

Some highlights in the field of cardiovascular disease prevention in 2023

Van Duc Hanh^{1✉}, Bui Thi Thanh Huyen², Truong Thi Thuy Nga³

Bui Vinh Ha^{1,2}, Pham Manh Hung^{1,2}, Nguyen Lan Viet^{1,2}

¹ Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

² Hanoi Medical University

³ Bach Mai Hospital

► Correspondence to

Dr. Van Duc Hanh
Vietnam National Heart Institute,
Bach Mai Hospital
Email: duchanhvan@gmail.com

► Received 02 January 2024

Accepted 14 January 2024

Published online 20 January 2024

To cite: Van DH, Bui TTH, Truong TTN, et al. *J Vietnam Cardiol* 2024;**107S**(1):50-56

ABSTRACT

Cardiovascular risk stratification is an essential evaluation for physicians in tailoring specific treatment objectives for individual patients. SCORE2-Diabetes was developed to predict the 10-year risk of cardiovascular disease in individuals with type 2 diabetes. Additionally, the PREVENT Equations were derived and validated to predict the 10-year and 30-year risk of total cardiovascular disease (including atherosclerotic cardiovascular disease and heart failure) in adults aged 30 to 79 years. These tools support the approach to screening, risk assessment, prevention, and treatment strategies for cardiovascular disease. The lack of evidence supporting the efficacy, especially in stroke prevention, of beta-blockers in reducing cardiovascular outcomes is notable. Therefore, adhering to current treatment guidelines when prescribing beta-blockers as first-line therapy in hypertension is crucial to optimize patient outcomes. Recent positive studies in various aspects of cardiovascular prevention, particularly in dyslipidemia management in 2023, lay a fundamental premise for enhancing cardiovascular outcomes in the future.

Keywords: prevention, cardiovascular disease risk, SCORE2-Diabetes, PREVENT, hypertension, dyslipidemia.

Một số điểm nổi bật trong lĩnh vực dự phòng bệnh lý tim mạch năm 2023

Văn Đức Hạnh^{1✉}, Bùi Thị Thanh Huyền², Trương Thị Thuý Nga³

Bùi Vĩnh Hà^{1,2}, Phạm Mạnh Hùng^{1,2}, Nguyễn Lân Việt^{1,2}

¹ Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Phân tầng nguy cơ bệnh lý tim mạch giúp bác sĩ thực hành lâm sàng đưa ra các mục tiêu điều trị cụ thể cho từng cá thể người bệnh. Cập nhật nguy cơ bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong vòng 10 năm cho người bệnh đái tháo đường typ

► Tác giả liên hệ

BSCKII. Văn Đức Hạnh
Viện Tim mạch Việt Nam,
Bệnh viện Bạch Mai
Email: duchanhvan@gmail.com

- Nhận ngày 02 tháng 01 năm 2024
Chấp nhận đăng ngày 14 tháng 01 năm 2024
Xuất bản online ngày 20 tháng 01 năm 2024

Mẫu trích dẫn: Van DH, Bui TTH, Truong TTN, et al. *J Vietnam Cardiol* 2024;**1075**(1):50-56

2 và nguy cơ bệnh lý tim mạch toàn bộ trong vòng 10 năm và 30 năm thông qua thang điểm SCORE2-Diabetes và công cụ PREVENT hứa hẹn giúp ích nhiều trong sàng lọc, đánh giá nguy cơ, xác định mức độ bệnh lý tim mạch cũng như đưa ra các biện pháp dự phòng và điều trị. Việc thiếu các bằng chứng chứng minh hiệu quả trong cải thiện biến cố tim mạch đặc biệt là đột quỵ của thuốc chẹn beta giao cảm đòi hỏi việc sử dụng thuốc này cần tuân theo các hướng dẫn điều trị hiện hành để mang lại hiệu quả tốt nhất cho người bệnh tăng huyết áp. Nhiều khía cạnh trong dự phòng bệnh tim mạch đặc biệt là lĩnh vực điều trị rối loạn lipid máu có các nghiên cứu có giá trị được báo cáo trong năm 2023 là tiền đề để có chiến lược hiệu quả hơn trong cải thiện biến cố tim mạch trong các năm tiếp theo.

