Bs CK2 Tr n Lâm - Khoa N i TM

H ng năm, các y u t nguy c (YTNC) tim m ch b nh nhân (BN) đái tháo đ ng (ĐTĐ) ph i đ c đánh giá m t cách h th ng, bao g m: tăng huy t áp (THA), r i lo n lipid máu, hút thu c lá, albumin ni u và ti n s gia đình m c b nh m ch vành s m. Theo đ nh nghĩa, b nh tim m ch do x v a (BTMXV) bao g m: các h i ch ng vành c p (HCVC), ti n s nh i máu c tim (NMCT), c n đau th t ng c (CĐTN) n đ nh ho c không n đ nh, tái thông m ch vành ho c đ ng m ch khác, đ t qu , c n thi u máu não c c b thoáng qua (TIA), và b nh đ ng m ch ngo i biên do x v a. Các tình tr ng b nh lý đ ng t n t i v i ĐTĐ, nh THA, là nh ng YTNC đ i v i BTMXV, và b n thân ĐTĐ là m t YTNC đ c l p. BN ĐTĐ, vi c ki m soát t t các YTNC tim m ch có hi u qu trong d phòng ho c làm ch m s ti n tri n c a BTMXV, h n n a, khi BN có nhi u YTNC cùng t n t i thì l i ích đó càng th y rõ h n.



Tăng HA g p ph bi n BN đái tháo đ ng

THA g p ph bi n BN ĐTĐ. T n su t ph thu c vào typ ĐTĐ, tu i, BMI và ch ng t c. THA là m t YTNC quan tr ng cho c BTMXV và bi n ch ng vi m ch. ĐTĐ typ 1, THA th ng là h u qu c a b nh th n ĐTĐ. Còn trong ĐTĐ typ 2, THA th ng cùng t n t i v i nh ng YTNC tim m ch-chuy n hóa khác.

1. Sàng l c và ch n đoán THA:

HA ph i đ c đo th ng quy m i l n thăm khám b nh, đ c đo b i 1 ng i đã đ c đào t o, và đo theo h ng d n dành cho qu n th chung: đo sau 5 phút ngh ng i, đo t th ng i, bàn chân đ t trên sàn nhà, cánh tay ngang m c tim. Kích th c c a bao đo ph i t ng ng v i

chu vi c a đo n trên cánh tay. N u phát hi n có HA tăng thì ph i đ c xác nh n l i vào m t ngày khác. Nh ng thay đ i theo t th c a HA và m ch có th là b ng ch ng c a b nh th n kinh t đ ng, và do v y ph i đi u ch nh đích HA. T đo HA t i nhà và theo dõi Holter HA 24 gi có th cung c p b ng ch ng c a THA áo choàng tr ng, THA n d u, ho c nh ng khác bi t khác gi a HA văn phòng và HA "th t". Nhi u nghiên c u (N/C) cho th y, nh ng ch s HA t i nhà c a ng i không b ĐTĐ có th t ng quan t t h n v i BTMXV h n là ch s HA văn phòng. Tuy nhiên, ph n l n b ng ch ng v l i ích c a đi u tr THA ng i ĐTĐ đ u d a vào ch s HA văn phòng.

2. Đích HA bao nhiêu là phù h p?

Nhi u phân tích d ch t h c cho th y, HA >115/75mmHg liên quan v i tăng t l bi n c và t vong tim m ch ng i b ĐTĐ, và HA tâm thu (HATTh) >120mmHg d đoán b nh th n giai đo n cu i v lâu dài. Nhi u th nghi m lâm sàng ng u nhiên cũng đã ch ng minh l i ích c a vi c gi m HA <140/90mmHg ng i ĐTĐ (gi m bi n c tim vành, đ t qu và b nh th n ĐTĐ) [1]. M t phân tích g p các th nghi m ng u nhiên BN tr ng thành b ĐTĐ typ 2 nh n th y, so v i đích HA chu n (gi i h n trên 140-160/85-100mmHg), đích HA tích c c (gi i h n trên 130/80mmHG) làm gi m 35% nguy c t ng đ i đ t qu , nh ng nguy c tuy t đ i ch gi m 1%, không làm gi m có ý nghĩa t vong và NMCT không t vong, h n n a, còn liên quan v i tăng nguy c các bi n c h huy t áp và ng t [3].

