

脑卒中高危人群筛查和干预项目危险因素 判定标准

一、高血压

(一) 诊断标准：

目前主要有诊室血压、动态血压 2 种方法。

1. 在未使用抗高血压药物的前提下，测量非同日血压 3 次，收缩压(SBP) ≥ 140 mmHg 和/或舒张压(DBP) ≥ 90 mmHg，即可诊断为高血压。对于既往有高血压病史，目前正在使用降压药物的患者，即使血压低于 140/90mmHg，也应诊断为高血压。收缩压 SBP ≥ 140 mm Hg 且舒张压 DBP < 90 mmHg 定义为单纯性收缩期高血压。收缩压 SBP < 140 mm Hg 且舒张压 DBP ≥ 90 mmHg 定义为单纯性舒张期高血压。

2. 通过动态血压诊断高血压的标准是 24 小时平均血压 $\geq 130/80$ mmHg，白天平均血压 $\geq 135/85$ mmHg，或夜间平均血压 $\geq 120/70$ mmHg。

(二) 判定要点：

1. 在二级及以上医院诊断的。

2. 已确诊高血压病史的，需要询问病史多少年，是否规律口服药物，口服哪些药物，最高血压达到多少，平时血压能控制在多少。

3. 否认高血压病史的，建议追问是否测量过血压，在何处进行测量，血压具体数值，以进一步准确判断有无高血压

病史。

二、糖尿病

(一) 诊断标准：

诊断糖尿病必须依据静脉血糖测定。1. 有糖尿病症状，伴有空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dl) 或非空腹时间血糖 $> 11.0\text{mmol/L}$ 。

2. 如果无典型糖尿病症状，至少两次空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或非空腹时间血糖 $> 11.0\text{mmol/L}$ 。

3. 口服 75g 葡萄糖耐量试验，服糖后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)

(二) 判定要点：

1. 在二级及以上医院诊断的。

2. 已确诊糖尿病病史的，需要询问病史多少年，何种方法治疗(口服药物/胰岛素)，药物有哪些，最高血糖达到多少，平时血糖能控制在多少，是否发生过低血糖事件，有无并发症。

3. 否认糖尿病病史的，建议追问是否进行过血糖监测，具体方式方法及结果。

三、血脂异常

(一) 诊断标准：

血脂异常包括高胆固醇血症、高甘油三酯血症，低高密度脂蛋白血症和混合型高脂血症 4 种类型。

总胆固醇 $\geq 6.22\text{ mmol/L}$ (240 mg/dl) ，甘油三酯 $\geq 2.26\text{ mmol/L}$ (200 mg/dl)，高密度脂蛋白 $< 1.04\text{mmol/L}$ (40 mg/dl)，其中一项或多项异常可诊断血脂异常。

（二）判定要点：

1. 在二级及以上医院诊断的。
2. 已确诊血脂异常病史的，需要询问病史多少年，是否进行过干预及治疗，使用何种药物，服药是否规律，血脂监测情况、目前血脂水平等。
3. 否认血脂异常病史的，建议追问是否进行过血脂的检测，具体结果，3-6个月内检查结果正常的可以排除。

四、很少进行体育运动（体力活动不足）

体育锻炼的标准：以每周运动 ≥ 3 次、每次中等强度及以上运动 ≥ 30 分钟；从事中、重度体力劳动者视为经常有体育锻炼。

1. 中等体力劳动是指手和臂持续动作（如锯木头等）；臂和腿的工作（如卡车、拖拉机或建筑设备等运输操作）；臂和躯干的工作（如锻造、风动工具操作、粉刷、间断搬运中等重物、除草、锄田、摘水果和蔬菜等）。

2. 重度体力劳动是指臂和躯干负荷工作（如搬重物、铲、锤锻、锯刨或凿硬木、割草、挖掘等）。

五、吸烟

（一）主动吸烟：

一生中连续或累积吸烟 6 个月及以上者定义为吸烟者，可分为：

1. 经常吸烟者：每天吸卷烟 1 支以上，连续或累积 6 个月。
2. 偶尔吸烟者：介于经常吸烟和从未吸烟者之间。

3. 从未吸烟者。

(二) 被动吸烟：

是指不吸烟者在1周内至少有1天以上的时间吸入吸烟者呼出的烟雾，每天累积至少15分钟。

(三) 戒烟者：

是吸烟者在调查时已不再吸烟，并坚持6个月以上。

(四) 判定要点：

1. 是否吸烟，吸烟年数，每天多少支。
2. 如已戒烟，曾吸烟多少年，戒烟年限。
3. 被动吸烟者，被动吸烟的年限及频率。
4. 因某种原因（比如生病）短期不吸烟，无主观思想戒烟的，不能视为戒烟者。

