

WHCR-2023-0350003

威海市医疗保障局 威海市卫生健康委员会 关于公布第三批中医优势病种收费标准的通知

威医保发〔2023〕45号

各区市医疗保障局、卫生健康局，国家级开发区科技创新局、卫生健康管理办公室，南海新区党群与人力资源部、社会工作部，市医疗保险事业中心，各有关医疗机构：

根据省、市关于建设国家中医药综合改革示范区的系列部署要求，为促进中医特色技术传承发展，经研究，现将第三批中医优势病种按病种收费标准及临床治疗路径予以公布（具体见附件1、2）。对涉及的4个中医优势病种实行最高限价管理，实际住院费用在最高限价以下的，由医疗机构与参保患者据实结算；实际住院费用超出最高限价的，超出部分由医疗机构自行承担，患者不负担。中医优势病种所需医保基金不列入定点医疗机构年度总额预算内，实行单独列支，视开展情况及医保基金支撑能力进行动态调整。临床质量管理、收费管理和退出机制等事项继续按威价发〔2017〕38号、威医保发〔2019〕65号等有关规定执行。

本通知自2023年12月1日起施行，有效期至2028年11月30日。相关医疗机构要做好价格公示，自觉接受主管部门和社会监督。

附件：1.第三批中医优势病种单病种收费标准表
2.第三批中医优势病种临床路径及诊疗方案

威海市医疗保障局 威海市卫生健康委员会
2023 年 10 月 7 日

（此件主动公开）

附件 1

第三批中医优势病种单病种收费标准表

计价单位：元/人次

病种名称	收费标准	
	三级医院	一、二级医院
尺桡骨骨折	19500	18500
趾骨骨折	17900	17000
多部位复合骨折	21900	20800
腰痹症（腰椎间盘突出源性腰痛）	12800	12200

附件 2

尺桡骨骨折中医临床路径

路径说明：本路径适合于西医诊断为尺桡骨骨折的患者。

一、尺桡骨干双骨折中医临床路径标准住院流程

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为尺桡骨骨折（TCD 编码：BGG000）；

西医诊断：第一诊断为尺桡骨骨折（ICD-10 编码：S52、203）。

（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）。

（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）。

①病史：外伤史。

②体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形，反常活动。

③辅助检查：X 线发现尺桡骨干骨折。

2. 疾病分期

（1）早期：伤后 2 周以内。

（2）中期：伤后 2 周-4 周。

（3）晚期：伤后 4 周以上。

（三）治疗方案的选择

1. 诊断明确，第一诊断为尺桡骨干双骨折。

2. 患者适合并接受闭合复位内固定手术。

（四）标准住院日

手术治疗患者≤14 天。

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合尺桡骨干双骨折（TCD 编码：BGG000；ICD-10 编码：S52、203）的患者。

2. 外伤引起的单纯性、新鲜闭合尺桡骨干双骨折，有闭合复位内固定适应证。

3. 除外以下情况：

（1）尺桡骨干双骨折无移位者。

（2）严重的开放性骨折（Gustilo III 型）。

（3）并发血管神经损伤者。

（4）局部肿胀严重者。

（5）患处严重皮肤疾病者。

（6）合并其他无法耐受闭合复位内固定治疗的疾病（如严重心脑血管疾病、癫痫）等。

（7）病理性骨折。

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

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。

注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目：

（1）血常规。

（2）尿常规。

（3）凝血功能。

（4）肝功能、肾功能。

（5）心电图。

（6）胸部透视或胸部 X 线片。

（7）骨折部位 X 线片检查（包括肘关节及腕关节）。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如骨折部位 CT、MRI，骨密度测定等。

（八）治疗方法

1. 闭合复位内固定手术治疗。

2. 药物治疗。

3. 康复治疗。

4. 并发症的防治。

5. 护理。

（九）手术治疗的患者

1. 手预防性抗菌药物选择与使用时机

按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发[2004]285号）选择用药；预防性用药时间为术前30分钟；术后3天内停止使

用预防性抗菌药物，可根据患者针眼、体温等情况适当延长使用时间。

2. 手术日为入院后第 3-7 天

- (1) 麻醉方式：臂丛神经阻滞麻醉、局麻或全麻。
- (2) 手术方式：尺桡骨干骨折闭合内固定术。
- (3) 手术内固定物：骨圆针固定、外固定支架固定等。
- (4) 术中用药：麻醉用药、抗菌药。
- (5) 输血：根据出血情况。

3. 术后住院恢复 6-11 天

- (1) 必须复查的项目：血常规、凝血功能、X 线片检查。
- (2) 必要时复查的项目：肝肾功能、CT。

4. 术后相关治疗

- (1) 抗菌药物：按《抗菌药物临床应用指导原则》。
- (2) 其他药物：术后应用消肿、促进骨折愈合、止痛等药物。
- (3) 遵医嘱保护下患肢功能锻炼。

(十) 出院标准

- (1) 体温正常，常规化验指标无异常。
- (2) 针眼愈合好，无感染征象。
- (3) 术后 X 线片证实复位固定满意。
- (4) 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

(十一) 有无变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用：如手术治疗患者大量出血需术前、术中输血；术前血栓形成；术前血凝、C 反应蛋白、血沉指标异常，需术前调整的患者；感冒的患者；出现张力性水疱、压迫性溃疡、皮肤过敏、骨筋膜室综合征等并发症，轻者会导致延期治疗，重者退出本路径。

2. 合并症：合并有严重心脑血管疾病、骨质疏松症等，住院期间病情加重而需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 路径的转化：闭合复位内固定失败，退出路径，另有患者存在手术绝对和相对禁忌症，无法行手术治疗，退出路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

二、尺桡骨骨折中医临床路径住院表单

适用对象：第一诊断为尺桡骨骨折（TCD 编码：BGG000；ICD-10 编码：S52.203）

患者姓名： 性别： 年龄： 门诊号： 住院号：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日

标准住院日≤14 天 实际住院日： 天

时间	年 月 日 (第 1 天)	年 月 日 (第 2 天)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史、体格检查 ☐ 下达医嘱、开出各项检查单 ☐ 完成首次病程记录 ☐ 完成入院记录 ☐ 完成初步诊断 ☐ 密切观察、防治并发症， ☐ 与家属沟通，交代病情及注意事项	☐ 完成上级医师查房及记录 ☐ 骨折伤情评估 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 完成各项辅助检查 ☐ 向患者或家属交代病情和注意事项 ☐ 相关科室会诊与治疗（必要时）
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱

	☐ 血常规 ☐ 肝功能 ☐ 心电图 ☐ 凝血功能 ☐ 肝胆胰脾肾彩超 ☐ 其他：	☐ 对异常检查结果进行评估，必要时复查
主要护理工作	☐ 入院介绍 ☐ 入院健康教育 ☐ 介绍入院检查前注意事项 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任护士签名		
医师签名		

时间	年 月 日 (第 3-8 天)	年 月 日 (第 9-13 天)	年 月 日 (出院日，住院 14 天内)
主要诊疗工作	☐ 完成上级医师查房及病程记录 ☐ 根据患者病情变化及时调整治疗方案 ☐ 签署“麻醉知情同意书”(必要时) ☐ 完成麻醉前各项护理操作(必要时) ☐ 臂丛麻或局部麻醉或全麻(必要时) ☐ 闭合复位固定治疗 ☐ 骨折复位评估，如需要再次复位，由上级医师完成 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况，及时调整固定物松紧度	☐ 上级医师查房与诊疗评估，明确出院时间 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况，及时调整外固定松紧度 ☐ 复位后复查 X 线片 ☐ 换药观察创口变化 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 制定康复计划，指导患者术后或整复后功能锻炼	☐ 制定康复计划，指导患者出院后功能锻炼 ☐ 交代出院注意事项、复查日期 ☐ 完成出院记录 ☐ 通知出院

重点医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药，观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片（必要时）	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药，观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片（必要时）	长期医嘱 ☐ 停止所有长期医嘱、临时医嘱 ☐ 开具出院医嘱 ☐ 出院带药
主要护理工作	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循、夹板松紧度等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 介绍康复计划 ☐ 交代出院后注意事项 ☐ 协助办理出院手续 ☐ 送病人出院
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任护士签名			
医师签名			

尺桡骨骨折中医诊疗方案

一、诊断

（一）诊断名称

中医诊断病名：尺桡骨骨折；西医诊断病名：尺桡骨骨折。

（二）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）。

（1）有外伤史。

（2）多发生于儿童及青壮年。

（3）局部肿胀，疼痛及压痛，肢体可有畸形，骨擦音和异常活动，前臂功能障碍。

（4）X线摄片检查可确定骨折情况。

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）。

（1）有外伤史。

（2）多发生于儿童及青壮年。

（3）局部肿胀，疼痛及压痛，肢体可有畸形，骨擦音和异常活动，前臂功能障碍。

（4）X线摄片检查可确定骨折情况。

（三）疾病分期

根据病程，可分为早期、中期、晚期三期。

1. 早期：伤后 2 周内，初期常肿胀严重，可伴有张力性水泡。
2. 中期：伤后 2-4 周，肿胀逐步消退，骨折断端相对稳定，多需要手术切开复位。
3. 晚期：伤后 4 周以上，需手术治疗。

（四）证候分型

1. 血瘀气滞证：患者心烦急躁，唇舌青紫，面色晦暗，肌肤甲错，毛发不荣，病损部位胀满疼痛，或痞块刺痛拒按，痛点固定不移，舌质紫暗和瘀斑，脉细或涩或弦。

2. 营血不和证：面色萎黄，头晕心悸，气短乏力，自汗，失眠，病损部位伤口及骨折处久不愈合，疼痛、活动受限，舌淡嫩，脉细弱。

3. 肝肾亏虚证：头晕目眩，面色苍白或萎黄，唇舌色淡，筋弛不收，肢体麻木，关节不利，爪甲无华，病损处活动不利。舌淡红，脉细弱。

二、治疗

手法复位经皮穿针内固定术，适用于手法复位失败或复位后单纯外固定不稳定的骨折。

（三）药物辩证治疗

1. 血瘀气滞证

治法：活血化瘀、消肿止痛

推荐方药：消肿止痛胶囊加减：丹参、当归、赤芍、醋延胡

索、土鳖虫等。

2. 营血不和证

治法：和营生新、续筋接骨

推荐方药：接骨药丸加减：续断、烫骨碎补、土鳖虫、炒甜瓜子等。

3. 肝肾亏虚证

治法：补益肝肾、强壮筋骨

推荐方药：正骨伸筋胶囊加减：炒地龙、制马钱子、烫骨碎补、桑寄生等 8 味药。

骨折三期皆可用本院骨伤复元汤，恢复机体元气。组成：当归、赤芍、桃仁、红花、土元、川芎、川续断、三七、甘草、骨碎补、龟板、桂枝。

骨伤后期功能锻炼，可采用熏洗湿敷药，熏洗局部，以舒筋通络，疏导腠理，活血止痛，如赤木洗剂：苏木、红花、海桐皮、伸筋草等 9 味药。

（四）功能锻炼

1. 早期治疗：复位固定后当天或手术处理后次日开始做肱二头肌、肱三头肌等长收缩练习，防止肌腱粘连和肌肉萎缩。进行患肢未固定关节的活动，角度由小到大，逐步加大活动范围。

2. 中期治疗：进行肩关节、肘关节、腕关节的屈伸锻炼及前臂的旋转锻炼，手部的抓握锻炼及手指的灵活性锻炼。

3. 晚期治疗：加大肩、肘、腕关节锻炼幅度，开始各方向主动活动。

（五）护理

1. 情志护理

骨折多为气血瘀滞，导致不同程度的肿痛和功能障碍。患者表现出焦虑、急躁及对疾病预后惊恐的心理。争取合理治疗措施的同时，加强心理护理，给予患者耐心细致的安慰和解释，解除患者的恐惧心理。

2. 饮食护理

早期饮食护理：患者因胃肠蠕动减弱出现腹胀、便秘，此时饮食宜清淡，应以易消化的饮食或半流质为主。必要时以大承气汤水煎服或灌肠。

中后期饮食护理：患者食欲增加，骨折修复，机体消耗较大，饮食应以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，强筋壮骨之原则来调理饮食。

