

《高甘油三酯血症临床管理多学科专家共识》发布 高甘油三酯血症: 被忽视的血脂异常

▲ 复旦大学附属华山医院心内科 谢坤 李勇



李勇教授



谢坤教授

我国血脂异常的成人患病率已经超过 40%, 已经高居慢病谱榜首。然而, 对甘油三酯 (TG) 的认识, 还远远不如对低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 的认识那样深入和明晰。在复旦大学附属华山医院葛均波院士和北京大学第一医院霍勇教授领导下, 来自中国学术界的心内科/临床血脂学、内分泌/糖尿病科、消化内科、肾内科和临床营养科的顶尖专家, 组成了《高甘油三酯血症临床管理多学科专家共识》工作组, 复旦大学附属华山医院谢坤教授、李勇教授执笔起草。(中国循环杂志, 2023, 38(6): 621-633.)

HTG 的临床定义及常见病因

高甘油三酯血症 (HTG) 会带来多种风险, 与动脉粥样硬化心血管疾病 (ASCVD) 风险、急性胰腺炎的风险提升有关, 以及超重/肥胖、胰岛素抵抗/2 型糖尿病、非酒精性脂肪肝和慢性肾病的关系均很密切。根据共识推荐, TG 水平被分为边缘升高、升高、重度升高和极重度升高。

很多因素可以导致

HTG, 因此 HTG 诊治的首要关键是病因纠正和基础疾病诊治。对于疾病或代谢异常状态导致的 HTG, 首先应积极治疗原发疾病; 对于药物相关性 HTG, 如合并疾病状况允许, 应考虑调整导致 TG 升高的药物治疗方案。

根据现有的循证医学证据, 本共识提出 HTG 临床处理流程 (图 1), 以规范其诊疗。

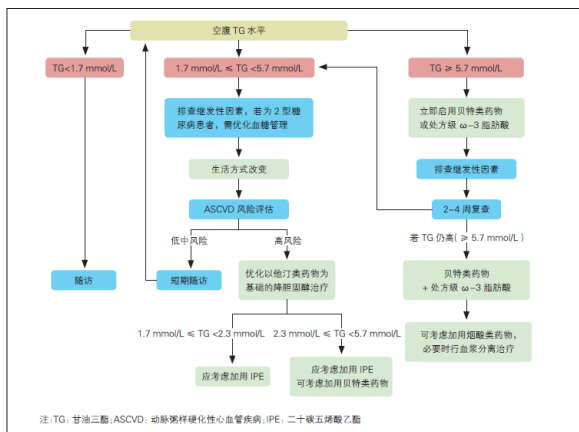


图 1 高甘油三酯血症临床处理流程图

生活方式改变 需要长期坚持

生活方式改变是 HTG 治疗的基础。共识提倡每天适量的运动, 每周至少进行 150 min 中等强度运动。限酒和戒酒是改善 HTG 的关键, TG ≥ 5.7 mmol/L 的患者需完全戒酒。

合适的营养配比同样重要。蛋白质的摄入应

增加, 尤其是优质蛋白 (鱼肉、鸡肉、虾)。建议每周摄入鱼类至少两次或 300~500 g; 可食用豆类及豆制品; 限制全脂类奶制品的摄入, 尽量避免摄入添加糖的奶制品和饮料。

脂肪摄入应尽量以不饱和脂肪酸 (植物油) 代

替饱和脂肪酸 (动物油), 避免摄入反式脂肪酸, 有胰腺炎风险的重度 HTG 患者需更严格控制脂肪摄入 (无油饮食)。

碳水化合物的摄入应以富含膳食纤维的食物和血糖生成指数低的食物为主, 少摄入精制碳水化合物及添加糖的

食物或饮料。

增加新鲜蔬菜和水果的摄入, 推荐每日摄入 300~500 g 蔬菜、200~350 g 水果, 需限制碳水化合物摄入的患者应避免摄入糖分较高的水果。

间歇性断食疗法也有助于减轻体重、可以一定程度降低 TG。

药物治疗尚存分歧 期待突破

针对 HTG 药物干预治疗的相关临床研究尚存分歧。

贝特类药物能降低 TG 水平 25%~50%, 在 FIELD 研究的次要重点和 ACCORD 血脂研究的亚组分析中显示非诺贝特可能有助于减少 2 型糖尿病合并 HTG 患者的心血管事件。在 PROMINENT 研究中培马贝特未能减少主要终点事件。

临床上, 从 HTG 的治疗角度考量, 应选择处

方级的 ω -3 脂肪酸 (鱼油) 制剂。目前, 处方级 ω -3 脂肪酸 (鱼油) 制剂分别有高纯度二十碳五烯酸 (EPA) 制剂和 EPA+ 二十二碳六烯酸 (DHA) 混合制剂, 均能显著降低 TG 水平, 下降幅度为 25%~30%。然而, 即使是处方级 ω -3 脂肪酸 (鱼油) 制剂, 对心血管的保护作用并不一致。REDUCE IT 研究结果显示, 高纯度 EPA 乙酯 (IPE)

