

ZJGC73-2024-0003

金华市医疗保障局 文件 金华市财政局

金医保发〔2024〕36号

金华市医疗保障局 金华市财政局关于印发 金华市中医优势病种付费办法（试行）的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局：

现将《金华市中医优势病种付费办法（试行）》印发给你们，
请遵照执行。



金华市中医优势病种付费办法（试行）

为深化 DRGs 医保支付方式改革，探索符合中医药服务特点的付费方式，促进中医药传承创新发展，根据《浙江省医疗保障局等五部门关于印发〈关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见〉的通知》（浙医保联发〔2019〕12 号）、《金华市医疗保障局等三部门关于印发金华市基本医疗保险住院费用病组（DRGs）点数法付费实施细则的通知》（金医保发〔2019〕64 号）等文件精神，制定本办法。

一、总则

（一）本办法规定的中医优势病种付费是指金华市定点医疗机构对诊断明确，诊疗技术成熟，临床路径清晰，医疗成本稳定，中医优势明显的病种，采用中医传统治疗的，医保付费在相应 DRG 病组付费标准的基础上给予一定比例的激励。

（二）参保人员基本医疗保险待遇按照统筹区医保政策规定执行，不受本办法调整。

（三）中医优势病种付费纳入住院病组点数法管理。

二、病种遴选

（四）试行病种按照“中医药治疗为主，临床路径明确，诊疗方案成熟，临床疗效确切，治疗风险可控，疗效与西医疗效相近或优于西医疗效”的原则遴选。

（五）市级医保经办机构牵头组织病种调整工作。中医优势付费病种诊疗方案及医保支付激励评价标准由市级医保经办机

构组织专家制定（首批 10 个试行病种见附件 1），报市级医保行政部门批准后执行。

三、病组管理

（六）中医优势病种付费不改变 DRG 分组，符合条件的病例，其基准点数在相对应的 DRG 病组基准点数的基础上提高 10%，差异系数不变。

四、日常管理

（七）金华市内具备中医诊疗资质的住院定点医疗机构，可向属地医保经办机构申请中医优势病种付费，各地审批同意后及时报市级医保经办机构备案。

（八）病例申报按以下规则进行。

1.线下申报。病案填报系统改造完成前，医疗机构每月收到 DRGs 分组初审结果后 15 日内，填写申报表（附件 2）并报送至所辖医保经办机构。

2.线上申报。病案填报系统改造完成后，医疗机构在信息系统中直接申报；使用接口上传病案信息的医疗机构，按接口规范做好系统对接，申报信息于每月 15 日前完成上传。

3.同一病例不得同时申报中医按疗效价值付费和中医优势病种付费。

（九）医保经办机构端系统每月自动完成当月申报病例的初审，并将初审结果通过系统反馈至医疗机构；医保经办机构每季度组织专家对初审通过的病例进行复审，并将复审结果反馈至医疗机构，医疗机构有异议的可通过系统进行申诉。医保经办机构

在年终清算时按规定对符合中医优势病种付费的病例进行点数补偿。

五、有关要求

（十）加强组织领导。各级医保部门要高度重视中医药传承创新发展有关工作，加强组织领导，强化部门联动，共同推进我市中医优势病种付费工作，认真研究并协调落实好推进中医优势病种付费工作的具体措施。定点医疗机构要积极主动推进中医优势病种付费工作，建立相应的组织管理架构，确定牵头职能部门，完善配套措施，制定具体实施方案，保障付费工作顺利开展。

（十一）加强医院管理。各定点医疗机构要严格掌握出、入院标准。加强日常管理，强化内部质量控制和数据监测，建立科学合理的激励分配机制，引导相关科室积极发挥中医药特色优势，充分体现改革导向作用。加强中西医住院病案首页质控，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（ICD-10），做好中医优势病种的信息填报。金华市中医医疗质控中心要对各定点医疗机构加强业务指导，督促医疗机构准确填报中医症候积分量表，并对量表的完整性、规范性、合理性进行抽样审核，确保量表填报真实有效，为中医疗效评估提供临床实践依据。

（十二）加强监督管理。各级医保部门要加强对医疗机构的违规行为监管，对查实存在虚假住院、虚假治疗、串换中医类项目等违规行为的，按规定进行处理，同时相应病种年度内所有已

申报的病例均不纳入中医优势病种结算。

（十三）加强宣传引导。各级医保和各定点医疗机构要加强中医药特色诊疗技术和方法的宣传和推广力度，提高群众知晓率，积极营造群众信中医、用中医的良好社会氛围。要及时总结并积极宣传中医药特色优势，保障临床疗效、减轻群众负担、规范诊疗行为、促进医疗机构高质量发展和提高医保资金使用效率等方面的成效，更好满足人民群众对中医药服务的需求。

六、附则

（十四）本办法自 2024 年 9 月 1 日起试行，试行期暂定为 1 年。试行期满需做调整的，另行发文。

附件：1.中医优势病种付费诊疗方案及医保支付激励评价标准(试行)
2.中医优势病种付费病案申报表

附件 1

中医优势病种付费 诊疗方案及医保支付激励评价标准（试行）

一、神经根型颈椎病

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

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》。

（二）诊断依据

1.具有根性分布的症状（麻木、疼痛）和体征，疼痛根据视觉模拟尺度评分法(VAS)评分需 ≥ 5 分。

2.椎间孔挤压试验或/和臂丛牵拉试验阳性，或有上肢肌力下降症状。

3.影像学需有颈神经根受压表现。

4.中医辨证分型：风寒痹阻证；血瘀气滞证；痰湿阻络证；肝肾亏虚证；气血亏虚证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必需的检查项目：颈椎 X 线、血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT、颈椎 MRI（限三级或当地最高等级医保

定点医疗机构)。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如肌电图、肝功能、肾功能、血糖、电解质、出凝血时间、血沉血脂、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白等。

(四) 治疗方法(推荐)

1.辨证论治

(1) 风寒痹阻证

症状：颈、肩、上肢串痛麻木，以痛为主，头有沉重感，颈部僵硬，活动不利，恶寒畏风。舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

治法：祛风散寒，祛湿通络

推荐方药：羌活胜湿汤加减。羌活、独活、藁本、防风、炙甘草、川芎、蔓荆子等。或具有同类功效的中成药。

(2) 血瘀气滞证

症状：颈肩部、上肢刺痛，痛处固定，伴有肢体麻木。舌质暗，脉弦。

治法：行气活血，通络止痛

推荐方药：桃红四物汤加减。熟地黄、当归、白芍、川芎、桃仁、红花等。或具有同类功效的中成药。

(3) 痰湿阻络证

症状：头晕目眩，头重如裹，四肢麻木不仁，纳呆。舌暗红，苔厚腻，脉弦滑。

治法：祛湿化痰，通络止痛

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。白术、天麻、茯苓、橘

红、白术、甘草等。或具有同类功效的中成药。

（4）肝肾亏虚证

症状：眩晕头痛，耳鸣耳聋，失眠多梦，肢体麻木，面红目赤。舌红少津，脉弦。

治法：补益肝肾，通络止痛

推荐方药：肾气丸加减。熟地黄、淮山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、桂枝、附子（先煎）等。或具有同类功效的中成药。

（5）气血亏虚证

症状：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。

治法：益气温经，和血通痹

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。黄芪、芍药、桂枝、生姜、大枣等。或具有同类功效的中成药。

2.特色疗法

（1）手法治疗：松解类手法、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。

3.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。

二、医保支付激励评价标准

(一) 神经根型颈椎病的诊断编码

1. 中医诊断：第一诊断为痹症类病(GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06) 或颈椎病(GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04.05)。

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

(二) 激励评价内容

1. 疗效评价：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)。

治愈：原有各型病症消失，肌力正常，颈、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。

好转：原有各型症状减轻，颈、肩背疼痛减轻，颈、肢体功能改善。

未愈：症状无改善。

2. 中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3. 中医症候积分评分（详见附表）。

4. 三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/

本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

- 1.符合出院要求且疗效评价达好转及以上。
- 2.住院天数 ≥ 5 天。
- 3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。
- 4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率= $(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分} \times 100\%$ }。
- 5.三个月再入院率低于 20%。

附表

颈椎病（神经根型颈椎病）中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
倦怠乏力	□1 无	□2 肢体稍倦，可坚持轻体力工作	□3 四肢乏力，勉强坚持日常活动	□4 全身无力，终日不愿活动
胁肋胀痛	□1 无	□2 偶有	□3 常有	□4 持续
口苦	□1 无	□2 晨起口苦	□3 经常口苦	□4 苦持续不解
口淡	□1 无	□2 口中轻微无味	□3 口淡较重	□4 淡不欲饮食
烦躁易怒	□1 无	□2 有时情绪不稳，烦躁发怒	□3 易烦躁发怒，但多数能控制	□4 经常烦躁易怒，难以自我控制
腰酸	□1 无	□2 晨起腰酸，捶打可止	□3 持续腰酸，劳则加重	□4 腰酸如折，休息不止
便溏	□1 无	□2 每日少于 3 次，大便不成形	□3 每日 3-4 次，不成形	□4 每日 4-5 次以上，成稀水样
小便发黄	□1 无	□2 小便稍黄	□3 小便深黄而少	□4 小便黄赤不利
面色萎黄	□1 无	□2 面色黄而尚润泽	□3 面色黄而欠润泽	□4 面色黄而干枯
面色无华	□1 无	□2 面色欠润泽	□3 面色淡白，无血色	□4 面色苍白无血色，兼虚肿
口干	□1 无	□2 口微干	□3 晨起口干少津	□4 整日觉口干时欲饮
耳鸣	□1 无	□2 轻微	□3 耳鸣重听，时发时止	□4 耳鸣不止，听力减退
五心烦热	□1 无	□2 手足心微热	□3 心烦手足心灼热	□4 烦热不欲衣被
午后潮热	□1 无	□2 偶尔	□3 反复	□4 明显，经常出现
盗汗	□1 无	□2 轻微头颈部汗出为主，偶有	□3 胸背潮湿，反复出现	□4 周身潮湿如水洗，经常出现
颈肩部疼痛	□1 无	□2 轻微疼痛，时作时止	□3 疼痛可忍，持续不止	□4 疼痛难以忍受

