

ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH LỌC MÁU CHU KỲ

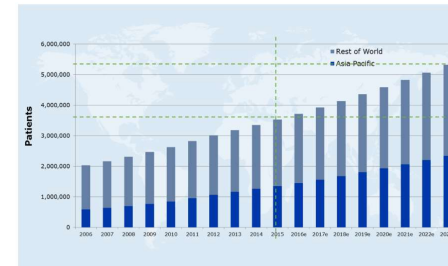
TS. BS. Nguyễn Minh Tuấn, Chợ Rẫy Hospital

EM-VN-104393

This presentation is financial supported by BIVN

1

Tỷ lệ mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối - ESRD tăng theo cấp số nhân



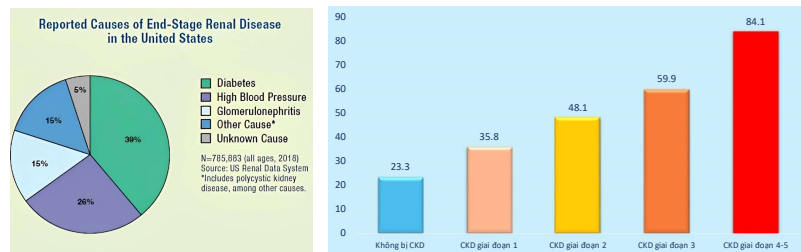
- Bệnh thận mạn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu, ảnh hưởng đến hơn 850 triệu người trên toàn thế giới.
- Gánh nặng rất cao ở các nước đang phát triển ở Nam Á, Đông Âu và Mỹ Latinh

J. Bras. Nephrol. vol.41 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2019 Epub Feb 28, 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0224>
J. Bras. Nephrol. vol.41 số 1 São Paulo Tháng 1/Tháng 3. Epub 2019 28/02/2019 <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0224>
Roderick PJ, Jeffrey RF, Yuen HM, Godfrey KM, West J, Wright J Nephrol Dial Transplant. 2016 tháng 3, 31(3):455-65.

Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn

- Tăng huyết áp nguyên nhân nhưng cũng là **biểu chứng rất thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn**,
- Trầm trọng thêm các biến chứng khác trên bệnh nhân bệnh thận mạn**

Tỉ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh thận mạn và quần thể dân số nói chung (%)



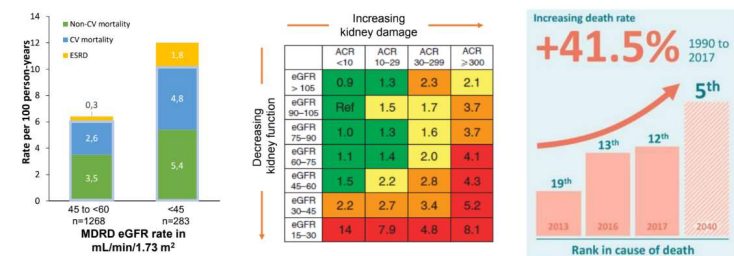
1. Chronic Kidney Disease in the United States, 2021
2. Tedla FM, Brar A, Browne R, Brown C. Hypertension in chronic kidney disease: navigating the evidence. Int J Hypertens. 2011;2011:132405.
Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. J Kidney Int Suppl. 2012;2:337-414

Tử vong trên bệnh nhân bệnh thận mạn chiếm tỉ lệ cao và tiếp tục gia tăng

BN CKD có tỷ lệ tử vong nhiều hơn trước khi tiến triển đến ESRD

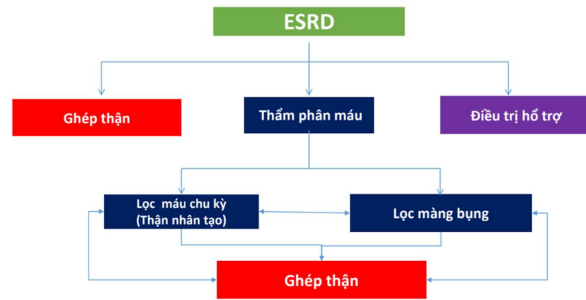
Nguy cơ tử vong gắn liền với tổn thương² về chức năng và cấu trúc thận

Năm 2040, dự đoán CKD xếp vị trí thứ 5 các nguyên nhân tử vong toàn cầu³



1. Dalrymple L et al. J Gen Intern Med 2011;26:379-385 2. Bệnh thận: Cải thiện kết quả toàn cầu. Kidney Int Suppl. 2013;3:1-150 3. Kovesdy CP et al. Kidney Int Suppl (2011). 2022 Tháng 4;12(1):7-11.

