·本刊特稿·



王肖龙，上海中医药大学附属曙光医院首席专家兼教学督导，二级教授，主任医师，博士研究生导师，博士后合作导师，中国中西医结合学会心血管病专委会副主任委员，中华中医药学会心血管病专委会副主任委员，世界中医药学会联合会动脉粥样硬化性疾病专委会副会长，中国中药协会微循环用药专委会主任委员，中国中药协会心血管药物研究专委会副主任委员，中国中医药研究促进会心血管病专委会副主任委员，中华中医药学会介入心脏病学分会常务委员，上海市中西医结合学会心血管分会主任委员，上海市中西医结合学会理事，人民卫生出版社全国高等中医药教育教材《诊断学基础》主编。作为主要负责人主持国家自然科学基金面上项目 3 项、上海市科学技术委员会重点专项 2 项，以第一或通讯作者发表学术论文 150 余篇（其中 SCI 30 余篇），获中华中医药学会、中国中西医结合学会等各级科技奖 13 项，国家发明专利授权 3 项，主编、副主编教材或学术专著 15 部。

中西医联合防治血脂异常临床应用指南（精简版）*

王肖龙[1]，石兆峰[1]，阮小芬[1]，施海明[2]，《中西医联合防治血脂异常临床应用指南》工作组

1. 上海中医药大学附属曙光医院心血管科，上海 200021；2. 复旦大学附属华山医院心血管内科，上海 200040

摘要：为进一步促进血脂异常的规范诊治，充分发挥中西医的优势互补作用，由国家中医药管理局立项、中国中药协会组织、上海中医药大学附属曙光医院和复旦大学附属华山医院共同牵头制定《中西医联合防治血脂异常临床应用指南》（以下简称《指南》）。《指南》项目组通过广泛的临床问题调研、证据检索和文献分析，经多次专家组会议讨论最终确定《指南》内容，旨在为临床提供切实可行的中西医联合防治方案，以提高血脂异常整体防治水平。

关键词：血脂异常；中西医联合；总胆固醇；甘油三酯；低密度脂蛋白胆固醇；高密度脂蛋白胆固醇；《中西医联合防治血脂异常临床应用指南》

DOI：10. 16368/j. issn. 1674 - 8999. 2025. 11. 354

中图分类号：R259. 892　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1674 - 8999（2025）11 - 2261 - 09

Clinical Practice Guideline for Integrative Medicine in Prevention and Treatment of Dyslipidemia（Concise Version）

WANG Xiaolong[1]，SHI Zhaofeng[1]，RUAN Xiaofen[1]，SHI Haiming[2]，Working Group of *Clinical Practice Guideline for Integrative Medicine in Prevention and Treatment of Dyslipidemia*

1. Department of Cardiovascular Medicine，Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai China 200021；2. Department of Cardiovascular Medicine，Huashan Hospital Affiliated to Fudan University，Shanghai China 200040

Abstract：To further promote the standardized diagnosis and treatment of dyslipidemia，and to fully leverage the complementary advantages of both，the National Administration of Traditional Chinese Medicine initiated and the China Association of Chinese Medicine organized the development of *Clinical Practice Guideline for Integrative Medicine in Prevention and Treatment of Dyslipidemia*（hereinafter referred to as *Guideline*），jointly drafted by Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine and Hua-

* **基金项目：**国家自然科学基金面上项目（82374252）；上海市科学技术委员会“科技创新行动计划”医学创新研究重大专项项目（23Y31920200）；上海市中医临床重点实验室项目（20DZ2272200）

shan Hospital Affiliated to Fudan University. The *Guideline* project team conducted extensive clinical problem surveys, evidence searches, and literature analyses, and after multiple expert panel meetings, finalized the content of the *Guideline*. The aim is to provide clinicians with practical and feasible integrated approaches of TCM and Western medicine for the prevention and treatment of dyslipidemia, thereby improving the overall management of dyslipidemia.

Key words: dyslipidemia; integrated traditional Chinese and Western medicine; total cholesterol; triglycerides; low – density lipoprotein cholesterol; non – high – density lipoprotein cholesterol; *Clinical Practice Guideline for Integrative Medicine in Prevention and Treatment of Dyslipidemia*

血脂异常是动脉粥样硬化心血管疾病(atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)发生发展中最主要的致病性危险因素之一[1]。近年来,我国血脂异常的发病率有逐年升高的趋势[2],严重影响患者的身体健康和生活质量。我国成人高危人群中接受降低血脂药物治疗的比例较低(5.5%),并且低密度脂蛋白胆固醇(low – density lipoprotein cholesterol, LDL – C)水平达标比例偏低(39%)。除此之外,由于长期服用他汀类为主的降低血脂药物,部分人群存在肝损伤、肌毒性、胃肠道反应等不良反应,而且也易出现停药后血脂水平反弹等现象[3]。在此背景之下,中医药治疗血脂异常的优势逐渐显现。中医具有多元化的治疗方案,诸如单味中药、中成药、中药复方、耳穴压豆、艾灸、针刺、推拿等,不仅具有调控脂质水平的作用,也因其多靶点整合起效对防治心脑血管疾病发挥了积极作用[4-5]。西医强调精准诊疗,中医遵循整体观念、辨证施治,二者取长补短,联合应用为治疗血脂异常提供新的方向。

