

临床研究

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.001986

重庆地区部分老年高血压患者现况调查及多学科诊治方案建议

贾贺勋, 袁诗韵, 罗 涛

(重庆医科大学附属第一医院老年病科, 重庆 400016)

【摘要】目的:对重庆地区部分老年高血压患者进行现况调查,了解我市老年高血压患者患病情况、医疗情况和疾病管理情况。**方法:**采用描述性横断面调查研究,选取 2016 年 2 至 6 月在重庆医科大学附属第一医院老年科、心内科住院及青杠护养中心自理区入住的老年高血压患者共 497 例进行调查。**结果:**共收集有效问卷 497 例,血压达标率为 55.73%。单因素分析时,年龄段、血压分级、饮酒史和就诊频率在血压达标组和未达标组之间差异有统计学意义。健康生活方式各指标完成率均在 50%以上。高血压危险分层相关实验室检查基本项目及部分推荐项目阳性率高。仅 24 例调查对象(4.83%)为单纯高血压,473 例调查对象(95.17%)有伴发疾病,最高伴发 8 种疾病。联合降压的调查对象有 275 例(55.33%),服用降压药种类最多为 4 种。**结论:**老年高血压患者存在多病共存、多重用药、治疗困难等特点,综合性医院应为老年高血压患者开设多学科诊治门诊,全面评估患者并制定合理完善的治疗方案。

【关键词】重庆地区;老年高血压;多学科诊治**【中图分类号】**R544.1**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2018-04-25

A cross-sectional study of elderly patients with hypertension in Chongqing and suggestions for multidisciplinary diagnosis and treatment regimen

Jia Hexun, Yuan Shiyun, Luo Tao

(Geriatrics Department, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the current status of elderly patients with hypertension in Chongqing, China, and to understand the prevalence, medical treatment, and disease management of elderly patients with hypertension. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed for 497 elderly patients with hypertension who were admitted to Department of Geriatrics, Department of Cardiology, and Qinggang Nursing Center in The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University from February to June, 2016. **Results:** A total of 497 usable questionnaires were collected, and the control rate of blood pressure was 55.73%. The univariate analysis showed that there were significant differences in age, blood pressure, drinking history, and frequency of hospital visits between the controlled blood pressure group and the uncontrolled blood pressure group. The completion rates of healthy lifestyle indicators were above 50%. There were high positive rates of the basic items and some recommended items in the laboratory examination for risk classification of hypertension. Of all respondents, 24 (4.83%) had simple hypertension and 473 (95.17%) had concomitant diseases, with the highest number of 8 concomitant diseases. Of all respondents, 275 (55.33%) were treated with more than one antihypertensive drug, with the highest number of 4 drugs. **Conclusion:** Elderly patients with hypertension are characterized by the coexistence of multiple diseases, multiple drug use, and difficulties in treatment. Comprehensive hospitals should set up a multidisciplinary diagnosis and treatment mode for elderly hypertensive patients, in order to provide comprehensive evaluations and reasonable treatment regimens.

【Key words】Chongqing; elderly hypertension; multidisciplinary diagnosis and treatment**作者简介:** 贾贺勋, Email: 664987177@qq.com,

研究方向: 老年高血压整合式诊治。

通信作者: 罗 涛, Email: loto7869@aliyun.com。**基金项目:** 重庆市委基金资助项目(编号: cstc2013yykfA10001)。**优先出版:** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190222.0909.030.html>

(2019-02-22)

