



HƯỚNG DẪN
ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
THEO VNHA 2018



NỘI DUNG CHÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

II. ĐIỀU TRỊ THA THEO VNHA 2018

III. TỔNG KẾT

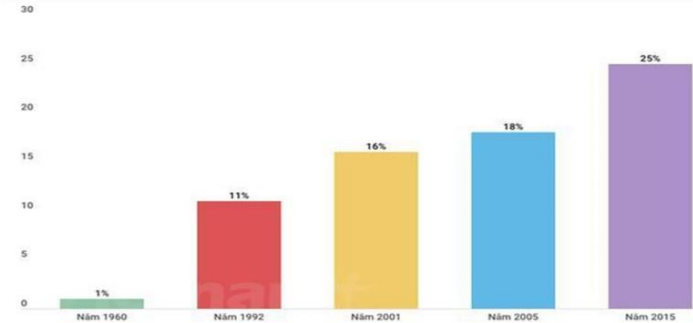


I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

1. Tình hình THA trên thế giới và Việt Nam

- Số lượng người mắc THA ngày càng **gia tăng** và **trẻ hóa**.
- Khoảng 2/3 tập trung ở các nước thu nhập thấp và trung bình.



TRÊN THẾ GIỚI

Bảng 1. Số lượng người mắc bệnh tăng huyết áp



TẠI VIỆT NAM

Thông tin Bộ Y Tế 06/2019, hiện nay **25%** dân số mắc bệnh THA và tim mạch, tuy nhiên có gần **60%** người mắc THA chưa được phát hiện và trên **80%** chưa được điều trị.



I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

2. Một số hướng dẫn điều trị THA hiện nay

Quốc tế

TỔ CHỨC	CÁC HƯỚNG DẪN GẦN NHẤT
America's Joint National Committee (JNC) Ủy ban Liên Quốc gia (Hoa Kỳ)	The Eight Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8)-2014
American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Trường môn Tim Mạch Hoa kì/Hiệp hội tim mạch Hoa kỳ	2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults
American Society of Hypertension/International Society of Hypertension (ASH/ISH) Hội THA Hoa Kỳ/Hội THA Quốc Tế	2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines



I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

2. Một số hướng dẫn điều trị THA hiện nay

TỔ CHỨC	CÁC HƯỚNG DẪN GẦN NHẤT
European Society of Cardiology/European Society of Hypertension/ (ESC/ESH) Hội tim mạch Châu Âu/Hội THA châu Âu	- 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension - 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

Việt Nam

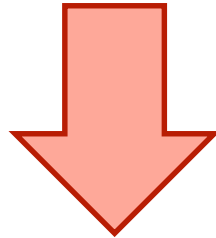
TỔ CHỨC	CÁC HƯỚNG DẪN GẦN NHẤT
Vietnam National Heart Association/ Vietnam Society of Hypertension (VNHA/VSH) Hội tim mạch Việt Nam/Phân hội tăng huyết áp Việt Nam	- Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2015 - Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

2. Một số hướng dẫn điều trị THA hiện nay

Những năm gần đây có nhiều chứng cứ mới trong việc chẩn đoán và điều trị THA. Nhiều guideline ra đời mang tính đột phá nhưng vẫn còn một số điểm chưa thống nhất.

Việc quá nhiều guideline khiến bác sĩ lâm sàng khó khăn lựa chọn guideline thích hợp để điều trị cho bệnh nhân THA.



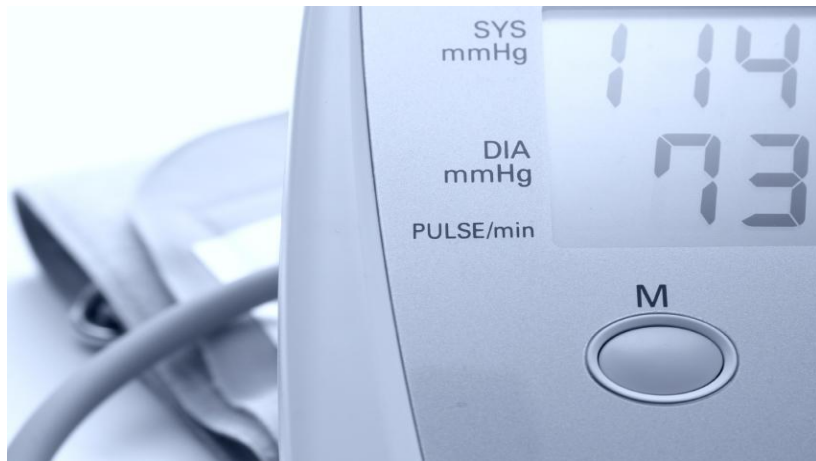
Hội VNHA/VSH đã thống nhất **“Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018”**

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA

Chỉ số huyết áp

- Huyết áp phòng khám
- Huyết áp ngoài phòng khám
 - Huyết áp liên tục (Holter HA 24h)
 - Huyết áp tại nhà



Theo dõi huyết áp tại nhà (Home Blood Pressure Monitor -HBPM)

- Thiết bị theo dõi huyết áp tại nhà có thể được kết hợp vào việc chăm sóc bệnh nhân THA và **được khuyến nghị** bởi các hướng dẫn chính.

- Ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ **lợi ích của HBPM** ở bệnh nhân so với theo dõi HA tại phòng khám: cải thiện kiểm soát HA, chẩn đoán tăng huyết áp áo choàng trắng và dự đoán nguy cơ tim mạch.

- **HBPM rẻ hơn và dễ thực hiện hơn** so với theo dõi HA lưu động 24 giờ (ABPM). Tuy nhiên, các thiết bị HBPM có thể có kết quả đọc không chính xác.

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA

Chỉ số huyết áp

Huyết áp liên tục (Ambulatory Blood Pressure Monitor-ABPM)

- Theo dõi huyết áp lưu động là **kỹ thuật đo huyết áp liên tục** trong khi bạn sinh hoạt bình thường hàng ngày. Nó được đo trong tối đa **24 giờ** bởi một **máy đo huyết áp kỹ thuật số** nhỏ được gắn vào đai quanh thắt lưng và kết nối với vòng bít quanh cánh tay. Thiết bị đủ nhỏ để không ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày và thậm chí có thể đeo nó khi đi ngủ.
- Huyết áp được ghi mỗi **15-30 phút** ban ngày và **30-60 phút** vào ban đêm.
- Diễn giải kết quả ABPM: huyết áp trung bình 24h, huyết áp trung bình ban ngày, huyết áp trung bình ban đêm.



I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA

Định nghĩa THA

- Tăng huyết áp là tình trạng **tăng dai dẳng** của huyết áp động mạch.
- Theo VNHA 2018, chẩn đoán THA khi đo **HA phòng khám $\geq 140/90$ mmHg**.

Bảng: Định nghĩa và phân độ THA theo mức HA đo tại phòng khám, liên tục và tại nhà (mmHg)

	HA tâm thu		HA tâm trương
HA phòng khám	≥ 140	và/hoặc	≥ 90
HA liên tục (HALT)			
• HA trung bình ngày (hoặc thức)	≥ 135	và/hoặc	≥ 85
• HA trung bình đêm (hoặc ngủ)	≥ 120	và/hoặc	≥ 70
• Trung bình 24h	≥ 130	và/hoặc	≥ 80
HA đo tại nhà trung bình (HATN)	≥ 135	và/hoặc	≥ 85

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA

Khuyến cáo:

- Đo **HA ngoài phòng khám** với HALT và/hoặc HATN, khi thấy các phương pháp này là hợp lý và chấp nhận được về mặt kinh tế (Loại I, mức chứng cứ.C)
- Đo **HA ngoài phòng khám** (HALT hoặc HATN) được **khuyến cáo đặc biệt** cho một số chỉ định lâm sàng chẳng hạn xác định **THA ẩn giấu** hoặc **THA áo choàng trắng**, đánh giá điều trị cũng như theo dõi tác dụng phụ như hạ HA (Loại I, mức chứng cứ A)

Bảng: Các thể THA dựa theo trị số HA phòng khám và HA tại nhà hoặc HA liên tục

		HA phòng khám (mmHg)	
		HATT < 140 và HATTr < 90	HATT >= 140 hoặc HATTr >= 90
HA tại nhà hoặc liên tục ban ngày (mmHg)	HATT < 135 hoặc HATTr < 85	HA bình thường	THA áo choàng trắng
	HATT >= 135 hoặc HATTr >= 85	THA ẩn giấu	THA thật sự

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA

Bảng: Phân độ THA theo mức HA đo tại phòng khám (mmHg)*

	HA Tâm Thu		HA Tâm Trương
Tối ưu	<120	và	<80
Bình thường**	120-129	và/hoặc	80-84
Bình thường cao **	130-139	và/hoặc	85-89
THA độ 1	140-159	và/hoặc	90-99
THA độ 2	160-179	và/hoặc	100-109
THA độ 3	≥180	và/hoặc	≥110
THA Tâm Thu đơn độc	≥140	và	<90

* Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HA tâm thu hay tâm trương cao nhất. THA TT đơn độc xếp loại theo mức HATT

** **Tiền Tăng Huyết áp**: khi HATT > 120-139mmHg và HATT_r > 80-89

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Định nghĩa và phân độ THA



Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^b	≥140	and	<90

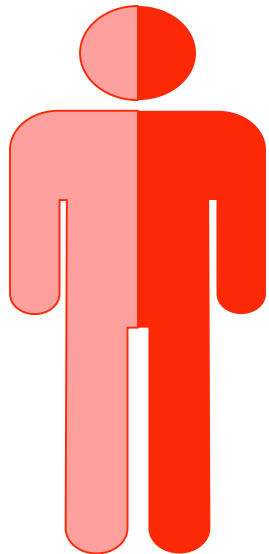
BP Category	SBP		DBP
Normal	<120 mm Hg	and	<80 mm Hg
Elevated	120–129 mm Hg	and	<80 mm Hg
Hypertension			
Stage 1	130–139 mm Hg	or	80–89 mm Hg
Stage 2	≥140 mm Hg	or	≥90 mm Hg

Khuyến cáo năm 2017 của AHA, có sự khác biệt so với ESC và VNHA về phân độ tăng huyết áp. Huyết áp 130-139/80-89 mmHg được xem là tăng huyết áp giai đoạn 1

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

4. THA và các bệnh lý liên quan

- Áp lực quá mức lên thành động mạch do huyết áp cao có thể làm **hồng mạch máu cũng như các cơ quan trong cơ thể.**
- Huyết áp cao không được kiểm soát có thể dẫn đến nhiều biến chứng



