


老年常见病诊治

冯景辉 主编

 湖南科学技术出版社

老年常见病诊治

主编 冯景辉

湖南科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

老年常见病诊治 / 冯景辉主编. — 长沙 : 湖南科学技术出版社,
2020.12
ISBN 978-7-5710-0879-6

I. ①老… II. ①冯… III. ①老年病—常见病—诊疗
IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 245146 号

老年常见病诊治

LAONIANCHANGJIANBINGZHENZHI

主 编: 冯景辉
责任编辑: 王跃军
装帧设计: 德扬图书
开 本: 787mm×1092mm 1/16
字 数: 262 千字
印 张: 10.5
版 次: 2020 年 12 月第 1 版
印 次: 2020 年 12 月第 1 次印刷

出 版: 湖南科学技术出版社
发 行: 湖南科学技术出版社
地 址: 湖南省长沙市湘雅路 276 号
邮 编: 410000
电 话: 0731—84375808
印 刷: 济南新广达图文快印有限公司

书 号: ISBN 978-7-5710-0879-6

定 价: 68.00 元

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究

编委会

主 编:冯景辉 哈尔滨医科大学附属第一医院

副主编:李 静 哈尔滨医科大学附属第二医院

张海宏 哈尔滨医科大学附属第一医院

编 委:(按照姓氏笔画)

于惠铭 哈尔滨医科大学附属第一医院

代思明 哈尔滨医科大学附属第一医院

李 梅 哈尔滨医科大学附属第二医院

初茂林 哈尔滨医科大学附属第二医院

程素君 哈尔滨医科大学附属第二医院

前 言

自 2000 年迈入老龄化社会之后,我国人口老龄化的程度持续加深,到 2022 年左右,中国 65 岁以上人口将占到总人口的 14%,实现向老龄社会的转变。老年人的组织器官发生老化,生理功能下降,老年期不仅会新得各种与衰老退化变性有关的老年人特有疾病(如退行性瓣膜病、缺血性肠病、痴呆等),出现多种老年问题(如谵妄、衰弱、尿失禁等),老年人和成年人一些共有的疾病如高血压、冠心病、糖尿病等,虽然疾病本质相同,但由于疾病发生于衰老的机体,无论在病因、病理、临床表现、诊疗及预后等方面老年人与成年人均有不同之处,除具有一般人群的共同特点又有其特殊性。部分老年人疾病表现可不典型,应有的症状不出现,而表现为非特异症状或无任何症状,容易漏诊误诊。此外衰老还可使药物毒副作用易感性增加,使老年人的药物不良反应发生率增高,给我们的治疗带来困难。所以我们不能用成人疾病的诊治模式来对待老年人,本书编写的目的和宗旨就是为了使广大医务工作者能够了解老年常见疾病的特点,为其临床诊疗提供一部参考书。

本书共分为七章,内容涉及老年各系统常见疾病的诊断及治疗,包括:老年心血管系统疾病、老年呼吸系统疾病、老年消化系统疾病、老年内分泌与代谢疾病、老年泌尿系统疾病、老年多器官功能不全综合征以及老年人常见问题。

为了进一步提高老年病相关医务人员的诊治水平,本编委会人员在多年老年疾病诊疗经验基础上,参考诸多书籍资料及最新指南共识,认真编写了此书,望谨以此书为广大医务人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多老年医学相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线临床诊治工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高医务人员临床诊治水平的目的。

《老年常见病诊治》编委会

2020 年 12 月

目 录

第一章 老年心血管系统疾病	(1)
第一节 高血压	(1)
第二节 冠心病	(8)
第三节 心力衰竭	(13)
第四节 退行性心脏瓣膜病	(19)
第五节 心律失常	(22)
第六节 周围动脉疾病	(30)
第二章 老年呼吸系统疾病	(34)
第一节 肺炎	(34)
第二节 慢性阻塞性肺疾病	(39)
第三节 间质性肺疾病	(45)
第四节 肺血栓栓塞症	(50)
第五节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	(62)
第三章 老年消化系统疾病	(70)
第一节 胃食管反流病	(70)
第二节 消化性溃疡	(74)
第三节 缺血性肠病	(76)
第四节 功能性消化不良	(79)
第五节 便秘	(82)
第四章 老年内分泌与代谢疾病	(86)
第一节 糖尿病	(86)
第二节 血脂紊乱	(95)
第三节 甲状腺疾病	(101)
第四节 骨质疏松症	(105)
第五章 老年泌尿系统疾病	(116)
第一节 尿路感染	(116)
第二节 急性肾衰竭	(117)
第三节 慢性肾衰竭	(120)
第四节 前列腺增生症	(122)
第六章 老年多器官功能不全综合征	(125)
第七章 老年人常见问题	(134)
第一节 谵妄	(134)

第二节	痴呆	.....	(137)
第三节	衰弱症	.....	(140)
第四节	营养不良	.....	(144)
第五节	尿便失禁	.....	(149)
第六节	压疮	.....	(155)
参考文献	.....		(161)

第一章 老年心血管系统疾病

第一节 高血压

高血压是最常见的慢性病之一,半数以上的老年人患有高血压,≥80岁的高龄人群中,高血压的患病率接近90%。大量流行病学及临床证据表明,高血压显著增加老年人发生缺血性心脏病、脑卒中、肾功能衰竭、主动脉与外周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。与60岁以下的高血压患者比较,相似程度的血压升高,老年人发生心脑血管事件的危险显著升高。与中青年患者相比,老年人高血压的发病机制、临床表现和预后等方面均具有一定特殊性,成为高血压的一种特殊类型。因此,应重视老年高血压的特殊性,并根据老年高血压的个体特点进行治疗。

