



# 国际疾病分类

## INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

疾病, 损伤和死亡原因

国际统计分类

手册

MANUAL

OF THE INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION  
OF DISEASES, INJURIES, AND CAUSES OF DEATH

1975年第九次修订会议推荐

第二十九届世界卫生大会通过

Based on the Recommendations of the Ninth Revision  
Conference, 1975, and Adopted by the Twenty-ninth  
World Health Assembly

世界卫生组织

WORLD HEALTH ORGANIZATION

日内瓦

GENEVA

1977

# INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

## MANUAL OF THE INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES, INJURIES, AND CAUSES OF DEATH

Based on the Recommendations  
of the Ninth Revision Conference, 1975,  
and Adopted by the Twenty-ninth World Health  
Assembly

Volume 1

World Health Organization  
GENEVA  
1977

### 国际疾病分类 (第一卷)

北京首都医院世界卫生组织疾病分类合作中心 编译

人民卫生出版社出版  
(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 16开本 58印张 4插页 1434千字  
1984年2月第1版 1984年2月第1版第1次印刷  
印数: 00,001—14,050

统一书号: 14048·4477 定价: 9.90元

[科技新书目 54 — 73 ]

## 编译说明

一九八一年一月经中华人民共和国卫生部批准,世界卫生组织在中国医学科学院首都医院成立了世界卫生组织疾病分类合作中心。此疾病分类合作中心建立后,我卫生部接受世界卫生组织的建议同意首都医院世界卫生组织疾病分类合作中心将《国际疾病分类》第九次修订本(ICD—9)英文版一书共两卷翻译成中文以便在我国使用。

此疾病分类合作中心主要任务之一是在我国推广使用国际疾病分类,而要达到这一目的必须首先将 ICD—9 译成中文,以便在国内对其分类进行研究探讨,培训使用人员,逐步在我国推广使用。我院合作中心自 1981 年底即开始着手进行此项工作。

《国际疾病分类》第九次修订本英文版是在世界卫生组织的领导下,由国际间有关专家根据多年的实际工作经验撰写而成,并经世界卫生大会批准在世界各国推广使用,此分类已被世界许多国家和地区接受和使用。实际上这一国际疾病分类已经成为国际标准化工作的一个方面了。

疾病、损伤以及死亡原因的统一分类在医疗卫生工作中占有着重要的地位,但分类必须准确、完整。各分类的内容须有明确规定,才能符合疾病编目和医疗统计的需要。科学、完整的疾病分类法是医疗卫生单位开展科学研究,搞好病案管理、资料信息和医疗卫生统计必不可少的,它直接关系到医务人员的培训和医疗质量的提高。此外,国家或地区的卫生统计也需要以此为依据才能获得有用的死因统计和疾病统计数据。这对每个国家来说都是福利、行政、人口问题研究、医学研究以及制定预防保健措施的重要资料。为了促进世界卫生保健工作,掌握医疗卫生工作动态,这些统计经常需要在国际间进行交流对比,这就需要国际间统一的分类法。目前在世界大部地区,许多国家和医疗卫生机构中有关医疗、发病和死亡的记载均已使用了国际疾病分类(ICD—9)。

在我国至少有三个理由需要使用国际疾病分类:

我国是世界卫生组织成员国,按照世界卫生组织有关规程要求,他的成员国有义务按照 ICD 的体系和编码报送卫生情报;

为了进一步促进我国医学科学的发展,使用国际间统一的 ICD 的体系和编码,有利于使我国的卫生情报在国际间交流对比;

我国人口约占世界人口的四分之一,建立一个统一的以十亿人口为基础的卫生情报系统并应用 ICD 的体系和编码,必将对世界医疗卫生事业有所贡献。

本书分类法的编码系统比较简便,有利于用计算机技术进行卫生统计和病案资料的储存检索、分析研究。作为卫生情报处理的一个环节与各方面联系甚广,各方面对信息资料的使用相当频繁,相信本分类法的采用必将有益于我国人民的健康福利事业。

国际疾病、损伤和死亡原因的分类统计从最初的简单规模算起已有 200 年以上的历史,但至 1900 年才第一次正式制定国际死亡原因分类法,提供各国参考比较。此后于 1910,1920,1929 及 1938 年曾经四次修订,然后公布了第五版,而第六、七、八版则先后于 1948,1955 及 1965 年经世界卫生组织修订。第六次的修订标志着国际卫生统计和卫生统计的一个新纪元的开端。自第六版起除国际死亡原因分类外又包括了疾病和损伤的国际统计分类,制定了选定

死亡根本原因的国际条例,通过了关于生命统计和卫生统计的全面国际合作计划。

第九次修订是在 1975 年通过的,称为《国际疾病分类》的第九次修订版。这次修订的重点是分类体系的修订以及更详细的分类,其中特别涉及围产期的死亡以及妊娠产妇死亡的定义的修订。

本修订版分类法的前 17 章均以三位数分类为基础,而以四位数表示的分类则是适应某些不同需要的使用,其项目数已从第八次修订版的 3500 个条目增加到 7000 个条目,并且为了必要时的使用也规定了使用五位数的分类法。这次修订有以下几点主要特点:

增加了肿瘤的形态学分类,其符号用“M”表示,一般称之为M分类。

在第 V 章精神疾患中纳入了描述和注释标题内容的词汇,以此解说为准以利于诊断上的统一,因为这些标题在不同的地方可能会有不同的含意。

在制定为疾病统计所必要的一般分类准则的同时,也提出了围产期死亡原因的分类所必要的准则。

追加了一部分死因选择的必要规则。提出了新的 307 项基本制表用的基础类目表和简化了的各 55 项的死因表格和疾病表格。

关于本书中文译文的几点说明如下:

1. 鉴于目前国际上尚无统一的疾病名称,ICD 的类目也只能沿用多数国家通用的习惯名称,在我国,情况也是如此。本书疾病名称对照的中文译名的选用,基本上是以首都医院编著的《疾病分类及手术分类名称》与人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为主要参考。少数地方为适应条目内容作了必要的修改或与另一常用中文对照名称并列。

2. 在本书第一卷中多次出现的 NOS 原文为 Not Otherwise Specified,其意为在其他方面未特指者。

在第二卷汉语拼音字母顺序索引中,多处出现的 NEC 原文为 Not Elsewhere Classified 其意为未在他处分类者。

为了节省版面,在本中译本中,以上两专用术语均以原文 NOS 和 NEC 印出,不再另译。

3. 在第二卷索引中每个条目的第一个词,均为主导词,常为名词,少数地方也有形容词。条目后面如列有见……或另见……字样,其后面的词(英文的第一个字母均大写)均为主导词,前者为必查的主导词而后者为参见的主导词。

4. 英文同义词译成中文时都译成一个词,如 Emesis, Vomiting 都译成呕吐,在编制中文索引时这类的同义词尽量合并成一个条目。

5. 以人名命名的病或综合征,译成中文时,除原条目外尽可能另加中文命名索引条目以作参考。

6. 第二卷索引中每个条目为了起到索引的作用,词序组合排列有所变更,大多数为名词在前形容词在后。形容词的中文译名一般都附有……性或……的,以表示此英文字词的词性。但与前面的名词连用译成中文时,一般应删去所附加的“的”字。

7. 第二卷索引的版本为汉英对照,每一词条的分类编码均列在英文的词后。肿瘤的M编码也需要在英文词条中查找,这是为了避免重复,节省版面。

本书版本采用汉英对照形式,以便临床医师确定诊断名称时参考使用。

本书的翻译和校审工作主要由首都医院各临床科室承担,由于时间所限,参加最后校审人员较多,未能再次一一校对,而第二卷索引部分又包括各科细节甚广,原文是按英文字母顺序排列,难以按专科所长分别译校。尤其是全书用词一致性方面尚有不少缺欠,错误和不当之处

在所难免,恳请读者提出意见,以便今后修订。

本书的译校和出版印刷工作得到中华人民共和国卫生部,中国医学科学院及其所属基础医学研究所,药物研究所,医学情报研究所,阜外医院,新华通讯社,陕西省建筑工程局职工医院,中国科学院原子能研究所,北京市卫生局药品检验所等单位 and 首都医院内各科室的大力支持和协助译校。中国印刷公司,北京市第二新华印刷厂和人民卫生出版社对本书的印刷、出版都给予大力支持和帮助。此外还得到世界卫生组织总部,世界卫生组织西太平洋地区办事处和世界卫生组织驻北京代表和计划协调员办事处的支持和资助,以及世界卫生组织北美疾病分类合作中心和日本厚生省大臣官房统计情报部的支持和咨询。我们在此致以衷心的感谢。

参加本书翻译校审和工作人员名单列于书后。

北京首都医院世界卫生组织疾病分类合作中心

1983年9月

前 言  
INTRODUCTION

# 前 言

## 基本原则

一种疾病分类法可以说就是将各种疾病按某些既定标准纳入某种类目系统的方法。作为这些分类标准可有许多选择。例如：解剖学家希望按照身体的受害部位来分类，而病理学家首先注意的却是病变的性质，公共卫生人员最关心发病原因，而临床医生却多考虑需作治疗的特定病情。换言之，分类的基轴很多，而究竟选用何种特定基轴仍要取决于调查者的旨趣。因此，一种疾病和损伤的统计分类方法还要根据编制统计的用途来定。

由于旨趣的这种分歧，过去想要严格遵循任何单一基轴的逻辑去编制某种统计分类的努力都失败了。而各式各样名称的出现正反映各种分类法之间一系列必要的调和，这就是按照致病原因、解剖部位、发病情况等等以及从各种医疗报告中可能得到的情报质量进行不同分类的调和。为了适应人口统计机关，各种类型医院、军事医学部门、社会保险组织、疾病普查团体以及其他许多机构的不同要求，疾病分类还要进行若干调整。虽然任何一种单一的分类方法都不可能适应所有各种专门的需要，但是为了满足基本统计的要求，疾病分类还是要有一个共同基础，那就是资料的储存、检索和制表。