Từ khóa: dự phòng, nguy cơ bệnh lý tim mạch, SCORE2-Diabetes, PREVENT, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.

MỞ ĐẦU

Năm 2023 có thể được coi là một năm quan trọng trong lĩnh vực dự phòng bệnh lý tim mạch với sự ra đời của các thang điểm SCORE2-Diabetes để dự đoán nguy cơ bệnh lý tim mạch do xơ vữa dành cho người đái tháo đường typ 2 và công cụ PREVENT để xác định nguy cơ bệnh lý tim mạch toàn bộ cho người từ 30 – 79 tuổi. Nhiều nghiên cứu mới trong lĩnh vực dự phòng trong đó chủ yếu về rối loạn lipid máu được báo cáo tại các Hội nghị lớn trên thế giới. Mặt khác, khuyến cáo quản lý Tăng huyết áp của Hội tăng huyết áp Châu Âu ra đời vào năm 2023 cũng được lưu ý với nhiều chỉ định bổ

sung trong thực hành lâm sàng nhưng cũng có một số tranh cãi cần bàn luận để từ đó thực hành hiệu quả.

SỰ RA ĐỜI CỦA THANG ĐIỂM SCORE2 - DIABETES VÀ CÔNG CỤ TÍNH TOÁN PREVENT

Phân tầng nguy cơ tim mạch đóng vai trò nền tảng trong dự phòng và xác định mục tiêu điều trị các bệnh lý tim mạch.^{1,2} Một số công cụ hoặc thang điểm như Framingham, SCORE, ACC/AHA PCE (ACC/AHA pooled cohort equations), QRISK và Suita được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng để dự đoán nguy cơ mắc hoặc tử vong do bệnh lý tim mạch trong vòng 10 năm ở các nhóm đối tượng dân cư khác nhau.³ Thang điểm SCORE dựa trên thông số bao gồm tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, chỉ số huyết áp tâm thu và nồng độ cholesterol toàn phần được Hội Tim Mạch Châu Âu khuyến cáo sử dụng năm 2016 để dự đoán nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch xơ vữa trong vòng 10 năm.⁴ Tuy nhiên, tổng gánh nặng của bệnh lý tim mạch do xơ vữa được phản ánh bởi tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong tim mạch sẽ phản ánh đầy đủ hơn bộ mặt lâm sàng và yếu tố kinh tế xã hội; thang điểm SCORE chưa phản ánh được đòi hỏi phức tạp này. Chính vì vậy, thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP ra đời và được hướng dẫn sử dụng trong Khuyến cáo của Hội Tim Mạch Châu Âu năm 2021 dành cho những người từ 40 – 70 tuổi và trên 70 tuổi để khắc phục các nhược điểm trước đó của thang điểm SCORE.2 Các yếu tố đưa vào trong mô hình để dự đoán bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong vòng 10 năm cho

người lớn có bề ngoài hoàn toàn khỏe mạnh bao gồm cả tử vong và không tử vong trong thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP bao gồm giới tính, tuổi, chỉ số huyết áp tâm thu, tình trạng hút thuốc và nồng độ non-HDL. Người bệnh có bệnh lý tim mạch do xơ vữa đã được xác định, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, tăng cholesterol máu gia đình được phân tầng nguy cơ tim mạch riêng dựa vào lâm sàng, tổn thương cơ quan đích và xét nghiệm.² Dựa vào phân tầng nguy cơ tim mạch bao gồm nguy cơ thấp đến vừa, nguy cơ cao và nguy cơ rất cao, các mục tiêu điều trị bao gồm mục tiêu huyết áp, mục tiêu LDL-C cũng như các biện pháp điều trị khác và các biện pháp điều trị không dùng thuốc như chế độ ăn và sự thay đổi lối sống sẽ được cá thể hoá cho từng người bệnh cụ thể.²

