

心血管病合并糖代谢异常患者心血管风险综合管理中国专家共识发布 基于心血管安全进行血糖管理

医师报讯（融媒体记者 黄晶）心血管病与糖代谢异常存在高度“共病”关系，增加了心血管风险。然而，这类患者的规范性心血管风险综合管理却严重不足，降糖药、降脂药、降压药和阿司匹林的使用率均很低。近日，《心血管病合并糖代谢异常患者心血管风险综合管理中国专家共识》发布，为合并糖代谢异常的心血管病患者提供了有针对性的临床实践指导意见。该共识由中华医学会心血管病学分会代谢病学组组织，首都医科大学附属北京安贞医院马长生教授及北京大学第三医院唐熠达教授领衔制定。



马长生 教授

唐熠达 教授

共识要点与亮点

- 结合最新国内外指南与共识，制定了针对我国心血管病合并糖代谢异常患者的10年动脉粥样硬化性心血管病（ASCVD）风险评估建议，对各种具体临床情况提出了个体化的危险分层建议。
- 强调生活方式干预是心血管综合风险管理的基础，建议所有心血管病合并糖代谢异常患者采用并长期坚持，包括均衡膳食、适量运动、体重管理、持续控烟。
- 制定了简洁实用的糖代谢异常筛查流程图，强调应对所有心血管病患者进行筛查。
- 制定了简洁实用的降糖药物心血管安全性及获益的临床证据一览表，包括传统与新型降糖药物。
- 强调基于心血管风险的血糖管理策略，建议心衰、ASCVD患者及其高危者的降糖方案应纳入钠-葡萄糖共转运蛋白-2抑制剂（SGLT-2i）或胰高血糖素样肽-1受体激动剂（GLP-1RA）。
- 强调心血管病合并糖代谢异常患者尤其要防治低血糖，重视患者宣教与自我血糖监测。
- 针对合并糖代谢的特殊性，分别提出了心血管病患者的血压、血脂、血栓管理相关推荐。

血脂管理

确诊后直接启动降脂药物治疗

确诊的ASCVD合并糖代谢异常患者，应不考虑低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）基线水平，直接启动降LDL-C药物治疗。其他心血管病合并糖代谢异常患者建议在进行10年ASCVD风险评估，高危和极高危者启动降LDL-C药物治疗（表1）。不建议心衰或主动脉瓣狭窄合并糖代谢异常的患者在无上述指征的情况下启动降脂治疗。

对于极/超高危患者，若基线LDL-C已在目标值以内，仍应启动药物治疗使LDL-C降幅至少达30%。

表1 心血管病合并糖代谢异常患者的血脂管理目标

ASCVD 危险	ASCVD 治疗靶点		胰腺炎治疗靶点
	首要靶点 LDL-C	次要靶点 非HDL-C	TG
超高危	<1.4 mmol/L, 且降幅≥50%	<2.2 mmol/L	基本目标
极高危	<1.8 mmol/L, 且降幅≥50%	<2.6 mmol/L	<5.65 mmol/L
高危	<2.6 mmol/L	<3.4 mmol/L	<5.65 mmol/L
中危	<3.4 mmol/L	<4.1 mmol/L	<5.65 mmol/L

血糖管理

生活方式+药物治疗 力求血糖达标

生活方式干预是治疗基石，建议通过医学营养治疗和运动管理等强化生活方式干预降低糖尿病风险，同时戒烟、低盐饮食、限酒、超重或肥胖者合理控制体重。

心血管病合并糖尿病前期 目前尚无药物获批用于糖尿病前期的治疗，如生活方式干预超过6个月血糖仍控制不佳（餐后2h血糖>7.8 mmol/L），或病情进展，可考虑使用药物。推荐使用二甲双胍剂量1500 mg/d，若需减重，剂量调整为2000~2550 mg/d。不能耐受，可使用噻唑烷二酮类药物。

心血管病合并糖尿病 对于合并糖尿病的心血管病患者，血糖控制达标以降低心血管风险尤为重要，需根据病史及心血管风险的防控重点有针对性的选用降糖药。

血压管理

七类心脏病 降压药选择需分门别类

血压管理目标，成人<130/80 mmHg；老年人根据血压耐受情况可适当放宽，≥65岁为<140/90 mmHg，≥80岁为<150/90 mmHg。

心血管病合并糖代谢异常患者 降压治疗优先选择血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）/血管紧张素II受体阻滞剂（ARB），而非β受体阻滞剂或利尿剂。

