



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI: CHÚNG TA HỌC ĐƯỢC GÌ QUA CÁC NGHIÊN CỨU RCT KINH ĐIỂN?

THS.BS. NGÔ HOÀNG TOÀN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

1

TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

2

CÁC NGHIÊN CỨU RCT KINH ĐIỂN VÀ BÀI HỌC



TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

3

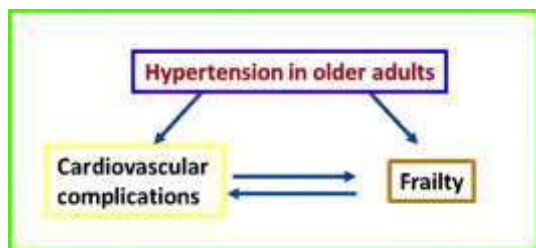


GÁNH NẶNG THƯỜNG NGƯỜI CAO TUỔI

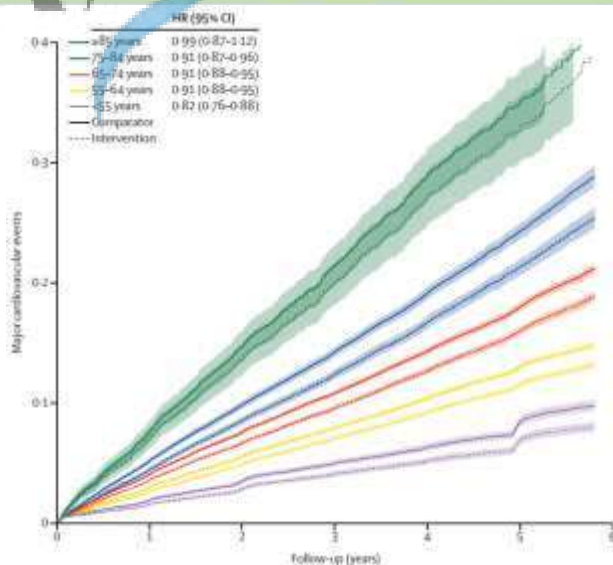
Age-stratified and blood-pressure-stratified effects of blood-pressure-lowering pharmacotherapy for the prevention of cardiovascular disease and death: an individual participant-level data meta-analysis

The Blood Pressure Lowering Treatment Studies' Collaboration*

Mỗi 5mmHg HA tăng thêm ở bệnh nhân cao tuổi làm tăng biến cố tim mạch chính



[https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/hypertension-in-older-adults#THM1](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/hypertension-in-older-adults#THM1)



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

4



GÁNH NẶNG THA Ở NGƯỜI CAO TUỔI

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
CỦA SUY YẾU Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2022-2023

Trần Cẩm Liên^{1*}, Phạm Minh Thiên¹, Trần Việt An¹, Vương Hữu Tiến²

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ NGUY CƠ NGÃ
Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Hà Thị Văn Anh^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}, Phạm Thắng^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI CAO TUỔI
TẠI HUYỆN HƯƠNG THỦY, THỪA THIÊN HUỆ

HOÀNG ĐỨC THUẬN ANH, HOÀNG ĐÌNH TUYẾN,
NGUYỄN THANH NGÀ, NGUYỄN VĂN TẬP

Trường Đại học Y Dược Huế

VÕ THỊ KIM ANH - Phòng khám Đa khoa Nam Anh, Bình Dương

Bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp bị suy yếu chiếm tỷ lệ cao là 84,5%. Nhóm tuổi cao, hút thuốc lá và đa bệnh lý có mối liên quan đến tình trạng suy yếu theo bộ câu hỏi GFI (Groningen Frailty Indicator) với p lần lượt là 0,01, 0,03 và 0,001.

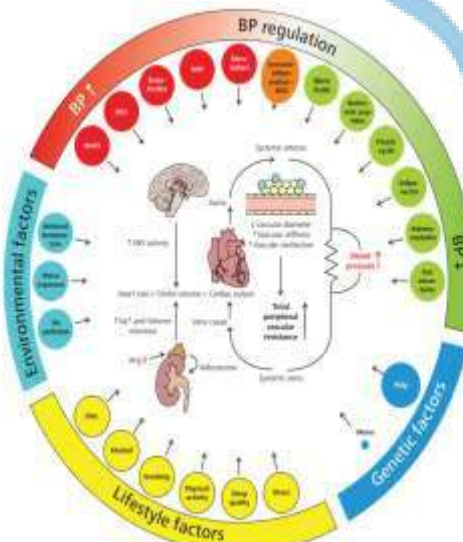
Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao ở nhóm THA lớn hơn so với nhóm không THA, $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã cao, bao gồm: tuổi ≥ 80 (OR 5,44; 95%CI: 2,28 - 12,96), bệnh nhân THA (OR 1,93; 95%CI: 1,13 - 3,28), tiền sử ngã trong 1 năm trước tham gia nghiên cứu (OR 3,77; 95%CI: 1,96 - 7,25), trong khi THA điều trị kiểm soát được huyết áp mục tiêu là yếu tố bảo vệ (OR 0,42; 95%CI: 0,25 - 0,71).

