






**CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ BỆNH  
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ**

**TS. Đặng Đức Minh**

*Ninh Bình, 29/07/2022*



Financed by European Union  
H2020 Project 825026  
SC1-BHC-16-2018  
DG Research and Innovation  
European Commission

1

## Các khuyến cáo được cập nhật liên tục



Guidelines 1993

**2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension**  
World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group

**JNC 8 (2014)**



**2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA**  
**Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults**  
A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines

**ESC** European Heart Journal (2018) 39, 1-19  
European Society of Cardiology

**ESC/ESH GUIDELINES**

**2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension**  
The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

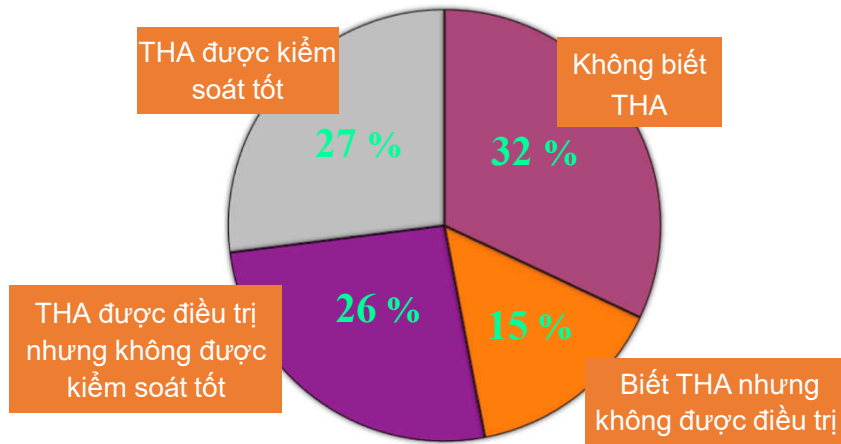
# 2020 ISH Global Hypertension Practice Guidelines





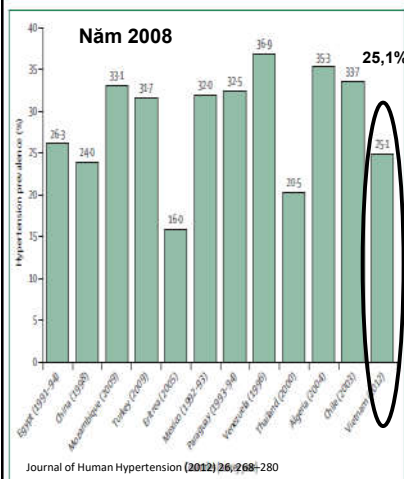
2

## Tình hình phát hiện và kiểm soát THA tại Hoa kỳ



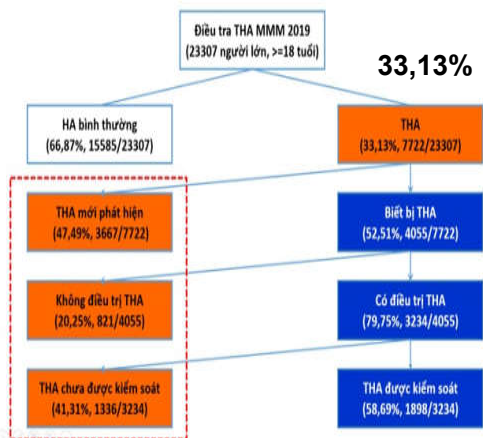
3

## Tỉ lệ THA ở Việt Nam gia tăng đáng kể & tỉ lệ kiểm soát HA chỉ khoảng hơn 30%



Journal of Human Hypertension (2012) 26:268-280

Figure 1: Prevalence of hypertension in developing countries with national surveys  
Data are from references 4, 5, 21, and 24-27.

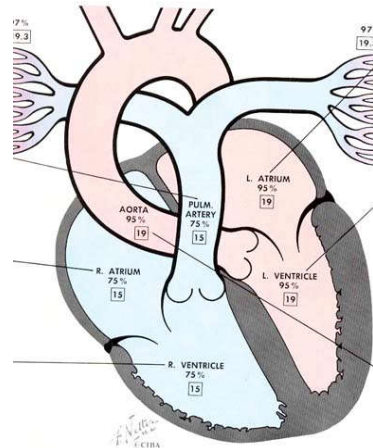


Huỳnh Văn Minh et al. BLOOD PRESSURE SCREENING RESULTS FROM MAY MEASUREMENT MONTH 2019 IN VIETNAM; EHJ, 2020, no 23 supp. B.B154-157



4

## HUYẾT ÁP LÀ GÌ ?



■ **Huyết áp là áp lực máu lưu thông tác động lên thành mạch.**

HelpAge  
International



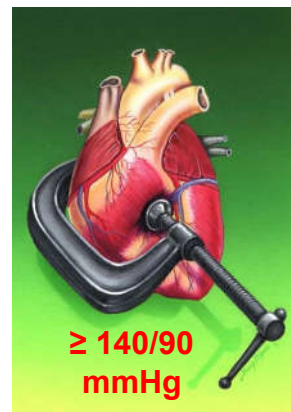
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀ NỘI  
HANOI UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

5

## ĐỊNH NGHĨA

- Tổ chức Y tế thế giới và hội THA quốc tế (World Health Organization - International Society of Hypertension WHO - ISH) đã thống nhất gọi là THA khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg

- Chẩn đoán bằng cách đo huyết áp đúng theo quy trình có: HA tâm thu (tối đa)  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HA tâm trương (tối thiểu)  $\geq 90$  mmHg hoặc đang được uống thuốc điều trị hạ huyết áp.

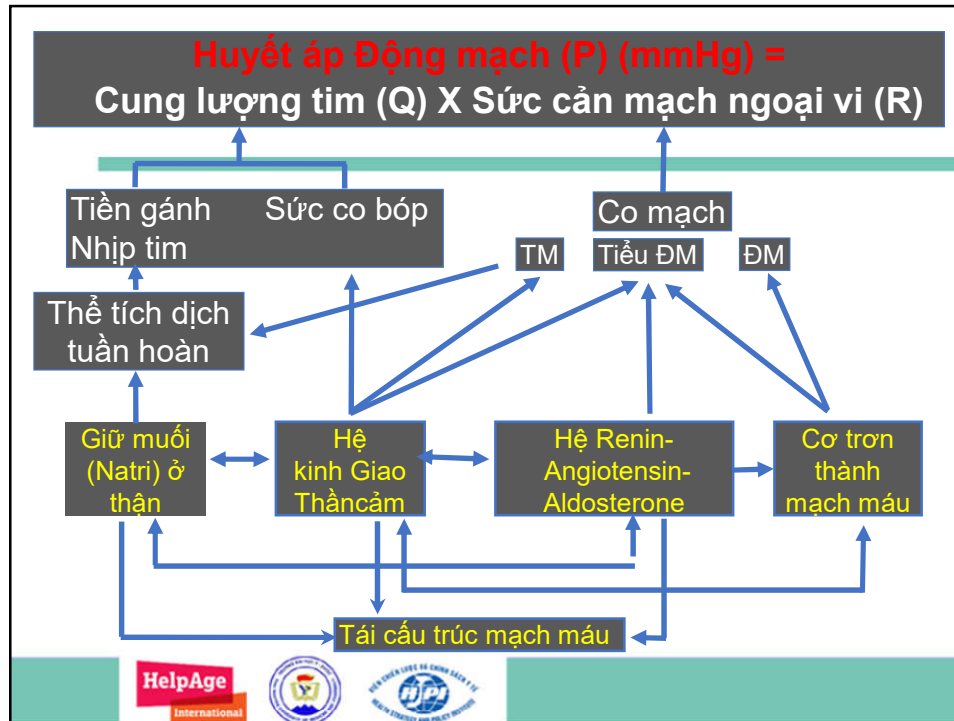


HelpAge  
International



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀ NỘI  
HANOI UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

6



7

## AI CÓ THỂ BỊ THA ?

- Người cao tuổi
- Người bị tai biến mạch não
- Người bị bệnh tim
- Phụ nữ có thai
- Người trẻ tuổi
- Bất cứ ai !!!

→ Vì thế **mọi người cần được đo huyết áp định kỳ để phát hiện**

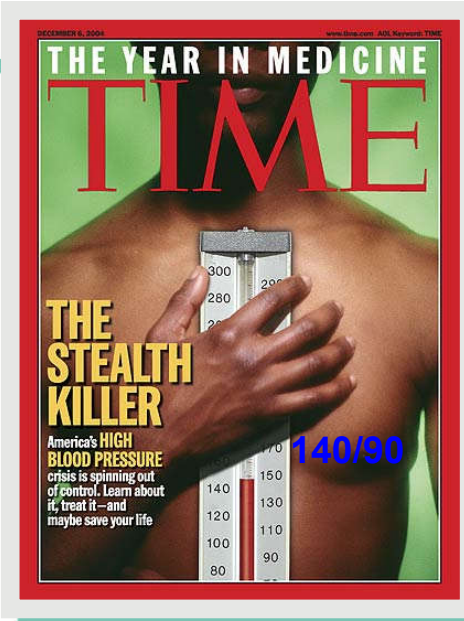
The magazine cover features the headline "THE YEAR IN MEDICINE TIME" and "THE STEALTH KILLER". It highlights "America's HIGH BLOOD PRESSURE crisis is spinning out of control. Learn about it, treat it—and maybe save your life." A blood pressure reading of 140/90 is prominently displayed.

Logos at the bottom: HelpAge International, Hanoi University of Medicine and Pharmacy, and Hanoi University of Education.

