

Đề xuất các bước đánh giá nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát qua mô tả chùm ca lâm sàng

Hồ Anh Tuấn¹, Đào Quang Hoàng¹, Hoàng Anh Tiến^{2*}

(1) Bệnh viện thành phố Thủ Đức

(2) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến, ngày càng tăng trên thế giới và ở nước ta. Tìm ra nguyên nhân tăng huyết áp giúp điều trị hiệu quả bệnh lý này. **Nội dung:** Trình bày phác đồ tiếp cận đánh giá bệnh nhân nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát và chiến lược truy tìm nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát dễ hiểu, dễ nhớ có thể phân chia theo tuổi. Phần 2 của bài báo chia sẻ các ca lâm sàng được chẩn đoán nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát theo phác đồ đã nêu. **Kết luận:** Chiến lược tầm soát giúp thầy thuốc lâm sàng tránh bỏ sót các trường hợp tăng huyết áp thứ phát và áp dụng phác đồ REVE để dễ dàng truy tìm nguyên nhân cụ thể

Từ khóa: tăng huyết áp thứ phát; nguyên nhân; phác đồ; chiến lược phát hiện.

Proposing algorithm for evaluating the causes of secondary hypertension through clinical case cluster description

Ho Anh Tuan¹, Dao Quang Hoang¹, Hoang Anh Tien^{2*}

(1) Thu Duc City Hospital

(2) Internal Medicine Department, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract:

Background: Hypertension is a common and increasingly prevalent disease both globally and in our country. Identifying the causes of hypertension aids in effectively treating this condition. **Content:** This article presents an approach protocol for assessing patients suspected of secondary hypertension and provides an easy-to-understand and easy-to-remember strategy for identifying the causes of secondary hypertension that can be categorized by age. Part 2 of the article shares clinical cases diagnosed with the causes of secondary hypertension according to the outlined protocol. **Conclusion:** The screening strategy helps clinicians avoid missing cases of secondary hypertension and apply the protocol REVE to quickly identify specific causes.

Keywords: secondary hypertension; causes; protocol; detection strategy.

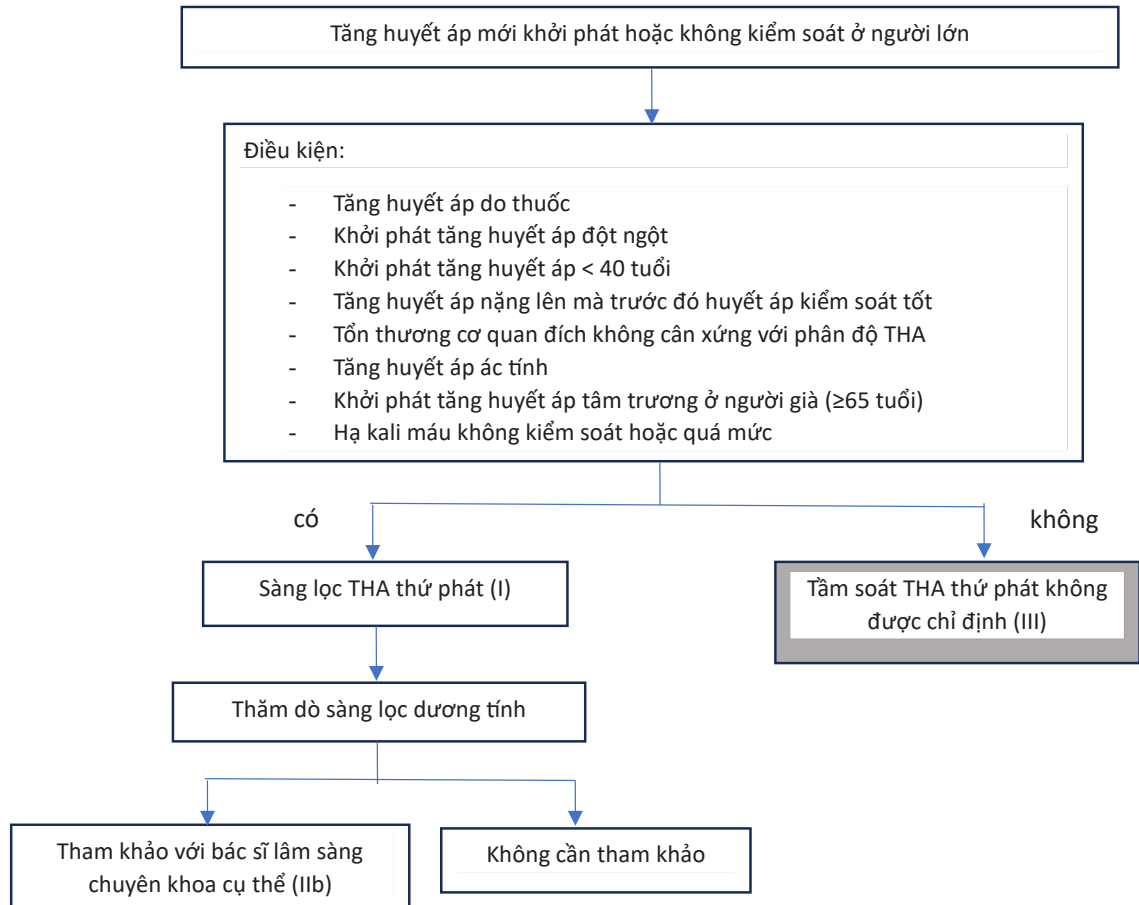
Tăng huyết áp (THA) đang ngày càng tăng trên thế giới nói chung và nước ta nói riêng [1, 2]. Điều trị tốt THA đòi hỏi giải quyết được căn nguyên gây bệnh, phân định THA là có nguyên nhân nền (thứ phát) hay không rõ nguyên nhân nền (nguyên phát). Mục tiêu của bài viết này là (1) tập trung vào chiến lược sàng lọc và phát hiện THA thứ phát, (2) áp dụng phương pháp giúp định hướng căn nguyên của THA qua một số ca bệnh.

