

Update on hypertension management in the elderly

Ngo Hoang Toan¹, Tran Kim Son^{1✉}, Huynh Van Minh²

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy

²Vietnam National Heart Association

ABSTRACT

Hypertension and the aging process have garnered increasing attention, especially considering the rising prevalence of hypertension among the elderly population. Significant updates regarding diagnostic thresholds, treatment interventions, and management strategies for hypertension in the elderly have been outlined by the European Society of Hypertension (ESH) in 2023. For individuals aged 65-79 without isolated systolic hypertension, the treatment goal is to achieve blood pressure <140/80 mmHg, with isolated systolic hypertension targeted at maintaining systolic blood pressure between 140-150 mmHg. For those aged 80 and above, the treatment aim is to maintain blood pressure between 140-150 mmHg for systolic blood pressure and <80 mmHg for diastolic blood pressure, without lowering it below 120/70 mmHg. Patients of very older with systolic blood pressure <120 mmHg or severe frailty may consider reducing antihypertensive therapy.

Keywords: Hypertension, ESH, 2023, elderly.

► Correspondence to

Dr. Tran Kim Son
Can Tho University of Medicine and
Pharmacy
Email: tkson@ctump.edu.vn

► Received 30 March 2024

Accepted 18 May 2024

Published online 31 May 2024

To cite: Ngo HT, Tran KS,
Huynh VM. *J Vietnam Cardiol*
2024;109:23-29

Cập nhật quản lý tăng huyết áp ở người cao tuổi

Ngô Hoàng Toàn¹, Trần Kim Sơn^{1✉}, Huỳnh Văn Minh²

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Hội Tim mạch học Việt Nam

TÓM TẮT

Tăng huyết áp và quá trình lão hóa có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi ngày càng gia tăng và quá trình quản lý đang ngày càng chú trọng. Những thay đổi đáng chú ý về ngưỡng chẩn đoán, can thiệp điều trị và các biện pháp quản lý tăng huyết áp ở người cao tuổi theo nhóm tuổi, hoạt động chức năng và theo dõi đánh giá đã được Hội Tăng huyết áp Châu Âu đưa ra năm 2023 với các cập nhật quan trọng. Ở người từ 65-79 tuổi không có tăng huyết áp tâm thu đơn độc, mục tiêu điều trị là đưa huyết áp tâm thu đơn độc. Ở người từ 80 tuổi trở lên mục tiêu điều trị là 140-150mmHg đối với huyết áp tâm thu và <80mmHg với huyết áp tâm trương nhưng không hạ thấp hơn 120/70 mmHg. Những bệnh nhân rất cao tuổi có huyết áp tâm thu <120 mmHg hoặc có suy yếu nặng hoặc hạ huyết áp tư thế nặng nên xem xét giảm liều pháp điều trị hạ áp.

Từ khóa: tăng huyết áp, ESH, 2023, cao tuổi.

► Tác giả liên hệ

TS.BS. Trần Kim Sơn
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Email: tkson@ctump.edu.vn

