

脑卒中专病特色科室建设标准

一、建设目的

脑卒中发病率、伤残率和死亡率高，是世界上造成死亡的第二位疾病，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比较大的特点：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、慢性病诊治领域具有重要作用。因此，在基层医疗卫生服务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筛查、诊断、治疗、改善远期预后、降低疾病负担具有非常重要的意义。同时有利于推进双向转诊体系建设，完善基层医疗卫生服务机构的功能，方便居民享受专病特色科室医疗服务，提升基层医疗卫生机构在脑血管疾病领域的服务能力和服务水平。

二、科室建设条件

（一）人员配置

1. 具备开展脑卒中专病特色服务的医务人员，团队成员均要有相应的执业资质，并至少有 1 名副高级以上专业技术职称人员作为学科带头人。
2. 至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有脑卒中防治专长的全科医师。

3. 至少有两名具有脑卒中防治专长的护士。

（二）设施、设备、药品

1. 设施：有相对固定的诊室，使用面积不低于 10 平方米，诊室内应配置有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），诊室内设置卒中专用健康教育相关资料及手册等。

2. 设备

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

医联体内可提供的：CT 检查设备、TCD、超声心动图检查；

必备检查项目：实验室包括血常规、血生化、凝血功能等常规检查；心电图检测。

可选检查项目：头颅 CT 平扫、血管超声、TCD、经胸超声心动图。

3. 药品：应配备神经科常见疾病常用治疗药物，包括但不限于以下药物：高血压相关药物，糖尿病相关药物，血脂异常相关药物，抗血小板聚集药物，抗凝药物及脑卒中亚急性期及恢复期使用药物；

（三）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，特色科室建设思路等。

2. 制定脑卒中特色科室工作制度，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、基层脑卒中诊疗流程、技术规范、服务流程、脑卒中患者签约服务包等。

3. 制定医疗风险防控预案：应包括医疗风险防控预案、脑卒中急性期加重识别与处理等。

4. 人员岗位职责

（1）社区医生

- ①高危人群筛查；
- ②脑卒中的识别；
- ③危急重症转诊；
- ④脑卒中社区综合管理。

（2）社区护士

- ①脑卒中相关知识问卷调查，并对患者进行针对性知识培训；
- ②负责健康档案的建立；
- ③负责患者教育管理；
- ④按期随访患者。

（四）诊疗数量

- 1. 到机构就诊居民的脑卒中问卷筛查数 \geq 到机构就诊的40岁以上人群的50%；
- 2. 专病特色科室脑卒中患者年就诊量 \geq 100例次；

（五）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，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、健康管理、双向转诊等相关信息。

2. 病例质量

建立脑卒中全科医生互查及专家点评制度，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。

3. 建立每月处方点评制度，针对不合理用药，采取加强培训和绩效考

核等多种形式提升诊疗能力。

4. 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（MOCA、MMSE）、情感障碍评定量表（HAMD、HAMA）

（六）医联体特色专科联动建设

1. 二、三级医院专家下沉

建立脑卒中分级诊疗制度，同所在区域的二、三级医院建立医联体，特别是同神经内科建立密切合作，神经内科医生应（中级及以上职称）每月至少 1 个门诊单元在机构专病特色科室出诊，同时完成每月至少 2 学时的临床带教任务，带教形式不限。具备条件的专病特色科室可积极开展远程医疗服务，针对脑卒中疑难病例，与神经内科开展远程会诊等业务，推动社区脑卒中防控水平的提升。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立双向转诊制度，机构脑卒中专病特色科室应与辖区二、三级医院畅通双向转诊绿色通道，保证机构全科医生将患者顺利上转至二、三级医院专科专家团队，二、三级医院医院专科医生将病情稳定患者下转至社区机构专病特色科室，转诊情况应记录在健康档案。

（七）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。对签约患者全科医生应实行连续综合的责任制管理，签订个性化脑卒中服务包，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。

