

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

TỌA ĐÀM CÙNG CHUYÊN GIA

GIẢI PHÁP NÀO CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TĂNG HUYẾT ÁP VỚI BIỂU HIỆN LO ÂU

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN LÃO KHOA 2023

Nội dung

TỌA ĐÀM CÙNG
CHUYÊN GIA

14:20 – 14:25	Khai mạc <i>PGS.TS Nguyễn Văn Trí</i>
14:25 – 14:55	Chia sẻ từ chuyên gia - Tim Mạch - Tâm Thần Kinh - Đái Tháo Đường
14:55 – 15:15	Thảo luận
15:15 – 15:20	Tổng kết <i>PGS.TS Nguyễn Văn Trí</i>

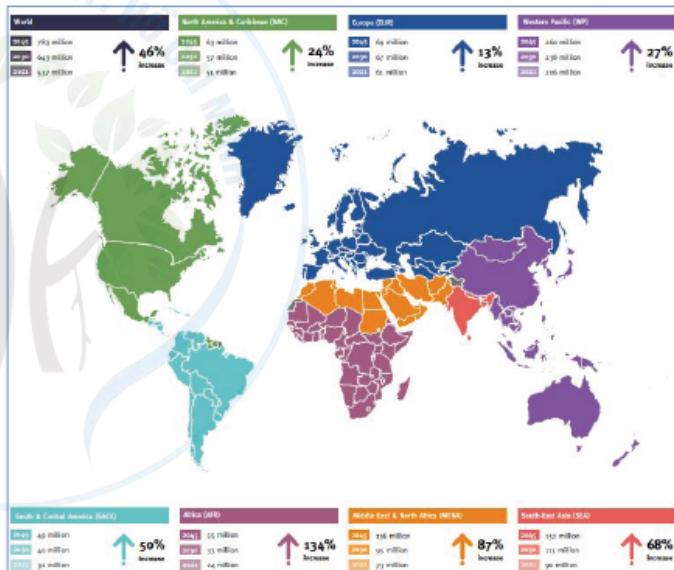


HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

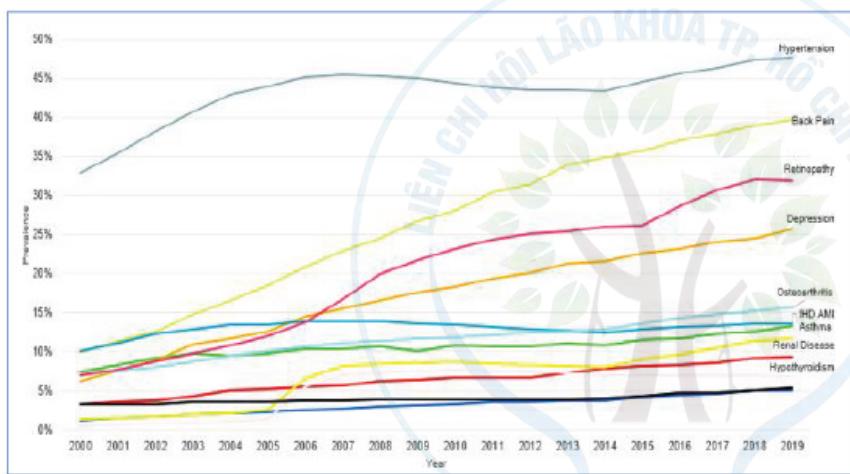
Thực Trạng Đái Tháo Đường

- Năm 2021, thế giới có hơn 537 triệu người bị ĐTĐ típ 2 thì hơn 296 triệu người sống ở châu Á
- Uớc tính đến năm 2045 khoảng 412 triệu người Châu Á bị ĐTĐ típ 2
- Chi phí y tế trực tiếp do bệnh đái tháo đường đã gần 1000 tỷ USD và sẽ vượt con số này vào năm 2030
- Việt Nam có khoảng 4 triệu người bị ĐTĐ típ 2, trong đó 55% đã có biến chứng.



IDF Diabetes Atlas, 10th Edition. 2021.

Gánh nặng bệnh đi kèm ở những người mắc ĐTĐ típ 2 trong suốt thời gian mắc bệnh



• Tăng huyết áp (47,6%)

• Rối loạn lo âu & trầm cảm (25,7%)

- 55% bệnh nhân có 0 hoặc 1 bệnh đi kèm khi chẩn đoán ĐTĐ típ 2, khoảng 5% có từ 5 bệnh đi kèm trở lên.
- 10 năm sau khi chẩn đoán, chỉ 20% bệnh nhân vẫn có 0 hoặc 1 bệnh đi kèm trong khi khoảng 25% bệnh nhân có 5 bệnh đi kèm trở lên, tăng gấp 5 lần so với lúc chẩn đoán.

<https://www.thelancet.com/journals/eclim/article/P11S2589-5370%2822%2900314-5/fulltext>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

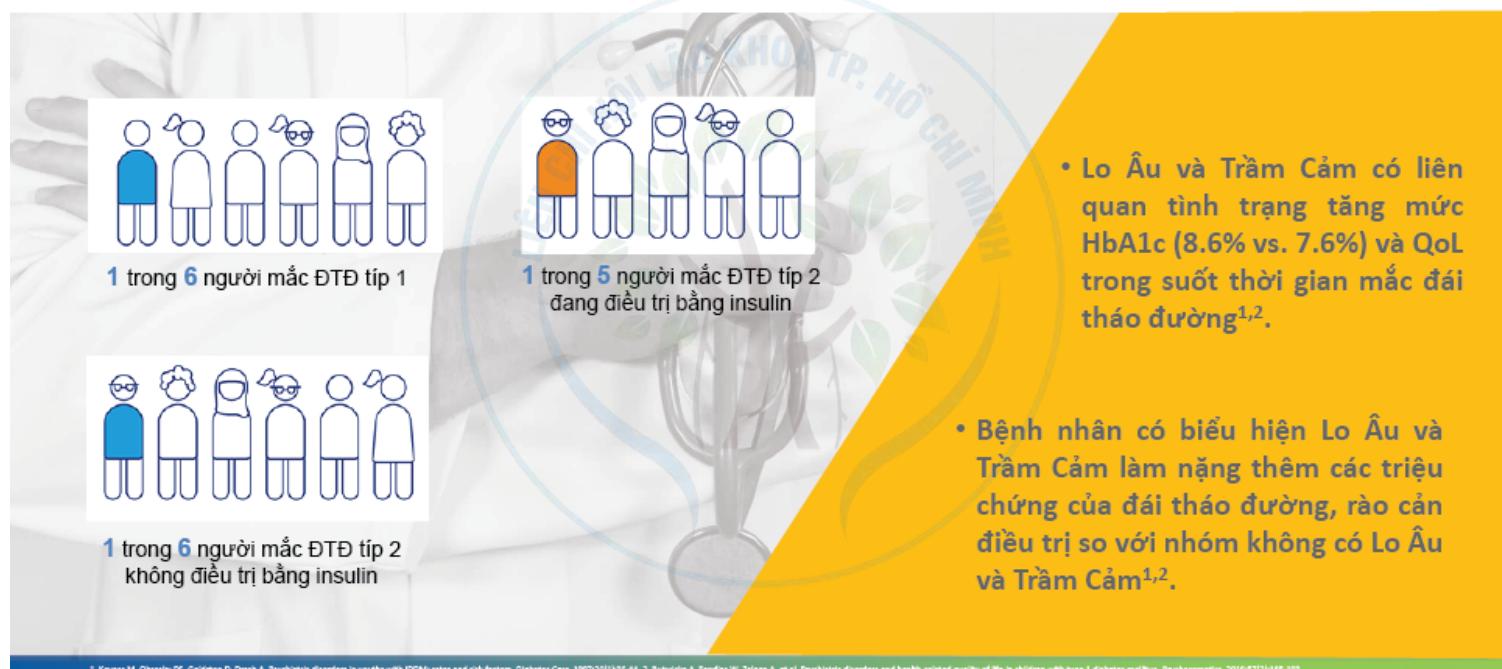
LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Gánh nặng bệnh đi kèm ở những người mắc ĐTD típ 2 trong suốt thời gian mắc bệnh



1. Katz M, Giani E, Laffel L. Challenges and opportunities in the management of cardiovascular risk factors in youth with type 1 diabetes: lifestyle and beyond. *Curr Diab Rep.* 2015;15(12):119. 2. Polotsky S, Ellis SL. Obesity, insulin resistance, and type 1 diabetes mellitus. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2015;22(4):277-282. 3. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004;114(2 suppl 4th Report):555-576. 4. Rodriguez BL, Dabelea D, Liese AD, et al. SEARCH Study Group. Prevalence and correlates of elevated blood pressure in youth with diabetes mellitus: the SEARCH for diabetes in youth study. *J Pediatr.* 2010;157(2):245-251.e1. 5. Schwab KO, Doerfer J, Hecker W, et al. DPV Initiative of the German Working Group for Pediatric Diabetology. Spectrum and prevalence of atherosogenic risk factors in 27,358 children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes: cross-sectional data from the German diabetes documentation and quality management system (DPV). *Diabetes Care.* 2006;29(2):218-25. 6. Eperua MC, Craig ME, Cuasmano J, et al. Prevalence of diabetes complications in adolescents with type 2 compared with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28(6):1300-1306. 7. Marginsdottir HD, Larsen JR, Brundum C, Overby NC, Dahl-Jorgensen K. Norwegian Study Group for Childhood Diabetes. High prevalence of cardiovascular risk factors in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based study. *Diabetologia.* 2008;51(4):554-561. 8. Guy J, Ogden L, Widwa RP, et al. Lipid and lipoprotein profiles in youth with and without type 1 diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth case-control study. *Diabetes Care.* 2009;32(3):416-420. 9. Kovacs M, Obródy DS, Goldstein D, Drash A. Psychiatric disorders and health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics.* 2018;59(2):185-193.

Gánh nặng của LO ÂU ở những người mắc ĐTD típ 2 trong suốt thời gian mắc bệnh



1. Kovacs M, Obródy DS, Goldstein D, Drash A. Psychiatric disorders in youths with T1DM: rates and risk factors. *Diabetes Care.* 1997;20(1):38-44. 2. Butwilda A, Fender W, Zalepa A, et al. Psychiatric disorders and health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics.* 2016;57(2):185-193.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Gánh nặng của TĂNG HUYẾT ÁP ở những người mắc ĐTĐ típ 2 trong suốt thời gian mắc bệnh

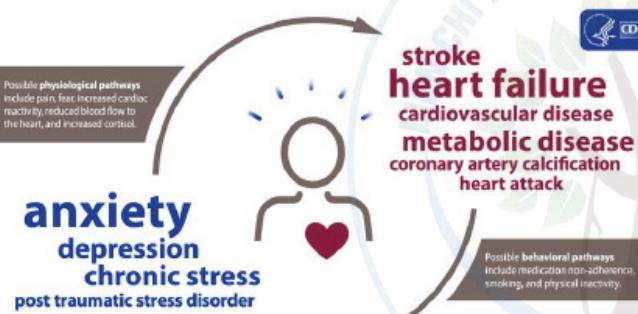
- THA và ĐTĐ thường đi kèm nhau. THA thường gấp 2-3 lần so với bệnh nhân không ĐTĐ.¹
- THA ảnh hưởng 20 - 60% bệnh nhân ĐTĐ, tùy theo tình trạng có béo phì, sắc tộc, tuổi.^{2,3}
- THA có nguy cơ hình thành ĐTĐ tỉ lệ 2,5 lần trong vòng 5 năm.^{4,5}

- Ở người lớn đồng mắc cả THA và ĐTĐ có gia tăng các yếu tố nguy cơ về thận và bệnh lý mạch máu, bao gồm rối loạn lipid máu, tăng u-rê máu, fibrinogen và phì đại thất trái.⁶

- Tuổi thọ giảm 12 năm ở nhóm đồng mắc THA và ĐTĐ do xuất hiện đột quy hoặc NMCT.⁷

1.Ilii Ganesh, Vijay Virendranathan. Management of diabetic hypertension. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism / 2011 / Vol 15 / Supplement 4. 2. Paul R, Segars B, Mahadevan S, Goyal RK. Role of isosartan therapy in the management of diabetic hypertension. J Assoc Physicians India 2000;48:514-7. 3. Tamou L, Ronning P, Gall MA, Nielsen FS, Pavling Hill. Prevalence of arterial hypertension in diabetic patients before and after the INC-V. Diabetes Care 1994;17:3247-51. 4. Stevens JR, Miller S. The role of cardiovascular and renal risk factors in the diabetic hypertension. Hypertension 2002;40:1011-8. 5. Green CM, Mebo FI, Shahar E, Wolfson MH, Bennett RL. Importance of antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Attucks-Mass邮区Community Study. N Engl J Med 2000;342:905-12. 6. Larter D. Importance of cardiovascular disease risk management in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Symp Obs. 2014 May 237:369-83. doi: 10.2340/DMSC.2013-0483. ©Collection 2014. 7. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA. 2015;314(3):52-63.

