



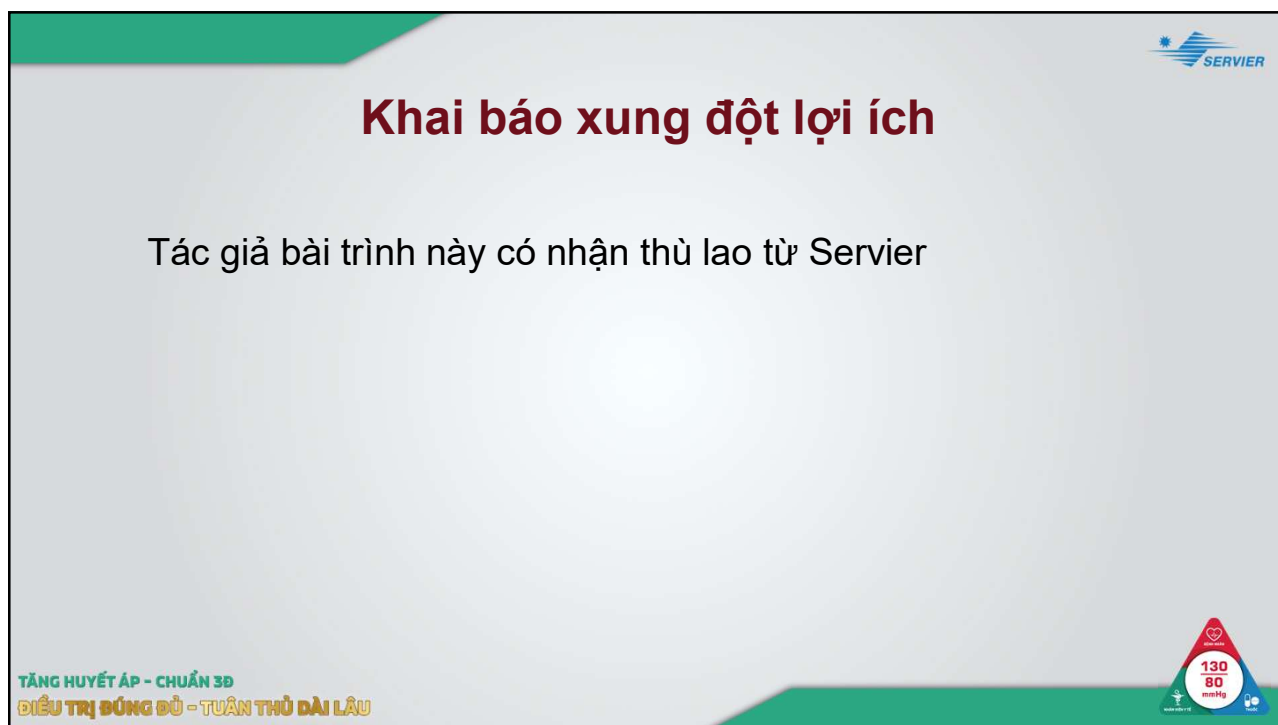
SERVIER

Các cập nhật quan trọng từ Hội nghị tăng huyết áp châu Âu ESH 2022

CHUẨN 3Đ
ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐÚNG TỌA
ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐỦ LIỀU
ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
ĐỀU
ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
CHUẨN 3Đ ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY
MỖI NGÀY
ĐÚNG TỌA ĐỦ LIỀU ĐỀU MỖI NGÀY

130/80 mmHg

PGS. TS. BS. Phạm Mạnh Hùng
Viện trưởng Viện Tim mạch Việt Nam



SERVIER

Khai báo xung đột lợi ích

Tác giả bài trình này có nhận thù lao từ Servier

TĂNG HUYẾT ÁP - CHUẨN 3Đ
ĐIỀU TRỊ ĐÚNG ĐỦ - TUẦN THỦ DÀI LÂU

130/80 mmHg



Một số điểm mới trong các thử nghiệm về THA 2021 - 2022

- Thực trạng bộ mặt THA trên toàn thế giới (báo cáo tại ESC 2021)
- Đích huyết áp thấp hơn? N/C tổng hợp BPLTTC và N/C STEP 2021
- Thay đổi lối sống đóng vai trò quan trọng trong điều trị THA
- Viên phối hợp (4 loại) cho sớm có hiệu quả
- THA nhẹ ở phụ nữ có thai
- Thuốc chữa huyết áp và nguy cơ ung thư
- ARNI trong điều trị THA kháng trị?
- Thuốc giảm đau (paracetamol) liên quan THA
- Vai trò của Triệt đốt giao cảm động mạch thận hiện nay

TĂNG HUYẾT ÁP - CHUẨN 3Đ
ĐIỀU TRỊ ĐÚNG ĐỦ - TUẦN THỦ DÀI LÂU



Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*

CÔNG BỐ TẠI ESC 2021

Tần suất lưu hành và tình hình điều trị Tăng huyết áp trên toàn cầu từ 1990 đến 2019

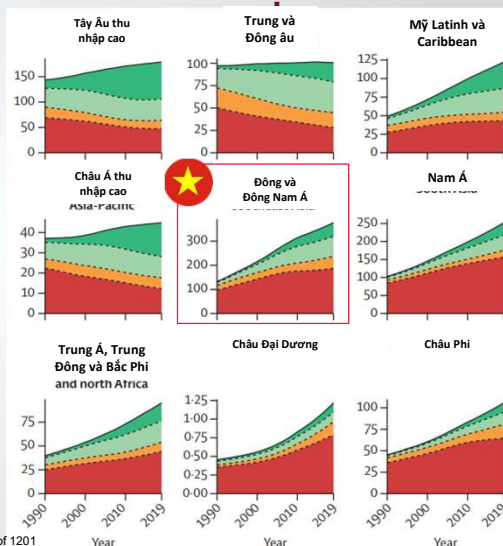
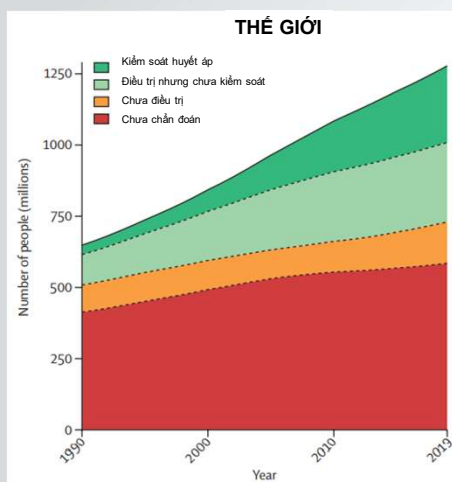
- Phân tích số liệu của 1201 nghiên cứu đại diện cho dân số từ 184 quốc gia (104 triệu người tuổi 30-79) từ 1990 – 2019
- Mục tiêu: Xác định tần suất lưu hành Tăng huyết áp, tỉ lệ phát hiện Tăng huyết áp, tỉ lệ có điều trị Tăng huyết áp và kiểm soát huyết áp.
- Định nghĩa THA: HA tâm thu > 140 mmHg và/hoặc tâm trương > 90 mmHg hoặc đang uống thuốc điều trị THA.

Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021; 398: 957–80.



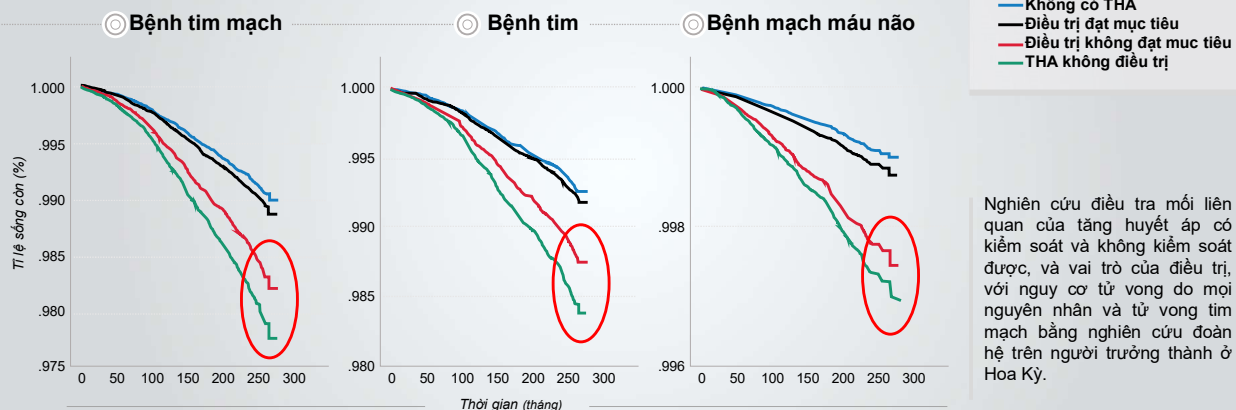
Thực trạng THA trên thế giới?

