

厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2023〕62号

厦门市医疗保障中心关于建立 DIP 中医优势病种辅助目录、开展按疗效价值付费有关事项的通知

各定点医疗机构:

为深化区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）改革，开展符合中医药特点的医保付费，实现中西医同病同效优价，支持中医药传承创新高质量发展，根据国家、省相关精神，经市医保行政主管部门研究同意，现就建立 DIP 中医优势病种辅助目录、开展按疗效价值付费工作有关事项通知如下：

一、实施范围

（一）实施机构：中医综合、中医专科定点医疗机构及其他定点医疗机构的中医科室。

(二) 实施病种: 按照中医药优势突出、临床路径明确、诊疗方案成熟、治疗费用稳定原则, 遴选首批住院中医优势病种(附件1)。

二、医保结算

(一) 申报标准

机构按病种标准上传中、西医诊断编码, 医保经办机构根据医疗机构上传编码及费用结构匹配确定中医优势病种。

1. 住院医保结算清单填报: 医疗机构应规范上传住院医保结算清单, 上传的西医、中医主要诊断均符合对应中医优势病种编码标准和要求。

2. 费用结构占比: 入组病例中医药及检查化验费用占比应符合该病种疗效评价标准中的规定比例(附件2)。

3. 出院疗效判定: 入组病例应采取合适有效的中医治疗路径(附件3), 达到该病种规定的出院疗效评价标准(附件2)及对应西医病种出院标准。

(二) 病种支付结算

1. 中医优势病种辅助目录: 以历史数据客观聚类并结合临床实际, 确定病种辅助目录加权系数, 对主目录西医病种标准分值给予一定比例加成。具体公式如下:

中医优势病种辅助目录病种标准分值=主目录病种标准分值
× 中医优势病种辅助目录加权系数。

2. 按疗效价值付费: 病种月度预拨付方式不变。年度清算时, 将符合出院疗效判定的相关病例纳入中医优势病种支付结算。

三、审核监管

(一)经审核认定未达出院疗效判定的病例，不加成中医优势病种辅助目录系数。

(二)经审核认定为诊断升级、高套分值的，按核定后结果确定其实际分值，并加扣其高套部分分值。

(三)经查实存在分解住院、虚假住院、虚假治疗、串换中医编码等违规行为的病例，按规定处理。

四、工作要求

(一)各医疗机构应加强住院医保结算清单质控，相关项目信息填写完整，准确真实反映住院期间中西医诊疗信息；按要求规范上传中医病证分类与代码(TCD)和医保疾病诊断分类与代码(医保版ICD)，及时准确上传住院医保结算清单。

(二)各医疗机构应严格遵守卫生健康部门制定的中医诊疗规范、临床指南和住院诊疗流程等规范。

五、本通知自 2024 医保年度起施行

- 附件：1. 厦门市 DIP 中医优势病种组合辅助目录表
2. 厦门市 DIP 中医优势病种收治标准和疗效评价标准
3. 厦门市 DIP 中医优势病种中医临床路径指南



(此件主动公开)

厦门市医疗保障中心

2023年9月26日印发

附件1

厦门市DIP中医优势病种组合辅助目录表

三级目录	三级目录名称	标准分值	期初权重	辅助目录 调整系数	中医优势 病种分值	备注
E11.9:n(y)	2型糖尿病不伴有并发症:保守治疗（含简单操作）	135.80	0.6428	1.1000	149.38	中医疾病代码:消渴病(A06.09.)
G24.9:n(y)	未特指的张力失常:保守治疗（含简单操作）	346.04	1.6380	1.1000	380.64	中医疾病代码:中风病(A07.01.01.)、出血性中风（A07.01.01.02）
J18.9:n(y)	未特指的肺炎:保守治疗（含简单操作）	81.21	0.3844	1.1000	89.33	中医疾病代码:肺风痰喘(A10.04.02)
J20.9:n(y)	未特指的急性支气管炎:保守治疗（含简单操作）	45.81	0.2168	1.1000	50.39	中医疾病代码:小儿咳嗽(A10.04.01)
J44.1:n(y)	未特指的慢性阻塞性肺病伴有急性加重:保守治疗（含简单操作）	177.44	0.8399	1.1000	195.18	中医疾病代码：肺胀(A04.04.09)
J45.9:n(y)	未特指的哮喘:保守治疗（含简单操作）	106.09	0.5022	1.1000	116.70	中医疾病代码：哮病(A04.04.04.01)
K29.3:n(y)	慢性浅表性胃炎:保守治疗（含简单操作）	82.87	0.3923	1.1000	91.16	中医疾病代码:胃痞病(A04.03.15)
M51.1:n(y)	腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病（G55.1*）:保守治疗（含简单操作）	184.56	0.8737	1.1000	203.02	中医疾病代码:腰痹(A07.06.17)
N93.9:n(y)	未特指的异常的子宫和阴道出血:保守治疗（含简单操作）	45.08	0.2134	1.1000	49.59	中医疾病代码:崩漏(A09.02.02.09)
O20.0:n(y)	先兆流产:保守治疗（含简单操作）	41.97	0.1987	1.1000	46.17	中医疾病代码:胎动不安(A09.02.03.06)

附件 2

厦门市 DIP 中医优势病种收治标准和疗效评价标准

一、消渴病

(一) 适用对象

1. 西医诊断：主诊断为 2 型糖尿病不伴有并发症（ICD-10 编码 E11.9）

2. 中医诊断：诊断为消渴病（TCD 编码 A06.09.）

(二) 收治标准

中医诊断标准：参照中华中医药学会《糖尿病中医防治指南》（ZYYXH/T3.1～3.15—2007）。

(三) 住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂。

(1) 主证

①肝胃郁热证：开郁清热。

②胃肠实热证：通腑泄热。

③脾虚胃热证：辛开苦降。

④上热下寒证：清上温下。

⑤阴虚火旺证：滋阴降火。

⑥气阴两虚证：益气养阴。

⑦阴阳两虚证：阴阳双补。

（2）兼证

①瘀证：活血化瘀。

②痰证：行气化痰。

③湿证：健脾燥湿。

④浊证：消膏降浊。

2. 辨证口服中成药。

3. 辨证选择静脉滴注中药注射液。

4. 基础治疗：参照中华医学会《中国 2 型糖尿病防治指南》（2007 年）执行。

5. 中药外用

（1）中药熏洗疗法：根据病情需要选择。

（2）中药外敷：可选用芳香辟秽，清热解毒中药研末加工双足心贴敷。

（3）中药离子导入：辨证使用。

6. 非药物治疗：根据病情需要选择。

（1）膳食与药膳调配：可基于中医食物性味理论，进行药膳饮食治疗。

（2）运动疗法：运动治疗的原则是适量、经常性和个体化。

（3）针灸疗法：可根据病情选择体针、耳针、穴位贴敷、穴位注射、穴位磁疗、激光穴位照射等。

（4）气功疗法：可根据病情选择八段锦、六字诀、易筋经、

五禽戏、丹田呼吸法等。

（5）其他疗法：根据病情需要选择红外线疼痛治疗、气压式血液循环驱动器、半导体激光照射、电磁疗法等。

7. 护理：辨证施护。

（四）住院天数：标准治疗时间 ≤ 14 天

（五）出院疗效判定

1. 病情稳定，主要症状改善。
2. 血糖控制达标或血糖趋于稳定，且无低血糖事件发生。
3. 形成具有中医特色的个体化的治疗和预防方案。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

