

2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南解读

余振球 缪思斯

作者单位:550004 贵州省贵阳市,贵州省高血压诊疗中心,贵州医科大学附属医院高血压科

【摘要】 动脉粥样硬化性心血管疾病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)是全球致死、致残的首要原因。ASCVD的发生和发展受多种危险因素的影响,多数危险因素可予以纠正,控制危险因素就能控制ASCVD。预防ASCVD,关键在于早期干预,对合并的危险因素进行全面综合的有效管理。本文对2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南进行解读。

【关键词】 心血管疾病; 一级预防; 危险因素

doi:10.3969/j.issn.1672-5301.2019.07.001

中图分类号 R541.4 文献标识码 A 文章编号 1672-5301(2019)07-0577-03



扫一扫下载全文

Interpretation of the 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease

YU Zhen-qiu, MIAO Si-si. Guizhou Province Hypertension Diagnosis and Treatment Center, Hypertension Clinic of the Affiliated Hospital, Guiyang 550004, China

【Abstract】 Atherosclerotic cardiovascular disease(ASCVD) is the leading cause of death and disability in the world. There are many risk factors that may influence the occurrence and development of ASCVD. Most risk factors can be corrected and as long as the risk factors controlled, the ASCVD can be controlled. Preventing ASCVD, the key lies in early intervention, to merge an effective and comprehensive management of risk factors. This paper is an Interpretation for the 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease.

【Key words】 Cardiovascular disease; Primary prevention; Risk factors

《2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南》开篇便指出,尽管动脉粥样硬化性心血管疾病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)的预后有所改善,但仍是全球致死、致残的首要原因。在我国,心血管疾病导致的死亡也居首位,占居民疾病死亡构成的40%以上^[1]。

1 心血管疾病可防可治

心血管疾病的病因尚未完全确定,很多人将其归咎于遗传。其实不然,心血管疾病是可防可治的。

1.1 心血管疾病的危险因素 1948年,Framingham心脏研究(Framingham Heart Study, FHS)首次建立了动脉粥样硬化的多病因理论,确立了一些导致ASCVD的危险因素,低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C)、血压、葡萄糖耐量、纤维蛋白原与动脉粥样硬化与心血管疾病的发生呈正相关;吸烟(包括过滤嘴香烟)、缺乏运动、体重增加使心血管疾病的发生风险升高;虽然也发现有早发心血管疾病家族史者发生心血管疾病的风险较大,但是需要许多其他可以纠正的危险因素来促发。

1.2 控制危险因素就能控制心血管疾病 根据FHS的研究结果,美国政府在全国范围内有计划地开展控制高血压、高脂血症和反对吸烟。从20世纪60年代,美国心血管疾病死亡率从高峰急剧下降。

中国慢性病前瞻性研究^[2]显示,任何形式体力活动的增加都可显著降低心血管疾病发生的风险。每天多快走或骑自行车1小时,可降低6%的主要心血管事件的发生风险。中位随访7.2年发现,在30~79岁人群中如果能具备以下生活方式中的至少4点:不吸烟或尽早戒烟、每日饮酒<30g、参加身体锻炼、摄入充足的水果、控制红肉的摄入、保持健康的体重,发生主要心血管事件的风险可显著降低。

2 越早防治效果越好

目前我国心血管疾病的防治工作初见成效,但是心血管疾病患病率和死亡率仍未得到有效遏制。

2.1 防控前移是关键 近年来,我国心血管疾病的处理手段有了很大的进步,各种措施已普及到基层医疗机构,各级医院经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)进行的风声水起。胸痛中心的建设和普及让众多的冠心病患者

得到及时的救治,全国的介入医师没日没夜地与冠状动脉狭窄或堵塞进行奋战。据2017年《中国心血管病报告》^[1]显示,近8年来,中国大陆接受PCI治疗的冠心病患者置入支架的数量平均达到1.67枚。但ASCVD病死率并未见显著下降。

冠心病的首发临床表现是猝死、心肌梗死和不稳定型心绞痛,当心脏供血出现问题时,其病因(动脉粥样硬化)往往已经发展了近10年的时间。在无症状的时候,发现心血管疾病的危险因素和进展中的早期心血管疾病,并采取积极有效的干预措施,将防控战线前移,才能从源头减少心血管疾病的发生,真正改善心血管健康,降低心血管死亡率。

