附件1

**冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管疾病**

**分级诊疗重点任务及服务流程图**

一、建立患者分级诊疗健康档案

根据冠状动脉粥样硬化性心脏病（以下简称冠心病）和脑血管疾病患病率、发病率、就诊率和分级诊疗技术方案，确定适合分级诊疗服务模式的患者数量，评估病情和基本情况。加强信息系统建设，为适合分级诊疗患者建立联通二级及以上医院和基层医疗卫生机构的电子健康档案（含疾病专病信息）。

二、明确不同级别医疗机构的功能定位

基层医疗卫生机构负责为诊断明确、病情稳定的疾病稳定期患者、康复期患者提供康复、护理服务。按照疾病诊疗指南、规范，结合上级医院诊疗情况，制定个体化、规范化的治疗方案；建立健康档案和专病档案，做好信息报告工作；实施患者年度常规体检和定期体检，有条件的可以开展并发症筛查；开展患者随访、基本治疗及康复治疗；开展健康教育，指导患者自我健康管理；实施双向转诊。

二级及以上医院负责疾病临床诊断，按照疾病诊疗指南、规范制定个体化、规范化的治疗方案；实施患者年度专科体检，并发症筛查；指导、实施双向转诊；定期对基层医疗卫生机构医疗质量和医疗效果进行评估。其中，二级医院负责急症和重症患者的救治，稳定患者病情，根据自身技术能力提供诊疗服务或转诊，对基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。三级医院负责疑难复杂和急危重症患者的救治，对二级医院、基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。

三、建立团队签约服务模式

签约团队至少包括二级及以上医院专科医师（含相关专业中医类医师，下同）、基层医疗卫生机构全科医生（含中医类医师，下同）和社区护士等。签约服务以患者医疗需求为导向，将二级及以上医院与基层医疗卫生机构、专科与全科、健康管理与疾病诊疗服务紧密结合，充分发挥中医药在慢性病预防、诊疗、健康管理等方面的作用。有条件的试点地区，可以在签约团队中增加临床营养师、心理咨询师等人员。结合全科医生制度建设，推广以专科医师、全科医生为核心的团队签约服务。全科医生代表服务团队与患者签约，将公共卫生服务与日常医疗服务相结合，以患者为中心，按照签约服务内容，与专科医师、其他相关人员共同提供综合、连续、动态的健康管理、疾病诊疗等服务。

四、明确分级诊疗服务流程

**（一）基层医疗卫生机构服务流程。**为病情稳定的患者提供服务。

签约服务流程：接诊患者并进行初步诊断→在诊疗能力范围内的，为患者制定治疗方案→判断是否能够纳入分级诊疗服务→对可以纳入分级诊疗服务的，经患者知情同意后签约→建立专病档案→按签约内容开展日常治疗、体检、健康管理。

上转患者流程：全科医生判断患者符合转诊标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→根据患者病情确定上转医院层级→联系二级及以上医院→二级及以上医院专科医师确定患者确需上转→全科医生开具转诊单、通过信息平台与上转医院共享患者相关信息→将患者上转至二级及以上医院。

**（二）二级及以上医院服务流程。**为病情危重的冠心病、脑血管疾病患者提供服务。

初诊患者流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→给予患者积极治疗→患者病情稳定，判断是否能够纳入分级诊疗服务→可以纳入分级诊疗服务的患者转至基层就诊→定期派专科医师到基层医疗卫生机构巡诊、出诊，对分级诊疗服务质量进行评估。

接诊上转患者及下转流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→患者经治疗稳定、符合下转标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系基层医疗卫生机构→专科医生开具转诊单、通过信息平台与下转医院共享患者相关信息→将患者下转至基层医疗卫生机构。

患者

专科医生

确诊

病情稳定

全科医生

慢性病健康

管理人员

日常管理

病情监测

专科医生

**双向转诊**

**病情较重**

住院诊疗

继续观察诊疗

**病情不稳定**

患者到所在地

基层医疗卫生

机构

**出院**

**符合转诊条件**

**病情变化**

**图1：二级及以上医院分级诊疗服务流程**

患者

病史采集填写

项目调查表

个体化健

康评估

专科医生

全科医生

慢性病

健康管理人员

体格检查、实验室检查、健康评估等，有条件的开展并发症筛查或转诊至二级及以上医院开展并发症筛查和诊断。

评估并发症，制定、评估诊疗方案和诊疗质量等

执行日常治疗方案

健康教育、日常随访等

**知情同意**

个体化治疗

方案制定

日常管理

病情监测

专科医生

**双向转诊**

**签约**

**图2：基层医疗卫生机构分级诊疗服务流程**

附件2

**冠心病分级诊疗服务技术方案**

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）亦称为缺血性心脏病，涉及供应心肌血液的动脉发生冠状动脉粥样硬化，从而导致血管腔狭窄或斑块形成甚至破裂、完全堵塞，限制或完全中断了心肌的血液供应，引起临床上心绞痛、心肌梗死等一系列严重的临床情况。冠心病早已成为发达国家人们健康的主要杀手，随着全球化进程的加速，心脑血管病已经在发展中国家开始蔓延。充分认识冠心病以及该病带来的巨大疾病负担，对进一步研究防治策略意义重大。本方案适用于病情稳定、生命体征平稳的冠心病患者。

一、我国冠心病的现状

**（一）患病率**。据《中国心血管病报告2014》数据显示：我国城市地区冠心病的患病率为15.9‰，农村地区为4.8‰，城乡合计为7.7‰。2002年到2013年冠心病死亡率总体上呈现上升态势。2013年城市居民冠心病死亡率为100.86/10万，农村居民为98.68/10万，与2012年(93.17/10万、68.62/10万)相比均有所上升。城市冠心病死亡率高于农村，男性高于女性。

**（二）发病率。** 冠心病起病隐匿，缺少简便易行的筛查方法，国内外冠心病的发病率的研究仅限于急性冠心病事件（包括致死性和非致死性心肌梗死事件、冠心病猝死和慢性冠心病死亡）。世界卫生组织开展的MONICA研究（多国心血管疾病发病率、死亡率和决定因素的监测研究）显示，80年代后期，我国安徽、山东等16个省市35-64岁人群的急性冠心病事件发病率，男性为3/10万至109/10万，女性为1/10万至40/10万，地理分布差异较大，且发病率逐年上升。

**（三）冠心病患者情况。**根据《中国心血管报告2014》数据显示，中国心血管病患病率处于持续上升阶段。目前，估计全国有心血管病患者2.9亿，其中卒中患者至少700万，心肌梗死患者250万。每年冠状动脉经皮介入治疗接近50万例，其中绝大部分患者经过血运重建治疗病情平稳后可以在基层医疗机构进行观察和管理。推进分级诊疗制度建设，为冠心病患者提供连续性诊疗服务，对于保障患者健康权益具有重要意义。

