

· 四川大学精品立项教材 ·

循证老年病学

Evidence-based Geriatrics

董碧蓉 主编

四川大学出版社

· 四川大学精品立项教材 ·

循证老年病学



evidence-based Geriatrics

主 编 董碧蓉（四川大学华西医院、四川养老与老年健康协同创新中心）

副主编 王 双（四川大学华西医院）

杨 茗（四川大学华西医院）

编 者（按姓氏拼音排序）

曹 立（四川大学华西医院）

陈景言（四川省人民医院）

陈小渝（四川大学华西医院）

丁群芳（四川大学华西医院）

高凌云（四川大学华西医院）

何馥倩（四川大学华西医院）

黄晓丽（四川大学华西医院）

李 峻（四川大学华西医院）

李思远（四川大学华西医院）

林秀芳（四川大学华西医院）

刘怡欣（四川大学华西医院）

罗 理（四川大学华西医院）

孙倩倩（四川大学华西医院）

王 慧（四川大学华西医院）

吴锦辉（四川大学华西医院）

杨 茗（四川大学华西医院）

袁益明（四川大学华西医院）

张 俊（四川大学华西医院）

张新军（四川大学华西医院）

邹雨佩（四川大学华西医院）

陈 平（四川省人民医院）

陈善萍（四川大学华西医院）

邓珏琳（四川大学华西医院）

甘华田（四川大学华西医院）

海 珊（四川大学华西医院）

胡迎春（四川大学华西医院）

贾卫国（四川大学华西医院）

李方福（四川大学华西医院）

梁 瑞（四川大学华西医院）

刘 颖（四川大学华西医院）

罗 方（四川大学华西医院）

蒲虹衫（四川大学华西医院）

汪子琪（成都市第五人民医院）

吴红梅（四川大学华西医院）

杨 昆（四川大学华西医院）

杨 轶（四川大学华西医院）

岳冀蓉（四川大学华西医院）

张绍敏（四川大学华西医院）

周 焱（四川大学华西医院）

葛 宁（四川大学华西医院）

学术秘书 罗 理（四川大学华西医院）



四川大学出版社

责任编辑:朱辅华
责任校对:龚娇梅
封面设计:墨创文化
责任印制:王 炜

图书在版编目(CIP)数据

循证老年病学 / 董碧蓉主编. —成都:四川大学出版社, 2014. 10
ISBN 978-7-5614-8109-7

I. ①循… II. ①董… III. ①老年病学
IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 239815 号

书名 循证老年病学
XUNZHENG LAONIANBINGXUE

主 编	董碧蓉
出 版	四川大学出版社
地 址	成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行	四川大学出版社
书 号	ISBN 978-7-5614-8109-7
印 刷	郫县犀浦印刷厂
成品尺寸	185 mm×260 mm
印 张	23.5
字 数	600 千字
版 次	2014 年 12 月第 1 版
印 次	2014 年 12 月第 1 次印刷
定 价	46.00 元

版权所有◆侵权必究

◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。

电话:(028)85408408/(028)85401670/
(028)85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回出版社调换。

◆网址:<http://www.scup.cn>



中国是世界上老年人口最多的国家，也是老龄化速度最快的国家。老年人口的快速增长给家庭和社会带来巨大的养老和医疗压力。然而，老年病学（Geriatrics）作为一门新兴的学科在全球兴起不过数十年时间。在我国，老年病学还处于起步阶段，不论是老年患者、临床医师还是卫生决策者，普遍对老年病学缺乏正确的认识，甚至老年科医师对现代老年病学也缺乏足够的了解。针对这一尴尬的现实情况，四川大学华西医院老年医学中心组织编写了《循证老年病学》。

本书针对老年人群的主要疾病，内容来源于最新的循证指南或 Uptodate 等新型循证医学数据库，整合了老年常见病和特色疾病的最新诊疗证据，实用性强，有助于提高临床医师和医学生对老年相关疾病的认识，也为临床实践提供了有价值的参考信息。

本书是一本专业教学和普通培训的通用性教材，适用于希望了解老年患者和老年疾病的各专业医生、医学生。希望本书能对老年医学的深入、快速发展起到一个推动作用。

致谢：

感谢每位编者对本书所付出的辛勤劳动！

感谢四川省科技厅“老年健康评估及循证干预的智能化养老医疗服务体系建立及关键技术研究”项目对本书出版的支持!

