

衰弱对老年高血压治疗的影响

格格日勒

锡盟中心医院 内蒙古 锡林浩特 026000

摘要:目的:分析衰弱对老年高血压治疗的影响。方法:选取2021年9月-2023年9月本院120例老年高血压患者开展研究,以FI为依据,将120例患者分为37例衰弱组,40例衰弱前期组,43例非衰弱组,比较三组基本情况、用药情况和治疗情况。结果:三组的BMI、饮酒、吸烟、婚姻情况、性别、血尿酸、血肌酐、TG、TC、利尿剂、 α/β 受体阻滞剂、CCB、ARB、清晨SBP、日间SBP、夜间DBP、24hSBP和24hDBP均基本一致($P > 0.05$),LVEF、年龄、单药/联合用药、ACEI、清晨DBP、日间DBP和夜间SBP均有差异($P < 0.05$)。结论:衰弱会影响到用药情况,干扰血压控制情况,治疗老年高血压时应结合其衰弱情况,合理给药,以加强疗效。

关键词:衰弱;老年人;高血压;用药情况

高血压受多因素影响,包括环境、遗传等,相关研究显示,高血压导致过早死亡者超过700多万,在全世界范围内,该病负担占比4.5%,其中老年人最常见,死亡率也最高^[1]。衰弱主要指的是随年龄增长,产生的功能障碍及生理缺陷,自身器官受损,失去平衡,另外老年人更脆弱,在压力源刺激下,机体健康可能恶化,住院时间长,死亡率高。国内外研究证实,针对老年高血压者,其伴有衰弱时,用药情况会出现一定变化,衰弱会影响预后^[2]。为了实现差异化、科学化治疗,进一步探讨衰弱对该病疗效产生的影响,切实改善预后。本次研究以老年高血压患者为对象,分析衰弱对临床疗效产生的影响。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2021年9月-2023年9月本院120例老年高血压患者开展研究,以衰弱指数为依据,将120例患者分为37例衰弱组,男20例,女17例,年龄为60-85岁,平均年龄(75.36±4.15)岁;40例衰弱前期组,男22例,女18例,年龄为61-86岁,平均年龄(75.14±4.09)岁;43例非衰弱组,男23例,女20例,年龄为60-86岁,平均年龄(71.25±4.16)岁。

纳入标准:原发性高血压^[3];口服用药;沟通能力正常;知情本次研究。排除标准:继发性/假性高血压;认知缺陷、意识功能障碍、精神疾病;通过静脉给药;重度感染;重度心功能不全;心脑血管意外。

1.2 方法

收集120例患者有关资料:①调查一般资料:例如

BMI、饮酒、吸烟、婚姻情况和性别等。②检验相应指标:检验LVEF、血尿酸、血肌酐、TG和TC等。③分析用药情况:观察用药情况,包括多重用药情况、用药种类等。④评价衰弱情况^[4]:借助FI,0-0.67,非衰弱组为 $FI \leq 0.09$,衰弱前期为FI处于0.09~0.25,衰弱为 $FI \geq 0.25$ 。

测量血压:参考《中国高血压防治指南》^[5],按照规范检验血压,连续3次,将间隔时间控制在3-5min,计算平均值,检查时借助WBP-02A动态血压监护仪,精准记录检验结果。

1.3 观察项目和指标

评价一般情况^[6]:观察三组的BMI、饮酒(是与否)、吸烟(是与否)、婚姻情况(已婚和丧偶)、性别(男和女)、LVEF、血尿酸、血肌酐、TG和TC。评价用药情况^[7]:观察三组应用利尿剂、 α/β 受体阻滞剂、CCB、ARB、ACEI情况,单药和联合情况。评价血压控制情况:观察三组的清晨、日间、夜间和24hSBP和DBP。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组一般情况比较

三组的BMI、饮酒、吸烟、婚姻情况、性别、LVEF、血尿酸、血肌酐、TG和TC均基本一致($P > 0.05$),年龄和LVEF均有差异($P < 0.05$)。见表1。

表1 三组一般情况比较[n(%)/n(x±s)]

