



KHUYẾN CÁO:
CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ -
TĂNG HUYẾT ÁP 2015 CỦA VSH/ VNHA & NHỮNG
CHỨNG CỨ MỚI 2016

PGS TS Trần Văn Huy FACC FESC
Phó Chủ Tịch Thường Trực Phân Hội THA VN
Điều Phối Ban Soạn Thảo Khuyến Cáo THA VN 2015

Thành phần Ban soạn thảo

- Trưởng Ban: GS.TS. Huỳnh văn Minh (*ĐH YD Huế*)
- Điều phối: PGS.TS. Trần Văn Huy (*BV Khánh hòa*)
- Thành viên: GS.TS. Phạm Gia Khải (*Viện Tim mạch QG Hà nội*), GS.TS. Đặng Vạn Phước (*ĐHQG TP. Hồ chí Minh*), GS.TS. Nguyễn Lâm Việt (*Viện Tim mạch QG Việt nam*), PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh (*Viện Tim TP. Hồ chí Minh*), PGS TS Đỗ Doãn Lợi (*Viện Tim mạch Quốc gia Việt nam*), PGS. TS. Châu Ngọc Hoa (*ĐHYD TP. Hồ chí Minh*),, PGS.TS. Nguyễn Văn Trí (*ĐHYD Hồ chí Minh*), PGS.TS. Trương Quang Bình (*ĐHYD TP. Hồ chí Minh*), PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng (*Viện Tim mạch QG Việt nam*), PGS.TS. Nguyễn Đức Công (*BV Thống Nhất TP Hồ chí Minh*), TS. Hồ Huỳnh Quang Trí (*Viện Tim TP. Hồ chí Minh*), TS. Nguyễn Ngọc Quang (*Viện Tim mạch QG Hà nội*) TS. Viên Văn Đoan (*BV Bạch mai, Hà nội*), TS.Phạm Thái Sơn (*Viện Tim mạch QG Hà nội*) TS.Cao trường Sinh (*ĐH Y Vinh*)) BSKII. Nguyễn Thanh Hiền (*BV 115 TP. Hồ chí Minh*)
- Ban thư ký: TS. Phạm Thái Sơn (*Viện Tim mạch QG Hà nội*), BSKII. Ngô Văn Hùng (*BV Daklak*), BSKII Phan Nam Hùng (*BV Qui Nhơn*) BSKI. Ngô Minh Đức (*TTYK Medic TP Hồ chí Minh*)

Phần mở đầu

- Tần suất THA vẫn không ngừng gia tăng không những trên thế giới mà ngay tại nước ta
- Việc ra đời các khuyến cáo của các tổ chức và hiệp hội THA trên thế giới trong năm 2013, 2014, 2015 với những hướng dẫn mới nhưng chưa thống nhất.
- Do vậy, Phân hội THA Việt nam/ Hội Tim mạch Việt nam cần thiết cập nhật khuyến cáo.

Phân nhóm khuyến cáo



Phân nhóm	Định nghĩa	Gợi ý sử dụng
Nhóm I	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị mang lại lợi ích và hiệu quả.	Được khuyến cáo/chỉ định
Nhóm II	Chứng cứ đang còn bàn cãi và/hoặc ý kiến khác nhau về sự hữu ích /hiệu quả của việc điều trị	
Nhóm IIa	Chứng cứ/ý kiến ủng hộ mạnh về tính hiệu quả của việc điều trị	Nên được xem xét
Nhóm IIb	Chứng cứ/ý kiến cho thấy ít có hiệu quả/ hữu ích .	Có thể được xem xét
Nhóm III	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị không mang lại lợi ích và hiệu quả, trong vài trường hợp có thể gây nguy hại.	Không được khuyến cáo

Mức độ bằng chứng

Mức chứng cứ A	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các phân tích gộp
Mức chứng cứ B	Dữ liệu có từ một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên
Mức chứng cứ C	Sự đồng thuận của các chuyên gia và/hoặc các nghiên cứu nhỏ, các nghiên cứu hồi cứu



CHẨN ĐOÁN THA & PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

Chẩn đoán theo HA phòng khám và HA ngoại trú (HA tại nhà hoặc HA liên tục ban ngày)



		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

Định Nghĩa và Phân độ THA theo mức HA Đo tại Phòng Khám (mmHg)*

**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	\geq 180	và/hoặc	\geq 110
THA Tâm Thu đơn độc	\geq 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 HATTr > 80-89 mmHg






Phân Tầng Nguy Cơ Tim mạch

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 Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr: 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr :100-109 mmHg	THA Độ 3. HA \geq 180 /110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ		Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ, 	Nguy cơ thấp đến trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Tổn thương cơ quan đích, Bệnh thận mạn gđ 3 hoặc Đái tháo đường	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn gđ ≥ 4 đi kèm hoặc ĐTD có TTCQ đích/ nhiều YTNC	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Khuyến cáo Điều trị THA

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 Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr : 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr :100-109 mmHg	THA Độ 3. HATT ≥ 180 / >110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ	Không điều trị	TĐLS trong vài tháng Rời cho thuốc mục tiêu <140/90	TĐLS trong vài tháng Rời cho thuốc đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay với đích <140/90
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Thay đổi lối sống (TĐLS). Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng. Rời cho thuốc đích <140/90	TĐLS trong vài tháng. Rời thuốc đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay với đích <140/90
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS trong vài tháng. Rời cho thuốc đích <140/90	TĐLS Thuốc HA đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay đích <140/90
Tổn thương cơ quan đích, Bệnh thận mạn gđ 3 hoặc đái tháo đường	TĐLS Không điều trị thuốc	TĐLS Thuốc HA đích <140/90	TĐLS Thuốc HA đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay đích <140/90
BTM có triệu chứng, B Thận mạn gđ ≥ 4 kèm hoặc ĐTD có TTCQ đích / nhiều YTNC	TĐLS Duy trì đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay đích <140/90	TĐLS Cho thuốc ngay đích <140/90