二、中风病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的张力失常（ICD-10 编码 G24.9）

2. 中医诊断：诊断为中风病（TCD 编码 A07.01.01.）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》（试行，1995 年）。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药以活血通络为主，辨证予以平肝、清热、化痰、通腑、益气、养阴等法。

（1）风火上扰证：清热平肝，潜阳息风。

（2）痰瘀阻络证：化痰通络。

（3）痰热腑实证：化痰通腑。

（4）阴虚风动证：滋阴息风。

（5）气虚血瘀证：益气活血。

2. 针灸治疗

3. 静脉滴注中药注射液：选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注。

4. 中药熏洗疗法：根据病情需要选择。

5. 推拿治疗：根据不同分期选用不同的治疗方法。

6. 其他疗法：根据病情需要，选择香疗、蜡疗等。

7. 内科基础治疗：主要包括呼吸功能维持与并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑水肿、合并感染及发热的处理原则与方法等。

8. 康复训练：进行规范的康复训练。

9. 护理：辨证施护。

（四）出院疗效判定

1. 病情好转，主要症状有所改善。

2. 没有需要住院治疗的并发症。

3. 形成具有中医特色的个体化的二级预防方案。

（五）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

三、出血性中风

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的张力失常（ICD-10 编码 G24.9）

2. 中医诊断：诊断为出血性中风（TCD 编码 A07.01.01.02）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照 2008 年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》中的中风病的诊断标准。参照 2011 年中华中医药学会制定的《脑出血中医诊疗指南》。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药以活血通络为主，辨证予以平肝、清热、化痰、通腑、益气、养阴等法。

（1）风火上扰证：平肝潜阳，清热息风。

（2）风痰上扰证：化痰通腑。

（3）阴虚风动证：滋养肝肾，潜阳息风。

（4）气虚血瘀证：益气活血。

2. 针灸治疗

3. 静脉滴注中药注射液：选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注。

4. 中药熏洗疗法：根据病情需要选择。

5. 推拿治疗：根据不同分期选用不同的治疗方法。

6. 其他疗法：根据病情需要，选择香疗、蜡疗等。

7. 内科基础治疗：主要包括改善脑代谢、营养脑神经、并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑积水、合并感染及发热的处理原则与方法以及二级预防等。可参照2019年中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国脑出血诊治指南2019》。

8. 康复训练：进行规范的康复训练。

9. 护理：辨证施护。

（四）出院疗效判定

1. 局灶神经功能缺损症状改善，功能障碍改善，生活自理能力改善。

2. 病情稳定。

3. 没有需要住院治疗的合并症和/或并发症

（五）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

四、肺风痰喘（肺炎喘嗽）

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的肺炎（ICD-10 编码 J18.9）

2. 中医诊断：诊断为肺风痰喘（TCD 编码 A10.04.02）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.4-94）。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂或煮散剂

（1）风热闭肺证：疏风清热，宣肺开闭。

（2）痰热闭肺证：清热涤痰，泄肺开闭。

（3）毒热闭肺证：清热解毒，泄肺开闭。

（4）阴虚肺热证：清热宣肺，养阴益胃。

（5）肺脾气虚证：健脾益气，宣肺化痰。

2. 辨证使用中成药或中药注射液

3. 外治法

（1）中药敷胸

（2）药物穴位敷贴疗法

（3）肺炎贴经皮治疗

（4）雾化吸入疗法

（5）中药敷脐

（6）中药灌肠

(7) 拔罐疗法

4. 护理：辨证施护。

(四) 住院天数：标准治疗时间 $\leq$ 14 天

(五) 出院疗效判定

1. 咳嗽明显减轻，无气急，无气喘，一般状况良好。
2. 连续 3 天腋温 $<37.5^{\circ}\text{C}$ 。
3. 肺部啰音消失，X 线胸片显示炎症消失或吸收好转。

(六) 费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于 50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

五、小儿咳嗽

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的急性支气管炎（ICD-10 编码 J20.9）

2. 中医诊断：诊断为小儿咳嗽（TCD 编码 A10.04.01）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2015版）》、《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）、《中医内科常见病临床诊疗指南》（ZYYXH/T72-2008）。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药
2. 辨证选择静脉滴注中药注射液
3. 其它中医特色治疗

（1）穴位贴敷

（2）灸法

（3）针刺

（4）拔罐疗法

（5）砭石疗法

4. 西药治疗。

5. 护理调摄。

（四）住院天数：标准治疗时间≤10天

（五）出院疗效判定

1. 一般状况好，体温正常，咳嗽咳痰等不适症状好转。

2. 没有需要住院治疗的合并症和/或并发症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

六、肺胀

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的慢性阻塞性肺病伴有急性加重（ICD-10 编码 J44.1）

2. 中医诊断：诊断为肺胀（TCD 编码 A04.04.09）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T11-2008）

（三）住院基本治疗

1. 辨证选用中药汤剂、中成药或中药注射剂

（1）外寒内饮证：散寒解表，宣肺平喘。

（2）风热犯肺证：疏散风热，清肺平喘。

（3）痰浊壅肺证：化痰宣肺，降浊平喘。

（4）肺气郁闭证：开郁宣肺，理气通络。

（5）痰热壅肺证：清热化痰，降气平喘。

（6）水气凌心证：宣肺平喘，温阳利水。

（7）痰热蒙窍证：清热化痰，醒脑开窍。

（8）喘脱证：益气固脱。

2. 针刺。

3. 穴位外敷。

4. 雾化吸入。

5. 结肠透析仪中药灌肠。

6. 基础治疗。

7. 护理：辨证施护。

（四）住院天数：标准治疗时间 ≤ 7 天

（五）出院疗效判定

1. 喘息、咳嗽、咯痰等主要症状缓解。
2. 没有需要住院治疗的其他并发症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

七、哮喘病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的哮喘（ICD-10 编码 J45.9）

2. 中医诊断：诊断为哮喘病（TCD 编码 A04.04.04.01）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T5-2008）。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药发作期（疾病分期属于急性发作期和部分慢性持续期患者）：

（1）风哮：祛风涤痰，降气平喘。

（2）寒哮：宣肺散寒，化痰平喘。

（3）热哮：清热宣肺，化痰定喘。

（4）虚哮：补肺纳肾，降气化痰。

2. 辨证选用中药注射液静脉滴注。

3. 针灸治疗：根据病情需要辨证选用。

4. 其他疗法：根据病情辨证选择。

5. 内科基础治疗：视病情予以呼吸功能维持与并发症的预防和治疗，具体参照《支气管哮喘防治指南》（中华医学会呼吸病学分会哮喘学组修订，2008 年）。

6. 护理：辨证施护。

（四）住院天数：标准治疗时间≤14 天

（五）出院疗效判定

1. 咳嗽、喘息、胸闷症状缓解。
2. 病情稳定。
3. 没有需要继续住院治疗的合并症和/或并发症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

八、胃痞病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为慢性浅表性胃炎（ICD-10 编码 K29.3）

