

**TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TAI BIẾN MẠCH NÃO :  
NHỮNG VẤN ĐỀ CẬP NHẬT TRONG ĐIỀU TRỊ  
Ở BỆNH NHÂN CHÂU Á**

**GS.TS. Nguyễn Lâm Việt**  
(Viện Tim mạch Việt Nam)

# THA - YẾU TỐ NGUY CƠ QUAN TRỌNG NHẤT TRONG CÁC BỆNH TIM MẠCH

- Số người bị THA rất lớn trong cộng đồng.
- Tỷ lệ THA đang có khuynh hướng  $\uparrow$  rõ ở nước ta.
- Số người THA được chẩn đoán còn thấp.
- Số BN THA được điều trị còn ít.
- Số BN THA được điều trị theo đúng cách cũng không nhiều.

mà: Các biến chứng của THA lại:

- Rất thường gặp.
- Hình thái: đa dạng.
- Mức độ: nặng nề gây tàn phế, thậm chí có thể tử vong.

# TÌNH HÌNH GIA TĂNG TỶ LỆ THA Ở NƯỚC TA

1960: 1% người trưởng thành.

1976: 1,9% người trưởng thành.

1990: 11,5% người trưởng thành.

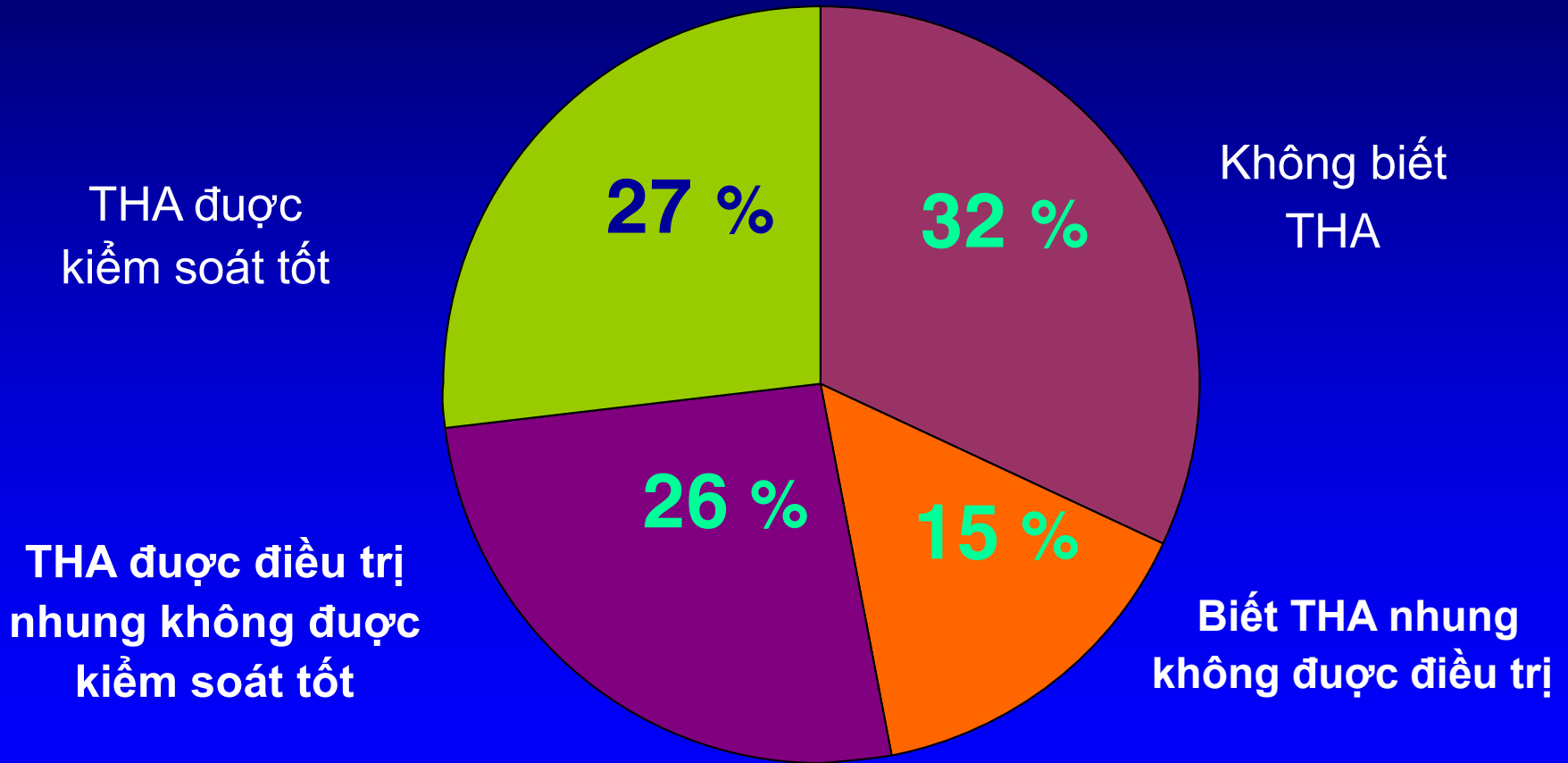
1999: 16,06% (Hà Nội).

2001: 23,2% (Nội thành Hà Nội).

2008: 25,1% (8 tỉnh và thành phố của nước ta).

# TÌNH HÌNH PHÁT HIỆN VÀ KIỂM SOÁT THA

(Theo số liệu của ban điều tra sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia Hoa kỳ 1992-1994)



# THA: YẾU TỐ NGUY CƠ CHÍNH GÂY TBMN

- THA là yếu tố nguy cơ chủ yếu trong cả hai bệnh lý: **nhồi máu não và xuất huyết não (\*)**
- Tỷ lệ đột quỵ sẽ tăng cao trong cả hai trường hợp:
  - THA tâm thu hay THA tâm trương (\*\*)

*(\*) Hypertension Primer: the Essentials of High Blood Pressure- 1999.*

*(\*\*) Lancet. 1990; 335: 765-774*

# THA: YẾU TỐ NGUY CƠ CHÍNH GÂY TBMN (tiếp)

- THA tâm thu đơn thuần là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây đột quy ở những người lớn tuổi (\*\*\*) .
- Kiểm soát được số HA sẽ:
  - + Giảm được:
    - Tỷ lệ đột quy.
    - Tổn thương cơ quan đích (suy tim, suy thận) (\*\*\*\*)

(\*\*\*) *Arch Intern Med.* 1997; 157: 2413-2446

(\*\*\*\*) *JAMA.* 1970; 213: 1143-1152

# BIẾN CHỨNG NÃO DO THA

◆ Có 2 bệnh cảnh lâm sàng chính:

① Rối loạn chức năng hệ thống thần kinh trung ương:

Bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng:

- ❖ Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn → tê hoặc liệt nhẹ hay liệt hẳn 1/2 người, liệt các dây thần kinh sọ não.
- ❖ U ám, bán mê, hôn mê.
- ❖ Rối loạn cơ tròn; Rối loạn thân nhiệt, rối loạn dinh dưỡng các cơ...

② Bệnh não do THA.

◆ Ngoài ra còn có thể có thêm bệnh cảnh của tai biến thiếu máu não cục bộ thoáng qua (AIT)

# BIẾN CHỨNG NÃO DO THA (tiếp)

## \* Nguyên nhân chủ yếu:

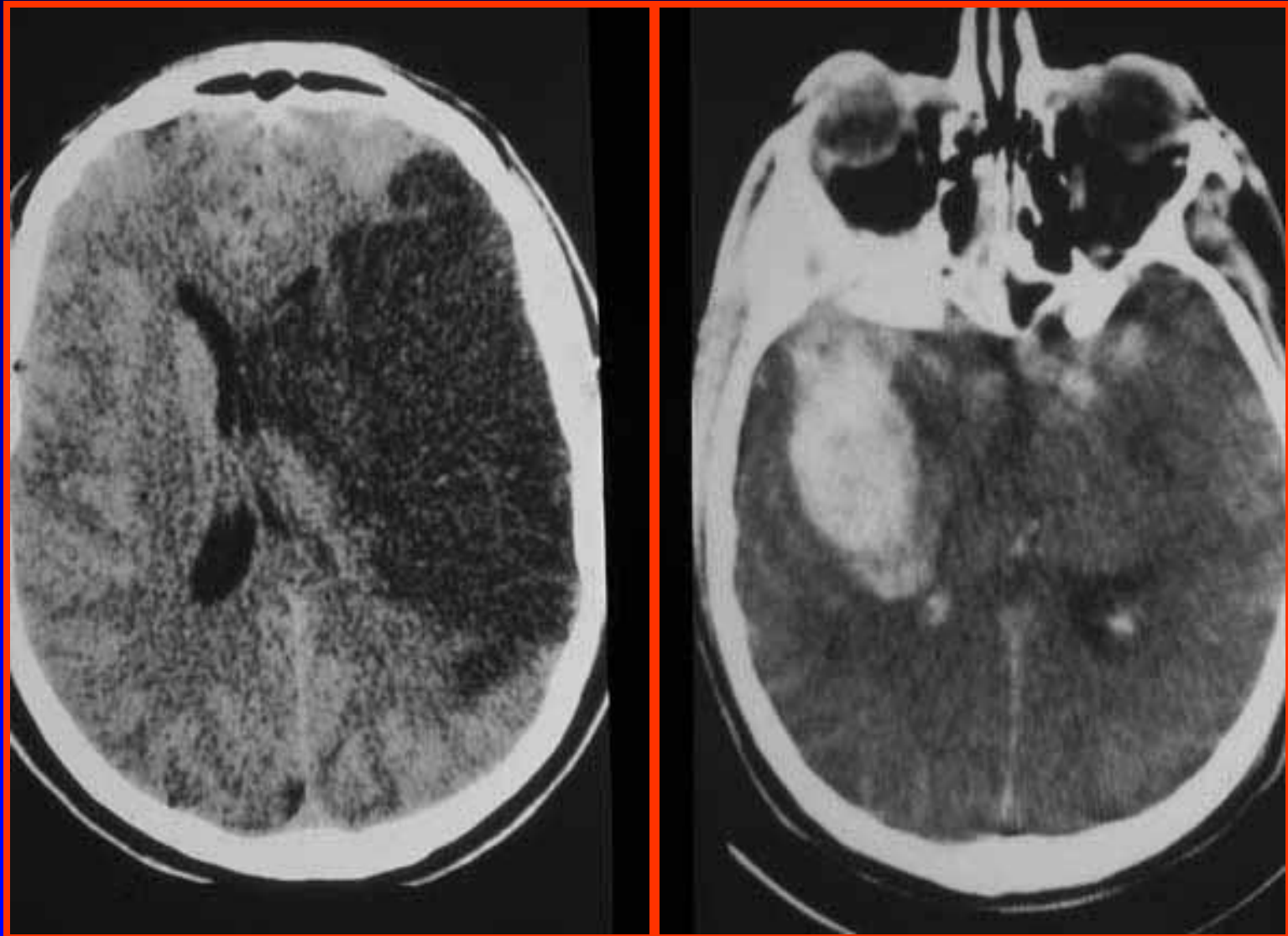
- **Nhũn não:** do THA → ↑ xơ vữa động mạch → gây nhồi máu não.
- **Xuất huyết não:**

