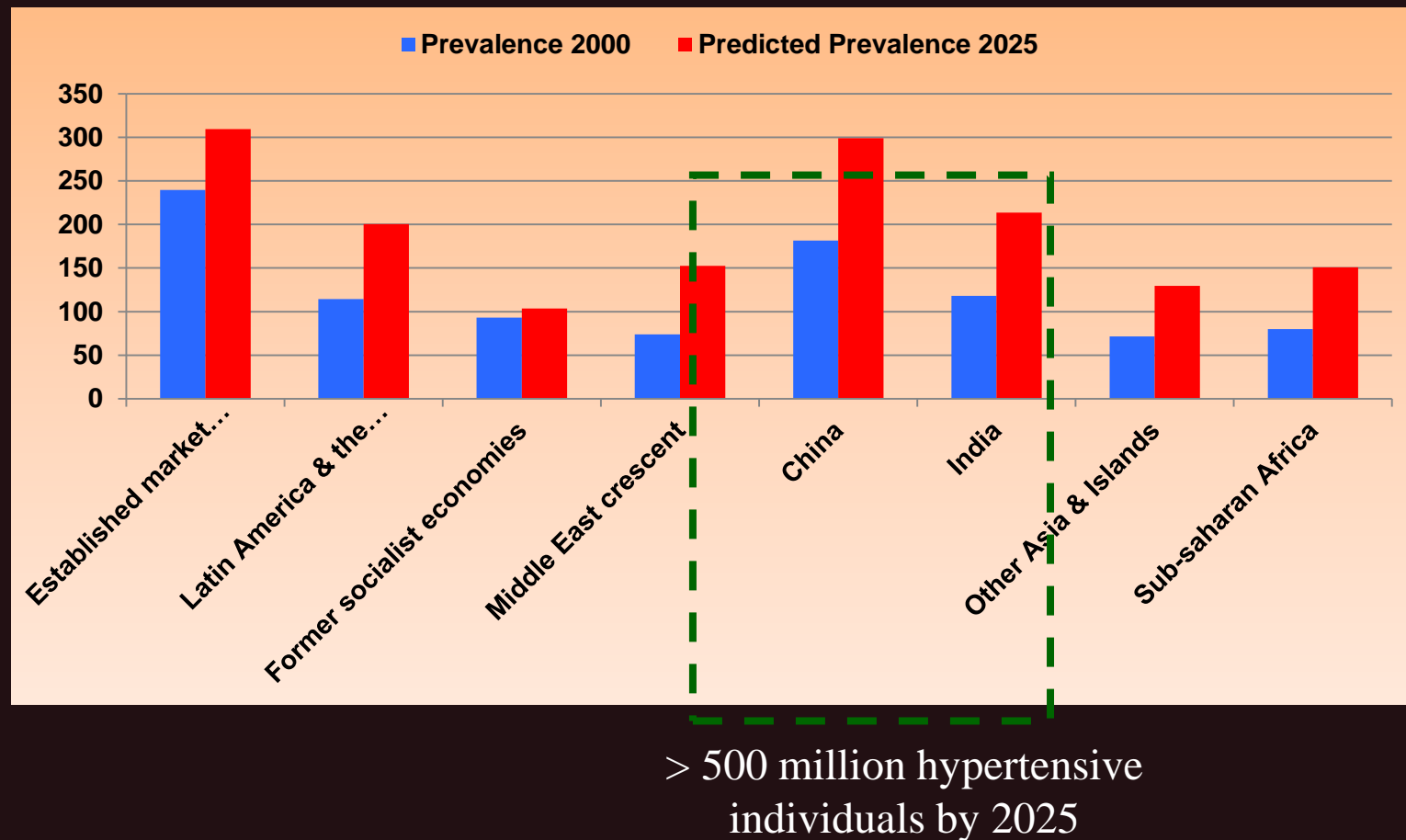


ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CÓ BỆNH NỘI KHOA PHỔI HỢP: CẬP NHẬT 2016

PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh
Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Đại học Y khoa Tân Tạo
Bệnh viện Tim Tâm Đức
Viện Tim Tp. HCM

Dự đoán tần suất bệnh nhân THA vào năm 2025*



* Estimated Number of Individuals Aged 20 Years With Blood Pressure >140/90 mm Hg in 2000 and Predicted Number of Affected Individuals in 2025

