

数、病因上有各自特点,根据不同地域、不同生活习惯差异和个体差异,对高危人群(如胆石症、高脂血症、不良饮食习惯和酗酒者)提出早期干预措施对防治和减少复发十分重要。干预高危因素,包括减肥,治疗胆道疾病及高脂血症,手术祛除胆石对预防 AP 都有积极意义。

参考文献

- [1] WHITCOMB D C. Acute pancreatitis[J]. N Engl J Med, 2006, 354: 2142-2150.
- [2] EMIL J. Balthazar acute pancreatitis: assesment of severity with clinical and CT evaluation[J]. Radiology, 2002, 223: 603-603.
- [3] 中华医学会外科学急性胰腺炎组. 急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 胃肠病学, 2004, 9(2): 292-314.

- [4] APTE M V, WILSON J S. Alcohol-induced pancreatic injury[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2003, 17: 593-612.
- [5] 周亚魁, 杨体雄, 何跃明. 高脂血症性胰腺炎[J]. 临床外科杂志, 2002, 10(1): 52-53.
- [6] 黄丽彬, 唐承薇, 谢咏梅, 等. 成都地区 3 073 例急性胰腺炎致病危险因素分析[J]. 四川大学学报(医学版), 2005, 36(1): 138-139.
- [7] GULLO L, MIGLIORI M, PEZZILLI R, et al. An update on recurrent acute pancreatitis: data from five European countries[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97: 1959-1962.

(收稿日期: 2011-10-15)

老年高血压的临床特点及治疗策略

许树青¹ 李红虹² 刘红利¹ 张世展¹ 侯京燕¹

[摘要] 目的: 探讨老年人高血压的临床特点, 为临床治疗提供帮助。方法: 回顾性分析 126 例 60 岁以上老年高血压患者(老年组)的临床资料, 并与 92 例非老年高血压患者(非老年组)进行比较。结果: 临床表现方面无症状和头晕头痛患者两组无显著差异, 心悸气促者老年组与非老年组差异有统计学意义; 老年组晨峰高血压现象明显, $P < 0.01$; 老年组脉压差明显增大、单纯收缩期高血压多见, 并发基础疾病多。联合用药老年组高于非老年组, 差异有统计学意义($\chi^2 = 27.117, P < 0.01$)。结论: 根据老年高血压的临床特点, 遵循个体化原则, 合理用药、平稳降压是治疗老年高血压的关键。

[关键词] 高血压; 老年人; 临床特点

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)04-0286-03

随着人口老龄化加速, 我国老年高血压发病率逐年上升。本文回顾性分析了 126 例老年高血压患者的临床资料, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例来源于 2009-03-2011-12 来北京中医药大学东方医院就医、临床资料完整的原发性高血压患者, 按年龄分为 2 组, 年龄 ≥ 60 岁为老年组, 共 126 例, 其中男 93 例, 女 33 例; 年龄 60~91 岁, 平均 (77.6 ± 4.2) 岁; 病程 2~42 年, 平均 (20.5 ± 6.0) 年。年龄 < 60 岁为非老年组, 共 92 例, 其中男 68 例, 女 24 例; 年龄 37~59 岁, 平均 (47.8 ± 3.9) 岁; 病程 1~20 年, 平均 (8.6 ± 3.1) 年。

1.2 诊断标准

本研究入选病例均为原发性高血压, 排除症

状性高血压。根据《老年高血压诊断与治疗 2008 中国专家共识》^[1], 年龄 ≥ 60 岁、血压持续或 3 次以上非同日坐位血压收缩压 ≥ 140 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg, 可定义为老年高血压。若收缩压 ≥ 140 mm Hg, 舒张压 < 90 mm Hg, 则定义为老年单纯收缩期高血压 (ISH)。

1.3 方法

详细收集 126 例老年组和 92 例非老年组患者的临床资料, 包括临床表现、并发症和药物治疗情况, 并将两组临床资料进行对比分析。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 对数据进行处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间变量比较用 t 检验; 计数资料以 % 表示, 组间比较用 χ^2 检验; 等级资料以 % 表示, 组间比较用 U 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

¹ 解放军 61785 部队门诊部(北京, 100075)

² 北京中医药大学东方医院

通信作者: 许树青, E-mail: bjxsq@126.com

2 结果

2.1 临床表现

老年组和非老年组的临床表现见表1。老年组晨峰高血压现象多于非老年组。两组脉压比较见表2。随着年龄的增加,老年组脉压明显增大。

2.2 两组高血压患者分级情况

老年组和非老年组均以高血压2级所占比例最高,老年组血压分级高的患者明显多于非老年组,见表3。单纯收缩期高血压,老年组69例占54.76%,非老年组13例占14.13%,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

