

镇江市卫生和计划生育委员会文件

镇卫疾控〔2016〕17号

关于印发《镇江市脑卒中患者规范管理项目 实施方案(试行)》的通知

京口区、润州区卫生计生委，市直有关医疗卫生单位：

为拓展我市慢性病患者健康管理内涵，进一步探索和建立我市脑卒中患者规范化管理综合防治机制，降低脑卒中复发率、致残率和死亡率，积极改善脑卒中患者的健康水平和生活质量，经研究决定，在我市市区开展脑卒中患者规范管理项目，现将《镇江市脑卒中患者规范管理项目实施方案(试行)》印发给你们，请认真组织实施。

- 附：1. 镇江市脑卒中患者规范管理项目实施方案(试行)
2. 镇江市脑卒中患者规范管理项目实施细则

镇江市卫生和计划生育委员会

2016年6月16日

抄送：京口区疾控中心、润州区疾控中心

附 1:

镇江市脑卒中患者规范管理项目 实施方案(试行)

为进一步探索和建立我市脑卒中患者规范化治疗和干预的综合防治机制，降低脑卒中复发率、致残率和死亡率，积极改善脑卒中患者的健康水平和生活质量，特制订本项目方案。

一、项目目标

1. 管理对象的规范管理率达到 80%以上；
2. 管理对象血压、血糖、血脂控制率分别达到 60%以上；
3. 管理对象 1 年内脑卒中复发率不高于 8%；
4. 管理对象干预有效率达 80%以上；
5. 脑卒中防治相关知识知晓率达到 85%以上。

二、项目单位

1. 定点医院：江大附院、市一院、市四院、市二院、市中医院；
2. 急救中心：市 120 急救中心；
3. 社区：京口区四牌楼社区卫生服务中心，润州区黎明社区卫生服务中心。

三、项目对象

(一) 脑卒中类型

在医院就诊的新发脑卒中患者，包括：1. 缺血性脑卒中：脑梗死；2. 出血性脑梗死：蛛网膜下腔出血、脑出血。

（二）发病时间

自项目启动实施之日起。

（三）筛选要求

1. 该患者意识清楚，家属配合，可定期接受检查、治疗、宣教等各项管理措施；

2. 患者实际且稳定居住地址在项目社区卫生服务中心所辖区域内。

四、项目内容

（一）规范救治

1. **院前急救:**按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》要求，组织制定《镇江市脑卒中院前急救处置方案》。现场急救人员对疑为脑卒中的患者要立即进行简要病情评估和必要的应急急救处理，并尽快送至定点医院，进行进一步救治。

2. **医院治疗:**按照国家卫计委下发的《急性脑卒中患者医疗救治技术方案》规范开展脑卒中临床诊疗。医院急诊科建立脑卒中诊治绿色通道，优先处理和收治脑卒中患者，建立卒中单元，所有急性期患者应尽早收入卒中单元接受治疗。缺血性脑卒中符合溶栓条件的患者，定点医院可根据患者病情及家属意愿选择是否溶栓，同时结合临床，采取必要的药物治疗措施。出血性脑卒中应尽快查明原因后，行外科手术或内科保守治疗。

3. **社区治疗:**遵照上级医院治疗方案，协助管理对象有效执行，对血压、血糖、血脂控制不理想的，应及时调整用

药，连续两次不达标的，应转上级医院。

4. 康复治疗：根据《中国脑卒中康复治疗指南 2011 版》，推广应用脑卒中三级康复治疗体系。“一级康复”，患者早期在定点医院急诊室或神经内科的常规治疗及早期康复治疗；“二级康复”，患者在康复病房或康复中心进行的康复治疗，定点医院对急性期患者在其住院期间开展肢体、语言、心理等康复治疗；“三级康复”，患者在社区或家中继续康复治疗，社区对下转的稳定期患者通过针灸、推拿等中医药适宜技术的推广和运用，进行功能障碍的康复治疗和日常生活活动能力训练，并指导患者及其家属进行日常护理，防治并发症。

（二）规范管理

1. 建立档案：为所有管理对象建立居民健康档案，并录入居民健康档案系统，同时建立脑卒中专项健康档案，完成对管理对象的基线调查；

2. 随访管理：采取医院业务指导、社区定期随访和家庭辅助管理的方式，开展随访；

3. 项目督导：卫生计生行政部门牵头开展督查考核，即时通报项目进展情况。

4. 效果评估：

（1）社区卫生服务中心根据日常随访结果和上级医院医嘱及时调整随访、治疗、干预方案；

（2）疾控机构根据评估结果形成项目评估报告。

（三）合理干预

1. 个体化干预：针对管理对象患病情况及危险因素评估

结果，制定个体化干预方案，并予以实施。

2. 行为干预：指导合理膳食，减少钠盐、脂肪摄入；适量运动，控制体重；戒烟限酒；保持心理平衡。

3. 高危干预：对合并患有高血压或糖尿病的管理对象，将其纳入国家基本公共卫生服务慢性病规范化管理项目，定期开展随访，监测血压、血糖控制情况。对合并血脂异常者定期检测血脂水平，行为生活方式干预无效者采用药物治疗。

4. 健康干预：通过多种途径和手段开展脑卒中相关知识健康教育，提高管理对象及其家属基本防治技能及康复锻炼护理等技能水平。

（四）双向转诊

制定《镇江市脑卒中双向转诊管理办法》，定点医院将治疗后病情稳定的脑卒中患者下转至社区卫生服务中心，并提供患者维持治疗及康复方案，并对社区相关医护人员进行专业技术指导；社区医生在随访过程中，如发现患者再次出现脑卒中症状，无论时间间隔长短都应及时告知患者，如有需要应同时通知 120 急救中心，将患者迅速上转到定点医院，缩短院前延误时间。

五、项目分工

（一）卫生计生行政部门

1. 负责项目的领导、组织和协调工作；
2. 安排项目经费，并加强使用监管；
3. 定期组织项目效果阶段评价和年度考核。

（二）疾病预防控制机构

1. 制定项目实施方案及个性化健康教育技术指导方案，组织开展项目培训；
2. 根据项目实施情况，协调解决有关问题；
3. 对项目实施过程进行质量控制、督导评估。

（三）急救中心

1. 120 相关医护人员必须接受脑卒中患者快速识别和院前急救救治等规范化培训；
2. 熟练掌握病情判断标准及院前救治、转运流程和方法；
3. 为疑似脑卒中患者提供院前紧急医疗急救救治服务，并迅速安全转运。

（四）医疗机构

1. 定点医院建立脑卒中救治绿色通道，设立卒中单元，规范开展脑卒中救治等工作；
2. 负责管理对象住院期间的临床治疗、康复护理和健康
管理；
3. 为社区卫生服务中心提供技术指导，开展业务技能培训，并定期下派专业医护人员参与管理对象的社区随访、治疗、干预工作；
4. 按要求开展双向转诊工作；
5. 对新发脑卒中病例开展登记报告工作，28 天内如有第二次急性发作则不作登记；发病 28 天以后，又有急性发作则按新病例登记报卡。

（五）社区卫生服务中心

1. 为管理对象建立居民健康档案和脑卒中专病档案，完成对管理对象的基线调查；

2. 对辖区管理对象进行随访管理，在定点医院的指导下嘱其规范用药，为管理对象及家属提供康复指导，定期开展疗效评估；

3. 开展脑卒中个体化健康教育，针对患者个体不同危险因素水平制定干预方案；

4. 做好管理对象的双向转诊工作；

5. 负责项目管理台帐资料的收集整理和信息报告工作。

六、项目进度

（一）启动阶段（2016年7月）：制定下发项目实施方案，召开项目启动会议，开展人员培训；

（二）项目实施阶段（2016年8月—2017年10月）：确定管理对象，建立脑卒中专项档案，完成项目基线调查；对管理对象开展随访和管理，定期组织督导考核；

（三）效果评估阶段（2017年11月—12月）：收集、整理、汇总管理对象数据信息，完成阶段性效果评估报告。

七、保障措施

（一）强化组织管理。成立镇江市脑卒中患者规范管理项目工作领导小组，设立项目办公室，制定实施方案，推动项目工作有序实施。定点医院分别抽调神经内科、心脑血管科等专家成立镇江市脑卒中防治专家组，负责项目的业务指导和技能培训。

(二) 建设信息化平台。利用信息化手段开展项目管理，完善区域卫生信息平台功能，增加脑卒中专病管理模块，以便社区开展随访管理。120 急救中心与定点医院建立信息共享平台，定点救治医院与项目社区建立信息传输平台，实现双向转诊。

(三) 落实项目经费。市卫生计生委在“健康镇江”2016 年度新增项目经费中安排专项经费，主要用于规范管理、合理干预、项目培训、督导、评估、奖励等。项目经费由市卫计委依据项目考核结果统一拨付。项目单位要建立项目经费明细清单，确保专款专用。

(四) 加强人员培训。定点医院至少每两个月组织专家组对社区、120 急救医务人员开展一次业务培训，培训内容包括脑卒中二级预防、脑卒中危险因素控制、生活行为干预技巧、药物适应症与禁忌症、康复护理、功能锻炼等专业知识和技能。

(五) 强化督导考核。市、区两级有关部门、机构要建立健全考核督导制度，定期对项目单位目标完成情况、患者规范化管理执行情况等进行日常督查与年度考核、完成数量与完成质量相结合的综合考核制度，并及时通报考核结果，考核结果将作为项目补助经费拨付、单位争先评优和目标管理考核等次确定的依据。

(六) 做好宣传发动。针对重点人群，通过主题宣传日、讲座、义诊等途径，开展脑卒中二级预防知识的宣传，对纳入管理的脑卒中患者给予定期免费测血压、血糖、血脂，开

展用药及日常康复护理等指导，提高脑卒中患者参与项目的积极性。

- 附件：
1. 急性脑梗死诊疗规范；
 2. 脑血管病恢复期社区治疗；
 3. 项目目标解释说明；
 4. 项目运作流程

附件 1

急性脑梗死诊治规范

一、院前处理

院前处理的关键是迅速识别疑似脑卒中患者并尽快送到医院。

(一) 卒中疑似症状的识别

若患者突然出现以下症状时应考虑脑卒中的可能：

1. 一侧肢体(伴或不伴面部)无力或麻木；
2. 一侧面部麻木或口角歪斜；
3. 说话不清或理解语言困难；
4. 双眼向一侧凝视；
5. 一侧或双眼视力丧失或模糊；
6. 眩晕伴呕吐；
7. 既往少见的严重头痛、呕吐；
8. 意识障碍或抽搐。

(二) 现场处理及运送

现场急救人员应尽快进行简要评估和必要的急救处理。

一般处理：初步判断为脑血管意外以后，应使病人仰卧，头肩部稍垫高，头偏向一侧，防止痰液或呕吐物回吸入气管造成窒息，如果病人口鼻中有呕吐物阻塞，应设法抠出，保持呼吸道通畅。解开病人领口纽扣，领带、裤带、胸罩，如有假牙也应取出。如果病人是清醒的，应注意要安慰病人，缓解其紧张情绪。宜保持镇静，切勿慌张，不要悲哭或呼唤病人，避免造成病人的心理压力。注意给病人保暖，防止受

凉。正确搬运病人：2-3 人同时用力，一人托住病人的头部和肩部；如果还有一人，则要托起病人腰背部及双脚，3 人一起用力，平抬病人移至硬木板或担架上，不要在搬运时把病人扶直坐起，勿抱、拖、背、扛病人。

急救处理：①处理气道、呼吸和循环问题；②心脏观察；③建立静脉通道，留置套管针：8 号，静脉输注第一瓶液（生理盐水或林格氏液）；④吸氧；⑤评估有无低血糖。**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。应尽快将患者送至附近有条件的医院（能 24 h 进行急诊 CT 检查）。

二、急诊室诊断及处理

由于脑梗死治疗时间窗窄，及时评估病情和诊断至关重要，医院应建立脑卒中诊治快速通道，尽可能优先处理和收治脑卒中患者。争取从急诊就诊到开始溶栓在 60min 内完成。