一、定义

年龄≥65岁,在未使用降压药物的情况下,持续或非同日3次测量血压,收缩压(SBP)≥140mmHg和(或)舒张压(DBP)≥90mmHg,可诊断为老年高血压。曾明确诊断高血压且正在接受降压药物治疗的老年人,虽然血压<140/90mmHg,也应诊断为老年高血压。若收缩压≥140mmHg,舒张压<90mmHg,则定义为老年单纯收缩期高血压(ISH)。

不同测量方法的血压正常值:诊室血压<140/90mmHg,家庭自测血压<135/85mmHg,24h平均动态血压<130/80mmHg,24h动态血压清醒时平均血压<135/85mmHg。

二、流行病学

新近公布的第六次全国人口普查数据显示,60岁及以上人口占13.26%,65岁以上人口占8.87%,我国早已步入老龄化社会。Framingham心脏研究表明,随着年龄增长,高血压(特别是ISH)的患者明显增加。在年龄<60岁的人群中,27%的人患有高血压,其中20%为2级高血压(未治疗时收缩压≥160mmHg或舒张压≥100mmHg)。在80岁左右的人群中,75%患有高血压,其中60%为2级高血压。在年龄≥80岁的人群中,高血压的患病率>90%。

2002年调查资料显示,我国≥60岁人群高血压患病率为49%,此数值显著高于中青年人群。高血压知晓率、治疗率和控制率是反映高血压流行趋势与防治状况的重要指标。尽管许多临床证据表明,降压治疗可以使老年患者获益,但在全球范围内老年高血压治疗率及控制率均较低。Framingham心脏研究显示,随年龄增长,接受降压治疗的高血压患者血压控制率逐渐下降。在年龄<60岁、60~79岁和≥80岁人群中,血压控制达标率分别为男性:38%、36%和38%,女性:38%、28%和23%。在我国仅32.2%的老年高血压患者接受治疗,控制率仅为7.6%。

三、临床特点

(一)收缩压增高为主

随着年龄的增加,动脉僵硬度增加,收缩压水平逐渐增加,而舒张压水平在 60 岁后呈现降低的趋势。在老年人群中,收缩压增高更常见,ISH 成为老年高血压最为常见的类型,占 60 岁以上老年高血压的 65%,占 70 岁以上老年高血压的 90%以上。大量流行病学与临床研究显示,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,收缩压水平是心血管事件更为重要的独立预测因素。

(二)脉压增大

收缩压与舒张压之差称为脉压,正常值为 30~40mmHg,老年高血压患者脉压往往可达到 60~100mmHg。脉压反映着动脉的弹性功能,与大动脉硬化度升高、顺应性下降、血管壁结构改变以及内皮功能受损等因素密切相关。脉压增大是老年高血压的重要特点。Framingham 心脏研究显示,老年人脉压是比收缩压和舒张压更重要的危险因素。国内外多项研究表明,60 岁以上老年人的基线脉压水平与全因死亡、心血管死亡、脑卒中和冠心病发病均呈显著正相关。

(三)血压波动幅度大

随着年龄增长,老年人压力感受器敏感性降低,而动脉壁僵硬度增加,血管顺应性降低,老年高血压患者的血压易随情绪、季节和体位的变化明显波动,清晨高血压多见。老年人血压波动增加了降压治疗的难度,需谨慎选择降压药物。此外,老年高血压患者常伴有左心室肥厚、室性心律失常、冠状动脉以及颅内动脉病变等,血压急剧波动时,可显著增加发生不良心血管事件及靶器官损害的危险。

(四)血压昼夜节律异常多见

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 < 10%(非杓型)或 > 20%(超杓型),甚至表现为夜间血压不降反较白天升高(反杓型),使心、脑、肾等靶器官损害的危险性显著增加。老年高血压患者非杓型血压发生率可高达 60%以上。与年轻患者相比,老年人靶器官损害程度与血压的昼夜节律更为密切。

(五)易发生体位性低血压

体位性低血压是指从卧位改变为直立位(或至少 60°的直立倾斜试验)时,收缩压下降 ≥ 20 mmHg 或舒张压下降 ≥ 10 mmHg,同时伴有头晕或晕厥等脑循环灌注不足的症状。根据发生速度分为早期型(≤ 15 s)、经典型(≤ 3 min)和迟发型(> 3 min)。老年患者容易发生体位性低血压。当高血压患者伴有糖尿病、低血容量,或使用利尿药、扩血管药物及精神类药物时更容易发生体位性低血压。因此,诊治过程中需要注意测量卧、立位血压。

(六)餐后低血压多见

餐后低血压是指餐后血压较餐前降低而表现的一组临床综合征。其患病率在居家护理老年人中为 25~38%,在我国住院老年患者中为 74.4%。发病机制与餐后内脏血流量增加,回心血量和心排量减少;压力感受器敏感性减低,交感神经代偿功能不全;餐后具有扩血管作用的血管活性肽分泌增多有关。餐后低血压的诊断标准一般认为符合下列 3 条标准之一者诊断为餐后低血压:①餐后 2h 内收缩压比餐前下降 20mmHg 以上;②餐前收缩压不低于