稳定性冠心病、缺血性卒中合并糖代谢异常患者 首选ACEI/ARB。

伴下肢缺血症状的外周动脉疾病合并糖代谢异常患者 降压治疗首选CCB或ACEI/ARB，仍不达标者可考虑联合β受体阻滞剂，但应慎用于坏死性下肢缺血患者。

射血分数降低的心衰患者合并糖代谢异常 降压治疗首选ACEI（不耐受者可使用ARB）与β受体阻滞剂，并将二者逐步增加至靶剂量或最大耐受剂量。

快速型房颤/房扑合并糖代谢异常患者 降压治疗可选ARB、非二氢吡啶类CCB（左心室射血分数≥50%时）或β受体阻滞剂。

主动脉瓣重度狭窄、梗阻性肥厚型心肌病合并糖代谢异常患者 降压治疗需谨慎，建议首选β受体阻滞剂或非二氢吡啶类CCB（左心室射血分数≥50%时）。

慢性胸主动脉瘤/夹层/血肿合并糖代谢异常患者 降压治疗应积极，首选ARB和β受体阻滞剂，避免ACEI。

抗栓治疗

抗栓同时防出血

建议小剂量阿司匹林（75~100 mg，qd）用于所有无禁忌证的ASCVD合并糖代谢异常的患者，氯吡格雷用于阿司匹林不耐受者的替代治疗。

左心房血栓或新出现的左心室血栓者建议口服抗凝药（OAC）。有OAC治疗适应证同时伴稳定性ASCVD或经皮冠状动脉介入治疗术后≥1年的患者，建议进行单一抗凝治疗，不建议联用抗血小板治疗或以抗血小板药替代抗凝药。

有OAC治疗适应证同时有DAPT指征时，建议尽量缩短三联疗程至1个月，高出血风险者可缩短至出院时或直接采用双联抗栓方案（OAC联合1种抗血小板药）。

肾功能不全者需根据估算的肾小球滤过率（eGFR）调整抗凝药，并密切监测出血倾向。

中国心血管代谢疾病防治研究发表 生活方式干预严重缺位

近日，中国慢性病前瞻性研究对近50万国人的研究显示，每个人从健康到罹患1种心血管代谢性疾病，再发展到数种，再到死亡等不同阶段中，吸烟、过量饮酒、不健康饮食、体力活动不足、不健康体重或腹部肥胖等5种不健康的生活方式都与之有很强的关联，具有长期和剂量反应效应。（Eur Heart J.8月1日在线版）

研究结果

研究显示，对于健康人，每多1种不健康生活方式，随访11.2年期间，发生心脏病、卒中或糖尿病的风险增加20%，从1种心血管代谢性疾病发展至≥2种的风险增加14%，从健康到死亡的风险增加21%。

与无不健康生活方式的居民相比，有4种不健康生活方式者首次发生任何1种或多种心血管代谢性疾病的风险分别增加64%和2.09倍。另外，身体活动不足基本上与所有疾病转变过程都相关；而吸烟与死亡、缺血性心脏病和脑卒中的关联更强。

研究进一步将首次心血管代谢性疾病分为缺血性心脏病、缺血性脑卒中、出血性脑卒中、2型糖尿病后，如首次心血管代谢性疾病不同，即便在相同的进展阶段，不健康生活方式从中发挥的作用也不相同。每增加1种不健康生活方式，从缺血性心脏病、缺血性脑卒中、出血性脑卒中、2型糖尿病发展至死亡的风险分别增加14%、16%、11%、19%。

研究中不良生活方式包括吸烟、过量饮酒（饮酒≥30 g/d纯酒精）、饮食习惯不健康（非每日摄入蔬菜、水果、蛋类，以及每日摄入红肉或红肉频率不足每周1次）、体力活动不足、以及不健康的体重或腹部肥胖（体质指数<18.5 kg/m²或≥28.0 kg/m²，或男性腰围≥90 cm、女性腰围≥85 cm）。

该研究对中国慢性病前瞻性研究中30~79岁入组时无慢病的461 047人中位随访11.2年的资料进行了分析。

同期述评

赵冬：不健康生活方式正在夺走生命

研究中90%的男性和63%的女性至少有两种不健康的生活方式。在研究期间，无论是健康人，还是有糖尿病或心血管病的患者中，都普遍存在不健康生活方式。从健康人到心血管代谢性疾病，到共病的每个阶段，不健康生活方式依然较为流行，几无改观。

首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授在同期述评中指出，该发现反映了在这一庞大人群中，生活方式干预在一级和二级预防中的缺失或失败，也提示了生活方式干预在糖尿病和心血管病的防控过程中的困境。

尽管中国的所有相关指南都建议强调预防，在疾病的每个阶段都应改变生活方式，但对于心血管病和糖尿病很大程度上仍依赖于糖尿病、高血压、血脂异常或心血管病的药物治疗。但是当前更多的研究资源，尤其是随机试验，却致力于药物或器械治疗而非生活方式干预，这使得生活方式相关循证医学证据苍白。

赵冬指出，在一级和二级预防中得到良好治疗的人群中，心血管病仍有一定的复发风险，可能由于不健康生活方式影响。赵冬呼吁，人们应保持健康的生活方式，远离肥胖、糖尿病、高血压和血脂异常。否则，许多人将因为不健康的生活方式，而失去健康，甚至生命。

编译/文韬 朱朱