

《2019 ESC/EAS 血脂异常管理指南：2025 重点更新》发布

更快 更低 更好 加强心血管血脂管理

▲ 复旦大学附属中山医院心内科 钱菊英 王箴



钱菊英教授

8月29日至9月1日，2025年欧洲心脏病学会（ESC）年会暨世界心脏病学大会在西班牙马德里召开。会上公布了基于2019年ESC及欧洲动脉粥样硬化学会血脂异常管理指南的2025重点更新。

新指南从心血管评估工具、降脂药物的使用等6方面进行了更新。新指南强调，根据OMEMI研究和SPORT研究等研究成果，不推荐使用无明确降脂或心血管获益证据的膳食补充剂（如红曲米、鱼油、植物固醇等，ⅢB）进行血脂管理。

扫一扫
关联阅读全文

1 心血管风险评估工具的更新

推荐 SCORE2 评分（<70 岁）和 SCORE2-OP（≥70 岁）替代原有的 SCORE 评分，用于评估 40~89 岁无已知心血管疾病人群的 10 年心血管风险。SCORE2 和 SCORE2-OP 同时考虑了致死性和非致死性的心血管病（CVD），更好地反映了全部动脉粥样硬化性

心血管疾病（ASCVD）负荷。低危、中危、高危和极高危人群的阈值分别为 10 年致死或非致死性 CVD 风险 <2%、≥2%~10%、≥10%~20% 和 ≥20%。

在中危或血脂水平在治疗决策阈值附近的人群中需充分考虑风险增强因子[包括人口学特征、临床情况和生化指标，如

hsCRP 和 LP(a)]，尤其是亚临床冠脉粥样硬化或冠脉钙化评分（CAC）的重要性（ⅡaB），以更准确地进行危险分层。

严重 CAC 评分升高（>300）和 ASCVD 患者具有类似甚至更高风险，也属极高危人群。

与 2019 指南相比，各危险分层的靶目标值不变。

4 进一步强调脂蛋白(a)的重要性

Lp(a) 升高与 ASCVD 和主动脉瓣狭窄（AVS）风险相关。Lp(a) ≥ 50 mg/dL（≥ 105 nmol/L）被视为心血管风险增强因素（ⅡaB）。

建议每位成年人至少检测 1 次 Lp(a)，尤其在家族性高胆固醇血症、早发心血管病或家族史、中危或者 LDL-C 水平在治疗决策阈值点附近

可能改变危险分层的患者中。

在目前没有特异性治疗的情况下，危险因素控制和强化降低 LDL-C 是合理的。

目前针对 Lp(a) 的治疗可以使其降低 80%~98%，是否能降低 ASCVD 风险和 AVS 进展仍然不明确，相关研究正在进行中。

2 新增降脂药物推荐

根据其药理学特点及 CLEAR Outcome 研究结果，建议贝派地酸用于他汀不耐受，尤其是他汀相关肌肉不良反应的患者（ⅠB）。每日 180 mg，LDL-C 降幅平均 23%。贝派地酸可能引起尿酸升高、增加痛风发作的风险，轻微增加胆结石的风险，肝功能异常者需谨慎使用。

推荐 Evinacumab 用于

5 岁以上纯合子家族性高胆固醇血症（HoFH）患者，可以使 LDL-C 降低近 50%（ⅡaB）。

建议使用有心血管获益的非他汀药物，不能耐受他汀药物的患者治疗选择是比较困难的。EWTOPIA 75 研究显示，75 岁以上无明确冠心病人群中，单用依折麦布可以降低 ASCVD 事件风险。总体上，工作组建议

在最大耐受剂量他汀基础上，LDL-C 没有达标的患者中，使用有心血管获益的非他汀类药物，包括依折麦布、PCSK9 单抗或贝派地酸，单独或联合使用，根据需要额外降脂的幅度、病人意愿、药物可及性和费用来选择药物（ⅠA）。文件总结了目前临床可用的单药和联合治疗降低 LDL-C 的幅度。

5 高甘油三酯血症的治疗更新

根据 REDUCE-IT 和 STENGTH 研究结果，在他汀基础上，对于 n-3 多不饱和脂肪酸（PUFAs），该更新文件明确只推荐高剂量高纯度二十碳五烯乙酯（2×2 g/d）用于高危或极高危且甘油三酯升高（135~499 mg/dL 或 1.52~5.63 mmol/L）的患者，

