

Điều gì cần lưu ý khi điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân cao tuổi? Cập nhật 2014

Nguyễn Văn Trí

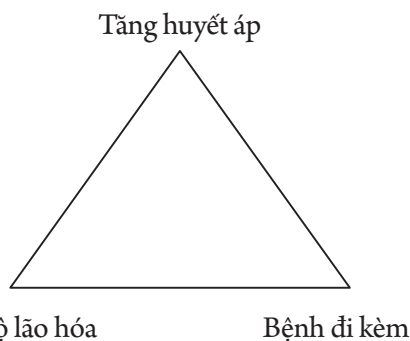
Chủ nhiệm Bộ môn Lão khoa, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
Chủ tịch Hội Lão khoa TP.Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đối tượng người cao tuổi luôn là một đối tượng cần được chú ý trong điều trị mọi bệnh lý. Trong điều trị tăng huyết áp, không có mục tiêu huyết áp cụ thể cho mọi cá nhân. Bệnh nhân nên là trung tâm của điều trị, dựa trên mô hình tam giác bệnh lý: mức độ lão hóa, bệnh đi kèm và tăng huyết áp. Khi khởi đầu điều trị nên dùng liều thấp tăng dần, tránh hạ áp dưới mức 120/60 mmHg và luôn luôn kết hợp điều chỉnh lối sống. Lựa chọn thuốc tùy thuộc bệnh đi kèm, lợi tiểu có nhiều bằng chứng có lợi với người cao tuổi, sau đó có thể chọn chẹn kênh calci và chẹn hệ RAA.

NGUYÊN TẮC CHUNG

- Điều trị tuân theo nguyên tắc “tam giác bệnh lý” của người cao tuổi.



- Lấy bệnh nhân làm trung tâm để xác định lợi ích và tác dụng phụ của điều trị chống tăng huyết áp, từ đó xác định huyết áp mục tiêu và loại thuốc nào cần được điều trị, đơn trị hay phối hợp.

MỨC ĐỘ LÃO HÓA

- Khi đánh giá cần nhớ hai loại tuổi:

- Tuổi thời gian: Người cao tuổi theo luật người cao tuổi Việt Nam bằng hoặc lớn hơn 60 tuổi.

60-69: sơ lão

70-79: trung lão

Bằng hoặc hơn 80: đại lão

- Tuổi sinh học: mức độ hoạt động về thể chất và tinh thần hàng ngày (còn gọi là hoạt động chức năng hàng ngày).

- Kết hợp tuổi thời gian và tuổi sinh học để xác định mức độ lão hóa.

- Mức độ lão hóa được chia làm 3 mức:

- Lão hóa khỏe mạnh (tiếng Anh gọi là *successful* hay *fit*)

- Lão hóa suy yếu (tiếng Anh gọi là *frail*) bao gồm suy yếu dưới lâm sàng (chưa có triệu chứng) đến suy yếu nặng.

- Suy yếu về thể chất bao gồm các hoạt động chức năng hàng ngày từ việc tự chăm sóc bản thân đến các hoạt động nghề nghiệp.

- Suy yếu về mặt tinh thần chủ yếu ở các mức độ suy giảm trí nhớ (rối loạn trí nhớ, sa sút trí tuệ, Alzheimer...)

- Giai đoạn cuối đời: tiên lượng sống thêm 1-2 năm.

- Đối với lão hóa khỏe mạnh, kiểm soát mức huyết áp có thể đạt gần giống với người trưởng thành (người dưới 60 tuổi). Tránh triệu chứng tụt huyết áp tư thế.

- Đối với lão hóa suy yếu tùy theo từng mức độ suy yếu trên lâm sàng mà để mức huyết áp nên điều chỉnh khoảng 140-145 mmHg huyết áp tâm thu. Theo dõi sát triệu chứng tụt huyết áp tư thế (trừ trường hợp huyết áp thấp hơn có sẵn và không có triệu chứng tụt huyết áp).

- Đối với lão hóa giai đoạn cuối đời: chủ yếu là chăm sóc giảm nhẹ, tránh cơn tăng huyết áp, tránh tụt huyết áp. Thuốc chống tăng huyết áp ở mức tối thiểu nếu được.

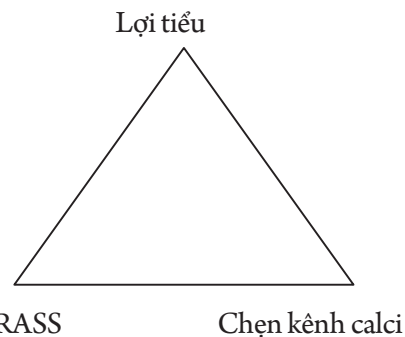
BỆNH ĐI KÈM

- Bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi thường có bệnh đi kèm bao gồm biến chứng mãn do tăng huyết áp như bệnh mạch vành, suy tim mãn hay bệnh thận mãn tính; các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, ít vận động... và bệnh đồng phát như thoái hóa khớp...

