

秦皇岛市医疗保障局 秦皇岛市卫生健康委员会 文件

秦医保〔2026〕16号

秦皇岛市医疗保障局 秦皇岛市卫生健康委员会

关于进一步规范日间病房医保支付管理的通知

各县（区）医疗保障局、卫生健康局，秦皇岛经济技术开发区民生保障局，北戴河新区健康产业创新促进局，秦皇岛市医疗保险基金管理中心，相关基层医疗机构：

为进一步规范日间病房管理，在秦皇岛市医疗保障局关于印发《秦皇岛市基层医疗机构日间病房付费管理实施方案的通知》（秦医保〔2023〕51号）基础上，结合近几年日间病房工作实际，市医保局会同市卫健委就进一步规范日间病房医保支付相关工作予以明确，现通知如下。

一、病种范围

按动态调整的原则，以基层病种为主，结合基层诊疗能力，将路径清晰、治疗明确、适宜基层开展的常见病、多发病病种纳入日间病房管理，病种数量暂定 24 种。

二、病种额度

以临床诊疗路径诊疗规范、医疗服务项目价格、药品集中采购价格、阶梯递减付费方式为主要参照和测算依据，调整了病种支付额度。

三、临床路径

市卫生健康委员会依据《临床诊疗指南》，制定了《秦皇岛市日间病房病种临床诊疗路径》。

四、医保支付

（一）执行定额阶梯递减付费管理，即：本次住院病种实际报销费用高于定额标准 70%的按病种定额结算，实际报销费用小于定额标准 70%（含）则每 10%为阶梯递减控制。患者实际报销金额低于该病种定额的 10%，则按照定额的 10%结算，大于 10%低于 20%，按照定额的 20%结算，以此类推。

（二）参保人员年内享受同一病种的日间病房服务原则上不超过 2 次。

五、有关要求

（一）不得收取床位费、诊查费、护理费，不得开展与病种无关和不必要的检查，应以治疗为主，结合好家庭医生签约服务，

严格按临床路径规范诊疗。

(二)不得使用与本次病种治疗无关的药品及耗材，治疗过程中不得过量开具药品、耗材变相提高实际报销比例，治疗结束后不得带药出院。

(三)各县(区)医保、卫健部门要牢固树立以人民为中心的思想，形成工作合力，加强日常帮助指导，不断完善日间病房服务模式。认真监督检查，发现违规等问题先暂停日间病房管理，经核实后再进一步处理。

(四)日间病房病种、额度、支付方式结合实际，实行动态调整。各县(区)可结合实际开展日间病房相关(24个病种只用于日间病房、日间病房和普通住院二选一、可缩小日间病房病种范围)试点工作，向市医保局、市卫健委备案后实施。

本通知自2026年4月1日起执行。以往规定与本通知不一致的，以本通知为准。

附件：1.秦皇岛市日间病房病种及定额表

2.秦皇岛市日间病房病种临床诊疗路径



附件 1

秦皇岛市日间病房病种及医保支付定额表

序号	病种名称	病种编码	定额（元）
1	急性咽喉炎	J06.000	500
2	上呼吸道感染	J06.900x003	700
3	急性扁桃体炎	J03.900	500
4	急性支气管炎	J20.900	600
5	慢性支气管炎	J42.x00	700
6	社区获得性肺炎	J15.902	1000
7	急性中耳炎	H66.900x002	500
8	冠状动脉粥样硬化性心脏病	I25.103	800
9	急性胃肠炎	K52.905	400
10	胆囊炎	K81.900	600
11	阑尾炎	K37.x00	600
12	混合痔	I84.201	600
13	泌尿道感染	N39.000	600
14	泌尿系结石	N20.900	700
15	前列腺炎性疾病	N41.900	600
16	附睾-睾丸炎	N45.908	600
17	皮肤脓肿、疖和肿，其他部位的	L02.800	700
18	滑膜炎	M65.909	800
19	肩周炎	M75.001	1000
20	关节炎	M13.900	700
21	颈椎病	M47.900x021	800
22	腰椎间盘突出症	M51.202	800
23	脑血管病后遗症	I69.802	700
24	带状疱疹不伴有并发症	B02.900	600

附件 2

秦皇岛市日间病房病种临床诊疗路径（试行）

一、急性咽喉炎

入径指征：咽痛、扁桃体充血肿大，化验白细胞或中性粒细胞增高。

出径指征：严重呼吸困难、喘憋。

诊断：急性咽喉炎 J06.000

建议住院日：3-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：耳鼻喉科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食 初始治疗方案：如有声嘶，主要措施是声带休息，不发生或少发声。 抗感染治疗：青霉素类、头孢菌素类、喹诺酮类、大环内酯类等广谱类抗生素，合并病毒感染者抗病毒治疗及清热解毒、利咽消肿类中成药等（根据病情需要）。 糖皮质激素：可用地塞米松或泼尼松等口服作短期治疗，适用于声带充血明显者。 超声雾化治疗（吸入性布地奈德混悬液）（根据病情需要） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗
	临时医嘱：血常规、C 反应蛋白、甲乙流抗原检测、合胞病毒检测、血糖、尿常规、电解质、血沉、肝肾功能、心电图、胸片等（以上均根据病情需要）
第 2 天	交代病情，继续抗生素治疗。
第 3 天	抗生素每三天需评估疗效，如果有效，病程 3-7 天 如无效，需重新评估诊断正确性，或者转上级出径。
第 4-7 天	出院前异常化验可复查，或者择期门诊复查 患者疗程 3-7 天时，症状好转，体温正常 3 天以上，即可停药 如确需延长疗程，可改用口服抗生素治疗，一般情况下疗程不超过两周