为进一步促进血脂异常中西医联合的规范诊治,充分发挥中西医的优势互补作用,由国家中医药管理局立项、中国中药协会组织、上海中医药大学附属曙光医院和复旦大学附属华山医院共同牵头的《中西医联合防治血脂异常临床应用指南》项目,遵循"循证为主、共识为辅、经验为鉴"的原则,基于现有中医和西医的指南/共识,以临床问题为导向,结合中西医联合治疗血脂异常的临床研究证据,借鉴专家经验,组建多学科团队制定了本指南。指南项目组通过广泛的临床问题调研、证据检索和文献分析,经过多次专家组会议讨论,旨在为临床提供切实可行的中西医联合防治方案,以提高血脂异常的整体防治水平。

1　指南的目标与适用人群

本指南规定用于确诊为血脂异常的患者。本指南适用于各级医疗机构的医务工作者,包括心血管内科、内分泌与代谢、神经内科及相关学科的临床执业医师(中西医结合医师、中医医师、西医医师)诊疗血脂异常时参考使用,相关的护理人员和药师可作为参考。

2　指南的制定方法

首先,进行临床问题构建:在方法学专家指导下,进行 2 轮德尔菲专家调研;在进行汇总、归类、规范表达、分析的基础上,最终确定纳入研究的 17 个临床问题(表 1)。其次,进行证据检索、评价与综合分析:根据临床问题制订详细的检索策略及纳入、排除标准,检索主流中英文数据库;将检索完成的文献纳入 NoteExpress 文献管理软件进行筛选;并使用 Cochrane 偏倚风险评价工具(risk of bias, ROB)进行方法学质量评价;采用 RevMan 5.4 对结局指标相同、数据类别相同的临床随机对照试验进行 Meta 分析。随后,确定证据等级与推荐意见标准:本指南的证据等级与推荐意见标准形成方法选用美国心脏病学会(American College of Cardiology/American Heart Association, ACC/AHA)和欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology, ESC)的标准[6],以随机对照试验结果为核心证据,将证据等级由强到弱分为 A 级、B 级(B – R 级、B – NR 级)、C 级(C – LD 级、C – EO 级) 3 个水平(表 2)。推荐意见由强到弱分为Ⅰ类、Ⅱ类(Ⅱa 类、Ⅱb 类)、Ⅲ类(表 3)。

最后,进行指南的推荐意见形成:综合前期证据检索、临床问题确定、系统评价结果和证据等级,全面考虑利弊平衡、患者的偏好和价值观、资源投入等因素,由来自全国 12 个省、市、自治区、直辖市共 29 位中西医专家共同形成。本指南通过 3 轮德尔菲法形成指南推荐意见,使用问卷星对每条推荐意见的推荐等级进行评分,强推荐、中等推荐、弱推荐和不推荐 4 个推荐等级对应评分分别为 2、1、– 1、– 2 分,第 1 轮达成共识的推荐意见纳入指南,第 1 轮未达成共识的推荐意见继续进入第 2、3 轮。具体流程及推荐强度判定标准见图 1。经 2 轮或 3 轮达成共识后,即可形成指南推荐意见。

指南推荐意见形成后召开中西医专家共识会议,与会专家结合自身临床经验,充分讨论,反复论证,丰富指南推荐意见的细节问题。进一步进行完善修订,最终形成指南全文。

表 1　中西医联合防治血脂异常临床问题汇总表

临床问题
一、血脂疗效
1. 中医药联合常规西药治疗血脂异常，与单纯接受西医降低血脂药物相比，在降低总胆固醇（total cholesterol，TC）、甘油三酯（triglycerides，TG）、LDL－C、非高密度脂蛋白胆固醇（high－density lipoprotein cholesterol，HDL－C）、脂蛋白（a）、载脂蛋白 A1、载脂蛋白 B 和提高 HDL－C 方面的临床有效性和血脂异常达标率如何？
2. 中医药分别联合不同类型西医降低血脂药物［如中医药联合他汀类、中医药联合胆固醇吸收抑制剂、中医药联合贝特类、中医药联合前蛋白转化酶枯草溶菌素 9 抑制剂（PCSK－9 抑制剂）等］，与单纯接受西医降低血脂药物相比的临床有效性如何？
二、用药启动时机
3. 在单纯西药降低血脂疗效不达标、不愿意接受或不能耐受单纯西药降低血脂治疗的血脂异常患者中，中医药联合常规西药治疗的启动时机如何？
三、辨证论治
4. 基于辨证论治理论的中医药联合常规西药治疗血脂异常，中医主要证型有哪些？
5. 基于辨证论治理论的中医药联合常规西药治疗血脂异常，中医主要方药有哪些？（这里方药包括经典名方，经验方和中成药）
四、预后
6. 在不同危险分层的非 ASCVD 血脂异常人群中采用中医药联合常规西药治疗，能否降低 ASCVD 事件发生风险？
7. 在已有 ASCVD 事件的血脂异常人群中采用中医药联合常规西药治疗，能否预防发生 ASCVD 事件风险？
五、合并疾病
8. 中医药联合常规西药对于血脂异常合并冠心病患者，临床有效性和安全性如何？
9. 中医药联合常规西药对于血脂异常合并脑卒中患者，临床有效性和安全性如何？
10. 中医药联合常规西药对于血脂异常合并高血压患者，临床有效性和安全性如何？
11. 中医药联合常规西药对于血脂异常合并 2 型糖尿病患者，临床有效性和安全性如何？
12. 中医药联合常规西药对于血脂异常合并肾功能不全患者，临床有效性和安全性如何？
六、特殊人群
13. 需服用多种药物的高龄（≥75 岁）合并多种慢性疾病的血脂异常患者，中医药的有效性和安全性如何？
14. 中医药联合常规西药对于妊娠期血脂异常患者，临床有效性和安全性如何？
七、联用时长
15. 中医药联合常规西药在不同临床分类的高脂血症患者治疗中，用药疗程如何？
八、不良反应
16. 中医药联合常规西药治疗血脂异常，是否会增加药物不良反应（如消化道反应、肝脏损伤、肌病、肾毒性、新发糖尿病等）？
九、其他
17. 中医药联合常规西药治疗血脂异常，与单纯接受西药降低血脂药物治疗相比，在医疗支出方面经济性如何？

