

国际疾病分类编码统计 应用手册

主编 袁玉刚 刘世全 何刚
主审 杨建南 陈俐

GUOJI JIBING
FENLEI BIANMA TONGJI
YINGYONG SHOUCHE

四川科学技术出版社

《国际疾病分类编码统计应用手册》

编委会

主 编 袁玉刚 刘世全 何 刚
副主编 周祖宏 戴石元 何克英 陈 焱 黄 倩 陶诗凯 刘新奎
主 审 杨建南 陈 俐

编 委

宋柠颖	四川大学华西医院	副主任医师
杨建南	成都大学附属医院	高级统计师
袁玉刚	绵阳市中心医院	高级统计师
刘世全	绵阳市中心医院	高级统计师
陈 俐	成都市第三人民医院	副研究馆员
何 刚	绵阳富临医院	高级统计师
杨长皓	西南医科大学附属医院	高级工程师
石 磊	重庆医科大学附二院	高级统计师
戴石元	贵州省人民医院	高级统计师
刘新奎	郑州大学一附院	高级统计师
裴圣广	湖北武汉市中心医院	高级统计师
李建华	河南省三门峡市中心医院	主管技师
周作林	陕西省汉中市中心医院	高级统计师
郑 姝	四川省妇女儿童医院	统计师
何克英	科学城903医院	副主任护师
唐 毅	攀钢集团总医院	副主任医师
王 磊	南充市中心医院	病案科主任
易定秀	宜宾市二医院	高级统计师
陈丽君	雅安市人民医院	高级统计师
余 文	凉山彝族自治州人民医院	高级统计师

舒 畅	遂宁市中心医院	高级统计师
江 群	德阳市人民医院	副主任医师
王旭光	乐山市人民医院	高级统计师
陶诗凯	广元市第一人民医院	高级统计师
周祖宏	绵阳市中心医院	信息中心副主任
欧江福	绵阳市中心医院	高级统计师
陈 焱	绵阳市中心医院	高级统计师
黄 倩	绵阳市中心医院	高级统计师
肖 强	绵阳市404医院	高级工程师
赵 铭	绵阳市骨科医院	副主任护师
王 芸	三台县人民医院	高级统计师
王玮玮	河南省郑州市第一人民医院	统计师
周孟君	绵阳市中心医院	统计师
雷 玲	绵阳市三医院	统计师
冯 虹	绵阳市人民医院	统计师
喻明成	绵阳市中心医院	主管护师
徐晓鹏	峨眉山市人民医院	统计师

参加编审人员

程 萍 付丽丹 任 雪 谢兴斌 姚好蓉
彭 耀 刘晓霞 罗 兰 杨欣月 张 筑

编写说明

=====

《国际疾病分类编码统计应用手册》(以下简称《手册》)是作者团队在深入学习、应用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》工具书的基础上,总结《国际疾病分类临床应用手册(2000年版)》应用实践,结合国家疾病分类与代码标准应用要求,根据医疗机构开展疾病分类工作的需要,针对基层统计编码工作人员的具体需求汇编。

《手册》的第一部分主要介绍国际疾病分类概念及相关知识,帮助未经过国际疾病分类(ICD)系统培训的初学者,特别是基层病案编码人员快速入门;第二部分介绍《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第一卷的学习、应用要点,包括主要概念、内容、特点介绍、重要类目解析、编码规则、常用主导词等;第三部分为疾病诊断编码,按汉语拼音排序索引(部分按主导词);第四部分为临床综合征索引;第五部分为中草药和植物中毒编码索引;第六部分为肿瘤的形态学和动态编码索引;第七部分为手术与操作分类编码索引。

随着我国医药卫生体制改革的深化,无论是医院质量控制的病种质量管理、临床路径实施,还是医院绩效评价与精细化管理、单病种医疗付费制度的改革及(疾病)诊断相关分类(Diagnosis Related Groups, DRGs, 根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度,合并症与并发症及转归等因素把病人分入500~600个诊断相关组,然后决定应该给医院多少补偿)的应用深入,疾病分类编码与统计工作均为医院管理与质量控制工作的基础,近年来得到各级行政管理部門和医疗机构的高度重视和积极推进,但部分医疗机构特别是基层医疗机病案统计编码人员变动频繁且缺乏系统培训,甚至部分机构统计编码工作无专业人员,无学习资料及工具书,因此,《手册》的汇编将为疾病分类工作的顺利推动和开展提供积极的帮助。

由于编者水平有限,对疾病和有关健康问题的国际统计分类问题的学习理解不尽到位,编码虽经反复校对、修改,但难免存在疏漏,真诚希望病案统计人员及临床医务人员在使用中提出宝贵意见。