VẪN CÒN 1 LƯỢNG LỚN BỆNH NHÂN CHƯA ĐƯỢC KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP DÙ ĐÃ ĐIỀU TRỊ HAY CHƯA ĐIỀU TRỊ !



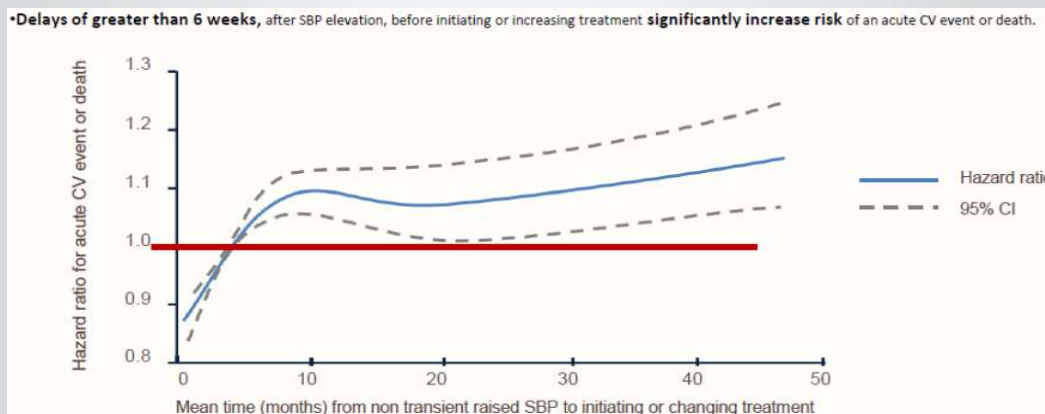
Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021; 398: 957–80

TỈ LỆ GẤP BIẾN CỐ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ CHƯA KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP VÀ KHÔNG ĐIỀU TRỊ LÀ GẦN NHƯ NHAU !



Zhou D et al. *Scientific Report*. 2018;8:9418.

CHẬM KIỂM SOÁT HA DẪN ĐẾN TĂNG NGUY CƠ TIM MẠCH



Outcome risk increased progressively from the lowest (0–1.4 months) to the highest fifth of time to medication intensification (hazard ratio 1.12, 1.05 to 1.20; P = 0.009 for intensification between 1.4 and 4.7 months after detection of elevated blood pressure)

Xu W et al. *BMJ*. 2015;350:h158



Đích hạ huyết áp bao nhiêu là tối ưu?

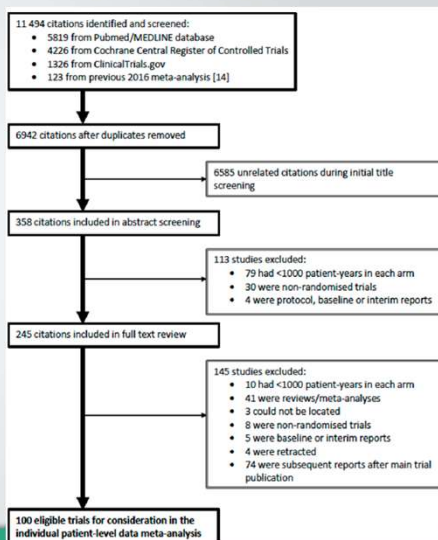


PHÂN TÍCH GỘP BPLTTC Hotline ESC 2020

- Phân tích gộp số liệu của 348,854 bệnh nhân trong 48 nghiên cứu
- Thời gian theo dõi trung bình 4 năm
- **Tiêu chí chính:** các biến cố tim mạch nặng; Phối hợp các biến cố đột quỵ gây chết hoặc không, nhồi máu cơ tim hoặc bệnh tim TMCB gây chết hoặc không, suy tim gây chết hoặc khiến phải nhập viện.

Collaborating trials

| | |
|---|---|
| <p>AASK African American Study of Kidney Disease and Hypertension</p> <p>ASCOD Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes</p> <p>ACCORD Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes blood pressure trial</p> <p>ACTIVE 1 Trial of Fibric Acid (Cerivastatin) with or without Aspirin for Prevention of Vascular Events</p> <p>ADVANCE Action to Diastolic and Vascular disease, protease and diastolic AM Controlled Evaluation</p> <p>ALLHAT Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial</p> <p>ANBP Australian National Blood Pressure Study</p> <p>ANBP2 Second Australian National Blood Pressure Study</p> <p>ASCOT-BPLA Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm</p> <p>COMPELLIT Comparison of Amlodipine vs Enalapril to Limit Occurrences of Thrombosis</p> <p>CAPP Captopril Prevention Project</p> <p>Cardio-Sis Study Italiano Sugli Effetti Cardiovascolari del Controllo della Pressione Arteriosa Sistemica</p> <p>CASIS-3 Cardiovascular Antihypertensive Survival Evaluation in Japan Trial</p> <p>COLM Combination of Olmesartan study</p> <p>CONVINCE Controlled Olmesartan Versus Atenolol Investigation of Cardiovascular Endpoints trial</p> <p>COPE Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events</p> <p>DIABHYCAR Insulin-independent diabetes, hypertension, microalbuminuria or proteinuria, cardiovascular events, and mortality</p> <p>Dutch TIA Trial Dutch Transient Ischemic Attack Trial</p> <p>E-COST Office of Cardiovascular Outcomes in Sirtexone Trial</p> <p>ELSA European Longevity Study on Antihypertensives</p> <p>EUROPA European trial on reduction of vascular events with Perindopril in patients with stable coronary artery disease</p> <p>EWING Ewing's Syndrome Study on High Blood Pressure in the Elderly</p> <p>HU-CREATE Heart Institute of Japan Cardiovascular Randomized Trial for Evaluation in Coronary Artery Disease</p> <p>HOMED-EP Hypertension Objective Treatment Based on Measurement by Electrical Devices of Blood Pressure</p> | <p>HOPE Heart Outcomes Prevention Evaluation</p> <p>HOVET Hypertension in the Very Elderly Trial</p> <p>IDNT Intensive Diabetes nephropathy Trial</p> <p>INDIGHT Intensive versus Moderate ACE Inhibition as a Goal in Hypertension Treatment</p> <p>INVEST International Verapamil nifedipine ACE study: intervention as a goal in hypertension treatment</p> <p>JMOC-8 Japan Multicenter Investigation for Cardiovascular Diseases 8</p> <p>LIFE Lifestyle Intervention for Endpoint reduction</p> <p>MOSES Morbidity and Mortality After Stroke, Eprosartan Compared With Nifedipine for Secondary Prevention</p> <p>NICE-BN National Intervention Cooperative Study in Elderly Hypertensives</p> <p>NORDOL Nordic Diabetes Study</p> <p>ONTARGET Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial</p> <p>PAVE-2 Prevention of Adverse Events with Ramipril Trial</p> <p>PEACE Prevention of Events with Angiotensin Converting Enzyme Inhibition</p> <p>PRENDEF IT Prevention of renal and vascular Endstage Disease Intervention Trial</p> <p>PREVENT Prospective Randomized Evaluation of the Vascular Effects of Nifedipine Trial</p> <p>PROGRESS Prevention Program for Effectively Avoiding Second Stroke</p> <p>PROGRESS Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study</p> <p>SHEP Systolic Hypertension in the Elderly Program</p> <p>SPRINT Systolic Blood Pressure Intervention Trial</p> <p>STOP Hypertension-2 Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2</p> <p>SYSTEMIC Systemic Hypertension in Europe</p> <p>TRANSCEND Transcendental Meditation Assessment Study in ACE Inhibitor Subjects with Cardiovascular Disease</p> <p>UKPDS 8 Prospective Diabetes Study</p> <p>VALISE Valisartan in Elderly Isolated Systolic Hypertension</p> <p>VALISE Valisartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation</p> <p>VHAS Valsartan in Hypertension and Atherosclerosis Study</p> |
|---|---|

