

CÁC HƯỚNG DẪN MỚI NHẤT VỀ TĂNG HUYẾT ÁP GẦN ĐÂY - CÓ GÌ MỚI?

Nguyễn Tá Đông¹

MỞ ĐẦU

Hiện nay, tăng huyết áp (THA) đang là đại dịch của thế giới, nó gây ra không biết bao nhiêu hậu quả và biến cố cho bao nhiêu người. Việc chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (THA) trở nên là vấn đề quan trọng giúp cải thiện tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong và di chứng nặng nề của THA để lại. Vì vậy có rất nhiều hướng dẫn về THA ra đời với sự trông đợi của mọi người nhưng lại có sự không thống nhất giữa các hướng dẫn về cả tiêu chuẩn chẩn đoán, HA mục tiêu và cả phương cách điều trị nữa. Để tìm hiểu vấn đề này chúng ta đi qua các hướng dẫn về THA xem có gì mới? Chúng ta có 5 hướng dẫn về THA như sau:

- NICE/ BHS 2011 của UK
- ESH/ESC 2013 của Châu Âu
- ASH/ISH 2014 của Mỹ (Ký duyệt bởi APSH)
- AHA/ACC/CDC 2014 của Mỹ
- JNC - 8 2014 của Mỹ

Từ khóa: hướng dẫn mới, tăng huyết áp

1. CÁC ĐIỂM MỚI TRONG CÁC HƯỚNG DẪN

1.1. Hướng dẫn về tiêu chuẩn chẩn đoán THA:

NICE/BHS (1)	(2011)	> 140/90 mmHg (*)
ESH/ESC (2)	(2013)	> 140/90 mmHg
ASH/ISH (3)	(2014)	> 140/90 mmHg
AHA/ACC/CDC (4)	(2014)	> 140/90 mmHg
JNC - 8 (5)	(2014)	không đề cập đến.

(trước đây JNC 7 có xác định THA khi HA > 140/90 mmHg)

() Nếu xác định bằng Holter HA 24 giờ hay đo HA tại nhà > 135/85 mmHg*

Về vấn đề này, các hướng dẫn tương đối thống nhất, riêng chỉ có NICE và BHS là có nêu thêm tiêu chuẩn chẩn đoán THA bằng Holter HA hay đo HA tại nhà, trị số HA cả tâm thu và tâm trương đều thấp hơn 5 mmHg.

1.2. Hướng dẫn về điều trị hạ HA mục tiêu

- NICE/BHS (2011) < 140/90 mmHg
- * Ở bệnh nhân > 80 tuổi: < 150/90 mmHg.
- ESH/ESC (2013) < 140/90 mmHg
- * HA tâm thu < 140 mmHg ở người trung niên, còn người già hơn thì HA mục tiêu từ 140–150 mmHg.
- ASH/ISH (2014) < 140/90 mmHg
- * Ở bệnh nhân > 80 tuổi: < 150/90 mmHg.
- AHA/ACC/CDC (2014) > 140/90 mmHg
- JNC - 8 (2014) không đề cập (JNC 7 thì có mục tiêu là < 140/90 mmHg)

Về vấn đề này có sự không thống nhất rõ ràng giữa các hướng dẫn, Có hướng dẫn đề cập đến hạ HA mục tiêu theo tuổi, nhưng chọn mốc bệnh nhân > 80 tuổi như ASH,ISH hay NICE,BSH chứ không phải chỉ nói chung về độ tuổi như tuổi trung niên và người lớn tuổi hơn hay già hơn (của ESH,ESC).

¹ Trung tâm tim mạch- Bệnh viện TƯ Huế

1.3. Hướng dẫn về bước đầu tiên điều trị hạ HA

• NICE/BHS (2011): Ưu chế canxi cho bệnh nhân > 55 tuổi, còn ở bệnh nhân < 55 tuổi dùng Ưu chế men chuyển hay Ưu chế thụ thể AT1.

• ESH/ESC (2013): Bất kỳ nhóm thuốc nào (Lợi tiểu, Ưu chế canxi, ACEI hay ARB, Ưu chế beta...).

• ASH/ISH (2014): Ưu chế canxi, hay lợi tiểu thiazide ở bệnh nhân < 60 tuổi, Ưu chế thụ thể AT1 hay Ưu chế men chuyển.

• AHA/ACC/CDC(2014): Lợi tiểu thiazide cho hầu hết bệnh nhân, có thể thay Ưu chế men chuyển hay Ưu chế thụ thể AT1, hay Ưu chế canxi.

• JNC -8 (2014): Ưu chế men chuyển hay Ưu chế thụ thể AT1, , Ưu chế canxi hay lợi tiểu thiazide.

