

• 专题笔谈 •

老年高血压的安全有效治疗

张玉霄 卢才义

据估算,目前我国的高血压患病人数已近2亿,其中老年人占60%~70%,因此老年高血压的队伍相当庞大。令人遗憾的是,这组人群的高血压知晓率、治疗率和控制率远远低于发达国家的同龄人口和国内的非老年患者,在广大农村和边少地区情况更加严重。为了减少高血压对老年人的危害、致残和致死的后果给家庭和社会带来的沉重压力和负担,安全有效地治疗老年高血压刻不容缓。下面从几个方面阐述安全有效地治疗老年高血压的策略和方法。

1 正确诊断老年高血压和进行危险分层

1.1 老年高血压的诊断 欧美国家的老年标准为≥65岁,中华医学会老年医学学会采用WHO西太平洋地区会议所界定的老年标准,将我国的老年标准定为>60岁。老年高血压的诊断:即血压持续或三次非同日收缩压(systolic blood pressure, SBP)≥140和(或)舒张压(diastolic blood pressure, DBP)≥90mmHg;SBP≥140及DBP<90mmHg者,诊断为老年单纯收缩期高血压(isolated systolic hypertension, ISH);SBP≥140同时DBP≥90mmHg者诊断为联合性高血压(systolic-diastolic hypertension, SDH);而SBP<140, DBP≥90mmHg者诊断为单纯舒张期高血压(isolated diastolic hypertension, IDH)。

1.2 老年高血压的危险分层

1.2.1 分层依据 (1)血压级别:①1级高血压:SBP140~159/DBP90~99mmHg;②2级高血压:SBP160~179/DBP100~109mmHg;③3级高血压:SBP≥180/DBP≥110mmHg。(2)心血管疾病的危险因素包括:①SBP和DBP水平1~3级;②男性>55岁,女性>65岁;③吸烟;④总胆固醇>5.72mmol/L;⑤糖尿病,如果高血压合并糖尿病,则无论其他危险因素如何,应将其归入高危组;⑥早发心血管病家族史。(3)靶器官损害情况包括:①左心室肥厚;②蛋白尿/血肌酐升高;③大动脉

粥样硬化斑块和视网膜动脉狭窄。(4)并发疾病情况:①脑血管疾病(缺血性或出血性卒中、一过性缺血发作);②心脏疾病(心绞痛、心肌梗死、接受过冠脉血运重建手术、充血性心力衰竭);③肾脏疾病(糖尿病肾病以及肾功能衰竭);④血管疾病(夹层动脉瘤或有症状的动脉疾病);⑤与高血压相关的视网膜病变(视乳头水肿、出血或渗出)。

1.2.2 危险分层 (1)低危:高血压1级,不伴有上述危险因素;(2)中危:高血压1级伴1~2个危险因素,或高血压2级不伴或伴有不超过2个危险因素;(3)高危:高血压1~2级伴至少3个危险因素。(4)极高危:高血压3级或高血压1~2级伴靶器官损害及相关的临床疾病(包括糖尿病)。

对老年高血压的正确诊断和危险分层,是合理治疗老年高血压的重要依据。

2 选择可行的降压策略和有效的治疗方案

毫无疑问,老年高血压需要治疗。依据是近15年来,国内外关于老年高血压降压治疗的大规模循证医学研究结论,例如:SYST-EUR、SYST-CHINA、STONE、LIFE、ANBP-2、SHELL、STOP-2、HYVET和HOT-China等。总体结果显示,降压治疗可以显著减少老年高血压的总死亡率、脑卒中和心血管事件的发生率,恰当降压治疗对老年高血压是有益的,而且降压治疗的益处更大程度取决于血压下降的程度,而不是所用药物的种类。因此,通过降低血压、控制危险因素和逆转靶器官损害,最大程度地降低心血管病发病和死亡的总危险,就是治疗老年高血压的目标。要做到合理降压,必须首先了解老年高血压的特点:(1)ISH患病率较高,且并发脑卒中、心肌梗死、心力衰竭和肾功能不全的比率明显高于SDH和IDH,分别为41%、32.5%、28.5%和37.3%,血压控制不理想,预后较差。(2)血压波动明显、脉压增大,是老年人动脉硬化弹性下降、动脉壁可扩张性降低以及压力感受器敏感性减退的结果。(3)易于发生体位性低血压;与其压力感

