DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.06.029

老年高血压病的临床护理（附859例分析）

邹 英 （西南医院 内科）

心血管病为老年人最常见的疾病，而高血压是致残和死亡原因中最重要的因素。老年高血压的临床表现和治疗护理与中青年患者不同之处甚多，为探索老年人高血压病的护理规律，本文对我院1975～1986年底收治的60岁以上老年高血压859例做了初步分析。

临床资料

859例老年高血压均按WHO制定的标准确立诊断。其中男性546例，女性313例，年龄最大者为86岁，以65～75岁最多（62.5%）；属单纯收缩期高血压431例（47.0%）收缩压、舒张压均增高型317例（36.9%）、单纯舒张期高血压138例（16.1%）。

主要临床表现见表1。

主要并发症见表2。

表1 859例老年高血压的主要临床表现

症状	例数	%	症状	例数	%
无症状	211	24.6	气促	261	30.4
头 晕	561	65.3	心前区痛	156	18.2
头 痛	405	47.2	胸 闷	84	9.8
心 慌	316	36.8	下肢浮肿	75	8.7

表2 859例老年高血压的主要并发症

并发症	例数	%	并发症	例数	%
脑出血	205	23.9	高心病	168	19.6
脑血栓	174	20.3	高血压脑病	18	2.1
冠心病	277	32.3	椎动脉供血不足	46	5.4
心律失常	170	19.8	直立性低血压	28	3.3
左心竭	105	12.2	心肌梗塞	12	1.4

本组病人住院期间死亡166例，病死率为19.32%。死于脑卒中者114例，占68.7%，死于其它疾病者52例，占31.3%。

病史中有明显发病诱因者192例（22.35%）。其中劳累76例、情绪激动52例（包括与人争吵，看电视），饮酒20例，大便用力44例。

讨 论

一、病人血压的观察

老年人高血压由于动脉硬化血管壁的弹性降低，使脉压缓冲力下降，多数为收缩期高血压[1]，本组47.0%属此型高血压。这型血压的特点是收缩压高，舒张压相对偏低，脉压差大。在这型血压的观察中，我们发现部分患者测量时常易出现“听诊间隙”，即用袖套血压计测压时，听到血压音后，常有一段距离听不到声音，如不注意，可使测得血压之收缩压较实际低6.67kpa（50mmHg）以上，故在袖套带充气时，应待水银柱达到33.3kpa（25 mmHg）以上再缓慢放气，以避免以上误差。

老年人血压的波动较大，如活动时血压容易上升，安静时又容易下降，白天血压较高，夜间血压较低。此与老年人动脉系统顺应性减退，颈动脉窦压力感受器敏感性降低，植物神经调节失常有关。故老年人高血压不能以1次血压测量为准，每日至少测2次以上。

有的老年人血压已相当高，但几乎无自觉症状。本组无症状者占24.56%。因此，对老年人测血压应做为常规检查，以免漏诊。

二、并发症的观察与护理

本组病人入院时，多数病情较平稳，生活能自理，加之自觉症状不明显，故患者及医护人员均易放松警惕。但老年人高血压不稳定，波动大，心脑肾并发症多，不易预测。本组病例中以并发心血管和脑血管病为多。166例死亡病例中，死于脑血管病者占68.7%，因此要特别注意心、脑并发症的发生。一旦有以上并发症发生，护理方面要注意以下几点：

1. 病人绝对卧床休息，严禁探视，避免精神紧张。

2. 一切活动，包括翻身、进食、洗脸、大小便等均需医护人员协助。

3. 备好各种抢救器械，如人工呼吸器、心脏除颤器、氧气、气管切开包及各种抢救药品。熟练

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

掌握其使用方法及有关注意事项。

4．密切注意患者有无神志不清、剧烈头痛、心前区痛、心律失常、视力模糊、抽搐、恶心呕吐，有无呼吸、心率、心律、尿量异常及心衰和昏迷等。

5．有脑血管意外发生者，往往有明显神经精神症状，故应挡以床栏，避免发生坠床。

6．有癫痫样发作者，应在上下牙之间置以舌垫，以防咬破舌面，痰多者，及时吸痰，以免发生窒息。

7．保持大小便通畅。

8．做好口腔与皮肤护理，如用多贝尔氏液漱口，温水擦澡等。

高血压心脑并发症病情急，变化快，护理人员要提高责任心，认真细致观察病情，夜间人少时更要加强巡视，以便及早发现处理。

三、加强整体护理

过度劳累、情绪激动等做为血压突然升高的诱发因素在本组859例中占23.35%。因此，做好病人的身心护理甚为重要。应劝导病人避免过劳，激动，以免血压突然上升导致严重的并发症。同时应做好病人家属及来访者的卫生宣教工作，以消除对病人的不良刺激。

四、治疗中的护理观察

由于老年人肝、肾等脏器功能减退，细胞代谢活性降低，以及中枢神经系统变异反应增加，故即使一般剂量的降压药物也可导致体内蓄积量增高，而产生明显的副作用[2]。因此对服药者应注意观察容易出现的直立性低血压，电介质紊乱，精神抑郁与意识障碍等。我们曾碰到14例于服药后发生直立性低血压。为防止服药后导致的直立性低血压，可在开始服用某种降压药物时先做立位试验。

注意因漏服药物引起的高血压反跳。我们发现，少数老年高血压患者因漏服药物（甚至1次）而发生血压反跳现象，应予重视。因此要监督病人定时定量服药，发药者应待病人服药后离开。

五、重视基础护理

适当的低盐（<7g/日），减少脂肪和总热量的摄入，高纤维素饮食常有利于血压下降。因老年人高血压合并症多，故其活动量应个别化，不能过于免强，以防病情进一步加重。

参考文献

1. Schoenberger JA, et al. Am J Cardiol 1986; 57:45
2. 张廷杰，等。老年高血压。国外医学内科分册 1985；2：59

（收稿：1989.1.24；修回：1989.8.30）

（上接442页）

讨论

本例患者在出现胸闷、气短和心慌症状的同时，心电图出现广泛的ST段抬高，类似急性心包炎改变。大叶肺炎病人心脏并发征中心包炎颇为多见，可为纤维素性、浆液性或化脓性。但本例患者虽有心脏增大，一直未闻及心包摩擦音，亦无任何心包压塞的体征。X线见心脏搏动正常；心电图QRS波非但无低电压，反而表现左室高电压；超声心动图亦未见心包积液。这些临床表现均不支持心包炎的诊断。患者于肺炎病程中出现心脏增大而无心包积液，心肌酶谱升高，伴随广泛的心电图ST段抬高较符合急性心肌炎。心肌炎的心电图改变一般ST下移，T波低平或倒置，少数情况下亦可表现为ST抬高，甚或出现Q波(1.2)，容易与急性心肌梗塞混淆。患者无冠心病既往史，心肌酶谱和心电图亦无相应的动态改变，可排除心肌梗塞。急性心肌炎表现ST抬高者据认为与心外膜心肌受损为主或合并急性心包炎有关[3]。

参考文献

1. Caskey T, et al. Am J Med 1964; 36:424
2. Goldoerger AL. Myocardial infarction electrocardiographic differential diagnosis. 3rd ed. the C. V. Company. St Louis 1984:107
3. Gardiner AGS, et al. Brit Heart J 1973; 35:433

（收稿：1988.7.19；修回：1989.6.27.）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net