

Kiểm soát tăng huyết áp

Chúng ta cần làm gì ở tuyến cơ sở ?

TS.BS Giang Minh Nhật

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

SERV-NCC-HTN-13-12-2024

Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- *Dày đồng tâm thất trái*

Bệnh đi kèm

- *Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L*

Yếu tố nguy cơ lối sống

- *Hút thuốc lá*



Thuốc đang điều trị

Perindopril/Indapamide/Amlodipine

5mg/1.25mg/5mg

Rosuvastatin 20mg



3 tháng sau...

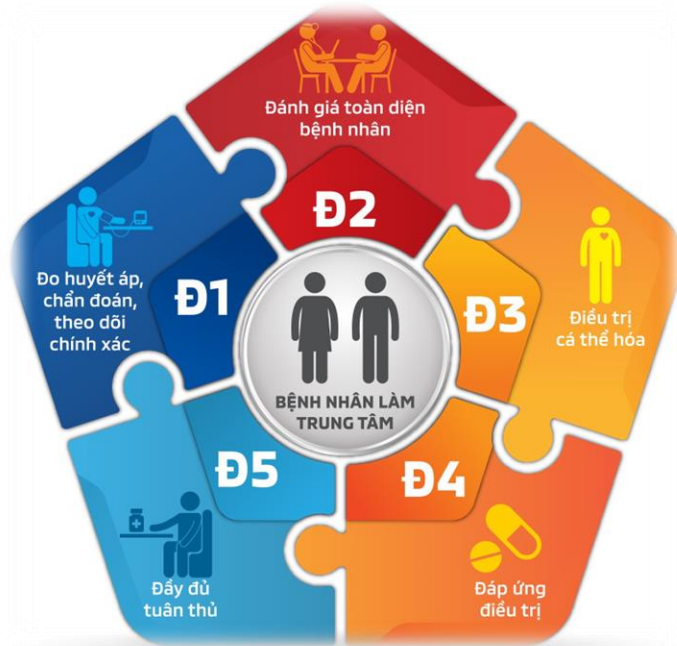
Huyết áp không ổn định

< Danh sách ?					
Ngày đo	Chế độ	HATT	HATT _r	Nhịp tim	D.I.
08/2024					
13, Thứ 3					
🌙 20:53		132 ○	92 ~	77	• •
☀️ 05:51		141 ~	96 ≈	77	• •
12, Thứ 2					
☀️ 05:46		132 ○	95 ≈	78	• •
☀️ 05:42		138 ~	99 ≈	77	• •
11, CN					
🌙 20:04		139 ~	90 ~	88	• •
15:51		146 ~	106 ≈	81	• •
09:47		137 ~	96 ≈	96	• •
06:20		148 ~	105 ≈	75	• •
☀️ 06:10		157 ≈	110 ≈	76	• •
☀️ 06:04		151 ≈	101 ≈	83	• •

Huyết áp tại phòng khám



Chiến lược điều trị thuốc hạ áp



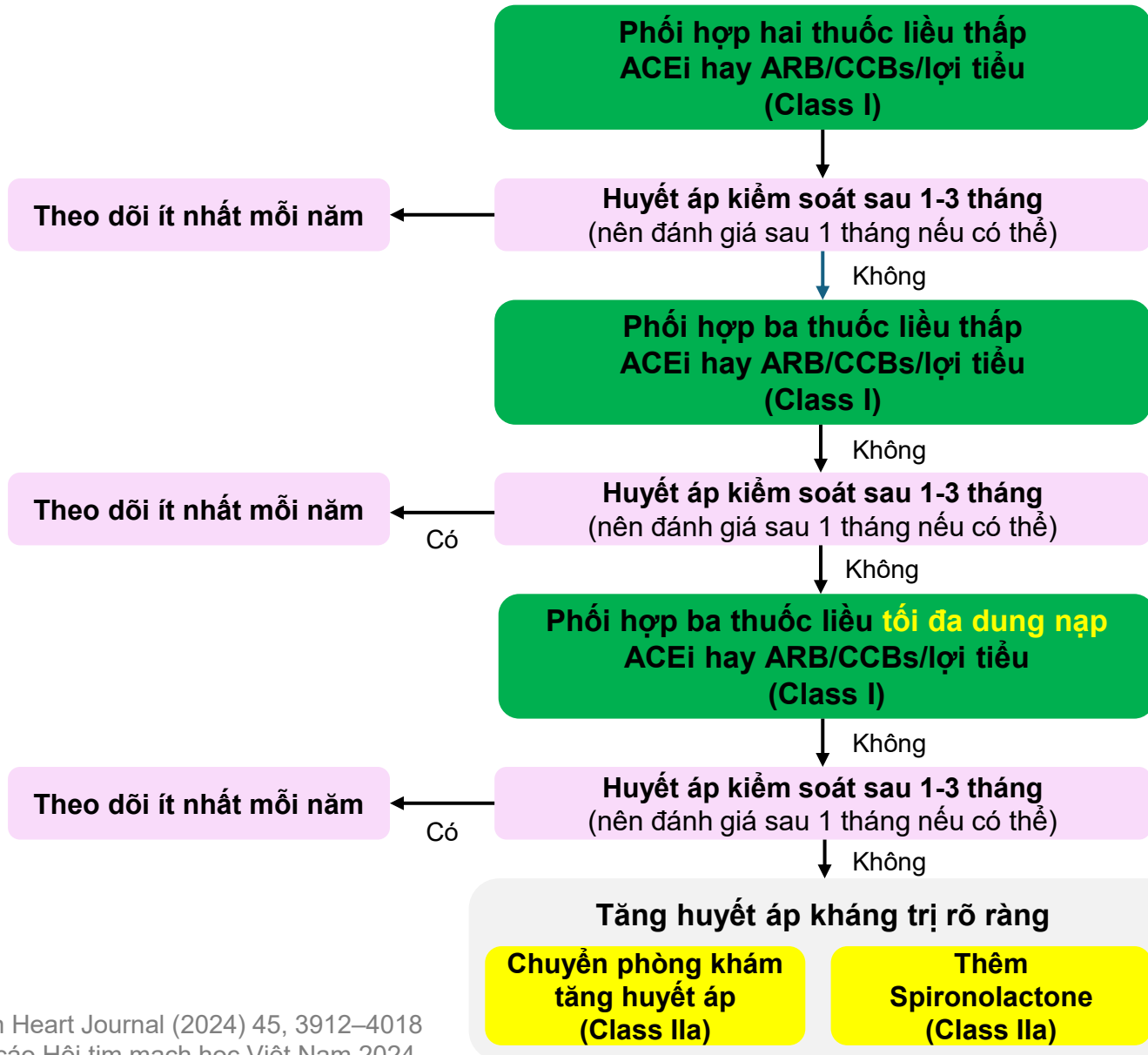
Đ1. Đo huyết áp

Đ2. Đánh giá toàn diện

Đ3. Điều trị cá thể hoá

Đ4. Đáp ứng điều trị

Đ5. Đầy đủ tuân thủ



Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- Dày đồng tâm thất trái

Bệnh đi kèm

- Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L

Yếu tố nguy cơ lối sống

- Hút thuốc lá

Thuốc đang điều trị

Perindopril/Indapamide/Amlodipine
5mg/1.25mg/5mg
Rosuvastatin 20mg



Danh sách				
Ngày đo	Chế độ	HATT	HATTTr	Nhịp tim D.I.
08/2024				
13, Thứ 3				
20:53		132	92 ~ 77	
05:51		141	96 ~ 77	
12, Thứ 2				
05:46		132	95 ~ 78	
05:42		138	99 ~ 77	
11, CN				
20:04		139	90 ~ 88	
15:51		146	106 ~ 81	
09:47		137	96 ~ 96	
06:20		148	105 ~ 75	
06:10		157	110 ~ 76	
06:04		151	101 ~ 83	

Huyết áp tại phòng khám



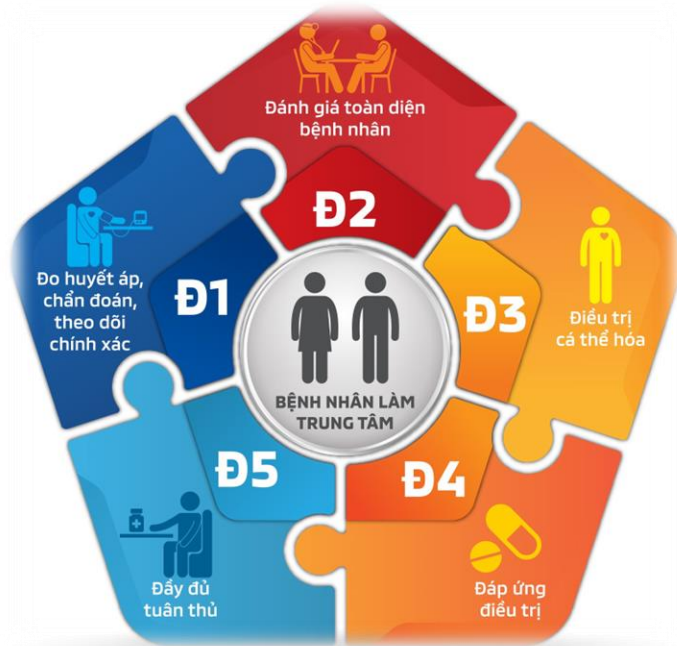
Cần làm gì để kiểm soát huyết áp tốt hơn cho bệnh nhân?