Hai năm sau khi ra đời thang điểm SCORE2, Hội Tim Mạch Châu Âu công bố thang điểm SCORE2-Diabetes. Sử dụng dữ liệu cá nhân của 229.460 người bệnh đái tháo đường typ 2 và hiệu chỉnh trên 217.036 người bệnh đái tháo đường typ 2 ở Thụy Điển, Tây Ban Nha, Mata và Croatia, thang điểm SCORE2-Diabetes cho phép ước lượng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch trong vòng 10 năm cho người bệnh đái tháo đường typ 2. Các yếu tố đưa vào trong thang điểm này tương tự thang điểm SCORE2 nhưng thêm ba yếu tố là: tuổi chẩn đoán đái tháo đường, nồng độ HbA1c và mức lọc cầu thận. Theo thang điểm SCORE2-Diabetes, người bệnh đái tháo đường typ 2 sẽ được xác định nguy cơ thấp (<5%), nguy cơ trung bình (5 – <10%), nguy cơ cao (10 – <20%) và nguy cơ tim mạch rất cao (\geq 20%). Thang điểm SCORE2-Diabetes hứa hẹn sẽ hỗ trợ cho các thay đổi về chiến lược dự phòng và điều trị cho người bệnh đái tháo đường typ 2 trong tương lai.^{5,6}

Phương trình ACC/AHA PCE được Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ và Hội Tim Mạch Hoa Kỳ giới thiệu vào năm 2013 để dự đoán nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong vòng 10 năm cho người từ 40 – 75 tuổi. Các yếu tố đưa vào trong mô hình dự đoán trong phương trình này bao gồm tuổi, giới tính, chủng tộc, chỉ số huyết áp tâm thu, chỉ số huyết áp tâm trương, nồng độ cholesterol toàn phần, nồng

độ HDL, nồng độ LDL, tiền sử đái tháo đường, tình trạng hút thuốc lá, tình trạng điều trị tăng huyết áp, tình trạng sử dụng statin và tình trạng sử dụng aspirin.⁷ Một số nhược điểm của ACC/AHA PCE như không đánh giá nguy cơ tim mạch toàn bộ (trong đó bao gồm suy tim), chưa phản ánh được sự thay đổi nguy cơ tim mạch trong khi các biện pháp điều trị hiện tại bao gồm thuốc và dụng cụ can thiệp đã có sự tiến bộ so với cách đây 10 năm, không áp dụng được cho các cá thể không thuộc chủng tộc hoặc dân tộc đã được đưa vào trong mô hình. Mặt khác trong những năm gần đây, các bệnh lý tim mạch bao gồm bệnh tim mạch do xơ và suy tim liên quan đến tim mạch – thận – chuyển hoá là các vấn đề mới nổi và được quan tâm nhiều trong các thử nghiệm thuốc cũng như hướng dẫn điều trị. Thêm vào đó bệnh lý tim mạch đang ngày càng trẻ hoá cũng là một thách thức đáng lưu ý.⁸ Đứng trước các nhược điểm trên của ACC/AHA PCE cũng như tình trạng bệnh lý tim mạch hiện tại, công cụ tính toán nguy cơ tim mạch PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS) ra đời để đánh giá nguy cơ tim mạch đầy đủ, chính xác và công bằng hơn trên các nhóm dân cư. Khan và cộng sự đã sử dụng dữ liệu cá nhân của 6.612.004 người có độ tuổi từ 30 – 79 trong 25 nghiên cứu thuần tập và 21 dữ liệu từ thế giới thực để dự đoán nguy cơ tim mạch toàn bộ bao khả năng mắc bệnh lý tim mạch xơ vữa (không tử vong và không tử vong) và suy tim, nguy cơ mắc một số bệnh lý tim mạch (bệnh động mạch ngoại biên và rung nhĩ) và nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 10 và 30 năm. Các yếu tố đưa vào trong mô hình dự đoán các bệnh lý tim mạch trong công cụ PREVENT bao gồm các yếu tố cơ bản như tuổi, giới tính, huyết áp, nồng độ cholesterol toàn phần, thuốc đang sử dụng, tình trạng mắc đái tháo đường, tình trạng hút thuốc và chức năng thận, ngoài ra có thể thêm vào các yếu tố như tỷ số albumin/creatinin niệu hoặc nồng độ HbA1c và yếu tố xã hội khi có chỉ định. Như vậy, công cụ đánh giá nguy cơ PREVENT đã loại bỏ yếu tố chủng tộc và đưa vào nhiều yếu tố khác trong đó có các yếu tố xã hội đã đưa ra đánh giá nguy cơ toàn diện hơn từ đó giúp phòng ngừa hiệu quả hơn bệnh

