



· 专题论坛 | 指南与共识 ·

# 英国国家卒中临床指南2023版要点及解读——卒中的组织化服务

■ 王文洁<sup>1</sup>, 毛佳文<sup>1</sup>, 侯叶叶<sup>1</sup>, 杨昕<sup>2,3</sup>, 李子孝<sup>1,2,3,4</sup>

## 基金项目

中华人民共和国科学技术部项目 (2022YFC2504902)

## 作者单位

<sup>1</sup>北京 100070

首都医科大学附属北京天坛医院神经病学中心

<sup>2</sup>国家神经系统疾病临床医学研究中心<sup>3</sup>国家神经系统疾病医疗质量控制中心<sup>4</sup>北京脑科学与类脑研究中心

## 通信作者

李子孝

lizixiao2008@hotmail.com



王文洁 博士研究生



李子孝 教授 主任医师

**【摘要】** 卒中是重要的致死性和致残性疾病,给个人、家庭及社会带来沉重负担,是严重的公共健康问题,受到社会的高度关注。卒中组织化服务在一定程度上可以提高相关机构的卒中医疗质量,提升卒中诊疗和康复的连贯性、系统性和科学性,降低卒中死亡率和致残率,改善患者的临床预后和生活能力。英国国家卒中临床指南2023版对英国国家卒中临床指南2016版中的卒中组织化服务部分内容进行了更新,本文介绍该指南2023年更新版本中卒中的组织化服务推荐要点并进行解读。

**【关键词】** 脑血管病;缺血性卒中;组织化服务;指南推荐

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1673-5765.2023.12.002

## Interpretation of the Keypoints and Updates on National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland (Edition 2023)—Organisation of Stroke Services

WANG Wenjie<sup>1</sup>, MAO Jiawen<sup>1</sup>, HOU Yeye<sup>1</sup>, YANG Xin<sup>2,3</sup>, LI Zixiao<sup>1,2,3,4</sup>. <sup>1</sup>Department of Neurology, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China; <sup>2</sup>China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, Beijing 100070, China; <sup>3</sup>National Center for Healthcare Quality Management in Neurological Diseases, Beijing 100070, China; <sup>4</sup>Chinese Institute for Brain Research, Beijing 100070, China

Corresponding Author: LI Zixiao, E-mail: lizixiao2008@hotmail.com

**【Abstract】** Stroke is a major fatal and disabling disease, bringing heavy burden to individuals, families, and society, which has become a serious public health problem and attracted great attention. To a certain extent, Organisation of stroke services could improve the medical quality of stroke service institutions, enhance the coherence, systematicity, and scientificity of stroke diagnosis, treatment, and rehabilitation, reduce the mortality and disability of stroke, and improve the clinical prognosis and living ability of stroke patients. The National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland (2023 edition) has updated the part of Organisation of stroke services. The paper will explain the update points of this part.

**【Key Words】** Cerebrovascular disease; Ischemic stroke; Organisation of stroke services; Guideline recommendation

中国每年因脑血管疾病导致残疾和死亡的患者超过500万,50%~70%的卒中幸存者遗留不同程度的残疾<sup>[1]</sup>。脑血管疾病中,缺血性卒中 (acute ischemic stroke, AIS) 最为多见,约占80%。静脉溶栓、动脉取栓等急性期再灌注治疗是改善AIS患者临床预后的有效手段,但仅有少数患者能够从中获益<sup>[2]</sup>。提升医院和急救中心的卒中组织化管理能力有助于缩短患者就诊时间,提高医疗质量,增加再灌注治疗执行率,改

善卒中预后。卒中组织化服务涵盖了院前急救、院内评估、卒中单元和卒中门诊的组织化管理,各级卒中中心之间的协同互助,卒中医疗质量评估与持续改进,卒中后康复与随访等多个方面<sup>[3]</sup>。新发布的英国国家卒中临床指南2023版对英国国家卒中临床指南2016版中卒中组织化服务的推荐进行了更新。本文对英国国家卒中临床指南2023版中卒中的组织化服务部分的推荐要点进行说明和解读。

1 指南要点 卒中组织化服务部分的推荐要点及推荐时间  
英国国家卒中临床指南2023版及2016版中 见表1。

表1 英国国家卒中临床指南2023版和2016版卒中组织化服务推荐意见

Table 1 Recommendations for organization of stroke services in the National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland of the 2023 edition and 2016 edition

