

· 标准与讨论 ·

血脂报告单规范化中国专家指导建议

张龙¹ 陈桢玥² 彭道泉³ 郭远林⁴ 徐红新⁵ 干伟⁶ 王增武⁴ 王箴⁷罗素新⁸ 吴娜琮⁴ 丛洪良⁹ 伍贵富¹⁰ 胡敏¹¹ 马根山¹² 宋海庆¹³周书铎¹ 陈红¹⁴ 周振华¹⁵ 鄢华¹⁶ 李建平¹ 马长生¹⁷

血脂报告单规范化中国专家指导建议专家组

¹北京大学第一医院心内科, 北京 100034; ²上海交通大学医学院附属瑞金医院心内科, 上海 200025; ³中南大学湘雅二医院心内科, 长沙 410011; ⁴中国医学科学院阜外医院心内科, 北京 100037; ⁵武汉大学人民医院心内科, 武汉 430060; ⁶四川大学华西医院检验科, 成都 610041; ⁷复旦大学附属中山医院心内科, 上海 200032; ⁸重庆医科大学附属第一医院心内科, 重庆 400016; ⁹天津市胸科医院心内科, 天津 300010; ¹⁰中山大学附属第八医院心内科, 深圳 518033; ¹¹中南大学湘雅二医院检验科, 长沙 410011; ¹²东南大学附属中大医院心内科, 南京 210009; ¹³首都医科大学宣武医院神内科, 北京 100053; ¹⁴北京大学人民医院心内科, 北京 100044; ¹⁵陆军军医大学第一附属医院神内科, 重庆 400038; ¹⁶武汉亚洲心脏病医院心内科, 武汉 430022; ¹⁷首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科, 北京 100029

通信作者: 李建平, Email: lijianping03455@pkufh.com; 马长生, Email: chshma@vip.sina.com

【摘要】 国内外指南聚焦动脉粥样硬化性心血管疾病危险分层与血脂异常精准治疗, 强调依据危险分层制定低密度脂蛋白胆固醇的个体化目标值。然而目前我国临床上大部分血脂检验结果报告呈现形式单一, 标注的参考值范围只适用于健康成年人, 尚不能适应不同危险程度患者的分层治疗需求。为促进血脂异常的精准诊断和评估, 提升血脂异常的治疗率和长期达标率, 血脂报告单规范化中国专家指导建议专家组制定和发布《血脂报告单规范化中国专家指导建议》, 指导血脂报告单的临床改革, 并通过改革和规范血脂报告单, 提升心血管、非心血管专科医生以及血脂异常患者的认知和重视程度, 提高不同人群的血脂异常知晓率和诊断率, 推动个体化风险评估和精准化治疗方案的实施, 助力构建更加科学、高效的血脂管理体系, 提升医疗资源使用效率, 降低心血管病风险及相关的医保支出负担, 带来更好的公共卫生及经济学获益。

【关键词】 血脂异常; 危险性评估; 诊断; 治疗; 多学科诊疗

Expert guidance and consensus for standardization of lipid profile testing report in China

Zhang Long¹, Chen Zhenyue², Peng Daoquan³, Guo Yuanlin⁴, Xu Hongxin⁵, Gan Wei⁶, Wang Zengwu⁴, Wang Zhen⁷, Luo Suxin⁸, Wu Naqiong⁴, Cong Hongliang⁹, Wu Guifu¹⁰, Hu Min¹¹, Ma Genshan¹², Song Haiqing¹³, Zhou Shuduo¹, Chen Hong¹⁴, Zhou Zhenhua¹⁵, Yan Hua¹⁶, Li Jianping¹, Ma Changsheng¹⁷, Expert Group of Expert Guidance and Consensus for Standardization of Lipid Profile Testing Report in China

¹Department of Cardiology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China; ²Department of Cardiology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China; ³Department of Cardiology, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410011, China; ⁴Department of Cardiology, Fuwai Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100037, China; ⁵Department of Cardiology, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China;

DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20260210-00085

收稿日期 2026-02-10 本文编辑 刘雪松

引用本文: 张龙, 陈桢玥, 彭道泉, 等. 血脂报告单规范化中国专家指导建议[J]. 中华内科杂志, 2026, 65(5): 418-429. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20260210-00085.

中华医学杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



⁶ Department of Clinical Laboratory, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China;

⁷ Department of Cardiology, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China; ⁸ Department

of Cardiology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China;

⁹ Department of Cardiology, Tianjin Chest Hospital, Tianjin 300010, China; ¹⁰ Department of Cardiology, The

Eighth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Shenzhen 518033, China; ¹¹ Department of Clinical

Laboratory, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410011, China;

¹² Department of Cardiology, Zhongda Hospital, Southeast University, Nanjing 210009, China; ¹³ Department

of Neurology, Xuanwu Hospital, Capital Medical University, Beijing 100053, China; ¹⁴ Department of

Cardiology, Peking University People's Hospital, Beijing 100044, China; ¹⁵ Department of Neurology, The First

Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing 400038, China; ¹⁶ Department of Cardiology,

Wuhan Asia Heart Hospital, Wuhan 430022, China; ¹⁷ Department of Cardiology, Beijing Anzhen Hospital,

Capital Medical University, Beijing 100029, China

Corresponding authors: Li Jianping, Email: lijianping03455@pkufh.com; Ma Changsheng, Email:

chshma@vip.sina.com

【 Abstract 】 Domestic and international guidelines focusing on ASCVD risk stratification and precision treatment of dyslipidemia emphasize the formulation of individualized LDL-C targets based on risk stratification. However, in current clinical practice in China, most lipid profile testing reports adopt a single presentation format, with the indicated reference ranges only applicable to the general healthy population, which fails to meet the needs of stratified treatment for patients with varying risk levels. To promote the precise diagnosis and assessment of dyslipidemia, and improve the treatment rate and long-term compliance rate of dyslipidemia, the Expert Group of Expert guidance and consensus for standardization of lipid profile testing report in China has organized multidisciplinary experts to formulate and issue Expert guidance and consensus for standardization of lipid profile testing report in China. This document provides guidance for the clinical reform of lipid profile testing reports. Through the reform and standardization of lipid profile testing reports, it aims to raise the awareness and attention of cardiologists, non-cardiovascular specialists, and patients with dyslipidemia, improve the awareness and diagnosis rates of dyslipidemia among different populations, and facilitate the implementation of individualized risk assessment and precision treatment regimens. It will also help establish a more scientific and efficient system for lipid management, enhance the efficiency of medical resource utilization, reduce the risk of CVD and the associated burden on medical insurance expenditures, and yield greater public health and economic benefits.