Suy tim, dày thất, BMV



Đột quỵ; mạch máu não dễ vỡ, hẹp; suy giảm trí nhớ



Xơ vữa động mạch



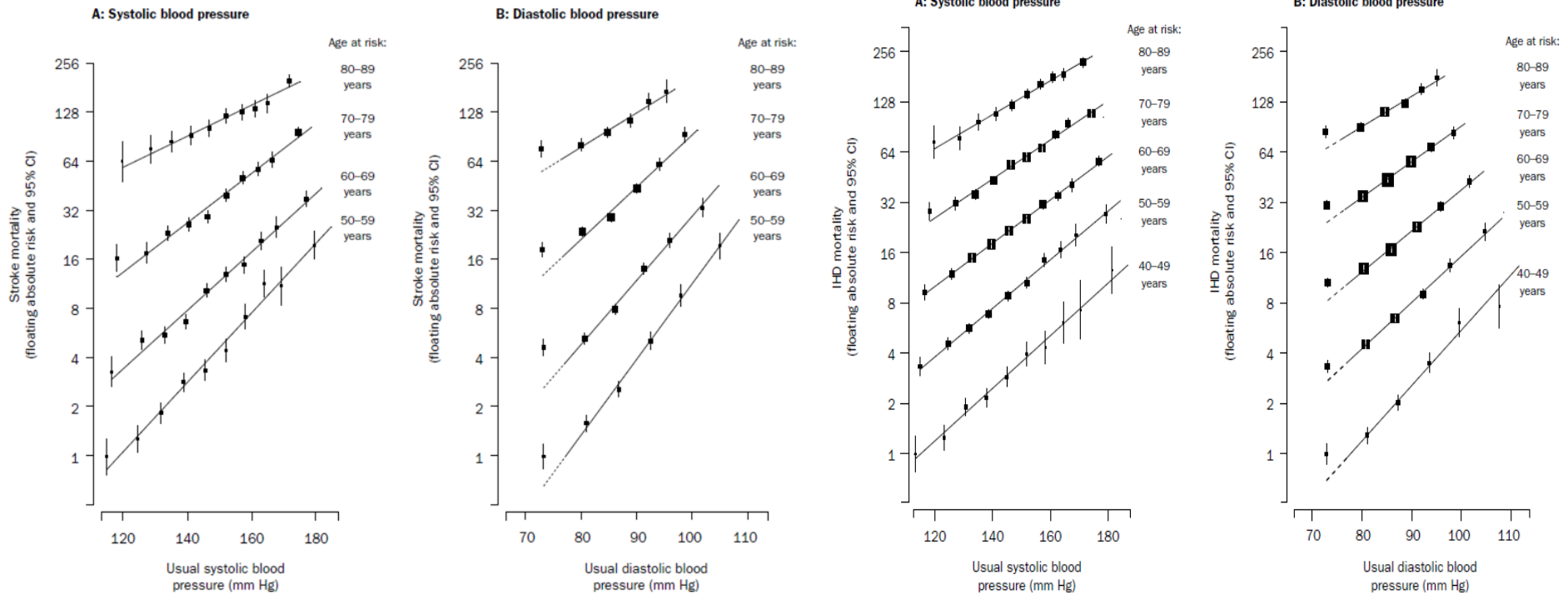
I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

4. THA và các bệnh lý liên quan

- **Đau tim hoặc đột quỵ.** Huyết áp cao có thể gây ra cứng và dày động mạch (xơ vữa động mạch), có thể dẫn đến đau tim, đột quỵ hoặc các biến chứng khác.
- **Phình mạch.** Huyết áp cao có thể làm cho các mạch máu yếu đi và phình ra (chứng phình động mạch). Nếu túi phình bị vỡ có thể nguy hiểm đến tính mạng.
- **Suy tim.** Để chống lại áp suất cao hơn trong mạch, tim phải làm việc nhiều hơn. Điều này làm cho các buồng tim dày lên (phì đại tâm thất trái), từ đó có thể dẫn đến suy tim.
- **Các mạch máu trong thận bị suy yếu và thu hẹp.**
- **Các mạch máu trong mắt dày lên, thu hẹp hoặc rách:** Điều này có thể dẫn đến mất thị lực.
- **Hội chứng chuyển hóa.** Là tập hợp các rối loạn chuyển hóa của cơ thể. Điều này làm tăng khả năng mắc bệnh tiểu đường, bệnh tim và đột quỵ.
- **Chứng mất trí nhớ.** Các động mạch bị thu hẹp hoặc tắc nghẽn có thể hạn chế lưu lượng máu đến não, dẫn đến một loại bệnh mất trí nhớ (sa sút trí tuệ do mạch máu).

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

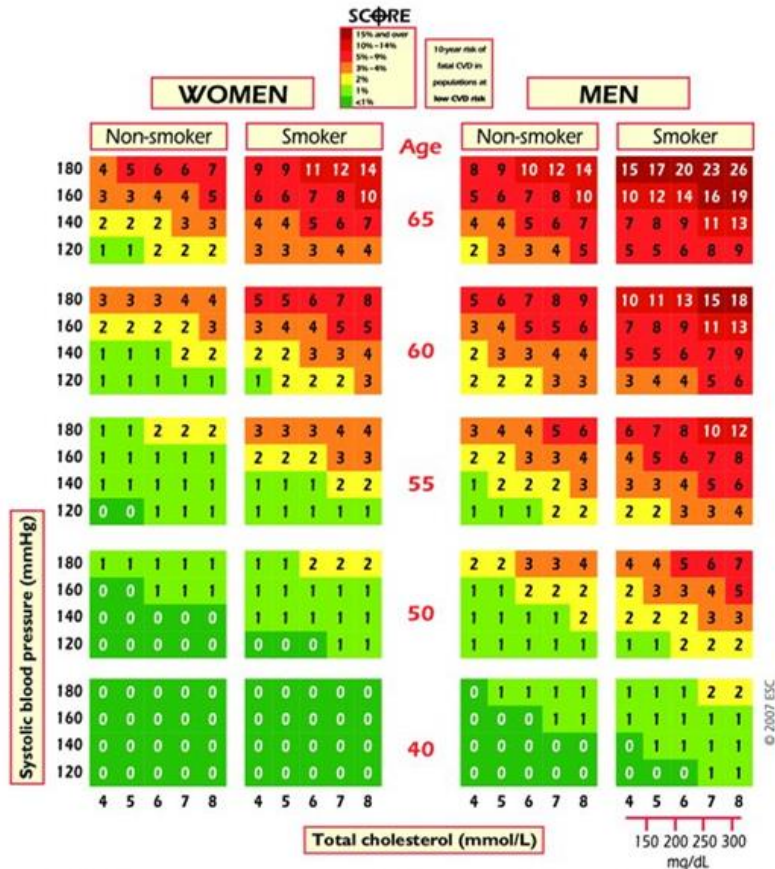
4. THA và các bệnh lý liên quan



Sarah Lewington et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet* 2002; 360: 1903-13

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Phân tầng nguy cơ THA



Thang điểm SCORE

khuyến cáo cho bệnh nhân THA không có nguy cơ cao hoặc rất cao do bệnh tim mạch hoặc bệnh thận hoặc ĐTĐ hoặc nguy cơ cao rõ (Vd cholesterol) hoặc dày thất trái do THA (loại I, mức chứng cứ B).

- < 1%: Nguy cơ thấp.
- 1 - <5%: Nguy cơ trung bình.
- 5 - <10%: Nguy cơ cao.
- >= 10%: Nguy cơ rất cao.

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Phân tầng nguy cơ THA

<p>Nguy cơ rất cao</p>	<p>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau: Bệnh TM rõ, lâm sàng hoặc trên hình ảnh BTM lâm sàng bao gồm NMCT, HCVC, bệnh mạch vành hoặc tái tưới máu ĐM khác, đột quỵ, TBMNTQ, bóc tách ĐMC, bệnh mạch máu ngoại biên. BTM xác định rõ trên hình ảnh bao gồm: mảng vữa xơ đáng kể (V.d. hẹp $\geq 50\%$) khi chụp mạch hoặc siêu âm. Điều này không bao gồm dày lớp nội trung mạc ĐMC. ĐTĐ với tổn thương cơ quan đích, V.d. protein niệu hoặc với nguy cơ chính như THA độ 3 hoặc tăng cholesterol. Suy thận nặng (eGFR < 30 mL/phút/1.73 m²) Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE $\geq 10\%$</p>
<p>Nguy cơ cao</p>	<p>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau: Sự gia tăng rõ của một YTNC, đặc biệt cholesterol > 8 mmol/L (> 310 mg/dL) V.d. tăng cholesterol gia đình, THA độ 3 (HA $\geq 180/110$ mmHg) Hầu hết các bệnh nhân ĐTĐ khác (trừ một số người trẻ ĐTĐ thể 1 và không có YTNC chính, có thể là nguy cơ vừa) DTT do tăng huyết áp Suy thận mức độ vừa với eGFR 30-59 mL/phút/1.73 m²) Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là 5-10%</p>
<p>Nguy cơ vừa</p>	<p>Những người có: Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE từ 1% đến < 5% THA độ 2 Nhiều người trung niên thuộc về nhóm này</p>
<p>Nguy cơ thấp</p>	<p>Những người có: Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là < 1%</p>

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Phân tầng nguy cơ THA

Giai đoạn tăng huyết áp	Các nguy cơ khác, HMOD hoặc bệnh	Giai đoạn của huyết áp (mmHg)			
		Bình thường cao SBP 130–139 DBP 85–89	Giai đoạn 1 SBP 140–159 DBP 90–99	Giai đoạn 2 SBP 160–179 DBP 100–109	Giai đoạn 3 SBP ≥180 Hoặc DBP ≥110
Giai đoạn 1 (không biến chứng)	Không có yếu tố nguy cơ khác	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	1 hoặc 2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
	≥ 3 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Giai đoạn 2 (không triệu chứng)	HMOD, CKD giai đoạn 3 hoặc Đái tháo đường chưa biến chứng	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
Giai đoạn 3 (đã được chẩn đoán)	Được chẩn đoán bệnh tim mạch, CKD giai đoạn 4 hoặc Đái tháo đường có biến chứng	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Hình 1 Phân loại các giai đoạn tăng huyết áp theo mức huyết áp, sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ tim mạch, tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp, hoặc các bệnh đi kèm. Nguy cơ tim mạch được minh họa cho một nam trung niên. Nguy cơ tim mạch không nhất thiết phải tương ứng với nguy cơ thực tế ở các độ tuổi khác nhau. Việc sử dụng hệ thống SCORE được khuyến nghị để ước tính nguy cơ tim mạch đối với các quyết định điều trị. CKD = bệnh thận mãn tính; DBP = huyết áp tâm trương; HMOD = tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp; SBP = huyết áp tâm thu.



II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

1. Mục tiêu điều trị

Mục tiêu điều trị THA ở người lớn

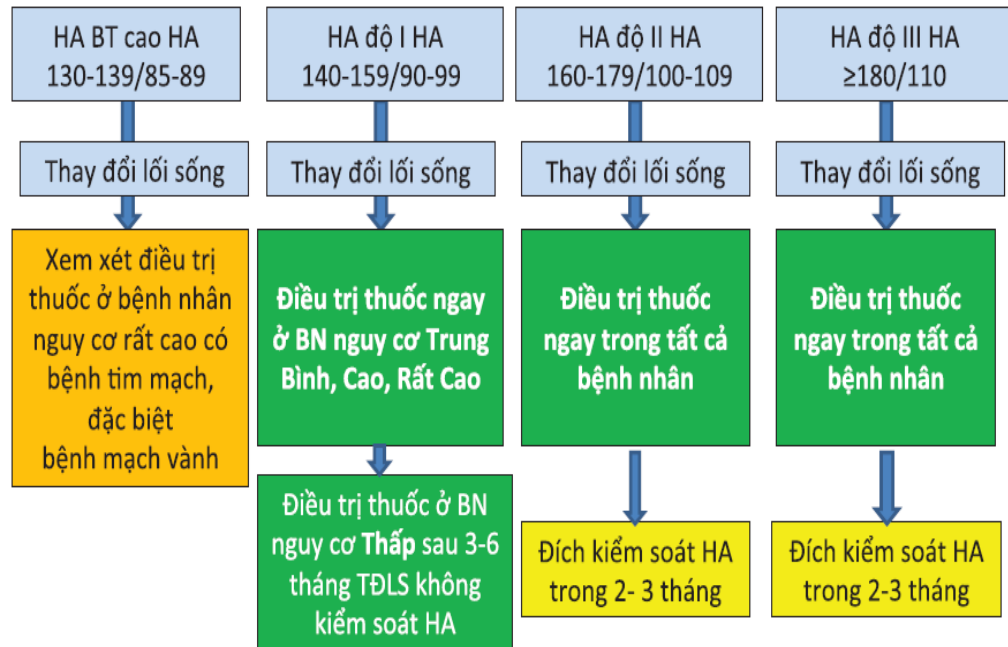
Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Mục tiêu điều trị THA là chọn phương thức điều trị có chứng cứ giảm tối đa nguy cơ lâu dài toàn bộ về bệnh suất và tử suất tim mạch, tử vong chung.	I	A
Xác định ngưỡng HA ban đầu cần điều trị và đích HA cần đạt theo cá nhân hóa: dựa vào độ THA, bệnh phổi hợp và nhóm tuổi.	I	A
Điều trị kiểm soát cùng lúc tất cả các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm và các bệnh đồng mắc theo khuyến cáo hiện hành.	I	A
Xác định các yếu tố cản trở sự tuân thủ điều trị.	I	B