推荐内容	推荐时间 (2016年/2023年)
以卒中高风险人群为目标, 反复开展有关卒中症状的公众宣传活动, 并对相关人群进行评估	2016
社区卫生服务中心及救护车服务人员接受培训, 以快速识别具有急性卒中症状的人员并将其紧急转运至超急性卒中服务中心, 并预先通知接诊医院	2023
出现神经功能缺损症状疑似卒中的患者应直接转运至超急性卒中单元, 并能够随时将患者转入取栓中心进行血管内治疗	2023
收治疑似卒中患者的医院应尽可能安排患者直接转入本院的超急性卒中单元或转运至邻近的定点医院, 严密监测患者生命体征	2016
收治卒中患者的医院应具有将患者转至本院或邻近医院卒中康复专科病房的优先权	2016
地方卫生经济/卫生委员会应致力于构建具有评估和诊治24 h内出现短暂性脑血管症状患者能力的脑血管病专科服务中心	2016
开展专业公共健康教育, 提高公众对卒中的认识, 满足卒中早期识别及诊治的需求	2016
社区临床医师若发现患者突然出现局灶性神经功能缺损症状, 应进行快速血糖监测以除外低血糖, 并使用有效工具进行卒中或TIA的院前筛查。对于神经功能症状持续不缓解且卒中筛查为阳性的患者, 应尽可能快速将患者转运至超急性卒中单元, 且预先通知接诊医院卒中小组	2016
疑似急性卒中患者(包括已住院患者)应直接转运至超急性卒中单元, 并立即接受专业医师的卒中诊疗评估	2016
急性卒中服务机构应为患者提供诊断、超急性期和急性期治疗、维持内环境稳定、早期康复、并发症预防、二级预防等多学科的专业治疗	2016
急性卒中服务机构应制订入院途径的管理方案, 包括联络救护车、卒中急救治疗、快速影像扫描、神经和生理功能监测、吞咽评估、营养及液体补充、血管外科转诊、康复、临终关怀(姑息)、二级预防、并发症的预防和管理、与患者及其家属或护理人员沟通病情、出院计划等	2016
急性卒中服务机构应制订监测、转运或转送患者的方案, 以便将患者转至取栓中心行血管内治疗, 或转至区域性神经外科中心, 以便接受手术治疗	2016
若患者出现急性神经系统缺损症状且在发病24 h内完全缓解(即疑似TIA), 在无禁忌证情况下应立即给予阿司匹林300 mg治疗, 并由血管神经病学门诊或急性卒中单元的卒中专科医师在24 h内进行紧急评估	2023
急性卒中服务机构应为所有提供急性卒中诊疗的工作人员(视情况可包含救护车服务人员和急诊科人员)进行卒中教育, 并为卒中专业医护人员提供专科培训	2016
急性卒中服务机构应参与国家和地方审计、多中心研究以及医疗质量改进项目	2016
卒中患者在住院期间应在卒中专科病房接受治疗, 除非卒中不是其主要临床问题	2016
超急性/急性卒中单元应具有以下配置: 接受过卒中超急性期和急性期患者管理培训的专业医务人员; 接受过涵盖神经病学、全科医学和康复医学等学科的超急性期和急性卒中管理培训的专科护理人员; 卒中专科康复人员; 诊断、影像和心脏病学专业服务; 提供血管内治疗、神经外科及血管外科治疗的三级服务	2016
一个超急性/急性卒中单元应能连续获得具有卒中医学专业背景的专家指导	2016
专科医师如果使用远程医疗系统对疑似卒中患者进行评估, 则该系统应具有与接诊医师商讨病情、与患者/家属/照护者直接交谈, 并查看放射学检查结果的功能。远程医疗应包括高质量的视频链接, 使医师能够远程查阅临床检查结果	2016
通过远程医疗提供诊疗的工作人员(系统两端)应接受适当培训, 包括对疑似急性卒中患者的超急性期评估、溶栓治疗以及使用远程操控系统的方法和技术, 应定期审查远程医疗的护理和医疗决策质量	2016
卒中康复单元应主要照护卒中患者, 且无论该单元大小、位置或所看护患者的情况是否复杂, 均应保持卒中单元所需的人员配备和技能水平	2016
卒中康复单元应每周至少5 d有卒中康复专业顾问(医疗或非医疗, 即护士或治疗师), 并由顾问主导每周2次查房	2023
由非医疗顾问主导的卒中康复单元应提供每日医疗保障(全科医师), 每周7 d均可住院和出院, 并可根据需要获得卒中专科医师的支持	2023
为卒中住院患者提供治疗的机构应具备: 地理位置确定的单元; 协调的多学科团队(每周至少开会1次, 交流卒中住院患者的信息); 为卒中患者及其家属/照护者提供信息、建议和支持; 基于最佳可用证据的常见问题管理方案; 与其他住院卒中服务机构、早期支持性出院小组和社区服务机构建立密切联系并制订转诊方案; 卒中专科医护人员的培训	2016