► Nhận ngày 30 tháng 03 năm 2024

Chấp nhận đăng ngày 18 tháng 05
năm 2024

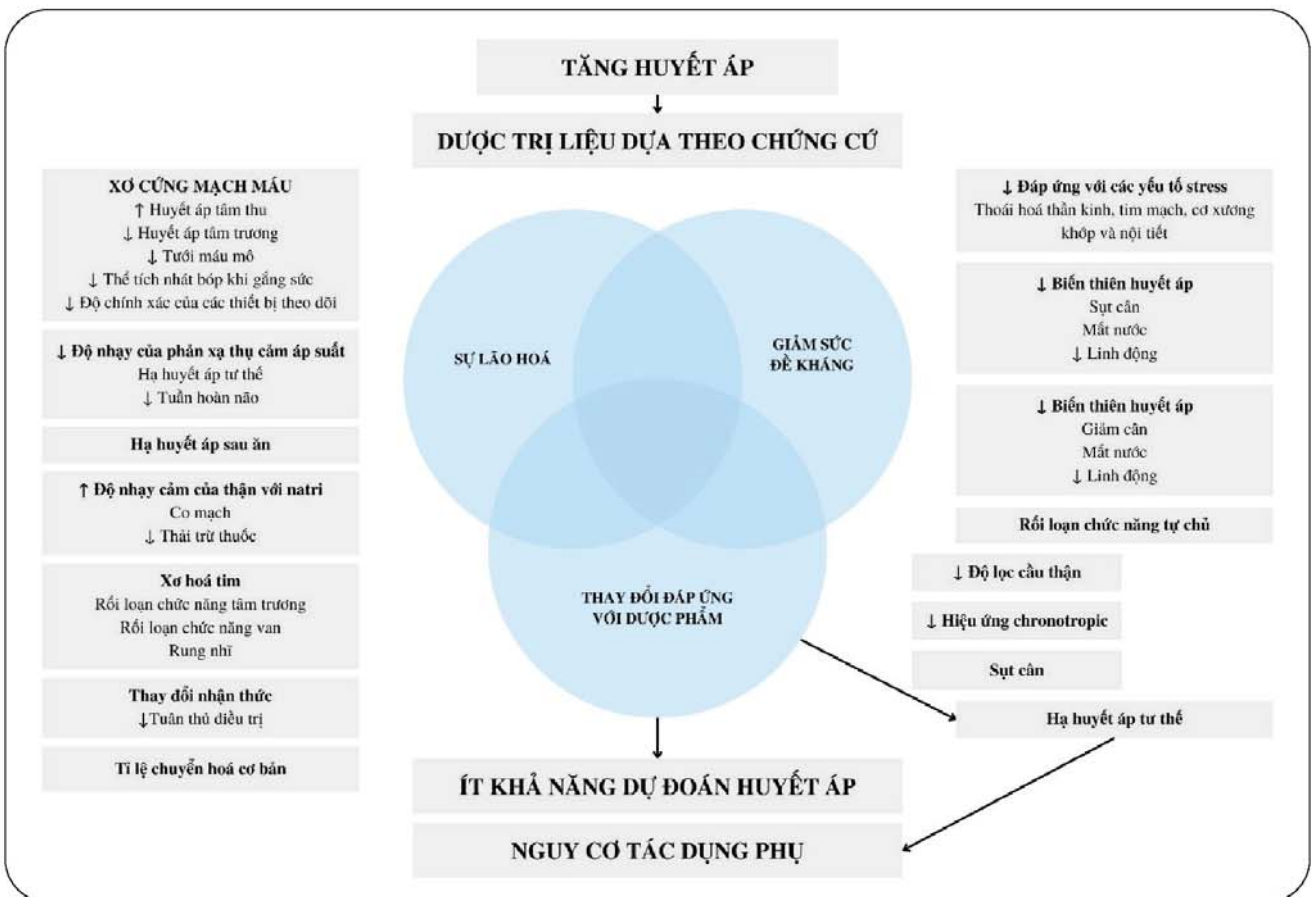
Xuất bản online ngày 31 tháng 05
năm 2024

Mẫu trích dẫn: Ngo HT, Tran
KS, Huynh VM. *J Vietnam Cardiol*
2024;109:23-29

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp rất phổ biến ở người cao tuổi dẫn đến gia tăng nguy cơ các biến chứng lên hệ tim mạch và thận. Ở người cao tuổi, huyết áp tâm thu (SBP) có tầm quan trọng hơn so với huyết áp tâm trương (DBP) và huyết áp tâm thu đơn độc (ISH) (tình trạng tăng huyết áp phổ biến ở người trên 70 tuổi). Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở người cao tuổi, áp lực mạch >65 mmHg có thể là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với các biến chứng và tử vong về tim mạch. Mặc dù tuổi không phải lúc nào cũng là tiêu chí quan trọng nhất để định nghĩa chiến lược chẩn đoán và điều trị cho tăng huyết áp, nhưng một số điều cần xem xét cho thấy rằng hai ngưỡng tuổi có thể hữu ích. Một ngưỡng tuổi là 65 tuổi, tức là tuổi mà sự gia tăng lão hóa hệ