六、房颤

(一) 诊断：

心房颤动(atrial fibrillation, AF)简称房颤，是最常见的心律失常之一，是由心房主导折返环引起许多小折返环导致的房律紊乱。它几乎见于所有的器质性心脏病，在非器质性心脏病也可发生。引起严重的并发症，如心力衰竭和动脉栓塞。临床上根据房颤的发作特点，将房颤分为阵发性心房颤动(心房颤动发生时间小于7d，常小于24d，可自行转复为窦性心律)、持续性心房颤动(心房颤动发生时间大于7天，多需电转复或药物转复)，永久性心房颤动(不可能转为窦性心律)。

(二) 判定要点：

1. 症状、体征：心房颤动发作时，如频率不快，可无明显症状。如心率快，患者诉心悸、心慌、胸闷、气短、心脏乱跳、烦躁、乏力等。听诊心律不齐、心音强弱不等、快慢不一及脉搏短绌等。如心室率过快还可引起血压降低甚至晕厥。未经治疗的心房颤动心室率一般在 80~150 次/min，很少超过 170 次/min。心率 >100 次/min，称快速性心房颤动；>180 次/min 称极速性心房颤动。有脉搏短绌。

2. 心电图特点：①P 波消失，代之以形态、振幅、间距绝对不规则的房颤波（f 波），频率约 350~600 次/min；②心室律绝对不规则。未接受药物治疗、房室传导正常者，心室率通常在 100~160 次/min 之间。宽 QRS 波群伴极快速的心室率（大于 200 次/min）提示存在房室旁道。儿茶酚胺类药物、运动、发热、甲亢等均可缩短房室结不应期，使心室率加速；相反，洋地黄延长房室不应期，减慢房室传导，减慢心室率；③QRS 波群通常形态正常，但振幅并不一致；伴室内差异性传导、束支传导阻滞或预激综合征时，QRS 波群增宽、畸形。

3. 存在房颤病史，病史多少年，是否进行过治疗，采用何种治疗，如口服药物则为何种药物，服药是否规律，是否进行监测等。

4. 无房颤病史，现场心电图提示心房颤动，可以判定。

5. 无病史者，应询问是否存在自主的心律不齐感，如有建议行 24 小时动态心电图检查。

七、肥胖

中国成年人身体质量指数：轻体重：BMI<18.5；健康体重：18.5≤BMI<24；超重：24≤BMI<28；肥胖：BMI≥28；最理想的体重指数是 22。[（BMI=体重（kg）/身高²（m²）]。

八、脑卒中家族史

1. 直系亲属（父母或者亲生兄弟姐妹）中发生过脑卒中。
2. 家族中父母、兄弟姐妹患何种脑卒中，诊断医疗机构级别及名称，是否行影像学检查，疾病严重程度，转归如何。

九、既往脑卒中病史

（一）诊断：

脑卒中是由于血管阻塞导致血液不能流入大脑或脑部血管突然破裂而引起脑组织损伤的一组疾病，包括缺血性和出血性卒中。

（二）判定要点：

1. 应由神经科医生判定。
2. 二级及以上医院明确诊断，发病时有神经功能缺损症状，可认定为存在脑卒中病史；症状性腔隙性脑梗死亦可认为是脑卒中病史（单纯影像诊断腔隙性脑梗死不可认为脑卒中病史）。
3. 病史多少年，发病时主要症状，首次及末次发病年限，何种诊疗方式（住院、急诊、门诊、家庭病房）；如住院治疗，就诊的医疗机构名称及级别；主要诊断（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血），是否行影像学检查及颅内外血管的评估，症状严重程度，给予何种治疗方法（内科、介入、手术），是否接受康复治疗；出院后是否继续康复治疗（此种

康复是指社区康复或经过定期康复医师指导后的家庭作业治疗和物理治疗），转归情况及是否进行正规的二级预防用药等。

十、既往短暂性脑缺血发作（TIA）

（一）概念：

2009年，美国卒中协会（American Stroke Association, ASA）再次更新了短暂性脑缺血发作（TIA）的定义：“脑、脊髓或视网膜局灶性缺血所致的、不伴急性梗死的短暂性神经功能障碍”。

（二）判定要点：

1. 应由神经内科医生判定。
2. 由二级及以上医院诊断，并给予正规治疗的，视为存在 TIA 病史。
3. 询问时，要注意询问症状、体征，应尽量使用通俗易懂的语言表达，比如是否有一过性肢体麻木无力、口角歪斜、言语不清等，单纯头晕不应判定为 TIA。
4. 病史多少年，发病时主要症状，首次及末次发作年限，何种诊疗方式（住院、急诊、门诊、家庭病房）；如住院治疗，就诊的医疗机构名称及级别；是否行影像学及颅内外血管的评估，转归情况，是否进行正规的二级预防用药。

注：本危险因素诊断标准引自中国及 WHO 相关指南及标准。