

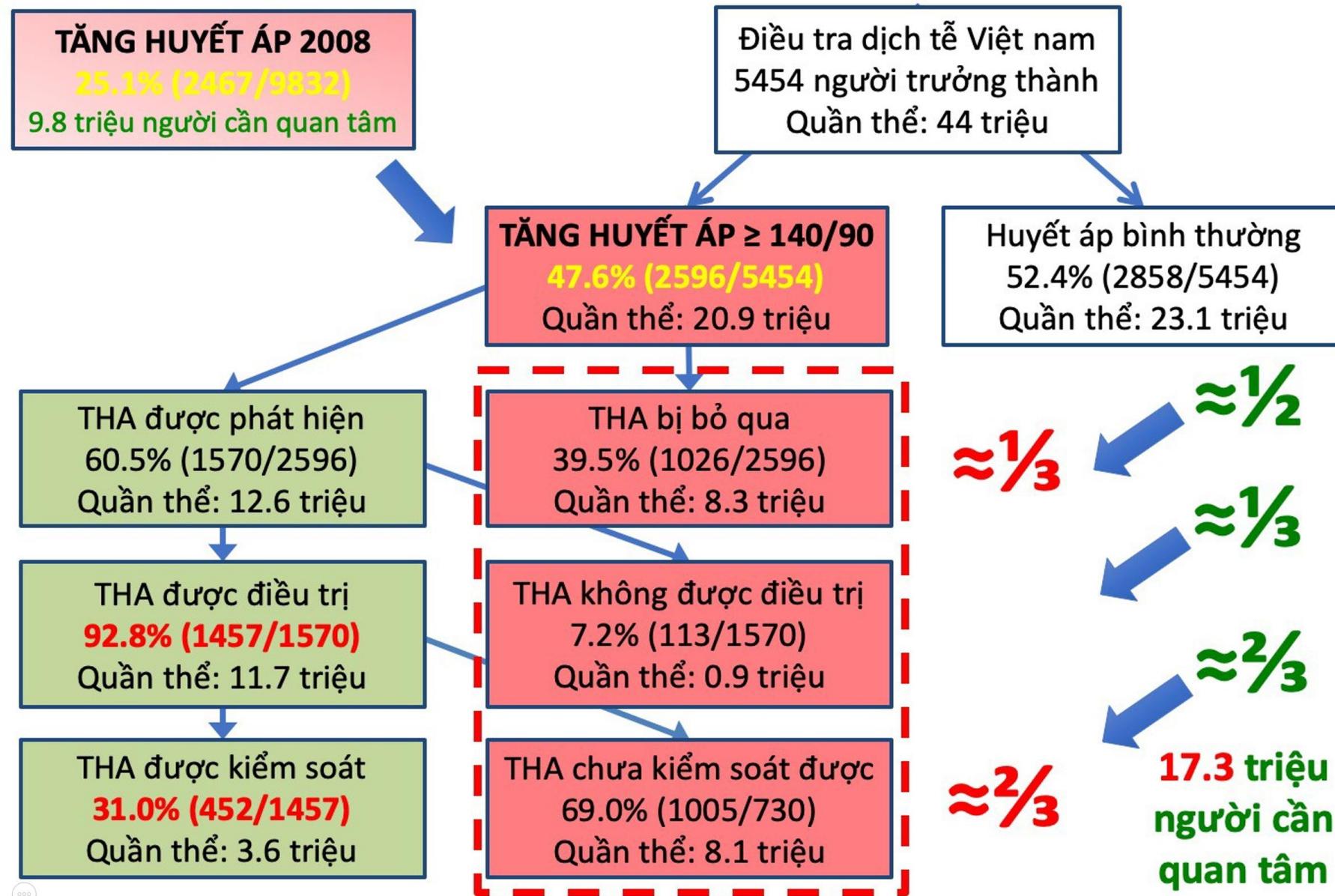
CHÚNG TA BIẾT GIÈ PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT CHO BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

PGS TS Hồ Thương Dũng, FACC, FSCAI

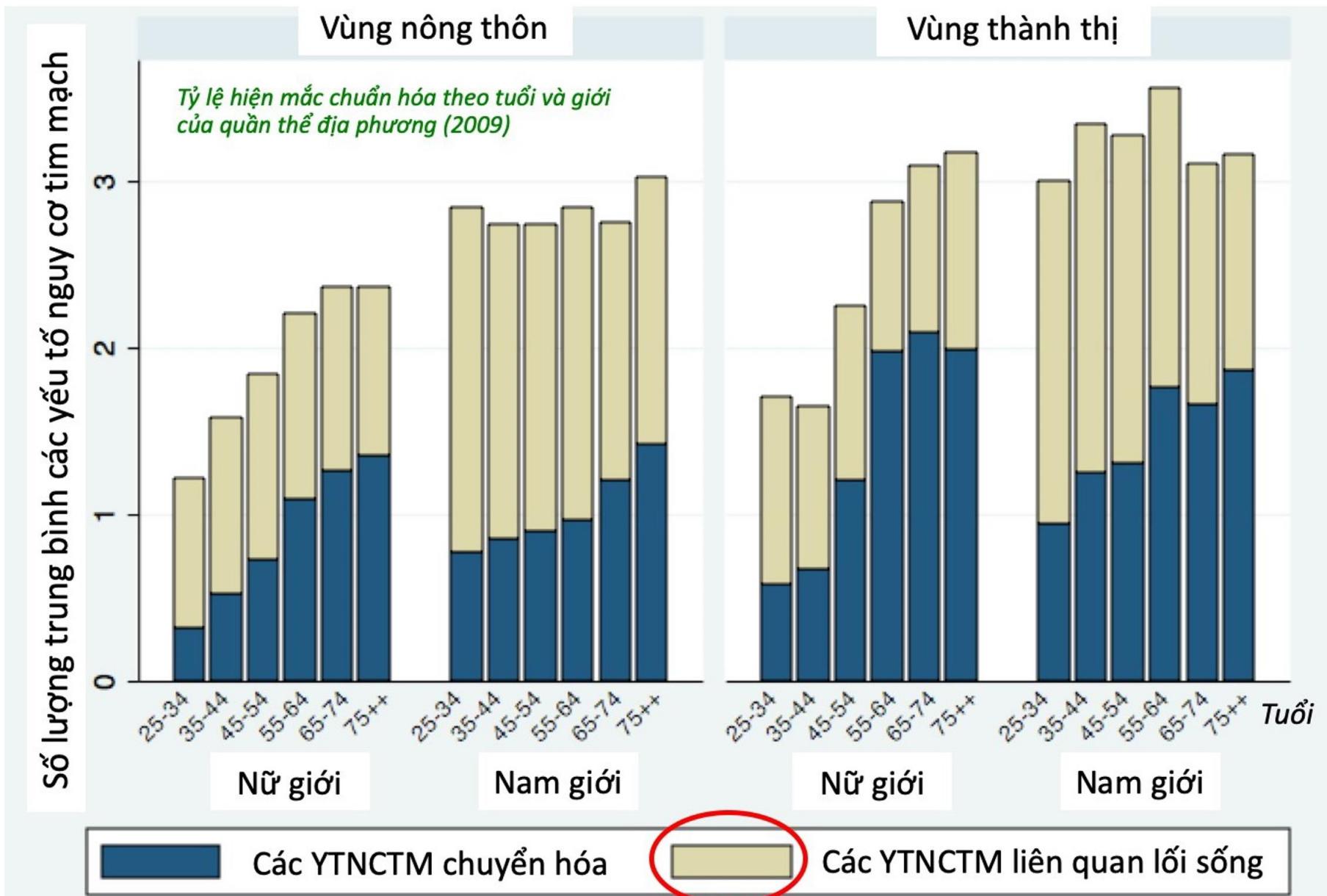
PGĐ BV Thống Nhất, TPHCM

PCT Hội Tim mạch Can thiệp Việt Nam

Tăng huyết áp tại Việt Nam 2015



Tăng huyết áp không đi một mình!



