



Kế hoạch MASTER kiểm soát tăng huyết áp của Hiệp hội Tăng huyết áp Châu Âu 2024

The 2024 ESH MASTERplan for hypertension management

Võ Thị Hà Hoa^{a*}, Nguyễn Thị Khánh Linh^a
Vo Thi Ha Hoa^{a*}, Nguyen Thi Khanh Linh^a

^aKhối Y Dược, Đại học Duy Tân, Đà Nẵng, Việt Nam

^aMedicine & Pharmacy Division, Duy Tan University, Da Nang, 550000, Viet Nam

(Ngày nhận bài: 10/02/2025, ngày phản biện xong: 16/04/2025, ngày chấp nhận đăng: 21/05/2025)

Tóm tắt

Tăng huyết áp (THA) vẫn là thách thức của cộng đồng vì có tần suất, biến chứng tim mạch và nguy cơ tử vong cao. Mặc dù đã có nhiều sự lựa chọn điều trị cho THA, nhưng chỉ < 30 % bệnh nhân được kiểm soát huyết áp (HA) mục tiêu. Tối ưu hóa liệu pháp điều trị bằng thuốc hạ HA dựa trên cấu trúc di truyền của người bệnh về nguyên nhân, đa yếu tố nguy cơ (YTNC), mức đáp ứng điều trị, dung nạp thuốc, quản lý HA... Liệu pháp hướng dẫn về di truyền dược học cho lâm sàng là tiềm năng cho việc quản lý bệnh THA, hiệu quả tổng thể sẽ là nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe và tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân (BN).

Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hiệp hội Tăng huyết áp châu Âu (ESH) giai đoạn 2023–2024 có nhiều điểm mới đáng chú ý. Trong đó, nổi bật là: nhấn mạnh vai trò của đo huyết áp ngoài phòng khám; cập nhật các yếu tố nguy cơ tim mạch mới trong đánh giá bệnh nhân tăng huyết áp; đánh giá tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp; tăng cường vai trò của thay đổi lối sống trong điều trị. Khuyến cáo cũng làm rõ các ngưỡng và đích điều trị ở từng nhóm đối tượng, cập nhật phương pháp điều trị ở bệnh nhân có bệnh lý đi kèm, và đưa ra lộ trình theo dõi điều trị cụ thể. Hướng dẫn mới của ESH 2023-2024 cung cấp lộ trình theo dõi điều trị, một MASTERplan để quản lý tăng huyết áp, đây là định dạng mới ngắn gọn hỗ trợ việc phổ biến thông tin quan trọng nhất của việc hướng dẫn quản lý nhóm bệnh nhân tăng huyết áp nói chung và việc triển khai vào thực hành lâm sàng.

Tiếp cận điều trị THA theo MASTERplan giúp đánh giá toàn diện người bệnh THA để cá thể hóa điều trị.

Từ khóa: Tăng huyết áp; hiệp hội tăng huyết áp Châu Âu 2024; kế hoạch MASTER; điều trị.

Abstract

Hypertension (HTN) remains a challenge in the community: it has high prevalence, complications, and mortality risk. Despite having numerous treatment options for HTN, less than 30% of patients achieve target blood pressure control. Optimizing antihypertensive therapy based on the patient's genetic profile, including the cause of hypertension, multiple risk factors, treatment response, drug tolerance, and blood pressure management, is crucial. Pharmacogenomic-guided therapy is a promising approach for managing hypertension, potentially improving overall healthcare quality and reducing costs for patients.

There are many new updates and changes in the ESH 2023-2024 guidelines for diagnosing and treating hypertension: the role of out-of-office blood pressure measurements, new cardiovascular risk factors in assessing hypertensive patients, evaluating intermediate organ damage due to hypertension, the role of lifestyle changes in hypertension treatment,

*Tác giả liên hệ: Võ Thị Hà Hoa

Email: vohahoa@gmail.com

treatment thresholds and targets for different patient populations, and updates on treating hypertension with comorbidities. The guidelines provide a treatment monitoring roadmap, a MASTERplan for managing hypertension, which is a novel concise format that supports disseminating the most important information of the guidelines for the management of the general hypertensive population and its implementation into clinical practice.