【 Key words 】 Dyslipidemias; Risk assessment; Diagnosis; Treatment; Multi-disciplinary treatment

心血管疾病(cardiovascular diseases, CVD)是全球范围内发病率、致残率和死亡率均较高的重大公共卫生问题^[1]。随着医学和技术的持续进步,心血管疾病诊疗手段虽然日益完善,但其防治工作仍是当前全球公共卫生体系面临的重大挑战^[2]。由于人口老龄化加速和心血管危险因素流行,我国CVD患病率处于持续上升阶段,疾病负担下降的拐点尚未出现。一项研究分析了1990—2019年我国心血管疾病负担变化趋势,结果显示2019年我国全人群心血管疾病发病人数为1 234.11万例,发病率为867.65/10万,心血管疾病的伤残调整寿命年(disability adjusted life year, DALY)为9 193.31万人年,男性疾病负担高于女性^[3]。2021年中国心脑血管疾病患者出院总人次数为2 764.98万,占同期出院总人次(包括所有住院病种)的15.36%^[4]。有数据显示,CVD是中国居民首位死亡原因,死亡率为

316.08/10万^[5],占总死亡人数的43.4%^[6]。《中国心血管健康与疾病报告2024概要》提示,2023年冠心病住院总费用高达1 191.1亿元^[7]。这些巨额医疗费用对国家医保基金和个人医疗支出均构成持续压力。国家医疗保障局数据显示,四大慢性病(心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病、糖尿病)占医保基金支出已超九成,是我国家庭“灾难性医疗支出”的最主要原因,慢性病造成的经济负担对社会安定和经济发展也有巨大的影响^[8]。在当前医保支付制度改革深化推进的背景下,优化CVD防控策略、提升诊疗效率与效益显得尤为迫切^[9]。

一、制定背景

我国心血管代谢性共患病患病率较高,最常见的共病模式以高血压和高脂血症组合为主,伴有糖尿病、卒中等疾病^[10]。研究证实,积极干预血脂、血压、血糖等危险因素,可降低CVD死亡率^[11-12]。《健



康中国行动(2019—2030 年)》提出“做好高血压、糖尿病、血脂异常的规范化管理”^[13],但我国≥18 岁居民血脂异常知晓率、治疗率、控制率分别仅为 11.7%、10.1% 和 4.8%^[7]。国家卫生健康委基层卫生健康司在《关于做好 2025 年基本公共卫生服务工作的通知》(国卫基层发〔2025〕7 号)中提出“强化健康生活方式指导,推进高血压、2 型糖尿病、高脂血症、肥胖症膳食运动基层指导要点应用,为城乡社区慢性病患者提供个性化膳食、运动指导建议”,首次提到了高脂血症^[14]。部分地区已将高脂血症纳入慢性病综合防治工作^[15],然而现行的《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》并未纳入血脂管理内容^[16]。这可能会引起临床尤其是基层医疗机构易忽视患者的综合心血管风险管控,难以实现“以患者为中心”的三高协同干预策略。

低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C)是冠心病和急性冠状动脉综合征的关键干预靶点^[17-18],其水平升高可显著增加冠心病^[19]和缺血性卒中^[20]的发生风险。2020 年,我国 27.52% 的全因死亡、34.94% 的缺血性心脏病死亡和 15.58% 的缺血性卒中死亡可归因于高 LDL-C^[21]。我国动脉粥样硬化性心血管疾病(atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)的复发率较高^[22-23], LDL-C 水平不达标是其独立危险因素^[23-24]。LDL-C 导致的 CVD DALY 为 950.7/10 万^[25],缺血性心脏病 DALY 率为 585.1/10 万^[26]。在一级预防的 ASCVD 高危人群中,降脂药物的治疗率仅为 5.5%;在已患 ASCVD 人群中,降脂药物的治疗率为 14.5%,LDL-C 达标率仅为 6.8%^[27]。

国家心血管病专家委员会、中华医学会心血管病学分会等联合制订的《中国血脂管理指南(2023 年)》提出:应对患者进行 ASCVD 危险分层并制定个体化 LDL-C 目标值,建议 LDL-C 长期达标^[28]。2024 年欧洲心脏病学会《慢性冠状动脉综合征诊断和管理指南》^[29]、2025 年美国临床内分泌学会《成人血脂异常管理临床指南》^[30]等同样聚焦 ASCVD 危险分层与血脂异常精准治疗,强调依据危险分层制定 LDL-C 的个体化目标值。

目前我国临床上大部分血脂检验结果报告多以简单数据罗列为主,缺乏危险分层提示,且标注的参考值范围只适用于健康成年人群,尚不能适应不同危险程度患者的分层治疗需求,难以满足患者临床精准诊疗的实际诉求^[4]。这种现状易导致医生对高危人群的血脂异常识别不及时,患者也无法

清晰认知自身风险等级,制约了血脂异常防控工作的高效开展。在大健康时代,针对全人群和全生命周期的健康维护和促进的需求,医务人员不再是唯一的健康保护力量,广大民众也应该积极参与到维护和促进自己健康的过程中^[31]。

为促进血脂异常的精准诊断和评估,提升血脂异常的治疗率和长期达标率,血脂报告单规范化中国专家指导建议专家组采用循证医学方法制定和发布《血脂报告单规范化中国专家指导建议》(以下简称“《建议》”)。制定过程中,专家团队系统梳理国内外最新血脂管理指南、临床研究证据及检验技术规范,结合我国医疗实践特点,经过多轮论证、征求意见和修订完善,确保《建议》的科学性、实用性和可行性,为血脂报告单改革提供权威指导。

《建议》适用于各医疗机构的检验和临床科室,覆盖健康体检、血脂异常高危、确诊及合并多种基础疾病的复杂人群,通过统一血脂报告单格式规范、数据标注、危险分层呈现标准,减少不同机构与设备间的报告差异,构建标准化的血脂检验服务体系,提升结果互认度,提高医疗资源使用效率,降低医保支出。在临床层面,《建议》明确诊疗指导,有助于各专科医生精准解读、识别治疗需求,为个体化评估和精准治疗提供依据。同时提升患者认知和重视程度,优化医患沟通,推动患者主动参与血脂管理,提高血脂异常知晓率和诊断率,推动血脂管理向科学化、精准化、规范化转型,助力构建高效的血脂管理体系,降低 CVD 风险,为公共卫生事业发展提供有力支撑。

二、临床血脂报告单的现状与改革探索

(一)目前临床血脂报告单的局限性

国内绝大部分医疗机构的血脂检验包含在临床生化检验中,检验报告单通常用箭头和参考范围来标示患者的血脂结果是否正常,且无论患者性别、年龄及病情如何均只显示一个“参考范围”,致使部分医生和患者认为没有箭头标注的血脂检验结果即为正常,无需干预。调查显示,血脂异常患者对检验报告单依赖程度高,90.2% 的患者会认真阅读检测结果,但患者对调脂治疗“不同人不同目标”的认知率仅为 37.1%,60.9% 的患者认为血脂报告上的参考范围就是自己的目标值^[32]。

当血脂检验报告单与指南要求不相适应时,患者往往会因为主观臆断而不愿就医,严重影响血脂异常控制的达标率。在常用的血脂指标中,LDL-C 与 ASCVD 发病风险呈明确因果关系,且降低 LDL-C



可以明确降低 CVD 发病和死亡风险,是临床首要治疗目标^[28]。国内外权威指南均推荐应根据患者危险因素分层确定个体化的 LDL-C 靶目标水平^[28-30]。但传统的血脂报告单缺少患者心血管危险分层和 LDL-C 分层目标值等信息,不利于医生评估和患者自我认知,无法满足个体化治疗需求。因此,亟需以 LDL-C 为先行探索试点,率先改革血脂报告单内容。

