

附件2

门诊病种收治标准与诊疗路径指南

目录

第一部分 中医优势病种	1
一、面瘫/口僻	1
二、腰痛病/腰椎间盘突出症	6
三、颈椎病/项痹病	12
四、腰痛/痹证类病	18
第二部分 透析滤过病种	20
五、血液透析	20
六、血液透析滤过	22
第三部分 药品注射病种	24
七、未特指的骨质疏松（重度骨质疏松）	24
八、性早熟	28
九、身材矮小症，不可归类在他处者	33
十、为肿瘤化学治疗疗程	36
十一、慢性乙型病毒性肝炎，不伴有 δ 因子	37
十二、克罗恩病（局限性肠炎）	42
十三、肿瘤免疫治疗	48
十四、肿瘤内分泌治疗	49

第一部分 中医优势病种

一、面瘫/口僻

(一) 适用对象

中医诊断：第一诊断为面瘫/口僻（TCD编码：A07.01.01.04）

西医诊断：第一诊断为贝尔面瘫（ICD-10编码：G51.000）/面神经炎（ICD-10编码：G51.803）/周围性面神经麻痹（ICD-10编码：G51.003）/面神经疾患（ICD-10编码：G51.900）/亨特综合征（ICD-10编码：B02.200x004+G53.0*）

(二) 诊断依据

1. 疾病诊断

(1) 中医诊断标准：参照普通高等教育“十四五”国家级规划教材《针灸学》（梁繁荣、王华主编，中国中医药出版社，2021年）。

(2) 西医诊断标准：参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《神经病学》第十版（王维治主编，人民卫生出版社，2016年）。

2. 疾病分期

(1) 急性期：发病15天以内。

(2) 恢复期：发病15天至6个月。

(3) 后遗症期：发病6个月以上。

3. 证候诊断

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组面

瘫（面神经炎）诊疗方案”；临床常见证候主要为风寒袭络证、风热袭络证、风痰阻络证、气虚血瘀证。

（三）治疗方案的选择

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组面瘫诊疗方案”。诊断明确，患者适合并接受中医门诊治疗。

1. 针灸治疗 采用循经与面部局部三线法取穴针灸治疗。

（1）急性期

- 治则：祛风通络，疏调经筋

- 主穴 百会、健侧运动区下 1/5（国医大师孙申田教授经验）、双侧风池、攒竹、下关、阳白、四白、迎香、人中、地仓、颊车、巨髎、颧髎、承浆、合谷、手三里、颊孔、下颌孔。

- 配穴：

- 风寒证+风池、风府、风门、列缺；

风热证+曲池、大椎；风痰阻络+丰隆、足三里；

耳后痛+完骨。

- 操作：

- 浅刺（0.3~0.5寸），轻刺激，留针20分钟

- 禁用电针（避免神经水肿期强刺激）

（2）恢复期

- 治则：活血化瘀，振奋经气

- 主穴：急性期穴位基础上加：

- 太阳、下关、牵正（经外奇穴）

- 操作：
 - 常规针刺深度，平补平泻
 - 电针：选 2 组穴位（如阳白-四白、颊车-地仓），疏密波（2Hz/50Hz），强度以肌肉微颤为度
 - 灸法：隔姜灸翳风、颊车（适用于风寒证）

（3）后遗症期

- 治则：调补气血，平衡阴阳
- 操作：
 - 透刺法：阳白透鱼腰、地仓透颊车
 - 梅花针：轻叩患侧面部（潮红为度）
 - 刺络拔罐：颊车、下关点刺出血后闪罐

2. 辨证选择口服中药汤剂

风寒袭络证：祛风散寒，温经通络。牵正散加减。

风热袭络证：祛风清热，活血通络。银翘散加减。

风痰阻络证：祛风化痰，通络止痉。银翘散加减。

气虚血瘀证：益气活血，通络止痉。

3. 其他疗法

（1）物理治疗：

- 面部肌肉功能训练（抬眉、闭眼、鼓腮每日 3 次）
- 超短波治疗（无热量，急性期）

（2）西医协同：

- 急性期口服糖皮质激素（泼尼松）
- 营养神经药物（甲钴胺）

（四）进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合上述适用对象的诊断编码。
2. 单次诊疗就诊总费用的中治率占比 $\geq 70\%$ 。
3. 疗程周期 ≤ 60 天，且周期内病种支付上限 ≤ 15 次。
4. 患者同时具有其他疾病，若在治疗期间无需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入本路径。

5. 因格林巴利综合征、耳源性疾病、腮腺炎、颌后化脓性淋巴结炎、神经 lyme 病、后颅窝肿瘤或脑膜炎、听神经瘤、小脑桥脑脚蛛网膜炎等导致的周围性面瘫或各种原因导致的中枢性面瘫患者，不进入本路径。

（五）出组标准

1. 患者治愈，根据 House-Brackmann 分级量表 H-B 分级 I 级，面部对称，无联动或挛缩，停止治疗。（附表 1）
2. 效果不明显，或出现变症，需要住院进一步治疗。

附表 1

House-Brackmann (H-B) 分级

级别	类别	临床特征
I 级	正常	所有面部功能正常 大体观察:眼睑闭合检查时轻度无力;可有非常轻微的连带运动 静止状态:面部对称,张力正常
II 级	轻度功能障碍	运动状态:额部——功能中度至良好 眼部——轻度用力可完全闭合 嘴部——轻度不对称 大体观察:面部两侧有明显差异但不影响外观,明显可见但不严重的连带运动,痉挛,和/或半侧面肌痉挛
III 级	中度功能障碍	静止状态:面部对称,张力正常 运动状态:额部——轻度至中度运动 眼部——用力可完全闭合眼睑 嘴部——用最大力仍有轻度无力 大体观察:明显的无力和/或影响外观的不对称
IV 级	中~重度功能障碍	静止状态:面部对称,张力正常 运动状态:额部——无运动 眼部——闭合不完全 嘴部——用最大力仍有不对称 大体观察:只有非常轻微的可察觉的运动
V 级	重度功能障碍	静止状态:不对称 运动状态:额部——无运动 眼部——闭合不完全 嘴部——仅有轻度运动
VI 级	完全无功能	无运动

二、腰痛病/腰椎间盘突出症

(一) 适用对象

中医诊断：第一诊断为腰痛病/腰椎间盘突出症（TCD 编码：A17.42/A03.06.04.06.01），西医诊断如下：

中医疾病名	中医疾病名代码	诊断名称	诊断编码（医保版）
腰痛病	A17.42	腰和其他椎间盘疾患伴有脊髓病	M51.000+G99.2*
腰椎间盘突出症	A03.06.04.06.01	腰椎间盘突出伴脊髓病	M51.003+G99.2*
		腰椎间盘突出伴神经根病	M51.100x002+G55.1*
		椎间盘疾患性腰痛伴坐骨神经痛	M51.103+G55.1*
		腰椎间盘突出伴坐骨神经痛	M51.101+G55.1*
		椎间盘疾患性腰痛伴坐骨神经痛	M51.103+G55.1*
		椎间盘移位性脊髓神经根压迫	M51.105+G55.1*
		腰骶椎间盘脱出	M51.200x004
		腰椎间盘突出	M51.202
		胸腰椎椎间盘突出	M51.203
		腰骶椎间盘突出	M51.204
		腰椎间盘突出变性	M51.303
		椎间盘变性	M51.305
		椎间盘突出	M51.800x004