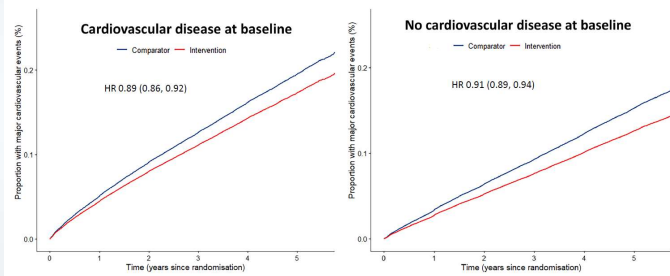


PHÂN TÍCH GỘP BPLTTC Hotline ESC 2020

Mỗi
5 mmHg
HATT
giảm
được

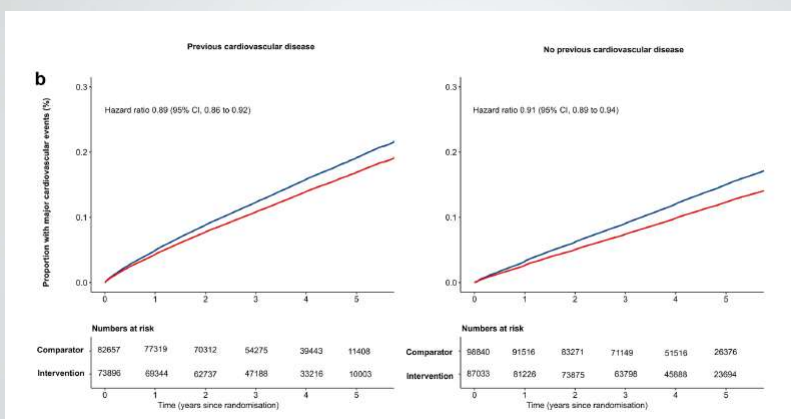
- 10% biến cố tim mạch nặng
- 13% đột quỵ
- 7% biến cố ĐMV
- 14% suy tim
- 5% tử vong tim mạch

Hiệu quả trên biến cố tim mạch chính cho mỗi 5mmHg giảm huyết áp tâm thu



BPLTT COLLABORATION:

Cần hạ áp đến bao nhiêu để ngăn ngừa bệnh
Tim mạch trên các bệnh nhân có/không có bệnh tim mạch trước đó?



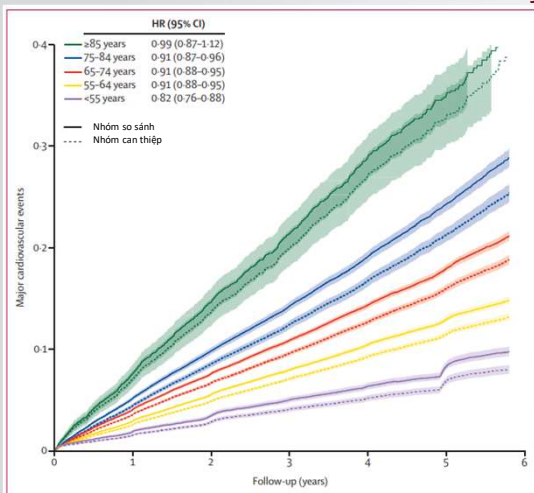
New!

Điều trị huyết áp bằng thuốc hiệu quả trong việc ngăn ngừa các biến cố bệnh tim mạch cả ở những người có hoặc không mắc bệnh tim mạch trước đó



BPLTT COLLABORATION:

Lợi ích của điều trị tăng huyết áp tùy theo lứa tuổi và mức huyết áp ban đầu



- Giảm nguy cơ biến cố tim mạch nặng ứng với mỗi 5 mmHg Huyết áp tâm thu hạ được.

Biến cố tim mạch nặng: được định nghĩa là tổ hợp của đột quỵ gây tử vong hoặc không tử vong, bệnh cơ tim tử vong hoặc không tử vong, nhồi máu hoặc thiếu máu cơ tim, hoặc suy tim gây tử vong hoặc phải nhập viện.

Age-stratified and blood-pressure-stratified effects of blood-pressure-lowering pharmacotherapy for the prevention of cardiovascular disease and death: an individual participant-level data meta-analysis. *The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01921-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01921-8)



HUYẾT ÁP MỤC TIÊU TỐI ƯU: CÀNG THẤP CÀNG TỐT?

Phân tích gộp Thomopoulos: gồm 68 nghiên cứu Randomize Controlled (1966 – 2013), n= 245 885

| Outcome | Trials (n) | Difference SBP/DBP (mmHg) | Events (n/patients) | | RR (95% CI) | Standardized RR (95% CI) | Standardized RR (95% CI) | Absolute Risk reduction 1000 pts/5 years (95% CI) | NNT 5 years (95% CI) |
|-------------------|------------|---------------------------|---------------------|------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|
| | | | Treated | Controls | | | | | |
| Stroke | 31 | -9.0/-4.8 | 1262/51179 | 1870/56326 | 0.68 (0.62-0.75) | 0.63 (0.56-0.71) | -15 (-18, -12) | 67 (57, 84) | |
| CHD | 35 | -9.0/-4.8 | 1443/52168 | 1723/56868 | 0.82 (0.77-0.88) | 0.78 (0.72-0.85) | -8 (-11, -6) | 118 (94, 171) | |
| HF | 20 | -10.6/-4.8 | 231/21517 | 415/20605 | 0.55 (0.46-0.65) | 0.54 (0.45-0.64) | -12 (-14, -10) | 81 (70, 101) | |
| Stroke + CHD | 32 | -9.0/-4.8 | 2632/50705 | 3472/55848 | 0.77 (0.73-0.81) | 0.75 (0.71-0.79) | -17 (-20, -15) | 57 (50, 68) | |
| Stroke + CHD + HF | 22 | -11.2/-5.4 | 1969/31902 | 2536/30979 | 0.73 (0.68-0.80) | 0.74 (0.69-0.81) | -25 (-31, -19) | 40 (32, 52) | |
| CV death | 33 | -9.1/-4.8 | 1473/51245 | 1778/56402 | 0.82 (0.76-0.89) | 0.80 (0.73-0.88) | -7 (-10, -5) | 134 (100, 221) | |
| All-cause death | 37 | -9.0/-4.8 | 2913/53140 | 3336/58288 | 0.89 (0.84-0.94) | 0.88 (0.82-0.93) | -8 (-12, -5) | 124 (83, 212) | |

FIGURE 3 Relative and absolute risk reduction of various outcomes in the blood-pressure-lowering trials. Sensitivity analysis including intentional trials exclusively in hypertensive patients. Standardized RR is to a SBP/DBP reduction of 10/5 mmHg. The column absolute risk reduction reports the number (and 95% CI) of events prevented every 1000 patients treated for 5 years with a standardized RR. NNT is the numbers (and 95% CI) of patients needed to treat for 5 years to prevent one event. CHD, coronary heart disease; CI, confidence interval; CV, cardiovascular; HF, heart failure; n, number; NNT, number needed to treat; pts, patients; RR, Mantel-Haenszel risk ratios.

Kiểm soát huyết áp tích cực
 → Giảm có ý nghĩa thống kê tất cả các biến cố tim mạch

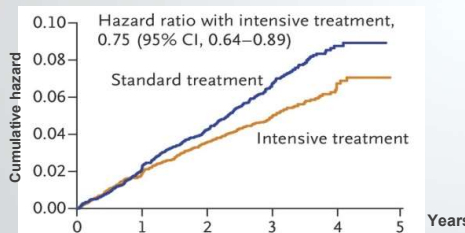
Thomopoulos 2014 Dec;32(12):2285-95.



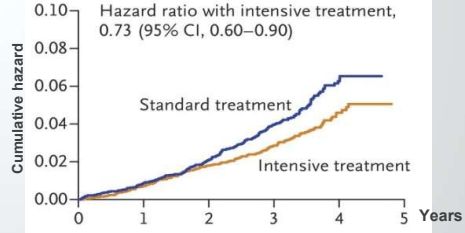
HUYẾT ÁP MỤC TIÊU TỐI ƯU: CÀNG THẤP CÀNG TỐT?

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
 ORIGINAL ARTICLE
 A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control
The SPRINT trial

Tiêu chính chính: Tổ hợp các biến cố MI, ACS, stroke, HF, or CV death



Tử vong chung



Hạ áp tích cực giảm biến cố tim mạch, tử vong

N Engl J Med. 2015 Nov 9.

