



北京市社区卫生服务机构
专病特色科室建设项目

北京市社区卫生服务机构 脑卒中专病特色科室建设

培 训 资 料

北京市卫生健康委员会
北京市社区卫生协会
2025年6月

目 录

1. 脑卒中专病特色科室建设标准.....	(1)
2. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 脑卒中门诊病历质量评分标准.....	(11)
3. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 脑卒中处方核查表.....	(13)
4. 北京市社区卫生服务机构脑卒中专病特色科室建设项目介绍....何永洁	(15)
5. 缺血性卒中基层诊疗技术规范..... 王蓬莲	(36)
6. 卒中评估量表介绍及分级诊疗..... 秦海强	(49)
7. 脑血管疾病一体化管理模式探索..... 葛彩英	(83)

脑卒中专病特色科室建设标准

一、建设目的

脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高和复发率高的特点，目前是世界上第二位的死亡原因，在我国部分地区甚至居于首位。流行病学资料显示，我国城乡居民中，脑卒中每年的发病率、死亡率和患病率分别为 219/10 万、116/10 万和 719/10 万，致残率达 70%~80%，生活不能自理者达 43.2%。与全世界比较，我国脑血管病有两个明显的特点：一是在欧美发病率降低的趋势下，我国的发病率还在持续上升；二是我国脑血管病的复发率非常高。

基层医疗卫生机构作为我国医疗卫生体系的基石，在人群预防和常见病、慢性病诊治领域中具有重要作用。因此，在基层医疗卫生机构建设一批具有脑卒中诊治能力的专病特色科室，对于开展脑卒中的早期危险因素筛查，高危患者进行转诊，实现卒中的早诊断、早预防；同时提高社区对急性卒中的早期识别能力，有助于提高患者超早期再灌注治疗的比例；急性期治疗完成的患者转回社区也可以续贯进行康复训练，提高患者的生活质量。通过基层医疗机构的系统性干预，可增加患者二级预防的依从性，从而减少卒中的复发治疗、改善远期预后、降低疾病负担具有非常重要的意义。

二、科室建设条件

（一）人员配置

1. 脑卒中专病特色科室至少有一名副高级以上职称的全科医师作为学科带头人；至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有脑卒中防治能力的全科医师。

2. 至少有两名具有脑卒中防治能力的护士。

（二）设施、设备

1. 设施：具有开展脑卒中专病特色科室的独立诊室，使用面积不低于10平方米，悬挂统一“脑卒中门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。

诊室内应配置有脑卒中诊疗必需的体格检查设施，如神经系统专用查体工具、听诊器、血压计、阅片灯等。

2. 设备

必备设备：中心能提供血常规、凝血分析、生化等常规的检验设备，便携式心电图仪、血管超声仪。

医联体内可提供：血管造影、核磁共振、CT检查设备、TCD、超声心动图检查。

（三）检查项目

必备检查项目：包括血常规、血生化、凝血功能等常规检查；心电图检测、动态心电图、血管超声。

三级或专科医疗机构培育基地可提供检查项目：头颅CT平扫、血管超声、TCD、经胸超声心动图。

（四）配备药品

应配备脑卒中常用治疗药物，包括抗血小板聚集药物，抗凝药物及脑卒中亚急性期及恢复期药物，不限于以下药物：高血压、糖尿病、以及血脂异常相关药物。

（五）工作方案及管理制度

1. 制定脑卒中专病特色科室建设工作方案，包括成立专病特色科室建设工作领导小组，明确职责，专人负责工作落实，协调相关科室配合开展脑卒

中筛查、诊疗、管理等服务。

2. 制定脑卒中专病特色科室工作制度，包括科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度，设施设备管理制度，双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、脑卒中诊疗流程、脑卒中患者家医签约服务项目清单（包）等等。

3. 制定医疗风险防控预案：应包括医疗风险防控预案、脑卒中急性期的识别与处理、脑卒中诊疗技术规范等。

4. 人员岗位职责

（1）全科医生

- ①高危人群卒中危险因素筛查；
- ②高危人群的识别及转诊；
- ③早期脑卒中的识别及危急重症转诊；
- ④脑卒中患者社区综合管理。

（2）社区护士

- ①脑卒中患者相关知识问卷调查；
- ②协助建立健康档案；
- ③负责患者健康管理；
- ④按期进行患者随访。

（六）工作数量

- 1. 脑卒中问卷筛查：到机构就诊的 40 岁以上人群 $\geq 50\%$
- 2. 专病特色科室脑卒中患者年就诊量 ≥ 100 例次

（七）医疗质量

1. 建立脑卒中患者数据库：能通过信息化数据平台，对本机构就诊的脑卒中患者建立电子健康档案，可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”

位置标注“脑卒中门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专科门诊号，提取本病中工作数量等，进行脑卒中患者健康管理，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。

2. 建立病历质量控制制度：自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，评估脑卒中患者的筛查、诊断、规范化治疗的准确性及合理性。（详见病历质量核查表），病历质量合格率 90%以上。

3. 建立处方点评制度：每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、有分析，针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90%以上。

4. 评定量表：开展神经功能损伤评定量表（NIHSS、mRS）、认知功能损伤评定量表（MMSE、MOCA）、情感障碍评定量表（HAMD、HAMA）的应用。

（八）培育基地与专科特色科室联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构培育基地专家下社区

建立脑卒中分级诊疗制度，社区卫生服务机构专科特色科室同三级或专科医院医疗机构培育基地建立联动机制，特别是同神经内科（脑卒中门诊）建立密切合作。培育基地副高职称以上专家需完成每月不少于 2 个社区门诊单元，另一次可以带教、授课、查房等形式落实，专家和时间相对固定。专家未下社区或资料不真实为专科科室“一票否决”为不合格。

科室需留存完整的资料，包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务凭证；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务，推动社区脑卒中防治水平的

提升。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与三级医疗机构或专科医疗机构培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。

（九）开展家庭医生签约服务

开展脑卒中患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，制定并提供个性化脑卒中患者签约服务项目清单（包），全科医生对签约患者应实行连续综合的责任制管理，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务，规范化管理包括面对面随访每年至少 4 次。

（十）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：专病特色科室的全科医生和护士，申报当年均应参加由北京市统一组织的脑卒中专病特色科室规范建设培训。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应到三级或专科医疗机构培育基地或上级医院脑卒中门诊完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。

3. 人员考核：参加由市级组织的统一培训考试合格；进修结束前，由带教老师进行过程性技能操作考核。

4. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

（十一）开展健康教育活动

专病特色科室的医护人员应为脑卒中患者提供相关的健康教育知识，每年开展脑卒中患者健康教育活动 ≥ 4 次，每次参与人数 ≥ 20 人，培训形式应以线下为主。

（十二）绩效考核指标

1. 家庭医生签约服务签约率 $\geq 90\%$

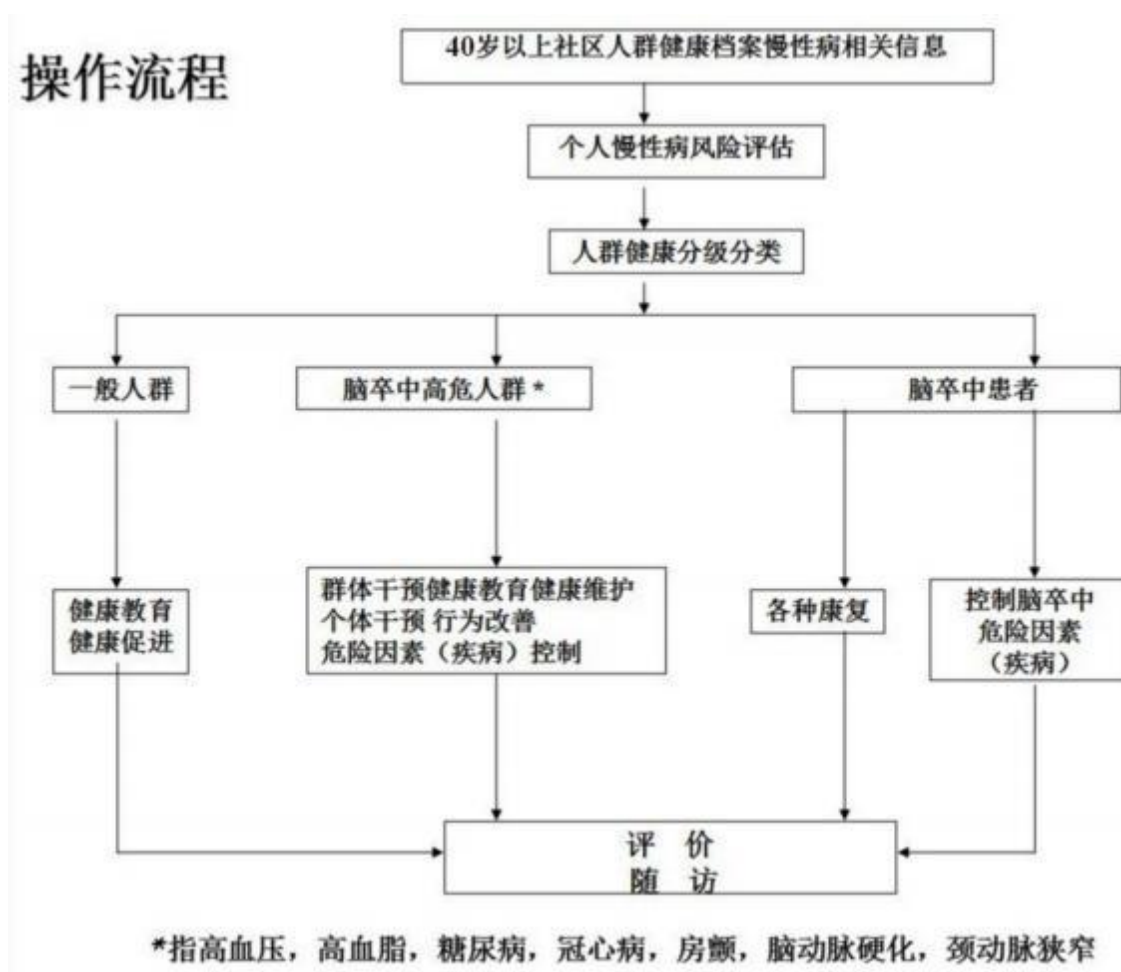
脑卒中患者家庭医生服务签约率=脑卒中患者家庭医生服务签约人数/脑卒中患者确诊人数 $\times 100\%$

2. 脑卒中患者规范化管理率 $\geq 70\%$

脑卒中患者规范化管理率=脑卒中患者规范化管理人数/机构就诊脑卒中患者人数 $\times 100\%$

三、诊疗流程

基层医疗卫生机构应承担脑卒中疾病的健康教育、筛查、诊断、治疗及长期随访管理工作，识别不适合在基层诊治的脑卒中患者并及时转诊。



附件：脑卒中专科病特色科室建设评估标准

附件：

脑卒中专病特色科室建设评估标准

一、必备条件(准入标准)

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料 准备	<ul style="list-style-type: none"> 至少有 1 名副高级以上专业技术职称的全科医师作为学科带头人 至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称具有脑卒中防治能力的全科医师 至少有 2 名具有脑卒中防治能力的护士 申报当年全科医师和护士必须参加由北京市统一组织的脑卒中专病特色科室建设培训 检查方法：相关支持性材料（（资质证书、培训通知、培训证书等））
1-2	设施	现场	<ul style="list-style-type: none"> 相对独立诊室，使用面积$\geq 10\text{ m}^2$，悬挂统一“脑卒中门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。 诊室内应配置有脑卒中诊疗必需的体格检查设施，如神经系统专用查体工具、听诊器、血压计、阅片灯等。 具备与急救中心及三级及专科医疗机构培育基地有效转诊的通道 检查方法：现场查看
1-3	检查设备	现场	<ul style="list-style-type: none"> 血常规、凝血分析、生化等常规的检验设备及检查项目 便携式心电图仪、血管超声仪 检查方法：现场清点，设备清单
1-4	药品配备	现场	<ul style="list-style-type: none"> 必须具备抗血小板聚集，抗凝药物及脑卒中亚急性期及恢复期药物；降压，降脂、降糖及相关药物 检查方法：HIS 系统现场检查或医生门诊工作站及药房现场检查

二、评估标准细则

编号	评估指标	评估内容	分值
1	人员配备		5
1-1	专病科室医生	<ul style="list-style-type: none"> 至少有 1 名副高级以上专业技术职称全科医师作为学科带头人 至少有 1 名中级、1 名初级及以上具有脑卒中防治能力的全科医师 	3
1-2	专病科室护士	至少有两名具有脑卒中防治能力的护士	2
2	设施、设备		8
2-1	相关设施	相对独立诊室，区域面积 $\geq 10\text{ m}^2$ ；统一悬挂“脑卒中门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板（2 块）	2
		公示脑卒中患者家医签约服务项目清单（包）	2
		诊室内应配置卒中诊疗必需的体格检查设施：神经系统专用查体工具、听诊器、血压计、阅片灯等	2
2-2	必备设备	血常规、凝血分析、血生化等常规的检验设备，便携式心电图仪、血管超声仪	2
3	检查项目		2
3-1	必备检查项目	血常规、血生化、凝血功能等常规检验；心电图检测、动态心电图、血管超声检测	2
4	配备药品		3
4-1	相关治疗药物	抗血小板聚集药物	0.5
4-2		抗凝药物	0.5
4-3		脑卒中亚急性期及恢复期药物	0.5
4-4		高血压相关药物	0.5
4-5		糖尿病相关药物	0.5
4-6		血脂异常相关药物	0.5
5	专病特色科室工作方案及管理制度		2
5-1	制定工作方案	专病特色科室方案包括：领导小组、组织架构、科室设置、建设思路等	0.5

编号	评估指标	评估内容	分值
5-2	制定工作制度	包括科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度，设施设备管理制度，双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、基层慢阻肺诊疗流程、技术规范、服务流程等、脑卒中患者签约服务项目清单（包）	0.5
5-3	制定各岗位人员职责	至少包括全科医生、社区护士、培育基地专家岗位职责	0.5
5-4	制定医疗风险防控预案	应包括医疗风险防控预案、脑卒中急性期的识别与处理等	0.5
6	工作数量		16
6-1	问卷筛查	脑卒中问卷筛查率 $\geq 50\%$ （40岁以上就诊人群）	8
6-2	脑卒中诊疗	脑卒中患者年就诊量 ≥ 100 例次/年	8
7	医疗质量		16
7-1	建立数据库	建立社区脑卒中患者数据库，利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“脑卒中门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等。数据库内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。	2
7-2	病历质量控制制度	建立脑卒中病历质量控制制度；每个季度至少一次病历质控核查，核查不少于30份，有汇总、分析、问题整改记录（详见病历质量核查表）。病历质量合格率 $\geq 90\%$	6
7-3	处方点评	每月定期进行脑卒中门诊处方点评，每季度至少一次，每次处方点评数量不少于30张，有汇总、分析及反馈（详见处方质量核查表）。处方质量合格率 $\geq 90\%$	2
7-4	应用评定量表	神经功能损伤评定量表（NIHSS、mRS） 认知功能损伤评定量表（MMSE、MOCA）（二选一） 情感障碍评定量表（HAMD、HAMA）/（GAD-7、PHQ-9）（二选一）	6

编号	评估指标	评估内容	分值
8	培育基地与专病特色科室联动建设		8
8-1	三级或专科医疗机构培育基地专家社区脑卒中门诊出诊带教指导	每月不少于2个门诊单元，其中一次应为门诊出诊，另一次可以带教、授课、查房形式落实，专家和时间相对固定；科室需留存完整的资料（专家本人签字考勤表、处方、劳务凭单；授课通知、人员签到、现场照片及课件、病例讨论记录等）。	6
8-2	畅通双向转诊绿色通道	社区卫生服务机构建立与三级医疗机构或专科医疗机构培育基地脑卒中患者双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。上转及下转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。	2
9	培训、进修及考核		8
9-1	人员培训	专病特色科室的全科医生和护士，申报当年均应参加由北京市统一组织的脑卒中专科特色科室规范建设培训。	2
9-2	人员进修	专病特色科室工作的全科医生和护士，申报当年应到三级或专科医疗机构培育基地或上级医院脑卒中门诊完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。	4
9-3	人员考核	参加由市级组织的统一培训考核合格；进修结束前，由带教老师进行过程性技能操作考核	2
10	开展健康教育活动		4
10-1	脑卒中患者健康教育	开展脑卒中患者健康教育活动 ≥ 4 次/年；线下每次参与人数 ≥ 20 人	4
11	绩效考核指标		8
11-1	脑卒中患者家庭医生服务签约率	专病特色科室脑卒中患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$	4
11-2	脑卒中患者规范管理率	专病特色科室脑卒中患者规范管理率 $\geq 70\%$	4
12	临床能力考核指标		20
12-1	专病特色科室全科医生	针对脑卒中病例，现场考核全科医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
12-2	专病特色科室护士	针对脑卒中病例，现场考核护士相关知识和患者健康教育等	8

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 脑卒中门诊病历质量评分标准

机构名称：_____ 年____月____日

患者姓名：

病案号：

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1.基本信息 10分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10		
2.主观资料 (S) 25分	1.主诉：主要症状+时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否	
	2.现病史：无现病史描述不得分；与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果，扣1分；未记录重要检查结果，扣1分。	6		
	3.既往史：未记录与本病诊断相关的既往病史，扣2分；无药物过敏史，少一项扣2分。	4		
	4.家族史：未记录家族史，扣4分；记录不全，扣2分；未记录家族遗传病史扣1分。	4		
	5.生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠、心理，少一项扣1分。	5		
3.客观资料 (O) 25分	1.一般检查：T、P、R、BP，体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2		
	2.体格检查：心肺检查及与专病相关的重要查体，参照专病评估标椎，少一项扣1分。	8	请记录必须检测项目有否	
	3.辅助检查：（1）与专病相关的重要实验室检查项目，参照专病评估标椎，少一项扣1分。	6	请记录必须检测项目有否血糖、血脂未检测其中一项为单否	
	（2）其他辅助检查：与专病相关的影像检查及医联体内提供的检查项目，参	4	请记录必须检测项目有否	

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
	照专病评估标准，少一项扣1分。			
	(3) 各种问卷及筛查量表，参照专病评估标准，少一种扣1分。	5		
4.评价 (A)：20分	1.诊断分析：无诊断，不得分；诊断不规范或不准确，扣4分；待查无印象诊断，扣4分。	8	脑卒中无诊断或诊断不规范，为单否	
	2.鉴别诊断：鉴别诊断不全或依据不足，一项扣3分。	6		
	3.存在健康问题：未描述与专病相关的重要健康问题，不得分；描述不全扣3分。	6		
5.诊疗计划 (P) 20分	1.辅助检查计划:安排与专病相关的必要的辅助检查，参照专病指南规范，少一项扣1分。	5		
	2.治疗计划：（1）药物治疗计划：与专病相关的合理用药，参照专病指南规范，用药不合理一项扣1分。	5	无诊疗计划，为单否	
	（2）非药物治疗计划：运动、饮食、生活方式、心理指导；针对存在的健康问题进行个体化指导，少一项扣1分	5		
	3.转诊计划:根据专病转诊标准，必要时转至上级医院，未及时转诊不得分。	5		
合计得分		100		

评估专家签字：

评估机构负责人签字：

说明：

- 1.有单否一项的本份病历为不合格病历。
- 2.合格病历标准：每份病历 ≥ 85 分。

2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 脑卒中处方核查表

机构名称：_____ 年____月____日

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2 分)	药品种类 (2 分)	合理用药 (2 分)	用法用量 (2 分)	诊断 (2 分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

处方合格率=抽查的合格处方得分/30*10*100%;

得分=处方合格率*2 分

评估专家签字：

评估机构负责人签字：

处方核查标准:

1. 基本信息: 处方前记书写缺项 [姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号] , 减 1 分/项; 处方后记书写缺项(医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额), 减 1 分/项。
2. 药品种类: 每张处方不得超过 5 种药, 每多一种扣 1 分。
3. 联合用药: 药品种类如果超过 1 种, 联合用药不适应扣 1 分; 存在配伍禁忌或者不良相互作用, 扣 1 分。
4. 用法用量: 药品用法用量书写不规范, 减 0.5 分/项; 普通处方超过 7 日用量, 急诊处方超过 3 日用量, 慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明, 减 0.5 分/项; 药品剂型或给药途径不适宜, 扣 1 分。
5. 诊断: 无诊断不得分, 适应证不适宜扣 0.5 分; 诊断书写不规范或不完整扣 0.5 分, 药品与诊断不相符扣 0.5 分。

建专病科室 强基层能力



北京市社区卫生服务机构 脑卒中专病特色科室建设 项目介绍

北京市社区卫生协会 何永洁

2025 年6月25日



目录

CONTENTS

- 01 北京市社区专病特色科室建设项目进展
- 02 2025年北京市专病特色科室建设标准及程序
- 03 2025年脑卒中专病特色科室建设标准
- 04 2025年专病特色科室建设安排及要求

01

北京市社区专病特色科室 建设项目进展



出台文件

[illegible]

建设要求

建设要求

明确以医联体为依托、以健康档案为核心，以信息化技术为手段，通过开展社区卫生服务机构专病特色科室建设，将以人的健康理念全面融入社区卫生服务机构科室环境、建设布局、服务流程、诊疗方案以及健康管理等各环节，拓展服务范围、统一服务标准、理顺工作流程、建立协作机制、完善运行管理，不断提升基层医疗卫生服务能力，实现对患者全过程、全周期的高质量健康管理。

建设目标

- “十四五”期间，全市建设完成300个社区卫生服务机构专病特色科室
- 力争全市每家社区卫生服务机构均至少建一个专病特色科室

2024-2021年度社区卫生服务机构专病特色科室建设合格情况

完成情况

专病名称	总数	2024	2023	2022	2021
高血压病	103	42	26	16	19
2型糖尿病	113	44	32	23	14
冠心病合并心理疾病	18	4	6	3	5
脑卒中	25	9	2	6	8
慢阻肺病	41	22	8	5	6
骨质疏松症	46	16	9	8	13
康复	28	4	5	4	15
牙周病	18	14	4		
儿科	9	4	5		
小儿推拿	11	3	8		
中医痹症	46	26	20		
中医脾胃病	27	17	10		
脂肪肝	13	13			
合计	498	218	135	65	80


2024-2021年度三级医院和专科医疗机构培育基地建设情况

完成情况

专病名称	总数	2024	2023	2022
高血压病	68	32	23	13
2型糖尿病	66	29	21	16
冠心病合并心理疾病	13	4	6	3
脑卒中	15	8	2	5
慢阻肺病	32	19	8	5
骨质疏松症	30	14	8	8
康复	12	3	5	4
牙周病	11	8	3	
儿科	9	4	5	
小儿推拿	9	3	6	
中医痹症	44	25	19	
中医脾胃病	24	15	9	
脂肪肝	7	7		
合计	340	171	115	54

各区情况

专病名称	东城	西城	朝阳	海淀	丰台	石景山	大兴	通州	顺义	门头沟	房山	昌平	平谷	怀柔	延庆	密云	经开
高血压病	3	7	14	10	7	5	7	7	4	2	5	9	1	3	8	10	1
2型糖尿病	7	8	19	12	12	3	9	10	5		3	4	2	10	2	7	
冠心病合并心律失常疾病		1	5	2	2			4			1	2				1	
脑卒中		3	4	4	5		1	4			1	1	2				
慢性肺病	3	4	7	3	5	1	2	4	1			4		2	1	4	
骨质疏松症	3	6	8	7	3	2	2	4		1	1	3	1	1		4	
康复	1	4	5	5	2	1	2	2			1		1	3	1		
牙周病		1	6	5	4						2						
儿科			4		1			1				3					
小儿推拿		1	2	1	5		1	1									
中医病症	4	1	10	3	6	2	1	6			5	3			1	4	
中医脾胃病	2	2	5	2	1	1	4	5			1	1	1			2	
脂肪肝		3	2	1	5			2									
合计	23	41	91	55	58	15	29	50	10	3	20	30	8	19	13	32	1



02

北京市专病特色科室建设标准及程序

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件：在三级医疗机构或专科医疗机构的专业科室为单位开展培育基地建设。具备以下条件的医疗机构，均可向市卫生健康委申请成为北京市社区专病特色科室培育基地。

1.应是辖区综合医联体、专科医联体核心医院或区域医疗中心。鼓励具有国家级或北京市临床重点专科项目或相关专业住院医师规范化培训基地资质的医疗机构开展培育基地建设。

2.医疗机构重视，有相关主管部门和专人负责，能组建专业团队，选派具有副高以上专业技术职称的专家主动帮扶社区卫生服务机构专病特色科室建设。

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件：

3.按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，在全市范围内承担一定数量的社区专病特色科室建设任务。

4.制定专家下社区计划，培育基地专家需完成每月不少于2个门诊单元，其中一次为门诊出诊，其他可以通过查房、带教、授课等方式落实形式不限（应在机构实现）；接收社区专病特色科室医护人员进修，带动提升诊疗水平与健康管理能力（机构留存完整资料）。

5.在评优和晋升方面给予承担任务的科室和人员适度政策倾斜。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准：

1.人员资质。具备提供相应特色服务的执业资质。科室带头人应具备副高级及以上专业技术职称并取得相关技术准入资格（儿科、牙周病可以中级高年以上专业技术职称；更年期保健妇科资质；创面门诊医护相关培训合格证书）。