	椎间盘膨隆	M51.801
	椎间盘疾患	M51.900
	腰椎间盘突出退行性病变	M51.901

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 物理医学与康复分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《康复医学（第5版）》（人民卫生出版社）

1. 临床表现

- (1) 腰背部及下肢疼痛
- (2) 运动功能障碍
- (3) 神经功能障碍
- (4) 日常生活活动能力障碍

2. 影像学检查：腰椎X线平片、CT扫描或MRI检查。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-物理医学与康复分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《康复医学》（第五版，人民卫生出版社）

1. 治疗原则

疏通经络，调和气血，止痛活络。

辨证施治：根据中医证型调整选穴和补泻手法，局部取穴与远端取穴相结合。

急则治标（止痛），缓则治本（调补肝肾、强筋健骨）。

2. 核心选穴

(1) 局部/邻近取穴：阿是穴（压痛点）、相应节段夹脊穴、肾俞、大肠俞、关元俞、腰阳关、命门、次髎、秩边、环跳、承扶、委中、承山。

(2) 远端循经取穴：

足太阳膀胱经：委中、承山、昆仑、申脉、后溪（交会穴）。

足少阳胆经：阳陵泉（筋会）、悬钟（髓会）、丘墟、足临泣。

督脉：后溪（通督脉）、人中（急性腰痛）。

其他：太溪（补肾）、三阴交（调肝脾肾）、太冲（疏肝）。

(3) 辨证配穴：

寒湿：加灸（肾俞、腰阳关、命门），或温针灸。

湿热：加阴陵泉、曲池、内庭，针刺泻法。

血瘀：加膈俞、血海、三阴交，针刺泻法或刺络拔罐。

肾阳虚：加命门、关元，重用灸法。

肾阴虚/肝肾亏虚：加太溪、照海、肝俞。

3. 其他疗法结合

电针：在主要穴位（如夹脊、环跳、委中、阳陵泉）连接电针仪，选用疏密波或连续波，强度以患者耐受、肌肉微颤为度。适用于疼痛明显、肌肉紧张者。

温针灸：在针柄上放置艾炷点燃施灸。适用于寒湿、肾阳虚证。

拔罐：闪罐、走罐、留罐（在腰骶部、疼痛区域）。适

用于寒湿、血瘀证。

刺络拔罐：在明显瘀血点或委中穴点刺出血后拔罐。适用于血瘀证急性发作。

推拿/正骨：可在针灸前后由有资质医师操作，调整小关节紊乱，松解软组织。

4. 疗程中的评估与记录

(1) 每次治疗前：

询问上次治疗后反应（疼痛变化、有无不适、功能改善）。
简要复查关键体征（压痛、活动度）。

记录 VAS 评分。

(2) 疗程中评估（约第 3-6 次治疗时）：

较全面复查：症状、体征、功能状态（如 JOA 或 ODI 评分）。

评估疗效和耐受性，调整治疗方案（穴位、手法、是否结合其他疗法）。

(3) 疗程结束评估：

全面评估：症状、体征、功能评分（VAS，JOA/ODI）。

明确疗效：临床治愈、显效、有效、无效。

制定后续计划：结束治疗、巩固治疗、转诊（疗效不佳、病情复杂、需手术等）。

(4) 记录要求：详细记录每次治疗的穴位、操作方法（针法、灸法、电针参数、拔罐等）、患者反应、症状变化、评估结果。

5. 治疗频率与疗程

急性期：疼痛剧烈者，可每日或隔日 1 次。

慢性期/缓解期：每周 2-3 次。

疗程：通常以 6-12 次为一个疗程。根据病情变化评估决定后续治疗（进入下一疗程、延长间隔、结束治疗或转诊）。

维持/巩固：症状缓解后，可逐渐减少至每周 1 次或每两周 1 次，持续数周以巩固疗效。

6. 疗效判定标准

临床治愈：腰腿痛症状消失，直腿抬高试验阴性，功能活动恢复正常，能恢复原工作。

显效：腰腿痛症状基本消失，功能活动基本正常，能从事原工作或轻工作。

有效：腰腿痛症状减轻，功能活动改善，生活能自理。

无效：症状、体征及功能活动无改善。

（四）进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合上述适用对象的诊断编码。
2. 单次诊疗就诊总费用的中治率占比 $\geq 70\%$ 。
3. 疗程周期 ≤ 60 天，且周期内病种支付上限 ≤ 12 次。
4. 排除标准：

腰椎骨折、肿瘤、结核、严重骨质疏松、马尾综合征等需优先处理原发病或紧急手术者。

合并严重心脑血管、肝肾功能不全、血液病、精神疾病等不适宜本路径治疗者。

妊娠期或哺乳期妇女（需谨慎评估治疗方案）。

对路径中涉及的治疗方法有明确禁忌者。

(五) 出组标准

1. 经规范针灸治疗后症状无改善或加重。
2. 出现进行性神经功能损害（如肌力进行性下降、大小便功能障碍），需住院治疗。
3. 怀疑或确诊存在严重器质性疾病（如肿瘤、感染、骨折、严重骨质疏松）。
4. 需进一步明确诊断或考虑其他方式（如介入、手术）。
5. 合并严重内科疾病需专科处理。
6. 完成预定疗程达到预期目标。

三、颈椎病/项痹病

(一) 适用对象

中医诊断：第一诊断为“颈椎病”（TCD 编码：A03.06.04.05）或“项痹”。

西医诊断：依据《颈椎病诊治与康复指南》等相关标准，主要分型：神经根型、椎动脉型、交感神经型、脊髓型（需谨慎评估适应症）、颈型（单纯型）、混合型。

(二) 诊断依据

1. 中医诊断（辨证分型）：结合望闻问切四诊，重点辨证分型：

风寒湿痹证：颈肩臂痛，遇寒加重，得温痛减，颈部僵硬，活动受限，恶寒畏风。舌淡苔薄白，脉弦紧。

气滞血瘀证：颈肩臂痛如刺，固定不移，夜间痛甚，颈部活动受限，或有上肢麻木。舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或弦。

肝肾亏虚证：颈肩隐痛，绵绵不休，或伴头晕耳鸣，腰膝酸软，失眠健忘。偏阳虚者畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细；偏阴虚者五心烦热，舌红少苔，脉细数。