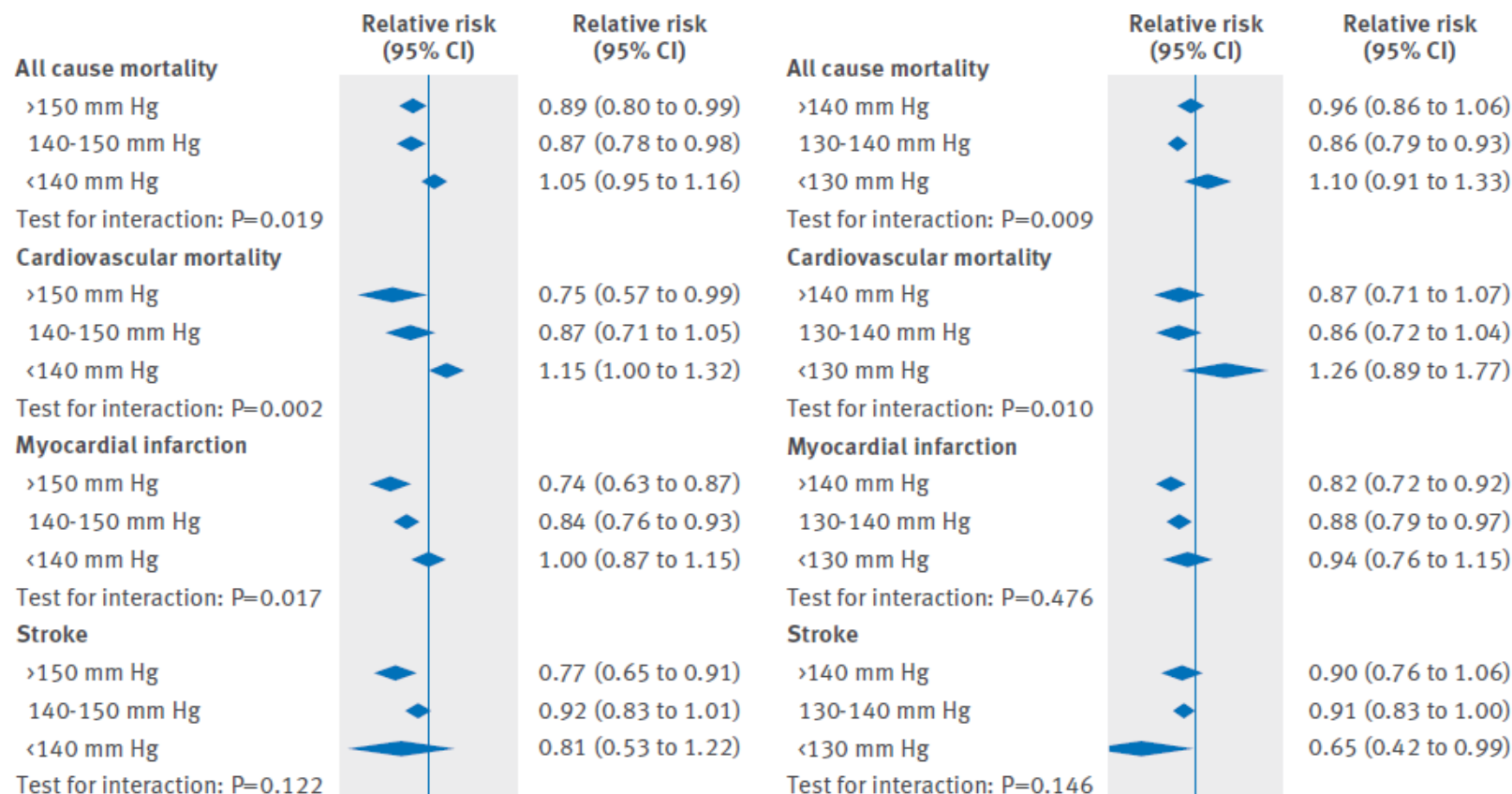
Mục Tiêu điều trị THA người lớn >18 tuổi

- THA >18 tuổi: Đích hạ HA chung: <140/90 mmHg (I,A)
Bao gồm THA ở bệnh nhân có :
 - Đái Tháo Đường
 - Bệnh Thận Mạn
 - Hội chứng chuyển hoá
 - Microalbumin niệu.
 - Bệnh Mạch Vành <140/90 mmHg (IIa,A) 
- THA >80 tuổi: đích hạ HA <150/90 mmHg, nếu có đái tháo đường, bệnh thận mạn <140/90mmHg (I,A)
- Kiểm soát cùng lúc tất cả các YTNC đi kèm (I,A) 
- 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 (I,A)

Effect of antihypertensive treatment at different blood pressure levels in patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analyses

Mattias Brunström, Bo Carlberg

thebmj | *BMJ* 2016;352:i717 | doi: 10.1136/bmj.i717



Đích hạ áp ở BN ĐTĐ HATT <140mmHg giảm TV chung và TV tim mạch, nhưng dưới đích này mà còn điều trị tích cực là gia tăng nguy cơ TV chung và TV TM có ý nghĩa

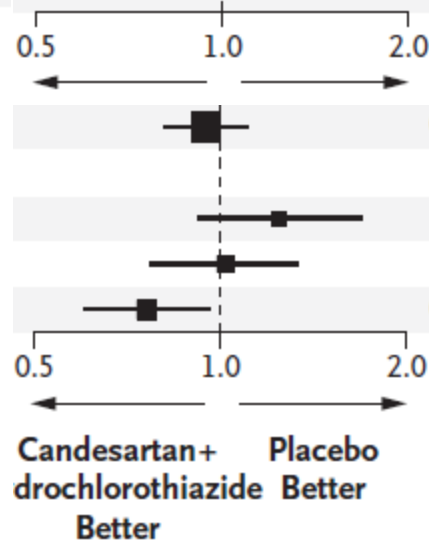
Kết quả Nghiên Cứu HOPE 3 Điều trị dự phòng tiên phát THA nguy cơ trung bình. ACC 2016

A First Coprimary Outcome

Subgroup	Mean Systolic Blood Pressure mm Hg	Difference in Blood Pressure	Hazard Ratio (95% CI)	P Value for Trend
Overall	138.1	6.0/3.0	0.93 (0.79–1.10)	—
Systolic blood pressure				0.02
≤131.5 mm Hg	122.2	6.1/3.1	1.16 (0.82–1.63)	
131.6–143.5 mm Hg	137.6	5.6/2.7	1.08 (0.80–1.46)	
>143.5 mm Hg	154.1	5.8/3.0	0.73 (0.56–0.94)	

B Second Coprimary Outcome

Overall	138.1	6.0/3.0	0.95 (0.81–1.11)	—
Systolic blood pressure				0.009
≤131.5 mm Hg	122.2	6.1/3.1	1.25 (0.92–1.70)	
131.6–143.5 mm Hg	137.6	5.6/2.7	1.02 (0.77–1.34)	
>143.5 mm Hg	154.1	5.8/3.0	0.76 (0.60–0.96)	



