附件1

第一批中医优势病种规范诊疗方案

与疗效评价标准（修订版）

病种一 蛇串疮（带状疱疹）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为蛇串疮(GB/T15657-2021 中医病证代码：A08.01.02)。

西医诊断：推荐第一诊断为带状疱疹性神经痛（ICD-10 编码：B02.202+)。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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发布的《中华人民共和国中医药行业标准－中医皮肤科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.8-94)。

皮损多为绿豆大小的水疱，簇集成群，疱壁较紧张，基底色红，常单侧分布，排列成带状。严重者，皮损可表现为出血性，或可见坏疽性损害。皮损发于头面部者，病情往往较重。

皮疹出现前，常先有皮肤刺痛或灼热感，可伴有周身轻度不适、发热。

自觉疼痛明显，可有难以忍受的剧痛或皮疹消退后遗疼痛。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社 2006 年出版）、中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组.《带状疱疹中国专家共识》（中华皮肤科杂志,2018,51(6):6）。

发病前常有引起机体抵抗力下降的因素，如慢性消耗性疾病、肿瘤等，或长期服用皮质类固醇激素及免疫抑制剂，或有感冒、劳累等。

皮疹最好发于肋间神经及三叉神经分布区域，但可发生于身体的任何部位。

皮疹特点：典型者为红斑基础上簇集性水疱，绿豆大小，疱壁较厚，疱液清澈，多数簇集水疱常沿神经走向呈带状排列，水疱之间皮肤正常。皮疹发生于身体的一侧，一般不超过正中线。不典型者可仅为红斑或丘疹，重者可出现血疱或坏死性损害。

自觉症状：有明显的神经痛，可在皮疹出现前或伴随皮疹发生，年龄越大疼痛越明显，部分老年患者皮疹消退后可留下顽固性神经痛，称带状疱疹后遗神经痛。

发生于三叉神经眼支的带状疱疹常水肿显著，并多伴有疱疹性结膜炎角膜炎等。

发生于耳的带状疱疹常伴有面瘫、耳鸣、耳聋等，称带状疱疹－面瘫综合征(Hunt综合征)。

带状疱疹伴发全身水痘样疹者称泛发性带状疱疹。

2.证候诊断

（1）肝经郁热证

主症：①皮损鲜红；②疱壁紧张；③灼热刺痛。

次症：①口苦咽干；②烦躁易怒；③大便干或小便黄。

舌脉：舌质红，舌苔薄黄或黄厚；脉弦滑数。

符合主症及次症中 1 条结合舌脉即可诊断。

（2）脾虚湿蕴证

主症：①皮损颜色较淡；②疱壁松弛。

次症：①口不渴；②食少腹胀；③大便时溏。

舌脉：舌质淡，舌苔白或白腻；脉沉缓或滑。

符合主症及次症中 1 条结合舌脉即可诊断。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、胸部 X 光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如凝血功能、免疫功能。

（四）医保支付入院标准：

同时具备以下3项中任意2项，即符合医保支付住院标准：

1.皮肤出现潮红斑、粟粒至黄豆大小丘疹和(或)水疱，成簇状分布而不融合，疱壁紧张发亮，疱液澄清，外周绕以红晕；皮肤遗留暗红斑/色素沉着，局部丘疹和(或)水疱已结痂或脱痂，仍疼痛，但病程不超过1个月。

2.皮肤病变部位出现烧灼样、电击样、刀割样、针刺样或撕裂样疼痛，疼痛区域较疱疹区域有所扩大；存在自发痛、痛觉过敏、痛觉超敏或感觉异常等疼痛特征。

3.可出现眼睑肿胀、结膜充血、听力障碍；面瘫、耳痛、外耳道疱疹、腹部绞痛、排尿困难、尿潴留等眼部、耳部和内脏损害。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.肝经郁热证

治法：清利湿热、解毒止痛

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.脾虚湿蕴证

治法：健脾利湿、佐以解毒

推荐方药：除湿胃苓汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

以下中医医疗技术适用于所有证型。

1.中药湿敷。

2.针灸疗法

（1）体针：根据皮损情况，辨证选取合谷、曲池、阳陵泉、肝俞等。

（2）刺络拔罐：发病初期，用三棱针在至阳穴或龙头、龙尾或阿是穴或龙眼穴点刺放血。

3.穴位贴敷疗法：具有不同功效的中药贴敷于脐部（神阙）。

4.根据病情选择物理治疗。

（三）西药治疗

重症或皮疹累及头面者，可根据症状选择应用抗病毒、止痛及糖皮质激素类药物。

抗病毒治疗、抗炎治疗、止痛治疗、营养修复神经、调节免疫、护胃补钾补钙。

三、疗效评价

（一）评价指标

1、出院转归：

（1）临床痊愈：临床症状消失。

（2）显效：临床症状明显减轻。

（3）有效：临床症状有所改善。

（4）无效：临床症状未减轻或反见恶化。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.根据皮损严重程度及视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale ，VAS)，对患者不同部位皮损症状严重程度，所占面积的大小、疼痛程度进行综合评分。

2.出院转归达显效以上；

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.皮损及疼痛好转，达到有效以上。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种二 蛇串疮（带状疱疹后遗症）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为蛇串疮(GB/T15657-2021 中医病证代码：A08.01.02)。

西医诊断：推荐第一诊断为带状疱疹后遗症（ICD-10 编码：B94.801) 或带状疱疹后神经痛（ICD-10 编码：B02.202+G53.0\*）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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发布的《中华人民共和国中医药行业标准－中医皮肤科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.8-94)。

皮损多为绿豆大小的水疱，簇集成群，疱壁较紧张，基底色红，常单侧分布，排列成带状。严重者，皮损可表现为出血性，或可见坏疽性损害。皮损发于头面部者，病情往往较重。

皮疹出现前，常先有皮肤刺痛或灼热感，可伴有周身轻度不适、发热。

自觉疼痛明显，可有难以忍受的剧痛或皮疹消退后遗疼痛。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社 2006 年出版）。

发病前常有引起机体抵抗力下降的因素，如慢性消耗性疾病、肿瘤等，或长期服用皮质类固醇激素及免疫抑制剂，或有感冒、劳累等。

皮疹最好发于肋间神经及三叉神经分布区域，但可发生于身体的任何部位。

皮疹特点：典型者为红斑基础上簇集性水疱，绿豆大小，疱壁较厚，疱液清澈，多数簇集水疱常沿神经走向呈带状排列，水疱之间皮肤正常。皮疹发生于身体的一侧，一般不超过正中线。不典型者可仅为红斑或丘疹，重者可出现血疱或坏死性损害。

自觉症状：有明显的神经痛，可在皮疹出现前或伴随皮疹发生，年龄越大疼痛越明显，部分老年患者皮疹消退后可留下顽固性神经痛，称带状疱疹后遗神经痛。

发生于三叉神经眼支的带状疱疹常水肿显著，并多伴有疱疹性结膜炎角膜炎等。

发生于耳的带状疱疹常伴有面瘫、耳鸣、耳聋等，称带状疱疹－面瘫综合征(Hunt综合征)。

带状疱疹伴发全身水痘样疹者称泛发性带状疱疹。

2.证候诊断

（1）肝经郁热证

主症：①皮肤感觉异常；②灼热刺痛。

次症：①口苦咽干；②烦躁易怒；③大便干或小便黄。

舌脉：舌质红，舌苔薄黄或黄厚；脉弦滑数。

符合主症及次症中 1 条结合舌脉即可诊断。

（2）气虚证

主症：①局部疼痛不止。

次症：①口不渴；②食少腹胀；③大便时溏。

舌脉：舌质淡，舌苔白或白腻；脉沉缓或滑。

符合主症及次症中 1 条结合舌脉即可诊断。

（3）气滞血瘀证

主症：①痛处固定；②局部疼痛不止。

次症：①倦怠乏力；②大便秘结。

舌脉：舌质暗，苔白；脉弦细。

符合主症及次症中 1 条结合舌脉即可诊断。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、胸部 X 光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如凝血功能、免疫功能。

（四）医保支付入院标准：

1.带状疱疹病史；

2.带状疱疹皮疹愈合后持续疼痛1个月及以上的。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.肝经郁热证

治法：清利湿热、解毒止痛

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.脾虚湿蕴证

治法：健脾利湿、佐以解毒

推荐方药：除湿胃苓汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.气滞血瘀证

治法：活血化瘀、行气止痛、消解余毒

推荐方药：活血散瘀汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

以下中医医疗技术适用于所有证型。

1.中药湿敷

2.针灸疗法

（1）体针：辨证选穴。

（2）刺络拔罐：三棱针在至阳穴或龙头、龙尾或阿是穴或龙眼穴。

3.穴位贴敷疗法：具有不同功效的中药贴敷于脐部（神阙）。

4.根据病情选择物理治疗。

5.壮医外治疗法。

（三）西药治疗

依据病情选用抗病毒治疗、抗炎治疗、钙离子通道调节剂、三环类抗抑郁药和 5% 利多卡因贴剂，二线药物包括阿片类药物和曲马多。

三、疗效评价

（一）评价指标

1、出院转归：

（1）临床痊愈：临床症状消失。

（2）显效：临床症状明显减轻。

（3）有效：临床症状有所改善。

（4）无效：临床症状未减轻或反见恶化。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.根据皮损严重程度及视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale ，VAS)，对患者不同部位皮损症状严重程度，所占面积的大小、疼痛程度进行综合评分。

2.出院转归达显效以上；

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.皮损及疼痛好转，达到有效以上。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种三  口僻（周围性面神经麻痹）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为口僻（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.01.01.04）。

西医诊断：推荐第一诊断为周围性面神经麻痹（ICD-10编码：G51.003）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

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）。

起病突然，春秋为多，常有受寒史或有一侧面颊、耳内、耳后完骨处的疼痛或发热。

一侧面部板滞，麻木，流泪，额纹消失，鼻唇沟变浅，眼不能闭合，口角向健侧牵拉。

一侧不能作闭眼，鼓腮，露齿等动作。

肌电图可表现为异常。

（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》第五版（王维治主编，人民卫生出版社，2004年）。

病史：起病急，常有受凉吹风史，或有病毒感染史。

表现：一侧面部表情肌突然瘫痪、病侧额纹消失，眼裂不能闭合，鼻唇沟变浅，口角下垂 ，鼓腮，吹口哨时漏气，食物易滞留于病侧齿颊间，可伴病侧舌前2/3味觉丧失，听觉过敏，多泪等。

CT或MRI等影像学检查排除急性脑血管病所致。

2.疾病分期

（1）急性期：发病15天以内。

（2）恢复期：发病16天至6个月（发病半月---面肌连带运动出现）。

（3）联动期和痉挛期：发病6个月以上（面肌连带运动出现以后）。

3.证候诊断

（1）风寒袭络证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，兼见面部有受寒史，舌淡苔薄白，脉浮紧。

（2）风热袭络证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，继发于感冒发热，或咽部感染史，舌红苔黄腻，脉浮数。

（3）风痰阻络证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，或面部抽搐，颜面麻木作胀，伴头重如蒙、胸闷或呕吐痰涎，舌胖大，苔白腻，脉弦滑。

（4）气虚血瘀证：口眼歪斜，眼睑闭合不全日久不愈，面肌时有抽搐，舌淡紫，苔薄白，脉细涩或细弱。

（三）入院检查

1．必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖、心电图。

2．可选择的检查项目：根据病情需要而定，如胸部X片、面神经传导速度、瞬目反射、颅脑影像学检查（CT或MRI）等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确；

2.临床表现为：患侧面肌瘫痪，如眼裂变大、鼻唇沟变浅、口角歪斜、流涎、丧失同侧面部表情；

3.CT或MRI等影像学检查排除急性脑血管病所致。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．风寒袭络证

治法：祛风散寒，温经通络。

方药：麻黄附子细辛汤加减。

2．风热袭络证

治法：疏风清热，活血通络。

方药：大秦艽汤加减。

治法：祛风化痰，通络止痉。

方药：牵正散加减。

4．气虚血瘀证

治法：益气活血，通络止痉。

方药：补阳还五汤加减。

（二）其他中医特色疗法

针灸治疗:采用循经与面部局部三线法取穴。

1．体针

（1）急性期

治法：驱风祛邪，通经活络。

第一周：循经取穴，取四肢和头部外周的百会、风府、风池、太冲、合谷等穴位。

第二周：循经取穴，取头部及面部外周的百会、风府、风池、太冲、合谷（健侧或双侧）等。

随症配穴：舌前2/3味觉丧失加廉泉；听觉过敏加听宫。

亦可采用阳明经筋排刺。

（2）恢复期

治法：活血化瘀，培补脾胃、荣肌养筋。

循经取穴、头部穴位、面部局部三线法取穴。

采用循经取穴配用局部面部外周穴位：百会、风府、风池、太冲、合谷，刺法同前。

面部局部三线法取穴：从神庭、印堂、水沟至承浆，这些穴位在人体面部正中线上称为中线；阳白、鱼腰、承泣、四白、巨髎、地仓在面前旁正中一条线上，称为旁线；太阳、下关、颊车在面部侧面的一条线上，称为侧线。始终以三条基本线上的穴位为主穴。随症配穴：眼睑闭合不全取攒竹、鱼尾穴，鼻翼运动障碍取迎香穴，颏肌运动障碍取夹承浆穴。

亦可采用阳明经筋排刺。

（3）联动期和痉挛期

治法：培补肝肾、活血化瘀、舒筋养肌、息风止痉。

采用循经取穴配用面部局部三线法取穴针灸治疗：百会、风府、风池、太冲、合谷。若出现倒错或联动，可以采用缪刺法（即在针刺患侧的同时配合刺健侧），根据倒错或联动部位选用太阳、下关、阳白、鱼腰、承泣、四白、巨髎、地仓、颊车等穴，还可配合艾灸或温针灸或者热敏灸治疗。

随证配穴：风寒袭络证加风池、列缺；风热袭络证加大椎、曲池；风痰阻络证加足三里、丰隆；气虚血瘀证足三里、膈俞。

2．电针

适应于面肌萎软瘫痪者。一般选取阳白—太阳、下关—巨髎、颊车—地仓三对穴位。阴极在外周，阳极在中心部。

3．灸法

适应于风寒袭络证者，选取太阳、下关、翳风、承浆、阳白、鱼腰、承泣、四白、地仓、颊车、印堂、巨髎、夹承浆等面部穴位，采用温和灸、回旋灸、雀啄灸、温针灸或者热敏灸等方法。

4．拔罐

适应于风寒袭络证各期患者。选取患侧的阳白、下关、巨蹘、地仓、颊车等穴位。采用闪火法，于每穴位区域将火罐交替吸附及拔下约1秒钟，不断反复，持续5分钟左右，以患侧面部穴位处皮肤潮红为度。根据病情，亦可辨证选取面部以外的穴位，配合刺络拔罐治疗。

（三）其他疗法

根据病情和临床实际，亦可采用红外线照射等疗法。

三、疗效评价

（一）评价标准

1．美国耳鼻喉头颈外科学确立的House-Brakmann面神经功能分级标准（H-B分级）结合临床症状进行评定。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症状疗效标准：采用面瘫自身健侧对照评分法。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.出院转归达好转以上。

2.中医中药费用占比≥30%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.临床症状明显好转，面肌功能大部分恢复。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种四 痿证类病（截瘫-四肢瘫痪）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：推荐第一诊断为痿证类病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.07.）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

西医诊断：推荐第一诊断为截瘫（ICD-10编码：G82.200）或四肢瘫痪（ICD-10编码：G82.500）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