2.2 早期干预获益大 高血压等危险因素导致的动脉粥样硬化,在病变进程的早期进行干预,可明显减缓进程进展,减少心血管疾病的发生和发展,甚至接近正常人群的动脉粥样硬化程度。而对处于心血管疾病晚期的患者,即使加强干预措施,虽然也可减缓动脉粥样硬化进程,但心血管疾病再发的风险仍然很高^[4]。这提示我们,对高血压、心血管疾病的防治,开展的越早获益越大。

3 《2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南》要点

一级预防是指有危险因素、没有心血管疾病的人群控制危险因素,预防心血管疾病的发生。其目的就是源头减少ASCVD的发生。

3.1 评估风险 《2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南》指出对心血管疾病发生风险的全面评估仍然是心血管疾病一级预防的基础。

对于年龄在40~75岁人群,应定期评估心血管疾病危险因素和10年心血管疾病发生风险。对于年龄在20~39岁的人群,至少每4~6年评估一次心血管疾病危险因素。对于心血管疾病临界风险(10年心血管疾病发生风险 $\geq 5\%$ 且 $< 7.5\%$)或中危(10年心血管疾病发生风险 $\geq 7.5\%$ 且 $< 20\%$)人群,可使用风险增强因素指导预防性干预措施的决策。对于心血管疾病中危或临界的人群,临床医师与患者进行风险讨论时,如危险因素仍未能确定,可进行冠状动脉钙化积分。对于年龄在20~39岁和10年心血管疾病发生风险 $< 7.5\%$ 、年龄在40~59岁的人群,需要考虑估算寿命或30年心血管疾病发生风险。

3.2 健康生活 ①合理膳食:强调蔬菜、水果、豆类、坚果、全谷物的摄入,用单不饱和脂肪酸替代多不饱和脂肪酸,进食含有较少胆固醇和钠的食物,将加工肉食品降到最低,避免摄入反式脂肪酸。②

增加运动:成年人应该每周进行至少150 min的中等强度或每周75 min高强度的有氧运动。如达不到这个标准,每周要参与一些温和的或者高强度体力活动。要避免久坐。③控制体重:控制体重和腹围有益于减少ASCVD的风险。④避免吸烟:所有的成年人都应在健康体检时进行烟草使用评估,并帮助及强烈建议吸烟人群戒烟。

3.3 控制“三高” 《2019ACC/AHA 心血管疾病一级预防指南》对于血压、血脂、血糖的管理较以往没有明显差异。

3.3.1 高血压 对于所有高血压前期和高血压患者,均要开展非药物生活方式干预,包括:减肥,健康的饮食模式,增加体力活动,限酒等。

对于10年心血管疾病发生风险 $\geq 10\%$ 且平均收缩压 ≥ 130 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)和(或)平均舒张压 ≥ 80 mm Hg的人群,推荐使用降压药物用于心血管疾病的一级预防。心血管疾病10年发生风险 $< 10\%$,收缩压 ≥ 140 mm Hg和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg,推荐使用降压药物用于心血管疾病的一级预防。2型糖尿病患者,血压 $\geq 130/80$ mm Hg时,使用降压药物。血压治疗的目标是 $< 130/80$ mm Hg。

3.3.2 高血脂 对于LDL-C ≥ 190 mg/dl、年龄在40~75岁的糖尿病患者以及ASCVD高危患者,仍首选他汀类药物进行ASCVD一级预防。

对于心血管疾病中危患者,如果需要,建议使用中等强度的他汀类药物。心血管疾病中危患者LDL-C的水平应该减少30%或以上,高危患者(10年心血管疾病发生风险 $\geq 20\%$)LDL-C水平应该减少50%或以上。对于年龄在40~75岁的糖尿病患者,无论10年ASCVD发生风险如何,均建议使用中等强度的他汀类药物治疗。对于年龄在20~75岁,LDL-C ≥ 190 mg/dl的患者,建议使用最高强度的他汀类药物治疗。成人糖尿病患者,合并多个ASCVD危险因素,使用高强度他汀类药物,要降低LDL-C水平50%或以上。心血管疾病中危患者,合并风险增强因素应启动或强化他汀类药物治疗。

心血管疾病中危或临界风险的人群,应启动冠状动脉钙化评分:如评分为0,只要没有更高的风险出现,可以5~10年内不予他汀类药物治疗;如果评分为1~99,对于年龄 ≥ 55 岁的人群可以启动他汀类药物治疗;如果评分 ≥ 100 ,启动他汀类药物治疗。