N/C ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) không cho th y l i ích trên nh ng tiêu chí ch y u (NMCT không t vong, đ t qu không t vong, và t vong tim m ch) c a vi c đi u tr tích c c HATTh (<120mmHg) BN ĐTĐ có nguy c cao BTMXC so v i chi n l c đi u tr chu n (HATTh 130-140mmHg) [4], m c dù chi phí có cao h n.

N/C SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) là m t th nghi m lâm sàng ng u nhiên, đ i ch ng, đa trung tâm, so sánh 2 chi n l c đi u tr v i đích chu n HATTh <140mmHg ho c đích tích c c < 120mmHg. K t c c ch y u là NMCT, h i ch ng vành c p, đ t qu , suy tim và t vong tim m ch. N/C đã đ c Vi n s c kh e qu c gia Hoa k cho phép ng ng s m do xu t hi n nh ng k t qu đ y thuy t ph c: Nhóm đi u tr tích c c v i đích HATTh <120mmHg đã gi m nguy c bi n c tim m ch g n 1/3 và gi m nguy c t vong g n 1/4 so v i nhóm HATTh chu n <140mmHg [5]. Tuy nhiên, k t qu c a N/C SPRINT không có ý nghĩa tr c ti p đ i v i BN ĐTĐ vì ĐTĐ là 1 tiêu chu n lo i tr c a th nghi m lâm sàng này.

Huy t áp tâm thu: R t nhi u b ng ch ng cho th y HATTh >140mmHg đ a đ n k t c c có h i.

Vì v y, c n s m b t đ u thu c đi u tr THA và chu n li u đ đ t và duy trì HATTh <140mmHg. M t t ng quan h th ng và phân tích g p đã ch ng minh r ng, c gi m 10mmHg HATTh BN ĐTĐ typ 2 liên quan v i gi m có ý nghĩa nguy c t vong, bi n c tim m ch, b nh tim vành, đ t qu , albumin ni u và b nh lý võng m c. Tuy nhiên, khi phân nhóm theo HATTh trung bình ban đ u ^{3} 140mmHg và < 140mmHg l i cho th y, vi c đi u tr gi m huy t áp liên quan v i gi m nguy c đ t qu và albumin ni u, b t ch p m c HATTh ban đ u là bao nhiêu [6]. Do v y, có th ch n đích HATTh < 130mmHg cho nh ng BN có nguy c đ t qu .

Huy t áp tâm tr ng: T ng t , b ng ch ng m nh t các th nghi m lâm sàng ng u nhiên ng h đích HA tâm tr ng (HATTr) <90mmHg. Các guideline tr c đây khuy n cáo đích HATTr th p h n (<80mmHg) ch y u d a vào phân tích h u ki m c a N/C HOT (Hypertension Optimal Treatment). Tuy nhiên, đích HATTr <80mmHg có th v n còn thích h p đ i v i nh ng BN có k v ng s ng lâu dài, BN b b nh th n m n, tăng bài ti t albumin ni u, và nh ng BN có các YTNC BTMXV nh r i lo n lipid máu, hút thu c lá ho c béo phì. Khuy n cáo năm 2016 c a H i ĐTĐ Hoa k ng h đích HATTr <90mmHg m c dù nh ng m c th p h n có th phù h p v i m t vài đ i t ng BN. n b n g n đây c a JNC 8 (Eighth Joint National Committee) cũng khuy n cáo đ i v i BN > 18 tu i b ĐTĐ, đích HATTh và HATTr là <140mmHg và < 90mmHg [2].

3. Đi u tr không dùng thu c (đi u ch nh l i s ng):