每天 4000 mg 口服治疗, 能够显著降低 ASCVD 和 ASCVD 高危患者 (糖尿病) 的主要终点事件达 25%。但是, STRENGTH 研究中, 高纯度的 EPA+ DHA 制剂每天 4000 mg 治疗 ASCVD 和 ASCVD 高危患者, 却并未发现主要心血管转归终点事件减少。

红曲提取物制剂除了含有天然他汀成分外, 还有相当剂量的多聚不饱和脂肪酸、植物甾醇、黄酮

类及生物碱等成分, 国内和国际多个随机双盲临床试验均表明, 血脂康在降低 LDL-C 水平 28.5% 的同时, 显著降低 TG 水平达 36.5%。

其他可用于干预 HTG 的医学处理如烟酸类药物、他汀类药物、肝素、静脉使用胰岛素都能不同程度降低 TG 的效应。这些药物还有血脂之外不同的效用和安全性, 可能适用于不同人群的降 TG 治疗。

《盐敏感性高血压管理的中国专家共识》发布

限人促排 多措并举

▲ 泰达国际心血管病医院心内科 杨宁 李玉明



李玉明教授



杨宁教授

日前, 中华医学会心血管病学分会 (CSC) 发布了《盐敏感性高血压管理的中国专家共识》, 该共识由 CSC 高血压学组多次组织心血管内科、高血压专科、临床流行病学专家讨论, 结合国内外相关临床研究证据和我国临床实践制定而成。(中华心血管病杂志, 2023, 51(4): 364-376)

限盐补钾 预防盐敏感性高血压

限盐是盐敏感性高血压防治的关键。各国指南对盐摄入量的建议集中在 5~6 g/d。我国居民 75.8% 的摄入盐来自家庭烹调, 其次为高盐调味品, 如酱油和咸菜等。针对我国膳食特征, 应采取综合的干预措施进行限盐。人群层面的减盐策略应倡导“限人促排, 多措并举”原则。在遵循指南的前提下, 减盐应重点聚焦于摄盐量 >12 g/d 的人群, 通过不断实践以建立符合国人的盐摄入量达标值。

补充钾离子、钙离子摄入以及低钠替代盐的应用也是行之有效的措施。在日常生活中, 可以适当补充含钾量、钙量高的食物。含钾量高的食物包括豆类制品、海产品、坚果类、深绿色蔬菜等。含钙量高的食物包括奶类和奶制品、豆类和豆类制品、深绿色蔬菜等。

在临床上, 可以选择适当的盐摄入量测量方法评估限盐效果。24 h 尿钠测定法是评估盐摄入量的金标准。

联合治疗 重视个体化

临床实践中应依据患者的具体情况, 进行合理联合及个体化治疗。

钙通道阻滞剂和利尿剂对盐敏感性高血压具有良好治疗效果。钙通道阻滞剂有助于对抗盐介导的细胞内离子改变和升压反应, 还可增加肾血流量和肾小球滤过率, 降低肾血管阻力, 产生排钠、利尿作用。RAAS 抑制剂 (ACEI/ARB) 对靶器官具有保护作用。充分阻断组织中 RAS 活性在高盐、盐敏感性高血压治疗及其靶器官保护中具有重要意义。血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) 具有排钠利尿、扩张血管、抑制 RAAS 和交感神经活动, 在降压的同时对靶器官具有保护作用, 也适用于盐敏感性高血压。钠-葡萄糖共转运蛋白 2 (SGLT-2) 抑制剂对

伴有代谢异常和心肾功能损害的高血压患者, 可与其他降压药联用。

此外, 对于血压 $\geq 140/90$ mmHg 或高于目标值 20/10 mmHg 的心血管高危患者, 或单药治疗未达标的盐敏感性高血压患者, 可采用联合降压药物治疗。单片固定复方制剂 (SPC) 可有效提高患者依从性。

减盐是政府倡导、社会推动、民众依从的大健康行为。广大临床医务工作者应该加强对于盐敏感性高血压的认知, 从预防、治疗等多维度入手, 着重提高我国高血压患者的血压控制达标率。

扫一扫
关联阅读全文

总结

HTG 是中国人常见的血脂异常, 因此, 必须重视对 HTG 患者的多学科临床处理和长期健康管理。本共识通过提供简明的 HTG 处理流程, 优化 HTG 的临床管理, 重视 HTG 的新疗法研究, 以期减轻人群疾病负担。

扫一扫
关联阅读全文