Mối tương quan giữa LO ÂU và bệnh lý Tim Mạch



- Ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy sức khoẻ tâm thần có liên quan sự gia tăng các yếu tố nguy cơ về tim mạch.
- Những tác động này có thể làm nặng hơn bệnh lý tim mạch thông qua 2 con đường:
 - trực tiếp – sinh lý
 - gián tiếp: hành vi sức khỏe

Abed MA, Kloub MI, Moser DK. Anxiety and adverse health outcomes among cardiac patients: a biobehavioral model. J Cardiovasc Nurs 2014;29(4):354-63.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

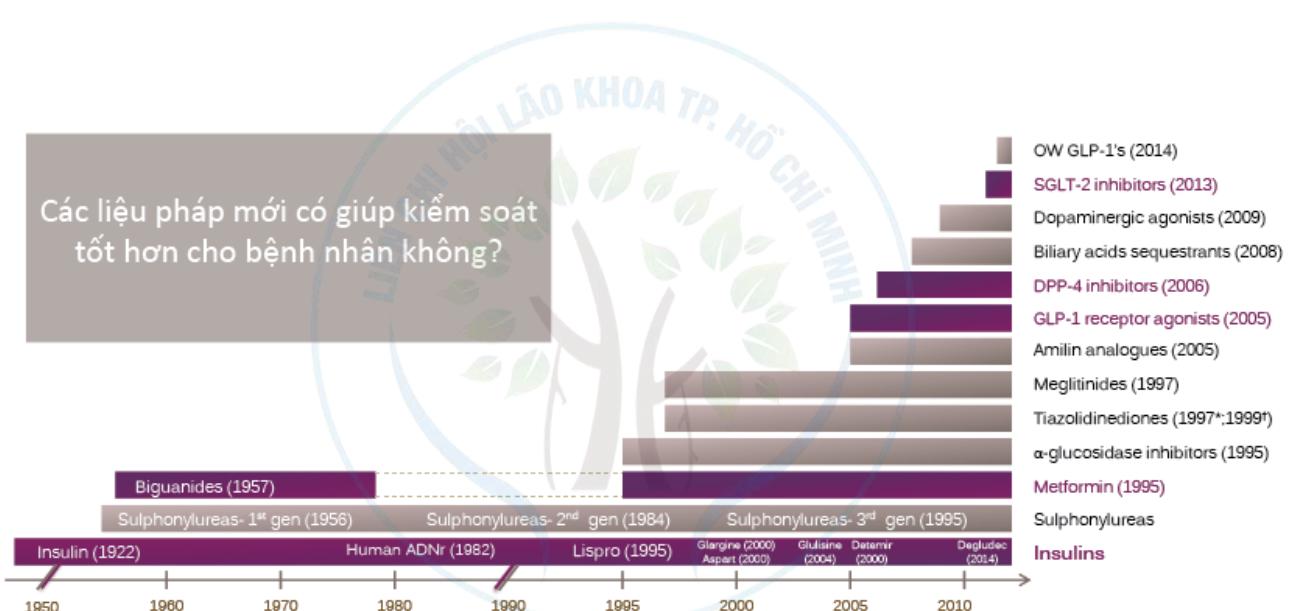
BỆNH NHÂN LÀ TRUNG TÂM



Điều trị ĐTD lấy Bệnh Nhân làm trung tâm và cần xem xét các bệnh lý đồng mắc, trong đó THA và Lo Âu chiếm tỉ lệ cao và làm nặng thêm tình trạng của bệnh nhân.

Deviés MJ, et al. Diabetologia. 2018;61:2461-2488. doi: 10.1007/s00125-018-4729-5.

Sự phát triển của các liệu pháp điều trị ĐTD



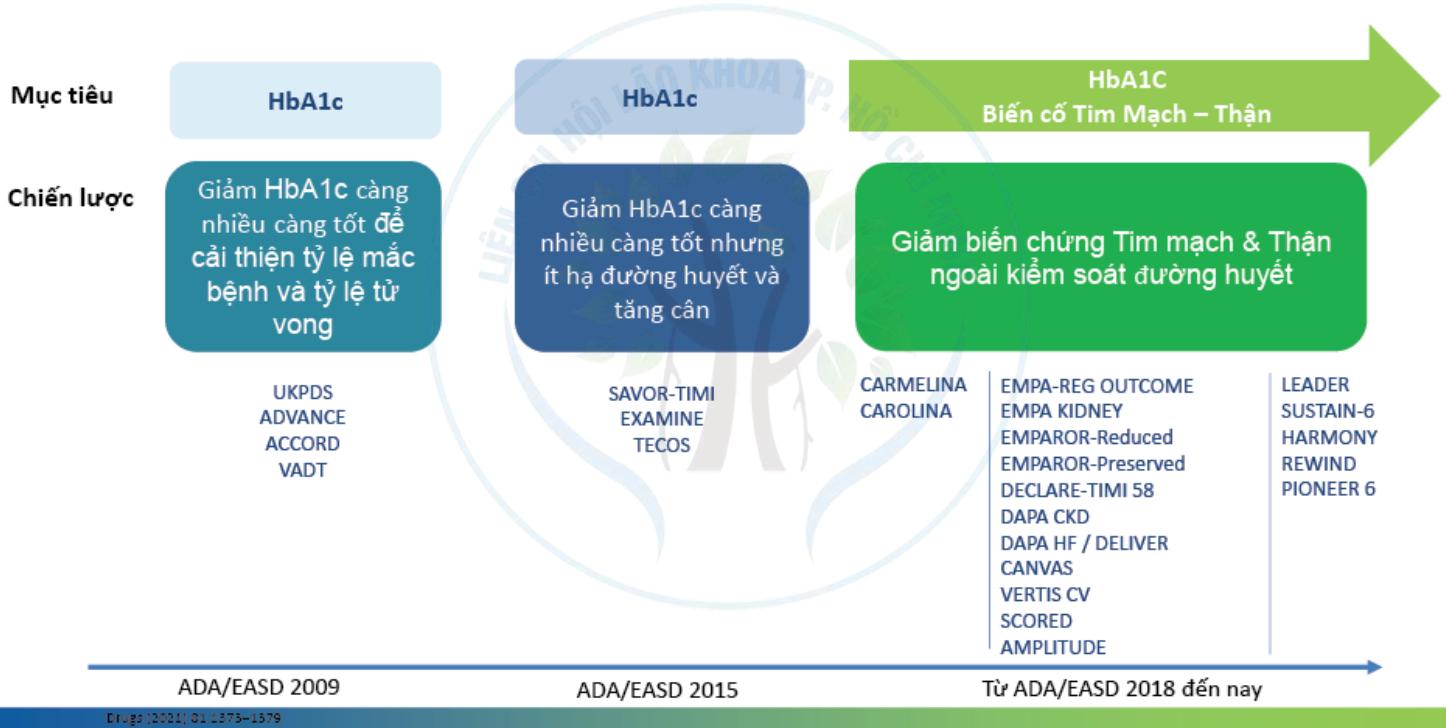
1. Quianzon CCL, et al. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives 2012;2:19081. 2. Drugs@FDA. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>. Consultada el 17 de abril de 2013.

*Troglitazone; †Rosiglitazone, Pioglitazone

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Thay đổi trong điều trị ĐTĐ theo thời gian



ADA 2023

Tiếp cận đa yếu tố để giảm nguy cơ biến chứng ở BN ĐTĐ

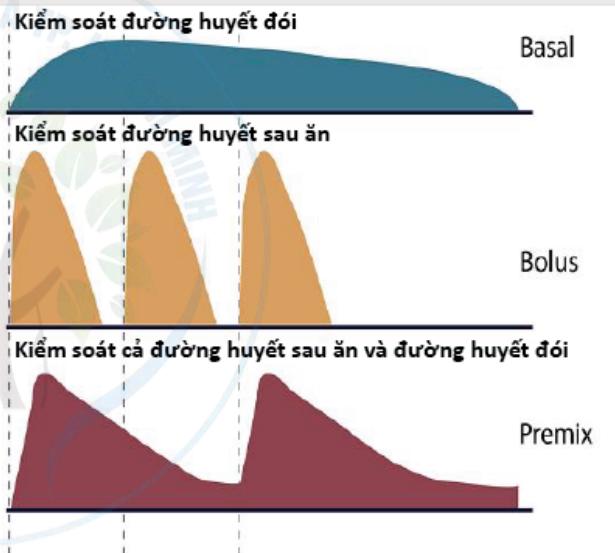
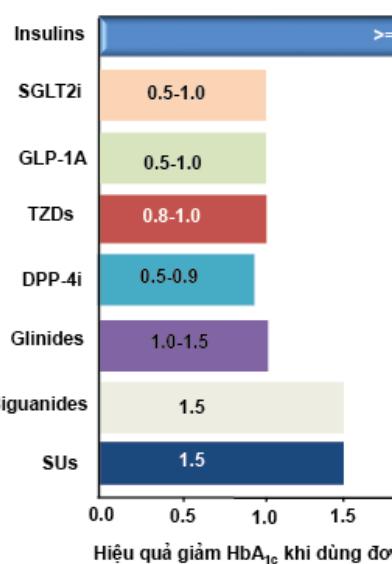


HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

INSULIN và Vai trò trong điều trị ĐTDĐ hiện nay

Insulin là thuốc hạ đường huyết hiệu quả nhất



DPP-4 = dipeptidyl peptidase 4; TZD = thiazolidinedione.
Nathan DM. N Engl J Med. 2007;356:437-40 and Nathan et al. Diabetes Care. 2009;32:193-203. J Clin Med Res, 2017 Jun; 9(6): 499-507.
Int J Diabetes Dev Ctries (Nov 2019) 39 (Suppl 2):S43-S92

Các loại insulin theo mục tiêu kiểm soát đường huyết

Kiểm soát FPG

Basal analog

- Glargine biosimilar
- Glargine
- Detemir
- Degludec

Intermediate-acting

- Human NPH

Kiểm soát cả FPG và PPG

Premixed insulin

- NPH/regular 70/30
- Lispro 50/50
- Lispro 75/25
- Aspart 70/30

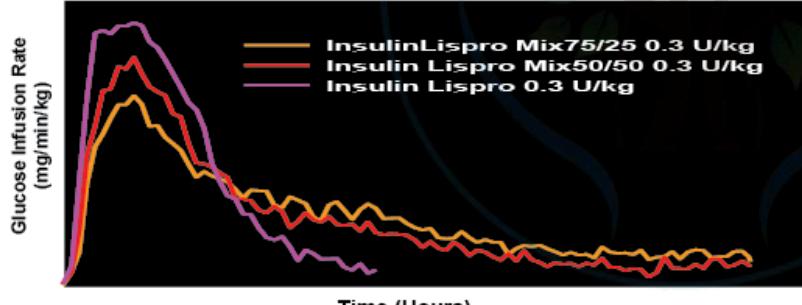
Kiểm soát PPG

Rapid-acting

- Lispro
- Glulisine
- Aspart

Short-acting

- Human regular



Tỉ lệ insulin nhanh cao hơn có thể dẫn tới kiểm soát đường huyết sau ăn tốt hơn

Tỉ lệ insulin nén thấp hơn có thể giảm nguy cơ hạ đường huyết giữa các bữa ăn

FPG = fasting plasma glucose; NPH = neutral protamine Hagedorn.
Diabetes Care. 2019;41(suppl 1):S1-S135.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Chọn lựa insuslin trong cá thể hóa điều trị