以进一步降低心血管风险（ⅡaB）。

根据 APPROACH 研究，推荐 Volanesorsen（300 mg/周）用于家族性乳糜微粒血症综合征（FCS）患者（甘油三酯 >750 mg/dL 或 >8.5 mmol/L），以降低 TG 水平及胰腺炎风险。（ⅡaB）。

6 特殊人群的心功能保护

2019 年指南建议 HIV 伴高脂血症患者作为高危人群确定治疗靶目标，可考虑接受降脂治疗（主要是他汀药物）（ⅡaC）。而该更新文件根据 REPRIEVE 研究，推荐 ≥ 40 岁 HIV 感染者使用他汀进行一级预防，无论其基线 LDL-C 水平或风

险评估结果（ⅠB），并根据药物间相互作用选择他汀。

对于癌症接受化疗的患者根据 STOP-CA 等研究，推荐对于接受蒽环类药物化疗且心血管毒性风险高的患者，应考虑使用他汀以降低心功能不全风险（ⅡaB）。

中美指南共识下 GLP-1 受体激动剂一线治疗地位跃升

▲ 温州医科大学附属第二医院 吴连拼

跃升一线治疗选择

中国指南打破传统框架 2024 年《泛血管疾病代谢异常管理中国专家共识》强调，代谢疾病应重视预防和延缓心脑血管靶器官损伤，推荐优先使用具有心血管获益证据的 GLP-1 受体激动剂等药物；《中国糖尿病防治指南（2024 版）》首次明确：对合并动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）或其高风险的 T2DM 患者，GLP-1 受体激动剂与钠-葡萄糖协同转运蛋白 2（SGLT2）抑制剂并列一线选择。标志着中国糖尿

病管理正式从“血糖中心论”转向“心肾结局优先”。

国际指南同步升级 2023 年《ESC 糖尿病患者心血管疾病管理指南》明确推荐 GLP-1 受体激动剂作为 ASCVD 合并 T2DM 患者的一线治疗方案；2024 年《ESC 慢性冠脉综合征管理指南》指出不论基线 HbA_{1c} 如何，是否合并使用降糖药物，均推荐具有心血管获益的 GLP-1 受体激动剂作为慢性冠脉综合征合并 T2DM 的一线治疗药物；2025 年美国 ADA 指南进一步强化以“改善心肾结局”为治疗

核心，推荐合并 ASCVD、心衰、慢性肾脏病（CKD）或肥胖的 T2DM 患者，无论基线血糖是否达标，均优先启用 GLP-1 受体激动剂或 SGLT2 抑制剂。

循证证据奠定治疗基石

GLP-1 受体激动剂地位的跃升建立在坚实的循证医学基础之上。多项大型研究证实，这类药物能为 T2DM 患者带来明确的心血管和肾脏保护作用。

2016 年，USTAIN6 研究证实，其可降低 T2DM 合并心血管疾病或高风险患者的主要不良心血管事件（MACE）风险达 26%；

研究的次要终点也探索了肾脏获益，证实司美格鲁肽可降低肾脏复合终点事件风险为 36%；提示了司美格鲁肽在糖尿病患者中的肾脏保护作用。

2024 年发布的 FLOW 研究，是首项针对 GLP-1 受体激动剂的肾结局研究，结果显示，司美格鲁肽可显著降低 T2DM 合并 CKD 人群主要肾脏复合事件风险达 24%，同时显著延缓 eGFR 下降速度、降低 MACE 风险达 18%、降低全因死亡风险达 20%，全面实现了代谢、心和肾的综合获益，为 GLP-1 受



吴连拼教授

体激动剂类药物在 T2DM 合并 CKD 患者同样具有肾脏获益提供了强有力的循证证据支持。

治疗范式的历史性转折

GLP-1 受体激动剂从“降糖辅助选项”跃升为“心肾保护一线基石”，标志着糖尿病及心血管代谢疾病管理正式迈入“心肾结局优先”的综合治理时代。

专栏由诺和诺德特别支持