在一种疾病统计分类中，其类目条数只能是有限的，而它们却要包含疾病情况的全部范围，因此这些类目的选择便应以有利于对各种疾病现象进行统计学的研究为准。一个特定病种，只有当它发病频繁或病情重要而确实需要另立类目时，才应在分类中单独分别建立条款。虽然，疾病分类中的若干项目可能涉及几组，各有区别，而又互有联系的疾病情况，但每一疾病或病情却只能作为这个统计分类的一个类目的内容而有其确定的和适当的位置。统计表中少数属于其他或混杂情况的项目，因为无法纳入更加特定的条款中去，而将它作为残留项目，不过这些杂项应该尽量减少。

正是由于统计分类法中的这个组合特点，才使它和一个命名法区别开来。命名法是一个法定疾病情况名称表或目录，它应该范围广泛以包罗所有各种病理情况。可是由于某些分类法(如动物学分类法)内容十分详尽而竟成为命名法，所以分类法和命名法的概念又常常密切相关。不过一般说来，这类详尽的分类并不适于统计学的分析研究。

威廉·法尔(William Farr)<sup>1</sup>一个世纪以前写出的下面几段话，仍不失为关于疾病统计分类宗旨最好的概括：

“在早期死亡报表(Tables Mortuaires)中，死亡原因是按字母顺序排列的。这种办法的好处在于不会在医生和统计人员之间引起任何终究无法完全解决的那些微妙问题。可是统计学是一门突出的分类科学，显然，对这样的死亡报表，如果粗略一看就将那些比较近似或易于混淆的疾病归纳在一起。那么，不论用哪种分类法就很容易降低统计学的一些基本原则。

“分类法是一种归纳概括的方法。因此，几种分类法用起来都有优点。医生、病理学家或法理学家从各自的观点出发，可以理所当然地对疾病和死亡原因，按其认为最合用的方式分类，以利于其所探究的事项并取得基本结果。

“临床医生可能根据不同的治疗方法将各种疾病主要分为内科或外科；而病理学家则着眼于病变或其产



物的性质;解剖学家或生理学家根据受害的组织和器官;而法医学专家则根据死亡的缓急;诸如此类的观点都值得统计学分类的注意。

“在国家统计人员看来,应该考虑的最重要的纲领还是古老的疾病分类,即将疾病分为瘟疫(流行病和地方病)、常见病(散发性病,习惯上又可分为三类)和损伤(暴力或外因的即时后果)。”

## 历史的回顾

### 早期历史

最早试图对疾病进行系统分类的人是弗朗索·博希埃·德·拉克罗瓦(François Bossier de Lacroix 1706—1777),多称他索法施(Sauvages),索法施发表过一篇综合论文,题为《系统疾病分类学》(Nosologia Methodica)和索法施同时代的还有一位伟大的方法学家林尼厄斯(Linnaeus 1707—1778),他的论文之一就是《病种》(Genera Morborum)。爱丁堡人威廉·卡伦(William Cullen 1710—1790)于1785年发表了《系统疾病分类学概要》(Synopsis Nosologiae Methodicae),十九世纪初期最通用的疾病分类就是他的方法。可是,为着各种实用目的对疾病进行统计学研究,直到一个世纪前约翰·格隆特(John Graunt)研究伦敦死亡证书时才开始。当他企图测算六岁前活产儿童死亡率时,由于缺乏死亡年龄登记资料,他便汇集所有分类为鹅口疮、惊厥、佝偻病、牙和虫病、早产、新生儿病(Chryosomes,指出生不满一个月死亡者)、婴儿病、肝大病和闷死的死亡病例,此外还加入分类为天花、猪痘、麻疹以及无惊厥虫病的一半死亡病例。他的这个分类虽很粗略,但以后的事实证明他所测算的这一36%的六岁前儿童死亡率基本上已很不错了。三个世纪以来疾病分类法的科学准确性虽已有所发展,可是由于分类的困难,仍有很多人汇集疾病统计,甚至汇集死因统计的企图用处抱怀疑态度。正如梅尔·格林伍德(Major Greenwood)<sup>2</sup>所说:“科学纯粹派坐等医学统计学直到疾病分类准而又准,实无异于霍勒斯(Horace)的乡民坐等河水逝去,并不高明。”

可喜的是在1837年初,英格兰和威尔士注册总局正在考虑如何推进预防医学的时候,恰好发现了他的第一位医学统计学家威廉·法尔(William Farr 1807—1883)。他不仅最充分地利用了当时所能获得的各种尚不完善的疾病分类法,而且还致力于探索更好的分类方法和促使其在应用方面的国际统一。

法尔发觉当时已在各公用事业单位使用的卡伦(Cullen)分类法,既未修订以体现医学科学的新进展,也不能满足统计方面的各种要求。因此,他在第一份《注册医师、主任年报》中就讨论了疾病统计分类法的指导原则,并极力主张采用统一的分类法。

在发表于《注册医师、主任年报》的致医师、主任年度《信函》中,法尔经常研究考虑命名和统计分类问题。1853年在布鲁塞尔召开的第一次国际统计学大会深刻地认识到统一的死亡原因分类的实用价值,因此大会要求日内瓦的威廉·法尔和马克·德斯潘(Marc d'Espine)起草一份《各国通用的死亡原因统一命名法》<sup>3</sup>。在1855年巴黎第二次大会上,法尔和德斯潘各自分别提出一份不同原则的分类表。法尔的分类包括五组:流行病、躯体病(周身病)、局部病(按解剖部位排列)、发育病和外伤病(暴力直接引起的后果)。德斯潘则按疾病性质分类(痛风、疱疹和血液病等)。大会通过了一个折中的包括138个项目的分类表。1864年,这个表在巴黎按照威廉·法尔的方式做了修订,以后在1874、1880和1886年又相继做了几次修订。虽然这个分类法从未获得举世公认,但是法尔建议的总体排列,包括按解剖部位进行疾病分类的原则,却一直保存下来而成为编制国际死亡原因分类表的基础。