mạch, dẫn đến một sự tăng mạnh về SBP và áp lực mạch với giảm DBP¹. Hơn nữa, sau tuổi này, hầu hết mọi người trở nên không còn hoạt động nghề nghiệp, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe cả về thể chất và tinh thần. Tuy nhiên, đa số những người ở độ tuổi từ 65-79 có tình trạng hoạt động tốt và không cần sự trợ giúp cho hầu hết các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của họ. Ngưỡng tuổi thứ hai là 80 tuổi trở lên, một phạm vi tuổi mà trong đó có một số lượng lớn người bệnh có nhiều bệnh kèm, suy yếu và mất tính tự lập². Đồng thời, một tỷ lệ đáng kể của dân số này duy trì được sức khỏe cơ thể, nhận thức và tinh thần tốt. Hậu quả là 80 tuổi trở lên là một nhóm tuổi đa dạng nhất về mặt chức năng trong khi đồng thời cũng là nhóm tuổi phát triển nhanh nhất trên thế giới, đặc biệt là ở châu Âu³.



Hình 1. Đa cơ chế tác động lên điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi⁴

NỘI DUNG TỔNG QUAN

Bệnh nhân từ 65 đến 79 tuổi

Ngưỡng và mục tiêu cho điều trị thuốc

Có bằng chứng mạnh mẽ từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCTs) cho thấy rằng trong phạm vi tuổi này, liệu pháp hạ áp giúp giảm đáng kể biến chứng về tim mạch cũng như tử vong về tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân. Ngoài ra, điều trị hạ áp nói chung có thể được dung nạp tốt. Các hướng dẫn trước đây khuyến cáo các ngưỡng điều trị hạ áp tương tự như những người trẻ tuổi, tức là 140 mmHg SBP hoặc 90 mmHg DBP. Giá trị mục tiêu của SBP trong phạm vi từ 130-139/80-89 mmHg với mục tiêu huyết áp gần với 130/80 mmHg, nếu dung nạp tốt có thể hạ thêm³. Tuy nhiên, dữ liệu gần đây cho thấy rằng mục tiêu huyết áp thấp hơn có thể được xem xét. Trong nhóm người tăng huyết áp từ 60–80 tuổi, thử nghiệm STEP đã chỉ ra rằng việc điều trị đến mục tiêu SBP 110-129 mmHg (trung bình 126,7 mmHg) dẫn đến tỷ lệ biến chứng về tim mạch thấp hơn so với điều trị tiêu chuẩn (mục tiêu SBP 130-149 mmHg)⁵. Một số biến chứng đã được giảm ở các bệnh nhân cao tuổi qua thử nghiệm SPRINT để đạt được giá trị SBP trung bình trên khoảng 122 mmHg so với giá trị SBP từ 130-139 mmHg. Tuy nhiên, thử nghiệm SPRINT có những hạn chế đã được thảo luận ở trên và trong các hướng dẫn trước đây⁶. Điều này cũng đúng cho thử nghiệm STEP, với các bệnh nhân có áp huyết không kiểm soát (tức là >140 mmHg), có thể làm tăng thêm biến chứng. Hơn nữa, STEP đã sử dụng việc ngừng dùng thuốc để ngẫu nhiên hóa các bệnh nhân với nhóm can thiệp là huyết áp mục tiêu thấp hơn so với nhóm đối chứng. Tuy nhiên, trong một phân tích tổng hợp của 32 RCTs trong 96.549 bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 65–80 (i) điều trị hạ áp được chứng minh với giảm biến chứng về tim mạch khi bệnh nhân có mức SBP cơ bản 140 mmHg; (ii) giảm SBP xuống <130 mmHg giúp giảm biến chứng và tử vong về tim mạch so với bệnh nhân huyết áp mục tiêu duy trì từ 139–130 mmHg và (iii) DBP được giảm xuống <80 mmHg so với việc giữ ở mức 80-89 mmHg tuy nhiên còn hạn chế trong nghiên cứu. Do đó, có vẻ thích hợp cho các hướng dẫn hiện tại để có một chút sửa đổi các mục tiêu áp

huyết được khuyến nghị trước đây ở bệnh nhân tăng huyết áp từ 65-79 tuổi. Tức là, (i) để nhấn mạnh việc khuyến nghị có mục tiêu ban đầu là giảm SBP trong khoảng từ 130-140 mmHg (ii) để xem xét, nếu điều trị được dung nạp tốt và không có dấu hiệu rõ ràng của giảm cung cấp máu cho cơ quan nên giảm SBP thêm xuống <130 mmHg (iii) tuy nhiên việc giảm DBP còn nhiều hạn chế³.

