

SPRINT 研究执委会主席:

## 中国推广SPRINT研究结果要谨慎



Paul K. Whelton 教授

近年,最受关注的高血压领域研究莫过于SPRINT了,因为其结果直接影响临床实践。作为SPRINT研究的指导委员会主席,Paul K. Whelton教授详细介绍了SPRINT的主要研究结果及其对临床的指导意义。

Whelton说,全球10亿多人有高血压,它是全球疾病负担的最重要危险因素。大量研究证实,降压能有效降低心血管疾病风险,但最佳的收缩压目标尚不明确。在此背景下,

SPRINT应运而生。

SPRINT研究结果显示,在整个随访期间,强化降压组和标准降压组患者实际达到的平均血压水平分别为121.5 mmHg与134.6 mmHg,两组差值13.1 mmHg。

两组主要复合终点发生率分别为5.2%与6.8%,强化降压组相对风险降低25%。需要指出的是,在75岁以上亚组,强化降压仍可显著获益,主要终点相对风险降低34%。有趣的是,虚弱指数>0.10的75岁以上的老年人可以从强化降压中获益,而更健康者无明显获益。

另外,主要肾脏终点在两组无差异。严重不良事件也无差异。

SPRINT研究结果是否可以推广至临床呢? Whelton教授认为,对于美国和其他高血压相关心血管病谱与美国类似的国家,将血压降得更低一些对很多高危患者来说是可行的,特别是与SPRINT入选患

者情况类似的人群。但不建议将SPRINT结果推广至低危的高血压人群。

最新版加拿大高血压指南已经采用了SPRINT的研究结果,推荐50岁以上、收缩压 $\geq 130$  mmHg的患者,可以考虑将血压降至SPRINT研究中的目标水平。美国ACC/AHA的高血压指南也正在更新中,预计今年年底或明年初发布。

Whelton教授强调,对于中国和其他亚洲国家,推广SPRINT研究结果要谨慎。因为美国和中国的疾病和人群特点不同。冠心病在美国高发,卒中在中国更多见,而SPRINT研究排除了卒中患者。

此外,在美国,高血压的相关并发症常常是动脉粥样硬化,而中国非动脉粥样硬化性并发症更多见。因此,中国也需要进行类似SPRINT的研究来确定最佳的降压目标。



美国心律学会主席 Michael R. Gold:

## 心脏性猝死 1.5 级预防更适宜发展中国家



Michael R. Gold 教授

美国心律学会主席 Michael R. Gold教授指出,有很大比例的心脏疾病的首次发作就出现猝死;在左室射血分数(LVEF)为<30%的患者中,心脏性猝死的发生率为7.5%,而LVEF>50%的患者中,发生率仅为1.4%。

除了 $\beta$ 受体阻滞剂、ACEI、ARB、他汀、ASA、醛固酮拮抗剂等非抗心律失常药物可以降低死亡率和心脏性猝死发生外,置入植入型心律转复除颤器(ICD)能显著降低心脏性猝死发生率。

但Gold表示,ICD在全球

未得到有效的应用。发展中国家SCD的高危人群很多,ICD的应用却非常有限。ICD普及推广过程中存在诸多障碍,如不同国家的应用原则不同,有些国家配置ICD需要自费等。

目前,我们已有针对心脏性猝死的一、二级预防标准和措施。但二级预防手段显然难以惠及整个心脏性猝死高危人群。在欧美发达国家被普遍接受应用的是一级预防标准,这是针对未发生过心脏猝死的高危人群实施的预防。一级预防是通过临床诊断,发现潜在的高风险患者并尽早置入ICD。

Gold表示,既然在某些国家广泛开展ICD的一级预防受到诸多限制,我们可以在ICD一级预防人群中找出更加合适的患者。他强调,ICD一级预防患者同时具有非持续性室速、频发室早、LVEF较低、晕厥或先兆晕厥,这些患者发生心脏性猝死的风险与二级预防者一样高,应该优先置入ICD,即心脏性猝死的1.5级预防,这可能更适合一些发展中国家。

## 优化院内 POCT 质控管理 突破临床诊疗发展瓶颈

近日,在“POCT质控管理交流沙龙”上,广东省人民医院副院长何斌、广东省人民医院设备材料科科长邹明华、北京大学深圳医院急诊重症医学部主任张卫星、汕头大学医学院第二附属医院心内科主任兼大内科主任王伟以及中山大学附属第一医院检验科主任刘敏等专家就目前床旁检测(POCT)存在的问题和发展前景进行了深入探讨,分享了各自医院在POCT管理方面的经验心得,旨在进一步推动POCT规范化管理,为患者提供更高质高效的临床诊疗服务。