A. Tăng liều Perindopril/Indapamide/Amlodipine 10/2.5/10

B. Thêm Spironolactone 25mg

C. Tạm chưa tăng liều thuốc/bổ sung thuốc hạ áp

Hãy quay lại bước ban đầu...



Đ1. Đo huyết áp

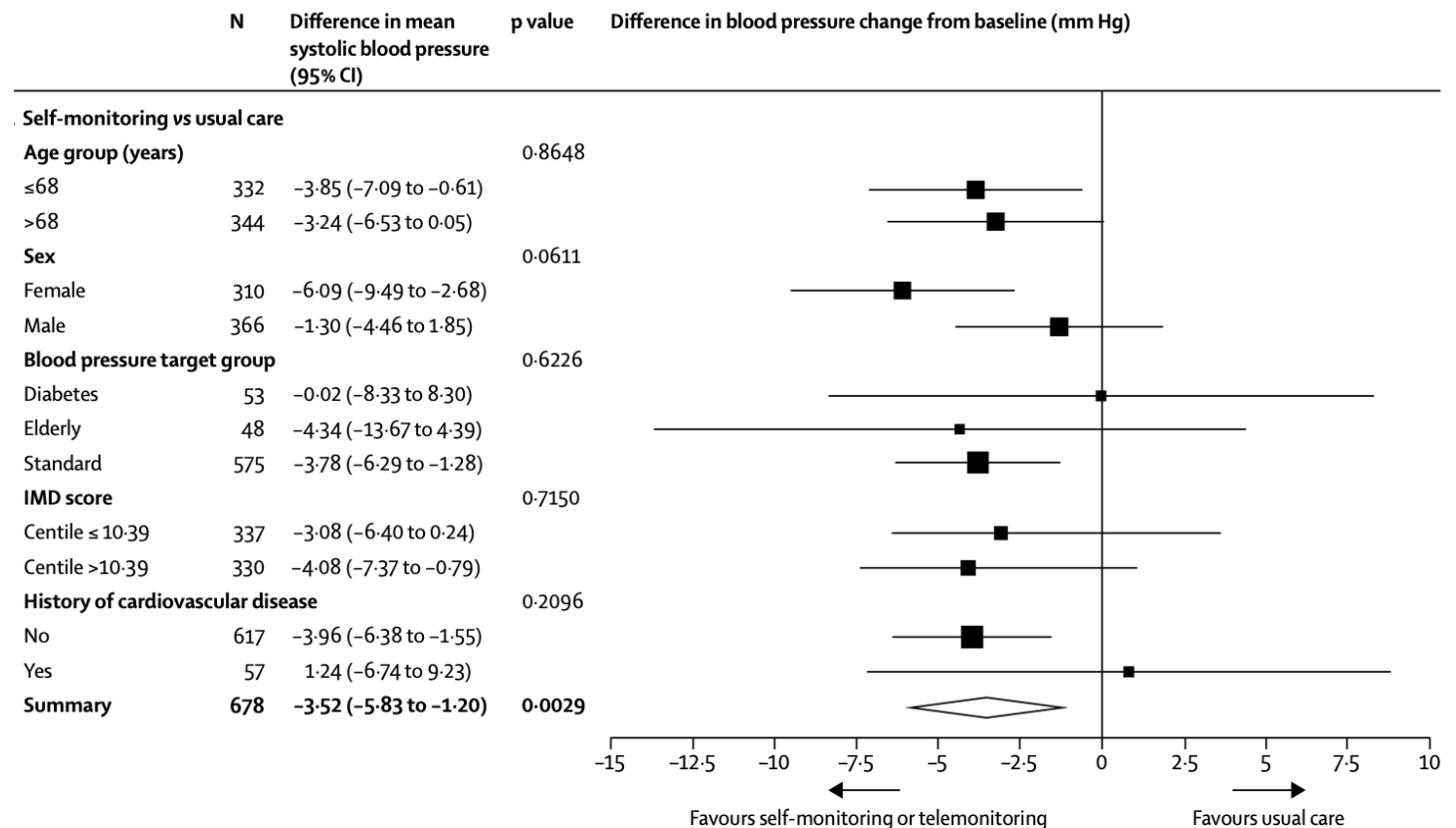
Huyết áp lưu động 24 giờ

- Khó có thể lặp lại trong quá trình theo dõi dài hạn
- Là phương thức theo dõi huyết áp “bổ sung” (complementary)

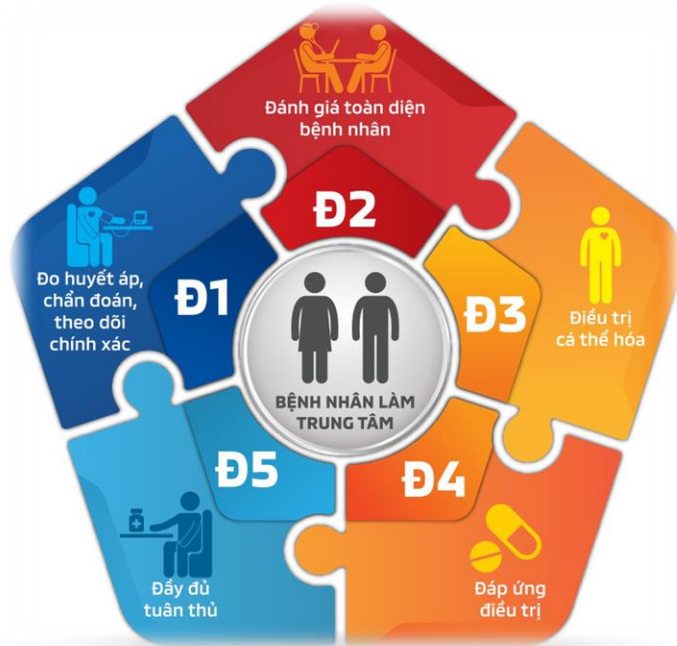
Phương thức đo huyết áp nào tốt nhất để quản lý huyết áp dài hạn?

Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial

Đo huyết áp tại nhà giúp cải thiện có ý nghĩa mức độ kiểm soát huyết áp



Hãy quay lại bước ban đầu...

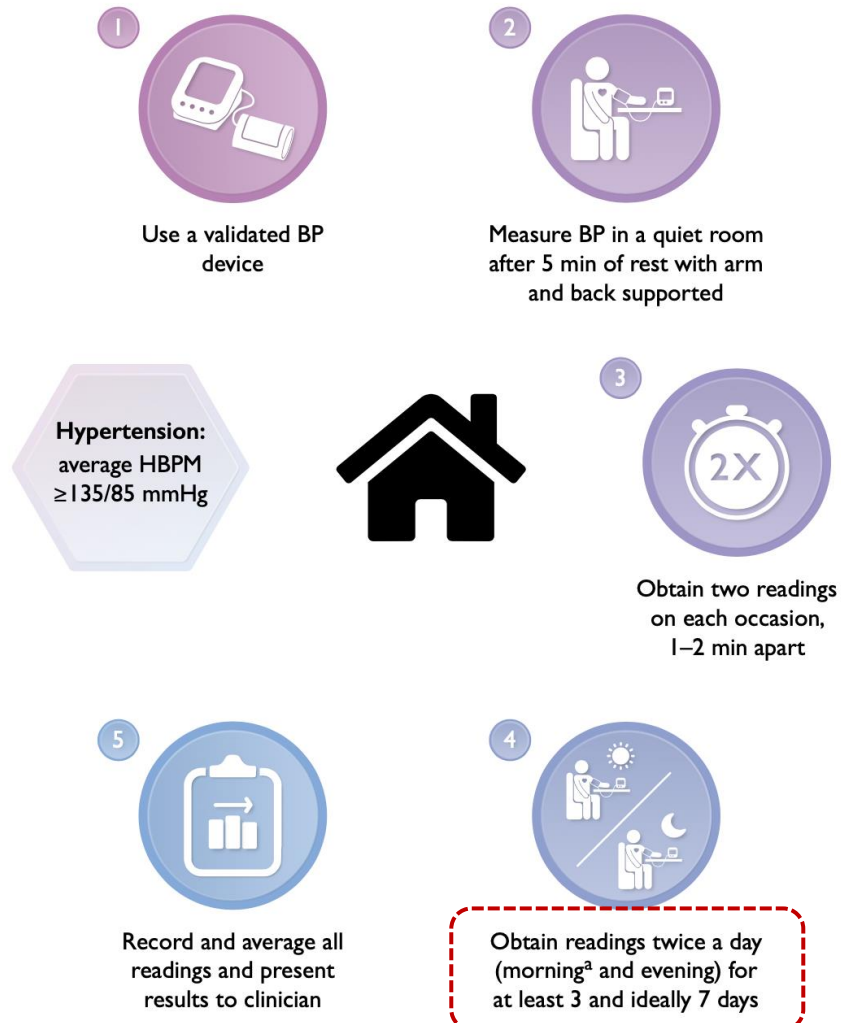


Đ1. Đo huyết áp

Recommendation	Class	Level
Out-of-office BP measurement is recommended for <u>ongoing management</u> to quantify the effects of treatment and guide BP-lowering medication titration, and/or identify possible causes of side effects (e.g. symptomatic hypotension)	I	B

Đo huyết áp thế nào để biết đã kiểm soát huyết áp?