有典型脊柱骨折外伤史，于伤后立即发病。

以下肢或上肢、一侧或双侧肢体筋脉弛缓，痿软无力，甚至肌肉萎缩、瘫痪为主症。

西医学神经系统检查肌力降低，肌萎缩，或肌电图、肌活检与酶学检查，符合神经、肌肉系统相关疾病诊断者。

（2）西医诊断标准：参照《"创伤性脊柱脊髓损伤评估,治疗与康复"专家共识》（中国康复理论与实践, 2017, 23(3):14）。

四肢瘫

指颈段脊髓损伤或内科疾病（如脊髓占位性病变、脊髓炎、脊柱结核等）造成的神经功能障碍，引起双上肢、双下肢和躯干的部分或完全的运动/感觉功能障碍。

截瘫

指胸、腰段或骶段脊髓损伤或内科疾病（如脊髓占位性病变、脊髓炎、脊柱结核等）引起的神经功能障碍，造成躯干和下肢部分或完全的运动/感觉功能障碍。

2.证候诊断

（1）瘀血阻络证：肢体痿软、肢体麻木、大便不调（秘结或失禁），小便不调（癃闭或失禁），局部肿胀，痛有定处，或有皮下瘀斑，腹胀，舌质紫暗，苔薄白，脉细涩。

（2）气虚血瘀证：肢体痿软、肢体麻木、大便不调（秘结或失禁），小便不调（癃闭或失禁），伤处肿痛，肌肉萎缩，面色淡白，腹胀，气短乏力，心悸自汗，舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉细缓或细涩。

（3）脾胃虚弱证：肢体痿软、肢体麻木、大便不调（秘结或失禁），小便不调（癃闭或失禁），肌肉萎缩，神倦，气短自汗，食少腹胀，面色少华，舌淡，苔白，脉细缓。

（4）肝肾亏虚证：肢体痿软、肢体麻木、大便不调（秘结或失禁），小便不调（癃闭或失禁），肌肉消减，形瘦骨立，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌红绛，少苔，脉细数。

（5）气血两虚证：肢体痿软、肢体麻木、大便不调（秘结或失禁），小便不调（癃闭或失禁），面色苍白或萎黄，头晕目眩，气短懒言，心悸怔忡，饮食减少，舌淡苔薄白，脉细弱或虚大无力。

（三）入院检查

1．必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、心电图。

2．可选择的检查项目：根据病情需要而定，如胸部X片等。

（四）医保支付入院标准：

1.有脊髓损伤病史，且急性脊髓损伤后12个月内；

2.具备以下临床表现之一：

（1）运动功能障碍

（2）感觉功能障碍

（3）自主神经障碍

（4）疼痛

（5）呼吸功能障碍

（6）循环功能障碍

（7）吞咽功能障碍

（8）体温调节障碍

（9）二便功能障碍

（10）日常生活活动能力障碍等。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.瘀血阻络证

治法：活血化瘀，理气通络

推荐方药：桃红四物汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.气虚血瘀证

治法：健脾益气，活血通络

推荐方药：补阳还五汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.脾胃虚弱证

治法：健脾益气，升阳举陷

推荐方药：参苓白术散加减。或具有同类功效的中成药。

4.肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾，养阴填精

推荐方药：补肾健髓汤加减。熟地、山药、山茱萸、丹皮、泽泻、茯苓、枸杞子、菟丝子、牛膝、杜仲等。或具有同类功效的中成药。

5.气血两虚证

治法：健脾益胃，益气养血

推荐方药：八珍汤加减。当归、熟地、川芎、山萸肉、人参、茯苓、炒白术、炙甘草、防风、浮小麦等。或具有同类功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

1.运动功能障碍的治疗

（1）功能训练

①肌力训练；

②肌肉牵张训练；

③垫上训练；

④坐位训练；

⑤轮椅训练；

⑥平行杆内站立训练；

⑦步行训练；

⑧上、下阶梯训练；

⑨日常生活活动能力训练；

⑩辅助器械的应用：按损伤水平的不同提供不同的辅助器械或自助具。

（2）针刺治疗

（3）推拿治疗

（4）物理因子疗法

根据需要可选择磁热疗法、蜡疗、干扰电、微波等。

（5）传统功法：八段锦、轮椅太极、健脊体操等。

2.神经源性膀胱功能障碍治疗

小便不调（癃闭或失禁）者，除了辨证选用中药、中成药外，还可应用以下治疗方法。

（1）功能训练

①间歇导尿；

②排尿训练

A排尿意识训练：每次导尿时嘱患者做正常排尿动作，使协同肌配合以利于排尿反射的形成。

B诱发逼尿肌反射排尿法：寻找患者身体触发点，刺激排尿。如下腹、大腿内侧、耻骨处、骶尾部等部位，采用叩击、摩擦、牵拉等方式以期促使出现自发性排尿放射。

C体位：尽可能取站位或坐位。

D应用腹压代偿性排尿训练：加压时须缓慢轻柔，避免使用暴力和耻骨上直接加压导致膀胱损伤和尿液返流。

（2）针灸治疗

主穴：气海、关元、气穴、中极。

配穴：肾俞、次髎、腰阳关、膀胱俞。

操作方法：常规针刺后，使用清艾条温和灸，对于感觉障碍的穴位，操作者应将手指放在穴位附近体会艾火温度，以防烫伤。

（3）推拿治疗

采用揉按、推法、一指禅推法按摩中极、关元等穴。

（4）物理因子治疗：可选用电刺激疗法。

3.神经源性肠道功能障碍治疗

大便不调（秘结或失禁）者，除了辨证选用中药、中成药外，还可应用以下治疗方法。

（1）肠道功能训练：休克期过后，能接受指导和进食时，开始反射性排便训练。

（2）针刺治疗

取穴：水道、归来、天枢穴、八髎穴。

（3）推拿治疗

采用揉按、推法、一指禅推法按摩神阙、中极、关元、水道等穴。

（4）物理因子疗法：

①电刺激法：可采用经皮电刺激或直肠内电刺激。

②生物反馈治疗：采用肌电生物反馈改善直肠和盆底部肌肉功能。

（5）直肠灌肠和排气：在通便效果不佳、大便干结、量大、排除困难时，可以用肥皂水灌肠，肠道淤积气体过多，可以插管排气，以缓解腹胀。

（6）行为疗法：

①建立适合患者的生活习惯：建立良好的饮水、饮食习惯、排便习惯。

②注意调节粪便稠度：养成每日肠道排空（栓剂和手指刺激）的习惯。

（三）其他疗法：心理治疗、气压治疗（双下肢）、饮食疗法等。

（四）西药治疗：参考《临床诊疗指南🞌骨科分册》（中华医学会，人民卫生出版社，2009年）、《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南(第2版)》（中华医学会外科学分会血管外科学组，人民卫生出版社，2012年），主要包括：（1）营养神经类药物；（2）抗凝类药物。

三、疗效评价

（一）评价标准

1．出院转归

临床痊愈：临床症状消失；

显效：临床症状明显减轻；

有效：临床症状有所改善；

无效：临床症状未减轻或反见恶化。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则：

1.出院转归达有效以上；

2.中医症候积分评分表下降≥10分。

3.中医中药费用占比≥30%。

（三）出院标准

1.生命体征和临床病情稳定。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种五  暴聋（突发性耳聋）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为暴聋(GB/T15657-2021 中医病证代码：A12.12)。

西医诊断：推荐第一诊断为突发特发性听觉丧失(ICD-10编码:H91.200)。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参考2012年中华中医药学会发布《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》。

突然发生的听力下降，多为单耳发病。或伴耳鸣、眩晕。常有恼怒、劳累、感寒等诱因。

（2）西医诊断标准：参考2015年中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制订的《突发性聋的诊断和治疗指南》。

在72小时内突然发生的，至少在相连的两个频率听力下降20dBH以上的感音神经性听力损失, 多为单侧，少数可双侧同时或先后发生。

未发现明确原因（包括全身或局部因素）。

可伴耳鸣、耳闷胀感、耳周皮肤感觉异常等。

可伴眩晕、恶心、呕吐。

2.证候诊断

（1）风邪外犯证：多因感冒或受寒之后，突发耳聋，伴鼻塞、流涕，或有头痛、耳胀闷，或有恶寒、发热、身痛。 舌质淡红，苔薄白，脉浮。

（2）肝火上炎证：情志抑郁或恼怒之后，突发耳聋，耳鸣如潮或风雷声，伴口苦口干，面红目赤，便秘尿黄。舌红，苔黄，脉弦数。

（3）痰火郁结证：耳聋耳鸣，耳中胀闷，或见头晕目眩，胸脘满闷，咳嗽痰多，口苦或淡而无味，二便不畅。舌红，苔黄腻，脉滑数。

（4）血瘀耳窍证：耳聋突然发生，并迅速发展，常伴耳胀闷感或耳痛，耳鸣不休，或有眩晕。舌质暗红，脉涩。

（5）气血亏虚证：听力下降，每遇疲劳之后加重，或见倦怠乏力，声低气怯，面色无华，食欲不振，脘腹胀满，大便溏薄，心悸失眠，舌质淡红，苔薄白，脉细弱。

（三）入院检查

1.必要的检查项目

纯音听阈测听检查、血常规、尿常规、大便常规、血压、肝功能、肾功能、血糖、心电图。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如听性脑干诱发电位检查、影像学检查(CT/MRI)等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确；

2.急性发病6个月内；

3.临床表现：突发听力下降，至少在相邻的两个频率的听力下降程度≥20 dBHL。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.风邪外犯证

治法:宣肺解表，散邪通窍

（1）方药：宣肺通窍汤加减。或具有同类功效的中成药。

（2）针刺治疗

①体针

选穴：取穴以局部为主配伍全身辨证取穴。主要局部穴位有听宫、听会、翳风、耳门四穴，可轮流选用1～2穴。

局部选穴:耳门、听宫、听会、翳风等。

远端选穴: 外关、合谷等。

② 耳针

选穴：内耳、神门、肾、皮质下。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用宣肺解表，散邪通窍中药或随证加减，煎煮后洗按、浸泡足部。

（4）饮食疗法：

宜进食温通发散的食品：葱、姜、桂皮、薄荷等。

2.肝火上炎证

治法:清肝泻热，开郁通窍

（1）方药：龙胆泻肝汤加减。或具有同类功效的中成药。

（2）针刺治疗

①体针

选穴：取穴以局部为主配伍全身辨证取穴。主要局部穴位有听宫、听会、翳风、耳门四穴。

局部选穴：耳门、听宫、听会、翳风等。

远端选穴：太冲、太溪等。

② 耳针

选穴：内耳、神门、肾、皮质下。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用清肝泻热，开郁通窍中药或随证加减，煎煮后洗按、浸泡足部。

（4）饮食疗法

宜进食清肝泻火的食品：荸荠、芹菜、菊叶、藕、莲子芯等。

3.痰火郁结证

治法:化痰清热，散结通窍

（1）方药：清气化痰丸加减。或具有同类功效的中成药。

（2）针刺治疗

①体针

选穴：取穴以局部为主配伍全身辨证取穴。主要局部穴位有听宫、听会、翳风、耳门四穴。

局部选穴:耳门、听宫、听会、翳风等。

远端选穴: 中脘、水道等。

② 耳针

选穴：内耳、神门、肾、皮质下。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用化痰清热，散结通窍中药或随证加减，煎煮后洗按、浸泡足部。

（4）饮食疗法

宜进食清热化痰的食品：荸荠、芹菜、菊叶、莲子芯等。

4.血瘀耳窍证

治法:活血化瘀，通利耳窍

（1）方药：通窍活血汤加减。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

①体针

选穴：取穴以局部为主配伍全身辨证取穴。主要局部穴位有听宫、听会、翳风、耳门四穴。

局部选穴:耳门、听宫、听会、翳风等。

远端选穴: 膈俞、血海等。

② 耳针

选穴：内耳、神门、肾、皮质下。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用活血化瘀，通利耳窍中药或随证加减，煎煮后洗按、浸泡足部。

（4）饮食疗法

宜进食活血化瘀的食品：山楂、生姜、红豆、大葱等。

5.气血亏虚证

治法：益气养血，通利耳窍

（1）方药：归脾汤加减。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

①体针

选穴：取穴以局部为主配伍全身辨证取穴。主要局部穴位有听宫、听会、翳风、耳门四穴。

局部选穴：耳门、听宫、听会、翳风等。

远端选穴：脾俞、足三里等。

② 耳针

选穴：内耳、神门、肾、皮质下。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用健脾益气，养血通窍中药或随证加减，煎煮后洗按、浸泡足部。

（4）饮食疗法

宜进食养心健脾的食品：龙眼肉、黑豆、大枣、瘦肉等。

（二）按摩治疗

按摩治疗适用于所有证型：

1.鸣天鼓：两手掌心紧贴两耳，两手食指、中指、无名指、小指横按在两侧枕部，两中指相接触，将两食指翘起叠在中指上面，用力滑下，重重地叩击脑后枕部，即可闻及洪亮清晰之声如击鼓。

2.营治城廓：以两手分别自上而下按摩两侧耳轮。

3.鼓膜按摩：以手食指（或中指）按压耳屏，随按随放。

（三）西药治疗

根据病情需要，可参考《突发性耳聋诊断和治疗指南》（2015年）规范应用糖皮质激素、血液流变学治疗、营养神经药物、抗氧化剂。

（四）护理调摄要点

1.慎起居，节饮食，禁烟酒。

2.注意情志护理，避免忧郁、焦虑等不良情绪。

3.防治受凉，及时治疗感冒。

三、疗效评价

（一）评价标准

1、出院转归：

（1）临床痊愈：临床症状消失。

（2）显效：临床症状明显减轻。

（3）有效：临床症状有所改善。

（4）无效：临床症状未减轻或反见恶化。

2.西医疗效判断标准： 参照2015年中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制订的《突发性聋的诊断和治疗指南》)

痊愈：受损频率听力恢复至正常，或达健耳水平，或达此次患病前水平。

显效：受损频率听力平均听力提高30dB以上。

有效：受损频率听力平均听力提高15～30dB。

无效：受损频率听力平均听力提高不足15dB。

3.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

4.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

5.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.出院转归达显效以上。

2.中医中药费用占比≥30%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.临床症状明显好转。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种六 肛漏（肛瘘）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为肛漏（GB/T15657-2021 中医病证代码：A08.03.06）。

西医诊断：推荐第一诊断为肛瘘（ICD-10编码：K60.300）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.7-94)。

肛旁溃口，反复流脓水，局部红肿疼痛或可及条索状硬结通向肛内，常因外感湿热之邪、饮食醇酒厚味、劳伤忧思、便秘等因素诱发。

（2）西医诊断：标准参照中华中医药学会肛肠分会、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会2006年制定的“肛瘘临床诊治指南”。

肛瘘是肛周皮肤与直肠肛管之间的慢性、病理性管道，常于肛门直肠周围脓肿破溃或切开引流后形成，主要与肛腺感染有关。临床主要依靠症状、专科检查及辅助检查，主要有以下几点：

症状：局部反复流脓、疼痛、肛门硬结、瘙痒。

局部检查：视诊可见外口形态、位置和分泌物。浅部肛瘘肛门周围可触及索状物及其行径。直肠指诊可触及内口、凹陷及结节。有且只有一条管道，穿越肛管直肠环或位于其上。

辅助检查：探针检查、肛门直肠镜检查、瘘道造影、直肠腔内超声、CT检查或磁共振检查。

2.证候诊断

（1）湿热毒盛型：肛周经常流脓液，脓质稠厚，肛门胀痛，局部灼热。肛周有溃口，按之有条索状物通向肛内。舌红，苔黄，脉弦或滑。

（2）正虚邪恋证：肛周瘘口经常流脓，脓质稀薄，肛门隐隐作痛，外口皮色暗淡，时溃时愈，按之较硬，多有索状物通向肛内，可伴有神疲乏力，面色无华，气短懒言，舌淡、苔薄，脉濡。

