

基层适宜技术

血脂异常的分类及临床诊断

血脂异常作为动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)的主要危险因素,是我国居民心血管健康的“隐形杀手”。《中国血脂管理指南(2023年)》数据显示,我国≥18岁人群血脂异常患病率已达40.4%,但知晓率、治疗率和控制率仍然处于较低水平。作为全科医师,掌握其规范诊疗与预防策略,对降低心血管疾病风险至关重要。

血脂异常的界定

血脂异常并非单纯指“血脂升高”,而是指血清中脂质代谢紊乱的统称,具体包括总胆固醇(TC)升高、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高、甘油三酯(TG)升高、脂蛋白升高,以及高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低等多种形式。其中,LDL-C作为“坏胆固醇”,是动脉粥样硬化的致病性危险因素,也是临床干预的首要靶点;HDL-C作为“好胆固醇”,具有抗动脉粥样硬化作用,其水平降低同样会增加心血管疾病风险。血脂异常的本质是脂蛋白代谢异常,与遗传、代谢、环境等多因素相关,长期控制不佳会导致血管壁脂质沉积,诱发冠心病、脑卒中等严重疾病。

常见病因分类与机制

血脂异常按病因可分为原发性和继发性两大类,临床诊疗中需首先明确病因类型。

原发性血脂异常主要由遗传因素导致,多为单一或多个基因突变引起的脂蛋白代谢相关酶或受体功能异常,具有家族聚集性。

继发性血脂异常由明确的外在因素诱发,主要包括三类:一是系统性疾病,如甲状腺功能减退

症(甲状腺激素不足导致胆固醇代谢减慢)、糖尿病(胰岛素抵抗影响脂蛋白代谢)、肾病综合征(脂蛋白合成增加且清除减少)、慢性肝病等;二是药物因素,如糖皮质激素、雌激素类药物、环孢素、部分抗抑郁药等,能够影响脂质合成或排泄;三是生活方式因素,高饱和脂肪酸饮食、过量饮酒、肥胖、缺乏运动等,是当前人群血脂异常的主要诱因。

临床特点与表现

血脂异常的临床特点具有明显的“隐匿性”与“特异性”双重属性。多数普通患者早期无任何典型症状,仅在体检时偶然发现血脂指标异常,因此被称为“无声的血管杀手”。当脂质沉积到一定程度或出现并发症时,才会表现相应症状。

特异性表现主要见于遗传性或严重血脂异常患者:一是黄色瘤,为脂质沉积于皮肤和肌腱形成的局限性隆起,常见于跟腱、肘部、眼睑等部位,其中眼睑脂肪瘤和跟腱黄色瘤是家族性高胆固醇血症的典型体征;二是脂性角膜弓,表现为角膜周边白色或灰白色环形混浊,与角膜缘有透明区相隔;三是早发性心血管病,患者常出现早发性冠心病,男性<55岁、女性<65岁出现心绞痛、心肌梗死等症状,需要高度警惕。此外,当TG≥5.6毫摩尔/升时,需要警惕急性胰腺炎风险,患者可能出现剧烈腹痛、恶心呕吐等症状;严重HDL-C降低者,还可能出现皮肤干燥、脱发等表现。

核心诊断思路与流程

血脂异常的诊断需要遵循

“指标检测-风险分层-病因鉴别”的3个环节,其中风险分层是指导治疗的核心依据,需要严格参照《中国血脂管理指南(2023年)》标准执行。

第一步是基础血脂检测与准备。推荐核心检测项目为“血脂四项”等。检测前需要做好准备:保持2周内日常饮食和体重稳定,检测前24小时避免剧烈运动,空腹8小时~12小时抽血,抽血前静坐5分钟,以排除干扰因素。

第二步是ASCVD风险分层,这是诊断的核心环节。首先按是否患有ASCVD分为二级预防人群(已经患病)和一级预防人群(未患病),再结合危险因素细化分层:超高危人群,主要是发生过≥2次严重ASCVD事件(如近期急性冠脉综合征、缺血性卒中),或1次严重ASCVD事件合并≥2个高危因素(如糖尿病、慢性肾脏病3期~4期);极高危人群,不符合超高危标准的其他ASCVD患者;高危人群,包括LDL-C≥4.9毫摩尔/升、40岁以上糖尿病患者、慢性肾脏病3期~4期,以及高血压合并多个危险因素者;中危人群,主要为高血压病或血脂轻度升高合并两个危险因素者;低危人群,无高血压病、血脂正常且无其他危险因素者。危险因素包括吸烟、男性≥45岁、女性≥55岁、低HDL-C等。

