

《中国血脂管理指南(2023年)》解读 血脂异常应分层管理 从儿童开始

医师报讯(融媒体记者 贾薇薇)日前,《中国血脂管理指南(2023年)》正式发布。时隔7年,新指南在《中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)》基础上进行了更新,纳入近年来全球范围内血脂领域研究的新理念及新进展,覆盖从儿童到老年全生命周期的血脂管理,是一部与时俱进、符合我国国情的临床实践指南。

指南发布会上,指南修订专家组组长、中国医学科学院阜外医院高润霖院士,首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授,中国医学科学院阜外医院李建军教授,中南大学湘雅二医院赵水平教授,上海交通大学医学院附属瑞金医院陈桢玥教授对指南要点进行了解读。会议由指南修订秘书组组长、中国医学科学院阜外医院王增武教授主持。



修订背景

降脂获益显著 血脂管理需从儿童开始

高润霖院士指出,流行病学、遗传学和临床干预研究证据充分证实,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)是ASCVD的致病性危险因素。新近研究还提示,其他含有载脂蛋白B(ApoB)的脂蛋白,包括富含甘油三酯的脂蛋白(TRL)及其残粒和脂蛋白(a)[Lp(a)]也参与ASCVD的病理生理过程。

研究还提示,降低胆固醇具有显著心血管获益。美国年龄标准化冠心病死亡率自1968年呈现下降拐点,1980-2000年下降40%以上,其中控制危险因素的贡献占44%,贡献率最大的为总胆固醇水平的降低,权重占24%。

近年来,降脂药

物的应用取得突破性进展。降脂药物的联合应用和降脂新药,如前蛋白转化酶枯草溶菌素9(PCSK9)抑制剂的应用,可使LDL-C水平降低50%~70%,在他汀类药物联合应用的基础上进一步减少主要不良心血管事件。

高润霖院士强调,人群血脂合适水平随ASCVD危险分层的级别不同而不同,在没有危险因素的人群中,可视为“正常”的LDL-C水平,对ASCVD超(极)高危患者而言则属明显升高。此外,血脂异常和动脉粥样硬化开始于儿童,血脂需从儿童时期开始管理,新指南包含了儿童血脂管理的内容,覆盖从儿童到老年全生命周期的血脂管理。

风险评估

ASCVD 总体风险评估 是血脂干预决策的基础

如何判断超高危和极高危患者?赵冬教授指出,ASCVD总体风险评估是血脂干预决策的基础,推荐采用“中国成人ASCVD总体发病风险评估流程图”(图1)。对<55岁且ASCVD 10年风险为中危者进一步进行余生风险评估。ASCVD 10年风险为中危且余生风险不属于

高危的个体,应考虑结合风险增强因素决定干预措施。

新指南建议按是否患有心血管病,分为二级预防和一级预防两类情况,在已患有心血管病的预防人群中,进一步划分出极高危和超高危人群,在没有患有心血管病的一级预防人群中,若有慢性肾脏病3~4期,也属于高危人群。

药物应用

中等强度他汀 是国人降脂首选策略

对于降脂药物治疗的选择,李建军教授指出,他汀是血脂异常降脂药物治疗的基石,中等强度他汀是中国人降脂治疗的首选策略。同时,降脂药物联合应用,是血脂异常治疗策略的基本趋势。此外,降脂治疗应定期随访观察疗效与不良反应并调整治疗方案,认真贯彻长期达标理念。

李建军教授表示,应

用中等剂量他汀类联合依折麦布,在降低心血管事件方面不劣于高剂量他汀。如在应用中强度他汀类药物基础上仍不达标,则考虑联合治疗,联合胆固醇吸收抑制剂和(或)PCSK9抑制剂。

如应用他汀后发生肝酶增高等不良反应,可换用另外一种代谢途径的他汀、减少剂量、隔日服用或换用非他汀类药物。

治疗原则

LDL-C 为首要干预靶点 非 HDL-C 为次要干预靶点

赵水平教授介绍了血脂异常的六项基本治疗原则:(1)LDL-C是防治ASCVD的首要干预靶点,非HDL-C为次要干预靶点。(2)根据个体的ASCVD风险确定相应的LDL-C及非HDL-C目标值。(3)健康的生活方式是降低LDL-C及非HDL-C的基础。(4)降

