

2024年国家卫生健康委百万减残工程专家委员会

高原地区二级医院卒中中心建设指引参考标准(管理部分200分)

建设指标		建设内容	评价方法	评价参考标准
一级指标	二级指标			
1. 基本建设条件 (18分)	1.1科室设置 (6分)	独立设置急诊科，设置神经内科专业、神经外科专业、康复专业、神经重症专业等融合的卒中防治与减残病房，鼓励有条件的单位独立设置神经内科、神经外科、康复科及神经重症监护病房。	查看医院科室设置文件	独立设置急诊科得1分，设置卒中防治与减残病房得1分，独立设置神经内科得1分，独立设置神经外科得1分，独立设置康复科得1分，独立设置神经重症监护病房得1分。
	1.2设备配备 (6分)	配备有经颅多普勒超声、颈部血管彩超、超声心动图、CT；鼓励有条件的单位配备MRI、DSA等。	现场查看	经颅多普勒超声、颈部血管彩超、超声心动图、CT、MRI、DSA，1分/项，满分6分。
	1.3人员资质 (6分)	在三级医院卒中中心、国家卒中学院等百万减残工程专家委员会认定的机构或单位经过卒中专科培训并获得相应证书的临床医生、影像科医生、超声科医生、健康管理师等卒中相关人员。	查看执业证书(如执业范围)或进修证书、培训证书	经过培训的神经内科医生、神经外科医生、神经介入医生、康复治疗师、影像医生、超声医生符合要求各得1分，满分6分。
2. 组织管理 (80分)	2.1卒中中心管理委员会 (7分)	成立卒中中心管理委员会，院级领导为主任，相关职能部门、临床、医技和信息部门科室负责人为成员，下设办公室在医务部门；鼓励独立成立卒中中心办公室。	查看相关文件和管理记录	主任为书记或院长得2分，副院长级领导得1分；办公室设置在医务部得1分；有专人负责工作联络安排、开展日常工作得1分；各职能部门和人员职责明确得1分；独立成立卒中中心办公室得2分。
	2.2卒中中心救治团队 (5分)	成立以卒中相关的神经内外科专业、急诊专业、影像专业、检验专业、护理专业为主体，卒中诊疗相关专业骨干医护人员为依托的救治小组，分工合理、职责明确。	查看相关文件和管理记录	成立卒中中心救治团队得1分；救治流程规范且符合医院实际得2分；救治成员符合要求得1分；成员分工和职责明确得1分。
	2.3相关制度 (4分)	制定卒中中心管理工作会议制度，多学科联合会制度，多学科联合会诊制度，疑难危重病历讨论制度。	查看近一年相关制度文件	有卒中中心管理工作会议制度得1分；多学科联合会制度得1分；多学科联合会诊制度得1分；疑难危重病历讨论制度得1分。
	2.4制度落实 (34分)	定期举行卒中中心管理工作会议，解决卒中中心建设工作中的主要问题。 定期举行多学科联合例会(包括临床质控会	查看近一年相关文件、会议记录、签到表和照片等 查看病历及相关会	卒中中心主任主持会议每次得1分，满分2分；查看会议签到，各相关科室或专业负责人参会每次得1分，满分2分；会议记录格式规范，会议目的明确，流程方案清晰得3分；会议讨论内容详尽，问题及时解决得3分。 近一年医务部门组织，每月至少组织一次多学科例会，每次会议

