

辽宁省医疗保障局文件

辽医保〔2020〕60号

关于印发辽宁省医保结算清单及编码填报 管理规范（试行第一版）的通知

各市医疗保障局、省医疗保障事务服务中心：

为贯彻落实党中央、国务院关于建立管用高效的医保支付机制的决策部署和国家医保局关于深化医保支付方式改革及标准化工作安排，以统一标准、统一规范扎实推进我省医保支付方式改革，省局委托沈阳市医保局组织编写了《辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范（试行第一版）》（以下简称《规范》），已经国家医保局 DRG 付费国家试点专家组专家论证通过。现印发给你们，请遵照执行，并就有关事项通知如下：

一、充分认识医保结算清单落地工作的重要意义

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，医保基金结算管理是落实医疗保障待遇、支付等各项政策的关键环节，是医、保、患三方关系的交汇点，事关医疗保障基金安全、医疗机构的良性运转和人民群众的切身利益。目前，医保结算管理的标准化体系尚未形成，难以适应新时代医疗保障治理现代化要求。医保结算清单是国家医保局在总结吸纳各地结算工作实践经验基础上，制定的一项重要行业标准，落实医保结算清单是建立管用高效医保支付机制、实现医保基金结算工作标准化管理、开展各项支付方式改革的必备前提和基础。各地要充分认识医保结算清单落地工作的重要意义，进一步统一思想、明确目标、精心组织、确保落实。

二、加快推进医保结算清单和《规范》落地使用

各级医疗保障行政部门、经办机构和各定点医疗机构要各司其职、密切配合，确保医保结算清单在我省全面落地使用。省局负责统筹组织实施医保结算清单和《规范》落地使用工作，统一开发编写医保结算清单数据采集系统和接口文档，于今年9月前配发各市（省直）使用，实现各地医保结算平台数据采集系统与省级平台对接和数据全省集中，加强技术指导和实施督导；各市（省直）要及时将现有经办信息系统中其他版本ICD编码更新为国家医保版ICD-10及ICD-9-CM-3编码，做好医保结算清单数据采集系统的本地部署，以及与现有经办信息系统、定点医院

信息系统和省平台的数据接口对接，确保在 2020 年底之前，将医保结算清单作为按病种、DRG 或其它病组付费方式管理的基本依据，并全面用于全部职工和城乡居民医保住院病例的医保费用审核、结算和医保基金监管工作。要指导定点医疗机构严格按照《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20 号）及《规范》要求填报医保结算清单及编码，结合管理实际建立数据质量审核校验机制，不断提高医保基础数据质量，重点监管高编码、多编码或高靠诊断、虚假诊断及虚假手术操作等违规违法行为，并按照医保基金监管相关规定及医保服务协议予以处理；各定点医疗机构要按照医保结算清单数据接口标准做好与医保经办信息系统的对接，做好医疗机构现行 ICD 编码与国家医保版 ICD-10 及 ICD-9-CM-3 编码的对照映射，加强编码人员、信息技术人员队伍建设，提高编码工作和信息工作水平，严格落实《规范》要求，设置专职编码人员岗位，明确医保医师、医保护士、编码人员和信息技术人员在医保结算清单填报工作中的岗位职责，客观、及时、准确、完整填报和上传医保结算清单相关数据信息。

各市要结合本地实际制定医保清单落地使用推进工作方案，在 2020 年底前，逐步将本地全部承担住院服务的定点医疗机构纳入医保结算清单管理范围。推进过程中，各定点医疗机构可暂按原规定填报上传相关结算信息，完成医保结算清单接口对接后，