感谢四川大学独具慧眼及四川大学出版社力促本书的出版!

董碧蓉

2014 年 8 月



第一篇 老年心血管系统疾病

第一章 老年高血压·····	(3)
第二章 老年直立性低血压·····	(15)
第三章 老年冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(22)
第四章 老年慢性心力衰竭·····	(29)
第五章 老年常见心律失常·····	(41)
第六章 老年周围动脉疾病·····	(46)
第七章 老年患者的抗栓治疗·····	(61)
第一节 抗栓药物·····	(62)
第二节 老年常见疾病抗栓治疗的特点及注意事项·····	(63)
第三节 老年常见疾病的抗栓治疗·····	(64)

第二篇 老年呼吸系统疾病

第八章 老年吸入性肺炎·····	(71)
第九章 老年急性肺栓塞·····	(81)
第十章 老年阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征·····	(94)
第十一章 其他老年呼吸道疾病的管理证据·····	(103)
第一节 老年哮喘的管理证据·····	(103)
第二节 老年慢性阻塞性肺疾病的研究证据·····	(104)
第三节 老年肺癌患者的临床管理证据·····	(105)

第三篇 老年消化系统疾病

第十二章 老年括约肌功能障碍·····	(109)
第一节 老年胃食管反流病·····	(109)
第二节 老年贲门失弛缓症·····	(116)
第十三章 老年缺血性肠病·····	(122)
第十四章 老年口腔疾病·····	(130)

第一节	老化引起的口腔生理变化及老年口腔疾病流行病学特点	(130)
第二节	老年口腔健康标准与口腔疾病特点	(132)
第三节	卧床老年人的口腔护理	(134)
第四节	老年常见口腔疾病的特点与防治	(137)

第四篇 老年泌尿系统疾病

第十五章	老年慢性肾脏疾病	(145)
第十六章	老年良性前列腺增生	(157)
第十七章	膀胱过度活动症	(168)

第五篇 老年内分泌与代谢系统疾病

第十八章	老年糖尿病	(179)
第十九章	老年甲状腺疾病	(196)
第一节	老年甲状腺疾病的特点	(196)
第二节	老年甲状腺功能减退症	(198)
第三节	老年亚临床甲状腺功能减退症	(199)
第四节	老年甲状腺功能亢进症	(200)
第五节	老年甲状腺结节	(205)
第二十章	老年血脂异常	(208)
第一节	概 述	(208)
第二节	老年血脂异常的诊断、分型和危险分层	(210)
第三节	老年人调脂治疗的安全性、指征和目标	(212)
第四节	老年高脂血症治疗的非药物措施	(213)
第五节	老年血脂异常的药物治疗	(214)
第二十一章	老年痛风	(220)

第六篇 老年神经精神系统疾病

第二十二章	老年认知功能障碍与痴呆	(231)
第一节	概 述	(231)
第二节	阿尔茨海默病	(233)
第三节	其他常见的老年痴呆	(241)

第二十三章 老年抑郁症·····	(244)
第二十四章 脑卒中·····	(255)
第一节 概 述·····	(255)
第二节 缺血性脑卒中·····	(256)
第三节 脑出血·····	(264)
第四节 脑卒中的预防·····	(266)
第二十五章 老年帕金森病·····	(269)

第七篇 老年感染性疾病

第二十六章 老年尿路感染·····	(285)
第二十七章 老年肺结核·····	(294)
第二十八章 老年带状疱疹·····	(302)
第二十九章 老年肺部真菌感染·····	(309)

第八篇 老年骨骼肌肉系统疾病

第三十章 老年骨质疏松症·····	(327)
第三十一章 老年骨关节炎·····	(338)
第三十二章 老年特发性炎性肌病·····	(350)
中英文缩略词表·····	(360)

第一篇

老年心血管系统疾病



第一章 老年高血压

学习目的：

- 掌握老年高血压的诊断与治疗要点，包括诊断性评估、血压测量方法、降压目标值、常用抗高血压药及优化联合方案。
- 熟悉老年高血压的病理生理及临床特点。
- 了解老年高血压的临床研究现状。