（一）诊断

1. 是否为脑卒中？

注意发病形式、发病时间，排除脑外伤、中毒、癫痫后状态、瘤脑卒中、高血压脑病、血糖异常、脑炎及躯体重要脏器功能严重障碍等引起的脑部病变。进行必要的实验室检查（所有患者都应做的检查：①血糖、肝肾功能和电解质；②心电图和心肌缺血标志物；③全血计数，包括血小板计数；④凝血酶原时间（PT）、国际标准化比率（INR）和活化部分凝血活酶时间（APTT）；⑤氧饱和度；⑥胸部 X 线检查）。

2. 是缺血性还是出血性脑卒中？

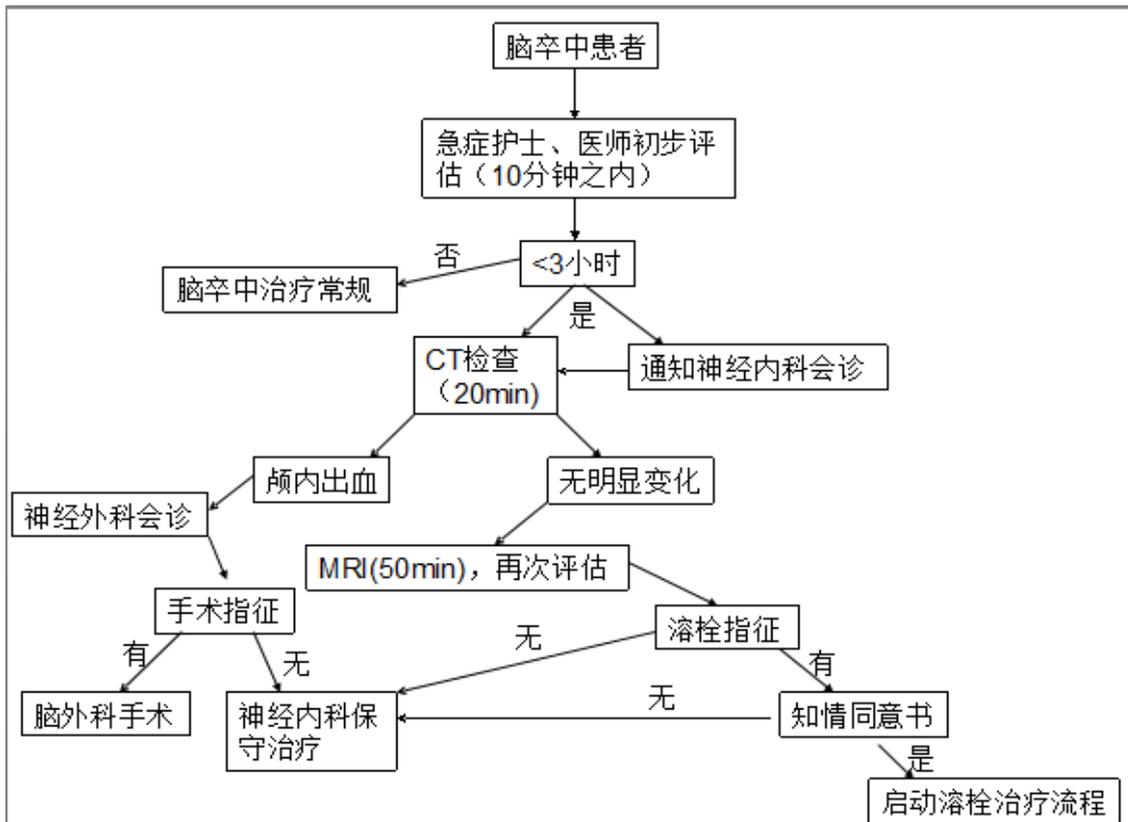
除非特殊原因不能检查，所有疑为脑卒中者都应尽快进行脑影像学（CT 或 MRI）检查，排除出血性脑卒中、确立缺血性脑卒中的诊断。

3. 是否适合溶栓治疗？

发病时间是否在 3h、4.5h 或 6h 内，有无溶栓适应症。

（二）处理

密切监护基本生命功能，如气道和呼吸；心脏监测和心脏病变处理；血压和体温调节。需紧急处理的情况：颅内压增高，严重血压异常，血糖异常和体温异常，癫痫等（见 III 中相关内容）。对疑似脑卒中患者进行快速诊断，尽可能在到达急诊室后 60 min 内完成脑 CT 等评估并做出治疗决定。



三、急性期诊断与治疗

（一）评估和诊断

脑卒中的评估和诊断包括:病史和体征、影像学检查、实验室检查、疾病诊断和病因分型等。

1. 病史和体征

(1) 病史采集

询问症状出现的时间最为重要。其他包括神经症状发生及进展特征,心脑血管病危险因素,用药史、药物滥用、偏头痛、病性发作、感染、创伤及妊娠史等。

(2) 一般体格检查与神经系统体检

评估气道、呼吸和循环功能后,立即进行一般体格检查和神经系统体检。

(3) 可用脑卒中量表评估病情严重程度

常用量表有:①中国脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分量表(1995);②美国国立卫生院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS),是目前国际上最常用量表;③头颅CT的ASPECT评分。

2. 实验室及影像检查选择

对疑似脑卒中患者应进行常规实验室检查,以便排除类脑卒中或其他病因。

所有患者都应做的检查:①全血计数,包括血小板计数;②血糖、肝肾功能和电解质;③心电图和心肌缺血标志物;④凝血酶原时间(PT)、国际标准化比率(INR)和活化部分凝血活酶时间(APTT);⑤氧饱和度;⑥胸部X线检查;⑦平扫脑CT或MRI。

部分患者必要时可选择的检查:④毒理学筛查;⑧血液

酒精水半；③妊娠试验；④动脉血气分析(若怀疑缺氧)；⑤腰穿(怀疑蛛网膜下腔出血而 CT 未显示或怀疑脑卒中继发于感染性疾病)；⑥脑电图(怀疑痫性发作)；⑦颈动脉,磁共振血管成像(MRA)、CT 血管成像(CTA)和数字减影血管造影(DSA)等。

3. 诊断

脑梗死的诊断根据:(1)急性起病;(2)局灶性神经功能缺损,少数为全面神经功能缺损;(3)症状和体征持续 12h 以上(溶栓可参照适应证选择患者);(4)排除非血管性脑部病变;(5)脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其他病变,有责任缺血病灶。

4. 病因分型

对脑梗死患者进行病因分型有助于判断预后、指导治疗和选择三级预防措施。当前国际广泛使用 TOAST 病因分型,将缺血性脑卒中分为:大动脉粥样硬化型、心源性栓塞型、小动脉闭塞型、其他明确病因型和不明原因型等 5 型。

(二) 一般处理

1. 血氧饱和度测定与吸氧

(1)合并低氧血症患者(血氧饱和度低于 92%或血气分析提示缺氧)应给予吸氧,气道功能严重障碍者应给予气道支持(气管插管或切开)及辅助呼吸。

(2)无低氧血症的患者不需常规吸氧。

2. 心脏监测与心脏病变处理

脑梗死后 24 h 内应常规进行心电图检查,必要时进行

心电监护，以便早期发现心脏病变并进行相应处理；避免或慎用增加心脏负担的药物。

3. 体温控制

(1) 对体温升高的患者应明确发热原因，如存在感染应给予抗生素治疗；

(2) 对体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ 的患者应给予退热措施。

4. 血压控制

(1) 准备溶栓者，血压应控制在收缩压 $< 180\text{mm Hg}$ 、舒张压 $< 100\text{mm Hg}$ ，首先选择钙离子拮抗剂或 ACEI 类药物，其次可选择 ARB、利尿剂或者 β 受体阻滞剂，最后选择可乐定；尽量避免利血平和心痛定。

(2) 缺血性脑卒中后 24h 内血压升高的患者应谨慎处理。应先处理紧张焦虑、疼痛、恶心呕吐及颅内压增高等情况。血压持续升高，收缩压 $> 200\text{mm Hg}$ 或舒张压 $> 110\text{mm Hg}$ ，或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病，可予缓慢降压治疗，并严密观察血压变化，必要时可静脉使用短效药物(如拉贝洛尔、尼卡地平等)，最好应用微量输液泵，避免血压降得过低。

(3) 卒中后若病情稳定，血压持续 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 者，无禁忌症，可于脑卒中 72 h 后开始恢复使用降压药物。

(4) 脑卒中后低血压的患者应积极寻找和处理原因，必要时可采用扩容升压措施。

5. 血糖控制

(1) 高血糖：血糖超过 11.1mmol/L 时给予胰岛素治疗，

控制血糖在 7.7-10mmol/l 之间。

(2) 低血糖: 血糖低于 3.3 mmol/L 时给予 10% -20%葡萄糖口服或注射治疗。

6. 营养支持

(1) 正常经口进食者无需额外补充营养。

(2) 不能正常经口进食者可鼻饲, 持续时间长者经本人或家属同意可行经皮内镜下胃造瘘(PEG)管饲补充营养。

(三) 特异性治疗

特异性治疗指针对缺血性损伤病理生理机制中某一特定环节进行的干预。近年研究热点为改善脑血循环的多种措施(如溶栓、抗血小板、抗凝、降纤、扩容等方法)及神经保护的多种药物。

1. 溶栓

(1) 静脉溶栓的适应证与禁忌证: ①适应证: A. 年龄 18 - 80 岁; B 发病 4.5 h 以内(rtPA)或 6 h 内(尿激酶); C. 脑功能损害的体征持续存在超过 1 h, 且比较严重; D. 脑 CT 已排除颅内出血, 且无早期大面积脑梗死影像学改变; E. 患者或家属签署知情同意书。②禁忌证: A. 既往有颅内出血, 包括可疑蛛网膜下腔出血; 近 3 个月有头颅外伤史; 近 3 周内有胃肠或泌尿系统出血; 近 2 周内进行过大的外科手术; 近 1 周内有不妥压迫止血部位的动脉穿刺。B. 近 3 个月内有脑梗死或心肌梗死史, 但不包括陈旧小腔隙梗死向未遗留神经功能体征。C. 严重心、肝、肾功能不全或严重糖尿病患者。D. 体检发现有活动性出血或外伤(如骨折)的证据。E. 已口服抗凝

药，日. INR>1.5；48 h 内接受过肝素治疗 (APTT 超出正常范围)。F. 血小板计数低于 $100 \times 10^9 / L$ ，血糖 $< 2.7 \text{ mmol/L}$ ，G. 血压：收缩压 $> 180 \text{ mmHg}$ ，或舒张压 $> 100 \text{ mmHg}$ 。H 妊娠。I. 不合作。③静脉溶栓的监护及处理：A. 患者收入重症监护病房或脑卒中单元进行监护；B. 定期进行神经功能评估，第 1 小时内 30 min 1 次，以后每小时 1 次，直至 24 h；C. 如出现严重头痛、高血压、恶心或呕吐，应立即停用溶栓药物并行脑 CT 检查；D. 定期监测血压，最初 2h 内 15 min 1 次，随后 6h 内 30 min 1 次，以后 1 h/次，直至 24 h；E. 如收缩压 $> 180 \text{ mm Hg}$ 或舒张压 $> 100 \text{ mm Hg}$ ，应增加血压监测次数，并给予降压药物；F. 鼻饲管、导尿管及动脉内测压管应延迟安置；G. 给予抗凝药、抗血小板药物前应复查颅脑 CT。

(2) 溶栓的方法：①对缺血性脑卒中发病 3 h 内的患者，应根据适应证严格筛选患者，尽快静脉给予 rtPA 溶栓治疗。使用方法：rtPA 0.9 mg/kg (最大剂量为 90 mg) 静脉滴注，其中 10% 在最初 1 min 内静脉推注，其余持续滴注 1 h，用药期间及用药 24 h 内应如前述严密监护患者。②发病 6h 内的缺血性脑卒中患者，如不能使用 rtPA 可考虑静脉给予尿激酶，应根据适应证严格选择患者。使用方法：尿激酶 100 万-150 万 IV，溶于生理盐水 100-200ml，持续静脉滴注 30 min，用药期间应如前述严密监护患者。③发病 6h 内由大脑中动脉闭塞导致的严重脑卒中且不适合静脉溶栓的患者，经过严格选择后可在有条件的医院进行动脉溶栓。④发病 24 h 内由后循环动脉闭塞导致的严重脑卒中且不适合静脉溶栓