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

2. Ngưỡng huyết áp ban đầu cần điều trị

Phụ thuộc vào độ tăng huyết áp

- **Tăng HA độ II, III; tăng HA độ I nguy cơ trung bình, cao, rất cao: Điều trị thuốc ngay ở tất cả bệnh nhân**
- **THA độ I nguy cơ thấp: điều trị thuốc sau 3-6 tháng TĐLS không kiểm soát được huyết áp**
- **HA bình thường cao và có nguy cơ rất cao có bệnh tim mạch, đặc biệt bệnh mạch vành: Xem xét điều trị thuốc**
- **Thay đổi lối sống** ở tất cả bệnh nhân có HA bình thường cao trở lên



II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

2. Ngưỡng huyết áp ban đầu cần điều trị

Phụ thuộc vào nhóm tuổi và bệnh đồng mắc

Nhóm tuổi	Ngưỡng HATT phòng khám cần điều trị (mmHg)					Ngưỡng HATT ban đầu cần điều trị (mmHg)
	THA chung	THA ĐTD	THA bệnh thận mạn	THA BMV	Đột quy TIA	
18-79 tuổi	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140*	≥ 140*	≥ 90
≥ 80 tuổi	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Ngưỡng HATT cần điều trị (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

* Điều trị có thể được xem xét ở bệnh nhân nguy cơ rất cao có HA BT cao (HATT 130-140mmHg)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Đích điều trị

Khuyến cáo chung về đích điều trị đối với bệnh nhân THA

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Đích điều trị chung cho tất cả bệnh nhân THA là < 140/90 mmHg	I	A
Nếu bệnh nhân dùng nạp tốt phải xem xét đích ≤ 130/80 mmHg cho đa số bệnh nhân THA	I	A
Đích HATTr < 80mmHg phải được xem xét cho tất cả bệnh nhân	Ila	B

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Đích điều trị

Thay đổi đích điều trị so với khuyến cáo 2015

Đích điều trị theo VNHA 2015

- Trên 18 tuổi

Đích điều trị $< 140/90$ mmHg, đích $< 130/80$ mmHg không còn áp dụng cho bệnh thận mạn, ĐTĐ, bệnh mạch vành, hội chứng chuyển hóa, albumin niệu vi thể.

- Trên 80 tuổi

Đích điều trị $< 150/90$ mmHg và $< 140/90$ mmHg (nếu THA kèm ĐTĐ, bệnh thận mạn)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

3. Đích điều trị

Ranh giới đích điều trị THA

Nhóm tuổi	Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)					Ranh giới đích điều trị HATT _r mmHg
	THA chung	THA ĐTĐ	THA bệnh thận mạn	THA BMV	Đột quy TIA	
18-64 tuổi	120 – <130 nếu dung nạp	120 – <130 nếu dung nạp	130 – <140 nếu dung nạp	120 – <130 nếu dung nạp	120 – <130 nếu dung nạp	70 – <80
≥ 65 tuổi	130 – <140 nếu dung nạp	130 – <140 nếu dung nạp	130 – <140 nếu dung nạp	130 – <140 nếu dung nạp	130 – <140 nếu dung nạp	70 – <80
Ranh giới đích điều trị HATT _r	70 – <80	70 – <80	70 – <80	70 – <80	70 – <80	

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

4. Điều trị can thiệp không thuốc

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Giảm cân được khuyến cáo cho HA bình thường cao và THA cho những người thừa cân hoặc béo phì, duy trì BMI 20-25kg/m ² , vòng eo < 94cm ở nam và <80cm ở nữ	I	A
Tiết thực chế độ ăn có lợi cho tim như tiết thực DASH (chế độ ăn Địa Trung Hải) để có một cân nặng mong muốn đối với THA và tiền THA	I	A
Hạn chế ăn mặn đối với THA và tiền THA < 5g muối/ngày	I	A

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

4. Điều trị can thiệp không thuốc

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Bổ sung Kali ưu tiên ăn giàu chất Kali cho THA và tiền THA ngoại trừ có bệnh thận mạn hay tăng kali máu hay dùng thuốc giữ kali máu	I	A
Tăng cường hoạt động thể lực với một chương trình hợp lý (30p/ngày)	I	A
Người bệnh THA và tiền THA được khuyến khích dùng rượu bia theo tiêu chuẩn không quá 2 đơn vị/ngày ở nam và 1 đơn vị/ngày ở nữ	I	A
Ngưng hút thuốc lá và tránh nhiễm độc khói thuốc	I	A

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

ƯCMC, CTTA, CB, CKCa, LT (Thiazide/Thiazide-like như Chlorthalidone và Indapamide) có hiệu quả giảm HA và các biến cố TM qua các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nên được chỉ định chính điều trị hạ áp. (Loại I, mức chứng cứ A)

Ức chế men chuyển	Chẹn thụ thể Angiotensin	Chẹn beta	Chẹn kênh calci	Lợi tiểu
Benazepril	Azilsartan	Acebutolol	Diltiazem	Hydrochlorothiazide
Captopril	Candesartan	Atenolol	Verapamil	Chlothaldione
Enalapril	Eprosartan	Bisoprolol	Amlodipine	Indapamide
Fosinopril	Irbesartan	Betaxolol	Clevidipine	Bumetanide
Lisinopril	Losartan	Carvedilol	Felodipine	Furosemide
Moexipril	Olmesartan	Esmolol	Isradipine	Torseamide
Quinapril	Telmisartan	Labetalol	Nicardipine	Amiloride
Perindopril	Valsartan	Metoprolol	Nifedipine	Spironolacton

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP THUỐC VỚI HAI HOẶC BA THUỐC TRONG MỘT VIÊN LIỀU CỐ ĐỊNH ĐỂ CẢI THIỆN KIỂM SOÁT HA VỚI ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU KẾT HỢP 2 THUỐC NGAY

- Khuyến cáo kết hợp thuốc cho hầu hết bệnh trong điều trị ban đầu, ưu tiên ỨCMC hoặc CTTA với CKCa hoặc LT. Các kết hợp khác trong 5 nhóm chính có thể dùng (Loại I, mức chứng cứ A)
- Kết hợp giữa các thuốc ỨCMC + CTTA không được khuyến cáo (Loại III, mức chứng cứ A)



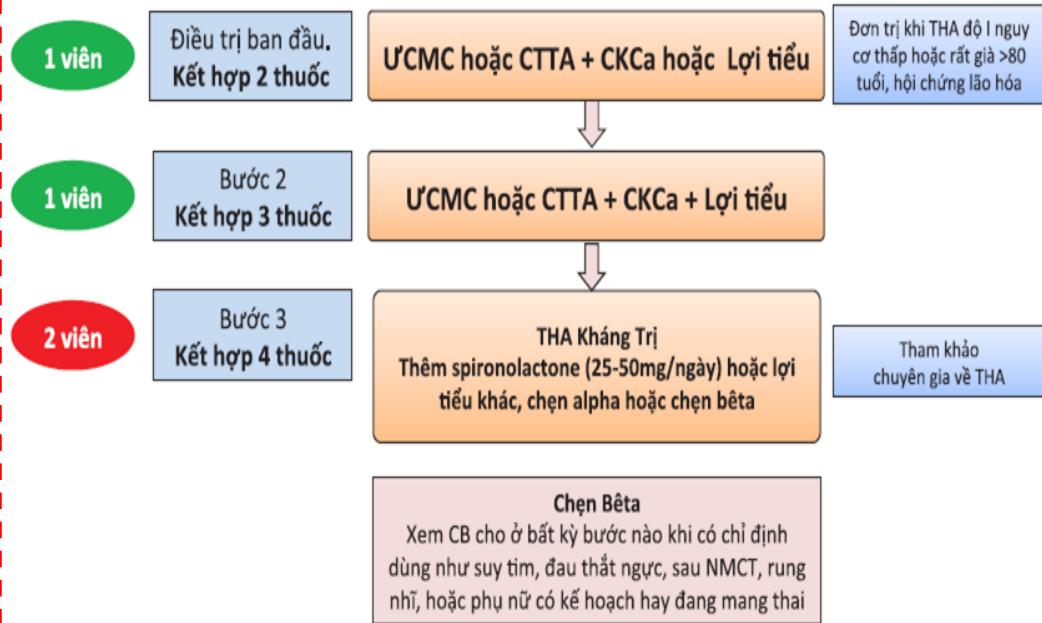
Nếu mục tiêu không đạt sau 1 tháng có thể tăng liều hoặc chuyển viên phối hợp ba thuốc

* Lợi tiểu tác dụng kéo dài (thiazide-like) ưu tiên hơn lợi tiểu tác dụng ngắn (thiazide)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

- Khuyến cáo điều trị ban đầu ưu tiên 2 thuốc liều cố định. Ngoại trừ người cao tuổi bị lão hóa, THA độ I có nguy cơ thấp (HATT < 150mmHg) (Loại I, mức chứng cứ A)
- **Chẹn beta** kết hợp với các nhóm thuốc chính khác khi có tình trạng LS đặc biệt như đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim hoặc kiểm soát tần số nhịp tim. (Loại I, mức chứng cứ A)
- **Nếu huyết áp không kiểm soát bằng 2 thuốc thì thêm thuốc thứ 3**, thường U'CMC hoặc CTTA + CKCa + LT, ưu tiên liều cố định. (Loại I, mức chứng cứ A)
- **Nếu HA không kiểm soát bởi 3 thuốc, điều trị thêm Spironolacton**, nếu không dung nạp, lợi tiểu khác như amiloride hoặc tăng liều lợi tiểu khác, chẹn beta hoặc chẹn alpha. (Loại I, mức chứng cứ A).

