晋卫健〔2022〕32号

**晋江市卫生健康局**关于印发《晋江市居民心脑血管事件监测技术方案（试行）》的通知

各医疗卫生单位：

现将《晋江市居民心脑血管事件监测技术方案（试行）》印发你们，请按照要求认真组织实施。

 晋江市卫生健康局

 2022年2月16日

晋江市居民心脑血管事件监测技术方案（试行）

心脑血管病是当前威胁居民健康、影响社会经济发展的重大慢性病之一。根据《泉州市居民心脑血管事件监测技术方案（试行）》精神，为建立心脑血管病监测数据库，掌握主要心脑血管病的流行现况和变化趋势，为制定心脑血管病防控对策及开展防控效果评价提供科学依据，结合本市实际，特制定本技术方案。

一、目的

1.长期、连续、系统地收集晋江市居民心脑血管病发病信息，建立健全全市心脑血管病发病事件监测系统。

2.掌握晋江市居民冠心病、脑卒中、心脏性猝死等急性心脑血管事件发生情况和变化趋势。

二、监测点和监测对象

（一）监测范围

晋江市各级各类医疗卫生机构。

（二）监测对象

监测对象为晋江市所有18岁及以上的居民，包括辖区内户籍居民、常住居民和流动人口。

三、报告单位、报告人

（一）报告单位

辖区内各级各类医疗卫生机构均为报告单位。

（二）报告人

由报告单位指定专人负责心脑血管病发病事件监测工作。

四、监测内容

（一）人口信息

人口信息是监测工作的基础数据。各基层医疗卫生单位要结合国家人口普查资料进行分年龄段估测，将人口数据通过邮箱（jjjkmbk@126.com）报送晋江市疾控中心，晋江市疾控中心汇总后报送泉州市疾控中心。人口信息报表格式见表1-1。

|  |
| --- |
| **表**1-1各镇/街道人口信息报表 |
| 年龄组 | 户籍人口（人数） | 常住人口（人数） | 流动人口（人数） |
| （岁） | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 18～ |  |  |  |  |  |  |
| 20～ |  |  |  |  |  |  |
| 25～ |  |  |  |  |  |  |
| 30～ |  |  |  |  |  |  |
| 35～ |  |  |  |  |  |  |
| 40～ |  |  |  |  |  |  |
| 45～ |  |  |  |  |  |  |
| 50～ |  |  |  |  |  |  |
| 55～ |  |  |  |  |  |  |
| 60～ |  |  |  |  |  |  |
| 65～ |  |  |  |  |  |  |
| 70～ |  |  |  |  |  |  |
| 75～ |  |  |  |  |  |  |
| 80～ |  |  |  |  |  |  |
| 85～ |  |  |  |  |  |  |
| 90～ |  |  |  |  |  |  |
| 95～ |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

（二）疾病信息

1.监测病种

本监测工作纳入的心脑血管病发病事件包括：

（1）急性心肌梗死（I21-I22）；

（2）心绞痛（I20），只监测接受经皮腔内冠状动脉成形术（PercutaneousTransluminalCoronaryAngioplasty，PTCA）/支架植入和/或冠状动脉旁路移植术（CoronaryArteryBypassGrafting，CABG）的心绞痛病例；

（3）脑卒中（I60、I61、I63、I64，不包括I62），包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及难分类脑卒中；

（4）心脏性猝死（I46.1）。疾病的诊断结果以医院诊断为准。诊断依据依照实际情况填写。

对于经医生诊断的病例，尽管没有足够的确诊依据，也应收集上报。心绞痛只监测进行PTCA、支架植入、CABG治疗的，因为其他在诊断方面存在不确定性，不宜作为监测事件。

脑卒中不包括一过性脑缺血发作（TransientIschemicAttacks，TIA）及外伤性、代谢性、中毒性、肿瘤性（新生物性）或中枢神经系统感染所致神经系统异常表现的疾病。如无明显临床症状，又无急性发作病史，仅在体检时偶然发现腔隙性梗死者，则不属于上报时间范围。

报告事件为以上疾病的急性发作，具体以发病28天为期，并以一次发病事件记录为一个病例；发病28天以后，若再次急性发作，应按又一新发病例报告。只收集新发的病例事件，不包括既往的、陈旧性、处于恢复期的病例。急性发作后死亡和未死亡的病例均需报告。

2.报告内容

（1）患者基本信息：姓名、性别、身份证号、出生日期、民族、职业、工作单位、联系电话、户籍地址等；

（2）就诊或住院相关信息：报告医院、上报日期、门（急）

诊号、住院号/病案号；

（3）发病信息：疾病诊断、ICD-10编码、诊断依据、发病日期、是否首次发病、诊断日期、疾病转归等。

报告详细内容与填写说明见附件。

五、信息采集与报告

（一）信息采集

监测病例的发现与信息采集主要来自医疗机构报告、死亡补发病、基层监测组织报告、漏报调查及其他专题调查。

1.医疗机构报告

医疗机构对门诊、急诊、病房等就诊发现的，经临床或病理、心电图、X线、CT检查、实验室检查，首次确诊的新发病例；或在其他（包括监测区内外）医疗机构已经确诊，但在本医疗机构为初次就诊的病例进行报告。

2.死亡补发病

晋江市疾控中心通过人口死亡信息登记管理系统核对本辖区死亡病例，如发现有上述需要报病的心脑血管事件病例而未予报告，应按镇（街道）整理后反馈基层，由基层医疗保健人员，对无发病报告者进行核实，经核实为需要报告的病例，则补填相应的报告卡。

3.基层监测组织报告

社区卫生服务站、村卫生室结合日常工作，发现心脑血管事件病例，应向上一级医疗卫生机构（基层医疗卫生机构）进行报告，上一级医疗机构核实为未报的，需进一步调查核实诊断并填写报告卡。

4.漏报调查及其他专题调查

漏报调查包括医院漏报调查和居民漏报调查。医院通过定期查阅病史或出入院情况等资料，或与本院因心脑血管疾病导致死亡的病例进行比对，进行查漏补报。每3年组织开展一次居民漏报调查来评估监测数据质量，校正监测数据。

（二）报告规则

1.冠心病、脑卒中以发病28天为期，按发病例次计算；发病28天以后，若再次急性发作，应按又一新发病例填报卡片。

2.如果患者同时患有脑卒中和/或冠心病，应按所患之病种分别予以填报。

（三）报告方式

心脑血管事件报告信息统一通过《中国居民心脑血管事件监测》系统上报。各报告单位在诊疗过程中、死因监测和专题漏报调查中发现监测病例时，根据实际情况选择批量导入或手动录入方式进行上报。

1.批量导入：有HIS系统的报告单位，可将收集完整的病例信息按照系统提供的模板格式进行整理，一次性将多条病例记录导入系统。批量导入应慎重，避免发生系统性错误。

2.手动录入：无HIS系统或监测病例数较少的报告单位，可通过微信小程序或电脑登录监测信息系统进行手动录入。

（四）报告时限

报告单位要指定专人负责收集心脑血管病发病事件信息，可结合本单位的工作实际每天收集，或将电子数据进行转换后批量导入。要求病历归档进入病案室管理后10个工作日内完成对上报数据的报告，每月10日前完成上月发病事件报告的审核工作。市疾控中心要指定专人每个工作日上网对辖区内的发病卡进行审核，发现填写不合格者应注明具体审核意见，并反馈、督促报告单位核实、纠正；对于核实无误的报告卡，应于10天内通过网络对报告的发病信息进行审核确认。

六、数据管理

（一）资料保密

心脑血管事件报告的数据具有隐私性和保密性，未经授权，任何人不得翻阅和利用数据。

（二）账号注册、管理及账号安全

1.账号注册、管理：各医疗机构指定专人在《中国居民心脑血管事件监测》网站（https://cdsc.nccd.org.cn/eventmonitor/login）注册、申请和数据上报，并由市疾控中心工作人员进行审核、分配。

2.账号安全：用户的密码应注意保密，定期更改。用户如发现账号信息泄露，须在最短时间内（最长不超过24小时）通知市疾控中心。市疾控中心工作人员在查明情况前，应暂停该用户的使用权限，并同时对该账号所报数据进行核查。待确认没有造成对报告数据的破坏后，修改密码，恢复该账号的报告权限，同时进行书面记录。

3.资料利用经过授权，相关机构和个人可以利用心脑血管事件报告的资料进行科学研究、公共卫生监测及向患者提供科学信息等。资料利用过程中，依然必须遵从资料保密性原则，不得将资料内容外泄。

七、质量控制

各机构要制定并逐步完善相关工作规范和质量控制程序，保证报告质量。

（一）加强领导建立监测领导组织机构，负责疾病监测工作的领导和协调；完善县、乡、村三级报告系统，由经过培训的专职业务人员负责监测工作，根据需要成立监测工作技术指导和咨询组织，指导和协助解决监测工作中的技术问题。

（二）健全制度各级医疗机构应建立健全发病报告管理制度、例会制度、个案核查制度、档案管理制度、培训制度和工作督导与考核制度等工作制度。市疾病预防控制中心每年2次对各医疗机构进行医院漏报调查，定期进行通报。

（三）质量督查市卫生健康局每年定期组织开展辖区内心脑血管事件登记管理工作考核，并纳入对各单位年终考核内容，完善奖惩机制。市疾病预防控制中心定期对辖区医疗机构进行技术指导和督导，发现问题及时修正并通报，保障各项工作顺利开展。

（四）能力培训市疾病预防控制中心要定期组织开展业务培训，不断提高报告人员业务技术能力和水平；各有关医疗机构要加强责任报告科室医务人员培训，确保报告的及时性、准确性。

八、组织机构及职责

遵循分级负责、属地管理的原则，各有关部门与机构在心脑血管事件报告管理工作中的职责如下：

**（一）卫生健康行政部门**

1.负责本辖区心脑血管事件报告工作的组织实施，建立和完善辖区心脑血事件报告系统，并为系统运行提供保障条件。

2.定期对各级各类医疗卫生机构心脑血管事件报告工作进行监督检查，将该项工作纳入医疗卫生机构的年度考核。

3.依据相关规定，结合本辖区的具体情况，组织制定心脑血管事件报告工作实施方案，并落实心脑血管事件报告工作。

**（二）各级各类医疗机构**

1.建立健全心脑血管事件诊断、报告、登记和信息交换制度；

2.负责对本单位相关医务人员进行心脑血管事件报告培训，指定专门科室负责报告卡收集、审核、录入和上报。

3.负责定期开展自查，减少漏报，利用院内死亡数据，对院内心脑血管事件报告数据进行补漏。

4.协助市疾控中心开展质量控制和医院漏报检查。

5.基层卫生医疗机构履行以上职责的同时，负责对本辖区内发现的心脑血管事件漏报和错报，及时进行入户调查，并按照程序补报；负责每年对心脑血管事件患病病例进行随访。

**（三）市疾控中心**

1.负责本辖区心脑血管事件报告业务管理、技术培训和指导工作，实施心脑血管事件报告管理规范和相关方案，建立健全心脑血管事件信息管理组织和制度。

2.负责本辖区心脑血管事件信息的收集、分析、报告和反馈，开展心脑血管事件报告管理质量评价。

3.负责本辖区心脑血管事件信息报告网络系统的维护，提供技术支持。

4.负责本辖区心脑血管事件报告数据备份，确保数据安全。

5.开展本辖区心脑血管事件报告的考核和评估。

6.市疾控中心履行以上职责的同时，负责对本辖区内医疗机构和其他责任报告单位报告心脑血管事件报告信息的审核；负责定期与公安、民政等管理部门核对人口、死亡资料，及时反馈基层开展查漏补报，定期组织开展漏报调查工作。

九、考核评价

**（一）考核方式**

一般采取网络报告资料考评与现场考评相结合的方式，在市卫生健康局的组织领导下，市疾病预防控制中心对辖区报告单位至少半年考评一次，医疗机构内部至少每季度考评一次。所有考评均需有书面记录。

**（二）考核内容**

主要包括组织管理、网络建设、培训情况、报告质量、资料分析与利用等综合评价指标。

**（三）评价指标**

评价指标包括以下几个方面：

1.组织管理包括制度建设与落实、经费保障、机构建设、岗位职责、人员配备及稳定性等。

2.网络建设包括硬件设备、网络报告覆盖率、账户管理等。

3.人员培训包括培训次数、培训人数、培训记录等。

4.报告质量包括卡片填写质量、报告及时性、审核率和审核及时性、漏报情况等。

（1）卡片填写质量：填写完整率≥95%，准确率≥95%；

（2）报告率：漏报率≤10%，死亡病例同时具有发病报告的比例≥90%；

（3）及时性：报告单位报告及时率≥95％，审核及时率≥95％。

5.资料分析与利用包括年度分析报告质量，数据质量分析频次等。

附件：1.监测相关疾病定义及诊断标准

2.脑卒中诊断标准要点（ARIC分类要点）

3.心脑血管事件报告卡详细内容与填写说明

附件1

监测相关疾病定义及诊断标准

一、急性心肌梗死

心肌梗死是全球范围内致死和致残的主要疾病之一。以往WHO定义的心梗标准包括缺血症状、心电图（ECG）异常改变和血清心肌酶学变化。然而敏感性和特异性更高的生化标志物—肌钙蛋白（cTn）的发现以及更精确的无创影像学技术的发展，使得检测到更小的心梗病灶成为可能。因此从流行病学调查、临床研究到公共卫生政策的制定以及临床实践，都需要一个更为精确的心梗定义。基于上述现状，欧洲心脏病学会（ESC）、美国心脏病学会（ACC）、美国心脏学会（AHA）和世界心脏联盟（WHF）于2007年10月联合颁布了全球心肌梗死的统一定义，并于2012年和2018年两次进行了更新。根据这些更新，我们对心肌梗死的诊断要点总结如下：

