

· 指南与共识 ·

护理视角下解读 AHA《2022 老年急性冠脉综合征管理策略科学声明》

李志宏,马 静,张丽萍,杨瑞鲜,孙 吉

宁夏医科大学总医院,宁夏 750001



Interpretation of "the 2022 scientific statement on management strategies for elderly acute coronary syndrome" of the AHA from the perspective of nursing

LI Zhihong, MA Jing, ZHANG Liping, YANG Ruixian, SUN Ji

General Hospital of Ningxia Medical University, Ningxia 750001 China

Corresponding Author LI Zhihong, E-mail: 13995113395@163.com

Keywords acute coronary syndrome; the elderly; management strategy; nursing; review

摘要 从护理角度对老年急性冠脉综合征管理策略进行解读,重点解读护理模式、护理要点及心脏康复护理管理方面,旨在为相关护理指南及更新提供依据,不断提高及完善老年急性冠脉综合征病人的护理,以期临床护理工作提供循证指导。

关键词 急性冠脉综合征;老年人;管理策略;护理;综述

doi:10.12102/j.issn.1009-6493.2024.12.006

《2022 老年急性冠脉综合征管理策略科学声明》于 2022 年 12 月 12 日由美国心脏协会(AHA)发布。科学声明为老年急性冠脉综合征病人的治疗及护理提供新的治疗依据,其主要内容为:1)回顾易患急性冠脉综合征老年病人的年龄相关生理变化及管理复杂性;2)描述常见的老年综合征对心血管疾病结果的影响;3)推荐适合年龄和符合指南的血运重建和急性冠脉综合征管理策略,包括治疗的转变、心脏康复的使用、姑息治疗服务和整体方法;4)强调贯彻疾病始终的个体化风险评估和以病人为中心的整体护理决策的首要地位。

1 背景及目的

急性冠脉综合征是在冠状动脉粥样硬化斑块侵袭或者破裂的前提下,以完全或不完全闭塞性血栓形成病理基础的一类临床综合征,包含急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)、非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)、

不稳定心绞痛等类型。一般症状是发作性胸闷、胸痛,可迅速进展为恶性心律失常、心力衰竭,甚至猝死,严重威胁病人的生命^[1-3]。心血管系统会随着年龄增加而变化,比如血管硬化、心脏功能下降、易形成血栓、肾功能变差等^[4-6],老年人群的冠状动脉疾病相关死亡及复发事件更多^[7]。因此,≥75 岁的急性冠脉综合征病人的诊治方式需要调整。考虑到老年病人共存的健康问题,采用一种整体的、个体化的、以病人为中心的方法治疗及护理老年急性冠脉综合征病人尤其重要。

2 老年急性冠脉综合征的特点

在这份美国心脏协会的科学声明中,回顾了心脏和血管系统中与年龄相关的生理变化,这些变化容易导致心血管疾病(CVD),并使其管理变得复杂,正常衰老与心血管结构和功能的多种变化有关,这些变化使老年人易患冠心病、心肌缺血和急性冠脉综合征,衰老同时增加了心肌氧供需失衡的易感性^[8-9]。衰老的冠状动脉上调了冠状动脉血流量,使其应对心肌需氧量增加的能力下降,这使老年人易患 2 型心肌梗死和 NSTEMI^[10]。该声明定义了心肌损伤的分类,包括急性非缺血性心肌损伤和慢性心肌损伤。1 型心肌梗死是由动脉粥样硬化血栓性冠心病引起的,通常是斑块破裂的结果。2 型心肌梗死是由氧供需不匹配引起的,表明心肌应激与另一种情况有关(即不归因于斑块

基金项目 宁夏医科大学基金项目,编号:XM2022052

作者简介 李志宏,副主任护师,本科,E-mail: 13995113395@163.com

引用信息 李志宏,马静,张丽萍,等.护理视角下解读 AHA《2022 老年急性冠脉综合征管理策略科学声明》[J].护理研究,2024,38(12):2099-2102.

破裂)。老年人易患2型心肌梗死,在如低血压(败血症)、未控制的高血压、慢性阻塞性肺疾病、肺炎、急性贫血、心力衰竭恶化或慢性肾脏疾病等共病的老年人中尤其常见。老年综合征,例如多病、虚弱、功能衰退(认知和身体)、谵妄、感觉衰退(听觉、视觉和疼痛)、跌倒和多药治疗等^[11],在患有急性冠脉综合征的老年人中,更容易出现且轻重程度不一^[12]。此外,1种或多种老年综合征的存在可能会显著影响急性冠脉综合征的临床表现、临床病程和预后、治疗决策和治疗反应。因此,照顾老年急性冠脉综合征病人,必须警惕老年综合征的存在,并能够在适当的时候将其纳入整个护理计划。