Chính THA làm cho:

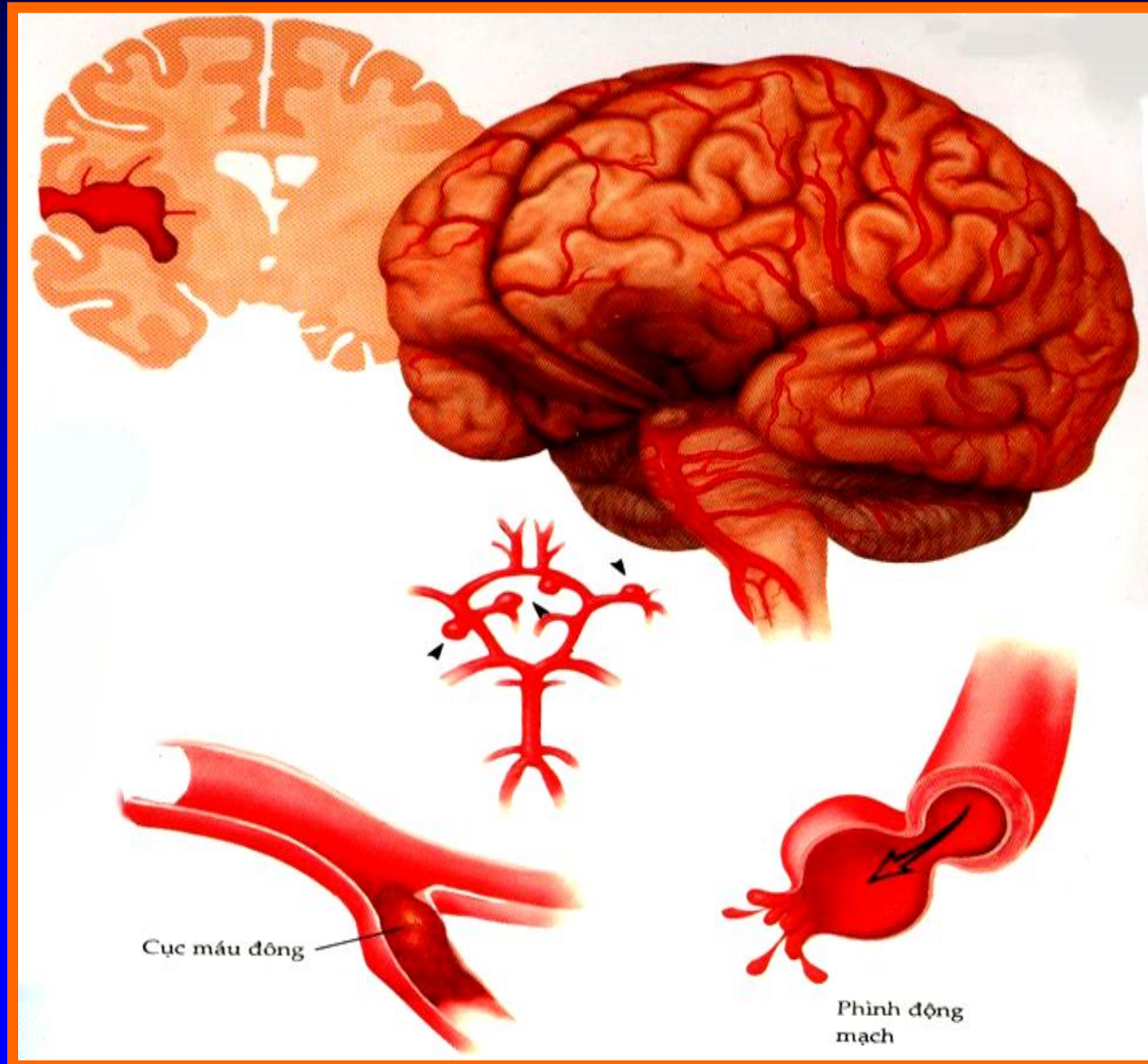
- ↑ áp lực các ĐM ở não.
- Phát triển các phình vi mạch não  
( Cerebral vascular microanevrysm)



# HÌNH ẢNH NHŨN NÃO VÀ XUẤT HUYẾT NÃO



# SƠ ĐỒ HÌNH ẢNH TẮC MẠCH NÃO VÀ PHÌNH CÁC VI MẠCH NÃO



# **TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TAI BIẾN MẠCH NÃO:**

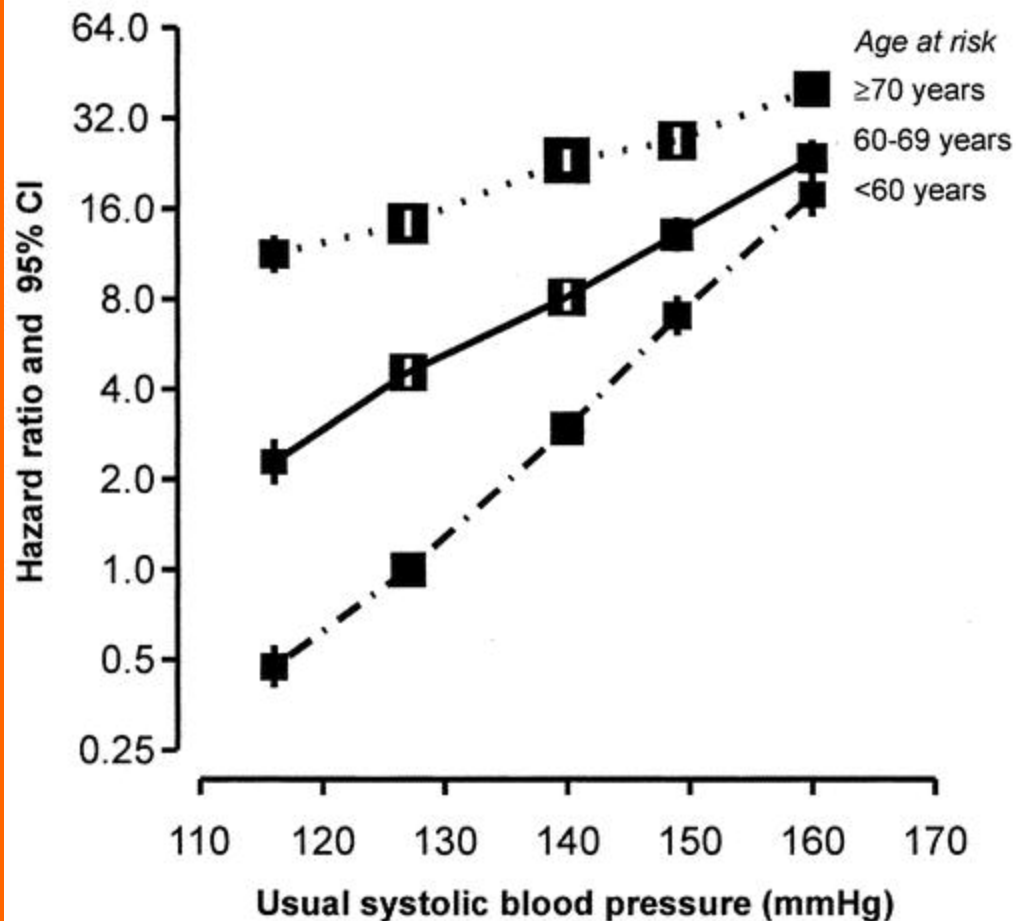
**Cái nhìn mới cho vấn đề cũ**

# THA RẤT THƯỜNG GẶP Ở BN TBMN

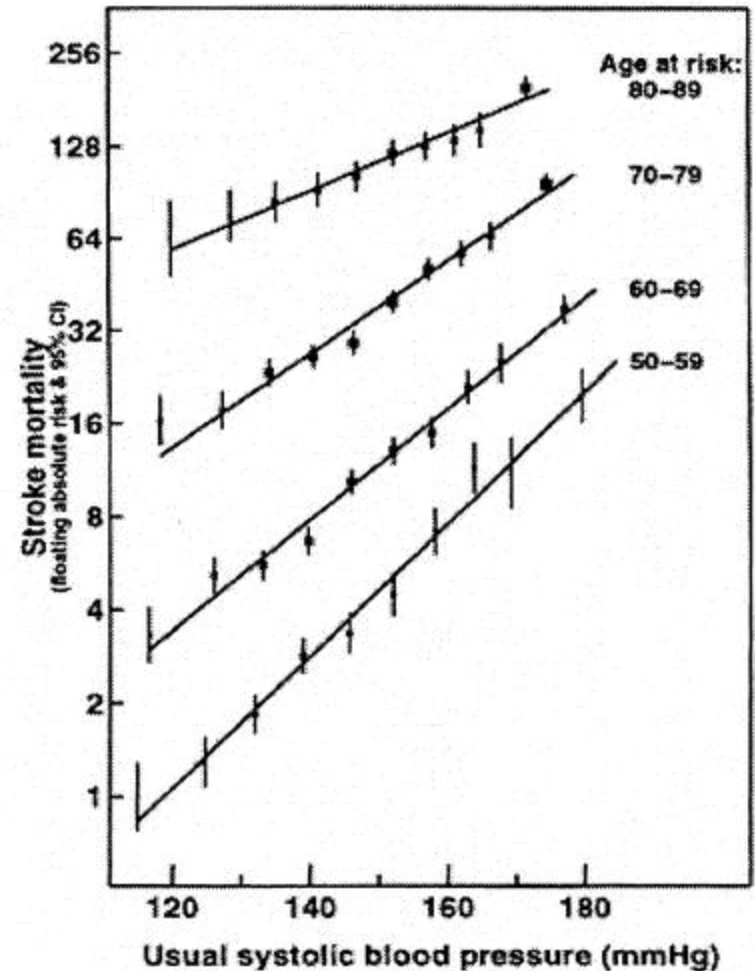
- 54% bệnh nhân TBMN có HATT > 160 mmHg (Nghiên cứu IST – International Stroke Trial).
- 48 % bệnh nhân TBMN có HATT > 160 mmHg (Nghiên cứu CAST – Chinese Acute Stroke Trial).