当临床上具有与心肌缺血相一致的心肌坏死证据时，应被称为“心肌梗死”。心肌梗死的诊断除需要心肌损伤标志物的升高外，还需要有心肌缺血的证据，即心肌缺血的症状、新发缺血性心电图改变、新出现的病理性Q波、影像学提示与缺血一致的新出现的存活心肌的缺失或节段性室壁运动异常以及冠状动脉造影或尸检证实的冠状动脉血栓。目前诊断缺血性胸痛常用的心肌损伤标志物包括心肌肌钙蛋白（cTn）、肌酸激酶同工酶（CK-MB）和肌红蛋白（myoglobin，MYO）等，心肌肌钙蛋白（cTn）是目前临床敏感性和特异性最好的心肌损伤标志物，已成为心肌组织损伤最重要的诊断依据。在不能使用cTn时，也可使用CK-MB等生物标志物作为判断心肌损伤的依据。不同类型的心肌梗死的诊断标准见表2：

**表2 不同类型的心肌梗死的诊断标准**

| **分型** | **诊断标准** | **具体细节** |
| --- | --- | --- |
| 1型心肌梗死 | 检测到cTn值的上升和（或）下降，其中至少有一个值高于正常值，且需要至少右列条件之一\*： | 1.心肌缺血的症状 |
| 2.新发缺血性心电图改变 |
| 3.新出现的病理性Q波 |
| 4.影像学证据表明，新出现的与缺血一致的存活心肌丢失或新的局部室壁运动异常 |
| 5.包括冠状动脉影像学和尸检在内发现的冠状动脉血栓 |
| ２型心肌梗死 | 检测到cTn值的上升和（或）下降，其中至少有一个值高于正常值，能够证明心肌氧供应与需求之间的不平衡与冠状动脉血栓形成无关，且需要至少右列条件之一： | 1.心肌缺血的症状 |
| 2.新发的缺血性心电图改变 |
| 3.新出现的病理性Q波 |
| 4.影像学证据表明，新出现的与缺血一致的存活心肌丢失或新的局部室壁运动异常 |
| 3型心肌梗死 | 对于心源性死亡的患者，如有症状提示为心肌缺血，伴有新出现的缺血性心电图改变或心室颤动，但在死亡前没有机会检测生物标志物，或还没有检测到心脏生物标志物升高，或通过尸检证实为心肌梗死。 |  |
| ４a型心肌梗死 | 经皮冠状动脉介入治疗相关的心肌梗死（术后≤48h）：术前cTn正常患者术后cTn升高超过正常值5倍；对于术前cTn升高但已稳定（变化≤20%）或下降的患者，术后cTn升高>20%，但绝对数值至少是正常值的5倍。此外，还需要有右列表现之一： | 1.新发缺血性心电图改变 |
| 2.新出现的病理性Q波 |
| 3.影像学提示与缺血一致的新发生的存活心肌缺失或节段性室壁运动异常 |
| 4b型支架内血栓 |  | 根据支架内血栓发生距经皮冠状动脉介入治疗的时间分为：急性（0-24h）、亚急性（24h-30d）、晚期（>30d-1年）、极晚期（>1年） |
| 4c支架内再狭窄 |  | 造影可发现有限制血流的并发症，如冠状动脉夹层、主要心外膜动脉或移植血管闭塞，边支血栓性闭塞、侧支血流破坏或远端栓塞 |
| ５型心肌梗死 | 冠状动脉旁路移植术相关心肌梗死（术后≤48h）:cTn正常患者术后cTn升高超过正常值10倍；对于术前cTn升高但已稳定（变化≤20%）或下降的患者，术后cTn升高>20%，但绝对值至少是正常值的10倍。此外，还需要有右列表现之一： | 1.新出现的病理性Q波 |
| 2.血管造影发现移植血管闭塞或新出现的冠状动脉闭塞 |
| 3.影像学提示与缺血一直的新发生的存活心肌缺失或节段性室壁运动异常 |

