



# **TÓM LƯỢC KHUYẾN CÁO CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VNHA/VSH 2021**

**HIGHLIGHTS THE 2021 VNHA/VSH GUIDELINES ON  
DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HYPERTENSION  
IN ADULTS**

# ỦY BAN SOẠN THẢO

- **Trưởng Ban** : GS.TS Huỳnh Văn Minh
- **Điều phối** : PGS.TS Trần Văn Huy
- **Thành viên Hội đồng Khoa học** : GS.TS Phạm Gia Khải, GS.TS Đặng Vạn Phước, GS.TS Nguyễn Lâm Việt, PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh, GS.TS Đỗ Doãn Lợi, PGS.TS Châu Ngọc Hoa, PGS.TS Nguyễn Văn Trí, GS.TS Trương Quang Bình, PGS.TS Phạm Mạnh Hùng, GS.TS Nguyễn Đức Công, GS.TS Võ Thành Nhân, GS.TS Nguyễn Quang Tuấn, PGS.TS Hồ Huỳnh Quang Trí, PGS.TS Đỗ Quang Huân, PGS.TS Nguyễn Thị Bạch Yến. PGS TS Nguyễn Ngọc Quang, TS.BS Viên Văn Đoàn, TS.BS Hoàng Văn Sỹ, TS.BS Phạm Thái Sơn, PGS.TS Cao Trường Sinh, BSCKII Nguyễn Thanh Hiền, TS.BS Phan Đình Phong, BSCKII Phan Nam Hùng, BSCK1 Ngô Minh Đức.
- **Thư ký**: PGS.TS Hoàng Anh Tiến

## PHẦN MỞ ĐẦU

- Tần suất THA vẫn không ngừng gia tăng không những trên thế giới mà ngay tại nước ta. Trên toàn cầu hiện có 1 tỷ 4 người THA gần bằng con số dự kiến sẽ tăng 1.5 tỷ vào năm 2025 của 2018
- THA là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm khoảng 10 triệu người năm 2015; 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quy. Nó cũng là yếu tố nguy cơ chính của suy tim, rung nhĩ, bệnh thận mạn, bệnh mạch máu ngoại vi, suy giảm chức năng nhận thức...
- Việc ra đời các khuyến cáo của các tổ chức và hiệp hội THA trên thế giới như ISH và WHO ISSHP ....trong năm 2020 và 2021 cùng những tiến bộ chứng cứ mới.
- Do vậy, Hội tim mạch Việt Nam/ Phân Hội THA Việt Nam cần thiết cập nhật khuyến cáo mới.

# PHÂN LOẠI KHUYẾN CÁO

Loại Khuyến Cáo	Định nghĩa	Gợi ý sử dụng
Loại I	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị mang lại lợi ích và hiệu quả.	Được khuyến cáo /chỉ định
Loại II	Chứng cứ đang còn bàn cãi và/hoặc ý kiến khác nhau về sự hữu ích /hiệu quả của việc điều trị	
Loại IIa	Chứng cứ/ý kiến ủng hộ mạnh về tính hiệu quả của việc điều trị	Nên được xem xét
Loại IIb	Chứng cứ/ý kiến cho thấy ít có hiệu quả/ hữu ích	Có thể được xem xét
Loại III	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị không mang lại lợi ích và hiệu quả, trong vài trường hợp có thể gây nguy hại.	Không được khuyến cáo

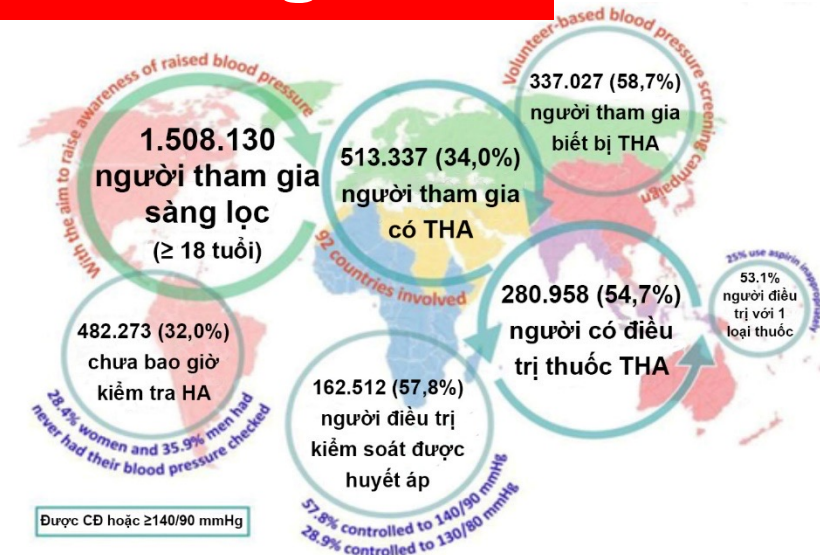
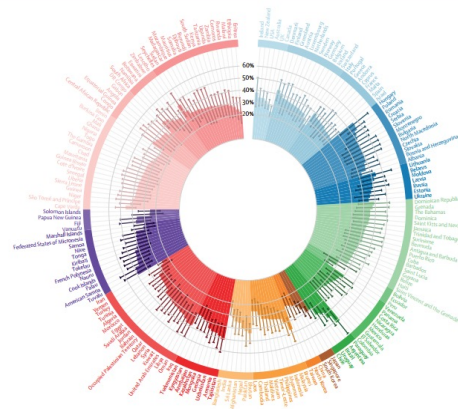
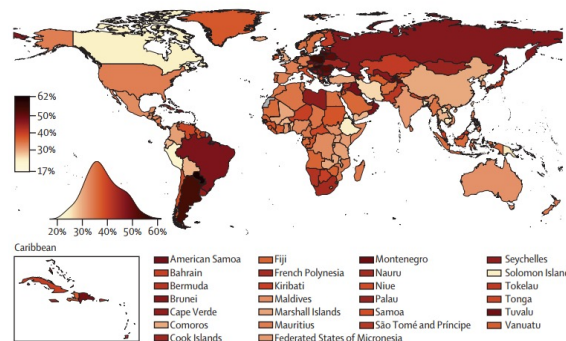


# MỨC CHỨNG CỨ

Mức Chứng Cứ A	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các phân tích gộp
Mức Chứng Cứ B	Dữ liệu có từ một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên
Mức Chứng Cứ C	Sự đồng thuận của các chuyên gia và/hoặc các nghiên cứu nhỏ, các nghiên cứu hồi

# Tình hình THA Việt Nam và thế giới

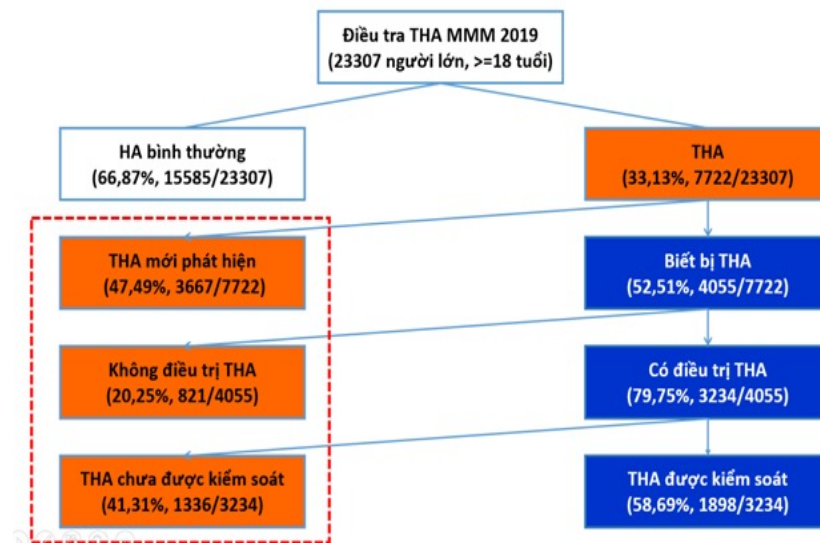
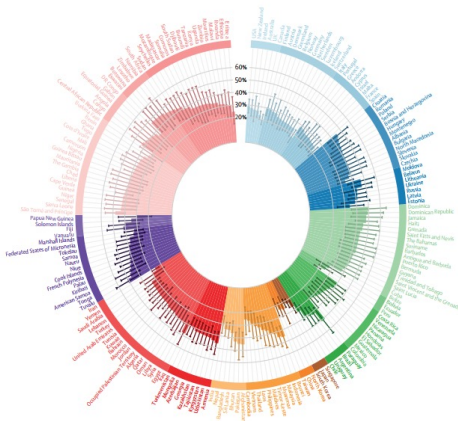
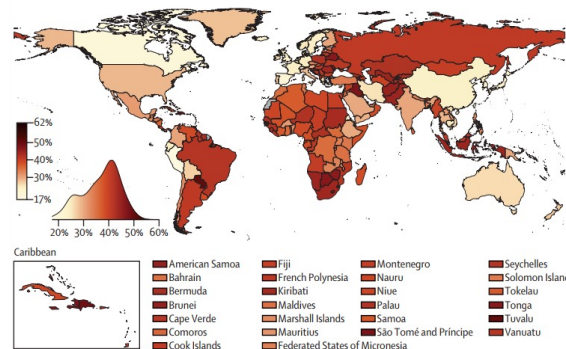
B 2019 (men)



Thomas Beaney. Hypertension. May Measurement Month 2019, Volume: 76, Issue: 2, Pages: 333-341, DOI: (10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14874)

## 2021 World Health Organization

A Prevalence in 2019 (women)



# 11 ĐIỂM MỚI CHÍNH CỦA KC THA VSH/VNHA 2021

1. Theo hai khái niệm thiết yếu và tối ưu của ISH 2020: Chẩn đoán THA khi HAPK  $\geq 140/90$  mmHg với phân **theo hai độ I và II**. Tiền THA = Bình Thường Cao khi HATT=130-139mmHg, HATTr=85-89mmHg,
2. Sơ đồ khám đo xác định các thể THA mới chuẩn mực theo HAPK, HATN, HALT, đặc biệt HATN
3. Phân tầng nguy cơ thấp, TB, cao theo ISH để tính dự đoán nguy cơ tim mạch tương đối 10 năm  
Tính thang điểm nguy cơ tuyệt đối theo quan điểm WHO: có thể dùng biểu đồ WHO cho vùng Đông Nam Á hoặc theo SCORE 2 -OP vùng nguy cơ cao nhân thêm 1.1 hoặc bảng ước tính nguy cơ ASCVD của Hoa Kỳ
4. Khuyến cáo chi tiết đo HATN
5. Mục tiêu điều trị THA **theo cá thể hóa với xác định ngưỡng và đích cần điều trị thuốc và TĐLS dựa vào chứng cứ có hiệu quả an toàn với sớm đạt đích** và duy trì thời gian HA trong ranh giới đích (TTR) ổn định nếu dung nạp được
6. Thống nhất ngưỡng bắt đầu điều trị thuốc và đích cần đạt theo khuyến cáo WHO 2021:
  - **THA không bệnh đồng mắc điều trị thuốc ngay khi HATT/HATTr  $\geq 140/90$  mmHg và đích  $< 140/80$ mmHg.**
  - **HA bình thường cao  $\geq 130-139/85-89$ mmHg ở người đã có bệnh tim mạch, ĐTĐ, Bệnh Thận Mạn hoặc Nguy Cơ Cao cần điều trị thuốc với đích  $< 130$ mmHg**

# 11 ĐIỂM MỚI CHÍNH CỦA KC THA VSH/VNHA 2021

7. **Thay ranh giới đích không dưới 120/70mmHg bằng ranh giới đích theo sự dung nạp của từng cá nhân và bệnh đồng mắc**
8. Chiến lược điều trị tổng thể thiết yếu và tối ưu theo hai sơ đồ đơn giản nhưng đầy đủ toàn diện. Điều trị thiết yếu với thuốc sẵn có khởi trị với phối hợp sớm liều thấp
9. Cốt lõi kiểm soát THA tối ưu là sự tuân thủ dùng sớm phối hợp thuốc liều thấp tăng dần với viên cố định liều đôi hay ba cùng chiến lược nền tảng luyện tập và tiết thực
10. Thay đổi một số tiêu chí chính trong một số thể loại THA đặc biệt như THA và COVID 19, THA kháng trị, THA với ĐTĐ, suy tim, bệnh thận mạn, thai nghén.....
11. Chiến lược theo dõi quản lý với bệnh nhân là trung tâm để tối ưu hóa chiến lược tuân thủ



# Định nghĩa và phân độ THA theo mức HA đo tại phòng khám (mmHg)\*

## 1

### Phân độ THA PK theo khuyến cáo ISH 2020

	HA Tâm Thu		HA Tâm Trương
Bình thường	<130	và	<85
Bình thường-cao(Tiền THA)	130-139	và/hoặc	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	và/hoặc	90-99
THA độ 2 (nặng)	≥ 160	và/hoặc	≥ 100
Cơn THA *	> 180 mmHg	và/hoặc	> 110 mmHg
THA Tâm Thu đơn độc	≥140	và	<90

Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HA tâm thu hay tâm trương cao nhất.

THA TT đơn độc xếp loại theo mức HATT

**\*Cần phải thăm khám đánh giá tổn thương cơ quan đích để xác định THA cấp cứu hoặc không kiểm soát và xử trí thích hợp.**

# Định nghĩa và phân độ THA theo mức HA đo tại phòng khám, liên tục và tại nhà (mmHg)



NICE



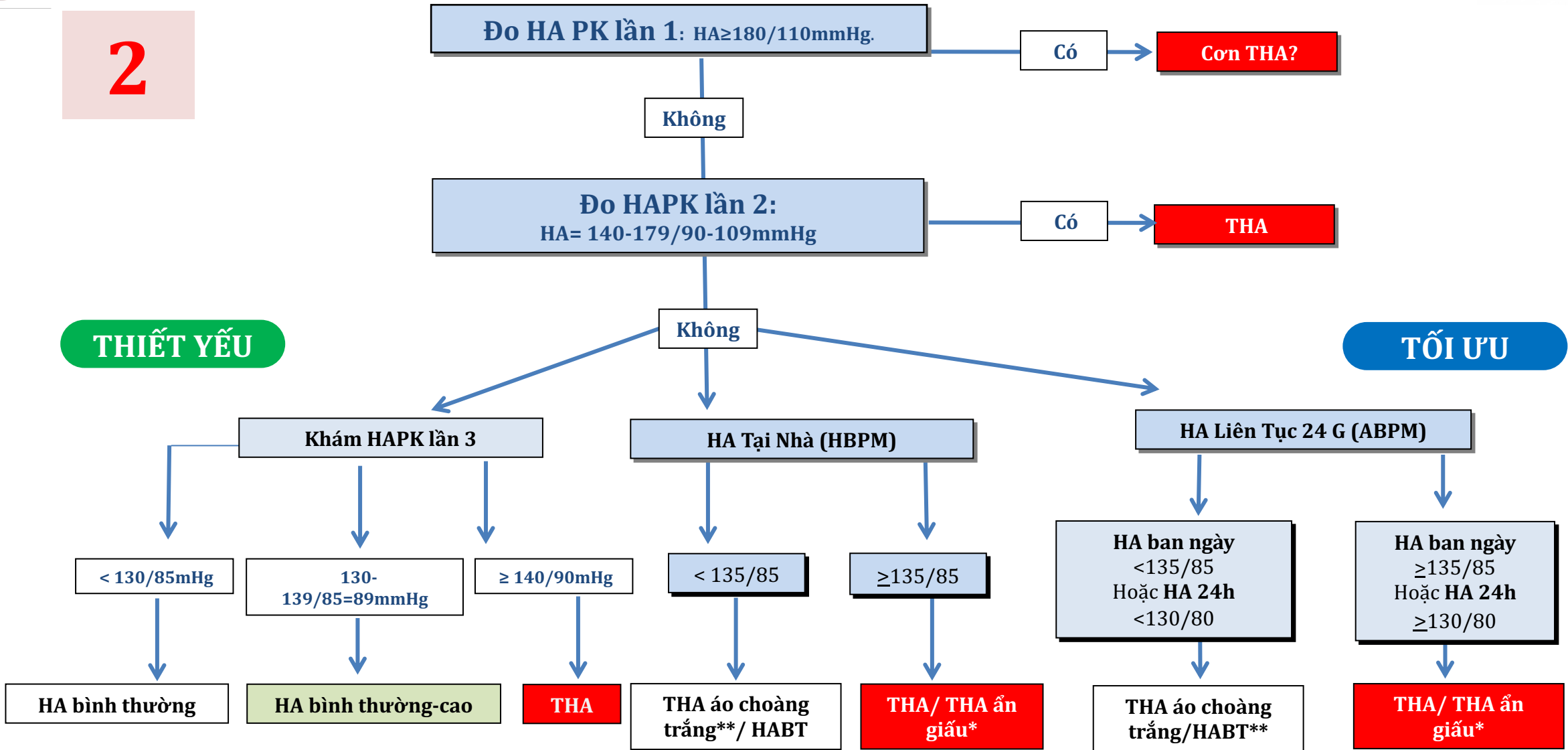
Phương pháp đo mmHg	ACC/AH A 2017 <sup>1</sup>	ESH/ESC 2018 <sup>2</sup>	VSH/VNHA 2018-21 <sup>3</sup>	NICE 2019 <sup>4</sup>	ISH 2020 <sup>5</sup>
❖ HAPK ( OBP)	≥130/80	≥140/90*	≥140/90*	≥140/90	≥140/90*
❖ HA lưu động ( ABPM):					
• Trung bình 24-h	≥125/75	≥130/80	≥130/80	≥135/85	≥130/80
• TB ban ngày (Daytime)	≥130/80	≥135/85	≥135/85		≥135/85
• TB ban đêm(Nighttime)	≥110/65	≥ <b>120/70</b>	≥ <b>120/70</b>		≥ <b>120/70</b>
❖ HA tại nhà (HBPM)	130/80	≥135/85	≥135/85	≥135/85	135/85