续表

推荐内容	推荐时间 (2016年/2023年)
专科卒中住院服务机构应具备足够的行政和管理 (包括数据管理) 支持	2023
不同团队或组织之间对卒中患者的转移, 应该在适当的时间进行, 且不得延误; 患者不需要重复提供信息; 确保移交患者的所有相关信息, 特别是用药情况; 坚持以人为本的目标; 任何医疗决定都应保证患者个人利益最大化	2016
卒中患者在有能力的情况下应参与有关转移的决定; 提供参与照护的机构和团队之间的书面沟通副本	2016
参与照护卒中患者的组织和团队应该使用共同的、商定的术语, 数据收集措施, 评估标准和文件	2016
轻中度残疾的住院卒中患者应尽早出院, 出院后24 h内开始居家治疗	2023
对于不满足早期支持性出院条件、需接受康复治疗 of 卒中患者, 如转院时有持续的康复需求, 应转至社区行康复治疗	2023
早期支持性出院服务和社区卒中康复应由主要治疗卒中患者的服务机构提供	2023
治疗作为早期支持性出院的一部分, 应与患者在卒中病房时提供的治疗强度相同	2023
社区卒中康复团队提供干预的强度和持续时间应由卒中专家、患者及其家属/照护者共同决定, 根据临床需要量身定制护理策略	2023
早期支持性出院和社区卒中康复服务还应包括: 协调的多学科小组; 提供基于需求的卒中康复、支持和任何适当的管理计划, 如果卒中康复需求和目标明确, 患者可在出院后选择重新转诊, 并在出院时获得支持服务; 向卒中患者及其家属/照护者提供信息、建议和支持; 基于最佳可用证据的常见问题管理协议; 与住院卒中服务机构、初级保健、社区服务和志愿部门合作, 密切联系, 制订护理转移协议; 为专科卒中医疗保健专业人员提供培训	2023
卒中患者及其家属/照护者应参与转院及护理决策的制订	2023
早期支持性出院和社区卒中康复服务的成员应参加卒中单元多学科小组会议, 参与出院计划和决策	2023
卒中患者从医院转移到家庭 (包括护理中心) 之前准备: 患者及其家属/照护者应做好准备, 并在有能力的情况下参与计划转移方案; 转诊之前或转诊时通知初级保健小组和社会服务机构; 具备安全转移所需的所有设备和支持服务; 患者需要的任何持续治疗都应立即由专业多学科服务机构提供; 应向患者及家属/照护者提供资料, 并安排他们与相关法定志愿机构取得联系	2023
在生活无法自理的卒中患者转移到家庭之前, 应该通过职业治疗师评估患者的家庭环境。若不宜进行家访, 应安排治疗师进行访问或面谈, 了解患者家居环境, 包括观看由家属/照护者拍摄的照片或录像	2023
生活无法自理的卒中患者在转移到家庭之前, 应为其提供一套过渡方案	2023
在将卒中患者从医院转移到家庭之前, 应向患者提供以下服务: 提供信息和建议的指定联络点, 以适当格式提供有关诊断、用药和管理计划的个性化书面信息	2023
卒中患者在出院后应继续获得专家服务, 服务机构应向患者提供联系方式, 并在必要时鼓励患者联系专家	2023
早期支持性出院和社区卒中康复服务机构应参与国家和地方审查、多中心研究和质量改进计划	2023
卒中康复所采用的评估措施应尽可能符合以下标准: 收集所有有效且满足需求的相关数据; 灵敏度高, 可识别个人变化及个体化差异; 可靠性强, 适用于各种场所; 在各种情况下均易于使用; 评分易于理解	2016
卒中服务机构应就标准的评估措施达成一致, 并定期进行收集和记录	2016
卒中服务机构应有确定数据常规收集和使用的协议, 内容包括说明使用每项评估措施的理由和建议; 在缺乏最佳评估手段的情况下, 为临床医师提供选择合适的评估措施; 定期回顾每项评估措施的效用	2016
卒中服务机构应该具备用于更复杂评估措施的协议, 包括何时使用协议、如何使用协议以及使用复杂的评估措施的具体培训或经验	2016
卒中服务机构应制订详细的策略为卒中患者提供心理护理, 包括在 multidisciplinary 团队招募临床心理学或神经心理学专家	2016
卒中服务机构应提供相关培训, 以确保临床工作人员了解卒中后患者的心理问题并掌握相应的处理技能	2016
卒中服务机构应确保所使用的心理筛查和评估方法适用于失语和认知障碍的患者	2016
卒中服务机构应在患者发病6周、6个月及12个月时, 使用经过验证的工具持续评估患者的心理及认知变化	2016
卒中服务机构中应有临床心理学或神经心理学专家, 为存在严重或持续情绪障碍、心理或认知障碍的患者提供治疗	2016
卒中服务机构应考虑采用协作护理模式, 以管理高强度心理干预或药物治疗无效的患有中重度神经心理疾病患者	2016

