



1

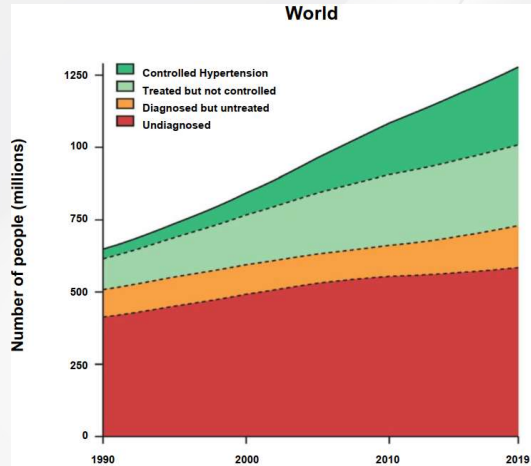
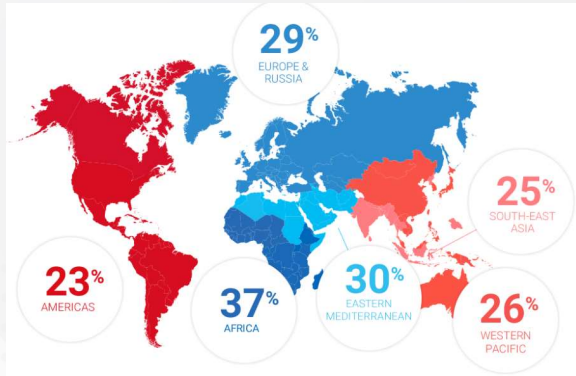


2

## BỨC TRANH TOÀN CẢNH TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN THẾ GIỚI

WHO (16/3/2023):

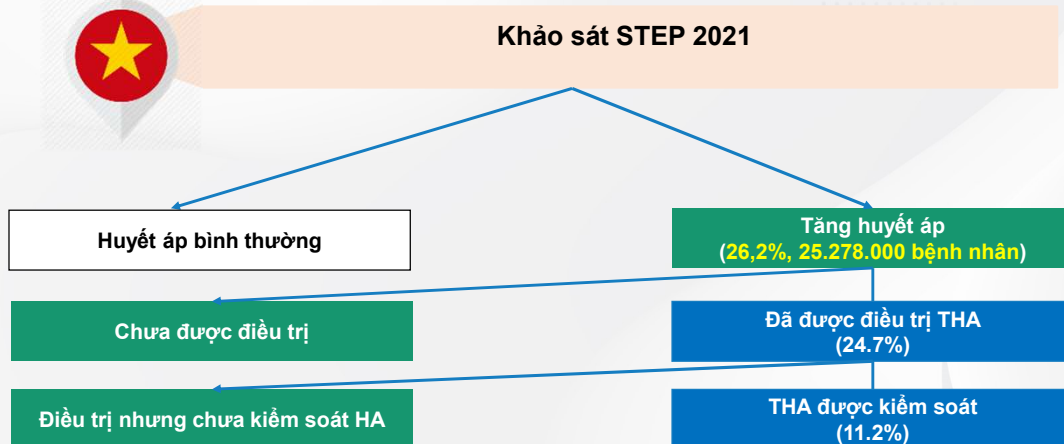
- **46% không biết bị THA**
- **1/5 bệnh nhân kiểm soát được huyết áp**



NCD Risk Factor Collaboration. *Lancet* 2021; 398: 957–80  
 Key facts of Hypertension. WHO March 2023

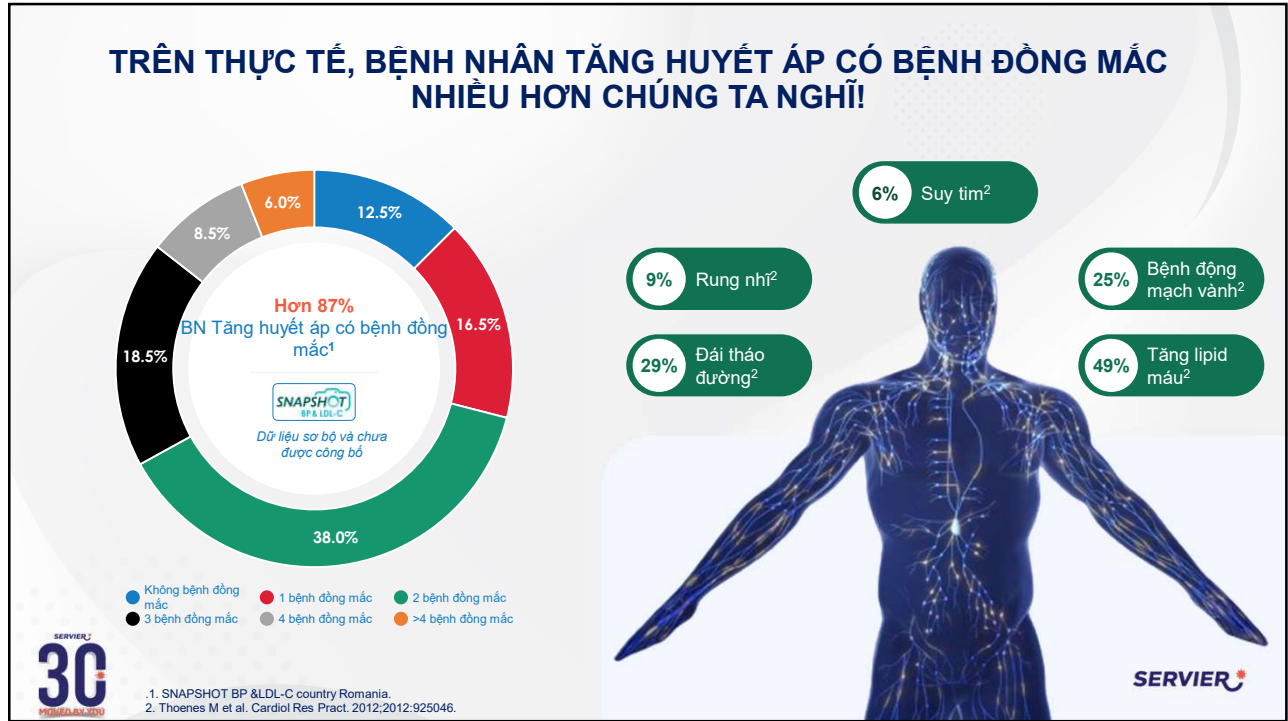
3

## CHỈ 11% BN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI VIỆT NAM ĐƯỢC KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP

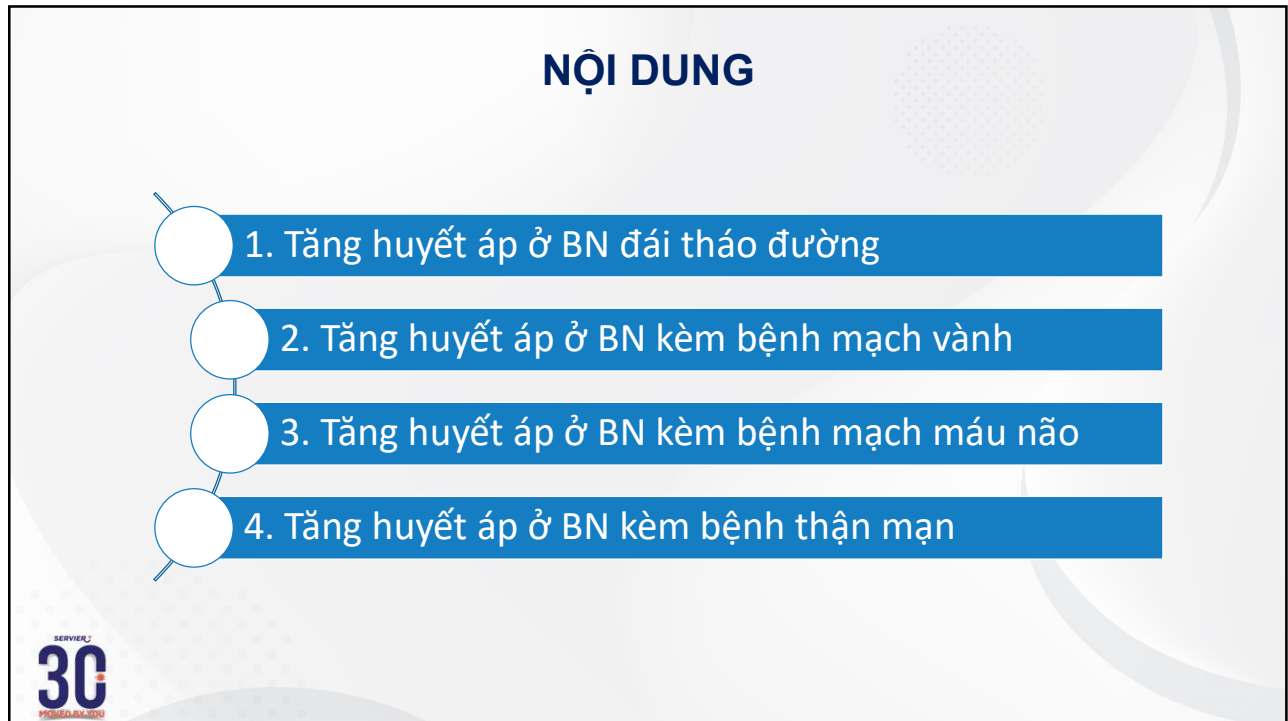


Step survey 2021  
[https://vanphong.langson.gov.vn/sites/vanphong.langson.gov.vn/files/2024-01/31-10\\_2%20STEP-report-VietName%20%2820%2C5x29%2C5cm%29-Nov15-VNese.pdf](https://vanphong.langson.gov.vn/sites/vanphong.langson.gov.vn/files/2024-01/31-10_2%20STEP-report-VietName%20%2820%2C5x29%2C5cm%29-Nov15-VNese.pdf)

4



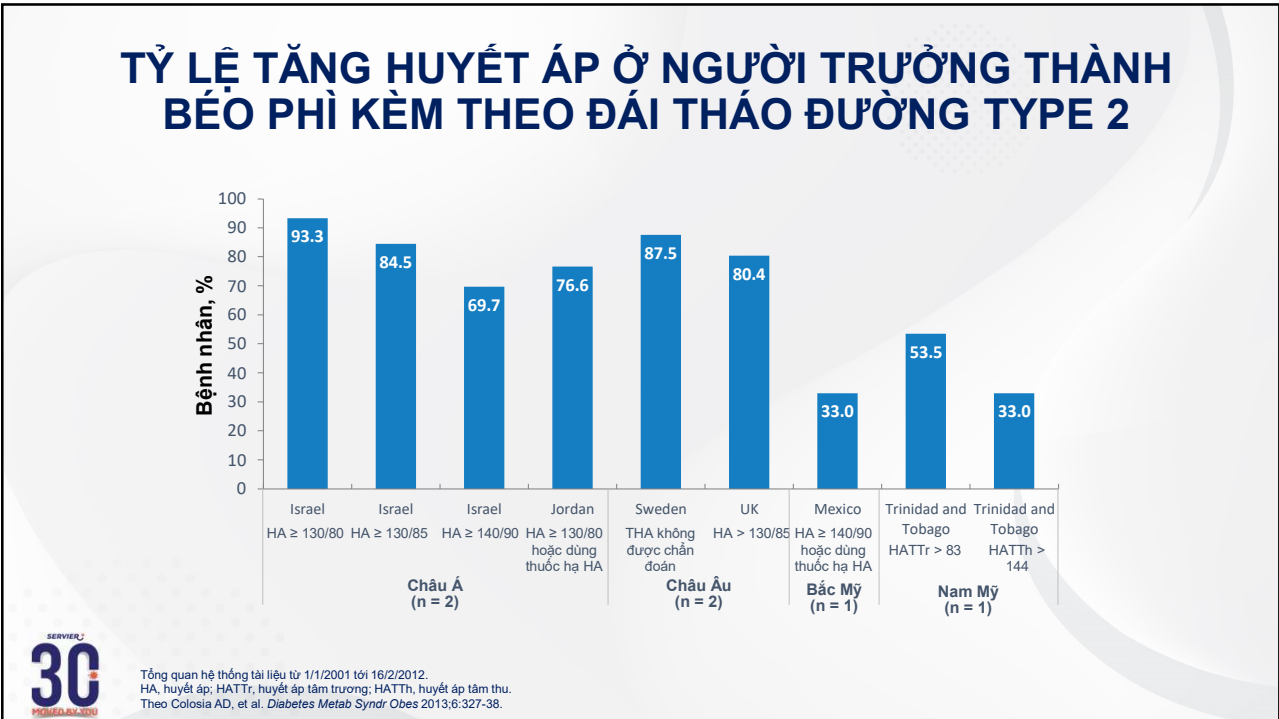
5



6

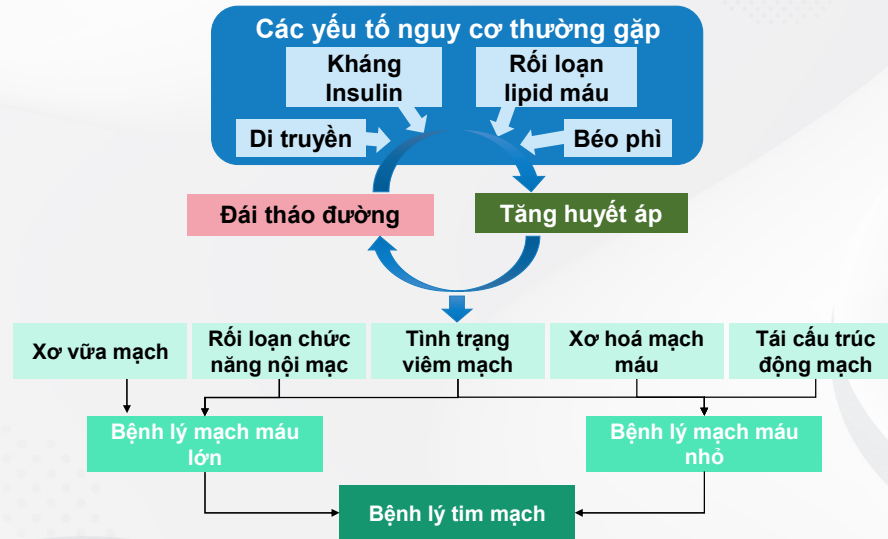
# 1. TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

7



8

## ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ TĂNG HUYẾT ÁP DẪN ĐẾN CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH



9

## CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN ĐTĐ KHUYẾN CÁO ESH 2023

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
HA cần được theo dõi để xác định THA ở tất cả bệnh nhân ĐTĐ bởi vì đây là bệnh đồng mắc thường gặp với tăng nguy cơ tim mạch và tăng nguy cơ xuất hiện biến cố thận	I	A
Mất ngủ hoặc THA ban đêm thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ 2, nên được theo dõi bằng HA liên tục và HA tại nhà	I	B
Điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ 2 được khuyến cáo để bảo vệ tránh các biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ	I	A
Điều trị thay đổi lối sống và thuốc hạ áp được khuyến cáo cho bệnh nhân ĐTĐ 2 khi HATT ≥ 140 mmHg và HATr ≥ 90 mmHg	I	A
Chiến lược điều trị thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ 2 giống như ở bệnh nhân không bị ĐTĐ nhưng mục tiêu HA thấp hơn < 130/80 mmHg	I	A
SGLT2i được khuyến cáo để giảm biến cố tim và thận ở bệnh nhân ĐTĐ 2. Nhóm thuốc này cũng có hiệu quả hạ áp	I	A
Finerenone (một dạng MRA không steroid) có thể được sử dụng, bởi vì đặc tính bảo vệ thận và tim ở bệnh nhân có BTM do ĐTĐ và tiểu đạ mức độ trung bình đến nặng. Finerenone cũng có tác dụng hạ áp	I	A
Có ít dữ liệu về lợi ích khi kết hợp giữa SGLT2i và finerenone	II	C