<sup>1</sup>Whelton PK, et al JACC 2017. <sup>2</sup>ESC/ESH guideline EH Journal (2018) 00, 1-98 ; <sup>3</sup>VSH/VNHA 2018; <sup>4</sup> NICE guideline Published: 28 August 2019; <sup>5</sup>SH 2020. ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; BP = blood pressure; HBPM = home blood pressure monitoring;



# Sơ đồ chẩn đoán THA ở người lớn của VSH 2021

2



\* THA ẩn giấu nếu HAPK lần 2 HA < 140/90 mmHg \*\* THA áo choàng trắng nếu HAPK lần 2 > 140/90 mmHg; HA bình thường nếu HAPK lần 1 & 2 HA < 140/90 mmHg  
 ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; HBPM = home blood pressure monitoring

# Các kỹ thuật đo Huyết áp theo phòng khám theo nguyên tắc thiết yếu ( essential)

**Đánh giá ban đầu**

- Đo huyết áp ở cả hai tay. Nếu khác biệt  $>10$  mmHg: sử dụng tay có huyết áp cao hơn; Nếu  $>20$  mmHg: cần nhắc các khảo sát tiếp theo

**Đo huyết áp tư thế đứng**

- Ở những bệnh nhân đã điều trị khi có triệu chứng hạ huyết áp tư thế
- Lần đầu ở BN lớn tuổi mắc đái tháo đường

**Đo HA tự động (không giám sát)**

- Được chuẩn hóa hơn. HA thấp hơn với ngưỡng chưa chắc chắn.
- Cần đo HA ngoài PK trong hầu hết trường hợp

International Society of Hypertension



# Xử trí THA tại phòng khám theo nguyên tắc thiết yếu

Huyết áp tại phòng khám (mmHg)		
< 130/85	130 – 159/ 85 – 99	> 160/100
<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá lại trong vòng 3 năm (1 năm nếu có các YTNC khác)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nếu có thể, xác định bằng đo HA ngoài phòng khám</li><li>Xác định bằng đo HA lặp lại khi tái khám</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xác định trong vòng vài ngày/ vài tuần</li></ul>

# Các kỹ thuật đo Huyết áp theo phòng khám theo nguyên tắc tối ưu (optimal)

	Theo dõi HA tại nhà	Theo dõi HA liên tục
<b>Điều kiện</b>	Tương tự như đo HA tại phòng khám	Đều đặn mỗi ngày làm việc
<b>Tư thế</b>	Như đo HA tại phòng khám	Tránh các hoạt động gắng sức. Giữ yên cánh tay và thả lỏng khi tiến hành đo
<b>Thiết bị</b>	Máy đo huyết áp điện tử đã được chuẩn hóa (loại oscillometric) có băng quấn ở cánh tay	
<b>Băng đo</b>	Kích thước dựa trên chu vi cánh tay của mỗi người	
<b>Phương pháp đo</b>	<p><b>Trước mỗi lần tới khám</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi 3-7 ngày vào buổi sáng (trước khi uống thuốc nếu đã điều trị) và buổi tối</li> <li>Trong mỗi đợt, đo huyết áp hai lần cách nhau mỗi 1 phút giữa các lần đo sau khi nghỉ ngơi 5 phút</li> </ul> <p><b>Theo dõi điều trị THA dài hạn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Đo HA 1-2 lần mỗi tuần hoặc mỗi tháng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi 24h với khoảng thời gian mỗi 15-30 phút cả ban ngày và ban đêm</li> <li>Cần ít nhất 20 kết quả ở ban ngày và 7 kết quả vào ban đêm. Nếu ít hơn, cân nhắc lại theo dõi</li> </ul>
<b>Phân tích</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Giá trị trung bình của đo HA tại nhà sau khi loại trừ kết quả của ngày đầu tiên <math>\geq 135</math> hoặc 85 mmHg cho biết là tăng huyết áp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huyết áp 24h liên tục <math>\geq 130/80</math> cho biết tăng huyết áp (tiêu chuẩn chính)</li> <li>Huyết áp liên tục ban ngày (lúc thức) <math>\geq 135/85</math> mmHg và ban đêm (khi ngủ) <math>\geq 120/70</math> mmHg cho biết tăng huyết áp</li> </ul>

## THIỆT YẾU

- Tiền sử (HA, yếu tố nguy cơ, các bệnh đồng mắc, dấu hiệu/ triệu chứng của tăng huyết áp thứ phát ...)
- Thăm khám (tuần hoàn, tim, các cơ quan khác)
- Xét nghiệm (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, creatinine, eGFR, que thử nước tiểu, lipid, Glucose máu đói)
- ECG 12 chuyển đạo (RN, phì đại thất trái, BMV ...)

## TỐI ƯU

- Cân nhắc các thăm dò khác (sinh hóa/ tim mạch/ thận/ não/ hình ảnh học mạch máu, soi đáy mắt ...)

## Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích theo nguyên tắc thiết yếu và tối ưu

### THIẾT YẾU

- Creatinine huyết thanh
- eGFR
- Que thử nước tiểu
- ECG 12 chuyển đạo

### TỐI ƯU

- Não
- Mắt
- Tim
- Thận
- Động mạch

**Đánh giá tổn thương cơ quan đích theo thứ tự có thể giúp xác định hiệu quả điều trị**

**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 lý đồng mắc**

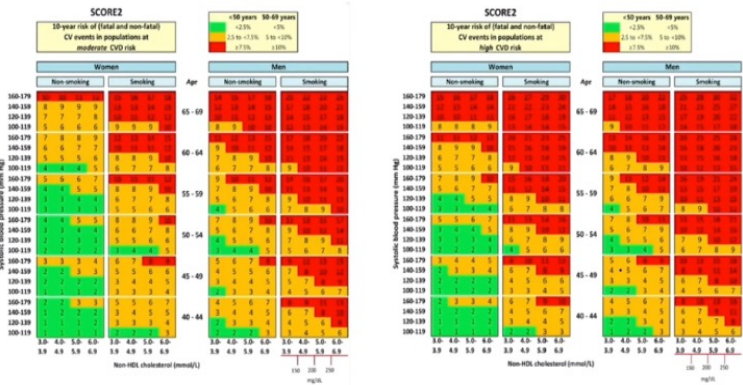
**3**

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
1 hoặc 2 YTNC	Thấp		Trung bình		Cao	
≥3 YTNC	Thấp	Trung bình	Cao		Cao	
Tổn thương CQ đích, BTM GD 3, ĐTĐ, bệnh tim mạch	Cao		Cao		Cao	



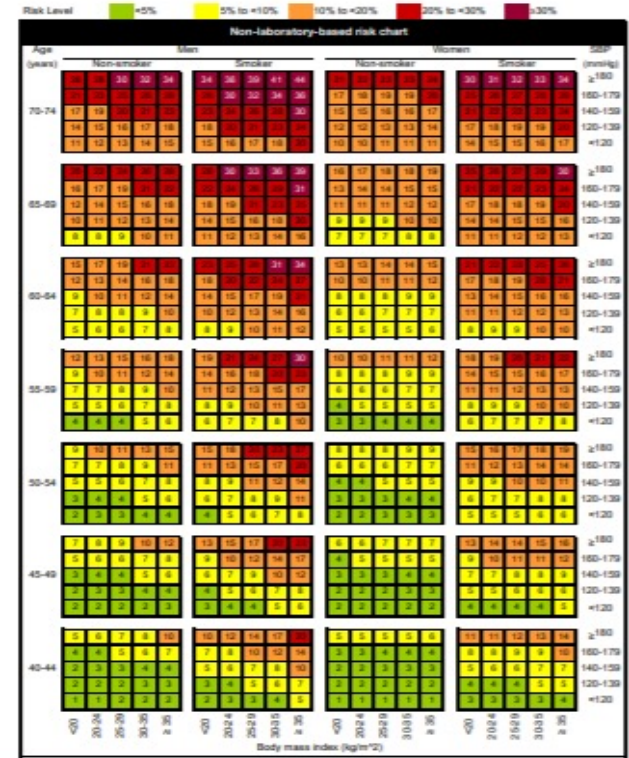
# Tính Thang điểm Nguy cơ Tuyệt đối, theo WHO dựa vào thang điểm sẵn có nên có thể theo WHO cho ĐNA, SCORE2 –SCORE2 OP vùng nguy cơ cao x 1,1 hoặc ước tính ASCVD của Hoa Kỳ

SCORE2 Risk charts for the moderate/high risk regions



WHO cardiovascular disease risk non-laboratory-based charts

South-East Asia  
Cambodia, Indonesia, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Maldives, Mauritius, Myanmar, Philippines, Seychelles, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Viet Nam



### Risk Factors for ASCVD

Gender:  Male  Female

Systolic BP:  mmHg

Age:  years

Race:

Total Cholesterol:  mg/dL

HDL Cholesterol:  mg/dL

Receiving treatment for high blood pressure (if SBP > 120 mmHg):

Diabetes:

Smoker:

ESC CONGRESS 2021 THE DIGITAL EXPERIENCE

## VIET NAM



Cardiovascular Death of VN = 178/100.000 người

- Low risk (<100 CVD deaths per 100,000),
- Moderate risk (100 to <150 CVD deaths per 100,000),
- High risk (150 to <300 CVD deaths per 100,000),
- Very high risk (>\_300 CVD deaths per 100,000)

# 4

## Khuyến cáo phương pháp đo HA tại nhà của Phân Hội THA Việt nam 2021

Recommendations of Home Blood Pressure Monitoring  
(HBPM) VSH 2021

## Khuyến cáo đo huyết áp tại Nhà và tại Phòng khám

- Cần dựa vào sự khác biệt trong chẩn đoán giữa đo HA tại nhà và tại phòng khám để phân loại tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp ẩn giấu.
- Tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp ẩn giấu đều có nguy cơ tim mạch, do đó bệnh nhân nên được kiểm tra HA tại phòng khám (HAPK) và tại nhà (HBPM) kể cả chưa điều trị hoặc điều trị.
- Kết quả đo HAPK được sử dụng để xác định chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Trong khi HATN được sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị, điều chỉnh liệu pháp điều trị tăng huyết áp, chẩn đoán tăng huyết áp áo choàng trắng, tăng huyết áp ẩn giấu và tăng huyết áp thai kỳ.
- Kết quả HATN cần được tham khảo ý kiến của bác sĩ và bệnh nhân không được sử dụng để điều chỉnh thuốc của chính bệnh nhân mà không được sự cho phép của bác sĩ.



## Khuyến cáo về chỉ định theo dõi huyết áp tại nhà

- Tất cả bệnh nhân THA đang điều trị.
- Đánh giá tăng huyết áp áo choàng trắng và chẩn đoán không chính xác tăng huyết áp không kiểm soát.
- Đánh giá tăng huyết áp ẩn giấu và tăng huyết áp kháng trị.
- Để cải thiện sự tuân thủ điều trị dài hạn.
- Để cải thiện tỷ lệ kiểm soát huyết áp.
- Cho những bệnh lý cần kiểm soát huyết áp chặt chẽ (bệnh nhân nguy cơ cao và có thai).

## Khuyến cáo về máy đo huyết áp và băng quấn

- Theo dõi HA tại nhà có thể sử dụng máy đo HA cơ học với kỹ thuật nghe thông dụng; máy đo huyết áp thủy ngân không được khuyến cáo.
- Thiết bị đo huyết áp tự động và bán tự động sử dụng băng quấn cánh tay (băng quấn phủ 80-100% cánh tay) được khuyến cáo để theo dõi HATN
- Thiết bị đo HA cần phải được chuẩn hóa mỗi 6-12 tháng để duy trì độ chính xác.

# Cách chọn máy đo huyết áp được công nhận theo các khu vực

Tổ chức	Ngôn ngữ	Hội nghề nghiệp	Website
STRIDE BP	Tiếng Anh, Trung, Tây Ban Nha	Hội Tăng Huyết Áp Châu Âu Hội Tăng Huyết Áp Thế Giới Liên đoàn Tăng Huyết Áp Thế Giới	<a href="http://www.stridebp.org">www.stridebp.org</a>
BIHS	Tiếng Anh	Hiệp hội Tăng Huyết Áp Anh và Ailen	<a href="http://www.hihsoc.org/bp-monitor">www.hihsoc.org/bp-monitor</a>
VDL	Mỹ (Tiếng Anh)	Hội Y Khoa Mỹ	<a href="http://www.validatebp.org">www.validatebp.org</a>
Tăng Huyết Áp Canada	Tiếng Anh	Hội THA Canada	<a href="http://www.hypertension.ca/bpdevices">www.hypertension.ca/bpdevices</a>
Deutsche Hochdruckliga	Đức	Liên đoàn THA Đức	<a href="http://www.hochdruckliga.de/betroffene/blutdruckmessgeraete-mit-pruefsiegel">www.hochdruckliga.de/betroffene/blutdruckmessgeraete-mit-pruefsiegel</a>
JSH	Nhật	Hội THA Nhật Bản	<a href="http://www.jpns.jp/com_ac_wg1.html">www.jpns.jp/com_ac_wg1.html</a>

2 website không liên quan đến các hội nghề nghiệp ([www.dablededucation.org](http://www.dablededucation.org), [ww.medaval.ie](http://ww.medaval.ie))

# Khuyến cáo về cách đo huyết áp tại nhà

- Để bắt đầu, theo dõi HATN được khuyến cáo thực hiện ít nhất trong 3 ngày liền và tốt nhất là 7 ngày liên tục.
- Trị số HATN của ngày đầu tiên thường cao và không ổn định, do đó không lấy kết quả này.
- Nên tiến hành đo trong phòng yên tĩnh và bệnh nhân cần được ở tư thế thoải mái bằng cách ngồi tựa vào lưng ghế, thả lỏng tay đo HA trên mặt bàn và hai lòng bàn chân của bệnh nhân đặt sát trên nền nhà.
- Bệnh nhân không nói chuyện, kể cả với y bác sĩ, khi đo HA để không ảnh hưởng tới kết quả đo.
- Bệnh nhân không hút thuốc lá, sử dụng các đồ uống có chất kích thích như trà đậm, cà phê... hoặc vừa tập luyện gắng sức trong vòng 30 phút trước đó.

# Khuyến cáo về đo huyết áp tại nhà

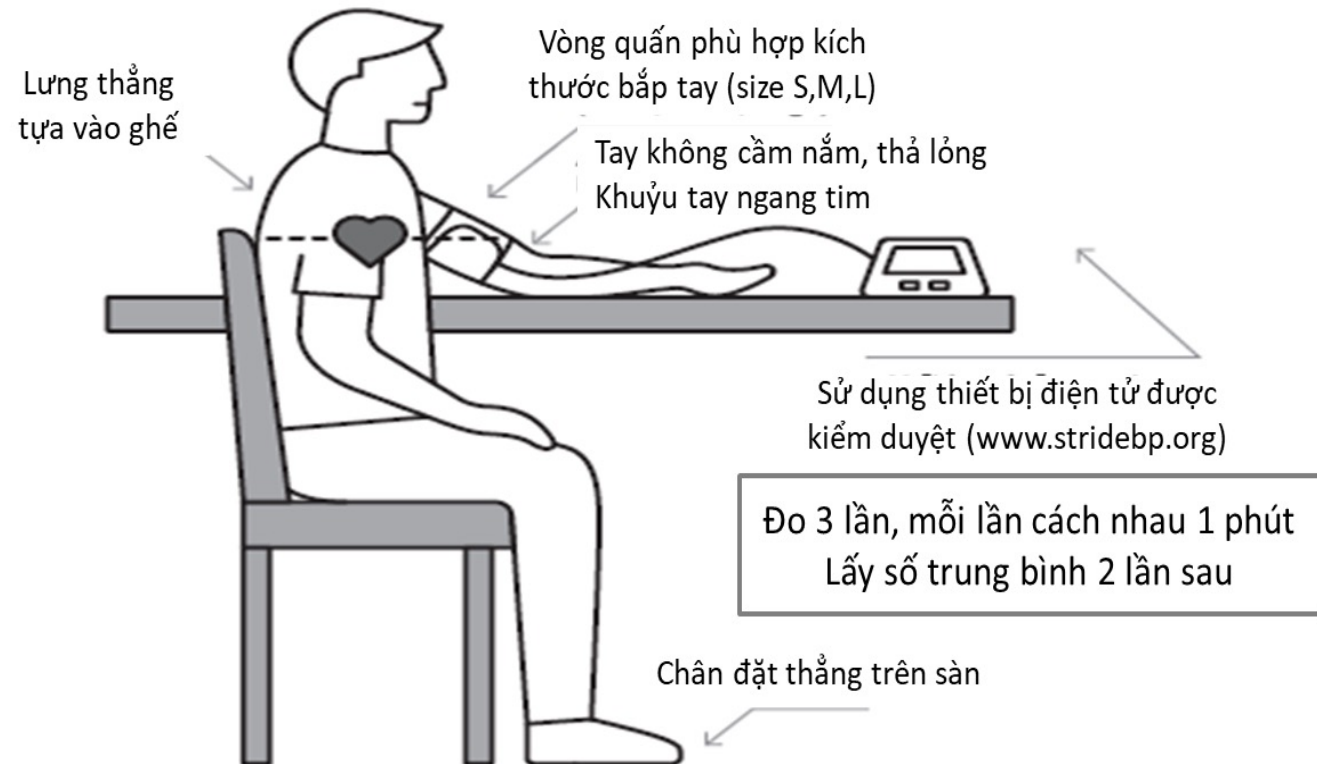


FIGURE 2 Poster of OBP measurement methodology.

