



Hypertension in Elderly people

**Phối hợp thuốc trong điều trị tăng huyết áp
trên người cao tuổi:
Điều trị đúng đủ, cải thiện tuân thủ**

Nội dung

1. Bệnh lý tăng huyết áp trên người cao tuổi
2. Phối hợp thuốc trong điều trị tăng huyết áp
 1. Lợi ích phối hợp thuốc trong điều trị
 2. Các hướng dẫn thực hành lâm sàng phối hợp thuốc
 3. Dữ liệu lâm sàng phối hợp thuốc IRB + HCTZ
3. Kết luận

Tăng huyết áp trên người cao tuổi



2019: Việt Nam có trên **7 triệu người \geq 65 tuổi**¹



Chương trình điều tra dịch tễ năm 2015 của Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam² cho thấy tỷ lệ THA:

- dân số chung là 47,3%
- **chiếm trên >60% người >60 tuổi**
- **chiếm >80% người >80 tuổi**

THA:

- nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm, chủ yếu là bệnh mạch vành đột quỵ
- yếu tố nguy cơ chính của suy tim, rung nhĩ, bệnh thận mạn, bệnh mạch máu ngoại vi, suy giảm chức năng nhận thức ...³

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Ageing 2019: Highlights(ST/ESA/SER.A/430)

2. <http://timmachhoc.vn/tang-huyet-ap-o-nguoi-cao-tuoi-co-gi-khac-biet/>

3. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn của Hội Tim Mạch Việt Nam/Phân Hội THA Việt Nam (VNHA/VSH) 2018

Rào cản trong điều trị tăng huyết áp cho người cao tuổi

- Phần lớn người lớn tuổi không được điều trị tăng HA đúng mức, thường bị loại trừ hoặc ít được tuyển chọn trong các thử nghiệm lâm sàng

tình trạng suy yếu

chức năng thận kém

nguy cơ rối loạn chức năng tự chủ

sử dụng nhiều thuốc

nguy cơ té ngã

thích ứng huyết động bất thường

suy giảm nhận thức

Rào cản trong điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân cao tuổi

- Khoảng cách giữa tuổi theo thời gian và tuổi sinh học tăng theo tuổi của bệnh nhân
- Tuổi theo thời gian có thể là một đại diện thay thế kém cho tuổi sinh học
- Giới hạn tuổi theo thời gian được sử dụng để xác định bệnh nhân lớn tuổi trong các hướng dẫn là không nhất quán
- Mục tiêu điều trị huyết áp không nhất quán

Volpe M, Battistoni A, Rubattu S, Tocci G. Hypertension in the elderly: which are the blood pressure threshold values? *Eur Heart J Suppl* 2019;21:B105-B106

5

Mục tiêu huyết áp cho bệnh nhân cao tuổi theo tuổi

Study (year)	The age of included population (years)	The average follow-up (years)	Study design	Number of patients	Conclusions
HYVET (2008)	>80	1.8	Randomized controlled trial	3845	Control BP to <150/80 mmHg decreases fatal stroke, all-cause mortality, any cardiovascular events, and heart failure
VALISH (2010)	>70	3.07	Randomized, open-label trial	3260	No difference was seen between strict (<140 mmHg) and mild control of BP (140-150 mmHg) in terms of composite cardiovascular diseases
Wei et al., (2013)	>70	4	Randomized, open-label trial	724	Achieving BP <140/90 compared to BP <150/90 decreased total and cardiovascular mortality and reduced the rate of stroke
SPRINT (2016)	>75	3.14	Randomized controlled trial	2636	Lower rates of cardiovascular events and death were seen with SBP target of <120 mmHg compared with an SBP target of <140 mmHg
Delgado et al., (2017)	>80	4.4	Observational cohort analysis	79,376	The lowest mortality was observed in individuals with SBP of 135-154 mmHg

Alsarah A, et al. *Heart Views*. 2019 Jan-Mar;20(1):11-16.

6

Mục tiêu huyết áp cho BN cao tuổi: các khuyến cáo

	ACC/AHA 2017 ¹	ESC/ESH 2018 ²
Định nghĩa người cao tuổi	≥65 tuổi	Cao tuổi: 65-79 tuổi Rất cao tuổi: ≥80 tuổi
Ngưỡng huyết áp dùng thuốc	≥130/80 mmHg	Cao tuổi: ≥140/90 mmHg Rất cao tuổi: ≥160/90 mmHg
Mục tiêu huyết áp	<130/80 mmHg	HATT: 130-139 mmHg (nếu dung nạp được trên BN rất cao tuổi) HATTr: 70-79mmHg

- ACC/AHA¹:
 - Chủ yếu dựa trên NC SPRINT để đưa ra mục tiêu
 - BN kì vọng sống ngắn, nhiều bệnh đồng mắc: đánh giá lâm sàng + mong muốn của BN
 - Thiếu các NC RCTs trên nhóm BN suy yếu, sa sút trí tuệ, sống trong nhà dưỡng lão/cần hỗ trợ tại nhà bởi nhân viên y tế
- ESC/ESH²:
 - Cần đánh giá tuổi sinh học trên lâm sàng hơn là tuổi theo thời gian (vd: mức độ suy yếu, độc lập, khả năng dung nạp) và các bệnh đồng mắc
 - Không nên từ bỏ điều trị nếu chỉ dựa trên tuổi trong TH BN dung nạp được
- Cả 2 hướng dẫn đều nhìn nhận tầm quan trọng của điều trị THA để giảm nguy cơ tim mạch nhưng khuyến cáo có tiếp cận thận trọng và theo dõi sát sao

1.Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:2199-2269.
2.Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. *J Hypertens* 2018;36:1953-2041

