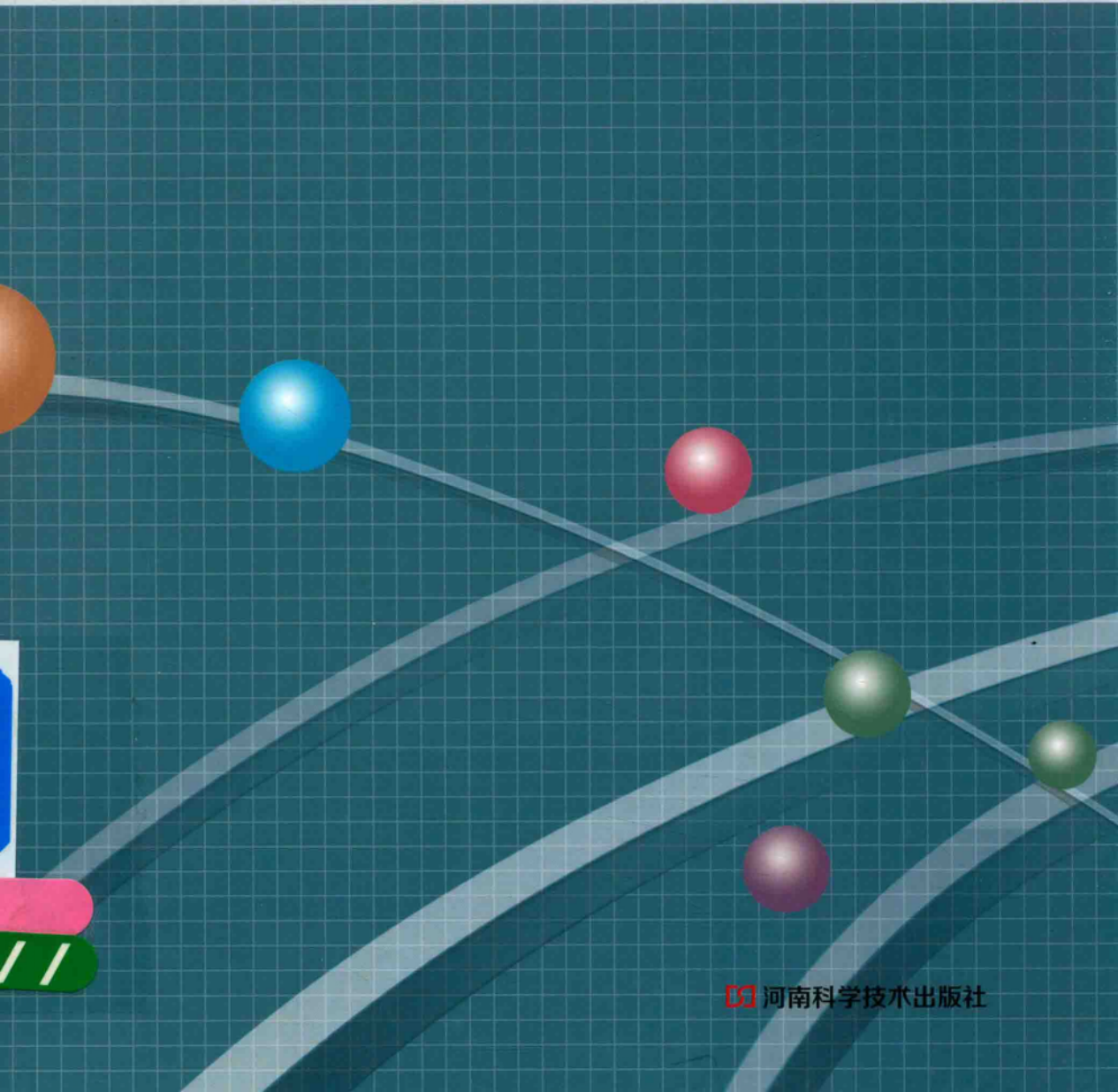


疼痛性疾病诊断与 手术操作分类编码

主编 赵序利 边 鹏 傅志俭



河南科学技术出版社

疼痛性疾病诊断与 手术操作分类编码

主编 赵序利 边 鹏 傅志俭

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

疼痛性疾病诊断与手术操作分类编码/赵序利, 边鹏, 傅志俭主编. —郑州: 河南科学技术出版社, 2018. 1

ISBN 978-7-5349-8992-6

I. ①疼… II. ①赵… ②边… ③傅… III. ①疼痛-诊断-编码 ②疼痛-外科手术-编码 IV. ①R441. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 221290 号

