

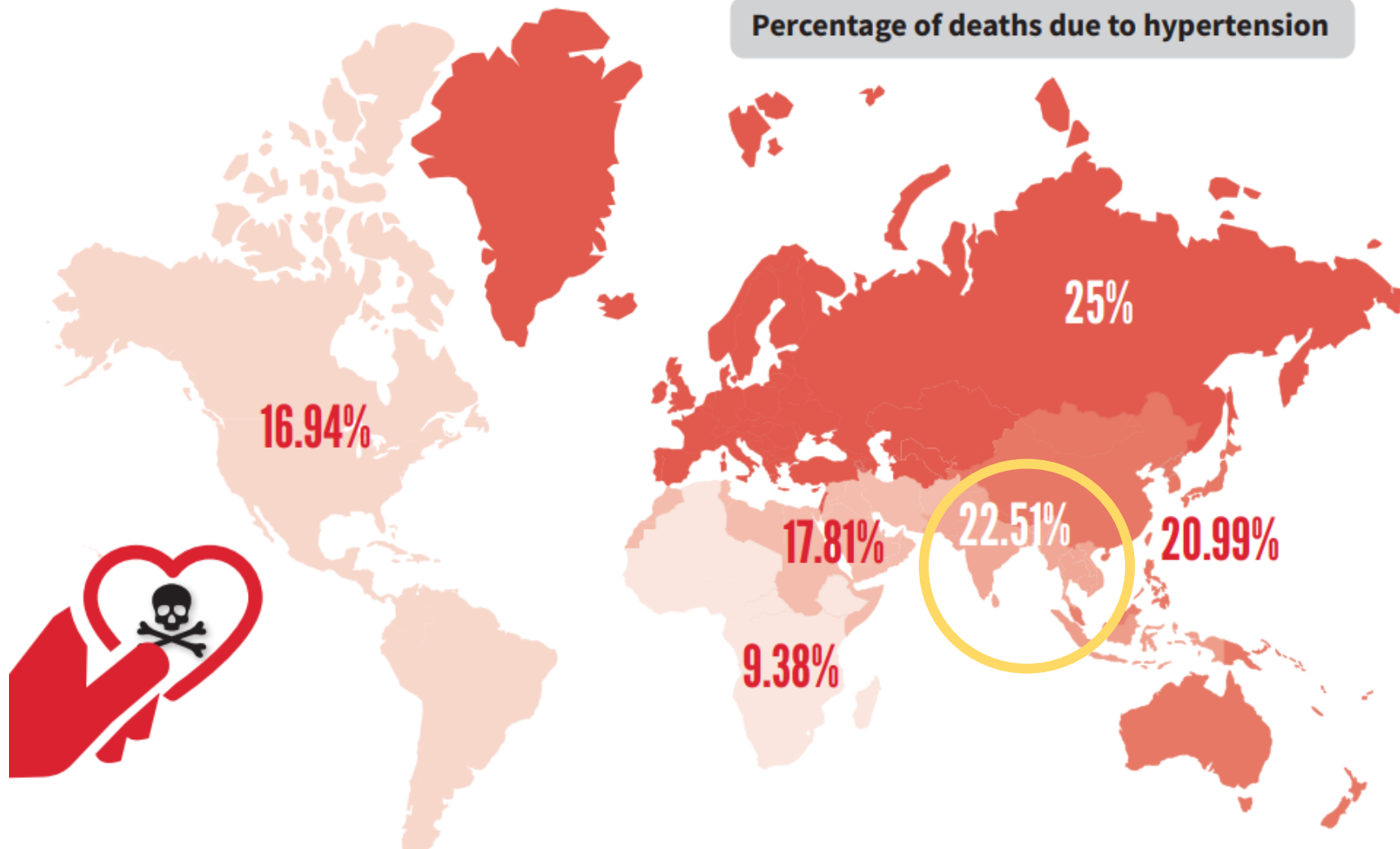
NHỮNG MẮT XÍCH QUAN TRỌNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN 60 TUỔI

TS.BS. Nguyễn Thị Mai Ngọc
Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai



HYPERTENSION IS A GLOBAL EPIDEMIC

Percentage of deaths due to hypertension



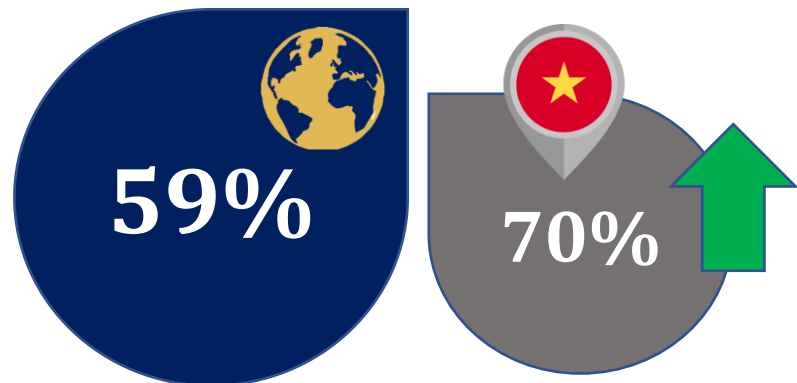
Tỉ lệ tử vong do Tăng huyết áp có thể lên tới 25%

Tỉ lệ tử vong do Tăng huyết áp tại ĐNA là 22.51%

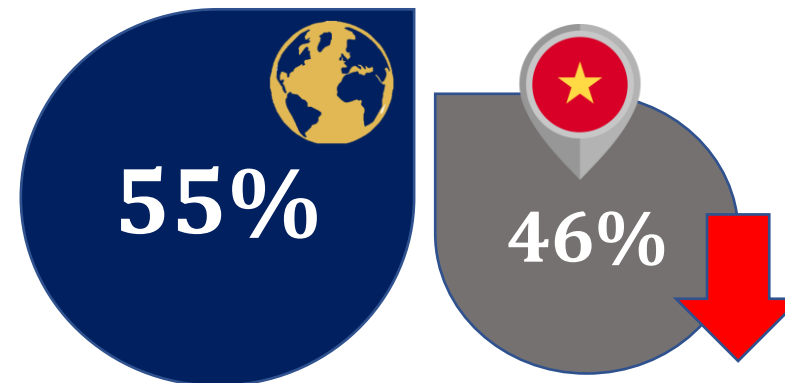


QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ THA Ở VIỆT NAM VẪN CÒN **NHIỀU THÁCH THỨC**

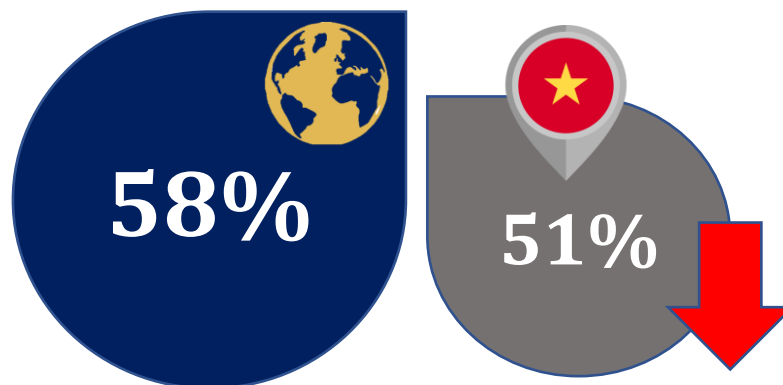
Đã biết có THA / tổng THA



Được điều trị THA/ tổng THA



Kiểm soát HA/ tổng điều trị THA

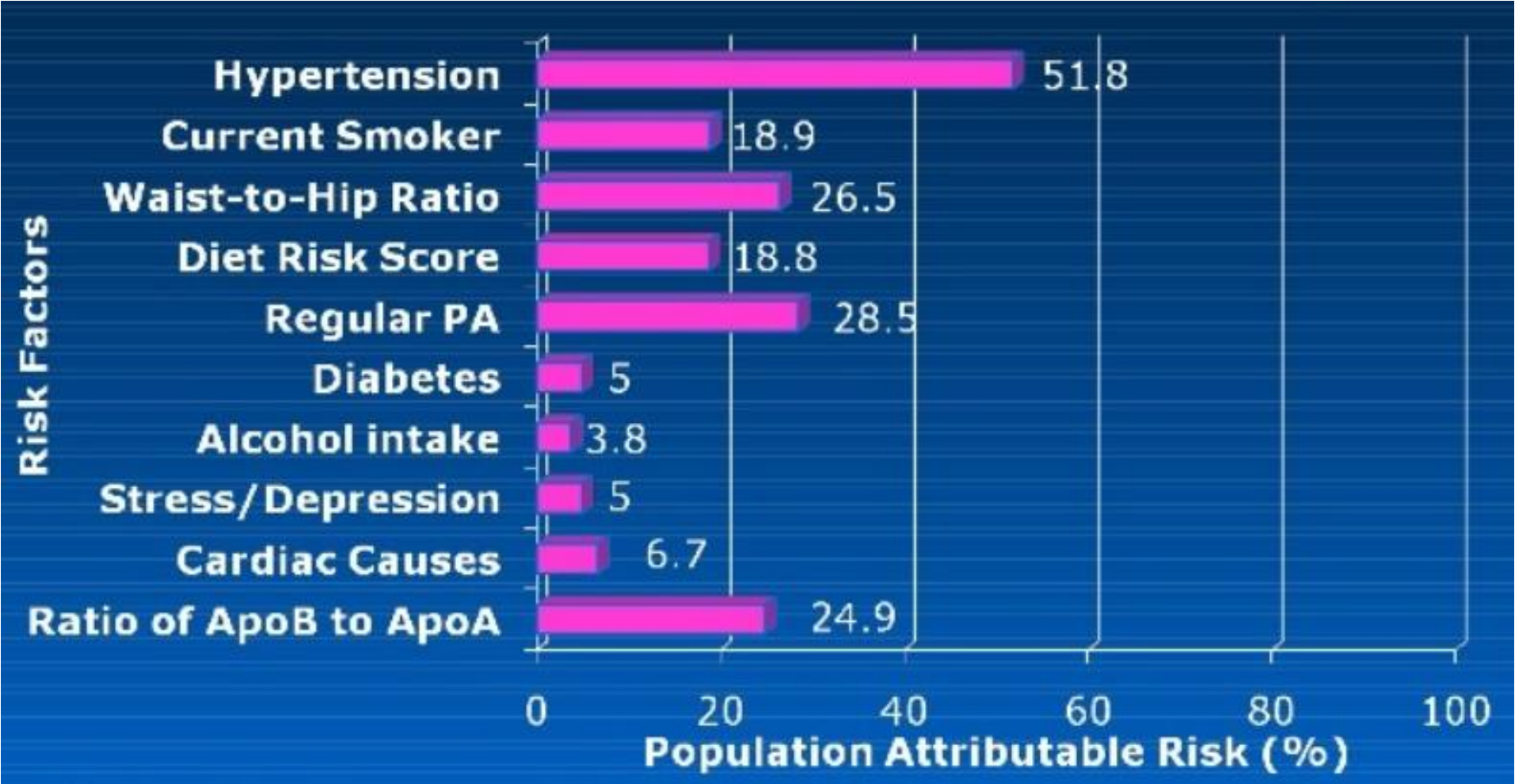


W MAY MEASURE MONTH



Nghiên cứu INTERSTROKE (2017): THA là YTNC lớn nhất của đột quỵ

N=13.477 bn ở 7 khu vực, 32 quốc gia



THA: bệnh lý phổ biến hàng đầu trên người cao tuổi



Hypertension
(High Blood Pressure)

58%



High Cholesterol

47%



Arthritis

31%



Ischemic/Coronary Heart Disease

29%



Diabetes

27%



Chronic Kidney Disease

18%



Heart Failure

14%



Depression

14%



Alzheimer's Disease and Dementia

11%



Chronic Obstructive Pulmonary Disease

11%

60+ CỘT MỐC QUAN TRỌNG

Người dân trên 60 tuổi được gọi là **người cao tuổi**

QUỐC HỘI
Số: 39/2009/QH12

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ
Độc lập - Tự do -

LUẬT NGƯỜI CAO TUỔI

Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 đã được sửa đổi, bổ sung và Quốc hội ban hành Luật người cao tuổi.