颈部僵硬	☐ 1 无	☐ 2 轻微僵硬	☐ 3 比较僵硬，转动受限	☐ 4 严重僵硬，不能转动
上肢疼痛麻木	☐ 1 无	☐ 2 偶有	☐ 3 常有	☐ 4 频繁发生
头晕目眩	☐ 1 无	☐ 2 偶尔出现，但程度较轻	☐ 3 经常出现，尚可忍受	☐ 4 频繁出现难以忍受
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

二、混合型颈椎病

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

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（不含颈型+交感型）。

（二）诊断依据

1.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。

2.神经根型：根性分布的症状（麻木、疼痛）和体征，疼痛根据视觉模拟尺度评分法(VAS)评分需 ≥ 5 分；椎间孔挤压试验或/和臂丛牵拉试验阳性，或者有上肢肌力下降症状；影像学需有颈神经根受压表现。

3.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。

4.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。

5.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。

6.影像学所见与临床表现基本相符合。

7.中医辨证分型：风寒痹阻证；血瘀气滞证；痰湿阻络证；肝肾亏虚证；气血亏虚证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必需的检查项目：颈椎 X 线、血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT、颈椎 MRI（限三级或当地最高等级医保定点医疗机构）。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如肌电图、肝功能、肾功能、血糖、电解质、出凝血时间、血沉血脂、抗“O”、类风湿因子、C-反应蛋白等。

（四）治疗方法（推荐）

1.辨证论治

（1）风寒痹阻证

症状：颈、肩、上肢串痛麻木，以痛为主，头有沉重感，颈部僵硬，活动不利，恶寒畏风。舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

治法：祛风散寒，祛湿通络

推荐方药：羌活胜湿汤加减。羌活、独活、藁本、防风、炙甘草、川芎、蔓荆子等。或具有同类功效的中成药。

（2）血瘀气滞证

症状：颈肩部、上肢刺痛，痛处固定，伴有肢体麻木。舌质暗，脉弦。

治法：行气活血，通络止痛

推荐方药：桃红四物汤加减。熟地黄、当归、白芍、川芎、桃仁、红花等。或具有同类功效的中成药。

（3）痰湿阻络证

症状：头晕目眩，头重如裹，四肢麻木不仁，纳呆。舌暗红，苔厚腻，脉弦滑。

治法：祛湿化痰，通络止痛

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。白术、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草等。或具有同类功效的中成药。

（4）肝肾亏虚证

症状：眩晕头痛，耳鸣耳聋，失眠多梦，肢体麻木，面红目赤。舌红少津，脉弦。

治法：补益肝肾，通络止痛

推荐方药：肾气丸加减。熟地黄、淮山药、山茱萸、丹皮、

茯苓、泽泻、桂枝、附子（先煎）等。或具有同类功效的中成药。

（5）气血亏虚证

症状：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。

治法：益气温经，和血通痹

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。黄芪、芍药、桂枝、生姜、大枣等。或具有同类功效的中成药。

2.特色疗法

（1）手法治疗：松解类手法、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）其它特色疗法：梅花针、三棱针疗法、拔罐、放血疗法等

（6）牵引疗法。

3.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。

二、医保支付激励评价标准

（一）混合型颈椎病的诊断编码

中医诊断：第一诊断为痹症类病(GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.)或颈椎病(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）激励评价内容

1.疗效评价：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)。

治愈：原有各型病症消失，肌力正常，颈、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。

好转：原有各型症状减轻，颈、肩背疼痛减轻，颈、肢体功能改善。

未愈：症状无改善。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3.中医症候积分评分（详见附表）。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

1.符合出院要求且疗效评价达好转及以上。

- 2.住院天数 ≥ 5 天。
- 3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。
- 4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。
- 5.三个月再入院率低于 20%。

附表

颈椎病（混合型颈椎病）中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦,可坚持轻体力工作	☐ 3 四肢乏力,勉强坚持日常活动	☐ 4 全身无力,终日不愿活动
胁肋胀痛	☐ 1 无	☐ 2 偶有	☐ 3 常有	☐ 4 持续
口苦	☐ 1 无	☐ 2 晨起口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 苦持续不解
口淡	☐ 1 无	☐ 2 口中轻微无味	☐ 3 口淡较重	☐ 4 淡不欲饮食
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不稳,烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发怒,但多数能控制	☐ 4 经常烦躁易怒,难以自我控制
腰酸	☐ 1 无	☐ 2 晨起腰酸,捶打可止	☐ 3 持续腰酸,劳则加重	☐ 4 腰酸如折,休息不止
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次,大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次,不成形	☐ 4 每日 4-5 次以上,成稀水样
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色萎黄	☐ 1 无	☐ 2 面色黄而尚润泽	☐ 3 面色黄而欠润泽	☐ 4 面色黄而干枯
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白,无血色	☐ 4 面色苍白无血色,兼虚肿
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
耳鸣	☐ 1 无	☐ 2 轻微	☐ 3 耳鸣重听,时发时止	☐ 4 耳鸣不止,听力减退
五心烦热	☐ 1 无	☐ 2 手足心微热	☐ 3 心烦手足心灼热	☐ 4 烦热不欲衣被
午后潮热	☐ 1 无	☐ 2 偶尔	☐ 3 反复	☐ 4 明显,经常出现
盗汗	☐ 1 无	☐ 2 轻微头颈部汗出为主,偶有	☐ 3 胸背潮湿,反复出现	☐ 4 周身潮湿如水洗,经常出现
颈肩部疼痛	☐ 1 无	☐ 2 轻微疼痛,时作时止	☐ 3 疼痛可忍,持续不止	☐ 4 疼痛难以忍受

颈部僵硬	☐ 1 无	☐ 2 轻微僵硬	☐ 3 比较僵硬，转动受限	☐ 4 严重僵硬，不能转动
上肢疼痛麻木	☐ 1 无	☐ 2 偶有	☐ 3 常有	☐ 4 频繁发生
头晕目眩	☐ 1 无	☐ 2 偶尔出现，但程度较轻	☐ 3 经常出现，尚可忍受	☐ 4 频繁出现难以忍受
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

三、带状疱疹

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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/T001.1-94)。

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）、《带状疱疹中国专家共识》（中华皮肤科杂志,2018,51(6):6）。

（二）诊断依据

1.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。

2.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。

3.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。

4.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。

5.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。

6.中医辨证分型：肝经郁热证；脾虚湿蕴证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如血生化、凝血功能、免疫功能、肿瘤标志物，超声、CT、磁共振，消化道钡餐或内镜检查、相关免疫缺陷检查如免疫球蛋白、T 细胞亚群等。

（四）治疗方法（推荐）

1.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。

2.特色疗法

（1）中药湿敷：每次 20～40 分钟，每日 1～2 次。

（2）针灸疗法

体针选穴：根据皮损情况，辨证选取合谷、曲池、阳陵泉、肝俞、支沟、太冲、侠溪、天枢、阴陵泉、足三里、三阴交、膻中、血海等。

操作：皮损区围刺。毫针刺，泻法，留针 20～30 分钟，每日 1 次，十次一疗程。

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（龙眼穴在手小指尺侧第 2、3 骨节之间，握拳于横纹尽处取之）点刺放血，当即用玻璃火罐采用闪火法将其置于皮疹处，隔日 1 次，连续治疗 3～5 次。

（3）穴位贴敷疗法：具有不同功效的中药贴敷于脐部（神阙），每次 6～8 小时。每日 1 次。

（4）其他疗法：包括耳针、埋针治疗、刮痧、中药涂擦等。

（5）根据病情选择物理治疗。每日 1 次。

3.西药治疗

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(阿昔洛韦注射液)、抗炎治疗(泼尼松片)、止痛治疗(普瑞巴林或加巴喷丁胶囊、氨芬曲马多胶囊)、营养修复神经(维生素 B1 注射液、甲钴胺注射液)、补钾补钙。

二、医保支付激励评价标准

（一）带状疱疹的诊断编码

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：第一诊断为带状疱疹性神经痛（ICD-10 编码：B02.202+）或带状疱疹（ICD-10 编码：B02）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价：根据视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale，VAS)对疼痛进行评价。(1)疼痛参照视觉模拟尺度评分法