随着我国老龄化趋势的加深,慢性病患病情况日趋严重,给个人和社会带来了极大的疾病负担。高血压是老年人常见的慢性病,与心脑血管疾病预后密切相关^[1-3]。2012 年,我国 ≥ 60 岁人群的高血压患病率已达 58.9%^[4],但知晓率、治疗率、控制率仍低^[5]。老年高血压患者病理生理学特点、临床特点与一般人群不同,应着重关注老年高血压患者群体^[5]。本研究收集和分析住院老年高血压患者的一般人口学指标、个体行为状况、就医情况、高血压检查及治疗情况和伴发疾病等,从而提出合理化建议。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2016 年 2 至 6 月于重庆医科大学附属第一医院老年科、心内科病房及青杠老年护养中心自理区入住的老年高血压患者,对其进行病历查询、面对面访谈。调查对象入选标准为:①年龄 ≥ 60 岁;②依据《中国高血压防治指南 2010》被诊断为原发性高血压。排除标准:①存在严重的认知障碍或躯体疾病无法进行调查;②拒绝调查者。最终有效调查问卷为 497 例。本次调查为横断面观察性研究,医生对患者的治疗遵循现行的常规治疗方法,本研究对患者没有附加的诊断性或治疗性措施。本研究通过重庆医科大学附属第一医院伦理委员会认证(2016-118 号),调查对象均签署知情同意书。

1.2 研究方法与内容

结合高血压相关指南、共识及健康管理内容^[1,3,5-6],咨询专科医生,自行设计了有关一般人口学指标、个体行为状况、就医情况、高血压检查及治疗情况和伴发疾病等方面的调查表,先对 50 例调查对象进行预调查,修改后的调查表信效度良好,Cronbach's α 系数为 0.70,专家效度为 0.75。调查人员是经过统一培训的重庆医科大学附属第一医院老年病科医生及研究生。

调查内容包括一般人口学指标、个体行为状况、就医情况、高血压检查及治疗情况和伴发疾病等。

1.3 高血压的诊断标准、达标标准

高血压的诊断标准^[1]:①未使用降压药时,诊室血压平均值,收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);②既往高血压史者,诊室血压平均值 $<140/90$ mmHg,但目前正在使用降压药。血压达标标准^[1,5]:① <65 岁患者血压 $<140/90$ mmHg、 ≥ 65 岁患者血压 $<150/90$ mmHg;②合并心、脑、肾等靶器官损害的患者血压首先应降至 $<150/90$ mmHg,耐受良好可降至 $<140/90$ mmHg。对于年龄 <80 岁且一般状况好,能耐受降压的患者,可降至 $<130/80$ mmHg。 ≥ 80 岁患者,建议降至 $<150/90$ mmHg,如能耐受,可降至 $<140/80$ mmHg。

1.4 数据整理及分析

调查结果复查并逻辑检错,采用 Epidata.3.1 双录入并检错,建立数据库。采用 IBM SPSS Statistics 20.0 软件对数据库进行统计描述分析,计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用构成比或率表示,组间比较采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 基本情况

共收集有效问卷 497 例,其中男性 231 例(46.48%)、女性 266 例(53.52%),年龄 60~103 岁。高血压病程 1~64 年。血压达标 277 例,达标率 55.73%。单因素分析时,年龄段和血压分级这两个因素在血压达标组与未达标组之间差异有统计学意义;性别、受教育程度、职业、BMI 等 9 个因素在血压达标组与未达标组之间差异无统计学意义(表 1)。

2.2 个体行为状况

营养和膳食方面,分别有 69.01%(343 例)、55.33%(275 例)和 57.55%(286 例)的调查对象做到减少钠盐摄入、多食用新鲜蔬菜水果来补充钾盐、减少脂肪摄入的饮食。87.53%的调查对象(435 例)不吸烟或已戒烟,88.33%(439 例)不饮酒或已戒酒。体育运动方面,53.32%的调查对象(265 例)1 周有 5 次及以上的体育锻炼。心理健康方面,59.36%的调查对象(295 例)保持心情舒畅。家庭自测血压方面,配备上臂式电子血压计有 34.41%(171 例)。个体行为状况各调查因素中,饮酒史在血压达标组与未达标组之间差异有统计学意义(表 2)。