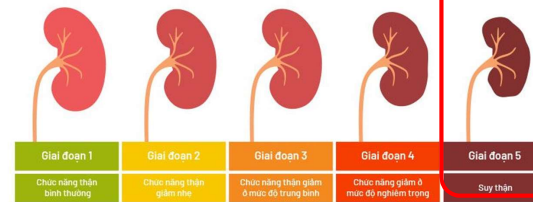
Các phương thức điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối



Tăng huyết áp trong bệnh nhân lọc máu chu kỳ là một vấn đề thường gặp

- Lọc máu chu kỳ (LMCK) là một trong ba phương pháp điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối
- Chạy thận nhân tạo là phương pháp điều trị thay thế thận cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối phổ biến nhất, chiếm 70-80% tổng số bệnh nhân.

5 GIAI ĐOẠN SUY THẬN MẠN TÍNH

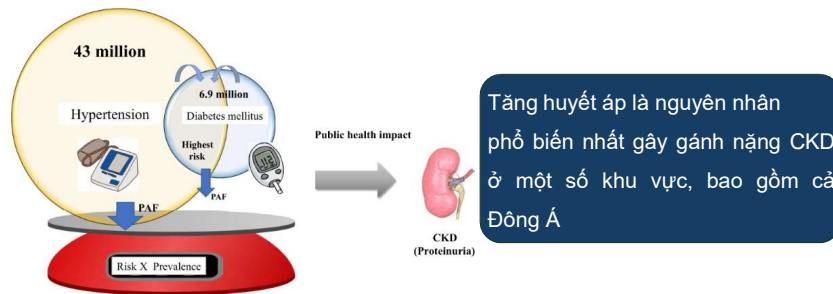


Lọc máu chu kỳ được áp dụng rộng rãi nhất nhưng lọc máu kéo dài gây ra nhiều biến chứng như: chuột rút, đau đầu, đa niệu, nôn, buồn nôn... đặc biệt là sự thay đổi về huyết áp

<https://www.dreamstime.com/stock-illustration-stages-development-renal-failure-human-body-medical-anatomical-poster-problem-image217652114>
3 phương pháp điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối | VnExpress

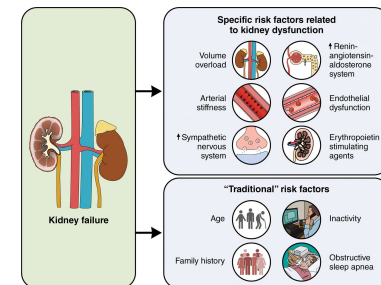
6

Tác động tăng huyết áp phát triển của bệnh thận mạn tính



The public health impact of hypertension and diabetes: a powerful tag team for the development of chronic kidney disease, Hypertension Research volume 46, pages339–340 (2023).

Một số nguyên nhân gây tăng huyết áp ở bệnh nhân lọc máu



Sinh lý bệnh của tăng huyết áp ở những bệnh nhân được điều trị bằng chạy thận nhân tạo duy trì là đa yếu tố bao gồm:

- Quá tải thể tích,
- Cứng động mạch,
- Tăng cường hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm và renin-angiotensin-aldosterone,
- Rối loạn chức năng nội mô
- Sử dụng các tác nhân kích thích erythropoietin.

Hypertension in Patients Treated With In-Center Maintenance Hemodialysis: Current Evidence and Future Opportunities: A Scientific Statement From the American Heart Association, Hypertension, Volume 60, Number 6 <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000230>

Có hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu có bệnh lý kèm theo (68,8%), trong đó, bệnh lý có tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp với 98,3%.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHẠY THẬN NHÂN TẠO THÔNG QUA KT/V TRÊN BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phạm Văn Hiền, Ngô Hồng Thanh Trúc, Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Trần Đức, Võ Thị Hồng Yến, Nguyễn Thị Kiều Diễm, Hồ Minh Trí, Hồ Quốc Trúc, Huỳnh Thị Tuyết Vân, Trương Thị Thanh Vân, Võ Thị Thanh Lan, Trần Quốc Duy Cường, Đoàn Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Văn Xuân, Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Thị Thủy Trâm, Hà Văn Chiêu, Phạm Thị Kim Lan, Trương Duy Khánh, Trần Ngọc Hoàn(*)