10

## CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA Ở BN ĐTĐ KHUYẾN CÁO ESC/ESH 2018

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
Điều trị thuốc hạ áp được khuyến cáo ở BN ĐTĐ khi HA PK $\geq 140/90$ mmHg	I	A
Ở BN ĐTĐ đang điều trị thuốc hạ áp, khuyến cáo:	I	A
- Mục tiêu HATT < 130 mmHg hoặc thấp hơn nếu dung nạp, nhưng không thấp hơn 120 mmHg	I	A
- Ở bệnh nhân lớn tuổi ( $\geq 65$ tuổi) mục tiêu HATT dao động từ 130 – 140 mmHg	I	A
- Mục tiêu HATTr < 80 mmHg, nhưng không thấp hơn 70 mmHg	I	C
Khuyến cáo khởi đầu điều trị bằng kết hợp với thuốc ức chế hệ RAS và chẹn kênh Calci hoặc lợi tiểu thiazide/giống thiazide	I	A
Sử dụng cùng lúc 2 nhóm thuốc ức chế hệ RAS gồm ACEi và ARB không được chỉ định	III	A



Williams, Mancia et al. J Hypertens 2018

11

## CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN ĐTĐ KHUYẾN CÁO ESH 2023

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
HA cần được theo dõi để xác định THA ở tất cả bệnh nhân ĐTĐ bởi vì đây là bệnh đồng mắc thường gặp với tăng nguy cơ tim mạch và tăng nguy cơ xuất hiện biến cố thận	I	A
Mất ngủ hoặc THA ban đêm thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ 2, nên được theo dõi bằng HA liên tục và HA tại nhà	I	B
Điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ 2 được khuyến cáo để bảo vệ tránh các biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ	I	A
Điều trị thay đổi lối sống và thuốc hạ áp được khuyến cáo cho bệnh nhân ĐTĐ 2 khi HATT $\geq 140$ mmHg và HATTr $\geq 90$ mmHg	I	A
Chiến lược điều trị thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ 2 giống như ở bệnh nhân không bị ĐTĐ nhưng mục tiêu HA thấp hơn < 130/80 mmHg	I	A
SGLT2i được khuyến cáo để giảm biến cố tim và thận ở bệnh nhân ĐTĐ 2. Nhóm thuốc này cũng có hiệu quả hạ áp	I	A
Finerenone (một dạng MRA không steroid) có thể được sử dụng, bởi vì đặc tính bảo vệ thận và tim ở bệnh nhân có BTM do ĐTĐ và tiểu đái mức độ trung bình đến nặng. Finerenone cũng có tác dụng hạ áp	I	A
Có ít dữ liệu về lợi ích khi kết hợp giữa SGLT2i và finerenone	II	C



Journal of Hypertension 2023, 41:000-000

12

## CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN ĐTD KHUYẾN CÁO ESH 2023

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
HA cần được theo dõi để xác định THA ở tất cả bệnh nhân ĐTD bởi vì đây là bệnh đồng mắc thường gặp với tăng nguy cơ tim mạch và tăng nguy cơ xuất hiện biến cố thận	I	A
Mất ngủ hoặc THA ban đêm thường gặp ở bệnh nhân ĐTD 2, nên được theo dõi bằng HA liên tục và HA tại nhà	I	B
Điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD 2 được khuyến cáo để bảo vệ tránh các biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ	I	A
Điều trị thay đổi lối sống và thuốc hạ áp được khuyến cáo cho bệnh nhân ĐTD 2 khi HATT $\geq$ 140 mmHg và HATTr $\geq$ 90 mmHg	I	A
Chiến lược điều trị thuốc ở bệnh nhân ĐTD 2 giống như ở bệnh nhân không bị ĐTD nhưng mục tiêu HA thấp hơn < 130/80 mmHg	I	A
SGLT2i được khuyến cáo để giảm biến cố tim và thận ở bệnh nhân ĐTD 2. Nhóm thuốc này cũng có hiệu quả hạ áp	I	A
Finerenone (một dạng MRA không steroid) có thể được sử dụng, bởi vì đặc tính bảo vệ thận và tim ở bệnh nhân có BTM do ĐTD và tiểu đạ m mức độ trung bình đến nặng. Finerenone cũng có tác dụng hạ áp	I	A
Có ít dữ liệu về lợi ích khi kết hợp giữa SGLT2i và finerenone	II	C



Journal of Hypertension 2023, 41:000-000

13

## PHỐI HỢP PERINDOPRIL ƯU THẾ BẢO VỆ THẬN VÀ TIM MẠCH TRONG CÁC THỬ NGHIỆM THUỐC HẠ ÁP Ở BỆNH NHÂN ĐTD

Thử nghiệm	Điều trị	Huyết áp nền, mmHg	Khác biệt huyết áp tâm thu, mmHg	Giảm các kết cục lên thận	Giảm tỉ lệ tử vong	
					Tim mạch	Chung
IDNT (N = 1,148)	Irbesartan vs placebo	159/87	-3.3	-20% ( $p = 0.02$ ) Dự phòng thứ phát	Không	Không
RENAAL (N = 1,513)	Losartan vs placebo	153/82	-2	-16% ( $p = 0.02$ ) Dự phòng thứ phát	-	Không
DIRECT (N = 5,231)	Candesartan vs placebo	118/73	-3.3	-5.5% ( $p = 0.024$ ) Dự phòng thứ phát	-	Không
ROADMAP (N = 4,447)	Olmesartan vs placebo	136/81	-3	Có Dự phòng tiên phát	Không	Không
TRANSCEND (N = 5,927)	Telmisartan vs placebo	141/82	-4	Không	Không	Không
ONTARGET (N = 17,118)	Telmisartan vs ramipril	142/82	-2.4	Không	Không	Không
ADVANCE (N = 11,140)	Perindopril/indapamide vs placebo	145/81	-5.6	-21% ( $p < 0.0001$ ) Dự phòng tiên phát và thứ phát	-18% ( $p = 0.025$ )	-14% ( $p = 0.027$ )
ACCOMPLISH (N = 11,506)	Benazepril/amlodipine vs benazepril/HCTZ	145/80	-1.1	-48% ( $p < 0.0001$ ) Dự phòng thứ phát	Không	Không
ACCORD (N = 4,733)	Điều trị tích cực vs Điều trị chuẩn	139/76	-14.2	Có Dự phòng thứ phát	Không	Không



Garcia-Donaire JA, et al. Blood Press 2011;20:322-34.

14

14

## 2. TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN KÈM BỆNH MẠCH VÀNH

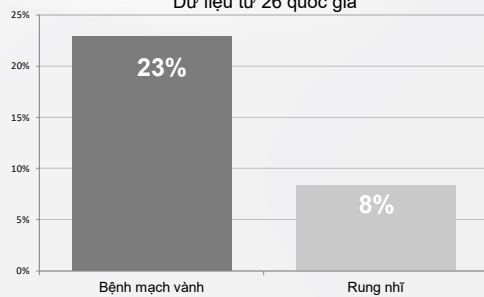


15

## BỆNH TIM TMCB LÀ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT VÀ NGUYÊN NHÂN GÂY TỬ VONG ĐỨNG HÀNG ĐẦU TRÊN THẾ GIỚI<sup>1</sup>

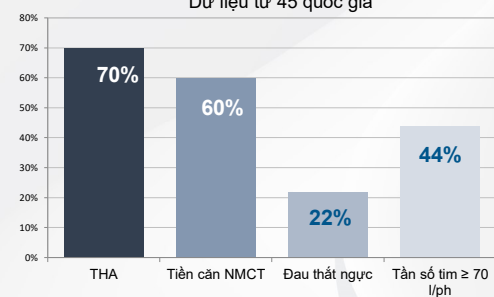
Ước tính có khoảng 110,55 triệu người bệnh tim TMCB và 7,29 triệu ca NMCT cấp năm 2015