的患者，经过严格选择后可在有条件的单位进行动脉溶栓。

⑤溶栓患者的抗血小板或特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗者，应推迟到溶栓 24 h 后开始。⑥溶栓困难可进行机械取栓、桥接、血管成形和支架术。

2. 抗血小板

(1) 不符合溶栓适应证且无禁忌证的缺血性脑卒中患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150-300mg/d。急性期后可改为预防剂量(50-150 mg/d)；

(2) 溶栓治疗者，阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓 24 h 后开始使用；

(3) 对不能耐受阿司匹林者，可考虑选用氯吡格雷等抗血小板治疗。

3. 抗凝

(1) 对大多数脑梗死患者，不推荐无选择地早期进行抗凝治疗；

(2) 关于少数特殊患者的抗凝治疗，可在谨慎评估风险、效益比后慎重选择；

(3) 特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗的患者，应在 24h 后使用抗凝剂。特别是怀疑为进展性红色血栓的病人，可选择新型抗凝剂。

4. 降纤

对不适合溶栓并经过严格筛选的脑梗死患者，特别是高纤维蛋白血症者可选用降纤治疗；包括巴曲酶、降纤酶、安克洛酶等。

5. 扩容

(1) 对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩容；

(2) 对于低血压或脑血流低灌注所致的急性脑梗死如分水岭梗死可考虑扩容治疗，但应注意可能加重脑水肿、心功能衰竭等并发症。

6. 扩张血管

对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩血管治疗，对血管痉挛引起的可考虑扩张血管治疗。

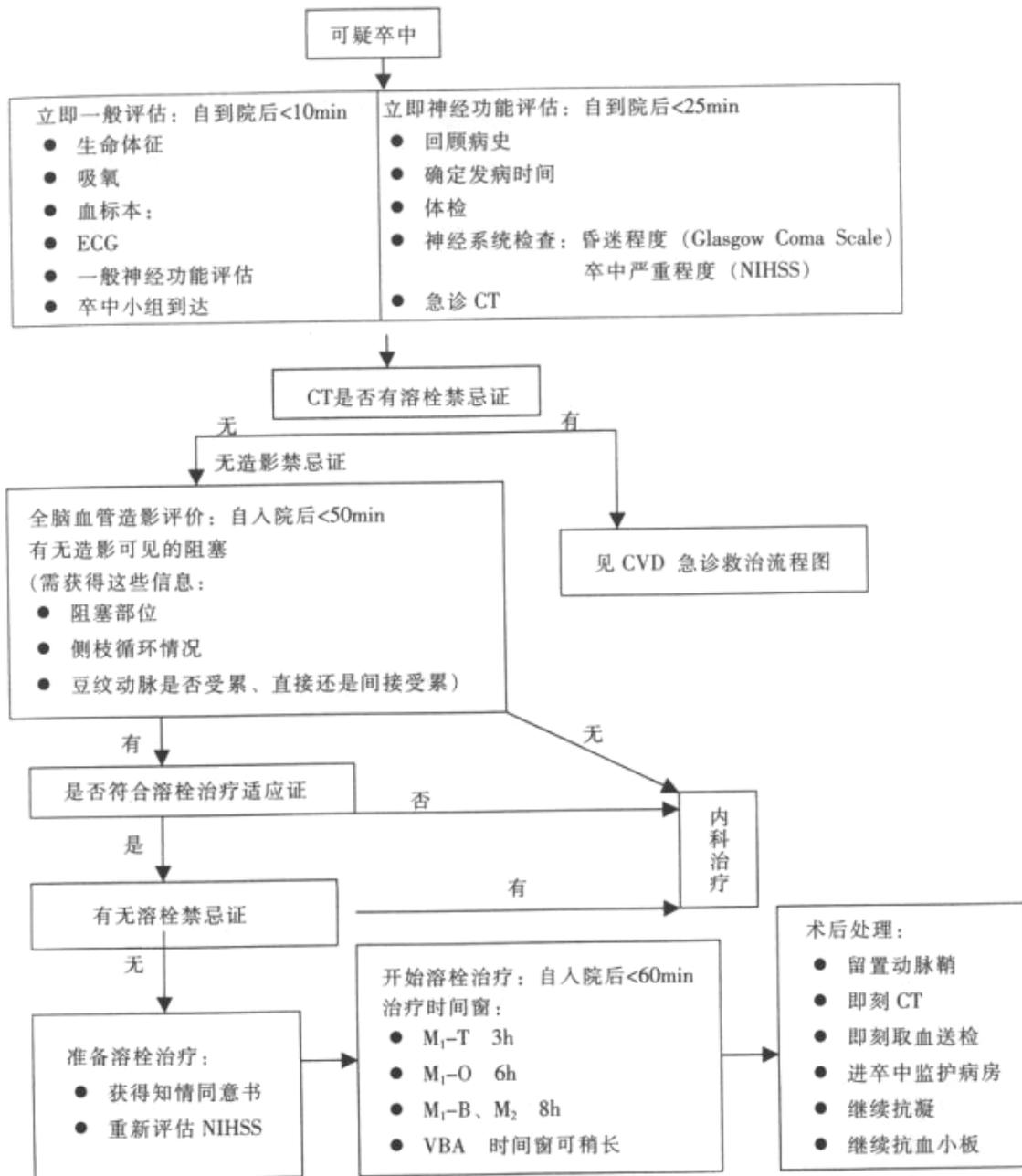
7. 其它改善脑血循环药物

在临床工作中，个体化应用丁基苯酞、尤瑞克林。

8. 神经保护

理论上，针对急性缺血或再灌注后细胞损伤的药物(神经保护剂)可保护脑细胞，提高对缺血缺氧的耐受性。可考虑加用依达拉奉、吡拉西坦。缺血性脑卒中起病前已经服用他汀类药物，可继续使用他汀治疗。

急性缺血性卒中动脉内溶栓治疗流程



(四) 急性期并发症的处理

1. 脑水肿与颅内压增高

(1) 卧床，床头可抬高至 20-45°，避免和处理引起颅

内压增高的因素，如头颈部过度扭曲、激动、用力、发热、癫痫、呼吸道不通畅、咳嗽、便秘等；

(2) 可使用甘露醇静脉滴注，必要时也可用甘油果糖或呋塞米等；

(3) 对于发病 48 h 内，60 岁以下的恶性大脑中动脉梗死伴严重颅内压增高、内科治疗不满意且无禁忌证者，可请脑外科会诊考虑是否行减压术；

(4) 对压迫脑干的大面积小脑梗死患者可请脑外科会诊协助处理。

2. 出血转化

(1) 症状性出血转化：停用抗栓治疗（抗血小板和抗凝）等致出血药物；与抗凝和溶栓相关的出血按脑出血处理；

(2) 何时开始抗凝和抗血小板治疗：对需要抗栓治疗的患者，可于出血转化病情稳定后 7-10 d 开始抗栓治疗；对于再发血栓风险相对较低或全身情况较差者，可用抗血小板药物代替华法林。

3. 癫痫

(1) 不推荐预防性应用抗癫痫药物；

(2) 孤立发作一次或急性期癫痫发作控制后，不建议长期使用抗癫痫药物；

(3) 脑卒中后 2-3 个月再发的癫痫，建议按癫痫常规治疗，进行长期药物治疗；

(4) (1) 脑卒中后癫痫持续状态，建议按癫痫持续状态治疗原则处理。

4、吞咽困难

(1) 建议于患者进食前采用饮水试验进行吞咽功能评估；

(2) 吞咽困难短期内不能恢复者早期可插鼻胃管进食，吞咽困难长期不能恢复者可行胃造口进食。

5. 肺炎

(1) 早期评估和处理吞咽困难和误吸问题，对意识障碍患者应特别注意预防肺炎；

(2) 疑有肺炎的发热患者应给予有效抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素。

6. 排尿障碍与尿路感染

(1) 建议对排尿障碍进行早期评估和康复治疗，记录排尿日记；

(2) 尿失禁者应尽量避免留置尿管，可定时使用便盆或便壶，白天每 2 小时 1 次，晚上每 4 小时 1 次；

(3) 尿潴留患者应测定膀胱残余尿，排尿时可在耻骨上施压加强排尿，必要时可间歇性导尿或留置导尿；

(4) 有尿路感染者应给予抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素。

7. 深静脉血栓形成(deep vein thrombosis, DVT)和肺栓塞

(1) 鼓励患者尽早活动、抬高下肢；尽量避免下肢(尤其是瘫痪侧)静脉输液；

(2) 对于发生 DVT 及肺栓塞高风险且无禁忌者，可给

予低分子肝素或普通肝素，有抗凝禁忌者给予阿司匹林治疗；

(3) 可联合加压治疗(长筒袜或交替式压迫装置)和药物预防 DVT，不推荐常规单独使用加压治疗；但对有抗栓禁忌的缺血性脑卒中患者，推荐单独应用加压治疗预防 DVT 和肺栓塞；

(4) 对于无抗凝和溶栓禁忌的 DVT 或肺栓塞患者，首先建议肝素抗凝治疗，症状无缓解的近端 DVT 或肺栓塞患者可给予溶栓治疗。

(五) 早期康复

康复训练的原则

- A: 早期开始，一般可在发病后病情稳定的 2~3 天进行。
- B: 患者应取仰卧位。
- C: 两侧均要进行训练，先做健侧，后做患侧。
- D: 活动某一个关节时，近端关节必须予以固定。
- E: 手法要轻柔适度，避免产生疼痛。
- F: 手法的速度要缓慢，有节奏，一般一个动作需要 3~5 秒。
- G: 被动关节活动每日 3 次，各关节的诸运动方向均要进行训练，每种运动各 3~5 次为宜。
- H: 保持最大关节活动范围，肩水平外展不要超过 90°，否则易引起软组织损伤。

卒中后在病情稳定的情况下应早期开始坐、站、走；卧床者病情容许应注意良姿位摆放，重视语言、运动、心理等

多方面的康复训练。

（六）饮食管理

1. 急性期饮食

大面积的脑梗死应食用易消化吸收的流食或半流食。流食如牛奶、豆浆、米汤、菜汤等，易于消化吞咽，每日6次，每次200ml~250ml；半流食如粥、面片汤、面条汤、馄饨等软烂、易消化、易咀嚼的饮食，每日5次。必要时给予鼻饲饮食。其它病人选择恢复期饮食。

2. 恢复期饮食

（1）**低盐**：食盐的摄入量 $<2-3\text{g}/\text{日}$ ，少食含盐多的食品，如咸菜、酱菜、酱油、腌制品、海产品等。

（2）**低脂肪**：肉类75-100g/日，可食瘦肉、牛羊肉、去皮禽肉、鱼，少食肥肉、加工肉制品、油炸食物、动物内脏等；食用油20g/日，可食用色拉油、花生油，避免动物油、黄油等。

（3）**粗纤维饮食**：多食含纤维素多的食物，如芹菜、韭菜、菠菜、粗粮、豆类、谷类、新鲜蔬菜水果类等，可促进肠蠕动，预防大便干燥。

附件 2

脑血管病恢复期社区治疗

一、脑卒中复发的各种危险因素干预（二级预防）

- 1、高血压管理
- 2、糖尿病控制
- 3、高脂血症（他汀类药物）
- 4、心脏病的干预
- 5、颈动脉狭窄的干预
- 6、高半胱氨酸血症的干预
- 7、干预短暂性脑缺血发作（TIA）
- 8、抗血小板聚集

阿司匹林的剂量为 50~150mg/d 或氯吡格雷，75mg/d。

9、抗凝治疗

房颤诱发的心源性栓塞患者可使用华法令抗凝治疗，剂量为 2~4mg/d，INR 值应控制在 2.0~3.0 之间。如果没有监测 INR 的条件，则不能使用华法令，只能选用阿司匹林等治疗。