Phân loại bệnh nhân cao tuổi suy yếu

Phân loại sức khỏe

Đơn giản hoá dựa theo thang đo suy yếu (Clinical Frailty Scale 2020)



	MỨC ĐỘ	ĐẶC ĐIỂM
KHOẺ MẠNH	RẤT KHOẺ	Không bệnh Rất năng động Thể dục thường xuyên
	KHOẺ	Không bệnh Ít năng động Thể dục không thường xuyên
	TẠM ỔN	Có bệnh mạn được kiểm soát tốt
TIỀN SUY YẾU	ĐỂ TÒN THƯƠNG	Bệnh mạn kiểm soát khó Bệnh cấp kéo dài, thời gian hồi phục chậm Sức khỏe xuống sau đợt cấp Mệt mỏi trong ngày
	SUY YẾU NHẸ	Cần trợ giúp một số hoạt động xã hội
SUY YẾU	SUY YẾU TRUNG BÌNH	Cần trợ giúp một số hoạt động cơ bản
	SUY YẾU NHẸ	Cần trợ giúp tất cả hoạt động cơ bản
	SUY YẾU NẶNG	Cần trợ giúp tất cả hoạt động cơ bản

- **Mục đích đánh giá (3):**
 - Bệnh nền
 - Nhận thức
 - Thể chất
- **Nhận thức (6):** Nhớ, tập trung, ngôn ngữ, phân tích, tổng hợp, điều hành
- **Thể chất**
 - Hoạt động **cơ bản (6):** tắm, mặt quần áo, chải đầu, vệ sinh, di chuyển, ăn.
 - Hoạt động **xã hội (6):** điện thoại, đi chợ, nấu ăn, xử dụng tiền, xử dụng phương tiện vận chuyển, xử dụng thuốc

Tiếp cận bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp

Mô hình tiếp cận bệnh lý cao tuổi



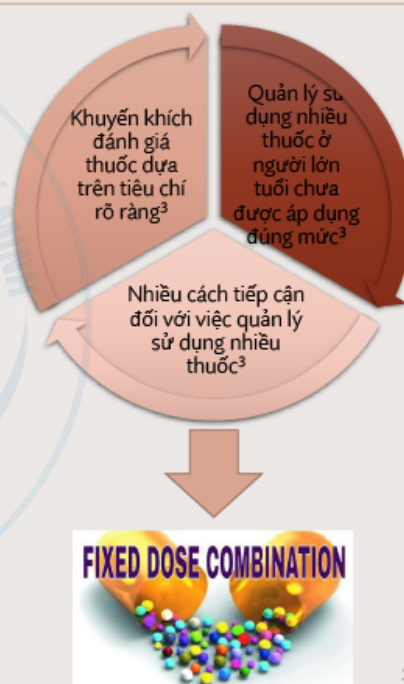
- Mức độ lão hóa của bệnh nhân?
- Tăng huyết áp là bệnh nền hay vấn đề hiện tại?
- Mức độ đa thuốc của bệnh nhân?

Nguyễn Văn Trí và cộng sự

9

Vấn đề đa thuốc của BN cao tuổi

- BN cao tuổi thường có nhiều bệnh đồng mắc
- ⇒ Tình trạng đa thuốc (≥ 5 thuốc): 32,1% người ≥ 65 tuổi (26,3 đến 39,9%) ở các quốc gia Châu Âu¹
- Hậu quả của đa thuốc?:
 - Trên bệnh nhân**
 - Giảm chất lượng cuộc sống
 - Tăng vấn đề bệnh lý, tử vong
 - Tăng nguy cơ: tương tác thuốc, té ngã, suy yếu, không tuân thủ...
 - Tăng sử dụng nguồn lực y tế
 - Trên hệ thống y tế**
 - Giảm hiệu quả làm việc của NVYT
 - Tăng gánh nặng trên hệ thống
 - Tăng tỉ lệ sai sót dùng thuốc



1. Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., et al (2018). Arch. Gerontol. Geriatr. 78, 213–220.
2. Hall-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Am Fam Physician. 2019 Jul 1;100(1):32-38.
3. Kurczewska-Michalak M et al.. Front Pharmacol. 2021 Nov 26;12:734045