典型病例：

患者，女性，78岁，高血压病史20年。初诊时血压为140~160/70~100 mmHg，长期口服抗高血压药，血压控制尚可，但时有波动。近10年来血压水平总体呈上升趋势，近5年尤甚。治疗情况下晨起服药前收缩压为150~180 mmHg，上午为140~160 mmHg，下午4点以后经常维持于160~180 mmHg，夜间血压情况不详。3天前夜间上厕所时感头晕、站立不稳，摔倒致右侧股骨颈骨折急诊入院。入院时测量血压为188/86 mmHg。

15年前诊断为“2型糖尿病”，现使用“胰岛素”控制血糖，3个月前查糖化血红蛋白为6.5%。13年前诊断为“冠心病”，并于9年前于左侧冠状动脉前降支安置药物洗脱支架。8年前体检发现“心脏增大”和“肾功能不全”。

临床问题：

1. 该患者的高血压临床表现有何特点？
2. 该患者的降压目标是什么？何时开始药物治疗？
3. 抗高血压药和治疗方案选择的依据是什么？

随着人口老龄化的进展，我国老年人群高血压的患病率逐年增加。大量流行病学及临床证据表明，高血压显著增加了老年人发生缺血性心脏病、脑卒中、肾衰竭、主动脉与周围动脉疾病等靶器官损害的危险，是老年人群致死和致残的主要原因之一。老年患者降压达标难度增大，这与其病理生理和血压升高机制的特殊性、并发症和合并症的复杂性、治疗方案的合理性、患者治疗的依从性等因素密切相关。此外，老年人服药种类和数量远高于年轻成人，这导致药物不良反应发生的风险显著增加，而患者治疗的依从性下降。老年高血压的特点决定了其临床诊治策略应建立在充分的风险评估基础之上，并遵循安全、有效和个体化原则。

【定义和分级】

按照WHO的建议，发达国家通常以年龄大于或等于65岁定义老年人。最新版《中国高血压防治指南》已将老年高血压定义为大于或等于65岁人群中血压水平超过正常范

围者，即收缩压（systolic blood pressure, SBP）高于或等于 140 mmHg 和/或舒张压（diastolic blood pressure, DBP）高于或等于 90 mmHg，对其中舒张压低于 90 mmHg 者定义为老年单纯收缩期高血压（isolated systolic hypertension, ISH）。我国高血压指南根据血压增高水平将高血压分为 1~3 级，老年高血压的分级标准与一般高血压人群保持一致。若患者的收缩压与舒张压分属不同级别时，则以较高的分级为准；单纯收缩期高血压也可以按照收缩压水平分为 3 级（表 1-1）。

表 1-1 血压水平分类和定义

分 类	收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120~139	和/或	80~89
高血压	≥140	和/或	≥90
1 级高血压（轻度）	140~159	和/或	90~99
2 级高血压（中度）	160~179	和/或	100~109
3 级高血压（重度）	≥180	和/或	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	和	<90

注：1 mmHg=0.133 kPa。当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准。

【流行病学特点】

高血压（尤其是 ISH）的患病率随着年龄的增长而增加。我国成人高血压患病率约为 20%。而 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，我国老年高血压的患病率为 49%，显著高于中青年人群的患病率。近年来随着老年人群的增加和生活方式的改变，老年高血压的患病率预计已经超过 50%，这意味着平均每两位老年人就有 1 人患高血压。近年来，尽管高血压防治工作取得巨大进步，但老年患者的血压控制率仍然很低，总体达标率不足 10%。

【患者的总体心血管事件风险】

临床上通常根据血压水平、其他危险因素状况、靶器官损害（organ damage, OD）情况，以及是否合并慢性肾脏疾病（chronic kidney disease, CKD）、糖尿病或心血管疾病将高血压患者的总体心血管事件风险界定为低危、中危、高危和极高危。值得注意的是，对老年患者而言，年龄本身就是一项不可改变的危险因素。老年患者中常见的脉压增大（≥60 mmHg）也是一项重要的危险因素。而且老年患者通常已经存在靶器官损害，或者合并其他基础疾病，因此老年高血压患者较年轻患者理论上具有更高的总体心血管事件风险。对老年高血压患者的总体风险评估应该包括：血压水平和血压形态的诊断性评估、无症状靶器官损害的筛查和合并疾病的确定。