指标	衰弱组 (n = 37)	衰弱前期组 (n = 40)	非衰弱组 (n = 43)	χ^2/t	P	
BMI (kg/m ²)	23.71±4.35	23.00±5.15	23.61±4.18	0.786	0.434	
饮酒	是	10 (27.03)	8 (20.00)	716.28)	0.365	0.546
	否	27 (72.97)	32 (80.00)	36 (83.72)		
吸烟	是	12 (32.43)	8 (20.00)	9 (20.93)	0.049	0.825
	否	25 (67.57)	32 (80.00)	34 (79.07)		
婚姻情况	已婚	31 (83.78)	33 (82.50)	31 (72.09)	0.030	0.862
	丧偶	6 (16.22)	7 (17.50)	12 (27.91)		
性别	男	20 (54.05)	22 (55.00)	23 (53.49)	0.251	0.616
	女	17 (45.95)	18 (45.00)	20 (46.51)		
LVEF (%)	57.31±4.41	56.12±4.13	64.00±4.64	7.305	0.000	
尿酸 (umol/L)	380.85±11.53	370.61±14.19	379.51±12.64	1.483	0.142	
肌酐 (umol/L)	92.29±6.63	90.88±3.64	88.31±4.16	1.561	0.122	
TG (mmol/L)	1.31±0.12	1.32±0.13	1.72±1.16	0.011	0.991	
TC (mmol/L)	4.54±1.23	4.00±1.03	3.98±0.41	0.598	0.552	
年龄 (岁)	75.36±4.15	75.14±4.09	71.25±4.16	4.549	0.000	

2.2 三组用药情况比较 况均基本一致 (P > 0.05), 单药/联合用药和ACEI应用三组的利尿剂、 α/β 受体阻滞剂、CCB和ARB应用情况均有差异 (P < 0.05)。详见表2。

表2 三组用药情况比较[n(%)]

用药情况	衰弱组 (n = 37)	衰弱前期组 (n = 40)	非衰弱组 (n = 43)	χ^2/t	P
利尿剂	16 (43.24)	19 (47.50)	10 (23.26)	0.231	0.631
α 受体阻滞剂	9 (24.32)	13 (32.50)	7 (16.28)	0.252	0.616
β 受体阻滞剂	7 (18.92)	11 (27.50)	8 (18.60)	0.274	0.600
CCB	26 (70.27)	32 (80.00)	29 (67.44)	1.383	0.240
ARB	21 (56.76)	29 (72.50)	35 (81.40)	1.612	0.204
单药治疗	11 (29.73)	33 (82.50)	27 (62.79)	21.856	0.000
联合治疗	26 (70.27)	7 (17.50)	16 (37.21)	7.416	0.006
ACEI	8 (21.62)	3 (7.50)	1 (2.33)		

2.3 三组血压控制情况比较 24hDBP均基本一致 (P > 0.05), 清晨DBP、日间DBP和三组的清晨SBP、日间SBP、夜间DBP、24hSBP和夜间SBP均有差异 (P < 0.05)。详见表3。

表3 三组血压控制情况比较[n(x±s)]

组别	衰弱组 (n = 37)	衰弱前期组 (n = 40)	非衰弱组 (n = 43)	t	P
清晨SBP (mmHg)	137.52±12.24	135.59±11.13	138.52±12.48	1.107	0.272
清晨DBP (mmHg)	70.41±4.16	68.62±4.46	75.54±4.28	3.088	0.003
日间SBP (mmHg)	134.42±12.24	131.17±12.52	128.82±11.14	1.384	0.170
日间DBP (mmHg)	64.11±7.15	67.25±7.80	72.29±11.61	3.476	0.001
夜间SBP (mmHg)	133.56±11.70	123.18±12.26	117.72±10.27	11.490	0.000
夜间DBP (mmHg)	67.64±7.70	63.32±6.75	64.48±5.67	1.461	0.148
24hSBP (mmHg)	133.31±11.37	127.78±11.50	130.85±11.61	1.627	0.108
24hDBP (mmHg)	66.50±7.76	64.35±7.06	70.25±4.19	1.273	0.207