1. Chiến lược sàng lọc và phát hiện bệnh nhân tăng huyết áp thứ phát

THA vô căn chiếm tỉ lệ rất lớn, khoảng 90% (3). Theo thống kê của Hội Tim mạch Châu Âu năm 2018, tỉ lệ THA có nguyên nhân nền chiếm tỉ lệ 5-15% [3]. Các nguyên nhân gây THA khá đa dạng, liên quan đến nhiều hệ thống và cơ quan. Do vậy, vấn đề là trường hợp nào thì chúng ta nên định hướng đến THA có căn nguyên để sàng lọc và truy tìm nguyên nhân cho người bệnh một cách hiệu quả mà vẫn đảm bảo tiết kiệm. Vấn đề này được khuyến cáo theo phác đồ Hình 1

*Tác giả liên hệ: Hoàng Anh Tiến, Email: hatien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/8/2024; Ngày đồng ý đăng: 14/1/2025; Ngày xuất bản: 25/3/2025



Hình 1. Các bước định hướng sàng lọc tăng huyết áp thứ phát [4]

Cần chú ý là bệnh nhân cần được đo huyết áp đúng theo quy trình chuẩn tại phòng khám, kết hợp với theo dõi huyết áp tại nhà, hoặc holter huyết áp (nếu có điều kiện) để thầy thuốc có được bức tranh toàn cảnh về tình trạng huyết áp của người bệnh. Sau khi đã loại trừ các yếu tố làm tăng giả trị số huyết áp như THA áo choàng trắng, loại trừ giả kháng trị, THA do thuốc, các chất khác... người thầy thuốc sẽ sàng lọc THA thứ phát tùy theo bệnh cảnh lâm sàng như được trình bày trong hình 2.

