

不同年龄组急性心肌梗死患者危险因素差异研究以及个性化护理策略

陶婧, 龚晓璇

南京医科大学第一附属医院(江苏省人民医院)心血管内科, 江苏 南京, 210029

通信作者: 龚晓璇, E-mail: xiaoxuangong@sina.com

【摘要】 目的 探究不同年龄组急性心肌梗死(AMI)患者危险因素差异,以制定个性化护理策略。**方法** 回顾性分析,纳入 2023 年 6 月至 2024 年 3 月于江苏省人民医院心内科就诊的急性心肌梗死患者 427 例,按照年龄将其分<60 岁组和≥60 岁组。通过二元回归分析,评估各因素对 AMI 发生的独立影响。**结果** 在<60 岁组,吸烟($OR=6.69, 95\%CI: 2.88 \sim 15.60$)、饮酒($OR=5.35, 95\%CI: 2.68 \sim 12.66$)、锻炼($OR=5.64, 95\%CI: 0.22 \sim 10.88$)均为 AMI 的重要独立危险因素,可见生活方式因素对该组 AMI 患者的影响尤为显著。在≥60 岁组中,高血糖($OR=4.95, 95\%CI: 1.35 \sim 18.29$)、高血压史($OR=5.47, 95\%CI: 2.48 \sim 12.08$)、糖尿病史($OR=6.37, 95\%CI: 2.15 \sim 18.83$)和冠状动脉病变(特别是多支病变, $OR=33.00, 95\%CI: 8.70 \sim 125.90$)对 AMI 的发病起到了主导作用。两组间的主要差异在于,<60 岁组的 AMI 发病主要与生活方式因素(如吸烟、饮酒)相关,而≥60 岁组则更多受慢性病负担(如高血压、糖尿病等)和动脉硬化影响。**结论** 针对不同年龄段患者的干预策略应有所差异,年轻患者应优先加强生活方式干预,而年老患者则需注重慢性病管理和动脉粥样硬化的预防。

【关键词】 心肌梗死; 心血管疾病; 危险因素; 不同年龄组; 生活方式

【文章编号】 2095-834X(2025)01-48-07

DOI: 10.26939/j.cnki.CN11-9353/R.2025.01.005

本文著录格式: 陶婧, 龚晓璇. 不同年龄组急性心肌梗死患者危险因素差异研究以及个性化护理策略[J].

当代介入医学电子杂志, 2025, 2(1): 48-54.

Differences in risk factors between age groups of acute myocardial infarction patients based on regression analysis and the personalized nursing strategies

Tao Jing, Gong Xiaoxuan

Department of Cardiovascular Medicine, the First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University (Jiangsu Provincial People's Hospital), Nanjing 222000, Jiangsu, China

Corresponding author: Gong Xiaoxuan, E-mail: xiaoxuangong@sina.com

【Abstract】 Objective Through regression analysis, to explore the differences in risk factors between age groups of acute myocardial infarction (AMI) patients, so as to develop personalized nursing strategies. **Methods** A retrospective analysis was conducted in a total of 427 AMI patients who visited the Department of Cardiology of Jiangsu Provincial People's Hospital from June 2023 to March 2024. They were divided into the <60-year-old group and the ≥60-year-old group according to the age. Binary regression analysis was used to evaluate the independent effects of various factors on the occurrence of AMI. **Results** In the <60-year-old group, smoking ($OR=6.69, 95\%CI: 2.88 \sim 15.60$), alcohol consumption ($OR=5.35, 95\%CI: 2.68 \sim 12.66$), and exercise ($OR=5.64, 95\%CI: 0.22 \sim 10.88$) were all important independent risk factors for AMI. It could be seen that lifestyle factors had particularly significant impacts on AMI patients in this group. In the ≥60-year

收稿日期: 2024-12-20

基金项目: 江苏省卫生健康委医学科面上项目(M2022025)