(二)血脂报告单改革的必要性

改变血脂检验报告单模式已成为推动我国 ASCVD 精准防控的迫切需求,其必要性首先源于落实国家指南规范的刚性需求。《中国血脂管理指南(2023 年)》明确指出对于不同 ASCVD 风险人群,LDL-C 的合适水平和升高的判断标准不同,启动降脂药物治疗的 LDL-C 水平和 LDL-C 的治疗目标也有所不同^[28]。在临床检验方面,《中国临床血脂检测指南》提出,血脂检验结果受生理、遗传及药物等因素影响较大。因此,在血脂检验结果报告中除了要向医生和/或患者提供准确、及时和可靠的检测数据外,还应包括检验方法及解释结果所必需的信息,其中临床信息中需包含危险因素(如冠心病史、糖尿病史、高血压史和吸烟史),检测信息中需包含生物参考区间(临床危险性分层值)等,并以文字形式对检测结果进行解释,必要时可用图或表格形式表达^[33]。一项研究分析了改进血脂检验报告单对门诊患者调脂治疗知识掌握以及遵医行为的影响,改进前的报告单仅报告结果,改进后的报告单包括了血脂水平分层标准、血脂异常危险分层方案、血脂异常患者需要进行调脂治疗的总胆固醇(total cholesterol, TC)、LDL-C 值以及调脂治疗的目标值。结果证实,改进血脂检验报告单后门诊就诊患者调脂治疗的相关知识掌握情况得到改善,治疗依从性、治疗达标率得到提高^[34]。此外,个体化的血脂报告单,有利于患者知晓自身血脂控制情况,提升血脂管理的意识,同时有利于医患双方一同参与到决策过程中,共同制定和执行最适合的个体化血脂管理方案。

(三)血脂报告单改革现状

自 2010 年起,在相关专家的积极倡议下,个别医院已开展报告单改革试点工作。截至目前,已有部分区域开展了血脂报告单改革工作,并探索了具有自身特色的模式。在分析了多家医院改革后的血脂报告单后,发现血脂报告单改革探索主要有以下 3 种类型:

1. 类型 1:基于危险分层明确不同指标的参考范围和目标值。以《中国血脂管理指南

(2023 年)》^[28]为依据,提供常见的血脂指标及各指标不同程度的参考范围,帮助患者和医生更快、更清晰地了解血脂水平(附件 1)。同时,报告单明确提出要结合危险因素和疾病特点,开展血脂个体化管理,符合最新指南理念。报告单中附加的不同心血管危险分层常见人群及 LDL-C 目标值使患者对报告单的结果解读更加清晰,有助于实现个体化治疗,减少医患沟通不一致性。

2. 类型 2:基于疾病类型明确 LDL-C 目标值。从患者类型入手,按疾病种类(冠心病/卒中/高血压/糖尿病)设置对应的血脂参考范围(附件 2)。这种报告单形式将复杂的临床指南分层管理要求转化为报告单上与患者自身疾病直接对应的具体数值,可同时满足科学性和便捷性,让指南理念能更好指导临床实践。

3. 类型 3:仅标注不同危险分层的 LDL-C 目标值。这种形式仅在关键指标 LDL-C 的参考值栏内嵌入高危和极高危人群的目标值,但并未明确这两种人群的定义或风险解释,缺乏医学专业知识的患者可能存在理解困难(附件 3)。若患者不了解 ASCVD 危险分层的概念和自身的危险程度,则无法明确治疗目标值。

三、血脂报告单规范化建议与操作路径

(一)内容规范化

1. 检查项目

(1)基本项目:甘油三酯(triglyceride, TG)、TC、LDL-C、高密度脂蛋白胆固醇(high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C)。

(2)可选项目:非高密度脂蛋白胆固醇(non high-density lipoprotein cholesterol, 非 HDL-C)、载脂蛋白 A1(apolipoprotein A1, Apo A1)、载脂蛋白 B(apolipoprotein B, Apo B)、脂蛋白(a)[lipoprotein (a), Lp (a)]、极低密度脂蛋白胆固醇(very low-density lipoprotein cholesterol, VLDL-C)。

极低密度脂蛋白(very low-density lipoprotein, VLDL)是内源性脂质进入末梢组织的脂质运输载体,主要功能是转运内源性 TG。Apo B、Lp(a)、非 HDL-C 及残余脂蛋白胆固醇等非传统血脂指标参与动脉粥样硬化的发生发展,进而导致 ASCVD 的发生^[35]。其中,非 HDL-C 可通过计算获得,是调脂治疗的次要目标,也是 ASCVD 患者危险分层的重要因素之一。目前绝大多数研究支持 Lp(a)是 ASCVD 和钙化性主动脉瓣狭窄的独立危险因素,指南推荐成年人尤其是 ASCVD 高危人群至少应检



测 1 次 $Lp(a)^{[18]}$ 。

2. 血样采集: 为真实反映患者的日常血脂水平, 检测血脂需要患者在身体状况良好、慢性疾病趋于稳定、不存在引起血脂水平短时间内异常波动时采集血液样本。与空腹时相比, 餐后非空腹血脂的 TG 升高、TC 和 LDL-C 略降低; 并且从临床实际工作考虑, 非空腹样品会给 HDL-C 和 LDL-C 检测带来一定变异性。因此, 目前临床常规要求患者在静脉采血前至少空腹 8 h (最长不超过 16 h), 即检测空腹血脂^[33]。

(二) 样式规范化

本《建议》提供两种血脂报告单模式 (模式 1 和模式 2) 供医疗机构参考使用 (见附件 4 和附件 5)。模式 1 的报告单为横版 A5; 模式 2 的报告单由于内容较多, 建议做成横版 A5 正反面, 或者竖版 A4 整页。两个模式的报告单均应包含患者基本信息、血脂检测信息和结果判读。患者基本信息包括姓名、性别、年龄、科室、患者类型 (住院或者门诊)、标本号、床号、标本类型、条码编号、住院号、检测仪器、申请医生、临床诊断等, 血脂检测信息中至少应包含上文“检查项目”中的基本项目, 推荐增加可选项目。

(三) 结果判读规范化

1. 模式 1 与模式 2 报告单的结果判读

(1) 模式 1: 以《基层血脂管理适宜技术与质量控制中国专家建议 (2025 年)》^[36] 为依据, 以常见疾病和危险因素为基础, 结合“快速确定 LDL-C 目标值的基层适宜技术” (表 1), 对于不同类型的患者提示不同的目标值 (详见附件 4)。

(2) 模式 2: 参考《中国血脂管理指南

(2023 年)》^[28], 以 ASCVD 危险分层为基础, 根据“中国成人 ASCVD 总体发病风险评估流程图” (图 1) 判断危险分层, 并选择不同危险分层所对应的 LDL-C 目标值 (表 2, 详见附件 5)。

2. 特殊人群的血脂管理与结果判读^[28]

(1) 糖尿病患者: 糖尿病是 ASCVD 的重要独立危险因素, 而血糖波动幅度增大会使心血管疾病患者的预后显著恶化^[37]。糖尿病患者的血脂异常特点为 TG 升高, HDL-C 降低, LDL-C 正常或轻度升高。但其低密度脂蛋白 (low-density lipoprotein, LDL) 颗粒具有小而密的特点, 有更强的致动脉粥样硬化作用。糖尿病患者血浆 LDL-C 并不能准确反映 LDL 的颗粒浓度^[38]; 当糖尿病合并高 TG, 提示富含甘油三酯的脂蛋白 (triglyceride-rich lipoprotein, TRL) 胆固醇比例升高, 此时采用 LDL-C 作为降脂目标可能低估患者 ASCVD 风险, 而非 HDL-C 包含 LDL-C 和 TRL 胆固醇, 能更好反映患者致动脉粥样硬化脂蛋白特征。《糖尿病患者血脂管理中国专家共识 (2024 版)》^[39] 首次将 LDL-C 与非 HDL-C 均作为糖尿病患者血脂干预的首要靶点。为简化管理, 本文推荐糖尿病患者将 LDL-C 作为首要降脂目标, 非 HDL-C 作为次要降脂目标 (表 3)。

(2) 妊娠: 妊娠会导致生理性的血脂升高, 健康妊娠女性 LDL-C 可升高 40%~50%, TG 在妊娠 14 周左右有升高趋势。高脂血症对妊娠的影响与血脂升高的成分和严重程度有关。高胆固醇血症相关的危害产生缓慢, 但严重的高 TG 血症可导致急性胰腺炎和妊娠女性死亡率高达 20%^[40-41]。且有研