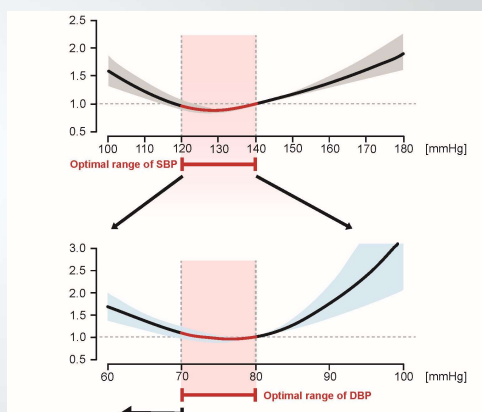


HUYẾT ÁP MỤC TIÊU TỐI ƯU: THẤP ĐẾN MỨC NÀO?

Từ ONTARGET đến TRANSCEND: SBP **không < 120mmHg**; DBP **không < 70mmHg**

| a Primary endpoint | | Yearly event value | P |
|--------------------------|---|--------------------|---------|
| SBP < 120 mm Hg | ● | 3.61 | <0.0001 |
| SBP ≥ 120 to < 140 mm Hg | ● | 3.08 | |
| SBP ≥ 140 to < 160 mm Hg | ● | 4.17 | |
| SBP ≥ 160 mm Hg | ● | 7.12 | |
| DBP < 70 mm Hg | | 4.36 | <0.0001 |
| DBP ≥ 70 to < 80 mm Hg | ● | 3.05 | |
| DBP ≥ 80 to < 90 mm Hg | ● | 3.74 | |
| DBP ≥ 90 mm Hg | ● | 6.28 | |

| b Cardiovascular death | | Yearly event value | P |
|--------------------------|---|--------------------|---------|
| SBP < 120 mm Hg | ● | 1.67 | <0.0001 |
| SBP ≥ 120 to < 140 mm Hg | ● | 1.30 | |
| SBP ≥ 140 to < 160 mm Hg | ● | 1.64 | |
| SBP ≥ 160 mm Hg | ● | 2.62 | |
| DBP < 70 mm Hg | | 1.81 | 0.0025 |
| DBP ≥ 70 to < 80 mm Hg | ● | 1.33 | |
| DBP ≥ 80 to < 90 mm Hg | ● | 1.48 | |
| DBP ≥ 90 mm Hg | ● | 2.25 | |



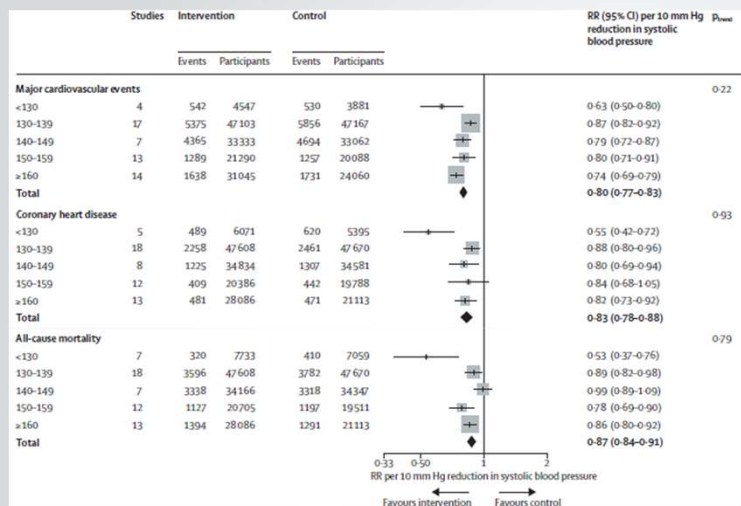
- Reduces organ perfusion
- Relative overdosing of antihypertensive drugs
- Reverse causation (comorbidities, frailty, etc.)

Reprinted from The Lancet, Volume 389, Böhm M, Schumacher H, Teo KK, et al. Achieved blood pressure and cardiovascular outcomes in high-risk patients: results from ONTARGET and TRANSCEND trials, pages 2226–2237



HA MỤC TIÊU TỐI ƯU: THẤP ĐẾN MỨC NÀO?

Phân tích gộp Ettehad: gồm 123 nghiên cứu, trích dẫn trong ESC 2018, n= 600 000



Lancet 2016;387:957-967.

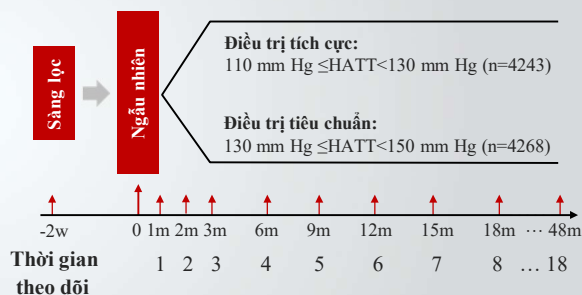
- ✓ Trung bình 10mmHg giảm được
- Giảm 20% Biến cố TM
- Giảm 17% Bệnh mạch vành
- Giảm 13% Tử vong chung

- ✓ Mức huyết áp mục tiêu 130/80:
- Hiệu quả giảm tử vong chung vượt trội so với đích Huyết áp cũ




Strategy of blood pressure intervention in the Elderly hypertensive Patients (STEP)

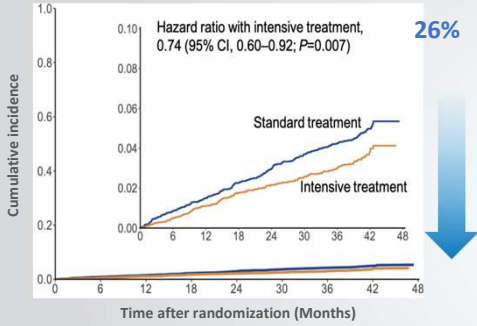
- Công bố trên tạp chí New England Journal of Medicine
- Tiến cứu, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng
- Sàng lọc 9624 BN từ 42 trung tâm tại Trung Quốc



Clinicaltrials.gov Identifier: NCT03015311



NC STEP: KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TÍCH CỰC Ở NGƯỜI LỚN TUỔI MANG LẠI LỢI ÍCH CHO BỆNH NHÂN



Hazard ratio with intensive treatment, 0.74 (95% CI, 0.60-0.92; P=0.007)


26%

| | | |
|--|--|---|
| <p>A. Stroke</p> <p>33%</p> | <p>B. Acute coronary syndrome</p> <p>33%</p> | <p>C. Heart failure</p> <p>73%</p> |
| <p>D. Major adverse cardiac events</p> <p>28%</p> | <p>E. Mortality from CV causes</p> <p>28%</p> | <p>F. Others</p> <p>The risks of</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coronary revascularization ● Atrial fibrillation ● All-cause mortality <p>were not different between groups</p> |

Kết luận:
 Nghiên cứu STEP chỉ ra rằng đích HA thấp hơn (110 mm Hg ≤ HATT <130 mm Hg) giúp làm giảm 26% tiêu chí chính cộng gộp, không làm tăng đáng kể tác dụng phụ nghiêm trọng và biến cố thận.


<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2111437>

2022




European Society of Hypertension

BLOOD PRESSURE
 2022, VOL. 31, NO. 1, 118-120
<https://doi.org/10.1080/08037051.2022.2075826>




Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

OPEN ACCESS 

Hypertension in older patients: a STEP forward?

Athanase Benetos^a, Alexandre Persu^b and Reinhold Kreutz^c

^aGeriatric Department, University Hospital of Nancy, Université de Lorraine, Nancy, France;
^bDivision of Cardiology, Cliniques Universitaires Saint-Luc and Pole of Cardiovascular Research, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Université catholique de Louvain, Brussels, Belgium;
^cCharité – Universitätsmedizin Berlin, Institute of Clinical Pharmacology and Toxicology, Berlin, Germany



ESH Editor
Guido Grassi, Milan
 ESH Co-Editors:
Rosa Maria Bruno, Paris
Georg Ehret, Geneva

Kết luận:

- Nghiên cứu STEP cung cấp bằng chứng mới về việc kiểm soát HA tâm thu <130 mmHg mang lại lợi ích ở bệnh nhân lớn tuổi (<80 tuổi).
- Hạn chế: số người tham gia > 70 tuổi ít hơn và không có người nào > 80 tuổi.