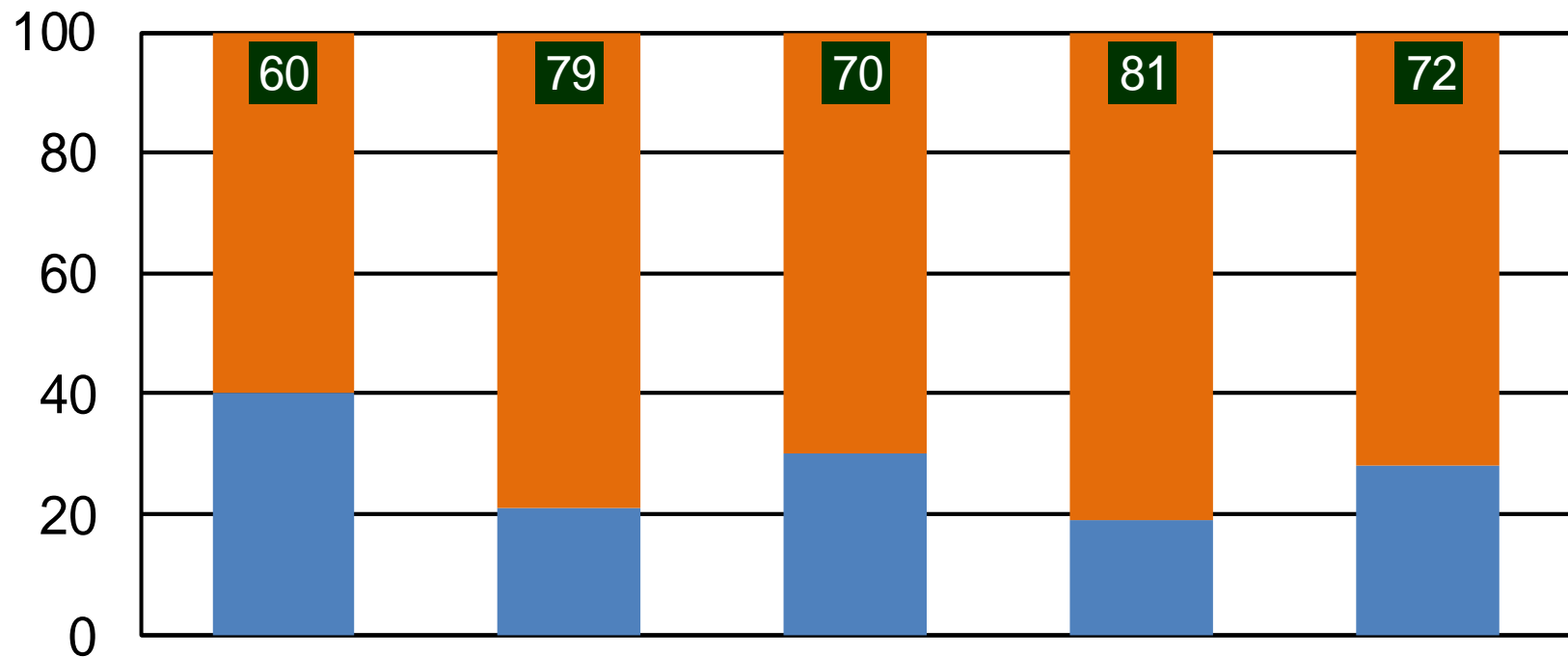
Perkovic V, et al. *Hypertension* 2007;50:991-7.

Các yếu tố bệnh sinh của THA

- Yếu tố di truyền
- Tăng hoạt giao cảm
- Tăng hoạt mạch máu và tái cấu trúc mạch máu
- Độ cứng động mạch
- Hệ thống renin – angiotensin- aldosterone
- Muối natri
- Nitric oxide (NO) và Endothelin