lý tim mạch cho từng có thể. Mặt khác, việc đưa các tình trạng bệnh thận và chuyển hoá trong mô hình giúp công cụ PREVENT được kỳ vọng sẽ có hiệu quả trong vai trò sàng lọc, đánh giá nguy cơ từ đó giúp xác định giai đoạn bệnh lý tim mạch – thận – chuyển hoá. Các chiến lược giảm nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch – thận – chuyển hoá dựa vào công cụ PREVENT cũng được đề xuất nhằm mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh ở các nhóm dân cư khác nhau. Các mảnh ghép còn thiếu trong công cụ PREVENT cần hoàn thiện bao gồm xác định hiệu quả kỳ vọng của các biện pháp điều trị dựa theo từng mức độ nguy cơ của cá thể, cần thêm các dữ liệu từ các chủng tộc và dân tộc khác nhau, cần thêm các dữ liệu liên quan đến đời sống xã hội, mở rộng đánh giá nguy cơ và phòng ngừa ở độ tuổi trẻ hơn (trẻ em, thanh thiếu niên) và những giai đoạn quan trọng trong cuộc đời như thời kỳ chu sản ở phụ nữ, nghiên cứu dự đoán các biến cố tim mạch ở người bệnh thận nặng đặc biệt người kèm đái tháo đường.^{8,9}

MỘT SỐ NGHIÊN CỨU NỔI BẬT TRONG LĨNH VỰC DỰ PHÒNG BỆNH LÝ TIM MẠCH TRONG NĂM 2023

Kết quả của một số nghiên cứu nổi bật về dự phòng bệnh lý tim mạch được công bố tại hội nghị của trường môn Tim mạch Hoa Kỳ năm 2023 có thể giúp thay đổi thực hành lâm sàng trong tương lai. Thử nghiệm CLEAR chứng minh việc sử dụng acid Bempedoic giúp giảm tổng biến cố tim mạch (bao gồm tử vong tim mạch, nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ không tử vong và tái can thiệp động mạch vành) có ý nghĩa so với placebo khi theo dõi 3,4 năm ở người có nguy cơ tim mạch cao hoặc người có đã mắc bệnh lý tim mạch do xơ vữa mà không dung nạp được với điều trị statin. Chiến lược “điều trị đến đích” không kém hơn chiến lược “sử dụng statin cường độ cao” trong thử nghiệm LOADSTAR về hiệu quả giảm tổng biến cố tim mạch (bao gồm tử vong tim mạch, nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ và tái can thiệp động mạch vành) sau 3 năm ở người bệnh động mạch vành. MK-0616 là một thuốc ức chế PCSK9 đường uống được chứng minh trong một thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi có

đối chứng đa trung tâm pha 2b giúp giảm đáng kể và ổn định LDL-C sau 8 tuần, đặc biệt mức giảm này liên quan đến liều thuốc điều trị. Một phân tích gộp trên 31.197 người bệnh thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao được điều trị statin tham gia vào các thử nghiệm đa quốc gia PROMINENT, REDUCE-IT và STRENGTH chứng minh nguy cơ tổng biến cố tim mạch, tử vong tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân nhiều hơn ở nhóm có nồng độ hsCRP cao so với nhóm có nồng độ hsCRP thấp. Việc hỗ trợ của công nghệ và thiết bị máy móc trên nền tảng dữ liệu có sẵn trong thử nghiệm PCDS Statin đã làm tăng tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin hoạt lực mạnh ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và có nhiều bệnh đồng mắc. Sử dụng trí tuệ nhân tạo phân tích quan hệ nhân quả từ dữ liệu của 76 thử nghiệm lâm sàng chứng minh nguy cơ đa hình gen đối với các gánh nặng chăm sóc y tế có thể vượt qua bằng việc hạ thấp LDL-C, hạ huyết áp hoặc hạ cả hai yếu tố này trong đó cần ưu tiên hơn ở người tuổi cao hơn. Chế độ ăn Ketogenic (giàu chất béo và ít carbonhydrat) làm tăng nồng độ LDL-C, triglycerid và apoB cũng như làm tăng tổng biến cố tim mạch chính so với chế độ ăn bình thường trong một nghiên cứu theo dõi chế độ ăn kéo dài 11,8 năm.¹⁰

