CA LÂM SÀNG
TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CHƯA KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP ĐẠT MỤC TIÊU THEO XU HƯỚNG MỚI
(ĐIỀU TRỊ ĐÚNG - ĐỦ- ĐỀU)

BSCKII. Ngô Nguyễn Kim Hường

Bệnh viện Nhân dân 115 – TP HCM

BỆNH ÁN LÂM SÀNG

- **BỆNH SỬ**

- *Bệnh nhân nam, 55 tuổi,* nghề nghiệp*: làm ruộng-* đc *Tiền Giang*
- *Khám vì huyết áp không ổn định*
- *Bệnh nhân biết bệnh tăng huyết áp 5 năm đang điều trị với Amlodipin 5 mg, Enalapril 10 mg, Hypothazide 12,5 mg huyết áp thường tăng về chiều 150-160/90 mmHg đôi khi kèm nhức đầu, bệnh nhân tự uống thêm 1v amlor 5mg (1tháng uống thêm 5v amlor), không an tâm → khám tại bv 115*

Tiền sử:

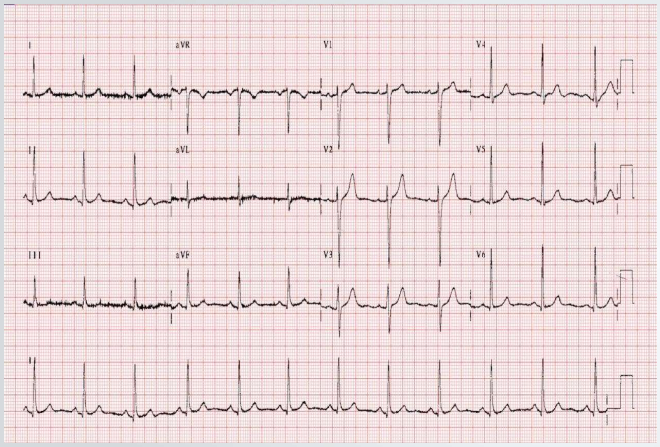
Bản thân: Hút thuốc lá 26 gói x năm,
Thói quen: ăn mặn

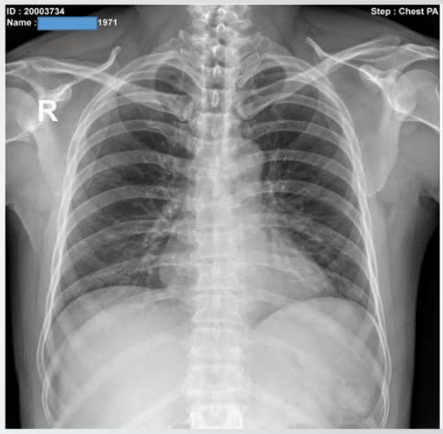
TĂNG HUYẾT ÁP - CHUẨN 3Đ
ĐIỀU TRỊ ĐÚNG ĐỦ - TUÂN THỦ DÀI LÂU

Khám lâm sàng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Mạch: 78 lần/phút; huyết áp tay phải= tay trái: 160/90 mmHg; nhịp thở: 18 lần/phút; nhiệt độ: 37^{o}C.
- Cân nặng: 70 kg, cao 1,65 m, BMI = 25,7 kg/m^2
- Tim: T1, T2 đều, rõ; không nghe âm thổi bệnh lý.
- Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường

CẬN LÂM SÀNG





ECG: nhịp xoang, đều, tần số 75 lần/phút

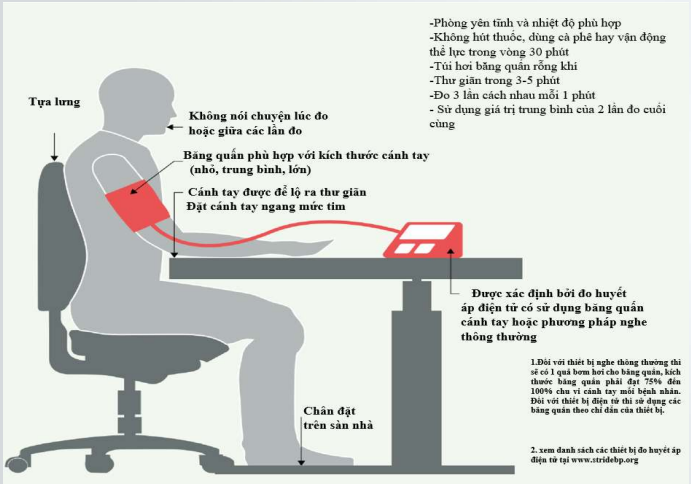
CẬN LÂM SÀNG

- Glucose: 5,9 mmol/l
- Creatinin: 79,6 µmol/l; eGFR: 96 ml/ph/1,73 m^2 da; albumin/creatinin niệu: 25 mg/g.
- Cholesterol toàn phần: 6,6 mmol/l; LDL-C: 4,8 mmol/l; HDL-C 0,67 mmol/l; Triglyceride 2,4 mmol/l
- Na^+ 136 mmol/L; K^+ 3,8 mmol/L; Cl^- 107 mmol/L
- Siêu âm tim: hở van 2 lá 1/4; hở van 3 lá 1/4; PAPs = 18 mmHg. Không rối loạn vận động vùng. EF = 68%.

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

1. Tiếp cận bệnh nhân này?

2. Tư vấn điều trị như thế nào?



THA chưa kiểm soát được huyết áp

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

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

Đo HA Phòng Khám Chính Xác
Phát hiện THA áo choàng trăng 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

VNHA/VSH 2018

Các yếu tố ảnh hưởng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA

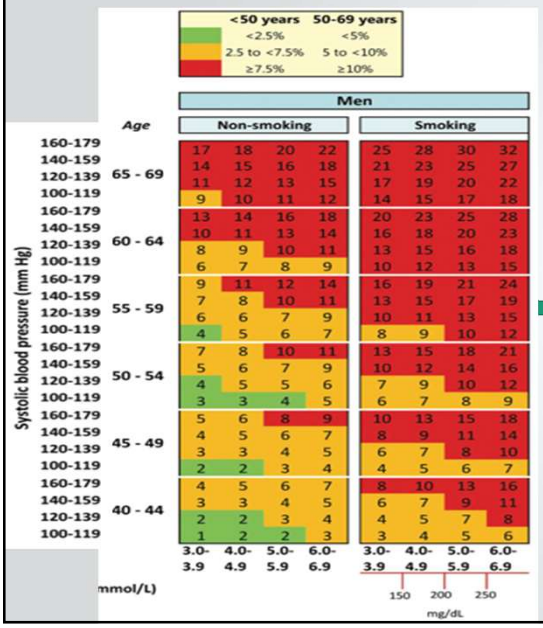
SERVIER

Đặc điểm dân số và các thông số cận lâm sàng
Giới (nam > nữ)
Tuổi
Thuốc lá – đang hút hoặc đã hút
Cholesterol toàn bộ và HDL-C
*Uric acid
Đái tháo đường
Tăng trọng hoặc béo phì
Tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch sớm (tuổi nam < 55 và nữ < 65)
Tiền sử gia đình hoặc người thân mắc bệnh THA sớm
Mãn kinh sớm
Lối sống tĩnh tại
Yếu tố tâm lý và xã hội
*Nhịp tim (trị số khi nghỉ > 80 l/phút)