8

## BIỂU HIỆN THƯỜNG GẶP

- Đau đầu, giật hai bên thái dương
  - Choáng váng
  - Nóng bừng mặt
  - Mất ngủ, đái đêm
  - Chảy máu mũi
  - Giảm thị lực, ruồi bay
  - Hôi hớp trống ngực
  - ...
- **Không có biểu hiện gì**

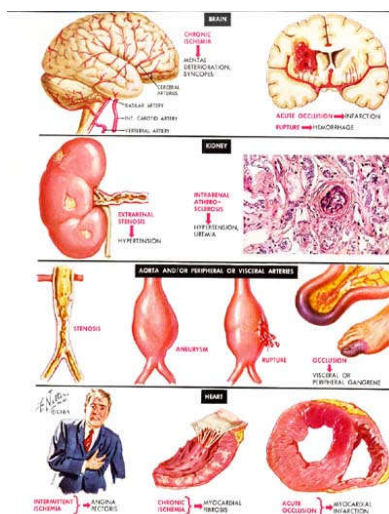


HelpAge  
International



9

## TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH



Cơ quan đích	Tổn thương
Mạch máu lớn	Giãn phình ĐM, Xơ vữa động mạch tiến triển, Phình tách ĐMC
Tim	Phù phổi/hen tim, NMCT, Bệnh ĐMV, phì đại thất trái
Não	XH não, hôn mê, co giật, Thay đổi tâm thần, Đột quỵ, tai biến mạch não thoáng qua
Thận	Tiểu máu, tiểu đạm, suy thận
Võng mạc	Xuất huyết, xuất tiết, phù gai

HelpAge  
International



10

## ĐO HUYẾT ÁP ĐÚNG

- ✓ Ngồi nghỉ trước khi đo, ít nhất 5-10 phút, trong phòng yên tĩnh
- ✓ Không dùng chất kích thích trước 2 giờ
- ✓ Sử dụng huyết áp kế thủy ngân hoặc điện tử
- ✓ Bề dài bao đo tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu 40%: (trung bình 12-13cm X 35cm rộng). **Quần bao phía trên nếp khuỷu 2cm, đảm bảo ngang mức với tim**
- ✓ Nghỉ >30 giây trước khi đo lại cùng bên
- ✓ **Đo ít nhất hai lần**, đo lại vài lần sau khi nghỉ >5 phút nếu chênh lệch giữa hai lần đo đầu >10mmHg
- ✓ Đo HA ở hai tay và **lấy trị số cao hơn**, ghi lại nhịp tim
- ✓ Đo ở tư thế ngồi ghế tựa, tay trên bàn, khuỷu ngang mức tim
- ✓ Có thể đo HA ở các tư thế nằm, ngồi, đứng. Đối với người già và đái tháo đường đo HA ở cả tư thế đứng để xác định hạ HA tư thế
- ✓ Đo nhiều lần  $\geq 2$  lần đo x 3 ngày riêng rẽ để xác định HA



11

## CÁC CÁCH ĐO HA KHÁC

- ✓ **Theo dõi Huyết áp 24 giờ (Ambulatory BP Measurements)**
  - Bổ sung dự báo nguy cơ tim mạch ngoài giá trị HA đo tại bệnh viện (giá trị tham chiếu).
  - Nên được chỉ định khi: có khác biệt đáng kể giữa các lần đo hoặc lần khám, đo HA cao trong khi nguy cơ tim mạch thấp, khác biệt đáng kể giữa HA ở nhà và bệnh viện, nghi ngờ kháng trị THA, nghi ngờ có cơn hạ huyết áp đặc biệt ở người già, tiểu đường, đo HA tại viện cao ở phụ nữ có thai hoặc nghi ngờ tiền sản giật.
- ✓ **Tự đo HA tại nhà: cũng có ý nghĩa lâm sàng và tiên lượng**
  - Nên khuyến khích nếu cung cấp thêm thông tin về hiệu quả điều trị (tác dụng đỉnh, mức độ dùng thuốc...), tăng mức độ gắn bó với điều trị, nghi ngờ độ chính xác của Holter HA.
  - Không nên áp dụng nếu gây lo lắng hoặc khiến bệnh nhân tự điều chỉnh liều thuốc.



12

## Khuyến cáo về đo huyết áp tại nhà

**KHÔNG:**  
Hút thuốc, dùng cafein, ăn, vận động 30 phút trước khi đo

**Phòng yên tĩnh**

**Nhiệt độ phòng dễ chịu**

**Nghỉ ngơi 3 – 5 phút trước đo**

**Không nói chuyện trong suốt quá trình đo**

TRƯỚC	TRONG	SAU
30 phút Tránh vận động mạnh, căng thẳng, ăn uống và uống thuốc	Đang phải bình tĩnh, không nói chuyện, không vận động	Chờ 1 phút sau khi lau huyết áp
5 phút Tránh vận động mạnh, căng thẳng, ăn uống và uống thuốc	Đặt mắt tay trái vào phòng và ngừng một lát	Chỉ số huyết áp trung bình
5 phút Tránh vận động mạnh, căng thẳng, ăn uống và uống thuốc	Nghỉ khoảng 1-2 phút rồi đo tiếp	Chỉ số trung bình của 3 lần đo
5 phút Tránh vận động mạnh, căng thẳng, ăn uống và uống thuốc	Không ăn uống	Kiểm tra máy đo huyết áp hàng năm

13

## KHUYẾN CÁO ĐO HA

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Sàng lọc HA theo chương trình được khuyến cáo. Tất cả người lớn ( $\geq 18$ tuổi) cần đo HA tại phòng khám và ghi vào y bạ của họ cũng như cho họ biết trị số HA của mình	I	B
• Cần đo HA về sau ít nhất mỗi 3 năm nếu HA vẫn ở mức tối ưu	I	C
• Cần đo HA về sau ít nhất mỗi 2 năm nếu HA vẫn ở mức bình thường	I	C
• Cần đo HA về sau ít nhất mỗi năm	I	C
Ở người lớn tuổi ( $> 50$ tuổi), cần phải sàng lọc HA thường xuyên dù ở mức độ nào vì xu hướng HA tăng dần theo tuổi	IIa	C
Cần đo HA ở cả hai tay ít nhất vào lần khám đầu tiên vì trị số HA hai tay chênh $> 15$ mmHg gợi ý bệnh lý vữa xơ động mạch và thường phối hợp sự gia tăng nguy cơ tim mạch	I	A
Nếu có sự khác biệt HA hai tay thì dùng các thông số ở tay có trị số cao hơn	I	C

14

## HỎI TIỀN SỬ - BỆNH SỬ

- Thời gian phát hiện (mắc) THA và mức độ THA trước đây
- Tiền sử dùng các thuốc hạ áp: loại thuốc, hiệu quả và tác dụng phụ
- Hỏi về các dấu hiệu chỉ điểm của THA thứ phát:
  - ✓ Tiền sử gia đình có bệnh thận (thận đa nang)
  - ✓ Tiền sử mắc bệnh thận, nhiễm khuẩn tiết niệu, đái máu, sử dụng quá mức thuốc giảm đau (bệnh lý nhu mô thận)
  - ✓ Tiền sử dùng các loại thuốc tránh thai, rượu, thuốc gây nghiện (carbenoxolone, cocaine, amphetamines), thuốc nhỏ mũi, steroids, giảm đau NSAID...
  - ✓ Con vữa mỡ hời, đau đầu lo lắng, trống ngực (u tủy thượng thận)
  - ✓ Các cơn yếu cơ và chuột rút (cường aldosterone)



15

## HỎI TIỀN SỬ - BỆNH SỬ

- **Hỏi về các yếu tố nguy cơ:**
  - ✓ Tiền sử gia đình và bản thân về THA, các bệnh tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường;
  - ✓ Thói quen về hút thuốc, chế độ ăn, chế độ hoạt động thể lực & béo phì, ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ
- **Hỏi về triệu chứng cơ năng của các tổn thương cơ quan đích:**
  - ✓ Não và mắt: đau đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác, cơn tai biến mạch não thoáng qua, tr/c thần kinh khu trú cảm giác/vận động
  - ✓ Tim: hồi hộp trống ngực, đau thắt ngực, khó thở, phù mắt cá
  - ✓ Thận: khát nước, đái nhiều, đái đêm, đái máu
  - ✓ Bệnh ĐM ngoại vi: đầu chi lạnh, đau cách hời
- **Các yếu tố các nhân, gia đình và xã hội khác**



16



## CÁC XÉT NGHIỆM

### ❖ Xét nghiệm thường quy

- ✓ Đường máu khi đói
- ✓ Mỡ máu: TC, HDL, LDL, TG
- ✓ Điện giải máu: kali
- ✓ Acid uric máu
- ✓ Creatinine máu
- ✓ Haemoglobin and haematocrit
- ✓ Phân tích nước tiểu (que thử albumine niệu và soi vi thể)
- ✓ Điện tim

### ❖ Xét nghiệm nên làm

- ✓ Siêu âm tim
- ✓ Siêu âm Doppler mạch cảnh, mạch thận
- ✓ Định lượng protein niệu (nếu que thử protein dương tính)
- ✓ Chỉ số ABI (cổ chân-cánh tay)
- ✓ Soi đáy mắt
- ✓ Theo dõi HA 24 giờ và tại nhà
- ✓ Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (nếu có điều kiện)



17

## Chẩn đoán THA dựa vào

**ESC 2013**

**ESC 2018**

**Đo huyết áp tại cơ sở y tế để sàng lọc và chẩn đoán THA**

- Đo nhiều lần huyết áp tại cơ sở y tế hoặc
- Đo huyết áp ngoài cơ sở y tế: với huyết áp 24 giờ hoặc đo huyết áp tại nhà nếu điều kiện cho phép



