

第二节 国际疾病分类的基础知识

一、ICD-10 的结构

ICD-10 由三卷组成, 第一卷为类目表, 第二卷为指导手册, 第三卷为字母顺序索引。

(一) ICD-10 第一卷

1. 第一卷的目录

前言

致谢

世界卫生组织国际分类家族合作中心

国际疾病分类第十次国际修订会议报告

三位数类目表

内容类目表和四位数亚目

第一章 某些传染病和寄生虫病

第二章 肿瘤

第三章 血液及造血器官疾病和涉及免疫机制的某些疾患

第四章 内分泌、营养和代谢疾病

第五章 精神和行为障碍

第六章 神经系统疾病

第七章 眼和附器疾病

第八章 耳和乳突疾病

第九章 循环系统疾病

第十章 呼吸系统疾病

- 第十一章 消化系统疾病
- 第十二章 皮肤和皮下组织疾病
- 第十三章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
- 第十四章 泌尿生殖系统疾病
- 第十五章 妊娠、分娩和产褥期
- 第十六章 起源于围生期的某些情况
- 第十七章 先天性畸形、变形和染色体异常
- 第十八章 症状、体征和临床与实验室异常所见，不可归类在他处者
- 第十九章 损伤、中毒和外因的某些其他后果
- 第二十章 疾病和死亡的外因
- 第二十一章 影响健康状态和与保健机构接触的因素
- 第二十二章 用于特殊目的的编码
- 肿瘤的形态学
- 死亡和疾病的特殊类目表
- 定义
- 关于命名的条例

2. 内容的排列 在 ICD-10 第一卷中，我们经常要使用的是内容类目表和四位数亚目、肿瘤的形态学。这两部分编码的编排方法首先是按照英文字母的顺序，然后是按数字的大小顺序排列，因此很容易确定一个编码在第一卷中的位置。

第二十二章 用于特殊目的的编码代码第一位是 U 字母，位置没有按字母顺序排列，而是放在 Z 编码之后。

3. 特殊组合章 在国际疾病分类设计之初，医学统计学家威廉·法尔 (William Farr, 1807—1883 年) 于 1855 年提出：为了所有实际的、流行病学的目的，疾病的统计数据应以下列方式分组。这一疾病的总体排列顺序一直被沿用着，即：

- 流行性疾病
- 全身性或一般性疾病
- 按部位排列的局部疾病
- 发育性疾病
- 损伤

ICD-10 第一卷的第二十二章中，除按解剖系统分类的章 (第三、四、六至十四章) 外，余者称为特殊组合章。特殊组合章有按某一特定阶段 (时期) 组成的章节，如第十五章 妊娠、分娩和产褥期；有按某种特定的疾病分类，如第二章 肿瘤；还有按症状、体征来分类的，如第十八章 症状、体征和临床与实验室异常所见，不可归类在他处者。最多的还是按病因分类的章节。对于特殊组合章，有不同的分类顺序，如下所示。

(1) 强烈优先分类章：第十五章 妊娠、分娩和产褥期，不管同时伴随有任何其他疾病，只要就诊于产科，就要分类到本章中。必要时，其他章的编码只能作为附加编码；第十六章 起源于围生期的某些情况，患者如果同时存在其他章的疾病，也要将此章的编码作为主要编码，其他章的编码只能作为附加编码。

(2) 一般优先分类章：第一章 某些传染病和寄生虫病；第二章 肿瘤；第五章 精神和行为障碍；第十七章 先天性畸形、变形和染色体异常；第十九章 损伤、中毒和外因的某些其他后果。

上述这些章在分类时，通常优先于其他章。例如，传染病作为疾病的病因时，往往会引起涉及身

体某个系统的临床症状,这时分类要么是采用星剑号编码,要么只有第一章的编码,如淋球菌性尿道炎 A54.0。

(3) 最后分类章:第十八章 症状、体征和临床与实验室异常所见,不可归类在他处者,第二十一章 影响健康状态和与保健机构接触的因素,这两章内所列出的病理状态当有明确的病因或有其他疾病情况时,第十八章和第二十一章的编码只作为附加编码。

(4) 附加编码章:第二十章 疾病和死亡的外因,由于此章的内容是患者疾病、损伤或死亡的原因,因此此章的编码不能作为主要编码。

(二) ICD-10 第二卷

包括对 ICD-10 的基本描述、对死亡原因和疾病编码人员的实际指导,以及对数据报告书及解释的指南。虽然有第二卷作为指导手册,学习者仍需要接受正规的课程培训,以获得丰富而详实的指导。

(三) ICD-10 第三卷

1. 第三卷索引的目录

前言

索引中容易误读的汉字

疾病和损伤性质的字母顺序索引(第一个索引)