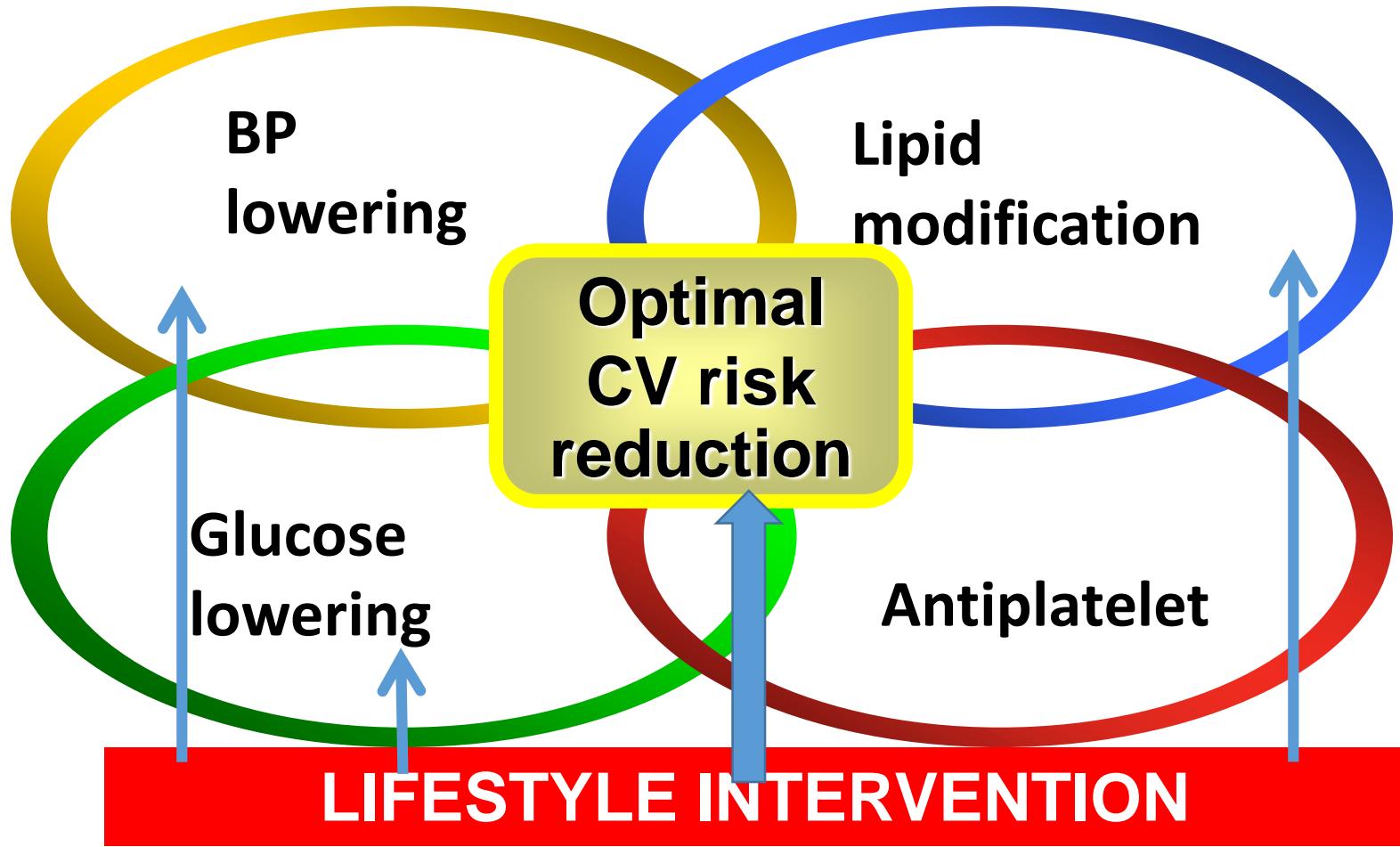


PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT TĂNG HUYẾT ÁP CHO BỆNH TIM MẠCH (CVD/ASCVD)

2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary

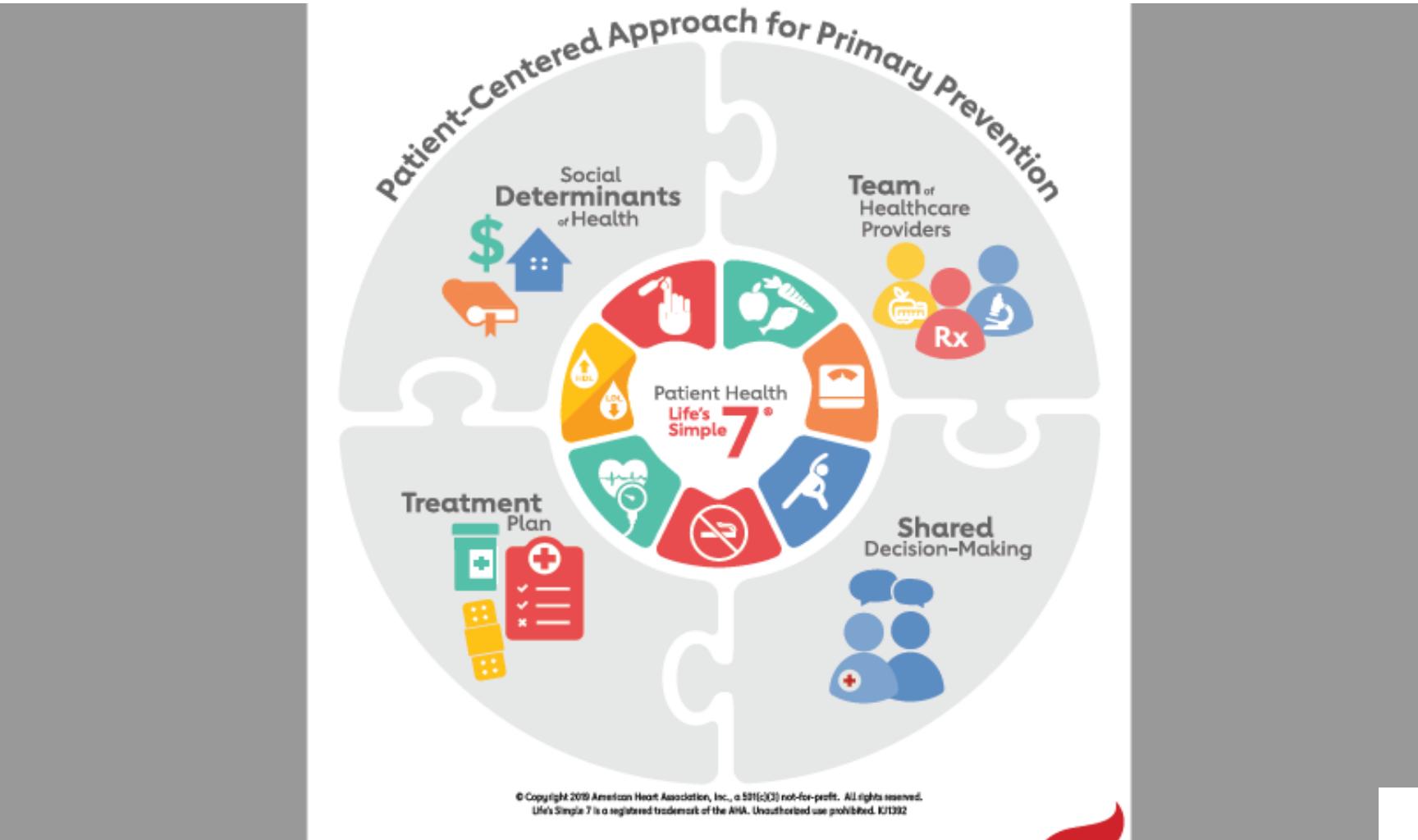
Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Geriatric Society, the American Society of Preventive Cardiology, and the Preventive Cardiovascular Nurses Association

Mục tiêu dự phòng tối ưu bệnh lý Tim mạch



Lấy bệnh nhân làm trung tâm

PGS TS Hồ Thượng Dũng, TPHCM



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY

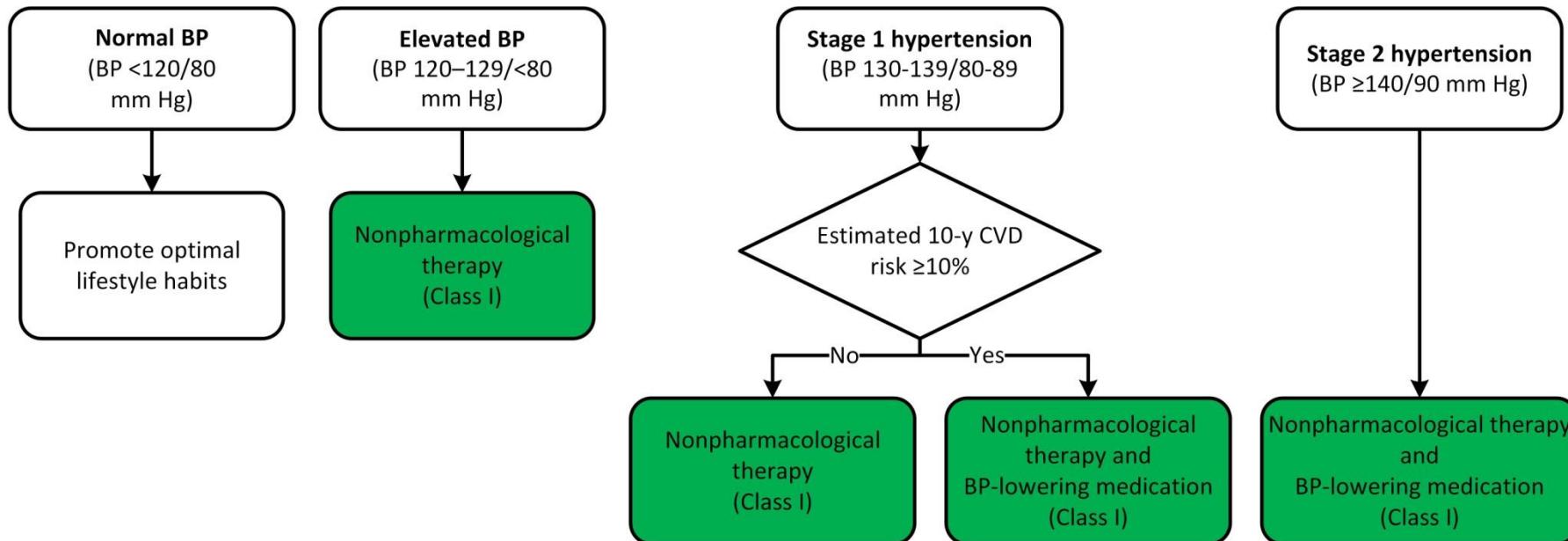


Khuyến cáo bệnh nhân THA hoặc HA cao

Recommendations for Adults with High Blood Pressure or Hypertension

COR		LOE		Recommendations for Adults with High Blood Pressure or Hypertension												
PGS TS Hồ Thượng Dũng, TPHCM	A			Recommendations for Adults with High Blood Pressure or Hypertension												
		COR	LOE	SBP: A		COR		LOE		SBP: B-R ^{SR}		COR		LOE		Recommendations
				I		I		SBP: B-R ^{SR}		DBP: C-EO		I		SBP: B-R ^{SR}		5. In adults with T2DM and hypertension, antihypertensive drug treatment should be initiated at a BP of 130/80 mm Hg or higher, with a treatment goal of less than 130/80 mm Hg.
				DBP: C-EO		I		DBP: C-EO		SBP: B-R ^{SR}		I		DBP: C-EO		6. In adults with an estimated 10-year ASCVD risk <10% and an SBP of 140 mm Hg or higher or a DBP of 90 mm Hg or higher, initiation and use of BP-lowering medication are recommended.
		• limited														

Ngưỡng HA và khuyến cáo điều trị



BP indicates blood pressure; and CVD, cardiovascular disease.

