·老年人衰弱与肌少症专栏·

老年高血压患者发生衰弱对预后的影响

李建华[1]，范利[1*]，赵婷[2]，库洪安[2]，王蓉[3]，邹晓[1]，胡亦新[4*]
（解放军总医院：[1]南楼心血管内科，[2]门诊部，[3]南楼重症监护室，[4]南楼保健科，北京 100853）

【摘 要】 目的 探讨衰弱对老年高血压患者不良预后的影响。**方法** 随机选取2015年3月至2016年10月在解放军总医院门诊就诊或常规查体的老年高血压患者314例为研究对象，对患者的一般人口学特征、既往病史等进行问卷调查，应用Charlson合并症指数（CCI）对老年患者的共病状态进行评估，微型营养评估简表（MNA-SF）进行营养评估，Barthel指数进行日常生活能力评估。依据衰弱状态分为3组：正常组（$n=65$）、衰弱前期组（$n=208$）和衰弱组（$n=41$）。进行18个月的随访，依据是否发生跌倒分为2组：跌倒组（$n=41$）和非跌倒组（$n=273$）；依据是否发生全因住院分为2组：住院组（$n=133$）和非住院组（$n=181$）。采用SPSS 19.0软件进行数据处理。依据数据类型，组间比较分别采用t检验或χ^2检验。对单因素分析有统计学意义的指标进行多因素logistic回归分析，筛选出独立的危险因素。**结果** 314例老年高血压患者应用Fried标准共检出衰弱者41例，检出率为13.1%，且衰弱的检出率随年龄的增加而增加。经校正的回归模型显示，步速减低与跌倒具有显著相关性（$OR=2.88$，95% CI 1.26～6.56，$P<0.05$），步速减低与全因住院的相关性差异无统计学意义（$OR=1.13$，95% CI 0.57～2.22，$P=0.726$）。**结论** 老年高血压患者衰弱的检出率随年龄的增加而增加，步速减低是老年高血压患者发生跌倒的独立危险因素。

【关键词】 老年人；高血压；衰弱；预后
【中图分类号】 R592；R544.1 **【文献标志码】** A **【DOI】** 10.11915/j.issn.1671-5403.2018.05.072

Prognostic effect of frailty in elderly hypertensive patients

LI Jian-Hua[1], FAN Li[1*], ZHAO Ting[2], KU Hong-An[2], WANG Rong[3], ZOU Xiao[1], HU Yi-Xin[4*]
([1]Department of Geriatric Cardiology, [2]Department of Outpatient, [3]Intensive Care Unit of South Building, [4]Health Care Department of South Building, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China)

【Abstract】 Objective To determine the effect of frailty on the prognosis in the elderly hypertensive patients. **Methods** A total of 314 elderly hypertension patients who visited the Outpatient Department or took physical examination in our hospital from March 2015 to October 2016 were enrolled in this study. Their general demographic characteristics and medical history were collected by questionnaires. The comorbid conditions were evaluated with Charlson comorbidity index (CCI). Mini nutritional assessment-short form (MNA-SF) was used for nutritional assessment, and Barthel index for daily life ability. According to the state of weakness, they were divided into normal ($n=65$), pre-frialty ($n=208$) and frialty groups ($n=41$). Based on the occurrence of falls during the 18 months' follow-up, the patients were also assigned into fall group ($n=41$) and non-fall group ($n=273$), and into hospitalization group ($n=133$) and non-hospitalization group ($n=181$) according to all-cause hospitalization. SPSS statistics 19.0 was used for data processing. Student's t test or Chi-square test was employed for intergroup comparison with different data types. The factors with significant difference by univariate analysis were further analyzed by multivariate logistic regression analysis to identify independent risk factors. **Results** Fried standard identified 41 frail patients out of the 314 subjects, with a detection rate of 13.1%, and the rate was increased with age. After adjustment, the regression model showed that pace reduction was associated with increased risk for fall ($OR=2.88$, 95% CI 1.26–6.56, $P<0.05$), but not with all-cause hospitalization ($OR=1.13$, 95% CI 0.57–2.22, $P=0.726$). **Conclusion** The prevalence of frailty in elderly hypertensive patients is increased with age. Pace reduction is an independent risk factor for incidence of fall in them.