2.设施、设备。有开展专病特色科室的独立诊室，设备及设施符合要求。有统一的专病特色科室标识标牌、专家公示、门诊简介、服务流程、科普宣传板及相关规章制度等

3.医疗健康服务。严格执行诊疗指南和技术规范，提供预约转诊服务，门诊量达到一定数量要求。培育基地专家应定期到专病特色科室执行出诊、查房、带教、授课等任务。对签约家庭医生患者实行责任制管理。定期开展处方点评，加强医疗质量控制。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准：

4.协作机制。与培育基地建立双向转诊通道，为患者提供连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。申报当年，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习，市级评审通过后，每两年到培育基地完成进修学习，时间不少于一个月。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

- 5.信息化支撑。社区卫生服务机构和培育基地同属一个医疗联合体的，应努力实现信息数据互联互通与共享，支持健康档案、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等业务协同。鼓励非同一个医联体内的社区卫生服务机构和培育基地实现服务和健康信息数据协同共享。
- 6.完善规章制度。建立配套规章制度，明确岗位职责。制定诊疗规范、技术操作规程和服务流程，有防控医疗风险的质量控制措施。



二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

申报专病特色科室

拟开展社区专病特色科室建设的社区卫生服务机构，向区卫生健康委提出申请，并提交本机构人员、科室现状等基本情况，由区卫生健康委初审同意后报市卫生健康委备案，确定为社区专病特色科室建设单位。项目办公室设在北京市社区卫生协会。



二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

遴选确定培育基地

根据社区卫生服务机构申报情况，有意愿申请培育基地的医疗机构的专业科室，将相关资料报市卫生健康委。符合条件的认定为北京市社区专病特色科室培育基地联合申报（培育基地专家未下社区为一票否决，不予挂牌），加挂“北京市社区卫生服务机构**专病特色科室建设培育基地”牌匾。



二、专科特色科室建设标准及程序

建设程序:

联合申报

按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，培育基地与建设单位沟通协商或经统筹安排，由双方同意后，联合向市卫生健康委提出社区专科特色科室建设申请。在保证质量的基础上，培育基地可同时与多个建设单位建立协作关系开展专科特色科室建设。

二、专科特色科室建设标准及程序

建设程序:

建设提升与机构自评

建设单位对照培育基地制定的专科特色科室具体标准开展不少于5个月的建设时间，提升服务能力和管理水平。自评合格后将区卫生健康委审核同意的自评材料报市卫生健康委。社区专科特色科室医护人员均应参加全市统一举办的专题培训，并通过考核合格。

二、专科特色科室建设标准及程序

建设程序:

市级评审与认定

- 1.书面审查。市卫生健康委组织三级医疗机构或专科医疗机构以及社区卫生服务机构专家成立评审组，依据社区专科特色科室建设基本标准对自评材料进行书面审查，符合条件的进入技术评审程序。
- 2.现场评审。结合自评材料，评审组进行现场评审，对申报专科特色科室的建设优势、发展潜力、整体建设目标的合理性和可行性，以及重点发展的诊疗技术的应用性、先进性、科学性进行全面审核，并对医护人员进行专病诊疗能力考核。
- 3.确认与授牌。评审采取百分制，85分及以上为合格；75-84分为限期整改，可在下一年进行申报。达到合格要求的达到合格要求的科室确认为社区专科特色科室，并授予“北京市社区卫生服务机构专科特色科室”牌匾。**(培育基地专家下社区计划不合格的双方均不予授牌)**

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

定期复核

通过市级复核的专病特色科室每年开展一次自评，市卫生健康委每两年组织一次复核，不合格的将撤销专病特色科室资格。



03

2025年脑卒中专科 特色科室建设标准

三、脑卒中专病特色科室建设标准

建设目的

脑卒中中具有发病率、致残率、死亡率和复发率高的特点，目前是世界上第二位的死亡原因，在我国部分地区甚至居于首位。流行病学资料显示，我国城乡居民中，脑卒中每年的发病率、死亡率和患病率分别为219/10万、116/10万和719/10万，致残率达70%~80%，生活不能自理者达43.2%。与全世界比较，我国脑血管病有两个明显的特点：

一是在欧美发病率降低的趋势下，我国的发病率还在持续上升；

二是我国脑血管病的复发率非常高。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

建设目的

基层医疗卫生机构作为我国医疗卫生体系的基石，在人群预防和常见病、慢性病诊治领域中具有重要作用。因此，在基层医疗卫生机构建设一批具有脑卒中诊治能力的专病特色科室，对于开展脑卒中的早期危险因素筛查，高危患者进行转诊，实现卒中的早诊断、早预防；同时提高社区对急性卒中的早期识别能力，有助于提高患者超早期再灌注治疗的比例；急性期治疗完成的患者转回社区也可以续贯进行康复训练，提高患者的生活质量。

通过基层医疗机构的系统性干预，可增加患者二级预防的依从性，从而减少卒中的复发治疗、改善远期预后、降低疾病负担具有非常重要的意义。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

（一）人员配置

1. 脑卒中专病特色科室至少有一名副高级以上职称的全科医师作为学科带头人；至少有1名中级、1名初级及以上职称的具有脑卒中防治能力的全科医师。

2. 至少有两名具有脑卒中防治能力的护士。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

（二）设施、设备

1. 设施：具有开展脑卒中专病特色科室的独立诊室，使用面积不低于10平方米，统一“脑卒中门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。

诊室内应配置有脑卒中诊疗必需的体格检查设施，如神经系统专用查体工具、听诊器、血压计、阅片灯等。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(二) 设施、设备

必备设备：中心能提供血常规、凝血分析、生化等常规的检验设备，便携式心电图仪、血管超声仪。

医联体内可提供：血管造影、核磁共振、CT检查设备、TCD、超声心动图检查。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(三) 检查项目

必备检查项目：包括血常规、血生化、凝血功能等常规检查；心电图检测、动态心电图、血管超声。

三级或专科医疗机构培育基地可提供检查项目：头颅CT平扫、血管超声、TCD、超声心动图。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(四) 配备药品

应配备脑卒中常用治疗药物，包括抗血小板聚集药物，抗凝药物及脑卒中亚急性期及恢复期药物，不限于以下药物：高血压、糖尿病、以及血脂异常相关药物。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

（五）工作方案及管理制度

1. 制定脑卒中特色科室建设工作方案，包括领导小组，组织架构，科室设置，专病科室建设思路等。

2. 制定脑卒中专病特色科室工作制度，包括科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度，设施设备管理制度，双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、脑卒中诊疗流程、脑卒中患者家医签约服务项目清单（包）等。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

（五）工作方案及管理制度

3. 制定医疗风险防控预案：应包括医疗风险防控预案、脑卒中急性期的识别与处理、脑卒中诊疗技术规范等。

4. 人员岗位职责

（1）全科医生

- ① 高危人群卒中危险因素筛查；
- ② 高危人群的识别及转诊；
- ③ 早期脑卒中的识别及危急重症转诊；
- ④ 脑卒中患者社区综合管理。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

（五）工作方案及管理制度

4. 人员岗位职责

（2）社区护士

- ① 脑卒中患者相关知识问卷调查；
- ② 协助建立健康档案；
- ③ 负责患者健康教育管理；
- ④ 按期进行患者随访。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(六) 工作数量

1. 脑卒中问卷筛查：到机构就诊的40岁以上人群≥50%

2. 专病特色科室脑卒中患者年就诊量≥100例次

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

1.建立脑卒中患者数据库：能通过信息化数据平台，对本机构就诊的脑卒中患者建立电子健康档案，可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“脑卒中门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等，进行脑卒中患者健康管理，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

2. 建立病历质量控制制度：自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，评估脑卒中患者的筛查、诊断、规范化治疗的准确性及合理性。（详见病历质量核查表），病历质量合格率 90%以上。

3. 建立处方点评制度：每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、有分析，针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90%以上。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

4. 评定量表：开展神经功能损伤评定量表（神经功能缺损评分NIHSS、改良RANKIN量表mRS）、认知功能损伤评定量表（简明精神状态检查表MMSE、蒙特利尔认知评估量表MOCA）、情感障碍评定量表（汉密尔顿抑郁量表HAMD、汉密尔顿焦虑量表HAMA）的应用。

2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设脑卒中门诊病历质量评分表

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分	考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1. 基本信息 10分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10				(2) 其他辅助检查：与专科相关的影像检查及实验室内提供的检查项目，参照专科评估标准，少一项扣1分。	4	请记录必须检测项目有否	
2. 主诉资料 (S) 25分	1. 主诉：主要症状+时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否			(3) 各种检查及量表量表，参照专科评估标准，少一种扣1分。	5		
	2. 现病史：无现病史描述不得分；与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果，扣1分；未记录重要检查结果，扣1分。	6			4. 评估 (A)，20分	1. 诊断分析：无诊断，不得分；诊断不规范或不准确，扣4分；持查无印象诊断，扣4分。	8	脑卒中无诊断或诊断不规范，为单否	
	3. 既往史：未记录与本科诊断相关的既往病史，扣2分；无药物过敏史，少一项扣2分。	4				2. 鉴别诊断：鉴别诊断不会或依据不足，一项扣3分。	6		
	4. 家族史：未记录家族史，扣4分；记录不全，扣2分；未记录家族遗传病史扣1分。	4				3. 存在健康问题：未描述与专科相关的健康问题，不得分；描述不全扣3分。	6		
	5. 生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠、心理，少一项扣1分。	5			5. 诊疗计划 (P) 20分	1. 辅助检查计划：安排与专科相关的必要的辅助检查，参照专科指南规范，少一项扣1分。	5		
3. 客观资料 (O) 25分	1. 一般检查：T、P、R、BP、体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2				2. 治疗计划：(1) 药物治疗计划：与专科相关的合理用药，参照专科指南规范，用药不合一项扣1分。	5	无诊疗计划，为单否	
	2. 体格检查：心肺检查及与专科相关的重要查体，参照专科评估标准，少一项扣1分。	8	请记录必须检测项目有否			(2) 非药物计划：运动、饮食、生活方式、心理指导；针对存在的健康问题个体化指导，少一项扣1分。	5		
	3. 辅助检查：(1) 与专科相关的重要实验室检查项目，参照专科评估标准，少一项扣1分。	6	请记录必须检测项目有否 血糖、血脂未检测其中一项为单否			3. 转诊计划：根据专科转诊标准，必要时转至上级医院，未转诊不得分。	5		
合计得分							100		

说明：
1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。
2. 合格病历标准：每份病历≥85分。

2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设脑卒中专病门诊处方核查表

序号	处方姓名	处方医生	基本信息 (2分)	药品种类 (2分)	合理用药 (2分)	用法用量 (2分)	诊断 (2分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
处方合格率=抽查的合格处方得分/30*100%； 得分=处方合格率*2分									

处方核查标准：

1. 基本信息：处方前记书写缺项[姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号]，减1分/项；处方后记书写缺项(医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额)，减1分/项。
2. 药品种类：每张处方不得超过5种药，每多一种扣1分。
3. 联合用药：药品种类如果超过1种，联合用药不适应扣1分；存在配伍禁忌或者不良相互作用，扣1分。
4. 用法用量：药品用法用量与不规范，减0.5分/项；普通处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明，减0.5分/项；药品剂型或给药途径不适宜，扣1分。
5. 诊断：无诊断不得分，适应证不适宜扣0.5分；诊断书写不规范或不完整扣0.5分，药品与诊断不相符扣0.5分。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(八) 培育基地与专病特色科室联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构培育基地专家下社区

建立脑卒中分级诊疗制度，社区卫生服务机构专病特色科室同三级或专科医院培育基地建立联动机制，特别是同神经内科（脑卒中门诊）建立密切合作。培育基地副高职称以上专家需完成每月不少于 2 个社区门诊单元，另一次可以带教、授课、查房等形式落实，专家和时间相对固定。专家未下社区或资料不真实为专病科室“一票否决”为不合格。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(八) 培育基地与专病特色科室联动建设

科室需留存完整的资料，包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务凭单；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(九) 开展家庭医生签约服务

开展脑卒中患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，制定并提供个性化脑卒中患者签约服务项目清单（包），全科医生对签约患者应实行连续综合的责任制管理，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务，规范化管理包括面对面随访每年至少4次。

三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十) 人员培训、进修及考核

1.人员培训：专病特色科室的全科医生和护士，申报当年均应参加由北京市统一组织的脑卒中专病特色科室规范建设培训。

2.人员进修：申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应到三级或专科医疗机构培育基地完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十) 人员培训、进修及考核

3.人员考核：参加由市级组织的统一培训考试合格；进修结束前，由带教老师进行过程性技能操作考核。

4. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十一) 开展健康教育活动

专病特色科室的医护人员应为脑卒中患者提供相关的健康教育知识，每年开展脑卒中患者健康教育活动的次数≥4次，每次参与人数≥20人，培训形式不限，应线下开展，并建立完整的档案资料。



三、脑卒中专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十二) 绩效考核指标

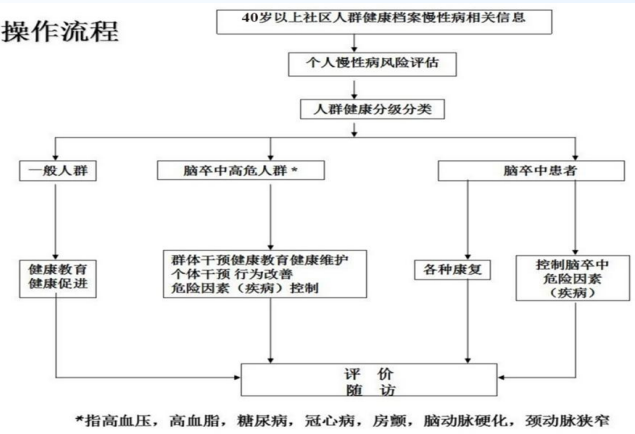
1.家庭医生签约服务签约率≥90%

脑卒中患者家庭医生服务签约率=脑卒中患者家庭医生服务签约人数/脑卒中患者确诊人数×100%

2. 脑卒中患者规范化管理率≥70%

脑卒中患者规范化管理率=脑卒中患者规范化管理人数/机构就诊脑卒中患者人数×100%

脑卒中专病诊疗流程（图）



脑卒中专病特色科室标识标牌



脑卒中专科病特色科室标识标牌



三、脑卒中专科病特色科室建设标准

科室规章制度

- ✓ 脑卒中专科病特色科室工作方案.
- ✓ 附件1: 脑卒中门诊简介..
- ✓ 附件2: 脑卒中门诊服务流程.
- ✓ 科室管理制度
- ✓ 科室人员培训制度
- ✓ 科室人员岗位职责
- ✓ 科室人员管理制度
- ✓ 绩效考核制度
- ✓ 医疗质量管理制度
- ✓ 设备设施管理制度
- ✓ 双向转诊制度
- ✓ 健康教育制度
- ✓ 医疗风险防控预案
- ✓ 脑卒中诊疗流程及技术规范
- ✓ 脑卒中患者家庭医生签约服务项目清单（参考版）.

脑卒中患者家医签约服务项目清单（参考版）

专病类别	服务项目	主要服务内容	收费标准
脑卒中	1. 预约服务	预约服务模式：诊室医生PC端、电话、手机APP等。预约服务项目：挂号、各种检查、疾病诊疗、预防接种、健康管理、出诊、建立家庭病床等。	免费
	2. 健康监测	健康小屋提供身高、体重、BMI、血压、血糖、身体成分分析、心电自测等健康检测。	收取家庭医生签约服务费
	3. 建立健康档案	为居民建立健康档案，将基本信息和健康监测信息录入，实施动态管理维护；居民档案自助查询。	免费
	4. 健康信息推送	利用微信、短息、APP 等信息化手段，定期发送随访提醒服务、个性化健康教育等信息。	收取家庭医生签约服务费
	5. 签订家医协议	居民选择家庭医生签订协议；医生告知签约服务的具体事项、权益、责任和服务项目、服务周期，可弹性签约、预约转诊、老年人1+1医保基金优惠等。	收取家庭医生签约服务费
	6. 基本诊疗服务	在完成1-4项基础上，提供定向分诊，1对1诊疗服务（一医一患一诊室）问诊、检查、诊断治疗、用药指导、会诊、转诊、病情告知、健康管理等服务。	执行医保收费标准
	7. 转诊会诊服务	通过“基层卫生预约转诊服务平台”预约区域内三级医院预留号源，优先提供专家诊疗，会诊、转诊、点对点咨询及个性化治疗方案等。	执行医保收费标准
	8. 长期处方服务	对签约患者符合纳入医保慢性病长期处方管理的病种（1）视病情稳定情况可开具4-12周的长期处方（2）指导患者合理用药、注意不良反应、定期监测及药品保存等信息。	收取家庭医生签约服务费
	9. 药品需求登记服务	对符合医保和基药规定且在基层医疗机构范围内使用的药品，机构可提供需求登记服务。	收取家庭医生签约服务费
	10. 处方延伸服务	经家庭医生转诊至上级医院的签约居民，再回社区就诊时，可延用上级医院专科医生开具的处方。	收取家庭医生签约服务费

脑卒中患者家医签约服务项目清单（参考版）			
专病类别	服务项目	主要内容	收费标准
脑卒中	11. 送药上门	对符合条件的签约居民签署“送药上门服务协议书”后，可提供送药上门服务，第三方医药物流服务商可提供慢性病处方药品配送上门服务。	执行医保收费标准
	12. 互联网诊疗服务	利用网站、手机应用程序等媒介信息技术提供以下服务：（1）部分常见病、慢性病在线复诊（2）在线提供健康咨询、预约转诊、慢性病随访、健康管理等服务。	免费或执行医保收费标准
	13. 中医服务	开展中医体质辨识，制定个性化中医健康调养方案，给予中医调理治疗，提供健康干预服务。	执行医保收费标准
	14. 出诊服务	根据病情，提供诊疗、护理、康复治疗、药学、安宁疗护、中医等上门医疗服务。	执行医保收费标准
	15. 家庭病床服务	对符合建床条件的患者提供家庭病床服务，签订建床协议，提供适宜在家开展的服务项目，包括：基本诊疗服务、护理服务、检验抽血、家庭康复训练和指导、定期上门查床、病晚期舒缓性照顾、个性化健康指导等。	执行医保收费标准
	16. 脑卒中患者个性化健康管理	为脑卒中患者提供较全面的健康检查，包括（1）常规体格检查、神经系统检查、FAST评分、中风120评分（2）辅助检查：血、尿、便常规，肝、肾功能，血脂、血糖、心电图，经颅多普勒超声、颈动脉超声（3）必要时转诊医联体上级医院行头颅CT、CTA、头部MRI MRA、DSA等相关检查（4）全面的健康状况评估，出具评估报告（5）进行分类干预，有针对性的健康指导服务。	执行医保收费标准



04

2025年专病特色科室建设安排及要求

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

对2022年度确定的65个社区卫生服务机构专病特色科室开展两年复评，具体名单见《北京市卫生健康委员会关于公布2022年度社区卫生服务机构专病特色科室及培育基地名单的通知》（京卫基层〔2023〕9号）。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

确定联合建设单位经审核，确定194家社区卫生服务机构的265个专病特色科室符合申报条件，89家三级或专科医疗机构的196个培育基地符合申报条件，承担2025年度社区专病特色科室建设任务。

2025年脑卒中联合申报建设合格单位

社区卫生服务机构专病特色科室	三级或专科医疗机构培育基地
1 海淀区曙光社区卫生服务中心	北京大学第三医院神经内科
2 丰台区大红门街道鑫福里社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京友谊医院神经内科
3 大兴区清源街道社区卫生服务中心	北京大学第一医院神经内科
4 通州区台湖镇台湖社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京潞河医院神经内科
5 通州区宋庄镇宋庄社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京潞河医院神经内科

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(一) 明晰权责，强化协同配合机制

各参与主体应严格遵循《北京市卫生健康委员会关于做好2022年度北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设有关工作的通知》（京卫基层〔2022〕26号）、《关于做好2025年社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》要求。区级卫生健康行政部门应切实履行主责单位职能，深化统筹协调效能，建立全过程督导机制，完善政策保障体系，重点在财政投入、设备配置、人才培养及绩效考核等领域实施专项支持。三级医疗机构及专科医院需充分发挥专业培育功能，建立紧密型协作网络，规范落实专家驻点指导、进修人员接收等制度，协助建设单位系统提升标准化建设水平。社区卫生服务机构要主动构建与培育基地的常态化对接机制，通过激励机制调动科室人员主观能动性，实质提升临床诊疗服务能力，切实满足基层群众健康需求。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(二) 规范实施，确保建设质效达标

各联合申报单位须严格对标建设标准开展专项工作，重点针对承担多学科建设任务的三级医院及专科医院，应建立内部人力资源统筹调配机制，确保各建设指标精准落地。项目建设周期须满5个月（实施时段为7月至11月），按期完成机构自评与市级评审程序。2025年度专病特色科室市级评审工作拟定于本年11月启动实施。

各单位应建立重点指标动态管理机制，特别是在工作数量、医疗质量、培育基地与专病科室联动发展等核心指标，建立高标准执行规范，确保建设成效达到预期目标。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(三) 深化交流，推进高质量发展进程

各区卫生健康行政部门应建立经验总结与成果转化机制，通过组织跨机构经验交流会、科室建设成果展等多元化形式，促进优质经验在辖区内的辐射推广。着力构建示范引领体系，强化宣传推广力度，切实提升基层医疗服务可及性，为居民提供优质、便捷、连续、综合的诊疗服务，全面推动社区卫生专病特色科室建设高质量发展。

结语

开展社区专病特色科室建设是均衡优质医疗资源配置、有效提升基层医疗服务能力的重要内容。也是推动基层高质量发展的重要举措。有助于引入新的诊疗技术和方法，推动医疗服务的创新；有助于提升患者看病就医体验；有助于推动分级诊疗制度建设。利用技术帮扶、人才培养、上下联动等多种方式，让更多优质医疗资源下沉基层，特别要对农村偏远地区加大帮扶力度，努力建设好社区专病特色科室，满足老百姓的需求。



建专科科室 强基层能力



**提升基层医疗卫生服务能力
让我们共同努力！**





缺血性卒中基层诊疗技术规范

BEIJING Tiantan Hospital, Capital Medical University

医德高尚

精益求精

严谨求实

勤俭廉洁

首都医科大学附属北京天坛医院神经病学中心 王蓬莲



指南背景简介



指南重点内容



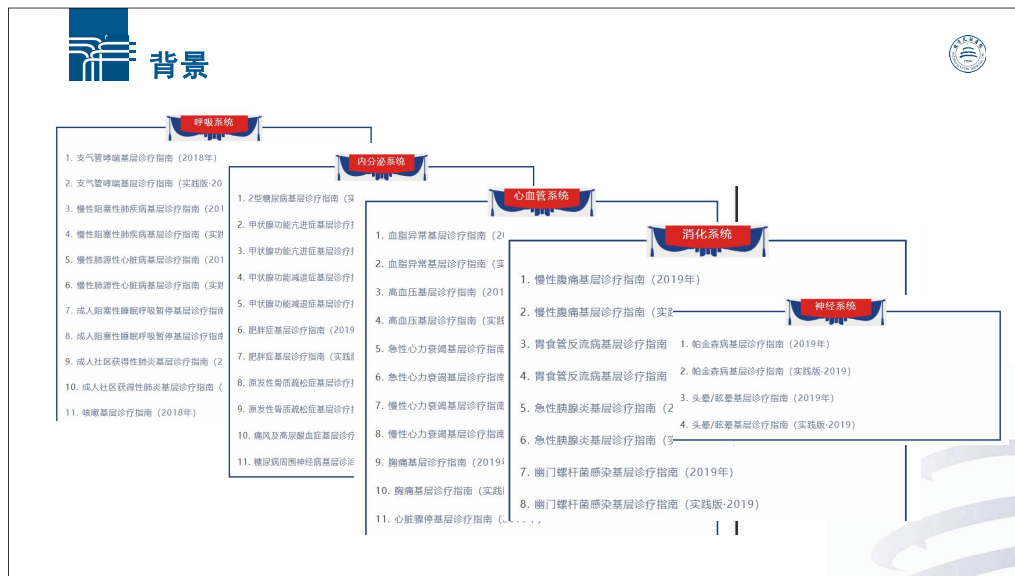
几个关键点

以天坛医院为例





01 指南背景简介



背景

【基层常见疾病诊疗指南】缺血性卒中基层诊疗指南 (2021年)

原创 中华全科医师杂志 中华全科医师杂志 2021-11-03 18:32

点击标题下「蓝色微信名」可快速关注

作者: 中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会儿科分会 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 神经系统疾病基层诊疗指南编写专家组 通信作者: 王拥军, 首都医科大学附属北京天坛医院神经病学中心 国家神经系统疾病临床医学研究中心; 龚涛, 北京医院神经内科 国家老年医学中心 中国医学科学院老年医学研究院 本文刊于: 中华全科医师杂志, 2021,20(9): 927-946. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20210804-00590

一、概述

二、病因学分析

三、识别、诊断与转诊

四、缺血性卒中的急性期治疗

五、基层医疗卫生机构缺血性卒中的管理



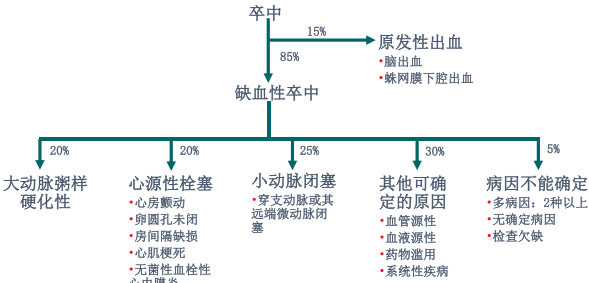


一、概述



定义与分类

缺血性卒中：指脑血液循环障碍病因导致脑血管堵塞或严重狭窄，使脑血流灌注下降，进而缺血、缺氧导致脑血管供血区脑组织死亡。临床上表现为突发局灶性或弥漫性的神经功能缺损，CT或MRI上形成新的局灶性脑梗死病灶，24 h之后往往留有后遗症



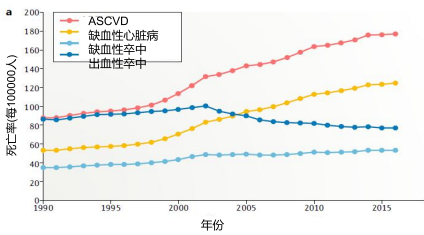
一、概述



流行病学特点：高发病率、高患病率、高复发率、高致残率及高死亡率，年轻化

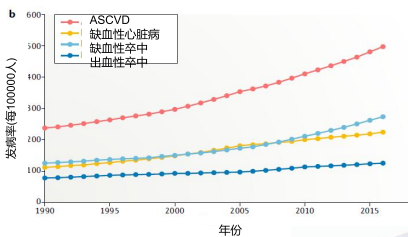
- 2016年，约240万人死于ASCVD，占CVD死亡人数的61%，占总死亡人数的25%，比1990年的100万人(占CVD死亡人数的40%，占总死亡人数的11%)有所增加
- 1990年到2016年间，我国ASCVD死亡率及发病率持续上升

中国心脑血管疾病死亡率的趋势



数据来自全球卫生数据交换中心的全球疾病负担研究开放数据库

中国心脑血管疾病发病率的趋势



ASCVD包括缺血性心脏病和缺血性卒中

Dong Zhao¹, et al. Nat Rev Cardiol. 2019;16(4):203-212.