表 1 快速确定低密度脂蛋白胆固醇目标值的基层适宜技术

临床情况	LDL-C 目标值
≥2 次 ASCVD 事件 (心肌梗死、缺血性卒中、外周动脉血运重建或截肢)	<1.4 mmol/L 且较基线降低幅度 ≥50%
ASCVD (冠心病、缺血性卒中、外周动脉疾病) + 糖尿病	<1.4 mmol/L 且较基线降低幅度 ≥50%
ASCVD (冠心病、缺血性卒中、外周动脉疾病)	<1.8 mmol/L 且较基线降低幅度 ≥50%
糖尿病 (≥40 岁)	<1.8 mmol/L
糖尿病 (<40 岁)	<2.6 mmol/L ^b
LDL-C ≥4.9 mmol/L	<2.6 mmol/L ^b
慢性肾脏病 (3~4 期)	<2.6 mmol/L ^b
高血压 + 危险因素 ^a ≥1 个	<2.6 mmol/L ^b
颈动脉斑块 + 不伴任何危险因素 ^a	<2.6 mmol/L ^b
危险因素 ^a ≥3 个	<2.6 mmol/L ^b
不符合上述情况	<3.4 mmol/L

注: LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇; ASCVD 为动脉粥样硬化性心血管疾病; HDL-C 为高密度脂蛋白胆固醇; ^a 包括年龄 (男性 ≥45 岁, 女性 ≥55 岁)、吸烟、HDL-C <1.0 mmol/L、体重指数 ≥28 kg/m²、早发 (男性 <55 岁, 女性 <65 岁) ASCVD 家族史; ^b 6 项中存在 ≥2 种临床情况者, 目标值下调为 <1.8 mmol/L。



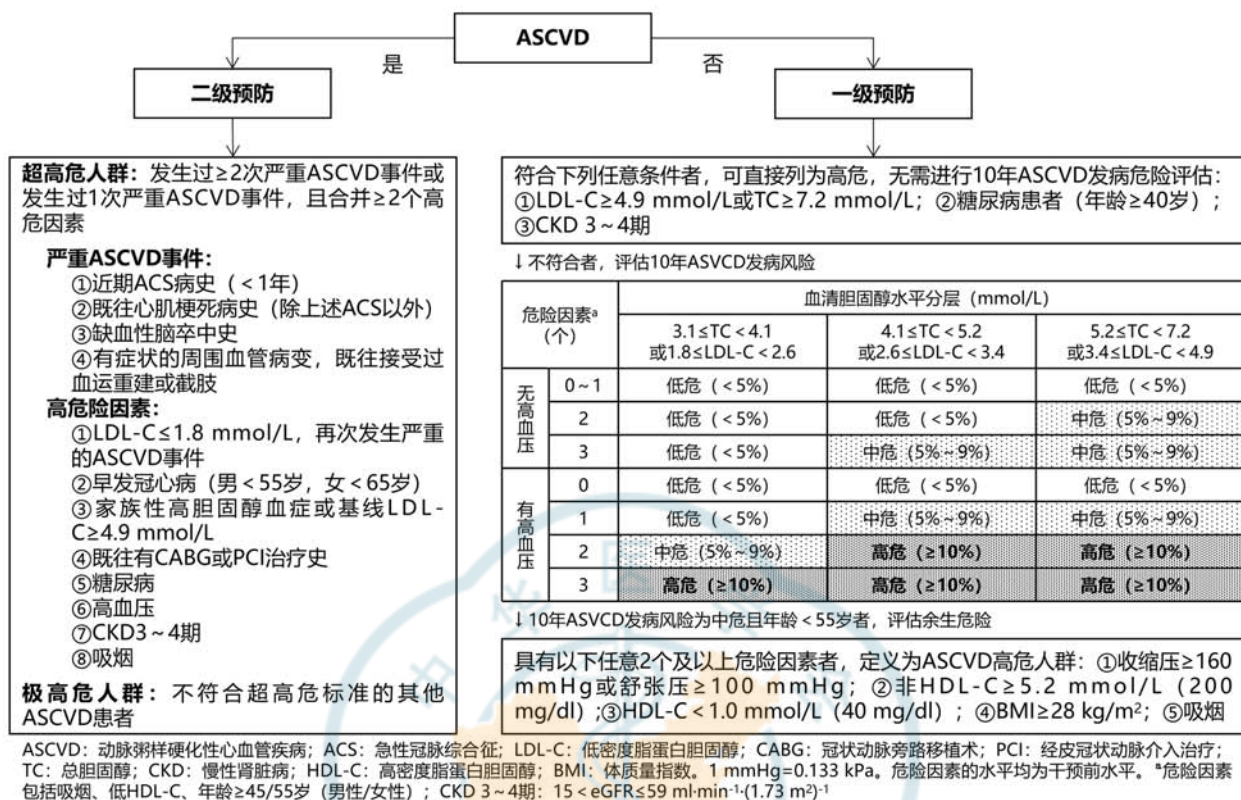


图1 中国成人动脉粥样硬化性心血管疾病总体发病风险评估流程图

表2 降脂靶点的目标值

风险等级	低密度脂蛋白胆固醇推荐目标值(mmol/L)
低危	<3.4
中、高危	<2.6
极高危	<1.8且较基线降低幅度>50%
超高危	<1.4且较基线降低幅度>50%

究显示，妊娠早期高TG血症与不良妊娠结局密切相关^[42]。对于妊娠的血脂管理重点是筛查，药物选择非常有限，具体治疗可与妇产科专科医生讨论后开展。

(3)75岁及以上老年人^[28, 43]：在二级预防中，研究提示≥75岁的ASCVD患者可与<75岁患者采取同样的降脂原则。然而，≥75岁老年人常患有多种慢性疾病，需服用多种药物；且大多有不同程度的肝肾功能减退，降脂药物剂量的选择需要个体化。

并且≥75岁老人的ASCVD一级预防，除考虑ASCVD发病风险外，还需要评估生理功能状态、认知状态、多病共患、多重用药等老年综合征特点，更需个体化选择，因此对高龄老年人一级预防中降胆固醇治疗的靶目标不作特别推荐。

(4)卒中患者(表4)：在缺血性卒中二级预防中，一项中位随访5年的研究显示，他汀类药物每降低1 mmol/L的LDL-C，卒中复发风险降低12%，同时降低心肌梗死和心血管死亡风险^[44]。对于合并出血性卒中的ASCVD患者，总体来说降低LDL-C的获益远大于潜在危害。

3. 结果判读中的注意事项：公式计算法曾是国际上使用最普遍的LDL-C测定方法，但该方法不能用于TG≥4.52 mmol/L或某些异常脂蛋白血症的样品，结果的可靠性受到TC、TG、HDL-C这3项指标

表3 糖尿病患者血脂目标值推荐

患者类型	主要目标	次要目标
糖尿病合并ASCVD患者	LDL-C<1.4 mmol/L	非HDL-C<2.2 mmol/L
ASCVD风险为高危的糖尿病患者*	LDL-C<1.8 mmol/L	非HDL-C<2.6 mmol/L
ASCVD风险为低、中危的糖尿病患者	LDL-C<2.6 mmol/L	非HDL-C<3.4 mmol/L