**Bệnh nhân tăng HA (I-SEARCH)<sup>3</sup>**  
Dữ liệu từ 26 quốc gia



~ 30% bệnh nhân tăng HA có tần số tim >80-85 l/ph<sup>4</sup>

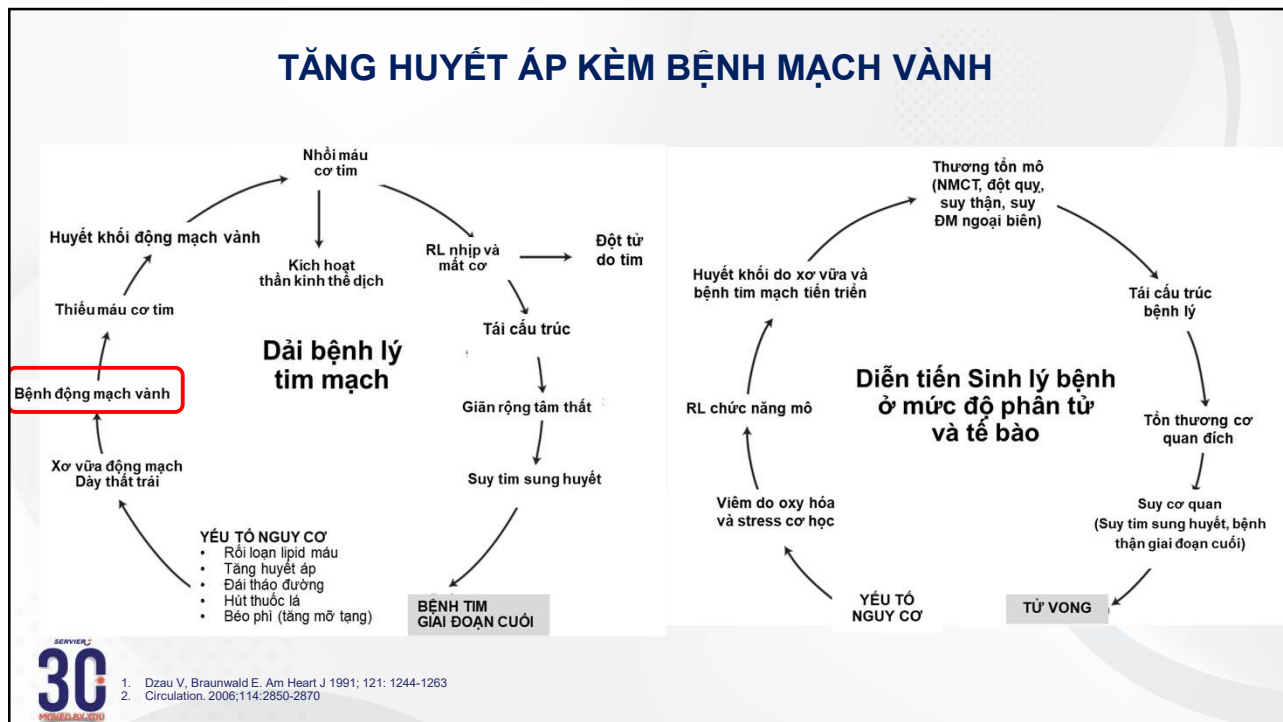
**Bệnh nhân CAD (CLARIFY)<sup>5,6</sup>**  
Dữ liệu từ 45 quốc gia



1. Cardiovasc Prev 2008;15: 217-224
2. Sinski M et al. Current [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
3. Roth GA et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70:1-25.
4. Bohm M et al. High Blood Press Pharmaceutical Design. 2017; 23:1-9.
5. Sorbets E et al. Clinical Cardiology. 2017;40:797-806.
6. Steg G et al. PLoS ONE. 2012; 7:e36284.

16





17

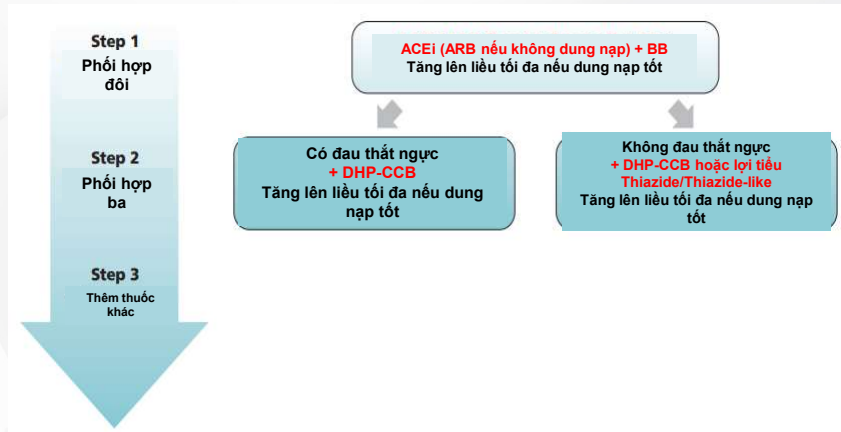
## PHÒNG NGỪA BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH (CAD) Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Khuyến cáo điều trị hạ huyết áp cho bệnh tăng huyết áp ngăn chặn CAD một cách hiệu quả.	I	A
Điều trị hạ huyết áp bằng tất cả nhóm thuốc hạ huyết áp chính bao gồm ACEis, ARB, BB, CCB và Thuốc lợi tiểu thiazide/giống thiazide có thể được sử dụng để phòng ngừa CAD.	I	A

**Journal of Hypertension 2023. 41:000-000**

18

## ĐIỀU TRỊ HẠ HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH



- **BB, DHP-CCB và CCB** non DHP được ưa chuộng để điều trị THA ở bệnh nhân CAD có triệu chứng, dùng kết hợp DHP-CCB và BB dạng PH nếu cần.
- Ở những BN bị NMCT gần đây, BB giúp cải thiện tiên lượng và nên được kê đơn trừ khi có chống chỉ định.
- Thời gian hiệu quả của BB là không chắc chắn. Tuy nhiên, nếu không có những bất tiện cụ thể thì không có lý do gì để ngừng điều trị bằng BB.



Journal of Hypertension 2023, 41:000-000

19


## NGHIÊN CỨU EUROPA: HIỆU QUẢ CỦA PERINDOPRIL TRONG GIẢM NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BN BỆNH ĐMV ỔN ĐỊNH


Tổng 12,218 Bệnh nhân



60 (SD 9) Tuổi trung bình

**EUROPA**

 **100%** Bệnh mạch vành từ trước  
**65%** Tiền sử NMCT  
**58%** Can thiệp/CABG  
**27%** Tăng huyết áp  
**12%** Đái tháo đường

 **92%** Aspirin hoặc kháng tiểu cầu khác  
**62%** Chẹn  $\beta$  giao cảm  
**58%** Thuốc giảm Lipid máu

ACE giúp giảm kết quả tim mạch ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao bao gồm cả bệnh nhân mắc CAD  
 → Ưu tiên ACEi, chỉ sử dụng ARB ở BN THA có CAD không dung nạp với ACEi

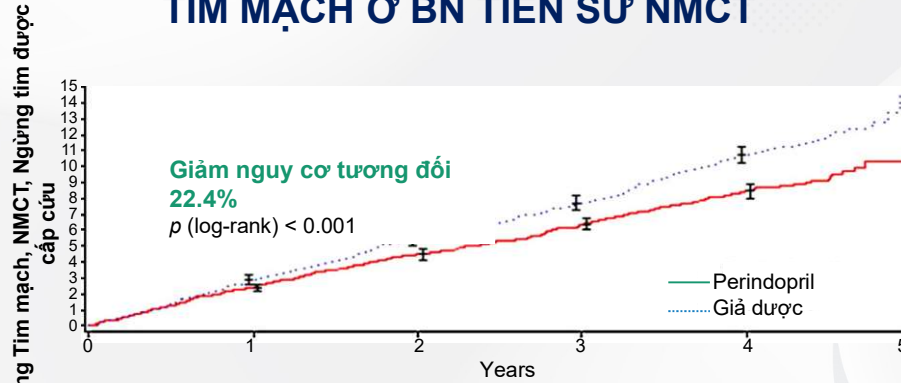


AMI, nhồi máu cơ tim cấp; CABG, phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành; CV, Tim mạch; PTCA, Can thiệp động mạch vành qua da; SD, độ lệch chuẩn. Fox KM, et al. Lancet 2003;362:782-88.

