

· 述 评 ·

老年高血压的临床特点

沈潞华

(首都医科大学附属北京友谊医院心内科, 北京 100050)

【摘要】老年高血压患者是一个特殊的人群, 血压变化具有自身的特征: 如收缩压升高、脉压差增大、血压波动范围大; 同时老年高血压患者靶器官损害常广泛存在, 并发症多见。这些临床特征影响老年高血压患者的预后, 是临床管理中特别需要关注的。

【关键词】高血压; 老年人; 临床医学

【中图分类号】R544.1

【文献标识码】A

【文章编号】1671-5403(2011)03-0193-03

Clinical features of hypertension in elderly patients

SHEN Luhua

(Department of Cardiology, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China)

【Abstract】The elderly patients with hypertension are a specific population. The changes of blood pressure have distinct characteristics, such as the systolic elevation, pulse pressure increases and increase of blood pressure fluctuation range. Target organ damage and complications were common in these patients. All these characteristics have effects on the patients' prognosis, and more attention should be paid in clinical management.

【Key words】hypertension; elderly; clinical medicine

高血压是老年人最常见的疾病, 是导致老年人充血性心力衰竭、卒中、冠心病、肾功能衰竭、主动脉病变等发病率和病死率升高的重要的危险因素。

中华医学会老年医学学会于1982年根据世界卫生组织西太平洋地区会议规定提出, 老年界限为 ≥ 60 岁。根据1999年WHO/ISH高血压防治指南, 年龄在60岁以上, 血压持续或3次以上非同日坐位收缩压(systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)和(或)舒张压(diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 mmHg是老年高血压的定义。若SBP ≥ 140 mmHg而DBP < 90 mmHg则为老年单纯收缩期高血压(isolated systolic hypertension, ISH)。老年高血压的发病率较年轻人明显升高。2002年中国居民营养与健康状况调查结果显示, ≥ 60 岁高血压患病率为49.1% (男性48.1%, 女性50.2%)^[1]。2008~2009年中国心血管病报告中, 对10525名40岁以上非高血压成年人平均随访8.2年, 高血压累计发病率男性为28.9%, 女性为26.9%, 而60岁以上则分别为41.6%和38.4%^[2]。国内外资料均显示, 随着年龄的增长, 高血压的发病率和血压升高幅度增加。因此, 老年高血压是重要的医疗与社会问题。

大量的研究显示了老年高血压患者从降压治疗中获益^[3]。但是, 由于老年人病理生理的变化, 老年高血压临床表现与预后有其特殊性。老年人具有与年龄相关的血管结构与功能的改变(如动脉壁增厚、僵硬增加、内皮功能障碍, 一氧化氮、内皮素-1等血管活性物质失衡使血管收缩及舒张功能失调等)、神经内分泌改变、自主神经功能变化、压力感受器敏感性减退等; 老年人情绪控制能力也减低, 较易引起心理应激; 另外心、肾等主要脏器随年龄发生了变化, 这些改变使老年高血压具有其自身临床特点。

1 SBP增高为主

老年高血压可表现为SBP和(或)DBP的增高。但是更多见的是老年ISH, 脉压也常增大。据Framingham研究, 年龄65~89岁的老人, 单纯收缩压增高男性为57.4%, 女性为65.1%。我国的资料显示, 60岁以上人群ISH患者占老年高血压的53.2%^[4]。ISH与老年人增龄、大动脉僵硬增高、弹性下降、顺应性降低有关, 脉搏波传导速度也可明显加快。ISH及脉压增大可增加左室后负荷, 使

心室肥厚,加重内皮功能紊乱及动脉壁损害,降低冠脉灌注储备,影响脑血管血流供应。随着收缩压升高及脉压增大,心脑血管事件发生率也增加。据 MRFIT 研究报导,ISH 患者与一般高血压患者相比,发生脑卒中和冠心病危险分别增加 4 倍和 5 倍。多个研究显示,老年 ISH 患者经治疗后可以减少心脑血管事件。

2 脉压增大

脉压增大是反映动脉弹性的指标,是老年人重要的心血管事件预测因子。Sys-China, Sys-Eur 和 EWPHE 等老年人高血压试验显示,60 岁以上老年人基线脉压与总死亡、心血管病死亡、脑卒中和冠心病发病均显著正相关。2005 年中国高血压防治指南指出,老年脑血管病患者脉压水平与卒中中再发有关^[5]。2007 年欧洲高血压指南也提示对于有心血管危险因素的中老年高血压患者,脉压是心血管事件的强预测因子^[6]。因此,脉压增大不仅是老年高血压的临床特点,而且与心脑血管事件直接相关。