要点:

- 老年高血压定义为年龄大于或等于 65 岁, 收缩压高于或等于 140 mmHg 和/或舒张压高于或等于 90 mmHg; 对其中舒张压低于 90 mmHg 者定义为单纯收缩期高血压。根据血压升高水平分为 1~3 级。
- 高血压患病率随着年龄的增长而增高, 65 岁以上人群患病率超过 50%。
- 老年患者进行总体心血管事件风险评估对心血管事件预防和治疗策略的制定具有重要意义。通常需要进行血压水平和血压形态的诊断性评估、无症状靶器官损害的筛查和合并疾病的确定。

【临床特点】**1. 收缩压增高为主**

老年人收缩压水平随着年龄的增长而升高, 舒张压水平在 60 岁后却呈现降低的趋势。在老年人群中, 收缩压增高更常见, 单纯收缩期高血压是老年高血压最为常见的类型, 占 60 岁以上老年高血压的 65%, 70 岁以上老年高血压的 90%。大量流行病学与临床研究结果显示, 与舒张压相比, 收缩压与心、脑、肾等靶器官损害的关系更为密切, 是心血管事件更为重要的独立预测因子。

2. 脉压增大

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。脉压高于 40 mmHg 视为脉压增大, 老年人的脉压可达 50~100 mmHg。大量研究结果表明, 脉压增大是重要的心血管事件预测因子。

3. 血压波动大

老年单纯收缩期高血压中直立性低血压的发生率为 10%~17%, 常与卧位血压呈正相关; 餐后低血压常见, 老年单纯收缩期高血压患者中 70% 有餐后血压下降。

4. 常见血压昼夜节律异常

健康成年人的血压水平表现为昼高夜低型, 夜间血压水平较日间降低 10%~20% (即杓型血压节律)。老年高血压患者常伴有血压昼夜节律的异常, 表现为夜间血压下降幅度小于 10% (非杓型) 或大于 20% (超杓型), 甚至表现为夜间血压反较白天升高 (反杓型), 使心、脑、肾等靶器官损害的危险性显著增加。老年人昼夜血压异常发生率可高达 60% 以上。

5. 白大衣高血压和假性高血压增多

与中青年患者相比, 老年人白大衣高血压更为常见, 易导致降压治疗过度。对老年高血压患者应加强血压检测, 鼓励患者家庭自测血压, 必要时行动态血压监测 (ambulatory blood pressure monitoring, ABPM), 以评估是否存在白大衣高血压。

6. 常与多种疾病并存, 并发症多

老年高血压患者常合并冠状动脉粥样硬化性心脏病 (简称冠心病)、脑血管疾病、周围血管疾病、缺血性肾病、血脂异常、糖尿病、老年痴呆等。若血压长期控制不理想, 更易发生或加重靶器官损害, 显著增加心血管疾病的病死率和全因死亡率。

【诊断性评估】

诊断性评估不仅包括高血压的诊断和鉴别继发性高血压，更着重于筛查靶器官损害和明确合并的临床疾病。后者对老年高血压总体风险评估以及制定相应干预策略具有重要影响。

1. 血压测量

对老年患者而言，了解其血压状况和血压形态有赖于正确而全面的血压测量。测量诊室血压尤其是初次评估高血压状况时应注意以下情况：一是测量双侧上臂血压，发现两侧差值较大（ $>10\text{ mmHg}$ ）者。老年患者中由于合并动脉粥样硬化等周围血管疾病较常见，双上臂血压不相等的情况并不少见，而通常这类患者心血管事件风险亦较高。二是测量立位血压，评估是否存在直立性低血压。这种异常血压状态更多见于老年人或糖尿病患者，且预后较差。

