

ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂU LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

Báo cáo viên: **TS. BS . NGUYỄN VĂN YÊM**

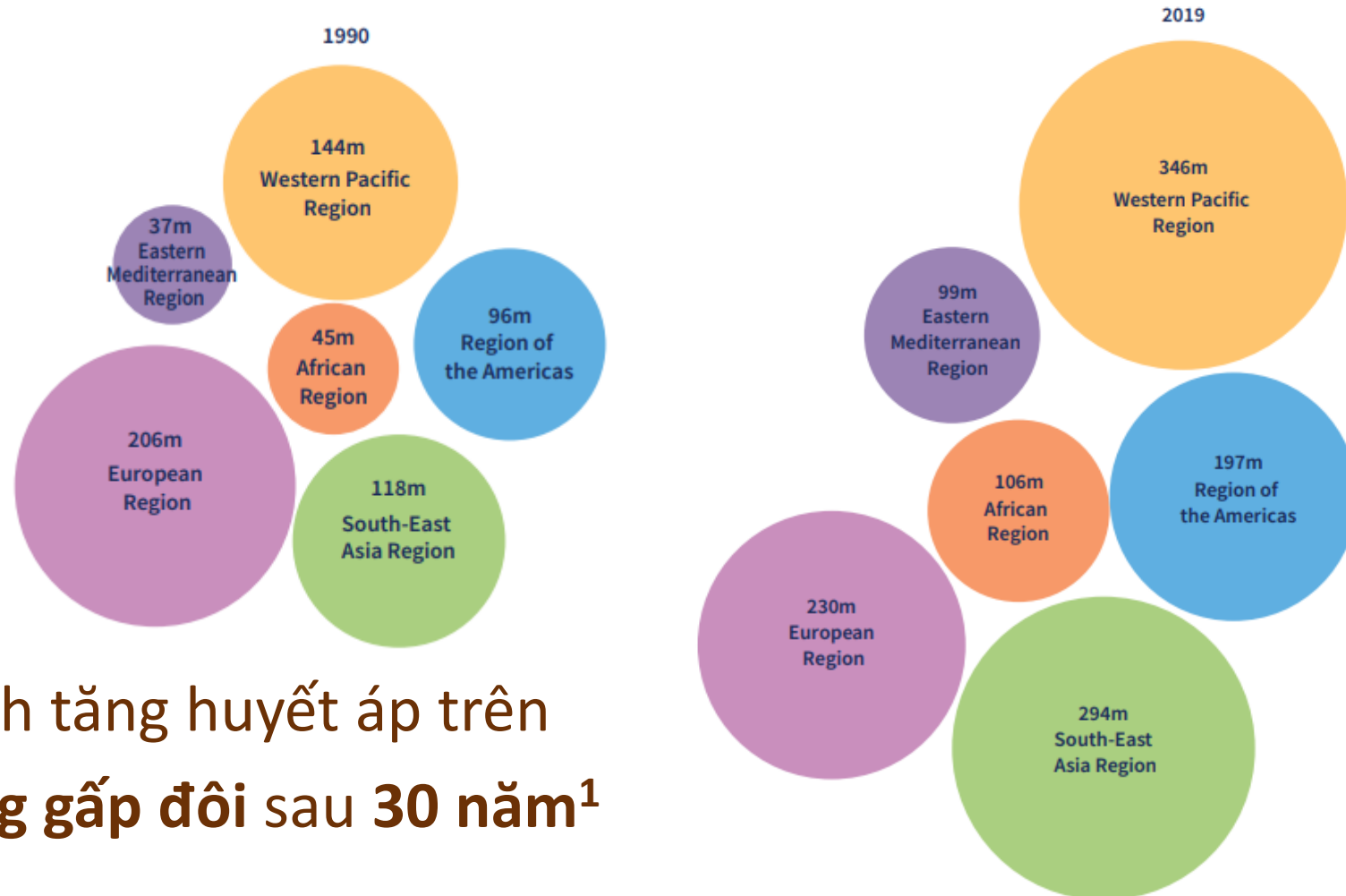
Khoa Khám Bệnh – Viện Tim TPHCM

SERV-VIAC-10-10-2024



HƠN 1,3 TỶ NGƯỜI TRÊN TOÀN THẾ GIỚI SỐNG CHUNG VỚI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

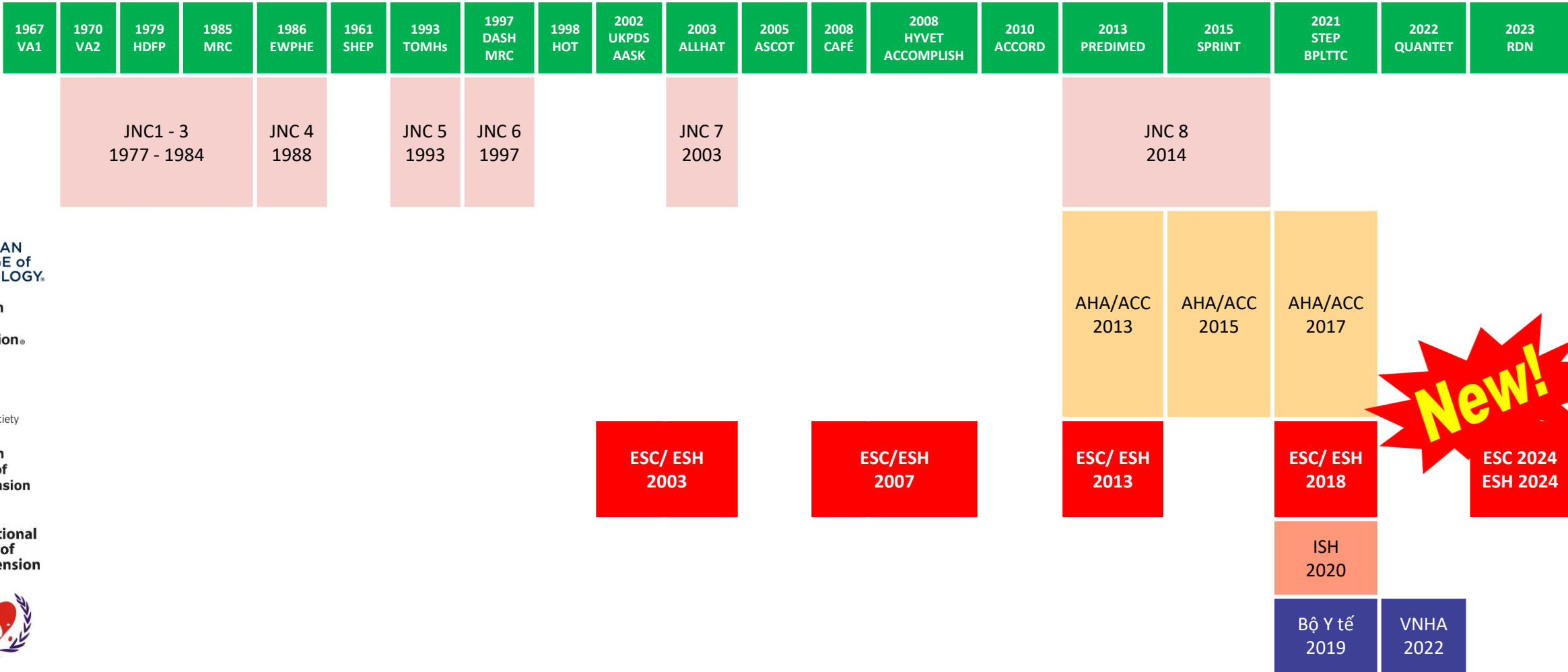
➤ Số lượng người dân trên thế giới mắc tăng huyết áp từ 30-79 tuổi, theo vùng và năm¹



Số người mắc bệnh tăng huyết áp trên toàn thế giới đã **tăng gấp đôi** sau **30 năm**¹

¹Tăng huyết áp được định nghĩa là HATT/HATThu $\geq 140/90$ mmHg
[NCD Risk Factor Collaboration \(NCD-RisC\). Lancet. 2021;398\(10304\):957-980](#)

KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP CŨNG ĐƯỢC CẬP NHẬT LIÊN TỤC



TÌM KIẾM CÂU TRẢ LỜI CHO CÁC CÂU HỎI?

ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU CẦN HƯỚNG ĐẾN CHO CÁC BỆNH NHÂN LÀ BAO NHIÊU?

ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU ĐÓ, CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG NÓI GÌ?

ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂU LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

TÌM KIẾM CÂU TRẢ LỜI CHO CÁC CÂU HỎI?



ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU CẦN HƯỚNG ĐẾN CHO CÁC BỆNH NHÂN LÀ BAO NHIÊU?



ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU ĐÓ, CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG NÓI GÌ?



ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂU LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

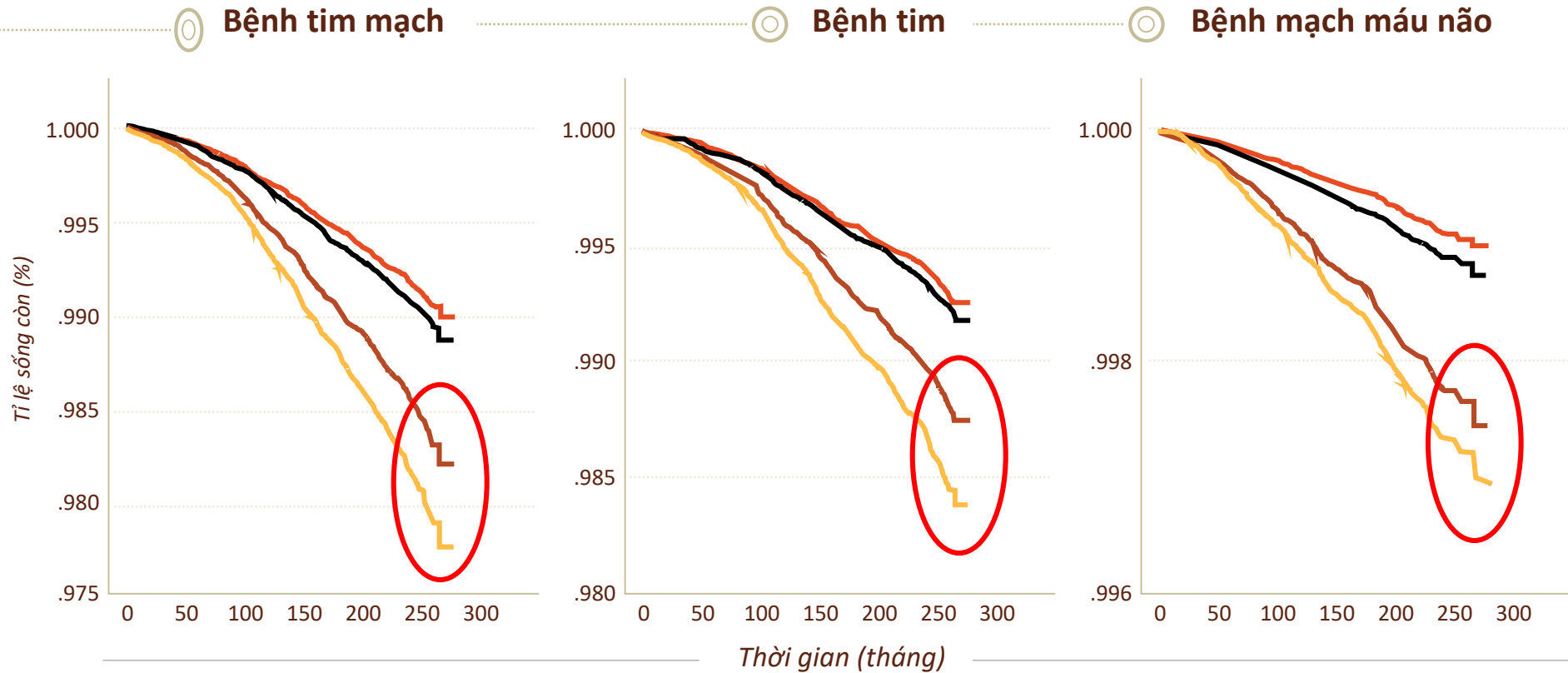
TỈ LỆ GẶP BIẾN CỐ Ở BN ĐIỀU TRỊ KHÔNG ĐẠT HUYẾT ÁP MỤC TIÊU THẬM CHỈ CÒN CAO HƠN BN KHÔNG ĐIỀU TRỊ