编者

2018年6月

目 录

第一部分 国际疾病分类 ICD - 10 应用基础	1
第二部分 疾病和有关健康问题的国际统计分类编码特点及摘要	12
第一章 某些传染病和寄生虫病 (A00~B99) 21 节, 171 类目	12
第二章 肿瘤 (C00~D48) 7 节, 149 类目	16
第三章 血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患 (D50~D89) 6 节, 34 类目	20
第四章 内分泌、营养和代谢疾病 (E00~E90) 8 节, 73 类目	22
第五章 精神和行为障碍 (F00~F99) 11 节, 78 类目	24
第六章 神经系统疾病 (G00~G99) 11 节, 67 类目	26
第七章 眼和附器疾病 (H00~H59) 11 节, 47 类目	28
第八章 耳和乳突疾病 (H60~H95) 4 节, 24 类目	30
第九章 循环系统疾病 (I00~I99) 10 节, 77 类目	32
第十章 呼吸系统疾病 (J00~J99) 10 节, 63 类目	35
第十一章 消化系统疾病 (K00~K93) 10 节, 73 类目	38
第十二章 皮肤和皮下组织疾病 (L00~L99) 8 节, 72 类目	40
第十三章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病 (M00~M99) 6 节, 79 类目	42
第十四章 泌尿生殖系统疾病 (N00~N99) 11 节, 82 类目	44
第十五章 妊娠、分娩和产褥期 (O00~O99) 8 节, 75 类目	47
第十六章 起源于围生期的某些情况 (P00~P96) 10 节, 59 类目	50
第十七章 先天性畸形、变形和染色体异常 (Q00~Q99) 11 节, 87 类目	52
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 (R00~R99) 13 节, 90 类目	54
第十九章 损伤、中毒和外因的某些其他后果 (S00~T98) 21 节, 195 类目	57
第二十章 疾病和死亡的外因 (V01~Y98)	61

第二十一章 影响健康状态和与保健机构接触的因素 (Z00~Z99)	
7节, 84类目	68
第二十二章 用于特殊目的的编码 (U00~U99) 2节, 6类目	70
第三部分 疾病诊断分类编码汉语拼音排序索引	71
第四部分 临床综合征编码汉语拼音排序索引	301
第五部分 中草药和植物中毒编码汉语拼音排序索引	308
第六部分 肿瘤的形态学和动态编码索引	310
第七部分 ICD-9-CM-3手术与操作分类编码汉语拼音排序索引	327
主要参考文献	429

第一部分 国际疾病分类ICD-10应用基础

一、关于疾病分类

疾病：是机体在一定条件下，经致病因素（内外环境因素）作用，某一部位或层次的结构和功能发生异常改变后出现的复杂而有一定表现形式的病理过程。

疾病命名：就是给每一个疾病一个特定名称，确定特异于其他疾病的命名标准。

国际疾病命名法（IND）：是国际医学科学组织和世界卫生组织（WHO）认可和推荐使用的疾病命名标准方法。在国际疾病分类（ICD）中已尽可能优先采用IND中的标准术语。

分类：是根据事物的某种外部或内部特征将事物分组归类、排列与组合，以便进一步分析研究事物本质和规律的手段。

疾病分类：是根据疾病的某些特征，按照一定的规则进行分类整理以探索疾病现状、发生、发展规律的方法与手段。

疾病性质分类：是指疾病的病因和临床症状分类，还包括损伤中毒的临床表现，及肿瘤的形态学分类。

损伤与中毒的外因分类：指导致损伤发生的直接原因或造成中毒的原因与物质。

疾病分类轴心：是分类时所采用的疾病的某些特征。

在国际疾病分类（ICD）中使用的疾病特征（分类轴心）通常为：病因、部位、病理、临床表现（临床表现包括症状、体征、分期、分型、性别、年龄、急性、慢性、发病时间等），因此国际疾病分类称之为多轴心分类。

二、国际疾病分类的概述

国际疾病分类（简称ICD）是根据疾病的某些特征，按照规则分门别类，并用编码的方法来表示的系统，是世界卫生组织（WHO）指定的并要求世卫组织各成员国在卫生统计工作中共同遵从和采用的对疾病、损伤和中毒进行分类编码的规则和方法，是目前国际上通用的疾病分类方法。

国际疾病分类从创立至今已有已有120余年的发展历史。早在1891年为了对死因进行统一登记，国际统计研究所成立以耶克伯蒂隆为主席的死因分类委员会，1893年提出的《国际死因编目》即ICD雏形，1898年提出每10年修订一次制度，1940年第6次修订引入用于疾病分类，世界卫生组织在全球20多个国家和地区建立国际疾病分类家族合作中心。我国于1981年成立北京世界卫生组织国际疾病分类家族合作中心，作为世界卫生组织的成员国，根据世界卫生组织有关规定有义务按照ICD进行编码和分类及信息数据交流。1994年第10次修订版本引入字母数字混合编码，该版本在世界上得到了广泛应用并更名为《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，即国际疾病分类第十次修订版简称ICD-10。在医学领域中使用ICD-10的编码和分类是我国卫生统计信息标准化和规范化的基本要求，为保持与国际疾病分类化进程同步，有利于我国疾病、死因统计数据与其他国家之间的对比交流和信息共享，对加速我国医学科学的发展具有重要的作用。

（一）ICD分类原理

ICD分类依据疾病的四个主要特征，即病因、部位、病理、临床表现（包括症状体征、分期、分型、性别、年龄、急性慢性发病时间等），每一个特征构成一个分类标准，形成一个分类轴心，因此，ICD是一个多