续表

推荐内容	推荐时间 (2016年/2023年)
所有卒中护理, 包括对青年卒中患者的超急性期/急性期护理, 都应基于对患者的个人需求和偏好的预先评估	2023
急性期卒中服务机构应识别并满足青年卒中患者特殊的生理、心理和社会需求 (例如: 职业康复、儿童保育), 联系最合适的神经康复专科服务机构	2023
对于需要持续护理保健至成年期的儿童卒中患者, 应有计划地将其转移至合适的成人保健康复机构	2023
为卒中患者提供急性期和长期护理的服务机构应为有需要的患者提供高质量的临终关怀	2016
临终患者的护理人员应接受临终关怀护理的理论和实践培训, 包括如何识别临终者	2016
决定是否停止延长生命的治疗时, 应尽可能考虑到患者先前的想法和偏好, 以患者的最大获益为出发点。当撤掉外源性营养和液体时, 应遵循公认的原则	2023
对于卒中患者的临终护理应遵循简洁的原则, 不应有过多限制从而加重患者痛苦。后续的评估应尊重患者、家属或护理人员的意见	2023
预期寿命有限的卒中患者及其家属应在适当的情况下提前制订护理计划, 以便在需要时获得专科医院和社区的姑息治疗服务。多学科医疗团队应明确患者对后续进食和进水管理的意愿, 患者意愿是否有长期有效的证明材料, 以及证明材料是否生效, 从而与患者和 (或) 家属以及护理人员制订进一步的护理计划	2023
临终的卒中患者应获得专业的姑息治疗, 可根据患者、家属或护理人员的意愿, 将患者及时转诊至疗养院或家庭中	2016
应征求卒中患者的意见, 以确定患者期望家属/护理人员和其他相关人员提供和参与其护理方案的程度	2016
若卒中患者同意, 家属/护理人员应参与重大决策, 提供患者的临床和社会背景资料	2016
应向卒中患者的主要护理者提供培训	2016
当护理需求从医院转移到家庭或护理机构时, 应对护理人员自身的需求进行评估, 与卒中患者的需求分开; 向护理人员提供必要的实际情感支持, 并指导护理人员出现问题时如何寻求帮助	2016
应向卒中患者的主要护理人员提供指定的医疗保健专业人员的联系方式, 使患者能够获得更多信息和建议	2016
卒中患者转移至家庭或护理机构后, 若病情发生重大变化, 护理者应重新评估患者对信息和支持的需求, 学习如何寻求进一步的帮助和支持	2016
生活在疗养院的卒中患者应该接受社区卒中康复服务的评估和治疗, 以确定可能改善生活质量的活动和提高适应能力的方式	2016
在疗养院照护卒中患者的工作人员应该接受卒中相关的生理、认知、沟通、心理和社会影响方面的培训, 以及瘫痪肢体护理管理方面的培训	2016
疗养院应提前获得预期寿命有限的卒中患者及其家属 (在适当情况下) 的护理规划, 并在需要时提供社区姑息治疗服务	2016
为卒中患者提供护理的一线护理人员应参与国家卒中审核监管, 以便评价其服务质量, 并利用调查结果改进服务质量	2016
医疗机构为卒中患者提供服务时, 应对服务质量全方位负责	2016
全科医师应定期审核其执业范围内卒中患者的一级和二级预防开展情况, 并对卒中或TIA患者进行登记	2016
在评估服务的质量与安全、规划服务发展时, 应积极征求卒中患者及其家属/照护者的意见	2016
应向卒中患者及其家属/照护者提供必要的实际援助, 听取其对服务质量的意见和看法	2016