Nhận dạng lâm sàng để cá thể hóa điều trị:

- Nguy cơ hạ đường huyết
- Thời gian mắc bệnh
- Kì vọng sống
- Bệnh lý đồng mắc
- Biến chứng đi kèm
- Khả năng tuân thủ của bệnh nhân
- Tác dụng phụ của các thuốc khác

Ưu tiên Basal	Chỉ số	Ưu tiên Premixed
< 40 mg/dl (<2.2 mmol/L)	PPGE = PPG - FPG	40 - 74 mg/dl (2.2 - 4.1 mmol/L)
< 0.4	PFI = (PPG – FBG)/FBG	0.4 - 0.6
>= 20	FBG/HbA1c	=< 20

Kieka S, Czupryniak L, Kiełk G, et al. Diabetes Ther. 2010;9(6):2105-2199

PHỐI HỢP LIỀU CÓ ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BẢO VỆ CƠ QUAN ĐÍCH

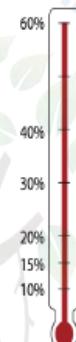
PGS.TS. Nguyễn Văn Trí
Chủ tịch LCH Lão Khoa TPHCM

THA VÀ TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH

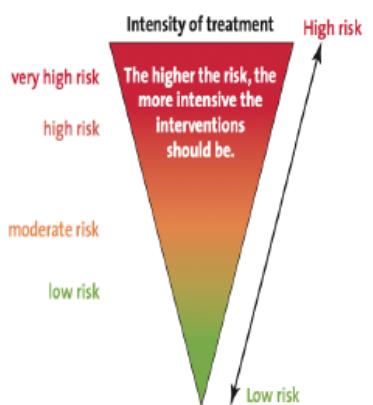
Các YTNC, tồn thương CQ đích hoặc các bệnh lý	Bình thường cao HATT130 - 139 HATT _r 85 - 89	Độ 1 HATT140 - 159 HATT _r 90 - 99	Độ 2 HATT 1 ≥ 160 HATT _r ≥ 100	
Không có YTNC	Thấp	Thấp	Trung bình	Cao
1 hoặc 2 YTNC	Thấp	Trung bình		Cao
≥ 3YTNC	Thấp	Trung bình	Cao	Cao
Tồn thương CQ đích, BTM GD ≥ 3, ĐTD, bệnh tim mạch	Cao	Cao	Cao	

Yếu tố nguy cơ: Tuổi >65, giới tính nam, tần số tim >80 lần/phút, thừa cân, đái tháo đường, tăng LDL-C hoặc triglyceride, tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch, tiền sử gia đình mắc THA, mẫn kinh sớm, hút thuốc lá, các yếu tố môi trường - xã hội.
Tổn thương cơ quan đích: Dây thắt trái trên điện tâm đồ, bệnh thận mạn vừa - nặng (eGFR <60 ml/min/1.73 m²), hoặc các bằng chứng cho thấy tổn thương cơ quan.
Bệnh tim mạch: Tiền sử mắc bệnh mạch vành, suy tim, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại biên, rung nhĩ, bệnh thận mạn giai đoạn 3 trở lên

Total CVD risk (over 10 years)



The chances of developing fatal and nonfatal cardiovascular events increase with increasing cardiovascular risk.

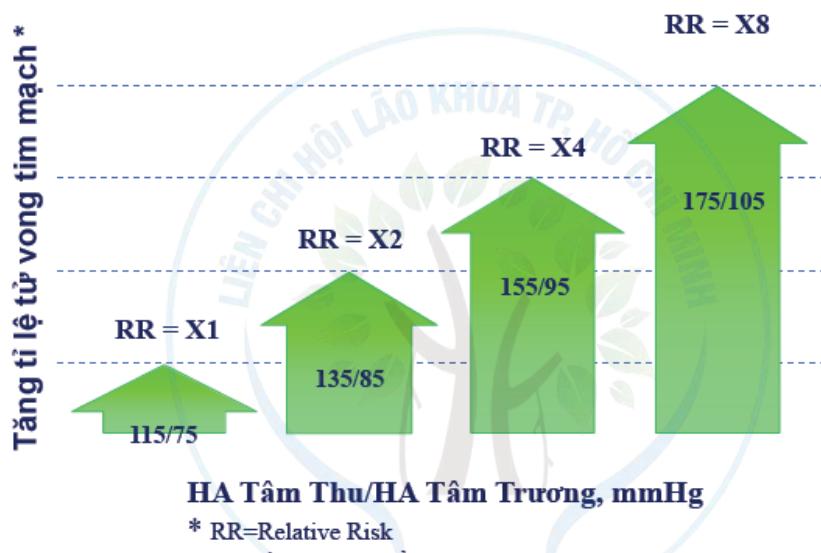


Mục đích điều trị THA: Nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển của các biến chứng lâu dài của THA lên các cơ quan đích qua đó làm giảm tối đa “nguy cơ tim mạch tổng thể”.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, (2007), Prevention of cardiovascular disease : Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk.
Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

COX-PGM-05-04-2023-27

TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TỬ VONG



Tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch tăng gấp đôi với mỗi mức tăng HA 20/10 mmHg

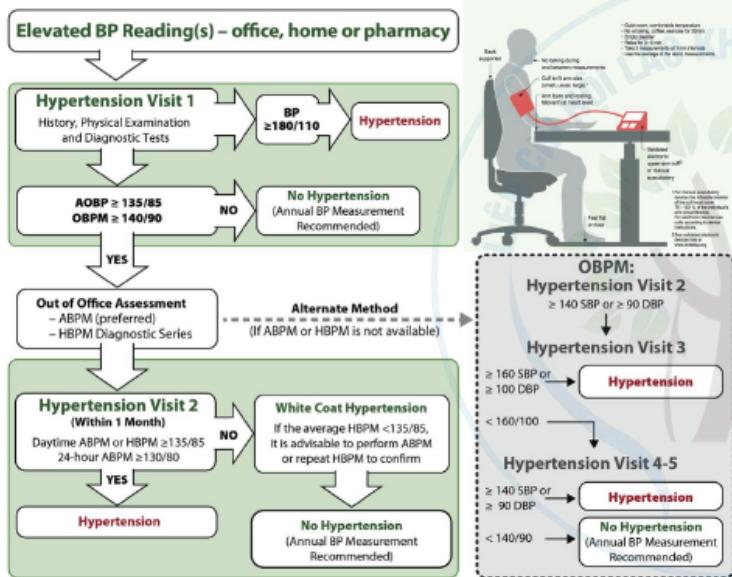
Age-specific relevance of usual BP to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. (2002). The Lancet, 360(9349), 1903–1913.

COX-PGM-05-04-2023-27

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

CHẨN ĐOÁN



Phân loại	Tâm thu		Tâm trương
Bình thường	< 130	và	<85
HA bình thường cao	130 - 139	và/hoặc	85 - 89
Tăng huyết áp độ I	140 - 159	và/hoặc	90 - 99
Tăng huyết áp độ II	≥160	và/hoặc	≥100
Con tăng huyết áp	≥180	và/hoặc	≥120
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥140	và	<90

Cloutier, L., et al (2015), A New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension in Canada. Canadian Journal of Cardiology, 31(5), 620–630
 Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

COX-PGM-05-04-2023-27

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.1. Xác định **ngưỡng HA ban đầu cần điều trị** - cá thể hóa: dựa vào phân tầng nguy cơ, bệnh đồng mắc và nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Ngưỡng HATT cần điều trị thuốc		Ngưỡng HATTr cần điều trị (mmHg)
	THA không có bệnh đồng mắc (mmHg)	THA có bệnh đồng mắc (mmHg)	
18-69	≥ 140	≥ 130	≥ 90**
70-79	≥ 140	≥ 140	≥ 90
80	≥ 160	≥ 160	≥ 90
HATTr	≥ 90	≥ 90 **	

* THA không có bệnh đồng mắc; ** ≥ 85mmHg cho bệnh nhân 18-69 tuổi có THA nguy cơ cao, Đái tháo đường, Bệnh thận mạn, Bệnh mạch vành, Đột quỵ/TIA. Bệnh đồng mắc: Bệnh mạch vành (BMV); Đái tháo đường (ĐTĐ); Suy tim; Bệnh thận mạn (BTM); TIA: Thiếu máu não thoáng qua.

Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

COX-PGM-05-04-2023-27

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.1. Đích HA cần đạt theo cá thể hóa: dựa vào phân tầng nguy cơ, bệnh đồng mắc và nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Ranh giới đích HATT theo HAPK (mmHg)	
	THA không có bệnh đồng mắc	THA có bệnh đồng mắc
18-69	120 - < 140 mmHg	120 - <130 mmHg
	Có thể hạ thấp HATT hơn nữa nếu dung nạp	
≥ 70	< 140mmHg, nếu dung nạp được hạ xuống 130mmHg. Có thể hạ thấp HATT hơn nữa nếu dung nạp	
Đích HATTr	< 80 mmHg cho tất cả các bệnh nhân	

*THA + ĐTDĐ тип 2 / BMV: Mục tiêu HATTr ở bệnh nhân > 65 tuổi không điều trị tái tưới máu là 70 - 79mmHg Bệnh đồng mắc: Bệnh mạch vành; Đái tháo đường; Suy tim; Bệnh thận mạn; TIA: Thiếu máu não thoáng qua.

Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

COX-PGM-05-04-2023-27

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

Lợi ích của phối hợp liều cố định

- Nhanh chóng đạt HA mục tiêu hơn so với đơn trị liệu 1-4
- Hạ áp mạnh hơn 1,2
- Tỷ lệ kiểm soát HA cao hơn 3,4 so với đơn trị liệu
- Giảm tác dụng phụ thông qua tác dụng hiệp đồng giữa các thuốc 3,4

1. Chobanian et al. Hypertension. 2003; 42:1206-1252
2. Mancia et al. Eur Heart J. 2007; 28:1462-1586
3. Tedesco et al. J Clin Hypertens. 2006; 8:634-641
4. Wald et al. Am J Med. 2009; 122:290-300

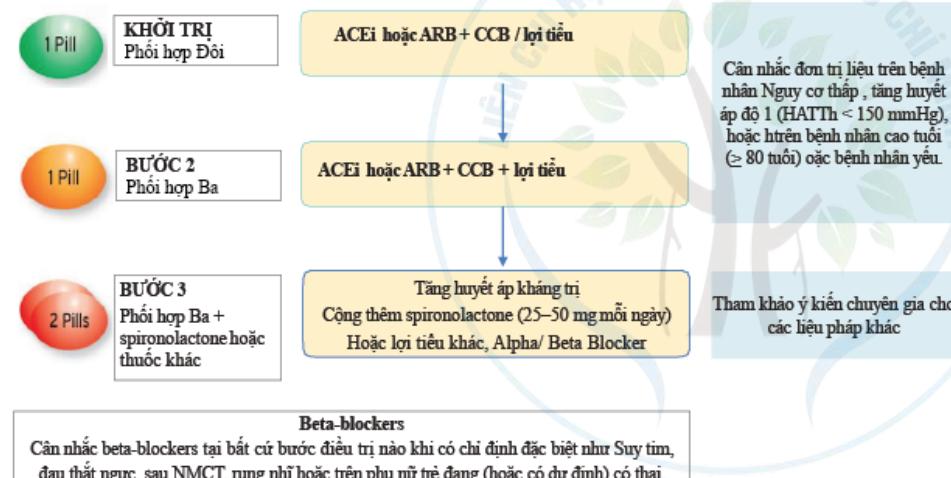
COX-PGM-05-04-2023-27

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.2. Điều trị sớm đạt đích và duy trì thời gian huyết áp trong ranh giới đích ổn định để bảo đảm tính lợi ích và tính an toàn.