损伤的外部原因索引(第二个索引)

药物和化学制剂表索引(第三个索引)

前言中包含了一些简单的说明,索引中容易误读的汉字在第7页专门列了一张表,由于索引先将名称按汉语拼音拼写出来,然后按英文字母的顺序排列(称之为汉语拼音-英文字母的顺序排列),因此读错音将会导致查不到编码。例如:贲(贲门)正确的读音为(bēn),错误读音为(pēn),两个词的位置相差近600页。

疾病编码、损伤性质和肿瘤的形态学编码都要在第一个索引中查找,损伤的外部原因编码要在第二个索引中查找,中毒的外因以及在第十九章的中毒外因后果的编码都可以在第三个索引中查找。三个索引都是独立的索引,每个索引都有首字拼音和笔画的检字表。

2. 索引的排列方法 第三卷三个索引的编排方法一致,总的原则是按汉语拼音-英文字母的顺序排列。排列时分不同层次,首先是主导词一级的排列,例如:阑尾炎(lánwěiyán)、滴虫病(dīchóngbìng)、贫血(pínxuě)、阑尾周围炎(lánwěizhōuwéiyán)、品他病(pīntābìng)在索引中的顺序为:

滴虫病(dīchóngbìng)

阑尾炎(lánwěiyán)

阑尾周围炎(lánwěizhōuwéiyán)

贫血(pínxuě)

品他病(pīntābìng)

如果主导词的第一个字的拼音完全相同,则比较第二个字的拼音,以此类推。如果字同音不同,则按四声的阴平(第一声)、阳平(第二声)、上声(第三声)、去声(第四声)顺序排列。如果音同声也同,则按笔画多少排列,以从少到多为顺序。

一个主导词下的内容与其他主导词之间没有从属和修饰关系。在一个主导词下可包括若干个修饰词,根据他们与主导词的关系逐层排列,这种分层是以“—”(横道)为标准。我们可以将有多少个“—”(横道)称之为第几层(或级)。第一级下属的各级与其他第一级没有从属和修饰关系。每一个“—”(横道)都代表前面一级的内容。

例如：聋

—伴有蓝巩膜和骨质疏松

—传导性

——单侧

——双侧

——和感音神经性，混合的

———单侧

———双侧

—低频性

—耳毒性

第一个“—”(横道)表示主导词的内容,即“聋”;“——单侧”可以写成:聋,传导性,单侧;“———单侧”可以写成:聋,传导性,和感音神经性,混合的,单侧。一般来讲,要将这个索引性的诊断读成通俗的诊断要反过来读,以读通为准。这个诊断就可以读成:单侧传导和感音神经混合性聋。在实际编码工作中,也必须将临床诊断在头脑中加工形成索引形式的诊断,这样才能顺利查找。

在主导词下的排列也有不按汉语拼音-英文字母的顺序排列的例外,有如下四条。

数字顺序:1,2,3……;I,II,III……;一、二、三……,按大小排列。

希腊字母:按 α, β, γ ……顺序排列。

符号顺序:按短线“-”、逗号“,”、隔音号“'”、半圆括号“(”顺序排列。

表明程度的顺序:轻、中、重;低、中、高;早期、晚期;急性、亚急性、慢性。

上述四条在同级排列中优先于其他汉字排列。例如:

阑尾炎

—急性

——伴有

———穿孔或破裂

———腹膜脓肿

—亚急性

—慢性

—阿米巴

—伴有

——穿孔或破裂

——腹膜脓肿

二、ICD-10中的专用术语、符号与缩略语

(一) 专用术语

1. 类目表 指三位数编码表,位于ICD-10卷一第19~85页。
2. 内容类目表 指四位数编码表,位于ICD-10卷一第87~918页。
3. 类目 指三位数编码,包括一个字母和两位数字。例如:A01 伤寒和副伤寒。
4. 亚目 指四位数编码,包括一个字母、三位数字和一个小数点。例如:A01.0 伤寒。有的亚目为若干个三位数类目的共用亚目,此时在三位数类目下会列出一个共用亚目表,以减少类表冗余。例如:卷一第216页有如下列表:

糖尿病

(E10-E14)

下列第四位数亚目用于类目 E10-E14:

.0 伴有昏迷

糖尿病:

- 昏迷, 伴有或不伴有酮症酸中毒
- 高渗性昏迷
- 低血糖性昏迷

高血糖性昏迷 NOS

.1 伴有酮症酸中毒

糖尿病:

- 酸中毒
 - 酮症酸中毒
- } 未提及昏迷

.2[†] 伴有肾的并发症

糖尿病肾病 (N08.3*)