20

20

## PHÂN TÍCH DƯỚI NHÓM NGHIÊN CỨU EUROPA: HIỆU QUẢ CỦA PERINDOPRIL TRONG LÀM GIẢM NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BN TIỀN SỬ NMCT



Nhóm	Ngẫu nhiên	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Perindopril	3,962	3,856	3,754	3,646	2,229	39
Giả dược	3,948	3,824	3,701	3,579	2,850	25



Sau khoảng thời gian 2 tuần đầu tiên với liều 4 mg/ngày, liều được tăng lên đến 8 mg/ngày nếu mức liều 4mg/ngày được dung nạp tốt. CV, tim mạch; MI, nhồi máu cơ tim cấp.  
Chuyển thể từ Bertrand ME, et al. Arch Cardiovasc Dis 2009;102(2):89-96.

21

21

## ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN CAD

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở bệnh nhân trưởng thành mắc CAD, nên bắt đầu điều trị bằng thuốc ở mức HA bình thường cao ( <b>HATT <math>\geq 130</math> hoặc HATT <math>\geq 80</math> mmHg</b> ).	I	A
Các mục tiêu điều trị tương tự ở dân số tăng huyết áp cũng áp dụng cho bệnh nhân mắc bệnh CAD.	I	A
Ở những bệnh nhân bị tăng huyết áp và CAD nên sử dụng các loại thuốc có tác dụng có lợi được ghi nhận trong bệnh CAD như <b>ACEIs (ARB nếu không được dung nạp) hoặc BB</b> .	I	A
Ở bệnh nhân tăng huyết áp và CAD bị đau thắt ngực, BB và cả CCB Dihydropyridin và không phải Dihydropyridin đều đặc biệt hữu ích.	I	A
<b>NEW</b> Để giảm nhịp tim xuống khoảng 60 đến 80 nhịp/phút là mục tiêu điều trị bổ sung ở bệnh nhân tăng huyết áp có CAD, có thể sử dụng BB hoặc CCB không phải Dihydropyridin.	I	B
BB thường không được kết hợp với CCB không phải DHP (ví dụ: diltiazem hoặc verapamil).	III	C
Ở những bệnh nhân có nhịp tim rất thấp (< 50 nhịp mỗi phút) không nên bắt đầu sử dụng BB hoặc không Dihydropyridin.	III	C
Tăng huyết áp và LVH thường liên quan đến bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ và không có bệnh động mạch vành tắc nghẽn (INOCA) bao gồm cả bệnh nhân nhồi máu cơ tim không có tắc nghẽn bệnh động mạch vành (MINOCA). Điều trị bằng thuốc ức chế RAS, BB và CCB có thể được sử dụng trong tình trạng này.	II	B



Journal of Hypertension 2023; 41:000-000

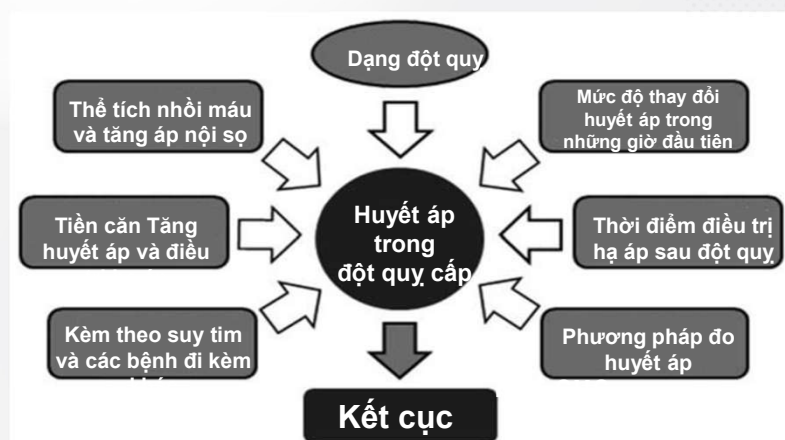
22

### 3. TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN KÈM BỆNH MẠCH MÁU NÃO



23

### HUYẾT ÁP TRONG ĐỘT QUY CẤP: THÁCH THỨC TO LỚN



Ga, secki et al. *Journal of Hypertension* 36(6):p.1212-1221, June 2018, | DOI: 10.1097/HJH.0000000000001704

24

## KHUYẾN CÁO 2018 ESC/ESH CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ Ở BN THA BỊ ĐỘT QUỴ CẤP VÀ BỆNH MẠCH MÁU NÃO

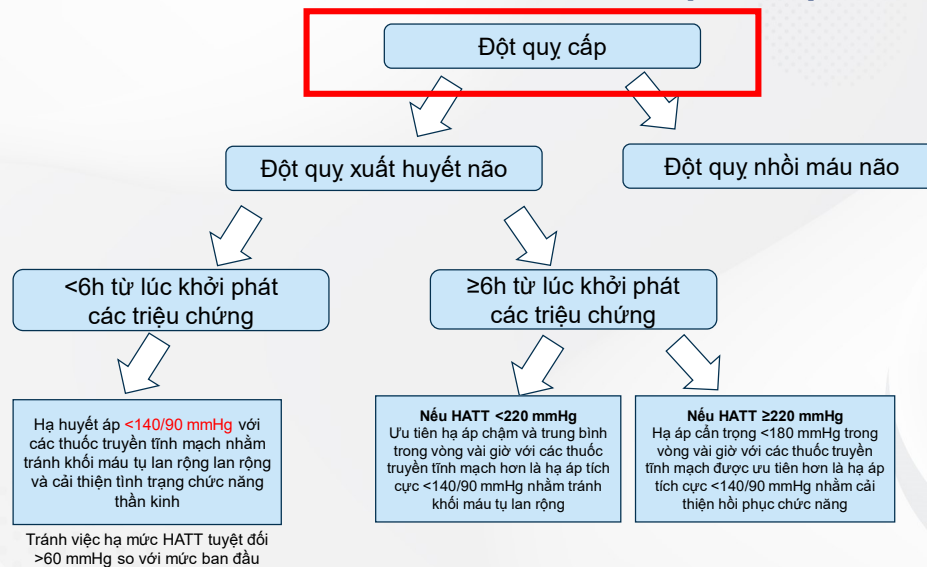
Khuyến cáo	Loại KC	Mức CC
In patients with acute intracerebral haemorrhage: <ul style="list-style-type: none"> <li>Immediate BP lowering is not recommended for patients with SBP &lt;220 mmHg.<sup>509-513</sup></li> <li>In patients with SBP ≥220 mmHg, careful acute BP lowering with i.v. therapy to &lt;180 mmHg should be considered.<sup>509-513</sup></li> </ul>	III	A
	IIa	B
In acute ischaemic stroke, routine BP lowering with antihypertensive therapy is not recommended, <sup>516,517</sup> with the exceptions: <ul style="list-style-type: none"> <li>In patients with acute ischaemic stroke who are eligible for i.v. thrombolysis, BP should be carefully lowered and maintained at &lt;180/105 mmHg for at least the first 24 h after thrombolysis.<sup>514,515</sup></li> <li>In patients with markedly elevated BP who do not receive fibrinolysis, drug therapy may be considered, based on clinical judgement, to reduce BP by 15% during the first 24 h after the stroke onset.</li> </ul>	III	A
	IIa	B
	IIb	C
In hypertensive patients with an acute cerebrovascular event, antihypertensive treatment is recommended: <ul style="list-style-type: none"> <li>Immediately for TIA.<sup>526</sup></li> <li>After several days in ischaemic stroke.<sup>526</sup></li> </ul>	I	A
	I	A
In all hypertensive patients with ischaemic stroke or TIA, an SBP target range of 120–130 mmHg should be considered. <sup>244,524,526</sup>	IIa	B
The recommended antihypertensive drug treatment strategy for stroke prevention is a RAS blocker plus a CCB or a thiazide-like diuretic. <sup>338</sup>	I	A



