



CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP

Một số thể lâm sàng

TS.BS. TRỊNH VIỆT HÀ
VIỆN TIM MẠCH – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

18.11.2024



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM

Vietnam National Heart Association



**KHUYẾN CÁO CỦA
PHÂN HỘI TĂNG HUYẾT ÁP - HỘI TIM MẠCH
QUỐC GIA VIỆT NAM (VSH/VNHA) VỀ
CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP**

2022

(Tóm Tắt)

Practice Guidelines

2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension



Endorsed by the European Federation of Internal Medicine (EFIM), European Renal Association (ERA), and International Society of Hypertension (ISH)

www.vnha.org.vn



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) **45**, 3912–4018

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

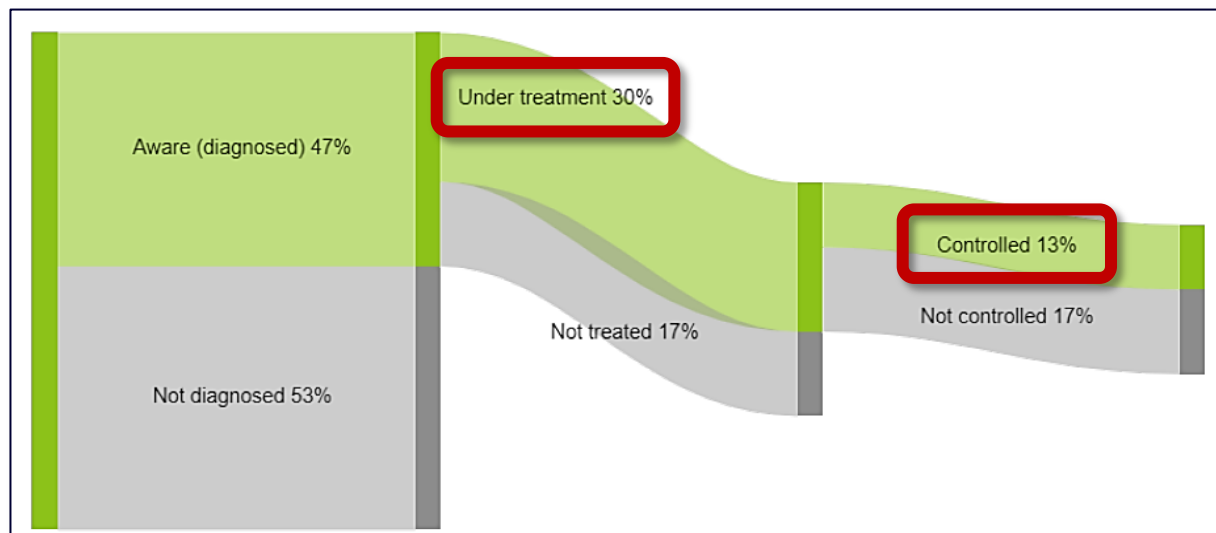
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI VIỆT NAM: CHỈ 30% ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ VÀ CHỈ 13% KIỂM SOÁT ĐƯỢC HUYẾT ÁP MỤC TIÊU



14 979 000 người

tuổi 30-79 có tăng huyết áp

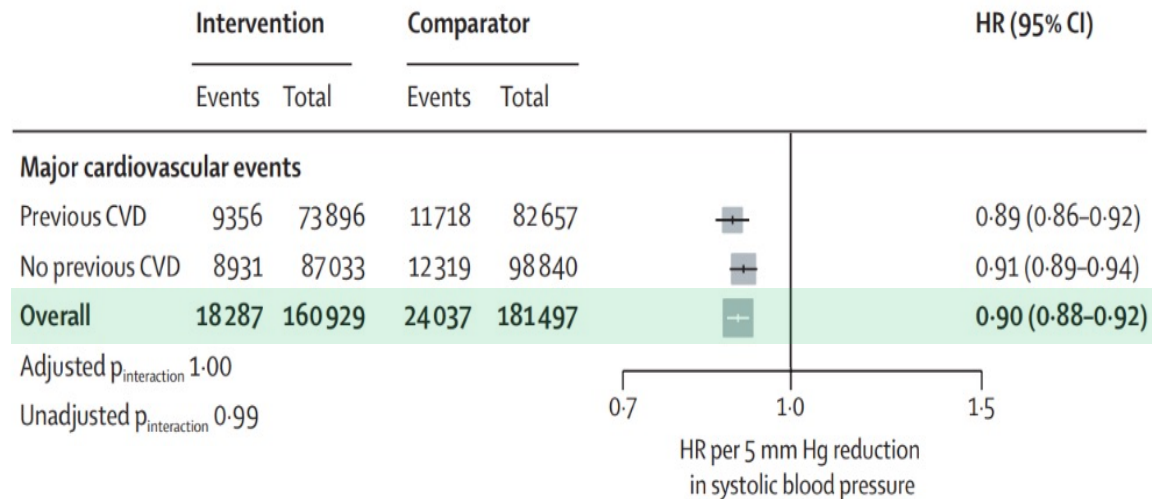
(30% toàn bộ dân số tuổi 30-79)

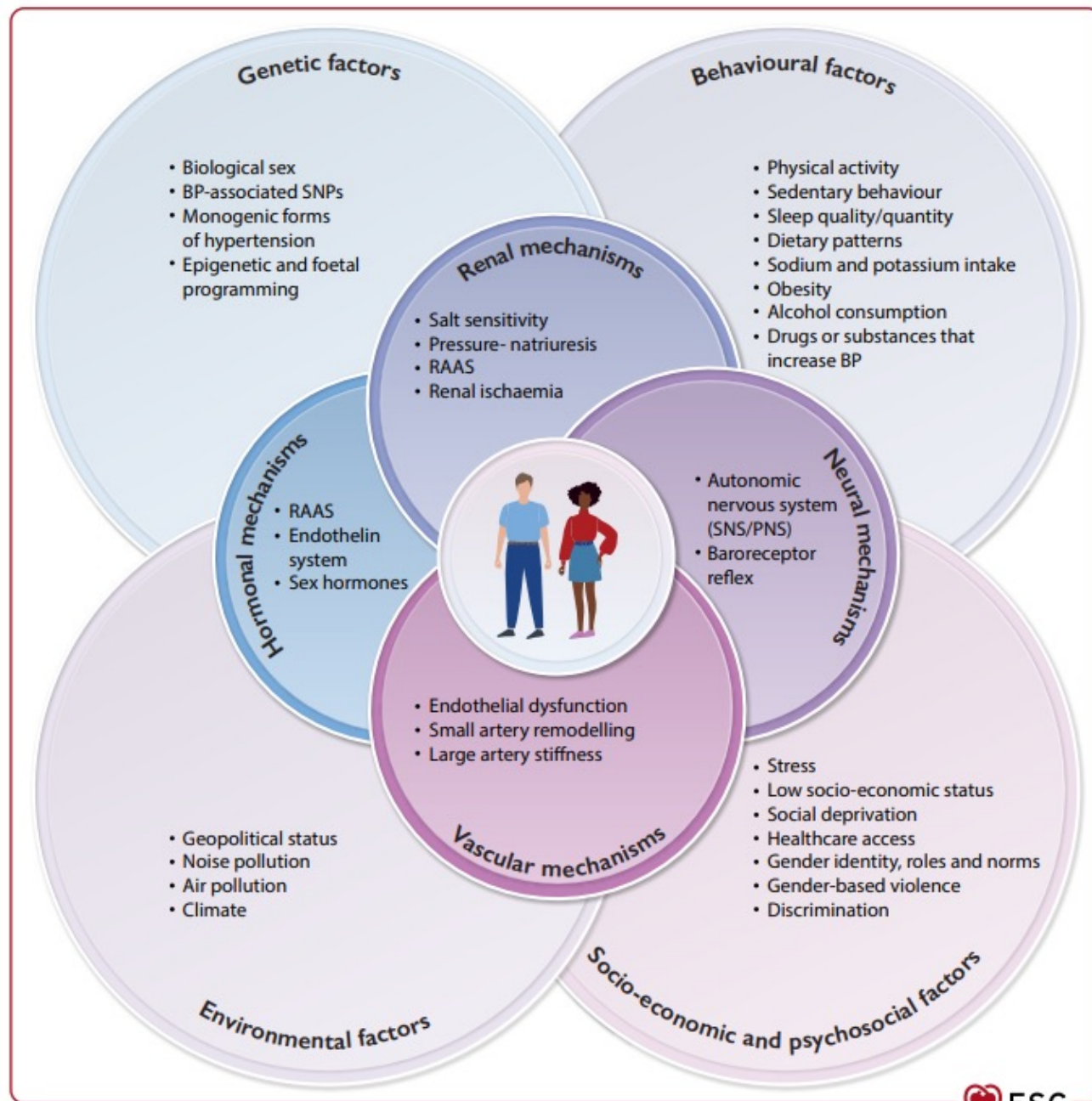


MỖI 5 mmHg HATT GIẢM ĐƯỢC GIÚP GIẢM 10% BIẾN CỐ TIM MẠCH LỚN, BẤT KỂ NGUY CƠ TIM MẠCH



- Phân tích gộp
- 348,854 bệnh nhân
- 48 nghiên cứu ngẫu nhiên
- Thời gian theo dõi trung bình 4.15 năm





Phân loại huyết áp (ESC 2024)