轴心的分类系统。

ICD分类的基础是对疾病的命名，没有名称就无法分类，但疾病又是根据其内在本质和外在表现来命名的，因此，疾病的本质和表现正是分类的依据，分类和命名存在着一种较明确的对应关系。当对一个特指的疾病名称赋予一个编码就是唯一的，且表示了该疾病的本质与特征，以及它在分类里的上下左右关系。

（二）ICD分类目的

为设定的方案进行资料的收集、整理、分析和利用。

（三）ICD分类编码的种类

主要编码：主要编码是对疾病诊断中认定为影响住院的主要原因的疾病编码，又称主要诊断编码。其选择原则是选择对住院患者健康危害最大、花费医疗精力最多、主要时间最长的疾病的编码。

附加编码：是指对主要疾病诊断以外的其他疾病或情况的编码，即对次要疾病的编码。这里的其他情况包括损伤中毒的外部原因及肿瘤形态学编码。

合并编码：当两个以上的疾病或一个疾病与其伴随的临床症状与表现（包括并发症）可一并分类到某一个编码统一表达时，叫合并编码。如：慢性胆囊炎伴胆石症、流行性感冒伴肠炎、急性阑尾炎伴腹膜炎。

单一编码：在医疗信息报表统计中通常选择主要疾病诊断或情况的编码作为统计的唯一编码进行分类统计与分析，称为单一编码。

多数编码：用一个以上的编码来表达疾病及其症状与临床表现等一系列复杂的诊断情况时称为多数编码。

共用编码：有些三位数/四位数的标题，需要根据注释的指引，参考使用在第一卷中明确列出的共用的第四位数编码或第五位数编码。在需要使用共用编码的地方都有明确的说明。

形态学编码：它是说明肿瘤的组织学类型和动态的编码，用M加五位数字表示，即：

英文字母 + 四位数字 + 分隔线 + 第五位数

M + xxxx + / + x

M：形态学符号（morphology的字头）

xxxx：组织学描述（8000~9989）

/：分隔线

x：动态描述（0~9）

形态学的意义：Mxxxx / 0~3, 6, 9

如：/0良性 /1良性或恶性未肯定 /2原位癌 /3恶性原发性 /6继发性肿瘤。

没有形态编码的新生物将不被认为是肿瘤，不分类到肿瘤章。如：前列腺纤维瘤N40。

（四）ICD分类系统的特点

ICD系统具有科学性、准确性、完整性、适用性、可操作性的特点。

（1）分类以病因为主，解剖部位为辅，特别是ICD—10兼顾医疗卫生保健所需的分类方法，适用广泛，可满足临床、信息统计、科学研究和教学的实际需要，也为专科工作的开展提供详尽的资料。

（2）结构科学、条理层次清楚、注释详细、文字简明适用。

（3）用人名、地名命名的疾病和综合征用汉语拼音排列，查阅编码简捷迅速。

（五）ICD分类系统作用

国际疾病分类是分类的国际标准，不是疾病命名的标准；国际疾病分类是国际上进行卫生信息交流的基础，对不同国家/地区在不同时间收集到的死亡和疾病数据，应用同一标准进行系统的记录、分析、解释和

比较，并把疾病的诊断和其他健康问题转换成编码，以便于分类检索和统计分析。

（六）ICD应用范围

死因统计：常规登记、定点监测、网络报告。

疾病统计：住院、门诊、医教研、医院管理。

流行病学调查：现场、临床、环境。

其他：健康预测、卫生经济、医保政策。

（七）ICD应用意义

- 1.有利于国内与国际交流。
- 2.有利于医疗研究与教学病案资料检索。
- 3.有利于医院质量控制与管理信息的提取。
- 4.有利于我国医疗付费管理（DRGs）。
- 5.有利于医院等级评审的需要。

（八）我国ICD的应用

1981年，北京世界卫生组织国际疾病分类家族合作中心成立，中心设在北京协和医院，我国开始引进使用ICD-9。

1987年，中华人民共和国卫生部下文要求各级医院采用ICD-9编制医院出院病人疾病分类统计报表。

1988年，成立全国医院疾病分类协作组指导培训ICD应用。

1993年，国家技术监督局发布疾病分类与代码国家标准，将ICD-9的分类标准等同于（认定为）国家标准。

2002年，ICD-10被批准为新的国家疾病分类与代码标准使用，但ICD-9-CM-3继续使用。

2010年，国家统计局信息中心、分类合作中心、病案专委会联合编制《疾病分类与代码（修订版）》，将疾病分类编码扩展到6位，全国统一使用。

2016年10月13日，国家标准化管理委员会批准发布了《GB/T14396-2016疾病分类与代码》国家标准。

卫生和计划生育委员会卫生统计信息中心负责全国卫生信息数据统计的行政管理机构，是北京协和医院国际疾病分类家族合作中心主管部门。

三、ICD-10编码体系结构

（一）基本结构

ICD-10分为22章。ICD编码的第一位数是一个字母，每个字母都与特定的章有关，只有字母D和H除外。字母D同时用于第二章肿瘤和第三章血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患，而字母H同时用于第七章眼和附器疾病和第八章耳和乳突疾病。有四章（第一、二、十九、二十章）在编码的第一个位置使用了一个以上的字母。每一章都有足够的三位数类目以包括它的内容，但没有把所有可用的编码都用上，从而为将来的修订和扩展留出了空间。