2.3 就医情况

有 223 例调查对象(44.9%)居住地附近有便于就诊的社区医院或诊所,其中 111 例可以在 5~10 min 步行到达。由于社区医院或诊所药品种类不齐、设备落后、医保不能报销等原因,仅有 107 例调查对象会去社区医院或诊所就医。88%的调查对象(431 例)到综合性医院高血压门诊就诊频率为每月 1 次,主要因常规开药(451 例)以及身体不适(178 例)就诊。81.4%的调查对象(398 例)可以在 1 h 内从居住地到综合性医院就诊。62.0%的调查对象(308 例)认为在综合性医院的排队等候时间可以接受,19.1%的调查对象(95 例)认为等候时间过久。就医情况各调查因素中,就诊频率在血压达标组与未达标组之间差异有统计学意义(表 2)。

2.4 症状和实验室检查

55.53%的调查对象(276 例)没有高血压相关症状,67.81%的调查对象(337 例)为体检等偶然发现血压高,32.19%的调查对象(160 例)为医院就诊发现。影响高血压患者心血管预后的危险因素及靶器官损害的相关实验室检查^[1]筛查率及阳性率见表 3。

表 1 基本情况及血压达标率 (n, %)

组别	年龄 (岁)				性别		
	60~	70~	80~	90~	男性	女性	
达标	277 (55.73)	67 (65.69)	104 (60.82)	98 (48.28)	8 (38.10)	134 (58.01)	143 (53.76)
未达标	220 (44.27)	35 (34.31)	67 (39.18)	105 (51.72)	13 (61.90)	97 (41.99)	123 (46.24)
χ^2 值	13.112				0.905		
P 值	0.004 ^a				0.341		

组别	受教育时间 (年)			婚姻	
	≥9 年	<9 年	未受教育	已婚	未婚、丧偶
达标	125 (50.40)	144 (60.76)	8 (66.67)	219 (57.78)	58 (49.15)
未达标	123 (49.60)	93 (39.24)	4 (33.33)	160 (42.22)	60 (50.85)
χ^2 值	5.864			2.717	
P 值	0.053			0.112	

组别	BMI (kg/m ²) ^b			曾从事职业 ^c	
	过低	正常	超重、肥胖	体力劳动、轻体力劳动	脑力劳动
达标	14 (56.00)	122 (55.45)	141 (55.95)	174 (58.59)	103 (51.50)
未达标	11 (44.00)	98 (44.55)	111 (44.05)	123 (41.41)	97 (48.50)
χ^2 值	0.096			2.432	
P 值	0.953			0.141	

组别	血压分级			危险分层		
	1 级	2 级	3 级	中危	高危	很高危
达标	29 (85.29)	82 (61.65)	166 (50.30)	2 (28.57)	21 (63.64)	254 (55.58)
未达标	5 (14.71)	51 (38.35)	164 (49.70)	5 (71.43)	12 (36.36)	203 (44.42)
χ^2 值	17.877			2.822		
P 值	0.000 ^d			0.240		

注: a, 4 组进一步两两比较, 60~ 岁组与 80~ 岁组存在统计学差异: $\chi^2=8.287, P=0.004$; b: BMI, 体质指数; c: 曾从事职业, 包括脑力劳动为各类专业、技术人员、国家机关、党群组织、企事业单位的管理人员; d: 3 组进一步两两比较, 1 级组与 2 级组之间存在统计学差异: $\chi^2=6.789, P=0.014$; 1 级组与 3 级组之间存在统计学差异, $\chi^2=15.174, P=0.000$

表 2 其他因素及血压达标率 (n, %)

组别	减少钠盐摄入		增加钾盐摄入		减少脂肪摄入	
	是	否	是	否	是	否
达标	186 (54.23)	91 (59.01)	143 (52.00)	134 (60.34)	150 (52.45)	127 (60.19)
未达标	157 (45.77)	63 (40.99)	132 (48.00)	88 (39.66)	136 (47.55)	84 (39.81)
χ^2 值	1.019		3.480		2.950	
P 值	0.313		0.062		0.086	