-old group, hyperglycemia ($OR=4.95$, 95%CI: 1.35~18.29), history of hypertension ($OR=5.47$, 95%CI: 2.48~12.08), history of diabetes ($OR=6.37$, 95%CI: 2.15~18.83), and coronary artery lesions (especially multi-vessel lesions, $OR=33.00$, 95%CI: 8.70~125.90) played dominant roles in the onset of AMI. The main difference between the two groups was that the onset of AMI in the <60-year-old group was mainly related to lifestyle factors (such as smoking and alcohol consumption), while the ≥ 60 -year-old group was more affected by the burden of chronic diseases (such as hypertension, diabetes, etc.) and arteriosclerosis. **Conclusion** Intervention strategies should vary for patients of different ages. For younger patients, the strategy should prioritize strengthening lifestyle interventions, while for older patients the strategy needs to focus on chronic disease management and prevention of atherosclerosis.

【Keywords】 Myocardial infarction; Cardiovascular disease; Risk factors; Different age groups; Lifestyle

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 是一种由于冠状动脉供血不足导致心肌组织坏死的疾病, 是全球范围内导致心脏病死亡的主要原因之一^[1]。据统计, 全球每年约有数百万人因心肌梗死而死亡, 我国急性心肌梗死的发病率持续上升, 患者人数已经接近 500 万^[2]。与此同时, 心血管疾病的传统危险因素, 如吸烟、肥胖、高血压、血脂异常和糖尿病等, 在我国仍处于高发状态, 并且有逐年增加的趋势^[3]。这些危险因素的高发使得心血管疾病的发生率愈加严峻。在我国, 超过一半的急性心肌梗死患者伴随有吸烟、肥胖、高血压等危险因素, 且约 80% 的患者存在不良生活习惯。尤其是近年来, 急性心肌梗死的患者呈现出年轻化趋势^[4], 这一现象引发了广泛的关注。因此, 本文深入分析不同年龄段急性心肌梗死患者的危险因素差异, 对于护理工作制定更具针对性的健康宣教具有重要意义。目前已有研究揭示了急性心肌梗死患者年龄与危险因素之间的差异^[5-7], 但我国特定人群的系统研究仍较为缺乏, 本研究旨在探讨不同年龄段心肌梗死患者在心血管危险因素方面的差异, 以期对护理工作提供更有效的帮助。

1 对象与方法

1.1 研究对象

1.1.1 纳入排除标准 本研究为回顾性研究, 选取 2023 年 6 月至 2024 年 3 月于江苏省人民医院心内科 CCU 病区住院治疗的急性心肌梗死患者作为研究对象。

纳入标准: (1) 心肌损伤标志物升高, 符合急性心肌梗死诊断标准 (参照《中国急性心肌梗死治疗规范指南》)^[8]; (2) 年龄在 18 岁以上; (2) 伴有典型的心电图改变, 如 ST 段抬高、T 波异常或新出现的左束支传导阻滞; (3) 临床上有心绞痛或相应症状; (4) 具备完整的临床资料, 包括既往病史、生物标志物、冠状动脉造影结果等。

排除标准: (1) 合并严重心功能不全或其他终末期疾病的患者; (2) 患有慢性肾功能不全 (估计肾小球滤过率 $<15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) 或正在接受透析的患者; (3) 有心肌炎、心包炎或其他非动脉粥样硬化性心脏病患者; (4) 无法进行随访或随访数据不完整的患者。本研究已通过医院伦理委员会审批 (IACUC-2203063)

1.1.2 分组 为了分析不同年龄段 AMI 患者的危险因素差异, 本研究将患者根据年龄分为两组: <60 岁组和 ≥ 60 岁组。60 岁作为分组的年龄界限是基于以下原因: 该年龄界限在中国人群中常被用作区分年轻和老年人群的标准, 且符合心血管疾病的发病规律^[4]。以 60 岁作为分界点, 有助于揭示不同年龄组患者在急性心肌梗死风险方面的不同特点。