出版发行: 河南科学技术出版社

地址: 郑州市经五路 66 号 邮编: 450002

电话: (0371) 65788001 65788639

网址: www.hnstp.cn

策划编辑: 王月慧

责任编辑: 王月慧

责任校对: 李振方

封面设计: 张 伟

责任印制: 朱 飞

印 刷: 郑州环发印务有限公司

经 销: 全国新华书店

幅面尺寸: 185 mm×260 mm 印张: 9.25 字数: 211 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版 2018 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 39.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换。

《疼痛性疾病诊断与手术操作分类编码》编写人员

主 编 赵序利 边 鹏 傅志俭

副主编 (按姓氏笔画排序)

于俊敏 王珺楠 孙 涛 林小雯

林炜炜 赵学军 谢珺田

主 审 宋文阁

前言

疼痛性疾病是人们就医的最常见原因，随着社会的老龄化和医疗消费水平的提高，疼痛性疾病已成为降低患者生活质量、危害人类健康的医疗社会问题。

卫生部（卫医发〔2007〕227号）文件规定，在我国二级以上医院建立疼痛科，增设一级诊疗科目。这项具有划时代意义的举措体现了我国政府对慢性疼痛患者的人文关怀和对人类健康权利的高度关注，当时得到了时任国际疼痛学会（International Association for the Study Pain, IASP）主席 T. S. Jensen 博士的高度赞扬，他在发来的贺信中指出，“在这方面，中国可以成为其他国家的榜样，来推动全世界疼痛治疗的发展”。换言之，在疼痛科的建立上，中国走在了世界前列。然而，如雨后春笋般建立的各级医院疼痛科在经历不断的创新和探索中，同样面临着核心疾病和核心技术的界定、诊疗常规和操作规范的制定、住院医师规范化培训，以及疼痛专科医师的培养、注册和认证等诸多困难和挑战。

在年轻而快速发展的疼痛科建设中，信息化建设无疑占据着至关重要的地位。而病案的数字化分类管理是规范科室信息化建设的基础，是质量控制的手段和工具，是上级主管部门制定政策、分配资源的依据，也是新兴专业逐步走向成熟的标志、国内外同行有效沟通的平台。为此，山东省立医院疼痛科和病案管理科齐心协力，尝试着编撰了《疼痛性疾病诊断与手术操作分类编码》。

本书是基于《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本》（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10）和《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 Operation and Procedures, ICD-9-CM-3）的规则与方法进行分类编码的。它有利于疼痛科核心疾病和核心技术的规范，以及临床资料的收集、整理、分析和利用，有利于疼痛科诊疗质量的提高和科室质量控制管理，有利于疼痛科多中心临床研究的开展和国内外有效而“同质”的学术交流，加快疼痛科的信息化建设步伐，迎接大数据时代的到来。

本书在绪论中简要介绍了 ICD-10 的疾病诊断方法和 ICD-9-CM-3 的手术操作分类方法及其编码规则。第一部分，主要针对临床常见的疼痛性疾病，分为脊柱源性疼痛疾病、神经病理性疼痛疾病、风湿免疫性及退变性疼痛疾病、癌性疼痛疾病、血管性疼痛疾病、精神源性疼痛疾病 6 章，每一病种作为一节，分别从病因病理、解剖基础、辅助检查、诊断依据进行叙述，并按病种提供编码方法的依据。第二部分，主要