2. 西医诊断：

症状：颈肩痛、上肢放射痛/麻木、头痛头晕、恶心呕吐（椎动脉型）、心悸胸闷（交感型）、下肢乏力/步态不稳（脊髓型）等。

体征：颈部活动受限、压痛点（棘突、横突、肩胛骨内上角等）、臂丛神经牵拉试验（+）、椎间孔挤压试验（+）、霍夫曼征（脊髓型）等。

影像学检查（必要）：

X线片：观察颈椎生理曲度、椎间隙、骨质增生、韧带钙化、椎间孔狭窄等。

CT：清晰显示骨性结构、椎管形态、后纵韧带骨化等。

MRI：评估椎间盘退变、突出、脊髓/神经根受压程度、脊髓信号改变（脊髓型关键）。

（三）治疗方案的选择

1. 首诊阶段（第1次就诊，40-60分钟）

（1）四诊辨证与评估

- 问诊重点：疼痛性质（刺痛/酸胀/放射）、发作时间（晨重/夜甚）、诱发动作（低头/旋转）

- 经络诊察：触诊颈夹脊穴、肩井穴、天宗穴压痛反应，手太阳经/督脉循行区条索状结节

- 辨证分型：

- 风寒痹阻型：痛处固定遇寒加重，苔薄白

- 气滞血瘀型：刺痛夜间显著，舌质紫暗

- 肝肾不足型：酸软乏力伴眩晕，脉沉细

（2）针灸治疗方案

- 基础取穴：

- 主穴：颈夹脊穴（病变节段 \pm 1）、风池、天柱、后溪

- 配穴：

- 风寒型+ 大椎（温针灸）

- 血瘀型+ 膈俞（刺络拔罐）

- 肝肾亏虚+ 肾俞（补法）
- 操作规范：
 - 针刺方向：风池穴针尖微向下朝鼻尖，深度 ≤ 1.2 寸
 - 行针手法：实证泻法（捻转提插强刺激），虚证补法（轻刺激配合艾灸）
 - 留针时间：20-30分钟，间隔10分钟行针1次
- （3）首次治疗安全警示
 - 避免深刺：风府穴禁深刺 > 1 寸，防止伤及延髓
 - 晕针预防：首诊患者取俯卧位，暴露颈部后操作
- （4）健康教育与预约
 - 发放《颈部保护要点》：睡姿矫正（枕高=耳至肩峰距离）、忌手机“低头 $> 30^\circ$ ”
 - 预约复诊：间隔48小时进行第2次治疗

2. 复诊阶段

（1）急性期治疗（第2-5次就诊，治疗频率：隔日1次）

① 动态评估与调穴

- 疼痛放射至上肢：加 *池、外关（疏通手三阳经）
- 伴头晕呕吐：加 百会、内关（平补平泻）

② 特色技术强化

-电针应用：

- 电极接颈夹脊-肩中俞，疏密波（频率5Hz/50Hz交替）
- 肌肉萎缩者改用断续波刺激运动点

-浮针扫散：

- 斜方肌痉挛区域进针，扫散范围覆盖激痛点

③牵引:

适应症: 神经根型、颈型效果较好。椎动脉型、脊髓型慎用或禁用。

方法: 坐位或卧位, 小重量(通常3-6kg起)、短时间(15-20分钟)、持续性或间歇性牵引。角度、重量、时间需个体化调整, 以舒适为度。

④拔罐疗法

方法: 留罐、走罐、刺络拔罐(用于气滞血瘀证)。

部位: 颈肩背膀胱经、督脉、阿是穴。

频次: 每周2-3次。

⑤刮痧疗法: 适用于风寒湿痹、气滞血瘀证。沿颈部督脉、膀胱经、胆经刮拭。

⑥疗效判定标准

- 有效: VAS评分下降 $\geq 30\%$, 颈部活动度改善

- 无效: 调整方案(如改用刃针松解项韧带钙化点)

(2) 缓解期治疗(第6-10次就诊, 治疗频率: 每周2次)

① 治则转换

- 从“通络止痛”转向“调和气血”

- 主穴调整: 加 足三里、关元(温针灸培补元气)

② 巩固技术组合*

- 穴位注射:

- 复方当归注射液1ml注射天宗穴(适用顽固性麻木)

- 皮内针埋置:

- 颈百劳穴埋针24小时, 指导患者自行按压

③推拿疗法:

原则: 舒筋活络, 解痉止痛, 理筋整复 (**慎用扳法, 尤其脊髓型、严重椎动脉型、骨质疏松者禁用**)。

常用手法: 揉法、按法、揉法、拿法、点穴法、弹拨法、拔伸牵引 (轻柔持续)、旋转复位法 (需严格掌握适应症, 由有资质医师操作)。

部位: 颈肩部、背部、上肢。重点松解斜方肌、肩胛提肌、胸锁乳突肌等。

频次/疗程: 每日或隔日1次, 每次20-30分钟。

④功能康复介入

- 治疗中同步教学 “颈部抗阻训练”:

手掌抵前额 → 头手对抗5秒 × 10次

(3) 康复期治疗 (疗程结束评估)

①终结评估节点 (第10次治疗结束)

- 临床治愈: 症状消失, 颈椎功能障碍指数 (NDI) ≤ 10% → 转入预防计划

- 显效: NDI下降 ≥ 50% → 巩固治疗每周1次 × 4周

- 无效: 建议影像学复查或多学科会诊

②预防复发方案

- 节气针灸: 春分/秋分针刺大杼、悬钟 (补髓壮骨)

- 自我艾灸: 指导家用艾灸盒温灸大椎穴, 每周2次

(四) 进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合上述适用对象的诊断编码。

2. 单次诊疗就诊总费用的中治率占比 ≥ 70%。

3. 疗程周期 ≤ 60 天，且周期内病种支付上限 ≤ 10 次。
4. 患者同时具有其他疾病，若在治疗期间无需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入本路径。

（五）出组标准

1. 患者治愈或症状缓解，停止治疗。
2. 症状加重，出现进行性肌力下降或二便功能障碍（提示脊髓受压），需要住院进一步治疗。
3. 治疗期间发生晕厥或严重出血。

四、腰痛/痹证类病

(一) 适用对象

中医诊断：第一诊断为腰痛病/痹证类病（TCD 编码：A17.42/A07.06），西医诊断如下：

中医疾病名	中医疾病名代码	诊断名称	诊断编码（医保版）
腰痛	A17.42	第三腰椎横突综合征	M54.501
痹证类病	A07.06	腰痛	M54.502
		腰背痛	M54.503
		腰背肌筋膜炎	M54.504
		腰肌劳损	M54.505
		坐骨神经痛	M54.300
		腰痛伴有坐骨神经痛	M54.400
		下背痛	M54.500
		胸段背痛	M54.600
		背痛，其他的	M54.800
		脊椎源性痛综合征	M54.801
		背痛	M54.900

(二) 诊断依据

中医诊断标准：参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《针灸学》（石学敏主编，中国中医药出版社，2007年）。

西医诊断标准：参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《神经病学》第十版（王维治主编，人民卫生出版社，2016年）。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-物理医学与康复分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《康复医学》（第五版，人民卫生出版社）规范开展门诊治疗的患者。

1. 临床一般治疗

2. 康复治疗：如针灸、腰椎牵引、手法、功能运动训练等。

(四) 门诊治疗随访流程

包括但不限于筛选患者、综合评估患者的症状、体征、检查检验结果、门诊治疗效果、排除诊疗禁忌证、确定治疗方案、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、相关治疗后的疗效观察、并发症防治处理、患者健康宣教等。