100mmHg,而餐后 <90 mmHg;③餐后血压下降未达到上述标准,但出现餐后心脑血管缺血症状(心绞痛、乏力、晕厥、意识障碍)者。餐后低血压的发生与老龄化相关。高碳水化合物、大量进食、热饮、胃排空快是导致餐后低血压的重要因素。高血压、糖尿病、体位性低血压、帕金森病、老年痴呆、自主神经损害、多系统萎缩、瘫痪、血液透析等患者发生餐后低血压的风险明显增高。扩血管药物、利尿药等易诱发。餐后低血压与老年人无症状脑血管病、冠心病事件及死亡率有关。临床上应予以足够重视。

(七)晨峰血压升高

晨峰血压增高即清晨起床后2h内的收缩压平均值一夜间睡眠时收缩压最低值(夜间血压最低值前后共3次收缩压的平均值) ≥ 35 mmHg。我国老年人晨峰血压增高的发生率为21.6%,高血压患者较正常人更多见。其发病主要是由于清晨交感神经的兴奋性增高或肾素-血管紧张素系统功能亢进所致。清晨高血患者心血管疾病病死率明显增加。及早控制清晨高血压有利于减少心血管事件的发生。为提高清晨高血压的检出率,应重视动态血压监测和家庭测压。

(八)白大衣高血压多见

白大衣高血压指患者仅在诊室内测得血压升高而诊室外血压正常的现象。诊断标准:未经治疗的老年患者经多次随诊室血压 $\geq 140/90$ mmHg,而动态血压监测所测24小时平均血压 $<130/80$ mmHg,白天平均血压 $<135/85$ mmHg,或多次家庭血压监测血压均值 $<135/85$ mmHg。其发病可能与患者在医疗环境中精神紧张、交感神经活性增强有关。多项研究发现白大衣高血压患者比血压正常人群更易发展为持续性高血压。白大衣高血压被视为持续性高血压和正常血压人群的中间状态,可引起一定程度靶器官损害。对WCH者进行及早识别、随访和干预,有利于患者血压控制和靶器官损害的防治。

(九)假性高血压多见

假性高血压指用普通袖带测压法所测血压值高于经动脉穿刺直接测的血压值,多见于动脉严重钙化老年人,也常见于糖尿病、尿毒症患者。患病率随老龄化而增加。其原因是各种因素导致严重动脉硬化阻碍了血压测量时袖带对肱动脉的压迫使血压测值假性升高。我国相关防治指南推荐的诊断标准为:袖带法所测血压值高于动脉内测压值,收缩压高 ≥ 10 mmHg或舒张压高 ≥ 15 mmHg。当收缩压测量值异常升高但未合并相关靶器官损害或药物降压治疗后即出现低血压症状时,应考虑假性高血压可能。假性高血压可导致过度降压治疗,收缩压过低在高龄患者可能引起跌倒、衰弱等不良预后的增加。正确认识假性高血压十分重要。有创血压测量法(也称直接法)是检测假性高血压“金标准”,但由于其难度高且有创伤,不适合高血压患者的普查及长期血压监测。有助于识别假性高血压方法:①Osler手法:采用袖带测压法,当袖带充气超过收缩压20mmHg时能触及桡动脉或肱动脉搏动为Osler征阳性,提示患者存在假性高血压可能,但其敏感性和特异性均较差;②血管造影显示前臂动脉钙化亦有于假性高血压的诊断;③自动次声血压探测仪通过分析低频柯氏音振动的能量来探测血压,能较好地反映动脉内血压值。

(十)常多病共存,并发症多发

老年高血压常伴动脉粥样硬化性疾病及心脑血管疾病的其他危险因素,部分患者多种疾病并存。部分老年人高血压及伴随疾病的临床表现不典型,容易漏诊,应进行综合评估并制定合理的治疗措施。老年患者脑血管病常见,应注意筛查和评估。若患者存在 $\geq 70\%$ 的双侧

颈动脉狭窄或存在严重颅内动脉狭窄,过度降压或血压波动可增加缺血性卒中的危险。

(十一)容易漏诊、误诊的高血压

1. 继发性高血压 老年人继发性高血压较常见,如肾血管性高血压、肾性高血压、原发性醛固酮增多症及嗜铬细胞瘤等。老年人睡眠呼吸暂停低通气综合征可导致高血压或使高血压加重,表现为夜间睡眠或晨起血压升高,血压昼夜节律改变。

2. 隐匿性高血压 是指诊室血压 $<140/90\text{mmHg}$,但家庭自测血压收缩压 $\geq 135\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 85\text{mmHg}$;动态血压监测日间收缩压 $\geq 135\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 85\text{mmHg}$ 。隐匿性高血压患者靶器官损害风险增加。

四、治疗

(一)老年高血压的治疗目标

老年高血压的主要治疗目标是延缓高血压所致心血管疾病进程,最大限度降低心血管疾病发病率和死亡率,改善生活质量,延长寿命。老年患者降压治疗应强调收缩压达标,强调在患者能耐受的前提下逐步降压达标,避免过快、过度降低血压。对于伴有缺血性心脏病的老年高血压患者,在强调收缩压达标的同时应关注舒张压,舒张压低于 60mmHg 时应在密切监测下逐步达到收缩压目标。