10

Lí do phối hợp 2 thuốc điều trị tăng huyết áp

Giảm huyết áp tốt hơn so với đơn trị

Đáp ứng liều-mức huyết áp cao hơn

Không/tăng nhẹ cơn hạ áp

Kiểm soát huyết áp tốt hơn

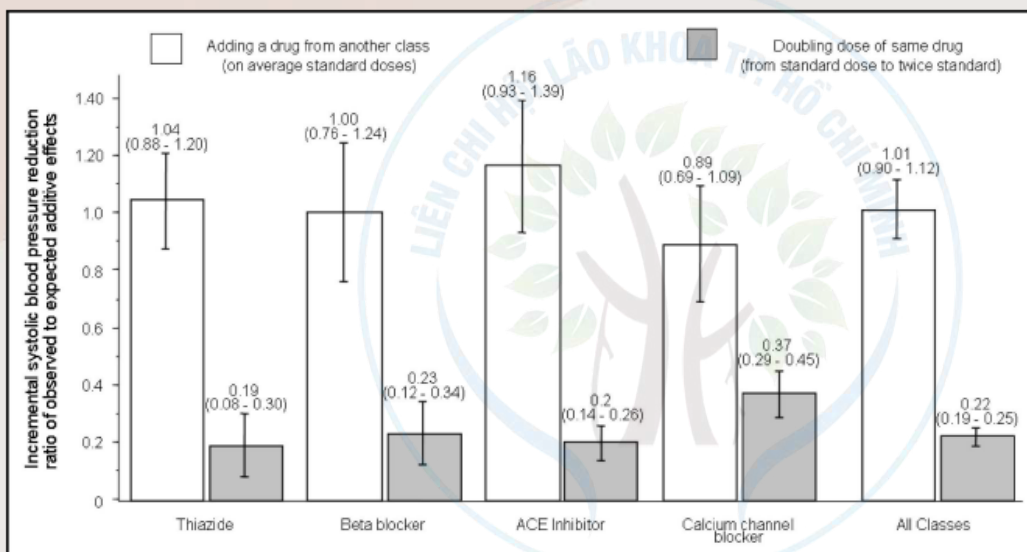
Tuân thủ điều trị tốt hơn

Giảm việc không điều chỉnh điều trị theo tình trạng bệnh nhân

Mancia G, Rea F, Corrao G, Grassi G. Circ Res. 2019 Mar 29;124(7):1113-1123.

11

Hiệu quả hạ áp khi phối hợp các thuốc

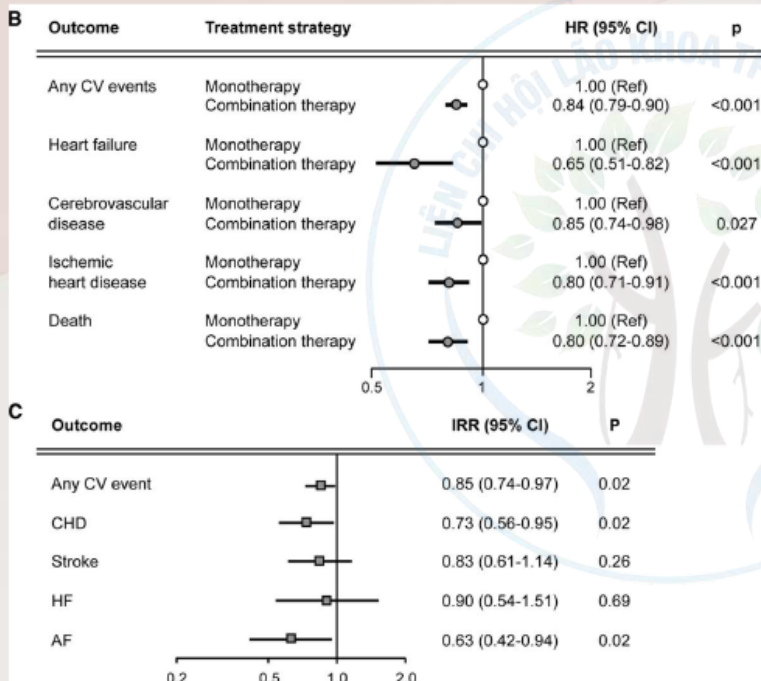


- Giảm huyết áp từ việc kết hợp các loại thuốc các nhóm chính có thể dự đoán dựa trên cơ chế
- Mức giảm huyết áp thêm khi kết hợp thuốc từ 2 nhóm khác nhau lớn hơn **khoảng 5 lần** so với việc tăng gấp đôi liều lượng của 1 loại thuốc

Wald Dset al. Am J Med. 2009 Mar;122(3):290-300.

12

Hiệu quả bảo vệ cơ quan đích khi phối hợp điều trị



Điều trị phối hợp thuốc hạ áp giúp giảm:

- Các biến cố tim mạch chung
- bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Bệnh lý mạch máu não
- Tử vong

Mancia G, Rea F, Corrao G, Grassi G. Circ Res. 2019 Mar 29;124(7):1113-1123.

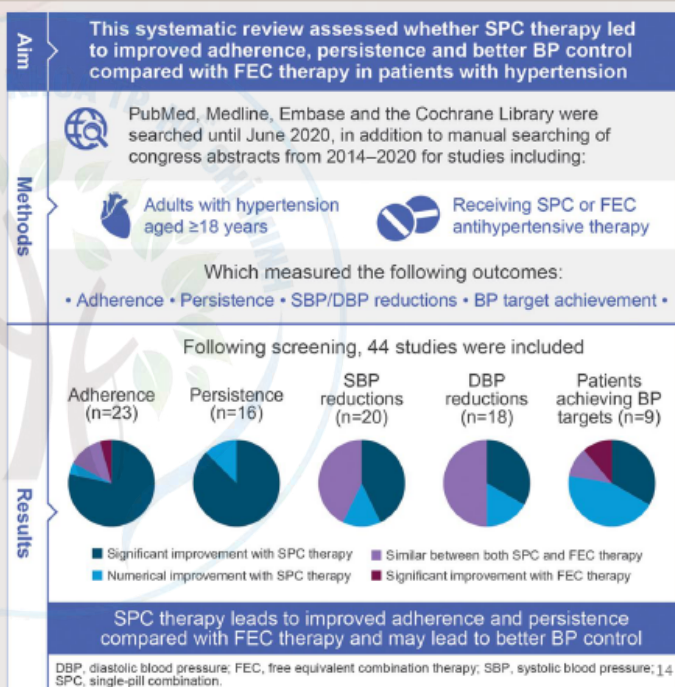
13

Ảnh hưởng viên phối hợp trên tuân thủ điều trị

Phân tích tổng hợp các NC phối hợp thuốc hạ áp vs điều trị viên đơn lẻ, 44 nghiên cứu (2014-2020)

Kết quả:

Viên phối hợp liều cố định giúp cải thiện tuân trị, điều trị so với viên đơn lẻ và có thể giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn cho bệnh nhân THA.