(五) 进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合上述适用对象的诊断编码。
2. 单次诊疗就诊总费用的中治率占比 $\geq 70\%$ 。
3. 疗程周期 ≤ 60 天，且周期内病种支付上限 ≤ 8 次。
4. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(六) 出组标准

症状改善不明显，需住院调整治疗方案。

第二部分 透析滤过病种

五、血液透析

（一）适用对象

门诊治疗操作包含“39.9500 血液透析”。

（二）诊断依据

根据国家卫健委《血液净化标准操作规程 2021 版》，规范开展血液透析治疗的患者。

（三）门诊用药随访流程

包括但不限于筛选患者、综合评估患者的症状、体征、代谢情况、容量状态、营养、排除诊疗禁忌证、确定治疗方案、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、血管通路日常的评估与维护、透析处方确定及调整、血液透析操作、每次透析患者的管理及监测、每次门诊血液透析相关并发症及处理、门诊血液透析远期并发症防治和管理（透析相关质控指标：传染病监测、肾性贫血、继发性甲状旁腺功能亢进、透析充分性、水容量负荷评估、微炎症评估、营养、电解质酸碱平衡等相关检查检验）、患者健康宣教等。

（四）进入门诊病种路径标准

1. 门诊治疗操作包含“39.9500 血液透析”操作编码。
2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）出组标准

症状改善不明显，需住院调整治疗方案。

六、血液透析滤过

（一）适用对象

门诊治疗操作包含“39.9500+39.9501 血液透析+血液滤过”。

（二）诊断依据

根据国家卫健委《血液净化标准操作规程 2021 版》，规范开展血液透析滤过治疗的患者。

（三）门诊用药随访流程

包括但不限于筛选患者、综合评估患者的症状、体征、代谢情况、容量状态、营养、排除诊疗禁忌证、确定治疗方案、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、血管通路日常的评估与维护、透析处方确定及调整、血液透析操作、每次透析患者的管理及监测、每次门诊血液透析相关并发症及处理、门诊血液透析远期并发症防治和管理（透析相关质控指标：传染病监测、肾性贫血、继发性甲状旁腺功能亢进、透析充分性、水容量负荷评估、微炎症评估，营养、电解质酸碱平衡等相关检查检验）、患者健康宣教等。

（四）进入门诊病种路径标准

1. 门诊治疗操作包含“39.9500+39.9501 血液透析+血液滤过”操作编码。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）出组标准

症状改善不明显，需住院调整治疗方案。

第三部分 药品注射病种

七、未特指的骨质疏松（重度骨质疏松）

（一）适用对象

第一诊断为骨质疏松症（ICD-10: M81.9）。

（二）诊断依据

已确诊骨质疏松症患者若存在下列任何一项者，可诊断重度骨质疏松症：

1. 过去2年内发生过脆性骨折；
2. 接受抗骨质疏松药物治疗时发生脆性骨折；
3. 多发性脆性骨折；
4. 正在使用可导致骨骼损伤的药物；
5. 骨密度T值极低的患者（如T值 < -3.0 ）；
6. 高跌倒风险或有跌伤史；

7. FRAX或其他确认的算法估算为极高骨折风险（如FRAX预测未来10年主要骨质疏松性骨折风险 $> 30\%$ 或髌部骨折风险 $> 4.5\%$ ）

（三）治疗方案的选择

1. 基础措施

（1）调整生活方式

营养指导：均衡饮食，适量蛋白质摄入

运动干预：负重运动、抗阻力训练、平衡训练

戒烟限酒：避免过量饮酒（ ≤ 2 个单位/日）和吸烟

防跌倒措施：家庭环境改造，视力矫正，步态训练

(2) 基本骨营养补充剂

①钙剂：推荐每日钙推荐摄入量为 1000 ~ 1200mg，营养调查显示我国居民每日膳食约摄入元素钙 400mg，因此平均每日钙剂的元素钙补充量为 600 ~ 800mg。

②维生素 D：推荐剂量为 800 ~ 1000IU (20 ~ 25 μ g) /d。

2. 药物治疗

(1) 静脉注射药物：

唑来膦酸：5mg/支，每次 5mg 静脉注射，每年 1 次

(2) 皮下注射药物：

地舒单抗：60mg/支，60mg 皮下注射，每 6 个月 1 次

特立帕肽：2.4ml/支，20 μ g 皮下注射，每日 1 次，总疗程 24 个月

罗莫佐单抗注射剂：105 mg/1.17ml/支，210 mg 皮下注射，每月 1 次，总疗程为 12 个月

(3) 其他口服、肌肉注射药物及鼻喷剂：包括骨化三醇、鲑鱼降钙素等。

(四) 门诊用药随访流程

1. 门诊随访流程

包括临床评估、检查检验、结果回报回诊确定是否可用药、输注药物、用药后观察

2. 核心评估内容

(1) 病史采集

详细询问病史，包括脆性骨折史（尤其是髌部/椎体/腕部脆性骨折）、家族史

询问是否有继发性骨质疏松症相关疾病（甲亢，糖尿病，慢性肾病，风湿性疾病，慢性肠道疾病等）

评估骨折风险因素（年龄、BMI、吸烟、饮酒、活动情况等）

药物使用史（糖皮质激素使用 ≥ 3 个月、抗癫痫药等）

女性患者生育及绝经情况

（2）体格检查

身高、体重、BMI 测量

脊柱畸形、驼背、身高缩短等评估

基本体格检查（心肺腹等）

（3）检查检验

常规检查项目：血常规、尿常规，血钙、血磷、ALP、肝肾功能，血沉，骨代谢： β -CTX、P1NP、OC、PTH、25-OH-VD3
骨密度检测（DXA：腰椎+髌部骨密度）或 QCT，心电图、X线检查（胸腰椎侧位片）

可选的检查项目（排查继发性骨质疏松）包括甲状腺功能、甲状旁腺功能等

（4）风险评估

骨折风险评估（FRAX 评分）：评估 10 年髌部/主要骨质疏松性骨折概率

跌倒风险评估

生活方式评估/日常生活能力评估（ADL+VAS 评分）

3. 随访频次（每 3-6 个月一次）

(1) 疗效评估：症状改善（疼痛缓解、活动能力提高）、新发骨折情况、身高变化

(2) 安全性监测：定期检查肝肾功能、药物相关不良反应监测、并发症监测

(3) 定期复查

每 6-12 个月复查骨密度

每 3-6 个月复查骨代谢标志物（视情况）

每年复查 25-OH-VD3、血钙、血磷

（五）进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: M81.9 骨质疏松症疾病编码及诊断依据。

2. 患者门诊治疗以静脉及皮下注射药物为主要治疗手段（不含口服药物、肌肉注射药物及鼻喷剂）

3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在诊疗期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）出组标准