CHƯƠNG I NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Luật này quy định về quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi; trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và xã hội đối với người cao tuổi; Hội người cao tuổi Việt Nam.

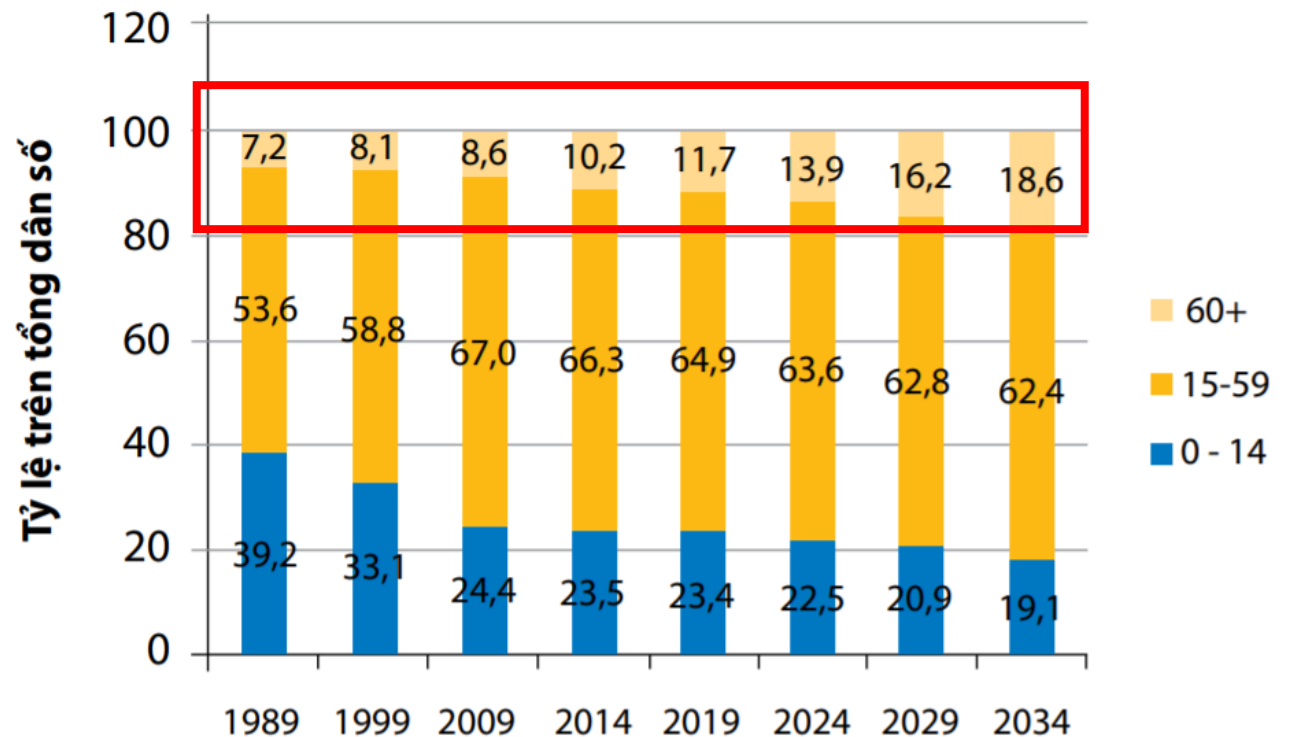
Điều 2. Người cao tuổi

Người cao tuổi được quy định trong Luật này là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên.

Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi

1. Người cao tuổi có các quyền sau đây:

Già hóa dân số ở Việt Nam

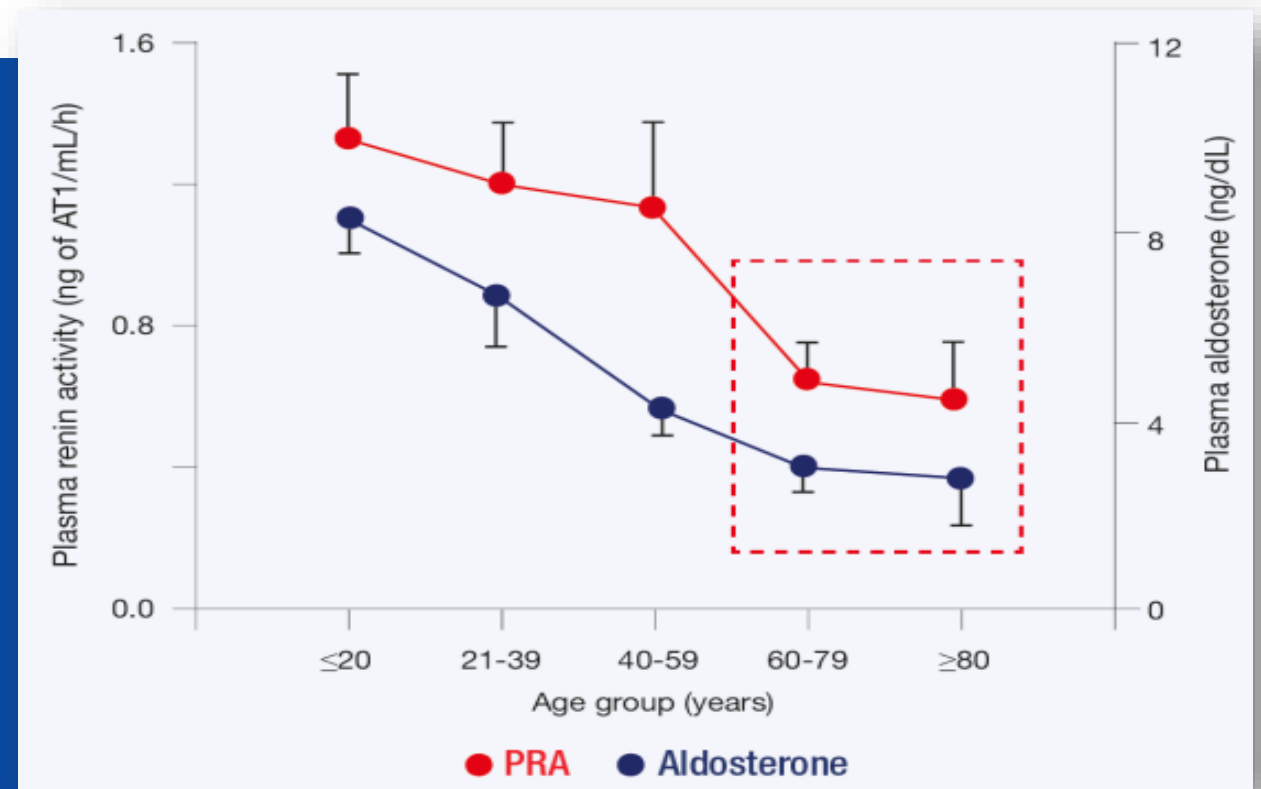


Nguồn: Số liệu Tổng điều tra dân số và Dự báo dân số 2014-2049, TCTK

60+ CÓ GÌ KHÁC BIỆT?

60+ TĂNG HUYẾT ÁP CÓ GÌ KHÁC BIỆT - **HỆ RAAS SUY GIẢM**

Nồng độ **renin huyết tương GIẢM 54%** và **aldosterone GIẢM 66%** so với người trẻ tuổi → **Nhóm thuốc hệ RAAS khó phát huy hiệu quả tối ưu nhất**



60+ TĂNG HUYẾT ÁP CÓ GÌ KHÁC BIỆT– CỨNG MẠCH SINH LÝ

Sự lão hóa gây ra một số thay đổi cấu trúc và chức năng thành mạch: **giảm elastin, collagen, tăng sợi fibrin và lắng đọng canxi**