注：ASCVD为动脉粥样硬化性心血管疾病；LDL-C为低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C为高密度脂蛋白胆固醇；*ASCVD高危的患者指年龄≥40岁的糖尿病患者，20~39岁糖尿病有≥3种危险因素或合并靶器官损害，或1型糖尿病病程≥20年可作为ASCVD高危；主要危险因素包括高血压、血脂异常、吸烟、肥胖、早发冠心病家族史；靶器官损害包括蛋白尿、肾功能损害、左心室肥厚，或视网膜病变



表 4 卒中患者的降脂治疗目标值推荐^[28]

患者类型	主要目标	次要目标
动脉粥样硬化性缺血性卒中或 TIA 合并明确 CAD 或 PAD 患者	LDL-C<1.4 mmol/L	非 HDL-C<2.2 mmol/L
对于单纯动脉粥样硬化性缺血性卒中或 TIA 患者	LDL-C<1.8 mmol/L	非 HDL-C<2.6 mmol/L

注:TIA 为短暂性脑缺血发作;CAD 为冠状动脉疾病;PAD 为外周血管疾病;LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇;HDL-C 为高密度脂蛋白胆固醇

测定质量的影响。因此在 TG 明显升高的人群中,报告单上 LDL-C 的数值不一定是其真实水平,需注意区分检测方法,在解读报告时避免误判,在制定治疗方案时需要纳入考虑^[36]。

(四)应用规范化

建议综合考虑医院级别、改革意愿、患者认知程度等多方面因素,个体化实施血脂报告单规范化改革,自行选择模式 1 或者模式 2,并在此基础上可进一步拓展报告单内涵,添加拓展阅读内容、危险分层小工具、目标值查询小工具等。

(五)血脂报告单升级的操作路径

1. 政府相关部门的支持:血脂报告单的改革离不开政府相关部门的支持,2025 政府工作报告中强调“以患者为中心持续改善医疗服务”^[45]。国家卫生健康委等 14 部门联合制定的《健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案(2023—2030 年)》同样提出推进以治病为中心向以人民健康为中心转变,提升心脑血管疾病高危人群健康相关生活质量^[46]。血脂报告单是心脑血管疾病预防和诊疗的关键依据,呼吁将血脂报告单改革纳入“健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案”,避免血脂报告单改革碎片化推进。同时血脂报告单的规范性直接影响患者权益,政府部门的介入能赋予改革权威性;血脂报告单改革并非单一科室可独立完成,必须依靠政府的顶层设计、统筹协调和资源支持,才能确保改革落地见效,最终服务于全民健康目标。

2. 医疗机构内部的多科室协作

(1)临床科室提出申请:作为经常接诊血脂异常患者、且依赖血脂检测的心内科、神内科、内分泌科、老年科等相关科室,在日常诊疗过程中能够深切体会到当前血脂报告单存在的局限性。因此,建议血脂报告单改革应由此类临床科室单独或联合提出血脂报告单改革申请,在发现当前血脂报告单无法满足临床需求,尤其是无法满足高风险人群的分层管理需求时,可向医院主管部门提出血脂报告单改革申请。在申请中,应详细阐述当前血脂报告单的不足之处以及给患者诊疗带来的不利影响,以

及相关指南的明确推荐,评估血脂报告单改革的必要性和紧迫性。

(2)多学科联合评估:医院主管部门在接到申请后,协调组织临床科室(如心内科、神内科、内分泌科等)和非临床科室(如检验科、信息科、医保办、药剂科等)相关负责人共同参与专题会议,多学科联合评估血脂报告单改革的必要性和可行性,对血脂报告单改革进行共同决策。各科室均需充分发表意见,对改革方案的可行性、实施细节、潜在问题及解决方案进行深入探讨,达成初步共识,形成一份详细的血脂报告单改革草案。

①临床科室:进一步详细阐述对新血脂报告单的具体需求。比如在报告单上体现患者的危险分层和对应的目标值,或者增加与血脂异常相关的常见慢性病(如冠心病、糖尿病、卒中)的适宜参考值范围,以便患者和医生能够更直观地了解患者的血脂状况与慢性病之间的关系。还可在报告单上增加对血脂检测结果的简要解读和建议,如针对血脂异常患者提供生活方式调整(饮食、运动等)的建议以及是否需要进一步药物治疗的初步判断。

②检验科:分析当前血脂检测的技术手段、检测项目的准确性和稳定性以及可能面临的技术调整挑战,评估增加新的检测指标或细化现有指标的分层,是否需要检测设备进行校准或升级、是否需要检测人员进行培训等。同时,检验科要充分考虑检验数据的呈现方式,既要保证信息全面,又要简洁明了,便于临床医生和患者理解。

③信息科:评估是否需要重新开发相关模块,以实现根据患者的临床信息(如基础疾病、年龄、性别等)自动进行心血管危险分层,并将分层结果与血脂检测数据整合在新的报告单中。同时,也要确保信息系统的安全性和稳定性,防止患者信息泄露。此外,还可利用信息化手段,如在报告单上设置二维码,患者扫码后可获取关于血脂管理的科普知识和个性化建议。

④医保办公室:应重点关注血脂报告单改革后,新增加或者调整的血脂检测项目及报告单内容是否符合医保报销政策,确保相关费用能够得到合



理报销,避免增加患者负担。

⑤药剂科:在血脂报告单改革过程中以及改革后,药剂科应通过专业的药学知识,为患者提供结果解读与指导、合理用药教育等服务,传递依据危险分层个体化调脂治疗的必要性和合理性,为患者提供用药调整建议,同时处方点评传递危险分层和个体化治疗理念,提升调脂治疗的疗效与安全性。

(3)设计新版报告单:经多学科评估,形成血脂报告单改革草案后,可在本《建议》提供的 2 个报告单模板中(见附件 4 和附件 5)选择 1 个版本直接使用或微调后使用,不建议重新设计新版报告单。

(4)系统部署与培训

①人员培训:组织全院涉及血脂检测和诊疗的相关人员(包括临床医生、护士、检验人员、临床药师等)参加新血脂报告单解读和应用的培训。培训内容包括新报告单的格式、内容、心血管危险分层的方法和依据、不同分层患者的血脂控制目标以及如何根据报告单结果为患者制定个体化的治疗方案和生活方式干预建议等。确保所有相关人员能够准确理解和应用新的血脂报告单,提高医院整体的血脂管理水平。

②试点运行:在全院范围内选择部分科室(如心内科、内分泌科、神内科)进行新版血脂报告单的试点运行。在试点运行期间,密切关注试点科室在使用新报告单过程中出现的问题,及时收集临床医生、患者的反馈意见。组织相关科室对反馈意见进行分析和研究,针对存在的问题对新报告单的内容、格式以及信息系统进行优化和调整,确保新血脂报告单能够满足临床需求,为患者提供更有价值的信息。

③全面推广:试点运行成功并完成优化后,在全院范围内全面推广新的血脂报告单。同时,持续对新报告单的应用效果进行监测和评估,定期收集临床科室和患者的意见和建议,不断完善血脂管理工作,提高医院对心血管疾病等慢性病的防治能力,为患者提供更加优质、精准的医疗服务。

3. 持续改进

(1)数据追踪:统计 LDL-C 达标率、心血管事件发生率等指标的变化情况,并与改革之前的数据进行对比,分析其中的影响因素和应对之策。

(2)定期复盘:年度召开多学科会议,根据临床反馈和最新指南调整血脂报告单危险分层细节,如新增代谢综合征等危险因素。

四、未来展望

血脂报告单改革是推动心血管疾病个体化管理的重要先手棋。通过本《建议》的发布,我们呼吁面向全国范围内尤其是面向非心血管专科的临床医生开展规范化培训,使临床医生准确掌握分层评估与目标值设定原则;同时面向患者普及血脂疾病知识,以科学宣教打通防治“最后一公里”。也期待有条件的医院能“主动出击”,通过信息化系统的调整,在患者的血脂报告单上直接呈现其危险分层和目标值。最终希望通过血脂报告单的改革,优化我国血脂管理现状,推动血脂管理早日纳入国家基本公共卫生服务。

