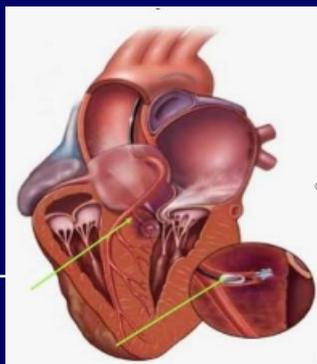
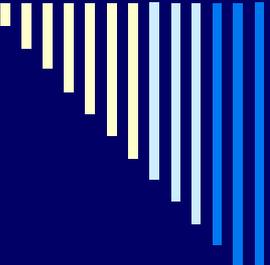


老年高血压的管理

长庆油田职工医院

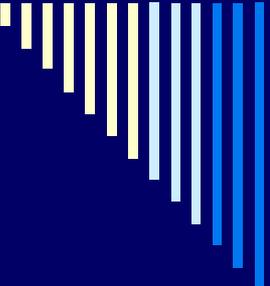
ZXK





流行病学

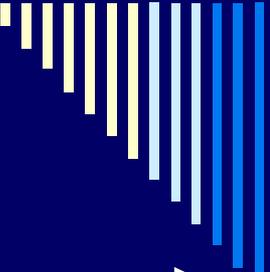
- 2013 年的统计，80 或80 岁以上高龄人口超过2 300 万，并以每年5%的速度递增。
- 预计2020 年将达到3 067 万，
2040年将达到7 400 多万人。
- 80 或80 岁以上人群中，70% ~ 90%患有高血压。
- 我国每年有200 万人死于高血压，脑卒中导致的死亡71% 与高血压相关，冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病) 导致的死亡53%与高血压相关。



流行病学

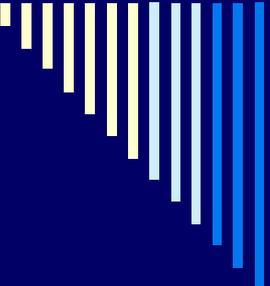
□ 大量证据表明：

- 1) 高血压显著增加老年人发生缺血性心脏病、脑卒中、肾衰竭的危险；
- 2) 是老年人群致死和致残的主要原因之一。



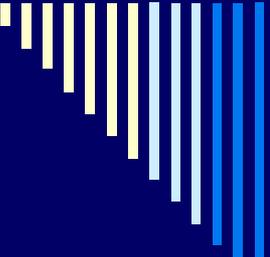
流行病学

- 与60岁以下的高血压患者比较，相似程度的血压升高，老年人发生心脑血管事件的危险性显著升高。
- 与中老年患者相比，老年人高血压的发病机制、临床表现和预后等方面均具有一定特殊性。
- 应重视老年人高血压的特殊性，并根据老年高血压的个体特点进行治疗。



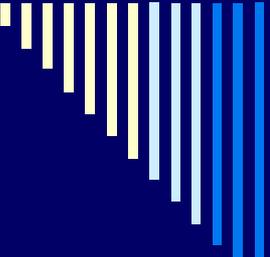
老龄高血压的定义

- **年龄 ≥ 80 岁**，血压持续或3次以上非同日坐位收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg;
- 若收缩压 ≥ 140 mmHg，舒张压 < 90 mmHg，定义为单纯收缩期高血压(ISH)。
- 诊室以外的血压测量(包括家庭自测血压和24 h 动态血压)有助于提高诊断的准确性。



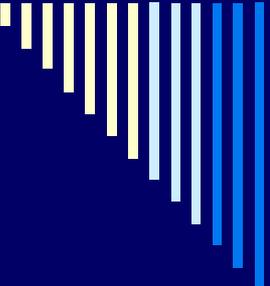
血压测量的注意事项

- 血压测量的注意事项
- (1) 一般测量患者坐位血压，测量血压前患者需静坐至少5 min，且将血压袖带与心脏保持同一水平。首次应测量双侧上肢血压，最好测量2次以上，有助于发现主动脉弓缩窄和上肢动脉闭塞；当左右上臂血压持续存在差异时，应以血压高的一侧上臂血压为准。
- (2) 在大多数情况下以听诊第V时相柯氏音时水银柱所示数值为舒张压。若袖带压力降为0时，仍可以听到声音，则以第IV时相柯氏音作为舒张压的数值。
- (3) 由于老年人容易发生体位性低血压，在药物治疗开始前、治疗过程中或改变治疗方案时应监测立位血压。