Non-elevated blood pressure	Elevated blood pressure	Hypertension
Office BP SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	Office BP SBP 120–139 mmHg or DBP 70–89 mmHg	Office BP SBP ≥140 mmHg or DBP ≥90 mmHg
HBPM SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	HBPM SBP 120–134 mmHg or DBP 70–84 mmHg	HBPM SBP ≥135 mmHg or DBP ≥85 mmHg
ABPM Daytime SBP <120 mmHg and Daytime DBP <70 mmHg	ABPM Daytime SBP 120–134 mmHg or Daytime DBP 70–84 mmHg	ABPM Daytime SBP ≥135 mmHg or Daytime DBP ≥85 mmHg
Insufficient evidence confirming the efficacy and safety of BP pharmacological treatment	Risk stratify to identify individuals with high cardiovascular risk for BP pharmacological treatment	Cardiovascular risk is sufficiently high to merit BP pharmacological treatment initiation

Đánh giá nguy cơ tim mạch

SCORE2

Nguy cơ mắc các biến cố bệnh tim mạch (gây tử vong hoặc không tử vong) trong 10 năm tới



Nữ giới

Không hút thuốc Có hút thuốc

160-179	8 8 9 9	12 12 13 13
140-159	7 7 7 7	10 10 11 11
120-139	5 6 6 6	8 9 9 9
100-119	5 5 5 5	7 7 7 8
160-179	6 6 7 7	10 10 11 11
140-159	5 5 5 6	8 8 9 9
120-139	4 4 4 5	6 7 7 8
100-119	3 3 4 4	5 6 6 6
160-179	4 5 5 5	8 8 9 10
140-159	3 4 4 4	6 7 7 8
120-139	3 3 3 3	5 5 6 6
100-119	2 2 3 3	4 4 5 5
160-179	3 4 4 4	6 7 7 8
140-159	3 3 3 3	5 5 6 6
120-139	2 2 2 3	4 4 5 5
100-119	2 2 2 2	3 3 4 4
160-179	2 3 3 3	5 5 6 7
140-159	2 2 2 3	4 4 5 5
120-139	1 2 2 2	3 3 4 4
100-119	1 1 1 1	2 2 3 3
160-179	2 2 2 3	4 4 5 6
140-159	1 2 2 2	3 3 4 4
120-139	1 1 1 1	2 3 3 3
100-119	1 1 1 1	2 2 2 2

Non-HDL cholesterol (mmol/L)

Nam giới

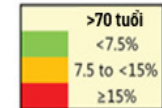
Không hút thuốc Có hút thuốc

160-179	11 12 12 13	15 16 17 19
140-159	9 10 11 11	13 14 15 16
120-139	8 8 9 10	11 12 13 13
100-119	6 7 7 8	9 10 11 11
160-179	8 9 10 11	13 14 15 17
140-159	7 8 8 9	10 11 13 14
120-139	6 6 7 8	9 10 10 11
100-119	5 5 6 6	7 8 9 10
160-179	7 7 8 9	10 12 13 15
140-159	5 6 7 8	9 10 11 12
120-139	4 5 5 6	7 8 9 10
100-119	4 4 4 5	6 6 7 8
160-179	5 6 7 8	9 10 11 13
140-159	4 5 5 6	7 8 9 10
120-139	3 4 4 5	6 6 7 8
100-119	3 3 3 4	4 5 6 7
160-179	4 5 6 6	7 8 10 11
140-159	3 4 4 5	6 7 8 9
120-139	2 3 3 4	4 5 6 7
100-119	2 2 3 3	3 4 5 5
160-179	3 4 5 5	6 7 8 10
140-159	2 3 3 4	5 5 6 8
120-139	2 2 3 3	3 4 5 6
100-119	1 2 2 2	3 3 4 5

mg/dL

SCORE2-OP

Nguy cơ mắc các biến cố bệnh tim mạch (gây tử vong hoặc không tử vong) trong 10 năm tới



Nữ giới

Không hút thuốc Có hút thuốc

160-179	28 29 30 31	31 32 33 34
140-159	26 27 28 29	29 30 31 32
120-139	24 25 26 27	27 28 29 30
100-119	23 24 25 26	25 26 27 28
160-179	20 21 22 23	25 26 28 29
140-159	18 19 20 21	23 24 25 26
120-139	16 17 18 19	20 21 22 23
100-119	15 15 16 17	18 19 20 21
160-179	15 15 16 17	21 22 23 24
140-159	13 13 14 15	18 19 20 21
120-139	11 11 12 13	15 16 17 18
100-119	9 10 10 11	13 14 15 15
160-179	10 11 12 12	17 18 19 20
140-159	9 9 10 10	14 15 16 16
120-139	7 7 8 8	11 12 13 14
100-119	6 6 6 7	9 10 10 11

Non-HDL cholesterol (mmol/L)

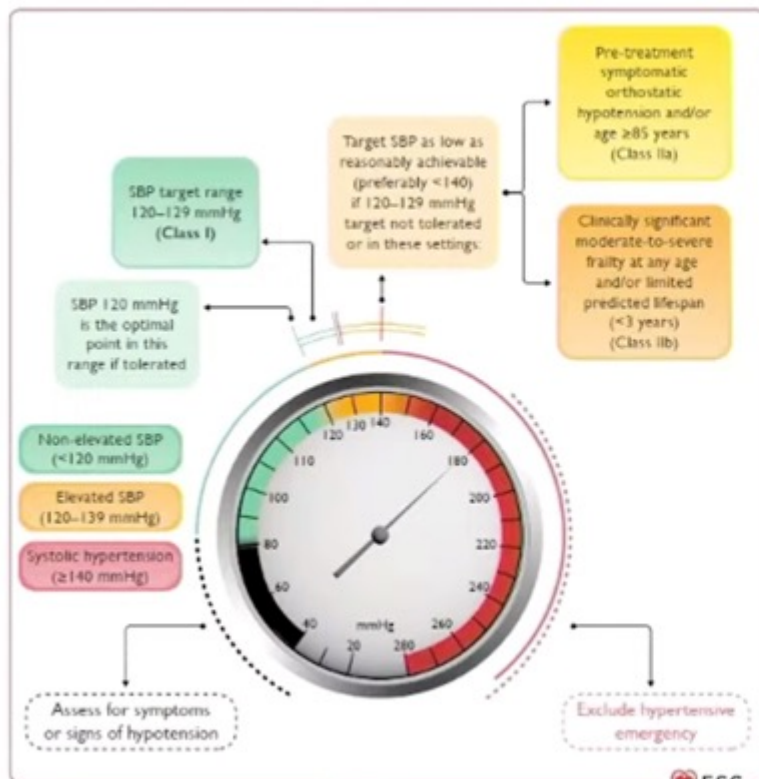
Nam giới

Không hút thuốc Có hút thuốc

160-179	29 35 42 49	29 35 42 49
140-159	28 33 40 47	27 33 40 47
120-139	26 32 38 45	26 32 38 45
100-119	25 30 36 43	25 30 36 43
160-179	23 27 32 37	26 31 36 41
140-159	21 25 29 34	24 28 33 38
120-139	19 22 26 31	22 25 30 34
100-119	17 20 24 28	19 23 27 31
160-179	19 21 24 27	24 27 31 34
140-159	16 18 21 23	21 23 26 30
120-139	14 15 18 20	18 20 23 26
100-119	12 13 15 17	15 17 19 22
160-179	15 16 18 19	22 24 26 28
140-159	12 13 14 16	18 19 21 23
120-139	10 11 12 13	14 16 17 19
100-119	8 8 9 10	12 13 14 15

mg/dL

ESC 2024: Mục tiêu đích HA tối ưu 120-129/70-79 mmHg hoặc ALARA



Nội dung

Đích huyết áp tâm thu cho hầu hết người bệnh THA người lớn là **120 – 129 mmHg** để giảm nguy cơ tim mạch

I A

Cân nhắc hạ Huyết áp tâm trương **70 – 79 mmHg** có thể giảm nguy cơ tim mạch

IIb C

Người bệnh dung nạp thuốc kém và không thể đạt được đích HA tâm thu 120 – 129, khuyến cáo đạt đích huyết áp “mức thấp nhất có thể đạt được một cách hợp lý” (**as low as reasonably achievable – ALARA principle**)

I A

Người có triệu chứng hạ huyết áp tư thế trước khi điều trị và/hoặc tuổi ≥ 85 tuổi, cân nhắc đích huyết áp cá thể hoá và hài hoà (lenient) (<140 mmHg)

IIa C

Người có biểu hiện suy yếu trên lâm sàng mức độ trung bình-nặng ở mọi độ tuổi, và/hoặc dự đoán tuổi thọ giới hạn (<3 năm) cân nhắc đích huyết áp cá thể hoá và hài hoà (lenient) (<140 mmHg)

IIb C



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) 45, 3912–4018
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

ĐIỀU CHỈNH CHẾ ĐỘ ĂN

Một số cập nhật của ESC 2024

	ESH 2023	ESC 2024
Khuyến cáo ăn giảm < 5g muối (khoảng 2g Natri)	I – B	I – A
Chế độ ăn ưu tiên rau, trái cây, đậu, hạt, dầu thực vật, cá, thịt gia cầm. Hạn chế thịt béo, sữa béo, đường, đồ uống có đường và đồ ngọt	I – B	I – A
Chế độ ăn ưu tiên rau, trái cây, đậu, hạt, dầu thực vật, cá, thịt gia cầm. Hạn chế thịt béo, sữa béo, đường, đồ uống có đường và đồ ngọt	I – B	I – A
Thay thế một phần chế độ ăn chứa NaCl bằng KCl	I – A	IIa – A (người không suy thận vừa-nặng)
Vận động thể lực: 150 – 300 phút/tuần với bài tập vận động mức độ vừa, 75 – 150 phút/tuần vài thập nặng hoặc tương đương. Giảm thời gian tĩnh tại và tăng cường tập đối kháng (2 – 3 lần/tuần)	I – B	I – A
Giảm đồ uống có cồn	I – B	I – B
Bỏ thuốc lá	I – B	I – A