何斌指出:“临床对POCT的需求非常迫切。相对检验科的送检,‘即时’的POCT对急需快速诊断的危重病急救患者有着非同寻常的意义。通过加强院内POCT质控水平,完善管理系统流程,不仅能缓解医患矛盾,还能帮助克服医院管理及发展的瓶颈。”

### POCT 高速发展 临床应用面临诸多问题

张卫星表示:“急诊和重症监护室(ICU)是最需要POCT的科室:在最短的时间内、用最简单的检测、对最严重的症状、做出最准确的判断、给予最可能有效的处理。在灾难现场、急救

车、直升飞机上都需要配置心肌标志物、血糖仪、电解质、血气等POCT设备,以保证急危重患者在到达医院前即可明确诊断,甚至指导早期治疗。”

“近几年来,POCT经历了

从无到有、再到高速发展的过程。而有些起步较晚的医院尽管申请到POCT设备,但却面临检测结果检验科不认、操作人员没有检验资质等问题,容易造成医患矛盾。”张卫星指出,“目前很多医院都

面临POCT发展瓶颈,质控意识不强,主要体现在仪器、耗材管理、质量控制管理、规范化报告及电子病历、报告发放资质、操作者的规范性及培训、以及与检验科报告的一致性等方面。”

### 将 POCT 纳入医院整体质量管理体系

卫生部三级综合医院评审标准实施细则中明确要求所有POCT项目均应开展室内质控,并参加室间质评。定期对POCT结果进行对比,并明确对比的允许偏差;对超出允许范围的应及

时进行校准和纠正,并要求有工作记录。

王伟介绍:“2015年我院正式发布POCT管理制度文件,由院长牵头,在院内成立POCT管理委员会,抓住‘人员、仪器、质量、

流程’四大管理核心目标。”POCT管理委员会倡导跨科室团队合作、资源共享,促进院内资源合理配置,规范人员培训与资质认证,加强考核;规范POCT仪器申请使用流程,配备高品质的检验设

备,进行科学的耗材管理;建立完善的质量管理体系,规范质控异常处理机制;制定全院一致的标准操作流程,加强监管;规范检测报告;检测结果导入信息系统,直接出具电子病历。

### 血糖 POCT 网络化管理: 院内血糖监测未来发展的必然趋势

面对日益庞大的糖尿病患者群体、血糖检测频率高而手工录入效率低、工作量大、过程繁琐、质控管理难等问题,邹明华表示:“借用卫生经济学对POCT及常规检验科模式进行分析比较,POCT可以加快急危重症鉴别诊断的速度,帮助医生及时制订最有效的治疗方案,降低住院天数/死亡等事件的发生率,是极具成本效应的检测模式。因为医疗行业对POCT的巨大需求,POCT检测的仪器及品牌也在近年间不断涌现。”

邹明华还介绍,为实现积极主动的POCT管理,各科室之间应切实加强沟通,积极宣传POCT网络化管理的必要性及重要性,完善对室内质控与人员培训的监督,选择优质的检测设备以最大化发挥POCT的价值,大大助力提升医院的整体临床诊疗水平。

对此,刘敏分享了其开展血糖管理的实践经验:将室内、室间质控和人员培训作为最重要的两个环节,着力加强“人员培训、管理权限、作业流程、报告文书”

规范化管理,将POCT纳入医院质控管理体系,统一制定操作手册和管理手册,每季度进行质控大检查,每半年进行操作人员培训,每台机器都要有质控记录、测试时间及仪器校准、耗材批号等。未通过比对的科室会要求进行整改,涉及的设备也会禁止使用。

与传统的非联网血糖仪不同,罗氏诊断ACCU-CHEK Inform II血糖仪(联网血糖仪),通过罗氏诊断cobas® IT 1000实现POCT网络化管理。ACCU-

CHEK Inform II血糖仪仅需0.6  $\mu$ l血液,5s即可得到检测结果,并通过无线网络进行数据传输,结合cobas® IT 1000,可以轻松从便携终端获取数据,实现全院血糖管理水平实时监控,高低血糖风险提示,发现潜在问题,确保专家及时介入治疗。同时,还可提供全面的月质控图与动态质控图,帮助检验科管理全院POCT设备质控情况;对于过期的耗材和质控失效的机器,网络后台会设有自动提醒和拦截功能,实现对所有设备进行校对。