表 2　ACC/AHA、ESC 证据等级标准

证据等级	定义
A 级	高质量多中心随机对照研究或 Meta 分析
B 级	
B－R 级	中等质量随机对照研究或 Meta 分析
B－NR 级	设计或实施良好的中等质量非随机对照研究或 Meta 分析
C 级	
C－LD 级	设计或实施有一定局限性的临床研究、人体生理试验或机制研究
C－EO 级	基于临床经验的专家共识

表 3　ACC/AHA、ESC 推荐意见标准

分类	定义	推荐意见
Ⅰ类	已证实和（或）一致公认有益、有用或有效的操作或治疗	强推荐
Ⅱ类	有用和（或）有效的证据，但尚有矛盾或不同意见的操作或治疗	
Ⅱa 类	有关证据和（或）观点倾向于有用和（或）有效	中等推荐
Ⅱb 类	有关证据和（或）观点尚不能被充分证明有用和（或）有效	弱推荐
Ⅲ类	已证实和（或）一致公认无用和（或）无效甚至可能有害的操作或治疗	不推荐

3　诊断与治疗

3.1　诊断

3.1.1　西医诊断

3.1.1.1　临床分类　血脂异常分类比较复杂，常用的有病因分类和临床分类两种。基于实用性角度，本指南关注临床分类，具体如下：(1)高胆固醇血症：TC 升高；(2)高 TG 血症：TG 升高；(3)混合型高脂血症：血清 TC、TG 均升高；(4)低 HDL－C 血症：HDL－C 降低。

3.1.1.2　ASCVD 发病风险评估与危险分层　(1)风险评估。风险评估基于《中国血脂管理指南(2023 年)》[7]，即无论是对于预防 ASCVD 发生的一级预防，还是改善 ASCVD 预后的二级预防，依据 ASCVD 发病风险采取不同强度干预措施是血脂异常防治的核心策略，不仅有助于确定血脂异常患者降低血脂治疗的决策，也有助于临床医生针对患者风险水平制定个体化的综合治疗决策，从而最大程度降低患者 ASCVD 总体风险，同时避免过度治疗造成的潜在危害。(2)危险分层。风险分层基于《中国血脂管理指南(2023 年版)》[7]，不仅强调了 ASCVD 危险分层的重要性，还明确指出不同危险层级下 LDL－C 的目标值应有所差异，且风险层级越高，LDL－C 的控制目标越加严格。

3.1.1.3　诊断标准　根据十四五普通高等教育本科国家级规划教材《中医内科学》[8]、中国成人血脂异常防治指南(2023 年)[7]，中国 ASCVD 一级预防低危人群主要血脂指标的参考标准见表 4。血脂异常的定义为：高胆固醇血症(TC≥5.2 mmol·L^{-1})、高 TG 血症(TG≥1.7 mmol·L^{-1})、高 LDL－C 血症(LDL－C≥3.4 mmol·L^{-1})、低 HDL－C 血症(HDL－C<1.0 mmol·L^{-1})，上述血脂指标有一项异常则可诊断为血脂异常。