LDL-C治疗,以中等剂量他汀类药物为初始治疗。(5)他汀类药物治疗后LDL-C未达标时,应考虑联合胆固醇吸收抑制剂和(或)PCSK9抑制剂。(6)他汀治疗后甘油三酯仍升高的高危ASCVD患者,可联合高纯度二十碳五烯酸或高纯度ω-3脂肪酸或贝特类药物以降低ASCVD风险。

特殊人群

良好生活方式 是儿童血脂异常治疗基础

赵水平教授介绍了特殊人群的血脂异常管理要点。他指出,高血压患者能从强化降脂中显著获益,应根据危险分层,确定高血压个体相应的LDL-C目标值,予以积极降胆固醇治疗。

糖尿病患者推荐采用LDL-C和非HDL-C同时作为降脂目标。≥40岁的糖尿病患者均为高危,1型糖尿病病程≥20年可作为高危。

在缺血性卒中的二级预防中,他汀每降低1mmol/L的LDL-C,卒中复发风险降低12%,同时降低心梗和心血管死亡风险。总体而言,降低LDL-C的获益远大于

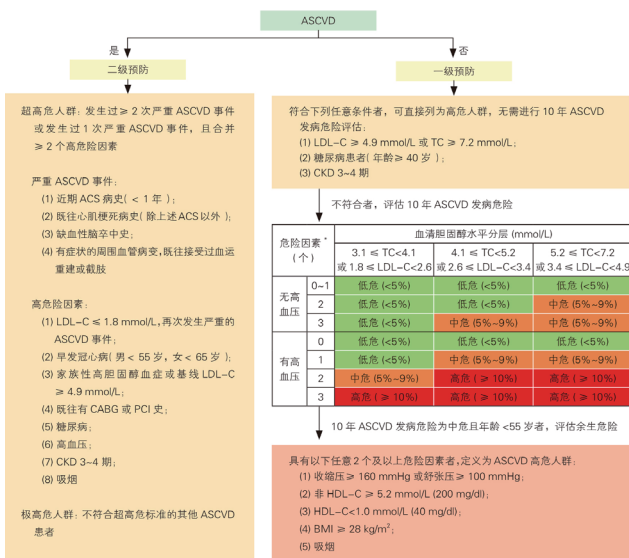
潜在出血性卒中的危害。

高龄患者大多有不同程度的肝肾功能减退,降脂药物剂量的选择需要个体化,起始剂量不宜太大。对高龄老年人他汀类药物治疗的靶目标不作特别推荐。

对于妊娠的血脂管理重点是筛查,药物选择非常有限。

对于儿童血脂异常,生活方式包括运动和饮食是血脂异常治疗的基础。

此外,尽早发现和确诊以尽早启动和终身坚持降胆固醇治疗是家族性高胆固醇血症患者预防心血管并发症的根本治疗措施。



注:ASCVD:动脉粥样硬化性心血管疾病;ACS:急性冠状动脉综合征;LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;CAG:冠状动脉粥样硬化;PCI:经皮冠状动脉介入治疗;TC:总胆固醇;CKD:慢性肾脏病;HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇;BMI:体重指数。1mmHg=0.133kPa。危险因素的水平均于干预前水平。*危险因素包括吸烟、低HDL-C、年龄≥45/55岁(男性/女性)、<40岁的糖尿病患者危险分层参见特殊人群糖尿病部分。

图1 中国成人ASCVD总体发病风险评估流程图

血脂检测

血脂常规检测新增3个项目

陈桢玥教授指出,与临床密切相关的血脂成分主要包括胆固醇和甘油三酯,血液中胆固醇和甘油三酯主要存在于脂蛋白中,包括乳糜微粒、极低密度脂蛋白、中间密度脂蛋白(IDL)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL)和Lp(a)。

其中,LDL在动脉粥样硬化的发生和发展中起着关键作用。小而密的LDL可能具有更强的致动脉粥样硬化的作用。

陈桢玥教授表示,临床血脂检测的常规项目包括总胆固醇、甘油三酯、LDL-C和HDL-C;载脂蛋白A1、ApoB、Lp(a)等已被越来越多临床实验室作为血脂检测项目。非HDL-C可通过计算获得,是降脂治疗的次要干预靶点。

血清Lp(a)浓度主要与遗传有关。Lp(a)升高是冠心病、缺血性卒中、外周血管疾病、冠脉钙化及钙化性主动脉瓣狭窄等的独立危险因素。