



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ CÂU LẠC BỘ SINH VIÊN DƯỢC LÂM SÀNG

TỔNG KẾT SỬ DỤNG THUỐC *trong điều trị tăng huyết áp*

NGẬP LỤT GUIDELINE



NICE

National Institute for Health and Care Excellence

10/2011



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

6/2013



10/2015

NGẬP LỤT GUIDELINE Ở MỸ



12/2013



12/2013



11/2013



AHA Council on Hypertension
AHA Council on Kidney in Cardiovascular Disease
American Society of Hypertension
Joint Scientific Sessions 2017

2017



2015



2012



2010

CÁC GUIDELINE THÔNG DỤNG



Hội tim mạch Việt Nam



Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ



• Hiệp hội tim mạch Châu Âu



• Liên ủy ban quốc gia Hoa Kỳ

NỘI DUNG

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

II. TỔNG QUAN CÁC LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

III. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐƠN THUẦN

IV. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN CÁC ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

1. Tăng huyết áp là gì? Ngưỡng chẩn đoán tăng HA
2. Tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp ẩn dấu
3. Phân biệt các khái niệm về THA cấp cứu (**Emergency hypertension**) và THA khẩn cấp (**Urgency hypertension**)

Định nghĩa THA

Tăng huyết áp (Hypertension) là tình trạng tăng dai dẳng huyết áp động mạch

Tăng Huyết Áp:
HATT $\geq 140 / 90$ 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 HA TT > 120-139mmHg và HATTTr > 80-89 mmHg

Categories of BP in Adults*

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

*Individuals with SBP and DBP in 2 categories should be designated to the higher BP category.

ACC/AHA 2017

VSH/VNHA 2015 và ESH/ESC 2013

Chú ý: HA được đo tại cơ sở y tế

1. Định nghĩa THA

Quy đổi mức huyết áp được đo trong các điều kiện khác nhau

Clinic	HBPM	Daytime ABPM	Nighttime ABPM	24-Hour ABPM
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90	135/85	135/85	120/70	130/80
160/100	145/90	145/90	140/85	145/90

- **HBPM:** Home blood pressure measurements
- **ABPM:** Ambulatory blood pressure measurements

HIỆN TƯỢNG GÌ?

Hypertension



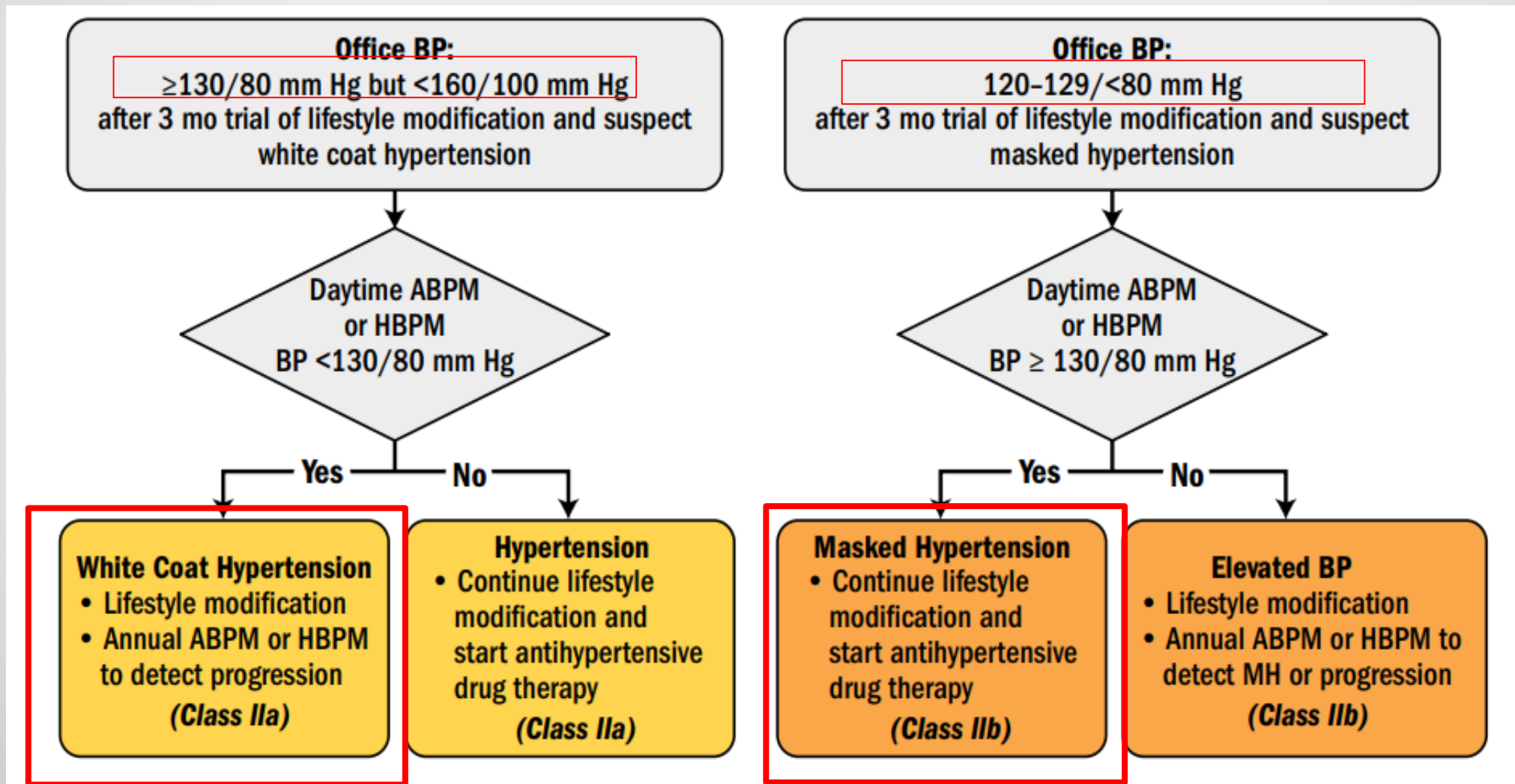
2. THA áo choàng trắng và THA ẩn dấu

Theo VSH/VNHA 2015

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

2. THA áo choàng trắng và THA ẩn dấu

Theo ACC/AHA 2017



3. THA cấp cứu (**Emergency hypertension**) và THA khẩn cấp (**Urgency hypertension**)

THA nghiêm trọng
(severely elevated blood pressure)