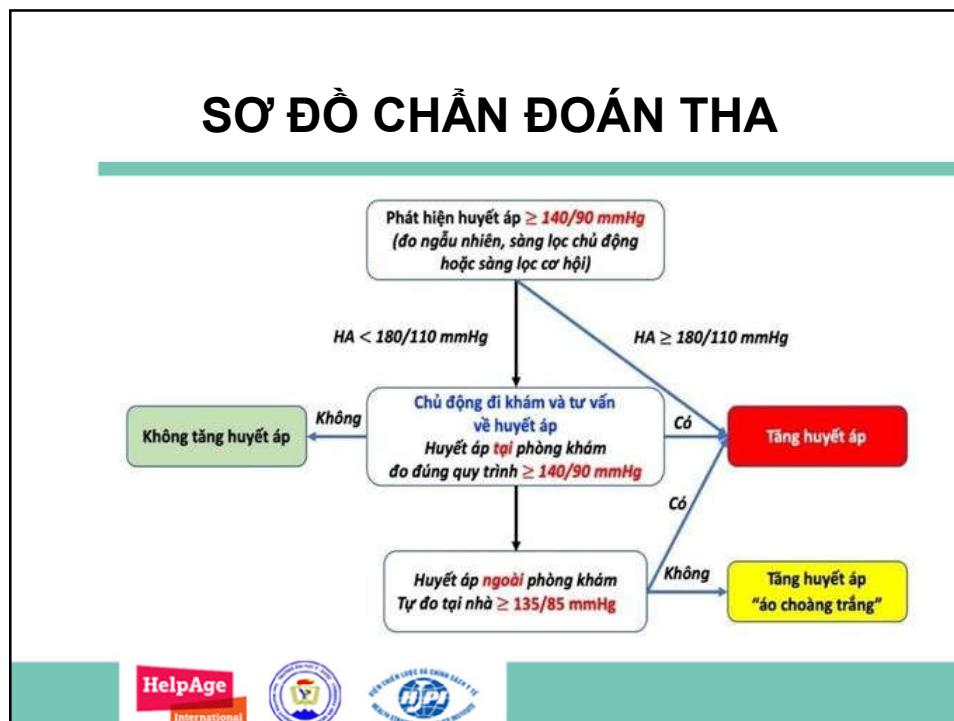
18

Category <b>ESC 2018</b>	Systolic		Diastolic
<b>Office BP</b>	$\geq 140$	and/or	$\geq 90$
<b>Ambulatory BP</b>			
- Daytime (or awake)	$\geq 135$	and/or	$\geq 85$
- Nighttime (or asleep)	$\geq 120$	and/or	$\geq 70$
- 24-hour	$\geq 130$	and/or	$\geq 80$
<b>Home BP</b>	$\geq 135$	and/or	$\geq 85$

<b>VNHA 2018</b>	HA Tâm Thu		HA Tâm Trương
HA Phòng Khám	$\geq 140$	và/hoặc	$\geq 90$
<b>HA liên tục (ambulatory)</b>			
Trung bình ngày (hoặc thức)	$\geq 135$	và/hoặc	$\geq 85$
Trung bình đêm (hoặc ngủ)	$\geq 120$	và/hoặc	$\geq 70$
Trung bình 24 giờ	$\geq 130$	và/hoặc	$\geq 80$
HA đo tại nhà trung bình	$\geq 135$	và/hoặc	$\geq 85$

19



20

## PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

	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 HATTTr > 80-89 mmHg



21

Definitions according to office BP and out-of-office BP (daytime ambulatory or home BP)			
<b>ESC 2013-2018</b>		<b>Office BP (mmHg)</b>	
		SBP <140 and DBP <90	SBP ≥140 or DBP ≥90
<b>Daytime ABP or home BP (mmHg)</b>	SBP <135 and DBP <85	True normotension (NT)	White-coat hypertension (WCHT)
	SBP ≥135 or DBP ≥85	Masked hypertension (MHT)	Sustained hypertension (SHT)
<b>VNHA 2018</b>		<b>HA phòng khám (mmHg)</b>	
		HATT < 140 và HATTTr < 90	HATT ≥140 Hoặc HATTTr ≥ 90
<b>HA tại nhà hoặc liên tục ban ngày (mmHg)</b>	HATT < 135 hoặc HATTTr < 85	HA bình thường	THA áo choàng trắng
	HATT ≥ 135 Hoặc HATTTr ≥ 85	THA ẩn giấu	THA thật sự



22

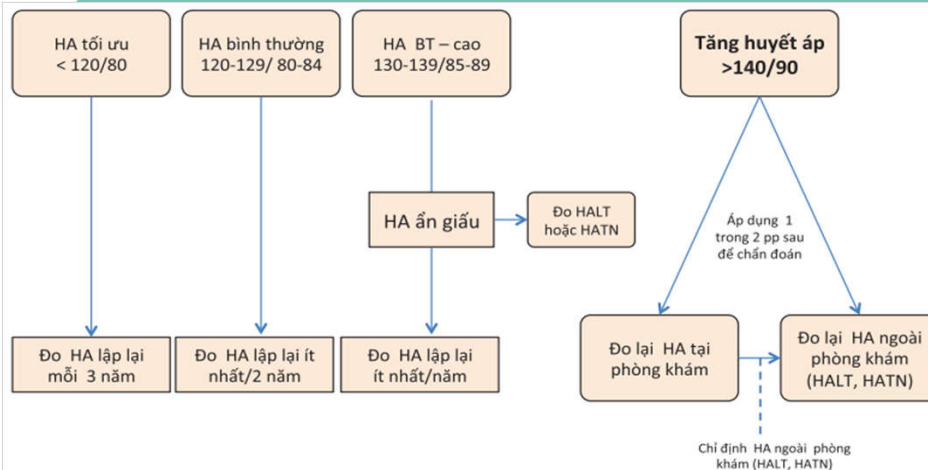
## CÁC KHUYẾN CÁO VỀ CHẨN ĐOÁN THA

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

Phương pháp đo mmHg	ACC/AHA 2017 <sup>1</sup>	ESH/ESC 2018 <sup>2</sup>	VSH/VNHA 2018-21 <sup>3</sup>	NICE 2019 <sup>4</sup>	ISH 2020 <sup>5</sup>
❖ HAPK ( OBP)	<u>≥130/80</u>	≥140/90*	≥140/90*	≥140/90	≥140/90*
❖ HA lưu động ( ABPM):					
• Trung bình 24-h	≥125/75	≥130/80	≥130/80	≥135/85	≥130/80
• TB ban ngày (Daytime)	≥130/80	≥135/85	≥135/85		≥135/85
• TB ban đêm(Nighttime)	≥110/65	≥120/70	≥120/70		≥120/70
❖ HA tại nhà (HBPM)	130/80	≥135/85	≥135/85	≥135/85	135/85

23

## SÀNG LỌC CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP



24

## VAI TRÒ HA PHÒNG KHÁM VÀ HA TẠI NHÀ

- HAPK: Xác định chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
- HATN: Tất cả bệnh nhân THA đang điều trị
  - Đánh giá hiệu quả điều trị, điều chỉnh thuốc, giúp kiểm soát HA
  - Chẩn đoán THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu và THA thai kỳ
  - Cần được tham khảo ý kiến của bác sĩ: BN không dùng để điều chỉnh thuốc



25

## YẾU TỐ NGUY CƠ THA

### CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TĂNG HUYẾT ÁP?

Các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp có thể thay đổi



Các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp không thể thay đổi



Một số tình trạng bệnh lý (như tiểu đường, béo phì...) cũng làm tăng nguy cơ bị THA. Trong số 10 người mắc tiểu đường thì có khoảng 6 người cũng bị THA kèm theo.



26

## PHÂN TẦNG NGUY CƠ THEO ĐỘ THA

Giai đoạn Bệnh THA	Các YTNC khác, TTCQ đích hoặc bệnh	Phân độ HA (mmHg)			
		BT- Cao HATT 130–139 HATT <sub>r</sub> 85–89	Độ 1 HATT 140–159 HATT <sub>r</sub> 90–99	Độ 2 HATT 160–179 HATT <sub>r</sub> 100–109	Độ 3 HATT ≥ 180 HATT <sub>r</sub> ≥ 110
Giai đoạn 1 (không biến chứng)	Không có YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	1 hoặc 2 YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ Trung bình - cao	Nguy cơ cao
	≥ 3 YTNC	Nguy cơ thấp-trung bình	Nguy cơ trung bình -cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Giai đoạn 2 (bệnh không triệu chứng)	TTCQĐ, Bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc ĐTD không tổn thương cơ quan	Nguy cơ trung bình – cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao – Rất cao
Giai đoạn 3 (bệnh có triệu chứng)	Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn giai đoạn ≥ 4, hoặc ĐTD có tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

YTNC:yếu tố nguy cơ; TTCQĐ: tổn thương cơ quan đích; ĐTD:đái tháo đường

27

## PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH CHO NGƯỜI THA

<b>Nguy cơ rất cao</b>	<p><b>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau:</b>            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 ≥ 50%) khi chụp mạch hoặc siêu âm. Điều này không bao gồm dày lớp nội trung mạc ĐMC.            ĐTD 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 &lt; 30 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup>)            Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE ≥ 10%</p>
<b>Nguy cơ cao</b>	<p><b>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau:</b>            Sự gia tăng rõ của một YTNC, đặc biệt cholesterol &gt; 8 mmol/L (&gt; 310 mg/dL)            V.d. tăng cholesterol gia đình, THA độ 3 (HA ≥ 180/110 mmHg)            Hầu hết các bệnh nhân ĐTD khác (trừ một số người trẻ ĐTD 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 m<sup>2</sup>)            Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là 5-10%</p>
<b>Nguy cơ vừa</b>	<p><b>Những người có:</b>            Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE từ 1% đến &lt; 5%            THA độ 2            Nhiều người trung niên thuộc về nhóm này</p>
<b>Nguy cơ thấp</b>	<p><b>Những người có:</b>            Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là &lt; 1%</p>