我们还应探索合适的评估方式,通过主观问卷和客观数据相结合的方式,对《建议》的实施效果进行科学评估,并结合评估结果与国内外最新指南和前沿进展,对《建议》不断优化和完善,以实现更精准的 ASCVD 风险评估和个体化治疗干预。此外,在《建议》的落地推广上,我们仍需探索可执行、可推广、可复制的实施方案,比如借助各省级心血管质控中心的力量建立标准化操作流程,确保血脂报告单改革促进医疗质量和患者满意度提升。

牵头专家:李建平(北京大学第一医院心内科);马长生(首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科)

执笔专家:张龙(北京大学第一医院心内科)

专家组成员(按姓氏汉语拼音顺序):陈红(北京大学人民医院心内科);陈桢玥(上海交通大学医学院附属瑞金医院心内科);丛洪良(天津市胸科医院心内科);干伟(四川大学华西医院检验科);郭远林(中国医学科学院阜外医院心内科);胡敏(中南大学湘雅二医院检验科);李建平(北京大学第一医院心内科);罗素新(重庆医科大学附属第一医院心内科);马长生(首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科);马根山(东南大学附属中大医院心内科);彭道泉(中南大学湘雅二医院心内科);宋海庆(首都医科大学宣武医院神经内科);王增武(中国医学科学院阜外医院心内科);王箴(复旦大学附属中山医院心内科);吴娜琼(中国医学科学院阜外医院心内科);伍贵富(中山大学附属第八医院心内科);徐红新(武汉大学人民医院心内科);鄢华(武汉亚洲心脏病医院心内科);周振华(陆军军医大学第一附属医院神经内科);张龙(北京大学第一医院心内科);周书铎(北京大学第一医院心内科)

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] Mensah GA, Fuster V, Murray C, et al. Global burden of



附件 1： 类型 1 报告单示例(根据真实血脂报告单制作)

项目	结果	参考范围	注释：血脂分析目标值因人而异，建议结合危险因素和疾病特点，咨询专科医生，并开展血脂个性化管理。附《中国血脂管理指南2023》降脂首要靶点-低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）的目标值，有效降低动脉粥样硬化性心血管疾病风险		
甘油三酯	1.22	适宜<1.70 mmol/L 增高1.70~2.30 很高>2.30			
总胆固醇	3.04	适宜<5.20 mmol/L 增高5.20~6.20 很高>6.20			
低密度脂蛋白胆固醇	1.62	适宜<3.40 mmol/L 增高3.40~4.10 很高>4.10			
高密度脂蛋白胆固醇	1.15	>1.04 mmol/L			
			心血管危险分层	低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标值	常见人群
			低危	<3.4 mmol/L	健康人群
			中、高危	<2.6 mmol/L	LDL-C≥4.9 mmol/L 40岁以上糖尿病 慢性肾脏病3~4期
			极高危	<1.8 mmol/L	冠心病；卒中； 糖尿病+高血压
			超高危	<1.4 mmol/L	糖尿病+冠心病或卒中 冠心病+卒中 反复心梗或脑梗



关注在线挂号



陈主任说降脂



陈主任说血脂

附件 2： 类型 2 报告单示例(根据真实血脂报告单制作)

检验项目	缩写	结果	参考值(单位)
总胆固醇	CHOL	4.44	2.90~5.20 mmol/L
高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	1.07	>1.04 mmol/L
低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	2.90	冠心病或脑梗死<1.4 mmol/L 糖尿病+高血压<1.8 mmol/L 糖尿病或高血压<2.6 mmol/L 健康人群<3.4 mmol/L
非 HDL-C	FHDL-C	3.37	冠心病或脑梗死<2.2 mmol/L 糖尿病+高血压<2.6 mmol/L 糖尿病或高血压<3.4 mmol/L 健康人群<4.2 mmol/L
高密度脂蛋白胆固醇/总胆固醇	HD/CH	0.24	0.15~1.00

附件 3： 类型 3 报告单示例(根据真实血脂报告单制作)

项目名称	英文缩写	结果	标识	单位	参考区间
甘油三酯	TG	1.95	↑	mmol/L	0~1.7
总胆固醇	TC	5.44	↑	mmol/L	0~5.18
高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	1.01	↓	mmol/L	1.16~1.42
低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	3.68		mmol/L	正常:0~3.37 心血管病高危目标<2.6 心血管病极高危目标<1.8
载脂蛋白 B	ApoB	1.10		g/L	0.60~1.40
脂蛋白(a)	Lp(a)	183.90		mg/L	0~300

cardiovascular diseases and risks, 1990-2022[J]. J Am Coll Cardiol, 2023, 82(25): 2350-2473. DOI: 10.1016/j.jacc.2023.11.007.

[2] Timmis A, Aboyans V, Vardas P, et al. European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics[J]. Eur Heart J, 2024, 45(38): 4019-4062. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae466.

[3] 盛百合, 张馨予, 杨洪喜, 等. 中国居民 1990-2019 年心血

管疾病和慢性呼吸系统疾病负担变化趋势及预测分析[J]. 中国公共卫生, 2024, 40(4): 477-483. DOI: 10.11847/zgggws1142436.

[4] 健康中国研究中心. 健康中国战略之慢性病综合管理蓝皮书(2025 年)[M]. 北京: 中国人口与健康出版社, 2025.

[5] 宋先秦, 张天昊, 赵振平, 等. 1990~2023 年中国非传染性疾病的疾病负担分布及变化分析[J]. 中国循环杂志, 2026, 41(1): 39-47. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2026.01.004.



附件 4： 报告单模板-模式 1,A5 单面

姓名: 张三	科室: 心内科	病人类型: 住院	标本号: 3006
性别: 男	床号: 68	标本类型: 血清	条码编号: 425021300044
年龄: 71 岁	住院号: 25007185	检测仪器: AU680	申请医生: 王二
临床诊断: 冠心病			

序号	项目名称	英文代码	结果	提示	单位	参考区间	检测方法
1	甘油三酯	TG	0.63		mmol/L	<1.7	磷酸甘油氧化酶法
2	总胆固醇	TC	6.70	↑	mmol/L	<5.20	胆固醇氧化酶法
3	高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	1.66		mmol/L	>1.04	选择性抑制法
4	低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	4.31	↑	mmol/L	健康人群 <3.4 其他人群见下方临床情况及目标值	保护法

患者临床情况	患者LDL-C目标值
≥ 2 次ASCVD 事件(心肌梗死、缺血性脑卒中、外周动脉血运重建或截肢)	<1.4 mmol/L且较基线降低幅度≥50%
ASCVD(冠心病、缺血性脑卒中、外周动脉疾病)+糖尿病	<1.4 mmol/L且较基线降低幅度≥50%
ASCVD(冠心病、缺血性脑卒中、外周动脉疾病)	<1.8 mmol/L且较基线降低幅度≥50%
糖尿病 (≥ 40 岁)	<1.8 mmol/L
糖尿病 (< 40 岁)	
LDL-C≥4.9 mmol/L	
慢性肾脏病 (3~4 期)	<2.6 mmol/L ^b
高血压+危险因素 ^a ≥1 个	
危险因素 ^a ≥3 个	
不符合上述情况	<3.4 mmol/L

注: LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; ASCVD: 动脉粥样硬化性心血管疾病; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇。 ^a: 包括年龄 (男性≥ 45 岁, 女性≥55 岁)、吸烟、HDL-C < 1.0 mmol/L、体重指数≥28 kg/m²、早发 (男性<55 岁, 女性<65岁) ASCVD 家族史。 ^b: 存在≥两种临床情况者, 目标值下调为 < 1.8 mmol/L。 CKD 3~4 期: 15 < eGFR≤59 ml·min⁻¹·(1.73 m²)⁻¹。



扫描下方二维码
了解更多血脂知识



扫描下方二维码
快速获取目标值

注:(1)各医疗机构可根据实际情况修改参考区间及检测方法;(2)报告单上的二维码及小程序码仅为示意,各医院在改革过程中可自行调整或删除

[6] Zhao D, Zhang Y, Wang J, et al. Cardiovascular disease prevention in China: challenges and opportunities in the artificial intelligence-enabled digital health era[J]. Nat Rev Cardiol, 2025. DOI: 10.1038/s41569-025-01222-2.