10、健康宣教及行为危险因素的干预（如吸烟、酗酒、肥胖、抑郁等）

二、脑卒中康复治疗

脑卒中的功能障碍主要包括运动功能障碍、感觉功能障碍、认知障碍、情绪障碍、言语和语言障碍、吞咽障碍、排泄障碍及心肺功能障碍等。

1. 运动功能障碍

(1) 肌力训练

对于脑卒中肌力差的患者，在康复过程中应当给予①适当的渐进式抗阻训练，进行肌力强化训练。②肌电生物反馈疗法与常规康复治疗相结合。③功能电刺激治疗。

(2) 痉挛的防治

①痉挛的治疗应该是阶梯式的，开始采用保守的疗法，逐渐过渡到侵入式疗法。②治疗痉挛首选无创的治疗方法，如抗痉挛肢位的摆放、关节活动度训练、痉挛肌肉的牵拉和伸展、夹板疗法等治疗方法。③运动功能训练疗效不好，特别是全身性肌肉痉挛的患者，建议使用口服抗痉挛药物如巴氯芬、替扎尼定等治疗。④对局部肌肉痉挛影响功能和护理的患者，建议使用 A 型肉毒毒素局部注射治疗，以缓解痉挛。⑤对以下肢为主的难治性肌肉痉挛的患者，在条件允许的情况下，可以试用鞘内注射巴氯芬(，或者选择性脊神经后根切断术、脊髓背根入口区破坏等。

(3) 运动功能障碍康复训练方法的选择

强制性运动疗法 ①符合强制性运动疗法基本标准的亚急性期和慢性期脑卒中患者，推荐使用标准的强制性运动疗法治疗，每天 6 小时，每周训练 5 天，连续两周。②符合强制性运动疗法最低标准(患侧腕伸展达到 10° ，每个手指伸展达到 10° ，没有感觉和认知功能的缺损)的亚急性期和慢性期脑卒中患者，可使用标准的强制性运动疗法治疗或改良的强制性运动疗法治疗方案。

减重步行训练 ①减重步行训练用于脑卒中 3 个月后有

轻到中度步行障碍的患者，可以作为传统康复治疗的一个辅助方法。②若脑卒中早期病情稳定，轻到中度步行障碍的患者在严密监护下可以试用减重步行训练作为传统治疗的一个辅助方法。

运动再学习方案 脑卒中早期阶段可以在有条件的机构应用运动再学习方案来促进脑卒中后运动功能的恢复。

2. 触觉及本体感觉障碍的康复

所有脑卒中患者进行详细的感覺检查。感覺障碍患者可采用特定感覺训练和感覺关联性训练以提高其触觉和肌肉运动知觉等感覺能力。采用经皮电刺激联合常规治疗可能提高感覺障碍患者的感覺功能。

3. 认知障碍的康复

康复小组进行早期认知功能筛查是十分必要的。详细的评价有助于确定损害的类型，并且指导康复小组为患者提供合适的针对性的认知康复方法。应用简易精神状态检查(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、长谷川痴呆量表(HDS)和韦氏成人智力量表(WAIS)进行认知功能评定。应用乙酰胆碱酯酶抑制剂来改善脑卒中后认知功能和全脑功能；应用钙拮抗剂尼莫地平来预防和延缓脑卒中后认知功能损害或痴呆的发生发展。可考虑应用 NMDA 受体抑制剂治疗血管性痴呆或认知障碍。

4. 情绪障碍的康复

脑卒中患者应注意卒中后情绪障碍，在患者的全面评价中应涵盖心理史，包括患者病前性格特点、心理疾病、病前

社会地位及相关社会支持情况。应用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、抑郁量表(HAMD)进行卒中后焦虑抑郁筛查。出现卒中后抑郁或情绪不稳的患者可以使用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等抗抑郁药物治疗或心理治疗。

5. 语言和交流障碍的康复

由言语治疗师对存在交流障碍的脑卒中患者从听、说、读、写、复述等几个方面进行评价，对语音和语义障碍的患者进行针对性的治疗。脑卒中后失语症患者早期进行康复训练，并适当增加训练强度；集中强制性语言训练有助于以运动性失语为主的患者的语言功能恢复。对构音障碍的脑卒中患者，建议采用生物反馈和扩音器提高语音和改变强度，使用腭托代偿腭咽闭合不全，应用降低语速、用力发音、手势语等方法进行代偿。对严重构音障碍患者可以采用增强和代偿性交流系统，来提高和改善交流能力。

6. 吞咽障碍的康复

所有吞咽障碍患者均应进行临床床旁评价、营养及水分补给等评价，定期监测患者体重变化。①吞咽评估之后可以采用改变食物性状和采取代偿性进食方法如姿势和手法等改善患者吞咽状况②对不能经口维持足够的营养和水分的患者应考虑肠内营养。需长期胃肠营养者(大于 4 周)建议给予经皮内镜下胃造瘘喂养。需要长期管饲者应该定期评估营养状态和吞咽功能。

7. 尿便障碍的康复

对于尿便障碍需较长时间使用导尿，推荐使用有抗菌作

用的导尿管如银合金涂层导尿管，而且也应尽早拔除并应为尿便障碍的患者制定和执行膀胱、肠道训练计划。

8. 心肺功能障碍

对于心肺功能障碍①应进行重要的心肺功能指标检测。当患者在训练时出现心率、血压、血氧饱和度的明显变化，或出现明显胸闷气短、晕厥、胸痛时应停止或调整训练强度。②下肢肌力好的脑卒中患者，建议进行增强心血管适应性方面的训练如活动平板训练、水疗等。③对脑卒中后呼吸睡眠暂停的患者推荐使用持续气道正压通气(CPAP)作为为一线治疗方法。④对不愿意使用 CPAP 的患者建议使用口部装置或者调整体位。

9. 脑卒中后继发障碍的康复

脑卒中患者由于疾病造成的功能障碍及在治疗中的废用、误用，可引起多种继发障碍，如骨质疏松、肩痛、肩手综合征、压疮、下肢深静脉血栓和肺栓塞等。脑卒中的继发障碍多由卧床时间长、训练和护理不当等原因引起，给患者造成不必要的痛苦，延缓了康复过程，影响康复效果。

(1) 骨质疏松

①脑卒中患者应定期进行骨密度测定，对骨质疏松的预防及治疗有很大帮助，早期床边康复训练 4 周以上的骨质疏松患者在进行负重练习前，应再次评价骨密度。②脑卒中后减少卧床时间，早期进行康复干预，预防和治疗脑卒中后骨质疏松。③采取环境调整或环境改造的方式，预防跌倒以及由此造成的骨折)。④可考虑应用减少骨质流失的药物改善

骨质疏松，对维生素 D 水平降低的患者进行药物补充。

（2）中枢性疼痛

①推荐使用 0~10 分量表评价疼痛。②推荐进行全方位的疼痛管理，包括：可能的病因，疼痛的位置，疼痛的性质、量、持续时间和强度，以及疼痛加重或缓解的因素。③推荐使用小剂量的中枢性镇痛药如阿米替林、卡马西平、拉莫三嗪及抗痉挛药，可能对神经性疼痛有帮助，使用时要权衡药物治疗的利弊。

（3）肩痛

①脑卒中早期避免用力牵拉肩关节，局部经皮电刺激、持续肩关节活动度训练、保护肩关节等措施可以预防和治疗肩痛。②应避免肩部过度屈曲、外展运动和双手高举过头的动作，这些活动很难控制肩部外展范围而导致肩痛。③功能电刺激可提高肩关节无痛性活动范围，减轻疼痛程度。④对痉挛造成的肩痛，局部注射 A 型肉毒毒素可减轻肩痛。

（4）肩手综合征

①对肩手综合征患者，建议适度抬高患肢并配合被动活动，联合应用神经肌肉电刺激比单纯抬高患肢更有效。②对于手肿胀明显的患者可采取短期应用类固醇激素治疗。③外用加压装置有利于减轻肢体末端肿胀。

（5）肩关节半脱位

①对于严重肌肉无力、有发生肩关节半脱位危险的脑卒中患者，推荐使用电刺激联合传统运动疗法降低肩关节半脱位的发生率，且优于单独使用传统治疗。②对于肩关节半脱

位患者，建议使用牢固的支撑装置防止恶化。③持续肩关节位置保持训练可以改善肩关节半脱位。

(6) 关节挛缩

①对于可能发生挛缩的患者，采用能够使肌肉持续保持拉长状态的姿势来维持关节活动度。②建议对已发生关节挛缩的患者采用支具扩大关节活动度。

(7) 压疮

压疮的干预措施包括：适当的体位、定时翻身，正确的移乘技术，应用气垫床和海绵垫，酌情使用预防压疮的辅料，及时清理大小便，改善全身营养状况。

(8) 深静脉血栓

当前应用的几种预防脑卒中患者深静脉血栓的方法包括早期运动、抗凝、间歇气压、弹力袜等。有/无他人辅助下每天步行至少 50 英尺可使脑卒中后深静脉血栓的发生率明显下降。

附件 3

项目目标解释说明

1、管理对象的规范管理率达到 80%以上；

指标解释：管理对象按照《实施细则》开展救治、建立健康档案、定期进行随访和干预为规范管理。

计算公式：规范管理率=管理对象规范管理人数/管理对象总人数×100%。

2、管理对象的血压、血糖、血脂控制率分别达到 60%以上；

指标解释：

(1) 管理对象血压控制在 140/90mmHg 以下则为血压控制达标；

(2) 管理对象糖化血红蛋白控制在 7%以下，可进行个体化调整，对于有严重低血糖事件发生史，预期寿命短，存在严重的微血管或大血管并发症，存在其他严重并发症以及糖尿病病史长且应用包括胰岛素在内的多种药物都难以控制血糖的患者，糖化血红蛋白控制在 8.0%以下则为血糖控制达标；