Bên cạnh đó tại hội nghị thường niên năm 2023 của Hội Tim Mạch Châu Âu (ESC) cũng công bố một số các nghiên cứu mới đột phá trong lĩnh vực dự phòng bệnh lý tim mạch. Muvalaptin được chứng minh giúp giảm 63 – 65% Lp(a) trong thử nghiệm pha 1 để đánh giá tính an toàn, hiệu quả, dược động học, dược lực học và khả năng dung nạp thuốc. Nghiên cứu NATURE PARADOX cho thấy ở cùng độ tuổi, nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch lần đầu cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nồng độ LDL-C cao hơn mức trung bình so với nhóm bệnh nhân có nồng độ LDL-C ở mức trung bình và nhóm bệnh nhân có nồng độ LDL-C thấp hơn trung bình. Mặt khác, tỷ lệ xảy ra biến cố tim mạch lần đầu tương tự ở 3 nhóm phơi nhiễm tích lũy với LDL-C nhưng biến cố tim mạch lần đầu lại xảy ra cao hơn có ý nghĩa có nhóm có LDL-C cao hơn sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gia đình, đái tháo đường và hút thuốc lá. Thang

điểm SCORE2 có thể áp dụng có hiệu quả trong dự đoán nguy cơ bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong 10 năm ở nhóm cư dân Châu Á Thái Bình Dương và vùng Trung Đông cho nhóm đối tượng có nguy cơ thấp đến trung bình nhưng thiếu dữ liệu chắc chắn cho nhóm có nguy cơ tim mạch cao là nội dung chính trong nghiên cứu SCORE2 – ASIA. Chụp CT không cản quang có cổng điện tâm đồ, đo huyết áp tay chân và xét nghiệm máu trong nghiên cứu DANCAVAS được chứng minh mang lại lợi ích sàng lọc bệnh lý tim mạch bao gồm nhồi máu cơ tim cấp, đột quy, suy tim, tử vong tim mạch và phình động mạch chủ bằng, mặt khác giúp giảm nguy cơ xuất huyết nội sọ cho nam giới từ 65 – 69 tuổi. Một số nghiên cứu chứng minh hiệu quả của Inclisiran, Recaticimab và Olapasiran trong cải thiện mục tiêu điều trị lipid máu ở các đối tượng khác nhau cũng được báo cáo tại Hội nghị này.¹¹

TRANH CÃI VỀ VỊ TRÍ CỦA CHEN BETA GIAO CẢM TRONG KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA HỘI TĂNG HUYẾT ÁP CHÂU ÂU NĂM 2023

Hội Tăng huyết áp Châu Âu (European Society of Hypertension) kết hợp với Liên đoàn Tăng huyết áp thế giới (International Society of Hypertension - ISH) và Hội Thận Châu Âu (European Renal Association – ERA) đã xuất bản Khuyến cáo về quản lý Tăng huyết áp năm 2023 với nhiều điểm cập nhật. Một số điểm mới đáng chú ý trong khuyến cáo này có thể kể ra như (1) định nghĩa rõ ràng các phương pháp đo huyết áp tại các cơ sở và địa điểm khác nhau trong đó có nhấn mạnh vai trò của các biện pháp đo huyết áp ngoài phòng khám, (2) cập nhật về can thiệp thay đổi lối sống, (3) cập nhật về vai trò của sử dụng viên uống nhiều thành phần trong điều trị tăng huyết áp, (4) cập nhật về vai trò của đốt thần kinh giao cảm thận trong điều trị tăng huyết áp, (5) cập nhật điều trị tăng huyết áp ở người suy tim có phân suất tống máu bảo tồn và người suy tim có phân suất tống máu giảm, (6) cập nhật điều trị tăng huyết áp ở người bệnh thận mạn tính, người bệnh đái tháo đường typ 2 và các đối tượng đặc biệt như trẻ em, thanh thiếu niên, người trẻ, phụ nữ mang

thai, người bệnh động mạch ngoại biên, người có bệnh lý van tim, người bệnh tăng huyết áp cấp cứu, người béo phì và người mắc các bệnh lý liên quan đến nhiều chuyên khoa khác...¹²

