

Hướng dẫn điều trị tăng huyết áp 2018:

Những điểm mấu chốt đối với thực hành

PGS TS Hồ Huỳnh Quang Trí
Viện Tim – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

ESC/ESH vs. ACC/AHA Hypertension Guideline

ESC/ESH 2018 (June)

ACC/AHA 2017 (Nov)

Category	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)	Category	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and <80	Normal	<120	and <80
Normal	120-129	and 80-84	Elevated BP	120-129	and <80
High Normal	130-139	and/or 85-89	Stage 1	130-139	or 80-89
Grade 1	140-159	and/or 90-99	Stage 2	≥140	or ≥90
Grade 2	160-179	and/or 100-109	Hypertensive crisis	≥180	or ≥120
Grade 3	≥ 180	and/or ≥ 110			

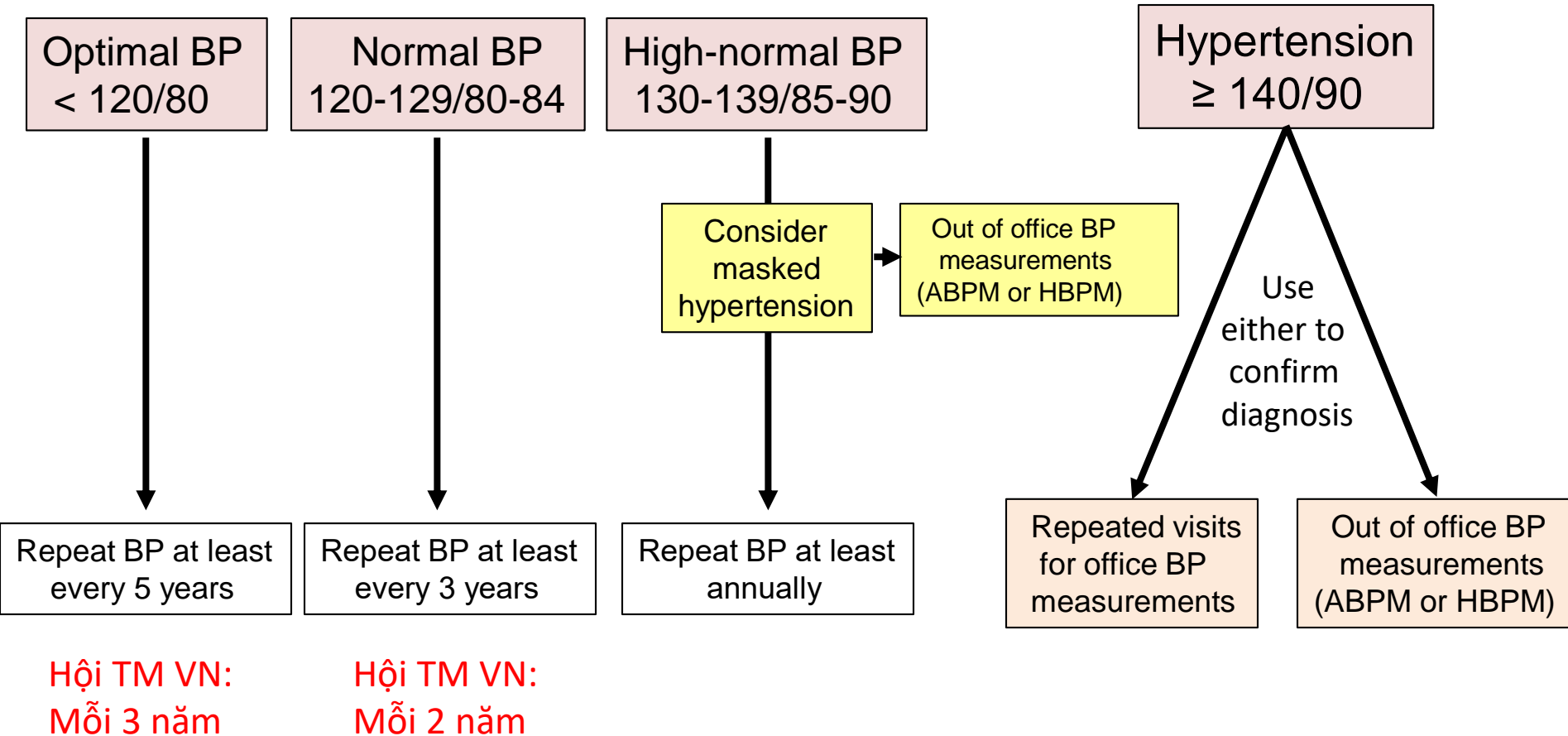
Definition of hypertension according to office*, ambulatory, and home blood pressure levels

Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Office BP*	≥ 140	and/or	≥ 90
Ambulatory BP			
Daytime (or awake) mean	≥ 135	and/or	≥ 85
Night-time (or asleep) mean	≥ 120	and/or	≥ 70
24-h mean	≥ 130	and/or	≥ 80
Home BP mean	≥ 135	and/or	≥ 85

* Conventional office BP rather than unattended office BP.

