

老年人继发性高血压的诊断和治疗

李 政*

北京市门头沟区门城地区社区卫生服务中心, 北京 102300

摘要: 继发性高血压是由明确原因引起的高血压, 占高血压患者总数的5%至10%。视生理治疗而定, 血压可以得到明显控制, 甚至完全恢复。老年人的继发性高血压是隐蔽的、发育缓慢的, 其特点是临床症状异常或一次高血压的组合, 可能被误诊, 无法诊断; 心血管疾病的风险也高于高血压患者。因此, 在临床工作中应将老年人继发性高血压以及早期发现和治疗作为优先事项, 以减少心血管疾病和一般死亡率。

关键词: 老年疾病; 继发性高血压; 原因分析; 诊断; 治疗

一、前言

老年人的高血压是60岁以上或连续三次以上的人血压持续上升, 血压低于或等于140 mmHg和/或血压高于或等于90 mmHg。继发性高血压(SH)也称为症状性高血压, 是通过纠正原因加以控制的高血压。近年来, 由于对高血压发病机制的深入研究和医学诊断技术的发展, 继发性高血压的检出率有了很大提高。有针对性地治疗继发高血压的原因有助于显著控制血压, 提高SH患者的生活质量。

二、SH判定

(一) 判定原因

2003年美国国家高血压检测、评估和治疗委员会第7次报告(JNC7), 2003年和2007年的欧洲高血压学会(ESH)/欧洲心脏病学会(ESC)及2010年中国高血压防治指南中指出, 老年人的诊断标准与正常成年人相同, 60岁以上老年人血压保持稳定或下降到140 mmHg和/或三倍以上。SH也称为症状性高血压, 是通过纠正原因来控制的高血压。

(二) SH特点

内分泌高血压的发病率随着年龄的增长而下降, SH的临床症状往往异常。例如, 作为细胞色素的SH很少出现头痛、心悸和出汗等典型症状。也许随着年龄的增长, 中国人的反应能力下降, 使得患细胞色素紊乱的老年人很难出现典型症状。原发性醛固酮增生是SH的常见原因, 临床表现为高血压、低钾血症和碱性代谢中毒。然而研究表明, 大部分高血糖病例, 特别是老年人的高血糖病例并没有减少。老年人对压力感受器的敏感性较低, 有些老年人饭后甚至可能有轻微的血压, 应注意查明诊断结果, 避免诊断错误或漏出^[1]。24小时动态血压显示夜间血压下降 < 10%或 > 20%。一些SH患者出现血压突然升高的临床迹象。

三、老年人继发性高血压的常见病因

(一) 肾血管性高血压

血管性高血压是由于单侧或双侧肾动脉狭窄而增加的血压。根据国家数据, 肾脏和血管高血压是继发性高血压病例中最高的, 为67.8%。动脉粥样硬化是最常见的原因, 占中国总动脉高血压的70%以上。动脉狭窄通常聚集在主要肾动脉附近, 主要是不同大小的偏心段, 特别是老年男性动脉斑块上往往还有其他的硬化表现, 如冠状动脉病变、颈动脉狭窄和外周动脉疾病。一些患者可能有孕激素继发性增生和反复出现的短期肺水肿, 这与左心功能不符。使用ACEI或ARB后, 血压显著下降或肾功能恶化。腹部检查时有时会听到肾脏和血管杂音。肾小球造影用于初步诊断疑似临床病人, 肾小球造影是诊断狭窄肾动脉的黄金标准^[2]。

(二) OSAHS

国家数据显示, 61至80岁的高血压患者中有50%的人睡眠呼吸受阻。但是, OSAHS的高血压患病率为56.2%, 是

*通讯作者: 李政, 1987年5月, 男, 汉族, 北京人, 现任北京市门头沟区门城地区社区卫生服务中心主治医师, 本科。研究方向: 全科医学临床。

继发性高血压的一个独立风险因素,随着呼吸暂停的严重程度增加而增加。肥胖老年人更可能有OSAHS,随着体重指数等肥胖相关指标的增加,发病率也会增加。在夜间睡眠期间,病人睡眠不规律,呼吸和睡眠障碍,反复醒来,或意识到哮喘、夜间尿量增加、早上头痛、白天明显睡眠和丧失严重的人可能有心理、智力和行为异常;冠心病、心律失常通常较慢,包括心律失常、中风、2型糖尿病和胰岛素抵抗。老年人生理调节差,血氧饱和度下降幅度更大。多因素睡眠图是诊断睡眠呼吸障碍综合征和低气流综合征的黄金标准^[3]。如果PSG监测结果为阴性,但OSAHS高度怀疑为临床,建议再次进行PSG监测。

(三) PA

这包括肾上腺皮质分泌过多的醛,导致钠的储存和钾的排出、血液容量的增加以及肾移植系统活动的减少。2010年,中国医学协会内分泌科对高血压进行了流行病学调查,首次报告中国无药可救的高血压患者的发病率为7.1%。患者主要患有高血压,钾含量较低,实验室分析显示甲醛含量高,肾炎含量低。但是,只有9%至37%的PA患者患有低钾血液感染。因此,我们关于诊断和治疗原发性高血糖症的专家共识建议检测慢性高血压 > 160/100 mmHg和不治之症高血压(联合使用三种降压药物,包括利尿剂 > 140/90 mmHg)或四种以上降压药物的组合,血压 < 140/90 mmHg;由自发性高血压或利尿剂综合引起的低钾血症;关键词高血压性肾上腺髓瘤合并;高血压患者早期家庭史或早期家庭史中风(< 40岁);PA患者有高血压的一级父母;高血压、阻塞、睡眠、呼吸。