Chiến lược điều trị

Trong việc điều trị bệnh nhân cao tuổi, nên áp dụng các biện pháp can thiệp lối sống như ở bệnh nhân trẻ. Tuy nhiên, ở những người từ 80 tuổi trở lên, các biện pháp chỉ định cho bệnh nhân trẻ có thể cần được điều chỉnh. Mặc dù thừa cân và béo phì ảnh hưởng lên hệ tim mạch và chuyển hóa tuy nhiên các biện pháp **giảm cân** chặt có thể dẫn đến mất cơ, thoái hóa cơ và suy dinh dưỡng. Do đó, ngoại trừ trường hợp béo phì nặng hoặc ở những người cao tuổi sức khỏe tốt, nhìn chung không khuyến khích giảm cân trên đối tượng này. Ngoài ra, **hạn chế muối** có thể góp phần làm mất cảm giác ngon miệng với tác động xấu đến tình trạng dinh dưỡng và do đó không nên áp dụng, trừ trường hợp tiêu thụ muối rất cao (ví dụ: NaCl >10 g/ngày). Ở những bệnh nhân này, nên tập trung đặc biệt vào việc **tăng cường hoạt động thể chất**, điều chỉnh theo khả năng và sở thích cá nhân. Các hoạt động thể chất tập thể (ví dụ: khiêu vũ, thái cực, hoặc đi bộ) nên được ưu tiên để củng cố các mối quan hệ xã hội và ngăn sự cô đơn và biệt lập xã hội ở người cao tuổi. Ở bệnh nhân cao tuổi (kể cả những người trong tình trạng sức khỏe tốt), nên hạn chế gia tăng liều thuốc tránh tác dụng phụ hạ huyết áp. Ở bệnh nhân cao tuổi và đặc biệt là những người suy yếu, việc sử dụng **đơn trị liệu ban đầu** có thể được xem xét là bước điều trị đầu tiên so với những bệnh nhân trẻ, đặc biệt là ở nhóm huyết áp giai đoạn 1. Tuy nhiên, do việc kiểm soát sự tăng huyết áp tâm thu ở bệnh nhân cao tuổi rất khó khăn, ngay cả ở huyết áp giai đoạn 1, các bác sĩ nên xem xét việc sử dụng điều trị kết hợp hai thuốc ban đầu ở những bệnh nhân khỏe mạnh hoặc cố thể tăng liều điều trị bằng cách thêm một hoặc thậm chí là hai loại thuốc. Việc sử dụng điều trị kết hợp là cần thiết trong đa số bệnh nhân tăng huyết áp giai đoạn 2 và

ở những bệnh nhân này, việc kết hợp thuốc thường được xem xét là bước điều trị đầu tiên giúp cải thiện tuân thủ điều trị và giảm hiện tượng trì hoãn trong điều trị. Điều này đặc biệt quan trọng vì do đa bệnh, hơn một nửa số bệnh nhân già phải sử dụng đa thuốc, tức là được điều trị bằng ít nhất năm thuốc^{3,4}.

Thuốc

Trong trường hợp không có chỉ định cụ thể, không có bằng chứng nào cho thấy một loại thuốc cụ thể nào có lợi ích hay hại rõ rệt hơn trong dài hạn. Do đó, có thể sử dụng bất kỳ 1 trong số năm nhóm thuốc chính có thể được sử dụng. Tuy nhiên, bệnh nhân cao tuổi có thể mắc cảm hơn đối với các tác dụng phụ liên quan đến chẹn beta, đặc biệt là mệt mỏi hoặc rối loạn giấc ngủ (mơ lạ hoặc mất ngủ)⁷ có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống. Do đó, ở những người cao tuổi, chẹn beta không nên là lựa chọn chung đầu tiên cho điều trị trong trường hợp không có chỉ định bắt buộc hoặc các điều kiện khác được khuyến cáo. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng, có nhiều tình trạng tim mạch, mạch máu và không tim mạch, mà chẹn beta được chỉ định, và tỷ lệ phổ biến cao ở người cao tuổi⁸.