BLOOD PRESSURE. 2022, VOL. 31, NO. 1, 118-120. <https://doi.org/10.1080/08037051.2022.2075826>



Một số nghiên cứu mới về THA 2021 - 2022



CAN THIỆP THAY ĐỔI LỐI SỐNG ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG: Nghiên cứu SSaSS với điều chỉnh chế độ muối ăn

| Outcomes | Salt substitute | Regular salt | Rate ratio (95% CI) | <i>p</i> value |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|---------------------|----------------|
| Stroke ^a | 29.14 | 33.65 | 0.86 (0.77–0.96) | 0.006 |
| Major adverse CV event ^a | 49.09 | 56.29 | 0.87 (0.80–0.94) | <0.001 |
| Death from any cause ^a | 39.28 | 44.61 | 0.88 (0.82–0.95) | <0.001 |

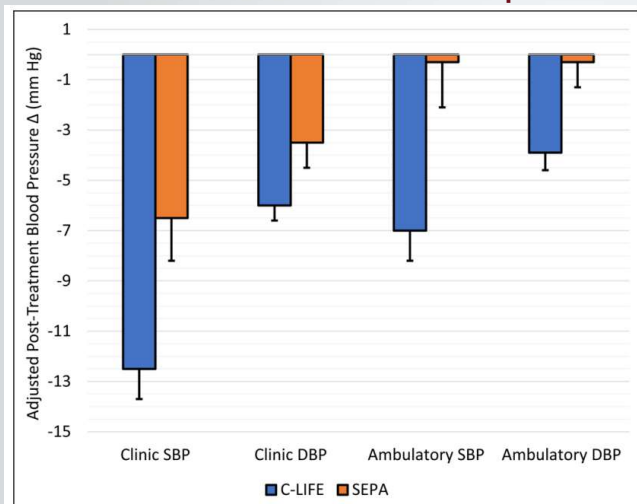
According to Neal B et al. [7]

CI confidence interval

^aPer 1000 person years



CAN THIỆP THAY ĐỔI LỐI SỐNG ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG: Nghiên cứu TRIUMF với vai trò điều chỉnh lối sống trong điều trị THA kháng trị



Nghiên cứu Ngẫu nhiên, can thiệp thay đổi lối sống tích cực (C-LIFE) so với phương pháp tiêu chuẩn (SEPA)
Kết luận: Can thiệp thay đổi lối sống tích cực giúp làm giảm HA đáng kể ở BN THA kháng trị bên cạnh thuốc

Circulation. 2021;144:1212–1226

2022



TĂNG HUYẾT ÁP MÃN TÍNH NHẸ Ở PHỤ NỮ MANG THAI: ĐIỀU TRỊ HAY CHỜ ĐỢI?



Table 2. Management of hypertension in pregnancy.

| Guidelines/country, year | BP threshold, mmHg | BP target, mmHg |
|--------------------------|--------------------|----------------------|
| ESC/ESH, 2018 | ≥150/95 | Not defined |
| NICE, 2019 | ≥140/90 | 135/85 |
| Germany, 2013 | ≥150/100 | <150/80–100 |
| Ireland, 2016/2019 | ≥140/90 | 110–140/85 |
| ISSHP, 2018 | ≥140/90 | <160/110 |
| ACOG, 2019 | ≥160/110 | No recommendation/85 |
| Canada, 2018 | ≥140/90 | <160/110 |
| SOMANZ, 2014 | ≥160/110 | <140/90 |
| Queensland, 2020 | ≥140/90 | 130–150/80–100 |
| Brazil, 2016 | ≥150/100 | |

ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists; BP: blood pressure; ESH/ESC: European Society of Cardiology/European Society of Hypertension; ISSHP: International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; SOMANZ: Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand

Table 1. Contemporary randomised studies of women with hypertension in pregnancy.

| Items of interest | CHIPS (2015) | CHAP (2022) |
|--|--|--|
| Design | More tight vs. Less tight | Active vs. no treatment |
| Condition | Gestational hypertension (1/3) Chronic hypertension (2/3) | Chronic hypertension |
| Study participants, n | 987 (736 with chronic hypertension) | 2408 |
| Entry BP levels, mmHg | Diastolic: 90–105 no meds or 85–100 on meds | 140–159/90–104 no meds Or <160/105 on meds |
| Entry period, weeks | 14–33 | 0–23 |
| Key exclusion criteria | Severe hypertension Proteinuria Non-singleton pregnancy Labetalol | At-risk or with severe hypertension Proteinuria Non-singleton pregnancy Labetalol Nifedipine (extended-release) ^g |
| Preferred drug(s) | | Auscultatory method Automated device (ancillary research purposes) |
| BP measurements | Auscultatory method | |
| Achieved systolic/diastolic BP, mmHg | 138.8/89.9 vs. 133.1/85.3 | 129.5/79.1 vs. 132.6/81/5 |
| Achieved systolic/diastolic BP difference, mmHg | –5.8/–4.6 | –3.1/–2.3 |
| Outcomes ^a | | |
| • Primary ^b | 0.65 (0.48–0.88) | 0.82 (0.74–0.92) |
| • Preeclampsia with severe features | 0.66 (0.48–0.91) | 0.80 (0.70–0.92) |
| • Small for gestational age newborns (10th percentile) | 1.52 (1.01–2.22) | 1.04 (0.82–1.31) |

NGHIÊN CỨU CHAP

→ HA mục tiêu ở phụ nữ có thai tăng huyết áp mãn tính nhẹ nên dưới 140 / 90mmHg

BLOOD PRESSURE. 2022, VOL. 31, NO. 1, 121–124. <https://doi.org/10.1080/08037051.2022.2077698>

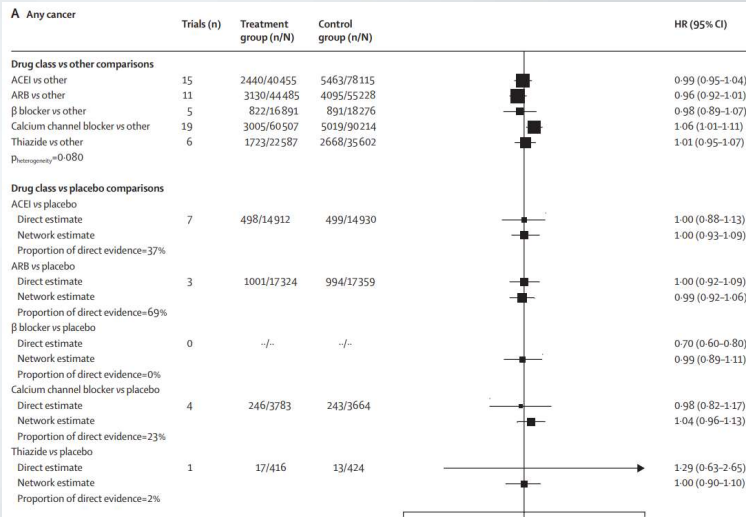


THUỐC ĐIỀU TRỊ THA CÓ GÂY GIA TĂNG NGUY CƠ UNG THƯ?

Antihypertensive treatment and risk of cancer: an individual participant data meta-analysis

Emma Copland, Dexter Canoy, Mihal Nazarovski, Zinab Biddi, Rama Ramakrishnan, Mark Woodward, John Chalmers, Koon K Teo, Carl J Pepine, Barry R Davis, Sverre Kjeldsen, Johan Sundstrom, Kazem Rahimi, on behalf of The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*

Nghiên cứu tổng hợp trên 260 447 bệnh nhân THA được điều trị:
Kết luận: Các nhóm thuốc cơ bản điều trị THA không liên quan đến nguy cơ ung thư bất kỳ

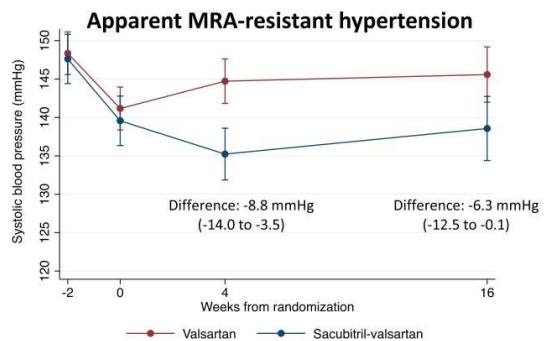
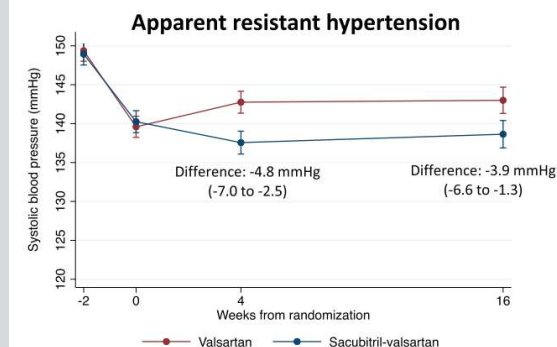


www.thelancet.com/oncology Vol 22 April 2021

TIỀM NĂNG CỦA ARNI TRONG ĐIỀU TRỊ THA KHÁNG TRỊ?