二、冠心病分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

**（一）目标。**充分发挥分级诊疗的作用，指导患者合理就医和规范遵嘱治疗，为患者提供连续性诊疗服务，使患者疾病得到有效控制和治疗，提高患者生活质量，降低疾病及其并发症的发病率及死亡率，减轻患者家庭和社会负担。

**（二）路径（如下图）。**

冠心病

筛查和评估

疑似冠心病

稳定冠心病

冠心病急症

维持治疗

病情稳定后转回基层

医疗卫生机构

可直接到二级以上医院，检查、治疗；需要介入治疗的到具有介入治疗技术能力的医院救治

**（三）双向转诊标准。**

**1.上转至二级及以上医院的标准。**

（1）社区初诊或者社区管理的冠心病患者，出现以下情况之一，应及时上转至二级及以上医院救治：

①首次发生心绞痛；

②无典型胸痛发作，但心电图ST-T有动态异常改变；

③稳定性心绞痛患者出现心绞痛发作频率增加，胸痛加重，持续时间延长，硝酸甘油对胸痛缓解效果不好，活动耐量减低或伴发严重症状；

④反复心绞痛发作，心电图有或无ST段压低，但有明显心衰症状或合并严重心律失常；

⑤胸痛伴新出现的左、右束支传导阻滞；

⑥首次发现陈旧性心肌梗死；新近发生或者可疑心力衰竭；

⑦急性冠脉综合征患者；

⑧不明原因的晕厥、血流动力学不稳定；

⑨出现其他严重合并症，如消化道出血、脑卒中等需要进一步检查者；需要做运动试验、核素成像检查、超声心动图、冠脉CT、冠状动脉造影等检查者。

对于病情较严重、风险较高的患者应当在维持生命体征稳定条件下，及时转诊至有冠心病急症救治能力的二级以上医院救治。

（2）社区管理的冠心病患者，出现以下情况之一应当上转至二级及以上医院进一步治疗：

①抗血小板、抗凝药物需要调整；

②他汀类药物治疗LDL-C达标困难或有不良反应，需调整药物；

③血糖及血压等重要危险因素不能控制；

④稳定期患者每半年至1年转上级医院进行病情评估。

（3）对具有中医药治疗需求的冠心病患者，出现以下情况之一应当转诊：

①基层医疗卫生机构不能进行冠心病中医辨证治疗或提供中药饮片、中成药等治疗措施。

②经中医辨证治疗2-4周后，心绞痛发作未见明显改善。

**2.下转至基层医疗卫生机构的标准。**

符合下列转诊条件的患者，可转至基层医疗卫生机构进行接续性治疗：

（1）诊断明确，治疗方案确定，患者病情稳定，尚不需要介入治疗等；

（2）已完成血运重建治疗（冠脉介入或搭桥手术），进入稳定康复期；

（3）症状相对稳定，无明确冠心病直接相关症状。

（4）经中医药治疗，病情稳定，已确定中医辨证治疗方案或中成药治疗方案者。

三、冠心病患者的筛查、诊断与评估

**（一）冠心病筛查。**

1.机会性筛查：在各级医疗机构进行日常诊疗过程中检测发现心电图异常表现者；健康体检、单位医务室等偶然发现心电图异常。

2.重点人群筛查：35岁首诊行心电图检查。冠心病易患人群，建议每半年检查心电图，必要时可行活动平板检查或冠状动脉CT检查。

**（二）冠心病诊断与评估。**

**1.病史采集。**

（1）病史：发病年龄，主诉症状与伴随症状，药物使用情况及治疗反应。重点询问有无活动时胸痛、胸闷或胸部不适；有无静息发作胸痛、胸闷或胸部不适；发作时间是否较前延长（是否≥20分钟）；发作时是否伴有大汗、恶心等情况；近期活动耐量是否下降，发作频率是否增加；是否有心肌梗死病史、支架置入史、冠脉搭桥术病史。

冠心病引起的心绞痛的主要临床特点包括：

①诱发因素：多于活动时发作，饱餐、遇冷空气、情绪激动及晨起更易发作。

②疼痛位置：典型的心绞痛多位于胸部正中的胸骨后和（或）左胸（心前区），可向后背部、左肩、左臂、左手手指，及颈、咽、下颌放射，位置多固定。部分病人表现为上腹部疼痛牙痛或者咽部紧缩感，此类症状应予以重视。

③疼痛性质：心绞痛多为紧缩、压迫或烧灼感，也可表现为闷痛，伴有紧张和濒死的感觉，多伴出汗。

④持续时间：多为3-5分钟，一般小于20分钟。

⑤缓解方式：疼痛出现后逐渐加重，休息可缓解，如发作时服用硝酸甘油和速效救心丸等药物可缩短发作时间。

（2）既往史：了解有无心力衰竭、高血压病、糖尿病、脑血管病、外周血管病、痛风、血脂异常、支气管哮喘、睡眠呼吸暂停征、肾病、甲状腺疾病等病史。

（3）个人史：生活方式（饮食、酒、烟等），体力活动，女性患者是否绝经，已婚女性注意询问避孕药使用情况。

（4）家族史：询问早发冠心病、猝死、高血压、糖尿病、脑卒中及其发病年龄等家族史。

（5）社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理、文化程度等社会心理因素。

**2.体格检查。**

（1）一般情况：神志状况、面容，测量身高、体重、腰围等。

（2）生命体征：血压、心率、心律、心脏杂音等。

**3.检查检验。**根据患者病情需要及医疗机构实际情况，科学选择相应的检查项目。

（1）心电图：主要评价ST段抬高或者下移；

（2）实验室检查：心肌酶，肌钙蛋白等；

（3）超声多普勒心动图：了解心脏大小、结构与功能；

（4）运动平板或者运动核素检查；

（5）冠状动脉CTA；

（6）冠状动脉造影。

**4.高危患者的识别。**

冠心病患者出现以下任一情况，需紧急处置：

（1）持续胸痛伴有大汗或者严重呼吸困难、不能平卧；

（2）神情痛苦、烦躁不安，有濒死感或淡漠；

（3）面色苍白、呼吸急促；

（4）心率过快（≥100次/分）或过慢（≤50次/分）；

（5）血压过高（≥160/110 mmHg）或过低（≤90/60 mmHg）；

（6）心电图提示有2个或2个以上的导联ST段降低或抬高，或者新出现左束支传导阻滞及Q波。

**5.排除非心绞痛的胸痛。**

非心绞痛的胸痛主要表现为：短暂几秒钟的刺痛或持续几个小时至几天的闷痛；疼痛部位点状而非片状分布，可以用一、二个手指指出疼痛的位置；疼痛多于劳累后而非劳累中出现；与呼吸或者其他影响胸廓的运动有关；可被其他因素转移，如交谈可使胸痛减轻；含服硝酸甘油在30分钟以后方能缓解或者不缓解等。