第一章到第十七章与疾病和其他病态情况有关，而第十九章与损伤、中毒和外因的某些后果有关。其余各章包括现今诊断数据中的全部内容。第十八章包括症状、体征和临床与实验室异常所见，不可归类在他处者。第二十章，疾病和死亡和外因，传统上是用于分类损伤和中毒的原因，但自第九次修订本起，也已提供用于疾病和其他病态情况的任何被记录的外因。第二十一章，影响健康状态和与保健机构接触的因素，是想对某些资料分类，这些资料是解释一个现时无病的人与卫生保健机构接触的理由，以及在特定时间正在接受医疗照顾的病人情况或在某些影响病人医疗照顾的情况。

(二) 编码范围

ICD - 10 各章内容与编码范围

疾病分类	编码范围
第一章：某些传染病和寄生虫病	A00~B99
第二章：肿瘤	C00~D48
第三章：血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患	D50~D89
第四章：内分泌、营养和代谢疾病	E00~E90
第五章：精神和行为障碍	F00~F99
第六章：神经系统疾病	G00~G99
第七章：眼和附器疾病	H00~H59
第八章：耳和乳突疾病	H30~H95
第九章：循环系统疾病	I 00~I 99
第十章：呼吸系统疾病	J 00~J 99
第十一章：消化系统疾病	K00~K93
第十二章：皮肤和皮下组织疾病	L00~L99
第十三章：肌肉骨骼系统和结缔组织疾病	M00~M99
第十四章：泌尿生殖系统疾病	N00~N99
第十五章：妊娠、分娩和产褥期	O00~099
第十六章：起源于围生期的某些情况	P00~P96
第十七章：先天性畸形、变形的染色体异常	Q00~Q99
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	R00~R99
第十九章：损伤、中毒和外因的某些其他后果	S 00~T98
第二十章：疾病和死亡和外因	V01~Y98
第二十一章：影响健康状态和与保健机构接触的原因	Z00~Z99
第二十二章：用于特殊目的的编码	U00~U99

肿瘤部位编码与动态编码对照

动态编码	第二章类目范围
/0 良性肿瘤	D10~D36
/1 动态未肯定或未知的肿瘤	D37~D48
/2 原位肿瘤	D00~D09
/3 恶性肿瘤，被陈述或被假定为原发性	C00~C76
/6 恶性肿瘤，被陈述或被假定为继发性	C80~C97
	C77~C79

(三) 疾病分类体系结构一般排列方法

- 流行病
- 全身性或一般性疾病
- 按部位排列的一般性疾病
- 发育性疾病
- 损伤

(四) 特殊组合章的分类要求

除按解剖系统分类的各章外，其余均为特殊组合章，按照下列顺序进行分类。

强烈优先分类：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。

一般优先分类：第一章某些传染和寄生虫病，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。

最后分类：第十八章症状、体征和临床与实验室异常所见，不可归类在其他处者，第二十一章影响健康状况和与保健机构接触的其他因素。

附加编码：第二十章疾病和死亡外因。

(五) 编码一般原则

(1) 编码级别：即选择编码的优先级别，根据疾病的类目、亚目、细目选择疾病编码，优先选择细目编码，当没有细目编码时才选择亚目编码，如果有亚目存在必须编码到亚目一级。

(2) 慢性病的急性发作编码：一般情况下慢性病的急性发作按急性病编码，部分慢性病的急性加重而没有特异性的治疗方法仍然以慢性病编码。

(3) 怀疑诊断的编码：对可疑或未确定的诊断或症状编码，当只有一个怀疑诊断时，假定为确切的情况编码；当一个症状和体征跟随一个以上的情况或多个怀疑诊断时只编这个症状其他情况不予编码。

(4) 晚期效应（后遗症）编码：晚期效应（后遗症）编码一般应有两个编码分别是疾病的残余情况和后遗症，当对疾病后遗症的临床症状和表现进行治疗时按这个正在治疗的情况作为主要编码，其是导致这个情况的原因；当不能指出后遗症的表现且无其他资料说明时，后遗症编码可以作为主要编码。

(5) 操作后的情况与并发症编码：ICD编码体系中的操作通常指外科手术性操作、内科诊断及治疗性操作，对患者疾病诊疗及手术过程中发生的伴随情况或相关联的疾病称并发症。通常情况下，内科诊疗发生的并发症按临床表现分类到各系统，而手术操作后的情况和并发症根据并发症对人体的影响情况进行编码，当影响到某一具体部位的解剖部位或某个系统时通常被编码到A00~R00，但当某些与手术和操作有关的并发症影响到多个部位或多个系统时，编码在T80~T88；一些可能操作后期内的情况（如肺栓塞）不被认为是操作特有的情况时，按通常办法编码，但可加上一个Y83~Y84的选择性编码来表明其与操作的关系。