- Lưu ý các bệnh đi kèm để có chỉ định thuốc chống tăng huyết áp nào là thích hợp nhất (hay còn gọi là chỉ định bắt buộc)

NHỮNG LƯU Ý QUAN TRỌNG

- Luôn nhớ tam giác bệnh lý cao tuổi: tăng huyết áp - bệnh đi kèm - mức độ lão hóa.
- Lấy bệnh nhân làm trung tâm để chọn huyết áp mục tiêu, loại thuốc.
- Khởi đầu bằng liều thấp, tăng liều chậm.
- Tránh triệu chứng tụt huyết áp tư thế, không để huyết áp tâm thu dưới 120 mmHg và huyết áp tâm trương dưới 60 mmHg.
- Có thể sử dụng tất cả các thuốc chống tăng huyết áp hiện hành tùy thuộc vào bệnh đi kèm.
- Không có bệnh đi kèm, thuốc thích hợp cho người cao tuổi gồm: lợi tiểu, chẹn kênh calci, và chẹn hệ renin angiotensin (RAAS)



(Ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể AT)

CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LƯU Ử NGƯỜI CAO TUỔI

- Điện giải đồ: nhất là bệnh nhân có dùng thuốc lợi tiểu và chẹn RAAS hoặc có bất thường chức năng thận.

- Độ lọc cầu thận (GFR: Glomerular Filtration Rate) vì nhiều bệnh nhân cao tuổi có độ lọc cầu thận giảm mặc dù creatinine máu trong giới hạn bình thường.

THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Lợi tiểu

Lợi tiểu loại thiazide được xem như hòn đá tảng trong điều trị tăng huyết áp vì những hiểu biết rộng rãi đã đạt được trong quá trình theo dõi việc sử dụng nhóm thuốc này trong phòng ngừa đột quỵ và biến cố tim mạch, nhất là ưu điểm giá thành rẻ. Tuy nhiên, nhiều nghi vấn vẫn còn được đặt ra về liều dùng và hậu quả lâu dài của các tác dụng phụ lên chuyển hóa. Mặc dù lợi tiểu thiazide “liều thấp” được khuyến cáo rộng rãi cho điều trị tăng huyết áp, lợi ích lên kết cục của việc dùng lợi tiểu như là trị liệu đầu tay chỉ được thể hiện khi dùng liều trung bình (tương đương ≥ 25 mg hydrochlorothiazide). và vẫn chưa có dữ liệu về kết cục đối với thiazide “liều thấp” thực sự (tương đương ≤ 12.5 mg hydrochlorothiazide). Thêm vào đó, hầu hết các thử nghiệm kết cục ở Hoa Kỳ, kể cả ALLHAT, dùng chlorthalidone, một lợi tiểu giống thiazide nhưng hiệu quả gấp hai lần và có

thời gian tác động dài hơn hydrochlorothiazide. Trong nghiên cứu ALLHAT, liều trung bình của chlorthalidone là 20 mg, tương đương khoảng 40 mg hydrochlorothiazide. Dựa trên kết cục của nghiên cứu và quan sát cho thấy chlorthalidone hiệu quả hơn hydrochlorothiazide trong giảm huyết áp tâm thu 24 giờ, vì vậy chlorthalidone xứng đáng được cân nhắc trong điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi.

Mặt trái của hướng tiếp cận này là liệu pháp lợi tiểu với liều trung bình làm tăng nguy cơ giảm kali, giảm natri, đề kháng insulin, và đái tháo đường týp 2. Kết cục nghiên cứu vẫn chưa chứng minh được đái tháo đường do lợi tiểu có liên quan đến kết cục bệnh lý tim mạch hay không do thời gian theo dõi ngắn (<5 năm). Vì lý do đó, việc kéo dài thời gian theo dõi các đối tượng trong ALLHAT và các thử nghiệm khác đang được tiến hành để giải thích vấn đề trên.

CCBs

Ức chế canxi là thuốc đặc biệt tốt trong phòng ngừa đột quỵ ở người cao tuổi tăng huyết áp. Một phân tích gộp gần đây cho thấy dihydropyridine CCBs giảm bớt 10% nguy cơ đột quỵ so với các liệu pháp chủ động khác. Đa phần những lợi ích này có thể liên quan tới tác động hạ áp mạnh của chúng, thể hiện rõ trong nghiên cứu Đánh giá Sử dụng Lâu dài Thuốc hạ áp (Antihypertensive Long-term Use Evaluation (VALUE)) và ASCOT, với mức giảm 4-5 mm Hg huyết áp động mạch cánh tay được ghi nhận trong vài tháng đầu của điều trị CCB so sánh với điều trị ARB hay chẹn beta nên. Một ưu điểm của CCB là trung tính về mặt chuyển hóa và tương đối không có phản ứng phụ ngoại trừ phù ngoại biên. Đây cũng là ưu điểm chủ yếu của CCB so với lợi tiểu cho một quần thể mà hội chứng chuyển hóa / đề kháng insulin đang trở thành một đại dịch. Tuy nhiên, ưu điểm về mặt lý thuyết này vẫn chưa được chứng minh rõ ràng trong các thử nghiệm lâm sàng.