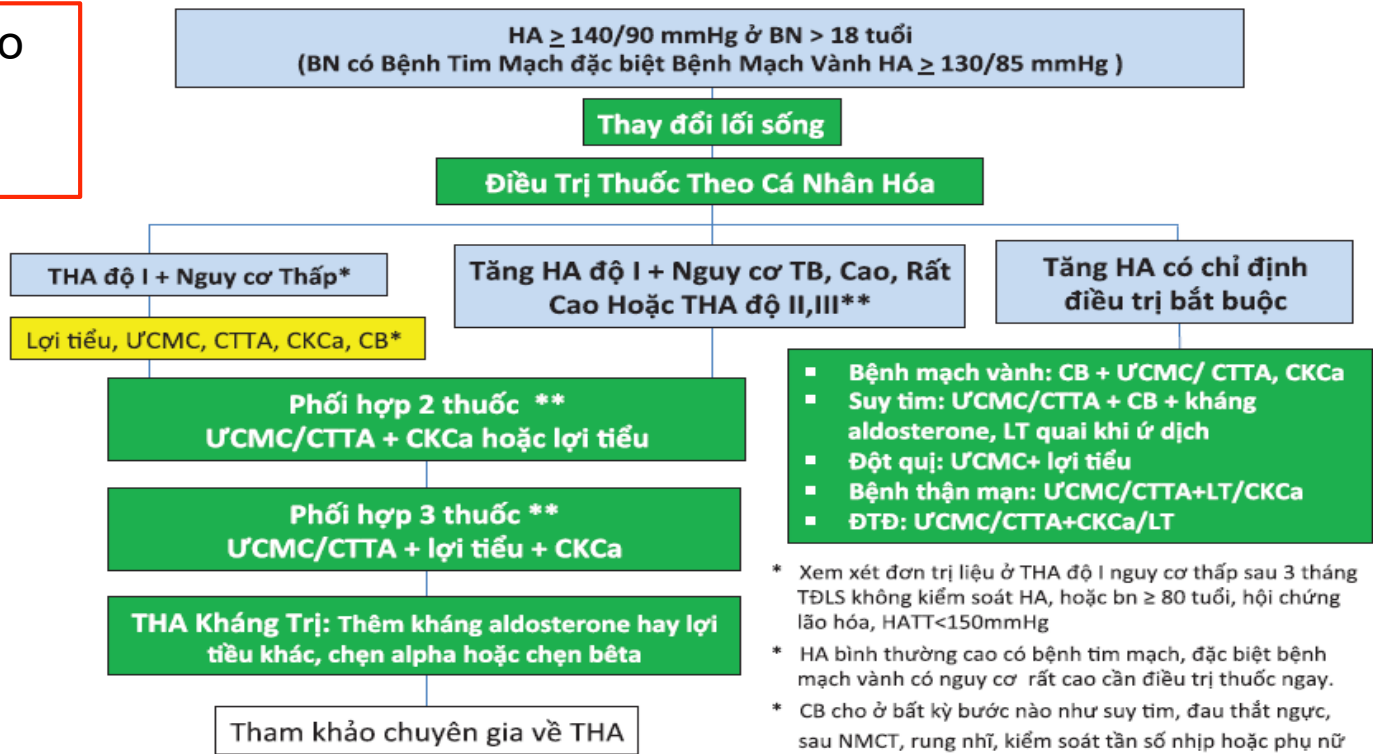


Phác đồ điều trị này cũng thích hợp dùng cho bệnh nhân THA có tổn thương cơ quan đích, bệnh mạch não, ĐTD hoặc Bệnh động mạch ngoại vi

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Sơ đồ khuyến cáo
điều trị THA
VNHA/VSH 2018



* Xem xét đơn trị liệu ở THA độ I nguy cơ thấp sau 3 tháng TĐLS không kiểm soát HA, hoặc bn \geq 80 tuổi, hội chứng lão hóa, HATT<150mmHg

* HA bình thường cao có bệnh tim mạch, đặc biệt bệnh mạch vành có nguy cơ rất cao cần điều trị thuốc ngay.

* CB cho ở bất kỳ bước nào như suy tim, đau thắt ngực, sau NMCT, rung nhĩ, kiểm soát tần số nhịp hoặc phụ nữ có thai

* Lợi tiểu thiazide –like ưu tiên hơn lợi tiểu thiazides

** Điều trị thuốc ngay với ưu tiên một viên thuốc cố định liều

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Nhóm thuốc	Các chống chỉ định	
	Bắt buộc	Tương đối
Chẹn kênh canxi non DHP (Verapamil, Diltiazem)	Block xoang nhĩ hoặc AV cao độ. Rối loạn chức năng thất trái LVEF <40% Nhịp tim chậm (<60l/ph).	
Ức chế men chuyển	Mang thai; tiền sử có phù mạch. Tăng Kali máu (>5,5mmol/L). Teo hẹp động mạch thận hai bên.	Phụ nữ đang cho con bú khi không có biện pháp ngừa thai tin cậy.
Chẹn thụ thể Angiotensin	Mang thai. Tăng Kali máu. Teo hẹp động mạch thận hai bên.	Phụ nữ đang cho con bú khi không có biện pháp ngừa thai tin cậy.
Kháng thụ thể Mineralocorticoid	Suy thận cấp hoặc nặng (eGFR < 30mL/ph). Tăng Kali máu.	

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Nhóm thuốc	Các chống chỉ định	
	Bắt buộc	Tương đối
Lợi tiểu (Thiazide, Thiazide-like như Indapamide, Chlorthalidon)	Gout	Hội chứng chuyển hóa. Không dung nạp glucose. Mang thai. Tăng Ca máu, hạ K máu
Chẹn beta	Hen. Block xoang nhĩ hoặc AV cao độ. Nhịp tim chậm (<60l/ph).	Hội chứng chuyển hóa. Không dung nạp glucose. Vận động viên.
Chẹn kênh canxi DHP Dihydropyridine		Nhịp tim nhanh. Suy tim (EF giảm, độ III, độ IV). Phù chân nặng trước đó.

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc



Bàn luận

1. Đơn trị liệu & phối hợp thuốc?
2. Tại sao không tăng liều?
3. Thiazide & Thiazide-like
4. Lợi ích khi phối hợp liều cố định?

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

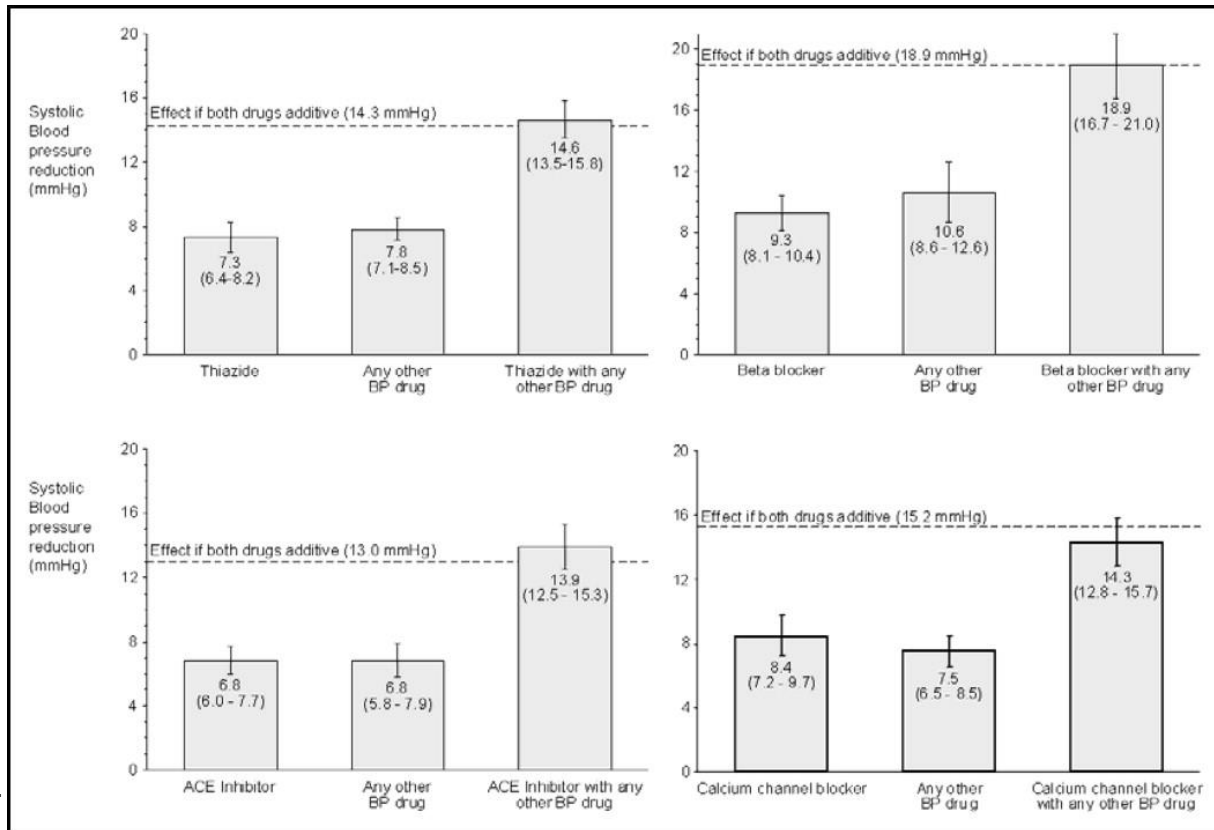
5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

1. Đơn trị liệu & phối hợp thuốc?

Phối hợp thuốc có hiệu quả hơn đơn trị liệu trong việc giảm huyết áp.

David S. Wald et al. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials. *Am J Med* (2009) 122, 290-300



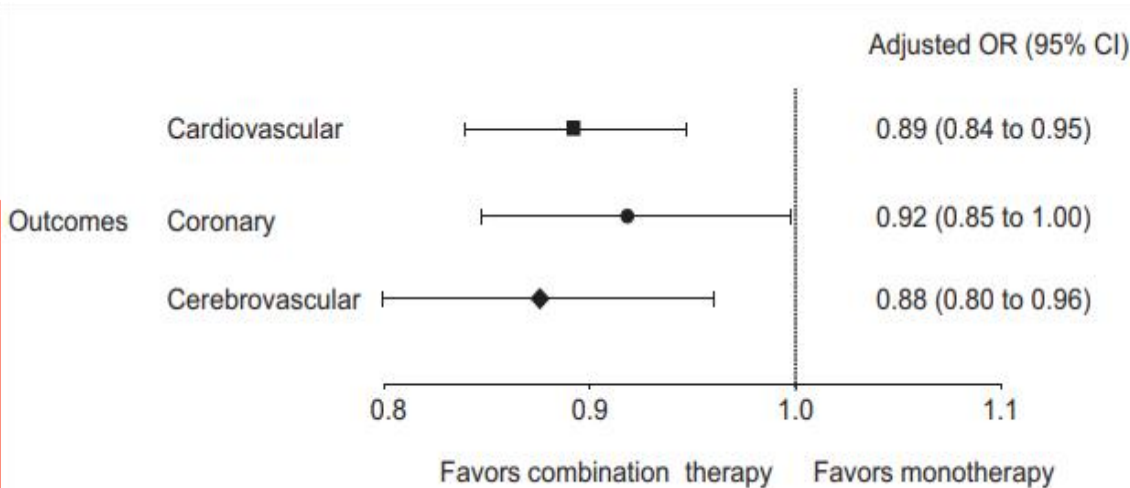
II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

1. Đơn trị liệu & phối hợp thuốc?

Giảm biến cố tim mạch khi kết hợp thuốc từ đầu so với đơn trị liệu

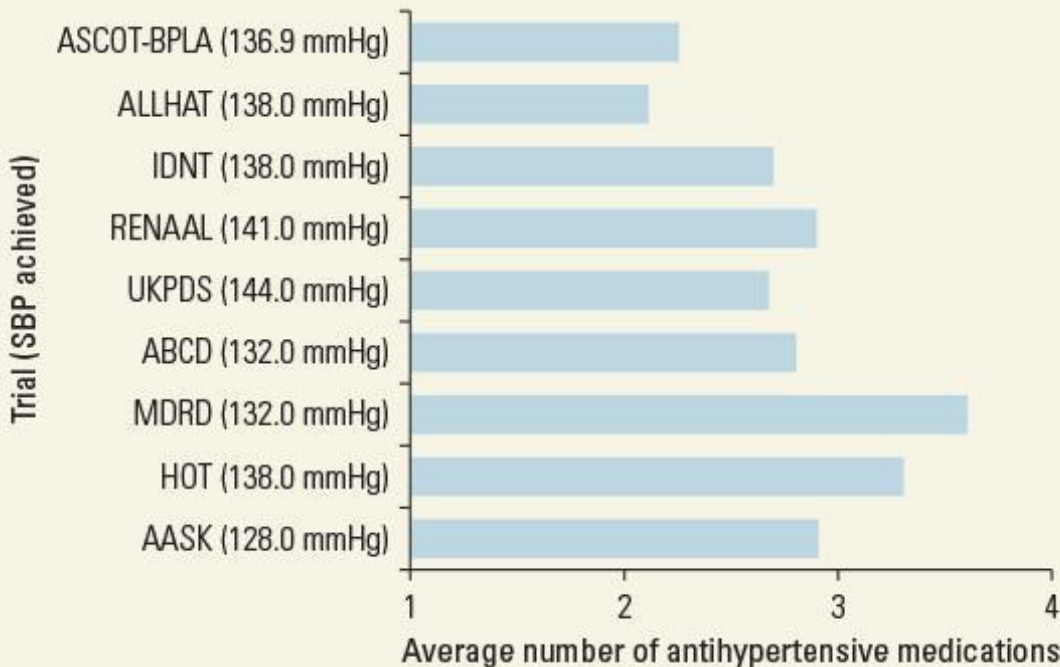


II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp bằng thuốc

Bàn luận

1. Đơn trị liệu & phối hợp thuốc?



