

美国脑卒中中心认证制度及对我国的借鉴意义

陈现乐

(天津市第四中心医院, 天津 300142)

【摘要】 在美国,脑卒中病死率排在心脏病和癌症之后,列第 3 位。为此,美国国会立法制定了抗击卒中法案(STOP Stroke Act),近 10 年又建立了急性脑卒中过渡医院、初级脑卒中中心和综合性脑卒中中心 3 级脑卒中防治体系。通过美国心脏协会/美国脑卒中学会(AHA/ASA)的监督、评估和认证,充分发挥脑卒中中心的作用,降低了脑血管疾病的病死率和致残率。我国脑卒中的发病率也呈逐年增高趋势,为统一标准、提高疗效,建立我国脑卒中中心的认证体系势在必行,美国的经验对我国具有非常重要的借鉴意义。

【关键词】 脑卒中; 脑卒中中心认证; 脑卒中预防和治疗体系

1 美国脑卒中中心认证制度的建立

在美国,脑卒中的病死率很高,仅列于心脏病和癌症之后排在第 3 位,更是人类致残性疾病中最严重的一种^[1]。

2003 年以前,66% 的美国医院没有脑卒中的救治流程,82% 的美国医院不能快速鉴别急性脑卒中病例,许多基层医院更是缺乏必要的相关医务人员和设备,无法为卒中患者提供最佳、安全、有效的急诊处置。脑卒中和短暂性脑缺血发作(TIA)患者需要平均花费 3~6 h 的等待治疗;更有甚者,一些偏远乡村的脑卒中患者,需要在发病后 22 h 才能得到救治,并且急救车上的救护人员也缺乏辨识脑卒中的必要训练;仅有 3% 的脑卒中患者接受了美国食品和药品监督管理局(FDA)批准的缺血性脑卒中正规治疗流程。因此,美国国会立法制定了抗击卒中法案(STOP Stroke Act),各州也相继立法,并根据新的法律制定了实施细则,成立了非政府的专业联盟,完善了脑卒中预防和治疗体系,建立了脑卒中中心的认证制度。

2 脑卒中预防和治疗体系

美国脑卒中预防和治疗体系包括:① 脑卒中的一级预防和社区教育。② 医疗机构对脑卒中的紧急报告及应急响应系统。③ 急性和亚急性脑卒中的治疗和二级预防。④ 脑卒中患者的康复。⑤ 持续质量改进和系统性能评价。

脑卒中中心认证制度的建立,提高了社会各界对卒中的认识,也使人们了解了脑卒中的主要症状和体征,一旦发现情况及时呼叫救护车,尽快进入脑卒中治疗流程。认证制度也要求提高调度、协调、改进急救系统、医院及相关人员的应急响应能力,根据患者的病情实行分级治疗,鼓励治疗过程中的多学科协作,建立脑卒中的区域性治疗网络,落实脑卒中患者的发病、治疗过程和结果的持续监测和上报制度。

3 美国脑卒中治疗的金字塔结构

美国心脏协会/美国脑卒中学会(AHA/ASA)为更好地实施脑卒中预防、社区教育,院前急救、中心治疗和康复,对区域内的医疗资源进行整合,颁布了全国性标准,将从事脑卒中治疗的医疗机构分为急性脑卒中过渡医院、初级脑卒中中心和综合性脑卒中中心 3 个层次,来完善和实施脑卒中患

者的急救转运流程^[1]。尤其是急性脑卒中过渡医院的建立,使脑卒中患者的治疗覆盖到更加广阔的区域范围,特别是边远不发达地区的脑卒中患者,不会再因为耽误时间过长而延误及时救治。卒中治疗体系中医疗机构的分级如下:

3.1 急性脑卒中过渡医院:拥有头部 CT 扫描;可以静脉注射组织型纤溶酶原激活物(tPA);拥有急性脑卒中专家,必要时可以通过远程医疗专家电视会诊系统进行指导。目标是建成大约 1 200~1 500 家。