	等), 分析并解决存在的问题, 更新流程、规范。	议资料	至少有3个专业学科参与; 查看会议记录, 详细记录分析、梳理、发现、讨论, 均有签到表或照片, 每一次会议符合以上要求得1分, 最多得分12分。
	定期举行多学科联合会诊, 讨论疑难病例, 要求卒中相关科室参加, 记录各科室意见。	查看病历及相关会议资料	近一年有组织多学科联合会诊会议; 查看文件记录, 每次会议有各学科意见, 有签到表或照片, 每一次会议符合要求得1分, 最多得分12分。
2.5信息化管理(8分)	院内卒中相关学科病历信息数据共享。 医院能实现与区域内三级医院卒中中心和省内外对口帮扶医院建立远程医疗信息系统。		卒中相关临床科室与医技科室间患者病历信息共享得2分; 卒中相关临床科室间患者病历信息共享得3分。 建立远程医疗信息系统得3分。
2.6卒中标识管理(22分)	医院周边交通要道、门急诊出入口及大厅、医院内流动人群集中的地方设置醒目的指引标志, 引导患者快速到达急诊科。 卒中急诊分诊、挂号、诊室、收费、影像、抽血、检验、药房等均应设置卒中患者优先标识。 使用百万减残工程专家委员会统一要求的标识(胸牌、臂章标识), 要求标识明显。 医院内门诊、急诊、病房设置免费测量血压的标识, 要求标识明显。	现场查看	标识位置正确、醒目, 周边得1分、门诊出入口处得1分、急诊入口处得1分、门诊大厅得1分、医院内流动人群集中的地方得1分; 标识指引清晰, 不产生歧义得1分; 标识字体美观、大方、字号合适, 易识别得1分; 标识规范、统一得1分。 标识位置正确、醒目得1分; 标识指引清晰, 不产生歧义得1分; 标识字体美观、大方、字号合适, 易识别得1分; 标识规范、统一得1分; 采用百万减残工程专家委员会推荐的统一标识得1分。 卒中专职医护人员佩带百万减残工程专家委员会统一要求的标识得5分。 标识位置正确、醒目得1分; 标识指引清晰, 不产生歧义得1分; 标识字体美观、大方、字号合适, 易识别得1分; 标识规范、统一得1分。
3.区域卒中中心建设工作(30分)	3.1卒中分级诊疗(21分) 与区域内社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗机构建立协作关系, 建立卒中救治网络医联(共)体, 共同开展卒中防治等工作。 与区域内三级医院卒中中心建立协作关系, 落实双向转诊制度, 上转复杂、疑难、危重的卒中患者, 接收卒中病情稳定期的患者。	查看建立协作关系的协议和组织开展卒中防治工作的情况	有协作关系协议, 每家得1分, 满分3分; 近一年以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展脑卒中识别和救治相关知识培训, 培训资料齐全, 每次1分, 满分6分; 近一年至少2次对乡镇、社区医疗机构急性脑卒中筛查、防治进行指导质控, 得2分; 近一年至少2次在辖区内组织脑卒中防治相关科普宣教, 各类资料齐全得2分。 与区域内三级医院卒中中心建立协作关系得4分; 开展区域数据上报(脑血管病大数据平台), 有与区域内三级医院卒中中心转诊的数据得4分。
	3.2急救中心协作(9分) 医院应围绕急性卒中救治主动与本地区120加强协作。包括针对120院前急救人员进行中风识别培训、开展急性卒中患者联合救治记录和参加联合质控会议等。	查看近一年工作记录	每月由120转运到医院的急性脑卒中患者有分析得4分; 对120相关人员进行培训得2分; 有120相关人员参与医院质控会议的记录或和120联合在区域内开展院前质控的记录得3分。