• Định hướng nguyên nhân THA thứ phát

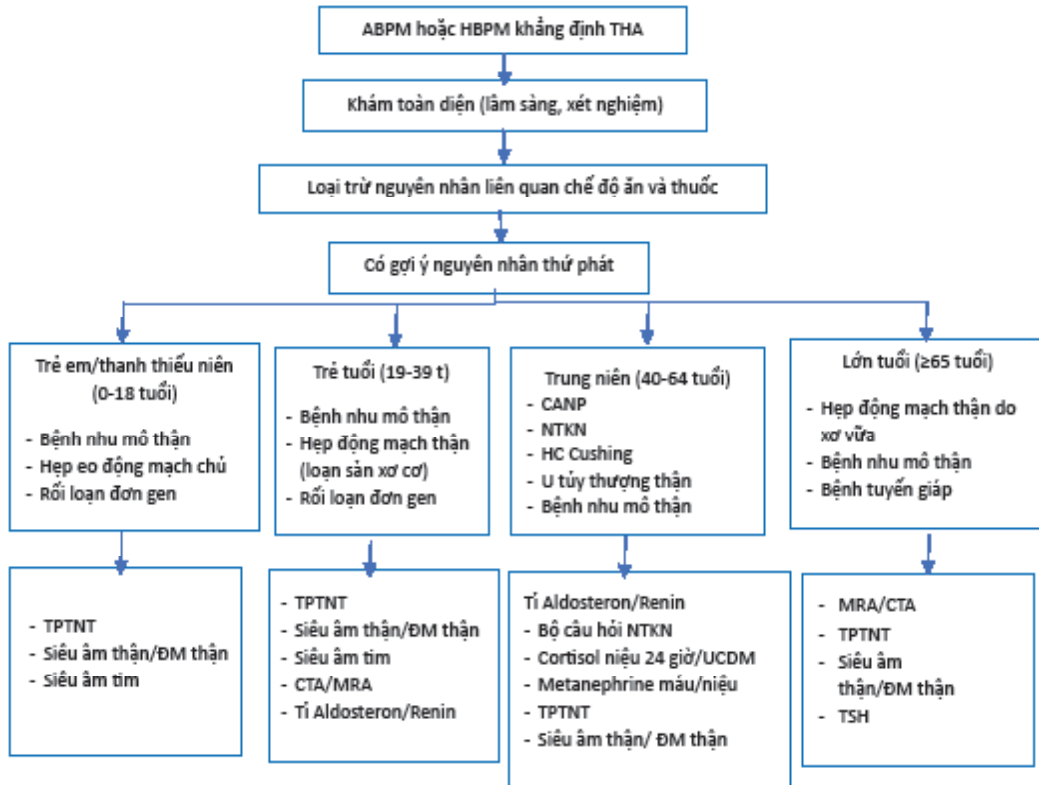
Nguyên nhân gây THA rất đa dạng, có thể liên quan nhiều cơ quan. Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng có thể phát hiện các triệu chứng, dấu hiệu giúp gợi ý các nguyên nhân THA tùy theo từng trường hợp. Các đặc điểm này được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Một số đặc điểm trong các trường hợp tăng huyết áp thứ phát (5)

Nguyên nhân	Tỉ lệ gặp ở bệnh nhân THA	Tỉ lệ gặp ở bệnh nhân THA kháng trị	Tiền sử	Sàng lọc	Khám LS	Cận lâm sàng
Ngưng thở khi ngủ	>5-15%	>30%	Ngáy, buồn ngủ ngày, đau đầu buổi sáng khó chịu	Bộ câu hỏi sàng lọc, đa ký giấc ngủ	Đường kính cổ, béo phì, phù ngoại vi	Không đặc hiệu