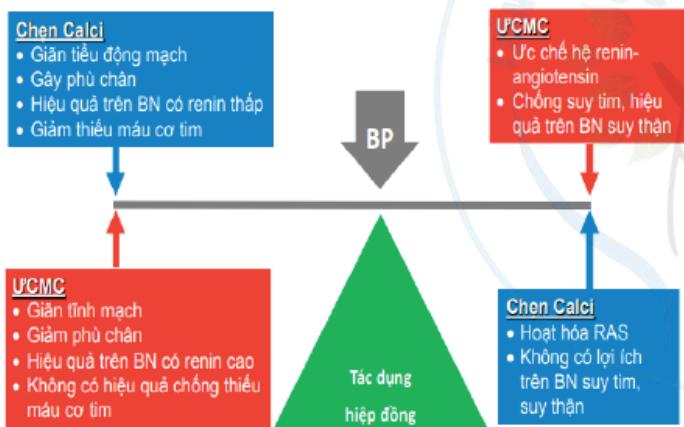
Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
Williams, et al (2018), 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal.

COX-PGM-05-04-2023-27

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.2. Điều trị sớm đạt đích và duy trì thời gian huyết áp trong ranh giới đích ổn định để bảo đảm tính lợi ích và tính an toàn.

Chẹn kênh Calci + Úc chế RAS Hiệp đồng tác dụng



Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Khuyến cáo điều trị ban đầu tối ưu với 2 thuốc ưu tiên A+C hoặc D trong 1 viên cố định liều với liều thấp (=1/2 liều thông thường): liều thấp + liều thấp, nếu HA không kiểm soát có thể tăng liều: liều thấp + liều thông thường hoặc liều thông thường + liều thông thường hoặc phối hợp 3 thuốc cố định liều sớm A+C+D.	I	A

Hội tim mạch Việt Nam, (2022), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

COX-PGM-05-04-2023-27

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.4. Xác định các yếu tố cản trở sự tuân thủ điều trị

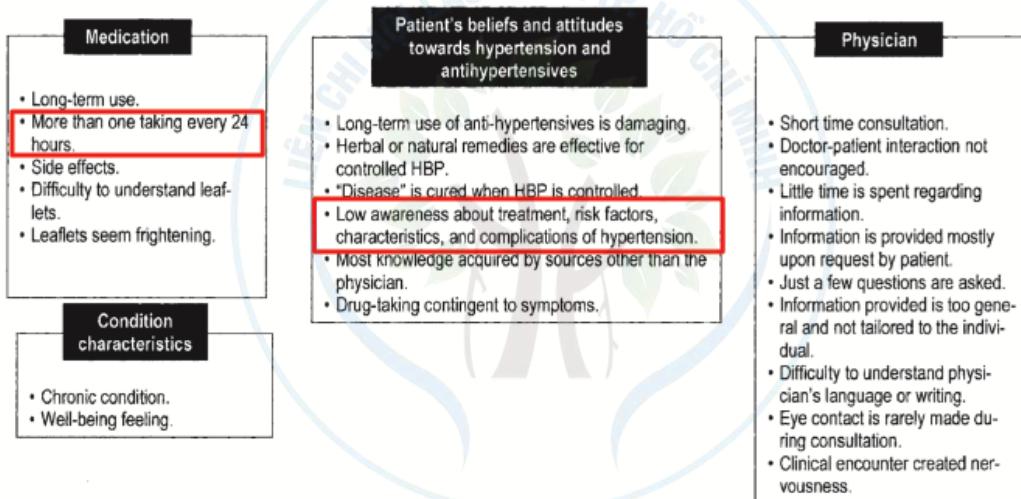


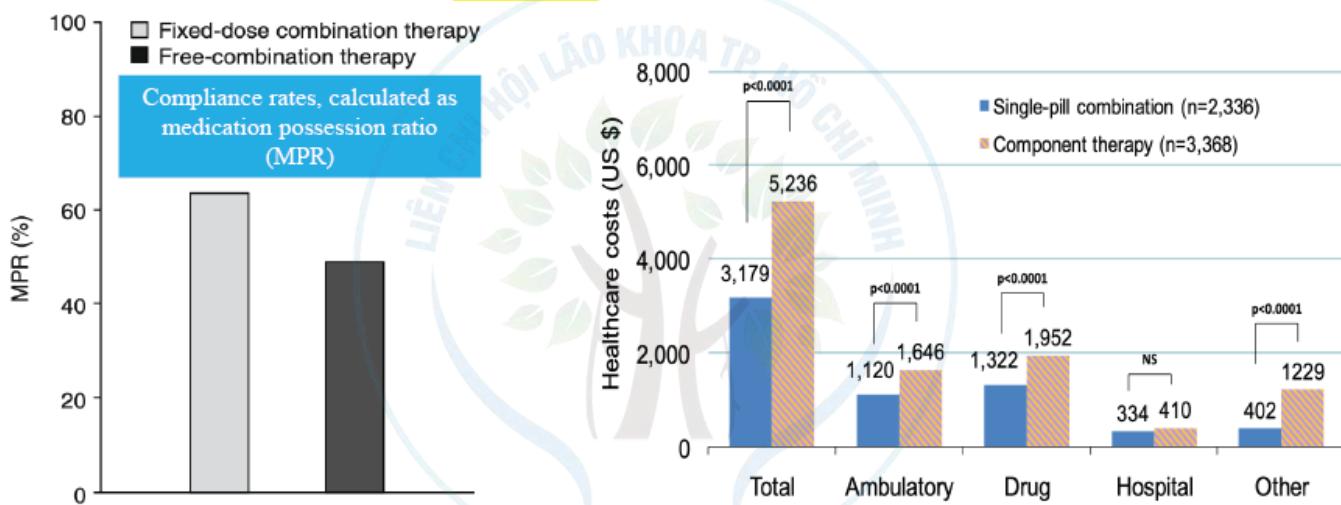
FIGURE 1 Factors associated with treatment non-compliance

Gascon, J. J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125–130.

COX-PGM-05-04-2023-27

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

1.4. Xác định các yếu tố cản trở sự tuân thủ điều trị



Điều trị kết hợp thuốc trong 1 viên duy nhất làm tăng sự tuân thủ và giảm chi phí điều trị

Dickson, M., & Plauschinat, C. A. (2008). Compliance with Antihypertensive Therapy in the Elderly. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 8(1), 45–50.

COX-PGM-05-04-2023-27

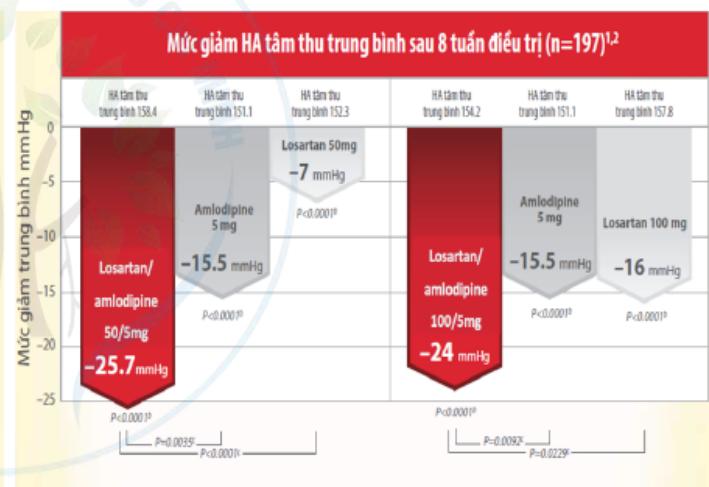
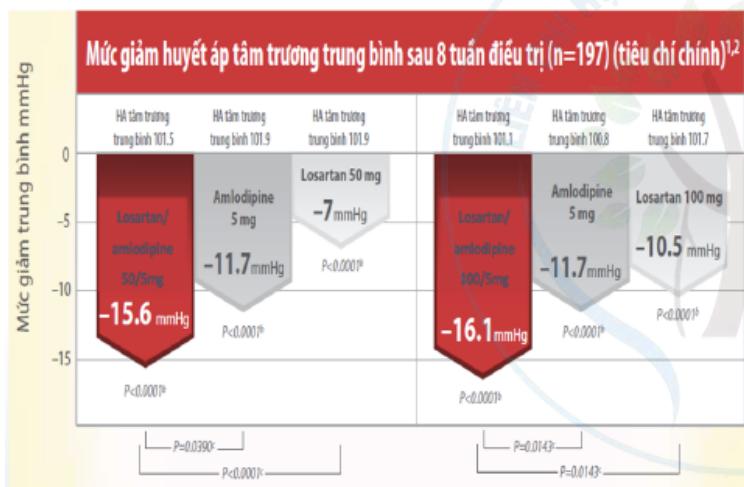
MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

chứng cứ

Kiểm soát huyết áp tốt hơn
Giảm tỷ lệ biến cố tim mạch, thận, tử vong
Đạt được tính an toàn cao

COX-PGM-05-04-2023-27

Giảm huyết áp tâm thu và tâm trương mạnh hơn khi sử dụng viên phổi hợp Losartan/amlodipine



Unniachan, S., et al (2014), Evaluation of Blood Pressure Reduction Response and Responder Characteristics to Fixed-Dose Combination Treatment of Amlodipine and Losartan: A Post Hoc Analysis of Pooled Clinical Trials. The Journal of Clinical Hypertension, 16(9), 671-677.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ

❖ Losartan+amlodipine đáp ứng giảm huyết áp và an toàn cao

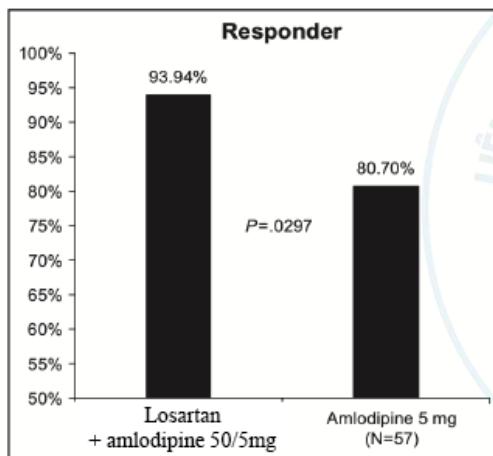


FIGURE 3. Proportion of patients achieving blood pressure response: amlodipine/losartan 5/50 mg vs amlodipine 5 mg monotherapy.

	Amlodipine 5 mg	Losartan 50 mg	Losartan 100 mg	FDC Amlodipine/ Losartan 5/50 mg	FDC Amlodipine/ Losartan 5/100 mg
Bệnh nhân có tác dụng phụ	9 (22.5%)	9 (23.7%)	7 (17.5%)	5 (13.2%)	7 (17.1%)
Số tác dụng phụ	11	11	8	9	7
Số tác dụng phụ nghiêm trọng	3 (27.3%)	2 (18.2%)	0	0	0
Mức độ nặng của các tác dụng phụ					
nhỏ	5 (45.5%)	4 (36.4%)	3 (37.5%)	4 (44.4%)	5 (71.4%)
vừa	4 (36.4%)	7 (63.6%)	5 (62.5%)	3 (33.3%)	2 (28.6%)
nặng	2 (18.2%)	0	0	2 (22.2%)	0
Tác dụng phụ dẫn đến ngưng thuốc	2 (18.2%)	3 (27.3%)	0	0	1 (14.3%)
Tác dụng phụ liên quan đến thuốc	3 (27.3%)	4 (36.4%)	2 (25%)	3 (33.3%)	4 (57.1%)
Tử vong	0	0	0	0	0

Hong, B.-K, et al (2012). Comparison of the Efficacy and Safety of Fixed-Dose Amlodipine/Losartan and Losartan in Hypertensive Patients Inadequately Controlled with Losartan.