针对不同的病变部位，分为椎间盘、椎体、神经、椎管、骨关节及肌腱等 10 章逐一叙述。但在某些章节中，又主要依据技术的原理而不是依据施术的部位进行分类和编码，如椎间盘微创手术，不论颈椎间盘、胸椎间盘还是腰椎间盘，编码的原则都是依据各种微创技术的不同，从而避免重要的遗漏或不必要的重复。另外，为了方便临床参考查用，本书中名词与目前临床上通用的 2013 年人民卫生出版社《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本》和 2013 年人民军医出版社《国际疾病分类第九版临床修订本手术与操作》保持一致，有个别名词与“术语在线”提供的规范用词不一致，如用“颅神经”而不是“脑神经”；还有些名词在正文与索引中不一致，如“神经破坏药”在索引中为“神经破坏剂”等。希望我们的初步尝试能够对同道们的临床工作有所帮助，为疼痛科的信息化建设和健康发展贡献一份力量。

由于我们水平有限，加之缺乏相关经验，在编撰过程中难免有疏漏和错误之处，敬请广大读者批评指正。

山东省立医院疼痛科 傅志俭

2017 年 9 月于济南

目 录

绪论	(1)
----------	-----

第一部分 疼痛性疾病诊断及编码

第一章 脊柱源性疼痛疾病	(6)
第一节 颈源性头痛	(6)
第二节 颈椎病	(8)
第三节 腰椎间盘突出症	(15)
第四节 腰椎管狭窄症	(17)
第五节 第三腰椎横突综合征	(19)
第六节 梨状肌综合征	(20)
第七节 股外侧皮神经卡压综合征	(21)
第八节 棘突滑囊炎	(23)
第九节 臀上皮神经痛	(24)
第十节 脊神经后支卡压综合征	(25)
第二章 神经病理性疼痛疾病	(27)
第一节 三叉神经痛	(27)
第二节 舌咽神经痛	(29)
第三节 枕神经痛	(30)
第四节 带状疱疹神经痛	(31)
第五节 带状疱疹后神经痛	(33)
第六节 糖尿病周围神经病变	(34)
第三章 风湿免疫性及退变性疼痛疾病	(37)
第一节 类风湿关节炎	(37)
第二节 强直性脊柱炎	(39)
第三节 骨性关节炎	(41)
第四节 痛风	(44)

第五节	股骨头坏死	(48)
第六节	骨质疏松症	(50)
第七节	肩关节周围炎	(53)
第八节	肘关节周围炎	(55)
第九节	腕及手关节周围炎	(57)
第四章	癌性疼痛疾病	(60)
第五章	血管性疼痛疾病	(65)
第一节	偏头痛	(65)
第二节	雷诺综合征	(68)
第三节	血栓闭塞性血管炎	(70)
第四节	红斑性肢痛症	(73)
第六章	精神源性疼痛疾病	(75)
第一节	抑郁症	(75)
第二节	癔症	(77)
第三节	焦虑症	(78)
第四节	躯体形式障碍	(80)

第二部分 手术操作及其编码

第七章	椎间盘微创手术	(82)
第一节	造影术	(82)
第二节	经皮胶原酶溶盘术	(85)
第三节	经皮椎间盘激光汽化减压术	(87)
第四节	经皮椎间盘等离子消融术	(88)
第五节	经皮椎间盘旋切术	(90)
第六节	经皮椎间盘射频消融术	(92)
第七节	经皮椎间盘注射臭氧消融术	(93)
第八章	经皮椎间孔镜下髓核摘除术	(96)
第九章	椎体成形术	(99)
第十章	神经电刺激	(103)
第一节	脊髓电刺激	(103)
第二节	周围神经电刺激	(106)
第十一章	椎管内微创治疗技术	(108)
第一节	硬膜外腔微创治疗技术	(108)
第二节	蛛网膜下腔注射	(114)
第三节	鞘内注药泵技术	(116)

第十二章	神经相关微创治疗技术	(119)
第一节	躯体感觉神经节微创治疗技术	(119)
第二节	自主神经微创治疗技术	(123)
第十三章	骨关节相关微创治疗技术	(126)
第十四章	肌腱微创治疗技术	(130)
第十五章	外周痛点微创治疗技术	(133)
参考文献		(137)