3 护理管理策略

3.1 评估

对老年急性冠脉综合征病人来说,在进行血管重建方面,STEMI的管理遵循与年轻病人相同的一般原则,即使是在高龄病人中,初级经皮冠状动脉介入治疗(PCI)也是安全有效的^[13-15]。对于老年NSTEMI病人,血管重建前心血管症状(如症状控制和低出血风险)^[16]和非心血管症状(如功能、独立性、生活质量和总体健康)的风险评估是实现最佳结果的关键因素。其中未确诊的认知障碍在接受冠状动脉造影的老年NSTEMI病人中很常见,这些病人更有可能在1年后出现不良事件^[17]。尽管老年急性冠脉综合征病人的最佳风险指数仍未确定,但在指导最佳护理,特别是预后分层以及确定最有可能和最不可能从早期侵入性治疗中获益的人群方面,虚弱、认知和共病的考虑因素是需要着重考虑的关键因素。年龄>65岁的住院病人谵妄的发生率为20%,需要重症监护的病人谵妄的发生率增加为70%以上。因此,在老年急性冠脉综合征病人中,谵妄与并发症风险增加、住院时间延长和出院后进入急性护理机构的可能性增加相关^[18]。在评估病人谵妄中,重点关注其风险因素,包括高龄、既存痴呆等,应避免使用某些精神药物(尤其是苯二氮草类)^[19],还有选择合适的筛查谵妄工具,混淆评估法是使用最广泛的方法^[20]。尽早识别谵妄风险的病人,因为高达40%

的谵妄事件可以通过实施一系列特定的干预措施预防。谵妄的管理需要关注所有潜在的原因,采取非药物干预措施,必要时使用药物。在病人虚弱方面,评估虚弱的常用工具包括弗里德虚弱指数^[21]、洛克伍德临床虚弱评分^[22]和虚弱量表^[23]。此外,通过4~6 m步行评估的缓慢步态速度(<0.8 m/s)是评估急性冠脉综合征病人虚弱的最佳方法,目前研究者对病人虚弱评估方法未达成共识,但一致认为,健康状况值得作为临床决策内容进行评估,至少应在每个机构内以标准化的方式进行评估。除此以外,更需要改进标准风险评分评估老年急性冠脉综合征病人的缺血和出血风险。当出现急性冠脉综合征时,病人具体情况根据虚弱、共病、身体或功能限制以及社会地位的不同而有所不同^[24]。在急性冠脉综合征事件后,患有更严重老年综合征的老年病人更有可能出现残疾、丧失独立性以及生活质量和自理能力受损。当管理患有急性冠脉综合征的老年病人时,护理的目标应超越以开通血管、再灌注心肌为目标的传统心血管结果,对以病人为中心的目标和结果的评估必须持续关注生活质量结果^[25]。

3.2 护理模式

建立多学科管理团队,包括心脏病专家和心脏外科医生(相关时)、保健临床医师、老年医生、护士、社会工作者、病人和病人家属或其他重要人员,以及根据需要随时联系的药剂师、营养师、心理学家和职业治疗师,为实现以病人为中心的总体健康状况,管理团队对病人的护理目标共同决策,提供最佳的护理协调,见表1。鉴于老年急性冠脉综合征病人疾病管理的复杂性,最佳管理方法通常需要比年轻病人更个性化,因为每个病人的独特情况都会影响他们对最佳结果的感觉。共病医学和老年病、药物治疗、预先存在的功能状态、病人偏好和护理目标是影响治疗决策的因素,并超出了传统的基于疾病的急性冠脉综合征风险评分参数。新的护理模式应注重心血管护理专家的培养和专业培训,充分发挥心血管专科护士的作用,有计划和针对性地实施护理措施,以改善病人的生存质量及机体机能。

表 1 急性冠脉综合征的共同决策

团队成员	实施项目
心脏病专家、老年病专家、初级保健团队营养师、心脏康复专家 护士	合并症的管理:超重/肥胖、高胆固醇血症、糖尿病、心力衰竭、心律失常、高血压、肾脏疾病 风险因素和生活方式及个体化心脏康复:戒烟、调整饮食、增加身体锻炼及心肺功能运动 心理支持:抑郁、压力、焦虑、文化差异问题、性行为、饮酒、与性别相关的特定问题;病人 及家庭成员的健康宣教;心肌梗死后的护理措施、心肌梗死症状的识别、家属心肺复苏术 的训练、需要时紧急呼叫的医疗服务方式方法
药剂师	药物治疗:抗血小板药物、β受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)/血管紧张素Ⅱ 受体拮抗剂(ARB)/甾体和非甾体盐皮质激素受体拮抗剂、他汀类、钙离子通道阻滞剂 (CCB),遵循最佳的病人个体化治疗
社会工作者(社区)	社会经济因素:病人获得社会和社区服务中医疗保健专业人员服务的机会,保险的覆盖, 残障补贴