Dựa trên tác dụng giảm huyết áp và dữ liệu kết cục, CCB được chấp nhận dùng thay thế cho

lợi tiểu như là điều trị đầu tay cho tăng huyết áp ở người cao tuổi và có thể mang lại nhiều ưu điểm trong một số nhóm bệnh nhân, ví dụ với nhóm có hội chứng chuyển hóa. Tuy vậy, chúng ta vẫn cần chờ đợi các phân tích chi phí - hiệu quả từ các thử nghiệm lớn như ALLHAT và ASCOT để có thể đánh giá toàn diện ưu khuyết điểm của trị liệu đầu tay với CCB so với lợi tiểu ở người cao tuổi tăng huyết áp.

ACEi và ARB

Những thuốc hạ áp này mang lại nhiều ưu điểm về kết cục cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường với tiểu albumin hay bệnh thận mạn đi kèm. Khi được sử dụng đơn độc hay khi kết hợp với thuốc hạ áp khác, ACEi và ARB giảm tỉ lệ mới mắc của đái tháo đường mới phát hiện khoảng 25% khi so sánh với các trị liệu chủ động khác, một ưu thế rõ ràng ở người cao tuổi. Thêm vào đó, nhóm thuốc này còn được dung nạp tốt hơn các nhóm khác, ngoại trừ tác dụng phụ ho do ACEi. Tuy nhiên, tác dụng giảm huyết áp của nhóm thuốc này không mạnh bằng CCB và lợi tiểu ở đối tượng người cao tuổi, có thể do trạng thái tăng thể tích / ức chế renin ở người cao tuổi. Như đã được chứng minh trong ALLHAT và VALUE, những thuốc đối vận hệ thống renin-angiotensin có ít biến cố thuận lợi hơn lợi tiểu hay CCB khi dùng như là trị liệu đầu tay ở người cao tuổi tăng huyết áp. Nhóm thuốc này hữu ích nhất trong liệu pháp kết hợp với một lợi tiểu hay CCB.

Các nhóm thuốc khác

Chẹn Beta, chẹn adrenergic, các tác nhân tác động lên thần kinh trung ương, gây giãn mạch trực tiếp, và đối vận thụ thể mineralcorticoid (aldosterone) đều hữu hiệu làm giảm huyết áp và trong điều trị một vài loại tổn thương cơ quan đích / các tình trạng đi kèm ở người cao tuổi tăng huyết áp, đặc biệt khi dùng phối hợp với các tác nhân đã bàn luận phần trên. Tuy vậy, những nhóm thuốc này thiếu dữ liệu kết cục để hỗ trợ cho việc sử dụng chúng như là trị liệu đầu tay cho tăng huyết áp không biến chứng ở người cao tuổi.

Điều chỉnh lối sống

Việc giảm cân cho hầu hết bệnh nhân, và tăng cường hoạt động thể lực cho mọi bệnh nhân, rất hiệu quả trong giảm huyết áp ở người cao tuổi, nếu cá nhân đó tuân thủ tốt lời khuyên thể dục và chế độ ăn. Mặt khác, thay đổi chế độ ăn và sử dụng rượu điều độ tỏ ra hữu ích. Những biện pháp này được chỉ định cho tất cả đối tượng tăng huyết áp vì hiệu quả làm giảm toàn bộ các yếu tố nguy cơ tim mạch và vì điều chỉnh lối sống đồng thời cũng tăng cường hiệu quả của điều trị bằng thuốc.

SUMMARY

In managing chronic diseases, elderly patients are often subjects that need cautious

considerations. With hypertension, there is no such thing as one common and specific treatment goal for every individuals. In fact, treatment should be personalized, patient-centered, based on the triad of: comorbidities - frailty levels - hypertension. Initiation of treatment should be at low-dose and titrate to the desired dose, avoid lowering blood pressure less than 120/60mmHg and implementation of lifestyle changing should always be discussed with patients. Choices of medication should be based on co-existing conditions, diuretics have shown evidence of advantages towards elderly patients, then consider CCBs and RAAS inhibitors.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-1252. Abstract
2. Julius S, Kjeldsen SE, Weber M, et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial. *Lancet*. 2004;363:2022-2031. Abstract
3. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al. Prevention of cardiovascular events with antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicenter randomized controlled trial. *Lancet*. 2005;366, 895-906.
4. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA*. 2003;289:2534-2544. Abstract
5. Carter BL, Ernst ME, Cohen JD. Hydrochlorothiazide versus chlorthalidone: evidence supporting their interchangeability. *Hypertension*. 2004;43:4-9. Abstract
6. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) *Hypertension*. 2006;47:352-358. Abstract Angeli F, Verdecchia P, Reboldi GP, et al. Calcium channel blockade to prevent stroke in hypertension: a meta-analysis of 13 studies with 103,793 subjects. *Am J Hypertens*. 2004;17:817-822. Abstract 2014