

防治高血脂症的最新指南

对于高血脂症的治疗千万不要片面相信网络的误导性报道，道听途说，偏听偏信，误人误己。最好的依据只有本地卫生部发布的指南。



近年来，网络上充斥着许多关于胆固醇和其主要治疗药物——他汀类（Statins）药物的“假新闻”。其中，不乏所谓的“医学权威”否定胆固醇会导致心血管疾病，从而鼓吹摒弃服用他汀类药物，夸大他汀的副作用，甚至凭空捏造会导致肾衰、失智症等。

事实上，这些“假信息”不知何故都来自美国。可能是一些不良商家刻意误导广大人群借机售卖其“自然保健药”。

服用无效的药物不仅浪费钱财，而且耽误病情，真是令人忧心忡忡。当今时代，信息如此发达，良莠不齐，真假难辨。那么，如何拨开迷雾，见识真相呢？个人认为关于高血脂症的治疗就应该参考欧美等真正权威心脏病学学会发布的血脂异常防治指南，与此同时，还可以依据我国卫生部2016年提供的高血脂症治疗指南。

下面我摘录新加坡指南中的一些要点向大家解释并分享。

一、心血管风险评估

同样的血脂指数在不同人群具有不同的风险意义。高“坏胆固醇”水平，即低密度脂蛋白胆固醇（LDL）在高龄合并多种心血管危险因素（如糖尿病等）和年轻、女性等低危患者的危害



(iStock图片)

程度是有所不同的。前者患心血管疾病风险高需要积极干预，而后者只需要在生活方式上稍作调整。最新指南强调心血管疾病风险评估和危险分层。

1. 极高危风险群：包括临床或影像学证据明确证实有冠状动脉或脑血管粥样硬化、主动脉瘤、外周动脉疾病。欧洲指南中甚至包括既往接受冠状动脉介入治疗（Percutaneous Coronary Intervention）或隧道手术（CABG）者、糖尿病患者合并肾衰迹象，如蛋白尿（Proteinuria）和家族性血脂异常。

2. 高危风险群：包括中至重度慢性肾脏疾病患者（即肾小球滤过率，Glomerular Filtration Rate 低于60ml/min/1.73m²）、糖尿病患者但无临床心血管疾病迹象。

3. 中危风险群：个人10年心血管疾病致死率10%至20%。

4. 低危风险群：个人10年心血管疾病致死率低于10%。风险评估采用了新加坡卫生部推荐的评估系统，参考因素包括年龄、总胆固醇水平、吸烟、高密度（好）胆固醇水平、收缩血压和种族、性别。利用这些相互作用的因素计算未来罹患心血管病的风险。医生依据患者危险分层情况，在临床实践中采取相应的医疗措施预防和治疗心血管疾病，做到“有的放矢”。

二、“坏”胆固醇（LDL-C）是核心靶标

所有权威指南（包括新加坡）均把LDL-C作为治疗的核心靶标。这是血脂治疗领域里最无争议的话题。近半个世纪以

来，大量证据全面系统地证实了LDL-C与心血管疾病的发生和心脏病发作息息相关，呈明显的正相关关系。无论个人是否患有心血管疾病，只要降低血浆LDL-C水平即可减少心血管疾病的发生概率。

本地最新指南提倡“低一点，好一点”的理念，推荐更严格的LDL-C目标值。依据风险评估，危险分层，治疗个体化，患者易于接受并且能长期坚持。

我国指南建议从极高危风险到低危风险四组人群的LDL-C目标值依次为2.1mmol/L（80mg/dL）、2.6mmol/L（100mg/dL）、3.4mmol/L（130mg/dL）、4.1mmol/L（160mg/dL）。欧洲指南更把LDL-C在极高危者设定低于1.8mmol/L（70mg/dL）；而如果治