Tăng HA nghiêm trọng
(**severely elevated blood pressure**) \geq **180/120mmHg**

THA cấp cứu
(**hypertensive emergency**)

Có các dấu hiệu và triệu chứng **của tổn thương cơ quan đích**. Thường có biểu hiện là DBP tăng cao \geq 120mmHg (ngoại trừ trẻ em và phụ nữ có thai)

THA nghiêm trọng không triệu chứng
(**severe asymptomatic hypertension**)

Không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của tổn thương cơ quan đích

THA khẩn cấp
(**hypertensive urgency**)

Có các nguy cơ có thể dẫn đến tổn thương cơ quan đích

THA không kiểm soát
(**severe uncontrolled hypertension**)

Không có các yếu tố nguy cơ tổn thương cơ quan đích

3. THA cấp cứu (**Emergency hypertension**) và THA khẩn cấp (**Urgency hypertension**)

2. Các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích

- Não: những khiếm khuyết về cảm giác và vận động
- Võng mạc: soi đáy mắt có bất thường
- Tim: tiếng T3 hoặc T4, tiếng thổi, loạn nhịp tim, ran phổi, phù ngoại biên
- Động mạch ngoại biên: mất mạch, mạch yếu hoặc mạch không đều hai bên, lạnh đầu chi, những tổn thương da do thiếu máu, tiếng thổi động mạch cảnh
- Thận: phù, tiểu ít

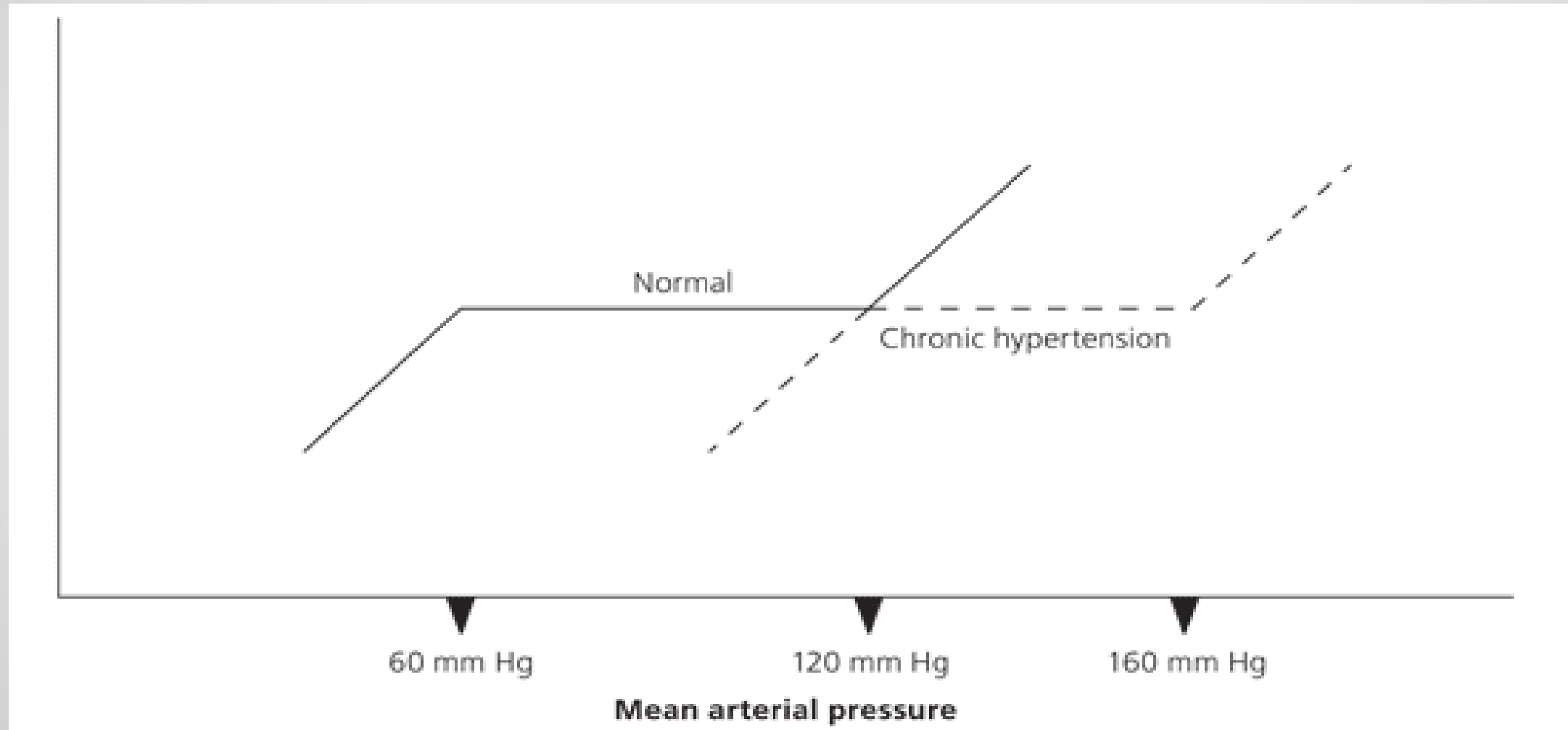
II. TỔNG QUAN CÁC LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ THA

1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị tăng huyết áp
2. Liệu pháp điều trị tăng huyết áp bằng cách thay đổi lối sống
3. Liệu pháp điều trị tăng huyết áp bằng cách sử dụng thuốc điều trị
4. Điều trị THA đơn thuần

1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

- **Thiết lập mức HA mục tiêu** phù hợp cho từng bệnh nhân tùy vào độ tuổi, tình trạng bệnh
- Cần xác định điều trị THA là điều trị **lâu dài và suốt đời**
- Cần **điều trị tích cực** ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích
- **Lựa chọn thuốc thích hợp**, cân nhắc các yếu tố: bệnh mắc kèm, yếu tố nguy cơ, tác dụng phụ của thuốc
- HA nên được **giảm từ từ** để tránh những biến chứng thiếu máu cục bộ