（八）人员培训、进修及考核

1. 人员培训、进修：专病特色科室的全科医生和护士，申报当年均需参加由北京市组织的专病统一培训；两年内全科医生和护士（至少各

一名）均需参加三级综合医院神经内科进修学习，全科医生累计时间不少于三个月，护士累计时间不少于一个月。

2. 人员考核：参加由市级组织的统一培训并考核合格；进修结束前，由带教老师进行过程性及操作考核。

3. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

（九）开展健康教育

每年开展脑卒中患者健康教育 ≥ 4 次/年，每次参与人数 ≥ 20 人/次，培训形式不限，线上及线下均可。

（十）专病科室评估指标

1. 脑卒中患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

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

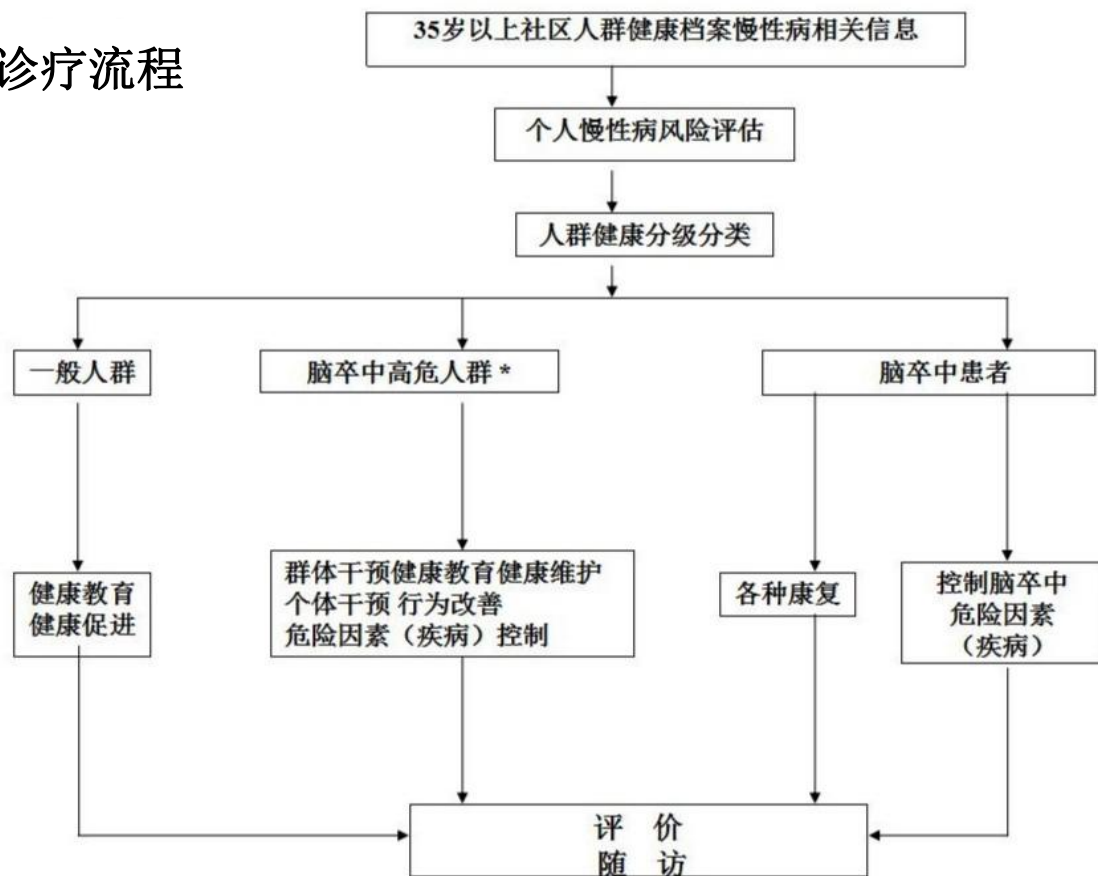
2. 脑卒中患者规范化管理率 $\geq 70\%$

脑卒中患者规范化管理率=按照基层版脑卒中指南要求进行脑卒中规范化管理的人数/机构就诊脑卒中患者签约人数 $\times 100\%$

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，识别出不适合在基层诊治的脑卒中患者并及时转诊。

诊疗流程



*指高血压，高血脂，糖尿病，冠心病，房颤，脑动脉硬化，颈动脉狭窄

附件：1. 脑卒中专病特色科室建设评估标准

2. 脑卒中技术规范

附件 1:

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人员作为学科带头人 至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称具有脑卒中防治专长的全科医师 至少有 2 名具有脑卒中防治专长的护士 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规范培训 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"> 相对固定诊室，使用面积$\geq 10\text{ m}^2$ 诊室内应配置有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），诊室内设置卒中专用健康教育相关资料及手册等 具备与急救中心及有卒中中心资质的上级医院之间有效转诊的途径和通道 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、生化等常规的检验设备 便携式心电图仪 检查方法：现场清点，设备清单
1-4	药物配备	现场	<ul style="list-style-type: none"> 必须具备抗血小板，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	专病科室 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人员作为学科带头人 至少有1名中级、1名初级及以上具有脑卒中防治专长的全科医师 	3
1-2	专病科室护士	至少有两名具有脑卒中防治专长的护士	2
2	设施、设备		7
2-1	专病科室相关设施	相对固定诊室，区域面积 $\geq 10\text{ m}^2$	1
		卒中知识宣传栏、健康教育相关资料及手册 公示脑卒中患者签约服务包	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	基本设备及检查项目	血常规、生化检查、心电图，超声等设备及检查项目	2
3	配备药品		6
3-1	相关治疗药物	高血压相关药物	1
3-2		糖尿病相关药物	1
3-3		血脂异常相关药物	1
3-4		抗血小板聚集药物	1
3-5		抗凝药物	1
3-6		脑卒中亚急性期及恢复期药物	1
4	专病特色科室工作方案及管理制度		8
4-1	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	2
4-2	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包	2

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
4-3	制定各岗位人员 职责	最少包括全科医生、社区护士岗位职责	2
4-4	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	2
5	工作数量		12
5-1	问卷筛查	脑卒中问卷筛查率 $\geq 50\%$ （40岁以上就诊患者）	6
5-2	脑卒中诊疗	脑卒中患者年就诊量 ≥ 100 例次/年	6
6	医疗质量		14
6-1	建立数据库	建立社区脑卒中患者数据库	2
6-2	病历质量控制	病历质量控制制度（自查病例有记录/现场核查一定 数量病例）	4
6-3	处方点评	定期进行处方点评(查看脑卒中处方合格率)	2
6-4	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（MOCA、MMSE） 情感障碍评定量表（HAMD、HAMA）	6
7	医联体建设		8
7-1	开展门诊带教指导	二、三级医院神经内科专家定期社区出诊（不低于1 个门诊单元/月）及带教(每月至少2学时的临床带教 任务,形式不限)	4
7-2	开展双向转诊	与二、三级医院开展脑卒中疾病患者的双向转诊， 有转诊记录。急性期上转二、三级医院，恢复期下 转社区专病科室，年有一定数量患者。	4
8	培训、进修及考核		8
8-1	人员培训	申报当年全科医生、护士必须参加由北京市统一组 织的专病规范培训	2
8-2	人员进修	两年内均需参加三级综合医院神经内科进修学习， 全科医生累计时间不少于三个月，护士累计时间不 少于一个月	4
8-3	人员考核	全科医生、护士参加进修过程性操作考核，考核 合格	2

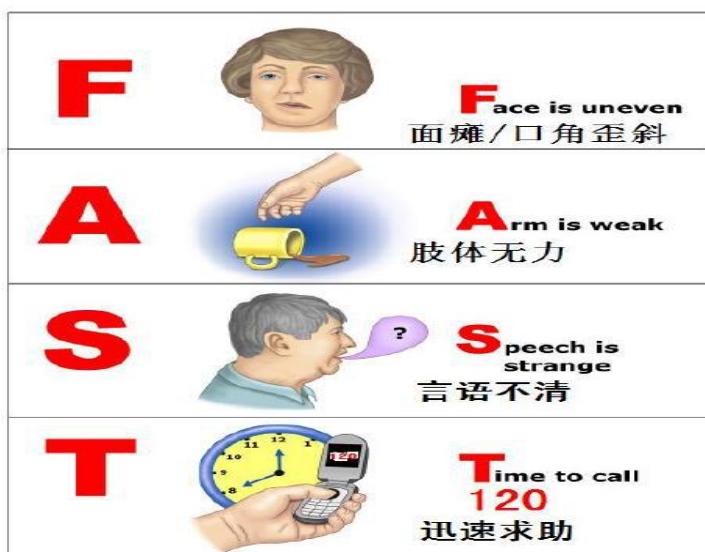
编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
9	健康教育		4
9-1	脑卒中相关公众健康教育	脑卒中相关公众健康教育 \geq 4次/年;每次参与人数 \geq 20人	4
10	专病科室评估指标		8
10-1	脑卒中患者家庭医生服务签约率	专病特色科室脑卒中患者家庭医生服务签约率 \geq 90%	4
10-2	脑卒中患者规范管理率	专病特色科室脑卒中患者规范管理率 \geq 70%	4
11	临床能力考核指标		20
11-1	专病特色科室全科医生	针对脑卒中病例，现场考核全科医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
11-2	专病特色科室护士	针对脑卒中病例，现场考核护士相关知识和患者健康教育等	8