Home-based blood pressure measurement



Nguyên tắc 7-2-2

- Theo dõi huyết áp ít nhất 3 ngày, tối ưu nhất là **7 ngày**
- Đo **2 lần trong ngày**: sáng và tối
- Lấy trung bình **2 trị số huyết áp** ở mỗi lần đo (cách nhau 1-2 phút)

Lấy trung bình huyết áp trong 7 ngày

Mục tiêu: 120-129/70-79 mmHg

Tình huống lâm sàng



Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- *Dày đồng tâm thất trái*

Bệnh đi kèm

- *Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L*

Yếu tố nguy cơ lối sống

- *Hút thuốc lá*

Thuốc đang điều trị

Perindopril/Indapamide/Amlodipine
5mg/1.25mg/5mg
Rosuvastatin 20mg

Ngày đo	Chế độ	HATT	HATT _{tr}	Nhịp tim	D.I.
08/2024					
13, Thứ 3					
20:53		132	92	77	
05:51		141	96	77	
12, Thứ 2					
05:46		132	95	78	
05:42		138	99	77	
11, CN					
20:04		139	90	88	
15:51		146	106	81	
09:47		137	96	96	
06:20		148	105	75	
06:10		157	110	76	
06:04		151	101	83	

Huyết áp tại phòng khám



**Đo huyết áp tại nhà
chưa đúng cách**

Huyết áp trung bình trong 3 ngày: **139/97** mmHg

Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- Dày đồng tâm thất trái

Bệnh đi kèm

- Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L

Yếu tố nguy cơ lối sống

- Hút thuốc lá

Thuốc đang điều trị

Perindopril/Indapamide/Amlodipine
5mg/1.25mg/5mg
Rosuvastatin 20mg



Ngày đo	Chế độ	HATT	HATTTr	Nhịp tim	D.I.
08/2024					
13, Thứ 3					
20:53		132	92	77	
05:51		141	96	77	
12, Thứ 2					
05:46		132	95	78	
05:42		138	99	77	
11, CN					
20:04		139	90	88	
15:51		146	106	81	
09:47		137	96	96	
06:20		148	105	75	
06:10		157	110	76	
06:04		151	101	83	

Huyết áp tại phòng khám



Cần làm gì để kiểm soát huyết áp tốt hơn cho bệnh nhân?

A. Tăng liều Perindopril/Indapamide/Amlodipine 10/2.5/10

B. Thêm Spironolactone 25mg

C. Tạm chưa tăng liều thuốc/bổ sung thuốc hạ áp

Đừng nhảy bước quá nhanh....



Đ2. Đánh giá toàn diện

Bệnh nhân đang có

- Dày đồng tâm thất trái
- LDL-c 2.0 mmol/L

→ **Kiểm tra lại LDL-c**

Rà soát lại tổn thương cơ quan đích

Mắt

- Tái cấu trúc vi mạch
- Bệnh võng mạc THA

Não

- Tổn thương chất trắng
- Vi nhồi máu yên lạng
- Vi xuất huyết
- Teo não
- Rối loạn nhận thức
- Lú lẫn do mạch máu
- Nhồi máu não
- Xuất huyết não

Tim

- Phì đại thất trái
- Dẫn thất trái và nhĩ trái
- Rung nhĩ
- Bệnh mạch vành tắc nghẽn và không tắc nghẽn
- Nhồi máu cơ tim
- Suy tim phân suất tống máu giảm/bảo tồn

Thận

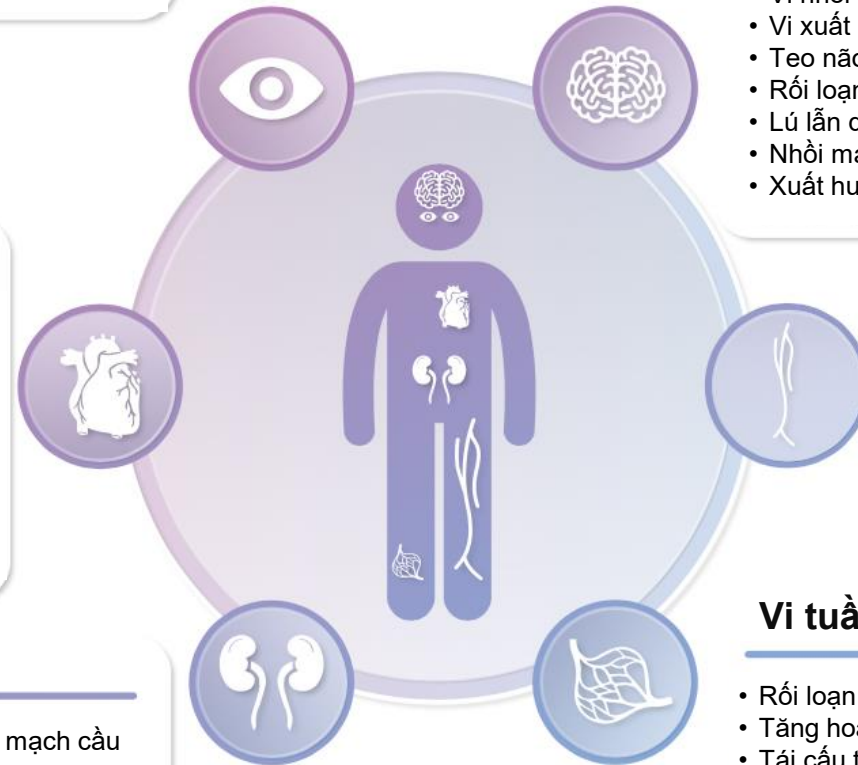
- Tăng áp động mạch cầu thận
- Xơ hoá cầu thận
- Tiểu albumin/tiểu protein
- Giảm eGFR

Động mạch lớn và trung bình

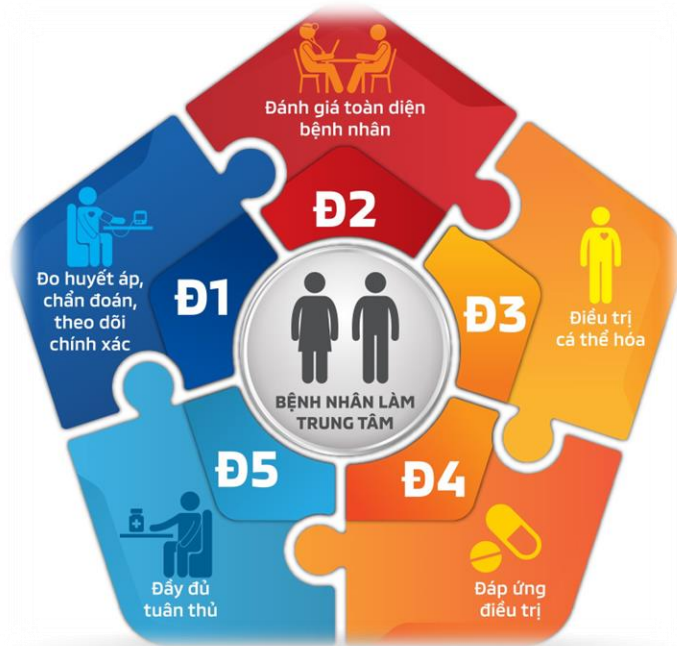
- Xơ hoá động mạch
- Vôi hoá động mạch
- Cứng thành động mạch

Vi tuần hoàn

- Rối loạn chức năng nội mạc
- Tăng hoạt mạch
- Tái cấu trúc mạch
- Xơ hoá và viêm
- ↑ kháng lực mạch ngoại biên



Đừng nhảy bước quá nhanh....



Đ2. Đánh giá toàn diện

Đ3. Điều trị cá thể hoá

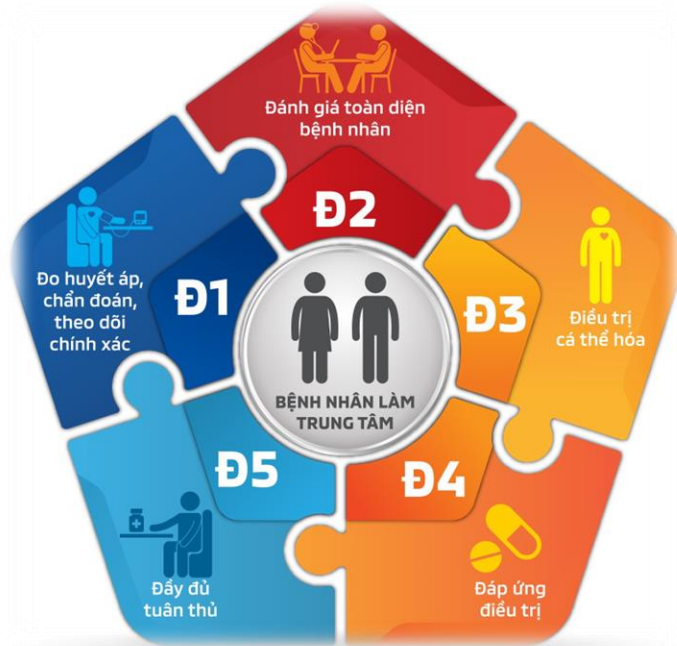
Mục tiêu huyết áp cá thể hoá

- Phì đại thất trái
- Bệnh động mạch vành mạn
- Cao tuổi (≥ 85 tuổi), suy yếu
- Tiên lượng sống còn ngắn hạn (< 3 năm)

Tổn thương cơ quan đích đáp ứng điều trị hạ áp khi nào?