(Visual Analogue Scale , VAS), 对患者疼痛程度进行评分, 分值范围为 0 ~ 10 分, 得分越高提示疼痛越难以忍受。有效: VAS 评分较治疗前降低 $\geq 40\%$ (见附表 1)。(2)皮损情况参照《带状疱疹中国专家共识》评估皮损严重程度, 临床疗效按 4 级标准评价。痊愈: 皮损消退 $\geq 90\%$, 且无新出皮损; 显效: 皮损消退 $60\% \sim < 90\%$, 且无新皮损; 有效: 皮损消退 $30\% \sim < 60\%$, 且无新皮损; 无效: 皮损消退 $< 30\%$, 或有新皮损。

2. 中医中药费用占比 = 中医中药费用 / 住院总费用;

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3. 中医症候积分评分 (见附表 2)。

4. 三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数 / 本年度该病种所有病例数。

(三) 符合下列要求, 予以医保支付激励

1. 符合出院要求且疼痛降低程度及皮损消退情况都需达到有效及以上。

2. 住院天数 ≥ 5 天。

3. 中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。

4. 中医症候量化积分率需降低 30% 及以上 {症候积分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。

5. 三个月再入院率低于 20%。

附表 1

视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale , VAS)



附表 2

带状疱疹中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
疼痛	☐ 1 无	☐ 2 微痛	☐ 3 较痛, 能忍受	☐ 4 剧痛, 难以忍受
瘙痒	☐ 1 无	☐ 2 微痒	☐ 3 较痒, 能忍受	☐ 4 剧痒, 难以忍受
麻木感	☐ 1 无	☐ 2 轻微	☐ 3 较明显, 能忍受	☐ 4 强烈麻木感, 难以忍受
蚁行感	☐ 1 无	☐ 2 轻微	☐ 3 较明显, 能忍受	☐ 4 强烈蚁行感, 难以忍受
烧灼感	☐ 1 无	☐ 2 微热感	☐ 3 较明显, 能忍受	☐ 4 剧烈烧灼感, 难以忍受
触诱发痛	☐ 1 无	☐ 2 按压皮肤痛感加重	☐ 3 触摸皮肤痛感加重	☐ 4 衣服接触皮肤痛感加重
皮损颜色	☐ 1 无	☐ 2 淡红色	☐ 3 暗红色	☐ 4 红色
头晕目眩	☐ 1 无	☐ 2 偶尔发生, 不影响活动及工作	☐ 3 活动时出现, 休息可缓解	☐ 4 行走欲仆, 终日不缓解, 影响日常活动
口干	☐ 1 无	☐ 2 偶有	☐ 3 经常	☐ 4 持续
口苦	☐ 1 无	☐ 2 偶觉口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 苦持续不解
腹胀	☐ 1 无	☐ 2 偶有腹胀或食后腹胀	☐ 3 腹胀较重, 每日达 4-6 小时	☐ 4 整日腹胀或腹胀如鼓
食欲不振	☐ 1 无	☐ 2 食量减少 1/3 以下	☐ 3 食量减少 1/3 以上	☐ 4 食量减少 1/2 以上

恶心呕吐	☐ 1 无	☐ 2 偶有恶心	☐ 3 时有恶心， 偶有呕吐	☐ 4 频频恶心，有 时呕吐
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦， 可坚持轻体力工 作	☐ 3 四肢乏力， 勉强坚持日常 活动	☐ 4 全身无力，终 日不愿活动
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不 稳，烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发 怒，但多数能控 制	☐ 4 经常烦躁易 怒，难以自我控 制
睡眠障碍	☐ 1 无	☐ 2 轻度，每日 可睡 6-7 小时	☐ 3 中度，每日 可睡 4-5 小时	☐ 4 重度，难以入 睡，易醒，睡眠 时间小于 2 小时/ 日
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而 少	☐ 4 小便黄赤不 利
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次，大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次， 不成形	☐ 4 每日 4-5 次以 上，成稀水样
便干	☐ 1 无	☐ 2 大便干，每 日 1 次	☐ 3 大便干，2-3 日 1 次	☐ 4 大便干硬，数 日不行
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

四、带状疱疹后遗症

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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/T001.1-94)。

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）。

（二）诊断依据

1.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。

2.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。

3.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。

4.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。

5.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。

6.中医辨证分型：肝经郁热证；脾虚湿蕴证；气滞血瘀证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如血生化、凝血功能、免疫功能、肿瘤标志物，选择行超声、CT、磁共振检查，消化道钡餐或内镜检查、相关免疫缺陷检查如免疫球蛋白、T 细胞亚群等。

（四）治疗方法（推荐）

1.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。

2.特色疗法

(1) 中药湿敷：每次 20~40 分钟，每日 1~2 次。

(2) 针灸疗法

体针选穴：辨证选穴。

操作：毫针刺，留针 20~30 分钟，每日 1 次，十次一疗程。

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（龙眼穴在手小指尺侧第 2、3 骨节之间，握拳于横纹尽处取之）点刺放血，当即用玻璃火罐采用闪火法将其置于皮疹处，隔日 1 次，连续治疗 3~5 次。

(3) 穴位贴敷疗法：具有不同功效的中药贴敷于脐部（神阙），每次 6~8 小时。每日 1 次。

(4) 其他疗法：包括耳针、埋针治疗、刮痧、中药涂擦等。

(5) 根据病情选择物理治疗。每日 1 次。

3. 西药治疗

依据病情选用抗病毒、止痛及糖皮质激素类药物。抗病毒治疗(阿昔洛韦注射液或阿昔洛韦片)、抗炎治疗（泼尼松片）、钙离子通道调节剂（普瑞巴林和加巴喷丁）、三环类抗抑郁药（阿米替林）或其他抗焦虑药物，二线药物包括阿片类药物和曲马多。

二、医保支付激励评价标准

（一）带状疱疹后遗症的诊断编码

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：第一诊断为带状疱疹后遗症（ICD-10 编码：B94.801）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价标准：参照视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale , VAS), 对患者疼痛程度进行评分, 分值范围为 0 ~ 10 分, 得分越高提示疼痛越难以忍受。有效: VAS 评分较治疗前降低 $\geq 40\%$ (见附表 1)。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用;

中医中药费用=中药饮片费用+中医医疗服务项目费用+中成药费用。

3.中医症候积分评分 (详见附表 2)。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

1.符合出院要求且疗效评价疼痛降低程度达到有效及以上。

2.住院天数 ≥ 5 天。

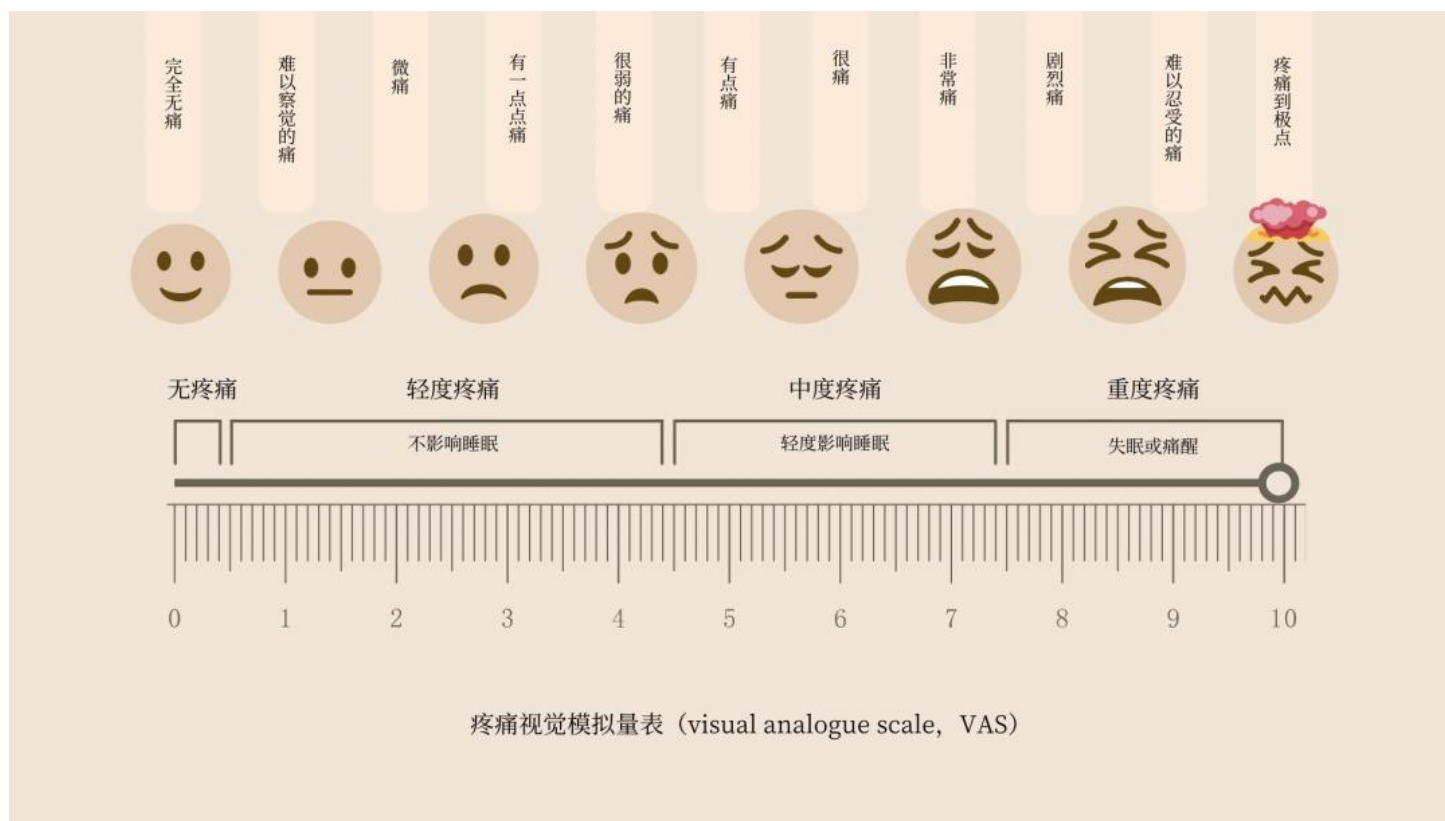
3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。