附件 2:

脑卒中技术规范

一、急性期脑卒中的识别和转诊

对于初次就诊的急性卒中患者的识别进行 FAST 评分及中风 120 评分，对于卒中危重程度进行甄别并及时向上级医院转诊；



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

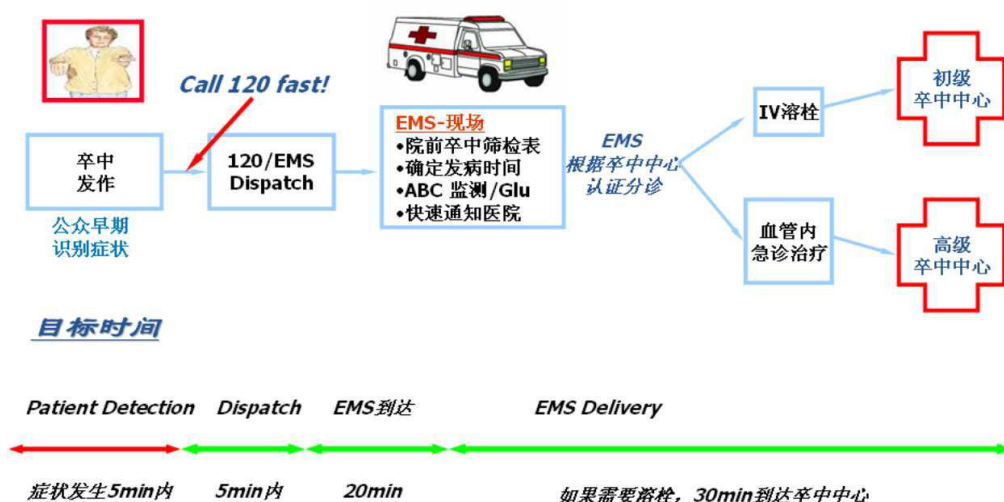


参考文献: Zhao J, Liu R. Stroke 1-2-0: a rapid response programme for stroke in China. *Lancet Neurol* 2016; DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30283-6

快速识别脑卒中症状及体征，进行必要的处理并尽快联系有条件的上级医院转诊以便接受血管再通治疗，缩短患者院前延误时间，做好院前急救和上转病人基本措施。

1. 采集有关病史，包括主诉、现病史、既往史，尤其注意询问脑卒中危险因素，发病时间的信息尤其重要。
2. 立即完善急诊血糖、心电图排除低血糖、心律失常。
3. 监测和维持生命体征，对危及患者生命的情况进行初步处理。
4. 建立静脉通道（滴注生理盐水），有条件的建立心电监护，应避免：
 - （1）非低血糖患者输含糖液体；
 - （2）过度降低血压；
 - （3）大量静脉输液。
5. 联系急救部门和上级医院，填写转诊卡，及时将患者转诊至有急救条件的二级以上医院。昏迷患者应采取侧卧位，转运途中注意车速平稳，保护头部免受振动。
6. 经过以上快速处理及评估后，需立即转入二三级医院治疗。

急性期诊疗流程图



（二）社区脑卒中患者的一级预防

包括：

1. 目标人群：所有具有卒中危险因素的患者（包括高血压、血脂异常、糖尿病、高同型半胱氨酸血症、心房颤动、吸烟、超重或肥胖、缺乏运动、卒中家族史等）；已确诊卒中或 TIA 的患者；既往卒中/TIA 史患者；各种可疑卒中需行相关诊疗处理的患者。