Bệnh nhu mô thận	1,6-8,0%	2-10%	ĐTĐ, mất điều chỉnh HA, xơ vữa toàn thể, suy thận từ trước, tiểu đêm	Creatinine, siêu âm thận	Phù, thiếu máu, teo cơ	↑Creatinine, protein niệu; ↑Kali, ↓Ca ²⁺ , ↑PO ₄
Hẹp đm thận	1,0-8%	2,5-20%	Xơ vữa toàn thể, ĐTĐ, hút thuốc lá; Phù phổi cấp sét đánh tái phát	Duplex hoặc CT hoặc MRI hoặc chụp mạch	Tiếng thổi, bệnh mạch ngoại vi	Cường aldosterone thứ phát ARR → ↓K, ↑Na
Cường aldosterone nguyên phát	1,4-10%	6-23%	Mệt mỏi, táo bón, đái nhiều, uống nhiều	Tỉ số aldosterone/renin (ARR)	Yếu cơ	↓K; ↑ARR
Bệnh tuyến giáp	1-2%	1-3%	Cường giáp, trống ngực, giảm cân, lo lắng, không chịu được nóng, suy giáp: tăng cân, mệt mỏi, táo bón	TSH	Cường giáp: nhịp nhanh, rung nhĩ, tiếng tim mạnh, lồi mắt; Suy giáp: nhịp chậm, yếu cơ, phù niêm	Cường giáp: TSH; FT ₄ và hoặc FT ₃ ↑ Suy giáp: ↑TSH; ↓FT ₄ , ↑Chol
HC Cushing	0,5%	<1,0%	Sụt cân, bất lực, mệt mỏi, thay đổi tâm lý, uống nhiều, tiểu nhiều	24h cortisol niệu; test dexamethasone	Béo phì, nhiều lông, teo da, rạn da, yếu cơ, thiếu chất xương	24h cortisol niệu ↑; glucose ↑; cholesterol ↑; K+↓
U tủy thượng thận	0,2-0,5%	<1%	Đau đầu, trống ngực, lo lắng, đỏ mặt	Metanephrines huyết tương, 24h catecholamine niệu	5P, tăng huyết áp kịch phát, đau đầu mạch đập, trống ngực, nhợt, đỏ mào hôi	Metanephrines ↑
Hẹp eo đm chủ	<1%	<1%	Đau đầu, chảy máu mũi, đau cách hồi chân	Siêu âm tim	Khác biệt HA (≥20/10mmHg) giữa chi trên- chi dưới hoặc tay phải- tay trái, mạch đùi đến chậm; tiếng thổi tổng máu ở vai	Không đặc hiệu

Chú thích: K+: kali máu; XN CLS: xét nghiệm cận lâm sàng; THA: tăng huyết áp; ĐTĐ: đái tháo đường; HC: hội chứng; ARR: tỉ số aldosterone/ renin hoạt tính; ↓: giảm; ↑: tăng;



Hình 2. Phác đồ tiếp cận bệnh nhân nghi tăng huyết áp thứ phát [6]

Ghi chú: ABPM: holter huyết áp; HBPM: huyết áp tại nhà; CANP: cường aldosteron nguyên phát; TPTNT: tổng phân tích nước tiểu; ĐM: động mạch; CTA: chụp cắt lớp vi tính mạch máu; MRA: chụp cộng hưởng từ mạch máu; NTKN: ngưng thở khi ngủ; UCDM: ức chế dexamethasone; TSH: hormon TSH; THA: tăng huyết áp

ABPM và HBPM giúp loại trừ THA ảo choàng trắng và giả kháng trị, đếm trùng huyết áp và tần số tim. Khám lâm sàng đánh giá THA khó kiểm soát, tổn thương cơ quan đích, tuổi, thói quen, đánh giá tuân thủ điều trị.

Như vậy chúng ta có thể phân loại nguyên nhân THA thứ phát theo tần suất hay gặp của các bệnh bằng cụm từ REVE (các chữ đầu của từ Reveal, nghĩa là tìm ra), trong đó ý nghĩa các chữ được trình bày trong Bảng 2. Chúng ta có thể phân chia các nguyên nhân này theo nhóm tuổi để tiến hành xét nghiệm phù hợp (Hình 2)

Bảng 2. Phương pháp ghi nhớ nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát thường gặp : REVE

Chữ cái	Phiên giải	Ý nghĩa	Ghi chú
R	Renal	Các bệnh thận	Gồm bệnh nhu mô thận và động mạch thận
E	Endocrine	Các bệnh nội tiết	Gồm cường aldosterone, cushing, bệnh tuyến giáp, u tủy thượng thận
V	Vascular	Mạch máu	Hẹp eo động mạch chủ
E	Exogenous	Ngoại sinh	Với hai nguyên nhân hay gặp nhất là ngưng thở khi ngủ và thuốc

2. CHÙM CA BỆNH ĐỊNH HƯỚNG CĂN NGUYÊN TĂNG HUYẾT ÁP THỨ PHÁT

Phần này sẽ áp dụng phác đồ ở trên, sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh để chẩn đoán nguyên nhân THA thứ phát

2.1. Ca bệnh số 1

2.1.1. Bệnh sử, thăm khám và xét nghiệm

• Bệnh sử: Bệnh nhân nữ 38 tuổi, không có tiền gia đình tăng huyết áp, sinh thường hai con đã 10 tuổi và 6 tuổi, không ghi nhận THA thai kỳ. Khoảng 3,4 tháng trước bệnh nhân ghi nhận huyết áp tăng 160-180mmHg,

đau đầu vùng chẩm-trán, uống thuốc không rõ loại. 1 tháng trước huyết áp đo được là 220mmHg, có uống thuốc không đỡ, mệt và đau đầu nhiều nên vào viện.

