

R366
33w

4562.14

国际疾病分类 神经学分册

第二版

董景五 编译



世界卫生组织



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

国际疾病分类神经学分册/董景五编译. - 2版. - 北京:
人民卫生出版社, 1999
ISBN 7-117-03456-4

I. 国… II. 董… III. 神经病学 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 33536 号

第一版 1987

第二版 1997

国际疾病分类神经学分册: ICD-NA 第二版

1. 神经学 - 分类 2. 神经系统疾病 - 分类 I. 标题: ICD-NA

ISBN 92 4 154502 X

[国立医学图书馆(NLM)分类: WL15]

要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利, 应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版物办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请, 并乐于对现有文本所作的任何修改、新版本的计划、再次印刷和翻译提供最新的信息。

© 世界卫生组织, 1997

根据世界版权公约第二号协议书规定, 世界卫生组织出版物享有版权保护。保留全部版权。

在本出版物中采用的名称和表达的材料不意味着世界卫生组织秘书处对任何国家、地区及其管辖的城市和区域涉及到的法律问题或涉及到其边界的确定所表示的任何意见。

提及的具体公司或某些制造商的产品不意味着他们优先于那些未提及并具有类似性质的其他公司或产品得到世界卫生组织的承认或推荐。除了错误和省略外, 所有产品的名称以第一个大写字母为特征。

国际疾病分类神经学分册

第二版

董景五 编译

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 40印张 1521千字
1999年12月第1版 1999年12月第1版第1次印刷
印数: 00 001—4 000

ISBN 7-117-03456-4/R·3457 定价: 71.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

国际疾病分类神经学分册(ICD-NA)是由世界卫生组织编写的“疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本”的几个分册之一,以满足象神经学这样的专业学科对ICD的需求。ICD-NA的前一个版本是在由博利斯医师(Dr. L. Bolis)(意大利,米兰,国际慈善基金会)召集的一个专家小组的帮助下于1984-1985年间编制的,当时他在世界卫生组织精神卫生处(MNH)主管与神经科疾患的预防和控制有关的活动。考虑了该专家小组的建议以及收到的来自由已故的舍恩伯格教授(B. S. Schoenberg)(美国国立卫生研究所)为主席的世界神经学联合会的神经流行病学小组和其他非政府机构提出的意见,奥戈戈佐教授(J.-M. Orgogozo)和达尔蒂格教授(J. F. Dartigues)(法国,波尔多大学)以英语和法语起草了第一版的文本。该版本对与ICD-9有关的编码提供了广泛但有限的选择。现在编制的版本则具有更广阔的为几乎每一种神经科情况提供单个编码的目的,从而为流行病学和临床研究以及日常统计报告提供了统一的分类。

ICD-NA第二版的概要是由布拉德利教授(W. G. Bradley)(美国迈阿密大学)、奥戈戈佐教授、萨托里乌斯医师(N. Sartorius)(当时为世界卫生组织精神卫生处主任)和范德里梅伦医师(J. van Drimmelen)(世界卫生组织,日内瓦,瑞士)共同编制的。活动在神经学领域的非政府机构的代表们以及世界卫生组织和各成员国的专家们对此进行了讨论,然后以其作为编写ICD-NA的框架。

布拉德利教授和奥戈戈佐教授在范德里梅伦医师的帮助下,以第一版为基础并参考由布拉德利教授为主席的美国神经学协会的疾病分类委员会[在致谢一节(3~7页)内以星号列出该委员会成员的名字]提出的详细建议,编制了ICD-NA最初的草稿。活动在神经学领域的非政府机构(列在第3页)和许多顾问审查了草稿。他们有价值的建议被ICD-NA的倒数第二次修订稿所采纳,此稿再次被非政府机构的参加人员所审核。

最后的修订稿反映了在许多常常争论的需求上最好的解决办法。应该牢记,基本的ICD-NA必须建立在ICD-10结构的基础上。这既可以防止引入建议的某些改变,也可以确保所有在ICD-NA中的五、六、七位数编码能够符合原先ICD-10的三或四位数编码;因此也保留了官方分类的可比性,不管其利用的目的或水平。

世界卫生组织的卡坦先生(M. Catan)和范德里梅伦医师采用了由弗赖贝格尔医师(H. J. Freyberger)和凯斯勒医师(C. Kessler)(吕贝克,德国)编制的初步草稿的一部分,在世界卫生组织卫生状况和趋势评估处卢尔先生(A. L'Hours)多方面帮助下编制了ICD-NA的索引。卢尔先生的指导也有助于确保ICD-NA与起源的ICD-10之间的一致性。