3 讨论

衰弱对老年心血管疾病患者的近期和远期预后均会产生不同程度的影响, 如并发症增多、门急诊就诊和住

院次数增加、住院时间延长及病死率高等。导致衰弱的病因有很多, 并可涉及全身各个系统, 存在多种多样的临床表现。根据衰弱涉及的功能领域可将其分为生理衰

弱、认知衰弱、社会心理衰弱和营养衰弱4种。高血压进展缓慢,老年人发生率高,由于其生理变化具有特殊性,有较长病程,相关靶器官受损,易出现意外事件,例如猝死、跌倒和心脑血管意外等^[8]。当下,该病治疗药物较多,选择的药物不同,机体状态不同,血压控制效果受到影响^[9]。

衰弱属于医学概念,代表患者生理功能出现障碍。就老年高血压患者而言,其常伴有衰弱,根据衰弱程度,能预测患者预后,评估死亡风险,衰弱者更易出现心血管事件^[10]。本次研究结果显示三组的BMI、饮酒、吸烟、婚姻情况、性别、血尿酸、血肌酐、TG、TC、利尿剂、 α/β 受体阻滞剂、CCB、ARB、清晨SBP、日间SBP、夜间DBP、24hSBP和24hDBP均基本一致($P > 0.05$),LVEF、年龄、单药/联合用药、ACEI、清晨DBP、日间DBP和夜间SBP均有差异($P < 0.05$),表明衰弱会影响到患者心功能,特别是左室心肌,减弱收缩能力;是否衰弱,衰弱程度不同,用药情况有差异,主要体现在ACEI,衰弱者常采取联合用药治疗;衰弱会干扰到疗效。说明老年高血压常伴有衰弱表现,其会干扰到患者心脏功能,用药情况出现变化,影响预后。衰弱的预防分为三级:一级预防是指通过积极的身体活动、药物、认知、营养和心理社会干预来预防衰弱;二级预防是指逆转衰弱前状态,延缓向衰弱继续进展;三级预防是指改善衰弱患者的生存质量。

综上,衰弱会影响到用药情况,干扰血压控制情况,治疗老年高血压时应结合其衰弱情况,合理给药,以加强疗效。

参考文献

[1]李洋洋,刘艳丽,秦玉婷,王鑫源,罗姣,刘小菲,胡重蝶,侯富文.社区老年高血压患者衰弱的动态列线图风险预

测模型构建[J].护理学杂志,2023,38(23):84-90.

[2]赵华,刘晓玲,鲁闻燕,夏江柳,朱玲玲,马燕.老年人认知衰弱风险预测模型的研究进展[J].中华护理杂志,2023,58(19):2353-2358.

[3]杨永,谭思连,黄建帅,张文鑫,樊杭,王嘉孺,张瑛,朱太约,邓锦欣.家庭医生模式下IMB模型联合远程健康管理对欠发达地区衰弱空巢老年原发性高血压患者的管理效果[J].内科,2023,18(4):327-332+341.

[4]林展翼.衰弱老年患者的高血压管理[J].中国实用内科杂志,2023,43(8):638-640.

[5]邱思婕,宋婧,付美婷.老年人高血压合并衰弱状态的中医体质分布规律及其特征研究[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(14):1-5.

[6]盛莉,王晓娜,肖文凯,李月蕊,郑文,王晓,刘志.老年心血管疾病合并衰弱评估与管理中国专家共识[J].中华老年多器官疾病杂志,2023,22(7):481-491.

[7]付得盛,王洋,邢慧敏,王美鑫,刘丹.老年高血压病人合并认知衰弱的研究进展[J].循证护理,2023,9(8):1385-1390.

[8]吴冰,胡亦新,闫瑾,张天一,杨存美,鲁冰杰,底宁,祝志辉,范利.社区老年高血压患者基线血压水平对远期衰弱发生的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2023,22(6):401-406.

[9]中国老年医学学会高血压分会,北京高血压防治协会,国家老年疾病临床医学研究中心(中国人民解放军总医院,首都医科大学宣武医院).中国老年高血压管理指南2023[J].中华高血压杂志,2023,31(6):508-538.

[10]程雪莲,金俊,谈世进.80岁及以上老年高血压合并衰弱病人的血压变异性研究[J].实用老年医学,2023,37(5):509-511.