• **Thăm khám**

Khám ghi nhận huyết áp tay trái 115/75mmHg, huyết áp tay phải 169/110mmHg, mạch quay hai bên (+), không nghe thổi ở động mạch cảnh, vùng bả vai, dưới đòn; động mạch đùi 2 bên mạch yếu, mạch khoeo và cổ chân, mắt cá 2 bên không bắt được, có tiếng thổi tâm thu 3/6 cạnh trái ổ bụng. *Các dấu hiệu trên kết hợp với tiền sử không có tăng huyết áp gia đình, tăng huyết áp đột ngột với trị số huyết áp rất cao (độ 3) gợi ý có bệnh lý hẹp động mạch chủ bụng hoặc thận và/hoặc bệnh lý mạch máu (nhóm triệu chứng gợi ý ở Hình 1).*

• **Các xét nghiệm ghi nhận:**

Hồng cầu, tiểu cầu, glucose máu, HbA1c, FT4, TSH, bilan lipid máu trong giới hạn bình thường, siêu âm doppler tim có phân suất tống máu thất trái 57%, không phì đại thất, siêu âm bụng có hemangioma gan phải, antiHCV, HBsAg âm tính, soi đáy mắt và X quang tim phổi thẳng bình thường. Các xét nghiệm đáng chú ý trong thời gian nằm viện:

- Bạch cầu máu 13,8k/mcl, Neutrophil 51%,
- CRP: 83,6 (ngày 15/3/2024) → 11,6 (ngày 25/3/2024)
- VSS (25/3/2024): 60 (1 giờ), 88 mm (2 giờ)
- GOT/GPT (15/3/2024): 45/45 U/l
- Kali máu 3,3 mmol/l, Na và Cl bình thường; creatinine máu: 0,71 - 0,83 mg/dl
- Microalbumin/creatinine niệu: 30,4 mg/g
- Tổng phân tích nước tiểu ghi nhận protein dạng vết, hồng cầu niệu 2+, pH 6.0, các thông số còn lại âm tính.
- Điện tim: cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất dạng AVNRT tần số 180 lần/ phút trở về nhịp bình thường sau điều trị

- Siêu âm phát hiện vùng góc hàm, dọc bó mạch cảnh bên phải có vài hạch hình tròn và bầu dục, hồi âm kém, không đồng nhất, bờ đều, giới hạn rõ, không rõ rốn hạch, kích thước lớn nhất # 6x4mm

- Kết quả nhuộm papanicolaou hạch cổ phải ghi nhận hạch viêm dạng hạt với sự hiện diện lympho bào và một số cụm tế bào dạng biểu mô, chất hoại tử.

- Siêu âm doppler theo dõi thiếu sản động mạch đốt sống bên trái, hẹp động mạch dưới đòn trái, theo dõi hẹp nặng động mạch thận trái và thân tạng. Hai thận kích thước trong giới hạn bình thường, chủ mô dày, cấu trúc vỏ tủy rõ, đài bể thận không giãn, không có sỏi.

- Chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ ngực theo dõi tắc động mạch dưới đòn trái chỗ xuất phát, vài hạch hoại tử trung tâm bắt thuốc tương phản dạng

viền sau chích, tụ thành chùm khoang cảnh phải chưa loại trừ khả năng do lao. Theo dõi tắc động mạch chủ từ chỗ chia động mạch thận hai bên đến trước chỗ chia động mạch chậu chung hai bên. Hẹp nặng động mạch thận trái chỗ xuất phát, hẹp nhẹ động mạch mạc treo tràng trên.