1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị



- HA nên được **giảm từ từ** để tránh những biến chứng thiếu máu cục bộ

2. Liệu pháp điều trị_ *thay đổi lối sống*

Chế độ ăn

- Chế độ ăn DASH
- Lượng muối ăn vào: hạn chế 5-6 g/ngày

Chỉ số cơ thể

- Chỉ số thể trọng BMI 23 kg/m^2
- Chỉ số vòng eo Nam: $<90 \text{ cm}$ Nữ: $<88 \text{ cm}$

Rượu bia, thuốc lá

- Lượng ethanol tiêu thụ $\leq 20-30$ g/ngày (nam) và $\leq 10-20$ g/ngày (nữ).
- Không thuốc lá, tránh xa khói thuốc

Vận động

- Luyện tập gắng sức ≥ 30 phút/ngày, 5-7 ngày /tuần.

3. Liệu pháp điều trị _ bằng thuốc

Thuốc lợi tiểu Thiazide

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ngày (mg)	Số lần dùng/ngày	Một số lưu ý
Lợi tiểu Thiazide	<i>Chlorthalidone</i>	12.5–25	1	<ul style="list-style-type: none">➤ Chlorthalidone được ưu tiên hơn vì có $t_{1/2}$ kéo dài và có tác dụng tốt trên các bệnh tim mạch (CVD)➤ Thiazide-like có nhiều tác dụng có lợi hơn các thuốc Thiazide thông thường➤ Theo dõi các nguy cơ rối loạn điện giải và rối loạn chuyển hóa
	Hydrochlorothiazide	25–50	1	
	<i>Indapamide</i>	1.25–2.5	1	
	<i>Metolazone</i>	2.5–10	1	

3. Liệu pháp điều trị_ *bằng thuốc*

ACEi

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng /ngày (mg)	Số lần/ngày	Một số lưu ý
ACEI	Benazepril	10–40	1 or 2	<ul style="list-style-type: none">• Không kết hợp với ARB hoặc chất ức chế renin trực tiếp• Chống chỉ định trong các trường hợp sau:<ul style="list-style-type: none">➢ P : Pregnant → do gây thương tích trên thai nhi➢ A : Allergic/ Angioedema → Phù mạch (không có mề đay)➢ R : Renal failure → Gây suy thận cấp đặc biệt ở bị hẹp động mạch thận hai bên➢ K : Hyperkalemia → tăng kali máu đặc biệt ở người bị bệnh thận mạn tính, hoặc sử dụng các thuốc làm tăng kali máu
	Captopril	12.5–150	2 or 3	
	Enalapril	5–40	1 or 2	
	Fosinopril	10–40	1 1	
	Lisinopril	10–40	1 or 2	
	Moexipril	7.5–30	1	
	Perindopril	4–16	1 or 2	
	Quinapril	10–80	1 or 2	
	Ramipril	2.5–10	1	
	Trandolapril	1-4	1 hoặc 2	

3. Liệu pháp điều trị _ bằng thuốc

ARB

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ ngày (mg)	Số lần/ngày	Một số lưu ý
ARB	Azilsartan	40–80	1	<ul style="list-style-type: none">• Không kết hợp với thuốc ACEI hoặc chất ức chế renin trực tiếp• Tăng nguy cơ tăng kali máu• Có thể gây suy thận cấp ở những bệnh nhân bị hẹp động mạch thận hai bên nặng• Tránh sử dụng khi thai nghén• Không sử dụng nếu tiền sử phù mạch với ARB. Bệnh nhân có tiền sử phù mạch với một ACEI có thể bắt đầu dùng ARB sau 6 tháng ngừng dùng ACEI.
	Candesartan	8–32	1	
	Eprosartan	600–800	1 or 2	
	Irbesartan	150–300	1	
	Losartan	50–100	1 or 2	
	Olmesartan	20–40	1	
	Telmisartan	20–80	1	
	Valsartan	80–320	1	

3. Liệu pháp điều trị *bằng thuốc*

CCBs

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ngày (mg)	Số lần/ngày	Một số lưu ý
CCB-Dihydropyridines	Amlodipine	2.5–10	1	<ul style="list-style-type: none">• Tránh sử dụng ở những bệnh nhân suy tim với EF giảm (HFrEF); có thể sử dụng amlodipin hoặc felodipin nếu cần• Có sự liên quan giữa liều và nguy cơ phù nề, phổ biến hơn ở phụ nữ hơn nam giới
	Felodipine	5–10	1	
	Isradipine	5–10	2	
	Nicardipine SR	5–20	1	
	Nifedipine LA	60–120	1	
	Nisoldipine	30–90	1	
CCB-nondihydropyridines	Diltiazem SR	180–360	2	<ul style="list-style-type: none">• Tránh sử dụng thường xuyên với thuốc chẹn beta do tăng nguy cơ chậm nhịp tim và block tim• Không sử dụng ở bệnh nhân HFrEF• Tương tác thuốc có thể xảy ra với diltiazem và verapamil (ức chế CYP3C4)
	Diltiazem ER	120–480	1	
	Verapamil IR	40-80	3	
	Verapamil SR	120–480	1 hoặc 2	
	Verapamil-delayed onset ER	100–480	1 (buổi tối)	