[7] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组, 胡盛寿. 中国心血管健康与疾病报告 2024 概要[J]. 中国循环杂志, 2025, 40(6): 521-559. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2025.06.001.

[8] 贾伟平. 强基固本, 全专结合, 做好健康守护者[J]. 中华内科杂志, 2024, 63(5): 427-429. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20240302-00138.

[9] 国家医保局办公室. 《关于印发按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》政策解读 [EB/OL]. [2024-07-23]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/23/art_104_13313.html.

[10] 王艺霏, 王增武, 郑聪毅, 等. 中国心血管代谢性共病模式及相关因素研究[J]. 中华心血管病杂志, 2025, 53(7): 792-798. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20240509-00247.

[11] Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes[J]. N Engl J Med, 2003, 348(5): 383-393. DOI: 10.1056/NEJMoa021778.

[12] Gæde P, Oellgaard J, Carstensen B, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial[J]. Diabetologia, 2016, 59(11): 2298-2307. DOI: 10.1007/s00125-016-4065-6.

[13] 中华人民共和国国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 健康中国行动(2019—2030 年)[EB/OL]. [2019-07-15]. <https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/201907/2a6ed52f1c264203b5351bdbbadd2da8.shtml>.

[14] 中华人民共和国国家卫生健康委员会基层卫生健康司. 关于做好 2025 年基本公共卫生服务工作的通知 [EB/OL]. [2025-06-26]. <https://www.nhc.gov.cn/jws/c100073/202506/14a23782324542f59137bbf24a1c988f.shtml>.

[15] 上海市卫生健康委员会. 上海市卫生健康委员会关于印发《上海市社区健康管理规范—慢性病综合防治(2025 年版)》的通知 [EB/OL]. [2025-10-24]. <https://wsjkw.sh.gov.cn/gjhzgtgahz/20251024/1076c541b9e84af8998fb3d91fbbd963.html>.

[16] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于印发《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的通知 [EB/OL]. [2017-03-28]. <https://www.nhc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>.

[17] Lucà F, Oliva F, Rao CM, et al. Appropriateness of Dyslipidemia Management Strategies in Post-Acute Coronary Syndrome: A 2023 Update[J]. Metabolites, 2023, 13(8): 916. DOI: 10.3390/metabo13080916.

[18] Gargiulo P, Basile C, Galasso G, et al. Strike early-strike strong lipid-lowering strategy with proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitors in acute coronary syndrome patients: real-world evidence from the AT-TARGET-IT registry[J]. Eur J Prev Cardiol, 2024, 31(15): 1806-1816. DOI: 10.1093/eurjpc/zwae170.

[19] Andersen MH, Jensen JM, Kanstrup H, et al. Low-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular risk in the absence of calcifications on computed tomography: the Western Denmark Heart Registry[J]. Eur Heart J, 2025, 46(46): 5062-5072. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf497.

[20] Sun L, Clarke R, Bennett D, et al. Causal associations of

附件 5: 报告单模板-模式 2, A5 正反面或 A4 整页

姓名: 张三	科室: 心内科	病人类型: 住院	标本号: 3006
性别: 男	床号: 68	标本类型: 血清	条码编号: 425021300044
年龄: 71 岁	住院号: 25007185	检测仪器: AU680	申请医生: 王二

临床诊断: 冠心病

序号	项目名称	英文代码	结果	提示	单位	参考区间	检测方法
1	甘油三酯	TG	0.63		mmol/L	< 1.7	磷酸甘油氧化酶法
2	总胆固醇	TC	6.70	↑	mmol/L	< 5.20	胆固醇氧化酶法
3	高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	1.66		mmol/L	> 1.04	选择性抑制法
4	低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	4.31	↑	mmol/L	健康人群 < 3.4, 其他人群见危险分层及目标值	保护法

降脂靶点的目标值

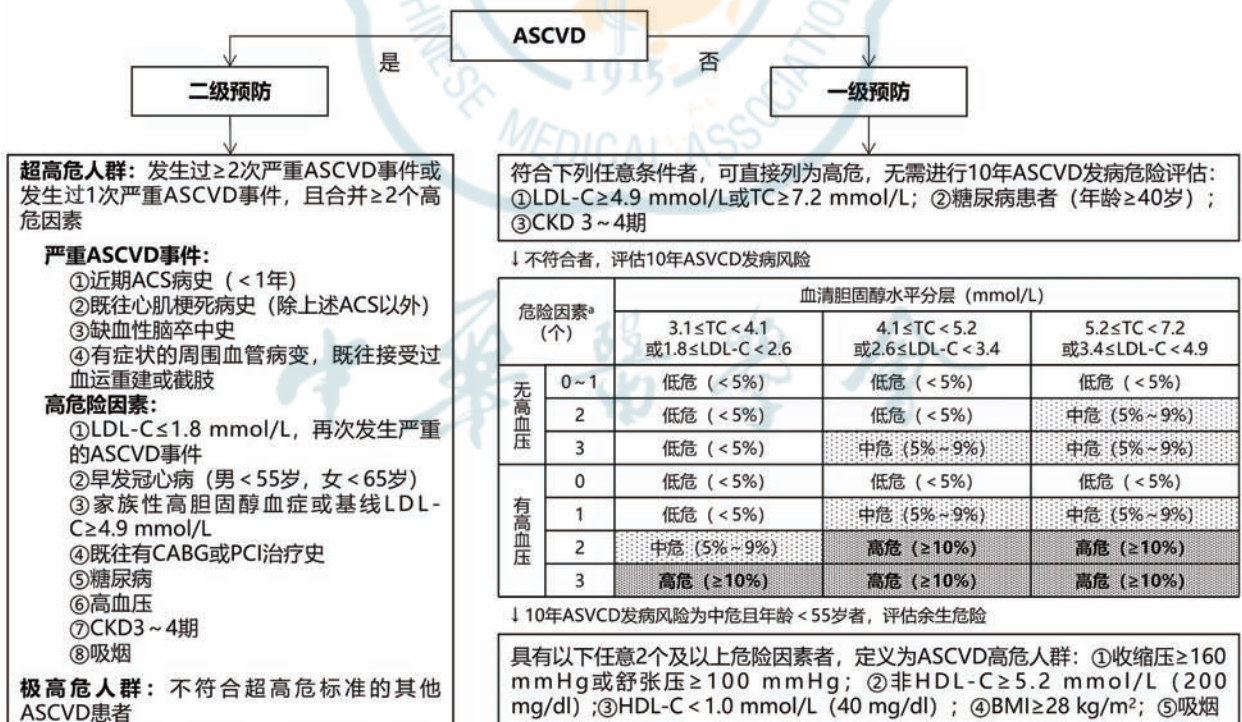
风险等级	LDL-C 推荐目标值 (mmol/L)
低危	< 3.4
中、高危	< 2.6
极高危	< 1.8 且较基线降低幅度 > 50%
超高危	< 1.4 且较基线降低幅度 > 50%