组别	吸烟史		饮酒史		心情舒畅	
	不吸烟或已戒烟	吸烟	不饮酒或已戒酒	饮酒	是	否
达标	236 (54.25)	41 (66.13)	237 (53.99)	40 (68.97)	156 (52.88)	121 (59.90)
未达标	199 (45.75)	21 (33.87)	202 (46.01)	18 (31.03)	139 (47.12)	81 (40.10)
χ^2 值	3.102		4.659		2.395	
P 值	0.078		0.031		0.141	

组别	体育锻炼频率		血压计配备		
	1 周 5 次或更多	1 周 5 次以下	上臂式电子血压计	其他类型血压计	无血压计
达标	147 (55.47)	130 (56.03)	95 (55.56)	127 (55.22)	55 (57.29)
未达标	118 (44.53)	102 (43.97)	76 (44.44)	103 (44.78)	41 (42.71)
χ^2 值	0.016		0.122		
P 值	0.900		0.941		

续表 2

组别	社区医院		就诊频率		高血压症状		检出高血压	
	有	无	每月 1 次	少于每月 1 次	有	无	体检	医院就诊
达标	125 (56.05)	152 (55.47)	231 (53.60)	46 (69.70)	130 (58.82)	147 (53.26)	191 (56.68)	86 (53.75)
未达标	98 (43.95)	122 (44.53)	200 (46.40)	20 (30.30)	91 (41.18)	129 (46.74)	146 (43.32)	74 (46.25)
χ^2 值	0.017		6.014		1.539		0.377	
<i>P</i> 值	0.897		0.014		0.215		0.563	

组别	空腹血糖		血脂		肾功		尿常规	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
达标	82 (54.67)	195 (56.20)	69 (51.88)	208 (57.14)	39 (58.21)	238 (55.34)	40 (48.78)	237 (57.11)
未达标	68 (45.33)	152 (43.80)	64 (48.12)	156 (42.86)	28 (41.79)	192 (44.66)	42 (51.22)	178 (42.89)
χ^2 值	0.099		1.094		0.192		1.925	
<i>P</i> 值	0.753		0.296		0.661		0.165	

组别	心电图		超声心动图		颈动脉超声	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
达标	126 (58.33)	151 (53.74)	130 (52.85)	147 (58.56)	145 (54.72)	132 (56.90)
未达标	90 (41.67)	130 (46.26)	116 (47.15)	104 (41.44)	120 (45.28)	100 (43.10)
χ^2 值	1.046		1.648		0.238	
<i>P</i> 值	0.306		0.199		0.626	

组别	伴发疾病		伴随疾病数目			冠心病	
	有	无	1~3	4~6	7~8	有	无
达标	265 (56.03)	12 (50.00)	194 (56.40)	63 (52.50)	8 (88.89)	161 (55.90)	116 (55.50)
未达标	208 (43.97)	12 (50.00)	150 (43.60)	57 (47.50)	1 (11.11)	127 (44.10)	93 (44.50)
χ^2 值	0.336		4.521			0.008	
<i>P</i> 值	0.675		0.099			0.929	

组别	糖尿病		脑卒中		慢性肾脏病	
	有	无	有	无	有	无
达标	90 (52.94)	187 (57.19)	85 (59.44)	192 (54.24)	34 (56.67)	243 (55.61)
未达标	80 (47.06)	140 (42.81)	58 (40.56)	162 (45.76)	26 (43.33)	194 (44.39)
χ^2 值	0.817		1.118		1.048	
<i>P</i> 值	0.366		0.290		0.306	

组别	规律服药		服药种数				
	是	否	0	1	2	3	4
达标	247 (56.01)	30 (53.57)	3 (42.86)	133 (61.86)	108 (51.67)	28 (48.28)	5 (62.50)
未达标	194 (43.99)	26 (46.43)	4 (57.14)	82 (38.14)	101 (48.33)	30 (51.72)	3 (37.50)
χ^2 值	0.120		6.689				
<i>P</i> 值	0.776		0.148				