一、概述



危险因素

不可干预的危险因素

年龄
性别
家族史
种族
低出生体重

可干预的危险因素

高血压
心脏病
血脂异常
糖尿病
无症状颈动脉狭窄
超重/肥胖
缺乏身体活动
饮食和营养
吸烟
饮酒

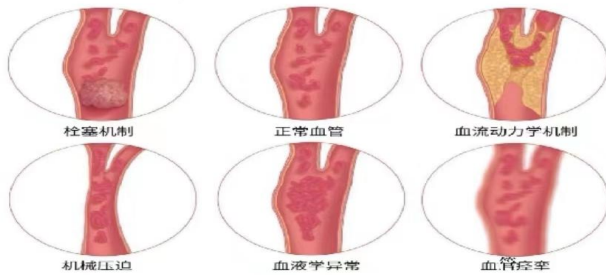
干预后可能潜在获益的危险因素

高同型半胱氨酸血症
代谢综合征
高凝状态
口服避孕药
偏头痛
炎症与感染
阻塞性睡眠呼吸暂停
绝经后激素治疗
药物滥用

二、病因学分析

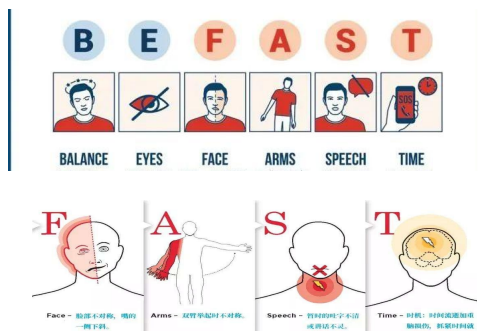
发病机制

缺血性卒中的发病机制



三、识别、诊断与转诊

识别——简易识别法-BEFAST/FAST/120



中风120

1看1张脸

不对称
嘴角歪斜



2查2只胳膊

平行举起
单侧无力



0(聆)听语言

言语不清
表达困难



快打120

有上述任何突发症状



三、识别、诊断与转诊

专科识别法

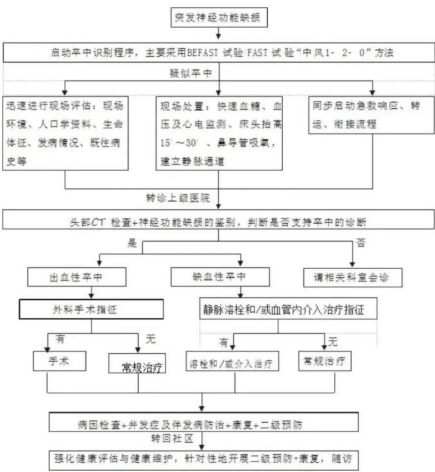
影像识别法：CT/MRI



三、识别、诊断与转诊

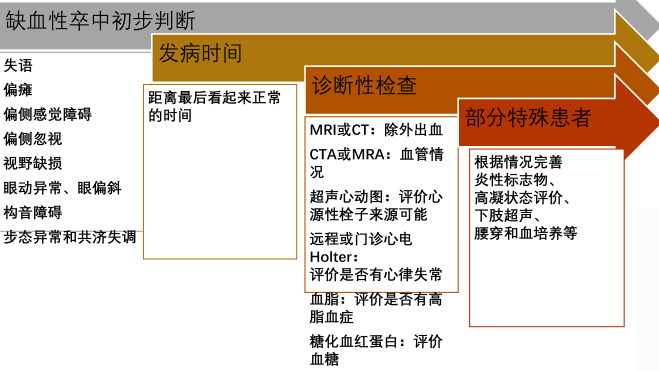
诊疗流程

基层医生应当做好疑似卒中患者的院前救治工作，并尽快将患者转至上级医院，以利迅速明确卒中中的性质；一旦明确为缺血性卒中，则需要按照缺血性卒中诊疗流程进一步实施精准诊疗



三、识别、诊断与转诊

诊断与鉴别诊断



鉴别诊断：出血性卒中、其他脑部疾病、其他系统性疾病导致的卒中样发作（低血糖发作、一氧化碳中毒等）、无影像学证据的缺血性卒中（少见，临床诊断，且排除了其他导致卒中样发作的病因，可按照缺血性卒中治疗

三、识别、诊断与转诊

转诊建议-卒中救治体系

- 救治的时间窗窄：静脉溶栓3.0~4.5 h，影像学半暗带评估指导下9 h；动脉溶栓6 h；机械取栓6 h内，影像学半暗带评估指导下符合条件可延长到24 h
- 疑似卒中的患者最佳转运时间是发病1 h之内转诊到上级医院，缺血性卒中最佳的救治时间是1.5 h之内实现血管再通
- 建议基层医疗卫生机构加入区域性卒中救治体系，通过急救响应系统与上级医院建立有效联系及转运、衔接机制；上级医院院内可建立卒中诊治绿色通道及卒中单元，将疑似卒中患者置于完善的卒中救治体系中

北京市脑卒中急救地图 2018.3



三、识别、诊断与转诊

转诊建议-现场评估与处理

- 记录姓名、性别、年龄、发病时间（如果是睡眠中起病，应以睡前表现正常时间作为起病时间）、发病情况等
- 记录近期或既往患病史、个人史、近期用药及其他治疗史
- 保持呼吸道通畅
- 意识不清的患者采取半卧、侧位比较好
- 建立静脉通道
- 有条件时可以查快速血糖评估有无低血糖
- 监测心率及心律，维持血压平稳
- 避免过度降低血压
- 避免大量静脉输液
- 避免给予非低血糖患者含糖液体
- 不要经口给药（保持禁食）
- 不要因为院前处理而延误转运

推荐

不推荐

三、识别、诊断与转诊

转诊建议-院前急救简易流程

可疑脑卒中者（符合早期识别标准）

院前急救

- 监测和维持生命体征、吸氧、建立静脉通道及心电监护、检测血糖
- 保持呼吸道通畅
- 昏迷患者应侧卧位
- 尽快通知急救系统，转运至卒中中心
- 注意车速平稳，保护患者头部免受震动

转运至院内，
评估生命体征

生命体征不稳者进行
抢救，必要时心肺复苏

稳定后

生命体征
平稳

院内救治

- 静脉通路、吸氧
- 完善血液及生化检查
- 头颅CT检查，必要时头颅MR检查

神经内科会诊

确定脑卒中

四、缺血性卒中的急性期治疗

急性期治疗原则





五、基层医疗卫生机构缺血性卒中管理



卒中风险筛查工具

ABCD2 评分量表 (TIA 早期卒中风险预测工具)

ABCD2 评分 (总分 0-7 分)	得分
A 年龄 ≥ 60 岁	1
B 血压 ≥ 160/90 mmHg	1
C 临床表现	
单侧肢体无力	2
有言语障碍而无肢体无力	1
D 症状持续时间	
≥ 60 分钟	2
10-59 分钟	1
D 糖尿病：口服降糖药或应用胰岛素治疗	1

ABCD2 评分能确定 TIA 患者是否为卒中的高危人群：通常存在单侧无力或言语障碍，尤其是症状持续 1 小时以上者。

所有的怀疑 TIA 的患者应该进行包括明确卒中风险在内的全面评估。

应在治疗的早期就使用 ABCD2 评分工具进行卒中风险系数评估。

ABCD2 评分 0-3 分判定为低危人群，4-5 分为中危人群，6-7 分为高危人群。

Essen 卒中风险评分量表 (Essen Stroke Risk Score, ESRS)

危险因素	分数
<input type="radio"/> < 65 岁	0
<input type="radio"/> 65-75 岁	1
<input type="radio"/> ≥ 75 岁	2
<input type="checkbox"/> 高血压	1
<input type="checkbox"/> 糖尿病	1
<input type="checkbox"/> 既往心肌梗死	1
<input type="checkbox"/> 其他心血管疾病 (除外心房颤动和心肌梗死)	1
<input type="checkbox"/> 外周动脉疾病	1
<input type="checkbox"/> 吸烟	1
<input type="checkbox"/> 既往缺血性脑卒中/TIA 史	1
评分	0 分

结果解读

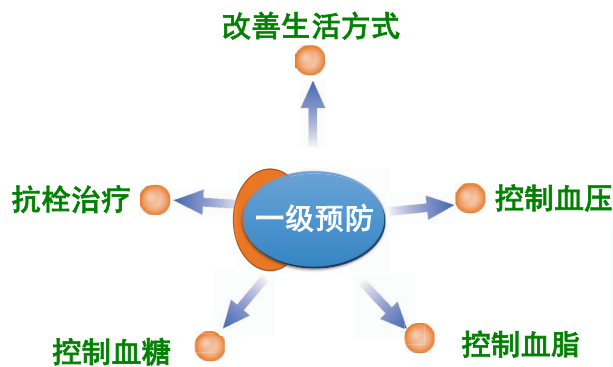
ESRS 可以预测稳定期或急性期患者的卒中或复合心血管事件的复发风险。
0-2 分者年卒中复发风险较低；
3-6 分者为高度风险，年卒中复发风险为 7-9% 左右；
6 分以上者为极高度风险，年卒中复发风险达 11%。



五、基层医疗卫生机构缺血性卒中管理



一级预防：改良生活方式+控制危险因素/病因

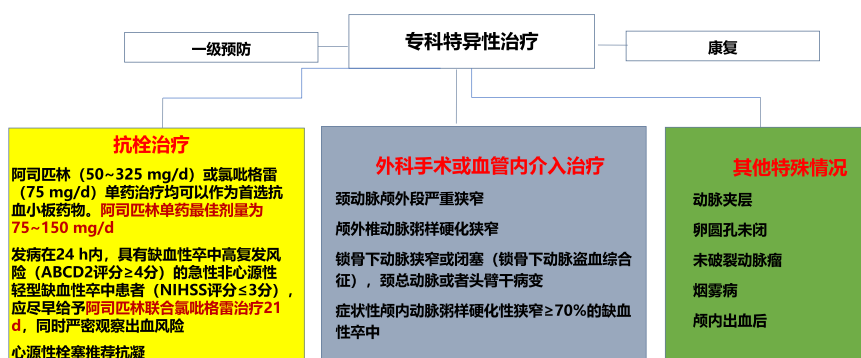


五、基层医疗卫生机构缺血性卒中管理



二级预防：一级预防+专科特异性治疗+康复

二级预防策略



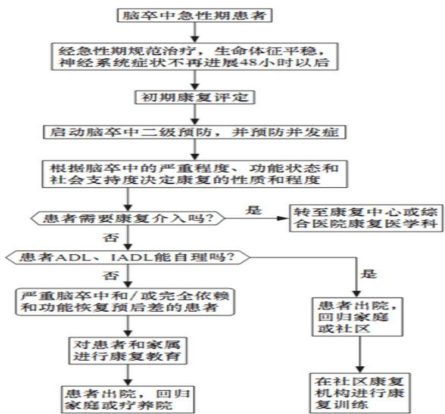


五、基层医疗卫生机构缺血性卒中管理



卒中的三级康复

急性期即需尽早启动康复，包括躯体功能、认知功能、语言功能、吞咽功能、精神心理状况、营养状况及其他脏器功能等。加强康复及护理，防止病情加重，尽可能减低残疾程度，促进神经损伤的修复，尽早让患者回归家庭和社会



五、基层医疗卫生机构缺血性卒中管理



随访管理

社区随访

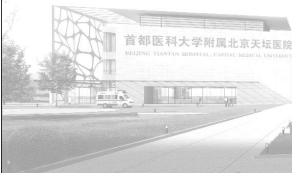
缺血性卒中的风险筛查与防控、急诊识别与转诊、社区康复及二级预防是基层医生管理缺血性卒中的3个时期。对社区居民建立健康档案，记录健康状况，未发生缺血性卒中时做好一级预防，发生后做好二级预防及康复，及时调整缺血性卒中管理策略，定期随访



年度达标评估

基层医生需要运用临床流行病学的方法，对缺血性卒中管理的效果进行科学评估，定期进行追踪随访，获取缺血性卒中发生、复发、功能转归的数据，并进行整理、分析，获得缺血性卒中分级预防及康复转归的真实世界的效果评估结果，并不断完善缺血性卒中管理策略

几个管理重点

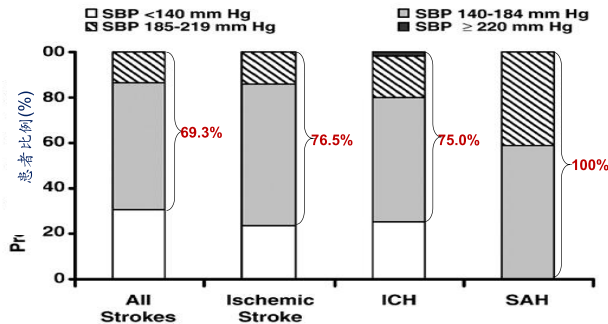




急性期血压管理



大部分卒中患者急诊就诊血压升高



- 美国全国性医院非卧床医疗调查是美国的一项针对急诊服务供需情况的最大型调查研究，纳入573794例急诊就诊的脑卒中患者，将初始SBP分为4类(<140、140-184、185-219和≥220mmHg)，评估美国成人急性卒中患者血压升高的发生率

Qureshi AI, et al. Am J Emerg Med. 2007;25:32-38.



急性期血压管理



临床研究证实，急性期不宜积极降压

INWEST研究¹：大幅降压可能不存在获益

静脉滴注降压第二天时各组分差异最显著，2mg/h尼莫地平组降压高达23.0/15.4mmHg。21天及24周时，药物治疗组均显示更高的神经功能和日常功能损伤

SCAST研究²：适度降压可能不存在获益

在治疗7天时，坎地沙坦组血压较安慰剂组显著降低，平均值为5/2mmHg。尽管降压幅度较小，药物干预组仍旧存在较高功能损伤风险

VENTURE研究³：轻度降压可能不存在获益

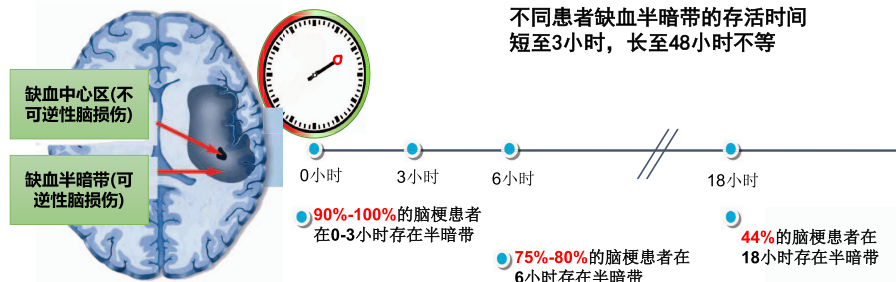
在治疗7天时，两组间血压下降均较为平缓。随访至90天，缬沙坦干预不能减少死亡/依赖性和大血管事件，且患者面临更高的早期神经功能恶化风险

缺血性卒中后24 h内血压升高的患者应谨慎处理，应先处理紧张、焦虑、疼痛、恶心呕吐、尿潴留及颅内压增高等情况。如收缩压≥180 mmHg或舒张压≥100 mmHg，或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病的患者，参考患者既往血压和治疗情况，可慎用降压药物，并严密观察血压变化，注意避免血压过低或血容量不足。缺血性卒中后病情稳定，若血压持续≥140/90 mmHg，无禁忌证者，可于起病数天后恢复使用发病前的降压药物或开始启动降压治疗

1. Wahlgren NG et al. Cerebrovasc Dis. 1994;4:204-210. 2. Sandset EC et al. Lancet. 2011 Feb 26;377(9767):741-50. 3. Oh MS et al. Int J Stroke. 2015 Jan 12



时间观念



早期溶解血栓治疗，有望恢复脑组织供血，有利于挽救可逆性脑损伤



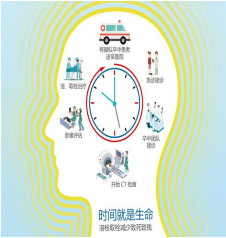
社区首诊卒中现状-院前延误



1.时间就是生命：卒中的治疗有严格而狭窄的时间窗，在发病时间较短（<4.5h）的情况下，静脉溶栓能增加患者良好的临床结局，且具有一定的安全性

2.全球范围内能及时就诊并及时溶栓的病例数并不理想

- 美国加州一项研究纳入373例缺血性脑血管病患者，3 h内的溶栓率仅为4.3%
- 院前延误的中位数在很多国家都长达11-20小时



3.我国做的两项调查研究结果显示，缺血性脑血管病患者院前延迟时间中位数分别为15 h和10.42 h

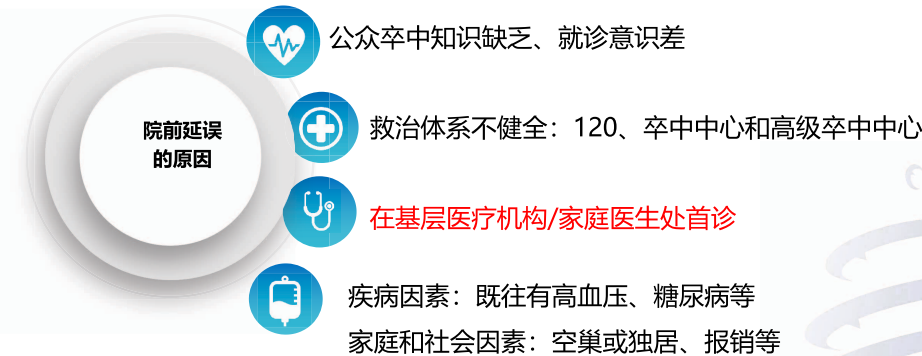
4.中国脑卒中医疗质量评估协作组对4783例缺血性卒中患者于2006年7月-12月进行调查，其中发病3 h内到达医院的仅1019例（21.3%）中，接受了溶栓治疗只有91例（1.9%）



社区首诊卒中现状-院前延误



卒中患者的院前延误是一个全球性的问题，已成为影响卒中急性期救治极为重要的瓶颈，需要立即实施减少院前延误的方案和策略



社区首诊卒中现状



ORIGINAL RESEARCH



Reasons for Prehospital Delay in Acute Ischemic Stroke

Joachim Fladt, MD,* Nicole Meier, cand. med.,* Sebastian Thiemann, MD; Alexandros Polymeris, MD; Christopher Traenkle, MD; David J. Seiffge, MD; Raul Sutter, MD; Nils Peters, MD; Henrik Gensicke, MD; Benjamin Flückiger, MA; Kees de Hoogh, PhD; Nina Kunzli, MD, PhD, MPH; Bettina Bringolf-Saler, MD, PhD, MPH; Leo H. Bonati, MD; Stefan T. Engelter, MD; Philippe A. Lyrer, MD; Gian Marco De Marchie, MD, MSc

- ✓ 来自瑞士的单中心、前瞻性、观察性研究，连续纳入336例诊断为急性缺血性脑梗死且年龄大于等于18岁的卒中患者
- ✓ 有29%的患者（97/336）是由其家庭医生首先为其寻求帮助的，其中仅有39%（38/97）的患者在随后通过急诊转运送至医院，接受再通治疗的比例与未接受面诊的患者相比，降低了3倍（9%对27%；P=0.008）



社区首诊卒中现状



社区就诊卒中患者特征

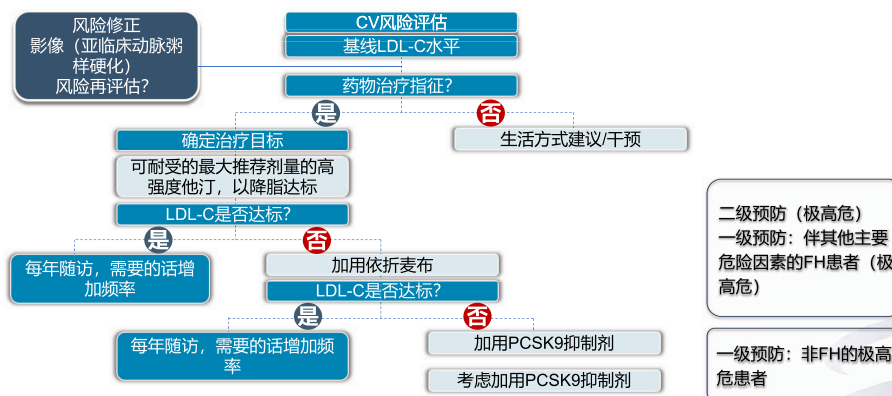
- 多为轻型卒中
- 症状不典型
- 起病隐匿
- 多为家庭医生签约患者

家庭医生延误原因

- 就诊-转诊的时间大于直接到卒中中心就诊
- 早期识别、早期诊断的障碍：专业人员、设备、**工具**
- 转诊体系不健全



关于血脂达标和高剂量他汀



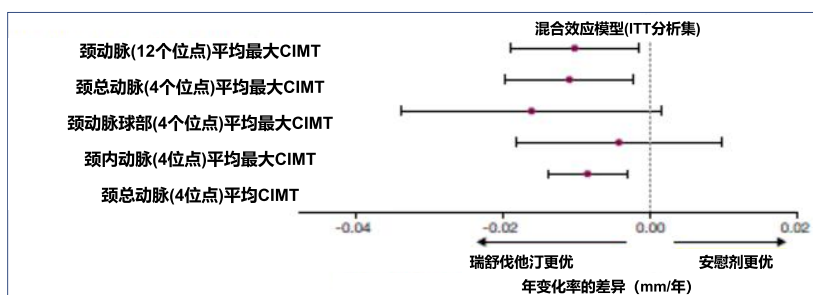
2019 ESC/EAS血脂异常管理指南



关于血脂达标和高剂量他汀



- METEOR-China研究是一项随机、双盲、安慰剂对照研究，纳入中国25个中心的543例患者，纳入标准包括45~70岁的男性患者或55~70岁女性患者，最大颈动脉内膜中层厚度(CIMT) ≥ 1.2 mm 但 < 3.5 mm，LDL-C水平 $120 \sim 190$ mg/dl，10年ICVD风险小于10%。其中272例接受瑞舒伐他汀20mg治疗，271例接受安慰剂治疗，随访2年。主要终点为颈动脉12个部位(左右颈总动脉、颈动脉球部以及颈内动脉的近壁和远壁)最大CIMT均值的年变化率



- 结果显示瑞舒伐他汀组和安慰剂组CIMT最大值变化率为0.0038 mm/年 vs 0.0142 mm/年，二者平均差具有统计学意义 (-0.0103, 95%CI -0.0191~ -0.0016, P=0.020)

关于血脂达标和大剂量他汀

- HOPE-3研究：双盲、随机、安慰剂对照试验，在全球21个国家228个研究中心筛选心血管疾病中危人群，并最终纳入12705例受试者，采用2×2析因设计，随机给予瑞舒伐他汀+坎地沙坦/氢氯噻嗪、瑞舒伐他汀+安慰剂、坎地沙坦/氢氯噻嗪+安慰剂、安慰剂+安慰剂治疗，平均随访5.6年，结果证实，对于心血管疾病中危人群，单纯降脂治疗以及降脂+降压联合治疗可预防心血管事件；但单纯降压治疗未能降低心血管事件，除非是在基线血压较高（>143.5 mmHg）的情况
- 该研究提示，即使中等程度心血管疾病风险的人群，应用瑞舒伐他汀（10 mg/d）治疗可以显著降低24%的主要复合终点事件发生率[风险比（HR）0.76，95%可信区间（CI）0.64~0.91，P=0.002]