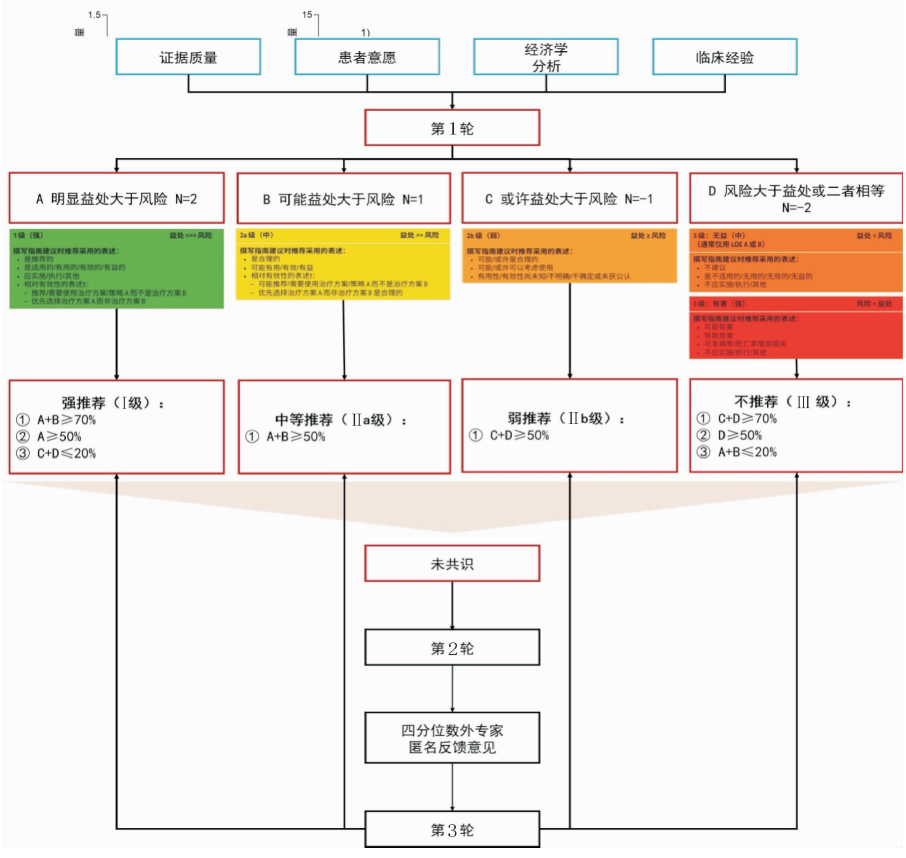


图 1　指南推荐意见形成流程图

3.1.2　中医诊断

中医诊断　血脂异常的中医临床表现不尽相同，根据疾病的不同阶段、不同证型、不同合并症展现出不同的临床特点，可归属于“眩晕”“头痛”“中风”“胸痹心痛”“真心痛”“脉痹”“脉积”“虚损”等范畴。因此，根据《中医临床诊疗术语：证候部分》[9]、《中医诊断学》[10]、《中医内科学》[8]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》[11]、《血脂异常中医诊疗标准(初稿)》[12]、《血脂异常中西医结合诊疗专家共识》[13]，并参考当前相关研究成果，血脂异常主要分为以下 4 种证型：痰浊内阻证、脾虚湿盛

证、气滞血瘀证和肝肾阴虚证，同时根据临床实际情况可进行个性化调整。（1）痰浊内阻证：舌脉：舌胖，苔滑腻，脉弦滑。主症：形体肥胖，头重如裹，胸闷，呕恶痰涎，肢麻沉重。心悸，失眠，口淡，食少。（2）脾虚湿盛证：舌脉：舌淡，体胖大有齿痕，苔白腻，脉细弱或濡缓。主症：乏力，头晕，胸闷，纳呆，恶心，身困，脘腹胀满。（3）气滞血瘀证：舌脉：舌尖边有瘀点或瘀斑，脉沉涩。主症：胸胁胀闷，走窜疼痛，心前区刺痛，痛处固定，疼痛持续，或腹部有痞块，拒按，心烦不安。（4）肝肾阴虚证：舌脉：舌质红，少苔，脉细数。主症：眩晕，耳鸣，腰酸膝软，五心烦热，口干，健忘，失眠。

表 4　中国 ASCVD 一级预防低危人群主要血脂指标的参考标准

分类	TC (c/mmol·L^{-1})	LDL－C (c/mmol·L^{-1})	HDL－C (c/mmol·L^{-1})	TG (c/mmol·L^{-1})	非 HDL－C (c/mmol·L^{-1})	脂蛋白(a) (ρ/mg·L^{-1})
理想水平	－	<2.6	－	－	<3.4	－
合适水平	<5.2	<3.4	－	<1.7	<4.1	<300
边缘升高	≥5.2 且 <6.2	≥3.4 且 <4.1	－	≥1.7 且 <2.3	≥4.1 且 <4.9	－
升高	≥6.2	≥4.1	－	≥2.3	≥4.9	≥300
降低	－	－	<1.0	－	－	－

注：－代表不需要数值。

3.2　治疗

3.2.1　西医治疗　血脂异常应早期干预危险因素（高血压、糖尿病、肥胖症等），保护器官免受损害。根据其主要作用，降低血脂药物分为主要降低胆固醇的药物和主要降低 TG 的药物；其中部分降低血脂药既能显著降低胆固醇，又能显著降低 TG。临证通常根据血脂异常类型、基线水平以及需要达到的目标值决定是否启动降低血脂药物的联合应用。降低胆固醇的药物主要包括他汀类药物、胆固醇吸收抑制剂、PCSK－9 抑制剂、普罗布考及其他降低血脂药；降低 TG 的药物主要包括贝特类药物、ω－3 脂肪酸、烟酸及其同类药物。

3.2.2　中药治疗　中医药在降低高脂血症患者血脂水平及改善临床症状等方面具有独特优势，形成了从理论到实践的完整体系。中医基于整体观念和辨证论治的核心思想，将血脂异常归为痰浊、血瘀、膏脂等范畴，认为其基本病理机制是本虚标实的复杂病机。在辨证施治方面，以虚实为纲进行精准分型，治疗时遵循急则治标、缓则治本的原则，采用标本兼顾、补虚泻实的治疗策略，通过调理脏腑功能、化痰祛湿、活血化瘀等综合疗法，恢复机体正常的脂质代谢功能。中医药形成了丰富多样的治疗体系，主要包括辨证论治的个体化中药方剂和便于临床使用的中成药两大类。其中，经典方剂如二陈汤、血府逐瘀汤、参苓白术散等可根据患者具体证型进行灵活加减，实现精准治疗；而现代中成药已有丸剂、片剂、颗粒剂、胶囊制剂、口服液等多种剂型，其标准化生产确保了药物质量稳定，具有疗效确切、使用便捷、安全性高等显著优势。中医药降低血脂的多靶点作用机制，包括抑制胆固醇合成、促进脂质排泄、改善微循环、抗氧化及抗炎等多种途径，为临床应用提供了科学依据。