疗前LDL-C基线水平在1.8-3.5mmol/L（70-135mg/dL）之间，则要求再降低至少50%。

美国指南则不考虑病人的基线水平，在极高危人群中建议使用大剂量他汀类药物（即每天Atorvastatin 40-80mg或Rosuvastatin 10-20mg），而中低危人群则用中剂量他汀类药物（如每天Simvastatin 20-40mg）。

关于高三酸甘油（triglyceride，简称TG）血症的治疗，高危患者如果接受他汀类药物，TG依然高于2.3mmol/L（200mg/dL）或者“好”HDL-C低于1.3mmol/L（50mg/dL，男性）、1.0mmol/L（40mg/dL，女性）可以考虑联合应用非诺贝特（fenofibrate）治疗。如果TG高于4.5mmol/L（400mg/dL），甚至高于10mmol/L（880mg/dL），则属于紧急情况，需要马上用非诺贝特和鱼油Omega-3脂肪酸（每天2-4克）作为联合治疗，以预防急性胰腺炎的发生。在治疗过程中必须限制饮食中的热量和脂肪含量（不超过总热量摄入的10-15%）同时限制酒精摄入。

三、药物选择

与全球各权威指南一样，新加坡指南再次坚持与肯定他汀类药物在血脂异常人群管理中的首选地位。

众多大型临床研究已证实他汀用于一级预防和二级预防均能显著减少心血管事件且不论年龄与性别。新的指南对于药物临床应用的建议简洁清晰。首先，评估风险并分层，然后，确定LDL-C目标值与与极危水平的百分比，最后选择合适的他汀类药物。他汀类药物降脂强度不同，Atorvastatin 10mg等于Rosuvastatin 5mg、Simvastatin 20mg、Lovastatin 40mg。假如大剂量他汀无法达到目标值，可以联合应用依折麦布（Ezetimibe）。临床试验显示联合治疗可使LDL-C水平再降低15-20%，不良反应罕见，安全性高。

四、他汀类药物的不良反应

所有药物对人体都可能产生不良反应和副作用。他汀类药物也不例外，然而并不常见，一般耐受性良好。最常见的不良反应是肌肉损伤，发生率约5%，会有肌肉疼痛，表现为双侧肢体痛，主要体现在大肌肉，如肩膀、大腿、小腿。

高危患者出现肌肉痛必须明确诊断后可以停用他汀，避免患者失去他汀类药物治疗的益处。必要时可以暂时停用他汀，观察症状是否消失，而重新使用他汀症状复发才可以确定诊断。

医生也可以测试肌酸激酶水平，诊断是否有肌炎发生。市场上流传的应用辅酶Q10治疗他汀引起的肌痛是没有科学依据的。最新资料显示，他汀类药物并不会造成肝病、肾衰、老年痴呆症。但是有研究显示，对于糖尿病高危人群（如超重）和老年人，他汀类药物可能导致血糖异常和发展成糖尿病，其绝对风险率只有0.2%。总之，在极高危患者，与他汀类强大的预防获益相比，这点损失不值一提。

当然健康的生活方式和饮食习惯是预防心血管病和降低胆固醇的基础。减少膳食中胆固醇与饱和脂肪酸（<10%总热量）及反式脂肪（<1%），如动物油、加工肉类、奶油等。增加纤维、大豆蛋白制品；减重、增加运动都是大家耳熟能详的健康“硬道理”。

指南的编者都是业界权威人士，临床经验丰富，智慧超群。他们参考大型临床试验数据，权衡利弊，反复讨论，做出的结论通过指南形式发布并且随着研究的进展不断更新。可以说指南是当今最具权威性的、对医生具有指导意义的科学文献。这里，正式地奉劝读者，对于高血脂症的治疗千万不要片面相信网络的误导性报道，道听途说，偏听偏信，误人误己。最好的依据只有本地卫生部发布的指南。（陈淮沁教授新书《临床心得——心脏防治新知二集》可在国立大学心脏中心药房购得。）