**6.冠心病分型。**可分为5型，可单独出现或合并出现：

（1）心绞痛：由心肌缺血引起，主要以胸部不适为临床表现的临床综合症。多在劳累时诱发，休息和舌下含服硝酸甘油可缓解。

（2）急性心肌梗死：在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉供血急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血导致心肌坏死。多是由于冠状动脉粥样斑块破裂、出血或血栓形成造成冠状动脉急性的完全或者次全闭塞所致。

（3）无症状心肌缺血：患者无临床症状，但心电图与既往比较有明显改变（如ST段明显下移或抬高），15-20分钟后复查心电图多改善或恢复正常。

（4）缺血性心肌病：主要表现为心肌纤维化（或称硬化）。心肌因长期血供不足而发生营养障碍和萎缩，心脏纤维组织增生。临床特点是心脏逐渐扩大，发生心律失常和心力衰竭。

（5）冠心病猝死：主要原因是冠状动脉主支突发闭塞（通常由冠状动脉固定狭窄基础上血栓形成引发，部分为冠状动脉痉挛引起），导致急性大面积心肌缺血和坏死，并可并发心脏电生理紊乱，出现严重心律失常（如心室纤颤）。其次是急性心肌梗塞后心室壁变薄，导致心脏破裂。

**7.冠心病病情评估分类。**结合不同级别医疗机构特点，根据冠心病严重程度，分为稳定期和危重期冠心病患者。

（1）稳定期冠心病患者。主要包括稳定劳力型心绞痛和无症状心肌缺血患者。

①稳定劳力型心绞痛的分级。采用加拿大心脏病学会劳力心绞痛分级标准，分为四级：

Ⅰ级：一般日常活动，例如走路、登楼不引起心绞痛，心绞痛发生在剧烈、速度快或长时间的体力活动或运动时。

Ⅱ级：日常活动轻度受限。心绞痛发生在快步行走、登楼、餐后行走、冷空气中行走、逆风行走或情绪波动后。

Ⅲ级：日常活动明显受限，心绞痛发生在平路一般速度行走时。

Ⅳ级：轻微活动即可诱发心绞痛，患者不能作任何体力活动，但休息时无心绞痛。

②无症状心肌缺血。患者无临床症状，多在做动态心电图（Holter）时发现；心电图与既往比较有明显改变（如ST段明显下移或抬高），15-20分钟后复查心电图多改善或恢复正常。

（2）危重期冠心病患者。主要包括不稳定型心绞痛、急性心肌梗死和冠心病猝死患者。

①不稳定型心绞痛。分为三个阶段：

Ⅰ：新发生心绞痛或原有劳力性心绞痛加重，心电图表现为心绞痛发作时ST段下移≥1mm，但持续时间<20分钟。

Ⅱ：近1月内反复出现心绞痛、静息状态下出现心绞痛、心肌梗死后仍有心绞痛发作，心电图表现为心绞痛发作时ST段下移≥1mm，T波倒置＞0.2mV，或有病理性Q波，但持续时间<20分钟。

Ⅲ：48小时内反复发作心绞痛，心电图伴一过性ST段改变（＞0.5mV），新出现束支传导阻滞或出现持续室性心动过速，持续时间＞20分钟。

不稳定心绞痛可分为5种类型（表1）。

表1.不稳定型心绞痛的分型

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 病程 | 可能出现的心电图改变 | 临床特征 | 其他临床特征 |
| 初发劳力型心绞痛 | 1个月内新发 | ST段压低或T波的动态变化 | 心绞痛CCSCⅢ或Ⅳ级 | 还可伴有恶心、呕吐、出汗、呼吸困难等，特别是高龄患者表现常不典型 |
| 恶化劳力型心绞痛 | 1个月之内 | ST段压低或T波的动态变化 | 发作持续时间较长，心绞痛CCSCⅢ或Ⅳ级，含硝酸甘油缓解效果差 |
| 自发型心绞痛 | 休息时发作，1个月内 | ST段压低或T波的动态变化 | 心绞痛CCSCⅢ或Ⅳ级 |
| 变异型心绞痛 | 休息时发作 | 暂时ST段抬高 |  |
| 梗死后心绞痛 | 急性心肌梗死发病24小时后至1个月内 | ST段压低或T波的动态变化 | 心绞痛CCSCⅢ或Ⅳ级 |

②急性心肌梗死。

i.典型临床表现为突发、持续、严重心绞痛，疼痛较前发作时剧烈；发作时间≥20分钟；含服硝酸甘油症状缓解不明显；常伴大汗，濒死感；可有心律失常、低血压、心力衰竭等表现。

ii.心电图表现：

急性ST段抬高型心肌梗死：出现病理Q波、高尖T波、ST段抬高、T波双向或倒置，并有动态演变。

急性非ST段抬高型心肌梗死：无病理性Q波、无ST段压低、无T波倒置，也可有动态演变。

其它：新发或疑似新发左束支传导阻滞。

iii.血清心肌酶学检查：心肌酶升高。

③冠心病猝死。在冠状动脉粥样硬化的基础上，发生冠状动脉内血栓形成或者冠状动脉痉挛，导致心肌急性缺血，造成局部电生理紊乱，引起短暂的严重心律失常（尤其是室颤），患者在发病6小时内死亡。

i.典型临床表现为突发严重胸痛，伴呼吸困难，数分钟之内出现意识丧失。

ii.心电图：可表现为心室颤动、室性心动过速、房室传导阻滞、心电机械分离，甚至变为直线。

**（三）冠心病的中医诊断与分型。**

遵循中医药“四诊合参”的原则，采集患者的病史、症状与体征、舌脉诊等信息，综合评估患者病情，依据中华中医药学会2008年制定的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》“胸痹心痛”诊疗指南（ZYYXH/T17-2008），把握冠心病基本病机进行中医辨证。冠心病的常见中医证型如下：

1.痰阻心脉证：胸闷重而心痛轻，伴有身重困倦，脘痞纳呆，口黏恶心，咯吐痰涎，苔白腻或白滑，脉滑。

2.气滞心胸证：胸痛时作，痛无定处，时欲太息，情志抑郁可诱发或加重，或兼有脘腹胀闷，得嗳气或矢气则舒，苔薄或薄腻，脉弦。

3.心血瘀阻证：心胸疼痛，心痛如刺，痛处固定，入夜更甚，唇舌紫暗，舌有瘀斑，苔薄，脉涩或结代。

4.寒凝心脉证：心痛彻背，背痛彻心，感寒痛甚，形寒肢冷，面色苍白，苔薄白，脉沉紧。

5.心气亏虚证：心胸隐痛，气短心悸，动则益甚，神疲懒言，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