表1 老年组和非老年组的临床表现 例(%)

组别	例数	无症状	头晕、头痛	心悸气促	晨峰高血压
老年组	126	38 (30.16)	76 (60.32)	25 (19.84) ¹⁾	53 (42.06) ²⁾
非老年组	92	23 (25.00)	47 (51.09)	8 (8.70)	18 (19.57)

与非老年组比较,¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$ 。

表2 老年组和非老年组的脉压比较 mmHg

组别	例数	最大值	最小值	$\bar{x}\pm s$
老年组	126	100	40	76 $\pm$ 14 ¹⁾
非老年组	92	94	36	54 $\pm$ 12

与非老年组比较,¹⁾ $P<0.01$ 。

表3 老年组和非老年组的分级情况比较

组别	例数	高血压1级	高血压2级	高血压3级
老年组	126	19(15.08)	79(62.70) ¹⁾	28(22.22)
非老年组	92	37(40.22)	40(43.48)	15(16.30)

与非老年组比较,¹⁾ $P<0.01$ 。

2.3 主要并发症和靶器官损害

老年组并发冠心病、糖尿病、脑血管病(缺血性卒中、脑出血、短暂性脑缺血发作)、血脂异常、肾功能受损(血肌酐 ≥ 133 $\mu\text{mol/L}$ 或(和)蛋白尿 ≥ 300 $\text{mg}/24$ h)、眼底病变(高血压性视网膜病变-出血或渗出、视乳头水肿)者均多于非老年组,尤以冠心病、糖尿病、眼底病变、肾功能受损差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。见表4。

2.4 药物治疗情况

本研究中,两组患者治疗高血压使用的降压药

物包括常用的5大类:钙离子拮抗剂(CCB),血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI),血管紧张素II受体拮抗剂(ARB),利尿剂和 β -受体阻滞剂。其中单用1种降压药能控制的,老年组为29例(23.02%),非老年组53例(57.61%);采用2种以上降压药联合治疗的,老年组97例(76.98%),非老年组39例(42.39%),联合用药老年组高于非老年组,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=27.117$, $P<0.01$)。

3 讨论

3.1 老年高血压的临床特点

发病特点:老年高血压患者,一部分是由老年前期延续而来,另一部分则是在老年期患病。随着人口老龄化加速,我国老年高血压的发病率呈逐年上升趋势。据2002年卫生部组织的全国居民27万人营养与健康状况调查资料显示,我国60岁及以上人群高血压的患病率为49%,即约每2位60岁以上人中就有1例患高血压^[2]。

血压特点:根据2008《中国老年高血压治疗专家共识》,老年高血压主要有以下特点:①收缩压增高,脉压增大。老年人收缩压随年龄的增长而升高,而舒张压在60岁后则缓慢下降。ISH占高血压的60%,本文研究结果显示ISH占54.76%。随年龄增长其发生率增加,同时脑卒中的发生率急剧升高。收缩压是脑血管病和冠心病危险性的重要预测因子。越来越多的流行病学和临床研究证明,收缩压与卒中、左心室肥厚、心力衰竭的相关性比舒张压的相关性更强。因此,ISH是严重威胁老年人健康和生命的重要疾病。脉压是反映动脉弹性的指标,老年人脉压增大是重要的心血管事件预测因子。老年人脉压与总病死率和心血管事件呈显著正相关。国外有研究表明, >60 岁老年人的基线脉压与总死亡、心血管性死亡、卒中和冠心病发病均呈显著正相关。国内研究提示,老年脑血管病患者脉压水平与卒中复发有关。②血压波动大,晨峰高血压现象增多。随年龄增长,老年患者的压力感受器敏感性降低,而动脉壁僵硬增加,顺应性降低,血压易出现较明显的波动。晨峰高血压现象,是指血压从深夜的低谷水平逐渐上升,在凌晨清醒后的一段时间内迅速达到较高水平,这一现象称为晨峰高血压或血压晨浪^[3]。晨峰高血压的发生与醒后起床和活动使交感神经系统兴奋性迅速增强有关。老年晨峰高血压已越来越受到关注,晨起后数小时是心脑血管事件高发时段,其中心肌梗死和

表4 老年组和非老年组的并发症比较

组别	例数	冠心病	糖尿病	脑血管病	血脂异常	肾功能受损	眼底病变
老年组	126	79(62.70) ²⁾	45(35.71) ²⁾	40(31.75) ¹⁾	65(51.59) ¹⁾	21(16.67) ²⁾	18(14.29) ²⁾
非老年组	92	22(23.91)	17(18.48)	18(19.57)	35(38.04)	5(5.43)	3(3.26)

