



常见慢性病社区综合防治管理手册

Handbooks of Integrated Community-based Management of Common Chronic Diseases

脑卒中管理分册

Stroke Management

北京市卫生局 编



人民卫生出版社

常见慢性病社区综合防治管理手册

脑卒中管理分册

主 审 王拥军 胡文立

主 编 胡长梅

副主编 吴 敌 贺茂林

编写人员（按姓氏笔画排序）

马锐华 王伊龙 吴 敌

杨雅琴 胡长梅 梁建妹

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见慢性病社区综合防治管理手册 脑卒中管理分册/
胡长梅主编. —北京:人民卫生出版社, 2007. 3

ISBN 978-7-117-08496-3

I. 常… II. 胡… III. ①常见病:慢性病—防治—手册
②中风—防治—手册 IV. R4-62 R743. 3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 015031 号

常见慢性病社区综合防治管理手册 脑卒中管理分册

主 编: 胡长梅

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 3.25

字 数: 76 千字

版 次: 2007 年 3 月第 1 版 2007 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08496-3/R · 8497

定 价: 10.80 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

常见慢性病社区综合防治管理手册

编写委员会

主任委员:金大鹏 梁万年

顾问:刘力生 向红丁 王忠诚 罗毅
洪昭光 乌正赉 李长明

委员:(按姓氏笔画排序)

王培玉	刘泽军	吴永浩	陈博文	杜雪平
李玉杰	杨金奎	杨晓辉	肖珣	周海虹
周维金	金松龄	姚崇华	胡长梅	胡英英
赵涛	郝东升	钮文昇	侯也芝	黄光民

秘书:肖珣 吴永浩



出版说明

高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病是我国当前疾病死亡的主要因素。随着人口的老齡化及人群危险因素水平的上升,慢性病防治知识的知晓率、治疗率和控制率仍处于较低水平,慢性病正在吞噬越来越多人的健康与生命。

世界卫生组织在全球慢性病报告中指出:如果立即行动起来对慢性病实施干预,在未来 10 年内,每年将减少 2% 的慢性病发病,至少可以挽回 3600 万人早逝的生命。基于大量慢性病防治实践证明,慢性病防治的关键点是“3 个环节”和“3 个人群”。“3 个环节”即控制危险因素、早诊早治、规范管理。“3 个人群”即一般人群、高危人群、患病人群。慢性病防治需要贯穿于生命的全过程,针对慢性病发展的不同时期,采取有针对性的分层干预与管理策略。国际上有关疾病管理的成熟经验表明,建立和发展一体化保健与费用支付体系相结合的疾病管理模式,以提高全人群的卫生保健水平和降低医疗费用,最大限度地发挥社区慢性病管理的团队作用是解决这一矛盾的有效措施。

为了贯彻落实《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》精神,北京市下发了《中共北京市委、北京市人民政府关于

加快发展社区卫生服务的意见》，充分体现社区卫生首善之区的优势，发挥社区卫生服务网络在疾病管理中的重要作用，北京市政府于 2006 年确定了针对高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病的管理及费用控制的试点暨“社区常见慢性病管理与费用控制”项目（即市政府 2006 年为民办实事第 118 项折子工程）。

为了尽快提高社区医生慢性病的防治水平，使高血压等四种最主要的慢性病人社区得到有效的规范管理，北京市卫生局在组织实施第 118 项折子工程过程中，聘请我市和国内著名的临床医学、预防医学和社区卫生技术与管理专家共同编写了《常见慢性病社区综合防治管理手册》，包括高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病管理分册、各种非药物干预指导分册、康复指导分册、疾病责任管理指导分册、健康教育指导分册等共计 11 本指导书，以供社区健康管理团队在慢性病管理中使用。

《常见慢性病社区综合防治管理手册》的编写坚持预防为主、防治结合的方针，以循证医学为依据，从如何控制危险因素、早诊早治和病人的规范化管理入手，强化社区的健康教育及慢性病的非药物干预措施，并增加了各种慢性病的诊疗管理流程图及常用工具表，力求使所编写的内容具有科学性，并对社区医生的慢性病防治工作有一定的实用性和指导性。

我们在该书的编写过程中，充分听取了社区医生的意见并经过了专家们的多次论证。《常见慢性病社区综合防治管理手册》将作为北京市社区慢性病综合防治工作的管理工具书，作为社区慢性病规范管理的重要考核依据，希望以此推动北京市社区慢性病综合防治工作科学、规范、可持续性地全面发展，在提高人民的健康水平工作中发挥积极的作用。