Tỷ lệ NCT THA là 35,6%, trong đó, áp độ I (20,2%), độ II (10,5%), độ III (4,9%); HA bình thường cao (20%); Yếu tố liên quan đến THA là đời sống tinh thần (50,5%); gia đình có người THA, không có máy đo HA,...

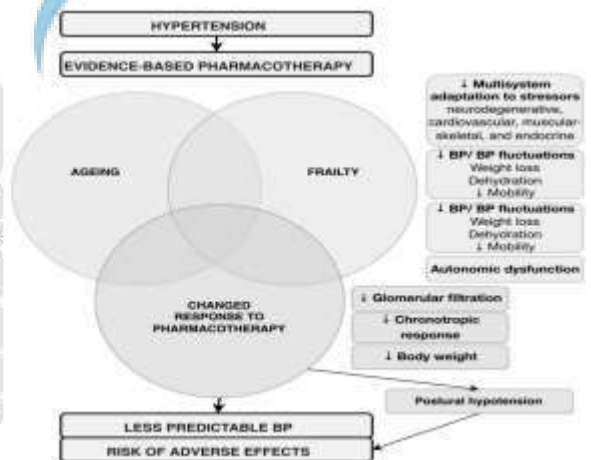
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

5

ĐA CƠ CHẾ TRONG THA



Arterial stiffening
↑ Systolic BP
↓ Diastolic BP
↓ Tissue perfusion
↓ Stroke volume on exertion
↓ Accuracy of oscillometric devices
↓ Baroreflex sensitivity
Postural hypotension
↓ Cerebral circulation
Postprandial hypotension
↓ Kidney sensitivity to sodium
Vasoconstriction
↓ Elimination of drugs
Cardiac fibrosis
Diastolic dysfunction
Valvular dysfunction
Atrial fibrillation
Cognitive changes
↓ Adherence to treatments
Basal metabolism rate



10.1097/HJH.0000000000003495

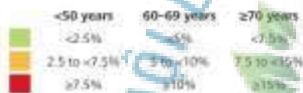
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

6



PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, CVD or CKD	BP (mmHg) grading			
		High-normal SBP 130–139 DBP 85–89	Grade 1 SBP 140–159 DBP 90–99	Grade 2 SBP 160–179 DBP 100–109	Grade 3 SBP ≥ 180 DBP ≥ 110
Stage 1	No other risk factors*	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	High risk to high risk	High risk
	≥3 risk factors	Low to moderate risk	Moderate to high risk	High risk	High risk
Stage 2	HMOD, CKD grade 3 or diabetes mellitus	Moderate to high risk	High risk	High risk	Very high risk
Stage 3	Established CVD or CKD grade ≥4	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk



Complementary risk estimation in Stage 1 with SCORE2, SCORE2-OP



CÁC NGHIÊN CỨU RCT KINH ĐIỂN VÀ BÀI HỌC



SPRINT: Huyết áp mục tiêu ở người cao tuổi

SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) so sánh mục tiêu huyết áp tâm thu tích cực (<120 mm Hg) với chuẩn (<140 mm Hg).

Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥75 Years: A Randomized Clinical Trial

JPTD, Williams, MD, MHS, Hunt, A, Sposito, MD, Wilkins, E, Appleby, MD, MPH, Dan R, Brubaker, MD, Ruth C, Campbell, MD, MPH, Geni, M, Chensue, MD, Cary, J, Fine, MD, Williams, E, Haley, MD, Arnett, T, Hawfield, MD, Jackson, H, Jr, MD, MSc, Dylane, M, Kitzman, MD, John, B, Kistis, MD, MSc, A, Krasinski, MD, Janice, J, Lauer, MD, Suzanne, Quatt, MD, Carlos, J, Rodriguez, MD, MPH, Christine, L, Rame, MD, MPH, Ronald, Shorr, MD, MS, Kayser, M, Sen, MD, MSc, Virginia, E, Walley, PhD, Paul, E, Whellan, MD, Jeffrey, White, MD, Nancy, F, Woodard, Jackson, T, Wright, J, MD, PhD, Nicholas, M, Pajewski, PhD for the SPRINT Research Group

Ở những người trưởng thành ngoại trú từ 75 tuổi trở lên, điều trị với mục tiêu huyết áp tâm thu (SBP) dưới 120 mm Hg so với mục tiêu dưới 140 mm Hg đã dẫn đến tỷ lệ các biến cố tim mạch lớn và tử vong do mọi nguyên nhân thấp hơn có ý nghĩa.

JAMA. 2016;315(24):2673-2682.
doi:10.1001/jama.2016.7050

IMPORTANCE: The appropriate treatment target for systolic blood pressure (SBP) in older patients with hypertension remains uncertain.