注：\*在不能监测cTn时，也可使用CK-MB等生物标志物作为判断心肌损伤的依据。下同。

二、心绞痛

心绞痛是由于暂时性心肌缺血引起的以胸痛为主要特征的临床综合征，是冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）的最常见表现。通常见于冠状动脉至少一支主要分支管腔直径狭窄在50%以上的患者，当体力或精神应激时，冠状动脉血流不能满足心肌代谢的需要，导致心肌缺血，而引起心绞痛发作，休息或含服硝酸甘油可缓解。根据胸痛发作的特点和体征，含用硝酸甘油后缓解，结合年龄、存在的易患因素、心电图改变，排除其他原因所致的胸痛后，一般即可诊断。

在本项工作中我们主要对接受过**PTCA**、支架植入和**/**或**CABG**治疗的患者资料进行收集登记。

三、心脏性猝死

心脏性猝死是指因心脏原因导致的，在急性症状出现后1小时内发生的自然死亡。心脏性猝死的特点是自然的、骤然发生的、快速和不能预期的。由于心脏性猝死的死亡时间和原因往往难以准确判断，在具体操作中心脏性猝死可以分为两类进行判断：有目击者情况下发病1h内死亡且排除非心脏原因死亡；无目击者情况下24h内突发死亡且排除非心脏原因死亡。

四、脑卒中

脑卒中是一组急性脑血管病的统称，也称为“脑血管意外”，中医称为“中风”。是指供应脑部血液的血管疾患所致的一组神经系统疾病，目前世界上大多数流行病学研究都采用WHO的定义：“迅速发展的神经局灶或全脑神经功能缺损，持续24小时以上乃至死亡，除血管源外无其他任何致死原因”。脑卒中进一步被分成蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死、难分类的卒中四个类型。

脑卒中不包括一过性脑缺血发作（TIA）及外伤性、代谢性、中毒性、肿瘤性（新生物性）或中枢神经系统感染所致神经系统异常表现的疾病。

脑卒中诊断标准（**ARIC**）

脑卒中被广义地定义为一个临床综合病症，包含一组突然或急骤发病并持续24小时以上（或导致死亡）的神经系统异常表现。这个定义排除了由于外伤性、代谢性、中毒性、肿瘤（新生物性）或中枢神经系统感染所致神经系统异常表现的病。依据客观的确诊性或病理性发现，脑卒中进一步被分成四个主要类型：（1）蛛网膜下腔出血（I60），（2）脑出血61），（3）脑梗死（血栓形成性、栓塞性）（I63），（4）难分类的完全性卒中（64）。