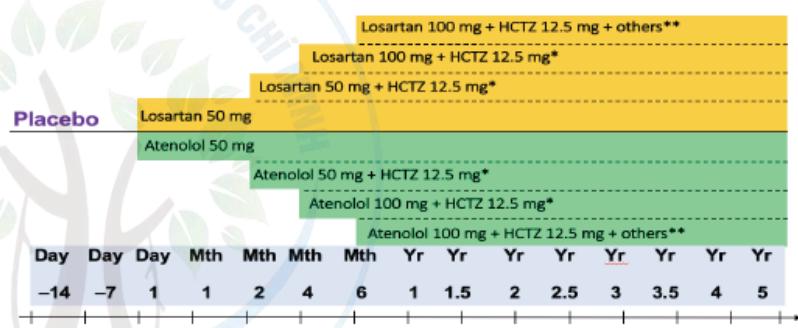
American Journal Cardiovascular Drugs, 12(3), 189–195.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

❑ Bảo vệ cơ quan đích: Nghiên cứu LIFE

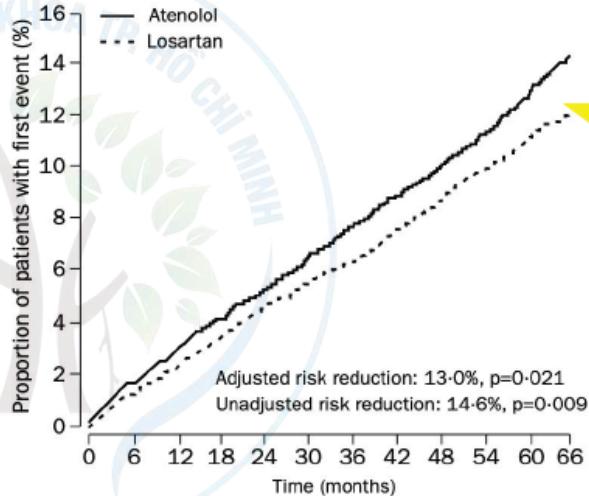
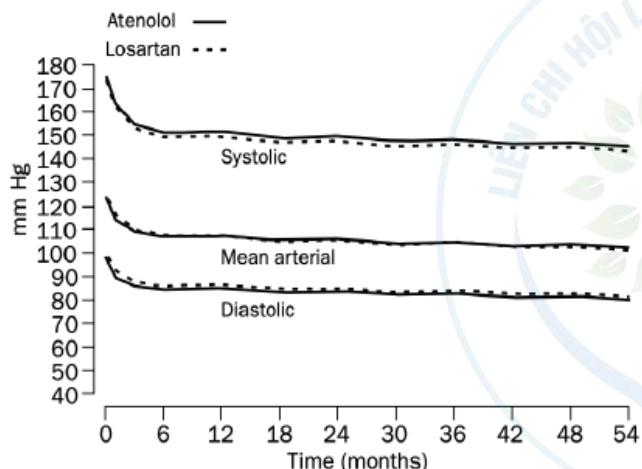
- ❖ 9193 bệnh nhân, 945 trung tâm, 7 nước
- ❖ Thiết kế nghiên cứu:
 - Nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm, mù đôi, giả đổi, ngẫu nhiên, có đối chứng.
 - Bệnh nhân tham gia nghiên cứu:
 - Tuổi 55-80.
 - THA chưa hoặc đang điều trị.
 - HA 160 - 200mmHg / 95 - 115mmHg.
 - Ghi nhận phì đại thất trái trên ECG.



Dahlöf, B, et al (2002), Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. The Lancet, 359(9311), 995–1003.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN



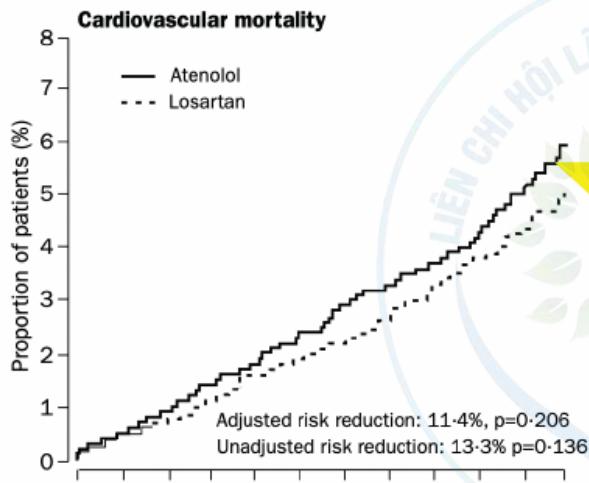
Losartan làm giảm kết cục chính (tử vong tim mạch, đột quy, NMCT) độc lập với tác động hạ huyết áp.

Dahlöf, B, et al (2002), Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *The Lancet*, 359(9311), 995–1003.

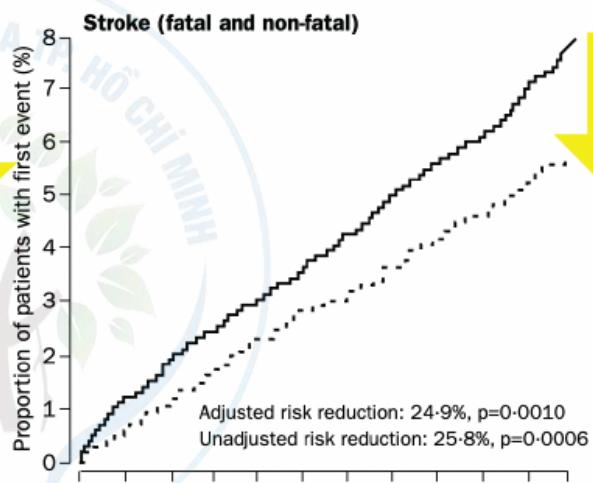
COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu LIFE



Tỉ lệ tử vong tim mạch



Tỉ lệ đột quy

Dahlöf, B, et al (2002), Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *The Lancet*, 359(9311), 995–1003.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

❖ Bảo vệ cơ quan đích: Nghiên cứu RENAAL

ĐTDĐ type 2



IRMA2: IRbesartan MicroAlbuminuria type 2 diabetes mellitus in hypertensive patients

IDNT : Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial

RENAAL: Reduction of Endpoints in NIDDM (Non-insulin-dependent diabetes mellitus) with the Angiotensin II Antagonist Losartan

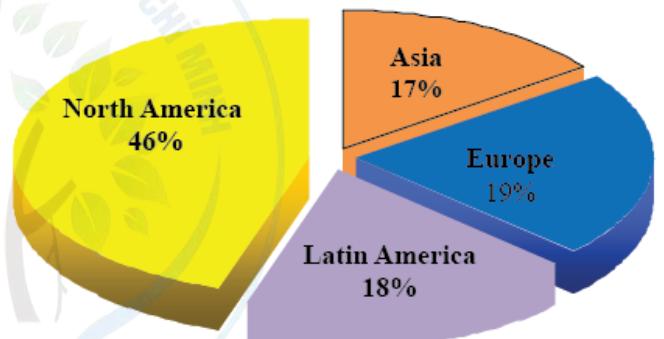
COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu RENAAL

- 1513 BN; 250 trung tâm; 28 Quốc gia
- ĐTDĐ 2, 31–70 tuổi.
- Protein niệu: Urine albumin/creatinine >300 mg/g (đạm niệu 24h > 500 mg).
- Serum Creatinin: 1.3–3.0 mg/dl (115–265 µmol/L) (Lower limit 1.5 mg/dl (133 µmol/L) in male patients >60 kg).

N=1.513



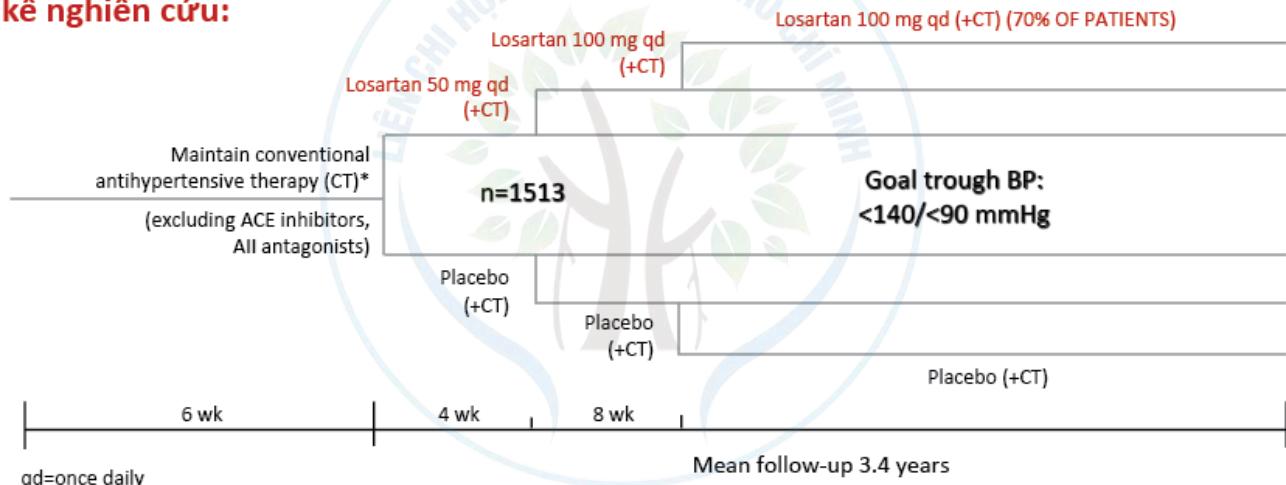
Brenner BM, et al (2001). Effect of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*, 345(12):861-869.A

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu RENAAL

Thiết kế nghiên cứu:

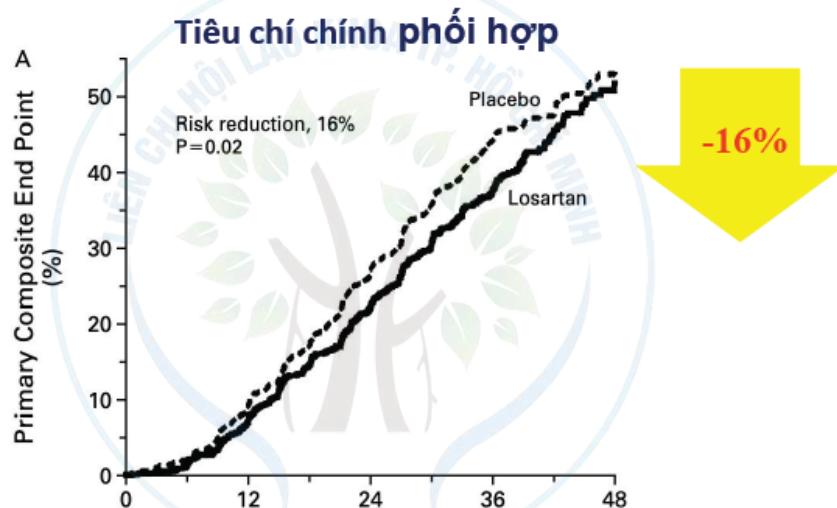


Brenner BM, et al (2001). Effect of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*, 345(12):861-869.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu RENAAL



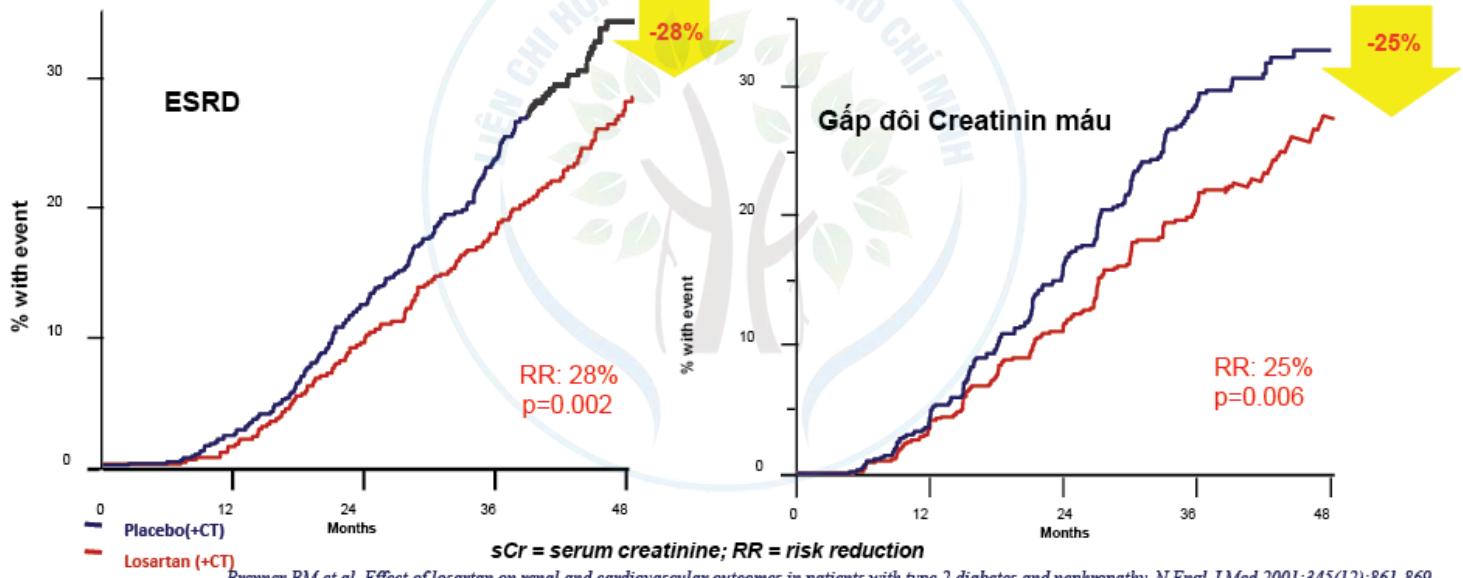
Giảm đáng kể gấp đôi creatinine máu & tỷ lệ ESRD, tử vong

Brenner BM et al, Effect of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy, *N Engl J Med* 2001;345(12):861-869.

COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

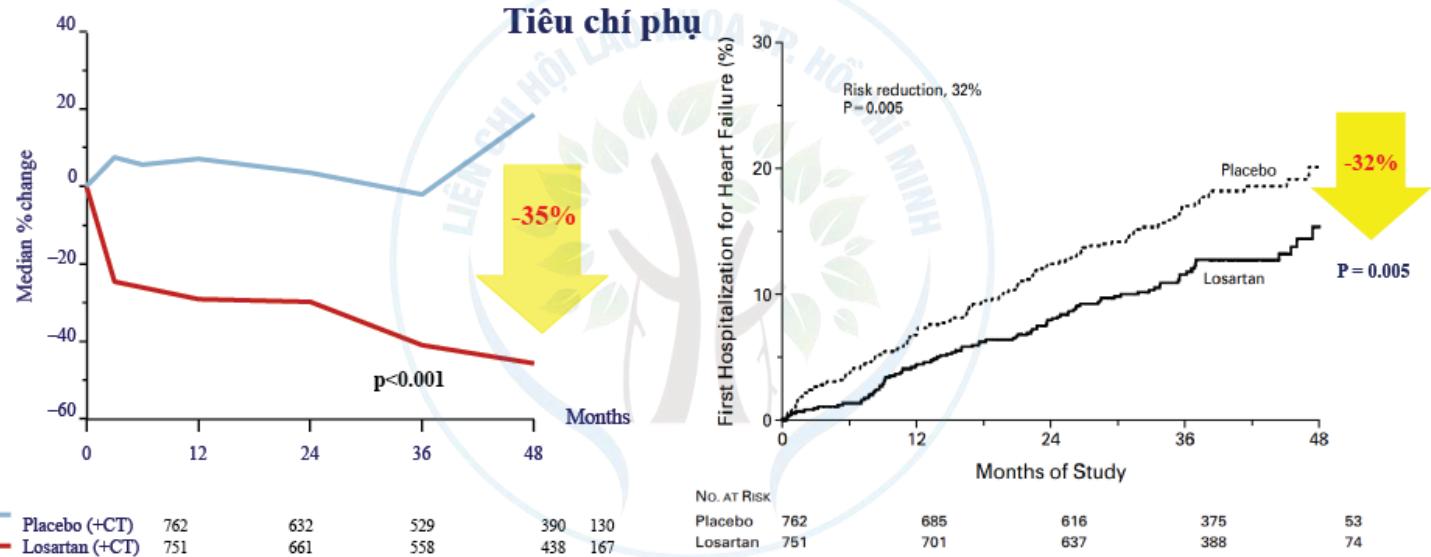
Nghiên cứu RENAAL Tiêu chí chính



COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu RENAAL Tiêu chí phụ

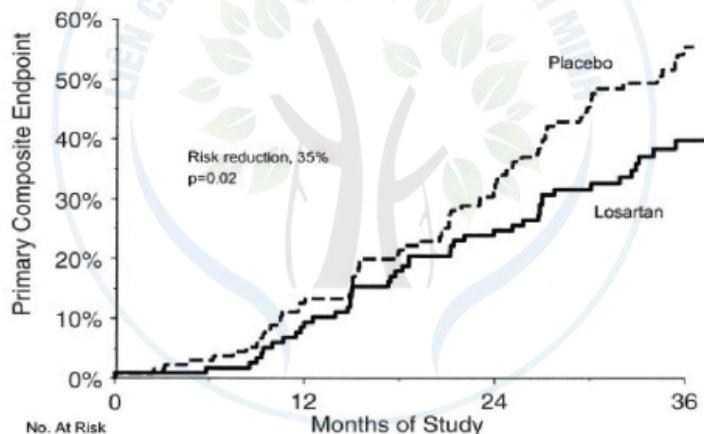


COX-PGM-05-04-2023-27

CÁC CHỨNG CỨ VỀ LOSARTAN

Nghiên cứu RENAAL

NHÓM BỆNH NHÂN CHÂU Á:
Losartan giúp giảm 35% kết cục phổi hợp



71% bệnh nhân Châu Á sử dụng Losartan liều 100mg

Chan, et al (2004), RAAS Blockade and Renal Disease in Patients With T2D: An Asian perspective from the RENAAL study, Diabetes Care, 27(4), 874–879

COX-PGM-05-04-2023-27

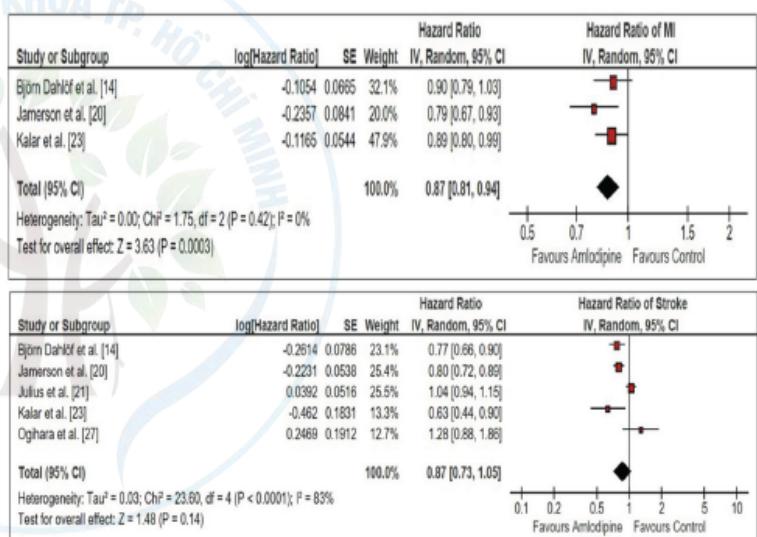
Effect of Amlodipine in Stroke and Myocardial infarction: A Systematic Review and Meta-analysis

➤ 12 RCT from 2000 to 30/08/2020

➤ Results:

Amlodipine had a significant effect in reducing stroke and MI in hypertensive patients. Similar to results published in reports, this systematic review proved that the hazard ratio for amlodipine was $\backslash 1$ for stroke (0.69–1.04) and MI (0.77–0.98), showing that amlodipine accounted for better prevention of stroke and MI.

Amlodipine làm giảm nguy cơ đột quỵ, nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân THA



Iyengar, S. S, et al (2021). Effect of Amlodipine in Stroke and Myocardial infarction: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiology and therapy, 10(2), 429–444.

COX-PGM-05-04-2023-27

KẾT LUẬN

- ❖ Tăng huyết áp là vấn đề toàn cầu với tỉ lệ mắc và tử vong cao.
- ❖ Ngoài mục tiêu kiểm soát huyết áp, lựa chọn các thuốc cần chú ý đến bảo vệ cơ quan đích
- ❖ Viên phổi hợp liều cố định được khuyến cáo bởi các hướng dẫn điều trị tăng huyết áp ESC2018, VNHA 2022, v.v... phù hợp với mục tiêu điều trị THA ở người lớn.
- ❖ Losartan + Amlodipine đã được chứng minh kiểm soát huyết áp và bảo vệ cơ quan đích.

COX-PGM-05-04-2023-27

RỐI LOẠN THÍCH ỨNG VỚI BIỂU HIỆN LO ÂU

TS.BS. NGÔ TÍCH LINH

LO ÂU LÀ GÌ?

- Lo âu là một trong những cảm xúc cơ bản nhất của chúng ta, đóng vai trò trong các quá trình thích nghi và được biểu hiện thông qua các triệu chứng tâm lý, triệu chứng cơ thể và hành vi.
- Lo âu có thể được coi là bệnh lý khi nó trở nên nghiêm trọng, mẫn tính hoặc không tương xứng với nguyên nhân của nó và/bắt đầu ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày.

1.Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:165-175.

LO ÂU có thể gặp trong nhiều bệnh lý

- Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu (ADA)
- Rối loạn lo âu lan toả (GAD)
- Rối loạn hoảng sợ (PD)
- Rối loạn stress sau san chấn (PTSD)
- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD)
- Rối loạn dạng cơ thể (SD)
- Các triệu chứng lo âu cũng có thể xảy ra do một số tình trạng bệnh lý như cường giáp, bệnh tim mạch, bệnh tiêu hoá hoặc rối loạn hô hấp,.....

RỐI LOẠN THÍCH ỨNG VỚI BIỂU HIỆN LO ÂU

Adjustment disorder with Anxiety (ADA)

Theo DSM 5: Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu là sự phát triển của các triệu chứng cảm xúc hoặc hành vi để đáp ứng với (các) tác nhân gây stress có thể xác định được xảy ra trong vòng 3 tháng kể từ khi (các) tác nhân gây stress đó bắt đầu

Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu (ADA) là **bệnh phổ biến** nhưng chưa được nghiên cứu nhiều³

Biểu hiện lo âu bệnh lý <6 tháng, chưa đủ tiêu chuẩn RLLA, loại trừ các bệnh lý khác → **Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu**



1.Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, Saleh A, Le Guern ME, Robert P, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. Eur Psychiatry 2014 May;29(4):233-238
2.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t19/>
3.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21379346/>

TRIỆU CHỨNG

Các triệu chứng của rối loạn thích ứng kèm lo âu có thể khác nhau từ nhẹ đến nặng bao gồm:

Triệu chứng thực thể thường gặp:

- Mệt nhugo không ngủ được (mất ngủ)
- Đau nhức cơ thể và đau nhức, nghĩ rằng mình bị bệnh
- Nhức đầu hoặc đau bụng
- Tim đập nhanh
- Đổ mồ hôi tay

Triệu chứng cảm xúc và hành vi:

- Hành động nổi loạn, nóng nảy, liều lĩnh hoặc bốc đồng
- Lo lắng hoặc kích động, cảm thấy bị mắc kẹt, vô vọng
- Dễ khóc
- Khó tập trung
- Tự cõi lặp, cảm thấy buồn, mất lòng tự trọng
- Mất hứng thú trong các hoạt động hàng ngày
- Thay đổi thói quen ăn uống
- Cảm thấy choáng ngợp và căng thẳng
- Lạm dụng rượu hoặc ma túy

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

NHIỀU TRIỆU CHỨNG XUẤT HIỆN CÙNG LÚC



Run rẩy, vã mồ hôi,
đánh trống ngực,
chóng mặt, căng cơ,
buồn nôn, thở hổn
hển, đau bao tử, cảm
giác kiến bò

„Điều gì đó khủng khiếp sắp xảy đến,
tôi phải thoát khỏi đây”
„tôi đang tuyệt vọng”
cảm thấy căng thẳng, lo lắng,
hoảng loạn, không thực, sợ phát
cuồng, sợ sắp chết, sợ mất kiểm soát