Parati G, et al. Hypertension. 2021 Feb;77(2):692-705

ESC 2018: khởi trị thuốc HA cho BN cao tuổi

Initiation of drug treatment

It is recommended to initiate an antihypertensive treatment with a two-drug combination, preferably in a SPC. The exceptions are frail older patients and those at low risk and with grade 1 hypertension (particularly if SBP is <150 mmHg).

8.8 Hypertension in older patients (age ≥ 65 years)

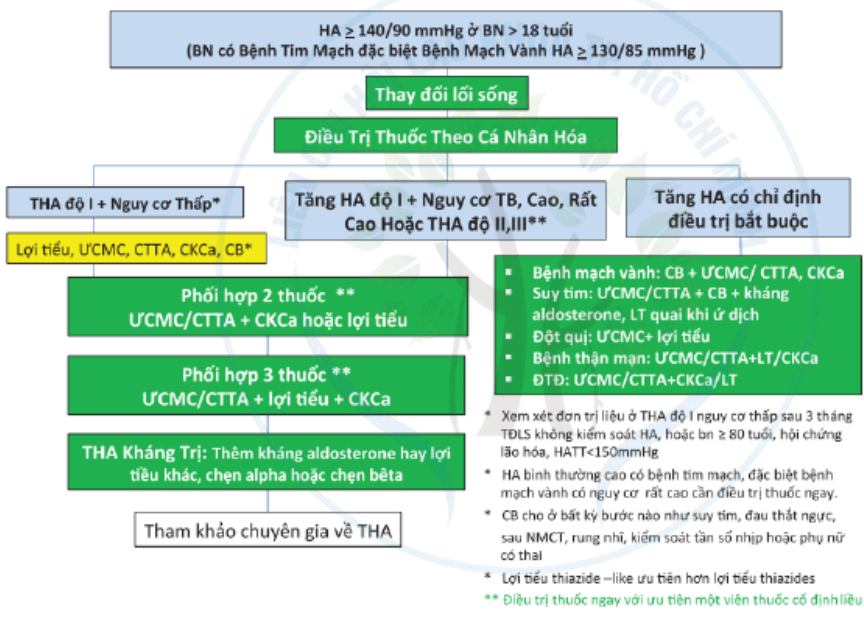
The prevalence of hypertension increases with age, with a prevalence of ~60% over the age of 60 years and ~75% over the age of 75 years.

It is recommended that older patients are treated according to the treatment algorithm outlined in section 7. In very old patients, it may be appropriate to initiate treatment with monotherapy. In all older patients, when combination therapy is used, it is recommended that this is initiated at the lowest available doses. In all older patients, and especially very old or frail patients, the possible occurrence of postural BP should be closely monitored and symptoms of possible hypotensive episodes checked by ABPM. Unless required for con-

- ESC khuyến cáo khởi trị viên kết hợp liều cố định cho BN THA, ngoại trừ BN suy yếu
- BN cao tuổi: phác đồ điều trị tương tự như BN trẻ tuổi

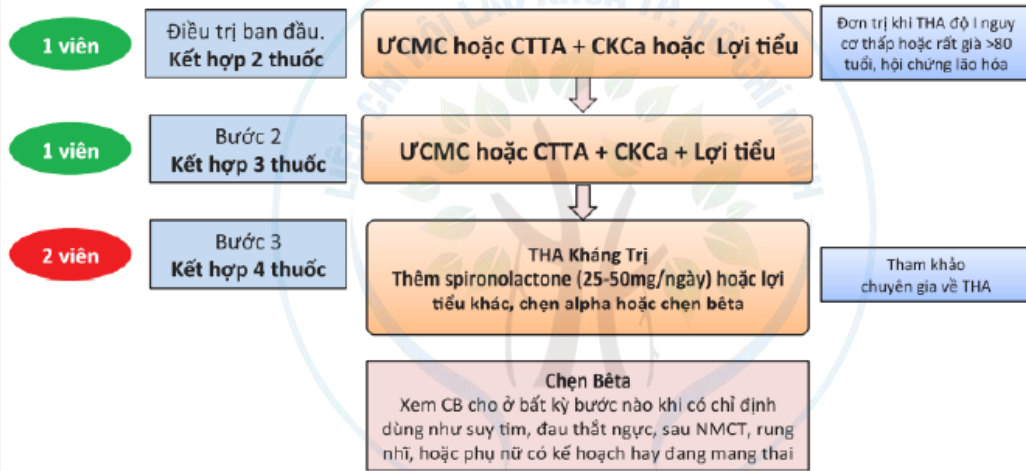
Phác đồ điều trị tăng HA – ESC/VNHA 2018

Hình 11: Sơ Đồ Khuyến Cáo điều trị THA VNHA/VSH 2018



Phác đồ điều trị tăng HA – ESC/VNHA 2018

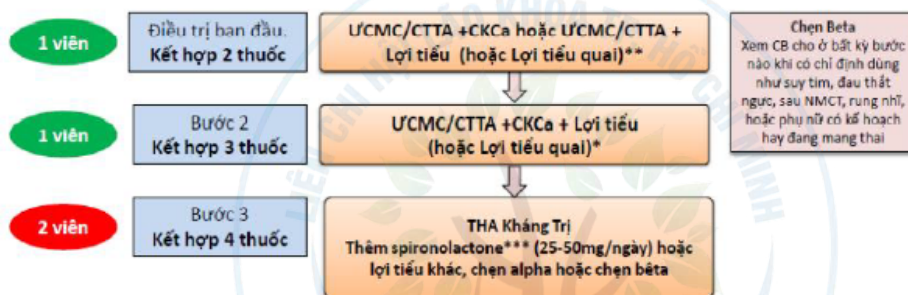
Hình 12: Chiến lược điều trị thuốc đối với THA không có biến chứng



Phác đồ điều trị này cũng thích hợp dùng cho bệnh nhân THA có tổn thương cơ quan đích, bệnh mạch não, ĐĐT hoặc Bệnh động mạch ngoại vi

Phác đồ điều trị tăng HA – ESC/VNHA 2018

Hình 14: Chiến lược điều trị thuốc đối với THA và Bệnh Thận Mạn



Giảm MLCT và tăng creatinine thường xảy ra ở bệnh thận mạn cần điều trị ỨCMC/CTTA, nhưng có một sự tăng creatinine >30% phải đánh giá khả năng bệnh mạch máu thận

*Bệnh thận mạn được xác định khi MLCT ước đoán <60mL/p/1,72m² với hoặc không có đạm niệu.

