẻ em, nếu không được điều trị trong một thời gian dài, sẽ phát triển các biến chứng của tăng huyết áp như người lớn. Để xác định trẻ em có tăng huyết áp phải tham khảo bảng hoặc đồ thị của giá trị bình thường đối với trẻ em. Trẻ em được coi là tăng huyết áp nếu luôn có huyết áp trên mức 95% so với tuổi.

bệnh nhân cao tuổi

Tăng huyết áp hay gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Việc điều trị tăng huyết áp ở người lớn tuổi đã được chứng minh làm giảm nguy cơ đột quỵ, bệnh tim mạch và suy tim sung huyết, cải thiện tỷ lệ tử vong. người lớn tuổi có thể tăng áp lực tâm thu. Một số trường hợp giả THA do mạch máu xơ cứng ở các động mạch lớn. có những trường hợp THA do “áo trắng bệnh viện” gây căng thẳng. người già thường có những thay đổi tư thế trong huyết áp của họ.

XỬ LÝ VÀ THEO DÕI

Cần phân loại chính xác về tăng huyết áp, đánh giá các tổn thương cơ quan và đáp ứng điều trị.

Khi vào

Cần đo huyết áp liên tục

Bệnh nhân THA độ 3 không tổn thương cơ quan có thể ra viện sau xử trí hoặc theo dõi trong 1 tuần. bn nếu ra luôn cần quay lại sau 24h để đánh giá lại

CHÓT LẠI

- Hầu hết các bệnh nhân thấy vào khoa cấp cứu có tăng huyết áp nhẹ hoặc trung bình. Họ không cần phải điều trị ngay và được tư vấn để điều trị
- Bệnh nhân tăng huyết áp nặng ngay lập tức được đánh giá tổn thương của cơ quan đích, trong đó đánh giá những cơ quan đích có nguy cơ đặc biệt là hệ thống thần kinh (bao gồm cả mắt), hệ tim mạch và hệ thống thận.
- băng quấn huyết áp phải có kích thước phù hợp và phải được đo một cách chính xác. Huyết áp được đo ở ít nhất hai chi và bắt mạch tứ chi.
- Khám cẩn thận kỹ lưỡng để phát hiện tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp nặng.
- Các thuốc xử trí tăng huyết áp cấp cứu để kiểm soát huyết áp theo thời gian cần xác định trước cụ thể. Tốt nhất nên dùng đường tiêm tĩnh mạch rồi đánh giá tiếp
- Các loại thuốc, đặc biệt là cocaine có thể gây cơn tăng huyết áp nặng. ngừng đột ngột các thuốc hạ huyết áp cũng có thể dẫn đến tăng huyết áp hồi phục nặng.
- Phụ nữ mang thai tăng huyết áp ở mức tương đối thấp, huyết áp lúc này phải so với mức cơ bản của cùng một bệnh nhân
- Bệnh nhân ra viện phải được hướng dẫn rõ ràng để theo dõi

Trường hợp cụ thể

Bệnh nhân nữ 55 tuổi huyết áp 230/150 mm Hg, khi bn đến viện có suy hô hấp mức độ vừa, ran 2 bên đáy phổi, tĩnh mạch cảnh ngoài nổi, phù chi dưới 2 +.

Thuốc bệnh nhân đang dùng bao gồm furosemide (Lasix), clonidine (Catapres), glyburide (DiaBeta) và alprazolam (Xanax).

kiểm tra kỹ hơn, bệnh nhân khó thở rõ rệt; cô chỉ trả lời câu hỏi ngắn. Cô tăng mức độ khó thở trong 2 giờ trước và càng tệ hơn trong 30 phút vừa qua. đau ngực mơ hồ không rõ vị trí và đau lưng . cô có nhắc đến mắc bệnh tim nhưng không có

thông tin chi tiết. không có tiền sử bệnh thận, đái máu hay đau mạn sườn

cô phải ngồi ngả về phía trước, sử dụng cơ hô hấp phụ, thở 36 l/p. tiếng tim khó nghe vì rales phổi. khám thần kinh và bụng bình thường. huyết áp đo cả tứ chi khoảng 240/130 mm Hg , mạch 130 nhịp mỗi phút.

ecg nhịp xoang nhanh, phì đại thất trái, xq ngực bóng tim to, mạch máu phổi giãn. siêu âm động mạch chủ bình thường. đặt foley có 100ml nước tiểu vàng. nước tiểu 10 thông số không có glucose, protein, và máu

Bệnh nhân này có thể bị nhồi máu cơ tim, phù phổi, lóc tách phình động mạch chủ, hội chứng cai clonidine hoặc alprazolam. Bệnh nhân được thở oxy, nitroglycerin, furosemide và morphine để điều trị tăng huyết áp, đau ngực và phù phổi có thể xảy ra. Bởi vì nghi có thể lóc tách phình động mạch nên sẽ chụp ct ngực

ở bệnh nhân này khi kiểm tra kỹ, chụp xq ngực và khám mạch ngoại vi loại trừ phình động mạch chủ, xét nghiệm nước tiểu loại trừ bệnh mạch thận, khám thần kinh loại trừ bệnh nội sọ, bệnh nhân không trong độ tuổi sinh đẻ, ECG bình thường không có dấu hiệu thiếu máu cục bộ nhưng không thể loại trừ, cần theo dõi tim mạch, men tim và ECG trong thời gian điều trị. Trường hợp này nghĩ nhiều đến phù phổi/THA

Bệnh nhân được dùng 12 mg morphine trong 40 đến 60 phút. Furosemide 80 mg tiêm tĩnh mạch và nitroglycerin nhỏ giọt tĩnh mạch. huyết áp của bệnh nhân giảm xuống 180/90 mm Hg, bệnh nhân đỡ lo lắng cà hít thở dễ dàng hơn

Bệnh nhân được điều trị theo hướng phù phổi/ tăng huyết áp. Hạ huyết áp làm giảm hậu gánh và tiêu thụ oxy của cơ tim. Cô cần tiếp tục theo dõi áp lực nêm động mạch phổi. Vì X quang ngực thấy động mạch chủ bình thường và triệu chứng đau ngực của cô đã được giải quyết khi hạ huyết áp nên không đặt ra tình trạng phải chụp CT ngực khẩn cấp để loại trừ một phình động mạch ngực.

tình trạng bệnh nhân vẫn tiếp tục ổn định tại khoa cấp cứu. cô sau đó xuất viện sau 5 ngày với chẩn đoán suy tim sung huyết/ tăng huyết áp.