毛细血管内肾小球性肾病 (N08.3*)

基梅尔施泰因 - 威尔逊综合征 [毛细血管间性肾小球硬化症] (N08.3*)

.3[†] 伴有眼的并发症

糖尿病:

- 白内障 (H28.0*)
- 视网膜病变 (H36.0*)

.4[†] 伴有神经的并发症

糖尿病:

- 肌萎缩 (G73.0*)
- 自主神经病变 (G99.0*)
- 单一神经病变 (G59.0*)
- 多发神经病变 (G63.2*)
 - 自主的 (G99.0*)

.5 伴有周围循环并发症

糖尿病:

- 坏疽
- 周围血管病[†] (I79.2*)
- 溃疡

.6 伴有其他特指的并发症

糖尿病关节病[†] (M14.2*)

- 神经病性[†] (M14.6*)

.7 伴有多个并发症

.8 伴有未特指的并发症

.9 不伴有并发症

上述共用亚目表表明 E10-E14 类目要在此表中选择某一个亚目编码才构成完整的编码。

5. 细目 指五位数编码,包括一个字母、四位数字和一个小数点。如: S02.01 顶骨开放性骨折。细目提供一个与四位数分类轴心所不同的轴心,其特异性更强。ICD-10 的第十三章、第十九章和第二十章有细目的内容。其中,第 19 章中的细目用于指出骨折的开放性和闭合性,以及颅内、胸内和腹内损伤伴有及不伴有开放性伤口,在我国 GB/T 14396—2016《疾病分类与代码》国家标准中使用到第十九章的细目。

6. 残余类目(剩余类目) 指标题含有“其他”和“未特指”字样的亚目。例如: K81.8 其他的胆囊炎、K81.9 未特指的胆囊炎。残余类目是分类那些不能归类到该类目下特指亚目的疾病。在 ICD-9 中,这些疾病都分类在 .8 和 .9,因此也称 .8 和 .9 为残余类目。在 ICD-10 中,这些疾病绝大多数还是分类在 .8 和 .9;但也有例外,如: K86.1 其他的慢性胰腺炎。

7. 双重分类(星剑号分类系统) 指星号和剑号编码,剑号表明疾病的原因,星号表明疾病的临床表现。例如: 结核性乳突炎,用 A18.0[†] 表示疾病由结核分枝杆菌所致,用 H75.0* 表明疾病的临床表现为乳突炎。

ICD-10 全书共有 83 个星号类目,它们出现的情况如下所示。

(1) 类目或亚目标题出现剑号和星号,说明整个类目或亚目都适用于双重分类。例如:

A17.0[†] 结核性脑膜炎(G01*)

脑(脊)膜结核

结核性柔脑膜炎

说明脑(脊)膜结核的编码是 A17.0[†] G01*; 结核性柔脑膜炎的编码也是 A17.0[†] G01*。

(2) 类目或亚目标题有剑号,但没有供选择的星号编码,则说明可分类于此的全部术语都服从双重分类,但它们有不同的星号编码。例如:

A18.0[†] 骨和关节的结核

结核:

- 髌(M01.1*)
- 膝(M01.1*)
- 脊柱(M49.0*)

“骨和关节的结核”标题仅提供了剑号编码,而下面的疾病条目根据不同的部位,出现了不同的星号编码。

(3) 类目或亚目标题既无剑号,又没有供选择的星号编码,则说明整个亚目不服从双重分类,但个别包括术语可能适用于双重分类;如果是这样的话,这些术语将标有剑号以及星号编码。例如:

A54.8 其他淋球菌感染

淋球菌性:

- 腹膜炎[†](K67.1*)
- 肺炎[†](J17.0*)
- 败血症

8. 主要编码和附加编码 主要编码对应患者的主要诊断,当一个住院患者存在多个疾病时,要按有关规则选择主要诊断,详见主要诊断选择规则。附加编码又称次要编码,指除主要编码外的其他任何编码,包括损伤中毒的外部原因编码、肿瘤的形态学编码,等等。例如:由于被犬咬伤患者出现小腿肌腱开放性伤口,主要编码为 S86.9(临床表现),附加编码为 W54.9(外因)。卡波西肉瘤的主要编码为 C46.9(部位编码),附加编码为 M9140/3(形态学编码)。

9. 合并编码 当两个疾病诊断或者一个疾病诊断伴有相关的临床表现被分类到一个编码时,这个编码称之为合并编码。如慢性胆囊炎伴胆石症,编码为 K80.1,不能只分别编码为 K81.1 慢性胆囊炎和 K80.5 胆石症。

10. 多数编码 用一个以上的编码来说明一个复杂的诊断报告的所有成分时,称之为多数编码。从各方面的用途考虑,采用多数编码都有好处,但过多过细的分类必定会增加工作量。