2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of CVD

Một số điểm chính:

1. Thay đổi lối sống, lưu ý chế độ ăn uống. Lưu ý việc tập luyện, thời gian \geq 150 phút / tuần đối với gắng sức vừa, \geq 75 phút / tuần đối với gắng sức nặng.
2. Lưu ý vai trò tập thể chuyên khoa trong dự phòng bệnh lý tim mạch.
3. Đối tượng từ 40-75 tuổi áp dụng thang điểm ASCVD trong đánh giá nguy cơ tim mạch, chỉ định điều trị. Lưu ý kết hợp thêm các YTNC mới như chỉ số canxi hóa.
4. Điều trị ĐTD dự phòng tim mạch khởi đầu là metformine, lưu ý sử dụng nhóm SGLT2 inhibitor hoặc đồng vận thụ thể GLP1.

2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of CVD

Một số điểm chính:

6. Aspirin không còn sử dụng thường xuyên trong dự phòng đặc biệt đối với đối tượng nguy cơ thấp.
7. Statin là thuốc đầu tiên trong điều trị dự phòng bệnh tim mạch do vừa xơ đặc biệt khi LDL-C ≥ 190 mg/dL, ĐTD, tuổi 40 đến 75 và nguy cơ tim mạch phù hợp.
8. Đích điều trị THA là $< 130/80$ mmHg.



Biểu Đồ Chuỗi Đánh Giá Chẩn Đoán Điều Trị THA



Biểu Đồ Chuỗi Đánh Giá Chẩn Đoán Theo Dõi Điều Trị THA

Đo HA Phòng Khám Chính Xác

Phát hiện THA áo choàng trắng hoặc THA ẩn giấu bằng HALT/HATN



Đánh giá THA thứ phát

Xác định tổn thương cơ quan đích

Giới thiệu can thiệp thay đổi lối sống

Xác định và trao đổi các mục tiêu điều trị

Ước tính Nguy Cơ Tim Mạch theo bảng Phân Tầng Nguy Cơ hoặc theo các Thang Điểm Nguy Cơ, TTCQ, Bệnh Đồng Mắc để xác định ngưỡng HA và đích HA cần điều trị thuốc

Sắp xếp các phương thức điều trị cùng các bệnh đồng mắc

Xem xét tuổi, giới, chủng tộc, bệnh cảnh đặc biệt để dùng thuốc thích hợp

Liệu pháp dùng thuốc ban đầu

Bảo đảm theo dõi thích đáng

Chế độ chăm sóc theo dõi với đội chuyên trách điều trị THA

Liên lạc bệnh nhân và nhà lâm sàng qua dịch vụ y tế điện tử (điện thoại, mạng viễn thông)

Phát hiện và chuyển đổi chế độ điều trị khi không tuân thủ

Phát hiện THA áo choàng trắng hoặc THA ẩn giấu không kiểm soát

Sử dụng công nghệ thông tin y tế để theo dõi từ xa và tự theo dõi HA



Tóm Tắt Ngưỡng HA và Đích HA Cần Điều Trị Thuốc Đối Với Bệnh Nhân THA Chung Và Theo Các Tình Huống Lâm Sàng



Tình Huống Lâm Sàng	Ngưỡng HA, mmHg	Đích HATT, mm Hg	Đích HATTr mmHg
Chung			
Huyết áp bình thường cao có bệnh tim mạch đặc biệt bệnh mạch vành với nhóm nguy cơ rất cao	≥130/85	120-<130	80-70
THA nguy cơ trung bình, cao và rất cao, tổn thương nhiều cơ quan đích, hoặc có BTMDXV	≥140/90	120-<130	80-70
THA nguy cơ thấp, không có BTMDXV	≥140/90	120-<140	80-70
THA người cao tuổi ($\geq 65-79$ và ≥ 80 tuổi) còn khỏe, dung nạp thuốc, có người theo dõi	≥140/90, nếu $\geq 80t \geq 160/90$	130-<140	80-70
Tình huống lâm sàng đặc biệt			
Đái Tháo Đường	≥140/90	120-<130	80-70
Bệnh Thận mạn*	≥140/90	<140-130	80-70
Suy Tim*	≥140/90	<130	80-70
Bệnh Mạch Vành**	≥140/90	120-<130	80-70
Dự phòng đột quỵ tái phát	≥140/90	120-<130	80-70
Bệnh Động Mạch Ngoại Vi	≥140/90	120-<130	80-70

BTMDXV: bệnh tim mạch do xơ vữa * ranh giới đích dưới tùy cá nhân hóa; **điều trị ở ngay mức HABT cao nguy cơ rất cao

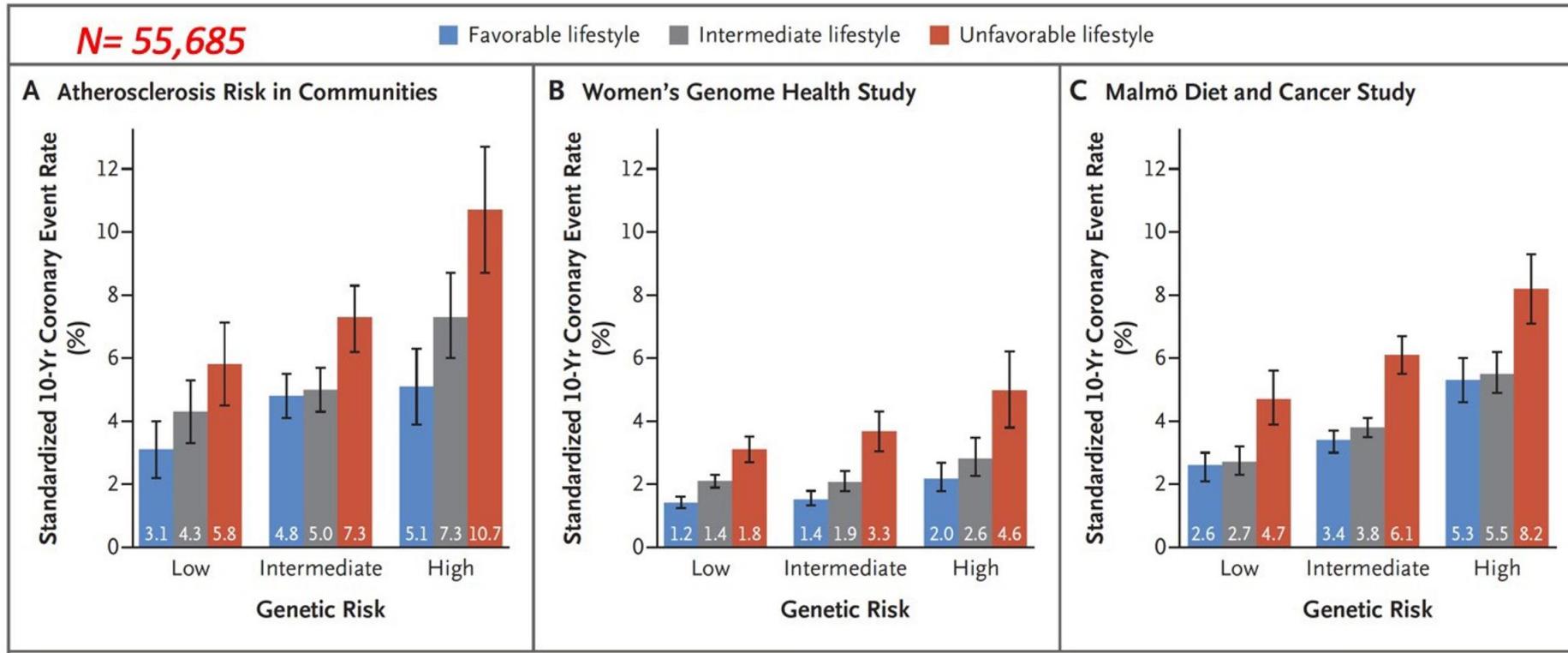
- Để có một sức khỏe tốt ổn định cần phải sàng lọc chẩn đoán toàn diện tất cả các yếu tố nguy cơ tim mạch chuyển hóa
- Cần có một chiến lược điều trị dự phòng toàn diện tiến trình chuỗi bệnh lý tim mạch và thận cùng lúc tích cực THAY ĐỔI LỐI SỐNG , KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP, LIPID MÁU, ĐƯỜNG MÁU và xem xét CHỐNG NGƯNG TẬP TIỂU CẦU ngay từ khi có nguy cơ ASCVD đến khi đã xảy ra các biến cố LS dựa trên các chứng cứ cập nhật mới, cũng như chú ý can thiệp nitroglycerin xịt ngay ở BMV ổn định khi có triệu chứng hoặc gắng sức.
- Cần xem xét chọn lựa phương thức điều trị phối hợp để có sự tuân thủ cao nhằm dự phòng hiệu quả.
- Cần có sự hợp tác chặt chẽ giữa thầy thuốc đa khoa, tim mạch, nội tiết, bệnh nhân, thân nhân và các tổ chức xã hội & nhà nước

PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT CHO TĂNG HUYẾT ÁP

Vai trò thay đổi lối sống
trong Phòng ngừa và Điều trị
Tăng Huyết Áp

Thay đổi lối sống rất quan trọng

Thay đổi 4 yếu tố: Không hút thuốc, không béo phì, vận động thường xuyên, chế độ ăn hợp lý

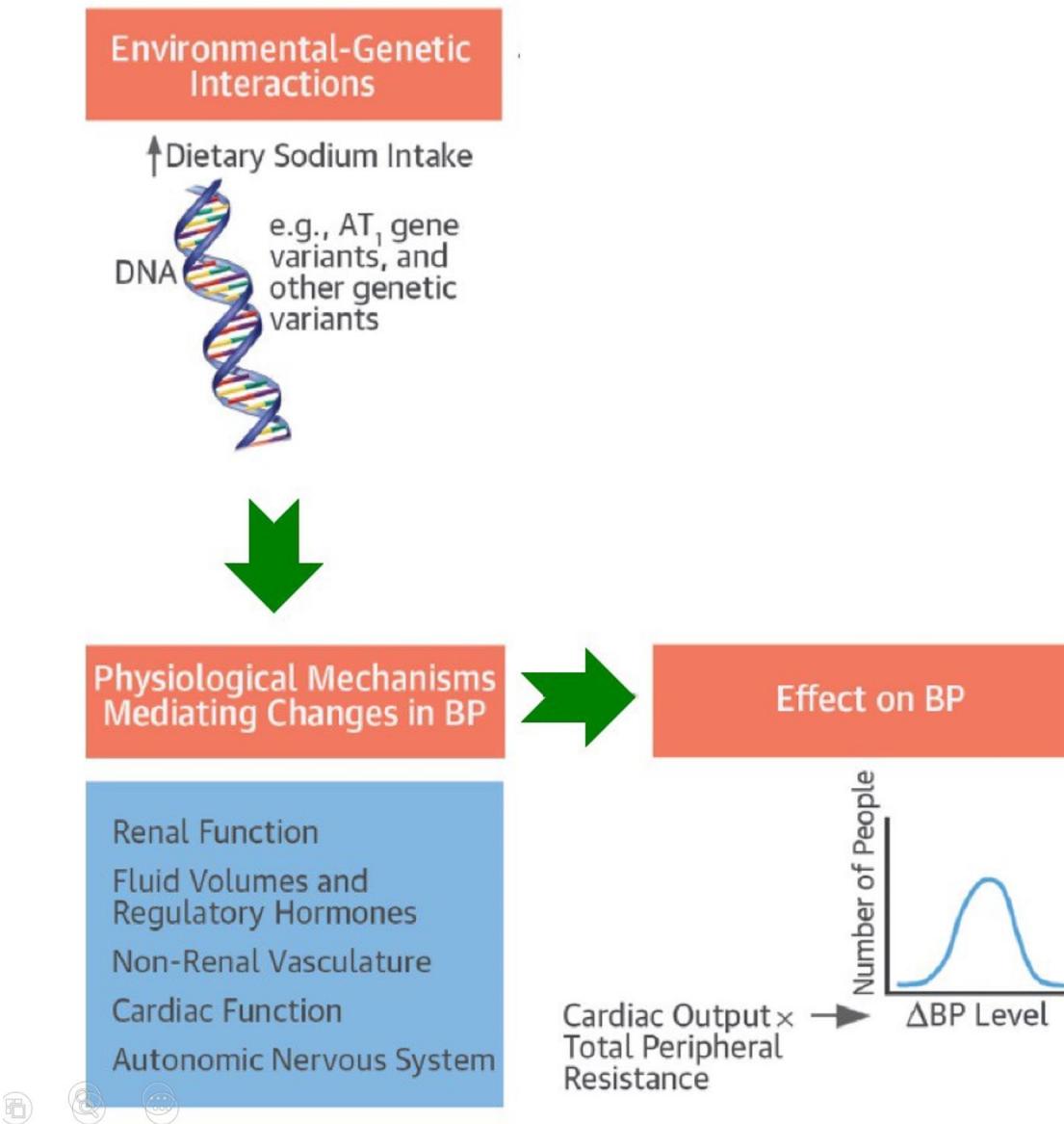


CONCLUSIONS

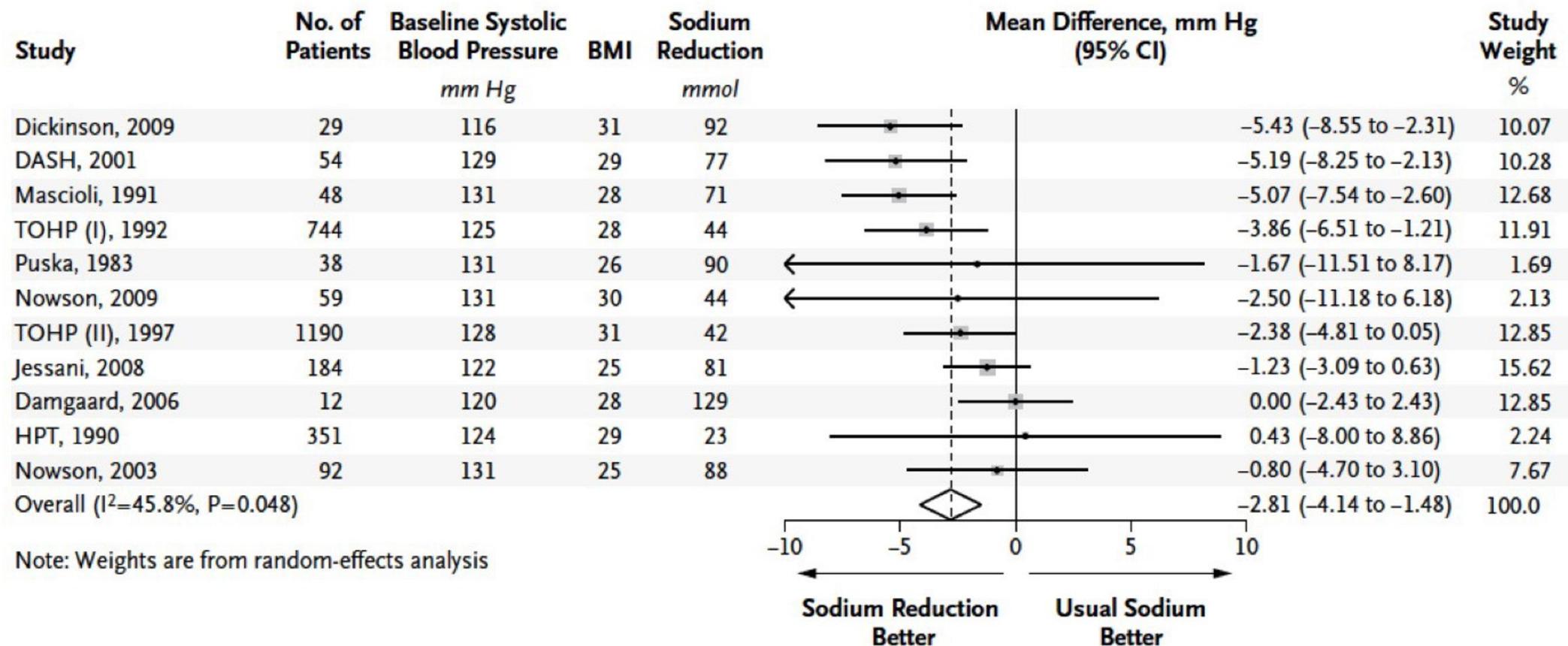
Across four studies involving 55,685 participants, genetic and lifestyle factors were independently associated with susceptibility to coronary artery disease. Among participants at high genetic risk, a favorable lifestyle was associated with a nearly 50% lower relative risk of coronary artery disease than was an unfavorable lifestyle.
(Funded by the National Institutes of Health and others.)



Tác động của Natri lên các cơ quan đích

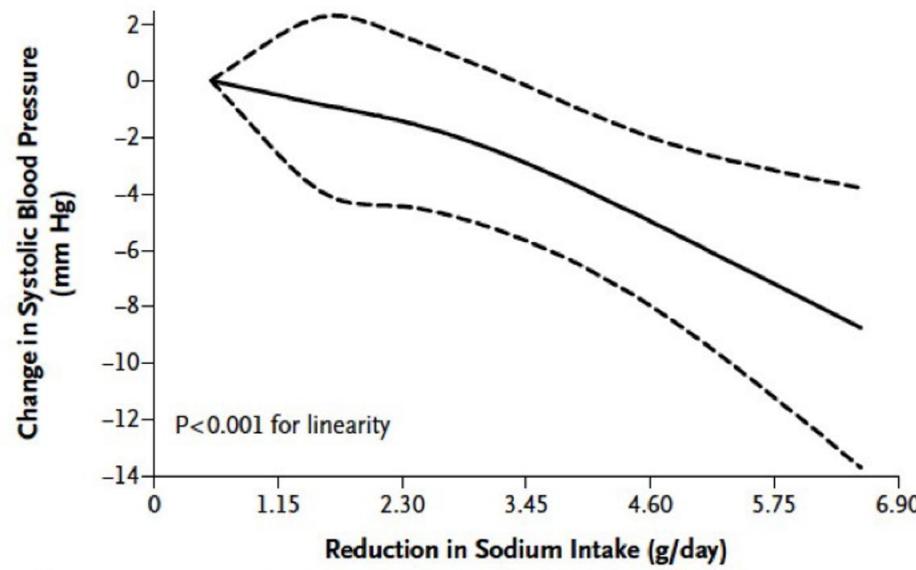


Tác dụng giảm tiêu thụ Natri lên HA ở người HA bình thường



Tác dụng giảm tiêu thụ Natri lên HA

- Số liệu từ 103 nghiên cứu, so sánh 107 biện pháp điều trị, trên 6970 người.
- Tiêu thụ natri tác động đến huyết áp **kiểu tuyến tính**: cứ giảm tiêu thụ 2.3 g (100mmol) natri/ngày sẽ giảm 3.8mmHg (95%CI: 3.1-4.6) huyết áp tâm thu.