2018 ESC/ESH Guidelines for the treatment of hypertension

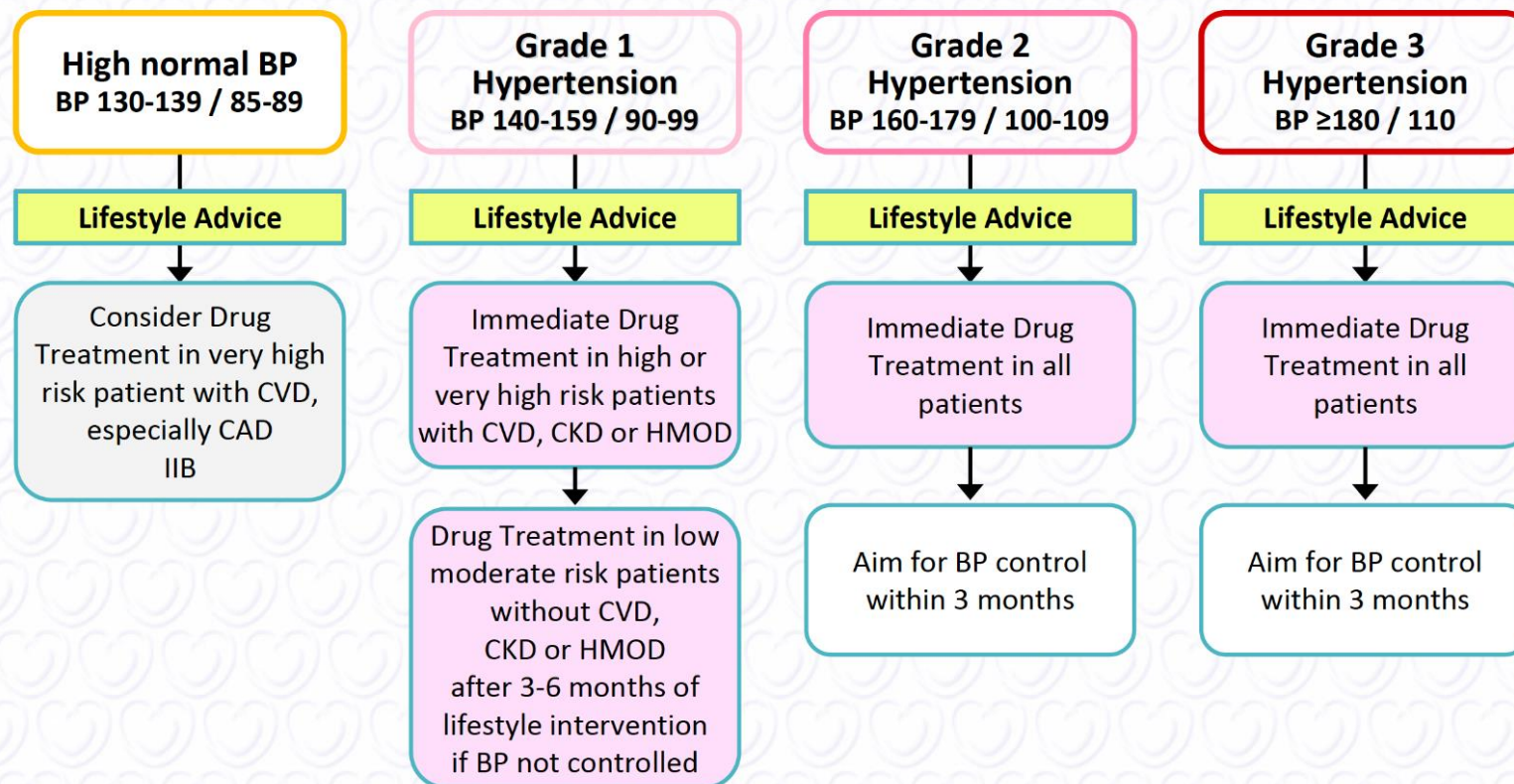
Screening and diagnosis of hypertension



Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mm Hg) grading			
		High-normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP \geq 180 DBP \geq 110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate-high risk	High risk
	\geq 3 risk factors	Low-moderate risk	Moderate-high risk	High risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate-high risk	High risk	High risk	High-very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade \geq 4, or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Office Blood Pressure Thresholds for Treatment



Summary - Office BP Thresholds for Treatment

Age group	Office SBP treatment threshold (mmHg)					Diastolic treatment Threshold (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18–65 years	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140 ^a	≥ 140 ^a	≥ 90
65–79 years	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140 ^a	≥ 140 ^a	≥ 90
≥ 80 years	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Diastolic treatment threshold (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

^aTreatment may be considered in these very high-risk patients with high-normal SBP (i.e. SBP 130–140 mmHg)

Mục tiêu HA cần đạt khi điều trị (ESC/ESH 2018)

- HA < 140/90 mm Hg là mục tiêu đầu tiên cần đạt đối với tất cả bệnh nhân tăng HA.
- HA tâm trương < 80 mm Hg là mục tiêu được khuyến cáo đối với tất cả bệnh nhân tăng HA được điều trị bằng thuốc.

Mục tiêu HA tâm thu cần đạt đối với những đối tượng khác nhau (ESC/ESH 2018)

			Class/Level
Tuổi < 65	120 đến < 130 mm Hg	(được khuyến cáo)	IA
Tuổi ≥ 65	130 đến < 140 mm Hg	(được khuyến cáo)	IA*
Đái tháo đường	130 mm Hg hoặc thấp hơn**	(được khuyến cáo)	IA
Bệnh mạch vành	130 mm Hg hoặc thấp hơn	(được khuyến cáo)	IA
Bệnh thận mạn	130 đến < 140 mm Hg	(được khuyến cáo)	IA
Sau đột quỵ /TIA	120 đến < 130 mm Hg	(xem xét)	IlaB

*Theo dõi sát các biến cố ngoại ý /**Nếu dung nạp được.

Điều trị tăng huyết áp (ESC/ESH 2018)

Chiến lược điều trị bằng thuốc

Khuyến cáo	Class	Level
Tất cả các nhóm thuốc điều trị tăng HA gồm ỨCMC, chẹn thụ thể AT, chẹn beta, chẹn canxi và lợi tiểu (thiazide và giống thiazide như chlorthalidone và indapamide) đều có hiệu quả hạ HA và giảm biến cố tim mạch được chứng minh trong các TNLS, và do vậy đều được chỉ định như là nền tảng của các chiến lược điều trị tăng HA.	I	A
Phối hợp thuốc được khuyến cáo khởi trị cho hầu hết bệnh nhân tăng HA. Các phối hợp thuốc được ưa chuộng gồm một thuốc ức chế hệ RA (ỨCMC hoặc chẹn thụ thể AT) với một thuốc chẹn canxi hoặc lợi tiểu. Những phối hợp khác của 5 nhóm thuốc chính đều có thể được dùng.	I	A
Thuốc chẹn beta được khuyến cáo phối hợp với bất cứ thuốc nào trong số các nhóm thuốc chính khác khi có các chỉ định đặc hiệu như đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim hoặc để kiểm soát tần số tim.	I	A

Điều trị tăng huyết áp (ESC/ESH 2018)

Chiến lược điều trị bằng thuốc

Khuyến cáo	Class	Level
Nên khởi trị tăng HA bằng phối hợp 2 thuốc, tốt nhất là với viên 2 trong 1 (Các trường hợp ngoại lệ là bệnh nhân cao tuổi suy yếu và bệnh nhân tăng HA độ 1, nhất là nếu HA tâm thu < 150 mm Hg).	I	B
Nếu HA không được kiểm soát với phối hợp 2 thuốc, nên tăng cường điều trị bằng phối hợp 3 thuốc, thường là một thuốc ức chế hệ RA + một thuốc chẹn canxi + một thuốc lợi tiểu thiazide/giống thiazide, tốt nhất là ở dạng viên 3 trong 1.	I	A
Nếu HA không được kiểm soát với phối hợp 3 thuốc, nên tăng cường điều trị bằng cách phối hợp thêm spironolactone, hoặc nếu thuốc này không dung nạp được, với amiloride hoặc lợi tiểu khác liều cao hơn hoặc một thuốc chẹn beta hoặc một thuốc chẹn alpha.	I	B

Chống chỉ định với thuốc điều trị tăng huyết áp (ESC/ESH 2018)

Thuốc	Chống chỉ định	
	Tuyệt đối	Tương đối
Lợi tiểu thiazide/giống thiazide (chlorthalidone, indapamide)	<ul style="list-style-type: none">- Gout	<ul style="list-style-type: none">- Hội chứng chuyển hóa- Rối loạn dung nạp glucose- Có thai- Tăng canxi máu- Hạ kali máu
Chẹn beta	<ul style="list-style-type: none">- Hen phế quản- Bloc xoang nhĩ /nhĩ thất độ cao- Nhịp chậm (tần số tim < 60/phút)	<ul style="list-style-type: none">- Hội chứng chuyển hóa- Rối loạn dung nạp glucose- Vận động viên
Chẹn canxi DHP		<ul style="list-style-type: none">- Rối loạn nhịp nhanh- Suy tim (HFrEF, NYHA III hoặc IV)- Phù chân nặng đã có sẵn
Chẹn canxi không DHP (verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none">- Bloc xoang nhĩ /nhĩ thất độ cao- LVEF < 40%- Nhịp chậm (tần số tim < 60/phút)	<ul style="list-style-type: none">- Táo bón
Ức chế men chuyển	<ul style="list-style-type: none">- Có thai- Tiền sử phù mạch- K máu > 5,5 mmol/l- Hẹp động mạch thận 2 bên	<ul style="list-style-type: none">- Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy
Chẹn thụ thể angiotensin	<ul style="list-style-type: none">- Có thai- K máu > 5,5 mmol/l- Hẹp động mạch thận 2 bên	<ul style="list-style-type: none">- Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy

Khởi trị bằng phối hợp thuốc liều cố định

Drug Treatment Strategy

A single Pill strategy to improve BP control rates

- Khởi trị bằng phối hợp 2 thuốc được khuyến cáo cho phần lớn bệnh nhân THA.
- Nên kết hợp 2 hay 3 thuốc trong 1 viên duy nhất.
- Kết hợp nhiều thuốc trong 1 viên giúp đơn giản hóa phác đồ, cải thiện tuân trị và cải thiện tỉ lệ kiểm soát huyết áp

Điều trị tăng HA không biến chứng (ESC/ESH 2018)

1 viên

Khởi trị
Phối hợp 2 thuốc

ỨCMC hoặc CTTA + chẹn canxi hoặc lợi tiểu

Xem xét đơn trị ở BN tăng HA độ 1 hoặc rất cao tuổi (≥ 80)

1 viên

Bước 2
Phối hợp 3 thuốc

ỨCMC hoặc CTTA + chẹn canxi + lợi tiểu

2 viên

Bước 3
Phối hợp 3 thuốc + spironolactone hoặc thuốc khác

Tăng HA kháng trị
Thêm spironolactone (25-50 mg/ngày) hoặc lợi tiểu khác, chẹn alpha hoặc chẹn beta

Xem xét chuyển đến trung tâm chuyên khoa khảo sát tiếp

Xem xét dùng thuốc chẹn beta ở tất cả các bước điều trị khi có chỉ định đặc hiệu như suy tim, ĐTN, sau NMCT, rung nhĩ hoặc phụ nữ trẻ đang có thai hoặc định có thai

Phác đồ điều trị này cũng thích hợp cho những bệnh nhân có tổn thương cơ quan đích do tăng HA, bệnh mạch máu não, đái tháo đường hoặc bệnh động mạch ngoại vi.

Điều trị tăng HA kèm bệnh mạch vành (ESC/ESH 2018)

1 viên

Khởi trị
Phối hợp 2 thuốc

**ƯCMC hoặc CTTA + chẹn β hoặc chẹn canxi
hoặc chẹn canxi + lợi tiểu hoặc chẹn β
hoặc chẹn β + lợi tiểu**

Xem xét đơn trị
ở BN tăng HA
độ 1 hoặc rất
cao tuổi (≥ 80)

1 viên

Bước 2
Phối hợp 3 thuốc

Phối hợp 3 thuốc trong số các thuốc trên

Xem xét khởi trị
khi HATT ≥ 130
ở BN nguy cơ
rất cao có bệnh
TM do XVDM

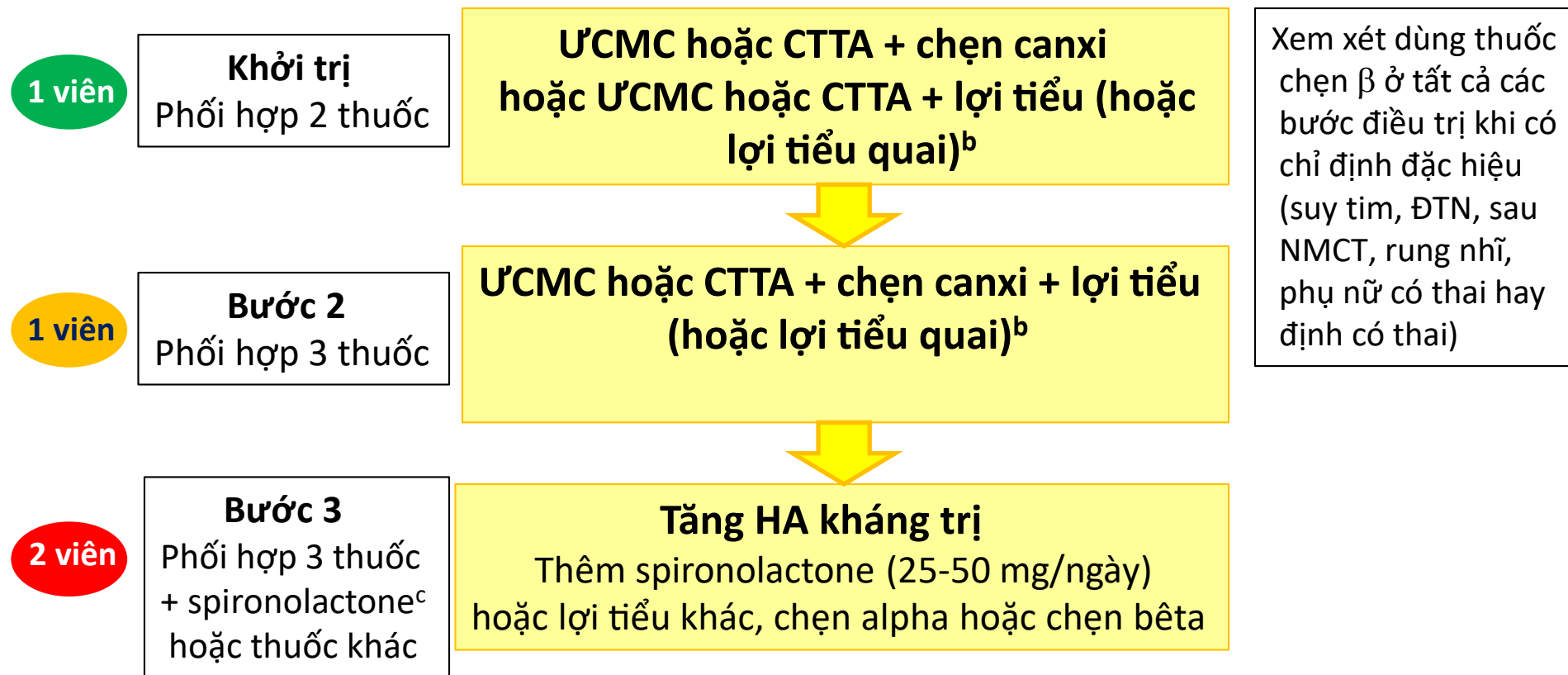
2 viên

Bước 3
Phối hợp 3 thuốc
+ spironolactone
hoặc thuốc khác

Tăng HA kháng trị
Thêm spironolactone (25-50 mg/ngày)
hoặc lợi tiểu khác, chẹn alpha hoặc chẹn beta

Xem xét chuyển
đến trung tâm
chuyên khoa
khảo sát tiếp

Điều trị tăng HA kèm bệnh thận mạn^a (ESC/ESH 2018)



Giảm eGFR và tăng creatinine HT có thể xảy ra ở người bệnh thận mạn được cho dùng thuốc điều trị tăng HA, đặc biệt là ƯCMC hoặc CTTA, tuy nhiên nếu creatinine HT tăng > 30% nên đánh giá xem có bệnh mạch máu thận hay không.

^aBệnh thận mạn được định nghĩa là eGFR < 60 ml/min/1,73m² có hoặc không kèm đạm niệu.

^bDùng lợi tiểu quai khi eGFR < 30 ml/min/1,73m². Lợi tiểu thiazide ít hiệu quả ở mức eGFR này.

^cThận trọng: nguy cơ \uparrow K máu với spironolactone, nhất là khi eGFR < 45 hoặc K⁺ nền \geq 4,5 mmol/l.

Vai trò dự phòng thứ phát của statin và aspirin

Managing CV risk beyond BP

Very high risk	<p>People with any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documented CVD, clinical or unequivocal on imaging <ul style="list-style-type: none"> – Clinical CVD includes; acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, coronary or other arterial revascularisation, stroke, TIA, aortic aneurysm, PAD – Unequivocal documented CVD on imaging includes: significant plaque (i.e. $\geq 50\%$ stenosis) on angiography or ultrasound. It does not include increase in carotid intima-media thickness • Diabetes mellitus with target organ damage, e.g. proteinuria or a with a major risk factor such as grade 3 hypertension or hypercholesterolaemia. • Severe CKD (eGFR < 30 mL/min/1.73 m²) • A calculated 10-year SCORE of $\geq 10\%$
----------------	---

High risk	<p>People with any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marked elevation of a single risk factor, particularly cholesterol > 8 mmol/L (> 310 mg/dL), e.g. familial hypercholesterolaemia, grade 3 hypertension • Grade 3 hypertension (blood pressure $\geq 180/110$ mmHg) • Most other people with diabetes mellitus (except some young people with type 1 diabetes mellitus and without major risk factors, that may be moderate risk) • Hypertensive LVH • Moderate CKD eGFR $30\text{--}59$ mL/min/1.73 m²) • A calculated 10-year SCORE of $5\text{--}10\%$
-----------	---

Recommendations	Class ^a	Level ^b
CV risk assessment with the SCORE system is recommended for hypertensive patients who are not already at high or very high risk due to established CVD, renal disease, or diabetes	I	B
For patients at very high CV risk, statins are recommended to achieve LDL-C levels of < 1.8 mmol/L (70 mg/dL), or a reduction of $\geq 50\%$ if the baseline LDL-C is $1.8\text{--}3.5$ mmol/L (70–135 mg/dL)	I	B
For patients at high CV risk, statins are recommended to achieve an LDL-C goal of < 2.5 mmol/L (100 mg/dL), or a reduction of $\geq 50\%$ if the baseline LDL-C is $2.6\text{--}5.2$ mmol/L (100–200 mg/dL)	I	B

Recommendations	Class	Level
For patients at low–moderate CV risk, statins should be considered to achieve an LDL-C value of < 3.0 mmol/L (115 mg/dL)	IIa	C
Antiplatelet therapy, in particular low-dose aspirin, is recommended for secondary prevention in hypertensive patients	I	A
Aspirin is not recommended for primary prevention in hypertensive patients without CVD	III	A

^a Class of recommendation.

^b Level of evidence.

Patients at very high or high CV risk do not need formal risk assessment

Tóm tắt hướng dẫn ESC/ESH 2018

- Định nghĩa tăng HA như cũ: $\geq 140/90$ mm Hg.
- Chẩn đoán: Nhấn mạnh vai trò của đo HA ngoài phòng khám.
- Mục tiêu HA cần đạt khi điều trị:
 - < 140/90 mm Hg đối với tất cả bệnh nhân tăng HA.
 - < 130/80 mm Hg nếu tuổi < 65 tuổi hoặc tăng HA kèm ĐTĐ, bệnh mạch vành, hoặc tiền sử đột quỵ/TIA.
- Cả 5 nhóm thuốc điều trị tăng HA chính đều được chỉ định như là nền tảng của các chiến lược điều trị tăng HA.

Tóm tắt hướng dẫn ESC/ESH 2018

- Khởi trị bằng phối hợp 2 thuốc, tốt nhất là với viên 2 trong 1.
Ngoại lệ: Bệnh nhân cao tuổi suy yếu, bệnh nhân tăng HA độ 1, nhất là nếu HA tâm thu < 150 mm Hg.
- Phối hợp thuốc được ưa chuộng:

một thuốc ức chế hệ RA + một thuốc chẹn canxi hoặc lợi tiểu

Những phối hợp khác của 5 nhóm thuốc chính đều dùng được.
- Thuốc chẹn β được khuyến cáo phối hợp với bất cứ thuốc nào trong số các nhóm thuốc chính khác khi có các chỉ định đặc hiệu (đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, để kiểm soát tần số tim).

What's new and what's changed in the 2018 ESC/ESH hypertension guidelines?

CHANGE IN RECOMMENDATIONS

2013	2018
Diagnosis Office BP is recommended for screening and diagnosis of hypertension.	Diagnosis It is recommended to base the diagnosis of hypertension on: <ul style="list-style-type: none"> • Repeated office BP measurements; or • Out-of-office BP measurement with ABPM and/or HBPM if logistically and economically feasible.
Treatment thresholds High-normal BP (130–139/85–89 mmHg): Unless the necessary evidence is obtained it is not recommended to initiate antihypertensive drug therapy at high-normal BP.	Treatment thresholds High-normal BP (130–139/85–89 mmHg): • Drug treatment may be considered when CV risk is very high due to established CVD, especially CAD
Treatment of low-risk grade 1 hypertension: Initiation of antihypertensive drug treatment should be considered in grade 1 hypertensive patients at low to moderate risk, when remains within this range despite a reasonable period of time with lifestyle measures.	Treatment of low-risk grade 1 hypertension: • In patients with grade 1 hypertension at low–moderate risk and without evidence of HMOD, BP-lowering drug treatment is recommended if the patient remains hypertensive, after a period of lifestyle intervention.

What's new and what's changed in the 2018 ESC/ESH hypertension guidelines?

CHANGE IN RECOMMENDATIONS

2013

Treatment thresholds

Older patients

Antihypertensive drug treatment **may be considered** in the elderly (at least when younger than 80 years) **when SBP is in the 140–159 mmHg** range, provided that antihypertensive treatment is well tolerated.

BP treatment targets

A SBP goal of < 140 mmHg is recommended.

2018

Treatment thresholds

Older patients

BP-lowering drug treatment and lifestyle intervention **is recommended** in fit older patients (> 65 years but not > 80 years) when **SBP is in the grade 1 range (140–159 mmHg)**, provided that treatment is well tolerated.

BP treatment targets

It is recommended that the first objective of treatment should be to lower BP to < 140/90 mmHg in all patients and provided that the treatment is well tolerated, treated BP values **should be targeted to 130/80 mmHg or lower, in most patients.**

In patients < 65 years it is recommended that SBP should be lowered to a BP range of 120 to < 130 mmHg in most patients.

What's new and what's changed in the 2018 ESC/ESH hypertension guidelines?

CHANGE IN RECOMMENDATIONS

2013	2018
BP treatment targets in older patients (65–80 years) A SBP target between of 140 and 150 mmHg is recommended for older patients (65–80 years).	BP treatment targets in older patients (65–80 years) In older patients (≥ 65 years), it is recommended that SBP should be targeted to a BP range of 130 to <140 mmHg.
BP treatment targets in patients aged over 80 years A SBP target between 140 and 150 mmHg should be considered, provided that they are in good physical and mental condition.	BP treatment targets in patients aged over 80 years A SBP target range of 130 to < 140 mmHg is recommended for people older than 80 years, if tolerated.
DBP targets A DBP target of < 90 mmHg is always recommended, except in patients with diabetes in whom values < 85 mmHg are recommended.	DBP targets A DBP target of < 80 mmHg should be considered for all hypertensive patients, independent of the level of risk and comorbidities.

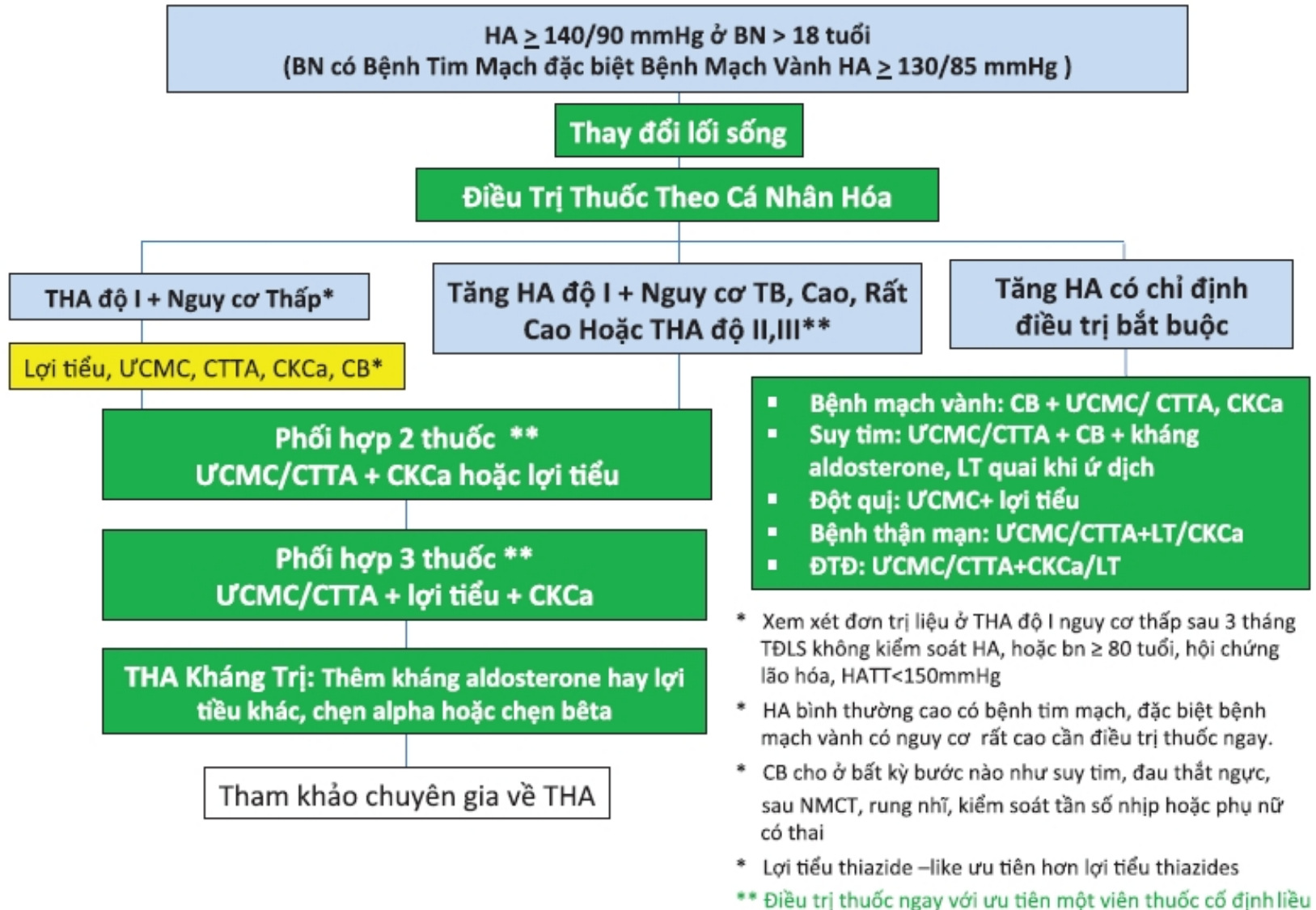
What's new and what's changed in the 2018 ESC/ESH hypertension guidelines?