4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上 {症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。

5.三个月再入院率低于 20%。

附表 1

视觉模拟尺度评分法(Visual Analogue Scale , VAS)



附表 2

带状疱疹后遗症中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
疼痛	□1 无	□2 微痛	□3 较痛,能忍受	□4 剧痛,难以忍受
瘙痒	□1 无	□2 微痒	□3 较痒,能忍受	□4 剧痒,难以忍受
麻木感	□1 无	□2 轻微	□3 较明显,能忍受	□4 强烈麻木感,难以忍受
蚁行感	□1 无	□2 轻微	□3 较明显,能忍受	□4 强烈蚁行感,难以忍受
烧灼感	□1 无	□2 微热感	□3 较明显,能忍受	□4 剧烈烧灼感,难以忍受
触诱发痛	□1 无	□2 按压皮肤痛感加重	□3 触摸皮肤痛感加重	□4 衣服接触皮肤痛感加重
皮损颜色	□1 无	□2 淡红色	□3 暗红色	□4 红色
头晕目眩	□1 无	□2 偶尔发生,不影响活动及工作	□3 活动时出现,休息可缓解	□4 行走欲仆,终日不缓解,影响日常活动
口干	□1 无	□2 偶有	□3 经常	□4 持续
口苦	□1 无	□2 偶觉口苦	□3 经常口苦	□4 苦持续不解
腹胀	□1 无	□2 偶有腹胀或食后腹胀	□3 腹胀较重,每日达 4-6 小时	□4 整日腹胀或腹胀如鼓
食欲不振	□1 无	□2 食量减少 1/3 以下	□3 食量减少 1/3 以上	□4 食量减少 1/2 以上

恶心呕吐	☐ 1 无	☐ 2 偶有恶心	☐ 3 时有恶心， 偶有呕吐	☐ 4 频频恶心， 有时呕吐
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦， 可坚持轻体力 工作	☐ 3 四肢乏力， 勉强坚持日常 活动	☐ 4 全身无力， 终日不愿活动
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不 稳，烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发 怒，但多数能 控制	☐ 4 经常烦躁易 怒，难以自我控 制
睡眠障碍	☐ 1 无	☐ 2 轻度，每日 可睡 6-7 小时	☐ 3 中度，每日 可睡 4-5 小时	☐ 4 重度，难以 入睡，易醒，睡 眠时间小于 2 小 时/日
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄 而少	☐ 4 小便黄赤不 利
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次，大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次，不成形	☐ 4 每日 4-5 次 以上，成稀水样
便干	☐ 1 无	☐ 2 大便干，每 日 1 次	☐ 3 大便干，2-3 日 1 次	☐ 4 大便干硬， 数日不行
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

五、面神经炎

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

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）。

（二）诊断依据

1.病史：起病急，常有受凉吹风史，或有病毒感染史。

2.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。

3.脑CT、MRI检查正常。

4.中医辨证分型：风寒袭络证；风热袭络证；风痰阻络证；气虚血瘀证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如神经兴奋性试验（NET）、最大刺激试验（MST）、面神经电图（ENOG）、面肌电图（EMG）、血生化、腹部彩超、头颅MRI等。

（四）治疗方法（推荐）

1.辨证论治

（1）风寒袭络证

治法：祛风散寒，温经通络。

推荐方药：麻黄附子细辛汤加减。炙麻黄、熟附子、细辛、荆芥、防风、白芷、藁本、桂枝、甘草等。

（2）风热袭络证

治法：疏风清热，活血通络。

推荐方药：大秦艽汤加减。秦艽、当归、蝉蜕、赤白芍、金银花、连翘各、防风、板蓝根、地龙、生地、石膏等。

（3）风痰阻络证

治法：祛风化痰，通络止痉。

推荐方药：牵正散加减。白附子、白芥子、僵蚕、全蝎、防风、白芷、天麻、胆南星、陈皮等。

（4）气虚血瘀证

治法：益气活血，通络止痉。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、党参、鸡血藤、当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙、全蝎、僵蚕。

2.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。针刺 0.8~1 寸，百会平补平泻，风府、风池、合谷泻法，太冲补法，留针 30 分钟。

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，刺法同前。取神庭、太阳、下关、翳风、巨髎等，针刺 0.8~1 寸，平补平泻手法，留针 30 分钟。

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，即按照阳明经筋循行路线，每隔 0.5 寸 1 针，排列成两排（约针 8-10 针），留针 30 分钟。

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。神庭、太阳、下关、翳风、足三里、内庭，针刺 0.8~1 寸。神庭、太阳、下关、翳风采用平补平泻手法，足三里、内庭采用补法，留针 30 分钟。

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，颊肌运动障碍取夹承浆穴。针刺 0.5~1.5 寸，采用平补平泻、间断快速小幅度捻转手法，200 转/分，捻针 2 分钟，间隔留针 8 分钟，重复 3 次，留针 30 分钟。

亦可采用阳明经筋排刺，即按照阳明经筋循行路线，每隔 0.5 寸 1 针，排列成两排（约针 8-10 针），留针 30 分钟。

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，刺法同前。神庭、太阳、下关、翳风、足三里、内庭，针刺 0.8~1 寸。神庭、太阳、下关、翳风采用平补平泻手法，足三里、内庭采用补法。

若面肌跳动选行间、阳陵泉，采用泻法；若面肌萎缩则选用脾俞、三阴交穴针灸治疗，采用补法，留针 30 分钟。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。波形为连续波，频率 1-2Hz，输出强度以面部肌肉轻微收缩为度。电针时间约 30 分钟。

（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。每次施灸约 20 分钟。

（4）拔罐

适应于风寒袭络证各期患者。选取患侧的阳白、下关、巨髎、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。每日闪罐 1 次，每周治疗 3-5 次，疗程以病情而定。

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。

（5）其他疗法：包括中药熏药，火龙罐综合治疗等。

3. 西药治疗

根据症状选择应用抗病毒和糖皮质激素类药物。抗病毒治疗（阿昔洛韦片）、抗炎治疗（泼尼松片）、营养修复神经（维生素 B1 片、甲钴胺注射液）。

二、医保支付激励评价标准

（一）面神经炎的诊断编码

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：第一诊断为周围性面神经麻痹（ICD-10 编码：G51.003）或面神经炎（ICD-10 编码：G51.800x002）或贝尔面瘫（ICD-10 编码：G51.000）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价: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) (详见附表 1) 结合临床症状进行评定。治疗后症状消失, H-B 面神经功能评价分级提高 ≥ 2 级,或面部神经功能恢复正常为显效;治疗后临床症状得到改善, H-B 分级提升 1 级为有效;未达到上述标准为无效。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用;

中医中药费用=中药饮片费用+中医医疗服务项目费用+中成药费用。

3.中医症候积分评分 (详见附表 2)。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/本年度该病种所有病例数。

(三)符合下列要求,予以医保支付激励

1.符合出院要求且疗效评价 (H-B 分级) 达到有效及以上。

2.住院天数 ≥ 5 天。

3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。

4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。

5.三个月再入院率低于 20%。

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

附表 2

面神经炎中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
额肌运动	□1 分:正常 (或双侧对称)	□2 分:轻度异常 (有运动, 仅轻微 不对称)	□3 分:中度异常 (有运动, 但明 显不对称)	□4 分:重度异常 (没有运动, 完全 丧失功能)
眼睑开合	□1 分:正常 (眼睑闭合有力, 并双侧对 称)	□2 分:轻度异常 (眼睑闭合完全, 但用力轻微不对 称)	□3 分:中度异常 (眼睑闭合不完 全, 明显不对 称)	□4 分:重度异常 (眼睑没有闭合 运动, 完全丧失 功能)
鼻唇沟深浅	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功)
耸鼻运动	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
口角歪斜(综 合评估静止 时、鼓腮时微 笑时的状况)	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
鼓腮漏气	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
食物滞留	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
颈阔肌收缩 功能	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
味觉障碍	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
听觉过敏	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
流泪不适	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)

下额角、耳部 或乳突部疼 痛	□1 分:正常 (双侧对称)	□2 分:轻度异常 (轻微不对称)	□3 分:中度异常 (明显不对称)	□4 分:重度异常 (完全丧失功能)
耳部疱疹	□1 分:正常 (无疱疹)	□2 分:轻度异常 (疱疹愈合, 无疼 痛)	□3 分:中度异常 (有红斑、小片 状疱疹, 无破溃 无分泌物, 轻微 疼痛)	□4 分:重度异常 (簇集性水泡、甚 至破裂形成大片 糜烂面伴疼痛)
治疗前积分:				
治疗后积分:				
中医症候量化积分率:				