联合降脂和降脂治疗组

患者：
相对危险降低（RRR）28%，单纯降脂治疗RRR：26%，
联合降脂+降压RRR：6%

基于收缩压水平（三分位）的亚组

最高三分位患者接受联合降脂和降脂
治疗RRR为39%，单纯降脂治疗RRR
为21%，单纯降压治疗RRR仅为18%

其他患者组

其他患者接受联合降脂和降脂治疗
RRR为20%，单纯降脂治疗RRR为
31%，单纯降压治疗RRR则为7%

获益更多来自于他汀类药物治疗，而不是降压

小结

- 喜忧参半：证据充分，应用欠佳
- 争分夺秒：再灌注治疗的可及性
- 坚持不懈：二级预防的重点是持续性药物治疗
- 成长的烦恼：更加依赖影像学技术

首都医科大学附属北京天坛医院

BEIJING Tiantan Hospital, Capital Medical University

医德高尚

精益求精

严谨求实

勤俭廉洁

卒中评估量表介绍及分级诊疗



首都医科大学附属北京天坛医院 秦海强

1

目录

流行病学现状

脑血管病常用评分量表

脑血管病的分级诊疗

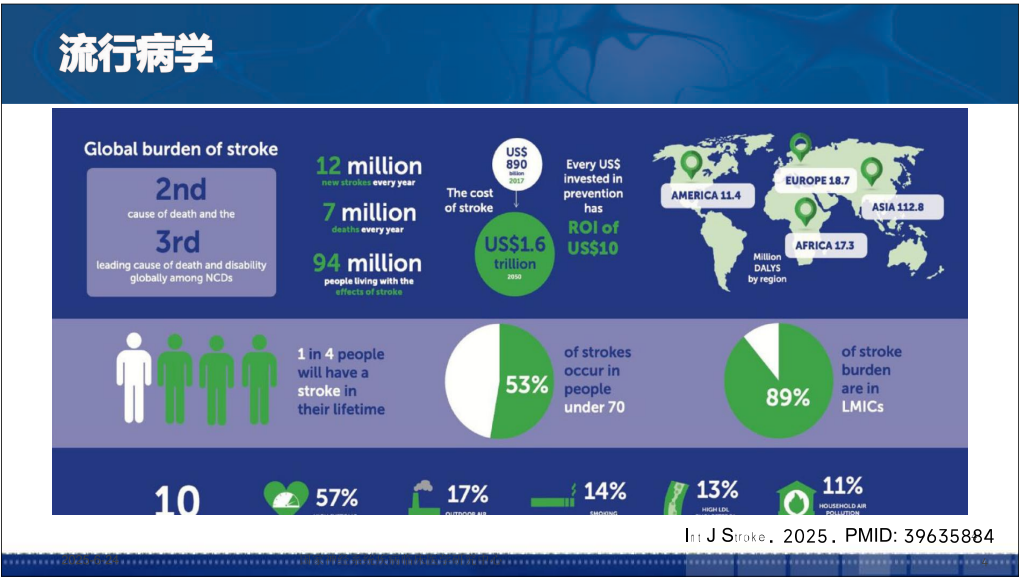
2

目录

流行病学现状



3



流行病学——GBD 2021 估计了全球所有卒中类型的发病率、患病率、死亡率和 DALY

负担指标	数量	每年每10万人的粗发生率	年龄调整后的每年每10万人的发生率	WSO 材料中使用的声明
发病率				
年龄、性别（所有）	11,946,000	151 (137 to 168)	142 (128 to 156)	每年新增卒中病例近1200万例。全球25岁以上人群中，每四人中就有一人患卒中。
15-49岁	1,762,000	45 (39 to 52)	—	每年约有15%的卒中发生在15至49岁的人群中。
<70岁	6,307,000	85 (76 to 97)	—	每年约有53%的卒中发生在70岁以下的人群中。
男性（所有）	6,284,000	159 (143 to 177)	160 (144 to 178)	每年约有53%的卒中发生在男性中。
女性（所有）	5,662,000	144 (130 to 159)	125 (113 to 137)	每年约有47%的卒中发生在女性中。
患病率				
年龄、性别（所有）	93,816,000	1189 (1128 to 1259)	1099 (1044 to 1162)	全球目前有近9400万人曾患卒中。
15-49岁	20,319,000	515 (478 to 550)	—	在患过卒中且目前健在的人群中，22%的人群年龄在15至49岁之间。
<70岁	61,049,000	825 (778 to 876)	—	在患过卒中且目前健在的人群中，65%的人群年龄在70岁以下。
男性（所有）	47,811,000	1208 (1145 to 1277)	1184 (1124 to 1252)	在患过卒中且目前健在的人群中，51%的人群是男性。
女性（所有）	46,006,000	1170 (1107 to 1240)	1028 (974 to 1088)	在经历过卒中且目前健在的人中，49%是女性。
死亡人数				
年龄、性别（所有）	7,453,000	92 (83 to 99)	87 (79 to 94)	每年有超过700万人死于卒中。
15-49岁	373,000	9 (9 to 10)	—	约5%的卒中死亡病例发生在15至49岁的人群中。
<70岁	2,409,000	33 (30 to 35)	—	33%的卒中死亡病例发生在70岁以下的人群中。
男性（所有）	3,775,000	95 (87 to 105)	103 (93 to 113)	52%的卒中死亡病例是男性。
女性（所有）	3,477,000	88 (78 to 97)	75 (66 to 82)	48%的卒中死亡病例是女性。
残疾调整生命年（DALY）				
年龄、性别（所有）	160,457,000	2033 (1873 to 2175)	1886 (1739 to 2018)	每年因卒中相关的死亡和残疾而损失的健康寿命超过1.6亿年。
15-49岁	21,367,000	541 (497 to 587)	—	13%因卒中相关的死亡和残疾而损失的健康寿命发生在15至49岁的人群中。
<70岁	88,143,000	1192 (1102 to 1281)	—	55%因卒中相关的死亡和残疾而损失的健康寿命发生在70岁以下的人群中。
男性（所有）	88,277,000	2230 (2036 to 2454)	2232 (2037 to 2451)	因卒中相关残疾而丧失健康寿命的人群中，男性占55%。
女性（所有）	72,180,000	1836 (1667 to 1989)	1578 (1435 to 1709)	因卒中相关残疾而丧失健康寿命的人群中，女性占45%。

B4

流行病学——GBD2021 对全球缺血性卒中发病率、患病率、死亡率和DALY的估计

Metric of the burden	Number	Crude rate per 100,000 per year (95% UI)	Age-adjusted rate per 100,000 per year (95% UI)	Approved statement for use in WSO materials
Incidence				
Ages (all, sexes (both))	7,804,000	99 (85 to 113)	92 (80 to 106)	There are over 7.8 million new ISts each year. Globally, about 65% of all incident strokes are ISts.
15-49 years	907,000	23 (18 to 28)	—	Each year, over 12% of all ISts occur in people 15-49 years of age.
<70 years	3,847,000	52 (43 to 63)	—	Each year, over 49% of all ISts occur in people below 70 years of age.
Men (all ages)	4,021,000	102 (87 to 118)	103 (89 to 119)	Each year, about 52% of all ISts occur in men.
Women (all ages)	3,782,000	96 (83 to 110)	83 (71 to 95)	Each year, about 48% of all ISts occur in women.
Prevalence				
Ages (all, sexes (both))	69,945,000	886 (821 to 951)	819 (760 to 879)	Globally, there are almost 70 million people currently living who have experienced IS.
15-49 years	12,073,000	306 (273 to 339)	—	17% of people who have experienced an IS and are currently living are people 15-49 years of age.
<70 years	41,516,000	551 (513 to 608)	—	59% of people who have experienced an IS and are currently living are below the age of 70 years.
Men (all ages)	35,241,000	890 (824 to 955)	882 (819 to 945)	50% of people who have experienced an IS and are currently living are men.
Women (all ages)	34,704,000	883 (816 to 948)	769 (713 to 826)	50% of people who have experienced an IS and are currently living are women.
Deaths				
Ages (all, sexes (both))	3,595,000	46 (41 to 49)	44 (39 to 48)	3.6 million people die from IS annually.
15-49 years	54,000	1 (1 to 2)	—	Almost 2% of all deaths from IS occur in people 15-49 years old.
<70 years	692,000	9 (9 to 10)	—	19% of all deaths from IS occur in people below 70 years old.
Men (all ages)	1,779,000	45 (41 to 50)	51 (46 to 56)	50% of all deaths from IS are in men.
Women (all ages)	1,813,000	46 (40 to 51)	39 (33 to 43)	50% of all deaths from IS are in women.
DALYs				
Ages (all, sexes (both))	70,358,000	892 (815 to 963)	837 (764 to 905)	Over 70 million years of healthy life is lost each year due to IS-related death and disability. Globally, DALYs from IS constituted about 43% of DALYs from all strokes combined.
15-49 years	4,384,000	112 (96 to 127)	—	6% of healthy life lost due to IS-related death and disability affects people of 15-49 years old.
<70 years	27,034,000	365 (329 to 401)	—	38% of healthy life lost due to IS-related death and disability affects people below the age of 70 years.
Men (all ages)	37,007,000	935 (848 to 1,027)	975 (886 to 1,070)	Men account for 53% of healthy life lost due to IS-related disability.
Women (all ages)	33,350,000	848 (757 to 932)	720 (643 to 792)	Women account for 47% of healthy life lost due to IS-related disability.

Int J Stroke. 2025. PMID: 39635884

流行病学——GBD 2021 估计了全球脑出血的发病率、患病率、死亡率和 DALY

Metric of the burden	Number	Crude rate per 100,000 per year (95% UI)	Age-adjusted rate per 100,000 per year (95% UI)	Approved statement for use in WSO materials
Incidence				
Ages (all), sexes (both)	3,444,000	44 (39 to 48)	41 (36 to 45)	There are over 3.4 million new ICHs each year. Globally, about 29% of all incident strokes are ICHs.
15–49 years	614,000	16 (13 to 19)	—	Each year, about 18% of all ICHs occur in people of 15–49 years of age.
<70 years	1,944,000	26 (22 to 30)	—	Each year, over 56% of all ICHs occur in people below 70 years of age.
Men (all ages)	1,921,000	49 (43 to 54)	49 (43 to 54)	Each year, about 56% of all ICHs occur in men.
Women (all ages)	1,524,000	39 (34 to 43)	34 (29 to 37)	Each year, about 44% of all ICHs occur in women.
Prevalence				
Ages (all), sexes (both)	16,604,000	210 (192 to 230)	195 (178 to 213)	Globally, there are almost 17 million people currently living who have experienced ICH. 34% of people who have experienced an ICH and are currently living are people of 15–49 years of age.
15–49 years	5,579,000	141 (128 to 158)	—	82% of people who have experienced an ICH and are currently living are below the age of 70 years.
<70 years	13,568,000	183 (167 to 201)	—	56% of people who have experienced an ICH and are currently living are men. Globally, men account for just over half (56%) of all persons who have experienced an ICH.
Men (all ages)	9,349,000	236 (215 to 259)	225 (205 to 246)	44% of people who have experienced an ICH and are currently living are women.
Women (all ages)	7,255,000	185 (169 to 202)	166 (152 to 181)	
Deaths				
Ages (all), sexes (both)	3,308,000	42 (38 to 46)	39 (36 to 42)	Over 3.3 million people die from ICH annually.
15–49 years	264,000	7 (6 to 7)	—	About 8% of all deaths from ICH occur in people of 15–49 years old.
<70 years	1,524,000	21 (19 to 22)	—	46% of all deaths from ICH occur in people below 70 years old.
Men (all ages)	1,823,000	46 (41 to 52)	47 (42 to 53)	55% of all deaths from ICH are in men.
Women (all ages)	1,485,000	38 (33 to 42)	32 (28 to 36)	45% of all deaths from ICH are in women.
DALYs				
Ages (all), sexes (both)	79,457,000	1007 (922 to 1083)	924 (845 to 993)	Over 79 million years of healthy life are lost each year due to ICH-related death and disability. Globally, DALYs from ICH constituted about 50% of DALYs from all strokes combined.
15–49 years	13,795,000	349 (318 to 382)	—	17% of healthy life lost due to ICH-related death and disability affects people of 15–49 years old.
<70 years	52,995,000	716 (660 to 776)	—	67% of healthy life lost due to ICH-related death and disability affects people below the age of 70 years.
Men (all ages)	45,787,000	1156 (1043 to 1290)	1123 (1014 to 1252)	Men account for 58% of healthy life lost due to ICH-related disability.
Women (all ages)	33,671,000	856 (759 to 950)	743 (658 to 823)	Women account for 42% of healthy life lost due to ICH-related disability.

39635884

流行病学——GBD 2021 估计了全球蛛网膜下腔出血的发病率、患病率、死亡率和 DALY

Metric of the burden	Number	Crude rate per 100,000 per year (95% UI)	Age-adjusted rate per 100,000 per year (95% UI)	Approved statement for use in WSO materials
Incidence				
Ages (all), sexes (both)	697,000	9 (8 to 10)	8 (7 to 9)	There are almost 700,000 new SAHs each year. Globally, about 6% of all incident strokes are SAH.
15–49 years	219,000	6 (5 to 8)	—	Each year, over 34% of all SAHs occur in people of 15–49 years of age.
<70 years	517,000	7 (6 to 8)	—	Each year, over 74% of all SAHs occur in people below 70 years of age.
Men (all ages)	341,000	9 (8 to 10)	9 (7 to 10)	Each year, about 49% of all SAHs occur in men.
Women (all ages)	357,000	9 (8 to 10)	8 (7 to 9)	Each year, about 51% of all SAHs occur in women.
Prevalence				
Ages (all), sexes (both)	7,813,000	100 (91 to 109)	92 (84 to 101)	Globally, there are almost 7.9 million people currently living who have experienced SAH.
15–49 years	2,710,000	69 (61 to 77)	—	35% of people who have experienced an SAH and are currently living are people of 15–49 years of age.
<70 years	6,260,000	86 (77 to 93)	—	80% of people who have experienced an SAH and are currently living are below the age of 70 years.
Men (all ages)	3,543,000	89 (81 to 98)	86 (78 to 94)	45% of people who have experienced an SAH and are currently living are men.
Women (all ages)	4,310,000	110 (100 to 119)	98 (90 to 107)	55% of people who have experienced an SAH and are currently living are women. Globally, women account for just over half (56%) of all persons who have experienced an SAH.
Deaths				
Ages (all), sexes (both)	353,000	4 (4 to 5)	4 (4 to 5)	Over 350,000 people die from SAH annually.
15–49 years	55,000	1 (1 to 2)	—	About 16% of all deaths from SAH occur in people of 15–49 years old.
<70 years	193,000	3 (2 to 3)	—	55% of all deaths from SAH occur in people below 70 years old.
Men (all ages)	174,000	4 (4 to 5)	4 (4 to 6)	49% of all deaths from SAH are in men.
Women (all ages)	179,000	5 (4 to 5)	4 (3 to 5)	51% of all deaths from SAH are in women.
DALYs				
Ages (all), sexes (both)	10,642,000	135 (119 to 154)	125 (111 to 143)	Over 10 million years of healthy life are lost each year due to SAH-related death and disability. Globally, DALYs from SAH constituted approximately 7% of DALYs from all strokes combined.
15–49 years	3,188,000	81 (69 to 97)	—	30% of healthy life lost due to SAH-related death and disability affects people of 15–49 years old.
<70 years	8,113,000	110 (96 to 127)	—	76% of healthy life lost due to SAH-related death and disability affects people below the age of 70 years.
Men (all ages)	5,483,000	138 (114 to 174)	134 (110 to 168)	Men account for 52% of healthy life lost due to SAH-related disability.
Women (all ages)	5,158,000	131 (117 to 150)	116 (104 to 133)	Women account for 48% of healthy life lost due to SAH-related disability.

In J Stroke . 2025 . PMID: 39635884

流行病学——2021 年 GBD 对可归因于风险因素的卒中负担（以 DALY 衡量）的估计值。



1. 代谢风险（收缩压高、体质指数高、空腹血糖高、总胆固醇高和肾小球滤过率低）占卒中负担的 68.8%（57.6 至 77.5）。



2. 行为因素（吸烟、不良饮食和缺乏体力活动）占卒中负担的 35.2%（26.9 至 44.7），环境风险（空气污染和铅暴露）占卒中负担的 36.7%（29.0 至 44.2）。



3. 在所有世界银行收入水平的国家中，代谢风险因素对卒中相关 DALY 的贡献最大（范围为 66–70%），其次是低收入、中低收入和中高收入国家的环境风险集群（范围为 18–53%），以及不同收入水平国家的行为风险（范围为 20–28%）。

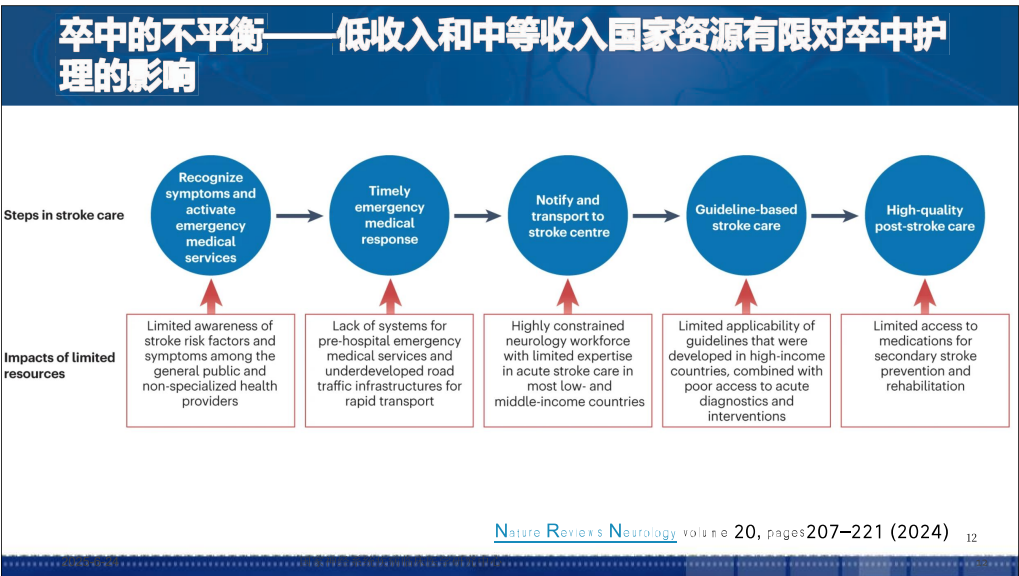
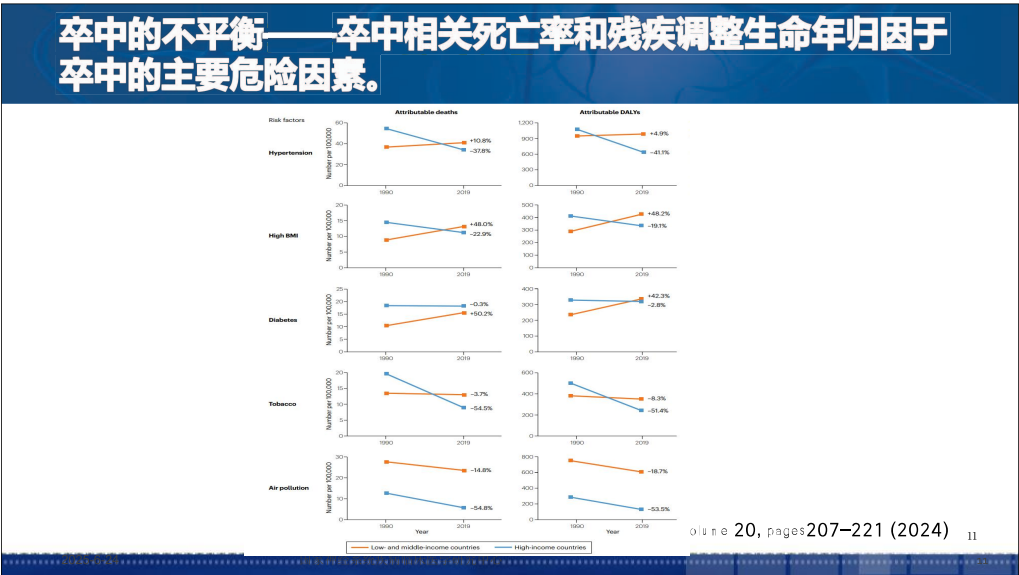
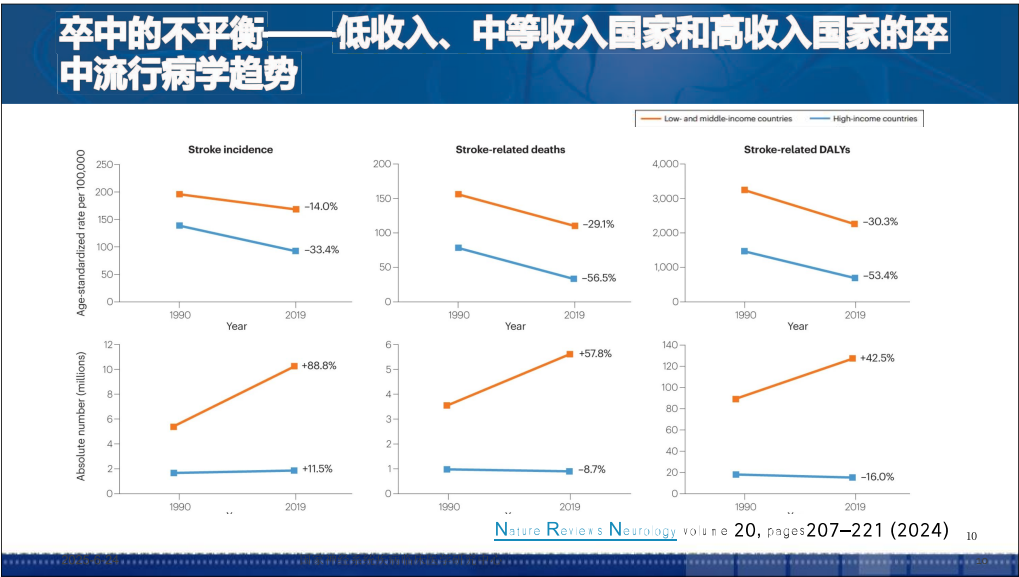


4. 全球范围内，16 个单独显著的卒中危险因素包括：高收缩压、环境颗粒物、吸烟、高密度脂蛋白胆固醇、室内空气污染、高钠饮食、高空腹血糖、肾功能不全、低水果饮食、大量饮酒、低温、高 BMI、二手烟、缺乏运动、饮食中蔬菜含量低和高盐。



5. 所有风险因素合计占全球卒中负担的 83.6%（77.3 至 88.3）。

In J Stroke . 2025 . PMID: 39635884



卒中的不平衡

• 卒中是全球范围内导致死亡和残疾的主要原因，其发病率在低收入和中等收入国家 (LMIC) 迅速上升，这些国家的卫生系统无力应对日益加重的负担。

随着全球人口老龄化、生活水平提高以及儿童和传染病死亡率下降，中低收入国家卒中风险因素的暴露显著增加。

卒中护理服务各个阶段（包括院前急救、住院服务和康复）的关键资源缺口导致卒中相关发病率和死亡率上升。在高收入国家 (HIC)，不同种族、民族和地域的卒中流行病学和预后仍然存在显著差异。

要减轻中低收入国家和高收入国家卒中带来的不同负担，需要利益相关者在地方、国家和全球层面做出有组织的承诺，加强数据收集和医疗服务体系。

[Nature Neurology, volume 20, pages 207–221 \(2024\)](#) 13

目录

脑血管病常用评分量表

14

评分

院前

院前卒中评估量表

- 辛辛那提量表
- 洛杉矶院前卒中量表 (LAPSS)
- ABCD 分数

急性

急性评估量表

- 加拿大神经量表 (CNS)
- 欧洲卒中量表
- 格拉斯哥昏迷量表 (GCS)
- 大脑半球形卒中量表
- Hunt-Hess 量表
- Mathew 卒中量表
- NIH 卒中量表 (NIHSS)
- Orgogozo 卒中量表
- 牛津郡社区卒中项目分类
- 斯堪地维亚卒中量表
- 世界神经外科医师联合会蛛网膜下腔出血分级系统功能评估量表

结果

功能评分

- Berg 平衡量表
- 劳顿 IADL 量表
- 改良的 Rankin 量表
- 卒中患者生活质量测量 (SS-QOL)
- Barthel 指数
- 功能独立性测量 (FIM™)
- 格拉斯哥结局量表
- 社区整合问卷

15

量表的基本要求

- 效度好，内容能充分体现要求
- 可信度高，病人的情况不变，量表分数应当不变
- 可重复性好
- 稍加培训即能方便有效的使用
- 即使症状波动不敏感，也能敏感地随着不同的条件而改变

16

卒中经典量表

院前

急性

结果

17

卒中经典量表

院前

18

辛辛那提量表

- F = Face（脸）：微笑
- A = Arm（上肢）：抬高双上肢
- S = Speech（言语）：简单回答问题
- T = Time（时间）：立即拨打120

时间就是大脑！

评价：单个异常预测
卒中的敏感度是66%；
预测前循环卒中的敏
感度是 88%，特异度
是87%。



19

识别卒中，并行动



1看1张脸
不对称
口角歪斜



2查2只胳膊
平行举起
单侧无力



0(聆)听语言
言语不清
表达困难



快打120
有上述任何突发症状



20

洛杉矶院前卒中量表 (LAPSS)