Chỉ điểm tổn thương cơ quan đích	Mức độ nhạy với điều trị	Thời gian đáp ứng	Giá trị tiên lượng đáp ứng
UACR	Cao	Nhanh (tuần – tháng)	Có
Pulse wave velocity	Cao	Nhanh (tuần – tháng)	Chưa có bằng chứng
Dày thất trái MRI tim	Cao	Trung bình (> 6 tháng)	Chưa có bằng chứng
Bệnh vi mạch võng mạc	Cao	Trung bình (> 6 tháng)	Chưa có bằng chứng
Dày thất trái siêu âm tim	Trung bình	Trung bình (> 6 tháng)	Có
eGFR	Trung bình	Trung bình (> 6 tháng)	Có
Dày thất trái ECG	Thấp	Trung bình (> 6 tháng)	Có
ABI	Thấp	Chậm (> 12 tháng)	Chưa có bằng chứng
Nội trung mạch động mạch cảnh	Rất thấp	Chậm (> 12 tháng)	Chưa có bằng chứng

Đánh giá đáp ứng điều trị

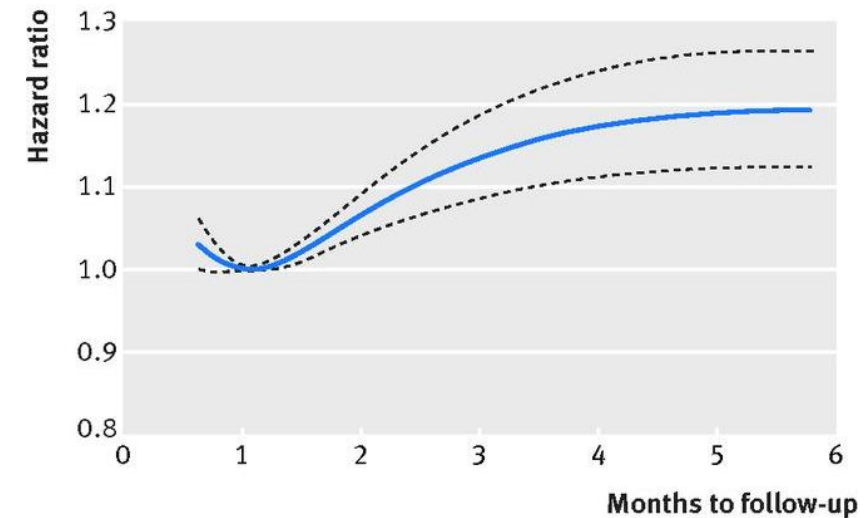
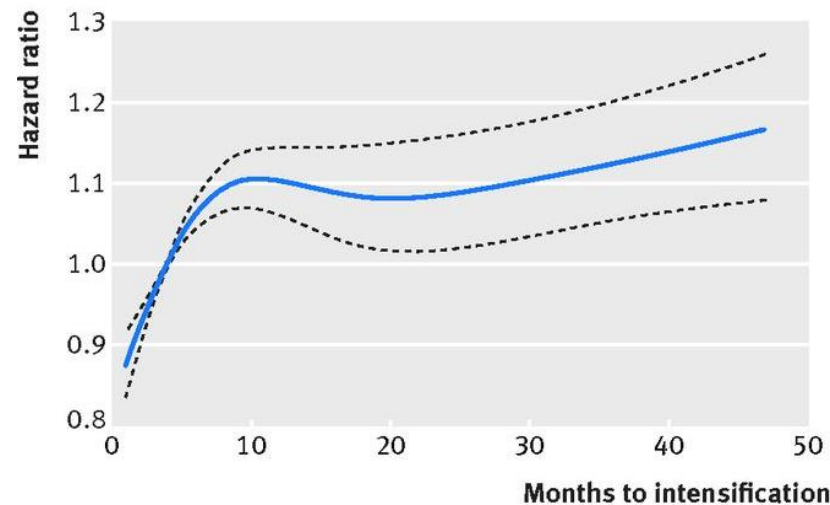


Đ4. Đáp ứng điều trị

Tái khám sau bao lâu là phù hợp ?

Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study

Nghiên cứu hồi cứu 88,756 bệnh nhân tăng huyết áp từ chương trình quốc gia
The Health Improvement Network, UK



↑↑ Tử vong do mọi nguyên nhân hay biến cố tim mạch cấp, khi:

- Trì hoãn ≥ 1.4 tháng tăng cường điều trị hạ áp
- Trì hoãn ≥ 2.7 tháng tái khám sau khi tăng liều hạ áp

Đánh giá đáp ứng điều trị



Đ4. Đáp ứng điều trị

Khởi đầu

(3 tháng)

Phải đạt huyết áp mục tiêu trong 3 tháng đầu

Theo dõi các chỉ số huyết áp định kỳ

- Điều trị và tái khám định kỳ mỗi 2-4 tuần/lần trong 2-3 tháng đầu
- Thời gian điều trị đạt đích từ một đến 3 tháng, giữa các bước từ 1-3 tháng, tối ưu 1 tháng
- Bệnh nhân được khuyến khích đo huyết áp thường xuyên tại nhà
- Nếu huyết áp không đạt mục tiêu, xem xét các yếu tố ảnh hưởng và đưa ra điều chỉnh phù hợp và chuẩn liều

Đánh giá hiệu quả điều trị/ tác dụng phụ của thuốc

- Hỏi bệnh nhân về các tác dụng phụ mà họ có thể gặp phải khi sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp
- Thay đổi thuốc hoặc đưa ra các biện pháp hỗ trợ giúp bệnh nhân giảm bớt các triệu chứng không mong muốn

Kiểm tra tiến trình đáp ứng và động viên

- Đánh giá lại về sự đáp ứng cải thiện mức độ tăng huyết áp, tổn thương cơ quan đích, bệnh đồng mắc, động viên bệnh nhân, giúp họ duy trì động lực
- Thiết lập thêm những mục tiêu mới

Đánh giá thay đổi lối sống

- Đánh giá mức độ tuân thủ và hiệu quả của các biện pháp không dùng thuốc

Hiệu quả điều trị không dùng thuốc

Điều chỉnh lối sống

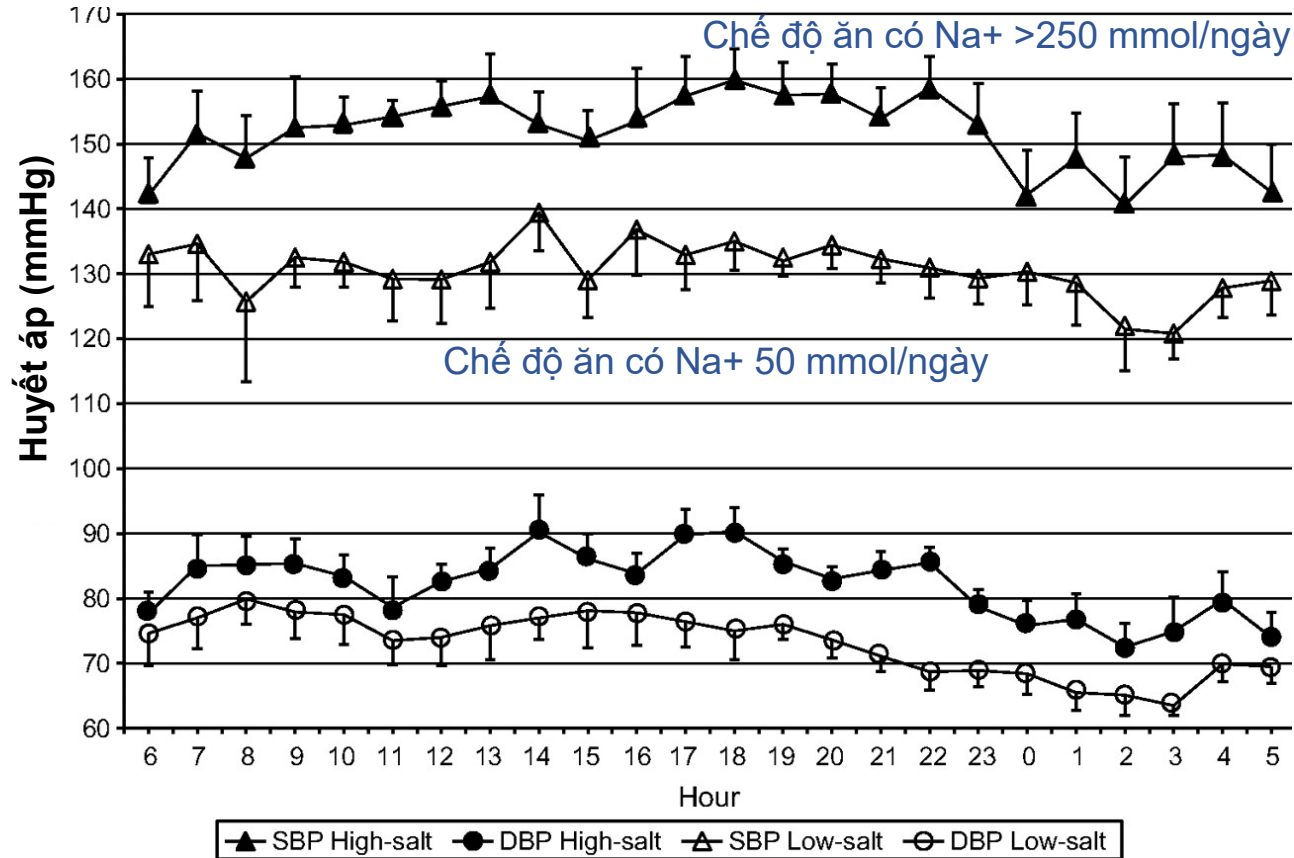
Can thiệp	Mục tiêu	Hiệu quả giảm huyết áp tâm thu
Chế độ ăn hạn chế muối	Tối ưu <1.500mg/ngày, nhưng ít nhất giảm 1.000mg/ngày	-5/6 mmHg
Chế độ ăn lành mạnh	Chế độ DASH	-11 mmHg
Bổ sung Kali trong khẩu phần	3,500-5,000 mg/ngày, ưu tiên loại muối thay thế	-4/5 mmHg
Giảm cân	BMI lý tưởng Ít nhất phải giảm 1kg ở người thừa cân	- 5 mmHg Giảm trung bình 1mmHg cho mỗi 1kg cân nặng giảm
Thể dục	90-150 phút/tuần	-4/8 mmHg
Lượng alcohol trung bình	Nam ≤ 2 ly chuẩn/ngày, Nữ ≤ 1 ly chuẩn/ngày	-4 mmHg