评估人员:

评估时间:

六、痛风

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

2.西医诊断标准：参照 1977 年美国风湿病学会（ACR）的分类标准。

（二）诊断依据

1.关节液中有特异性的尿酸盐结晶体。

2.有痛风石，用化学方法(murexide 试验)或偏振光显微镜观察证实含有尿酸盐结晶。

3.具备下列临床、实验室和 X 线征象等 12 条中 6 条者：

（1）1 次以上的急性关节炎发作。

（2）炎症表现在 1 日内达到高峰。

（3）单关节炎发作。

（4）观察到关节发红。

（5）第一跖趾关节疼痛或肿胀。

（6）单侧发作累及第一跖趾关节。

（7）单侧发作累及跗骨关节。

（8）可疑的痛风石。

（9）高尿酸血症。

（10）关节内非对称性肿胀(X 线片)。

(11) 不伴骨质侵蚀的骨皮质下囊肿(X线片)。

(12) 关节炎症发作期间关节液微生物培养阴性。

上述 1、2、3 项中，具备任何一项即可诊断。

4.中医辨证分型：湿热蕴结证；脾虚湿阻证；寒湿痹阻证；痰瘀痹阻证。

(三) 检查项目 (含检验检查互认结果)

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、尿酸、心电图、胸部平片/CT。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，泌尿系 B 超、骨密度、血生化、凝血功能、免疫功能、关节彩超、24 小时尿生化等。

(四) 治疗方法 (推荐)

1.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，每日 2000ml 以上。

2.辨证论治

(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。炒苍术、川黄柏、川牛膝、茵陈、羌活、独活、全当归、川芎、虎杖、防风、防己、土茯苓、萆薢、泽泻。

（2）脾虚湿阻证

治法：健脾利湿，益气通络。

推荐方药：黄芪防己汤加减。黄芪、防己、桂枝、细辛、当归、独活、羌活、白术、防风、淫羊藿、苡仁、土茯苓、萆薢、甘草。

（3）寒湿痹阻证

治法：温经散寒，除湿通络。

推荐方药：乌头汤加减。川乌、生麻黄、生黄芪、生白芍、苍术、生白术、羌活、片姜黄、当归、土茯苓、萆薢、甘草。

（4）痰瘀痹阻证

治法：活血化痰，化痰散结。

推荐方药：桃红四物汤合当归拈痛汤加减。全当归、川芎、赤芍、桃仁、茵陈、威灵仙、海风藤、猪苓、茯苓、金钱草、土茯苓、萆薢。

3.外治法

（1）中药外敷贴敷疗法

辨证选用中药外敷法，湿热蕴结证，酌情选用清热除湿、宣痹通络之品，如芙蓉膏或如意金黄膏；寒湿痹阻证，酌情选用驱风散寒除湿、温经通络药物，如乌头汤制成散剂，黄酒调匀外敷，每隔 6-12 小时换药 1 次。

（2）中药熏药或熏洗

辨证选用中药熏药或熏洗治法，湿热蕴结证，酌情选用清热利湿，通络止痛药物；脾虚湿阻证，酌情选用健脾利湿，益气通

络药物；寒湿痹阻证，酌情选用温经散寒，除湿通络药物；痰瘀痹阻证，酌情选用活血化瘀，化痰散结药物。每次 40 分钟，每日 1-2 次。可配合腿浴治疗器、治疗智能型中药熏蒸汽自控治疗仪、医用智能汽疗仪进行治疗。

4. 针灸治疗

（1）体针取穴

主穴：第 1 组 足三里、阳陵泉、三阴交

第 2 组 曲池

配穴：第 1 组 内踝侧取太溪、太白、大墩

外踝侧取昆仑、丘虚、足临泣

第 2 组 合谷

操作方法：病变在下肢，主穴与配穴取第 1 组，病变在上肢则取第 2 组。以主穴为主，根据部位酌加配穴，以 1-1.5 寸 30 号毫针刺入，得气后采用提插捻转补泻手法，急性期发作期用泻法，缓解期用平补平泻，均留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针一次，每日或隔日一次，10 次一疗程，疗程间隔 3-5 天。

（2）三棱针刺络放血：有活血祛瘀、通络止痛的功效，多在痛风急性发作时采用。取阿是穴，放血 1~2ml，每周 2~3 次。

还可选用火针疗法、雷火灸、梅花针扣刺结合拔罐等方法治疗。

5. 其他疗法

（1）拔罐：疼痛部位用 3~5 个火罐，每次留罐 5 分钟。热证者不宜。

(2) 中频脉冲电治疗：中药离子导入，中医定向透药每日1次。热证者不宜。

二、医保支付激励评价标准

(一) 痛风的诊断编码

中医诊断：第一诊断为痛风（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.23）或痹症类病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.）或热痹（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.02）着痹（GB/T15657-2021 中医病证代码：A07.06.01.03）。

西医诊断：第一诊断为痛风（ICD-10 编码：M10.900）或者特发性痛风（ICD-10 编码：M10.000）痛风性关节炎（ICD-10 编码：M10.002）。

(二) 激励评价内容

1.疗效评价：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)。

疗效评定

治愈：症状消失，实验室检查正常。

好转：关节肿胀消减，疼痛缓解，实验室检查有改善。

未愈：症状及实验室检查无变化。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3.中医症候积分评分（详见附表）。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/

本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

- 1.符合出院要求且疗效评价达好转及以上。
- 2.住院天数 ≥ 4 天。
- 3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。
- 4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。
- 5.三个月再入院率低于 20%。

附表

痛风病中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
关节肿胀	☐ 1 无	☐ 2 轻度肿胀	☐ 3 中度肿胀	☐ 4 重度肿胀
关节疼痛	☐ 1 无	☐ 2 轻度疼痛,不影响活动,不影响睡眠	☐ 3 中度疼痛,影响活动,不影响睡眠	☐ 4 重度疼痛,影响活动,影响睡眠
关节活动度	☐ 1 无	☐ 2 轻度受限	☐ 3 中度受限	☐ 4 重度受限
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦,可坚持轻体力工作	☐ 3 四肢乏力,勉强坚持日常活动	☐ 4 全身无力,终日不愿活动
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
口苦	☐ 1 无	☐ 2 晨起口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 苦持续不解
口淡	☐ 1 无	☐ 2 口中轻微无味	☐ 3 口淡较重	☐ 4 淡不欲饮食
口腻	☐ 1 无	☐ 2 偶觉口腻	☐ 3 时有口中黏腻	☐ 4 持续口中黏腻
自汗	☐ 1 无	☐ 2 动则汗出	☐ 3 稍动即汗出	☐ 4 不动自汗出
盗汗	☐ 1 无	☐ 2 轻微头颈部汗出为主,偶有	☐ 3 胸背潮湿,反复出现	☐ 4 周身潮湿如水洗,经常出现
腹胀	☐ 1 无	☐ 2 偶有腹胀或食后腹胀	☐ 3 腹胀较重,每日达 4-6 小时	☐ 4 整日腹胀或腹胀如鼓
脘闷	☐ 1 无	☐ 2 偶尔	☐ 3 经常	☐ 4 整日
食欲不振	☐ 1 无	☐ 2 食量减少 1/3 以下	☐ 3 食量减少 1/3 以上	☐ 4 食量减少 1/2 以上
恶心呕吐	☐ 1 无	☐ 2 偶有恶心	☐ 3 时有恶心,偶有呕吐	☐ 4 频频恶心,有时呕吐
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不稳,烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发怒,但多数能控制	☐ 4 经常烦躁易怒,难以自我控制
腰酸	☐ 1 无	☐ 2 晨起腰酸,捶打可止	☐ 3 持续腰酸,劳则加重	☐ 4 腰酸如折,休息不止
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次,大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次,不成形	☐ 4 每日 4-5 次以上,成稀水样

小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色萎黄	☐ 1 无	☐ 2 面色黄而尚润泽	☐ 3 面色黄而欠润泽	☐ 4 面色黄而干枯
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白，无血色	☐ 4 面色苍白无血色，兼虚肿
肢体困重目干	☐ 1 无	☐ 2 有困重感，尚不影响活动	☐ 3 肢体沉重，活动费力	☐ 4 沉重如裹，活动困难
午后潮热	☐ 1 无	☐ 2 偶尔	☐ 3 反复	☐ 4 明显，经常出现
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

七、暴聋

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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》。

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》。

（二）诊断依据

1.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。

2.未发现明确原因（包括全身或局部因素）。

3.可伴耳鸣、耳闷胀感、耳周皮肤感觉异常等。

4.可伴眩晕、恶心、呕吐。

5.中医辨证分型：风邪外犯证;肝火上炎证;痰火郁结证;血瘀耳窍证;气血亏虚证

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT、纯音听阈测听检查、内听道影像学检查等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如耳声发射、听性脑干诱发电位检查、声导抗检查、生化筛查、凝血功能、甲状腺功能常规检查、四项检验等。