SCIENTIFIC REPORTS

OPEN Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: the NHANES III Linked Mortality Study

Received: 23 October 2017
Accepted: 29 May 2018
Published online: 20 June 2018

Donghao Zhou¹, Bo Xi¹, Min Zhao¹, Liang Wang¹ & Sreenivas P. Veeranki¹



Nghiên cứu điều tra mối liên quan của tăng huyết áp có kiểm soát và không kiểm soát được, và vai trò của điều trị, với nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong tim mạch bằng nghiên cứu đoàn hệ trên người trưởng thành ở Hoa Kỳ.

Tình trạng

- Không có THA
- Điều trị đạt mục tiêu
- THA không điều trị
- THA điều trị không đạt mục tiêu

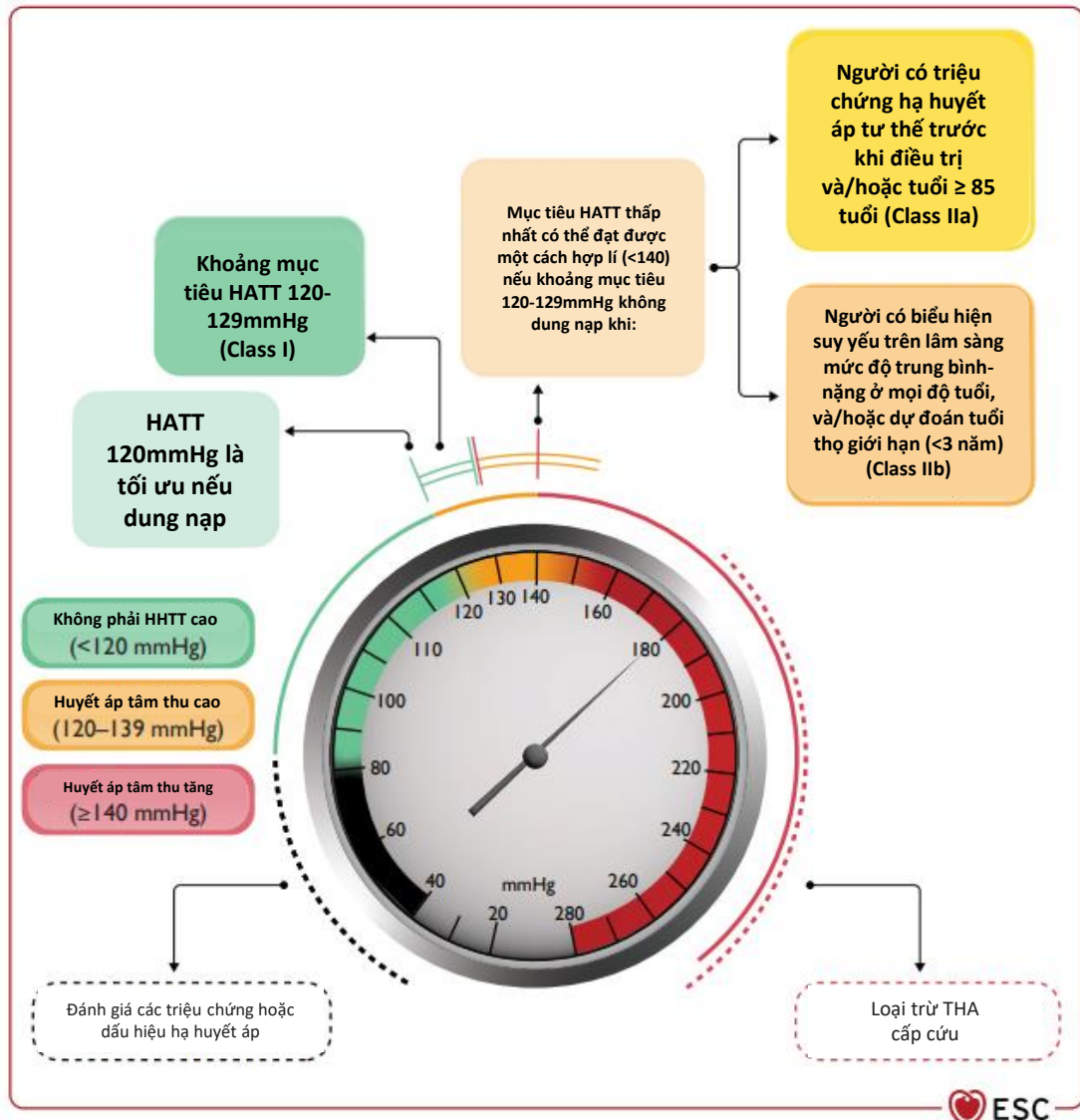
HUYẾT ÁP MỤC TIÊU THEO CÁC KHUYẾN CÁO

BỆNH MẮC KÈM	ACC/AHA 2017	ESC/ESH 2021	Canadian 2020	VNHA 2022	NICE 2022	ESH 2023
Không có	<130/80	<130/80 ³	<140/90	<130/80	<140/90	< 140/80 ¹ & > 120/70
Lớn tuổi	<130/80	<140/90 ¹	<120/80	<140/80	<140/90	< 150/90
Bệnh mạch vành	<130/80	<130/80 ³	<120/80	<130/80	<140/90	<140/90 ¹ & > 120/70
Đái tháo đường	<130/80	<130/80 ³	<130/80	<130/80	<140/90	
Bệnh thận	<130/80	<140/90 ¹	<120/80	<130/80	<140/90	
Suy tim	<130/80	<130/80	<120/80	<130/80	<140/90	

¹If tolerated, aiming for 130/80mmHg, ²Aim for <130/80mmHg if high risk ³In younger patients, i.e. <65yrs



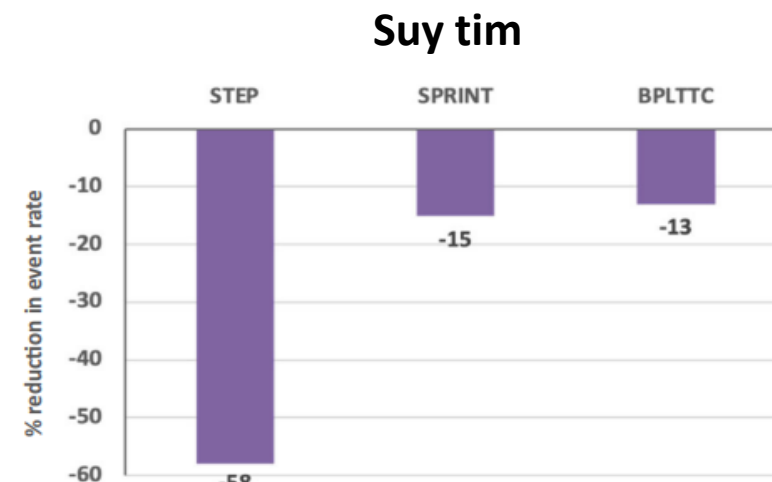
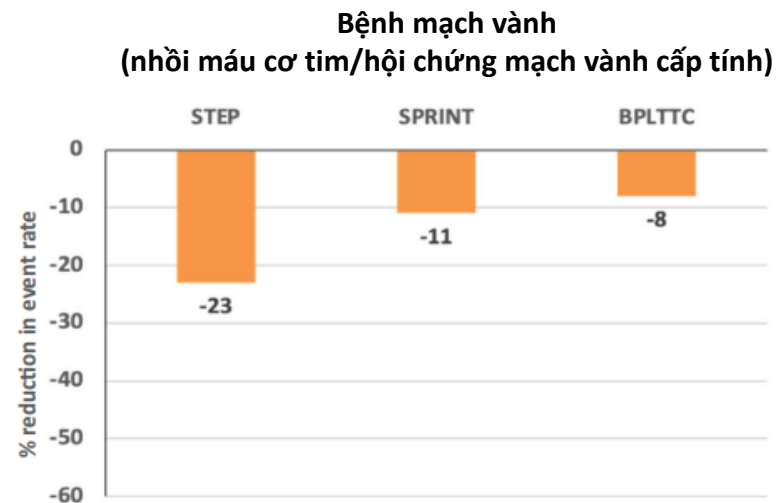
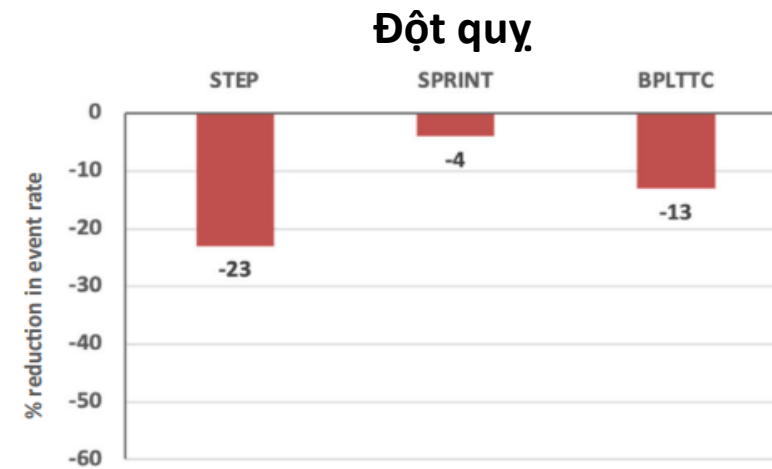
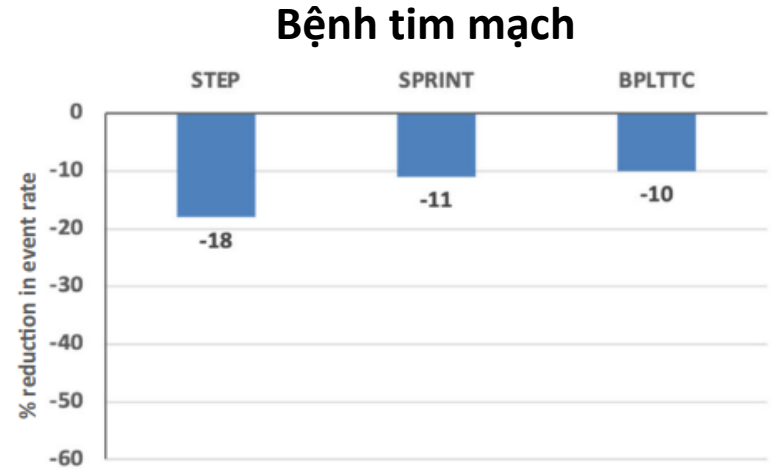
ESC 2024: ĐÍCH HUYẾT ÁP 120-129/70-79MMHG