二、上呼吸道感染

入径指征：咳嗽、咳痰、（痰黄粘稠）胸痛伴气短乏力，化验白细胞增高或中性粒细胞增高淋巴细胞增高，胸片无明显异常。

出径指征：流感、呼吸衰竭、咯血、严重呼吸困难、感染性休克。

诊断：上呼吸道感染 J06. 900x003

建议住院日：7-10 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查</p> <p>进行病情初步评估</p> <p>评估病原体感染的危险因素：包括多种病原体感染（细菌、病毒、支原体、衣原体等）、溺水、吸入变应原、呛咳、误吸等。</p> <p>明确诊断，确定治疗方案</p> <p>完善入径检查</p> <p>完善病历书写</p>
	<p>长期医嘱：呼吸内科护理常规</p> <p>护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要）</p> <p>饮食：普食、流食、半流食（根据病情需要）</p> <p>吸氧：喘憋伴有低氧血症的患者；脉氧正常，不用吸氧（根据病情需要）</p> <p>抗感染治疗：喹诺酮类、青霉素类、头孢菌素类或大环内酯类药物（根据病情选一种）合并病毒感染者抗病毒治疗及清热解毒、利咽消肿类中成药口服。</p> <p>干咳患者止咳药：右美沙芬、复方甲氧那明、可待因口服（根据病情严重程度选择）。</p> <p>多痰患者给予黏液溶解性祛痰药如氨溴索、乙酰半胱氨酸口服或雾化吸入。</p> <p>中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。</p>
	<p>临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、支原体衣原体血清学检测、甲乙流抗原检测、C 反应蛋白、肝肾功、电解质、心电图、胸部 X 片正侧位（以上均根据病情选用）。</p>
第 2 天	交代病情，第二天至出院前，同上。
第 3 天	抗生素每三天需评估疗效，如果有效，病程 7-10 天；如无效，需重新评估诊断正确性，建议尽早转上级医院进一步诊治。
第 4-10 天	<p>出院前异常化验、胸片可复查，或者择期门诊复查。</p> <p>患者疗程 7-10 天时，症状好转，体温正常 3 天以上，即可停药。</p> <p>如确需延长疗程，可改用口服抗生素阿莫西林+左氧氟沙星序贯治疗，一般情况下疗程不超过两周。</p>

三、急性扁桃体炎

入径指征：咽痛发热，吞咽困难，畏寒、高热、乏力，扁桃体有充血脓点。

出径指征：合并并发症如化脓性扁桃体、急性关节炎、风湿热、急性心肌炎、心包炎、急性肾小球肾炎、亚急性甲状腺炎。

诊断：急性扁桃体炎 J03.900

建议住院日：3-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。</p>
	<p>长期医嘱：全科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡流质饮食 初始治疗方案： 一般治疗：卧床休息、多饮水、加强营养，咽痛或高热时，可口服止痛药及退热药物。 抗感染治疗：青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类或喹诺酮类药物（根据病情选一种），依病情轻重决定给药途径，疗程 5-7 天。 局部对症治疗：可应用含漱液局部治疗。 中医治疗：依据中医辨证给予疏风清热、消肿解毒中药（如百蕊颗粒）、中医适宜技术等治疗。</p>
	<p>临时医嘱：血常规、尿常规、C 反应蛋白、甲乙流抗原检测、血糖、血沉、抗链 O、肾功能、心肌酶、甲功、心电图、胸片，如有下颌角淋巴结肿大完善淋巴结超声检查、甲状腺超声（以上均根据病情需要）。</p>
第 2-3 天	<p>交代病情，至出院前，同上 若治疗 2-3 天患者病情无好转，建议尽早转上级医院进一步诊治。</p>
第 4-7 天	<p>抗生素每三天需评估疗效，如果有效，病程 3-7 天 出院前异常化验可复查，或者择期门诊复查 患者疗程 3-7 天时，症状好转，体温正常 3 天以上，即可停药 如确需延长疗程，可改用口服抗生素治疗，一般情况下疗程不超过两周。</p>