表 3 实验室检查 (% , *n/n*)

检查	基本项目					推荐项目	
	空腹血糖	血脂	肾功	尿常规	心电图	超声心动图	颈动脉超声
筛查率	91.55 (455/497)	94.97 (472/497)	97.59 (485/497)	92.35 (459/497)	95.77 (476/497)	94.16 (468/497)	86.52 (430/497)
阳性率	32.96 (150/455)	28.18 (133/472)	13.81 (67/485)	17.86 (82/459)	45.38 (216/476)	52.56 (246/468)	61.63 (265/430)

注: 血糖阳性为空腹血糖 > 6.1 mmol/L; 血脂阳性为总胆固醇 > 5.7 mmol/L 或 LDL-C > 3.3 mmol/L, 或 HDL-C < 1.0 mmol/L; 肾功阳性为 eGFR < 60 mL / (min · 1.73m²) 或血浆肌酐轻度升高至 115~133 μmol/L (男性 1.3~1.5 mg/dL) 和 107~124 μmol/L (女性 1.2~1.4 mg/dL); 尿常规阳性为尿蛋白定性阳性; 心电图阳性为心律失常、ST-T 改变、心室高电压、心室肥厚、陈旧心梗; 超声心动图阳性为左心室肥厚; 颈动脉超声阳性为 IMT (颈动脉内膜中层厚度) ≥ 0.9 mm 或动脉粥样硬化斑块

症状和实验室检查各调查因素在血压达标组与未达标组之间差异均无统计学意义(表 2)。

2.5 伴发疾病和降压药物使用情况

24 例(4.83%)为单纯高血压,473 例(95.17%)伴发其他疾病,最高伴发 8 种疾病。伴发 1~3 种、4~6 种以及 7~8 种疾病的调查对象分别为 344 例(72.73%)、120 例(25.37%)、9 例(1.90%)。

冠心病、糖尿病、脑卒中、慢性肾脏病是高血压常伴随的临床疾患^[1]。本研究中伴发上述疾病的比例分别为 60.88%、35.94%、30.23%、12.68%。另外,仍有相当比例的调查对象同时患有骨关节病(25.16%)、骨质疏松症(22.20%)、慢阻肺(16.07%)和白内障(13.53%)等疾病。

服用降压药的调查对象 490 例(98.59%),未服药 7 例(1.41%)。服用单药、2 种、3 种以及 4 种药物降压的调查对象分别有 215 例(43.26%)、209 例(42.05%)、58 例(11.67%)、8 例(1.61%)。其中,规律服药 441 例(88.73%),未规律服药或未服药 56 例(11.27%)。

伴发疾病和降压药物使用情况各调查因素在血压达标组与未达标组之间差异均无统计学意义(表 2)。

3 讨 论

高血压患者将血压降低到目标水平可以明显降低心脑血管并发症的风险,可以有效控制高血压疾病进展^[1],血压达标是高血压治疗原则和管理目标^[7]。李芳等^[8]对武汉市体检 ≥ 65 岁老年高血压人群的研究显示血压达标率为 20.3%,林凡礼等^[9]对全国 125 家医院门诊 ≥ 65 岁老年高血压患者的研究显示血压达标率为 32.51%、张玉玲等^[10]对吉林市 ≥ 60 岁住院老年高血压患者的研究显示血压达标率为 34.18%,提示住院的老年高血压患者血压达标率高于体检及门诊高血压患者。本研究整体血压达标率为 55.73%,远高于我国老年人群的高血压控制率 16.1%^[4]。由于本研究的调查对象为三甲医院住院患者,因其可以获得更多的医疗资源,并有医生的密切关注和治疗,所以血压控制情况较好。本研究显示,相对高龄以及血压分级高的老年高血压患者血压达标率低,医护人员、患者家属、照护者等应对这部分患者予以更多关注。另外,大量研究表明^[9-11],性别、受教育程度、职业、BMI、伴发疾病、生活方式等因素也会影响血压达标率,由于本研究只涉及住院