OBJECTIVE: To evaluate the effects of intensive (<120 mm Hg) compared with standard (<140 mm Hg) SBP targets in persons aged 75 years or older with hypertension but without diabetes.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: A multicenter, randomized clinical trial of patients aged 75 years or older who participated in the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). Recruitment began on October 20, 2010, and follow-up ended on August 20, 2015.

INTERVENTIONS: Participants were randomized to an SBP target of less than 120 mm Hg (intensive treatment group, n = 1317) or an SBP target of less than 140 mm Hg (standard treatment group, n = 1319).

MAIN RESULTS AND MEASURES: The primary cardiovascular disease outcome was a composite of nonfatal myocardial infarction, acute coronary syndrome not resulting in a myocardial infarction, nonfatal stroke, nonfatal acute decompensated heart failure, and death from cardiovascular causes. All-cause mortality was a secondary outcome.

RESULTS: Among 2636 participants (mean age, 79.9 years; 379% women), 2510 (95.2%) provided complete follow-up data. At a median follow-up of 3.4 years, there was a significantly lower rate of the primary composite outcome (132 events) in the intensive treatment group vs 148 events in the standard treatment group (hazard ratio [HR], 0.66 [95% CI, 0.51-0.85]) and all-cause mortality (73 deaths vs 107 deaths, respectively; HR, 0.67 [95% CI, 0.49-0.91]). The overall rate of serious adverse events was not different between treatment groups (48.4% in the intensive treatment group vs 48.3% in the standard treatment group; HR, 0.99 [95% CI, 0.89-1.11]). Absolute rates of hypertension were 2.4% in the intensive treatment group vs 3.4% in the standard treatment group (HR, 1.71 [95% CI, 0.93-3.09]), 3.0% vs 2.4%, respectively, for syncope (HR, 1.23 [95% CI, 0.76-2.00]), 4.0% vs 2.7% for electrolyte abnormalities (HR, 1.51 [95% CI, 0.99-2.33]), 5.3% vs 4.0% for acute kidney injury (HR, 1.41 [95% CI, 0.96-2.04]), and 4.9% vs 5.5% for injurious falls (HR, 0.91 [95% CI, 0.65-1.29]).

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

9



SPRINT: Huyết áp mục tiêu ở người cao tuổi

<120 mmHg <140 mmHg

- Tiêu chuẩn chọn: ≥75 tuổi, tiền sử bệnh tim mạch, bệnh thận mạn, Nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm ≥15% theo thang điểm Framingham.

- Tiêu chuẩn loại trừ: ĐTD, tiền sử đột quỵ, suy tim (EF<35%), sống tại viện dưỡng lão.

	Intensive Treatment No. With Outcome Events (n = 1317) ^a		Standard Treatment No. With Outcome Events (n = 1319) ^a		HR (95% CI) ^b	P Value
	% (95% CI) With Outcome Event/yr		% (95% CI) With Outcome Event/yr			
All participants						
Cardiovascular disease primary outcome ^c	102	2.59 (2.13-3.14)	148	3.85 (3.28-4.53)	0.66 (0.51-0.85)	.001
Myocardial infarction (MI) ^d	37	0.92 (0.67-1.27)	53	1.34 (1.02-1.75)	0.69 (0.45-1.03)	.09
ACS not resulting in MI ^d	17	0.42 (0.26-0.68)	17	0.42 (0.26-0.68)	1.03 (0.52-2.04)	.94
Stroke ^d	27	0.67 (0.46-0.97)	34	0.85 (0.61-1.19)	0.72 (0.43-1.21)	.22
Heart failure ^d	35	0.86 (0.62-1.20)	56	1.41 (1.09-1.81)	0.62 (0.40-0.95)	.03
Cardiovascular disease death ^d	18	0.44 (0.28-0.70)	29	0.72 (0.50-1.05)	0.60 (0.33-1.08)	.09
Nonfatal MI	37	0.92 (0.67-1.27)	53	1.34 (1.02-1.75)	0.69 (0.45-1.03)	.09
Nonfatal stroke	25	0.62 (0.42-0.91)	33	0.83 (0.59-1.18)	0.68 (0.40-1.13)	.13
Nonfatal heart failure	35	0.86 (0.62-1.20)	55	1.39 (1.06-1.81)	0.61 (0.40-0.96)	.03
All-cause mortality	73	1.78 (1.41-2.24)	107	2.63 (2.17-3.18)	0.67 (0.49-0.91)	.009
Primary outcome plus all-cause mortality	144	3.64 (3.08-4.29)	205	5.31 (4.58-6.14)	0.68 (0.54-0.84)	<.001
Old						
Primary CKD outcome ^e	7/584	0.30 (0.18-0.51)	4/577	0.23 (0.08-0.60)	1.88 (0.49-6.59)	.42
Incident albuminuria ^f	26/106	4.43 (3.02-6.53)	28/177	5.56 (3.84-8.06)	0.96 (0.53-1.75)	.90
Non-CKD						
Secondary CKD outcome ^e	37/726	1.70 (1.23-2.35)	13/732	0.58 (0.34-1.01)	3.34 (1.66-6.37)	<.001
Incident albuminuria ^f	29/103	3.31 (2.30-4.78)	42/304	4.84 (3.58-6.55)	0.80 (0.46-1.33)	.40