【Key words】 aged; hypertension; frailty; prognosis
This work was supported by the Specialized Research Fund for Healthcare of Military (15BJZ41).
Corresponding author: FAN Li, E-mail: fl6698@163.com; HU Yi-Xin, E-mail: chhyxcn@126.com

收稿日期： 2018-01-26；**修回日期：** 2018-03-14
基金项目： 军队保健专项课题（15BJZ41）
通信作者： 范利，E-mail：fl6698@163.com；胡亦新，E-mail：chhyxcn@126.com

老年高血压患者往往存在多维度健康风险，其临床并发症、病理生理过程及治疗策略均较中青年患者复杂。因此，老年高血压患者血压管理与中青年患者不同，应采取不同的干预治疗策略[1]。最新国际指南推荐高血压患者应该根据年龄和身体功能制定降压目标，因此，身体功能的评估是决定血压管理是否有效的重要因素。衰弱是近来老年医学研究的热点，研究表明，衰弱与身体功能呈负相关，衰弱是身体功能下降及失能早期最常见的危险因素[2]。然而，目前反映老年高血压患者衰弱状况及衰弱对老年高血压患者不良预后影响的临床数据较少。本研究纳入了在解放军总医院门诊就诊或常规查体的老年高血压患者，对其衰弱的患病情况进行调查，分析老年高血压患者衰弱的患病率及衰弱对预后的影响，为老年高血压的个性化治疗提供临床依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

随机选取2015年3月至2016年10月在我院门诊就诊或常规查体的老年高血压患者314例为研究对象，其中男性277例，女性37例，年龄65～95(80.8±5.3)岁。纳入标准：(1)年龄≥65岁；(2)已规律服用降压药；(3)符合原发性高血压诊断标准；(4)愿参与本研究并签订知情同意书。排除标准：(1)肾脏病、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤等引起的继发性高血压；(2)已截肢或患有骨关节、肌肉、神经系统等疾病，不能配合运动评估及治疗；(3)伴有急性心肌梗死、急性脑中风、急性外伤、急性感染、电解质紊乱、视听功能障碍等严重器质性疾病；(4)失语症、意识障碍、认知功能障碍、痴呆、精神病类疾病，曾经或正在服用精神病类药物等。

1.2 方法

调查一般人口学特征(如年龄、性别、文化程度、职业等)、生活习惯(如睡眠状况、烟酒、膳食及体育锻炼等)、既往病史(如冠心病、脑卒中、糖尿病、高脂血症等)、主要的心脑血管病及肿瘤的家族史、服药史等。应用Charlson合并症指数(Charlson comorbidity index，CCI)对老年患者的共病状态进行评估，微型营养评估简表(mini nutritional assessment-short form，MNA-SF)进行营养评估，Barthel指数进行日常生活能力评估。

对参与调查的人员进行统一培训，使其熟练掌握调查目的、问卷内容、填写方法及沟通技巧等。调查结束后，对问卷进行仔细核查，若发现信息不完整或填写错误，及时调查补充。并到患者医疗定点医院查阅体检表或住院病历，核实补充相关病史资料。

依据衰弱状态分为3组：正常组(n=65)、衰弱前期组(n=208)和衰弱组(n=41)。对纳入的所有患者进行18个月的随访，记录患者随访期间主要终点和次要终点的发生情况。主要终点：跌倒；次要终点：全因住院。依据是否发生跌倒分为2组：跌倒组(n=41)和非跌倒组(n=273)。依据是否发生全因住院分为2组：住院组(n=133)和非住院组(n=181)。

1.3 诊断标准

1.3.1 高血压 在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，收缩压≥140 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和(或)舒张压≥90 mmHg诊断为高血压；收缩压≥140 mmHg和舒张压<90 mmHg为单纯收缩期高血压；或有明确高血压病史，目前正在使用降压药物，虽然血压低于140/90 mmHg，也诊断为高血压。