绪 论

一、疾病与手术操作分类概述

疾病与手术操作分类是卫生信息领域中的一个重要学科，它集基础医学、临床医学、临床流行病学、医学英语、分类规则等方面的知识于一身，是将原始资料加工成为信息的重要工具。疾病分类的目的是按照所设定的方案进行资料收集、整理、分析和利用。统一的命名是分类的基础，标准化的分类方法又是医院间、地区间乃至国际进行交流比较的桥梁。

国际疾病分类（International Classification of Diseases, ICD）是根据疾病的病因、解剖部位、临床表现和病理等特性，将疾病进行分门别类，使其成为一个有序的组合。疾病分类是用编码的方法表示疾病的分组情况。目前国际上通用的是 ICD 第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本》（ICD-10）。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。第一卷共有 22 章，其中与本书相关的疾病编码主要是第六章“神经系统疾病”及第十三章“肌肉骨骼系统和结缔组织疾病”，还有第一章“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”、第九章“循环系统疾病”等的少部分。

手术操作分类是指对患者直接施行的诊断性及治疗性操作，包括传统意义的外科手术、内科非手术性诊断和治疗性操作、实验室检查及少量对标本诊断性操作所进行的分类。手术操作分类也是用编码的方法表示手术操作的分组情况。目前国际上通用的是 ICD 第 9 版临床修订本第三卷（自成一卷出版）——《国际疾病分类第九版临床修订本手术与操作》（ICD-9-CM-3）。ICD-9-CM-3 包括一个类目表和一个索引。与本书有关的手术操作编码主要是第二章“神经系统手术”、第十六章“肌肉骨骼系统手术”及第十八章“各种诊断性和治疗性操作”。

二、基本术语与缩略语

（一）基本术语

1. 类目 ICD-10 的类目指的是三位数编码，包括一个字母和两位数字，例如 M54 背痛。ICD-9-CM-3 的类目指的是两位数编码，例如 80 关节结构的切开术和切除术。

2. 亚目 ICD-10 的亚目指的是四位数编码，包括一个字母、三位数字和一个小数点，例如 M54.3 坐骨神经痛。ICD-9-CM-3 的亚目指的是三位数编码，例如 80.5 椎间盘切除术或破坏术。

3. 细目 ICD-10 的细目指的是五位数编码, 包括一个字母、四位数字和一个小数点, 例如 M54.14 胸神经根炎。ICD-9-CM-3 的细目指的是四位数编码, 例如 80.51 椎间盘切除术。

4. 残余类目 指亚目标题含有“其他”和“未特指”字样, 是分类那些不能归类到该类目下的其他特指亚目疾病的编码。例如 G50.8 三叉神经的其他疾患、G50.9 未特指的三叉神经疾患。

5. 双重分类 (星剑号分类系统) 是 ICD-10 中的常见术语, 指剑号 (†) 和星号 (*) 编码, 剑号表明疾病的原因, 星号表明疾病的临床表现。例如带状疱疹后神经痛 B02.2† G53.0*, 剑号表明病因是带状疱疹, 星号表明临床表现是神经痛。

6. 主要编码和附加编码 主要编码是对主要疾病的编码, 通常是患者住院的原因。当一个住院患者存在多个疾病时, 要按有关规则进行选择。附加编码又称次要编码, 是指除主要编码外的其他任何编码。

7. 另编 (Code also) 又称为也要编码, 提示在该编码下常会出现哪些伴随的其他手术或操作, 这些同时伴随的手术不能相互包括和省略, 也要进行编码, 并给出了编码范围。

在 ICD-9-CM-3 的类目表中, 经常见到“另编任何同时进行的操作 (Code also any synchronous)”或“另编……手术 (Code also……)”。这时如果确定做了某一操作, 那就应该再编一个手术码。例如经皮椎间孔镜下腰椎间盘突出髓核摘除术, 此手术一般同时伴有椎间盘造影术、纤维环修补术及侧隐窝注射消炎镇痛液三个手术, 编码过程中需根据手术实际情况进行另编码表达。