（三）入院检查

（1）必要的检查项目：血常规、尿常规、粪便常规及潜血试验，C反应蛋白、肝肾功能、电解质、血糖、心电图、胸部X线片。

（2）可选择的检查项目：根据病情需要而定，如直肠腔内超声、瘘道造影、盆腔影像学检查（CT 或 MRI）、电子肠镜、腹部超声、血沉、凝血功能、传染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确；

2.影像学检查或术中探查发现瘘管。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.湿热毒盛证

治法：清热解毒

（1）方药：仙方活命片加减。或具有同类功效的中成药。

（2）中药熏洗技术：选用三黄液等具有清热利湿、消肿止痛功效的中药随证加减，煎煮后熏洗肛门部患处。

（3）中药外敷技术：选用具有清热利湿、消肿止痛功效的药膏局部外敷。

2.正虚邪恋证

治法：托里透毒

（1）方药：托里消毒饮加减。

（2）中药熏洗技术：选用具有扶正祛邪、消肿止痛功效的中药随证加减，煎煮后熏洗肛门部患处。

（3）中药外敷技术：选用具有扶正祛邪、消肿止痛功效的药膏局部外敷。

（二）单纯性高位肛瘘切开挂线疗法

1.治疗原则：

手术是治疗肛瘘的主要手段，基本原则：去除病灶、引流通畅，尽可能减少括约肌损伤，保护肛门功能。治疗的关键是清除感染的肛腺，将瘘管内感染的组织彻底清除。

2.术后处理

（1）术后每次排便后，中药熏洗坐浴。

（2）创面每日换药1～2次，对症选用中药膏剂或同等功效的中成药外敷。

（3）术后7～10天如挂线未脱落，可再次紧线，在自然状态下缩短2～5毫米。

（三）其他中医特色疗法

1.针灸治疗。

2.中药液灌肠。

（四）西药治疗

术后可参照《[抗菌药物临床应用指导原则](http://www.2100cn.com/thread-1093005-1-1.html)》（2015年）及《卫生部关于抗生素的应用指导》（2009版）合理使用抗生素。

三、疗效评价

（一）评价标准

1、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/T001.7-94)拟定。

治愈：症状及体征消失，创口愈合。

好转：症状及体征改善，创口未愈。

未愈：症状及体征均无变化。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.在治疗前与治疗后分别对患者的肛瘘瘘管存在情况、肿痛流脓症状改善情况、手术创口愈合情况进行比较。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.挂线部分引流通畅，肛门肿痛、分泌物明显减少。

2.创面生长良好，肛门功能基本正常。

3.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种七 湿疮（湿疹）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断 ： 第一诊断为湿疮 （GB/T15657-2021中医病证代码：A08.01.07）。

西医诊断：推荐第一诊断为湿疹（ICD-10 编码：L30.902）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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《中医病症诊断疗效标准》（ZY/T001.8-94）。

急性湿疮:皮损呈多形性，如潮红、丘疹、水疱、糜烂、渗出、痂皮、脱屑，常数种形态同时存在。起病急，自觉灼热，剧烈瘙痒。皮损常对称分布，以头、面、四肢远端、阴囊等处多见。可泛发全身。可发展成亚急性或慢性湿疮，时轻时重，反复不愈。

亚急性湿疮：皮损渗出较少，以丘疹、丘疱疹、结痂、鳞屑为主。有轻度糜烂面，颜色较暗红。亦可见轻度浸润，剧烈瘙痒。

慢性湿疮：多限局于某一部位，境界清楚，有明显的肥厚浸润，表面粗糙，

或呈苔癣样变，颜色褐红或褐色，常伴有丘疱疹、痂皮、抓痕。倾向湿润变化，常反复发作，时轻时重，有阵发性瘙痒。

（2）西医诊断标准：参考《湿疹诊疗指南》（中华医学会皮肤性病学分会免疫学组编著，中华皮肤科杂志，2011年）。

皮损形态有多形性，有渗出倾向；常对称分布；反复发作，慢性倾向；瘙痒剧烈

2.证候诊断

（1）风热蕴肤证：以红斑、丘疹为主，可见鳞屑、结痂，渗出不明显，发病迅速，自觉瘙痒剧烈。舌红，苔薄黄，脉浮数或弦数。

（2）湿热浸淫证：以潮红、肿胀、糜烂、渗出为主，可见丘疹、丘疱疹、水疱，自觉灼热、瘙痒。舌红，苔黄或黄腻，脉滑数。

（3）脾虚湿蕴证：以淡红色红斑、丘疹、丘疱疹、少量渗液为主，可见皮肤肥厚；自觉瘙痒，可伴有食少，腹胀便溏。舌淡胖，苔腻，脉濡或滑。

（4）血虚风燥证：以肥厚、鳞屑、苔藓样变为主，可见色素沉着，自觉阵发性瘙痒。舌淡红，苔薄、脉弦细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖、心电图等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如过敏原检测、IgE 水平检测、细菌培养及药敏试验、真菌检查、胸部 X 片等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确，能够与其他各类病因和临床表现特异的皮炎相鉴别，如特应性皮炎、接触性皮炎、脂溢性皮炎、淤积性皮炎、神经性皮炎等。

2.具备以下至少一个条件：

a.湿疹皮损面积较大，占全身面积 40%以上；

b.湿疹皮损出现破溃或较多渗液；

c.经门诊规范治疗效果有限，反复发作。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

（1）风热蕴肤证

治法：疏风清热，化湿止痒

方药：消风散加减。或者具有同类功效的中成药。

（2）湿热浸淫证

治法：清热利湿，祛风止痒

方药：龙胆泻肝汤加减。或者具有同类功效的中成药。

（3）脾虚湿蕴证

治法；健脾利湿，祛风止痒

方药：除湿胃苓汤加减。或者具有同类功效的中成药。

（4）血虚风燥证

治法：养血润燥，祛风止痒

方药：四物消风饮加减。或者具有同类功效的中成药（包括中药注射

剂）。

（二）中医外治法

1.中药湿敷；

2.中药外搽；

3.中药外涂。

（三）其他中医特色疗法

1.火针疗法；

2.拔罐疗法；

3.放血疗法；

4.封包疗法。

（四）西药治疗

出现严重水肿、皮损泛发、呈红皮样改变，或瘙痒剧烈经治疗后仍难以缓解者，可参考《湿疹诊疗指南》（中华医学会皮肤性病学分会免疫学组编著，中华皮肤科杂志，2011 年），应用抗炎、抗过敏等治疗。

1. 疗效评价

（一）评价标准

1、出院转归

临床痊愈：皮损完全消退，症状消失。

显效：皮损大部分消退。

有效：皮损部分消退。

无效:皮损消退不明显，症状未减轻或反而加重。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.根据 EASI 评分（湿疹面积及严重程度指数评分）法和 VAS 评分（瘙痒程度直观模拟尺评分）法对患者不同部位皮损症状严重程度，所占面积的大小、瘙痒程度进行综合评分。EASI 评分和 VAS 评分的总和即为患者的综合评分，以此进行疗效评价。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.皮损瘙痒好转，达到有效以上。

2.无需继续住院处理的并发症。

病种八 白疕（银屑病）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为白疕（GB/T15657-2021 中医病证代码：A08.01.15)。

西医诊断：推荐第一诊断为银屑病（ICD-10 编码：L40.900)。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照《皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识（2017 年版）》(中华中医药学会皮肤科分会，中国中西医结合皮肤性病学杂志 2018 年第 17 卷第 3 期)。

皮损初为针尖至扁豆大的炎性红色丘疹，常呈点滴状分布，迅速增大，表面覆盖多层银白色鳞屑，状如云母。鳞屑剥离后，可见薄膜现象及筛状出血，基底浸润，可有同形反应。陈旧皮疹可呈钱币状、盘状、地图状等。

好发于头皮、四肢伸侧，以肘关节伸侧多见，常泛发全身。

部分病人可见指（趾）甲病变，轻者呈点状凹陷，重者甲板增厚，光泽消失。或可见于口腔、阴部粘膜。发于头皮者可见束状毛发。

起病缓慢，易于复发。有明显季节性，一般冬重夏轻。

可有家族史。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社 2006 年出版）。

好发于头皮、背部、四肢伸侧及臀部。

早期常夏愈冬发，或夏轻冬重，少数病例则相反。

基本损害为红色丘疹、斑丘疹或斑块，粟粒至绿豆大，可融合成片，边缘明

显，上覆银白色厚鳞屑，将鳞屑刮除后为一红色发亮的薄膜（薄膜现象），再刮之见点状出血现象（Auspitz 征）。呈点滴状、地图状、钱币状、环状等排列。临床分进行期、稳定期和退行期。进行期可出现同形反应。

部分病例粘膜受累，多见于龟头、口唇及颊粘膜。龟头为边缘清楚的红色斑片，无鳞屑。上唇可有银白色鳞屑。颊粘膜有灰黄色或白色的环形斑片。

甲病变表现为甲板的点状凹陷、甲下角化过度及甲剥离等。头发为束状发。

2.证候诊断

（1）血热证

主症：①皮损鲜红；②新出皮疹不断增多或迅速扩大。

次症：①心烦易怒；②小便黄；③舌质红或绛；④脉弦滑或数。

证候确定：具备全部主症和 1 项以上次症即可诊断。

（2）血燥证

主症：①皮损淡红；②鳞屑干燥。

次症：①口干咽燥；②舌质淡，舌苔少或薄白；③脉细或细数。

证候确定：具备全部主症和 1 项以上次症即可诊断。

（3）血瘀证

主症：①皮损暗红；②皮损肥厚浸润，经久不退。

次症：①肌肤甲错，面色黧黑或唇甲青紫；②女性月经色暗，或夹有血块；

③ 舌质紫暗或有瘀点、瘀斑；④ 脉涩或细缓；

证候确定：具备全部主症和 1 项以上次症即可诊断。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖、心电图等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要，可选择电解质、血脂、皮肤病理、免疫学检查、腹部超声、咽部细菌培养及药敏试验、血液流变学检查、微循环检查、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）、胸部X线片等。

（四）医保支付入院标准

满足以下至少两个条件：

1.皮肤出现红色斑块，可有银白色鳞屑；

2.皮肤出现瘙痒、灼热或疼痛；

3.皮肤出现干燥、破裂或出血；

4.指甲、趾甲可呈“顶针状"或点状凹陷、甲分离、甲下角化过度等；

二、推荐治疗方法（非必备）

(一)辨证论治

1.血热证

治法：凉血解毒

推荐方药：凉血地黄汤或凉血解毒汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.血燥证

治法：养血解毒

推荐方药：养血解毒汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.血瘀证

治法：活血解毒

推荐方药：活血解毒汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

以下中医医疗技术适用于所有证型。

中医外治法（根据皮损情况选择应用）：

1.中药湿敷：具有不同功效的中药煎煮后待温，以 8 层纱布浸湿后贴敷患处。

2.中药浸浴：根据患者证候特点分别选用凉血解毒、养血解毒、活血解毒中药或随证加减，煎汤浸浴。

3.中药软膏或中药油：根据患者证候特点辨证选用具有清热、凉血、养血、活血、解毒等功效的中药制剂外用患处。

4.穴位贴敷疗法：具有不同功效的中药贴敷于脐部（神阙）。

5.针灸疗法

（1）体针

操作：用泻法，进行期慎用。

（2）罐疗

操作：可采用走罐疗法。

（三）西医治疗

特殊型银屑病、皮损面积广泛者，可根据《中国临床皮肤病学》（赵辨主编，江苏科学技术出版社 2009 年出版）、中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会《中国银屑病诊疗指南(2018 完整版)》，选用免疫抑制剂、维 A 酸、抗生素、生物制剂等治疗。

三、疗效评价

（一）疗效评价标准

1.出院转归

临床痊愈：皮损全部消退，临床症状消失。

显效：皮损大全部消退，临床症状明显减轻。

有效：皮损部分消退，临床症状有所改善。

无效：皮损消退不明显，临床症状未减轻或反见恶化。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.主要疗效指标：银屑病临床体征面积和疾病严重程度评分（PASI），观察内容包括患者用药前后的皮损面积、红斑、浸润及脱屑等指标。

2.次要疗效指标：中医主要临床症状指标根据不同证型有所不同。血热证： 包括皮疹颜色、皮疹灼热感、瘙痒程度和心烦易怒程度 4 项。血燥证包括鳞屑程度、瘙痒程度和口干舌燥程度 3 项。血瘀证包括皮疹颜色、皮疹浸润程度、瘙痒程度和舌下络脉情况 4 项。每个中医症状的评分按照从轻到重分为 0、3、5、7 分，每个中医证型的中医症状积分为各项积分之和。

3.中医中药费用占比≥30%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.皮损好转，达到有效以上。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

病种九 腰椎病（腰椎间盘突出）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为腰痛(GB/T15657-2021 中医病证代码：A17.42），或腰痹（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.17) 或腰椎病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04.06) 或腰椎间盘突出症（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04.06.01)。

西医诊断：推荐第一诊断为腰椎间盘突出症（ICD-10编码：M51.202）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参照1994年国家中医药管理局发布的中华人民共和国行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）。

多有腰部外伤、慢性劳损或寒湿史。大部分患者在发病前多有慢性腰痛史。

常发于青壮年。

腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重。

脊柱侧弯，腰椎生理弧度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。

下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟踺反射减弱或消失，拇指背伸力可减弱。

X线摄片检查：脊柱侧弯、腰生理前凸变浅，病变椎间盘可能变窄，相应边缘有骨赘增生。CT或MRI检查可显示椎间盘突出的部位及程度。

(2)西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

腰痛伴一侧或两侧下肢放射性疼痛;

下肢麻木无力;

大小便功能障碍( 巨大突出或中央型突出);

腰椎活动受限，姿势异常。

立位检查:腰椎畸形，生理前凸变小、消失，甚至变为后凸，不同程度侧凸;腰部压痛点，可引发下肢放射痛

或麻木感;腰椎活动受限。

仰卧位检查:直腿抬高加强试验阳性;下肢受累神经根支配区皮肤感觉、肌力及反射异常。

俯卧位检查:腰部压痛点; 股神经牵拉试验。

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《腰椎间盘突出症中医诊疗方案（试行）》。

（1）血瘀气滞证：近期腰部有外伤史，腰腿痛剧烈，痛有定处，刺痛，腰部僵硬，俯仰活动艰难，痛处拒按，舌质暗紫，或有瘀斑，舌苔薄白或薄黄，脉沉涩或脉弦。

（2）寒湿痹阻证：腰腿部冷痛重着，转侧不利，痛有定处，虽静卧亦不减或反而加重，日轻夜重，遇寒痛增，得热则减，舌质胖淡，苔白腻，脉弦紧、弦缓或沉紧。

（3）湿热痹阻证：腰筋腿痛，痛处伴有热感，或见肢节红肿，口渴不欲饮，苔黄腻，脉濡数或滑数。

（4）肝肾亏虚证：腰腿痛缠绵日久，反复发作，乏力、不耐劳，劳则加重，卧则减轻；包括肝肾阴虚及肝肾阳虚证。阴虚证症见：心烦失眠，口苦咽干，舌红少津，脉弦细而数。阳虚证症见：四肢不温，形寒畏冷，筋脉拘挛，舌质淡胖，脉沉细无力等症。

