

<https://trungtamthuoc.com/>



*Chuyên sâu - Chuyên tâm  
Vươn tầm quốc tế*

# **TÓM TẮT HƯỚNG DẪN QUẢN LÝ HUYẾT ÁP TĂNG VÀ TĂNG HUYẾT ÁP ESC 2024**

*Khoa Nội tim mạch – Viện tim mạch  
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

*Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108*

# Tài liệu nguồn

- **2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension:** Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and *endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)*
- *European Heart Journal*, ehae178, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- **Published:** 30 August 2024

## Các nội dung chính

- 1. LƯU Ý TRONG HƯỚNG DẪN ESC 2024**
- 2. KHUYẾN CÁO MỚI**
- 3. KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI**

# PHẦN 1: LƯU Ý TRONG HƯỚNG DẪN ESC 2024

## PHÂN LOẠI KHUYẾN CÁO VÀ MỨC CHỨNG CỨ

Loại khuyến cáo	Định nghĩa	Gợi ý sử dụng
<b>Loại I</b>	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị mang lại lợi ích và hiệu quả.	Được khuyến cáo/chỉ định
<b>Loại II</b>	Chứng cứ đang còn bàn cãi và/hoặc ý kiến khác nhau về sự hữu ích/hiệu quả của việc điều trị.	
<b>Nhóm IIa</b>	Phần lớn chứng cứ/ý kiến ủng hộ về tính hiệu quả của việc điều trị.	Nên được xem xét
<b>Nhóm IIb</b>	Chứng cứ/ý kiến chưa cho thấy hiệu quả/hữu ích.	Có thể được xem xét
<b>Loại III</b>	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị không mang lại lợi ích và hiệu quả, trong vài trường hợp có thể gây nguy hại.	Không được khuyến cáo

<b>Mức chứng cứ A</b>	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các phân tích gộp
<b>Mức chứng cứ B</b>	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên
<b>Mức chứng cứ C</b>	Sự đồng thuận của các chuyên gia và/hoặc các nghiên cứu nhỏ, các nghiên cứu hồi cứu

## PHẦN 1: LƯU Ý TRONG HƯỚNG DẪN ESC 2024

Tiêu đề đã thay đổi từ "Hướng dẫn về quản lý tăng huyết áp động mạch" thành "Hướng dẫn về quản lý huyết áp tăng và tăng huyết áp."

Điều này dựa trên bằng chứng cho thấy nguy cơ mắc bệnh tim mạch (CVD) liên quan đến Huyết Áp (BP) là theo thang đo liên tục, không phải là thang đo nhị phân của huyết áp bình thường so với tăng huyết áp.

## PHẦN 1: LƯU Ý TRONG HƯỚNG DẪN ESC 2024

Hướng dẫn năm 2024 vẫn tiếp tục định nghĩa tăng huyết áp là huyết áp tâm thu đo tại phòng khám  $\geq 140$  mmHg hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg.

Tuy nhiên, một phân loại mới gọi là “huyết áp tăng” đã được giới thiệu. Huyết Áp tăng được định nghĩa là huyết áp tâm thu đo tại phòng khám từ 120–139 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 70–89 mmHg.

# PHẦN 1: LƯU Ý TRONG HƯỚNG DẪN ESC 2024

- Một thay đổi lớn dựa trên bằng chứng trong Hướng dẫn năm 2024 là khuyến cáo hướng tới mục tiêu huyết áp tâm thu 120–129 mmHg ở người lớn đang điều trị bằng thuốc hạ huyết áp.
- Có một số lưu ý quan trọng đối với khuyến cáo này, bao gồm:
  - (i) điều trị đạt mục tiêu phải được bệnh nhân dung nạp tốt.
  - (ii) thực tế rằng các mục tiêu Huyết Áp có thể được cân nhắc cao hơn một chút ở những người có hạ huyết áp tư thế có triệu chứng, từ 85 tuổi trở lên, suy yếu từ mức độ trung bình đến nặng hoặc có tuổi thọ giới hạn.
  - (iii) nhấn mạnh đo Huyết Áp ngoài phòng khám để xác nhận rằng mục tiêu Huyết Áp tâm thu 120–129 mmHg. Nhấn mạnh việc quyết định lâm sàng cá nhân hoá.

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

- 5. Đo huyết áp
- 6. Định nghĩa và phân loại huyết áp tăng (elevated blood pressure) và tăng huyết áp (hypertension), đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch
- 7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp
- 8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng
- 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể
- 10. Hạ huyết áp cấp tính và ngắn hạn
- 11. Chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm trong điều trị tăng huyết áp



## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>5. Đo huyết áp</b>		
Khuyến cáo đo huyết áp bằng thiết bị đã được kiểm định và hiệu chuẩn, đảm bảo thực hiện đúng kỹ thuật đo và áp dụng phương pháp nhất quán đối với mỗi bệnh nhân.	I	B
Khuyến cáo đo huyết áp ngoài phòng khám cho mục đích chẩn đoán, đặc biệt vì có thể phát hiện cả tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp ẩn giấu. Trong trường hợp không khả thi về trang thiết bị vận hành và/hoặc kinh tế để thực hiện đo huyết áp ngoài phòng khám, khuyến cáo chẩn đoán tăng huyết áp bằng cách đo huyết áp nhiều lần tại phòng khám, sử dụng kỹ thuật đo chuẩn.	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>5. Đo huyết áp</b>		
Hầu hết các thiết bị đo huyết áp tự động chưa được tin dùng để đo huyết áp trong rung nhĩ; trong những trường hợp này, nếu có thể nên cân nhắc sử dụng phương pháp đo thủ công sử dụng kỹ thuật nghe thông thường	IIa	C
Đánh giá hạ huyết áp tư thế (giảm $\geq 20$ mmHg huyết áp tâm thu và/hoặc $\geq 10$ mmHg huyết áp tâm trương sau 1 và/hoặc 3 phút đứng dậy) nên được cân nhắc trong chẩn đoán ban đầu huyết áp tăng hoặc hạ huyết áp; Nếu sau đó nếu xuất hiện các triệu chứng gợi ý, tiếp tục cân nhắc thực hiện. Đánh giá hạ huyết áp tư thế nên được thực hiện sau khi bệnh nhân nằm hoặc ngồi yên trong 5 phút.	IIa	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>6. Định nghĩa và phân loại huyết áp tăng (elevated blood pressure) và tăng huyết áp (hypertension), đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch</b>		
Khuyến cáo sử dụng phương pháp tiếp cận dựa trên yếu tố nguy cơ (risk-based approach) trong điều trị huyết áp tăng.  Những người được coi là có nguy cơ cao hơn xuất hiện các biến cố tim mạch bao gồm: có bệnh thận mạn tính (CKD) mức độ từ trung bình đến nặng, bệnh tim mạch (CVD) đã được xác định, tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (HMOD), bệnh tiểu đường hoặc tăng cholesterol máu di truyền.	I	B
Khuyến cáo những người có huyết áp tăng và nguy cơ bệnh tim mạch theo thang điểm SCORE2 hoặc SCORE2-OP $\geq 10\%$ nên được coi là có nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch (với mục đích quản lý huyết áp tăng dựa trên yếu tố nguy cơ, bất kể tuổi tác)	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>6. Định nghĩa và phân loại huyết áp tăng (elevated blood pressure) và tăng huyết áp (hypertension), đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch</b>		
Thang điểm SCORE2-Diabetes nên được dùng để đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 có huyết áp tăng, đặc biệt là đối với người dưới 60 tuổi.	IIa	B
Tiền sử các biến chứng trong thai kỳ (đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, sinh non, tiền sản giật, một hoặc nhiều lần thai chết lưu, sảy thai tái phát) là các yếu tố điều chỉnh nguy cơ đặc thù theo giới tính cần được cân nhắc để phân loại cao hơn đối với những cá nhân có huyết áp tăng và nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm ở mức biên (từ 5% đến dưới 10%).	IIa	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>6. Định nghĩa và phân loại huyết áp tăng (elevated blood pressure) và tăng huyết áp (hypertension), đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch</b>		
Chủng tộc có nguy cơ cao (ví dụ: Chủng Nam Á), tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch khởi phát sớm, khó khăn về kinh tế xã hội, rối loạn viêm tự miễn, HIV, và bệnh tâm thần nặng là các yếu tố điều chỉnh nguy cơ chung cho cả hai giới tính cần được cân nhắc để phân loại cao hơn đối với những cá nhân có huyết áp tăng và nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm ở mức biên (từ 5% đến dưới 10%).	IIa	B
Sau khi đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch (CVD) dự đoán trong 10 năm và các yếu tố điều chỉnh nguy cơ CVD không truyền thống, nếu quyết định điều trị hạ Huyết Áp dựa trên đánh giá nguy cơ vẫn chưa chắc chắn đối với những người có Huyết Áp tăng, có thể cân nhắc đo điểm số vôi hóa động mạch vành (CAC), mảng xơ vữa động mạch cảnh hoặc đùi bằng siêu âm, các biomarker troponin tim có độ nhạy cao hoặc peptide natriuretic loại B, hoặc độ cứng động mạch bằng cách đo vận tốc sóng mạch để cải thiện phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân có nguy cơ CVD trong 10 năm ở mức biên (từ 5% đến dưới 10%) sau khi quyết định chung và cân nhắc chi phí.	IIb	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp</b>		
Khám sàng lọc khi có cơ hội đối với huyết áp tăng và tăng huyết áp nên được cân nhắc như sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ít nhất 3 năm/ 1 lần với người &lt; 40 tuổi.</li><li>• Ít nhất 1 năm/ 1 lần với người <math>\geq 40</math> tuổi trở.</li></ul>	IIa	C
Những cá nhân có huyết áp tăng nhưng chưa đạt ngưỡng nguy cơ để điều trị hạ huyết áp thì nên cân nhắc đo lại huyết áp và đánh giá nguy cơ trong vòng 1 năm.	IIa	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp</b>		
Các hình thức khác để sàng lọc tăng tăng huyết áp có thể được cân nhắc (như sàng lọc có hệ thống, tự sàng lọc, và sàng lọc không do bác sĩ thực hiện), phụ thuộc vào tính khả thi của từng hình thức ở các quốc gia và hệ thống y tế khác nhau.	IIb	B
Khuyến cáo đối với cá nhân có nguy cơ bệnh tim mạch tăng mà kết quả đo huyết áp tại phòng khám là 120–139/70–89 mmHg thì cần: đo huyết áp ngoài phòng khám bằng cách sử dụng đo huyết áp lưu động và/hoặc đo huyết áp tại nhà hoặc, nếu không khả thi về mặt hậu cần, thực hiện đo huyết áp tại phòng khám nhiều lần trong hơn một lần thăm khám.	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp</b>		
Đánh giá khách quan về sự tuân thủ điều trị (bằng cách quan sát trực tiếp khi điều trị hoặc gián tiếp thông qua phát hiện các loại thuốc được kê đơn trong mẫu máu hoặc nước tiểu) nên được cân nhắc trong quá trình thăm khám lâm sàng đối với bệnh nhân có tăng huyết áp kháng trị, nếu nguồn lực cho phép.	IIa	B
Khuyến cáo với bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính từ mức độ trung bình đến nặng cần thực hiện các xét nghiệm đo creatinine huyết thanh, eGFR và tỷ lệ albumin/creatinine trong nước tiểu (ACR) ít nhất mỗi năm một lần.	I	C



## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp</b>		
Thang điểm vôi hóa động mạch vành có thể được cân nhắc cho bệnh nhân có huyết áp tăng hoặc tăng huyết áp khi nó có khả năng thay đổi trong việc quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B
Bệnh nhân có tăng huyết áp kháng trị nên được cân nhắc chuyển đến các trung tâm lâm sàng có kinh nghiệm về quản lý huyết áp để thực hiện các xét nghiệm bổ sung.	IIa	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp</b>		
Khuyến cáo các bệnh nhân tăng huyết áp có các dấu hiệu gợi ý tăng huyết áp thứ phát (triệu chứng, tiền sử bệnh lý liên quan) nên được sàng lọc để phát hiện tăng huyết áp thứ phát.	I	B
Cần nhắc sàng lọc cường aldosteron nguyên phát bằng cách đo renin và aldosterone cho tất cả người lớn bị được chẩn đoán tăng huyết áp (Huyết Áp $\geq 140/90$ mmHg).	IIa	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Cân nhắc khám sàng lọc khi có cơ hội bằng cách đo huyết áp tại phòng khám để theo dõi tiến triển của huyết áp trong giai đoạn cuối thời kỳ thiếu nhi và thanh thiếu niên, đặc biệt trong trường hợp một hoặc cả cha mẹ bị tăng huyết áp. Mục đích để dự đoán tốt hơn sự phát triển của tăng huyết áp ở người trưởng thành và nguy cơ bệnh tim mạch liên quan.	IIa	B
Khuyến cáo hạn chế tiêu thụ đường tự do với tối đa là 10% lượng năng lượng tiêu thụ, đặc biệt là các loại đồ uống có đường. Không khuyến khích nên tiêu thụ các loại đồ uống có đường (như nước ngọt và nước ép trái cây), bắt đầu từ khi còn nhỏ.	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Đối với bệnh nhân bị tăng huyết áp không có bệnh thận mạn tính từ mức độ trung bình đến nặng và có lượng natri tiêu thụ hàng ngày cao, nên cân nhắc tăng lượng kali tiêu thụ thêm 0,5–1,0 g/ngày — ví dụ bằng cách thay thế natri bằng muối giàu kali (gồm 75% natri clorua và 25% kali clorua) hoặc thông qua chế độ ăn giàu trái cây và rau củ.	IIa	A
Đối với bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính hoặc đang dùng các thuốc giữ kali như một số loại thuốc lợi tiểu, thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin hoặc spironolacton, nên cân nhắc theo dõi nồng độ kali trong huyết thanh nếu đang tăng lượng kali trong chế độ ăn uống.	IIa	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Khuyến cáo uống thuốc vào thời điểm thuận tiện nhất trong ngày đối với bệnh nhân, để hình thành thói quen uống thuốc đều đặn nhằm cải thiện sự tuân thủ điều trị.	I	B
Ở người lớn có huyết áp tăng và nguy cơ bệnh tim mạch thấp/trung bình (<10% trong 10 năm), khuyến cáo hạ huyết áp bằng các biện pháp thay đổi lối sống và có thể giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch.	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Ở người lớn có huyết áp tăng và nguy cơ bệnh tim mạch cao, sau 3 tháng can thiệp cải thiện lối sống, khuyến cáo dùng thuốc hạ huyết áp đối với những cá nhân có huyết áp là $\geq 130/80$ mmHg để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch.	I	A
Khuyến cáo ở những bệnh nhân bị tăng huyết áp có chẩn đoán xác định huyết áp $\geq 140/90$ mmHg, bất kể nguy cơ bệnh tim mạch là gì, cần nhanh chóng bắt đầu thực hiện các biện pháp thay đổi lối sống, sử dụng thuốc điều trị hạ huyết áp để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch.	I	A

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Khuyến cáo duy trì điều trị bằng thuốc hạ huyết áp suốt đời, ngay cả khi vượt qua tuổi 85, nếu dung nạp tốt.	I	A
Điều trị hạ huyết áp chỉ nên được cân nhắc từ mức $\geq 140/90$ mmHg (đo tại phòng khám) ở những người đáp ứng các tiêu chí sau (Vì lợi ích trong việc giảm các bệnh lý tim mạch còn chưa chắc chắn trong những trường hợp này, và lưu ý rằng cần theo dõi chặt chẽ khả năng dung nạp điều trị): <ul style="list-style-type: none"><li>- Hạ huyết áp tư thế có triệu chứng trước khi điều trị;</li><li>- Tuổi <math>&gt;85</math>;</li><li>- Suy yếu trung bình đến nặng có ý nghĩa lâm sàng và/hoặc tuổi thọ dự đoán còn ít (<math>&lt;3</math> năm).</li></ul>	IIa	B



## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>8. Phòng ngừa và điều trị huyết áp tăng</b>		
Trường hợp điều trị hạ huyết áp dung nạp kém và không thể đạt được mục tiêu huyết áp tâm thu 120–129 mmHg, khuyến cáo điều trị để đạt được mức huyết áp tâm thu "thấp nhất có thể đạt được một cách hợp lý" (nguyên tắc ALARA).	I	A
Khi huyết áp đã được kiểm soát và ổn định khi điều trị bằng thuốc hạ huyết áp, nên cân nhắc theo dõi huyết áp và các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch khác ít nhất mỗi năm một lần.	IIa	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Người trẻ tuổi</b>		
Khuyến cáo thực hiện sàng lọc toàn diện các nguyên nhân chính gây tăng huyết áp thứ phát ở người lớn được chẩn đoán tăng huyết áp trước 40 tuổi. Trường hợp người trẻ tuổi bị béo phì, nên bắt đầu bằng đánh giá hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.	I	B
SCORE2 chưa được xác thực cho những người dưới 40 tuổi, nên cân nhắc sàng lọc tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (HMOD) ở những người trẻ tuổi có huyết áp tăng mà không có các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch khác để xác định những cá nhân có thể cần điều trị y tế.	Iib	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai</b>		
Sau khi tham khảo ý kiến của bác sĩ sản khoa, Khuyến cáo tập thể dục với cường độ thấp đến trung bình cho tất cả phụ nữ mang thai không có chống chỉ định để giảm nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật.	I	B
Cần nhắc sử dụng đo huyết áp lưu động và/hoặc đo huyết áp tại nhà để loại trừ tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp ẩn giấu, những tình trạng này thường phổ biến hơn trong thai kỳ.	Ila	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh nhân cao tuổi và tình trạng suy yếu</b>		
Khuyến cáo điều trị huyết áp tăng và tăng huyết áp ở những bệnh nhân lớn tuổi (dưới 85 tuổi), không bị suy yếu từ mức trung bình đến nặng, nên tuân theo các hướng dẫn giống như đối với người trẻ tuổi, với điều kiện là việc điều trị hạ huyết áp được dung nạp tốt.	I	A
Khi khởi trị hạ huyết áp cho bệnh nhân từ 85 tuổi trở lên và/hoặc bị suy yếu từ mức trung bình đến nặng (ở bất kỳ độ tuổi nào), nên cân nhắc sử dụng thuốc chẹn kênh calci dihydropyridine tác dụng kéo dài hoặc thuốc ức chế hệ renin-angiotensin (RAS), sau đó, nếu cần thiết, có thể thêm thuốc lợi tiểu liều thấp nếu dung nạp được, nhưng không ưu tiên dùng thuốc chẹn beta (trừ khi có chỉ định bắt buộc) hoặc thuốc chẹn alpha.	IIa	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh nhân cao tuổi và tình trạng suy yếu</b>		
<p>Vì tính an toàn và hiệu quả của điều trị huyết áp <b>ít chắc chắn hơn</b> ở những người bị suy yếu từ mức độ trung bình đến nặng, các bác sĩ nên cân nhắc sàng lọc tình trạng suy yếu ở người lớn tuổi bằng các công cụ lâm sàng đã được kiểm định; các ưu tiên về sức khỏe của bệnh nhân suy yếu và phương pháp quyết định chung nên được cân nhắc khi quyết định các phương pháp điều trị và mục tiêu huyết áp.</p>	IIa	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Tăng huyết áp và hạ huyết áp tư thế</b>		
Trước khi bắt đầu hoặc tăng liều dùng thuốc điều trị hạ huyết áp, khuyến cáo kiểm tra hạ huyết áp tư thế bằng cách để bệnh nhân ngồi hoặc nằm trong 5 phút, sau đó đo huyết áp sau 1 và/hoặc 3 phút khi đứng dậy.	I	B
Khuyến cáo áp dụng các phương pháp không dùng thuốc là biện pháp điều trị đầu tiên cho hạ huyết áp tư thế ở những người bị tăng huyết áp khi nằm. Đối với những bệnh nhân này, khuyến cáo chuyển đổi các loại thuốc hạ huyết áp làm nặng thêm tình trạng hạ huyết áp tư thế sang thuốc hạ huyết áp khác, chứ không chỉ đơn giản là giảm cường độ điều trị.	I	A