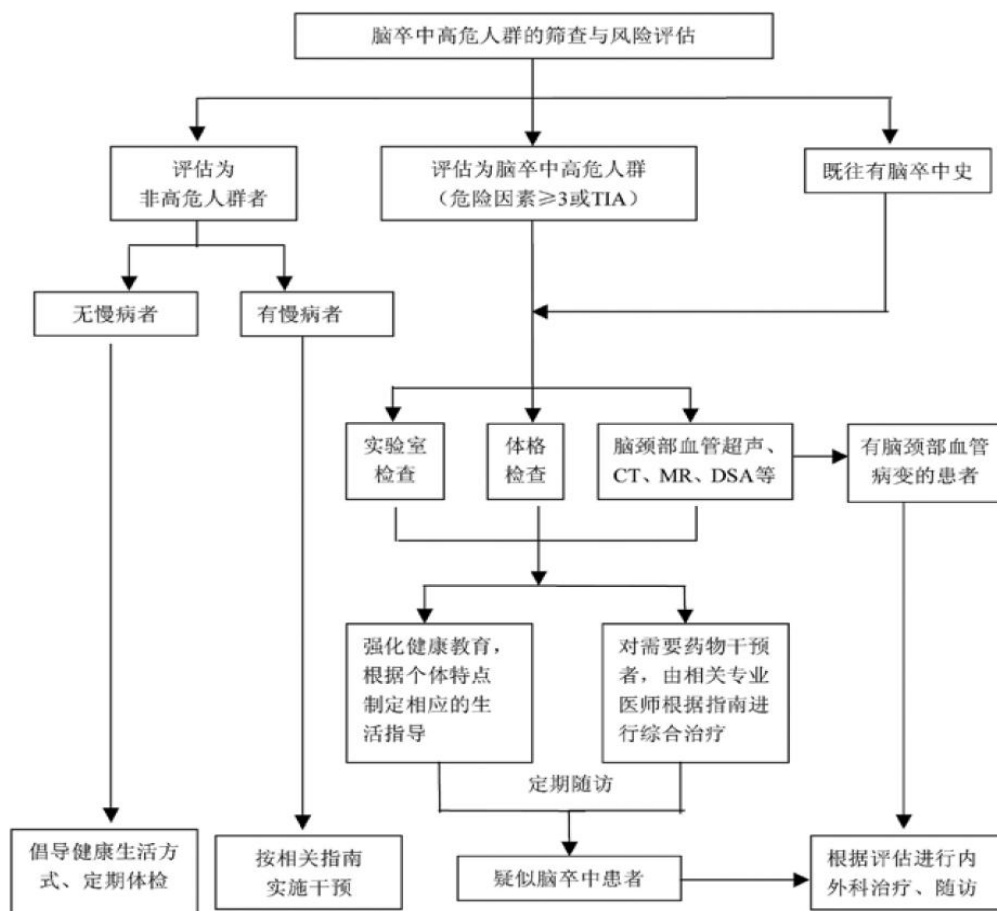
2. 为患者提供戒烟咨询及危险因素管理的健康教育。

3. 根据危险分层确定是否有必要给予抗血小板药物预防及药物种类。

4. 对高血压、糖尿病、血脂异常等危险因素给予相应的治疗。

5. 心房颤动患者若无禁忌证应遵从上级医疗机构制订治疗方案给予口服抗凝剂（华法林或新型口服抗凝药）治疗（如未使用需在门诊就诊记录中写明原因及相应措施），若尚未规范诊疗，及时向上级医疗机构转诊。根据 cHA2Ds2VASc 评分系统，如果男性评分 ≥ 2 分、女性评分 ≥ 3 分推荐抗凝治疗，包括华法林和 NOAC，如利伐沙班。所有 NOAcS 颅内出血发生率均低于华法林，NOAcS 使用简单，不需常规监测凝血指标，于其疗效好、安全性高和使用方便等特点，因此优先推荐 NOAC。

