

Tăng Huyết Áp Điều Trị Dùng Thuốc

Theo y học hiện đại

Thuốc điều trị tăng huyết áp thường được dùng là những nhóm sau:

- + Nhóm ức chế calci
- + Nhóm chống cao huyết áp trung ương
- + Nhóm ức chế men chuyển
- + Nhóm ức chế alpha (ỏ) và beta (ổ)
- + Nhóm giãn mạch có tác dụng trực tiếp
- + Nhóm lợi niệu

Trong đó có 4 loại thuốc được khuyến sử dụng trong tăng huyết áp vì:

- + Dùng một lần trong ngày
- + Có hiệu quả
- + Tác dụng phụ làm phải ngừng điều trị là 25%

Thuốc lợi tiểu

Đã được chứng minh tính hiệu quả hơn tất cả các loại khác.

Nó làm giảm huyết áp như các loại khác, hơn nữa nó còn được dùng như điều trị cơ bản của tất cả các thử nghiệm chứng minh việc điều trị tăng huyết áp; làm giảm tử suất, tỷ lệ tử vong bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong chung.

Các công trình nghiên cứu rất đáng tin cậy đã chứng minh lợi tiểu có tác dụng tốt trong tăng huyết áp vừa (ở người trưởng thành và người cao tuổi) trong các thể lâm sàng tăng tâm thu và tâm trương hoặc chỉ tăng tâm trương.

Tập hợp tất cả các công trình lại, ta chứng minh được việc giảm trị số huyết áp làm giảm đáng kể nguy cơ chảy máu não, suy tim và suy thận. Việc giảm nguy cơ suy mạch vành ít thấy rõ hơn, nhưng lại rất có ý nghĩa ở người cao tuổi.

Thuốc lợi tiểu nên dùng (thường là phối hợp trong 1 viên): Thiazid: tăng thải K +
Anti aldosteron: giảm K +

Phối hợp: aldactiazin (loại này thường gây giảm K + hơn là tăng K +).

Chống chỉ định: suy gan nặng, suy thận mạn (độ lọc cầu thận < 30ml/mm).

Thuốc ức chế beta (ổ - bloquants)

Đã được chứng minh bằng các nghiên cứu đáng tin cậy về mặt hiệu quả trên tử suất, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong chung (như thuốc lợi tiểu).

Hiệu quả này so với thuốc lợi tiểu trên bệnh nhân cao tuổi có kém hơn chút ít:

- + Có tác dụng hạ áp: có những loại mà tác dụng kéo dài 24h để đáp ứng

được yêu cầu điều trị đơn liều.

+ Cơ chế: cho rằng thuốc khóa một phần hệ thống renin – angiotensin - aldosteron bằng tác dụng trên thụ thể beta kiểm soát tiết renin. Sau khi giảm tạm thời cung lượng tim, các thuốc ức chế beta làm giảm kháng lực ngoại vi...

+ Chống chỉ định: suyễn, COPD, viêm tắc mạch chi dưới, suy tim bất hồi, tiểu đường lệ thuộc insulin.

ức chế men chuyển

Tác dụng hạ áp như các loại thuốc trên.

Nó chưa được nghiên cứu để xác định hiệu quả trên tử suất, tỷ lệ tử vong như các loại thuốc trên vì nó được lưu hành trong thời kỳ mà không có một nghiên cứu nào với placebo cho phép. Còn nếu dùng thuốc làm chứng thì cần số lượng bệnh nhân rất lớn.

Trừ captopril uống 2 lần/ngày, còn các loại khác dùng 1 lần/ngày.

Cơ chế: cắt đứt việc chuyển từ angiotensin I sang angiotensin II (gây co mạch), cắt đứt tiết aldosteron (giữ lại Na⁺). Đồng thời làm giảm sự phá hủy bradykinin (degradation này được thực hiện bởi men chuyển) \Rightarrow bradykinin tăng trong máu \Rightarrow làm giãn mạch. Kết quả là làm giảm kháng lực ngoại vi.

Tác dụng phụ: chủ yếu là ho khan (có lẽ do bradykinin tăng trong máu), rất thường gặp nếu có yếu tố kích thích phế quản và/hoặc ở người cao tuổi. Những tác dụng phụ khác có liên quan đến việc dùng thuốc trên người bệnh có mất nước, đặc biệt đang điều trị với thuốc lợi tiểu.

Đối kháng calci

Tác dụng hạ áp như các loại trên. Cũng không nghiên cứu tử suất, tỷ lệ tử vong như nhóm ức chế men chuyển vì các lý do nêu trên.

Có 2 loại chính:

+ Dihydropyridines (nifedipin): loại không ảnh hưởng trên nhịp tim hoặc làm tăng nhịp tim.

+ Loại làm giảm nhịp tim: diltiazem.

Cơ chế: giảm Ca⁺⁺ vào trong các tế bào cơ trơn thành mạch máu, dẫn đến giãn mạch và cuối cùng là giảm kháng lực ngoại vi.

Tác dụng phụ chủ yếu: phù 2 chi dưới, đau đầu. Đây là do tác dụng giãn động mạch mà không kèm giãn tĩnh mạch (thường gặp khi dùng adalat hơn nhóm tildiem hay verapamil).

Cách sử dụng thuốc: quyết định sử dụng thuốc trong điều trị huyết áp cao là một quyết định nặng nề, bởi vì sau đó rất có thể quyết định này sẽ bị ngừng lại.

Quyết định này phải được nêu sau khi làm toàn bộ bilan như trên và sau khi áp dụng các chế độ sinh hoạt, ăn uống. Để chắc chắn rằng nó cũng kết hợp vào toàn bộ cách điều trị.

Lý tưởng là dùng một lần trong ngày và việc chọn lựa tùy thuộc chỉ định và chống chỉ định.

Hiệu quả của việc trị liệu chỉ được xác định sau vài tuần điều trị.

Các công thức cần quan tâm:

+ Chẹn beta + lợi tiểu: kinh điển và rất hiệu quả.

+ ức chế men chuyển + lợi tiểu: rất hợp lý vì nhóm lợi tiểu hoạt hoá hệ thống renin và như vậy làm mạnh thêm nhóm ức chế men chuyển (IEC), ngược lại IEC tăng hoạt bởi tình trạng giảm Na⁺ máu.

+ Chẹn beta + kháng calci: thường dùng trên tăng HA có bệnh mạch vành.