4. 培训及会议 (40分)	4.1举办培训及会议 (20分)	医院有针对全体在院人员的院内培训制度。 院内组织开展国卫办医函[2021]468号《中国卒中防治指导规范(2021年版)》等指南规定的业务培训、管理培训及科普培训等。	查看近一年相关制度文件、培训课件材料、培训记录, 签到表等	有各项培训制度得1分。 开展培训且培训课件材料、培训记录、签到表齐全, 每次培训得1分, 满分6分; 抽查提问院内卒中相关科室医务人员3名以上, 全部回答正确得3分。
		鼓励有条件的单位举办区域内卒中相关的继续教育项目及卒中相关学术交流活动。	查看近一年继续医学教育项目立项文件, 会议通知及相关证明材料	主办卒中相关继教项目5分/次, 承办卒中相关继教项目2.5/次, 满分10分。
	4.2参加培训及会议 (20分)	外派本院卒中相关学科人员到三级医院卒中中心或百万减残工程关键技术相关培训基地等上级医院以及国家卒中学院学习卒中防治适宜技术或参加规范化技能培训。 积极参加中国卒中大会、卒中中心建设相关会议、急救地图建设相关会议、中风识别行动相关会议、中国卒中专科联盟会议、脑卒中高危人群筛查和干预相关会议等百万减残会相关凭证工程专家委员会举办的会议。	查看近一年进修结业证书或培训合格证等相关证明材料	学习时间≥3个月, 3分/人次; <3个月, 1分/人次, 满分10分。
5. 宣教 (32分)	5.1制度 (4分)	医院及医共体有卒中防治相关知识宣教的管理制度。	查看近一年宣教记录	有卒中宣教制度得2分; 有年度卒中宣教计划得2分。
	5.2场所及设施 (6分)	医院及医共体设有宣教室; 设立健康教育板报、宣传栏、知识角、摆放知识手册等。		医院及医共体设有宣教室得2分; 设立健康教育板报得1分; 设立宣传栏得1分; 设立知识角得1分; 摆放知识手册得1分。
	5.3形式及平台 (12分)	线上线下相结合, 线上主要通过电视、微信公众号、短视频、杂志等形式, 线下主要通过健康大讲堂、义诊活动等形式, 开展院内及医共体卒中健康教育。		近一年通过电视节目宣传得2分; 微信公众号宣传得2分; 短视频宣传得2分; 杂志宣传得2分; 举办健康大讲堂得2分; 义诊活动得2分。
	5.4主题及内容 (10分)	紧密围绕国家脑卒中防治, 减少百万残疾工程主题, 重点内容包括: 卒中定义及危害、危险因素控制、中风识别、早期筛查干预、卒中救治、康复管理、健康生活行为与方式等。		近一年相关专科组织开展主题及内容符合要求的宣教, 每次1分; 医院卒中中心组织多学科开展主题及内容符合要求的宣教, 每次2分; 满分10分。

2024年国家卫生健康委百万减残工程专家委员会

高原地区二级医院卒中中心建设指引参考标准(技术部分250分)

建设指标		建设内容	评价方法	评价参考标准
一级指标	二级指标			
1. 急诊绿色通道建设 (52分)	1. 1 规范管理 (9分)	具有急性脑梗死、急性脑出血等疾病绿色通道救治流程与诊疗规范。	现场查看文件	参照国卫办医函〔2021〕468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》制定绿色通道诊疗规范得3分；制定救治流程及转院流程得3分；规范及流程符合要求且结合医院实际情况得3分。
		应设置急诊卒中救治团队，团队中至少包括经过卒中专科培训且具有静脉溶栓能力的医师，团队具备24小时×7天卒中静脉溶栓。	现场查看排班及溶栓记录	具有急诊卒中救治团队，团队中包括经过卒中专科培训且具有静脉溶栓能力的医师得3分；具备24小时×7天静脉溶栓治疗能力得2分。
		鼓励配置溶栓专用床。	现场查看溶栓专用床	具有溶栓专用床得2分。
		常规配备卒中溶栓药物、抗血小板药物、抗凝药物、卒中相关抢救药物及抢救设备等。	现场查看药物	配备有效期内的溶栓药物得2分；抗血小板药物得1分；抗凝药物得1分；抢救药物得1分；抢救设备得1分。
	1. 3 信息化建设 (8分)	绿色通道信息与卒中相关科室互联互通。	现场查看	急诊可调阅影像系统、检验报告得2分；急诊病历系统和住院病历系统互通得2分。
		绿色通道有电子病历可供查询。	现场查看电子病历	绿色通道有电子病历可供查询得2分。
		绿色通道病历记录使用百万减残工程专家委员会推荐的规范化模板。	现场查看电子病历以及模板	绿色通道病历记录使用规范化模板得2分。
	1. 4 临床诊疗 (22分)	急性卒中患者进行GCS、NIHSS评分。	现场抽查3份急诊出血性卒中病历和3份急性缺血性卒中病历	急性出血性卒中患者入院时均完成GCS评分得3分；急性缺血性卒中患者入院时均完成NIHSS评分得3分。
		对有急性缺血性卒中血管内治疗指征的患者，有院内治疗和上转治疗例数。	查看直报平台或急救地图APP近一年来院内治疗或上转病历	能开展血管内治疗的医院院内治疗每例0.5分，不能开展血管内治疗的医院转上级医院治疗每例0.5分，总分10分。
		急性卒中患者到院至CT出具口头报告时间。	提前2小时在全国卒中中心建设管理	3份小于25min得3分，2份小于25min得2分，小于2份不得分。