## Khuyến cáo về xử lý kết quả đo huyết áp tại nhà

- Kết quả HA nên được ghi lại vào sổ ngay sau khi đo; kết quả huyết áp có thể được lưu lại dưới dạng kỹ thuật số; một số thiết bị đo huyết áp kỹ thuật số có thể ghi lại các thông số tự động.
- Việc đo HATN nên được theo dõi để không nhầm lẫn kết quả với các thành viên trong gia đình khi sử dụng chung một thiết bị.
- Nên tiến hành đo trên cánh tay không thuận; tuy nhiên, trong một số nếu có sự chênh lệch HA giữa hai cánh tay (>10 mmHg) thì nên lấy kết quả ở cánh tay có trị số HA cao hơn.

# Mẫu ghi chép kết quả đo HATN

Họ và tên:  
DOB: .../.../...      Thiết bị: .....

			Thời gian	HATTh	HTTr	(Nhịp tim)
<b>Ngày 1</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
<b>Ngày 2</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
<b>Ngày 3</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
<b>Ngày 4</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
<b>Ngày 5</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)

Sử dụng thiết bị đo HA bắp tay được kiểm định  
Trước mỗi lần đo tại PK:  
→ Theo dõi điều chỉnh 7 ngày (tối thiểu 3 ngày)  
→ Đo SÁNG và TỐI trước khi uống thuốc  
→ Đo sau khi ngồi nghỉ ngơi 5 phút  
→ Khoảng cách giữa 2 lần đo: 3 phút  
Theo dõi dài hạn:  
Đo lặp lại mỗi 1 đến 2 lần mỗi tuần hoặc tháng

<b>Ngày 6</b> .../.../202...	sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
<b>Ngày 7</b> .../.../202...	Sáng	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)
	Tối	L1	.....	.....	.....	(.....)
		L2	.....	.....	.....	(.....)

Trung bình các lần đo (ngoại trừ ngày 1)  
..... - ..... (.....)

# Các chỉ số đánh giá huyết áp tại nhà

Chỉ số	Định nghĩa
HATT buổi sáng	Kết quả trung bình của 2 lần đo liên tiếp mỗi buổi sáng trong vài ngày (ít nhất 3 ngày)
Trị số tối đa HATT buổi sáng	Kết quả cao nhất của 2 lần đo liên tiếp mỗi buổi sáng trong vài ngày ( $\geq 3$ ngày)
Biến thiên HATT buổi sáng/ ngày	Độ lệch chuẩn của các giá trị buổi sáng được thực hiện trong vài ngày (ít nhất 3 ngày)
Trị số khác biệt sáng/tối	HATT buổi sáng trừ HATT buổi tối
Trị số huyết áp tăng buổi sáng	HATT buổi sáng trừ HATT khi ngủ
Biến thiên HATT tư thế đứng buổi sáng	HATT tư thế đứng buổi sáng trừ HATT tư thế ngồi buổi sáng



# Áp dụng đo HATN thực hành lâm sàng

## Điểm áp dụng thực hành

### Sử dụng theo dõi HATN để chẩn đoán THA

- ✓ Tất cả bệnh nhân với HA phòng khám  $\geq 130/85$  mmHg (đã điều trị hoặc không điều trị)
- ✓ Phát hiện tăng huyết áp áp chòng trắng (HAPK  $\geq 140/90$  mmHg, HATN  $< 135/85$  mmHg)
- ✓ Phát hiện tăng huyết áp ẩn giấu (HAPK  $< 140/90$  mmHg, HATN  $\geq 135/85$  mmHg)

## Điểm áp dụng thực hành

### Giáo dục bệnh nhân về cách theo dõi HATN

- ✓ Tư thế cơ thể (sau khi đã ngồi ít nhất hai phút)
- ✓ Thời gian (buổi sáng, thêm buổi tối trước khi đi ngủ)
- ✓ Số lần đo (hai lần đo mỗi đợt, trong ít nhất 3 ngày)

# Áp dụng đo HATN thực hành lâm sàng

## Điểm áp dụng thực hành

### Theo dõi liệu pháp điều trị THA bằng HATN

- ✓ *Huyết áp tâm thu buổi sáng*
- ✓ *Huyết áp tâm thu buổi tối*
- ✓ *Sự khác biệt huyết áp sáng - tối*

---

## Điểm áp dụng thực hành

### Kiểm soát HATN đến mức mục tiêu

- ✓ *Giảm HA tại nhà xuống <135/85 mmHg*
- ✓ *HATT mục tiêu buổi sáng <125 mmHg để giảm nguy cơ TM*
- ✓ *Có thể cần hơn một thuốc điều trị tăng huyết áp*
- ✓ *Đạt mục tiêu kiểm soát HA 24h*

# Áp dụng đo HATN trong thực hành lâm sàng

## Định hình ( phenotyping) bệnh nhân THA chưa điều trị và đang điều trị THA bằng HATN

Tăng huyết áp dựa vào đo HA tại phòng khám

**Không uống thuốc điều trị huyết áp**

Không	THA áo choàng trắng	Tăng huyết áp bền bỉ
	Huyết áp bình thường	Huyết áp ẩn giấu
	Không	Có

Tăng huyết áp dựa vào đo HA tại nhà

Tăng huyết áp dựa vào đo HA tại phòng khám

**Đang uống thuốc điều trị huyết áp**

Không	THA áo choàng trắng	Tăng huyết áp bền bỉ không kiểm soát
	THA kiểm soát bền bỉ	Huyết áp ẩn giấu không kiểm soát
	Không	Có

Tăng huyết áp dựa vào đo HA tại nhà

# Áp dụng đo HATN trong thực hành lâm sàng

## Chăm sóc huyết áp từ xa trong thời kỳ COVID 19

**Bệnh nhân  
Tăng huyết áp  
tự cách ly**



- Tiếp tục điều trị với các thuốc hạ HA dựa theo các khuyến cáo hiện hành
- Không cần điều chỉnh hoặc ngưng thuốc ƯCMC hoặc ƯCTT do đại dịch COVID-19

- Tiếp tục theo dõi HA tại nhà nếu có thể
- Không cần khám tái phòng khám thường xuyên trong thời kỳ đại dịch COVID-19
- Tư vấn qua video và điện thoại cho BN nếu cần

# Ích lợi và hạn chế của đo HA tại nhà (HBPM)

## ➤ Ích lợi

- Dễ sử dụng và ít tốn kém.
- Phương pháp thuận tiện cho theo dõi điều trị lâu dài THA.
- Được bệnh nhân chấp nhận sử dụng.
- Phát hiện được THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu..
- Cải thiện sự tuân thủ điều trị nên sẽ kiểm soát tốt hơn HA.
- Có thể dùng theo dõi từ xa và kết nối điều trị.
- Có thể giảm chi phí điều trị.

## ➤ Hạn chế

- Cần theo dõi y tế.
- Máy đo HA không chuẩn sẽ ảnh hưởng kết quả.
- Đo nhiều lần quá, khi có triệu chứng, tư thế không đúng.
- Có thể gây lo âu cho một số bệnh nhân.
- Nguy cơ kém theo dõi điều trị một số bệnh nhân.
- Không đo được HA khi làm việc hoặc khi ngủ

5

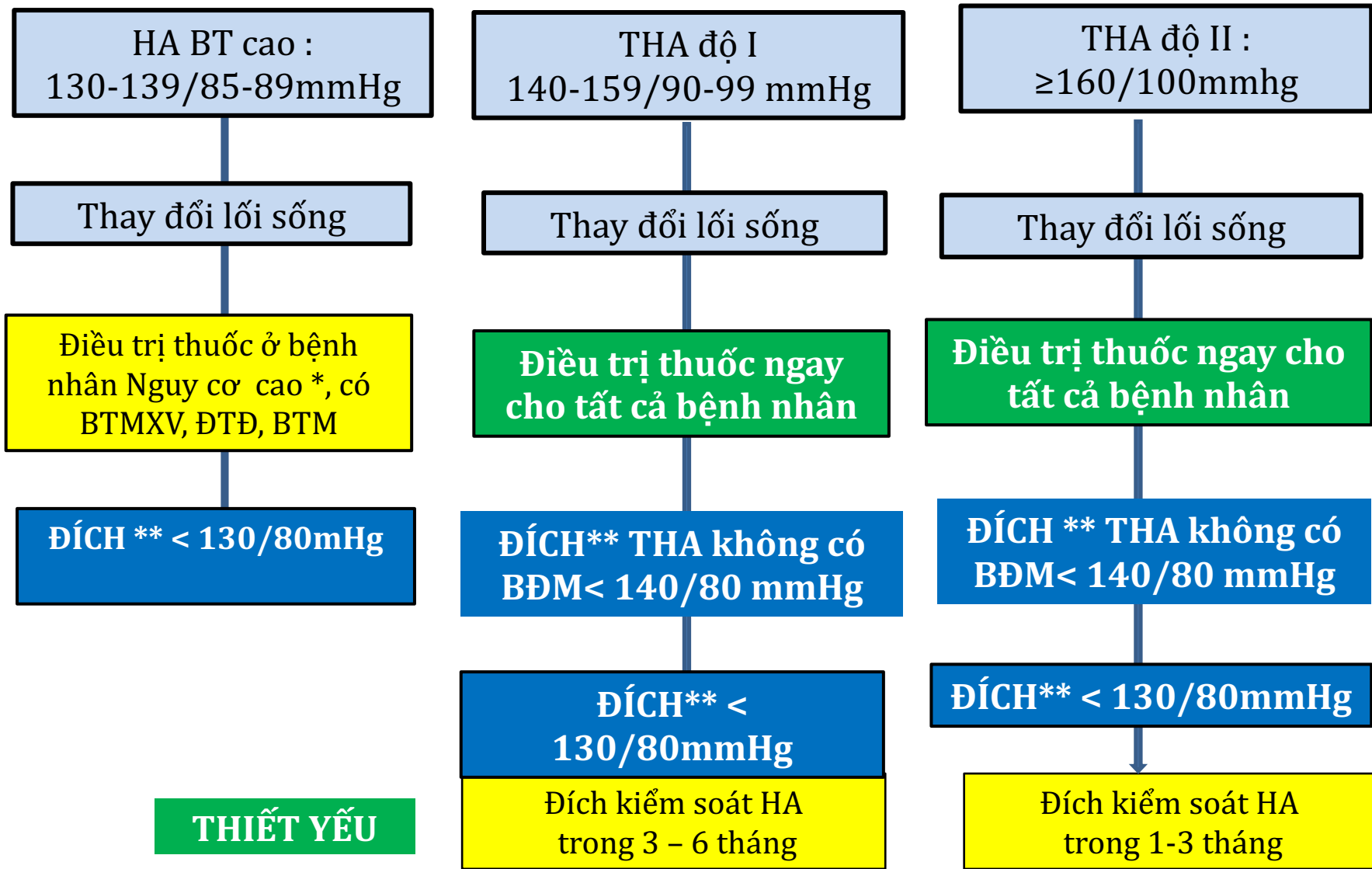
Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Mục tiêu điều trị THA là chọn phương thức điều trị có chứng cứ giảm tối đa nguy cơ lâu dài toàn bộ về bệnh suất và tử suất tim mạch, tử vong chung, cải thiện chất lượng cuộc sống	I	A
Xác định ngưỡng HA ban đầu cần điều trị và đích HA cần đạt theo cá thể hóa: dựa vào phân tầng nguy cơ, bệnh đồng mắc và nhóm tuổi	I	A
<b>Điều trị sớm đạt đích và duy trì thời gian huyết áp trong ranh giới đích * (time in target range TTR) ổn định để bảo đảm tính lợi ích và tính an toàn</b>	I	A
Điều trị kiểm soát cùng lúc tất cả các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm và các bệnh đồng mắc theo các khuyến cáo hiện hành	I	A
Xác định các yếu tố cản trở sự tuân thủ điều trị	I	B

\*Ranh giới đích: Khoảng huyết áp điều trị được chứng minh có hiệu quả và an toàn



# NGŨƠNG HA BAN ĐẦU & RANH GIỚI ĐÍCH Ở NGƯỜI LỚN THA

6



\* Theo bảng phân tầng của ISH hoặc WHO/ĐNA hay SCORE 2- OP vùng nguy cơ cao x1.1 hay ước tính ASCVD

\*\* HATT/HATTr PK có bệnh đồng mắc: Bệnh tim mạch do xơ vữa, đái tháo đường, bệnh thận mạn, nguy cơ cao: Có thể hạ thấp hơn nữa nếu dung nạp được tùy theo cá thể hóa và bệnh đồng mắc

# TÓM TẮT NGƯỠNG HA PK CẦN ĐIỀU TRỊ THUỐC

Nhóm tuổi	Ngưỡng HATT phòng khám cần điều trị thuốc (mmHg)						
	THA chung không có BDM	THA nguy cơ cao	THA ĐTD*	THA Suy Tim	THA BTM	THA BMV	THA+ Đột quy/TIA
18-69 tuổi:	≥ 140	≥ 130	≥ 130	≥ 130	≥ 130	≥ 130	≥ 130
≥ 70 tuổi*:	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140
Ngưỡng HATTr cần điều trị (mmHg)	≥90	≥85	≥85	≥85	≥85	≥85	≥85

HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương

\* Ở nhóm tuổi rất già >80 ngưỡng tùy theo cá thể hóa, tình trạng chức năng mà có ngưỡng thích hợp (xem slide THA ở người cao tuổi)



# 7

## TÓM TẮT RANH GIỚI ĐÍCH HẠP K ĐIỀU TRỊ (mmHg)

Tuổi	Ranh giới đích HATT phòng khám (mmHg)					
	THA không BDM	+ĐTĐ	+ BTM	+ Suy tim	+ BMV	+ Đột quy/TIA
18 – 69*	120 – 130	120 – 130	120-130	120 – 130	120 – 130	120 – 130
	Có thể xuống thấp hơn nếu dung nạp được*					
≥ 70**	< 140 mmHg, nếu dung nạp được có thể xuống đến 130 mmHg Có thể xuống thấp hơn nữa nếu dung nạp được**					
Đích HATTr điều trị (mmHg)	< 80 cho hầu hết bệnh nhân***					

BMV = bệnh mạch vành, BTM = bệnh thận mạn; HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương; ĐTĐ = đái tháo đường; TIA = cơn thiếu máu não thoáng qua; BDM: bệnh đờn mắc; TTR: khoảng ranh giới đích

- \* Ranh giới đích < 70 tuổi: HA ban đầu hạ đến đích < 130/80mmHg và có thể hạ thấp hơn < 120mmHg nếu dung nạp được tùy theo từng cá thể hóa và BDM mà có TTR thích hợp
- \*\* Ranh giới đích ≥ 70 tuổi: HA ban đầu hạ đến đích < 140/80mmHg, có thể hạ thấp đến < 130 mmHg và có thể hạ thấp hơn nữa nếu dung nạp được tùy theo từng cá thể hóa và BDM mà có TTR thích hợp
- \*\*\* Đối với THA có ĐTĐ, BMV >65 tuổi không điều trị tái tưới máu, ranh giới đích HATTr là 70 – 79mmHg

## **Chiến lược Điều Trị THA**

### **Can Thiệp Không Thuốc**

**Thay đổi lối sống là nền tảng của điều trị và dự phòng tăng huyết áp**

### **Can Thiệp Bằng Thuốc**

**Điều trị Phối Hợp Sớm Liều Thấp Ngay Từ HABT Cao + Nguy cơ Cao,  
BTMXV, Bệnh thận mạn, ĐTĐ hoặc THA  $\geq 140/90$  mmHg**

**A+C, A+C+D**

**Theo hai sơ đồ THIẾT YẾU & TỐI ƯU**

## 6 khuyến cáo không dùng thuốc tốt nhất đã được chứng minh để phòng ngừa và kiểm soát tăng huyết áp

Khuyến cáo	Can thiệp	Chế độ dinh dưỡng và liều lượng	THA	Không THA
Chế độ ăn uống lành mạnh	DASH là chế độ ăn uống tốt nhất để giảm HA đã được nghiên cứu/ chứng minh	Trái cây, rau, ngũ cốc nguyên hạt, các sản phẩm từ sữa ít béo, đã giảm hàm lượng chất béo bão hòa và tổng lượng chất béo. (Thông tin về số lượng dùng còn hạn chế) .	-5	-3
Giảm cân	Giảm calor và tăng hoạt động thể lực	Mục tiêu tối ưu là đạt được trọng lượng cơ thể lý tưởng như mong muốn. Kỳ vọng giảm 1kg cân nặng giúp giảm 1mmHg HATT.	-5	-3
Giảm lượng natri trong khẩu phần ăn	Thay đổi chế độ ăn uống	Mục tiêu tối ưu là lượng Natri trong khẩu phần ăn <1500mg natri/ ngày. Có sự tuyến tính trong liều lượng-đáp ứng. Kỳ vọng giảm khoảng 1-3mmHg HATT cho mỗi 1000mg Natri ở người lớn có / không bị tăng huyết áp.	-5	-3
Tăng lượng kali trong khẩu phần ăn	Thay đổi chế độ ăn uống (ưu tiên hơn dùng dạng viên bổ sung)	Mục tiêu tối ưu là 3500-5000mg Kali/ ngày. Nghiên cứu cho thấy mức giảm HA nhiều hơn ở những người sử dụng nhiều Natri hơn. Tương quan giữa liều lượng – đáp ứng là dạng hình U. Mức độ bằng chứng thấp hơn so với việc giảm natri.	-5	-3
Hoạt động thể lực	Tập gắng sức thể dục nhịp điệu (bằng chứng tốt nhất)	Tập gắng sức như đi bộ nhanh, 5-7 lần / tuần (30-60 phút / buổi), ít nhất là 150 phút/ tuần. Khởi động dần dần. Làm ấm khi bắt đầu và làm mát vào cuối mỗi lần tập.	-5	-3
	Tập gắng sức có đề kháng động (ít bằng chứng mạnh)	Tập thể dục như nâng tạ hoặc tập chạy, ít nhất 2-3 lần/ tuần. Cần có sự hướng dẫn/ giám sát của chuyên gia. Thường được sử dụng để bổ sung cho các bài tập thể dục nhịp điệu.	-4	-2
	Tập gắng sức có đề kháng bất động (bằng chứng là ít mạnh mẽ nhất)	Tập thể dục như chế độ tập luyện tay nắm, ít nhất 3-4 lần / tuần	-4	-2
Dùng rượu trung bình	Giảm rượu	Ở người lớn uống rượu, dùng đúng mức cho phép	-4	-2