收稿日期:2009-08-21

作者单位:100853北京市,中国人民解放军总医院老年心血管病研究所。E-mail:cardiodoctoryx@126.com

受体敏感性下降、神经体液成分变化、 β 受体反应性减弱和 α 受体功能亢进有关。(4)晨峰高血压现象显著;这也是为什么许多心脑血管事件多发生在清晨的主要原因。(5)常与多种疾病并存;老年高血压常与糖尿病、冠心病、心力衰竭、痛风、脑卒中、排尿困难和老年痴呆等疾病并存。因此,在药物选择上也要兼顾到诸多因素。

可行的治疗策略应该是在指南的基础上,建立可操作的个体化、阶段化(即血压达标前和达标后阶段的治疗)和系统化(即兼顾并发疾病的治疗)治疗方案,制定可行的血压监测及随访计划。

有效的降压治疗方案应该是指那些能够稳定达标、不良反应较少或即使有也可耐受、累计费用合理和依从性较好的方案。不同的高血压患者,有效的治疗方案是不完全相同的。因此,针对不同的高血压个体,没有最好的治疗方案,只有最合适的治疗方案。

目前,非药物治疗(见本文“高血压患者的教育”部分)和药物治疗仍是治疗高血压的主要手段。老年高血压也不例外,所不同的是治疗老年高血压,不仅要降压达标,更重要的是降压幅度和速度要个体化,以保证降压期间重要器官的灌注不受影响,对初始接受治疗的老年高血压患者需要比年轻患者更长的时间实现血压达标。

2007年ESC/ESH高血压指南指出:降压治疗的主要获益来自降低血压本身,控制血压和降低危险同样重要。同时认为,单药治疗高血压(尤其是2、3级高血压者)的达标率往往不能令人满意。故建议:将联合治疗作为2、3级高血压的一线治疗,并首次明确提出对于高危和(或)极高危患者要优选两种药物联合作为起始降压方案,以降低心血管事件的危险。美国将与预期目标血压相差20/10 mmHg作为启动固定联合治疗的一个标准,认为开始联合治疗更易达到目标血压,具有更好的费效比。目前认为较好的药物联合方案有:(1)钙通道阻滞剂(Ca^{2+} channel blocker, CCB)+血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI)/血管紧张素受体阻滞剂(angiotensin receptor blocker, ARB);(2)利尿剂+ACEI/ARB;(3)CCB+利尿剂;(4)CCB+ β 受体阻滞剂。HOT研究证明,长效CCB(非洛地平缓释片)能有效地降低高血压并发心肌梗死和脑卒中的危险。HOT-China研究是观察HOT治疗方案对中国高血压患者的降压疗效、血压控制率、不良反应和依从性的一项大规模研究,其中纳入>65岁的老年人多达32 781例(高龄老人占3050例)。结果证明,长效CCB具有较强的降压作用,较高的降压达标率,较低的不良

反应发生率和较好的治疗依从性。ASCOT和FEVER等试验及荟萃分析均证实,CCB不但能提高降压达标率、控制率和降低卒中发生率,而且还能改善老年患者的认知功能和减少老年性痴呆的发生。因此,在老年高血压的联合治疗方案中,中国专家共识优先推荐了长效CCB,它也被多个高血压指南推荐为治疗老年ISH的首选用药。

观察性研究表明,2型糖尿病患者血压水平与糖尿病血管并发症发生相关,即随着血压水平升高,脑卒中、心肌梗死、肾脏病、眼底病及周围血管病的发生危险也增加。因此,治疗糖尿病合并高血压或者高血压合并糖尿病者应更积极和更强调降压达标。多个随机对照临床试验也提示,要使糖尿病患者血压达标,常常需要在ACEI或ARB的基础上加长效CCB或利尿剂。

鉴于老年高血压的特点,还需强调几点:(1)为避免体位性低血压的发生,建议服药期间监测患者的坐位和立位血压;(2)对于ISH患者应该最大程度地降低收缩压,缩小脉压差,避免舒张压过低,建议保持DBP>65 mmHg,否则有可能增加脑卒中甚至心肌梗死的风险;(3)因为老年高血压患者的肾脏功能都存在不同程度的下降,因此建议选择半衰期短的长效制剂。

3 制定合理的目标血压水平,关注降压效果,提高降压依从性

JNC7和2007 ESC/ESH指南将目标血压值定为:所有患者血压应<140/90 mmHg;如果患者能耐受,还可以降得更低;合并糖尿病、高危/极高危以及卒中、冠心病和肾损害者应<130/80 mmHg;DBP不应<60 mmHg。