Khoảng 70% bệnh nhân THA/Châu Âu không đạt mục tiêu điều trị

■ BP goal achieved ■ BP goal not achieved



*Treated for hypertension
BP goal is <140/90 mmHg

Wolf-Maier et al. Hypertension 2004;43:10-17

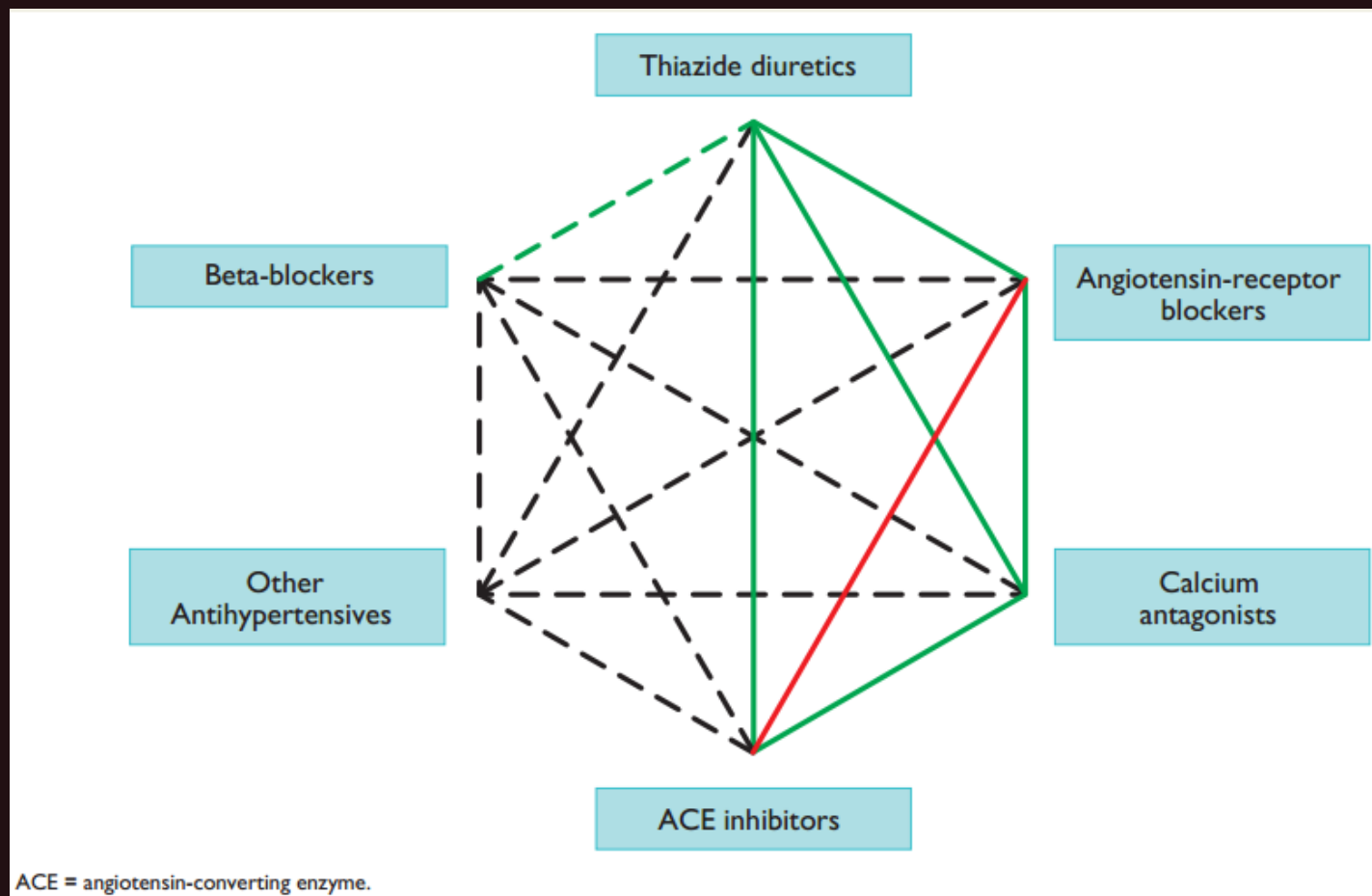
TL : Wolf-Maier K et al. Hypertension 2004 ; 43 : 10-17



Thay đổi lối sống

- Hạn chế muối 5-6g/ngày
- Uống rượu bia vừa phải
- Ăn nhiều rau, trái cây, sản phẩm sữa ít béo
- Giảm cân:
 - BMI < 25 kg/m²
 - Vòng bụng: * Nam < 90 cm
* Nữ < 80 cm
- Vận động thể lực đều đặn 5-7 ngày/1 tuần ít nhất 30 phút
- Ngưng thuốc lá

Phối hợp các loại thuốc THA có thể thực hiện



- Chỉ ức chế calci DHP nên phối hợp chẹn beta
- Không phối hợp UCMC với chẹn thụ thể AG_2