脑卒中高危人群筛查与干预流程



(三) 社区脑卒中患者的二级预防

包括：

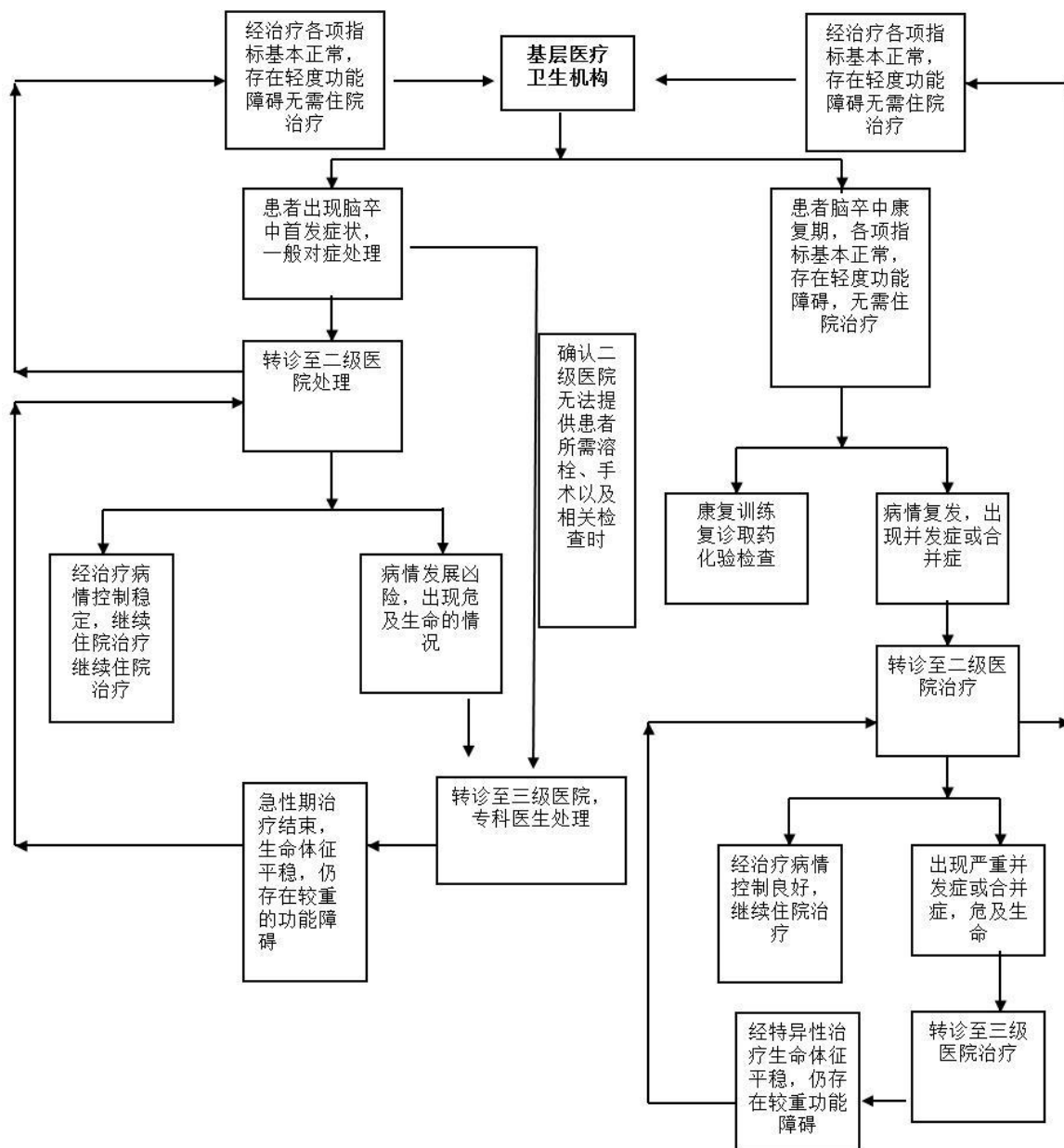
1. 为患者提供戒烟咨询及脑 血管病的健康教育；
2. 根据缺血性卒中/TIA 患者的病因诊断（非心源性）给予规范的阿司匹林或氯吡格雷等抗血小板药物治疗（如未使用需在门诊就诊记录中写明原因以及措施。对于非心源性脑卒中的二级预防，阿司匹林(50~325 mg / d)或氯吡格雷(75 mg)作为首选。单药治疗均可作为首选抗血小板药物；阿司匹林单药抗血小板治疗的最佳剂量为 75~150 mg / d。
3. 对伴有心房颤动的缺血性卒中及其他心源性卒中/TIA 患者，若无禁忌证应遵从上级卒中中心治疗方案给予口服抗凝剂（华法林或新型口服抗凝药）治疗（如未使用需在门诊就诊记录中写明原因及相应措施）；新型

口服抗凝药物如利伐沙班由于其疗效好、安全性高和使用方便等特点，可以优先于华法林使用。

4. 对伴随的高血压、糖尿病、血脂异常等危险因素给予相应的治疗。

（四）分级诊疗

分级诊疗服务流程



（五）社区康复治疗

参考脑卒中康复特色门诊建设标准。

（六）监测和随访

包括：

1. 定期监测血压、血糖、血脂，对于口服华法林的患者定期进行 INR 监测；
2. 对随访患者应用 mRS 等评分评估功能预后情况；
3. 根据病情需要推荐到上级医院进行阶段性复查头颅 CT/MRI、CTA/MRA/TCD 和颈部血管超声，建议复查间隔为 3 个月~2 年，必要时复查心电图、超声心动图；
4. 使用规范化卒中患者门诊随访手册，内容应包括患者基本信息、危险因素、病因诊断、二级预防治疗措施及阶段性随访计划。