1. 症状改善不明显，需住院调整治疗方案。

2. 症状稳定，停止输注药物。

八、性早熟

（一）适用对象

第一诊断为性早熟（ICD: E30.100）。

（二）诊断依据

参照中华医学会儿科学分会《中枢性性早熟 CPP 诊断与治疗专家共识》（2022 年）及《中枢性性早熟诊断与治疗共识》（2015 年）。

根据《中枢性性早熟诊断与治疗共识（2015）》，中华儿科杂志，2015, 53（06）：412-418，临床表现：

1. 性征提前出现，即女童 7.5 岁前出现乳房发育或 10.0 岁前出现月经初潮，男童 9.0 岁前出现睾丸增大；
2. 性腺增大，即盆腔 B 超示女童子宫、卵巢容积增大且卵巢内可见多个直径 ≥ 4 mm 的卵泡，男童睾丸容积 ≥ 4 ml；
3. 血清促性腺激素及性激素达青春期水平；
4. 多有骨龄提前，骨龄超过实际年龄 ≥ 1 岁；
5. 有线性生长加速，年生长速率高于同龄健康儿童。

（三）治疗方案与选择

1. GnRHa（促性腺激素释放激素类似物）治疗指征

GnRHa 治疗指征为（1）快进展型 CPP：患儿骨骼成熟和性征发育加速显著，超过线性生长加快程度，根据骨龄预测成年身高 $<$ 人群平均身高 P3 或遗传靶身高 P3；（2）出现与 CPP 直接相关的心理行为问题；（3）快进展型青春期：在界定年龄后开始出现性发育，但性发育进程及骨骼成熟迅速，影响 FAH。

CPP 患儿的 GnRH α 治疗需强调个体化原则，小年龄且性发育快速进展，尤其是初诊时已呈快速线性生长加速的患儿，应及时采用 GnRH α 治疗；如初诊时不能确认为快速进展的，建议观察 3-6 个月，明确是否为快速进展；如性发育进展缓慢，骨龄虽然提前，但生长速率高于正常，预测 FAH 无明显受损的 CPP 患儿，无需立即治疗，但应定期监测，反复评估治疗的必要性，并注意与患儿及家长进行充分沟通。骨龄越大，剩余的生长潜能越少，可增加的成年身高也越少，因此 GnRH α 对大骨龄儿童的 FAH 改善作用有限，女童骨龄超过 12.5 岁，男童骨龄超过 14.0 岁，不宜单独使用 GnRH α ，避免过度医疗。此外，GnRH α 对除 CPP 外其他疾病如生长激素缺乏症、特发性矮身材等患儿的身高改善作用研究数据有限，不推荐常规应用。

2. GnRH α 治疗方案

GnRH α 有曲普瑞林、亮丙瑞林和戈舍瑞林等多种药物，其药效是天然 GnRH 的 15-200 倍。制剂有 3.75 mg 的缓释剂（每 4 周肌肉注射或皮下注射）、11.25 mg 的长效缓释剂（每 12 周注射 1 次）等，国内以 3.75 mg 的曲普瑞林和亮丙瑞林缓释制剂常用。GnRH α 缓释剂的常规初始剂量是 3.75 mg，此后剂量 80-100 μ g / (kg · 4 周)；或采用通用剂量 3.75 mg（每 4 周 1 次），根据性腺轴抑制情况调整用量。国内 12 周剂型和 6 月剂型两种缓释剂型应用较少，尚未获得大规模临床数据。

3. GnRH α 治疗监测

GnRHa 治疗过程中，建议每 3 个月监测性发育情况、生长速率等；每半年监测 1 次骨龄。治疗过程中需监测促性腺激素和性激素水平，以评估 HPGA 抑制情况。治疗有效的指标包括：生长速率正常或下降、女童乳腺组织回缩或未继续增大、男童睾丸容积减小或未继续增大、骨龄进展延缓、HPGA 处于受抑制状态。应注意 GnRHa 通过减缓软骨细胞增殖，抑制骨龄增长，实现骨生长和成熟的正平衡，从而延长生长年限，改善 FAH。因此不宜错误地将患儿以骨龄提前为“代价”所致的快速生长回落至青春前期速度视作为“生长减速”，并视作是 GnRHa 的药物不良反应，但如出现严重生长迟滞，则需考虑是否伴有其他疾病。阴毛出现或进展通常代表肾上腺功能初现，并不一定意味治疗失败。

（四）门诊用药随访流程

1. 核心评估内容

（1）骨龄评估：监测患儿生长潜能

（2）性腺发育的评估：女童盆腔 B 超检测显示子宫长度 3.4-4.0 cm，卵巢容积 1-3 ml（卵巢容积=长×宽×厚×0.523），并可见多个直径≥4 mm 的卵泡；男童睾丸容积≥4 ml（睾丸容积=长×宽×厚×0.71）或睾丸长径>2.5 cm，提示青春期启动。近期研究显示，子宫官体长度在诊断 CPP 中的价值超过卵巢相关影像指标，以官体长度>3.2cm 作为诊断 CPP 的界值，其灵敏度和特异度分别达到 81.8%和 82.0%，如将界值增加到>3.7cm，其特异度达到 95%，但灵敏度稍差。但盆腔超声检查单一指标不能诊断 CPP。

(3) HPGA (下丘脑-垂体-性腺轴) 评估: 促黄体生成素 (luteinizing hormone, LH) 升高是 HPGA 启动的重要生化标志, 现多用免疫化学发光法测定。但由于 LH 呈脉冲式分泌, 且受到昼夜节律、不同 Tanner 分期等多种因素的影响, 基础血 LH 水平在诊断上的意义受限。2019 年促性腺激素释放激素类似物 (gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRHa) 应用国际专家建议中提到 LH 基础值 >0.2 U/L 可作为筛选性发育启动的指标, 但 LH 基础值 <0.2 U/L 并不能完全排除 CPP, 需结合临床分析, 必要时进行激发试验。GnRH 激发试验较基础 LH 水平检测更为准确, 也是鉴别 CPP 和外周性性早熟的重要依据, GnRH 剂量为 $2.5 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{次})$, 最大剂量 $100 \mu\text{g}$ 。LH 峰值 ≥ 5.0 U/L 且 LH 峰值与卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH) 峰值的比值 ≥ 0.6 提示性腺轴启动。快进展型 CPP 患儿的 LH 峰值/FSH 峰值较高, 但不应单纯以 LH 峰值/FSH 峰值 ≥ 0.6 作为 CPP 诊断标准。GnRHa 的激发作用比天然 GnRH 强数十倍, 峰值在 60-120 min 出现, 广泛用于 CPP 的诊断, 但建议各实验室应有自己的剂量及实验标准。以曲普瑞林为例, 使用 $0.1 \text{ mg}/\text{m}^2$ ($\leq 0.1 \text{ mg}$) 或固定剂量 0.1 mg 后 60 min LH 切点值可选择 4.4-6.0 U/L。在判断结果时, 必须结合患儿性发育状态及进展速度、性腺发育情况、身高和骨龄的变化等进行综合分析, 不能单纯以激发试验结果作出 CPP 诊断。同时也应严格掌握激发试验指征, 避免过度检查。