Tổn thương cơ quan đích không có triệu chứng — Chưa
Cứng mạch: HA mạch (ở người lớn) ≥ 60 mmHg Vận tốc sóng mạch (PWV) ĐMC- đùi > 10 m/s
ECG dày thất trái
Siêu âm tim DTT
Albumine niệu vi thể hoặc tăng tỉ lệ albumin-creatinine
Bệnh thận mạn mức độ vừa với eGFR > 30-59 mL/ph/1.73 m2 (BSA) hoặc bệnh thận mạn nặng với eGFR < 30 mL/phút/1.73 m2
Chỉ số cẳng chân–cổ tay< 0.9
Bệnh võng mạc tiến triển: xuất huyết hoặc xuất tiết, phù gai thị
Bệnh tim mạch đã xác định — Chưa
Bệnh mạch não: Đột quị thiếu máu cục bộ, xuất huyết não, TIA
Bệnh Mạch Vành: nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, tái tưới máu cơ tim
Hiện diện mảng vữa xơ qua hình ảnh
Suy tim, bao gồm Suy tim với EF bảo tồn
Bệnh lý ĐM ngoại biên
Rung nhĩ

VNHA/VSH 2018

Đánh giá nguy cơ tim mạch



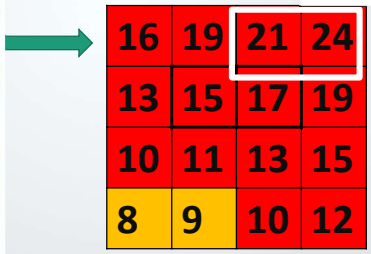
NAM 55T

HÚT THUỐC LÁ

HA 160

CHOL 6,6-

NON HDL 5,9



16	19	21	24
13	15	17	19
10	11	13	15
8	9	10	12

European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709

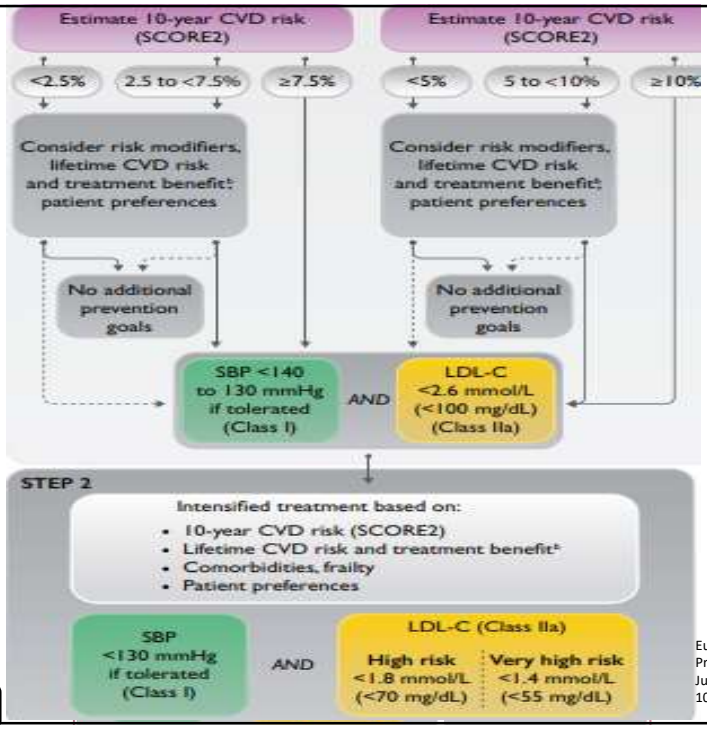
Phân tầng nguy cơ tương đối dựa vào các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (HMOD) và các bệnh đồng mắc

Các YTNC, tổn thương CQ đích hoặc các bệnh lý	Bình thường cao HATT 130-139 HATTr 85-89	Độ 1 HATT 140-159 HATTr 90-99	Độ 2 HATT ≥160 HATTr ≥100	
Không có YTNC	Thấp	Thấp	Trung bình	Cao
GĐ 3, ĐTĐ, bệnh tim mạch	Cao	Cao	Cao	