** Lợi tiểu quai khi MLCT <30mL/p/1,72m², lúc này thiazide/thiazide-like không hiệu quả

*** Chú ý: Nguy cơ tăng kali máu khi dùng spironolactone, đặc biệt khi MLCT <45mL/p/1,72m² hoặc K máu >4,5mmol/L

Phác đồ điều trị tăng huyết áp – VSH 2021

Tiền THA= HABTC \geq 130-139/85-89mmHg & THA \geq 140/90mmHg ở người lớn >18 tuổi
Khám đo chẩn đoán xác định & phân tầng nguy cơ

ĐIỀU TRỊ THEO CÁ THỂ HÓA
Thay đổi lối sống & Thuốc

HABTC, Nguy Cơ Thấp/ TB*

A, B, C, D*

HABTC + Nguy Cơ Cao, BTMXV, BTM,
ĐTĐ Hoặc THA \geq 140/90mmHg**

THA có chỉ định điều trị bắt buộc

VIÊN PHỐI HỢP: A + C**
từ LIỀU THẤP đến LIỀU THÔNG THƯỜNG

VIÊN PHỐI HỢP: A + C + D**

THA KHÁNG TRỊ
Thêm kháng aldosterone*** hay lợi tiểu khác,
chẹn alpha hoặc chẹn beta

Tham khảo chuyên gia về THA

- Bệnh mạch vành: A+B hoặc C
- Suy tim EF giảm: A (ARNI) + B + SGLT2i + kháng aldosterone + D (LT quai khi ứ dịch)
- Đột quỵ: A+D;
- Bệnh thận mạn: A+ C
- ĐTĐ T2 nguy cơ cao: A+C/D; SGLT2i, hoặc GLP1 RA

Xem xét đơn trị liệu ở HABTC có nguy cơ thấp TB sau 3 tháng TĐLS không kiểm soát HA, hoặc bn \geq 80 tuổi, hội chứng lão hóa,

* B cho ở bất kỳ bước nào như suy tim, đau thắt ngực, sau NMCT, rung nhĩ, kiểm soát tần số nhịp hoặc phụ nữ có thai

* D Lợi tiểu thiazide –like ưu tiên hơn lợi tiểu thiazides

** Điều trị thuốc ngay với ưu tiên một viên thuốc cố định liều,

** Liều Thấp = 1/2 Liều Thông Thường

*** Cẩn trọng khi MLCT < 45ml/p/1.73m², K > 4.5mmol/L

A: ÚC/MC; ức chế men chuyển hoặc CTA; chẹn thụ thể angiotensin II; B: chẹn beta; C: chẹn kênh calci; D: lợi tiểu. YTHC: yếu tố nguy cơ; HATT: Huyết áp tâm thu – HATT: Huyết áp tâm trương – ĐTĐ: đái tháo đường; TB: trung bình; TTCQB: tổn thương cơ quan đích; TĐLS: thay đổi lối sống; BTMXV; Bệnh tim mạch do xơ vữa; BTM: bệnh thận mạn

Thuốc ức chế hệ RAS – nền tảng trong phối hợp thuốc hạ áp ACEIs hay ARB?

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, đa quốc gia, so sánh bệnh nhân tăng huyết áp mới điều trị với mục tiêu so sánh hiệu quả và tính an toàn trong đời thực của ARB và ACEI trong điều trị THA bước 1, dựa trên mạng lưới toàn cầu từ 8 cơ sở dữ liệu quan sát lớn của Hoa Kỳ, Đức và Hàn Quốc. NC đăng trên tạp chí Hypertension vào năm 2021.

Nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhân bắt đầu điều trị THA bằng liệu pháp đơn trị với ARB (n = 673,938) hoặc ACEI (n = 2,297,881) từ các nguồn dữ liệu trong giai đoạn 07/1996 – 03/2018.

Kết quả về hiệu quả: sau khi hiệu chỉnh, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân sử dụng ARB và bệnh nhân sử dụng ACEI đối với nguy cơ xảy ra các tiêu chí hiệu quả chính gồm nhồi máu cơ tim cấp, suy tim, đột quỵ và biến cố tim mạch gộp

Table 2. Primary Effectiveness Outcomes for ACE Inhibitors Compared With ARBs (on-Treatment, PS Stratification, Excluding NHIS/NSC)

Outcome	HR (95% CI)	P value	Calibrated HR (CI)	Calibrated P value
Acute myocardial infarction	1.10 (1.04–1.17)	<0.01	1.11 (0.95–1.32)	0.19
CVEs	1.04 (0.99–1.10)	0.12	1.06 (0.90–1.25)	0.49
Heart failure	1.02 (0.94–1.11)	0.64	1.03 (0.87–1.24)	0.68
Stroke	1.06 (1.00–1.12)	0.06	1.07 (0.91–1.27)	0.40

Calibrated hazard ratios (HRs), CIs, and P value are calibrated empirically using the distributions of positive and negative control outcomes to minimize residual systematic error (see Methods for detailed description). ACE indicates angiotensin-converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; CVE, composite cardiovascular event; HR, hazard ratio; NHIS, National Health Insurance Service; NSC, National Sample Cohort; and PS, propensity score.