ant hypertension ■ Apparent resistant hypertension

SBP change with sacubitril-valsartan vs. valsartan



Phân tích hậu kiểm từ PARAGON-HF

Kết luận: ARNI có làm giảm HA ở nhóm bệnh THA kháng trị

European Heart Journal (2021) 42, 3741–3752



DÙNG THUỐC GIẢM ĐAU ACETAMINOPHEN THƯỜNG XUYÊN VÀ NGUY CƠ THA: NGHIÊN CỨU THE PATH-BP TRIAL

Table 3. Change in BP After Acetaminophen and Placebo: Per-Protocol Analysis

| | Acetaminophen | | | Placebo | | | Estimate of difference in change from mixed model | P value |
|-----------------------------|---------------|------------|-----------------------------------|------------|------------|-----------------------------------|---|---------|
| | Baseline | Day 14 | Mean change in baseline to Day 14 | Baseline | Day 14 | Mean change in baseline to Day 14 | | |
| Daytime systolic BP, mm Hg | 133.1±10.6 | 136.7±10.2 | 3.6±6.9 | 134.1±10.5 | 132.9±10.2 | -1.2±7.6 | 4.5 (2.5–6.5) | <0.0001 |
| 24-h systolic BP, mm Hg | 126.7±9.9 | 130.3±9.9 | 3.6±6.6 | 127.5±9.7 | 126.7±9.3 | -0.9±7.0 | 4.2 (2.3–6.1) | <0.0001 |
| Daytime diastolic BP, mm Hg | 80.8±7.8 | 81.8±7.7 | 1.0±3.9 | 81.4±7.7 | 80.8±7.9 | -0.5±4.4 | 1.5 (0.3–2.7) | 0.015 |
| 24-h diastolic BP, mm Hg | 76.5±7.5 | 77.5±7.4 | 1.0±4.0 | 77.0±7.0 | 76.5±7.1 | -0.4±4.1 | 1.4 (0.2–2.5) | 0.021 |
| Clinic systolic BP, mm Hg | 137.4±11.0 | 140.1±11.8 | 2.7±10.2 | 137.0±10.3 | 135.5±10.4 | -1.5±9.0 | 4.4 (2.1–6.7) | 0.0002 |
| Clinic diastolic BP, mm Hg | 85.6±8.6 | 85.9±8.9 | 0.3±6.3 | 85.3 ± 8.4 | 84.3±8.6 | -1.0±6.2 | 1.5 (-0.1 to 3.0) | 0.059 |

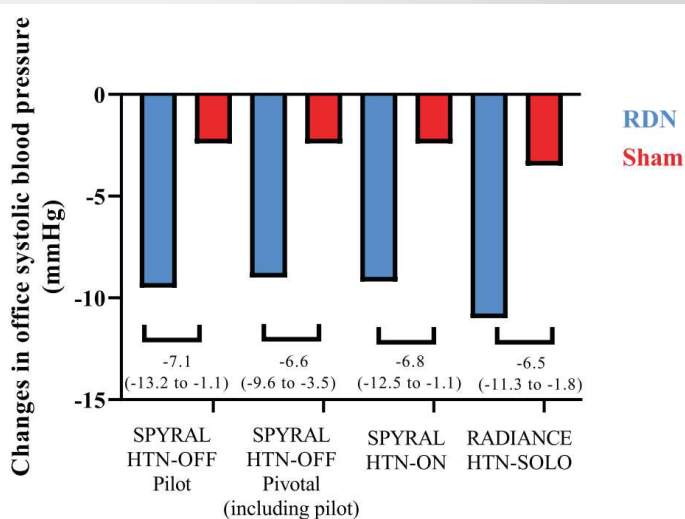
Dùng acetaminophen lâu dài làm tăng huyết áp tâm thu rõ rệt

Circulation. 2022;145:416–423.



CÁC NGHIÊN CỨU CẬP NHẬT VỀ TRIỆT ĐỐT THÀNH KINH GIAO CẢM ĐỘNG MẠCH THẬN TRONG ĐIỀU TRỊ THA

Các thử nghiệm mới cho thấy triệt đốt TK giao cảm động mạch thận làm giảm huyết áp đáng kể so với nhóm giả thủ thuật ở BN THA có điều trị hay chưa điều trị bằng thuốc

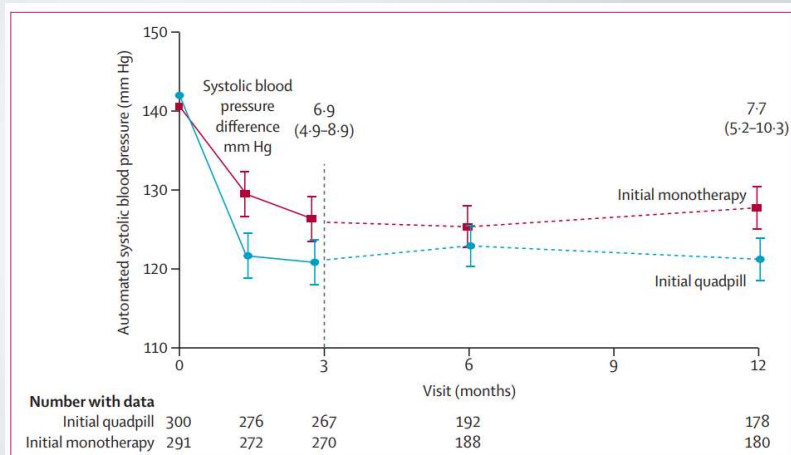


Hypertension Research (2022) 45:1140–1146



CHO DÙNG SỚM VIÊN THUỐC CỐ ĐỊNH 4 LOẠI LIỀU THẤP HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ THA: NGHIÊN CỨU QUATET

Sử dụng viên thuốc cố định 4 loại ngay từ đầu giúp giảm HA đáng kể so với dùng đơn trị



www.thelancet.com Vol 398 September 18, 2021



Cần thay đổi chiến lược tích cực hơn trong điều trị THA



ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU QUA CÁC KHUYẾN CÁO

| ACC/AHA 2017 | ESH/ESC 2018 | VSH/VNHA 2018 | ISH 2020 |
|---------------|-----------------------------|---------------|--|
| < 130/80 mmHg | Chung: < 140/90 | | Essential (tối thiểu): giảm được ít nhất 20/10 mmHg so với ban đầu, lý tưởng là xuống < 140/90 mmHg Optimal (tối ưu): < 65 tuổi: < 130/80 mmHg > 65 tuổi: < 140/90 mmHg |
| | Nếu dung nạp được: < 130/80 | | |

- Đích huyết áp mục tiêu càng ngày càng chặt chẽ hơn với các khuyến cáo gần đây
- Hướng tới đích huyết áp tối ưu **130/80 mmHg**



TÓM TẮT RANH GIỚI ĐÍCH HẠP ĐIỀU TRỊ (mmHg)



Bảng 7. Mục tiêu huyết áp phòng khám trong điều trị tăng huyết áp

| Nhóm tuổi (năm) | Ranh giới đích HATT theo HAPK (mmHg) | |
|-------------------------------|---|-----------------------------|
| | THA không có bệnh đồng mắc (mmHg) | THA có bệnh đồng mắc (mmHg) |
| 18-69 | 120 - <140 mmHg | 120 - <130 mmHg |
| | Có thể thấp hơn nếu dung nạp | |
| ≥70 | <140 mmHg, nếu dung nạp hạ xuống 130 mmHg Có thể hạ thấp HATT hơn nữa nếu dung nạp | |
| Đích HATT ^r (mmHg) | < 80 mmHg cho tất cả bệnh nhân* | |

*THA + ĐTD² / BMV: Mục tiêu HATT^r ở bệnh nhân >65 tuổi không điều trị tại tư máu là 70 – 79mmHg
Bệnh đồng mắc: Bệnh mạch vành; Đái tháo đường; Suy tim; Bệnh thận mạn; TIA: Thiếu máu não thoáng qua.