Chiến lược điều trị và lựa chọn thuốc

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
<p>Diuretics (thiazides, chlorthalidone and indapamide), beta-blockers, calcium antagonists, ACE inhibitors, and angiotensin receptor blockers are all suitable and recommended for the initiation and maintenance of antihypertensive treatment, either as monotherapy or in some combinations with each other.</p>	I	A	284, 332

Các bệnh nội khoa thường đi kèm THA

- Bệnh động mạch vành
- Đái tháo đường
- Bệnh thận mạn
- Bệnh phổi mạn tắc nghẽn

Bệnh án 1 (1)

- B/n NVQ, nam 70 tuổi, nặng cân, nhập viện giờ thứ 3 vì đau ngực nặng kèm ói mửa
- Tiền sử:
 - Không thuốc lá, không ĐTĐ
 - Suyễn (+); THA nhẹ (điều trị lợi tiểu)
- Lo lắng, toát mồ hôi.

Bệnh án 1 (2)

- HA = 220/100 cả 2 tay; M = 102/ph, đều
- ATTThu 3/6 trước tim; T4 (+); ran ẩm đáy phổi
- Đáy mắt: không xuất huyết; không xuất tiết
- Phim ngực: tim lớn, phù phổi nhẹ.
- ECG:
 - Gợi ý NMCT cấp ST chênh lên vùng trước
 - Dây thất trái, tăng gánh tâm thu
- hs- Troponin T= 37 ng/L (37 pg/ml).

Các biến cố cần cấp cứu do THA trên b/n NMCT cấp

- Bệnh não do THA
- Nhồi máu não
- Xuyết huyết nội sọ, xuất huyết dưới màng nhện
- Suy thất trái và phù phổi cấp
- Bóc tách ĐMC
- Suy thận cấp
- Thiếu máu tán huyết do vi mạch (microangiographic hemolytic anemia)

TL: Tse HF, Lip GYH. Cardiology 2010, Mosby Elsevier, 3rd ed, p 647-649.



Điều trị b/n NMCT cấp kèm THA nặng (1)

- Không thuốc tiêu sợi huyết khi khi HA > 180/110mmHg. Tốt nhất chỉ nên sử dụng khi HA < 160/100mmHg.
- Tránh giảm HA nhanh quá (không adalat ngầm)
- Hạ HA =
 - furosemide
 - nitrate TTM
 - chẹn beta uống: metoprolol 50mg/mỗi 6 giờ

Điều trị bệnh nhân NMCT cấp kèm THA nặng (2)

- Nong ĐMV tiên phát
- Aspirin + Clopidogrel hoặc Ticagrelor
- Ức chế men chuyển²
- Statins

Điều trị b/n NVQ (1)

- HA cao → không thuốc tiêu sợi huyết
- Aspirin: 300mg
- Furosemide: 80mg TM
- Morphine: 3mg TM + thuốc chống ói
- Nitrate TTM; tăng liều mỗi 5 phút để HA < 180/110mmHg.
- Không sử dụng chẹn beta TTM vì b/n bị suyễn và phù phổi (Nitroglycerine TTM/THA: 5 – 100 microgram/ phút)
- Thử hs-Troponin T lần 2 (3 giờ sau): 64 ng/L

Điều trị b/n NVQ (2)

- Trong hồi sức, b/n có NNT → Lidocaine TTM
- Siêu âm tim :- Phì đại đồng tâm TT
 - Rối loạn vận động vùng trước TT
- Ngày 2, b/n còn đau ngực, chụp ĐMV tại BV có khả năng can thiệp ĐMV cấp cứu, nghẽn 95% phần gần LTT
- Stent ĐMV
- Xuất viện ngày 7. Toa: aspirin 81mg, clopidogrel 75mg, bisoprolol 2,5 mg/ng, lisinopril 10 mg/ng, amlodipine 5 mg 1v/ng, atorvastatin 20 mg (HA = 130/80 mmHg)

Điều trị THA trên bệnh nhân ĐTĐ: điều gì cần quan tâm?

Nguy cơ của THA kèm ĐTĐ

- Nguy cơ đột quỵ và bệnh tim mạch: gấp 2
- Nguy cơ bệnh thận GĐ cuối: gấp 5-6 lần so với THA không kèm ĐTĐ

Ảnh hưởng của bệnh ĐTĐ lên hệ tim mạch

- Rối loạn chức năng nội mạc ĐMV: ↓ tưới máu cơ tim
- Rối loạn hệ thần kinh tự chủ:
 - Giảm phó giao cảm trước → Tim nhanh
 - TMCT yên lặng

Tài liệu : Dialogues in Cardiovascular medicine Vol 5, No 1 - 2000 , p.5 -20

Ảnh hưởng của bệnh ĐTĐ lên hệ tim mạch

- Gia tăng yếu tố tạo huyết khối:
 - Tiểu cầu: Yếu tố 4 tiểu cầu, Thromboxane A₂, Glycosyl hoá Glycoprotein IIB/ IIIA ↑
 - ↑ Fibrinogen
 - ↓ Hoạt tính tiêu huỷ Fibrine
- THA : 70% BĐTĐ type II/ người lớn có THA
- Rối loạn Lipid máu : ↑ TG, ↓ HDL – C

Tài liệu : Dialogues in Cardiovascular medicine Vol 5, No 1 - 2000 , p.5 -20

Đặc điểm của THA/b/n ĐTĐ

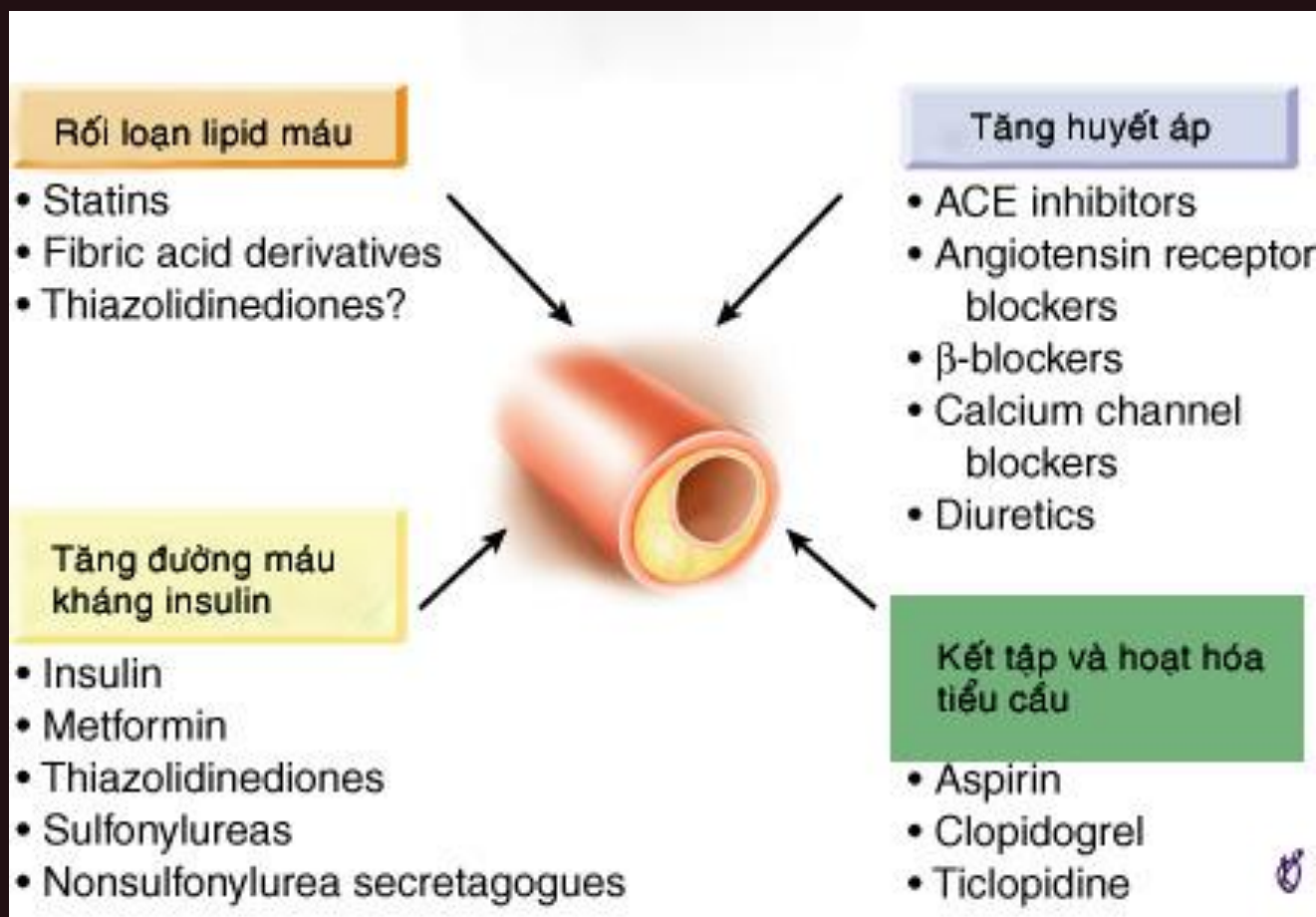
- Tăng nhạy cảm với muối natri
- Thể tích tuần hoàn tăng
- Thường là THA tâm thu đơn thuần
- Mất trũng về đêm của biểu đồ huyết áp (non-dipper HTN)
- Tăng khả năng bị protein niệu
- Hạ HA tư thế đứng: đo HA tư thế đứng mỗi lần khám
- Tăng đông máu, tăng kết tập tiểu cầu