三、难点分析

对于尺桡骨干双骨折，骨折后期前臂旋转功能受严重影响，以功能锻炼为主。

四、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京

大学出版社，1995 年）进行评定：

1. 治愈：骨折解剖对位或接近解剖复位，有连续性骨痂形成已愈合，功能完全或基本恢复。

2. 好转：骨折对位 1/3 以上，对线满意，前臂旋转受限在 45° 以内。

3. 未愈：伤肢畸形愈合，或不愈合，功能障碍明显。

（二）评价方法

一般根据治疗前后 X 线表现，综合前臂、肘关节、腕关节疼痛、畸形、活动、并发症等方面进行对照评价。

趾骨骨折中医临床路径

路径说明：本路径适合于西医诊断为趾骨骨折的患者。

一、趾骨骨折中医临床路径标准住院流程

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为趾骨骨折（TCD 编码：BGG000）；西

医诊断：第一诊断为趾骨骨折（ICD-10 编码：S92.500x001）。

（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）。

（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）。

2. 疾病分期

（1）早期：伤后 2 周以内。

（2）中期：伤后 2 周-4 周。

（3）晚期：伤后 4 周以上。

（三）治疗方案的选择

1. 诊断明确，第一诊断为趾骨骨折。

2. 患者适合并接受闭合复位内固定手术治疗。

（四）标准住院日为≤14 天

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合趾骨骨折（TCD 编码：BGG000；ICD-10 编码：S92.500x001）的患者。

2. 外伤引起的单纯性、新鲜闭合趾骨骨折，有复位固定适应证。

3. 除外以下情况：

（1）趾骨骨折无移位。

（2）严重的开放性骨折。

（3）并发血管神经损伤者。

（4）局部肿胀严重者。

（5）患处严重皮肤疾病者。

（6）合并其他无法耐受复位固定治疗的疾病（如严重心脑血管疾病、癫痫）等。

（7）病理性骨折。

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

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目：

（1）血常规。

（2）凝血功能。

(3) 肝功能、电解质 I、血脂。

(4) 心电图。

(5) 彩色多普勒超声检查（肝、胆、胰、脾、肾）。

(6) 骨折部位 X 线片检查、骨折部位 CT。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如骨折部位 MRI，骨密度测定、胸部透视或胸部 X 线片等。

(八) 治疗方法

1. 手法闭合复位穿针内固定：

适用于骨折有移位，手法复位后达到解剖复位且松手后复位不稳定者。

2. 药物治疗。

3. 康复治疗。

4. 并发症的防治。

5. 护理。

(九) 出院标准

1. 病情稳定，局部肿痛好转，X 线片复查达到功能复位标准，固定稳定。

2. 没有需要住院治疗的并发症。

3. 初步形成具有中医特色的个体化的康复方案。

(十) 有无变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用。

2. 合并有严重心脑血管疾病、骨质疏松症等，住院期间病情

加重而需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 出现张力性水疱、压迫性溃疡、皮肤过敏、骨筋膜室综合征等并发症，轻者会导致延期治疗，重者退出本路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

二、趾骨骨折中医临床路径住院表单

适用对象：第一诊断为趾骨骨折（TCD 编码：BGG000；ICD-10 编码：S92.500x001）

患者姓名： 性别： 年龄： 门诊号： 住院号：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日

标准住院日≤14 天 实际住院日： 天

时间	年 月 日 (第 1 天)	年 月 日 (第 2 天)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史、体格检查 ☐ 下达医嘱、开出各项检查单 ☐ 完成首次病程记录 ☐ 完成入院记录 ☐ 完成初步诊断 ☐ 密切观察、防治并发症， ☐ 与家属沟通，交代病情及注意事项	☐ 完成上级医师查房及记录 ☐ 骨折伤情评估 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 完成各项辅助检查 ☐ 向患者或家属交代病情和注意事项 ☐ 相关科室会诊与治疗（必要时）
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 血常规 ☐ 肝功能 ☐ 心电图 ☐ 凝血功能 ☐ 肝胆胰脾肾彩超 ☐ 其他：	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 对异常检查结果进行评估，必要时复查
主要 护理 工作	☐ 入院介绍 ☐ 入院健康教育 ☐ 介绍入院检查前注意事项 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循环等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循环等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视
病情	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：

时间	年 月 日 (第 3-8 天)	年 月 日 (第 9-13 天)	年 月 日 (出院日, 住院 14 天内)
主要 诊疗 工作	☐ 完成上级医师查房及病程记录 ☐ 根据患者病情变化及时调整治疗方案 ☐ 签署“麻醉知情同意书”(必要时) ☐ 完成麻醉前各项护理操作(必要时) ☐ 臂丛麻或局部麻醉或全麻(必要时) ☐ 闭合复位固定治疗 ☐ 骨折复位评估,如需要再次复位,由上级医师完成 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况,及时调整固定物松紧度	☐ 上级医师查房与诊疗评估,明确出院时间 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况,及时调整外固定松紧度 ☐ 复位后复查 X 线片 ☐ 换药观察创口变化 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 制定康复计划,指导患者术后或整复后功能锻炼	☐ 制定康复计划,指导患者出院后功能锻炼 ☐ 交代出院注意事项、复查日期 ☐ 完成出院记录 ☐ 通知出院
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药,观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片(必要时)	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药,观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片(必要时)	长期医嘱 ☐ 停止所有长期医嘱、临时医嘱 ☐ 开具出院医嘱 ☐ 出院带药
变异 记录	1. 2.		1. 2.
责任 护士 签名			
医师 签名			

主要护理工作	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循、夹板松紧度等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 介绍康复计划 ☐ 交代出院后注意事项 ☐ 协助办理出院手续 ☐ 送病人出院
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任护士签名			
医师签名			

趾骨骨折中医诊疗方案

一、诊断

（一）诊断名称

中医诊断病名：趾骨骨折；西医诊断病名：趾骨骨折。

（二）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）

（1）有明显外伤史。

（2）多发于青壮年、老年。

（3）局部肿胀，疼痛，功能丧失，伤处压痛，可扪及骨擦音及异常活动。

（4）X线摄片检查可明确诊断及类型。

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）

（1）有明显外伤史。

（2）多发于青壮年、老年。

（3）局部肿胀，疼痛，功能丧失，伤处压痛，可扪及骨擦音及异常活动。

（4）X线摄片检查可明确诊断及类型。

（三）疾病分期

根据病程，可分为早期、中期、晚期三期。

1. 早期: 伤后 2 周内, 初期常肿胀严重, 可伴有张力性水泡。
2. 中期: 伤后 2-4 周, 肿胀逐步消退, 多需要手术切开复位。
3. 晚期: 伤后 4 周以上, 需手术治疗。