Phối hợp nhiều thuốc giúp đạt được huyết áp mục tiêu.

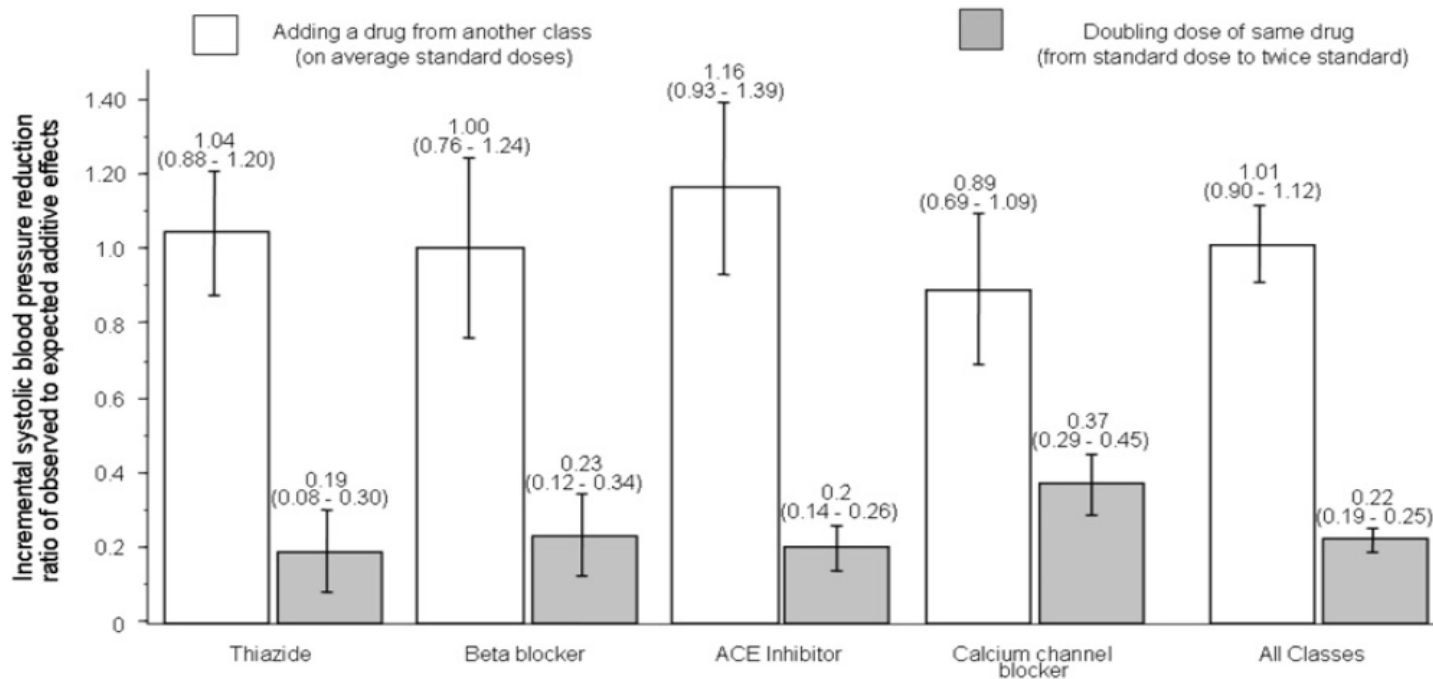
AASK = African American Study of Kidney Disease and Hypertension.
 ABCD = Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes trial.
 ALLHAT = Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial.
 ASCOT-BPLA = Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial–Blood Pressure Lowering Arm.
 HOT = Hypertension Optimal Treatment Study.
 IDNT = Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial.
 MDRD = Modification of Diet in Renal Disease study.
 RENAAL = Reduction of Endpoints in NIDDM with the Angiotensin II Antagonist Losartan study.
 UKPDS = U.K. Prospective Diabetes Study.

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

2. Tại sao không tăng liều?



David S. Wald et al. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials. *Am J Med* (2009) 122, 290-300

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

2. Tại sao không tăng liều?

Table 2 Efficacy: average reductions* in blood pressure over 24 hours (treated minus placebo) according to category of drug and dose

Category of drug†	Fall in blood pressure (mm Hg) (95% CI)			Half standard v standard: proportional difference (%)
	Half standard dose	Standard dose	Twice standard dose	
Systolic blood pressure				
Category:				
Thiazides	7.4 (6.6 to 8.2)	8.8 (8.3 to 9.4)	10.3 (9.4 to 11.2)	16
β blockers	7.4 (6.6 to 8.3)	9.2 (8.6 to 9.9)	11.1 (10.2 to 12.0)	20
ACE inhibitors	6.9 (6.1 to 7.8)	8.5 (7.9 to 9.0)	10.0 (9.5 to 10.4)	19
Angiotensin II receptor antagonists	7.8 (7.1 to 8.6)	10.3 (9.9 to 10.8)	12.3 (11.7 to 12.8)	24
Calcium channel blockers	5.9 (5.2 to 6.6)	8.8 (8.3 to 9.2)	11.7 (11.0 to 12.3)	33
All categories: average	7.1 (6.8 to 7.5)	9.1 (8.8 to 9.3)	10.9 (10.7 to 11.2)	22
Diastolic blood pressure				
Category:				
Thiazides	3.7 (3.2 to 4.2)	4.4 (4.0 to 4.8)	5.0 (4.4 to 5.7)	16
β blockers	5.6 (5.0 to 6.2)	6.7 (6.2 to 7.1)	7.8 (7.1 to 8.4)	16
ACE inhibitors	3.7 (3.2 to 4.2)	4.7 (4.4 to 5.0)	5.7 (5.4 to 6.0)	21
Angiotensin II receptor antagonists	4.5 (4.2 to 4.8)	5.7 (5.4 to 6.0)	6.5 (6.2 to 6.8)	21
Calcium channel blockers	3.9 (3.5 to 4.4)	5.9 (5.6 to 6.2)	7.9 (7.5 to 8.3)	34
All categories: average	4.4 (4.2 to 4.6)	5.5 (5.4 to 5.7)	6.5 (6.3 to 6.7)	20

M R Law et al. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. *bmj.com* 2003;326:1427

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

2. Tại sao không tăng liều?

Table 5 Adverse effects of drugs: percentage of people with one or more symptoms attributable to treatment*, according to category of drug and dose, in randomised trials

Category of drug	No of trials	Percentage (95% CI) with symptoms (treated minus placebo)†		
		Half standard dose	Standard dose	Twice standard dose
Thiazides	59	2.0 (-2.2 to 6.3)	9.9 (6.6 to 13.2)	17.8 (11.5 to 24.2)
β blockers	62	5.5 (0.3 to 10.7)	7.5 (4.0 to 10.9)	9.4 (3.6 to 15.2)
ACE inhibitors	96	3.9 (-3.7 to 11.6)	3.9 (-0.5 to 8.3)	3.9 (-0.2 to 8.0)
Angiotensin II receptor antagonists	44	-1.8 (-10.2 to 6.5)	0 (-5.4 to 5.4)	1.9 (-5.6 to 9.3)
Calcium channel blockers	96	1.6 (-3.5 to 6.7)	8.3 (4.8 to 11.8)	14.9 (9.8 to 20.1)

Việc tăng liều gấp đôi chỉ làm giảm HA khiêm tốn, làm tăng tỷ lệ mắc các biến cố bất lợi

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

3. Lợi ích khi phối hợp liều cố định?



Free versus Fixed Combination Antihypertensive Therapy for Essential Arterial Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis

	Fixed dose combination	Free dose combination
Simplicity of treatment	+	
Compliance	+	
Efficacy	+	
Tolerability	+	
Price	+	
Flexibility		+

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Một số biệt dược viên cố định liều trên thị trường



COVERSYL PLUS

Perindopril arginine 5mg
Indopamide 1,25mg



Ramipril HEXAL plus Amlodipin



EXFORGE HCT

Amlodipine 10mg
Valsartan 160mg
Hydrochlorothiazide 25mg

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bản luận

4. Thiazide & Thiazide-like

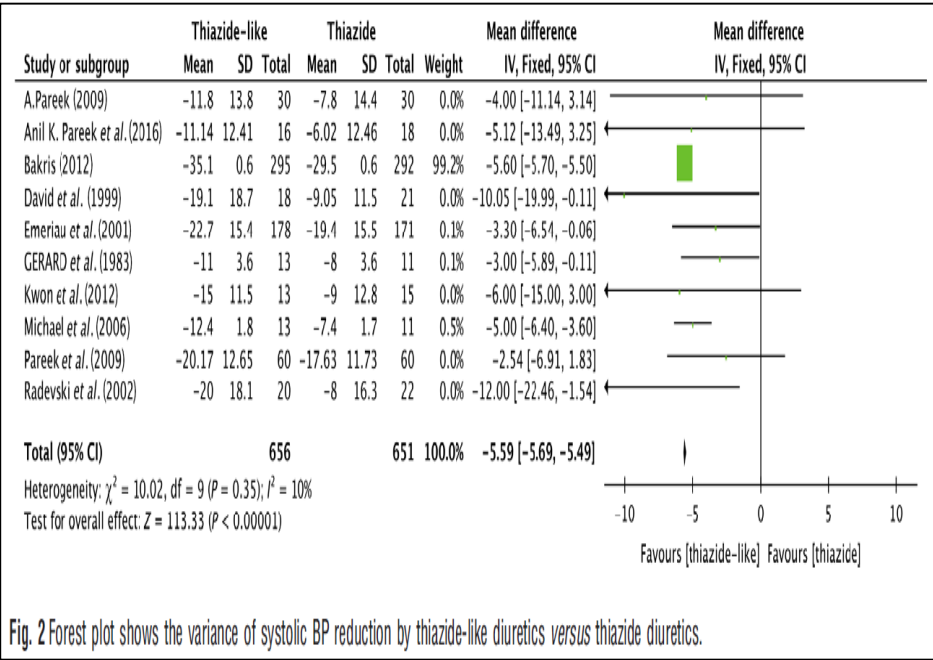


Fig. 2 Forest plot shows the variance of systolic BP reduction by thiazide-like diuretics versus thiazide diuretics.