(四) 肾实质性高血压

功能性高血压占继发性高血压的很高比例,是各种肾脏病发病和恶化的重要因素。除了高血压症状外,老年人慢性肾脏病也很常见。在临床方面,老年人严重眼损伤,伴有不同程度的贫血症。在诊断功能性高血压的同时,除正常尿液、肾功能和双肾超声检查外,通常还进行单光子断层扫描,并在诊断困难时进行肾穿刺活检和病理检查,从而为治疗提供更准确的基础^[4]。在治疗过程中,第一优先事项是控制血压,而ACEI或ARB是首选药物;利尿剂、 α 受体抑制剂和长效钙拮抗剂可与辅助药物一起考虑。

四、SH 的治疗

(一) 一般治疗

处理的一般原则基本上类似于一般的SH原则,如体重控制、合理饮食、戒烟和酒精。文献报道一根香烟的撤收压力从10毫米增加到25毫米,过量饮酒对撤收压力和牵引压力有影响。因此,应告知病人戒烟、限制饮酒、需要充足睡眠、减轻压力和适当锻炼^[5]。但是,我们必须考虑到老年人的特殊生理和病理特点。

(二) 针对原发病的治疗

1. 肾实质性高血压

除其他需要高盐饮食的疾病外,老年患者的日常消费预计低于3 g,这既有利尿作用,又有降低肾脏功能,使患者达到理想的干重。许多欧美人的高血压治疗临床试验表明,利尿剂可以减少心血管事件和死亡率。SH药物是血管生成转化酶抑制剂(ACEI)或血管生成受体抑制剂ii(ARB),剂量根据血压、肾功能、电解质等进行调整。如果血清肌酐大于265 $\mu\text{m}/\text{l}$ (3 mg/dl),则不应再使用。然而,最近的研究表明,当血清肌酐介于265 UML/l 至4427 UML/l 之间时,ACEI仍可保护肾功能,血清肌酐在前两个月内可能增加如果增长率低于35%,则保持正常;增加35%以上将是反常的,主要原因是肾衰竭。此时必须制止ACEI,积极查明肾衰竭的原因,并努力加以纠正。如果修正后的肌酐可以还原到使用前的水平,则可以重复使用,否则将不再使用。

2. 肾血管性高血压

肾成形术的治疗以增强狭窄度、控制血压、增强或保护肾功能为原则。目前,经皮肾成形术的扩大或支架植入通常用于治疗70%以上的狭窄患者,但减压和肾功能改善的效果主要取决于狭窄的肾动脉造成的损伤程度,早期和有选择地干预70%的狭窄肾动脉患者的治疗,今后可能是一个重要的研究方向^[6]。

3. 内分泌性高血压

内分泌系统主要由aldéhyde增生、Cushing综合征和细胞色素引起,使老年患者通过手术获得更好的治疗结果。对于一些不能手术的患者,可以使用药物和其他治疗方法。例如,高血糖患者可以用肾上腺皮质激素受体拮抗剂治疗,但效果不好,因此可以混合使用诸如对于可以用皮质激素治疗的高血糖患者,建议使用少量皮质激素来纠正低钾高血压和败血症,并在治疗过程中监测钾血^[7]。美沙酮是肾上腺癌的首选药物。

4. 神经及精神因素高血压

在脑出血引起的SH病例中,大部分是由于颅内压力或压力增加所致。原则上应进行血压监测,但可能没有减压治疗,因为低血压仍可减少脑出血,加剧脑缺血或眼肿。只有在血压极高且存在高血压风险(即超过200/130 mmHg)的情况下,血压才能在血压监测下降低,不得低于160/100 mmHg。脑损伤患者可以尽快通过手术治疗。相关精神因素造成的高血压可以通过心理辅导、抗抑郁药物、大量运动等来治疗。

五、结束语

总而言之,确保老年人血压测量标准化。与此同时,临床血压测量,再加上24小时动态血压监测和在家血压自我测试,可以消除高血压,检测隐性高血压,了解血压的变化速度。老年人的继发性高血压可能与原发性高血压有关的风险因素有关,而仅仅纠正继发性因素并不总是能够完全控制血压。应当提供合理的干预措施,以改善生活方式,并对降压药物进行个性化治疗。

参考文献:

- [1]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南.2010[J].中华心血管病杂志,2011,39(7):579-615.
- [2]中国医师协会高血压专业委员会,中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组.阻塞性睡眠呼吸暂停相关性高血压临床诊断和治疗专家共识[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(5):435-441.
- [3]白润莉,王娟.对老年高血压患者护理干预的研究[J].山西医药杂志,2012,41(3):322-3.
- [4]王鸿懿.继发性高血压的筛查思路[J].临床荟萃,2015,30(11):1202-1205.
- [5]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
- [6]黄子洋,邓辉胜.老年继发性高血压的临床特点及诊治[J].中国老年学杂志,2014,(4):1137-1139.
- [7]中华医学会内分泌学分会肾上腺学组.原发性醛固酮增多症诊断治疗的专家共识[J].中华内分泌代谢杂志,2016,32(3):188-195.