（一）蛛网膜下腔出血

1.确诊的蛛网膜下腔出血

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合下列四节中至少一节的特定标准：

（1）同时符合下列标准a）以及b）或c）：

a）血管造影证实有囊性动脉瘤或颅内血管畸形出血的来源（如：证实有临近动脉瘤的血块或其他正常血管的管径缩小），

----和----

b）血性（非损伤性）腰穿或脑脊液黄染，

----或----

c）CT证实的蛛网膜下腔血肿，

----或----

（2）CT证实在大脑外侧裂、额叶之间、基底池或脑室内有血块，且不伴有脑实质内的血肿，

----或----

1. 手术时证实有囊性动脉瘤，

----或----

（4）尸检时证实有囊性动脉瘤的新近出血。

2.可能的蛛网膜下腔出血

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须同时符合下列标准（1）和（2）：

（1）发病后数分钟或数小时内发生一项或多项下列症状和体征：

发病时严重头痛或入院后初次清醒时严重头痛；

b）意识水平降低；

c）有脑膜刺激征；

d）视网膜（玻璃体膜下）出血；

----和----

（2）未做腰穿或CT等检查。

（二）脑出血

1.确诊的脑出血

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，必须符合下列三项中至少一项的特定标准：

（1）CT证实的肯定的脑内血肿，如一个密度增加的区域，就像有血时所见的那样，

（2）尸检或手术时证实脑内出血，

----或----

（3）在患者的临床记录中有符合下列a）、b）、c）标准的证据：

a）有下列一项主要的或二项次要的神经系统症状或体征，并持续24小时或直至患者死亡：

主要的：

※累及两个或多躯体部位的偏瘫

※累及两个或多躯体部位的一侧麻木

※同向偏盲

※失语

次要的：

※复视

※眩晕或步态异常

※构音困难或吞咽困难或发音困难

----和----

b）血性（非损伤性腰穿）或黄染性脑脊液，

----和----

c）脑血管造影证实有一个无血管性占位效应且无动脉瘤或动静脉畸形的表现。

2.可能的脑出血

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上

或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合所有下列（1）、（2）、（3）和（4）项标准：

（1）有上述第（3）a）项中所列的一项主要的或二项次要

的神经系统症状或体征并持续24小时以上或直至患者死亡，

----和----

（2）意识水平下降或昏迷并持续24小时以上或直至患者死亡，

----和----

（3）血性（非损伤性腰穿）或黄染性脑脊液，

----和----

（4）未做CT或CT技术上不完全。

（三）脑梗死

血栓形成性脑梗死

1.确诊的

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合下列二项中至少一项的特定标准：

（1）尸检时证实脑内有非出血性的梗死，

----和/或----

（2）在患者的临床记录中有符合下列a）和b）标准的证据：

a）有一项主要的或二项次要的神经系统症状或体征并持续24小时以上或直至患者死亡：

主要的：

※累及两个或多个躯体部位的偏瘫

※累及两个或多个躯体部位的一侧麻木

※同向偏盲

※失语

次要的：

※复视

※眩晕或步态异常

※构音困难或吞咽困难或发音困难

b）CT显示有水肿或缺血的低密度区，且无出血的表现或CT报告为“梗死”。

2.可能的

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合所有下列（1）、（2）、（3）项标准：

（1）有上述第（2）项中所列的一项主要的或二项次要的神经系统症状或体征并持续24小时以上或直至患者死亡，

----和----

（2）在症状或体征出现后的最初48小时内所作的CT证

明阴性结果或无特异发现，或无CT诊断，

----和----

1. 腰穿未做或是损伤性穿刺，或者抽出清亮、无色的脑脊液。

栓塞性脑梗死

1.确诊的

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合下列二项中至少一项的特定标准：

（1）尸检时证实：

a）脑内有一个梗死区（淡色的或出血性的），----和----

b）在任何器官的血管中有栓子的来源，或脑中有一个栓子，

----或----

（2）在患者的临床记录中有符合下列a）、b）和c）的证据：

a）有一项主要的或二项次要的神经系统症状或体征并持续24小时以上或直至患者死亡：

主要的：

※累及两个或多个躯体部位的偏瘫

※累及两个或多个躯体部位的一侧麻木

※同向偏盲

※失语

次要的：

※复视

※眩晕或步态异常

※构音困难或吞咽困难或发音困难

----或----

b）脑内栓子可能来源的确定，例如：

※瓣膜性心脏病（包括人工心脏瓣膜）

※心房颤动或扑动

※伴有附壁血栓的心肌梗死

※心脏或动脉的手术或检查

※心脏粘液瘤

※细菌性心内膜炎

※显示动脉主干阻塞的动脉造影证据

----和----

c）CT显示可表明水肿或缺血的低密度区，且无出血的表现。

2.可能的

在患者的临床记录中有突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统症状的证据，加上必须符合所有下列（1）、（2）和（3）项标准：

（1）有上述第（2）a）项中所列的一项主要的或二项次要

的神经系统症状或体征并持续24小时以上或直至患者死亡，

----和----

1. 对脑内栓子有一个如（2）b）中所特指的那种来源，

----和----

（3）在症状或体征出现后的最初48小时内所作的CT证明阴性结果或无特异发现，或未做CT检查。

（四）难分类的完全性卒中（包括混合性卒中）

在患者的临床记录中至少一项主要的或二项次要的突然或急骤发病并持续24小时以上或直至患者死亡的症状和体征证据：

主要的：

※累及两个或多个躯体部位的偏瘫

※累及两个或多个躯体部位的一侧麻木

※同向偏盲

※失语

次要的：

※复视

※眩晕或步态异常

※构音困难或吞咽困难或发音困难

※发病时严重头痛或入院后初次清醒时严重头痛

※意识水平降低

※脑膜刺激征的表现

※视网膜（玻璃体膜下）出血

※第三对颅神经麻痹

----和----

临床病史、症状、体征以及诊断性检查和/或尸检的发现不足以符合将患者分入上述脑卒中四种特定诊断类型之中某一种“确诊”和“可能”病例的标准。但卒中诊断可以确定。（包括临床诊断“混合性卒中”的病例）

（五）无文件证实的致命性脑卒中

必须符合下列标准：

1.不符合上述“确诊”或“可能的”脑卒中诊断标准

----和----

2.死亡的基本原因与脑卒中一致（即：ICD9：430-438），但死亡不发生在医院里或不能找到住院病历。

（六）腔隙性脑梗死

腔隙性脑梗死是一个特殊类型。根据梗死的位置，患者可以突然发病，出现偏瘫等局限症状。但也有不少临床病例可无任何局灶体征，或仅有头痛、头晕等症状。另有一些表现为TIA发作。本项目采用下述三条标准：