编写委员会

前言

我国心脑血管疾病的发病增长迅速,严重威胁人民大众的健康生命,每 15 秒就有一位中国人被心脑血管疾病夺去生命,每 22 秒就有一位中国人因此失去工作能力。

就脑血管病而言,无论对社会还是家庭都造成了巨大的经济压力。我国每年用于脑卒中治疗费用多达数百亿人民币,这对一个发展中的国家无疑是一个沉重的负担,随着人口老龄化,这种问题将日益严重,成为影响我国社会经济发展的因素,如何有效控制脑卒中,减少发病率、致残率、死亡率,成为当前十分紧迫的任务。

北京市脑血管病防治办公室、北京市脑血管病防治协会于 2006 年 2 月组织专家编写了北京社区脑血管病防治指南,该指南引进目前脑血管病防治方面的新观点、新概念,使用循证医学证据,摒弃旧观念、旧习惯,增加了社区医生对具有脑卒中危险因素的人群和脑卒中患者的管理内容,强调了脑卒中高危人群的一级预防和脑卒中患者的二级预防,对于社区具有较强的可操作性,已在社区中试用,反映较好。

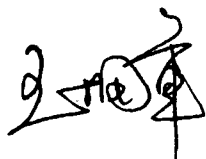
现由北京市卫生局、北京市脑血管病防治办公室、北京市脑

前 言

血管病防治协会、北京市 118 折子工程办公室组织专家反复论证、修改,成为北京市常见慢性病社区综合防治管理手册——脑卒中分册,用于指导社区医生更好地解决实际问题。使社区医生在脑卒中的预防、救治、康复、护理及转诊等方面有章可循,提高诊疗水平。从而降低我市脑卒中的发病率、致残率、死亡率,提高脑卒中患者的生存质量。

望在今后的实践中继续丰富、完善。

北京脑血管病抢救中心主任





目录

第一部分 脑血管病的预防与健康教育	1
第一章 脑血管病的预防	1
第二章 脑血管病的健康教育	9
第三章 脑血管病的危险因素及高危人群	10
第二部分 脑血管病的分类及早期识别	18
第一章 脑血管病的定义	18
第二章 脑血管病的常见类型	18
第三章 脑血管病的分类	20
第四章 脑血管病的早期识别	20
第五章 早期处理原则	21
第三部分 各类卒中诊断与治疗	29
第一章 短暂性脑缺血发作(TIA)	29
第二章 脑梗死	31
第三章 脑出血	34
第四章 蛛网膜下腔出血(SAH)	37

第五章 脑静脉系统血栓形成	40
第四部分 脑血管病主要并发症的识别与处理	42
第一章 急性胃粘膜病变	42
第二章 心脏功能异常	43
第三章 卒中后抑郁状态	44
第四章 卒中后焦虑状态	45
第五章 静脉血栓栓塞(DVT)	45
第六章 急性肾功能衰竭	47
第七章 水电解质紊乱	47
第八章 疼痛	48
第九章 癫痫	48
第五部分 正确转诊及相关指征	50
第一章 脑卒中患者的双向转诊	50
第二章 转诊注意事项	51
第六部分 脑血管病康复	52
第一章 脑卒中社区康复计划	52
第二章 脑卒中社区康复流程	53
第七部分 脑卒中患者的社区护理	55
第一章 预防各种并发症的发生	55
第二章 供给适当营养,加强饮食护理.....	61
第三章 脑卒中患者的心理特点及应对措施	62
第八部分 社区脑卒中管理效果评价指标	65

第一章 社区卫生服务机构的任务、职责及人员、 设备配置	65
第二章 社区医生在脑血管病防治工作中的作用	67
第三章 社区居民健康档案的建立与管理	68
第四章 社区脑血管病防治工作评估内容	68
 第九部分 流程及常用工具	 70
第一章 流程	70
第二章 常用药物	71
第三章 常用卒中量表	76



第一部分

脑血管病的预防与健康教育

第一章 脑血管病的预防

一、脑血管病的一级预防

脑血管病的一级预防主要是针对未发生过卒中的人群,他们可能已经具有脑血管病的危险因素,但是还没有发生脑血管病。针对这些危险因素,采取相应措施,从而达到降低脑血管病发病率或延迟发病年龄的目的。

(一)高血压 从首诊开始,每次检查血压时,都应正确测量。复诊血压以明确首诊高血压是否呈持续性,如果高于正常界限,需要引起重视。具体参见社区综合防治管理手册——高血压管理分册。