Theo dõi

Theo dõi phát hiện hạ huyết áp tư thế đứng phải được thực hiện theo cách hệ thống ở những người từ 65-79 tuổi, ngay cả khi không có triệu chứng. Theo dõi huyết áp hàng ngày tự động (HBPM) nên được thực hiện và giúp xác định giá trị huyết áp với biến thiên SBP cao trong nhóm tuổi này. Các phương pháp đo này cũng có thể được đề xuất ngay cả đối với bệnh nhân có sa sút trí tuệ từ nhẹ đến trung bình, bao gồm cả bệnh nhân mắc bệnh Alzheimer và các rối loạn thần kinh khác. HBPM có thể hữu ích, đặc biệt là ở bệnh nhân sử dụng nhiều loại thuốc, để xác định các cơn hạ huyết áp và thu thập thông tin về sự hiện diện và mức độ giảm huyết áp vào ban đêm³.

Bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên

Chỉ có một thử nghiệm lâm sàng dựa trên kết quả trong nhóm tuổi này, đó là thử nghiệm HYVET, cho thấy rằng ở bệnh nhân cao tuổi từ 80 tuổi trở lên (độ tuổi trung bình là 83 tuổi), việc điều trị hạ huyết áp đã đi kèm với nguy cơ giảm các sự kiện tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân [so với nhóm dùng giả

dược (tỷ lệ nguy cơ tương đối -21%), với lợi ích chính là ở tim phổi (tỷ lệ nguy cơ tương đối -64%)]. Tổng thể, lợi ích của việc giảm huyết áp ở nhóm người 80 tuổi trở lên và có vẻ không khác biệt so với những người cao tuổi khỏe mạnh. Ví dụ, trong một phân tích dưới nhóm, nghiên cứu HYVET cho thấy suy yếu không làm thay đổi tác động tích cực của điều trị chống tăng huyết áp⁹. Hơn nữa, nghiên cứu SPRINT báo cáo rằng ở một nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, lợi ích của việc kiểm soát huyết áp mạnh mẽ được quan sát độc lập với mức độ suy yếu⁶. Trong cả hai nghiên cứu này, các chiến lược điều trị và ngưỡng và mục tiêu huyết áp đã được trùng với nhóm người tham gia toàn bộ nghiên cứu. Ở bệnh nhân tăng huyết áp rất cao tuổi định nghĩa là phù hợp với độ tuổi rất cao hoặc chỉ mức độ suy yếu vừa, điều trị thuốc hạ huyết áp nên được thực hiện cùng với các biện pháp thay đổi lối sống, bao gồm khuyến khích hoạt động thể chất nhẹ. Tiếp xúc xã hội giúp tránh cô đơn và trầm cảm. Trừ khi bệnh nhân rất cao tuổi có sức khỏe tốt hoặc béo phì nặng, các chương trình giảm cân nên được xem xét cẩn thận do có thể gây ra hậu quả có hại như mất cơ và suy dinh dưỡng³.

Không có thử nghiệm lâm sàng nào có sẵn ở bệnh nhân gần 90 tuổi hoặc hơn. Dữ liệu về chiến lược điều trị và mục tiêu huyết áp cũng thiếu do khả năng sống còn không cao nên các nghiên cứu rất hạn chế ở đối tượng này. Một số nghiên cứu quan sát đã chỉ ra rằng mối liên quan giữa huyết áp và tử vong bị ảnh hưởng bởi mức độ suy yếu và ở những bệnh nhân cao tuổi suy yếu nặng, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn ở mức huyết áp mục tiêu thấp (chủ yếu là SBP <130 mmHg), đặc biệt khi hiện tượng tụt huyết áp được quan sát gia tăng khi sử dụng thuốc hạ áp. Ở những bệnh nhân này, chiến lược điều trị thường được 'bắt đầu thấp và tăng liều chậm'. Nhìn chung, bằng chứng có vẻ ủng hộ các hiệu quả có lợi của các biện pháp giảm huyết áp ở người cao tuổi khi mức độ suy yếu là nhẹ, trung bình. Mức độ mất chức năng và nguy cơ tử vong tăng cao mà dẫn đến thay đổi trong chiến lược điều trị cũng chưa được xác định. Mặc dù có những hạn chế này, ở những bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên, sự suy yếu và mất chức năng nên được đánh giá như