The MASTERplan approach to hypertension treatment helps to comprehensively assess hypertensive patients for personalized treatment.

Keywords: Hypertension; ESH 2024; MASTERplan; treatment.

1. Đặt vấn đề

Theo báo cáo của WHO 2023, chỉ có 54% người lớn bị tăng huyết áp được chẩn đoán, 42% được điều trị và chỉ có 21% được kiểm soát tình trạng tăng huyết áp [1]. Tỷ lệ THA tại Việt Nam khoảng 30% (2019), nam 33% nữ 28%, hiện cả nước có khoảng 14.300.000 người từ 30 - 69 tuổi bị THA. Trong đó chỉ có 47% được chẩn đoán và 30% được điều trị nhưng chỉ có 13% người kiểm soát được huyết áp. Đây là một thách thức vô cùng lớn đối với tất cả chúng ta.

Ba nghịch lý trong chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp: Bệnh THA thì rất dễ chẩn đoán nhưng bệnh nhân thường không được phát hiện; việc điều trị thì đơn giản nhưng bệnh nhân thường không đạt được mục tiêu điều trị; rất nhiều thuốc có hiệu lực khi điều trị cho mọi bệnh nhân nhưng thường có thể không đạt mục tiêu. Câu hỏi đặt ra, vì sao?

Tháng 6 năm 2024, ESH đã công bố phiên bản Kế hoạch MASTER kiểm soát tăng huyết áp, là một hướng dẫn thực hành được rút gọn từ 199 trang, bao gồm 1736 tài liệu tham khảo của phiên bản năm 2023, xuống còn 15 trang, cập nhật những điểm mới, ngắn gọn, logic, toàn diện, dễ vận dụng vào thực tiễn, không chỉ cải thiện việc chẩn đoán và quản lý THA, mà còn đưa ra các chiến lược thực tiễn nhằm tối ưu hóa việc điều trị và quản lý bệnh nhân THA. Bài báo này nhằm hỗ trợ phổ biến những thông tin quan trọng nhất trong hướng dẫn quản lý bệnh nhân tăng huyết áp, đồng thời thúc đẩy việc áp dụng vào thực hành lâm sàng thông qua việc tóm tắt và phân tích các nội dung chính từ Kế hoạch MASTER 2024.

Tiếp cận hướng dẫn thực hành của ESH 2024, cập nhật khuyến cáo ESH 2023 trong quản lý bệnh nhân THA tối ưu đơn giản dựa vào 4 cụm từ MASTER:

- **M** (Measure): Đo HA chính xác, chú trọng đo HA ngoài phòng khám đặc biệt là đo HA tại nhà.

- **A** (Assess): Đánh giá toàn bộ tổn thương cơ quan trung gian để phân tầng nguy cơ tim mạch.

- **ST** (Select Therapy): Trên cơ sở đó cá thể hóa bệnh nhân chọn thuốc với ngưỡng và đích phù hợp nhóm tuổi, bệnh đồng mắc.

- **ER** (Evaluate Response): Đánh giá đáp ứng điều trị bằng các giai đoạn ngắn hạn và dài hạn.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bài báo này sử dụng phương pháp dịch thuật và tóm tắt các điểm chính từ tài liệu gốc của Kế hoạch MASTER 2024, một tài liệu do Hiệp hội Tăng huyết áp Châu Âu công bố. Nội dung của tài liệu chủ yếu tập trung vào các chiến lược quản lý THA dựa trên bằng chứng, các khuyến nghị mới về điều trị, cũng như các phương pháp mới để cải thiện tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Dịch thuật: Tài liệu gốc của ESH 2024 được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt, bảo đảm tính chính xác trong việc truyền đạt các thông tin quan trọng và khuyến nghị trong việc kiểm soát THA. Tài liệu gốc của ESH 2024 được nhóm tác giả trực tiếp dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt. Do hiện tại chưa có bản dịch chính thức nào được công bố rộng rãi tại Việt Nam, nhóm dịch bảo đảm tính chính xác và trung thực trong việc

truyền đạt các nội dung khuyến nghị quan trọng của ESH về kiểm soát tăng huyết áp.