Một điểm khác biệt trong khuyến cáo này so với khuyến cáo điều trị Tăng huyết áp của Trường Môn Tim Mạch Hoa Kỳ/Hội Tim Mạch Hoa Kỳ năm 2017 và điểm đó gây tranh cãi trong thực hành điều trị là việc Hội Tăng huyết áp Châu Âu năm nay xếp thuốc chẹn beta giao cảm ngang hàng bên cạnh các thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin, thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn kênh canxi trong lựa chọn đầu tay khi điều trị tăng huyết áp.^{12,13} Các lo ngại liên quan đến hiệu quả giảm đột quy của thuốc chẹn beta giao cảm so với các thuốc khác là nguyên nhân chính gây ra các tranh cãi này. Một số nghiên cứu thuần tập kết luận so với thuốc đối kháng thụ thể angiotensin và thuốc chẹn kênh canxi thì thuốc chẹn beta giao cảm kém hơn khoảng 25% trong tiêu chí giảm biến cố đột quy.^{14,15} Một nghiên cứu meta-analysis trên 46 thử nghiệm lâm sàng với 248.887 người tham gia đưa ra kết luận thuốc chẹn beta giao cảm không cải thiện tử vong tim mạch (RR 0,99; 95%CI 0,87 – 1,13) và khả năng giảm nguy cơ đột quy kém hơn 49%, 41%, 35% và 46% lần lượt so với thuốc chẹn kênh canxi, thuốc ức chế men chuyển, thuốc đối kháng thụ thể và lợi tiểu thiazide.¹⁶ Mặt khác, một nghiên cứu quan sát đánh giá hiệu quả và an toàn của thuốc chẹn beta giao cảm thế hệ thứ ba so với atenolol trong điều trị tăng huyết áp dựa vào các dữ liệu điện tử từ 2001 đến 2018 trên lần lượt 118.133 và 267.891 người dùng chẹn beta giao cảm thế hệ thứ 3 (gồm carvediolol và nebivolol) và atenolol cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả và an toàn của 2 thế hệ thuốc chẹn beta giao cảm này. Thậm chí sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm thế hệ thứ 3 làm tăng nguy cơ tai biến mạch não hơn so với người sử dụng thuốc ức chế men chuyển và lợi tiểu thiazide.¹⁷ Như vậy, cần cân nhắc khi lựa chọn thuốc chẹn beta giao cảm khi chỉ định cho người tăng huyết áp. Việc lựa chọn thuốc trong điều trị tăng huyết áp nên dựa vào bằng chứng lợi ích của thuốc hơn là sự tiện lợi và có sẵn.¹⁸ Trong tương

lai, chúng ta vẫn rất cần các nghiên cứu ngẫu nhiên được thiết kế tốt hơn để đánh giá hiệu quả của thuốc chẹn beta giao cảm. Tóm lại, cần nhấn mạnh rằng mặc dù thuốc chẹn beta giao cảm được xếp ngang hàng các thuốc khác trong chỉ định điều trị bệnh nhân tăng huyết áp nhưng lựa chọn chẹn beta giao cảm cần hết sức cẩn thận và nên chỉ định thuốc này cho các đối tượng ưu tiên như các khuyến cáo thực hành đã hướng dẫn. Cụ thể, thuốc chẹn beta giao cảm nên được chỉ định ưu tiên cho người bệnh tăng huyết áp kèm hội chứng động mạch vành mạn tính, người bệnh sau nhồi máu cơ tim, người bệnh hội chứng động mạch vành cấp, người bệnh suy tim có phân suất tống máu giảm, người bệnh suy tim có phân suất tống máu bảo tồn nếu có nguyên nhân từ mạch vành, người bệnh có rối loạn nhịp tim, người bệnh rung nhĩ, phụ nữ mang thai hoặc phụ nữ có kế hoạch mang thai.¹²