## 2 指南解读

2.1 卒中健康教育 AIS是世界范围内主要的致死性和致残性疾病<sup>[4]</sup>, 然而多数居民因缺乏卒中教育而无法快速识别疑似卒中的症状或体征, 导致卒中诊疗延误, 影响患者临床结局<sup>[5-6]</sup>。一项meta分析指出, 利用媒体开展卒中教育可提高群众对卒中的识别能力<sup>[7]</sup>。公众卒中意识的提高还可缩短卒中患者就诊时间, 提

高再灌注治疗的实施率和成功率<sup>[8]</sup>。2019年美国心脏学会 (American Heart Association, AHA) /美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 更新的卒中指南指出, 应长期开展针对卒中和急救系统的公共健康卫生教育, 并对卒中患者进行紧急转运, 缩短就诊时间, 从而增加溶栓及取栓的比例<sup>[2]</sup>。2023年发布的《中国脑血管病临床管理指南 (第2版)》



提出应加强针对公众的院前卒中健康教育,重点为卒中早期症状的识别,知晓卒中治疗的时间紧迫性并及时拨打120急救电话<sup>[3]</sup>。在卒中健康教育方面,英国国家卒中临床指南2023版未对2016版的建议进行调整,仍强调以高危风险人群为目标开展宣传活动,加强公众认识,警惕卒中症状。

**2.2 转运至急性卒中服务中心** “时间就是大脑”,迅速识别疑似急性卒中的症状和体征至关重要。英国国家卒中临床指南2023版在2016版的基础上,强调了对急救人员培训的必要性,要求加强急救人员对疑似卒中症状的识别能力。同时强调应将出现神经功能缺损症状的疑似卒中患者直接转运至超急性卒中单元,以方便患者接受再灌注治疗。为实现快速高效的急救,急救人员还应遵循就近原则,结合患者的病情,将卒中患者迅速转运至具有实施再灌注治疗资质的卒中综合中心,从而缩短就诊时间<sup>[3]</sup>。

**2.3 住院卒中服务组织** 卒中发生后,尽快接受专门的卒中单元护理,有助于降低患者的残疾风险,改善功能预后,减少医疗费用。《中国脑血管病临床管理指南(第2版)》提出,收治卒中患者的医院应尽可能建立卒中单元,所有AIS患者应尽早、尽可能收入卒中单元,使用标准化的卒中单元改善患者的治疗效果,有条件的医院可尝试建立移动卒中单元<sup>[3]</sup>。英国国家卒中临床指南2023版强调,急性卒中诊疗中心应配备先进的影像设备,出现急性发作性神经系统功能缺损症状或体征的患者均应立即接受包括CT、MRI血管或灌注成像等头颅影像学检查,以快速识别卒中人群。

**2.4 资源——住院卒中服务** 卒中单元在降低卒中患者的残疾率和死亡率,降低感染等并发症发生风险,缩短患者住院时长,减少医疗费用等方面均具有明显的优越性<sup>[9-10]</sup>。英国国家卒中临床指南2023版强调,急性卒中服务机构及卒中康复机构应具备多学科小组。

2019年AHA/ASA卒中指南提出,采取多学科质量改进措施,包括进行急救教育和配备神经学专业知识的多学科团队,可提高再灌注治疗的执行率和安全性。我国金桥工程证实,多方面的干预及护理措施能将卒中患者3个月新发复合血管事件发生率降低26%,降低患者的残疾和死亡风险,提高卒中医疗质量<sup>[11]</sup>。美国目标:卒中(TARGET: STROKE)项目同样证实,组织化卒中团队建设等多种干预手段可缩短AIS患者到院至给药时间,使更多卒中患者接受再灌注治疗<sup>[12]</sup>。