32%↓

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

10



SPRINT: Huyết áp mục tiêu ở người cao tuổi

Suy
yếu+đi
chậm:
↑

		Intensive Treatment		Standard Treatment		HR (95% CI) ^a	P Value
		No./Total With Outcome Events	% (95% CI) With Outcome Events/y	No./Total With Outcome Events	% (95% CI) With Outcome Events/y		
Frailty status ^b							
All-cause mortality	Fit	5/159	0.98 (0.41-2.36)	6/190	1.01 (0.45-2.24)	0.95 (0.27-3.15) ^d	.93
	Less fit	26/711	1.16 (0.79-1.71)	52/745	2.24 (1.71-2.95)	0.48 (0.29-0.78)	.003
	Frail	40/440	2.95 (2.17-4.03)	49/375	4.28 (3.24-5.67)	0.64 (0.41-1.01)	.05
Primary outcome plus all-cause mortality ^c	Fit	8/159	1.59 (0.80-3.19)	13/190	2.24 (1.30-3.86)	0.71 (0.28-1.69) ^d	.45
	Less fit	65/711	3.01 (2.36-3.84)	108/745	4.90 (4.05-5.91)	0.60 (0.44-0.83)	.002
	Frail	69/440	5.37 (4.24-6.80)	84/375	7.95 (6.42-9.85)	0.67 (0.48-0.95)	.02
Gait speed							
Primary outcome ^e	Speed ≥0.8 m/s	59/880	2.22 (1.72-2.87)	46/893	3.24 (2.63-4.01)	0.67 (0.47-0.94)	.02
	Speed <0.8 m/s	34/371	3.15 (2.25-4.41)	54/369	5.22 (4.00-6.81)	0.63 (0.40-0.99)	.05
	Missing	9/66	4.40 (2.29-8.46)	8/57	5.13 (2.57-10.27)	0.86 (0.33-2.29) ^d	.75
All-cause mortality	Speed ≥0.8 m/s	40/880	1.45 (1.07-1.98)	60/893	2.16 (1.67-2.78)	0.65 (0.43-0.98)	.04
	Speed <0.8 m/s	29/371	2.56 (1.78-3.68)	40/369	3.57 (2.62-4.86)	0.75 (0.44-1.26)	.28
	Missing	4/66	1.85 (0.69-4.93)	7/57	4.19 (2.00-8.89)	0.44 (0.12-1.47) ^d	.20
Primary outcome plus all-cause mortality ^c	Speed ≥0.8 m/s	82/880	3.08 (2.48-3.83)	119/893	4.48 (3.74-5.36)	0.67 (0.50-0.89)	.006
	Speed <0.8 m/s	51/371	4.70 (3.57-6.18)	73/369	7.00 (5.56-8.80)	0.69 (0.46-1.01)	.06
	Missing	11/66	5.07 (2.97-9.70)	13/57	8.30 (4.82-14.30)	0.64 (0.28-1.44) ^d	.28

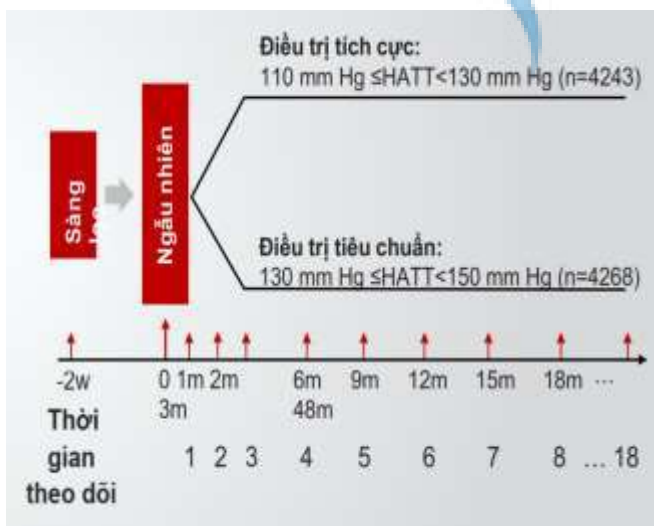


11

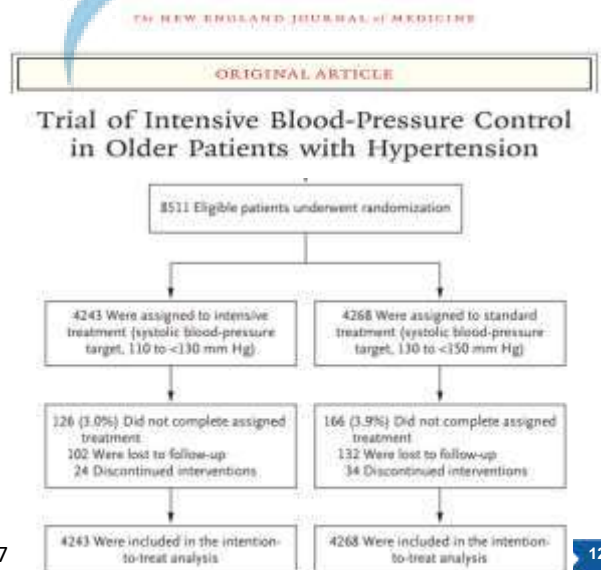


Thử Nghiệm STEP

STrategy of blood pressure intervention in the Elderly hypertensive Patients (STEP)