8. 省略编码 (Omit Code) 在 ICD-9-CM-3 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。例如阑尾切除术, 剖腹术就不必编码。

(二) 缩略语

1. NOS (not otherwise specified, 其他方面未特指) 出现在 ICD-10 第一卷时, 根据分类的轴心, 表示三个方面中的某一种情况没有具体说明。

(1) 病因未特指: 例如 M81.9 骨质疏松 NOS, 类目 M81 是以疾病的病因为分类轴心, 即引起骨质疏松的原因, 如 M81.4 药物性骨质疏松、M81.0 绝经后的骨质疏松, 只有未指出病因才会分类于 M81.9。

(2) 部位未特指: 例如 G57.9 下肢单神经病 NOS, 类目 G57 是以部位为分类轴心, 即疾病发生的部位, 如 G57.2 股神经损害、G57.0 坐骨神经损害, 只有未指出部位才会分类于 G57.9。

(3) 临床表现未特指: 这是指广义的临床表现, 还包括了疾病的临床分期、年龄、急慢性等。例如 M48.9 脊椎病 NOS, 类目 M48 是以临床表现为分类轴心, 如 M48.0 椎管狭窄、M48.1 强直性骨肥厚, 这个诊断没有指出具体的临床表现, 因此分类于 M48.9。

2. NEC (not elsewhere classified, 不可归类在他处者) 在 ICD-10 中, 既出现在第一卷, 也出现在第三卷。第一卷中出现的形式是全称, 第三卷中出现的是缩写。

NEC 的含义是如果能够分类到其他编码, 则不要采用此编码。

NOS 和 NEC 实际上都有提示作用, 提示资料不完整, 需要进一步在病案中查找。例如 M48.5 椎体塌陷 NEC, 根据上下文判断如果是失用性骨质疏松引起的椎体塌陷应分类于 M80.2。

NOS 和 NEC 出现在 ICD-9-CM-3 中, 与在疾病分类中的意义相同。

三、疾病分类编码

(一) 疾病分类轴心

ICD-10 疾病分类轴心是分类时所采用疾病的某种特征。在国际疾病分类中, 使用的疾病特征可以归纳为四大类, 即病因、部位、临床表现 (包括症状、体征、分期、分型、性别、年龄、急慢性、发病时间等) 和病理, 因此国际疾病分类称之为多轴心分类。疾病分类的轴心也是分类的标准, 标准一旦确立, 分类将围绕着标准进行。

(二) 疾病分类编码的查找方法

疾病分类编码的查找方法分为三个步骤, 首先要确定主导词, 其次是在第三卷索引中查找编码, 最后是在第一卷中核对编码。

1. 确定主导词 主导词是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。

(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。例如三叉神经痛、棘突滑囊炎、强直性脊柱炎。

(2) 疾病的病因常常可以作为主导词。例如带状疱疹后神经痛。

(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。例如雷诺综合征。

(4) “综合征”可以作为主导词, 但其下修饰词不含有人名和地名。例如腕管综合征。

(5) “病”结尾的诊断, 首先要按全名称查 (去除明显的修饰词), 如果查不到, 可以将“病”作为主导词。例如周围神经病 (“周围”是明显的修饰词)。

2. 在第三卷索引中查找编码 首先, 识别疾病诊断的类型, 在第三卷的三个索引中选定适当的索引进行查找; 其次, 查找已确定的主导词, 主导词的查找方法包括首字笔画查找法、首字拼音查找法、书眉拼音查找法, 书眉拼音查找法是最简便快捷的方法; 最后, 是编码的查找, 具体的查找方法在此不展开叙述。