28

## NGUY CƠ TIM MẠCH TỔNG THỂ

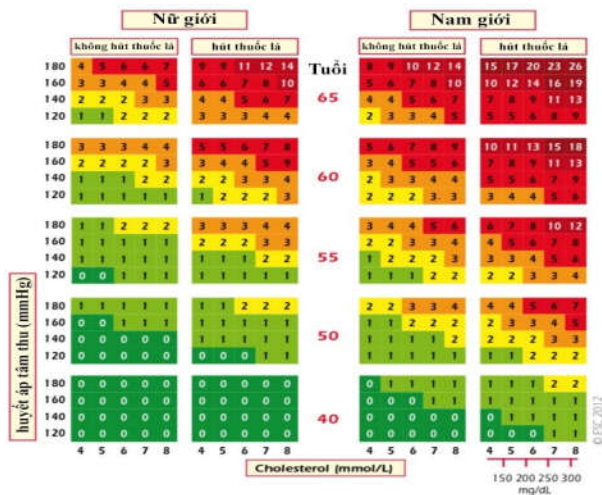
**Các mức chỉ số nguy cơ tim mạch 10 năm:**

<1%: Thấp

1 - <5%: Trung bình

5 - <10%: Cao

>=10%: Rất cao



Biểu đồ ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE

HelpAge  
International



29

## CHUYÊN TUYÊN

### ❖ Chuyên tuyến trên:

- THA ở người trẻ ( $\leq 40$  tuổi), THA ở phụ nữ có thai hoặc nghi THA thứ phát;
- THA có nhiều bệnh nặng phối hợp;
- THA đang quản lý điều trị có diễn biến bất thường, không đạt HA mục tiêu dù đã điều trị đủ  $\geq 3$  thuốc, với ít nhất 1 lợi tiểu hoặc không dung nạp với thuốc, hoặc
- THA nghi ngờ hoặc đã có biến chứng nặng (như tai biến mạch máu não, suy tim, bệnh mạch vành, phình tách động mạch chủ, suy thận, tiền sản giật...);
- Khi cần làm XN cho lần đầu tiên mới phát hiện THA hoặc khám định kỳ 6-12 tháng (nếu trạm y tế chưa làm được đủ XN cơ bản).

HelpAge  
International



30

## CHUYỂN TUYẾN

### ❖ **Tuyến trên chuyển về trạm y tế:**

- Những trường hợp BN chuyển lên để làm XN lần đầu hoặc theo định kỳ mà không thấy bất thường.
- THA đã được kiểm soát ổn định ở tuyến trên với một phác đồ hiệu quả, đạt mục tiêu điều trị THA, trên cơ sở các thuốc sẵn có tại trạm y tế xã.



31

## MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Mục đích điều trị là đạt **“huyết áp mục tiêu”** và giảm tối đa **“nguy cơ tim mạch”**.

**Bảng 28: Khuyến cáo chung về đích điều trị đối với bệnh nhân THA**

Khuyến Cáo Đích	Loại	Mức Chứng Cứ
Đích đầu tiên chung cho tất cả bệnh nhân THA là HAPK<140/90mmHg	I	A
Nếu bệnh nhân dung nạp tốt phải xem xét đích ≤ 130/80 mmHg cho đa số bệnh nhân THA	I	A
Đích HA Tâm Truong <80mmHg phải được xem xét cho tất cả bệnh nhân	Ila	B

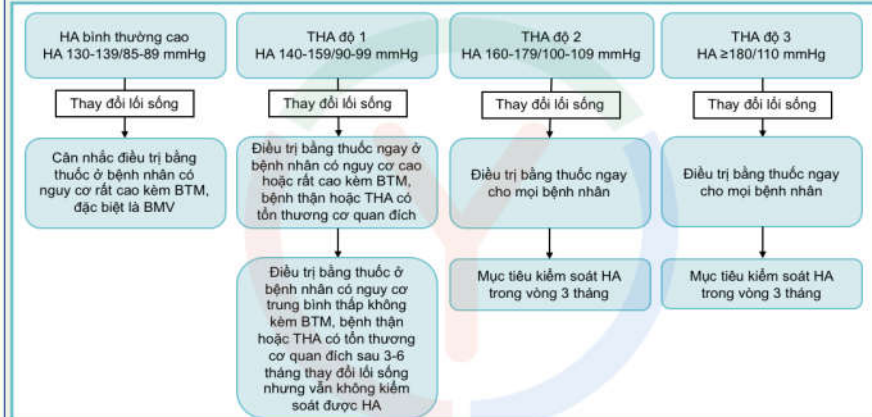


32



## TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

**Chiến lược bắt đầu điều trị THA theo phân độ  
(dựa trên kết quả nhiều lần đo khác nhau tại cơ sở y tế)**



**Viết tắt:** HA = huyết áp; THA = tăng huyết áp; BMV = bệnh mạch vành; BTM = bệnh tim mạch

ESC/ESH 2018

33

## Hạ huyết áp là vấn đề then chốt

Meta-analysis of 61 prospective, observational studies\*

1 million adults

12.7 million person-years

Giảm 2 mmHg  
HATT trung  
bình



Giảm 7%  
nguy cơ tử  
vong bệnh  
tim thiếu  
máu cục bộ

Giảm 10% nguy  
cơ tử vong do  
đột quỵ

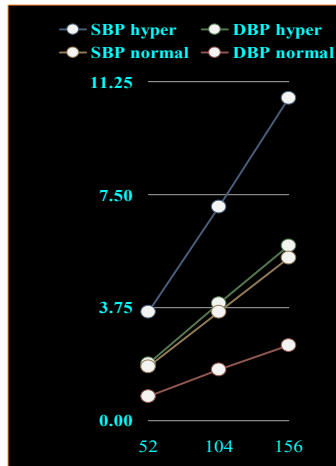
HelpAge  
International



BP, blood pressure; IHD, ischemic heart disease.  
Lewington S et al. *Lancet* 2002;360:1903-1913.

34

## THAY ĐỔI LỐI SỐNG & THA



Vai trò của chế độ ăn giảm muối

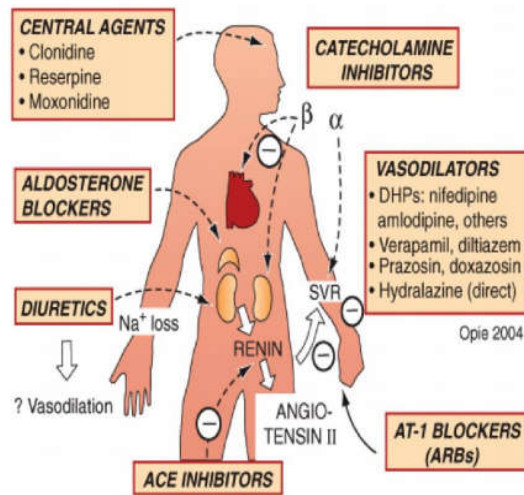
Biện pháp	Số lượng	Hiệu quả giảm HA tối đa/tối thiểu
Giảm thức ăn chế biến sẵn có muối	1.8g Natri (78 mmol)	- 5.1 / - 2.7
Giảm cân	/mỗi kg giảm cân	- 1.1 / - 0.9
Uống rượu	Giảm 3.6 cốc/ngày	- 3.9 / - 2.4
Vận động thể lực	120-150 phút/tuần	- 4.9 / - 3.7
Chế độ ăn hợp lý	DASH	- 11.4 / - 5.5 (với người THA)
		- 3.6 / - 1.8 (với HA b/thường)



Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension. Padwal R. CMAJ 2015; 173(7):749-51

35

## ABCDE: các nhóm thuốc hạ huyết áp cơ bản

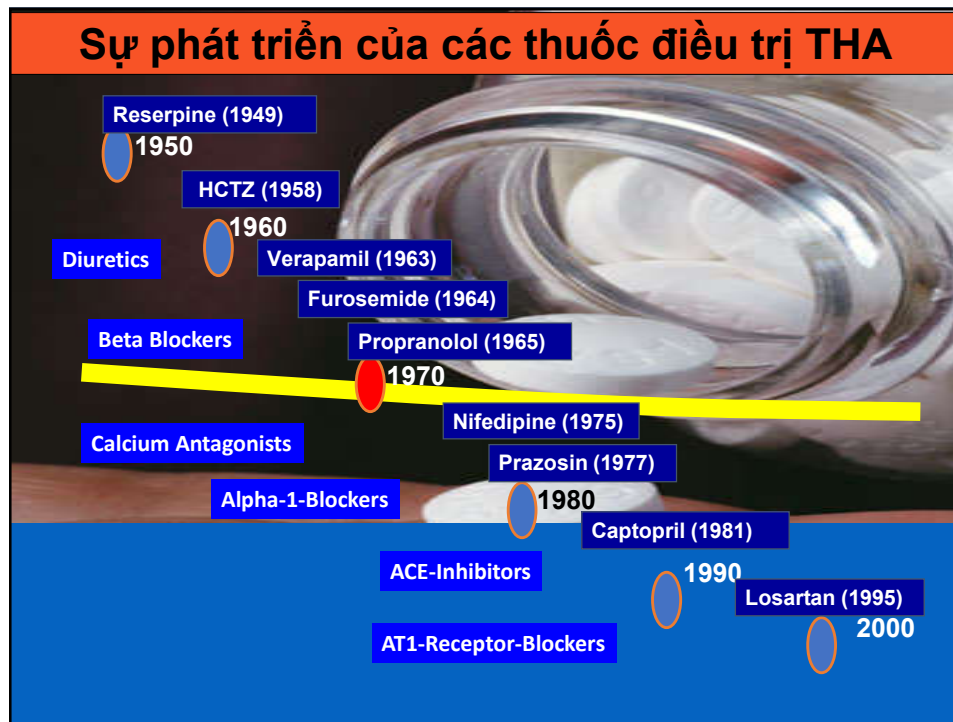


- A: Ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1
- B: Chẹn beta giao cảm
- C: Chẹn kênh can xi
- D: Lợi tiểu
- E: Các nhóm khác (ít dùng)

Copyright 2005 Elsevier Science



36



37

## Những điểm mới trong việc lựa chọn thuốc điều trị THA

- ♦ Tất cả những thuốc hạ huyết áp đều có thể dùng được.
- ♦ Việc lựa chọn thuốc đầu tiên nên dựa trên việc đánh giá đặc điểm của từng bệnh nhân cụ thể.
- ♦ Cần chú ý khi lựa chọn thuốc chẹn beta giao cảm (không nên lựa chọn như là thuốc hàng đầu nếu những nguy cơ bệnh ĐMV không quá cao).