Hiệu quả điều trị không dùng thuốc

Ảnh hưởng chế độ ăn ít muối trong tăng huyết áp kháng trị

Huyết áp phòng khám: SBP giảm 22.7mmHg và DBP giảm 9.1 mmHg

Huyết áp lưu động 24h: giảm hằng định huyết áp cả ban ngày (SBP -20.7 mmHg, DBP -9.6 mmHg) và ban đêm (SBP -20.3 mmHg, DBP -9.9 mmHg)



Hypertension 2009;54:475 – 481

- Mức độ hạ áp của chế độ ăn ít muối đặc biệt đáng kể ở bệnh nhân tăng huyết áp có “nhạy cảm muối” (chủng tộc châu Phi, Đông Á, béo phì, người lớn tuổi, bệnh thận mạn)
- Vai trò giảm lượng muối trong chế độ ăn đặc biệt hiệu quả ở bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị so với bệnh nhân tăng huyết áp thông thường.
- Khuyến cáo AHA: có thể cắt giảm lượng natri xuống <100 mmol/ngày (2.4 g/ngày) ở bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị và cân nhắc <65 mmol/ngày (1.5g/ngày) ở một số ít trường hợp cụ thể

Tình huống lâm sàng



Đ4. Đáp ứng điều trị

Khởi đầu

(3 tháng)

Phải đạt huyết áp mục tiêu trong 3 tháng đầu

Theo dõi các chỉ số huyết áp định kỳ

- Chưa biết cách theo dõi huyết áp

Đánh giá hiệu quả điều trị/ tác dụng phụ của thuốc

- Do gần nhà không mua được Viên phối hợp liều cố định Perindopril/Indapamide/Amlodipine
 - Tạm uống Telmisartan 40mg - sáng, Indapamide 1.5mg-sáng, Amlodipine 5mg – tối
 - Hay quên thuốc cũ tối
- Không có tác dụng phụ của thuốc

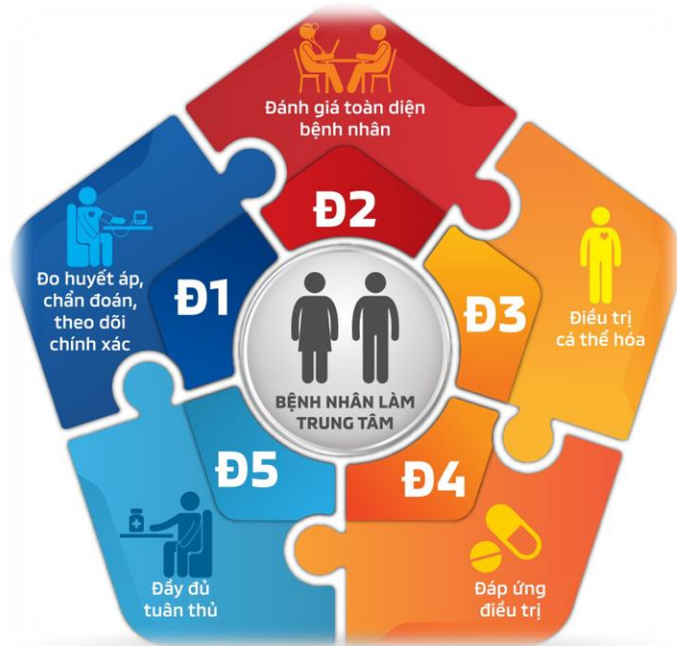
Đánh giá thay đổi lối sống

- Chưa vận động thể lực tích cực
- Còn ăn mặn & hút thuốc lá

Kiểm tra tiến trình đáp ứng và động viên

- Chưa đáp ứng điều trị huyết áp ban đầu

Đánh giá tuân thủ điều trị

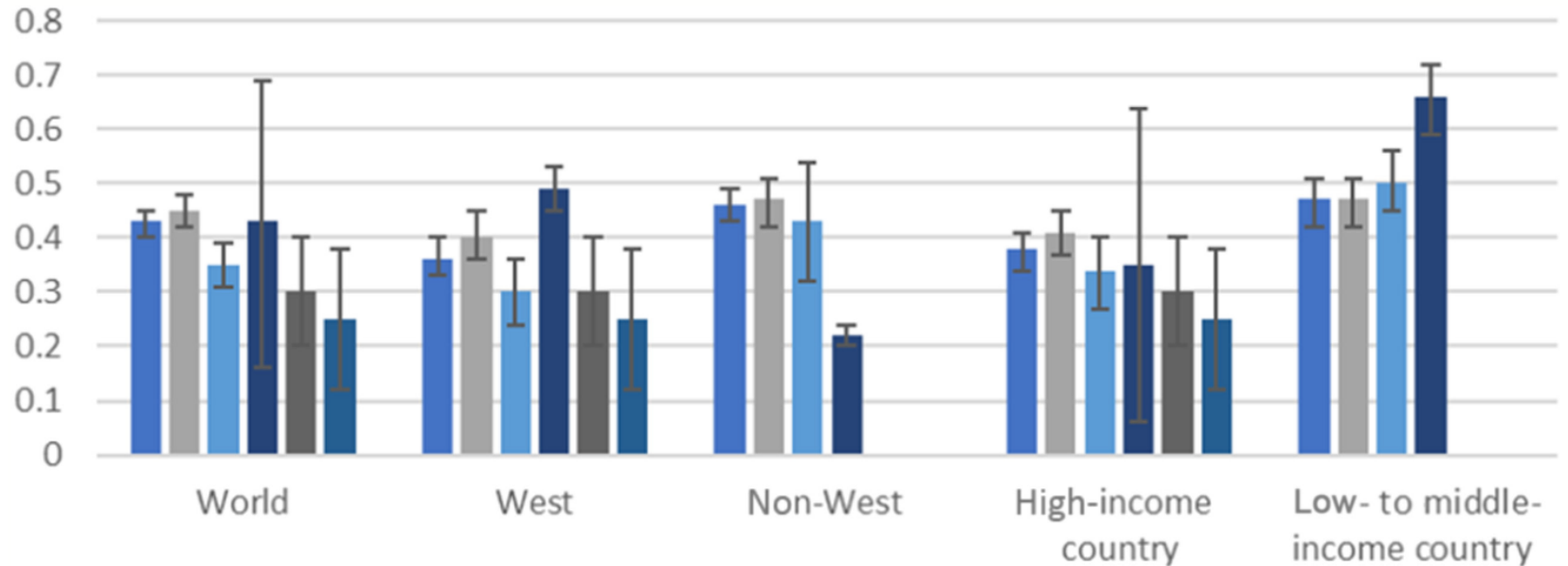


Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Tuân thủ điều trị kém vì tăng huyết áp thường “không triệu chứng”

Global Burden, Regional Differences, Trends, and Health Consequences of Medication Nonadherence for Hypertension During 2010 to 2020: A Meta-Analysis Involving 27 Million Patients

161 nghiên cứu từ 68 quốc gia



- all definitions
- questionnaire
- prescription refill
- pill counting
- electronic pill box
- biochemical assay