3.2.3　非药物治疗　非药物治疗包括生活方式改善及中医非药物疗法。治疗血脂异常首先推荐健康生活方式，包括合理膳食、适度增加运动、控制体质量、戒烟和限制饮酒等。其中合理膳食对血脂影响较大，主要是限制饱和脂肪酸及反式脂肪酸的摄入，增加蔬菜、水果、全谷物、膳食纤维及鱼类的摄入。中医非药物疗法包括五禽戏、八段锦、太极拳、易筋经等传统健身功法；或穴位埋线、耳穴压豆、艾灸以及针刺等中医外治法。

4　临床问题与推荐意见

临床问题 1：中医药联合常规西药治疗血脂异常，与单纯接受西医降低血脂药物相比，在降低 TC、TG、LDL－C、非 HDL－C、脂蛋白（a）、载脂蛋白 B 和提高 HDL－C、载脂蛋白 A1 方面的临床有效性和血脂异常达标率如何？

推荐意见 1：血脂康胶囊联合常规西药能够显著降低血脂异常患者 TC、TG 及 LDL－C 水平，提升治疗总体有效率，降低心血管主要终点事件发生风险与全因死亡风险（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：银丹心脑通软胶囊联合常规西药能够显著降低血脂异常患者 TC、TG 及 LDL－C 水平，提升 HDL－C 水平，降低动脉粥样硬化风险（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 2：中医药分别联合不同类型西医降低血脂药物（如中医药联合他汀类、中医药联合胆固醇吸收抑制剂、中医药联合贝特类、中医药联合 PCSK－9 抑制剂等），与单纯接受西医降低血脂药物相比的临床有效性如何？

推荐意见 1：脂必泰胶囊联合他汀类降低血脂

药能够显著改善血脂异常患者血脂疗效，降低 TC、TG、LDL－C 水平，推荐为高 TG 血症患者临床应用（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：血滞通胶囊联合他汀类降低血脂药能够改善血瘀痰阻证血脂异常患者临床疗效，降低 TC、TG、LDL－C，提高 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 3：蒲参胶囊联合他汀类降低血脂药物能够显著降低高脂血症患者 TG 及 LDL－C 水平，提升治疗总体有效率和 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 4：荷丹片（胶囊）联合他汀类降低血脂药物治疗能够显著降低血脂异常患者 TG 和 LDL－C 水平，提升 HDL－C 水平、改善临床疗效，提高血脂达标率，提前使 LDL－C 达标（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 5：二陈汤加减联合他汀类降低血脂药可以显著改善痰浊内阻证血脂异常患者血脂疗效，降低 TC、TG、LDL－C、炎症因子及中医证候积分水平，升高 HDL－C 水平，并且可以减小斑块面积（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 6：血府逐瘀汤加减联合他汀类降低血脂药治疗能够显著降低气滞血瘀证血脂异常患者 TC、TG 及 LDL－C 水平，提升 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 7：针刺联合常规他汀类降低血脂药物能够显著降低血脂异常患者中医证候积分，提高载脂蛋白 A1、载脂蛋白 A1 与 B 比值，并且可以提高患者生活质量和血脂异常治疗有效率（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 3：在单纯西药降低血脂疗效不达标、不愿意接受或不能耐受单纯西药降低血脂治疗的血脂异常患者中，中医药联合常规西药治疗的启动时机如何？

推荐意见 1：对于不能耐受他汀类药物治疗的血脂异常患者，推荐使用血脂康胶囊作为起始降低血脂治疗。在应用中等强度他汀类药物基础上仍不达标的血脂异常患者，推荐使用血脂康胶囊联合胆固醇吸收抑制剂依折麦布治疗（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：对于他汀类药物不能耐受或肝功能轻中度异常及脂肪肝患者，推荐使用脂必泰胶囊治疗（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 3：对于肝功能损伤不能耐受他汀类药物的痰浊内阻证血脂异常患者，推荐苍附导痰汤加减联合阿昔莫司，可显著降低 TC、TG、LDL－C 及肝功能指标水平，提高 HDL－C 水平，安全性较高（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 4：对于血脂异常合并冠心病未达标的痰浊内阻证患者，推荐化痰降浊方联合阿托伐他汀治疗，可有效降低血脂指标水平，提高 LDL－C 达标率，具有临床有效性和安全性（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 5：对于脾肾阳虚型他汀不耐受的血脂异常患者，穴位埋线联合血脂康胶囊能够显著改善异常血脂指标水平（Ⅱb 类，B－R 级）。

推荐意见 6：对于他汀不耐受患者，若血脂不能达标，可考虑联合或者换用非他汀类药物，如胆固醇吸收抑制剂、PCSK－9 抑制剂、PCSK－9 小干扰 mRNA 制剂、贝派地酸或中医药等治疗（Ⅰ类，C－EO 级）。

临床问题 4：基于辨证论治理论的中医药联合常规西药治疗血脂异常，中医主要证型有哪些？

推荐意见：中医药联合常规西药治疗血脂异常辨证以虚实为纲，主要证型有痰浊内阻证、脾虚湿盛证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证、痰瘀互阻证、湿热内蕴证（Ⅰ类，C－EO 级）。