- Tóm tắt: Các điểm chính và chiến lược điều trị được tóm tắt và phân tích để dễ dàng tiếp cận với các đối tượng nghiên cứu trong bối cảnh lâm sàng và y tế cộng đồng.

- Phân tích lý thuyết: Các chiến lược và phương pháp điều trị được phân tích theo góc độ

thực tiễn và khả năng áp dụng vào hệ thống y tế Việt Nam.

3. Kết quả và thảo luận

3.1. MASTERplan: Đo huyết áp chính xác

Một số khuyến cáo được đưa ra để thực hiện đo HA chính xác trên BN, chú trọng vào đo HA tại nhà nhằm phát hiện sớm số BN tăng huyết áp ngoài cộng đồng.

Bảng 1. Khuyến cáo về việc sử dụng trang thiết bị đo huyết áp

Các thiết bị điện tử, băng quấn cánh tay được khuyến dùng để đo HA tại phòng khám, tại nhà và lưu động	I - B
Các thiết bị nghe tim phổi thủ công kết hợp màn hình LCD hoặc LED hoặc đếm ngược kỹ thuật số hoặc aneroid chống sốc được sử dụng nếu không có sẵn các thiết bị tự động	I - B
Chỉ sử dụng các thiết bị đã được phê chuẩn hợp lệ tại trang www.stridebp.org	I - B
Không nên sử dụng các thiết bị đo HA không có băng quấn	III - C

Bảng 2. Khuyến cáo các phương pháp đo huyết áp

Đo huyết áp tự động	HA tự động cánh tay được khuyến cáo để đo HA tại phòng khám và ngoài phòng khám (tại nhà và lưu động)	I - B
Huyết áp tại phòng khám	Được khuyến cáo để chẩn đoán THA vì liên quan đến phân loại nguy cơ THA, lợi ích điều trị, ngưỡng HA điều trị và mục tiêu điều trị	I - A
Huyết áp tại nhà	Có thể được cân nhắc chỉ định để hỗ trợ HA tại phòng khám trong cải thiện dự đoán nguy cơ TM do tính lặp lại và giá trị tiên lượng tốt hơn HAPK	II - B
	Chẩn đoán THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu Được khuyến cáo để theo dõi HA lâu dài do giúp cải thiện kiểm soát HA đặc biệt khi kết hợp với giáo dục và tư vấn BN	I - B I - B
Huyết áp lưu động 24h (Holter huyết áp 24h)	Có thể được cân nhắc chỉ định để hỗ trợ HA tại phòng khám trong cải thiện dự đoán nguy cơ tim mạch do tính lặp lại và giá trị tiên lượng tốt hơn HAPK	II - B
	Chẩn đoán THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu và THA về đêm. Chẩn đoán THA kháng trị thực sự	I - B I - B

Bảng 3. Định nghĩa THA theo thông số huyết áp phòng khám (HAPK), huyết áp tại nhà (HATN), huyết áp lưu động (HALĐ) 24h

Phòng khám	Huyết áp tại nhà	HALĐ ban ngày	HALĐ ban đêm	HALĐ 24h
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90*	135/85*	135/85*	120/70*	130/80*
160/100	145/90	145/90	140/85	145/90

(* và /hoặc)

THA vẫn là một thách thức cho chúng ta do tần suất mắc bệnh và nguy cơ biến chứng, tử vong đặc biệt là tỷ lệ kiểm soát còn thấp.

Bảng 4. 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 (ít nhất 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 HA 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 huyết áp tại nhà trong thực hành lâm sàng

- + Sử dụng theo dõi HATN để chẩn đoán THA
- Tất cả BN với HAPK $\geq 130/85$ (đã hoặc chưa điều trị)
 - Phát hiện THA áo choàng trắng (HAPK $\geq 140/90$, HATN $< 135/85$)
 - Phát hiện THA ẩn giấu (HAPK $< 140/90$, HATN $\geq 135/85$)
- + Theo dõi liệu pháp điều trị THA bằng HATN
 - HATT buổi sáng
 - HATT buổi tối
 - Sự khác biệt HA sáng - tối
- + Giáo dục BN về cách theo dõi HATN
 - Tư thế cơ thể (sau khi đã ngồi ít nhất 2 phút)
 - Thời gian (buổi sáng, thêm buổi tối trước khi đi ngủ)
 - Số lần đo (2 lần đo mỗi đợt, trong ít nhất 3 ngày)
- + Kiểm soát HATN đến mức mục tiêu
- Giảm HATN xuống $< 135/85$