Thuốc ức chế hệ RAS – nền tảng trong phối hợp thuốc hạ áp ACEIs hay ARB?

Kết quả về an toàn: kết quả đánh giá các tiêu chí phụ cho thấy, ACEI gia tăng đáng kể nguy cơ viêm tụy cấp, phù mạch, ho, xuất huyết tiêu hóa và giảm cân bất thường so với ARB mặc dù ACEI cũng giảm đáng kể nguy cơ tăng cân bất thường so với ARB.

Tiêu chí	HR (CI 95%)	Giá trị p	HR hiệu chỉnh (CI 95%)	Giá trị p hiệu chỉnh
Viêm tụy cấp	1.32 (1.09 – 1.60)	< 0.01	1.32 (1.04 – 1.70)	0.02
Phù mạch	3.53 (2.99 – 4.16)	< 0.01	3.31 (2.55 – 4.51)	< 0.01
Ho	1.32 (1.23 – 1.42)	< 0.01	1.32 (1.11 – 1.59)	< 0.01
Xuất huyết tiêu hóa	1.18 (1.11 – 1.25)	< 0.01	1.18 (1.01 – 1.41)	0.04
Giảm cân bất thường	1.18 (1.11 – 1.25)	< 0.01	1.18 (1.01 – 1.41)	0.04
Tăng cân bất thường	0.82 (0.79 – 0.86)	< 0.01	0.84 (0.74 – 0.98)	0.04

Kết quả về an toàn so sánh giữa ACEI và ARBs*

*Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bất kỳ 49 kết quả phụ hoặc an toàn khác bao gồm suy giảm chức năng thận và bất thường điện giải.

So sánh ARBs và ACEIs: dữ liệu 2021

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, đa quốc gia, so sánh bệnh nhân tăng huyết áp mới điều trị với mục tiêu so sánh hiệu quả và tính an toàn trong đời thực của ARB và ACEI trong điều trị THA bước 1, dựa trên mạng lưới toàn cầu từ 8 cơ sở dữ liệu quan sát lớn của Hoa Kỳ, Đức và Hàn Quốc. NC đăng trên tạp chí Hypertension vào năm 2021.

Nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhân bắt đầu điều trị THA bằng liệu pháp đơn trị với ARB (n = 673,938) hoặc ACEI (n = 2,297,881) từ các nguồn dữ liệu trong giai đoạn 07/1996 – 03/2018.

Kết quả về hiệu quả: sau khi hiệu chỉnh, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân sử dụng ARB và bệnh nhân sử dụng ACEI đối với nguy cơ xảy ra các tiêu chí hiệu quả chính gồm nhồi máu cơ tim cấp, suy tim, đột quỵ và biến cố tim mạch gộp

Table 2. Primary Effectiveness Outcomes for ACE Inhibitors Compared With ARBs (on-Treatment, PS Stratification, Excluding NHIS/NSC)

Outcome	HR (95% CI)	P value	Calibrated HR (CI)	Calibrated P value
Acute myocardial infarction	1.10 (1.04–1.17)	<0.01	1.11 (0.95–1.32)	0.19
CVEs	1.04 (0.99–1.10)	0.12	1.06 (0.90–1.25)	0.49
Heart failure	1.02 (0.94–1.11)	0.64	1.03 (0.87–1.24)	0.68
Stroke	1.06 (1.00–1.12)	0.06	1.07 (0.91–1.27)	0.40

Calibrated hazard ratios (HRs), CIs, and P value are calibrated empirically using the distributions of positive and negative control outcomes to minimize residual systematic error (see Methods for detailed description). ACE indicates angiotensin-converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; CVE, composite cardiovascular event; HR, hazard ratio; NHIS, National Health Insurance Service; NSC, National Sample Cohort; and PS, propensity score.

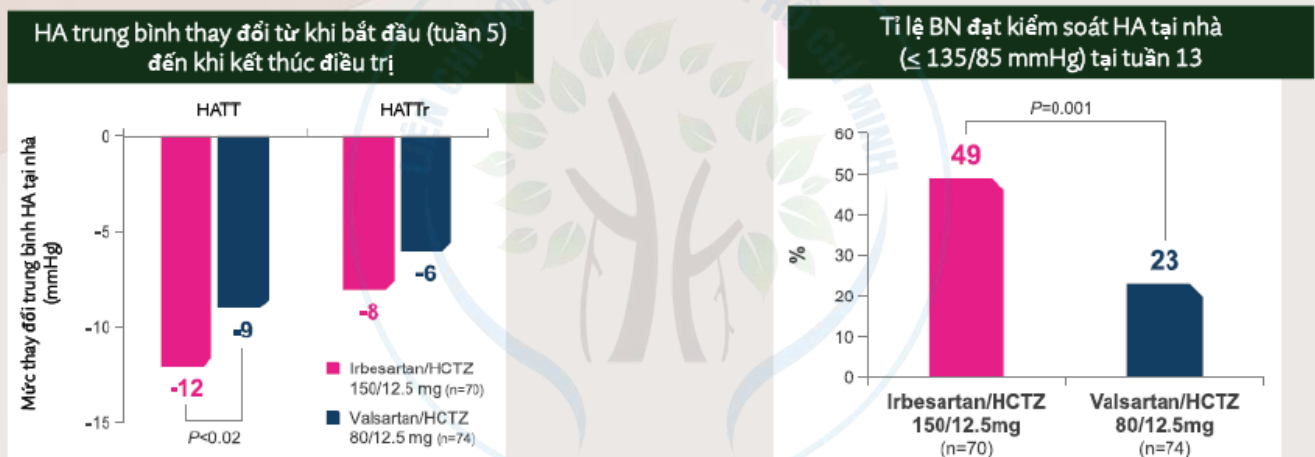
Rào cản nào khi sử dụng viên phối hợp liều cố định

- Lo lắng về nguy cơ hạ huyết áp?
- Thiếu khả năng chỉnh liều linh hoạt?
- Lo ngại về khả năng kiểm soát huyết áp suốt 24 giờ?
- Chi phí?
- ...