là một phần của quá trình chẩn đoán. Cách đánh giá sự suy yếu và chức năng ở cấp độ lâm sàng được báo cáo dưới đây cùng với một số gợi ý về cách điều chỉnh chiến lược điều trị theo mức độ suy yếu^{3,4}.

Cách đánh giá mức độ suy yếu/chức năng để cá nhân hóa chiến lược điều trị

Các công cụ mà các bác sĩ, y tá hoặc các chuyên gia y tế khác có thể sử dụng trong thực hành hàng ngày cần được xác thực lâm sàng, tiêu chuẩn hóa, yêu cầu thời gian hoàn thành hạn chế (dưới 15 phút), không cần thiết phải có các thiết bị cụ thể phức tạp/đắt tiền và không yêu cầu kỹ năng chuyên môn (ngoại trừ một khóa học ngắn về giáo dục lý thuyết và huấn luyện thực hành). Thang đo suy yếu lâm sàng là một thang đo đã được xác thực phân loại những người từ 80 tuổi trở lên theo mức độ suy yếu của họ, một cách dễ

dàng, nhanh chóng và tiêu chuẩn hóa. Công cụ này nên được sử dụng trước khi bắt đầu điều trị và lặp lại hàng năm để theo dõi sự tiến triển của chức năng/tự chủ của bệnh nhân và cá nhân hóa chiến lược điều trị (Bảng 1). Đối với những bệnh nhân mạnh mẽ với điểm ADL (Hoạt động hàng ngày) là 5/6, không có sa sút trí tuệ đáng kể và khả năng vận động hàng ngày, chiến lược và mục tiêu điều trị nên tương tự như nhóm 65-79 tuổi. Đối với bệnh nhân với trạng thái chức năng trung bình, tức là bệnh nhân có sự suy giảm chức năng trung bình và mất một phần tự chủ, chiến lược điều trị tăng huyết áp nên cẩn thận hơn, tức là điều trị có thể bắt đầu khi SBP ≥ 160 mmHg, nhằm đến một phạm vi SBP giữa 140 và 150 mmHg. Việc giảm dần thuốc hạ áp nên được xem xét ở bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế³.

Bảng 1. Liệu pháp hạ áp ở người trên 80 tuổi dựa trên chức năng/trạng thái hoạt động