- HATT mục tiêu buổi sáng < 125 để giảm nguy cơ TM

- Có thể cần hơn 1 thuốc điều trị THA
- Đạt mục tiêu kiểm soát HA 24 giờ

Đo HA tại nhà là phương pháp không thể thiếu được trong xu hướng hiện nay do giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị THA hiệu quả hơn cũng như tăng cường sự tuân thủ của bệnh nhân.

3.2. MASTERplan: Đánh giá người bệnh

Đánh giá người bệnh bao gồm: Đánh giá tiền sử; thăm khám lâm sàng; bilan xét nghiệm; đánh giá tổn thương cơ quan trung gian do THA; đánh giá khi nào cần gặp chuyên gia và nhập viện.

* YTNC tim mạch đã được xác định và mới được đề xuất

- + Tiền sử gia đình hoặc cha mẹ bị THA khởi phát sớm
- + Tiền sử cá nhân bị THA ác tính
- + Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam < 55 , nữ < 65 tuổi)
- + Nhịp tim (lúc nghỉ > 80 ck/ph)
- + Cân nặng khi sinh thấp
- + Lối sống ít vận động

- + Thừa cân hoặc béo phì
- + Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ)
- + Acid uric
- + LP(a)
- + Kết quả bất lợi của thai kỳ (sẩy thai liên tiếp, sinh non, rối loạn THA, ĐTĐ thai kỳ)
- + Thời kỳ mãn kinh khởi phát sớm
- + Suy yếu
- + Yếu tố tâm lý xã hội và kinh tế xã hội
- + Di chuyển
- + Môi trường tiếp xúc với ô nhiễm không khí hoặc tiếng ồn

Trong đó có các yếu tố cân nặng khi sinh thấp, yếu tố tâm lý xã hội và kinh tế xã hội, môi trường tiếp xúc với ô nhiễm không khí hoặc tiếng ồn mới được bổ sung.

* Các tình trạng lâm sàng hoặc bệnh đi kèm bổ sung

- + HA kháng thuốc thực sự
- + Rối loạn giấc ngủ (bao gồm ngưng thở khi ngủ - OSA)
- + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- + Bệnh gout
- + Bệnh viêm mạn tính
- + Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH)
- + Nhiễm trùng mạn tính (bao gồm cả COVID-19 kéo dài)
- + Chứng đau nửa đầu
- + Hội chứng trầm cảm
- + Rối loạn cương dương

Trong đó có các bệnh rối loạn giấc ngủ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh gout, bệnh gan

nhiễm mỡ không do rượu, nhiễm trùng mạn tính, rối loạn cương dương mới được bổ sung.

* Tổn thương cơ quan trung gian do THA (HMOD)

- + Tăng độ cứng động mạch
- Áp lực mạch (ở người lớn tuổi) 60mmHg
- PWV động mạch cảnh - đùi >10m/s (nếu có)
- + Sự hiện diện của mảng xơ vữa (hẹp) không có ý nghĩa về mặt huyết động trên hình ảnh
- + Dày thất trái trên điện tim
- Chỉ số Sokolow-Lyon >35mm, hoặc R ở aVL 11mm
- Sản phẩm thời lượng điện áp Cornell (+6mm ở phụ nữ) >2440ms
- Hoặc điện áp Cornell >28mm ở nam hoặc >20mm ở nữ)
- + Dày thất trái trên siêu âm tim
- Chỉ số khối LV: nam >50g/m²; nữ >47g/m²;
- Chỉ số BSA có thể được sử dụng ở những BN có cân nặng bình thường: >115g/m² ở nam và >95g/m² ở nữ
- + Tăng albumin niệu
- Vừa phải 30 - 300 mg/24 giờ
- Hoặc tăng ACR (tốt nhất là trong nước tiểu buổi sáng) 30 - 300 mg/g
- + CKD giai đoạn 3 với eGFR 30 - 59ml/phút/1,73m²
- + Chỉ số cổ chân - cánh tay <0.9
- + Bệnh vồng mạc tiến triển: xuất huyết hoặc xuất tiết, phù gai thị

Khái niệm HMOD (Hypertension-Mediated Organ Damage) thay cho khái niệm tổn thương cơ quan đích (Target Organ Damage) trước đây.