6.心阴不足证：心胸隐痛，五心烦热，心悸怔忡，头晕耳鸣，口燥咽干,舌红少津，苔少或花剥，脉细数。

7.心肾阳虚证：胸闷心痛，心悸怔忡，神倦怯寒，面色晄白，四肢不温，舌质淡胖，苔薄白，脉沉细迟。

四、冠心病患者的治疗

**（一）健康生活方式。**

1.戒烟限酒。

2.低脂低盐饮食，减少膳食脂肪，营养均衡。

3.适当体育锻炼。

4.控制体重。

5.保持心理平衡。

**（二）药物治疗。**是冠心病治疗的基础。目的是缓解症状，减少心绞痛的发作，降低心肌梗死发生率；延缓冠状动脉粥样硬化病变进展，降低冠心病死亡率。常用药物包括以下几类：

1.抗血小板药物：阿司匹林、氯吡格雷等；

2.硝酸酯类药物：消心痛、单硝酸异山梨酯等；

3.钙通道阻断剂：硝苯地平、地尔硫卓等；

4.β-受体阻断剂：氨酰心安、倍它乐克等；

5.血脂调节药物：阿托伐他汀、普伐他汀、菲诺贝特、烟酸等；

6.ACEI/ARB:卡托普利、氯沙坦等；

7.其他药物：利尿药物、补钾药物、抑酸药物等。

**（三）血运重建治疗。**包括介入治疗（血管内球囊扩张成形术和支架植入术）和冠状动脉旁路移植术。

1.经皮冠状动脉介入治疗（PCI）。适用于药物控制不良的稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛和心肌梗死患者。心肌梗死急性期首选急诊介入治疗。根据患者病情，可结合使用血栓抽吸术、斑块旋磨术等。

2.冠状动脉旁路移植术（简称冠脉搭桥术，CABG）。适用于严重冠状动脉病变，不能接受介入治疗或治疗后复发，以及心肌梗死后心绞痛患者，或者患者出现室壁瘤、二尖瓣关闭不全、室间隔穿孔等并发症，在针对并发症手术同期行冠脉搭桥术。

介入治疗和外科冠脉搭桥术治疗后，患者仍需要接受长期的标准药物治疗。

**（四）冠心病急症的治疗。**冠心病急症即急性冠脉综合征，包括不稳定性心绞痛和急性心肌梗死（包括ST段抬高和非ST段抬高心肌梗死）。对于冠心病急症患者，应当尽快转运至有救治能力的医院进行积极、规范治疗。

1.不稳定性心绞痛与非ST段抬高心肌梗死治疗原则相同，以药物治疗为主，对部分症状不能控制或者临床评价为高危的患者需行介入治疗。

2.ST段抬高心肌梗死即进展型急性心肌梗死，是冠心病患者主要的致死致残原因。治疗原则为尽快明确诊断，尽早、充分、持续开通梗死相关的动脉，最大限度地保护心肌，从而保存心功能。

**（五）冠心病的中医药治疗。**

冠心病属中医“胸痹心痛病”范畴，中医药在冠心病的防治方面积累了丰富经验。根据中医学“未病先防”的指导思想，可对冠心病高危人群进行中医药干预，预防冠心病的发生；针对稳定性心绞痛、不稳定性心绞痛、冠脉临界病变、支架术后、搭桥术后以及不能进行血运重建的患者，经常规西药治疗后心绞痛频繁发作的急性心肌梗死患者，采用中医药治疗，可以改善心绞痛症状、减少心绞痛发作频次以及提高患者生活质量。临床可依据中华中医药学会2008年制定的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》“胸痹心痛”诊疗指南（ZYYXH/T17-2008），结合患者中医辨证结果，制定治疗方案。

1.辨证论治

（1）痰阻心脉证：瓜蒌薤白半夏汤加味；

（2）气滞心胸证：柴胡疏肝散加减；

（3）心血瘀阻证：血府逐瘀汤合失笑散加减；

（4）寒凝心脉证：瓜蒌薤白桂枝汤合当归四逆汤加减；

（5）心气亏虚证：保元汤加减；

（6）心阴不足证：生脉散合天王补心丹加减；

（7）心肾阳虚证：参附汤合桂枝甘草汤加减。

2.其他治法

（1）针刺;

（2）穴位贴敷。

五、冠心病患者的管理

基层医疗卫生机构主要任务是为诊断明确、病情稳定的疾病稳定期患者、康复期患者提供康复、护理服务，开展健康教育，指导患者控制危险因素。

**（一）患者处理。**

1.建立冠心病患者病例管理档案。

2.控制冠心病危险因素。

（1）建议患者戒烟、控制饮酒。

（2）建议患者控制正常体重（正常BMI在18.5～24 kg/m2， BMI＝体重（公斤）/身高（米）2。

（3）建议患者健康的生活方式。

（4）治疗高血压、糖尿病、血脂异常等。

3.健康教育。

（1）疾病基本知识，如告知患者急性加重的症状，指导患者在病情变化时及时就诊。

（2）家庭保健知识，告知患者合理的饮食结构，进行规律适度的体力活动

（3）药物使用知识。

（4）给予患者心理支持。

4.药物治疗。

（1）无药物不良反应者，维持目前药物治疗方案，观察治疗反应，督促患者每月随访。

（2）告知患者在服用抗心绞痛药物治疗中可能会出现的不良反应及注意事项。

（3）告知患者冠心病药物治疗是长期治疗，切忌症状好转自行减药或停药。

（4）如果出现药物不良反应，建议并协助患者转诊到上级医院，并在1周内随访。

（5）针对具有中医药治疗需求的患者，每月进行一次中医辨证，根据辨证结果调整处方用药。

**（二）冠心病的预防。**分为一级预防和二级预防。一级预防指减少或控制冠心病的易患因素，降低冠心病发病率，是中老年人应当进行的主要预防。二级预防是对已患冠心病的患者，采用药物或非药物的措施，预防疾病复发或病情加重。

1.一级预防。

（1）控制血压。

（2）合理饮食结构及热能摄入，避免体重超重。防治高脂血症，降低人群血脂水平。

（3）戒烟、控制饮酒。

（4）积极治疗糖尿病。

（5）饮用硬水，软水地区应当补充钙、镁。

（6）避免长期精神紧张、过分激动。

（7）积极参加体育锻炼。病情稳定患者，建议每日进行30-60分钟中等强度有氧运动，每周至少5天。

2.二级预防。常用药物包括降脂药、抗血小板制剂、β- 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、钙拮抗剂、硝酸酯类药物、中医药和备用急救药物。