(四) 证候分型

1. 气滞血瘀证: 患者病损部位肿胀, 疼痛拒按, 伤处压痛, 舌红, 苔薄白, 脉弦。
2. 营血不和证: 表现为患肢活动不利, 病损部位伤口、骨折处久不愈合, 疼痛、活动受限, 舌淡, 脉弱。

二、治疗

(一) 手术治疗

手法复位经皮穿针内固定术, 适用于手法复位失败或复位后单纯外固定不稳定的骨折。

(二) 药物辨证治疗

1. 气滞血瘀证

治法: 活血化瘀、消肿止痛

方剂: 骨伤复元汤, 组成: 当归 20g 赤芍 20g 桃仁 10g 红花 20g 土元 10g 川芎 14g 桑枝 30g 川续断 30g 三七 12g 甘草 5g。

中成药: 可采用本院制剂消肿止痛胶囊, 组成: 丹参 当归 赤芍 醋延胡索 土鳖虫 三七等 10 味。

2. 营血不和证

治法: 和营生新, 续筋接骨。

中成药：正骨伸筋胶囊，方药组成：炒地龙，制马钱子，烫骨碎补，桑寄生等。

骨折复位后均可用本院中成药：接骨药丸，方药组成：续断，烫骨碎补，土鳖虫，炒甜瓜子等。

趾骨骨折手术患者，术后应用 3 日抗生素后，应用本院解毒化瘀汤预防感染，发挥中药抗感染作用，同时减少抗生素的用量。解毒化瘀汤方药组成：金银花 30g 蒲公英 30g 紫花地丁 30g 黄芩 10g 大青叶 10g 丹参 20g 玄参 15g 当归 15g 三七 10 独一味 6g 陈皮 6g 甘草 6g。

围手术期进行耳针、骨伤治疗仪等治疗，改善睡眠，减轻疼痛，通过中医药的应用改善全身状况。

骨伤后期功能锻炼，可采用熏洗湿敷药，熏洗局部，以活血止痛，舒筋通络，如赤木洗剂。

（四）功能锻炼

1. 早期治疗：

复位固定后当天或手术处理后次日开始做股四头肌、胫前肌及胫后肌的等长收缩练习，防止肌腱粘连和肌肉萎缩，进行足趾部（患处除外）关节主动屈伸练习。

2. 中期治疗：进行髋关节、膝关节、踝关节各个方向锻炼，足趾部的屈伸锻炼。

3. 后期治疗：对于组织粘连，关节僵硬患者，以关节松动术为主，每日 1—2 次。加大髋关节、膝关节及踝关节锻炼幅度，

开始各方向主动活动。作业疗法，有目的的进行职业训练，目的是增强肌力、耐力、整体协调能力，比如起立、上下楼梯、提踵等。

中、晚期辅以超声波、电脑骨创伤治疗仪、光电治疗、中药熏洗等理疗，活血舒筋、促进局部肿胀早日消退、骨折愈合，促进肢体功能恢复。注意在康复训练中，宜循序渐进，忌用暴力强板，以免引起新的损伤。

（五）护理

1. 情志护理

给予患者耐心细致的安慰和解释，解除患者的恐惧心理，帮助患者了解损伤修复过程和治疗措施，以配合治疗。

2. 生命体征的观察

趾骨骨折年老体弱患者患者病情易发生变化，故在入院初期应严密观察病情，及时测量体温、脉搏、呼吸和血压，并做好详细记录。

3. 体位护理

骨折患者仍潜在继续损伤的危险，做好体位护理非常重要。为防止患者因卧床时间过长而发生压伤和褥疮，需定时为患者翻身。

4. 饮食护理

早期饮食护理：患者因胃肠蠕动减弱出现腹胀、便秘，此时饮食宜清淡，应以易消化的饮食或半流质为主，多吃水果、蔬菜，忌

食肥甘厚味、辛辣及易胀气的豆类食物。必要时以大承气汤水煎服或灌肠。

中后期饮食护理：患者食欲增加，骨折修复，机体消耗较大，饮食应以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，强筋壮骨之原则来调理饮食。

三、难点分析

1. 影响趾骨骨折治疗的复杂因素主要包括，合并颅脑、胸腹脏器损伤、下肢深静脉血栓形成，早期无法治疗，待生命体征平稳后方可手术治疗。密切观察患者生命体征。

2. 其他因素延期治疗，形成陈旧骨折，影响骨折愈合或严重粉碎骨折，复位时缺乏对位标志，造成对位、对线欠佳，影响骨折愈合，或畸形愈合，影响患肢功能。术中尽可能达到解剖复位，尤其涉及关节处骨折。

3. 开放性趾骨骨折的感染预防，定期换药、行细菌培养检查。

4. 粉碎性骨折的术中相应软组织保护。

5. 术后患者功能康复的系统锻炼，重视患肢踝关节屈伸功能锻炼。

四、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1995年）进行评定：

1. 治愈：骨折解剖对位或接近解剖复位，有连续性骨痂形成

已愈合，功能完全或基本恢复。

2. 好转：骨折对位 $1/3$ 以上，对线满意，患肢活动范围较正常范围略小。

3. 未愈：伤肢畸形愈合，或不愈合，功能障碍明显。

（二）评价方法

一般根据治疗前后 X 线表现，综合骨折愈合情况、关节功能、足部功能并发症等方面进行对照评价。

多部位复合骨折中医临床路径

路径说明：本路径适合于多部位复合骨折的患者。

一、多部位复合骨折中医临床路径标准住院流程

（一）适用对象

中医诊断：第一诊断为骨折病（TCD 编码：A03.06.01.）；
西医诊断：第一诊断为桡骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300）。第二诊断为桡骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300），本临床路径适用于第一诊断任意一种疾病合并第二诊断中任意一种疾病等多部位复合骨折患者。

（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)。

(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)。

①病史：外伤史。

②体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形，反常活动。

③辅助检查：X线发现骨折。

2. 疾病分期

(1) 早期：伤后2周以内。

(2) 中期：伤后2周~4周。

(3) 晚期：伤后4周以上。

(三) 治疗方案的选择

1. 诊断明确，符合多部位复合骨折适用对象。

2. 患者适合并接受闭合复位内固定手术。

(四) 标准住院日

手术患者≤18天。

(五) 进入路径标准

1. 符合多部位复合骨折适用对象。

2. 外伤引起的单纯性、新鲜闭合多部位复合骨折，有闭合复位内固定适应证。

3. 除外以下情况：

- (1) 严重的开放性骨折。
- (2) 并发血管神经损伤者。
- (3) 局部肿胀严重者。
- (4) 患处严重皮肤疾病者。
- (5) 合并其他无法耐受闭合复位内固定治疗的疾病（如严重心脑血管疾病、癫痫）等。
- (6) 病理性骨折。