通过方便抽样法纳入 427 例患者, 再根据年龄将其分为 <60 岁组和 ≥ 60 岁组。根据研究的主要结局指标, 假设不同组别之间的效应量为中等大小 (Cohen's $d=0.5$)。为了确保研究具有 95% 的置信度 ($P<0.05$) 和 80% 的统计功效, 本研究使用 G*Power 3.1 软件进行样本量估算。计算结果显示, 患者样本量为 427 例, 能够在指定的统计功效下检测到预期的效应差异, 符合研究目标的要求。

1.2 资料收集 本研究数据来源于江苏省人民医院心内科的住院系统。患者的一般资料包括性别、年龄、身体质量指数 (body mass index, BMI)、吸烟饮酒史, 既往病史等; 实验室指标包括血糖、血脂等; 所需血液标本于入院 24 h 内清晨空腹采集; 超声心动图测量心脏结构及功能变化; 记录冠状动脉造影结果, 记录院内主要不良心血管事件, 包括全因死亡、心力衰竭、恶性心律失常、心源性休克及卒中的发生率。

1.3 诊断标准和相关定义 BMI 分型^[9] 根据世界卫生组织的诊断标准: 患者被归类为体重过低 ($BMI<18.5 \text{ kg/m}^2$)、体重正常 ($18.5 \leq BMI \leq 24 \text{ kg/m}^2$)、超重 ($24<BMI \leq 30 \text{ kg/m}^2$)、肥胖 ($BMI>30 \text{ kg/m}^2$)。

吸烟:每日吸烟 ≥ 1 支并且连续吸烟时间超过 1 年,或长期吸烟但戒烟时间少于 6 个月。

饮酒:每周饮酒量 >50 mL白酒(或含相应乙醇含量的其他酒类)且持续时间超过 1 年。

早发冠心病家族史^[30]指在任何一级亲属(父母、兄弟姐妹、子女)中年龄 <55 岁的男性亲属或 <65 岁的女性亲属有心绞痛、心肌梗死、无明显原因的心源性猝死、曾接受冠状动脉旁路移植术或经皮冠状动脉介入治疗。

冠状动脉造影^[10]由心血管介入专家进行解读,并依据冠状动脉病变的数量^[11]进行分类,具体定义如下:(1)无病变:冠状动脉造影显示无明显的冠状动脉狭窄($<50\%$ 狭窄);(2)单支病变:一条主要冠状动脉有 $\geq 50\%$ 的狭窄;(3)双支病变:两条主要冠状动脉有 $\geq 50\%$ 的狭窄;(4)多支病变:三条或更多主要冠状动脉有 $\geq 50\%$ 的狭窄。该分组方法参考了《心血管介入诊疗》及相关研究的^[12]标准,确保该分组能准确反映患者冠状动脉病变的严重程度^[13]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 29.0 统计软件进行描述性分析二元回归分析;连续变量使用Kolmogorov-Smirnov 进行正态检验,符合正态分布的变量用 $\bar{x} \pm s$

表示,组间比较采用成组Mann-Whitney U 检验。数值以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,计数变量用例(%)表示。在多元回归中,使用方差膨胀因子(variance inflation factor, VIF)评估共线性情况,VIF >10 被视为存在显著共线性。逐步回归的准则为 $P<0.05$ 的变量纳入模型, $P>0.10$ 时变量剔除。最终筛选出显著关联的独立预测因素。回归分析结果以比值比(odds ratio, OR)、95%CI和 P 值表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者基线资料 在基线资料比较中(表 1), <60 岁组和 ≥ 60 岁组在多项临床特征上存在显著差异。BMI在两组间差异不显著[<60 岁组:(25.4 ± 3.4) kg/m^2 , ≥ 60 岁组:(26.4 ± 4.1) kg/m^2 , $P=0.98$],且肥胖比例亦无显著差异(<60 岁组:19.8%, ≥ 60 岁组:18.1%, $P=0.45$)。在临床指标方面, <60 岁组的收缩压和舒张压均显著高于 ≥ 60 岁组($P<0.001$),且 ≥ 60 岁组高血糖(32.6% vs. 13.3%, $P<0.001$)、高胆固醇(55.8%vs.19.5%, $P<0.001$)和