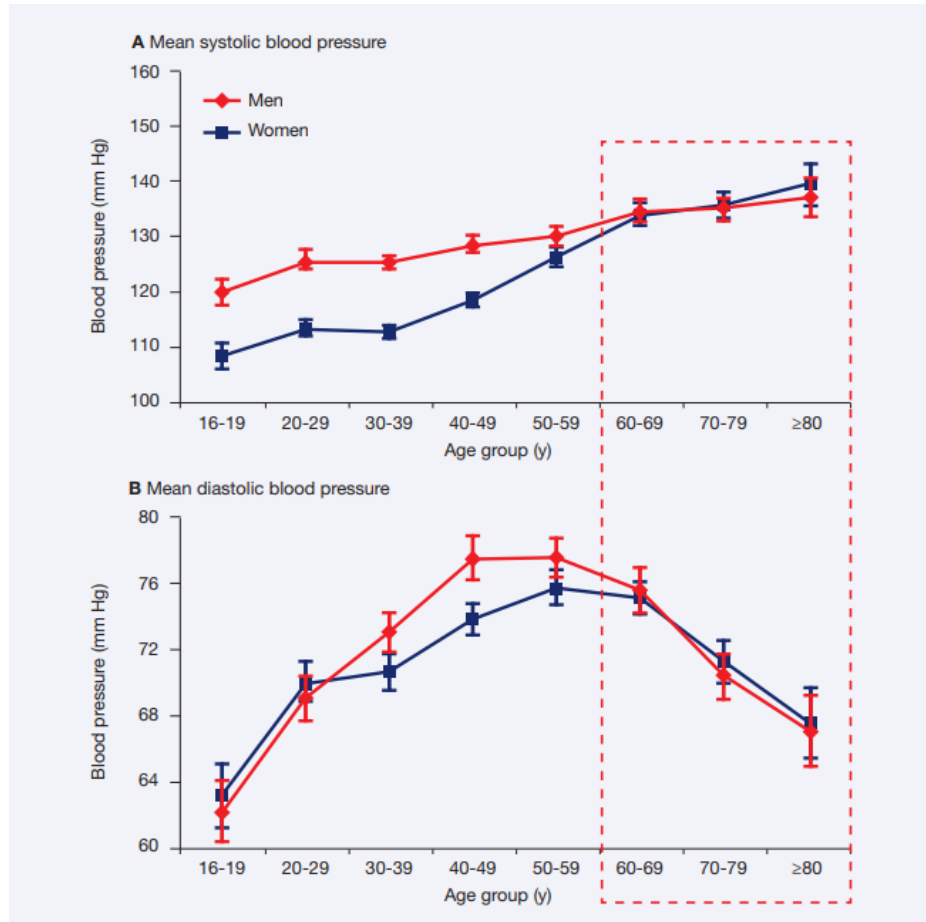
→ Gia tăng độ cứng thành động mạch

→ ↑ vận tốc sóng mạch và huyết áp tâm thu

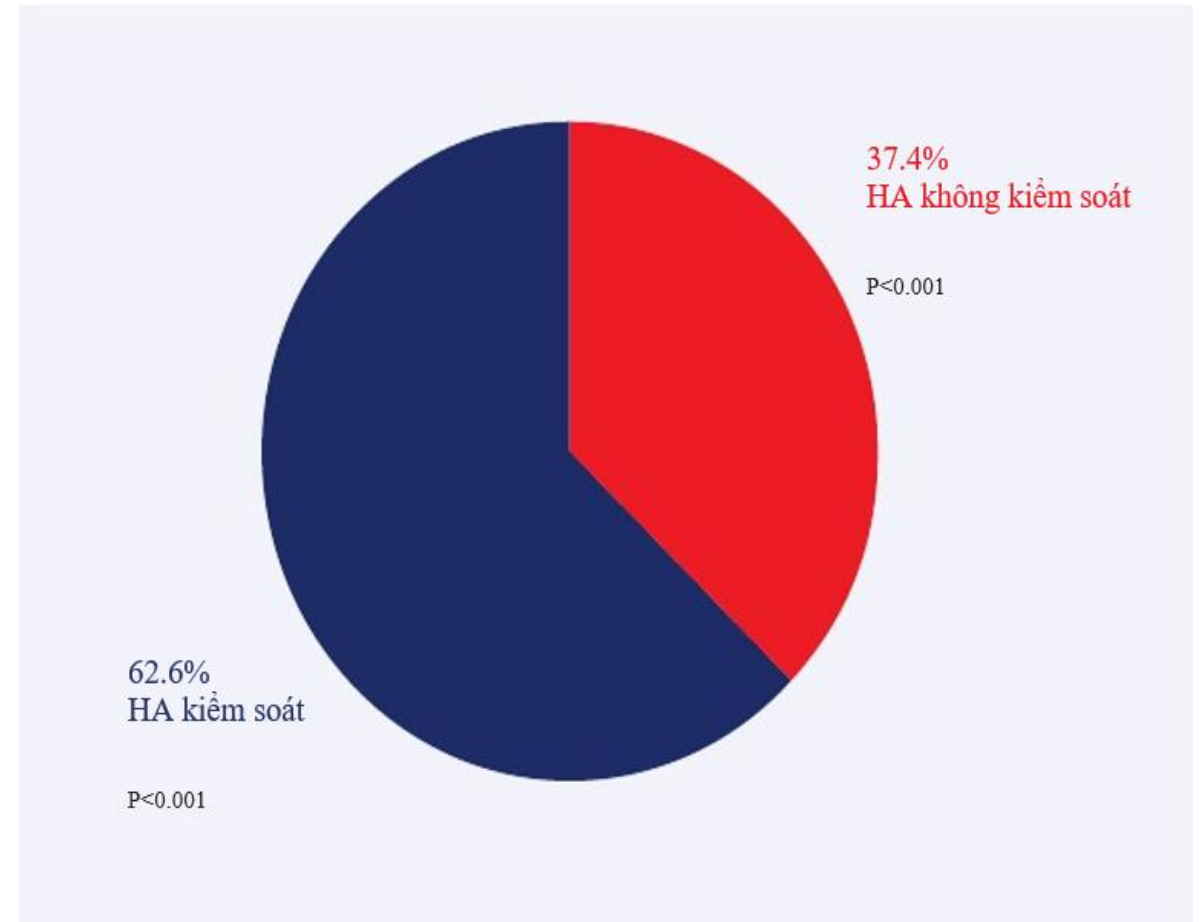


HUYẾT ÁP TÂM THU TĂNG THEO TUỔI VÀ KHÓ KIỂM SOÁT

1/3 BN THA trên 65 tuổi không kiểm soát được huyết áp
(NHANES – 5615 bệnh nhân Mỹ bị THA)

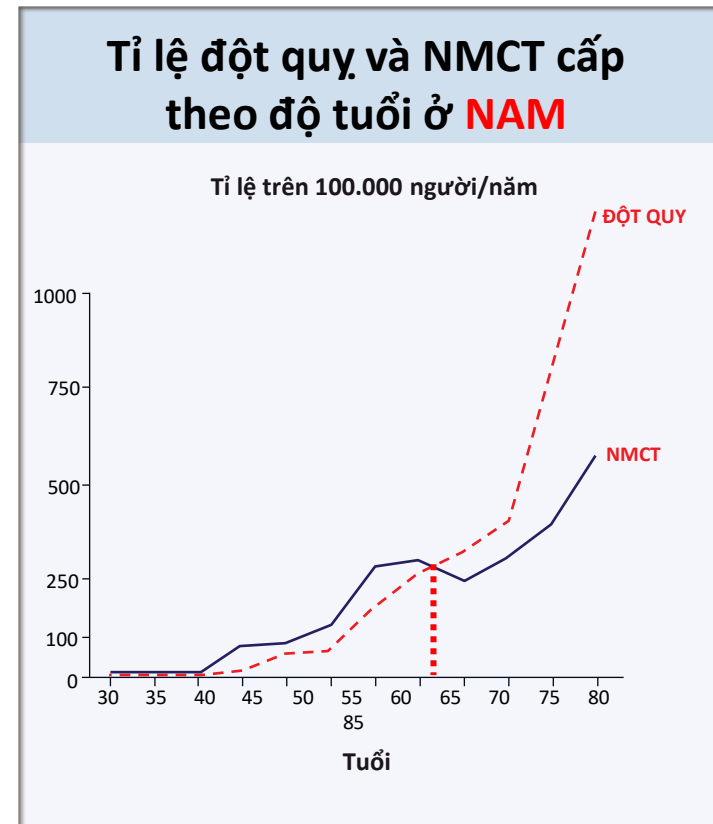
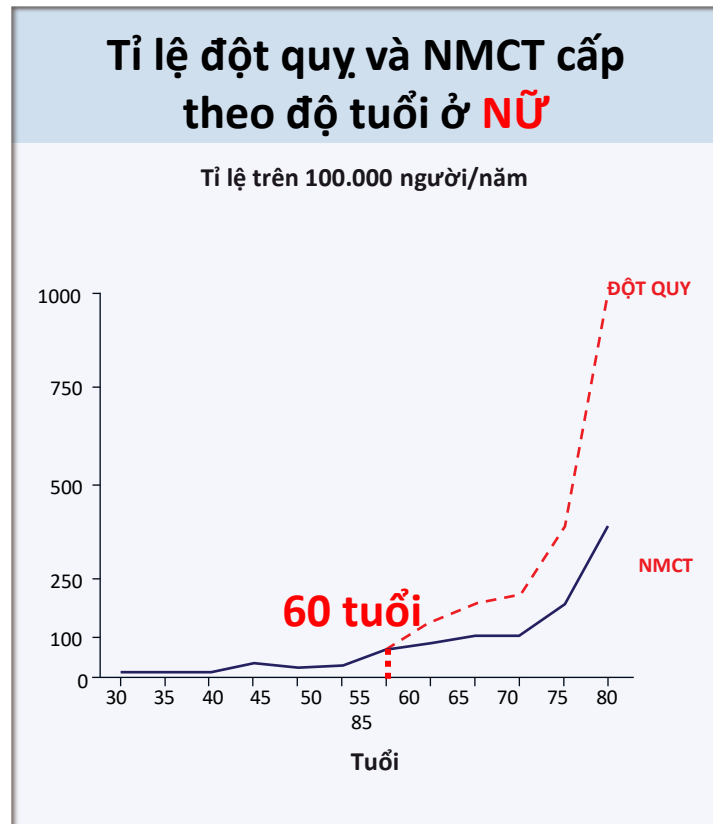


Gía trị trung bình của huyết áp tâm thu và tâm trương trong cuộc khảo sát tại Anh năm 2011⁽¹⁾



1. Falaschetti E et al. Lancet. 2014;383:1912-1919
2. Wozniak G et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2015. [Epub ahead of print] DOI: 10.1111/jch.12654

BỆNH NHÂN TRÊN 60 TUỔI NGUY CƠ ĐỘT QUỴ CAO GẤP 2 LẦN NHỒI MÁU CƠ TIM



ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN 60 TUỔI

Đang điều trị
AMLODIPINE

CỨNG MẠCH SINH LÝ

HỆ RENIN SUY GIẢM

150/90
mmHg

Dì Na
Qua ngưỡng 60 tuổi

Huyết áp tâm thu
tăng cao

Nguy cơ đột quỵ

1. Belmin et al. *Drugs Aging*. 1994;5(5):391-400
2. Falaschetti E et al. *Lancet*. 2014;383:1912-1919
3. Lewington S et al. *Lancet*. 2002;360:1903-1913

BỆNH NHÂN THA TRÊN 60 TUỔI – MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ



Qua ngưỡng 60 tuổi

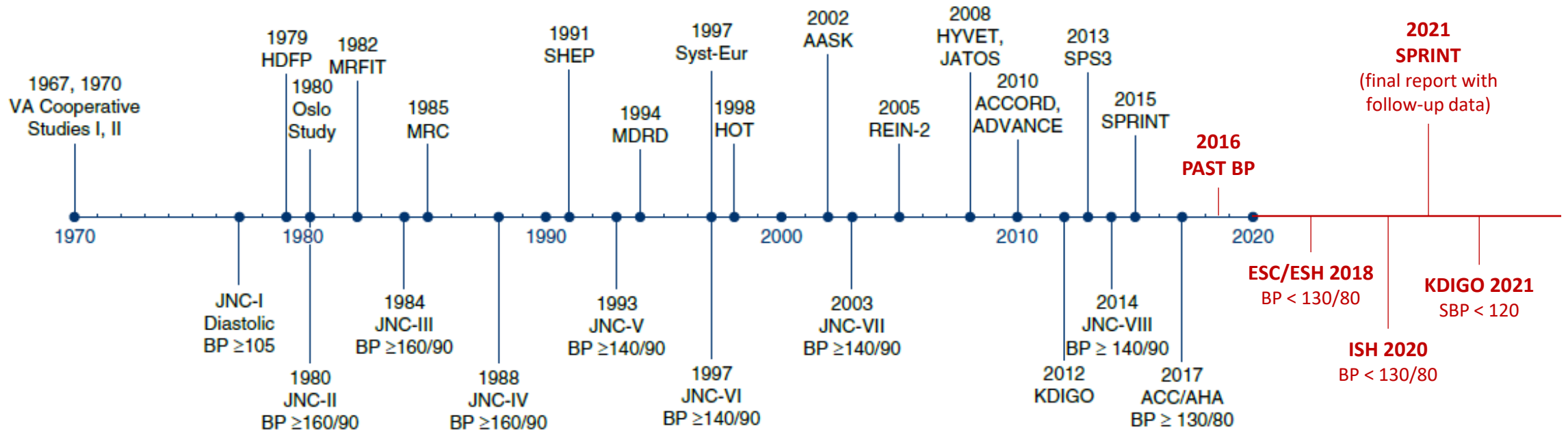
▶ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP
TÂM THU HIỆU QUẢ

▶ NGĂN NGỪA
ĐỘT QUY VƯỢT TRỘI

▶ TỐI ƯU DUNG NẠP

THỂ NÀO LÀ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TÂM THU HIỆU QUẢ?