治疗高血压的主要目标是不仅要使血压降至正常或理想水平,而且要保持长期稳定。因此,要教育高血压患者,坚持长期服药,树立终生治疗的观念和心理准备。决不能血压高了服药,不高不服药。对于绝大多数患者,遵循以下原则,可有效减少药物不良反应,提高治疗依从性。(1)采取小剂量联合用药,在血压监测下逐渐增加药量,最终达到平稳降压;(2)应尽可能地使用长效降压药,减少血压波动;(3)一种降压方案治疗2周后血压仍不达标者,应调整治疗方案,同时查找原因并加以防治;(4)对原来血压控制良好者,若出现血压增高不能控制情况,应

首先寻找原因并加以治疗,而不是频繁更换降压药物;(5)血压达2级以上的长期高血压患者,不宜在短时间内过快和过大幅度地降压,对个别动脉硬化较重的患者,甚至不一定要将血压完全降至理想水平,以防止因为心、脑、肾等重要器官灌注不足导致意外事件的发生。

4 老年高血压的抗血小板治疗:时机、剂量和注意事项

2002年全国居民营养与健康状况调查显示,我国高血压患者的首要死亡原因为血栓性事件(脑梗死、心绞痛、心肌梗死等)。我国一组“十五”攻关资料显示,SBP为140~159 mmHg,160~179 mmHg和 ≥ 180 mmHg的高血压患者冠心病事件发生率分别为血压正常者的4倍、10倍和25倍。因此,预防血栓性疾病是高血压治疗中不能忽视的目标之一。阿司匹林是防治血栓性疾病的“基石”,研究证明,每日服用小剂量的阿司匹林,可有效降低高血压患者血栓性事件发生率。

1998年HOT研究发现,对血压控制良好的高血压患者,阿司匹林可使心血管事件减少15%,其中心肌梗死发生率降低36%,同时未发现致命性出血或颅内出血增加。2002年抗栓协作组对超过20万人参与的287项随机临床研究进行了荟萃分析,结果显示,无论是否有高血压,阿司匹林可使严重心血管事件减少1/4,其中非致死性心肌梗死减少1/3,非致死性卒中减少1/4,心血管死亡减少1/6。因此,对于绝大部分老年高血压患者,在血压控制满意后都应考虑使用阿司匹林;JNC-7也指出,血压控制较好的高血压患者应考虑使用阿司匹林。

2005年修订版中国高血压防治指南指出,对于有心脏事件既往史或心血管病患病危险较高的患者,抗血小板治疗可降低脑卒中和心肌梗死的危险;2006AHA/ASA指南指出,对有心脑血管事件中、高危风险的人群,推荐长期服用阿司匹林75~

160mg/d来预防心脑血管事件。

关于高血压患者应用阿司匹林的合理剂量问题,抗栓协作组荟萃分析证实,100mg/d(75~150mg/d)的阿司匹林是长期使用的最佳剂量。选择优质肠溶剂型的阿司匹林,可有效减少阿司匹林的消化道不良反应。

5 高血压患者的教育

“健康膳食,健康血压”是2007年世界高血压日的主题。可见健康膳食对降血压具有重要意义。因此,对老年高血压患者除了上述药物降压治疗措施外,还应该教育患者做到合理膳食和改变生活方式。

获得公认和最多推荐的健康生活方式包括:(1)合理膳食:低盐: < 6 g/d;低脂:控制饮食中的胆固醇和饱和脂肪酸的摄入量,减少或避免使用动物油烹调菜肴。(2)控制糖类及总的摄入量:每餐进食不宜过多和过饱,控制体重不至于超重和肥胖。(3)进食一定量的优质蛋白质:如牛奶、鱼、虾、瘦肉和豆制品等。(4)多食富含钾、镁、钙和纤维素的蔬菜和水果。(5)适量运动:研究发现,适当方式、适当运动量、适当强度和适当持续时间的有氧运动有利于血压下降,如步行、慢跑、骑自行车、游泳和跳舞等运动,坚持从小运动量开始,循序渐进达到最大效果的原则进行运动,每次达到可耐受的运动状态后持续20min左右,每周4~5次为宜。严重高血压患者应避免自觉吃力的运动,如突然大负荷负重和剧烈而持续较长时间的运动。(6)戒烟限酒。(7)心理平衡。

总之,随着人口老龄化的到来,我国老年高血压患者的数量逐年急剧增加,给家庭和社会都带来了沉重的压力和负担。因此,全社会都应该行动起来,关爱老年人,关注老年高血压的治疗,更是临床医生非常紧要 and 刻不容缓的大事。