Tỉ lệ không tuân thủ điều trị hạ áp trên thế giới 27 – 40%

Đánh giá tuân thủ điều trị

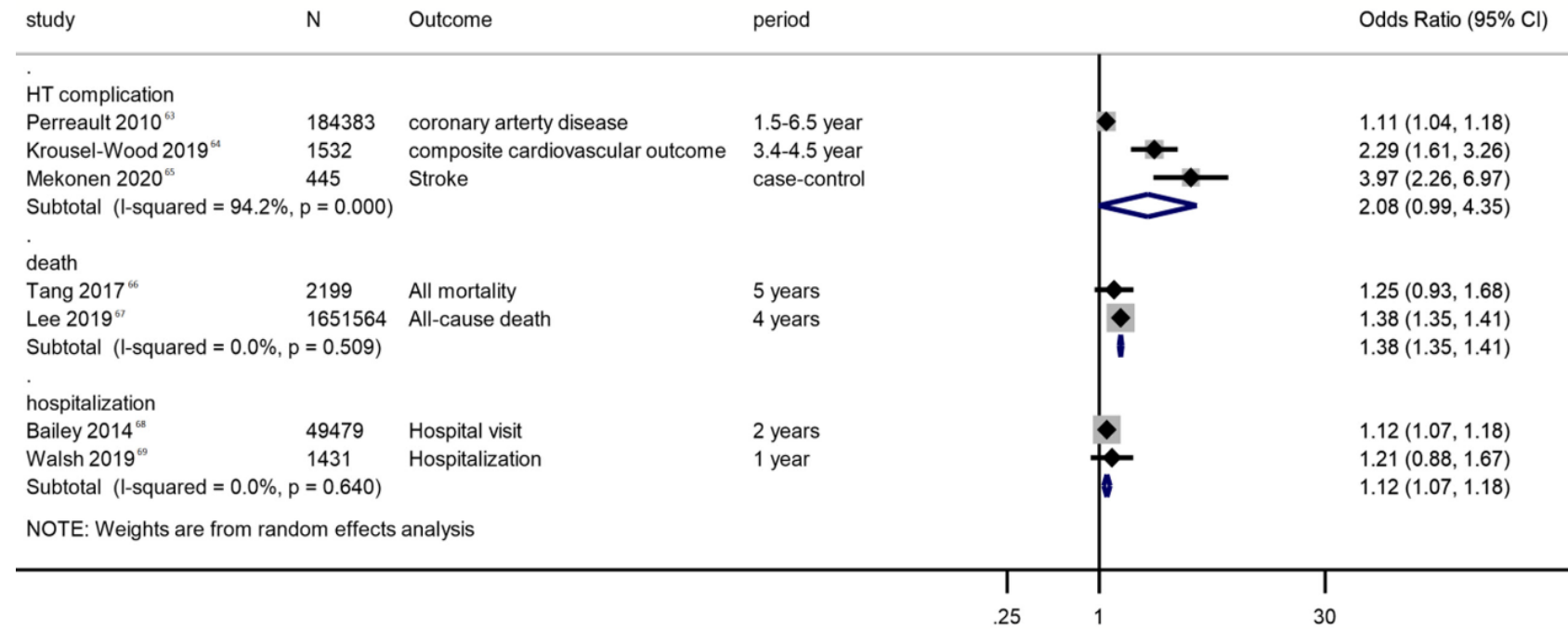


Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Tuân thủ điều trị kém làm tăng biến cố bất lợi

Global Burden, Regional Differences, Trends, and Health Consequences of Medication Nonadherence for Hypertension During 2010 to 2020: A Meta-Analysis Involving 27 Million Patients

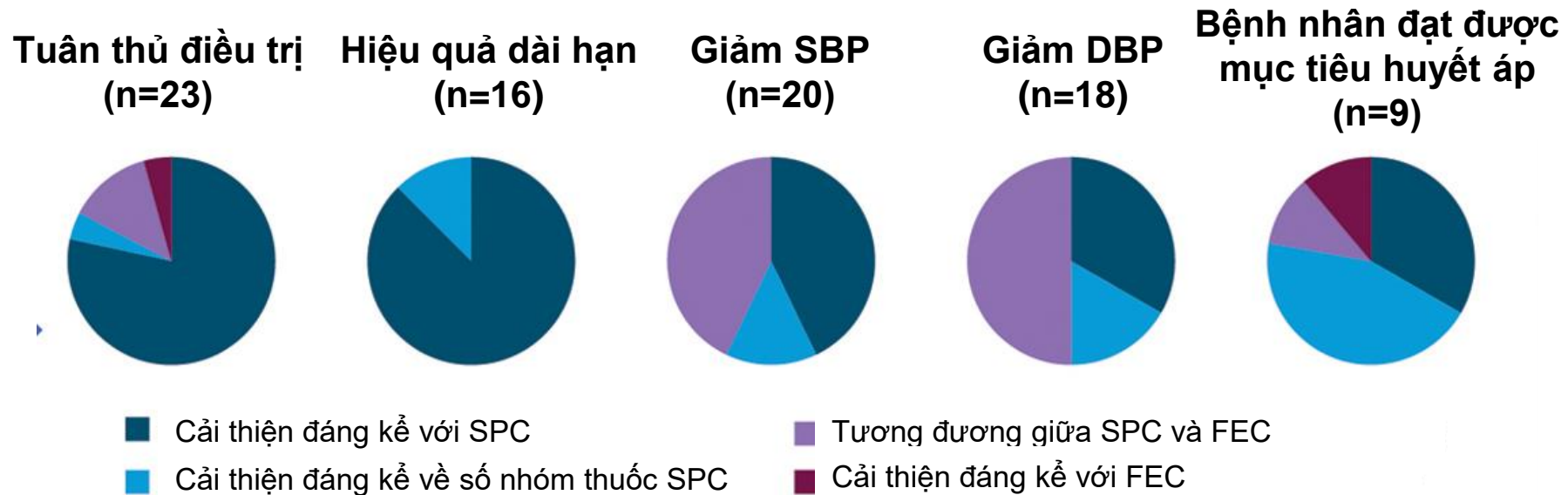
161 nghiên cứu từ 68 quốc gia



Không tuân thủ điều trị làm tăng nguy cơ biến chứng tăng huyết áp, tử vong và nhập viện

Viên phối hợp liều cố định ổn định huyết áp tốt hơn

Phân tích gộp dựa trên 44 nghiên cứu so sánh viên phối hợp liều cố định (SPC) với phối hợp viên đơn (FEC) trong tuân thủ điều trị, hạ áp dài hạn, mức giảm huyết áp, và đạt mục tiêu hạ áp



Viên phối hợp liều cố định (SPC) làm cải thiện tuân thủ điều trị và ổn định huyết áp dài hạn so với phối hợp điều trị thuốc hạ áp viên đơn (FEC)

Viên phối hợp liều cố định ổn định huyết áp tốt hơn



	Trial	Treatment	BP baseline, mm Hg	SBP difference vs. control, mm Hg	Reduction in renal outcomes	Reduction in mortality	
						CV	Total
ACEi-based regimens	ADVANCE (N = 11,140)	Perindopril/indapamide vs. placebo	145/81	-5.6	-21% ($p < 0.0001$) Primary and secondary prevention	-18% ($p = 0.025$)	-14% ($p = 0.027$)
	ACE-i bảo vệ thận và bảo vệ tim mạch						
ARB-based regimens	IDNT (N = 1148)	Irbesartan vs. placebo	159/87	-3.3	-20% ($p = 0.02$) Secondary prevention	No	No
	RENAAL (N = 1513)	Losartan vs. placebo	153/82	-2	-16% ($p = 0.02$) Secondary prevention	-	No
	DIRECT (N = 5231)	Candesartan vs. placebo	118/73	-3.3	-5.5% ($p = 0.024$) Secondary prevention	-	No
	ROADMAP (N = 4447)	Olmesartan vs. placebo	136/81	-3	Yes Primary prevention	No	No
ARB bảo vệ thận, nhưng thiếu bằng chứng bảo vệ tim mạch							

Viên phối hợp liều cố định ổn định huyết áp tốt hơn



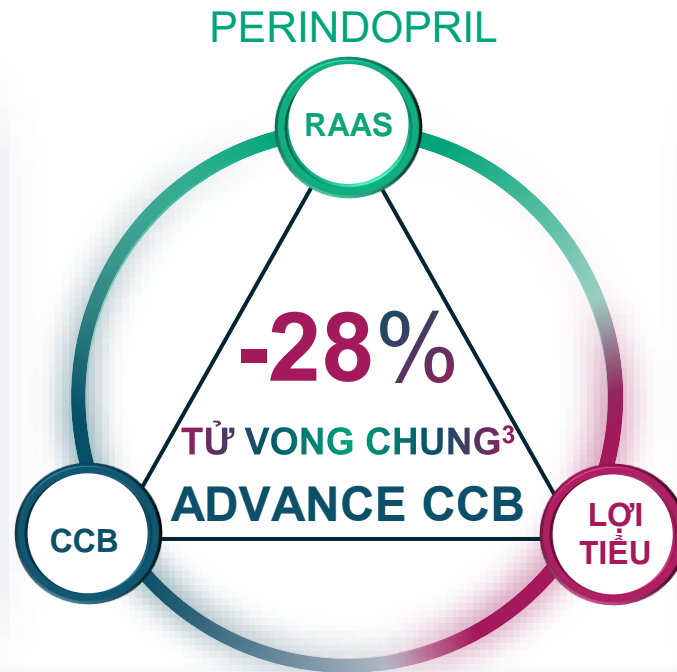
Phối hợp 3 duy nhất có bằng chứng giảm tử vong chung

ascot₁
Anglo-Scandinavian
Cardiac Outcomes Trial

**Perindopril/amlodipine
vs atenolol/thiazide**

Tử vong tim mạch:
-24% P=0.001

Tử vong chung:
-11% P=0.02



AMLODIPINE

INDAPAMIDE

ADVANCE²

**Perindopril/indapamide
vs placebo**

Tử vong tim mạch:
-18% P=0.027

Tử vong chung:
-14% P=0.025

Biến cố thận
-21% P<0.0001



Nghiên cứu của REA về tuân thủ điều trị và biến cố tim mạch trên viên phối hợp cố định

Federico Rea et al, "Adherence and related cardiovascular outcomes to single pill vs. separate pill administration of antihypertensive triple-combination therapy", J Hypertens. 2023 Sep 1;41(9):1466-1473.