2. 中医诊断：诊断为胃痞病（TCD 编码 A04.03.15）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见”（中华中医药学会脾胃病分会，2009，深圳）、“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见”（中华中医药学会脾胃病分会，2009，深圳）及《中药新药临床研究指导原则（2002 年）》。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

（1）肝胃气滞证：疏肝理气。

（2）肝胃郁热证：疏肝清热。

（3）脾胃湿热证：清热化湿。

（4）脾胃气虚证：健脾益气。

（5）脾胃虚寒证：温中健脾。

（6）胃阴不足证：养阴益胃。

（7）胃络瘀阻证：活血通络。

2. 针灸治疗：可根据不同证型选用不同的穴位及方法。

3. 其他疗法：根据病情需要和临床单位的实际情况可选用穴位注射、穴位埋线拔罐、中药穴位贴敷、中药 TDP 离子导入、胃肠动力治疗仪等疗法。

4. 护理：辨证施护。

（四）住院天数：标准治疗时间 $\leq$ 28 天

（五）出院疗效判定

1. 胃脘部胀、痛等症状基本消失或明显改善。

2. 胃镜及粘膜病理检查好转。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

九、腰痹

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病（G55.1*）（ICD-10 编码 M51.1）

2. 中医诊断：诊断为腰痹（TCD 编码 A07.06.17）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照中华中医药学会 2012 年发布的《中医整脊常见病诊疗指南》。

（三）住院基本治疗

1. 中医整脊治疗

（1）理筋疗法

① 中药热敷疗法

② 针灸治疗

③ 推拿治疗

④ 针刀治疗

⑤ 其他外治疗法

（2）正脊调曲法

① 正脊骨法

② 牵引调曲法

2. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

（1）风寒痹阻证：祛风散寒，通络止痛。

（2）气虚血瘀证：补气活血，化瘀止痛。

（3）肝肾亏虚证：滋补肝肾，疏通经脉。

3. 西药治疗

4. 练功疗法

5. 预防与护理调摄

（四）住院天数：标准治疗时间 $\leq$ 21 天

（五）出院疗效判定

1. 腰部及下肢症状和体征消失或明显好转。

2. 日常生活及工作能力基本恢复。

3. 无需住院治疗的并发症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

十、崩漏

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的异常的子宫和阴道出血（ICD-10 编码 N93.9）

2. 中医诊断：诊断为崩漏（TCD 编码 A09.02.02.09）

（二）收治标准

中医诊断：参照《中药新药临床研究指导原则》卫生部发布 1993 年，中华医学会中医妇科专业委员会编著《中医妇科诊疗指南》。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药

（1）血瘀证：活血化瘀，固冲调经。

（2）阴虚血热证：养阴清热，凉血调经。

（3）湿热蕴结证：清热利湿，止血调经。

（4）气虚证：补气健脾，固冲调经。

2. 针灸治疗

（1）针法。

（2）灸法。

3. 基础治疗：视病情予以西药进行治疗和预防，具体参照《临床指南诊疗-妇产科学分册》。

（四）住院天数：标准治疗时间 ≤ 7 天

（五）出院疗效判定

1. 病人一般情况良好，Hb > 70-80g/L，出血停止；

2. 经住院检查排除子宫内膜等器质性病变；
3. 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

十一、胎动不安

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为先兆流产（ICD-10 编码 020.0）
2. 中医诊断：诊断为胎动不安（TCD 编码 A09.02.03.06）

（二）收治标准

中医诊断标准：参照全国高等中医药院校规划教材《中医妇科学》（罗颂平主编，高等教育出版社，2008 年）。

（三）住院基本治疗

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

- （1）肾虚证：补肾益气安胎。
- （2）脾肾两虚证：固肾健脾安胎。
- （3）肾虚血热证：滋肾凉血安胎。
- （4）气血虚弱证：益气养血安胎。
- （5）肾虚血瘀证：益肾祛瘀安胎。

2. 基础治疗：视病情予以西药进行治疗和预防，具体参照《临床指南诊疗-妇产科学分册》。

3. 护理：辨证施护

（四）住院天数：标准治疗时间≤7 天

（五）出院疗效判定

1. 一般情况良好，生命征平稳，阴道出血、小腹疼痛及腰酸胀痛等症状消失或减轻，查体无阳性体征。
2. 子宫大小、胚胎发育与孕周基本相符。
3. 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

（六）费用结构

相关病例的治疗和药品费用中，中医药占比应不低于50%且检查化验费用占比不高于同级别医疗机构平均标准。

附件3

厦门市DIP中医优势试点病种 中医临床路径指南

一、消渴病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为 2 型糖尿病不伴有并发症（ICD-10 编码 E11.9）

2. 中医诊断：诊断为消渴病（TCD编码 A06.09.）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照中华中医药学会《糖尿病中医防治指南》（ZYXXH/T3.1～3.15—2007）

（2）西医诊断标准：参考中华医学会糖尿病分会《中国2型糖尿病防治指南（2007年）》

2. 证候诊断

参照中华中医药学会《糖尿病中医防治指南》（2007年）和“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组消渴病（2型糖尿病）诊疗方案”。具体证候诊断：

（1）主证

①肝胃郁热证

②胃肠实热证

③脾虚胃热证

④上热下寒证

⑤阴虚火旺证

⑥气阴两虚证

⑦阴阳两虚证

（2）兼证

①瘀证

②痰证

③湿证

④浊证

（三）治疗方案的选择

参照中华中医药学会糖尿病分会《糖尿病中医防治指南》（2007 年）和“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组消渴病（2 型糖尿病）诊疗方案”。

1. 诊断明确，第一诊断为消渴病（2 型糖尿病）。

2. 患者适合并接受中医为主的综合治疗。

（四）建议标准住院日 ≤14 天。

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合消渴病（TCD 编码 A06.09.）和 2 型糖尿病不伴有并发症（ICD-10 编码 E11.9）。

2. 达到住院标准：符合《糖尿病的入院指南》者。

3. 当患者同时具有其他疾病，如在住院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，可以进入本路径。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

（1）入院急查：全血细胞分析+血型，血肝肾功能 and 电解质，心肌酶谱，肌钙蛋白I，血酮体、血乳酸、血常规、尿常规、粪常规、干化学血糖快速定量。测量身高、体重、BMI、血压等指标。

（2）全天毛细血管血糖谱（三餐前、三餐后 2 小时、睡前、必要检测夜间 0 时、凌晨 3 时等时间点的血糖），动态血糖监测。

（3）糖化血红蛋白、血粘度和血脂。

（4）口服糖耐量试验和同步胰岛素和/或 C 肽释放试验。

（5）胸部正侧位片+心胸比、心电图、腹部超声。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如胰岛细胞抗体三项、C-反应蛋白、DIC 初筛、动态红细胞沉降率、甲状腺功能、全段甲状旁腺激素、肾上腺功能、垂体功能、心钠素、

血浆醛固酮、血管紧张素、肝炎病毒系列、腹部B超或彩超、动态血压、动态心电图、心电监护、交感皮肤测定、肢体动脉检查、双光能X线骨密度检查、PPG指（趾）动脉检查、激光多普勒血流检查、CT、MRI等影像学检查等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂

（1）主证

- ①肝胃郁热证：开郁清热。
- ②胃肠实热证：通腑泄热。
- ③脾虚胃热证：辛开苦降。
- ④上热下寒证：清上温下。
- ⑤阴虚火旺证：滋阴降火。
- ⑥气阴两虚证：益气养阴。
- ⑦阴阳两虚证：阴阳双补。

（2）兼证

- ①瘀证：活血化瘀。
- ②痰证：行气化痰。
- ③湿证：健脾燥湿。
- ④浊证：消膏降浊。

2. 辨证口服中成药。

3. 辨证选择静脉滴注中药注射液。

4. 基础治疗：参照中华医学会《中国2型糖尿病防治指南》（2007年）执行。

5. 中药外用

（1）中药熏洗疗法：根据病情需要选择。

（2）中药外敷：可选用芳香辟秽，清热解毒中药研末加工双足心贴敷。

（3）中药离子导入：辨证使用。

6. 非药物治疗：根据病情需要选择。

（1）膳食与药膳调配：可基于中医食物性味理论，进行药膳饮食治疗。

（2）运动疗法：运动治疗的原则是适量、经常性和个体化。

（3）针灸疗法：可根据病情选择体针、耳针、穴位贴敷、穴位注射、穴位磁疗、激光穴位照射等。

（4）气功疗法：可根据病情选择八段锦、六字诀、易筋经、五禽戏、丹田呼吸法等。

（5）其他疗法：根据病情需要选择红外线疼痛治疗、气压式血液循环驱动器、半导体激光照射、电磁疗法等。

7. 护理：辨证施护。

（九）出院标准

1. 病情稳定，主要症状改善。
2. 血糖控制达标或血糖趋于稳定，且无低血糖事件发生。
3. 形成具有中医特色的个体化的治疗和预防方案。

（十）有无变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用。
2. 合并有心血管疾病、内分泌疾病等其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。
3. 治疗过程中发生了病情变化，出现严重并发症时，退出本路径。
4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行时，退出本路径。

二、中风病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的张力失常（ICD-10 编码 G24.9）

2. 中医诊断：诊断为中风病（TCD 编码 A07.01.01.）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》（试行，1995 年）

（2）西医诊断标准：参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》（2010 年）

2. 疾病分期

（1）急性期：发病 2 周以内。

（2）恢复期：发病 2 周至 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’重点专科协作组中风病（脑梗死）恢复期诊疗方案”。

中风病（脑梗死）恢复期临床常见证候：风火上扰证、痰瘀

阻络证、痰热腑实证、阴虚风动证、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’重点专科协作组中风病（脑梗死）恢复期诊疗方案”、中华中医药学会《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T22-2008）。

1. 诊断明确，第一诊断为中风病（脑梗死）。

2. 患者适合并接受中医治疗。

（四）标准住院日为≤28天。

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合中风病的患者。

2. 疾病分期属于恢复期。

3. 患者同时具有其他疾病，但在住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入本路径。

4. 由脑肿瘤、脑外伤、血液病等引起的脑梗死患者，不进入本路径。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

（1）血常规+血型、尿常规、粪常规+潜血

(2) 肝功能、肾功能、血脂、血糖、电解质

(3) 凝血功能

(4) 心电图

(5) 胸部透视或X线片

(6) 经颅多普勒超声TCD(必要时选择加做颅外段)

(7) 血管功能评价(颈动脉B超)

2. 可选择的检查项目

根据病情需要而定,如头颅影像学检查(CT、MRI、MRA、DSA或CTA等)、C反应蛋白、超声心动、同型半胱氨酸、24小时动态血压监测、D-二聚体、双下肢血管B超等。

(八) 治疗方案

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药以活血通络为主,辨证予以平肝、清热、化痰、通腑、益气、养阴等法。

(1) 风火上扰证: 清热平肝,潜阳息风。

(2) 痰瘀阻络证: 化痰通络。

(3) 痰热腑实证: 化痰通腑。

(4) 阴虚风动证: 滋阴息风。

(5) 气虚血瘀证: 益气活血。

2. 针灸治疗

3. 静脉滴注中药注射液: 选用具有活血化瘀作用的中药注射

液静脉滴注。

4. 中药熏洗疗法：根据病情需要选择。

5. 推拿治疗：根据不同分期选用不同的治疗方法。

6. 其他疗法：根据病情需要，选择香疗、蜡疗等。

7. 内科基础治疗：主要包括呼吸功能维持与并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑水肿、合并感染及发热的处理原则与方法等。可参照《临床诊疗指南——神经病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

8. 康复训练：进行规范的康复训练。

9. 护理：辨证施护。

（九）出院标准

1. 病情好转，主要症状有所改善。

2. 没有需要住院治疗的并发症。

3. 形成具有中医特色的个体化的二级预防方案。

（十）有无变异及原因分析

1. 治疗过程中发生了病情变化，或出现严重并发症，导致住院时间延长，费用增加，严重者可退出本路径。

2. 合并有心血管疾病、内分泌系统疾病及其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行时，退出本路径。

4. 进入路径的患者虽然经过急性期抢救已病情平稳，进入恢复期，但仍然存在意识障碍者，病情较重，会导致住院时间延长，费用增加。

三、出血性中风

(一) 适用对象

1. 西医诊断：第一诊断为脑出血后遗症（ICD-10 编码：I69.100x001）。
2. 中医诊断：第一诊断为出血性中风（TCD: A07.01.01.02）。

(二) 诊断依据

1. 疾病诊断

(1) 中医诊断标准：参照2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》中的中风病的诊断标准。临床表现为：

①神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或语不达意，甚或不语，偏身麻木；或出现头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，步履不稳等。

②急性起病，渐进加重，或骤然起病。一般出血性中风多动态起病，迅速达到症状的高峰，而缺血性中风往往安静状态起病，渐进加重，或有反复出现类似症状的病史。少部分缺血性中风患者可起病突然，病情发展迅速，伴有神志昏蒙。

③发病前多有诱因，常有先兆症状。可见眩晕，头痛，耳鸣，突然出现一过性言语不利或肢体麻木，视物昏花，1日内发作数次，或几日内多次复发。

④发病年龄多在40岁以上。

具备以上临床表现，结合起病形式、诱因、先兆症状、年龄

即可诊断中风病。结合影像学检查（头颅 CT 或 MRI）可明确诊断。

（2）西医诊断标准：参照2019年中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国脑出血诊治指南（2019）》。

①急性起病。

②局灶神经功能缺损症状（少数为全面神经功能缺损），常伴有头痛、呕吐、血压升高及不同程度的意识障碍。

③头颅CT/MRI显示出血灶。

④排除非血管性脑部病因。

（3）疾病分期：

①急性期：发病2周以内。

②恢复期：发病2周至6个月。

③后遗症：发病6个月以后。

2. 证候诊断

参照2011年中华中医药学会制定的《脑出血中医诊疗指南》。出血性中风（脑出血后遗症）临床常见证候：

①风火上扰证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，头晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红或红绛，舌苔薄黄，脉弦有力。

②风痰上扰证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。

③阴虚风动证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，烦躁失眠，头晕耳鸣，手足心热，咽干口燥，舌质红绛或暗红，或舌红瘦，少苔或无苔，脉弦细或弦细数。