附件3

**脑血管病分级诊疗服务技术方案**

脑血管病是一组因脑血管病变引发的疾病，具有高发病率、高死亡率和高致残率的特点，目前已成为我国居民第一位死亡原因和成人致残原因，给社会、患者及其家庭带来沉重负担。脑血管病是可以预防和控制的疾病。对脑血管病采取预防为主、早期诊断、早期治疗、早期康复、早期预防再发和危险因素综合管理，可明显降低脑血管病风险，改善患者的生存质量，降低疾病负担。

本方案所称脑血管病包括缺血性卒中、短暂性脑缺血发作、自发性脑内出血、动脉瘤性蛛网膜下腔出血和颅内静脉系统血栓形成。本方案适用于病情稳定、生命体征平稳的脑血管病患者。

一、我国脑血管病的现状

**（一）患病率。**现有流行病学统计，2012年我国居民脑血管病患病率约为844.5/10万人，据此推算我国现有脑血管病患者约1125万。

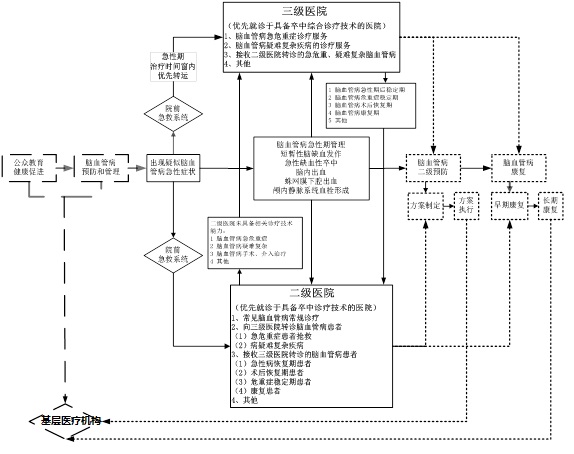
**（二）发病率。**不完全统计，我国脑血管病发病率约为202/10万人，每年新发脑血管病患者约270万人。

**（三）死亡率。**不完全统计，2010年我国脑血管病死亡率约为107.9-135.8/10万人，致残率约为2101.5伤残调整寿命年/10万人（伤残调整寿命年，Disability-Adjusted Life Years, DALYs）。

二、脑血管病分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

**（一）目标。**充分发挥团队服务的作用，指导患者合理就医和规范诊疗，加强院前急救转运、早期诊断、早期治疗、早期康复、早期预防再发和危险因素综合管理的分级诊疗，发挥中医药在脑血管病防治及康复方面的作用，降低脑血管病复发率、致残率及死亡率。

**（二）分级诊疗服务流程（如下图）。**



**（三）分级诊疗服务模式。**

1.城市三级医院。主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。收治脑血管疾病急性期患者，下级医疗机构转诊患者，为患者提供相应诊疗服务，开展疾病早期康复，制定脑血管病二级预防方案。

2.城市二级医院。主要接收三级医院转诊的脑血管病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者。提供规范的二级预防，早期检查诊断，实施一般性诊断和治疗性干预，维持患者生命体征和基本监护，早期和持续康复治疗等。对超出自身诊疗服务能力的患者转诊至上级医疗机构。

3.慢性病医疗机构。根据自身的功能定位和能力水平，主要为诊断明确、病情稳定的疾病稳定期患者、康复期患者提供治疗、康复、护理服务。基层医疗卫生机构开展公众教育，普及脑血管病症状识别、正确呼救急救系统、知晓脑血管病危险因素等知识；开展脑血管病患者筛查和管理，高危人群管理；开展脑血管病二级预防，包括血压、血糖、血脂等监测，药物依从性、治疗效果和不良反应的监测。康复医院主要开展脑血管疾病患者康复治疗。护理院为脑血管病患者提供护理服务。

**（四）双向转诊标准。**

**1.上转至二级及以上医院的标准。**

（1）社区初诊或在社区管理的脑血管病患者，突发以下疑似脑血管病急性症状，应当及时转诊：

①一侧肢体无力或麻木，可伴有或不伴有面部麻木；

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；一侧或双眼视力模糊或丧失；

⑤眩晕伴呕吐；

⑥既往少见的严重头痛、呕吐；

⑦意识障碍或抽搐；

⑧全面认知障碍，比如记忆力下降或丧失;

⑨其他突然加重的情况。

（2）社区管理的脑血管病患者，出现以下情况之一，应当转诊至上级医疗机构进一步治疗：

①出现新的严重临床疾病或原有疾病加重；

②患者服用相关二级预防药物后仍出现血压、血糖、血脂等危险因素且难以控制，临床处理有困难；

③患者服用相关二级预防药物后出现不能解释或难以处理的不良反应。

（3）脑血管病患者如有以下情况之一，可以转诊：

①患者有中医药治疗需求，基层医疗卫生机构不能提供者；

②经中医药治疗24小时后症状、体征未改善或症状加重者。

**2.下转至慢性病医疗机构的标准。**

（1）下转至基层医疗卫生机构。患者诊断明确，治疗方案确定，病情稳定，不伴有需要继续治疗的并发症或合并症，需要进行长期二级预防管理。日常生活基本自理，存在轻度功能障碍，无需住院康复治疗，可行社区或居家持续康复。

（2）下转至康复医院、护理院。病情稳定的恢复期患者，存在较严重的功能障碍，需要持续住院康复、护理的患者。

（3）经中医药治疗，病情稳定，已确定中医辨证治疗方案或中成药治疗方案者。

三、脑血管病患者的筛查、诊断和评估

**（一）脑血管病筛查。**

1.定期筛查：建议成人定期监测血压、血糖、血脂等脑血管病危险因素。有心脑血管疾病和糖尿病家族史、体重指数为超重、高血压前期、糖耐量异常患者，可适当增加定期筛查的次数。完善卒中风险评估，对高于平均风险的人群，可适当增加定期筛查的次数。科学做好卒中一级预防。

2.机会性筛查：在日常诊疗过程中或健康体检、单位医务室发现脑血管病危险人群。特别是因高血压、糖尿病、心血管病和周围血管病等其他血管疾病就诊的患者，应进行机会性筛查，以发现脑血管病的早期病变。

3.重点人群筛查。

（1）一般重点人群：包括无症状性脑动脉狭窄筛查、脑小血管病和血管性轻度认知障碍的筛查。推荐对≥55岁且合并心血管危险因素（高血压、糖尿病、吸烟、高脂血症和心血管病）的患者中进行颈动脉狭窄相关筛查，但不推荐对一般人群行无症状性颈动脉狭窄筛查。推荐对老年、高血压病、认知功能减低和步态异常等高危人群进行脑小血管病相关筛查。

（2）特殊重点人群：非致残性高危缺血性脑血管事件（包括短暂性脑缺血发作、轻型卒中和迅速缓解卒中）的筛查。非致残性高危缺血性脑血管事件属于急症，需立即转诊至有条件的二级及以上医院，及时完成病情评估，给予积极治疗。