(二)糖尿病 II型糖尿病人发生脑卒中的危险性增加2倍。糖尿病与脑血管病高度相关,可使脑血管病加重,所以应重视糖尿病的防治。诊断、治疗参见社区综合防治管理手册——糖尿病管理分册。

第一部分 脑血管病的预防与健康教育

(三)高脂血症 血脂异常防治建议标准见表 1。

表 1 血脂异常防治建议标准 (mmol/L)*

脂质名称	合适范围	临界水平	需治疗水平
TC	<5.20 (<200mg/dl)	5.23~5.69 (201~219mg/dl)	>5.72 (>220mg/dl)
TG	<1.70 (<150mg/dl)		>1.70 (>150mg/dl)
HDL-C	>1.04 (>40mg/dl)		<0.90 (<35mg/dl)
LDL-C	<2.58 (<100mg/dl)	3.15~3.61 (121~139mg/dl)	>3.64 (>140mg/dl)

* 见中国脑血管病防治指南

(四)吸烟 吸烟明显增加脑卒中危险。建议病人戒烟并避免环境中的被动吸烟。

(五)酗酒 过量饮酒增加卒中危险性,建议限酒。男性每日饮酒量不超过 25 克,即葡萄酒小于 100~150ml,或啤酒小于 250~500ml,白酒小于 25~50ml,女性则减半。

(六)肥胖 肥胖能够增加多种疾病的发生,如高血压、高脂血症、II 型糖尿病、冠心病、脑卒中、睡眠性呼吸暂停和呼吸障碍等。

1. 我国超重和肥胖标准见表 2。
2. 建议合理饮食和增加体育活动

(七)脑供血动脉狭窄

1. 诊断方法 依据临床表现及辅助检查确诊。

无创检查:颈部血管超声及核磁共振血管造影(MRA)。有创检查:脑血管造影。脑供血动脉狭窄的临床分为无症状性、

症状性颈动脉狭窄等类型。

表 2 成年人超重和肥胖的界限值*

分 类	体重指数 (kg/m ²)	相关疾病危险度**		
		腰 围(cm)		
		男:<85 女:<80	男:85~95 女:80~90	男:≥95 女:≥90
体重过低	<18.5	...	...	...
体重正常	18.5~23.9	...	增加	高
超 重	24.0~27.9	增加	高	极高
肥 胖	≥28	高	极高	极高

* 本表来自中国脑血管病防治指南

** 相关疾病指高血压、糖尿病、血脂异常和危险因素聚集

2. 治疗策略 ①全面评估脑供血动脉狭窄程度;②内科处理:控制相关危险因素。

(八)心脏病 与脑卒中相关的心脏病

心房纤颤是脑卒中的一个非常重要的危险因素。非瓣膜性房颤患者每年发生脑卒中的危险为 3%~5%。其他可引起栓塞性脑卒中的心脏病,可以是心肌病、心律失常或间隔缺损等。

(九)高同型半胱氨酸血症 空腹半胱氨酸血浆正常水平在 5~15μmol/L 之间,而 16μmol/L 以上提示有高同型半胱氨酸血症。

叶酸与维生素 B₆ 和 B₁₂ 联合应用显示能明显降低增高的血浆半胱氨酸水平。

建议:

对 45 岁以上的健康人群,推荐使用阿司匹林,用于脑血管病的一级预防。其剂量为 75~150mg/天。阿司匹林不良反应

主要为胃肠道不适,单用阿司匹林引起出血的危险极小。应用阿司匹林肠溶制剂,如拜阿司匹林,可以有效减少对胃肠道的刺激,避免胃肠道不良反应的发生。对于我国这一中低收入且人口众多的国家,是事半功倍、经济有效的预防方法。

二、脑血管病的二级预防

二级预防是对已有短暂性脑缺血发作(TIA)、卒中以及视网膜缺血患者,早期治疗逆转或防治病情进展,最大限度地预防或减少脑卒中的再次发生。

脑卒中的复发相当普遍,发病次数越多,病情越重,后遗症越重;首次卒中后的6个月内是复发危险性最高的阶段,因此二级预防工作宜尽早开始。二级预防的干预措施如下:

(一)常见危险因素的控制

1. 高血压

(1)对于所有已过急性期(发病4周后)的缺血性卒中或TIA患者,推荐使用抗高血压药物降低血压,预防卒中复发及其它脑血管事件,绝对的目标血压水平及降低幅度是不确定的;在患者能耐受的情况下,最好将血压降至140/90mmHg以下。