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả sự thành thài của ure trên chạy thận nhân tạo (CTRT) bằng chỉ số spKt/V là cần

(*) Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hiền
Email: phien2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 30.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.9.2022
Ngày duyệt bài: 12.10.2022

thiết trong điều trị bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ETMĐC), với nhiều phương pháp đánh giá sẽ giúp nhà chuyên môn lựa chọn phương án tối ưu nhất trong điều trị bệnh lý này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả CTVT bằng cách so sánh chỉ số spKt/V ở phương pháp đo trực tiếp trên máy và phương pháp tính toán theo công thức Daugridas. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 175 bệnh nhân mắc ETMĐC đang lọc máu tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1-6/2022. Chỉ số spKt/V được đo bằng hai phương pháp trên và tính giá trị trung bình,

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=175)

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở	TP.HCM	82	46,9
	Tỉnh thành khác	93	53,1
Giới tính	Nam	81	46,3
	Nữ	94	53,7
Bệnh lý đi kèm	Không	55	31,4
	Có	120	68,6
Các bệnh lý kèm theo (n=120)	Tăng huyết áp	118	98,3
	Đái tháo đường	5	4,2
	Tăng huyết áp + Đái tháo đường	3	2,5
	Tăng huyết áp + Lupus	5	4,2
	Tăng huyết áp + Lupus	1	0,8

Trong số đối tượng nghiên cứu có bệnh lý đi kèm, có đến 98,3% bệnh nhân có mắc tăng huyết áp, có 5,0% bệnh nhân ngoài mắc huyết áp còn mắc thêm bệnh đái tháo đường và lupus. Tăng huyết áp vừa là nguyên nhân vừa là biến chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn, tăng huyết áp thường xuất hiện sớm và đẩy nhanh tốc độ giảm chức năng thận.

Đánh giá hiệu quả chạy thận nhân tạo thông qua kt/v trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Chợ Rẫy, 2022

Ghi nhận các chỉ số Huyết áp tâm thu và tâm trương trên BN chạy thận nhân tạo chu kì

Bảng 2: Thông tin về sức khỏe và xét nghiệm sinh hóa của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Chung (n= 175)	Nam (n=81)	Nữ (n=94)	Giá trị (p)
Thông tin về sức khỏe				
Tuổi	49 (38-61)	46 (37-58)	51,5 (39-63)	0,287 ^a
Cân nặng (Kg)	54 (47-63)	59,5 (50-67,5)	50,75 (45-57)	<0,001 ^a
Chiều cao (cm)	160 (153-167)	167 (160-170)	155 (150-160)	<0,001 ^a
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	21,21 (19,99-23,66)	22,04 (19,6-24,49)	21,04 (19,69-23,23)	0,288 ^a
Huyết áp tâm thu	140 (120-150)	140 (120-150)	130 (120-150)	0,052 ^a
Huyết áp tâm trương	80 (70-80)	80 (70-80)	75 (70-80)	0,169 ^a
Xét nghiệm sinh hóa huyết học				
Hồng cầu (T/L)	3,51(3,11-3,87)	3,51(3,23-3,9)	3,51(3,04-3,86)	0,362 ^a
Hgb (g/L)	101 (86-113)	104 (89-116)	98,5 (84-108)	0,055 ^a
Hct (%)	31,5 (26,9-35)	31,9 (27,9-36,3)	31,1 (26,6-34)	0,120 ^a
Natri (mmol/L)	137 (135-139)	138 (135-139)	137 (135-138)	0,193 ^a
Kali (mmol/L)	4,5 (4-5,1)	4,6 (4,1-5,1)	4,5 (4-5,1)	0,905 ^a
Clo (mmol/L)	100 (97-103)	101 (97-103)	100 (97-103)	0,418 ^a
Albumine huyết tương (g/dL)	3,9 (3,7-4,1)	3,9 (3,7-4,1)	3,9 (3,7-4,1)	0,559 ^a

Đối tượng nghiên cứu có chỉ số huyết áp tâm thu trung bình tăng (140mmHg) và chỉ số huyết áp tâm trương trung bình là bình thường (80mmHg).

