

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BẮC NINH



Y ĐỨC - CHẤT LƯỢNG - THÂN THIỀN

QUY TRÌNH
KHÁM VÀ XỬ TRÍ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

Trách nhiệm	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	BS CKI Đinh Thị Kim Hà	Ths.BS Nguyễn Văn Dũng	ThS.BS Nguyễn Văn Toàn
Chữ ký			
Chức vụ	Trưởng khoa Nội tổng hợp	Phó Giám đốc Bệnh viện	Giám đốc Bệnh viện

QUY TRÌNH KHÁM VÀ XỬ TRÍ CON TĂNG HUYẾT ÁP

I. MỤC ĐÍCH

Quy trình này được xây dựng nhằm: Đảm bảo mọi bệnh nhân tại viện đều được khám bệnh, chữa bệnh kịp thời, đầy đủ và chất lượng; Thiết lập một quy trình chuẩn hóa, rõ ràng để cán bộ y tế thực hiện đúng các bước, nâng cao hiệu quả công việc; Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Đáp ứng yêu cầu quản lý chất lượng bệnh viện và giám định BHYT.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng cho tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện YHCT. Áp dụng cho cán bộ y tế tham gia vào quá trình khám, chữa bệnh, trực chuyên môn tại Bệnh viện.

III. ĐỊNH NGHĨA

Con là tình trạng HA tăng cao kịch phát $HATT > 180\text{mmHg}$ và/hoặc $HATTr > 120\text{ mmHg}$. Dựa trên tình trạng có hay không kèm theo tổn thương cơ quan đích

1.Thuật ngữ: Không

2.Chữ viết tắt

- BHYT: Bảo hiểm y tế.
- YHCT :Y học cổ truyền
- BHXH: Bảo hiểm xã hội.
- KB: Khám bệnh
- NB: Người bệnh.
- YHHĐ : Y học hiện đại
- THA: Tăng huyết áp

3. Đối tượng thực hiện.

- Lãnh đạo bệnh viện được phân công phụ trách
- Bác sĩ, điều dưỡng tại tất cả các khoa lâm sàng, trực cấp cứu tại viện.

IV. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1.Nguyên tắc chung

- Tất cả trường hợp Con THA phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

- Đối với trường hợp NB bị cơn THA cấp cứu Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên y tế, phải gọi hỗ trợ cấp cứu tại khoa phòng mình

- Nhanh chóng hội chẩn liên khoa, báo cáo cấp trên, đánh giá mức độ tổn thương cơ quan đích có phương án chuyển viện người bệnh đến đơn vị cấp cứu hoặc chuyển bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh kịp thời

2. Xử trí Cơn THA

2.1 Chẩn đoán xác định:

Cơn là tình trạng HA tăng cao kịch phát $HATT > 180\text{mmHg}$ và/hoặc $HATTr > 120\text{ mmHg}$. Dựa trên tình trạng có hay không kèm theo tổn thương cơ quan đích

2.2 Chẩn đoán phân loại cơn tăng huyết áp

2.2.1 Tăng huyết áp cấp cứu

- Là tình trạng HA tăng cao kịch phát (HA thường $> 180/120\text{ mmHg}$)
- Có kèm theo các bằng chứng về tổn thương cơ quan đích mới xuất hiện hoặc tiến triển, thường đe dọa đến tính mạng.

- Tổn thương cơ quan đích thường gặp là: Bệnh não THA, Xuất huyết nội sọ, đột quỵ, NMCT cấp, Suy thất trái cấp tính kèm phù phổi, Đau ngực không ổn định, Phình tách động mạch chủ suy thận cấp và Sản giật

2.2.2 Tăng huyết áp khẩn trương

- Là tình trạng HA tăng cao kịch phát ($> 180/120\text{ mmHg}$) nhưng không kèm theo tổn thương cơ quan đích.