（三）入院检查项目

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖、心电图。

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、血脂、电解质、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白、血沉、胸部X线片、腰椎正侧位及功能位X线片、腰椎CT或腰椎MRI等。

（四）医保支付入院标准

1.出现腰痛，站立或行走后腰痛加重；

2.腰椎CT或MRI影像学检查（6个月内）明确椎间盘膨出或突出情况。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）手法治疗

1．松解手法，包括点法、压法、摇法、滾法、推法、掌揉法、拍法、弹拨法等放松肌肉类手法，适用于急性期或者整复手法之前的准备手法。

2．整复类手法，包括俯卧拔伸法、斜扳腰椎法、牵引按压法、腰椎旋扳法等适用于缓解期及康复期。

3．其他特色治疗。

（二）辨证论治

1.血瘀气滞证

治法：行气活血，祛瘀止痛。

推荐方药：活血舒筋汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.寒湿痹阻证

治法：温经散寒，祛湿通络。

推荐方药：独活寄生汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.湿热痹阻证

治法：清利湿热，通络止痛。

推荐方药：清湿利腰汤加减。或具有同类功效的中成药。

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，通络止痛。

阳虚证推荐方药：壮腰健肾汤加减。或具有同类功效的中成药。

阴虚证推荐方药：虎潜丸加减。或具有同类功效的中成药。

（三）牵引疗法：

电动牵引：采取间断或持续的电动骨盆牵引，牵引力为体重的1/5—1/4左右，适合于非急性期患者。急性期慎用牵引。

其他牵引：三维多功能牵引床牵引等。

（四）针灸疗法

（1）主要穴位采用腰椎夹脊穴、膀胱经穴和下肢坐骨神经沿线穴位，可辅助脉冲电治疗。急性期以每日针1次，以泻法为主；缓解期及康复期可隔日一次，以补法泻法相互结合，配合患者四型辨证取穴。

（2）腹针及平衡针治疗，根据急性期、缓解期、康复期辨证取穴。

（3）灸法：直接灸、艾条灸、温针灸、雷火灸等。

（五）物理治疗

蜡疗、激光、红外线照射、电磁疗法等，可根据患者情况每日予以单项或者多项选择性治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.参照JOA腰腿痛评分系统进行疗效评价，治疗改善率＝[（治疗后评分－治疗前评分）÷（满分29－治疗前评分）]×100％。

临床控制：改善率≥75%；腰腿痛及相关症状消失，直腿抬高试验阴性，恢复正常工作；

显效：腰腿痛及相关症状基本消失，直腿抬高试验阴性，基本恢复正常工作；改善率≥50且＜75%；

有效：腰腿痛及相关症状减轻，直腿抬高试验可疑阳性，部分恢复工作，但停药后有复发；改善率≥25且＜50%；

无效：腰腿痛及相关症状体征无改善，直腿抬高试验阳性，或者加重，改善率＜25%。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.参照JOA腰腿痛评分系统进行。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.腰部及下肢痹痛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.没有需要住院治疗的并发症。

4.按照JOA评价标准：治疗改善率≥50%。

病种十二 骨折病（肋骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或肋骨骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.24）或胸部内伤病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.05.02）。

西医诊断：推荐第一诊断为肋骨骨折（ICD-10编码：S22.300）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有明确外伤史。

局部肿痛，咳嗽、深呼吸及活动时疼痛加剧，受伤部位压痛明显，或触及骨擦感，胸廓挤压征阳性。

X线摄片检查可明确骨折部位及类型，及了解是否合并气、血胸。

（2）西医诊断标准：根据《临床诊疗指南-胸外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）进行诊断。

病史：可有外伤史。

临床表现：

①主诉：胸痛、气促、咳嗽、呼吸困难；

②体征：伤侧呼吸运动减弱，呼吸音低或消失，局部触痛和胸廓挤压征（+），典型的临床特征是骨擦音和骨擦感。多发性肋骨骨折有时可有反常呼吸。

X线胸片检查或CT可观察骨折情况并了解胸内脏器有无损伤或其他病变，有助于明确诊断。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后2～3周内

气滞血瘀，阻遏胸胁证：损伤早期，胸胁部肿、痛并见，气促，呼吸困难。或胸胁满闷、胀痛，痛处不定；或胸胁刺痛，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后4～8周

营卫失调，瘀血凝滞证：损伤中期，胸胁瘀血未尽，筋骨未坚，胸胁刺痛，夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后8周以上

气血不足，肝肾亏虚证：损伤后期，胸胁部隐隐作痛。或伴面色少华，头晕心悸，呼吸气短，舌淡，苔白，脉虚细；或腰膝酸软，失眠多梦。舌淡红，苔少，脉沉细。

3.骨折分类

（1）少数（≤2）肋骨一处骨折：骨折发生于少数肋骨。局部肿痛，压痛，胸廓挤压征阳性，少见并发气、血胸者。

（2）多数肋骨一处骨折：骨折发生于多根肋骨。除肿痛，胸廓挤压征阳性外，常出现呼吸困难等，严重者可并发气、血胸。

（3）肋骨多处骨折：骨折发生于多根、多处肋骨。除肿痛，胸廓挤压征阳性外，表现为反常呼吸、呼吸困难等，严重者可并发气、血胸，常可出现连枷胸。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、胸部CT或X线、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要，凝血功能、血气分析、心肌标志物）、糖化血红蛋白、血脂、CO2CP、胸/腹部超声检查、凝血功能、空腹血糖、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

1.胸痛明显，在深呼吸、咳嗽和转动体位时加重；

2.X线平片、CT等影像学检查明确肋骨骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

肋骨一处骨折，无明显移位，一般不需整复；多数肋骨折，成角、移位较多者选择进行复位。肋骨骨折患者往往疼痛剧烈，病人呼吸困难，影响咳嗽排痰，易并发血气胸、肺部感染等。因此，肋骨骨折治疗重点在于固定制动、消肿止痛，预防血气胸并发症的发生。

（一）辨证论治

1.早期：气滞血瘀，阻遏胸胁证

治法：宽胸理气，逐瘀止痛。

推荐方药：伤气重者，复元活血汤加减。伤血重者，血府逐瘀汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.中期：营卫失调，瘀血凝滞证

治法：调和营卫，化瘀和伤。

推荐方药：三棱和伤汤（《中医伤科学讲义》）加减。或具有同类功效的中成药。

3.后期：气血不足，肝肾亏虚证

治法：补益气血，滋补肝肾。

推荐方药：偏气血不足者，八珍汤合柴胡疏肝散加减。偏肝肾亏虚者，六味地黄汤加味。或具有同类功效的中成药。

（二）外固定

1.胶布固定法

适用于少数肋骨一处骨折，皮肤过敏者禁用，此法不能敷贴伤药治疗，固定时间3～4周。

2.绷带纸板固定法

适用于肋骨一处骨折或多处骨折但无连枷胸者，皮肤过敏患者可用，时间3～4周。

3.肋骨固定带、胸部支具固定法，固定时间3～4周。

4.胸壁牵引固定法

适用于多根多处肋骨骨折引起浮动胸壁，连枷胸患者，牵引时间为2～3周。

（三）中药外治

1.中药敷贴/穴位贴敷：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗，将药物敷于患处或穴位的治疗方法。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

3.中药烫熨治疗：骨折早期采用活血通络的中草药科学配伍和适当的辅料，经过加工和热处理后，敷于患处或腧穴，可达到疏通经络、畅通气机、镇痛消肿、调整脏腑阴阳之功效。

4.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

5.针刺疗法、灸法、罐法：根据骨折三期辨证，选择相应疗法以达通经活络、活血化瘀、调理脏腑、扶正祛邪等作用。

（四）其他疗法

1.一般物理疗法：适用骨折三期，如红外线照射、中频电疗法等。

2.胸膜腔穿刺抽气、抽液及胸腔闭式引流治疗，适用于存在相关并发症时。

（五）并发症及防治

1.气胸：肋骨骨折使胸膜腔的完整性遭到破坏， 胸膜腔内积气则为气胸。轻者可无症状，重者呼吸困难，或见纵膈摆动（开放性气胸），或见纵膈偏移（张力性气胸）；X线：肺萎陷、胸膜腔积气、可有少量积液。

（1）闭合性气胸：如胸腔积气较少者（肺萎陷＜30%），对肺功能影响不大，不需特殊处理，积气往往能自行吸收；若积气较多（肺萎陷＞50%），有胸闷、气急、呼吸困难，可在第二肋间隙锁骨中线处行胸腔穿刺，抽出积气。

（2）开放性气胸：先以凡士林油纱布等填塞伤口包扎，阻止胸腔与外界空气相通，变开放为闭合，待病情好转后，再进行清创术，注意内脏是否损伤。

（3）张力性气胸：紧急降低胸腔内压力，之后再行胸腔闭式流术治疗。

2.血胸：胸膜腔内积血则为血胸，常合并有气胸，称气血胸。可见胸闷、 气促、休克等低血容量表现；X线可见液平面；胸膜腔穿刺可明确诊断。

（1）非进行性血胸：小量血胸（＜0.5L），无需特殊处理；伤后12∼14小时后复查，血胸达中量（0.5∼1.0L）以上，则在腋后线第7、8肋间隙进行胸膜腔穿刺抽液或胸腔闭式引流，积极预防休克和感染治疗。

（2）进行性血胸：持续脉搏加快、血压降低，或虽经扩血容量血压仍不稳定，或经闭式胸腔引流量每小时超过200ml、持续3小时，或胸腔引流血液迅速凝固者，应考虑进行性血胸，应积极抢救、抗休克，进行开胸探查。

3.肺部感染：多发性肋骨骨折多因肋骨骨折断端刺激肋间神经产生局部疼痛，呼吸受限，病人不敢咳嗽，痰液储留，从而引起下呼吸道分泌物梗阻，引起肺部感染，表现为胸闷、咳嗽、咯痰、呼吸困难、发热等症状，严重时引起呼吸和循环功能障碍。早期预防以加强止痛，预防并指导咳嗽、排痰练习；治疗以清热解毒、止咳祛痰为主，并合理运用抗生素治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

临床治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失，咳嗽及深呼吸无疼痛。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善，或仍见反常呼吸，胸廓挤压征阳性。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛、胸廓挤压征等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化；

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种十三 膝痹（膝关节骨性关节炎）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为膝痹（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.19）。

西医诊断：推荐第一诊断为膝关节病（ICD-10编码：M17.900）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

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/T001.1-94）。

初起多见腰腿、腰脊、膝关节等隐隐作痛，屈伸、俯仰、转侧不利，轻微活动稍缓解，气候变化加重，反复缠绵不愈。

起病隐袭，发病缓慢，多见于中老年。

局部关节可轻度肿胀，活动时关节常有喀刺声或摩擦声。严重者可见肌肉萎缩，关节畸形，腰弯背驼。

X线摄片检查示骨质疏松，关节面不规则，关节间隙狭窄，软骨下骨硬化，以及边缘唇样改变，骨赘形成。

查RF、血沉、ASO等与风湿痹、尪痹、痛风相鉴别。

（2）西医诊断标准：参照2007年中华医学会骨科学分会制定的《骨关节诊治指南》。

膝关节的疼痛及压痛、关节僵硬、关节肿大、骨摩擦音（感）、关节无力、活动障碍等。

专科检查：膝无明显肿胀或轻度肿胀，局部肤温正常，皮色不红，膝内外侧间隙压痛，屈伸活动受限。膝关节活动度：0-0-120度，浮髌试验（+或-）、磨髌试验（+或-）、麦氏征（＋或-）、内外侧副韧带紧张试验（+或-），抽屉实验（-）。双膝、双跟腱反射正常引出，双下肢肌力、肌张力正常，双下肢皮肤感觉正常，末梢循环无障碍，双下肢无明显水肿,余下肢各关节功能良好，病理征（-）。

辅助检查：（1）影像学检查：X线检查：OA的X线特点表现为非对称性关节间隙变窄，软骨下骨硬化和囊性变，关节边缘骨质增生和骨赘形成；关节内游离体，关节变形及半脱位。根据Kellgren和Lawrecne的放射学诊断标准，骨性关节炎分为五级：0级：正常；I级：关节间隙可疑变窄，可能有骨赘；II级：有明显的骨赘，关节间隙轻度变窄；III级：中等量骨赘，关节间隙变窄较明确，软骨下骨骨质轻度硬化改变，范围较小；IV级：大量骨赘形成，可波及软骨面，关节间隙明显变窄，硬化改变极为明显，关节肥大及明显畸形。

实验室检查：血常规、蛋白电泳、免疫复合物及血清补体等指征一般在正常范围。伴有滑膜炎者可见C反应蛋白（CRP）及血沉（ESR）轻度升高，类风湿因子及抗核抗体阴性。

2.证候诊断

（1）肝肾亏虚证：关节疼痛、肿胀、时轻时重、曲伸不利，或伴关节弹响，腰膝酸软，日久关节变形。或关节冷痛，畏寒喜暖，四肢不温，小便频数；或五心烦热、午后潮热，盗汗，咽干口燥，舌淡胖，苔白或白腻，脉沉细或沉弦；或舌红少苔，脉细数或弦细数。

（2）寒湿痹阻证：肢体、关节酸痛，或关节局部肿胀，屈伸不利，局部畏寒，皮色不红，触之不热，得热痛减，遇寒痛增，活动时疼痛加重。或伴腰膝酸软，四肢乏力；或纳食欠佳，大便溏薄，小便清长。舌苔薄白或白滑，脉弦紧或弦缓。

（3）湿热阻络证：关节红肿热痛，活动不利，拒按，局部触之灼热。发热，口渴，烦闷不安；或伴腰膝酸软，四肢乏力，大便干结，小便黄。舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

（4）痰瘀互结证：曾有外伤史，或痹痛日久，关节刺痛、掣痛，或疼痛较剧，入夜尤甚，痛有定处。或伴肢体麻木，不可屈伸，反复发作，骨关节僵硬变形，关节及周围可见瘀色。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，苔白腻或黄腻，脉细涩。

（5）气血两虚证：关节酸沉，隐隐作痛，曲伸不利，肢体麻木、四肢乏力。或伴形体虚弱，面色无华，汗出畏寒，时感心悸，纳呆，尿多便溏。舌淡，苔薄白，脉沉细或沉细而缓。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：尿常规、肝功能、肾功能、大便常规、血液分析。

2.可选择的检查项目：根据病情需要，可选择电解质测定、心肌酶、凝血功能、免疫功能、ASO、RF、AKA、CCP、抗核抗体谱、自免肝谱、B超（肝、胆、脾、胰、肾等）、CT、MRI、关节液检查等。

（四）医保支付入院标准

1.X线片（站立或负重位）示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和（或）囊性变、关节缘骨赘形成;

2.关节液（至少2次）清亮、粘稠，WBC<2000个/ml;

3.中老年患者（≥40岁）;

4.晨僵≤3 分钟;

5.活动时有骨擦音（感）;

综合临床、实验室及X线检查，符合以上 1+ 3+4+5条或2+3+4+5条，可诊断膝关节OA，即符合住院标准。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，强筋健骨

推荐方药：独活寄生汤加减。或具有同等功效的中成药。

2.寒湿痹阻证

治法：温经散寒，除湿通络

推荐方药：乌头汤合桂枝附子汤加减。或具有同等功效的中成药。

3.湿热阻络证

治法：清热利湿，活络止痛

推荐方药：四妙丸加减。或具有同等功效的中成药。

4.痰瘀互结证

治法：化痰祛瘀，活血通络

推荐方药：身痛逐瘀汤合二陈汤加减。或具有同等功效的中成药。

5.气血两虚证

治法：益气养血，舒筋和络

推荐方药：补中益气汤加减。或具有同等功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

以下中医医疗技术适用于所有证型。

1.中药离子导入。

2.针法。

3.灸法。

4.药罐。

5.中药穴位贴敷。

6.针刀治疗。

7.推拿治疗。

8.膏方治疗：骨关节炎常在气候变化或劳累后易复发加重，对活动期病情控制后进入缓解期的骨关节炎患者，可采用补益肝肾、益气温阳的膏方作为后续治疗，增强患者体质，控制病情复发。