Williams, Mancia et al. J Hypertens 2018

25

## QUẢN LÝ HUYẾT ÁP TRONG ĐỘT QUỴ CẤP



Journal of Hypertension 2023, 41:000-000

26

## KHUYẾN CÁO ESH 2023 QUẢN LÝ HA Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO CẤP

**The third Intensive Care Bundle with Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Haemorrhage Trial (INTERACT3): an international, stepped wedge cluster randomised controlled trial**

Lu Ma\*, Xin Hu\*, Lili Song\*, Xiaoying Chen\*, Menglu Ouyang, Laurent Billot, Qiang Li, Alejandra Malavera, Xi Li, Paula Muñoz-Venturelli, Asita de Silva, Nguyen Huy Thang, Kolawole W Wahab, Jeyaraj D Pandian, Mohammad Wasay, Octavio M Pontes-Neto, Carlos Abanto, Antonio Arauz, Haiping Shi, Guanghai Tang, Sheng Zhu, Xiaochun She, Leibo Liu, Yuki Sakamoto, Shoujiang You, Qiao Han, Bernard Crutzen, Emily Cheung, Yunke Li, Xia Wang, Chen Chen, Feifeng Liu, Yang Zhao, Hao Li, Yi Liu, Yan Jiang, Lei Chen, Bo Wu, Ming Liu, Jianguo Xu, Chao You, Craig S Anderson, for the INTERACT3 Investigators†

**Kết quả chức năng sau 90 ngày ở nhóm chăm sóc tích cực và nhóm chăm sóc thông thường trên việc giảm HA, theo điểm số trên mRS**

6 month modified Rankin scale score

0: Không triệu chứng  
6: Tử vong

CS	0	1	2	3	4	5	6
CS tích cực	8.5%	31.4%	6.4%	19.0%	11.8%	8.9%	14.1%
CS thông thường	10.2%	26.6%	5.9%	17.0%	13.2%	10.1%	17.0%

Bệnh nhân (%)

Lancet 2023; 402: 27–40 Published Online May 25, 2023 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00806-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00806-1)  
\*mRS: Modified Rankin scale

27

## QUẢN LÝ HA TRONG ĐỘT QUỴ CẤP

**Đột quỵ cấp**

↓

**Đột quỵ xuất huyết não**

↓

**Phù hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch hoặc lấy huyết khối cơ học**

↓

**Hạ huyết áp xuống <180/105 mmHg và duy trì mức này ít nhất trong 24h đầu sau khi tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối cơ học nhằm tránh xuất huyết nội sọ**

**Đột quỵ nhồi máu não**

↓

**Không phù hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch hoặc lấy huyết khối cơ học**

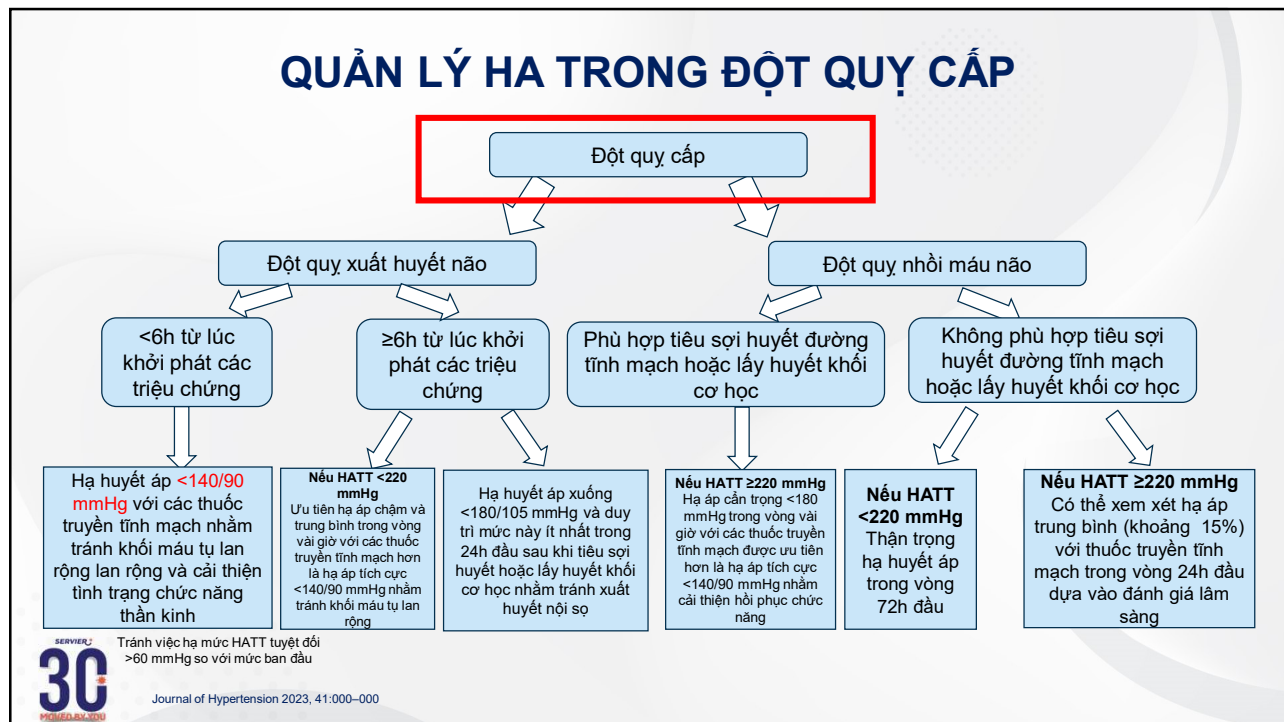
↓

**Nếu HATT <220 mmHg**  
Thận trọng hạ huyết áp trong vòng 72h đầu

**Nếu HATT ≥220 mmHg**  
Có thể xem xét hạ áp trung bình (khoảng 15%) với thuốc truyền tĩnh mạch trong vòng 24h đầu dựa vào đánh giá lâm sàng

SERVIER 30 Journal of Hypertension 2023; 41:000–000

28



29

## KHUYẾN CÁO ESH 2023

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở bệnh nhân xuất huyết não và khởi phát triệu chứng < 6 giờ, HA < 140/90 được khuyến cáo để tránh lan rộng xuất huyết	II	B
Ở bệnh nhân xuất huyết não và khởi phát triệu chứng > 6 giờ, HATT ≥ 220 mmHg có thể giảm cẩn thận với thuốc đường tĩnh mạch với mục tiêu HA < 180 mmHg, nếu HATT < 220 mmHg, giảm chậm và vừa phải HA phù hợp hơn hạ HA nhanh < 140/90 mmHg	II	B
Ở bệnh nhân bị đột quy cấp được điều trị thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch hoặc lấy huyết khối cơ học, huyết áp nên giảm cẩn thận và duy trì < 180/105 mmHg ít nhất 24 giờ sau can thiệp	II	B
Ở bệnh nhân không điều trị với tiêu sợi huyết và lấy huyết khối cơ học, điều trị thuốc có thể xem xét dựa vào đánh giá lâm sàng, để giảm HA 15% trong vòng 12 giờ đầu bị đột quy	II	B
Ở bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ cấp, điều trị hạ HA thường quy với thuốc hạ áp không được khuyến cáo	III	A

Journal of Hypertension 2023, 41:000-000

30

## KHUYẾN CÁO ESH 2023: NHỮNG CẬP NHẬT

Đưa ra các chiến lược phức tạp để quản lý cả bệnh cấp tính và nghịch thường, các dạng không đồng nhất và các yếu tố cá thể hóa để xem xét trong quá trình ra quyết định:

1. Tiếp cận mới trong kiểm soát huyết áp ở trong đột quy xuất huyết cấp tính: Thời gian nhạy cảm và với mục tiêu kiểm soát HA cho bệnh nhân có triệu chứng < 6 giờ (< 140/90)
2. Tiếp cận mới để kiểm soát huyết áp trong đột quy thiếu máu não: Liên quan đến các kỹ thuật mới về tiêu huyết khối hoặc lấy bằng cơ học (HA < 180/105mmHg khi IVT và IMT được xem xét)
3. Để giảm nguy cơ đột quy/cơn thoáng thiếu máu não cục bộ thoáng qua tái phát, mục tiêu HA < 130/80 mmHg nên được xem xét khi có thể và nếu dung nạp tốt



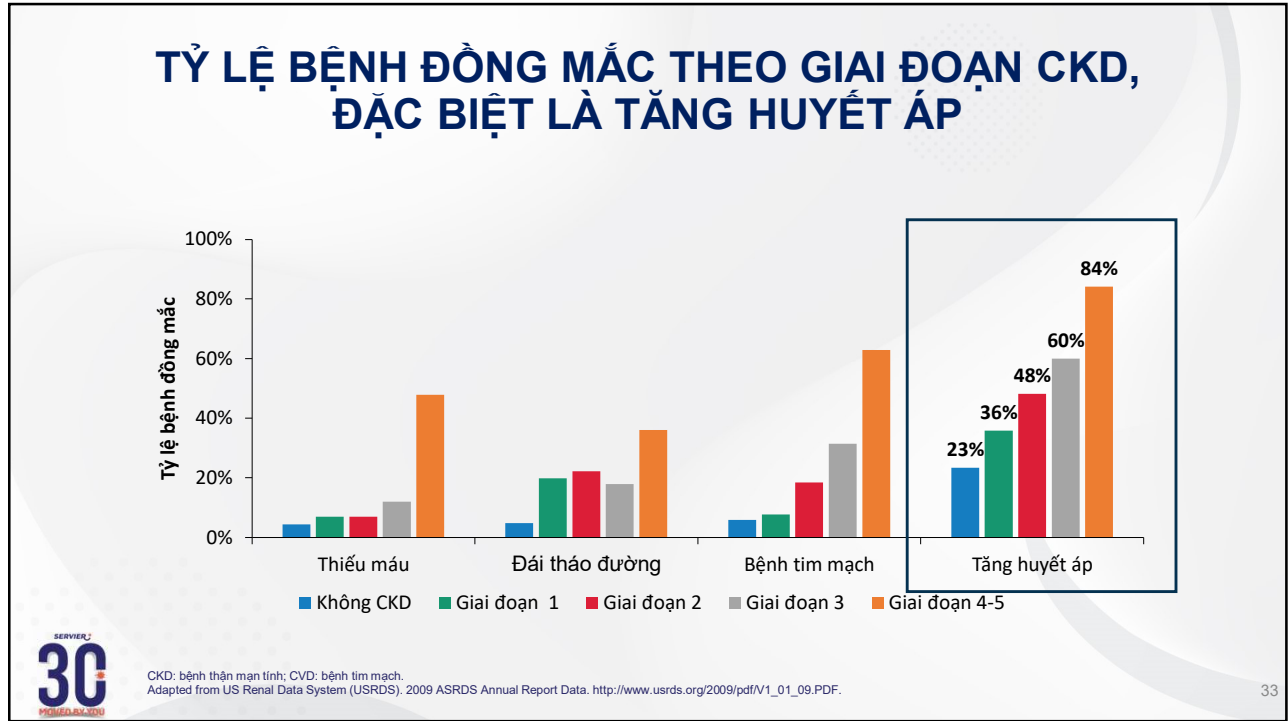
31

## 4. TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN KÈM BỆNH THẬN MẠN

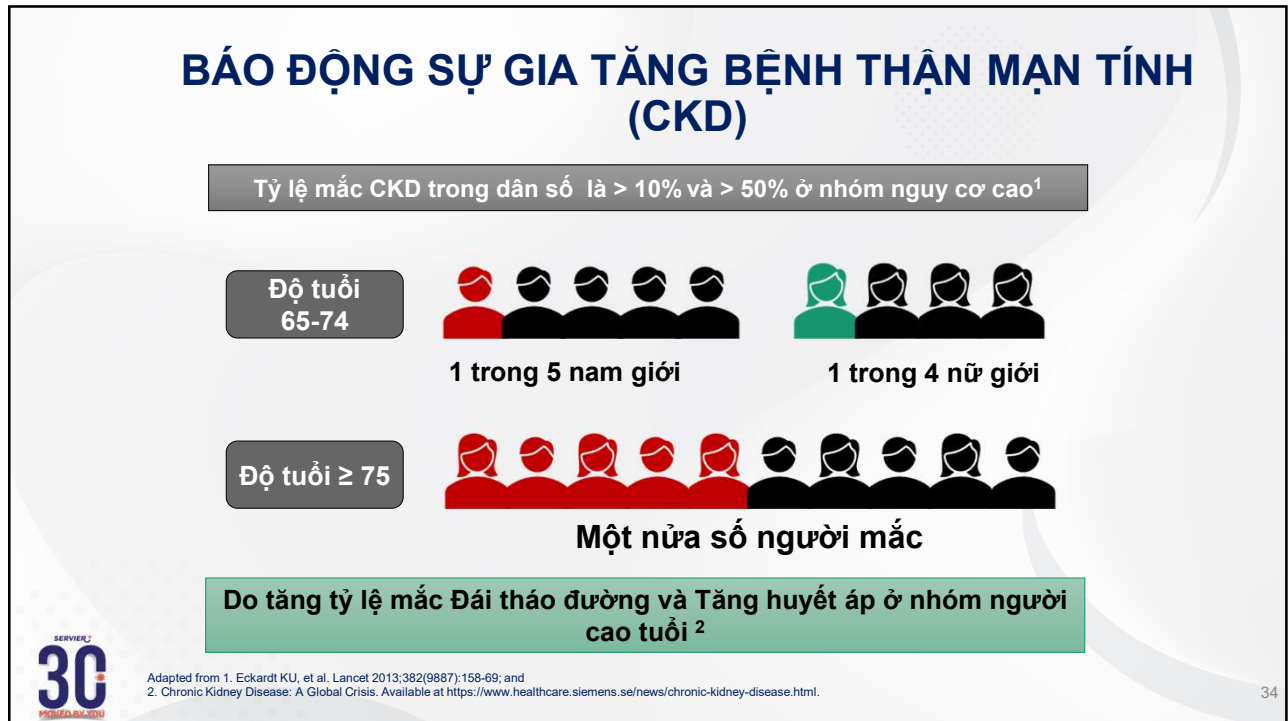


32





33



34

## MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN THA VÀ BTM

ESH 2018			ESH 2023		
Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Recommendations and statements	CoR	LoE
In patients with diabetic or non-diabetic CKD, it is recommended that an office BP of $\geq 140/90$ mmHg be treated with lifestyle advice and BP-lowering medication. <sup>9,203,485</sup>	I	A	BP should be monitored at all stages of CKD, because hypertension is the most important risk factor for end-stage kidney disease (ESKD).	I	A
In patients with diabetic or non-diabetic CKD: ● It is recommended to lower SBP to a range of 130–139 mmHg. <sup>9,487,489</sup> ● Individualized treatment should be considered according to its tolerability and impact on renal function and electrolytes.	I	A	Non-dipping or elevated night-time BP are frequent in CKD patients and should be monitored by ABPM or HBPM.	I	B
RAS blockers are more effective at reducing albuminuria than other antihypertensive agents, and are recommended as part of the treatment strategy in hypertensive patients in the presence of microalbuminuria or proteinuria. <sup>487,489</sup>	IIa	C	In both diabetic and non-diabetic CKD with hypertension, BP-lowering treatment slows the decline of kidney function and reduces the risk of ESKD and CV outcomes.	I	A
A combination of a RAS blocker with a CCB or a diuretic <sup>c</sup> is recommended as initial therapy. <sup>175</sup>	I	A	Immediate lifestyle interventions and antihypertensive drug treatment are recommended in most patients with CKD independently of the CKD stage if SBP $\geq 140$ mmHg or DBP $\geq 90$ mmHg.	I	C
A combination of two RAS blockers is not recommended. <sup>208</sup>	III	A	In all patients with CKD the primary goal is to lower office BP to $< 140$ mmHg systolic and $< 90$ mmHg diastolic.	I	A
			In most CKD patients (young patients, patients with an albumin/creatinine ratio $\geq 300$ mg/g, high CV risk patients) office BP may be lowered to $< 130/80$ mmHg if tolerated.	II	B
			In kidney transplant patients with hypertension, office BP may be lowered to $< 130$ mmHg systolic and $< 80$ mmHg diastolic.	II	B
			In patients with CKD, a BP target of less than 120/70 mmHg is not recommended.	III	C