Bảng 5. Phân độ Tăng huyết áp

Phân độ tăng huyết áp	Yếu tố nguy cơ khác, HMOD, bệnh thận mạn, bệnh tim mạch	Phân độ huyết áp (mmHg)			
		Bình thường cao SBP 130 – 139 DBP 85 – 89	Phân độ 1 SBP 140 – 159 DBP 90 – 99	Phân độ 2 SBP 160 – 179 DBP 100 – 109	Phân độ 3 SBP ≥ 180 DBP ≥ 110
Giai đoạn 1	Không có yếu tố nguy cơ khác ^a	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	1 hoặc 2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình – cao	Nguy cơ cao
	≥ 3 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp – trung bình	Nguy cơ trung bình – cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Giai đoạn 2	HMOD, bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc đái tháo đường	Nguy cơ trung bình – cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Giai đoạn 3	Mắc bệnh tim mạch hoặc bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 4	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

< 50 tuổi	60 – 69 tuổi	≥ 70 tuổi
< 2.5%	< 5%	< 7.5%
2.5 - < 7.5%	5 - < 10%	7.5 - < 15%
≥ 7.5%	≥ 10%	≥ 15%

Khuyến cáo đánh giá nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP cho người bệnh THA không có nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao với mức khuyến cáo I bằng chứng B khi:

- Bệnh lý tim mạch hoặc bệnh lý thận xác định
 - Bệnh lý ĐTD có biến chứng hoặc ĐTD kéo dài
 - Tổn thương cơ quan trung gian do THA (HMOD)
 - Hoặc tăng rõ rệt 1 YTNC duy nhất (cholesterol, albumin niệu).
- * Cần chuyển người bệnh đến gặp chuyên gia khi:
- + Nghi ngờ THA thứ phát
 - + Loại trừ THA thứ phát ở BN trẻ tuổi (<40 tuổi) bị THA độ 2 hoặc 3
 - + THA khởi phát đột ngột hoặc trầm trọng
 - + BN THA kháng trị

+ Cần đánh giá chi tiết hơn về tổn thương cơ quan do THA dẫn đến ảnh hưởng việc ra quyết định điều trị

- + THA thai kỳ
 - + Yêu cầu đánh giá chuyên sâu hơn
- * Cần chuyển người bệnh đến bệnh viện khi:
- + HA cấp cứu THA nặng với các tình trạng: đột quỵ não cấp tính, phình ĐMC phức tạp, suy tim cấp, hội chứng mạch vành cấp, suy thận cấp tính
 - + THA do u tủy thượng thận hoặc các chất kích thích giao cảm ngoại sinh (gây nghiện)
 - + THA ở phụ nữ có thai nặng, bao gồm tiền sản giật/ sản giật

