内分泌调控与代谢疾病 DOI：10.13406/j.cnki.cyxb.003871

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025 年版）》内分泌代谢专业相关疾病专家共识

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025 年版）》内分泌代谢专业相关疾病专家共识编写专家组；重庆市医学会内分泌学分会；重庆市医学会糖尿病学分会

【摘　要】随着人口老龄化与慢性非传染性疾病高发，内分泌代谢疾病负担沉重，已成为医保管理、医保基金支出的重要组成部分。重庆市自 2002 年推出基本医疗保险门诊特殊疾病保障政策以来，距今已 23 年，其间相关疾病的循证医学证据逐渐丰富，诊疗理念、治疗技术已经历巨大变革和更新，原有医疗保险政策亟须与时俱进、适应现代医学技术发展，为患者提供更新、更好的医疗保障服务，因此重庆市医疗保障局计划于 2025 年 6 月 1 日起实施新医保政策。为更好地促进政策实施，确保政策顺利运行，重庆市医学会内分泌学分会、糖尿病学分会组织内分泌代谢及公共卫生专家，在重庆市医疗保障局指导下，对内分泌代谢专业相关门诊特殊疾病的诊断标准及报销范围相关新政策进行解读。将最新的内分泌代谢疾病指南与重庆医疗实际相结合，通过多轮专家讨论，结合医保管理经验，就门诊特殊病种报销目录、疾病诊断路径优化、规范化诊疗实施等关键环节进一步细化、具体化，达成专家共识。拟推动建立标准化管理体系，规范诊疗行为，提升医保基金使用效率及疾病管理达标率，遏制不合理医疗支出，确保医保资金精准用于提升患者生存质量，实现慢性病全生命周期管理，助力全面实现“健康中国 2030”重庆行动，为全国医保改革提供区域性实践参考。

【关键词】重庆市；医保政策；内分泌代谢疾病；特殊疾病门诊；专家共识
【中图分类号】R58　　【文献标志码】A　　【收稿日期】2025-05-28

Expert Consensus on the Standardization of Outpatient Diagnosis and Treatment of Endocrinology and Metabolism Specialty for Medically Insured Patients with Special Diseases in Chongqing (2025 Edition)

Expert Consensus Group on the Standardized Outpatient Diagnosis and Treatment of Special Diseases Covered by Medical Insurance in Endocrinology and Metabolism (2025 Edition), Endocrinology Branch of Chongqing Medical Association, Diabetes Branch of Chongqing Medical Association

【**Abstract**】With the aging population and the increasing prevalence of chronic non-communicable diseases, the burden of endocrine and metabolic diseases has become substantial and represents a significant portion of medical insurance management and fund expenditures. Since the introduction of the basic medical insurance outpatient special disease protection policy in Chongqing in 2002, 23 years have passed. During this period, the evidence base for relevant diseases has gradually expanded, and the concepts of diagnosis and treatment, as well as therapeutic technologies, have undergone considerable updates and transformations. The existing medical insurance policy urgently needs to be updated to keep pace with modern medical advancements and to provide patients with more advanced and effective medical security services.Therefore, starting from June 1, 2025, the Medical Insurance Bureau of Chongqing Municipality will implement a new medical insurance policy reform. To ensure the smooth implementation and operation of this policy, the Endocrinology and Diabetes Branches of the Medical Association of Chongqing Municipality have organized experts in endocrine metabolism and public health. Under the guidance of the Medical Insurance Bureau, these experts have interpreted the new policies related to the diagnostic criteria and reimbursement scope for outpatient special diseases in the field of endocrine metabolism. By integrating the latest guidelines for endocrine and metabolic diseases with the actual medical practice in Chongqing, and through multiple rounds of expert discussions that combine clinical experience with medical insurance management insights, a consensus has been reached on key aspects such as the reimbursement directory for outpatient special diseases, optimization of disease diagnostic pathways, and the implementation of standardized diagnosis and treatment protocols. This consensus aims to promote the establishment of a standardized management system.The goal is to enhance the efficiency of medical

通信作者：廖　涌，武警部队内分泌专委会主任委员、重庆市医学会内分泌学分会副主任委员，Email：liaoyong00133@sina.com；
郑宏庭，国家杰青，重庆市医学会内分泌学分会主任委员，Email：fnf7703@hotmail.com；
刘东方，重庆英才名家名师，重庆市医学会糖尿病学分会主任委员，Email：1df023023@qq.com。

优先出版：https://link.cnki.net/urlid/50.1046.R.20250530.0951.002（2025-05-30）

insurance fund utilization and the rate of disease management achievement, to standardize diagnostic and treatment practices, to curb unreasonable medical expenditures, and to ensure that medical insurance funds are precisely allocated to improve patients′ quality of life. This initiative will help achieve full life cycle management of chronic diseases, support the comprehensive implementation of the "Healthy China 2030" action plan in Chongqing, and provide a regional practice reference for the national medical insurance reform.
【Key words】Chongqing; medical insurance policy; endocrine and metabolic diseases; special outpatient Services for diseases; expert consensus

基本医疗保险门诊特殊疾病（简称“门诊特病”），是指需要长期在门诊治疗、纳入基本医疗保险基金支付范围的疾病病种。2002年重庆市医保将内分泌代谢相关的重点疾病糖尿病及其并发症纳入了职工医保门诊特病管理，在疾病诊断、治疗和随访管理上给予很大的报销政策支持，实施过程中也取得了显著成效。但随着我国人口老龄化的加剧和慢性非传染性疾病（简称慢性病）的高发，不仅糖尿病患病率显著攀升[1-2]，其他内分泌代谢相关的疾病如重度骨质疏松[3]、甲状腺功能亢进症（简称甲亢）[4]、生长激素缺乏症等患病率也在上升，这些疾病通常存在病程长、并发症多、治疗费用高等特点，给社会医疗资源和医保体系带来了巨大压力。其管理不仅需要长期的医疗干预，还需要科学合理的医保政策支持，以减轻患者负担，提高疾病控制率。重庆市门诊特病管理政策实施23年来，以糖尿病为代表的慢性病相关研究进展显著，新药不断问世，涌现出各种新的诊疗技术和方法。根据临床研究证据的逐渐积累，中华医学会糖尿病学分会（Chinese Diabetes Society，CDS）针对糖尿病的诊治实践先后发布了7版糖尿病防治指南，诊疗理念、治疗技术已经历巨大变革和更新，患者的诊治需求日益增长。虽现行医保政策实施期间增补发行27个补充政策文件，但覆盖范围、报销标准和诊治管理流程上仍存在局限性。因政策性文件较多、病种名称不统一，各级医疗机构对政策要求和标准把握不统一，门诊特病认证标准、报销政策、管理办法在不同医疗机构执行过程中出现差异，不利于门诊特病政策的实施与运行。因此亟须对现行医保政策进行改革，统一门诊特病政策文件、适应诊疗技术进步和更新、提高医保基金使用效能及医疗服务质量，以提高患者治疗依从性及疾病控制率，更好地为患者服务。2025年6月1日起将实施《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025年版）》，通过优化并统一病种目录、明确门诊费用统筹支付项目与范围、扩大病种保障范围、增加新型诊疗技术等措施，极大地健全和完善了重庆市门诊特病的管理制度。然而，如何实现政策落地与临床实践的有效衔接，构建科学、规范且可持续的疾病管理体系，仍需结合地方实际探索系统性解决方案。

为了更好地应对这些挑战，推动内分泌代谢特殊疾病门诊管理的规范化和标准化。本共识由重庆市医学会内分泌学分会、重庆市医学会糖尿病学分会组织牵头，联合医保管理部门、各级医疗机构及公共卫生专家，展开多轮深入讨论，结合临床实践经验和管理需求，聚焦门诊特病管理的关键痛点，对现行医保政策及新政策进行了深入分析和解读，进一步细化具体条款。本文旨在通过专家共识的形式，为重庆市内分泌代谢相关疾病特病门诊管理提供科学依据和实践指导，促进医保基金的合理使用，优化医保资源配置，提升疾病管理效果，提高患者的健康水平和生活质量。通过整合临床医学证据及管理实践经验，力求提供可操作的区域实施路径，同时为国家慢性病医保政策创新提供实证参考。

1 共识的形成与制定

本共识的形成制定过程包括政策解读、实地调研、文稿起草、专家咨询等步骤。通过详细查阅重庆市2002年开始实施的医保特殊疾病门诊政策文件以及后续相关补充、更新的政策文件；系统检索医保管理的最新成效，分析内分泌代谢专业相关疾病门诊特病管理运行情况；广泛调研全市各级医疗机构的具体实践和需求；凝练和总结内分泌代谢专业相关疾病门诊特病规范诊治的重点难点问题，提出共识基本框架。在对前期文献及调研资料进行筛选和补充的基础上，形成共识讨论稿。召开多轮专家咨询讨论会，基于讨论稿，系统征求重庆市内分泌代谢病防治领域专家、医保管理专家、各级医疗机构及公共卫生领域专家的意见，讨论确定共识核心内容，完善共识文本，充分纳入专家意见，形成共识发布稿。

2 共识的服务人群

本共识主要服务于重庆市医保政策法规制定者及各区级医保管理者、重庆市医保基金使用监管者、卫生健康领域慢性病管理决策者、卫生政策领域研究者、重庆市各级医疗卫生机构内分泌代谢专业相关疾病门诊特病诊疗管理从业者、各级医疗卫生机构医保管理者等。

3 内分泌代谢病医保特殊疾病门诊现行政策

根据重庆市现行特病门诊政策，职工医保可申请办理的内分泌代谢疾病门诊特病主要为糖尿病，包括1型糖尿病和2型糖尿病及其慢性并发症（肾病、视网膜病变、神经病变、足病）。城乡居民合作医疗保险可办理的内分泌代谢疾病有：糖尿病（包括1型糖尿病和2型糖尿病）、甲亢。对于重度骨质疏松症，现行医保政策暂未单独将其纳入门诊特病管理，仅针对类风湿性关节炎患者，作为其慢性并发症纳入管理。

自糖尿病及其并发症纳入特病门诊报销和管理后，截至2024年底，全市173万（职工71万，居民102万）例糖尿病患者纳入门诊特病管理。2024年我市医保用于糖尿病及其并发症特病门诊的费用支出高达11.51亿（总医疗费15.7亿元，职工医保总医疗费10.34亿元，基金支出8.01亿元；居民医保

总医疗费5.36亿元，基金支出3.5亿元）元，极大减轻了患者的医疗负担，并大幅提高了我市糖尿病患者的诊断率、治疗率和达标率。

4 医保门诊内分泌专业特病诊治新政

门诊特殊疾病病种管理实行动态调整机制。在保障医保基金收支平衡和整体风险可控的基础上，逐步将治疗周期长、健康损害大且费用负担重的疾病所产生的门诊费用纳入保障范畴。同时，不断完善门诊共济保障机制，推动保障模式从“病种保障”向“费用保障”平稳过渡。我市门诊特殊疾病分为一类病种和二类病种。随单位参保和以个人身份参加职工医保二档人员、城乡居民合作医疗保险参保人员均可申请办理一类病种和二类病种。可申报的内分泌代谢专业相关病种包括一类病种：①高苯丙氨酸血症：苯丙酮尿症（phenylketonuria，PKU）、四氢生物蝶呤缺乏症：（tetrahydrobiopterin defciency，BH4D）；②普拉德-威利综合征（Prader-Willi Syndrome，PWS）；③原发性生长激素缺乏症（growth hormone deficiency，GHD）。二类病种：①糖尿病；②重度骨质疏松症；③甲亢。以个人身份参加职工医保一档人员限申请办理慢性肾衰竭血液净化治疗、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿瘤、血友病4种门诊特殊疾病病种，无法申报内分泌相关疾病。按照自愿申请、全市通办原则，参保人或委托人可向特病诊断医疗机构或医保经办机构提出特病待遇资格申请。办理材料如下：①申请人有效身份证件或医保电子凭证或社保卡；②相关病史资料或检查材料（住院病历须加盖医院鲜章）；③《重庆市基本医疗保障特殊疾病（两病）待遇资格申报（鉴定）表》；④委托他人办理的，还需提供被委托人的有效身份证件及委托书。定点医疗机构应严格按照相关疾病诊疗指南规范用药，具备条件的医师可按规定对符合条件的门诊特病患者开具长期处方，长期处方的处方量一般在4周以内；根据慢性病特点，病情稳定的患者可适当延长，最长不超过12周。

5 内分泌代谢专业相关疾病门诊特病诊疗与管理规范

5.1 PWS

5.1.1 PWS诊断 PWS又称肌张力低下-智能障碍-性腺发育滞后-肥胖综合征，由父源染色体15q11.2-q13区域印记基因的功能缺陷所致，预计发病率约为0.1/10万~0.1/30万。PWS的临床特征是婴儿期严重肌张力低下伴吸吮无力及喂养困难导致发育停滞；运动与认知发育迟缓；肌张力低下；新陈代谢缓慢；特殊面容；行为异常；多种激素缺乏导致的内分泌异常（身材矮小、两性生殖器发育不全/性腺功能减退、甲状腺功能减退等）；童年期可能出现轻度认知障碍和行为问题（如自残、焦虑、强迫行为和情绪爆发），伴随食物寻求行为和食欲亢进，若不加控制将导致病态肥胖及预期寿命缩短[5-6]。特病诊断标准（其中第二条为必备条件）：①临床表现：生后喂养困难、婴幼儿期肌张力低、生长发育迟缓、智能障碍、行为异常、特殊面容、多食、肥胖及性腺功能减退等。②分子遗传诊断：15q11-q13区域甲基化特异性PCR或相关基因检测结果阳性即可诊断。

5.1.2 PWS治疗[7-8] 门诊特病用药包括：生长激素、人绒毛膜促性腺激素（human chorionic gonadotropin，hCG）、性激素相关药物（雌激素、孕激素、睾酮）、甲状腺制剂（左甲状腺素钠片、甲状腺片）。用药注意事项：hCG（限远端型隐睾）、甲状腺制剂（仅限于PWS合并甲状腺功能减退症的患儿）。

5.2 高苯丙氨酸血症（PKU、BH4D）

5.2.1 PKU和BH4D诊断 PKU与BH4D均是遗传性代谢病，PKU由苯丙氨酸羟化酶（phenylalanine hydroxylase，PAH）基因突变，导致PAH酶活性下降所致。苯丙氨酸（phenylalanine，Phe）无法正常转化为酪氨酸，从而使酪氨酸及其正常代谢产物合成减少，Phe在体内不断积聚。Phe水平升高会对中枢神经系统发育产生负面影响，引起智力发育障碍，表现为小头畸形、抽搐等神经系统症状。此外，酪氨酸酶活性受到高浓度Phe及其异常代谢产物抑制，黑色素合成减少，患者皮肤和毛发颜色变浅。同时，受高浓度Phe刺激，转氨酶发育[9]激活次要代谢途径，生成大量代谢产物（苯丙酮酸、苯乙酸和苯乳酸等）从尿液排出，使患儿尿液呈现一种特殊的鼠尿臭味（与苯乳酸相关）。BH4D是一种常染色体隐性遗传病，由芳香族氨基酸羟化酶的辅助因子-四氢生物蝶呤的合成或代谢途径先天性缺陷所致。芳香族氨基酸代谢障碍，脑内神经递质合成受阻，患儿神经系统出现严重损害，并表现出相应症状、体征以及智力障碍等。特病诊断标准：①PKU：血Phe浓度持续≥6 mg/dL，完成鉴别诊断后，确诊为PKU；②BH4D：经血Phe检测、尿蝶呤谱分析、红细胞二氢吡啶受体（dihydropyridine receptor，DHPR）活性检测、串联质谱检测、基因检测确诊为BH4D。

5.2.2 高苯丙氨酸血症（PKU、BH4D）诊疗项目 血Phe检测、血常规、肾功4项*、肝功9项*、串联质谱检测（每年≤4次）、骨龄测定（每年≤2次）、泌乳素（限BH4D）、儿童体格发育评估（精细）、智力测评[临床量表评估（自评）、临床量表评估（他评）-儿童评估（扩展）三种量表，每种量表≤4次/年]、颅脑核磁共振（每年≤1次）、脑电图。

5.2.3 高苯丙氨酸血症（PKU、BH4D）的治疗 BH4D需多巴和其衍生物、补充亚叶酸钙治疗、低苯丙氨酸食品。

5.3 GHD

5.3.1 GHD及其诊断 GHD是生长激素（growth hormone，GH）分泌不足所导致的一种内分泌代谢性疾病，主要表现为身材矮小[10]。特病诊断标准：①身高落后于同年龄、同性别正常健康儿童身高的第3百分位数[-1.88SD]或-2SD以下；②匀称性矮小、面容幼稚；③智力发育正常；④骨龄落后于实际年龄1年以上；⑤2项GH药物激发试验提示GH峰值均<10 μg/L[11]，GH激发试验药物有：左旋多巴：10 mg/kg口服，最大剂量500 mg/次；可乐定：4~5 μg/kg，口服。精氨酸：0.5 g/kg静脉滴注；胰岛素：0.05~0.10 U/kg静脉注射；溴吡斯的明1 mg/kg口服，最大剂量100 mg/次。用药前0 min和用药后30、60、90、120 min抽血测GH（选择其中两种药物联合应用）；⑥血清胰岛素样生长因子-1（insulin-like growth factor-1，IGF-1）水平低于同性别同年龄正常参考值范围；⑦排除其他基础疾病。

5.3.2 GHD治疗 基因重组人生长激素（recombinant human

growth hormone，rhGH）：适用于骨骺未闭合的GHD患儿。对于重度GHD患儿，尤其是合并其他内分泌激素缺乏的患者，建议从较低剂量的rhGH开始治疗。进入青春期后，可根据个体情况适当增加起始剂量[12]。用药注意事项：rhGH（限GHD）。

5.4 *糖尿病及其并发症*

5.4.1 糖尿病及其并发症诊断标准

5.4.1.1 糖尿病诊断 糖尿病是一种以高血糖为特征，可对心、脑、肾、眼等重要器官造成损害的慢性代谢性疾病[13]。高血压与糖尿病均为心血管疾病和肾脏疾病的重要危险因素。高血糖患者发生动脉粥样硬化性心血管疾病、慢性肾脏病（chronic kidney disease，CKD）的风险也明显升高，生活质量下降更快，预期寿命也更短。因此，在糖尿病的诊治过程中，应重视对并发症和合并症的管理[14]。糖尿病门诊特病包括病种：1型糖尿病、成人隐匿性自身免疫性糖尿病、2型糖尿病、线粒体糖尿病、类固醇性糖尿病、继发性糖尿病，及糖尿病相关并发症：糖尿病性肾病（diabetic kidney disease，DKD）、糖尿病性视网膜病变（diabetic retinopathy，DR）、糖尿病性周围神经病（diabetic peripheral neuropathy，DPN）、糖尿病性自主神经病（diabetic autonomic neuropathy，DAN）、糖尿病性胃轻瘫（diabetic gastroparesis，DG）、糖尿病神经源性膀胱（diabetic neurogenic bladder，DNB）、糖尿病性周围血管病（diabetic peripheral vascular disease，DPVD）、糖尿病足（diabetic foot，DF）。糖尿病特病诊断标准见表1。

表1 糖尿病门诊特病诊断标准

诊断标准（静脉血浆葡萄糖或 HbA1c 水平）
典型糖尿病症状：烦渴多饮、多尿、多食、不明原因体质量下降等
加上随机血糖 ≥11.1 mmol/L
或加上空腹血糖 ≥7.0 mmol/L
或加上 OGTT 2 h 血糖 ≥11.1 mmol/L
或加上 HbA1c[a] ≥6.5%
无糖尿病典型症状者，需改日复查确认（不包括随机血糖）

注：a，糖化血红蛋白需静脉血测定

5.4.1.2 DKD DKD是由糖尿病所致的CKD，病变可累及全肾（包括肾小球、肾小管、肾间质及肾血管等），其临床诊断主要依据尿白蛋白/肌酐比值（urinary albumin-to-creatinine ratio，UACR）≥30 mg/g和（或）估算的肾小球滤过率（estimated glomerular filtration rate，eGFR）<60 mL/（min·1.73 m^2）且持续超过3个月。建议在3~6个月内重复评估UACR，若3次中有2次UACR≥30 mg/g且排除感染等影响因素，即可判定为尿蛋白阳性[15]。特病诊断标准（符合任一即可诊断）：①3~6个月内重复评估UACR、尿微量蛋白（microalbuminuria，MAU），有2次UACR≥30 mg/g或MAU≥3 0mg/L；②3~6个月内2次eGFR<60 mL/（min·1.73 m^2）。注意事项：需具有明确的糖尿病病史，排除感染等影响因素。

5.4.1.3 DR DR是由于长期高血糖引发视网膜血管和神经细胞损伤的一系列病变过程。它是糖尿病患者特异性的眼部并发症，主要累及视网膜的微血管系统，导致视网膜出现渗出、出血、新生血管形成等一系列病理改变，进而影响视力。目前推荐使用《糖尿病视网膜病变国际临床分级标准》（美国眼科学会于2019年发布）进行临床分级[16-18]。临床上主要依据眼底照相技术评估DR的严重程度，是否伴有黄斑水肿以及黄斑水肿的分型。特病诊断标准：①有明确糖尿病病史；②糖尿病确诊之后出现视网膜病变（表2中非增殖期轻度及以上分型）。

表2 DR严重程度分型

病变严重程度		散瞳眼底检查所见
无明显DR		无异常
非增殖型	轻度	仅有微动脉瘤
	中度	不仅存在微动脉瘤，还存在轻于重度非增殖型DR的表现
	重度	出现下列任何1个表现（4-2-1规则）但尚无增殖型DR：①4个象限都有严重的视网膜内出血和微血管瘤；②2个或以上象限中有静脉串珠样改变；③1个或以上象限有中度的视网膜内微血管异常
增殖型DR		新生血管形成、玻璃体积血或视网膜前出血（≥1项即可）

5.4.1.4 DPN DPN指因糖尿病引起的周围神经功能障碍或结构损害，主要出现肢体远端对称性感觉运动神经病变，也可累及自主神经[19-21]。特病诊断标准：①具有明确的糖尿病病史；②在确诊糖尿病时或确诊之后出现的神经病变；③通过神经传导速度测定提示2条及以上周围神经传导速度异常者。诊断注意事项：需排除其他非糖尿病因素导致的神经病变或损伤。

5.4.1.5 DAN DAN指由糖尿病引起的自主神经系统的病变。它是糖尿病患者在长期高血糖等代谢紊乱状态下，导致自主神经功能障碍或结构损害的一种病理状态。这种病变可累及全身多个器官系统的自主神经支配，出现包括心血管系统、胃肠系统、泌尿生殖系统、汗腺等一系列复杂的临床症状、体征。常见症状包括心悸、头晕、虚弱无力、视力障碍、吞咽困难、胃轻瘫、腹泻与便秘交替、排尿困难、尿失禁、出汗异常、瞳孔异常、性功能障碍等。尤其以心血管自主神经功能障碍危害性最大，其同时也是糖尿病患者心血管死亡和隐性心肌缺血的独立危险因素[22]。心血管自主神经反射试验（cardiac autonomic reflex texts，CARTs）可作为诊断DAN的“金标准”[23]。特病诊断标准：①具有明确的糖尿病病史；②出现DAN相关临床症状；③确诊DAN（即符合表3中至少2项HRV结果异常）。

表3 心血管自主神经反射试验评分标准

项目	正常	临界	异常
心率试验			
Valsalva比值	≥1.21	1.11~1.20	≤1.10
I-E（次/min）	≥15	11~14	≤10
卧立位心率变化（30:15比值）	≥1.04	1.01~1.03	≤1.00
血压试验			
卧立位血压变化（mmHg）	≤10	11~29	≥30
握力试验血压变化（可选项）（mmHg）	≥16	11~15	≤10

注：I~E：吸气期间最快心率与呼气期间最慢心率之间的心率差；1 mmHg=0.133 kPa

5.4.1.6 DG DG指因糖尿病引起的胃排空延迟，主要影响胃部的自主神经支配，进而干扰胃的正常蠕动及排空功能，出现胃轻瘫的典型症状（上腹疼痛、早饱、腹胀、恶心、呕吐等）的功能性胃肠疾病。在确诊胃轻瘫前，需排除胃肠道机械性梗阻或其他潜在的胃肠器质性病变。胃排空闪烁扫描为诊断胃轻瘫的“金标准”[24]，^{13}C-辛酸呼气试验及胃电图有助于诊断胃轻瘫[25]。特病诊断标准（糖尿病病史+临床症状+以下任一检查阳性）：①核素标记胃排空闪烁扫描术（金标准）：检查时受检者需处于空腹状态，并在 10 min 内摄入标准低脂肪放射性标记的食物。随后在进食后的 4 h 内，每隔 15 min 进行 1 次显像扫描。若 2 h 胃内残留物>60% 或 4 h 胃内残留物>10%，则被定义为胃排空延迟。②胃电图：胃动过缓（<2 次/min）或节律紊乱（如胃动过速或混合型节律）。③^{13}C-辛酸呼气试验：4 h 内呼气中 $^{13}CO_2$ 累积排出率≤40%，提示胃排空延迟。④钡餐造影/X 线检查：正常胃排空时间为 2~4 h，若 6 h 后仍有钡剂残留，提示胃排空延迟。注意事项：需停用可能延缓胃排空的药物[如阿片类、胰高糖素样肽-1 受体激动剂（glucagon-like peptide-1 receptor agonist，GLP-1RA）、抗胆碱能药]至少 72 h 后再行检查。其他疾病：如硬皮病、帕金森病、术后胃轻瘫等需通过病史和专科检查排除。

5.4.1.7 DNB DNB指糖尿病引起的自主神经和（或）躯体神经病变，导致膀胱和（或）尿道功能障碍的一种病理状态[26]。膀胱功能评估（膀胱容量、残余尿量等）、尿动力学检查及超声检查有助于诊断 DNB，除外梗阻性因素。特病诊断标准：①明确的糖尿病病史，尤其是合并周围神经病变、自主神经病变症状；②临床症状：储尿期症状（如夜尿增多、尿频、尿急、尿失禁等）；排尿期症状（如排尿困难、尿不尽、尿流缓慢、排尿踌躇等）；并发症相关症状（如反复尿路感染、尿潴留，甚至晚期出现肾积水等）；③辅助检查（a 为必备条件+b、c、d 符合 1 项即可）：a. 膀胱感觉功能异常，膀胱收缩无规律（逼尿肌过度活动，见于早期）或最大逼尿肌压力（Pdet.max）<15 cm H_2O 且 Qmax <10 mL/s（逼尿肌收缩无力，见于晚期）；b. 膀胱感觉功能减退，首次排尿感觉（>150 mL）、强烈排尿感觉（>300 mL）；c. 残余尿量（postvoid residual urine volume，PVR）增加：100 mL（排尿后超声或导尿测定）；d. 膀胱容量增大：500 mL（高顺应性膀胱）。注意事项：需排除其他原因引起的泌尿系统疾病，包括结构性病变（如前列腺增生、结石）；脊髓损伤或中枢神经系统病变（如多发性硬化、脑卒中）；盆腔手术后神经损伤；药物性膀胱功能障碍（如抗胆碱能药、阿片类）；前列腺增生、膀胱出口梗阻等。

5.4.1.8 DPVD DPVD是糖尿病引发的一种血管损伤，主要由于长期高血糖导致血管内皮受损，引发动脉硬化、血流减少等问题[27]，其中下肢动脉疾病（lower extremity arterial disease，LEAD），指由糖尿病引起的下肢血管病变。主要表现为下肢动脉粥样硬化、血管狭窄或闭塞，导致下肢血流灌注不足[28-29]。特病诊断标准（有糖尿病病史+下肢动脉狭窄或闭塞的临床表现+以下任一检查阳性）：①静息踝肱指数（ankle brachial index，ABI）≤0.90；②超声多普勒、X 线计算机断层扫描（computed tomography，CT）血管成像、磁共振扫描（magnetic resonance imaging，MRI）血管成像及数字减影血管造影等检查显示下肢动脉存在斑块形成、狭窄或闭塞。

5.4.1.9 DF DF是由糖尿病神经病变、不同程度的下肢血管病变以及感染等多种因素，导致踝关节以远的皮肤及其深层组织破坏，出现溃疡、感染或坏疽等病理改变[30-31]，是导致患者截肢的重要原因。特病诊断标准：①糖尿病病史；②伴足部溃疡、坏疽；③合并 DPVD 和（或）DPN。

5.4.2 糖尿病及其并发症的治疗

5.4.2.1 注射类降糖药 门诊特病用药：胰岛素包括超短效胰岛素类似物、短效胰岛素、中效胰岛素、长效胰岛素类似物（包括周制剂）、预混胰岛素、预混胰岛素类似物、双胰岛素类似物等；GLP-1RA 包括艾塞那肽、利拉鲁肽、利司那肽、贝那鲁肽、度拉糖肽、聚乙二醇洛塞那肽、司美格鲁肽等；胰岛素与 GLP-1RA 的固定比例复方制剂（德谷胰岛素利拉鲁肽、甘精胰岛素利司那肽）。

胰岛素用药注意事项：德谷门冬双胰岛素（限其他胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者）；胰岛素与 GLP-1RA 的固定比例复方制剂（均限血糖控制不佳的成人 2 型糖尿病患者）；依柯胰岛素（限血糖控制不佳的成人 2 型糖尿病患者）[32]。

GLP-1RA 用药注意事项：艾塞那肽、利拉鲁肽、贝那鲁肽（均限 2 型糖尿病）；度拉糖肽、聚乙二醇洛塞那肽、利司那肽（限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的体质指数（body mass index，BMI）≥25 kg/m^2 的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方）。司美格鲁肽限：①成人 2 型糖尿病的血糖控制：在饮食控制和运动基础上，接受二甲双胍和/或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人 2 型糖尿病；②降低伴有心血管疾病的 2 型糖尿病成人患者的主要心血管不良事件（心血管死亡、非致死性心肌梗死或非致死性卒中）风险。

5.4.2.2 口服类降糖药 门诊特病口服降糖药种类：包括双胍类、磺酰脲类、格列奈类、噻唑烷二酮类、α-糖苷酶抑制剂类（含桑枝总生物碱、米格列醇）、二肽基肽酶Ⅳ抑制剂类、钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂类、葡萄糖激酶激活剂、过氧化物酶体增殖物激活受体泛激动剂、固定复方口服制剂。

用药注意事项：艾托格列净片（限二线用药）、脯氨酸恒格列净片（限成人 2 型糖尿病）、脯氨酸加格列净片（限 2 型糖尿病）；葡萄糖激酶激活剂（多格列艾汀片：限 2 型糖尿病）；固定复方口服制剂（二甲双胍恩格列净：限 2 型糖尿病）。

5.4.2.3 降脂药 门诊特病降脂药物包括他汀类、贝特类、普罗布考、胆固醇吸收抑制剂类、复方制剂（瑞舒伐他汀依折麦布片、依折麦布阿托伐他汀钙片）、前蛋白转化酶枯草溶菌素 9（proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitor，PCSK9）抑制剂（依洛尤单抗注射液、阿利西尤单抗注射液、托莱西单抗注射液）。用药注意事项见表 4。

5.4.2.4 DKD 用药 门诊特病用药包括保钾利尿剂：氨苯蝶啶、螺内酯、依普利酮、非奈利酮；胰激肽原酶；阿魏酸钠；复方 α-酮酸；血管紧张素Ⅱ拮抗剂的单方药。用药注意事项：非奈利酮（限 2 型糖尿病相关的慢性肾脏病成人患者）。

5.4.2.5 DPN 用药 门诊特病用药包括甲钴胺、腺苷钴胺、依帕司他、普瑞巴林、苯磺酸克利加巴林胶囊、苯磺酸美洛加巴林片。用药注意事项：苯磺酸克利加巴林胶囊、苯磺酸美

表4 调脂药物医保使用限制

药品名称	限制人群	适应症分类
依洛尤单抗注射液	成人原发性高胆固醇血症（杂合子家族性/非家族性）或混合型血脂异常	①联合他汀类药物或其他降脂疗法：饮食辅助疗法+最大耐受剂量他汀类药物治疗LDL-C仍不达标者； ②单独使用或与其他降脂疗法联合应用：他汀类药物不耐受或存在禁忌证
	成人或12岁以上青少年纯合子型家族性高胆固醇血症（HoFH）	降低LDL-C：需联合饮食干预与多种降脂治疗手段（如他汀类药物、依折麦布、低密度脂蛋白分离术等）
阿利西尤单抗注射液	成人原发性高胆固醇血症（杂合子家族性/非家族性）或混合型血脂异常	①联合他汀类药物或其他降脂治疗：饮食辅助疗法+最大耐受剂量他汀类药物治疗LDL-C仍不达标者； ②可选择单独使用，或与其他降脂方法联合应用：若患者对他汀类药物不耐受或存在禁忌证
托莱西单抗注射液	成人原发性高胆固醇血症（杂合子家族性/非家族性）或混合型血脂异常患	接受中等剂量或以上他汀类药物治疗后LDL-C未达标者
瑞舒伐他汀依折麦布片 依折麦布阿托伐他汀钙片	成人原发性（杂合子家族性/非家族性）高胆固醇血症或混合性高脂血症患者	他汀类单药治疗LDL-C未达标
	纯合子型家族性高胆固醇血症患者	降低TC和LDL-C水平治疗
非诺贝特酸胆碱缓释胶囊	重度高甘油三酯血症患者	成人控制饮食基础上，降低TG水平
	原发性高胆固醇血症/混合型血脂异常	用于原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常患者的治疗
海博麦布片	原发性（杂合子家族性或非家族性）高胆固醇血症	限饮食控制以外的辅助治疗，可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂（他汀类）联合使用

注：纯合子型家族性高胆固醇血症，HoFH，homozygous familial hypercholesterolemia；3-羟基-3-甲基戊二酰辅酶，AHMG-CoA，hydroxymethylglutaryl-coenzyme A；低密度脂蛋白胆固醇，LDL-C，low-density lipoprotein-cholesterol；甘油三酯，TG，triglyceride；血清总胆固醇，TC，total cholesterol

洛加巴林片（均限治疗成人糖尿病性周围神经病理性疼痛）。

5.4.2.6 DR用药 门诊特病用药包括羟苯磺酸钙、胰激肽原酶。视网膜激光光凝术用于DR重度非增殖期及以上患者的治疗。

5.4.2.7 DG用药 门诊特病用药包括胃肠动力药（多潘立酮、甲氧氯普胺、莫沙必利、伊托必利）。

5.4.2.8 DPVD及DF用药 门诊特病用药包括胰激肽原酶、己酮可可碱、阿魏酸钠、烟酸片、烟酸肌醇酯、尼麦角林。

5.4.3 诊疗项目

5.4.3.1 糖尿病诊疗项目 血糖监测（电脑血糖监测、葡萄糖测定）、糖化血红蛋白（限每3个月1次）、血脂4项*、肝功8项*、肾功3项*、血常规、尿常规、胰岛素、C肽、尿微量白蛋白/尿肌酐检查、尿微量白蛋白测定。

5.4.3.2 糖尿病并发症诊疗项目 DKD（尿常规、尿微量白蛋白/尿肌酐检查、尿微量白蛋白测定及肝肾功）；糖尿病周围神经病变（神经传导速度测定）；DR（光学相干断层成像、眼底血管造影、眼底照相、眼底检查）；DF（四肢多普勒血流图）。

5.5 重度骨质疏松症

5.5.1 重度骨质疏松症诊断 骨质疏松是指骨密度显著降低，骨骼微结构严重破坏，导致骨折风险显著增加的一种骨代谢疾病。其核心在于骨量的极度减少和骨骼结构的显著破坏。在重度骨质疏松症中，骨量持续丢失，骨骼的微观结构变得脆弱，骨骼的抗压能力和抗折能力显著下降，患者极易发生骨折，尤其是发生脆性骨折。脆性骨折[33-34]是指站立位或更低位置跌倒的低能量非暴力所导致的骨折，常发生在脊柱（椎体压缩性骨折）、髋部、腕部、肩部和骨盆部位的骨折。

特病诊断标准（符合以下3项中1项）：①双能X线吸收检测法（dual energy X-ray absorptiometry，DXA）测定的中轴骨骨密度（腰椎或髋部）或桡骨远端1/3骨密度的T值≤-2.5且伴有脆性骨折；②无脆性骨折，但DXA测定的腰椎、股骨颈、全髋或桡骨远端1/3骨密度的T值≤-3.0；③定量计算机断层照相术（quantitative computed tomography，QCT）腰椎骨密度≤80 mg/cm^3。注意事项：骨密度检测设备的质量控制、标准化操作及临床应用应遵循《骨密度装备质量控制与应用专家共识》（中国医学装备协会放射影像装备分会等制定）[35]，以确保检测结果的准确性和可靠性。

5.5.2 重度骨质疏松症的治疗

5.5.2.1 骨健康基本补充剂 矿物质补充剂：门诊特病用药包括碳酸钙、碳酸钙D_3、葡萄糖酸钙、醋酸钙（限高磷血症）。维生素类与活性维生素D及其类似物：门诊特病用药包括维生素D_2、维生素D_3、阿法骨化醇、骨化三醇、艾地骨化醇。用药注意事项：艾地骨化醇（限绝经后女性骨质疏松症）。

5.5.2.2 抗骨质疏松症药物 门诊特病用药：①双膦酸盐类：阿仑膦酸、唑来膦酸、利塞膦酸钠、伊班膦酸钠、米诺膦酸；②RANKL单抗：地舒单抗；③降钙素类：鲑降钙素、依降钙素；④绝经激素：a.雌激素类药物：戊酸雌二醇、雌二醇凝胶等；b.孕激素：黄体酮、地屈孕酮等；c.雌孕激素复方制剂：雌二醇/雌二醇地屈孕酮、戊酸雌二醇/雌二醇环丙孕酮；d.替勃龙；⑤选择性雌激素受体调节剂：雷洛昔芬[36]。注意事项：利塞膦酸钠、伊班膦酸钠、米诺膦酸（均限绝经后女性骨质疏松症）。

5.5.3 重度骨质疏松症诊疗项目 肝功8项*、肾功3项*、甲状旁腺激素、25羟维生素D测定、电解质6项*、骨代谢检测5项*、骨密度测定、X线（普通透视、数字化X线摄影、计算机X线摄影）。检查注意事项：①骨代谢检测5项，建议至少间隔3个月复查；DXA骨密度检查，常规监测间隔≥6个月。②若患者出现持续性骨痛、进行性身高缩短或其他骨折警示症状

（如活动受限、局部畸形），需行病变部位X线检查。③已确诊骨质疏松性骨折患者，应在治疗后根据骨折愈合情况和临床需要，在骨折后1~3个月、6个月、12个月等时间点复查X线，评估骨折愈合情况及骨骼稳定性。

5.6 甲亢及其并发症

5.6.1 甲亢及其并发症诊断标准

5.6.1.1 甲亢 甲亢是由于甲状腺自主性出现甲状腺激素持续合成和（或）分泌过多而导致的甲状腺毒症。特征为高代谢和高动力状态（神经、循环、消化等系统兴奋性显著增高），同时伴代谢亢进[37]。甲亢门诊特病主要诊断病种包括：弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症、结节性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症、高功能腺瘤伴甲状腺功能亢进症、自主性高功能性甲状腺腺瘤伴甲状腺功能亢进症、碘源性甲状腺功能亢进症、药物性甲状腺功能亢进症、原发性甲状腺功能亢进症、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能亢进症合并周期性麻痹、甲状腺相关眼病（thyroid eye disease，TED）、甲状腺功能亢进性肌病、甲状腺功能亢进性心脏病、甲状腺功能亢进所致精神障碍。特病诊断标准（第三条和第四条为必备条件）：①症状：有甲状腺毒症临床表现（表5）。②体征：甲状腺肿大（可伴血管杂音）；甲状腺相关眼病表现；胫前黏液性水肿或类杵状指等。③血清游离甲状腺素（free thyroxine，FT_4）或血清游离三碘甲状原氨酸（free triiodothyronine，FT_3）水平升高，血清超敏促甲状腺素（thyroid stimulating hormone，TSH）水平降低。④除碘源性甲状腺功能亢进症和药源性甲状腺功能亢进症外，应满足a.促甲状腺素受体抗体（thyroid stimulating hormone receptor antibody，TRAb）阳性；和（或）b.甲状腺核素显像提示：甲状腺功能亢进征象、甲状腺自主高功能腺瘤伴甲亢、多结节性毒性甲状腺肿伴甲亢。诊断注意事项：排除其他非甲亢性甲状腺毒症，如急性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、无痛性甲状腺炎及产后甲状腺炎等。

5.6.1.2 TED TED亦称格雷夫斯眼病，是一种与甲状腺相关的自身免疫性疾病（器官特异性），单眼或双眼受累，临床表现复杂多样（复视、限制性斜视、眼脸退缩、眼球突出、暴露性角膜病变以及甲状腺相关视神经病变等）[38]，严重影响患者生活质量，TED严重程度评估见表6[39]。重度及以上突眼可报销相应检查项目。

5.6.1.3 甲状腺功能亢进性心脏病 甲状腺功能亢进性心脏病是因甲状腺素水平异常升高而导致的心脏损害。特病诊断标准：①有明确的甲亢史；②甲亢确诊后出现心脏损害（≥1项）：a.心脏增大；b.严重心律失常；c.心衰；d.心绞痛或心肌梗死；诊断注意事项：排除其他病因导致的心脏病变。

5.6.2 甲亢治疗 门诊特病用药：抗甲状腺药物包括咪唑类（甲巯咪唑）、硫脲类（丙硫氧嘧啶）。甲状腺制剂：左甲状腺素钠片、甲状腺片。用药注意事项：甲状腺制剂（仅限于甲状腺手术或同位素I^{131}治疗以后出现的甲状腺功能减退）。

5.6.3 甲亢诊疗项目 肝功6项*、血常规、电解质4项*、甲功5项*、甲状腺抗体3项*、B型钠尿肽、心电图、甲状腺超声（B超常规检查、甲状腺及颈部淋巴结浅表组织器官B超检查或彩色多普勒超声检查）。甲状腺功能亢进性眼病（重度突眼）：眼部CT包括眼眶或眼部的CT平扫和（或）增强CT扫描；眼部MRI包括MRI平扫、眼眶MRI成像。甲状腺功能亢进性心脏病：B超常规检查、心脏彩色多普勒超声和（或）同时做左心功能。

6 检验项目释义

正文中带“*”的检验项目具体内容详见表7。

7 医保基金支付限额

一类病种（含职工医保和居民医保）：PWS（24 000元/年）、GHD（24 000元/年）；二类病种（限职工医保）：重度骨质

表5 甲状腺毒症症状

类别	症状
高代谢状态	常表现为畏热、多汗、皮肤潮湿、心悸、乏力，以及食欲增加但体重减轻，部分患者还可能伴有发热。
消化系统表现	胃肠活动增强，出现排便增多、脂肪泻，重者可出现肝大、肝功能异常，偶有黄疸。
心脏表现	心动过速、早搏、房颤等心律失常表现，伴收缩压升高、舒张压下降、脉压差增大。甚至出现心室增大、心衰。
精神神经系统症状	易激动、烦躁不安、失眠多梦等，甚至焦虑，严重者可出现手抖。
眼部症状	部分患者出现眼球突出、眼睑水肿、视力减退等眼部异常表现。
生殖系统症状	女性月经减少或闭经，男性阳痿，偶有乳腺增生。
血液系统症状	外周血中淋巴细胞比例升高，单核细胞数量增多，而白细胞总数则降低，部分患者可并发血小板减少性紫癜。
肌肉骨骼系统症状	主要是甲亢性周期性瘫痪，常伴发于弥漫性毒性甲状腺肿和多结节毒性甲状腺肿，发病诱因包括剧烈运动、高碳水化合物饮食、注射胰岛素等。

表6 TED严重程度评估

分级	眼睑挛缩	软组织受累	突眼[a]	复视	角膜暴露	视神经
轻度	<2 mm	轻度	<3 mm	无或一过性	无	正常
中度	≥2 mm	中度	≥3 mm	非持续性	轻度	正常
重度	≥2 mm	重度	≥3 mm	持续性	轻度	正常
威胁视力					严重	压迫

注：a，指超过参考值的突出度，中国人群眼球突出度参考值女性为16.0 mm，男性为18.6 mm

表7 内分泌代谢专业相关疾病门诊特病检验项目释义

项目名称	检测项目
肝功9项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清γ-谷氨酰基转移酶、血清碱性磷酸酶、血清胆碱酯酶、血清总胆汁酸
肝功8项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清γ-谷氨酰基转移酶、血清总蛋白、血清白蛋白
肝功6项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清γ-谷氨酰基转移酶
肾功4项	尿素、肌酐、血清尿酸、内生肌酐清除率试验
肾功3项	尿素、肌酐、血清尿酸
电解质6项	钾、钠、氯、钙、无机磷、镁
电解质4项	钾、钠、氯、钙
血脂4项	HDL-C、LDL-C、TC、TG
骨代谢检测5项	BALP、P1CP、P1NP、N-MID-OC、β-CTX
甲功5项	TT_4、TT_3、FT_4、FT_3、TSH
甲状腺抗体3项	TRAb、TGAb、TMAb或TPOAb

注：肝功9项：高苯丙氨酸血症（PKU、BH4D）；肝功8项：重度骨质疏松症、糖尿病；肝功6项：甲亢；肾功4项：高苯丙氨酸血症（PKU、BH4D）；肾功3项：重度骨质疏松症、糖尿病；电解质6项：重度骨质疏松症；电解质4项：甲亢；血脂4项：糖尿病；骨代谢检测5项：重度骨质疏松症；甲功5项：甲亢；甲状腺抗体3项：甲亢；血清高密度脂蛋白胆固醇，HDL-C，high-density lipoprotein cholesterol；血清低密度脂蛋白胆固醇，LDL-C，low-density lipoprotein-cholesterol；血清总胆固醇，TC，Total cholesterol；甘油三酯，TG，triglyceride；血清骨源性碱性磷酸酶，BALP，serum bone alkaline phosphatase；血清Ⅰ型原胶原C-端前肽，P1CP，procollagen type 1 c-terminal peptide；血清Ⅰ型原胶原N-端前肽，P1NP，procollagen type 1 n-terminal propeptide；骨钙素N端中分子片段N-MID-OC，N-Middle Osteocalcin；血清β-胶原降解产物，β-CTX，β-CrossLaps；血清甲状腺素，TT_4，total thyroxine；血清三碘甲状原氨酸，TT_3，total triiodothyronine；促甲状腺素受体抗体测定，TRAb，thyroid stimulating hormone receptor antibody；抗甲状腺球蛋白抗体测定，TGAb，anti-thyroglobulin antibody；抗甲状腺微粒体抗体测定，TMAb，anti-thyroid microsomal antibody；抗甲状腺过氧化酶体抗体测定，TPOAb，anti-thyroid peroxidase antibody。

疏松症（3 600元/年）；二类病种（限居民医保）：实行限额报销方式，普通居民年度支付限额为1 000元/年；同时患2种或2种以上二类病种的，每增加1个病种，年度支付限额增加200元。

8 中成药及中药

医师应坚持中医辨证施治原则，根据患者病情、体质等因素，合理选用中成药及中药饮片，避免不必要的重复用药或不合理用药，原则上同一类的中成药只能开具1种；确因病情需要，应遵循药理作用相同或相似的同类药品不叠加使用原则，由医师详细记录并说明理由。中成药：由具有中成药处方资质的医师根据病情需要及中成药说明书适应症为门诊特殊疾病患者开具。除中成药外的中医药诊疗：恶性肿瘤门诊特殊疾病患者可直接到中医院或中医科就诊；其余病种由专科医师根据患者病情需要，需经中医医师或已获得资质西学中医师会诊后提出使用建议。

8.1 糖尿病用中成药

8.1.1 治疗消渴病（糖尿病）及相关症状 内科用药-扶正剂-益气养阴剂：消渴丸、玉泉丸、参芪降糖颗粒、津力达颗粒、渴络欣胶囊、芪黄颗粒、振源胶囊等。

8.1.2 治疗糖尿病并发症 主要药品包括：①内科用药-祛瘀剂-行气活血剂：复方丹参片（丸、胶囊、颗粒、滴丸）、通络明目胶囊等；②内科用药-祛瘀剂-益气活血剂：木丹颗粒等；③内科用药-祛湿剂-消肿利水剂：尿毒清颗粒、黄葵胶囊、肾衰宁等；④内科用药-祛湿剂-扶正祛湿剂：肾炎康复片等；⑤内科用药-扶正剂-气血双补剂-补气养血剂：百令片、百令胶囊、金水宝（片、胶囊）等；⑥眼科用药-祛瘀剂：复方血栓通胶囊等。

8.1.3 调脂用中成药 主要药品为内科用药-化浊降脂剂：血脂康、脂必妥、脂必泰、降脂通脉、血脂平、血滞通等。

8.2 骨质疏松症用中成药

主要药品为骨伤科用药-补肾壮骨剂：骨疏康（胶囊或颗粒）、仙灵骨葆胶囊、骨康胶囊、骨松宝（胶囊或颗粒）、复方杜仲健骨颗粒、芪骨胶囊、壮骨止痛胶囊等。

8.3 甲亢用中成药

主要药品为内科用药-清热剂-清热解毒剂：夏枯草（膏、片、胶囊、颗粒、口服液）。

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025年版）》内分泌代谢专业相关疾病专家共识编撰委员会

主 审：

祝之明 陆军军医大学特色医学中心高血压内分泌科

杨刚毅 重庆医科大学附属第二医院内分泌科

陆海华 重庆市医疗保障局待遇处

主 编：

廖 涌 中国人民武装警察部队重庆市总队医院内分泌科

郑宏庭 陆军军医大学附属第二医院内分泌科

刘东方 重庆医科大学附属第二医院内分泌科

共识执笔者：

崔 龙 中国人民武装警察部队重庆市总队医院内分泌科

尹经霞 中国人民武装警察部队重庆市总队医院内分泌科

蒲丹岚 重庆市渝北区人民医院内分泌科

吴绮楠 重庆医科大学附属大足医院内分泌科

宋　萃　重庆医科大学附属儿童医院内分泌科
瞿　华　陆军军医大学附属第二医院内分泌科
杨梦柳　重庆医科大学附属第二医院内分泌科
共识编写专家（按照姓氏拼音排序）：
陈　兵　陆军军医大学附属第一医院内分泌科
丁贤彬　重庆市疾病预防控制中心慢性病预防控制所
邓武权　重庆大学附属中心医院（重庆市急救医疗中心）
方　芳　重庆市中医院内分泌科
何洪波　陆军军医大学特色医学中心高血压内分泌科
胡炯宇　陆军军医大学附属第一医院内分泌科
李　钶　重庆医科大学附属第二医院内分泌科
卢建刚　重庆大学附属涪陵医院内分泌科
李志勇　重庆医科大学附属永川医院内分泌科
任　伟　重庆医科大学附属第一医院内分泌科
童　强　陆军军医大学附属第二医院内分泌科
王　毅　重庆医科大学附属北碚医院内分泌科
徐　静　陆军军医大学附属第二医院内分泌科
张　程　重庆大学附属三峡医院内分泌科
朱丹平　重庆市中医院内分泌科
曾德唯　重庆市南岸区疾病预防控制中心
钟　健　重庆医科大学附属第三医院（方大医院）内分泌科
朱　岷　重庆医科大学附属儿童医院内分泌科
闫振成　陆军军医大学特色医学中心高血压内分泌科

志谢：胡勤锦　重庆市第七人民医院（重庆理工大学附属中心医院）、赵　江　陆军军医大学第二附属医院泌尿外科、胡昌伦　重庆市南岸区中西医结合医院、胡治勇　重庆市南岸区中医院、白秋芳　重庆高新区第一人民医院、龙兴容　重庆市渝北区双龙湖社区卫生服务中心参与讨论。

参　考　文　献

[1] Wang LM, Peng W, Zhao ZP, et al. Prevalence and treatment of diabetes in China, 2013-2018[J]. JAMA, 2021, 326(24): 2498-2506.

[2] 廖　涌. 中国糖尿病的流行病学现状及展望[J]. 重庆医科大学学报, 2015, 40(7): 1042-1045.
Liao Y. Epidemiology and research advances in diabetes mellitus in China[J]. J Chongqing Med Univ, 2015, 40(7): 1042-1045.

[3] 王临虹. 中国骨质疏松症流行病学调查报告. 2018[M]. 人民卫生出版社, 2021.
Wang LH. Report on the epidemiological survey of osteoporosis in China. 2018[M]. People's Medical Publishing House, 2021.

[4] Li YZ, Teng D, Ba JM, et al. Efficacy and safety of long-term universal salt iodization on thyroid disorders: epidemiological evidence from 31 provinces of China[J]. Thyroid, 2020, 30(4): 568-579.

[5] 罗飞宏. 中国Prader-Willi综合征诊治专家共识（2015）[J]. 中华儿科杂志, 2015, 53(6): 419-424.
Luo FH. Expert consensus on diagnosis and treatment of Prader-Willi syndrome in China(2015)[J]. Chin J Pediatr, 2015, 53(6): 419-424.

[6] Mahmoud R, Kimonis V, Butler MG. Clinical trials in prader-willi syndrome: a review[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(3): 2150.

[7] Elena G, Bruna C, Benedetta M, et al. Prader-willi syndrome: clinical aspects[J]. J Obes, 2012, 2012(1): 473941.

[8] Alves C, Franco RR. Prader-Willi syndrome: endocrine manifestations and management[J]. Arch Endocrinol Metab, 2020, 64(3): 223-234.

[9] 叶　军. 高苯丙氨酸血症的诊治及研究进展[J]. 临床儿科杂志, 2010, 28(2): 197-200.
Ye J. The development in diagnosis treatment and gene study of hyperphenylalaninemia[J]. J Clin Pediatr, 2010, 28(2): 197-200.

[10] 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组. 中枢性（真性）性早熟诊治指南[J]. 中华儿科杂志, 2007, 45(6): 426-427.
The Subspecialty Group of Endocrinology. Guidelines for diagnosis and treatment of central (true) precocious puberty[J]. Chin J Pediatr, 2007, 45(6): 426-427.

[11] Wagner IV, Paetzold C, Gausche R, et al. Clinical evidence-based cutoff limits for GH stimulation tests in children with a backup of results with reference to mass spectrometry[J]. Eur J Endocrinol, 2014, 171(3): 389-397.

[12] Collett-Solberg PF, Ambler G, Backeljauw PF, et al. Diagnosis, genetics, and therapy of short stature in children: a growth hormone research society international perspective[J]. Horm Res Paediatr, 2019, 92(1): 1-14.

[13] 尹经霞，余　丽，蒲丹岚，等.《中国糖尿病防治指南（2024版）》解读[J]. 重庆医科大学学报, 2025, 50(5): 557-564.
Yin JX, Yu L, Pu DL, et al. Interpretation of the China guidelines for the prevention and treatment of diabetes (2024 edition) [J]. J Chongqing Med Univ, 2025, 50(5): 557-564.

[14] Pan XH, He HB, Bao YQ, et al. Chinese expert consensus on the management of hypertension in adults with type 2 diabetes[J]. J Evid Based Med, 2024, 17(4): 851-864.

[15] Kidney Disease: Improving Global Outcomes Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease[J]. Kidney Int, 2022, 102(5 Suppl): S1-S127.

[16] Association AD. 11. microvascular complications and foot care: *Standards of medical care in diabetes-2021*[J]. Diabetes Care, 2021, 44(Suppl 1): S151-S167.

[17] 中华医学会眼科学分会眼底病学组，中国医师协会眼科医师分会眼底病学组. 我国糖尿病视网膜病变临床诊疗指南（2022年）—基于循证医学修订[J]. 中华眼底病杂志, 2023, 39(2): 91-94.
Ophthalmology Branch of the Chinese Medical Association, Retina Study Group, Ophthalmologist Branch of the Chinese Medical Doctor Association, Retina Study Group. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of diabetic retinopathy in China (2022)—revised based on evidence-based medicine[J]. Chin J Ocul Fundus Dis, 2023, 39(2): 91-94.

[18] 全国防盲技术指导组. 糖尿病视网膜病变分级诊疗服务技术方案[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(8): 589-593.
National Technical Guidance Group for the Prevention of Blindness. The guideline for hierarchical diagnosis and treatment of diabetic retinopathy[J]. Chin J Gen Pract, 2017, 16(8): 589-593.

[19] 中华医学会糖尿病学分会神经并发症学组，时立新，朱大龙，等. 糖尿病神经病变诊治专家共识（2021年版）[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(6): 540-557.
Neuropathy Study Group of the Chinese Medical Association Diabetes Branch, Shi LX, Zhu DL, et al. Expert consensus on diagnosis and treatment of diabetic neuropathy (2021 edition) [J]. Chin J Diabetes Mellit, 2021, 13(6): 540-557.

[20] 中华医学会糖尿病学分会神经并发症学组，国家基本公共卫

生服务项目基层糖尿病防治管理办公室，时立新，等. 国家基层糖尿病神经病变诊治指南（2024 版）[J]. 中华糖尿病杂志，2024，16（5）：496-511.
Neuropathy study group of the chinese medical association diabetes branch，office of basic public health service projects for diabetes prevention and treatment at the grass roots level，Shi LX，et al. National guidelines for the diagnosis and treatment of diabetic neuropathy in primary care（2024 edition）[J]. Chin J Diabetes Mellit，2024，16（5）：496-511.
[21] Sloan G，Shillo P，Selvarajah D，et al. A new look at painful diabetic neuropathy[J]. Diabetes Res Clin Pract，2018，144：177-191.
[22] Pop-Busui R，Boulton AJM，Feldman EL，et al. Diabetic neuropathy：a position statement by the American diabetes association[J]. Diabetes Care，2017，40（1）：136-154.
[23] Spallone V. Update on the impact，diagnosis and management of cardiovascular autonomic neuropathy in diabetes：what is defined，what is new，and what is unmet[J]. Diabetes Metab J，2019，43（1）：3-30.
[24] Alipour Z，Khatib F，Tabib SM，et al. Assessment of the prevalence of diabetic gastroparesis and validation of gastric emptying scintigraphy for diagnosis[J]. Mol Imaging Radionucl Ther，2017，26（1）：17-23.
[25] Bradshaw LA，Cheng LK，Chung E，et al. Diabetic gastroparesis alters the biomagnetic signature of the gastric slow wave[J]. Neurogastroenterol Motil，2016，28（6）：837-848.
[26] Baines G，Da Silva AS，Araklitis G，et al. Recent advances in urodynamics in women[J]. F1000Res，2020，9：F1000FacultyRev-F1000 Faculty606.
[27] 中华医学会糖尿病学分会. 2 型糖尿病患者合并下肢动脉病变的筛查及管理规范[J]. 中华医学信息导报，2013（6）：9.
Chinese Medical Association Diabetes Branch. Screening and management standard for patients with type 2 diabetes mellitus complicated with lower extremity arterial disease[J]. China Med News，2013（6）：9.
[28] 中华医学会糖尿病学分会，中华医学会感染病学分会，中华医学会组织修复与再生分会，等. 中国糖尿病足防治指南（2019 版）（Ⅱ）[J]. 中华糖尿病杂志，2019，11（3）：161-189.
Diabetes Branch of the Chinese Medical Association，Infectious Diseases Branch of the Chinese Medical Association，Tissue Repair and Regeneration Branch of the Chinese Medical Association，et al. Chinese guideline on prevention and management of diabetic foot（2019 edition）（Ⅱ）[J]. Chin J Diabetes Mellit，2019，11（3）：161-189.
[29] Fitridge R，Chuter V，Mills J，et al. The intersocietal IWGDF，ESVS，SVS guidelines on peripheral artery disease in people with diabetes and a foot ulcer[J]. Diabetes Metab Res Rev，2024，40（3）：e3686.
[30] Bakker K，Apelqvist J，Lipsky BA，et al. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes：development of an evidence-based global consensus[J]. Diabetes Metab Res Rev，2016，32（Suppl 1）：2-6.
[31] 中华医学会糖尿病学分会，中华医学会感染病学分会，中华医学会组织修复与再生分会. 中国糖尿病足防治指南（2019 版）（Ⅰ）[J]. 中华糖尿病杂志，2019，11（2）：17.
Diabetes Branch of the Chinese Medical Association，Infectious Diseases Branch of the Chinese Medical Association，Tissue Repair and Regeneration Branch of the Chinese Medical Association. Chinese guideline on prevention and management of diabetic foot（2019 edition）（Ⅰ）[J]. Chin J Diabetes Mellit，2019，11（2）：17.
[32] 国家医保局，人力资源社会保障部. 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 年）〔R〕. 北京，2024.National Medical Security Administration，Ministry of Human Resources and Social Security. National basic medical insurance，work-related injury insurance，and maternity insurance drug catalog（2024）[R]. Beijing，2024.
[33] Lems WF，Dreinhöfer KE，Bischoff-Ferrari H，et al. EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures[J]. Ann Rheum Dis，2017，76（5）：802-810.
[34] Center JR，Nguyen TV，Schneider D，et al. Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women：an observational study[J]. Lancet，1999，353（9156）：878-882.
[35] 国家骨科医学中心（北京积水潭医院），中国医学装备协会放射影像装备分会，中华医学会放射学分会骨关节学组，等. 骨密度装备质量控制与应用专家共识[J]. 中华放射学杂志，2024，58（4）：381-387.
National Orthopaedic Medical Center（Beijing Jishuitan Hospital），Radiological Imaging Equipment Branch of Chinese Medical Equipment Association，Bone and Joint Group of the Chinese Medical Association's Radiology Branch，et al. Expert consensus on the equipment quality control and clinical application of bone densitometry[J]. Chin J Radiol，2024，58（4）：381-387.
[36] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会，章振林，夏维波，等. 原发性骨质疏松症诊疗指南（2022）[J]. 中华内分泌代谢杂志，2023，39（5）：377-406.
Chinese Society of Osteoporosis，Bone M，Zhang ZL，et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of primary osteoporosis（2022）[J]. Chin J Endocrinol Metab，2023，39（5）：377-406.
[37] 许波进，彭文芳，黄 珊. 2022 版《中国甲状腺功能亢进症和其他原因所致甲状腺毒症诊治指南》解读[J]. 外科理论与实践，2023，28（6）：512-519.
Xu BJ，Peng WF，Huang S. Interpretation of the 2022 edition of "guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis in China"[J]. J Surg Concepts Pract，2023，28（6）：512-519.
[38] 中华医学会眼科学分会眼整形眼眶病学组，中华医学会内分泌学分会甲状腺学组. 中国甲状腺相关眼病诊断和治疗指南（2022 年）[J]. 中华眼科杂志，2022，58（9）：646-668.
Ophthalmic Plastic and Orbital Disease Study Group of the Ophthalmology Branch of the Chinese Medical Association，Thyroid Study Group of the Endocrinology Branch of the Chinese Medical Association. Chinese guideline on the diagnosis and treatment of thyroid-associated ophthalmopathy（2022）[J]. Chin J Ophthalmol，2022，58（9）：646-668.
[39] 中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 甲状腺功能亢进症基层诊疗指南（2019 年）[J]. 中华全科医师杂志，2019，18（12）：1118-1128.
Chinese Medical Association，Chinese Medical Association Press，Chinese Medical Association Division of General Practice，et al. Guideline for primary care of hyperthyroidism（2019）[J]. Chin J Gen Pract，2019，18（12）：1118-1128.

（责任编辑：李青颖）

本文引用格式：
《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025 年版）》内分泌代谢专业相关疾病专家共识编写专家组；重庆市医学会内分泌学分会；重庆市医学会糖尿病学分会. 《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南（2025 年版）》内分泌代谢专业相关疾病专家共识[J]. 重庆医科大学学报，2025，50（8）：995-1004.