## NHỮNG ĐẶC ĐIỂM THUỐC LÝ TƯỞNG

1. Có chứng cứ dự phòng bệnh suất/tử suất
2. Liều dùng một lần kiểm soát HA 24 giờ.
3. Tính hiệu quả - giá phù hợp.
4. Dung nạp tốt.
5. Có chứng cứ lợi ích trong cộng đồng sử dụng

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
ƯCMC,CTTA, CB, CKCa, LT (thiazides/ thiazide-like như chorthalidone và indapamide) có hiệu quả giảm HA và các biến cố TM qua các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nên được chỉ định chính điều trị hạ áp	I	A
<b>Khuyến cáo phối hợp thuốc cho hầu hết bệnh nhân trong điều trị ban đầu</b> , ưu tiên ƯCMC hoặc CTTA với CKCa hoặc LT. Các kết hợp khác trong 5 nhóm chính có thể dùng. Ngoại trừ người cao tuổi bị lão hóa HABTCHA có nguy cơ thấp. Thiết yếu dùng thuốc sẵn có để kết hợp thuốc	I	A
CB kết hợp với các nhóm thuốc chính khác khi có tình trạng LS đặc biệt như đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim hoặc kiểm soát tần số nhịp , phụ nữ có thai	I	A
<b>Khuyến cáo điều trị ban đầu tối ưu với 2 thuốc ưu tiên A+ C trong 1 viên cố định liều với liều thấp (=1/2 liều thông thường): liều thấp + liều thấp, nếu HA không kiểm soát có thể tăng liều: liều thấp + liều thông thường hoặc liều thông thường +liều thông thường hoặc phối hợp 3 thuốc cố định liều sớm A+C+D</b>	I	A
Nếu HA không kiểm soát bởi 3 thuốc, điều trị thêm spironolactone , nếu không dung nạp, hoặc, lợi tiểu khác như amiloride hoặc tăng liều lợi tiểu khác, chẹn beta hoặc chẹn alpha	I	A
Kết hợp giữa các thuốc ƯCMC+CTTA không khuyến cáo	III	A

# CHIẾN LƯỢC PHỐI HỢP THUỐC

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP THUỐC VỚI HAI HOẶC BA THUỐC TRONG MỘT VIÊN LIỀU CỐ ĐỊNH ĐỂ CẢI THIỆN KIỂM SOÁT HA VỚI ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU PHỐI HỢP 2 THUỐC LIỀU THẤP NGAY



Nếu mục tiêu không đạt sau 1 tháng có thể tăng liều hoặc chuyển viên phối hợp ba thuốc

\* Lợi tiểu tác dụng kéo dài (thiazide-like) ưu tiên hơn lợi tiểu tác dụng ngắn (thiazide)

\*\* ỨCMC ưu tiên hơn CTTA trên bệnh nhân THA kèm suy tim, THA sau nhồi máu cơ tim

\*\*\* Chẹn kênh canxi DHP tác dụng kéo dài

# Các Nhóm Thuốc Chính (tt)

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)	
	Liều thấp	Liều thông thường		Liều thấp	Liều thông thường
<b>Thuốc tác động lên hệ renin- angiotension</b>			<b>Chẹn Beta</b>		
<b><u>Ức chế men chuyển</u></b>					
Benazepril	5	10-40			
Captopril	12,5x2 lần	50-100x2l			
Enalapril	5	10-40			
Fosinopril	10	10-40			
Lisinopril	5	10-40			
Perindopril	2.5 – 3.5	5 – 7 - 10			
Quinapril	5	10-40			
Ramipril	2,5	5-10	Acebutalol	200	200-400
Trandolapril	1-2	2-8	Atenolol	25	100
Imidapril	2,5-5	5-10	Bisoprolol	5	5-10
			Carvedilol	3,125x2 l	6.25-25x2l
			Labetalol	100x2l	100-300x2l
			Metoprolol succinate	25	50-100
			Metoprolol tartrate	25x2l	50-100x2l
			Nadolol	20	40-80
			Nebivolol	2,5	5-10
			Propranolol	40x2l	40-160x2l
<b><u>Chẹn thụ thể AII</u></b>					
Azilsartan	40	80			
Candesartan	4	8-32			
Eprosatan	400	600-800			
Irbesartan	150	150-300			
Losartan	50	50-100			
Olmesaratan	10	20-40			
Telmisartan	40	40-80			
Valsartan	80	80-320			

Liều thông thường gồm liều trung bình và tối đa (liều cao)



# Các Nhóm Thuốc Chính

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)	
	Liều thấp	Liều thông thường		Liều thấp	Liều thông thường
<b><u>Chẹn kênh Ca</u></b>			<b><u>Lợi tiểu</u></b>		
<i>Nondihydropyridines</i>			<i>Thiazide và giống thiazide.</i>		
Diltiazem	120	180-240	Bendroflumethiazide	5	10
Verapamil	120	240-360	Chlorthalidone	12,5	12,5-25
<i>Dihydropyridine</i>			Hydrochlorothiazide	12,5	12,5-50
Amlodipine	2,5	5-10	Indapamide	1.25 - 1.5	2,5
Felodipine	2,5	5-10	<i>Lợi tiểu quai</i>		
Isradipine	2,5x2 lần	5-10x2 lần	Bumetanide	0,5	1
Nifedipine	30	30-90	Furosemide	20x21	40x21
Nitrendipine	10	20	Torsemide	5	10
Lercanidipine	10	20	<i>Lợi tiểu giữ kali</i>		
			Amiloride	5	5-10
			Eplerenone	25	50-100
			Spirolactone	12,5	25-50
			Triamterene	100	100

Liều thông thường gồm liều trung bình và tối đa (liều cao)

## Các Nhóm Thuốc Chính (tt)

<b><u>Ức chế renin trực tiếp</u></b> Aliskiren	75	150-300			
<b><u>Ức chế thụ thể <math>\alpha</math>-Adrenergic</u></b> Doxazosin Prazosin Terazosin	1 1x2 1	1-2 1-5x2 1-2	<b><u>Giãn mạch, đối kháng <math>\alpha</math> trung ương, giảm adrenergic</u></b> <i>Giãn mạch</i> Hydralazin Minoxidil  <b><u>Cường alpha 2</u></b>  Clonidine Methyldopa <i>Giảm adrenergic</i> Reserpine	10x2 2,5  0,1x21 125x21 0,1	25-100x2 5-10  0,1-0,2x2 250-500x2 0,1-0,25

Liều thông thường gồm liều trung bình và tối đa (liều cao)



# Các chống chỉ định của các nhóm thuốc hạ HA



Nhóm thuốc	Các chống chỉ định	
	Bắt buộc	Tương đối
<b>Lợi tiểu</b> (thiazides/thiazides-like như chlorthalidone, indapamide)	Gút	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Mang thai Tăng canxi máu, Hạ kali máu
<b>Chẹn bêta</b>	Hen Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ Nhịp tim chậm (nhịp tim <60l/p)	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Vận động viên
<b>Chẹn kênh canxi DHP (dihydropyridines)</b>		Nhịp tim nhanh Suy tim (EF giảm, độ III,IV) Phù chân nặng trước đó
<b>Chẹn kênh canxi Non DHP</b> (verapamil, diltiazem)	Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ Rối loạn chức năng thất trái LVEF <40% Nhịp tim chậm (<60l/p)	
<b>Ức chế men chuyển</b>	Mang thai; Tiền sử có phù mạch Tăng kali máu (>5.5mmol/L) Teo hẹp động mạch thận hai bên	Phụ nữ đang cho con bú khi không có biện pháp ngừa thai tin cậy
<b>Chẹn thụ thể angiotensin</b>	Mang thai Tăng kali máu Hẹp động mạch thận hai bên	Phụ nữ đang cho con bú không có biện pháp ngừa thai tin cậy
<b>Đối kháng thụ thể Mineralcorticoid</b>	Suy thận cấp hoặc nặng (eGFR <30 mL/phút). Tăng kali máu	



## THIẾT YẾU

Tiền THA= HABTC  $\geq$  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

HA BTC+ Nguy cơ Thấp / TB \*

HA BTC + Nguy cơ Cao, BTMXV, Bệnh thận mạn,  
ĐTĐ hoặc THA  $\geq$  140/90 mmHg\*\*

A, B, C, D\*

PHỐI HỢP 2 THUỐC SẴN CÓ TỪ  
LIỀU THẤP ĐẾN LIỀU THÔNG THƯỜNG\*\*

PHỐI HỢP 3 THUỐC SẴN CÓ \*\*  
ƯU TIÊN A+ C + D (nếu có)

THA KHÓ KIỂM SOÁT (KKS)

Chuyển đến bệnh viện,  
hoặc trung tâm tim mạch  
hoặc tham khảo  
chuyên gia THA

\*Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp TB sau 3 tháng TĐLS không kiểm soát HA, hoặc bn  $\geq$  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**

\* Lợi tiểu thiazide -like ưu tiên hơn lợi tiểu thiazides, nếu không có dùng thiazide

\*\* Điều trị thuốc ngay với THUỐC SẴN CÓ từ LIỀU THẤP NHƯNG ưu tiên PHỐI HỢP THUỐC A+C HOẶC D, A+C+D nếu có .

\*\* Liều thấp = 1/2 liều thông thường, nếu không kiểm soát tăng liều: thấp+thông thường, thông thường +thông thường hoặc phối hợp 3 thuốc liều cố định sớm

## TỐI ƯU

Tiền THA= HABTC  $\geq$  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\*

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 beta

Tham khảo chuyên gia về THA

HABTC + Nguy Cơ Cao, BTMXV,  
BTM, ĐTD Hoặc THA  $\geq$   
140/90mmHg\*\*

THA có chỉ định điều trị bắt  
buộc

- Bệnh mạch vành: A+B hoặc C
- Suy tim EF giảm: A (ARNI) + B + SGLT2i + kháng aldosterone + D (LT quai khi ứ dịch)
- Đột quỵ: A+ D;
- Bệnh thận mạn: A+ C
- ĐTD T2 nguy cơ cao: A+C/D; SGLT2i, hoặc GLP1 RA

Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp TB sau 3 tháng TĐLS không kiểm soát HA, hoặc bn  $\geq$  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 = 1/2 Liều Thông Thường

\*\*\* Cẩn trọng khi MLCT < 45ml/p/1.73m<sup>2</sup>, K > 4.5mmol/L

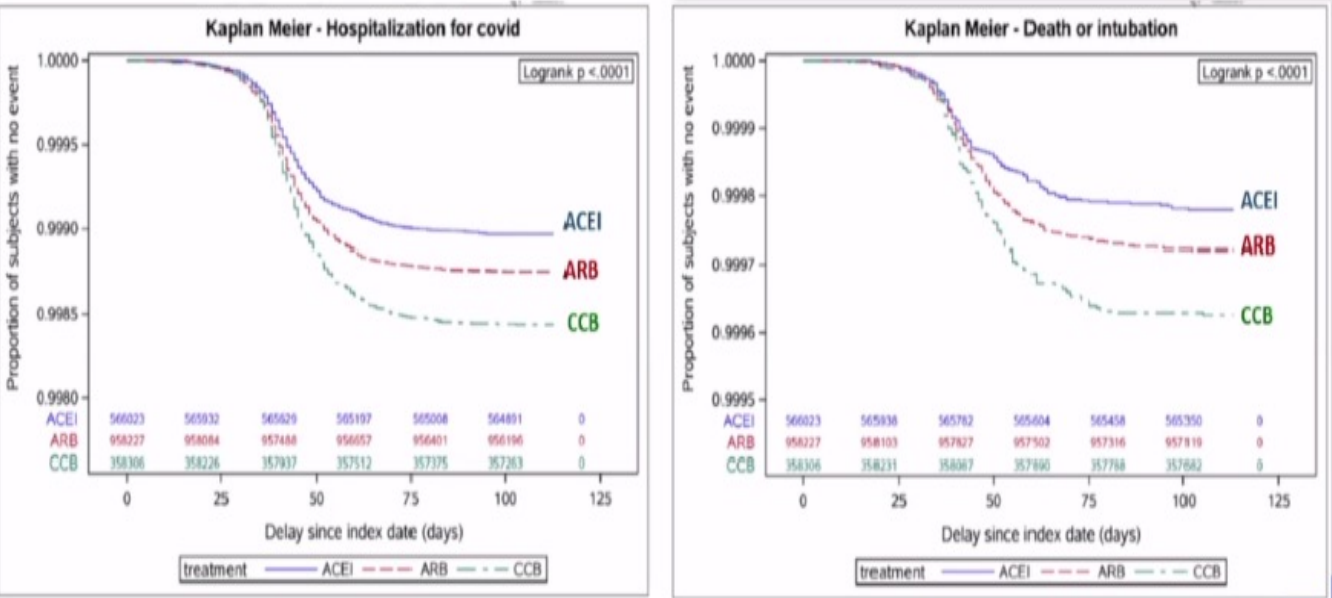
**CẬP NHẬT MỘT SỐ THỂ LOẠI THA ĐẶC BIỆT VỚI  
NHỮNG CHỨNG CỨ MỚI  
THA-COVID, KHÁNG TRỊ, SUY TIM, ĐTĐ, BỆNH THẬN MẠN,  
THA-BỆNH MẠCH VÀNH, MẠCH NÃO, RUNG NHĨ, THA THỨ PHÁT ...**





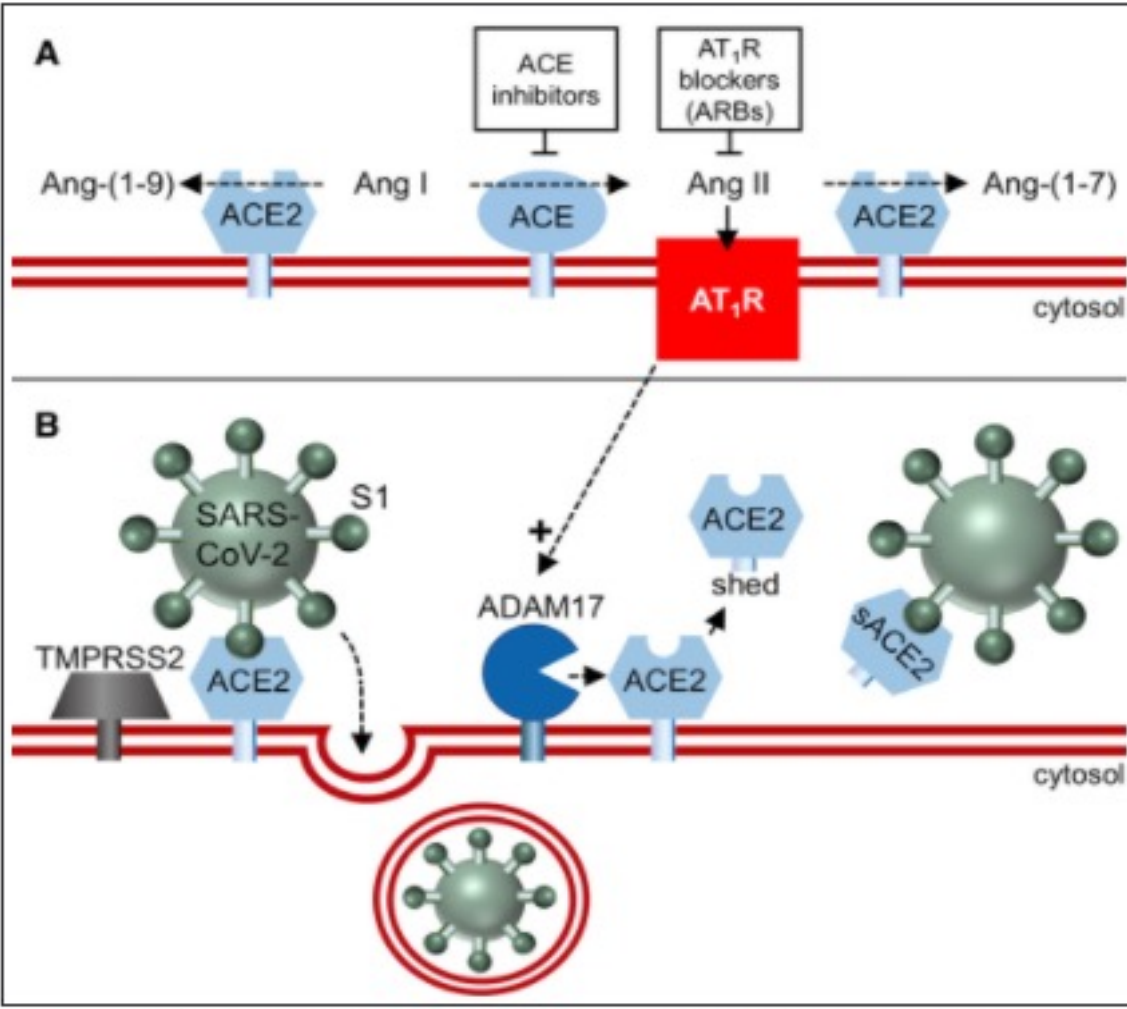
# THA VÀ COVID 19

## Antihypertensive Drugs and Covid 19 Risk A French Cohort of 2 million hypertensive patients



ACEI and ARBs were associated with a lower risk of COVID-19 hospitalization, and of intubation/death  
Risks were slightly lower for ACE inhibitor users than for ARB users.

