
降脂治疗热点新存

NCEP ATP III简介

NECP ATP指南进展示意图

依据ATP I 与ATP II，注重多重危险因素患者的一级预防；
针对特定人群制订了更强 **降LDL-C**的治疗

ATP III
2001



在ATP I 的基础上对已确诊CHD的患者进行LDL-C的强化治疗，同时制订了新的、更低的**LDL-C**目标：**LDL-C \leq 100mg/dl**

ATP II
1993



针对**LDL-C**增高 (≥ 160 mg/dl) 或临界性高**LDL-C**(130-159 mg/dl)，并伴多个危险因素的人群CHD制订的一级预防策略

ATP I
1988

一、注重多重危险因素

- 糖尿病是**CHD**的等危症。
- 应用Framingham预测则推断10年**CHD**绝对危险, 检出具有多种危险因素的患者以便加强治疗
- 确定具有多种代谢性危险因素(代谢综合征)的患者, 加强治疗性生活方式改变(**TLC**)

二、脂质和脂蛋白分类

- 确定**LDL-C** < 100mg/dl 为合适水平
- 将低**HDL-C**的标准提升至 < 40mg/dl
(原值为 **HDL-C** < 35mg/dl)
- 降低了**TG**的临界值 (< 150mg/dl) 以便能更多地注意其中度升高

三、实施的支持

- 建议初次化验时进行全面的脂蛋白分析(TC、LDL-C、HDL-C和TG)，而不是仅测TC和HDL-C，
- 鼓励应用植物甾醇和黏性(可溶)纤维作为饮食治疗以加强**LDL-C**的降低
- 提出坚持改变生活方式和药物治疗的方案
- 对于TG \geq 200mg/dl的患者，除了降低LDL外，建议降低TG治疗

主要的、独立的危险因素：

- 吸烟
- 高血压（血压 $\geq 140/90$ mmHg 或服用抗高血压药物治疗）
- HDL胆固醇降低（ < 40 mg/dl）*
- 早发CHD家族史（男性直系亲属 < 55 岁 女性直系亲属 < 65 岁）
- 年龄（男性 ≥ 45 岁；女性 ≥ 55 岁）

* HDL胆固醇 ≥ 60 mg/dl为负性危险因素

生活习惯性危险因素

肥胖 (BMI \geq 30)

体力不活动

动脉粥样硬化性饮食

新出现的危险因素

Lp (a)

同型半胱氨酸

促血栓形成因子

促炎因子

空腹血糖异常

亚临床型动脉粥样硬化

CHD等危症

发生主要冠脉事件的危险性与已患冠心病者等同，
10年内患“硬性”（hard）CHD >20%。
（Hard CHD =心肌梗死+ 冠脉死亡）

动脉粥样硬化的其他临床表现形式

（周围动脉疾病、腹主动脉瘤和症状性颈动脉病）

糖尿病

存在多项危险因素，估计10年内患冠心病的危险性 >
20%

血脂异常的治疗

首要目标：LDL-C达标

治疗性生活方式改变 (TLC)

减少饱和脂肪酸 (<总热量的7%)

和胆固醇 (<200mg/d) 的摄入

选择能加强降**LDL-C**的食物如:

植物甾醇 (2g/d) 和粘性纤维 (10-25g/d)

减轻体重

增强体力活动

药物治疗

	他汀类药物	贝特类药物	胆酸螯合剂	烟酸
药物及每日剂量	洛伐他汀20-80mg 普伐他汀20-40mg 辛伐他汀20-80mg 氟伐他汀20-80mg 阿托伐他汀10-80mg	吉非罗齐 600mg bid 非诺贝特 200mg 氯贝丁酯 1000mg bid	考来烯胺4-16g 考来替泊5-20g Colesevelam 2.6-3.8g	短效烟酸 1.5-3g 中效烟酸 1-2g 长效烟酸 1-2g

药物治疗 (续)