心血管疾病发生处于临界风险的患者,当出现风险增强因素,可开始中等强度的他汀类药物治疗。

3.3.3 2型糖尿病 2型糖尿病的发生和发展深受

饮食模式、体育锻炼和体重的影响。成年2型糖尿病患者,建议定制专属的针对心脏健康的营养计划。

成年2型糖尿病患者应每周进行至少150 min的适度强度身体活动或75 min高强度体力活动。对于成年2型糖尿病患者,在改善生活方式的同时,二甲双胍可作为一线药物治疗。然后可考虑使用钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂或胰高血糖素样肽-1受体激动剂。

3.4 阿司匹林的地位下降 《2019ACC/AHA心血管疾病一级预防指南》只推荐对于ASCVD风险高而出血风险低的患者将阿司匹林用于ASCVD的一级预防。

4 启示

降低心血管疾病的发病率、患病率和死亡率,需要我国卫生健康部门和全体医务人员的共同努力。真正做好一级预防,才能切实保障人民健康。

4.1 管理全面是基础 动脉粥样硬化的危险因素很多,每个主要危险因素对动脉粥样硬化的促发都受到其他危险因素的影响,合并的危险因素的个数越多,发生心血管疾病的风险越大。《2019ACC/AHA心血管疾病一级预防指南》强调进行ASCVD一级预防时,首先就要对合并的危险因素进行全面的评估。只有对每个个体合并的危险因素进行综合评估,并进行全面的管理,才能有效地对心血管疾病进行防治。

4.2 生活健康是必须 2015年,大约有63万美国人死于心脏病,其中36.6万人死于冠状动脉疾病,较4年前增加了1%。这归因于肥胖的流行^[9]。

在我国,随着经济的发展,高血压等慢性病成为危害人民健康的主要疾病,这与我们不良的生活方式密切相关。“管住嘴、迈开腿”不应是一句口号,而是要实实在在地践行。健康生活方式是最重要的措施,不仅在一级预防,对于二级预防和三级预防同样有效,是任何药物都替代不了的。

4.3 权衡利弊很关键 阿司匹林在ASCVD二级预防中的地位毋庸置疑,对一级预防的作用却有争议。2018年公布的2个研究结果,对阿司匹林在ASCVD一级预防中的地位产生了巨大影响。

纳入12 546名研究对象的ARRIVE研究^[6],选取的是没有心血管疾病和(或)糖尿病病史、心血管疾病发生风险中危的人群。将研究对象随机分为两组,分别予以阿司匹林100 mg每日一天口服和安慰剂治疗。中位随访60个月,结果显示,与安慰

剂相比,阿司匹林并不能降低主要心血管事件的发生,反而会增加出血风险。

选取糖尿病患者为研究对象的ASCEND研究^[7],结果显示,使用阿司匹林进行一级预防,虽然降低了ASCVD的发生风险,但同时也增加了出血风险。对于心血管疾病低危、中危和高危人群,使用阿司匹林进行一级预防,没有净获益。

研究显示,只有在心血管疾病发生风险>10%的人群中,使用阿司匹林进行一级预防才能获益^[8]。

对于患有ASCVD的患者,阿司匹林的获益是明确的。但是对于风险不高的一般人,不推荐阿司匹林常规用于ASCVD的一级预防,健康生活方式才是真正的零风险、高回报。不只阿司匹林的应用,任何治疗措施,都要权衡利弊,使患者获益最大化。

临床上,内科医师不仅要治疗心血管疾病患者,更重要的是对包括目前还“健康”的人群在内所有人群进行危险因素的综合管理,提倡并带头实践健康的生活方式。只要我们全体努力做好ASCVD的一级预防工作,我国心血管病发病率和死亡率下降的“拐点”一定会在不远的将来出现。

5 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告》2018概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] Bennett DA, Du H, Clarke R, et al. Association of physical activity with risk of major cardiovascular diseases in Chinese men and women[J]. JAMA Cardiol, 2017, 2(12): 1349-1358.
- [3] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告》2017概要[J].中国循环杂志,2018,33(1):1-8.
- [4] Zhang Y, Zhang X, Liu L, et al. Is a systolic blood pressure target<140mmHg indicated in all hypertensive? Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial[J]. Eur Heart J, 2011, 32(12): 1500-1508.
- [5] Weir HK, Anderson RN, Coleman King SM, et al. Heart disease and cancer deaths-trends and projections in the United States, 1969-2020[J]. Prev Chronic Dis, 2016, 13: E157.
- [6] Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo controlled trial[J]. Lancet, 2018, 392(10152): 1036-1046.
- [7] ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M, et al. Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus[J]. N Engl J Med, 2018, 379(16): 1529-1539.
- [8] Ridker PM. Should aspirin be used for primary prevention in the post-statin Era?[J]. N Engl J Med, 2018, 379(16): 1572-1574.

(收稿日期:2019-05-05)