3. 在第一卷中核对编码 编码查找的第三步是核对编码, 要在第一卷中进行。主要是看第一卷中章、节、类目、亚目下“包括”和“不包括”的注释及指示性说明。“包括”的注释为某一范围之类目或一个三位数类目中的全部亚目所共有的一般诊断性描述, 在章、节、类目下具有提示分类的意义。“不包括”的注释出现在某些黑体字标题下方, 提示这些诊断应分类于他处。例如创伤性腰椎间盘突出, 以“移位”为主导词, 查找“- 椎间盘 - 腰骶”, 获得的编码是 M51.2。核对编码时可见节下有注释, 不包括近期损伤。另以“脱位”为主导词, 查找“- 腰 (椎), 腰骶 (椎)”得到的编码是 S33.1。经在第一卷中核对, 此编码正确。在本书后述内容中, 无须特别说明的

均省略此核对编码步骤。

四、手术操作分类编码

(一) 手术操作分类编码的查找方法

手术操作分类编码的查找方法与疾病分类编码的查找方法相同。第一步是确定主导词，第二步是查找索引，第三步是在类目表中核对编码。

1. 确定主导词 在 ICD-9-CM-3 中，主导词通常指出所进行操作的类型，并不涉及相关的解剖部位。确定主导词的方法如下。

(1) 一般如手术方式或操作方法为主导词，它们通常位于操作术语的尾部。例如椎间盘纤维环修补术。

(2) 切开术、切除术、造影术、成形术等，通常按照全名称直接查找。例如椎骨成形术。

(3) 以人名命名的手术可以直接查人名，也可以手术方式查找，其中有些还可以直接以手术为主导词查找。

本书涉及手术的主导词确定相对于其他学科手术有一定的难度，需要仔细学习。常用的主导词是“破坏术”“松解术”“注射”“植入术”等。

2. 通过索引查找编码 索引中查找编码的方法，参见索引的排列。

3. 在类目表中核对编码 这一过程要注意章、节、类目或亚目中的“包括”与“不包括”等注释。它有可能提示手术操作编码需要改变。

(二) 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，因此完整的名称对于编码的准确性起着关键的作用。构成手术名称的主要成分有（范围）部位、术式、入路、疾病性质。

例如：星状神经节阻滞术 （范围）部位 + 术式
 肛门瘘关闭术 （范围）部位 + 疾病性质 + 术式
 经皮椎间盘旋切术 入路+（范围）部位 + 术式
 针刀松解术 术式

另外，手术操作伴随的特殊器械和方法、手术目的也将会对编码产生影响。从上述例子可见，部位和术式是手术操作名称的基本成分，也称为核心轴心。手术名称构成公式并非要求每一个手术名称都必须包括所有成分，针刺、灸都是一种操作方式，但可以独立存在，有编码。这两个手术操作名称实际上连操作部位都没有，仍可以编码。

1. 解剖部位对编码的影响 作为手术操作术语的核心成分，解剖部位是必须指出的，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 77.10 骨髓腔减压术。

不同部位的骨髓腔减压术有不同的细目编码，如股骨骨髓腔减压术编码为 77.15，跟骨骨髓腔减压术编码为 77.18，胫骨骨髓腔减压术编码为 77.17。不明确部位的骨髓腔减压术也可以笼统地给予编码。

对于穿刺术，如果不指出部位就不能编码。

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。

在手术分类中，相同器官左右部位的编码相同。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。

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，它比部位更加重要，没有术式根本无法分类。术式也是医师们一定会书写的成分，但又是一个常常产生问题、不能正确表达的成分。例如半月神经节的射频治疗，其包括射频热凝毁损术和射频调节术。其中周围神经射频热凝毁损术分类于神经破坏术；周围神经射频调节术为一物理疗法，主要作用为调节神经功能，分类于神经“其他手术”。两种手术差别较大，在这种情况下，必须查看病案才能正确编码。