老年高血压的诊断与治疗中国专家共识(2017版)推荐: ≥ 65 岁老年人高血压患者血压控制目标 $<150/90\text{mmHg}$,若能够耐受可降低至 $140/90\text{mmHg}$ 以下;对于收缩压 $140\sim 149\text{mmHg}$ 的老年患者,可考虑使用降压药物治疗,在治疗过程中需监测血压变化以及有无心、脑、肾灌注不足的临床表现。对于高血压合并心、脑、肾等靶器官损害的老年患者,建议首先将血压降低至 $<150/90\text{mmHg}$,耐受良好者可降低至 $<140/90\text{mmHg}$ 。对于年龄 <80 岁且一般状况好、能耐受降压的老年患者,可降至 $<130/80\text{mmHg}$; ≥ 80 岁的患者,建议降至 $<150/90\text{mmHg}$,如能耐受降压治疗,可降至 $<140/90\text{mmHg}$ 。对于有症状的颈动脉狭窄患者,降压治疗应慎重,不应过快过度降低血压,如能耐受可降至 $<140/90\text{mmHg}$ 。过度降压不利于各重要脏器的血流灌注,增加了老年人晕厥、跌倒、骨折和死亡的风险。

2019年中国老年高血压管理指南建议:年龄 ≥ 65 岁的老年高血压患者,血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$,在生活方式干预的同时启动降压药物治疗,将血压降至 $<140/90\text{mmHg}$;年龄 ≥ 80 岁的高龄高血压患者,血压 $\geq 150/90\text{mmHg}$,即启动降压药物治疗,首先应将血压降至 $<150/90\text{mmHg}$,若耐受性良好,则进一步将血压降至 $<140/90\text{mmHg}$;经评估确定为衰弱的高龄高血压患者,血压 $\geq 160/90\text{mmHg}$,应考虑启动降压药物治疗,收缩压控制目标为 $<150\text{mmHg}$,但尽量不低于 130mmHg ;如果患者对降压治疗耐受性良好不应停止降压治疗。

(二)高血压的治疗策略

老年高血压患者降压治疗时降压药应从小剂量开始,降压速度不宜过快,以2~3个月内达标为宜,治疗过程中需要密切观察有无脑循环低灌注及心肌缺血相关症状、药物的不良反应。多数老年高血压患者需要联合应用2种以上降压药物才能达到降压目标,因此临床医师必须根据老年患者的个体特征、合并疾病及联合用药情况选择适宜的降压药物,平稳有效降压的同时积极干预其他的心血管危险因素。

(三)老年高血压的非药物治疗

非药物疗法是降压治疗的基本措施,包括纠正不良生活方式和不利于身心健康的行为和

习惯。具体内容如下:

1. 戒烟、避免吸二手烟 吸烟及二手烟所致的升压效应使得高血压并发症,如脑卒中、心肌梗死和猝死的危险性显著增加,并降低或者抵消降压带来的疗效,加重脂质代谢紊乱、降低胰岛素敏感性、减弱内皮细胞依赖性扩张和增加左心室肥厚效应等。

2. 戒酒或者限制饮酒 老年人应限制酒精摄入,不鼓励老年人饮酒。饮酒者男性每日摄入酒精量 $<25\text{g}$,女性每日摄入酒精量 $<15\text{g}$ 。小至中等量饮酒不影响甚至降低血压,每日摄入酒精量 $>30\text{g}$ 者,随饮酒量增加血压升高、降压药物疗效降低。

3. 限制食盐摄入 老年人常见盐敏感性高血压,限制食盐摄入尤为重要。建议每日摄盐量应 $<6\text{g}$,高血压患者的摄盐量应更低,最好 $<5\text{g/d}$ 。但同时应警惕过度严格限盐导致低钠血症对老年人的不利影响。

4. 调整膳食结构,控制总热量摄入并减少膳食脂肪及饱和脂肪酸摄入,鼓励老年人摄入多种新鲜蔬菜、水果、鱼类、豆制品、粗粮、脱脂奶等富含钾、钙、膳食纤维、多不饱和脂肪酸的食物。饮食中脂肪含量应控制在总热量的25%以下,饱和脂肪酸的量应 $<7\%$ 。

5. 规律适度的运动,控制体重 老年高血压患者可根据个人爱好和身体状况选择适合并容易坚持的运动方式,如快步行走,一般每周5次,每次30~60分钟。建议将体重指数(BMI)控制在 25kg/m^2 以下。过快、过度减轻体重可导致体力不佳,影响生活质量,甚至导致抵抗力降低而易患其他系统疾病。

6. 减轻精神压力,避免情绪波动,保持精神愉快、心理平衡和生活规律。

(四)老年高血压的药物治疗

治疗老年高血压的理想降压药物应符合以下条件:①平稳、有效降压;②安全性好,不良反应少;③服用简便,依从性好。

1. 常用降压药物及其作用点 利尿药、钙拮抗剂(CCB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素受体阻滞剂(ARB)及 β 受体阻滞剂这5类临床常用的降压药物均适用于老年高血压的治疗。利尿药及长效钙拮抗剂对老年患者的降压疗效好,不良反应也较少,推荐用于无并发症老年高血压的初始治疗。若老年患者存在靶器官损害,或合并其他疾病或具有心血管危险因素,则应酌情选择降压药种类。