④气虚血瘀证：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，气短乏力，面色皓白，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，或舌边有齿痕，舌苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或细弦。

（三）治疗方案的选择

参照2011年中华中医药学会制定的《脑出血中医诊疗指南》、2011年中华医学会神经病学分会神经康复学组、中华医学会神经病学分会脑血管病学组、卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室制定的《中国脑卒中康复治疗指南（2011完全版）》及2019年中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国脑出血诊治指南2019》。

1. 诊断明确，第一诊断为出血性中风（脑出血后遗症）。
2. 患者适合并接受中医住院治疗。

（四）标准住院日：≤20 天

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合出血性中风（脑出血后遗症）。

2. 患者同时具有其他疾病诊断,但在治疗期间既不需特殊处理,也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入本路径。

3. 排除路径标准: 合并昏迷、肺部感染、肾功能不全、心功能不全、帕金森病、痴呆等神经系统其它疾病及其它系统疾病需要进行系统治疗的患者。

(六) 中医证候学观察

四诊合参,收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

(七) 入院检查项目

1. 必需的检查项目

(1) 血常规、尿常规、粪常规。

(2) 电解质、肝功能、肾功能、心肌酶谱、血脂。

(3) 出凝血筛查、D-二聚体。

(4) 胸部 CT 或 X 线、心电图、颅脑 CT 或 MRI。

2. 根据患者病情进行:

红细胞沉降率、C 反应蛋白、降钙素原、血同型半胱氨酸测定、甲状腺激素水平、免疫球蛋白 E、体液免疫、肿瘤标志物、传染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)、全腹彩超、心脏彩超、动态血压监测、头颅 MRA、DSA 或 CTA、脑电图、颈部血管彩超、脑彩超、下肢血管彩超、全身骨密度测定等。

3. 合并症(如糖尿病、心脏病等)相关检查: 动态心电图监测、糖化血红蛋白、C 肽测定、B 型钠尿肽、肌钙蛋白等。

（八）治疗方法

1. 康复评定：

- （1）平衡功能检查
- （2）步态分析检查
- （3）日常生活能力评定
- （4）手功能评定
- （5）认知知觉功能检查
- （6）失认失用评定
- （7）记忆广度检查
- （8）职业能力评定
- （9）吞咽功能障碍评定
- （10）言语能力评定
- （11）疼痛综合评定
- （12）肌张力检查
- （13）关节活动度检查
- （14）功能性活动能力检查
- （15）心功能康复评定
- （16）肺功能康复评定
- （17）呼吸肌功能测定

2. 中医非药物治疗

- （1）普通针刺（微针针刺）
- （2）头皮针

- (3) 电针
- (4) 梅花针
- (5) 灸法（雷火灸）
- (6) 拔罐
- (7) 穴位贴敷
- (8) 中药热奄包
- (9) 药棒穴位按摩治疗
- (10) 中药熏洗
- (11) 手指点穴
- (12) 推拿治疗
- (13) 穴位注射
- (14) 穴位埋线
- (15) 烫熨治疗
- (16) 耳穴贴压
- (17) 刮痧治疗
- (18) 子午流注
- (19) TDP
- (20) 耳针
- (21) 中医定向透药治疗

3. 康复治疗:

- (1) 偏瘫肢体综合训练
- (2) 减重支持系统训练

- (3) 电动起立床训练
- (4) 神经肌肉电刺激治疗
- (5) 低频、中频、高频脉冲治疗
- (6) 电子生物反馈治疗（肌电生物反馈、脑电生物反馈）
- (7) 平衡功能训练
- (8) 手功能训练
- (9) 作业疗法
- (10) 有氧训练
- (11) 构音障碍训练
- (12) 言语训练
- (13) 吞咽功能障碍训练
- (14) 认知知觉功能障碍训练
- (15) 微波治疗
- (16) 关节松动训练
- (17) 轮椅功能训练
- (18) 文体训练
- (19) 职业功能训练
- (20) 功率自行车康复训练
- (21) 转移动作训练
- (22) 轮椅跑台训练
- (23) 低周波
- (24) 跑台康复训练

- (25) 等速肌力训练
- (26) 运动疗法
- (27) 四肢联动康复训练
- (28) 吞咽功能障碍电刺激
- (29) 计算机言语疾病矫治
- (30) 机械辅助排痰
- (31) 体外膈肌起搏治疗
- (32) 经颅重复磁刺激治疗
- (33) 音乐治疗
- (34) 环咽肌球囊扩张术
- (35) 呼吸训练
- (36) 体外反搏治疗

4. 辨证选择口服中药汤剂、中成药或院内制剂

①风火上扰证：以平肝潜阳，清热息风为主，可选天麻钩藤饮加减。

②风痰上扰证：以化痰通腑为主，可选星蒌承气汤加减。

③阴虚风动证：以滋养肝肾，潜阳息风为主，可选镇肝熄风汤加减。

④气虚血瘀证：以益气活血为主，可选补阳还五汤加减。

5. 内科基础治疗

主要包括改善脑代谢、营养脑神经、并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑积水、合并感染及发热的处理原

则与方法以及二级预防等。可参照2019年中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国脑出血诊治指南2019》。

（九）出院标准

1. 局灶神经功能缺损症状改善，功能障碍改善，生活自理能力改善。

2. 病情稳定。

3. 没有需要住院治疗的合并症和/或并发症。

（十）变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用。

2. 合并有心血管疾病、呼吸系统疾病、内分泌疾病、重症感染等其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加，退出本路径。

3. 治疗过程中发生了病情变化，出现严重并发症，退出本路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行时，退出该路径。

四、肺风痰喘

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的肺炎（ICD-10 编码 J18.9）
2. 中医诊断：诊断为肺风痰喘（TCD 编码 A10.04.02）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.4-94）

（2）西医诊断标准：参照儿童社区获得性肺炎管理指南（试行）（中华医学会儿科学分会呼吸学组、《中华儿科杂志》编辑委员会，2006年）

2. 证候诊断

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科肺炎喘嗽（肺炎）诊疗方案”。肺炎喘嗽（肺炎）轻症临床常见证候：

风热闭肺证、痰热闭肺证、毒热闭肺证、正虚邪恋证（阴虚肺热证、肺脾气虚证）

（三）治疗方案的选择

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科肺炎喘嗽（肺炎）诊疗方案”。

1. 诊断明确，第一诊断为肺炎喘嗽（肺炎）
2. 同意接受中医治疗。

（四）标准住院日为≤14 天。

（五）进入路径标准

1. 第一诊断为肺风痰喘和未特指的肺炎的患者。

2. 符合轻度社区获得性肺炎的患者。

3. 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，可以进入路径。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、粪常规

（2）C反应蛋白（CRP）

（3）肺炎支原体检测

（4）胸部X线片

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如痰培养、血培养、呼吸道病毒检测、肺部CT、血气分析、血生化检测、心肌酶谱、支气管镜检查、肺功能、心电图检查、人型PPD、血液T淋巴细胞亚群及血清免疫球蛋白等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂或煮散剂