1.诊断腔隙性脑梗死必须有CT或磁共振（MRI）等影像学检查结果，否则不能确认。

2.患者若诊断有上述血栓形成性脑梗死、栓塞性脑梗死类型中任何一种，同时又有腔隙性梗死，应归入前者，腔隙性梗死可忽略不计。

3.如无明显临床症状，又无急性发作病史，仅在体检时偶然发现腔隙性梗死者，则不作为病例统计，也不填写“发病登记表”。

附件2

脑卒中诊断标准要点（ARIC分类要点）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **脑卒中类型** | **特定症状** | **CT/MR** | **血管造影** | **腰穿** | **其他** |
| 蛛网膜下腔出血（**SAH**） |  |  |  |  |  |
| 确定 | ＋ | CT/MRI显示SAH | ＋ | ＋ |  |
| 可疑 | ＋ | 未做/或有典型的症状，包括严重头痛、意识降低、脑膜刺激征 |  | 未做/＋ |  |
| 脑内出血 |  |  |  |  |  |
| 确定 | ＋ | ＋ | 未做/＋ | ＋ |  |
| 可疑 | ＋ | CT/MRI阴性或非特异，或未做 |  | 未做/＋ |  |
| 脑梗死血栓型 |  |  |  |  |  |
| 确定 | ＋ | ＋ |  |  | 有动脉（粥样）硬化的证据 |
| 可疑 | ＋ | 48小时内CT/MRI阴性或非特异，或未做 |  | **-** |
| 脑梗死栓塞型 |  |  |  |  |  |
| 确定 | ＋ | ＋ |  |  | 有明确的栓子来源 |
| 可疑 | ＋ | 阴性或非特异，或未做 |  | **-** |
| 难分类卒中 | ＋ | 不符合上述分类诊断 |  |  |  |
| 无文件证实的致命1性卒中 | ＋/±/－ |  |  |  | 1．死亡的基本原因与卒中一致2．ICD10:I60-164，I1693．ICD9:430-438 |

所有脑卒中患者都必须符合WHO脑卒中诊断的定义——突然或急骤发病并持续24小时以上或导致死亡的神经系统异常表现，除血管性原因外无外伤性、代谢性、中毒性、肿瘤性（新生物性）或中枢神经系统的感染过程等明显原因。不包括一过性脑缺血或因血液病引起的脑卒中（如白血病、红细胞增多症），脑肿瘤或脑转移肿瘤。因外伤造成的继发性脑卒中也应除外。

附件3

心脑血管事件报告卡详细内容与填写说明

福建省居民心脑血管事件报告卡

编号：\_\_\_\_\_\_\_报卡单位地址：\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_区（县）

门/急诊号□□□□□□

住院号□□□□□□

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

其他证件号（注明类型：）□□□□□□□□□□□

性别：男□女□

出生日期：□□□□年□□月□□日

民族：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_职业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_婚姻状况：本人电话：

工作单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_联系人：联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

户籍地址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市区（县）\_\_\_\_\_街道（乡）\_\_\_\_\_居委会（村）\_\_\_\_\_号

现住地址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市区（县）\_\_\_\_\_街道（乡）\_\_\_\_\_居委会（村）\_\_\_\_\_号

在本辖区连续居住6个月以上：□是□否

发病日期：□□□□年□□月□□日首次发病：□是□否ICD-10：

诊断日期：□□□□年□□月□□日

诊断：□急性心肌梗死

□心绞痛（治疗措施：□PTCA□支架植入□CABG）

□脑卒中（□蛛网膜下腔出血□脑出血□脑梗死□难分类的卒中）

□心脏性猝死：□临床诊断

□推断：

□有目击者情况下发病1h内死亡且排除可能非心脏原因死亡

□无目击者情况下24h内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡

诊断依据（可多选）

□临床症状体征\_\_\_\_\_\_□生化标志物（□肌钙蛋白□其他生化指标）\_\_\_\_\_\_\_\_

□心电图\_\_\_\_\_\_□血管造影\_\_\_\_\_\_□超声心动图\_\_\_\_\_\_\_

□CT/CTA/SPECT\_\_\_\_\_□MRI\_\_\_\_\_\_\_□腰穿\_\_\_\_\_\_

□手术\_\_\_\_\_\_\_□尸检或病理\_\_\_\_\_\_\_

□补发（□死亡补发□医保系统补发□其它）29

诊断单位：

诊断单位级别：□一级□二级□三级

转归：□存活□死亡（填写死亡相关信息。如是心脏性猝死，不需填写）

死亡时间：□□□□年□□月□□日

根本死因:

死亡原因编码ICD-10：I□□.□□□

报告单位：报告科室：

报告医师：报告日期：□□□□年□□月□□日

审核医师：审核日期：□□□□年□□月□□日

**报告卡填写说明：**

（1）本监测工作一事一卡，如果同一个患者同时患有多个监测疾病，请分别填写报告卡。相同监测病种在0-28天内发病作为一次发病报告；超过28天再次发病的，需要再次报告。

（2）编号：为识别报告卡片的编码，在卡片录入系统时自动生成唯一编号，对于以纸质形式上报的卡片，需将此编号抄录于卡片上，方便核对和查找。

（3）住院号（门/急诊号）：如患者住院则填写其住院病历号，如仅在门/急诊治疗则填写其门/急诊病历号。对于住院或门/急诊治疗患者，此项为必填内容。

（4）联系人和联系电话：可根据实际情况填写患者家属、主治医生，或其他和患者熟识、能联系到患者本人（或家属）的姓名及电话。

（5）姓名、身份证号、性别、出生日期、联系人和联系电话、户籍地址、现住地址以及所有疾病信息均为必填项，应如实准确填写，且需要根据户口簿或身份证信息进行填写。职业需注明具体工种类别，不能只填写工人或干部等。如有身份证号以外的其他证件信息（例如：社保卡号、医保卡号等），也应如实填写。

（6）发病日期：为必填项，要求按照日期时间格式填写本次疾病的发病日期。住院患者的发病日期由医生根据患者的入院时间、主诉，并结合病史进行判断。

（7）诊断日期：为必填项，要求按照日期时间格式填写本次疾病的诊断日期。诊断日期为患者接触医疗机构的时间，即：从住院病历获得的病例以住院时间作为诊断日期；从门/急诊获得的病例以门/急诊就诊时间作为诊断日期。“诊断日期”不早于“发病日期”。

（8）死亡时间：转归为死亡的应填写死亡时间，同时填写根本死因。

（9）ICD-10编码：本监测工作应参考ICD-10编码手册，填写适当的编码。应避免混用、误用，尤应避免在无法区分病变位置和分类亚目不明时将所有该类事件归入“未特指”。例如，I21、I21.0、I21.9的含义分别代表“急性心肌梗死”、“前壁急性透壁心肌梗死”和“急性心肌梗死未特指”；在不能明确急性心肌梗死病变部位时，写I21即可，不应该编为I21.0或I21.9；无辅助检查证据的脑卒中，应尽可能根据症状体征，对出血性或缺血性加以区分后再行编码。除I64外，其他登记事件编码可填写至小数点后3位。针对ICD-10编码，一是由报告人填写，并配备培训手册；另一个是在系统设置将疾病主动分类关联ICD-10编码。最后由中心组织专家再次审核。

（10）诊断和诊断依据：疾病的诊断结果以医院诊断为准。疾病的诊断包括心绞痛、急性心肌梗死、脑卒中、心脏性猝死等几类，诊断依据依照实际情况进行勾选。诊断依据可多选。诊断依据的选择应以能够提供支持性的诊断结果为准，如诊断为急性心肌梗死，如果勾选临床症状和体征，则需有心脏缺血相关症状，请备注说明；如果勾选生化标志物，则需有心肌坏死生化标志物升高，请备注说明；如果勾选心电图则心电图应具有诊断意义的改变（如心电图提示新发缺血性改变或心电图提示病理性Q波），请备注说明。如果只是做了某项检查，并不能提供支持性的诊断结果则不用勾选，如诊断为急性脑卒中，但CT检查结果没有发现异常改变，则不勾选CT。勾选诊断依据后，请进行相应补充说明。如为补发数据，则应根据实际选择补发数据来源，如死亡补发、医保数据补发或选择其它。如诊断为心脏性猝死，则需要进一步说明是临床诊断，还是推测。如为推测，提供目击者及发病到死亡的时间。

（11）诊断单位和级别：填写对本次报告疾病做出最终诊断的医院名称及其级别。

（12）转归：对存活的患者选择存活，对非心脏性猝死的死亡患者填写死亡相关信息。出院后发生的“转归”相关内容可在补发中完成。

（13）根本死因：引起一系列直接导致死亡事件的那个疾病或损伤或产生致命性损伤的事故或暴力等情况。

（14）审核医师和审核日期：要求每份报告卡均安排人员进行内部审核，负责审核的医师应登记自己的姓名和做出审核的日期。

|  |
| --- |
| 晋江市卫生健康局 2022年2月16日印发 |