

ACS 合并混合型高脂血症患者调脂治疗1例报道

孟丽红¹⁾, 张松²⁾

(1) 玉溪市人民医院康复医学科; 2) 临床药学部, 云南 玉溪 653100)

[关键词] 混合型高脂血症; ACS; 报道

[中图分类号] R541.3 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 03-0156-02

急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 是以冠状动脉粥样硬化斑块破裂或糜烂, 继发完全或不完全闭塞性血栓形成成为病理基础的一组临床综合症, 包括不稳定性心绞痛、ST 段抬高或非 ST 段抬高的急性心肌梗死及猝死。随着经济发展, 饮食结构、生活习惯的改变, 急性冠脉综合症的发病率日趋上升, 而血脂代谢异常又是冠状动脉粥样硬化的重要危险因素, 在临床中急性冠脉综合征急性冠脉综合征并混合型高脂血症患者日益增多, 现将以 1 例患者的治疗报道如下。

1 临床资料

患者 (ID: 11652646), 54 岁, 身高 178 cm, 体重 65 kg, BMI 20.52 kg/m², 于 2013 年 4 月 17 日入院, 4 月 21 日出院, 共住院 5 d。患者主因“胸痛 13 h”入院。患者于 2013 年 4 月 16 日晚 21 时左右突发胸痛, 位于心前区, 呈压榨样, 范围手掌大小, 伴心慌、肩背部放射痛, 疼痛持续无缓解并进行性加重, 无大汗淋漓、恶心、呕吐、气促、黑朦、晕厥等, 就诊于外院, 考虑“急性心肌梗死”可能, 为求进一步诊疗来院。入院查体: 血压 137/88 mmHg, 心率 88 次/min, 余查体均未见异常。入科心电图: 窦性心律; 不完全性右束支传导阻滞; II、III、AVF T 波低平, V4~V6 T 波倒置。既往否认高血压、糖尿病等疾病; 吸烟 20 余年, 平均 30 支/d, 慢性咳嗽、咳痰多年; 嗜酒 20 a, 平均 200 mL/d; 家族史无特殊。入院后经行心脏彩超、颈部超声、动态心电图、动态血压、血常规、血生化、冠脉造影术等检查, 诊断为: (1) 急性冠脉综合征不稳定型心绞痛; (2) 慢性支气管炎; (3) 高脂血症。患者经冠心病二级预防用药、强化调脂, 优化心肌能量代谢,

改善循环等对症支持治疗后, 胸痛症状缓解, 生命体征平稳, 予以出院。

2 讨论

冠心病的主要病理基础是冠状动脉粥样硬化, 动脉粥样硬化是一种由诸多因素所致的慢性疾病, 而脂质代谢异常是动脉粥样硬化最重要的危险因素。血清总胆固醇 (TC) 或低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 升高是冠心病的独立危险因素之一; 同时, 越来越多的研究也表明, 高甘油三酯 (TG) 同样也是心血管事件的独立危险因素, 升高的甘油三酯能够明显的促进动脉粥样硬化, 使心血管风险增加。29 项西方 TG 与冠心病风险前瞻性研究荟萃分析表明: 高 TG 增加 72% 的冠心病风险^[1]; 亚太 Cohort 研究结果提示: 高 TG 对亚洲人群的影响尤其严重, 高 TG 在亚洲人群冠心病风险升高 80%^[2]。因此对于脂质代谢异常的调脂治疗对预防和阻止动脉粥样硬化病变的发生发展有重要的意义。

本例患者入院后急查血脂, 结果提示: TG (16.58 mmol/L ↑); TC (8.21 mmol/L ↑); HDL-C (2.20 mmol/L ↑), LDL-C (2.12 mmol/L), 血脂异常类型为 TG 升高为主的混合型高脂血症。患者有: (1) 冠心病等危症; (2) 年龄 (男 ≥ 45 岁)、吸烟两项危险因素; (3) TC ≥ 6.22 mmol/L; 血脂危险分层为极高危组。根据《2007 中国成人血脂异常防治指南》, 对心血管病的高危患者, 应采取更积极的降脂治疗策略, 治疗目标为 TC < 3.11 mmol/L、TG < 1.7 mmol/L、LDL-C < 2.07 mmol/L。《ESC/EAS 2011》指出: 对于混合型的血脂异常, 除了考虑使用他汀类药物降低 TC、LDL-C, 还要考虑降低 TG, 升高 HDL-C; 该患者

[作者简介] 孟丽红 (1976~), 女, 云南玉溪市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事神经内科临床工作。

TG水平较高,为重度高TG血症($TG \geq 5.65$ mmol/L),根据防治指南:对于重度高TG血症,为防止急性胰腺炎的发生,首先应积极降低TG^[3];《2011年中国高TG共识》建议:对于心血管疾病患者及其高危人群, $TG \geq 2.3$ mmol/L,应启动药物治疗,基于现有疗效及安全性证据,需要联合应用他汀与贝特类药物时应首选非诺贝特。本例患者入院后给予他汀类(阿托伐他汀钙片)+贝特类(非诺贝特片)联合强化调脂治疗方案是符合指南要求的。