Đánh giá hiệu quả chạy thận nhân tạo thông qua kt/v trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Chợ Rẫy, 2022

Huyết áp mục tiêu trên bệnh nhân bệnh thận mạn tăng huyết áp Các khuyến cáo về mức huyết áp mục tiêu cho người mắc BTM

Hiệp Hội	Huyết Áp Mục Tiêu	Tổn Thương Thận
ACC (American College of Cardiology 2017)	< 130/80 mmHg	Có protein niệu
NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	< 140/90 mmHg < 130/80 mmHg	Protein niệu <1g/ ngày Protein niệu >1g/ ngày
ESC/ESH 2018 (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension)	HA tâm thu <130mmHg	Có protein niệu
KDIGO 2024	HA tâm thu <120mmHg (nếu có thể dung nạp được)	MLCT <60ml/phút/1,73m ² hoặc Albumin niệu >30mg/g
VSH/VNHA (Phân hội tăng huyết áp – Hội tim mạch quốc gia Việt Nam)	-HAPK mục tiêu: 120-129/70-79 mmHg -Chưa rõ, cả thể hóa điều trị	THA kèm BTM BTM đang lọc máu

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận, BYT, 2024

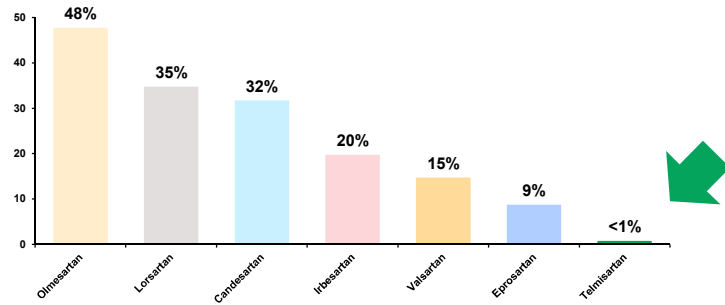
Chinh liều một số thuốc UCMC và UCTT trong BTM

Thuốc RAAS	Liều khởi đầu	Liều tối đa	Chỉnh liều theo chức năng thận
Benzazepril	10 mg/ngày	80 mg	CrCl ≥30 ml/phút: không chỉnh liều. CrCl <30 ml/ phút: Giảm liều khởi đầu còn 5mg/ ngày. Thuốc không qua màng lọc
Captopril	12,5 – 25 mg. 2-3 lần/ngày	50 mg. 3 lần/ngày (có thể 40mg/ngày)	Thời gian bán hủy gia tăng khi chức năng thận giảm: CrCl 10–50 ml/phút: 75% liều hàng ngày 12–18 giờ; CrCl <10 ml/phút: 50% liều mỗi 24 giờ. Lọc máu: uống sau lọc máu, khoảng 40% qua màng lọc
Enalapril	5 mg.1 lần/ngày	40 mg	CrCl ≥30 ml/phút: người lớn liều khởi đầu 2,5 mg. 1 lần/ngày; 2,5 mg. ngày sau lọc máu; Bệnh nhân chưa lọc máu liều dựa vào đáp ứng lâm sàng
Lisinopril	10 mg. 1 lần/ngày	40 mg	CrCl 10–30 ml/phút: người lớn liều khởi đầu giảm 50%, tối đa 40 mg/ngày CrCl <10 ml/phút: liều khởi đầu giảm còn 2,5 mg/ngày. Tối đa 40 mg/ngày
Perindopril	2 mg. 1 lần/ngày	8 mg	Không sử dụng khi CrCl <30 ml/phút Perindopril và chuyển hóa của nó thải qua màng lọc
Quinapril	10 mg. 1 lần/ngày	80 mg	CrCl 61–89 ml/phút: 10 mg. ngày; CrCl 30–60 ml/phút: bắt đầu 5 mg. 1 lần ngày; CrCl 10–29 ml/phút : ít dữ liệu sử dụng
Ramipril	2,5 mg. 1 lần/ngày	20 mg	Dùng 25% liều bình thường khi CrCl <40 ml/ phút. Đào thải tối thiểu qua màng lọc
Trandolapril	1 mg. 1 lần/ngày	4 mg	CrCl <30 ml/ phút: giảm liều khởi đầu còn 0,5 mg/ngày
Candesartan	16 mg. 1 lần/ngày	32 mg	Ở những bệnh nhân có CrCl <30 ml/phút, AUC và Cmax tăng gấp đôi khi dùng liều lặp lại. Không đào thải qua màng lọc thận nhân tạo
Irbesartan	150 mg. 1 lần/ngày	300 mg	Không cần điều chỉnh liều lượng. Không thải qua lọc thận nhân tạo
Losartan	50 mg. 1 lần/ngày	100 mg	Không cần điều chỉnh liều lượng. Không thải qua màng lọc thận nhân tạo
Oltimesartan	20 mg. 1 lần/ngày	40 mg	AUC tăng gấp 3 lần ở những bệnh nhân có CrCl <20 ml/phút. Không khuyến cáo dùng liều ban đầu cho bệnh nhân suy thận từ trung bình đến nặng (CrCl < 40 ml/phút). Chưa được nghiên cứu ở bệnh nhân lọc máu
Telmisartan	40 mg. 1 lần/ngày	80 mg	Không cần điều chỉnh liều lượng. Không thải qua màng lọc thận nhân tạo
Valsartan	80 mg. 1 lần/ngày	320 mg	Không có điều chỉnh liều lượng cho CrCl < 30ml/phút- thận trong khi dùng. Không thải qua màng lọc thận nhân tạo