3.3. MASTERplan: Đánh giá điều trị ban đầu

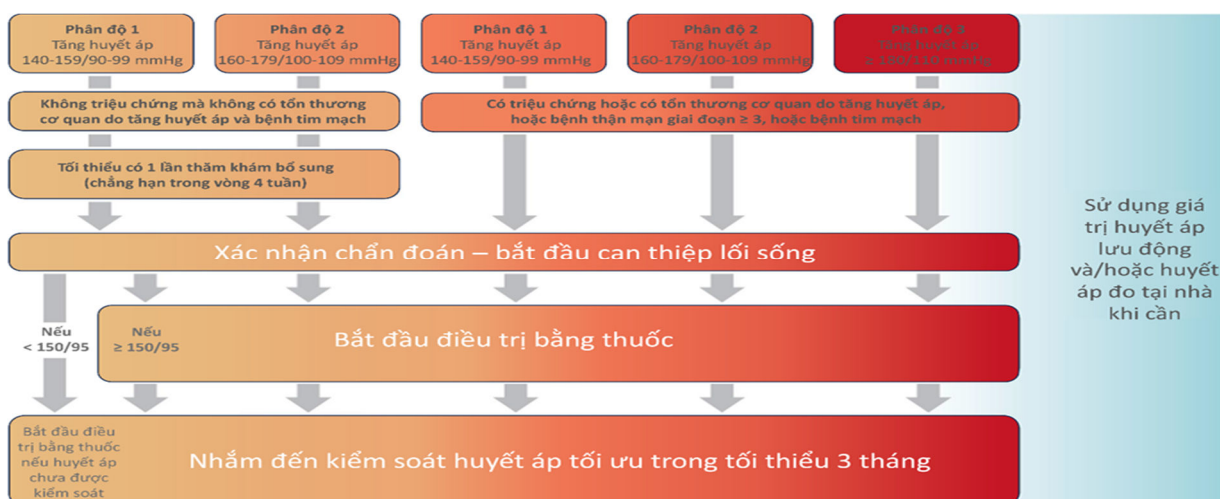
Các khuyến cáo chăm sóc và điều trị ban đầu được đưa ra nhằm kiểm soát tăng huyết áp của bệnh nhân và ngăn ngừa sự tiến triển của các biến chứng.

Bảng 6. Chiến lược thay đổi lối sống và giảm thiểu các YTNC

Giảm cân nặng ở người thừa cân, béo phì	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
Thay thế một phần chế độ ăn chứa NaCl bằng KCl	I - A

Khuyến cáo ăn giảm < 5g muối (khoảng 2g Natri)	I - B
Khuyến cáo ăn tăng cường Kali trừ trường hợp suy thận giai đoạn cuối	I - B
Vận động thể lực: 150 - 300 phút/tuần với bài tập vận động mức độ vừa; 75 - 150 phút/tuần với bài tập nặng hoặc tương đương; giảm thời gian tĩnh tại và tăng cường tập đối kháng (2 - 3 lần/ tuần)	I - B
Nên giảm đồ uống có cồn ở người uống ≥ 3 đơn vị/ ngày	I - B
Không khuyến cáo sử dụng rượu vừa phải để dự phòng bệnh tim mạch	III - B
Bỏ thuốc lá	I - B
Giảm stress thông qua các bài tập thở có kiểm soát, chánh niệm và thiền định	II - C

Bảng 7. Khởi đầu điều trị bằng thuốc hạ áp



* Chiến lược lựa chọn thuốc điều trị

+ Lợi tiểu: Cân nhắc chuyển qua lợi tiểu quai nếu MLCT từ 30 - 45ml/min/1,73m². Nếu MLCT < 30ml/min/1,73m² dùng lợi tiểu quai, cân nhắc phối hợp với Chlorthalidone hoặc lợi tiểu Thiazide - like khác.

+ Ức chế thụ thể Beta: Nên được sử dụng theo khuyến cáo hướng dẫn trong các chỉ định tương ứng/xem xét trong một số tình trạng khác.

+ HA kiểm soát: < 140/90mmHg.

+ THA kháng trị thực sự: Khi HATT $\geq$ 140mmHg hoặc HATTr $\geq$ 90mmHg kèm theo:

- Đã sử dụng liều tối đa hoặc liều cao nhất có thể dung nạp của 3 thuốc gồm ức chế hệ RAS (UCMC hoặc UCTT), ức chế kênh calci và lợi tiểu (Thiazide hoặc Thiazide - like);

- Kiểm soát HA đầy đủ được khẳng định bởi HA liên tục;

- Loại trừ các nguyên nhân giả kháng trị (đặc biệt nguyên nhân do không tuân thủ điều trị) và loại trừ THA thứ phát.

+ Cân nhắc bệnh nhân có MLCT > 40ml/phút/1,73m² không kiểm soát được HA dù đã dùng thuốc phối hợp hoặc có tác dụng phụ nghiêm trọng của thuốc hoặc chất lượng cuộc sống kém (II-B).

