



高血压

HIGH BLOOD PRESSURE

诊后-患者健康教育手册

高血压合并衰弱和肌少症

高血压对身体的损害



心脏病



肾脏病/肾衰



认知障碍



脑卒中



外周动脉疾病



心力衰竭



性功能障碍



失明



妊娠相关并发症

力由心生 光明健康

心血管疾病患者诊疗后健康教育项目

健康教育系列手册—高血压篇

指导单位：中国高血压联盟 - 北京高血压联盟研究所

主办单位：北京力生心血管健康基金会

公益支持：施维雅(天津)制药有限公司

撰写组组长：姜一农、李南方

撰写组副组长：冯颖青、牟建军、袁洪、张岩、祖凌云

编写组专家成员：（以下按照姓氏拼音排序）

白瑾

北京大学第三医院

蔡菁菁

中南大学湘雅三医院

冯颖青

广东省人民医院

胡君丽

新疆维吾尔自治区人民医院

黄晓

南昌大学二附院

黄雨晴

广东省人民医院

姜一农

大连医科大学附属第一医院

蒋卫红

中南大学湘雅三医院

蒋文

新疆维吾尔自治区人民医院

李南方

新疆维吾尔自治区人民医院

李宪凯

上海市第十人民医院

刘富强

陕西省人民医院

刘靖

北京大学人民医院

刘玲

中南大学湘雅二医院

刘巍

北京积水潭医院

栾红

宁夏回族自治区人民医院

罗沁元

广东省人民医院

马琦琳

中南大学湘雅医院

牟建军

西安交大第一附属医院

欧艳秋

广东省人民医院

裴作为

大连理工大学中心医院

邱雪婷

广东省人民医院

任川

北京大学第三医院

任明

青海大学附属医院

汪晓洲

青海省心脑血管病专科医院

王红

新疆医科大学第一附属医院

王磊

新疆维吾尔自治区人民医院

徐伟仙

北京大学第三医院

徐毅

国药大连机车医院

易铁慈

北京大学第一医院

余静

兰州大学第二医院

袁洪

中南大学湘雅三医院

张妮

北京医院

张然

中国人民解放军总医院

张烁

哈尔滨医科大学附属第二医院

张岩

北京大学第一医院

张毅刚

徐州中心医院

张英

大连医科大学附属第一医院

赵秋平

华中阜外心血管病医院

钟琪

广东省人民医院

周宁

武汉同济医院

朱亦橙

广东省人民医院

祖凌云

北京大学第三医院

高血压合并衰弱和肌少症

1. 什么是衰弱和肌少症？

衰弱是一种与年龄增加相关的老年综合征，老年人生理储备下降导致机体易损性增加，常见于高龄和多病共存的老年人，表现为对应激的应对能力降低，发生跌倒、失能和死亡的风险增加。高血压和衰弱具有共同的发病机制，包括增龄、炎症、内分泌和代谢异常、环境以及基因多态性等因素。患有高血压的老年人更易出现衰弱，衰弱又会增加高血压的不良预后。据报道，我国高血压患者衰弱检出率在 13.1%-47.1%。肌少症是指与年龄增加相关的骨骼肌质量和肌肉力量或躯体功能下降，多见于老年人，又称肌肉衰减综合征、肌肉减少症、少肌症。近年来，中国人群 60 岁及以上的老年人肌少症患病率为 5.7%-23.9%。我国高血压患者中肌少症的患病率尚缺乏数据。

2. 高血压合并衰弱和肌少症有哪些危害？

高血压是心血管最常见的危险因素和疾病，衰弱和肌少症是临床常见的老年综合征，由于生理储备功能减退和对应激事件易感性增加，抗应激能力下降，导致心脑血管事件、失能、跌倒甚至死亡等风险增加。而老年高血压合并衰弱和肌少症的患者上述风险进一步升高，生活质量显著下降，住院率和死亡率也更高，增加了我国家庭医疗负担与社会医疗资源的花费。

3. 高血压合并衰弱和肌少症的降压目标？

年轻高血压患者合并衰弱和肌少症的比例较低，而老年高血压

患者常合并衰弱和肌少症，过于严格的控制血压可能弊大于利。但HYVET研究发现，降压治疗可降低衰弱老年人全因死亡、脑卒中和心血管事件风险，但强效降压会使老年人低血压、晕厥、电解质紊乱、急性肾损伤及跌倒发生率增加。我国老年人血压管理指南建议，对于合并衰弱的老年高血压患者，当血压 $\geq 160/90\text{mmHg}$ 时开始降压药物治疗，收缩压控制目标为 $< 150\text{mmHg}$ ，但尽量不低于 130mmHg 。