3. 手术入路对编码的影响 通常手术的入路并不需要指出，少数情况下需要给予说明。

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。

5. 手术伴随的其他情况对编码的影响 单独性和复合性的手术对编码影响较大，往往可以改变类目，不仅仅是亚目和细目的变动。

例如：椎间盘切除术 80.51

 - 伴有椎体切除术 80.99

6. 手术目的对编码的影响 手术目的必须书写明确才能准确编码。也就是说，不仅要书写手术名称，还要提示手术目的，这样才利于编码的准确性。

例如：交感神经的注射

 目的：用于麻醉 05.31

 神经破坏剂 05.32

总之，如果在一个术语中出现上述六个方面的描述时，不要轻易地忽略，要在索引中查找直至证实所有成分对编码都不影响时，才可不究。同时，在查找编码之前，要认真阅读病案，审核手术诊断名称的完整性。如果发现诊断术语有不完整或遗漏之处，务必请医师及时修正后再编码。

(林炜炜 边 鹏)

第一部分 疼痛性疾病诊断及其编码

疼痛性疾病是医学和生物学中富有挑战性的问题之一，疼痛性疾病的诊断及其编码同样让很多医生困惑。本部分就疼痛临床常见的脊柱源性疼痛、神经病理性疼痛、风湿免疫性及退变性疼痛、癌性疼痛、血管性疼痛、精神源性疼痛等疾病，从疾病特点、病因病理、解剖基础、辅助检查、诊断依据及编码方法等几个方面进行描述，以期为广大疼痛临床从业者及编码人员快速了解疼痛临床常见疾病的诊断及其编码知识提供帮助。

第一章 脊柱源性疼痛疾病

第一节 颈源性头痛

颈源性头痛的概念于1983年由Sjaastad等学者提出，是指由颈椎和（或）颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的以慢性、单侧或双侧反复头部疼痛为主要临床表现的一组以疼痛为主的临床综合征，疼痛性质是牵涉痛。颈源性头痛可以发生在任何年龄，以中年人居多。

头痛多为单侧，有时可以是双侧，通常以一侧为重。疼痛首先发生于颈部或枕部，随之扩散至病变侧的额、颞及眶部，在疼痛发作最剧烈时，额、颞部疼痛程度最重，可超过颈、枕部疼痛。疼痛程度为中重度，非刺痛，常感觉深在颅内。疼痛呈间歇性发作，每次发作持续数小时至数日，缓解期可长达数小时至数月。随着病情的进展，缓解期逐渐缩短，有的患者转为持续疼痛阵发性加剧。颈部活动、不良的颈部姿势及按压由眶上神经、高位颈神经（第1~3颈神经）所支配的组织可诱发头痛发作，有时行咽鼓管检查、咳嗽或打喷嚏也可诱发疼痛。颈部僵硬，主动和被动活动受限，可伴有同侧肩部及上肢痛。伴有恶心、呕吐、畏光、视力模糊、流泪、声音恐怖、眩晕等

症状和体征。

一、病因病理

颈源性头痛可根据神经根的不同受累部分,分为神经根的感觉根纤维受到刺激引起的神经源性疼痛和腹侧运动神经根受到刺激引起的肌源性疼痛。

颈椎间盘退变导致椎间孔变形,椎间孔内走行的神经、血管都可因压迫、牵拉、成角和炎症而受到刺激引起疼痛和神经功能障碍;同时,髓核突出可直接引起无菌性炎症、神经水肿,引起颈椎间盘源性神经根炎,导致顽固性颈源性头痛。慢性持续性肌肉痉挛引起组织缺血、缺氧,无氧代谢产物在肌肉组织中聚集,引起颈部肌筋膜炎,刺激在软组织内穿行的神经干及神经末梢产生疼痛。

二、解剖基础

第1~4颈神经与头痛关系密切。枕大神经、枕小神经和耳大神经是传导颈源性头痛的主要神经。这些神经的分支靠近椎动脉经枕骨大孔进入颅腔前的成角处,容易受到椎骨突起及肌肉附着处的刺激及损伤。来自嗅神经、面神经、舌咽神经、迷走神经和三叉神经传入支的终末纤维与第1~3颈神经后根传入纤维在第1~2颈髓节段后角内联系。这些颈神经的感觉范围可向前延伸到前额部、眶下部,受卡压或炎症刺激时可出现牵涉性头部疼痛,常伴有耳鸣、眼胀及嗅觉和味觉改变。