11. 形态学编码 是说明肿瘤组织学类型和动态的编码,用 M 加五位数字表示。没有形态学编码的新生物,将不被认为是肿瘤,不分类到肿瘤章。

(二) 符号

1. 圆括号 圆括号中的词为辅助性的修饰词,不管它是否出现在一个诊断当中,都不影响其编码。实际上当一个诊断不含有圆括号中的修饰词时,也被假定按有此情况分类。但是当诊断的修饰词与圆括号中的内容相反时,通常就不能分类于该编码。例如:锤状指(后天性) NEC M20.4。不管诊断是锤状指或是后天性锤状指,它的编码都是 M20.4。但如果指出是其他性质的锤状指,如:先天性锤状指,则要查阅该主导词下是否有“先天性”的修饰词,先天性锤状指在 ICD-10 中被编码为 Q66.8。

2. 方括号 方括号中的内容为同义词、代用词、注释短语或指示短语。例如:第一卷中 G83 其他麻痹[瘫痪]综合征,方括号中的瘫痪是麻痹的同义词; C00.8 唇交搭跨越的损害[见第 146 页注释 5],方括号内为指示词; O01 葡萄胎[水泡状胎块],方括号内的词是注释短语。

3. 大括号 表明大括号左右两边术语的限定关系,一般都是大括号后面的一条术语限定前面的多条术语,目的是减少重复。大括号只出现在第一卷中。例如:

超敏感性	}	迷路的
功能减退		
功能丧失		

4. 冒号 表示术语内容不完整,需要与冒号下的修饰词结合才是一个完整的诊断名称。

5. 星号与剑号(*X[†]) 参见双重分类系统。

6. 井号(#) 只用于第三卷索引的肿瘤表中,见肿瘤章。

7. 菱形号(◇) 只用于第三卷索引的肿瘤表中,见肿瘤章。

(三) 缩略语

1. 其他方面未特指(not otherwise specified, NOS) NOS 出现在第一卷,表示病因、部位、临床表现、病理四个分类轴心中的某一种情况没有具体说明,具体如下。

(1) 病因未特指:例如, M54.1 臂神经根炎 NOS,如果指明神经根炎是由于梅毒或是由于椎间盘脱出所致,将会有不同的编码,只有未指明病因时才会分类到 M54.1。

(2) 部位未特指:例如, I21.3 透壁性心肌梗死 NOS,这个诊断没有指出心肌具体的病变部位。

(3) 临床表现未特指:这是广义的临床表现,它包括了疾病的临床分期、急慢性、分型,等等。例如, B52.9 三日疟原虫疟疾 NOS,这个诊断未指明临床并发症。

(4) 病理未特指:在肿瘤的形态学编码中有 NOS,以表明病理特征的一些重要信息没有标明。例如, M8070/3 鳞状细胞癌 NOS,这个病理诊断没有指出鳞状细胞癌是角化的,还是非角化的,还是梭形细胞,等等。

2. 不可归类在他处者(not elsewhere classified, NEC) 它既出现在第一卷,也出现在第三卷。NEC 的含义是如果能够分类到其他编码,则不要采用此编码。例如,第三卷中脊柱后凸,继发性 NEC M40.1,如果病案中指明是继发于结核,则应编码为 A18.0[†] M49.0*。NOS 和 NEC 实际上都提示资料不完整,需要进一步地在病案中查找。

三、ICD-10的编码查找方法

疾病分类编码的查找方法分为三个步骤,首先根据医生诊断确定主导词,相当于在图书馆中检索图书时所用的“主题词”,其次在第三卷索引中依据主导词查找编码,最后在^①第一卷类目表中核对并最终确定编码。对于肿瘤的编码查找,由于它具有部位编码和形态学编码,查找方法略有不同(详见肿瘤章)。

(一) 主导词的选择

主导词指第三卷索引中的黑体字词,它的确定是查找过程中最重要的一步,其选择方法如下所示。

1. 疾病的主导词主要是由疾病诊断中的临床表现担任,常常被置于诊断术语的尾部。

例如:日光性皮炎 慢性会厌炎 胆囊扩张 子宫直肠瘘

2. 疾病的病因常常也可以作为主导词,但以临床表现为主导词查找编码更快捷准确。

例如:结核性脑膜炎 梅毒性心肌炎 风湿性心脏病 细菌性肺炎 病毒性肝炎

细菌性肺炎和病毒性肝炎只能以临床表现作为主导词。多数情况下,以临床表现作为主导词查找编码更方便。如:酒精性肝炎,以酒精为主导词查找的结果只能查到酒精肝,编码为K70.9。而酒精导致的肝病可分为酒精性脂肪肝,编码为K70.0;酒精性肝炎,编码为K70.1;酒精性肝纤维化,编码为K70.2;酒精性肝硬变,编码为K70.3;酒精性肝衰竭,编码为K70.4。