Nội dung	Loại	Mức chứng cứ
Đích huyết áp tâm thu cho hầu hết bệnh nhân THA người lớn là 120-129mmHg để giảm nguy cơ tim mạch	I	A
Người bệnh dung nạp thuốc kém và không thể đạt được đích huyết áp tâm thu 120-129, khuyến cáo đạt đích huyết áp "mức thấp nhất có thể đạt được một cách hợp lý" (As low as reasonably achievable – ALARA principle)	I	A
Người có triệu chứng hạ huyết áp tư thế trước khi điều trị và/hoặc tuổi ≥ 85 tuổi, cân nhắc đích huyết áp cá thể hóa và hài hòa (<140mmHg)	IIa	C
Người có biểu hiện suy yếu trên lâm sàng mức độ trung bình-nặng ở mọi độ tuổi, và/hoặc dự đoán tuổi thọ giới hạn (<3 năm) cân nhắc đích huyết áp cá thể hóa và hài hòa (<140/90mmHg)	IIb	C
Cân nhắc hạ huyết áp tâm trương 70-79mmHg có thể giảm nguy cơ tim mạch	IIb	C

KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP CHẶT CHẼ MANG LẠI HIỆU QUẢ BẢO VỆ TIM MẠCH

Ước tính mức giảm nguy cơ tim mạch liên quan đến việc giảm **5 mmHg huyết áp tâm thu** tại phòng khám trong Nghiên cứu STEP, nghiên cứu SPRINT và phân tích tổng hợp BPLTTC



TÌM KIẾM CÂU TRẢ LỜI CHO CÁC CÂU HỎI?



ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU CẦN HƯỚNG ĐẾN CHO CÁC BỆNH NHÂN LÀ BAO NHIÊU?



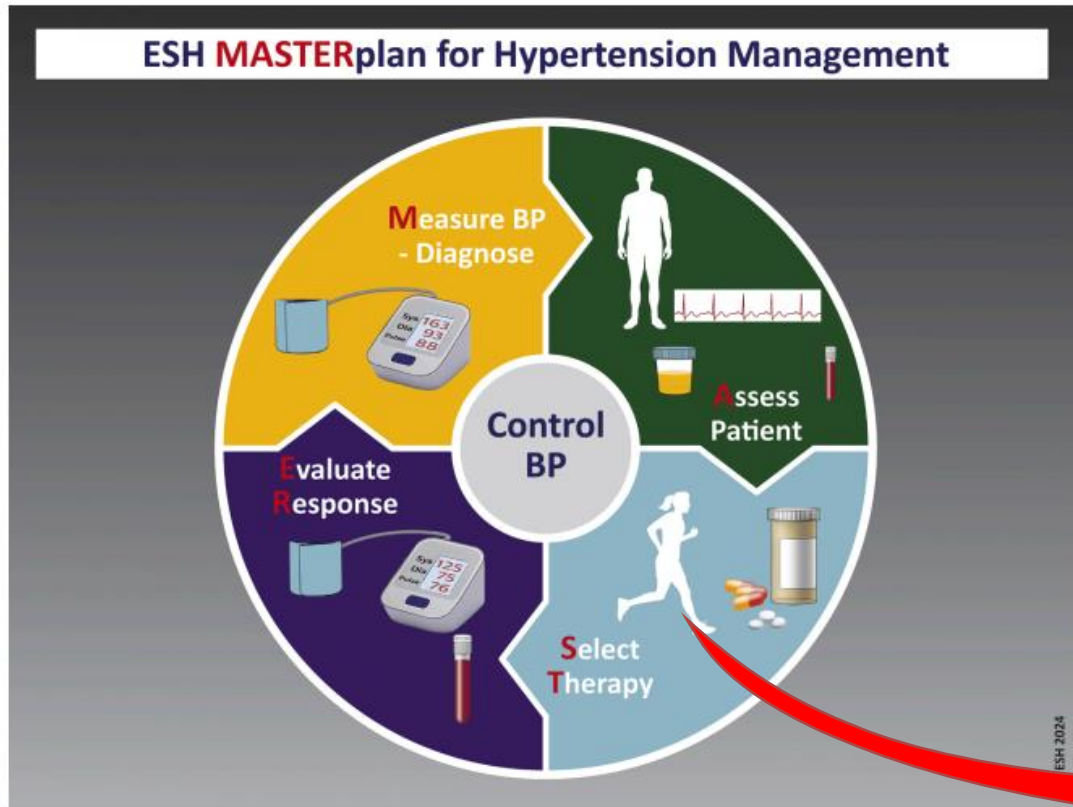
ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU ĐÓ, CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG NÓI GÌ?



ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂU LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

New!

HƯỚNG DẪN ESH 2024 ĐƯA RA CHIẾN LƯỢC MASTER TRONG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP



KHUYẾN CÁO KHỞI TRỊ VỚI LIỆU PHÁP PHỐI HỢP ĐÔI Ở HẦU HẾT BỆNH NHÂN

ƯU TIÊN SPC ở mọi bước



Bước 1
Phối hợp đôi

Bắt đầu với phối hợp đôi ở hầu hết bệnh nhân

**ACEi hoặc ARB
+ CCB hoặc Lợi tiểu**



ESC 2024 KHỞI TRỊ VỚI PHỐI HỢP ĐÔI LIỀU THẤP

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)

Authors/Task Force Members: John William McEvoy [†], (Chairperson) (Ireland), Cian P. McCarthy [‡], (Task Force Co-ordinator) (United States of America), Rosa Maria Bruno [‡], (Task Force Co-ordinator) (France), Sofie Brouwers (Belgium), Michelle D. Canavan (Ireland), Claudio Ceconi (Italy), Ruxandra Maria Christodorescu (Romania), Stella S. Daskalopoulou (Canada), Charles J. Ferro ¹ (United Kingdom), Eva Gerdtts (Norway), Henner Hanssen (Switzerland), Julie Harris (United Kingdom), Lucas Lauder (Switzerland/Germany), Richard J. McManus (United Kingdom), Gerard J. Molloy (Ireland), Kazem Rahimi (United Kingdom), Vera Regitz-Zagrosek (Germany), Gian Paolo Rossi ² (Italy), Else Charlotte Sandset ³ (Norway), Bart Scheenaerts (Belgium), Jan A. Staessen (Belgium), Izabella Uchmanowicz (Poland), Maurizio Volterrani (Italy), Rhian M. Touyz [†], (Chairperson) (Canada), and ESC Scientific Document Group

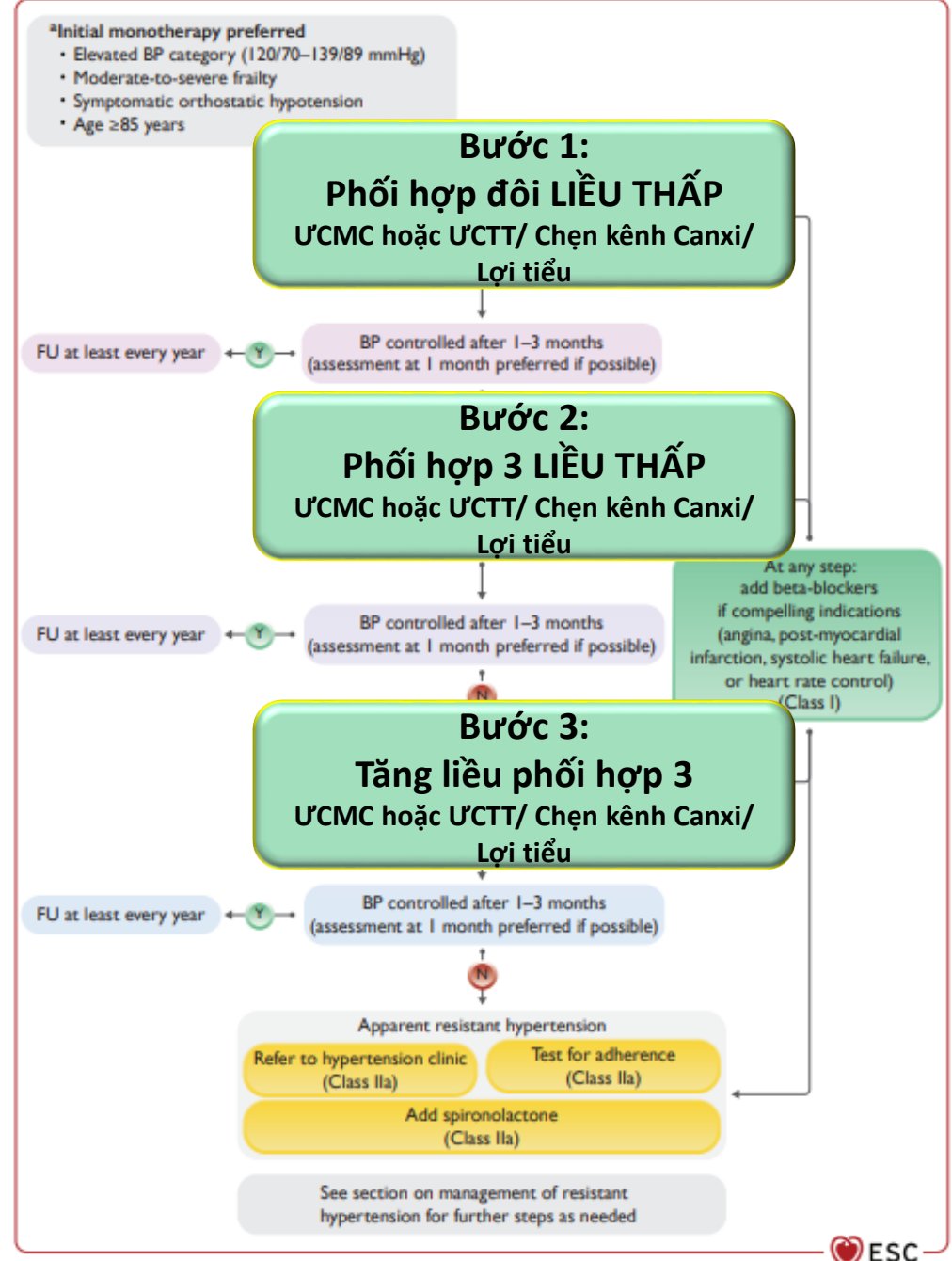
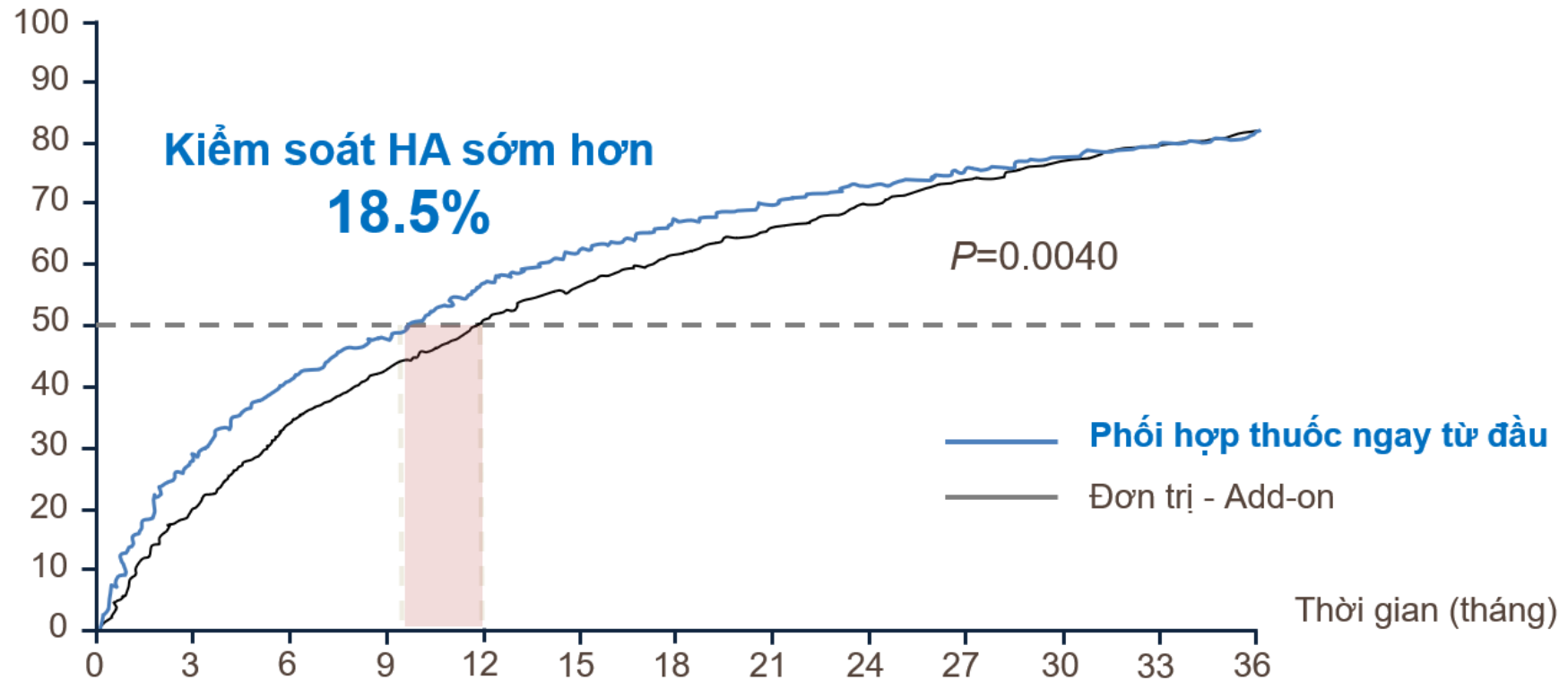