- Đa số các trường hợp là các bệnh nhân THA mạn, không tuân thủ điều trị.
- Các bệnh nhân thường không có triệu chứng hoặc có thể kèm theo đau đầu, khó thở, chóng mặt, chảy máu mũi, lo lắng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Đợt THA cấp tính không cấp cứu hay khẩn trương (acute hypertensive episode - non emergency/non urgency): Khi bệnh nhân có $THA \geq 180/110\text{mmHg}$, không có triệu chứng, không có dấu hiệu đe dọa tổn thương cơ quan đích.

- Cơn THA thoáng qua (Transient Hypertension): HA chỉ tăng thoáng qua kết hợp với các tình trạng khác như : hội hộp lo âu, hội chứng bỏ rượu, hội chứng áo choàng trắng...

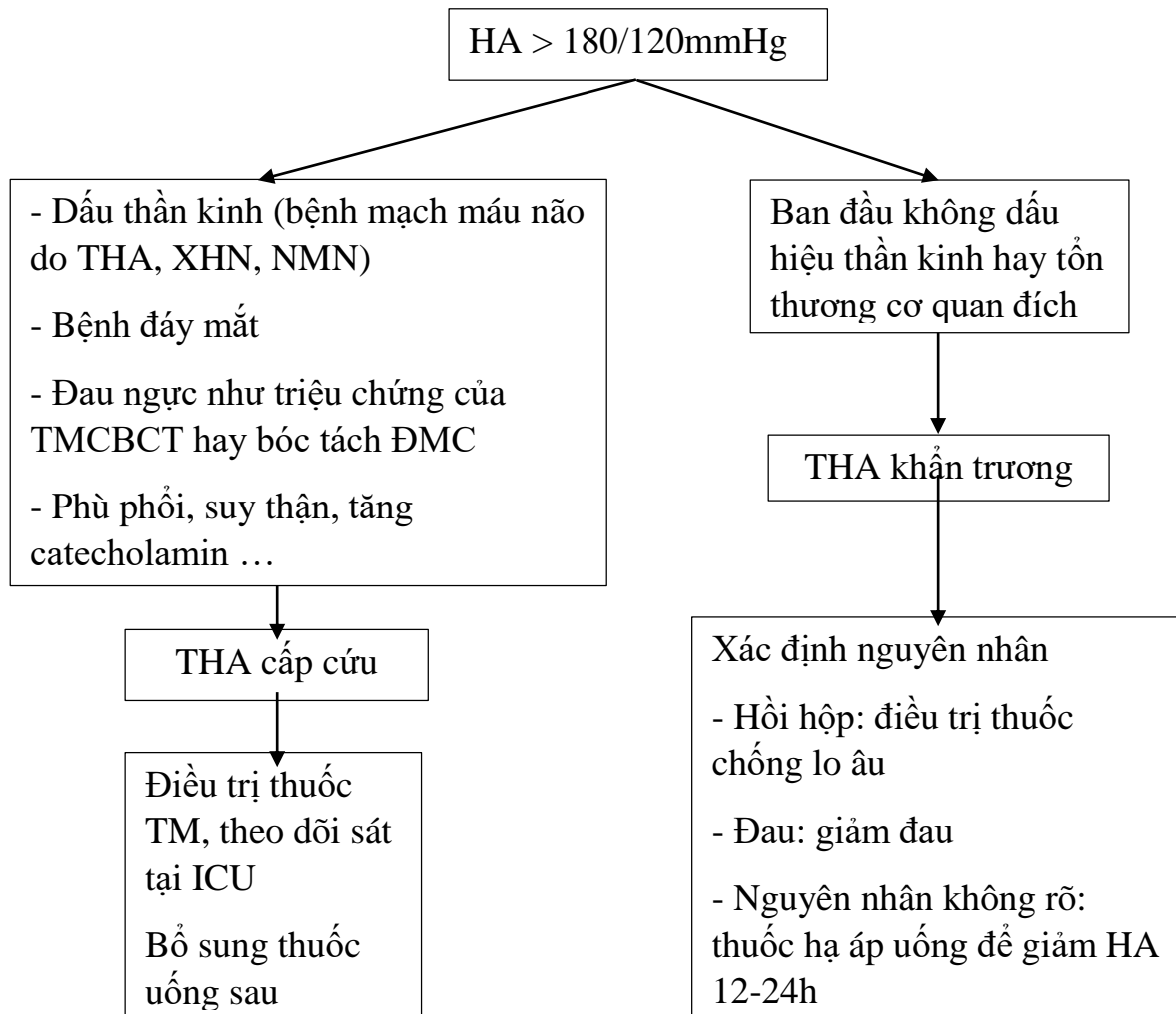
2.4 Cận lâm sàng

- Thường quy:

- + Tổng phân tích tế bào máu, tổng phân tích nước tiểu,
- + Sinh hóa máu: Glucose, Creatinine, điện giải đồ, bilan lipid máu, AST, ALT
- + Điện tâm đồ
- + Chụp XQ tim phổi
- + Tổng phân tích nước tiểu, microalbumin niệu
- + Siêu âm tim, siêu âm ổ bụng
- Bổ sung tùy theo tổn thương cơ quan đích và nguyên nhân.
- + BNP, men tim (khi có đau ngực, khó thở)
- + Chụp CT scan ngực (nếu nghi ngờ bóc tách ĐMC)
- + Xem xét CT não ở bệnh nhân hôn mê hay khám lâm sàng nghi ngờ có TBMMN.
- + Các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân THA thứ phát (nếu nghi ngờ)

2.5. Điều trị

Sơ Đồ Chẩn Đoán Và Điều Trị Cơ Bản THA



*** Mục đích và yêu cầu đối với tăng huyết áp cấp cứu:**

- Giảm 20 - 25% trị số huyết áp trung bình hay giảm trị số huyết áp tâm trương xuống <110mmHg trong vòng vài phút đến vài giờ.

- Điều trị bằng các thuốc đường tĩnh mạch

- Bệnh nhân THA cấp cứu cần được nhập viện, điều trị và theo dõi ở phòng săn sóc tích cực khoa tim mạch.

- Kiểm soát tổn thương cơ quan đích tiến triển/cấp tính quan trọng hơn là trị số tuyệt đối của HA.

- Tổn thương cơ quan đích có thể xảy ra hay tiến triển nặng thêm do giảm HA quá nhanh. Nếu triệu chứng xấu hơn trong quá trình hạ HA, tốc độ giảm HA phải chậm lại hay phải ngưng tạm thời.

- Tránh dùng thuốc qui lợi tiểu quai khi không có quá tải thể tích vì có thể gây ra phản xạ co mạch.

- Nên dùng thuốc hạ áp uống sớm để có thể giảm liều và ngừng thuốc TTM sớm. Chuyển đột ngột từ thuốc TTM sang thuốc uống có thể làm tăng đột ngột HA lại.

Bảng 1: Xử trí THA cấp cứu: các thuốc đường tĩnh mạch

Thuốc	Liều	Khởi phát/Thời gian tác dụng	Tác dụng phụ	Chỉ định
Furocemid LASIX ống 20mg	20-40 mg trong vòng 1-2p, lặp lại với liều cao hơn nếu có suy thận	1-5p	Giảm thể tích Hạ kali máu	Suy tim, suy thận, có quá tải thể tích
Nitroprusside	0,25 – 10 mcg/kg/phút	Ngay lập tức/ 2-3p sau khi truyền	Buồn nôn, nôn ói, dùng lâu dài gây ngộ độc cyanide, metHb	Hở van động mạch chủ, hở van hai lá, phẫu thuật tim
Nitroglycerin	5-100 mcg/phút	2-5p/5-10p	Nhức đầu, đỏ mặt, nhịp tim nhanh, metHb	Nhồi máu cơ tim, con đau thắt ngực
Nicardipin	TM 10mg trong 10p Duy trì 0,5 – 2mg/giờ	1-5p/15-30p; có thể đến 12h nếu truyền lâu dài	Nhịp tim nhanh, nôn ói, nhức đầu, tăng áp lực nội sọ	Bệnh não do THA
Labetanol TRANDATE ống 10mg/20mg	Bolus TM 20- 80mg hay 1mg/kg mỗi 5-10 phút (max 300mg) Duy trì 0,5 – 2mg/phút	5-10 phút/ 2-6 giờ	Co thắt phế quản, bloc tim, suy tim, tụt huyết áp tư thế	Bệnh não do THA Tai biến mạch máu não
Verapamine ISOPTIN ống 5ml/2ml	TM 5-10mg Duy trì TTM 25mg/giờ	1-5 phút/ 30- 60 phút	Nhịp chậm, bloc tim, đặc biệt khi dùng chung với ức chế beta	Nhịp tim nhanh hoặc TMCT