Tăng huyết áp người trẻ

- “ Tuổi trưởng thành trẻ’ được định nghĩa là độ tuổi từ 18–40.
- Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trẻ ngày càng tăng ở nam giới và nữ
- Lối sống không lành mạnh, giới tính, béo phì và kinh tế xã hội là các yếu tố ảnh hưởng
- Nhận thức, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp ở người trẻ tuổi thấp hơn so với các nhóm tuổi khác
- Tăng huyết áp tâm thu và tâm trương và tăng huyết áp tâm trương đơn độc có liên quan đến việc tăng nguy cơ bệnh tim mạch ở người trẻ

Tăng huyết áp thứ phát ở người trẻ

- Tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp là 15%–30%
- Nguyên nhân:
- Thuốc:
 - Thuốc tránh thai đường uống estrogen-progesterone; cường aldosteron nguyên phát
 - Việc sử dụng các loại thuốc/chất kích thích cũng như chất bổ sung và nước tăng lực cần được điều tra
 - Thuốc tránh thai chỉ có progestin thường được coi là an toàn ở phụ nữ bị tăng huyết áp
- Loạn sản xơ cơ
- Cường aldosterone nguyên phát
- Béo phì ở người trẻ tuổi, tăng huyết áp nguyên phát phổ biến hơn, lưu ý OSAS

THA người trẻ

- Đo HA ngoài phòng khám để chẩn đoán xác định vì hiện tượng áo choàng trắng xảy ra ở người trẻ
- Do nguy cơ CVD tuyệt đối thấp hơn ở nhóm tuổi này
- Giảm nguy cơ tương đối bằng phương pháp điều trị hạ BP là đồng nhất ở mọi nhóm tuổi, bao gồm cả những người < 55 tuổi
- Trong trường hợp không có bệnh tim mạch, bệnh tiểu đường, tăng cholesterol máu gia đình và bệnh thận mạn tính trung bình hoặc nặng ngưỡng bắt đầu điều trị hạ huyết áp là 140/90 mmHg tại phòng khám là phù hợp ở hầu hết người trưởng thành trẻ.

Tăng huyết áp và người cao tuổi

- Đặc điểm THA ở người cao tuổi:

Bao gồm nhiều bệnh đồng mắc, hạ huyết áp tư thế, suy giảm chức năng và nhận thức, và tình trạng suy yếu.

Những tình trạng này chồng lấp lên nhau

- Lợi ích tuyệt đối của điều trị tăng HA tích cực ở người cao tuổi mắc nhiều bệnh đồng mắc và suy yếu chưa được hiểu rõ

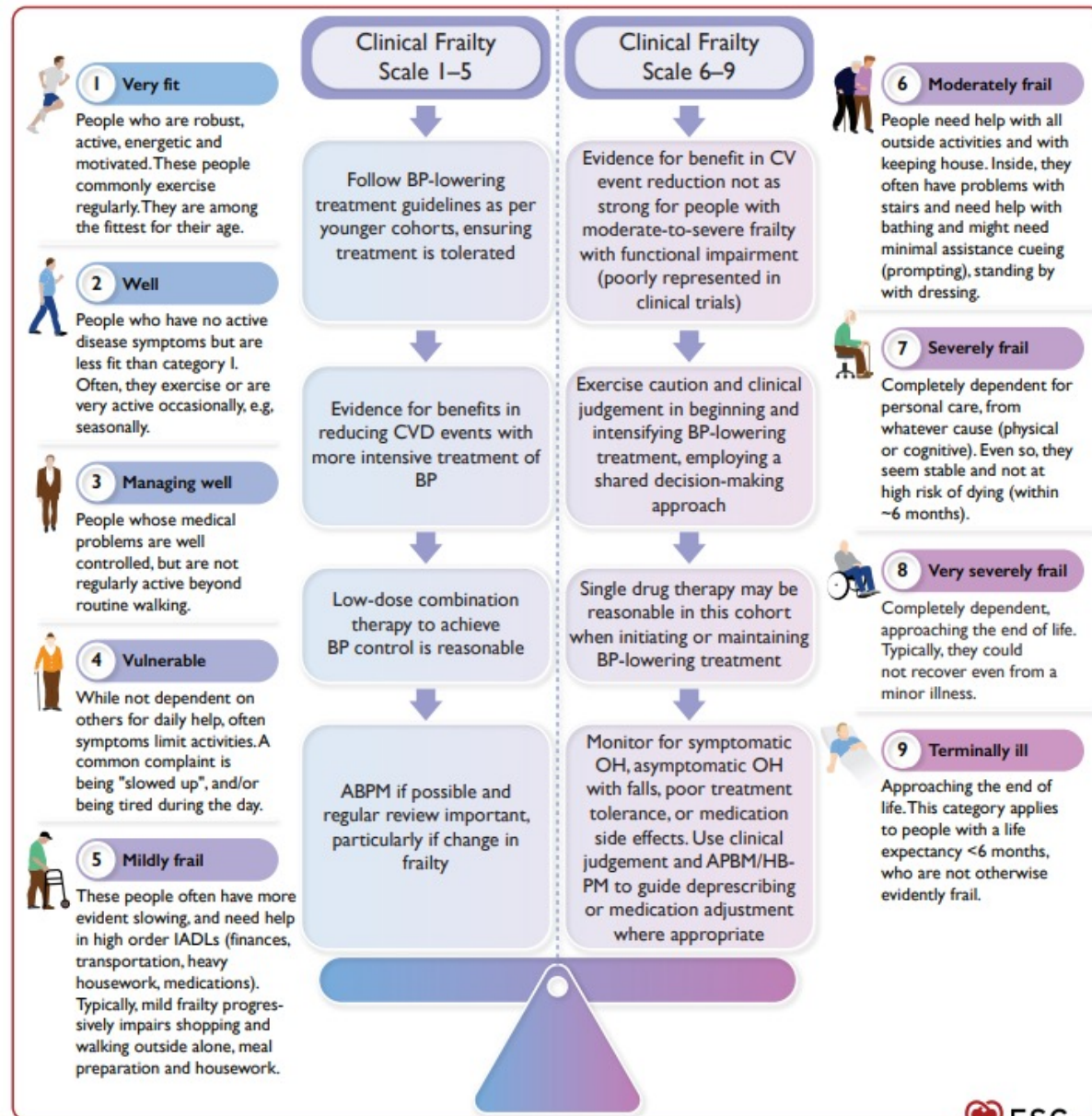
Tăng huyết áp và người cao tuổi

Đối với THA > 80 tuổi cần nhanh chóng đánh giá thang điểm suy yếu để đánh giá chức năng tâm thần và vận động, từ đó có hướng điều trị thích hợp

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Ngưỡng HA ở người cao tuổi cần điều trị hạ áp phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân. Nói chung, 70 - 79 tuổi là $\geq 140/90$ mmHg. Ngưỡng HA ở bệnh nhân rất già, ≥ 80 tuổi là $\geq 160/90$ mmHg	I	B
Mục tiêu HA chung được khuyến cáo ở người cao tuổi là HATT < 140 mmHg, có thể < 130 mmHg nếu dung nạp được và đang sống chung với gia đình. Mục tiêu của HATT là 70- < 80 mmHg	I	C
Khuyến cáo theo dõi chặt chẽ tất cả các tác dụng phụ của thuốc hạ huyết áp	I	C
Mục tiêu hạ HA được khuyến cáo ở bệnh nhân rất già (> 80 tuổi) là chọn mục tiêu HA phù hợp với chức năng tâm thần và các hoạt động thể chất hàng ngày.	I	C
Có thể dùng đơn trị liệu cho bệnh nhân cao tuổi có hội chứng suy yếu nếu dung nạp được	IIb	B
Đối với bệnh nhân cao tuổi có bệnh đồng mắc và hạn chế về tuổi thọ, cần đánh giá lâm sàng về điều kiện sống để ưu tiên chăm sóc và đánh giá toàn diện giữa lợi ích và nguy cơ để kiểm soát HA chặt chẽ và lựa chọn thuốc thích hợp.	IIa	C
Tất cả các thuốc hạ huyết áp đều có thể được sử dụng cho người cao tuổi, tuy nhiên, đối với những trường hợp tăng huyết áp tâm thu đơn độc, nên ưu tiên dùng thuốc lợi tiểu thiazide-like và CKCa.	I	A

ESC 2024

- Đánh giá suy yếu ở người lớn tuổi
- ĐN: một hội chứng sinh lý, liên quan đến tuổi tác, đặc trưng bởi sự giảm dự trữ sinh học do rối loạn điều hòa của một số hệ thống sinh lý.
- Tỷ lệ suy yếu ước tính ở những người >65 tuổi là 7%–16%, gặp nhiều ở nữ