3. Liệu pháp điều trị _ bằng thuốc

BBs

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ngày	Số lần/ngày	Một số lưu ý
BBs- chọn lọc trên tim	Atenolol	25–100	12	<ul style="list-style-type: none"> • Ít được khuyến cáo như lựa chọn đầu tiên trừ khi bệnh nhân mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ (IHD) hoặc suy tim (HF) • Được lựa chọn ở những bệnh nhân bị bệnh đường hô hấp nếu cần sử dụng BBs • Bisoprolol và metoprolol succinate được ưu tiên ở bệnh nhân HFrEF • Tránh dùng thuốc đột ngột
	Betaxolol	5–20	1	
	Bisoprolol	2.5–10	1	
	Metoprolol tartrate	100–400	2	
	Metoprolol	50–200	1	
BBs- chọn lọc trên tim và có tác dụng dẫn mạch	Nebivolol	5–40	1	<ul style="list-style-type: none"> • Gây giãn mạch do NO gây ra • Tránh dùng thuốc đột ngột
BBs- không chọn lọc trên tim	Nadolol	40–120	1	<ul style="list-style-type: none"> • Tránh ở những bệnh nhân nhạy cảm ở đường hô hấp • Tránh dùng thuốc đột ngột
	Propranolol IR	160–480	2	
	Propranolol LA	80–320	1	
BBs_ có tác dụng giống giao cảm	Acebutolol	200–800	2	<ul style="list-style-type: none"> • Ít sử dụng, đặc biệt là ở những bệnh nhân có IHD hoặc HF • Tránh dùng thuốc đột ngột
	Carteolol	2.5–10	1	
	Penbutolol	10–40	1	
	Pindolol	10–60	2	
Thuốc chẹn thụ thể alpha và beta	Carvedilol	12.5–50	2	<ul style="list-style-type: none"> • Carvedilol được ưu tiên ở bệnh nhân HFrEF • Tránh dùng thuốc đột ngột
	Carvedilol phosphate	20–80	1	
	Labetalol	200–800	2	

3. Liệu pháp điều trị *bằng thuốc*

Lợi tiểu khác

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ngày (mg)	Số lần/ngày	Một số lưu ý
Lợi tiểu quai	Bumetanide	0.5–4	2	<ul style="list-style-type: none">Ưu tiên sử dụng ở bệnh nhân suy tim (HF).Ưu tiên hơn thiazide ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (CKD) (GFR <30 mL / phút)
	Furosemide	20–80	2	
	Torseamide	5–10	1	
Lợi tiểu giữ kali	Amiloride	5–10	1 or 2	<ul style="list-style-type: none">Đơn trị ít có hiệu quả thường kết hợp với thiazideTránh sử dụng ở những bệnh nhân có CKD nghiêm trọng (ví dụ: GFR <45 mL / phút)
	Triamterene	50–100	1 or 2	
Lợi tiểu kháng Aldosteron	Eplerenone	50–100	12	<ul style="list-style-type: none">Ưu tiên sử dụng trong cường Aldosteron và THA kháng thuốcSpironolactone có thể gây vú to và bất lực ở nam giới cao hơn so với eplerenoneTránh sử dụng với các chất bổ sung K⁺, các thuốc lợi tiểu giữ K⁺ khác hoặc ở BN suy giảm chức năng thậnEplerenone thường được dùng hai lần mỗi ngày để hạ HA
	Spironolactone	25–100	1	

3. Liệu pháp điều trị *bằng thuốc*

Thuốc khác

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Liều dùng/ngày (mg)	Số lần/ngày	Một số lưu ý
Ức chế Renin	Aliskiren	150-300	1	<ul style="list-style-type: none"> • Không sử dụng kết hợp với thuốc ức chế ACE hoặc ARB • Có tác dụng kéo dài • Tăng nguy cơ tăng kali máu • Gây suy thận cấp ở những BN bị hẹp động mạch thận hai bên nặng • Tránh sử dụng khi thai nghén
Chẹn thụ thể Alpha 1	Doxazosin	1–8	1	<ul style="list-style-type: none"> • Liên quan đến hạ huyết áp thể đứng, đặc biệt là ở người lớn tuổi • Cân nhắc lựa chọn thứ 2 trên với bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt (BPH)
	Prazosin	2–20	2 or 3	
	Terazosin	1–20	1 or 2	
Đồng vận Alpha 2 và các thuốc tác dụng trên TKTW	Clonidine oral	0.1–0.8	2	<ul style="list-style-type: none"> • Nhóm lựa chọn cuối cùng khi có dấu hiệu của tác dụng phụ trên CNS, đặc biệt là ở người lớn tuổi • Tránh ngừng clonidin đột ngột và nên giảm dần liều.
	Clonidine patch	0.1–0.3	1 weekly	
	Methyldopa	250–1000	2 1	
	Guanfacine	0.5–2	2	
Thuốc giãn mạch	Hydralazine	250-200	2 or 3	<ul style="list-style-type: none"> • Liên quan đến việc giữ nước, natri và tái nhịp tim nhanh; sử dụng với thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn beta • Hydralazine liên quan đến hội chứng lupus-like khi dùng liều cao • Minoxidil có thể gây rụng lông và cần có thuốc lợi tiểu quai. Có thể gây
	Minoxidil	5–100	1 -3	