第三步是病因鉴别诊断。在明确血脂异常后,需要区分原发性与继发性;详细询问家族史(尤其早发性心血管病家族史),排查是否存在甲状腺功能减退、糖尿病等基础疾病,梳理用药史(如是

否长期服用糖皮质激素),必要时进行基因检测和相关器官功能检查,避免漏诊继发性病因导致治疗方向错误。

规范治疗方法与策略

血脂异常治疗遵循“生活方式干预为基础,药物治疗为核心,目标导向个体化”原则,以LDL-C达标为首要目标,结合风险分层确定目标值(超高危人群LDL-C<1.4毫摩尔/升,极高危<1.8毫摩尔/升,高危<2.6毫摩尔/升)。

生活方式干预是所有血脂异常患者的基础治疗,需要长期坚持。饮食调整核心为“低饱和脂肪酸、低胆固醇、高纤维”:每天饱和脂肪酸摄入量<总能量10%,反式脂肪酸<1%,胆固醇<300毫克;增加蔬菜(每天300~500克)、水果、全谷物摄入,适量食用鱼类(每周2次深海鱼)和坚果。运动干预推荐每周150分钟中等强度有氧运动(如快走、慢跑),结合每周2次抗阻训练,肥胖患者需坚持饮食与运动结合,减重5%~10%。此外,要严格戒烟、限酒,避免过量饮酒诱发TG升高。

药物治疗以他汀类药物首选。基层诊疗中推荐中等强度他汀(如阿托伐他汀10毫克/天~20毫克/天,瑞舒伐他汀5毫克/天~10毫克/天)作为起始治疗。用药后4周~7周复查血脂,未达标者可以逐渐增加至最大耐受剂量;若他汀不耐受(如出现肌肉疼痛),可以换用其他他汀或减少剂量,联合依折麦布片(胆固醇吸收抑制剂)治疗。对于他汀类药物联合依折麦布片仍未达标的超高危人群,可加用PCSK9抑制剂(如依洛尤单抗),这类药物可强效降低LDL-C。

特殊情况的针对性治疗:高甘油三酯血症患者(TG≥5.64毫摩尔/升),要先控制饮食、戒酒,首选贝特类药物(如非诺贝特)降低胰腺炎风险;老年患者(≥75岁)无ASCVD但LDL-C在1.8毫摩尔/升~4.9毫摩尔/升者,建议使用他汀类药物;糖尿病患者需要更加严格地控制LDL-C,优先选择他汀类药物联合依折麦布片。药物治疗期间需要监测肝功能和肌酸激酶,警惕肝损伤和肌病等不良反应。

全周期预防措施

血脂异常的预防需要贯穿全生命周期,实施一级预防与二级预防相结合的策略。一级预防针对未患病人群,核心是建立健康生活方式:从儿童青少年期开始养成低脂饮食习惯,避免肥胖;普通人群,40岁以下,每2年~5年筛查一次血脂,40岁以上,每年筛查一次;高危人群,提前至儿童期或青春期开始定期筛查。

二级预防针对已确诊血脂异常或ASCVD患者,目标是防止病情进展和复发:严格遵医嘱坚持药物治疗,不能自行停药或调整剂量;定期复查血脂(治疗初期每4周~6周1次,达标后每3个月~6个月1次),同时监测血压、血糖等合并危险因素;持续强化生活方式干预,将健康习惯融入日常生活。此外,社区健康宣教普及血脂知识,提高人群知晓率,是预防工作的重要环节。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

一、临终关怀的根本目的是为了

- A.节约卫生资源
- B.减轻家庭的经济负担
- C.提高临终患者的生存质量
- D.缩短患者的生存时间

E.防止患者自杀

二、下列符合临终关怀伦理要求的做法是

- A.优先考虑临终患者家属的权益
- B.尽力满足临终患者的生活需求
- C.帮助临终患者抗拒死亡
- D.满足临终患者结束生命的要求
- E.建议临终患者选择安乐死