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA THA VÀ TBMN THEO TUỔI

Asia Pacific Cohort Studies Collaboration



Prospective Studies Collaboration



# TẠI SAO THA CÓ MỐI LIÊN QUAN CHẶT CHẼ VỚI TBMN ?

- 80 -90 % TBMN là nhũn não: Do tắc mạch não  $\Rightarrow$  gây nhồi máu não. Phần lớn THA:
    - Là do VXĐM nhưng chính THA  $\Rightarrow$  lại càng làm  $\uparrow$  VXĐM.
    - Sự nứt ra của mảng vữa xơ  $\Rightarrow$  hình thành cục máu đông (giống như trong NMCT).
    - Tăng cường quá trình hoạt hoá, tăng đông trong lòng mạch.
    - Yếu tố co thắt mạch...
- $\Rightarrow$  Gây ra hẹp, tắc lòng mạch  $\Rightarrow$  TBMN

- Fisher: đã nghiên cứu trên hàng ngàn mẫu giải phẫu bệnh trong các trường hợp TBMN và thấy :  
*“THA thúc đẩy quá trình vữa xơ động mạch não nói chung, đặc biệt gây vữa xơ và hẹp hệ thống ĐM nền sọ”* .

# TẠI SAO THA CÓ MỐI LIÊN QUAN CHẶT CHẼ VỚI TBMN ?

- 10 -20% TBMN là xuất huyết não tiên phát: Do vỡ mạch máu và gây chảy máu não. Tại sao?
  - Mạch máu não bình thường chịu được áp lực rất cao (# 1520 mmHg).
  - Phải có vai trò của tổn thương mạch máu trước đó: vữa xơ ĐM, thoái hoá bột ở người già...(có vai trò của THA?)
  - Có hiện tượng vỡ vi phình mạch não (microaneurysm): đặc biệt ở bệnh nhân THA.
  - Thường xảy ra trên vùng nhu mô não đã có sự thiếu máu cục bộ mạn tính từ trước...(Vai trò của THA?)



# ĐIỀU TRỊ TỐT THA SẼ NGĂN NGỪA ĐƯỢC ĐÁNG KỂ TỶ LỆ TBMN

## ❖ Nghiên cứu ở Bắc Mỹ và Tây Âu 1990:

- Cứ giảm 5 mmHg HATT thì giảm được 30 – 40 % nguy cơ TBMN (*Lancet 1990; 335:765-774*)

## ❖ Những nghiên cứu gần đây:

- Nghiên cứu PSC (Prospective Studies Collaboration 2002)
- Nghiên cứu APCSC (Asia – Pacific Cohort Studies Collaboration 2003)

đều chứng minh rõ được điều này.

# TỔNG HỢP TỪ 2 NGHIÊN CỨU PSC VÀ APCSC

(cứ giảm 10 mmHg HATT  $\Rightarrow$  nguy cơ TBMN sẽ đều được giảm rõ ở mọi lứa tuổi)

• Nghiên cứu PSC		• Nghiên cứu APCSC	
Tuổi	RR	Tuổi	RR
40-49	0.60	< 60	0.46
50-59	0.62	< 60-69	0.64
60-69	0.66	>70	0.75
70-79	0.71		
80-89	0.84		

# HIỆU QUẢ CỦA VIỆC ĐIỀU TRỊ THA TÂM THU ĐƠN THUẦN QUA MỘT SỐ THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG (\*)

- Syst-Eur Trial (\*) (4695 BN có THA tâm thu đơn thuần) được điều trị bằng các thuốc hạ áp ( $HA_{max}$  giảm được trung bình 20mmHg):

Kết quả:

- ↓ được 42% tỷ lệ đột quỵ so với nhóm chứng.

- SHEP (\*\*) (The systolic Hypertension in the Elderly Program):

Sau khi điều trị bằng các thuốc hạ áp đã ↓ được 36% tỷ lệ đột quỵ so với nhóm chứng.

(\*) *Lancet*. 1997; 350: 757-764

(\*\*) *JAMA*. 1991; 265: 3255-3264

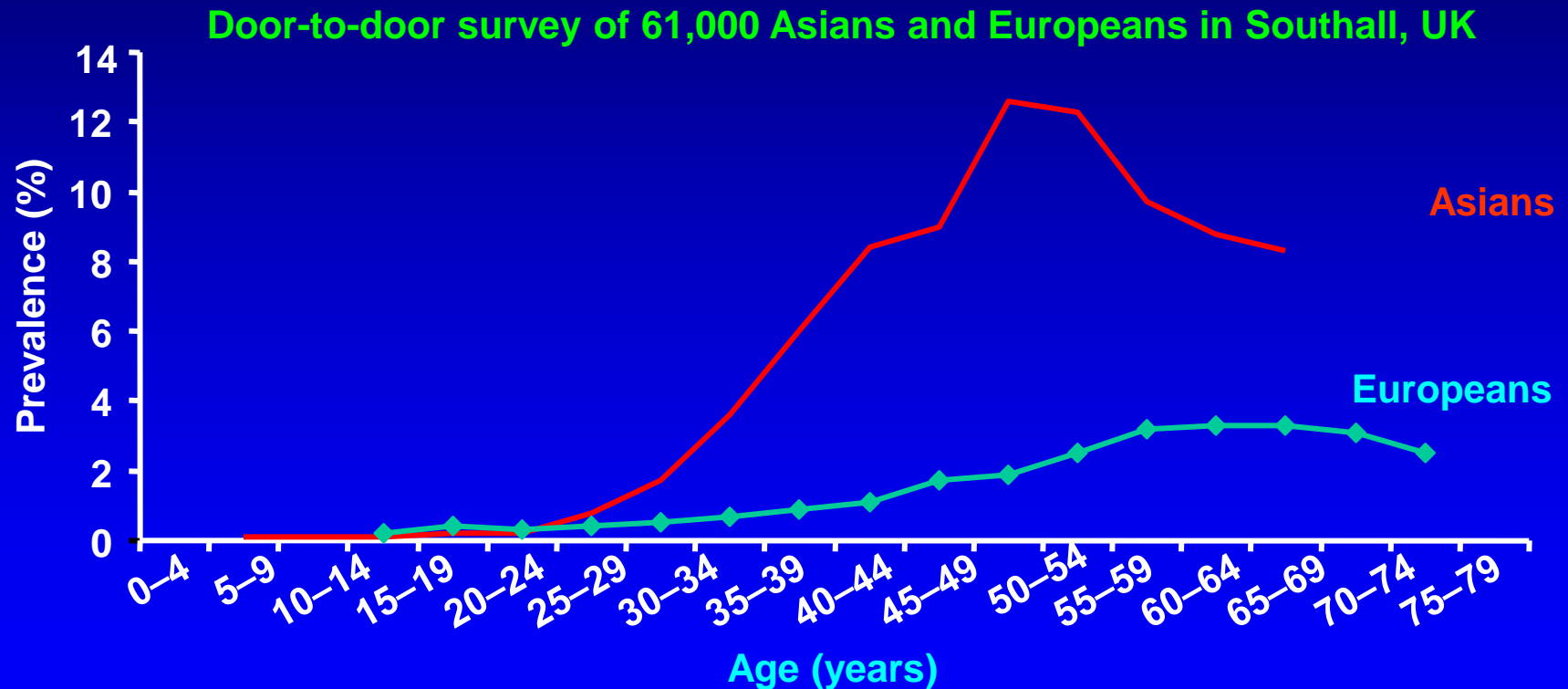
# NÊN DÙNG THUỐC HẠ ÁP NÀO ĐỂ GIẢM BỚT NGUY CƠ TBMN

- ❖ Bất kể thuốc nào có tác dụng hạ HA và phù hợp với người bệnh đều có thể làm giảm được nguy cơ TBMN so với nhóm chứng.
- ❖ Tuy nhiên:
  - Một số loại thuốc có thể có lợi ích hơn trong những trường hợp cụ thể.  
(UCMC có nhiều lợi thế trong THA có suy tim, THA có tiểu đường vv...)

**NGƯỜI CHÂU Á CÓ ĐẶC ĐIỂM VỀ  
NGUY CƠ TIM MẠCH RIÊNG BIỆT  
(ĐẶC BIỆT LÀ TBMN)**

# NGƯỜI CHÂU Á CÓ ĐẶC ĐIỂM VỀ NGUY CƠ TIM MẠCH RIÊNG BIỆT : ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- The age-adjusted prevalence of diabetes is at least 3.8 times higher in Asians\* than in Europeans