9.穴位注射治疗。

（三）运动康复

参考《骨关节炎的康复治疗》专家共识，康复治疗应个体化，可根据患者年龄、性别、体重、病变部位及程度选择慢走、水疗、股四头肌等长收缩训练、抬腿训练股四头肌、静蹲训练等合适的康复方法。

（四）西药治疗

关节肿痛较甚时，根据《骨关节炎诊断和治疗指南》，可酌情选用非甾体类抗炎药或糖皮质激素治疗，同时积极控制危险因素和发病诱因。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归

临床控制：疼痛、肿胀症状消失，关节活动正常。

显效：疼痛、肿胀症状消失，关节活动不受限。

有效：疼痛、肿胀症状基本消除，关节活动轻度受限。

无效：疼痛、肿胀症状与关节活动无明显改善。

注：疼痛、肿胀、关节活动3项症状/体征为判定指标。

2.结合关节功能分级及WOMAC骨关节炎指数评分进行评价。

3.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

4.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

5.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1、参照中医证候积分量表和WOMAC骨关节炎指数评分表进行。

2.出院转归、临床症状的变化；

3.中医中药费用占比≥40%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

关节疼痛、肿胀及关节活动不利等主要症状、体征有所改善。

病种十四 骨折病（单纯性胸腰椎骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或胸腰椎骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.26.）。

西医诊断：推荐第一诊断为单纯性胸腰椎骨折（ICD-10编码为：S32.001腰椎骨折；S22.001胸椎骨折）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有明显外伤史。

腰背部疼痛、肿胀、活动受限，压痛、后凸畸形。

影像学检查显示：椎体呈楔形改变。

双下肢无神经症状，无括约肌功能障碍。

2.西医诊断标准

（2）西医诊断标准:参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

有明显外伤史。

局部疼痛、肿胀，站立及翻身困难，可出现腹痛、腹胀甚至出现肠麻痹症状。

影像学检查显示：椎体呈楔形改变(CT、MR检查可排除陈旧骨折)。

双下肢无神经症状，无括约肌功能障碍。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，损伤早期，瘀血停积、血瘀气滞、肿痛并见，症见局部肿胀、疼痛剧烈,胃纳不佳,大便秘结，舌淡红或暗红,苔薄白，脉弦紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，筋骨虽续而未坚，肿痛虽消而未尽,症见局部疼痛程度已有减轻,但活动仍受限，舌暗红,苔薄白，脉弦缓。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，损伤日久，正气必虚，筋骨不坚，症见腰部酸软、四肢无力、活动后腰部仍隐隐作痛，舌淡苔白，脉虚细。

3.骨折分型：

1.A类(椎体压缩类)：①A1：挤压性骨折；②A2：劈裂骨折；③A3：爆裂骨折。

2.B类(牵张性双柱骨折)：①B1：韧带为主的后柱损伤；②B2：骨性为主的后柱损伤；③B3：由前经椎间盘的损伤。

3.C类(旋转性双柱损伤)：①C1：A类骨折伴旋转；②C2：B类骨折伴旋转；③C3：旋转-剪切伤。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

1.腰背痛；

2.影像学明确胸腰椎压缩性骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：复原活血汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：方选独活寄生汤加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1.复位方法

（1）骨盆牵引：适用于骨折早、中期

给予间断骨盆牵引，牵引重量为10～15千克，每次牵引30～60分钟，两次牵引间隔1小时，每天牵引6～8次，一般在24～48小时内腰背痛可逐渐缓解。

（2）腰背部垫枕：适用于骨折早、中期

病人入院后卧硬板床。腰背部垫枕，并随腰背部疼痛减轻后逐渐增加腰椎垫子高度，增加腰椎前突的程度，来促进骨折复位。

2.固定疗法

佩戴脊柱外固定支具逐渐下地活动，支具的佩戴时间为伤后90天。

三、疗效评价

（一）评价标准

1、出院转归：根据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/T001.1-94)中胸腰椎骨折疗效标准分为优、良、差。

优：椎体高度恢复3/4以上，后凸畸形完全纠正或Cobb氏角＜5°，疼痛消失，活动功能正常。

良：2/3＜椎体高度恢复≤3/4，后凸畸形部分纠正或Cobb氏角＜15°，偶有疼痛，劳动诱发轻度疼痛，日常生活、劳动能力部分影响。

差：椎体高度恢复≤2/3，后凸畸形无纠正或Cobb氏角≥15°，静息疼痛，活动加剧，日常生活、劳动能力明显影响。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化；

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.胸、腰背部无明显疼痛。

2.X线片复查骨折椎体高度维持稳定。

病种十五 骨折病（桡尺骨双骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或尺桡骨干双骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.08）。

西医诊断：推荐第一诊断为尺骨桡骨骨干骨折（ICD-10编码：S52.400）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

外伤后局部疼痛、肿胀、肢体畸形，旋转功能受限。完全骨折有骨擦音。

影像学检查可确定骨折类型及移位情况。但应包括上下尺桡关节。

注意有无关节脱位。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

X线检查，了解骨折类型。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：尿常规、肝功能、肾功能、大便常规、血液分析。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如电解质测定、凝血功能、血沉、超敏C反应蛋白等。

（四）医保支付入院标准

影像学明确尺桡骨双骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证：

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．夹板固定。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1、出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化；

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种十六 骨折病（单尺骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或尺骨骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.06）。

西医诊断：推荐第一诊断为尺骨骨折（ICD-10编码：S52.201）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

外伤后局部疼痛、肿胀、肢体畸形，旋转功能受限。完全骨折有骨擦音。

影像学检查可确定骨折类型及移位情况。但应包括上下尺桡关节。

注意有无关节脱位。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

X线检查，了解骨折类型。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：尿常规、肝功能、肾功能、大便常规、血液分析。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如电解质测定、凝血功能、血沉、超敏C反应蛋白等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确尺骨骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证：

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．夹板固定。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1、出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化；

3.中医中药费用占比≥35%；

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种十七 骨折病（单桡骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或桡骨骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.07）。

西医诊断：推荐第一诊断为桡骨骨折（ICD-10编码：S52.801）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

外伤后局部疼痛、肿胀、肢体畸形，旋转功能受限。完全骨折有骨擦音。

影像学检查可确定骨折类型及移位情况。但应包括上下尺桡关节。

注意有无关节脱位。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

应常规检查足背动脉、胫后动脉，腓总神经有无损伤。注意骨筋膜间室综合征的发生。

X线检查，了解骨折类型。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：尿常规、肝功能、肾功能、大便常规、血液分析。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如电解质测定、凝血功能、血沉、超敏C反应蛋白等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确桡骨骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证：

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．夹板固定。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种十八 骨折病（胫腓骨双骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或胫腓骨干骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.16）。

西医诊断：推荐第一诊断为胫腓骨干骨折（ICD-10编码：S82.201）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

局部肿胀，疼痛，压痛明显，畸形，功能丧失。上1/3骨折可引起血管、神经损伤。

X线摄片检查可明确诊断及骨折分类、移位情况。

（2）西医诊断标准:参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

应常规检查足背动脉、胫后动脉，腓总神经有无损伤。注意骨筋膜间室综合征的发生。

X线检查，了解骨折类型。

对于胫、腓骨远端涉及干骺端及关节面的骨折（Pilon骨折）诊断上除了标准的前后位和侧位摄片，还可行CT及三维重建，了解骨折移位、压缩方向和程度。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

1.影像学检查明确胫腓骨双骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备)

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．石膏固定：用于裂纹骨折或无移位骨折。

2．夹板固定：复位后较稳定的骨折，以夹板固定。上1/3骨折要超膝关节，下1/3骨折要超踝关节，并根据骨折的类型而放置相应的压垫。须注意预防小腿内侧夹板下皮肤溃疡及骨筋膜室综合征的形成。

3.骨牵引：对于胫腓骨短缩移位，需要骨牵引维持骨折长度。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种十九 骨折病（腓骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或腓骨骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.15）。

西医诊断：推荐第一诊断为腓骨骨折（ICD-10编码：S82.400）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

局部肿胀，疼痛，压痛明显，畸形，功能丧失。

X线摄片检查可明确诊断及骨折分类、移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

应常规检查足背动脉、胫后动脉，腓总神经有无损伤。注意骨筋膜间室综合征的发生。

X线检查，了解骨折类型。

对于胫、腓骨远端涉及干骺端及关节面的骨折（Pilon骨折）诊断上除了标准的前后位和侧位摄片，还可行CT及三维重建，了解骨折移位、压缩方向和程度。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确腓骨骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．石膏固定：用于裂纹骨折或无移位骨折。

2．夹板固定：复位后较稳定的骨折，以夹板固定。上1/3骨折要超膝关节，下1/3骨折要超踝关节，并根据骨折的类型而放置相应的压垫。须注意预防小腿内侧夹板下皮肤溃疡及骨筋膜室综合征的形成。

3.骨牵引：对于腓骨短缩移位，需要骨牵引维持骨折长度。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十 骨折病（胫骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或胫骨骨折（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.14）。

西医诊断：推荐第一诊断为胫骨骨折（ICD-10编码：S82.203）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

局部肿胀，疼痛，压痛明显，畸形，功能丧失。

X线摄片检查可明确诊断及骨折分类、移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀、畸形较显著，甚至有骨擦音，异常活动。骨折可有成角和重叠移位。

应常规检查足背动脉、胫后动脉，腓总神经有无损伤。注意骨筋膜间室综合征的发生。

X线检查，了解骨折类型。

对于胫、腓骨远端涉及干骺端及关节面的骨折（Pilon骨折）诊断上除了标准的前后位和侧位摄片，还可行CT及三维重建，了解骨折移位、压缩方向和程度。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择，如凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确胫骨骨折（非陈旧性）。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．石膏固定：用于裂纹骨折或无移位骨折。

2．夹板固定：复位后较稳定的骨折，以夹板固定。上1/3骨折要超膝关节，下1/3骨折要超踝关节，并根据骨折的类型而放置相应的压垫。须注意预防小腿内侧夹板下皮肤溃疡及骨筋膜室综合征的形成。

3.骨牵引：对于胫骨短缩移位，需要骨牵引维持骨折长度。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术治疗

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十一 骨折病（肱骨干骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或肱骨骨折GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.05）。

西医诊断：推荐第一诊断为肱骨干骨折（ICD-10编码：S42.300）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）疾病诊断

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/T001.9-94）》。

有外伤史。

好发于老年人，亦可发生于成年人及儿童。

局部肿胀，上臂内侧可见瘀斑，疼痛，压痛，功能障碍，可触及骨擦音和异常活动。

X线摄片检查可确定骨折类型及移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀，腋前皱褶处有瘀斑。

需拍正侧位X线片。有时正位片显示骨折并无移位，但在侧位片上却可看到有明显的成角畸形。如因疼痛而不能上举患肢者，可采用经胸投射法拍片。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择CT/MRI、凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确肱骨干骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．三角巾或前臂吊带悬吊：适用于无移位骨折或不全骨折。

2．超肩关节夹板固定：适用于复位后骨折处稳定的外展型骨折或粉碎型骨折。

3．外展支架固定：适用于复位后骨折处稳定的内收型骨折。也可以先用夹板固定，然后放置在外展支架上。

4.闭合复位穿针外固定：适用于复位后骨折处不稳定的患者。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十二 骨折病（肱骨外科颈骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或肱骨骨折GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.05）。

西医诊断：第一诊断为肱骨外科颈骨折（ICD-10编码：S42.202）。

（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/T001.9-94）》。

有外伤史。

好发于老年人，亦可发生于成年人及儿童。

局部肿胀，上臂内侧可见瘀斑，疼痛，压痛，功能障碍，可触及骨擦音和异常活动。

X线摄片检查可确定骨折类型及移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

局部疼痛、肿胀，腋前皱褶处有瘀斑。

需拍正、Y位X线片。有时正位片显示骨折并无移位，但在Y位片上却可看到有明显的成角畸形。

肱骨近端骨折的Neer分型：I型：无移位或移位小于1cm或成角小于45度；II型：解剖颈骨折（2部分骨折）；III型：外科颈骨折（2部分骨折）；IV型：大结节骨折（2、3、4部分骨折）；V型：小结节骨折（2、3、4部分骨折）；VI型：骨折脱位型（2、3、4部分骨折及累及关节面的骨折）。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

3.骨折分型

1.外展型骨折：比较多见。跌倒时患者上肢外展，手掌撑地，外力沿上肢纵轴由下向上传导至外科颈发生骨折，肱骨头内收，肱骨干外展，断端外侧嵌插而内侧分离，多向内成角。

2.内收型骨折：临床较少见，移位与成角与外展型相反，即跌倒时，上臂在内收位，手掌撑地，外力沿上肢纵轴自下而上传到至外科颈发生骨折。肱骨头外展，肱骨干内收，断端外侧分离而内侧嵌入，向外侧突起成角。

3.粉碎型骨折：临床较少见，以老年患者多见，患者跌倒，由于老年患者骨质疏松严重，导致肱骨外科颈断裂成几块。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择CT/MRI、凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学明确肱骨外科颈骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法(非必备)

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：接骨紫金丹加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1.超肩关节夹板固定：适用于复位后骨折处稳定的外展型骨折或粉碎型骨折。

2.外展支架固定：适用于复位后骨折处稳定的内收型骨折。也可以先用夹板固定，然后放置在外展支架上。

3.闭合复位穿针外固定：适用于复位后骨折处不稳定的患者。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十三 骨折病（股骨颈骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或股骨骨折GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.12）。

西医诊断：推荐第一诊断为股骨颈骨折（ICD-10编码：S72.000）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）》。

有明显受伤史。

髋部疼痛、肿胀，不敢站立和行走。腹股沟中点下方附近压痛，足跟部和大粗隆部叩击痛。有移位骨折时，患肢缩短，呈外旋、外展、屈髋、屈膝畸形，并可扪及股骨大转子上移。

髋关节正侧位X片可明确骨折部位、类型和移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

有摔倒受伤史。

伤后感髋部疼痛，下肢活动受限，不能站立和行走。患肢出现外旋、短缩畸形。

X线片显示：股骨颈部出现骨折线(如早期X线片阴性，而临床怀疑骨折可能，应卧床休息，穿防旋转鞋制动，2～3周后再次摄片以排除骨折。或者当即行MR或CT检查以明确诊断)。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后1～2周内

气滞血瘀证：损伤早期，局部瘀肿明显，疼痛较甚，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：损伤中期，瘀血未尽，筋骨未坚夜间隐痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期，骨折愈合迟缓，骨痂较少，腰膝酸软，面色少华，舌淡胖，苔薄白，脉细。

3.骨折分型

1.按骨折线部位分型

（1）股骨头下骨折：骨折线位于股骨头下，使旋股内、外侧动脉发出的营养血管支损伤，中断了股骨头的血液供应，仅有供血量很少的股骨头小凹动脉供血，致使股骨头严重缺血，故发生股骨头缺血坏死的机会很大。

（2）经股骨颈骨折：骨折线位于股骨颈中部，常呈斜形，多有一三角骨块与股骨头相连。骨折使由股骨干发出的滋养动脉升支损伤，导致股骨头供血不足，发生股骨头缺血坏死，或骨折不愈合。

