

## Bs CKII Trần Lâm

Câu chuyện năm nay không thực sự là một câu chuyện mà là một chuỗi những câu chuyện về các mục tiêu huyết áp (HA) mà chúng ta nên nhắm đến. Bạn sẽ nghĩ rằng sau bao nhiêu thập kỷ của các thử nghiệm tăng huyết áp (THA), chúng ta sẽ đạt được mục đích HA như định đóng chốt. Nhưng trên thực tế, câu chuyện là một trong những hành trình có lẽ chưa hề kết?



*"130/80 BP is new high in 2017 hypertension guidelines"*

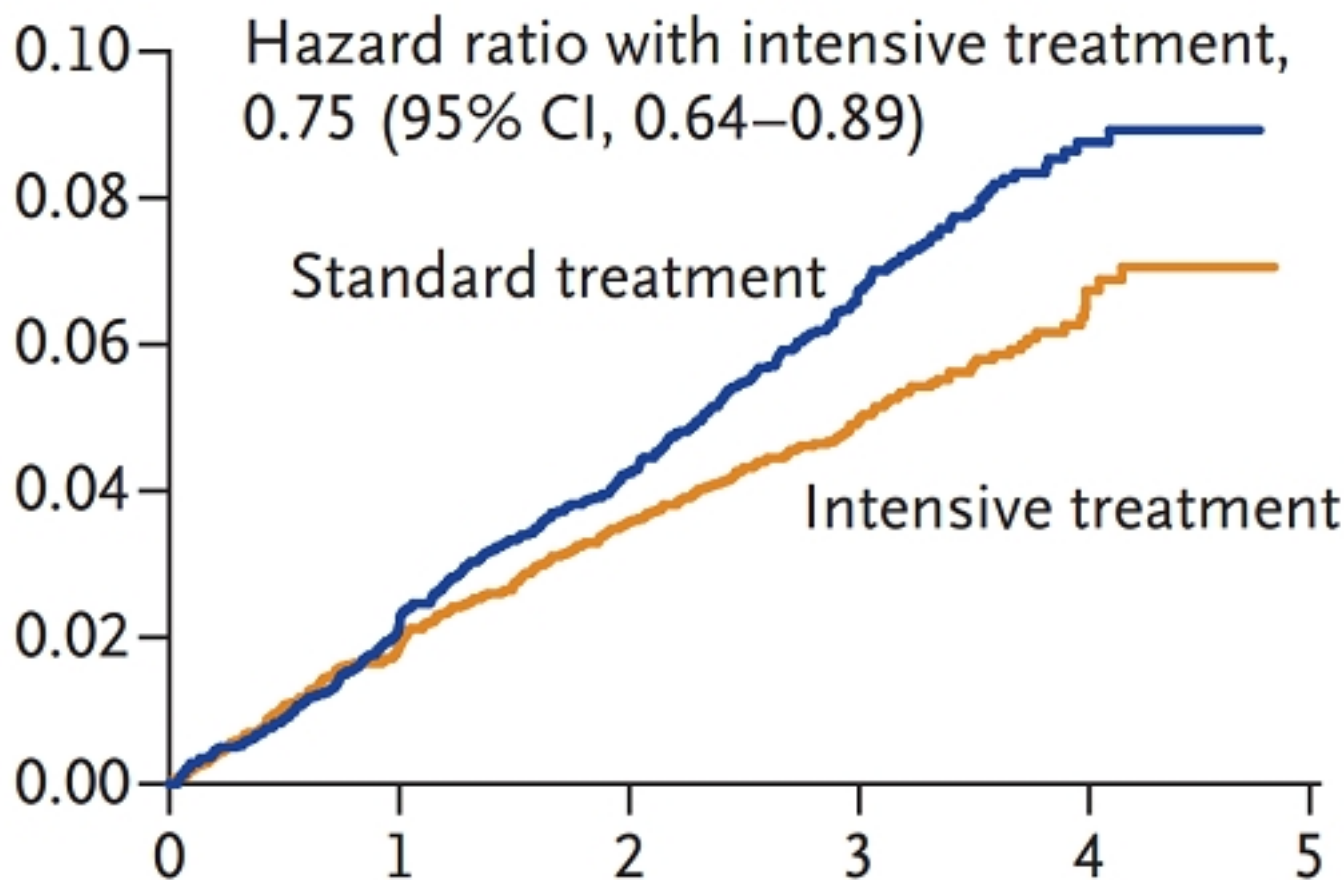
Câu chuyện này bắt đầu cách đây 70 năm khi người ta tin rằng, khi chúng ta già đi, các mạch máu của chúng ta sẽ trở nên cứng hơn và bị hẹp-tắc, do vậy, suy luận một cách đơn giản huyết áp cao hơn là cần thiết để tiếp tục tưới máu cho não. Niềm tin này cũng đúng nghĩa là việc giảm huyết áp sẽ làm giảm số tưới máu của quan, và do đó sẽ gây hại cho cơ thể. Trong thực tế, nếu chúng ta giảm đột ngột huyết áp tâm thu của một bệnh nhân sau đột quỵ thì huyết áp não từ 200 mmHg xuống 120mmHg thì tình trạng của bệnh nhân sẽ trở nên xấu hơn nhiều. Dựa vào bệnh của bệnh nhân tính này, người ta cho rằng, việc điều trị cho bệnh nhân THA nên đơn giản là đúng nghĩa với có hại hơn là có lợi.