(3) 管理对象 LDL-C 控制在 2.6mmo l/l 以下，则为血脂控制达标。

计算公式：血压（血糖、血脂）控制率=管理对象血压（血糖、血脂）控制达标人数/管理对象总人数×100%。

3、管理对象 1 年内脑卒中复发率低于 8%；

指标解释：新发脑卒中患者经过治疗且纳入管理一年内，如果再次急性发作时间距离首次发病超过 28 天，则为复发。

计算公式： $\text{复发率} = \frac{\text{1年内脑卒中复发人数}}{\text{管理对象总数}} \times 100\%$ 。

4、管理对象干预有效率达 80%以上；

指标解释：管理对象干预前后日常生活活动能力评分比较，如果干预后评分比干预前提升一个等级，则为干预有效。

计算公式：纳入管理前做一次 Barthel 量表评分，根据评分分为 0123 级，一年后再做一次评分作为效果评估，如果分级较基线有所提高，视为干预有效。

$\text{干预有效率} = \frac{\text{管理对象干预有效的人数}}{\text{管理对象总人数}} \times 100\%$ 。

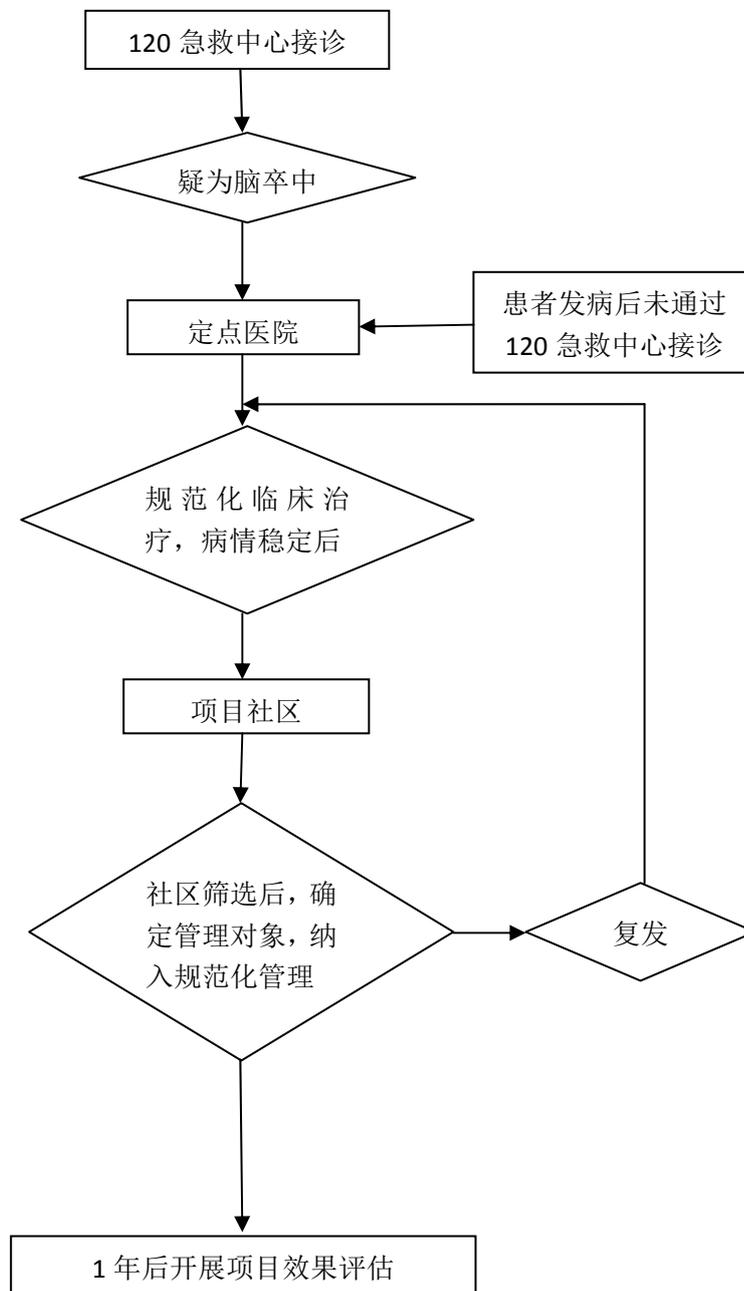
5、脑卒中防治相关知识知晓率达到 85%以上。

指标解释：通过问卷的方式，了解管理对象掌握脑卒中防治相关知识的情况。

计算公式： $\text{知晓率} = \frac{\text{正确知晓防治相关知识的管理对象人数}}{\text{管理对象总人数}} \times 100\%$ 。

附件 4

项目运作流程



附 2:

镇江市脑卒中患者规范管理项目实施细则

为更好地实施《镇江市脑卒中患者规范管理项目方案(试行)》，特制定本细则如下：

一、规范救治

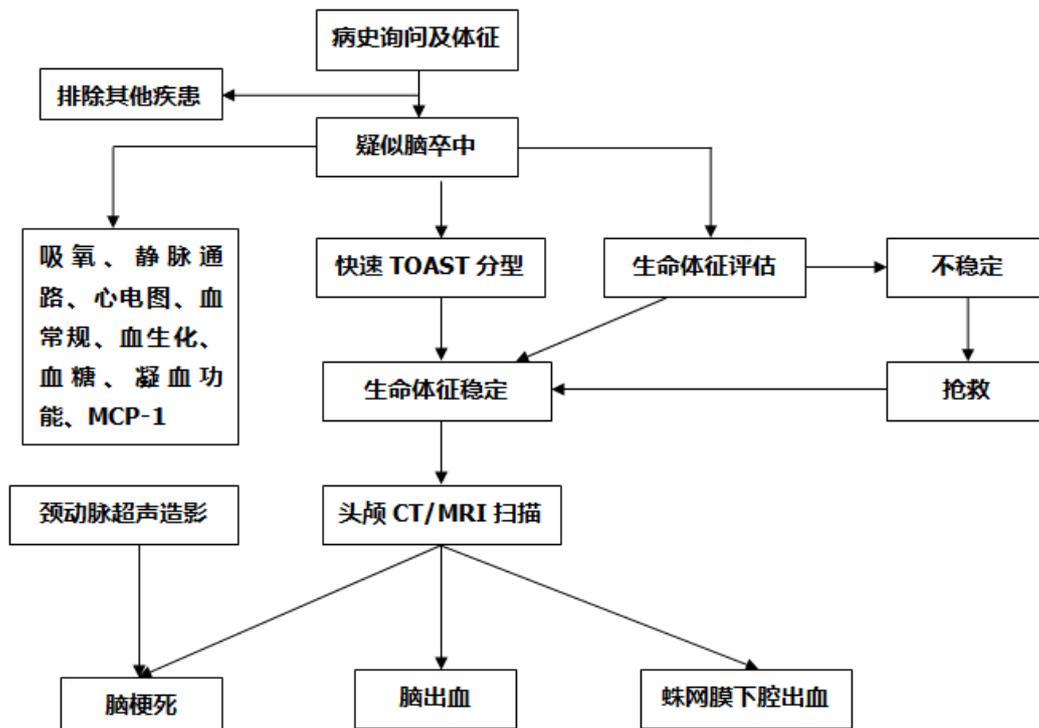
(一) 院前急救

救护人员到达现场后迅速识别疑似脑卒中患者，立即采集有关病史并进行简要评估（附件 2）和必要的急救处理。

(二) 医院救治

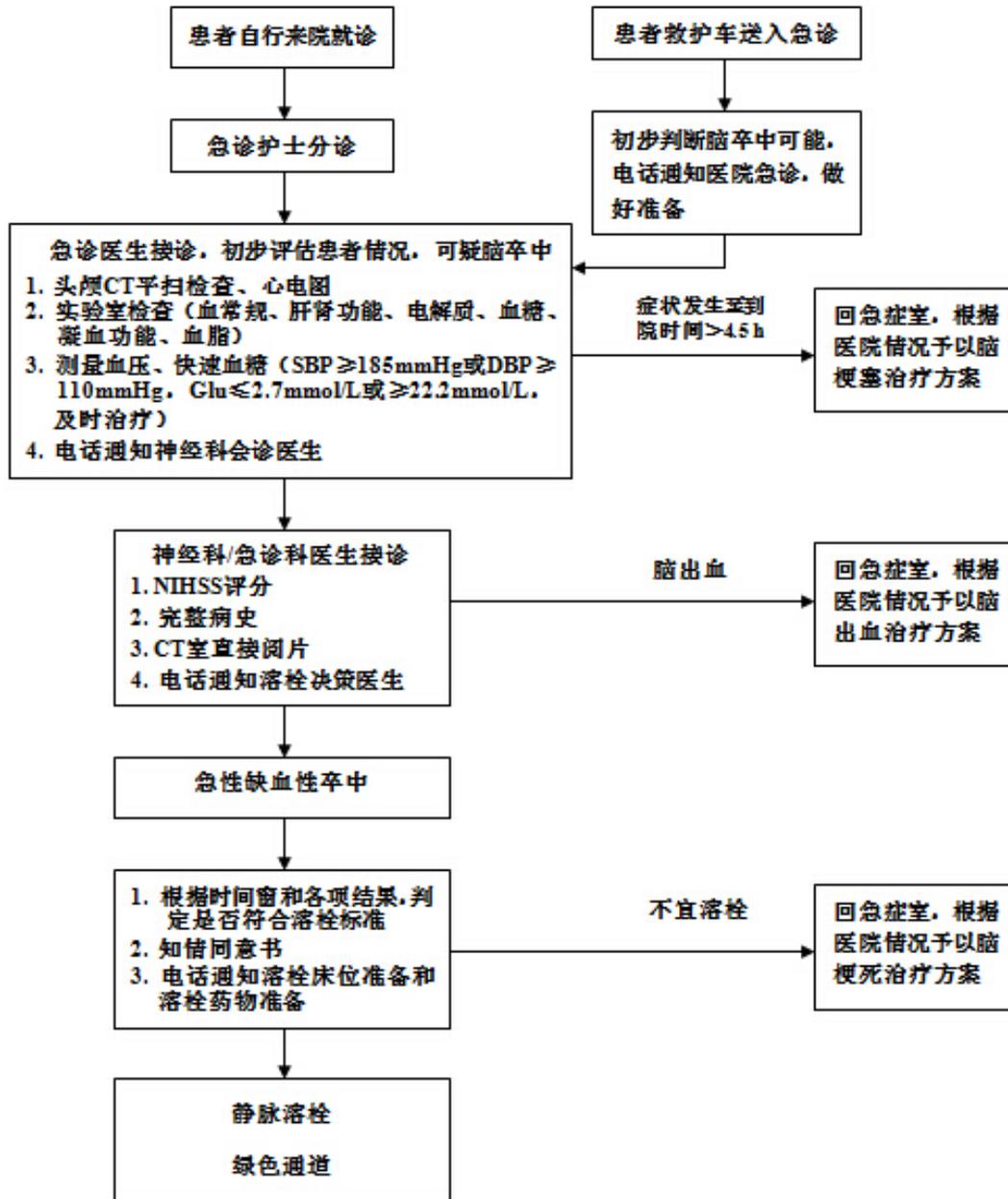
定点医院应根据国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会及中国卒中学会制定的系列脑卒中诊治相关规范及方案要求执行。以下流程可作为临床路径参考，各定点医院根据自身实际情况执行：