<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2111437>



12



Thử Nghiệm STEP

STrategy of blood pressure intervention in the Elderly hypertensive Patients (STEP)

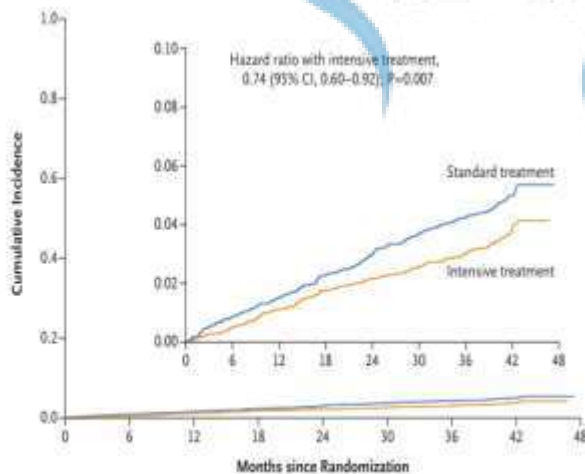
Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline.*

Characteristic	Intensive Treatment (N=4243)	Standard Treatment (N=4268)
Age — yr	66.2±4.8	66.3±4.8
Distribution of age — no. (%)		
60–69 yr	3220 (75.9)	3236 (75.8)
70–80 yr	1023 (24.1)	1032 (24.2)
Male sex — no. (%)	1990 (46.9)	1969 (46.1)
Body mass index†	25.5±3.2	25.6±3.2
Blood pressure — mm Hg		
Systolic	144.0±16.8	146.0±16.3
Diastolic	82.7±10.6	82.5±10.5
Distribution of systolic blood pressure — no. (%)		
<138 mm Hg	1416 (33.4)	1421 (33.3)
139–151 mm Hg	1406 (33.1)	1411 (33.1)
≥152 mm Hg	1421 (33.5)	1436 (33.6)
Renal dysfunction — no. (%)	89 (4.0)	97 (4.1)
Fasting serum glucose — mmol/L	6.2±1.9	6.2±1.7
Lipid profile — mmol/L		
Total cholesterol	4.9±1.2	4.9±1.2
Median triglycerides (Q4)	1.3 (1.0–2.0)	1.4 (1.0–2.0)
High-density lipoprotein cholesterol	1.3±0.3	1.3±0.3
Low-density lipoprotein cholesterol	3.7±0.9	3.7±0.9
Medical history — no. (%)		
Diabetes mellitus	300 (3.8)	327 (3.9)
Hypertension	1591 (37.5)	1541 (36.1)
Cardiovascular disease	268 (6.3)	272 (6.4)
Framingham Risk Score ≥15% — no./total no. (%)	2588/1053 (20.1)	2590/1056 (24.5)

Outcome	Intensive Treatment (N=4243)	Standard Treatment (N=4268)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	no. of patients (%)	no. of patients (%)		
Primary outcome†	147 (3.5)	196 (4.6)	0.74 (0.60–0.92)	0.007
Secondary outcomes				
Components of primary outcome				
Stroke	48 (1.1)	71 (1.7)	0.67 (0.47–0.97)	—
Acute coronary syndrome	55 (1.3)	82 (1.9)	0.67 (0.47–0.94)	—
Acute decompensated heart failure	3 (0.1)	11 (0.3)	0.27 (0.08–0.88)	—
Adverse events				
Hypotension‡	946 (3.4)	113 (2.6)	1.31 (1.02–1.68)	0.03
Diarrhea§	44 (1.1)	49 (1.1)	0.95 (0.61–1.49)	0.79
Ischemic colitis	6 (0.1)	0 (0.0)	0.00 (0.01–24.57)	0.19
Fracture¶	19 (0.4)	28 (0.6)	0.74 (0.40–1.34)	0.30
Other adverse events	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to discontinuation	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to death	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to hospitalization	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to discontinuation or death	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to discontinuation or death or hospitalization	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24
Adverse events leading to discontinuation or death or hospitalization or discontinuation or death or hospitalization	179 (4.2)	197 (4.6)	0.91 (0.77–1.07)	0.24



Thử Nghiệm STEP



No. at Risk									
Standard treatment	4268	4147	4070	4000	3938	3849	3664	1200	
Intensive treatment	4243	4174	4109	4039	3970	3867	3694	1234	

Nghiên cứu STEP chỉ ra rằng đích HA thấp hơn (110 mm Hg ≤ HATT <130 mm Hg) giúp làm giảm 26% tiêu chí chính cộng gộp, không làm tăng đáng kể tác dụng phụ nghiêm trọng và biến cố thận.