Có cần đích hạ HA mới theo kết quả SPRINT 11/2015* và khuyến cáo CHEP 2016:**

Đích HATT <120 mmHg cho một số bệnh nhân nguy cơ cao
chọn lọc ??? SPRINT: giảm các biến cố tim mạch 25%, tử
vong tim mạch 43% và tử vong chung 27%, CHEP 2016:

- Bệnh tim mạch trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng HOẶC
- Bệnh thận mạn (bệnh thận không đái tháo đường, proteinuria <1 g/d,
*mức lọc cầu thận ước đoán: 20-59 mL/min/1.73m²) HOẶC
- Thang điểm nguy cơ TM toàn thể Framingham 10 năm >15% HOẶC
- Tuổi ≥ 75

**CẦN CÓ SỰ ĐỒNG THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG CHUYÊN GIA
VSH/VNAH**

Cần trọng & chống chỉ định hạ áp tích cực

HATT <120mmHg

- **Hạn chế hoặc Không có chứng cứ**
 - Suy tim (EF <35%) hoặc nhồi máu cơ tim gần (trong vòng 3 tháng)
 - Chỉ định cho chẹn beta khi hiện chưa dùng
 - Người già suy yếu, sống cơ sở từ thiện
- **Chứng cứ không bao gồm (Inconclusive evidence)**
 - Đái tháo đường
 - Tiền sử đột quỵ
 - eGFR < 20 ml/min/1.73 m²
- **Chống chỉ định**
 - Bệnh nhân không muốn hoặc không tuân thủ dùng nhiều thuốc
 - Không đo theo dõi HATT chính xác
 - THA thứ phát

Thay đổi lối sống đối với bệnh nhân THA

Khuyến cáo để giảm HA và / hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch

Lượng muối ăn vào

Hạn chế 5-6 g/ngày

Dùng rượu bia chất alcohol vừa phải

**Giới hạn 20-30 g/ngày nam,
10-20 g/ngày nữ**

Hàng ngày tăng cường rau củ , trái cây, ít chất béo

Đích chỉ số thể trọng BMI

23 kg/m²

Đích vòng eo

**Nam: <90 cm
Nữ: <88 cm**

Luyện tập gắng sức

≥ 30 phút/ngày, 5-7 ngày /tuần

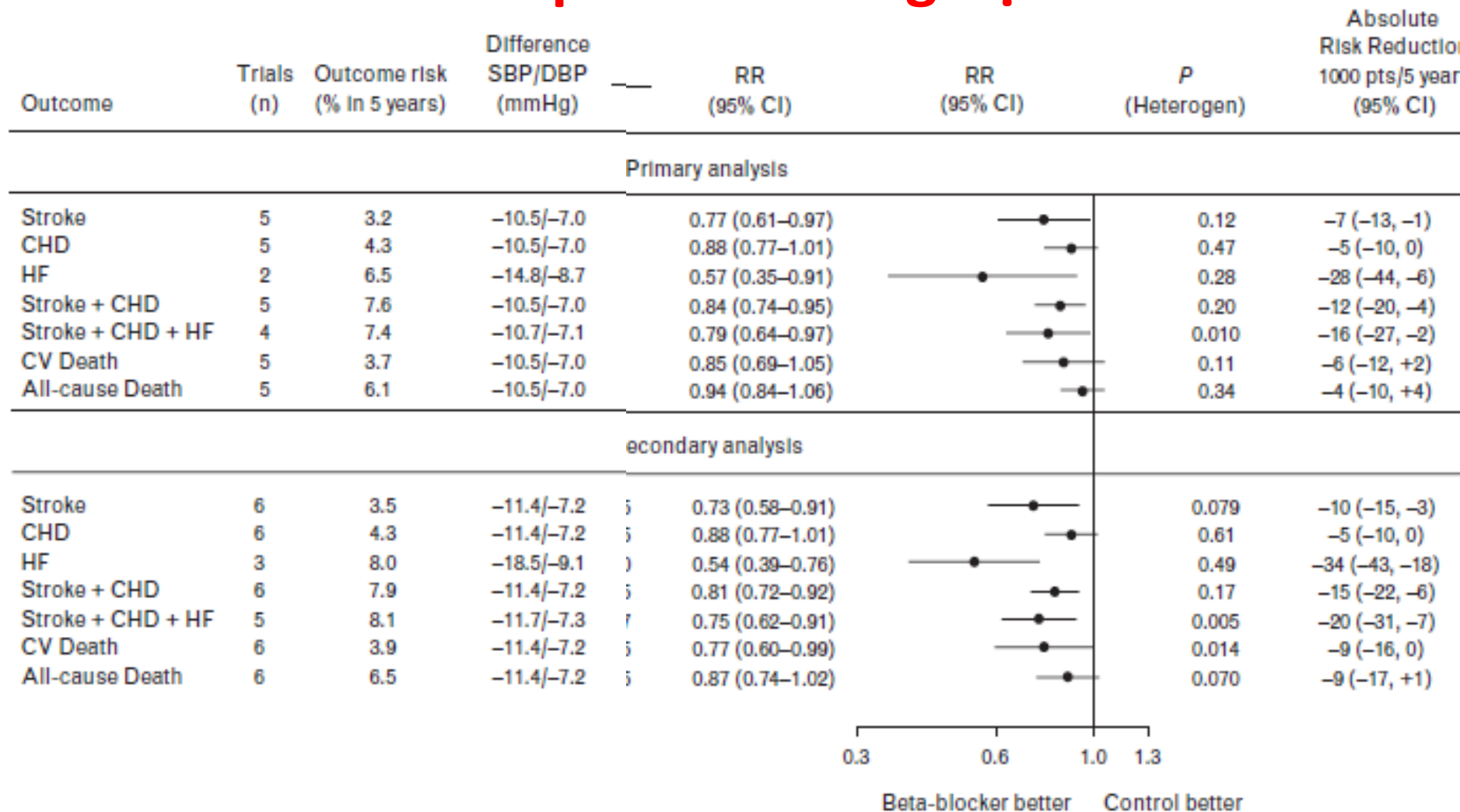
Không thuốc lá, tránh xa khói thuốc

Các Nhóm Thuốc Điều Trị Hàng Đầu

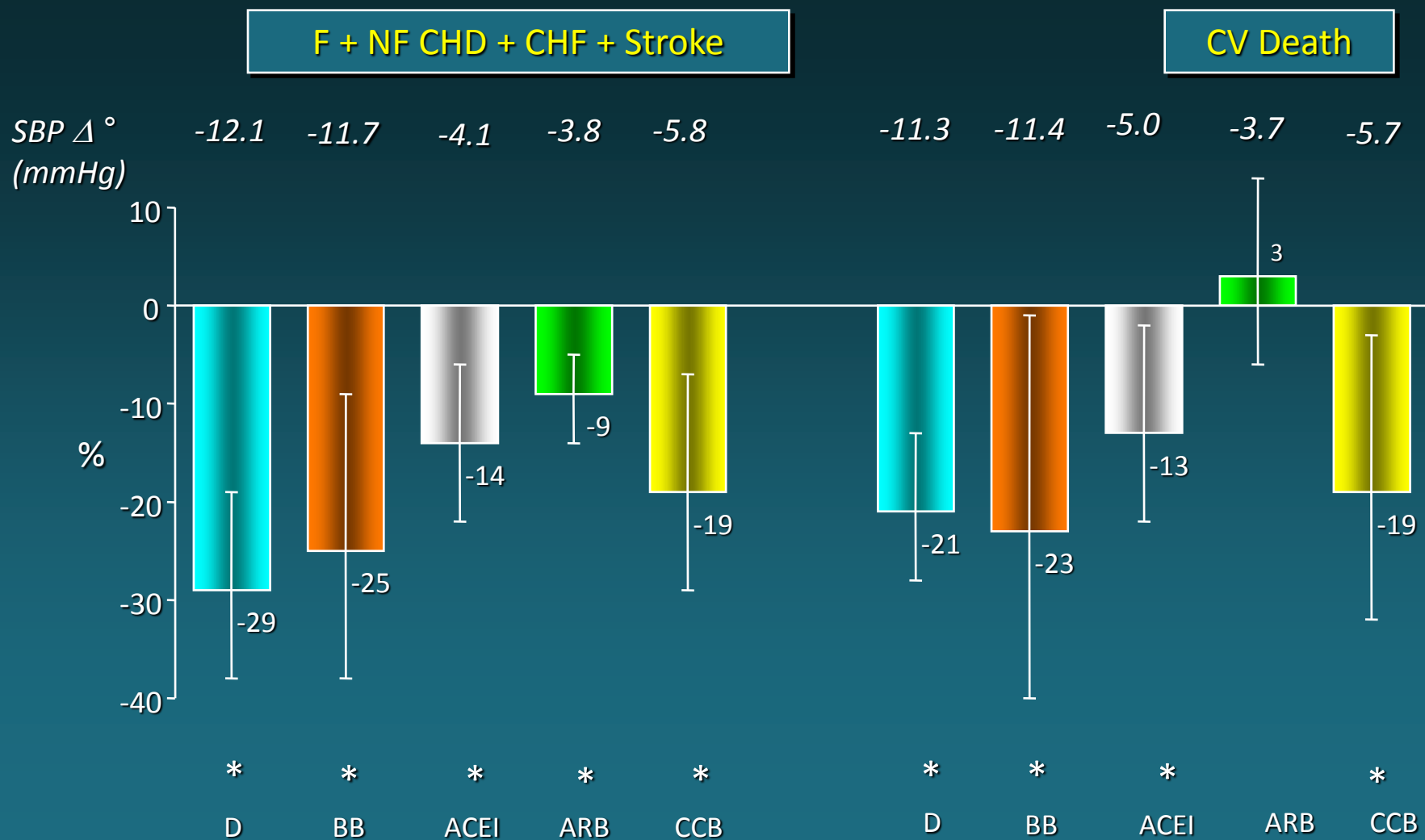
- **5 Nhóm Thuốc: U'CMC, CTTA, CKCa, BB, Lợi tiểu**
 - ESC/ESH: 2013
 - Korean: 2014, 2015
 - CHEP: 2014-2015, 2016: BB <60 tuổi
- **4 nhóm thuốc: U'CMC, CTTA, CKCa, Lợi tiểu**
 - JNC8 2014
 - ASH/ISH 2014
 - NICE 2011
- **VSH/VNHA 2014-2015: 5 nhóm: U'CMC, CTTA, CKCa, BB, Lợi tiểu**

CKCa: chặn kênh Canxi; U'CMC: ức chế men chuyển; CTTA: chặn thụ thể angiotensin II; BB: chặn beta

Chẹn beta giảm nguy cơ tuyệt đối và tương đối với THA qua các thử nghiệm RCT



So sánh thuốc điều trị hạ áp với giả dược trong việc làm giảm nguy cơ mắc và tử vong do tim mạch trong các NC RCT



* Khác biệt có ý nghĩa

19992 M

Thomopoulos et al., J Hypertens 2015; 33: 132

HA \geq 140/90 mmHg ở BN > 18 tuổi
(BN > 80 tuổi: HA \geq 150/90 mmHg hoặc HA \geq 140/90 mmHg ở BN ĐTĐ, bệnh thận mạn)

Khuyến Cáo VSH/VNHA 2015

Thay đổi lối sống

Điều trị thuốc



Tăng HA độ I

Lợi tiểu, ỨCMC, CTTA, CKCa, **BB** *

Phối hợp 2 thuốc khi HATThu > 20 mmHg hoặc HATTr > 10 mmHg trên mức mục tiêu **

Phối hợp 3 thuốc
Ưu tiên ỨCMC/CTTA + lợi tiểu + CKCa

Phối hợp 4 thuốc, xem xét thêm chẹn beta, kháng aldosterone hay nhóm khác

Tham khảo chuyên gia về
THA, điều trị can thiệp

Tăng HA độ II, III

**Tăng HA có chỉ định
điều trị bắt buộc**

- Bệnh thận mạn: ỨCMC/CTTA
- ĐTĐ: ỨCMC/CTTA
- Bệnh mạch vành: **BB** + ỨCMC/CTTA, CKCa
- Suy tim: ỨCMC/CTTA + **BB**, Lợi tiểu, kháng aldosterone
- Đột quỵ: ỨCMC/CTTA, lợi tiểu

* - THA độ I không có nhiều YTNC đi kèm có thể chậm dùng thuốc sau một vài tháng thay đổi lối sống

- > 60 tuổi: ưu tiên lợi tiểu, CKCa và hạn chế BB
- < 60 tuổi: ưu tiên ỨCMC, CTTA