四、急性支气管炎

入径指征：咳嗽、咳痰、气短，化验白细胞增高或中性粒细胞增高淋巴细胞增高，胸片示肺纹理增粗或紊乱。

出径指征：呼吸衰竭、咯血、严重呼吸困难、感染性休克。

诊断：急性支气管炎 J20.900

建议住院日：3-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 评估病原体感染的危险因素：包括多种病原体感染（细菌、病毒、支原体、衣原体等）、物理、化学等环境刺激物，过敏因素。 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：呼吸内科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：普食、流食、半流食（根据病情需要） 吸氧：喘憋伴有低氧血症的患者，血氧饱和度正常者可不用吸氧（根据病情需要） 抗感染治疗：喹诺酮类、青霉素类、头孢菌素类或大环内酯类药物静脉滴注（根据病情选一种）合并病毒感染者抗病毒治疗。 干咳患者止咳药：右美沙芬、复方甲氧那明、可待因口服（根据病情严重程度选择）多痰患者祛痰药：乙酰半胱氨酸、氨溴索口服（根据院方情况选择） 喘憋、呼吸困难，肺部听诊哮鸣音患者选用：吸入用糖皮质激素类（吸入用布地奈德）1mg+吸入用肾上腺素受体激动剂（如吸入用硫酸沙丁胺醇）5mg 日二次雾化吸入，静点茶碱类药物，好转后改口服。（以上均根据病情选用） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、支原体衣原体血清学检测、甲乙流抗原检测、C 反应蛋白、肝肾功能、血糖、心电图、胸部 X 片正侧位（以上均根据病情选用）
第 2 天	交代病情，第二天至出院前同上
第 3 天	抗生素每三天需评估疗效，如果有效，病程 3-7 天左右；如无效，需重新评估诊断正确性，或者更换抗生素，建议尽早转上级医院进一步诊治。
第 4-7 天	评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治 出院前异常化验、胸片可复查，或者择期门诊复查。

五、慢性支气管炎

入径指征：咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病至少持续 3 个月，连续 2 年或 2 年以上，化验白细胞增高或中性粒细胞增高淋巴细胞增高，胸片示肺纹理增粗或紊乱。

出径指征：合并严重肺气肿、肺心病、呼吸衰竭、严重电解质紊乱、重症感染。

诊断：慢性支气管炎 J42. x00

建议住院日：5-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查</p> <p>进行病情初步评估（轻、中度患者进入日间病房路径，重症患者需转诊治疗）</p> <p>评估慢性支气管炎危险因素：吸烟（最重要的危险因素，戒烟必要性）、空气污染、生物燃料、职业性或者环境有害物质接触史；反复呼吸道感染；过敏史，家族史。</p> <p>明确诊断，确定治疗方案</p> <p>完善入径检查</p> <p>完善病历书写</p>
	<p>长期医嘱：呼吸内科护理常规</p> <p>护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要）</p> <p>饮食：普食、流食、半流食（根据病情需要）</p> <p>吸氧：喘憋伴有低氧血症的患者给予吸氧，脉氧正常可不吸氧。（根据病情需要）</p> <p>抗感染治疗：喹诺酮类、青霉素类、头孢菌素类或大环内酯类药物（根据病情选一种）</p> <p>肺部听诊哮鸣音者：静点茶碱类药物，吸入用肾上腺素受体激动剂（如硫酸沙丁胺醇 5mg +吸入用异丙托溴铵 0.5mg 日二次雾化吸入（根据病情需要）</p> <p>多痰患者给予黏液溶解性祛痰药如氨溴索、乙酰半胱氨酸口服或雾化吸入；</p> <p>干咳为主者可口服右美沙芬、复方甲氧那明、可待因等（以上均根据病情选用）</p> <p>中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。</p>
	<p>临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、C 反应蛋白、肝肾功能、血糖、心电图、胸部 X 片正侧位、痰细菌培养、肺 CT、心脏彩超、肺功能检查（以上均根据病情选用）。</p>
第 2-3 天	交代病情，至出院前，同上
第 4-7 天	<p>评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治</p> <p>病情缓解，可门诊口服药物及吸入药物序贯治疗。</p> <p>出院患者均建议病情缓解期行肺功能检查一次。如果肺功能无明显阻塞性通气功能障碍，则诊断慢性支气管炎；如果吸入支气管扩张剂后，FEV1/FVC < 70%，则考虑慢性阻塞性肺疾病。</p> <p>慢性支气管炎患者缓解期治疗：戒烟；增强体质，预防感冒，反复呼吸道感染者，建议每年注射流感疫苗一次；每 5 年注射肺炎疫苗一次；慢阻肺患者，缓解期除上诉治疗外，需每日规律吸入支气管扩张剂，改善症状，延缓肺功能下降速度。</p>

六、社区获得性肺炎

入径指征：1、新近出现的咳嗽、咳痰，或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛；2、发热；3、肺实变体征和（或）闻及湿性啰音；4、血常规：WBC $>10\times 10^9/L$ 或 $<4\times 10^9/L$ ；5、胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变，伴或不伴胸腔积液。以上 1~4 项中任何一项加上第 5 项，并除外慢阻肺急性发作、肺结核、肺部肿瘤、非感染型肺间质性疾病、充血性心力衰竭和肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎、放射性肺炎等后，可建立临床诊断。