Semenzato L et al. *Hypertension* 2021;77: DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16314



Source: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16314>



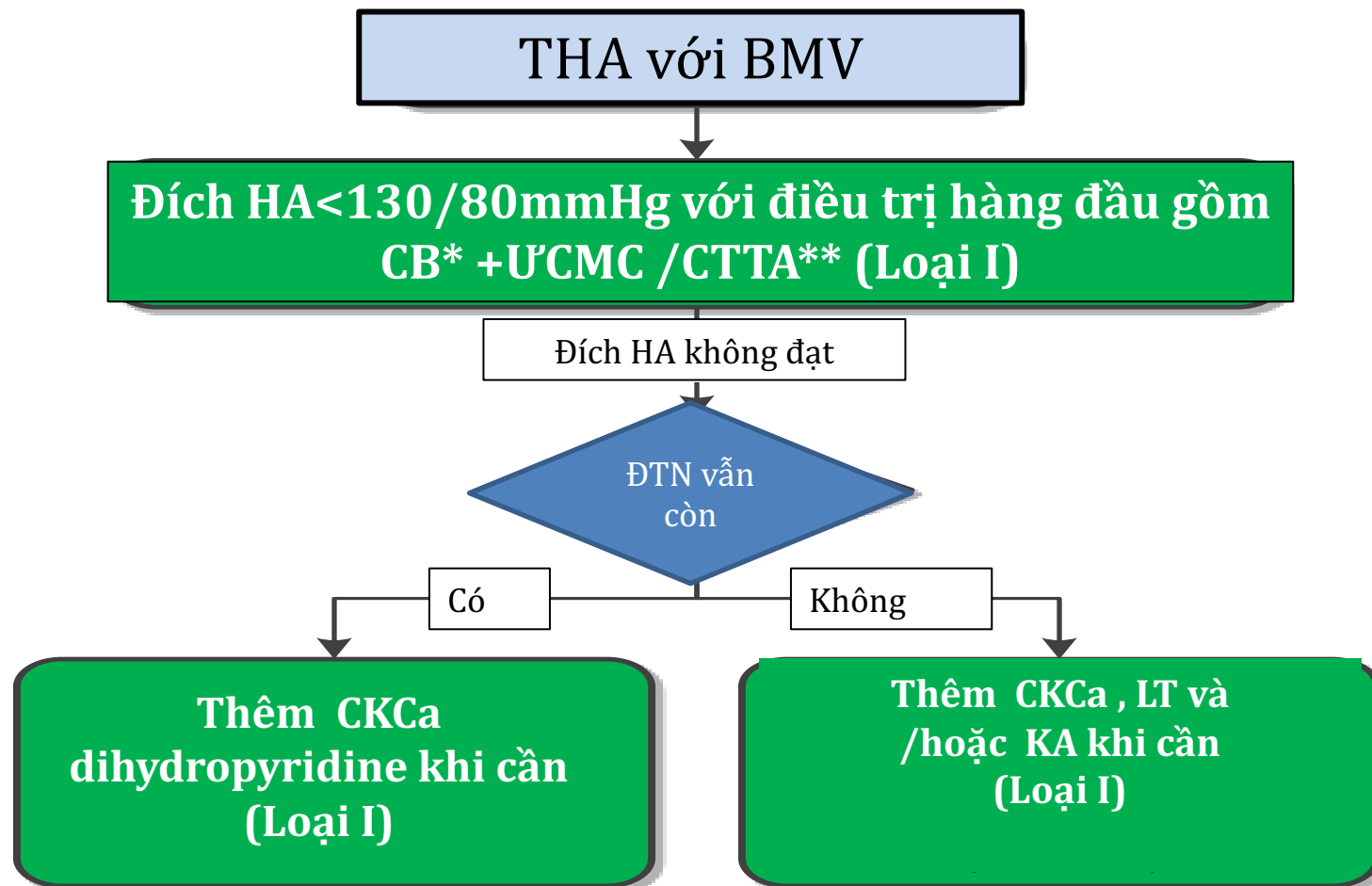
# THA VÀ COVID 19

- **Ức chế men chuyển không ức chế ACE2 vì ACE và ACE2 là những enzyme hoàn toàn khác nhau**
- **Không có dữ liệu thực nghiệm hỗ trợ mạnh mẽ về tác động tăng lên ACE2 ở phổi và tim mạch khi dùng ACEi/ARB**
- **Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy ACEi/ARB không gây hại mà còn có lợi**
- **Điều trị thuốc chẹn hệ RAS không được gián đoạn do liên quan nhiễm coronavirus dựa trên những chứng cứ hiện hành**



Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ngưỡng HA cần điều trị thuốc là $\geq 130/85$ mmHg ở nhóm tuổi 18-69, >70 tuổi $\geq 140/90$ mmHg	I	B
Đích điều trị hạ HATT có BMV trong khoảng ranh giới 120- <130mmHg ở nhóm tuổi 18-69, >70 tuổi <140-130mmHg, và có thể hạ thấp hơn nếu dung nạp	I	C
Đích HATT trong khoảng ranh giới 70-<80mmHg khi chưa tái thông,	I	C
Thuốc ỨCMC/CTTA+CB là chỉ định hàng đầu, thêm thuốc khác (CKCa, LT và hoặc Kháng aldosterone) khi cần để kiểm soát HA	I	B
THA có NMCT hoặc hội chứng mạch vành cấp cần điều trị CB tiếp tục trong 3 năm	IIa	B
CB và /hoặc CKCa có thể xem xét điều trị THA + hội chứng mạch vành mạn có cơn đau thắt ngực	I	C

# ĐIỀU TRỊ THA VỚI BỆNH MẠCH VÀNH



\*Chẹn beta (CB) khuyến cáo để hạ HA hoặc giảm đau thắt ngực: carvedilol, metoprolol tartrate, metoprolol succinate, nadolol, bisoprolol, propranolol, và timolol. Tránh BB có hoạt động giao cảm nội tại. Atenolol không dùng vì ít hiệu quả so placebo trong giảm các biến cố TM.

\*\* Nếu cần cho kiểm soát HA và ưu tiên cố định liều.

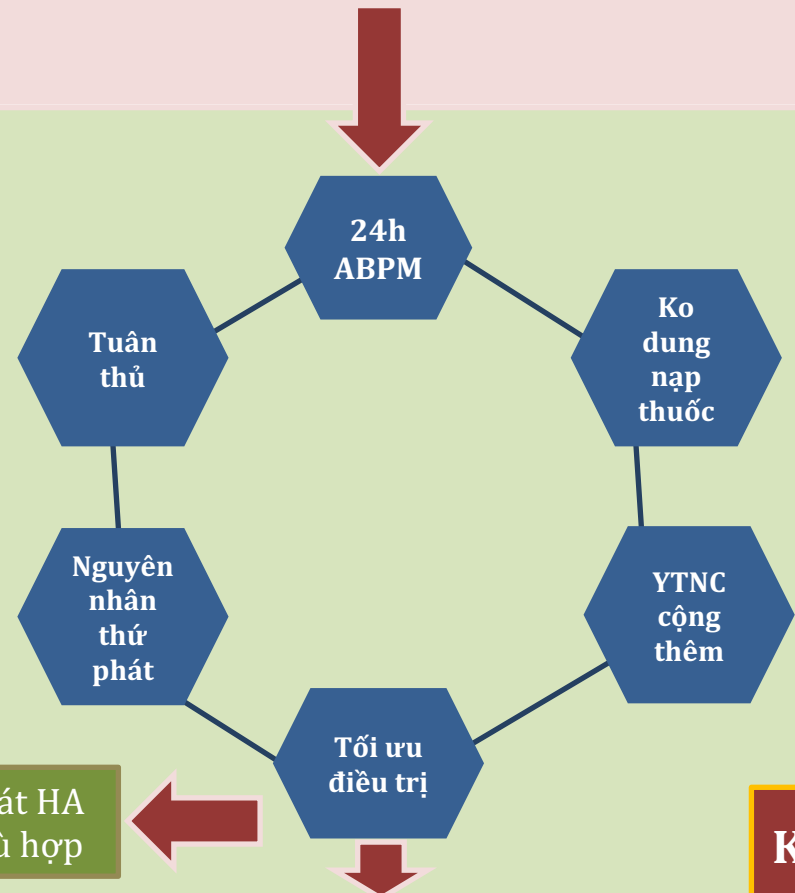
# TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
<p>Khuyến cáo THA được định nghĩa khi đề kháng với điều trị (gọi là THA kháng trị) như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Điều trị THA với LIỀU TỐI ƯU</b> (hoặc dung nạp tối đa) của một chiến lược điều trị thỏa đáng <b>bao gồm thuốc lợi tiểu (tiêu biểu gồm UCMC/CTTA II+CKCA + lợi tiểu thiazide/thiazide like)</b> THẤT BẠI khi làm hạ HATT và HATTr lâm sàng <b>&lt;140mmHg và hoặc &lt;90mmHg VÀ</b></li><li>• Kiểm soát HA không đầy đủ được xác định bởi <b>đo HATN hay ABPM</b>, và</li><li>• Sau khi <b>LOẠI</b> những nguyên nhân khác của THA giả đề kháng, (đặc biệt <b>tuân thủ dùng thuốc kém</b>) và <b>THA thứ phát</b></li></ul>	<b>I</b>	<b>C</b>

**Xác định**

# ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

**Lựa chọn**



Không kiểm soát huyết áp

**Phối hợp đa khoa**  
Giải phẫu thận (CT/MR)  
Hội chẩn đa khoa

**Không RDN**

Việt Nam – Tỷ lệ HA ko kiểm soát cao:  
**69% (2015)**  
**42% (2020)**

**TỐI ƯU HÓA**

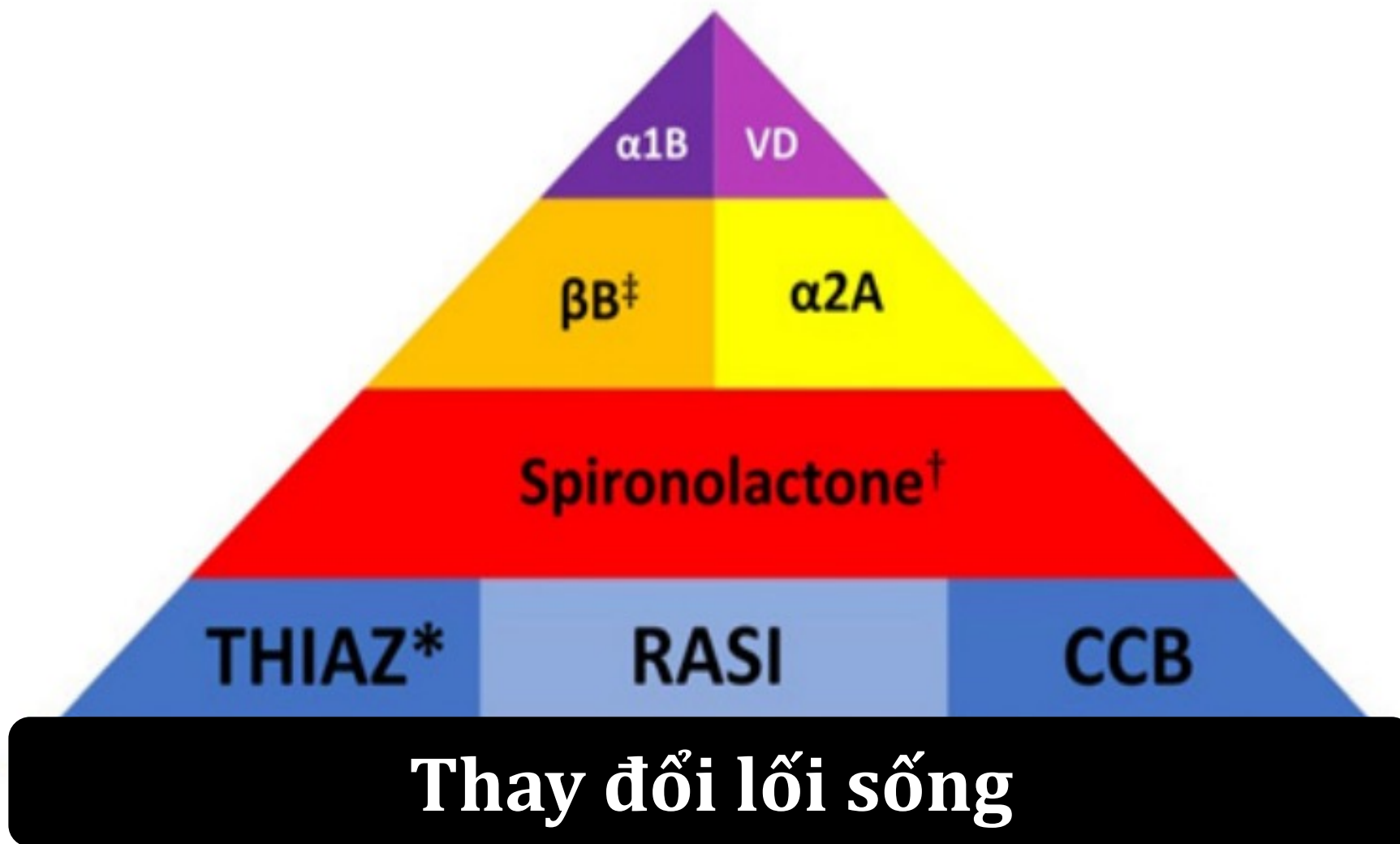
**Quyết định**

YTNC = yếu tố nguy cơ

Triệt đốt TK giao cảm ĐM Thận  
Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

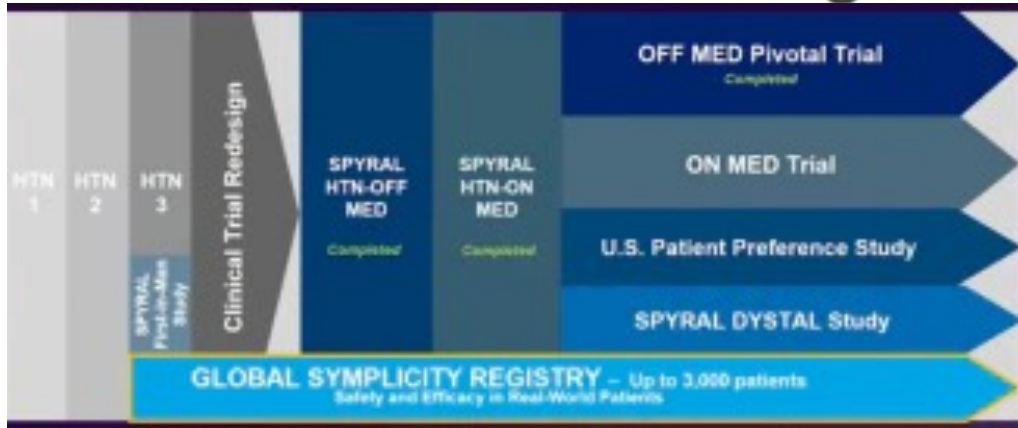
**Theo dõi**  
ABPM  
Chức năng thận  
EKG

# BỐN LOẠI THUỐC ƯU TIÊN DÙNG TRONG THA KHÁNG TRỊ



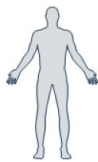
# ĐIỀU TRỊ THA KHÁNG TRỊ VÀ ĐIỀU TRỊ THA BẰNG CÁN THIỆP DỤNG CỤ 2021

## SPYRAL HTN Clinical Program



### Hiệu quả của triệt phá thần kinh giao cảm động mạch thận ở những bệnh nhân với bệnh đồng mắc khác nhau

Global SYMPLICITY Registry  
High-Risk Patient Subgroups



N = 2,652  
196 sites  
45 countries  
Median follow-up 2.5 years

Subgroup analyses (non-exclusive)

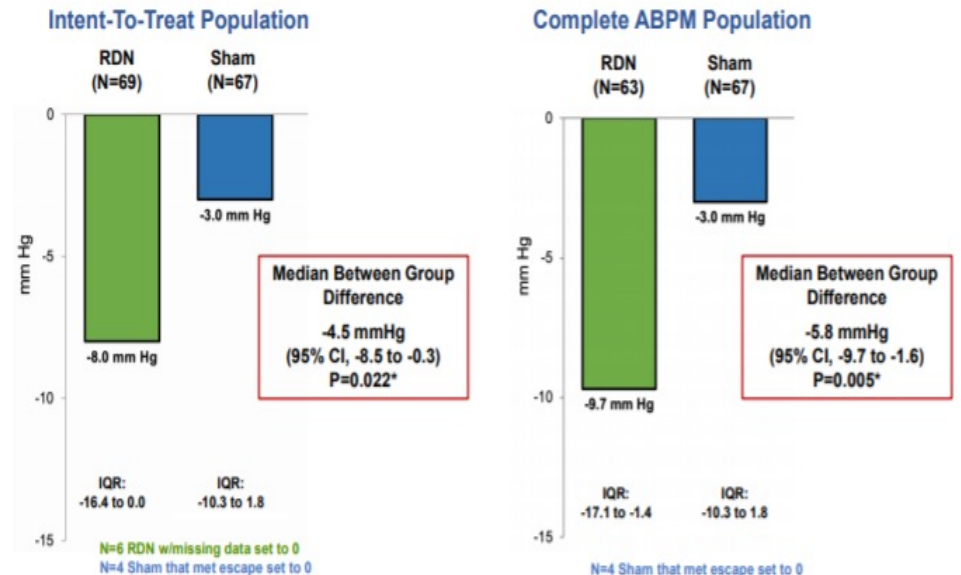


Significant office and 24-hour BP reduction from 6 months to 3 years in all subgroups

