

第二节 ICD-9-CM-3 的基础知识

一、ICD-9-CM-3 的结构

ICD-9-CM-3 分为类目表和索引两个部分,索引是对类目表的重要补充,因为有相当一部分具体的手术及操作名称没有被列入类目表,只有通过查找索引才能得到其在类目表中的位置。

(一) 类目表的结构与排列

四位数字类目表

章	名称	编码范围
第一章	操作和介入, NEC	00
第二章	神经系统手术	01-05
第三章	内分泌系统手术	06-07
第四章	眼部手术	08-16
第五章	其他各类诊断性和治疗性操作	17
第六章	耳部手术	18-20
第七章	鼻、口、咽手术	21-29
第八章	呼吸系统手术	30-34
第九章	心血管系统手术	35-39
第十章	血液和淋巴系统手术	40-41
第十一章	消化系统手术	42-54
第十二章	泌尿系统手术	55-59
第十三章	男性生殖器官手术	60-64

第十四章 女性生殖器官手术	65-71
第十五章 产科操作	72-75
第十六章 肌肉骨骼系统手术	76-84
第十七章 体表系统手术	85-86
第十八章 各种诊断性和治疗性操作	87-99

类目表共分为 18 章,除第一章、第五章和第十八章外,其他各章均按解剖系统分类,按编码的大小顺序排列。

(二) 索引的排列

1. 排列方法

(1) 在索引中,主导词用黑体字表示。所谓主导词,也就是主题词,它是各类手术操作最重要的表达词语。索引中主导词按汉语拼音顺序排列,如果主导词首字的拼音完全相同,则比较第二个字的拼音,以此类推;如果拼音是同音,则按四声的先后排列;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。

(2) 主导词下列有各级修饰词,按其汉字的拼音顺序排列。所谓一级修饰词,是指主导词下仅有一个“—”的名词语。

一级修饰词下方,列有下一级或更下一级修饰词,下一级的修饰词只用来修饰与其距离最近的上一级修饰词。

例如:扫描

主导词

—C.A.T(计算机轴向 X 射线断层摄影术) 一级修饰词

——伴计算机辅助手术 二级修饰词

——腹 二级修饰词

——骨 二级修饰词

———矿物质 三级修饰词

二级修饰词“骨”用来修饰其上方的一级修饰词“C.A.T(计算机轴向 X 射线断层摄影术)”,而三级修饰词“矿物质”仅用来修饰其上一级修饰词“骨”。

2. 索引编排的其他特点

(1) 索引按汉语拼音英文字母顺序排列,每页书眉标有汉语拼音及其包含的汉字,指引读者查找索引。

(2) 以英文人名命名的手术名称,如:Abbe 手术、Billroth I 型手术、Whipple 手术均在对应字母顺序索引的最前部分。

(3) 以人名命名的手术名称有交叉索引,其编码放在英文条目下,如下所示。

Almoor 手术 20.22

阿尔穆手术 - 见 Almoor 手术

二、ICD-9-CM-3 的术语、符号及缩略语

ICD-9-CM-3 中采用了许多与 ICD-10 一致的符号、术语和缩略语,如 []、()、{ }、见、另见、NOS 和 NEC,等等,其功能和 ICD-10 保持一致。下面介绍一些特有的术语和缩略语。

1. 类目、亚目和细目 ICD-9-CM-3 也有类目、亚目和细目。但类目是指两位数编码,亚目指三位数编码,细目指四位数编码。

例如:类目 07,其他内分泌腺手术

亚目 07.0,肾上腺区探查术

细目 07.00, 肾上腺区探查术 NOS

除少数没有细目的条目可编码至亚目外,其余应尽可能地编码至细目。例如,当肾上腺区探查术没有特指单双侧情况时,要编码到 07.00,不能编码于 07.0。

2. 另编 (code also) 在类目表中经常可见到“另编码:任何同时进行的 (code also any synchronous)”或“另编…… (code also……)”的字样。“另编”是一个重要的指示词,提示除目前查找到的编码外,还应对同时进行的其他手术步骤、特殊附属操作或设备进行编码,从而使编码完整。例如:回肠代膀胱手术,实际上由膀胱再造术 (57.87) 和回肠切除用于间置术 (45.51) 这两个手术所构成,在核对类目表时,可以发现“另编码”提示,提示编码员完善编码。有时在索引中也可发现另编码提示。使用这个指示词有两个目的:

(1) 指示对某个同一时间内完成的操作的其他组成部分也要进行编码。

例如: 42.6 胸骨前食管吻合术

另编码:任何同时进行的

食管切除术 (42.40-42.42)

胃造口术 (43.1)

(2) 对使用特殊附属操作或设备也要进行编码。

例如: 39.21 腔静脉-肺动脉吻合术

另编码:心肺搭桥 (39.61)

3. 省略编码 (omit code) 在索引或类目表中会遇到省略编码的指示,提示这一手术步骤只是手术中的一个先行步骤,不必编码。例如:行阑尾切除术时,探查性剖腹手术只是先行步骤,不必编码。