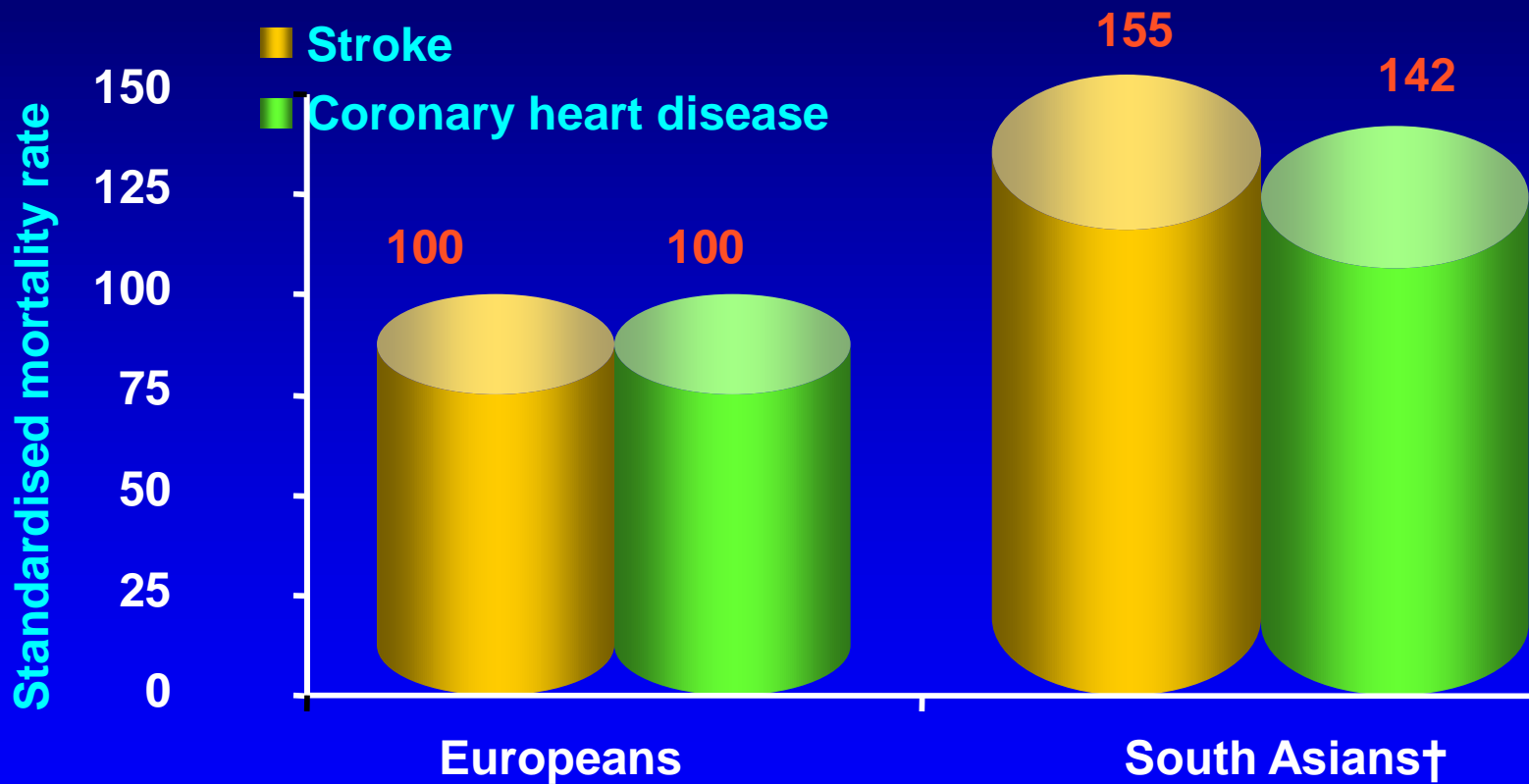


\*Of Indian or East African origin

Mather and Keen. Br Med J 1985;291:1081-4

# NGƯỜI CHÂU Á (\*) CÓ NGUY CƠ TỬ VONG DO ĐỘT QUỴ VÀ BỆNH ĐM VÀNH CAO HƠN NGƯỜI CHÂU ÂU

Study of 1,301 individuals in the Newcastle Heart Project (UK)



\*Living in Europe

†Defined as people of Indian, Pakistani and Bangladeshi ancestry

# HOT-Asia: BN CHÂU Á DỄ ĐẠT HA MỤC TIÊU HƠN KHI ĐIỀU TRỊ

% BN đạt được HA mục tiêu

HA mục tiêu	3 months	6 months	12 months	24 months	36 months	Final
<b>&lt;90 mmHg</b>						
Global*	73	79	83	85	86	86
Asia	89	97	97	99	95	97
p value	<0.01	<0.0001	<0.001	<0.001	<0.05	<0.01
<b>&lt;85 mmHg</b>						
Global*	60	67	71	75	75	73
Asia	72	77	85	90	92	92
p value	ns	ns	<0.05	<0.01	<0.01	<0.001
<b>&lt;80 mmHg</b>						
Global*	43	52	56	57	57	55
Asia	59	75	73	80	88	72
p value	<0.05	<0.001	<0.05	<0.001	<0.0001	<0.05

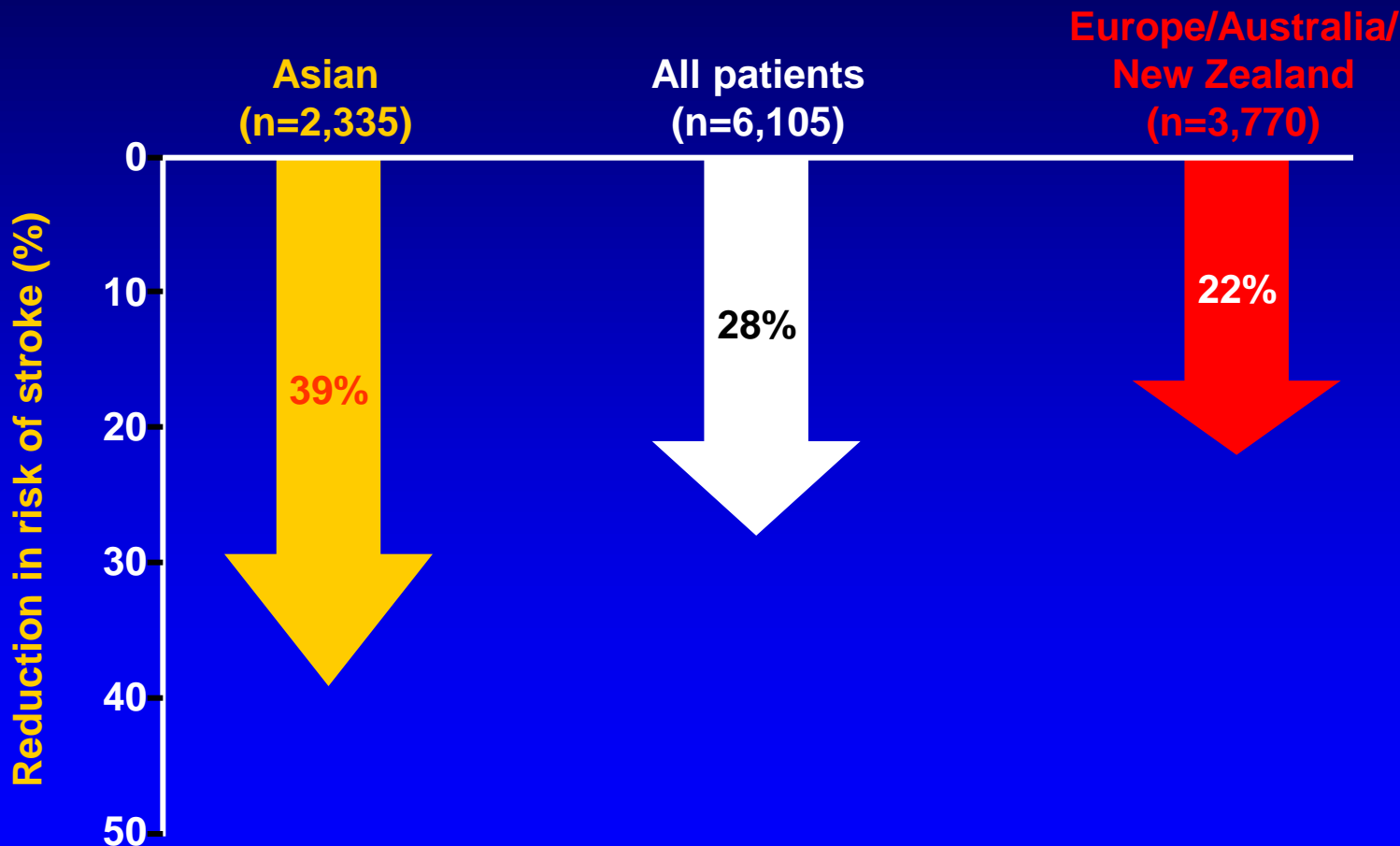
Values are expressed as percentages

ns = not significant. \*Excluding Asia. Asian population n=205



# PROGRESS: GIẢM NGUY CƠ ĐỘT QUỴ NHIỀU HƠN CHO BN CHÂU Á

Patients with a history of cerebrovascular events (stroke or TIA) within the previous 5 years. There were no BP criteria for entry



# BN NGƯỜI CHÂU Á HIỆN DIỆN RẤT ÍT TRONG NHỮNG NGHIÊN CỨU LỚN

## ❖ ASCOT-BPLA

- <5% Asian\*

## ❖ ALLHAT

- <5% Asian†

## ❖ LIFE

- 0.5% Asian

## ❖ Val-HeFT

- 2.8% Asian

## ❖ VALUE

- 2.9% Asian

\* **HOT Asia:** có 205 BN châu Á

\* **PROGRESS:** có 2.335 BN châu Á

\*Percentage of Asians not given (95% were white)

†Percentage of Asians not given (4.9% were 'others')

ASCOT = Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial

ALLHAT = Antihypertensive and Lipid-lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial

LIFE = Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension

Val-HeFT = Valsartan Heart Failure Trial

PROGRESS = Perindopril PROtection aGainst REcurrent Stroke Study

Dahlöf et al. Lancet 2005;366:895–906; ALLHAT Collaborative Group. JAMA 2002;288:2981–97

Dahlöf et al. Lancet 2002; 359:995–1003; Cohn et al. Eur J Heart Fail 2000;2:439–46

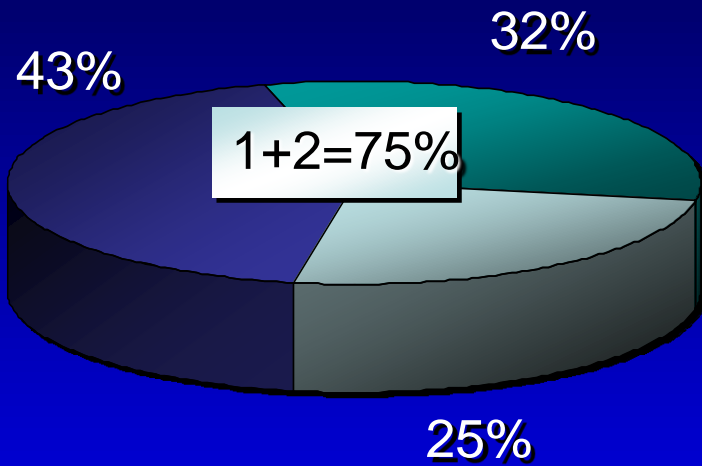
Zhu et al. Int J Clin Pract 2006;60(Suppl. 150):14–16

# NHU CẦU

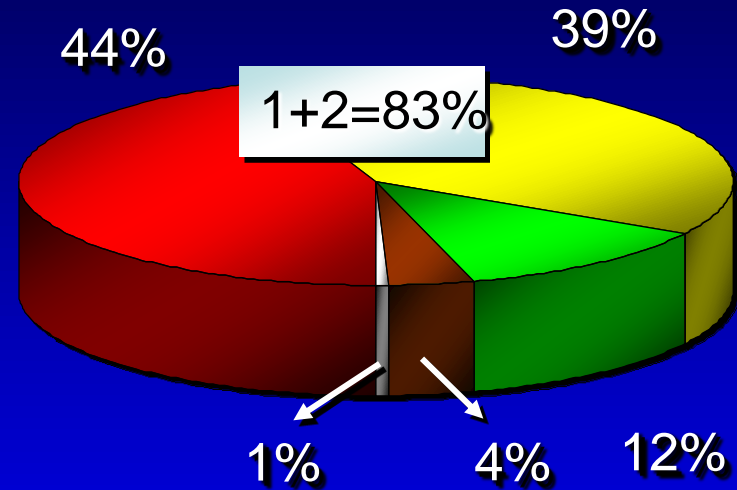
Có chứng cứ trong điều trị tăng huyết áp cho người châu Á:

- ❖ **JIKEI** (JIKEI HEART Study) ở Nhật (#3000 BN)
- ❖ **STONE** (Shanghai Trial Of Nifedipine in the Elderly): 1632 BN
- ❖ **Syst-China** (Systolic hypertension in China) : 2394 BN
- ❖ **HOT China** ở Trung Quốc: >50.000 BN
- ❖ **FEVER** (The Felodipine Event Reduction Study) ở Trung Quốc: >10.000 BN

# International HOT



# HOT-CHINA

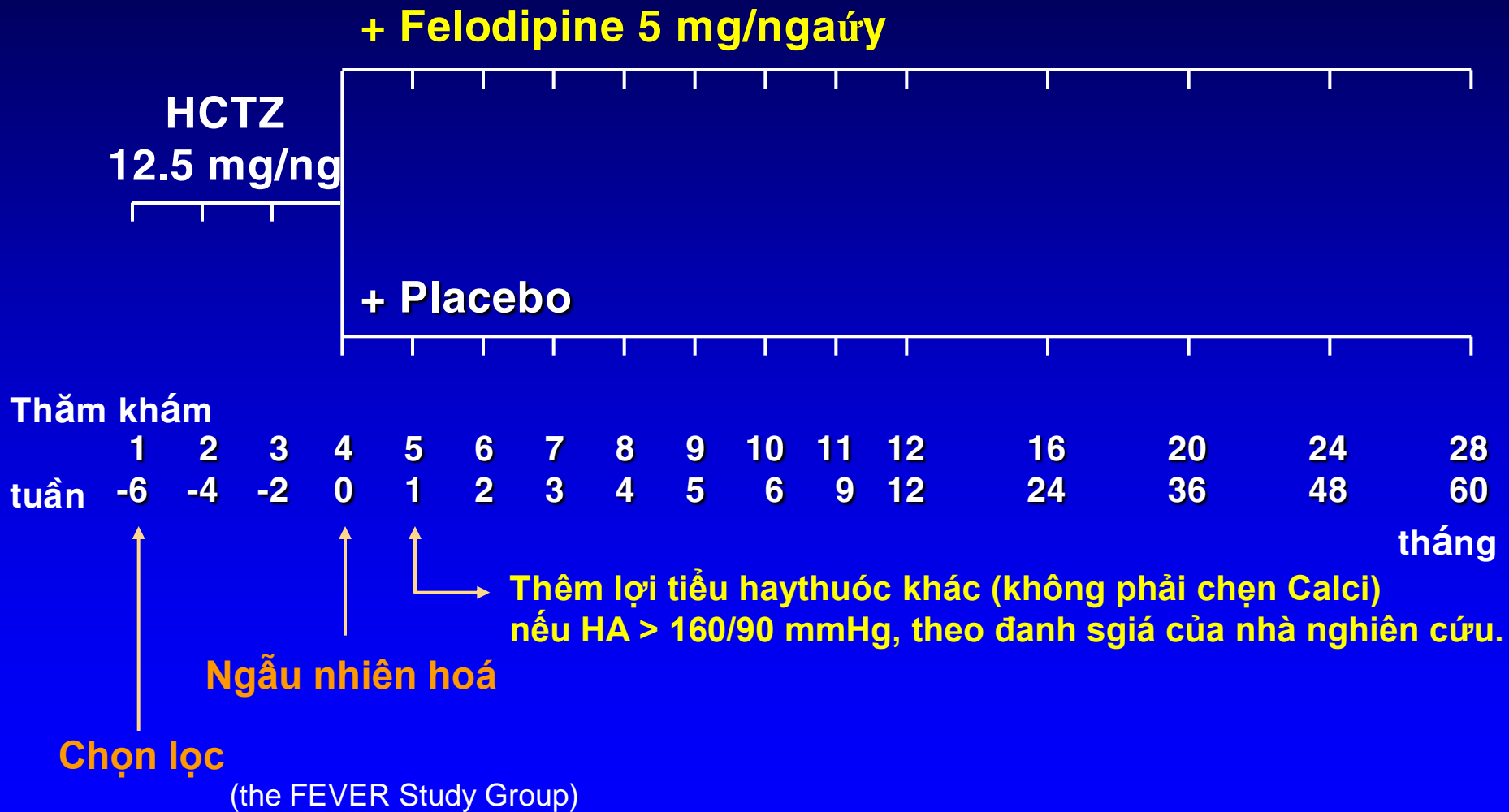


- Plendil 5mg
- Plendil 5mg + Low dose of other agents
- Increase dose of Plendil

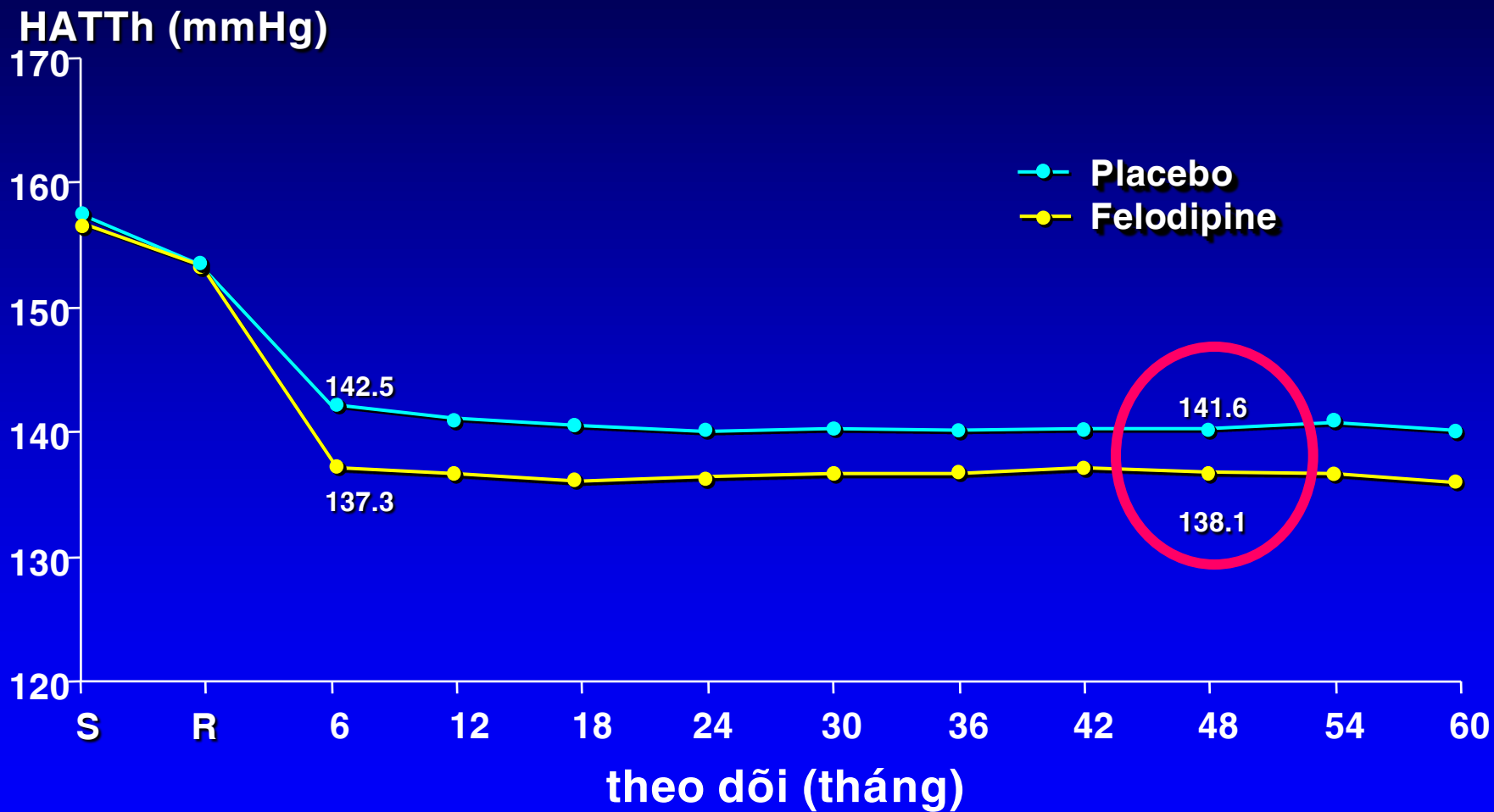
- 1st step Plendil 5mg
- 2nd step Plendil 5mg+Betaloc 25mg Bid/Low dose of ACEI
- 3rd step Plendil 10mg+Betaloc 25mg Bid/ Low dose of ACEI
- 4th step Plendil 10mg+Betaloc 50mg Bid/ Low dose of ACEI
- 5th step Plendil 10mg+Betaloc 50mg Bid/ Low dose of ACEI + Low dose of other Anti-hypertensive drugs (β-blocker/ACEI)/ Diuretic

# NGHIÊN CỨU FEVER

(The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study) (september 2005)