Mức điều trị - mục tiêu HA: XU HƯỚNG GIẢM?



MỨC HUYẾT ÁP MỤC TIÊU

160/90 - 150/90

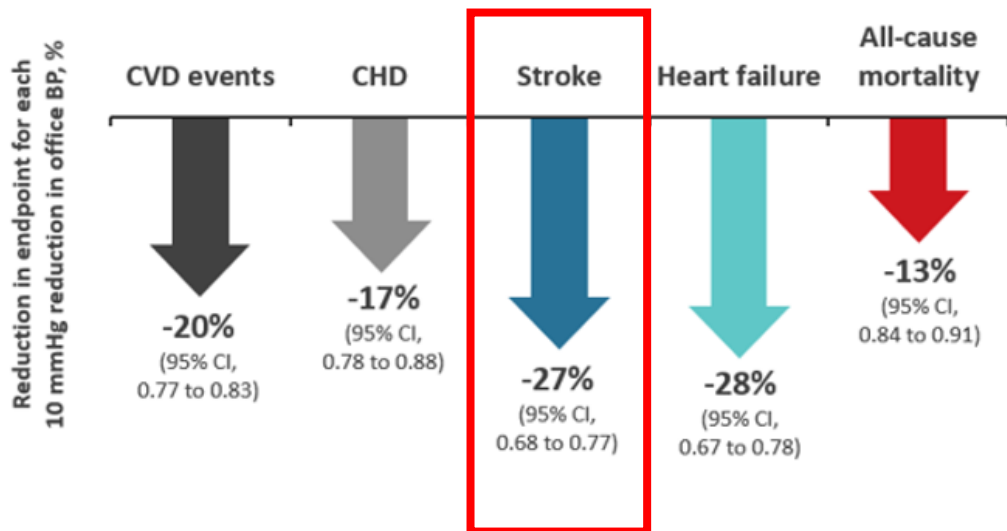
140/90

130/80 - 120/80

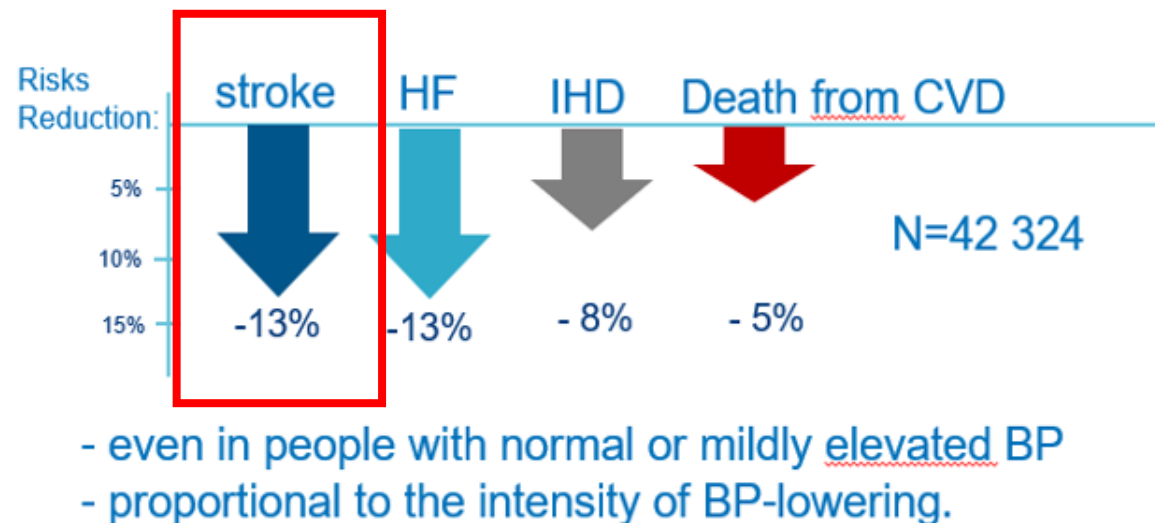


Điều trị tốt tăng huyết áp sẽ ngăn ngừa được đáng kể tỷ lệ đột quỵ

GIẢM 10 MMHG HUYẾT ÁP TÂM THU



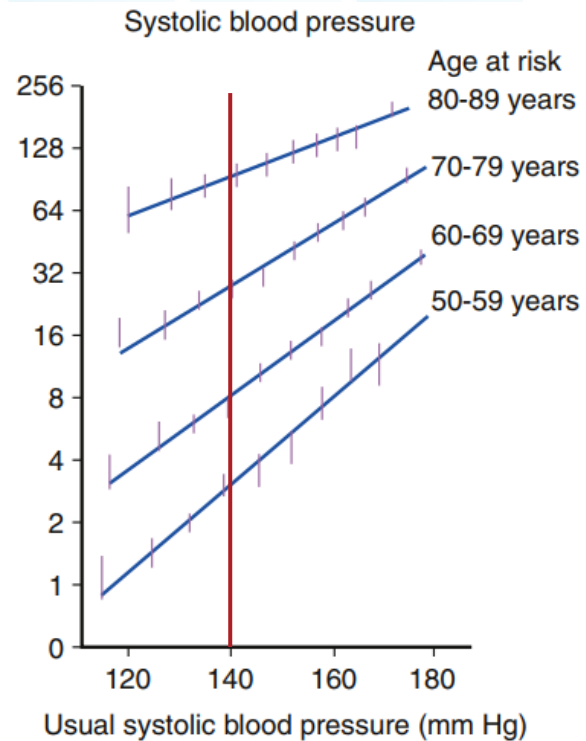
GIẢM 5 MMHG HUYẾT ÁP TÂM THU



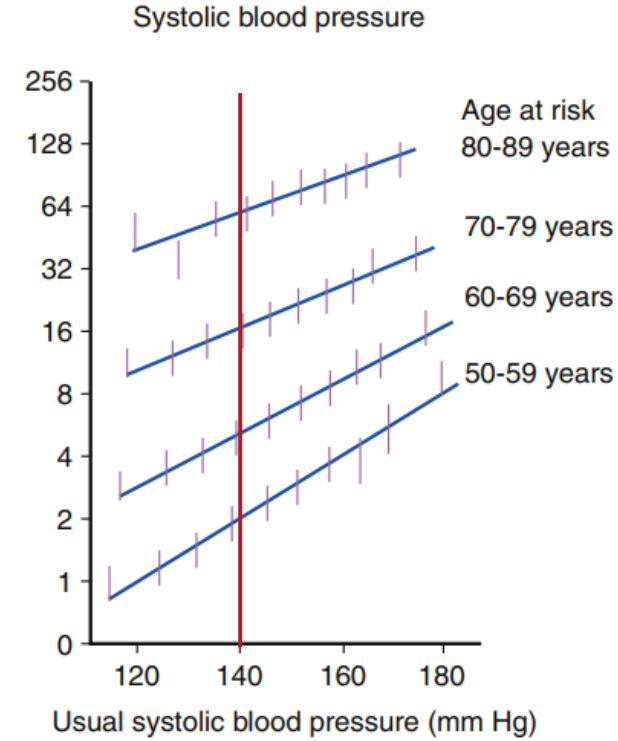
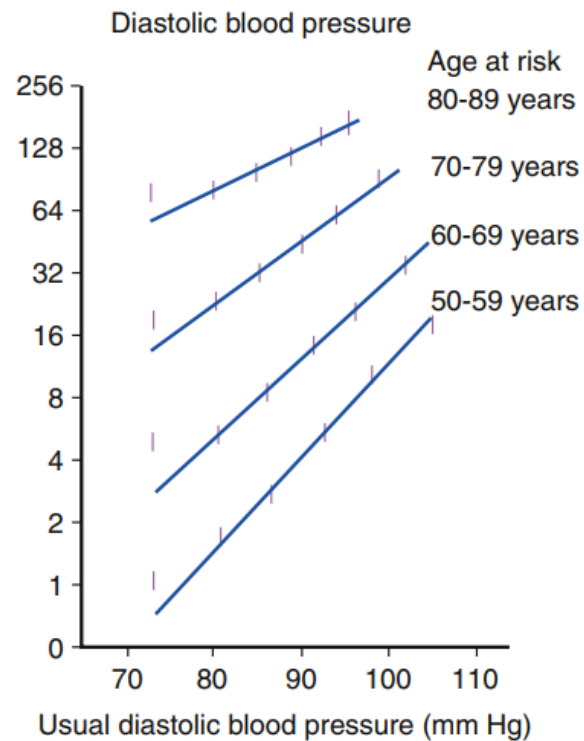
GIẢM NGUY CƠ TƯƠNG ĐỐI XẢY RA BIẾN CỐ TIM MẠCH

Lợi ích của việc hạ HA về mức 120/80mmHg

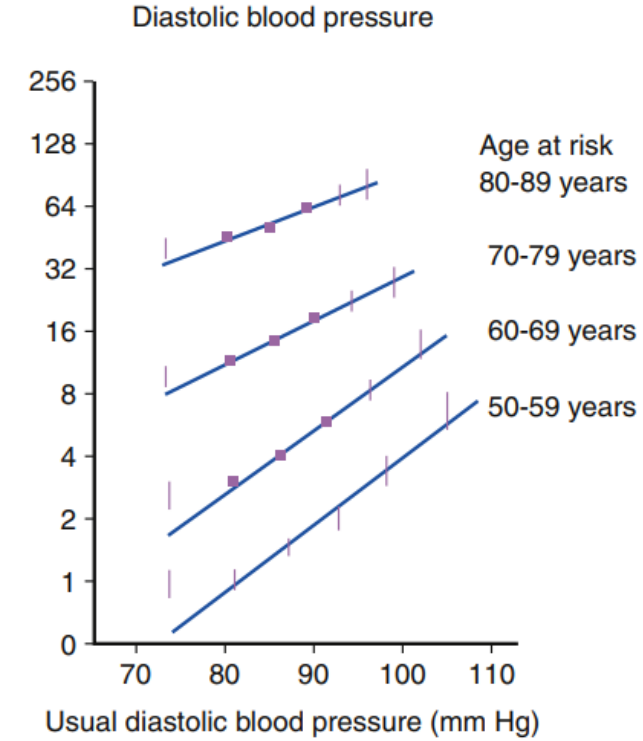
61 thử nghiệm lâm sàng, N = 1.000.000



A Stroke mortality (floating absolute risk and 95% CI)



C Other vascular mortality (floating absolute risk and 95% CI)



Giảm tỉ lệ đột quỵ não

Giảm tỉ lệ tử vong do tim mạch

ĐÍCH HUYẾT ÁP TRÊN CÁC ĐỐI TƯỢNG BỆNH NHÂN

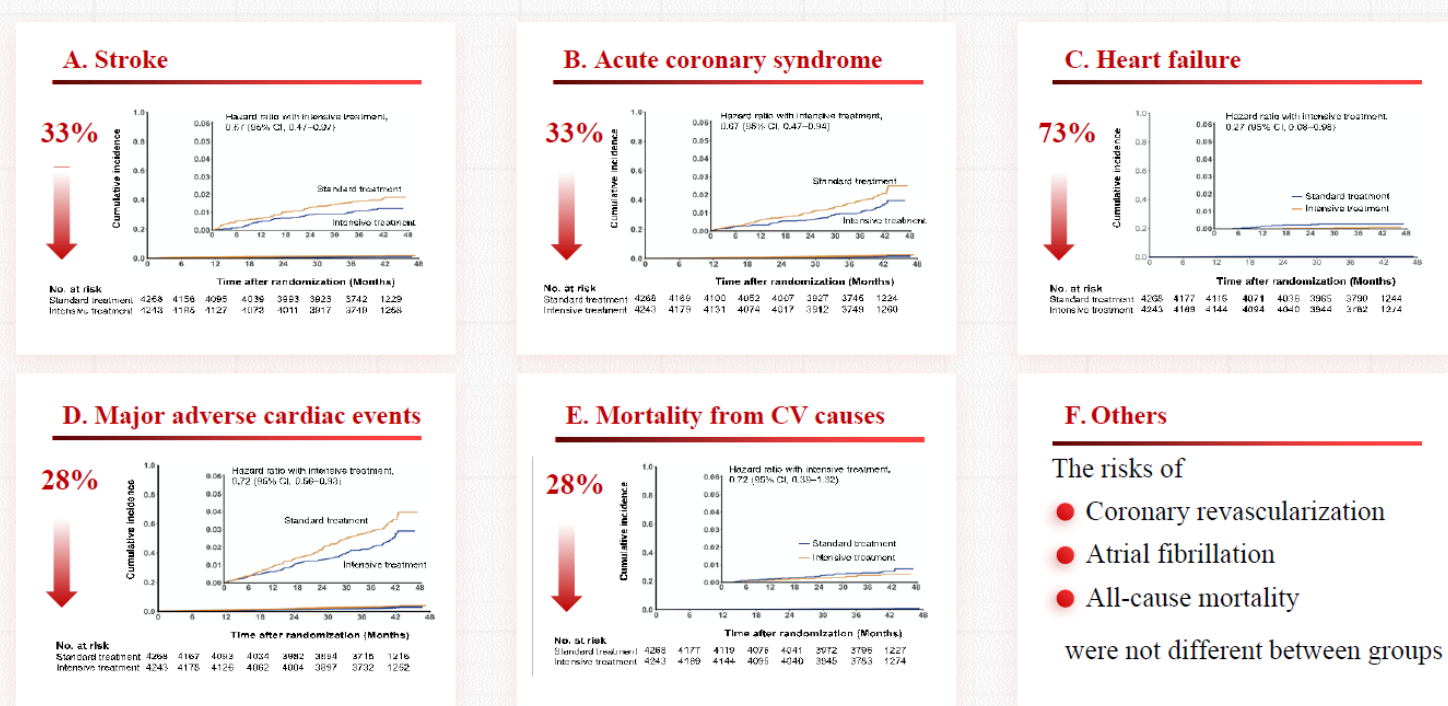
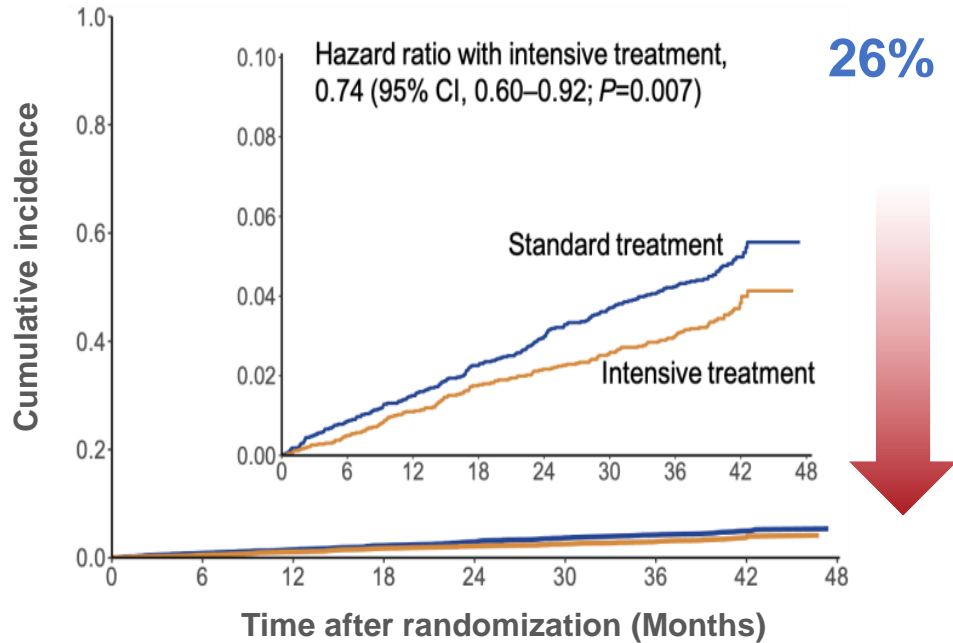
Blood Pressure Targets in International Guidelines (office BP mmHg)

Underlying Comorbidity	ACC/AHA	ESC/ESH	Canadian	JHS	NICE	ADA	KDIGO
No Comorbidity	<130/80	<130/80 ³	<140/90	<130/80	<140/90		
Older Patients	<130/80	<140/90 ¹	<120/80	<130/80	<140/90		
Established CVD	<130/80	<130/80 ³	<120/80	<130/80	<140/90		
Diabetes	<130/80	<130/80 ³	<120/80	<130/80	<140/90	<140/90 ²	
CKD	<130/80	<140/90 ¹	<120/80	<130/80	<140/90		<120/80
Heart Failure	<130/80	<130/80	<120/80	<130/80	<140/90		

¹If tolerated, aiming for 130/80mmHg, ²Aim for <130/80mmHg if high risk ³In younger patients, i.e. <65yrs



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



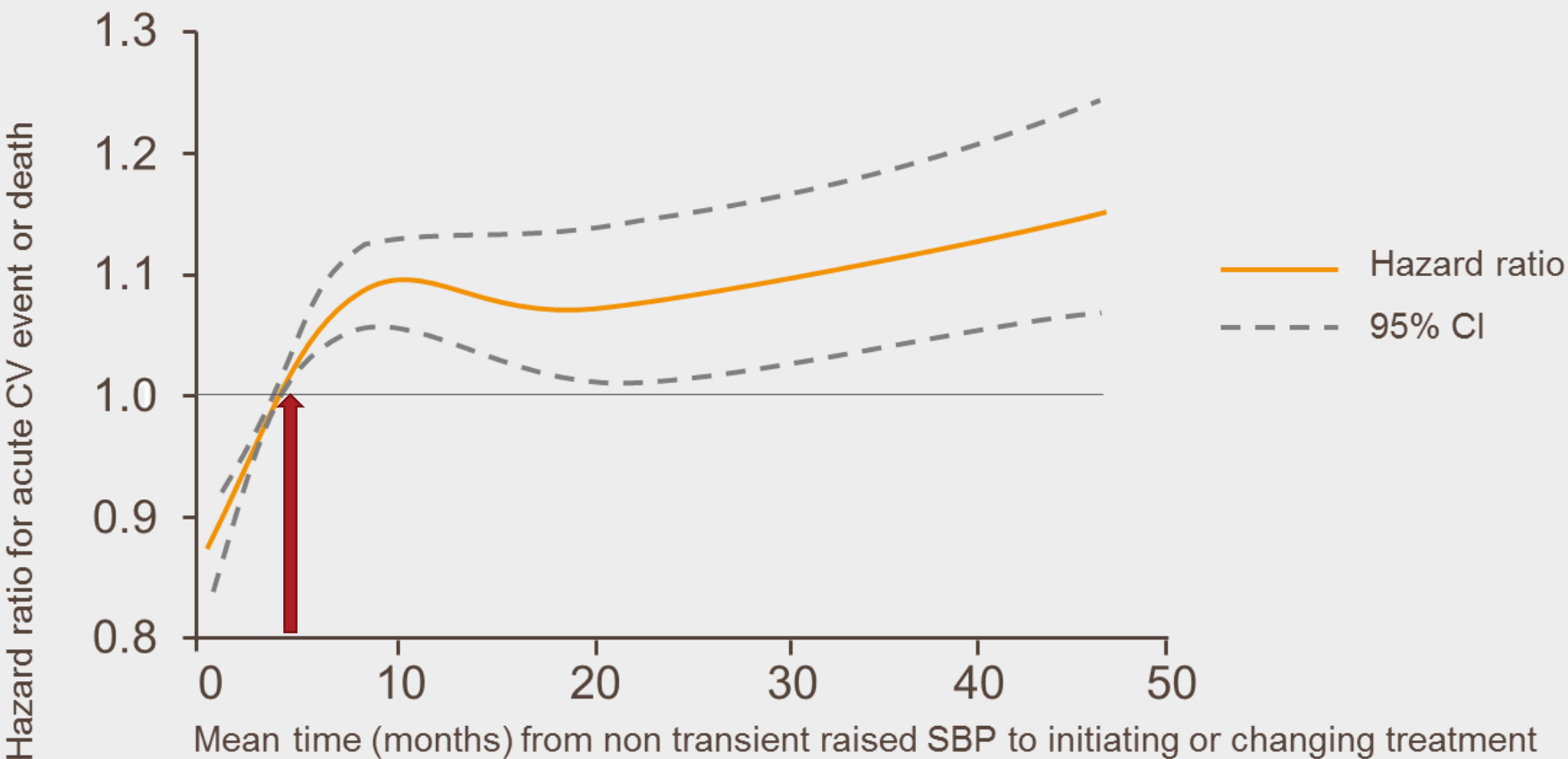
Kết luận:

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

HA mục tiêu theo khuyến cáo VSH/VNHA 2022

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

Chậm kiểm soát huyết áp làm gia tăng biến cố tim mạch



Delays of greater than 6 weeks, after SBP elevation, before initiating or increasing treatment **significantly increase risk** of an acute CV event or death.

Retrospective cohort study, UK primary care practices, 1986-2010; n=88 756 adults with hypertension, >10 years follow-up

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

Ý nghĩa tiên lượng của thời hạn kiểm soát HA ở bệnh nhân tăng HA mới được chẩn đoán

- Nghiên cứu quan sát trên 18 721 bệnh nhân tăng HA mới được chẩn đoán trong thời gian 2007-2012 và được theo dõi đến tháng 10/2015, hoặc đến khi xuất hiện một biến cố tim mạch hoặc chết do mọi nguyên nhân.
- **Mục tiêu:** Khảo sát liên quan giữa thời gian D-C (chẩn đoán-kiểm soát) với tử vong do mọi nguyên nhân và biến cố tim mạch.
- Thời gian D-C trung vị là 49 ngày và được phân thành 3 tam phân vị: ≤ 29 ngày, 30–124 ngày và ≥ 125 ngày.

TABLE 5. Variables associated with all-cause mortality in the multivariate analysis, according to the third D-C time tertile (a) or a pragmatic monthly distribution (b)

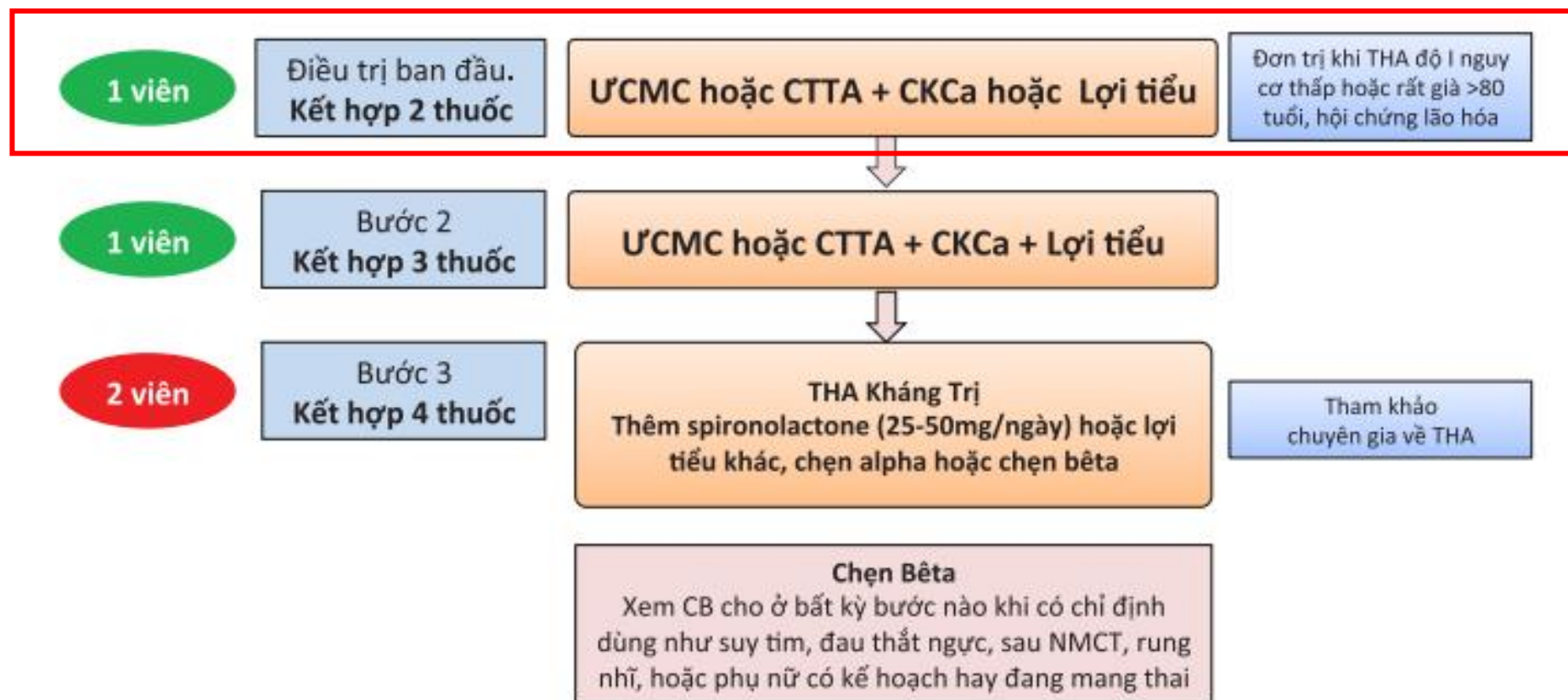
	HR	95% CI	P value
(a)			
Women	0.550	0.494–0.612	<0.001
Age (years)	1.111	1.104–1.118	<0.001
Type 2 diabetes	1.544	1.355–1.760	<0.001
Smoking	1.815	1.512–2.178	<0.001
SBP (mmHg)	0.998	0.995–1.001	0.287
DBP (mmHg)	0.993	0.988–0.999	0.019
Hypercholesterolemia	0.726	0.629–0.838	<0.001
D-C time (≥ 125 days)	1.146	1.028–1.278	0.014
(b)			
Women	0.551	0.495–0.613	<0.001
Age (years)	1.111	1.104–1.118	<0.001
Type 2 diabetes	1.546	1.356–1.762	<0.001
Smoking	1.816	1.513–2.180	<0.001
SBP (mmHg)	0.998	0.995–1.001	0.271
DBP (mmHg)	0.993	0.988–0.999	0.020
Hypercholesterolemia	0.725	0.628–0.837	<0.001
D-C time			
<30 days (reference)			
30–90 days	1.022	0.892–1.171	0.753
>90 days	1.153	1.018–1.306	0.025

95% CI, confidence interval; D-C, diagnostic-control; HR, hazard ratio.

LỰA CHỌN THUỐC THỂ NÀO ĐỂ NGĂN NGỪA ĐỘT QUY VƯỢT TRỘI?

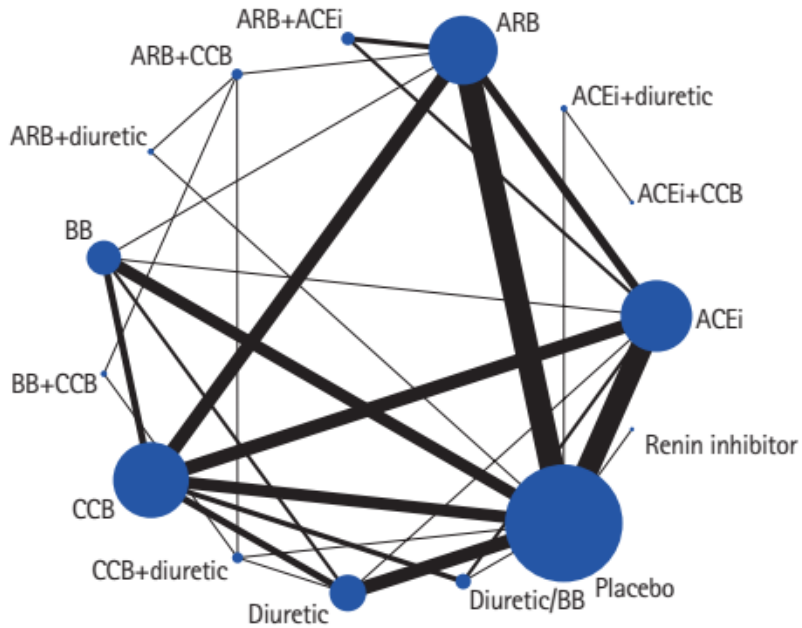
VSH/VNHA 2022 : CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP 2 THUỐC ĐỐI VỚI THA