3. 以人名、地名命名的疾病(包括综合征),可以直接查找。英文以该国发音为准进行汉字翻译。

例如:克山病 阿尔卑斯山病 马方综合征 里特病

4. “综合征”可以作为主导词,但其下的修饰词不含有人名和地名。

例如:成人呼吸窘迫综合征 胫前综合征 胸出口综合征

5. 以“病”结尾的诊断名称,首先要按去除明显的修饰词的全名称来查找,如果查不到,以“病”作为主导词。

例如:角化病 周围神经病(“周围”是明显的修饰词) 甲状旁腺病 滑膜病 结肠病

“心肌病”以全称查编码是I42.9,归类于未特指病因和类型的心肌病,而如果查:病,心肌(另见变性,心肌),编码为I51.5,归类到心肌变性。可见两种查法的结果是不同的。

6. 第十五章 妊娠、分娩和产褥期主要是对其并发症和合并症的分类,从时间上可分为三个阶段,妊娠阶段的并发症主要以“妊娠”为主导词,分娩阶段的并发症主要以“分娩”为主导词,产后阶段的并发症主要以“产褥期”为主导词。除上述三个主要主导词,其他主导词也可以查到相同的编码,但不如上述三个主导词收集的修饰词那样集中。

例如:产褥期脑出血,查:产褥期,出血,脑。

7. 损伤如果指明了类型,如脱位、撕裂,就要以损伤的类型作为主导词。如果指出的是“砍伤”“穿刺伤”等开放性的损伤,要以“伤口”为主导词,没有指出任何类型的以“损伤”为主导词。

例如:头部枪伤,查:伤口,头部。

眼损伤,查:损伤,眼。

8. 部位一般都不能做主导词,但是当部位这个词作为被修饰词时,可以作为主导词。例如:鸡胸、马蹄形肾、内翻髌、游走性睾丸。习惯上,我们将内翻髌称为髌内翻,游走性睾丸称为睾丸游走,这主要是中文与英文的差别。

当使用上述方法仍查不到编码,需要结合医学知识合理变通,用变通后的主导词查找,但得到的编码是否正确需回到第一卷认真核对后再做决定。如:先天性无子宫,查:缺如。

在第三卷索引中有三部分索引,三个索引的主导词都有自己的特点。第一部分索引为疾病和损伤性质索引,主导词的主要特点是采用医学术语,多以名词或形容词出现,一般是疾病临床表现的词汇做主导词,例如:结核病、感染、溃疡等。第二部分索引是损伤和中毒的外部原因索引,主导词主要是以非医学术语为主,多以动词或名词为主导词,例如:绊倒、跌落、发射、加害等。第三部分索引是一个药物和化学制剂表,主导词是采用药物或化学制剂的名称,例如:防冻剂、地巴唑、敌菌丹等。

(二) 利用第三卷查找编码

首先根据医生书写的疾病诊断情况,确定使用哪个索引进行主导词和编码的查找。

1. 主导词的查找 在索引中主导词的查找方法有三种。

(1) 首字拼音查找法:在每个索引开始都有一个“主导词首字汉语拼音音节索引表”,用首字拼音检索可以确定相应的页码,但是只能确定首字的位置。

(2) 首字笔画查找法:类似首字拼音查找法,也可以在每个索引表前找到一个“主导词首字笔画检字表”。例如:阑(尾炎)字12画,在第一部分的“主导词首字笔画检字表”中可查到位于索引的592页。但这只能确定第一个字的位置,如果不按拼音查找,其他字还要无序地翻查。

(3) 书眉拼音查找法:在索引中每页的上端都有一长线,线上标明是第几部分索引,第几页,而且列有本页出现的主导词首字及首字的汉语拼音。采用此法,可以很容易确定整个主导词的位置,而不仅仅是首字的位置。

2. 编码的查找 编码查找必须以主导词为检索入口。绝大多数主导词下面都有按照汉语拼音-英文字母等排列顺序缩排不同水平的修饰词或限定词。在主导词下面找到相应的修饰词,即可找到编码。编码查找中应注意以下几点。