Tăng huyết áp và người cao tuổi ESC 2024

Nội dung		
Bệnh nhân < 85 tuổi, không bị suy yếu từ mức trung bình đến nặng nên tuân theo các hướng dẫn tương tự như đối với người trẻ tuổi, với điều kiện là việc điều trị hạ huyết áp được dung nạp tốt.	I	A
Khuyến cáo duy trì điều trị bằng thuốc hạ huyết áp suốt đời kể cả sau 85 tuổi, nếu bệnh nhân dung nạp tốt.	I	A
Các bác sĩ lâm sàng nên xem xét sàng lọc tình trạng suy yếu ở người lớn tuổi để cân nhắc đưa ra quyết định điều trị và mục tiêu huyết áp.	IIa	C
Khi bắt đầu điều trị hạ huyết áp cho bệnh nhân từ 85 tuổi trở lên và/hoặc có tình trạng suy yếu trung bình đến nặng (ở bất kỳ độ tuổi nào), nên xem xét sử dụng thuốc chẹn kênh canxi dihydropyridine tác dụng kéo dài (CCBs) hoặc thuốc ức chế hệ RAS, tiếp theo nếu cần có thể dùng thuốc lợi tiểu liều thấp nếu dung nạp tốt. Tuy nhiên, không nên ưu tiên sử dụng thuốc chẹn beta (trừ khi có chỉ định bắt buộc) hoặc thuốc chẹn alpha.	IIa	B
Nếu BN suy yếu tiến triển có tụt huyết áp, có thể xem xét ngưng kê đơn các thuốc hạ huyết áp (và các loại thuốc khác có thể làm giảm huyết áp như thuốc an thần và thuốc chẹn alpha đặc hiệu cho tuyến tiền liệt).	IIb	C

Tăng huyết áp ở BN rất lớn tuổi, suy yếu và hạ HA tư thế

- Nên duy trì thuốc hạ áp suốt đời, thậm chí khi bn quá 85 tuổi nếu dung nạp tốt (IA)
- Cần kiểm tra hạ HA tư thế trước khi bắt đầu sử dụng thuốc: Để BN ngồi hay nằm trong 5 phút và đo huyết áp sau 1-3 phút sau khi đứng lên
- Cần sử dụng ngay các phương pháp không dùng thuốc là điều trị đầu tiên ở những BN hạ HA tư thế ở BN THA
- Cần chuyển sang thuốc không làm nặng tình trạng hạ HA tư thế và cũng không chỉ đơn thuần chọn liệu pháp nhẹ hơn.

Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai

- THA là vấn đề y tế phổ biến nhất gặp phải trong thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong mẹ và giai đoạn chu sinh trên toàn cầu.
- Ảnh hưởng 5% –10% các trường hợp mang thai trên toàn thế giới.
- Nguy cơ cho mẹ: nhau bong non, đột quỵ, suy đa cơ quan (gan, thận) và đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Nguy cơ cho thai nhi: chậm phát triển trong tử cung, sinh non và thai chết lưu. THA trong thai kỳ bao gồm các khía cạnh sau:
 - THA nhẹ đến trung bình: đo HA trong ít nhất hai lần khám và cách nhau ít nhất 4 giờ, HATT ≥ 140 mmHg (nhưng < 160 mmHg) và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg (nhưng < 110 mmHg).
 - THA nặng: HATT ≥ 160 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 110 mmHg.

Phân loại tăng huyết áp trong thai kỳ

THA từ trước	THA có trước khi mang thai hoặc trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và tồn tại > 6 tuần sau sinh với protein niệu.
THA trong thai kỳ	THA khởi phát sau tuần thứ 20 của thai kỳ, và kéo dài < 6 tuần sau sinh.
Tiền sản giật	THA thai kỳ và có protein niệu (> 300 mg/24h hoặc tỷ albumin / creatinine niệu (ACR) > 30 mg/mmol [265 mg/g]). Các yếu tố nguy cơ là có THA từ trước, THA trong lần thai kỳ trước, đái tháo đường, bệnh thận, thai lần đầu hay nhiều lần, và bệnh tự miễn (SLE). Các nguy cơ cho thai bao gồm: thai nhi kém phát triển và sinh non.
Sản giật	THA trong thai kỳ với co giật, đau đầu dữ dội, rối loạn thị giác, đau bụng, buồn nôn và nôn, lượng nước tiểu ít: cần điều trị ngay lập tức và cần chấm dứt thai kỳ.
Hội chứng HELLP	Tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu (Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) cần điều trị ngay lập tức và cần chấm dứt thai kỳ.

Điều trị THA trong thai kỳ

- THA nhẹ: Lựa chọn đầu tiên: methyldopa, chẹn beta (Labetalol), và chẹn kênh canxi dihydropyridine (Nifedipine [trừ dạng viên nang], Nicardipine).
- THA nặng: Điều trị bằng Labetalol đường tĩnh mạch (hoặc thay thế bằng Nicardipine đường tĩnh mạch, Esmolol, Hydralazine, Urapidil), Methyldopa uống hoặc chẹn kênh canxi dihydropyridine. Bổ sung magiê. Trong phù phổi: Truyền TM Nitroglycerin. Nên tránh dùng Natri nitroprusside do nguy cơ nhiễm độc xyanua thai nhi khi điều trị kéo dài.
- *Chấm dứt thai kỳ trong THA thai kỳ hoặc Tiền sản giật*: được khuyến cáo ở tuần thứ 37 nếu không có triệu chứng. Lấy thai cấp cứu khi có rối loạn thị giác, rối loạn đông cầm máu.

THA ở phụ nữ có thai

- Một phân tích tổng hợp cho thấy thuốc chẹn beta và CCB có hiệu quả hơn methyldopa trong kiểm soát HA
- Atenolol nên tránh dùng, vì nó có liên quan đến tình trạng chậm phát triển của thai nhi.
- Methyldopa có liên quan đến nguy cơ trầm cảm sau sinh tăng cao và do đó, cần thận trọng khi dùng cả trong và sau khi sinh
- Khoảng 20%–30% phụ nữ mắc các rối loạn tăng huyết áp trong lần mang thai trước sẽ bị tái phát trong lần mang thai tiếp theo. Tăng huyết áp khởi phát càng sớm trong lần mang thai đầu tiên thì nguy cơ tái phát trong lần mang thai tiếp theo càng cao.

Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai

- THA thai kỳ bắt đầu điều trị khi được xác định HAPK có HATT ≥ 140 mmHg, HATTr ≥ 90 mmHg
- Phụ nữ mang thai có THA mạn tính từ trước, khởi phát điều trị bằng thuốc khi HAPK TT ≥ 140 mmHg, HATTr ≥ 90 mmHg
- Mục tiêu: HA dưới 140/90 mmHg nhưng HA ttr không dưới 80 mmHg
- Chọn kênh canxi, labetalol, methyldopa

In women with chronic and gestational hypertension, it is recommended to lower BP below 140/90 mmHg but not below 80 mmHg for diastolic BP.	I	C
Dihydropyridine CCBs (preferably extended-release nifedipine), labetalol, and methyldopa are recommended first-line BP-lowering medications for treating hypertension in pregnancy.	I	C
In consultation with an obstetrician, low- to moderate-intensity exercise is recommended in all pregnant women without contraindications to reduce the risk of gestational hypertension and pre-eclampsia. ^{654,655}	I	B
Systolic BP ≥ 160 mmHg or diastolic BP ≥ 110 mmHg in pregnancy can indicate an emergency, and immediate hospitalization should be considered.	IIa	C
HBPM and ABPM should be considered to exclude white-coat and masked hypertension, which are more common in pregnancy. ⁶⁷⁹	IIa	C
RAS blockers are not recommended during pregnancy. ^{680,681}	III	B

THA thứ phát

- Chiếm 5 - 10% đặc biệt ở người trẻ THA khó kiểm soát huyết áp.
- Sàng lọc cơ bản cho tăng huyết áp thứ phát: đánh giá bệnh sử và khám lâm sàng + XN sinh hóa máu cơ bản (bao gồm natri, kali huyết thanh, eGFR, TSH) và tổng phân tích nước tiểu.
- 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.

THA thứ phát (tiếp)

- Xem xét chuyển đến một trung tâm chuyên khoa có chuyên gia và nguồn lực, trang thiết bị để xác định chẩn đoán và điều trị
- Các loại tăng huyết áp thứ phát phổ biến nhất ở người lớn:
 - Bệnh nhu mô thận
 - Tăng huyết áp mạch máu thận
 - Chứng tăng aldosteron nguyên phát
 - Ngưng thở khi ngủ mạn tính

Tăng huyết áp thứ phát

1. Loạn sản xơ cơ

- Thường gặp ở nữ, khởi phát 30—50 tuổi có liên quan đến hút thuốc, một số có tiền sử gia đình
- Yếu tố nguy cơ: hút thuốc
- Cận lâm sàng: CT, MRI, Siêu âm mạch thận
- Chẩn đoán XĐ: chụp mạch thận
- Điều trị: Nong mạch, thuốc ức chế hệ RAS

THA thứ phát

2. Xơ vữa, hẹp động mạch thận

- Thường gặp ở nam giới,
- Tuổi khởi phát cao
- Thường liên quan đến xơ vữa động mạch trên nhiều mạng mạch máu
- Yếu tố nguy cơ hút thuốc và RL lipid máu

3. Hẹp eo động mạch chủ

- Khởi phát tăng huyết áp trước 30 tuổi, các triệu chứng nghiêm trọng.
- Thường kèm van ĐMC 2 lá van
- Chẩn đoán: Đo HA cánh tay, cổ chân, CT