除诊室血压外，动态血压监测和家庭血压监测（home blood pressure monitoring, HBPM）等诊室外血压测量方式在老年高血压诊断中具有重要价值。研究结果显示：动态血压与靶器官损害的相关性强于诊室血压；老年高血压人群中 24 小时平均血压与心血管事件或死亡的相关性较诊室血压更为密切。老年患者夜间血压异常者常见，而夜间血压较日间血压对心血管预后的预测价值更大。动态血压监测也有助于发现老年患者中较常见的血压昼夜节律异常，如杓型缺失（夜-昼血压比值 >1.0 ）或超杓型（夜-昼血压比值 <0.8 ），前者预示着夜间血压下降不足，是增加心血管事件风险的危险因素；后者表明存在夜间血压过低，在老年患者中可能增加脑卒中风险。与动态血压相似，家庭自测血压与靶器官损害尤其是左心室肥厚（LVH）的相关性比诊室血压更密切。相比于动态血压监测，家庭血压监测也可提供更为长期的血压状况和血压变异信息，且简便易行，可重复性高。总之，诊室外血压测量方法在发现和评估老年人极其常见的波动性高血压、清晨高血压、夜间低血压等异常血压形态中具有不可替代的作用，对制订老年患者的降压治疗策略具有重要参考价值。

2. 患者评估

对每位老年患者作出高血压诊断的同时都应该进行临床评估，包括血压水平，心血管危险因素，有无继发性高血压、无症状靶器官损害，以及合并的心脏、脑血管或肾脏疾病等。心血管危险因素和无症状靶器官损害的筛查与评估非常重要，因为这不仅是对高血压患者进行危险度分层的依据，更是制订降压治疗策略的基础。微量清蛋白尿（白蛋白尿）、脉搏波传导速度（pulse wave velocity, PWV）增快、左心室肥厚和颈动脉斑块是最常用的靶器官损害标记。结合老年高血压的病理生理特点，反映动脉血管结构与功能改变的靶器官损害指标如脉搏波传导速度、踝臂指数、颈动脉内中膜厚度等对评估老年患者心血管事件风险和预后也具有较大价值。大动脉僵硬增加可导致脉搏波传导速度增快和反射波增强，而后两者被认为是老年患者发生单纯收缩期高血压或脉压增大的重要决定因素。从多项研究证据来看，与传统心血管危险评估项目相比，脉搏波传导速度的风险预测价值更高。

对老年高血压患者而言，作出高血压诊断时应同时进行详细的病史询问和相应检查。其主要包括以下各方面：

(1) 家族史和临床病史。

(2) 体格检查：应详细搜索继发性高血压的线索和了解靶器官损害的情况。除应正确测量四肢血压以外，体质指数（体重指数，body mass index, BMI）、腰围、眼底、有无下肢水肿等均应予以检查。听诊颈动脉、胸主动脉、腹部动脉及股动脉有无杂音，还应进行全面仔细的心肺检查。

(3) 实验室检验：应全面了解患者的常规和生化指标有无异常。检查项目包括血常规、尿液分析、血生化（空腹及餐后血糖、血脂、钾、肌酐、尿酸等）、心电图等。胸部X线摄影、超声心动图、颈动脉超声、尿微量清蛋白（合并糖尿病者必查）、尿蛋白定量、估算肾小球滤过率和肌酐清除率等均为推荐检查项目。对疑为继发性高血压者，根据需要进行血浆肾素活性、血尿酸固酮、儿茶酚胺、动脉造影、肾及肾上腺超声、计算机体层摄影（computed tomography, CT）或磁共振成像（magnetic resonance imaging, MRI）等检查。

要点：

- 老年高血压有众多不同于成年高血压的特点。
- 诊断高血压有赖于正确的血压测量方式。
- 需结合诊室血压和诊室外血压测量对老年高血压进行诊断性评估。
- 对老年患者作出高血压诊断时均需同时进行临床评估，包括血压水平，心血管危险因素，有无继发性高血压、无症状靶器官损害，以及合并的心、脑、肾疾病等。

【治疗】

（一）治疗策略

降压治疗的最大获益是降低包括心血管疾病死亡、非致死性心肌梗死、脑卒中及心力衰竭的风险，同时研究证据也表明，通过降压治疗改善或逆转靶器官损害可减少致死或非致死性心血管事件。老年高血压降压治疗的系统评价显示，降压治疗可使老年人脑卒中减少40%，心血管事件减少30%。无论是收缩/舒张期高血压，还是单纯收缩期高血压，降压治疗均可降低老年患者心脑血管疾病的发生率和病死率，70岁以上的老年男性、存在脉压增大或心血管系统合并症者获益更多。