BƯỚC CHUYỂN MÌNH TRONG CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ THA NHỮNG NĂM GẦN ĐÂY

2017

2018

2018

2019

2020

2021

| Phân loại mức HA | SBP | | DBP | |
|------------------|--------------|----|------------|--|
| Bình thường | <120 mmHg | và | <80 mmHg | |
| BT cao | 120-129 mmHg | và | <80 mmHg | |
| Tăng huyết áp | | | | |
| Độ 1 | 130-139 mmHg | or | 80-89 mmHg | |
| Độ 2 | ≥140 mmHg | or | ≥90 mmHg | |

Tầm soát huyết áp

Khởi trị: Phối hợp đôi

Bước 2: Phối hợp ba

Viên phối hợp cố định

Thiết yếu – tối ưu

Khởi trị: Phối hợp đôi **LIỀU THẤP**

Đơn giản hóa phân tầng NCTM

Thiazide-like ưu tiên

Phối hợp thuốc **SỚM!**

Đích HA: 130/80mmHg

Tối ưu: viên phối hợp cố định

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HA THEO VSH/VNHA 2021

Phối hợp thuốc ở tất cả các bước theo sơ đồ thiết yếu và tối ưu

HA phòng khám ≥ 130/85 mmHg ở người > 18 tuổi
Thăm khám toàn diện cho chẩn đoán HA bình thường cao, THA và đánh giá nguy cơ*

THIẾT YẾU

Điều trị theo CẢ THỂ HOÁ thay đổi lối sống & thuốc

HA BTC+Nguỵ cơ thấp/TB*

HA BTC + Nguỵ cơ cao, BTMXV, Bệnh thận mạn, ĐTD hoặc THA ≥140/90 mmHg**

A, B, C, D*

PHỐI HỢP 2 THUỐC SẴN CÓ TỪ LIỀU THẤP ĐẾN LIỀU THÔNG THƯỜNG **

PHỐI HỢP 3 THUỐC SẴN CÓ ** ƯU TIÊN A+C+D (nếu có)

THA KHÓ KIỂM SOÁT (KKS)

Chuyển đến bệnh viện, hoặc trung tâm tham khảo chuyên gia THA

HA phòng khám ≥ 130/85 mmHg ở người lớn > 18 tuổi
Thăm khám toàn diện cho chẩn đoán HA bình thường cao, THA và đánh giá nguy cơ*

TỐI ƯU

Điều trị theo CẢ THỂ HOÁ Thay đổi lối sống & Thuốc

HA BTC + Nguỵ cơ thấp/TB*

HABTC + Nguỵ cơ cao, BTMXV, BTM, ĐTD hoặc THA ≥ 140/90 mmHg

THA có chỉ định điều trị bắt buộc

A, B, C, D*

1 viên

1 viên

1 viên

1 viên

Viên phối hợp: A+C hoặc D** từ từ liều thấp đến liều thông thường

Viên phối hợp: A+C+D*

THA KHÁNG TRỊ Thêm MRA*** hay LT khác, chọn alpha hoặc B

Tham khảo chuyên gia về THA

- * Bệnh mạch vành: A+B hoặc C
- * Suy tim EF giảm: A+ B + SGLT2 + không aldosterone + D (LT quasi khi ở định)
- * ĐQT: A + D
- * Bệnh thận mạn: A + C
- * ĐTD typ 2 nguy cơ cao: A + C/D; SGLT2 hoặc GLP1 RA

** Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp - trung bình sau 3 tháng TDLs HA không đạt mục tiêu, hoặc bệnh nhân ≥ 80 tuổi, hội chứng lão hoá.

*** Liều thấp = 1/2 liều thông thường

**** Cân trọng khi MLCT < 45 ml/91.12m²; K₂ > 4.5 mmol/L

A: U/GMC hoặc CTA hoặc ARNI

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

D Lợi tiểu thiazide - like ưu tiên hơn lợi tiểu thiazides

* Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp - trung bình sau 3 tháng TDLs HA không đạt mục tiêu, hoặc bệnh nhân ≥ 80 tuổi, hội chứng lão hoá.
** Liều thấp = 1/2 liều thông thường, nếu không kiểm soát, xem xét tăng liều: Thấp + thông thường, thông thường + thông thường hoặc phối hợp 3 thuốc liều cố định sớm.
* Cho ở bất kỳ bước nào nếu có chỉ định, như suy tim, đau thắt ngực, sau NMCT, rung nhĩ, kiểm soát tần số tim hoặc phụ nữ có thai.
- Lợi tiểu thiazide - like ưu tiên hơn lợi tiểu thiazides.

Tóm lược khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp VNHA/VSH 2021

ƯU ĐIỂM CỦA LIỆU PHÁP PHỐI HỢP THUỐC

- Hạ huyết áp mạnh hơn, nhanh chóng đạt được **huyết áp mục tiêu** hơn¹
 - Bổ sung các cơ chế kiểm soát huyết áp^{2,3}
 - Trung hòa các cơ chế điều hòa ngược^{4,5}
- **Cải thiện độ dung nạp**
 - Giảm liều các thuốc thành phần^{2,4}
 - Giảm tác dụng ngoại ý⁶
- **Cải thiện tuân thủ (khi phối hợp thành viên 2 trong 1)**
 - Thuận tiện⁵
 - Giảm số viên thuốc trong 1 lần dùng⁵
 - Giảm giá thành

1. Neutel JM et al. Am J Hypertens. 2001;14:286–292. 2. Sica. Drugs 2002;62:443–62. 3. Weir MR. Am J Hypertens. 1998;11:163S–169S. 4. Quan et al. Am J Cardiovasc Drugs 2006;6:103–13. 5. Mancia et al. J Hypertens 2009;27:2121–58. 6. Wald et al. Am J Med 2009;122:290–300.

TIÊU CHÍ LỰA CHỌN THUỐC THEO ISH 2020 và VNHA 2021



1. Có chứng cứ dự phòng bệnh suất / tử suất.
2. Liều dùng một lần kiểm soát HA 24 giờ.
3. Tính hiệu quả - giá phù hợp.
4. Dung nạp tốt.
5. Có chứng cứ lợi ích trong cộng đồng sử dụng.



CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH LUÔN ĐI SONG HÀNH

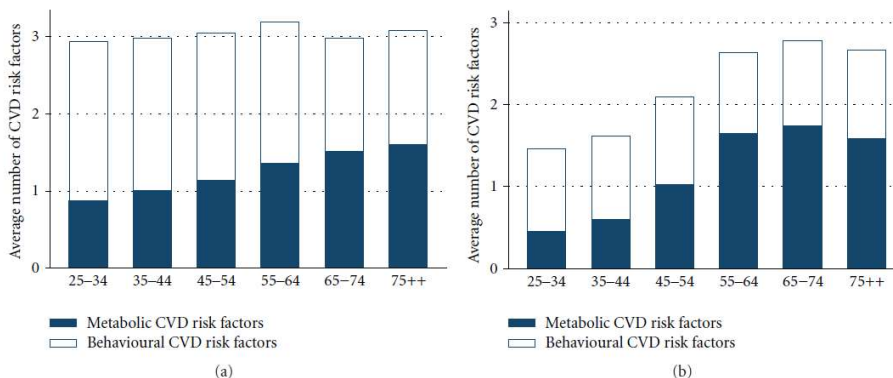
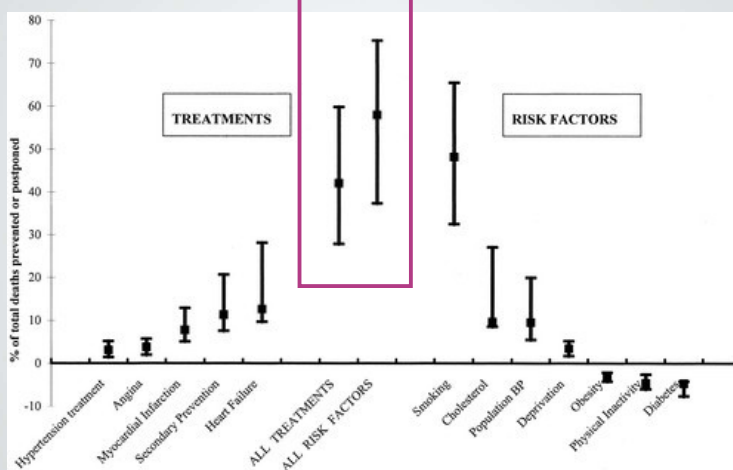


FIGURE 1: Average number of cardiovascular disease risk factors among men (a) and women (b), stratified by age group.