1.3.2 衰弱 采用目前国际上应用最广泛的Fried量表对患者的衰弱状态进行评估，包含5项诊断标准(符合3项及以上为衰弱，符合1～2项为衰弱前期，0项为无衰弱)。(1)体质量下降。近1年来体质量下降≥4.5 kg或下降>体质量的5%。(2)握力下降。女性：≤17.0 kg[体质量指数(body mass index，BMI)≤23.0 kg/m^2]；≤17.3 kg(BMI：23.1～26.0 kg/m^2)；≤18.0 kg(BMI：26.1～29.0 kg/m^2)；≤21.0 kg(BMI>29.0 kg/m^2)。男性：≤29.0 kg(BMI≤24.0 kg/m^2)；≤30.0 kg(BMI：24.1～28.0 kg/m^2)；≤32.0 kg(BMI>28.0 kg/m^2)。(3)自评疲乏明显。(4)步速下降。男性：≤4.57 m/7 s(身高≤173 cm)；≤4.57 m/6 s(身高>173 cm)。女性：≤4.57 m/7 s(身高≤159 cm)；≤4.57 m/6 s(身高>159 cm)。(5)活动量明显减少。近3个月没有进行负荷运动，每天久坐>4 h，或近1个月步行活动量减少(男<383 kcal/周，女<270 kcal/周)。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用t检验。计数资料以百分率表示，组间比较采用χ^2检验。对单因素分析有统计学意义的指标进行多因素logistic回归分析，筛选出独立的危险因素。$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同衰弱状态患者一般情况比较

314例老年高血压患者应用Fried标准共检出衰弱者41例，检出率为13.1%，其中65～74岁者

3例(占7.3%),75~84岁者17例(占41.5%),≥85岁者21例(占51.2%),可见衰弱的检出率随年龄的增加而增加。不同衰弱状态患者在年龄、步行速度、合并症数量、CCI、服药种类、MNA-SF评分、Barthel指数、服用硝酸酯类药物间差异具有统计学意义($P<0.01$;表1)。

2.2 不同临床终点患者一般情况比较

随访时间内41例发生跌倒,133例住院。跌倒组患者的衰弱发生率和步速减低发生率显著高于非跌倒组,MNA-SF评分和Barthel指数显著低于非跌倒组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。住院组与非住院组患者在年龄、步速减低、收缩压、CCI、Barthel指数、降糖药、钙拮抗剂、利尿剂、硝酸酯类药物服药率及用药种类间的差异具有统计学意义($P<0.05$;表2)。

2.3 老年高血压患者不良预后与衰弱相关性分析

以单因素分析差异有统计学意义的因素为自变量,分别以是否发生跌倒和是否发生住院为因变量,进行多因素logistic回归分析。结果表明,衰弱($OR=3.67$,95% CI 1.24~10.87,$P<0.05$)和步速减低($OR=4.15$,95% CI 2.09~8.21,$P<0.01$)是老年高血压患者发生跌倒的危险因素,步速减低($OR=1.79$,95% CI 0.57~2.22,$P<0.05$)是老年高血压患者发生住院的危险因素,校正了可能的混杂因素后,步速减低($OR=2.88$,95% CI 1.26~6.56,$P<0.05$)是老年高血压患者发生跌倒的独立危险因素,但步速减低($OR=1.13$,95% CI 0.57~2.22,$P=0.726$)与老年高血压患者发生住院的相关性差异无统计学意义。

3 讨 论

大量循证研究证实,迎接高血压严峻挑战的关键是有效的血压管理。众多国际指南推荐老年高血压药物治疗前进行衰弱状况评估。因此,了解老年高血压患者衰弱的患病情况,有利于基于老年的生理储备而不是简单根据年龄来评估降压治疗的风险和获益,从中筛选出可以真正从降压治疗受益的老年患者,并有助于确定合适的血压控制目标,提高老年高血压管理水平。