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh thận mạn tính</b>		
Ở bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh thận mạn tính và eGFR >20 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> , khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế SGLT2 để cải thiện kết quả điều trị trong với đặc tính hạ huyết áp mức độ nhẹ của các thuốc này.	I	A

# PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Các tình trạng khác</b>		
Khuyến cáo điều trị hạ huyết áp bằng thuốc cho những người bị tiền đái tháo đường hoặc béo phì khi: Huyết áp đo tại phòng khám $\geq 140/90$ mmHg hoặc; Huyết Áp tại phòng khám là 130–139/80-89 mmHg và bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm dự đoán là $\geq 10\%$ hoặc ; Có nguy cơ cao, mặc dù đã trải qua tối đa 3 tháng điều trị bằng thay đổi lối sống.	I	A
Ở những bệnh nhân có tiền sử hẹp van động mạch chủ và/hoặc hở van động mạch chủ cần điều trị hạ huyết áp, nên cân nhắc sử dụng thuốc chẹn hệ renin-angiotensin (RAS) như một phần của điều trị.	IIa	C
Ở những bệnh nhân có tiền sử hở van hai lá từ mức độ trung bình đến nặng cần điều trị hạ huyết áp, nên cân nhắc sử dụng thuốc chẹn hệ renin-angiotensin (RAS) như một phần của điều trị.	IIa	C

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108



## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh mạch máu thận gây tăng huyết áp (Renovascular hypertension)</b>		
Cân nhắc tạo hình động mạch thận mà không đặt stent đối với bệnh nhân tăng huyết áp và hẹp động mạch thận do loạn sản cơ gây thay đổi về huyết động.	IIa	C
Tạo hình động mạch thận (Renal artery angioplasty) không được khuyến cáo cho những bệnh nhân không có hẹp động mạch thận có ý nghĩa về huyết động.	III	A

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh mạch máu thận gây tăng huyết áp (Renovascular hypertension)</b>		
Tạo hình và đặt stent động mạch thận có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân bị hẹp động mạch thận xơ vữa động mạch gây thay đổi đáng kể về huyết động (hẹp 70%-99%, hoặc 50%-69% với giãn sau hẹp và/hoặc chênh lệch áp lực qua hẹp đáng kể) kèm theo: Suy tim tái phát, đau thắt ngực không ổn định, hoặc phù phổi cấp tính khởi phát đột ngột mặc dù đã điều trị y khoa dung nạp tối đa; Tăng huyết áp kháng trị; Tăng huyết áp kèm theo thận một bên nhỏ không giải thích được hoặc bệnh thận mạn tính; Hẹp động mạch thận hai bên hoặc hẹp động mạch thận một bên ở thận duy nhất còn hoạt động.	IIb	C

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>10. Hạ huyết áp cấp tính và trong thời gian ngắn</b>		
Ở những bệnh nhân xuất huyết não có huyết áp tâm thu $\geq 220$ mmHg, không khuyến cáo hạ huyết áp tâm thu cấp tính quá 70 mmHg so với mức ban đầu trong vòng 1 giờ sau khi bắt đầu điều trị.	III	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>11. Chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm trong điều trị tăng huyết áp</b>		
Khuyến cáo cần hành thảo luận về nguy cơ bệnh tim mạch và lợi ích điều trị phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân như một phần của quản lý tăng huyết áp.	I	C
Cần nhắc nhở vấn đề giáo dục cho bệnh nhân tăng huyết áp tại các bệnh viện và trung tâm y tế cộng đồng để hỗ trợ bệnh nhân kiểm soát huyết áp và tăng cường tuân thủ điều trị.	IIa	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>11. Chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm trong điều trị tăng huyết áp</b>		
Giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân thông qua nền tảng web là một công cụ hiệu quả, nên được cân nhắc trong chăm sóc ban đầu, bao gồm việc báo cáo các kết quả đo huyết áp tại nhà.	IIa	C
Khuyến cáo đo huyết áp tại nhà để kiểm soát huyết áp tốt hơn.	I	B

## PHẦN 2: KHUYẾN CÁO MỚI

Khuyến cáo	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>11. Chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm trong điều trị tăng huyết áp</b>		
Khuyến cáo bệnh nhân tự đo huyết áp đúng cách, việc này tác động tích cực đến xác nhận chẩn đoán tăng huyết áp, tăng cường sự chủ động và tuân thủ điều trị của bệnh nhân.	I	C
Cần nhắc tăng cường tự theo dõi huyết áp bằng cách sử dụng thiết bị kết nối với ứng dụng trên điện thoại thông minh, mặc dù các bằng chứng cho đến nay cho thấy rằng điều này có thể không hiệu quả hơn so với việc tự theo dõi thông thường.	IIb	B
Khuyến cáo tiếp cận đa chuyên ngành trong quản lý bệnh nhân có huyết áp tăng và tăng huyết áp, bao gồm chuyển giao nhiệm vụ phù hợp và an toàn từ bác sĩ cho các chuyên gia khác để cải thiện việc kiểm soát huyết áp.	I	A

# PHẦN 3

## CÁC KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 6. Định nghĩa và phân loại huyết áp tăng (elevated blood pressure) và tăng huyết áp (hypertension)

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Huyết áp được khuyến cáo phân loại thành tối ưu, bình thường, bình thường cao, tăng huyết áp độ 1-3 theo huyết áp tại phòng khám.	I	C	Huyết áp được khuyến cáo phân loại thành huyết áp không tăng, huyết áp tăng và tăng huyết áp để hỗ trợ quyết định điều trị.	I	B
Đánh giá nguy cơ tim mạch với hệ thống SCORE được khuyến cáo đối với bệnh nhân tăng huyết áp không có nguy cơ cao hoặc rất cao do bệnh tim mạch, bệnh thận hoặc đái tháo đường, một yếu tố nguy cơ đơn lẻ tăng đáng kể (ví dụ, cholesterol), hoặc phì đại thất trái do tăng huyết áp.	I	B	Hệ thống SCORE2 được khuyến cáo dùng để đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch gây tử vong và không tử vong trong 10 năm đối với những người từ 40–69 tuổi có huyết áp tăng nhưng chưa được coi là có nguy cơ cao do bệnh thận mạn tính từ trung bình đến nặng, bệnh tim mạch đã được xác định, tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (HMOD), tiểu đường, hoặc tăng cholesterol máu do di truyền.	I	B
			Hệ thống SCORE2-OP được khuyến cáo để đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch gây tử vong và không tử vong trong 10 năm đối với những người từ 70 tuổi trở lên có huyết áp tăng nhưng chưa được coi là có nguy cơ cao do bệnh thận mạn tính từ trung bình đến nặng, bệnh tim mạch đã được xác định, tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (HMOD), tiểu đường, hoặc tăng cholesterol máu do di truyền.	I	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108



# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Chẩn đoán tăng huyết áp được khuyến cáo dựa vào: <ul style="list-style-type: none"><li>Lặp lại đo huyết áp tại phòng khám nhiều hơn một lần khám, trừ khi tăng huyết áp nặng (như độ 3 và đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao). Tại mỗi lần khám, ba lần đo huyết áp nên được thực hiện, cách nhau 1-2 phút và đo thêm nếu hai lần đo đầu tiên khác nhau &gt; 10 mmHg. Huyết áp của bệnh nhân là trung bình của hai lần đo cuối cùng.</li></ul> HOẶC <ul style="list-style-type: none"><li>Đo huyết áp ngoài phòng khám với theo dõi huyết áp lưu động và/hoặc huyết áp tại nhà miễn là các lần đo này khả thi về mặt hậu cần và kinh tế.</li></ul>	I	C	Khi huyết áp đo tại phòng khám là 140–159/90–99 mmHg, khuyến cáo chẩn đoán tăng huyết áp nên dựa trên đo huyết áp ngoài phòng khám bằng huyết áp lưu động và/hoặc huyết áp tại nhà. Nếu các phép đo này không khả thi về mặt hậu cần hoặc kinh tế, chẩn đoán có thể được thực hiện dựa trên các lần đo huyết áp tại phòng khám lặp lại trong hơn một lần thăm khám.	I	B
			Khi huyết áp đo sàng lọc tại phòng khám là $\geq 160/100$ mmHg: <ul style="list-style-type: none"><li>Khuyến cáo huyết áp 160–179/100–109 mmHg nên được xác định càng sớm càng tốt (ví dụ: trong vòng 1 tháng), ưu tiên bằng cách đo huyết áp tại nhà hoặc đo huyết áp lưu động.</li><li>Khuyến cáo khi huyết áp <math>\geq 180/110</math> mmHg thì cần loại trừ tình trạng tăng huyết áp cấp cứu.</li></ul>	I	C

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ 108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Khuyến cáo siêu âm tim được ở bệnh nhân tăng huyết áp khi có bất thường trên điện tâm đồ (ECG) hoặc có dấu hiệu/ triệu chứng của <b>rối loạn chức năng thất trái</b> .	I	B	Khuyến cáo siêu âm tim được ở bệnh nhân tăng huyết áp khi có bất thường trên điện tâm đồ (ECG) hoặc có dấu hiệu/ triệu chứng của <b>bệnh tim</b> .	I	B
Siêu âm tim có thể được cân nhắc khi việc phát hiện phì đại thất trái có thể ảnh hưởng đến quyết định điều trị.	IIb	B	Siêu âm tim có thể được cân nhắc cho bệnh nhân có huyết áp tăng, đặc biệt khi nó có khả năng thay đổi quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>Siêu âm động mạch cảnh</b> có thể được cân nhắc để phát hiện các mảng xơ vữa động mạch không triệu chứng hoặc hẹp động mạch cảnh ở <b>những bệnh nhân đã được chẩn đoán có bệnh mạch máu ở nơi khác.</b>	IIb	B	<b>Siêu âm động mạch cảnh hoặc động mạch đùi</b> để phát hiện mảng xơ vữa có thể được cân nhắc ở <b>bệnh nhân có huyết áp tăng hoặc tăng huyết áp</b> khi nó có khả năng thay đổi quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B
Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (PWV) có thể được cân nhắc để đánh giá độ cứng của động mạch.	IIb	B	Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (PWV) có thể được cân nhắc cho bệnh nhân có huyết áp tăng hoặc tăng huyết áp khi nó có khả năng thay đổi quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 7. Chẩn đoán tăng huyết áp và nguyên nhân gây tăng huyết áp

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<b>Siêu âm động mạch cảnh</b> có thể được cân nhắc để phát hiện các mảng xơ vữa động mạch không triệu chứng hoặc hẹp động mạch cảnh ở <b>những bệnh nhân đã được chẩn đoán có bệnh mạch máu ở nơi khác.</b>	IIb	B	<b>Siêu âm động mạch cảnh hoặc động mạch đùi</b> để phát hiện mảng xơ vữa có thể được cân nhắc ở <b>bệnh nhân có huyết áp tăng hoặc tăng huyết áp</b> khi nó có khả năng thay đổi quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B
Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (PWV) có thể được cân nhắc để đánh giá độ cứng của động mạch.	IIb	B	Đo vận tốc lan truyền sóng mạch (PWV) có thể được cân nhắc cho bệnh nhân có huyết áp tăng hoặc tăng huyết áp khi nó có khả năng thay đổi quản lý điều trị của bệnh nhân.	IIb	B

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Khuyến cáo tập thể dục thường xuyên ( $\geq 30$ phút tập thể dục hoạt động trung bình vào 5-7 ngày mỗi tuần).	I	A	Người ta khuyến nghị tập thể dục aerobic với cường độ vừa phải ít nhất 150 phút/tuần ( $\geq 30$ phút, 5-7 ngày/tuần) hoặc thay thế bằng 75 phút tập aerobic cường độ cao mỗi tuần trong 3 ngày và nên được bổ sung bằng các bài tập kháng lực động hoặc tĩnh với cường độ thấp hoặc vừa (2-3 lần/tuần) để giảm huyết áp và nguy cơ bệnh tim mạch	I	A
Kiểm soát cân nặng được chỉ định để tránh béo phì ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ , hoặc vòng eo $> 102 \text{ cm}$ ở nam và $> 88 \text{ cm}$ ở nữ) và đạt BMI khỏe mạnh (khoảng $20\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ ) và trị số vòng eo ( $< 94 \text{ cm}$ ở nam và $< 80 \text{ cm}$ ở nữ) để giảm huyết áp và nguy cơ tim mạch (CV).	I	A	Khuyến cáo đặt mục tiêu duy trì chỉ số BMI ổn định và khỏe mạnh ( $20\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ ) và số đo vòng eo ( $< 94 \text{ cm}$ ở nam và $< 80 \text{ cm}$ ở nữ) để giảm huyết áp và nguy cơ bệnh tim mạch (CVD).	I	A