Figure 18 Practical algorithm for pharmacological blood pressure lowering. ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; FU, follow-up.

PHỐI HỢP THUỐC SỚM GIÚP KIỂM SOÁT HA TỐT HƠN & BẢO VỆ TIM MẠCH TỐT HƠN

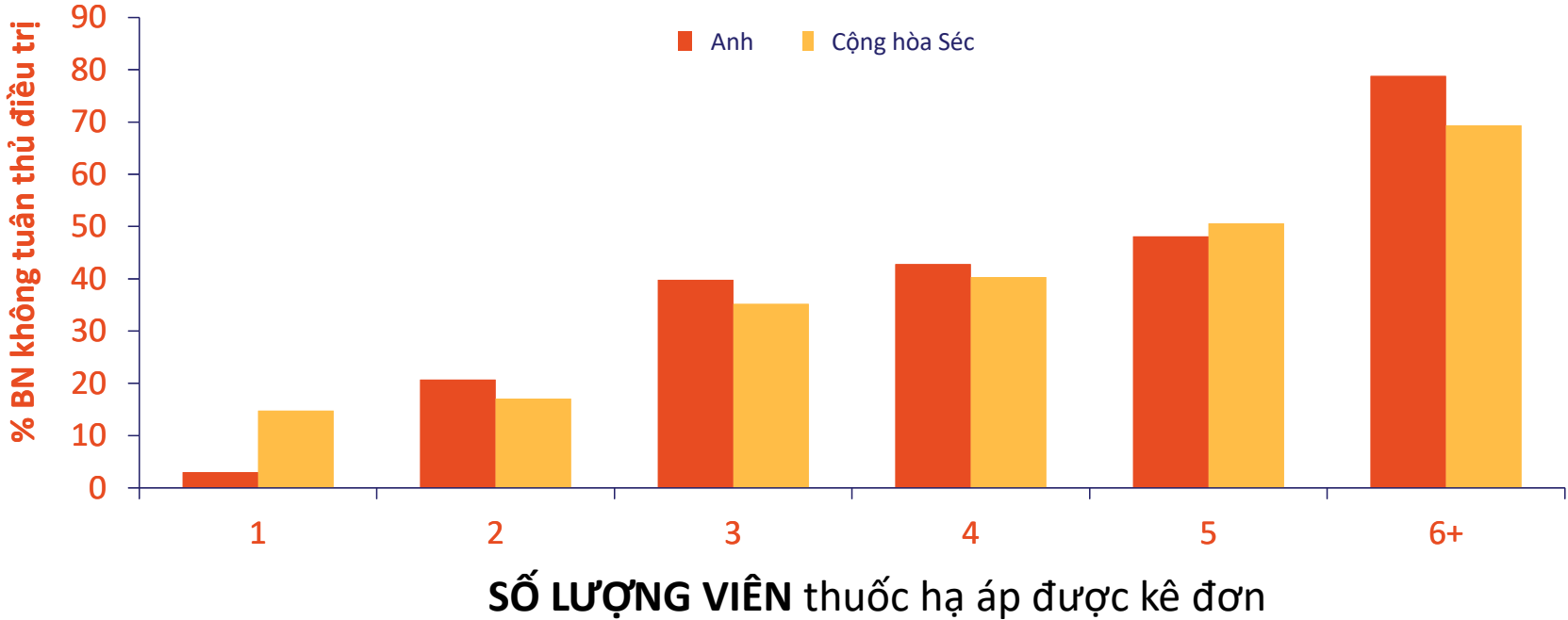
% bệnh nhân đạt HA mục tiêu



↓34% tỉ lệ tử vong và biến cố TM

SỐ LƯỢNG VIÊN THUỐC HẠ HUYẾT ÁP ĐƯỢC KÊ ĐƠN CÀNG LỚN, NGUY CƠ KHÔNG TUÂN THỦ CÀNG TĂNG

➔ Sự không tuân thủ điều trị ở 1,348 bệnh nhân tăng huyết áp ở Anh và Cộng hòa Séc¹



80% Bệnh nhân UK được kê đơn ≥ 6 thuốc hạ huyết áp KHÔNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

New!

KHUYẾN CÁO ESH 2023 & ESC 2024 ĐỒNG THUẬN VỀ CHIẾN LƯỢC GIÚP CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN

Khuyến cáo ESH 2023	Mức bằng chứng	Loại
Khuyến cáo sàng lọc tình trạng không tuân thủ điều trị ở tất cả các bệnh nhân có biểu hiện tăng huyết áp kháng trị	I	B
Xem xét sàng lọc tình trạng không tuân thủ điều trị ở những bệnh nhân đang điều trị phối hợp (tức là ít nhất 2 loại thuốc) và có đáp ứng huyết áp không đầy đủ với phương pháp điều trị này	II	C
Kiểm tra việc tuân thủ điều trị trước khi sàng lọc tăng huyết áp thứ phát	I	C
Bác sĩ nên thu thập thông tin về việc tuân thủ và lưu ý rằng tất cả các phương pháp đều có những hạn chế	I	C
Khuyến cáo nên sử dụng viên phối hợp liều cố định (SPCs) ở mọi bước điều trị, để tăng tuân thủ và theo dõi điều trị lâu dài	I	B
Một số chiến lược có thể được xem xét để cải thiện sự tuân thủ và khuyến nghị phương pháp tiếp cận chăm sóc đa chiều	I	C

➔ ESC 2024: Viên phối hợp liều cố định giúp giảm gánh nặng thuốc & được khuyến cáo để tăng tuân thủ điều trị

8.7.2. Pill burden and non-adherence

More intensive treatment of elevated BP and hypertension may be associated with an increased risk of polypharmacy and pill burden, which are themselves associated with non-adherence.^{603,604} **Single-pill, fixed-dose drug combinations can help to reduce pill burden and are recommended to improve adherence (refer to Section 8.3.4).**

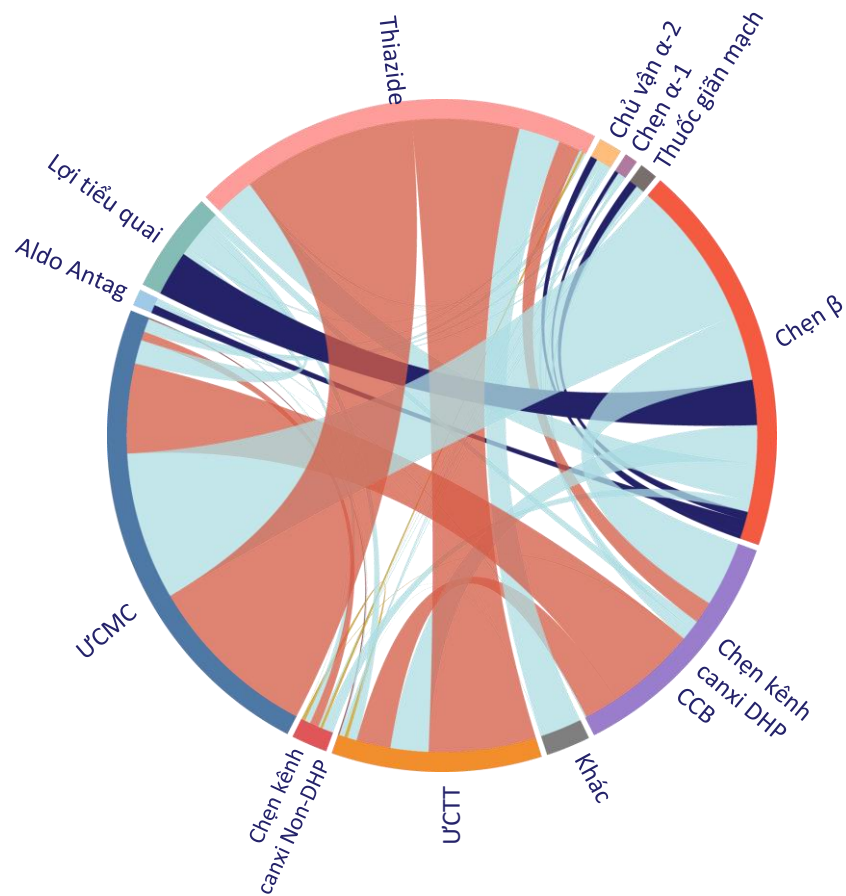
Increased intensity of BP lowering (while ultimately cost reducing in terms of CVD reduction)⁶⁰⁵ can also result in higher upfront direct and indirect healthcare costs, with more people requiring medication and higher demand for technology-based adherence strategies, which can be challenging to implement, especially in resource-poor settings.⁶⁰⁴

1. [Mancia G, Kreutz R et al. J Hypertens. 2023;41\(12\):1874-2071](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178)

2. European Heart Journal (2024) 00, 1–107. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

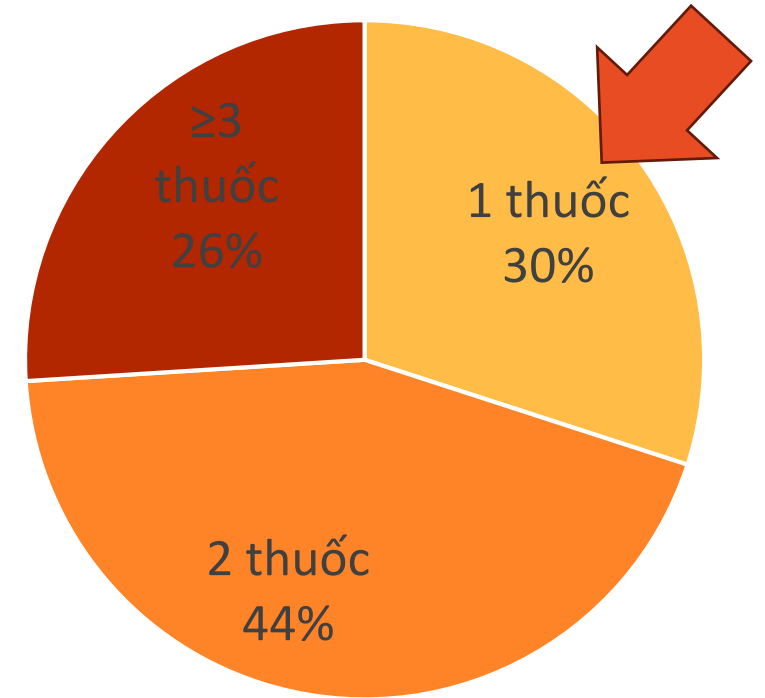
VẪN CÒN NHỮNG KHOẢNG CÁCH ĐÁNG KỂ GIỮA CÁC KHUYẾN CÁO VÀ THỰC TẾ ĐIỀU TRỊ

➤ Hơn 57% BN ở Hoa Kỳ được điều trị không phù hợp với khuyến cáo - Phân tích dữ liệu của Medicaid and Medicare Hoa Kỳ trên 143 054 bệnh nhân sử dụng ≥1 thuốc điều trị THA đầu tay¹



Chỉ 25% được khởi trị bằng phối hợp

➤ 30% BN sử dụng đơn trị liệu tại Việt Nam²



1. Smith SM et al. *J Am Heart Assoc.* 2023;12(1):e026652.
 2. Khảo sát ASHAVI 2024

TÌM KIẾM CÂU TRẢ LỜI CHO CÁC CÂU HỎI?



ĐÍCH HUYẾT ÁP MỤC TIÊU CẦN HƯỚNG ĐẾN CHO CÁC BỆNH NHÂN LÀ BAO NHIÊU?



ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU ĐÓ, CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG NÓI GÌ?



ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂY LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

NỀN TẢNG TỪ PHÂN TỬ PERINDOPRIL ARGININE

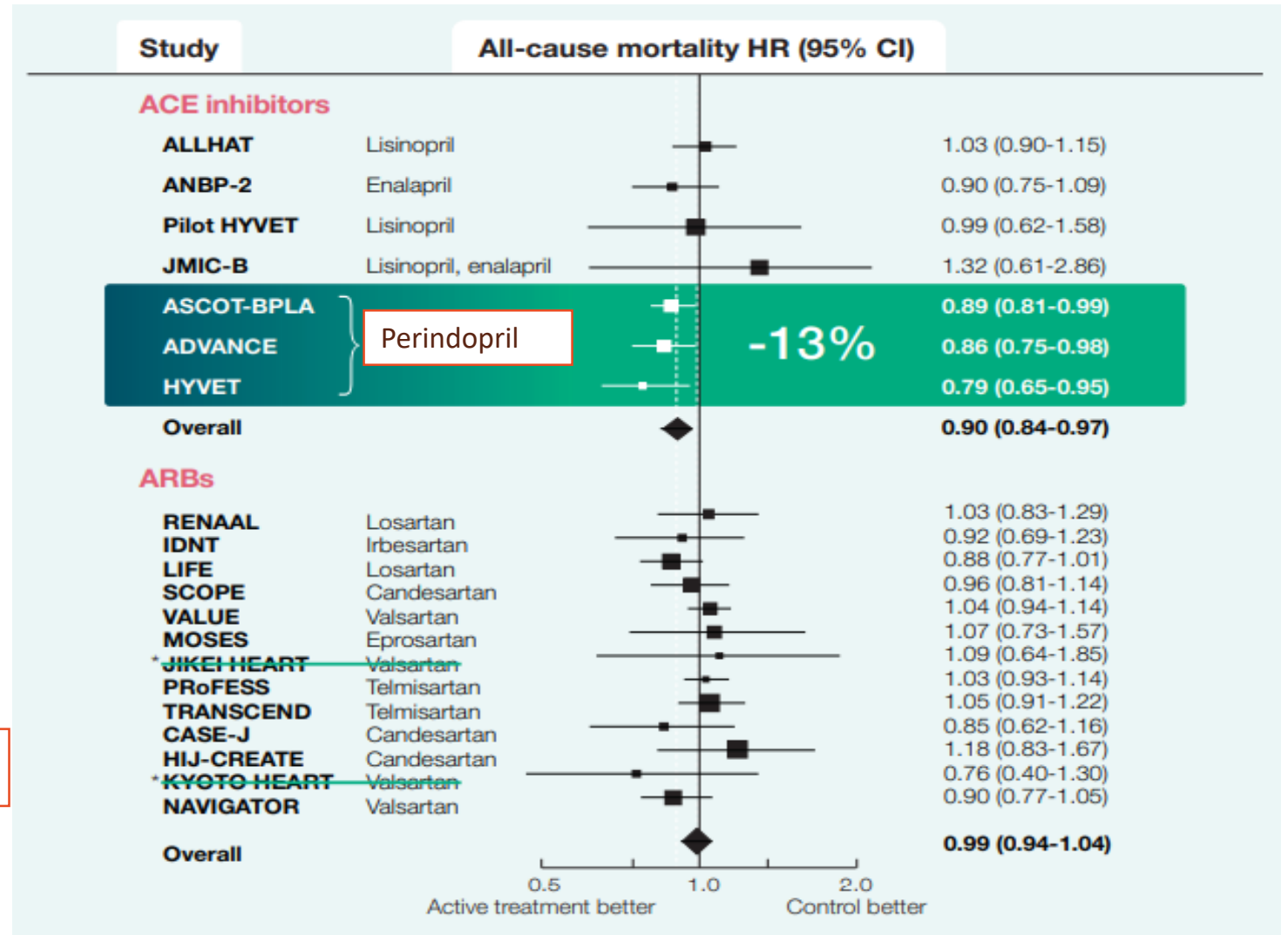
Phân tích gộp Vanvark

20 nghiên cứu

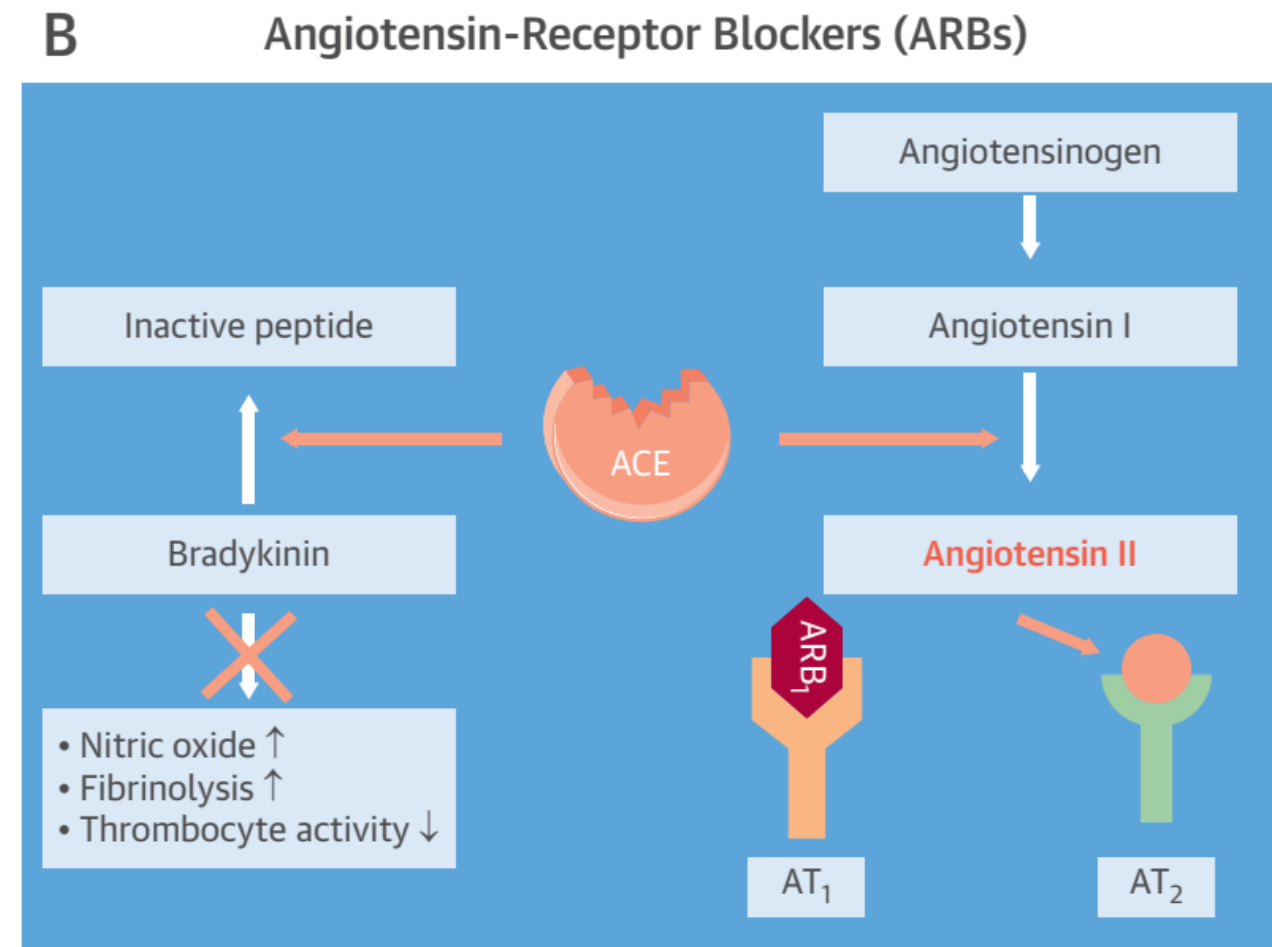
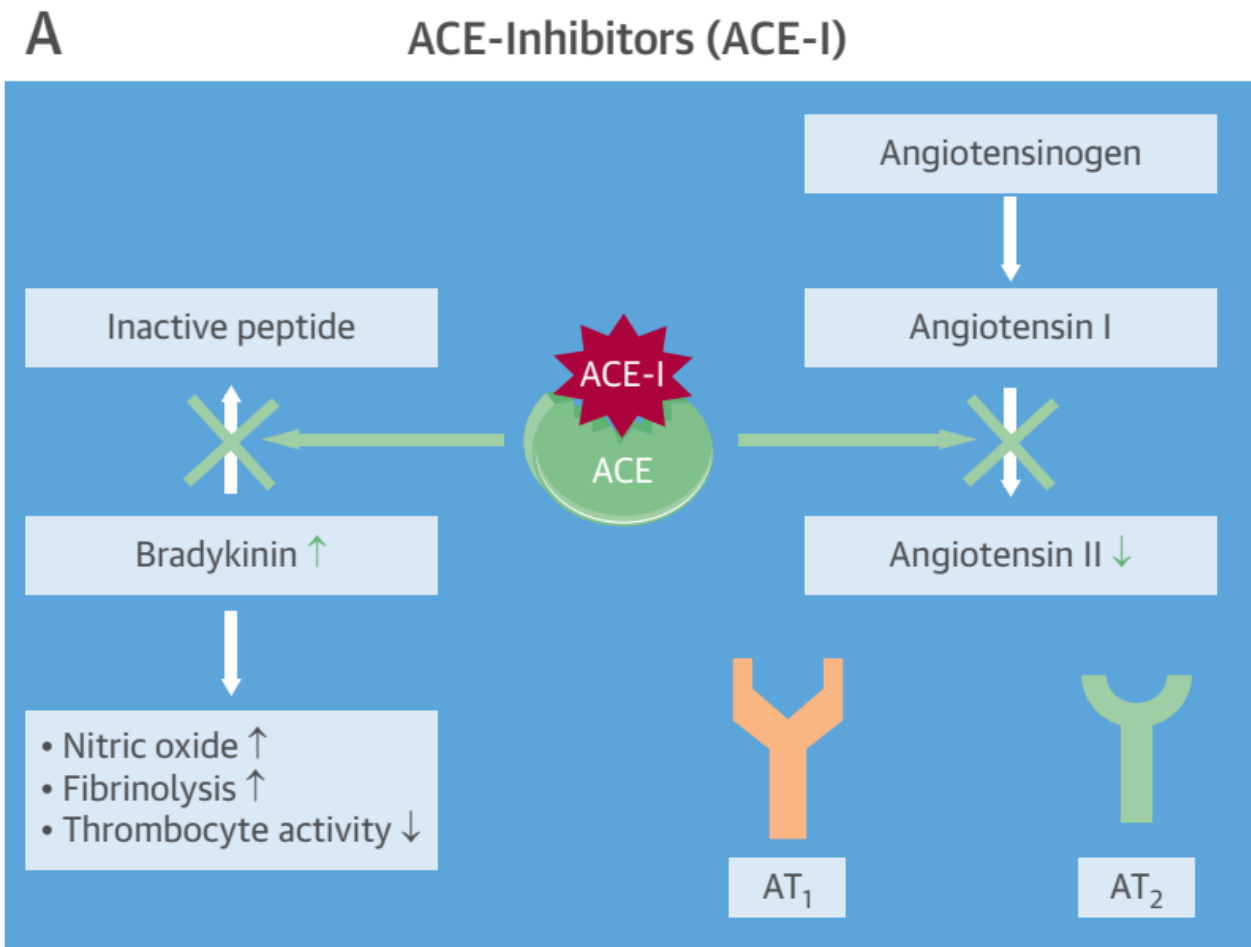
7 UCMC, 13 UCTT

158,998 bệnh nhân

DUY NHẤT GIẢM 13% TỬ VONG CHUNG

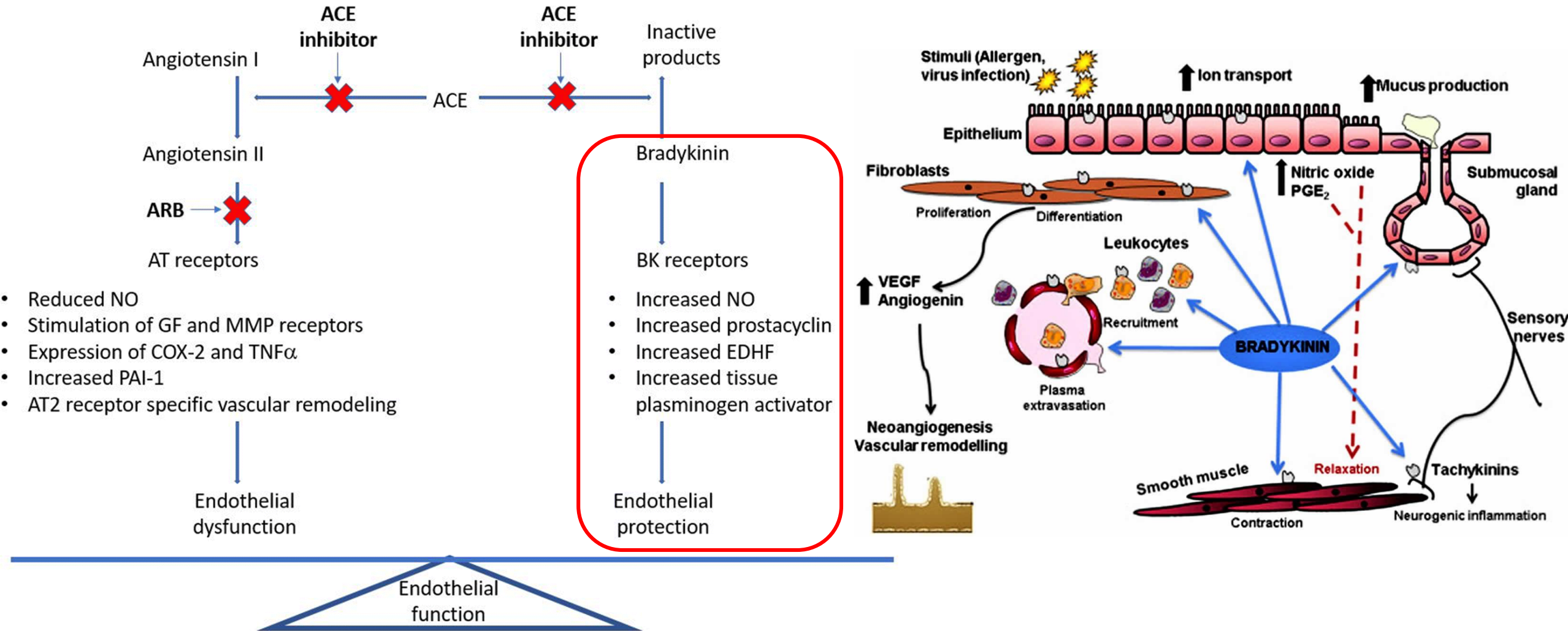


Cơ chế khác biệt của ACEi so với ARB



ACEi làm tăng nồng độ bradykinin
ARB làm giảm nồng độ bradykinin

Tác dụng có lợi của bradykinin trên mạch máu



1. Arnaud Ancion et al. *Cardiol Ther* . 2019 Dec;8(2):179-191

2. Alexander Perhal et al. *Front Med (Lausanne)* . 2019 Feb 21;6:32

TRIAL	Treatment	NNT (over 4.3 years)
RENAAL	Losartan	-27
IDNT	Irbesartan (vs po)	27
ALLHAT	Lisinopril	165
LIFE	Losartan /HCTZ	105
ANBP-2	Enalapril	111
SCOPE	Candesartan	74
Pilot HYVET	Lisinopril	12
JMIC-B	Nifepidine	-63
VALUE	Valsartan	-154
MOSES	Eprosartan	-31
ASCOT-BPLA	Amlodipine /perindopril	153
JIKEI HEART	Valsartan	-76
ADVANCE	Perindopril /indapamide	91
PROFESS	Telmisartan	-125
TRANSCEND	Telmisartan	-99
CASE-J	Candesartan	104
HYVET	Indapamide +/-perindopril	24
HIJ-CREATE	Candesartan	-65
NAVIGATOR	Valsartan	181

To prevent one death over
4.3 years:

Total RAS Blockers

NNT: 112
[101-126]*

ACE Inhibitors

NNT: 67
[62-74]*

ARBs

NNT: 344
[203-642]*

PH PERINDOPRIL 3.5MG/AMLODIPINE 2.5MG GIÚP ĐÁP ỨNG TẤT CẢ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ MỚI NHẤT

*

SPC được BỘ Y TẾ phê duyệt là trị liệu đầu tiên ngay sau khi phát hiện bệnh lí¹

LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG

Liều dùng

Đường uống.

Perindopril/Amlodipine 3,5 mg/2,5 mg được dùng là trị liệu đầu tiên ngay sau khi phát hiện ra bệnh lí cho các bệnh nhân tăng huyết áp động mạch. Liều khởi đầu được khuyến cáo của Perindopril/Amlodipine là 3,5 mg/2,5 mg một lần mỗi ngày.

Sau ít nhất bốn tuần điều trị, liều dùng có thể tăng đến 7 mg/5 mg mỗi lần một ngày ở những bệnh nhân chưa được kiểm soát huyết áp đầy đủ với Perindopril/Amlodipine 3,5 mg/2,5 mg.