Mức huyết áp cần đạt ($< 130/80$ mmHg hoặc $< 140/90$ mmHg) và các loại thuốc hạ huyết áp sử dụng: trọng tâm của chăm sóc b/n ĐTĐ có nguy cơ bệnh thận

Phối hợp nên thực hiện THA/ĐTĐ

- UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II
- Ức chế calci DHP
- Lợi tiểu liều thấp
- Chẹn beta
- Thường cần 3-4 thuốc để đạt mục tiêu HA

Điều trị chống xơ vữa động mạch/ ĐTĐ và THA



Chiến lược điều trị THA/bệnh nhân đái tháo đường (1)

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
While initiation of antihypertensive drug treatment in diabetic patients whose SBP is ≥ 160 mmHg is mandatory, it is strongly recommended to start drug treatment also when SBP is ≥ 140 mmHg.	I	A	275,276 290–293
A SBP goal < 140 mmHg is recommended in patients with diabetes.	I	A	270,275, 276,295
The DBP target in patients with diabetes is recommended to be < 85 mmHg.	I	A	290,293

Chiến lược điều trị THA/bệnh nhân đái tháo đường (2)

All classes of antihypertensive agents are recommended and can be used in patients with diabetes; RAS blockers may be preferred, especially in the presence of proteinuria or microalbuminuria.	I	A	394,513
It is recommended that individual drug choice takes comorbidities into account.	I	C	-
Simultaneous administration of two blockers of the RAS is not recommended and should be avoided in patients with diabetes.	III	B	433