1. 患者姓名：_____
2. 病史来源：_____
3. 最后一次知道患者如何/清醒的时间：_____
4. 年龄 > 45
5. 无抽搐或癫痫病史
6. 症状持续时间 < 24 小时
7. 发病前，患者未使用轮椅或卧床

筛选标准：

8. 血糖在 60~400mg/dl 之间：
是 ☐ 否 ☐

9. 身体，明显不对称：
正常 右侧 左侧
握力 ☐ 口无力 ☐ 口无力 ☐
握力 ☐ 口强 ☐ 口强 ☐
臂力 ☐ 口缓慢下 ☐ 口缓慢下 ☐
根据身体，患者只有单侧（而不是双侧）无力：
是 ☐ 否 ☐

10. 4、5、6、7、8、9 项都“是”（或不选）：
是 ☐ 否 ☐

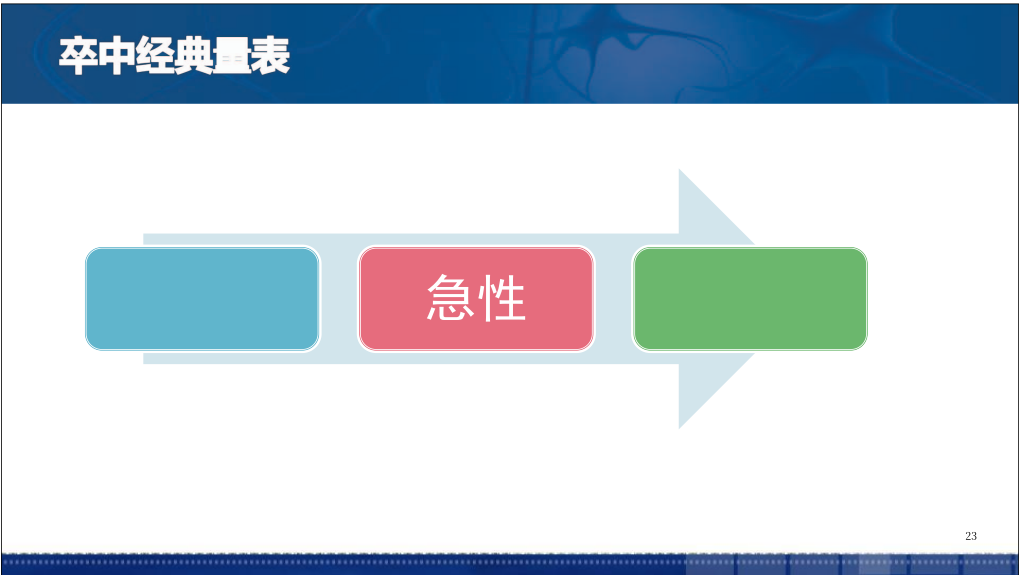
优点

- 准确性高
- 可鉴别卒中疑似患者

缺点

- 如果仅有视野缺损、失语、平衡等脑干和小脑卒中的患者会被漏筛

21



NIHSS评分

◆ NIHSS是医疗专业者用来客观量化卒中所致损害的工具。

◆ NIHSS由11个项目组成，每个项目在0到4分之间都有一个特定的能力。

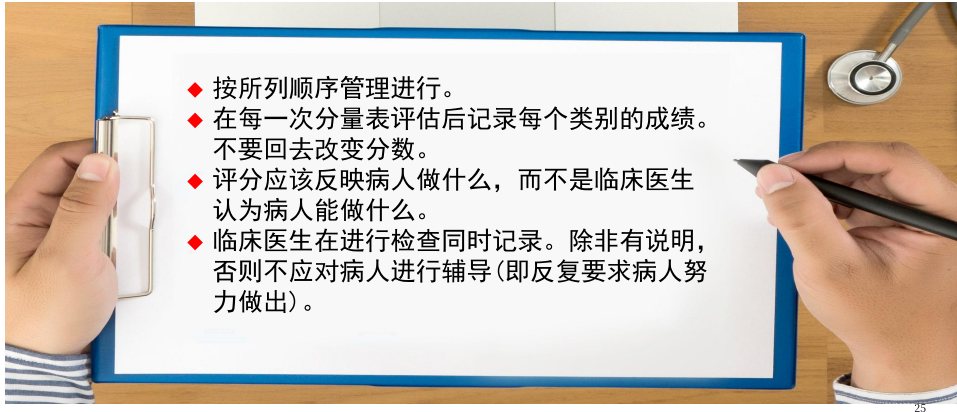
◆ 对于每个项目，0的分数通常表示该特定能力中的正常功能，而较高的分数则表示某种程度的损伤。

◆ 每个项目的个人得分被相加，以计算病人的NIHSS总分。

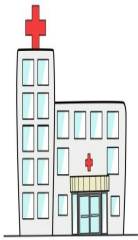
◆ 最大可能得分为42，最小得分为0。

得分E	卒中严重程度
0	没有卒中症状
1-4	轻度卒中
5-15	中度卒中
16-20	中重度卒中
21-42	重度卒中

NIHSS评分



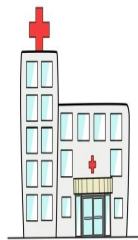
NIHSS评分



项目	评分标准	得分
1a. 意识水平： 即使因气管插管、语言障碍、口腔气管创伤及绷带包扎等，不能全面评价，检查者也必须选择1个反应。只有在伤害性刺激不能引起患者的（除反射性体位以外的）任何活动时，才能记3分。	0= 清醒；反应灵敏。 1= 不清醒；轻微刺激能唤醒，可遵从命令、回答问题、做出反应。 2= 不清醒；需反复刺激才有注意，或者反应迟钝需要强烈或疼痛的刺激才有活动（非刻板的） 3= 仅有反射性活动或植物效应或完全无反应、软瘫、无反射	
1b. 意识水平提问： 询问患者当前月份及其年龄。回答必须正确—不能按接近程度给予部分得分。不能理解问题的失语和昏睡者记2分。因气管插管、口腔气管创伤、任何原因引起的严重构音障碍、语言障碍或不是继发于失语的任何其他原因，导致不能言语，记1分。仅对最初回答评分。检查者不能给予其言语或非言语的提示。	0= 两个问题回答均正确。 1= 一个问题回答正确。 2= 两个问题回答均不正确。	
1c. 意识水平指令： 先让患者睁眼和闭眼，再让患者非痛疾侧握拳和伸掌。如果手不能使用，用另一种一步指令代替。有明确尝试但因为无力而不能完成的也算正确。若患者对指令无反应，检查者要给予演示（打手势），然后根据结果（如：遵从了0个、1个或2个指令）打分。有创伤、截肢或其他生理障碍者，应予适当的一步指令。仅对最初反应评分。	0= 两项任务执行均正确。 1= 一项任务执行正确。 2= 两项任务执行均不正确。	

26

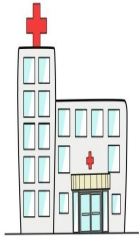
NIHSS评分



2. 凝视：
只测试水平眼球运动。对随意或反射性（眼球反射）眼球运动记分，但不要做冷水试验。若患者的共轭性眼球偏斜能被随意或反射性活动克服，记1分。若为孤立的周围性神经麻痹（III、IV、VI颅神经），记1分。对所有失语者，凝视是可以检查的。有眼球创伤、绷带包扎、早已失明或其他视力或视野损害者，应当检查其反射性运动，这由检查者来决定。与患者的目光接触，然后从一侧向另一侧移动，偶尔能发现部分性凝视麻痹。
3. 视野：
用对诊法检查视野（上下象限），要正确选用指数或视威胁。可引导患者。但若正确地看向有手指活动的那一侧，记为正常。若单眼盲或眼球摘除，按剩余的那一只眼评分。如发现明确的不对称，包括象限盲，记1分。若全盲，无论什么原因导致，记3分。此时做双侧同时刺激，如果有视觉消退，记1分，结果用于问题11。
4. 面瘫：
言语指令或动作示意，要求患者示齿或扬眉和闭眼。对反应差或不能理解的患者，根据伤害性刺激时表情的对称性评分。有面部创伤/绷带、经口气管插管、胶布或其他物理障碍影响面部检查时，应尽可能移开。
- 0= 正常
1= 部分性凝视麻痹；单眼或双眼凝视异常，但无强迫偏斜或完全凝视麻痹。
2= 强迫偏斜，或不能被头眼反射克服的完全凝视麻痹。
- 0= 无视野缺损。
1= 部分偏盲。
2= 完全偏盲。
3= 双侧偏盲（盲，包括皮质盲）。
- 0= 正常对称运动
1= 轻微瘫痪（鼻唇沟变平，微笑时不对称）。
2= 部分瘫痪（下面部完全或几乎完全瘫痪）。
3= 一侧或双侧完全瘫痪（上下面部运动消失）。

27

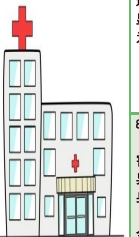
NIHSS评分



<p>5. 上肢运动： 将肢体置于合适的位置：伸臂（掌心向下）90°（坐位）或45°（仰卧）。根据上肢是否在10秒内落下，给漂移评分。对失语者用声音或手势引导，不用伤害性刺激。依次检查每个肢体，从非瘫痪侧上肢开始。只有在截肢或肩关节融合时，才记为无法测（UN），要写明原因。</p>	<p>0=无漂移：肢体置于90°（或45°）能坚持10秒 1=漂移：肢体置于90°（或45°），但不到10秒即向下漂移；不碰到床或其他支持物 2=部分抵抗重力：肢体不能伸到或维持在（引导下90°（或45°），向下漂移到床，但能部分抵抗重力 3=不能抵抗重力：肢体落下 4=无运动 UN=截肢或关节融合，解释： 5a 左上肢 5b 右上肢</p>	
<p>6. 下肢运动： 将肢体置于合适的位置：抬腿30°（一定是仰卧位）。根据下肢是否在5秒内落下，给漂移评分。对失语者用声音或手势引导，不用伤害性刺激。依次检查每个肢体，从非瘫痪侧下肢开始。只有在截肢或髋关节融合时，才记为无法测（UN），要写明原因。</p>	<p>0=无漂移：下肢置于30°能坚持5秒 1=漂移：下肢在接近5秒时落下，但不碰到床 2=部分抵抗重力：下肢在5秒内落到床上，但能部分抵抗重力 3=不能抵抗重力：下肢立即落到床上 4=无运动 UN=截肢或关节融合，解释： 6a 左下肢 6b 右下肢</p>	

28

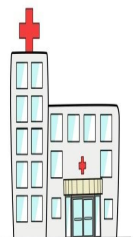
NIHSS评分



<p>7. 肢体共济失调： 目的是发现单侧小脑病变的证据。检查时睁眼。若有视力缺陷，应确保检查在未受损的视野中进行。进行双侧指鼻试验和跟膝胫试验。共济失调与无力明显不成比例时记分。若患者不能理解或肢体瘫痪，记为0分。只有在截肢或关节融合时，才记为无法测（UN），要写明原因。盲人用伸展的上肢摸鼻。</p>	<p>0= 无共济失调。 1= 一个肢体有。 2= 两个肢体有。 UN= 截肢或关节融合，解释：</p>	
<p>8. 感觉： 检查针刺引起的感觉和表情，昏迷及失语者对伤害性刺激的躲避。只有脑卒中引起的感觉缺失才记为异常。为精确检查偏身感觉缺失，应涉及尽可能多的身体区域[上肢（不是手）、下肢、躯干、面部]。 “严重或完全的感觉缺失”记2分，只能在严重或完全的感觉缺失得到明确证实的情况下给予。因此，昏迷和失语者也有可能被记1或0分。脑干卒中导致双侧感觉缺失者记2分。无反应或四肢瘫痪者记2分。昏迷者（1a=3）记2分。</p>	<p>0= 正常；无感觉缺失。 1= 轻到中度感觉缺失：患侧感觉针刺不尖锐或钝；或针刺的表浅疼痛感缺失但有触觉。 2= 重度到完全感觉缺失：面、上肢、下肢感觉丧失。</p>	

29

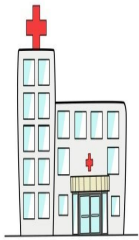
NIHSS评分



<p>9. 最佳语言 在上述检查中已经获得大量的关于患者理解力的信息。本项检查中，让患者看图片说话，命名卡片上的物体，读语句表上的句子。根据上述全面神经系统检查中患者对所有指令的反应判断其理解力。如果视知觉受损干扰测试，重复句子和自发言语。气管插管者予写。昏迷者（1a=3）记3分。必须给昏迷或不合作者选择一个记分，但3分仅给不能说话且不能执行一步指令者。</p>	<p>0=无失语：正常 1=轻到中度失语：流利性或理解能力有一定程度的下降，但表达形式及思想的表达无明显受限。然而，言语和（或）理解的减少使关于所提供材料的会话困难或不能进行。例如，在提供材料会话中，检查者可以从患者的反应中识别图片或命名卡片的内容 2=重度失语：所有交流是通过破碎的语言表达；听者需很多推理、询问、猜测。信息交流的范围受限；听者感觉交流困难。检查者不能识别患者反应中提供的材料 3=不能说话或者完全失语：无言语或听理解能力</p>	
<p>10. 构音障碍 如果患者被认为是正常的，必须通过让患者读或重复附表上的单词。若有严重的失语，根据自发语言中发音的清晰度评分。只有当气管插管或其他物理障碍不能讲话时，才记为无法测（UN），要写明原因。不要告诉患者为什么做测试。</p>	<p>0= 正常 1=轻到中度：患者至少能含糊地念一些词，并且虽稍有困难但至少能被理解 2=重度构音障碍：患者言语含糊以致无法理解，但无失语或失语不成比例，或失音 UN= 气管插管或其他物理障碍，解释：</p>	

30

NIHSS评分



11. 消退和不注意（以前为忽视）

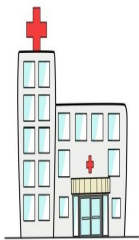
在上述检查中已经充分获取了关于忽视的信息。若患者有严重视觉缺失以致无法进行视觉双侧同时刺激，并且皮肤刺激正常，记为正常。若失语，但确实注意到双侧，记分正常。视觉空间忽视或疾病失认也可被作为异常的证据。因为只有表现异常时才记录异常，所以此项一定是可测的。

0=无异常

1=视觉、触觉、听觉、空间觉或自身的不注意或者双侧同步刺激时一种感觉形式的消退
2=严重的偏侧不注意或一种以上感觉形式的消退；不认识自己的手或只对一侧空间有定向力

31

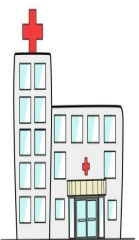
NIHSS评分（昏迷）



- 1a. 意识水平：3
- 1b. 意识水平提问：2
- 1c. 意识水平指令：2
2. 最佳凝视：根据头眼反射。若患者的共轭性眼球偏斜能被反射性活动克服，记1分。
3. 视野：根据视威胁。若能正确地看向有手指活动的那一侧，记为正常。
4. 面瘫：3
5. 上肢运动：5a=4，5b=4
6. 下肢运动：6a=4，6b=4
7. 肢体共济失调：0
8. 感觉：2
9. 最佳语言：3
10. 构音障碍：2
11. 消退和不注意（忽视）：2

32

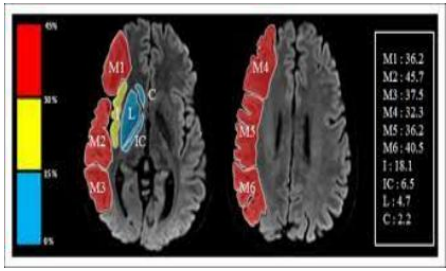
NIHSS评分



- 能被护士和医师很快掌握，该表使用简便；
- 平均6.6分钟内即可完成，几乎不引起疲劳，可在一天内多次检查。
- 这个量表有高的评定者间信度 ($K=0.69$) 和重测信度 ($K=0.66\sim0.77$)
- 经过与CT结果和3个月结局的相关性研究，此表有很好的效度。
- NIHSS的评定内容最全面，是经过信度效度检验的最好的、适用于各种脑卒中类型的量表。
- NIHSS的评分为序数评分，在临床研究中要用非参数统计方法，使用时必须谨慎。

33

Alberta 卒中早期CT评分 (ASPECT)



首先明确下述结构：

(1) 皮质下结构区域

1) 尾状核 (C)

2) 豆状核 (L)

3) 内囊 (IC)

(2) 大脑中动脉分布区皮质

1) M1 (前部皮质)

2) I (岛叶皮质)

3) M2 [岛叶带外侧皮质

4) M3 (后部皮质)

(3) 紧靠上述部位的上方，基底节的嘴侧的大脑中动脉分布区皮质区域

1) M4 (前部皮质)

2) M5 (外侧皮质)

3) M6 (后部皮质)

M1: 36.2
M2: 45.7
M3: 37.5
M4: 32.3
M5: 36.2
M6: 40.5
I: 18.1
IC: 6.5
L: 4.7
C: 2.2

34

Alberta 卒中早期CT评分 (ASPECT)

- 开始评分为10 分，出现一个早期缺血改变的区域，则从最大评分10分中减去1分。
- ASPECTS 值= 10-所有10个区域得分之和。
- ASPECTS值 > 7 表明患者可能在卒中后3个月时能够独立生活，而值 ≤ 7 表明患者不能独立生活或死亡的危险性大。
- ASPECTS 值 ≤ 7 的患者溶栓治疗后脑内出血的危险性是ASPECTS值 > 7的患者的14倍。

35

ABCD2评分

危险因素		得分
A 年龄	≥60 岁	1
B 血压	收缩压≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg	1
C 临床特征	一侧肢体无力	2
	言语不清但不伴四肢无力	1
D 症状持续时间	10-59 分钟	1
	≥60 分钟	2
D 糖尿病	有	1
总分		0-7

- 依照这种模型，高危、中危和低危的患者在TIA后2d内发生卒中的比率分别为：
- 评分=6-7： 8.1%；
- 评分=4-5； 4.1%；
- 评分： 0-3： 1.0%

36

ABCD系统评分

危险因素		ABCD	ABCD ²	ABCD ² -I	ABCD ² -MRI	ABCD ³	ABCD ³ -I
年龄 (A)	≥60岁	1分	1分	1分	1分	1分	1分
血压 (B)	≥140/90mmHg	1分	1分	1分	1分	1分	1分
临床症状 (C)	单侧力弱	2分	2分	2分	2分	2分	2分
	言语障碍不伴力弱	1分	1分	1分	1分	1分	1分
症状持续时间 (D)	>60分钟	2分	2分	2分	2分	2分	2分
	10-59分钟	1分	1分	1分	1分	1分	1分
糖尿病 (D)	有	/	1分	1分	1分	1分	1分
双重 (7天内) TIA发作 (D)	有	/	/	/	/	2分	2分
颈动脉狭窄≥50%	有	/	/	/	/	/	2分
颅内动脉狭窄	有	/	/	/	1分	/	/
DWI出现高信号	有	/	/	3分	1分	/	2分
总分		0-6分	0-7分	0-10分	0-9分	0-9分	0-13分

37

MMSE评分

	不正确	正确
定向感		
1. 今年是这个月的几号	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. 今年是哪一年	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3. 现在是几月份	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4. 今天是星期几	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5. 现在是什么季节	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6. 这家医院的名字是什么?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7. 我们现在是在第几层楼	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
8. 我们现在在哪个城市 (城镇)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
9. 我们现在在哪个省 (或州、或地区、或县、或岛屿)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10. 我们现在在哪个国家	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
即刻记忆		
现在我要说三样东西的名称, 在我讲完之后, 请您重复说一遍, 请您记住这三样东西, 因为等一下要再问您的: (以第一次答案记分)		
11. 回答出 “皮球”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
12. 回答出 “红旗”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
13. 回答说 “大树”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

38

MMSE评分

	不正确	正确
注意力与计算能力		
100减7, 连续减5次(若错了, 但下一个答案是对的, 得1分)		
14. 回答出 “93”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
15. 回答出 “86”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
16. 回答出 “79”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
17. 回答出 “72”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
18. 回答出 “65”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
回忆能力		
现在请您告诉我, 刚才我要您记住的三样东西是什么		
19. 回答出 “皮球”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
20. 回答出 “红旗”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
21. 回答说 “大树”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

39

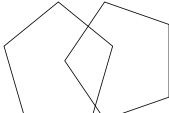
MMSE评分

	不正确	正确
语言能力		
访问员拿出手表，并问“请问这是什么？”然后再拿出一支铅笔，并询问同样问题		
22. 回答出“手表”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23. 回答出“铅笔”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
重复		
24. 请您跟我说：“大家齐心协力拉紧绳。”	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
三步命令：给患者一张白纸并告诉他/她，“用你的右手拿起纸，对折并把纸放在地板上。”		
25. 患者用右手拿起纸吗	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
26. 患者将纸对折吗	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
27. 患者把纸放在地板上吗	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

40

MMSE评分

	不正确	正确
阅读：访问员把写有“闭上您的眼睛”大字的卡片交给患者，请患者照着这张卡片所写的去做		
28. 患者闭上了眼睛吗	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
书写：请患者写一句完整的、有意义的句子（必须有主语、动词、并有意义）记下句子		
29. 患者写了一个句子吗	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
复制		
30. 请 您按样子画图	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>



41

MMSE评分

- 由于MMSE评分受年龄、教育程度等因素影响。
- 不同的教育程度有不同的临界值：
 - 1) 文盲组≤19分，
 - 2) 小学组≤22分，
 - 3) 初中或以上组≤24分认为存在认知障碍

42

MoCA评分

- 蒙特利尔认知评测量表（MoCA）是一种对认知障碍进行评测和快速筛查的评定工具。
- MoCA量表评定了许多不同的认知领域，包括：注意与集中、执行功能、记忆、语言、视结构技能、抽象思维、计算和定向力。
- 完成MoCA测试大约需要10分钟。

43

MoCA评分

视空间与执行功能 		画钟表（11点过10分）（3分） 	得分 ____/5
命名 		轮廓[] 指针[] 数字[]	得分 ____/3

44

MoCA评分

注意	读出下列数字，请患者重复（每秒1个）		顺背[]	21854	____/2		
	* 读出下列数字，每当数字出现1时，患者敲1下桌面，错误数大于或等于2不给分		倒背[]	742			
		[] 521 394 118 062 151 945 111 419 051 12		____/1			
100连续减7		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	____/3
4~5个正确给3分，2~3个正确给1分，全部错误为0分。							
语言	重复：我只知道今天张亮是来帮过忙的人。[] 狗在房间的时候，猫总是躲在沙发下面” []						____/2
	流畅性：在1分钟内尽可能多地说出动物的名字。[] (N≥11名称)						____/1
抽象	词语相似性：香蕉—桔子=水果 [] 火车—自行车 [] 手表—尺子						____/2
延迟回忆	回忆时不能提醒	面孔 []	天鹅绒 []	教堂 []	菊花 []	红色 []	____/5 仅根据非提示记忆得分
	分类提示：						
	多选提示：						
定向	日期[] 月份[] 年代[] 星期几[] 地点[] 城市[]						____/6

45

MoCA评分

- 该量表在评测执行功能方面采用了经典的连线试验B、画钟试验、词语流畅性试验、相似性试验等条目，在没有显著增加评测难度和评测时间的前提下，弥补了MMSE等量表的缺陷；
- 是一个兼顾评测全面性和可行性的认知评测量表。
- MoCA≥26分为正常，受年龄、教育程度等影响。

46

汉密顿焦虑量表 (HAMA)

圈出最适合患者情况的分数					
1. 焦虑心境	0	1	2	3	4
2. 紧张	0	1	2	3	4
3. 害怕	0	1	2	3	4
4. 失眠	0	1	2	3	4
5. 认知功能	0	1	2	3	4
6. 抑郁心境	0	1	2	3	4
7. 躯体性焦虑：肌肉系统	0	1	2	3	4
8. 躯体性焦虑：感觉系统	0	1	2	3	4
9. 心血管系统症状	0	1	2	3	4
10. 呼吸系统症状	0	1	2	3	4
11. 胃肠道症状	0	1	2	3	4
12. 生殖泌尿系统症状	0	1	2	3	4
13. 自主神经症状	0	1	2	3	4
14. 会谈时行为表现	0	1	2	3	4

评定标准：HAMA的评分为0~4分，
5级：（0）无症状，（1）轻，（2）中等，（3）重，（4）极重。

47

汉密顿焦虑量表 (HAMA)

- HAMA无工作用评分标准，各项症状的评定标准如下：
- （1）焦虑心境（anxious mood）：担心、担忧，感到有最坏的事将要发生，容易激惹。
- （2）紧张（tension）：紧张感、易疲劳、不能放松，情绪反应，易哭、颤抖、感到不安。
- （3）害怕（fears）：害怕黑暗、陌生人、一人独处、动物、乘车或旅行及人多的场合。
- （4）失眠（insomnia）：难以入睡、易醒、睡得不深、多梦、夜惊、醒后感疲倦。
- （5）认知功能（cognitive）：或称记忆、注意障碍，注意力不能集中，记忆力差。
- （6）抑郁心境（depressed mood）：丧失兴趣、对以往爱好缺乏快感、抑郁、早醒、昼重夜轻。
- （7）躯体性焦虑：肌肉系统（somatic anxiety: muscular）：肌肉酸痛、活动不灵活、肌肉抽动、肢体抽动、牙齿打颤、声音发抖。

48

汉密顿焦虑量表 (HAMA)