Ở BN có bệnh thận mạn (BTM):

- Theo dõi HA ở mọi giai đoạn bệnh thận mạn (IA)
- Điều trị thuốc và TĐLS ngay khi HA  $\geq 140/90$  mmHg (IC)
- Mục tiêu chính là giảm HATTh  $< 140$  mmHg và HATTr  $< 90$  mmHg cho tất cả bệnh nhân BTM (IA)
- Ở bệnh nhân thận ghép có THA, HA PK nên thấp hơn  $< 130/80$  mmHg (IIB)
- Không khuyến cáo HA mục tiêu  $< 120/70$  mmHg (IIIC)

35

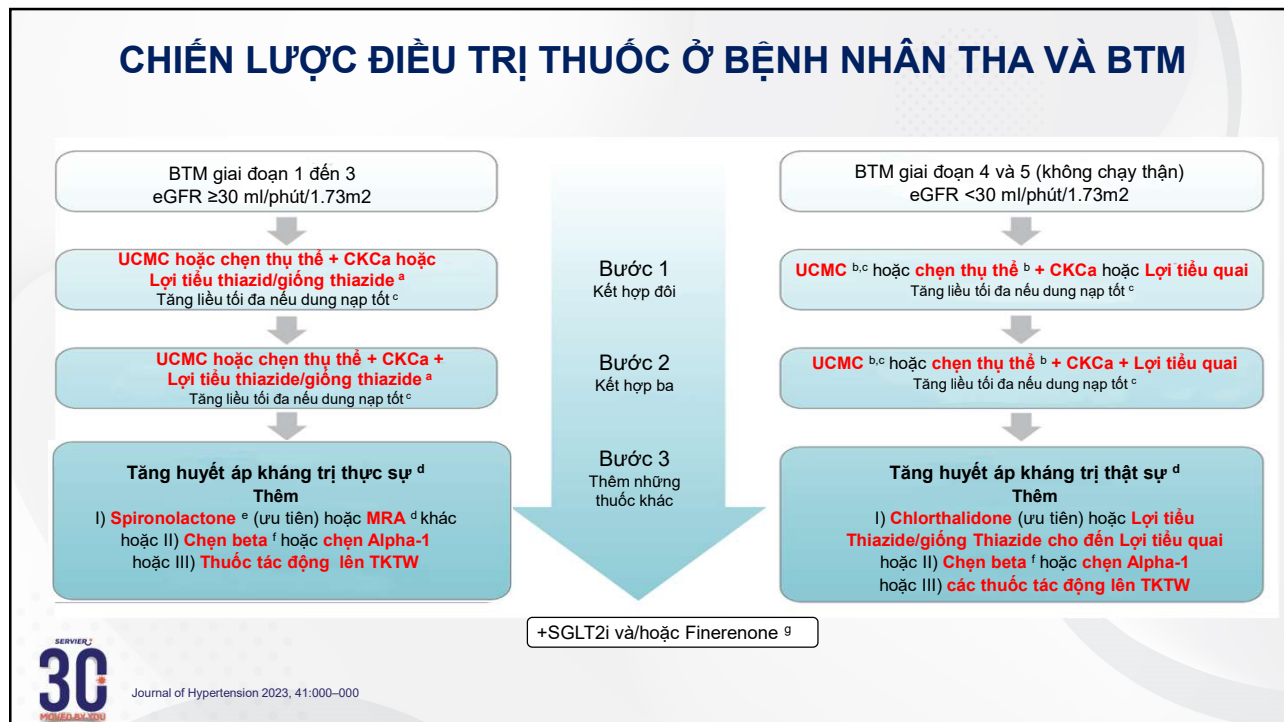
## KHUYẾN CÁO ESH 2023 CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THUỐC Ở BỆNH NHÂN THA VÀ BTM

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Thuốc <b>UCMC hoặc UCTT</b> được <b>chỉnh liều tối đa</b> được khuyến cáo cho bệnh nhân BTM hoặc albumin niệu cao (UACR 30 – 300 mg/g) hoặc rất cao (UACR $> 300$ mg/g)	I	A
Kết hợp cả 2 UCMC và UCTT không được khuyến cáo	III	A
<b>SGLT2i</b> được khuyến cáo ở bệnh nhân có BTM do ĐTĐ hoặc không ĐTĐ, nếu <b>eGFR không nhỏ hơn 20 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup></b>	I	A
<b>Finerenone</b> được khuyến cáo ở BN có BTM và albumin niệu liên quan với <b>ĐTĐ 2</b> , nếu <b>eGFR ít nhất 25 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> và nồng độ K máu <math>&lt; 5</math> mmol/L</b>	I	A
Ở bệnh nhân BTM có tăng kali, chất gắn kết kali có thể được sử dụng để duy trì nồng độ kali máu bình thường hoặc gần bình thường ( $< 5,5$ mmol/L) để cho phép tiếp tục điều trị tối ưu với ức chế hệ RAS hoặc MRA	II	B

SERVIER  
**30**  
MAGNÉSIO

Journal of Hypertension 2023, 41:000–000

36



37

## PHỐI HỢP PERINDOPRIL ƯU THẾ BẢO VỆ THẬN VÀ TIM MẠCH TRONG CÁC THỬ NGHIỆM THUỐC HẠ ÁP Ở BN ĐĐT

Thử nghiệm	Điều trị	Huyết áp nền, mmHg	Khác biệt huyết áp tâm thu, mmHg	Giảm các kết cục lên thận	Giảm tỉ lệ tử vong	
					Tim mạch	Chung
IDNT (N = 1,148)	Irbesartan vs placebo	159/87	-3.3	-20% ( $p = 0.02$ ) Dự phòng thứ phát	Không	Không
RENAAL (N = 1,513)	Losartan vs placebo	153/82	-2	-16% ( $p = 0.02$ ) Dự phòng thứ phát	-	Không
DIRECT (N = 5,231)	Candesartan vs placebo	118/73	-3.3	-5.5% ( $p = 0.024$ ) Dự phòng thứ phát	-	Không
ROADMAP (N = 4,447)	Olmesartan vs placebo	136/81	-3	Có Dự phòng tiên phát	Không	Không
TRANSCEND (N = 5,927)	Telmisartan vs placebo	141/82	-4	Không	Không	Không
ONTARGET (N = 17,118)	Telmisartan vs ramipril	142/82	-2.4	Không	Không	Không
ADVANCE (N = 11,140)	Perindopril/indapamide vs placebo	145/81	-5.6	-21% ( $p < 0.0001$ ) Dự phòng tiên phát và thứ phát	-18% ( $p = 0.025$ )	-14% ( $p = 0.027$ )
ACCOMPLISH (N = 11,506)	Benazepril/amlodipine vs benazepril/HCTZ	145/80	-1.1	-48% ( $p < 0.0001$ ) Dự phòng thứ phát	Không	Không
ACCORD (N = 4,733)	Điều trị tích cực vs Điều trị chuẩn	139/76	-14.2	Có Dự phòng thứ phát	Không	Không

BP, blood pressure; CV, cardiovascular; HCTZ, hydrochlorothiazide; SBP, systolic blood pressure.  
Adapted from Garcia-Donaire JA, et al. *Blood Press* 2011;20:322-34.

38

## KẾT LUẬN TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BỆNH ĐỒNG MẮC: CẬP NHẬT 2023

- Tăng huyết áp là 1 bệnh lý tiến triển
- Vai trò của việc kiểm soát huyết áp tích cực ngay từ sớm



39

## CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ THEO DÕI



40