(六) ICD—10的主要特点

(1) ICD—10的分类是以病因分类为主，解剖部位分类为辅，兼顾其他的分类方法，适用性广泛。

(2) ICD—10提出了分类家族的概念，以ICD—10为分类核心，形成系列分类体系，不仅可以满足日常临床、信息统计、科研和教学的实际需要，也能为某些专科工作提供够详细的内容。

(3) ICD—10所列类目、亚目的原则是突出那些严重危害人民健康的疾病或情况。例如在第一章某些传染病和寄生虫病，把性病专门列为一个小节，标题为“主要性传播模式的感染”，编码A50~A64。

(4) ICD—10由纯数字编码改为字母数字编码，在不增加位数的前提下，扩大了容量，可使其内容安排更加合理。

(5) ICD—10的编码，前三、四位有统一要求，而第五、六位数可根据需要而扩展，不受限制。ICD—10中明确提出，三位数编码是“核心”分类，是向世界组织死亡率数据库提交国际报告和进行一般国际比较用的强制性编码。四位数编码可以推荐用于多种目的，并形成ICD—10的一个组织部分。对疾病和死亡的编码，前三、四位数必须采用ICD—10规定的编码，不得人为地改变或制造ICD编码以外的编码。

(6) ICD—10采用多种编码形成，以满足各方面的信息需要。在ICD—10的编码中除设肿瘤三、四、五位数字的编码外，还采用了肿瘤形态学编码和星剑号的双重分类形式。

(7) ICD—10结构科学，条理清晰。ICD—10的每章中均有本章内涵的注释、章内各节标题与编码范围，有星号是分类的提要，层次清楚，便于使用。ICD—10为了简化和方便使用，采用一些惯语、略语和特殊

符号,使结构更加简单、适用。

三、ICD专用术语、符号和缩略语

(一) 专用术语

(1) 类目表:构成ICD—10编码体系,表达某一类或某一个疾病类别的三位数表。

(2) 内容类目表:构成ICD—10编码体系,表达某一类或某一个疾病类别的四位数表。

(3) 类目:ICD—10编码体系中表达某一类或某一个疾病类别的三位数编码,包括一个字母和两位数字。

(4) 亚目:ICD—10编码体系中表达某一类或某一个疾病类别四位数编码,包括一个字母、三位数字和一个小数点。特别指出的是有的亚目为若干个类目共用。

(5) 细目:ICD—10编码体系中表达某一类或某一个疾病类别的五位数编码,包括一个字母、四位数字和一个小数点。细目也称亚分类,是选择使用的编码(见于分类体系类目表13、19、20章节),对骨折、腔内脏器的闭合性与开放性,确定为0、1表达。

(6) 残余类目:指ICD编码亚目标题中含有“其他”“未特指”字样的亚目。某些疾病情况只能分类于“其他特指”及“未特指”的情况编码到.8及.9亚目中,以确保所有需要编码的疾病、损伤和中毒以及非疾病时都能够被包括在编码体系中。编码到亚目.8及.9称为残余类目,也叫剩余类目。如:

K81.8 其他的胆囊炎

K81.9 未特指的胆囊炎

K86.1 其他的慢性胰腺炎(为个别例外情况)

(7) 双重分类(星剑号分类系统):一些疾病分类编码时既需要反映疾病的病因又需要表达疾病的临床表现,在编码体系中将反映疾病的病因编码用剑号(†)标注,反映疾病的临床表现的编码用星号(*)标注,这时一个疾病同时用两个分类编码来表达的分类叫作双重分类系统,别称为星剑号分类系统。疾病原因的剑号†编码做统计使用,临床表现的星号*编码不做统计使用,但剑号和星号编码永远配对使用。如:

结核性脑膜炎A17.0†(G01*)

淋球菌性腹膜炎A54.8†(K67.1*)

(8) 肿瘤表:ICD—10编码体系中专门描述(表达)肿瘤发生部位情况的一览表。

(9) 包括/不包括:是对某个限定编码范围内易错误地编入或遗漏的情况给予的特别说明。应注意其限定编码范围,每条术语仅在该范围内有意义。

(10) 见与另见,具体如下:

a.见,在主导词之后出现见有两种情况,第一种情况,见后面紧跟情况两字,如果下面没有修饰词,则表示主导词选择错误,必须另确定主导词查找;第二种情况,见后面跟着一个主导词,则按所提供的主导词查找。

b.另见,在主导词之后出现另见有两种情况,第一种是另见后跟着情况,这时主导词下通常都有修饰词,在确定所有修饰词都不适用时,则表明主导词选择不当,应另行选择;第二种是按另见后的情况继续查找。

c.索引中肿瘤形态学后紧跟见与另见肿瘤是指要到肿瘤表中查找肿瘤的部位编码。

(二) 符号和缩略语

(1) []:方括号,括号中的内容为同义词、代用词、注释或指示短语。如:

艾滋病[获得性免疫缺陷综合征]

(2) ():圆括号,括号中的内容为辅助性修饰词,用于对诊断或对其他情况进行补充说明。如:

高血压(原发性)(动脉性)