*** Mục đích và yêu cầu đối với tăng huyết áp khẩn trương**

- Cho phép hạ huyết áp trong vòng vài giờ đến 72 giờ
- Điều trị bằng các thuốc đường uống
- Thường đòi hỏi phối hợp thuốc
- Cũng phải được theo dõi tại bệnh viện trong vòng 24-72 giờ để chắc chắn bệnh nhân có đáp ứng điều trị và không gặp tác dụng phụ hay biến chứng
- Nên tránh dùng Nifedipin ngậm dưới lưỡi trong xử trí cấp cứu THA đặc biệt là bệnh nhân mạch vành hay TBMMN do có thể gây ra tác dụng phụ trên tim mạch (đột quỵ/NMCT)

Bảng 2: Các thuốc dùng trong THA khẩn trương

Thuốc	Liều	Khởi phát/Thời gian tác dụng	Thận trọng
Captoprin	25mg-50mg uống hay ngậm dưới lưỡi, lặp lại nếu cần	Uống: 15-30 phút/ 6-8 giờ Ngậm: 15-30 phút/2-6 giờ	Tụt huyết áp, suy thận, tăng kali máu
Labetanol TRANDATE viên 200mg	200-400mg lặp lại sau 2-3 giờ	30 phút – 2 giờ/ 2-12 giờ	Co thắt phế quản, bloc tim, tụt huyết áp tư thế
Furocemid Lasix viên 40mg	20-40mg	30-60 phút/ 6-8 giờ	Hạ kali máu
Propanolol Inderal viên 40mg	20-40mg	15-30 phút/ 3-6 giờ	Co thắt phế quản, bloc tim, tụt huyết áp tư thế
Amlodipine	5-10mg	60-120 phút/ 12-18 giờ	
Nicardipine	20-40mg	60-120 phút/ 8-12 giờ	

- **Cơn tăng HA không phải cấp cứu và không phải khẩn trương** (acute hypertensive episode - non emergency/non urgency):
 - Trong trường hợp này không cần điều trị hạ áp ngay lập tức.
 - Cần tìm và điều trị các nguyên nhân thúc đẩy (lo lắng, đau đốn, giảm oxy máu, ngưng điều trị thuốc hạ áp, dùng thuốc hạ áp không đủ liều...)
 - Điều trị như THA thông thường.
 - Nếu điều trị hạ áp trước đó hiệu quả và dung nạp tốt thì nên bắt đầu lại chế độ điều trị đó; nếu điều trị hạ áp trước đó không hiệu quả và dung nạp kém thì nên thay đổi thuốc khác phù hợp hơn.
 - Chỉ cần lưu bệnh nhân lại tại phòng cấp cứu trong vài giờ, cho thuốc hạ áp điều trị lâu dài sau xuất viện, nên hẹn tái khám vài ngày sau.

V. CĂN CỨ PHÁP LÝ VÀ TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/09/2020 về Quyết định ban hành hướng dẫn xây dựng quy trình chuyên môn kỹ thuật tại cơ sở khám chữa bệnh.
2. Căn cứ Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc ngày 21/01/2008;
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch : Ban hành kèm theo Quyết định số 2510/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên, Lương Ngọc Khuê, Nguyễn Lâm Việt
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế
5. Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022 hội tim mạch học Việt Nam.