## 国际死亡原因表的诞生

继国际统计学大会而成立的国际统计学研究所,在1891年维也纳的会议上责成了一个委员会起草一份死亡原因分类表。由耶克·伯蒂隆(Jacques Bertillon 1851—1922)任该委员会主席。伯蒂隆是当时巴黎市的统计工作主任。有趣的是伯蒂隆原是一位知名的植物学家兼统计学家阿希里·吉拉(Achille Guillard)的孙子,而阿希里·吉拉却正是1853年在第一次国际统计学大会上提议让法尔和德斯潘起草统一的死亡原因分类表的那个人。伯蒂隆在1893年国际统计学研究所芝加哥会议上提出了该委员会的报告,并被会议通过。伯蒂隆所提的分类法是以巴黎市所用的死亡原因分类法为基础的。而巴黎市的死亡原因分类法自1885年修订以来就已综合了英国、德国和瑞士三国的分类。这一分类法的基本原则也就是法尔采用的原则,就是把周身疾病和局限于一个特殊器官或解剖部位的局部疾病区别开来。根据瑞士联邦统计局局长L·吉劳姆(L. Guillaume)建议的维也纳会议指令,伯蒂隆汇编了三个分类方案:第一个是44条的节略分类;第二个是99条;第三个是161条。

这个起先被称为“伯蒂隆死因分类法”的分类法,获得了普遍赞许,并被许多国家和城市所采用。这个分类法最先在北美由吉萨·E·蒙加拉(Jesús E. Monjarás)用于墨西哥圣·路易·德·波多锡(San Luis de Potosí)的统计<sup>4</sup>。1898年美洲公共卫生协会在加拿大渥太华开会,会议建议加拿大、墨西哥和美国的注册医师采用伯蒂隆分类法,并进一步建议每十年对这个分类法进行一次修订。

1899年伯蒂隆在国际统计研究所克里斯蒂尼亚(Christiania)会议上提出了一个分类法进展的报告,也包括美洲公共卫生协会关于分类法每十年修订一次的建议。

于是国际统计学研究所通过了下列决议:

“国际统计学研究所在确认不同国家采用可比性命名法的必要性的同时;

“高兴地获悉所有北美的,一些南美的以及一些欧洲的统计机关都已采用了1893年提出的死亡原因命名系统;

“极力主张所有欧洲的统计单位原则上一律不加修改地采用这个命名法;

“至少在总的原则上赞成美洲公共卫生协会1898年在渥太华会议上提出的十年修订制度;

“要求尚未即时采用这个命名法的统计机关毫不拖延地开始采用,并对死亡原因命名法的可比性做出贡献。”<sup>5</sup>

1900年8月法国政府在巴黎召开了第一次《伯蒂隆,即国际死亡原因分类法》的国际修订会议,26个国家的代表出席了这次会议。1900年8月21日会议通过了一个包含179组的死亡原因详细分类和一个包含35组的节略分类。会议确认每十年修订一次是适宜的,并请法国政府于1910年召集下一次会议。实际上下一次会议是在1909年召开的,而且以后相继在1920、1929和1938年举行的三次会议也都由法国政府召开。

伯蒂隆一直是推进国际死亡原因表的主导力量,1900、1910和1920年的三次修订工作都是在他的领导下进行的。他作为这一国际会议的秘书长,曾把1920年的修订讨论稿分送给500多人征求意见。他在1922年去世而使该国际会议失去了一位舵手。

伯蒂隆在法国的继承人米歇尔·休伯(Michel Huber)在国际统计学研究所1923年年会上鉴于会议缺乏领导,提议决定研究所重申1893年国际死亡原因分类法的立场,并与其他国际组织合作以准备今后相继的修订工作。国际联盟卫生组织对生命统计也很重视,他们任命了一个统计学专家委员会去研究疾病和死亡原因分类法以及医学统计方面的其他问题。德国

卫生部医学统计局局长和统计专家委员会委员 E·罗斯来 (E. Roesle) 写了一篇专题论文, 列举了对 1920 年国际死亡原因表中项目的补充。以使在必要时这个分类可作为疾病统计制表之用。国际联盟卫生组织于 1928 年发表了这篇慎重的研究论文<sup>6</sup>。为了协调国联卫生组织和国际统计学研究所这两个机构的工作, 产生了一个由双方对等人数参加的国际委员会, 称为“混合委员会”。这个委员会先后为《国际死亡原因表》的第四次(1929)和第五次(1938)修订起草了建议书。

#### 第六次、第七次和第八次修订

1946 年在纽约市召开的国际卫生会议委托世界卫生组织的一个临时委员会负责准备《国际死亡原因表》的下一十年修订工作, 同时准备制订一个《国际疾病原因表》<sup>7</sup>。第六次《国际疾病和死亡原因表》的国际修订会议于 1948 年 4 月由法国政府在巴黎召开。会议秘书处接受法国政府主管部门和世界卫生组织的双重委托。世界卫生组织按 1946 年国际卫生会议各代表国政府的共同安排, 已经为这次会议做了准备工作。<sup>7</sup>