(1)利尿药:推荐用于老年高血压患者的初始及联合降压治疗,可用于治疗老年单纯收缩期高血压,尤其适用于合并心力衰竭、水肿的老年高血压患者。噻嗪类利尿药可明显减少老年患者心脑血管事件及肾脏损害的发生率,常用小剂量噻嗪类利尿药(如氢氯噻嗪 $6.25\sim 12.5\text{mg/d}$ 、吲达帕胺 $1.25\sim 2.5\text{mg/d}$)。但由于该药物对血糖、血脂及尿酸的影响较大,对合并糖尿病、高脂血症及高尿酸血症的患者不推荐使用。 $\text{eGFR}<30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot 1.73\text{m}^{-2}$ 时,应使用襻利尿药如托拉塞米或呋塞米等。保钾利尿药螺内酯、依普利酮、阿米洛利等可用于继发性或顽固性高血压的治疗,应根据具体情况进行个体化选择。应用时需监测肾功能及血钾变化,血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 时禁用,慢性肾脏病4期($\text{eGFR}<30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot 1.73\text{m}^{-2}$)患者慎用保钾利尿药。

(2)钙拮抗剂(CCB):长效二氢吡啶类 CCB 降压疗效好,适用于低肾素或低交感活性的患者,无绝对禁忌证,不良反应少。非二氢吡啶类 CCB 维拉帕米、地尔硫草慎用于心功能不全、心脏房室传导异常及病态窦房结综合征患者,硝苯地平慎用于心动过速、急性冠状动脉综合征及心功能不全患者。

(3)ACEI 与 ARB 类药物:ACEI 对于高肾素活性的高血压患者具有良好的降压疗效及确切的肾脏保护作用,推荐用于糖尿病、慢性肾脏疾病或伴蛋白尿的老年高血压患者。使用时需排除双侧重度肾动脉狭窄,监测血钾及血肌酐、eGFR 水平,血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 时禁用。慢性肾脏病 4 期($\text{eGFR}<30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot 1.73\text{m}^{-2}$)患者慎用 ACEI 或 ARB。ACEI 对糖脂代谢无不利影响,不良反应较少,其主要不良反应包括咳嗽、皮疹,少部分患者可出现味觉异常、肾功能恶化。偶见血管神经性水肿,重者可危及患者生命。

(4) β 受体阻滞剂:抑制交感神经活性、心肌收缩力和减慢心率。如无禁忌证,推荐用于合并冠心病、慢性心功能不全、快速心律失常、血压波动大伴交感神经活性高的老年高血压患者。需从小剂量起始,根据血压及心率调整剂量。禁用于病态窦房结综合征、II 度及 II 度以上房室传导阻滞、支气管哮喘的患者。老年人常存在窦性心动过缓、窦房结功能异常,应根据患者的具体情况决定是否使用。

(5) α -受体阻滞剂:伴有前列腺增生症状的老年高血压患者可使用 α -受体阻滞剂。这种药物的主要特点为具有非常明显的镇静功能,能够诱发患者出现抑郁症或者加重本来已有的抑郁症,并且服用过程中易发生直立性低血压。应从小剂量开始、睡前服用,根据患者的疗效逐渐调整剂量。应监测立位血压,以便及时发现体位性低血压。

2. 联合降压治疗 通常老年高血压患者需服用 2 种以上的降压药物才能使血压达标。联合降压药物可通过多种不同机制降压,降压效果好、不良反应少、更有利于靶器官保护,同时具有提高患者用药依从性和成本/效益比的优点。我国治疗指南推荐以长效二氢吡啶类药物作为联合用药的基础用药,合用 ACEI 或 ARB 类药物联合降压可有更多的临床受益。ACCOMPLISH 研究表明,ACEI 类药物和 CCB 联合降压、ACEI 类药物和利尿药联合降压这两个方案比较,两者降压程度无显著差异,其显著获益主要是前者的两类药物对靶器官,特别是对血管内皮功能的协同保护作用要优于后者。

3. 合并其他疾病时的降压目标及药物选择 老年高血压患者常并发冠心病、心功能不全、脑血管病、慢性肾脏病、糖尿病等,应根据个体特点选择降压治疗方案。合并不同疾病的老年高血压患者降压目标值与药物选择如表 1-1 所示。

表 1-1 老年高血压合并其他疾病时的降压目标及药物选择

老年高血压合并疾病种类	推荐用药
脑卒中	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急性缺血性卒中发病 1 周内降压治疗应谨慎,一般先处理焦虑、疼痛、恶心、呕吐和颅压增高等情况。若血压持升高 $200/110\text{mmHg}$,可使用降压药物缓慢降压(24h 降压幅度 $<15\%$),并严密观察血压变化。 2. 急性缺血性卒中拟溶栓治疗时,血压应控制在 $180/100\text{mmHg}$ 以内。 3. 急性缺血性卒中,如患者病情平稳,血压持续 $>140/90\text{mmHg}$,可于卒中发病数天后恢复发病前使用的降压药物或启动降压药物治疗。 4. 缺血性卒中血压长期控制目标为 $<140/90\text{mmHg}$,近期腔隙性脑梗死患者的血压可控制至 $<130/80\text{mmHg}$。 5. 急性脑出血早期积极降压可能改善预后,如无禁忌,血压可降至 $140/90\text{mmHg}$。当颅内压增高时,血压 $180/100\text{mmHg}$ 时给予降压治疗,目标血压为 $160/90\text{mmHg}$。 6. 脑出血患者的血压长期控制目标 $<130/80\text{mmHg}$。