老年高血压患者,受样本量和研究对象的影响,存在一定局限性,未发现这些因素对血压达标的影响。

本研究中 55.53%的调查对象无高血压相关症状,67.81%为体检发现血压高。因此应注重老年人群健康体检和血压测量,早发现血压异常人群,从而早诊断及治疗^[12]。

有效的生活方式干预会提高血压达标率^[13-14],所有确诊为高血压的患者都应该进行生活方式干预^[15-16]。由于本研究是横断面研究,研究对象健康生活方式的完成情况对血压达标率的影响难以进行比较。本研究健康生活方式完成率为 50%~60%,有可提升空间。在管理老年高血压患者时开展多种形式的关于生活方式指导等的健康教育,并结合老年人的特点,为老年高血压患者提供合理、可行的方案,从而达到良好的高血压疾病管理效果^[17-18]。家庭自测血压是老年高血压患者日常监测血压的重要手段^[11,19-20],能够客观评价高血压患者全天的血压控制情况及长期波动性,对指导高血压治疗有重要意义^[21]。本研究中家庭配备指南^[22]推荐上臂式电子血压计的为 34.41%,低于李玉青等^[23]对北京市居民的调查结果(40.1%)。在管理老年高血压患者时,应提高其对家庭自测血压重要性的认识,并指导其正确、规律地监测血压。

中国高血压防治指南(2010)指出:应对所有高血压患者进行包括基本项目、推荐项目和选择项目的检查^[1]。本研究调查对象为住院老年高血压患者,因其可以获得更多的医疗资源,实验室检查的筛查情况好。另外,心电图、超声心动图、颈动脉超声提示靶器官损害的检查阳性率高。因此在老年高血压患者进行诊治时,应根据指南推荐,结合患者临床表现、考虑患者经济水平,进行相关实验室检查筛查及评估,从而积极控制心血管病危险因素、治疗靶器官损害和伴发疾病。

所有调查对象中仅有 24 例(4.83%)为单纯高血压,95.17%的调查对象均伴发 1 种或数种疾病,伴发疾病数目最高达 8 种,其中冠心病、糖尿病、脑卒中、慢性肾脏病等与高血压常伴随的临床疾患均有较高伴发率,与其他研究相同^[9,24]。另有研究^[25]指出:30.97%的老年人 1 次就诊会挂 2 个专科门诊,

专科挂号数最多达 7 个。目前我国针对老年患者的门诊普遍是以专科治疗为主的模式,对多病共存的老年患者,难以通过单次的专科就诊解决自身存在的全部问题^[26]。另外,随着患者伴发病数目的增多,用药的种类及数量也在增加^[27]。426 名在某三级甲等医院内科住院的老年患者平均用药种类为 8 种,最多达 23 种^[28]。因此建议在综合性医院针对老年高血压患者,尤其是高龄或伴发疾病多的老年高血压患者开展多学科门诊,对患者进行全方位评估,从而制定全面的诊疗计划。多学科诊治也可以避免多专科诊治时忽略的药物之间的相互作用及所引起的不良反应^[26,29-30]。结合本研究中对伴发疾病的统计,建议可包括心内科、内分泌科、肾内科、神经内科、呼吸科、骨科等在内的临床科室以及临床药学、临床营养等科室。

本研究中的调查对象有病程长、血压分级和危险分层高的特点,另外,老年高血压患者因其自身特点,单用一种降压药治疗难以做到血压达标,往往是联合用药^[5]。本研究中超过 50% 的调查对象需使用 2 种及以上的降压药抗高血压治疗,有 11.27% 的调查对象未规律服用或未服用降压药物。因此在为老年高血压患者尤其是高龄老年高血压患者进行多学科诊治时,应为其制定个体化的合理降压方案,并合理减少老年高血压患者服用降压药的种类,提高其服药依从性。同时可对患者及家属进行规范用药培训,并让患者家属及照护者也参与到老年高血压患者的疾病管理中来。