4. Điều trị tăng huyết áp đơn thuần

Các nhóm thuốc được lựa chọn khởi trị trong điều trị tăng huyết áp

Lựa chọn 4 thuốc

- ACEi
- ARB
- CCBs
- Lợi tiểu Thiazide

- JNC8
- ACC/AHA 2017

Lựa chọn 5 thuốc

- ACEi
- ARB
- CCBs
- Lợi tiểu Thiazide
- BBs

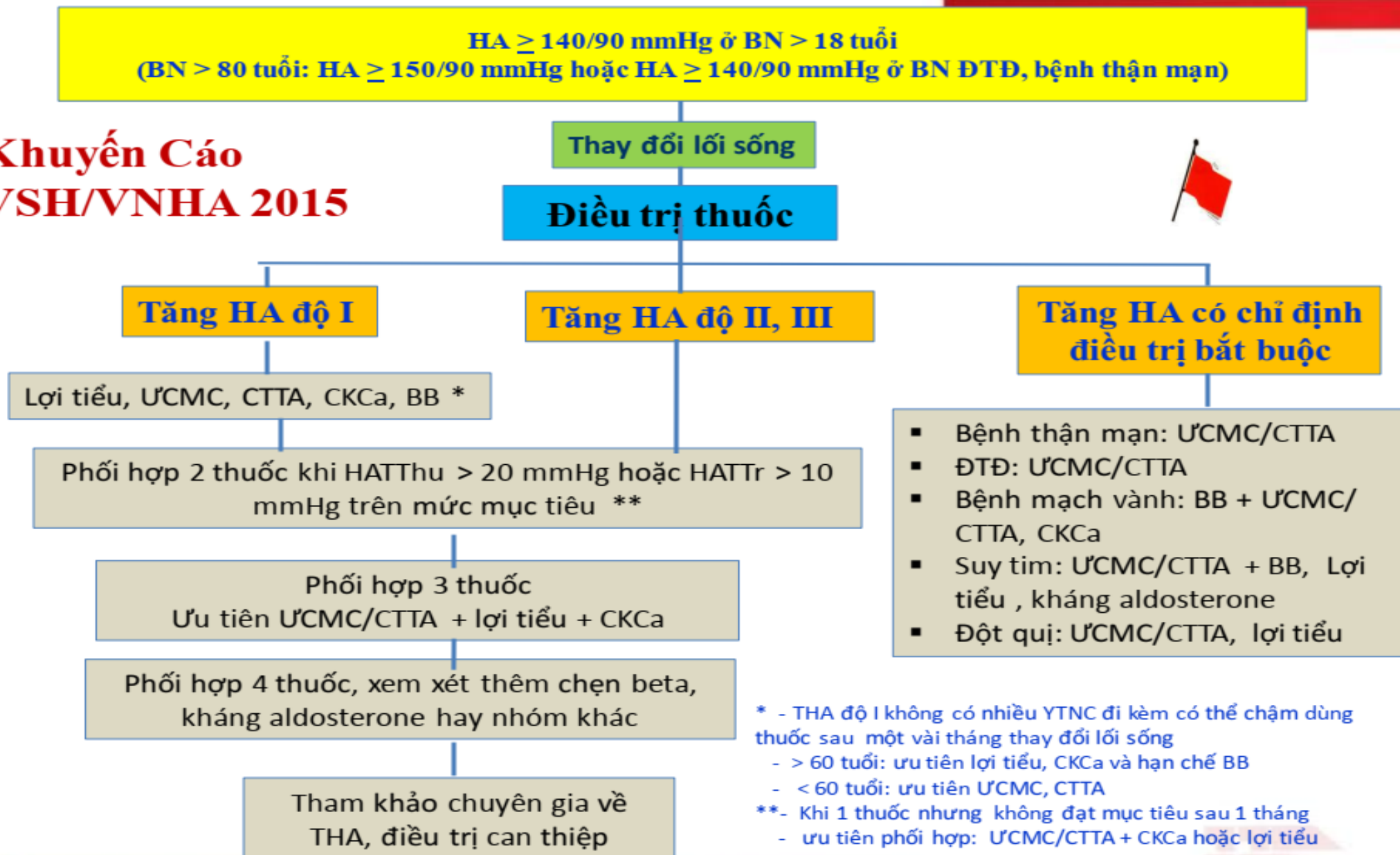
- VSH/VNHA 2015
- ESH/ESC 2013

2. Liệu pháp điều trị_ *bằng thuốc*

Những yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan và bệnh cảnh lâm sàng	Bình thường cao HATT : 130-139 hoặc HATTr : 85-89 mmHg	THA Đô 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr : 90- 99 mmHg	THA Đô 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr :100- 109 mmHg	THA Đô 3. HATT ≥180 / >110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ	Không điều trị	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS trong vài tháng ▪ Rời cho thuốc mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS trong vài tháng ▪ Rời cho thuốc mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thay đổi lối sống (TĐLS). ▪ Không điều trị thuốc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS trong vài tháng. ▪ Rời cho thuốc mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS trong vài tháng. ▪ Rời cho thuốc mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Không điều trị thuốc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS trong vài tháng. ▪ Rời cho thuốc mục tiêu 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Thuốc HA mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
Tổn thương cơ quan đích, Bệnh thận mạn gđ 3 hoặc đái tháo đường	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Không điều trị thuốc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Thuốc HA mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Thuốc HA mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90
BTM có triệu chứng, B Thận mạn gđ ≥ 4 kèm hoặc ĐTD có TTCQ đích / nhiều YTNC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Duy trì mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TĐLS ▪ Cho thuốc ngay với mục tiêu <140/90

2. Liệu pháp điều trị *bằng thuốc*

Khuyến Cáo VSH/VNHA 2015



III. ĐIỀU TRỊ THA TRÊN CÁC ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

- 1. THA trên bệnh nhân cao tuổi**
- 2. THA trên bệnh nhân bị đái tháo đường (ĐTĐ)**
- 3. THA trên bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính (CKD)**

1. THA trên bệnh nhân cao tuổi

Guideline	Ngưỡng điều trị	HA mục tiêu
VSH/VNHA 2015	HATT \geq 160 mmHg	Giảm HATT đến 150 mmHg
	> 80 tuổi: HATT ban đầu \geq 160 mmHg	Giảm HATT đến 150 mmHg
	Người cao tuổi yếu đuối	Cung cấp điều kiện tinh thần và thể chất tốt Quyết định điều trị tăng huyết áp theo sự thận trọng của thầy thuốc lâm sàng dựa vào theo dõi hiệu quả của điều trị
JNC8 2014 (\geq 60 tuổi)	\geq 150/90 mmHg	< 150/90 mmHg
ESH/ESC 2013	HATT \geq 160 mmHg	HATT 140 – 150 mmHg
	> 80 tuổi: HATT ban đầu \geq 160 mmHg	HATT 140 – 150 mmHg Cung cấp điều kiện tinh thần và thể chất tốt
AHA/ACC 2017 (\geq 65 tuổi)	HATT trung bình \geq 130 mmHg	HATT < 130 mmHg
	BN có gánh nặng từ các bệnh kèm và/hoặc kỳ vọng sống hạn chế	Ưu tiên quyết định của bệnh nhân và đánh giá nguy cơ/lợi ích để đưa ra quyết định về mức độ hạ HA