Bộ Y tế 2019



Hội Tăng huyết áp
Thế giới 2020



Hội Tim mạch học
Việt Nam 2022



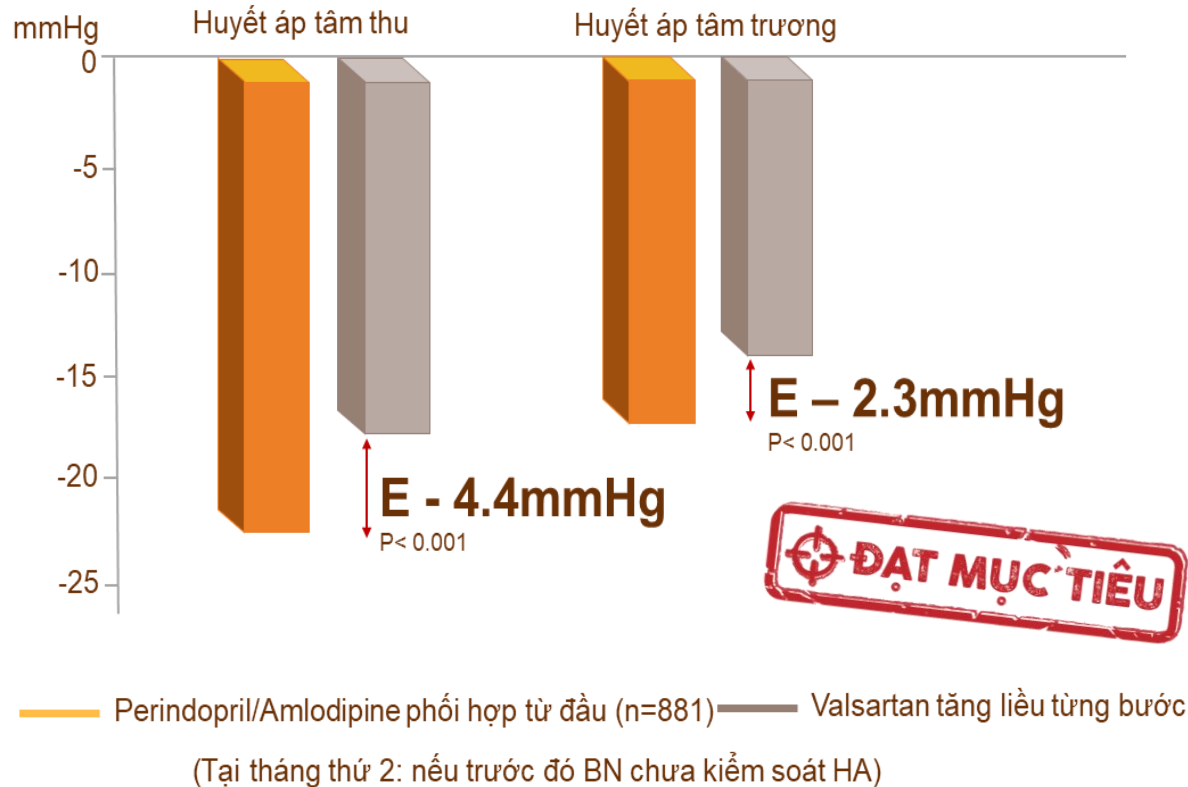
Hội Tăng huyết áp/
Tim mạch Châu Âu 2024



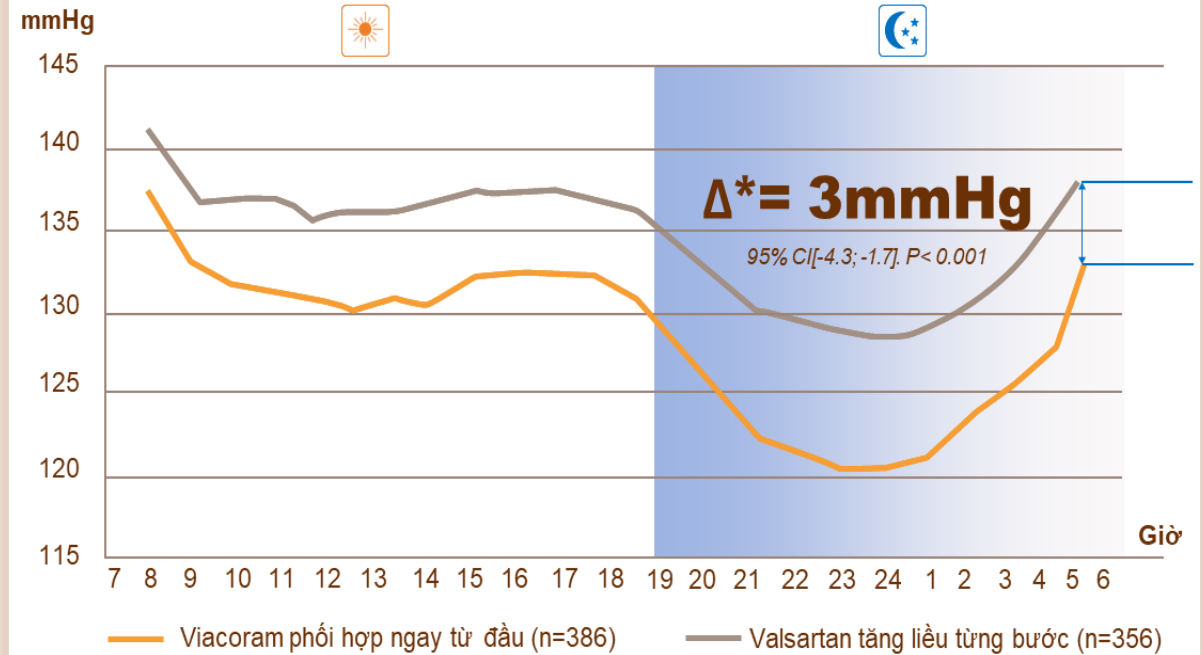
PH PERINDOPRIL 7MG/AMLODIPINE 5MG GIÚP KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TOÀN DIỆN



MẠNH HƠN ĐƠN TRỊ LIỆU TĂNG LIỀU



ỔN ĐỊNH SUỐT 24H



NGHIÊN CỨU THEO DÕI ASCOT LEGACY SAU 20 NĂM



Legacy benefits of blood pressure treatment on cardiovascular events are primarily mediated by improved blood pressure variability: the ASCOT trial

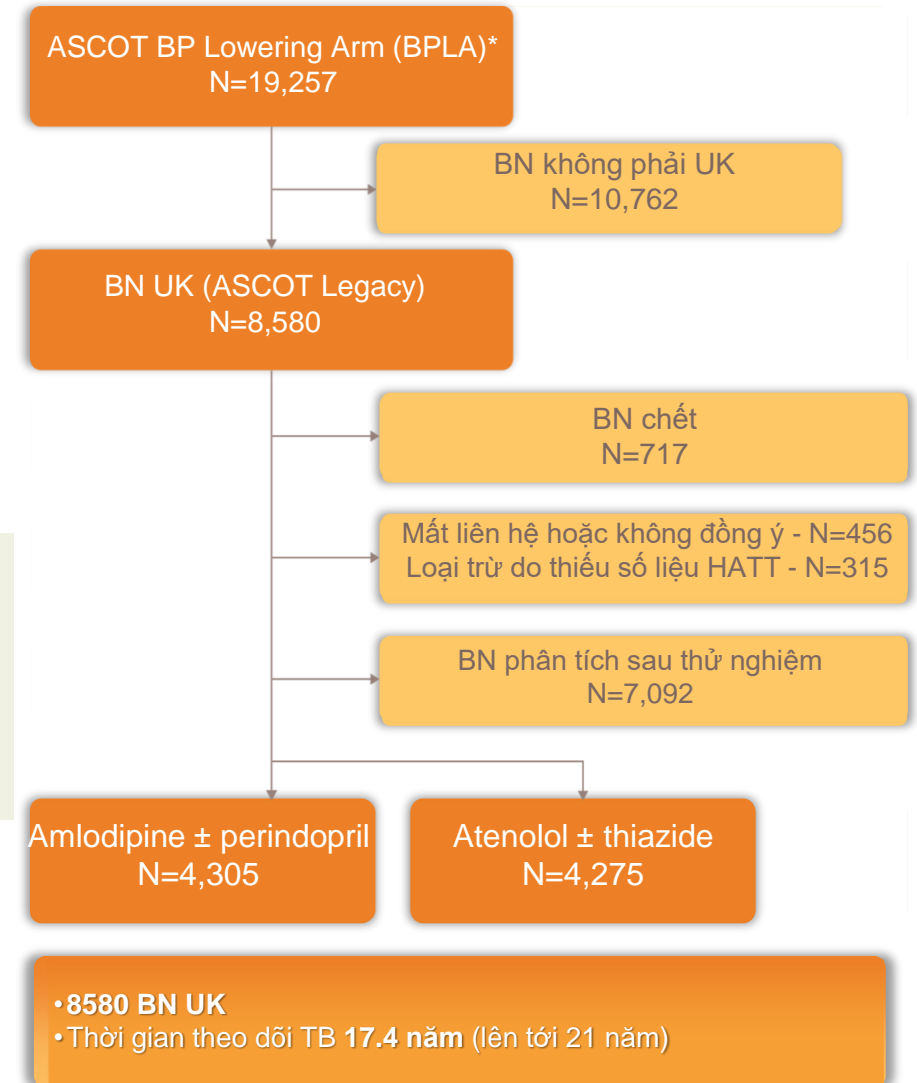
Ajay Gupta^{1,2}, William N. Whiteley³, Thomas Godec¹, Somayeh Rostamian², Cono Ariti², Judith Mackay², Andrew Whitehouse², Leila Janani⁴, Neil R. Poulter⁵, and Peter S. Sever^{2*}; the ASCOT-10 Investigators

¹William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London, UK; ²National Heart & Lung Institute, Imperial College London, Room 333, ICTEM Building, Du Cane Road, London W12 0NN, UK; ³Centre for Clinical Brain Sciences, University of Edinburgh, UK; ⁴Clinical Trials Unit, Imperial College London, UK; and ⁵School of Public Health, Imperial College London, UK

Received 8 June 2023; revised 24 October 2023; accepted 29 November 2023

Methods

Eight thousand five hundred and eighty hypertensive participants (4305 assigned to amlodipine ± perindopril-based and 4275 to atenolol ± diuretic-based treatment) during the in-trial period (median 5.5 years) were followed for up to 21 years (median 17.4 years), using linked hospital and mortality records. A subgroup of participants ($n = 2156$) was followed up 6 years after the trial closure with a self-administered questionnaire and a clinic visit. In-trial mean SBP and standard deviation of visit-to-visit SBP as a measure of BPV, were measured using >100 000 BP measurements. Cox proportional hazard models were used to estimate the risk [hazard ratios (HRs)], associated with (i) mean with SBP and BPV during the in-trial period, for the CV endpoints occurring after the end of the trial and (ii) randomly assigned treatment to events following randomization, for the first occurrence of pre-specified CV outcomes.