(1) 阅读并遵循主导词下面注释的指导。

(2) 阅读主导词后面圆括号内的修饰词、主导词下面缩排的修饰词,直到诊断表达的重要信息都被考虑了为止。

(3) 仔细追随在索引中的交叉对照,即“见”和“另见”。它们往往提示主导词选择可能有误。具体意义如下所示。

1) “见”:在主导词之后出现“见”有两种情况,第一种情况是“见”后跟着“情况”两字,则表示主导词确定错误,必须另行选择,例如:扁桃体炎,查:扁桃体的-见情况。“-见情况”指示这个主导词选择错误,要根据诊断提示的疾病情况重新确定主导词。另一种情况是“见”后跟着一个主导词,表示要按所提供的主导词查找。例如:不平衡-见失衡。

2) “另见”:在主导词之后出现“另见”也有两种情况,第一种是“另见”后跟着“情况”,这时主导词下通常都有修饰词,在确定所有的修饰词都不适用的情况下,表明主导词选择不合适,需要另行选择。如:膜-另见情况,其下有若干个修饰词,如果是玻璃体膜,就可以得到编码。如果是腹膜的疾病,则哪一个修饰词都不合适,必须重新选择主导词。另一种情况是“另见”后跟着一个主导词,这时主导词下也有修饰词,首先还是要确定修饰词是否适用。如果不适用,表明主导词选择不合适,这时才要按所提供的主导词查找。例如:脑脊髓炎(另见脑炎)。如果是出血性脑脊髓炎,就不能在这个主导词下获得编码,而要查脑炎(出血性)才能得到。

肿瘤形态学后跟随的“见”或“另见 肿瘤……”多数情况是提示肿瘤的动态和特指的组织,帮助我们在肿瘤表中查找肿瘤的部位编码。

(三) 利用第一卷核对编码

通过索引得到的编码,必须要在第一卷中进行核对,这是保证编码准确性的重要步骤。核对时,要看章、节、类目和亚目下的“包括”和“不包括”注释及指示性说明。由于ICD-10对每个章、节、类

目和亚目等没有明确的定义,因此“包括”和“不包括”提示信息就显得十分重要。例如:创伤性椎间盘移位,若以“移位”为主导词获得的编码是M51.2。核对第一卷时在M50-M54下有注释,不包括近期损伤,并指示要按脊柱损伤编码。再以“脱位”为主导词得到的编码是T09.2。

卷一中的指示性说明,核对时亦不容忽视。例如:卷一中G40.5特指的癫痫综合征,下面有指示性说明“如系药物诱发者,需要时,使用附加外因编码标明药物”,提示需要另编码。

类目表将性质相同或相关的疾病排列在一起,当编码人员在类目表中核对编码时,可能会发现一个更具特异性的代码。例如,查找“苦瓠子中毒”时,在“疾病和损伤性质的字母顺序索引”中的主导词“中毒[1]”下没有发现“苦瓠子”。此时,正确的查找路径是:中毒-食物--有毒的或天然毒性的---植物T62.2。假如不小心采用了查找路径:中毒-食物--有毒的或天然毒性的---特指的NEC T62.8,再核对类目表,会得到详细的分类信息,也可以判断T62.2是正确的编码。见图5-4。

T62	摄入食物中其他有害物质的毒性效应
T62.0	摄入蘑菇类的毒性效应
T62.1	摄入浆果类的毒性效应
T62.2	摄入其他植物(或植物的某些部分)的毒性效应
T62.8	摄入食物中其他特指有害物质的毒性效应
T62.9	摄入食物中未特指的有害物质的毒性效应

图5-4 T62的分类

四、病案编码的操作程序及基本编码规则

实际工作中的病案编码,绝不是仅仅面对疾病诊断名称。疾病分类编码实质上是对患者病情的诊断信息进行加工,编码时必须阅读病案,了解患者疾病诊断的实际内涵,同时遵循编码规则才能加工成ICD编码,以利于病案资料的检索、统计和分析等。

(一) 编码操作程序

编码操作程序包括分析病案、查找编码两个步骤。编码人员对病案资料的分析,最低限度应当包括病案首页、出院摘要、手术记录、任何被切除组织的病理组织学报告等。对于复杂的诊断,还要参考病程记录、检查检验报告、医嘱,等等。

1. 分析病案 尽管医生在病案首页中填写了与编码有关的专门字段信息,如主要诊断、其他诊断、损伤中毒的外部原因、病理诊断等,但病案首页上的诊断名称并不总是包含保证编码特异性的足够信息。例如,医生可能在病案首页出院诊断一栏填写“肺炎”,由于该描述缺乏特异性信息,编码员仅依赖病案首页不能准确编码。ICD-10中J12-J18一节是各种病原体导致肺炎的编码,因此编码员需要仔细阅读病案,看是否有痰涂片或细菌培养等微生物检验报告提供肺炎的具体病因,并与医生沟通,由医生在病历中记录其病因情况,编码员在此基础上才能根据肺炎的类型进行准确编码。

医生在病案首页上填写出院诊断时,有时可能会遗漏住院期间处理了的其他诊断。例如,医嘱和病程记录中都显示住院期间曾给予患者白蛋白输注,但病案首页上却没有低蛋白血症的诊断。编码员在分析病案时,可辅助医生核对主要诊断选择是否正确、其他诊断是否有遗漏,从而保证病案首页是真实医疗过程的浓缩,编码人员可以真实地、准确地还原医疗过程。

2. 查找编码 编码查找的具体步骤和方法参见本节第三部分。需要提醒的是,在编码中如果遇

到有 NOS, 或者 NEC, 或者编码是 .9 时, 都说明疾病资料不够完整。此时, 编码员一定要仔细深入地阅读病案中的特定资料, 甚至整份病案, 并与医生沟通, 尽量做到每份病案的编码都精准地反映实际情况, 不遗漏任何特异性的信息。

（二）基本编码规则

基本编码规则是对整个分类系统而言, 涉及主要疾病诊断的选择、编码级别、特殊情况(星剑号编码、合并编码、假定分类、慢性疾病急性发作、怀疑诊断、后遗症)如何编码等内容。某一章或某一情况的特殊编码规则参见本章第三节、第四节。

1. 主要疾病诊断的选择 ICD-10 沿用了历史上使用的“国际疾病分类”这一名称, 其全称为: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, 即《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本》。从名称上看, 它是一个统计分类, 疾病和死因统计是分类的根本目标。从事疾病分类工作首先要坚持国际的基本准则, 在各国都遵循原则的前提下, 疾病分类的数据才有国际交流、比较的意义。主要诊断选择规则就是根据国际的统计目标制订的, 为反映人群各类疾病发生和流行频度和数量特征的疾病统计提供标准的、统一的数据。从疾病统计中可以认识某类疾病发生、流行的规律性及对居民健康和劳动力的影响程度。它能较全面地反映人群的健康水平, 为编制保健计划、评价防治措施效果提供科学依据。主要诊断的选择原则见本章第四节。

2. 星剑号编码 星剑号分类系统的应用规则如下。

(1) 剑号编码是主要编码, 是卫生统计报告的统计编码。星号编码是选择性使用的附加编码, 表示疾病的临床表现。在我国, 双重分类系统是强制性使用的, 即不能单独使用剑号编码。以剑号编码进行统计报告也是卫生统计法的要求, 是编制我国卫生统计年鉴的基础。卫生统计年鉴是我国卫生规划的主要依据。

(2) WHO 设计星剑号双重分类是因为在一些应用中, 特别是在制订“特定专科有关的统计表”时, 剑号编码不能满足要求, 只有将表示临床表现的星号编码作为主要编码才能反映临床治疗的重点。

(3) 当制订和报告“特定专科有关的统计表”时, 应当有明确的说明。

3. 合并编码 将密切相关的临床情况用一个编码表示, 称为合并编码。例如: 胆结石伴急性胆囊炎编码为 K80.0。

4. 假定分类 有时候不能明确疾病的分类特性时, 按疾病最常见的临床情况给予编码, 称为假定分类。例如: 脑出血, 在分类时按非创伤性脑出血编码为 I61.9。假定分类是分类法的重要特征, 使用时要注意如下规则。

(1) 假定分类不能随意使用, 索引圆括号中内容就是假定分类的方向。圆括号的使用规则包括: 无论索引圆括号中的内容是否出现在疾病诊断中, 都要采用该术语后的编码, 除非病例的情况与索引圆括号中的内容相反或索引中有病例的相关内容。例如: 低血糖(自发性)E16.2。也就是说当诊断为“低血糖”时, 由于该诊断的分类信息不足, 就按自发性分类了。如果医师诊断是“低血糖”, 而病案记录中说明是药物引起的, 此时就不能按假定分类去做, 而要查找索引, 低血糖 - 药物性, 编码是 E16.0。

(2) ICD-10 中的假定分类有少数不符合我国实际情况, 例如: 胎盘滞留(分娩后), 在 ICD-10 索引中, 如果是胎盘滞留, 就假定伴有产后出血。我国临床上如果发生胎盘滞留造成产后出血时, 医生一定会描述“产后出血”, 也就是说在我国胎盘滞留没有假定分类。所以, 在应用假定分类时, 要特别注意阅读病案或与医生沟通, 了解患者的实际情况。