Mục tiêu:

So sánh mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân được chỉ định viên phối hợp cố định 3 thành phần Perindopril/Amlodipine/Indapamide với phối hợp giữa 1 ACEi + 1 CCB + 1 lợi tiểu dưới dạng 2 viên

Thiết kế

Yêu cầu tuyển bệnh

- ≥40 tuổi
- Cư trú ở Lombardy ≥3 năm
- Được chỉ định 3 thuốc hạ huyết áp trong khoảng thời gian giữa 2015 và 2018
- ≥ 1 năm theo dõi



Nguồn dữ liệu:

Cổng Dịch vụ Y tế của Lombardy (Ý)

2 nhóm

1 viên phối hợp cố định PER+IND+AML

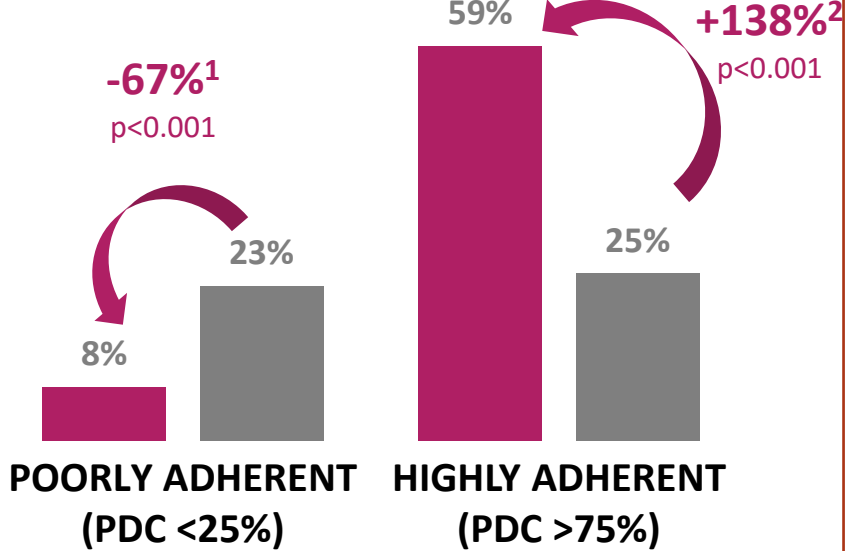
VS

2 viên phối hợp ACEi + DIU + CCB

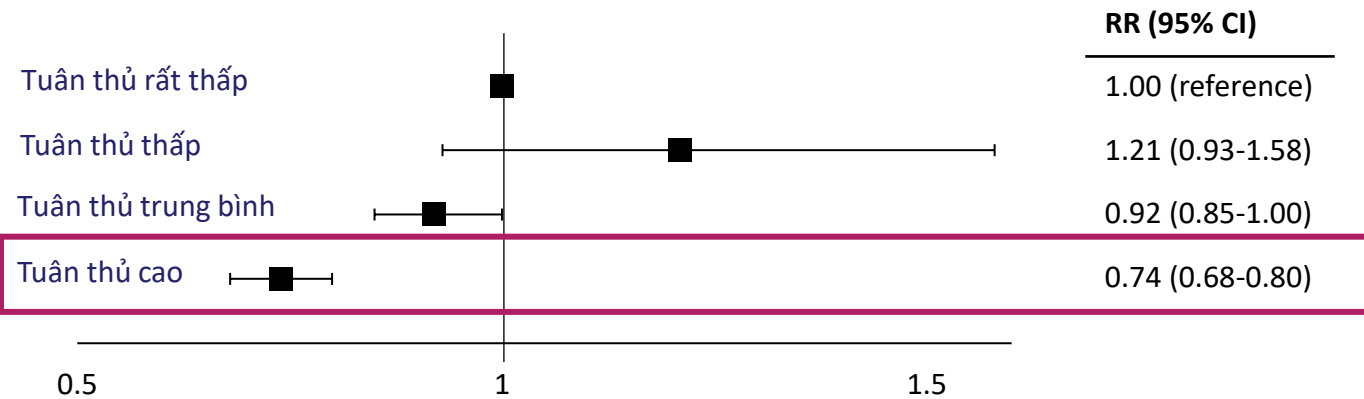


Phối hợp 3 cố định Perindopril/Indapamide/Amlodipine cải thiện tuân thủ, giảm nhập viện do biến cố Tim mạch và tiết kiệm chi phí so với phối hợp rời U'CMC + CCB + Lợi tiểu

SPC Per/Ind/Amlo cải thiện tuân thủ



Tuân thủ điều trị cao cải thiện 26% tỉ lệ nhập viện do biến cố



SPC giảm 41% nguy cơ ngừng thuốc



SPC tiết kiệm chi phí điều trị và nhập viện do biến cố

	SPC	PH rời	
Nhập viện do biến cố	393	477	
Thuốc huyết áp	261	272	
Dịch vụ khám	67	62	
Tổng	721	811	P<0.001

Đánh giá tuân thủ điều trị



Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Các yếu tố quan trọng chi phối tuân thủ điều trị



Yếu tố kinh tế – xã hội

Không thể chi trả điều trị và không có sự hỗ trợ xã hội để quản lý điều trị



Yếu tố hệ thống y tế/ đội ngũ chăm sóc y tế

Giao tiếp người bệnh cần rõ ràng và kiên định, chất lượng mối quan hệ đang có với người bệnh



Yếu tố liên quan điều trị

Tác dụng phụ thuốc và thách thức polypharmacy



Yếu tố liên quan điều kiện

Tăng huyết áp thường không triệu chứng và là một trong các bệnh đồng mắc



Yếu tố liên quan người bệnh

Niềm tin về tăng huyết áp và các thuốc điều trị, thói quen kiên trì dùng thuốc và các bất thường cảm xúc

Đánh giá tuân thủ điều trị



Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị



Đánh giá tuân thủ điều trị



Đ5. Đầy đủ tuân thủ

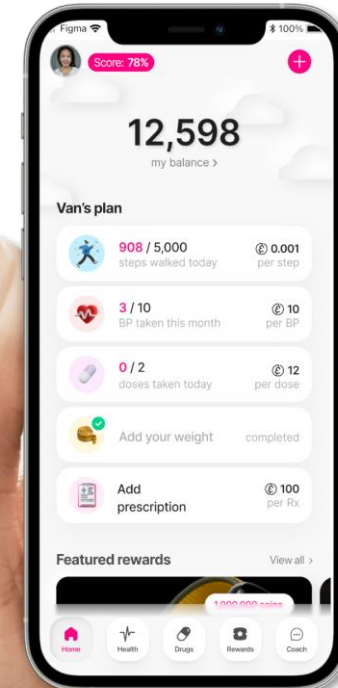
Can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị

Elfie là 1 giải pháp **đồng hành kỹ thuật số** giúp **nhắc nhở bệnh nhân** dùng thuốc hàng ngày và theo dõi sức khỏe thường xuyên

Cá nhân hóa

Tự theo dõi

Nhắc nhở



Game hóa

Huấn luyện

Kết nối với các bác sĩ và thành viên gia đình

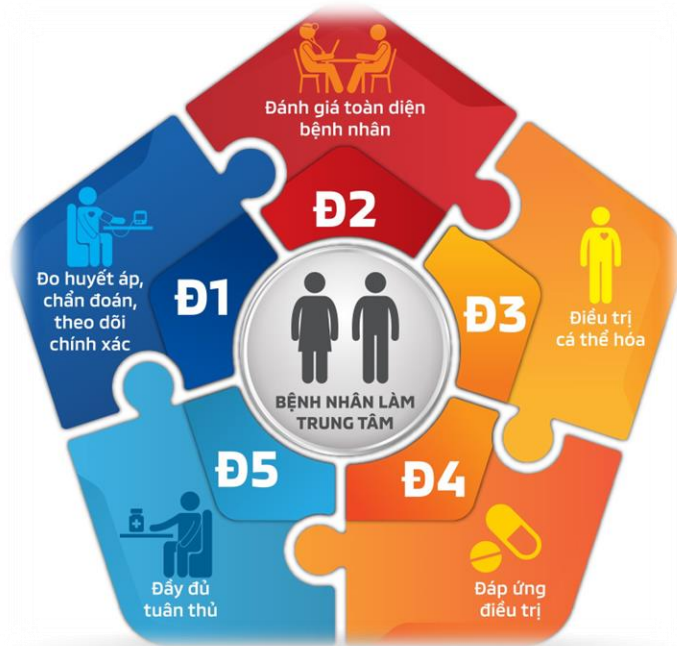
Elfie



Được chứng nhận bởi

Hội Tim mạch học Việt Nam và Hội Nội tiết Đái tháo đường Việt Nam

Đánh giá tuân thủ điều trị



Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Các phương thức đánh giá tuân thủ điều trị