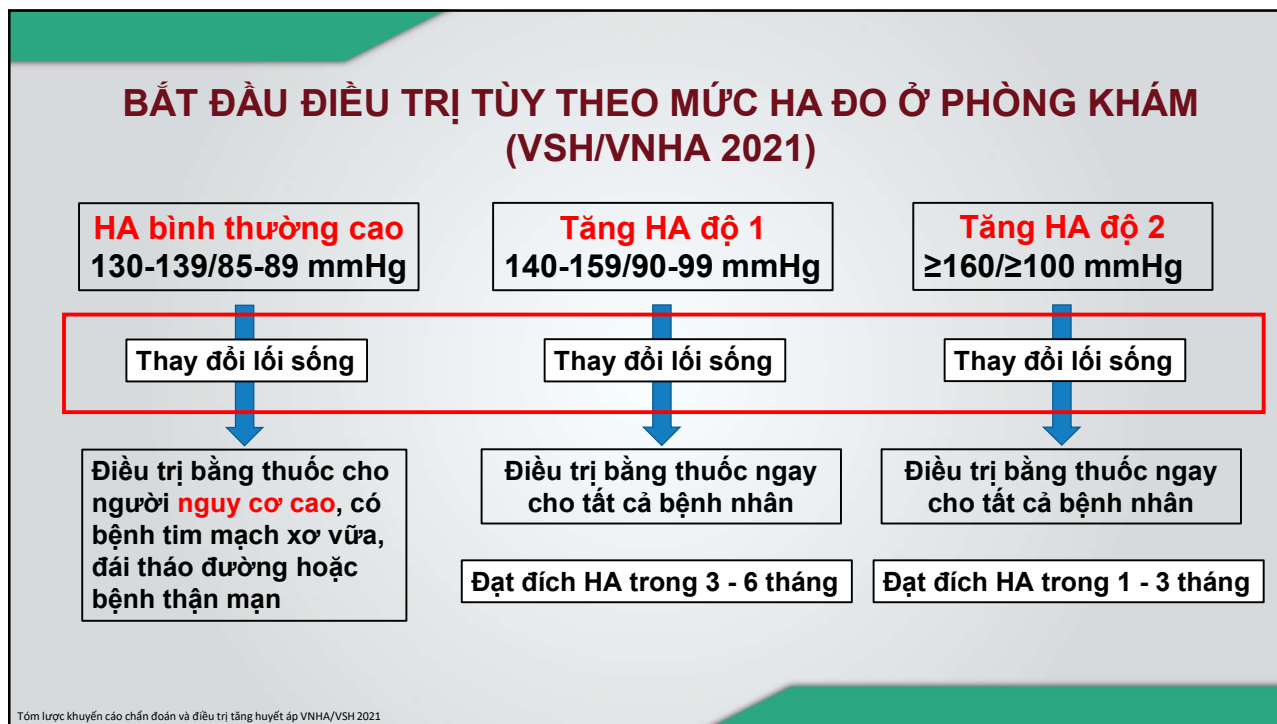
Nguyen NQ et al. *Int J Hypertens*. 2012; 2012: 560397.



BIẾN CỐ TIM MẠCH GIẢM THEO THỜI GIAN NHỜ KIỂM SOÁT TỐT YẾU TỐ NGUY CƠ



Bnal et al. *Circulation*. 2004;109:1101-1107



BỆNH NHÂN KÉM TUÂN THỦ MỘT TRONG LÝ DO QUAN TRỌNG CHƯA ĐẠT MỤC TIÊU DỰ PHÒNG BIẾN CỐ

| Patient | Clinician/healthcare provider | Healthcare system |
|---|--|--|
| Medication side-effects | Failure to initiate treatment | Lack of clinical guideline |
| Too many medications | Failure to titrate to goal | Lack of care coordination |
| Cost of medications | Failure to set clear goals | No visit planning |
| Denial of disease | Underestimation of patient need | Lack of decision support |
| Denial of disease severity | Failure to identify and manage comorbid conditions | Poor communication between physician and others involved in a patient's healthcare provision |
| Forgetfulness | Insufficient time | No disease registry |
| Perception of low susceptibility | Insufficient focus of emphasis on goal attainment | No active outreach |
| Absence of disease symptoms | Reactive rather than proactive | Perverse incentives |
| Poor communication with physician | Poor communication skills | Pressure to shorten length of hospital stay |
| Mistrust of physician | Shortage of time | Healthcare systems focused on acute care (hospital-based health systems) |
| Depression, mental disease, substance abuse | Poor awareness on value of preventive measure | Lack of preventive structure |
| Low health literacy/poor awareness on value of preventive measure | | Poorly designed preventive programmes/lack of quality control |

Table 2. Factors leading to therapeutic inertia in cardiovascular prevention, attributed to patient level, clinician/health care provider level and healthcare system level.

Piepoli MF, et al. Eur J Prev Cardiol. 2016 Sep 6

European Society of Hypertension
SIHA
Senior International Health Association
THE FOUNDATION
of The European Society of Hypertension

PATIENT PERSPECTIVES ON TREATMENT ADHERENCE IN HYPERTENSION: PRELIMINARY RESULTS OF AN ESH SURVEY IN FIVE COUNTRIES

M. Burnier, A. Persu, M. Azizi, A. Prejbisz, V. Cunha, P. Gupta, J. Vaclavik, J. Versmissen, R. Kreutz, S. Kjeldsen, G. Desideri*

For the ESH Working Group on Lifestyle, Cardiovascular Therapy and Adherence in collaboration with the Senior International Health Association (SIHA)* and Servier International

- Mục tiêu: giải mã nhận thức, động cơ và rào cản của bệnh nhân đối với việc tuân thủ điều trị bằng thuốc trong bệnh tăng huyết áp
- Đặc điểm bệnh nhân:
 - 3033 BN ở phase 1: nam/nữ = 55%/46%
 - 5 nước: Anh, Pháp, Tây Ban Nha, Đức và Ý
 - Tuổi trung bình = 69, 70% điều trị THA trên 5 năm
 - 93% được điều trị bằng thuốc hạ huyết áp trong > 3 tháng và 50% không kiểm soát được (140/90 mmHg) HA sau 3 tháng

Reasons that motivated not to take your treatment as prescribed?

N=1458 (48%)

| Reason | Percentage |
|--------------------------------|------------|
| Forgot my medication | 48% |
| Bar out of medication | ~15% |
| Side effects | ~10% |
| Felt well | ~8% |
| Did not renew prescription | ~7% |
| Concomitant event | ~6% |
| Too many medications | ~5% |
| Want to manage w/o medications | ~4% |
| Read negative information | ~3% |
| Drugs are not effective | ~2% |
| My medications do not suit me | ~1% |
| Burdensome | ~1% |
| Expensive | ~1% |
| Other | ~1% |

Do you notify your doctor when you fail to take your treatment as prescribed?

N=1219

Do you notify your doctor?

| Frequency | Percentage |
|-----------|------------|
| Always | ~20% |
| Often | ~10% |
| Sometimes | ~25% |
| Never | ~45% |

Reasons not to notify

| Reason | Percentage |
|---------------------------|------------|
| Not necessary | ~35% |
| Don't want to bother | ~25% |
| Doctor cannot do anything | ~20% |
| Forget | ~15% |
| Doctor uses | ~10% |
| Always responding doctor | ~8% |
| Don't have to share | ~5% |
| Hard to reach doctor | ~5% |
| Don't have time | ~5% |
| Do not know | ~5% |
| Other | ~5% |

ESH 2022

SPC LÀ GIẢI PHÁP TỐT NHẤT ĐỂ TĂNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

European Society of Hypertension

Proposals which would be the most useful in helping to take antihypertensive treatments as prescribed.

Proposals ranked first

| | |
|----------------------------|--------|
| Single pill combinations | 32.1 % |
| Smarter packaging | 18.6 % |
| Patient leaflets | 15.8 % |
| Smaller pills | 14.0 % |
| Less expensive medications | 8.9 % |
| Better tasting pills | 6.3 % |

ESH 2022

KẾT LUẬN

1. Thực trạng THA vẫn còn nhiều lo ngại
2. Đích HA cần đạt: thấp trong khả năng mang lại nhiều lợi ích
3. Điều trị thiết yếu với thuốc sẵn có và **điều trị tối ưu với viên phối hợp liều cố định** nên bắt đầu sớm, liều thấp từng hoạt chất hơn là đơn trị liệu
4. Điều trị đơn lẻ 1 yếu tố nguy cơ không làm giảm biến cố tim mạch mà cần kiểm soát tốt đồng thời các yếu tố, cần chú ý cả chế độ ăn uống, sinh hoạt và vấn đề tuân thủ điều trị của BN
5. Một số hướng mới: triệt đốt TK giao cảm; ARNI cho THA kháng trị...



CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP THEO DÕI!