** - Khi 1 thuốc nhưng không đạt mục tiêu sau 1 tháng

- ưu tiên phối hợp: ỨCMC/CTTA + CKCa hoặc lợi tiểu

ỨCMC: ức chế men chuyển - CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II - CKCa: chẹn kênh canxi - BB: chẹn beta; YTNC: yếu tố nguy cơ; HATT: Huyết áp tâm thu - HATTr: Huyết áp tâm trương - ĐTĐ: đái tháo đường

Chọn Lựa Thuốc điều trị THA

THA đơn thuần, không có tình huống lâm sàng đi kèm



Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên* nhưng xem xét ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 nếu cần đạt HA <140/90 mmHg	Thêm thuốc thứ 3 cần đạt HA < 140/90 mmHg**
THA: < 60 tuổi	CTTA/ ƯCMC	CKCa hoặc thiazide	CKCa + ƯCMC/CTTA + lợi tiểu thiazide
THA > 60 tuổi	CKCa hoặc thiazide (mặc dù ƯCMC/CTTA cũng thường hiệu quả)	CTTA/ƯCMC (hoặc CKCa hoặc thiazide, nếu ƯCMC/CTTA đã sử dụng đầu tiên)	CKCa + ƯCMC/CTTA + lợi tiểu thiazide

***Chọn 1 trong 5 nhóm: ƯCMC, CTTA, CKCa, BB, Lợi tiểu thiazide: Cá nhân hóa**

** Không đạt mục tiêu phối hợp 4 thuốc: **xem xét thêm chẹn beta**, kháng aldosterone hay nhóm khác (giãn mạch, chẹn alpha, kháng alpha trung ương...)

CKCa: chẹn kênh Canxi; ƯCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II; BB: chẹn beta

VSH/VNHA 2015: Chọn Lựa Thuốc ĐT THA

Có Tình Huống Lâm Sàng Đi Kèm (Chỉ định bắt buộc)



Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên	Thêm thuốc thứ 2 nếu cần để đạt HA < 140/90mmHg	Thêm thuốc thứ 3 để đạt HA < 140/90 mmHg*
THA và ĐTĐ	CTTA /ỨCMC	CKCa hay thiazide;	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và bệnh thận mạn	CTTA/ỨCMC	CKCa hay lợi tiểu thiazide**	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide** hay CKCa)
THA và bệnh ĐMV lâm sàng	BB***+ CTTA/ỨCMC	CKCa hay thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và tiền sử đột quỵ	ỨCMC /CTTA	Lợi tiểu thiazide hay CKCa	Thuốc thứ 2 thay thế (CKCa hay lợi tiểu thiazide)
THA và suy tim	CTTA/ỨCMC + BB*** + spironolactone khi suy tim độ II- IV + lợi tiểu thiazide, quai khi ứ dịch. CKCa nhóm Dihydropyridine có thể thêm vào nếu cần kiểm soát HA		

* Không đạt mục tiêu phối hợp 4 thuốc: **xem xét thêm chẹn BB**, kháng aldosterone hay nhóm khác (giãn mạch, chẹn alpha, kháng alpha trung ương...)

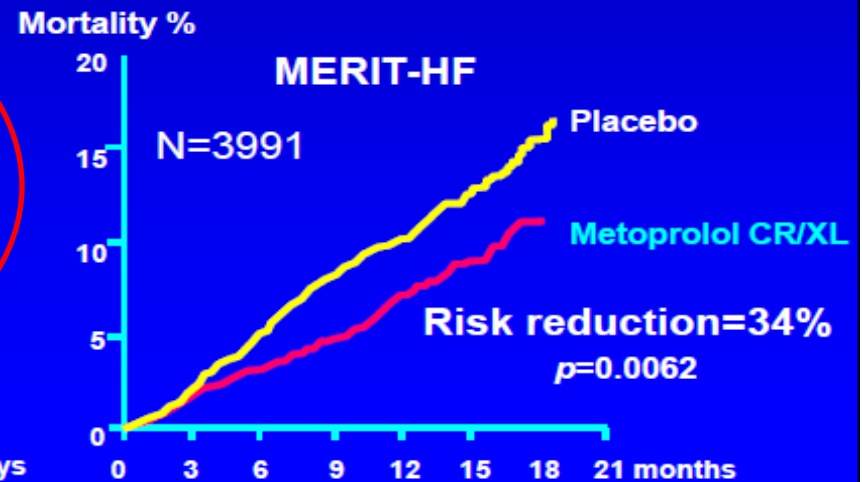
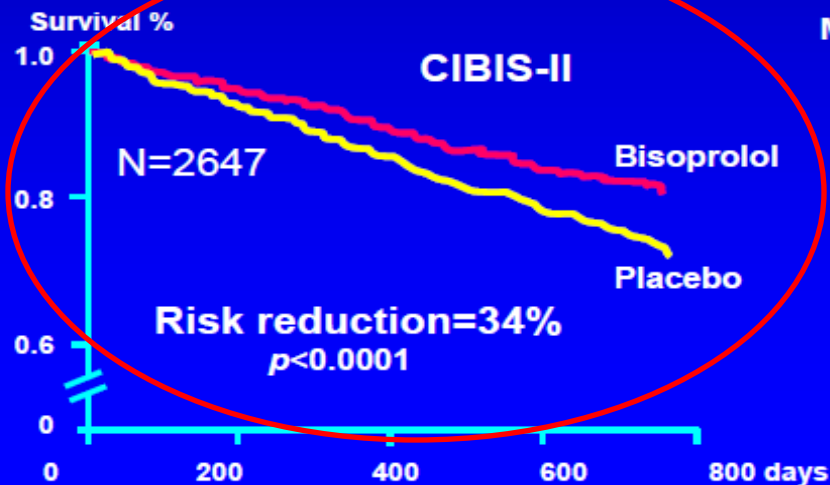
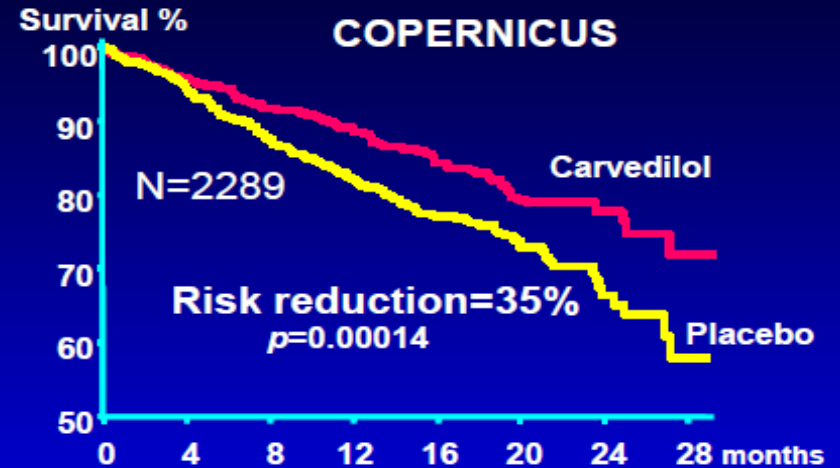
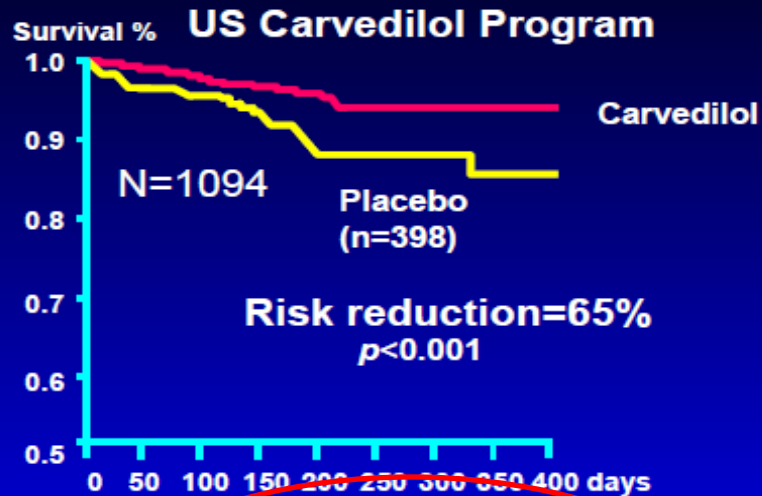
** Nếu mức lọc cầu thận <40ml/phút một lợi tiểu quai (furosemide) thay thế thiazide

*** **Các BB thế hệ mới có tính chọn lọc cao : bisoprolol, metoprolol succinate, carvedilol, nebivolol được ưu tiên**

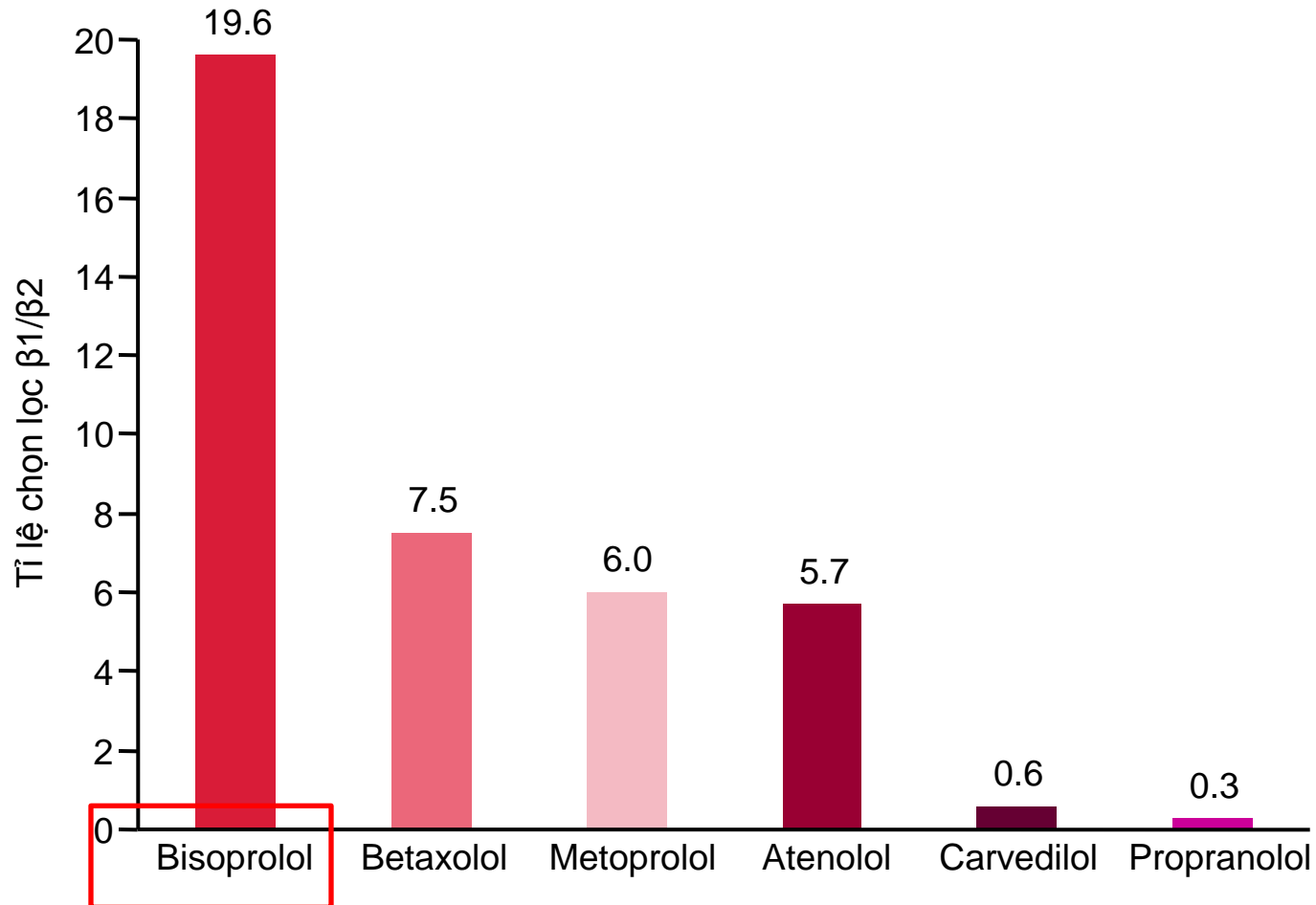
CKCa: chẹn kênh Canxi; UCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II; BB: chẹn beta

Tại sao chỉ giới hạn một số chẹn beta

Betablockers in HF: all-cause mortality



Tính chọn lọc cao trên beta 1 giúp tránh các nhược điểm chung



Phối Hợp Thuốc



Lợi tiểu thiazide

Chẹn beta đưa vào liệu trình nếu có chỉ định bắt buộc đối với chẹn beta

UCMC
hoặc CTTA

Chẹn Kênh
Canxi

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

UCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II;

Điều trị THA ở người có đái tháo đường

Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Bắt buộc : Điều trị thuốc ngay khi HATT ≥ 160 mmHg (I, A)	<ul style="list-style-type: none">• Khuyến cáo mạnh khởi trị thuốc khi HATT ≥ 140 mmHg (I, A)
Đích HATT và HATTr ở bệnh nhân THA với Đái Tháo Đường : <140 /90mmHg (I, A)	
<ul style="list-style-type: none">• Ưu tiên UCMC/CTT A (I, A)• <i>Đặc biệt có đạm niệu hoặc vi đạm niệu</i>	<ul style="list-style-type: none">• Tất cả các thuốc khác có thể được dùng cho bệnh nhân đái tháo đường (I, A): BB, CKA, LT

UCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II; HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương

Diabetes mellitus as a compelling indication for use of renin angiotensin system blockers: systematic review and meta-analysis of randomized trials

Sripal Bangalore,¹ Robert Fakheri,¹ Bora Toklu,² Franz H Messerli³

CONCLUSIONS

In people with diabetes, RAS blockers are not superior to other antihypertensive drug classes such as thiazides, calcium channel blockers, and β blockers at reducing the risk of hard cardiovascular and renal

doi: [10.1136/bmj.i438](https://doi.org/10.1136/bmj.i438) | *BMJ* 2016;352:i438 | [thebmj](#)

Điều trị THA ở người có bệnh thận mạn



Khuyến Cáo

Xem xét thêm

Đích hạ HA <140/90 mmHg (I, B)

Có thể xem xét HATT <130 mmHg khi có đạm niệu

- Theo dõi sự thay đổi eGFR (IIb, B)

ƯCMC hoặc CTTA hiệu quả giảm albumine niệu hơn các nhóm thuốc khác (I,A)

- Chỉ định khi có đạm niệu vi thể hoặc đại thể (I,A)

Phối hợp thuốc thường cần để đạt đích hạ HA (I,A)

- Phối hợp ƯCMC hoặc CTTA với các nhóm thuốc khác (I,A)

Phối hợp ƯCMC với CTTA (III,A)

- *Không khuyến cáo* (III,A)

Kháng aldosterone *không khuyến cáo trong bệnh thận mạn* (III, C)

- Đặc biệt trong phối hợp với ƯCMC /CTTA
- Nguy cơ giảm quá mức chức năng thận, tăng kali máu (III,C)

Điều Trị THA trong Đột Quy Cấp: Khởi Phát đến 72 giờ

**Đột quy.
TMCB cấp
(NMN)**



HA tăng cực cao ($HATT > 220$ mmHg, $HATTr > 120$ mmHg) điều trị giảm HATB 15-25% qua 24 giờ đầu.

• Nếu dùng tiêu sợi huyết thì THA rất cao ($>185/110$ mmHg) phải điều trị hạ áp cùng với liệu pháp tiêu sợi huyết

Tránh hạ áp quá mức có thể làm nặng thêm tình trạng thiếu máu não cục bộ

**Sau pha cấp của
đột quy hoặc
TBMNTQ**



Mục tiêu HA $< 140/90$ mmHg
ƯCMC + lợi tiểu được ưu tiên

Dự phòng đột quy: Tất cả 5 nhóm: LT, BB, CKA, ƯCMC, CTTA: IA

THA Trong Xuất Huyết Não*



- 1/ Bệnh nhân XHN với HATT giữa 150-220mmHg mà không chống chỉ định điều trị hạ áp, hạ HA cấp đến 140mmHg là an toàn (I; A) và có thể có hiệu quả cải thiện chức năng (IIa; B).**
- 2/ Bệnh nhân XHN với HATT >220 mm Hg, cần hạ huyết áp bằng thuốc truyền tĩnh mạch với theo dõi sát thường xuyên (IIb; C).**

* Khuyến cáo AHA/ASA Xuất huyết não 9/2015

THA ở bệnh nhân có Suy Tim



Khuyến Cáo	Xem xét thêm
Đích HA ở bệnh nhân THA có suy tim : <140/90 mmHg (Ia,B) nhưng có thể xem xét <130/80 mmHg. Cần hạ HA chậm. Bệnh nhân lớn tuổi có khoảng hiệu áp rộng hạ HATT có thể gây hạ HATTr (<60mmHg) làm suy tim nặng hơn (IIa/B) nên cần tránh hạ HA tư thế đứng và HATT<130 mm Hg và HATTr <65 mm Hg	
Các thuốc đã chứng minh giảm TV ở bn suy tim cũng hạ HA bao gồm: ƯCMC (hoặc CTTA), BBs (bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate, or nebivolol), và kháng aldosterone (I;A)	<ul style="list-style-type: none">Giảm tử vong và nhập viện (I,A)
Không có chứng cứ với bất kỳ thuốc hạ HA nào có hiệu quả ở bệnh nhân suy tim có EF bảo tồn (suy tim tâm trương)	<ul style="list-style-type: none">Tuy nhiên trong những bệnh nhân này và bệnh nhân rối loạn chức năng tâm thu xem xét hạ HATT đến ~ 140 mmHg (IIa,C)Hướng dẫn điều trị để giảm triệu chứng
Xem xét ƯCMC/CTTA (và BBs và kháng aldosterone khi có cùng suy tim hiện diện) ở bệnh nhân có nguy cơ Rung Nhĩ hoặc Rung Nhĩ tái phát (IIa,C)	
Liệu pháp hạ áp trong tất cả bệnh nhân với phì đại thất trái (I,B)	<ul style="list-style-type: none">Chọn lựa thuốc ban đầu với khả năng giảm phì đại thất trái lớn hơn (ƯCMC, CTTA, CKCa) (IIa,B)

THA ở bệnh nhân có Bệnh Mạch Vành Mạn ĐTNÔĐ*



Khuyến Cáo

Xem xét thêm

Đích HA ở bệnh nhân THA có bệnh mạch vành mạn: <140/90 mmHg (Ia,B)

Đích HA <130/80 mm Hg xem xét trong bệnh ĐMV có đột quỵ trước đó hoặc TIA hay tương đương nguy cơ bệnh ĐMV (IIb;B)

BBs ((bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate) + ỨCMC/CTTA: cho bệnh nhân THA có tiền sử NMCT, ĐTD, BTM với kèm lợi tiểu (I,A)

Sự kết hợp một BB, một ỨCMC hoặc CTTA và một thuốc lợi tiểu thiazide/giống thiazide cũng nên xem xét trong trường hợp không có tiền sử NMCT RLCNTT, ĐTD hoặc BTM có protein niệu (IIa; B).

Nếu BB chống chỉ định hoặc không dung nạp, chẹn kênh canxi nondihydropyridine (như diltiazem hoặc verapamil) có thể được thay thế, nhưng không được thay thế khi có RLCNTT (IIa;B).

Chẹn Ca tác dụng kéo dài dihydropyridine có thể được thêm vào trên nền cơ sở của BB, ỨCMC và thiazide/giống thiazide nếu đau thắt ngực hoặc THA vẫn không kiểm soát được (IIa;B

Sự kết hợp BB và một trong các Non DHP CCB (diltiazem hoặc verapamil) cần sử dụng thận trọng ở BMV có triệu chứng và THA vì tăng nguy cơ đáng kể rối loạn nhịp chậm và suy tim (IIa;

Không chống chỉ định dùng kháng tiểu cầu hoặc thuốc chống đông máu trong THA, ngoại trừ THA nặng chưa kiểm soát được, nhằm tránh nguy cơ xuất huyết não (IIa; C).

CKCa: chẹn kênh Canxi; UCMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II; BB: chẹn beta; NMCT: nhồi máu cơ tim. HATT: huyết áp tâm thu EF: phân suất tống máu; BMV: bệnh mạch vành

* Khuyến cáo ACC/AHA/ASH điều trị THA có bệnh mạch vành 5/2015

THA ở bệnh nhân có Hội Chứng Mạch Vành Cấp*



Khuyến Cáo

Xem xét thêm

Đích HA: <140/90 mm Hg ở những bệnh nhân HCVC huyết động ổn định (IIa; C). <130/80 mm Hg tại thời điểm xuất viện là một lựa chọn hợp lý (IIb; C)

BB: là thuốc nền tảng trong điều trị HCMVC, với các loại **chọn lọc β_1 , ISA (-) uống** nên dùng ngay trong 24g đầu nếu không có chống chỉ định BB ở bệnh nhân HCVC (I/A) (**bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate**)

BB tĩnh mạch (esmolol) có thể xem xét trong THA nặng hoặc TMCBCT liên tục (IIa/B). Bn huyết động không ổn định hoặc khi suy tim mất bù tồn tại, BB nên trì hoãn cho đến khi ST ổn định (I/A)

ƯCMC (I/A) CTTA (I/B): NMCT mặt trước, THA kéo dài, RLCNTT, ST hoặc ĐTĐ. HCVC nguy cơ thấp với EF bảo tồn và không ĐTĐ các ƯCMC có thể coi thuốc hàng đầu (IIa/A)

Nitroglycerine: giảm triệu chứng TMCTCB, xung huyết phổi hạ áp trung bình. Chưa có chứng cứ làm sàng ủng hộ kết cục trong HCMVC (I/C). Nitrates nên tránh khi nghi ngờ NMCT thất phả và khi huyết động không ổn định

BB chống chỉ định/không dung nạp: Non DHP CCB có thể thay thế nếu TMCBCT tiếp tục và không có ST hoặc RLCNTT. Nếu ĐTĐ hoặc THA không kiểm soát với một BB đơn lẻ, DHP CCB tác dụng kéo dài được thêm vào sau khi sử dụng tối ưu của ƯCMC (IIa/B).

Chẹn kênh Ca: không thấy hữu ích ở NMCT ST chênh cấp

Đối kháng Aldosterone: chỉ định cho bệnh nhân đã nhận BB và ƯCMC sau NMCT và có RLCNTT và hoặc suy tim hoặc ĐTĐ. Nồng độ kali huyết thanh phải được theo dõi (I/A).

Thuốc lợi tiểu: quai ưu tiên hơn thiazide/ giống thiazide trong HCVC có suy tim (NYHA III hoặc IV) hoặc suy thận với MLCT ước lượng <30 mL/p. Nếu HA không kiểm soát với BB, ƯCMC và kháng aldosterone: lợi tiểu thiazide/ kiểu thiazide được thêm vào (I;B)

KẾT LUẬN

Một số điểm mới khuyến cáo chẩn đoán & điều trị THA VN 2015

- Phương pháp đo HA được bổ sung là HA tại nhà và đo HA liên tục (HA Holter 24 giờ) trong chẩn đoán và theo dõi.
- Phân giai đoạn THA theo ESC/ESH 2013.
- Tăng cường các chỉ điểm chẩn đoán phân tầng nguy cơ THA.
- Tái khẳng định 5 nhóm thuốc như ESC/ESH 2013 với vai trò chọn beta có tính chọn lọc cao
- Mục tiêu điều trị và phân nhóm điều trị
- Phối hợp thuốc
- THA với các điều kiện đi kèm. THA có BMV, ĐTĐ, ĐQ
- Một số chứng cứ mới củng cố cho đích điều trị THA của khuyến cáo THA VN 2015

Tài liệu tham khảo



- 1) Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí THA Hội Tim Mạch học Việt nam 2008.
- 2) Khuyến cáo xử trí THA của Hội THA Anh quốc (BSH), NICE 2013.
- 3) Khuyến cáo xử trí THA của Hội THA châu Âu (ESH) 2013.
- 4) Khuyến cáo thực hành lâm sàng xử trí THA trong cộng đồng của Hội THA Hoa Kỳ/ Hội THA Quốc Tế (AHS/ISH) 2014.
- 5) Khuyến cáo dựa trên bằng chứng về điều trị THA ở người lớn 2014 của những thành viên được chọn trong Ủy ban Liên Quốc gia (Hoa Kỳ) lần thứ 8 (JNC 8) .
- 6) Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí THA của Hội THA Canada (CHEP) 2015,2016.
- 7) Khuyến cáo của Hội Tăng huyết áp Korean 2014.
- 8) Khuyến cáo của Hội THA Malaysia 2012.
- 9) Khuyến cáo của Hội Tim mạch Đài loan 2010.
- 10) Báo cáo dịch tễ học THA của Việt nam 2011.
- 11) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y Tế Việt nam 2009
- 12) Biên bản Hội nghị đồng thuận các chuyên gia tại TP Hồ chí Minh 15/4/2014.
- 13) Khuyến cáo ACC/AHA/ASH điều trị THA có bệnh mạch vành 5/2015
- 14) Khuyến cáo AHA/ASA Xuất huyết não 9/2015
- 15) Paul KN et al Thử nghiệm SPRINT N Engl J Med 11/2015
- 16) Eva ML et al Thử nghiệm HOPE 3 NEJM April 2 , 2016