1. 总体策略

当前研究证据支持对具有较高心血管事件风险的老年高血压患者进行有效的降压治疗。2013年欧洲《高血压防治指南》强调降压获益证据主要来自2级以上的老年高血压研究，对收缩压低于160 mmHg的老年患者，研究证据尚待完善；80岁以上高龄患者的降压研究通常是在躯体和精神状态较好的患者中进行，体质衰弱或存在直立性低血压的高龄患者常被排除在研究外。因此，在临床实践中，医生应根据患者个体状况及对降压治疗的反应情况决定治疗策略，以患者能够耐受降压治疗为原则。长期接受降压治疗且耐受良好的老年患者进入80岁以后也应该继续接受降压治疗。

改善生活方式是预防和治疗高血压的基础。限盐、减重、戒烟、限酒、低脂富果蔬饮食和适度运动等措施同样适用于老年高血压患者。由于老年高血压具有高周围血管阻力和盐敏感特征，限盐（5~6 g/d）措施对患者具有特殊意义，不仅可带来较好的降压效应，

也有助于减少使用抗高血压药的数量和剂量。药物治疗是老年高血压降压的主要措施，且多数患者需要两种以上药物联合治疗。

2. 治疗的特殊性

针对老年高血压的病理生理特点，适宜于老年患者特点的降压策略应立足于改善患者周围血管顺应性、保护血管内皮功能及心、脑、肾等靶器官，从而最大限度地降低心脑血管事件风险；同时应着眼于改善全身及局部神经内分泌调节机制，尤其是抑制心肾血管局部肾素-血管紧张素系统（RAS）激活，改善肾脏对水、电解质平衡和容量调节的作用，降低外周阻力。这一降压治疗策略的关键环节与非老年高血压有明显的区别。

老年患者血压自身调节能力减退，波动性增大，降压治疗过程中应关注血压的稳定性。平稳、和缓、持久控制血压，避免不适当的治疗方式增大血压波动是老年高血压治疗的基本要求。降压方案的确立和药物选择除了参考临床研究结果和循证医学证据，还应遵循药物作用机制、切合老年患者病理生理特点和升压机制的基本原则。对老年高血压而言，优化治疗方案是实现降压达标和改善预后的基本途径。

3. 降压目标

对成人高血压而言，当前《中国高血压防治指南》根据患者心血管危险程度高低推荐不同的降压目标值，对低、中危和高危患者分别采用低于 140/90 mmHg 和低于 130/80 mmHg 两个标准。2013 年欧洲《高血压防治指南》修改了以往对不同危险度患者采用不同降压靶目标值的推荐，对低、中、高危患者均将低于 140/90 mmHg 作为降压治疗的推荐目标（其中糖尿病患者推荐舒张压 < 85 mmHg）。

然而，在老年高血压患者中进行的多项随机对照试验（randomized controlled trial, RCT）均未将收缩压降至 140 mmHg 以下作为研究目标，因而目前尚不清楚老年高血压患者收缩压降至 140 mmHg 以下是否有更大获益。HYVET（hypertension in the very elderly trial, 老老年高血压试验）研究结果显示，在经过选择的年龄在 80 岁以上的老年人群中将血压控制在 150/80 mmHg 以内可从降压治疗中获益，然而进一步降低血压是否获益尚待研究。新近发表的两项日本研究分别比较在老年患者中采取强化和标准降压目标对心血管终点事件的影响，结果表明平均收缩压降至 136 mmHg 和 137 mmHg 与 145 mmHg 和 142 mmHg 相比并未显示更多获益。FEVER（非洛地平降低心脑血管并发症）研究老年亚组的结果则显示相比于 145 mmHg，收缩压降至 140 mmHg 以下可减少心血管事件发生。鉴于以上证据，当前主流国际高血压防治指南对老年高血压降压目标的推荐意见如下：①年龄在 80 岁以下，收缩压高于或等于 160 mmHg 的老年患者，有确切证据支持将收缩压降至 140~150 mmHg；②年龄在 80 岁以下，收缩压高于或等于 140 mmHg 且一般情况良好的老年患者，如能耐受也可考虑将收缩压降至 140 mmHg 以下，而衰弱的老年患者其降压目标应以能够耐受的标准为限；③年龄在 80 岁以上且躯体和精神状况良好，收缩压高于或等于 160 mmHg 的老年患者，亦推荐将收缩压降至 140~150 mmHg。