(续表)

老年高血压合并疾病种类	推荐用药
冠心病	如无禁忌证,首选 β -受体阻滞剂、ACEI,ACEI不能耐受时使用 ARB。血压或心绞痛难以控制时,可使用 CCB。 舒张压低于 60mmHg 时降压应谨慎,在密切监测下逐步达到收缩压目标。 血压控制目标 $<130/80$ mmHg,高龄患者 $<140/90$ mmHg。
慢性心力衰竭	若无禁忌证,首选 β -受体阻滞剂、ACEI、利尿药及醛固酮拮抗剂治疗。ACEI不能耐受时使用 ARB 替代。血压控制目标 $<130/80$ mmHg,高龄患者 $<140/90$ mmHg。
慢性肾功能不全	血压控制目标为 $<130/80$ mmHg,80 岁以上高龄老年患者 $<140/90$ mmHg。若无禁忌证,首选 ACEI 或 ARB,从小剂量开始并监测肾功能和血钾变化。慢性肾脏病 4 期($eGFR<30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot 1.73\text{m}^2$)患者可使用 CCB、袢利尿药、 α 及 β 受体阻滞剂等,慎用 ACEI 或 ARB。

(五)常见高血压类型的治疗

1. 单纯收缩期高血压 老年人收缩压 ≥ 150 mmHg,舒张压 60~90mmHg,可起始单药治疗。收缩压 ≥ 160 mmHg 或高危者可联合用药。而舒张压 <60 mmHg 时,降压治疗应以不加重舒张压进一步降低为前提。舒张压 <60 mmHg 时,若收缩压 140~150mmHg,宜观察,可不用药物治疗;若收缩压 150~179mmHg,可谨慎用单药、小剂量降压药治疗,并密切观察;若收缩压 ≥ 180 mmHg,则用小剂量降压药治疗,谨慎联合用药。降压药可用小剂量利尿药、CCB,也可选择 ACEI 或 ARB 等。

2. 体位性低血压伴卧位高血压 ①首先应鉴别病因,如存在血容量不足,则补充血容量;然后考虑有无药物影响(包括利尿药、 α 受体阻滞剂、血管扩张剂、硝酸酯类、三环类抗抑郁药物和 β 受体阻滞剂等)和疾病因素(包括心脑血管疾病和神经系统疾病),进行病因治疗;②明确诊断应首先考虑非药物治疗:建议患者逐渐变换体位,做物理对抗动作如腿交叉、弯腰及紧绷肌肉等;穿弹力袜、使用腹带;必要时减量或停用降压药;③根据情况应用容量扩张剂、血管收缩剂及改善贫血药物。卧位高血压立位低血压综合征者可在夜间使用短效降压药。

3. 合并餐后低血压 ①主要是治疗基础疾病,纠正可能的诱因;②症状不明显者可用非药物治疗,包括:餐前饮水、减少碳水化合物摄入、少量多餐,餐后取坐位或卧位,避免饮酒,血液透析患者避免血透时进食,降压药宜在两餐之间服用;③药物治疗可用减少内脏血流量、抑制葡萄糖吸收和增加外周血管阻力的药物,如咖啡因、阿卡波糖、古尔胶,但目前尚缺乏循证医学证据。

4. 白大衣高血压 ①无危险因素的白大衣高血压患者,可不予药物治疗,进行健康宣教、生活方式干预,并做好定期随访;②合并代谢紊乱危险因素者,针对相应危险因素治疗,包括控制体重、调节糖代谢、调脂治疗以及定期随访等;③对于合并无症状性靶器官损害者,在生活方式改变和血压监测基础上予包括降压、保护靶器官功能等药物治疗。

5. 高龄及虚弱老年患者的治疗

80 岁或以上老年人定义为高龄老年人。高龄老年人群,如果健康状态良好,建议将血压控制在 150/90mmHg 以内,如果患者能够耐受,可降至 $<140/90$ mmHg。由于高龄患者常合并多种疾病并联合使用多种药物,临床表现复杂,容易发生药物不良反应。在强调降压达标的同时,需要注意伴随疾病的影响并加强靶器官的保护,避免过度降低血压。选择降压药物应更谨慎,从小剂量开始,尽量避免血压降低速度过快和大幅度血压波动,警惕体位性低血压

与餐后低血压,根据患者对降压药的反应调整剂量或种类。在患者能耐受降压治疗的前提下,逐渐使血压达标。若治疗过程中出现头晕、心绞痛等心、脑血管灌注不足症状时应减少降压药物剂量并寻找可能的诱因。

此外,老年人在启动降压治疗前,应评估衰弱状态后确定个体化治疗方案。老年人虚弱的定义尚不统一,一般是指具备以下3项或以上临床特征:①一年内不明原因体重减轻 $\geq 5\text{kg}$;②自觉疲乏无力;③握力降低;④行走速度慢;⑤体力活动下降。对于虚弱的老年人,应根据综合评估结果确定降压治疗方案,部分患者需维持较高的血压以保证组织器官的灌注,应避免血压过低和血压波动过大。