CHANGE IN RECOMMENDATIONS

2013	2018
Initiation of drug treatment Initiation of antihypertensive therapy with a two-drug combination may be considered in patients with markedly high baseline BP or at high CV risk.	Initiation of drug treatment It is recommended to initiate antihypertensive treatment with a two-drug combination , preferably in a SPC . The exceptions are frail older patients and those at low risk and with grade 1 hypertension (particularly if SBP is < 150 mmHg).
Resistant hypertension Mineralocorticoid receptor antagonists, amiloride, and the alpha-1 blocker doxazosin should be considered if no contraindication exists.	Resistant hypertension Recommended treatment of resistant hypertension is the addition of low-dose spironolactone to existing treatment , or the addition of further diuretic therapy if intolerant to spironolactone, with either eplerenone, amiloride, higher-dose thiazide/thiazide-like diuretic or a loop diuretic, or the addition of bisoprolol or doxazosin.

Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn

Hội Tim mạch học VN /Phân Hội Tăng huyết áp VN 2018



Ca lâm sàng 1

- Bệnh nhân nam 61 tuổi, biết tăng HA từ 6 năm, điều trị không đều.
- Đến khám vì mỗi gáy về chiều từ 2 tuần.
- Khám lâm sàng: Tim đều 65/phút; HA 195/110 mm Hg (2 tay).
- Cận lâm sàng:
 - ECG: Nhịp xoang; Sokolow-Lyon 43 mm.
 - Siêu âm tim: LV 12 – 48 – 12 mm; EF 55%; LVMI 132 g/m².
 - FPG 6,0 mmol/L; Serum creatinine 1,1 mg/dL (MDRD 67 ml/min/1,73 m²); LDL 3,6 mmol/L; HDL 0,9 mmol/L; TG 2,3 mmol/L.

Ca lâm sàng 1

	Lần khám 1	Lần khám 2 (sau 3 tuần)	Lần khám 3 (sau 1 tháng)
Huyết áp	195/110 mm Hg	155/85 mm Hg	135/70 mm Hg
Thuốc điều trị tăng huyết áp	 The image shows a box and a blister pack of Coveram 5mg/5mg tablets. The box is pink and green, with the text 'COVERAM 5mg/5mg' and 'Perindopril arginine / amlodipine'. The blister pack is also pink and green, with the text 'COVERAM 5mg/5mg' and '30 tablets'.	 The image shows a box and a blister pack of Triplixam 5mg/1.25mg/5mg tablets. The box is white and blue, with the text 'TRIPLIXAM 5mg/1.25mg/5mg' and 'Perindopril arginine / indapamide / amlodipine'. The blister pack is also white and blue, with the text 'TRIPLIXAM 5mg/1.25mg/5mg' and '30 comprimés pelliculés film-coated tablets'.	 The image shows a box and a blister pack of Triplixam 5mg/1.25mg/5mg tablets. The box is white and blue, with the text 'TRIPLIXAM 5mg/1.25mg/5mg' and 'Perindopril arginine / indapamide / amlodipine'. The blister pack is also white and blue, with the text 'TRIPLIXAM 5mg/1.25mg/5mg' and '30 comprimés pelliculés film-coated tablets'.
Điều trị kèm theo	Atorvastatin 10 mg/ngày	Atorvastatin 10 mg/ngày	Atorvastatin 10 mg/ngày

Ca lâm sàng 2

- Bệnh nhân nữ 62 tuổi, ĐTĐ tít 2 biết từ 9 năm, tăng HA biết từ 5 năm, đột quí 3 năm trước.
- Không tái khám > 1 năm nhưng vẫn uống thuốc đều: perindopril-indapamide (5-1,25 mg/ngày) + metformin (850 mg x 2/ngày) + aspirin (81 mg/ngày).
- Khám lâm sàng: Tim đều 75/phút; HA 150/80 mm Hg.
- HA lưu động 24 giờ 136/82 mm Hg (ban ngày 143/86 mm Hg).
- Cận lâm sàng:
 - ECG: Nhịp xoang.
 - FPG 8,5 mmol/L; HbA_{1c} 7,9%; Serum creatinine 0,8 mg/dL; LDL 3,2 mmol/L; HDL 0,8 mmol/L; TG 3,9 mmol/L.

Ca lâm sàng 2

	Lần khám 1 (trước ABPM)	Lần khám 2 (sau 2 tuần)	Lần khám 3 (sau 1 tháng)
Huyết áp	150/80 mm Hg	148/78 mm Hg	130/70 mm Hg
Thuốc điều trị tăng huyết áp			
Điều trị kèm theo	Metformin; ASA; Atorvastatin 20	Metformin; ASA; Atorvastatin 20; Empagliflozin 10	Metformin; ASA; Atorvastatin 20; Empagliflozin 25

Cảm ơn sự chú ý của quý đồng nghiệp