(2)应结合患者的具体情况(如颅外脑血管闭塞性疾病、肾功能损害、心脏病、糖尿病),确定个体化的综合治疗方案。

2. 糖尿病 伴有糖尿病的缺血性卒中或TIA患者建议将血糖控制在接近正常的水平,以减少微血管并发症及可能的大血管并发症。糖化血红蛋白(HbA1c)应 $<6.5\%$ 。

3. 脂代谢异常

(1)伴有高胆固醇血症、冠心病或动脉粥样硬化的缺血性卒中或TIA患者应根据国家胆固醇教育计划专家组第3次报告实施纲要(ATPⅢ)控制血脂,包括改变生活方式、合理膳食、药

物控制。推荐他汀类药物,伴有冠心病或有症状的动脉粥样硬化性疾病者 LDL-C 应 $<100\text{mg/dL}$,具有多种危险因素的极高危患者应 $<70\text{mg/dL}$ 。

(2)缺血性卒中或 TIA 是由动脉粥样硬化引起的(胆固醇正常、无冠心病、无动脉粥样硬化的证据),此类患者推荐使用他汀类药物降低脑血管事件的危险。

(3)缺血性卒中或 TIA 患者 HDL-C 偏低者可考虑接受烟酸或吉非罗齐治疗。

4. 吸烟 建议戒烟。

5. 饮酒 减少酒精摄入量。

(二)脑供血动脉的介入治疗

1. 颈动脉颅外段病变

(1)新发缺血性卒中或 TIA 发病在 6 个月内、同侧颈动脉重度狭窄(70%~99%)的患者建议行外科颈动脉内膜切除术(CEA),围手术期发病率和死亡率 $<6\%$ 。新发缺血性卒中或 TIA、同侧颈动脉中度狭窄(50%~69%)的患者建议根据其具体情况、年龄、性别、合并疾病及发作时症状的严重程度行 CEA。狭窄程度 $<50\%$ 时不适合行 CEA。

(2)缺血性卒中或 TIA 患者有 CEA 适应证时,建议手术在 2 周内进行,而不是延期手术。

(3)对于症状性颈动脉重度狭窄($>70\%$)的患者如因严重内科疾病增加了手术的危险性及放疗导致的狭窄、CEA 术后再次狭窄而难以手术时可考虑颈动脉支架植入术(CAS),疗效与 CEA 相当。存在 CAS 适应证时,围手术期发病率和死亡率 4%~6%,与 CEA 和 CAS 临床试验中观察到的一致。

(4)对于症状性颈动脉闭塞患者,一般不推荐颈内外旁路手术。

2. 颅外椎基底动脉病变 经内科治疗(抗栓药物、他汀类药物及其它控制危险因素的治疗)仍有症状的颅外椎动脉狭窄患者可考虑血管内治疗。

3. 颅内动脉粥样硬化 对于经内科治疗(抗栓药物、他汀类药物及其它控制危险因素的治疗)仍有症状的血流动力学性颅内血管明显狭窄患者,血管内治疗(血管成形术和/或支架植入术)的疗效尚不确定,有待研究。

(三)心源性栓塞的内科治疗

1. 房颤

(1)持续性或阵发性(间断性)房颤的缺血性卒中或 TIA 患者,建议使用华法令抗凝治疗,目标值凝血酶原时间(INR)2.5,范围 2.0~3.0。

(2)存在口服抗凝药禁忌证的患者,推荐阿司匹林 75~325mg/d。

2. 急性心肌梗塞及左室血栓

(1)急性心肌梗塞导致的缺血性卒中或 TIA 患者,若超声心动图或其它心脏显影提示左心室附壁血栓应口服抗凝药至少 3 个月至 1 年,目标值(INR)为 2.0~3.0。

(2)缺血性冠状动脉病变者应在口服抗凝治疗的同时服用阿司匹林,剂量最大可达 150mg/d。

3. 心肌病 伴有扩张性心肌病的缺血性卒中或 TIA 患者可以口服华法令(INR 目标值为 2.0~3.0)或抗血小板治疗,预防复发。

(四)心脏瓣膜病

风湿性二尖瓣病变及机械心脏瓣膜病

(1)伴有风湿性二尖瓣病变的缺血性卒中或 TIA 及机械心脏瓣膜病患者,不管是否已出现房颤,应长期服用华法令抗凝治