第六次十年修订会议标志着国际生命统计和卫生统计的一个新纪元的开端。会议不仅批准了一个死亡、疾病综合表和同意了选定死亡根本原因的国际条例, 而且还建议通过一项关于生命统计和卫生统计的全面国际合作计划。这个计划包括在各国建立生命统计和卫生统计的国家委员会, 以达到对内协调各项统计活动和对外沟通国家统计机构和世界卫生组织的联系的目的。<sup>8</sup>

第七次《国际疾病分类》国际修订会议由世界卫生组织主持于 1955 年 2 月在巴黎召开<sup>9</sup>。根据世界卫生组织卫生统计专家委员会<sup>10</sup>的建议, 这次修订仅限于对错误和不一致的地方做了必要的修改和补充。

第八次修订会议由世界卫生组织于 1965 年 7 月 6~12 日在日内瓦民族宫召开<sup>11</sup>。这次修订比第七次较为彻底, 但分类法的基本结构和按病因而不按特殊临床征候来分类疾病的基本思想仍保持未变。

#### 第九次国际修订会议的报告

《国际疾病分类》第九次国际修订会议于 1975 年 9 月 30 日~10 月 6 日由世界卫生组织在日内瓦世界卫生组织总部召开。46 个成员国的代表出席了这次会议, 他们是:

阿尔及利亚	荷兰
澳大利亚	尼日利亚
奥地利	挪威
比利时	波兰
巴西	葡萄牙
加拿大	沙特阿拉伯
乍得	新加坡
丹麦	西班牙
埃及	苏丹
芬兰	瑞典
法国	瑞士
德意志民主共和国	泰国
德意志联邦共和国	多哥

危地马拉	特立尼达和多巴哥
匈牙利	突尼斯
印度	苏联
印度尼西亚	阿拉伯联合酋长国
爱尔兰	英国
以色列	喀麦隆
意大利	美国
日本	委内瑞拉
利比亚	南斯拉夫
卢森堡	扎伊尔

联合国经济合作和开发组织, 国际劳动组织和国际癌症研究会都派代表参加了会议。参加会议的还有医学科学国际组织委员会和其他十个非政府性国际组织, 这些组织涉及牙科保健、皮肤科、妇产科、精神保健、神经外科、眼科、小儿科、病理科、放射科和残废康复。

会议由助理总干事 A. S. 巴甫洛夫博士代表总干事主持了开幕式。巴甫洛夫博士回顾了国际疾病分类(ICD)的历史。他向代表追溯说, ICD 是从 1893 年最早通过的《国际死亡原因表》发展起来的。

自从它的第六次修订以来, 世界卫生组织便承担了这个责任。它对 ICD 的关系也写进了它的章程。自从世界卫生组织接管这项工作以来, ICD 的应用范围已大为扩展, 除了传统地应用于流行病学以外, 还应用于病案的索引编制和检索, 也应用于有关卫生服务的计划、检查和评价的统计。

会议选出了以下官员:

主席:	R.H.C. 韦尔斯博士	(Dr R.H.C. Wells, 澳大利亚)
副主席:	J.M. 阿维兰-罗维拉博士	(Dr J.M. Avilan-Rovira 委内瑞拉)
	G. 塞尔柯夫尼奇博士	(Dr G. Cerkovnij 苏联)
	I.M. 森山博士	(Dr I.M. Moriyama 美国)
	G. 佩因先生	(Mr G. Paine 英国)
主任秘书:	M.A. 希斯曼博士	(Dr M.A. Heasman 英国)
	M. 吉德沃博士	(Dr (Mlle) M. Guidevaux 法国)
秘书处:	A.S. 巴甫洛夫博士	(Dr A.S. Pavlov WHO 助理总干事)
	K. 尤穆拉先生	(Mr K. Uemura WHO 卫生统计处主任)
	K. 库普卡博士	(Dr K. Kupka WHO 国际疾病分类科医务专员(秘书))
	H.G. 戈贝特先生	(Mr H.G. Corbett WHO 国际疾病分类科统计专家)
	G.G. 阿夫坦狄罗夫教授	(Prof. G.G. Avtandilov 苏联, 临时顾问)