（3）股骨颈基底骨折：骨折线位于股骨颈与大、小转间连线处。由于有旋股内、外侧动脉分支吻合成的动脉环提供血循环，对骨折部血液供应的干扰较小，骨折容易愈合。

2.按骨折移位程度分型（Garden分型法）

Garden于1961年提出这一分型方法，是目前国内外学者常用的分型方法。Garden按骨折移位的程度分为四类。

Ⅰ型 为不完全骨折或外展嵌插型骨折伴有股骨头一定程度后倾。

Ⅱ型 完全骨折没有发生移位。

Ⅲ型 完全骨折部分移位，股骨头外展，股骨颈轻度上移并外旋。

Ⅳ型 完全骨折完全移位，股骨颈明显上移外旋。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择CT/MRI、凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确股骨颈骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1．血瘀气滞证

治法：行气活血，消肿止痛。

推荐方药：活血止痛汤加减。外敷定痛膏、消定膏等。或具有同等功效的中成药。

2.瘀血凝滞证

治法：活血和营，接骨续筋。

推荐方药：舒筋活血汤加减。或具有同等功效的中成药。

3．肝肾不足证：

治法：补益肝肾，调养气血。

推荐方药：八珍汤等加减。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1.复位固定法

（1）牵引复位

对于有移位的股骨颈骨折，临床常采用胫骨结节骨牵引3～7日，牵引重量维持在体重的1/10左右即可。牵引2～3天后，要床边摄片，以观察牵引重量是否需要调整。骨牵引治疗可使骨折复位，减轻病人痛苦，常作为手术前常规治疗方法。亦可行皮肤牵引，以减轻患者痛苦。

（2）牵引床快速复位

作为内固定前的常规复位方法。麻醉后，患者仰卧于多功能骨科牵引手术床，会阴部顶一立柱，双足固定于牵引架上，双下肢伸直，固定患肢于外展30°，外旋15°位，牵引复位，牵引患肢至双下肢等长，然后再使患肢内旋15°。C形臂或G形臂X光机观察骨折复位情况。使骨折对位对线尽量达解剖复位。复位质量多采用Garden指数来衡量。在正位片上，股骨头内侧承重骨小梁的中心轴线与股骨干内侧皮质呈160～170°角，如果小于160°则表示有髋内翻，大于180°则表示有髋外翻。侧位片上股骨头与股骨颈轴线呈180°角，正常的指数变动应在20°之内。多数骨折均可用此法达到满意复位。

（3）手法复位

适用于股骨颈基底部骨折伴有短缩外旋移位或牵引复位失败的患者。患者仰卧，助手固定骨盆。术者一手握患踝，另一侧上肢屈肘置于患肢腘窝，使患肢缓缓屈曲膝、髋至90°，逐渐用力向上拔伸牵引，纠正短缩畸形。再缓慢伸膝伸髋，同时内旋、外展髋关节，纠正外旋移位，使骨折面紧密接触。手掌试验可验证整复效果，如外旋畸形消失，则表明复位成功。

（4）“丁字鞋”固定

适用于手法复位成功者和稳定骨折者。患者仰卧于病床，患足穿一带有横木板的“丁字鞋”，患肢放在外展30°、膝关节略屈曲、足踝中立位。如牵引复位固定者，可配合“丁字鞋”固定，一般固定6～8周。

（三）手术治疗

对于Garden II型以上，符合手术指征者，可采用手术疗法。

1.闭合复位空心钉加压内固定。

2.人工股骨头置换术或人工全髋关节置换术。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失。

好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛。

未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛、局部压痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十四 骨折病（锁骨骨折）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.）或锁骨骨折GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.01.03）。

西医诊断：推荐第一诊断为锁骨骨折（ICD-10编码：S42.000）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.9-94）及《中医正骨学》第二版（董福慧等主编， 人民卫生出版社，2005年）。

有外伤史。

多发于锁骨中1／3或中外1／3交界处。

主要症状：骨折局部肿胀压痛明显，有移位骨折可触及异常活动及骨擦音。

X线摄片检查可确定骨折类型及移位情况。

（2）西医诊断标准：参照《临床诊疗指南——骨科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）。

有外伤史。

多发于锁骨中1／3或中外1／3交界处。

主要症状：骨折局部肿胀压痛明显，有移位骨折可触及异常活动及骨擦音。

X线摄片检查可确定骨折类型及移位情况。

2.骨折分期和证候分型

（1）早期：伤后2周内

气滞血瘀证：外伤后经络受损，血溢脉外，瘀于皮下筋膜，阻塞气血、气滞血瘀。局部压痛，舌质淡，苔薄白，脉弦。

（2）中期：伤后2～4周

瘀血凝滞证：仍有瘀凝气滞，肿痛尚未尽除，断骨已正，骨折未愈，伤处疼痛拒按则加剧，功能活动障碍。舌红或有瘀点，苔白，脉弦。

（3）后期：伤后4周以上

肝肾亏虚证：损伤后期。或伴面色少华，头晕心悸，呼吸气短，舌淡，苔白，脉虚细；或腰膝酸软，失眠多梦。舌淡红，苔少，脉沉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、X光平片、心电图、肝功能、肾功能。

2.可选择的检查项目：根据病情需要选择凝血功能、免疫功能等。

（四）医保支付入院标准

影像学检查明确锁骨骨折（非陈旧性）。

二、推荐治疗方法（非必备)

（一）辨证论治

1.早期：气滞血瘀证

治法：宽胸理气，逐瘀止痛。

推荐方药：伤气重者，复元活血汤加减。伤血重者，血府逐瘀汤加减。或具有同等功效的中成药。

2.中期：瘀血凝滞证

治法：调和营卫，化瘀和伤。

推荐方药：三棱和伤汤（《中医伤科学讲义》）加减。或具有同等功效的中成药。

3.后期：肝肾亏虚证

治法：补益气血，滋补肝肾。

推荐方药：偏气血不足者，八珍汤合柴胡疏肝散加减。偏肝肾亏虚者，六味地黄汤加味。或具有同等功效的中成药。

（二）外固定

1．三角巾悬吊固定

适用于幼儿青枝骨折或其他不全骨折，悬吊2-3周。

2.“8”字绷带固定

固定用布绷带做“8”字交叉环形固定或锁骨带固定4周，包扎时必须将两肩固定，同时用棉垫保护腋窝内神经血管。如病人有手或前臂麻木感、桡动脉搏动触不到．表明布带包扎过紧。应即适当放松至解除症状为止。

3.亦可采用多功能肩锁固定带固定。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

（五）手术疗法

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）进行评价。

治愈：骨折对线满意，骨折已骨性愈合，断端无压痛，功能恢复。

好转：骨折对线满意或欠佳，骨折处有骨痂形成，功能未完全恢复。

未愈：骨折不愈合或明显畸形愈合，功能障碍。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.一般根据患者主诉疼痛等，治疗后X线片骨折愈合等情况，进行评价。

2.出院转归、临床症状的变化。

3.中医中药费用占比≥35%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解。

2.X线片复查达到功能复位或解剖复位标准。

病种二十六 咳嗽病（急性支气管炎，≤14岁）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为小儿咳嗽（GB/T15657-2021 中医病证代码：A10.04.01），或咳嗽病（GB/T15657-2021 中医病证代码：：A04.04.01.）。

西医诊断：推荐第一诊断为急性支气管炎（ICD-10编码：J20.900）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参考《中华人民共和国中医药行业标准-中医病症诊断疗效标准•中医儿科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）[1]、《中医儿科学》（新世纪第四版）（马融主编，中国中医药出版社，2016年出版）的诊断标准。

咳嗽是因邪犯肺系，肺失宣肃，肺气上逆所致的以咳嗽为主要症状的一种肺系病证。  
 主要临床表现：咳而有声，或伴咯痰。  
 由外感引发者，多起病急、病程短，常伴恶寒发热等表证；由外感反复发作或其他脏腑功能失调引发者，多病程较长，可伴喘及其他脏腑失调的症状。

（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）。

症状：起病急，通常全身症状较轻，可有发热。初为干咳或少量粘液痰，随后痰量逐渐增多，咳嗽加剧，偶伴血痰等。

体征：查体可无明显阳性表现。也可在两肺闻及散在干、湿性啰音，部位不固定，咳嗽后减少或消失。

实验室检查：白细胞计数可正常。伴有感染者，可伴有中性粒细胞百分比升高，血沉加快。X线胸片一般无异常或仅有肺纹理增粗。

无慢性肺部疾病者需除外肺炎。

根据病史、咳嗽和咳痰等症状，两肺散在干湿性啰音等体征，结合血象和X线胸片，可作出临床诊断。

2.证候诊断

1.风寒袭肺证：①咳嗽、痰白、痰清稀，或干咳；②鼻塞、流清涕；③恶寒、无汗或并发热；④肢体酸痛；⑤舌苔白，或脉浮或浮紧。

具备①项，加②、③、④、⑤中2 项。

2.风热犯肺证：①咳嗽、痰黄或白黏，或痰少、咯痰不爽，或干咳；②鼻塞、流浊涕，或鼻窍干热；③恶风或并发热；④咽干甚则咽痛；⑤口干渴； ⑥舌尖红，或舌苔薄黄或薄白干，或脉浮数。

具备①项，加②、③、④、⑤、⑥中3 项。

3.燥邪犯肺证①干咳，或痰少或黏、难以咯出；②唇鼻干燥； ③口干甚则口渴；④咽干甚则咽痛；⑤恶风或并发热；⑥舌尖红，或舌苔薄黄或薄白干，或脉浮或浮数。

具备①、②2 项，加③、④、⑤、⑥中2 项。

4.痰热壅肺证：①咳嗽；②痰黏、色黄，或咯痰不爽；③发热，或口渴； ④大便秘结；⑤舌质红，或舌苔黄或黄腻，或脉数或滑数。

具备①、②2 项，加③、④、⑤中2 项。

5.痰湿阻肺证：①咳嗽；②痰多、白黏或泡沫；③口黏腻，或纳呆或食少；④胃脘痞满；⑤舌边齿痕，或舌苔白或白腻，或脉滑或脉濡或弦滑。

具备①、②2 项，加③、④、⑤中2 项。

6.肺气虚证：①咳嗽，或咯痰无力；②神疲或乏力或气短，动则加重；③自汗、动则加重；④畏风寒，或易感冒；⑤舌质淡，或脉沉细或沉缓或细弱。具备①项，加②、③、④、⑤中2 项。

7.气阴两虚证：①干咳或咳嗽少痰；②神疲或乏力或气短，动则加重；③畏风寒，或易感冒；④自汗或盗汗；⑤手足心热；⑥口干甚则口渴；⑦舌体胖大甚至边有齿痕或舌体瘦小，或舌质淡或红，或舌苔薄少或花剥，或脉沉细或细弱或细数。

具备①项，加②、③、④中2 项及⑤、⑥、⑦中2 项。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能、C-反应蛋白（CRP）等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如电解质、病原学、感染性疾病筛查、X线胸片和/或CT、心电图心脏彩超、肺功能、支气管镜、采用其他方法留取其他部位标本检查等。

（四）医保支付入院标准：

同时具备1、2、3项（三岁及以下具备1、2项），即符合医保支付标准：

1.临床诊断明确；

2.病程中体温大于等于38.5℃；

3.胸部X线或CT检查：显示支气管炎症性改变。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

1.风寒袭肺证

治法：疏风散寒、宣肺止咳

推荐方药：三拗汤合止嗽散加减。或具有同类功效的中成药。

2.风热犯肺证

治法：疏风清热、宣肺化痰

推荐方药：桑菊饮加减。或具有同类功效的中成药。

3.燥邪犯肺证

治法：清肺润燥、疏风清热

推荐方药：桑杏汤加减。或具有同类功效的中成药。

4.痰热壅肺证

治法：清热化痰、肃肺止咳

推荐方药：清金化痰汤加减。或具有同类功效的中成药。

5.痰湿阻肺证

治法：燥湿健脾、化痰止咳

推荐方药：二陈汤合三子养亲汤加减。或具有同类功效的中成药。

6.肺气虚证

治法：补肺益气、宣肺止咳

推荐方药：补肺汤合玉屏风散加减。或具有同类功效的中成药。

7.气阴两虚证

治法：益气养阴、润肺止咳

推荐方药: 生脉散合沙参麦冬汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）其他中医特色疗法

（1）穴位贴敷：适用于风寒、风热外侵咳嗽。肺气虚寒、寒饮犯肺证可用温阳散寒药敷贴背部腧穴。

（2）灸法：采用麦粒灸；或予艾条灸，以皮肤潮红为度，可和针刺配合应用。

（3）针刺：

根据病情还可选择拔罐疗法、砭石疗法等。

（三）西药治疗

主要以止咳化痰对症治疗为主，若发生支气管痉挛时，可用平喘药物。发热可用解热镇痛药物对症处理。抗生素必要时进行使用，应按照《抗菌药物临床应用指导原则》执行。根据细菌培养及药敏结果及时调整用药。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：

临床痊愈：体温恢复正常，咳嗽、咯痰主症消失，其它临床症状消失或明显好转。

显效：体温恢复正常，咳嗽、咯痰主症及其它临床症状明显好转。肺部体征明显好转。

有效：发咳嗽、咯痰主症减轻及肺部体征好转。

无效：咳嗽、咯痰主症及肺部体征无明显变化或加重，其他临床症状也多无改善或加重。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1．主要症状：咳嗽、痰鸣、的改善情况；

2．体征：肺部啰音改善情况；

3.中医中药费用占比≥30%；

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）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。

病种二十七 中风病（腔隙性脑梗死）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为中风病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.01.01.）或眩晕（GB/T15657-2021 中医病证代码：A17.07）。

西医诊断：第一诊断为腔隙性脑梗死（ICD-10 编码：I63.801）。

（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发布的《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T19-2008）。

临床表现为：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。

往往安静状态下急性起病，渐进加重，或有反复出现类似症状的病史。少部分患者可起病突然，病情发展迅速，伴有神志昏蒙。

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。

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）可明确缺血性中风的诊断。

西医诊断标准：参照2014年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性期缺血性脑卒中诊治指南2014》。

神经功能缺损症状；

症状和体征持续24h以上；

排除非血管性脑部病变；

脑CT或MRI排除脑出血和其他病变，有责任缺血病灶。

2.证候诊断

中经络

（1）风痰阻络证：头晕目眩，痰多而黏，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

（2）痰热腑实证：腹胀便干便秘，头痛目眩，咯痰或痰多，舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

（3）阴虚风动证：眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥，舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

（4）气虚血瘀证：面色晄白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔白腻，有齿痕，脉沉细。

（三）入院检查项目

1.必要的检查项目：头颅影像学检查（CT或MRI）、血常规+血型、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖、电解质、心电图、胸部X线片或胸部CT、经颅多普勒超声。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如头颅MRA、DSA或CTA、C反应蛋白、颈动脉B超、传染性疾病筛查、风湿免疫疾病筛查、超声心动图、同型半胱氨酸、D-2聚体、凝血功能检查、24小时动态血压监测、心理测评及智能测评、双下肢血管B超等。