**2.5 护理转诊——一般原则** 卒中患者在康复过程中会经历不同机构之间的转诊,这一过程涉及患者生理、心理和情感的变化,通常需要患者的参与和配合。英国国家卒中临床指南2023版为患者及各级转诊机构制订了详细的转诊要求及流程。2019年AHA/ASA卒中指南提出,如患者需要院内转移或转移到其他医疗机构,应制订交接和转移协议及程序,并应预先制订不同机构之间的患者转诊方案,以确保患者护理的安全性及有效性。不同的团队和组织应遵守护理交接的基本原则,坚持以患者为本,并根据患者病情需要及个体需求进行调整,为患者提供个性化服务。

**2.6 从医院到家庭—社区卒中康复的护理转诊** 对于多数卒中患者及其家属来说,出院或转至社区服务机构时会产生被放弃的感觉。因此,从医院到家庭或护理机构的转诊是卒中诊疗和康复过程中最具挑战性的环节之一。针对此类转诊,英国国家卒中临床指南2023版仍然遵循2016版的建议,并提出了补充性建议:对于不满足早期出院条件且仍需接受康复治疗的卒中患者,应转诊到社区卒中康复中心继续治疗。社区卒中康复服务包括提供早期出院支持等,均需卒中患者及其家属与医护人员的密切合作,并通过专业的多学科团队为患者提供早期、有效的社区专科卒中康复和残疾管理方案<sup>[13-15]</sup>。

2022年加拿大卒中最佳实践建议也提出将过渡转诊计划纳入入院评估,并作为急性卒中患者长期护理的重要环节在整个住院期间持续进行。卒中患者、家属和照护者应及时接受多学科团队成员提供的卒中相关教育和技能培训,并为不同护理阶段和治疗场所之间的过渡做好准备<sup>[16]</sup>。

**2.7 远程治疗和远程康复** 远程治疗是一种利用新型技术支持的康复治疗,远程治疗师针对特定的损伤和目标为患者制订个性化的康复计划或任务。远程康复等技术创新可能有助于解决时间和资源限制、地理隔离和康复依从性等障碍<sup>[17]</sup>。远程治疗是英国国家卒中临床指南2023版中新增加的内容,但并无详细的推荐意见。《中国脑血管病临床管理指南(第2版)》推荐将远程医疗作为卒中患者康复治疗的指导和支持,并且建议在政府主导下,国家/省级卒中质量控制中心统筹规划构建区域性卒中远程医疗网。但是如何实现科学、完善的远程治疗及远程康复仍需不断探索。

**2.8 康复效果评价** 康复效果评价对于评估患者的康复效果、功能状态,以及制订下一步治疗方案均具有重要的参考价值,卒中服务机构应选择合适的评估措施、标准的评估方案及适当的数据管理方式进行康复效果评价。在考虑使用哪一种评估措施时,需要了解目前已有的多种有效测量工具,并确保该测量工具适用于当前采用的干预措施,从而为卒中患者提供最恰当的评估方案<sup>[18]</sup>。临床医师应接受不同测量工具的专业培训。尽管患者的自我评价也具有一定的参考价值,但不适合统一推广应用。在英国国家卒中临床指南2023版中,对康复效果评价部分只涉及了评价的一般原则。由于卒中康复涉及运动、语言、认知功能等多方面,因此具体实施细节需要参考更加详细的评价标准。

**2.9 心理护理——组织和提供** 对卒中患者长期需求的调查研究反映了推广心理健康服务

的必要性,心理护理应该由急性卒中单元和社区卒中服务机构提供,但目前心理护理服务在临床实践中并不普及。英国国家卒中临床指南2023版中该部分内容较2016版并无更新。卒中服务机构应考虑如何保持并不断提升医护人员知识和技能,如何为卒中患者提供适当的心理支持,以及如何为存在认知和心理问题的患者提供其所需的高强度支持。卒中后焦虑、抑郁是常见问题,卒中单元应制订全面、标准的筛查流程及正规、合理的治疗方案,为患者提供个性化服务。