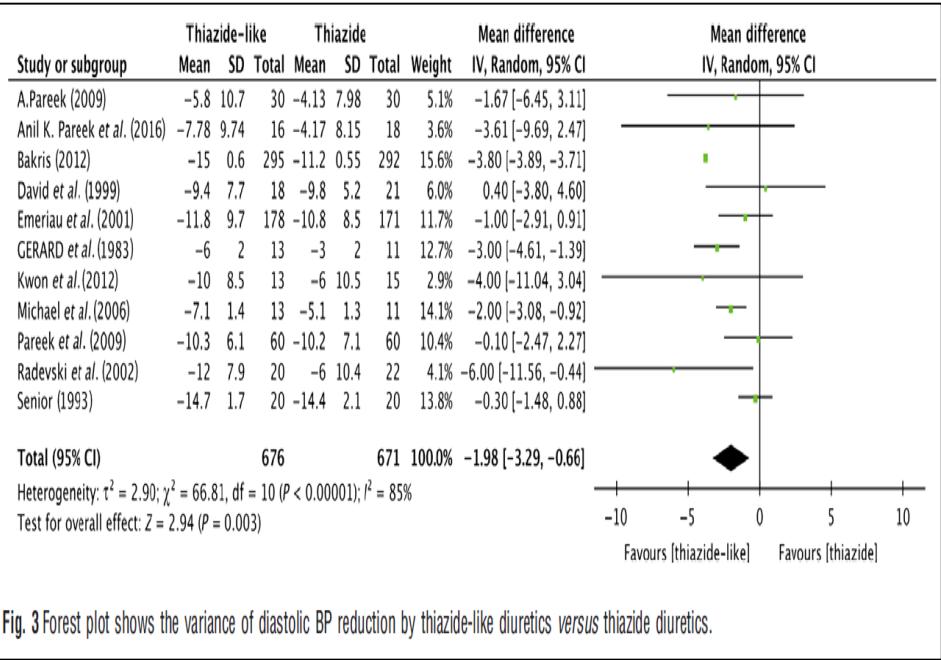


Fig. 3 Forest plot shows the variance of diastolic BP reduction by thiazide-like diuretics versus thiazide diuretics.

Lợi ích của Thiazide-like so với Thiazide trong việc làm giảm huyết áp tâm thu và tâm trương

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

4. Thiazide & Thiazide-like

Lợi ích của Thiazide-like so với Thiazide về nguy cơ hạ Na^+ , K^+ máu

Study or subgroup	Thiazide-like		Thiazide		Weight	Odds ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Bakris (2012)	5	295	1	292	9.0%	5.02 [0.58, 43.21]
Emeriau <i>et al.</i> (2001)	19	178	18	171	47.1%	1.02 [0.51, 2.01]
Michael <i>et al.</i> (2006)	6	13	5	11	14.9%	1.03 [0.21, 5.15]
Siegel <i>et al.</i> (1992)	10	30	9	60	29.0%	2.83 [1.00, 8.00]
Total (95% CI)		516		534	100.0%	1.58 [0.80, 3.12]
Total events	40		33			
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.13$; $\chi^2 = 4.10$, $df = 3$ ($P = 0.25$); $I^2 = 27\%$						
Test for overall effect: $Z = 1.32$ ($P = 0.19$)						

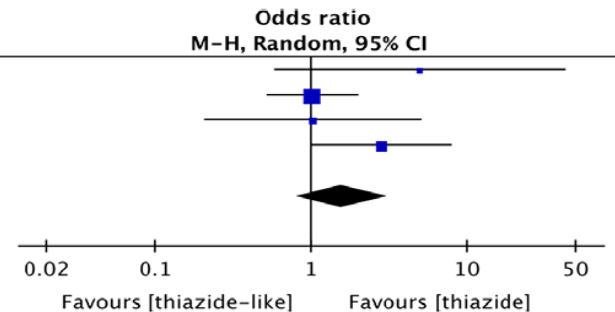


Fig. 4 Forest plot shows the incidence of hypokalemia using thiazide-like diuretics *versus* thiazide diuretics.

Study or subgroup	Thiazide-like		Thiazide		Total	Weight	Std. mean difference IV, Fixed, 95% CI	
	Mean	SD	Mean	SD				
David <i>et al.</i> (1999)	0.13	4.1	0.31	2.68	21	48.2%	-0.05 [-0.68, 0.58]	
Radevski <i>et al.</i> (2002)	-2	4	-1	5	22	51.8%	-0.22 [-0.82, 0.39]	
Total (95% CI)					38	43	100.0%	-0.14 [-0.57, 0.30]
Heterogeneity: $\chi^2 = 0.13$, $df = 1$ ($P = 0.71$); $I^2 = 0\%$								
Test for overall effect: $Z = 0.61$ ($P = 0.54$)								

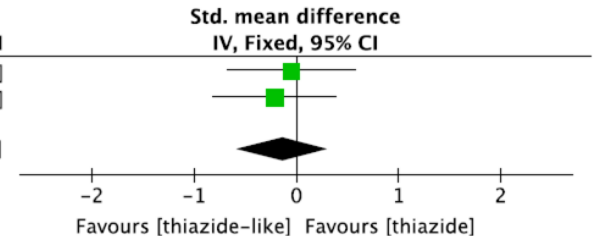


Fig. 5 Forest plot shows the incidence of hyponatremia using thiazide-like diuretics *versus* thiazide diuretics.

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

5. Điều trị can thiệp thuốc

Bàn luận

Thiazide-like (Indapamide và Chlorthalidone) có ưu thế hơn Thiazide (Hydrochlorothiazide) trong việc hạ SBP và DBP mà không làm tăng đáng kể nguy cơ hạ Na^+ , K^+ máu cũng như thay đổi đường huyết và cholesterol toàn phần.

4. Thiazide & Thiazide-like

Study or subgroup	Thiazide-like			Thiazide			Weight	Mean difference IV, Random, 95% CI
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		
1.6.1 Change of total cholesterol								
David <i>et al.</i> (1999)	0.03	0.67	18	0	0.76	21	8.8%	0.03 [-0.42, 0.48]
Emeriau <i>et al.</i> (2001)	0.2	0.8	178	0.1	0.7	171	71.7%	0.10 [-0.06, 0.26]
Pareek <i>et al.</i> (2009)	0.22	1.05	60	0	0.79	60	16.1%	0.22 [-0.11, 0.55]
Radevski <i>et al.</i> (2002)	0.2	1	20	0.2	1.4	22	3.3%	0.00 [-0.73, 0.73]
Subtotal (95% CI)			276			274	100.0%	0.11 [-0.02, 0.24]
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.00$; $\chi^2 = 0.64$, $df = 3$ ($P = 0.89$); $I^2 = 0\%$ Test for overall effect: $Z = 1.61$ ($P = 0.11$)								
1.6.2 Change of glucose								
A.Pareek (2009)	-0.4	1.42	65	-0.21	1.89	65	13.7%	-0.19 [-0.76, 0.38]
David <i>et al.</i> (1999)	-0.13	0.82	18	-0.21	1.23	21	11.9%	0.08 [-0.57, 0.73]
Emeriau <i>et al.</i> (2001)	0.3	0.4	178	0.2	1.4	171	26.1%	0.10 [-0.12, 0.32]
GERARD <i>et al.</i> (1983)	-0.17	0.15	13	-0.67	0.2	11	28.5%	0.50 [0.36, 0.64]
Pareek <i>et al.</i> (2009)	-0.32	1.74	60	-0.14	2.67	60	8.9%	-0.18 [-0.99, 0.63]
Radevski <i>et al.</i> (2002)	0	1.42	20	0.1	0.78	22	10.8%	-0.10 [-0.80, 0.60]
Subtotal (95% CI)			354			350	100.0%	0.13 [-0.16, 0.41]
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.07$; $\chi^2 = 16.35$, $df = 5$ ($P = 0.006$); $I^2 = 69\%$ Test for overall effect: $Z = 0.86$ ($P = 0.39$)								

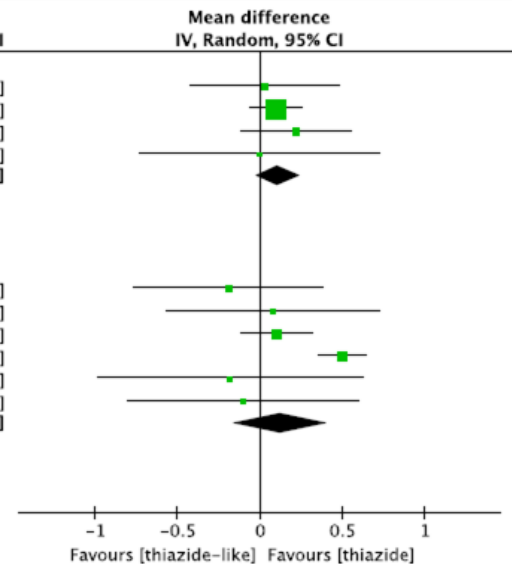


Fig. 6 Forest plot shows the change of serum total cholesterol and glucose after using the drug therapy.

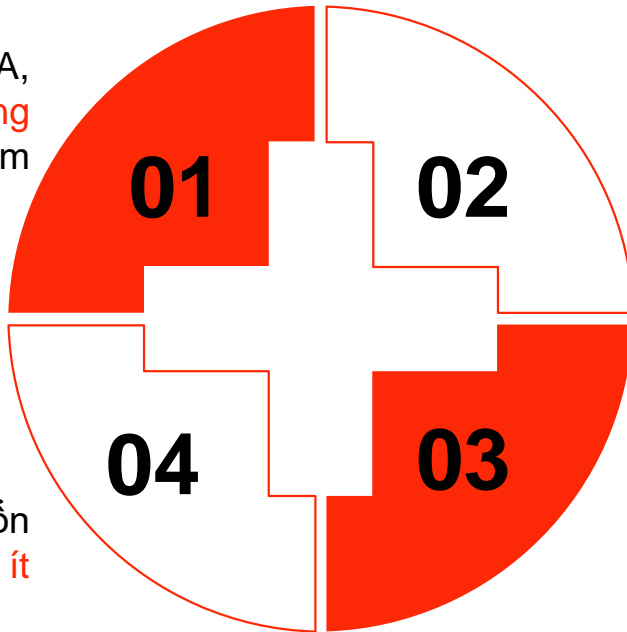
II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

6. Theo dõi sau điều trị THA

Theo dõi sau điều trị thuốc hạ HA đầu tiên

Theo dõi đánh giá hiệu quả trên HA, phát hiện các tác dụng phụ **hàng tháng** cho đến khi HA được kiểm soát đạt đích (I,B)

Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan không triệu chứng **ít nhất mỗi 2 năm** (I,C)



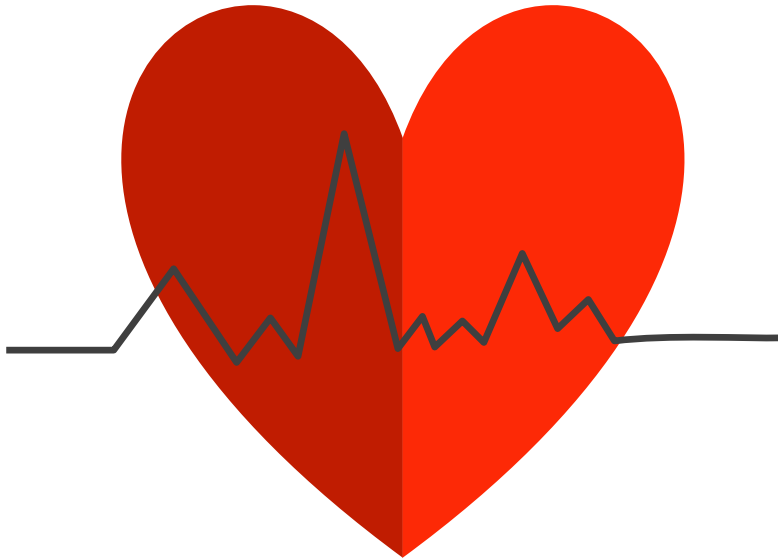
Liệu pháp phối hợp thuốc cố định liều phải làm giảm HA **sau 1-2 tuần** và có thể tiếp tục giảm HA trong 2 tháng (I,B)

Xác định kiểm soát HA đạt đích **tối đa sau 2-3 tháng** (IIa,B)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

6. Theo dõi sau điều trị THA

Theo dõi đối với người có HA bình thường cao hoặc THA áo choàng trắng



01

Phải kiểm tra, theo dõi HA **đều đặn ít nhất hàng năm** (bao gồm HAPK, HANPK, các yếu tố nguy cơ tim mạch) (I,B)