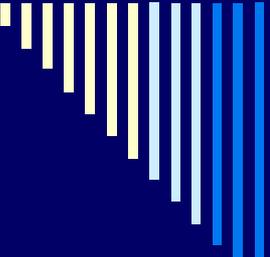
血压测量的注意事项

- (4) 若出现与进食有关的头晕症状，应测量餐后血压或24 h 动态血压。
- (5) 使用合格的血压计: 包括台式水银血压计、电子血压计、动态血压计，并定期校准。使用自动电子血压计时，对心律失常的患者(比如快速型心房颤动)，应注意可能出现测量误差。
- (6) 家庭自测血压和24 h 动态血压监测有助于识别体位性低血压、白大衣高血压和隐蔽性高血压。
- 一些因素，如进食、吸烟、焦虑、紧张、劳累、膀胱充盈、过冷、过热、肢体运动障碍(如帕金森病) 均会影响血压测量的准确性。



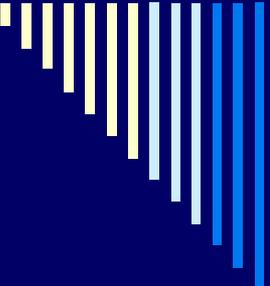
老年高血压的临床特点

- 收缩压增高为主
- 脉压增大
- 血压波动大
- 易发生体位性低血压
- 常见血压昼夜节律异常
- 常与多种疾病并存，并发症多
- 继发性高血压容易漏诊



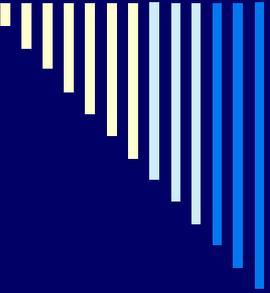
收缩压

- ISH占高龄高血压的67.6%–90%。
- 与舒张压相比，收缩压与心脑血管等靶器官损害的关系更为密切。
- 收缩压是心血管事件更为重要的独立预测因素。



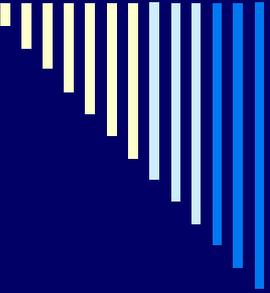
脉 压

- 脉压是反映动脉弹性功能的指标。
- 脉压增大是老年高血压的重要特点。
- 脉压 $> 40\text{mmHg}$ 视为脉压增大，高龄老人的脉压可达 $70\sim 100\text{mmHg}$ 。
- Framingham 心脏研究显示，老年人脉压是比收缩压和舒张压更为重要的危险因素。



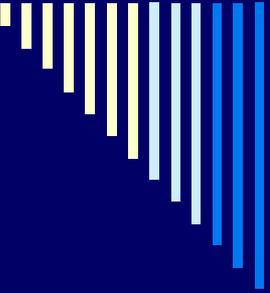
脉 压

- 老年高血压研究显示，60岁以上老人的基线脉压水平与全因死亡、心血管死亡、脑卒中和冠心病发病均呈显著正相关。
- 脉压水平与脑卒中复发密切相关，脉压越大，脑卒中再发危险越高。患痴呆风险增加。



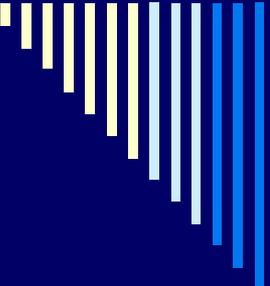
昼夜节律

- 昼夜节律异常表现为**夜间血压下降 $< 10\%$**
或 $> 20\%$ ，甚至夜间血压不降反较白天升高，
靶器官损害的风险增加。



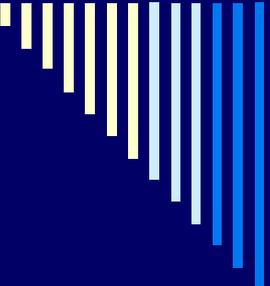
血压波动

- 随着年龄增大，压力感受器敏感性降低，血管顺应性降低，动脉僵硬度增加，易随情绪、季节、温度和体位变化、进餐而波动。
- 血压波动急剧时，可显著增加发生不良心血管事件及靶器官损害的危险。



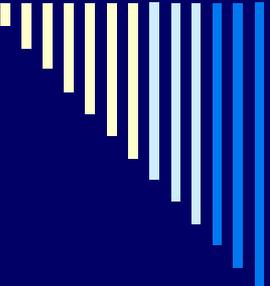
血压波动-1. 体位性血压波动

- 包括体位性低血压、体位性高血压的现象。
- **体位性低血压**是指由卧位改变为直立体位的**3 min**内，收缩压下降 ≥ 20 mmHg 或舒张压下降 ≥ 10 mmHg，同时伴有低灌注的症状，如头晕、黑矇、乏力、恶心、视物模糊、苍白、冷汗。
- **体位性高血压**，即体位由卧位转为直立后收缩压升高超过**20 mmHg**，也是老年人血压节能力下降的表现之一。