(3) { }:大括号,表明括号两边术语的关系,用于前面的任何术语都被后面的一条或多条术语限定,

一般是一条与多条的关系，目的是减少重复。

(4) : 冒号，表示术语内容不完整，需要与冒号下的修饰词相结合才是一个完整的诊断名称。如：

G44.0 丛集性头痛：
慢性
发作性

(5) */ †: 星号与剑号，†表明为病因编码，用于根本疾病编码；*表明疾病的临床表现，用于附加编码。如：

结核性脑膜炎 A17.0† (G01*)

(6) #/◇: 井字号与菱形号是肿瘤表中的特别提示符号，当肿瘤部位标有#时，注意区别该肿瘤性质后归类编码；除骨内性和牙源性肿瘤外，当肿瘤部位标有◇时，无论该肿瘤类型是癌还是腺癌均认为是从一个未特指原发部位转移而来，并编码于该部位继发的恶性肿瘤 (C79.5)。

(三) 缩略语

(1) NOS: 其他方面未特指，包括：病因未特指、部位未特指、临床表现未特指。

(2) NEC: 不可归类在他处者，表明如能归类到其他编码，则不要使用该编码。

四、国际疾病分类 (ICD-10) 正确使用

疾病编码查找的一般步骤：

- (1) 确定主导词。
- (2) 根据主导词在第三卷中查找编码。
- (3) 在第一卷中核对编码。

ICD-10 疾病分类编码查找方法：

第一，确定主导词。

主导词通常指第三卷索引中每条疾病首先出现的词，相当于情报信息索引查找过程中使用的主题词或关键词。主导词一般能表达某一疾病或情况的特异性，准确地选择主导词关系到能否查到正确的疾病编码。

主导词选择的一般规律：

- (1) 主导词应从疾病的完整诊断中确定，同时伴有的其他临床表现只作为补充。
- (2) 主导词主要反映疾病临床表现，常常被置于诊断术语的尾部。如：

干酪样**脑膜炎** 慢性**胰腺炎** 出血性**佝偻病** 萎缩性**胃炎**

- (3) 主导词多数由医学术语充当，反映临床表现。如：

前列腺**肥大** 肠**穿孔** 早老性**痴呆** 肾**坏死**

- (4) 解剖部位及表明疾病性质的形容词一般不做主导词。如：

尺桡骨骨折 (尺桡骨不能作主导词) **胃**扩张 (胃不能作主导词)

但也有极少数的诊断中可用解剖部位作为主导词，便于查找编码。如：

阑尾炎 **鼻窦炎** **背痛**

例外情况：当部位作为被修饰词时，部位亦可作为主导词。如：

低出生体重 **先天性**高弓腭 **膝内翻** **马蹄形**肾

- (5) 以人名或地名命名的疾病，往往可以直接查到。如：

巴宾斯基综合征 **白塞病** **水俣病** **沙门氏菌病** **克山病**

(6) 损伤如果出现了类型，如脱位、撕裂，可用损伤类型作为主导词；如果指出的是破损或穿刺伤等开放性损伤，则“伤口”可作为主导词；没有指出任何类型的损伤以“损伤”作为主导词。

(7) 损伤外部原因常用于主导词。这里的主导词不是医学诊断，而是对意外事故、暴力发生情况的各种描述。如：暴露 (于)、爆炸、跌落、加害、接触、碰撞、燃烧、淹溺、意外 (医疗) 事故、意外事故、窒息、自杀、作战行动……

- (8) 药物中毒常用于主导词。主要是以各种药物及毒性物质的名称或主要化学成分做主导词。索引尽量

列出了药物的主要用途，必要时还用交叉索引列出同一种药物的不同名称。如：

阿地西林（抗生素）、安定（地西洋）、阿片樟脑酊—现译名止痛剂

(9) “综合征”可做主导词。如：

呼吸窘迫综合征 腕管综合征 阿斯氏综合征

(10) “病”可做主导词。如：

牙周病 真菌病

(11) “细菌”“病毒”用作致病原因时，可以做主导词。如：

结核性腹膜炎 梅毒性溃疡 风湿性肺炎

(12) 肿瘤形态学主导词，可用“癌”“腺癌”“瘤”“肉瘤”。

(13) 不管是传染还是感染，都以“感染”为主导词来查找。“传染”不能作为主导词，传染性口角炎可以直接查找。

(14) 对于寄生虫性的感染要以“侵染”为主导词查找，感染也可以查找，但不如侵染的主导词直接、简便。

(15) 妊娠、分娩和产褥期是对其并发症的分类，可分为三个阶段确定查找的主导词。如：

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。

其他主导词也可以查到相同的编码，但不如上述三个主要主导词收集的修饰词那样集中，可以作为辅助主导词。

(16) 当以上规律无效时，往往可以将完整诊断作为主导词去查找。

第二，根据主导词在第三卷中查找编码。

(1) 在第三卷中查找主导词，有如下查找方法：

a.首字笔画查找。

b首字拼音首字母查找。

c.书眉拼音查找。

(2) 编码查找。首先要熟悉掌握疾病分类树形结构。

(3) 整理出常用疾病诊断ICD-10编码备用表。

第三，根据查得的编码在第一卷中核对获得的编码是否正确。

五、疾病诊断的填写规则

(一) 主要疾病诊断的选择原则

1.主要疾病诊断的选择的总体原则

选择那些对患者健康危害最严重、住院时间最长、花费医疗精力最多（消费医疗资源最多）的疾病为主要疾病编码。

2.主要疾病诊断的选择

对于复杂诊断的主要诊断选择：如果病因诊断能够包括一般的临床表现则选择病因诊断；如果出现的临床症状不是病因的常规表现，而是疾病的某种严重后果，是疾病发展的某个阶段，那么要选择这个重要的临床表现为主要诊断，但不能选择疾病的终末情况。