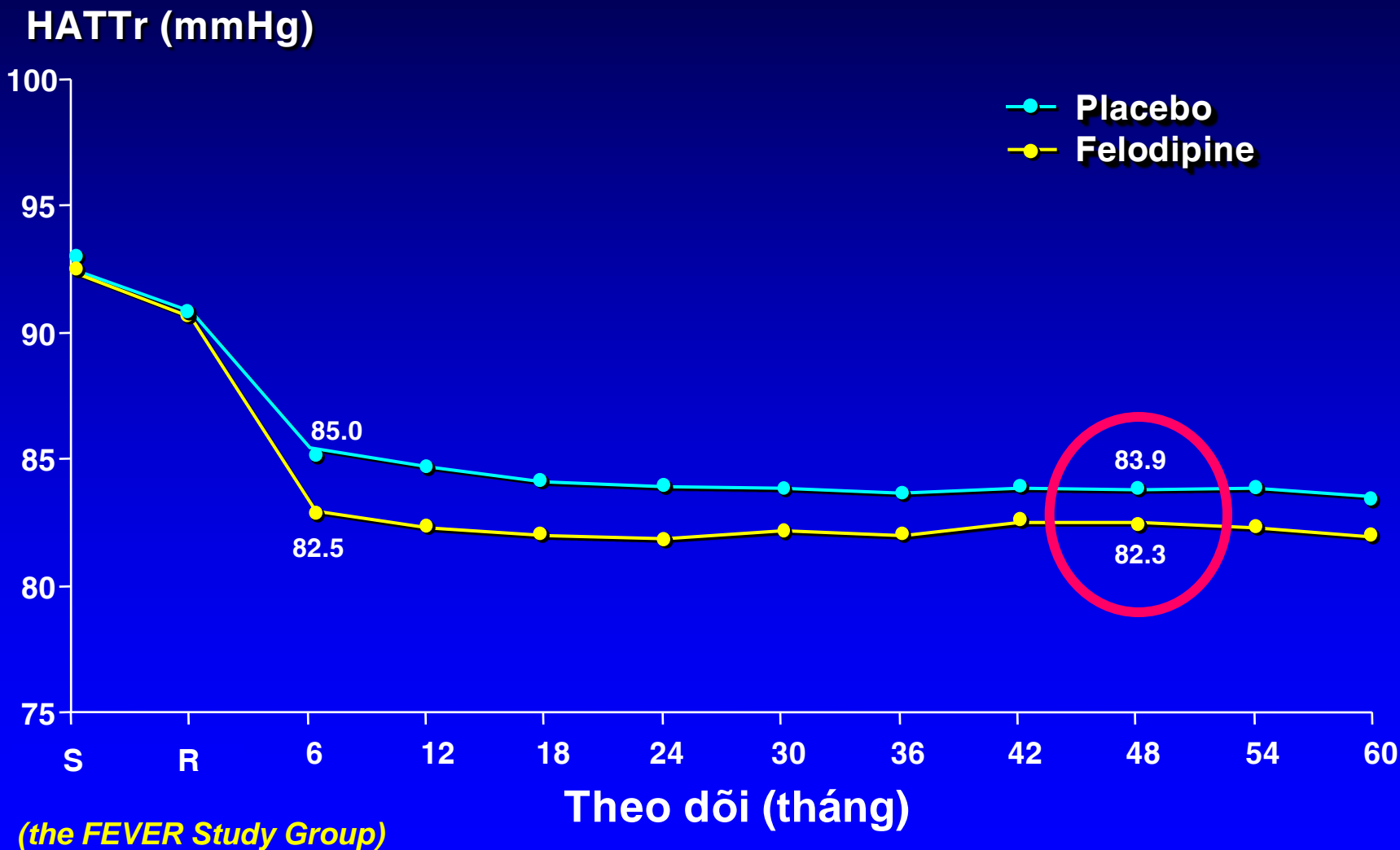


# THAY ĐỔI HUYẾT ÁP TÂM THU TRONG FEVER



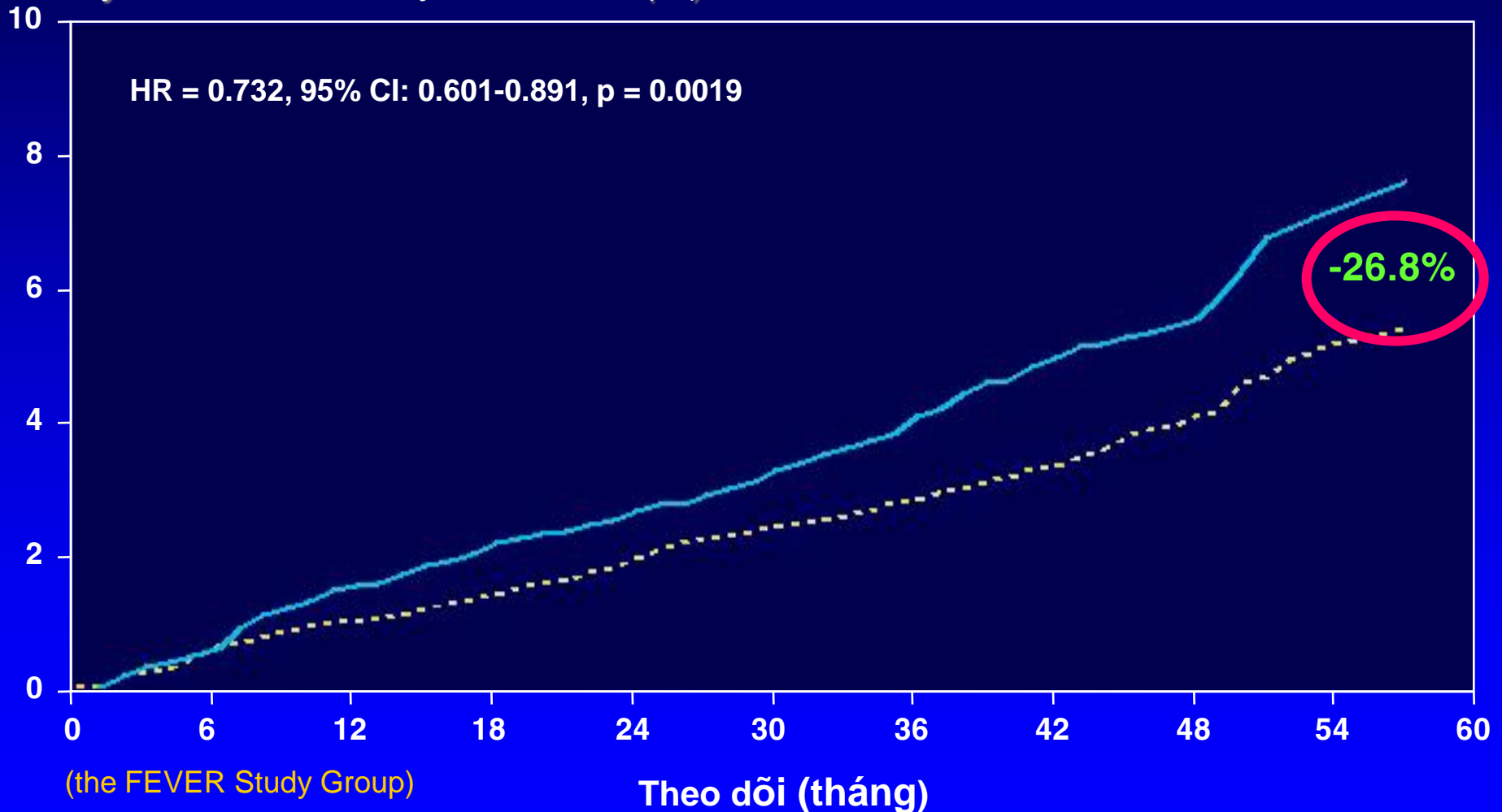
(the FEVER Study Group)

# THAY ĐỔI HUYẾT ÁP TÂM TRƯỞNG TRONG FEVER



# GIẢM TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

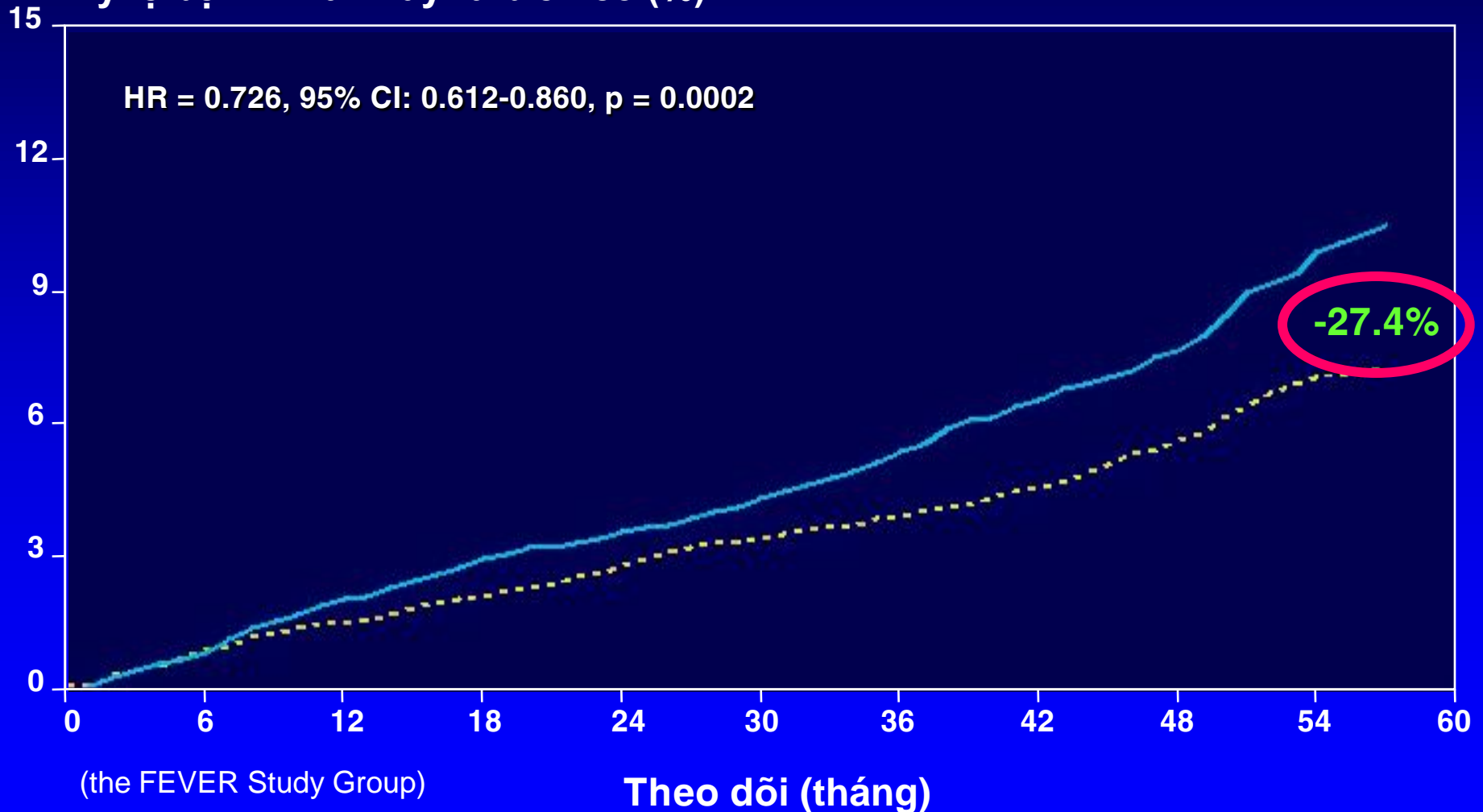
Tỷ lệ bệnh nhân xảy ra biến cố (%)





# GIẢM TỔNG BIẾN CỐ TIM MẠCH

Tỷ lệ bệnh nhân xảy ra biến cố (%)



# VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ THA TRONG GIAI ĐOẠN CẤP CỦA TBMN

# THA KHÁ THƯỜNG GẶP TRONG GIAI ĐOẠN CẤP CỦA TBMN

- Có tới 75% bệnh nhân TBMN (thể nhũn não) có THA trong 24 giờ đầu bị TBMN (báo cáo của WHO 1998).
- Nghiên cứu IST: trên 17.398 BN bị TBMN:
  - Có tới 80% BN có HATT > 160 mmHg.
  - Và chỉ có 5% BN có HATT < 120 mmHg.
- Bệnh nhân Xuất huyết não tiên phát :
  - Có tới > 80% số BN có THA khi xảy ra TBMN.