		急诊血常规+血糖检验报告出具时间(从采血到出具检查结果时间)。	信息系统随机抽取近一年急诊溶取栓病案号3个,医院准备原始病历及相关记录	血常规, 血糖结果平均时间: 3份小于20min得3分, 2份小于20min得2分, 小于2份不得分。
2. 卒中防治与减残病房(97分)	2. 1急性缺血性卒中诊疗(48分)	病房有脑梗死、TIA等诊疗指导规范, 并有根据规范制定的本科室标准化流程。	现场查看相关文件等	参照国卫办医函[2021]468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》制定科室脑梗死、TIA等疾病诊疗规范得2分; 根据规范制定本科室标准化流程得2分。
		病房有明确的病区或卒中专业组与绿色通道对接。	查看现场、相关病历及转科记录等	有明确的和绿色通道对接的组或病区得3分; 职责明确、分工合理得3分。
		急性缺血性卒中住院患者NIHSS、mRS评分。	现场随机抽查5份急性缺血性卒中患者病历	5份病历入院记录和出院记录均有NIHSS、mRS评分得10分, 一份不符合要求扣2分。
		急性缺血性卒中住院患者TOAST分型。		5份病历均有TOAST分型且分型准确得5分, 一份不符合要求扣1分。
		急性缺血性卒中住院患者吞咽评估、营养评估。		5份病历均有吞咽评估、营养评估且预防措施符合规范要求得5分, 一份不符合要求扣1分。
		急性缺血性卒中住院患者深静脉血栓评估。	现场随机抽查3份急性期需要卧床的患者病历	3份病历均有深静脉血栓形成评估、预防措施且符合规范要求得3分, 一份不符合要求扣1分。
		急性缺血性卒中住院患者(非病危)在院期间完成头颈血管评估检查(头颈血管超声或头颈CTA或头颈MRA)。	现场随机抽查5份急性缺血性卒中患者病历	在院期间完成头颈血管评估检查(头颈血管超声或头颈CTA或头颈MRA)任意一项且评估后有相应诊疗处置得5分, 一份不符合要求扣1分。
		急性缺血性卒中住院患者依据诊疗指南规范开展(抗血小板、抗凝、降脂、降压及早期康复等)治疗。		参照国卫办医函[2021]468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》规范开展抗血小板、抗凝、降脂、降压及早期康复等治疗, 5份病历均合格得5分, 一份不符合要求扣1分。
		针对明确卒中病因采取合理治疗。		5份病历均按规范有针对脑卒中病因的相应建议或处理得5分; 一份不符合要求扣1分。
		脑出血、蛛网膜下腔出血及大面积脑梗死等疾病的诊疗流程。	现场查看相关文件等	参照国卫办医函[2021]468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》制定科室脑出血及蛛网膜下腔出血等诊疗指导规范得2分; 根据规范制定的本科室标准化流程得2分。
		脑出血、蛛网膜下腔出血及大面积脑梗死依据卒中相关规范开展治疗。	现场随机抽查5份运行病历	病历符合诊疗规范得1分/份, 满分5分。
		脑出血围手术期GCS、mRS评分。	提前在脑血管病大数据平台抽取近一	具有GCS、mRS评分的病历数: 3份病历得6分, 2份病历得4分, 1份病历得2分; 发现虚假上报病历一票否决。