1. 早期诊断流程

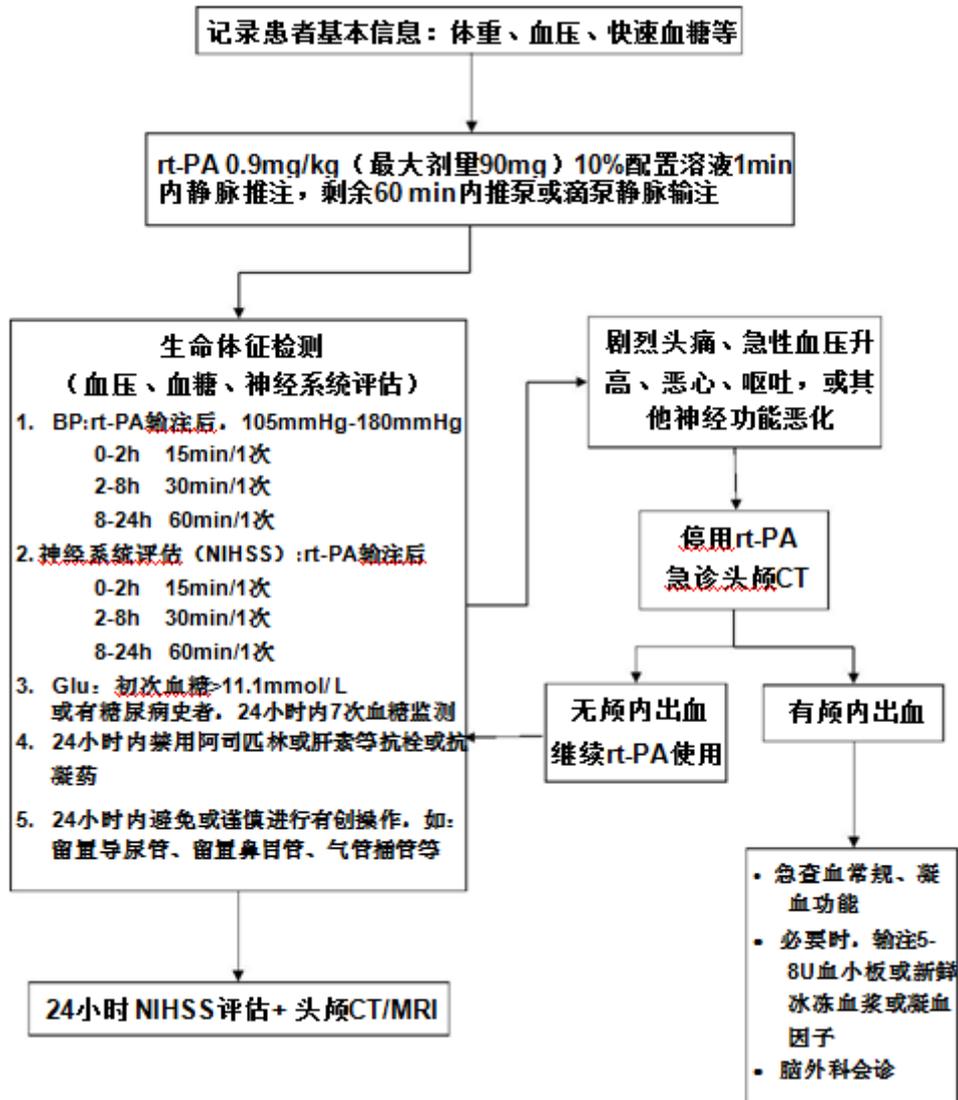


2. 卒中急救流程

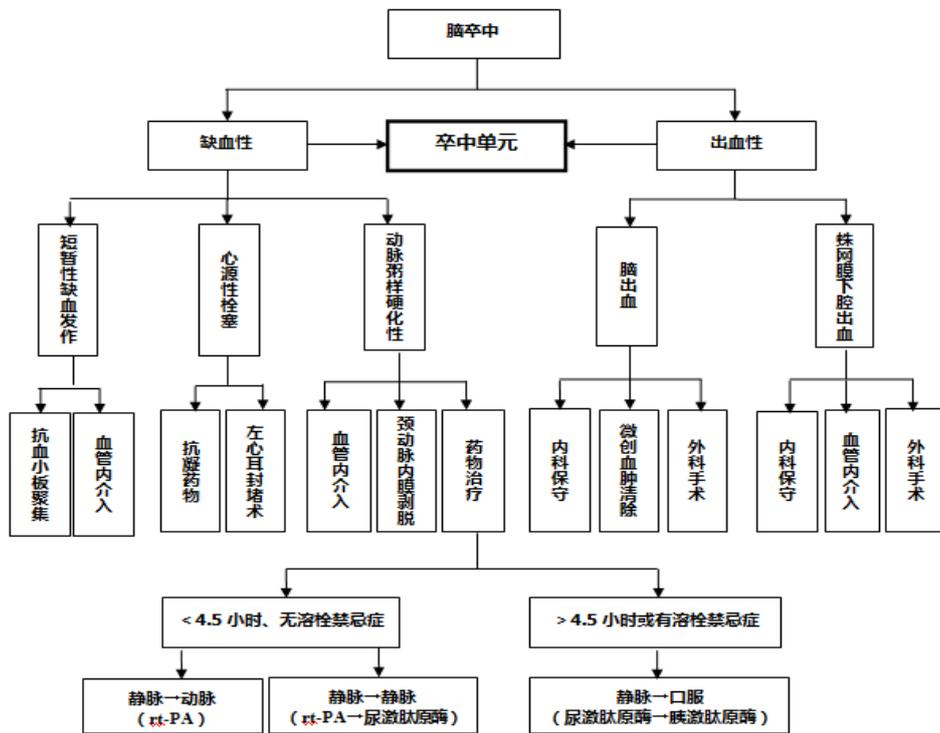
(1) 卒中急救接诊流程



(2) 卒中急救溶栓流程



3. 卒中治疗流程



(三) 社区治疗

1. 治疗对象为门诊就诊和由定点医院转回的患者。
2. 社区在定点医院指导下开展规范治疗，管理对象药物规律服用率 $\geq 95\%$ ，血压、血糖、血脂控制率 $\geq 60\%$ ，规范化用药指导不少于4次。
3. 根据管理对象病程，采取活血化瘀、通经活络等方法，开展中医药综合治疗。

(四) 主要神经功能障碍的康复治疗

1. 运动功能的康复

(1) 急性期（早期卧床期）康复

保持良好体位，进行被动运动，床上运动训练和开始日常生活活动能力（ADL）训练。训练应循序渐进，基本程序如下：

①正确的卧位姿势：患侧卧位、健侧卧位、仰卧位（过渡性、时间不宜过长）。

②床上坐位：首先要保持患者躯干的直立，为此可以用大枕垫于身后，髋关节屈曲 90° ，双上肢置于移动小桌上，防止躯干后仰，肘及前臂下方垫枕，以防肘部受压。

③维持关节活动度的训练：应早期开始，急性期可在病房实施。一般每天做两次，每次 10~20 分钟。做各关节及各方位的运动 2~3 次。

④正确的椅子及轮椅上的坐姿：与卧床相比，坐位有利于躯干的伸展，可以达到促进全身身体及精神状态改善的作用。因此在身体条件允许的前提下，应尽早离床，采取坐位。但是，坐位时只有保持正确的坐姿，才能起到治疗和训练的目的。治疗者应该随时观察患者的坐姿，发现不良坐姿并及时纠正。

⑤转移动作训练：可分为床上的转移（仰卧位的侧方移动和翻身），床上起坐、自床向轮椅的转移、起立等。

⑥上肢自我主动辅助训练：肩部及肩关节的活动性在很大程度上影响上肢运动机能的恢复，因此必须从早期采取措施，既能对容易受损的肩关节起到保护作用，又能较好地维持其活动性。主要应用 Bobath 握手的方法进行练习。

⑦活动肩胛骨：活动肩胛骨可以在仰卧位和健侧卧位或坐位下进行。

（2）恢复期康复

①上肢功能训练：在这个阶段应通过运动疗法和作业疗

法相结合的方式，将运动疗法所涉及的运动功能通过作业疗法充分应用到日常生活中，并不断训练和强化，使患者恢复的功能得以巩固。因此，这个时期运动治疗师和作业治疗师应密切的配合，确定患者所存在的关键问题，充分理解训练内容和项目的主要目的。

②下肢功能训练：恢复期下肢功能训练主要以改善步态为主。具体的训练方法有：踝关节选择性背屈和跖屈运动、双下肢作步行状、自立位向前迈出患侧下肢，患侧下肢负重及平衡能力，向后方迈步，骨盆及肩胛带旋转。

2. 感觉障碍的康复

(1) 上肢运动感觉机能的训练

经常使用木钉盘，如将木钉盘上的木钉稍加改造，如在木钉外侧用各种材料缠绕，如砂纸、棉布、毛织物、橡胶皮、铁皮等，在患者抓握木钉时，通过各种材料对患者肢体末梢的感觉刺激，提高其中枢神经的知觉能力，就可以使运动功能和感觉功能同时得到训练。

(2) 患侧上肢负重训练

3. 痉挛的康复

(1) 药物治疗

痉挛的药物治疗主要是使用具有减轻痉挛作用的抗痉挛药。抗痉挛药物按作用部位不同，分为中枢性抗痉挛药及周围性抗痉挛药，前者有安定（Diazepam）、松得乐（Tizanidine、sirdalnd）、巴氯芬（Baclofen）；后者有硝苯呋海因（Dantrolene）。

(2) 运动疗法

牵张法，反射学抑制肌张力的方法，姿势反射法。

(3) 物理疗法

包括温热治疗、寒冷疗法、振动疗法、电刺激等。

(4) 生物反馈治疗

临床上常用于促进手关节掌屈和背屈肌治疗，及针对踝关节内翻尖足的胫前肌及腓骨肌的治疗。

(5) 痉挛肌神经干阻滞法

在痉挛肢体的末梢神经干或痉挛肌的运动点，经皮注入酚剂阻滞传导。

(6) 支具治疗

其中常用支具有针对手指屈曲、腕掌屈曲痉挛的分指板。

(7) 手术治疗

目的是矫正因长期痉挛导致的关节挛缩变形，改进运动机能。常用于矫正尖足和矫正足趾屈曲挛缩。

(8) 肉毒毒素局部注射法

可根据肌张力增高的肌肉按解剖定位来确定肌注部位，大块肌肉选择 3~4 个注射点。

4. 失语症的康复

脑卒中后的失语症可有许多类型。每一个类型都有它特殊的表现，例如接受或表达上的障碍，康复时要根据这些症状设计方案进行。失语症的康复方法也有多种。有一种是刺激疗法，即通过对各种感官的言语刺激，例如要学会“苹果”

二字时，可写出苹果，读出苹果，呈现苹果，最后还可尝尝苹果味，多感官刺激，重复刺激，要有足够的听刺激。如有需要还可对引出的反应进行矫正，进行鼓励、赞扬使之强化。要从听、说、读、写四方面来训练患者，由简到繁，由易到难，从词句、短句到长句，循序渐进。如患者有构音障碍、找词困难、语句表达障碍、听理解困难、阅读或书写困难等。还可以从这些方面进行训练。

5. 吞咽障碍的康复

对急性脑血管病有吞咽障碍的患者应尽早撤离鼻饲，进行吞咽功能的训练。口腔期障碍有口腔周围的自主及被动运动、舌肌运动、冰块按摩皮肤、冰块按摩咽喉等或湿热刺激发声训练；咽喉期麻痹有侧卧吞咽、边低头边吞咽、空气或唾液吞咽训练、小口呼吸、咳嗽、哼唱等。无论间接还是直接的吞咽障碍训练，患者体位都尤为重要。因为颈部前屈位易引起吞咽反射，而躯干向后倾斜可防止误咽，还能促进吞咽机能的恢复。

6. 泌尿功能障碍的康复

有膀胱功能障碍者均应测残余尿量，残余尿 $<50\text{ml}$ ，尿失禁，定时小便程序；残余尿 $>50\text{ml}$ ，逼尿肌正常或反射高，定时小便程序，监测残余尿量；残余尿 $>50\text{ml}$ ，逼尿肌低反射性，间歇性导尿；残余尿 $>50\text{ml}$ ，尿道出口阻塞，泌尿科处理。

二、规范管理

(一) 建立档案

1. 建立健康档案

内容应符合《国家基本公共卫生服务规范（2011版）》和《镇江市居民健康档案规范管理方案》（镇卫发〔2013〕67号）的要求；

2. 建立专项档案

内容为基线、干预、体检、诊疗、康复等（附件6）；

3. 档案使用

社区对管理对象进行日常诊疗时，能调用居民健康档案使用并更新。

（二）随访管理

1. 询问信息

询问管理对象疾病情况和生活方式，包括症状、吸烟、饮酒、饮食、运动、用药情况和生活习惯等（附件7）。

2. 体格检查

测量血压、血糖、血脂、体重、腰围、心率等，并计算体质指数（BMI）。

3. 分类干预。

（1）对未复发的管理对象，如果其血压、血糖、血脂控制满意，则预约进行下一次随访，如果控制不满意，或出现不良反应的，应针对个体情况，调整用药，2周内随访；

（2）对复发的管理对象，应在2周内主动随访转诊情况；出院后，应每两个月随访一次，对留有后遗症的应立即开展功能康复和预防并发症指导。

脑卒中随访内容和频次

随访内容	随访频率
自觉症状	3个月1次
血压、心率	3个月1次
身高、体重,计算BMI	3个月1次
生活方式指导	3个月1次
空腹血糖	3个月1次
血脂	6个月1次
规范用药指导	3个月1次
康复指导	3个月1次
Barthel 量表	3个月1次
改良 Rankin 量表	6个月1次
NIHSS 评估表	6个月1次

说明：管理对象面对面随访次数一年不少于4次。

（三）项目督导

市卫生计生委每年对项目工作组织1次中期督导和年终考核。

（四）效果评价

1. 社区定期对管理对象开展控制效果评估，根据评分或分期，结合随访内容，了解管理对象病情控制效果、功能恢复情况等，及时干预方案；

2. 疾病预防控制机构根据控制效果评估、项目推进情况及督导结果等，完成年度项目评估报告。

3. 采用 NIHSS 评估脑卒中神经系统功能（附件 2-2）、改良 Rankin 量表评估脑卒中的严重程度（附件 2-3）、Barthel

量表评价日常生活活动能力恢复情况（附件 2-4）。

三、合理干预

（一）个体化干预

为每个管理对象制定个性化干预方案（处方），落实个性化干预措施。

（二）行为危险因素干预

1. 戒烟

（1）应坚决劝告所有吸烟的管理对象戒烟，不吸烟者也应避免被动吸烟；

（2）利用主题宣传日等加强宣传教育，动员全社会参与，提高公众对主动与被动吸烟危害性的认识。

2. 控制体重

（1）劝说超重者和肥胖者通过采取合理饮食、增加体力活动等措施减轻体重，降低卒中发病的危险。

（2）控制体质指数（BMI）目标为 $18.5 \sim 23.9 \text{kg/m}^2$ ，或者控制腰围，男性不高于 90cm、女性不高于 80cm。

3. 合理饮食

（1）提倡多吃蔬菜、水果，适量进食谷类、牛奶、豆类和肉类等，使能量的摄入和消耗达到平衡；

（2）限制红肉的摄入量，减少饱和脂肪（ $<10\%$ 总热量）和胆固醇（ $<300 \text{mg/d}$ ）的摄入量；

（3）限制食盐摄入量（ $<6 \text{g/d}$ ），不喝或尽量少喝含糖饮料。

4. 适量运动

慢性病患者参加锻炼应咨询医生，采用适宜个体的体力活动，病人运动处方的制定应有医生的参与，并得到医生的最后批准。

(1) 中老年人和高血压、糖尿病患者进行体力活动之前，应考虑进行心脏应激检查，全方位考虑运动强度，制订个体化运动方案；

(2) 成年人每周 ≥ 3 次适度的体育活动，每次时间 ≥ 30 分钟(如快走、慢跑或其他有氧代谢运动等)。

5. 限酒

对有嗜酒习惯的管理对象，应戒酒或减少饮酒量。一般男性每日摄入酒精不超过 25g，女性减半。

(三) 高危干预

1. 血压和血糖管理

对于高血压和糖尿病患者应建立专病档案并根据国家规范进行管理。对于血压或血糖正常的管理对象应定期监测血压和空腹血糖值。

2. 血脂管理

在定点医院指导下进行降脂治疗，规律服药，定期复查。

(四) 健康干预

1. 开展脑卒中相关知识健康教育，使管理对象及其家属能掌握基本防治技能及康复锻炼护理等方面知识；

2. 每年开展脑卒中防治知识、康复锻炼技能和行为方式的针对性健康教育不少于 2 次。

四、双向转诊

(一) 社区医生在随访过程中如发现管理对象出现肢体无力、视物改变、语言障碍、眩晕、平衡协调障碍等脑卒中症状，不论时间间隔长短都应及时告知患者，并协助其转诊至上级医院，如病情需要则同时通知 120 急救中心协同转诊，以缩短院前延误时间；

(二) 医院将治疗后病情稳定的患者转回基层医疗卫生机构进行病后的临床诊治、保健康复、并发症的预防和治疗等，并定期指导。

- 附件：
1. 镇江市脑卒中患者规范管理项目经费测算表
 2. 120 急救人员对疑似脑卒中现场评估表
 3. 卒中量表 (NIH Stroke Scale, NIHSS)
 4. 改良 Rankin 量表 (Modified Rankin Scale)
 5. 日常生活活动能力量表 (Barthel Index)
 6. 脑卒中患者社区基线调查表
 7. 脑卒中患者随访服务记录表
 8. 脑卒中防治技术指南

附件 1

表 1-1 镇江市脑卒中患者规范管理项目经费测算汇总表

项目	类别		单位	补助费用 (元)
社区管理	已纳入国家基本公卫项目管理的人员		元	105
	未纳入国家基本公卫项目管理的人员		元	158
健康体检	管理对象为退休职工或 65 岁以上老人或机关干部及事业单位在职职工		元	140
	管理对象为 65 岁以下参加居民医保或新农合保险人员		元	240
督导考核	督导考核		元	100
合计	管理对象为退休职工或 65 岁以上老人或机关干部及事业单位在职职工	已纳入国家基本公卫项目管理的人员	元	345
		未纳入国家基本公卫项目管理的人员	元	398
	管理对象为 65 岁以下参加居民医保或新农合保险人员	已纳入国家基本公卫项目管理的人员	元	445
		未纳入国家基本公卫项目管理的人员	元	498

表 1-2 社区卫生服务中心规范管理经费测算明细表

项目名称	项目主要服务内容	按实际管理人数补助标准		
		单位	补助标准 (元)	小计 (元)
1. 建立档案	入户或患者就诊时询问并填写《脑卒中患者社区基线调查表》。	人	入户或居民就诊时，通过询问了解并填写《脑卒中患者社区基线调查表》中基本信息、患病情况、并发症情况、健康行为、最近一次体检结果、药物治疗情况、功能评估 10 元/每人，要求填写完整规范，含人力成本、通讯费、交通费和电子健康档案的录入等相关费用。	10
2. 随访管理	随访时测量血压、空腹血糖、血脂，评估病情，病情危急者及时转诊，应在 2 周内主动随访转诊情况；对纳入管理患者每年提供至少 4 次面对面的随访。	人	随访内容包括测量体重、心率、腰围，计算 BMI，询问患者疾病情况和生活方式，服药情况和药物不良反应，每人 10 元，每年 4 次，其中空腹血糖采用患者最近一次自行就医时的测量结果，不再提供专门检测。	40
3. 分类干预	根据是否复发实施分类干预。	人	内容包括预约下次随访时间、调整药物和转诊，并在转诊 2 周内主动随访转诊情况，每干预 1 人次 10 元，每年 4 次。	40
	对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标；开展功能康复和预防并发症指导。	人	每干预 1 人次 10 元，每年 4 次。	40
4. 功能评估	采用 NIHSS 评估脑卒中神经系统功能、改良 Rankin 量表评估脑卒中的严重程度、Barthel 量表评价日常生活活动能力恢复情况。	人	采用 NIHSS 评估脑卒中神经系统功能，每评估 1 人次 5 元，每年 2 次；改良 Rankin 量表评估脑卒中的严重程度，每评估 1 人次 5 元，每年 2 次；Barthel 量表评价日常生活活动能力恢复情况，每评估 1 人次 2 元，每年 4 次。	28

项目名称	项目主要服务内容	按实际管理人数补助标准		
		单位	补助标准（元）	小计（元）
5. 康复治疗	开展针灸推拿、物理因子治疗、运动疗法、言语治疗等项目的康复治疗。	人	根据项目社区自身实际情况，选择开展相应的康复锻炼方法，项目社区按照收费标准收费。	-
合计		人		158
管理对象合并有糖尿病或者高血压，将其纳入国家基本公卫项目进行管理，基本公卫项目中规范建档、随访管理已支出相关费用（53元/人），需补助项目差额费用				105
未纳入国家基本公卫项目的需补助费用				158

表 1-3 健康体检经费测算明细表

项目		计价单位	价格(元)	次数	费用(元)
血脂	总胆固醇	项	75	1	75
	甘油三酯	项			
	血清低密度脂蛋白胆固醇	项			
	血清高密度脂蛋白胆固醇	项			
空腹血糖		项	4	1	4
糖化血红蛋白		项	70	1	70
血常规	血红蛋白	项	18	1	18
	白细胞	项			
	血小板	项			
尿常规	尿蛋白(定性、定量)	项	7	1	7
	尿糖(定性、定量)	项			
	尿酮体	项			
	尿潜血	项			
心电图		项	36	1	36
肾功能	血清肌酐	项	30	1	30
	血尿素氮	项			
	血清尿酸	项			
合计					240
管理对象为退休职工或 65 岁以上老人或机关干部及事业单位在职职工, 其已分别参加其相应的体检, 需补助项目差额费用					140
管理对象为 65 岁以下参加居民医保或新农合保险人员因不组织体检, 需补助项目差额费用					240

表 1-4 督导考核项目经费测算明细表

项目	计价单位	价格(元)	次数	费用(元)
项目培训	次	5	2	10
项目督导	次	5	4	20
项目评估	次	20	1	20
项目考核	次	10	2	20
项目奖励	次	30	1	30
合计				100

附件 2

120 急救人员对疑似脑卒中现场评估表

1. 神经症状出现的时间:		
2. 确定神经症状的性质:		
(1) 肢体或面部的无力		
(2) 说话不清或异常语言		
3. 格拉斯哥 (Glasgow) 昏迷量表评分:		
(1) 睁眼反应	任何刺激不睁眼	1
	疼痛刺激时睁眼	2
	语言刺激时睁眼	3
	自己睁眼	4
(2) 言语反应	无语言	1
	难以理解	2
	能理解, 不连贯	3
	对话含糊	4
	正常	5
(3) 非偏瘫侧运动反应	对任何疼痛无运动反应	1
	痛刺激时有伸展反应	2
	痛刺激时有屈曲反应	3
	痛刺激有逃避反应	4
	痛刺激时能拨开医生的手	5
	正常 (执行指令)	6
4. 近期患病、手术或外伤历史:		
5. 近期用药史:		

附件 3

卒中量表 (NIH Stroke Scale, NIHSS)

项 目	评 分 标 准
<p>1a. 意识水平: 即使不能全面评价 (如气管插管、语言障碍、气管创伤及绷带包扎等), 检查者也必须选择 1 个反应。只在患者对有害刺激无反应时 (不是反射) 才能记录 3 分。</p>	<p>0 清醒, 反应灵敏 1 嗜睡, 轻微刺激能唤醒, 可回答问题, 执行指令 2 昏睡或反应迟钝, 需反复刺激、强烈或疼痛刺激才有非刻板的反应 3 昏迷, 仅有反射性活动或自发性反应或完全无反应、软瘫、无反射</p>
<p>1b. 意识水平提问: 月份、年龄。仅对初次回答评分。失语和昏迷者不能理解问题记 2 分, 因气管插管、气管创伤、严重构音障碍、语言障碍或其他任何原因不能完成者 (非失语所致) 记 1 分。可书面回答。</p>	<p>0 两项均正确 1 一项正确 2 两项均不正确</p>
<p>1c. 意识水平指令: 睁闭眼; 非瘫痪侧握拳松开。仅对最初反应评分, 有明确努力但未完成的也给分。若对指令无反应, 用动作示意, 然后记录评分。对创伤、截肢或其他生理缺陷者, 应予适当的指令。</p>	<p>0 两项均正确 1 一项正确 2 两项均不正确</p>
<p>2. 凝视: 只测试水平眼球运动。对随意或反射性眼球运动记分。若眼球偏斜能被随意或反射性活动纠正, 记 1 分。若为孤立的周围性眼肌麻痹记 1 分。对失语者, 凝视是可以测试的。对眼球创伤、绷带包扎、盲人或有其他视力、视野障碍者, 由检查者选择一种反射性运动来测试, 确定眼球的联系, 然后从一侧向另一侧运动, 偶尔能发现部分性凝视麻痹。</p>	<p>0 正常 1 部分凝视麻痹 (单眼或双眼凝视异常, 但无强迫凝视或完全凝视麻痹) 2 强迫凝视或完全凝视麻痹 (不能被头眼反射克服)</p>
<p>3. 视野: 若能看到侧面的手指, 记录正常, 若单眼盲或眼球摘除, 检查另一只眼。明确的非对称盲 (包括象限盲), 记 1 分。若全盲 (任何原因) 记 3 分。若濒临死亡记 1 分, 结果用于回答问题 11。</p>	<p>0 无视野缺损 1 部分偏盲 2 完全偏盲 3 双侧偏盲 (包括皮质盲)</p>
<p>4. 面瘫:</p>	<p>0 正常 1 轻微 (微笑时鼻唇沟变平、不对称) 2 部分 (下面部完全或几乎完全瘫痪) 3 完全 (单或双侧瘫痪, 上下面部缺乏)</p>