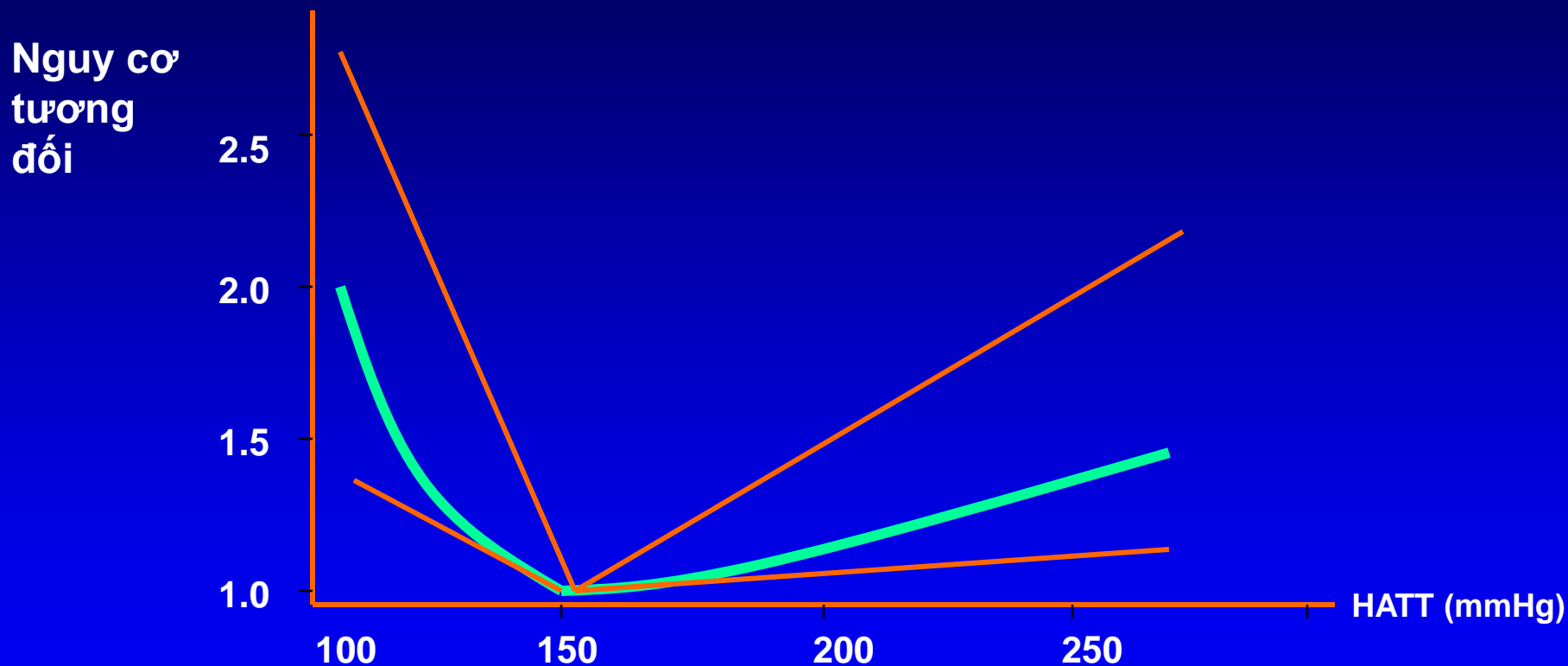
# SINH LÝ BỆNH CỦA THA TRONG GIAI ĐOẠN CẤP TBMN

- Có sự kích hoạt phản ứng hệ thần kinh- thể dịch (phản ứng giao cảm, glucocorticoid, mineralocorticoid...)
- Tăng cung lượng tim.
- Phản ứng Cushing : phản ứng THA đáp ứng với tăng áp lực nội sọ để duy trì áp lực tưới máu não.

# ẢNH HƯỞNG CỦA SỐ HUYẾT ÁP TỚI TIÊN LƯỢNG TBMN CẤP

- Đối với thể nhũn não: Nghiên cứu IST trên hơn 17.000 bệnh nhân TBMN cấp cho thấy:
  - Tiên lượng tốt nhất ở nhóm BN có số HA khi bị TBMN là ở mức giới hạn trên của bình thường hoặc THA nhẹ.
  - Có thay đổi đường cong chữ U:
    - Cứ giảm mỗi 10 mmHg dưới mức 150mmHg của HATT → tăng tỷ lệ tử vong 17,9%.
    - Cứ tăng mỗi 10 mmHg trên mức 150mmHg của HATT → cũng tăng 3,8% tỷ lệ tử vong.

# ĐƯỜNG CONG CHỮ U BIỂU DIỄN MỐI LIÊN QUAN GIỮA CON SỐ HA VÀ TIÊN LƯỢNG TBMN



*Nghiên cứu International Stroke Trial. Lancet 1997;349:1569-1581*

# ẢNH HƯỞNG CỦA SỐ HUYẾT ÁP TỚI TIÊN LƯỢNG TBMN CẤP

## ■ Đối với thể xuất huyết não (\*):

- Có mối tương quan thuận giữa mức độ THA và mức độ tăng kích thước của khối máu tụ ở não.
- Tuy nhiên, hiệu ứng Cushing rất quan trọng và có thể là phản ứng THA trong XHN.
- Có mối liên quan giữa tăng kích thước khối máu tụ và tiên lượng của bệnh.

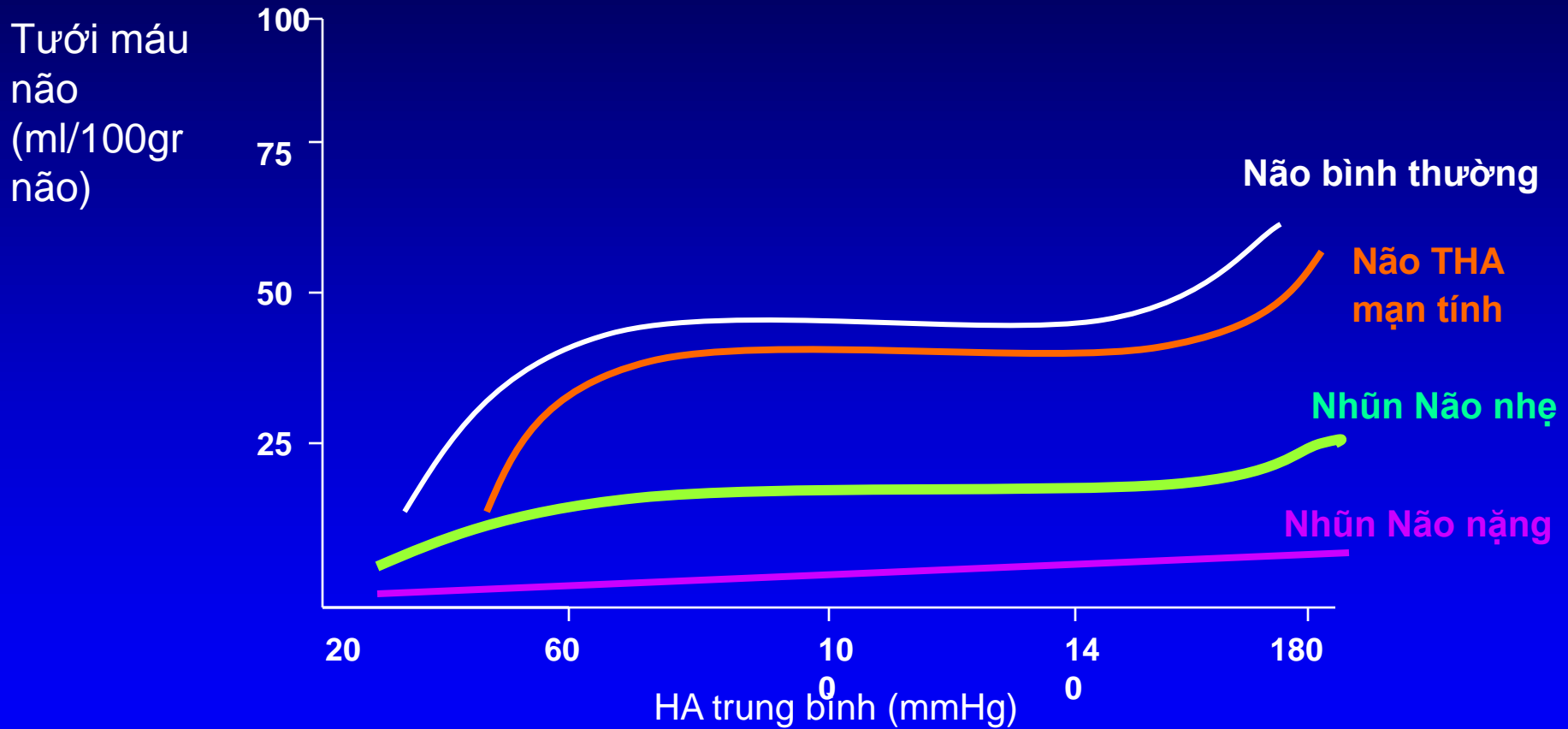
(\* ) *Lancet* 1997;349:1569-1581

# HUYẾT ÁP, TƯỚI MÁU NÃO VÀ QUÁ TRÌNH TỰ ĐIỀU HOÀ TRONG TBMN (THỂ NHỮN NÃO)

- **Bình thường:** cơ chế tự điều hoà tưới máu não  $\Rightarrow$  thích nghi được cho những sự thay đổi về HA.
- **Khi TBMN cấp:** Rối loạn cơ chế tự điều hoà này  $\Rightarrow$  tưới máu não có t/ch bị động, phụ thuộc vào HA ĐM  $\Rightarrow$  **Không nên hạ HA quá mức**, vì sẽ làm:
  - Giảm áp lực tưới máu não cần thiết.
  - Mất phục hồi vùng “tranh tối tranh sáng”.
  - Lan rộng vùng nhồi máu não. $\Rightarrow$  ảnh hưởng đến tiên lượng chung.



# HUYẾT ÁP, TƯỚI MÁU NÃO VÀ QUÁ TRÌNH TỰ ĐIỀU HOÀ TRONG TBMN (THỂ NHŨN NÃO)



# HUYẾT ÁP, TƯỚI MÁU NÃO VÀ QUÁ TRÌNH TỰ ĐIỀU HOÀ TRONG TBMN (THỂ XUẤT HUYẾT NÃO)

- ❖ Có mối liên quan giữa HA  $\uparrow$  và mức lan rộng của xuất huyết não.
- ❖ Nên hạ huyết áp cho bệnh nhân xuất huyết não tiên phát nếu có THA nhiều.
- ❖ Một số N/C với các thuốc hạ HA thông thường thấy không có sự giảm tưới máu não trên SPECT ở bệnh nhân xuất huyết não.