	他汀类药物	贝特类药物	胆酸螯合剂	烟 酸
脂质/脂蛋白作用	LDL-C ↓ 18-55% HDL-C ↑ 5-15% TG ↓ 7-30%	LDL-C ↓ 5-20% (高TG患者可能会升高) HDL-C ↑ 10-20% TG ↓ 20-50%	LDL-C ↓ 15-30% HDL-C ↑ 3-5% TG 无变化或升高	LDL-C ↓ 5-25% HDL-C ↑ 15-35% TG ↓ 20-50%
副作用	肌病 肝酶升高	消化不良 胆结石 肌病 在WHO研究中不能解释的非CHD死亡	胃肠功能紊乱 便秘 减少其他药物的吸收	面色潮红 高血糖 高尿酸症 上消化道功能紊乱 肝毒性

一级预防

	危险性分层	LDL-C目标值	开始TLC治疗 LDL-C水平	开始药物治疗 LDL-C水平
一级预防 20岁以上成年人每5年1次血脂检查	0-1种危险因素	<160mg/dl (4.1mmol/L)	≥160mg/dl (4.1mmol/L)	≥190mg/dl (160-189: 考虑用药)
	2种以上危险因素 (10年CHD危险性 ≤20%)	< 130mg/dl (3.4mmol/L)	≥130mg/dl (3.4mmol/L)	≥130mg/dl 10年危险性10-20%
				≥160mg/dl 10年危险性 <10%

二级预防

	危险性分层	LDL-C目标值	开始TLC治疗 LDL-C水平	开始药物治疗 LDL-C水平
二级预防 因冠脉事件入院的病人在24小时内做血脂检查	CHD或CHD等危症 (10年CHD危险性> 20%)	< 100mg/dl (2.6mmol/L)	≥100mg/dl (2.6mmol/L)	≥130mg/dl (100-129: 考虑用药)

LDL胆固醇极度升高： ($\geq 190\text{mg/dl}$)

措施：

他汀类(高剂量)

联合用药 (他汀类+胆酸螯合剂)

联合用药 (他汀类+胆酸螯合剂+烟酸)

临界和中度升高的TG

(150 – 499mg/dl)

治疗的首要目标：LDL-C

非HDL-C：治疗的次级目标

- 在治疗非HDL-C前LDL-C须达标
- 对升高的非HDL-C的治疗步骤：
 - 加强治疗性生活方式改变(TLC)
 - 强化降LDL-C药物治疗
 - 烟酸和贝特类药物治疗降低VLDL-C

非HDL-C = TC - HDL-C = LDL-C + VLDL-C

非HDL-C目标值 = LDL-C目标值+30mg/dl

高甘油三酯血症： TG极度升高（ $\geq 500\text{mg/dl}$ ）

预防急性胰腺炎的发生

措施： 首要目标：降低TG

低HDL-C (< 40mg/dL)

措施:

- **首要目标: LDL-C达标**
- **LDL-C达标后, 强调减轻体重, 增加体力活动**
(存在代谢综合征)
- **伴高甘油三酯血症(200-499mg/dl)时**
次要目标: 非HDL-C达标
- **TG<200mg/dl(单纯HDL-C低下), 考虑升高**
HDL-C的药物(如烟酸和贝特类)

糖尿病血脂异常

脂质类型：致动脉粥样硬化型血脂异常
(TG升高, HDL低下, 小而密的LDL颗粒增加)