KẾT LUẬN

Công cụ tính toán nguy cơ tim mạch toàn bộ PREVENT và thang điểm SCORE2-Diabetes được dự đoán sẽ hỗ trợ hiệu quả trong thực hành điều trị các bệnh lý tim mạch trong tương lai. Các nghiên cứu tiếp theo vẫn cần được tiến hành để hiệu chỉnh và áp dụng các công cụ và thang điểm này trong chiến lược dự phòng và điều trị bệnh lý tim mạch cho từng người bệnh cụ thể. Đối với điều trị tăng huyết áp, việc sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm cần tôn trọng các lựa chọn ưu tiên như các khuyến cáo hiện hành để đảm bảo lợi ích tốt nhất cho người bệnh về khía cạnh giảm nguy cơ đột quỵ. Một số nghiên cứu được công bố tại các Hội nghị Tim Mạch lớn năm nay tập trung khá nhiều vào phần lipid máu hứa hẹn mang lại các phương pháp điều trị cải thiện tình trạng này trong tương lai cho nhiều đối tượng khác nhau.

BÁO CÁO XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả không có xung đột lợi ích trong bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019

ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [published correction appears in *Circulation*. 2019;140(11):e649-e650] [published correction appears in *Circulation*. 2020;141(4):e60] [published correction appears in *Circulation*. 2020;141(16):e774]. *Circulation*. 2019;140(11):e596-e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000678

2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [published correction appears in *Eur Heart J*. 2022;43(42):4468]. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
3. Westerlund AM, Hawe JS, Heinig M, et al. Risk Prediction of Cardiovascular Events by Exploration of Molecular Data with Explainable Artificial Intelligence. *Int J Mol Sci*. 2021;22(19):10291. doi:10.3390/ijms221910291
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
5. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. *Eur Heart J*. 2023;44(28):2544-2556. doi:10.1093/eurheartj/ehad260
6. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes [published correction appears in *Eur Heart J*. 2023;44(48):5060]. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
7. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice

- Guidelines [published correction appears in *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S74-5]. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S49-S73. doi:10.1161/01.cir.0000437741.48606.98
8. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, et al. Development and Validation of the American Heart Association Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS (PREVENT) Equations. *Circulation*. Published online November 10, 2023. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626
 9. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, et al. Novel Prediction Equations for Absolute Risk Assessment of Total Cardiovascular Disease Incorporating Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148(24):1982-2004. doi:10.1161/CIR.0000000000001191
 10. Gupta K, Balachandran I, Foy J, et al. Highlights of Cardiovascular Disease Prevention Studies Presented at the 2023 American College of Cardiology Conference. *Curr Atheroscler Rep*. 2023;25(6):309-321. doi:10.1007/s11883-023-01103-4
 11. Gupta K, Hinkamp C, Andrews T, et al. Highlights of Cardiovascular Disease Prevention Studies Presented at the 2023 European Society of Cardiology Congress. *Curr Atheroscler Rep*. 2023;25(12):965-978. doi:10.1007/s11883-023-01164-5
 12. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480
 13. Colantonio LD, Booth JN, Bress AP, et al. 2017 ACC/AHA Blood Pressure Treatment Guideline Recommendations and Cardiovascular Risk. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(11):1187-1197. doi:10.1016/j.jacc.2018.05.074
 14. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet*. 2002;359(9311):995-1003. doi:10.1016/S0140-6736(02)08089-3
 15. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al. Prevention of cardiovascular events with an 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 multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366(9489):895-906. doi:10.1016/S0140-6736(05)67185-1
 16. Wei J, Galaviz KI, Kowalski AJ, et al. Comparison of Cardiovascular Events Among Users of Different Classes of Antihypertension Medications: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1921618. Published 2020 Feb 5. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.21618
 17. Chan You S, Krumholz HM, Suchard MA, et al. Comprehensive Comparative Effectiveness and Safety of First-Line β -Blocker Monotherapy in Hypertensive Patients: A Large-Scale Multicenter Observational Study. *Hypertension*. 2021;77(5):1528-1538. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16402
 18. Messerli FH, Bangalore S, Mandrola JM. β blockers switched to first-line therapy in hypertension. *Lancet*. 2023;402(10414):1802-1804. doi:10.1016/S0140-6736(23)01733-6