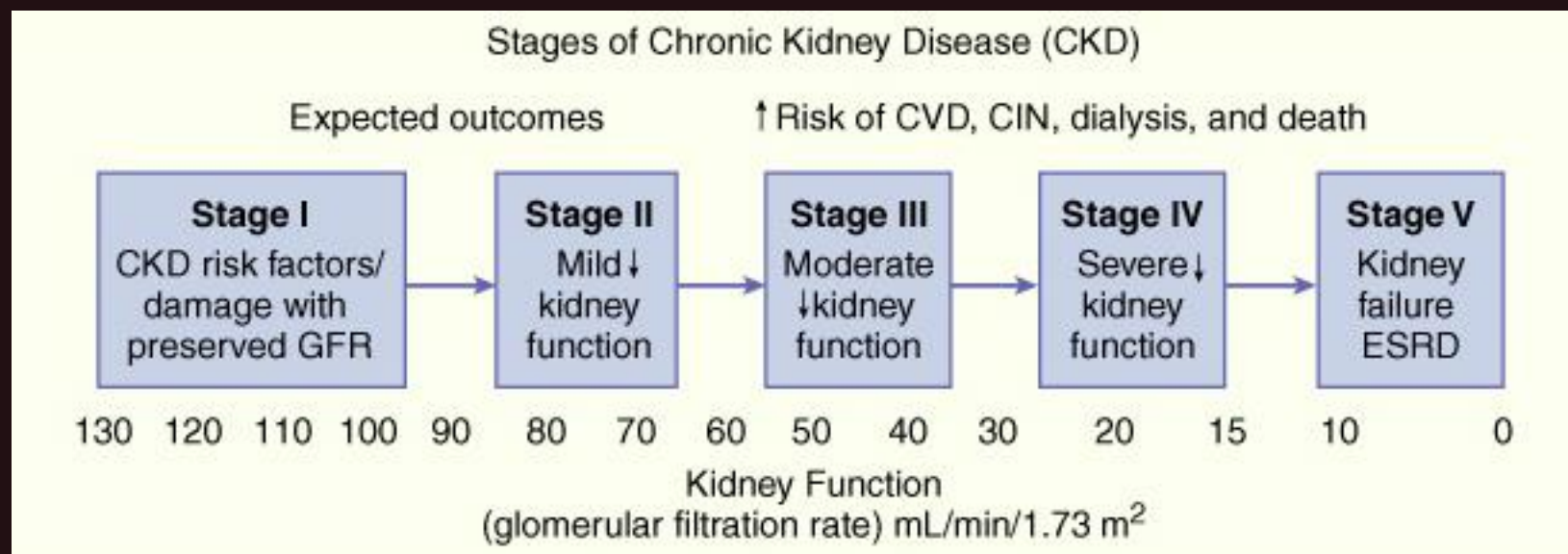


Điều trị THA trên b/n có bệnh thận mạn: lựa chọn thuốc và phối hợp thuốc đóng vai trò thiết yếu

THA trên bệnh nhân bệnh thận mạn

- Khó sử dụng thuốc
- Cần nhiều nhóm thuốc để đạt HA mục tiêu

Phân độ bệnh thận mạn tính



CVD : cardiovascular disease (bệnh tim mạch)

CIN : contrast induced nephropathy (bệnh thận do chất cản quang)

ESRD : end-stage renal disease (bệnh thận giai đoạn cuối)

Các thuốc hạ HA có thể sử dụng trên b/n bệnh thận mạn

- UCMC; chẹn thụ thể AGII
- Chẹn beta
- Lợi tiểu quai
- Ức chế calci
- α methyldopa
- Minoxidil
- Chẹn alpha 1 (prazosin, doxazosin)

Chiến lược điều trị THA/ bệnh thận mạn (1)

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
Lowering SBP to <140 mmHg should be considered.	IIa	B	303, 313
When overt proteinuria is present, SBP values <130 mmHg may be considered, provided that changes in eGFR are monitored.	IIb	B	307, 308, 313

Chiến lược điều trị THA/ bệnh thận mạn (2)