第二节 冠心病

冠状动脉粥样硬化及栓塞、炎症、痉挛等原因而导致的冠状动脉狭窄、阻塞称为冠状动脉性心脏病,简称冠心病,以动脉粥样硬化最为常见,年龄是其独立危险因素,是冠心病患病率和死亡率的重要影响因素。

一、老年冠心病的临床特点

1. 老年人冠心病患病率高,但症状发生率少仅占 $10\% \sim 30\%$,且临床表现可不典型。原因为:①老年人常采取宁静的生活方式,活动少,难以达到诱发心肌缺血的负荷;②老年人易患神经病变,导致痛觉迟钝,无症状性心肌缺血发生率增高;③心肌、心包老龄化变化,致心肌缺血时气促较疼痛更易发生。

2. 老年冠状动脉病变的检出率和严重程度随老龄化而增加,并且多支病变检出率和病变血管数明显多于成年人。但由于老年人病程长和多支病变常导致长期慢性心肌缺血,有助于侧支循环建立,因而老年患者侧支循环较成年人多。

3. 老年人预期寿命短,年龄越大越是如此。因此,家庭成员对老年患者的治疗相对保守,期望值低,对经皮冠状动脉介入术(PCI)或冠状动脉旁路移植术(CABG)等有创治疗手段接受程度普遍较低。症状不典型的老年患者接受介入治疗的可能性更小,再住院率和死亡风险更高。

二、老年人急性心肌梗死

急性心肌梗死(AMI)是在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久地急性缺血,导致心肌坏死。临床表现有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数和血清心肌坏死标志物增高以及心电图进行性改变;可发生心律失常、休克或充血性心力衰竭,属冠心病的严重类型。AMI的常见诱因有过度疲劳、情绪激动、饱餐后、睡眠差或用力排便等。老年人更易发生急性非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)。

(一)临床特点

老年人AMI的临床症状及体征往往不典型,有些患者表现为牙疼、咽喉部不适、腹背部疼痛;另有一些患者仅表现为全身虚脱、冷汗、恶心呕吐、晕厥、气急等,严重患者甚至以意识丧失、休克或为首发症状。尤其是高龄患者往往因症状不典型造成漏诊或误诊。早期及时诊断和救治是有效降低住院病死率的关键,因此,临床医生需特别注意。

1. 疼痛 部位仍以心前区为主,但疼痛程度、性质、持续时间有的可能较短,而有的可持续 1~2 小时甚至迁延数日,其间往往有间歇性发作。具有典型症状的患者死亡率较低,可能与其及时就诊有关。

2. 消化道症状 以消化道症状为主要表现的约占 30%,突出表现为上腹痛、恶心、呕吐,少数出现肠麻痹、消化道出血,甚至出现上腹部饥饿样疼痛感,容易误诊为急腹症,可能是膈面心肌梗死后刺激膈神经而出现牵涉痛。

3. 充血性心力衰竭 以心力衰竭为首发症状的患者约占 20%,70 岁以上老年人可达 74%,其死亡率明显增加。除非有明显的病因,老年人突然发生的非哮喘样的呼吸困难应考虑心肌梗死的征兆。反复出现端坐呼吸或夜间阵发性呼吸困难也有可能是 AMI 的唯一表现。

4. 休克 休克型心肌梗死往往为大面积心肌梗死,由乳头肌断裂、室间隔穿孔及心室游离壁破裂所致,此型常伴有心律失常,易引起各种急性脑缺血症状,出现晕厥或短暂昏迷、抽搐等,亦发可发展为脑卒中。

5. 脑循环障碍 老年 AMI 患者可因心排量降低,使脑的血液供应骤下降,出现脑循环障碍。以脑循环障碍为首发症状的患者占无痛 AMI 的 13.2%~23%,老年患者可达 40%。其中脑卒中的发生率可达 24%,脑部症状与心脏症状可同时或先后出现,两者并存预后更差,病死率可达 23.8%。

6. 心源性猝死 老年 AMI 患者中约有 8% 出现心源性猝死,有报道其比例更高。应引起注意的是,看起来完全健康的老年人突发冠状动脉阻塞时引发的心源性猝死并非少见,可能是突发致死性心律失常或心脏破裂等所致。

(二) 诊断和鉴别诊断

1. 诊断 老年人特别是高龄老年人 AMI 的临床诊断有一定的困难,通常将临床表现、心电图和心肌酶谱综合分析后作出诊断。老年人的临床症状不典型,患者和家属不能描述确切的发病时间,因而心肌酶谱常常不能符合 AMI 的动态变化。心电图 ST-T 段改变是诊断 AMI 的主要依据,老年患者多数在发病时心电图变化与其他年龄组表现类似,但部分患者因合并有器质性或非器质性的室内传导阻滞而掩盖了 ST-T 段的变化,或者由于患者高龄膳食状况较差及受到医源性治疗的影响(利尿药、钙剂等),出现电解质紊乱尤其是血钾和血钙水平异常,常导致心电图 ST-T 段异常表现,需要注意鉴别。心肌损伤标记物(尤其高敏肌钙蛋白)测定有助于最终确诊或排除心肌梗死,但也应注意与其他引起心肌损伤的疾病鉴别。临床上常见的心肌损伤原因分为心源性和非心源性。心源性因素除心肌缺血因素外,还常见于快速性心律失常(房扑、心房颤动、阵发性室上性心动过速等)、慢性心力衰竭和部分特异或非特异性心肌病;非心源性多见于脱水、休克、重症感染、严重肾功能不全等情况。因此对怀疑 AMI 的老年患者应进行肌钙蛋白动态监测,以早期、正确诊断。