- Cân nhắc ở bệnh nhân THA kháng trị có MLCT > 40ml/phút/1,73m² (II-B);

- Việc lựa chọn bệnh nhân triệt đốt thần kinh giao cảm thận (RDN) phải được thực hiện theo quy trình sau khi có thông tin khách quan và đầy đủ về BN (I-C);

- RDN chỉ nên được thực hiện tại các trung tâm chuyên khoa có kinh nghiệm để đảm bảo lựa chọn phù hợp BN và hoàn thiện quá trình triệt đốt dây thần kinh (I-C).

* Cập nhật điều trị THA kèm các bệnh đồng mắc

+ THA kèm HF_{rEF}: UWCMC/ĐKTT/ARNI, chẹn beta, SGLT2i, kháng Aldosteron (I-A), chẹn kênh canxi loại dihydropyridine (I-B);

+ THA kèm HF_{pEF}: UWCMC/ĐKTT, chẹn beta, chẹn canxi, lợi tiểu thiazide, SGLT2i (I-A), ARNI và kháng aldosteron (II-B);

+ THA kèm rung nhĩ: chẹn beta (I-B), chẹn beta kết hợp chẹn canxi Non- DHP (III-C);

+ THA kèm suy thận: SGLT2i, Finerenone (I-A);

+ THA kháng trị: theo MLCT.

* Cập nhật vai trò triệt đốt thần kinh giao cảm thận (Renal Denervation - RDN)

+ Cân nhắc bệnh nhân có MLCT > 40ml/phút/1,73m² không kiểm soát được HA dù đã dùng thuốc phối hợp hoặc có tác dụng phụ nghiêm trọng của thuốc hoặc chất lượng cuộc sống kém (II-B);

+ Cân nhắc ở BN THA kháng trị có MLCT > 40ml/phút/1,73m² (II-B);

+ Việc lựa chọn BN RDN phải được thực hiện theo quy trình sau khi có thông tin khách quan và đầy đủ về BN (I-C);

+ RDN chỉ nên được thực hiện tại các trung tâm chuyên khoa có kinh nghiệm để đảm bảo lựa chọn phù hợp BN và hoàn thiện quá trình triệt đốt dây thần kinh (I-C).

Bảng 8. Xử trí THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu

Ở BN THA áo choàng trắng, các can thiệp thay đổi lối sống làm giảm YTNC tim mạch và theo dõi chặt chẽ được khuyến nghị	I	B
Việc có nên sử dụng thuốc hạ HA hay không vẫn còn tranh cãi, nhưng có thể được xem xét ở những BN có tổn thương cơ quan trung gian do THA và YTNC tim mạch cao	II	C
Ở BN có THA ẩn giấu, các can thiệp thay đổi lối sống và theo dõi chặt chẽ được khuyến nghị nhằm giảm nguy cơ tim mạch và kịp thời xác định THA cũng như tổn thương cơ quan trung gian do THA	I	C
Việc có nên sử dụng thuốc hạ huyết áp hay không vẫn còn tranh cãi, nhưng có thể được xem xét ở những BN có tổn thương cơ quan trung gian do THA và YTNC tim mạch cao	II	C
Các khuyến nghị cho THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu được áp dụng tương ứng cho THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu không kiểm soát được, ngoại trừ người đã được điều trị	I	C
Xem xét các hạn chế của bằng chứng có sẵn về THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu không kiểm soát được, việc tăng liều thuốc có thể được thực hiện trong cả 2 trường hợp để kiểm soát lý tưởng HA nếu dung nạp tốt	II	C