与非老年组比较,¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$ 。

心脏猝死事件分别占40%和25%，卒中发生率也为其他时段的3~4倍^[4]。治疗晨峰高血压已成为一个新的目标，可防止靶器官和心脑血管事件的发生。③常见血压昼夜节律异常，易发生体位性低血压和餐后低血压。老年高血压患者血压昼夜节律异常的发生率高，表现为夜间血压下降幅度不足10%或超过20%，使心脑肾等靶器官损害的危险性显著增加。约1/3的老年高血压患者可能发生体位性低血压。应用利尿剂、扩血管药或精神类药物者更易发生。老年餐后低血压定义为：餐后2 h内每15 min测量血压1次，与餐前比较SBP下降>20 mm Hg；或餐前SBP≥100 mm Hg，但餐后<90 mm Hg；或虽餐后血压仅有轻微降低，但出现心脑血管缺血症状（心绞痛、乏力、晕厥、意识障碍）。

并发症及其特点：老年高血压并发症多且严重，若血压长期控制不理想，易发生靶器官损害，常并发动脉粥样硬化、脑卒中、冠心病、肾功能衰竭等。老年高血压患者常与多种疾病共存，并发糖尿病、高脂血症、老年痴呆等疾病。目前，脑卒中仍是我国高血压人群最主要的并发症，冠心病事件也有上升趋势。因此，积极控制老年高血压对预防并发症，减少病死率极为重要。

3.2 老年高血压的治疗策略

3.2.1 做好血压监测，确定危险分层 老年人血压波动范围大，应做好动态血压监测，了解血压波动程度以便平稳降压。要特别注意“晨峰”高血压。有研究表明，心肌梗死在9:00的发生率比21:00高3倍，心脏猝死危险度高29%，卒中危险度高49%，凌晨是心脑血管事件发生的危险期^[5]。老年高血压患者，除继发性高血压外，应确定危险因素，根据靶器官损害及相关临床疾病进行危险分层。按中国高血压防治指南2010，根据高血压患者血压情况分为1、2、3级，再根据危险因素分为低危、中危、高危、很高危。

3.2.2 明确治疗目标 治疗老年高血压的主要目标是保护靶器官，最大限度地降低心血管事件和死亡的总风险。在患者能耐受的情况下，逐步降压达标。应按照个体化原则确定不同高血压人群的降压目标值。一般高血压患者降压目标值为140/90 mm Hg；大于65岁老年高血压降压目标是150/90 mm Hg，老年收缩期高血压若DBP<60

mm Hg，SBP>150 mm Hg，建议小心低剂量用药以免DBP进一步降低；伴有冠心病心绞痛、糖尿病和慢性肾病患者降压目标为130/80 mm Hg；脑血管病后血压目标值为140/90 mm Hg。

3.2.3 制定个体化方案

老年人高血压的初始降压治疗应遵循一般原则，降压药应从小剂量开始，降压速度不宜过快，要密切观察药物反应，特别在体质较弱的患者中尤应如此。多项研究证实，多数老年患者需要联合应用2种以上降压药物才能达到降压目标。高危、很高危患者应立即开始药物治疗，低、中危患者可随访评估数周再决定。所有患者均应建立良好生活方式，大多数患者需要终生服药。CCB和利尿剂可用于一般高血压和老年高血压患者；ACEI和ARB可首选用于肾脏病、糖尿病和代谢综合征患者；β受体阻滞剂首选用于伴心绞痛、心动过速、慢性心力衰竭的患者^[6]。

综上所述，老年高血压具有收缩压增高、脉压增大、血压波动大、晨峰高血压多见、靶器官损害及并发症多等特点。临床上应做好血压监测，确定危险分层，明确治疗目标，遵循个体化原则，选择适宜药物，缓慢、平稳降压。同时，应积极干预其他相关的危险因素，保护靶器官，防治并发症。

参考文献

- [1] 老年高血压诊断与治疗中国专家共识组. 老年高血压诊断与治疗2008中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(12): 1046-1050.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7): 579-616.
- [3] 中国老年高血压治疗共识专家委员会. 中国老年高血压治疗专家共识[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2008, 10(9): 641-649.
- [4] 温丽平. 老年高血压治疗进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(7): 864-866.
- [5] 郭冀珍, 姚莉萍. 老年高血压治疗进展[J]. 心脑血管病防治, 2011, 11(3): 169-171.
- [6] 李小鹰. 2010版《中国高血压防治指南》解读-新指南, 新在哪里[J]? 中国医学前沿杂志(电子版), 2011, 3(3): 67-68.

(收稿日期: 2012-06-13)