临床问题 5：基于辨证论治理论的中医药联合常规西药治疗血脂异常，中医主要方药有哪些？（这里方药包括经典名方，经验方和中成药）

推荐意见：中医药联合常规西药治疗血脂异常，痰浊内阻证推荐：二陈汤、温胆汤、半夏白术天麻汤合温胆汤、柴胡温胆汤加减；脾虚湿盛证推荐：胃苓汤加减；气滞血瘀证推荐：血府逐瘀汤、柴胡疏肝散加减；肝肾阴虚证推荐：一贯煎合杞菊地黄丸加减。痰瘀互阻证推荐：瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮、半夏白术天麻汤合血府逐瘀汤加减。湿热内蕴证推荐：葛根芩连汤加减（Ⅱa 类，C－EO 级）。

临床问题 6：在不同危险分层的非 ASCVD 血脂异常人群中采用中医药联合常规西药治疗，能否降低 ASCVD 事件发生风险？

推荐意见 1：不同危险分层的非 ASCVD 血脂异常人群推荐联合使用血脂康胶囊，可降低 ASCVD 事件及死亡风险（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 2：对于不同危险分层的非 ASCVD 血脂异常患者推荐使用脂必泰胶囊治疗，可以单药应用，也可与低、中等强度他汀类或依折麦布联合使用，能够降低 ASCVD 事件风险（Ⅱa 类，C－EO 级）。

临床问题 7：在已有 ASCVD 事件的血脂异常人群中采用中医药联合常规西药治疗，能否预防发生 ASCVD 事件风险？

推荐意见 1：在已有 ASCVD 事件的血脂异常人

群推荐联合使用血脂康胶囊，能使冠心病患者主要冠状动脉事件风险、冠心病死亡风险、卒中风险、全因死亡风险显著降低，安全性较高（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：在已有 ASCVD 事件的血脂异常人群推荐使用脂必泰胶囊，可以单药应用，也可与低、中等强度他汀类或依折麦布联合使用，能使冠心病患者主要冠状动脉事件风险、冠心病死亡风险、卒中风险、全因死亡风险显著降低，安全性较高（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 3：在已有 ASCVD 事件的血脂异常人群推荐联合使用脑心通胶囊，能够降低冠心病心肌梗死患者心血管终点事件风险，安全性较高（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 4：在已有 ASCVD 事件的血脂异常人群推荐冠心病二级预防的基础上联合通心络胶囊，有助于进一步改善患者心绞痛症状、提高运动耐量、改善血管内皮功能与炎症反应，降低不稳定型心绞痛患者心肌梗死发生率，减少 ST 段抬高型心肌梗死患者的主要心血管事件风险，减少经皮冠状动脉介入治疗术后患者的主要心血管事件（Ⅱa 类，A 级）。

临床问题 8：中医药联合常规西药对于血脂异常合并冠心病患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见 1：脂必泰胶囊联合阿托伐他汀能够显著降低混合型血脂异常合并冠心病患者 TG、LDL－C 指标水平，其强效剂型能够使中高危冠心病患者血脂达标、临床有效性和安全性较高（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐联合使用复方丹参滴丸，能够显著降低 TC、TG 及心绞痛发作次数，提高治疗有效率、HDL－C 及心功能水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 3：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐冠心宁片联合他汀类降低血脂药物治疗，能够显著降低血脂异常合并冠心病患者 LDL－C、炎症因子及中医证候积分水平，提高 HDL－C 水平，改善血流变水平、降低冠心病和冠状动脉硬化风险（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 4：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐联合使用脑心通胶囊，能够显著降低 TC、TG 及 LDL－C 水平，提高治疗有效率和 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 5：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐通心络胶囊联合常规西药治疗，能够改善心功能，显著降低 TC、TG 和 LDL－C 水平，并提高 HDL－C 水平（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 6：对于血脂异常合并冠心病（经皮冠状动脉介入治疗术后或微血管病变）患者，推荐联合使用葛兰心宁软胶囊，可显著改善中医证候评分、临床疗效、心绞痛积分，降低 TG 与 CRP 水平，并且不会增加不良反应（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 7：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐联合使用丹蒌片，能够稳定斑块，显著降低 TC、TG、LDL－C 水平及中医证候积分，提高 HDL－C 水平（Ⅱb 类，B－R 级）。

推荐意见 8：对于血脂异常合并冠心病患者，推荐麝香通心滴丸联合他汀类降低血脂药物治疗，可显著降低 TG 和 LDL－C 水平，提高 HDL－C 水平，具有稳定斑块、抑制动脉粥样硬化功效，安全性较好（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 9：对于血脂异常合并冠心病痰瘀互阻证患者，推荐联合使用瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮加减治疗，可有效改善心电图疗效、降低 TC 和 TG 水平，且不会增加不良反应（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 10：对于血脂异常合并冠心病痰浊内阻证患者，推荐温胆汤加减联合阿托伐他汀治疗，可有效降低 TC、LDL－C 水平，提高 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 9：中医药联合常规西药对于血脂异常合并脑卒中患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见：对于辨证为高脂血症伴气滞血瘀证的缺血性脑卒中后抑郁患者，推荐联合使用柴胡疏肝散加减治疗，可有效降低血脂异常指标水平，并且能够改善中医证候疗效、中医症状积分、NIHSS 评分、HAMD 评分、Barthel 指数（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 10：中医药联合常规西药对于血脂异常合并高血压患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见 1：对于 2 型糖尿病血脂异常伴肝阳上亢证轻度高血压患者，推荐松龄血脉康胶囊联合西药常规治疗，可显著降低患者血压和 TC 水平，改善高血压症状，安全性和耐受性较高（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：温胆汤加减联合非诺贝特能够降低血脂异常合并高血压痰浊内阻证患者 TC 和 TG 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 3：对于血脂异常合并高血压痰浊内阻证患者，推荐在西医治疗基础上联合半夏白术天麻汤合温胆汤加减，能够降低 TC、TG、LDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 4：对于血脂异常合并高血压痰瘀互结证患者，推荐在西医治疗基础上联合半夏白术天麻汤合血府逐瘀汤加减，能够降低 TC、LDL－C 水