2.1.2. Bàn luận

Các kết quả xét nghiệm trên gợi ý một tình trạng viêm toàn thể kèm theo *hẹp tắc động mạch chủ - chậu, các nhánh của động mạch chủ* xảy ra ở *bệnh nhân nữ trẻ tuổi*. Đây là tình trạng gợi ý bệnh lý viêm động mạch Takayasu. Đối chiếu các tiêu chuẩn chẩn đoán theo Hội Thấp học Hoa Kỳ cập nhật năm 2022, bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý này với tổng điểm là 7 (≥ 5 điểm) [7]. Bệnh nhân có nguyên nhân nhóm R (Renal: thận)

2.2. Ca bệnh số 2

2.2.1. Bệnh sử, thăm khám và xét nghiệm

Bệnh nhân nam 35 tuổi, đau đầu từng cơn đã 3 tháng nay, có lúc đo huyết áp tâm thu 175mmHg, không hạn chế gắng sức, huyết áp đo tại phòng khám là 240/140mmHg, sau ngâm captopril, ghi nhận huyết áp 225/120mmHg, điện tim và siêu âm tim có phì đại thất (đây là dấu hiệu gợi ý tăng huyết áp thứ phát như Hình 1). Thăm khám khác ghi nhận BMI 33kg/m² da, vòng cổ 115cm, soi đáy mắt: động mạch võng mạc cứng vừa. Xét nghiệm có eGFR 76ml/phút, protein niệu và hồng cầu niệu nhẹ, siêu âm bụng có gan nhiễm mỡ, doppler động mạch thận và cảnh bình thường, siêu âm tim có phì đại nặng thất trái đồng tâm, rối loạn chức năng tâm trương giai đoạn 3, hở chủ nhẹ, tăng áp phổi nhẹ. Đo đa ký giấc ngủ có ngưng thở khi ngủ nặng, hội chứng giảm thông khí với 400 biến cố, ngưng thở tắc nghẽn ưu thế (248 biến cố chiếm 62%), AHI 44/giờ, độ bão hòa oxy máu trung bình 93%, thấp nhất 69%. Điều trị phối hợp 3 thuốc giúp hạ được huyết áp sau 5 ngày còn 137/91mmHg, bệnh nhân được đề nghị phẫu thuật chỉnh hàm mặt.

2.2.1. Bàn luận: cần nghĩ đến ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân có béo phì, nhất là vòng cổ to, ngủ ngáy, ngày hôm sau nhức đầu, giảm tập trung để áp dụng bộ câu hỏi Epworth và đánh giá điểm AHI [8] (nguyên nhân E: Exogenous).

2.3. Ca bệnh số 3

2.3.1. Bệnh sử: bệnh nhân nữ 31 tuổi, mới phát hiện tăng huyết áp qua khám sức khỏe định kỳ. Cha và anh bị tăng huyết áp. Khám có huyết áp 166/106mmHg, lâm sàng chưa phát hiện bất thường khác. Kali máu giảm nhẹ (3,3 mmol/l), aldosterone 64 ng/dl (bình thường 4-30 ng/dl), CTScan ổ bụng không thấy khối thượng thận, siêu âm doppler động mạch thận bình thường. Các xét nghiệm khác chưa

thấy bất thường. Ghi nhận bệnh nhân uống thuốc tránh thai có estradiol. Sau tư vấn đổi sang thuốc tránh thai chỉ có progesterone, huyết áp giảm dần, aldosterone máu giảm về 14,7 ng/dl, kali máu 3,8mmol/l, ổn định với amlodipine

2.3.2. Bàn luận: khoảng 5% phụ nữ dùng thuốc tránh thai bị tăng huyết áp. Mức tăng huyết áp thông thường chỉ ở mức độ nhẹ, nhưng một số trường hợp huyết áp tăng nhiều. Hầu hết tăng huyết áp gặp ở thuốc tránh thai có chứa 20-35mcg ethinyl estradiol. Theo dõi sát và điều chỉnh huyết áp ổn định là quan trọng trong điều trị bệnh [9]. Bệnh nhân này có thể là tăng huyết áp do thuốc tránh thai chèn ép chất trên tăng huyết áp nguyên phát. Nguyên nhân tăng huyết áp liên quan thuốc là điều cần loại trừ khi đánh giá tăng huyết áp thứ phát (Hình 2) (nguyên nhân E : Exogenous)