23

NGHIÊN CỨU COSIMA PHÂN NHÓM BN LỚN TUỔI (≥ 65 TUỔI): SO SÁNH HIỆU QUẢ IRBESARTAN/HCTZ VỚI VALSARTAN/HCTZ

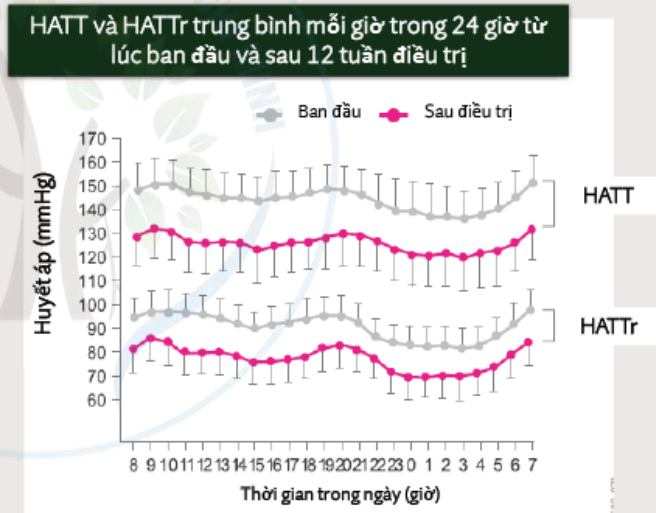
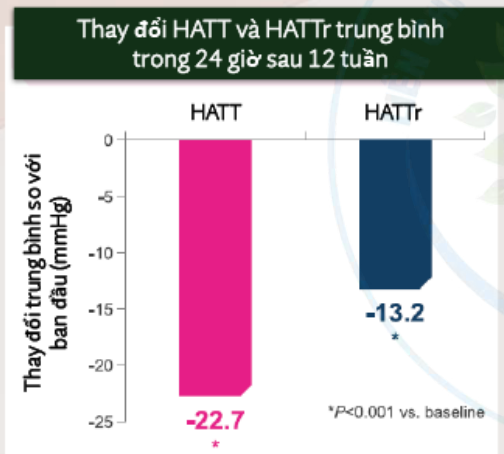
- Phân tích post-hoc từ NC Cosima so sánh trên BN lớn tuổi (≥ 64 tuổi) so với BN trẻ tuổi (< 65 tuổi)
- Điều trị: Irbesartan 150 mg/HCTZ 12.5 mg hoặc valsartan 80 mg/HCTZ 12.5 mg trong thời gian 8 tuần



Nhiều BN cao tuổi THA nhẹ-vừa không kiểm soát được bằng đơn trị HCTZ, được kiểm soát HA Irbesartan/HCTZ tốt hơn so với Valsartan/HCTZ

HIỆU QUẢ PHỐI HỢP THUỐC LIỀU CỐ ĐỊNH 1 NGÀY TRONG BN KHÔNG KIỂM SOÁT HA ĐƯỢC BẰNG ĐƠN TRỊ

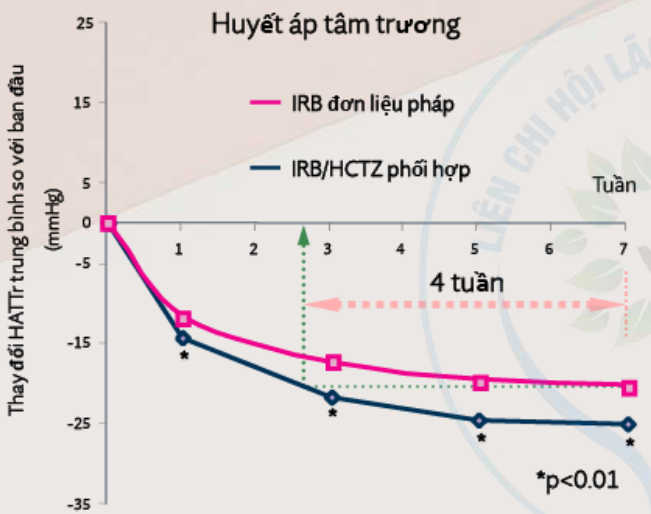
NC trên 53 BN THA chung được nhận từ 3 bệnh viện đại học tại Tây Ban Nha. Sau 1 tuần ngưng thuốc, BN có HA ban ngày trung bình > 135/85 mm Hg được điều trị với irbesartan 300mg / HCTZ 25 mg 1 lần/ngày trong 12 tuần