在本书的第一和第二部分给出了国际疾病分类历史的概述、ICD-NA 结构的信息以及使用说明。

纳帕尔科夫医师(N. P. Napalkov)
助理总干事
世界卫生组织

致 谢

下列组织为编制本书提供了无价的支持：

美国神经学学会
美国神经科协会
美国睡眠障碍协会
欧洲神经学科联盟
欧洲脑卒中理事会
国际脑研究组织
癫痫病国际局
国际大脑麻痹学会
国际儿童神经科协会
国际多硬化协会联盟
国际头痛学会
国际抗癫痫病联合会
国际运动障碍学会
国际神经病理学学会
国际脑卒中学会
世界精神卫生联盟
世界神经学联盟
世界神经外科学会联盟

特别要感谢 Detchant 的沃尔顿勋爵(Walton)，他持续而有力的支持极大地便利了出版工作，还要感谢世界神经学联盟(WFN)的阿曼德·洛温塔尔教授(Armand Lowenthal)，他对获得世界神经学联盟的委员会和研究小组的建议十分有帮助。

吉尔摩(J. Gilmore)、约瑟夫(J. Joseph)和德鲁耶(T. Drouillet)三位女士为本项工作提供了后勤保证。

非常感谢下述从事了这项工作的人员，他们的建议是特别有帮助和富有创见的。用一个星号(*)来标明那些美国神经科协会神经科分类特别委员会的成员。

*R. Ackerman 医师，波士顿，马萨诸塞州，美国

*H. Adams 医师，格拉斯哥，苏格兰

Y. Agid 医师，巴黎，法国

A. Ahmed 医师，卡拉奇，巴基斯坦

L. Amaducci 医师，佛罗伦萨，意大利

- S. Araki 医师, 熊本, 日本
*B. Arnason 医师, 芝加哥, 伊利诺斯州, 美国
*J. Bale 医师, 艾奥瓦城, 艾奥瓦州, 美国
*B. Banker 医师, 汉诺威, 德国
Roger Bannister 先生, 牛津, 英格兰
B. Barac 医师, 萨格勒布, 克罗地亚
H. Barnett 医师, 伦敦, 安大略省, 加拿大
*R. W. Beck 医师, 坦帕, 佛罗里达州, 美国
*W. Bell 医师, 艾奥瓦城, 艾奥瓦州, 美国
*D. F. Benson 医师, 洛杉矶, 加利福尼亚州, 美国
A. Beraldelli 医师, 罗马, 意大利
*J. Berger 医师, 迈阿密, 佛罗里达州, 美国
N. E. Bharucha 医师, 孟买, 印度
K. L. Bick 医师, 华盛顿特区, 美国
C. D. Binnie 医师, 伦敦, 英格兰
*P. Black 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
J. P. Blass 医师, 纽约, 纽约州, 美国
*J. Blavis 医师, 纽约, 纽约州, 美国
J. Bogousslavsky 医师, 洛桑, 瑞士
*W. G. Bradley 医师, 迈阿密, 佛罗里达州, 美国
*B. Brookes 医师, 麦迪逊, 威斯康星州, 美国
*J. Bruni 医师, 米西绍加, 安大略省, 加拿大
*L. Caplan 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
P. Casaer 医师, 卢万, 比利时
J. - P. Castel 医师, 波尔多, 法国
*M. Cohen 医师, 布法罗, 纽约州, 美国
*M. Cole 医师, 梅菲尔德海茨, 俄亥俄州, 美国
*P. Cooper 医师, 伦敦, 安大略省, 加拿大
R. Currier 医师, 杰克逊, 密西西比州, 美国
*D. Dalessio 医师, 拉约拉, 加利福尼亚州, 美国
*A. Damasio 医师, 艾奥瓦城, 艾奥瓦州, 美国
J. P. Dartigues 医师, 波尔多, 法国
*J. Daube 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
D. E. Deisenhammer 医师, 维也纳, 奥地利
*R. DeLorenzo 医师, 里士满, 弗吉尼亚, 美国
*S. Diamond 医师, 芝加哥, 伊利诺斯州, 美国
*R. Dorwart 医师, 伯林顿, 佛蒙特州, 美国
*D. Drachman 医师, 伍斯特, 马萨诸塞州, 美国
C. Dravet 医师, 马尔塞耶, 法国
*F. E. Dreifuss 医师, 夏洛特斯维尔, 弗吉尼亚州, 美国
*R. Duvoisin 医师, 新不伦瑞克, 新泽西州, 美国
*P. Dyck 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
*A. G. Engel 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
*O. B. Evans 医师, 杰克逊, 密西西比州, 美国
*S. Fahn 医师, 纽约, 纽约州, 美国
N. Fejerman 医师, 布宜诺斯艾利斯, 阿根廷