风热闭肺证：疏风清热，宣肺开闭。

痰热闭肺证：清热涤痰，泄肺开闭。

毒热闭肺证：清热解毒，泄肺开闭。

阴虚肺热证：清热宣肺，养阴益胃。

肺脾气虚证：健脾益气，宣肺化痰。

2. 辨证使用中成药或中药注射液

3. 外治法

（1）中药敷胸

（2）药物穴位敷贴疗法

（3）肺炎贴经皮治疗

（4）雾化吸入疗法

（5）中药敷脐

（6）中药灌肠

（7）拔罐疗法

4. 护理：辨证施护。

（九）出院标准

1. 咳嗽明显减轻，无气急，无气喘，一般状况良好。

2. 连续3天腋温 $<37.5^{\circ}\text{C}$ 。

3. 肺部啰音消失，X线胸片显示炎症消失或吸收好转。

（十）有无变异及原因分析。

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用。

2. 肺炎喘嗽变证出现或伴有心力衰竭、呼吸衰竭、脓毒性休克、中毒性脑病等重度肺炎表现或有先天性疾病及肝肾功能不全者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加，退出本路径。

3. 治疗过程中发生病情变化，出现严重并发症时，退出本路径。

4. 因患儿及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

五、小儿咳嗽

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的急性支气管炎（ICD-10 编码 J20.9）

2. 中医诊断：诊断为小儿咳嗽（TCD 编码 A10.04.01）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2015 版）》、《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）、《中医内科常见病临床诊疗指南》（ZYYXH/T72-2008）。

（2）西医诊断标准：参照中华医学会《临床诊疗指南：呼吸病学分册》（2009 版）。

2. 证候诊断

参照《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2015 版）》《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）、《中医内科常见病临床诊疗指南》（ZYYXH/T72-2008）。

（三）治疗方案的选择

参照《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2015 版）》《中医内科常见病临床诊疗指南》（ZYYXH/T72-2008）。

（四）标准住院日 ≤10 天

（五）进入路径标准

1. 诊断明确，第一诊断为小儿咳嗽；
2. 患儿出现持续发热，咳嗽剧烈或伴有喘息；

3. 若同时具有其他疾病诊断，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。

（六）中医证候学观察

中医四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌脉的特点，注意观察证候的动态演变及其规律；注意区分外感内伤咳嗽的不同。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能、电解质、C-反应蛋白（CRP）、病原学、感染性疾病筛查、X线胸片和/或CT、心电图。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如心脏彩超、肺功能、支气管镜、采用其他方法留取其他部位标本检查等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药

风寒袭肺证：疏风散寒、宣肺止咳

风热犯肺证：疏风清热、宣肺化痰

燥邪犯肺证：清肺润燥、疏风清热

痰热壅肺证：清热化痰、肃肺止咳

痰湿阻肺证：燥湿健脾、化痰止咳

肺气虚证：补肺益气、宣肺止咳

气阴两虚证：益气养阴、润肺止咳

2. 辨证选择静脉滴注中药注射液

3. 其它中医特色治疗

(1) 穴位贴敷

(2) 灸法

(3) 针刺

(3) 拔罐疗法

(4) 砭石疗法

4. 西药治疗。

5. 护理调摄。

(九) 出院标准

1. 一般状况好，体温正常，咳嗽咳痰等不适症状好转。
2. 没有需要住院治疗的合并症和/或并发症。

六、肺胀

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的慢性阻塞性肺病伴有急性加重（ICD-10 编码 J44.1）

2. 中医诊断：诊断为肺胀（TCD 编码 A04.04.09）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断：参照《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T11-2008）。

（2）西医诊断：参照中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组 2007 年制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》的相关标准。轻症指不伴有呼吸衰竭、心力衰竭、肺性脑病等严重并发症的患者，合并上述并发症者为重症患者。

2. 证候诊断

参照国家中医药管理局重点专科协作组制定的《喘病（慢性阻塞性肺疾病急性发作）中医诊疗方案（试行）》。

喘病（慢性阻塞性肺疾病急性发作）的临床常见证候：

外寒内饮证、风热犯肺证、痰浊壅肺证、肺气郁闭证、痰热壅肺证、水气凌心证、痰热蒙窍证、喘脱证。

（三）治疗方案的选择

参照国家中医药管理局重点专科协作组制定的《喘病（慢性阻塞性肺疾病急性发作）中医诊疗方案（试行）》及《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T11-2008）。

（四）标准住院日 ≤ 7 天。

（五）纳入标准

1. 第一诊断必需符合肺胀（慢性阻塞性肺病伴有急性加重作）的患者。

2. 患者同时具有其他疾病，但在治疗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，可以进入本路径。

3. 以下情况不进入本路径：

（1）入选前已接受治疗且症状明显缓解者；

（2）严重免疫抑制，如恶性肿瘤、艾滋病患者等需长期使用大剂量激素或免疫抑制剂等患者；

（3）合并其它重要脏器或系统严重功能不全者；

（4）患有精神疾病不能配合治疗者。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉等特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

（1）血常规、尿常规、粪常规和隐血；

（2）C 反应蛋白（CRP）；

（3）肝功能、肾功能、血糖、电解质；

（4）动脉血气分析；

（5）呼吸道微生物培养；

（6）心肌酶谱、B 型尿钠肽（BNP）；

（7）胸部 X 线片；

(8) 心电图;

(9) 心脏、腹部超声检查。

2. 可选择的检查项目: 根据病情需要而定, 如肺功能、胸部 CT 或胸部 MRI、纤维支气管镜。

(八) 治疗方法

1. 辨证选用中药汤剂、中成药或中药注射剂

(1) 外寒内饮证: 散寒解表, 宣肺平喘。

(2) 风热犯肺证: 疏散风热, 清肺平喘。

(3) 痰浊壅肺证: 化痰宣肺, 降浊平喘。

(4) 肺气郁闭证: 开郁宣肺, 理气通络。

(5) 痰热壅肺证: 清热化痰, 降气平喘。

(6) 水气凌心证: 宣肺平喘, 温阳利水。

(7) 痰热蒙窍证: 清热化痰, 醒脑开窍。

(8) 喘脱证: 益气固脱。

2. 针刺。

3. 穴位外敷。

4. 雾化吸入。

5. 结肠透析仪中药灌肠。

6. 基础治疗。

7. 护理: 辨证施护。

(九) 出院标准

1. 喘息、咳嗽、咯痰等主要症状缓解。

2. 没有需要住院治疗的其他并发症。

(十) 有无变异及原因分析

1. 治疗过程中病情进一步加重，出现生命体征不稳定、多脏器功能障碍/衰竭等，病情加重，需要延长住院时间，住院费用增加。

2. 合并心血管系统、神经系统、消化系统疾病等其他系统疾病者，住院期间加重，需要特殊处理，导致住院时间延长，费用增加。

3. 重症感染或继发肺部真菌感染者，退出本路径。

4. 对本路径所涉的中药或其组分过敏者，记录过敏原，退出本路径。

5. 患者及其家属意愿而影响本路径执行时，退出本路径。

七、哮喘病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的哮喘（ICD-10编码 J45.9）

2. 中医诊断：诊断为哮喘病（TCD编码A04.04.04.01）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