首要目标：LDL-C < 100 mg/dL

LDL-C基础水平 ≥ 130 mg/dL

大部分病人需要同时TLC和降LDL药物治疗

LDL-C基础水平 100 - 129 mg/dL

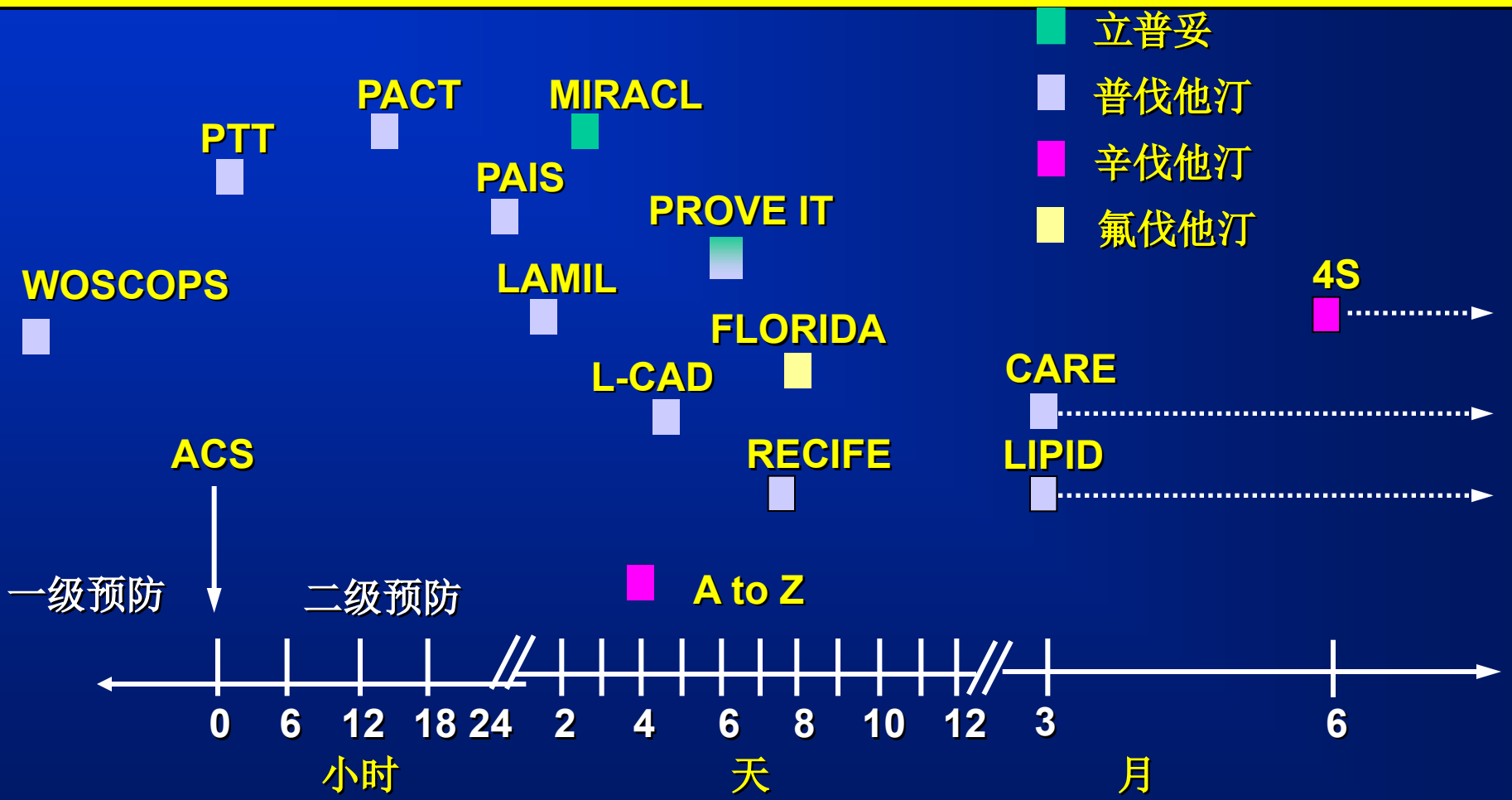
- 可考虑药物治疗

TG基础水平： ≥ 200 mg/dL

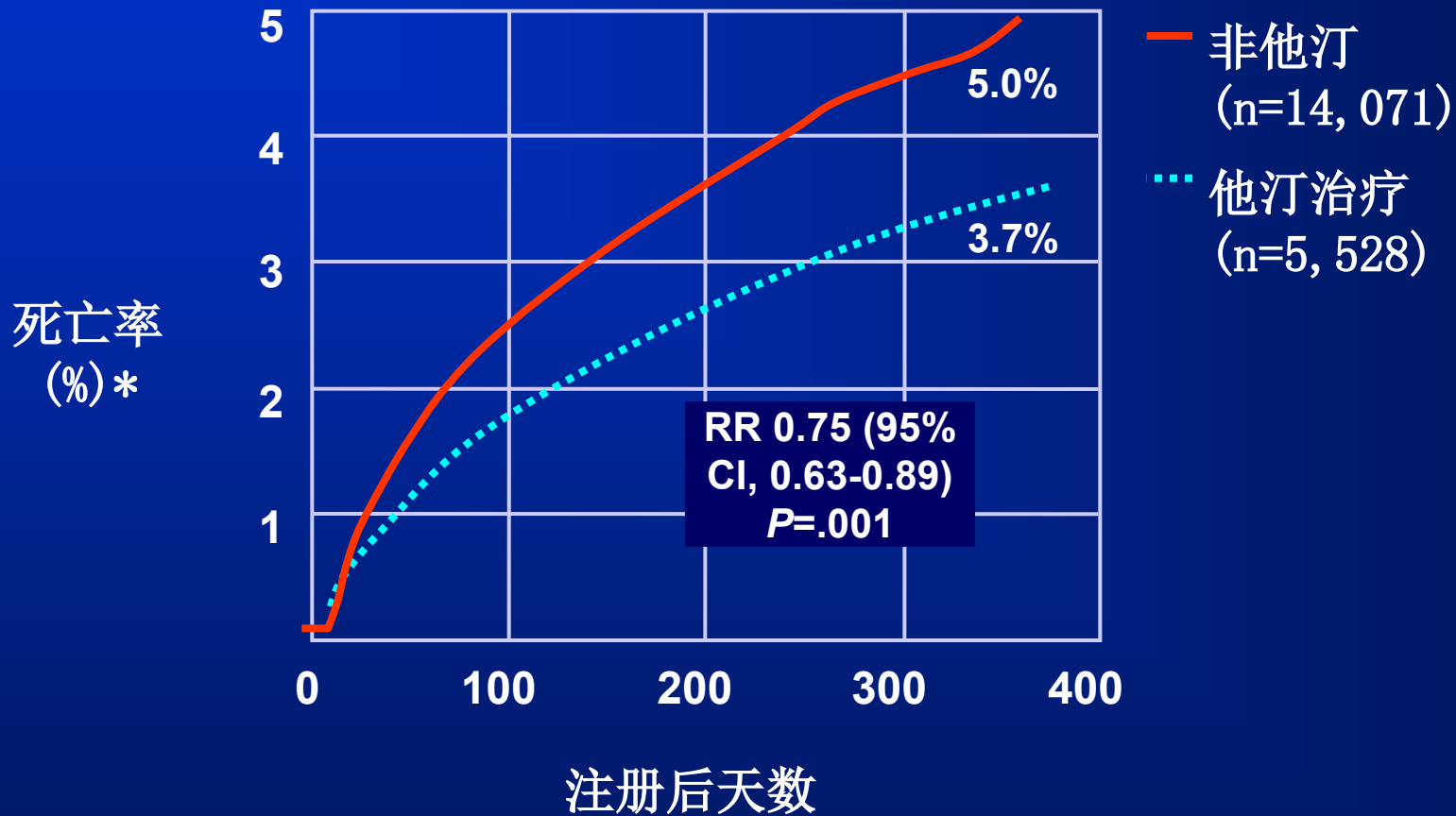
- 次要目标是非HDL-C达标

急性冠脉综合征的 降脂治疗

ACS后应用他汀类的证据



瑞典注册研究：早期应用他汀类药物改善AMI后生存率



*Adjusted for 43 covariates

Adapted from Stenestrand U, Wallentin L. *JAMA*. 2001;285:430-436.

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/545313124212011130>