- *R. Feldman 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
- *G. Fenichel 医师, 纳什维尔, 田纳西州, 美国
- *P. Finelli 医师, 普罗维登斯, 罗得岛州, 美国
- *R.A. Fishman 医师, 旧金山, 加利福尼亚州, 美国
- S. Flache 医师, 日内瓦, 瑞士
- D. Gardner - Medwin 医师, 纽卡斯尔 - 上泰因河畔, 英格兰
- C. Goetz 医师, 芝加哥, 伊利诺斯州, 美国
- *M. Gomez 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
- *B. Griggs 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
- *C. Gross 医师, 伯林顿, 佛蒙特州, 美国
- *A. Harding 医师, 伦敦, 英格兰
- O. Henriksen 医师, 桑维克, 挪威
- P. Henry 医师, 波尔多, 法国
- A. Huber 医师, 苏黎世, 瑞士
- *J. T. Hughes 医师, 牛津, 英格兰
- *C. Jablecki 医师, 圣迭戈, 加利福尼亚州, 美国
- P. Jallon 医师, 日内瓦, 瑞士
- J. Jancovic 医师, 休斯敦,
- *P.J. Janetta 医师, 匹兹堡, 宾夕法尼亚州, 美国
- F.R. Jeri 医师, 利马, 秘鲁
- *R.T. Johnson 医师, 巴尔的摩, 马里兰州, 美国
- *B. Katzman 医师, 拉约拉, 加利福尼亚州, 美国
- J. Kesselring 医师, 巴德拉加茨, 瑞士
- *A. Khachaturian 医师, 贝塞斯达, 马里兰州, 美国
- *J. Kimura 医师, 京都, 日本
- *E. Kolodny 医师, 沃萨姆, 马里兰州, 美国
- K. Kondo 医师, 札幌, 日本
- *A.E. Lang 医师, 多伦多, 加拿大
- *P. Lavin 医师, 纳什维尔, 田纳西州, 美国
- H. Lechner 医师, 格拉茨, 奥地利
- M. Leonardi 医师, 日内瓦, 瑞士
- *P. Lequesne 医师, 伦敦, 英格兰
- I. Lesny 医师, 布拉格, 捷克共和国
- *J. Lieberman 医师, 萨克拉门托, 加利福尼亚州, 美国
- *A. Lockwood 医师, 休斯顿, 德克萨斯州, 美国
- C. Loeb 医师, 热那亚, 意大利
- J.N. Loeber 医师, 赫姆斯特德, 荷兰
- P. Loiseau 医师, 波尔多, 法国
- *P.A. Low 医师, 罗切斯特, 明尼苏达州, 美国
- A. Lowenthal 医师, 安特卫普, 比利时
- S.K. Ludwin 医师, 多伦多, 安大略省, 加拿大
- C.D. Marsden 医师, 伦敦, 英格兰
- *J. Martin 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
- J.M. Martinez - Lage 医师, 潘普洛纳, 西班牙
- *C.J. Mathias 医师, 伦敦, 英格兰
- W.I. McDonald 医师, 伦敦, 英格兰