STEP: Kiểm soát huyết áp tích cực ở người lớn tuổi (60–80) mang lại lợi ích tốt cho bệnh nhân lớn tuổi.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2111437>



So Sánh SPRINT và STEP

JAMA Cardiology | Original Investigation

Multifaceted Intensive Blood Pressure Control Mode in Older and Younger Individuals With Hypertension: A Randomized Clinical Trial

Xianfan Guo, MD, PhD, Niansheng Duan, MD, PhD, Guozhe Sun, MD, PhD, Nijun Zhang, MD, PhD, Zhao Li, MD, PhD, Xinggang Zhang, MD, PhD, Guangbiao Li, PhD, Chang Wang, MD, Lihua Qiao, BA, Ying Zhou, MD, PhD, Zhen Chen, MD, Chunhui Shi, MD, PhD, Songxian Liu, MD, Wei Ma, MD, Danyu Gong, MD, Pengyu Zhang, MD, PhD, Yingshan Sun, MD, PhD; for the ORHOP Study Group

Cả SPRINT và STEP đều chỉ ra lợi ích của việc kiểm soát huyết áp **tích cực** hơn ở người cao tuổi.

STEP nhằm xác nhận kết quả của SPRINT ở dân số với các đặc điểm lối sống và bệnh lý tim mạch khác nhau (ví dụ: tỷ lệ đột quỵ cao hơn).

Although a few randomized clinical trials have investigated an intensive BP treatment goal on CVD in older patients with hypertension, the results are unclear in the general population. Both the SPRINT and STEP trials reported beneficial CVD outcomes among older patients with hypertension who are provided with intensive treatment. However, a list of conditions, such as diabetes and stroke, were strictly excluded in both trials. Making up for all these deficiencies, our trial for the first time, per our knowledge, provided strong evidence to support a BP treatment goal of less than 130/80 mm Hg in the older general population with hypertension in a community-based setting. Owing to a large sample size and diverse population included, we observed consistent reductions in stroke, heart failure, cardiovascular death, and all cause death among the older population.

JAMA Cardiol. 2024;9(9):781-790.

doi:10.1001/jamcardio.2024.1449

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

15



HYVET-Kiểm soát huyết áp ở người rất cao tuổi

HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial)

Tăng huyết áp ở bệnh nhân rất cao tuổi bao gồm bệnh nhân từ 80 tuổi.

Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older

Ngel S. Beckett, M.D., Ch. B., Rudi Peters, Ph.D., Aarti K. Parthasarathy, Ph.D., Jan A. Staessen, M.D., Ph.D., Lihong Liu, M.D., Dan Durrleman, M.D., Vassil Stoyanovsky, M.D., Ratta S. Arthikainen, M.D., Ph.D., Tui Wilson, M.D., Craig Anderson, M.D., Ph.D., Adi Boffa, M.D., Françoise Forette, M.D., Chakrasiri Kakkar, M.D., Ph.D., Longzhi Tang, M.Sc., Waikei Banga, M.Sc., and Christopher J. Bulpitt, M.D., for the HYVET Study Group

BACKGROUND

Whether the treatment of patients with hypertension who are 80 years of age or older is beneficial is unclear. It has been suggested that antihypertensive therapy may reduce the risk of stroke, despite possibly increasing the risk of death.

METHODS

We randomly assigned 3845 patients from Europe, China, Australasia, and Tunisia who were 80 years of age or older and had a sustained systolic blood pressure of 160 mm Hg or more to receive either the diuretic indapamide (sustained release, 1.5 mg) or matching placebo. The angiotensin-converting-enzyme inhibitor perindopril (2 or 4 mg), or matching placebo, was added if necessary to achieve the target blood pressure of 150/80 mm Hg. The primary end point was fatal or nonfatal stroke.

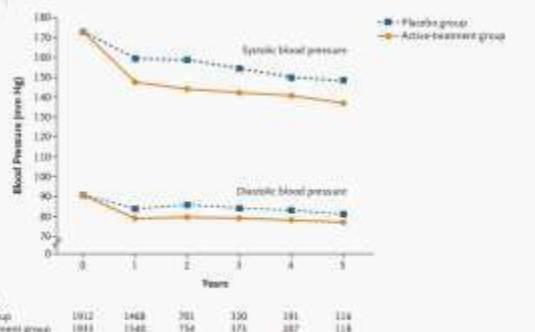


Figure 2. Mean Blood Pressure, Measured while Patients Were Seated, in the Intention-to-Treat Population, According to Study Group.