会议通过了关于《国际疾病分类》第九次修订工作的议程, 连同配合使用的几份补充分类法草案以及若干有关事项。

## 1. 关于《国际疾病分类》的第九次修订

### 1.1 关于第九次修订提案准备工作的回顾

第九次修订工作的准备过程是从 1969 年召集的一个考察小组开始的。因为这次的准备

工作计划着手较早,所以这次会议的提案比前几次修订也准备得更加成熟。这次的意图是要让使用者能够适时地拿到完整的手册及其字母顺序索引,以便各国在引用 ICD 之前能有一个适当的训练和熟悉过程。考察小组逐步深入的各次会议和疾病分类中心主任的多次会议都指导了修订准备工作的进展。考察小组首次会议原考虑这次修订应该是有限的。可是不久便弄清楚,许多方面的医学专家们正要求有一个更加彻底的修订。于是向专业顾问、国际专家团体、世界卫生组织疾病分类中心和世界卫生组织总部的单位征求意见。世界卫生组织地区办事处也组织了多次会议以使各成员国代表能各抒己见。考察小组第三次会议研究了综合各方面意见的提案,并根据他们的建议将草案于 1973 年中送各成员国审阅。1974 年 6 月世界卫生组织卫生统计专家委员会研究了各国对草案的意见<sup>12</sup>。会议前的最后提案就是根据专家委员会的建议写成的,许多国家的代表在发言中支持按提案进行这次的修订。特别强调的是,临床工作迫切要求在现阶段进行一次广泛的修改,因为 ICD 中某些章节的结构已经落后于现代医学的临床概念。可是,瑞典代表团代表北欧五国(丹麦、芬兰、冰岛、挪威和瑞典),提议认为如此广泛地修改 ICD 的困难和代价是一个实际问题,因为这些国家已经根据 ICD 第八次修订本(ICD-8)编制了自己的五位数译本,并已广泛应用于计算机卫生情报系统。他们认为他们的五位数译本在很大程度上是能够满足第九次修订所希望的更加专门化的临床需要的。这次会议注意了北欧国家的考虑,可是鉴于许多国家要求 ICD 能做结构上的改革以满足临床要求,并能提供更多的专门性,会议基本上还是支持了已提到会议上的提案修订范围。

## 1.2 ICD 应用的历史及其发展

会议回顾了疾病分类的令人难忘的历史,疾病分类的起源是使用多年的一份死亡原因表。直到第六次修订,这个分类才扩展到非致命的疾病。后来发现这个分类只要再增补一些细目,便可用于医院索引的编制,近几年来更有益于医学检查系统的几种改编本问世。第九次修订提案包括一套更适用于评价医疗工作的统计的方法。将来必然要决定如何适用于健康保险统计,ICD 改编以使其、以至决定是否可能将其改编而为中央对医疗事业拨款提供依据。所有这些用途都要求把分类工作推向更加精细的方向。可是在另一方面,也必须记住,对如此精细分类尚不关切的许多国家和地区的要求,他们也需要一个以 ICD 为基础的分类,以评价医疗工作的进展和对疾病的控制。

## 1.3 第九次修订提议稿的基本特点

会议认为第九版提案稿的总体编排,虽附有很多增补细目,但与第八版基本相同。会议注意了保证在 3 位数一级上类目的统计分类意义。其改进各点如下:

(i) 有些地方编制了第 5 位数以供选用:例如,结核病的诊断方式,第 XI 章中的分娩方法,肌肉骨骼疾病的解剖部位以及 E 编码中的事故发生地点。

(ii) 为肿瘤的各种组织学类型分类提供一个独立的 4 位数编码系统,4 位数前冠以英文字母 M 以表示形态(Morphology);4 位数后缀加第 5 位数以表示肿瘤的动态。这个编码只是在表示部位的正常编码以外作为附加编码以供选用。

(iii) 代表外部原因的 E 编码的地位有了改变。在第六、第七和第八版的第 XVII 章中有两种可以互换的分类编码;一是根据损伤性质的 N 编码,一是根据外部原因的 E 编码。在第九次修订稿中建议取消 N 前缀。考虑只把损伤性质作为主体分类的一个组成部分。而将 E 编码作为一个补充分类,在有关地方与主体分类的任何部份结合使用。可是,在用于死亡统计时,如果只用一种编码,还是应该选用 E 编码,因为它比第 XVII 章更能说明死亡的根本原因。

(iv) 第九次修订提案稿中包括某些诊断用语的双重分类。会议知道自从要求按重要临床表现进行疾病分类,例如将流行性腮腺炎脑炎列为脑炎的一个类目明白表示以后,这种分类方法已被引入 1973 年的提案中了。因为把 ICD 的整个基轴转向这个基础是不明智的,所以第一次提案便让临床表现分类可与传统的病因分类互相代替。经过批驳,现在提议将“传统的”病因编码加上剑号(†),仍作为基本编码;而将按临床表现分类的新编码加上星号(\*),作为辅助编码,以供在有关医疗工作的计划和评价中应用。这种双重分类只有在诊断用语中既包含病因也包含临床表现,而且后者自身又有其重要意义时才适用。

(v) 精神疾患篇的各类目包含对其内容的文字描述,借以克服在这方面的特殊困难。因为在这方面的国际名称并不标准。

V 编码(即以前的 Y 编码)在第一卷中继续保留。

会议承认提案修订稿中的这些特点。

#### 1.4 通过《国际疾病分类》第九次修订稿

会议,

在考虑了世界卫生组织根据卫生统计专家委员会的推荐所准备的提案之后<sup>12</sup>,

承认为了适应有些会员国在会议期间针对某些细节所提出的意见,对少数几个地方有进一步稍加修饰的必要,

会议推荐将经过修订的报告附件 I 中的详细类目表和亚目表共同编成《国际疾病分类》第九次修订本。

#### 2. 医学操作分类法

根据一些会员国的要求,世界卫生组织起草了一份治疗、诊断和预防方面的医学操作分类法,包括外科、放射科、实验室以及其他方面的操作。会议研究了不同国家对这方面的分类方法,也征求了若干国家医院协会的意见,目的是要为医院、诊所、门诊部等处为病人服务的医疗工作提供一种分析工具。

会议对秘书处作出的这一重要发展表示祝贺,同时建议将这些暂行操作分类法作为《ICD 第九次修订本》的补充材料另行出版,而不必作为它的组成部分。

这些补充材料应先以便宜的简易本出版。2~3 年后参照使用者的意见再作修订。

#### 3. 障碍和残废的分类法

ICD 对当前疾病或损伤提出了分类方法,操作分类为病人所接受的治疗及其他服务提供了一种编码手段,但对障碍及其继发的残废或缺陷仍有分类的必要。

这是一个正在发展中的领域,世界卫生组织已为此准备了一个分类草稿,然而目前在很大程度上它还属于试验和探索性质,它是在向许多负责社会服务和康复工作的单位请教之后草拟的。

会议研究了障碍和残废的分类法,认为这些都是很有潜在价值的。

因此建议将障碍和残废的分类法作为《国际疾病分类》第九版的补篇出版,以供试用。而不作为正文的组成部分。

---

· 所有报告附件已编入本卷内容,此处不再重复。

#### 4. 供专家应用的 ICD 改编本

会议注意了三种适于专家应用的 ICD 改编本。

第一种是肿瘤学改编本, (ICD-O)。它的编码是按三个指导原则制订的, 分别指明肿瘤的部位、形态和动态。4 位数的肿瘤部位编码是以《国际疾病分类》第九版第 II 章中恶性肿瘤的部位分类表为依据的。不过它可以适用于任何其他类型的肿瘤。这里还可以再加一个 4 位数编码以表明肿瘤的组织学类型; 和一个单位数编码以表明肿瘤的动态。这样做是为了使有些中心在需要记录特别详细的肿瘤特点时, 完全可以应用这个 ICD-O 编码以代替 ICD 第九版。(另将备有转换说明书以供在需要时用计算机转换编码)。

其它适用于牙科、口腔科和眼科的改编本也已问世。每种小型改编本中包含选自 ICD 各章的专家感兴趣的疾病情况, 并用第 5 位数以增补附加细目。

#### 5. 非医生的报告问题

会议讨论了如何获得迫切需要的某些国家中疾病统计和死亡统计, 而那里又缺乏足够的合格医生的问题。在那里涉及疾病或死亡的情报还只能来自非医生之手。关于对这些情报的分类办法, 意见是有分歧的。有些代表认为可以采用某种 ICD 的简化形式(如一种制表目录), 而另一些代表则认为需要制定 ICD 之外的另一种独立系统。

会议召集了由几个对此问题有经验的成员国代表组成的一个小型工作会, 以便更加详细地并参照他们的报告讨论这一问题。

会议,

认识到大多数地区的发展中国家在充分利用 ICD 方面所涉的现存问题;

认为有必要介绍一个客观而适用的提供疾病和死亡数据的系统, 以供制定有效的卫生计划之用;

赞赏一些国家通过非医疗卫生人员或其它人员收集疾病和死亡情报的实地试验和由此获得的实践经验;

注意了世界卫生组织对发展和推动卫生服务事业, 特别是对发展中国家的卫生服务事业的关怀, 如已列入 EB 55.R 16<sup>13</sup>, WHA 28.75<sup>14</sup>, WHA 28.77<sup>15</sup> 和 WHA 28.88<sup>16</sup> 决议中者,

因此, 会议建议世界卫生组织应该:

- (1) 更加关注不同的发展中国家通过非医生人员或辅助医务人员收集疾病和死亡统计所做的探索;
- (2) 组织区域性会议以利于当前面临这类问题的国家交流经验, 从而在适当考虑各国命名差异的情况下设计合适的分类目录;
- (3) 协助这些国家建立或推广依靠非医生人员或辅助医务人员收集疾病和死亡资料的系统所做的努力。

#### 6. 围产期死亡统计及有关事项

会议高兴地研究了卫生统计方法学科学小组有关围产期事项的报告<sup>17</sup> 和关于这个题目的专家委员会的建议<sup>12</sup>。这些是许多学科的专门家出席的一系列世界卫生组织专门会议的高峰。对照医学科学的若干发展, 特别是导致在相当早期妊娠出生的婴儿存活率提高的那些发展, 进行形势回顾已显然很有必要。

经过讨论,会议

建议在有条件的地方,围产期死亡统计应以围产期专用死亡证明书(而不用常规的死亡证明书)为依据,并按“附件 II”中规定的办法报告。这个附件包括有关的定义,也包括关于孕产妇死亡统计方面的建议。

#### 7. 死亡编码规则

当死亡是由与外科手术或其他治疗有关的因素所造成时,应如何选定死亡根本原因这个问题引起了会议的重视。有人建议如果死亡是由于治疗的不良后果所造成,那就应把治疗后果作为死亡原因编码,而不取所治的病症。虽然有些代表认为这样编码不符合死亡根本原因的传统观念,会议还是支持了前一种意见,并且建议:将“附件 III”中的订正规则加入于选定死亡原因的现行规则之中,以供基础死亡原因制表之用。

会议也获悉有关癌症死亡证明书的补充准则已有草拟并正在若干国家试行。如果试行结果表明这些准则能促进编码的统一,则可以编入 ICD 第九版中。

#### 8. 疾病统计中单一原因的选定

直到目前 ICD 中,还没有编入疾病制表规则。常规统计一般都以单一原因为基础,会议认为要把 ICD 应用于常规的疾病统计,则对疾病统计报告中,如何选定单一原因的问题,目前提出国际建议是适宜的。

因此,会议建议在医院或其他医疗机构的有关接触中检查或治疗的主要疾病应选为医疗保健记录的单因分析的疾病。如无诊断,则选用主要症状或主要问题代替。只要可能,单一原因的选定便应由责任医生或其他医疗保健人员承担,并由他们将主要疾病或问题与其他病情区别开来。

除选定单一原因用于制表目的之外,如有可能应尽量争取做多情况的编码和分析,这是合乎需要的。对医院(住院或门诊病人)、医疗保健诊所和家庭医生那里的医疗保健资料尤其需要。对某些其他类型的资料,如健康普查资料,多原因分析可能是唯一满意的分析。

#### 9. 死亡和疾病的简短制表目录

用现在的简短制表目录 A, B, C 和 D 编制死亡和疾病表式已有明显困难。它们那种结构和编码办法往往引起混乱,根据不同目录所做的统计互相对比也有困难。在向此次会议提出的推荐目录中用综合编码代表不同的疾病类群和某些特选的个别疾病。推荐用于死亡和疾病列表的最低目录只有 55 个项目。对此有些国家还可从 275 个类目的基本制表目录中选加更多的项目。

会议

建议应该用列于这份报告的附件 IV 中的专用制表目录以代替疾病和死亡制表目录。这些专用制表目录应该加上适当注解和使用说明而作为《国际疾病分类》的一个组成部分付印出版。

#### 10. 多条件编码和分析

会议高兴地看到一些国家扩大应用多条件编码和分析以适应各种不同的目的。用它来研



究记在一张死亡证明书上的不同疾病情况之间的相互关系便是一个例子；另一个例子是通过它来用电子计算机选择死亡根本原因。会议也注意了储存多编码的疾病和死亡的国家资料的价值。会议对这类工作给予鼓励，但并不认为 ICD 必须编入任何需要遵循的特殊规则或分析方法。

#### 11. 不同的疾病编码体系

目前存在的其他疾病分类方法引起了会议的注意。会议也审视了它们的特征以为讨论第十次修订稿的可能形式做一点准备。这些分类法中有些是《国际疾病分类》的发展；有些则属于多元分类法。这种多元分类法有利于按不同观点检索资料，但在原先设计时并未想到提供常规统计。还有另外一些分类法对每种疾病或名称条目都给以一个特定的编码，以便于检索特定的疾病情况，并可以根据需要将它们综合成可供另外选用的分类法。这些发展似乎表明疾病分类要求有较大的灵活性，也似乎对只用一种单一基轴而又有多种要求的分类法是否仍现实可行表示怀疑。过去已经感到多元分类法往往造成检索疾病名称的困难。给每一疾病或名称条目以一个特定的编码可能是克服由于分类法的改变而引起的困难的一种办法。

#### 12. 关于《国际疾病分类》的第十次修订

会议承认有必要提前开始计划下一次分类法的修订。会议也讨论了在具体工作开始前需要解决的一些问题。最根本之点在于世界卫生组织的活动规划已不再限于疾病分类的范围了。涉及卫生医疗服务的许多其他原因，社会的和经济的原因，现已编入分类正文。医疗操作以及障碍、残废的补充分类也已有了增篇。这些都需要进一步发展和综合成为一个全面的和协调的卫生情报分类系统。世界卫生组织规划的名称也应该反映这一更加广泛的活动范围。

在多语种的基础上实现命名标准化对统一诊断很有必要。类似为精神病篇所编写的词汇表，在诊断概念不清的其他专科中也可备制。在第八修订版中，传染病包括 140 个类目，而全部围产期疾病却只有 20 个类目。由于基本上的保守性质，这种不平衡现象被保留在第九版中。但是这种限制在下次修订中再没有保留的必要了。

会议承认，为了国际对比，需要一个内容相当广泛的分类法，而为了编制诊断索引和进行流行病学研究又要求有一种很高的专业性。二者之间，存在矛盾。另外，一种适用于发展中国家社会水平的分类法，与适用于用电子计算机编制全国疾病程序分类法的要求之间，也存在矛盾。第十次修订本的结构又是另一个急待解决的问题。应该保留目前的单基轴分类系统，还是转向多方向分类探索，或是将编码法和分类法彼此分开，以便前者保持不变而后者能在比目前更短的期间内得以修订？

会议认为，这些问题应该通过建立和试验各种不同的分类模式在最近两三年内予以解决。会议承认这将是世界卫生组织在这一领域中正常工作之外的一个附加任务，需要拨给额外经费。

会议承认关于 ICD 已经完成和正在完成的工作是很有价值的。但会议也承认对分类的灵活性有迅速增加的要求，要求比这个分类的现有结构能有更多的灵活性。

会议，

注意到 ICD，尽管全部承受目前经费拮据的困难，还是世界卫生组织最有影响的活动之一。