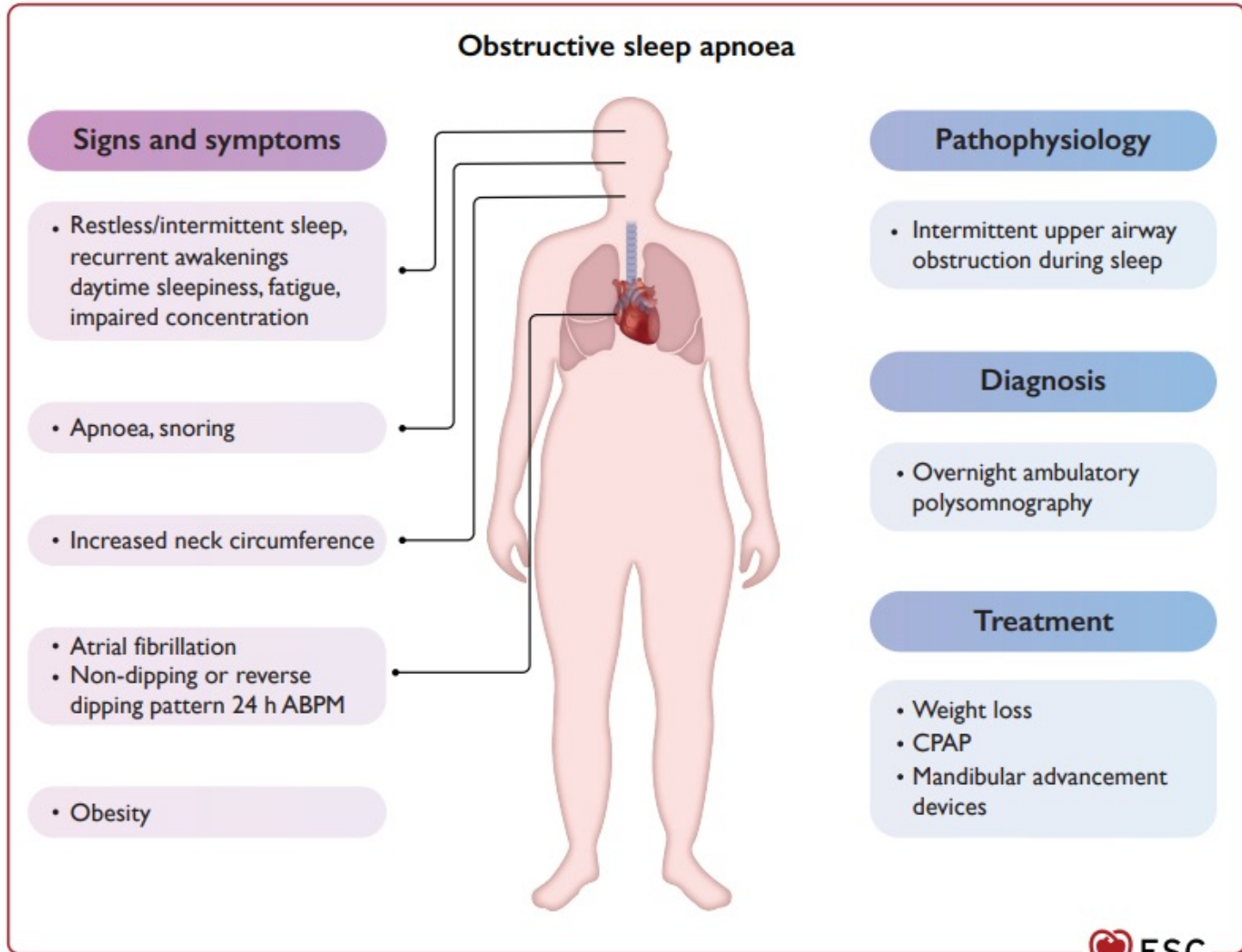
THA do cường aldosteron nguyên phát

- Cần 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, phát hiện có khối u thượng thận, tiền sử gia đình có THA sớm, hoặc đột quỵ khi tuổi còn trẻ (< 40 tuổi)** (IC)
- Định lượng aldosterone huyết thanh: tỷ lệ renin hoạt động được khuyến cáo khi sàng lọc cường aldosterone nguyên phát ở người lớn (IC)
- Cần tham khảo chuyên gia THA hoặc BS nội tiết để đánh giá thêm hoặc điều trị (IC)

Hội chứng ngưng thở khi ngủ (OSAS)

- Phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và đặc biệt là bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị
- 60% bệnh nhân THA kháng trị có các đặc điểm OSAS
- Cần nghi ngờ OSAS ở bệnh nhân THA và các triệu chứng gợi ý ở tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị và ở những bệnh nhân có kiểu không giảm hoặc giảm ngược khi theo dõi huyết áp 24 giờ, đặc biệt nếu béo phì
- Sử dụng bảng câu hỏi đã được xác thực có thể giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc OSAS
- Đo đa ký giấc ngủ

Hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn



Thuốc và tình trạng ảnh hưởng đến aldosterone, renin và tỷ lệ aldosterone-renin

Factor	Effect on plasma aldosterone levels	Effect on renin levels	Effect on ARR
Serum potassium status			
Hypokalaemia	↓	→↑	↓ (FN)
Potassium loading	↑	→↓	↑
Sodium restriction	↑	↑↑	↓ (FN)
Sodium loading	↓	↓↓	↑ (FP)
Drugs			
Beta-adrenergic blockers	↓	↓↓	↑ (FP)
Calcium channel blockers (DHPs)	→↓	→↑	→↓ (FN with short-acting DHPs)
ACE inhibitors	↓	↑↑	↓ (FN)
ARBs	↓	↑↑	↓ (FN)
Potassium-sparing diuretics	↑	↑↑	↓ (FN)
Potassium-wasting diuretics	→↑	↑↑	↓ (FN)
Alpha-2 agonists (clonidine, methyldopa)	↓	↓↓	↑ (FP)
NSAIDs	↓	↓↓	↑ (FP)
Steroids	↓	→↓	↑ (FP)
Contraceptive agents (drospirenone)	↑	↑	↑ (FP)

THA cấp cứu (emergency)

- Là tình huống THA nặng kết hợp với tổn thương cơ quan đích cấp tính đe dọa tính mạng và cần can thiệp hạ HA ngay lập tức thường là liệu pháp bằng đường tĩnh mạch.
- THA **khẩn trương** (urgent): THA đáng kể nhưng không có tổn thương cơ quan đích cấp tính và thường có thể được điều trị bằng liệu pháp hạ huyết áp đường uống.

Biểu hiện LS của THA cấp cứu (tiếp)

- **Tăng huyết áp ác tính:** Tăng HA nặng ($\geq 180/120$ mmHg) liên quan đến bệnh võng mạc hai bên tiến triển (xuất huyết, xuất tiết dạng bông, phù gai thị).
- **Bệnh não do tăng huyết áp:** Tăng HA nặng liên quan đến hôn mê, co giật, mù vỏ não và hôn mê mà không có các nguyên nhân khác.
- **Bệnh vi mạch huyết khối do tăng huyết áp:** Tăng HA nặng liên quan đến tán huyết và giảm tiểu cầu trong trường hợp không có nguyên nhân khác và cải thiện khi điều trị hạ HA.
- Các biểu hiện khác của THA cấp cứu bao gồm tăng HA nặng liên quan đến **xuất huyết não, đột quỵ cấp, hội chứng mạch vành cấp, phù phổi cấp** do tim, phình/bóc tách động mạch chủ, tiền sản giật nặng và sản giật.
- Mục tiêu điều trị tổng thể ở những bệnh nhân có THA cấp cứu là **giảm HA có kiểm soát đến mức an toàn hơn để ngăn ngừa hoặc hạn chế tổn thương** do tăng huyết áp về sau đồng thời tránh tụt huyết áp và các biến chứng liên quan

Khuyến cáo điều trị bằng thuốc cho các trường hợp tăng huyết áp cấp cứu cụ thể

Biểu hiện lâm sàng	Thời gian và mục tiêu HA	Điều trị ưu tiên	Điều trị thay thế
THA cấp cứu có hoặc không có TMA / Suy thận cấp	Vài giờ, MAP -20% đến - 25%	Labetalol; Nicardipine	Nitroprusside; Urapidil
Bệnh não THA	Ngay lập tức, MAP-20%đến-25%	Labetalol; Nicardipine	Nitroprusside
Nhồi máu não cấp và HATT > 220 mmHg hoặc HATTr > 120 mmHg	1giờ,MAP-15%	Labetalol; Nicardipine	Nitroprusside
Nhồi máu não cấp có chỉ định tiêu sợi huyết và HATT >185 mmHg hoặc HATTr > 110 mmHg	1giờ,MAP-15%	Labetalol; Nicardipine	Nitroprusside
Xuất huyết não cấp và HATT > 180 mmHg	130<HATT<180 mmHg	Labetalol; Nicardipine	Urapidil
Hội chứng vành cấp	Ngay lập tức, HATT < 140 mmHg	Nitroglycerine; Labetalol	Urapidil
Phù phổi cấp do tim	Ngay lập tức, HATT < 140 mmHg	Nitroprusside hoặc Nitroglycerine (với lợi tiểu quai)	Urapidil (với lợi tiểu quai)
Bệnh động mạch chủ cấp	Ngay lập tức, HATT < 120 mmHg và nhĩtim<60lần/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 <105 mmHg	Labetalol hoặc Nicardipine và Magnesium sulfate	

Tăng huyết áp kháng trị

- Chiếm 10-20% THA
- Định nghĩa: Liều tối ưu (hoặc liều dung nạp tốt nhất) của một chiến lược điều trị thích hợp, trong đó có thuốc lợi tiểu (điển hình là phối hợp thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể Angiotensin II với chẹn kênh canxi và lợi tiểu thiazide / thiazide-like), nhưng không làm giảm HATT và/hoặc HATTr tương ứng xuống <140mmHg và/hoặc 90mmHg; và
- Kiểm soát HA không đầy đủ đã được xác nhận bởi đo HALT hoặc HATN; và
- Sau khi loại trừ các nguyên nhân khác nhau của THA giả kháng trị (kém tuân thủ điều trị) và THA thứ phát.
- Điều trị hạ huyết áp phải được tối ưu hóa. Sau khi phối hợp 3 nhóm thuốc (**A + C + D**), bước tiếp theo có thể phối hợp thêm thuốc đối kháng thụ thể mineral-corticocoid (MRA) hoặc nếu không dung nạp được (khi MLCT giảm xuống < 30 đến 40 ml/phút/1,73m² da cơ thể, kali huyết thanh > 5 mmol/L) thì chuyển sang thuốc lợi tiểu như amiloride hoặc liều cao hơn của các thuốc lợi tiểu khác, thuốc chẹn beta hoặc chẹn alpha