中医诊断标准：参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T5-2008）。

西医诊断标准：参照《支气管哮喘防治指南》（中华医学会呼吸病学分会哮喘学组修订，2008年）

2. 疾病分期

（1）急性发作期：指喘息、气急、咳嗽、胸闷等症状突然发生，或原有症状急剧加重，常有呼吸困难，以呼气流量降低为其特征，常因接触变应原等刺激物或治疗不当等所致。

（2）慢性持续期：是指每周均不同频度和/或不同程度的出现症状（喘息、气急、胸闷、咳嗽等）

（3）缓解期：指经过治疗或未经治疗而症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持3个月以上。

3. 证候诊断

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组哮喘病（支气管哮喘）诊疗方案”。

哮喘病（支气管哮喘）临床常见证候：

(1) 发作期（疾病分期属于急性发作期和部分慢性持续期患者）

风哮

寒哮

热哮

虚哮

(2) 缓解期（疾病分期属于缓解期和部分慢性持续期患者）

肺脾气虚证

肺肾气虚证

(三) 治疗方案的选择

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组哮病（支气管哮喘）诊疗方案”及中华中医药学会《中医内科常见病诊疗指南》(ZYYXH/T5-2008)

1. 诊断明确，第一诊断必须符合哮病。

2. 患者适合并接受中医治疗。

(四) 标准住院日为≤14 天。

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合哮病。

2. 急性发作期患者。

3. 患者同时具有其他疾病，但在住院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，可以进入本路径。

4. 急性发作病情危重需气管插管、机械通气的患者，不进入本路径。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

（1）血常规、尿常规、粪常规

（2）肝功能、肾功能、电解质、血糖

（3）血气分析

（4）胸部正侧位X线片

（5）心电图

（6）肺功能（病情允许时）、气道激发试验或气道舒张试验

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如血清过敏原测定、C反应蛋白、EOS计数、凝血功能、超声、肺CT、超声心动图、血茶碱浓度、痰涂片及痰培养+药敏、血浆皮质醇浓度、24小时尿游离皮质醇等。

（八）治疗方案

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药发作期（疾病分期属于急性发作期和部分慢性持续期患者）：

风哮：祛风涤痰，降气平喘。

寒哮：宣肺散寒，化痰平喘。

热哮：清热宣肺，化痰定喘。

虚哮：补肺纳肾，降气化痰。

2. 辨证选用中药注射液静脉滴注。

3. 针灸治疗：根据病情需要辨证选用。

4. 其他疗法：根据病情辨证选择。

5. 内科基础治疗：视病情予以呼吸功能维持与并发症的预防和治疗，具体参照《支气管哮喘防治指南》（中华医学会呼吸病学分会哮喘学组修订，2008年）

6. 护理：辨证施护。

（九）出院标准

1. 咳嗽、喘息、胸闷症状缓解。

2. 病情稳定。

3. 没有需要继续住院治疗的合并症和/或并发症。

（十）有无变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用。

2. 合并有心血管疾病、内分泌疾病等其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 治疗过程中发生了病情变化，出现严重并发症时，退出本路径。

4. 因患者及家属意愿而影响本路径的执行时，退出本路径。

八、胃痞病

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为慢性浅表性胃炎（ICD-10 编码 K29.3）

2. 中医诊断：诊断为胃痞病（TCD 编码 A04.03.15）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见”（中华中医药学会脾胃病分会，2009，深圳）“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见”（中华中医药学会脾胃病分会，2009，深圳）及《中药新药临床研究指导原则（2002年）》。

（2）西医诊断标准：参照“中国慢性胃炎共识意见”（中华医学会消化病学分会全国第二届慢性胃炎共识会议，2006）。

2. 证候诊断

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组胃脘痛（慢性胃炎）诊疗方案”。

胃脘痛（慢性胃炎）临床常见证候：

肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、脾胃气虚证、脾胃虚寒证、胃阴不足证、胃络瘀阻证。

（三）治疗方案的选择

参照“国家中医药管理局‘十一五’重点专科协作组胃脘痛（慢性胃炎）诊疗方案”、“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识

意见”及“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见”(中华中医药学会脾胃病分会, 2009, 深圳)。

1. 诊断明确, 第一诊断为胃痞病。

2. 患者适合并接受中医治疗。

(四) 标准住院日为 ≤ 28 天。

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合胃痞病和慢性胃炎的患者。

2. 伴有其他疾病, 但住院期间既不需特殊处理, 也不影响第一诊断的临床路径流程实施时, 可以进入本路径。

3. 合并重度胃黏膜异型增生者, 不进入本路径。

(六) 中医证候学观察

四诊合参, 收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

(七) 入院检查项目

1. 必需的检查项目

(1) 血常规+血型、尿常规、粪常规+潜血

(2) 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒)

(3) 肝功能、肾功能、电解质、血糖

(4) 凝血四项

(5) 心电图、胸部X线片

(6) 腹部超声

(7) 胃镜及病理组织学检查

（8）幽门螺旋杆菌检查

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如胃泌素、胃壁细胞抗体、胃蛋白酶原；上消化道气钡双重造影；血清肿瘤标志物、血沉；缺铁贫血6项、血清叶酸+维生素B12；胃动力检查；心肌酶等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

（1）肝胃气滞证：疏肝理气。

（2）肝胃郁热证：疏肝清热。

（3）脾胃湿热证：清热化湿。

（4）脾胃气虚证：健脾益气。

（5）脾胃虚寒证：温中健脾。

（6）胃阴不足证：养阴益胃。

（7）胃络瘀阻证：活血通络。

2. 针灸治疗：可根据不同证型选用不同的穴位及方法。

3. 其他疗法：根据病情需要和临床单位的实际情况可选用穴位注射、穴位埋线拔罐、中药穴位贴敷、中药TDP离子导入、胃肠动力治疗仪等疗法。

4. 护理：辨证施护。

（九）出院标准

1. 胃脘部胀、痛等症状基本消失或明显改善。

2. 胃镜及粘膜病理检查好转。

（十）有无变异及原因分析

1. 住院期间病情加重，并发或合并出血、贫血、HP 感染、严重焦虑及抑郁时，需进行相应检查和治疗，导致住院时间延长和费用增加。

2. 合并有其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 住院期间出现其他严重疾病时，退出本路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行时，退出本路径。

九、腰痹

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病（G55.1*）（ICD-10 编码 M51.1）
2. 中医诊断：诊断为腰痹（TCD 编码 A07.06.17）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照中华中医药学会 2012 年发布的《中医整脊常见病诊疗指南》。

（2）西医诊断标准：参照中华医学会 2009 年发布的《临床诊疗指南—骨科分册》。

2. 诊断分型

- （1）椎间盘型
- （2）滑脱型
- （3）骨质疏松型
- （4）混合型

3. 证候诊断

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中退变性腰椎管狭窄症证型标准。

腰痹病（腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病）临床常见证型：

风寒痹阻证

气虚血瘀证

肝肾亏虚证

（三）治疗方案的选择

参考中华中医药学会印发的“腰痹病诊疗方案（2018 年版）”