3.2 初级脑卒中中心:应该拥有脑卒中单元、脑卒中治疗的协调人员和脑卒中患者连续住院的治疗条件。目标是在全国建立 150~200 家。

3.3 综合性脑卒中中心:除具备初级脑卒中中心的条件外,还要拥有神经外科和神经介入专家及脑出血治疗的全方位手段。目标是在全国建立 150~200 家。

4 获得脑卒中中心证书的好处

实施脑卒中中心认证制度,可以运用脑卒中治疗网络化体系对临床实践给予客观的评价,促使医疗机构改进治疗质量,减少差错。同时建立忠诚有凝聚力的团队,会促进整个组织形成追求卓越的文化氛围,有利于医疗机构的营销,扩大市场份额,增强社会对医疗机构医疗质量和医疗安全的信心。另外,通过中心认证,便于保险公司或第三方机构的选择,符合国家的监管要求。

5 脑卒中中心体系认证的条件

5.1 急性脑卒中过渡医院认证:需要下列 8 个方面的条件:

① 有专门的脑卒中治疗团队。② 相关医务人员接受过专业的脑卒中诊疗培训。③ 拥有在 15 min 内对可疑脑卒中患者进行筛查、评估的合格专家。④ 影像学诊断和实验室检查方便、及时,并具备静脉溶栓的条件。⑤ 具备在 20 min 内进行远程医疗专家电视会诊的设施。⑥ 完善脑卒中患者的转诊流程与上一级脑卒中中心无缝衔接。⑦ 简化患者的信息,保护患者的权益、个人安全和隐私权。⑧ 采用数据分析不断评估和改进脑卒中治疗的质量。

5.2 初级脑卒中中心认证:AHA/ASA 的联合委员会对于初级脑卒中中心的认证是为了促使医疗机构进一步做出努力,使脑卒中患者的治疗能取得更好的结果。获得初级脑卒中中心证书,就意味着该医疗机构具备了使脑卒中患者最终获

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.02.002

通讯作者:陈现乐, Email: tjxianle@126.com

得治疗成功的关键要素,也标志着获此证书的医院能够提供有效措施满足卒中患者的特殊及独特需求。

5.2.1 标准:申请初级脑卒中中心证书的认证程序是采用特殊疾病的治疗认证手册进行评估。

5.2.2 临床实践指南:上述程序必须符合临床实践指南和循证医学原则。初级脑卒中中心的具体要求在《特定疾病的治疗认证手册》中的“特定疾病的原发性脑卒中中心治疗的高级认证要求”一章中有明确规定^[2]。

5.2.3 持续监督实施情况:凡是通过认证的初级脑卒中中心都必须遵守该项目实施情况的监督要求。所有初级脑卒中中心若想保持证书的连续性,必须每月向联合委员会提供 8 项核心措施实施情况的数据。这 8 项核心措施参照于全国医院住院质量规范手册。

5.3 综合性脑卒中中心认证:综合性脑卒中中心必须具备治疗最复杂脑卒中疾病的资质。除满足初级脑卒中中心的所有条件外,还包括下列条件:

5.3.1 拥有先进的影像设备,如磁共振成像/磁共振血管造影(MRI/MRA),CT 血管成像(CTA),数字减影血管造影(DSA)和经颅多普勒超声(TCD)。

5.3.2 拥有经过严格训练的神经内科专家、神经外科专家及神经介入专家。

5.3.3 所有人员和设备在每周 7 d,每天 24 h 都处在正常运行之中。

5.3.4 拥有神经重症加强治疗病房(ICU)设备及神经监护专家。

5.3.5 具有治疗大面积缺血性脑卒中、脑出血和蛛网膜下腔出血的专家和经验。

脑卒中中心的资质认定由 AHA/ASA 评定和颁发证书,该协会是美国最大的独立的健康评估机构。综合性脑卒中中心是美国医院能够获得有关脑卒中中心的最高水平认证,获得此殊荣的医院将会被公示在会议和专业及消费者出版物上。AHA/ASA 鼓励医院向服务社区公示脑卒中中心的证书和陈列该协会的金色认证标示,并每年在自己的网站及出版物中公示各地获得认证的综合脑卒中中心目录^[3]。