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Khuyến cáo tăng sử dụng rau, trái cây tươi, cá, quả hạch, axit béo không bão hòa (dầu ôliu); ít sử dụng thịt đỏ; và sử dụng các sản phẩm từ sữa ít béo.	I	A	Khuyến cáo áp dụng chế độ ăn uống lành mạnh và cân bằng, như chế độ ăn Địa Trung Hải hoặc DASH, để giúp giảm huyết áp và nguy cơ bệnh tim mạch.	I	A
Hạn chế sử dụng rượu < 14 đơn vị mỗi tuần đối với nam và < 8 đơn vị mỗi tuần đối với nữ.	I	A	Hạn chế sử dụng rượu nhiều hơn giới hạn trên, tương đương khoảng 100 g rượu nguyên chất mỗi tuần. Số lượng đồ uống cụ thể phụ thuộc vào tiêu chuẩn mỗi quốc gia, nhưng hầu hết các đồ uống chứa từ 8–14 g rượu mỗi ly. Tốt nhất, khuyến cáo tránh uống rượu để đạt được kết quả sức khỏe tốt nhất.	I	B

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Trong các thuốc hạ huyết áp, các nhóm thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI), ức chế thụ thể angiotensin (ARB), chẹn beta, chẹn kênh calci (CCB) và lợi tiểu (thiazide và lợi tiểu giống thiazide như chlorthalidone và indapamide) là các thuốc điều trị tăng huyết áp đã được chứng minh có hiệu quả trong việc hạ áp và các biến cố tim mạch trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên và được chỉ định chính trong điều trị.	I	A	Trong các thuốc hạ huyết áp, thuốc ức chế men chuyển (ACEI), thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB), thuốc chẹn kênh calci dihydropyridine, và thuốc lợi tiểu (thiazide và các thuốc tương tự thiazide như chlorthalidone và indapamide) đã cho thấy hiệu quả nhất trong việc giảm huyết áp và các biến cố tim mạch, do đó được khuyến cáo là các phương pháp điều trị đầu tiên để hạ huyết áp.	I	A
Nếu huyết áp không được kiểm soát với phối hợp ba thuốc, điều trị được khuyến cáo thêm spironolactone hoặc các lợi tiểu khác nếu không dung nạp như amiloride hoặc các liều lợi tiểu khác cao hơn, ức chế beta hoặc ức chế alpha.	I	B	Nếu Huyết Áp không được kiểm soát với liệu pháp kết hợp ba loại thuốc và spironolactone không hiệu quả hoặc không được dung nạp, nên cân nhắc điều trị bằng eplerenone thay cho spironolactone, hoặc bổ sung thêm thuốc chẹn beta nếu chưa được chỉ định, và sau đó là thuốc hạ huyết áp trung ương, thuốc chẹn alpha, hydralazine, hoặc thuốc lợi tiểu giữ kali.	IIa	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng (huyết áp mục tiêu)

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Mục tiêu điều trị đầu tiên được khuyến cáo nên giảm huyết áp < 140/90 mmHg ở tất cả bệnh nhân, và miễn là điều trị được dung nạp tốt, trị số huyết áp nên được điều trị đến 130/80 mmHg hoặc thấp hơn ở hầu hết bệnh nhân.	I	A	Để giảm nguy cơ bệnh tim mạch, khuyến cáo giá trị huyết áp tâm thu được điều trị ở hầu hết người lớn nên ở <b>mức 120–129 mmHg</b> , với điều kiện là việc điều trị được dung nạp tốt.	I	A
Mục tiêu huyết áp tâm trương <80 mmHg nên được cân nhắc cho tất cả bệnh nhân tăng huyết áp, bất kể mức độ nguy cơ và các bệnh lý kèm theo.	IIa	B	Trong các trường hợp khi huyết áp tâm thu đã được điều trị đạt hoặc dưới mức mục tiêu (120–129 mmHg) nhưng huyết áp tâm trương chưa đạt mục tiêu ( $\geq 80$ mmHg), nên cân nhắc tăng cường điều trị hạ huyết áp để đạt huyết áp tâm trương sau điều trị ở mức 70–79 mmHg nhằm giảm nguy cơ bệnh tim mạch.	IIb	C



# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng (huyết áp mục tiêu)

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 65$ tuổi) được điều trị thuốc hạ áp, mục tiêu huyết áp tâm thu được khuyến cáo nên là ngưỡng 130-139 mmHg.	I	A	Vì lợi ích của việc điều trị huyết áp tâm thu ở mức mục tiêu 120–129 mmHg có thể không áp dụng chung cho các trường hợp cụ thể sau, nên cân nhắc các mục tiêu huyết áp tâm thu được cá nhân hóa và cao hơn mức mục tiêu (ví dụ: $<140$ mmHg) đối với bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí sau:  • Hạ huyết áp tư thế có triệu chứng trước khi điều trị; Và/hoặc tuổi $\geq 85$ năm.	IIa	C
			Vì lợi ích của việc điều trị huyết áp tâm thu ở mức mục tiêu 120–129 mmHg có thể không áp dụng chung cho các trường hợp cụ thể sau, nên cân nhắc các mục tiêu huyết áp tâm thu được cá nhân hóa và cao hơn mức mục tiêu (ví dụ: $<140$ mmHg) đối với bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí sau  • Tình trạng suy yếu có ý nghĩa lâm sàng từ mức độ trung bình đến nặng ở bất kỳ độ tuổi nào; Và/hoặc tuổi thọ dự đoán còn ít ( $<3$ năm).	IIb	C

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng (cắt đốt thần kinh thận)

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Không khuyến cáo sử dụng thiết bị như liệu pháp điều trị tăng huyết áp thường quy, trừ khi trong bối cảnh các nghiên cứu lâm sàng và thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCTs), cho đến khi có thêm bằng chứng về tính an toàn và hiệu quả.	III	B	Thực hiện tại một trung tâm quy mô trung bình đến lớn, phương pháp cắt đốt thần kinh thận qua ống thông có thể được cân nhắc để giảm huyết áp cho bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị, không kiểm soát được huyết áp mặc dù đã dùng kết hợp ba loại thuốc hạ huyết áp (bao gồm thuốc lợi tiểu thiazide hoặc tương tự thiazide). Bệnh nhân mong muốn thực hiện cắt đốt thần kinh thận sau khi đã thảo luận về lợi ích và rủi ro, cũng như được đánh giá đa chuyên khoa.	IIb	B
			Thực hiện tại một trung tâm quy mô trung bình đến lớn, phương pháp cắt đốt thần kinh thận qua ống thông có thể được cân nhắc để giảm huyết áp cho những bệnh nhân có nguy cơ bệnh tim mạch cao và tăng huyết áp không kiểm soát được khi dùng dưới ba loại thuốc. Bệnh nhân mong muốn thực hiện cắt đốt thần kinh thận sau khi đã thảo luận về lợi ích và rủi ro, cũng như được đánh giá đa chuyên khoa.	IIb	A