5. 编码级别 ICD-10 本身有类目、亚目和细目之分。有亚目者, 必须编码至亚目一级, 例如: 甲

甲状腺炎不可以只编码于三位数类目的 E06, 而必须编码于第四位数亚目的 E06.9 未特指的甲状腺炎。有细目者, 视情况而定, 如第十九章要求编码到细目。对于上报 WHO 的统计资料, 只要求三位数类目即可。为满足医院的医疗、研究、教学、管理及医疗付款等方面需要, 我国医院采用国家标准 GB/T 14396—2016《疾病分类与代码》, 在 ICD-10 四位数亚目编码的基础上扩展到六位数编码, 增加了编码的特异性, 更适用于临床数据管理。但医院住院患者的统计报表不受六位数编码的影响。

6. 慢性疾病急性发作 慢性疾病的急性发作, 原则上是按急性编码。例如慢性胆囊炎急性发作, 编码为 K81.0。但对于一些在治疗中没有其他特异性治疗的, 仍将按慢性疾病编码, 例如慢性肾炎急性发作, 按慢性肾炎编码。在索引中, 少数慢性疾病的急性发作有特别说明, 按说明编码, 例如: 慢性阻塞性肺病急性加重(索引 111 页)中明确指出编码为 J44.1, 是一个专为其设定的编码, 还是归属于慢性。

7. 怀疑诊断 在患者出院时仍不能作出肯定的疾病诊断时, 有以下处理方式。

(1) 只有一个怀疑诊断, 这时要假定为实际情况编码。例如, 可疑肝炎, 按肝炎编码。统计时按肝炎统计, 也按肝炎报告传染病卡。在可能的情况下, 特别是计算机程序中, 要做一个怀疑标识, 这样在处理资料时, 才能准确提取或剔除这些资料。此规则是基于进一步病情检查和最初的治疗都与确定诊断的诊治相似。

(2) 当某一个症状或体征后面跟随一个或多个怀疑诊断时, 未做任何处理或只是对症处理, 只编码症状、体征, 怀疑诊断不编码。例如:

厌食

肝炎?

精神性?

只需编码厌食, 怀疑性诊断不编码。

(3) 经检查和观察后排除了可疑的情况, 且患者无须医学处理, 分类于 Z03.- 为可疑疾病和情况接受的医疗观察和评价。如果症状等被诊断, 则不能用 Z03, 而要编码症状。例如: 某患者表现为腹痛、体重减轻和排便习惯改变, 由于有结肠癌家族史, 患者因疑似恶性肿瘤而入院接受评估。出院时已排除肿瘤的存在。此例主要编码为 Z03.1 可疑恶性肿瘤的观察, 附加代码 Z80.0 消化器官恶性肿瘤家族史。

8. 后遗症 后遗症是疾病或损伤急性期终止后的后遗症。后遗症的发生可能出现的早, 也可能在疾病或损伤治愈后很久才出现。例如, 无论挛缩和瘢痕什么时间发生, 由于创伤导致的挛缩和瘢痕都属于后遗症。

在 ICD-10 中, 各个后遗症的类目都有定义的说明, 基本上可归纳为两点, 即

(1) 医生诊断特指为后遗症, 晚期效应, 陈旧性、静止性或非活动性的疾病, 如: 非活动性肺结核。

(2) 某些疾病情况在发病一年以后的残留表现。如: 脑炎后智力低下。

不是所有的疾病都可以带有后遗症。后遗症的类目有:

B90-B94 传染病和寄生虫病的后遗症

E64.- 营养不良和其他营养缺乏的后遗症

E68 营养过度后遗症

G09 中枢神经系统炎症性疾病的后遗症

I69.- 脑血管病后遗症

O97 由于直接产科原因后遗症的死亡(死因编码)

T90-T98 损伤、中毒和外因的其他后果的后遗症

Y85-Y89 外因的后遗症导致的疾病和死亡(外因编码)

后遗症编码遵循的原则：

1) 后遗症的类目是用来指出不复存在的情况，是当前正在治疗或调查的问题的起因，编码就不再强调那个不复存在的情况，而要优先编码后遗症的表现。如：脑梗死后语言困难，要以语言困难为主要编码(R47.0)，脑梗死后遗症可以作为附加编码(I69.3)。此例语言困难是脑梗死所致。

2) 当后遗症的表现没有指出，又不能获得进一步的说明时，“……后遗症”编码可以作为主要编码。如：脊髓灰质炎后遗症的编码是B91，因为是唯一编码，也就是主要编码。

又如：髋关节骨性关节炎(双髋)，十年前的机动车意外事故引起患者髋部骨折：

M16.4 创伤后双侧髋关节病

T93.1 股骨骨折后遗症

Y85.0 机动车事故后遗症

在上面这个例子中，“髋关节骨性关节炎”是后遗症的表现，十年前的机动车事故引起的骨折是产生骨性关节炎的原因，目前需要治疗骨性关节炎。