3.主要疾病诊断的选择的一般原则

(1) 对于已经治疗和未治疗的疾病，选择已经治疗的疾病为主要诊断选择编码。

(2) 由于某些症状或体征或异常检查结果而住院，治疗结束时仍然未能确诊，该症状体征或异常发现可作为主要诊断选择编码。

(3) 因怀疑诊断住院，在出院时仍然没有确诊，怀疑诊断可作为确定诊断编码，而且可作为主要诊断选择。

(4) 当多个诊断没有一个更为突出, 其中某些诊断又可分类到一个被称为“多发一”的类目时, 选择“多发一”类目的编码作为主要诊断编码, 其他的情况作为附加编码。

(5) 当两个疾病或一个疾病伴有相关的临床表现, 有合并编码时, 选择合并编码作为主要编码, 不能分开编码。

(6) 后遗症的编码, 选择正在接受治疗的后遗症的情况或表现为主要诊断编码, 其后遗症作为附加编码; 当后遗症的情况或表现未指出时, 其后遗症才可直接作为主要诊断编码。

后遗症类目范围: (B90—B94, E64·—, E68, G09, I69·—, O97, T90—T98, Y85—Y89)

(7) 急慢性病的情况, 当慢性病急性发作时, 如果有合并编码, 直接选择合并编码为主要诊断; 如果没有合并编码, 而且索引中对急、慢性情况有分别编码, 则选择急性编码为主要诊断。

(8) 损伤疾病的主要诊断选择, 具体如下:

a. 多处损伤的主要诊断选择, 多处损伤中如能确定其中一个损伤比其他处损伤更严重, 则选择更严重的损伤作为主要诊断编码, 否则以综合编码为主要诊断编码。

b. 内部损伤伴有浅表性或开放性伤口时, 以内部损伤情况作为主要诊断编码。

c. 颅骨和面骨骨折伴颅内损伤, 以颅内损伤作为主要诊断编码。

d. 颅内出血伴有头部的其他损伤, 以颅内出血为主要编码。

e. 骨折伴随同一部位的开放性伤口, 以骨折为主要编码, 但应当从细目处标明伤口的情况(闭合性或开放性)。

(9) 妊娠、分娩、产褥期病主要诊断选择以妊娠、分娩、产褥期时的主要并发症为主要疾病诊断选择。具体如下:

a. 人工流产或自然流产伴有绝育者, 以人工流产或自然流产作为主要诊断; 分娩伴有绝育者, 以分娩的并发症作为主要诊断。

b. 产科病案的多个诊断同时存在时, 要选择突出疾病统计报表列示的情况作为主要诊断。

c. 当产科病人进行了某些操作, 如果指出了操作的原因, 则要以操作的原因或指征作为主要诊断编码, 而操作按手术分类要求进行分类编码; 只有当未提及操作的原因时, 操作才能作为主要诊断编码。

(10) 恶性肿瘤主要诊断选择, 具体如下:

a. 原发肿瘤伴有转移, 如系首次就医, 且不是专门对继发部位进行治疗, 选择原发性肿瘤为主要诊断, 否则按治疗的情况进行选择。

b. 未指明原发部位的继发性肿瘤, 要选择继发肿瘤作为主要诊断编码。

c. 对肿瘤采用放疗或化疗的方法治疗, 选择化疗或放疗的情况为主要诊断编码。

d. 复合恶性肿瘤仅治疗一处, 则该处的肿瘤作为主要诊断编码; 复合恶性肿瘤作为附加编码的首选, 未治疗的肿瘤也作为附加编码。

e. 当对恶性肿瘤进行手术治疗的同时进行术后放疗或化疗时, 恶性肿瘤为主要诊断。

f. 当对恶性肿瘤或为治疗恶性肿瘤产生的并发症进行治疗时, 其并发症作为主要诊断, 恶性肿瘤可作为其他诊断的首选。

(11) 在本次住院过程中进行了手术治疗时, 在选择主要诊断时应注意主要手术和主要诊断应互相吻合。

4. 修饰原则

(1) 其他诊断被记录为主要诊断, 而主要诊断被记录为其他诊断。当一个次要的疾病、长期存在的疾病或伴随的疾病被记录为主要诊断, 而另一个更重要的、与患者接受转科治疗相关诊断被记录为其他诊断, 则选择记录为其他诊断的疾病为主要疾病编码。

(2) 主要诊断中列有几个诊断名称的情况。几个独立的疾病诊断被同时列入主要诊断栏中, 而病案中指出其中之一为患者接受治疗的主要疾病, 选择这个接受治疗的疾病为主要诊断。