38

## Từ các khuyến cáo: xu hướng nào trong quản lý tăng huyết áp ?



SÀNG LỌC SỚM, CHẨN ĐOÁN SỚM HƠN...

ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC VÀ CHẤT LƯỢNG HƠN...

PHỐI HỢP THUỐC SỚM HƠN

KẾT HỢP THUỐC TRONG MỘT VIÊN DUY NHẤT (viên SPC)



39

## ESC 2018 đưa ra khái niệm "khoảng HA mục tiêu"

Bảng 29: Ranh giới đích

Nhóm tuổi	Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)					Ranh giới đích điều trị HATT <sub>r</sub> mmHg
	THA chung	THA ĐTD	THA Bệnh thận mạn	THA BMV	Đột quy, TIA	
18-64 tuổi	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích < 140-130 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	<80 đến 70
≥ 65 tuổi	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	<80 đến 70
Ranh giới đích điều trị HATT <sub>r</sub>	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	<80 đến 70	

Mức huyết áp mục tiêu

**130/80 mmHg**



40

LỰA CHỌN THUỐC THEO CÁC CHỈ ĐỊNH ƯU TIÊN			
Nhóm thuốc	Chỉ định ưu tiên trong các tình huống	Thận trọng	Chống chỉ định
Lợi tiểu thiazide	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), suy tim, dự phòng thứ phát đột quỵ	H/ch chuyển hoá, rối loạn dung nạp glucose, có thai	Bệnh gút
Lợi tiểu quai	Suy thận giai đoạn cuối, suy tim		
Lợi tiểu (kháng aldosterone)	Suy tim, sau nhồi máu cơ tim		Suy thận, kali máu cao
Ức chế men chuyển (ƯC MC)	Suy tim, rối loạn chức năng thất trái, sau NMCT, phì đại thất trái, bệnh thận do ĐTD, có protein/microalbumin niệu, rung nhĩ, h/c chuyển hoá, xơ vữa ĐM cảnh	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Chẹn thụ thể angiotensin	Suy tim, sau NMCT, phì đại thất trái, bệnh thận do ĐTD, có protein hoặc micro albumin niệu, rung nhĩ, h/ch chuyển hoá, không dung nạp ƯC MC	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Ức chế canxi (dihydropyridin)	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), đau thắt ngực, phì đại thất trái, THA ở phụ nữ có thai	Nhịp tim nhanh, suy tim	
Ức canxi (loại ức chế nhịp tim)	Đau thắt ngực		Bloc tim, suy tim
Chẹn beta	Đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, nhịp tim nhanh, tăng nhãn áp, THA ở phụ nữ có thai	Bệnh ĐM ngoại vi, h/c chuyển hoá, rối loạn dung nạp glucose	Hen/bệnh phổi tắc nghẽn mạn, bloc tim
Chẹn anpha	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến	Hạ HA tư thế đứng, suy tim	Đái dầm

41

## Thuốc điều trị THA

### • Các thuốc lợi tiểu

#### Cơ chế:

- Giảm thể tích tuần hoàn, tăng thải natri, kali

#### Các nhóm thuốc:

- Lợi tiểu thiazide: Hydrochlorothiazide, Chlorothiazide, **Indapamide (Natrlix SR)**, Metolazon
- Lợi tiểu quai: **Furosemide**, Bumetanide, Torsemide
- Lợi tiểu giữ Kali: Amiloride, Triamterene, kháng Aldosteron (**Spiroolctone, Verospinol**)



42

## Thuốc điều trị THA

### Các thuốc lợi tiểu

- **Chú ý:**
- Mất điện giải
- Phối hợp thuốc lợi tiểu
- Ảnh hưởng Lipid máu
- Suy thận, goutte...



43

## Thuốc điều trị THA

### • Các thuốc chẹn beta giao cảm

#### Cơ chế:

- Chẹn thụ thể beta giao cảm với Catecholamin do đó làm giảm nhịp tim và cung lượng tim. Nó cũng làm giảm nồng độ Renin trong máu, làm tăng giải phóng các Prostaglandins gây giãn mạch.

#### Các nhóm thuốc:

- Chẹn không chọn lọc cả  $\beta_1$  và  $\beta_2$ : Propranolol, Timolol, Pindolol
- Chẹn chọn lọc  $\beta_1$ : Metoprolol, Atenolol, Bisoprolol
- Chẹn cả  $\beta$  và  $\alpha$  giao cảm: Carvedilol, Labetalol



44

## Thuốc điều trị THA

### Các thuốc chẹn beta giao cảm

- **Chú ý khi dùng:**
- Các chống chỉ định
- Tác dụng phụ
- Liều bắt đầu thấp
- Một số có thể điều trị suy tim (metoprolol, bisoprolol, carvedilol)



45

## Thuốc điều trị THA

### • Các thuốc khác có tác động hệ giao cảm

#### *Thuốc tác động lên hệ giao cảm trung ương*

- Clonidine (Catapres) 0,1 mg x 2
- **Methyldopa (Aldomet, Dopegyt) 250 mg x 2 – 3**
- Thuốc ức chế thụ thể Imidazoline: Hyperium, Physioten

#### *Thuốc tác động lên hệ giao cảm ngoại vi*

- Guanfacine (Tenex)
- Guanabenz (Wytensin)



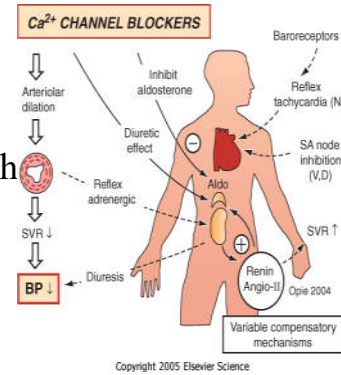
46

# Thuốc điều trị THA

## Các thuốc chẹn kênh calci

### Cơ chế:

- Các thuốc chẹn kênh calci làm giãn hệ tiểu động mạch bằng cách ngăn chặn dòng calci chậm vào trong tế bào cơ trơn thành mạch



47

# Thuốc điều trị THA

## Các thuốc chẹn kênh calci

Tên thuốc	Biệt dược	Liều ban đầu	Duy trì
<i>Nhóm Dihydropyridine (DHP)</i>			
Nifedipine	Adalate	10 mg	10-30 mg
NifedipineXL,LL	Adalate LA	30 mg	30-90 mg
Amlordipine	Amlor	5 mg	2,5-10 mg
Isradipine		2,5 mg x 2	2,5-10 mg
Lercanidipine	Zanedip	5 mg	5-10 mg
Nicardipine		20 mg x 4	60-120 mg
Felodipine	Plendil	5 mg	2,5-10 mg
<i>Nhóm Benzothiazepine</i>			
Diltiazem SR		60-120mg x 2	120-360 mg
Diltiazem CD		180 mg	180-360 mg
Diltiazem XR		180 mg	180-480 mg
<i>Nhóm Diphenylalkylamine</i>			
Verapamil		80 mg	80-480 mg
Verapamil COER		180 mg	180-480 mg
Verapamil SR	Isoptine	120 mg	120-480 mg

48



# Thuốc điều trị THA

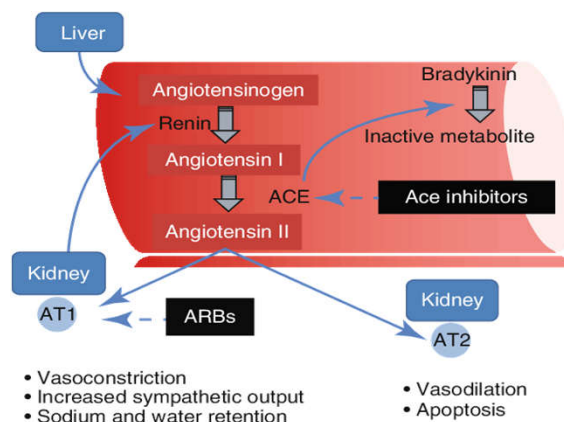
## Các thuốc chẹn kênh Calci

### Chú ý khi dùng:

- Tác động lên nhịp tim và sức cơ cơ tim rất khác nhau
- Có thể hạ huyết áp tốt và nhanh
- Chú ý khi cho ở bệnh nhân có NMCT, đau ngực ko ổn định, suy tim

# Thuốc điều trị THA

## • Các thuốc ức chế men chuyển



## Thuốc điều trị THA

### Các thuốc urreme

Thuốc	Biệt dược	Liều đầu	Liều duy trì
Captopril	Capoten, Lopril	25 mg	50 - 450 mg
Enalapril	Renitec	5 mg	2,5 - 40 mg
Benazepril	Lotensin	10 mg	10 - 40 mg
Fosinopril	Monopril	10 mg	10 - 40 mg
Lisinopril	Zestril	5-10 mg	5 - 40 mg
Moexipril	Univasc	7,5 mg	7,5 - 30 mg
Quinapril	Accupril	5-10 mg	5 - 40 mg
Ramipril	Altace	2,5 mg	1,25 - 20 mg
Trandolapril	Mavik	1-2 mg	1 - 4 mg
Imidapril	Tanatril	2,5 mg	5 - 10 mg
Perindopril	Coversyl	2,5-5 mg	5 - 10 mg