三、下列对临终关怀的伦理意义描述,不正确的是

- A.可以使晚期癌症患者免遭受折磨
- B.体现了人类文明的进步
- C.有利于安乐死立法
- D.是一种特殊的道德
- E.体现了生命是神圣

四、一位符合安乐死条件的患者,医生使用药物结束其痛苦的生命,称为

- A.强迫安乐死
- B.医助安乐死
- C.被动安乐死
- D.主动安乐死
- E.自杀安乐死

五、对患有不治之症且濒临死亡而又极度痛苦的患者,停止采用人工干预方式抢救而缩短患者痛苦的死亡过程称为

- A.医生助死
- B.积极安乐死
- C.消极安乐死
- D.自愿安乐死
- E.非自愿安乐死

六、首先提出脑死亡标准的国家是

- A.美国
- B.澳大利亚
- C.英国
- D.法国
- E.荷兰

七、世界上第一个安乐死合法化的国家是

- A.美国
- B.澳大利亚
- C.英国
- D.法国
- E.荷兰

八、以脑死亡标准取代心脏停止跳动死亡的标准,其直接的伦理意义和效果是有利的

- A.科学地确定死亡,维护人的生命或尊严
- B.节约卫生资源
- C.减轻家庭负担
- D.器官移植
- E.社会文明

九、医生判断脑死亡标准的动机和直接目的应该是

- A.科学地确定死亡,维护人的生命
- B.节约卫生资源
- C.减轻家庭负担
- D.用于器官移植
- E.社会文明

十、实施主动安乐死的首要社会条件是

- A.家属的主动要求
- B.安乐死的合法化
- C.患者的主要要求
- D.能够减轻患者的痛苦
- E.维护患者的尊严

十一、在人类辅助生殖技术中,医务人员可以实施

- A.非医学需要的性别选择
- B.代孕技术
- C.以生育为目的的嵌合胚胎技术
- D.卵胞浆内单精子注射技术

十二、下列说法符合我国人类辅助生殖技术的伦理原则的是

- A.对已婚女性可以实施商业代孕技术
- B.对离异单身女性可以实施商业代孕技术
- C.对任何女性都不得实施代孕技术
- D.对自愿的单身女性可以实施代孕技术
- E.对已婚女性可以实施亲属间的代孕技术

本期答案

一、C	二、B	三、C	四、D
五、C	六、A	七、E	八、A
九、A	十、B	十一、D	十二、C

经验之谈

中医治疗经期延长

□李明利

诊断要点

1.月经周期基本正常,行经时间超过7天,甚至半个月才干净。

2.功能失调性子宫出血患者,妇科检查多无明显的器质性病变;盆腔炎患者,妇科检查时宫体有压痛。佩戴宫内节育器者要用B超检查宫内环位置。

中医证候

1.气虚:行经时间延长,量多,经色淡红,质稀,肢倦神疲,气短懒言,面色黄白,小腹空坠,舌淡,苔薄,脉沉细。

2.中成药:气虚型,用补中益气丸;虚热型,用乌鸡白凤丸;血瘀型,用少腹逐瘀胶囊。

3.单验方:墨旱莲25克,加糖少许,煎服,用于虚热型经期延长。

注意事项

经期避免重体力劳动和剧烈运动。经期、产褥期注意外阴卫生,禁止房事。调畅情志,避免七情太过。

4.中药方剂:

气虚:补中益气汤加减。

5.治疗方案:

6.中医治疗:

7.中医护理:

8.中医康复:

9.中医预防:

10.中医治疗:

11.中医治疗:

12.中医治疗:

13.中医治疗:

14.中医治疗:

15.中医治疗:

16.中医治疗:

17.中医治疗:

18.中医治疗:

19.中医治疗:

20.中医治疗:

21.中医治疗:

22.中医治疗:

23.中医治疗:

24.中医治疗:

25.中医治疗:

26.中医治疗:

27.中医治疗:

28.中医治疗:

29.中医治疗:

30.中医治疗:

31.中医治疗:

32.中医治疗:

33.中医治疗:

34.中医治疗:

35.中医治疗:

36.中医治疗:

37.中医治疗:

38.中医治疗:

39.中医治疗:

40.中医治疗:

41.中医治疗:

42.中医治疗:

43.中医治疗:

44.中医治疗:

45.中医治疗:

46.中医治疗:

47.中医治疗:

48.中医治疗:

49.中医治疗:

50.中医治疗:

51.中医治疗:

52.中医治疗:

53.中医治疗:

54.中医治疗:

55.中医治疗: