

国际疾病分类

第九版临床修订本

手术与操作

ICD-9-CM-3

2011 修订版

International Classification of Diseases
Clinical Modification of 9th Revision
Operations and Procedures

刘爱民 主编译

国际疾病分类 第九版临床修订本 手术与操作

International Classification of Diseases
Clinical Modification of 9th Revision
Operations and Procedures

ICD-9-CM-3

2011 修订版

主编译	刘爱民				
编 译	马家润	秦安京	张 丽	常 彪	
	林海丽	张 静	杨 霞	吴韞宏	
	尤瑞玉	周晓鸽	刘海民	汪 洋	

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国际疾病分类第九版临床修订本手术与操作: ICD-9-CM-3: 2011 修订版 / 刘爱民主编译.

—太原: 山西科学技术出版社, 2016. 6

ISBN 978-7-5377-5347-0

I. ①国… II. ①刘… III. ①疾病—分类—世界②外科手术—分类—世界 IV. ①R366②R61

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 118581 号

国际疾病分类第九版临床修订本手术与操作 ICD-9-CM-3 2011 修订版

出 版 人: 张金柱

主 编 译: 刘爱民

责 任 编 辑: 宋 伟

责 任 发 行: 阎文凯

封 面 设 计: 杨宇光

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

地址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351-4922134 0351-4922063

发 行 电 话: 0351-4922121

经 销: 各地新华书店

印 刷: 山西人民印刷有限责任公司

网 址: www.sxkjscbs.com

微 信: sxkjcbbs

开 本: 889mm×1194mm 1/16 印张: 60

字 数: 1680 千字

版 次: 2016 年 7 月第 1 版 2016 年 7 月山西第 1 次印刷

书 号: 978-7-5377-5347-0

定 价: 260.00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与发行部联系调换。

手术与操作分类修订版说明

随着医疗改革的持续深化,医疗行政管理部门加大了对医疗机构的监管力度,对医疗数据的依赖性越来越大,对数据的可靠性和准确性的要求也越来越高。有一个好的手术操作分类系统的支持,是必不可少的。ICD-9-CM-3 就是这样一个手术操作分类系统。

目前全世界手术操作分类的使用格局也随着世界卫生组织放弃国际医疗操作分类(International Classification of Procedures in Medicine, ICPM),开发国际医疗干预分类(International Classification of Health Interventions, ICHI)而发生了改变。美国自 2011 年以后就不再维护更新 ICD-9-CM-3,他们开发了新的操作分类系统(Procedures Classification System, PCS),并于 2016 年始正式使用。更换一个分类系统是一个浩大的工程,需要谨慎为之。一些国家目前还在使用自己的分类系统或者 ICD-9-CM-3。他们在等待 2018 年出版的国际医疗干预分类。

鉴于美国停止更新 ICD-9-CM-3 的现况,我们也面临着选择。两年前,国家卫计委医政医管局曾下文要求执行《中国医疗服务操作项目分类与编码》(Chinese Classification of Health Interventions, CCHI)。它是一个用于全国医疗服务价格项目规范的方案,也就是说更适合用于收费。由于它与临床手术名称差异较大,收费有的是打包方案,所以不适用于临床数据的检索,它的局限性使得医疗机构无法采纳这个分类系统替换 ICD-9-CM-3。每一个分类方案都有自己的设计目标,要想用一个方案适用所有的目标是困难的。因此,这一方案未能在全国推行。

一个分类方案能否落地实施,除了本身的科学性、合理性外,还有对它的维护。无论是国际版的 ICHI 还是美国版的 PCS,最后国际交流还是大同,就是通用的 ICHI。无论今后我们选择使用哪一个分类系统都将面临一系列问题,假如使用 ICHI 需要等待它的出版、翻译和培训,假如使用美国 PCS 则面临购买版权和翻译、培训以及与 ICHI 对接等。如果顺利的话,我国最早在 2020 年之后才有可能进行 ICD-9-CM-3 到 ICHI 的更迭。至少在过渡的时间内,ICD-9-CM-3 还将继续使用。

本次修订不仅对原版(2011 版)进行了刊误,也根据临床需要增加了个别细目,例如:00.78 髋轴面,陶瓷与金属。

修订后仍可能存在疏忽和不当之处,欢迎大家继续指正。

2016.5.19 于北京

内 容 提 要

手术操作分类是医院病案信息加工、检索、汇总、统计的主要工具之一。无论是在医疗、研究、教学、管理,还是在医疗付款方面,手术操作分类与疾病分类具有同等重要作用。

ICD-9-CM-3 中文编译包括两部分:类目表和汉语拼音字母顺序索引。类目标题大约 90%为治疗性手术,10%为检查和治疗性操作。类目表共分为 18 章,除第 1 章、第 5 章和第 18 章外,其他章均按解剖系统分类,按编码的大小顺序排列。由于手术操作发展迅速,新的手术层出不穷,ICD-9-CM-3 每年均做及时修订,最新的一些操作如介入治疗、内镜检查与治疗均收入其中,2011 版收集了一些最新发展的手术操作,将其编入类目 17“其他各类诊断性和治疗性操作”。为便于读者使用,中文编译本将其扩展为第 5 章,原版各章序号顺延,共 18 章,本书的出版,能够反映最新的临床检查与治疗性的手术及操作。

前 言

美国政府为推动国际疾病分类法用于本国疾病及死亡资料的分类,出版了国际疾病分类第9次修订本的临床修改本(ICD-9-CM)第6版。它基于世界卫生组织(WHO)出版的国际疾病分类第9次修订本。完全与ICD-9兼容。北美世界卫生组织疾病分类合作中心作为联络机构,承担分类系统与美国国家卫生数据可比性的国际责任。ICD-9-CM被推荐在所有临床机构中应用,要求所有美国公共卫生服务机构和医疗保险与医疗补助中心(Centers for Medicare & Medicaid Services)(以前称为医疗财政管理局)报告诊断与疾病时要采用ICD-9-CM。使用本分类的指导可见于“ICD-9-CM使用指导”一节。

除经美国公共卫生服务机构和医疗保险与医疗补助中心批准的内容外,ICD-9-CM的扩展、释义、修订、附录或勘误均不是官方要求不被接纳,不能使用。ICD-9-CM的继续性维护是联邦政府的责任。因为ICD-9-CM代表的是当代公共和私有两方面临床医师、分类学家、流行病学家和统计学家的最佳思想,所以没有广泛地征求各类相关的主要使用代表的意见,也不考虑没有前景的修正。

至2011年10月1日,所有官方审定的附录均被收录于此第6版中。

再版说明(修改版)

作为一个与临床紧密结合、及时更新科学的分类法,美国对日新月异的手术操作分类 ICD-9-CM-3 有一个庞大的团队对其不断的更新。我们所用的 2008 版至今虽然只有 3 年之久,但已感分类不足,需更新的内容很多。新的中文编译本增加的篇幅近 100 页,可见修改、增加数量之大。仅编码“00”的类目就增加了 8 个细目,涉及数十条修改的内容。如:

00.67 胸内动脉的血管内压力测量

评估:

主动脉和主动脉弓

颈动脉

另编码任何:同时进行的诊断性或治疗性操作

00.68 周围动脉的血管内压力测量

评估:

其他周围血管

臂血管

腿血管

另编码任何:同时进行的诊断性或治疗性操作

00.69 血管内压力测量,其他特指的和未特指的血管

评估:

髂血管

腹内血管

肠系膜血管

肾血管

另编码任何:同时进行的诊断性或治疗性操作

不包括:血管内压力测量:

冠状动脉(00.59)

胸内动脉(00.67)

周围动脉(00.68)

社会处于快速的变革期,分类系统也处于变化、适应期。世界卫生组织经过了多年的讨论,最终于 2012 年 10 月决定制定《国际健康干预分类》(International Classification of Health Interventions, ICHI),也就是手术操作分类。这个方案计划于 2016 年正式出版。它包括了三个分类轴心:

第一个轴心:目标

如:身体结构

人体功能

活动与参与

环境因素

行为

个人与群体

第二个轴心:行动

如:诊断

治疗

附加支持(client support)

管理

预防

第三个轴心:方式

如:入路

技术

方法

三个轴心分别用 3 个、2 个、2 个字母来表示。

例如:卵巢开放性引流术 编码:AJN GB AA

美国于 2014 年 10 月 1 日也将启用 ICD-10-CM-3 和 ICD-10-PCS。后者是手术分类。ICD-10-PCS 将是一个全新的分类方案,类似于世界卫生组织的分类方案,也是用字母替代数字。

无论是世界卫生组织的 ICHI 还是美国 ICD-10-PCS,如果我们将其完全引入,将涉及我国编码系统的彻底更换,从等待原版书的正式出版,到翻译、培训、系统更换,需要 5~8 年的时间。2008 版的 ICD-9-CM-3 已被我国卫生部指定为医院评审的标准之一,其重要性可见一斑。为了配合医改的深入进行,配合医院信息化管理的精细化需求,ICD-9-CM-3 等不及也等不起美国手术分类系统的革命性更新。因此,编译者认为,为适应发展需要,修订、更新 ICD-9-CM-3 是目前最好的方法。

说 明

手术操作分类是医院病案信息加工、检索、汇总、统计的主要工具之一。无论是在医疗、研究、教学、管理,还是在医疗付款、临床路径、医院评审等方面的应用,手术操作分类同疾病分类一样具有同等重要的作用。

早期的国际疾病分类(简称 ICD)并没有手术分类,所以美国在 1959 年就编辑了手术操作作为 ICD 的补充。后来世界卫生组织认识到各国对医疗操作分类的要求,于 1978 年出版了试行的国际医学操作分类(International Classification of Procedures in Medicine, ICPM)。虽然在以后的岁月中曾提议对其进行修订,但直至 2011 年才有了《国际健康干预分类》(International Classification of Health Intervention)的初稿,该书预计于 2016 年出版,由于涉及历史资料 and 系统转换,不少国家表示只做对照,不做系统更换。

手术操作分类与疾病分类不同之处是:疾病诊断术语相对稳定,而手术操作则是日新月异。近 10 年来影像技术、内镜操作、介入操作及一些新的手术方法不断涌现,一个好的分类方案必须不断更新才能适应医疗技术与时代的发展。

美国自 1973 年起,在全国范围内使用 ICD-8 的临床修订本,它保持并扩展了 ICD 的统计、管理和医院索引等功能。1978 年,美国国家卫生统计中心根据各方面的需求,组织了许多学术组织修订和出版国际疾病分类第 9 版的临床修订本。“临床”两字强调了修订的内容更适用于疾病数据的报告、报表的编制和资料的比较。它有助于内部或外部对医疗服务的及时性和适当性进行评估。

1999 年 1 月 1 日,ICD-10 替代 ICD-9 用于疾病编码和死亡资料的分类。ICD-10-CM 计划替换 ICD-9-CM 的第一卷和第二卷,ICD-10-PCS 替换 ICD-9-CM 的第三卷,2003 年美国医院协会和美国卫生信息管理学会进行了 ICD-10-CM 的现场测试,2009 年 1 月 16 日,ICD-10-CM 和 ICD-10-PCS 将于 2013 年 10 月 1 日替换 ICD-9-CM 写入了 HIPPA 法,后来使用日期又推迟到 2014 年 10 月 1 日。ICD-9-CM-3 共分为 3 卷,第一卷和第二卷完全与 ICD-9 兼容,但在第 5 位数上对 ICD-9 进行了增补。第三卷则是对 ICPM 的改编,ICPM 的第 5 章主要来源于美国的手术操作分类资料,而 ICD-9-CM-3 又是在 ICPM 的第 5 章的基础上进行细分,并得到了世界卫生组织的承认。其工作草案是 1975 年 9 月 30 日到 1975 年 10 月 6 日在日内瓦做的,标号是 WHO/ICD-9/Rev. Conf. 75. 4。

本编译本为 2011 年版,2012 年 10 月 1 日生效。

一、ICD-9-CM-3 与 ICPM 的区别

1. 美国每年都对 ICD-9-CM-3 进行修订和补充,保持其与临床和当代科学的同步发展。
2. ICD-9-CM-3 是 ICPM 两卷书的合订本,只有一个类目表和一个字母索引表。
3. 在 ICD-9-CM-3 中保留了 ICPM 第 5 章中的所有从 01-86 的 3 位数编码的内容。
4. ICD-9-CM-3 非手术性操作中建立了“操作和介入”分类一章,编码为 00。
5. ICD-9-CM-3 非手术性操作从手术操作中分离出来,归入 87-99 类目,各种诊断性和治疗性操作。
6. ICD-9-CM-3 分类结构以解剖部位为主,各类操作都归入解剖系统。例如:胃活组织检查归入胃的手术中,而 ICPM 将所有的活组织检查单独列出,归入该书的第 1 章。

7. ICD-9-CM-3 分类的类目是以两位数为基础,而 ICPM 是加上章号为 3 位数。例如:鼻部手术 ICD-9-CM-3 类目编码是 21,而 ICPM 类目编码是 5-21。必须加注章号才能与其他操作编码区分开来。

8. 对于 ICPM 的分类轴心不利于临床使用的部分,ICD-9-CM-3 做了调整。ICPM 除手术外,其余各章都是以手术操作方式为分类轴心,其结果是将一个部位的各种操作分散至各章中,这样使用起来不方便。ICD-9-CM-3 调整的结果是把分散到各章的操作归到解剖部位之下。

9. ICD-9-CM-3 去除 ICPM 的章号,增加了第四位数的细目编码,从而扩展了临床存储检索资料的功能。

我们仍采用 ICD-9-CM-3 的主要理由是数据一致性的需要,因为我国医院 20 余年的资料大多是采用 ICD-9-CM-3 进行分类编码的,编码系统不能随意更换。2007 年 6 月,美国出版了 ICD-10-CM 试用版,但强调其编码是试用阶段,不能用于任何正式的统计报告。它需要经过若干年的准备后,才能合法生效。

二、类目表

ICD-9-CM-3 中文编译本包括两部分,类目表和汉语拼音字母顺序索引。类目标题大约 90% 为手术,10% 为检查和治疗性操作。类目表共分为 18 章,除第 1 章、第 5 章和第 18 章外,其他章是按解剖系统分类,按编码的大小顺序排列。由于 ICD-9-CM-3 每年都做更新,因此最新一些操作,如:介入治疗、内镜检查与治疗均收录其中,能够反映最新的临床检查与治疗性操作。

其符号与缩略语如下:

1. ICD 符号 ICD 的符号与缩略语和 ICD-9-CM-3 通用,具有相同的意义。

2. 另编码(code also) 在类目表中经常可见到“另编码任何同时进行的操作 Code also any synchronous”或“另编……手术 Code also……”。当遇到这两个指示性的说明时,如果确定做了某一操作,则应该按指示再编一个手术码。例如:回肠代膀胱手术,实际上是由膀胱重建术 57.87 和回肠部分切除术用于间置术 45.51 这两个手术所构成。所以在核对类目表时,就能得到“另编码”的指示,有时索引中可同时提供两个编码。

3. 省略编码(omit code) 在类目表和索引中有时会遇到省略编码的指示。其意义是指当某一手术只是手术中的一个先行步骤时,不必编码。例如:行阑尾切除术,因为开腹的目的只是为了切除阑尾,所以开腹术就不必编码。

4. “和” “和”的含义应当理解为“或”。例如:00.8 膝关节和髌关节的其他操作。应当理解为膝的其他操作或髌的其他操作。

三、汉语拼音字母顺序索引

英文的字母索引表经过翻译后,转换为中文的汉语拼音索引表,其排列规则如下:

1. 主导词 凡主导词的中、英文均用黑体字印刷,以利读者检索。

2. 汉语拼音字母顺序索引

(1) 人名命名的手术名称建立了交叉索引,其编码放在英文条目下。中文条目无编码。

例:Abbe[阿贝]手术

—阴道建造术 70.61

阿贝手术—见 Abbe

(2) 人名命名的手术,其英文名称放到索引顺序的最前面、该名称第一个英文字母起始处。

3. 主导词级别的排列 所谓主导词也就是主题词,它是各类手术操作的最重要表达的词语。以主

导词的首字汉语拼音字母顺序排列,其排列方法如下:

(1)列出主导词首字的汉语拼音字母。

例如要排列下列主导词:

去脏术	qù
鼻甲切除术	bí
淋巴管造影术	lín
电凝术	diàn

(2)比较其字母的英文顺序位置排列,其先后正确排列顺序。

鼻甲切除术	bí
电凝术	diàn
淋巴管造影术	lín
去脏术	qù

(3)如果首字拼音是同音字,一般按四声排序。如果同音同调,则按汉字的笔画多少排序,少的在前。如果同音同调,笔画也一样多,则随意选择先后排列。如果首字完全相同,则比较第二字,以此类推。

4. 主导词下一级修饰词比较 所谓一级修饰词是指主导词下仅有一个半字线“-”的级,其下的术语皆按汉语拼音顺序排列。例如:

扫描

- C. A. T(计算机轴向 X 线断层摄影术)
- C. T. 一见扫描, C. A. T
- 肝
- 计算机轴向 X 线断层摄影术(C. A. T)
- 镓一见扫描,放射性同位素
- 肾
- 正电子 X 线断层摄影术(PET)

5. 一级下属的次级修饰词及更细次级修饰词只能在一级修饰词范围内进行同级比较

扫描

- C. A. T(计算机轴向 X 线断层摄影术)
- 伴计算机辅助手术
- 腹
- 骨
- 矿物质
- 脑
- 肾
- C. T. 一见扫描, C. A. T
- 放射性同位素
- 肠
- 垂体

—肝

—计算机轴向 X 线断层摄影术(C. A. T)

—镓—见扫描,放射性核素

—肾

—正电子 X 线断层拍摄影术(PET)

四、ICD-9-CM-3 编码操作步骤

手术的编码操作方法与疾病分类编码方法相同。第一步是确定主导词,第二步是查找索引,第三步是核对编码。

1. 确定主导词

(1) 一般以手术方式或操作方法为主导词,他们通常位于操作术语的尾部。

例如:食管胃吻合术 胸脓肿抽吸术

结肠活组织检查 动脉结扎术

(2) 某些器官的切开术、切除术、造影术、成形术、缝合术……镜检查等常常可以按全名称直接查找。

例如:胃切除术 胃切开术

膀胱镜检查 肾成形术

(3) 以人名命名的手术可以直接查人名,也可以查手术的方式,部分还可以直接以手术为主导词查找。

例如: Davis 手术 56.2

手术—Davis 56.2

输尿管切开术 56.2

上述三种方法所查找的结果都是相同的,但并不是每个操作都可以这样查。由于 ICD-9-CM-3 交叉索引不如 ICD-9 索引做得广泛,因此当某种方法查不到时,需要试着采用其他方法去查找。

选择主导词是手术编码的关键,要求编码员要不断积累工作经验,并对手术方式有所了解。如果有可能,掌握一定程度的英文和拉丁文的医学术语对于主导词的选择也会有所帮助。

2. 查找索引 索引查找方法按汉语拼音字母的英文字母顺序检索。

3. 核对编码 这一过程要注意章、节、类目或亚目中的“注释”、“包括”与“不包括”等解释。它有可能提示手术操作编码的改变。例如:产科的直肠修补术,如果在查找时没有注意到产科的修饰语,得到的编码是 48.79。在这个编码中,不包括的提示就明确指示产科的近期撕裂修补术编码应分类到 75.62。

五、手术操作名称与编码的关系

手术操作名称的各个组成成分都有可能影响到编码。因此完整、准确的名称对于编码的准确性起到关键的作用。

手术名称的主要构成成分如下:

(范围)部位+术式+入路+疾病性质

例如:①阑尾切除术

(范围)部位+术式

②肺部分切除术

(范围)部位+术式

③肛门瘘切除术

(范围)部位+术式+ 疾病性质

④垂体腺瘤切除术,经额

(范围)部位+术式+入路+ 疾病性质

⑤针刺

术式

从上述举例可见,部位和术式是手术分类的核心轴心。这两个成分是对手术定位定性构成手术名称的基本成分,但不一定每个成分都必须出现在操作术语中,针刺只是一种操作方式,但可以独立存在,有编码,实际上也是缺少了部位的。

1. 解剖部位对编码的影响 作为手术操作术语的核心成分,它是必须指出的,否则就难以分类或会被笼统地分类。不指出部位的情况鲜有发生。

例如:①切骨术的编码是 77.30

不同部位的切骨术有不同的细目编码,这个例子尚可以编码。对于穿刺术,如果不指出部位就不能编码。不同的穿刺部位有不同的编码,鼻窦 22.01,垂体腺 07.72,肺 33.93。针刺术的编码为 99.92,用于麻醉的编码是 99.91,加用灸则编码于 93.35。针刺术的部位不影响编码。

例如:②肺癌切除术

这是一个典型的不恰当手术名称。因为它没有定位手术切除的范围,在手术分类中,如果不指出范围,而且也无法假定其切除的情况,就按病损切除术处理。也就是说,本例肺癌切除术按肺的局部损害进行编码。这种情况多数是不符合实际操作的,但也不能假定为全肺的切除术,那样也不一定正确。因此,必须详细指出实际的切除范围,否则只能遵守分类规则。

在手术分类中,对相同器官的左右部位编码分类相同。另外,当指出的部位过于详细,索引中没有列出这个具体部位时,可采用类似疾病分类的放大法进行处理,如示指第一指节按其他手指分类。

2. 手术术式对编码的影响 手术术式也是手术名称的核心成分,它比部位还要重要,没有术式就根本无法分类。术式也是医师们忘不了书写的成分,但又是一个常常产生问题、不能正确表达的成分。

例如:①牙齿矫正术

牙齿矫正实际上有不同的方式,一种是通过钢丝固定,一种是通过调整牙齿的咬合,后者要通过切开、重新摆正牙齿位置,是一种矫形手术。当索引中没有假定分类的,如果主观的假定往往会造成误编码。

例如:②眼睑修补术

修补术往往也是一个不明确的术式,它不仅有缝合,还有修补或重建。发生在眼睑的修补术必须区分单纯缝合术、修补术和重建术。特别是重建术,要区分睑缘、板层或是全层。除了上述情况,还需要指出疾病性质,如:上睑下垂、操作损伤等,否则无法编码。

3. 手术入路对编码的影响 通常手术的入路并不需要指出,但少数情况有要求。如,对垂体的手术。有些情况索引虽然没有要求,但临床上有意义,也必须注意,必要时可扩展编码表示入路。

4. 疾病性质对编码的影响 疾病性质通常对手术编码没有影响,大多数情况没有必要再指出疾病的性质。例如,对胃进行大部切除,不必列出是溃疡还是肿瘤。但有些情况又必须指出疾病的性质,例如:视网膜脱离冷凝术,如果不指出是脱离,那么局部损害、撕裂也可以采用冷凝方法。对于局部损害,冷凝是一种破坏术;对于脱离,冷凝是一种再接术;对于撕裂,冷凝又是一种修补术。因此这时就必须指出疾病的性质。

六、与编码有关的其他问题

1. 索引中的指示词“见” 索引中无论是主导词或修饰词,如果遇到“见”,表示需要按提供的主导词重新查找编码。例如:瓦达试验——见 Wada 试验。

2. “另见” 索引中遇到“另见”的指示词,该条目一定提供了相关的编码。如果这个编码的内容不符合要求,此时才需要按提供的主导词重新查找。例如:外生骨疣切除术(另见切除术,骨)77.60。只有当不指明骨的具体部位时,这个编码才能使用,否则还需要按切除术这个主导词查找相关骨的部位编码。

3. 内镜检查与治疗 早期内镜仅用于检查,随着医学的发展,现在也用于治疗。内镜有3种不同的处理方式。

(1)单纯的内镜检查:以“内镜”为主导词进行查找,按内镜检查分类。

(2)内镜伴有活组织检查:要以活组织检查为主进行分类,内镜检查必要时可编一个单纯的内镜检查码作为附加编码。

(3)内镜检查伴有治疗:按切除术或破坏术查找,不能查内镜检查,要查具体的术式,如切除术。例如:内镜下食管息肉切除术 42.33。

4. 病损切除术 手术分类中,通常不必指出疾病的性质。其理由有两个:第一是疾病的性质在疾病分类中已给予编码;第二是手术主要强调手术的部位范围和术式,因此没有必要指出疾病的性质,这样可以减少索引条目。例如:胃部分切除术,可以对应多种疾病进行治疗。如果一一指出疾病,则手术名称的条目将成几何性增长。

病损是各种疾病的代名词,如果手术位置只是在疾病发生的局部,那么在索引中常常用“病损”来代替。例如:胃溃疡切除术,查找时以“切除术”为主导词,然后再查“病损”,最后查修饰词“胃”就可以得到编码。

七、关于肿瘤手术的分类

1. 假定分类 如果切除的方式有多种,而且医师没有指出具体是哪一种时,将假定为“病损切除术”进行编码。如果是恶性肿瘤,而且发生的部位在手术时至少要做该器官的全切术,则分类到该器官的切除术中。如:阑尾黏液癌切除术按阑尾切除术分类,即使手术的实际情况可能范围更大。

2. 肿瘤根治术 根治术在 ICD-9-CM-3 中列入很少,但实际临床上却比较常见。例如,卵巢癌根治术,在索引中是没有的,而临床上却经常遇到。原因是有一些手术各医院的切除方式并不完全一致,而 ICD-9-CM-3 不承认这些手术名称。

根治术编码的方法如下:

根治术要以“切除术”为主导词查找,部分名称可以直接查到编码。索引中查不到编码者,要按该器官的全切术进行编码。

如果某器官未做器官移植,且不适于全切术时,则按该器官的大部(或部分)切除术分类。如:肝癌根治术,未做器官移植,按肝部分切除术分类。

八、主要手术或主要操作的选择

1. 主要手术或主要操作是指在本次医疗过程中,医疗资源消耗最多的手术或操作,它的医疗风险、难度一般也高于本次医疗事件中的其他手术或操作,通常与主要疾病诊断相关。

2. 选择主要手术或主要操作时,只重规则,不考虑它与出院科别的关系。当主要手术或主要操作不是与主要疾病相关时,在实施相关疾病诊断分组 DRGs 的医疗付款中可能会被认为是不影响医疗总费用,即不给予更多的医疗付费。

3. 在手术与操作之间,主要编码一般是选择与主要疾病相关的手术作为主要编码;在治疗与检查之间,一般要采用治疗作为主要编码。

九、其他

由于 ICD-9-CM 原版包括疾病分类与手术分类共 3 卷,其相关的说明或指导也都是针对这 3 卷书而言,但在编译时只选编了与手术操作卷相关的内容。

引言

国际疾病分类第9版临床修订本(ICD-9-CM)是在世界卫生组织官方版本国际疾病分类第9版修订本的基础上编制而成。ICD-9是为统计发病率及病死率,为医院病案按疾病和手术编制索引,为资料存储与检索而设计的。国际疾病分类的历史背景在ICD-9前言中有详细介绍(疾病、损伤和死亡原因的国际分类手册,世界卫生组织,日内瓦,1977)。

ICD-9-CM是世界卫生组织国际疾病分类第9版(ICD-9)的临床修订本。用“临床”这个术语是强调修订的意图,即作为发病率资料分类方面的有用工具,用于索引病案、医疗审查、门诊和其他医疗方案以及基础卫生统计。为了描述病人的临床状况,编码必须较统计分组和趋势分析更为精确。

美国 ICD-9-CM 协调与维护委员会

每年的修订由 ICD-9-CM 协调与维护委员会负责。委员会由两个联邦政府机构组成:国际卫生统计中心和医疗保险、医疗补助中心。委员会一年召开两次向公众公开的会议,上交委员会的修订提案在公众会上讨论。批准的修正提案将并入 ICD-9-CM 官方政府版本,并于次年 10 月 1 日起生效使用。

列表中使用的惯例

在 ICD-9-CM 疾病与操作分类的列表中使用了一些缩略语、符号和其他惯例,他们有明确的含义。

一、缩略语

1. NEC 未在他处分类。包括 NEC 术语的类目编码仅用于当编码员缺乏必要信息而不能将术语编码至更为详细的类目时。

2. NOS 其他未特指。这个缩略词等同于“未详细说明”。

二、标点符号

[] 方括号内为同义词、替换词或解释短语。

() 圆括号内为补充词。在疾病或操作的描述中,它的出现或不出现都不影响编码的指定。

: 冒号用于列表中某个不完全的术语之后,需要一个或多个修饰词随后出现才能确定类目。

三、其他惯例说明

1. 包括 此注释在 3 位数编码标题之后出现以更进一步地对类目内容进行详细说明或给出例子。

2. 不包括 “不包括”术语可出现在任何一个编码后。术语意为“不要编码于此”。

3. 使用附加编码 此指示短语放置于列表中,使用此短语的那些类目需要增加进一步的信息(通过使用一个附加编码)来给出一个更为完整的诊断或操作描述。

4. 编码首要疾病 此指导性注释用于编码不能作为主要诊断或不能放置于首要诊断顺序之前的编码。此注释要求首要疾病(病因)作为第一编码,特殊的临床表现作为其他编码。此注释仅出现于列表中。

ICD-9-CM 应用指导

为了准确地编码,必须掌握医学术语和充分理解 ICD-9-CM 的特点、术语和惯例等知识。将疾病、损伤和操作的口语性描述转化为编码是一个复杂的行为,未经适当的训练不能承担此工作。完成疾病和手术的原始编码可提供医学研究、教育和管理的病案检索。今天,医学编码还用于促进卫生服务付

费、应用模式评估和医疗费用恰当性的研究。提供的编码也是流行病学研究和医疗质量研究的基础。编码必须正确地完成并产生始终统一的有意义统计报告,才能在国家卫生需求计划中发挥作用。

询问

有关国际疾病分类第9次修订版临床修订本的使用和解释问题可直接与下列机构联系:

Central Office on ICD-9-CM

American Hospital Association

1 North Franklin

Chicago, Illinois 60606

National Center for Health Statistics

Centers for Disease Control and Prevention

Department of Health and Human Services

3311 Toledo Road

Hyattsville, Maryland 20782

Centers for Medicare & Medicaid Services

Division of Prospective Payment System

Office of Hospital Policy

7500 Security Blvd. C5-06-27

Baltimore, Maryland 21244-1850