国家基层高血压防治管理指南指出:基层医疗卫生机构应承担原发性高血压的诊断、治疗及长期随访管理工作,识别出不适合在基层诊治的高血压患者并及时转诊^[7]。根据本课题的研究结果,老年高血压患者往往伴发多种疾病、心血管危险分层多为很高危,治疗困难,因此,综合性医院也应参与到老年高血压患者的诊治中。老年高血压患者在社区医院检出后,应在综合性医院进一步诊治。可由心血管内科或老年科医生对老年高血压患者进行病史采集并在已有的实验室检查基础上进一步完善检查,通过对病史以及辅助检查结果的分析,制定治疗方案。对有多种伴发疾病、靶器官损害或病情重

的老年高血压患者预约多学科诊治,并确定参与诊治的学科。相关学科的专家团队结合患者病史、辅助检查等进行病例分析及讨论、完成疾病诊断、制定治疗方案。明确治疗方案的老年高血压患者的随访管理可回到社区进行(图 1)。

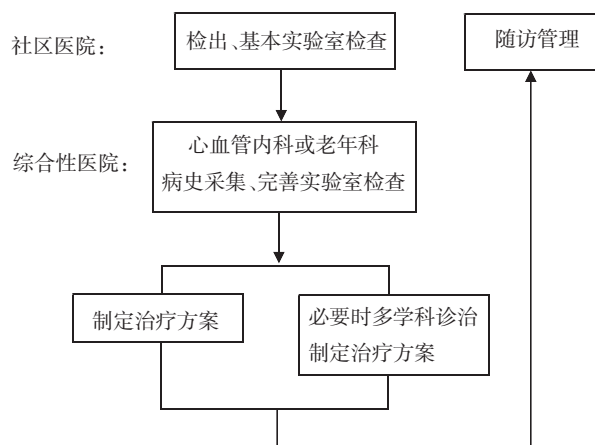


图 1 老年高血压患者多学科诊治模式建议

综上所述,老年高血压患者有多病共存、多重用药、治疗困难等特点,综合性医院和社区医院在老年高血压患者管理中应扮演不同角色:社区应提供包括定期测量血压、开展相关健康教育以及在多学科诊治后随访和管理;综合性医院应推出多学科诊治门诊,为老年高血压患者进行损害筛查、疾病诊治、用药指导,制定优化的治疗方案。

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]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [2] Lewington S, Lacey B, Clarke R, et al. The burden of hypertension and associated risk for cardiovascular mortality in China[J]. JAMA Intern Med, 2016, 176(4): 524-532.
- [3] 中华医学会老年医学分会, 中国医师协会高血压专业委员会. 老年高血压特点与临床诊治流程专家建议[J]. 中华高血压杂志, 2014, 22(7): 620-628.
- [4] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015 年)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 33-50.
- [5] 中国老年学和老年医学学会心脑血管病专业委员会, 中国医师协会心血管内科医师分会. 老年高血压的诊断与治疗中国专家共识(2017 版)[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(11): 885-893.
- [6] 王陇德. 健康管理师: 国家职业资格三级[M]. 北京: 人民卫生出