THA chưa kiểm soát được huyết áp

nguy cơ tim mạch cao, rối loạn lipid máu chưa tổn thương cơ quan đích

European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709



ESC 2021

European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709

Mục tiêu điều trị: Kiểm soát HA cộng với giảm nguy cơ tim mạch toàn bộ

SERVIER

	Normal SBP 120-129 or DBP 80-84	High normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥180 or DBP ≥110
No other Risk Factors		BP 138/86			
1 or 2 Additional Risk Factors					
3 or more CRF, or Diabetes or TOD					
Associated Clinical Conditions					

Absolute *added* 10 year risk of cardiovascular disease:

Framingham	< 15%	15-20%	20-30%	> 30%
SCORE	< 4%	4 – 5%	5-8%	> 8%

Coca A. Cardiovasc Risk Factors 2004; 13: 263-272

Mục tiêu điều trị: Kiểm soát HA cộng với giảm nguy cơ tim mạch toàn bộ

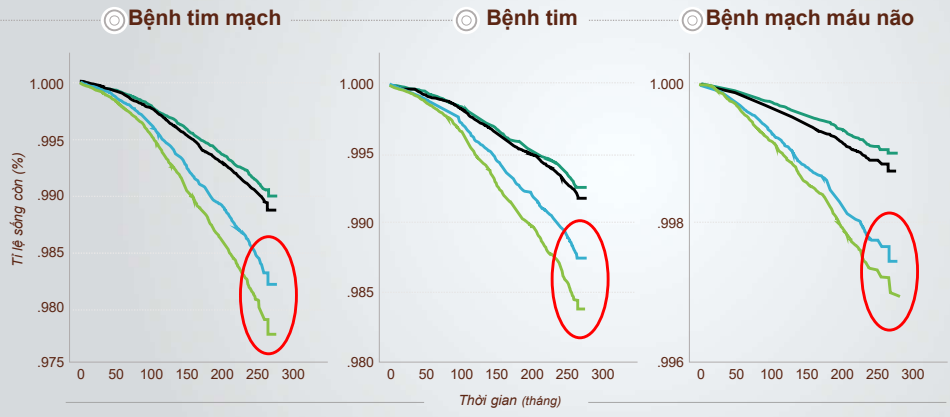
	Normal SBP 120-129 or DBP 80-84	High normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥180 or DBP ≥110
No other Risk Factors	BP 128/78				
1 or 2 Additional Risk Factors					
3 or more CRF, or Diabetes or TOD	BP 128/78				
Associated Clinical Conditions					

Absolute *added* 10 year risk of cardiovascular disease:

Framingham	< 15%	15-20%	20-30%	> 30%
SCORE	< 4%	4 – 5%	5-8%	> 8%

Coca A. Cardiovasc Risk Factors 2004; 13: 263-272

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



Nghiên cứu điều tra mối liên quan của tăng huyết áp có kiểm soát và không kiểm soát được, và vai trò của điều trị, với nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong tim mạch bằng nghiên cứu đoàn hệ trên người trưởng thành ở Hoa Kỳ.

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

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ THA TỐI ƯU VSH/VNHA 2021

TỐI ƯU

Tiền THA= HABTC≥ 130-139/85-89mmHg ở người lớn >18 tuổi
Khám đo chẩn đoán xác định & phân tầng nguy cơ

ĐIỀU TRỊ THEO CÁ THỂ HÓA
Thay đổi lối sống & Thuốc

HABTC + Nguy Cơ Thấp/TB*

A , B, C, D*

- HABTC + Nguy Cơ Cao/ BTMXV/ BTM/ ĐTĐ
- THA ≥ 140/90mmHg**

THA có chỉ định điều trị bắt buộc

- Bệnh mạch vành: A+B hoặc C
- Suy tim EF giảm: A # + B + SGLT2i + kháng aldosterone + D (LT quai khi ứ dịch)
- Đột quị: A+ D;
- Bệnh thận mạn: A+ C
- ĐTĐ nguy cơ cao: A+C/D; SGLT2i, hoặc GLP1 RA

1 viên — **VIÊN PHỐI HỢP: A + C hoặc D ****
từ LIỀU THẤP đến LIỀU THÔNG THƯỜNG

1 viên — **VIÊN PHỐI HỢP: A + C + D***

1 viên + 1 viên — **THA KHÁNG TRỊ**
Thêm kháng aldosterone*** hay lợi tiểu khác, chẹn alpha hoặc chẹn bêta

Tham khảo chuyên gia về THA

Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp TB sau 3 tháng TĐLS không kiểm soát HA, hoặc bn ≥ 80 tuổi , hội chứng lão hóa.,

* 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

** Điều trị thuốc ngay với ưu tiên một viên thuốc cố định liều,

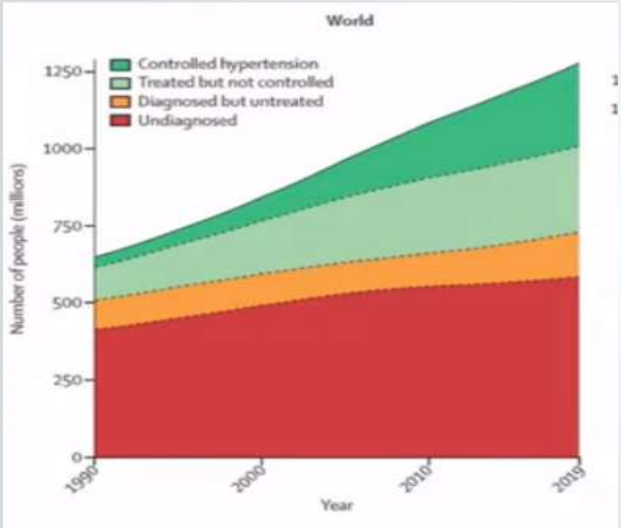
** Liều Thấp = ½ Liều Thông Thường

*** Cẩn trọng khi MLCT<45ml/p/1.73m2, K>4.5mmol/L

A: ƯCMC hoặc CTTA/ ARNI

A;: ƯCMC: ức chế men chuyển hoặc CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II - C: chẹn kênh canxi ; B: chẹn beta ;YTNC: yếu tố nguy cơ; HATT: Huyết áp tâm thu – HATTr: Huyết áp tâm trương – ĐTĐ: đái tháo đường ; TB: trung bình; TTCQĐ: tổn thương cơ quan đích; TĐLS: thay đổi lối sống, BTMXV; Bệnh tim mạch do xơ vữa; BTM: bệnh thận mạn

Số bệnh nhân tăng huyết áp thay đổi từ 1990 – 2019



Tăng huyết áp chưa kiểm soát

1. **Bệnh nhân có tuân thủ điều trị**
2. **Các yếu tố thúc đẩy**
   - Chế độ ăn mặn
   - Stress: mất ngủ…
   - Các thuốc uống kèm
   - Bệnh lý cấp tính mới khởi phát gần đây: nhiễm trùng, rối loạn tiêu hóa
3. **THA thứ phát**
   - Hẹp động mạch thận
   - Ngưng thở lúc ngủ (béo phì, ngủ ngáy) ????

LÀM THẾ NÀO ĐỂ BỆNH NHÂN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

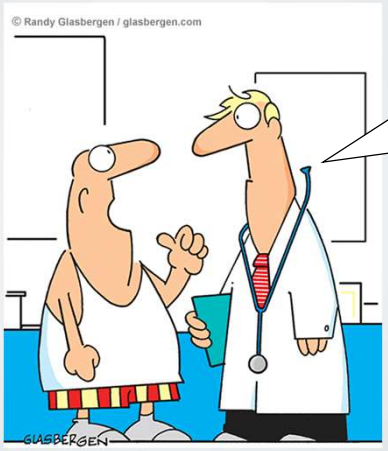
Mình chỉ cần thuốc hạ áp không gây phù chân !

Cứ Mỗi năm trôi qua
Trên thế giới lại có thêm…
…khoảng **17 triệu** người chết vì biến cố tim mạch, chiếm
31% số người tử vong toàn cầu
→ thuốc hạ áp cải thiện tử vong tim mạch

LÀM THẾ NÀO ĐỂ BỆNH NHÂN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Tốt vậy, chắc sẽ mắc tiền

Không dễ



Thuốc được chứng minh là giảm đột quị tái phát..

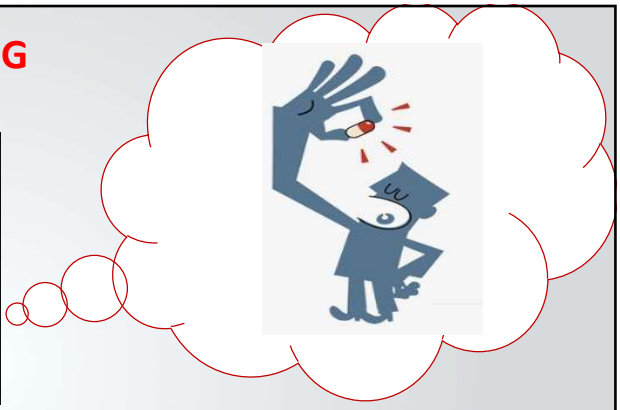
LÀM THẾ NÀO ĐỂ BỆNH NHÂN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Làm sao để đừng đột quị thêm lần nữa…

Cám ơn Bác sĩ ..tôi sẽ không dám bỏ trị

Thuốc được chứng minh là giảm đột quị tái phát qua nc Progress…

CA LÂM SÀNG



ĐÚNG: Phối hợp các nhóm thuốc theo khuyến cáo – chưa đủ vì sử dụng viên rời

ĐỦ: Đủ liều nhưng chưa thật sự thuận tiện dễ uống - dễ nhớ - không bị sót liều

ĐỀU: Xem xét thuốc có sẵn địa phương để bệnh nhân uống đều đặn

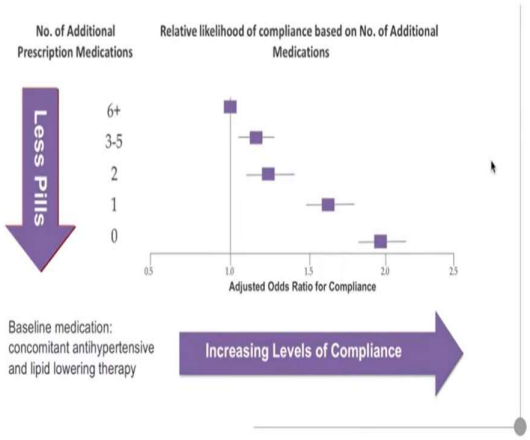
LÀM THẾ NÀO ĐỂ BỆNH NHÂN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

In 2001, Professor Richard Peto: first concept of using the fixed-dose combination of aspirin, a statin, an angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor, and a beta blocker for cardiovascular disease secondary prevention in low- and middle-income countries

2003: the modern concept of the *Polypill* was born;
promised the prevention of more than 80% of all cardiovascular disease deaths

World Health Organization, Wellcome Trust.

Giảm số viên thuốc uống sẽ tăng gắn kết với điều trị

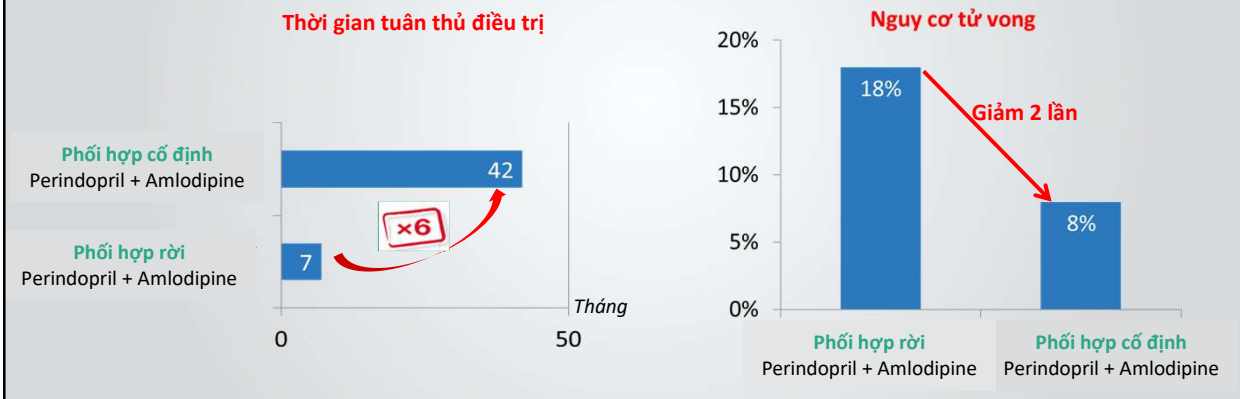


Chapman RH, et al. Arch Intern Med. 2005;165:1147-52.

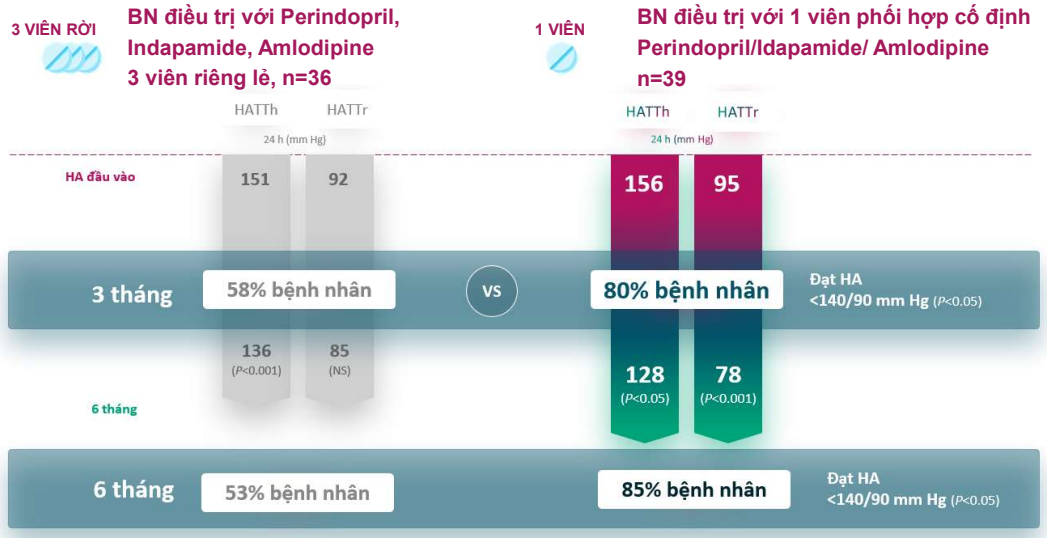
Lựa chọn viên phối hợp cố định Perindopril + Amlodipine thay vì phối hợp rời, giúp bệnh nhân tăng tuân thủ gấp 6 lần và giảm gấp đôi tỉ lệ tử vong

Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience

Leon A. Simons, Eric Chung & Michael Ortiz



PHỐI HỢP CỐ ĐỊNH 3 THÀNH PHẦN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TỐT HƠN PH3 RỜI



Nhóm BN sử dụng phối hợp 3 cố định perindopril/indapamide/amlodipine có mức giảm huyết áp tốt hơn và số lượng BN đạt huyết áp mục tiêu cao hơn so với nhóm sử dụng phối hợp 3 rời có ý nghĩa thống kê

Koval S et al. *Biomed Res Ther.* 2019;6(11):3501-3512.