Bổ sung Kali ảnh hưởng đến HA

Bổ sung Kali có tác dụng hạ HA ở người tiêu thụ nhiều Natri (ở cả người THA hay HA bình thường) trong khi tác dụng này không đáng kể nếu tiêu thụ Natri đã thấp dù ở người THA

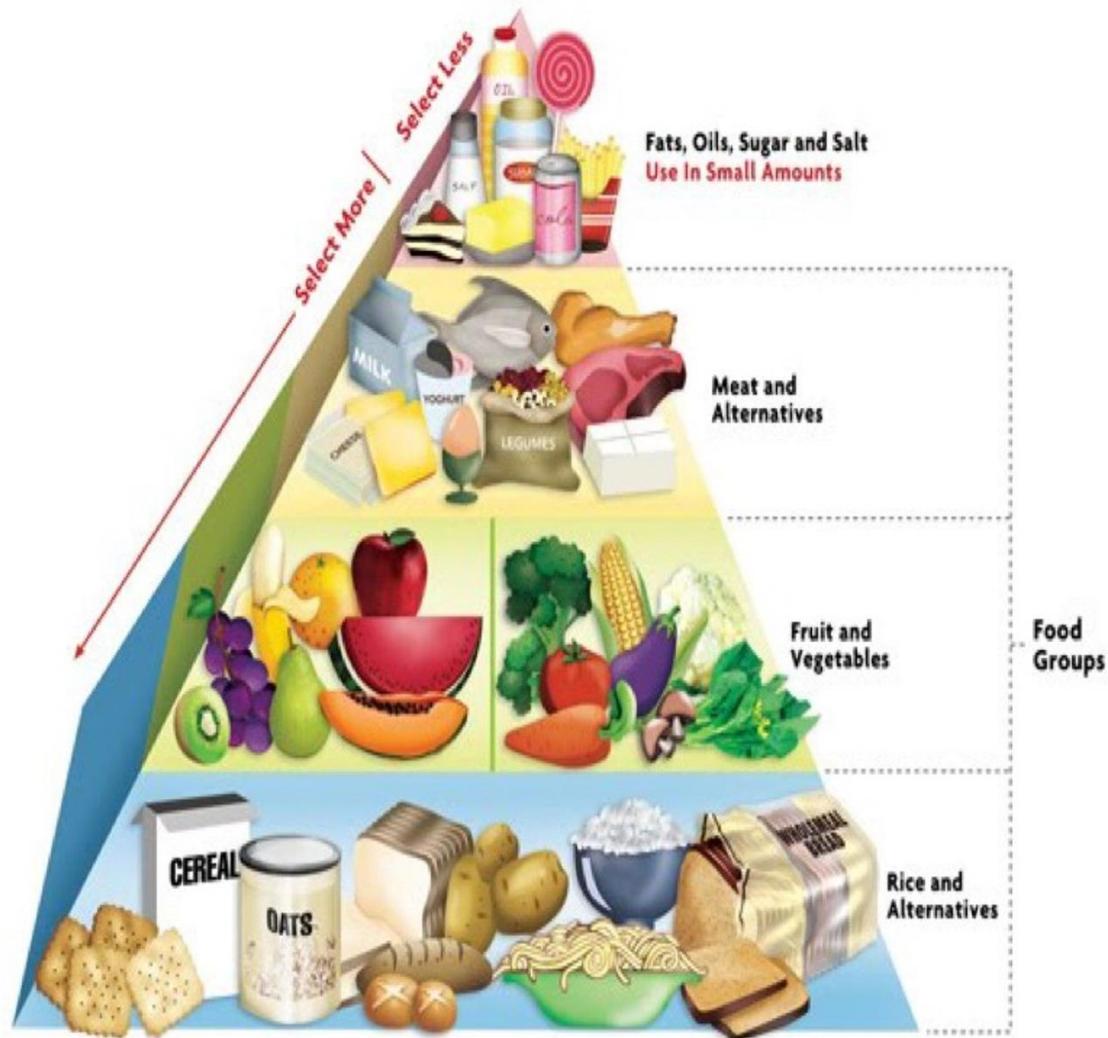
Table 1. Randomized Controlled Studies of Potassium Supplementation in Normotensive Subjects on Usual Diet

Study (subjects)	% African descent	Duration wk,	Basal K+ mmol/d	Urinary Na+/K+ ratio	Basal [K+]s mmol/L	K+ suppl mmol/d	Basal BP		Δ urinary		Δ BP	
							SBP Mm Hg	DBP	Na+ mmol/d	K+	SBP mm Hg	DBP
Skrabal et al, 1981 (n = 20) ⁴⁵	–	2	71	2.96	4.7	120	125	73	-55	44	-1.7	-4.5
Khaw and Thom, 1982 (n = 20) ⁴⁶	–	2	73	1.89	–	64	118	74	9	52	-1.1	-2.4
Zoccalli et al, 1985 (n = 10) ⁴⁷	–	0.7	58	3.14	3.9	100	117	71	13	81	-4.0	-2.0
Weissberg et al, 1985 (n = 10) ⁴⁸	–	1	83	4.0	3.8	96	123	61	9	95	-4.4	-0.1
Barden et al, 1986 (n = 44) ⁴⁹	–	4	50	2.62	–	80	118	71	5	68	-1.4	-1.4
Poulter and Sever, 1986 (n = 19) ⁵⁰	100	2	39	3.20	–	64	113	69	1	38	-1.2	2.0
Mullen and O'Connor, 1990 (n = 24) ⁵¹	8	2	77	1.99	4.2	75	117	69	-12	23	0	3.0
Barden et al, 1991 (n = 37) ⁵²	–	0.6	53	1.98	–	80	105	63	15	72	-1.7	-0.6
Whelton et al, 1995 (n = 353) ⁵³	14	24	59	2.59	–	60	122	81	6	42	-0.3	0.1
Brancati et al, 1996 (n = 87) ⁵⁴	100	3	47	3.12	–	80	125	78	20	70	-6.9	-2.5

Table 2. Randomized Controlled Studies of Potassium Supplementation in Untreated Hypertensive Subjects on Usual Diet

Study (subjects)	% African descent	Duration wk,	Basal K+ mmol/d	Urinary Na+/K+ ratio	Basal [K+]s mmol/L	K+ suppl mmol/d	Basal BP		Δ urinary		Δ BP	
							SBP Mm Hg	DBP	Na+ mmol/d	K+	SBP mm Hg	DBP
MacGregor et al, 1982 (n = 23) ⁵⁸	22	4	68	2.24	4.0	64	154	99	29	56	-7.0	-4.0
Richards et al, 1984 (n = 12) ⁵⁹	–	4–6	–	–	3.8	140	140–180	90–105	5	129	-1.9	-1.0
Zoccali et al, 1985 (n = 19) ⁴⁷	0	2	–	–	3.8	100	154	96	13	81	-1.0	-3.0
Chalmers et al, 1986 (n = 107) ⁶⁰	–	12	71	2.18	–	100	150	95	7	22	-3.9	3.1
Matlou et al, 1986 (n = 32) ⁶¹	100	6	62	2.77	3.8	65	154	105	35	62	-7.0	-3.0
Siani et al, 1987 (n = 37) ⁶²	–	15	60	3.17	4.4	48	145	92	6	30	-14.0	-10.5
Cushman and Langford, 1988 (n = 58) ⁶³	53	10	52	3.38	–	80	150	95	36	77	–	-0.1
Patki et al, 1990 (n = 37) ⁶⁴	–	8	62	3.16	3.6	60	155	100	-14	22	12.2	-13.1
Valdes et al, 1991 (n = 24) ⁶⁵	–	4	57	2.72	3.8	64	147	96	19	68	-6.3	-3.0
Fotherby and Potter, 1992 (n = 18) ⁶⁶	–	4	63	1.83	4.2	60	187	96	13	39	-10.0	-6.0
Smith et al, 1992 (n = 22) ⁶⁷	29	0.6	70	2.74	3.9	120	152	87	29	109	-4.3	-1.7

Chế độ ăn đa dạng và cân đối



Bảng màu sắc rau củ quả

- Tăng cường rau và quả: 500 gram/ngày.
- tươi và nhiều màu sắc: xanh thẫm, vàng, đỏ

GS. Eckel : "Rau củ càng có màu sắc sặc sỡ càng chứa nhiều chất chống oxy hoá hơn"