- *D. McFarlin 医师, 贝塞斯达, 马里兰州, 美国
H. Meinardi 医师, 赫姆斯特德, 荷兰
*M. Mendez 医师, 克利夫兰, 俄亥俄州, 美国
*M. Mesulam 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
*R. Miller 医师, 旧金山, 加利福尼亚州, 美国
G.R.W. Moore 医师, 温哥华, 加拿大
*H. Moser 医师, 巴尔的摩, 马里兰州, 美国
C. Munari 医师, 格勒诺布尔, 法国
N.J.M. Mwang'Ombe 医师, 内罗毕, 肯尼亚
G. Nappi 医师, 帕维亚, 意大利
*F. Norris Jr 医师, 旧金山, 加利福尼亚州, 美国
J. Olesen 医师, 赫勒鲁普, 丹麦
A.T. Ordinario 医师, 马尼拉, 菲律宾
*D. Parks 医师, 伦敦, 英格兰
D.W. Paty 医师, 温哥华, 加拿大
*W. Pendlebury 医师, 伯林顿, 佛蒙特州, 美国
*D. Perl 医师, 纽约, 纽约州, 美国
T. Petzal 先生, 伦敦, 英格兰
K. Poeck 医师, 亚琛, 德国
*R. Polinsky 医师, 贝塞斯达, 马里兰州, 美国
R.J. Porter 医师, 贝塞斯达, 马里兰州, 美国
*J. Posner 医师, 纽约, 纽约州, 美国
S.B. Prusiner 医师, 旧金山, 加利福尼亚州, 美国
N.P. Quinn 医师, 伦敦, 英格兰
F. Regli 医师, 洛桑, 瑞士
*S. Reichlin 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
Rhong - Chi Chen 医师, 台湾, 中国
*K. Ricker 医师, 维茨堡, 德国
*J. Riggs 医师, 摩根城, 西弗吉尼亚州, 美国
P. Rodgers - Johnson 医师, 贝塞斯达, 马里兰州, 美国
J. Roger 医师, 马赛, 法国
*L.P. Rowland 医师, 纽约, 纽约州, 美国
*D. Rushton 医师, 伦敦, 英格兰
*D.B. Sanders 医师, 达累姆, 北卡罗来纳州, 美国
J.R. Santoni M. 医师, 圣多明各, 多米尼加共和国
*H. Schaumburg 医师, 纽约, 纽约州, 美国
*J. Schmidley 医师, 克利夫兰, 俄亥俄州, 美国
M. Seino 医师, 静岡, 日本
S. Sen 医师, 加尔各答, 印度
D. Simpson 医师, 阿德莱德, 澳大利亚
V. Smirnov 医师, 莫斯科, 俄罗斯联邦
*B. Snyder 医师, 圣保尔, 明尼苏达州, 美国
A. Spina - Franca 医师, 圣保罗, 巴西
*R. Sriram 医师, 纳什维尔, 田纳西州, 美国
H. Stefan 医师, 埃兰根, 德国
*D. Stumpf 医师, 芝加哥, 伊利诺斯州, 美国

- L. Symon 医师, 伦敦, 英格兰
- *R. Tandan 医师, 伯林顿, 佛蒙特州, 美国
- *G. Teasdale 医师, 格拉斯哥, 苏格兰
- *R. Terry 医师, 拉约拉, 加利福尼亚州, 美国
- F. Tison 医师, 波尔多, 法国
- E. Tolosa 医师, 巴塞罗那, 西班牙
- *R. Tomsak 医师, 克利夫兰, 俄亥俄州, 美国
- *B. T. Troost 医师, 温斯顿-塞勒姆, 北卡罗来纳州, 美国
- N. Vereschagin 医师, 莫斯科, 俄罗斯联邦
- *S. Wald 医师, 伯林顿, 佛蒙特州, 美国
- S. Walker III 医师, 拉约拉, 加利福尼亚州, 美国
- Detchant 的沃尔顿勋爵, 牛津, 英格兰
- P. Wolf 医师, 比勒费尔德, 德国
- *J. Wolinsky 医师, 休斯顿, 德克萨斯州, 美国
- *S. Wolpert 医师, 波士顿, 马萨诸塞州, 美国
- M. D. Yahr 医师, 纽约, 纽约州, 美国
- N. Yanagisawa 医师, 松本, 日本
- *F. Yatsu 医师, 休斯顿, 德克萨斯州, 美国
- Zhi Ping Qu 医师, 上海, 中国

目 录

前言	1
致谢	3
第一部分 简介	1
第二部分 对使用 ICD-NA 的说明和建议	9
第三部分 各节标题列表	13
第四部分 神经科及有关疾患的类目表	25
第五部分 肿瘤的形态学	411
索引	429
药物和化学制剂表	617

第一部分 简 介

SECTION I Introduction

1. 国际疾病分类(ICD)是什么?

1.1 ICD 的历史

分类是科学的基础,而疾病和损伤的标准分类则是对疾病、死亡进行系统性统计学研究的基础。这一点早在十七世纪当这种研究开始时就被人们所认识。1853年,伦敦的威廉·法尔医师(William Farr)和日内瓦的马克·德斯潘医师(Marc d'Espine)受在布鲁塞尔举行的第一届国际统计大会(ISC)的委托,准备“一份各国都适用的、死亡原因的统一命名”。他们分别递交了基于不同原则编制的两份列表。威廉·法尔医师的分类按五组排列:流行病、躯体(全身)疾病、按照解剖部位排列的局部疾病、发育性疾病和暴力直接所致的疾病。马克·德斯潘医师则按照疾病的性质分类疾病(痛风、疱疹、血液病,等)。大会通过了一个有139个标题的折衷列表。