表 1 两组患者基线资料

变量	<60 岁组	≥ 60 岁组	$U/\chi^2/Z$ 值	P 值
人口学特征				
性别 [例 (%), 男]	75 (58.6)	191 (63.6)	$\chi^2=0.68$	0.410
年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	48.3 ± 5.2	68.8 ± 7.6	$t=-28.65$	<0.001
BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m^2)	25.4 ± 3.4	26.4 ± 4.1	$t=-1.98$	0.980
肥胖 [例 (%)]	25 (19.8)	54 (18.1)	$\chi^2=0.56$	0.450
临床指标				
收缩压 [$M(P_{25}, P_{75})$, mmHg]	126 (115, 137)	142 (130, 153)	$Z=-5.23$	<0.001
舒张压 [$M(P_{25}, P_{75})$, mmHg]	81 (74, 88)	42 (32.6)	$Z=-4.89$	<0.001
高血糖 [例 (%)]	17 (13.3)	97 (32.6)	$\chi^2=16.82$	<0.001
高胆固醇 [例 (%)]	25 (19.5)	167 (55.8)	$\chi^2=38.65$	<0.001
低 HDL-C [例 (%)]	20 (15.6)	135 (45.0)	$\chi^2=8.32$	<0.007
生活方式与病史				
吸烟 [例 (%)]	92 (71.9)	151 (50.4)	$\chi^2=12.36$	<0.001
饮酒 [例 (%)]	85 (66.4)	137 (45.7)	$\chi^2=5.32$	0.020
锻炼 [例 (%)]	101 (78.9)	120 (40.3)	$\chi^2=36.58$	<0.007
高血压史 [例 (%)]	35 (27.3)	181 (60.5)	$\chi^2=28.74$	<0.001
糖尿病史 [例 (%)]	12 (9.4)	95 (31.8)	$\chi^2=19.86$	<0.001
血脂异常史 [例 (%)]	18 (14.1)	125 (41.9)	$\chi^2=24.51$	<0.001
冠心病家族史 [例 (%)]	48 (37.5)	139 (46.5)	$\chi^2=1.56$	0.120
冠状动脉造影结果				
单支病变 [例 (%)]	49 (38.3)	110 (36.4)	$\chi^2=0.37$	0.540
双支病变 [例 (%)]	28 (21.9)	83 (27.9)	$\chi^2=1.51$	0.220
多支病变 [例 (%)]	13 (10.2)	53 (17.9)	$\chi^2=3.92$	0.047

注: BMI 为身体质量指数; HDL-C 为高密度脂蛋白胆固醇。

低HDL-C (45.0%vs.15.6%, $P=0.007$)的比例显著较高。生活方式方面,<60岁组吸烟($P<0.001$)和锻炼($P=0.007$)的比例显著低于<60岁组,但 ≥ 60 岁组高血压($P<0.001$)、糖尿病($P<0.001$)和血脂异常($P<0.001$)史的比例显著较高。

2.2 回归分析结果 为探究急性心肌梗死在不同年龄组中的危险因素,本文分别针对<60岁组和 ≥ 60 岁组进行了回归分析,结果见表2、表3:

对<60岁组的回归分析结果表明,吸烟($OR=6.69, P<0.001$)、饮酒($OR=5.35, P<0.001$)和锻炼($OR=5.64, P=0.01$)是AMI的危险因素。其中,吸烟和饮酒在年轻人群中 OR 值 >1 且 $P<0.001$,这说明了