M c dù không có nh ng N/C đ i ch ng t t nh ng k t qu c a N/C DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) đã ch ng minh ch đ ăn u ng lành m nh ng i không b ĐTĐ có tác d ng h áp t ng đ ng v i hi u qu c a đ n tr li u thu c h áp. Li u pháp đi u ch nh l i s ng bao g m: gi m quá cân, h n ch nh p natri (<2.300mg/ngày), tăng s d ng trái cây, rau qu (8-10 xu t nh /ngày) và s n ph m b s a ít béo (2-3 xu t nh /ngày), tránh l m d ng r u (không > 2 ly nh /ngày đàn ông, và không >1 ly nh /ngày ph n) [7], và tăng m c đ ho t đ ng. Chi n l c đi u ch nh l i s ng cũng có th nh h ng t t trên đ ng máu và lipid máu, và nên đ c khuy n khích cho c nh ng ng i có HA tăng nh . Li u pháp không dùng thu c phù h p v i nh ng ng i ĐTĐ có HA tăng nh (HATTh >120mmHg ho c HATTr >80mmHg). N u HATTh ^{3}140mmHg và/ho c HATTr ^{3}90mmHg thì nên b t đ u dùng thu c h áp k t h p v i đi u ch nh l i s ng. Đ có th tuân th lâu dài, li u pháp đi u ch nh l i s ng ph i phù h p v i t ng BN và đ c xem là m t ph n c a ch đ chăm sóc ĐTĐ.

4. Đi u tr THA b ng thu c c ch men chuy n ho c ch n th th angiotensin:

M t s N/C cho th y, nhóm thu c c ch men chuy n (UCMC) có th u th h n nhóm thu c

ch n kênh canci dihydropyridine trong vi c gi m bi n c tim m ch. Trong m t th nghi m trên nh ng đ i t ng có nguy c cao BTMXV bao g m m t s l n BN b ĐTĐ, thu c UCMC có hi u qu làm gi m các k t c c BTMXV. Và BN suy tim sung huy t v i ĐTĐ, thu c ch n th th Angiotensin (CTTA) cũng có tác d ng làm gi m các k t c c BTMXV chính. BN ĐTĐ typ 2 v i b nh th n ĐTĐ có ý nghĩa, thu c CTTA u th h n thu c ch n kênh canci trong vi c làm gi m suy tim [8].

5. V n đ ph i h p thu c:

S d ng ph i h p thu c UCMC + CTTA không đ c khuy n cáo do thi u nh ng b ng ch ng v l i ích, và nguy c tăng các bi n c b t l i nh tăng kali máu, ng t và r i lo n ch c năng th n [9].Trong N/C ADVANCE, s d ng th ng quy ph i h p thu c li u c đ nh 1 UCMC (perindopril) và 1 l i ti u (indapamide) đã làm gi m có ý nghĩa các bi n c m ch máu nh và l n, t vong tim m ch và t vong chung. K t c c lâm sàng c i thi n có th là do HA trong nhánh perindopril + indapamide đ t m c th p h n [13]. Trong 1 th nghiêm khác, t t b nh và t vong gi m trong nhóm BN đ c đi u tr ph i h p benazepril và amlodipine so v i đ n tr li u [10]. Có th nói, nh ng l i ích rõ ràng đ y thuy t ph c c a 2 nhóm thu c c ch h renin-angiotensin BN ĐTĐ và albumin ni u ho c suy th n là c s đ khuy n cáo s d ng chúng. N u c n đ đ t đ c đích HA, có th b sung thêm amlodipine, hydrochlorothiazide (HCTZ) ho c chlorthalidone. N u đ l c c u th n c tính <30 mL/min/1.73 m2, nên s d ng l i ti u quai h n là HCTZ ho c chlorthalidone. Chu n li u và / ho c b sung thu c h áp khác nên đ c th c hi n s m đ đ t đ c đích HA mong mu n. H u h t BN ĐTĐ kèm THA đ u c n nhi u thu c đ đ t đ c đích đi u tr . Vi c nh n bi t và t p trung gi i quy t nh ng rào c n đ i v i vi c tuân th đi u tr , nh chi phí và tác d ng ph , nên đ c làm th ng quy. N u HA v n không ki m soát đ c dù đã tuân th ch c ch li u t i u c a ít nh t 3 thu c h áp c a các nhóm khác nhau, trong đó có 1 thu c l i ti u, thì nên xem xét tìm các nguyên nhân th phát c a THA.

6. V n đ s d ng li u thu c ban đêm:

Nhi u b ng ch ng cho th y, có m i liên quan gi a HA tăng lúc ng v i tăng bi n c BTMXV. M t N/C theo dõi 448 BN ĐTĐ kèm THA trong th i gian 5,4 năm nh n th y, n u có ít nh t 1 thu c h áp đ c s d ng vào gi đi ng s d n đ n gi m bi n c tim m ch và t vong [11]. Vì v y, trong th c t lâm sàng, nên s d ng ≥ 1 thu c h áp vào gi đi ng .