	2. 2出血性卒中诊疗 (26)	年脑出血病案号3个, 医院准备原始病历。		
	动脉瘤性蛛网膜下腔出血GCS、Hunt-Hess评分。	医院提供近一年动脉瘤性蛛网膜下腔出血病历, 随机抽查3份	具有GCS、Hunt-Hess评分的病历数: 3份病历得6分; 2份病历得4分; 1份病历得2分; 发现虚假上报病历一票否决。	
	动脉瘤性蛛网膜下腔出血入院72小时内院内治疗或上转例数。	医院提供近一年动脉瘤性蛛网膜下腔出血治疗病历或急救地图APP近一年来上转病历	能开展动脉瘤治疗的医院院内治疗每例0.5分, 不能开展动脉瘤治疗的医院上转每例0.5分, 总分5分。	
2. 3卒中康复 (23分)	制定康复诊疗规范和标准化工作流程。	现场查看病房及文件、记录、相应病历等	制定卒中康复规范得3分; 制定卒中康复工作流程得3分。	
	医院能够开展的治疗项目: 运动治疗、物理因子治疗、中医康复治疗、民族医学康复治疗。	现场检查各康复项目的开展情况	开展每项目得1分, 满分4分。	
	具有早期康复治疗团队。	现场查看人员配置情况	以神经康复专业医生为治疗组组长, 由肢体康复治疗师、语言治疗师、康复护士等成员成立早期康复治疗团队, 得4分。	
	开展卒中患者早期床旁康复。	现场随机抽查急性卒中运行病历3份	随机抽查3份病历, 应用标准量表评估卒中相关的功能障碍并制订个体化的康复治疗方案, 每份病历符合要求得1分, 满分3分。	
	开设康复门诊。	查看门诊就诊记录	近一年康复门诊接诊患者数量 ≥ 1000 得6分, 700-999得4分, 400-699得2分。	
3. 功能科室 (17分)	开展颈部血管超声、脑血管超声筛查。	现场抽查病历	每年筛查人数(包括门诊及住院患者) ≥ 2000 例得6分, 1000-1999例得4分, 1000例以下得2分。	
	能开展头CT(24小时 \times 7天)。	现场查看	能开展头CT(24小时 \times 7天)得2分。	
	能开展心电图检查, 鼓励开展动态心电图、心脏彩超检查。	现场抽查病历	能开展心电图检查得1分; 能开展动态心电图得1分; 能开展心脏彩超检查得1分。	
	鼓励有条件的单位开展头颈血管CTA检查。	现场查看	能开展头颈血管CTA检查得2分。	
	鼓励有条件的单位开展MRI检查。	现场查看	能开展MRI检查得2分。	
	能开展血常规、血生化及凝血功能(24小时 \times 7天)。		能开展血常规、血生化及凝血功能(24小时 \times 7天)得2分。	