## (SPYRAL HTN-OFF MED Pivotal Trial)

### The Randomized Sham Controlled RADIANCE-HTN TRIO Trial

Primary Efficacy Endpoint:  
Change in Daytime Ambulatory SBP at 2 Months



\*Baseline-adjusted ANCOVA on the ranks due to non-normality of distribution



# ĐIỀU TRỊ THA KHÁNG TRỊ VÀ ĐIỀU TRỊ THA BẰNG CÁN THIỆP DỤNG CỤ 2021



Khuyến Cáo	Class	Level
<p><b>THIỆT YẾU</b> Xem lại chế độ thay đổi lối sống, đặc biệt hạn chế muối</p> <p>*Thêm <b>spironolactone liều thấp</b> vào điều trị hiện tại</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Hoặc thêm lợi tiểu khác (nếu không dung nạp spironolactone) như eplerenone, amiloride, <b>lợi tiểu thiazide/thiazide-like liều cao hơn</b> hoặc một <b>lợi tiểu quai</b></li><li>• Hoặc thêm <b>bisoprolol</b> hoặc <b>doxazosin</b></li></ul>	I	B
<p><b>TỐI ƯU</b> HA kháng trị phải được quản lý bởi các trung tâm chuyên khoa với đầy đủ chuyên gia và nguồn lực cần thiết để chẩn đoán và điều trị</p>	II	B



Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ngưỡng hạ HA bằng thuốc khi HA $\geq 130/85$ mm Hg và đích điều trị cần đạt $< 130/80$ mm Hg (ở bệnh nhân lớn tuổi $> 70$ tuổi ngưỡng hạ HA $> 140/90$ mmHg) và đích hạ HA $< 140/80$ mmHg.	I	A
Ranh giới đích hạ HA ở bệnh nhân THA-ĐTĐ từ 18-69 tuổi HATT: 120-130mmHg và HATTr: <b>70-79 mmHg</b> , có thể hạ thấp hơn nếu dung nạp, $\geq 70$ tuổi ranh giới đích HATT: 130-140mmHg và HATTr 70-79 mmHg	I	A
Chiến lược điều trị phải bao gồm một <b>ức chế RAS và CKCa và/hoặc LT thiazide-like ) đặc biệt khi có đạm niệu</b>	I	A
Điều trị phải bao gồm hạ đường máu khi THA-ĐTĐ có BTMXV hay nguy cơ cao với ưu tiên <b>SGLT2i hoặc GLP-1 RA</b>	I	B
Điều trị phải bao gồm hạ lipid máu cùng các yếu tố nguy cơ khác và bệnh đồng mắc theo các khuyến cáo hiện hành	I	A

KHUYẾN CÁO	Loại	MCC
Ngưỡng HA để điều trị dự phòng hoặc có Suy Tim là HATT/HATTr $\geq 130/85$ mmHg	I	B
Đích điều trị THA có suy tim HATT/HATTr $< 130/80$ mmHg, có thể hạ thấp hơn nếu dung nạp được (TTR 110-130/60-79 mmHg)	H	A
THA suy tim EF giảm LVEF $< 40\%$ : <b>Thuốc ỨCMC/CTTA/ARNI* + CB (bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate, hoặc nebivolol) + Kháng aldosterone + SGLT2i (dapagliflozin / empagliflozin) và LT</b> <b>quai khi ứ dịch để giảm nhập viện và tử vong tim mạch</b>	I	A
<b>Lợi tiểu</b> có thể cho trong THA với Suy tim EF giảm nhẹ (HFmrEF) và HFpEF để giảm triệu chứng	I	C
THA với suy tim EF giảm nhẹ hoặc bảo tồn (HFpEF) LVE $\geq 40\%$ có thể cho <b>SGLT2i (empagliflozin) để giảm nhập viện</b>	I	B
<b>ARNI</b> có thể cho trong THA với suy tim HFmrEF và HFpEF có LVEF: 41-57% hoặc phụ nữ	IIa	C
THA có suy tim EF giảm nhẹ (HFmrEF) LVEF: 41-49-% <b>ỨCMC/CTTA/ARNI + CB + Kháng aldosterone để giảm nhập viện và tử vong tim mạch</b>	IIb	C
CKCa dihydropyridine, ỨCMC, hoặc CTTA II có thể cho thêm khi HA không đạt đích	IIb	C
THA với dày thất trái điều trị ỨCMC/CTTA+CKCa hoặc LT	I	C

**\* CTTAII cho khi không dung nạp ỨCMC/ARNI (IB); ARNI cho ngay từ đầu IIb**

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ngưỡng HA ở bệnh nhân THA với Bệnh Thận Mạn cần điều trị bằng thay đổi lối sống tích cực và thuốc khi có HAPK $\geq 130/85$ mmHg	I	B
Bệnh nhân THA có bệnh thận mạn . Khuyến cáo đích điều trị HAPK cần làm hạ <b>&lt;130-120/79 -70mmHg</b> , có thể hạ thấp hơn nếu dung nạp. Nếu >70 tuổi ranh giới đích <b>&lt;140-120/79 -70mmHg nếu dung nạp được</b>	I	B
Bệnh thận mạn đang chạy thận NT hiện chưa có chứng cứ về ngưỡng và đích hạ HA tối ưu và nhóm thuốc ưu tiên nên tập trung theo từng cá thể hóa với <b>tối ưu cân bằng thể dịch nội mô</b> theo lâm sàng và các yếu tố đi kèm của bệnh nhân, trong và sau lọc máu để điều trị hạ HA.	IIa	C
Đích HA ở bệnh nhân có bệnh thận mạn được <b>ghép thận, đích HATT &lt;130 mmHg và HATTr &lt;80mmHg</b>	I	A
Điều trị thuốc hạ HA ở bệnh thận mạn cần theo cá thể hóa tùy thuộc sự dung nạp và tác động lên chức năng thận và điện giải	I	B



# THA VÀ BỆNH THẬN MẠN



Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
ƯCMC/CTTAII có hiệu quả giảm đạm niệu hơn các thuốc khác nên được khuyến cáo kết hợp ƯCMC/CTTA+CKCa hoặc lợi tiểu khi có đạm niệu	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Thuốc ƯCMC/CTTAII nên dùng đạt đến liều tối đa để có hiệu quả cao nhất	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Theo dõi HA, creatinine, kali máu, mỗi 2-4 tuần, nếu creatinine tăng >30% trong 1 tháng đầu điều trị hay khi tăng liều thì xem xét giảm hoặc ngừng thuốc ức chế hệ RAS	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Thuốc kháng aldosterone làm tăng kali máu nên thận trọng không dùng khi kali máu tăng	<b>III</b>	<b>C</b>
CKCa hoặc CTTAII là thuốc được chọn hàng đầu ở bệnh nhân ghép thận	<b>I</b>	<b>A</b>
Tránh kết hợp ƯCMC với CTTA ở bệnh thận mạn có ĐTĐ hay không ĐTĐ	<b>III</b>	<b>A</b>

ƯCMC: ức chế men chuyển - CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II - CKCa: chẹn kênh canxi HATT:: huyết áp tâm thu

# TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

- Tăng huyết áp cấp cứu là sự kết hợp của HA tăng đáng kể với HMOD cấp tính.
- Các cơ quan đích bao gồm võng mạc, não, tim, các động mạch lớn và thận.
- Tình trạng này đòi hỏi phải tiến hành chẩn đoán nhanh chóng và giảm HA ngay lập tức để tránh suy cơ quan tiến triển.
- Liệu pháp tiêm tĩnh mạch thường được yêu cầu sử dụng.
- Việc lựa chọn phương pháp điều trị tăng huyết áp chủ yếu được xác định bởi tổn thương cơ quan đích.

# CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

- **Tăng huyết áp ác tính:** Tăng HA nghiêm trọng (gần > 200/120 mmHg) liên quan đến bệnh võng mạc hai bên tiến triển (xuất huyết, đốm bông, phù gai thị).
- **Bệnh não do tăng huyết áp:** Tăng HA nghiêm trọng liên quan đến hôn mê, co giật, mù (vỏ não) và hôn mê mà không có các giải thích khác.
- **Bệnh vi mạch huyết khối do tăng huyết áp:** Tăng HA nghiêm trọng liên quan đến tán huyết và giảm tiểu cầu nếu không có nguyên nhân khác và cải thiện khi điều trị hạ HA.
- **Các biểu hiện khác của tăng huyết áp cấp cứu:** bao gồm tăng HA nghiêm trọng liên quan đến xuất huyết não, đột quỵ cấp, hội chứng mạch động vành cấp, phù phổi cấp, phình / bóc tách động mạch chủ, tiền sản giật nặng và sản giật.



## TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

Biểu hiện lâm sàng	Thời gian và huyết áp mục tiêu	Điều trị ưu tiên	Lựa chọn thay thế
THA ác tính +/- TMA hoặc suy thận cấp	Vài giờ MAP - 20% đến - 25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside Urapidil
Bệnh não tăng huyết áp	Ngay lập tức MAP -20% đến -25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Nhồi máu não cấp tính và HATT > 220mmHg hoặc HATTr > 120mmHg	1h MAP -15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Nhồi máu não cấp tính có chỉ định dùng thuốc chống đông và HATT > 185mmHg hoặc HATTr > 110mmHg	1h MAP -15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Xuất huyết não cấp và HATT > 180mmHg	Ngay lập tức 130 < HATT < 180 mmHg	Labetalol Nicardipine	Urapidil
Hội chứng mạch vành cấp	Ngay lập tức, HATT < 140mmHg	Nitroglycerine Labetalol	Urapidil
Phù phổi cấp	Ngay lập tức, HATT < 140mmHg	Nitroprusside hoặc nitroglycerin (cùng lợi tiểu quai)	Urapidil (cùng lợi tiểu quai)
Bệnh động mạch chủ cấp	Ngay lập tức, HATT < 120mmHg và nhịp tim < 60 lần/phút	Esmolol và Nitroprusside hoặc Nitroglycerine hoặc Nicardipine	Labetalol Hoặc Metoprolol
Sản giật và tiền sản giật nặng/ HELLP	Ngay lập tức, HATT < 160mmHg và HATTr < 105mmHg	Labetalol hoặc Nicardipine và Magie sulphate	

## TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ (THA TK)

- Chiếm tỉ lệ 5-10% của phụ nữ có thai trên toàn cầu
- Sản phụ có nguy cơ rau bong non, đột quy, suy đa tạng (gan, thận), đông máu và tử vong và tăng nguy cơ bị bệnh tim mạch trong tương lai
- Thai nhi có nguy cơ kém phát triển, sinh non, thai chết lưu

- Chẩn đoán THA TK: dựa vào **đo HAPK CHUẨN** (với ít nhất 2 lần khám, cách nhau 4 giờ)

### Tăng huyết áp thai kỳ

Ngưỡng chẩn đoán	HATTh $\geq$ 140 mmHg và/hoặc HATTr $\geq$ 90 mmHg
THA TK nhẹ	HAPK: 140 – 159/ 90 – 109 mmHg
THA TK nặng	HAPK: $\geq$ 160 / 110 mmHg
THA TK nặng cần cấp cứu	HAPK: $\geq$ 170 / 110 mmHg

# PHÂN LOẠI TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KÌ

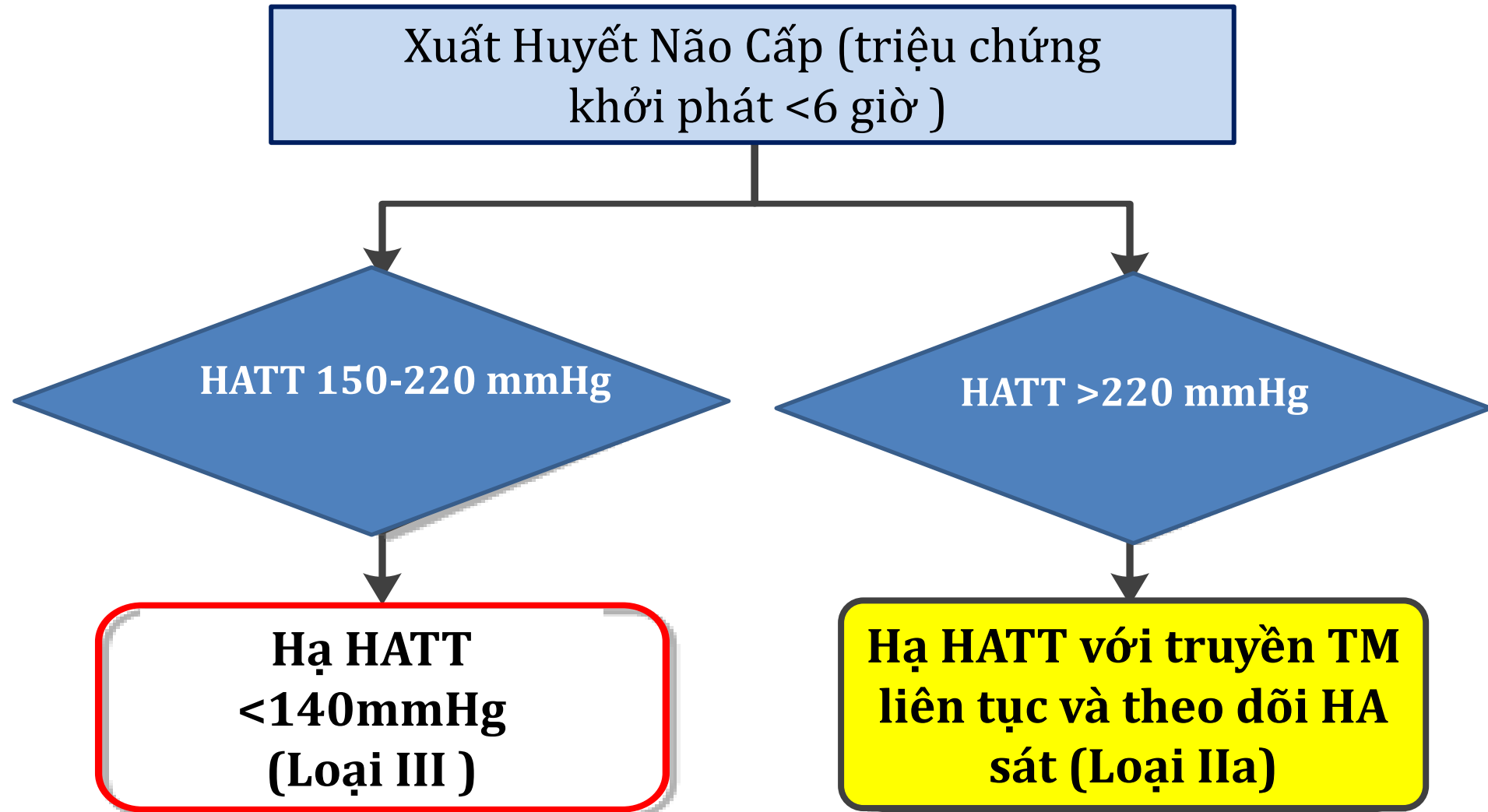
<b>THA mạn (Preexisting hypertension)</b>	THA có trước khi mang thai hay trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và tồn tại > 6 tuần sau sinh.
THA thai kỳ	THA khởi phát sau tuần thứ 20 của thai kỳ, không có dấu hiệu tiền sản giật, về bình thường trong vòng 6 tuần sau sinh .
	THA mạn tính ghép với THA thai kỳ và có protein niệu.
Tiền sản giật (Pre- eclampsia)	THA thai kỳ và có Protein niệu >300mg/24giờ hoặc tỷ albumine- creatinine niệu (ACR) $\geq$ 30mg/mmol [265 mg/g]). YTNC của TSG: YTNC cao: THA có trong thai kỳ trước, đái tháo đường, bệnh thận, thai lần đầu hay nhiều lần, bệnh tự miễn, YTNC trung bình: mang thai lần đầu ở phụ nữ > 40 tuổi, khoảng cách mang thai > 10 tuổi, BMI > 35 kg / m <sup>2</sup> , tiền sử gia đình tiền sản giật, đa thai
Sản giật	THA TK với co giật, nhức đầu dữ dội, rối loạn thị giác, đau bụng, buồn nôn và nôn, lượng nước tiểu thấp. Cần phải điều trị ngay lập tức và cần thiết chấm dứt thai
Hội chứng HELLP	(Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets) Hội chứng tan huyết, men gan tăng, Giảm tiểu cầu. Cần điều trị ngay với yêu cầu chấm dứt thai kỳ.