1. THA trên bệnh nhân cao tuổi

Guideline	Khởi trị		Phối hợp thuốc
VSH/VNHA 2015 (> 60 tuổi)	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretic, BB, CCB, ACEI/ARB • Diuretic, CCB ưu tiên sử dụng ở BN THA tâm thu đơn độc • Hạn chế dùng BB 		<p>Thêm thuốc thứ 2: ACEI/ARB (hoặc CCB hoặc thiazide nếu ACEI/ARB đã sử dụng đầu tiên)</p> <p>Thêm thuốc thứ 3: CCB + ACEI/ARB + thiazide</p>
JNC8 2014 (≥ 60 tuổi)	Không da đen	Thiazide, ACEI/ARB, CCB	Theo chiến lược phối hợp thuốc A, B, C
	Da đen	Thiazide, CCB	
ESH/ESC 2013	<p>Diuretic, BB, CCB, ACEI/ARB</p> <p>Diuretic, CCB ưu tiên sử dụng ở BN THA tâm thu đơn độc</p>		Chiến lược phối hợp thuốc A, B, C
AHA/ACC 2017			

1. THA trên bệnh nhân cao tuổi

Case lâm sàng

Một người đàn ông 70 tuổi có tiền sử THA đến thăm khám sức khỏe định kỳ. Mỗi ngày ông hút 1 gói thuốc lá và thường xuyên uống rượu. Hiện ông đang sử dụng captopril và verapamil. Kết quả thăm khám cho thấy: HA 166/96 mmHg, nhịp tim 68 lần/phút; creatinin huyết thanh 1,6 mg/dL (0,7 – 1,3 mg/dL); kali máu 5,1 mEq/L (3,5 – 5,0 mEq/L). Lựa chọn nào dưới đây là phù hợp nhất cho bệnh nhân này?

- A. Thêm furosemide
- B. Thay captopril bằng losartan
- C. Thêm hydrochlorothiazide
- D. Thay verapamil bằng nifedipine

1. THA trên bệnh nhân cao tuổi

Đáp án: C

Giải thích:

HA của BN chưa được kiểm soát tốt, trường hợp này thêm thuốc điều trị THA thứ 3 là hoàn toàn hợp lý. Mặt khác, kali máu đang ở ngưỡng trên của giá trị bình thường. Do đó, hydrochlorothiazide là lựa chọn phù hợp nhất.

Thiazide làm tăng cường tác dụng điều trị THA của ACEI, đồng thời hạn chế tác dụng giữ kali của nhóm thuốc này (bằng cách làm giảm kali máu)

Giải thích loại trừ:

Lợi tiểu quai ít hiệu quả hơn thiazide trong điều trị THA, chỉ được chỉ định trong 1 số trường hợp đặc biệt (THA + phù/ suy thận nặng)

Thay đổi thuốc trong điều trị THA thường liên quan đến tác dụng phụ của thuốc. Khi 1 thuốc không hiệu quả, 1 thuốc khác sẽ được thêm vào mà không thay đổi thuốc đầu tiên. Ở đây không có dữ kiện cho thấy có tác dụng phụ của thuốc nào mà BN đang dùng

2. THA trên bệnh nhân đái tháo đường

Guideline	Ngưỡng điều trị	HA mục tiêu	
VSH/VNHA 2015	≥ 140/90 mmHg	< 140/90 mmHg	
JNC8 2014 (≥ 18 tuổi và không kèm CKD)		< 140/90 mmHg	
ESH/ESC 2013		< 140/85 mmHg	
AHA/ACC 2017	≥ 130/80 mmHg	< 130/80 mmHg	
ADA 2017		Dân số chung	< 140/90 mmHg
		Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao	Thấp hơn (< 130/80 mmHg) nếu mục tiêu này có thể đạt được mà không gây thêm gánh nặng điều trị quá mức

2. THA trên bệnh nhân đái tháo đường

Guideline	Khởi trị	
VSH/VNHA 2015	▪ Chọn một trong 5 nhóm thuốc: ACEi, ARB, CCBs, Thiazide, BBs	
ESH/ESC 2013	▪ Ưu tiên sử dụng ACEi/ARB, đặc biệt ở bệnh nhân đã có đạm niệu hoặc vi đạm niệu	
AHA/ACC 2017	▪ Chọn một trong 4 nhóm thuốc: Diuretic, ACEi/ARB, CCB ▪ Ưu tiên sử dụng ACEi/ARB, đặc biệt ở bệnh nhân albumin niệu	
JNC8 2014 (≥ 18 tuổi và không kèm CKD)	Không da đen	Thiazide, ACEi/ARB, CCB
	Da đen	Thiazide, CCB

2. THA trên bệnh nhân đái tháo đường

Câu hỏi:

Một người phụ nữ 60 tuổi trong một buổi khám sức khỏe định kỳ đo huyết áp được 155/95 mmHg. Người này đã mắc đái tháo đường type 1 được 12 năm và bị gout được 5 năm. Xét nghiệm nước tiểu thấy albumin niệu. Những lần thăm khám sau đã khẳng định người này bị THA. Thuốc điều trị THA nào sau đây thích hợp nhất cho bệnh nhân này?

- A. Hydrochlorothiazide
- B. Propranolol
- C. Captopril
- D. Clonidine
- E. Nitroprusside

2. THA trên bệnh nhân đái tháo đường

Đáp án: C

Giải thích:

Dựa vào các khuyến cáo điều trị. ACEI có khả năng cải thiện kết cục về thận.

Giải thích loại trừ:

Dựa vào các khuyến cáo điều trị. ACEI có khả năng cải thiện kết cục về thận.

- Thiazide làm tăng acid uric máu
- Beta-blocker chống chỉ định tương đối ở BN đái tháo đường phụ thuộc insulin do làm che dấu dấu hiệu và triệu chứng hạ đường huyết
- Clonidine không phải là chỉ định đầu tay trong điều trị THA
- Nitroprusside chỉ sử dụng trong THA cấp cứu

3. THA trên bệnh nhân bệnh thận mạn tính

Guideline	Ngưỡng điều trị	HA mục tiêu
VSH/VNHA 2015		< 140/90 mmHg Có thể xem xét HATT < 130 mmHg khi có đạm niệu, đồng thời theo dõi sự thay đổi eGFR
JNC8 2014 (có hoặc không kèm ĐTD)	$\geq 140/90$ mmHg	< 140/90 mmHg
ESH/ESC 2013		HATT < 140 mmHg Có thể xem xét HATT < 130 mmHg khi có đạm niệu, đồng thời theo dõi sự thay đổi eGFR
AHA/ACC 2017		< 130/80 mmHg