尽管这个分类从未获得举世公认,但是由法尔建议的总体排列,包括按解剖部位分类疾病的原则却作为国际死亡原因列表的基础保留下来。1891年在维也纳会议上,继续行使国际统计大会职能的国际统计学会委托由雅克·贝蒂荣(Jacques Bertillon)(巴黎)任主席的一个委员会起草一份死亡原因的分类。在1893年芝加哥会议上,学会通过了贝蒂荣的草案。他的分类基于这样的原则,即把全身性疾病和局限于某一具体器官或解剖部位的疾病区分开来的原则。他展示了一个法国、英国、德国和瑞士分类的综合体。贝蒂荣列出了三个版本:第一个是有44条的简略分类,第二个是有99条的分类,而第三个是有161条的分类。

这个开始被称为“贝蒂荣死因分类”的分类受到了普遍的认可,并被许多国家及城市所采用,分类每十年修订一次。1948年,新创立的世界卫生组织被要求承担对分类的定期审查和修订。因此,世界卫生组织负起第六次修订的责任,这是第一次提供一个同时适用于疾病和死亡的单一列表。这个列表被命名为“疾病、损伤和死亡原因的国际统计分类(ICD)”。

从那时起,ICD-除了其传统应用于流行病学外-已经扩大应用于对病案的检索以及对有关卫生服务的计划、监测与评价的统计。1965年在日内瓦举行了第八次修订会议,其结果虽然使ICD-8比ICD-7具有更彻底的性质,但对分类的基本结构以及根据疾病的病因学而不是特殊的临床表现来归类疾病的总观点保持不变。一个主要的创新是编制了精神障碍一章的描述,几本小册子已经分别出版以克服在该领域尚没有标准的国际术语的特殊困难。

1976年通过了第九次修订本。尽管可以认为这本应是一个有限的修订本,但许多医学领域的专家却需要一个更彻底得多的修订本。ICD有几章的结构显得与现代临床概念毫无联系。然而不管怎样说,第九次修订本与其前身相比,在内容和质量上都表现出许多新的特征,使其更灵活、易于更新,也就更适用于各种有确定目的的使用。其创新之一是使按照重要的临床表现去编码疾病成为可能,例如,把腮腺炎脑炎分类到类目脑炎中。用于临床表现的新编码用一个星号(*)作标记,而相对应的病因学编码则用一个剑号(†)作标记。总之,事情变得很显然,即许多被建议合并入新修订本的主题并不属于主要的ICD分类本身,而应被适当地放在一个来自或围绕“核心”分类而产生的有关分类的系列或“家族”中。ICD第十次修订本的准备工作甚至在ICD-9被完成前就已经开始,ICD-10的最后一稿在1990年被通过,冠以稍有不同的标题-疾病和有关健康问题的国际统计分类-此标题更好地反映了它的内容。^①

① 疾病和有关健康问题的国际统计分类。第十次修订本,日内瓦,世界卫生组织

第一卷 类目录,1992年

第二卷 指导手册,1993年

第三卷 索引,1994年

设计了一个新的编码结构以便于发挥 ICD-10 的功能并允许将来在不需要对基本结构作大改动时作出一些改变。在 ICD-9 中采用的是数字编码(001-999),而在 ICD-10 则采用字母数字编码方案,即在三位数水平以一个字母后面跟两个数字(A00-Z99)。这样就显著增大了可用于分类的类目数。在四位数水平通过十进制数字提供更详细的亚目。基于专科的 ICD 还在不改变“核心”分类的前提下,提供了第五位及以后的扩展用细目。

对 ICD 的需求将被国际社会所接受,使其受到 WHO 各成员国及其主要专家组织广泛和持续进行的咨询,以确保许多可行和一致的观点得以体现。已经作出的每一次努力都得到清楚的表达,加上适当的描述和解释,因此 ICD-10 的最后修订本作为国际间交流、教育和研究的一种工具可能是特别重要的。

1.2 ICD-10 的结构

ICD 第十次修订本自 1993 年 1 月 1 日起生效。该书包括三卷。卷一包括分类的(字母数字)类目表。卷二对分类的使用作出说明,包括对死亡中单原因编码和疾病中单情况编码的规则与指导;定义、建议及对胎儿、围生儿、新生儿和婴儿死亡的报告要求;以及 ICD 的发展简史。卷三是索引,分类的所有项目和在类目表中找不到的大量附加术语和同义词均以(汉语拼音)字母顺序排列。