扫描下方二维码
了解更多血脂知识



扫描下方二维码
快速评估危险分层



ASCVD: 动脉粥样硬化性心血管疾病; ACS: 急性冠脉综合征; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; CABG: 冠状动脉旁路移植术; PCI: 经皮冠状动脉介入治疗; TC: 总胆固醇; CKD: 慢性肾脏病; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; BMI: 体质指数。1 mmHg = 0.133 kPa。危险因素的水平均为干预前水平。*危险因素包括吸烟、低 HDL-C、年龄 ≥ 45/55 岁 (男性/女性); CKD 3 ~ 4 期: 15 < eGFR ≤ 59 ml·min⁻¹·(1.73 m²)⁻¹

注: (1) 各医疗机构可根据实际情况修改参考区间及检测方法; (2) 报告单上的二维码及小程序码仅为示意, 各医院在改革过程中可自行调整或删除

blood lipids with risk of ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in Chinese adults[J]. Nat Med, 2019, 25(4):

569-574. DOI: 10.1038/s41591-019-0366-x.

[21] Tian Y, Cao X, Wang X, et al. LDL-C-Related Cardiovascular



中华医学会杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究

- Burden in China 2010 to 2030: Spatiotemporal Patterns and Scenario-Based Projections[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2025: S0735-1097(25)09513-0. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.09.1592.
- [22] Butler J, Hammonds K, Talha KM, et al. Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction[J]. *Eur Heart J*, 2025, 46(16): 1540-1550. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae885.
- [23] Xu J, Zhang X, Jin A, et al. Trends and Risk Factors Associated With Stroke Recurrence in China, 2007-2018[J]. *JAMA Netw Open*, 2022, 5(6): e2216341. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.16341.
- [24] 张海华, 俞梦越. 青年心肌梗死的复发危险因素分析[J]. *中国心血管杂志*, 2022, 27(3): 242-246. DOI: 10.3969/j.issn.1007-5410.2022.03.008.
- [25] Chong B, Jayabaskaran J, Jauhari SM, et al. The Global Syndemic of Modifiable Cardiovascular Risk Factors Projected From 2025 to 2050[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2025, 86(3): 165-177. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.04.061.
- [26] Liu J, Wang K. China diverges from global trends in a 30 years comparative analysis and future projections of ischemic heart disease burden attributable to high LDL cholesterol[J]. *Discov Public Health*, 2025, 22: 392. DOI: 10.1186/s12982-025-00791-4.
- [27] Zhang M, Deng Q, Wang L, et al. Prevalence of dyslipidemia and achievement of low-density lipoprotein cholesterol targets in Chinese adults: A nationally representative survey of 163, 641 adults[J]. *Int J Cardiol*, 2018, 260: 196-203. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.12.069.
- [28] 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. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2023.03.001.
- [29] Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes[J]. *Eur Heart J*, 2024, 45(36): 3415-3537. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae177.
- [30] Patel SB, Wyne KL, Afreen S, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline on Pharmacologic Management of Adults With Dyslipidemia [J]. *Endocr Pract*, 2025, 31(2): 236-262. DOI: 10.1016/j.eprac.2024.09.016.
- [31] 贾伟平. 新形势、新理念下的慢性病防控[J]. *中华内科杂志*, 2022, 61(1): 1-3. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20211124-00843.
- [32] 鄢盛恺, 柯元南, 李珅珅, 等. 相关科室血脂异常患者对检验报告单有用性评价及调脂治疗相关知识调查[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2010, 42(6): 675-680. DOI: 10.3969/j.issn.1671-167X.2010.06.017.
- [33] 中华医学会检验医学分会, 中国医师协会检验医师分会, 中国生物化学与分子生物学会脂质与脂蛋白专业委员会, 等. 中国临床血脂检测指南[J]. *中华检验医学杂志*, 2022, 45(10): 1017-1033. DOI: 10.3760/cma.j.cn114452-20220829-00497.
- [34] 郭燕冰, 龚艳霞. 改进血脂检验报告单对门诊患者调脂治疗知识掌握以及遵医行为的影响[J]. *实验与检验医学*, 2018, 36(2): 193-195, 198. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1129.2018.02.019.
- [35] 蔺新红, 乔斌超, 贾永平. 非传统血脂指标与动脉粥样硬化性心血管疾病关系的研究进展[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2025, 23(21): 3274-3278. DOI: 10.12102/j.issn.1672-1349.2025.21.010.
- [36] 国家心血管病专家委员会心血管代谢医学专业委员会, 窦克非, 郭远林. 基层血脂管理适宜技术与质量控制中国专家建议(2025年)[J]. *中国循环杂志*, 2025, 40(3): 213-218. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2025.03.002.
- [37] 中华医学会心血管病学分会, 中华医学会糖尿病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 心血管疾病患者血糖波动管理的专家共识[J]. *中华心血管病杂志*, 2025, 53(7): 757-768. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20241022-00635.
- [38] 全面管理血脂相关心血管风险专家共识(2025)制订专家组, 苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院. 全面管理血脂相关心血管风险专家共识(2025)[J]. *中华心血管病杂志(网络版)*, 2025, 8(1): 1-23. DOI: 10.3760/cma.j.cn116031.2025.1000192.
- [39] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会, 国家心血管病专家委员会心血管代谢医学专业委员会. 糖尿病患者血脂管理中国专家共识(2024版)[J]. *中华糖尿病杂志*, 2024, 16(4): 383-403. DOI: 10.3760/cma.j.cn115791-20240301-00090.
- [40] Jacobson TA, Maki KC, Orringer CE, et al. National Lipid Association Recommendations for Patient-Centered Management of Dyslipidemia: Part 2[J]. *J Clin Lipidol*, 2015, 9(6 Suppl): S1-S122. e1. DOI: 10.1016/j.jacl.2015.09.002.
- [41] Mehta LS, Warnes CA, Bradley E, et al. Cardiovascular Considerations in Caring for Pregnant Patients: A Scientific Statement From the American Heart Association [J]. *Circulation*, 2020, 141(23): e884-e903. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000772.
- [42] 陈艺璇, 吴琳琳, 吴晓霞, 等. 妊娠早期心血管代谢风险与不良妊娠结局的深圳出生队列研究[J]. *中华心血管病杂志*, 2024, 52(2): 158-164. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20230816-00086.
- [43] 刘梅林, 张雨濛, 付志方, 等. 老年人血脂异常管理中国专家共识[J]. *中华内科杂志*, 2022, 61(10): 1095-1118. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20220407-11251.
- [44] Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack[J]. *N Engl J Med*, 2006, 355(6): 549-559. DOI: 10.1056/NEJMoa061894.
- [45] 政府工作报告——2025年3月5日在第十四届全国人民代表大会第三次会议上[EB/OL].[2025-03-12]. https://www.gov.cn/gongbao/2025/issue_11946/202503/content_7015861.html.
- [46] 国家卫生健康委, 国家发展改革委, 教育部, 等. 关于印发健康中国行动—心脑血管疾病防治行动实施方案(2023—2030年)的通知[EB/OL].[2023-10-30]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202311/content_6915365.htm.