出径指征：1、紧急转诊：符合重症社区获得性肺炎诊断标准；病情危重的不明原因肺炎：初始治疗失败，生命体征不稳定。2、普通转诊：（1）合并基础疾病较多，如慢性心功能不全，CKD3~5 期、肝硬化失代偿期、糖尿病急症。（2）免疫抑制宿主发生社区获得性肺炎。（3）初始治疗失败，生命体征稳定。（4）出现局部或全身并发症，如脓胸、肺脓肿，生命体征稳定。（5）年龄 ≥ 65 岁，有基础疾病患者，评估有超广谱 β -内酰胺酶菌等耐多药感染风险。（6）社区获得性肺炎诊断尚未明确，需要进一步鉴别诊断。

诊断：社区获得性肺炎

建议住院日：7-10 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。</p> <p>长期医嘱：呼吸科护理常规 护理常规：II/III级护理常规(根据病情需要)</p> <p>1、抗感染治疗 （1）青壮年、无基础疾病者：常见致病菌：肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体等。抗生素治疗：可选用：青霉素类、第一代或第二代头孢菌素类、喹诺酮类、大环内酯类。 （2）老年或有基础疾病者：常见致病菌：肺炎链球菌（包括 DRSP）、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、吸入性肺炎时常见厌氧菌感染、军团菌。抗生素治疗：可选用：第二、三代头孢菌素类单用或联合大环内酯类、β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂单用或联合大环内酯类、喹诺酮类。（根据病情需要）</p> <p>2、祛痰药：痰液较多时可选用祛痰药物，常用的药物：氨溴索、盐酸溴己新等。（根据病情需要）</p> <p>3、镇咳药：剧烈咳嗽、无痰或少痰，而严重影响休息者可临时应用镇咳药物，通常避免使用镇咳药物。（根据病情需要）</p> <p>4、减轻气道高反应：感染后期部分患者存在干咳明显，可给予孟鲁斯特钠口服。</p> <p>5. 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。</p>

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>临时医嘱:血常规、尿常规、便常规、支原体衣原体血清学检测、甲乙流抗原检测、C 反应蛋白、血糖、肝功、肾功,痰细菌培养、胸部 X 片正侧位或肺 CT、心电图等(以上均根据病情选用)。</p> <p>诊断明确后,对高热病人可酌情给予解热镇痛药、物理降温,注意不能常规使用退热药而影响对病情和治疗效果的观察。</p>
第 2-3 天	<p>交代病情,至出院前,同上</p> <p>评估检查结果</p> <p>注意发热及全身症状</p> <p>根据病情变化调整治疗方案</p> <p>复查血常规(以上均根据病情选用)</p> <p>对症处理</p>
第 4-10 天	<p>医共体可以组织上级医师查房</p> <p>评价治疗效果:症状加重或持续不缓解,出现转诊指征,建议尽早转上级医院进一步诊治。</p> <p>第 7-10 天复查胸片,出院前再次复查血常规,根据病情停用抗生素</p> <p>出院医嘱:适当休息,避免着凉。有变化随诊。</p> <p>健康宣教</p> <p>门诊随访</p>

七、急性中耳炎

入径指征:耳痛、听力下降、鼓膜穿孔、脓性耳漏。

出径指征:严重感染(菌血症、脓毒血症等);颅内感染;感染向周围器官扩散;出现眩晕、面瘫等并发症或存在中耳炎后遗症;合并其他急慢性疾病,病情不易控制者。

诊断:急性中耳炎 H66.900x002

建议住院日:3-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查</p> <p>进行病情初步评估</p> <p>医共体可以组织上级医师查房</p> <p>明确诊断,确定治疗方案</p> <p>完善入径检查</p> <p>完善病历书写</p>

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>长期医嘱：耳鼻喉科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食 初始治疗方案：抗感染、畅引流、去病因。 用药：抗生素治疗：可供选择的药物有各类广谱抗生素。如青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类等。 糖皮质激素：分泌性中耳炎急性期可用地塞米松或泼尼松等口服作短期治疗 3 日。（根据病情需要）。 鼻腔减充血剂：急性分泌性中耳炎、急性化脓性中耳炎鼓膜未穿孔情况下应用，改善咽鼓管功能。 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。</p> <p>临时医嘱：血常规、C 反应蛋白、尿常规、电解质、血沉、肝肾功能、耳镜检查、心电图、胸片等（以上均根据病情需要）</p>
第 2 天	确定进一步检查和治疗，交代病情。
第 3 天	继续抗感染治疗，观察病情变化。
第 4-7 天	<p>评估抗生素疗效评价治疗效果：如患者症状无改善，建议尽早转上级医院进一步完善检查。以优化治疗方案，评价是否需要鼓膜穿刺术或鼓膜切开术治疗。 抗生素每三天需评估疗效，如果有效，病程 3-7 天左右 异常结果复查 出院医嘱：口服抗生素，门诊随访。</p>