- HAMA无工作作用评分标准，各项症状的评定标准如下：
- (8) 躯体性焦虑：感觉系统 (somatic anxiety: sensory)：视物模糊、发冷发热、软弱无力感、浑身刺痛。
- (9) 心血管系统症状 (cardiovascular symptoms)：心动过速、心悸、胸痛、血管跳动感、昏倒感、心悸脱漏。
- (10) 呼吸系统症状 (respiratory symptoms)：胸闷、窒息感、叹息、呼吸困难。
- (11) 胃肠道症状 (gastro-intestinal symptoms)：吞咽困难、嗝气、消化不良 (进食后腹痛、腹胀、恶心、胃部饱感)、肠动感、肠鸣、腹泻、体重减轻、便秘。
- (12) 生殖泌尿系统症状 (genito-urinary symptoms)：尿意频数、尿急、停经、性冷淡、早泻、阳痿。
- (13) 自主神经系统症状 (autonomic symptoms)：口干、潮红、苍白、易出汗、起鸡皮疙瘩、紧张性头痛、毛发竖起。
- (14) 会谈时行为表现 (behavior at interview)：①一般表现：紧张、不能松弛、忐忑不安、咬手指、紧紧握拳、摸弄手帕、面肌抽动、不宁顿足、手发抖、皱眉、表情僵硬、肌张力高、叹气样呼吸、面色苍白。②生理表现：吞咽、打嗝、安静时心率快、呼吸快 (20次/分以上)、腱反射亢进、震颤、瞳孔放大、眼睑跳动、易出汗、眼球突出。

49

汉密顿焦虑量表 (HAMA)

注意事项：

- 本量表，除第14项需结合观察外，所有项目都根据患者的口头叙述进行评分；
- 同时特别强调受检者的主观体验。
- 一般可这样评分：“1”症状轻微；“2”有肯定的症状，但不影响生活于活动；“3”症状重，需加处理，或已影响生活和活动；“4”症状极重，严重影响其生活。
- 做一次评定，大约需10~15分钟。

50

汉密顿焦虑量表 (HAMA)

结果解释：

- 总分超过29分，可能为严重焦虑；
- 超过21分，肯定有明显焦虑；
- 超过14分，肯定有焦虑；
- 超过7分，可能有焦虑；
- 如小于7分，便没有焦虑症状。
- 一般划分界，HAMA14项版本分界值为14分

51

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

圈出最适合患者情况的分数	
1. 抑郁情绪	0 1 2 3 4
3. 自杀	0 1 2 3 4
5. 睡眠不深	0 1 2
7. 工作和兴趣	0 1 2 3 4
9. 激越	0 1 2 3 4
11. 躯体性焦虑	0 1 2 3 4
13. 全身症状	0 1 2
15. 疑病	0 1 2 3 4
17. 自知力	0 1 2
19. 人格或现实解体	0 1 2 3 4
21. 强迫症状	0 1 2
23. 绝望感	0 1 2 3 4
2. 有罪感	0 1 2 3 4
4. 入睡困难	0 1 2
6. 早醒	0 1 2
8. 迟缓	0 1 2 3 4
10. 精神性焦虑	0 1 2 3 4
12. 胃肠道症状	0 1 2
14. 性症状	0 1 2
16. 体重减轻	0 1 2
18. 日夜变化	1. 1 2 0. 1 2
20. 偏执症状	0 1 2 3 4
22. 能力减退感	0 1 2 3 4
24. 自卑感	0 1 2 3 4

HRSD大部分项目采用0~4分
5级评分法：（0分）无；（1分）轻度；（2分）中度；（3分）重度；（4分）很重。

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- （1）抑郁情绪（depressed mood）：（1分）只在问到时才诉述；（2分）在谈话中自发地表达；（3分）不用言语也可以从表情、姿势、声音或欲哭中流露出这种情绪；（4分）患者的自发语言和非言语表达（表情、动作），几乎完全表现为这种情绪。
- （2）有罪感（feelings of guilt）：（1分）责备自己，感到自己已连累他人；（2分）认为自己犯了罪，或反复思考以往的过失和错误；（3分）认为目前的疾病是对自己错误的惩罚，或有罪恶妄想；（4分）罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉。
- （3）自杀（suicide）：（1分）觉得活着没意思；（2分）希望自己已经死去，或常想到与死有关的事；（3分）消极观念（自杀念头）；（4分）有严重的自杀行为。
- （4）入睡困难（insomnia-early）：（1分）主诉有时有入睡困难，即上床后半小时内仍不能入睡；（2分）主诉每晚均有入睡困难。
- （5）睡眠不深（insomnia-middle）：（1分）睡眠浅多噩梦；（2分）半夜（晚12点以前）曾醒来（不包括上厕所）。
- （6）早醒（insomnia-late）：（1分）有早醒，比平时早醒1小时，但能重新入睡；（2分）早醒后无法重新入睡。

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- （7）工作和兴趣（work & interests）：（1分）提问时才诉述；（2分）自发地直接或间接表达对活动、工作或学习失去兴趣，如感到没精打采，犹豫不决，不能坚持或需强迫才能工作或活动；（3分）病室劳动或娱乐不满3小时；（4分）因目前的疾病而停止工作，住院者不参加任何活动或者没有他人帮助便不能完成病室日常事务。
- （8）迟缓（retardation）：指思维和言语缓慢，注意力难以集中，主动性减退。（1分）精神检查中发现轻度迟缓；（2分）精神检查中发现明显迟缓；（3分）精神检查困难；（4分）完全不能回答问题（木僵）。
- （9）激越（agitation）：（1分）检查时表现得有些心神不定；（2分）明显的心神不定或小动作多；（3分）不能静坐，检查中曾起立；（4分）搓手，咬手指，扯头发，咬嘴唇。
- （10）精神性焦虑（psychic anxiety）：（1分）问到能及时诉述；（2分）自发地表达；（3分）表情和言谈流露出明显忧虑；（4分）明显惊恐。

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- (11) 躯体性焦虑 (somatic anxiety)：指焦虑的生理症状，包括口干，腹胀，腹泻，打嗝，腹绞痛，心悸，头痛，过度换气和叹息，以及尿频和出汗等。(1分) 轻度；(2分) 中度，有肯定的上述症状；(3分) 重度，上述症状严重，影响生活或需加处理；(4分) 严重影响生活和活动。
- (12) 胃肠道症状 (gastro-intestinal)：(1分) 食欲减退，但不需他人鼓励便自行进食；(2分) 进食需他人催促或请求或需要应用泻药或助消化药。
- (13) 全身症状 (general somatic symptoms)：(1分) 四肢、背部或颈部沉重感，背痛，头痛，肌肉疼痛，全身乏力或疲倦；(2分) 症状明显。
- (14) 性症状 (genital symptoms)：指性欲减退，月经紊乱等。(1分) 轻度；(2分) 重度；(9) 不能肯定，该项对被评者不适合 (不计入总分)。

55

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- (15) 疑病 (hypochondriasis)：(1分) 对身体过分关注；(2分) 反复思考健康问题；(3分) 有疑病妄想；(4分) 伴幻觉的疑病妄想。
- (16) 体重减轻 (loss of weight)：(1分) 一周内体重减轻1斤以上；(2分) 一周内体重减轻2斤以上。
- (17) 自知力 (insight)：(0分) 知道自己有病，表现为抑郁；(1分) 知道自己有病，但归于伙食太差、环境问题、工作过忙、病毒感染或需要休息等；(2分) 完全否认有病。
- (18) 日夜变化 (diurnal variation)：如果症状在早晨或傍晚加重，先指出哪一种，然后按其变化程度评分。(1分) 轻度变化；(2分) 重度变化。
- (19) 人格解体或现实解体 (depersonalization & derealization)：指非真实感或虚无妄想。(1分) 问及时才诉述；(2分) 自发诉述；(3分) 有虚无妄想；(4分) 伴幻觉的虚无妄想。

56

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- (20) 偏执症状 (paranoid symptoms)：(1分) 有猜疑；(2分) 有关系观念；(3分) 有关系妄想或被害妄想；(4分) 伴有幻觉的关系妄想或被害妄想。
- (21) 强迫症状 (obsessional symptoms)：指强迫思维和强迫行为。(1分) 问及时才诉述；(2分) 自发诉述。
- (22) 能力减退感 (helplessness)：(1分) 仅于提问时方引出主观体验；(2分) 患者主动表示有能力减退感；(3分) 需鼓励、指导和安慰才能完成病室日常事务或个人卫生；(4分) 穿衣，梳洗，进食，铺床或个人卫生均需他人协助。

57

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

- (23) 绝望感 (hopelessness) : (1分) 有时怀疑“情况是否会好转”, 但解释后不能排除; (2分) 持续感到“没有希望”, 但解释后能接受; (3分) 对未来感到灰心、悲观和绝望, 解释后不能排除; (4分) 自动反复诉说“我的病不会好了”或诸如此类的情况。
- (24) 自卑感 (worthlessness) : (1分) 仅在询问时诉说有自卑感 (我不如他人); (2分) 自动诉说有自卑感 (我不如他人); (3分) 患者主动诉说: “我一无是处”或“低人一等”, 与评2分者只是程度的差别; (4分) 自卑感达妄想的程度, 例如“我是废物”或类似情况。

58

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

注意事项:

- HRSD中, 第8、9及11项, 依据对患者的观察进行评定; 其余各项, 则根据患者自己的口头叙述评分; 但其中第1项需两者兼顾。
- 第7和22项, 尚需向患者家属或病房工作人员收集资料;
- 第16项, 最好是根据体重记录, 也可依据患者主诉及家属或病房工作人员所提供的资料评定。
- 作一次评定, 大约需15~20分钟。
- 时间长短这主要取决于患者的病情严重程度及其合作情况; 如患者严重迟缓, 则所需时间将更长。

59

汉密顿抑郁量表 (HRSD)

结果解释:

(1) 分界值: 按照Davis JM的划分:

- 总分超过35分, 可能为严重抑郁;
- 超过20分, 可能是轻或中等度的抑郁;
- 如小于8分, 便没有抑郁症状。

(2) 能较好地反映病情的严重程度, 即病情越轻, 总分越低; 病情越重, 总分越高。

60

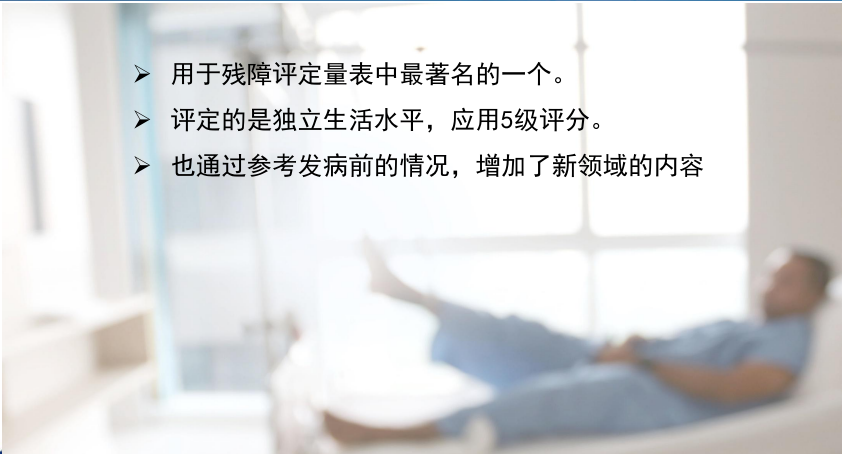
卒中经典量表



61

改良的Rankin评分 (MRS)

- 用于残障评定量表中最著名的一个。
- 评定的是独立生活水平，应用5级评分。
- 也通过参考发病前的情况，增加了新领域的内容



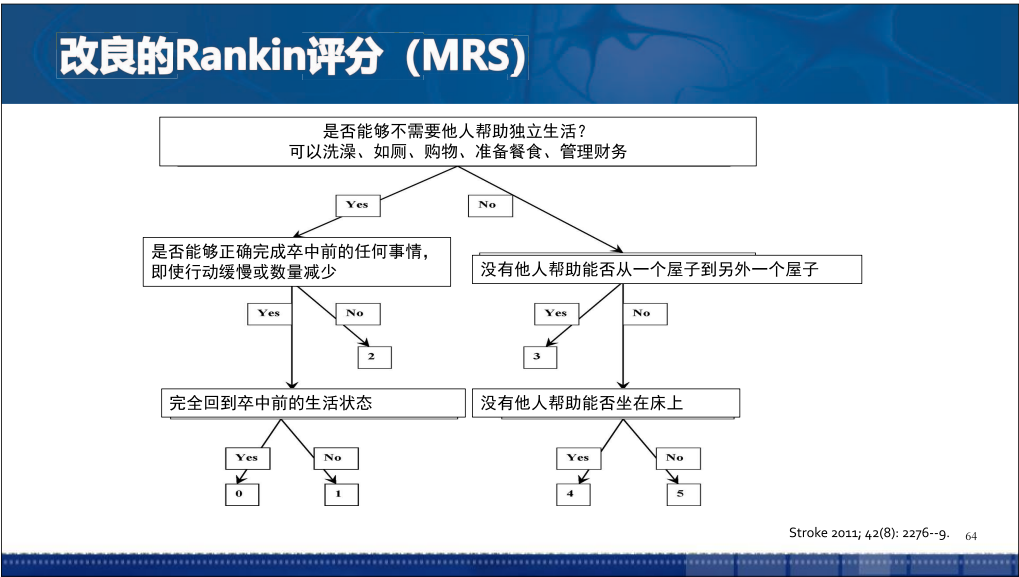
62

改良的Rankin评分 (MRS)

分级	描述
0	完全无症状
1	尽管有症状，但无明显功能障碍，能完成所有日常职责和活动
2	轻度残疾，不能完成病前所有活动，但不需帮助能照顾自己的事务
3	中度残疾，要求一些帮助，但行走不需帮助
4	重度残疾，不能独立行走，无他人帮助不能满足自身需求
5	严重残疾，卧床、失禁，要求持续护理和关注



63



改良的Rankin评分 (MRS) 评价

优点

信度和效度经过证实。

缺点

仅包含运动方面的内容，缺乏认知功能方面的评定，敏感性受到限制。
仅分为四个等级，不能反应较小的功能变化

65

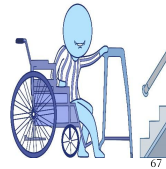
Bathel指数

- 它包括10项内容：进食、床椅转移、修饰、进出厕所、洗澡、平地行走、上下楼梯、穿衣、大便控制、小便控制
- 每个项目根据是否需要帮助及其帮助的程度分为0、5、10、15四个等级，总分为100分。得分越高，说明患者的独立性越好，依赖性越小。

66

Bathel指数

项目	评分标准	说明
1. 大便	0=失禁 5=偶尔失禁 10=能控制	指1周内情况。“偶尔”=1周1次
2. 小便	0=失禁 5=偶尔失禁 10=能控制	指24~48小时情况。“偶尔”=1次/天，插尿管的患者能完全独立管理尿管也给10分
3. 梳洗	0=需帮助 5=独立洗脸、梳头、刷牙、剃须 10=能控制	指24~48小时情况。由看护者提供工具也给5分；如挤好牙膏，准备好水等
4. 用厕	0=依赖别人 5=需部分帮助 10=自理	患者应能自己到厕所及离开，“5分”=能做某些事
5. 吃饭	0=依赖 5=需部分帮助（夹菜、盛饭） 10=全面自理	能吃任何正常饮食（不仅是软饭），食物可由其他人做或端来。“5分”=别人夹好菜后患者自己吃
6. 转移	0=完全依赖，不能坐 5=需大量帮助（2人），能坐 10=需少量帮助（1人）或指导 15=自理	指从床到椅子然后回来，“0分”=坐不稳，需2个人搀扶；“5分”=1个强壮的人/熟练的人/2个人帮助，能站立
7. 活动（步行）	0=不能动 5=在轮椅上独立活动 10=需1个人帮助步行（体力或语言指导） 15=独立步行（可用辅助器）	指在院内，屋内活动，可以借助辅助工具。如果用轮椅，必须能拐弯或自行出门而不需帮助。“10分”=1个未经训练的人帮助，包括监督或看护
8. 穿衣	0=依赖 5=需部分帮助 10=自理（系开纽扣、拉链、穿鞋等）	应能穿任何衣服，“5分”=需别人帮助系纽扣、拉链等，但患者能独立披上外套
9. 上楼梯	0=不能 5=需部分帮助（体力或语言指导） 10=自理	“10分”=可独立借助辅助工具上楼
10. 洗澡	0=依赖 5=自理	“5分”=必须能不看镜进出浴室，自己擦洗；淋浴不需帮助或监督，独立完成
总计		



67

Bathel指数评价

优点

信度和效度经过证实。

缺点

仅包含运动方面的内容，缺乏认知功能方面的评定，敏感性受到限制。
仅分为四个等级，不能反应较小的功能变化。

68

评分

院前

院前卒中评估量表

- 辛辛那提量表
- 洛杉矶院前卒中量表（LAPSS）
- ABCD分数

急性

急性评估量表

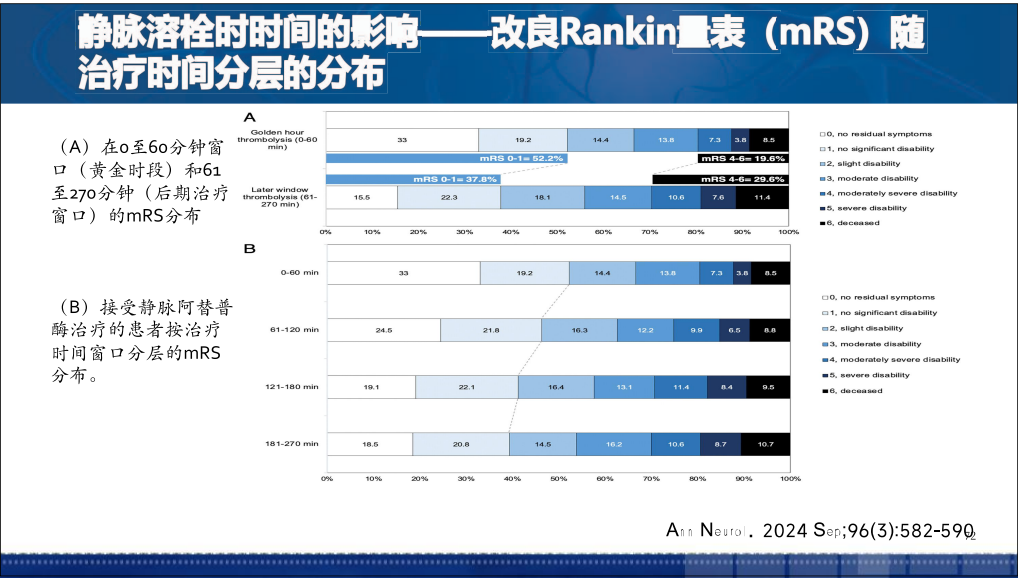
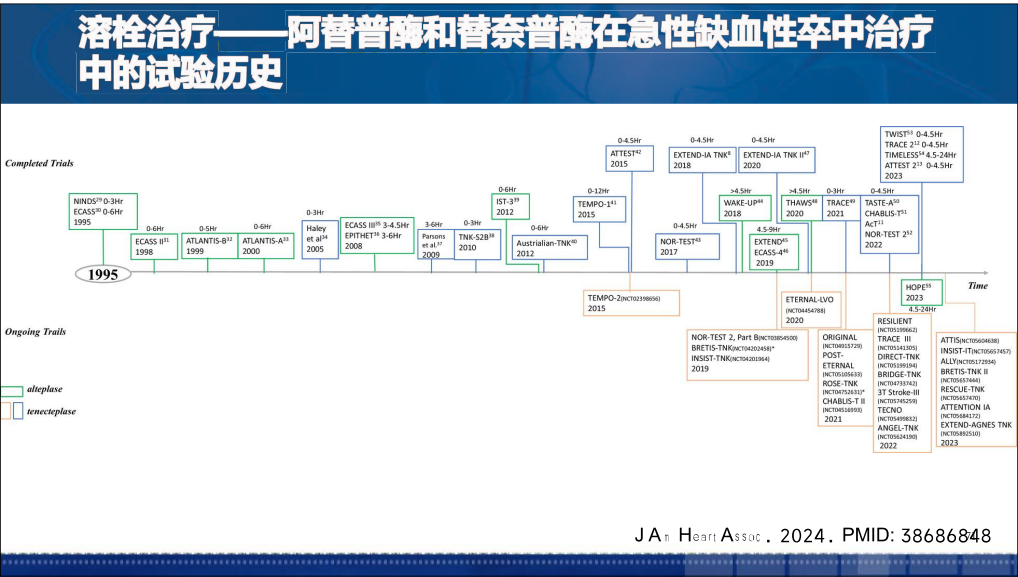
- 加拿大神经量表（CNS）
- 欧洲卒中量表
- 格拉斯哥昏迷量表（GCS）
- 大脑半球形卒中量表
- Hunt-Hess量表
- Mathew卒中量表
- NIH卒中量表（NIHSS）
- Orgogozo卒中量表
- 牛津郡社区卒中项目分类
- 斯塔地维亚卒中量表
- 世界神经外科医师联合会蛛网膜下腔出血分级系统功能评估量表

结果

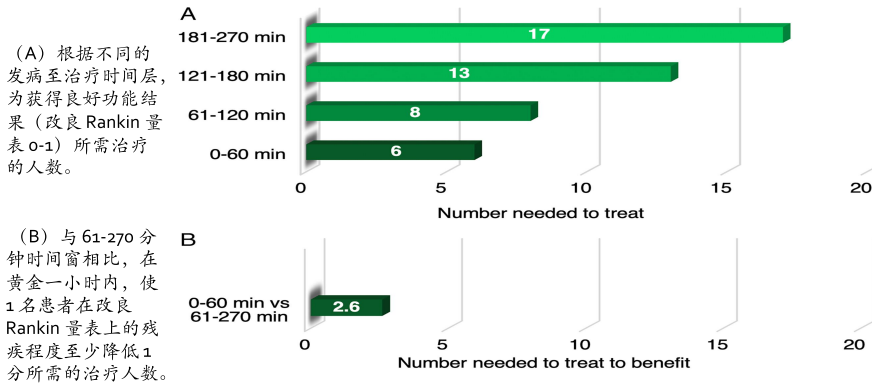
功能评分

- Berg平衡量表
- 劳顿IADL量表
- 改良的Rankin量表
- 卒中患者生活质量测量（SS-QOL）
- Bathel指数
- 功能独立性测量（FIM™）
- 格拉斯哥结局量表
- 社区整合问卷

69

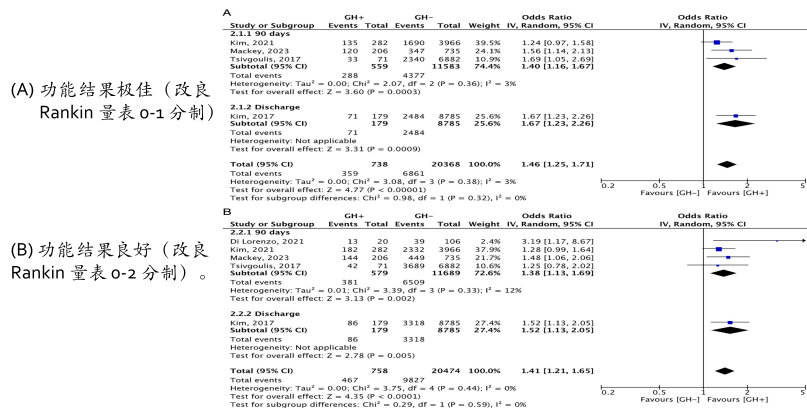


静脉溶栓时时间的影响——改良Rankin量表 (mRS) 随治疗时间分层的分布



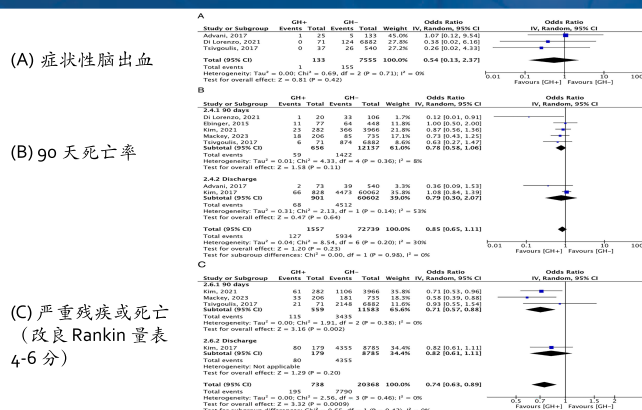
Ann Neurol. 2024 Sep;96(3):582-590

静脉溶栓时时间的影响——改良Rankin量表 (mRS) 随治疗时间分层的分布



Ann Neurol. 2024 Sep;96(3):582-590

静脉溶栓时时间的影响——治疗安全性



Ann Neurol. 2024 Sep;96(3):582-590

结果

- 即使在时间窗内，理想治疗的预后更好(mRS 0-1分比例更高)。
- 严重残疾或死更低(mRS 5-6分比例更低)。

76

双重抗血小板药物

PRESENTATION	DAPT REGIME	SELECTION CRITERIA	RECOMMENDATION
Acute Ischemic Stroke Treatment			
Acute ischemic stroke ≤4.5 h of onset	ASA 300 mg + CLO 300 mg (600 mg in selected patients), instead of IV thrombolysis	NIHSS ≤ 5, Non-disabling, No LVO or capsular warning syndrome	Class 2a, reasonable
Short-Term Treatment for Non-Cardioembolic Ischemic Stroke or TIA up to 3 Months			
Minor Stroke or High-Risk TIA ≤ 24 h of onset (may be considered up to 7 days)	ASA 300 mg + CLO 300 mg (600 mg in selected patients), followed by ASA+CLO for 21 days (up to 90 days in selected patients)	NIHSS ≤ 3, ABCD ₂ ≥ 4	Class 1, recommended
		NIHSS 4–5, ABCD ₂ ≥ 3 with symptomatic extra/intracranial stenosis	Class 2b, may be considered
	ASA 300 mg + TIC 180 mg, followed by ASA+TIC for 30 days	NIHSS ≤ 5, ABCD ₂ ≥ 6 or symptomatic extra/intracranial stenosis	Class 2b, may be considered
Minor Stroke or High-Risk TIA ≤ 24 h of onset with CYP2C19 LOF allele	ASA 300 mg + TIC 180 mg followed by ASA+TIC for 21 days, and TIC alone from day 22 to 90	NIHSS ≤ 3, ABCD ₂ ≥ 4	Class 2b, may be considered
		NIHSS ≤ 3, ABCD ₂ ≥ 4, and history of recurrent stroke/TIA while on CLO	Class 2a, reasonable
Short-Term Treatment for Ischemic Stroke or TIA secondary to Large Artery Atherosclerosis up to 3 Months			
Minor Stroke or High-Risk TIA ≤ 72 h with symptomatic atherosclerosis	ASA 300 mg + CLO 300 mg, followed by ASA+CLO for 21 days	Symptomatic stenosis (≥50%) of an extracranial or intracranial artery	Class 2a, reasonable
Non-disabling stroke or TIA ≤ 30 days with severe intracranial stenosis	ASA+CLO for 90 days, with loading doses given when appropriate	Symptomatic severe stenosis (70–99%) of a major intracranial artery	Class 2a, reasonable
Long-Term Secondary Prevention			
Non-Cardioembolic Ischemic Stroke or TIA	ASA + DIP-ER	Insufficient protection with ASA alone, alternative to CLO monotherapy	Class 2a, reasonable
	ASA/CLO + CIL	Extra/intracranial major artery stenosis ≥50%, or 2 of (age ≥ 65; HT, DM, CKD, PVD, previous IS, IHD, current smoking)	Class 2b, may be considered
		Non-cardioembolic stroke	Not recommended
Cardioembolic stroke or TIA with NVAF	ASA+CLO	Lacunar stroke	Contra-indicated
		Cardioembolic stroke or TIA with NVAF unsuitable for VKA or NOAC	Class 2b, may be considered