Khoa Nội Tim mạch  
BVTWQĐ108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 8. Phòng và điều trị huyết áp tăng (cắt đốt thần kinh thận)

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Không khuyến cáo sử dụng thiết bị như liệu pháp điều trị tăng huyết áp thường quy, trừ khi trong bối cảnh các nghiên cứu lâm sàng và thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCTs), cho đến khi có thêm bằng chứng về tính an toàn và hiệu quả.	III	B	Do thiếu các thử nghiệm lâm sàng đủ mạnh để chứng minh tính an toàn và lợi ích đối với bệnh tim mạch, cắt đốt thần kinh thận không được khuyến cáo là biện pháp hạ huyết áp hàng đầu khi điều trị tăng huyết áp.	III	C
			Không khuyến cáo cắt đốt thần kinh thận để điều trị tăng huyết áp ở những bệnh nhân có chức năng thận suy giảm từ trung bình đến nặng (eGFR <40 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> ) hoặc có nguyên nhân thứ phát gây tăng huyết áp, cho đến khi có thêm bằng chứng.	III	C

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở những phụ nữ bị tăng huyết áp thai kỳ, tăng huyết áp có từ trước nhưng bị tăng thêm do thai kỳ, hoặc bị tăng huyết áp kèm theo tổn thương cơ quan tiềm ẩn hoặc triệu chứng, việc bắt đầu điều trị bằng thuốc được khuyến cáo khi huyết áp tâm thu $\geq 140$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90$ mmHg.	I	C	Ở những phụ nữ bị tăng huyết áp thai kỳ, việc bắt đầu điều trị bằng thuốc được khuyến cáo cho những người có huyết áp tâm thu đã được xác nhận là $\geq 140$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90$ mmHg.	I	B
Trong tất cả các trường hợp khác, việc bắt đầu điều trị bằng thuốc được khuyến cáo khi huyết áp tâm thu $\geq 150$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 95$ mmHg.	I	C	Ở phụ nữ mang thai bị tăng huyết áp mạn tính, việc bắt đầu điều trị bằng thuốc được khuyến cáo cho những người có huyết áp tâm thu đo tại phòng khám là $\geq 140$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90$ mmHg.	I	B
			Ở những phụ nữ bị tăng huyết áp mạn tính và tăng huyết áp thai kỳ, khuyến cáo hạ huyết áp xuống dưới mức 140/90 mmHg nhưng không dưới 80 mmHg đối với huyết áp tâm trương.	I	C
Huyết áp tâm thu $\geq 170$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 110$ mmHg ở phụ nữ mang thai là một trường hợp khẩn cấp, và việc nhập viện được khuyến cáo.	I	C	Huyết áp tâm thu $\geq 160$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 110$ mmHg trong thai kỳ có thể chỉ ra một trường hợp khẩn cấp, và nên cân nhắc việc nhập viện ngay lập tức.	IIa	C

Khoa Nội Tim mạch  
BVTWQĐ 108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Đái tháo đường

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Việc điều trị bằng thuốc hạ huyết áp được khuyến cáo cho những người bị đái tháo đường khi huyết áp đo tại phòng khám là $\geq 140/90$ mmHg.	I	A	Ở hầu hết người lớn có huyết áp tăng và đái tháo đường, sau tối đa 3 tháng can thiệp lối sống, việc hạ huyết áp bằng thuốc được khuyến cáo cho những người có huyết áp đo tại phòng khám $\geq 130/80$ mmHg để giảm nguy cơ bệnh tim mạch.	I	A
Ở những người bị đái tháo đường đang dùng thuốc hạ huyết áp, người ta khuyến cáo: - Mục tiêu huyết áp tâm thu là 130 mmHg và dưới 130 mmHg nếu dung nạp được, nhưng không dưới 120 mmHg. - Ở những người lớn tuổi (từ 65 tuổi trở lên), mục tiêu huyết áp tâm thu trong khoảng 130–139 mmHg.	I	A	Ở những người bị đái tháo đường đang sử dụng thuốc hạ huyết áp, khuyến cáo mục tiêu huyết áp tâm thu là 120–129 mmHg, nếu dung nạp được.	I	A

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Bệnh thận mạn tính

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở những bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính do đái tháo đường hoặc không do đái tháo đường, khuyến cáo huyết áp đo tại phòng khám $\geq 140/90$ mmHg nên được điều trị bằng thay đổi lối sống và thuốc hạ huyết áp.	I	A	Ở những bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính mức độ từ trung bình đến nặng do đái tháo đường hoặc không do đái tháo đường và có huyết áp $\geq 130/80$ mmHg, việc thay đổi lối sống và điều trị bằng thuốc hạ huyết áp được khuyến cáo để giảm nguy cơ bệnh tim mạch, với điều kiện được dung nạp tốt.	I	A
Ở những bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính do đái tháo đường hoặc không do đái tháo đường:			Ở người lớn bị bệnh thận mạn tính mức độ từ trung bình đến nặng đang sử dụng thuốc hạ huyết áp và có eGFR $>30$ mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> , khuyến cáo mục tiêu huyết áp tâm thu là 120–129 mmHg, nếu dung nạp được. Mục tiêu huyết áp cá nhân hóa được khuyến cáo cho những người có eGFR thấp hơn hoặc đã ghép thận.	I	A
Khuyến cáo hạ huyết áp tâm thu xuống khoảng 130–139 mmHg.	I	A			
Cá nhân hóa điều trị nên được cân nhắc dựa trên khả năng dung nạp và ảnh hưởng của điều trị chức năng thận và cân bằng điện giải.	IIa	C			
Thuốc chẹn hệ renin-angiotensin (RAS) hiệu quả hơn trong việc giảm albumin niệu so với các thuốc hạ huyết áp khác, và được khuyến cáo là một phần của chiến lược điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp có biểu hiện albumin niệu hoặc protein niệu.	I	A	Thuốc ức chế men chuyển ACE hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin ARB hiệu quả hơn trong việc giảm albumin niệu so với các thuốc hạ huyết áp khác và nên được cân nhắc là một phần của chiến lược điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp có biểu hiện albumin niệu hoặc protein niệu.	IIa	B