1. 诊断明确，第一诊断为腰痹病。

2. 患者适合并接受中医治疗。

（四）标准住院日为≤21 天

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合腰痹病的患者。

2. 患者同时并发其他疾病，但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。

3. 有以下情况者不能进入本路径

（1）有明确手术指征者、曾经接受腰椎手术治疗、腰椎滑脱Ⅱ°以上、严重腰椎骨质疏松者。

（2）合并先天性、发育性骨性椎管狭窄或其它严重畸形者。

（3）体质较弱，或者孕妇等。

（4）患有严重心脏病、高血压、肝肾等疾病患者。

（5）体表皮肤破损、溃烂或皮肤病患者。

（6）有出血倾向的血液病患者。

（六）中医证候学观察

该病主症为腰腿疼痛，根据次症及舌脉象辨证为不同的证，观察其动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

腰椎正侧位、功能位和双斜位 X 线片、腰椎 CT 或腰椎

MRI；血常规、尿常规、粪常规；肝功能、肾功能、血糖；心电图；胸部 X 线片；肝胆胰脾肾超声；下肢动脉、静脉血管超声；肌电图。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如腰椎管造影、肌电图、骨密度、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白、血沉、HLA-B27、维生素 D 浓度测定等。

（八）治疗方法

1. 中医整脊治疗

（1）理筋疗法

① 中药热敷疗法

② 针灸治疗

③ 推拿治疗

④ 针刀治疗

⑤ 其他外治疗法

（2）正脊调曲法

① 正脊骨法

② 牵引调曲法

2. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

（1）风寒痹阻证：祛风散寒，通络止痛。

（2）气虚血瘀证：补气活血，化瘀止痛。

（3）肝肾亏虚证：滋补肝肾，疏通经脉。

3. 西药治疗

4. 练功疗法

5. 预防与护理

（九）出院标准

1. 腰部及下肢症状和体征消失或明显好转。
2. 日常生活及工作能力基本恢复。
3. 无需住院治疗的并发症。

（十）变异及原因分析

1. 治疗过程中病情进一步加重，出现下肢放射痛或麻木加重，需要延长住院时间，增加住院费用。

2. 合并有其他系统疾病者，住院期间病情加重，需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加，退出本路径。

3. 出现下肢神经明显损伤等并发症，需要特殊处理，退出本路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

十、崩漏

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为未特指的异常的子宫和阴道出血（ICD-10 编码 N93.9）
2. 中医诊断：诊断为崩漏（TCD 编码 A09.02.02.09）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断：参照《中药新药临床研究指导原则》卫生部发布.1993年，中华医学会中医妇科专业委员会编著《中医妇科诊疗指南》。

（2）西医诊断：参照《中药新药临床研究指导原则》卫生部发布.2002年，《临床诊疗指南-妇产科学分册》中华医学会编著.人民卫生出版社.2011年，《妇产科学》.乐杰主编.人民卫生出版社.2009年。

2. 临床常见证候：

血瘀证

阴虚血热证

湿热瘀阻证

气虚证

（三）治疗方案的选择

1. 诊断明确，第一诊断为崩漏
2. 患者适合并接受中医治疗。

（四）标准治疗时间≤7天

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合崩漏（异常的子宫和阴道出血）。

2. 患者同时具有其他疾病，但在治疗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，可以进入本路径。

3. 子宫肌瘤、子宫内膜息肉、子宫腺肌症和卵巢巧克力囊肿、生殖器官炎症等生殖器官器质性病变引起的月经失调患者，以及宫内节育器引起者，不进入本路径。

4. 合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病，精神病患者，不进入本路径。

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）检查项目

1. 必需的检查项目

（1）妇科检查。

（2）妇科超声。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如基础体温测定、内分泌检测、子宫内膜组织学检查、宫腔镜检查、血常规等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂或中成药

（1）血瘀证：活血化瘀，固冲调经。

（2）阴虚血热证：养阴清热，凉血调经。

（3）湿热蕴结证：清热利湿，止血调经。

（4）气虚证：补气健脾，固冲调经。

2. 针灸治疗

(1) 针法。

(2) 灸法。

3. 基础治疗：视病情予以西药进行治疗和预防，具体参照《临床指南诊疗-妇产科学分册》。

(九) 出院疗效判定

1. 病人一般情况良好，Hb > 70-80g/L，出血停止；
2. 经住院检查排除子宫内膜等器质性病变；
3. 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

(十) 有无变异及原因分析

1. 治疗期间病情加重，需要特殊处理，可导致治疗时间延长、费用增加。
2. 出现严重并发症不能完成路径，退出本路径。
3. 治疗期间出现其他疾病需要治疗，退出本路径。
4. 由于患者自身原因无法完成路径时，退出本路径。

十一、胎动不安

（一）适用对象

1. 西医诊断：主诊断为先兆流产（ICD-10 编码 020.0）
2. 中医诊断：诊断为胎动不安（TCD 编码 A09.02.03.06）

（二）诊断依据

1. 疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照全国高等中医药院校规划教材《中医妇科学》（罗颂平主编，高等教育出版社，2008 年）。

（2）西医诊断标准：参照全国高等院校教材《妇产科学》（丰有吉、沈铿主编，人民卫生出版社）。

2. 疾病分期

早期先兆流产：妊娠小于12周。

晚期先兆流产：妊娠12周至28周。

3. 胎动不安临床常见证候：

肾虚证

肾虚血热证

气血虚弱证

肾虚血瘀证

（三）住院天数：标准治疗时间 ≤ 7 天

（四）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合胎动不安。
2. 疾病分期属于早期先兆流产。
3. 当患者合并其他疾病，但在治疗期间无需特殊处理也不影响第一诊断时，可以进入路径。
4. 由生殖系统畸形引起的先兆流产患者，不进入本路

径。

（五）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（六）检查项目

1. 必需的检查项目

（1）血常规+血型、尿常规、粪常规

（2）血HCG、E2、P测定

（3）B超检查胚胎情况

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如妇科检查、白带常规、BV检查、衣原体支原体淋球菌培养、TCT、宫颈分泌物培养+药敏、空腹血糖、血型抗体、心电图等、TORCH、甲状腺功能、乙肝、HIV、肝功能、肾功能、腹部B超。

（七）治疗方法

1. 一般治疗：卧床休息，严禁性生活，足够的营养支持，保持情绪稳定，对于精神紧张者可给予少量镇静剂；

2. 黄体功能不足者可给予：黄体酮胶囊100mg，2/日，口服；或黄体酮注射液20mg，1/日，肌注；或地屈孕酮片，首次40mg口服，之后10mg，每8小时一次，以上药物至少持续至症状消失为止；或给予绒毛膜促性腺激素3000U，隔日肌肉注射一次，也可给予维生素E口服辅助治疗；

3. 辨证选择口服中药汤剂

（1）肾虚证：补肾益气安胎。

（2）肾虚血热证：滋肾凉血安胎。

（3）气血虚弱证：益气养血安胎。

(4) 肾虚血瘀证: 益肾祛瘀安胎。

(八) 完成路径标准

1. 一般情况良好, 阴道出血、小腹疼痛及腰酸胀痛等症状消失或减轻。

2. 子宫大小、胚胎发育与孕周基本相符。

(九) 有无变异及原因分析

1. 治疗过程中, 如发现异常, 确定保胎失败或异位妊娠, 应及时终止妊娠, 退出本路径。

2. 治疗过程中发生妊娠合并症需相关科室治疗, 退出本路径。

3. 因患者本人或其家属意愿而影响本路径执行时, 退出本路径。