（四）医保支付纳入标准

1.临床诊断明确，脑部CT/MRI等影像学检查提示腔隙性脑梗死；

2.急性期、恢复期患者；

3.有神经功能缺失症状或体征。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）辨证论治

（1）风痰阻络证

治法：熄风化痰通络

推荐方药：中风痰瘀汤加减。或化痰通络方加减。或具有同类功效的中成药。

（2）痰热腑实证

治法：化痰通腑

推荐方药：星蒌承气汤加减。或可选用大承气汤加减。或具有同类功效的中成药。

（3）阴虚风动证

治法：滋阴熄风

推荐方药：中风肝肾汤加减，或育阴通络汤加减。或可选用镇肝熄风汤加减。或具有同类功效的中成药。

部分患者在此基础上辨证属于肝阳上亢证，治疗宜平肝熄风为主，天麻钩藤饮加减。

（4）气虚血瘀证

治法：益气活血

推荐方药：中风气血汤加减。或补阳还五汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）针刺与灸法治疗

穴位注射、穴位贴敷、子午流注开穴法、耳针、灸法、雷火灸等。

（三）康复治疗

（四）中医特色疗法

1.中药烫熨治疗

2.物理因子治疗

根据病情需要，可选用以下设备：

多功能艾灸仪、数码经络导平治疗仪、针刺手法针疗仪、特定电磁波治疗仪及经络导平治疗仪、智能通络治疗仪等，开展物理因子治疗，如神经肌肉电刺激疗法、功能性电刺激疗法、肌电生物反馈、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪、脑电仿生电刺激等。

（五）西药治疗

参照2018年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性期缺血性脑卒中诊治指南2018》和《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》。主要包括危险因素控制、抗血小板聚集等，出现并发症及时处理。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参照国家食品药品监督管理局2015年发布的《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》拟定。

（1）改良Rankin量表

0～1分为临床完全恢复或基本完全恢复，临床结局良好。

＞1分为临床结局不良。

（2）美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）

治疗后NIHSS评分减分≥5～7分为有效。或治疗后NIHSS总积分≤1分为临床恢复良好。

（3）Barthel指数

100～95分为临床完全恢复或基本完全恢复，临床结局良好。

﹤95分为临床结局不良。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价规则

1.出院转归达好转以上。

2.中医中药费用占比≥30%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.病情好转，主要症状有所改善。

2.无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

3.形成具有中医特色的个体化的二级预防方案。

病种二十八 肛痈（肛周脓肿）

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为肛痈（GB/T15657-2021 中医病证代码：A08.03.04）。

西医诊断：第一诊断为肛周脓肿（ICD-10编码：K61.001）。

（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/T001.7-94）。

局部症状：起病急骤，肛周肿痛，便时痛剧，继而破溃流脓经久不愈。

全身症状：头身痛，乏力，大便秘结，小便黄赤。

分类：以肛提肌为界，将肛管直肠周围脓肿分为低位肛管直肠周围脓肿和高位肛管直肠周围脓肿。前者包括肛门周围皮下脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、括约肌间隙脓肿、肛管后间隙脓肿，后者包括骨盆直肠间隙脓肿、直肠后间隙脓肿、直肠黏膜下脓肿。

（2）西医诊断标准：参照《外科学》第8版(陈孝平等主编，人民卫生出版社，2013年)。

肛门烧灼痛或跳痛，排便或行走时加重，少数患者伴有排尿困难。

可伴有发冷、发热、全身不适等症状。

肛周超声检查可测及脓腔。

血白细胞及中性粒细胞计数可有不同程度的增多。

肛门周围有硬结或肿块，局部温度增高、压痛或有波动感。

位于肛提肌以下的脓肿，局部红、肿、热、痛症状较重而全身症状较轻；位于肛提肌以上的脓肿，局部症状较轻而全身症状较重，直肠指检可触及压痛性肿块，肛周穿刺可抽出脓液。

必要时辅助直肠腔内超声检查，CT或磁共振（MRI）检查发现病灶可以确诊。

2.证候诊断

（1）湿热毒盛：肛门周围突然肿痛，持续加剧，伴有恶寒、发热、便秘、溲赤。肛周红肿，触痛明显，质硬，表面灼热。舌红，苔薄黄，脉数。

（2）火毒炽盛：肛门肿痛剧烈，可持续数日，痛如鸡啄，夜寐不安，伴有恶寒发热，口干便秘，小便困难。肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓。舌红，苔黄，脉弦滑。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：肛门视诊、肛门指检、血常规、血型、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、心电图、胸部透视或胸部X线片。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如直肠腔内超声、盆底肛门部CT或磁共振（MRI）C反应蛋白、血沉、乙型肝炎表面抗原；丙型肝炎抗体、血清梅毒抗体、艾滋病抗体检查；血糖；血脂；电解质、凝血功能；肝胆脾超声等。

(四)医保支付入院标准

1.临床诊断明确；

2.有手术适应症。

二、推荐治疗方法（非必备）

(一)辨证论治

1.湿热毒盛型

治法：清热解毒

推荐方药：仙方活命饮加减。或选择具有同类功效的中成药。

中药熏洗：根据患者证候特点，选择三黄液或具有清热泻火解毒类的中药随证加减。

中药外用：可选用具有清热解毒、消肿止痛的栓剂纳肛或中药膏剂外敷。

2.火毒炽盛证

治法：清热解毒透脓

推荐方药：透脓散加减。或选择具有同类功效的中成药。

中药熏洗：根据患者证候特点，选择三黄液或具有清热解毒透脓类的中药随证加减。

中药外用：可选用具有清热解毒、消肿止痛的栓剂纳肛或中药膏剂外敷。

（二）手术治疗

1.手术方式

（1）肛管直肠周围脓肿切开挂线术

适应证：适用于内口明确的肛管直肠周围脓肿。

（2）肛管直肠周围脓肿切开引流术

适应证：适用于肛管直肠周围脓肿。

（三）西药治疗

感染、发热等合并症的对症治疗，参照《抗菌药物应用临床指导原则》（2015版）。

三、疗效评价

(一)评价标准

1.出院转归：参照中医症候疗效评价标准：参照2002年国家卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》拟定。

显效：临床症状、体征明显改善。

有效：临床症状、体征均有好转。

无效：临床症状、体征无明显改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

(二)评价方法

1.出院转归达有效以上。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

4.疼痛采用VAS（visual analogue scale）评分法。

（三）出院标准

1.肛管直肠周围脓肿病灶消失，切口无脓性分泌物，创面基本愈合。

2.肛门无疼痛，排便正常。

3.无需继续住院治疗的并发症。

病种二十九 颈椎病（混合型颈椎病）

一、患者纳入

（一）适用对象：

中医诊断：第一诊断为颈椎病(GB/T15657-2021 中医病证代码： A03.06.04.05）。

西医诊断：第一诊断为混合型颈椎病 (ICD-10编码: M47.802)。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

有慢性的劳损外伤史，或有颈椎先天性畸形、退性行病变。

多发于40岁以上中年人，长期低头工作者或习惯于长时间看电视、录相、上网者，往往呈慢性发病。

颈、肩背疼痛，颈部板硬，上肢麻木。

活动功能受限，病变颈椎棘突，患侧肩胛骨内上角常有压痛，可摸到条索状硬结或肌痉挛，可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩，臂丛牵拉试验阳性。椎间孔挤压试验阳性。

X线正位摄片显示，钩椎关节增生，张口位可有齿状突偏歪，侧位摄片显示颈椎曲度变直，椎间隙变窄，有骨质增生或韧带钙化，斜位摄片可见椎间孔变小。CT及MRI检查对定性定位诊断有意义。

（2）西医诊断标准：参照中国康复医学会颈椎病专业委员会2010年颁布的《颈椎病诊治与康复指南》，两种或以上颈椎病类型同时存在，称为“混合型”颈椎病。

颈型 具有典型的落枕史及①颈项强直、疼痛，可有整个肩背疼痛发僵，不能做点头、仰头及转头活动，呈斜颈姿势。需要转颈时，躯干必须同时转动，也可出现头晕的症状。②少数患者可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻，咳嗽或打喷嚏时症状不加重等颈部症状、体征；影像学检查可正常或仅有生理曲度改变或轻度椎间隙狭窄，少有骨赘形成。

神经根型 具有根性分布的症状（麻木、疼痛）和体征；椎间孔挤压试验或(和)臂丛牵拉试验阳性；影像学所见与临床表现基本相符合；排除颈椎外病变（胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等）所致的疼痛。

脊髓型 出现颈脊髓损害的临床表现；影像学显示颈椎退行性改变、颈椎管狭窄，并证实存在与临床表现相符合的颈脊髓压迫；除外进行性肌萎缩性脊髓侧索硬化症、脊髓肿瘤、脊髓损伤、继发性粘连性蛛网膜炎、多发性末梢神经炎等。

交感型 诊断较难，目前尚缺乏客观的诊断指标。出现交感神经功能紊乱的临床表现，影像学显示颈椎节段性不稳定。对部分症状不典型的患者，如果行星状神经节封闭或颈椎高位硬膜外封闭后，症状有所减轻，则有助于诊断。除外其他原因所致的眩晕：①耳源性眩晕；②眼源性眩晕；③脑源性眩晕；④血管源性眩晕；⑤其他原因，如糖尿病、神经官能症、过度劳累、长期睡眠不足等引起的眩晕。

椎动脉型 曾有猝倒发作，并伴有颈性眩晕；旋颈试验阳性；影像学显示节段性不稳定或钩椎关节增生；除外其他原因导致的眩晕；颈部运动试验阳性。

2.分期诊断

（1）急性期：也称为炎性水肿期，发病1周内。颈肩部疼痛剧烈，颈椎活动受限，稍有活动即可使颈肩臂部疼痛加重，疼痛剧烈时难以坐卧，被动以健肢拖住患肢，影响睡眠。

（2）慢性期：也称为缺血期，发病后1～2周。颈僵，颈肩背部酸沉，颈椎活动受限，患肢串麻疼痛，可以忍受。

（3）恢复期：发病2周后。颈肩部及上肢麻痛症状消失，但颈肩背及上肢酸沉症状仍存，受凉或劳累后症状加重。

3.证候诊断

（1）风寒痹阻证：颈、肩、上肢串痛麻木，以痛为主，头有觉重感，颈部僵硬，活动不利，恶寒畏风。舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

（2）血瘀气滞证：颈肩部、上肢刺痛，痛处固定，伴有肢体麻木。舌质暗，脉弦。

（3）痰湿阻络证：头晕目眩，头重如裹，四肢麻木有仁，纳呆。舌暗红，苔厚腻，脉弦滑。

（4）肝肾不足证：眩晕头痛，耳鸣耳聋，失眠多梦，肢体麻木，面红目赤。舌红少苔，脉弦。

（5）气血亏虚证：头晕目眩，面色苍白，心悸气短，四肢麻木，倦怠乏力。舌淡苔少，脉细弱。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、心电图、颈椎X线片。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如血糖、电解质、血沉、凝血功能、血脂、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白、胸片、肌电图、颈椎CT或MRI等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确，X线明确颈椎曲度改变或颈椎关节不稳或椎间隙狭窄、骨质增生，或磁共振提示颈椎间盘突出，脊髓神经根受压。

2.存在有颈部僵直、活动受限、患侧上肢感觉麻木，或伴有肌力下降，有时出现持物坠落等严重影响生活质量的症状。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1.风寒痹阻证

治法：祛风散寒，祛湿通络

推荐方药：羌活胜湿汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.血瘀气滞证

治法：行气活血，通络止痛

推荐方药：桃红四物汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.痰湿阻络证

治法：祛湿化痰，通络止痛

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。或具有同类功效的中成药。

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，通络止痛

推荐方药：肾气丸加减。或具有同类功效的中成药。

5.气血亏虚证

治法：益气温经，和血通痹

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）特色疗法

1.手法治疗

（1）松解类手法

（2）调整类手法

2.针刺治疗：局部取穴为主，远部取穴为辅，可选用运动针灸、平衡针、腹针、头针、手针、火针、铍针等特色针刺疗法。

3.艾灸治疗：直接灸、艾条灸、热敏灸、雷火灸等。

4.针刀疗法：有明确压痛点者，在严格消毒的前提下可实施针刀治疗，以颈肩部阿是穴、筋结为松解减压部位。

5.牵引疗法。

（三）其他疗法

1.其他外治法：敷贴、刮痧、拔罐、中药离子导入等。

2.物理治疗：红外线照射、蜡疗、超声药物透入、电磁疗法等。

3.手术疗法

神经根压迫严重出现肌肉麻痹无力、疼痛难忍，经过系统保守治疗无效者，要根据病理变化选取射频消融、热凝，髓核摘除，植骨融合内固定，椎管成形及人工间盘置换术等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

临床控制：治疗后症状体征消失，颈椎活动正常，治疗后症状积分0～1分。

显效：治疗后症状体征基本消失，颈椎活动基本正常，能参加正常活动和工作。

有效：治疗后症状体征有所改善，颈椎活动基本正常，参加正常活动和工作能力改善。

无效：治疗后症状体征与治疗前无明显改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.疼痛程度应用视觉模拟评分法（Visualanalogue scale,VAS）进行评价。

2.Oswestry功能障碍指数问卷表（ODI）急性进行功能评价。

3.中医中药费用占比≥40%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.颈项部及上肢疼痛症状消失或明显好转。

2.日常生活能力基本恢复。

3.无需继续住院治疗的并发症。

病种三十 颈椎病（神经根型颈椎病）

一、患者纳入

（一）适用对象：

中医诊断：第一诊断为颈椎病(GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04.05）。

西医诊断：第一诊断为神经根型颈椎病 (ICD-10编码: M47.201)。

（二）诊断依据

1.疾病诊断

（1）中医诊断标准：参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

有慢性的劳损外伤史，或有颈椎先天性畸形、退性行病变。

多发长期低头工作者或习惯于长时间看电视、录相、上网者，往往呈慢性发病。

颈、肩背疼痛，颈部板硬，上肢麻木。

活动功能受限，病变颈椎棘突，患侧肩胛骨内上角常有压痛，可摸到条索状硬结或肌痉挛，可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩，臂丛牵拉试验阳性。椎间孔挤压试验阳性。

X线正位摄片显示，钩椎关节增生，张口位可有齿状突偏歪，侧位摄片显示颈椎曲度变直，椎间隙变窄，有骨质增生或韧带钙化，斜位摄片可见椎间孔变小。CT及MRI检查对定性定位诊断有意义。

（2）西医诊断标准：参照中国康复医学会颈椎病专业委员会2010年颁布的《颈椎病诊治与康复指南》。

具有根性分布的症状（麻木、疼痛）和体征。

椎间孔挤压试验或/和臂丛牵拉试验阳性。

影像学所见与临床表现基本相符合。

2.分期诊断

（1）急性期：也称为炎性水肿期，发病1周内。颈肩部疼痛剧烈，颈椎活动受限，稍有活动即可使颈肩臂部疼痛加重，疼痛剧烈时难以坐卧，被动以健肢拖住患肢，影响睡眠。

（2）慢性期：也称为缺血期，发病后1～2周。颈僵，颈肩背部酸沉，颈椎活动受限，患肢串麻疼痛，可以忍受。

（3）恢复期：发病2周后。颈肩部及上肢麻痛症状消失，但颈肩背及上肢酸沉症状仍存，受凉或劳累后症状加重。

3.证候诊断

（1）风寒痹阻证：颈、肩、上肢串痛麻木，以痛为主，头有觉重感，颈部僵硬，活动不利，恶寒畏风。舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

（2）血瘀气滞证：颈肩部、上肢刺痛，痛处固定，伴有肢体麻木。舌质暗，脉弦。

（3）痰湿阻络证：头晕目眩，头重如裹，四肢麻木有仁，纳呆。舌暗红，苔厚腻，脉弦滑。

（4）肝肾不足证：眩晕头痛，耳鸣耳聋，失眠多梦，肢体麻木，面红目赤。舌红少汗，脉弦。

（5）气血亏虚证：头晕目眩，面色苍白，心悸气短，四肢麻木，倦怠乏力。舌淡苔少，脉细弱。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：