平，提高 HDL－C 水平和临床治疗有效率（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 11：中医药联合常规西药对于血脂异常合并 2 型糖尿病患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见 1：对于血脂异常合并 2 型糖尿病患者，推荐血脂康胶囊联合西药常规治疗，能够显著降低患者糖化血红蛋白、空腹血糖及餐后 2 小时血糖水平，提高治疗有效率和 HDL－C 水平，同时能够有效降低糖尿病患者再发冠心病事件和死亡事件的风险（Ⅰ类，A 级）。

推荐意见 2：对于糖脂代谢合并冠心病异常患者，推荐麝香保心丸联合常规西药或手术治疗，可以有效降低 TG、LDL－C、C 反应蛋白、肿瘤坏死因子的水平，提高 HDL－C 水平，改善患者心功能（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 3：对于血脂异常合并 2 型糖尿病患者，推荐使用脂必泰胶囊联合他汀，能够发挥全面调脂、同时显著降低 TG，有助于延缓动脉粥样硬化的进程，进一步降低心血管风险（Ⅱa 类，C－EO 级）。

推荐意见 4：对于血脂异常合并 2 型糖尿病痰浊内阻证患者，推荐柴胡温胆汤加减联合利拉鲁肽，能够显著降低患者 TC、TG、LDL－C 水平，提高 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 5：对于血脂异常合并 2 型糖尿病湿热内蕴证患者，推荐葛根芩连汤加减联合西药常规治疗，可显著降低患者 TC、TG、LDL－C 水平，提高 HDL－C 水平，并改善中医证候积分（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 12：中医药联合常规西药对于血脂异常合并肾功能不全患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见：对于血脂异常合并肾功能不全患者，推荐血滞通胶囊联合阿托伐他汀治疗，可有效降低 TC、LDL－C 水平，提高临床疗效和 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 13：需服用多种药物的合并多种慢性疾病的血脂异常高龄（≥75 岁）患者，中医药的有效性和安全性如何？

推荐意见 1：脂必泰胶囊联合他汀类降低血脂药能够显著降低高龄合并多种慢性疾病血脂异常患者 TC、TG、LDL－C 水平，提高血脂临床疗效（Ⅱa 类，B－R 级）。

推荐意见 2：复方丹参滴丸联合西药常规降低血脂药能够显著降低高龄合并多种慢性疾病的血脂异常患者 TC、TG 水平，提高治疗有效率和 HDL－C 水平（Ⅱa 类，B－R 级）。

临床问题 14：中医药联合常规西药对于妊娠期血脂异常患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见：对于妊娠期血脂异常患者，推荐饮食管理、合理运动、戒烟戒酒等，中医药联合常规西药临床证据有限，需在多学科协商、充分评估利弊的基础上谨慎选用（Ⅱa 类，C－EO 级）。

临床问题 15：中医药联合常规西药在不同临床分类的高脂血症患者治疗中，用药疗程如何？

推荐意见：中医药联合常规西药在不同临床分类高脂血症患者中需综合评估患者 ASCVD 总体风险和危险分层，明确患者降低血脂达标水平，综合考量患者药物选择策略、不良反应和经济水平等因素，个体化制定用药疗程（Ⅰ类，C－EO 级）。

临床问题 16：中医药联合常规西药治疗血脂异常，是否会增加药物不良反应（如消化道反应、肝脏损伤、肾毒性、新发糖尿病等）？

推荐意见：目前中医药联合西药常规治疗血脂异常安全性事件报告有限，已有的临床证据显示不会增加药物不良反应，未来亟须进一步研究论证（Ⅱa 类，C－EO 级）。

临床问题 17：中医药联合常规西药治疗血脂异常，与单纯接受西药降低血脂药物治疗相比，在医疗支出方面经济性如何？

推荐意见：与他汀类药物相比，血脂康胶囊在兼顾疗效与经济性方面具有突出优势（Ⅱa 类，C－EO 级）。

附录：中医药联合常规西药对于儿童青少年血脂异常患者，临床有效性和安全性如何？

推荐意见：对于儿童青少年血脂异常患者，推荐首先查找和纠正继发性因素，以生活方式和膳食治疗为基础。在严重血脂异常患者（LDL－C ≥ 6.46 mmol·L^{-1}和（或）TG ≥ 5.65 mmol·L^{-1}）中，中医药联合常规西药临床证据有限，需在多学科协商、充分评估利弊的基础上谨慎选用（Ⅰ类，C－EO 级）。