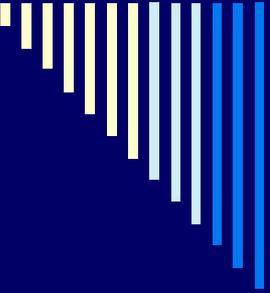
血压波动-2. 清晨高血压

- 老年人清晨高血压指老年患者清晨醒后1 h 内的家庭自测血压或起床后2 h 的动态血压记录 $\geq 135 / 85$ mmHg; 或早晨6 : 00 ~ 10 : 00 的诊室血压 $\geq 140 / 90$ mmHg。



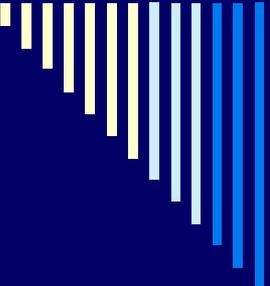
血压波动-3. 餐后低血压

- 餐后2 h 内收缩压比餐前下降**20 mmHg** 以上; 或餐前收缩压 ≥ 100 mmHg, 而餐后 < 90 mmHg; 或餐后血压下降未达到上述标准, 但出现餐后心脑血管缺血症状。



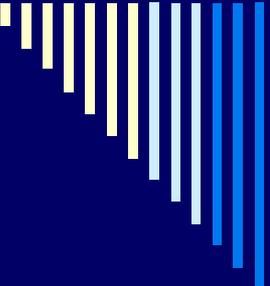
白大衣高血压

- 指诊室血压升高，但诊室外血压不高的现象，通过家庭血压监测和24 h 动态血压监测，有助于明确诊断。



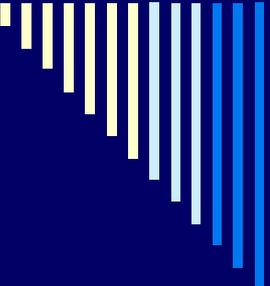
假性高血压

- 指由于严重的动脉硬化导致经袖带测量的收缩压数值高于经动脉穿刺直接测得的血压值，使得收缩压测量值假性升高的现象。
- 假性高血压可导致过度降压治疗，而收缩压过低在高龄患者可能引起跌倒、衰弱等不良预后的增加。



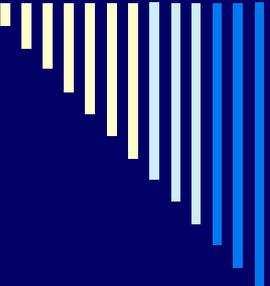
继发性高血压

- 如肾血管性高血压、肾性高血压、原发性醛固酮增多症、夜间睡眠呼吸暂停综合征等，部分继发性高血压是由于动脉粥样硬化病变所致。对于血压难以控制的高龄患者，除了检测诊断的准确性、治疗的合理性和依从性、排除可能影响血压控制的因素(如睡眠差、合并使用影响血压的药物等)以外，还应进行相应的检查，明确有无继发性高血压。



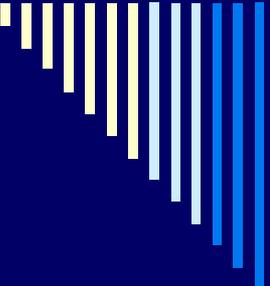
合并症多

- 并存多种危险因素和相关疾病、靶器官损害严重我国数据显示，高龄高血压合并糖尿病检出率为39.8%，合并高脂血症为51.6%，合并冠心病为52.7%，合并肾功能不全为19.9%，合并脑血管病为48.4%。



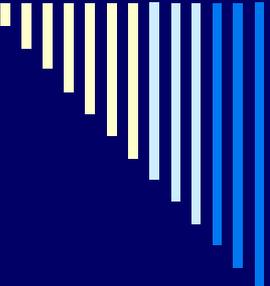
降压治疗的临床证据

- 欧洲工作组老龄人群高血压研究(European working party on high blood pressure in the elderly trial, EWPHE)。
- 老年收缩期高血压研究(systolic hypertension in the elderly program, SHEP) 22 年随访结果显示, 接受4.5 年的降压治疗使受试者较对照组具有更大的可能活到80 岁。
- 2015 年美国收缩压干预试验(systolic blood pressure intervention trial, SPRINT) 亚组分析显示, 对75 岁以上高血压患者(平均年龄79.8 岁) 强化收缩压控制(<120 mmHg) 可以降低心血管事件和全因死亡率。
- 唯一的针对80 或80 岁以上高龄人群降压治疗的随机对照试验 **HYVET** 证实, 降压治疗降低脑卒中风险**30%**, 心血管死亡率下降**23%**, 总死亡率下降**21%**, 并节省医疗费用。亚组分析显示, **85 岁以上的人群依然能够通过降压治疗显著获益。**