LỢI ÍCH CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ KHI SỬ DỤNG VIÊN PHỐI HỢP LIỀU CỐ ĐỊNH 3 THÀNH PHẦN

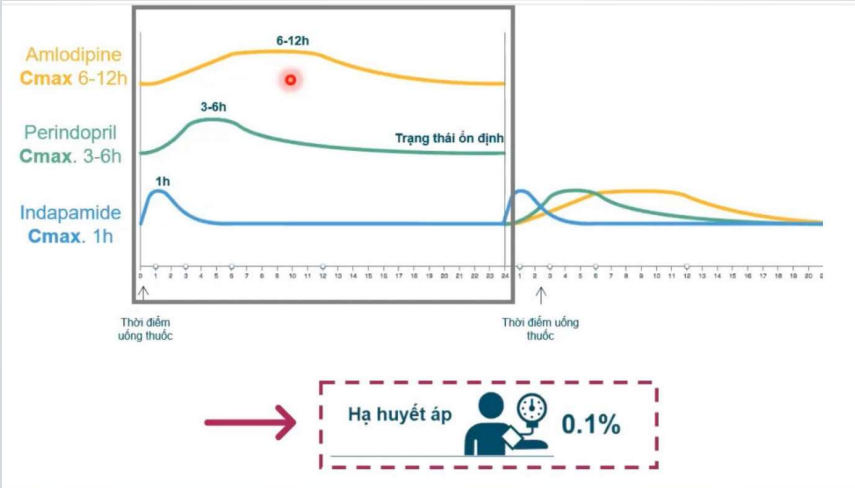
3 VIÊN RỜI BN điều trị với Perindopril, Indapamide, Amlodipine 3 viên riêng lẻ, n=36

1 VIÊN BN điều trị với 1 viên phối hợp cố định Perindopril/Idapamide/ Amlodipine n=39

BN tuân thủ điều trị với viên phối hợp liều cố định perindopril/indapamide/amlodipine tốt hơn so với phối hợp rời 3 thành phần tương tự

Koval S et al. *Biomed Res Ther.* 2019;6(11):3501-3512.

LIỆU CHĂNG KHI PHỐI HỢP CÁC NHÓM THUỐC HẠ ÁP CHUNG TRONG 1 VIÊN THUỐC CÓ NGUY CƠ TỤT HUYẾT ÁP



LÀM THẾ NÀO ĐỂ BỆNH NHÂN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ĐÚNG – ĐỦ - ĐỀU

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Bệnh nhân khuyến cáo dùng thuốc liều ngày một lần hơn là nhiều lần trong ngày để tăng sự tuân thủ điều trị	I	B
Dùng viên kết hợp cố định liều hơn là dùng kết hợp các viên thuốc riêng lẻ là hữu ích để cải thiện sự tuân thủ	I	B
Cải thiện sự tuân thủ bằng chương trình hướng dẫn bệnh nhân tự theo dõi (bao gồm theo dõi từ xa) hoặc theo dõi có sự quản lý giám sát của gia đình, điều dưỡng	I	C
Hệ thống y tế cần hỗ trợ hệ thống theo dõi (theo dõi qua điện thoại, thăm khám đo HA tại nhà, theo dõi HA tại nhà từ xa)	IIa	C
Cần có sự hợp tác chặt chẽ giữa các bộ phận ngành Y tế, cộng đồng (Dược sĩ, Điều dưỡng, Bảo Hiểm Y Tế và các đoàn thể chính quyền liên quan) và gia đình cùng bệnh nhân	IIa	C

VNHA/VSH 2018

Viên thuốc tốt nhất là viên thuốc phải được bệnh nhân chấp nhận sử dụng

GS BS SARAH jARVIS

LỰA CHỌN NÀO LÀ TỐI ƯU NHẤT

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

Nam 55 tuổi – làm nông - Địa chỉ: Tiền Giang.

Tăng huyết áp, nguy cơ TM cao, chưa tổn thương cơ quan đích – Rối loạn lipid máu – Thừa cân

Huyết áp hiện tại chưa kiểm soát đạt mục tiêu

Yếu tố thúc đẩy: điều trị không đủ và không đều