Đặc điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3
	Độc lập	Chậm nhưng độc lập trong hầu hết hoạt động	Phụ thuộc nặng
Chẩn đoán	<ul style="list-style-type: none"> - ADL ≥ 5/6 và - Không có triệu chứng sa sút trí tuệ nặng (MMSE ≤ 20/30) - Hoạt động bình thường 	<p>Có thể hoạt động ở giai đoạn giữa nhóm 1-3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ADL ≤ 2/6 hoặc - Sa sút trí tuệ nặng (MMSE ≤ 10/30) hoặc - Nằm liệt giường - Trạng thái cuối đời
Điều trị	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu điều trị nếu (SBP) tại phòng khám ≥ 160 mmHg. - Có thể xem xét bắt đầu điều trị khi huyết áp tâm thu trong khoảng 140 đến 159 mmHg. - SBP phòng khám nên được duy trì trong khoảng 140 đến 150 mmHg. - Tuy nhiên, việc giảm SBP 130 đến 139 mmHg có thể được xem xét nếu được dung nạp tốt, mặc dù cần phải cẩn thận nếu DBP < 70 mmHg. - Cân nhắc bắt đầu với liệu pháp đơn trị liệu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu điều trị thuốc nếu SBP tại phòng khám ≥ 160 mmHg. - Có thể xem xét bắt đầu điều trị khi huyết áp tâm thu trong khoảng 140 đến 159 mmHg. - SBP phòng khám nên được duy trì trong khoảng 140 đến 150 mmHg. - Tuy nhiên, việc giảm SBP 130 đến 139 mmHg có thể được xem xét nếu được dung nạp tốt, mặc dù cần phải cẩn thận nếu DBP < 70 mmHg. - Cân nhắc bắt đầu với liệu pháp đơn trị liệu. - Cân nhắc giảm liều điều trị nếu SBP tại phòng khám rất thấp (< 120 mmHg) hoặc ở bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng. - Tiến hành đánh giá chi tiết hơn về tình trạng chức năng: SPPB (di động), lực bóp (sức mạnh cơ bắp), tỷ lệ đánh giá lâm sàng giảm sút (trầm cảm), và MNA-SF (tình trạng dinh dưỡng). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ưu tiên các chiến lược điều trị dựa trên các bệnh kèm theo và vấn đề sử dụng nhiều loại thuốc - Xem xét điều trị nếu huyết áp tâm thu tại phòng khám là 160 mmHg hoặc cao hơn - Đặt mục tiêu điều trị huyết áp tâm thu tại phòng khám trong khoảng 140–150 mmHg - Cân nhắc giảm liều điều trị nếu SBP tại phòng khám rất thấp (< 120 mmHg) hoặc ở bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng. - Hiệu chỉnh hạ áp theo yếu tố nguy cơ và các loại thuốc.

Bảng 2. Khuyến cáo ESH 2023 trong kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi³

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức chứng cứ
65-79 tuổi		
Ngưỡng được khuyến cáo cho việc bắt đầu điều trị bằng thuốc là 140/90	I	A
Mục tiêu chính của điều trị là giảm huyết áp xuống dưới 140/80 mmHg	I	A
Tuy nhiên, việc giảm huyết áp xuống dưới 130/80 mmHg có thể được xem xét nếu điều trị dung nạp tốt	I	B
65-79 tuổi với tăng huyết áp tâm thu đơn độc		
Mục tiêu chính của điều trị là giảm huyết áp tâm thu trong khoảng từ 140 đến 150 mmHg	I	A
Tuy nhiên, việc giảm huyết áp tại phòng khám trong khoảng từ 130 đến 139 mmHg cũng nên được xem xét nếu việc điều trị dung nạp tốt, mặc dù cần phải thận trọng nếu huyết áp tâm trương dưới 70 mmHg.	I	B
Trong các nghiên cứu kiểm soát ngẫu nhiên dành riêng cho bệnh nhân tăng huyết áp tâm thu, chẹn kênh canxi và thuốc lợi tiểu thiazid/thiazid-like được sử dụng chủ yếu. Tuy nhiên, tất cả các nhóm thuốc chính khác cũng có thể được sử dụng, do sự kết hợp thường xuyên với các chỉ định bắt buộc và lợi ích của liệu pháp kết hợp để kiểm soát huyết áp tâm thu.	I	A
Việc bắt đầu điều trị bằng liệu pháp hai loại thuốc cũng được khuyến cáo đối với hầu hết các bệnh nhân tăng huyết áp tâm thu đơn độc ở người cao tuổi	I	C
≥80 tuổi		
Ngưỡng huyết áp tâm thu tại phòng khám được khuyến nghị để bắt đầu điều trị là 160 mmHg	I	B
Tuy nhiên, việc xem xét ngưỡng huyết áp tâm thu thấp hơn trong khoảng từ 140 đến 159 mmHg cũng có thể được xem xét	II	C
Huyết áp tâm thu tại phòng khám nên được giảm xuống trong khoảng từ 140 đến 150 mmHg	I	A
Tuy nhiên, việc giảm huyết áp tâm thu xuống trong khoảng từ 130 đến 139 mmHg cũng có thể được xem xét nếu việc điều trị được dung nạp tốt, tuy nhiên cần thận trọng nếu huyết áp tâm trương tại phòng khám đã dưới 70 mmHg.	II	B
Khuyến cáo khác		
Ở những bệnh nhân suy yếu, việc bắt đầu điều trị thuốc và mục tiêu điều trị cho huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương cần được cá thể hóa	I	C
Không hạ huyết áp tâm thu <120 mmHg hoặc huyết áp tâm trương <70 mmHg	III	C
Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có huyết áp tâm trương tại phòng khám thấp, tức dưới 70 mmHg, huyết áp tâm thu vẫn nên được giảm xuống, mặc dù cần thận trọng, nếu huyết áp tâm thu khi điều trị vẫn cao hơn mục tiêu.	II	C
Có thể xem xét giảm liều điều trị ở bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên có huyết áp tâm thu thấp (<120mmHg) hoặc khi có hiện tượng hạ huyết áp tư thế đứng nghiêm trọng hoặc mức độ suy yếu nặng.	II	C
Không nên ngưng điều trị hạ áp dựa trên tuổi tác, ngay cả khi bệnh nhân rất cao tuổi (≥ 80 tuổi), nếu dung nạp điều trị tốt.	III	B
Ở bệnh nhân cao tuổi, điều trị có thể bắt đầu với liều thấp và việc tăng liều nên được thực hiện chậm.	II	C
Tầm soát hạ huyết áp tư thế đứng ở bệnh nhân cao tuổi nên được thực hiện một cách có hệ thống, ngay cả khi không có triệu chứng. Việc giảm liều hoặc ngưng sử dụng các loại thuốc hạ áp nên được xem xét ở những bệnh nhân có hiện tượng hạ huyết áp tư thế đứng.	I	C
Ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp, luôn cần phải đánh giá tình trạng chức năng/hoạt động độc lập bao gồm chức năng nhận thức	I	C
Ở bệnh nhân tăng huyết áp và có chức năng/tự lập giảm hoặc sa sút trí tuệ nặng, điều trị cần được cá nhân hóa.	I	C