Các phương pháp điều trị THA kháng trị

1. Tăng cường các biện pháp thay đổi lối sống, đặc biệt là hạn chế muối.
2. Thêm Spironolactone liều thấp vào điều trị hiện có.
3. Hoặc thêm liệu pháp lợi tiểu nếu không dung nạp Spironolactone, như Eplerenone, Amiloride, lợi tiểu thiazide / thiazide-like liều cao hơn, hoặc thuốc lợi tiểu quai.
4. Hoặc thêm Bisoprolol hoặc Doxazosin
5. Triệt đốt TK giao cảm (ở trung tâm có thể thực hiện được)

Chiến lược điều trị tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường VSH/VNHA 2022

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Ngưỡng HA phòng khám ở bệnh nhân THA kèm đái tháo đường týp 2 khi $\geq 130/85$ mmHg	Ila	A
Ở bệnh nhân THA kèm ĐTĐ từ 16 - 69 tuổi, mục tiêu HATT là $120 - < 130$ mmHg, có thể thấp hơn nếu dung nạp được	I	A
Ở bệnh nhân THA kèm ĐTĐ ≥ 70 tuổi, mục tiêu HATT là $130 - 139$ mmHg, có thể thấp hơn nếu dung nạp được, mục tiêu HATT _r là $70 - 79$ mmHg nếu có bệnh mạch vành không được tái tưới máu	I	A
Chiến lược điều trị nên bao gồm một nhóm thuốc ức chế RAS và một nhóm thuốc chẹn kênh canxi hoặc lợi tiểu thiazide-like	I	A
Điều trị hạ glucose máu với SGLT2-i hoặc GLP-1 RA được ưu tiên khi có bệnh tim mạch do xơ vữa và/hoặc nguy cơ cao với những lợi ích bệnh tim mạch đã được chứng minh	I	C
Điều trị nên bao gồm hạ lipid máu và điều trị bệnh đồng mắc theo các khuyến cáo hiện hành	I	A

THA và Đái tháo đường

- Ở bệnh nhân ĐTĐ mà sử dụng thuốc hạ áp, mục tiêu 120-129 mmHg nếu dung nạp (MBC I-A)
- Ở đa số người lớn có HA gia tăng và ĐTĐ, sau tối đa 3 tháng điều chỉnh can thiệp lối sống, cần sử dụng thuốc hạ áp nếu HA PK $\geq 130/80$ mmHg để giảm nguy cơ tim mạch (MBC I-A)
- Cần điều trị hạ áp ở bệnh nhân tiền ĐTĐ hoặc béo phì được xác định bởi HA phòng khám $\geq 140/90$ mmHg hoặc khi HA PK (MBC I-A) 130-139/80-89 mmHg và nguy cơ tim mạch 10 năm $\geq 10\%$ hoặc với nguy cơ cao phối hợp liệu pháp điều chỉnh lối sống (MBC I-A)

Tăng huyết áp và Bệnh thận mạn

- Thay đổi lối sống: hạn chế muối và cũng điều trị bằng thuốc.
- Mục tiêu: HA < 130/80 mmHg và có thể thấp hơn nếu dung nạp
- Điều trị bằng thuốc hạ huyết áp trong bệnh thận mạn nên được **cá thể hóa** tùy thuộc vào khả năng dung nạp và sự tác động lên chức năng thận và điện giải của bệnh nhân.
- Thuốc ức chế RAS có hiệu quả làm giảm albumin niệu
- BN THA và CKD có eGFR >20 ml/phút/1,73m², SGLT2i được khuyến cáo để cải thiện tiên lượng (tác dụng hạ HA khiêm tốn)

THA ở người bị bệnh ĐMV mạn tính

- Mục tiêu huyết áp ở người bị bệnh ĐMV mạn tính
 - ACC/AHA <130/80 mmHg
 - ESH 2023
 - 18-64 tuổi: <130/80 mmHg. (IA)
 - 65-79 tuổi: <140/90 mmHg (IA); <130/80 mmHg (IB)
 - ≥ 80 tuổi: SBP: 140-150 mmHg, DBP <80 mmHg; SBP 130-139 (IIB)
- Điều trị THA tích cực ở nhóm bệnh ĐMV giảm biến cố tim mạch
- Đánh giá mức độ suy yếu và cá thể hoá huyết áp đích HA ở bệnh ĐMV cao tuổi

THA kèm xuất huyết não cấp

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Ở người lớn có XHN, những người có HATT > 220 mmHg cần xem xét điều trị hạ HA bằng thuốc truyền tĩnh mạch và theo dõi HA chặt chẽ.	Ila	C
Ở những bệnh nhân XHN có HATT 150 - 220 mmHg, việc hạ HA ngay lập tức xuống < 140 mmHg trong vòng 6 giờ đầu không giúp cải thiện nguy cơ tử vong cũng như tàn phế, thậm chí có thể gây hại.	III có hại	A
Ở những bệnh nhân XHN cấp (< 24 giờ), lợi ích và nguy cơ của việc hạ HA tích cực đối với kết cục về chức năng thần kinh còn chưa rõ ràng.	Ila	B
Ở những bệnh nhân XHN cấp, khuyến cáo bắt đầu điều trị hạ huyết áp càng sớm càng tốt và lý tưởng nhất là trong vòng 2 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Mức giảm HATT không được vượt quá 90 mmHg so với giá trị ban đầu (hạ HA theo các mức khuyến cáo sau 6 giờ sau khi bắt đầu điều trị ít nhất 24 giờ và đến 72 giờ) để giảm sự lan rộng của khối máu tụ.	Ila	C
Ở những bệnh nhân XHN cấp, những người cần điều trị hạ HA để duy trì HA mục tiêu theo khuyến cáo và không có rối loạn về nuốt, nên tiếp tục với các thuốc hạ huyết áp bằng đường uống trước đó. Ở những người có chứng khó nuốt hoặc giảm ý thức, cần ngừng điều trị tăng huyết áp bằng đường uống trước đó chuyển sang sử dụng đường tĩnh mạch hoặc sử dụng liệu pháp hạ huyết áp đường uống qua ống nội khí quản.	Ila	C

THA và Đột quy não do thiếu máu cục bộ

- Không cần hạ HA thường quy ở những bệnh nhân nghi ngờ đột quy do thiếu máu cục bộ, ở giai đoạn trước nhập viện.
- Ở những bệnh nhân bị đột quy TMCB cấp không được điều trị bằng tiêu sợi huyết đường TM hoặc phẫu thuật lấy huyết khối cơ học và HA > 220/120 mmHg, hạ HA cần trọng (**giảm < 15% HATT trong 24 giờ**) là hợp lý và an toàn. Không có thuốc hạ HA cụ thể nào được khuyến cáo
- Ở những bệnh nhân bị đột quy TMCB cấp đang được tiêu sợi huyết đường TM (có hoặc không phẫu thuật lấy huyết khối cơ học), **không cần** hạ HATT xuống mục tiêu 130 - 140 mmHg trong 72 giờ đầu sau khi khởi phát triệu chứng. IIb C
- Ở những bệnh nhân đột quy TMCB cấp do tắc mạch máu lớn, khuyến cáo không giảm tích cực HATT < 130 mmHg trong 24 giờ đầu sau khi phẫu thuật lấy huyết khối cơ học thành công (có hoặc không có tiêu sợi huyết đường TM)

THA với đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp và XHN

Recommendation Table 32 — Recommendations for acutely managing blood pressure in patients with intracerebral haemorrhage or acute ischaemic stroke

Recommendations	Class ^a	Level ^b
For patients with ischaemic stroke or TIA and an indication for BP lowering, it is recommended that BP-lowering therapy be commenced before hospital discharge. ^{819,820,823}	I	B
In patients with acute ischaemic stroke, early BP lowering with BP-lowering therapy should be considered in the first 24 h in the following settings:		
• In patients who are eligible for re-perfusion therapy with intravenous thrombolysis or mechanical thrombectomy, BP should be carefully lowered and maintained at <180/105 mmHg for at least the first 24 h after treatment. ^{956–960}	Ila	B