2.4. Ca bệnh số 4

2.4.1. Bệnh sử: Bệnh nhân nam 52 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp từ 5 năm nay, kiểm soát được huyết áp với amlodipin hàng ngày. Gần đây, bệnh nhân mệt, nhức đầu, huyết áp có lúc 160-170/90mmHg mà không có thay đổi gì về chế độ ăn, thuốc. Gia đình bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp trẻ tuổi. Khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu đặc biệt, không lâm sàng không ghi nhận thối ở tim, không thối ở bụng. Xét nghiệm với thuốc điều trị duy trì Exforge 10/160mg có hoạt tính renin máu 0,06 ng/ml/giờ, nồng độ aldosterone máu 29ng/dl, Kali máu 3,1 mEq/l, Bicarbonate máu 29 mEq/l. Truyền muối

đẳng trương trong 4 giờ ở tư thế nằm ngửa có nồng độ aldosterone máu 14 ng/dl. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tăng sản tuyến thượng thận 2 bên.

2.4.2. Bàn luận: bệnh nhân có huyết áp kiểm soát kém, tăng dần, kèm theo tam chứng tăng huyết áp, hạ kali máu không giải thích được và kiểm chuyển hóa giúp gợi ý cường aldosterone nguyên phát. Aldosterone máu ≥ 15 ng/dl kèm tỉ số aldosterone/renin máu $>35-50$ gợi ý về mặt cận lâm sàng. Bệnh nhân cần ngưng thuốc đối kháng aldosterone trước xét nghiệm ít nhất 6 tuần còn các thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể làm tăng nồng độ renin nhưng không ý nghĩa trong bối cảnh cường aldosterone nguyên phát nên vẫn có thể tiếp tục sử dụng. Xét nghiệm tải muối đã giúp chẩn đoán xác định cường aldosterone nguyên phát với giá trị aldosterone máu > 10 ng/dl. Kết quả CT Scan ổ bụng giúp khẳng định chẩn đoán và điều trị thuốc spironolactone lâu dài [10].

3. KẾT LUẬN

Thầy thuốc lâm sàng cần nắm được các bước sàng lọc tăng huyết áp theo hình 1 và nguyên nhân phổ biến nhất của tăng huyết áp thứ phát qua công thức REVE theo hình 2 ở đối tượng tăng huyết áp mới khởi phát hoặc không kiểm soát. Điều này giúp thăm khám lâm sàng và chỉ định cận lâm sàng phù hợp, từ đó góp phần chẩn đoán nguyên nhân tăng huyết áp nhanh chóng và chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396(10258):1223-49. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2
2. Huỳnh Văn Minh, Poulter NR, Nguyễn Lâm Việt, et al. Blood pressure screening results from May Measurement Month 2019 in Vietnam. European Heart Journal Supplements. 2021;23(Supplement_B):B154-B7. DOI: 10.1093/eurheartj/suab035
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
4. Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Thị Bạch Yến, Trần Tuấn Vũ. Tim mạch dự phòng (tăng huyết áp; rối loạn lipid máu; đái tháo đường và bệnh lý tim mạch): Nhà xuất bản Y học; 2019.
5. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 2014;35(19):1245-54. doi: 10.1093/eurheartj/ehu534.
6. Spiering W. How to exclude secondary hypertension - a diagnostic algorithm. European Society of Cardiology 2019.
7. Tungate R, Patel PM. Takayasu arteritis. 2024. In: Ferri's Clinical Advisor 2025. Elsevier; [1052.e4-e8].
8. Nguyễn Ngọc Phương Thư. Tần suất của ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn ở bệnh nhân tăng huyết áp và hiệu quả của điều trị bằng CPAP lên huyết áp. [Luận án Tiến sĩ]: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.
9. Boldo A., White WB. Blood pressure effects of the oral contraceptive and postmenopausal hormone therapies. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 2011;40(2):iii-v.
10. Trần Viết Thắng. Đánh giá tần suất, đặc điểm của cường aldosterone nguyên phát ở bệnh nhân có tăng huyết áp khó kiểm soát và tần suất đột biến gen KCNJ5 ở phân nhóm bệnh nhân cường aldosterone nguyên phát do bướu thượng thận một bên. [Luận án Tiến sĩ]: Đại học Y Dược, TPHCM; 2021.