



心血管疾病的患病率随年龄增长显著升高。在心血管疾病中高脂血症是重要危险因素,积极控制血脂异常可显著降低心血管病患病率和死亡率早已成为临床共识。

老年人的代谢会发生许多变化,同时也合并更多的疾病,如糖尿病、慢性肾脏病等。因此,老年人的血脂异常管理存在一定的特殊性。高龄(≥ 75 岁)老年人群的血脂异常管理证据相对不足,也缺乏相应的指南或共识。为此,有关老年医学血脂领域的专家,整合现有临床循证证据,深入研讨、撰写并发布了《 ≥ 75 岁老年患者血脂异常管理的专家共识》。现就该共识的要点介绍如下:

高龄老人代谢变化的特点

随年龄的增长,老年人从脂肪中摄取的热量逐渐下降,同时降解低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C,即“坏”胆固醇)的受体数也减少,因此引发高甘油三酯(TG)血症和高胆固醇血症。

整体而言,我国高龄老年人中血脂代谢异常与能量摄入增加的相关性较小,更多与能量消耗的减少相关。此外,高龄患者多存共病状态,包括糖尿病、慢性肾脏病、甲状腺功能减低等多种疾病,均可导致血脂代谢异常的发生。

高龄老人调脂治疗的目标值

流行病学研究证实,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)增高是导致动脉粥样硬化疾病致病的最关键因素。大量研究已经得出结论,LDL-C是调脂治疗的最重要靶点,且针对LDL-C长期持续和有效治疗较短期间断治疗获益更多。高龄老年患者血脂异常危险评估及调脂治疗的目标值如下:

极高危人群 患有下列任何一种疾病者:①临床或

高龄老人血脂异常管理 专家共识

● 宜华

影像学明确诊断的动脉粥样硬化性心血管疾病;②糖尿病合并脏器损伤,或至少有以下危险因素中的3个,包括年龄(男性 ≥ 45 岁、女性 ≥ 55 岁),吸烟,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) < 1.04 毫摩/升,体质指数 ≥ 28 ,早发缺血性心脑血管病家属史(男性 < 55 岁、女性 < 65 岁);③严重肾脏疾病(肾小球滤过率 < 30 毫升/分);④10年致命性心血管疾病风险冠脉危险的SCORE评分 $\geq 10\%$;⑤单一危险因素明显升高,特别是甘油三酯 > 8 毫摩/升,LDL-C > 4.9 毫摩/升或血压 $\geq 180/110$ 毫米汞柱。

这类人群的调脂治疗的目标值为:LDL-C < 1.8 毫摩/升,非高密度脂蛋白胆固醇(non-HDL-C) < 2.6 毫摩/升。

非极高危人群 包括①患糖尿病无脏器损害,持续时间 ≥ 10 年或合并其他危险因素的糖尿病患者;②肾脏疾病(肾小球滤过率 $30\sim 59$ 毫升/分);③10年致命性心血管疾病风险冠脉危险的SCORE评分 $< 10\%$ 。

这类人群的调脂治疗的目标值为:LDL-C < 2.6 毫摩/升,non-HDL-C < 3.4 毫摩/升。

高龄老年血脂异常的非药物治疗

相较年轻人而言,在老年人群中,减重、运动对调脂治疗的效果非常有限。有研究报道,其对心血管事件的影响可能来源于控制其他危险因素,如减重可提高细胞

对胰岛素的敏感性,利于血压控制,进而对脂质代谢产生影响。

在膳食方面,老年人群在保证营养的基础上,尽量减少饱和脂肪酸和反式脂肪酸的摄入,多摄入不饱和脂肪酸。进食应以水果、非淀粉类蔬菜、坚果、豆类、鱼、植物油、酸奶和全谷物为主,减少摄入红色和加工肉类、精加工的碳水化合物和高盐食物。