51

## Thuốc điều trị THA

### • Các thuốc urreme

#### Chú ý khi dùng:

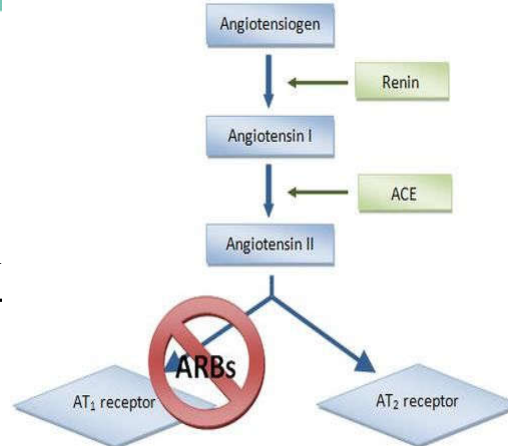
- Ít ảnh hưởng nhịp tim
- Cải thiện chức năng thất trái, cải thiện chức năng nội mạc, ngăn ngừa đột quỵ
- Ho



52

## Thuốc điều trị THA

- Các thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II
- Cơ chế:
- Ức chế thụ thể AT<sub>1</sub> của angiotensin II - > không tác động lên mô đưng



53

## Thuốc điều trị THA

- Các thuốc ức AT<sub>1</sub> của angiotensin II
- Candesartan (Atacand)
- Irbesartan (Aprovel)
- Losartan (Cozaar)
- Telmisartan (Micardis)
- Valsartan (Diovan)

Candesartan	8 mg and 32 mg
Irbesartan	150 mg and 300 mg
losartan	25 mg 100 mg
Olmesartan	20 mg and 40 mg
Telmisartan	40 mg and 160 mg
Valsartan	80 mg and 320 mg

54

## Thuốc điều trị THA

- **Các thuốc ức AT1**
- **Chú ý khi dùng:**
  - Không gây ho so với UCMC
  - Hiệu quả trong suy thận mạn



55

## Thuốc điều trị THA

### Các thuốc đường truyền TM

- Sodium Nitroprusside
- Labetalol
- **Nitroglycerin**
- Phentolamine
- Hydralazine
- **Nicardipine (Loxen 10mg)**



56

# PHỐI HỢP THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

HelpAge  
International



57

## Xu hướng kết hợp điều trị thuốc THA

Recommendations of the Joint National Committee (JNC)

JNC I 1977	JNC II 1980	JNC III 1984	JNC IV 1988	JNC V 1993	JNC VI 1997	JNC VII 2001
Diuretics high dosages	Diuretics High dosages	Diuretics lower dosages or beta- blocking agents	Diuretics or <b><math>\beta</math>-Blocker</b> or <b>ACE- Inhibitors</b> Or <b>Ca-Antag.</b>	Diuretics or <b><math>\beta</math>-Blocker</b> or <b>ACE-Inhibitors</b> or <b>Ca-Antag..</b> or <b><math>\alpha</math>-Blocker</b> or <b>(<math>\alpha/\beta</math> -Blocker)</b> Titration of one substance	More individualized therapy recommen- ded • Titration of one (Mono)- substance Low dose Combination therapy as an option	Focus on systolic Hypertension • <b>HOT-Trial</b> • $\geq 70\%$ of pts required Combination therapy <b>Focus on Combination</b>
<b>Monotherapy</b>						<b>Combination- therapy</b>

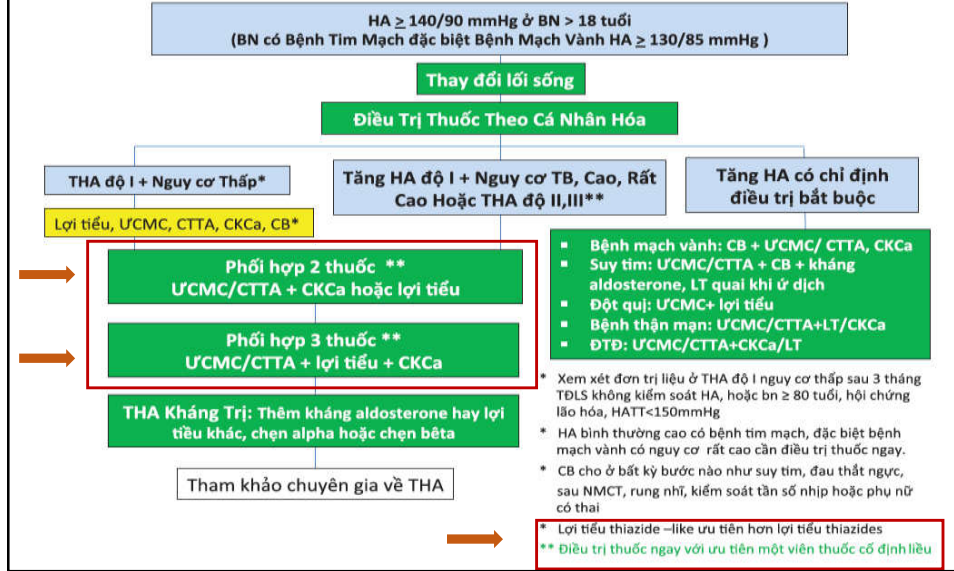
HelpAge  
International



58

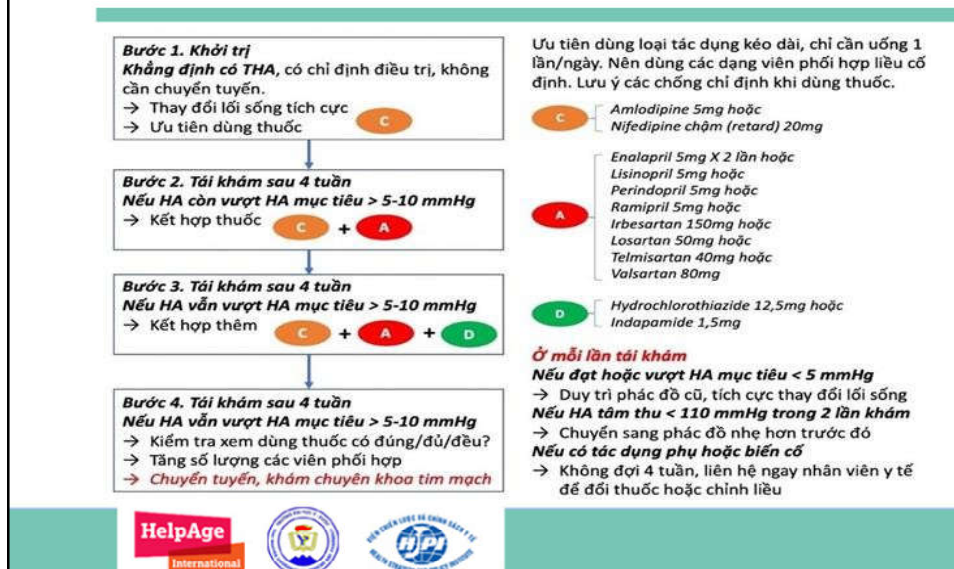
## Tiếp cận điều trị THA theo phác đồ chung

Hình 11: Sơ Đồ Khuyến Cáo điều trị THA VNHA/VSH 2018



59

## Phác đồ điều trị THA áp dụng tại những cơ sở mới triển khai quản lý và điều trị THA



60

CHIẾN LƯỢC THUỐC ĐIỀU TRỊ THA		
Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
UCCM,CTTA, CB, CKCa, LT (thiazides/ thiazide-like như chorthalidone 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	I	A
<b>Khuyến cáo phối hợp thuốc cho hầu hết bệnh nhân trong điều trị ban đầu</b> , ưu tiên UCCM hoặc CTTA với CKCa hoặc LT. Các kết hợp khác trong 5 nhóm chính có thể dùng. Ngoại trừ người cao tuổi bị lão hóa HABTCHA có nguy cơ thấp. Thiết yếu dùng thuốc sẵn có để kết hợp thuốc	I	A
CB 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, phụ nữ có thai	I	A
<b>Khuyến cáo điều trị ban đầu tối ưu với 2 thuốc ưu tiên A+ C trong 1 viên cố định liều với liều thấp (=1/2 liều thông thường): liều thấp + liều thấp, nếu HA không kiểm soát có thể tăng liều: liều thấp + liều thông thường hoặc liều thông thường +liều thông thường hoặc phối hợp 3 thuốc cố định liều sớm A+C+D</b>	I	A
Nếu HA không kiểm soát bởi 3 thuốc, điều trị thêm spironolactone, nếu không dung nạp, hoặc, lợi tiểu khác như amiloride hoặc tăng liều lợi tiểu khác, chẹn beta hoặc chẹn alpha	I	A
Kết hợp giữa các thuốc UCCM+CTTA không khuyến cáo	III	A

61

### Chiến lược điều trị THA ESC 2018

#### Viên phối hợp liều cố định (SPC) cải thiện tỉ lệ kiểm soát THA

- **Khởi trị bằng phối hợp 2 thuốc được khuyến cáo cho phần lớn bệnh nhân THA.**
- **Nên kết hợp 2 hay 3 thuốc trong 1 viên duy nhất thay cho việc uống từng viên thuốc rời.**
- **Kết hợp nhiều thuốc trong 1 viên giúp đơn giản hóa phác đồ, cải thiện tuân trị và cải thiện tỉ lệ kiểm soát huyết áp**

www.escardio.org/guidelines

Williams B, Manolis G et al. Eur Heart J (2018); doi:10.1093/eurheartj/ehy339  
Williams B, Manolis G et al. J Hypertens (2018); doi:10.1097/HJH0000000000001940