3.3 护理要点

3.3.1 出院准备计划

从医院到家庭初级护理的护理转变非常重要,并且是目前最主要的改善目标。护理的连续性对于老年人尤其重要,因为老年人更容易出现虚弱、多病、抑郁、认知能力下降、功能状态减弱和较高的症状负担。在对 14 项研究的荟萃分析中,急性冠脉综合征后 30 d 的病死率为 11%~14%,不同人群的死亡率不同,STEMI 后第 1 年的死亡率为 7%~18%^[14]。心肌梗死后病人抑郁的发生率是正常人的 3 倍,并使遵循指南指导的治疗、自我护理和门诊更加复杂^[26]。此外,冠状动脉疾病主要影响老年人,因此预计会出现多病并导致急性冠脉综合征后出现心血管不良事件,使得过渡期间的协调护理至关重要。因此,Goldman 和 Harte 建议急性冠脉综合征后出院计划包括药物治疗、生活方式改变、心脏康复、共病管理、心理社会支持、社会经济因素以及病人/家庭教育。许多老年人出院后所需护理的复杂性可能导致护理方面的差距,多学科协调对于确保将护理的所有方面纳入一个连贯的计划至关重要。高质量的过渡性护理和病例管理可以降低心血管不良事件发生的风险,并持续改善病人的预后。

3.3.2 心脏康复

心脏康复是一项综合性的二级预防心血管疾病管理计划,采用运动训练、行为改变、教育和心理社会咨询改善急性冠脉综合征和其他疾病病人的预后。已证明心脏康复可减少心血管疾病事件的复发、死亡和再住院,并改善心肺功能、身体功能、自我效能和生活质量。心脏康复是老年人急性冠脉综合征护理的一个重要组成部分,其关键组成部分包括初步医学评估,以确定病人的心血管疾病状态,以及可能影响的症状、体征和累积药物效应的共病^[27]。精心制定的运动训练方案

也很重要,其目标是评估基线能力和设计改善身体功能的方法。医疗评估为药物审查和调节提供了机会,并推荐给能够解决相关医疗问题(心血管疾病和非心血管疾病)的临床医生;还可以降低风险,取得心理社会支持,以及使整体护理与每个病人的个人护理目标相一致。心脏康复项目还包括重要的护理伙伴(配偶、伴侣、成年子女),以加强病人的学习和支持结构,并有利于促进整个家庭的健康状况。在实施心脏康复的过程中常见的障碍包括病人和临床医生对心脏康复的价值缺乏了解,缺乏针对老年人的各种需求和情况量身定制的个体化心脏康复治疗方 案,或者实现的形式不灵活,尤其是使用基于远程的形式改善心脏康复方面,通常要结合智能手机和智能可穿戴设备完成的这种护理形式,对于身体虚弱、认知受限和医学复杂的老年人的可用性和安全性仍存在不确定性。因此,心脏康复计划需提供量身定制的干预措施,以增强急性冠脉综合征住院后老年病人的心理社会支持和护理体验。

3.3.3 随访与检测

除了提高存活率之外,老年急性冠脉综合征病人还必须优先考虑症状负担、功能状态和生活质量的变化,以确保采取最优的护理和治疗方法。在出院后随访期间监测这些领域,可以洞察病人的护理目标进展情况以及哪里有改善的潜力,并采取更好的措施,目前对实施 PCI 术的急性冠脉综合征病人,在标准治疗后 1、3、6、12 个月需要告知病人门诊随访,以期观察治疗效果。

4 小结

老年人群中急性冠脉综合征的管理,因其解剖复杂性、生理脆弱性、年龄相关风险(包括老年综合征)以及预期寿命和治疗目标的异质性,比年轻病人更复杂,这份科学声明提出了一个将老年风险纳入急性冠脉综

合征管理的框架,包括诊断方法、药物治疗、血管重建策略、不良事件预防、个体化的评估等,还应注意心肌梗死后的护理、根据每例病人的总体情况和个人护理目标量身定制的心脏康复,以及出院护理方案和随访要求,提出急性冠脉综合征老年病人的管理策略,从而降低急性冠脉综合征老年病人的再入院率及病死率,提高病人的生活质量和身体机能,减轻老年病人的家庭负担及社会负担。

参考文献:

- [1] 方唯一,仇兴标.最新ACC/ESC血小板糖蛋白Ⅱb/Ⅲa抑制剂相关指南解读[J].中国介入心脏病学杂志,2014,22(12):814-816.
- [2] LEVINE G N, BATES E R, BLANKENSHIP J C, *et al.* 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions[J].Circulation, 2011, 124(23):e574-e651.
- [3] 俞永美.替罗非班对急性冠脉综合征病人急诊介入治疗的护理[J].护士进修杂志,2011,26(1):74-75.
- [4] DE LUCA L, MARINI M, GONZINI L, *et al.* Contemporary trends and age-specific sex differences in management and outcome for patients with ST-segment elevation myocardial infarction[J].Journal of the American Heart Association, 2016, 5(12):e004202.
- [5] DE LUCA L, OLIVARI Z, BOLOGNESE L, *et al.* A decade of changes in clinical characteristics and management of elderly patients with non-ST elevation myocardial infarction admitted in Italian cardiac care units[J].Open Heart, 2014, 1(1):e000148.
- [6] ZAMAN M J, STIRLING S, SHEPSTONE L, *et al.* The association between older age and receipt of care and outcomes in patients with acute coronary syndromes: a cohort study of the Myocardial Ischaemia National Audit Project(MINAP)[J].European Heart Journal, 2014, 35(23):1551-1558.
- [7] TSAO C W, ADAY A W, ALMARZOOQ Z I, *et al.* Heart disease and stroke statistics-2022 update: a report from the American Heart Association[J].Circulation, 2022, 145:e153-e639.
- [8] SINGAM N S V, FINE C, FLEG J L. Cardiac changes associated with vascular aging[J].Clinical Cardiology, 2020, 43(2):92-98.
- [9] CHIRINOS J A, SEGERS P, HUGHES T, *et al.* Large-artery stiffness in health and disease: JACC state-of-the-art review[J].Journal of the American College of Cardiology, 2019, 74(9):1237-1263.
- [10] SEALS D R, JABLONSKI K L, DONATO A J. Aging and vascular endothelial function in humans[J].Clinical Science, 2011, 120(9):357-375.
- [11] FERRUCCI L, FABBRI E. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty[J]. Nature Reviews Cardiology, 2018, 15:505-522.
- [12] ATKINS J L, DELGADO J, PILLING L C, *et al.* Impact of low cardiovascular risk profiles on geriatric outcomes: evidence from 421 000 participants in two cohorts[J].The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 2019, 74(3):350-357.
- [13] DAMLUJI A A, RAMIREDDY A, FORMAN D E. Management and care of older cardiac patients[M]. Amsterdam: Elsevier, 2018: 245-265.
- [14] O'GARA P T, KUSHNER F G, ASCHEIM D D, *et al.* 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines[J].Circulation, 2013, 127(4):e362-e425.
- [15] DAMLUJI A A, RESAR J R, GERSTENBLITH G, *et al.* Temporal trends of percutaneous coronary interventions in older adults with acute myocardial infarction[J].Circulation Cardiovascular Interventions, 2019, 12(5):e007812.
- [16] AMSTERDAM E A, WENGER N K, BRINDIS R G, *et al.* 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines[J].Circulation, 2014, 130(25):e344-e426.
- [17] GU S Z, BESKA B, CHAN D, *et al.* Cognitive decline in older patients with non-ST elevation acute coronary syndrome[J].Journal of the American Heart Association, 2019, 8(4):e011218.
- [18] SALLUH J I F, WANG H, SCHNEIDER E B, *et al.* Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis[J].BMJ, 2015, 350:h2538.
- [19] OH E S, FONG T G, HSHIEH T T, *et al.* Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment[J].JAMA, 2017, 318(12):1161-1174.
- [20] Anon. Confusion assessment method(CAM)[EB/OL]. [2023-03-06]. <https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/ptsafety/LEAPT%20Delirium/Confusion%20Assessment%20Method%20-%20CAM.pdf>.
- [21] FRIED L P, TANGEN C M, WALSTON J, *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype[J].J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001, 56:M146-M156.
- [22] ROCKWOOD K, SONG X W, MACKNIGHT C, *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people[J].CMAJ, 2005, 173(5):489-495.
- [23] Anon. FRAIL Scale[EB/OL]. [2023-03-06]. <https://www.mass.gov/doc/frail-scale-screening-tool/download>
- [24] MONTILLA PADILLA I, MARTÍN-ASENJO R, BUENO H. Management of acute coronary syndromes in geriatric patients[J].Heart, Lung & Circulation, 2017, 26(2):107-113.
- [25] GROFF A C, COLLA C H, LEE T H. Days spent at home--a patient-centered goal and outcome[J].The New England Journal of Medicine, 2016, 375(17):1610-1612.
- [26] SINGH M, SPERTUS J A, GHARACHOLOUR S M, *et al.* Comprehensive geriatric assessment in the management of older patients with cardiovascular disease[J].Mayo Clinic Proceedings, 2020, 95(6):1231-1252.
- [27] O'NEILL D, FORMAN D E. Never too old for cardiac rehabilitation[J].Clinics in Geriatric Medicine, 2019, 35(4):407-421.

(收稿日期:2023-05-30;修回日期:2024-06-05)

(本文编辑 苏琳)