对于高龄老年患者,应在保证热量摄入的基础上,以摄入不饱和脂肪酸为主,不推荐积极的运动减重作为常规治疗。

高龄老年血脂异常的药物治

高龄老年调脂治疗的一线药物包括他汀类、依折麦布和前蛋白转化酶枯草溶菌素9(PCSK9)抑制剂。

他汀类药物 高龄老年患者中,不推荐常规应用他汀类药物进行一级预防治疗;如75岁以前具有一级预防的指征并已使用他汀类药物,在年龄 ≥ 75 岁后视共病、营养状态和不良反应等情况继续或减量使用他汀类药物。

高龄老年患者中,应将他汀类药物作为二级预防的首选药物,老年患者应从小剂量开始,根据患者的危险分层确定调脂目标,逐渐合理调整剂量。

高龄老年患者中,首次应用他汀类药物治,应定期复查转氨酶及肌酸激酶水平。

高龄老年患者在调脂治疗达标的基础上,可首选亲水性他汀类药物(如普伐他汀、瑞舒伐他汀等),以减少对肝脏和肌肉可能的影响。洛伐他汀、辛伐他汀、氟伐他汀、阿托伐他汀和匹伐他汀均具有脂溶性,可通过被动弥散进入肝细胞及非肝细胞;普伐他汀和瑞舒伐他汀具有水溶性,在有机阴离子转运多肽协助下进入肝细胞,少量进入非肝细胞。

高龄老年患者首次应用他汀类药物,用药前和用药后6周检测并于其后定期监测肝功能及肌酶水平,如出现明显乏力、肌痛表现应及时检测,根据肝酶及肌酶升高情况酌情减量。如应用他汀治疗过程中,转氨酶升高超过正常上限3倍或肌酸激酶超过正常上限10倍,应及时停药。

他汀类药物有导致新发糖尿病的风险。老年患者长期服用他汀类药物,与新发糖尿病具有相关性,这种相关性具有剂量依赖性。高龄和强化他汀治疗是新发糖尿病的危险因素。权威研究发现,他汀类药物可降低胰岛素

敏感性,从而引起2型糖尿病发病增加。代谢综合征、随机血糖受损、体质指数大于30、糖化血红蛋白大于6%均可能导致新发糖尿病发生率增加。无论如何,即使血糖升高的风险增加,在动脉粥样硬化性疾病患者中应用他汀类药物治疗的获益仍远高于新发糖尿病的风险。出现此情况后,可根据血糖升高的程度给予相关治疗。

选择性胆固醇吸收抑制剂 高龄老年患者中,暂不推荐应用选择性胆固醇吸收抑制剂依折麦布作为一级预防治疗。

高龄老年患者中,若单独应用他汀类药物不能达标或存在严重不良反应风险者,推荐应用依折麦布作为联合用药进行治疗,根据患者危险分层确定调脂目标值。

PCSK9抑制剂 高龄老年心血管疾病患者的治疗过程中,PCSK9抑制剂可考虑作为他汀类药物或联用他汀和依折麦布仍不达标患者的联合用药选择;根据患者危险分层确定调脂目标值。接受PCSK9抑制剂治疗时,应定期复查转氨酶及肌酸激酶水平。

合并糖尿病、肾病等的治

合并糖尿病 在高龄老年人群中,确诊心血管疾病合并2型糖尿病的患者,建议将调脂目标定为 $LDL-C < 1.8$ 毫摩/升。此类患者可首选中等强度的他汀药物治疗,若治疗未达标,可谨慎考虑加用依折麦布或PCSK9抑制剂作为联合用药。

合并肾脏疾病 高龄老年人群中,存在严重慢性肾病(肾小球滤过率 < 30 毫升/分)患者的调脂治疗,可将非高密度脂蛋白胆固醇(non-HDL-C)作为调脂治疗的靶点,以 $non-HDL-C < 2.6$ 毫摩/升作为治疗目标。

衰弱综合征 高龄老年人群中,如确诊为衰弱综合征,调脂治疗的靶目标值应适当放宽,所有患者无论极高危、非极高危分层均以中低危分层设定的调脂目标值为准,同时避免出现低胆固醇血症(总胆固醇 < 3.9 毫摩/升)。如出现严重的低胆固醇血症(总胆固醇 < 1.6 毫摩/升),应停用所有降脂药物。

(编辑/王东胜)