3. THA trên bệnh nhân bệnh thận mạn tính

Guideline	Khởi trị	Phối hợp thuốc
VSH/VNHA 2015	ACEi / ARB	- Thêm thuốc thứ 2: CCB hoặc thiazide - Thêm thuốc thứ 3: Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hoặc CCB) * Nếu mức lọc cầu thận < 40 ml/phút, dùng lợi tiểu quai (furosemide) thay thế thiazide
JNC8 2014 (có hoặc không kèm ĐTD)		Theo chiến lược phối hợp thuốc A, B, C
ESH/ESC 2013		Phối hợp thuốc để đạt được mục tiêu điều trị Các chất đối kháng aldosterone không được khuyến cáo, đặc biệt khi phối hợp với ACEI/ARB do nguy cơ suy giảm chức năng thận và tăng kali máu
AHA/ACC 2017		

4. THA cấp cứu và THA khẩn cấp

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Lưu ý
CCB-dihydropyridine	Nicardipine	<ul style="list-style-type: none">• Chống chỉ định trong đặt sten động mạch• Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân cao tuổi
	Clevidipine	<ul style="list-style-type: none">• CCD với trường hợp bị dị ứng với đậu, các sản phẩm từ đậu, dị với sữa và các sp từ sữa và các trường hợp bị rối loạn chuyển hóa lipide như: Tăng lipide máu, viêm tụy cấp, viêm thận xơ vữa. Giảm liều đối với bệnh nhân cao tuổi
Dẫn mạch phụ thuộc NO	Natri nitroprusside	<ul style="list-style-type: none">• Cần theo dõi huyết áp động mạch để phòng trường hợp quá liều• Điều chỉnh giảm liều ở bệnh nhân cao tuổi• Nhịp tim nhanh là tác dụng phụ thường gặp khi quá liều.• Ngộ độc cyanide có thể xảy ra và gây hậu quả là tổn thương thần kinh không hồi phục và ngưng tim.
	Nitroglycerin	<ul style="list-style-type: none">• Chỉ sử dụng trên bệnh nhân có hội chứng vành cấp hoặc phù phổi cấp. Không sử dụng trên bệnh nhân có tình trạng giảm thể tích
Giãn mạch	Hydralazine	<ul style="list-style-type: none">• HA bắt đầu giảm trong 10-30 phút đầu tiên và kéo dài tác dụng trong 2-4h.• Do không biết được đáp ứng của cơ thể và thời gian tác dụng của Hydralazine nên thuốc này không được dùng như là một tác nhân khởi trị.

4. THA cấp cứu và THA khẩn cấp

Chẹn beta chọn lọc	Esmolol	<ul style="list-style-type: none">• CCD trên BN đang sử dụng BBs, nhịp tim chậm hoặc suy tim mất bù• Theo dõi tình trạng chậm nhịp tim, làm nặng thêm tình trạng suy tim• Liều cao có thể ức chế cả beta2 receptor làm ảnh hưởng đến chức năng của phổi trong các bệnh lý về đường thở
Chẹn beta không chọn lọc và chẹn alpha 1	Labetalol	<ul style="list-style-type: none">• CCD trong trường hợp các bệnh lý đường hô hấp hoặc COPD. Đặc biệt có hiệu quả trên bệnh nhân có hội chứng cường túy thượng thận.• Thuốc có thể làm nặng thêm tình trạng suy tim và không nên sử dụng trên bệnh nhân bị block tim độ 2,3 hoặc nhịp tim chậm
Ức chế thụ thể Alpha không chọn lọc	Phentolamine	<ul style="list-style-type: none">• Nên được sử dụng trong trường hợp bị tăng huyết áp cấp cứu do quá liều của Catecholamine <p>(cường túy thượng thận, tương tác của INAOs với các thuốc khác; quá liều amphetamine, ngừng clonidine; ngộ độc cocain...)</p>
Đồng vận thụ thể Dopamine 1	Fenoldopam	<ul style="list-style-type: none">• CCD trên bệnh nhân có nguy cơ cao của tăng nhãn áp, tăng áp lực nội sọ hoặc các trường hợp bị dị ứng,...
ACEi	Enalaprilat	<ul style="list-style-type: none">• CCD trên bệnh nhân mang thai hoặc trên bệnh nhân bị hẹp thân 2 bên.• Thuốc có tác dụng sau tầm 15' và chưa rõ đáp ứng của HA trên bệnh nhân

4. THA cấp cứu và THA khẩn cấp

THA cấp cứu (Emergency hypertension)

Tình trạng điển hình: bóc tách động mạch, sản giật hoặc tiền sản giật nghiêm trọng, u tử thượng thận

Tình trạng không điển hình

SBP dưới 140mmHg trong 1h đầu

SBP giảm dưới 120mmHg

Giảm SBP tối đa 25% /1h đầu →
Giảm xuống 160/100-110mmHg/2-6h
→ theo dõi trong 24-48h

4. THA cấp cứu và THA khẩn cấp

THA nghiêm trọng không có triệu chứng	Khuyến cáo
THA khẩn cấp (Urgency hypertesion)	<ul style="list-style-type: none">- Theo dõi huyết áp chặt chẽ trong 24-48h- Khởi đầu bằng liều duy trì một thuốc điều trị THA đường uống trước khi bệnh nhân xuất viện với SBP \geq 200mmHg hoặc DBP \geq 120mmHg
THA nghiêm trọng không kiểm soát được	<ul style="list-style-type: none">- Điều chỉnh liều thuốc đường uống trước đó- Theo dõi tình trạng huyết áp của bệnh nhân ít nhất trong 7 ngày từ khi phát hiện

4. THA cấp cứu và THA khẩn cấp

Cơ THA cấp cứu

HA > 180/120 mmHg

Tồn thương cơ quan đích tiến triển?