(4) 头颅影像学检查：年龄越小，头颅影像学异常的概率越高。荟萃分析表明在 CPP 患儿中有 6.3% 的女童 16.3%-38.0% 的男童患有颅内病变。因此，建议所有男童及 6 岁以下女童诊断 CPP 时应进行头颅磁共振成像等以排除颅内病变；6 岁以上的 CPP 女童如出现性发育快速进展征象或神经精神异常表现时也应该考虑行头颅影像学检查。

2. 随访频次

(1) 启动 GnRHa 治疗 3 针后，第 4 针打针之前完善简易 GnRHa 激发试验和彩超检查。【从形态学和功能学了解抑制效果】

(2) 治疗效果肯定后每半年监测简易 GnRHa 激发试验和彩超检查。

(3) 每半年监测骨龄，了解生长速度，评估治疗效果。

(五) 进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD: E30.100 性早熟疾病编码。
2. 患者门诊治疗以输注 GnRHa 药物为主要治疗手段。
3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(六) 出组标准

1. 症状改善不明显，需住院调整治疗方案。
2. 症状达到预期，停止输注药物。

九、身材矮小症，不可归类在他处者

（一）适用对象

第一诊断为身材矮小症（ICD-10：E34.3）/垂体性矮小症（ICD-10: E23.005）/生长激素缺乏症（ICD-10: E23.009）。

（二）诊断依据

根据中华医学会儿科分会《中国儿童生长激素缺乏症诊治指南》（2024年），生长激素缺乏症定义：生长激素缺乏症（growth hormone deficiency, GHD）是由于垂体前叶分泌的生长激素不足所导致的一种内分泌代谢性疾病，主要以身材矮小为突出症状。该疾病主要由于先天性基因变异、垂体前叶的某些疾病、损伤或手术切除等因素导致生长激素分泌不足而引起。持续存在且未治疗的GHD，可以引起患儿成年期代谢紊乱、心血管疾病等症状，影响其生活质量和寿命。通过补充生长激素，可以治疗儿童身材矮小，并改善过渡期及成年的代谢、体成分、心理及生活质量。

身高处于同种族、同年龄、同性别正常健康儿童生长曲线第3百分位数以下，或低于2个标准差者（身高标准参照2009年九省/市儿童体格发育调查数据研究制定的中国2~18岁儿童身高、体重标准差）。

（三）治疗方案的选择

《基因重组人生长激素儿科临床规范应用的建议》[中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组，中华儿科杂志，2013，51(6)：426-431.]，《诸福棠实用儿科学（第8版）》（人民卫生出版社，2015年）等。

1. 孤立性生长激素缺乏症药物治疗：生长激素替代治疗。

2. 甲状腺素功能减低症：甲状腺素替代疗法。

3. 先天性卵巢发育不全症：一般患者骨龄 12 岁前生长激素替代治疗，12 岁后联合或单独雌、孕激素治疗。

4. 联合垂体激素缺乏症：相应缺乏激素替代治疗。

5. 其他：对因、对症治疗。

6. 辅助治疗：运动、营养治疗。

（四）门诊用药随访流程

1. 门诊随访流程

包括临床评估、检查检验、结果回报回诊确定是否可用药、输注药物、用药后观察

2. 核心评估内容

（1）常规检查项目

①血常规、尿常规、大便常规。

②甲状腺功能（T3、T4、TSH、FT3、FT4）、乙肝两对半。

③肝肾功能、血脂、电解质、血糖、糖化血红蛋白、胰岛素、胰岛素样生长因子-1（IGF-1）、胰岛素样生长因子结合蛋白-3（IGFBP-3）。

④骨龄、垂体 MRI（怀疑肿瘤时需强化）。

⑤生长激素激发试验（包括精氨酸激发试验、胰岛素激发试验、可乐定激发试验、左旋多巴，必选 2 项，其中前 2 项必选 1 项）。

(2) 根据患者病情可选择的检查项目包括：皮质醇、促肾上腺激素释放激素、骨密度、骨代谢测定或 25 羟维生素 D3 等。

3. 随访频次

常规 3 个月空腹监测生化、胰岛素、甲功三项、25 羟 D 和 IGF-1\IGFBP3; 半年监测糖化血红蛋白、骨龄、性发育情况。

(五) 进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10：E34.3 身材矮小症疾病编码。

2. 门诊以生长激素注射为主要治疗手段。

3. 当患者同时具有其他疾病诊断，如在门诊期间不需特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(六) 出组标准

根据个体化治疗原则，结合临床实际，评估后停止治疗。

十、为肿瘤化学治疗疗程

（一）适用对象

门诊诊断包含“为肿瘤化学治疗疗程”（ICD-10: Z51.1）。

（二）诊断依据

根据国内外各类肿瘤规范性诊治指南，需要开展化学治疗。

（三）门诊用药随访流程

包括但不限于确定诊断及诊疗方案、对患者的一般状况及重要脏器功能进行评估、排除诊疗禁忌证、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、评估生命体征及静脉管路情况、患者健康宣教、不良反应的预防及监测及诊后随访。

（四）进入门诊病种路径标准

1. 诊断必须符合 ICD-10: Z51.1 为肿瘤化学治疗疗程疾病编码。

2. 患者门诊治疗以输注肿瘤化学药物为主要治疗手段（不包含口服抗肿瘤药）。

3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响该诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）出组标准

1. 症状改善不明显，需住院调整治疗方案。

2. 症状稳定，停止输注药物。

十一、慢性乙型病毒性肝炎，不伴有 δ 因子

(一) 适用对象

第一诊断慢性乙型病毒性肝炎，不伴有 δ 因子（ICD: B18.1）。

(二) 诊断依据

根据十二五国家规划教材《传染病学》（2024年，第10版，李兰娟主编），中华医学会肝病分会，中华医学会感染病学分会2022年版《慢性乙型肝炎防治指南》。

1. 乙型肝炎或HBsAg阳性超过6个月，现HBsAg和(或)HBV DNA为阳性，并且肝功能持续或反复异常或肝组织学检查有慢性肝炎病变，或肝组织学/无创指标提示有纤维化。