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
<b>Dự phòng tiền sản giật:</b> Phụ nữ có $\geq 1$ YT cao hoặc $\geq 2$ YTNC trung bình : Aspirine 75–162 mg ( 81 mg) từ 12 – 24 và cho tới 36. Bổ sung calcium uống 1,5–2 g/ ngày ( cho PN ăn < 600mg can xi /ngày)	I	C
<b>Ngưỡng điều trị hạ áp:</b> THA $\geq 140/90$ mmHg dùng thuốc với thể THA thai kỳ, THA thai kỳ chông lên THA trước thai kỳ, THA có tổn thương cơ quan đích cận lâm sàng. THA $\geq 150 / 95$ mmHg: dùng thuốc ngay với mọi thể, <b>Đích hạ áp:</b> HATT: 110-140mmHg và HATTr <85mmHg	I	C
Nifedipine, labetalol, hoặc methyldopa là những thuốc được chọn lựa cho điều trị THA trong thời gian mang thai ( không dùng atenolol)	I	B
<b>Điều trị THA phụ nữ có thai nặng cấp cứu :</b> Labetalol hoặc nicardipine và magnesiunn dùng qua đường tĩnh mạch, nitroglycerine nếu có phù phổi	I	C
<b>Chấm dứt thai kỳ trong THA thai nghén:</b> Được khuyến cáo ở tuần 37 với THA không triệu chứng . Lấy thai Cấp cứu khi tiền sản giật với các tình trạng nặng như rối loạn thị giác hoặc rối loạn đông máu hoặc hội chứng HELLP.	I	C
Phụ nữ với THA TKi chống chỉ định UCMC, CTTA hoặc ức chế renin trực tiếp , lợi tiểu kháng aldosterone	III	C
<b>Sau sinh.</b> Theo dõi điều trị thuốc trong các tuần đầu (không dung methyldopa vì gây trầm cảm sau sinh, PN cho con bú không dung Nifedipin, atenolol, propranolol vì nồng độ cao trong sữa, ưu tiên dùng amlodipine). Điều chỉnh lối sống với kiểm tra HA hàng năm	I	C

# THA VÀ XUẤT HUYẾT NÃO CẤP

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Xuất huyết não cấp ở người lớn mà có HATT > 220mmHg cần xem xét điều trị hạ áp bằng thuốc qua đường truyền tĩnh mạch đến <180mmHg với sự theo dõi sát việc hạ áp	IIa	B
Xuất huyết não ở bệnh nhân THA cấp có HATT giữa 150-220mmHg trong 6 giờ đầu cần tránh hạ áp < 140mmHg vì không có lợi giảm tử vong và tàn phế mà còn có hại	III	A

# ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO CẤP

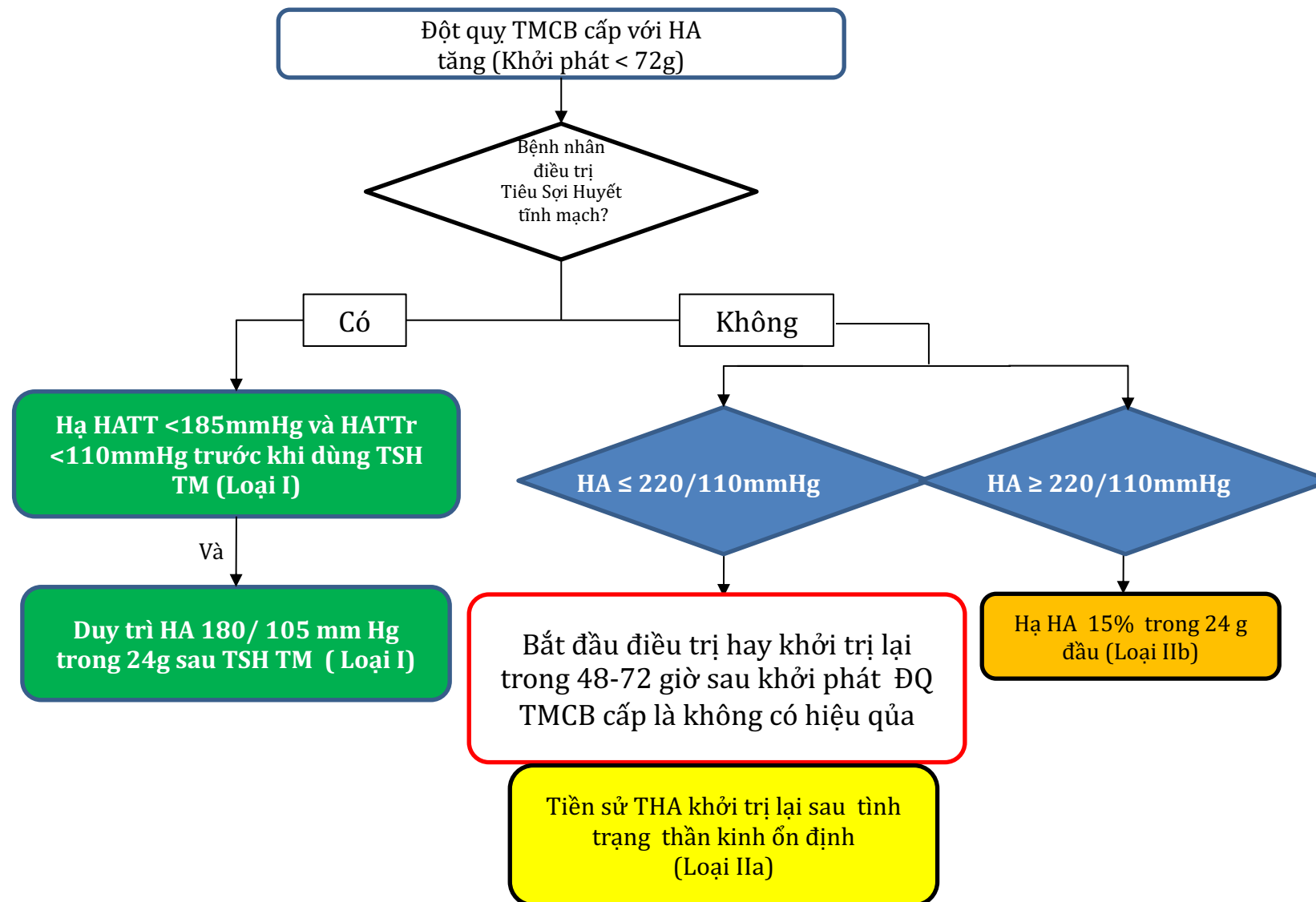


# THA VỚI ĐỘT QUY THIẾU MÁU CỤC BỘ CẤP

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Bệnh nhân với HA $\geq$ 220/120 mm Hg mà không điều trị alteplase TM hoặc nội mạch và không có điều kiện phối hợp cần điều trị hạ HA cấp, hiệu quả bắt đầu điều trị hay khởi trị lại trong 48-72 giờ là không rõ. Có thể làm hạ HA 15% trong 24 giờ đầu sau khởi phát đột quy	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Bệnh nhân với HA $<$ 220/120 mm Hg mà không điều trị alteplase TM hoặc nội mạch và không có điều kiện phối hợp cần điều trị hạ HA cấp, bắt đầu điều trị hay khởi trị lại trong 48-72 giờ sau khởi phát đột quy là không có hiệu quả để ngăn ngừa tử vong hoặc tàn phế	<b>III</b>	<b>A</b>



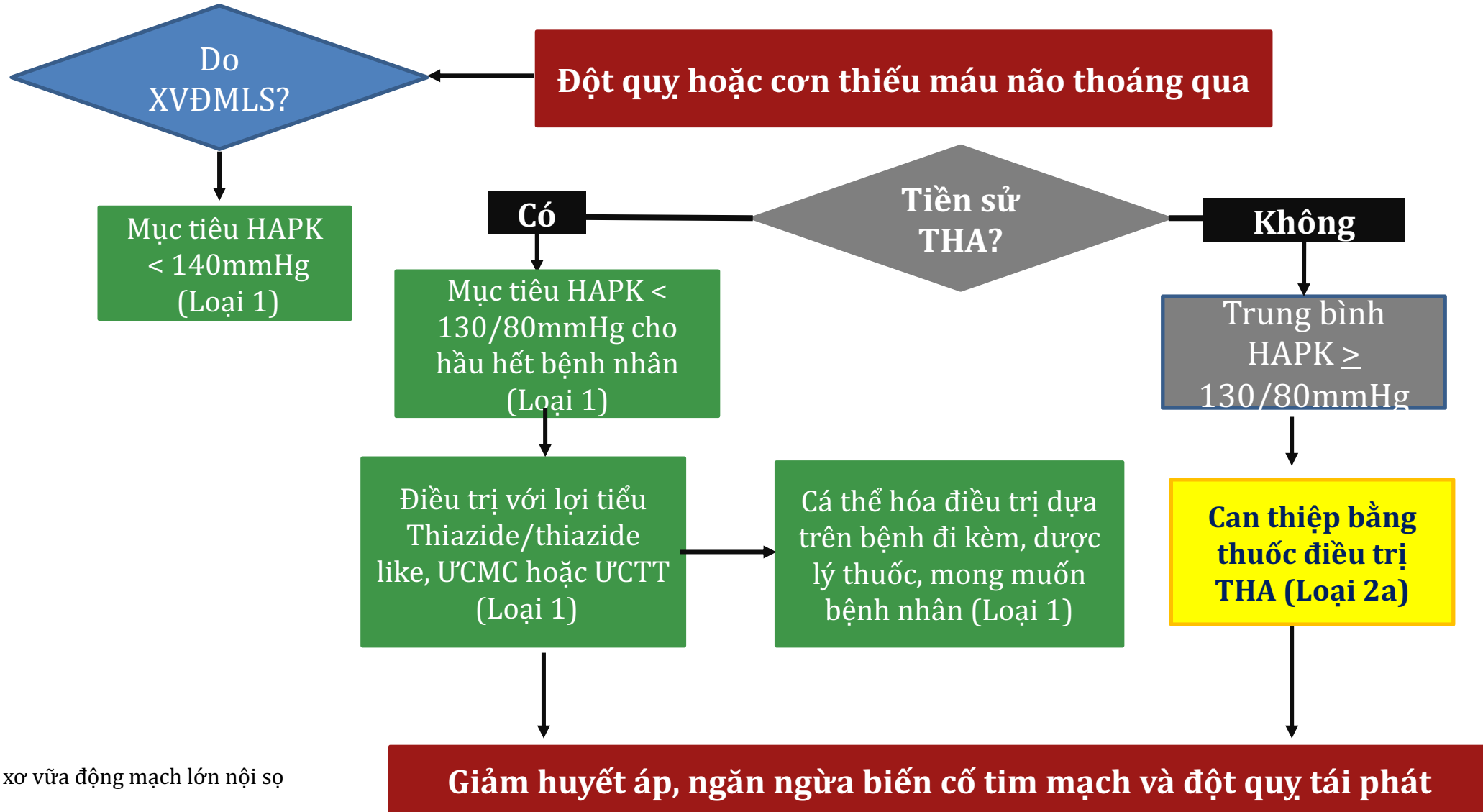
# ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY TMCB CẤP



# DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ THỨ PHÁT

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Bệnh nhân THA đang điều trị mà bị đột quỵ hoặc TIA phải khởi trị lại sau 72 giờ khởi phát để giảm nguy cơ đột quỵ tái phát và các biến cố mạch máu khác .	<b>I</b>	<b>A</b>
Sau đột quỵ cấp hoặc TIA thuốc thiazide/thiazide-like, UCMC hoặc CTTA hoặc kết hợp thiazide/thiazide-like + UCMC là hữu ích giảm nguy cơ tái phát	<b>I</b>	<b>A</b>
Bệnh nhân có THA nhưng không điều trị mà bị đột quỵ hoặc TIA và có HA >140/90mmHg phải được điều trị thuốc sau 72 giờ khởi phát để giảm nguy cơ đột quỵ tái phát và các biến cố mạch máu khác .	<b>I</b>	<b>B</b>
Bệnh nhân THA mà bị đột quỵ hoặc TIA, chọn lựa thuốc đặc trị phải theo cá thể hóa khi có bệnh đồng mắc hay theo đặc tính dược học để đạt hiệu quả tối đa	<b>I</b>	<b>B</b>
Đích điều trị dự phòng đột quỵ hay TIA tái phát là < 130/80mmHg	<b>I</b>	<b>B</b>
Ở bệnh nhân chưa có tiền sử THA mà bị đột quỵ hoặc TIA và có mức HAPK $\geq$ 130/80 mmHg, điều trị nội khoa giảm huyết áp có thể mang lại lợi ích giảm đột quỵ tái phát, xuất huyết não và các biến cố mạch máu khác	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Ở những bệnh nhân bị đột quỵ hoặc TIA do hẹp 50% đến 99% động mạch nội sọ chính, nên duy trì HATT dưới 140 mmHg, điều trị bằng liều cao và hoạt động thể chất vừa phải để ngăn ngừa đột quỵ tái phát và các biến cố mạch máu	<b>I</b>	<b>B</b>

# DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ THỨ PHÁT



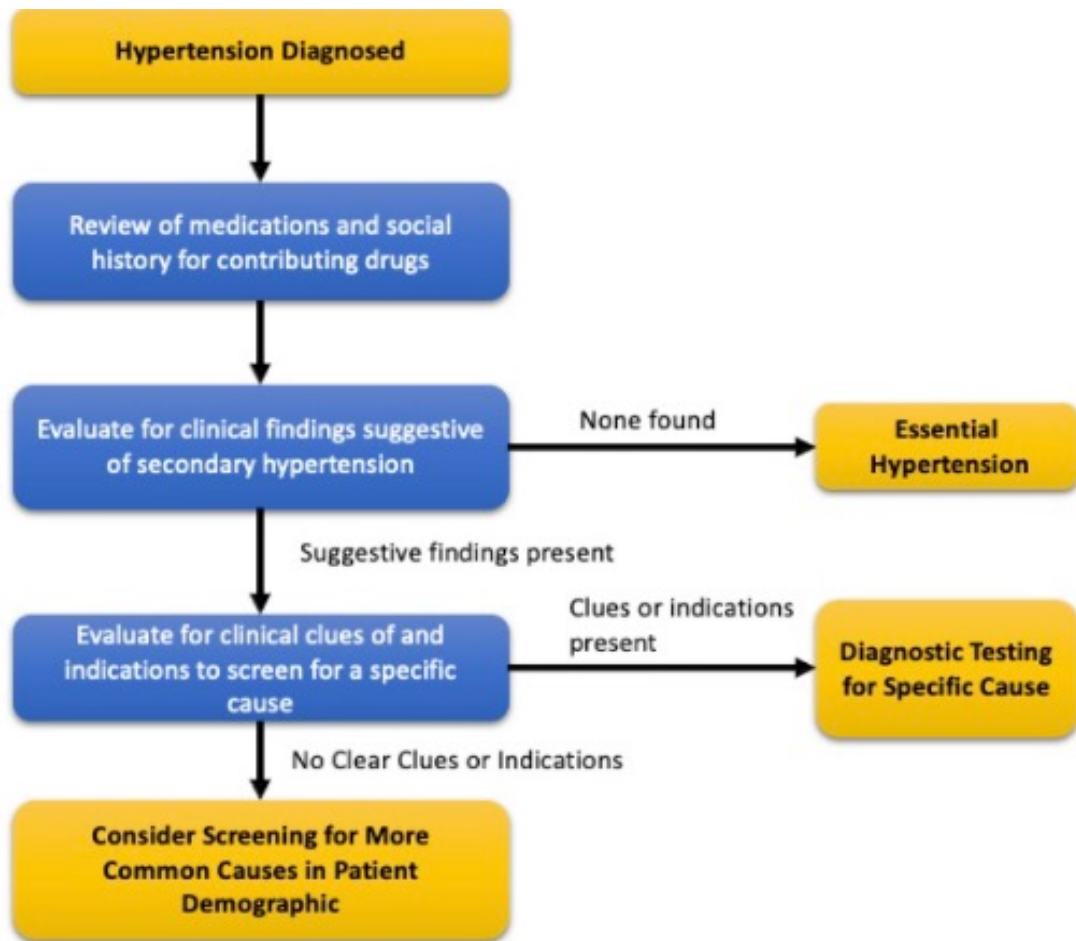
XVĐMLS: xơ vữa động mạch lớn nội sọ

Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Bệnh nhân rung nhĩ cần sàng lọc THA được khuyến cáo	<b>I</b>	<b>C</b>
ƯCMC/CTTAII + BB hoặc chẹn kênh canxi non dihydropyridine .Hoặc BB+ chẹn kênh canxi DHP được chỉ định bước đầu tiên. Bước thứ 2 phối hợp 3 thuốc: ƯCMC/CTTAII + BB + chẹn kênh canxi DHP hay lợi tiểu hoặc BB+ chẹn kênh canxi DHP+ lợi tiểu	<b>I</b>	<b>C</b>
Chẹn beta hoặc chẹn kênh canxi non-dihydropyridine phải được xem như một phần điều trị nếu cần kiểm soát tần số nhịp	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Dự phòng đột quỵ với kháng đông uống được khuyến cáo ở bệnh RN có THA và có thang điểm CHA <sup>2</sup> DS <sup>2</sup> -VASc ≥ 2 ở nam và ≥ 3 ở nữ	<b>I</b>	<b>A</b>
Dự phòng đột quỵ với kháng đông uống phải được xem xét ở bệnh nhân RN có THA ngay cả THA chỉ là yếu tố nguy cơ duy nhất (CHA <sup>2</sup> DS <sup>2</sup> -VASc 1 điểm).	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Kháng đông uống phải được dùng với sự cân trọng ở bệnh nhân THA nặng (HATT ≥ 180 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 100 mmHg) và mục đích phải hạ HATT xuống ít nhất < 140 mmHg và HATT < 130mmHg phải được xem xét. Nếu không thể, bệnh nhân phải được thông báo để quyết định họ chấp nhận việc bảo vệ dự phòng đột quỵ bởi dùng kháng đông với nguy cơ chảy máu cao hơn	<b>IIa</b>	<b>B</b>

# TĂNG HUYẾT ÁP THỨ PHÁT

- Khuyến cáo VNAH/VSH 2018 đã có các bảng hướng dẫn chi tiết về xét nghiệm tìm hiểu chẩn đoán nguyên nhân THA thứ phát chiếm 5-10% đặc biệt ở người trẻ THA khó kiểm soát huyết áp.
- Chẩn đoán sớm tăng huyết áp thứ phát và thiết lập điều trị với mục tiêu phù hợp có khả năng điều trị được tăng huyết áp ở một số bệnh nhân hoặc cải thiện kiểm soát HA hoặc giảm số lượng thuốc hạ huyết áp ở những bệnh nhân khác.
- Các loại tăng huyết áp thứ phát phổ biến nhất ở người lớn là bệnh nhu mô thận, tăng huyết áp mạch máu thận, chứng tăng aldosteron nguyên phát, ngưng thở khi ngủ mạn tính, hiện có một số tiến bộ về THA mạch máu thận và THA cường aldosterone nên cập nhật hai bệnh lý này

# TIẾP CẬN TĂNG HUYẾT ÁP THỨ PHÁT



## THIỆT YẾU

Sàng lọc cơ bản cho tăng huyết áp thứ phát  
Bao gồm đánh giá kỹ lưỡng về bệnh sử và khám lâm sàng + sinh hóa máu cơ bản (bao gồm natri, kali huyết thanh, eGFR, TSH) và tổng phân tích nước tiểu.