4. 内科部分 (24分)	制定院内卒中的应急预案和处置流程。	查看文件和院内学科间转诊流程	有具体的院内卒中应急预案和处置流程得1分；现场测试启动应急预案流程顺畅且DNT<60分钟得2分。	
	鼓励开展高同型半胱氨酸血症筛查并干预。	随机查看内科运行病历3份	同型半胱氨酸血症筛查病历数：3份得3分，2份得2分，1份得1分。	
	房颤患者进行CHADS2/CHA2DS2-VASc、HAS-BLED评分。	随机查看内科房颤运行病历3份	进行CHADS2/CHA2DS2-VASc、HAS-BLED评分病历数：3份得3分，2份得2分，1份得1分。	
	卒中高危人群识别与评估。	随机查看内科运行病历3份	有卒中高危人群分析并且有脑血管影像评估的病历数：3份得3分，2份得2分，1份得1分。	
	卒中高危人群合并高血压、糖尿病、高脂血症、心房颤动规范治疗。	随机查看高血压、糖尿病、高脂血症、心房颤动病历各1份	参照国卫办医函[2021]468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》查看符合规范要求的病历数：4份得4分，3份得3分，2份得2分，1份得1分。	
	卒中高危人群规范抗栓治疗。	在内科抽取1年内卒中高危病历3份	参照国卫办医函[2021]468号《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》查看阿司匹林等药物使用符合规范要求的病历数：3份得5分，2份得3分，1份得1分。	
	医务工作者能识别卒中早期症状。	现场随机询问3名医务人员	随机询问的3名医务人员均能回答卒中早期症状得3分。	
5. 健康管理 (60分)	5.1制度 (5分)	医院有卒中高危人群筛查(需包括高血压机会性筛查)和随访的相关制度和流程。	查看相关制度文件	有筛查和随访制度得1分；有合理流程得1分；有考核和奖励制度并有落实记录得3分。
	5.2岗位及人员 (5分)	医院有卒中筛查和随访门诊或专岗开展筛查和随访工作，并有考核制度。	现场查看	有卒中筛查和随访门诊得2分；有专人负责筛查与随访工作得1分；有考核制度得2分。
	5.3门诊健康管理 (16分)	对门诊卒中高危人群进行筛查，需包括高血压机会性筛查。	查看门诊近一年筛查记录	每年筛查人数 ≥ 2000 例得6分，1000-1999例得4分，1000例以下得2分。
		门诊高危人群进行3个月、6个月随访，鼓励12个月随访。	现场查看门诊心脑健康管理与随访档案	开展3个月随访得3分；开展6个月随访得3分；开展12个月随访得4分。
		对住院患者进行健康宣教、用药指导、综合评估等健康管理。	现场查看病区	患者住院期间开展包括但不限于健康宣教、用药指导、综合评价等健康管理得4分。
	5.4住院健康管理 (34分)	对住院患者进行床旁建档。	现场查看心脑健康管理档案和全国卒中中心建设管理信息系统	近一年床旁建档例数(1500例及以上得15分，1000-1499例得10分，500-999例得5分)。
		对住院患者进行出院后3个月随访，鼓励6个月随访、12个月随访。		近一年3个月随访(1500例及以上得5分，1000-1499例得3分，500-999例得1分)；6个月随访(1000例及以上得5分，500-999例得3分，1-499例得1分)；12个月随访(1000例及以上得5分，500-999例得3分，1-499例得1分)。

2024年国家卫生健康委百万减残工程专家委员会

高原地区二级医院卒中中心建设指引参考标准(平台数据部分150分)

建设指标		建设内容	评价方法	评价参考标准
一级指标	二级指标			
1. 信息化建设 (20分)	1. 1卒中中心建设 (10分)	与全国卒中中心建设管理信息系统对接，实现数据自动上传。	查看近一年卒中中心建设管理平台和卒中急救地图平台数据上报情况	近一年每个月均录入数据，每少录入一个月数据扣2分，满分10分。
	1. 2卒中急救地图建设 (10分)	加入“卒中急救地图”并常规使用“卒中急救地图”APP和管理平台，持续上报数据。		卒中患者信息需在48小时内完成卒中急救地图APP上报数据，一例患者上报时间>7天，扣2分，满分10分。
1. 卒中防治适宜技术开展情况 (130分)	2. 1静脉溶栓 (110分)	静脉溶栓例数。	查看国家卒中中心建设管理平台近一年直报数据自动计算	每开展1例得2分，满分20分。
		发病4.5小时内的AIS静脉溶栓率。		≥20%得20分，15%-19%得15分，10%-14%得10分，1%-9%得10分；发现虚假上报病历否决。
		入院到开始静脉溶栓治疗时间(DNT)。		≤40min得20分，40-59min得15分，60-79min得10分，80-99min得5分，>100min得0分；发现虚假上报病历否决。
		静脉溶栓后症状性颅内出血发生率。		≤3%得20分，3%-6%得15分，7%-10%得10分，11%-14%得5分，>14%得0分；发现虚假上报病历为否决项。
		静脉溶栓后3个月mRS评分0-2分占比。		≥50%得30分；40%-49%得20分，30%-39%得10分，20%-29%得5分，<20%得0分；发现虚假上报病历为否决项。
	2. 2脑出血手术 (20分)	脑出血微创引流手术例数。		每开展1例得2分，满分20分。

备注：高原地区二级医院卒中中心建设指引参考标准总分600分，≥200分评为合格