4.急性脑血管病初筛：急性脑血管病诊疗应在具备相应救治能力的二级及以上医院进行，疑似急性脑血管病初筛流程图如下。



5.对于脑血管病高危人群进行中医体质辨识和初步辨证。

**（二）脑血管病急性期评估。**

**1.病史采集。**

（1）病史：重点询问症状出现的时间，若患者于睡眠中起病，应以患者表现正常的最后时间作为起病时间。同时询问神经症状发生及进展特征。

（2）既往史：了解有无高血压、糖尿病、血脂异常、心房颤动、脑血管病、冠心病、心力衰竭、外周血管病、睡眠呼吸暂停征等病史。

（3）个人史：生活方式（饮食、酒、烟等），女性妊娠史，体力活动，用药史，身高和体重。

（4）家族史：询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中及其发病年龄等家族史。

（5）社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理、文化程度等社会心理因素。

**2.体格检查。**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检查。

用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。(2)美国国立卫生研究院卒中量表(the National Institutes of Health Stroke Scale，NIHSS),是目前国际上最常用量表。(3)评价脑血管病患者意识程度的格拉斯哥昏迷评分量表(Glasgow coma scale, GCS)。

**3.实验室检查。**

（1）常规检查项目：快速血糖、血常规、凝血功能、肝肾功能、电解质、心肌缺血标志物、血脂、糖化血红蛋白、餐后血糖、血同型半胱氨酸，氧饱和度等。

（3）必要时检查：毒理学筛查、血液酒精水平、妊娠试验、动脉血气、腰穿(怀疑蛛网膜下腔出血而CT未显示或怀疑卒中继发于感染性疾病)、D二聚体、肿瘤标志物、免疫学检查、易栓症等。

**4.靶器官功能损害评估。**根据患者病情选择以下检查项目。

（1）脑病变与血管病变评估。

①脑病变检查：平扫CT、多模式CT、标准MRI（T1WI,T2WI,FLAIR,DWI）、多模式MRI（灌注加权成像（PWI）、水抑制成像和梯度回波、磁敏感加权成像（SWI））。

②血管病变检查：包括颈动脉血管超声、经颅多普勒（TCD）、磁共振脑血管造影（MRA，MRV）、CT血管造影（CTA，CTV）和数字减影血管造影（DSA）等。

③侧支循环代偿及脑血流储备评估。

（2）心脏功能评估。

①心脏节律：12导联心电图、24小时动态心电图监测（HOLTER）或更长时相心电监测。

②心脏结构：经胸超声心动图、经食道超声心动图、TCD发泡试验。

③血压监测：常规血压监测和24小时血压动态监测。

（3）外周血管评估。

①肾脏血管：肾动脉超声或造影。

②下肢血管：下肢血管超声。

（4）其他。胸片或胸CT、脑电图（怀疑痫性发作时）。

**5. 发挥中医证候辨识作用。**遵循“四诊合参”的原则，重点进行病史、症状与体征、舌脉诊等综合信息采集。

**（三）脑血管病诊断。**

1.急性缺血性卒中(急性脑梗死)诊断标准：

（1）急性起病；

（2）局灶神经功能缺损（一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍等），少数为全面神经功能缺损；

（3）症状或体征持续时间不限（影像学显示有责任缺血性病灶时），或持续24小时以上（缺乏影像学责任病灶时）；

（4）排除非血管性病因；

（5）脑CT／MRI排除脑出血。

2.短暂性脑缺血发作诊断标准：

（1）传统诊断标准：由血管原因所致脑、脊髓或视网膜缺血引起的短暂性、局限性神经功能障碍，临床症状持续时间不超过24 小时，不遗留神经功能障碍。

（2）最新诊断标准：由血管原因所致脑、脊髓或视网膜缺血引起的短暂性、局限性神经功能障碍，不伴有急性梗死。

3.自发性脑内出血诊断标准：

（1）急性起病；

（2）局灶神经功能缺损症状，少数为全面神经功能缺损，常伴有头痛、呕吐、血压升高及不同程度意识障碍；

（3）头颅CT或MRI显示出血灶；

（4）排除非血管性脑部病因。

4.蛛网膜下腔出血诊断标准：

（1）突然出现，迅速达到最剧烈程度的持续性、电击样头痛；

（2）可伴有下列一个或多个症状、体征：恶心、呕吐、颈项强直、畏光、短暂性意识丧失或局灶性神经功能障碍（包括脑神经麻痹）；

（3）CT可见沿着脑沟、裂、池分布的出血征象，脑脊液检查呈均一血性。

5.颅内静脉系统血栓形成：

（1）临床表现：临床表现复杂多样，主要取决于血栓的性质、大小及部位等。可出现急性或反复发作的头痛、视物模糊、视盘水肿、眼球突出和活动受限、一侧肢体的无力和感觉障碍、失语、偏盲、痫性发作、孤立性颅内压增高综合征，或不同程度的意识障碍或精神障碍，可伴或不伴发热。

（2）检查检验：D-二聚体可升高，脑脊液可存在异常，易栓症筛查可异常；

（3）影像学检查：

①CT 检查：平扫时可看到的束带征、高密度三角征；增强扫描可见到空三角征（Delta 征）。间接征象包括脑室变小、脑白质低密度、静脉性脑梗死（包括出血性梗死和非出血性梗死）、条索状高密度影等。

②MR平扫时可直接显示颅内静脉和静脉窦血栓，以及继发于血栓形成的各种脑实质损害。

③CTV、MRV、DSA直接显示静脉窦血栓累及的部位、范围和程度。

**（四）脑血管病的中医诊断。**根据意识障碍的有无进行 “中经络”、“中脏腑”的病类诊断。根据病程分为急性期、恢复期及后遗症期。依据国家中医药管理局医政司发布的《中风病（脑梗死）急性期诊疗方案》、《中风病（脑梗死）恢复期诊疗方案》，《出血性中风（脑出血）中医诊疗方案》，辨析脑血管病基本病机、证候要素等，进行中医辨证、病证结合诊断。

四、脑血管病急性期患者的治疗

脑血管病急性期患者可直接至二级以上医疗机构就诊。

**（一）急性缺血性卒中。**

1.一般治疗。

（1）尽早、尽可能收入卒中单元进行治疗。

（2）密切监测患者生命体征，如气道和呼吸；心脏监测和心脏病变处理；血压、血糖和体温调控；营养支持。

2.特异性治疗。

（1）再灌注治疗。

①静脉溶栓治疗：根据适应证和禁忌证要求，患者发病4.5小时内，可给予重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)治疗；发病6小时内，可给予尿激酶静脉溶栓治疗。