J Cardiovasc Dev Dis. 2024 Jan; 31:11(2):48

双重抗血小板药物

- 为了提高抗血小板单药治疗的疗效，双联抗血小板治疗 (DAPT) 在非心源性卒中的治疗中已得到越来越广泛的应用。
- 对于轻型缺血性卒中和高危短暂性脑缺血发作 (TIA)，目前推荐使用阿司匹林联合氯吡格雷进行急性短期治疗，而对于特定患者，尤其是氯吡格雷抵抗的患者，可考虑使用阿司匹林联合替格瑞洛。
- 对于长期卒中预防，阿司匹林联合双嘧达莫已被用作抗血小板单药治疗的替代方案，而高危患者也可使用阿司匹林或氯吡格雷联合西洛他唑来增强保护。

78

目录

脑血管病的分级诊疗

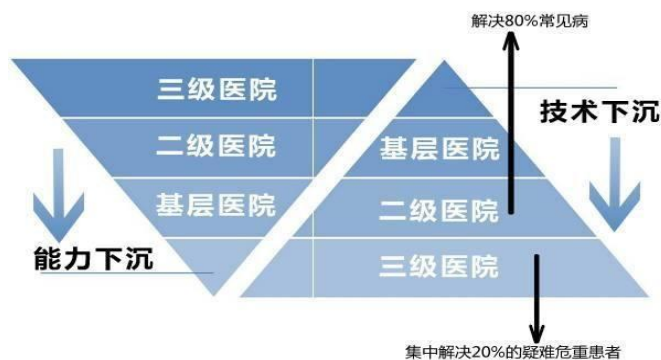
79

分级诊疗

- 就是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，各有所长，逐步实现专业化。将大中型医院承担的一般门诊、康复和护理等分流到基层医疗机构，形成“健康进家庭、小病在基层、大病到医院、康复回基层”的新格局。
- 大医院由此可“减负”，没有简单病例的重复，可将主要精力放在疑难危重疾病方面，有利于医学水平的进步。
- 基层医疗机构可获得大量常见病、多发病，大量的病例也有利于基层医疗机构水平的提高，从而更好的为人们的健康服务，步入良性循环。

80

分级诊疗



81

相关政策

发文日期	政策标题	主要内容
2010-2-21	《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》	控制公立医院规模、优化医疗结构布局，搭建三级医疗体系，提高县医院能力，通过技术下沉、医保引导基层就医，实行分级诊疗、双向转诊。
2012-3-21	《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》	规范基层医疗建设，推进分级诊疗，增加试点，提高基层诊疗人次，医保支付政策进一步向基层倾斜。
2012-6-14	《关于县级公立医院综合改革试点的通知》	县级医院发挥县域医疗中心和农村三级医疗卫生服务网络龙头作用，各级之间紧密联系，提供技术帮扶，使常见病下沉。
2013-7-01	《关于深化城乡医院对口支援工作进一步提高县级医院医疗服务能力的通知》	加强县医院对口帮扶工作，提高县医院服务能力，开展分级诊疗，县级医院开展常见病、多发病诊疗和危急重症病人的救治，以及疑难疾病接治转诊。
2014-3-26	《关于推进县级公立医院改革的意见》	加强县医院上下联动，综合利用技术、管理、人才帮扶；制订分级诊疗的标准和办法；运用医保，拉开不同级别之间的报销差异，引导基层就诊。

82

相关政策

发文日期	政策标题	主要内容
2015-3-30	《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020年)》	明确各级医疗机构功能定位及医疗配置，要求各机构职责分明、分工协作、健全机制，引导患者合理利用医疗资源。
2015-5-08	《全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》	集合医疗资源，建立医联体，强化县级公立医院、基层医院等机构间的纵向协作，上下联动；确定各级医疗卫生机构诊疗的主要病种按照病种分级，优化分级诊疗流程。
2015-9-11	《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》	提出以“强基层”为重点完善分级诊疗服务体系，制定分级诊疗工作考核评价标准和保障机制。
2016-8-19	《关于推进分级诊疗试点工作的通知》	以266个地级市为试点城市开展分级诊疗试点工作，涵盖大概80%的城市。
2017-4-26	《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》	通过建立医联体，调整优化医疗资源结构布局，促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉，提升基层服务能力，更好实施分级诊疗。
2018-8-20	《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》	以建设区域医疗中心、提升县医院能力、明确重大疾病单病种转诊标准和流程、突出三级医院日间服务等方式推动分级诊疗。

2025-6-24

83

分级诊疗制度建设

- 一、畅通转诊预约通道
- 二、优先保障基层转诊源供应
- 三、规范基层预约转诊服务
- 四、工作要求

关于做好基层医疗卫生机构预约转诊工作促进分级诊疗制度建设的通知

发布日期：2021-05-17 来源：北京市卫生健康委员会

各区卫生健康委、经济技术开发区社会事业局，有关三级医疗机构、市社管中心：

为进一步完善分级诊疗制度，推动家庭医生签约服务，加快建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的有序就医模式，现就畅通预约转诊渠道，做好基层医疗卫生机构预约转诊有关工作通知如下：

84

分级诊疗制度建设

基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

——**基层首诊**。坚持**群众自愿**、政策引导，鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对于超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。

（在自愿情况下，如何实现首诊、拓展签约，需要我们不断思考）

分级诊疗制度建设

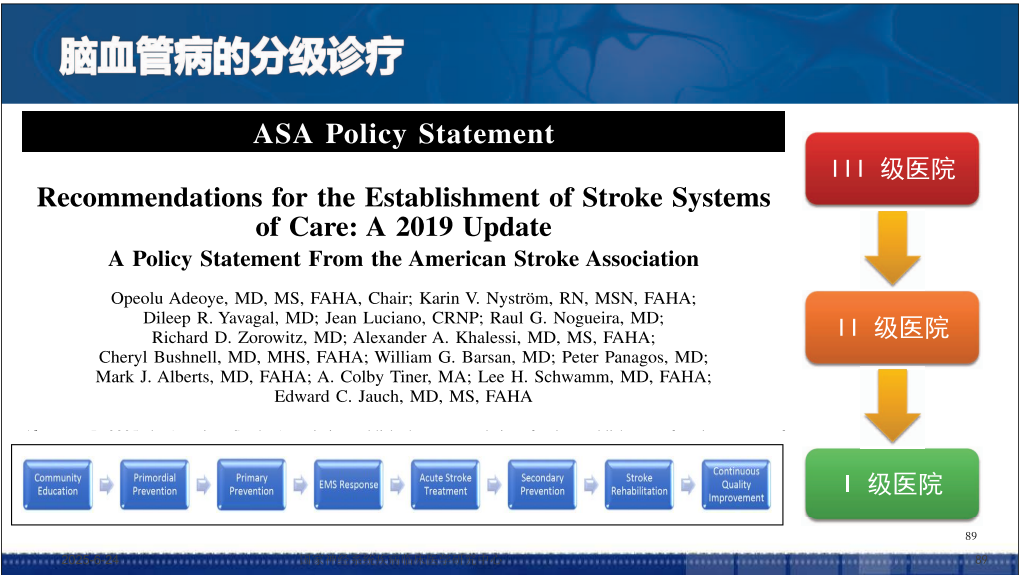
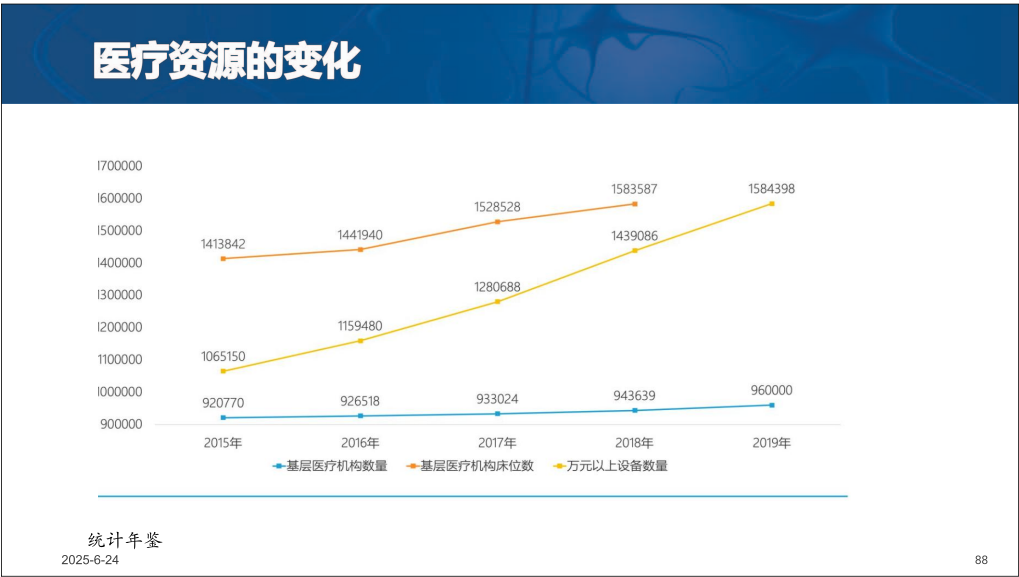
——**双向转诊**。坚持科学就医、方便群众、提高效率，完善双向转诊程序，建立健全转诊指导目录，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

（签约医生“守门人”职责要能体现）

分级诊疗制度建设

——**急慢分治**。明确和落实各级各类医疗机构急慢病诊疗服务功能，完善治疗—康复—长期护理服务链，为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务。急危重症患者可以直接到二级以上医院就诊。

（以基层医疗机构、签约医生为平台，整合资源、综合服务）



- ### 国家区域医疗中心
- #### ■ 第一批国家区域医疗中心建设输出医院名单
- ##### 一、综合医院和专科医院

 1. 中日友好医院
 2. 中国医学科学院阜外医院
 3. 中国医学科学院肿瘤医院
 4. 北京大学第一医院
 5. 北京大学人民医院
 6. 北京大学第三医院
 7. 首都医科大学宣武医院
 8. 北京大学肿瘤医院
 9. 首都医科大学附属北京天坛医院
 10. 首都医科大学附属北京儿童医院
 11. 北京积水潭医院
 12. 复旦大学附属中山医院
 13. 复旦大学附属华山医院
 14. 复旦大学附属儿科医院
 15. 复旦大学附属肿瘤医院
- ##### 二、中医医院

 1. 中国中医科学院西苑医院
 2. 中国中医科学院广安门医院
 3. 上海中医药大学附属龙华医院
- ##### 三、其他医院

 16. 上海交通大学附属第六人民医院
 17. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心
 18. 华中科技大学同济医学院附属协和医院
 19. 华中科技大学同济医学院附属同济医院
 20. 中南大学湘雅医院
 21. 中南大学湘雅二医院
 22. 中山大学附属第一医院
 23. 中山大学附属肿瘤医院
 24. 四川大学华西医院
 25. 四川大学华西第二医院
 26. 西安交通大学第一附属医院

国家区域医疗中心

■ 新增国家区域医疗中心建设输出医院名单（31家）

- 一、综合医院和专科医院

1. 北京协和医院

2. 北京大学口腔医院

3. 山东大学齐鲁医院

4. 首都医科大学附属北京同仁医院

5. 首都医科大学附属北京安贞医院

6. 天津市肿瘤医院

7. 上海交通大学医学院附属瑞金医院

8. 上海交通大学医学院附属仁济医院

9. 上海交通大学医学院附属新华医院

10. 上海交通大学医学院附属第九人民医院

11. 上海市第一人民医院

12. 江苏省人民医院

13. 南京鼓楼医院

14. 浙江大学医学院附属第一医院

15. 浙江大学医学院附属第二医院

16. 浙江大学医学院附属邵逸夫医院
17. 浙江大学医学院附属儿童医院

18. 南方医科大学南方医院

19. 广州医科大学附属第一医院

20. 广东省人民医院

21. 广州市妇女儿童医疗中心

22. 重庆医科大学附属儿童医院
- 二、中医医院

1. 中国中医科学院望京医院

2. 北京中医药大学东直门医院

3. 首都医科大学附属北京中医医院

4. 天津中医药大学第一附属医院

5. 上海中医药大学附属曙光医院

6. 江苏省中医院

7. 浙江省中医院

8. 广东省中医院

9. 广州中医药大学第一附属医院

91

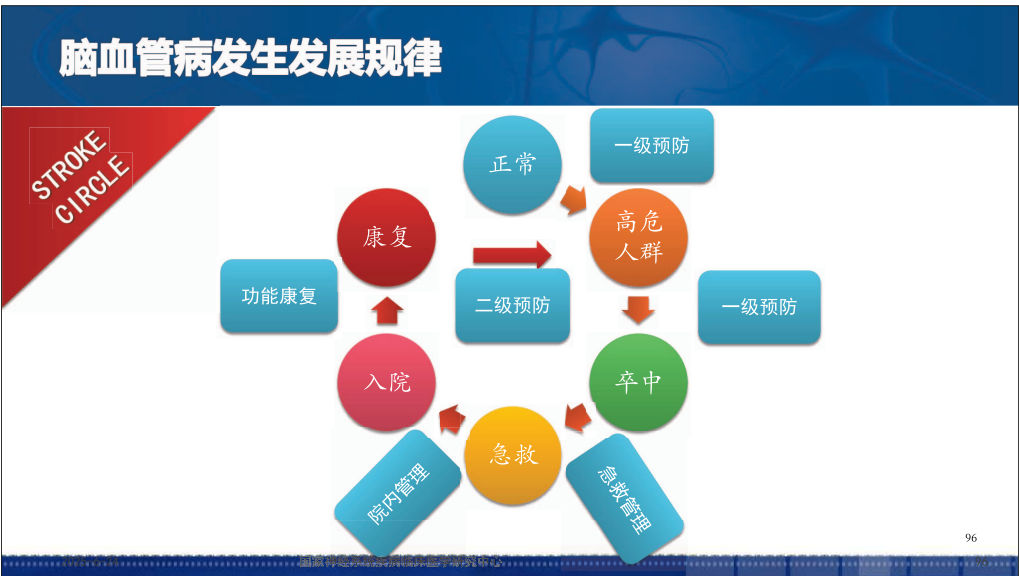
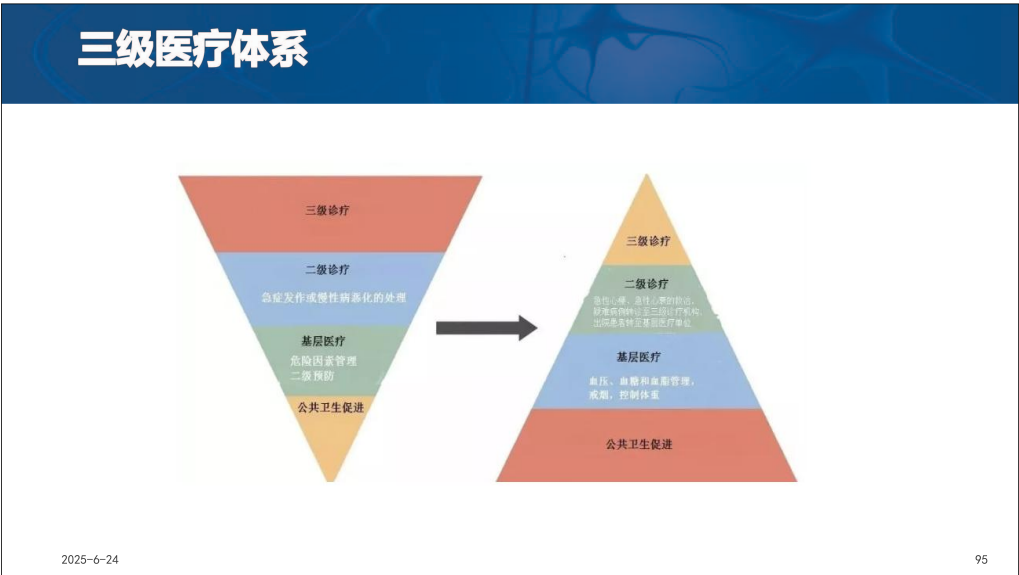
2018版	2020版
1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率	相同
2. 急性脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率	名称规范为“发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率”
3. 急性脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室诊断率	名称规范为“发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率”
4. 发病4.5小时内脑梗死患者rt-PA静脉溶栓率	修改为“发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率”
5. 静脉溶栓的急性脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例	名称规范为“静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例”
6. 发病6小时内急性前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内机械取栓率	名称规范为“发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率”
7. 入院48小时内脑梗死患者抗血小板药物治疗率	脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率
8. 发病24小时内非致残性脑梗死患者双重强化抗血小板药物治疗率	致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率
9. 入院48小时内不能行走患者进行深静脉血栓预防比率	不能自行行走的脑梗死患者入院48小时内深静脉血栓预防率
10. 脑梗死患者住院1周内血管评价率	脑梗死患者住院7天内血管评价率
11. 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率	相同
12. 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	相同
13. 脑梗死患者吞咽功能筛查率	相同
14. 脑梗死患者康复评估率	相同
15. 出院时脑梗死患者抗栓治疗率	相同
16. 出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率	相同
17. 出院时非心源性脑梗死患者他汀类药物治疗率	修改为“出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率”
18. 出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率	相同
19. 出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	相同
20. 脑梗死患者住院病死率	名称规范为“脑梗死患者住院死亡率”
	增加了脑梗死患者血管内治疗指标7项： 发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率 发病24小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗90分钟内完成动脉穿刺率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗60分钟内成功再灌注率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻再通率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中首发部位栓塞发生率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天mRS评估率 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天良好神经功能预后率

脑梗死质控指标修订前后比较

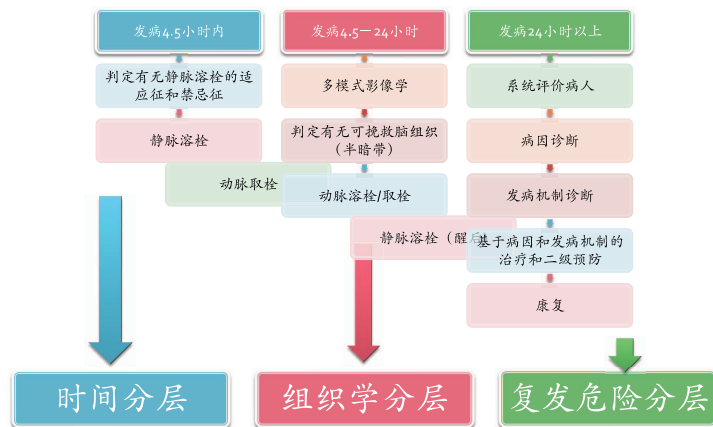
脑梗死质控指标2020版		
一	发病6小时内的脑梗死患者的急救能力	
	NEU-STK-01	脑梗死患者神经功能缺损评估率
	NEU-STK-02	发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率
	NEU-STK-03	发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率
	NEU-STK-04	发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率
	NEU-STK-05	静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例
二	NEU-STK-06	发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率
	发病24小时内的脑梗死患者的血管内治疗	
	NEU-STK-18	发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率
	NEU-STK-19	发病24小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率
	NEU-STK-20	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗90分钟内完成动脉穿刺率
	NEU-STK-21	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗60分钟内成功再灌注率
	NEU-STK-22	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率
	NEU-STK-23	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中首发部位栓塞发生率
	NEU-STK-24	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率
	NEU-STK-25	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天mRS评估率
	NEU-STK-26	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天良好神经功能预后率
三	脑梗死急性期治疗及二级预防规范化程度	
	NEU-STK-07	脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率
	NEU-STK-08	非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率
	NEU-STK-09	不能自行行走的脑梗死患者入院48小时内深静脉血栓预防率
	NEU-STK-10	脑梗死患者住院7天内血管评价率
	NEU-STK-11	住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率
四	NEU-STK-12	住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率
	NEU-STK-13	脑梗死患者吞咽功能筛查率
	NEU-STK-14	脑梗死患者康复评估率
	NEU-STK-15	出院时脑梗死患者抗栓、他汀类药物治疗率
	NEU-STK-16	出院时合并高血压、糖尿病、房颤的脑梗死患者降压、降糖药物、抗凝治疗率
	脑梗死患者住院期间、3个月结局	
	NEU-STK-17	脑梗死患者住院死亡率
	NEU-STK-27	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率

93

卒中流行病学和危险因素数据来源	
内容	资料来源与调查年份
死亡率	中国死因监测数据集（2018）
患病率和发病率	全国卒中流行病学调查报告（2013）
缺血性卒中患者危险因素及合并症	全国卒中流行病学调查报告（2013） 中国卒中登记研究（2007-2008、2012-2013、2015-2018）
人群烟草情况	中国成人烟草调查报告（2018）
人群膳食与营养 人群超重与肥胖	中国居民营养与健康状况调查报告（2002、2010-2012）
人群高血压患病、知晓、治疗及控制情况	中国居民营养与健康状况调查报告（2002、2010-2012） 中国以患者为中心的心脏事件评估报告（China PEACE，2014-2017）
人群糖尿病患病、知晓、治疗及控制情况	中国慢性病及其危险因素监测报告（2013）
人群血脂异常患病、检测、知晓及治疗情况	中国居民营养与健康状况调查报告（2002、2010-2012） 中国成人慢性病与营养监测报告（2015）
人群房颤患病情况	中国卒中筛查和预防项目报告（2014-2015）