**2.10 青年卒中服务** 卒中可发生在所有年龄段,目前约1/4的卒中患者年龄<65岁,青年人群中卒中发病率逐渐升高。鉴于青年卒中患者可能有不常见的病因、不同的社会或职业需求以及对功能预后有较高的期望值,常规的卒中服务无法满足其需求。英国国家卒中临床指南2023版指出,应设定专门的卒中诊疗与康复机构以满足青年卒中患者的护理及康复需求<sup>[19]</sup>。卒中服务机构还应建立完备的护理及康复系统,以确保低龄卒中患者从儿童期到成人期护理和康复服务的无缝过渡。2022年加拿大卒中最佳实践建议中同样推荐,对于青年卒中患者,应及时转诊至具有卒中专科的医疗机构进行诊治,以免病情延误<sup>[20]</sup>。

**2.11 临终护理** 卒中是现代医学中最致命的急性疾病之一,约1/7的卒中患者发生院内死亡,约5%的急性卒中患者需要在发病72 h内接受临终关怀。提供高质量的临终关怀也应该是临床工作的重点之一。对于预期寿命有限的卒中患者,应提前考虑临终关怀,预先制订合理的护理计划。卒中单元的医护人员应接受理论学习 and 实践培训,提高对临终治疗的认识和理解,将临终关怀作为整个卒中服务工作的重要部分。英国国家卒中临床指南2023版强调以人为本的原则,以患者的最大获益为出发点,任何干预措施都不应加剧患者或家属痛苦。2019年AHA/ASA卒中指南同样提到,医疗保



健提供者应实行以患者为中心的决策倾向,特别是在干预手段有限时。

**2.12 护理人员** “护理人员”一词既可以指正式的、受过专业培训的、有偿的护理人员,也可以指非正式的、无偿的护理人员,如承担护理工作的家属和朋友。护理人员参与卒中患者的整个诊疗过程,并且会与患者保持长期、持续的联系。英国国家卒中临床指南2023版对该部分内容并未更新,仍强调专业培训及定期服务评估对护理人员的重要意义。2014年英国护理法案规定,政府有法律义务对任何要求或需要评估的护理人员进行服务质量评估,可以通过制订评估准则来明确对护理人员的要求,并说明如何达到这些要求。

**2.13 疗养院的卒中患者** 建立高水平的疗养院是社区医疗服务卒中患者的一种重要方式。据报道,约1/12的卒中患者在出院后转入疗养院,疗养院中约1/4的老人既往有卒中病史,且通常还伴有其他严重的合并症。疗养院的照护水平对卒中患者出院后的护理至关重要。然而,根据目前循证医学的证据,尚缺乏提高卒中患者生活质量的有效方法。卒中患者有较强的康复需求,但目前英国和爱尔兰的疗养院大多缺乏专业的卒中康复训练方案或设备,现有的资源或干预措施难以满足患者要求。因此,英国国家卒中临床指南2023版建议卒中服务中心的工作人员更适合在疗养院提供康复服务,指导社区对卒中后出院患者进行护理康复。

**2.14 卒中服务管理和质量改进** 应持续改进卒中医疗服务质量,规范化管理、评估与监测是不可或缺的步骤。所有医疗机构都应被纳入医疗服务质量监管系统。《中国脑血管病临床管理指南(第2版)》提出,应建立医疗质量监测和持续质量改进的信息化平台,加强医疗质量控制管理,促进医疗服务安全情况反馈,为各级医疗机构医疗服务质量改进提供决策依据。另外,患者与医务人员评估医疗服务质量的角度不同,因此需要单独进行反馈。需要给

行动不便或通讯受限的患者分配一定的资源,使其能参与其中。英国国家卒中临床指南2023版的推荐意见对相关机构提出了要求,要求其要善于听取患者的意见,并给予相应的支持。

### 3 总结

英国国家卒中临床指南2023版对卒中的组织化服务的各项工作进行了详细介绍,在院前急救、院内诊治、卒中康复、转诊、随访、质量监督和管理等多个环节做出了尽可能的推荐意见,其最终目的是为患者提供最佳医疗服务。卒中组织化服务在一定程度上可以提高卒中服务机构的医疗质量,提升卒中诊疗的系统性和科学性,改善卒中患者的临床预后及生活能力。未来需在临床实践中大力推广,使卒中患者获益更多。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突。