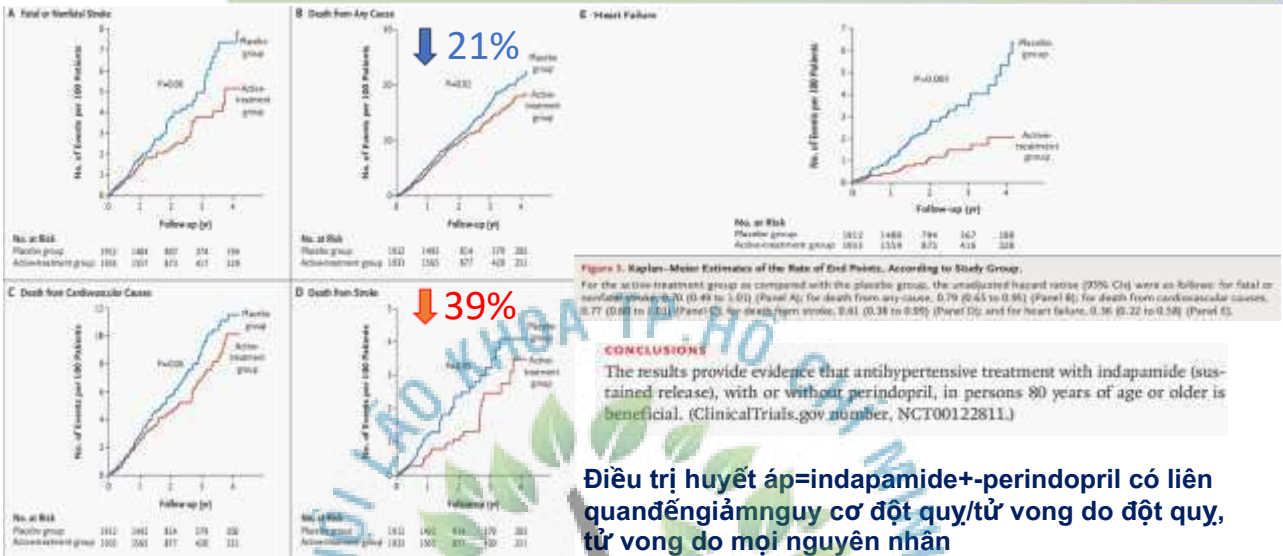
(10.1056/NEJMoa0801369)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

16



HYVET-Kiểm soát huyết áp ở người rất cao tuổi



(10.1056/NEJMoa0801369)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

17



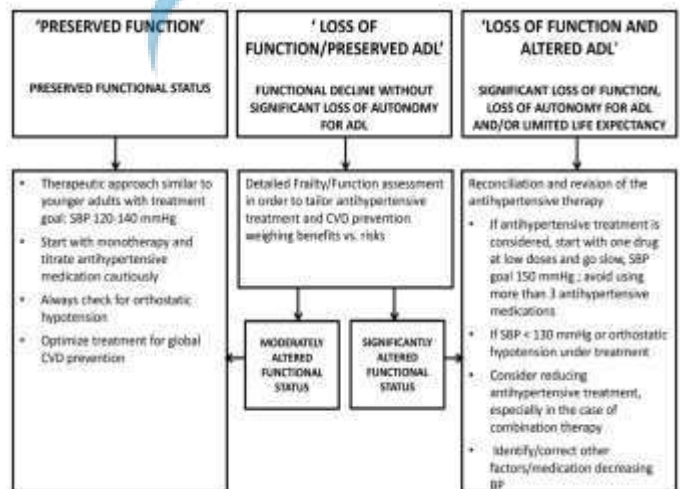
BÀI HỌC TỪ HYVET VÀ SPRINT

≥80 TUỔI

Table 1. Main Exclusion Criteria in HYVET and SPRINT Trials

Age, y	SBP	DBP	BP Regulation Physiology	Main Risks	Other BP Risk Marker	Management
65-80	++	+	High PR and AS	CV complications, cognitive decline	High SBP	Physical activities, assess TGO and global CVD, medical if SBP < 140
65-80	+	++	High AS	CV complications, cognitive decline	High SBP, PP, low DBP	Physical activities, assess TGO and Global CVD, medical if SBP < 140
>80	++	++	High AS	CV complications, falls	High PP, low DBP, OH	CVD, medical if SBP < 150 or SBP < 140 according functional status
>80	++	++	High AS and comorbidities	CV complications, falls, loss of autonomy	Normal/low SBP, low DBP, normal/high PP, OH	CVD, deprescribing if SBP < 130 or OH, light polypharmacy

AS indicates arterial stiffness; BP, blood pressure; CVD, Comprehensive Geriatric Assessment; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular risk; DBP, diastolic blood pressure; HYVET, Hypertension in the Very Elderly Trial; OH, orthostatic hypotension; PP, pulse pressure; PR, peripheral resistance; SBP, systolic blood pressure; SPRINT, Systolic Blood Pressure Intervention Trial; TGO, target organ damage; and T, treatment.