我国 2010 版《中国高血压防治指南》建议：①年龄在 65 岁以上的老年高血压患者的血压应降至 150/90 mmHg 以下，如能耐受可降至 140/90 mmHg 以下；②年龄在 80 岁以上的高龄老年人的降压目标值为低于 150/90 mmHg。

综上所述，各国高血压防治指南对老年患者的收缩压降压目标值推荐并不完全一致，多数指南倾向于接受收缩压低于 150 mmHg 的控制目标，并建议密切观察降压过程中患

者的耐受状况。对年龄相对不高、一般健康状况良好且对降压治疗耐受性较好的老年患者，多数指南建议可尝试将收缩压降至 140 mmHg 以下。《中国高血压防治指南》在将来修订时是否会调整老年高血压的降压目标值尚不清楚。目前临床实践仍以我国指南推荐的降压目标为宜。

4. 低舒张压患者的降压治疗

对舒张压低于 60 mmHg 的单纯收缩期高血压患者，抗高血压药和剂量选择应参照收缩压情况确定。依据现行《中国高血压防治指南》的建议，收缩压低于 150 mmHg，宜观察，可不用药物治疗；如收缩压为 150~180 mmHg，可谨慎给予小剂量抗高血压药治疗；如收缩压高于或等于 180 mmHg，则给予小剂量抗高血压药治疗。降压治疗中可监测临床症状和舒张压下降的影响。需要强调的是，老年高血压通常以单纯收缩期高血压为表现，而收缩压升高对患者心血管事件预后意义重大，老年高血压的降压治疗必须强调以降低收缩压为主，不应过度顾忌舒张压而忽视了收缩压的有效控制。此外，老年高血压的病理生理特点和升压机制决定了降压过程中收缩压和舒张压的下降并不平行，一般的降压治疗通常以降低收缩压为著，对舒张压的影响甚小。

5. 启动降压治疗的时机

包括《中国高血压防治指南》在内的多数指南建议对 1 级高血压（包括不合并危险因素和靶器官损害）患者如果非药物治疗措施未奏效即给予药物治疗，该推荐意见对老年高血压也适用。有限的临床试验证据显示，对基线处于 1 级高血压的低、中危患者，降压治疗能显著降低脑卒中风险。因此，审慎推荐在生活方式调整基础上对该类患者进行降压治疗；年龄小于 80 岁的 1 级老年高血压患者，如能耐受降压治疗也可考虑药物治疗；对合并靶器官损害、糖尿病、已知心血管疾病、慢性肾脏疾病或具有高血压心脏病（简称高心病）血管事件风险的 1 级高血压，有较强的证据支持及时给予药物治疗。多数指南明确推荐对 2 或 3 级高血压，无论其危险度分级均应立即进行药物治疗。鉴于老年高血压降压获益研究入选人群均是 2 级以上高血压，因此推荐对收缩压高于 160 mmHg 的老年患者及早进行药物治疗。

要点：

- 老年患者的降压治疗应根据患者个体状况以及对降压治疗反应的监测情况决定治疗策略，以患者能够耐受降压治疗为原则。
- 老年高血压降压治疗策略应有别于非老年患者。立足于改善患者周围血管顺应性、保护血管内皮功能及心、脑、肾等靶器官，以改善生存质量和最大限度地降低心脑血管事件风险为目标。治疗中需特别关注血压的稳定性。
- 改善生活方式，包括限盐、减重、戒烟、限酒、低脂富果蔬饮食和适度运动是预防和治疗老年高血压的基础。
- 基于循证医学证据，当前《高血压防治指南》建议收缩压高于或等于 160 mmHg 的老年患者应及时给予药物治疗。收缩压低于 160 mmHg 的患者在生活方式调整无效时也应进行药物治疗。老年患者的降压目标为低于 150/90 mmHg。将血压水平降至 140/90 mmHg 以下是否获益更多尚无证据。
- 对老年高血压而言，需强调降低收缩压，不应过分顾虑舒张压而忽略对收缩压的有效控制。