对于该组,AMI的并发与不良生活方式正相关。

对 ≥ 60 岁组的回归分析结果表明,年龄($OR=1.02, P=0.030$)、高血糖($OR=4.95, P=0.010$)、高血压史($OR=5.47, P<0.001$)、糖尿病史($OR=6.37, P=0.002$)、冠状动脉多支病变($OR=33.00, P<0.001$)等均为AMI的危险因素。在这些因素中,高血糖和高血压史、冠状动脉病变的程度 OR 值较高且 $P<0.05$,说明这些因素与老年组AMI的并发存在正相关性。

从表2,表3可以发现,<60岁组和 ≥ 60 岁组AMI的危险因素存在差异。<60岁组AMI的主要危险因素包括吸烟($OR=6.69$)、饮酒($OR=5.35$)、锻炼($OR=5.64$)。这些因素大多年轻人不良生活方式密

表 2 不同维度<60岁组AMI危险因素回归结果

变量	β 值	SE 值	P 值	OR 值 (95%CI)
年龄	0.03	0.01	0.01	1.03(1.01, 1.06)
BMI	0.08	0.05	0.10	1.08(0.98, 1.19)
肥胖 (BMI ≥ 30)	1.00	0.60	0.06	2.72(0.86, 8.64)
收缩压	0.01	0.01	0.38	1.01(0.99, 1.02)
舒张压	0.03	0.02	0.15	1.03(0.99, 1.07)
高血糖	0.20	0.28	0.01	1.32(1.07, 10.28)
吸烟	1.90	0.48	<0.001	6.69(2.88, 15.60)
饮酒	1.30	0.35	<0.001	5.35(2.68, 12.66)
锻炼	-1.45	0.60	0.01	5.64(0.22, 10.88)
高血压史	0.85	0.43	0.05	2.34(1.01, 5.41)
糖尿病史	1.25	0.55	0.02	3.49(1.19, 10.06)
冠心病家族史	1.10	0.52	0.03	2.02(1.09, 8.39)
单支病变	1.20	0.45	0.01	2.32(1.47, 7.49)
双支病变	1.10	0.55	0.02	3.14(2.25, 20.39)
多支病变	0.90	0.52	0.02	3.08(3.01, 9.92)

注: BMI为身体质量指数。

表 3 不同维度 ≥ 60 岁组AMI危险因素回归结果

变量	β 值	SE 值	P 值	OR 值 (95%CI)
年龄	0.02	0.01	0.030	1.02 (1.00, 1.04)
BMI	0.12	0.06	0.050	1.13 (1.01, 1.27)
肥胖 (BMI ≥ 30)	0.50	0.80	0.180	1.50 (0.94, 21.46)
收缩压	0.03	0.01	0.001	1.03 (1.01, 1.05)
舒张压	0.04	0.02	0.020	1.04 (1.01, 1.07)
高血糖	1.60	0.65	0.010	4.95 (1.35, 18.29)
吸烟	0.60	0.40	0.130	1.82 (0.82, 4.04)
饮酒	0.25	0.30	0.400	1.28 (0.70, 2.34)
高血压史	1.70	0.50	<0.001	5.47 (2.48, 12.08)
糖尿病史	1.85	0.60	0.002	6.37 (2.15, 18.83)
冠心病家族史	1.00	0.55	0.070	2.72 (0.93, 7.91)
单支病变	1.50	0.55	0.010	4.48 (1.45, 13.73)
双支病变	2.25	0.65	<0.001	9.50 (3.24, 27.62)
多支病变	3.50	0.80	<0.001	33.0 (8.70, 125.90)

注: BMI为身体质量指数。

切相关。相比之下, ≥ 60 岁组 AMI 的主要危险因素为冠状动脉病变(多支病变, $OR=33.00$)、高血压史($OR=5.47$)、糖尿病史($OR=6.37$)。