（四）治疗方法（推荐）

1.辨证论治

（1）风邪外犯证

治法:宣肺解表，散邪通窍

推荐方药：宣肺通窍汤加减。麻黄、杏仁、防风、川芎、僵蚕、柴胡、路路通、石菖蒲、苍耳子、白芷、甘草等。或具有同类功效的中成药。

①针刺治疗

体针

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

局部选穴:耳门、听官、听会、翳风等每次 20 分钟，每日 1 次。

远端选穴:外关、合谷，每次 30 分钟，每日 1 次。

操作：毫针刺，平补平泻。每日 1 次，10 次一疗程。

②耳穴压豆、埋针（穴位包埋）

选穴：耳门、听官、听会、内耳、神门、肾、皮质下。

方法：中等刺激，留针 20 分钟。或用王不留行籽贴耳穴。

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，每日 1~2 次，每次 15~30 分钟，水宜加之踝关节以上，水温宜小于 42℃，以免烫伤皮肤。

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

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、车前子、泽泻、生地、丹皮、当归、菖蒲、甘草等。或具有同类功效的中成药。

①针刺治疗

体针

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

局部选穴：耳门、听官、听会、翳风等每次 20 分钟，每日 1 次。

远端选穴：太冲、太溪，每次 30 分钟，每日 1 次。

操作：毫针刺，平泻。每日 1 次，10 次一疗程。

②耳穴压豆、埋针（穴位包埋）

选穴：耳门、听官、听会、内耳、神门、肾、皮质下。

方法：中等刺激，留针 20 分钟。或用王不留行籽贴耳穴。

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，每日 1~2 次，每次 15~30 分钟。

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

推荐方药: 清气化痰丸加减。胆南星、僵蚕、杏仁、瓜蒌仁、半夏、茯苓、陈皮、枳实、石菖蒲、甘草等。或具有同类功效的中成药。

①针刺治疗

体针

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

局部选穴: 耳门、听官、听会、翳风等每次 20 分钟, 每日 1 次。

远端选穴: 中脘、水道, 每次 30 分钟, 每日 1 次。

操作: 毫针刺, 平补平泻。每日 1 次, 10 次一疗程。

②耳穴压豆、埋针(穴位包埋)

选穴: 耳门、听官、听会、内耳、神门、肾、皮质下。

方法: 中等刺激, 留针 20 分钟。或用王不留行籽贴耳穴。

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, 每日 1~2 次, 每次 15~30 分钟。

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

推荐方药: 通窍活血汤加减。川芎、当归、赤芍药、桃仁、

红花、柴胡、丹参、路路通、石菖蒲、黄芪、青皮等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

①针刺治疗

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、翳风等每次 20 分钟，每日 1 次。

远端选穴：膈俞、血海，每次 30 分钟，每日 1 次。

操作：毫针刺，平补平泻。每日 1 次，10 次一疗程。

②耳穴压豆、埋针（穴位包埋）

选穴：耳门、听宫、听会、内耳、神门、肾、皮质下。

方法：中等刺激，留针 20 分钟。或用王不留行籽贴耳穴。

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，每日 1~2 次，每次 15~30 分钟。

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

推荐方药：归脾汤加减。党参、黄芪、白术、当归、茯神、远志、酸枣仁、柴胡、龙眼肉、木香、甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

①针刺治疗

体针

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

局部选穴：耳门、听官、听会、翳风等每次 20 分钟，每日 1 次。

远端选穴：脾俞、足三里，每次 30 分钟，每日 1 次。

操作：毫针刺，平补。每日 1 次，10 次一疗程。

②耳穴压豆、埋针（穴位包埋）

选穴：耳门、听官、听会、内耳、神门、肾、皮质下。

方法：中等刺激，留针 20 分钟。或用王不留行籽贴耳穴。

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，每日 1~2 次，每次 15~30 分钟。

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。

2.特色疗法

（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。

3.西药治疗

根据病情需要，可参考《突发性聋诊断和治疗指南》（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。

二、医保支付激励评价标准

（一）暴聋的诊断编码

中医诊断：第一诊断为暴聋（TCD 编码：A12.12）。

西医诊断：第一诊断为突发性聋（ICD-10 编码：H91.201）或特发性突聋（ICD-10 编码：H91.200x002）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价标准：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。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3.中医症候积分评分(详见附表)。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/

本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

- 1.符合出院要求且疗效评价达有效及以上。
- 2.住院天数 ≥ 5 天。
- 3.中医中药费用占比 $\geq 30\%$ 。
- 4.中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。
- 5.三个月再入院率低于 20%。

附表

暴聋（突发性耳聋）病中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦,可坚持轻体力工作	☐ 3 四肢乏力,勉强坚持日常活动	☐ 4 全身无力,终日不愿活动
口苦	☐ 1 无	☐ 2 晨起口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 口苦持续不解
自汗	☐ 1 无	☐ 2 动则汗出	☐ 3 稍动即汗出	☐ 4 不动自汗出
腹胀	☐ 1 无	☐ 2 偶有腹胀或食后腹胀	☐ 3 腹胀较重,每日达 4-6 小时	☐ 4 整日腹胀或腹胀如鼓
食欲不振	☐ 1 无	☐ 2 食量减少 1/3 以下	☐ 3 食量减少 1/3 以上	☐ 4 食量减少 1/2 以上
恶心呕吐	☐ 1 无	☐ 2 偶有恶心	☐ 3 时有恶心,偶有呕吐	☐ 4 频频恶心,有时呕吐
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不稳,烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发怒,但多数能控制	☐ 4 经常烦躁易怒,难以自我控制
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次,大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次,不成形	☐ 4 每日 4-5 次以上,成稀水样
便秘	☐ 1 无	☐ 2 每 2-3 日 1 次,大便稍硬	☐ 3 每 4-5 日 1 次,大便硬	☐ 4 每 4-5 日 1 次,大便硬,干结难解,带血
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白,无血色	☐ 4 面色苍白无血色,兼虚肿
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
耳鸣	☐ 1 无	☐ 2 轻微	☐ 3 耳鸣重听,时发时止	☐ 4 耳鸣不止,听力减退
盗汗	☐ 1 无	☐ 2 轻微头颈部汗出为主,偶有	☐ 3 胸背潮湿,反复出现	☐ 4 周身潮湿如水洗,经常出现
耳鸣出现的环境	☐ 1 无	☐ 2 安静环境	☐ 3 一般环境	☐ 4 任何环境

睡眠障碍	☐ 1 无	☐ 2 入睡困难	☐ 3 梦多易醒， 睡眠时间不足 6 小时	☐ 4 完全无法入 睡
眩晕或头晕	☐ 1 无	☐ 2 偶尔发作，不影 响生活工作	☐ 3 反复发作， 影响生活工作	☐ 4 明显，经常出 现，无法正常活 动、工作
耳鸣持续时 间	☐ 1 无	☐ 2 间歇时间大于 持续时间	☐ 3 持续时间大于 间歇时间	☐ 4 持续性发作
听力下降程 度	☐ 1 无	☐ 2 轻度	☐ 3 中度-中重 度	☐ 4 重度-极重度
耳闷	☐ 1 无	☐ 2 轻微耳闷，偶尔 发作	☐ 3 活动或劳累 后耳闷发作	☐ 4 耳闷持续发 作不缓解
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

八、肋骨骨折

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）》。

2.西医诊断标准：参照《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）。

（二）诊断依据

1.可有外伤史。

2.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。

3.X线片、CT检查明确存在骨折部位及骨折数量（合并气、血胸）。

4.中医辨证分型：气滞血瘀，阻遏胸胁证；营卫失调，瘀血凝滞证；气血不足，肝肾亏虚证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要，可选择肋骨CT三维重建、血气分析、凝血功能、血生化、胸/腹部超声检查等。

（四）治疗方法（推荐）

1.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。

中成药：伤科接骨片等。

(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：三棱和伤汤加减。

中成药：伤科接骨片等。

(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，六味地黄汤加减。

中成药：六味地黄丸等。

2. 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) 绷带悬吊固定法

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。

3. 中医外治

(1) 灸法：选取足三里或神阙穴，扶正祛邪、补益肾气，每日治疗一次。

(2) 贴敷疗法：院内膏剂敷于患者疼痛部位，每日一次，通经活络，消肿止痛。

(3) 埋针治疗：将揶针埋于疼痛部位阿是穴处，隔日一次，缓解疼痛。

(4) 耳针：耳部选穴神门、交感、心、肝、肾，双耳，隔日一次，安神止痛，调节脏腑功能，激发正气。

(5) 腕踝针：区针灸针刺入相应部位上肢区域皮内，留针 6-8 小时，每日一次，缓解患侧疼痛。

(6) 中药熏药：院内中药制剂经熏药机加热后直接作用于患侧，每日一次，每次 20 分钟，通经活络止痛，促进骨痂生长。

(7) 超声药物透入治疗：院内制剂经超声导入仪作用于患侧，每日一次，每次 30 分钟，通经活络止痛。

4. 其他疗法

(1) 雾化吸入治疗：湿化气道，改善通气，祛痰镇咳，控制感染。

(2) 物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中药离子导入治疗等。

(3) 胸膜腔穿刺抽气、抽液及胸腔闭式引流治疗。

5.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。

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。

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。

张力性气胸：紧急降低胸腔内压力，之后再行胸腔闭式引流术治疗。

(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。

非进行性血胸：小量血胸（ $<0.5\text{L}$ ），无需特殊处理；伤后12~14小时后复查，血胸达中量（ $0.5\sim1.0\text{L}$ ）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。