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận, BYT, 2024

Telmisartan đào thải qua thận ít nhất trong các thuốc ARB

Sử dụng dễ dàng trên bệnh nhân bệnh thận; Không cần chỉnh liều trên bệnh nhân người già, suy thận và đang lọc thận nhân tạo

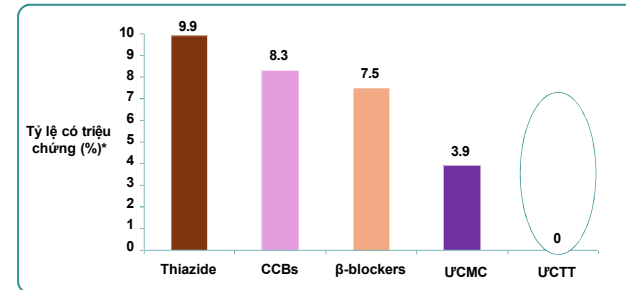


*Telmisartan is metabolised hepatically, and should be used with caution in patients with mild-to-moderate hepatic impairment

Song J.C. & White C.M., Formulary 2001;36:487-499;
Stangier J., et al. J Int Med Res 2000;28:149-167

Biến cố ngoại ý dẫn đến phải ngưng thuốc của ARBs là thấp nhất

Tác dụng phụ dẫn đến ngưng điều trị của các nhóm thuốc hạ HA (so với placebo)
354 TNLS phân nhóm ngẫu nhiên; N = 39.879 điều trị bằng thuốc; 15.817 placebo

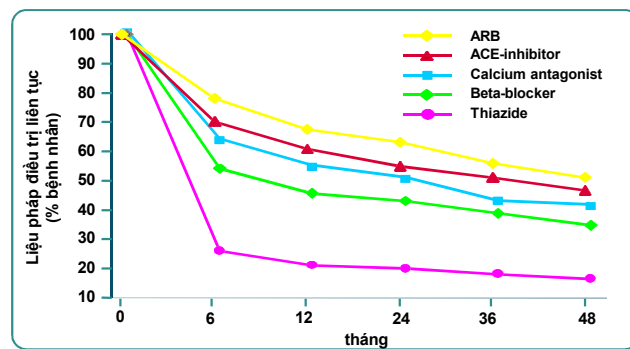


*Nhóm điều trị không tính placebo

(Law M et al. Health Technol Assess. 2003;7:1-94)

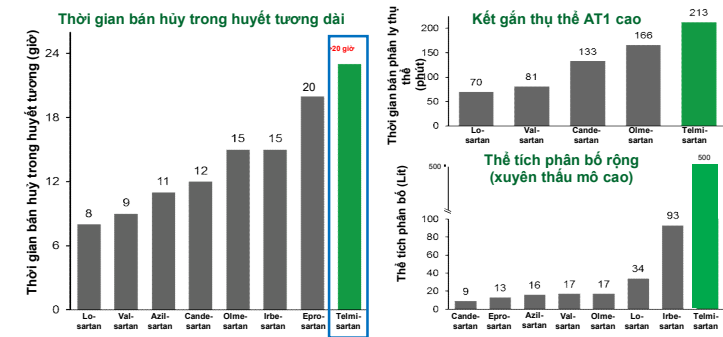
CCBs: Ước chế kênh Calci UCMC: Ước chế men chuyển UCTT: Ước chế thụ thể

Chọn thụ thể Angiotensin (ARB): Bệnh nhân tuân thủ cao nhất



Corlin PR et al. Clin Therapeut 2001;23:1990-2010

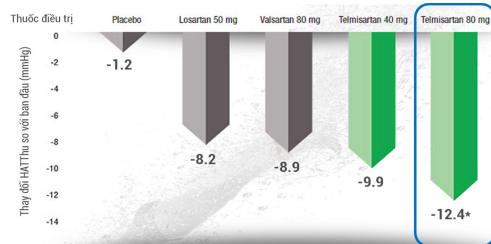
Telmisartan với thời gian bán hủy càng dài cho hiệu quả duy trì lâu dài



EU Summaries of Product Characteristics accessed Dec. 2016 <http://www.ema.europa.eu>; Kakuta et al. Int J Clin Pharmacol Res. 2005;25:41-46.

Hiệu quả hạ áp của Telmisartan vs các ARBs

Kết quả phân tích gộp (Meta-analysis) từ 5 nghiên cứu đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp suốt 24 giờ

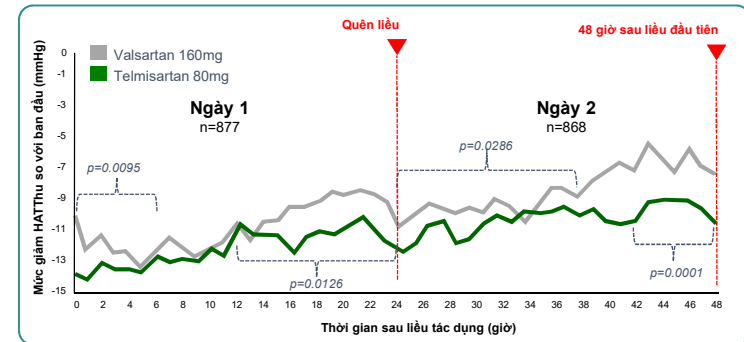


* $P < 0.0125$ vs L50, V80, and T40

Các thuốc điều trị đều giảm HAT thu so với giả dược ($p < 0.001$)

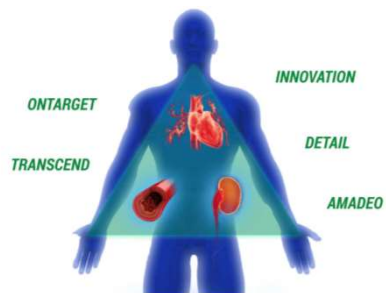
Neutel J et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2003 Jan-Feb;5(1):58-63.

Telmisartan kiểm soát huyết áp hiệu quả suốt 24h



Lacourcière Y et al. Blood Press Monit 2004;9:203-210.

Các nghiên cứu bảo vệ TIM MẠCH-THẬN cho lợi ích vượt ngoài tác dụng hạ áp của Telmisartan



“Kết quả của 5 nghiên cứu RCT đã khẳng định lợi ích ưu việt của Telmisartan trên toàn bộ chuỗi bệnh lý tim mạch – thận”

TỔNG KẾT

- Điều trị tăng huyết áp không thể tách rời việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ thận - tim mạch nhất là ở bệnh nhân có nguy cơ suy giảm chức năng thận cao
- Telmisartan liều dùng 1 viên/ngày giúp tăng tuân thủ điều trị và là đại diện của nhóm thuốc U'CTT có bằng chứng bảo vệ Thận
- Telmisartan là lựa chọn thuốc điều trị tăng huyết áp phù hợp nhằm kiểm soát huyết áp suốt 24 giờ bệnh nhân bệnh thận với đào thải qua thận ít nhất trong các thuốc ARB, không cần chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận và đang lọc thận nhân tạo

CHÂN THÀNH CẢM ƠN