三、辅助检查

1. X线检查 早期常无明显改变;以后可见关节间隙狭窄和不稳,关节突增生,骨刺形成;后期可见关节肥大、周边部伴有明显的骨赘形成,椎间孔变小,或棘突增宽变厚,棘上韧带钙化等。

2. CT检查 有些患者可见关节突关节缘骨刺形成、关节突关节肥大、关节间隙变窄、关节软骨变薄、关节突关节内“真空现象”、关节囊钙化、关节突软骨下骨质硬化等,少数患者可见高位颈椎间盘突出。

3. MRI检查 是最敏感的辅助检查手段,可同时观察椎间盘、神经根、脊髓等各种颈椎组织,还可以通过组织的含水量来分析组织的退变情况。

四、诊断依据

1. Sjaastad等学者提出的主要诊断依据 ①单侧头痛,不累及对侧,可放射至同侧肩部或上肢;②按压颈部引起头痛;③颈部运动和(或)单一长久的头部姿势可以激发疼痛。

2. 国际疼痛学会(IASP)公布的诊断依据 ①几乎完全局限于一侧的中重度头痛,始于颈部或枕部,最后可扩散至前额和颞部;②头痛间歇性发作,早期持续时间不等,以后发作愈发频繁,疼痛时轻时重;③临床症状和体征显示颈部受累;④可用枕大神经、枕小神经、第3枕神经或颈交感神经节阻滞进行试验性诊断。

3. 结合以上两种观点的诊断依据 ①颈部活动和(或)头部维持于异常体位时头

痛症状加重，或按压头痛侧的上颈部或枕部时头痛症状加重；②颈部活动范围受限；③同侧的颈、肩或上肢有非根性疼痛（定位不明确），或偶有上肢根性痛；④单侧头痛，不向对侧转移；⑤诊断性神经阻滞有助于明确诊断。

五、编码方法

在 ICD-10 第一卷中，有关头痛的分类如下。

- G44 其他头痛综合征
- G44.0 丛集性头痛综合征
- G44.1 血管性头痛，不可归类在他处者
- G44.2 紧张型头痛
- G44.3 慢性创伤后头痛
- G44.4 药物性头痛，不可归类在他处者
- G44.8 其他特指的头痛综合征

六、编码查找方法

颈源性头痛的编码查找方法是在 ICD-10 第三卷中查找主导词“头痛”，下面“-特指的综合征 NEC”，获得编码 G44.8。

核对 ICD-10 第一卷，类目“G44 其他头痛综合征”，其亚目分类轴心为头痛的类型，颈源性头痛不在所列出的特异性类型范围，归类于其他特指类型的分类 G44.8。

第二节 颈椎病

颈椎病是由于颈椎间盘退行性改变及其继发病理改变累及周围组织结构（神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等）而导致的一系列临床症状，仅有颈椎的退行性改变而无临床表现者不能称之为颈椎病。其发病率随年龄增长而增加，据统计，50 岁年龄组发病率约为 25%，60 岁年龄组发病率约为 50%，70 岁以上年龄组发病率更高。

根据受累组织和结构的不同，颈椎病分为以下几种类型：颈型（又称软组织型）颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病、交感神经型颈椎病、椎动脉型颈椎病、其他型（目前主要指食管压迫型颈椎病），如果两种和（或）以上类型同时存在，则称为“混合型”颈椎病。

一、颈型颈椎病

1. 病因病理 颈型颈椎病是在颈部肌肉、韧带、关节囊急性和慢性损伤，椎间盘退变，椎体不稳，小关节错位等的基础上，机体受凉、感冒、疲劳、睡眠姿势不当或枕高不适宜，使颈椎过伸或过屈，颈项部肌肉、韧带、神经受到牵张或压迫所致。

2. 解剖基础 除第 1 颈椎与第 2 颈椎之间的寰枢关节无椎间盘外，从第 2 颈椎至第 1 胸椎共有 6 个椎间盘。纤维环、髓核和软骨终板共同组成椎间盘。椎间盘退变、