(3) 记录为主要诊断的名称是其他诊断所表现的症状。如果症状或体征可分类到第十八章或第二十一章时, 且是接受治疗的其他疾病的症状、体征或情况, 选择这个接受治疗其他疾病为主要诊断。

(4) 诊断的特异性。当主要诊断只是个笼统的术语, 而其他诊断对疾病性质有更为具体的描述时, 选择这个更为具体的描述为主要疾病诊断。

5.选择原则应用举例

(1) 主要诊断可以包括疾病、损伤、中毒、体征、症状、异常发现，或者其他影响健康的有关因素（发热、头痛、蛋白尿等）。

(2) 有手术治疗的患者的主要诊断要与手术治疗的疾病一致。如：

胆囊切除术－胆囊结石伴慢性胆囊炎

(3) 手术后出现的并发症，要根据总体原则确定；如果是急诊手术要根据总体原则确定；急性坏疽性阑尾炎伴穿孔、阑尾切除术后发生急性前壁心肌梗死，进行PCI治疗，出院时应考虑急性前壁心肌梗死作为主要诊断；如果是择期手术，其并发症则不作为主要诊断（胆囊结石伴慢性胆囊炎，行腹腔镜下胆囊切除术后，发生急性前壁心肌梗死，进行PCI治疗，出院时应考虑胆囊结石伴慢性胆囊炎作为主要诊断）。

(4) 由于发生意外情况或并发症，即使原治疗计划未进行，仍按入院的情况确定主诊断。

(5) 当患者确认疾病且伴有一系列其他临床症状时，要选择有特异性的疾病或情况确定为主诊断编码。如风心病、二尖瓣狭窄及关闭不全、心房纤颤、心功能Ⅲ级。

(6) 当患者的疾病具有剑号和星号编码时，原则上选择剑号作为主要诊断编码。

(7) 当患者临床症状、体征和不确定情况有相关的明确诊断时，不再选择临床症状、体征作为主要诊断编码，要选择有明确的疾病诊断为主诊断编码。如：

蛋白尿－慢性膜性肾小球肾炎，发热－红斑狼疮

(8) 当住院是为了手术治疗或其他并发症治疗时，则将其并发症作为主要诊断编码。如：

手术后胆道感染（T81.404）、玻璃体切除硅油充填状态（Z98.801）

(9) 中毒患者以中毒诊断作为主要诊断，临床表现作为其他诊断编码。如可卡因过量引起的昏迷：

主要诊断：可卡因中毒（T40.500）

其他诊断：昏迷（R40.200）

可卡因依赖综合征（F14.200）

（二）次要疾病（其他诊断）的选择原则

1.定义

是住院时与主要疾病并存的、住院后发生的，或是影响所接受治疗和/或住院时的其他情况，包括并发症和伴随症。

2.次要诊断选择原则

(1) 先选并发症，再选伴随症。

(2) 在选择并发症、伴随症时，分别按疾病的严重程度，由重至轻顺序选填并编码。

(3) 患者既往疾病与治疗情况或家族史，如对本次诊断、治疗及预后有影响时，应视为伴随症作为其他诊断并编码。

(4) 无临床意义的异常所见无须编码。

(5) 在出院时，其他诊断中的“可疑”不确定诊断作为确定诊断编码。

（三）主要手术和操作的选择原则

(1) 主要手术和操作一般是指在本次医疗过程中医疗消耗资源最多的手术与操作，其医疗风险、难度高于本次医疗过程中其他手术和操作，通常与主要疾病相关。

(2) 选择主要手术操作时，只重规则，不考虑它与出院科别间的关系。

(3) 在手术与操作之间，主要编码一般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，一般采用治疗性操作作为主要编码。

（四）死亡原因选择

死因统计是确定疾病死亡的根本原因。

根本死因：引起一系列直接导致死亡的疾病就是根本死亡原因。

死亡原因分类（死因链）：根本死因→间接死因→直接死因。

六、关于ICD—11

经过十余年的修订，2018年6月18日，世界卫生组织（WHO）发布了《国际疾病分类》第11版（ICD—11）。ICD—11首次采用全电子版本，在便于使用的同时降低了错误的发生率。共有31个国家和地区参与了ICD—11的现场试验。ICD—11共收录了55 000个编码，远多于ICD—10的14 400个。ICD—11将于2022年1月1日正式生效，由各成员国投入应用。当前发布的版本为英文预览版，目的在于让各国规划如何使用该版本，筹备翻译工作，以及在全国范围内针对医务工作者开展培训。

ICD—11包含若干新的章节，其中有关于传统医学的章节。此前的ICD版本从未对传统医学进行分类。ICD—11的另一个重大变化在于将“性别不一致”（gender incongruence）从“精神卫生”移至“生殖健康”章节。性别不一致表现为个体体验/表达的性别与出生性别之间显著而持续的不一致。在过去的版本中，性别不一致始终位于精神卫生章节之下。然而，随着对这一现象理解的深入，目前认为性别不一致“并非精神障碍”。新版ICD对疾病进行了重新分组，以反映当前医学对疾病的认识。