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

18

ACCORD(Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes)

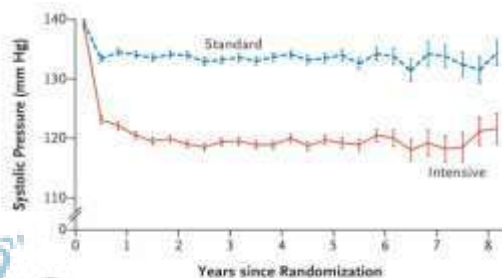
The ACCORD Study Group*

estados

CONCLUSIONS

In patients with type 2 diabetes at high risk for cardiovascular events, targeting a systolic blood pressure of less than 120 mm Hg, as compared with less than 140 mm Hg, did not reduce the rate of a composite outcome of fatal and nonfatal major cardiovascular events. (ClinicalTrials.gov number, NCT00000620.)

(10.1056/NEJMoa1001286)



Mean No. of Medications Prescribed

Intensive	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.4	3.4
Standard	1.9	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3
No. of Patients								
Intensive	2134	2071	1793	1792	1150	445	156	156
Standard	2208	2136	2077	1860	1241	504	203	201

Figure 1. Mean Systolic Blood-Pressure Levels at Each Study Visit.
Error bars indicate 95% confidence intervals.

[illegible]

It is recommended to maintain BP-lowering drug treatment lifelong, even beyond the age of 85 years, if well tolerated. ²⁷⁴⁻²⁷⁶

Because the benefit in reducing CVD outcomes is uncertain in these settings, and noting that close monitoring of treatment tolerance is advised,

BP-lowering treatment should only be considered for patients with the following criteria: pre-treatment symptomatic orthostatic hypotension, age ≥ 65 years, clinically significant moderate-to-severe frailty, and/or limited predicted lifespan (< 3 years).

As the safety and efficacy of BP treatment is less certain in individuals with moderate or severe frailty, clinicians should consider screening older adults for frailty using validated clinical tests, frail patients' health priorities and a shared-decision approach should be considered when deciding on BP treatments and targets. [SOL3434719](#)

When initiating BP-lowering treatment for patients aged ≥ 65 years, and/or with moderate-to-severe frailty (at any age), long-acting (hydrolyzable) CCBs or RAAS inhibitors should be considered, followed if necessary by low-dose diuretic if tolerated, but preferably not a beta-blocker (unless compelling indications exist) or an alpha-blocker.⁷¹

BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; CVD, cardiovascular disease; RAAS, renin-angiotensin system.

**KHUYẾN CÁO CỦA
PHẦN HỘI TĂNG HUYẾT ÁP - HỘI TIM MẠCH
QUỐC GIA VIỆT NAM (VSH/VNHA) VỀ
CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
2022**

Bảng 17. Các chiến lược điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi (4, 5)

Thay đổi	Loại	Mức chứng cứ
Ngưỡng HK ở người cao tuổi có thể tăng từ áp suất trước van trái bằng của bình thường, 70-90 mmHg < 140/90 mmHg. Ngưỡng HA ở bệnh nhân có > 2 tuần tuổi > 100/60 mmHg.	A	B
Mức tiêu chuẩn chứng cứ thay đổi ở người cao tuổi là HATT < 140 mmHg, có thể < 130 mmHg nếu dùng thuốc điều trị bằng chứng chung với giả định là HATT > 70 < 80 mmHg.	A	C
Khuyến cáo theo dõi chất chất tất cả các tác dụng phụ của thuốc hạ huyết áp.	A	C
Mức tiêu HA được khuyến cáo ở bệnh nhân có > 60 tuổi là chọn mức tiêu HA phù hợp với chức năng tâm thần và các hoạt động thể chất hàng ngày.	A	C
Có thể dùng đơn trị liệu cho bệnh nhân cao tuổi có hội chứng suy yếu liên quan đến tuổi.	IIIb	B
Bộ vi bệnh nhân cao tuổi có bệnh đồng mắc, sự thay đổi về tuổi thọ, cân nặng giảm sút liên quan đến tăng huyết áp nên cân nhắc có thể giảm liều điều trị và nếu có thể làm giảm HA thì cần có và lựa chọn thuốc thích hợp.	IIIa	C
Tất cả các thuốc hạ huyết áp đều có thể được sử dụng cho người cao tuổi, tuy nhiên, đối với những trường hợp tăng huyết áp tiến triển hoặc đặc biệt, nên dùng kết hợp thuốc điều trị huyết áp theo chỉ định.	A	A

DeGroot, M. A. 1988. *Statistics and Probability*. New York: Macmillan.

TAKE-HOME MESSAGE

1

- Cập nhật **STEP và SPRINT** (JHYVET) của việc kiểm soát huyết áp tích cực trong việc giảm các biến cố tim mạch, đột quỵ ở người cao tuổi.

2

- Điều trị phải được cá thể hóa, xem xét lợi ích, nguy cơ và yếu tố riêng của bệnh nhân.

3

- Các can thiệp không dùng thuốc và phối hợp quản lý toàn diện đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý huyết áp ở người cao tuổi.



Thank
You