<p>5、6. 上下肢运动： 置肢体于合适的位置：坐位时上肢平举 90°，仰卧时上抬 45°，掌心向下，下肢卧位抬高 30°，若上肢在 10 秒内，下肢在 5 秒内下落，记 1~4 分。对失语者用语言或动作鼓励，不用有害刺激。依次检查每个肢体，从非瘫痪侧上肢开始。</p>	<p>运动) 上肢： 0 无下落，置肢体于 90°（或 45°）坚持 10 秒 1 能抬起但不能坚持 10 秒，下落时不撞击床或其他支持物 2 试图抵抗重力，但不能维持坐位 90°或仰位 45° 3 不能抵抗重力，肢体快速下落 4 无运动 9 截肢或关节融合，解释：5a 左上肢；5b 右上肢 下肢： 0 无下落，于要求位置坚持 5 秒 1 5 秒末下落，不撞击床 2 5 秒内下落到床上，可部分抵抗重力 3 立即下落到床上，不能抵抗重力 4 无运动 9 截肢或关节融合，解释：6a 左下肢；6b 右下肢</p>
<p>7. 肢体共济失调： 目的是发现一侧小脑病变。检查时睁眼，若有视力障碍，应确保检查在无视野缺损中进行。进行双侧指鼻试验、跟膝胫试验，共济失调与无力明显不呈比例时记分。若患者不能理解或肢体瘫痪不记分。盲人用伸展的上肢摸鼻。若为截肢或关节融合记 9 分，并解释。</p>	<p>0 无共济失调 1 一个肢体有 2 两个肢体有，共济失调在：右上肢 1=有，2=无 9 截肢或关节融合，解释：左上肢 1=有，2=无 9 截肢或关节融合，解释：右上肢 1=有，2=无 9 截肢或关节融合，解释：左下肢 1=有，2=无 9 截肢或关节融合，解释：右下肢 1=有，2=无</p>
<p>8. 感觉： 检查对针刺的感觉和表情，或意识障碍及失语者对有害刺激的躲避。只对与脑卒中有关的感觉缺失评分。偏身感觉丧失者需要精确检查，应测试身体多处[上肢（不包括手）、下肢、躯干、面部]确定有无偏身感觉缺失。严重或完全的感觉缺失记 2 分。昏睡或失语者记 1 或 0 分。脑干卒中双侧感觉缺失记 2 分。无反应或四肢瘫痪者记 2 分。昏迷患者（1a=3）记 2 分。</p>	<p>0 正常 1 轻-中度感觉障碍，（患者感觉针刺不尖锐或迟钝，或针刺感缺失但有触觉） 2 重度-完全感觉缺失（面、上肢、下肢无触觉）</p>

<p>9. 语言： 命名、阅读测试。若视觉缺损干扰测试，可让患者识别放在手上的物品，重复和发音。气管插管者手写回答。昏迷者记3分。给恍惚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任何指令者。</p>	<p>0 正常 1 轻-中度失语：流利程度和理解能力部分下降，但表达无明显受限 2 严重失语，交流是通过患者破碎的语言表达，听者须推理、询问、猜测，交流困难 3 不能说话或者完全失语，无言语或听力理解能力</p>
<p>10. 构音障碍： 读或重复表上的单词。若有严重的失语，评估自发语言时发音的清晰度。若因气管插管或其他物理障碍不能讲话，记9分。同时注明原因。不要告诉患者为什么做测试。</p>	<p>0 正常 1 轻-中度，至少有些发音不清，虽有困难但能被理解 2 言语不清，不能被理解，但无失语或与失语不成比例，或失音 9 气管插管或其他物理障碍，解释：</p>
<p>11. 忽视： 若患者严重视觉缺失影响双侧视觉的同时检查，皮肤刺激正常，记为正常。若失语，但确实表现为对双侧的注意，记分正常。视空间忽视或疾病失认也可认为是异常的证据。</p>	<p>0 正常 1 视、触、听、空间觉或个人的忽视；或对一种感觉的双侧同时刺激忽视 2 严重的偏侧忽视或一种以上的偏侧忽视；不认识自己的手；只能对一侧空间定位</p>

附件 4

改良 Rankin 量表 (Modified Rankin Scale)

患 者 状 况	评分标准
完全无症状	0
尽管有症状, 但无明显功能障碍, 能完成所有日常工作和生活	1
轻度残疾, 不能完成病前所有活动, 但不需帮助能照料自己的日常事务	2
轻度残疾, 不能完成病前所有活动, 但不需帮助能照料自己的日常事务	3
中重度残疾, 不能独立行走, 日常生活需别人帮助	4
重度残疾, 卧床, 二便失禁, 日常生活完全依赖他人	5

附件 5

日常生活活动能力量表 (Barthel Index)

评定时间： 纳入项目管理前 规范管理 1 年后

根据患者的实际情况，在每个项目对应的得分上划“√”。

项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1. 进食	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
2. 洗澡	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
3. 修饰	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
4. 穿衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
5. 控制大便	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
6. 控制小便	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
7. 如厕	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
8. 床椅转移	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
9. 平地行走	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
10. 上下楼梯	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
总分				
分级				

分级标准

1. 总分：各项得分相加。

2. 分级：

0=生活自理：100 分，日常生活活动能力良好，不需他人帮助；

1=轻度功能障碍：61-99 分，能独立完成部分日常活动，但需一定帮助；

2=中度功能障碍：41-60 分，需要极大帮助才能完成日常生活活动；

3=重度功能障碍： ≤ 40 分，大部分日常生活活动不能完成或完全需人照料。

附表 6

脑卒中患者社区基线调查表

建档单位		建档医生	
基本信息			
姓名		性别	出生日期 年 月 日
民族		身份证	
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 在婚 <input type="checkbox"/> 离婚/分居 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 未婚		
文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲/半文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/中专 <input type="checkbox"/> 大专及大专以上		
职业状况	<input type="checkbox"/> 农林牧渔水利业生产人员 <input type="checkbox"/> 生产、运输设备操作人员及有关人员 <input type="checkbox"/> 商业、服务业人员 <input type="checkbox"/> 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 <input type="checkbox"/> 办事人员和有关人员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 其他劳动者 <input type="checkbox"/> 在校学生 <input type="checkbox"/> 未就业 <input type="checkbox"/> 离退休人员		
家庭住址		联系电话	
患病情况			
确诊医院		确诊时间	年 月 日
脑中类型			
个人史			
主要高危因素	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 血脂异常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房颤动 <input type="checkbox"/> 吸烟 <input type="checkbox"/> 明显超重或肥胖 <input type="checkbox"/> 缺乏运动 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 颈动脉狭窄		
有无后遗症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 (如有请注明):		
脑卒中家族史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
并发症情况			
近期是否发生过急性并发症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
发生并发症种类:			

健康行为					
吸烟情况	<input type="checkbox"/> 吸烟（近半年有吸烟史，每天吸烟 ≥ 1 支） <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 不吸				
饮酒情况	<input type="checkbox"/> 不饮酒 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 过量（每天饮酒标准量不超过 15g 酒精，相当于 250ml 啤酒，125ml 红酒，25ml）				
体育锻炼	<input type="checkbox"/> 缺乏锻炼（每周锻炼 < 3 次，每次 < 30 min） <input type="checkbox"/> 规律锻炼				
膳食习惯	<input type="checkbox"/> 口味偏咸 <input type="checkbox"/> 口味偏油 <input type="checkbox"/> 吃蔬菜（吃蔬菜频率： <input type="checkbox"/> ≥ 5 天/周 <input type="checkbox"/> ≤ 2 天/周 <input type="checkbox"/> 吃水果（吃水果频率： <input type="checkbox"/> ≥ 3 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔吃 <input type="checkbox"/> 喝牛奶或酸奶（喝牛奶频率： <input type="checkbox"/> ≥ 200 ml/天且 ≥ 5 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔喝）				
熬夜	<input type="checkbox"/> 有（每周零点后睡觉 > 3 天） <input type="checkbox"/> 无				
心理压力	<input type="checkbox"/> 压力很大 <input type="checkbox"/> 压力较大 <input type="checkbox"/> 压力一般 <input type="checkbox"/> 没有压力				
康复锻炼	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	次/周			
健康行为是否遵医嘱	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
最近一次体检结果					
身高	m	体重	kg	腰围	cm
脉搏	次/分	心率	次/分		
血压	/__mmHg	空腹血糖	mmol/L		
餐后 2 小时血糖	mmol/L	甘油三酯	mmol/L		
高/低密度脂蛋白	/__mmol/L	总胆固醇	mmol/L		
颈动脉彩超超					
心电图检查结果					
经颅多普勒（TCD）					
其它检查					
近期药物治疗情况					
	药物名称（商品名）		用药方法		
抗血小板药	1				
	2				
	3				

抗凝药物	1	
	2	
	3	
其他用药		
服药依从性	<input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药	
功能评估		
NIHSS 评分		
巴氏指数		
mRS 评分		

调查时间： 年 月 日

附件 7

脑卒中患者随访服务记录表

姓名:

编号□□□-□□□□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1 门诊 2 家庭			
症状		1 无症状 2 嘴眼歪斜 3 肢体活动障碍(左/右) 4 失语 5 听力障碍 6 智力障碍 7 其他:	1 无症状 2 嘴眼歪斜 3 肢体活动障碍(左/右) 4 失语 5 听力障碍 6 智力障碍 7 其他:	1 无症状 2 嘴眼歪斜 3 肢体活动障碍(左/右) 4 失语 5 听力障碍 6 智力障碍 7 其他:	1 无症状 2 嘴眼歪斜 3 肢体活动障碍(左/右) 4 失语 5 听力障碍 6 智力障碍 7 其他:
体 征	血压 (mmHg)				
	体重 (kg)				
	腰围				
	体质指数				
	心 率				
	其 他				
生 活 方 式	日吸烟量 (支)				
	日饮酒量 (两)				
	运 动	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次
	摄盐情况(咸淡)	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差			
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差			
辅 助 检 查	空腹血糖				
	总胆固醇				
	甘油三酯				
	血清低密度脂蛋白胆固醇				
	血清高密度脂蛋白胆固醇				
	其他				
康复治疗		1 无 2 按摩 3 针灸 4 运动训练 5 其他	1 无 2 按摩 3 针灸 4 运动训练 5 其他	1 无 2 按摩 3 针灸 4 运动训练 5 其他	1 无 2 按摩 3 针灸 4 运动训练 5 其他
服药依从性		1 规律 2 间断 3 不服药			
药物不良反应		1 无 2 有_____			
此次随访分类		1 未复发 2 复发 3 不良反应 4 并发症	1 未复发 2 复发 3 不良反应 4 并发症	1 未复发 2 复发 3 不良反应 4 并发症	1 未复发 2 复发 3 不良反应 4 并发症
用药情况 (如有变化填写)					
转 诊	原 因				
	机构及科别				
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明

1. 本表为脑卒中患者在接受随访服务时由医生填写。

2. 体征：体质指数=体重(kg)/身高的平方(m^2)，如果是超重或是肥胖的脑卒中患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3. 生活方式：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导。

日吸烟量：不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”。

日饮酒量：不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“××两”，白酒1两相当于葡萄酒4两，黄酒半斤，啤酒1瓶，果酒4两。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“××次/周，××分钟/次”。

摄盐情况：根据患者饮食的摄盐情况，按咸淡程度在列出的“轻、中、重”之一上划“√”分类。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查：记录患者在上次随访到这次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。

5. 康复治疗：根据患者情况实施康复治疗，并划“√”。

6. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

7. 药物不良反应：如果患者服用的降压药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

8. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项划“√”。“不良反应”意为存在药物不良反应、“并发症”意为出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

9. 用药情况：如有调整请注明。

10. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院心内科，并在原因一栏写明转诊原因。

11. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

12. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

附件 8

脑卒中防治技术指南

- 1、《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南（2014）》；
- 2、《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》；
- 3、《脑卒中筛查与防治技术规范》；
- 4、《急性脑卒中患者医疗救治技术方案》；
- 5、《中国脑卒中血管超声检查指导规范》；
- 6、《中国脑出血诊疗指导规范》；
- 7、《中国缺血性脑卒中血管内治疗指导规范》；
- 8、《中国脑卒中血糖管理指导规范》；
- 9、《中国缺血性脑卒中血脂管理指导规范》；
- 10、《中国颈动脉狭窄介入诊疗指导规范》；
- 11、《中国颈动脉内膜剥脱术指导规范》；
- 12、《中国脑卒中一级预防指导规范》；
- 13、《中国心房颤动患者卒中防治指导规范》；
- 14、《中国脑血管病防治指南》。