5　结语

本指南制定过程中广泛征集临床问题，全面临床证据检索和文献分析，充分整合专家讨论，详尽参考血脂异常防治的最新成果；关注血脂异常防治疑难领域，例如 ASCVD 事件一级、二级预防，特殊人群（高龄、儿童青少年、妊娠等）、药物启动时机等；突出中医证候特征，关注经典名方，彰显辨证论治理论特色；详细探讨中西医联用防治血脂异常的多元化方案、临床疗效、联用疗程、安全性及药物经济学

等内容。

本指南存在以下不足：(1)目前中西医联合治疗血脂异常临床研究质量偏低、证据级别有限，导致回答临床问题的治疗方案和推荐建议受限。(2)部分临床问题，例如 ASCVD 事件一级、二级预防，特殊人群(儿童青少年、妊娠)等中西医联合治疗血脂异常临床研究证据欠缺或空白，导致临床可推广性受限，后续还须进行深入探索和实践，以提供更多高级别循证证据。(3)中西医联用治疗血脂异常临床研究中西医治疗方案以口服他汀类药物为主，联合 PCSK－9 抑制剂、胆酸螯合剂、血管生成素样蛋白 3 抑制剂等其他西药降低血脂药物研究证据有限。(4)中西医联合治疗血脂异常临床研究中医疗效评价指标及标准偏差较大，部分临床研究未突出中医证候特征，导致中医辨证论治诊疗特色不突出。(5)在中西联用治疗血脂异常降低血脂效果方面，受限于当前研究证据，在以降低 LDL－C、改变 HDL－C 或 TG 等为目标时，中西医联合治疗中首选方案的选择、药物剂量的调整、指标疗效的交互影响、血脂达标率等内容，有待后续指南扩充和完善。(6)血脂异常为慢性疾病、治疗周期较长、药物不良反应较多，中西医联合治疗远期疗效尚待进一步研究。(7)对于推荐意见的用药疗程、给药时间、不良反应的监测和处理还需在今后的临床应用中不断评估与完善。(8)本指南推荐的中成药依据现有研究证据和实践经验，中药汤剂选用依据古今经典名方，因此，在应用过程中，临床医师还应根据实际情况酌情辨证论治、个体化选择。

根据相关管理办法，本指南拟于 3～5 年后更新或进一步制订指南。更新的内容取决于：指南发布后是否有新的相关证据出现，证据变化对指南推荐意见和推荐强度是否有影响，更新标准按照国际指南更新报告规范“Check Up”进行，整个过程通过文献研究、问卷调查和专家讨论会相结合的方式实现。

通过本指南的研制与发布，我们深信，中西医联合防治血脂异常，可发挥中医药和西药各自的特点，优势互补，提高临床疗效，推动中医药的高质量发展，并走出有中国特色的防治血脂异常之路，进一步提高我国血脂异常防治的整体医疗水平。

《中西医联合防治血脂异常临床应用指南》组织架构

《指南》起草人：王肖龙　施海明

《指南》项目指导：张伯礼　田金洲　孙鑫

《指南》项目主审：高学敏　吴宗贵　安冬青

《指南》参与本指南制定的专家组成员(按笔画排序)：王永霞　王肖龙　王贤良　毛威　毛静远　邓兵　邓悦　石兆峰　朱明军　朱蕾蕾　刘中勇　刘红旭　关怀敏　阮小芬　李易　李勇　吴旸　沈杰　陈晓虎　林谦　施海明　陶军　黄宇虹　黄进宇　符德玉　谢坤　熊尚全　樊民　戴小华

《指南》循证方法学专家：朱蕾蕾　王建新　石兆峰

《指南》工作组：阮小芬　石兆峰　靳琪鹏　强婷婷　赵哲俊　林文勇　孙文昊　劳旭源　李琳　卢家浩

参考文献：

[1]BAIGENT C, KEECH A, KEARNEY P M, et al. Efficacy and safety of cholesterol－lowering treatment: prospective meta－analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins[J]. Lancet, 2005, 366(9493): 1267－1278.

[2]王增武，陈君石，高润霖，等. 基层心血管病综合管理实践指南 2020[J]. 中国医学前沿杂志：电子版，2020，12(8)：1－73.

[3]仝其广，胡大一. 他汀类药物的安全性问题[J]. 中国实用内科杂志，2007，27(9)：655－657.

[4]周玉，佘飞，寿鑫甜. 血脂异常中成药防治文献研究[J]. 北京中医药，2021，40(6)：574－579.

[5]王林海，卢健棋，黄舒培，等. 中医药治疗血脂异常的研究进展[J]. 中华中医药学刊，2018，36(1)：106－109.

[6]BYRNE R A, ROSSELLO X, COUGHLAN J J, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes[J]. Eur Heart J, 2023, 44(38): 3720－3826.

[7]中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023 年)[J]. 中国循环杂志，2023，38(3)：237－271.

[8]吴勉华，石岩. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2023.

[9]国家技术监督局. 中医临床诊疗术语：证候部分[M]. 北京：中国标准出版社，1997.

[10]陈家旭，邹小娟. 中医诊断学[M]. 3 版. 北京：人民卫生出版社，2016.

[11]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002.

[12]张学智. 血脂异常中医诊疗标准(初稿)[J]. 中华中医药杂志，2008，23(8)：716－719.

[13]安冬青，吴宗贵，梁春，等. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学，2017，20(3)：262－269.

收稿日期：2025－09－02

通信作者：王肖龙(1965－)，男，上海人，主任医师，教授，博士研究生导师，研究方向：中西医结合防治心血管病。E－mail：wxlqy0214@163.com

编辑：秦小川