Lợi ích trên tim mạch của một số đồ ăn uống

An evidence-based review of the health benefits of controversial foods

Hiệu quả của giảm cân nặng lên số HA

Table 5 Effect of weight reduction and exercise on blood pressure

Sr. #	Investigator	Study design	Mean age	Population (n)	Intervention details	Duration	Gender ratio	Racial profile	Overall BP reduction (mmHg)
1	Seamus P. Whelton et al.	Meta-analysis of 54 randomized controlled trials	21 to 75 years	2419	(a) ≤ 120 min/week vs control (b) 121–150 min/week vs control (c) > 150 min/week vs control	03 weeks to 02 years Mix ratio in remaining 24 trials	> 80% men in 10 trials > 80% women in 17 trials Not reported	62% White 16% Asian 11% Black	(a) – 2.82 mmHg SBP – 2.19 mmHg DBP (b) – 4.67 mmHg SBP – 2.11 mmHg DBP (c) – 5.13 mmHg SBP – 2.78 mmHg DBP
2	Veronique A. Cornelissen et al.	Meta-analysis of 24 randomized controlled trials	53.6 ± 9.4	1012	(a) Dynamic resistance training a vs non-training control group (b) Isometric handgrip b vs non-training control group	06 to 52 weeks	Not reported	Not reported	(a) – 2.6 mmHg SBP – 3.1 mmHg DBP (b) – 11.8 mmHg SBP – 5.8 mmHg DBP
3	Linda S. Pescatello et al.	Meta-analysis of 23 clinical trials	43.9 ± 1.5	34 groups (22 hypertensive + 12 normotensive)	Dynamic exercise by hypertensive vs dynamic exercise by normotensive 39.3 ± 2.0 min per session	18.4 ± 3.4 weeks	Not reported	Predominantly Non-Hispanic White	– 3.6 mmHg SBP – 1.8 mmHg DBP
4	Kelley et al.	Meta-analysis of 12 randomized controlled trials	47.2 ± 20.9	320	Exercise group vs control group 38.0 ± 14.0 min per session	06 to 30 weeks	50 ± 42% male	Predominantly White	– 3.0 mmHg SBP – 3.0 mmHg DBP

Table 6 Combined effect of weight loss and Na⁺ restriction on blood pressure

Sr. #	Investigator	Study design	Population (n)	Mean age	Intervention details	Duration	Gender ratio	Racial profile	Overall BP reduction (mmHg)
1	Paul K. Whelton et al.	TONE Trial	975	66.3 ± 4.5	(a) Na ⁺ reduction alone group (b) Weight loss alone group (c) Combined Na ⁺ reduction and weight loss group (d) Usual care group	03 years	52% male	75% White 25% Black	(a) – 3.4 mmHg SBP – 1.9 mmHg DBP (b) – 4.0 mmHg SBP – 1.1 mmHg DBP (c) – 5.3 mmHg SBP – 3.4 mmHg DBP (d) – 0.8 mmHg SBP – 0.8 mmHg DBP
2	Paul K. Whelton et al.	TOHP-I Trial	2182	43 ± 6.5	(a) Weight loss group vs control group (b) Na ⁺ restriction group vs control group	18 months	70% male	82% White 18% Black	(a) – 2.9 mmHg SBP – 2.4 mmHg DBP (b) – 2.1 mmHg SBP – 1.2 mmHg DBP
3	Paul K. Whelton et al.	TOHP-II Trial	2382	43 ± 6.1	(a) Weight loss group vs control group (b) Na ⁺ restriction group (c) Combination of both vs control group	36 months	66% male	79% White 21% Black	(a) – 3.7 mmHg SBP – 2.7 mmHg DBP (b) – 2.9 mmHg SBP – 1.6 mmHg DBP (c) – 4.0 mmHg SBP – 2.8 mmHg DBP
4	Edgar R. Miller et al.	DEW-IT Trial	44	54 ± 9	(a) Lifestyle group (b) Control group	09 weeks	38% male	38% White 62% Black	(a) – 9.5 mmHg SBP – 5.3 mmHg DBP (b) – 1.1 mmHg SBP – 0.6 mmHg DBP
5	Lawrence J. Appel et al.	PREMIER Trial	810	50 ± 8.9	(a) Behavioral interventions only group (b) Behavioral interventions + DASH diet group (c) Advice only or control group	06 months	38% male	66% White 34% Black	(a) – 3.7 mmHg SBP – 1.7 mmHg DBP (b) – 4.3 mmHg SBP – 2.6 mmHg DBP (c) – 0.6 mmHg SBP – 0.9 mmHg DBP

Kiểm soát cân nặng ở người THA-Béo phì

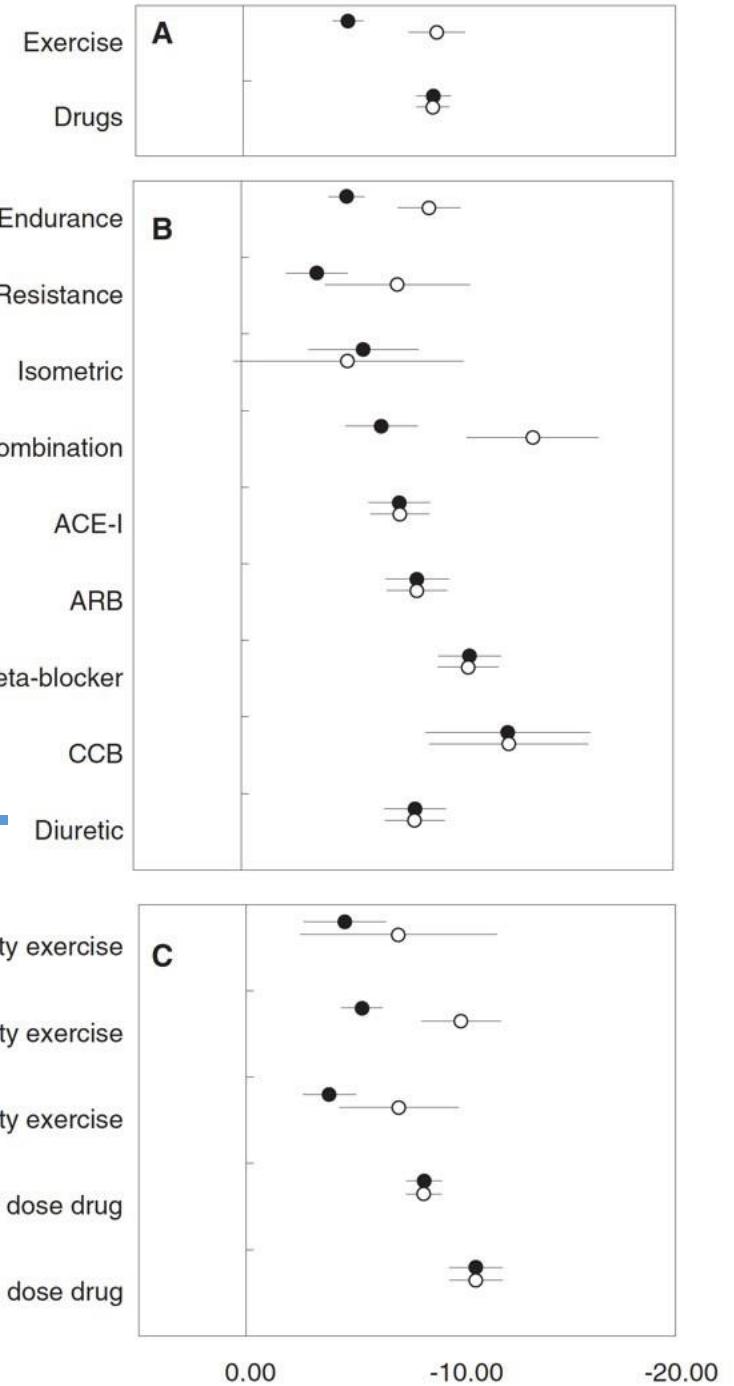
- *orlistat*,
- *carbonic anhydrase inhibitors (topiramate, zonisamide)*
- *GLP1a*
- *SGLT1i*

	Subjects (active/control)	Duration (months)	Daily dose (mg)	Weight, Δ (%)	Placebo-adjusted weight Δ (%)	SBP Δ (mm Hg)	Placebo-adjusted SBP Δ (mm Hg)	SBP Δ per 5% weight loss (mm Hg)
<i>Lifestyle</i>								
Neter <i>et al.</i> ¹³⁰	4874	6	NA		-5.8		-4.4	-3.8
DPP: intensive ¹⁵⁰	1079/1082	38	NA	-5.9	-5.8	-3.3	-2.7	-2.3
LOOK AHEAD ¹³⁶	2570/2575	48	NA	-4.7	-3.6	-4.6	-1.3	-1.8
<i>Restrictive surgery</i>								
Sjöström <i>et al.</i> ¹³⁷	156/627	120	NA	-13.2	-14.8	+2.1	-2.3	-0.8
O'Brien <i>et al.</i> ¹⁵¹	40/40	24	NA	-21.6	-16.1	-14.2	-4.8	-1.5
<i>Malabsorptive surgery</i>								
Hofso <i>et al.</i> ¹⁵²	76/63	12	NA	-30	-22.0	-14.0	-4.0	-0.9
Sjöström <i>et al.</i> ¹³⁷	34/627	120	NA	-25	-26.6	-4.7	-6.8	-1.3
<i>Sibutramine</i>								
SCOUT ¹³⁸	4906/4898	41	10	-1.8	-1.8		+1.4	+2.0
Erondu <i>et al.</i> ¹⁵³	100/101 ^a	6	10	-6.0	-4.2	+2.1	+2.0	+2.4
<i>Phentermine</i>								
OB301 ¹⁵⁴	326 ^a	6	15	-5.8	-4.3	-3.3	-1.7	-2.0
Kang <i>et al.</i> ¹⁵⁵	74	3	30	-9.3	-7.4	-1.0	+2.0	+1.3
<i>Diethylpropion</i>								
Cercato <i>et al.</i> ¹⁵⁶	37/32	6	12	-9.8	-6.6	-4.4	+2.7	+2.1
<i>Bupropion</i>								
Anderson <i>et al.</i> ¹⁵⁷	105/112	6	400	-10.1	-5.1	-1.7	+0.9	+0.9
<i>Orlistat</i>								
Sjöström <i>et al.</i> ¹⁵⁸	343/340	12	360	-10.2	-4.1	-2.0	-3.0	-3.7
XENDOS ¹⁵⁹	1640/1637	48	360	-5.3	-2.6	-4.9	-1.5	-2.9
Miles <i>et al.</i> ¹⁶⁰	250/254	12	360	-4.6	-2.9	-2.1	-1.7	-2.9
Erondu <i>et al.</i> ¹⁵³	99/101 ^a	6	360	-4.8	-3.4	-1.4	-1.5	-2.2
<i>GLP-1 agonists</i>								
Liraglutide: Astrup <i>et al.</i> ¹⁴²	95/98	5	3	-7.4	-4.5	-6.9	-3.1	-3.4
LEAD-6, liraglutide ¹⁶¹	233	6	1.8	-3.5		-2.5		-3.6
LEAD-6, exenatide ¹⁶¹	231	6	0.02	-3.1		-2.0		-3.2
<i>Topiramate</i>								
Bray <i>et al.</i> ¹⁶²	50/48	6	192	-8.2	-4.6	-8.4	-6.7	-7.3*
Wilding <i>et al.</i> ¹³³	215/215	12	192	-9.1	-7.4	-5.7	-6.1	-4.1
Tonstad <i>et al.</i> ¹⁶³	53/56	6	192	-6.5	-4.6	-9.7	-4.8	-5.2*
Stenlof <i>et al.</i> ¹⁶⁴	77/78	9	192	-9.1	-6.6	-7.6	-5.6	-4.2
Toplak <i>et al.</i> ¹⁴³	105/100	6	192	-6.5	-4.8	-4.4	-4.0	-4.2
<i>Zonisamide</i>								
Gadde <i>et al.</i> ¹⁶⁵	20/17	8	427	-9.4	-7.6	-6.8	-5.4	-3.6
<i>Pramlintide</i>								
Aronne <i>et al.</i> ¹⁴⁷	36/25	6	360	-3.7	-1.5	-4.5	-1.0	-3.3
<i>Lorcaserin</i>								
Smith RS <i>et al.</i> ¹³¹	1538/1499	12	20	-5.8	-3.7	-1.4	-0.6	-0.8
<i>Metformin</i>								
DPP: metformin ¹⁵⁰	1073/1082	38	1700	-2.2	-2.1	-0.3	+0.3	+0.7
<i>Top+Phen</i>								
Gadde <i>et al.</i> ¹³⁴	981/979	12	92/15	-9.9	-8.5	-5.6	-3.2	-1.9
<i>Bup+Nal</i>								
Greenway <i>et al.</i> ¹³⁵	581/583	12	360/32	-6.1	-4.8	-0.1	+1.8	+1.9