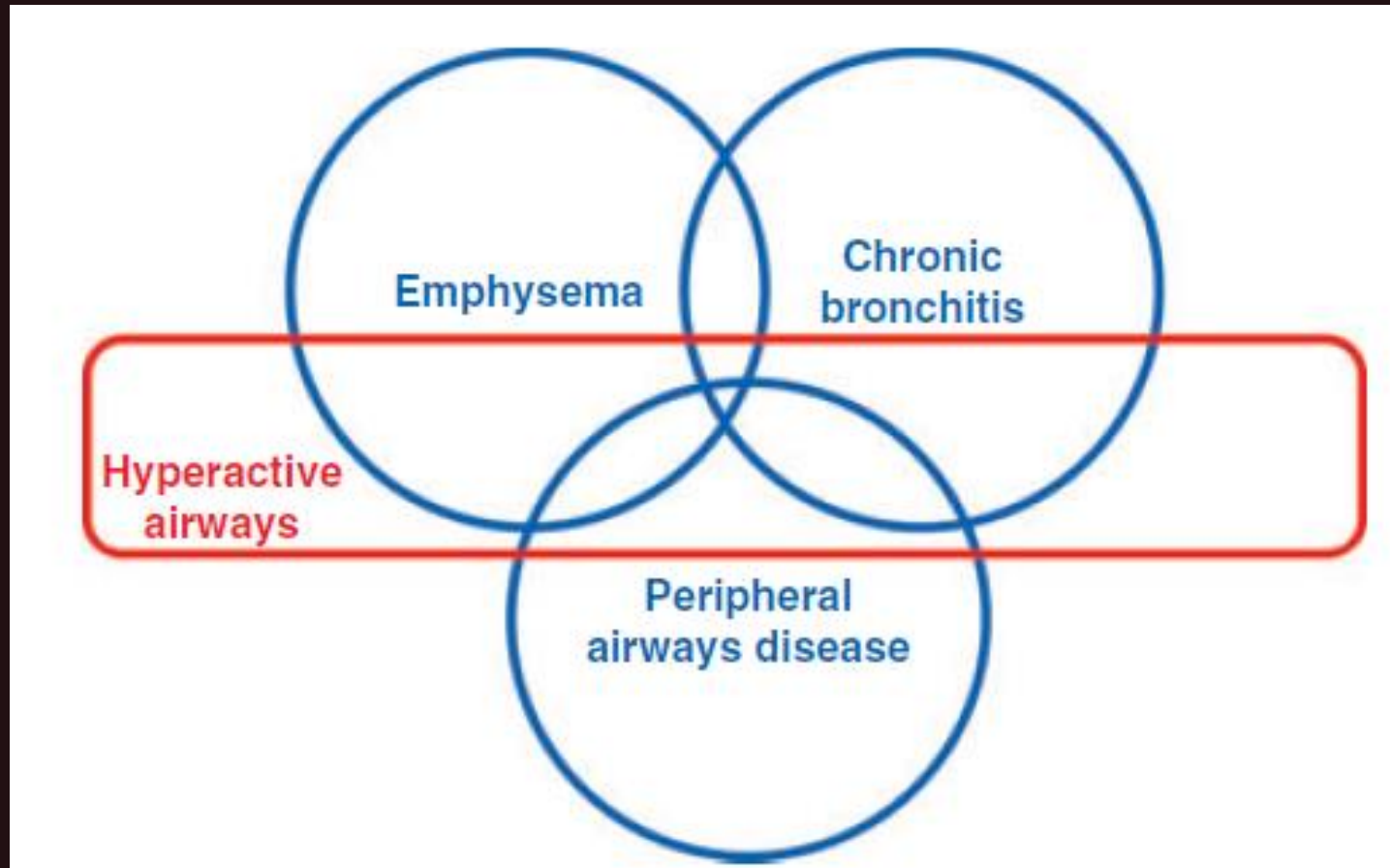
<p>RAS blockers are more effective in reducing albuminuria than other antihypertensive agents, and are indicated in hypertensive patients in the presence of microalbuminuria or overt proteinuria.</p>	I	A	513,537
<p>Reaching BP goals usually requires combination therapy, and it is recommended to combine RAS blockers with other antihypertensive agents.</p>	I	A	446

Điều trị THA/ bệnh nhân bệnh phổi mạn tắc nghẽn (COPD)

Định nghĩa bệnh phổi mạn tắc nghẽn

- Bệnh phổi mạn tắc nghẽn (COPD):
 - Hạn chế thông khí không hồi phục hoàn toàn
- Bao gồm:
 - Phế khí thũng (emphysema)
 - Viêm phế quản mạn + nghẽn đường thở mạn
 - Bệnh đường thở nhỏ (small airways disease)

Ba thể bệnh của bệnh phổi mạn tắc nghẽn



Tầm quan trọng của COPD

- Hoa Kỳ: > 16 triệu COPD; nguyên nhân tử vong hàng thứ 4 (1997)*, thứ 3 (2003)**
- Thế giới: bệnh nhân COPD ngày càng tăng
- Năm 2020: nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 thế giới (hiện nay hàng thứ 6)



Các thuốc hạ huyết áp nên sử dụng/bệnh nhân COPD

- Ức chế men chuyển hay chẹn thụ thể AGII
 - Ức chế calci: DHP hay non- DHP C (verapamil, diltiazem)
 - Lợi tiểu
 - Spironolactone
 - Chẹn beta một chọn lọc liều thấp: khi cần thiết
 - Chẹn alpha 1
- * Cần quan tâm đến tập thở, vật lý trị liệu: cải thiện hô hấp/
COPD

Kết luận

- Điều trị THA 2016: toàn diện, quan tâm đến bệnh nội khoa kết hợp
- THA kèm BDMV:
 - UCMC, ức chế calci DHP, chẹn beta: lựa chọn hàng đầu
 - Thuốc phối hợp: tăng tuân thủ, giảm chi phí
- THA kèm ĐTĐ hoặc bệnh thận mạn:
 - UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II: lựa chọn đầu tiên
 - Cần phối hợp thuốc
- THA kèm COPD
 - UCMC hoặc chẹn thụ thể AG II
 - UC calci non- dihydropyridino
 - Tập luyện hô hấp