## TỐI ƯU

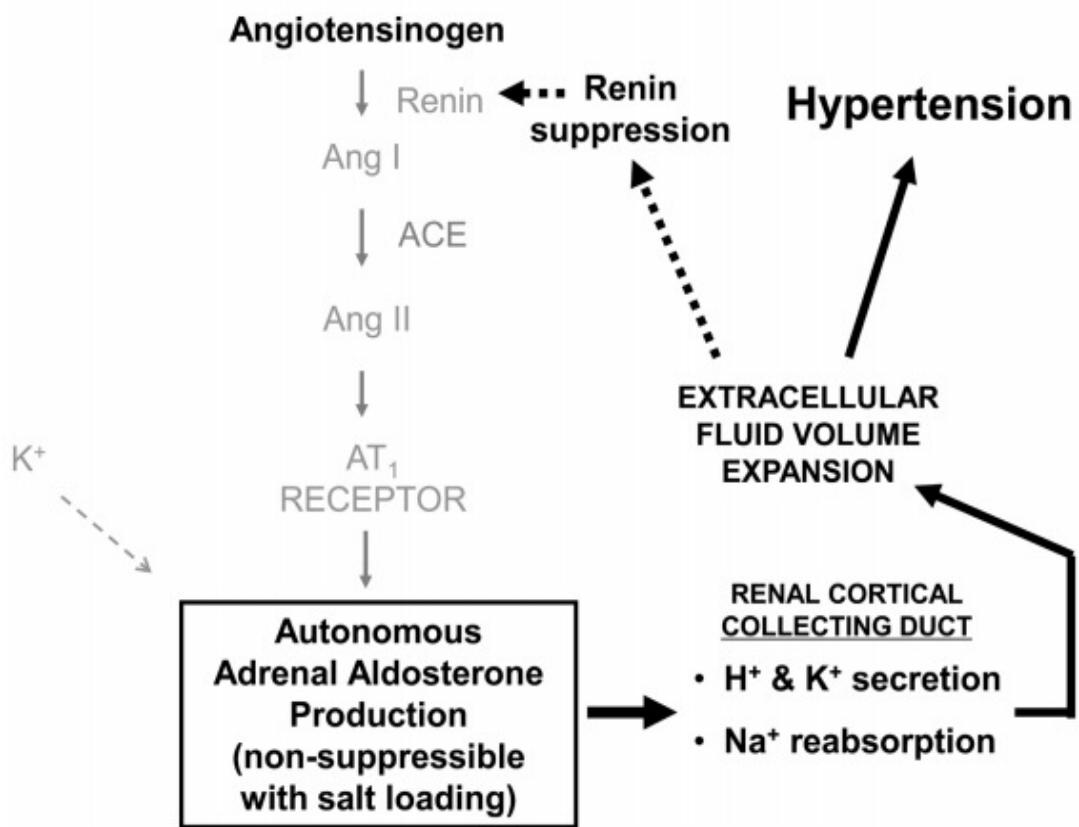
Đánh giá chuyên sâu hơn về tăng huyết áp thứ phát (các sinh hóa /hình ảnh /đánh giá khác) nên được lựa chọn cẩn thận dựa trên thông tin từ thăm khám lâm sàng cơ bản kỹ  
Xem xét chuyên đến một trung tâm chuyên khoa có chuyên gia và nguồn lực, trang thiết bị để xác định chẩn đoán và điều trị

# CÁC TIẾP CẬN THA DO MẠCH MÁU THẬN TỪ LÂM SÀNG ĐẾN ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên nhân	Đối tượng bệnh nhân	Yếu tố nguy cơ	Thăm khám, xét nghiệm CLS	Chẩn đoán xác định	Phương pháp điều trị
Loạn sản cơ	Thường gặp ở nữ giới, tuổi khởi phát 30-50, có liên quan đến hút thuốc, một số có tiền sử gia đình	Hút thuốc	Chụp CT Chụp MR nếu không lựa chọn CT, SA Doppler tại các trung tâm chuyên khoa.	Chụp mạch thận	Nong mạch mà không cần đặt stent (hiếm khi tái phát) so với liệu pháp chặn hệ renin-angiotensin.
Bệnh xơ vữa động mạch	Thường gặp ở nam giới, tuổi khởi phát cao, liên quan đến xơ vữa động mạch trên nhiều mạng mạch máu, liên quan đến hút thuốc và tăng lipid máu	Các yếu tố nguy cơ BTM bao gồm hút thuốc, tăng lipid máu	Siêu âm Doppler Chụp CT hoặc MR mạch	Chụp mạch thận nếu có chỉ định can thiệp	Bệnh một bên: Điều trị nội khoa sử dụng liệu pháp chặn hệ renin-angiotensin và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch cùng với theo dõi chức năng thận và tưới máu. Bệnh hai bên: Điều trị thuốc chặn hệ renin-angiotensin và kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch, theo dõi chức năng thận và tưới máu, so với nong mạch bằng cách đặt stent với đánh giá cẩn thận các nguy cơ can thiệp.
Coarctation Hẹp eo động mạch chủ	Khởi phát tăng huyết áp trước 30 tuổi, các triệu chứng nghiêm trọng.	Van động mạch chủ hai lá	Đo HA cánh tay và cổ chân Chụp CT	Chụp CT mạch	Chuyển đến chuyên khoa bệnh tim bẩm sinh hoặc bác sĩ chuyên khoa mạch máu



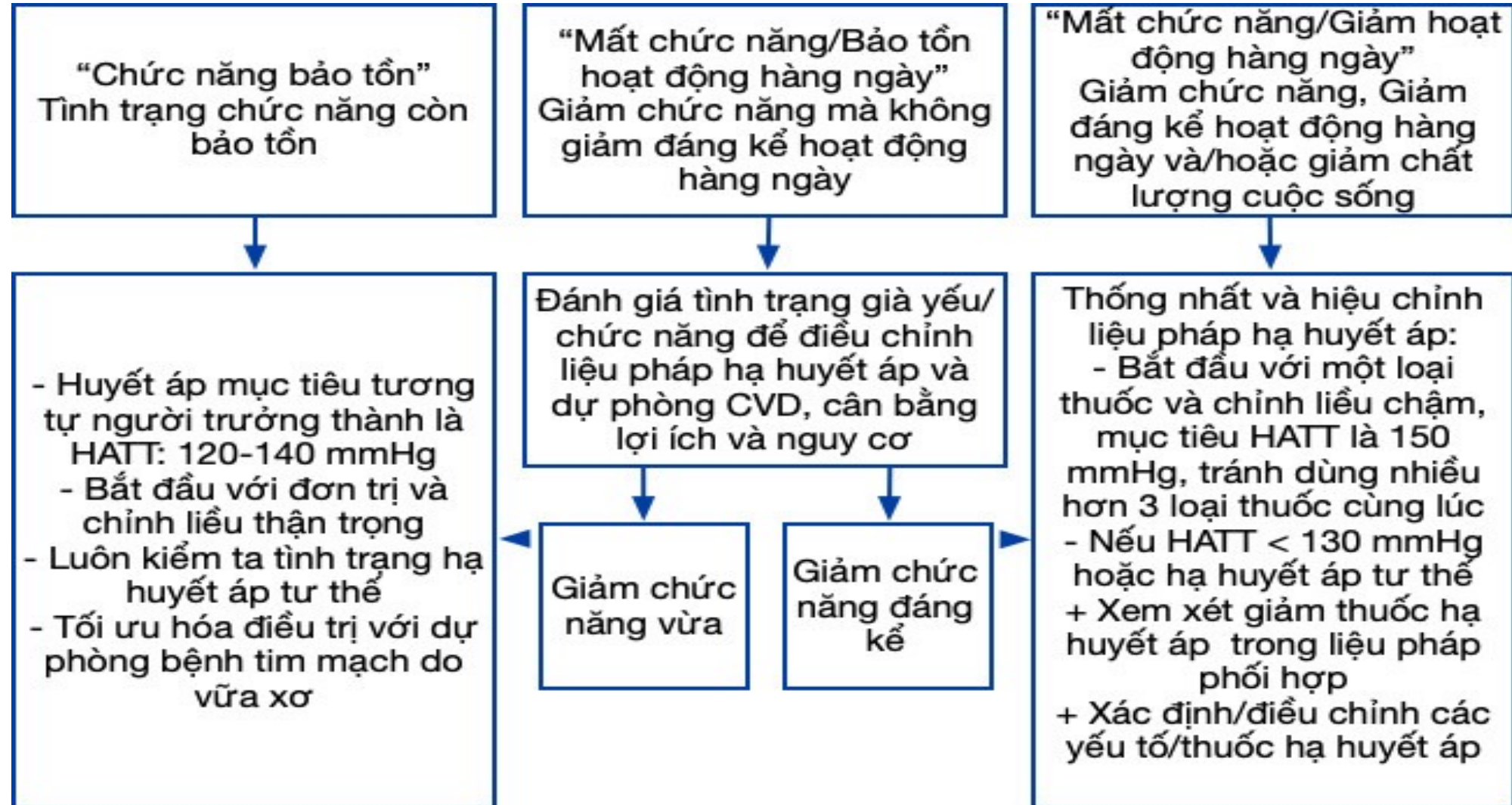
## CƠ CHẾ GÂY CƯỜNG ALDOSTERONE NGUYÊN PHÁT TRONG THA



Khuyến cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ở người lớn THA, việc sàng lọc cường aldosteron nguyên phát được khuyến cáo khi có bất kỳ một trong những tình trạng sau: THA kháng trị, hạ kali máu (ngẫu phát hay thật sự, nếu dùng lợi tiểu), phát hiện có khối u thượng thận, tiền sử gia đình có THA sớm, hoặc đột quỵ khi tuổi còn trẻ (<40 tuổi).	I	C
Định lượng aldosterone huyết thanh: tỷ lệ renin hoạt động được khuyến cáo khi sàng lọc cường aldosterone nguyên phát ở người lớn.	I	C
Ở người lớn THA và XN dương tính với cường aldosteron nguyên phát, cần tham khảo chuyên gia THA hoặc nhà nội tiết để đánh giá thêm hoặc điều trị.	I	C

Khuyến Cáo	Loại	Mức Chứng Cứ
Ngưỡng HA ở người cao tuổi cần điều trị thuốc hạ áp là tùy theo tình trạng bệnh nhân, chung $\geq 140/90\text{mmHg}$ . Ngưỡng rất già $>80$ tuổi là $>160/90\text{mmHg}$	I	B
Đích hạ HA ở người cao tuổi chung đối với HATT là $<140\text{mmHg}$ , có thể hạ thấp $<130\text{mmHg}$ nếu dung nạp được và sống với gia đình, có thể hạ thấp hơn nữa với TTR $120-<140\text{mmHg}$ , đích HATTr là $70-80\text{mmHg}$	I	C
Theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc điều trị	I	C
Đích hạ HA với người rất già là theo tình trạng chức năng tâm thần và chức năng hoạt động hàng ngày mà chọn đích thích hợp	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

# THA NGƯỜI CAO TUỔI



# TỐI ƯU HÓA CHIẾN LƯỢC CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ HA VÀ THEO DÕI

11

- Vai trò thầy thuốc lâm sàng
- Bệnh nhân là trung tâm
- Thuốc điều trị
- Hệ thống chăm sóc sức khỏe
- Gia đình và xã hội
- BHYT
- TELEMEDICINE

# THEO DÕI

## THIẾT YẾU

- THA phát hiện lần đầu: cơ sở PK, Bệnh viện bảo đảm xác định THA và phân tầng nguy cơ và cần được tái khám quản lý theo dõi định kỳ mỗi 2-4 tuần trong 3 tháng đầu xem đạt đích? Sau đó tự theo dõi và tái khám định kỳ mỗi 3 tháng hay khi có bất thường

## TỐI ƯU

- Phát hiện các tác dụng phụ?
- Tuân thủ thuốc?
- Phối hợp ý kiến chuyên gia
- Telemedicine



- **Chẩn đoán và điều trị THA theo cá thể hóa với xác định ngưỡng và đích cần điều trị thuốc và TĐLS dựa vào chứng cứ có hiệu quả an toàn với sớm đạt đích và duy trì thời gian HA trong ranh giới đích (TTR) ổn định nếu dung nạp được**
- **Ngưỡng bắt đầu điều trị thuốc và đích cần đạt HA từ HA Bình Thường Cao có BTMXV, ĐTD, BTM, Đột quy, Nguy Cơ Cao đến THA cần điều trị thuốc ngay với đích HA là < 130/80mmHg**
- **Điều trị cần tích cực TĐLS và phối hợp thuốc sớm với liệu trình đơn giản, thiết yếu theo thuốc sẵn có và tối ưu với cốt lõi viên phối hợp liều cố định từ thấp đến liều thông thường: A+C, A+C+D ...**
- **Khuyến cáo chỉ là một hướng dẫn. Người thầy thuốc lâm sàng phải thẩm định để chọn lựa phương thức chẩn đoán và điều trị hướng đến mục tiêu y khoa, cá thể hóa chính xác (precision/ personalized medicine)**





**Adherence: main barrier to control**

- **AWARENESS**
- **ACCURATE**
- **ADHERENCE**

**BST XIN CẢM ƠN:**

- **GS JIQUANG WANG** Chủ Tịch Liên Đoàn THA Trung Quốc.
- **GS NISHIYMA**. CT Hội THA Nhật .
- **GS YOON CHIN CHIA** Cựu CT HTHA Malaysia và **GS. KAZUOMI KARIO**, HOPE ASIA NETWORK cùng đồng hành hỗ trợ hợp tác với Tuyên Bố OKINAWA 2021





# Main Sources



1. European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Guidelines [Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018; 36(10): 1953–2041.].
2. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/AphA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guidelines Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2017; 71(6):e13–e115.].
3. Weber MA, Poulter NR, Schutte AE, et al. Is it time to reappraise blood pressure thresholds and targets? Statement from the International Society of Hypertension—a global perspective. *Hypertension* 2016;68:266–268.
4. NICE Guideline: Hypertension in adults: diagnosis and management. Published: 28 August 2019 [www.nice.org.uk/guid](http://www.nice.org.uk/guid)
5. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. [Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. *Eur Heart J* 2020;41:111–188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455]. [ance/ng136](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455).
6. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2019). *Hypertens Res* 2019; 42:1235–1481
7. 2018. VSH/VNAH guidelines for the management of hypertension, JVn
8. Yook-Chin Chia Comparison of guidelines for the management of hypertension: Similarities and differences between international and Asian countries; perspectives from HOPE-Asia Network. *J Clin Hypertens*. 2021;00:1–13.
9. Robert M. Carey ; Guideline-Driven Management of Hypertension. An Evidence-Based Update . *Circulation Research*. 2021;128:827–846  
the EASD: The Task Force for diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). [Cosentino F, Peter J, Grant PJ, Aboyans V et al. *Eur Heart J* 2020; 41:255–323, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486>].
10. The HOPE Asia Network contributes largely to evidence for this region: [Kario K et al. HOPE Asia (Hypertension Cardiovascular Outcome Prevention and Evidence in Asia) Network. The HOPE Asia Network for “zero” cardiovascular events in Asia. *J Clin Hypertens* 2018; 20:212–214].
11. World Health Organization, HEARTS Technical Package: [[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/hearts/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/)]: The HEARTS package contains free modules (in English, French, Spanish, and Russian) on, for example, healthy-lifestyle counseling;
12. World Heart Federation Roadmap to the Management and Control of Raised Blood Pressure provides guidance on achieving the target of a relative reduction of the prevalence of raised blood pressure by 25% by 2025: <https://www.world-heart-federation.org/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/hypertension>
13. 2019 ESC Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration  
**Unger et al 2020 ISH Global Hypertension Practice Guidelines**
14. 2018 Chinese Guidelines for Prevention and Treatment of— A report of the Revision Committee of Chinese Guidelines for Prevention and Treatment of Hypertension. Liu LS, Wu ZS, Wang JG, Wang W. *J Geriatr Cardiol* (2019) 16: 182–241 HIS

15. Alexandros Kasiakogias et al Hypertension and heart failure with preserved ejection fraction: position paper by the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 39:1522–1545 ;DOI:10.1097/HJH.000000000000291
16. Marios Arvanitis, et all Linear and Nonlinear Mendelian Randomization Analyses of the Association Between Diastolic Blood Pressure and Cardiovascular Events The J-Curve Revisited. *Circulation*. 2021;143:895–906. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049819
17. Salim S. Virani et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update: Summary. *Circulation*. 2021;143:e254–e743. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000950
18. Jiabin Zang et al. Intensive blood pressure treatment in coronary artery disease: Implications from the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). *Journal of Human Hypertension*.. 2021<https://doi.org/10.1038/s41371-021-00494-8>
19. George Bakris, MD, a Hillel Sternlicht, MD, b Time in Therapeutic Range Redefining “Optimal” Blood Pressure control\*<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.01.019>
20. Michael Böhm Myocardial reperfusion reverses the J-curve association of cardiovascular risk and diastolic blood pressure in patients with left ventricular dysfunction and heart failure after myocardial infarction: insights from the EPHEBUS trial *European Heart Journal* (2020) 41, 1673–1683
21. Roland E. Schmieder European Society of Hypertension position paper on renal denervation 2021. *J Hypertens* 38:000–000
22. Laura A. Magee\*, Peter von Dadelszen. Management of Hypertension in Pregnancy *Maternal-Fetal Medicine* (2021) 3:2
23. Jones DW, Whelton PK, Allen N, et al. Management of stage 1 hypertension in adults with a low 10-year risk for cardiovascular disease: filling a guidance gap: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2021;77:e58-e67.