ICD 的分类学观点有点折衷:因为在疾病分类和术语学上存在不同民族的观点,所以没有一个精确系统的分类是完全可行的。然而,主要的重点是放在病因学上,因为对死亡统计来说将优先给予病因学编码。原则上,除了当临床表现的原因未知或未特指外,对临床表现的编码是第二位的,而把临床表现的非星号编码(如,脑膜炎, G03.9)用作基本编码。在 ICD-10 中还提供了编码的肿瘤形态学名称,它的摘录被包括在 ICD-NA 这一版中(411~428 页)。

虽然并不是每个情况都分配有各自的标题,但对任何一种情况或疾病总会有一个类目适于归类。这已经通过选择分组的方法得以实现。用来决定哪些情况应特定为明确类目的原则是根据该情况发生的频率、花费、在公共卫生中的重要性、研究兴趣以及所描述的清楚程度做出的。

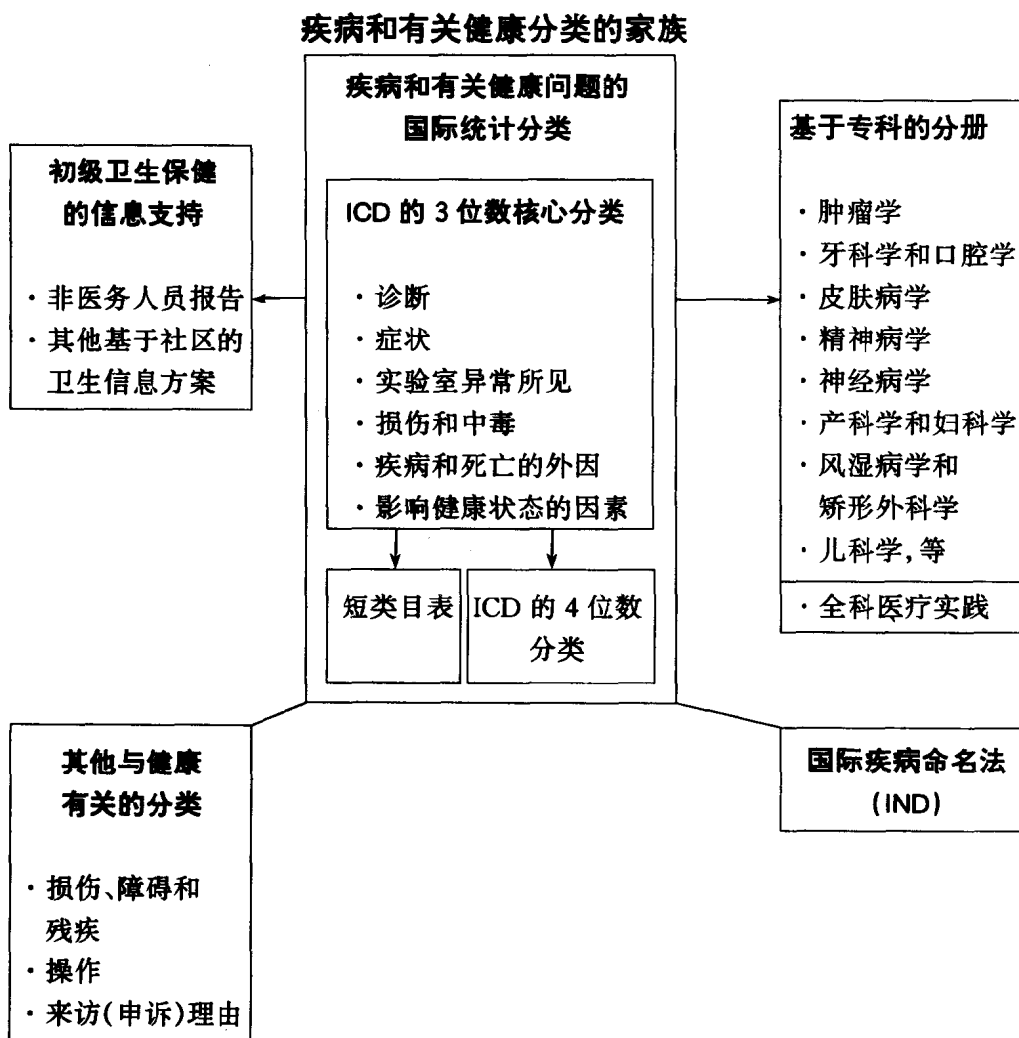
在已采用的编号方式的字母数字系统里,分类中的每个总类目用一个字母指定。例如,“G”是对应于神经系统疾病的字母。在多数情况下,字母后面的第一个数(即第二位)指定给重要的疾病或概括分组的疾病,这些疾病与局部解剖学或生理、病理学有关。第二个数(即第三位)把每组划分到类目,这些类目与某些明显的轴心,如病因学、症状学、解剖部位或病理学有关。这就是三位数类目没有都连续编号的原因:某些号码已被省略以便使前两位的概括特征在有意义的地方得以保持。因为三位数编码是所有向世界卫生组织死亡率数据库提交数据的国家对死亡原因报告和分类的法律基础,除非列表的修订获得国际认可,否则在分类中不能引入附加的三位数。