2. 鉴别诊断 老年人常多病共存,在作出 AMI 诊断时,还应与急性肺动脉栓塞、主动脉夹层分离、急腹症、食管裂孔疝等老年人常见疾病鉴别。

(三) 治疗

1. 一般治疗 老年患者 AMI 一旦诊断明确,应即刻进入监护病房。AVIOD 研究指出,血氧饱和度 $>94\%$ 的急性心肌梗死患者,吸氧 8L/min 显著增高住院期再梗死和严重心律失常发生率。因此,对于 $\text{SaO}_2 > 90\%$ 的患者不推荐常规吸氧。当患者合并低氧血症,且满足

$\text{SaO}_2 < 90\%$ 或 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 时应吸氧。对剧烈胸痛患者,应迅速给予有效镇痛剂,如静脉注射吗啡 3mg,但吗啡有呕吐、低血压和呼吸抑制的不良反应,总用量不应 $> 10\text{mg}$,高龄患者应用需谨慎。

2. 再灌注心肌 是一种积极的治疗措施,可直接改善冠状动脉供血、挽救濒死心肌、缩小梗死范围,有利于梗死后心肌重塑。

(1) 溶栓疗法:溶栓治疗是急性 STEMI 行之有效的治疗方法,但由于受老年患者存在共病、病情危重、心电图及临床症状不典型、就诊时间晚等条件限制,加之老年人溶栓颅内出血危险增加,致使老年 AMI 患者应用溶栓药物比例减少。中国急性 STEMI 诊治指南将 ≥ 75 岁患者列为溶栓相对禁忌证;“高龄老年冠心病诊治中国专家共识”不建议 ≥ 80 岁患者溶栓治疗。

老年人溶栓必须考虑溶栓药物和辅助药物的选择和用量。指南建议谨慎选择并酌情减少溶栓药物的剂量,密切关注出血并发症。高龄、低体重、女性、既往有脑血管病病史、入院时收缩压和舒张压升高是颅内出血的明显预测因子。一旦发生头晕、头痛、肢体麻木、无力、意识障碍、喷射性呕吐等症状,立即停止溶栓及抗血小板、抗凝治疗,急诊头部 CT 检查以排除颅内出血。监测血液凝固指标和血小板,必要时给予逆转溶栓和抗栓治疗。

(2) 血运重建:急诊 PCI 比溶栓效果好,发生脑出血危险性小,应用更安全,所以 PCI 为首选。我国急性 STEMI 指南建议:老年急性 STEMI 的再灌注策略应与非老年患者相似,应在灌注窗内积极寻求再灌注治疗。年龄 ≥ 75 岁的老年 STEMI 患者,如既往心功能状态好,适宜血管重建并同意介入治疗,可行直接 PCI(II a, B);年龄 ≥ 75 岁,发病 36 小时内已接受溶栓治疗的心源性休克,适合进行血管重建的患者,也可行溶栓后紧急 PCI。对于老年 NSTEMI,相关指南未作出明确规定,但年龄 ≥ 65 岁是其临床危险评分因素之一。2011 年 ACC/AHA 对 UA/NSTEMI 的治疗指南建议与我国的指南相符:对于反复心绞痛、心律失常及血流动力学障碍的患者,如无严重并发症及禁忌证的情况,应尽早行冠状动脉造影及介入治疗;对于临床事件高风险者,尽管病情稳定,也应尽早行冠状动脉造影及介入治疗。总之,在 PCI 策略的整体获益强度方面,老年与非老年相比至少相当,甚至有可能获益更大。

造影剂诱导的急性肾损伤,又名造影剂肾(CIN),是指应用造影剂 24~72 小时后血清肌酐水平较原有基础升高 $> 25\%$ 或绝对值升高 $> 44.2\mu\text{mol/L}$ 以上,并排除其他影响肾功能的原因。老年人由于老龄化肾功能减退,肾脏储备及代偿功能较中青年差。在 CIN 风险评分量表中,年龄 > 75 岁是一项重要的评分指标,故老年冠心病患者是发生 CIN 的高危人群。其风险因素包括:肾小管分泌和浓缩能力及肾脏血流量随老龄化下降;冠状动脉病变复杂严重,需使用更多造影剂;合并症多。因此老年患者应衡量介入治疗与其他治疗方式的利弊,确定 PCI 策略的必要性;术前评估肾功能状况,操作前积极水化治疗[术前 12 小时至术后 6~24 小时给予等渗盐水 $1\sim 1.5\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$],尽量选择等渗或低渗造影剂,最大剂量不宜超过 150ml。

3. 抗栓治疗 抗血小板治疗在 AMI 早期乃至预防梗死再次发作或作为 PCI 后的维持治疗方面都是不可或缺的。尽管年龄是出血的独立危险因素,但临床研究结果显示,65 岁以上的老年 ACS 患者依然可以从阿司匹林和氯吡格雷治疗中获益,且老年患者的绝对和相对获益均比非老年者更为显著,故年龄不应成为限制抗血小板的障碍,老年 AMI 患者也应接受规范化治疗,在长期应用上述药物时也无须调整剂量。由于老年患者消化道出血等风险增大,