02

Lúc khám định kỳ hàng năm phải khuyến cáo **thay đổi lối sống** và **xem xét điều trị thuốc** khi cần thiết (I,B)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

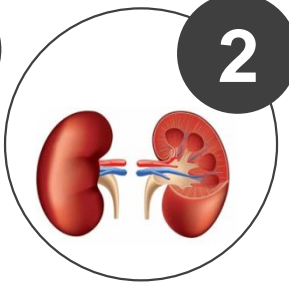
7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

1



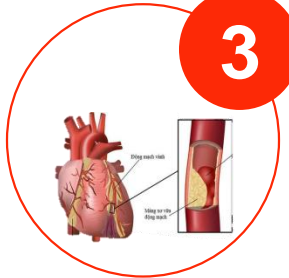
Bệnh đái tháo đường

2



Bệnh thận mạn

3



Bệnh mạch vành

4



Suy tim

5



Tăng huyết áp kháng trị

6



Cơn tăng huyết áp

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.1. Tăng huyết áp với bệnh đái tháo đường

01

Ngưỡng cần điều trị: $>140/90$ mmHg (I,A)

02

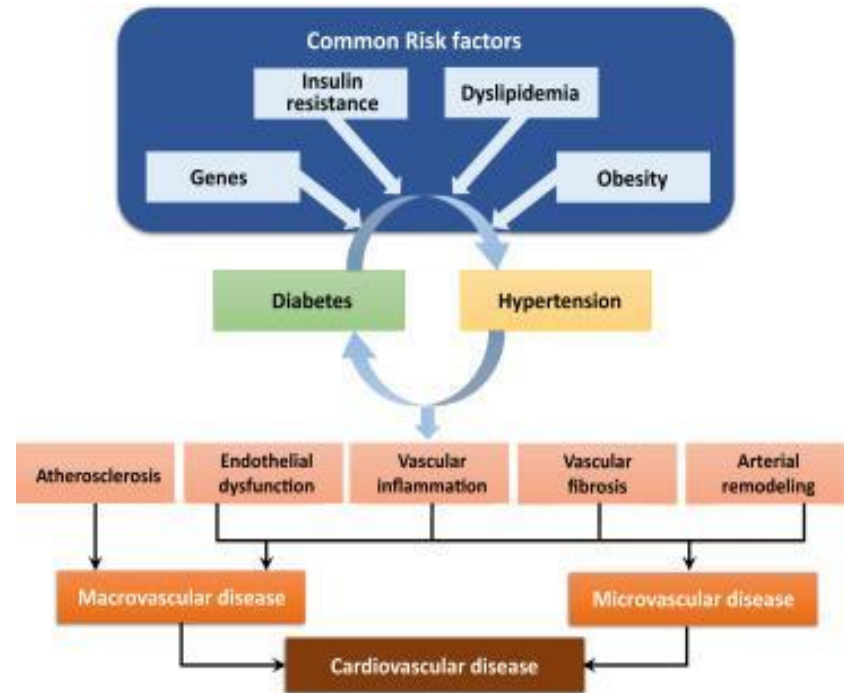
Thuốc điều trị (I,A)

- Ư'CMC, CTTA, CKCa, LT đều có thể dùng được
- Ưu tiên Ư'CMC/ CTTA khi có đạm niệu.

03

Đích điều trị

- Đích HATT ≤ 130 nếu dung nạp (không dưới 120) (I,A). Bệnh nhân ≥ 65 tuổi, đích trong ranh giới 130- <140 (I,A)
- Đích HATT_r <80 (không thấp hơn 70) (I,C)



II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.2. Tăng huyết áp với bệnh thận mạn

01

Ngưỡng cần điều trị: $>140/90\text{mmHg}$ (I,B)

02

Thuốc điều trị

- Khuyến cáo nên kết hợp ỨCMC/CTTA + CKCa hoặc LT khi có đạm niệu. (I,A)
- Điều trị theo cá nhân hóa tùy thuộc vào sự dung nạp và tác động lên chức năng thận và điện giải. (IIa,C)

03

Đích điều trị

- Đích điều trị HATT: $130- <140\text{mmHg}$ (IIa,A)

1 viên

Điều trị ban đầu.
Kết hợp 2 thuốc

ỨCMC/CTTA + CKCa hoặc ỨCMC/CTTA + Lợi tiểu (hoặc Lợi tiểu quai)**

1 viên

Bước 2
Kết hợp 3 thuốc

ỨCMC/CTTA + CKCa + Lợi tiểu (hoặc Lợi tiểu quai)*

2 viên

Bước 3
Kết hợp 4 thuốc

THA Kháng Trị
Thêm spironolactone*** (25-50mg/ngày) hoặc lợi tiểu khác, chẹn alpha hoặc chẹn beta

Chẹn Beta
Xem CB cho ở bất kỳ bước nào khi có chỉ định dùng như suy tim, đau thắt ngực, sau NMCT, rung nhĩ, hoặc phụ nữ có kế hoạch hay đang mang thai

Chiến lược điều trị thuốc đối với THA và bệnh thận mạn

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

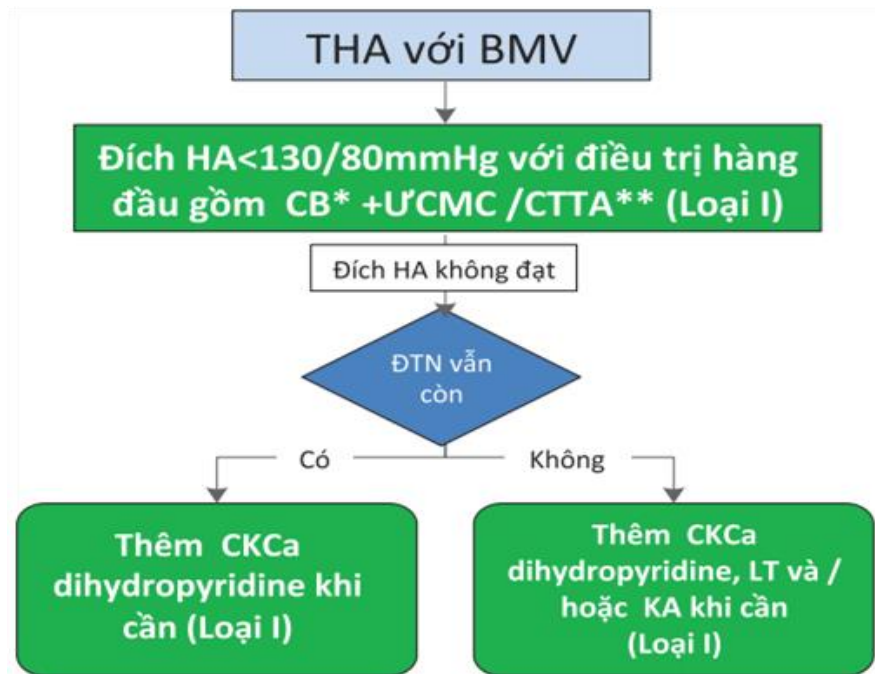
7.3. Tăng huyết áp với bệnh mạch vành

Ngưỡng điều trị: >140/90 mmHg (>130/85 mmHg ở HABT cao có nguy cơ rất cao bệnh tim mạch, đặc biệt BMV) (I,B)

Đích điều trị: HATT 120-<130 mmHg, nếu >65 tuổi: 130-<140 mmHg. HATT_r: 70-<80 mmHg (I,A)

Thuốc điều trị

- Thuốc **ƯCMC/CTTA+CB** là chỉ định **hàng đầu**, thêm thuốc (CKCa, LT hoặc kháng Aldosterone) khi cần kiểm soát HA (I,B)
- CB và/hoặc CKCa có thể xem xét điều trị THA có BMV (không có suy tim giảm EF) mà có NMCT cách 3 năm hoặc ĐTN (IIb,C)



II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.4. Tăng huyết áp với bệnh suy tim



Chiến lược điều trị THA với suy tim



- 01** Ngưỡng điều trị: **>140/90 mmHg (I,B)**
Đích điều trị: **HATT <130 mmHg và HATTr <80-70 mmHg (I,A)**
- 02** **THA suy tim EF giảm: U^oCMC/CTTA+CB+LT** hoặc kháng Aldosterone khi cần (I,A)
Nếu dung nạp được với U^oCMC/CTTA, xem xét thay bằng **Valsartan+Sacubitril** khi triệu chứng suy tim vẫn còn (I,B)
- 03** **THA với suy tim EF bảo tồn có ứ dịch** cần điều trị **LT**, ngưỡng và đích HA như suy tim EF giảm (I,C). Sau khi điều trị ứ dịch xong, cần xem xét dùng **U^oCMC/CCTA và CB** để duy trì HA ,130/80mmHg (I,C)
- 04** Có thể thêm **CKCa dihydropyridine** khi điều trị HA không đạt đích (IIb, C)

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

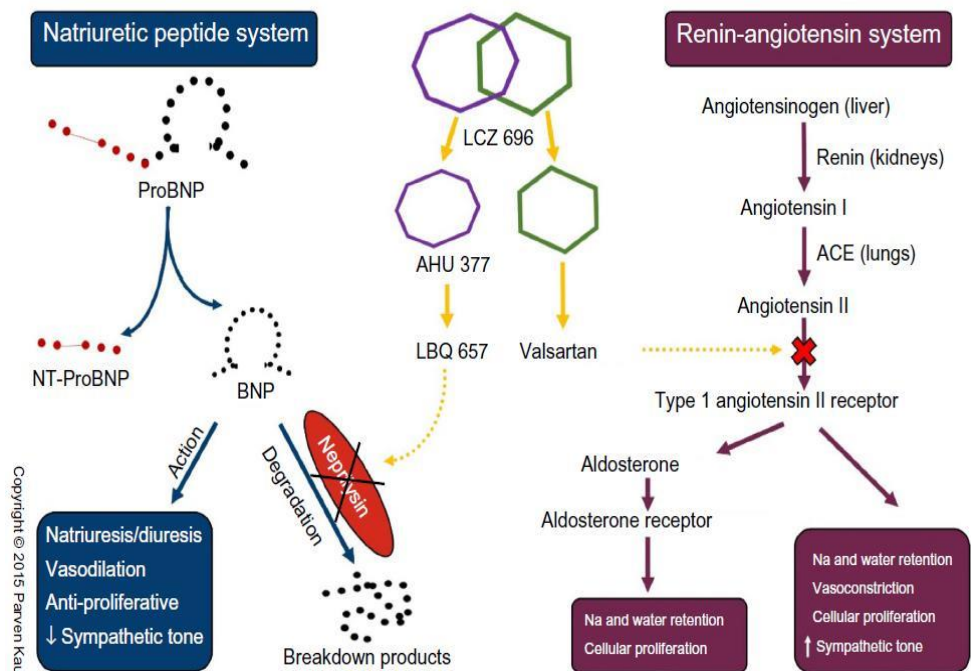
7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.4. Tăng huyết áp với bệnh suy tim

Angiotensin receptor-neprilysin inhibitor (ARNI)

Valsartan + Sacubitril

- Không được dùng chung hoặc trong vòng 36 giờ sau liều cuối cùng của một ACEi.
- Không dùng ARNI ở bệnh nhân có tiền sử bị phù mạch (angioedema).
- Nguy cơ hạ HA, suy giảm chức năng thận, tăng kali máu và phù mạch là các lo ngại chính liên quan đến việc điều trị với ARNI.
- Tính an toàn khi sử dụng kéo dài ARNI còn cần thêm nhiều thời gian và nghiên cứu để xác nhận.