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

（六）中医证候学观察

四诊合参，收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉特点。注意证候的动态变化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目：

- (1) 血常规。
- (2) 尿常规。
- (3) 凝血功能。
- (4) 肝功能、肾功能。
- (5) 心电图。
- (6) 胸部透视或胸部 X 线片。
- (7) 骨折部位 X 线片检查。

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如骨折部位 CT、

MRI，骨密度测定等。

（八）治疗方法

1. 手法整复、外固定、手术治疗。
2. 药物治疗。
3. 康复治疗。
4. 并发症的防治。
5. 护理。

（九）需手术治疗的患者

1. 手预防性抗菌药物选择与使用时机

按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发[2004]285号）选择用药；预防性用药时间为术前30分钟；术后3天内停止使用预防性抗菌药物，可根据患者针眼、体温等情况适当延长使用时间。

2. 手术日为入院后第3-7天

- （1）麻醉方式：神经阻滞麻醉、局麻或全麻。
- （2）手术方式：闭合复位内固定术。
- （3）手术内固定物：骨圆针固定、外固定支架固定等。
- （4）术中用药：麻醉用药、抗菌药。
- （5）输血：根据出血情况。

3. 术后住院恢复6-11天

- （1）必须复查的项目：血常规、凝血功能、X线片检查。
- （2）必要时复查的项目：肝肾功能、CT。

4. 术后相关治疗

(1) 抗菌药物：按《抗菌药物临床应用指导原则》。

(2) 其他药物：术后应用消肿、促进骨折愈合、止痛等药物。

(3) 遵医嘱保护下患肢功能锻炼。

(十) 出院标准

(1) 体温正常，常规化验指标无异常。

(2) 针眼愈合好，无感染征象。

(3) 术后 X 线片证实复位固定满意。

(4) 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

(十一) 有无变异及原因分析

1. 病情加重，需要延长住院时间，增加住院费用：如手术治疗患者大量出血需术前、术中输血；术前血栓形成；术前血凝、C 反应蛋白、血沉指标异常，需术前调整的患者；感冒的患者；出现张力性水疱、压迫性溃疡、皮肤过敏、骨筋膜室综合征等并发症，轻者会导致延期治疗，重者退出本路径。

2. 合并症：合并有严重心脑血管疾病、骨质疏松症等，住院期间病情加重而需要特殊处理，导致住院时间延长、费用增加。

3. 路径的转化：闭合复位内固定失败，退出路径；另有患者存在手术绝对和相对禁忌症，无法行手术治疗，退出路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

二、多部位复合骨折中医临床路径住院表单

适用对象：中医诊断：第一诊断为骨折病（TCD 编码：A03.06.01.）；西医诊断：第一诊断为桡

骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300）。第二诊断为桡骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300），本临床路径适用于第一诊断任意一种疾病合并第二诊断中任意一种疾病的多部位复合骨折患者。

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：__ 门诊号：__ 住院号：_____

住院日期：_____ 年__月__日 出院日期：_____ 年__月__日

标准住院日 ≤18 天 实际住院日：__天

时间	年 月 日 (第 1 天)	年 月 日 (第 2 天)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史、体格检查 ☐ 下达医嘱、开出各项检查单 ☐ 完成首次病程记录 ☐ 完成入院记录 ☐ 完成初步诊断 ☐ 密切观察、防治并发症， ☐ 与家属沟通，交代病情及注意事项	☐ 完成上级医师查房及记录 ☐ 骨折伤情评估 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 完成各项辅助检查 ☐ 向患者或家属交代病情和注意事项 ☐ 相关科室会诊与治疗（必要时）
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 血常规 ☐ 肝功能 ☐ 心电图 ☐ 凝血功能 ☐ 肝胆胰脾肾彩超 ☐ 其他：	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 对异常检查结果进行评估，必要时复查
主要 护理 工作	☐ 入院介绍 ☐ 入院健康教育 ☐ 介绍入院检查前注意事项 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血运等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血运等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视

病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任 护士 签名		
医师 签名		

时间	年 月 日 (第 3-8 天)	年 月 日 (第 9-17 天)	年 月 日 (出院日, 住院 18 天内)
主要 诊疗 工作	☐ 完成上级医师查房及病程记录 ☐ 根据患者病情变化及时调整治疗方案 ☐ 签署“麻醉知情同意书”(必要时) ☐ 完成麻醉前各项护理操作(必要时) ☐ 臂丛麻或局部麻醉或全麻(必要时) ☐ 闭合复位固定治疗 ☐ 骨折复位评估, 如需要再次复位, 由上级医师完成 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况, 及时调整固定物松紧度	☐ 上级医师查房与诊疗评估, 明确出院时间 ☐ 观察舌脉象、肿胀、疼痛情况, 及时调整外固定松紧度 ☐ 复位后复查 X 线片 ☐ 换药观察创口变化 ☐ 观察血运、感觉、功能活动等情况 ☐ 制定康复计划, 指导患者术后或整复后功能锻炼	☐ 制定康复计划, 指导患者出院后功能锻炼 ☐ 交代出院注意事项、复查日期 ☐ 完成出院记录 ☐ 通知出院
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药, 观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片(必要时)	长期医嘱 ☐ 骨伤科常规护理 ☐ 分级护理 ☐ 膳食 ☐ 中药辨证施治 临时医嘱 ☐ 根据敷料及患肢肿胀程度给予换药, 观察创口变化并适时调整固定物松紧 ☐ 复查 X 线片(必要时)	长期医嘱 ☐ 停止所有长期医嘱、临时医嘱 ☐ 开具出院医嘱 ☐ 出院带药

主要护理工作	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 按医嘱进行治疗 ☐ 中医情志疏导、健康教育与生活护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察肿胀、疼痛、末梢血循、夹板松紧度等情况及护理 ☐ 指导功能锻炼 ☐ 夜间巡视	☐ 介绍康复计划 ☐ 交代出院后注意事项 ☐ 协助办理出院手续 ☐ 送病人出院
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任护士签名			
医师签名			