PH PERINDOPRIL/AMLODIPINE GIÚP BẢO VỆ TIM MẠCH LÂU DÀI

- Đánh giá ảnh hưởng của biến thiên HATT và HA trung bình* trên biến cố tim mạch dài hạn sau thử nghiệm
- So sánh thời gian xảy ra biến cố tim mạch đầu tiên và tử vong do mọi nguyên nhân giữa 2 nhóm amlodipine ± perindopril và atenolol ± bendroflumethiazide

	Amlodipine ± Perindopril N=4,305	Atenolol ± thiazide N=4,275	Post-trial cohort N=7,092
Tuổi (năm),	64.2	64.2	63.8
Nam, N (%)	3492 (81.1)	3468 (81.1)	5757 (81.2)
Da trắng, N (%)	3861 (89.7)	3840 (89.8)	6328 (89.2)
BMI (kg/m ²)	28.9	28.9	28.9
SBP (mmHg)	162.1	161.6	161.4
DBP (mmHg)	92.3	91.9	92.2
Đái tháo đường, N (%)	1139 (26.5)	1145 (26.8)	1838 (25.9)
Bệnh mạch máu ngoại biên, N (%)	359 (8.3)	383 (9.0)	583 (8.2)
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch, N (%)	734 (17.1)	745 (17.4)	1242 (17.5)
Tiền sử đột quy và cơn thiếu máu não thoáng qua, N (%)	507 (11.8)	492 (11.5)	775 (10.9)



ĐỘT QUỴ²



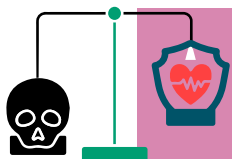
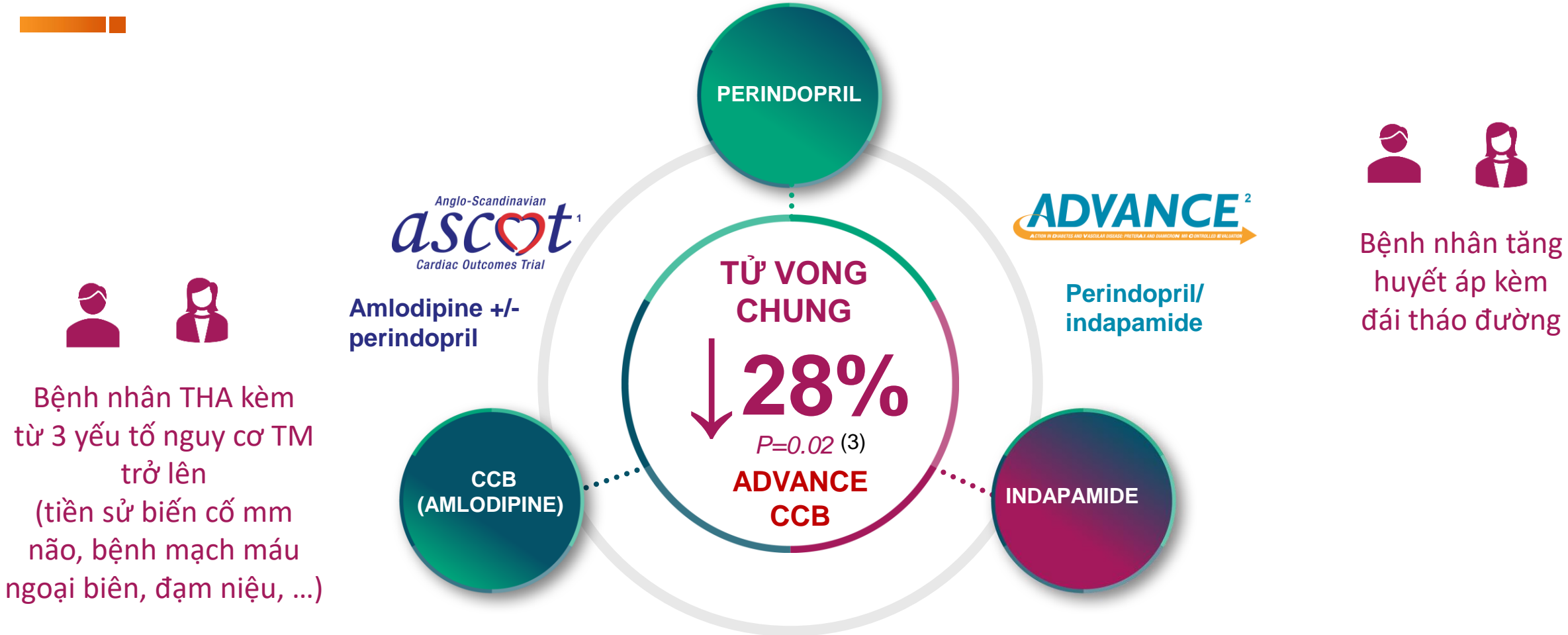
BIẾN CỐ MẠCH VÀNH²



RUNG NHĨ²



BẢO VỆ TIM MẠCH VƯỢT TRỘI, GIẢM TỬ VONG CHUNG ẨN TỰỢNG



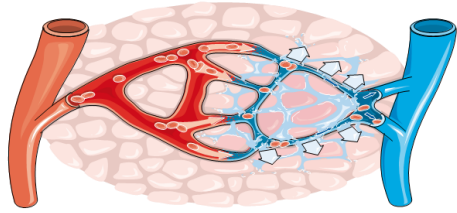
TỬ VONG CHUNG – TIÊU CHÍ KHÓ ĐẠT NHẤT KHI ĐIỀU TRỊ THA

1. Dahlöf B et al. *Lancet*. 2005;366:895-906. 2. Patel A et al. ADVANCE Collaborative Group. *Lancet*. 2007;370:829-8404. 3. Chalmers J et al. *Hypertension*. 2014;63:259-264.

Từ CƠ CHẾ hiệp đồng tới bằng chứng lâm sàng về độ AN TOÀN

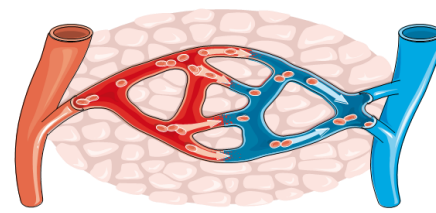
Cơ chế hiệp đồng giảm phù

Amlodipine



Dãn cơ trơn tiền mao mạch → phù

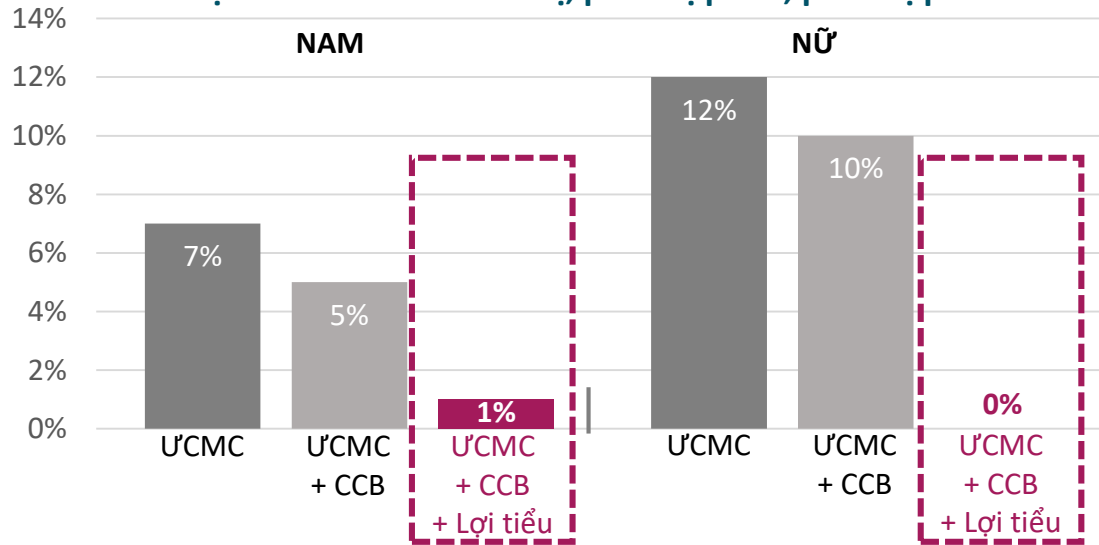
Amlodipine + Perindopril



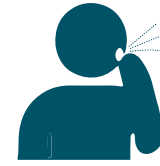
Dãn cơ trơn hậu mao mạch → bình thường hoá áp lực lòng mao mạch

Nhờ cơ chế hiệp đồng, tỉ lệ TDP Ho giảm đáng kể

Tỉ lệ % TDP HO với đơn trị, phối hợp đôi, phối hợp 3



PH3 Perindopril/Indapamide/Amlodipine an toàn, ít tác dụng phụ



HO

0.08%



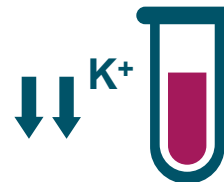
PHÙ

0.2%



HẠ ÁP QUÁ MỨC

0.1%



HẠ KALI

0.09%

ĐIỀU TRỊ ĐÁP ỨNG CÁC KHUYẾN CÁO TĂNG HUYẾT ÁP MỚI NHẤT - ĐÂY LÀ CÂU TRẢ LỜI MÀ BÁC SĨ ĐANG TÌM KIẾM?

1. Điều trị giúp BN đạt huyết áp mục tiêu là mục tiêu tối thượng. Đích huyết áp cho hầu hết bệnh nhân là **<130/80mmHg (không dưới 120/70mmHg)**. Nếu người bệnh dung nạp thuốc kém: khuyến cáo đạt đích huyết áp “mức thấp nhất có thể đạt được một cách hợp lí
2. Các khuyến cáo hiện này đều nhấn mạnh nên **bắt đầu với phối hợp đôi ở hầu hết bệnh nhân** và ưu tiên SPC ở mọi bước vì:
 - Tăng huyết áp là bệnh lý đa cơ chế. Phối hợp thuốc tác động lên đa cơ chế giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn.
 - Bệnh nhân là nhân tố quyết định. Sử dụng SPC giúp BN tăng tuân thủ điều trị.
3. Câu trả lời đáp ứng các khuyến cáo tăng huyết áp mới nhất:
 - Với các **bệnh nhân THA độ 1 có yếu tố nguy cơ**, Perindopril 3.5mg/Amlodipine 2.5mg – SPC duy nhất được khuyến cáo là trị liệu đầu tiên ngay sau khi phát hiện bệnh lý giúp **đáp ứng tất cả hướng dẫn điều trị mới nhất, kiểm soát huyết áp toàn diện 3D & an toàn.**
 - Với các **bệnh nhân THA chưa kiểm soát với đơn trị**, Perindopril 7mg/ Amlodipine 5mg – SPC của 2 phân tử nền tảng Perindopril và Amlodipine giúp **kiểm soát huyết áp toàn diện 3D, bảo vệ tim mạch lâu dài & an toàn.**
 - **Phối hợp 3 cố định Perindopril/Indapamide/Amlodipine** sẵn có tại Việt Nam với đa dạng hàm lượng, giá thành hợp lý và chứng minh đầy đủ hiệu quả kiểm soát HA (mạnh, lâu dài, ổn định 24h), an toàn ít tác dụng phụ, giảm tử vong chung – là giải pháp cho các bệnh nhân chưa kiểm soát với phối hợp 2 thuốc.