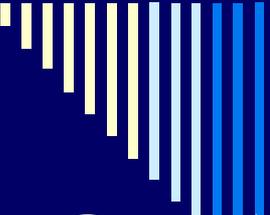
降压治疗获益与患者健康状况(衰弱程度)

- 降压治疗获益与患者健康状况(衰弱程度)的关系。
衰弱是指老年人生理储备下降导致机体易损性增加、抗应激能力减退的非特异性状态，高龄、多病共存、多重用药的老年人发生衰弱风险增高。年岁相同的高龄患者，健康状况(包括精神状态、生命活力、运动能力、认知功能、营养状况、并存疾病等)可能完全不同，高血压对身体的影响、降压治疗的获益程度和耐受性可能也有所不同。



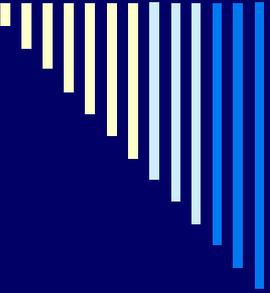
起始药物治疗的血压水平

- 起始药物治疗的血压水平: $\geq 160 / 90$ mmHg。
- 目前的证据支持对80 或80 岁以上且血压 $\geq 160 / 90$ mmHg 的患者开始药物治疗。



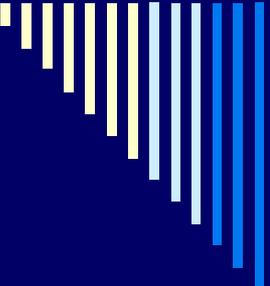
降压治疗目标值

- ① 不合并临床并存疾病的高龄患者(如慢性脑血管病、冠心病、心力衰竭、糖尿病和慢性肾功能不全等)，血压目标值 $< 145 \sim 150 / 90$ mmHg。
- ② 合并心、脑、肾并存疾病的患者，首先将血压降低至 $< 150 / 90$ mmHg，若耐受性良好，则进一步降到 $< 140 / 90$ mmHg(图1)。
- ③ 高龄患者血压不宜低于 $130 / 60$ mmHg。
- ④ 应平稳降压，避免过快降低血压，3个月内血压达标。



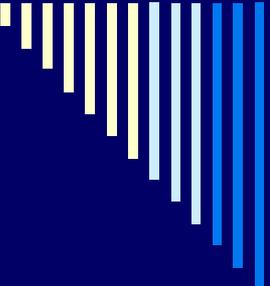
降压治疗目标值

- 推荐 $< 145 \sim 150 / 90$ mmHg 作为高龄患者的降压目标值。
- 对合并糖尿病或并存疾病的高血压患者给予更严格的血压控制，血压应降至 $< 140 / 90$ mmHg。
- 分阶段的血压控制策略，首先降至 $150 / 90$ mmHg，若耐受性良好，则进一步降至 $< 140 / 90$ mmHg。



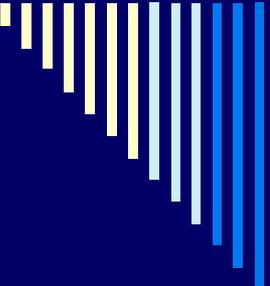
降压治疗的J形曲线现象

- 血压过高可增加心脑肾等靶器官损害的危险。
- 但过度降低血压可影响重要脏器血流灌注，更易发生脑卒中和靶器官损害。



降压药物的选择及注意事项

- (1) 首先使用小剂量单药作为初始治疗，避免血压过低。
- (2) 应选择平稳、有效、安全、不良反应少、服药简单、依从性好的降压药物。
- (3) 若单药治疗血压不达标，推荐小剂量联合用药。
- 小剂量单片复方制剂如ACEI /利尿剂、ARB /利尿剂、ACEI /长效钙拮抗剂、ARB /长效钙拮抗剂、复方利血平氨苯蝶啶片等有助于提高患者依从性



降压药物的选择及注意事项

- (4) 高血压合并心肌梗死、慢性心力衰竭或心律失常的患者，若无禁忌证，可加用 β 受体阻滞剂。
- (5) 伴有症状的良性前列腺增生的男性高龄高血压患者，亦可以选用 α 受体阻滞剂。
- (6) 应警惕多重用药带来的风险和药物不良反应

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/006205042220010140>