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。

二、医保支付激励评价标准

（一）肋骨骨折的诊断编码

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）或筋骨病（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.04）或损伤疼痛（GB/T15657-2021 中医病证代码：A03.06.05.05）。

西医诊断：第一诊断为肋骨骨折（ICD-10 编码：S22.300，S22.400）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价：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）。

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，胸廓挤压征（±）。

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；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 中成药费用。

3. 中医症候积分评分(详见附表)。

4. 三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数 / 本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

1. 符合出院要求且疗效评价达好转及以上。

2. 住院天数 ≥ 7 天。

3. 中医中药费用占比 ≥ 35%。

4. 中医症候量化积分率需降低 20% 及以上 {症候积分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分 × 100%}。

5. 三个月再入院率低于 20%。

附表

骨折病（肋骨骨折）中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
倦怠乏力	☐ 1 无	☐ 2 肢体稍倦,可坚持轻体力工作	☐ 3 四肢乏力,勉强坚持日常活动	☐ 4 全身无力,终日不愿活动
胁肋胀痛	☐ 1 无	☐ 2 偶有	☐ 3 常有	☐ 4 持续
口苦	☐ 1 无	☐ 2 晨起口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 苦持续不解
口淡	☐ 1 无	☐ 2 口中轻微无味	☐ 3 口淡较重	☐ 4 淡不欲饮食
口腻	☐ 1 无	☐ 2 偶觉口腻	☐ 3 时有口中黏腻	☐ 4 持续口中黏腻
腹胀	☐ 1 无	☐ 2 偶有腹胀或食后腹胀	☐ 3 腹胀较重,每日达 4-6 小时	☐ 4 整日腹胀或腹胀如鼓
食欲不振	☐ 1 无	☐ 2 食量减少 1/3 以下	☐ 3 食量减少 1/3 以上	☐ 4 食量减少 1/2 以上
恶心呕吐	☐ 1 无	☐ 2 偶有恶心	☐ 3 时有恶心,偶有呕吐	☐ 4 频频恶心,有时呕吐
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不稳,烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发怒,但多数能控制	☐ 4 经常烦躁易怒,难以自我控制
腰酸	☐ 1 无	☐ 2 晨起腰酸,捶打可止	☐ 3 持续腰酸,劳则加重	☐ 4 腰酸如折,休息不止
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于 3 次,大便不成形	☐ 3 每日 3-4 次,不成形	☐ 4 每日 4-5 次以上,成稀水样
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色萎黄	☐ 1 无	☐ 2 面色黄而尚润泽	☐ 3 面色黄而欠润泽	☐ 4 面色黄而干枯
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白,无血色	☐ 4 面色苍白无血色,兼虚肿
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
治疗前积分:				
治疗后积分:				
中医症候量化积分率:				

评估人员:

评估时间:

九、膝关节骨性关节炎

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

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》。

（二）诊断依据

1.近 1 个月内反复膝关节疼痛；

2.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；

3.关节液（至少 2 次）清亮、黏稠，WBC < 2000 个/ml；

4.中老年患者（≥40 岁）；

5.晨僵≤30 分钟；

6.活动时有骨摩擦音（感）。

7.中医辨证分型：气滞血瘀证；寒湿痹阻证；肝肾亏虚证；气血虚弱证。

符合 1+2 条或 1+3+5+6 或 1+4+5+6 条，可诊断膝关节骨性关节炎。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：膝关节影像学检查、血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT 等。

2.可选择的检查项目：根据病情需要，可选凝血功能、血生化、腹部+泌尿系彩超、膝关节 CT、膝关节 MRI、ESR、ASO、RF、AKA、CCP、抗核抗体谱、关节液检查等。

（四）治疗方法（推荐）

1.辨证论治

（1）气滞血瘀证

治法：活血化瘀，通络止痛

推荐方药：血府逐瘀汤加减。或具有同等功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）寒湿痹阻证

治法：温经散寒，养血通脉

推荐方药：蠲痹汤加减。或具有同等功效的中成药（包括中药注射剂）。

（3）肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾

推荐方药：左归丸加减。或具有同等功效的中成药（包括中药注射剂）。

（4）气血虚弱证

治法：补气养血

推荐方药：八珍汤加减。或具有同等功效的中成药（包括中药注射剂）。

2.特色疗法

（1）灸法：选取足三里或神阙穴，扶正祛邪，每日治疗一

次。

(2) 贴敷疗法：院内膏剂敷于患者膝关节，每日一次，通经活络，消肿止痛。

(3) 埋针治疗：将揶针埋于疼痛部位阿是穴处，隔日一次，缓解疼痛。

(4) 耳针：耳部选穴神门、交感、心，双耳，隔日一次，安神止痛，调节脏腑功能，激发正气。

(5) 腕踝针：针灸针刺入相应部位区域皮内，留针 6-8 小时，每日一次，缓解患侧疼痛。

(6) 中药熏药：院内中药制剂经熏药机加热后直接作用于膝关节，每日一次，每次 20 分钟，通经活络理气止痛。

(7) 直流电药物导入治疗：院内制剂经超声导入仪作用于患侧，每日一次，每次 30 分钟，通经活络止痛。

3.运动康复

自我行为疗法（减少不合理的运动，适量活动，避免不良姿势，避免长时间跑、跳、蹲，减少或避免爬楼梯），减肥，有氧锻炼（如游泳、自行车等），关节功能训练（如膝关节在非负重位下屈伸活动，以保持关节最大活动度），肌力训练（如股四头肌等长收缩训练、抬腿训练股四头肌、静蹲训练）。

4.西药治疗

关节肿痛较甚时，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。

5.手术治疗。

二、医保支付激励评价标准

（一）膝关节骨性关节炎的诊断编码

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

西医诊断：第一诊断为原发性双侧膝关节病（ICD-10 编码：M17.000）或原发性单侧膝关节病（ICD-10 编码：M17.100）或膝关节病（ICD-10 编码：M17.9）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价：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)。

治愈：疼痛、肿胀消失，活动功能恢复正常，实验室检查正常。

好转：疼痛、肿胀减轻，活动功能好转。

无效：疼痛及肿胀无变化。

2.中医中药费用占比 = 中医中药费用/住院总费用；

中医中药费用=中药饮片费用+中医医疗服务项目费用+中成药费用。

3.中医症候积分评分(详见附表)。

4.三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/本年度该病种所有病例数。

（三）符合下列要求，予以医保支付激励

1.符合出院要求且疗效评价达好转及以上。

2.住院天数≥7 天。

3.中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。

4.中医症候量化积分率需降低 25%及以上{症候积分率=(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。

5.三个月再入院率低于 20%。

附表

膝痹病（膝骨关节炎）中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
疼痛 (VAS 评分)	☐ 1 无	☐ 2 轻度	☐ 3 中度	☐ 4 重度
膝关节活动度	☐ 1 0-140°	☐ 2 0-90°	☐ 3 0-60°	☐ 4 0-30°
KL-分级	☐ 1 无或I级	☐ 2 II 级	☐ 3 III 级	☐ 4 IV 级
膝酸	☐ 1 无	☐ 2 晨起膝酸，捶打可减	☐ 3 持续膝酸，劳则加重	☐ 4 持续膝酸，无法缓解
肿胀情况	☐ 1 无	☐ 2 轻度肿胀	☐ 3 中度肿胀	☐ 4 重度肿胀
食欲不振	☐ 1 无	☐ 2 食量减少 1/3 以下	☐ 3 食欲减少 1/3 以上	☐ 4 食欲减少 1/2 以上
肤温	☐ 1 肤温正常	☐ 2 肤温轻度升高	☐ 3 肤温轻度降低	☐ 4 肤温冰凉
麻木情况	☐ 1 无	☐ 2 稍麻木	☐ 3 麻木明显	☐ 4 麻木剧烈
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白，无血色	☐ 4 面色苍白无血色，兼虚肿
肢体困重目干	☐ 1 无	☐ 2 有困重感，尚不影响活动	☐ 3 肢体沉重，活动费力	☐ 4 沉重如裹，活动困难
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
耳鸣	☐ 1 无	☐ 2 轻微	☐ 3 耳鸣重听，时发时止	☐ 4 耳鸣不止，听力减退
五心烦热	☐ 1 无	☐ 2 手足心微热	☐ 3 心烦手足心灼热	☐ 4 烦热不欲衣被
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

十、腰椎间盘突出症

一、诊疗方案

（一）诊断标准

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）。

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）。

（二）诊断依据

1.临床症状：腰痛伴一侧或两侧下肢放射性疼痛，疼痛根据视觉模拟尺度评分法(VAS)评分需 ≥ 5 分；下肢麻木无力；腰椎活动受限，姿势异常。

2.查体：腰椎畸形，腰部压痛点，可引发下肢放射痛或麻木感；腰椎活动受限。下肢受累神经根支配区皮肤感觉、肌力及反射异常。直腿抬高加强试验阳性，股神经牵拉试验。

3.影像学所见与临床表现基本相符合。

4.患者入院时 JOA 评分需 ≤ 24 分。

5.中医辨证分型：血瘀气滞证；寒湿痹阻证；湿热痹阻证；肝肾亏虚证。

（三）检查项目（含检验检查互认结果）

1.必须的检查项目：血常规、尿常规、大便常规、心电图、胸部平片/CT、颈椎 MRI（限三级或当地最高等级医保定点医疗

机构)。

2.可选择的检查项目：根据病情需要而定，如腰椎CT、血生化、腰椎管造影、肌电图、骨密度、血沉等。

(四) 治疗方法(推荐)