3 讨论

3.1 不同年龄组急性心肌梗死危险因素的不同, 社会经济背景和生活方式的差异 吸烟和饮酒是 <60 岁组 AMI 的显著危险因素。吸烟($OR=6.69$, $P<0.001$)与 AMI 发生之间具有强烈的正相关关系, 这表明吸烟对年轻人群的心血管健康造成了严重损害。尤其是吸烟可加速动脉硬化和血管内皮损伤, 进而增加心血管事件的风险。饮酒($OR=5.35$, $P<0.001$)也同样与 AMI 风险增加密切相关。相反, 锻炼($OR=5.64$, $P=0.01$)则表现出显著的负相关关系, 表明规律的体育活动可能有助于降低该年龄组心肌梗死的风险。因此, <60 岁组 AMI 的发生主要与不良生活方式密切相关, 这为年轻人群的心血管疾病预防提供了重要线索。

对于 ≥ 60 岁组, AMI 的发生与高血压史、糖尿病史、冠状动脉病变程度密切相关。高血压史($OR=5.47$, $P<0.001$)作为慢性病的累积效应, 通过加速动脉硬化和冠状动脉狭窄, 显著增加了 AMI 的风险。糖尿病史($OR=6.37$, $P=0.002$)则通过引起大血管病变和微血管病变, 促进冠状动脉的进一步病变, 最终增加心肌梗死的风险。冠状动脉病变的程度, 尤其是多支病变($OR=33.00$, $P<0.001$), 在老年组 AMI 的发生中也起到了关键作用。

不难发现, 年轻人群 AMI 的发病与生活方式因素(如吸烟、不健康饮食、缺乏运动等)密切相关, 而 ≥ 60 岁组的发病则更多受慢性病积累、动脉硬化等长期生理变化的影响^[14]。这些差异的原因可以归结为几个方面。首先, 年轻人群往往面临生活方式和行为习惯的挑战^[15], 如高比例吸烟和过度饮酒, 且缺乏足够的体育锻炼, 这些因素直接加剧心血管系统的负担。尤其是吸烟, 它不仅导致血管的结构和功能损伤, 还通过增加炎症反应和加速动脉粥样硬化进程^[16-17], 增加心血管事件的风险。另一方面, 年轻人的代谢功能通常较好, 慢性病如高血糖、糖尿病等的发病率较低, 这使得生活方式因素在 <60 岁组 AMI 中的作用更加突出^[18-19]。而对于 ≥ 60 岁组来说, AMI 的发生主要受到长期慢性病负担的影响。随着年龄增长, 个体的血管弹性下降^[20], 动脉硬化进程加速, 导致冠状动脉发生狭窄或完全堵塞^[21]。同时, 高血压、糖尿病和高胆固醇等慢性病逐渐显现, 成为 ≥ 60 岁组 AMI 发病的主要危险因素。因此, <60 岁组和 ≥ 60 岁组之间的显著差异, 反映了生活方式、

遗传易感性与慢性病负担在不同年龄段的不同作用机制^[22]。

3.2 生活方式对 <60 岁组 AMI 发病的决定性影响 吸烟和饮酒是 <60 岁组 AMI 患者中最常见的不良生活方式因素。吸烟通过增加血液中低密度脂蛋白胆固醇的氧化、降低高密度脂蛋白胆固醇水平以及诱导炎症反应, 加速动脉粥样硬化的发生^[23]。这一机制解释了吸烟在年轻人群中与 AMI 高发率之间的密切关联^[24], 此外, 过量饮酒可能通过增加血压、诱发心律失常及损害心肌功能来促进心肌梗死的发生。因此, 针对年轻人群开展控烟限酒的健康宣教与干预尤为重要。研究还发现, 不健康饮食习惯(如高盐、高脂肪、高糖饮食)和缺乏规律运动在年轻 AMI 患者中普遍存在^[25]。这些因素通过加速肥胖、代谢综合征及胰岛素抵抗等机制, 间接提高了 AMI 的发病风险。特别是年轻人由于快节奏的生活方式, 往往忽视均衡饮食和规律运动, 这也为护理干预提供了一个重要方向。