血常规、尿常规、便常规；肝功能、肾功能、心电图、颈椎X线片。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如血糖、凝血功能、肌电图、颈椎CT或MRI、血脂、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白、电解质、血沉、胸片等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确，影像学检查明确颈椎曲度改变或颈椎关节不稳或椎间隙狭窄、骨质增生，MRI明确相应的神经根受压表现；

2.存在有颈部僵直、活动受限、患侧上肢感觉麻木，或伴有肌力下降，有时出现持物坠落等严重影响生活质量的症状。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1.风寒痹阻证

治法：祛风散寒，祛湿通络

推荐方药：羌活胜湿汤加减。或具有同类功效的中成药。

2.血瘀气滞证

治法：行气活血，通络止痛

推荐方药：桃红四物汤加减。或具有同类功效的中成药。

3.痰湿阻络证

治法：祛湿化痰，通络止痛

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。或具有同类功效的中成药。

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，通络止痛

推荐方药：肾气丸加减。熟地黄、或具有同类功效的中成药。

5.气血亏虚证

治法：益气温经，和血通痹

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。或具有同类功效的中成药。

（二）特色疗法

1.手法治疗

（1）松解类手法

（2）调整类手法

2.针刺治疗：局部取穴为主，远部取穴为辅，可选用运动针灸、平衡针、腹针、头针、手针、火针、铍针等特色针刺疗法。

3.艾灸治疗：直接灸、艾条灸、热敏灸、雷火灸等。

4.针刀疗法：有明确压痛点者，在严格消毒的前提下可实施针刀治疗，以颈肩部阿是穴、筋结为松解减压部位。

5.牵引疗法。

（三）其他疗法

1.其他外治法：敷贴、刮痧、拔罐、中药离子导入等。

2.物理治疗：红外线照射、蜡疗、超声药物透入、电磁疗法等。

3.手术疗法

神经根压迫严重出现肌肉麻痹无力、疼痛难忍，经过系统保守治疗无效者，要根据病理变化选取射频消融、热凝，髓核摘除，植骨融合内固定，椎管成形及人工间盘置换术等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

临床控制：治疗后症状体征消失，颈椎活动正常，治疗后症状积分0～2分。

显效：治疗后症状体征基本消失，颈椎活动基本正常，能参加正常活动和工作。

有效：治疗后症状体征有所改善，颈椎活动基本正常，参加正常活动和工作能力改善。

无效：治疗后症状体征与治疗前无明显改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.疼痛程度应用视觉模拟评分法（Visualanalogue scale,VAS）进行评价。

2.Oswestry功能障碍指数问卷表（ODI）急性进行功能评价。

3.中医中药费用占比≥40%。

4.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.颈项部及上肢疼痛症状消失或明显好转。

2.日常生活能力基本恢复。

3.无需继续住院治疗的并发症。

病种三十一 痛风

一、患者纳入

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为痛风（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.23）。

西医诊断：推荐第一诊断为痛风（ICD-10编码为:M10.900）。其余可供选择的第一诊断疾病名称及疾病编码见附件。

（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/T001.1-94）。

多以单个趾指关节，卒然红肿疼痛，逐渐疼痛剧如虎咬，昼轻夜甚，反复发作为主，可伴发热，头痛等症。多见于中年老年男子，可有痛风家族史。常因劳累，暴饮暴食，吃高嘌呤食物，饮酒及外感风寒等诱发。反复发作后可出现“块瘰”（痛风石）。血尿酸增高，发作期白细胞总数可增高。

（2）西医诊断标准：参照中华医学会风湿病学分会《原发性痛风诊断和治疗指南（2011版）》。

急性痛风性关节炎：是痛风的主要临床表现，常为首发症状。反复发作的急性关节炎、无症状的间歇期、高尿酸血症，对秋水仙碱治疗有特效的典型病例，目前多采用1977年美国风湿病学会(ACR)的分类标准进行诊断，同时应与蜂窝织炎、丹毒、感染化脓性关节炎、创伤性关节炎、反应性关节炎、假性痛风等相鉴别。

间歇期痛风：为反复急性发作之间的缓解状态，通常无明显关节症状，此期诊断有赖于既往急性痛风性关节炎反复发作的病史及高尿酸血症。

慢性期痛风：反复急性发作多年，受累关节肿痛等症状持续不能缓解，皮下痛风石多于首次发作10年以上出现，是慢性期的标志。

肾脏病变：慢性尿酸盐肾病可有夜尿增多，出现尿比重和渗透压降低、轻度红白细胞尿及管型、轻度蛋自尿等，甚至肾功能不全。此时应与肾脏疾病引起的继发性痛风相鉴别。

2.证候诊断

1）急性发作期

（1）湿热蕴结证：发病急骤，局部关节红肿热痛，疼痛剧烈，病及一个或多个关节，多兼有发热、恶风、口渴、烦闷不安或头痛汗出，小便短黄，舌红苔黄,或黄腻，脉弦滑数。

（2）寒湿痹阻证：关节疼痛，肿胀不甚，局部不热，得温则舒，痛有定处，屈伸不利，或见皮下结节或痛风石，肌肤麻木不仁，舌苔薄白或白腻，脉弦或濡缓。

2）间歇期

脾虚湿阻证：无症状期，或仅有轻微的关节症状，或高尿酸血症，或见身困倦怠，头昏头晕，腰膝酸痛，纳食减少，脘腹胀闷，舌质淡胖或舌尖红，苔白或黄厚腻，脉细或弦滑等。

3）慢性痛风石病变期

（1）痰浊瘀阻证：关节疼痛反复发作，日久不愈，时轻时重，或呈刺痛，固定不移，关节肿大，甚至强直畸形，屈伸不利，痛风结石，或皮色紫暗，舌质衬紫或紫，苔厚腻，脉弦或沉涩。

（2）脾肾两虚证：病久屡发，神疲乏力，脘痞纳少，腰膝酸软，关节痛如被杖，局部关节变形，屈伸不利，昼轻夜重，或在指尖、跖趾、耳廓等处有痛风结石，舌质淡紫，苔薄白或白腻，脉细濡或沉或兼涩。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血尿酸、血沉、C反应蛋白、血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、心电图。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如：血脂、血糖、电解质、血粘稠度、类风湿因子（RF）、抗链球菌溶血素O（ASO）、抗核抗体（ANA）、抗可溶性抗原（ENA）抗体、抗角蛋白抗体（AKA）、抗核周因子抗体（APF）、抗环瓜氨酸抗体（CCP）、HLA-B27、24小时尿尿酸、关节液培养、受累关节X线片、关节超声、胸部X光片等。

（四）医保支付入院标准

1.符合痛风诊断标准。

2.疾病分期为急性发作期的患者。

3.关节处出现红、肿、热、痛等主要症状，行走困难。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）基础治疗

1.急性发作期要卧床休息，抬高患肢，注意保护受累关节。

2.低嘌呤饮食，禁酒限烟。

3.饮足够的水，保持每天（24小时）尿量2000ml以上。

4.碱化尿液。

5.避免受凉、劳累、外伤。

（二）辨证论治

1.急性发作期

（1）湿热蕴结证

治法：清热利湿，通络止痛

推荐方药：三妙散合当归拈痛汤加减。或具有同类功效的中成药。

中药外敷。

中药泡洗技术。

针刺、拔罐等。

（2）寒湿痹阻证

治法：温经散寒，除湿通络

推荐方药：乌头汤加减。或具有同类功效的中成药。

中药外敷。

中药泡洗技术。

针刺、拔罐等。

2.间歇期

脾虚湿阻证

治法：健脾利湿，益气通络

推荐方药：防己黄芪汤加减。或具有同类功效的中成药。

中药泡洗技术。

3.慢性痛风石病变期

（1）痰浊瘀阻证

治法：活血化瘀，化痰泄浊

推荐方药：桃红四物汤合当归拈痛汤加减。或具有同类功效的中成药。

中药泡洗技术。

（2）脾肾两虚证

治法：泄浊化瘀，调益脾肾

推荐方药：四君子汤和六味地黄丸加减。或具有同类功效的中成药。

中药泡洗技术。

（三）西药治疗

血尿酸持续升高、痛风频发等预后不良者，以及伴发肾脏病变者，可参照中华医学会风湿病学分会2011年发布的《原发性痛风诊断和治疗指南》，合并应用非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素、降尿酸药物等治疗。

（四）其他中医特色疗法

1.体针。

2.拔罐。

3.穴位贴敷。

4.刮痧治疗。

5.中医外科清创：适用于痛风结石较大、局部破溃者，局部清创，剥除痛风结石，并予生肌膏外敷包扎。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归：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/T001.1-94），1994年《中药新药临床研究指导原则》痛风相关疗效评价标准进行疗效评估。

临床控制：关节疼痛、红肿等症状消失，关节活动正常。

显效：关节疼痛、红肿等症状消失，关节活动不受限。

有效：关节疼痛、红肿等症状基本消除，关节活动轻度受限。

无效：关节疼痛、红肿等症状与关节活动无明显改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.出院转归、临床症状的变化。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.病情稳定，关节红、肿、热、痛等主要症状改善。

2.血沉、C反应蛋白、血尿酸等相关指标较入院时好转。

病种三十二 腰椎病（腰椎管狭窄）

一、患者纳入

（一）适用对象

1.中医诊断：第一诊断为腰椎病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04.06）或腰痹（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.17）。

2.西医诊断：第一诊断为腰椎管狭窄症（ICD-10编码： M48.005）。

（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》及国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》。

有下腰痛病史，多见于老年人。

腰腿痠楚、重着、疼痛，下肢麻木不仁、痿软无力，二便失调。风寒

痹阻者痛重着，时轻时重；气虚血瘀者腰腿痛如刺，痛有定处；肝肾亏虚者腰腿酸痛，无力，形羸气短，肌肉瘦削。

（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》。

有反复下腰痛病史，多见于中老年人。

可有持续的下腰痛、骶部疼痛、下肢痛，症状的轻重常与体位有关。

间歇性跛行是本病最典型临床特征，90%以上患者有此症状。直立或行走数十米至数百米后即出现腿痛无力等症状，弓腰或蹲坐后可缓解，被迫采取休息、下蹲后症状很快缓解，可继续行走，至出现同样症状时再休息。

本病的症状与体征常常不一致，一般主观症状重，客观体征较轻。主要体征：脊柱侧弯，病变节段压痛，腰椎后伸受限，腰椎后伸试验阳性。病变节段神经支配区出现感觉减弱或消失，踇趾背伸或跖屈肌力减弱，下肢肌肉萎缩，膝腱反射、跟腱反射减弱或消失。马尾神经受压则可出现鞍区麻木、肛门括约肌松弛，提睾反射及肛门反射减弱。

影像学检查：

X线正位示左右关节突不对称，关节突肥大，椎体旋转、侧弯。侧位示椎间隙狭窄，椎体后缘牵张性骨刺，椎体间有前后滑移，椎曲异常。

CT检查可显示椎管骨性结构形态异常改变，椎管狭窄程度。

MRI检查显示病变节段硬脊膜囊及神经根受压程度。

2.分型诊断

（1）椎间盘型：多个椎间盘退变，后纵韧带钙化，黄韧带肥厚，引起椎管狭窄。特点为X线摄片示腰椎椎曲变直或反弓，CT或MRI检查示多个椎间盘膨出或突出，后纵韧带钙化，黄韧带肥厚，关节突关节增生内聚，硬膜囊受压。

（2）滑脱型：腰椎峡部裂，腰椎退行性变，关节突关节紊乱，周围韧带松弛，椎间隙不稳，椎体滑移，导致椎管狭窄。

（3）骨质疏松型：椎体骨质疏松，压缩、塌陷，椎曲紊乱，导致椎管狭窄。

（4）混合型：腰椎管狭窄同时存在颈椎管狭窄。

3.证候诊断

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

（1）风寒痹阻证：腰腿酸痛重着，时轻时重，拘急不舒，得热痛缓。舌淡，苔白腻，脉沉紧。

（2）气虚血瘀证：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。舌质瘀紫，苔薄，脉涩。

（3）肝肾亏虚证：腰腿酸痛，腰膝无力，遇劳则重，卧则减轻，形羸气短，精神倦怠，肌肉瘦削。舌质淡，苔薄白，脉沉细。

（三）入院检查

1.必要的检查项目：血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、心电图、腰椎X线片。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如腰椎CT或腰椎MRI、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、下肢动脉、静脉血管超声、肝胆胰脾肾超声、肌电图、胸部X线片等。

（四）医保支付入院标准

1.临床诊断明确，6个月内CT或MRI明确椎管狭窄与神经压迫情况，

2.同时具备以下之一：

(1)出现腰痛，站立或行走后腰痛加重；

(2)间歇性跛行；

(3)下肢、臀部或会阴部疼痛、麻木或感觉异常。

二、推荐治疗方法（非必备）

（一）中医整脊治疗

治疗原则:理筋、调曲、练功

1.理筋疗法

（1）中药热敷疗法：辨证用中草药热敷或药熨腰部，也可用中药离子导入、中药泡洗、中药膏摩、中药熏蒸等治疗。

（2）针灸治疗

（3）推拿治疗

（4）针刀治疗

（5）其它外治疗法：如走罐、拔罐、脉冲治疗仪治疗、红外线照射、氦氖激光照射、超声药物透入、电磁疗法、腰围或支具外固定等。

2.正脊调曲法

（1）正脊骨法

辨证选用：胸腰旋转法、腰椎旋转法和腰骶侧扳法。

（2）分型牵引调曲法

① 椎间盘型椎曲变直者辨证施行二维牵引调曲法和四维牵引调曲法。

② 滑脱型按腰椎滑脱辨证施牵引调曲复位。

③ 骨质疏松型辨证选用一维牵引调曲法和三维牵引调曲法。

④ 混合型一般先调理腰椎，辨证调理颈椎，颈椎按照颈椎管狭窄症处理。

退变性腰椎管狭窄症以老年患者居多，多合并有其他内科疾病，因此实施手法时注意掌握合适力度。牵引治疗时严格掌握牵引的适应症和禁忌症，注意控制牵引重量。牵引重量一般为体重1/4至1/3。

（二）辨证论治

1.风寒痹阻证

治法：祛风散寒，通络止痛。推荐主方：三痹汤《张氏医通》加减。或具有同类功效的中成药。

2.气虚血瘀证

治法：补气活血，化瘀止痛。

推荐主方：补阳还五汤《医林改错》加减。或具有同类功效的中成药。

3.肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾，疏通经脉。

推荐主方：健步虎潜丸《伤科补要》加减。或具有同类功效的中成药。

（三）西药治疗

患者疼痛严重者，可配合非甾体类消炎药，麻木明显者可配合营养神经类药物。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.出院转归

治愈：腰腿痛症状消失，功能基本恢复正常，下肢肌力恢复至4级。

好转：腰腿痛减轻，腰腿酸胀重着平日减轻，遇冷偶有加重、得温痛减、劳累后仍有疼痛、不耐久坐、过劳乏力倦怠。

未愈：治疗前后症状、体征无改善。

2.中医中药费用占比＝中医中药费用/住院总费用。

3.中医症候积分评分：参考《中药新药临床研究指导原则》。

4.三个月再入院率＝再次入院病例数/同期住院病例数。

（二）评价方法

1.出院转归达好转以上。

2.中医中药费用占比≥35%。

3.中医症候积分评分表下降≥10分。

（三）出院标准

1.腰痛及下肢麻痛症状明显好转。

2.日常生活能力基本恢复。

3.无需继续住院治疗的并发症。