1.手法治疗

(1) 松解手法，包括点法、压法、摇法、滚法、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。

2.辨证论治

(1) 血瘀气滞证

治法：行气活血，祛瘀止痛。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、当归、灵脂(炒)、香附、牛膝、地龙。

(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。独活、桑寄生、杜仲、牛膝、党参、当归、熟地黄、白芍、川芎、桂枝、茯苓、细辛、防风、秦艽、蜈蚣、乌梢蛇等。

(3) 湿热痹阻证

治法：清利湿热，通络止痛。

推荐方药：二妙散加减。川芎、独活、当归、白芍、地龙、甘草、秦艽、羌活、防风、白芷、黄柏、苍术、茯苓等。

（4）肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，通络止痛。

阳虚证推荐方药：金匱肾气丸加减。山药、山萸肉、杜仲、附子、桂枝、枸杞子、泽泻、当归、川芎、狗脊、牛膝、川断、桑寄生、菟丝子等。

阴虚证推荐方药：六味地黄丸加减。山药、山萸肉、熟地、泽泻、枸杞子、茯苓、牛膝、牡丹皮、当归等。

3.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，每天一次，每次 10~20 分钟，适合于非急性期患者。急性期慎用牵引。

4.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。

5.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，以腰臀部阿是穴、筋结为松解减压部位。

6.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。

二、医保支付激励评价标准

（一）腰椎间盘突出症的诊断编码

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) 或痹症类病(GB/T15657-2021 中医病证代码: A07.06) 或痛痹(GB/T15657-2021 中医病证代码: A07.06.01.02) 。

西医诊断：第一诊断为腰椎间盘突出症（ICD-10 编码：M51.202）或腰椎间盘突出伴脊髓病（ICD-10 编码：M51.003+）或腰椎间盘突出伴神经根病（ICD-10 编码：M51.100x001）或腰椎间盘突出伴坐骨神经痛（ICD-10 编码：M51.100x003）或腰椎间盘突出伴坐骨神经痛（ICD-10 编码：M51.101+）。

（二）激励评价内容

1.疗效评价：疗效评价标准：参照 JOA 腰腿痛评分系统(见附表 1) 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 %。

优：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；

良好：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 $< 75\%$ ；

中度：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 $< 50\%$ ；

差：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；

中医中药费用 = 中药饮片费用 + 中医医疗服务项目费用 + 成药费用。

3. 中医症候积分评分(详见附表 2)

4. 三个月再入院率 = 本年度该病种三个月内再入院病例数/本年度该病种所有病例数。

(三) 符合下列要求，予以医保支付激励

1. 符合出院要求且疗效评价按照 JOA 评价标准达到良好及以上。

2. 住院天数 ≥ 7 天。

3. 中医中药费用占比 $\geq 35\%$ 。

4. 中医症候量化积分率需降低 30%及以上{症候积分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) $\div$ 治疗前积分 $\times 100\%$ }。

5. 三个月再入院率低于 20%。

附表 1

日本骨科学会腰背痛手术评分标准 (A)		3. 日常活动限制情况 14 分			分值
1. 主观症状 9 分			严重	中度	无
(1) 腰痛	分值	(1) 卧床翻身	0	1	2
1) 无	3	(2) 站立	0	1	2
2) 偶有中度疼痛	2	(3) 洗刷	0	1	2
3) 经常中度疼痛或偶有严重疼痛	1	(4) 向前弯腰	0	1	2
4) 经常或持续严重疼痛	0	(5) 坐一小时	0	1	2
(2) 腿痛兼或麻木感		(6) 提重物	0	1	2
1) 无	3	(7) 行走	0	1	2
2) 偶有轻度症状	2	4. 排尿功能 (尿失禁或尿储留) -6 分			
3) 经常轻度或偶有严重症状	1	(1) 正常			0
4) 经常或持续严重症状	0	(2) 轻度排尿困难			-3
(3) 步态		(3) 严重排尿困难			-3
1) 正常	3				
2) 能步行 500 米以上, 感觉疼痛、麻木兼或肌肉无力	2				
3) 不能步行 500 米以上, 因腿痛、麻木兼或肌肉无力	1				
4) 不能步行 100 以上, 因腿痛、麻木兼或肌肉无力	0				
2. 客观体征 6 分					
(1) 直腿抬高试验 (包括捆绳肌紧张试验 Bowstring 试验)					
1) 正常					
2) 30—70 度					
3) 小于 30 度					
(2) 感觉障碍					
1) 无					
2) 轻度障碍 (非主观感觉障碍)					
3) 明显障碍					
(3) 运动障碍 (MMT)					
1) 正常 (5 级)					
2) 轻度无力 (4 级)					
3) 明显无力 (3 级)					

说明: 满分 29 分: <10 分: 差; 10—15 分, 中度; 16—24 分, 良好; 25—29 分, 优 治疗改善率 = [(治疗后评分 - 治疗前评分) ÷ (满分 29 - 治疗前评分)] × 100% >=75%, 优; 50—74%, 良; 25—49%, 中; 0—24%, 差。

改善率还可对应于通常采用的疗效判定标准: 改善率为 100% 时为治愈, 改善率大于 60% 为显效, 25—60% 为有效, 小于 25% 为无效。

附表 2

腰痛病（腰椎间盘突出症）中医症候积分量表				
专科症状	量化分数(以下 1、2、3、4 代表积分值)			
下 腰 痛	□1 无	□2 偶尔轻度疼痛	□3 经常轻度或偶尔严重的疼痛	□4 经常或者持续严重的疼痛
腿部的疼痛和/或者麻木感	□1 无	□2 偶尔轻度疼痛	□3 经常轻度或偶尔严重的疼痛	□4 经常或者持续严重的疼痛
步态	□1 正常	□2 尽管出现疼痛，麻木或无力，仍能行走超过 500 米	□3 由于出现疼痛，麻木或无力，不能行走超过 500 米	□4 由于出现疼痛，麻木或无力，不能行走超过 100 米
直腿抬高试验	□1 阴性	□2 60-70 度	□3 30-60 度	□4 小于 30 度
感觉障碍	□1 正常	□2 轻度障碍	□3 中度障碍	□4 严重障碍
运动障碍	□1 正常（肌力 5 级）	□2 轻度力弱（肌力 4 级）	□3 明显减弱（肌力 3 级）	□4 严重减弱（肌力 0-2 级）
膀胱功能	□1 正常	□2 轻度排尿困难	□3 中度排尿困难	□4 严重排尿困难（尿失禁或者尿潴留）
卧床翻身	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
站立	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
洗澡	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
弯腰	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
坐（约 1 小时）	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
举或拿物	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
行走	□1 无	□2 轻度受限	□3 中度受限	□4 严重受限
倦怠乏力	□1 无	□2 肢体稍倦，可坚持轻体力工作	□3 四肢乏力，勉强坚持日常活动	□4 全身无力，终日不愿活动

口苦	☐ 1 无	☐ 2 晨起口苦	☐ 3 经常口苦	☐ 4 苦持续不解
口淡	☐ 1 无	☐ 2 口中轻微无味	☐ 3 口淡较重	☐ 4 淡不欲饮食
口腻	☐ 1 无	☐ 2 偶觉口腻	☐ 3 时有口中黏腻	☐ 4 持续口中黏腻
烦躁易怒	☐ 1 无	☐ 2 有时情绪不稳，烦躁发怒	☐ 3 易烦躁发怒，但多数能控制	☐ 4 经常烦躁易怒，难以自我控制
便溏	☐ 1 无	☐ 2 每日少于3次，大便不成形	☐ 3 每日3-4次，不成形	☐ 4 每日4-5次以上，成稀水样
小便发黄	☐ 1 无	☐ 2 小便稍黄	☐ 3 小便深黄而少	☐ 4 小便黄赤不利
面色萎黄	☐ 1 无	☐ 2 面色黄而尚润泽	☐ 3 面色黄而欠润泽	☐ 4 面色黄而干枯
面色无华	☐ 1 无	☐ 2 面色欠润泽	☐ 3 面色淡白，无血色	☐ 4 面色苍白无血色，兼虚肿
肢体困重目干	☐ 1 无	☐ 2 有困重感，尚不影响活动	☐ 3 肢体沉重，活动费力	☐ 4 沉重如裹，活动困难
口干	☐ 1 无	☐ 2 口微干	☐ 3 晨起口干少津	☐ 4 整日觉口干时欲饮
治疗前积分：				
治疗后积分：				
中医症候量化积分率：				

评估人员：

评估时间：

附件 2

（ 医院 ） 月中医优势病种付费病案申报表

序号	医疗机构 编码	病案号	患者姓名	入院诊断	入院时间	出院时间	申请日期	申请病种	疗效评价	中医中药 费用占比	中医症候量化 积分率	备注