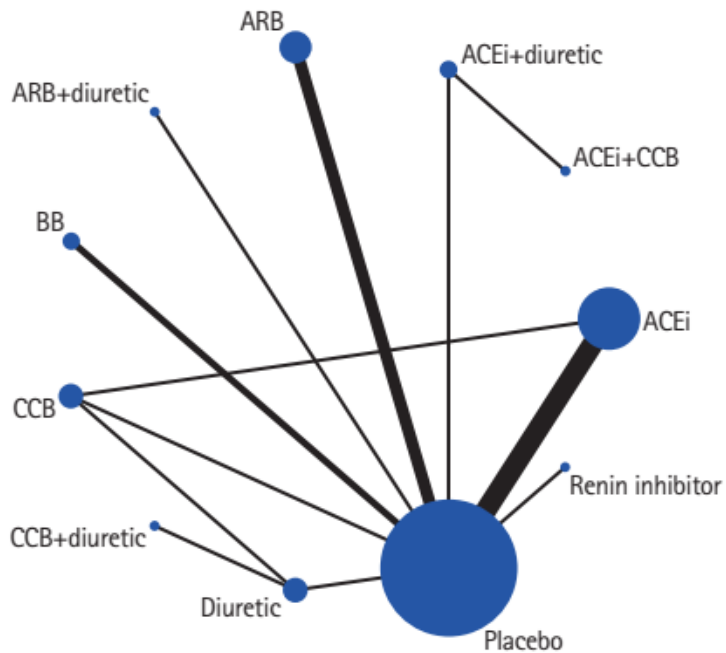


Điều trị ban đầu: kết hợp 2 thuốc → Bước tiếp theo: phối hợp 3 thuốc

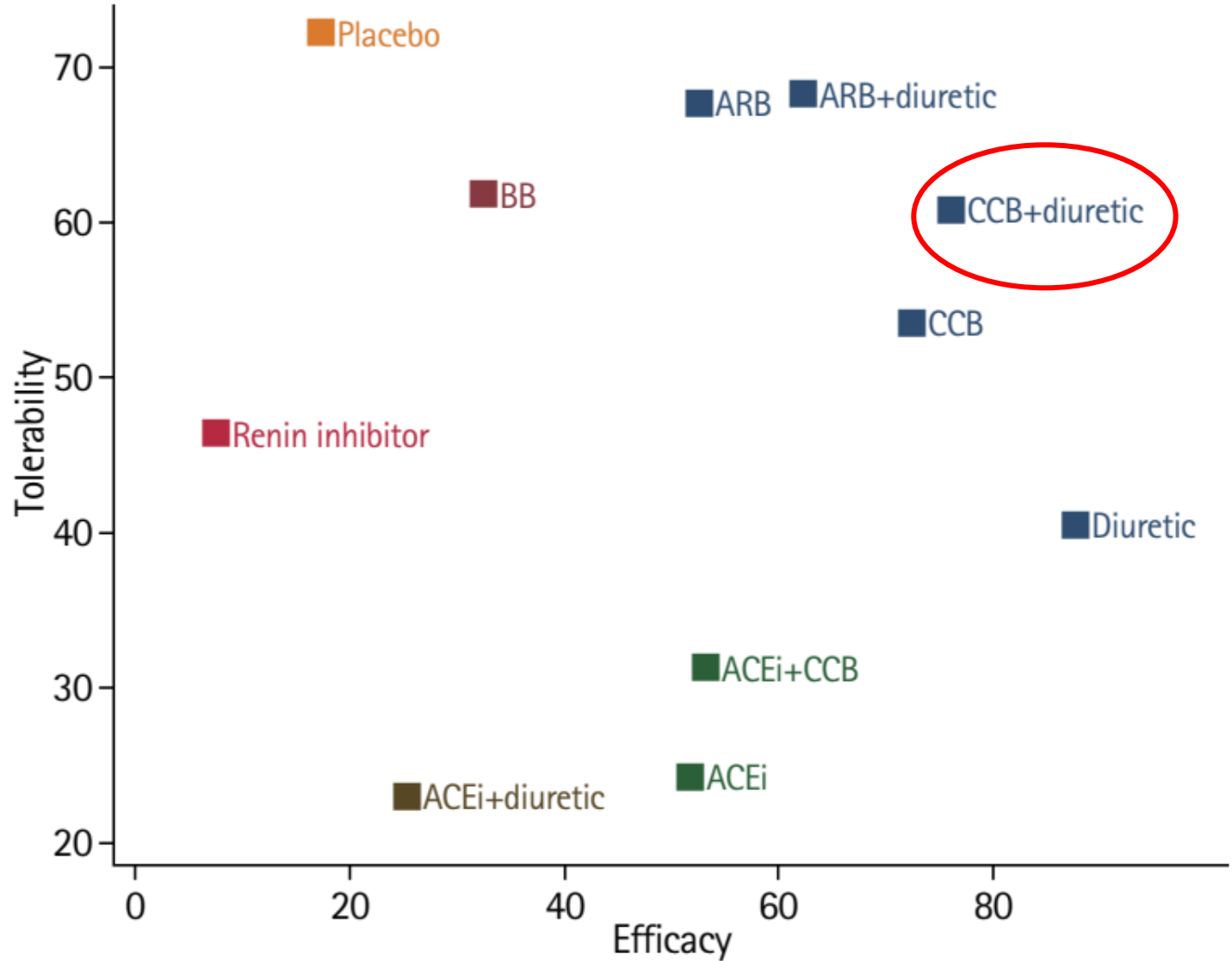
CCB + lợi tiểu: hiệu quả + dung nạp cao



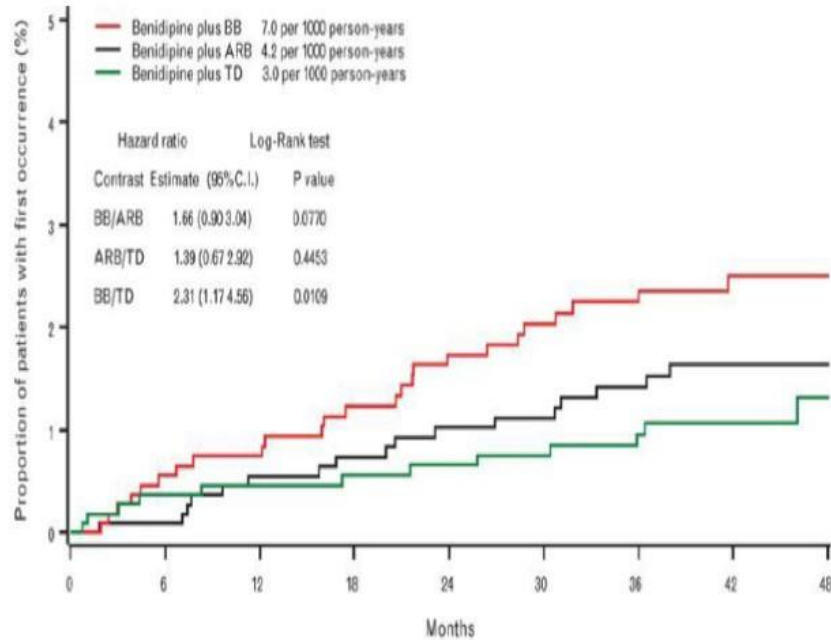
A



B

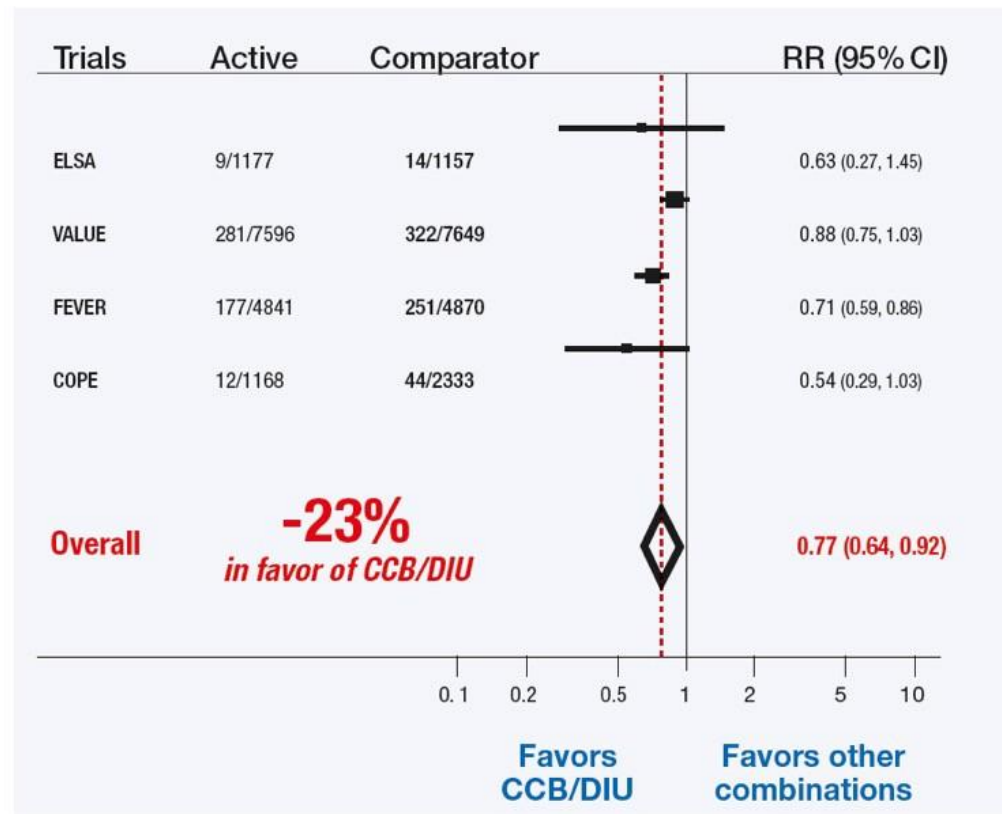


PHỐI HỢP GIỮA LỢI TIỂU + CCB MANG LẠI HIỆU QUẢ GIẢM ĐỘT QUỴ TỐT HƠN CÁC PHỐI HỢP KHÁC



Nghiên cứu COPE: Thời gian mắc đột quỵ

Risk ratios for stroke comparing treatment with combination CCB/thiazide-like diuretic vs other combinations



KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ THA CỦA VSH/ VNHA 2021

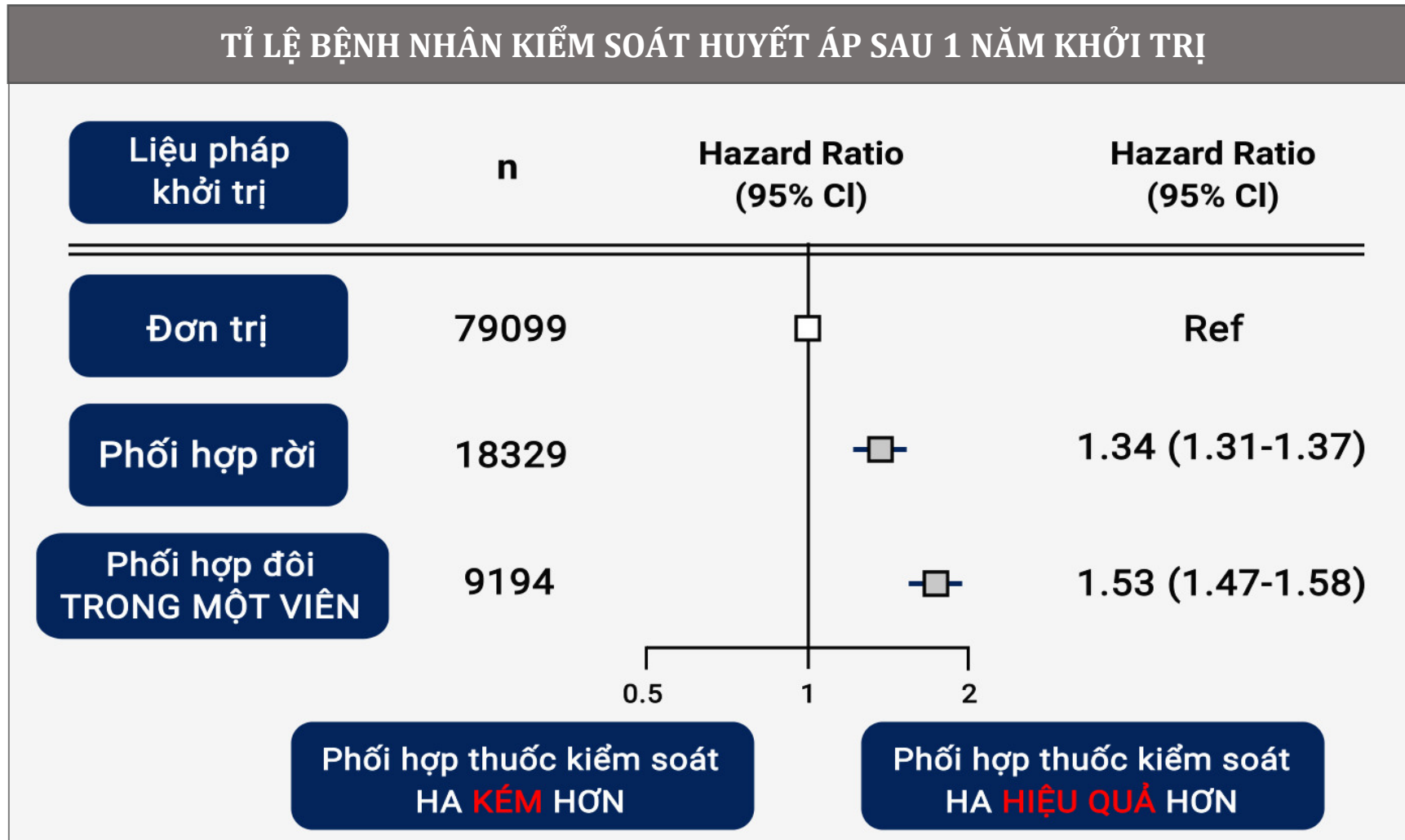
NEW!



Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ngưỡng HA ở người cao tuổi cần điều trị thuốc hạ áp là $\geq 140/90$ mmHg.	I	B
Đích hạ HA ở người cao tuổi chung đối với HATT là trong ranh giới 130-<140mmHg có thể hạ thấp hơn nếu dung nạp được và HATT _r là 70-80mmHg	I	C
Theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc điều trị	I	C
Đích này khuyến cáo cho bệnh nhân ở bất kỳ mức nguy cơ nào và có bệnh tim mạch hay không	I	C
Điều trị thuốc đơn trị có thể cho ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng lão hóa nếu dung nạp	IIb	B
Đối với người cao tuổi có THA với bệnh đồng mắc và có hạn chế về tuổi thọ, cần thẩm định lâm sàng kỹ, điều kiện sống, để ưu tiên chăm sóc và đánh giá toàn diện giữa nguy cơ và lợi ích để quyết định xem xét điều trị tích cực hạ áp và chọn lựa thuốc thích hợp	IIa	C
Các nhóm thuốc hạ HA được khuyến cáo và có thể dùng ở người cao tuổi, lợi tiểu thiazide like và chẹn kênh calci có thể ưu tiên cho THA tâm thu đơn độc	I	A

**PHỐI HỢP THUỐC THỂ NÀO ĐỂ VỪA ĐẠT ĐƯỢC
HIỆU QUẢ VÀ TỐI ƯU DUNG NẠP?**

HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT HA: **VIÊN PHỐI HỢP** > PHỐI HỢP RỜI > ĐƠN TRỊ



+53%

**VIÊN PHỐI HỢP
TĂNG KIỂM SOÁT HA
vs Đơn trị**



KẾT LUẬN

“SPC giúp gia tăng tuân thủ (adherence) và cải thiện thời gian có điều trị (persistence) so với FEC, dẫn đến khả năng kiểm soát huyết áp tốt hơn cho bệnh nhân”

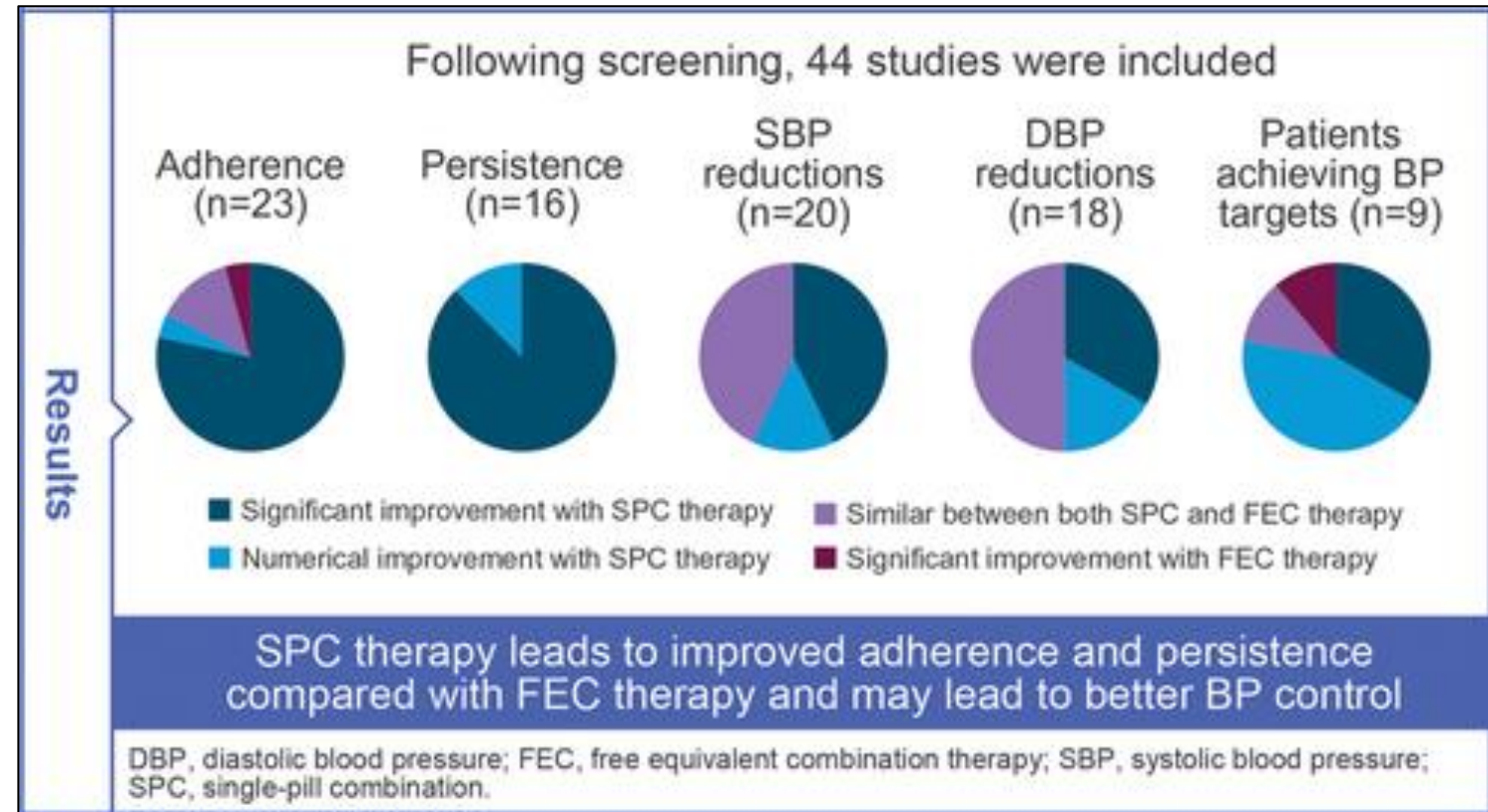
Aim	This systematic review assessed whether SPC therapy led to improved adherence, persistence and better BP control compared with FEC therapy in patients with hypertension
Methods	<p>PubMed, Medline, Embase and the Cochrane Library were searched until June 2020, in addition to manual searching of congress abstracts from 2014–2020 for studies including:</p> <p>Adults with hypertension aged ≥18 years Receiving SPC or FEC antihypertensive therapy</p> <p>Which measured the following outcomes: • Adherence • Persistence • SBP/DBP reductions • BP target achievement •</p>

Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension

A Systematic Review and Meta-Analysis

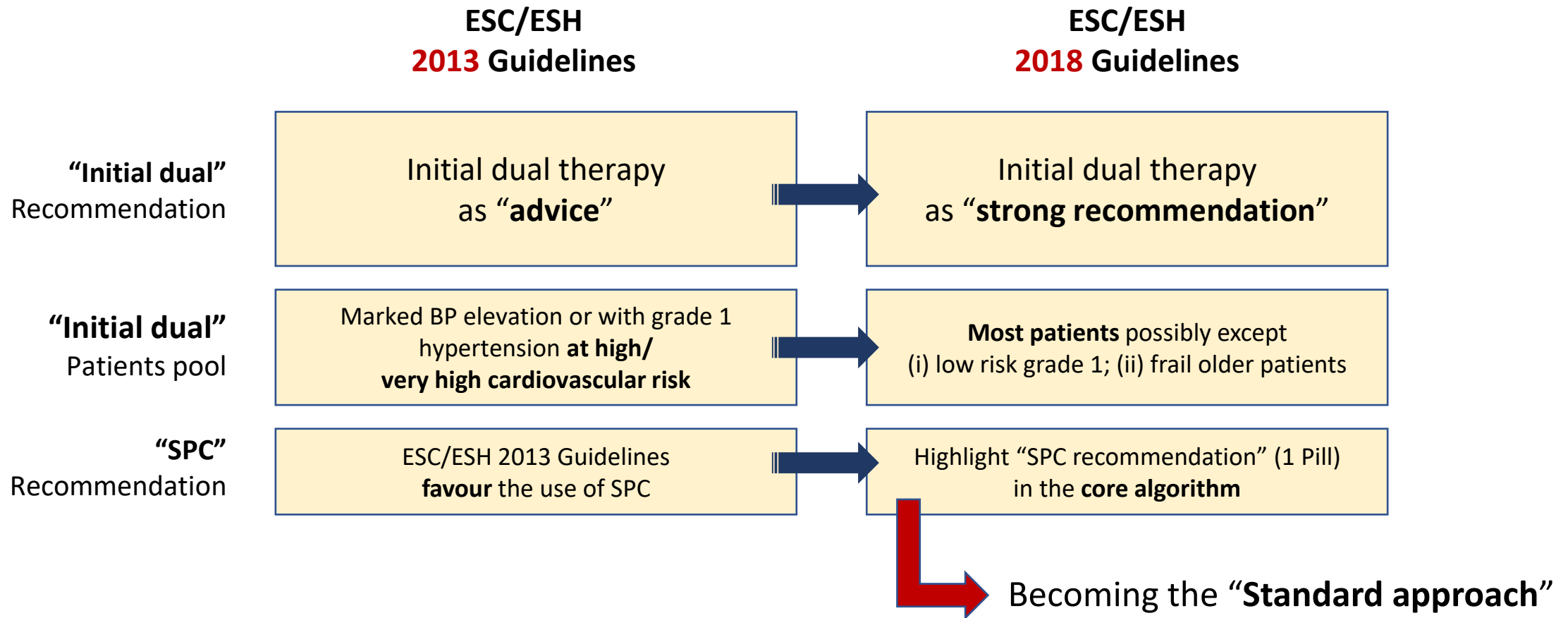
Gianfranco Parati, Sverre Kjeldsen, Antonio Coca, William C. Cushman, Jiguang Wang

Originally published 4 Jan 2021 | <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781> | Hypertension. 2021;77:692–705



LỊCH SỬ CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA BẰNG VIÊN PHỐI HỢP

A CLOSER LOOK AT ESC/ESH GUIDELINES



2018 ESH-ESC Guidelines



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

KẾT LUẬN

1. Bệnh nhân THA **trên 60 tuổi** có những **đặc điểm khác biệt** : lão hóa mạch máu, tăng tính cứng động mạch, hệ renin suy giảm → **nguy cơ đột quỵ cao**.
2. Lựa chọn thuốc phù hợp: **Lợi tiểu và chặn kênh canxi nên được ưu tiên cho BN THA trên 60 tuổi**.
3. **Viên phối hợp liều cố định** tăng sự tuân trị tạo cơ hội đạt mục tiêu điều trị.

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!



Thay đổi chế độ ăn



Luyện tập thể dục. \geq 30 phút /1 ngày

1 Viên Ngày



**Chỉ số vòng bụng:
Nam <90cm,
Nữ <80cm**