Hiệu quả của hoạt động thể lực lên HA

Table 2 Fg) achieved when comparing different types of exercise versus classes of drugs

	ACE-I	ARB	β -blocker	CCB	Diuretic
Endurance	1.35 (-0.64 to 3.31)	0.55 (-1.45 to 2.55)	-1.81 (-3.82 to 0.186)	-3.70 (-7.64 to 0.27)	0.66 (-1.33 to 2.66)
Resistance	-0.11 (-3.73 to 3.50)	-0.90 (-4.52 to 2.71)	-3.27 (-6.91 to 0.33)	-5.15 (-10.16 to -0.20)	-0.78 (-4.41 to 2.83)
Isometric	-2.42 (-7.89 to 3.08)	-3.21 (-8.70 to 2.31)	-5.59 (-11.04 to -0.05)	-7.48 (-13.91 to -0.96)	-3.11 (-8.55 to 2.441)
Combination*	6.16 (2.81 to 9.48)	5.37 (2.03 to 8.70)	3.00 (-0.38 to 6.32)	1.11 (-3.66 to 5.86)	5.48 (2.13 to 8.82)
ACE-I	-	-0.78 (-2.60 to 1.02)	-3.16 (-5.12 to -1.21)	-5.04 (-8.98 to -1.13)	-0.67 (-2.50 to 1.14)
ARB	-0.81 (-2.72 to 1.07)	-	-2.37 (-4.34 to -0.41)	-4.25 (-8.18 to -0.33)	0.11 (-1.68 to 1.89)
β -blocker	-3.24 (-5.27 to -1.24)	-2.43 (-4.50 to -0.36)	-	-1.88 (-5.84 to 2.06)	2.48 (0.54 to 4.45)
CCB	-5.01 (-9.09 to -0.97)	-4.20 (-8.30 to -0.10)	-1.75 (-5.79 to 2.31)	-	4.36 (0.44 to 8.29)
Diuretic	-0.72 (-2.60 to 1.16)	0.09 (-1.77 to 1.92)	2.52 (0.50 to 4.54)	4.29 (0.27 to 8.32)	-
	Endurance	Resistance	Isometric	Combination*	
Endurance	-	1.46 (-2.05 to 4.99)	3.77 (-1.73 to 9.21)	-4.81 (-7.99 to -1.61)	
Resistance	1.37 (-0.15 to 2.92)	-	2.32 (-4.02 to 8.61)	-6.26 (-10.67 to -1.90)	
Isometric	-0.76 (-3.40 to 1.86)	-2.15 (-5.04 to 0.75)	-	-8.58 (-14.68 to -2.45)	
Combination*	-1.61 (-3.34 to 0.12)	-2.98 (-5.04 to -0.93)	-0.84 (-3.85 to 2.13)	-	
ACE-I	-2.45 (-4.07 to -0.82)	-3.83 (-5.83 to -1.83)	-1.67 (-4.57 to 1.20)	-0.83 (-3.03 to 1.35)	
ARB	-3.26 (-4.96 to -1.60)	-4.64 (-6.65 to -2.61)	-2.49 (-5.42 to 0.43)	-1.64 (-3.89 to 0.57)	
β -blocker	-5.70 (-7.36 to -4.04)	-7.07 (-9.11 to -5.08)	-4.93 (-7.83 to -2.01)	-4.09 (-6.28 to -1.88)	
CCB	-7.46 (-11.36 to -3.57)	-8.85 (-12.90 to -4.80)	-6.70 (-11.26 to -2.10)	-5.85 (-10.05 to -1.73)	
Diuretic	-3.17 (-4.81 to -1.53)	-4.55 (-6.56 to -2.57)	-2.40 (-5.31 to 0.49)	-1.56 (-3.78 to 0.64)	



Hiệu quả của giảm uống rượu lên HA

Table 4 Effect of minimizing alcohol intake on blood pressure

Sr. #	Investigator	Study design	Population (n)	Mean age	Intervention details	Alcohol consumption detail	Duration	Gender ratio	Racial profile	Overall change in BP (mmHg)
1	Xui Xin Jiang He et al.	Meta-analysis of 15 randomized controlled trials	2234	43 ± 8.5	Meta-analysis to evaluate the effect of minimizing alcohol intake on systolic and diastolic blood pressure	Overall 66% reduction	01 to 104 weeks	97% male	Not reported	-3.31 mmHg SBP -2.04 mmHg DBP
2	Tetsuya Ohira et al.	Randomized controlled trials	539	50 ± 7.8	(a) Light drinkers vs non-drinkers (b) Moderate drinkers vs non-drinkers (c) Heavy drinkers vs non-drinkers	(a) ≤22 g/day (b) 23-45 g/day (c) ≥46 g/day	24 h	100% male	Japanese	(a) +2.1 mmHg SBP +1.7 mmHg DBP (b) +3.0 mmHg SBP +2.9 mmHg DBP (c) +2.3 mmHg SBP +2.0 mmHg DBP
3	Jerom L. Abramson et al.	An observational study	157	43. ± 7.8	On normotensive individuals (a) 0 drinks per week (b) 1-2 drinks per week (c) ≥ 3 drinks per week	N/A	24 h	34% male	61% White 27% Black 12% others	24 h average BP (a) 112.2 mmHg SBP 71.3 mmHg DBP (b) 115.2 mmHg SBP 72.6 mmHg DBP (c) 116.6 mmHg SBP 74.6 mmHg DBP
4	Michael Roerecke et al.	Meta-analysis of 36 clinical trials	2865	49.5 ± 10	Meta-analysis to evaluate the effect of reducing alcohol intake from 06 to 03 drinks/day on both systolic and diastolic blood pressure	Overall 50% Reduction	01 week to 02 years	86% male	Not reported	-5.50 mmHg SBP -3.97 mmHg DBP
5	Peter D. Arkwright et al.	Randomized controlled trial	491	31 ± 6.7	(a) ≥ 350 ml/week vs non-drinkers (b) 161-350 ml/week vs non-drinkers (c) 1-160 ml/week vs non-drinkers	N/A	05 months	100% male	82% White 06% Black 12%	(a) +5.8 mmHg SBP +2.9 mmHg DBP (b) +4.5 mmHg SBP +2.2 mmHg DBP (c) +3.7 mmHg SBP +5.2 mmHg DBP