大量循证证据证明:他汀治疗在降低高危患者的主要冠状动脉事件发生率方面所起的作用十分肯定,他汀类药物随剂量增大,降脂作用增大,但另一方面不良反应也会增多,因此,确定并首选最佳剂量他汀调脂治疗是高脂血症患者调脂治疗的关键,目前他汀类药物初始剂量的推荐是2011年ESC/EAS指南与我国现行指南存在的最大差异。《2011 ESC/EAS 脂质异常管理指南》支持并推荐ACS患者入院后1~4 d内启动大剂量他汀治疗,PROVE IT^[4]和MIRACL两研究证实,使用阿托伐他汀80 mg/d治疗剂量达标率高,安全性好,可显著降低ACS患者的死亡和缺血事件,患者获益最大。而我国《提高临床血脂控制达标率的专家建议》^[5]指出:他汀类选用应根据给药前患者的TC、LDL-C水平和该患者治疗目标值间的差距,选用恰当的他汀种类和剂量;如所需剂量较大,可先用不大剂量,以后调整。与欧美指南提倡首选最大剂量有所不同,阿托伐他汀欧美以80 mg/d为最大剂量,我国说明书中规定最大剂量为40 mg/d,日常以20 mg/日维持,可能原因为亚洲患者对该药更敏感^[6]。此外,该患者同时应用阿托伐他汀和非诺贝特联合调脂治疗,根据《甘油三酯增高的血脂异常防治中国专家共识》^[9],联合应用贝特类与他汀类药物时,二者的剂量均不宜过高,以避免可能的不良反应。邹阳春等认为:于混合型高脂血症,为了达到更为理想的降脂效果,联合用药非常重要,以低剂量的他汀类和贝特类联用是比较安全的。本例患者自入院至出院一直给予阿托伐他汀钙20 mg的日剂量,根据以上分析,患者入院后给予40 mg的日剂量获益更大;待复查血脂各项指标达标后,再给予20 mg的常规剂量予以维持为佳。

一直以来,TC和LDL-C升高被认为是冠心病独立危险因素之一,特别是显著增高的LDL-C是动脉粥样硬化发生是冠心病发病和死亡的重要危险

因素;近年来,有大量研究表明:高TG血症与冠心病和脑卒中独立相关^[7],有研究显示,TG每升1 mmol/L,男性和女性冠心病事件风险分别升高12%和37%,因此,对于混合型高脂血症,在关注他汀降胆固醇治疗的同时,也应充分重视对高TG血症的干预。尤其是以TG升高为主的混合型高脂血症,应采取更积极、更具体的调脂治疗措施以推动高TG血症的规范化管理。基于现有疗效及安全性证据,并综合以上分析提示:混合型高脂血症患者应用贝特类和他汀类药物联合治疗可显著降低心血管事件风险,联用方案首选阿托伐他汀钙+非诺贝特,采用此方案时,二者的剂量均不宜过高,应根据给药前患者的TC、LDL-C、TG水平和治疗目标值间的差距,选用恰当的剂量,为避免可能的不良反应,阿托伐他汀剂量强化剂量不宜超过40 mg/d;此外,由于调脂治疗是长期的过程,宜采取早晨服用贝特类药物,晚上服用他汀类药物,避开两种药物的血药浓度峰值,促进和保证此两药的安全应用。

[参考文献]

- [1] NADEEMSARWAR,MPHIL,JOHNPHIL,etal Triglycerides and the risk of coronary heart disease [J]. *Epidemiology Circulation*,2007,115(4):450-458.
- [2] APATEL,FBARZI K,JAMROZIK,et al erum Triglycerides as a risk factor for cardiovascular diseases in the asia - pacific region,journal of american heart association [J]. *Circulation*,2004,110(17):2 678-2 686.
- [3] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[J].*中华心血管病杂志*,2007,35(5):390-410.
- [4] 中华医学会心血管病学分会循证医学评论专家组,中国老年学学会心脑血管病专业委员会.甘油三酯增高的血脂异常防治中国专家共识[J]. *中华心血管病杂志*,2011,39(9):1-4.
- [5] 中国临床血脂控制达标行动专家组.提高临床血脂控制达标率的专家建议[J].*中华心血管病杂志*,2010,38(4):294-298.
- [6] 邹阳春,杨新春.急性冠脉综合征基础与临床[M].北京:人民军医出版社,2003:321-322.
- [7] GITT A K,DREXEL J,FERRIERES J,et al.High prevalence of dyslipidemia in 18574 patients treated with statins in Europe and Canasda:Results of the dyslipidemia international study [J]. *Eur Heart J*,2009,30(suppl 1):303.

(2013-12-10 收稿)