Né tránh
HOẶC
Tấn công

Hexal-Ratgeber Depression. ISBN: 978-3-8055-6214-0, 1995

DỊCH TỄ HỌC



Tỉ lệ phát hiện rối loạn thích ứng kèm lo âu tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu: 5%



Tỉ lệ mắc bệnh nhân mắc ĐTD Type 1 có các triệu chứng lo âu là **21.7%** và ĐTD Type 2 là **27%**²



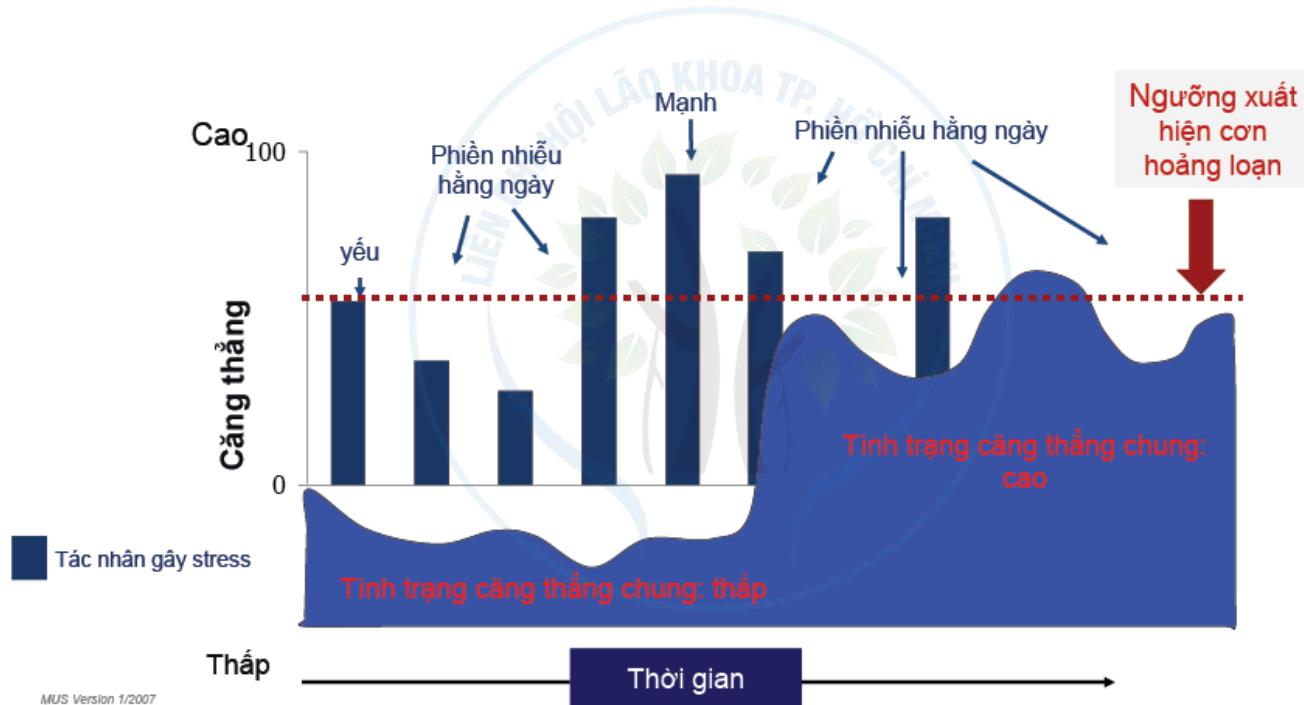
Bệnh nhân bệnh mạch vành (CAD): tỉ lệ xuất hiện lo âu từ 20 – 25%



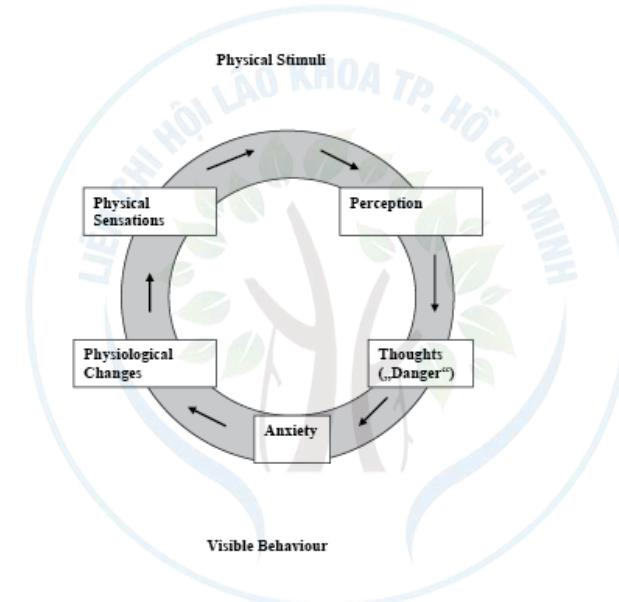
80% bệnh nhân mắc IBS có triệu chứng tâm thần chủ yếu là lo âu³. Tỉ lệ bệnh lo âu trên viêm ruột là: 19%
và 42%⁴

1. Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, Saleh A, Le Guen ME, Robert P, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. Eur Psychiatry 2014 May;29(4):233-238.
2. <https://academic.oup.com/eurjpc/article/27/3/478/3924884?login=false>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC528888/> 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532092/>

MÔ HÌNH DỄ BỊ TỔN THƯƠNG – STRESS

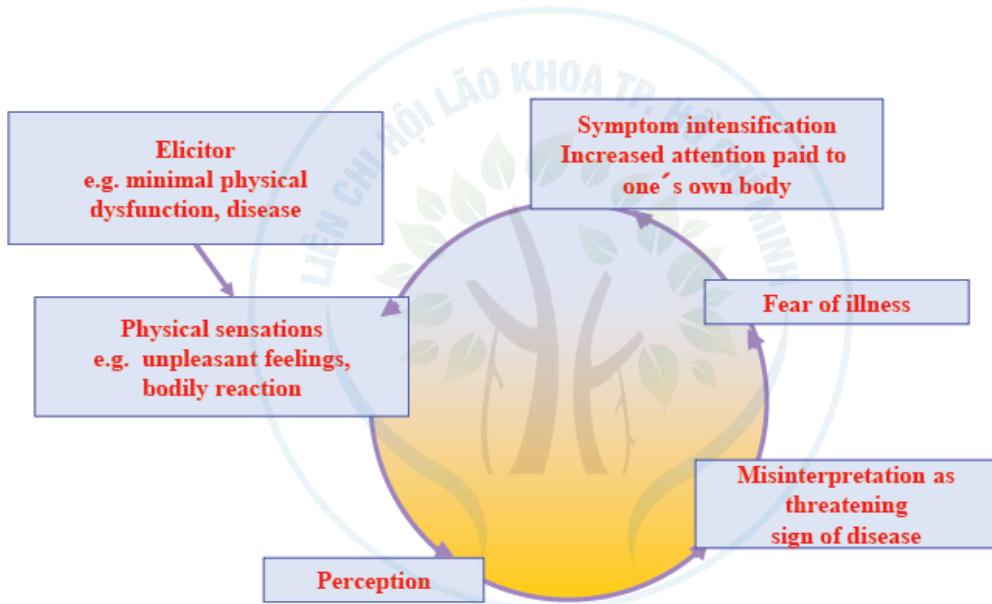


MÔ HÌNH VÒNG XOẮN CỦA LO ÂU VÀ CƠN HOẢNG LOẠN



Nach Margraf & Schneider (1990)

NỖI LO VỀ SỨC KHOẺ LÀM TĂNG TRIỆU CHỨNG LO ÂU



based on Rief u. Hiller (1998)
MUS Version

SỰ CẦN THIẾT CẦN PHẢI ĐIỀU TRỊ

Rối loạn thích ứng nếu không được điều trị có thể dẫn đến các hậu quả:

Làm các vấn đề sức khoẻ tâm thần nghiêm trọng hơn rối loạn lo âu, trầm cảm hoặc lạm dụng chất kích thích¹

Tăng nguy cơ đối với bệnh nhân tim mạch²

- Nguy cơ bệnh mạch vành, tử vong do tim mạch tăng tới 26% và 48% trên bệnh nhân lo âu
- Lo âu làm tăng 26% nguy cơ nhập viện của bệnh nhân tim mạch
- Bronisch và Hecht (1989) phát hiện rằng 70% số bệnh nhân mắc chứng rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu (ADA) đã cố gắng tự tử ngay trước khi nhập viện

Tăng nguy cơ trên bệnh lý tiêu hoá³

- Lo âu làm tăng 28% nguy cơ phải phẫu thuật ở bệnh nhân Crohn
- Ở các bệnh nhân GERD: Lo âu làm gia tăng mức độ đau và nóng rất sau xương ức⁴

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adjustment-disorders/symptoms-causes>

2. Roest et al. 2010. [Meta-Analysis]: Bronisch T, Hecht H (1989). "Validity of adjustment disorder, comparison with major depression". *Journal of Affective Disorders*. 17 (3): 229–36.

3. Ananthakrishnan et al. 2013. 4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25496817/>; 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28093358/>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

PHÂN LOẠI

DSM-5: Diagnostic and Classification of Mental disorders - hệ thống chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần – Mỹ.

- Có phân loại và tiêu chí cho “Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu”

ICD - 10: International Classification of Diseases - Bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan

- **Rối loạn thích ứng (F.43.2)**, nằm trong nhóm “Rối loạn liên quan Stress” cùng với PTSD,...

Chẩn đoán ADA

Chẩn đoán rối loạn thích ứng kèm lo âu liên quan đến việc đánh giá kỹ lưỡng các triệu chứng, tiền sử bệnh và các yếu tố gây căng thẳng trong cuộc sống

Tiêu chí chẩn đoán ADWA theo DSM-5

- A. Các triệu chứng rối loạn về cảm xúc hoặc hành vi trước một tác nhân gây sang chấn xác định xảy ra trong vòng **3 tháng** kể từ khi bắt đầu có sang chấn
- B. Các triệu chứng hoặc hành vi có ý nghĩa lâm sàng, được biểu hiện bằng một hoặc cả hai tình huống sau:
 1. Không tương xứng với mức độ nghiêm trọng hay cường độ của sang chấn, có tính đến bối cảnh bên ngoài, các yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.
 2. Sự suy giảm đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng quan trọng khác.
- C. Các rối loạn liên quan đến sang chấn không đáp ứng các tiêu chuẩn cho một rối loạn tâm thần và không phải là một đợt cấp của một triệu chứng tồn tại từ trước
- D. Các triệu chứng không phải là những biểu hiện của tang tốc thông thường
- E. Khi tác nhân gây sang chấn hoặc hậu quả của nó đã chấm dứt, **các triệu chứng không kéo dài trên 6 tháng**

1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đây là những dấu hiệu dễ lẫn với các triệu chứng mà bệnh lý cơ thể bệnh nhân hiện mắc nên thường dễ bị các thầy thuốc chuyên khoa khác bỏ qua

Phân biệt:

- Các triệu chứng cơ thể của lo âu không thể giải thích và không phù hợp với các tổn thương cơ thể bên dưới
 - Các triệu chứng lo âu thường **không có tính hệ thống mà thay đổi** theo thời gian.
 - Tăng lên khi có căng thẳng (stress)

1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.