4. 高血压合并衰弱和肌少症的治疗注意事项有哪些？

1) 所有老年高血压患者均应进行衰弱和肌少症的筛查和评估；经评估确定为衰弱和肌少症的老年高血压患者，收缩压控制目标为 $< 150\text{ mmHg}$ ，但尽量不低于 130 mmHg ；

2) 高血压合并衰弱和肌少症患者，需要进行认知功能的评估，对于存在严重认知功能减退甚至痴呆独居患者，采取较为宽松的血压控制；

3) 高血压合并衰弱和肌少症患者，注意降压速度不易过快，否则会增加老年人低血压、晕厥、电解质紊乱、急性肾损伤及跌倒的风险；

4) 高血压合并衰弱和肌少症患者，除降压治疗外，还需进行衰弱和肌少症的综合治疗，如系统的健康教育和生活方式改善；定期进行老年综合评估；提高社会支持水平；个性化的营养干预；运动锻炼和认知训练；多病共存和多重用药的管理等。

 问答

Q 1 衰弱和肌少症肉眼就可以辨别，不需要评估。对吗？

A 不对。

肉眼能辨识出的衰弱和肌少症，往往是中重度衰弱和肌少症患者，这时想再逆转已非常困难。而在衰弱前期、轻度衰弱和肌少症时，及时发现，及时治疗，有完全逆转的可能性，对患者高血压、心血管并发症及其他慢性疾病的控制纠正，均有较大的帮助，可以改善患者预后，提高生活质量，也减少家庭和社会医疗的支出。所以高血压患者，尤其老年人需要进行衰弱和肌少症的评估，及早发现、及早干预，改善预后。

Q 2 高血压合并衰弱和肌少症，由于体质太弱，血压降到正常范围就可以不吃药了，对吗？

A 不对。

高血压合并衰弱和肌少症，高血压的危害依然存在，由于合并衰弱和肌少症，高血压的并发症和药物不良反应也会增大，降压的起始值和目标值在此类患者中可以宽松些。血压变得正常并不是降压药物完全把血压治好了，而是药物暂时控制住了血压，一旦停药，药物代谢完后，血压会再次升高，容易导致血压波动更大，对心脑血管等器官的损害更为严重。因此，即使是高血压合并衰弱和肌少症患者也需要长期服药甚至终生服药。

Q 3 营养干预是防治衰弱和肌少症的重要手段之一，所以老年高血压合并衰弱和肌少症的患者饮食上多吃肉，就可以纠正，对吗？

A 不对。

肉类提供优质蛋白质，食物中的蛋白质等促进肌肉蛋白质的合成，有助于预防和改善衰弱和肌少症，老年衰弱和肌少症患者推荐蛋白质摄入量 1.0-1.5g/kg·d，建议富含亮氨酸等支链氨基酸的优质蛋白 >50%，且蛋白质总量平均分配至一日三餐中。老年高血压合并衰弱和肌少症的患者，大多合并有其他心血管疾病、肾脏疾病、营养风险或不良等，故蛋白质的摄入量需要参考患者肾功水平、营养的水平和慢性疾病状态，并非多多益善。

Q4 衰弱和肌少症可以用统一的评估工具评估，对吗？

A 不对。

衰弱和肌少症虽然有很多共同的危险因素和机制，临床表现和危害也有部分交叉。但二者是不同的老年综合征。需要用不同的评估工具或方法进行诊断和评估。衰弱常用的工具有：Fried 衰弱表型、衰弱指数、FRAIL 量表、6m 步速试验等。肌少症的评估工具：双能 X 线（目前是金标准）和生物电阻抗分析技术。

Q5 高血压合并衰弱和肌少症患者，血压的达标值与一般高血压患者一样，对吗？

A 不对。

高血压合并衰弱和肌少症的患者大多为老年人，与中青年高血压相比，伴衰弱和肌少症的老年高血压患者对于血压下降的耐受性更差，因此降压需从小剂量开始并加强监测，根据患者耐受情况逐渐、缓慢地增加剂量和种类，直到血压达标。<80 岁老年高血压伴衰弱和肌少症患者，血压控制目标可以参考一般老年高血压患者的目标值，即目标值 <140/90mmHg，在能够耐受情况下可将血压降

至 <130/80mmHg。年龄 \geq 80 岁的高血压合并衰弱的患者，收缩压目标值为 130-150mmHg, 或根据患者实际情况确定个体化的血压控制目标。



力由心生 光明健康

心血管疾病患者诊疗后健康教育项目

本手册仅用于高血压和相关心血管疾病的健康教育，不涉及商业宣传等目的。

手册版权归属：北京力生心血管健康基金会。

如需翻印，请与北京力生心血管健康基金会联系授权事宜，

联系电话：010-88204450。