目前,对于衰弱的筛查尚缺少统一的标准,Fried量表、步行速度、G8量表、衰弱指数是评估患者衰弱程度的应用较为广泛的方法[3-6],其中Fried量表标准是当前应用最广泛的亦是最公认的衰弱评估方式[7]。国外关于衰弱的流行病学报道指出,衰弱的患病率为4.0%~59.1%,不同的流行病学调查所得出的患病率存在较大差异,可能与纳入人群及采用筛选标准不同有关。近几年采用Freid量表评估衰弱的报道显示,西班牙人群衰弱的患病率为9.6%~27.3%,

表1 不同衰弱状态患者一般情况比较

Table 1 Comparison of baseline data among three groups

Item	Normal group ($n=65$)	Pre-frialty group ($n=208$)	Frialty group ($n=41$)	P value
Age(years, $\bar{x}\pm s$)	75.6±6.5	81.7±5.8	84.4±5.1	<0.01
BMI(kg/m^2, $\bar{x}\pm s$)	24.38±2.87	24.04±2.70	24.00±3.50	0.795
SBP(mmHg, $\bar{x}\pm s$)	131.09±8.03	129.58±10.31	130.37±8.18	0.768
DBP(mmHg, $\bar{x}\pm s$)	72.77±9.48	70.89±9.06	71.88±8.31	0.689
Pace(m/s,$\bar{x}\pm s$)	0.93±0.15	0.83±0.15	0.51±0.10	<0.01
Number of comorbidities (n, $\bar{x}\pm s$)	4.71±2.61	5.12±2.36	6.22±2.32	<0.01
Charlson comorbidity index($\bar{x}\pm s$)	2.00±1.45	2.39±1.45	2.93±1.52	<0.01
Number of drugs(n, $\bar{x}\pm s$)	3.08±1.90	3.20±1.93	4.02±2.33	<0.01
MNA-SF(score, $\bar{x}\pm s$)	13.30±1.25	13.05±1.20	11.29±2.10	<0.01
Barthel index($\bar{x}\pm s$)	96.06±6.11	89.71±9.16	77.68±9.29	<0.01
Drug use[n(%)]				
Hypoglycemic agent	15(23.1)	51(24.5)	14(34.1)	0.240
ACEI/ARBs	22(33.8)	57(27.4)	8(19.5)	0.285
Beta blockers	19(29.2)	50(24.0)	9(22.0)	0.791
CCBs	31(47.7)	128(61.5)	25(61.0)	0.066
Diuretic	4(6.2)	22(10.6)	5(12.2)	0.860
Statins	42(64.6)	120(57.7)	31(75.6)	0.068
Ntrates	20(30.8)	68(32.7)	23(56.1)	<0.01
Antiplatelet drugs	31(47.7)	102(49.0)	20(48.8)	0.873

BMI: body mass index; SBP: systolic blood pressure; DBP: diastolic blood pressure; MNA-SF: mini nutritional assessment-short form; ACEI: angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARBs: angiotensin receptor blockers; CCBs: calcium channel blockers. 1 mmHg=0.133 kPa

表2 不同临床终点患者一般情况比较

Table 2 Comparison of baseline data among patients with different clinical outcomes