# Khuyến cáo về thái độ điều trị THA ở bệnh nhân TBMN thể nhũn não và không có chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

Mức HA	Thái độ
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HATT <math>\leq</math> 220 hoặc HATTr <math>\leq</math> 120 mmHg</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Theo dõi (chỉ cho thuốc hạ HA khi có các biến chứng NMCT, tách thành ĐMC, phù phổi, bệnh não do THA)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HATT <math>\geq</math> 220 hoặc HATTr 121 - 140 mmHg</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Labetalol 10 –20 mg TM hoặc, Nicardipine 5 mg/h (TM) → Hạ khoảng 10 –15% số HA</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HATTr <math>&gt;</math> 140 mmHg</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nitroprusside 0,5 mg/kg/phút (TM) → hạ khoảng 10 –15% số HA</li></ul>

# CÁC BIỆN PHÁP CHUNG VỀ ĐIỀU TRỊ TBMN THỂ NHŨN NÃO (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

- ❖ Chụp cắt lớp sọ não để xác định rõ hướng điều trị, chụp MRI trong một số trường hợp đặc biệt
- ❖ Đánh giá tình trạng chung của BN, hồi sinh tim phổi nếu cần, đảm bảo khai thông đường thở, ô xy đầy đủ...
- ❖ Điều trị THA (nếu HA quá cao).
- ❖ Chú ý tránh để tụt HA nhanh.
- ❖ Khống chế rối loạn nhịp tim.
- ❖ Điều chỉnh đường máu, nước, điện giải...
- ❖ Đảm bảo dinh dưỡng và chống loét.
- ❖ Điều trị triệu chứng (sốt, nôn,...)
- ❖ Phục hồi chức năng.
- ❖ Phải chăm sóc toàn diện, tốt nhất là trong một đơn vị điều trị đột quy (Stroke-Unit)

# VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỞI MÁU (THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT) TRONG TBMN THỂ NHỮN NÃO) (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

## Phải tôn trọng một số nguyên tắc cơ bản: chỉ dùng khi:

- Chẩn đoán chắc chắn là TMCB ở não và không có XHN.
- Đến sớm (trước 3h).
- HATT < 185 mmHg và HATTr < 110mmHg
- Tiểu cầu > 100,000/mm<sup>3</sup>
- Không có chấn thương sọ não, đột quỵ cũ hay NMCT trong vòng 3 tháng trước đó.
- Không có chảy máu đường tiêu hóa hoặc tiết niệu trong vòng 3 tuần trước đó.
- Không có phẫu thuật trong vòng 2 tuần trước đó.
- Không có chọc ĐM trong vòng 1 tuần trước đó.
- ....

# VẤN ĐỀ DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG VÀ CHỐNG NGƯNG KẾT TIỂU CẦU TRONG TBMN THỂ NHŨN NÃO (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

- Heparin không nên dùng thường quy cho bệnh nhân TBMN thể nhũn não; không cần thiết phải dùng heparin phối hợp trong trường hợp BN có dùng tiêu huyết khối.
- Heparin TLPTT, hoặc các thuốc chống thrombin trực tiếp chưa được chứng minh có tác dụng cụ thể trong nhũn não và có thể còn làm ↑ nguy cơ chảy máu não.
- Aspirin và các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu thế hệ mới nên cho sớm vì có lợi ích lâu dài chống TBMN tái phát, song thường không cải thiện được nhiều về tiên lượng trong giai đoạn cấp.

# VẤN ĐỀ PHẪU THUẬT VÀ CAN THIỆP QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG TRONG GIAI ĐOẠN CẤP TBMN THỂ NHỮN NÃO (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

- Phẫu thuật bóc mảng vữa xơ mạch cảnh có lợi ích ở những BN bị hẹp, tắc động mạch cảnh mà dòng chảy động mạch não giữa còn tốt.
- Các biện pháp nong động mạch não, hút cục máu đông, laser... còn đang trong giai đoạn tiếp tục được nghiên cứu.

# VẤN ĐỀ DỪNG CÁC THUỐC BẢO VỆ THẦN KINH TRONG GIAI ĐOẠN CẤP TBMN THỂ NHŨN NÃO (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

- Chưa có thuốc bảo vệ tế bào thần kinh nào được chứng minh có tác dụng một cách rõ rệt trong giai đoạn cấp của TBMN.



# Khuyến cáo về thái độ điều trị THA ở BN TBMN thể nhũn não và có chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết (AHA/ASA 2005 Guideline Update)

Mức HA	Thái độ
<p>* <u>Trước điều trị tiêu sợi huyết, nếu:</u> HATT &gt; 185 hoặc HATTr &gt; 110 mmHg</p>	Điều trị HA trước khi cho thuốc tiêu sợi huyết: (Labetalol - TM)
<p>* <u>Trong lúc điều trị tiêu sợi huyết</u> Theo dõi: HATTr &gt; 140 mmHg</p>	Nitroprusside 0,5 mg/kg/phút (TM)
<p>HATT 180 – 230 hoặc HATTr 105 – 120 mmHg</p>	Labetalol (TM)
<p>HATT &gt; 230 hoặc HATTr 121 – 140 mmHg</p>	Labetalol (TM) hoặc Nicardipine (TM)

**VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ THA ĐỂ PHÒNG NGỪA  
TBMN THỨ PHÁT**

# THA VÀ VẤN ĐỀ TÁI PHÁT TBMN

- Hoa kỳ: 700.000 cas TBMN mỗi năm: trong đó có 200.000 cas bị tái phát (*AHA statistic 2004*)
- Có tới 1/6 trường hợp bị tái phát TBMN trong vòng 5 năm sau khi bị TBMN hoặc TBMN thoáng qua lần đầu.
- Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu có vai trò quan trọng trong việc dự phòng này.

# CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT TBMN

- Các YTNC về lối sống: lười vận động, béo phì, hút thuốc lá...
- Rối loạn chuyển hoá: Lipid, Glucose...
- Đặc biệt THA vẫn là một yếu tố nguy cơ cao nhất gây TBMN tái phát:
  - ⇒ Phải điều trị tốt vấn đề THA.

# NGHIÊN CỨU Progress

Đối tượng nghiên cứu: 6.105 BN

■ Trong vòng 5 năm gần đây đã bị một trong các dạng đột quỵ do:

- Chảy máu não (Cerebral haemorrhage).
- Nhồi máu não (Cerebral infarction).
- Đột quỵ không rõ loại (Stroke of unknown type).
- Thiếu máu não thoáng qua hoặc mù thoáng qua (TIA or amaurosis fugax).

■ HA lúc nhận vào nghiên cứu có thể cao hoặc không.

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

## ■ Mục tiêu chính:

➤ Đánh giá việc phòng ngừa tái đột quy nói chung trên BN có hoặc không có THA bằng thuốc:

- UCMC đơn độc (Périndopril: 4mg/ngày)

- Hoặc UCMC (Perindopril) + một lợi tiểu (Indapamide:  
2.5mg/ngày)

(Có đối chiếu với giả dược )

## ■ Mục tiêu phụ:

Đánh giá hiệu quả điều trị trên:

➤ Tỷ lệ NMCT.

➤ Tổng tai biến tim mạch (chết, đột quy và NMCT).

➤ Rối loạn nhận thức, sa sút trí tuệ (dementia)....

# CÁC KẾT QUẢ CHÍNH THU ĐƯỢC TỪ NGHIÊN CỨU Progress

- Với mức ↓ trung bình (so với nhóm chứng) của số HA (HAm<sub>max</sub> ↓9mmHg; HA<sub>min</sub> ↓4mmHg) thì đã làm:
  - ❖ ↓ 28% tỷ lệ tái đột quy nói chung ( $p < 0.0001$ )
  - ❖ (↓ 32% ở nhóm BN có THA và ↓ 27% ở nhóm không có THA).
  - ❖ Đặc biệt giảm được 50% tỷ lệ tái đột quy do xuất huyết não.
  - ❖ ↓ 63% tỷ lệ tái đột quy ở người châu Á.  
(Người không phải châu á chỉ giảm được 24%).

# CÁC KẾT QUẢ CHÍNH THU ĐƯỢC TỪ NGHIÊN CỨU Progress (tiếp)

- ❖ ↓ 54% tỷ lệ tái đột quy ở người < 65 tuổi (↓ 33% ở người ≥ 65).
- ❖ ↓ 43% tỷ lệ tái đột quy khi dùng phối hợp P+I (Mức ↓ HA Tr.b: 12/5mmHg).
- ❖ ↓ 5% tỷ lệ tái đột quy khi dùng đơn thuần P (Mức ↓ HA Tr.b: 5/3mmHg).
- ❖ ↓ 9% tỷ lệ tử vong chung do nguyên nhân tim mạch.
- ❖ ↓ 38% tỷ lệ NMCT không tử vong.
- ❖ ↓ 26% tổng các tai biến tim mạch nói chung (tử vong, đột quy, NMCT).



# KHUYẾN CÁO VỀ HẠ HUYẾT ÁP TRONG GIAI ĐOẠN CẤP CỦA TBMN (Australia 2010)

4.4 Acute phase blood pressure lowering therapy	Grade
a) In ischaemic stroke, if blood pressure is more than 220/120 mmHg, antihypertensive therapy can be started or increased, but blood pressure should be cautiously reduced (e.g. by no more than 10–20%) and the patient monitored for signs of neurological deterioration.	GPP
b) In acute primary intracerebral haemorrhage where severe hypertension is observed on several occasions within the first 24 to 48 hours of stroke onset, antihypertensive therapy (that could include intravenous treatment) can be used to maintain a blood pressure below 180 mmHg systolic (mean arterial pressure of 130 mmHg).	GPP
c) Pre-existing antihypertensive therapy can be continued (orally or via nasogastric tube) provided there is no symptomatic hypotension or other reason to withhold treatment.	GPP

**GPP: Good Practice Point (nên áp dụng trong thực hành)**

# KẾT LUẬN

- THA và vấn đề đột quy có mối liên quan rất chặt chẽ với nhau.
- Điều trị tốt THA sẽ hạn chế được tỷ lệ bị đột quy .
- Trong giai đoạn cấp của đột quy:
  - Hạ HA (nếu HA  $\uparrow$  nhiều) là cần thiết cho BN xuất huyết não.
  - Cần cân nhắc mức hạ HA một cách vừa phải (tùy tình huống cụ thể đối với các BN nhũn não).



**XIN CẢM ƠN**



*Photo by NamLong*