KẾT LUẬN

Ở người từ 65-79 tuổi không có tăng huyết áp tâm thu đơn độc, mục tiêu điều trị là đưa huyết áp <140/80 mmHg và huyết áp tâm thu từ 140-150 mmHg đối với tăng huyết áp tâm thu đơn độc. Ở người từ 80 tuổi trở lên mục tiêu điều trị là 140-150mmHg đối với huyết áp tâm thu và <80mmHg với huyết áp tâm trương nhưng không hạ thấp hơn 120/70 mmHg. Những bệnh nhân rất cao tuổi có huyết áp tâm thu <120 mmHg hoặc có suy yếu nặng hoặc hạ huyết áp tư thế nặng nên xem xét giảm liều phác đồ điều trị hạ áp.

Lời cảm ơn: Ngô Hoàng Toàn được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF. 2023.TS.132.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Safar ME, Levy BI, Struijker-Boudier H. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases. *Circulation*. 2003;107(22):2864-2869. doi:10.1161/01.CIR.0000069826.36125.B4
- Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, et al. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(1):29-37. doi:10.1007/BF02982161
- 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
- Shantsila E, Lip GYH, Shantsila A, et al. Antihypertensive treatment in people of very old age with frailty: time for a paradigm shift?. *J Hypertens*. 2023;41(10):1502-1510. doi:10.1097/HJH.0000000000003495
- Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. *N Engl J Med*. 2021;385(14):1268-1279. doi:10.1056/NEJMoa2111437
- Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al. Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥75 Years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(24):2673-2682. doi:10.1001/jama.2016.7050
- Mancia G, Kjeldsen SE, Kreutz R, et al. Individualized Beta-Blocker Treatment for High Blood Pressure Dictated by Medical Comorbidities: Indications Beyond the 2018 European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Guidelines. *Hypertension*. 2022;79(6):1153-1166. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19020
- Riemer TG, Villagomez Fuentes LE, Algharably EAE, et al. Do β-Blockers Cause Depression?: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychiatric Adverse Events During β-Blocker Therapy. *Hypertension*. 2021;77(5):1539-1548. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16590
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358(18):1887-1898. doi:10.1056/NEJMoa0801369