62

## Chiến lược điều trị THA Bước 1 – Khởi trị bằng phối hợp đôi

**Core drug-treatment strategy**  
for uncomplicated hypertension and most patients with HMOD, cerebrovascular disease, diabetes, or PAD

1 pill

**Initial therapy**  
Dual combination

**ACEI or ARB + CCB or diuretic**




Consider monotherapy in low-risk grade 1 hypertension or in very old (≥80years) or frailer patients

ESC  
European Society of Cardiology  
ESH  
European Society of Hypertension

www.escardio.org/euidelines  
Williams B, Mancia G et al. Eur Heart J (2018); doi:10.1093/eurheartj/ehy339  
ams B, Mancia G et al. J Hypertens (2018); doi:10.1097/HJH0000000000001940

HMOD = hypertension-mediated organ damage; PAD = peripheral arterial disease

27

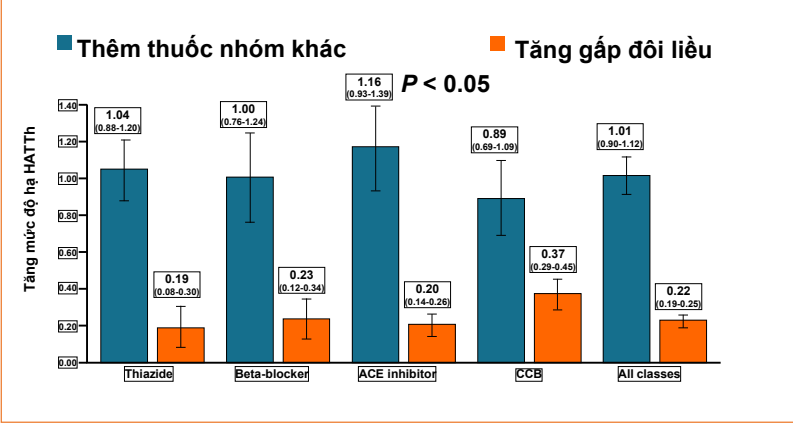




63

## Kết hợp hai thuốc giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn tăng liều một thuốc




**Thêm thuốc nhóm khác**      **Tăng gấp đôi liều**

$P < 0.05$



Drug Class	Thêm thuốc nhóm khác (Mean ± CI)	Tăng gấp đôi liều (Mean ± CI)
Thiazide	1.04 (0.88-1.20)	0.19 (0.09-0.30)
Beta-blocker	1.00 (0.76-1.24)	0.23 (0.12-0.34)
ACE inhibitor	1.16 (0.83-1.39)	0.20 (0.14-0.26)
CCB	0.89 (0.69-1.09)	0.37 (0.29-0.45)
All classes	1.01 (0.90-1.12)	0.22 (0.19-0.25)

Wald DS et al. Am J Med. 2009;122:290-300.

64



## Chiến lược điều trị THA Bước 2 – Phối hợp 3 thuốc ACEi/ARB + CCB + lợi tiểu

**Core drug-treatment strategy**  
for uncomplicated hypertension and most patients  
with HMOD, cerebrovascular disease, diabetes, or PAD

**Initial therapy**  
Dual combination  
1 pill  
ACEI or ARB + CCB or diuretic

**Step 2**  
Triple combination  
1 pill  
ACEI or ARB + CCB + diuretic




Consider monotherapy in low-risk grade 1 hypertension or in very old (≥80years) or frailer patients

www.escardio.org/euidelines  
HMOD = hypertension-mediated organ damage; PAD = peripheral arterial disease

Williams B, Mancia G et al. Eur Heart J (2018); doi:10.1093/eurheartj/ehy339  
ams B, Mancia G et al. J Hypertens (2018); doi:10.1097/HJH0000000000001940

ESC  
European Society of Cardiology  
ESH  
European Society of Hypertension

28

65

## 30% bệnh nhân đang được điều trị đồng thời với 3 loại thuốc hạ huyết áp

- Khảo sát rộng trong vòng 7 tháng tại 26 quốc gia ở Châu Âu, Bắc Mỹ, Châu Mỹ Latinh, Trung Đông, Thổ Nhĩ Kỳ và Châu Á.
- Thực hiện trên 18,017 bệnh nhân tăng huyết áp, khảo sát bởi các chuyên gia tim mạch



Percentage	Number of Drugs
30%	≥3 DRUGS
30%	1 DRUG
40%	2 DRUGS





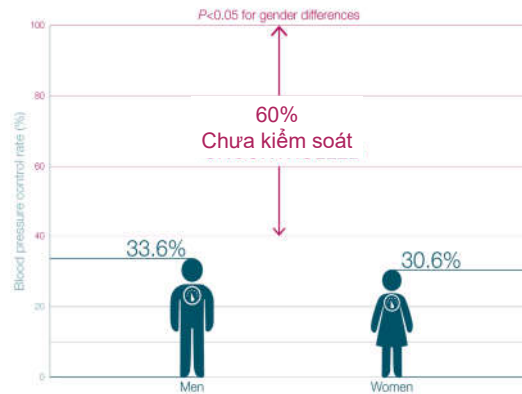
66

## 60% bệnh nhân điều trị kết hợp hai thuốc vẫn chưa kiểm soát được huyết áp mục tiêu



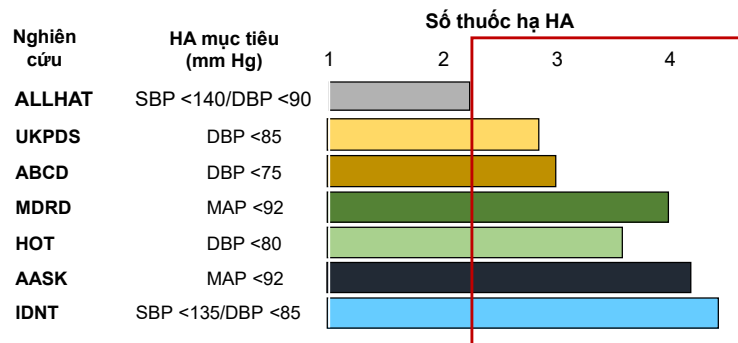
Khảo sát rộng trong vòng 7 tháng tại 26 quốc gia ở Châu Âu, Bắc Mỹ, Châu Mỹ Latinh, Trung Đông, Thổ Nhĩ Kỳ và Châu Á. Thực hiện trên 18,017 bệnh nhân tăng huyết áp, khảo sát bởi các chuyên gia tim mạch

Thoenes M et al. *J Hum Hypertens.* 2010;24:336-344.



67

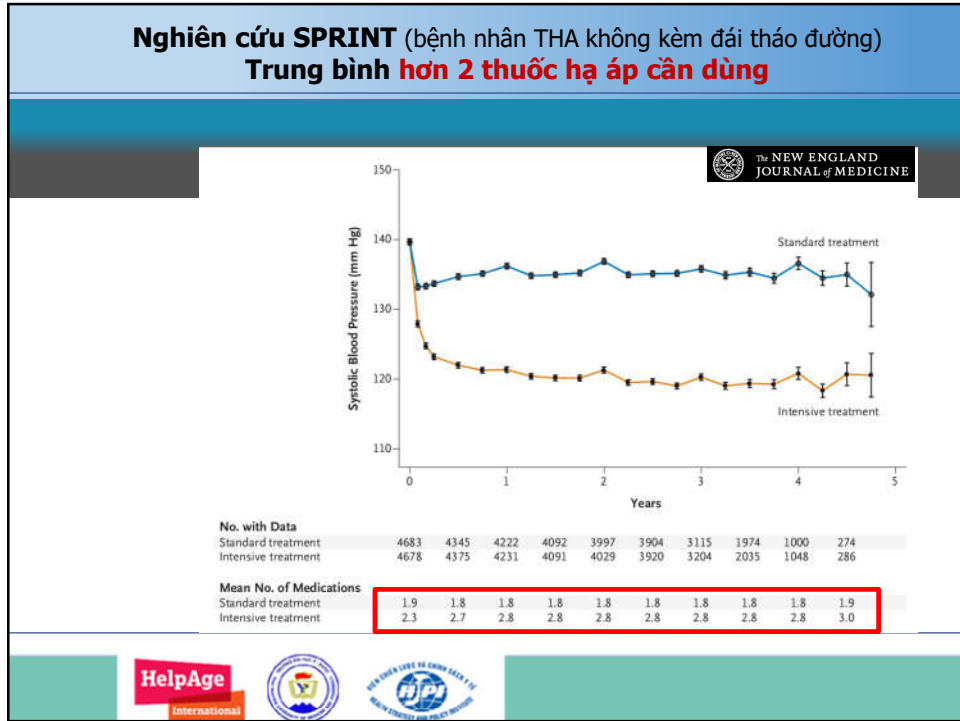
## Cần kết hợp 3-4 thuốc hạ áp mới đạt được HA mục tiêu



DBP, diastolic blood pressure; MAP, mean arterial pressure; SBP, systolic blood pressure.  
Bakris GL et al. *Am J Kidney Dis.* 2003;41:646-651.  
Lewin EJ et al. *N Engl J Med.* 2001;345:861-869.  
Cushman WC et al. *J Clin Hypertens.* 2002;4:393-405.