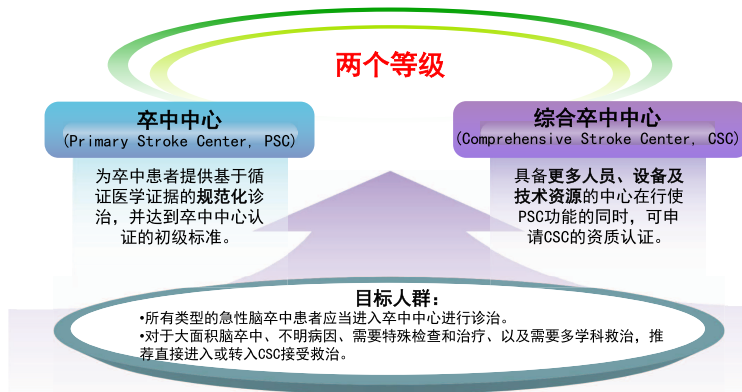


急性期救治示意图



97

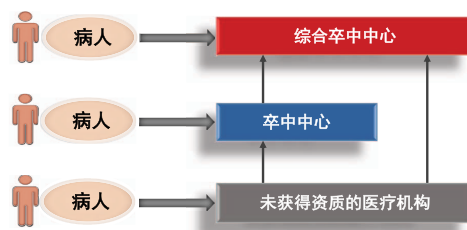
确立中国卒中中心的两个等级



98

卒中中心网络建设

卒中中心网络病人就诊及转运示意图



CSC: 综合卒中中心; PSC: 卒中中心

99

目录

流行病学现状

脑血管病常用评分量表

脑血管病的分级诊疗

100



方庄社区卫生服务中心

案例

28岁、

两天前早晨醒来时发现说话不清楚、一侧肢体无力、沉重

脑卒中

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心


案例2

61岁

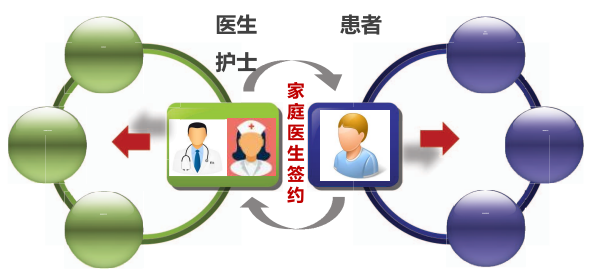
高血压

天坛医院：现在还能拉回去

自立 自信 自强，共筑健康中国


方庄社区卫生服务中心

1、组建团队——规范管理慢性病

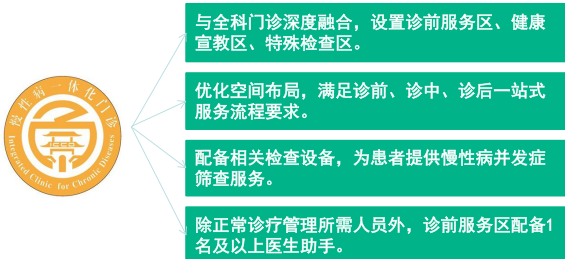


发挥家庭医生团队优势——**连续性、规范性**服务是落实医防融合的有力措施

自立 自信 自强，共筑健康中国⁴

方庄社区卫生服务中心

2、建设慢性病一体化门诊



- 与全科门诊深度融合，设置诊前服务区、健康宣教区、特殊检查区。
- 优化空间布局，满足诊前、诊中、诊后一站式服务流程要求。
- 配备相关检查设备，为患者提供慢性病并发症筛查服务。
- 除正常诊疗管理所需人员外，诊前服务区配备1名及以上医生助手。

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

3. 建立智慧家医一体化健康管理中心



标准化服务流程——**解决怎么做**——签约——履约——反馈闭环流程



自愿签约——健康评估建档——制定管理方案——执行服务——动态更新档案——满意度调查——持续优化服务

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

5、家庭护士向患者揭开脑卒中的面纱

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

诊前三件事

- 1、基础信息收集
- 2、概念普及
- 3、关注高危因素—彩虹贴提示

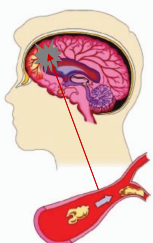
自立 自信 自强，共筑健康中国



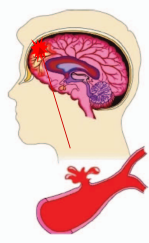
方庄社区卫生服务中心

5.1什么叫脑卒中

脑卒中是指脑血管**缺血**或**出血**引起脑血流中断，
导致脑组织出现损害。




缺血性卒中（脑梗死）



出血性卒中（脑出血）

自立 自信 自强，共筑健康中国

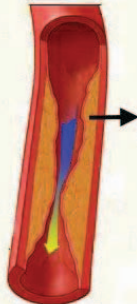


方庄社区卫生服务中心

缺血性卒中是怎么引起的


动脉粥样硬化

是引起缺血性卒中的主要原因



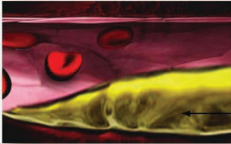
随血液流动的血脂如同水里的泥沙，边走边沉。沉积的量多了，便在血管壁上凝成**粥样硬化斑块**，使血管变得狭窄。

自立 自信 自强，共筑健康中国

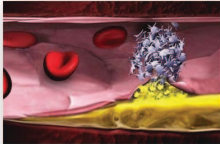


方庄社区卫生服务中心


粥样硬化斑块破裂导致缺血性卒中



斑块逐渐增大，
大脑供血减少




斑块破裂，形成血栓，
阻塞脑血管，大脑供血
急剧减少



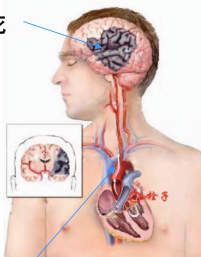
缺血性卒中

自立 自信 自强，共筑健康中国



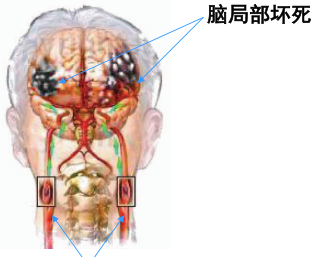
方庄社区卫生服务中心

栓子/斑块脱落也会导致缺血性卒中



脑局部坏死

心脏处脱落的栓子随血流
进入颅内，堵塞脑血管



脑局部坏死

颈动脉内粥样硬化斑块脱落，
随血流进入颅内，堵塞脑血管

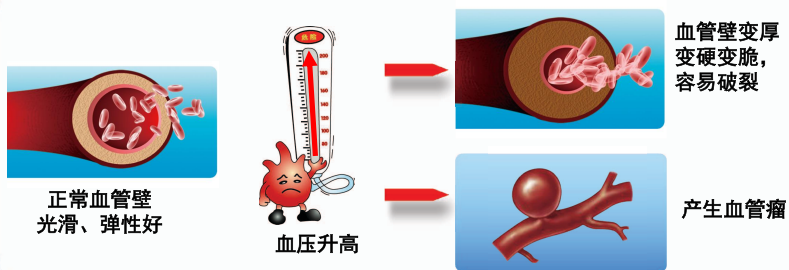
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

出血性卒中是怎么引起的

高血压
是引起出血性卒中的主要原因



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

血管破裂导致出血性卒中



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

5.2导致卒中的原因

可以改变的因素

通过药物治疗改善



高血压



血脂异常



糖尿病



心脏病

改变不良生活方式



高钠摄入



肥胖




吸烟



饮酒


自立 自




方庄社区卫生服务中心

导致卒中的原因


不可改变的因素



年龄：年龄增高，发病率增高



性别：男性的卒中发病率约比女性高30%



家族史：父母双方直系亲属中发生卒中或冠心病时年龄<60岁

自立 自信 自强，共筑健康中国




方庄社区卫生服务中心

3、诊前需要完成的工作

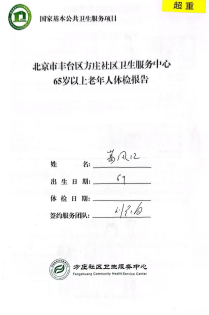
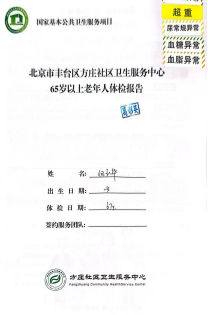



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

诊前---彩虹贴





自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

诊前---服务包

个性化服务包列表				
序号	服务包名称	服务科室	服务联系人	服务内容
1	专病门诊服务包	肝病（肝弹性）筛查门诊	全科 高文娟	1. 肝硬度检查（1次/年）； 2. 乙肝，丙肝检查（1次/年）； 3. 佑安医院专家一对一报告解读；4. 优选转诊服务。
		哮喘门诊	全科 张振霞	
		失眠（心理）门诊	全科 王明	1. 优先预约专家下社区门诊； 2. 专病评估与筛查（1次/年）； 3. 专病诊疗方案制定； 4. 转诊服务。
		蛋白尿门诊	全科 于潇潇	
		脑卒中门诊	全科 刘秀梅	
2	体重管理服务包	全科	朱夏媛	1. 优先预约营养专家下社区门诊； 2. 体重评估与筛查（1次/年）； 3. 个性化体重管理方案制定； 4. 线上线下减重健康指导； 5. 转诊服务。
3	一体化健康管理服务包	全科	家庭医生团队	1. 健康评估（4次/年）； 2. 老年人内在能力测评1次/年； 3. 免费指尖快速血糖（4次/年）； 4. 下肢震动阈值检测（1次/年）或踝臂指数检查（1次/年），二者任选一。

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

诊中

- 1、关注高危因素
- 2、了解病情
- 3、个体化方案制定
- 4、自我管理能力的培养
- 5、制定随访计划

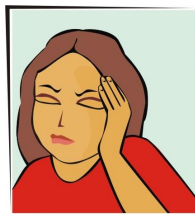
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

卒中有哪表现

- 头痛
- 呕吐，多为喷射状呕吐
- 眩晕，多伴有呕吐或耳鸣
- 一侧肢体和面部感觉异常
- 口角歪斜、流口水或食物从口角流出
- 看不见左右侧的物体或视觉缺损，或者一过性的眼前发黑或眼前突然飞过一只蚊子的感觉
- 说话不清，吐词困难，喝水或吞咽时呛咳
- 神志模糊不清，呼唤不应，严重的可出现深度昏迷



自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

如何诊断卒中



脑部CT



脑部核磁共振

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

卒中有“四高”，危害巨大

高发病率 我国每年有200万人发生卒中

高死亡率 如果忽视了高血压的控制、脑动脉粥样硬化的治疗及其它诱发因素的控制，卒中复发的可能性会更大。

高致残率 卒中致残程度不同

高复发率 存活卒中患者中，5年内约有20~47%的复发率，且1年内复发最多

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

预防卒中复发，牢记药物治疗 ASA

A 抗血栓治疗

S 他汀抗动脉粥样硬化治疗

A 如果有高血压、糖尿病：降压、降糖治疗

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心



抗血栓治疗：阿司匹林

大规模临床研究显示

- 对既往有缺血性血管事件的患者，阿司匹林可使严重血管事件的发生率降低25%左右

已发生卒中的患者，应该终身服用阿司匹林



自立 自信 自强，共筑健康中国

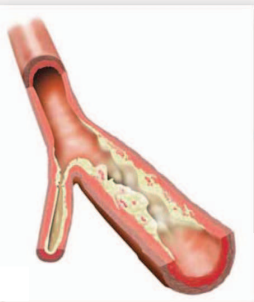


方庄社区卫生服务中心



降胆固醇治疗：抗动脉粥样硬化,减少卒中

降胆固醇治疗可以抗动脉粥样硬化，
拆除血管内的“定时炸弹”，减少卒中



- 低密度脂蛋白胆固醇在血管内形成动脉粥样硬化斑块，并不断增大。
- 这些斑块就像“定时炸弹”，随时都会破裂，迅速堵塞血管，引发卒中

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心



他汀是目前抗动脉粥样硬化治疗最好的药物



使粥样硬化斑块不易破裂





使粥样硬化斑块缩小




减少卒中再发的机会

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心


他汀使斑块变得不容易破裂，减少“定时炸弹”




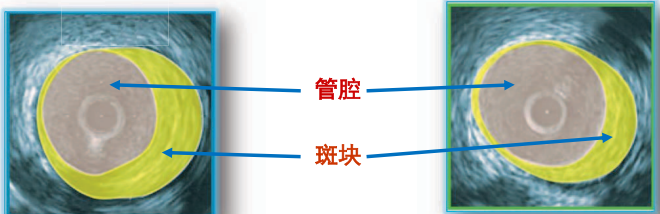
治疗前斑块像皮薄大馅的饺子，容易破裂

治疗后斑块像皮厚馅小的饺子，不容易破裂

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心


他汀使粥样硬化斑块缩小




治疗前，斑块大，管腔狭窄

阿托伐他汀
治疗6个月后，斑块减小，
管腔增大

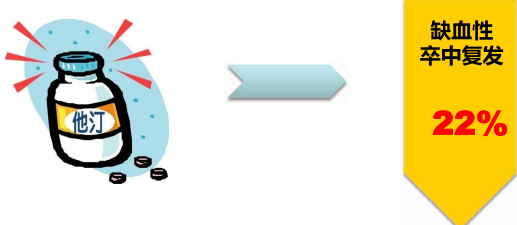
自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

他汀减少卒中再发的机会

研究证实

他汀类药物（如阿托伐他汀）抗动脉粥样硬化治疗，
使缺血性卒中的复发风险降低22%



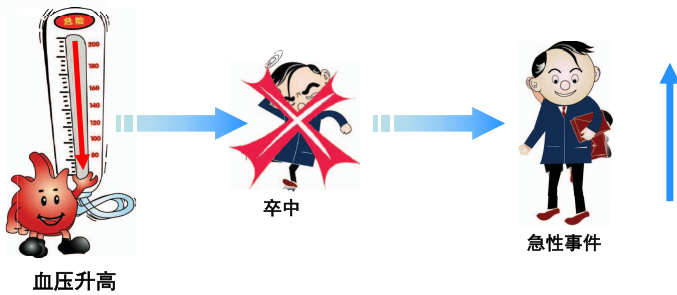
缺血性
卒中复发
22%

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

A 降压治疗：减少卒中的发生



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

A 理想降压药的“五要素”

- 1 要 “和缓起效”
- 2 要 “平稳降压，有效控制晨峰血压”
- 3 要 “长效制剂”
- 4 要 “安全性好”
- 5 要 “证据充分”



自立 自信 自强，共筑健康中国




方庄社区卫生服务中心

A 卒中后稳定期患者的降压目标值



若一侧颈动脉狭窄 $\geq 70\%$ ，收缩压应为130~150毫米汞柱
 若双侧颈动脉狭窄 $\geq 70\%$ ，收缩压应为150~170毫米汞柱
 若脑血管管全闭塞，收缩压应<180毫米汞柱

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心


卒中患者的血脂/血糖控制目标

体重指数

体重(kg/m²)(BMI)	男	< 25
	女	< 24
血脂(mmol/L)	总胆固醇(TC)	< 4.5
	低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)	< 1.4
	高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)	> 1.1
	甘油三酯(TG)	< 1.5

34


自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心




自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

注意1：降压速度不是越快越好

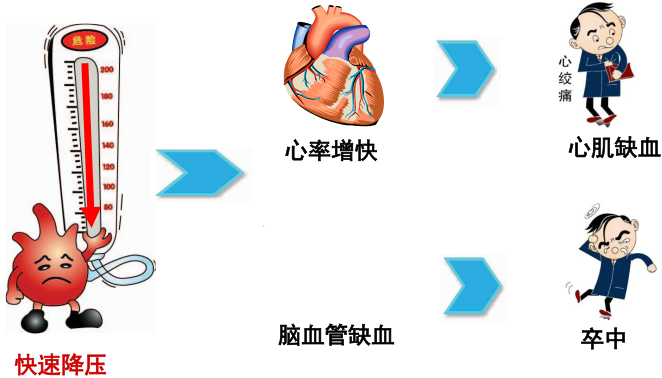


自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

降压速度过快的危害



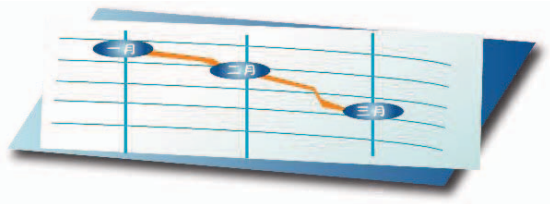
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

正确的降压达标时间

大多数慢性高血压患者应该在
几周内逐渐降低血压至目标水平，
这样对减少远期事件有益。



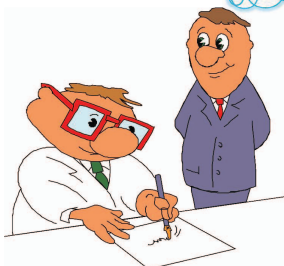
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

注意2：他汀的安全性良好

医生，听说他汀对肝脏不好，长期服用对肝脏有没有影响啊？



自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心


大量临床用药经验证实他汀可以长期服用

研究表明

已有肝脏疾病的人群，他汀治疗并没有增加肝脏损害

他汀的安全性良好，可以长期服用


阿托伐他汀具有超过1.9亿病人年的用药经验，在中国已有10年的用药经验



自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

注意3:降压/降胆固醇药物应长期服用



医生，那降压药、他汀要吃多久呢？

自立 自信 自强，共筑健康中国

方庄社区卫生服务中心

长期服用降压药的好处



脑出血/脑梗死

冠心病/心肌梗死

肾功能损害

死亡率

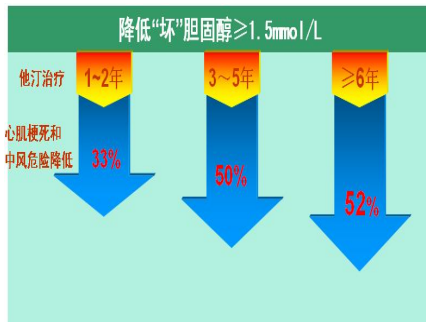
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

他汀服用时间越长, 卒中复发机会越少

服用他汀类药物的时间越长,
心梗和卒中的发生机会越少



老张, 6年前曾患卒中,
之后一直坚持他汀治疗,
至今身体状况良好



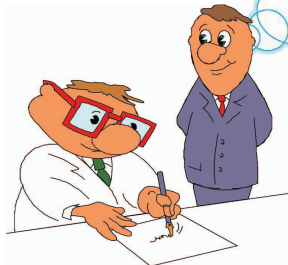
Law MR. BMJ, 2003;326:1423

自立 自信 自强, 共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

注意4: 严格按照医生处方, 不可自行随意减药或停药



医生, 我的血压、
血脂都正常了, 降
压药和他汀是不是
可以停了?

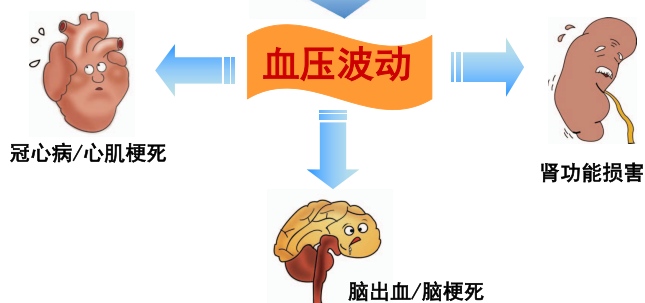
自立 自信 自强, 共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

降压药随意停药/换药/减量的危害

随意停药/换药/减量



自立 自信 自强, 共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

血压达标后不能自行停药/减量



● 降压治疗的最终目的是**减少心脑血管事件**的发生

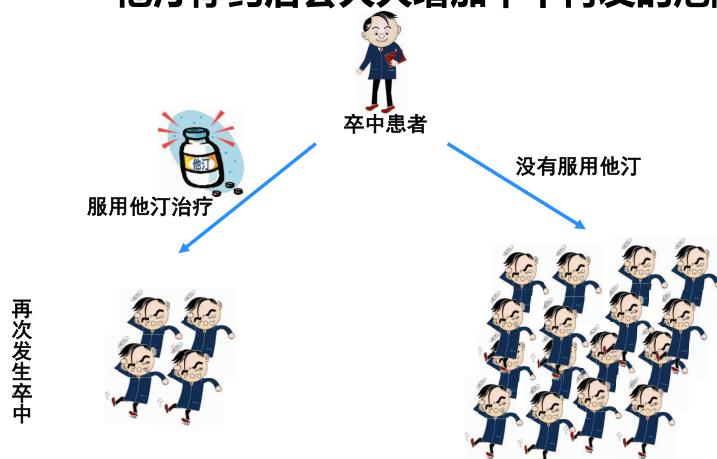
● 高血压患者一般须**终身治疗**。若自行停药或减量，血压迟早还会回复到治疗前的水平

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

他汀停药后会大大增加卒中再发的危险



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

注意5：不能用保健品替代药物治疗



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

选用经临床试验证实有效的药物治疗

未经临床试验证实有效的药物/保健品不仅不能降压、抗动脉粥样硬化并降低卒中危险，甚至有可能损害肝、肾功能



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

杜绝劣质保健品对我们的伤害



自立 自信 自强，共筑健康中国




方庄社区卫生服务中心

药物治疗中的5个注意事项

- 注意1：降压速度不是越快越好
- 注意2：他汀的安全性良好
- 注意3：降压/降胆固醇药应长期服用
- 注意4：严格按照医生处方,不可自行随意减药或停药
- 注意5：不能用保健品替代药物治疗

自立 自信 自强，共筑健康中国


方庄社区卫生服务中心


不要忽视定期随访

定期随访的好处


- 评估治疗效果
- 指导您坚持遵守医疗方案，以预防中风再次发生

定期随访的时间

- 出院后每个月去医院复查1次
- 复查内容有
 - 血压、神经系统检查、心电图
 - 血糖、血脂、肝/肾功能、血液流变学

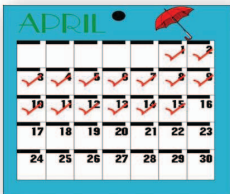


自立 自信 自强



方庄社区卫生服务中心

避免药物漏服的小窍门

- 每天同一时间服药
- 联系日常常做的事，如起床、刷牙、早餐等
- 将药瓶放在容易看见的地方
- 使用日历提醒
- 使用电子药盒



自立 自信 自强，共筑健康中国


方庄社区卫生服务中心

诊后培养健康的生活方式

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

合理膳食，保护血管

健康食谱

- 主食每天4两(女)或6两(男)，以全麦面包、燕麦、糙米、土豆、南瓜为佳
- 每人每天烹调用油<25克
- 每周吃鱼2次，用橄榄油或菜籽油烹饪
- 脱脂奶、每周2个蛋黄
- 每天蔬菜1斤，水果1~2个，适量豆制品



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

不适宜吃的食物



点心



油炸食品



肥肉



动物油烹饪



动物内脏

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

运动处方四要素



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

利用弹力带



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

利用弹力带



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

锻炼肌肉力量和耐力



1. 借助弹力带或哑铃次

2. 每次运动3x8-15

3. 2-3天/周，隔天1

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

肩上推举

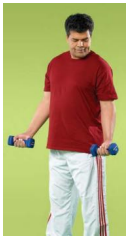


自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

上臂弯举



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

抗阻活动



1. 借助弹力带或哑铃
2. 每次运动3x8-15
3. 2-3天/周

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

坐位划船

锻炼上背、肩、颈肌肉



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

肩和上臂



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

肩、上臂、背、腿



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

椅子起立



锻炼腹部和大腿

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

肌力、肌肉耐力、平衡性、容忍性徒手评估方法

- 1、上肢肌力----30s 单手屈臂举哑铃的次数 男2'5kg、女1'5kg
- 2、下肢力量;30s内、从椅子坐位到完全站立起来的次数
踏步实验;1min分钟内高抬腿踏步的次数
做-立位实验: 5次
- 3、肩关节柔韧性: 一只手越过肩、与另一只手两指间最近的距离
- 4、腕关节柔韧性: 坐在折叠椅上弯腰伸臂中指到脚趾的距离
- 5、移动与平衡能力: 坐位从椅子站起来向前走3m转身走向椅子坐下记录实践

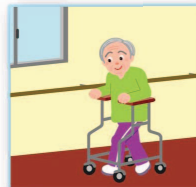
自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

卒中后康复训练的注意事项

- 保持稳定的情绪
- 避免过于疲劳
- 合理的训练时间和运动量
- 坚持按规定的时间进行，不能缺课和中断，除非疲劳过度而有意休息几天



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

卒中后康复训练的注意事项

- 避免在康复训练中偏重多练某些部位，而忽视锻炼其他部位，要全面兼顾各关节、肌肉，及各种不同功能
- 开始锻炼时，先做充分的准备活动，以预防扭伤筋骨、撕伤肌肉和韧带等事故
- 开始新康复锻炼动作时，应由家属在旁保护，以保证安全



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

心理平衡，乐观处事

- 保持“既来之，则安之”的良好心态
- 保持稳定、乐观的情绪，
- 积极配合康复治疗
- 尽快调整恐惧、焦虑、急躁、忧郁、失望情绪，否则不利于身体的恢复



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

戒烟 呵护血管

长期吸烟者发生卒中的危险性是不吸烟者的6倍

- 血管内膜的受损、破裂，促进动脉粥样硬化的发生和发展使血液中的血凝块更易形成
- 产生血压一过性增高
- 使“好胆固醇”——高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)减少

戒烟者发生卒中的危险性可减少50%



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

限酒 呵护血管

- 适量饮用红酒会减少卒中的发生
- 大量饮酒升高血压，增加卒中的危险
- 对于从不饮酒的患者，不推荐用饮酒来预防



自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

家属对卒中患者的帮助



耐心教患者说话



帮助患者活动瘫痪肢体



帮助患者回忆往事



照料患者的日常起居



给予患者心灵上的安慰

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心

牢记 ASA, 健康常伴您身边

A

阿司匹林抗血栓

S

他汀抗动脉粥样硬化


A

降压药降血压


坚持药物治疗的同时，还要配合

- 健康的生活方式（如：戒烟、合理饮食和运动）
- 患者教育

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心



家庭医生和社区护士作为健康管理服务的核心提供者，为签约居民开展医防融合服务

全科医生

诊中

- 全面回顾健康状况，分级解决健康问题
- 规范诊疗服务、健康评估，审核系统生成内容的合理性
- 根据指南及专家共识完成并发症筛查
- 明确个性化的健康指导内容
- 必要时提供转诊服务
- 提供疫苗接种建议。

社区护士

诊前

- 诊前协助完成健康自测数据采集
- 回顾健康指标，查看指南管理路径的执行情况，将亟待解决的问题以标签形式贴在管理手册上提示医生

诊后

- 根据医嘱完成个性化健康指导
- 面对面慢病随访、打印发放并讲解慢病评估报告
- 定期服务回访和健康提醒服务

自立 自信 自强，共筑健康中国



方庄社区卫生服务中心





爱上一个人也许只需要一秒钟，但忘记一个人却需要一辈子。

反馈电话：13301208095

自立 自信 自强，共筑健康中国