②血管内介入治疗：发病6小时内，急性前循环大血管闭塞性卒中患者，有取栓指征时应尽快实施。发病4.5小时内可在足量静脉溶栓基础上实施。

（2）抗血小板药物治疗。无禁忌证的患者，应在发病后尽早给予抗血小板药物治疗。急性非心源性小卒中 （NIHSS≤3分）患者发病24小时内，需给予氯吡格雷联合阿司匹林治疗，21天后改为阿司匹林或氯吡格雷单药治疗。

（3）中医辨证论治及中医特色疗法。参照国家中医药管理局医政司发布的《中风病（脑梗死）急性期诊疗方案》合理处方用药，并根据病情需要有针对性地选择针灸、推拿等非药物疗法，适当配合物理治疗、康复训练等，确定个体化的综合治疗方案。

（4）其他治疗：根据患者病情，给予抗凝、降纤、扩容、其他改善脑血循环药物、神经保护和中医中药治疗。

3.急性期并发症的处理。常见并发症包括脑水肿、颅内压增高、梗死后出血、癫痫、吞咽困难、肺炎、排尿障碍与尿路感染、深静脉血栓形成和肺栓塞、消化道出血等，需进行对症处理。

**（二）短暂性脑缺血发作。**

1.风险评估及干预时机。

对怀疑短暂性脑缺血发作患者应早期行ABCD2评分（见下表1），预测其卒中发生风险，并尽早进行全面检查与评估，判断导致短暂性脑缺血发作的病因和可能的发病机制。

表1.短暂性脑缺血发作患者ABCD2评分量表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 患者情况 | ABCD2得分 |
| 年龄（A） | ≥60 岁 | 1 |
| 血压（B） | 收缩压 ≥140 或 舒张压≥90mmHg | 1 |
| 临床症状（C） | 单侧无力 | 2 |
| 不伴无力的言语障碍 | 1 |
| 症状持续时间（D） | >60 分钟 | 2 |
| 10-59 分钟 | 1 |
| 糖尿病（D） | 有 | 1 |

对新发短暂性脑缺血发作须按急症处理，如果患者在症状发作72小时内出现以下情况之一者，建议二级或三级医院诊治：（1）ABCD2评分≥4分；（2）ABCD2评分0-3分，但不能保证2天内能在门诊完成系统检查的患者；（3）ABCD2评分0-3分，并有其他证据提示症状由局部缺血造成。

2.急性期治疗。

（1）药物治疗。

①抗血小板治疗：对于非心源性短暂性脑缺血发作患者，首选抗血小板药物治疗。发病24小时内，具有高卒中复发风险（ABCD2评分≥4分）的急性非心源性短暂性脑缺血发作患者，需给予氯吡格雷联合阿司匹林治疗，21天后改为阿司匹林或氯吡格雷单药治疗。应当根据患者危险因素、耐受性、治疗费用等制订个体化抗血小板药物治疗方案。

②抗凝治疗：心源性短暂性脑缺血发作患者，应首选抗凝治疗，包括口服华法林和新型口服抗凝剂。根据患者个体化因素确定药物治疗方案。

③中医辨证论治及中医特色疗法：参照国家中医药管理局医政司发布的《中风病（脑梗死）急性期诊疗方案》合理处方用药，并根据病情需要有针对性地选择针灸、推拿等非药物疗法，适当配合物理治疗、康复训练等，确定个体化的综合治疗方案。

④二级预防：参照脑血管病二级预防。

**（三）自发性脑内出血。**

1.内科治疗。

（1）一般治疗。发病后最初数天，患者病情往往不稳定，应常规给予持续生命体征监测、神经系统评估、持续心肺监护（包括袖带血压监测、心电图监测、氧饱和度监测）。

（2）控制血压。降压目标值通常为160／90 mmHg。急性脑出血患者，收缩压>220 mmHg时，应积极使用静脉降压药物降低血压；收缩压>180 mmHg时，可使用静脉降压药物控制血压，根据患者临床表现调整降压速度。

（3）控制血糖。监测血糖，将血糖控制在正常水平。

（4）药物治疗。由于止血药物治疗脑出血临床疗效尚不确定，且可能增加血栓栓塞的风险，不推荐常规使用。

（5）针对病因治疗。

（6）并发症治疗。主要包括颅内压增高的管理、癫痫发作、深静脉血栓形成（DVT）和肺栓塞的防治。

2.外科治疗。

（1）脑实质出血。对于大多数原发性脑出血患者，外科治疗的有效性尚不能充分确定，应根据患者病情个体化选择外科手术或微创手术治疗，不推荐无选择地使用外科或微创手术。

（2）脑室出血。目前缺乏手术治疗脑室内出血的循证医学证据。

（3）脑积水。对伴有意识障碍的脑积水患者可行脑室引流术，以缓解颅内压增高。

3.中医辨证论治及中医特色疗法。参照国家中医药管理局医政司发布的《出血性中风（出血）中医诊疗方案》合理处方用药，并根据病情需要有针对性地选择针灸、推拿等非药物疗法，适当配合物理治疗、康复训练等，确定个体化的综合治疗方案。

**（四）蛛网膜下腔出血。**

1.一般治疗。

（1）推荐将患者收入重症监护室，密切监测生命体征和神经系统体征的变化，保持气道通畅。避免患者用力及情绪波动，保持大便通畅。

（2）降低颅内压：主要使用脱水剂如甘露醇、甘油果糖等。

（3）对症支持治疗：维持水电解质平衡，给予富含蔬菜的饮食，加强护理，预防尿路感染和吸入性肺炎。

2.防治并发症。

（1）预防再出血：绝对卧床休息，控制血压，处理动脉瘤。

（2）防治血管痉挛：所有患者均应口服尼莫地平；保持等容和正常循环血容量；在血管造影尚未出现血管痉挛之前，不预防性使用高血容量或球囊血管成形术。

（3）脑积水的处理：症状性脑积水急性期应采用脑脊液分流的处理方式；慢性症状性脑积水应采用永久性脑脊液分流治疗。

（4）癫痫的防治：脑出血后，可立即预防性使用抗癫痫药物，不推荐常规、长期使用抗癫痫药物。若患者曾有癫痫发作、脑内血肿、难治性高血压、脑梗死或大脑中动脉瘤等，可长期使用抗癫痫药物。

（5）低钠血症和低血容量的处理：部分患者需监测中心静脉压、肺动脉楔压和液体平衡状况，评估血容量情况。避免使用大量低渗液体和血容量降低。

3.中医辨证论治及中医特色疗法。参照国家中医药管理局医政司发布的《出血性中风（出血）中医诊疗方案》合理处方用药，并根据病情需要有针对性地选择针灸、推拿等非药物疗法，适当配合物理治疗、康复训练等，确定个体化的综合治疗方案。