Có
THA
Cấp cứu

↓
Thuốc TM
Nhập viện ICU

Lần đầu
THA khẩn cấp

↓
Thuốc uống
Tái khám sau 24g

Không
Cơ thường xuyên
THA chưa kiểm soát

↓
Điều chỉnh thuốc
Tái khám sau 48-72g

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guideline ACC/AHA 2017
2. Guideline của hội huyết áp/hội tim mạch Việt Nam 2015
3. Guideline của ESH/ESC 2013
4. Guideline của JNC8
5. <https://www.aafp.org/afp/2010/0215/p470.html>
6. **www.RxFiles.ca** K Krahn UofS BSP - Student **updated** 2014, L Regier **June 2016**

CẢM ƠN CÁC BẠN ĐÃ THEO DÕI!
...



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ CÂU LẠC BỘ SINH VIÊN DƯỢC LÂM SÀNG

Cuộc thi DƯỢC SĨ 4.0 NĂM 2018

...

***GIẢI ĐÁP PHẦN THI
“SO TÀI KIẾN THỨC”***

CÂU HỎI 1

1. Thuốc/ nhóm thuốc nào sau đây **KHÔNG** có tác dụng làm tăng huyết áp: Andrenaline, ibuprofen, prednisone, hydralazine, IMAO.

Đáp án:

Hydralazine

CÂU HỎI 2

Kể tên **MỘT** hoạt chất có tác dụng ức chế chọn lọc COX2 ưu thế hơn COX1 hiện đang được chấp nhận sử dụng trên thị trường và **MỘT** hoạt chất đã bị rút ra khỏi thị trường do các ADR trên tim mạch?

Đáp án:

- Còn lưu hành (1 trong các thuốc sau): *meloxicam, piroxicam, nimesulide, celecoxib, etoricoxib, parecoxib* (không lưu hành tại Mỹ nhưng vẫn lưu hành tại châu âu).
- Thuốc bị rút (1 trong các thuốc sau): *rofecoxib, valdecoxib* vào năm 2004-2005

CÂU HỎI 3

1. Nguyên nhân chính nào ủng hộ cho việc sử dụng kháng sinh nhóm Aminoglycoside theo chế độ liều cải tiến (1 lần/ngày) thay vì chế độ liều truyền thống (nhiều lần/ngày)?

Đáp án:

Tăng hiệu quả điều trị/ giảm độc tính

CÂU HỎI 4

Kể tên **MỘT** hoạt chất thuộc nhóm Sulfonylureas trong điều trị đái tháo đường type 2 mà **KHÔNG** cần phải điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận độ 3 và **KHÔNG** có chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận độ 4,5

Đáp án:

Gliclazide hoặc Glypizide.

CÂU HỎI 5

Theo hướng dẫn điều trị *Helicobacter pylori* của hiệp hội Tiêu Hóa Hoa Kỳ ACG 2017, phác đồ 4 thuốc có Bismuth gồm những thuốc nào?.

Đáp án:

Gồm 4 thuốc: PPIs, Bismuth, Tetracyclin và Nitroimidazole
(Metronidazole hoặc Tinidazole)

CÂU HỎI 6

Hiện nay trên thị trường, trong điều trị đái tháo đường Insulin nền nào có thời gian tác dụng dài nhất?

Đáp án:

Insulin Degludec: thời gian tác dụng 42h

CÂU HỎI 7

Phù ngoại vi là ADR hay gặp của nhóm thuốc X. Người ta hay phối hợp X với các thuốc thuộc nhóm ACEIs để vừa làm tăng hiệu quả điều trị tăng huyết áp, vừa hạn chế tác dụng không mong muốn đó.

Vậy X là nhóm thuốc nào?

Đáp án:

Nhóm thuốc chặn kênh canxi _CCBs

CÂU HỎI 8

Một bệnh nhân được chỉ định clopidogrel để dự phòng các biến cố tim mạch thứ phát sau khi đặt stent mạch vành. Bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày – tá tràng, do vậy cần chỉ định thêm một PPI để phòng xuất huyết tiêu hóa do clopidogrel.

Kể tên một hoạt chất trong nhóm PPI được khuyến cáo sử dụng trong trường hợp này?

Đáp án:

Trả lời một trong các thuốc sau:

Pantoprazole⁽¹⁾, Rabeprazole⁽¹⁾, hoặc Dexlansoprazole^{(1),(2)}

CÂU HỎI 9

Theo ADA 2018, Ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mắc kèm bệnh tim mạch do xơ vữa. Nên bắt đầu điều trị bằng việc thay đổi lối sống và sử dụng Metformin, sau đó được khuyến cáo kết hợp với **THUỐC** đã được chứng minh giảm các biến cố có hại nghiêm trọng do bệnh tim mạch và tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch.

Hãy kể tên HAI **THUỐC** tác dụng có lợi trên tim mạch mà được ADA 2018 đã khuyến cáo trong trường hợp trên.

Đáp án:

Empagliflozin và Liragliflozin

CÂU HỎI 10

Để phòng và điều trị hiệu ứng Somogyi do sử dụng Insulin, cần tăng hay giảm liều tiêm Insulin buổi tối? Vì **SAO**?

Đáp án:

Giảm liều tiêm Insulin buổi tối.

CÂU HỎI 11

Theo ADA 2018, Ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mắc kèm bệnh tim mạch do xơ vữa. Nên bắt đầu điều trị bằng việc thay đổi lối sống và sử dụng Metformin, sau đó được khuyến cáo kết hợp với **THUỐC** đã được chứng minh giảm các biến cố có hại nghiêm trọng do bệnh tim mạch và tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch.

Hãy kể tên HAI **THUỐC** tác dụng có lợi trên tim mạch mà được ADA 2018 đã khuyến cáo trong trường hợp trên.

Đáp án:

Empagliflozin và Liragliflozin

CÂU HỎI 12

Theo ADA 2018, Ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mắc kèm bệnh tim mạch do xơ vữa. Nên bắt đầu điều trị bằng việc thay đổi lối sống và sử dụng Metformin, sau đó được khuyến cáo kết hợp với **THUỐC** đã được chứng minh giảm các biến cố có hại nghiêm trọng do bệnh tim mạch và tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch.

Hãy kể tên HAI **THUỐC** tác dụng có lợi trên tim mạch mà được ADA 2018 đã khuyến cáo trong trường hợp trên.

Đáp án:

Empagliflozin và Liragliflozin