3 血压变动大,血压变异大

随着年龄增长,老年人压力感受器敏感性降低、血压调节功能减退、动脉僵硬度增加、动脉弹性减退、顺应性降低及心输出量下降等变化,使老年人血压波动范围大,其 SBP、DBP、脉压差,尤其是 SBP 的波动性均比年轻患者大;而且随着季节、情绪、体位变化更易出现^[7]。老年高血压患者存在左室肥厚、心律失常、心脑血管动脉硬化、血管结构与功能的改变,易出现靶器官损害,而血压的波动易发生心脑血管不良事件。

血压波动大,使血压变异性增大。血压变异是指一定时间内血压波动的程度,可用动态血压来监测,也可用同一随诊不同间隔时间或不同随诊时间血压的波动来检测,有短时变异和长时变异。变异性可用不同时间多次测量血压的标准差(SD)来表示,也可用经血压水平校正后的变异系数(SD/血压平均值)来表示^[8]。

血压变异性增高可引起内皮功能损伤、炎症等,可通过多种途径引起心脏、血管重构及靶器官损害。血压变异性是心脑血管病风险的预测指标。Rothwell 等^[9]指出,随诊间收缩压变异性是冠脉事件及卒中的强预测因子,且独立于平均血压值之外,尤其是对卒中的危险预测性高于平均血压。ASCOT-BPLA 后续研究显示,氨氯地平联合治疗组较阿替洛尔联合治疗组显著减少卒中及冠心病事件与血压变异性有关;前者血压变异性始终低于后者;前者血压变异性较基线降低,而后者反而增加^[8]。因此,理想的降压药物应该在降低血压的同时,亦降

低随诊期间血压变异性。有关血压变异性,尚有待进一步研究,尤其应进行前瞻性临床试验。

对于老年高血压患者,不仅要检测诊所高血压和家庭自测血压,也应了解血压的波动及变异性,有助于对病情的判断及合理选择减少血压波动和降低血压变异性的药物。

4 易发生体位性低血压

体位性低血压是指立位比卧位的 SBP 下降超过 20 mmHg 或 DBP 下降超过 10 mmHg 或平均动脉压降低在 10% 以上,可伴有低灌注症状,如头晕、黑矇甚至晕倒等脑供血不足的表现,个别患者可有心脏绞痛的发生。

美国 JNC7 对体位性低血压定义为直立位 SBP 下降超过 10 mmHg 伴有头晕或晕厥。老年收缩期高血压患者常伴有糖尿病、低血容量,应用利尿剂及血管扩张剂等药物时容易发生^[7]。

老年人体位性低血压发生与动脉硬化、压力感受器敏感性降低、反射性调节血压功能减退、血压波动时自主神经调节反应失灵、功能障碍、反应性血管收缩调节减退等有关。老年人窦房结功能常降低,也与上述易发因素也有关。老年人在体位变动时应避免从卧位突然立起,在选择降压药物时也应避免选择引起体位性低血压的药物,如 α 受体阻滞剂。对老年人应加测卧位改为直立位后 1 min 和 5 min 后的血压,要注意体位的变化。

5 易发生昼夜节律异常

血压有其昼夜节律的变化,凌晨最低,清晨升高,白天较高,且有双峰(清晨和傍晚),晚上血压缓慢下降,呈杓型曲线,夜间血压较白昼约低 10%。随着年龄的增高,昼夜波动幅度可以变小。但老年高血压患者,特别是有明显动脉粥样硬化者,昼夜节律可发生明显变化,夜间血压下降幅度不足 10% (非杓型)。老年高血压非杓型的发生率可高达 60%^[7],夜间血压可有明显的升高,改变了昼夜节律。有的老年高血压患者清晨血压骤然明显升高,成了超杓型。清晨血压明显升高易发生心脑血管事件;而夜间血压增高,呈非杓型时容易引起心脑血管靶器官损害。与年轻高血压患者相比,老年人靶器官损害更与昼夜节律异常有关。

6 盐敏感性高血压的发病率高

盐敏感性高血压并非老年高血压的特点。我国盐敏感性高血压人群占高血压总人群的 50%~60%,血压与钠盐摄入量明显相关。但是,盐敏感性高血压的发病率随年龄增高而增加。老年人随着年龄的增加,有效

肾单位减少, 肾小球及肾小管功能减退, 肾排钠能力减低, 易导致水钠潴留。如果钠盐摄入过多, 更易引起血压明显升高。高盐摄入能降低压力感受器的敏感性, 影响血压变异性。盐敏感性高血压存在内皮功能障碍, 易引发靶器官损害。前瞻性研究显示, 盐敏感性原发性高血压较盐不敏感性高血压患者心血管事件发生率及死亡率均明显升高^[10]。因此对老年高血压患者, 要关注钠摄入量及盐敏感的问题。