多部位复合骨折中医诊疗方案

一、诊断

（一）诊断名称

中医诊断病名：骨折病（TCD 编码：A03.06.01.）；西医诊断病名：中医诊断：第一诊断为骨折病（TCD 编码：A03.06.01.）；西医诊断：第一诊断为桡骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300）。第二诊断为桡骨远端骨折（ICD-10 编码：S52.500x001）或锁骨骨折（S42.000）或跟骨骨折（S92.000）或胫腓骨骨折（S82.203）或肱骨髁上骨折（S42.401）或肱骨外科颈骨折（S42.202）或孟氏骨折（S52.200x011）或盖氏骨折（S52.300x011）或肱骨外髁骨折（S42.402）或踝部骨折脱位（S82.800x082）或桡骨颈骨折（S52.102）或掌指骨骨折（S62.301、S62.802）或足跖骨骨折（S92.300），本临床路径适用于第一诊断任意一种疾病合并第二诊断中任意一种疾病的多部位复合骨折患者。

（二）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）。

（1）有外伤史。

（2）局部肿胀，疼痛及压痛，肢体可有畸形，骨擦音和异常活动

（3）X线摄片检查可确定骨折情况。

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）。

（1）有外伤史。

（2）局部肿胀，疼痛及压痛，肢体可有畸形，骨擦音和异常活动。

（3）X线摄片检查可确定骨折情况。

（三）疾病分期

根据病程，可分为早期、中期、晚期三期。

1. 早期：伤后2周内，初期常肿胀严重，可伴有张力性水泡。

2. 中期：伤后2-4周，肿胀逐步消退，骨折断端相对稳定，多需要手术。

3. 晚期：伤后4周以上，需手术治疗。

（四）证候分型

1. 血瘀气滞证：患者心烦急躁，唇舌青紫，面色晦暗，肌肤甲错，毛发不荣，病损部位胀满疼痛，或痞块刺痛拒按，痛点固定不移，舌质紫暗和瘀斑，脉细或涩或弦。

2. 营血不和证：面色萎黄，头晕心悸，气短乏力，自汗，失眠，病损部位伤口及骨折处久不愈合，疼痛、活动受限，舌淡嫩，脉细弱。

3. 肝肾亏虚证：头晕目眩，面色苍白或萎黄，唇舌色淡，筋弛不收，肢体麻木，关节不利，爪甲无华，病损处活动不利。舌淡红，脉细弱。

二、治疗

手法复位经皮穿针内固定术，适用于手法复位失败或复位后单纯外固定不稳定的骨折。

（三）药物辩证治疗

1. 血瘀气滞证

治法：活血化瘀、消肿止痛

推荐方药：消肿止痛胶囊加减：丹参、当归、赤芍、醋延胡索、土鳖虫等。

2. 营血不和证

治法：和营生新、续筋接骨

推荐方药：接骨药丸加减：续断、烫骨碎补、土鳖虫、炒甜瓜子等。

3. 肝肾亏虚证

治法：补益肝肾、强壮筋骨

推荐方药：正骨伸筋胶囊加减：炒地龙、制马钱子、烫骨碎补、桑寄生等 8 味药。

骨折三期皆可用本院骨伤复元汤，恢复机体元气。组成：当归、赤芍、桃仁、红花、土元、川芎、川续断、三七、甘草、骨碎补、龟板、桂枝。

骨伤后期功能锻炼，可采用熏洗湿敷药，熏洗局部，以舒筋通络，疏导腠理，活血止痛，如赤木洗剂：苏木、红花、海桐皮、伸筋草等 9 味药。

（四）功能锻炼

1. 早期治疗：复位固定后当天或手术处理后次日开始患肢功能锻炼，防止肌腱粘连和肌肉萎缩。进行患肢未固定关节的活动，角度由小到大，逐步加大活

2. 中期治疗：进行临近关节的屈伸锻炼

3. 晚期治疗：加大关节锻炼幅度，开始各方向主动活动。

（五）护理

1. 情志护理

骨折多为气血瘀滞，导致不同程度的肿痛和功能障碍。患者表现出焦虑、急躁及对疾病预后惊恐的心理。争取合理治疗措施的同时，加强心理护理，给予患者耐心细致的安慰和解释，解除患者的恐惧心理。

2. 饮食护理

早期饮食护理：患者因胃肠蠕动减弱出现腹胀、便秘，此时饮食宜清淡，应以易消化的饮食或半流质为主。必要时以大承气汤水煎服或灌肠。

中后期饮食护理：患者食欲增加，骨折修复，机体消耗较大，饮食应以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，强筋壮骨之原则来调理饮食。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1995 年）进行评定：

1. 治愈：骨折解剖对位或接近解剖复位，有连续性骨痂形成已愈合，功能完全或基本恢复。
2. 好转：骨折对位 1/3 以上，对线满意。
3. 未愈：伤肢畸形愈合，或不愈合，功能障碍明显。

（二）评价方法

一般根据治疗前后 X 线表现，综合肢体疼痛、畸形、活动、并发症等方面进行对照评价。

腰椎间盘突出源性腰痛中医临床路径

路径说明：本路径适合于西医诊断为“腰椎间盘突出源性腰痛”的患者。

一、腰椎间盘突出源性腰痛标准住院流程

（一）适用对象

1. 中医诊断：腰痹症（TCD 编码为：A17.42）
2. 西医诊断：腰椎间盘突出源性腰痛（ICD-10 编码：M51.100x004）

（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）。

（2）西医诊断标准：参照 1994 年国家中医药管理局发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》。