6 对可疑急性脑卒中患者指导原则

6.1 生命体征不稳定的脑卒中患者,首先要转移到最近的医院稳定生命体征,然后再转移到最近的综合脑卒中中心或初级脑卒中中心。

6.2 发病在 6~8 h 以内的脑卒中患者,要求转移到附近 15~20 min 可以到达的综合脑卒中中心或初级脑卒中中心。如果到达时间大于 15~20 min,只能安排到最近的急性脑卒中过渡医院。

6.3 急性脑卒中过渡医院接收的患者,可通过远程医疗电视专家会诊,评估患者是决定留院还是以最有利的方式安排转院。

美国建立脑卒中中心认证制度的初衷是降低卒中患者的伤残率和病死率,提高患者的生存质量,其目的是针对

卒中治疗的差异性,合理安排医疗资源,培养医务人员提高救治脑卒中的能力。他们期待随着时间推移,在都市和地区之间形成正式的脑卒中转诊网络,使复杂的脑卒中患者享受到专业的治疗,恢复到更好的结果。

7 美国脑卒中中心认证制度对我国的借鉴意义

随着经济的快速发展和生活水平的提高,我国中老年人患脑卒中的发病率也越来越高,据统计,每年大约有 260 多万人死于脑血管疾病,预计到 2030 年,我国将有 3 亿多 60 岁以上的老年人,在心脑血管病首次发病者中约占到 70%^[4]。因此,我国脑卒中的防治形势十分严峻。当前,我国脑卒中的现状类似 2003 年前的美国,各地医疗机构的技术水平及设施条件参差不齐,脑卒中患者病死率和致残率高的状况还没有得到根本改善,给政府制定卫生政策和社会医疗保障机构的运行带来困扰。国家卫生和计划生育委员会也在积极探索脑卒中患者的及时救护、转运并根据病情不同实施分级诊疗的途径。

自从 2003 年美国逐步实行脑卒中中心认证制度后,脑卒中的三级预防和治疗体系充分发挥作用,降低了脑卒中的病死率和致残率^[5-6]。AHA/ASA 每 2 年发布一次最新的脑卒中中心认证实施标准^[7],使脑卒中的诊疗活动更加有章可循。相比之下,中国脑卒中的防治与国外有一定的差距,从美国的临床实践经验中给予我们诸多启示和借鉴,我们要尽快规范我国脑卒中诊疗流程,尽早建立符合我国国情的多级脑卒中中心防治体系。

参考文献

- [1] Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE 3rd, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems [J]. Stroke, 2005, 36(3): 690-703.
- [2] Alberts MJ, Wechsler LR, Jensen ME, et al. Formation and function of acute stroke-ready hospitals within a stroke system of care recommendations from the brain attack coalition [J]. Stroke, 2013, 44(12): 3382-3393.
- [3] Leifer D, Bravata DM, J.J. (Buddy) Connors III, et al. 综合性卒中中心医疗质量的度量标准:对脑卒中联盟综合性卒中中心推荐意见的详细随访:美国心脏协会/美国卒中协会对医疗专业人员的声明[J].何晟,蔡可夫,张元媛,等.译.国际脑血管病杂志,2011,19(3):169-194.
- [4] 杨永刚,钱玉中,赵会颖,等.远程缺血预适应治疗对短暂性脑缺血发作患者再发脑梗死的影响[J].临床合理用药杂志,2014,7(23):87-88.
- [5] Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers: Brain Attack Coalition [J]. JAMA, 2000, 283(23): 3102-3109.
- [6] Alberts MJ, Latchaw RE, Selman WR, et al. Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack Coalition [J]. Stroke, 2005, 36(7): 1597-1616.
- [7] American Heart Association/American Stroke Association. Comprehensive Stroke Performance Measurement Implementation Guide [EB/OL]. (2015-08) [2015-10-09].

(收稿日期:2015-11-18)

(本文编辑:邸美仙 李银平)