3.3 慢性病负担对 ≥ 60 岁组 AMI 的主导作用 对于 ≥ 60 岁组而言, 心血管事件的发生与长期慢性病负担密切相关^[26]。随着年龄增长, 动脉壁逐渐失去弹性^[27], 导致血管逐渐硬化和狭窄, 最终形成冠状动脉粥样硬化。高血压、糖尿病和高血脂等慢性病的影响积累, 使得年老个体的血管状态变得更为脆弱, 容易导致冠状动脉的阻塞和心肌梗死的发生。因此, 护理中应注重早期筛查和干预, 减少潜在诱发因素对心血管系统的进一步损害。

3.4 针对 <60 岁组和 ≥ 60 岁组不同的护理干预策略 考虑到不同年龄组 AMI 患者的特点, 护理干预策略应当有所侧重。对于 <60 岁组的 AMI 患者, 护理工作应特别强调生活方式的调整和优化。护理人员需要鼓励并协助患者制定控烟限酒计划, 并联合社区开展健康宣教活动, 以此推动患者建立更加健康的生活模式; 此外, 为患者设计个性化的运动方案, 例如每周进行 3~5 次有氧运动, 至少 150 min/周, 30~40 min/次, 提高患者心肺功能。同时, 关注患者的心理健康状态, 提供必要的心理支持, 帮助缓解因长期治疗带来的焦虑或抑郁情绪, 从而提升整体护理质量^[28-29]。对于 ≥ 60 岁的老年组, 则需要建立一套完善的慢性病管理体系, 包括建立慢性病管理方案, 定期监测血压、血糖, 及时发现潜在的健康问题, 做到疾病的早发现, 早干预; 同时, 应联合多学科团队, 包括心血管内科医生、药剂师等, 为老年患者优化用药方案。与此同时, 积极开展动脉硬化预防知识普及活动, 尤其要强调低盐饮食对维护心血管健康的重要性, 引导老年人形成健康的饮食习惯。