Về vấn đề này càng thấy bộc lộ rõ nét sự không thống nhất giữa các hướng dẫn về bước điều trị đầu tiên... NICE/BHS thì chọn UC canxi cho bệnh nhân < 55 tuổi Đa số đều thống nhất có thể sử dụng Ưu chế canxi, UC men chuyển hay UC thụ thể và lợi tiểu thiazide để điều trị bước đầu tiên, còn ưu chế beta thì không? Như vậy về sử dụng ưu chế beta như là bước đầu tiên thì chỉ có hướng dẫn của ESH/ESC là đồng ý, còn hầu hết các hướng dẫn khác thì không. Tại sao?

• NICE/BHS (2011) Không (Bước 4)

• ESH/ESC (2013) Có

• ASH/ISH (2014) Không (Bước 4)

• AHA/ACC/CDC (2014) Không (Bước 3)

• JNC - 8 (2014) Không (Bước 4)

Cụ thể chúng ta thấy rằng cũng có sự thống nhất nhẹ trong chọn thuốc cho bước điều trị đầu tiên:

Theo NICE/BSH (2011): Thuốc chọn lựa bước 1: Bệnh nhân trẻ tuổi < 55 tuổi. Ưu chế thụ thể hay Ưu chế men chuyển Bệnh nhân lớn tuổi > 55 tuổi (*) và bệnh nhân da đen, gốc Phi dùng ưu chế canxi tác dụng kéo dài.

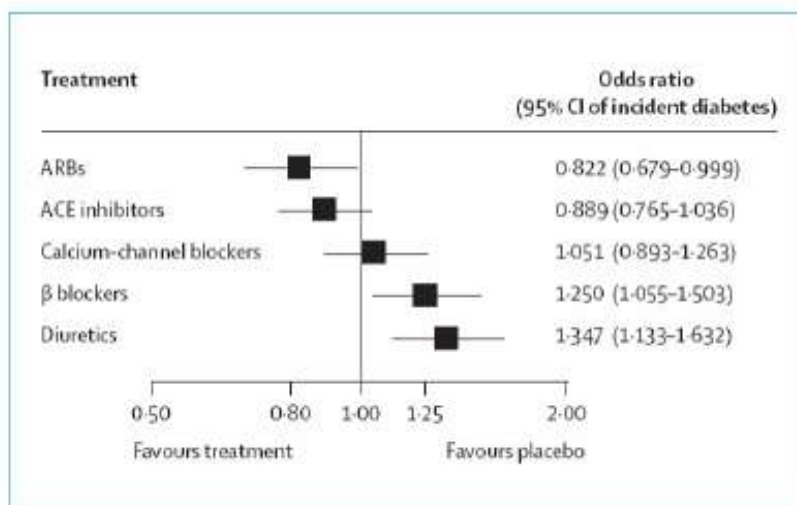
Theo ASH/ISH (2014): Đối với bệnh nhân da trắng (không da đen); Thuốc chọn lựa bước 1: Bệnh nhân trẻ tuổi < 60 tuổi. Ưu chế thụ thể hay Ưu chế men chuyển Bệnh nhân lớn tuổi > 60 tuổi dùng ưu chế canxi tác dụng kéo dài hay lợi tiểu thiazide. Đối với bệnh nhân da đen hay gốc Phi, ở mọi lứa tuổi đều dùng ưu chế canxi tác dụng kéo dài hay lợi tiểu thiazide

1.4. Hướng dẫn về bước thứ hai điều trị hạ HA

Theo NICE/BSH(2011): Khi chọn thuốc ở bước thứ hai, ở mọi bệnh nhân và mọi lứa tuổi đều dùng: ưu chế canxi cộng với ưu chế hệ renin - angiotensin

Theo ASH/ISH (2014): Khi chọn thuốc ở bước thứ hai, ở mọi bệnh nhân và mọi lứa tuổi đều dùng: ưu chế canxi hay lợi tiểu thiazide cộng với ưu chế hệ renin - angiotensin