对大多数编码,ICD-10 也包含有第四位数亚目,用于对疾病和损伤的类型及原因有更广泛的描述。根据为编制基于专科的 ICD 分册而建立的指导手册,不能自己创造四位数除非是在官方对 ICD 定期修订期间。在三位数和四位数水平上,都试图包括大多数在标准或官方命名中给出的诊断术语,以及在各个国家中最常用的术语。这些术语,同义词或人名命名的情况被称为“包括术语”,而在 ICD-10 的索引(第三卷)中可以找到更广泛的列表。

当感觉到存在一种可能发生被错误分类危险的时候,通过“不包括术语”达到对相关类目的交叉定位。在第四位数的号码.8 和.9 分别频繁携带内涵为“其他”和“未特指”的内容;“NOS”是“其他未特指”的缩写,实际上相当于“未特指”或“未限定”。

2. ICD 分类家族

ICD-10 提供一个中心或“核心”分类,并由此派生出一个分类“家族”(见图),其家族的每一个“成员”都适用于一个特殊的医学专科或用户类型,每一个都受到一个不同专科的认可。对某些学科,如肿瘤学、牙科学、神经病学和精神病学,ICD 分类已经充分地扩展;而对其他学科,类目则被精简且重点给出一些更不精确的诊断术语(如适用于全科医疗)。



ICD-10 基于专科的分册在分类的第四位数不加以修改,但在第五位数及以后提供详细的扩展码。分类家族中进一步的小组包括了未出现在主要 ICD 但却有医疗或健康含义的信息,如损伤、障碍和残疾分类、医学操作分类及来访理由分类。

ICD 被国际疾病命名法(IND)所补充。ICD 是“类目”的列表,这些诊断分组的类目以便利的方式对统计学数据进行收集、记录和分析,而 IND 则是对所有具体、确定的疾病条目的推荐名称的综合列表。其目的在于改进交流且有利于对不同来源信息的检索。

3. ICD-NA 是什么?

3.1 ICD-NA 的历史

为了对在疾病统计、医院病案检索和研究中广泛需要更详细的神经学疾患分类作出反应,1984 年世界卫生组织精神卫生处的神经科学项目由博利医师(Dr. C. L. Bolis)负责召集人员进行磋商以考虑编制一本 ICD-9 神经病学分册。在由某些非政府机构(如世界神经病学同盟)的研究小组支持下的顾问和专家组的帮助下,法国波尔多大学的奥戈戈佐教授(J. M. Orgogozo)和达尔蒂格教授(J. F. Dartigues)准备了一本 ICD-9 神经病学分册,并于 1987 年以试用目的出版了英文版,随后是法文版、德文版和意大利文版。科学团体和其他用户很有兴趣地接受了该分册。ICD-9 的分类和编码系统得以保留以确保其可比性,但在第五位数及以后位数引入进一步的亚分类以便对每个认可的神经科疾患提供编码。后来世界卫生组织如前言中所述那样准备了 ICD-NA 的第二版。

3.2 ICD-NA 的角色

ICD-NA 的主要目的如下:

- 为神经科学的临床专科医生提供一个分类,该分类对每个认可的神经科疾病或损伤提供一个唯一的编码。
- 通过一个包括神经科疾病和其他疾病的神经科表现在内的广泛而统一的分类,把神经科学的临床专科医生的注意力放在对每个病人详细诊断的可获得性上。
- 在世界卫生组织赞助下以几种语言编制并提供一个用于神经科疾病和情况的改进的标准记录系统。
- 使流行病学数据的收集、单个神经科疾病患病率的比较及对这些疾病在国家和国际水平上危险因素的识别成为可能。希望该系统还将有助于对少发的神经科疾病的流行病学数据的收集,迫切需要这些数据去支持疾病流行和控制的国际项目。