Tuy nhiên, không phải ai cũng đúng tình với quan điểm trên. Trong vài thập niên qua, nhiều thử nghiệm lâm sàng về THA đã được tiến hành và đã dẫn kết luận rằng, bệnh nhân có HA thấp hơn có thể ít gặp biến chứng mạch máu não. Nhờ vậy, với kết quả từ một thử nghiệm nghiên cứu này, con số đã đảo ngược theo cách khác - "thấp hơn thì tốt hơn". Nhiều nghiên cứu đã đi từ trên 140 mmHg xuống dưới 140 mmHg, và thực tế có lợi, do đó huyết áp đã chọn 140 mmHg là đích HA tâm thu.

Rồi đến các thử nghiệm ACCORD và SPRINT [1,2], cả hai đều được thiết kế để xem xét điều trị HA tâm thu đến mức tiêu 120 mmHg. Lý do cho những nghiên cứu này là bởi vì khoảng mức độ của biến chứng mạch máu não và bệnh nhân có HA từ 120 đến 140 mmHg. Nhờ vậy, chúng ta có nên duy trì HA tâm thu xuống đến mức 120 mmHg để giảm các biến chứng hay không? Để trả lời câu hỏi này, các nhà nghiên cứu đã đưa tất cả các bệnh nhân đại diện vào nghiên cứu ACCORD, bởi vì họ có đặc điểm nguy cơ khác với những người không bị đại diện. Còn tất cả những bệnh nhân không bị đại diện những có nguy cơ tim mạch cao được đưa vào nghiên cứu SPRINT.

Thử nghiệm ACCORD đã hoàn thành trước, và nó cho thấy một xu hướng hướng lợi với huyết áp tâm thu 120 mmHg, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Điều đó gây sốc cho mọi người bởi vì thực tế không phải lúc nào cũng tốt hơn.

Thử nghiệm SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) được thiết kế để so sánh tính hiệu quả và an toàn của việc hạ HA tâm thu tích cực tới <120 mmHg so với đích chuẩn <140 mmHg. NC bao gồm 9361 BN, ≥50 tuổi, có HA tâm thu ≥130 mmHg, không bị đại diện những có nguy cơ tim mạch cao (nguy cơ biến chứng tim mạch 10 năm >15%), thời gian theo dõi trung bình 3,2 năm. NC được cho phép ngừng sớm do bệnh chuyển biến lợi ích quá rõ ràng. Tiêu chí tiên phát (bao gồm nhồi máu cơ tim (NMCT), hội chứng vành cấp, đột quỵ, suy tim sung huyết, tắc võng mạc) thực tế có ý nghĩa nhánh điều trị tích cực so với nhánh điều trị thông thường quy (5.2% vs 6.8%, HR 0.75, p < 0.0001).



Phân độ THA theo Hướng dẫn năm 2017 của ACC/AHA

Phân loại THA	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
<b>HA bình thường</b>	< 120	và	< 80
<b>HA đã tăng</b>	120-129	và	< 80
<b>THA</b>			
Độ 1	130-139	hoặc	80-89
Độ 2	≥ 140	hoặc	≥ 90
Cơn THA	>180	và/hoặc	>120

Khuyến cáo đích HA dành cho bệnh nhân THA

MĐKC	MĐCC	Khuyến cáo
I	HATTh: B-R	Khuyến cáo đích HA <130/80 mmHg đối với người lớn bị THA và có bệnh tim mạch hoặc nguy cơ 10 năm bệnh tim mạch do xơ vữa ≥10%
	HATTr: C-EO	
Iib	HATTh: B-NR	Khuyến cáo đích HA <130/80 mmHg có thể là hợp lý đối với người lớn bị THA và không có bằng chứng tăng nguy cơ bệnh tim mạch
	HATTr: C-EO	

\* Chỉ áp dụng cho người lớn bị THA không có bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính hoặc bệnh khác có thể ảnh hưởng đến điều trị.