

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. Bên suy nghĩ rằng sau bao nhiêu thập kỷ của các thử nghiệm giảm huyết áp (THA), chúng ta sẽ đạt được một đích HA như định đóng chốt. Nhưng trên thực tế, câu chuyện là một trong những hành trình có lẽ chưa đến hồi kết?



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

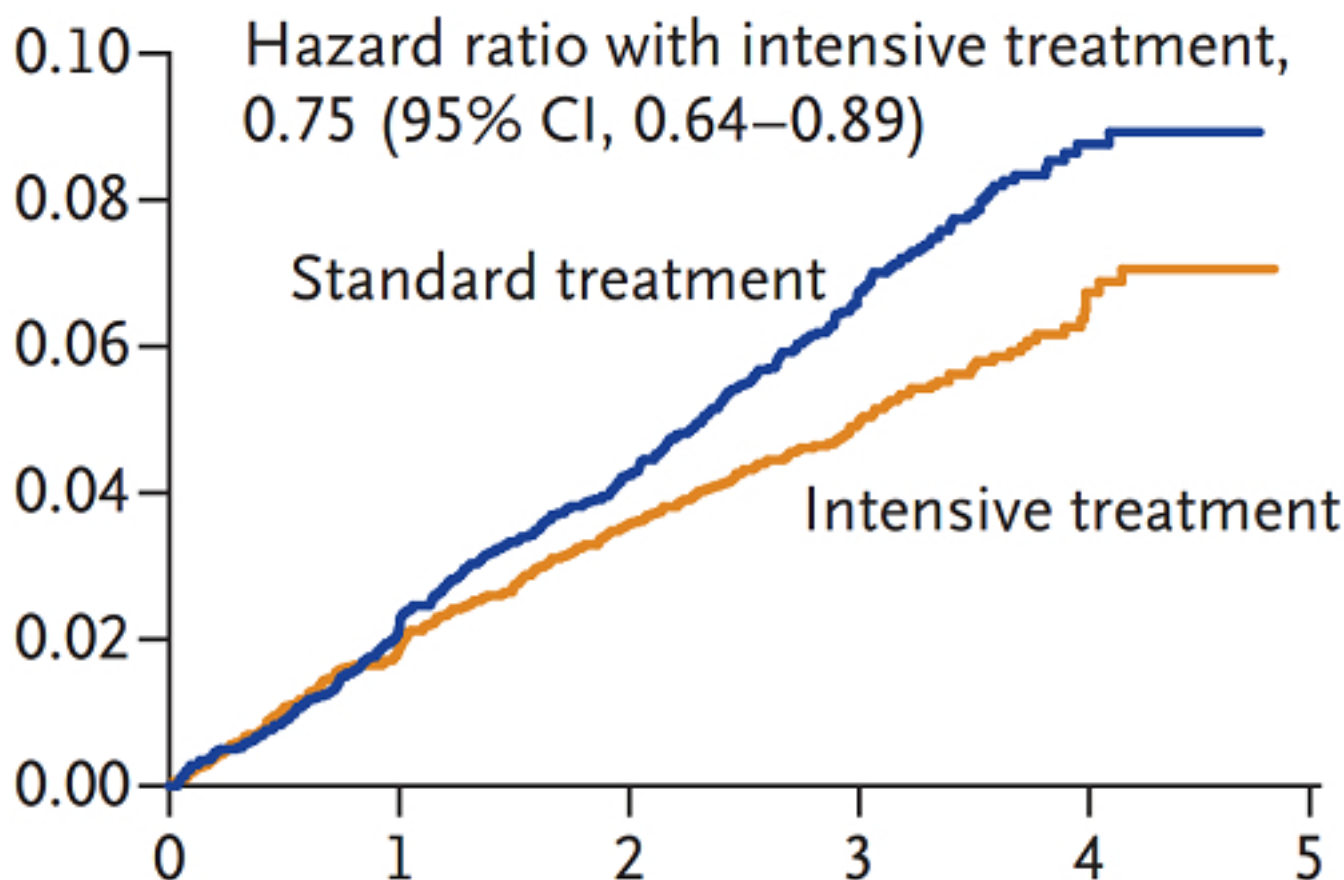
Câu chuyện này bắt đầu cách đây 70 năm khi người ta tin rằng, khi chúng ta già đi, các mạch máu cao chúng ta sẽ trở nên cứng hơn và bất hợp tác, do vậy, suy luận một cách đơn giản huyết áp cao hơn là cần thiết để tiếp tục tưới máu cho não. Niềm tin này cũng đáng nghiã là vì các giảm huyết áp sẽ làm giảm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

Tuy nhiên, không phải ai cũng đồng tình với quan điểm trên. Trong vài thập niên qua, nhiều thử nghiệm lâm sàng về THA đã được tiến hành và đi đến kết luận rằng, bệnh nhân có HA thấp hơn có thể ít gặp biến chứng mạch máu não. Nhờ vậy, với kết quả từ tất cả những nghiên cứu này, con số đã được người ta 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 hạ 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 một nửa biến chứng mạch máu não xảy ra ở 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 mạch máu não hay không? Để trả lời nghi vấn giả thuyết này, các nhà nghiên cứu đã đưa tất cả các bệnh nhân đáng tháo dỡ vào nghiên cứu ACCORD, bởi vì họ có đặc điểm nguy cơ khác với những người không bắt đầu tháo dỡ. Còn tất cả những bệnh nhân không bắt đầu tháo dỡ những có nguy cơ tim mạch cao được gộp vào nghiên cứu SPRINT.

Thử nghiệm ACCORD đã hoàn thành trước, và nó cho thấy một xu hướng giảm lợi ích với huyết áp tâm thu 120 mmHg, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Điều đó gây sốc cho mọi người bởi vì thấp hơn 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 bắt đầu tháo dỡ 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 nồng độ máu creatinine (NMCT), hội chứng vành cấp, đột quỵ, suy tim sung huyết, thủng tim mạch) thấp hơn có ý nghĩa ở 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)
HA bình thường	< 120	và	< 80
HA đã tăng	120-129	và	< 80
THA			
Độ 1	130-139	hoặc	80-89
Độ 2	≥ 140	hoặc	≥ 90
Con 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 $\geq 10\%$
	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 là khuyến cáo dựa trên bằng chứng hiện tại và có thể thay đổi khi có thêm bằng chứng mới. Khuyến cáo này không thay thế cho quyết định lâm sàng của bác sĩ.