4. NOS 和 NEC NOS 和 NEC 在类目表中均有出现。索引中也使用了 NEC,但很少使用 NOS。例如:在类目表中 84.10 下肢截断术后方出现 NOS,提示手术范围(部位)不明确;78.8 骨诊断性操作后方出现 NEC,提示如果骨诊断性操作的具体方法明确,可以归类至其他编码,不应分类于 78.8。

三、编码的查找方法

(一) 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,第二步是通过索引查找编码,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。主导词主要有三种类型:①基本术式,如切除术、修补术、缝合术等;②手术部位+基本术式,如阑尾切除术、脑室穿刺术等;③以英文专有名词(人名)或音译命名的手术,如巴尔(Barr)手术。值得注意的是,在中文译本中列出的英文原名有助于判断译名是否一致,如比罗特(Billroth) I 型手术编码为 43.6,临床常称为毕氏 I 型手术,通过给出的英文名称可以判断两种译法其实为同一手术。查找编码时,确定主导词的方法如下所示。

(1) 一般以手术方式或操作方法作主导词,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) 切开术、切除术、造影术、成形术、缝合术……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,也可用手术方式查找,其中有些还可以直接以手术为主导词查找。

例如: Davis 手术(插管输尿管切开术) 56.2

输尿管切开术 56.2

手术-戴维斯(插管输尿管切开术) 56.2

上述三种方法所查找的结果是相同的,但并不是每个操作都可以这样查找。由于 ICD-9-CM-3 的交叉索引不如 ICD-10 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查找。

选择主导词是手术操作编码的关键,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,掌握一定程度的医学英语对于主导词的选择也会有所帮助。因为我们使用的中文译本完全按英文单词排列主导词,如:“胃切除术 Gastrectomy”“胃切开术 Gastrotomy”“胆囊切除术 Cholecystectomy”“胆囊切开术 Cholecystotomy”都是整体词。如果根据中文习惯,这些主导词很可能被分解。掌握手术操作名词的构成,如:词根“-ectomy”是切除术、“-otomy”是切开术,再结合词干,也就是部位,就可以直接构成手术操作的主导词。

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 这一过程要注意类目和亚目中的“另编码”和“包括”“不包括”等注释,它有可能提示手术操作编码不完整或需要改变。例如:产科的直肠修补术,查找时用“修补术”作主导词,得到编码 48.79,核对这个编码时可发现“不包括”提示,指出近期产科直肠裂伤的修补术应分类到 75.62。

(二) 手术操作名称与编码的关系

手术操作名称的各个组成部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着关键的作用。构成手术名称的主要成分如下所示。

(范围)部位+术式+入路+疾病性质

例如:阑尾切除术

部位+术式

肺部分切除术

部位(范围)+术式

肛门瘘关闭术

部位+术式+疾病性质

垂体腺瘤切除术,经额

部位+术式+入路+疾病性质

针刺

术式

另外,手术操作使用的特殊器械和方法、手术目的等也会对编码产生影响。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。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,针刺疗法、灸都是一种操作方式,可以独立存在。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,它是必须指出的,否则就难以分类或会被笼统地分类。例如:

(1) 穿刺术,如果不指出部位就不能编码。

(2) 骨切断术(77.30),不同部位的骨切断术有不同的细目编码,但不明确部位的骨切断术也可以笼统给予编码。

(3) 肺癌切除术,这是一个典型的不恰当的手术名称,因为它没有指出切除的范围。在手术分类中,如果未指出手术范围,而且也无法假定其切除的情况,就按病损切除术处理。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。因此,必须详细指出实际的切除范围,否则只能遵守编码规则。

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,没有术式就根本无法分类。

例如：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，另一种则需要通过切开颌骨、重新摆正牙齿以调整牙齿的咬合，后者属于矫形手术，两种手术差别较大。而通过本例手术名称不能明确手术术式，索引中也没有假定分类，必须查看手术记录才能正确编码。

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，如垂体的相关手术就需要明确入路才能准确编码。

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指出疾病的性质。例如：对胃进行大部切除，不必列出具体疾病是溃疡还是肿瘤。但有些情况又必须指出疾病的性质，例如：视网膜冷凝术必须指出疾病的性质，才能准确编码。

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：虹膜切除术 12.14

— 伴

—— 过滤手术(用于青光眼) NEC 12.65

—— 囊切除术 13.65

6. 手术目的对编码的影响 手术目的一般情况下不必说明，但有时候也会影响编码，此时就需要指出。严格按照索引查找就可以明确哪些手术需要指出手术目的。例如：视网膜冷凝术本身没有编码，只有说明视网膜冷凝术的目的，才能编码如下：

目的：为了破坏病损 14.22

为了视网膜再附着 14.52

为了修补视网膜撕裂 14.32

总之，如果在一个术语中出现有上述6个方面的描述时，不应轻易忽略，要在索引中查找，直至证实所有成分对编码都不再影响。另外，在查找编码之前，要认真阅读病案，审核手术名称的完整性。如果发现手术名称有不完整或遗漏之处，务必请医师及时修正后再进行编码。

(三) 常见的主导词转换

主导词选择是查找手术操作编码的关键，在手术操作分类中，主导词选择有时比较困难，建议掌握以下主导词转换的规律。

1. 切开术。可以用“切开”作主导词的手术包括：引流术、异物取出术、探查术、减压术、穿刺术、切断术、取出术、清除术、脓肿去除术、血肿去除术等。

2. 修补术、建造术、成形术、再造术、整形术、重建术、矫正术、扩张术、裂伤缝合术、闭合术、造瘘术、松解术、移植术等术式是相互关联的，当用其中某个术式作为主导词查不到编码时，可以按照对手术方法的了解转换成其他术式作为主导词查找。例如：眼睑内翻矫正术(08.49)，用“矫正术”作主导词查找不到编码，则转换为主导词“修补术”。

3. 分流术、旁路术和吻合术等可以互为交叉索引。

(四) 与编码有关的其他问题

1. 索引中的指示词“见”和“另见” 索引中无论是主导词还是修饰词后，如果遇到“见”，表示需要按提供的主导词重新查找编码。例如：瓦达实验 - 见 Wada 测验。

在索引中遇到“另见”的指示词，该条目一定提供了相关的编码，如果这个编码不符合要求，此时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。如果是下颌骨外生骨疣切除术，77.60这个编码就不正确，需要按“切除术，骨”这个路径重新查找具体的编码。

2. 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。内镜相关操作有三种不同的处理方式。

(1) 单纯的内镜检查: 以“内镜检查”为主导词进行查找, 按内镜检查分类。

(2) 内镜检查伴有活组织检查: 要以活组织检查为主进行分类。

(3) 内镜检查伴有治疗: 按切除术或破坏术查找。

例如: 胃镜下胃息肉切除术 43.41。

3. 病损切除术(excision of local lesion) 病损一词包括各种疾病, 而病损切除术一般是对各种疾病局部病变部位的切除, 例如: 胃溃疡切除术、胃肿瘤切除术编码都是 43.42, 均是按病损切除处理。

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, 因此有时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, 它可以对多种疾病进行治疗。如果一一指出疾病性质, 则手术名称的条目将呈几何性增长。

病损是各种疾病的代名词, 如果只是对疾病发生的局部进行手术, 手术范围是很小的, 不累及正常组织, 所以在索引中常常用修饰词“病损”来代替。例如: 胃溃疡切除术, 查找时以“切除术”作主导词, 然后再查“病损”, 最后查修饰词“胃”就可以得到编码。但是, 对于恶性肿瘤的切除术, 要在明确手术切除的范围后, 再进行编码。肿瘤的切除术往往不仅仅是单纯的病损切除, 而且可能是器官部分或全部的切除, 有些恶性肿瘤的切除术还包括对周围组织的切除。

4. 关于肿瘤切除术的分类

(1) 假定分类: 如果肿瘤切除的方式有多种, 而且医师没有指出具体是哪一种时, 按“病损切除术”进行编码。对于某些恶性肿瘤, 在手术时至少要做该器官的全部切除, 则分类到该器官的切除术中, 如: 阑尾黏液癌切除术, 应按阑尾切除术分类。

假定分类是分类学中的重要方法, 它一般是根据临床上发生的多数情况进行假定。但在可能的情况下, 应仔细阅读病案, 找出明确的切除部位和范围, 不要使用假定分类规则。

(2) 根治术: 以根治术命名的类目在 ICD-9-CM-3 中很少, 但在临床工作中却比较常见, 如卵巢癌根治术。原因是有一些根治性手术的切除方式并不完全一致, 没有得到 ICD-9-CM-3 的承认。根治术编码的方法如下所示。

1) 查阅病案后, 明确具体的手术部位和范围、手术方式等。

2) 根治术一般以“切除术”“部位+切除术”或“清扫术”作为主导词查找, 少量根治术可以直接查到编码。一些已经定型的术式会直接以根治术命名, 可以在索引中查到根治术, 如前列腺根治性切除术、乳腺改良根治术等。

3) 根治术在具体手术中还会伴随器官周围淋巴结清扫、其他器官的附带切除、切除器官的功能重建和成形等其他情况。应结合具体手术方式, 参考索引及类目表中的注释编码。例如: 单侧乳房根治性切除术(85.45), 没有必要再编码淋巴结清扫术, 这个术式包括乳房、胸大肌和区域性淋巴结切除, 而膀胱根治性切除术(57.71)则要求编码 40.3 或 40.5 的淋巴结切除术。

根治术常常需要做器官的全部切除术, 如果不允许行器官全部切除术, 则通常做该器官的大部分或次全切除术。如肝癌根治术, 如果患者未做器官移植, 一般按肝部分切除处理。