68



69



70

## Hiệu quả hạ huyết áp của viên SPC: Perindopril – Indapamide - Amlodipine được chứng minh trên > 10 000 bệnh nhân



**PIANIST<sup>1</sup>**

**4731**  
hypertensive patients with uncontrolled hypertension

- Mean age: 63.8 years
- Mean office BP of baseline: **160.5/93.8 mm Hg**
- Mean duration of hypertension: 11.9 years
- Dyslipidemia: 63.9%
- Obesity: 45.4%
- Smoking: 36.7%
- Ischemic heart disease: 36.0%
- Diabetes: 32.9%

⇒ Switched to perindopril/indapamide + amlodipine high dosages (10/2.5/5 or 10/2.5/10) for 4 months, regardless of the previous therapy



**PAINT<sup>2</sup>**

**6088**  
hypertensive patients with uncontrolled hypertension

- Mean age: 62.8 years
- Mean office BP of baseline: **158.1/92.6 mm Hg**
- Mean duration of hypertension: 11.2 years
- Dyslipidemia: 53%
- Obesity: 52%
- Smoking: 30%
- Ischemic heart disease: 29%
- Diabetes: 26%

⇒ Switched to perindopril/amlodipine + indapamide for 4 months, regardless of the previous therapy

1. Toh K, et al. PIANIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137-145. Multicenter, prospective, observational, non-interventional, 4-month, open-label clinical study. Patients at high or very high cardiovascular risk were enrolled if they had essential hypertension that was not properly controlled despite antihypertensive therapy. The primary endpoint was the decrease of office BP (OBP). After 4 months of therapy, OBP decreased by 28.3 ± 15.7/18.8 ± 8.1 to 132.2 ± 8.6/88.2 ± 6.6 mmHg (P<0.0001). Patients who met study and treatment dose criteria (perindopril 20 mg/indapamide 2.5 mg/amlodipine 5 or 10 mg) were included in the analysis (N = 4731). 2. Fall Out at PAINT Investigators. Clin Drug Invest. 2016;36:107-116. The PAINT study was a 4-month, multicenter, prospective, observational, open-label study that included patients switched from previous antihypertensive therapy to triple therapy with perindopril, indapamide 2.5 mg and amlodipine. The main outcome was change of office BP from baseline for 4 months, as well as changes in 24-hour ambulatory BP monitoring (ABPM) parameters in a subgroup of patients. The primary endpoint was the decrease of office BP (OBP). After 4 months OBP decreased by 26.7 ± 13.3/12.9 ± 8.4 mmHg (P<0.0001).





71

## Phối hợp 3 thành phần: Perindopril – Indapamide - Amlodipine có hiệu quả cao ở tất cả các nhóm bệnh nhân tăng HA không được kiểm soát

In all changes P<0.0001  
N=4731 patients  
Follow-up: 4 months

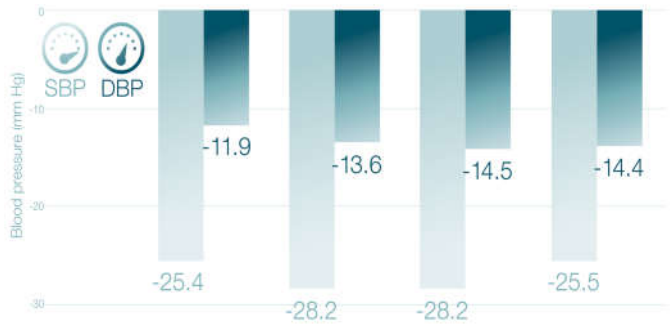
**PIANIST**

Previously uncontrolled hypertensive patients on **ACEI + AMLODIPINE** (mean 158/93 mm Hg)

Previously uncontrolled hypertensive patients on **ACEI + HCTZ** (mean 158/93 mm Hg)




Previously uncontrolled hypertensive patients on **ARB + AMLODIPINE** (mean 160/94 mm Hg)

Previously uncontrolled hypertensive patients on **ARB + HCTZ** (mean 158/95 mm Hg)



Group	SBP Reduction (mm Hg)	DBP Reduction (mm Hg)
ACEI + AMLODIPINE	-25.4	-11.9
ACEI + HCTZ	-28.2	-13.6
ARB + AMLODIPINE	-28.2	-14.5
ARB + HCTZ	-25.5	-14.4


Toh K, et al. PIANIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137-145. Multicenter, prospective, observational, non-interventional, 4-month, open-label clinical study. Patients at high or very high cardiovascular risk were enrolled if they had essential hypertension that was not properly controlled despite antihypertensive therapy. The primary endpoint was the decrease of office BP (OBP).

72




## Phối hợp 3 thành phần tối ưu hóa độ dung nạp đảm bảo an toàn điều trị

- UCMC giảm nguy cơ phù do chẹn kênh calci
- Amlodipine làm giảm ho do UCMC
- Indapamide (lợi tiểu khác biệt) - trung tính trên chuyển hóa






**PIANIST**

**Liều cao nhất 10/2.5/10**

Parameter	Patients with an event after 4 months (%)
Ho 	0.08%
Phù 	0.2%
Hạ HA 	0.1%


- Giảm tỉ lệ tác dụng không mong muốn
- Giảm số lượng viên thuốc

\*Tripliam 10 mg/2.5 mg/10 mg  
Toh K et al. PIANIST Investigators.  
Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137-145.  
Multicenter, prospective, observational,  
noninterventional, 4-month, open-label clinical  
study. Patients at high or very high cardiovascular  
risk were enrolled if they had essential  
hypertension that was not properly controlled  
despite antihypertensive therapy. The primary  
endpoint was the decrease of office BP (OBP).  
After 4 months of therapy, OBP decreased by  
28.3 ± 13.5/13.8 ± 9.4 to 132.2 ± 8.6/80.0 ±  
6.6 mmHg (P<0.0001).






73


## Phối hợp 3 thành phần giảm biến cố tim mạch và đột quỵ




Meta-analysis of 354 randomized, double-blind, placebo controlled trials of thiazides, β-blockers, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, angiotensin II receptor antagonists, and calcium channel blockers in fixed doses.  
**40 000** patients were treated and 16 000 patients were given placebo.  
The main outcome measures were reductions in systolic and diastolic blood pressure and prevalence of adverse effects, according to the dose expressed as a multiple of the standard doses of the drugs.




SBP



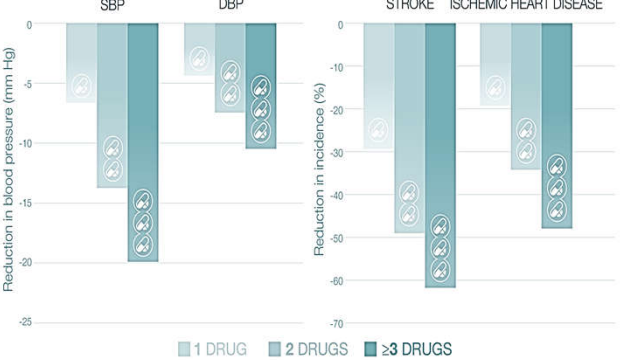
DBP



STROKE






ISCHEMIC HEART DISEASE



■ 1 DRUG ■ 2 DRUGS ■ ≥3 DRUGS

Law MR et al. BMJ. 2003;326(7404):1427.

74

## Phối hợp 3 thành phần **PERINDOPRIL/INDAPAMIDE/AMLODIPINE** Bảo vệ tim mạch

**PUBLISHED IN HYPERTENSION**

**ADVANCE CCB<sup>1</sup>**

### Giảm tỉ lệ tử vong chung\* sau 4.3 năm (ADVANCE CCB<sup>1</sup>)

**Perindopril/indapamide + CCB vs placebo + CCB at baseline**

\*Active treatment (perindopril/indapamide) reduced the relative risk of total death by 28% (HR, 0.72; 95% CI, 0.57-0.90; P<0.002) vs placebo among patients taking a calcium channel blocker (CCB) at baseline (n=3427). ADVANCE CCB was a post hoc analysis from the ADVANCE trial (international, randomized, double-blind, controlled trial conducted in 11,142 patients with type 2 diabetes who were assigned to either perindopril/indapamide or placebo on top of conventional therapy; 73% of patients were treated with a beta-blocker). Effects of randomized treatment on mortality and major cardiovascular outcomes were examined in subgroups defined by the baseline use of CCBs. Patients on a CCB at baseline (n=3427) constituted a higher risk group compared with those not on a CCB (n=7715) with more extensive use of antihypertensive and other protective therapies. Perindopril/indapamide reduced the primary outcome, the composite of major macrovascular and microvascular events by 30% (P<0.001) and total death by 24% (P<0.002), mean follow-up: 4.3 years.

1. Chalmers J et al. Hypertension. 2014;63:219-224. 2. Roubil QC et al. Hypertension. 2015;65:1046-1048.

75

## THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ THA

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Sau liệu trình điều trị thuốc hạ huyết áp đầu tiên, bệnh nhân phải được theo dõi đánh giá hiệu quả trên HA và phát hiện các tác dụng phụ hàng tháng cho đến khi HA được kiểm soát đạt đích	I	B
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 trong 2- 3 tháng	IIa	B
Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan không triệu chứng ít nhất mỗi 2 năm	I	C

76

## KẾT LUẬN

- THA là một bệnh lý rất thường gặp trong cộng đồng và là một nguy cơ tim mạch quan trọng và không thể tách rời.
- Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể và phân tầng nguy cơ là cần thiết để quyết định phương thức điều trị THA.
- Cần có sự linh hoạt trong việc xác định ngưỡng và đích điều trị THA trên từng bệnh nhân cụ thể (<140/90 mmHg).
- Điều chỉnh lối sống là biện pháp luôn cần thiết, kể cả khi chưa bị THA, để dự phòng bệnh và biến cố tim mạch.
- Cần có sự phối hợp thuốc điều trị THA để đạt được mục tiêu điều trị tối ưu.
- Điều trị THA tại tuyến cơ sở là hoàn toàn khả thi.



77



78