Item	Fall group (n=41)	Non-fall group (n=273)	P value	Hospitalization group (n=133)	Non-hospitalization group (n=181)	P value
Age(years, $\bar{x}\pm s$)	82.4±6.2	80.5±6.5	0.164	82.7±5.7	79.4±6.6	<0.01
Male[n(%)]	35(85.4)	242(88.6)	0.728	123(92.5)	154(85.1)	0.067
Frailty[n(%)]	11(26.8)	30(11.0)	<0.05	23(17.3)	18(9.9)	0.082
Pace reduction[n(%)]	20(48.8)	51(18.7)	<0.01	38(28.6)	33(18.2)	<0.05
BMI(kg/m^2, $\bar{x}\pm s$)	23.79±2.75	24.15±2.86	0.726	24.17±3.21	24.06±2.55	0.128
SBP(mmHg, $\bar{x}\pm s$)	129.98±9.09	130.00±9.88	0.085	131.99±10.98	128.54±8.18	<0.01
DBP(mmHg, $\bar{x}\pm s$)	70.46±9.09	71.56±9.07	0.925	72.34±9.00	70.74±9.07	0.808
Number of comorbidities (n, $\bar{x}\pm s$)	5.71±2.79	5.10±2.38	0.322	5.37±2.60	5.04±2.31	0.110
Charlson comorbidity index($\bar{x}\pm s$)	2.76±1.61	2.32±1.45	0.265	2.63±1.62	2.19±1.35	<0.01
Number of drugs(n, $\bar{x}\pm s$)	3.41±1.96	3.26±2.00	0.900	3.52±2.16	3.10±1.85	<0.05
MNA-SF(score, $\bar{x}\pm s$)	11.90±2.11	13.02±1.32	<0.01	12.64±1.67	13.05±1.33	0.059
Barthel index ($\bar{x}\pm s$)	85.73±11.91	90.04±9.66	<0.01	86.54±10.50	91.64±9.18	<0.01
Drug use[n(%)]						
Hypoglycemic agent	14(34.1)	66(24.2)	0.240	42(31.6)	38(21.0)	<0.05
ACEI/ARBs	9(22.0)	81(29.7)	0.404	35(26.3)	55(30.4)	0.508
Beta blockers	10(24.4)	68(24.9)	0.903	40(31.1)	38(21.0)	0.088
CCBs	22(53.7)	162(59.3)	0.286	78(58.6)	164(90.6)	<0.01
Diuretic	5(12.2)	26(9.5)	0.780	21(15.8)	10(5.5)	<0.01
Statins	24(58.5)	169(61.9)	0.809	76(57.1)	117(64.6)	0.218
Nitrates	14(34.1)	97(35.5)	0.998	57(42.9)	54(29.8)	<0.05
Antiplatelet drugs	20(48.8)	133(48.7)	0.873	60(45.1)	93(51.4)	0.325

BMI: body mass index; SBP: systolic blood pressure; DBP: diastolic blood pressure; MNA-SF: mini nutritional assessment-short form; ACEI: angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARBs: angiotensin receptor blockers; CCBs: calcium channel blockers. 1 mmHg=0.133 kPa

意大利为23%，而希腊为14%[8-10]。本研究应用Fried量表标准共检出衰弱患者41例，检出率为13.1%，检出率随年龄的增加而增加。本研究所得衰弱的检出率与国外大部分研究基本一致，亦与我们既往采用步速标准评估衰弱的研究结果一致[11]。本研究对衰弱前期的检出率较高，提示我们要重视对衰弱前期的早识别、早预防，避免患者恶化为衰弱及失能。

本研究比较了Fried量表标准评估的不同衰弱状态患者的临床资料，结果显示不同衰弱状态患者在年龄、步行速度、合并症数量、CCI、服用硝酸酯类药物、服药种类、MNA-SF评分、Barthel指数间差异具有统计学意义(P<0.01)，提示上述临床指标与衰弱可能具有相关性，为以后衰弱的临床干预提供了一定的思路。

美国老年心脏病学会推荐开展衰弱对心血管病预后影响的研究，但目前相关的研究较少，且存在争议。国外有研究报道，衰弱是心力衰竭心肌梗死患者不良预后的独立危险因素[12]。Bromfield等[13]纳入了低BMI、认知障碍、抑郁症状、疲乏感、活动能力受损和跌倒史5个衰弱指标进行研究，结果表明，衰弱与老年高血压患者跌倒发生率呈正相关，且患者合并的衰弱指标越多，跌倒的发生风险越高，而基线血压水平和服用降压药种类与发生跌倒无相关性，提示衰弱是老年高血压患者不良预后的独立危险因素。本研究亦探讨了衰弱对老年高血压患者不良预后的影响，结果发现，步速减低是老年高血压患者发生跌倒的独立危险因素。步速减低是衰弱的评估标准之一，亦是Fried量表标准评估衰弱的维度之一，其检测方法便捷，易于在老年血压管理中推广。本研究经校正的回归模型未显示出衰弱与全因住院的显著相关性，可能是样本量偏小及未对住院原因进行亚组分析所致。

本研究仅纳入在我院门诊就诊或常规查体的老年高血压患者为研究对象，并且以男性为主，存在一定的选择偏倚，后续应开展多中心大样本的流行病学调查。

【参考文献】

[1] Marzetti E, Sanna T, Calvani R, *et al*. Brand new medicine for an older society[J]. J Am Med Dir Assoc, 2016, 17(6): 558-559. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.02.024.