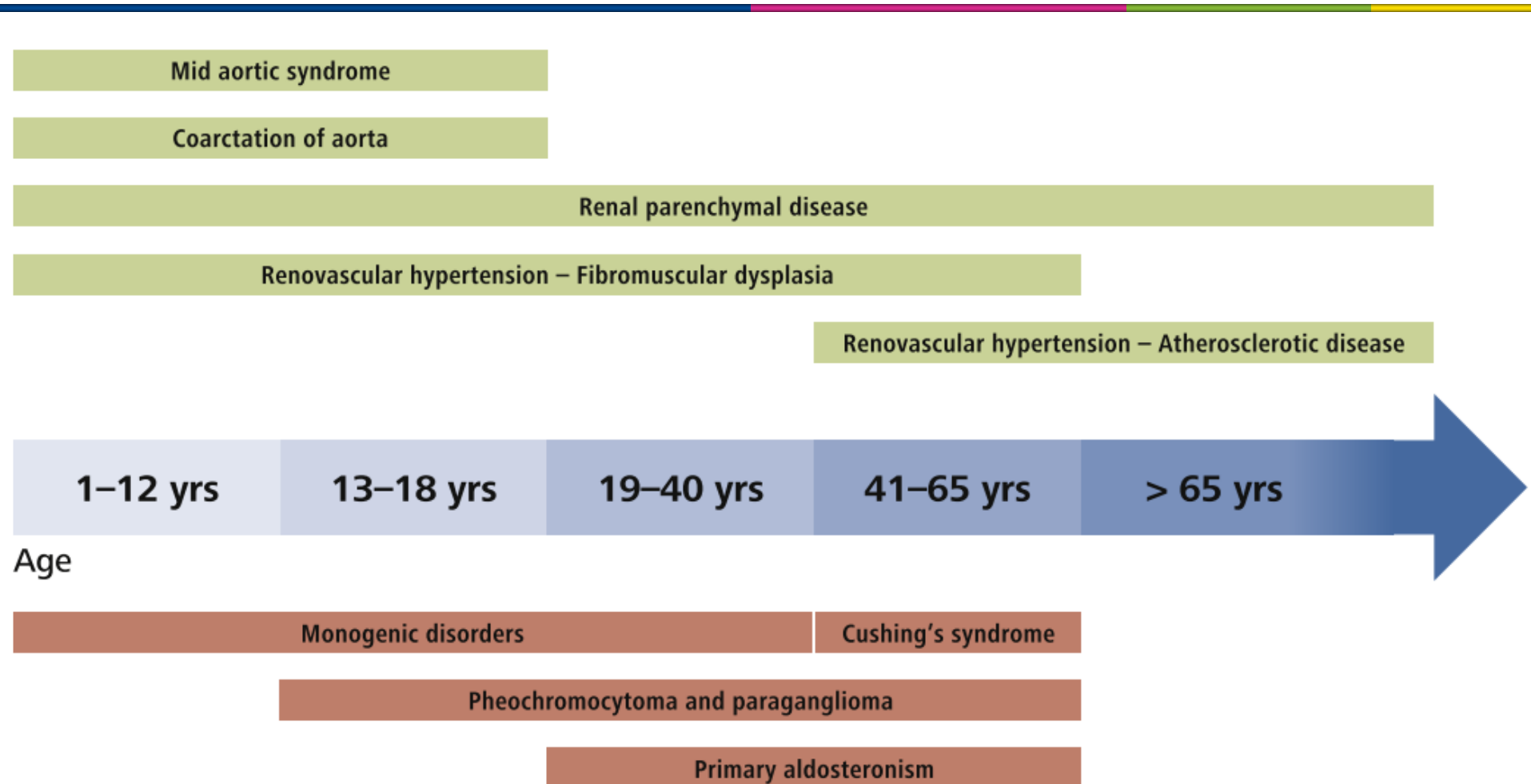
• In patients with ischaemic stroke not receiving re-perfusion treatment and BP of $\geq 220/110$ mmHg, BP should be carefully lowered by approximately 15% during the first 24 h after stroke onset. ^{956–960}	Ila	C
In patients with intracerebral haemorrhage, immediate BP lowering (within 6 h of symptom onset) should be considered to a systolic target 140–160 mmHg to prevent haematoma expansion and improve functional outcome. ^{948,949}	Ila	A
In patients with intracerebral haemorrhage presenting with systolic BP ≥ 220 mmHg, acute reduction in systolic BP >70 mmHg from initial levels within 1 h of commencing treatment is not recommended. ^{950,951,960–963}	III	B

THA và bệnh tim mạch

- BN có tiền sử NMCT và cần điều trị hạ áp: chọn beta và ức chế hệ RAS (MBC IA)
- Ở BN đau ngực có triệu chứng cần ĐT hạ áp, chọn beta và/hoặc chọn kênh canxi (MBC IA)
- Suy tim (HFrEF, HFmrEF): ức chế hệ RAS, ARB, hoặc ARNi, chọn beta, kháng aldosteron và SGLT2i (MBC IA)
- THA và suy tim EF bảo tồn (HFpEF) có triệu chứng, SGLT2i được khuyến cáo sử dụng cải thiện tiên lượng mặc dù tác dụng hạ áp khiêm tốn (MBC IA)

Cardiac disease		
In patients with a history of myocardial infarction who require BP-lowering treatment, beta-blockers and RAS blockers are recommended as part of that treatment.	I	A
In patients with symptomatic angina who require BP-lowering treatment, beta-blockers and/or CCBs are recommended as part of that treatment.	I	A
In patients with symptomatic HFrEF/HFmrEF, the following treatments with BP-lowering effects are recommended to improve outcomes: ACE inhibitors (or ARBs if ACE inhibitors are not tolerated) or ARNi, beta-blockers, MRAs, and SGLT2 inhibitors.	I	A
In hypertensive patients with symptomatic HFpEF, SGLT2 inhibitors are recommended to improve outcomes in the context of their modest BP-lowering properties.	I	A

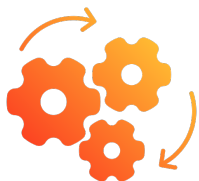
Nguyên nhân THA thứ phát theo tuổi (ESH 2024)



ESC 2024: Hạ HA theo mức HA và yếu tố nguy cơ

Huyết áp	Non-elevated BP (<120/70 mmHg)	Elevated BP (120 – 139 / 70 – 89 mmHg)		Hypertension (140/90 mmHg)
Nguy cơ		- Tất cả BN có huyết áp tâm thu (SBP) 120 – 129 - SBP 130-139 VÀ nguy cơ bệnh lý tim mạch 10 năm < 10% VÀ không có tình trạng nguy cơ cao hoặc nguy cơ gia tăng hoặc bất thường xét nghiệm	- SBP 130 – 139 VÀ nguy cơ cao (Bệnh lý TM xác định, ĐTD, CKD, HF, HMOD) - SBP 130 – 139 VÀ nguy cơ tim mạch 10 năm $\geq 10\%$ - SBP 130 – 139 VÀ nguy cơ TM 5-10% VÀ nguy cơ gia tăng hoặc bất thường xét nghiệm	
Điều trị	- Đánh giá lối sống để dự phòng - Sàng lọc HA cơ hộ và nguy cơ tim mạch	- Đánh giá lối sống để dự phòng - Theo dõi HA và nguy cơ tim mạch hàng năm	- Đánh giá lối sống và điều trị thuốc (sau 3 tháng) (I – A) - Theo dõi HA hàng năm khi điều trị	- Đánh giá lối sống và điều trị thuốc (ngay lập tức) - Theo dõi HA hàng năm khi điều trị
Đích	< 120/70 mmHg	Mục tiêu HA 120 – 129 / 70 – 79 mmHg		

LỢI ÍCH CỦA PHỐI HỢP NHIỀU NHÓM THUỐC KHÁC CƠ CHẾ TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP



Lợi thế của phối hợp nhiều nhóm thuốc điều trị Tăng huyết áp

Tăng cường hiệu quả của mỗi thuốc so với mỗi thành phần đơn trị

Cơ chế tác động bổ sung cho nhau

Nhanh chóng đạt mục tiêu huyết áp hơn

Giảm thiểu tác dụng phụ, cả trên lâm sàng và chuyển hóa

Thay đổi dược lực, có thể đem lại thời gian tác động dài hơn

Phổ bệnh nhân đáp ứng điều trị rộng hơn

Viên phối hợp liều cố định, nếu có: tiềm năng cải thiện tuân trị

Viên phối hợp liều cố định, nếu có: chi phí thường thấp hơn tổng từng thành phần

ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU NGÀY CÀNG CHẶT CHẼ HƯỚNG TỚI <130/80 mmHg Ở PHẦN LỚN BỆNH NHÂN

VSH/VNHA 2022

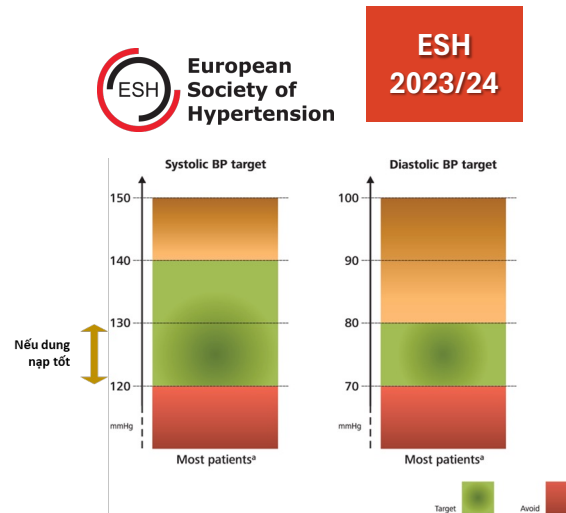
Không bệnh đồng mắc: HATT* < 140 mmHg

Có bệnh đồng mắc: HATT* < 130 mmHg

≥ 70 tuổi: HATT* < 140 mmHg

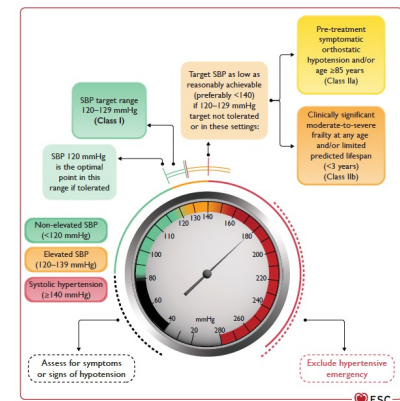
*HATT có thể hạ thấp hơn nữa nếu dung nạp

HATT < 80 mmHg cho tất cả bệnh nhân



ESC 2024

- Khoảng mục tiêu huyết áp tâm thu **120-129 mmHg**
- ALARA** - Thấp nhất có thể hợp lý đạt được (<140 mmHg)