7. V n đ đi u tr THA ph n ĐTĐ thai nghén:

 ph n mang thai b ĐTĐ và THA m n, đích HA 110-129/65-79mmHg có th góp ph n c i thi n s c kh e m v lâu dài. M c HA th p h n có th liên quan v i gi m phát tri n thai nhi. Trong th i k mang thai, đi u tr THA b ng thu c UCMC và CTTA b ch ng ch đ nh do chúng có th gây t n th ng thai nhi. Nh ng thu c h áp đã đ c ch ng minh tính hi u qu và an toàn trong thai k là methyldopa, labetalol, diltiazem, clonidine và prazosin. S d ng kéo dài thu c l i ti u trong thai k không đ c khuy n cáo do có th liên quan v i gi m th tích huy t t ng c a m , d n đ n gi m t i máu t cung-rau [12].

Có th tóm t t nh ng đi m chính c a Khuy n cáo hi n nay nh sau:

- BN ĐTĐ kèm THA ph i đ c đi u tr đ đ t đ c đích HA <140/90 mmHg. Đích HA th p h n, nh <130/80 mmHg, có th thích h p v i m t s đ i t ng ĐTĐ: BN tr , albumin ni u d ng tính, và / ho c THA kèm 1 ho c nhi u YTNC c a BTMXV.
- BN v i HA >120/80 mmHg nên đ c khuyên đi u ch nh l i s ng đ gi m HA.
- BN v i HA phòng khám >140/90mmHg, ngoài vi c đi u ch nh l i s ng, ph i b t đ u ngay đi u tr b ng thu c và chu n li u đ đ t đích HA.
- Đ i v i BN cao tu i, đích HA <130/70mmHg không đ c khuy n cáo, b i vì v i m c HA này không cho th y c i thi n k t c c tim m ch mà còn liên quan v i tăng t l t vong.
- Đi u ch nh l i s ng bao g m vi c gi m cân n u có tình tr ng quá cân ho c béo phì. Ch đ ăn ki u DASH đ c khuy n cáo, bao g m gi m nh p natri, tăng kali, u ng r u bia v a ph i và tăng ho t đ ng th l c.
- Thu c đi u tr THA cho BN ĐTĐ ph i là UCMC ho c CTTA, nh ng không đ c k t h p c hai, n u BN không dung n p đ c lo i này m i dùng lo i kia.
- K t h p thu c (bao g m l i ti u thiazide + UCMC / CTTA), li u t i đa, th ng đ c s d ng đ đ t đ c đích HA. C n theo dõi creatinine huy t thanh / đ l c c u th n c tính, và kali huy t thanh.
- Ở ph n mang thai v i ĐTĐ và THA m n, đích HA 110–129/65–79 mmHg đ c khuy n cáo v i m c tiêu t i u hóa s c kh e lâu dài c a m mà ít nh h ng đ n phát tri n thai nhi.

TÀI LI U THAM KH O

1. Arguedas JA, Leiva V, et al. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD008277.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014;311: 507–520.
3. McBrien K, Rabi DM, Campbell N, et al. Intensive and standard blood pressure targets in

patients with type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2012;172:1296–1303.

4. Cushman WC, Evans GW, et al. ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010;362:1575–1585.

5. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med. 9 November 2015.

6. Emdin CA, Rahimi K, et al. Perkovic V, Patel A. Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and metaanalysis. JAMA 2015;313:603–615.

7. Sacks FM, Svetkey LP, et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. N Engl J Med 2001;344:3–10.

8. Berl T, Hunsicker LG, et al. Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial. Collaborative Study Group. Cardiovascular outcomes in the Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial of patients with type 2 diabetes and overt nephropathy. Ann Intern Med 2003;138:542–549.

9. Yusuf S, Teo KK, et al. ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008;358:1547–1559.

10. Jamerson K, Weber MA, et al. ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med 2008;359:2417–2428.

11. Hermida RC, Ayala DE, et al. Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patientswith type 2 diabetes. Diabetes Care 2011;34:1270–1276.

12. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. N Engl J Med 1996;335:257–265.

13. Patel A, MacMahon S, et al. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2007;370:829–840.

14. Standards of Medical Care in Diabetes—2016. Diabetes Care 2016;39 (Suppl. 1):S60–S71 | DOI: 10.2337/dc16-S011.