2. 肝炎症状: 乏力、纳差、腹胀、尿黄、便溏等，部分患者无明显不适症状。

3. 肝炎体征: 肝病面容（面色晦暗）、可有肝掌、蜘蛛痣，多见脾大并排除其他原因。

4. 肝功能异常: ALT和/或AST异常或明显异常，TB正常或轻中度升高，白蛋白水平正常，凝血酶原活动度正常。

5. 肝纤维化指标异常: 如血清透明质酸、层粘连蛋白升高等，提示肝脏纤维化。

6. 腹部B超、CT或MRI检查提示慢性肝损伤，脾脏增大等。

7. 肝组织活检提示慢性肝炎。

从症状、体征、检验和检查等方面综合判断病情程度。

(三) 治疗方案的选择

根据十二五国家规划教材《传染病学》（2024年，第

10 版，李兰娟主编），中华医学会肝病分会，中华医学会感染病学分会 2022 年版《慢性乙型肝炎防治指南》。

1. 一般治疗

(1) 适当休息：症状明显或病情较重者应强调卧床休息，病情轻者以活动后不觉疲乏为度；

(2) 合理饮食：适当的高蛋白、高热量、高维生素的易消化食物；

(3) 心理疏导：通过健康教育或心理医生。

2. 药物治疗

(1) 改善和恢复肝功能：降酶（甘草酸制剂等）、退黄（腺苷蛋氨酸等）；

保肝药：还原型谷胱甘肽、多烯磷酸胆碱等。

降酶药：甘草酸制剂、双环醇，用药时间视病情而定。

退黄药：腺苷蛋氨酸、熊去氧胆酸等，用药时间视病情而定。

(2) 抗病毒治疗是关键，对具备适应证，且知情同意下应进行规范的抗病毒治疗。

抗病毒治疗指征：(1) 对于血清 HBV DNA 阳性，ALT 持续异常 ($>ULN$ 正常值上限)，且排除其他原因所致者，建议抗病毒治疗。(2) 对于血清 HBV DNA 阳性者，无论 ALT 水平高低，只要符合下列情况之一，建议抗病毒治疗：①有乙型肝炎肝硬化家族史或 HCC（肝细胞癌）家族史；②年龄 >30 岁；③无创指标或肝组织学检查，提示肝脏存在明显炎症 ($G \geq 2$) 或纤维化 ($F \geq 2$)；④HBV 相关肝外表现(如 HBV 相关性肾小球肾炎

等)。(3)临床确诊为代偿期和失代偿期乙型肝炎肝硬化患者,无论其 ALT 和 HBV DNA 水平及 HBeAg 阳性与否,均建议抗病毒治疗。

抗病毒药物主要包括两大类:干扰素和核苷(酸)类似物。应用核苷(酸)类似物时应选择强效低耐药,如恩替卡韦、富马酸替诺福韦酯、富马酸丙酚替诺福韦、艾米替诺福韦等。干扰素选择聚乙二醇干扰素 α -2a 或聚乙二醇干扰素 α -2b,皮下注射。

(3) 中医中药:有需求和/或适宜者。

(四) 门诊用药随访流程

1. 门诊随访流程

包括临床评估、检查检验、结果回报回诊确定是否可用药、应用抗病毒药物、用药后观察。

2. 核心评估内容

实验室检查:HBV DNA 定量、HBsAg 定量、HBeAg/抗-HBe、肝功能、血乳酸、钙、无机磷、乳酸脱氢酶、肌酸激酶及同工酶、血常规、大便常规、甲状腺六项功能(TSH、FT3、FT4、甲状腺球蛋白抗体、甲状腺过氧化物酶抗体)、自身免疫性肝病抗体、自身免疫性抗核抗体谱、血糖、肾功能、尿常规、甲胎蛋白组合、铜蓝蛋白、甲丙戊肝抗体。

影像学检查:肝脏超声/FibroScan/CT/MRI(评估肝纤维化及排除肝癌)。

其他:心理状态评估(如抑郁量表)、妊娠试验(育龄

女性)。

患者教育：解释干扰素疗效及潜在副作用（流感样症状、骨髓抑制等）。

强调依从性及定期随访的重要性。

3. 随访频次

基础疗程 48 周（若 48 周时应答不佳可考虑适当延长疗程至 3 至 6 个月）。

（五）进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必需符合慢性乙型病毒性肝炎，不伴有 δ 因子（ICD: B18.1）诊断编码。

2. 患者门诊治疗以注射聚乙二醇干扰素 α -2a 或聚乙二醇干扰素 α -2b 为主要治疗手段，不含口服抗病毒药物。

3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在诊疗期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）出组标准

1. 达标停药出组

（1）HBeAg 阳性患者：完成 48 周治疗且 HBeAg 血清学转换，如 HBsAg 持续下降，可适当延长疗程。

（2）HBeAg 阴性患者：完成 48 周疗程后 HBV DNA 持续阴性且 HBsAg 显著下降，如 HBsAg 持续下降，可适当延长疗程。

（3）HBsAg 阴性，如 HBsAb 持续上升，可适当延长疗程

2. 提前停药出组

(1) 无早期应答 (24 周 HBV DNA 未下降)、HBsAg 未下降或出现严重不良反应或妊娠。

(2) 肝功能恶化, 有重症倾向者, 应转入住院诊治。

(3) 伴有其他基础疾病或并发症, 需进一步诊断及治疗或转至其他相应科室诊治者, 应转出本路径。

十二、克罗恩病（局限性肠炎）

（一）适用对象

第一诊断为克罗恩病(CD)（ICD-10: K50）。

（二）诊断依据

根据《中国克罗恩病诊治指南》（中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组，2023年，广州）

1. 临床表现：包括消化道表现、全身性表现、肠外表现及并发症。消化道表现主要有腹泻和腹痛，可有血便；全身性表现主要有体重减轻、发热、食欲不振、疲劳、贫血等，并发症常见的有瘘管、腹腔脓肿、肠狭窄和梗阻、肛周病变（肛周脓肿、肛周瘘管、皮赘、肛裂等），较少见的有消化道大出血、急性穿孔，病程长者可发生癌变。

2. 内镜检查：

（1）结肠镜检查：结肠镜检查和活检应列为 CD 诊断的常规首选检查，镜检应达末段回肠。镜下一般表现为节段性、非对称性的各种粘膜炎症表现，其中具特征性的内镜表现为非连续性病变、纵行溃疡和卵石样外观。

（2）小肠胶囊内镜检查：主要适用于疑诊 CD 但结肠镜及小肠放射影像学检查阴性者

（3）小肠镜检查：适用于其他检查（如 SBCE 或放射影像学）发现小肠病变或尽管上述检查阴性而临床高度怀疑小肠病变，需进行确认及鉴别者；或已确诊 CD 需要 BAE 检查以指导或进行治疗者。小肠镜下 CD 病变特征与结肠镜所见相同。

(4) 胃镜检查: 少部分 CD 病变可累及食管、胃和十二指肠, 但一般很少单独累及。

3. 影像学检查

(1) CT 或磁共振肠道显像: 活动期 CD 典型的 CT 表现为肠壁明显增厚 (>4mm); 肠粘膜明显强化伴有肠壁分层改变, 粘膜内环和浆膜外环明显强化, 呈“靶征”或“双晕征”; 肠系膜血管增多、扩张、扭曲, 呈“木梳征”; 相应系膜脂肪密度增高、模糊; 肠系膜淋巴结肿大等。

(2) 钡剂灌肠及小肠钡剂造影: 所见为多发性、跳跃性病变, 病变处见裂隙状溃疡、卵石样改变、假息肉、肠腔狭窄、僵硬, 可见瘻管。

(3) 腹部超声检查: 对发现瘻管、脓肿和炎性包块具有一定价值。

4. 粘膜病理组织学检查 CD 粘膜活检标本的病理组织学改变有:

(1) 固有膜炎症细胞呈局灶性不连续浸润;