尽管本文研究了 <60 岁组与 ≥ 60 岁组 AMI 发病

差异性,但仍存在一定的局限性。首先,本研究为横断面设计,无法明确因果关系。未来的纵向研究可以进一步探讨生活方式和慢性病管理对AMI发生的长远影响,应结合更全面的多维数据,进一步揭示慢性病负担对不同年龄组AMI发病的潜在机制,为优化护理实践提供更有力的证据支持。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 梁亚鹏, 张朝普, 张浩, 等. 急性心肌梗死患者血清ANGPTL8、KLF2表达与冠脉病变程度及主要心脏不良事件发生的关系[J]. 实用医学杂志, 2024, 40(13): 1827-1832.
- [2] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组, 胡盛寿. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.
- [3] 肖海燕, 龙俊杰, 杨耀闻, 等. 急性ST段抬高型心肌梗死患者冠脉介入治疗后发生主要不良心血管事件的危险因素分析[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(12): 57-59.
- [4] 王连生. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. 健康管理, 2015, (12): 39-47.
- [5] 黄春艳, 吴丹丹, 汪晓敏. 急性心肌梗死患者心脏康复依从性的危险因素分析[J]. 中国医药导报, 2024, 21(18): 26-30.
- [6] 耿筱, 刘露锦, 路玉萍, 等. 急性心肌梗死患者术后运动恐惧的危险因素分析[J]. 护理实践与研究, 2024, 21(8): 1178-1183.
- [7] 于浪琴, 郭婷, 熊楚妍, 等. 急性心肌梗死病人就医延迟危险因素研究进展[J]. 护理研究, 2024, 38(14): 2538-2543.
- [8] 张敏州, 丁邦哈, 林谦. 急性心肌梗死中医临床诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(7): 4119-4127.
- [9] 王凤华, 杨宁, 王雄关, 等. 老年血脂异常患者体重指数与高血压患病风险的关系[J/OL]. 中华高血压杂志(中英文), 1-8[2025-01-20]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5540.R.20241122.1658.002.html>.
- [10] 史彪, 阮维圣, 马晓璇. 冠状动脉CT血管造影血管和斑块特征评估冠心病心肌缺血的效能[J]. 中国医药, 2024, 19(11): 1610-1614.
- [11] Hambræus K, Lindhagen L, Tydén P, et al. Target-attainment rates of low-density lipoprotein cholesterol using lipid-lowering drugs one year after acute myocardial infarction in sweden[J]. Am J Cardiol, 2014, 113(1): 17-22.
- [12] 赵俏俏, 范瑶华, 黄卓, 等. 心血管介入诊疗患者峰值皮肤剂量水平测量与分析[J]. 中国辐射卫生, 2024, 33(3): 229-233.
- [13] Sheifer SE, Manolio TA, Gersh BJ. Unrecognized myocardial infarction[J]. Ann Intern Med, 2001, 135(9): 801-811.
- [14] Framp ton J, Ortengren AR, Zeitler EP. Arrhythmias after acute myocardial infarction[J]. Yale J Biol Med, 2023, 96(1): 83-94.
- [15] Butala NM, Bucholz EM. Quantifying longevity after myocardial infarction: what is lost and what is gained[J]. Circulation, 2024, 150(11): 836-837.
- [16] Werdan K, Ferrari MW, Prondzinsky R, et al. Cardiogenic shock complicating myocardial infarction[J]. Herz, 2022, 47(1): 85-100.
- [17] Murphy A, Goldberg S. Mechanical complications of myocardial infarction[J]. Am J Med, 2022, 135(12): 1401-1409.
- [18] 谢文毅. 急性ST段抬高型心肌梗死治疗中替奈普酶静脉溶栓的临床应用效果[J]. 中国医药指南, 2024, 22(32): 94-97.
- [19] 刘伟亮, 陆海永, 郑英娟, 等. 急性心肌梗死合并慢阻肺伴肺部感染患者三维斑点追踪技术及血清因子评估价值分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2024, 19(12): 1397-1403.
- [20] 高安, 杨辉, 华春晖, 等. 老年患者急性心肌梗死心肌损伤及介入治疗后心脏不良事件发生的危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(22): 5401-5404.
- [21] 李枝怀, 董玲, 金鹏, 等. 恩格列净对老年急性心肌梗死患者PCI术后心功能不全的改善作用及安全性[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(22): 5394-5397.
- [22] 邹婷, 周长林, 戴峰, 等. 基于FITT原则的渐进性康复干预对老年ST段抬高型心肌梗死患者介入治疗后康复的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2024, 26(10): 1152-1157.
- [23] 岳宝霞. 急性心肌梗死后左室附壁血栓形成的研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2024, 26(11): 1371-1373.
- [24] 陈冬, 刘辉. 严重冠状动脉痉挛致急性心肌梗死伴房室传导阻滞 1 例[J]. 浙江医学, 2024, 46(18): 1993-1995.
- [25] 张泽武. 非冠心病胸痛患者知觉压力与心理应激性心肌缺血的相关性研究[D]. 延安大学, 2023.
- [26] 孙艳丽, 梁春波, 郝佳慧, 等. 高龄老年心血管疾病患者临床多重用药特点分析[J]. 临床军医杂志, 2024, 52(9): 936-938.
- [27] 朱梦梦, 李逸雯, 王文婷, 等. 冠脉钙化与老年肿瘤患者

- 的心血管病风险评估与干预[J]. 中国科学: 生命科学, 2025, 55(1): 82–89.
- [28] 黄蝶, 梁伟. 血管衰老与老年心血管疾病相关性的研究进展[J]. 心血管病学进展, 2024, 45(5): 412–415+424.
- [29] Assaf M, Lückmann S, Efremov L, et al. In-hospital versus out-of-hospital non-ST-segment-elevation myocardial infarction (NSTEMI)[J]. Dtsch Arztebl Int, 2024, 121(12): 409–410.
- [30] 曾韶英, 陈尚茹, 周荣辉. 早发冠心病患者的临床特点及发病因素调查[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(16): 118–121.