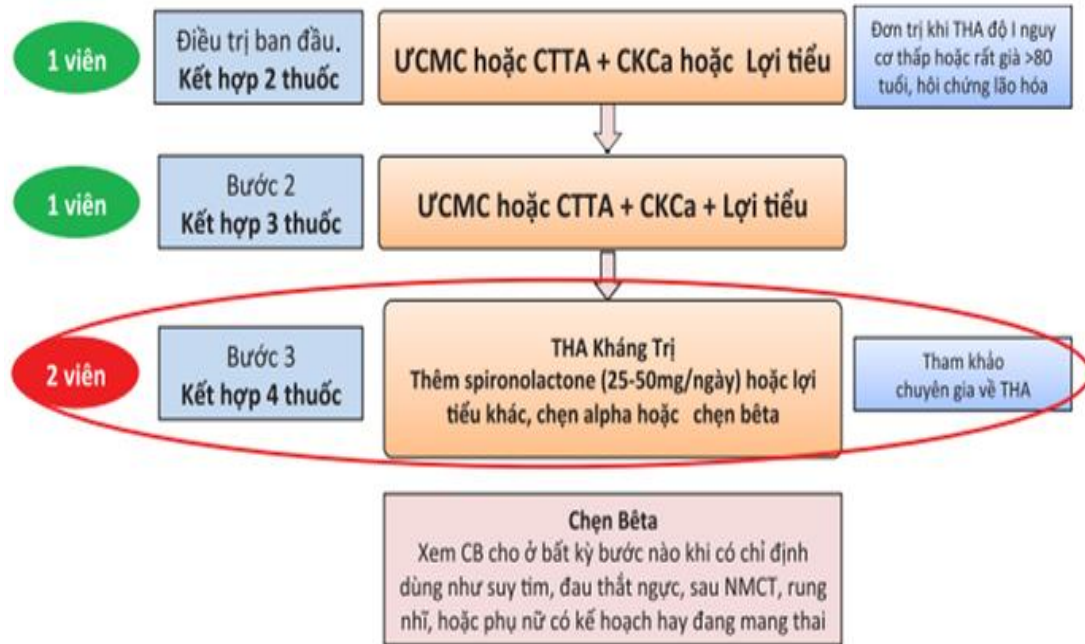


II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.5. Tăng huyết áp kháng trị

**Chiến lược
điều trị với
THA
kháng trị**



Phác đồ điều trị này cũng thích hợp dùng cho bệnh nhân THA có tổn thương cơ quan đích, bệnh mạch não, ĐĐT hoặc Bệnh động mạch ngoại vi

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

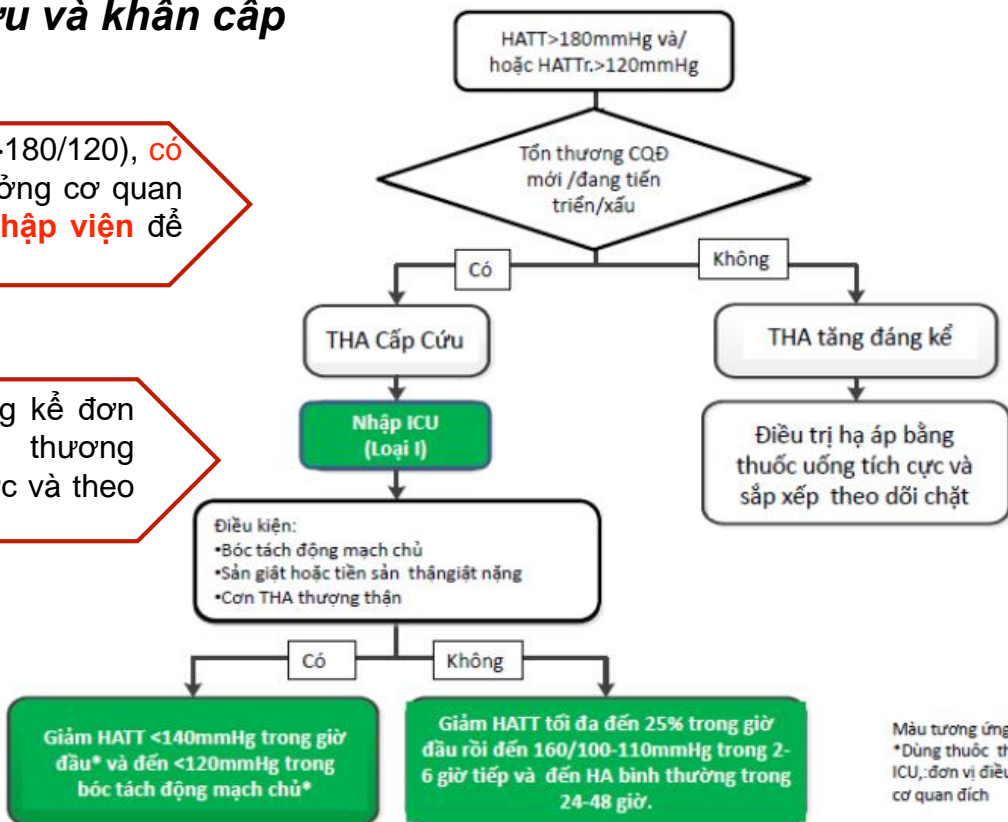
7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.6. Cơ tăng huyết áp: Cấp cứu và khẩn cấp

THA cấp cứu là HA tăng cao nặng (>180/120), **có** biểu hiện đe dọa tính mạng/ tổn thương cơ quan đang tiến triển cấp hoặc xấu, **cần nhập viện** để điều trị tích cực

THA khẩn cấp là HA tăng cao đáng kể đơn thuần (>180/120), **không** có tổn thương quan cấp, điều trị thuốc uống tích cực và theo dõi, **không cần nằm viện**

URGENT



Màu tương ứng loại khuyến cáo
*Dùng thuốc theo các bảng dưới;
ICU, đơn vị điều trị tích cực; CQĐ: cơ quan đích

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.6. Cơ tăng huyết áp: Cấp cứu và khẩn cấp

Nhóm	Thuốc	Liều	Khuyến cáo
Chẹn Kênh Calci Dihydropiridine	Nicardipine	Bắt đầu 5 mg/g, tăng 2.5 mg/g mỗi 5p đến tối đa 15 mg/g	Chống chỉ định trong hẹp van động mạch chủ tiến triển; không tăng chuẩn liều ở người già
Giãn mạch—qua Nitric-oxide	Sodium nitroprusside	Khởi đầu 0.3–0.5 mcg/kg/p; tăng dần 0.5 mcg/kg/p để đạt HA đích; liều tối đa 10 mcg/kg/p; trong thời gian ngắn nhất có thể. Tỷ lệ truyền đến $\geq 4-10$ mcg/kg/p hoặc kéo dài $>30p$, thiosulfate có thể dùng cho để phòng nhiễm độc cyanide	Khuyến cáo cần theo dõi HA trong động mạch để ngăn ngừa hạ HA quá đích. Liều thấp hơn ở người già. Nhịp tim nhanh thường gặp khi lạm dụng. Nhiễm độc cyanide khi dùng kéo dài làm ngừng tim và tổn thương thần kinh không hồi phục.
	Nitroglycerin	Khởi đầu 5 mcg/p; tăng dần 5 mcg/p mỗi 3–5p đến liều tối đa 20 mcg	Chỉ dùng ở bệnh nhân với hội chứng mạch vành cấp và /hoặc phù phổi cấp. Không dùng ở bệnh nhân giảm thể tích
Giãn mạch— trực tiếp	Hydralazine	Khởi đầu 10 mg qua truyền TM chậm (liều ban đầu tối đa 20 mg); lặp lại mỗi 4-6g khi cần	HA bắt đầu giảm trong 10–30 phút, và hạ thấp kéo dài 2–4 h. Tác dụng hạ HA không dự đoán trước được và kéo dài đã làm hydralazine không phải là thuốc hàng đầu cho điều trị cấp trong đa số bệnh nhân.

II. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

7. Điều trị tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

7.6. Cơ tăng huyết áp: Cấp cứu và khẩn cấp

Chẹn beta 1 chọn lọc	Esmolol	Liều tải 500–1000 mcg/kg/p trong 1 phút tiếp theo truyền 50-mcg/kg/p. Liều bổ sung, tiêm bolus lặp lại và truyền 50-mcg/kg/p tăng dần đến tối đa 2200 mcg/kg/p khi cần	Chống chỉ định như khi dùng chẹn beta, nhịp tim chậm, hoặc suy tim mất bù. Theo dõi nhịp tim chậm. Có thể làm suy tim nặng hơn. Liều cao có thể chẹn cả beta 2 và tác động lên chức năng phổi trong bệnh đường hô hấp tái hoạt động
Chẹn beta phối hợp alpha ₁ và đối kháng thụ thể beta không chọn lọc	Labetalol	Khởi đầu liều 0.3–1.0-mg/kg (tối đa 20 mg) tiêm TM chậm mỗi 10 phút hoặc truyền TM 0.4–1.0-mg/kg/g tăng đến 3 mg/kg/g. Tổng liều 300 mg. Liều này có thể lặp lại mỗi 4–6g.	Chống chỉ định trong bệnh đường hô hấp tái hoạt động hoặc COPD. Nó đặc biệt hữu ích trong hội chứng cường adrenergic. Có thể làm suy tim nặng ra và không cho trong bệnh nhân có bloc AV II hoặc III hoặc nhịp tim chậm
Đối kháng thụ thể alpha không chọn lọc	Phentolamine	Tiêm TM liều 5 mg. Tiêm bổ sung liều mỗi 10p khi cần để đạt HA đích.	Dùng trong THA cấp cứu gây ra bởi tăng quá mức catecholamine (pheochromocytoma, giao thoa giữa các ức chế monamine oxidase và các thuốc khác hoặc thức ăn, nhiễm độc cocaine, amphetamine quá liều, hoặc ngừng đột ngột clonidine)
Cường thụ thể Dopamine- chọn lọc	Fenoldopam	Khởi đầu 0.1–0.3 mcg/kg/p; có thể tăng dần 0.05–0.1 mcg/kg/p mỗi 15 p cho đến khi đạt HA đích. Truyền tối đa 1.6 mcg/kg/p	Chống chỉ định ở bệnh nhân nguy cơ tăng nhãn áp (glaucoma) hoặc tăng áp lực nội sọ và dị ứng sulfite
Ức chế men chuyển	Enalaprilat	Khởi đầu 1.25 mg trong khoảng 5p. Liều này có thể tăng lên 5 mg mỗi 6g khi cần để đạt HA đích	Chống chỉ định ở phụ nữ mang thai và không được dùng trong NMCT cấp hoặc hẹp động mạch thận 2 bên. Dùng chính trong THA cấp cứu với tăng renine huyết tương cao. Chuẩn liều không dễ. Bắt đầu tác dụng (15p) và đáp ứng HA không dự đoán được.

III. TỔNG KẾT

Tổng quan THA



- Xu hướng gia tăng và trẻ hóa
- THA vừa là bệnh, vừa là yếu tố nguy cơ cho các bệnh lý nguy hiểm khác.

Mục tiêu điều trị



- Giảm tối đa nguy cơ lâu dài toàn bộ về bệnh suất và tử suất tim mạch, tử vong chung
- Kiểm soát cùng lúc tất cả các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm và các bệnh đồng mắc

Ngưỡng HA ban đầu cần điều trị và đích điều trị



- Ngưỡng HA ban đầu cần điều trị: Phụ thuộc **độ THA, tuổi & bệnh lý đồng mắc**
- Đích điều trị: chung **<140/90**, nếu dung nạp: **<130/80**

Điều trị THA ở nhóm bệnh nhân đặc biệt



- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Đái tháo đường • Bệnh mạch vành • Suy tim (EF giảm và EF bảo tồn) | <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh thận mạn • THA kháng trị • Cơn THA |
|---|---|

Điều trị



- Dùng thuốc. 5 nhóm thuốc chính: **ỨCMC, CTTA, LT, CKCa, CB**
- Không dùng thuốc: **TĐLS**



THANK YOU