①多有腰部外伤、慢性劳损或寒湿史。

②腰/臀部疼痛，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重，仰卧挺腹试验（+）。

③腰椎生理曲度消失，病变部位椎旁有深压痛，腰部活动受限。

④病程长者可出现腰骶部肌肉萎缩。

⑤X 线摄片检查：腰椎曲度变直或反屈，病变节段椎间隙可能变窄，相应边缘有骨赘增生。椎间盘 CT 检查可显示椎间盘突出。

出的部位及程度。MRI 可见病变节段呈现 HIZ 高信号。

2. 疾病分期

(1) 急性期：腰痛剧烈，活动受限明显，不能站立、行走，肌肉拘挛。

(2) 缓解期：腰痛缓解，活动好转，但仍有痹痛，不耐劳。

(3) 康复期：腰痛症状基本消失，但有腰臀乏力，不能长时间站立、行走。

(三) 治疗方案的选择

1. 诊断明确，第一诊断腰椎间盘突出源性腰痛。

2. 患者适合并接受传统保守治疗。

3. 患者不接受传统保守治疗方案，选择中医药+针刀松解、神经定位诊疗、椎间盘 PRP 或其它纤维环修复、消炎制剂注射+核心肌群训练等治疗。

(四) 标准住院日 ≤ 14 天

(五) 进入路径标准

1. 临床上表现为慢性腰部疼痛，可伴臀部及大腿后侧痛，疼痛范围一般不超过膝关节，病程大于 3 个月或急性发作，无神经根卡压及马尾神经损害。

2. 年龄 18 ~ 60 周岁。

3. 影像学资料提示存在一个或多个椎间盘退变。

4. MRI 检查可见椎间盘前或后方“HIZ”高信号。

5. 椎间盘高度不小于正常节段的 50%。

6. 椎间盘造影至少复制一个节段椎间盘疼痛。

7. 除外以下情况：

(1) 神经根性疼痛，腰椎滑脱症，肿瘤等。

(2) 凝血功能障碍，或近期应用抗凝药物。

(3) 造影剂过敏。

(4) 发热、注射部位局部感染或全身潜在特异性/非特异性感染。

(5) 不配合治疗。

(六) 中医证候学观察

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

(七) 入院检查项目

1. 必需的检查项目：

(1) 腰椎 MRI (1 月内)

(2) 腰椎间盘 CT (1 月内)

(3) 腰椎 DR (正侧位+过曲位) (1 月内)

(4) 心电图

(5) 腹部彩超

(6) 血型+不规则抗体

(7) 血常规

(8) 尿液分析

(9) 血凝+D 二聚体

（10）感染性疾病筛查

2. 可选择的检查项目：根据病情需要而定，如胸部 CT、妇科彩超、肿瘤标志物、结核抗体、粪便常规等。

（八）治疗方法

1. 中药分期辨证施治。
2. 中医辨证理疗。
3. 针刀松解、椎间盘介入治疗、传统康复等治疗。
4. 预防并发症。
5. 护理。

（九）出院标准

1. 短时间（≤15 分钟）站立腰臀部疼痛明显减轻或消失。
2. 腰椎活动受限明显减轻或消失，腰臀部压痛消失。
3. 仰卧挺腹试验（-）。

（十）有无变异及原因分析

1. 因合并其他部位的疾病致使治疗时间延长，增加患者的治疗费用。

2. 合并糖尿病或/和高血压等内科疾病可使治疗时间延长，增加治疗费用。

3. 治疗过程中出现了病情的加重，出现神经损伤的症状而退出本临床路径。

4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行，退出本路径。

二、腰椎间盘突出源性腰痛中医临床路径住院表单

适用对象: 第一诊断 中医诊断: 腰痹症(TCD 编码为: A17.42) 西医诊断: 腰椎间盘突出源性腰痛(ICD-10 编码: M51.100x004)

患者姓名: 性别: 年龄: 住院号:
 住院日期: 年 月 日 出院日期: 年 月 日
 标准治疗时间 ≤ 14 天 实际治疗时间: 天

时间	年 月 日 (第 1 天)	年 月 日至 年 月 日 (第 2-3 天)	年 月 日至 年 月 日 (第 4 天, 手术 日)	年 月 日至 年 月 日 (第 5-13 天)	年 月 日 (第 14 天)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史与体格检查 ☐ 下达医嘱, 开出各项检查单 ☐ 完成首次病程记录 ☐ 完成入院记录	☐ 实施各项实验室检查和影像学检查 ☐ 完成上级医师查房, 进一步明确诊断, 指导治疗 ☐ 向家属交代病情和注意事项 ☐ 实施治疗措施	☐ 上级医师查房, 明确诊断及诊疗评估 ☐ 根据病情选择椎管或椎间孔针刀松解、选择性神经定位诊疗术、椎间盘造影术、椎间盘PRP 或其它制剂注射术	☐ 上级医师查房, 关注患者腰臀部症状及二便情况 ☐ 根据病情变化调整治疗方案 ☐ 进行有氧训练、运动疗法、腰部核心肌群训练等康复训练	☐ 交代出院注意事项 ☐ 完成出院记录 ☐ 通知出院
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 专科护理常规(三级) ☐ 中医辨证内服外用中药治疗 ☐ 针灸、红外线、中频脉冲等治疗 临时医嘱 ☐ 脐灸、耳穴压豆、冲击波等治疗 ☐ 静脉血栓评估 ☐ 影像学检查 ☐ 心电图 ☐ 腹部彩超 ☐ 感染性疾病筛查 ☐ 血凝+D 二聚体 ☐ 血型+不规则抗体	长期医嘱 ☐ 专科护理常规(三级) ☐ 中医辨证内服外用中药治疗 ☐ 针灸、红外线、中频脉冲等治疗 临时医嘱 ☐ 对症治疗 ☐ 根据病情予以中药调理	长期医嘱 ☐ 专科护理常规(二级) ☐ 中医辨证内服外用中药治疗 ☐ 中频脉冲等治疗 临时医嘱 ☐ 脐灸 ☐ 对症治疗 ☐ 根据病情予以中药调理	长期医嘱 ☐ 专科护理常规(三级) ☐ 中医辨证内服外用中药治疗 ☐ 红外线、中频脉冲等治疗 ☐ 有氧训练、运动疗法、减重支持/红绳悬吊系统 临时医嘱 ☐ 灸法、理疗治疗 ☐ 对症治疗 ☐ 根据病情予以中药调理	长期医嘱 ☐ 停止所有长期医嘱 临时医嘱 ☐ 静脉血栓评估 ☐ 灸法、理疗 ☐ 开具出院医嘱 ☐ 出院带药

	☐ 血常规 ☐ 尿液分析 ☐ 脐灸、冲击波、耳穴压豆等治疗 ☐ 对症治疗				
主要护理工作	☐ 入院介绍 ☐ 入院健康教育 ☐ 介绍入院检查注意事项 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施	☐ 按照医嘱完成护理工作 ☐ 饮食指导 ☐ 指导功能锻炼， ☐ 情志疏导，健康教育	☐ 按照医嘱完成护理工作 ☐ 饮食指导 ☐ 指导功能锻炼， ☐ 情志疏导，健康教育	☐ 按照医嘱完成护理工作 ☐ 饮食指导 ☐ 指导功能锻炼， ☐ 情志疏导，健康教育	☐ 协助办理出院手续 ☐ 交代出院后注意事项
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
责任护士签名					
医生签名					