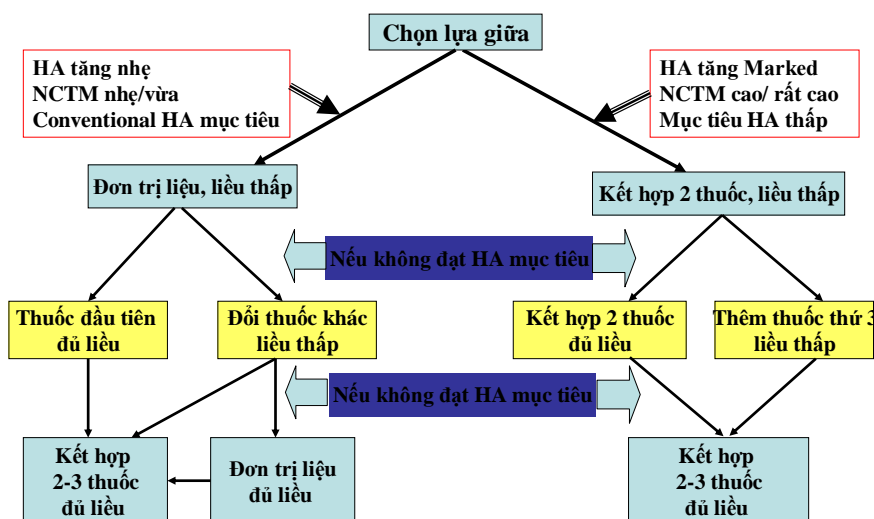
Trong một nghiên cứu phân tích meta, nguy cơ ĐTD xuất hiện do điều trị thuốc hạ huyết áp như hình sau:



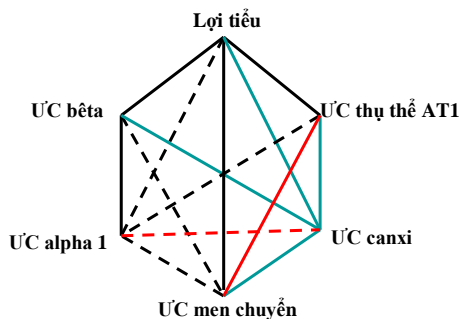
1.5. Hướng dẫn về điều trị phối hợp hai thuốc hạ HA ngay từ đầu:

- NICE/BHS (2011) Không có
- ESH/ESC (2013) Có: nhưng ở bệnh nhân “markedly elevated BP”
- ASH/ISH (2014) Có: ở những bệnh nhân có HA >160/100 mmHg
- AHA/ACC/CDC(2014) Có: ở những bệnh nhân có HA >160/100 mmHg
- JNC - 8 (2014) Có: ở những bệnh nhân có HA >160/100 mmHg

Hướng dẫn điều trị khuyến cáo dùng liệu pháp kết hợp đối với bệnh nhân có NCTM cao



ESH/ESC Guidelines, 2013 Sơ đồ kết hợp thuốc



Mancia et al. Eur Heart J 2013; 34: 2159-2219

1.6. Hướng dẫn về theo dõi HA

Theo dõi huyết áp: Hướng dẫn NICE / BHS có sửa đổi (8/ 2011)

- ABPM nên được dùng để xác định chẩn đoán tăng huyết áp mới phát hiện để bắt đầu điều trị.
- Sau khi chẩn đoán, Đo HA ở phòng khám như thường lệ có thể được dùng để đánh giá hiệu quả điều trị và kiểm soát HA trong thời gian dài.
- Mục tiêu của điều trị là kiểm soát HA 24 giờ bằng trung bình các thuốc hạ Ha thích hợp.

1.7. Hướng dẫn về lựa chọn loại thuốc hạ HA

- NICE/BHS

- ESH/ESC . Không có khuyến cáo về
- ASH/ISH . lựa chọn loại thuốc hạ HA
- AHA/ACC/CDC .
- JNC -8 .

Tuy nhiên thuốc lợi tiểu nên dùng các loại thiazide như sau:

Lợi tiểu loại thiazide:

- NICE/BHS1 (2011): Chlorthalidone, Indapamide
- ESH/ESC2 (2013): Thiazides, Chlorthalidone, Indapamide
- ASH/ISH3 (2014): Thiazides, Chlorthalidone, Indapamide
- AHA/ACC/CDC4(2014): Thiazides
- JNC 85 (2014): Thiazides, Chlorthalidone, Indapamide
- CCBs: Nifedipine GITS or Amlodipine
 - + Thiazides: Not chlorthalidone
 - + ACEIs: Perindopril, not Ramipril (unless- twice-daily)
 - + ARBs: Not Losartan
 - + β -Blockers: Maybe Bisoprolol

2. KẾT LUẬN

- Tăng huyết áp được xác định khi $> 140/90$ mmHg.
- HA mục tiêu $< 140/90$ nhưng mục tiêu "mềm" hơn đối với người già.
- β -Blockers được thêm vào bước 3 hay 4.
- Ức chế canxi như bước 1/ thuốc đầu tiên cho hầu hết bệnh nhân.
- Bước 1 dùng ỨC men chuyển hay ỨC thụ thể AT1 đối với bệnh nhân trẻ tuổi ($< 55/60$ tuổi).
- Có vài khuyến cáo cho từng loại thuốc.
- Cân nhắc khi phối hợp hai loại thuốc ngay từ đầu.
- Kết hợp ỨC canxi với ỨC hệ renin angiotensin cho phần lớn bệnh nhân.