**（五）颅内静脉系统血栓形成。**

1.一般治疗。

（1）推荐将患者收入卒中单元或重症监护室，密切监测生命体征和神经系统体征的变化，保持气道通畅。避免患者用力及情绪波动，保持大便通畅。

（2）降低颅内压：主要使用脱水剂如甘露醇、甘油果糖等。

（3）保护视神经：伴有进展性视力降低的严重颅内高压患者应紧急处理，必要时手术治疗。

（4）抗癫痫治疗：首次癫痫发作伴有脑实质损害时，应尽早使用抗癫痫药物控制癫痫发作，不建议常规预防性使用抗癫痫药物。

（5）对症支持治疗：维持水电解质平衡，给予富含蔬菜的饮食，加强护理，预防尿路感染和吸入性肺炎。

2.病因治疗。积极治疗病因，感染性血栓应及时足量足疗程使用敏感抗生素治疗；原发部位化脓性病灶必要时可行外科治疗，彻底清除感染源。

3.抗凝和溶栓治疗。

（1）对于无抗凝禁忌的CVST患者应尽早进行抗凝治疗。并发少量颅内出血和颅内压增高的CVST患者，并不是抗凝治疗的绝对禁忌证。

（2）急性期后应继续口服抗凝药物，控制INR值2～3之间，根据患者血栓形成倾向和复发风险确定疗程。

（3）经足量抗凝治疗无效，且无颅内出血的重症患者，在有相应治疗能力的医院，可在监护条件下慎重实施局部溶栓治疗。

**（六）脑血管病的中医药治疗。**

在急性期尽早进行中医药干预,在围手术期联合中医药治疗，或在患者不能耐受西药副作用时，或手术及介入治疗出现合并症/并发症时，或规范化西医治疗后肢体瘫痪、麻木、言语障碍、吞咽障碍、认知功能等改善不明显者，联合中医药治疗，参照国家中医药管理局医政司发布的《中风病（脑梗死）急性期诊疗方案》、《中风病（脑梗死）恢复期诊疗方案》，《出血性中风（脑出血）中医诊疗方案》，合理处方（中药、中成药、中药注射剂等），并根据病情需要有针对性地选择针灸、推拿等非药物疗法，适当配合物理治疗、康复训练等，确定个体化的综合治疗方案。

五、脑血管病二级预防

脑血管病患者常伴发多种危险因素，应尽早启动二级预防。由患者就诊的二级以上医疗机构确定二级预防方案。二级预防措施包括：

（一）抗血小板治疗。发病24小时内，脑卒中高复发风险（ABCD2评分≥4分）的急性非心源性短暂性脑缺血发作或轻型缺血性脑卒中（NIHSS评分≤3分）患者，应尽早抗血小板治疗。使用阿司匹林联合氯吡格雷治疗21天，并严密观察出血风险。21天后，单用阿司匹林或氯吡格雷，作为缺血性脑卒中二级预防一线用药。

（二）给予他汀类药物治疗。

（三）积极控制可预防的危险因素，降低脑血管病发生率或复发机率。

（四）健康生活方式，戒烟限酒。

（五）控制合并症。合并高血压进行降压治疗；合并糖尿病进行降血糖治疗；合并脂代谢异常者进行调脂治疗；合并房颤患者进行抗凝治疗。

（六）根据中医体质辨识、证候分型及合并症等，合理选择中药及针灸、推拿等非药物疗法进行一、二级预防。

六、脑血管病康复

**（一）康复治疗原则。**条件允许时，应尽早开展适宜、安全的康复治疗，实施适度的强化康复治疗措施，逐步、合理的增加幅度。建议为脑血管病患者提供多学科综合康复治疗，实施医院、社区及家庭三级康复治疗措施并做好衔接，使患者获得接续性诊疗服务。发挥中医药在康复治疗中的重要作用。

**（二）康复治疗。**分为三级康复。早期康复包括一级康复，长期康复包括二级和三级康复。

1.一级康复。尽早启动“一级康复”，即患者在医院急诊室或神经内科的常规治疗及早期康复治疗。脑血管病急性期后，在病情稳定的情况下，患者应尽早开始坐、站、走等活动。卧床患者者在病情允许时，应注意良姿位体位。应重视语言、运动和心理等康复训练，以实现尽量恢复日常生活自理能力的目的。

2.二级康复。指患者在康复病房或康复中心进行的康复治疗。患者病情稳定后，在二级医院或部分三级医院康复病房或康复中心进行康复治疗，主要针对运动功能障碍、感觉障碍、认知和情绪障碍、语言和交流障碍、吞咽障碍、尿便障碍、关节挛缩等继发障碍进行康复治疗，提高患者日常生活能力和生活质量。根据病情可使用矫形器等其他康复措施。

3.三级康复。指患者在社区或居家的继续康复治疗。患者病情稳定后，可转至社区或居家，继续康复治疗。

**（三）传统康复。**根据疾病分期和病情，进行脏腑、经络等辨证，将针灸、推拿等传统康复技术和现代康复训练、治疗等相结合，进行一级、二级、三级康复训练及治疗。

七、脑血管病患者的管理

**（一）健康管理。**

1.健康体检。对于重点人群每年常规体检一次，检查血脂、空腹血糖、血常规、肾功能、电解质、尿常规、心电图等项目。

2.行为干预。

（1）合理膳食。控制脂肪摄入，控制食盐及含盐量高的食物摄入。

（2）适量运动，控制体重。

（3）戒烟限酒。

（4）保持心理平衡。

3.强化培训。对接受管理的重点人群开展脑血管病防治知识及技能培训。

4.中医健康管理

（1）体质辨识与干预。

（2）辨证施膳。根据中医辨证或体质辨识和食物性味归经给予膳食指导。

（3）情志调理。为患者辨证选择不同的音乐和恰当的娱乐方式等，调畅情志，愉悦心情。

（4）运动调养。指导患者合理开展太极拳、八段锦、五禽戏等运动。

**（二）患者自我管理。**

1.患者自我管理小组：由脑血管病患者组成自我管理小组，交流经验。在专业人员的指导下，认识脑血管病的危害，知晓脑血管病常见症状和防治知识，学习如何调整饮食、戒烟限酒、适当运动、保持心情愉快等保健知识，增强防治脑血管病的主动性及药物治疗的依从性，提高与医生沟通的能力和紧急情况下寻求医疗帮助的能力，提高健康管理效果。

2.自我管理小组管理要求：

（1）知晓脑血管病。

（2）知识脑血管病防治措施。

（3）知晓药物的治疗作用及副反应。

（4）知晓中医药防治脑血管知识。

（5）患者就医依从性和医嘱执行。

（6）执行干预行为。

抄送：委（局）直属有关单位，中华医学会，中国医院协会、中国医师协会、中华护理学会、中华中医药学会。

国家卫生计生委办公厅 2016年12月28日印发

校对：胡瑞荣