腰椎间盘突出源性腰痛中医诊疗方案

一、诊断

（一）诊断名称

1. 中医诊断：腰痹症（TCD 编码为：A17.42）
2. 西医诊断：腰椎间盘突出源性腰痛（ICD-10 编码：M51.100x004）

（二）诊断依据

参照 1994 年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《中医病证诊断疗效标准》。

1. 多有腰部外伤、慢性劳损或寒湿史。
2. 腰/臀部疼痛，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重，仰卧挺腹试验(+)。
3. 腰椎生理曲度消失，病变部位椎旁有深压痛，腰部活动受限。
4. 病程长者可出现腰骶部肌肉萎缩或僵硬。
5. X 线摄片检查：腰椎曲度变直或反屈，病变节段椎间隙可能变窄，相应边缘有骨赘增生。椎间盘 CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。MRI 可见病变节段呈现 HIZ 高信号。

（三）疾病分期

1. 急性期：腰痛剧烈，活动受限明显，不能站立、行走，肌肉痉挛。
2. 缓解期：腰痛缓解，活动好转，但仍有痹痛，不耐劳。

3. 康复期：腰痛症状基本消失，但有腰臀乏力，不能长时间站立、行走。

（四）证候分型

1. 血瘀气滞：近期腰部有外伤史，腰痛剧烈，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，脉沉涩或脉弦。

2. 风寒湿痹：腰臀部冷痛，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. 肝肾亏虚：腰痛缠绵日久，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。

二、治疗

按照疾病分期进行中医辨证治疗

1. 急性期

（1）绝对卧床 1-3 天，以减轻腰椎负担，避免久坐，做好日常生活护理，配以针灸、中频脉冲等治疗以缓解腰部疼痛、痉挛。

（2）辨证服用柴胡桂枝汤加减、正骨伸筋胶囊等中药以活血化瘀、通络止痛

（3）急性期使用灸法配独活寄生汤加减以祛风湿、止痹痛。

（4）红外线、冲击波等治疗以缓解腰部痉挛状态，松解腰

部组织粘连，加快代谢分解产物清除与吸收。

2. 缓解期

(1) 中药涂擦、中药熏药等治疗，以通促进皮肤吸收药物进入血液内起到活血化瘀作用；改善腰部“发板”症状，预防血栓等瘀症的发生。

(3) 辨证口服柴胡桂枝汤加减、正骨神经胶囊等中药以行气活血、温经散寒。

(4) 无菌介入治疗：

①通过MRI初步判断责任节段，影像学测量数据，制定穿刺路径。

②签订特殊治疗、检查知情同意书，向患者及家属详细交代注意事项。

③若存在轻度椎管或根管狭窄症状可在C型臂或彩超引导下椎间孔入路横孔韧带或后方入路黄韧带针刀松解。

④若患者存在轻度神经根刺激症状，可进行椎间孔或侧隐窝选择性神经定位诊疗术以注射消炎镇痛等药物。

⑤经皮穿刺行椎间盘造影复制疼痛，确定责任节段。

⑥根据患者HIZ信号强度及范围选择PRP或其它纤维环修复、消炎制剂进行注射。

(5) 缓解期灸法配当归芍药散合五苓散加减，以健脾、利湿、除痹。

3. 康复期

(1) 继续予以中频脉冲电治疗、中药涂擦、红外线治疗、中药熏药等治疗，以固本培元、加强疗效。

(2) 康复训练：患者腰痛减轻后即开始进行有氧训练、运动疗法、减重支持系统训练/红绳悬吊牵引等，鼓励患者下地活动，促进局部血液循环，增强肌腰部核心肌群力量和平衡性，降低椎间盘压力。

(3) 灸法配当归芍药散合厚朴三物汤加减，以补益肝肾、补气血、祛风湿。

4. 护理

(1) 情志护理

患者入院时腰臀部疼痛较重，患者表现出焦虑、急躁及对疾病预后惊恐的心理。争取合理治疗措施的同时，加强心理护理，给予患者耐心细致的安慰和解释，解除患者的恐惧心理。

(2) 饮食护理

早期饮食护理：患者因卧床导致胃肠蠕动减弱出现腹胀、便秘，此时饮食宜清淡。

中后期饮食护理：患者疼痛减轻，康复训练增加导致机体消耗较大，饮食应以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，强筋壮骨之原则来调理饮食。

三、难点分析

① “无菌介入治疗”要求操作者，熟悉局部解剖结构，严格无菌操作。

②小针刀松解需要严格控制切割深度和摆动幅度，避免损伤硬脊膜、神经，防止针刀断裂。

③对于部分MRI显示有HIZ高信号但是椎间盘造影呈阴性的患者，应选择相邻节段椎间盘进行造影对照，以明确责任节段。

④康复期需由康复技师制定运动疗法处方，需要在康复大厅进行减重支持训练或红绳悬吊牵引治疗。

四、疗效评价

（一）评价标准

采用改良 Macnab 疗效评定标准

- 优：症状完全消失，恢复原来的工作和生活。
- 良：有稍微症状，活动轻度受限，对工作和生活无影响。
- 可：症状减轻，活动受限，影响正常工作、生活。
- 差：治疗前后无差别，甚至加重。

（二）评价方法

1. 视觉模拟评分法 (VAS)

无痛					极痛
0	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10
无痛	轻度疼痛 能忍受，能正常睡觉	中度疼痛 适当影响睡眠，需止痛药	重度疼痛 影响睡眠 需用麻醉止痛药	剧烈疼痛 影响睡眠 伴有其他症状	无法忍受 影响睡眠 伴有其他症状

2. MRI 影像学 “HIZ 征” 分级

HIZ 征分级		
I 级	II 级	III 级

异常高信号局限于椎间盘内层纤维环，不超过纤维环内侧 1/3,呈局限小片状或散装	异常高信号累计椎间盘中层纤维环，未达到外侧纤维环，未向两侧纤维环内扩展	异常高信号累计椎间盘外层纤维环，向两侧纤维环内扩展
---	-------------------------------------	---------------------------

※HIZ 分级越高，提示椎间盘修复效果越差，疼痛缓解越差