[2] Tan LF, Lim ZY, Choe R, *et al*. Screening for frailty and sarcopenia among older persons in medical outpatient clinics and its associations with healthcare burden[J]. J Am Med Dir Assoc, 2017, 18(7): 583-587. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.01.004.

[3] Bieniek J, Wilczynski K, Szewieczek J. Fried frailty phenotype assessment components as applied to geriatric inpatients[J]. Clin

Interv Aging, 2016, 11: 453 - 459. DOI: 10.2147/CIA.S101369.

[4] Romero-ortuno R, Soraghan C. A frailty instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+)[J]. BMJ Open, 2014, 4(12): e006645. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006645.

[5] Odden MC, Peralta CA, Covinsky KE. Walking speed is a useful marker of frailty in older persons — reply[J]. JAMA Intern Med, 2013, 173(4): 325 - 326. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.2542.

[6] 马丽娜, 陈彪. 老年人衰弱评估工具及其应用[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2017, 16(8): 624 - 628. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.08.147.
Ma LN, Chen B. Frailty assessment tools for the elderly and their application[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2017, 16(8): 624 - 628. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.08.147.

[7] Jurschik P, Botigue T, Nuin C, *et al*. Association between mini nutritional assessment and the Fried frailty index in older people living in the community[J]. Med Clin (Barc), 2014, 143(5): 191 - 195. DOI: 10.1016/j.medcli.2013.08.009.

[8] Santos-eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, *et al*. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2009, 64(6): 675 - 681. DOI: 10.1093/gerona/glp012.

[9] Jurschik P, Nunin C, Botigue T, *et al*. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2012, 55(3): 625 - 631. DOI: 10.1093/gerona/glp012.

[10] Castell MV, Sanchez M, Julian R, *et al*. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care[J]. BMC Fam Pract, 2013, 14: 86. DOI: 10.1186/1471-2296-14-86.

[11] 范利, 李建华, 胡亦新, 等. 合并不同并发症的老年高血压患者的衰弱检出率[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(12): 1151 - 1155. DOI: 10.16439/j.cnki.1673-7245.2015.12.018.
Fan L, Li JH, Hu YX, *et al*. Prevalence of frailty in elderly hypertensive patients with different complications[J]. Chin J Hypertens, 2015, 23(12): 1151 - 1155. DOI: 10.16439/j.cnki.1673-7245.2015.12.018.

[12] Ritt M, Gassmann KG, Sieber CC. Significance of frailty for predicting adverse clinical outcomes in different patient groups with specific medical conditions[J]. Z Gerontol Geriatr, 2016, 49(7): 567 - 572. DOI: 10.1007/s00391-016-1128-8.

[13] Bromfield SG, Ngameni CA, Colantonio LD, *et al*. Blood pressure, antihypertensive polypharmacy, frailty, and risk for serious fall injuries among older treated adults with hypertension[J]. Hypertension, 2017, 70(2): 259 - 266. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.09390.

（编辑：吕青远）

·消 息·

《中华老年多器官疾病杂志》征稿、征订启事

《中华老年多器官疾病杂志》是由中国人民解放军总医院主管、解放军总医院老年心血管病研究所主办的医学期刊，为中国科技论文统计源期刊（中国科技核心期刊），创办于2002年，月刊。本刊是国内外唯一的一本反映老年多器官疾病的期刊，主要交流老年心血管疾病，尤其是老年心血管疾病合并其他疾病，老年两个以上器官疾病及其他老年多发疾病的诊治经验与发病机制的研究成果。开设的栏目有述评、综述、临床研究、基础研究、临床病理讨论等。

本刊热忱欢迎从事老年病学及其相关领域的专家学者踊跃投稿并订阅杂志，我们真诚期待您的关注和参与。

地址：100853 北京市复兴路28号，《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

电话：010 - 66936756

网址：www.mode301.cn

E-mail：zhlndqg@mode301.cn