Bảng 9. Đánh giá tình trạng chức năng và năng lực tự chủ ở người > 80 tuổi

	NHÓM 1	NHÓM 2	NHÓM 3
Đặc điểm	Bình thường	Chậm nhưng tự chủ trong hầu hết các hoạt động	Phụ thuộc nặng nề vào người khác
Chẩn đoán	- ADL (Katz) ≥ 5 và - Không có dấu hiệu suy giảm nhận thức (MMSE > 20) và - Hoạt động đi lại vẫn làm bình thường	Giữa nhóm 1 và 3	- ADL (Katz) ≤ 2 hoặc - Dấu hiệu suy giảm nhận thức vừa (MMSE 2 - 10) hoặc - Nằm liệt giường kéo dài, hoặc - Giai đoạn cuối
Khởi đầu điều trị	1. Nếu HATT phòng khám ≥ 160 mmHg 2. Cân nhắc trong hầu hết các trường hợp khi HATT PK 140 - 160 mmHg	Tương tự Nhóm 1 từ 1 - 2	1. Dựa vào bệnh đồng mắc và số lượng thuốc uống 2. Cân nhắc khi HAPK ≥ 160 mmHg
Đích huyết áp	3. HATT phòng khám 140 - 150 mmHg 4. HATT phòng khám từ 130 - 139 mmHg nếu dung nạp tốt 5. Cân thận nếu HATTr < 70 mmHg	Tương tự Nhóm 1 từ 3 - 5	3. HATT phòng khám từ 140 - 150 mmHg
Chiến lược	6. Cân nhắc khởi đầu bằng liệu pháp 1 thuốc	6. Cân nhắc khởi đầu bằng liệu pháp 1 thuốc 7. Tăng liều cẩn thận 8. Giảm điều trị nếu HATT rất thấp (<120 mmHg) hoặc BN có tụ HA tư thế đứng 9. Cân nhắc đánh giá chi tiết tình trạng chức năng: Vận động Cơ lực, Trầm cảm, Dinh dưỡng	4. Khởi trị cẩn thận 5. Giảm điều trị nếu HATT rất thấp (<120 mmHg) hoặc BN có tụ HA tư thế đứng 6. Điều chỉnh các yếu tố khác và thuốc điều trị HA

3.4. MASTERplan: Đích điều trị THA

- Mục tiêu đầu tiên HATT < 140 và HATTr < 80 mmHg ở hầu hết bệnh nhân, không chủ động nhắm mục tiêu đưa HATT xuống quá 120 và HATTr dưới 70 mmHg.

- Ở hầu hết bệnh nhân tới 79 tuổi mục tiêu đầu tiên HATT < 130 và HATTr < 80 mmHg.

- Mục tiêu tương đương của HBMP và ABPM chưa được thiết lập. Tuy nhiên, với HAPK < 130/80 mmHg, HATT/HATTr tại nhà hoặc 24h tương ứng hoặc chỉ khác với HATT phòng khám.

- Hiệu quả của hạ HA mục tiêu xuống thấp ít được ghi nhận ở một số nhóm BN (với LVH, CKD, ISH, hoặc > 80 tuổi).

- Ở BN rất già và yếu, mục tiêu điều trị cần được cá thể hóa.

- Tỷ lệ lợi ích - nguy cơ của việc hạ HA tích cực dưới 120/70 mmHg chưa rõ ràng và đang nghiên cứu.

Các thuốc hạ huyết áp mới đi vào gốc rễ của cơ chế THA như Aprocitan, Baxdrostat, Zilebesian thể hiện sự kỳ vọng trong các thử nghiệm điều trị THA khó kiểm soát.

Kết luận

Rất nhiều điểm mới và thay đổi trong khuyến cáo chẩn đoán và điều trị THA của ESH 2023 - 2024 như vai trò đo huyết áp ngoài phòng khám, YTNC tìm mạch mới trong đánh giá BN THA, đánh giá tổn thương cơ quan trung gian do THA, Vai trò thay đổi lối sống trong điều trị THA, ngưỡng, đích điều trị THA ở các đối tượng khác nhau, cập nhật điều trị THA kèm bệnh đồng mắc để đưa ra lộ trình theo dõi điều trị. Tiếp cận điều trị THA theo MASTERplan giúp đánh giá toàn diện người bệnh THA để cá thể hóa điều trị.

Tài liệu tham khảo

- [1] World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer* (pp. 1–276). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- [2] Xu, C., Li, M., Meng, W., et al. (2023). Etiological diagnosis and personalized therapy for hypertension: A hypothesis of the REASOH classification. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 26. *Journal of Hypertension*, 41, 1874–2071.
- [3] Wolters Kluwer Health, Inc. (2024). 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033>