BỆNH NHÂN ĐIỂN HÌNH



Một bệnh nhân nữ 48 tuổi sau khi nghe chẩn đoán mắc Đái tháo đường type 2, khi tái khám bệnh nhân có than phiền rằng gần đây tình trạng mệt mỏi xảy ra thường xuyên, cảm giác bồn chồn, lo lắng làm cô khó tập trung vào công việc thường ngày mặc dù các chỉ số đường huyết và các chỉ số về tim mạch gần như trở lại bình thường

Các triệu chứng lo âu được miêu tả bao gồm: mệt mỏi thường xuyên, cảm giác bồn chồn



Một bệnh nhân nam 55 tuổi đã trải qua cuộc phẫu thuật nong mạch vành, gần đây tái khám xuất hiện các triệu chứng tăng nhịp tim, hồi hộp dẫn đến mất ngủ về đêm. Bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi và khó chịu làm cản trở công việc hằng ngày. Khi làm các xét nghiệm CLS thì tim bệnh nhân không có dấu hiệu bất thường

Các biểu hiện của lo âu được miêu tả bao gồm: nhịp tim nhanh, hồi hộp và lo âu dẫn đến mất ngủ

⇒ **Loại trừ các yếu tố khác, các biểu hiện trên có thể chẩn đoán là rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu - ADA (theo DSM-5)**

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

KIỂM SOÁT ADA

- Phương pháp điều trị ADA bao gồm: liệu pháp tâm lý, liệu pháp sử dụng thuốc hoặc phối hợp cả hai
- Mục tiêu: giảm các triệu chứng, tránh các biến chứng, giúp bệnh nhân đương đầu với thực tế và duy trì hoạt động hàng ngày mà không gây ra sự phụ thuộc thuốc



<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adjustment-disorders/diagnosis-treatment/drc-20355230>

KIỂM SOÁT ADA



LIỆU PHÁP TÂM LÝ

- Phục hồi cảm xúc cho bệnh nhân
- Giúp bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường
- Giúp bệnh nhân tìm hiểu lý do tại sao sự kiện căng thẳng ảnh hưởng rất nhiều đến bệnh nhân
- Giúp bệnh nhân học các kỹ năng đối phó và quản lý stress

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adjustment-disorders/diagnosis-treatment/drc-20355230>

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

KIỂM SOÁT ADA

LIỆU PHÁP SỬ DỤNG THUỐC

THUỐC GIẢI LO

- Benzodiazepines:
 - 1,4 BZD: Lorazepam, Bromazepam, Phenazepam, Alprazolam,...
 - 2,3-BZD: Tofisopam
- Non-Benzodiazepines: **Etifoxine**

THUỐC CHỐNG TRÂM CẨM

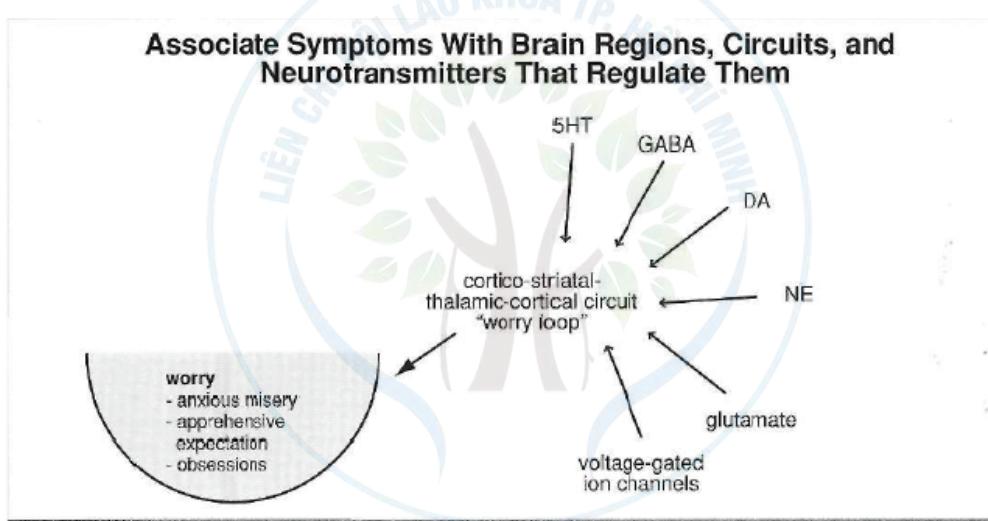
- SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin, Setralin (ZOLOFT)
- SNRI: venlafaxin
- IMAO, TCA

THUỐC AN THẦN KINH (liều thấp)

- Olanzapine . Risperidone
- Quetiapine . Benzamide (sulpiride, levosulpiride)

1. Celano et al., Anxiety disorders and cardiovascular diseases . Curr Psychiatry Rep. 2016 November ; 18(11): 101.
2. Stephen M. Stahl, Meghan M. Grady, Nancy Muntner Essential Psychopharmacology The Prescriber's Guide Revised and Updated Edition. 18.
3. Smith Diagnostic, 4. Smith Education

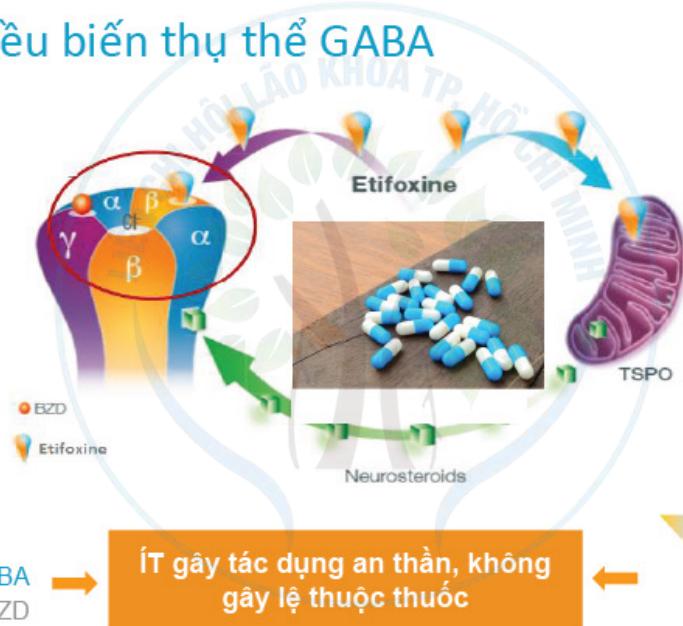
LIÊN HỆ GIỮA TRIỆU CHỨNG LO ÂU VỚI CÁC ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN VÀ CÁC CHẤT TRUNG GIAN THẦN KINH



Depression and Bipolar Disorder. Stahl's Essential Psychopharmacology 2008 Third Edition.

ETIFOXINE HYDROCHLORIDE

Tác động KÉP điều biến thụ thể GABA



Tác động trực tiếp

- Kích thích thụ thể GABA
- Vị trí tác động khác BZD

ÍT gây tác dụng an thần, không
gây lệ thuộc thuốc

Tác động gián tiếp

- Tăng cường hoạt động của các neurosteroid

Verleye et al., The anxiolytic etifoxine activates the peripheral benzodiazepine receptor and increases the neurosteroid levels in rat brain. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 82 (2005) 712 – 720;

Schlichter et al., Modulation of GABAergic synaptic transmission by the non-benzodiazepine anxiolytic etifoxine. *Neuropharmacology*. 2000;39:1523-35;

Hansen et al., The modulatory effects of the anxiolytic etifoxine on GABA_A receptors are mediated by the ε subunit. *Neuropharmacology*. 2002;43:1009-15.

NGHIÊN CỨU STEIN

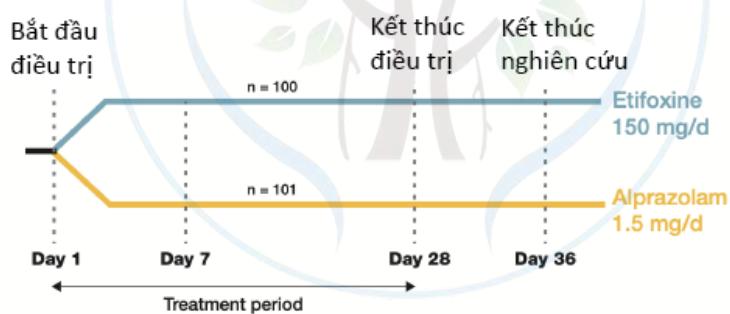
So sánh hiệu quả của Etifoxine vs Alprazolam

Bệnh nhân:

- 201 bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán mắc Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu (ADA) theo DSM-IV có triệu chứng lo âu ít nhất 2 tuần và cần điều trị bằng thuốc giải lo
- Điểm số HAM-A ≥ 20, Sheehan ≥ 5, MADRS < 20

Thiết kế: Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, nhóm song song

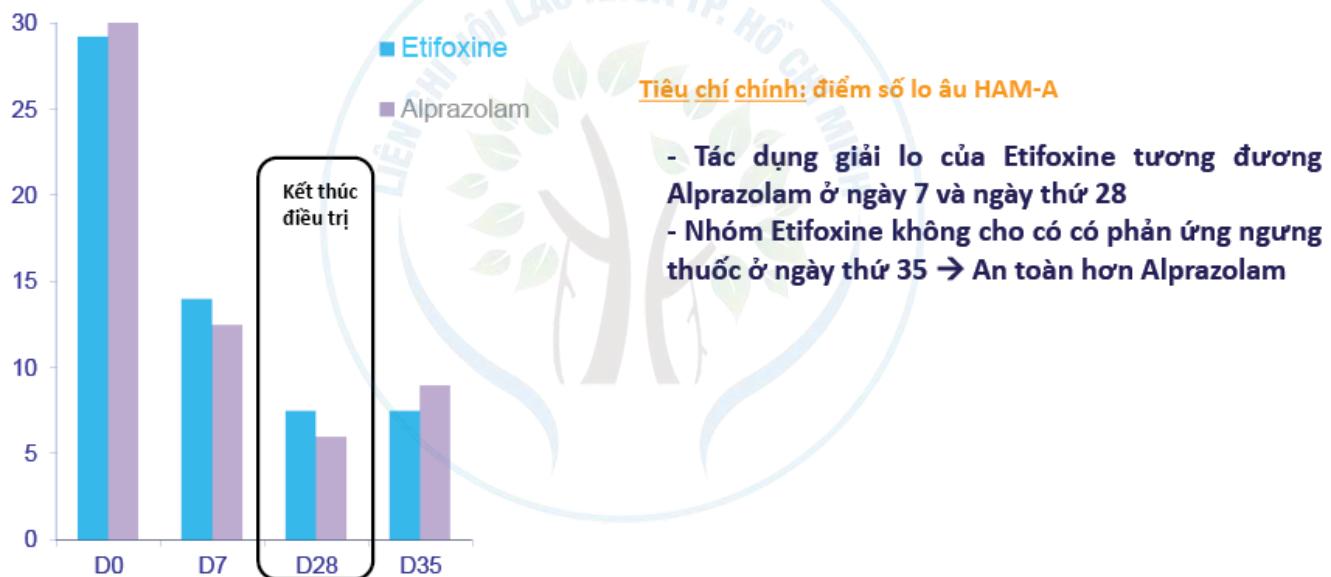
Tiêu chí chính: Tổng điểm số lo âu (HAM-A) ở D7, D28, D35



Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2015 Jan;32(1):57-68

NGHIÊN CỨU STEIN

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. Adv Ther 2015 Jan;32(1):57-68

NGHIÊN CỨU STEIN

KẾT LUẬN NGHIÊN CỨU

- KHÔNG có nhiều lệch về hiệu quả giải lo của Etifoxine và Alprazolam ở ngày 7 và ngày 28 ở liều thông dụng dùng trong 1 tháng.
- Xuất hiện phản ứng ngưng thuốc ở nhóm sử dụng Alprazolam ở D35
- Những kết quả này gợi ý Etifoxine có thể là một liệu pháp đáng quan tâm để thay thế cho benzodiazepin trong ADA

Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. Adv Ther 2015 Jan;32(1):57-68

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023

LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

TÓM LẠI

- Rối loạn thích ứng với biểu hiện lo âu là có tỷ lệ mắc bệnh cao trong thực hành nói chung (5% ở khoa chăm sóc sức khoẻ ban đầu)
- Chẩn đoán gặp nhiều khó khăn trong thực hành lâm sàng do một số triệu chứng trùng lắp với rối loạn tâm thần khác
- Rối loạn thích ứng nếu xảy ra trên bệnh nhân có bệnh lý nền sẽ gây khó khăn trong vấn đề điều trị bệnh lý nền
- **Etifoxine** thích hợp cho bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân tim mạch, tiêu hoá do hiệu quả giải lo đã được chứng minh, ít tác dụng phụ và ít tương tác thuốc.