- 出版社,2013:124-147.
- [7] 国家心血管病中心. 国家基层高血压防治管理指南(2017)[EB/OL]. <http://www.nccdc.org.cn/Sites/Uploaded/File/2018/4/%E5%9B%BD%E5%AE%B6%E5%9F%BA%E5%B1%82%E9%AB%98%E8%A1%80%E5%8E%8B%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%8C%87%E5%8D%9716%E5%BC%80.pdf>
- [8] 李芳,郭燕,王亮,等. 武汉市≥65岁老年人高血压患病率、知晓率与控制率[J]. 中华高血压杂志,2014,22(7):651-655.
- [9] 林凡礼,战义强,贾贡献,等. 中国门诊高血压患者血压达标现状及影响因素分析[J]. 中华高血压杂志,2013,21(2):170-174.
- [10] 张玉玲,宋成为,王希香,等. 老年高血压患者血压达标情况及影响因素[J]. 中国老年学杂志,2015,35(24):7066-7067.
- [11] 张晓文. 某社区高血压病患者血压达标影响因素分析[J]. 人民军医,2016,59(12):1248-1250.
- [12] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南(2014年修订版)[J]. 中华高血压杂志,2015,23(1):24-43.
- [13] 马洪武,陈杰,范冉,等. 慢性病规范管理对原发性高血压的疗效观察[J]. 心肺血管病杂志,2016,35(8):603-605.
- [14] 邱夏芹,薛燕. 护理干预对老年高血压病患者的效果评价[J]. 吉林医学,2013,34(12):2389-2390.
- [15] Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, et al. Hypertension Canada's 2016 Canadian hypertension education program guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension[J]. Can J Cardiol, 2016, 32(5):569-588.
- [16] Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. J Hypertens, 2013, 31(7):1281-1357.
- [17] 葛彩英. 北京市方庄社区慢性病管理情况调查[J]. 中国全科医学,2011,14(4):426-427.
- [18] 魏学娟,吴浩,于海洋,等. 方庄社区家庭医生式服务推进分
级诊疗的实践效果研究[J]. 中国全科医学,2017,20(13):1558-1563.
- [19] 王文,张维忠,孙宁玲,等. 中国血压测量指南[J]. 中华高血压杂志,2011,19(12):1101-1115.
- [20] Su TT, Majid HA, Nahar AM, et al. Correction to: the effectiveness of a lifestyle modification and peer support home blood pressure monitoring in control of hypertension: protocol for a cluster randomized controlled trial[J]. BMC Public Health, 2017, 17(1):864.
- [21] 葛彩英,孔慤,赵新颖,等. 家庭自测血压对高血压患者血压达标和血压波动性的评价研究[J]. 中国全科医学,2012,15(9):2884-2888.
- [22] 中国医师协会高血压专业委员会,中国高血压联盟,中华医学会心血管病学分会. 家庭血压监测中国专家共识[J]. 中华高血压杂志,2012,20(6):525-529.
- [23] 李玉青,曹远,刘秀荣. 北京市居民家庭血压计配备及使用情况调查[J]. 中国全科医学,2014,17(32):3865-3867.
- [24] 黄文蔚,徐红新,吕永楠,等. 高血压合并多重心血管病危险因素的治疗现状及其影响[J]. 武汉大学学报(医学版),2011,32(3):374-377.
- [25] Kuo MC, Jeng C, Chen CM, et al. Profile of elderly with multiple physician visits: advocacy for tailored comprehensive geriatric assessment use in clinics[J]. Geriatr Gerontol Int, 2014, 14(2):372-380.
- [26] 葛楠,朱鸣雷,曲璇,等. 老年整合门诊的构建及效果分析[J]. 中国实用内科杂志,2016,36(1):46-48.
- [27] 滕晋,王丹,徐熙,等. 老年患者多重用药调查及共病管理的临床策略[J]. 中国卫生事业管理,2015,32(9):695-697.
- [28] 薛自立,李辉. 老年住院患者的用药调查[J]. 中国临床研究,2012,25(1):79.
- [29] 金福碧,郑和昕,林玲萍,等. 老年住院患者多重用药调查分析与对策[J]. 浙江中医药大学学报,2012,36(12):1360-1363.
- [30] 杨明珠,李娜. 老年人多重用药的认知管理研究进展[J]. 中国老年学杂志,2015,35(6):1715-1717.

(责任编辑:冉明会)