7 并发症多

老年高血压患者常并发多种疾病, 如糖尿病、高脂血症、动脉粥样硬化、神经系统疾病、肾功能减退、前列腺肥大、呼吸系统疾病等, 使临床的病情和治疗复杂化。要注意药物的选择和药物间相互影响, 避免不良反应。老年高血压引起靶器官损害, 心、脑、肾及血管疾病并发症也明显较中青年患者增多。(1) 老年高血压是脑卒中重要危险因素。约 3/4 脑卒中患者有高血压病。据研究, 从 115/75 mmHg 开始, 血压越高, 脑卒中发生率越高。我国的长期随访研究显示, 脑血管疾病患者基础及治疗后血压水平与脑卒中再发有关, 血压水平较高者脑卒中再发率高^[5]。长期血压升高使动脉内膜损伤, 促进动脉硬化和血栓形成, 加速脑损害。(2) 老年高血压患者在高血压及其心血管危险因素的影响下, 甚易并发冠心病。约 2/3 的心肌梗死患者有高血压, 且随着血压 (特别是 SBP) 的增高、年龄的增加, 冠心病发病率及死亡率亦增加。血压急剧升高可诱发急性心肌梗死。(3) 老年患者血压升高可增加肾脏疾病的危险性。高血压可引起肾内血管收缩, 肾血流量下降, 引起缺血性肾损害, 产生蛋白尿, 肾功能的恶化, 如合并糖尿病、肾血管动脉粥样硬化性狭窄, 更可加重肾损害, 且血压也不易控制。高血压患者肾损伤甚至可导致终末期肾病。(4) 高血压是老年, 尤其是合并冠心病患者心力衰竭最常见的病因之一。美国 Framingham 研究曾显示, 75% 高血压患者可发生心力衰竭。随着老年人增龄, 心力衰竭发生率也明显增加。高血压时, 心脏及血管结构重构及功能的改变可促发心力衰竭。心力衰竭可表现为舒张性心力衰竭、收缩性心力衰竭, 或两者兼有。一般出现左心衰竭, 以后可发展成全心衰竭。当血压急剧升高出现高血压危象时, 可发生急性左心衰竭或肺水肿, 需积极抢救治疗。(5) 老年高血压患者除合并心、脑、肾血管动脉粥样硬化外, 还可合并外周血管动脉粥样硬化疾病, 如颈动脉、头臂血管、下肢血管, 可出现脑及肢体的供血不足、发冷、间歇性跛行等缺血表现。此时检测踝肱指数 < 0.9 有助于对下肢血管疾病的判断。对相应部位的血管病变可用超声多普勒、CT 血管成像、磁共振血管成像

等无创检测及血管数字减影造影等进行诊断。对老年人应检测双侧血压, 必要时检测四肢的血压。(6) 其他。老年高血压患者易出现心律失常, 如心房颤动等。另据报道, 70%~87% 主动脉夹层是由高血压, 尤其是长期严重的高血压所致, 因此, 老年高血压患者需注意大动脉病变。老年高血压患者还应注意有无视网膜病变 (如出血、渗出、视乳头水肿)。此外, 血压增高还是老年人阿尔茨海默病的危险信号, 尤其与收缩压增高有关。

高血压是老年人最常见的疾病, 但老年高血压有其临床特点, 应进行综合的临床评估与危险分层, 进行合理治疗, 减少心脑血管事件, 改善预后。

【参考文献】

- [1] 中国居民营养与健康状况调查报告之一. 2002 综合报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 53-57.
- [2] Gu DF, Wildman RP, Wu X, *et al.* Incidence and predictors of hypertension over 8 years among Chinese men and women[J]. *J Hypertens*, 2007, 25(3):517-523.
- [3] Mancia G, Laurent S, Agaliti-Rosei E, *et al.* Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document[J]. *J Hypertens*, 2009, 27(11): 2121-2158.
- [4] 吴锡桂, 殷秀芳, 黄广勇, 等. 我国老年人群单纯收缩期高血压患病率及影响因素[J]. *中华心血管病杂志*, 2003, 31(6): 456-459.
- [5] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 (2005 年修订版)[J]. *高血压杂志*, 2005, 134(增刊): 2-41.
- [6] Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, *et al.* 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. *J Hypertens*, 2007, 25(6): 1105-1187.
- [7] 中国老年高血压治疗共识专家委员会. 老年高血压诊断与治疗——2008 年中国专家共识[J]. *中华内科杂志*, 2008, 47(12): 1046-1050.
- [8] Rothwell PM, Howard SC, Dolan E, *et al.* Effects of beta-blockers and calcium-channel blockers on within-individual variability in blood pressure and risk of stroke[J]. *Lancet Neurol*, 2010, 9(5): 469-480.
- [9] Rothwell PM, Howard SC, Dolan E, *et al.* Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension[J]. *Lancet*, 2010, 375(9718): 895-905.
- [10] Atsushi M, Takashi V. Sodium sensitivity and cardiovascular events in patients with essential hypertension[J]. *Lancet*, 1997, 350(9093): 1734-1737.

(编辑: 王雪萍)