(2) 裂隙状溃疡;

(3) 阿弗他溃疡;

(4) 隐窝结构异常, 腺体增生, 个别隐窝脓肿, 粘液分泌减少不明显, 可见幽门腺化生或潘氏细胞化生;

(5) 非干酪样坏死性肉芽肿;

(6) 以淋巴细胞和浆细胞为主的慢性炎症细胞浸润, 以固有膜底部和粘膜下层为重, 常见淋巴滤泡形成;

(7) 粘膜下淋巴管扩张;

(8) 神经节细胞增生和(或)神经节周围炎。

5. 手术切除标本病理检查：可见肉眼及组织学上 CD 上述特点。

在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及溃疡性结肠炎、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等疾病的基础上，可按下列标准诊断：

(1) 具备上述临床表现者可临床疑诊，安排进一步检查；

(2) 同时具备上述结肠镜或小肠镜(病变局限在小肠者)特征以及影像学(CTE 或 MRE，无条件者采用小肠钡剂造影)特征者，可临床拟诊；

(3) 如再加上活检提示 CD 的特征性改变且能排除肠结核，可作出临床诊断；

(4) 如有手术切除标本(包括切除肠段及病变附近淋巴结)，可根据标准作出病理确诊；

(5) 对无病理确诊的初诊病例，随访 6~12 个月以上，根据对治疗反应及病情变化判断，符合 CD 自然病程者，可作出临床确诊。如与肠结核混淆不清但倾向于肠结核者应按肠结核作诊断性治疗 8~12 周，再行鉴别。

疾病活动性评估：临床上成人用克罗恩病活动指数(CDAI)评估疾病活动性的严重程度以及进行疗效评价。儿童使用儿童 CD 疾病活动指数(PCDAI)，2020 年 ECCO 指南推荐联合使用 PCDAI、钙卫蛋白和 C 反应蛋白作为目前评估儿童 CD 黏膜愈合的最适无创监测手段。

简化 CDAI 算法

项目	分数
一般情况	0: 良好; 1: 稍差; 2: 差; 3: 不良; 4: 极差
腹痛	0: 无; 1: 轻; 2: 中; 3: 重
腹泻	稀便每日 1 次记 1 分
腹块	0: 无; 1: 可疑; 2: 确定; 3: 伴触痛
伴随疾病 (关节痛、虹膜炎、结节性红斑、 坏疽性脓皮病、阿弗他溃疡、裂沟、新痿管及脓肿等)	每种症状记 1 分

注： < 4 分为缓解期； 5 ~ 8 分为中度活动期； ≥ 9 分为重度活动期

(三) 治疗方案的选择

根据《中国克罗恩病诊治指南》（中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组，2023 年，广州）

1. 基本治疗：包括戒烟、营养支持、纠正代谢紊乱、心理支持及对症处理等。

2. 药物治疗：结合患者是否存在危险因素进行分层管理，采取“升阶梯”和“降阶梯”治疗。

①糖皮质激素：对控制疾病活动有较好疗效。

②免疫抑制剂：嘌呤类药物、甲氨蝶呤等适用于激素治疗无效或依赖的病人。

③生物制剂及口服小分子药物：生物制剂如英夫利昔单抗、阿达木单抗等；口服小分子药物如 JAK 抑制剂乌帕替尼，

可用于 CD 的诱导缓解与维持治疗。

④全肠内营养：可作为轻中度儿童 CD 诱导缓解的一线治疗方案。

⑤抗菌药物：主要用于并发感染的治疗。

3. 必要时手术治疗。

（四）门诊用药随访流程

1. 门诊随访流程：

包括临床评估、检查检验、结果回报回诊确定是否可用药、输注药物、用药后观察

2. 核心评估内容

（1）临床症状评估：

一般状况评估：体重、BMI、生命征、体格检查；营养状况评估

疾病活动情况评估：CDAI 评分或患者报告结局（PRO2：腹痛+腹泻频率）

（2）炎症标志物：CRP、ESR、粪便钙卫蛋白、粪常规+OB

（3）药物安全性监测：血常规、生化全套（肝肾功能、血脂、心功能、电解质）

（4）营养指标及机会性感染（12-24 周）：铁代谢、维生素 D、叶酸、维生素 B12、T-spot、EBV、CMV 等。

3. 随访频次：根据选用的不同药物，参照 IBDQCC 发布的药物临床规范化使用流程确定随访频次。

（五）进入门诊病种路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: K50 克罗恩病疾病编码。
2. 患者门诊治疗以输注英夫利西单抗等生物制剂为主要治疗手段，不含口服药物。
3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(六) 出组标准

1. 症状改善不明显，需住院调整治疗方案。
2. 症状稳定，停止输注药物。

十三、肿瘤免疫治疗

(一) 适用对象

门诊诊断编码如下：

诊断名称	诊断编码（医保版）
恶性肿瘤免疫治疗	Z51.800x095
恶性肿瘤术前免疫治疗	Z51.800x951
恶性肿瘤术后免疫治疗	Z51.800x952
恶性肿瘤终末期免疫治疗	Z51.800x953
肿瘤术后免疫治疗	Z51.805
肿瘤免疫治疗	Z51.810

(二) 诊断依据

根据国内外各类肿瘤规范性诊治指南，需要开展免疫治疗。

(三) 门诊用药随访流程

包括但不限于确定诊断及诊疗方案、对患者的一般状况及重要脏器功能进行评估、排除诊疗禁忌证、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、评估生命体征及静脉管路情况、患者健康宣教、不良反应的预防及监测及诊后随访。

(四) 进入门诊病种路径标准

1. 诊断必须符合上述适用对象的诊断编码。
2. 患者门诊治疗以输注肿瘤免疫药物为主要治疗手段。
3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响该诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(五) 出组标准

1. 症状改善不明显，需住院调整治疗方案。
2. 症状稳定，停止输注药物。

十四、肿瘤内分泌治疗

（一）适用对象

门诊诊断包含“肿瘤内分泌治疗（ICD-10：Z51.804）”、“恶性肿瘤内分泌治疗（ICD-10：Z51.800x094）”、“肿瘤术后内分泌治疗（ICD-10：Z51.809）”。

（二）诊断依据

根据国内外各类肿瘤规范性诊治指南，需要开展内分泌治疗。

（三）门诊用药随访流程

包括但不限于确定诊断及诊疗方案、评估生命体征、完善相关检查对患者的一般状况及重要脏器功能进行评估、排除诊疗禁忌证、签署相关知情同意书、开具和执行医嘱、不良反应的监测、患者健康宣教、诊后随访。

（四）进入门诊病种路径标准

1. 诊断必须符合 ICD-10：Z51.804、Z51.800x094、Z51.809 肿瘤内分泌治疗。
2. 患者门诊治疗以亮丙瑞林为主要治疗手段。
3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在门诊期间不需要特殊处理，也不影响该诊断为主诊断的门诊临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）出组标准

1. 症状改善不明显或疗效评估不佳等需调整治疗方案。
2. 病情稳定，治疗结束。