Thay đổi lối sống- Biện pháp đơn giản nhưng lợi ích lớn

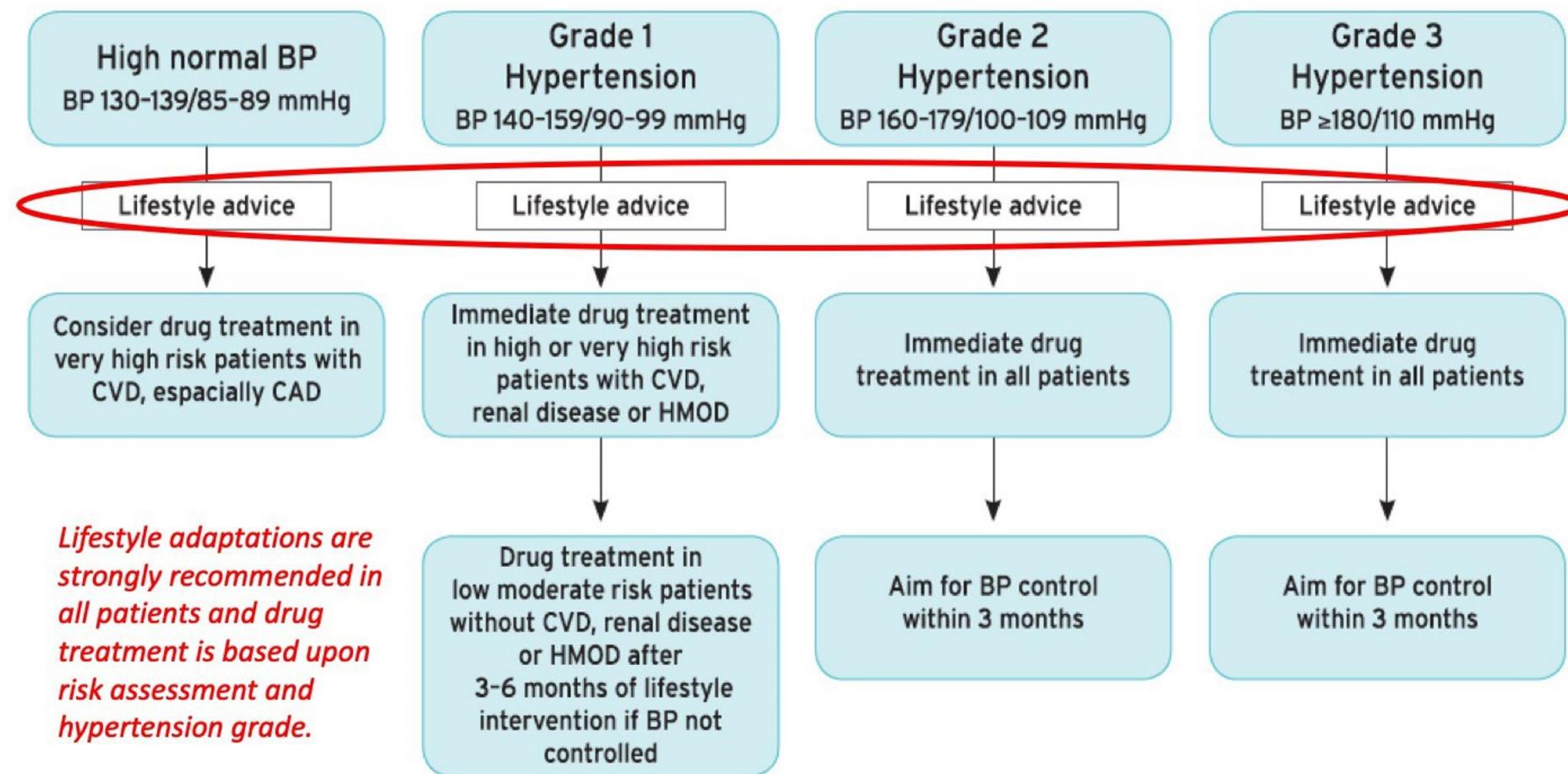
Việc bạn có thể làm

Mức độ cần đạt

**Mức giảm ước chừng
với Huyết áp tâm thu**

Thay đổi lối sống áp dụng cho mọi giai đoạn THA

2018 guidelines recommend a more aggressive drug-therapy regimen than the previous guidelines, particularly in the elderly where the biological rather than the chronological age should be considered. The treatment strategy should also take into account fitness, drug tolerance, and total CV risk...



Khuyến cáo của Hội Tim Mạch Việt Nam 2018 về Can Thiệp Không Thuốc cho bệnh nhân THA

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Giam cân được khuyến cáo cho HA bình thường cao (tiền THA) và THA cho những người có thừa cân hoặc béo phì, duy trì BMI 20-25kg/m ² , vòng eo <90cm ở nam và <80cm ở nữ	I	A
Tiết thực chế độ ăn có lợi cho tim như tiết thực DASH (chế độ ăn Địa Trung Hải) để có một cân nặng mong muốn đối với THA và Tiền THA	I	A
Hạn chế ăn mặn đối với THA và Tiền THA <5g muối/ngày	I	A
Bổ sung kali ưu tiên ăn giàu chất kali cho THA và tiền THA ngoại trừ có bệnh thận mạn hay tăng kali máu hay dùng thuốc giữ kali máu	I	A
Tăng cường hoạt động thể lực với một chương trình hợp lý (30p /ngày)	I	A
Người bệnh THA và tiền THA mà có thói quen uống rượu bia được khuyến khích dùng rượu bia theo tiêu chuẩn không quá 2 đơn vị/ ngày ở nam và 1 đơn vị/ ngày ở nữ*	I	A
Ngừng hút thuốc lá và tránh nhiễm độc khói thuốc	I	A

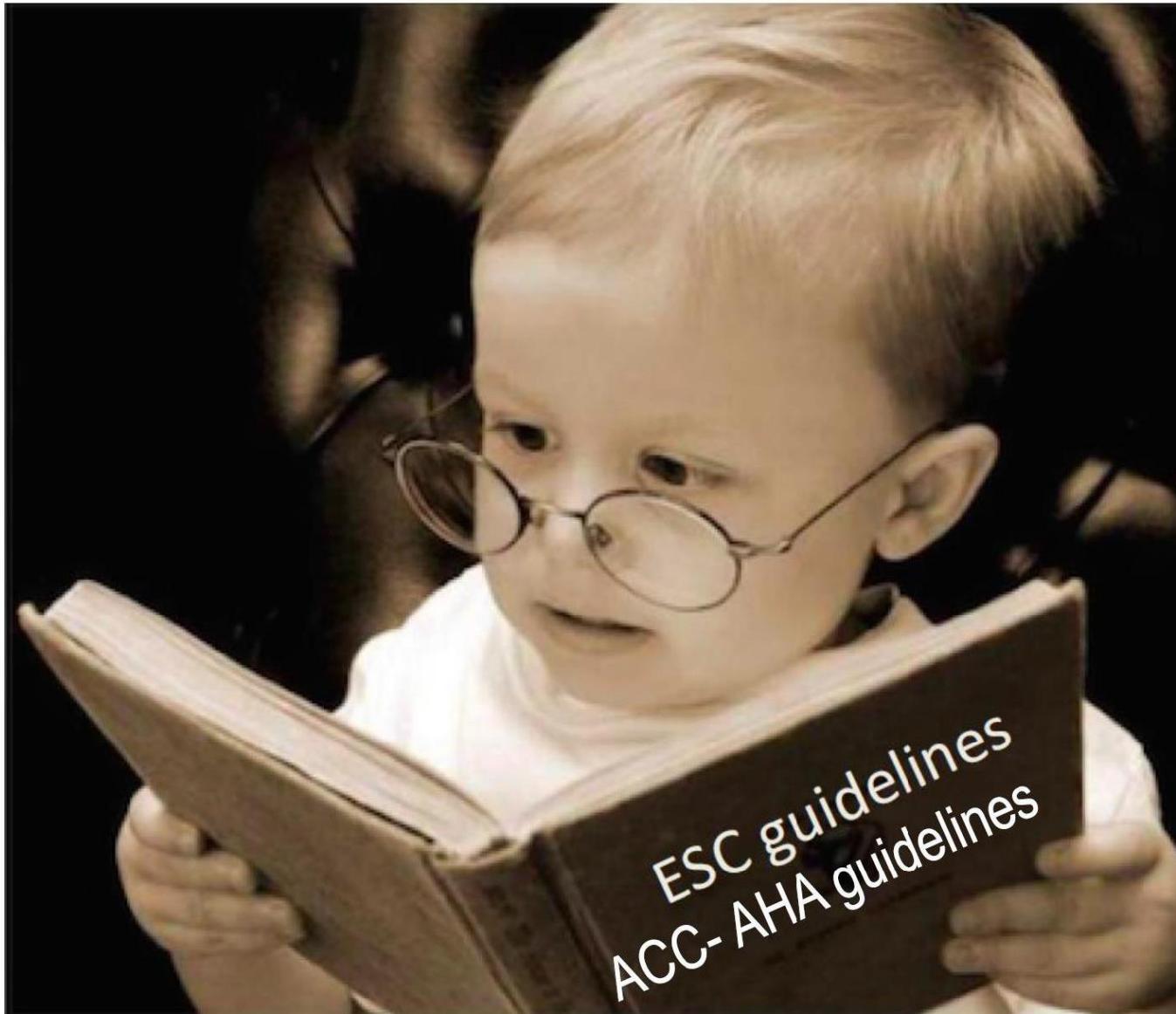
* Một đơn vị cồn chứa 14g nồng độ cồn tinh khiết tương đương 354 ml bia (5% cồn) ngày hoặc 150ml rượu vang (12% cồn) hoặc 45ml rượu mạnh (40% cồn)

Tóm tắt thay đổi lối sống để phòng chống THA

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
- Giảm mặn: < 100mmol Na hay < 6gam (1 thìa cà phê) muối mỗi ngày
- Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi, nhiều xơ, protein thực vật
- Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no.
- Giảm cân nếu quá cân, duy trì cân lý tưởng BMI 18,5-23 kg/m².
- Duy trì vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm ở nữ.
- Hạn chế uống rượu, bia: < 3 cốc/ngày (nam) hoặc < 2 cốc/ngày (nữ) và tổng cộng < 14 cốc/tuần (nam) hoặc < 9 cốc/tuần (nữ). Cốc tiêu chuẩn: 340ml bia hoặc 140ml rượu vang, hoặc 40ml rượu nặng.
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
- Hoạt động thể lực, đều đặn 30-60 phút/ngày, 5-7 ngày/tuần.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh, stress; thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

Thank you for your attention!

A/Prof Ho Thuong Dung, HCMC, VN



PGS TS Hồ Thượng Dũng, TPHCM