Đích huyết áp **mục tiêu càng ngày càng chặt chẽ** hơn với các khuyến cáo gần đây

Hướng tới đích huyết áp tối ưu **<130/80 mmHg** ở phần lớn bệnh nhân

Mục tiêu huyết áp tâm thu 120-129 mmHg cho hầu hết BN (MBC 1-A) và HA tâm trương 70-79 mmHg

ESC 2024 KHUYẾN CÁO NÂNG LÊN PHỐI HỢP 3 MÀ KHÔNG CẦN TĂNG LIỀU PHỐI HỢP 2

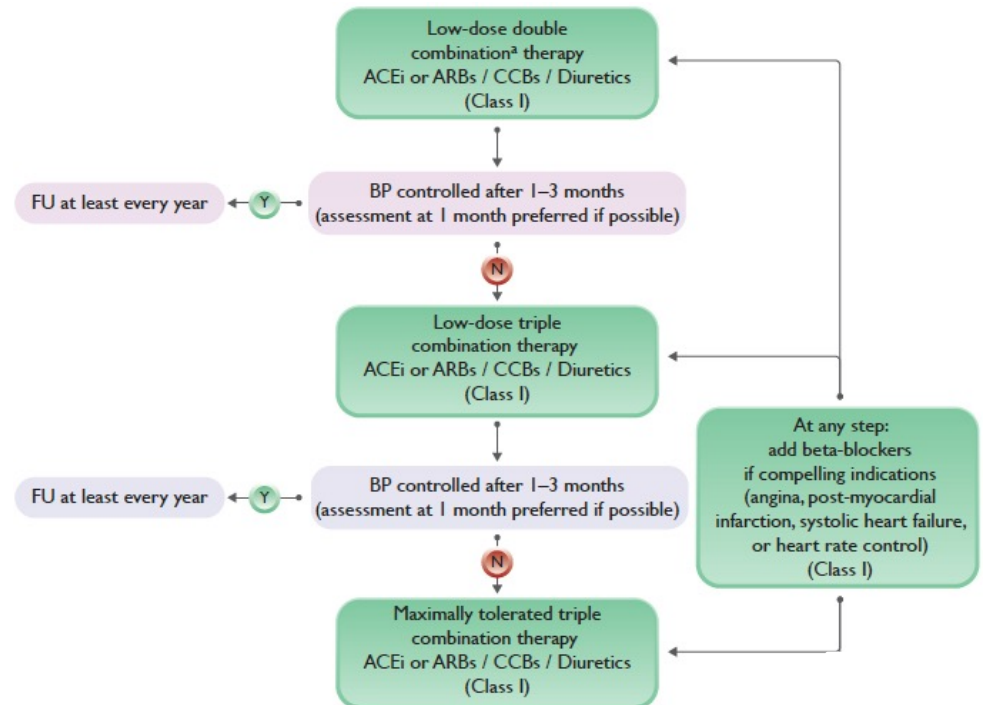
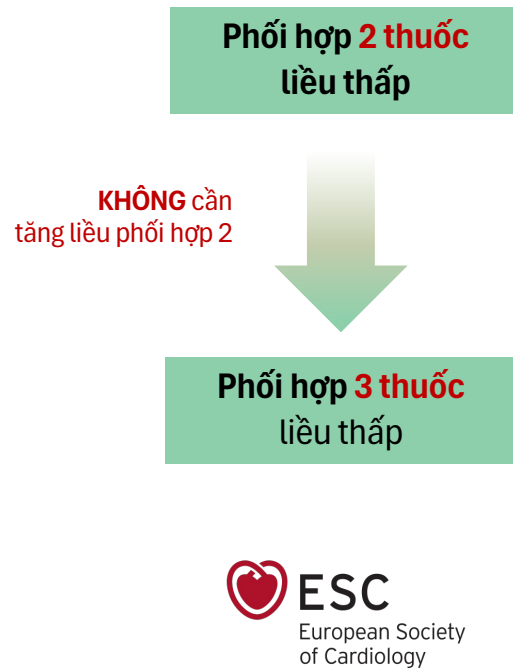


Figure 18 Practical algorithm for pharmacological blood pressure lowering.

General strategy in patients with hypertension

Once daily dosing
(preferred in the morning)

Prefer SPCs
at any step



Step 1
Dual
combination

**Start with Dual Combination
Therapy in most patients**

Start with Monotherapy only in selected patients:

- Low risk hypertension and BP <150/95 mmHg
- or high-normal BP and very high CV risk
- or frail patients and/or advanced age

ACEi or ARB + CCB or $\frac{1}{2}$ Diuretic^a
Increase to full-dose if well tolerated
→ up to ~60% controlled^c

BB^b
Can be used
as monotherapy
or at any step
of combination
therapy

ACEi or ARB + CCB + $\frac{1}{2}$ Diuretic
Increase to full-dose if well tolerated
→ up to ~90% controlled^c

Step 2
Triple
combination

Step 3
Add further
drugs

True resistant Hypertension^d
→ up to ~5%

**Consider to consult hypertension
specialist in patients who are still
not controlled**

Consider additional therapies: drugs or renal denervation



In true resistant hypertension:

- Spironolactone (preferred) or other MRA; with caution if eGFR <45 ml/min/1.73 m² or serum potassium >4.5 mmol/l.
- BB or alpha1-blocker or centrally acting agent
- Direct vasodilator (not preferred)
- Renal denervation, if eGFR >40 ml/min/1.73 m²



In Heart Failure

- ARNI
- SGLT2i



In CKD

- SGLT2i
- NsMRA Finerenone (not in combination with other MRA)



^aUse of Diuretics:

- Consider transition to Loop Diuretic if eGFR is between 30 to 45 ml/min/1.73 m²
- If eGFR <30 ml/min/1.73m² use Loop Diuretic; consider combination with Chlorthalidone or other TL-Diuretic

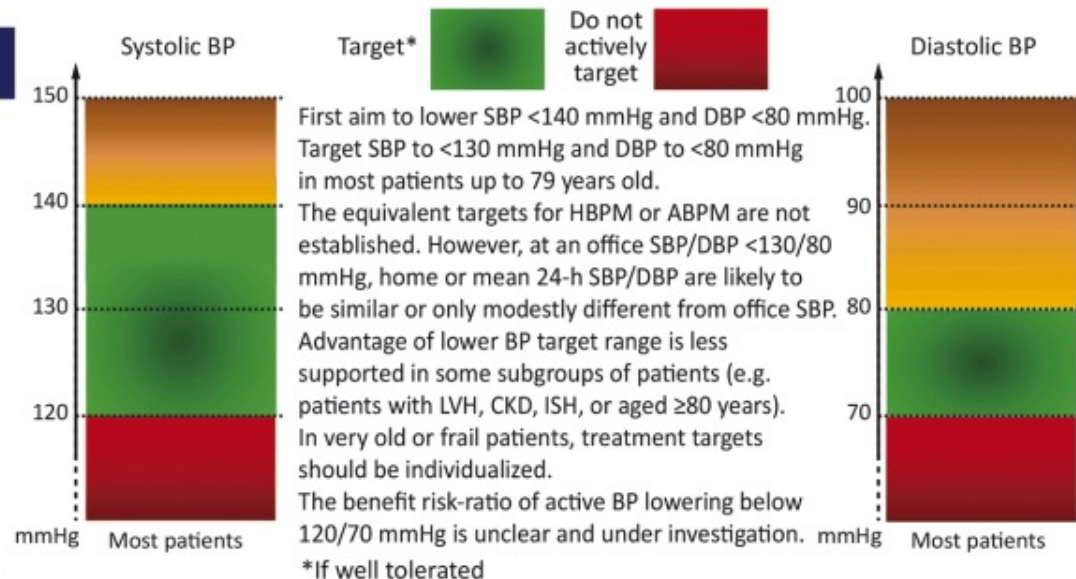
^bUse of BB: should be used as guideline directed medical therapy in respective indications or considered in several other conditions (Table 8)

^cControlled BP: if <140/90mmHg

^dTrue resistant Hypertension: when SBP is ≥140 mmHg or DBP is ≥90 mmHg provided that:

- maximum recommended and tolerated doses of a three-drug combination comprising a RAS blocker (either an ACEi or an ARB), a CCB and a Thiazide/Thiazide-like diuretic were used
- inadequate BP control has been confirmed by ABPM or by HBPM if ABPM is not feasible
- various causes of pseudo-resistant hypertension (especially poor medication adherence) and secondary hypertension have been excluded.

General office BP targets in patients with hypertension



KẾT LUẬN

- Chẩn đoán và điều trị THA theo cá thể hóa với xác định ngưỡng và đích cần điều trị thuốc và thay đổi lối sống 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 chẩn đoán tăng huyết áp $\geq 140/90$ mmHg
- Bệnh nhân huyết áp tăng (elevated BP) và nguy cơ tim mạch cao cần điều trị ngay.

KẾT LUẬN

- Điều trị cần tích cực thay đổi lối sống 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 hoặc D, A+C+D
- Mục tiêu huyết áp tâm thu 120-129 mmHg cho hầu hết BN và HA tâm trương 70-79 mmHg (MBC I-A) hoặc ALARA (IA)
- Khuyến cáo ESC 2024 về THA nhấn mạnh về tính liên tục của nguy cơ tim mạch tiến triển theo mức độ huyết áp

THANK
YOU

A decorative illustration of a branch with red and pink leaves and small green berries, framing the text 'THANK YOU'. The leaves are in various shades of red and pink, some with white veins. The berries are small and green. The text is in a black, serif font, with 'THANK' on the top line and 'YOU' on the bottom line. The branch and leaves are positioned around the text, with some leaves overlapping the letters.