### 参考文献

- [1] WANG X Y, HU Y H. Family-based studies on the etiological epidemiology of stroke[J]. Chin J Epidemiol, 2013, 34 (6) : 647-649.
- [2] POWERS W J, RABINSTEIN A A, ACKERSON T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke; 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke; a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J/OL]. Stroke, 2019, 50 (12) : e344-e418[2023-08-15]. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>.
- [3] 楼敏,丁晶,张玉生,等.中国脑血管病临床管理指南(第2版)(节选)——第2章卒中组织化管理推荐意见[J].中国卒中杂志,2023,18(7):822-828.  
LOU M, DING J, ZHANG Y S, et al. Chinese stroke association guidelines for clinical management of cerebrovascular diseases (second edition) (excerpt) — chapter two stroke organized management[J]. Chin J Stroke, 2023, 18 (7) : 822-828.
- [4] GBD 2016 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet Neurol, 2019, 18 (5) : 439-458.
- [5] JONES S P, JENKINSON A J, LEATHLEY M J, et al. Stroke knowledge and awareness: an integrative

- review of the evidence[J]. *Age Ageing*, 2010, 39 (1) : 11-22.
- [6] EKUNDAYO O J, SAVER J L, FONAROW G C, et al. Patterns of emergency medical services use and its association with timely stroke treatment: findings from Get With the Guidelines-Stroke[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2013, 6 (3) : 262-269.
- [7] TAN J, RAMAZANU S, LIAW S Y, et al. Effectiveness of public education campaigns for stroke symptom recognition and response in non-elderly adults: a systematic review and meta-analysis[J/OL]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2022, 31 (2) : 106207[2023-08-15]. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106207>.
- [8] ADVANI R, NAESS H, KURZ M. Mass media intervention in western Norway aimed at improving public recognition of stroke, emergency response, and acute treatment[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2016, 25 (6) : 1467-1472.
- [9] GLADER E L, STEGMAYR B, JOHANSSON L, et al. Differences in long-term outcome between patients treated in stroke units and in general wards: a 2-year follow-up of stroke patients in sweden[J]. *Stroke*, 2001, 32 (9) : 2124-2130.
- [10] Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke[J/OL]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 2013 (9) : CD000197[2023-08-15]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub3>.
- [11] WANG Y L, LI Z X, ZHAO X Q, et al. Effect of a multifaceted quality improvement intervention on hospital personnel adherence to performance measures in patients with acute ischemic stroke in china: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2018, 320 (3) : 245-254.
- [12] FONAROW G C, ZHAO X, SMITH E E, et al. Door-to-needle times for tissue plasminogen activator administration and clinical outcomes in acute ischemic stroke before and after a quality improvement initiative[J]. *JAMA*, 2014, 311 (16) : 1632-1640.
- [13] DRUMMOND A E, WHITEHEAD P, FELLOWS K, et al. Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke (HOVIS) : results of a feasibility randomized controlled trial[J]. *Clin Rehabil*, 2013, 27 (5) : 387-397.
- [14] FISHER R J, GAYNOR C, KERR M, et al. A consensus on stroke: early supported discharge[J]. *Stroke*, 2011, 42 (5) : 1392-1397.
- [15] FISHER R J, WALKER M F, GOLTON I, et al. The implementation of evidence-based rehabilitation services for stroke survivors living in the community: the results of a Delphi consensus process[J]. *Clin Rehabil*, 2013, 27 (8) : 741-749.
- [16] MOUNTAIN A, PATRICE LINDSAY M, TEASELL R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. part two: transitions and community participation following stroke[J]. *Int J Stroke*, 2020, 15 (7) : 789-806.
- [17] APPLEBY E, GILL S T, HAYES L K, et al. Effectiveness of telerehabilitation in the management of adults with stroke: a systematic review[J/OL]. *PloS one*, 2019, 14 (11) : e0225150[2023-08-15]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225150>.
- [18] WADE D T. Measurement in neurological rehabilitation[J]. *Curr Opin Neurol Neurosurg*, 1992, 5 (5) : 682-686.
- [19] AGRAWAL N, MITCHELL A J. The national service framework for long term conditions[J]. *BMJ*, 2005, 330 (7503) : 1280-1281.
- [20] HERAN M, LINDSAY P, GUBITZ G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7 (th) Edition Practice Guidelines Update, 2022[J/OL]. *Can J Neurol Sci*, 2022; 1-94[2023-08-15]. <https://doi.org/10.1017/cjn.2022.344>.

收稿日期: 2023-09-01

本文编辑: 彭涵瑜, 栾煜