八、冠状动脉粥样硬化性心脏病

入径指征：胸闷、胸痛、心慌、气短心绞痛症状，心电图示心肌缺血或既往有冠心病心肌梗死病史。

出径指征：症状加重，频发心绞痛、急性心肌梗死、恶性心律失常或合并心力衰竭。

诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病 I25.103

建议住院日：7-10 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写</p>

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>长期医嘱：心内科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：低盐低脂饮食。 抗心绞痛和抗缺血治疗：硝酸酯类药物、β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂（CCB）、代谢类药物。（根据病情需要） 预防心肌梗死的药物治疗：抗血小板药物、降脂药物、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）。（根据病情需要） 中医治疗：以“活血化瘀”“芳香温通”和“祛痰通络”法最为常用。针刺或穴位按摩治疗。</p> <p>临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、血脂、血糖、肝肾功能、心肌酶、颈动脉超声、心脏彩超、心电图等。（以上均根据病情需要）</p>
第 2 天	<p>交代病情，至出院前，同上 对症处理 观察患者一般情况及病情变化，注意有否胸痛、胸闷、气短、心悸等 观察药物疗效及不良反应 疾病相关健康教育</p>
第 3 天	<p>交代病情，至出院前，同上 视病情复查心肌酶，复查心电图等 对症处理 观察患者一般情况及病情变化，注意有否胸痛、胸闷、气短、心悸等（以上均根据病情选用） 观察药物疗效及不良反应</p>
第4-10天	<p>医共体可以组织上级医师查房 评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治 出院医嘱：根据病情需要继续口服抗血小板药物、降脂药物、改善循环药物等；视病情复查心肌酶等；门诊随访。 健康宣教</p>

九、急性胃肠炎

入径指征：腹痛、腹泻、恶心、呕吐（小孩脱水）大便每日三次以上。

出径指征：合并高热、血便、肠梗阻、感染中毒性休克、脏器功能衰竭等严重并发症或确诊为传染性肠病。

诊断：急性胃肠炎 K52.905

建议住院日：3-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：消化内科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡易消化饮食 给予胃肠吸附用止泻药：如蒙脱石，口服散剂一袋 3 次/d，口服，首剂加倍（根据病情需要）。 补液维持水电解质平衡：葡萄糖氯化钠 500ml+维生素 B6 10mg+氯化钾 10ml 日一次静脉滴入（根据病情需要）。 如合并细菌感染加用抗生素治疗：如：喹诺酮类或头孢菌素类抗生素（根据病情需要）。 调节肠道菌群药物：如双歧杆菌乳杆菌三联活菌等（根据病情需要）。 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、便常规、C 反应蛋白、血糖、肝肾功能、电解质、心电图等。 对症处理：如腹痛予山莨菪碱 10mg 肌肉注射，呕吐予甲氧氯普胺 10mg 肌肉注射等（以上均根据病情选用）
第 2-3 天	交代病情，至出院前，同上 评估检查结果 注意发热、腹痛、腹泻、全身中毒等症状 根据病情变化调整治疗方案 复查血、粪便常规、复查电解质、复查心电图等（以上均根据病情选用） 对症处理
第 4-7 天	医共体可以组织上级医师查房 评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治 确定出院后治疗方案 口服调节肠道菌群药物：如双歧杆菌乳杆菌三联活菌等（根据病情需要） 补液、蒙脱石口服散剂、胃黏膜保护剂（根据病情需要） 根据病情停用抗生素 出院医嘱：有情况随诊 健康宣教

十、胆囊炎

入径指征：限于单纯性胆囊炎，即：有右上腹疼痛可以放射至右肩部，无发热寒战，体征是右上腹压痛，无明显反跳痛及肌紧张，超声提示胆囊增大，壁增厚等，血常规白细胞总数或中性粒细胞比例增高。

出径指征：合并严重及全身感染、脓毒血症、感染性休克、多脏器衰竭。

诊断：胆囊炎 K81.900

建议住院日：4-5 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：全科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：低脂清淡饮食。 输液营养支持 抗感染治疗：头孢菌素、喹诺酮类、硝酸咪唑类如甲硝唑注射液等（根据辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量） 消炎利胆药物 解痉止痛 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、肝肾功能、血糖、血脂、电解质、心电图、腹部超声，必要时行 CT 或 MRI 检查。（以上均根据病情需要）
第 2 天	汇总所有辅助检查结果 继续用药
第 3 天	复查血、尿常规、腹部超声（根据病情需要） 继续用药
第 4-5 天	结合检查结果决定是否继续住院治疗及治疗时间

十一、阑尾炎

入径指征：只有轻症患者适合，就是单纯性阑尾炎的可以，适合保守治疗的。

出径指征：阑尾穿孔、重症感染、肠梗阻等严重并发症及需要手术治疗的。

诊断：阑尾炎 K37. x00

建议住院日：4-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：全科护理常规 II/III级护理常规（根据病情需要） 抗感染治疗：青霉素类、头孢菌素类如头孢哌酮、头孢唑肟钠或头孢噻肟钠，硝酸咪唑类如奥硝唑注射液等（根据病情辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：尿常规、血常规、C 反应蛋白、肝肾功能、血尿淀粉酶、腹部彩超、立位腹平片、心电图、胸片、感染性疾病筛查、腹部 CT 等。（根据病情需要）。
第 2 天	汇总所有辅助检查结果
第 3 天	饮食指导 继续用药预防感染
第 4-7 天	根据病情用药，复查血常规 结合复查结果决定出院时间

十二、混合痔

入径指征：便血并伴有肛周疼痛。

出径指征：有嵌顿、合并严重感染、脓肿等需要手术治疗。

诊断：混合痔 I84.201

建议住院日：4-5 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：肛肠科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：高纤维饮食，忌辛辣刺激食物。 一般治疗：坐浴日一次（中药饮片煎煮或 1%高锰酸钾溶液） 药物治疗：1、局部药物治疗：包括栓剂、乳膏、洗剂。（根据病情需要） 2、全身药物治疗：镇痛药、抗生素治疗。（根据病情需要） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。 健康宣教，避免便秘、腹泻。
	临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、凝血、心电图、直肠镜检查（根据病情需要）。
第 2 天	交代病情 继续目前用药治疗
第 3 天	复查入径第一天时异常项目 再次交代病情，继续治疗
第 4-5 天	如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治 依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。

十三、泌尿道感染

入径指征：尿频、尿急、或尿痛尿常规示白细胞或血尿、发热、血尿症状。

出径指征：合并肾功能不全、严重感染、感染性休克、尿路梗阻。

诊断：泌尿道感染 N39.000

建议住院日：4-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善项目检查 完善病历书写
	长期医嘱：泌尿外科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食、忌辛辣刺激食物。 用药：广谱抗生素 青霉素类、头孢菌素类或喹诺酮类等（根据病情辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量）。 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：尿常规、血常规、C 反应蛋白、肝功能、肾功能、泌尿系 B 超。（根据病情需要）
第 2 天	汇总所有辅助检查结果 继续用药
第 3 天	复查血、尿常规、泌尿系 B 超（根据病情需要） 继续用药 评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治
第 4-7 天	结合检查结果，决定是否继续住院治疗及治疗时间。

十四、泌尿系结石

入径指征：反复疼痛或伴有明显消化道症状者或突发剧烈腰背部疼痛，疼痛呈持续性或间歇性，并伴有恶心、呕吐，尿路刺激征等。尿常规可见红细胞，泌尿系彩超可发现结石。

出径指征：肾功能异常、单侧肾、大结石、需手术的，或合并严重及全身感染、脓毒血症、感染性休克。

诊断：泌尿系结石 N20.900

建议住院日：4-5 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：泌尿外科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食指导：避免高蛋白、高钙、高钠饮食，适量补充维生素 A 和 B6。 解痉止痛治疗 考虑合并细菌感染可静脉使用抗菌药 根据病情可给予碎石治疗 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗
	临时医嘱：血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、胸部 X 线平片、心电图、泌尿系彩超（以上均根据病情需要）
第 2 天	交代病情 继续目前用药治疗
第 3 天	复查入径第一天时异常项目 再次交代病情，继续治疗
第 4-5 天	如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治。 依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，健康教育，门诊随诊。

十五、前列腺炎性疾病

入径指征：尿频、尿急、或尿道灼痛，排尿不畅严重伴有尿潴留，“I型前列腺炎”（即急性细菌性前列腺炎）。

出径指征：合并血尿、肾功能不全、严重尿储留导尿困难。

诊断：前列腺炎性疾病 N41.900

建议住院日：4-7天

时间	诊疗内容
第1天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善项目检查 完善病历书写
	长期医嘱：泌尿外科护理常规。 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食、忌辛辣刺激食物。 用药：广谱抗生素 如喹诺酮类 左氧氟沙星注射液或环丙沙星注射液等（根据病情辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：尿常规、血常规、C反应蛋白、肾功能、泌尿系超声（以上均根据病情需要）
第2天	汇总所有辅助检查结果 继续用药
第3天	复查血、尿常规、泌尿系B超（根据病情需要） 继续用药 评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治
第4-7天	结合检查结果，决定是否继续住院治疗及治疗时间。

十六、附睾-睾丸炎

入径指征：睾丸肿大、疼痛并放射至阴囊，同侧腹股沟及下腹区，严重时伴有局部脓肿，患侧睾丸变大，质地变硬。

出径指征：合并严重及全身感染、脓毒血症、感染性休克。

诊断：附睾-睾丸炎 N45.908

建议住院日：4-5 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：泌尿外科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 抗生素治疗：静脉输注头孢菌素类或喹诺酮类等（根据病情辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗
	临时医嘱：血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、胸片、心电图、阴囊彩超（根据病情需要）
第 2 天	交代病情 监测体温、血常规、尿常规等指标变化 继续目前用药治疗
第 3 天	复查入径第一天时异常项目 再次交代病情，继续治疗
第 4-5 天	如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治。 依据病人病情及好转情况，可以出院，出院医嘱：抗菌药物、基础药物，门诊随诊。

十七、皮肤脓肿、疖和肿，其他部位的

入径指征：局部皮肤出现红肿、疼痛严重时伴有皮肤破溃或化脓。

出径指征：合并严重及全身感染、脓毒血症、感染性休克。

诊断：皮肤脓肿、疖和肿，其他部位的 L02.800

建议住院日：4-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：外科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食、忌辛辣刺激食物。 抗感染治疗：青霉素类、头孢菌素类，如有过敏者，可选喹诺酮类、大环内酯类（根据病情辅助检查结果及症状、年龄、体重决定药量） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、C 反应蛋白、肝肾功能、血糖、凝血四项、彩超。
第 2 天	汇总所有辅助检查结果 必要时切开引流 无需切开继续用药
第 3 天	复查血常规，继续用药 如切开引流要注意换药
第 4-7 天	结合检查结果，决定是否继续住院治疗及治疗时间。

十八、滑膜炎

入径指征：关节疼痛，活动受限。

出径指征：免疫相关性滑膜炎。

诊断：滑膜炎 M65.909

建议住院日：5-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 各关节肿痛时间、疼痛性质、有无红肿，排除特殊感染性、结核性、病理性等病因 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：骨科护理常规 护理常规：II/III级护理常规(根据病情需要) 给予卧床休息，局部理疗如磁疗、红外线治疗，如膝关节滑膜炎肿胀明显积液较多需要关节穿刺抽液，关节内注射糖皮质激素类或玻璃酸钠，非甾体类抗炎药消肿止痛、氨基葡萄糖等口服（根据病情需要） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、抗体四项、心电图、胸片、关节正侧位片等常规检查，必要时行 MRI 检查(根据病情需要)。
第 2 天	交代病情转归，继续药物治疗。 如大关节部位治疗无好转，建议尽早转上级医院进一步诊治。
第 3 天	继续前治疗，嘱其卧床。
第 4-7 天	依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。

十九、肩周炎

入径指征：肩关节疼痛、活动受限，关节僵硬，周围压痛。

出径指征：肩关节主动活动受限，被动活动不受限，考虑肩袖损伤者，可进一步专业康复治疗。

诊断：肩周炎 M75.001

建议住院日：7-10 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 无外伤病史，各肩周肿痛部位、时间、疼痛性质、有无红肿，排除特殊感染性、结核性、病理性等病因。 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：骨科护理常规 护理常规：II/III级护理常规(根据病情需要) 给予患肢制动，局部理疗如磁疗、红外线治疗，如局部痛点明确，可局部注射糖皮质激素，给予非甾体类抗炎药等药物消肿止痛治疗(根据病情需要) 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、抗体四项、心电图、胸片、肩关节正侧位片、患处超声、必要时行 MRI 检查(根据病情需要)。
第 2 天	交代病情，继续药物治疗。 如肩关节粘连，进一步指导患者功能训练，如有其它病变，建议尽早转上级医院进一步诊治
第 3 天	继续前治疗，嘱其功能锻炼。
第 4-10 天	如仍不好转，需重新判断诊断正确性，建议转上级医院诊治。 依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。

二十、关节炎

入径指征：关节肿胀、疼痛活动受限。

出径指征：免疫相关性关节炎、关节间隙严重变窄、大量骨赘形成、关节变形、具有手术指征。

诊断：关节炎 M13.900

建议住院日：5-7天

时间	诊疗内容
第1天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 各关节肿痛时间、疼痛性质、有无红肿，排除特殊感染性、结核性、病理性等病因 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：骨科护理常规 护理常规：II/III级护理常规(根据病情需要) 给予卧床休息，局部理疗如磁疗、红外线治疗，如膝关节肿胀明显积液较多需要关节穿刺抽液，关节内注射糖皮质激素类或玻璃酸钠，非甾体类抗炎药消肿止痛、氨基葡萄糖等口服等药物(根据病情需要) 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗
	临时医嘱：血常规、尿常规、抗体四项、心电图、胸片、髌或膝关节正侧位片、患处超声等常规检查，必要时行CT、MRI检查。(根据病情需要)
第2天	交代病情转归情况，继续药物治疗
第3天	继续前治疗，嘱其卧床。 如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治。
第4-7天	依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊

二十一、颈椎病

入径指征：颈部疼痛，头晕恶心上肢麻木，颈部 X 线示颈椎增生或椎间盘病变。

出径指征：出现脊髓压迫症状或体征。

诊断：颈椎病 M47.900x021

建议住院日：5-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	<p>询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。</p>
	<p>长期医嘱：骨科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：低脂饮食。 口服药：非甾体类抗炎药、维生素 B1 片、甲钴胺、盐酸氟桂利嗪、盐酸倍他司汀等（根据病情需要） 必要时静脉滴入改善循环药物如：如己酮可可碱注射液或盐酸倍他司汀注射液等（根据病情需要，结合症状）。 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗</p>
	<p>临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、颈椎片、心电图，必要时上级医院行 CT、MRI 检查。（根据病情需要）</p>
第 2 天	<p>交代病情 继续目前用药治疗</p>
第 3 天	<p>复查入径第一天时异常项目 再次交代病情，继续治疗</p>
第 4-7 天	<p>如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治。 依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。</p>

二十二、腰椎间盘突出症

入径指征：腰痛、伴下肢疼痛麻木，活动受限腰椎 X 线示腰椎间盘突出。

出径指征：腰椎骨折，严重影响活动。

诊断：腰椎间盘突出症 M51.202

建议住院日：5-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：骨科护理常规 护理常规：II/III级护理常规(根据病情需要) 给予卧床休息，20%甘露醇 250ml 每 12 小时一次静点、地塞米松 10mg 每日一次入壶减轻神经水肿，甲钴胺 0.5mg 每日三次口服营养神经治疗（根据病情需要） 非甾体类抗炎药消肿止痛（根据病情需要） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、抗体四项、心电图、胸片、腰椎正侧位片、腰椎 CT 或 MRI 等检查。（根据病情需要）
第 2 天	主要交代病情转归情况，继续药物治疗，可到康复理疗科进一步行针灸、理疗、牵引治疗，如症状加重或无明显缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治
第 3 天	继续前治疗，嘱其卧床。
第 4-7 天	依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。

二十三、脑血管病后遗症

入径指征：既往有高血压脑出血、脑梗塞病史，现出现头晕（疼痛）或伴有恶心、言语不利、肢体麻木。

出径指征：合并急性新发脑血管病，合并意识障碍。

诊断：脑血管病后遗症 I69.802

建议住院日：5-7 天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写。
	长期医嘱：神经内科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：低脂饮食 口服药：根据病情需要给予阿司匹林、阿托伐他汀、维生素 B1、甲钴胺等（根据病情需要） 静脉滴入：改善循环的药物如己酮可可碱、倍他司汀注射液等（根据病情需要） 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、心电图、颈动脉超声。必要时上级医院查颅脑 CT、MRI。（根据病情需要）
第 2 天	交代病情 继续目前用药治疗
第 3 天	复查入径第一天时异常项目 再次交代病情，继续治疗
第 4-7 天	如病情未见好转或加重，建议尽早转上级医院进一步诊治。 依据病人病情及好转情况，指导其用药及康复治疗，可以出院，门诊随诊。

二十四、带状疱疹不伴有并发症

入径指征：局部出现带状疱疹，并伴有疼痛，严重时伴有神经疼痛，无恶心呕吐、无发热。

出径指征：出现发热、感染、听力下降等并发症时出径。

诊断：带状疱疹不伴有并发症 B02.900

建议住院日：3-7天

时间	诊疗内容
第 1 天	询问病史及体格检查 进行病情初步评估 医共体可以组织上级医师查房 明确诊断，确定治疗方案 完善入径检查 完善病历书写
	长期医嘱：皮肤科护理常规 护理常规：II/III级护理常规（根据病情需要） 饮食：清淡饮食，忌辛辣食物。 抗病毒治疗：首选药物阿昔洛韦，病情严重可选择其他药物，使用阿昔洛韦要监测肾功能。阿昔洛韦软膏局部外用（根据病情需要）；0.9%氯化钠注射液 250ml+阿昔洛韦注射液 0.5g 8 小时一次静脉输液（根据病情需要） 营养神经药物：如维生素 B1，10-20mg，3 次/d，口服；甲钴胺 0.5mg，3 次/d，口服。（根据病情需要） 对症处理：如疼痛给予口服止疼药物治疗。 中医治疗：依据中医辨证给予中药、中医适宜技术等治疗。
	临时医嘱：血常规、C 反应蛋白、肝肾功能、心电图等。（根据病情需要）
第 2 天	交代病情，至出院前，同上 复查血常规等 对症处理 观察药物疗效及不良反应 疾病相关健康教育
第 3 天	交代病情，至出院前，同上 对症处理 观察药物疗效及不良反应 疾病相关健康教育
第 4-7 天	医共体可以组织上级医师查房 评价治疗效果：症状加重或持续不缓解，建议尽早转上级医院进一步诊治 出院医嘱：根据病情需要可继续口服甲钴胺，门诊随访。 健康宣教

- 备注：1. 入径指征为日间病房循径的基本依据，是指病种病情特征诊疗方式符合日间病房诊疗规范。出径指征是指病情较重、超出日间病房指征需转上级医院治疗的病种。
2. 医共体或医疗集团内用药可依据紧密型县域医共体相关规定执行，使用医保药品目录内药品。
3. 严格病种临床路径指征，规范治疗，日间病房不允许患者垫付押金，将年内多人多次（2次以上）日间病房的病种纳入评估监测重点。