ICD-NA 旨在对广大不同的用户都有价值,从政府和其他涉及对较小的主题收集统计数据的卫生机构,到需要一个便利工具以在足够详细程度检索临床和教学材料的单个医生或研究人员。该分类既可以浓缩为只有几个主要类目,也可以在用户有特殊兴趣的某些领域加以进一步扩展。通过与其“母体”ICD-10 的直接可比性,ICD-NA 提供了一种将有助于国际间合作与信息交流的分类方法。

ICD-NA 试图保留“开放性”,以使其分册在将来的神经科学中保持领先,特别是在诊断、病因发病机理、疾病分类学和分类方面。为此已经避免了过早使用仍有疑义的分类,并且尽可能少地把单个编码放入那些保持未确定状况的标题中。由于在概念、技术以及疾病本身都会发生不可避免的改变,因此 ICD-NA 的修订将是必要的。新编码将被加入,而作废的编码将删除,以此方式每一次新的修订都将与以前的版本保持可比。希望 ICD-NA 的用户通过把他们的意见和建议寄给 WHO 而对其进展作出贡献。另外,在使用这个分类的分册时遇到问题和困难的用户可以与瑞士日内瓦,世界卫生组织精神卫生和预防药物滥用处的精神卫生项目官员联系。

应该指出,ICD-NA 的本次修订是建立在遗传学时代的开始和疾病的生化定义上。随着这个时代的进步,在 ICD-NA 中日益增长的疾病数量将由遗传学和生化学所确定,而且被认可的等位基因型的数量也同样将上升。这些进步可能需要对许多疾病进行再分类。同时,在 ICD-NA 的分类是基于现时可获得的最佳的病因学证据。

3.3 ICD-NA 的结构

像 ICD-10 那样, ICD-NA 也有一个(字母数字性)类目表和一个综合的字母顺序索引。在类目表一节, 为使用者设置了包括与不包括术语, 后面提供了相应的编码, 以尽可能帮助用户对任何诊断情况查到正确的类目。另外, 已经加入某些注释和交叉定位(在圆括号中给出)以利于使用。需要时, 在方括号中给出同义词和人名命名的词。

为保持可比性, 在 ICD-NA 中严格保留了 ICD-10 的分类和编码系统。在某些情况中, 这样做显得有些笨拙甚至明显缺乏逻辑。某些疾病似乎最好应归类到别的类目而不是他们现在的位置, 但这样做将意味着失去与 ICD-10 的可比性。总得来说, ICD-10 比 ICD-9 更易于应用到神经科和神经外科。

在 ICD-NA 中每个主要字母数字的开头都是在三位数或四位数水平上的 ICD-10 编码。对每个标题、每组编码及主要节段的题目都与 ICD-10 给出的相同。然而, ICD-NA 独创的、潜在的应用是基于五位数、六位数和七位数编码。因此, ICD-NA 的任何前三位数或四位数编码及对应的术语都来自 ICD-10, 但大多数五位数和所有六位数及七位数则是 ICD-NA 独有的。这些亚分类允许在广阔的三位数和四位数内增加细节。例如, 列在单个 ICD-10 编码下的若干个相互排斥的包括术语被给出在 ICD-NA 的单一编码中, 只要认为这个单独的分类对神经科的实践、教学或研究有兴趣。在其他情况中, 由专家、委员会或国际组织使用或推荐的亚分类已被引入 ICD-10 广泛的类目中。当在一个确定的四位数编码下不可能再划分时, 例如由于不适当, 要归类的亚类目被列在随时可能的“其他”类目(.8)下。在极少情况中, ICD-10 根本没有第四位数类目, 则直接在第五位数水平作出亚分类, 跟在一个象征未使用的第四位数波折号(.-)的后面。然而这里应注意, 在 ICD-10 的惯例中, .-是用于指出该第三位数已被再划分。这个编号系统使 ICD-NA 类目和其母体 ICD-10 类目之间的关系能够建立在编码本身, 而且应有利于在根据 ICD-NA 和根据 ICD-10 编制的统计表之间的比较, 例如全国的疾病或死亡统计表。

ICD-NA 的第四部分对疾病和死亡外部原因的分类包括了一个来自 ICD-10 第 20 章的摘录。这里只包括被认为与神经科有关的编码。在第五节可以见到肿瘤形态学的完整列表, 此表能够作为附加编码用于提供的第二章(肿瘤)。(另见第二部分 1.7 和第四部分对第二章的说明。)