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Suy tim

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở những bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF), khuyến cáo điều trị hạ huyết áp nên bao gồm một thuốc ức chế men chuyển ACE hoặc thuốc chặn thụ thể angiotensin ARB, thuốc chặn beta, và thuốc lợi tiểu và/hoặc thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) nếu cần.	I	A	Ở những bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF) hoặc phân suất tổng máu giảm nhẹ (HfrEF) có triệu chứng, các phương pháp điều trị có tác dụng hạ huyết áp sau đây được khuyến cáo để cải thiện kết quả: thuốc ức chế men chuyển ACE (hoặc thuốc chặn thụ thể angiotensin ARB nếu không dung nạp được thuốc ức chế ACE) hoặc ARNi, thuốc chặn beta, thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA), và thuốc ức chế SGLT2.	I	A
Ở những bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF), do chưa có loại thuốc cụ thể nào chứng minh được tính ưu việt, tất cả các loại thuốc chính đều có thể được sử dụng.	I	C	Ở những bệnh nhân tăng huyết áp có suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF) có triệu chứng, thuốc ức chế SGLT2 được khuyến cáo để cải thiện kết quả điều trị với tác dụng hạ huyết áp nhẹ.	I	A
			Ở những bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF) có triệu chứng và huyết áp vượt mức mục tiêu, thuốc chặn thụ thể angiotensin ARB và/hoặc thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) có thể được cân nhắc để giảm tần suất nhập viện do suy tim và hạ huyết áp.	IIb	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Đột quy

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở tất cả bệnh nhân tăng huyết áp có đột quy thiếu máu cục bộ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), nên cân nhắc mục tiêu huyết áp tâm thu trong khoảng 120–130 mmHg.	IIa	B	Ở những bệnh nhân có huyết áp $\geq 130/80$ mmHg và có tiền sử cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) hoặc đột quy, khuyến cáo mục tiêu huyết áp tâm thu là 120–129 mmHg để giảm các biến cố tim mạch, với điều kiện điều trị được dung nạp tốt.	I	A



# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Nhóm chủng tộc khác nhau

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở bệnh nhân da đen, khởi trị hạ huyết áp nên bao gồm một thuốc lợi tiểu hoặc thuốc chẹn kênh calci (CCB), có thể kết hợp với hoặc không cần kết hợp với một thuốc chẹn hệ renin-angiotensin (RAS).	I	B	Ở bệnh nhân da đen từ khu vực châu Phi dưới Sahara khi điều trị hạ huyết áp nên cân nhắc liệu pháp kết hợp bao gồm một thuốc chẹn kênh calci (CCB) kết hợp với một thuốc lợi tiểu thiazide hoặc một thuốc chẹn hệ renin-angiotensin (RAS).	IIa	B

### 9. Quản lý các nhóm bệnh nhân hoặc tình huống cụ thể - Tăng huyết áp kháng trị

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
<p>Điều trị khuyến cáo cho tăng huyết áp kháng trị là:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tăng cường các biện pháp thay đổi lối sống, đặc biệt là hạn chế natri.</li> <li>- Thêm spironolactone liều thấp vào điều trị hiện tại.</li> <li>- Hoặc thêm liệu pháp lợi tiểu khác nếu không dung nạp spironolactone, với eplerenone, amiloride, thuốc lợi tiểu thiazide/trương tự thiazide liều cao hơn, hoặc thuốc lợi tiểu quai.</li> <li>- Hoặc thêm bisoprolol hoặc doxazosin.</li> </ul>	I	B	<p>Ở những bệnh nhân bị tăng huyết áp kháng trị và huyết áp không kiểm soát được mặc dù đã sử dụng các liệu pháp hạ huyết áp hàng đầu, nên cân nhắc thêm spironolactone vào điều trị hiện tại.</p>	IIa	B
			<p>Ở những bệnh nhân bị tăng huyết áp kháng trị mà spironolactone không hiệu quả hoặc không được dung nạp, nên cân nhắc điều trị bằng eplerenone thay cho spironolactone, hoặc bổ sung thuốc chẹn beta nếu chưa được chỉ định, và sau đó là thuốc hạ huyết áp trung ương, thuốc chẹn alpha, hydralazine, hoặc thuốc lợi tiểu giữ kali.</p>	IIa	B
			<p>Thực hiện tại một trung tâm quy mô trung bình đến lớn, phương pháp cắt đốt thần kinh thận qua ống thông có thể được cân nhắc để giảm huyết áp</p> <p>cho những bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị có huyết áp không kiểm soát được mặc dù đã sử dụng kết hợp ba loại thuốc hạ huyết áp. Bệnh nhân mong muốn thực hiện cắt đốt thần kinh thận sau khi đã thảo luận về lợi ích và rủi ro, cũng như được đánh giá đa chuyên khoa.</p>	IIb	B

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ 108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 10. Hạ huyết áp cấp tính và trong thời gian ngắn

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở những bệnh nhân bị xuất huyết não cấp tính:			Ở những bệnh nhân bị xuất huyết não, nên cân nhắc hạ huyết áp ngay lập tức (trong vòng 6 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng) xuống mục tiêu huyết áp tâm thu 140–160 mmHg để ngăn chặn sự mở rộng của khối máu tụ và cải thiện chức năng.	IIa	A
Không khuyến cáo hạ huyết áp ngay lập tức cho những bệnh nhân có huyết áp tâm thu <220 mmHg.	III	A			
- Ở những bệnh nhân có huyết áp tâm thu $\geq 220$ mmHg, nên cân nhắc hạ huyết áp cấp tính một cách cẩn thận bằng liệu pháp tiêm tĩnh mạch xuống dưới 180 mmHg.	IIa	B			

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108

# PHẦN 3: KHUYẾN CÁO THAY ĐỔI

## 10. Hạ huyết áp cấp tính và trong thời gian ngắn

Khuyến cáo năm 2018	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ	Khuyến cáo năm 2024	Loại khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở những bệnh nhân tăng huyết áp có biểu hiện mạch máu não cấp tính, điều trị hạ huyết áp được khuyến cáo:			Đối với bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) có chỉ định hạ huyết áp, khuyến cáo bắt đầu liệu pháp hạ huyết áp trước khi xuất viện.	I	B
- Ngay lập tức đối với cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA).	I	A			
- Sau vài ngày đối với đột quỵ thiếu máu não.	I	A			
Trong trường hợp tăng huyết áp nặng, điều trị bằng thuốc với labetalol tĩnh mạch, methyldopa uống, hoặc nifedipine được khuyến cáo.	I	C	Trong trường hợp tăng huyết áp nặng ở phụ nữ mang thai, điều trị bằng thuốc với labetalol đường tĩnh mạch, methyldopa đường uống, hoặc nifedipine đường uống được khuyến cáo. Hydralazine tiêm tĩnh mạch là lựa chọn thứ hai.	I	C

Khoa Nội tim mạch  
BVTWQĐ108