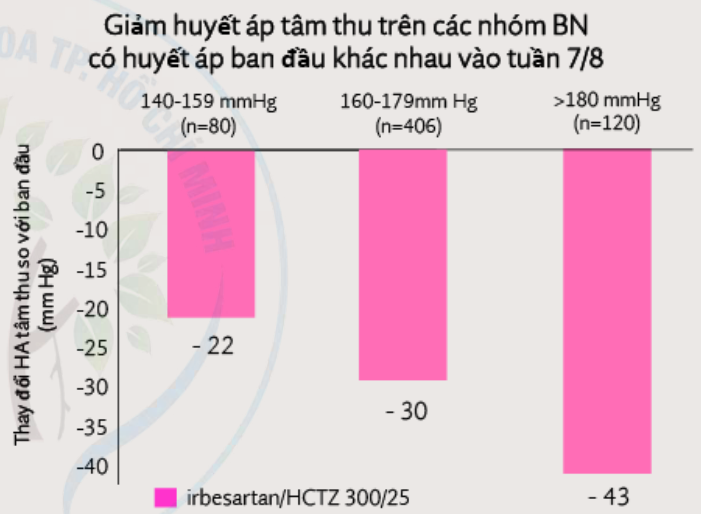
Coca A. et al. Clin Ther. 2003 Nov;25(11):2849-64.

Irbesartan+HCTZ 300/25 mg hạ áp hiệu quả và ổn định trong 24 giờ

IRBESARTAN/HCTZ HẠ ÁP HIỆU QUẢ KHÔNG GÂY TỤT ÁP



Irbesartan/HCTZ đạt cột mốc HA nhanh hơn Irbesartan 4 tuần



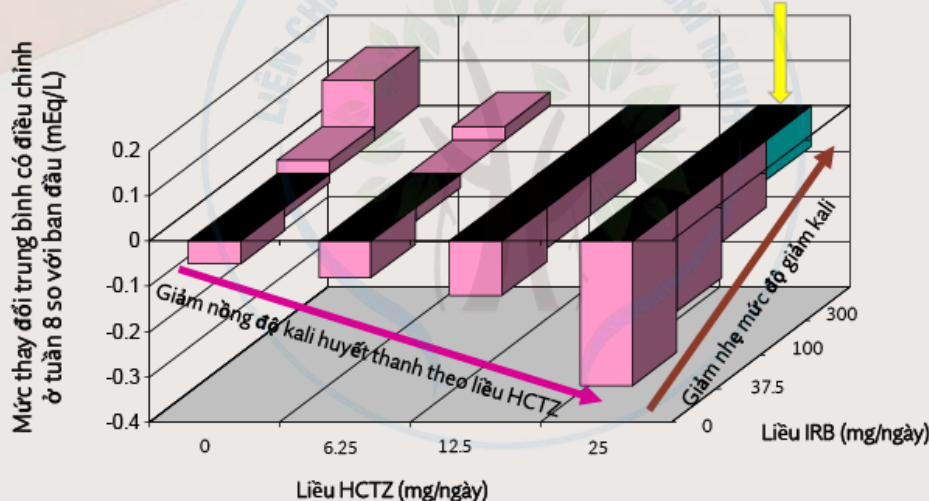
Mức độ HA ban đầu càng cao, dạng phối hợp này càng giúp giảm huyết áp mạnh
Mức độ HA ban đầu tăng vừa phải, dạng phối hợp này không làm tụt huyết áp

1. Neutel JM et al. J Hypertens 2006;24:S284
2. Franklin S et al. J Clin Hypertens. 2007;9(12 suppl 5):15-22

Irbesartan/HCTZ giúp giảm tác dụng phụ các thuốc phối hợp

Irbesartan giảm tình trạng hạ kali huyết thanh do thuốc HCTZ

Phối hợp irbesartan 300 mg & HCTZ 25 mg làm giảm tình trạng giảm kali huyết thanh do lợi tiểu HCTZ



Kocher M et al. Am J Hypertens 1999;12:797-805

27

Thời điểm dùng thuốc cho bệnh nhân tăng huyết áp: ESC 2022

TIME trial #ESCCongress

The treatment in morning versus evening study

Conclusion

Protection against heart attack, stroke and vascular death is not affected by whether antihypertensive medications are taken in the morning or evening.

Impact on clinical practice

People with high blood pressure should take their regular antihypertensive medications at a time of day that is convenient for them and minimises any undesirable effects.

Study objectives

The TIME trial tested whether evening dosing of antihypertensive medication improved major cardiovascular outcomes compared with morning dosing.

Who and what?

Population

Adults taking at least one antihypertensive medication and with a valid email address were recruited by advertising in the community, from primary and secondary care, and from databases of consented patients in the UK.

21,104 patients

randomised 1:1

Evening dosing of usual antihypertensive drugs

Morning dosing of usual antihypertensive drugs

Median follow-up → 5.2 years

Composite primary outcome

Hospitalisation for nonfatal myocardial infarction or nonfatal stroke, or vascular death, in the intention-to-treat population.

Rate%

🌙 3.4%

☀️ 3.7%

Unadjusted hazard ratio 0.95
95% CI 0.83-1.10
p=0.53

• The results did not vary in pre-specified subgroup analyses.

• Taking medication in the evening was not harmful.

Kết luận

- Bệnh nhân THA cao tuổi là nhóm đối tượng đặc biệt, cần cá thể hóa mục tiêu điều trị dựa trên tuổi sinh học và đánh giá lâm sàng, tình trạng bệnh đồng mắc
- Phác đồ điều trị tương tự như người trẻ tuổi nếu dung nạp được - khởi trị bằng viên phối hợp để:
 - Hạ áp nhanh và hiệu quả
 - Bảo vệ tổn thương cơ quan đích
 - Cải thiện tuân thủ điều trị
 - Giảm tác dụng phụ của các thuốc thành phần
 - Dùng thuốc linh hoạt
- Phối hợp ARB - HCTZ là một lựa chọn phù hợp cho BN tăng huyết áp cao tuổi