Phương pháp gián tiếp

Tự báo cáo

Bảng câu hỏi (e.g Morisky Medication Adherence Scale)

Nhật ký

Phỏng vấn

Đếm số viên thuốc

Bảng tay

Dụng cụ theo dõi tự động (pill box)

Lịch sử kê đơn thuốc

Phương pháp trực tiếp

Chứng kiến uống thuốc

Quan sát trực tiếp bệnh nhân uống thuốc

Theo dõi nồng độ thuốc

Xét nghiệm máu

Xét nghiệm nước tiểu

Đánh giá tuân thủ điều trị



Đ5. Đầy đủ tuân thủ

Khi nào cần đánh giá tuân thủ điều trị

Tại mỗi lần thăm khám lâm sàng

Trước khi quyết định lên thang điều trị tăng huyết áp

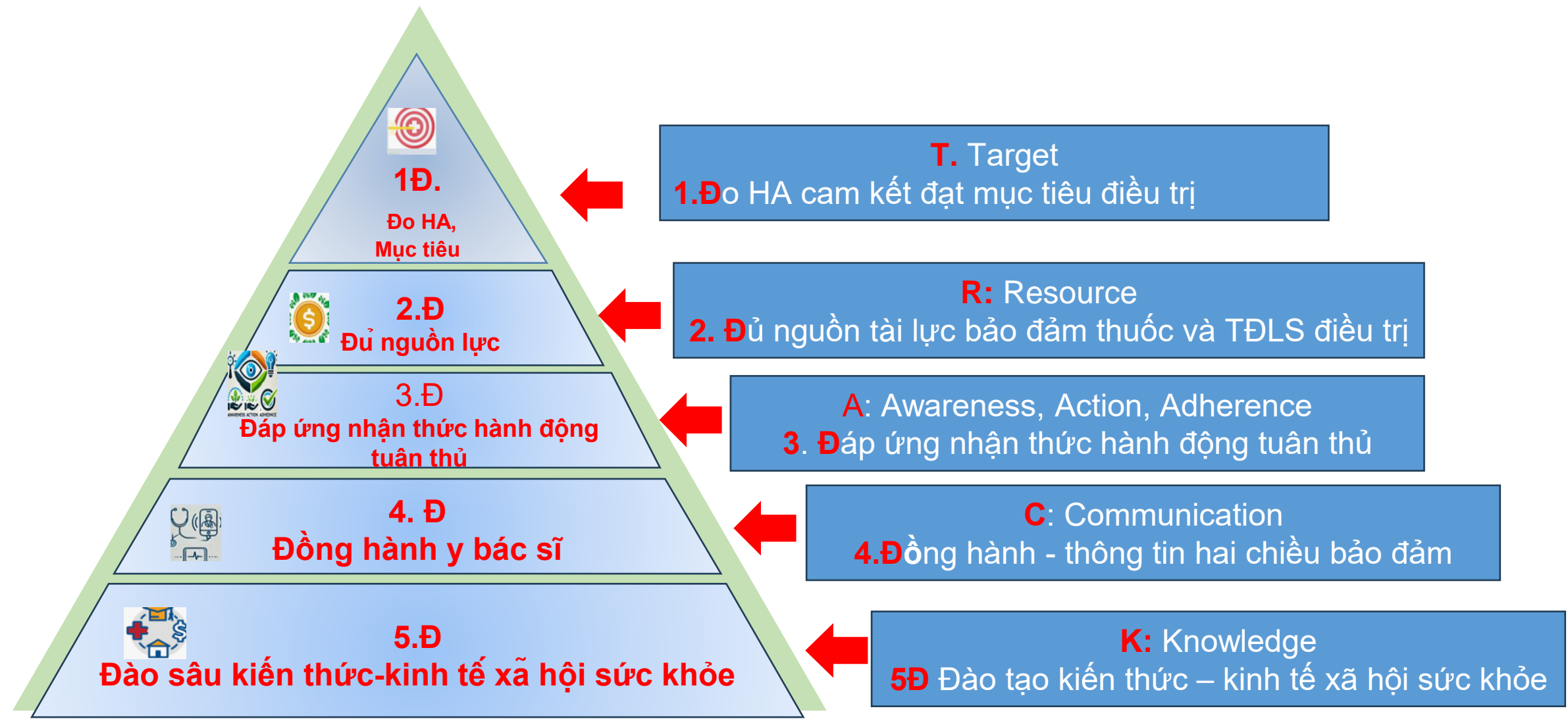
Trước khi quyết định tầm soát nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát

Khi nghi ngờ tăng huyết áp kháng trị thật

Tiếp cận “không tuân thủ điều trị” cần đa chiều

Thảo luận không phán quyết sau khi xác định không tuân thủ điều trị

LỘ TRÌNH 5Đ VSH-VNHA QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP



TRACK PLAN QUẢN LÝ THA CỦA VSH/VNHA DÀNH CHO BỆNH NHÂN THA

Tình huống lâm sàng



Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- *Dày đồng tâm thất trái*

Bệnh đi kèm

- *Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L*

Yếu tố nguy cơ lối sống

- *Hút thuốc lá*

Thuốc đang điều trị

Telmisartan 40mg

Indapamide 1.5mg

Amlodipine 5mg

Rosuvastatin 20mg

Danh sách				
Ngày đo	Chế độ	HATT	HATT _r	Nhịp tim D.I.
08/2024				
13, Thứ 3				
20:53		132	92 ~ 77	
05:51		141	96 ~ 77	
12, Thứ 2				
05:46		132	95 ~ 78	
05:42		138	99 ~ 77	
11, CN				
20:04		139	90 ~ 88	
15:51		146	106 ~ 81	
09:47		137	96 ~ 96	
06:20		148	105 ~ 75	
06:10		157	110 ~ 76	
06:04		151	101 ~ 83	

Huyết áp tại phòng khám



Cần làm gì để kiểm soát huyết áp tốt hơn cho bệnh nhân?

Hướng dẫn cách theo dõi huyết áp tại nhà

Kiểm tra lại LDL-c, non-HDL-c

Cải thiện thay đổi lối sống: ngừng hút thuốc lá, giảm ăn mặn

Khuyến khích bệnh nhân chuyển sang viên phối hợp liều cố định

Perindopril/Indapamide/Amlodipine 5/1.25/5mg

Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, tăng huyết áp đã được điều trị ban đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Tổn thương cơ quan đích

- *Dày đồng tâm thất trái*

Bệnh đi kèm

- *Rối loạn lipid máu, LDL-c 2.0 mmol/L*

Yếu tố nguy cơ lối sống

- *Hút thuốc lá*

Thuốc đang điều trị

Perindopril/Indapamide/Amlodipine

5mg/1.25mg/5mg

Rosuvastatin 20mg

Ezetimibe 10mg



Danh sách				
Ngày đo	Chế độ	HATT	HATTr	Nhịp tim D.I.
08/2024				
13, Thứ 3				
20:53		132	92 ~ 77	
05:51		141	96 ≈ 77	
12, Thứ 2				
05:46		132	95 ≈ 78	
05:42		138	99 ≈ 77	
11, CN				
20:04		139	90 ~ 88	
15:51		146	106 ≈ 81	
09:47		137	96 ≈ 96	
06:20		148	105 ≈ 75	
06:10		157	110 ≈ 76	
06:04		151	101 ≈ 83	

3 tháng sau...



Danh sách				
Ngày đo	Chế độ	HATT	HATTr	Nhịp tim D.I.
11/2024				
10, CN				
15:02		125	89 ~ 77	
09, Thứ 4				
21:36		107	71 ~ 70	
08:18		116	78 ~ 83	
08:15		116	84 ~ 83	
08:13		122	84 ~ 86	
08, Thứ 3				
18:29		109	64 ~ 70	
18:28		115	74 ~ 69	
08, CN				
15:29		106	69 ~ 77	

Kết luận

- **Chiến lược 5Đ** trong thực hành lâm sàng quản lý tăng huyết áp của VSH-VNHA nhấn mạnh sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, các tổ chức đa ngành và bệnh nhân
- Kiểm soát tăng huyết áp ở các tuyến cơ sở
 - Vẫn cần phải tiếp cận theo nguyên tắc 5Đ
 - Đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân cần toàn diện
 - Tiếp cận đa chiều trong xác định tuân thủ điều trị và quản lý không tuân thủ điều trị