定点医疗机构全部住院病例均应按照医保办发〔2020〕20号文件及《规范》填报。

三、强化医保结算清单和《规范》落地使用工作保障措施

各级医疗保障部门要将医保结算清单和《规范》落地使用工作摆上重要议事日程，强化组织领导和统筹协调，建立相应工作机制，夯实工作力量，科学制定工作推进落实方案，周密组织实施。省局建立省级专家组，作为医保结算清单和《规范》落地使用工作的人力智力支撑，配合省局负责《规范》解释、修订及其他标准化相关工作。建立健全省-市-医疗机构三级培训机制，省局统一组织开展各市医保部门骨干人员和核心专家的业务培训，各市要结合本市实际工作需要，加快组建和培养本市骨干力量并成立市级专家组，负责对本市全部定点医疗机构相关人员开展医保结算清单和《规范》落地使用工作业务培训，着力提高标准化从业人员素质，优化知识结构，培养造就一支专业扎实、经验丰富的标准化人才队伍。要将贯彻落实医保结算清单有关要求纳入医保服务协议内容。

各级医疗保障部门要建立健全各定点医疗机构在落实医保结算清单和《规范》过程中的意见反馈机制，收集整理调整完善《规范》的相关工作建议并上报省局。省局将定期组织专家组完善、修订和发布新版《规范》。

本《规范》自发布之日起实施。

- 附件：1.辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范（试行第一版）
- 2.国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知



（此件公开发布）

附件 1

辽宁省医保结算清单及编码填报 管理规范（试行第一版）

委托单位： 辽宁省医疗保障局

承担单位： 沈阳市医疗保障局

2020 年 7 月

编写说明

一、目的及意义

医疗保障基金结算清单（以下简称医保结算清单）填报及编码数据质量管理，是建立管用高效的医保支付机制，推进医保支付方式改革的重要基础性工作，统一填报标准、坚持标准化管理，也是 DRG 分组基础及付费实施的关键环节。为确保我省 DRG 付费试点及其它支付方式改革工作规范、有序开展，确保各市切实落实国家医保结算清单、医保版医疗保障疾病诊断分类与代码及医疗保障手术操作分类与代码等标准，扎实做好病案基础数据质量管理工作，辽宁省医疗保障局委托沈阳市医疗保障局组织开展了医保结算清单及编码填报管理规范的研究编制工作，成立了辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范编写组。在总结前期病案首页及编码填报等基础数据管理的基础上，编写组完成了《辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范（试行第一版）》（以下简称《规范》），并经国家医保局 DRG 付费国家试点专家组相关专家论证通过。

《规范》编制的主要政策依据及标准：《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39号）、《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费

国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20号）等相关规定；国家医保版《医疗保障疾病诊断分类与代码》和《医疗保障手术操作分类与代码》；国际疾病分类（ICD-10、ICD-9-CM-3）规则及标准。

《规范》明确了定点医疗机构及其医保医师、编码人员、信息技术人员医保结算清单填报职责及要求；参照国家医保结算清单填写规范，明确了主要诊断选择、其他诊断填报、手术及操作填报的原则及标准；对 ICD-10 疾病诊断编码、ICD-9-CM-3 手术操作编码，按照国际疾病与手术操作编码分类规则，明确了各章节的编码规则、常见疾病与手术操作的编目要求以及重点难点填报标准。

二、常用术语解释

1. 疾病名称: 主要由病因+部位+病理+临床表现组成。疾病名称的完整性和准确性，对于正确编码起着关键性作用。

2. 手术操作名称: 主要由（范围）部位+术式+入路+疾病性质组成。部位和术式是手术操作名称的基本成分，也称为核心轴心，手术操作的特殊器械、目的及方法等将会影响编码分类，完整准确的名称对于编码的准确性至关重要。

3. 主要编码: 指对主要疾病的编码，通常是病人住院的原因。

4. **附加编码**: 又称次要编码, 指除主要编码外的其他任何编码。

5. **合并编码**: 当两个疾病诊断或者一个疾病诊断伴有相关的临床表现被分类到一个编码时, 这个编码称之为合并编码。

6. **假定分类**: 是分类学中重要的方法, 一般是根据临床多数发生的情况进行假定。但可能情况下, 尽量找出明确的结果, 慎重使用假定分类。

7. **双重分类**: 指星号和剑号编码, 剑号表明疾病的原因, 星号表明疾病的临床表现。

8. **切开术**: 可以用“切开”做主导词的手术包括: 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

9. **病损切除术**: 病损包括各种疾病, 病损切除一般是对各种疾病局部病变部位的切除, 但要区分一般病变和恶性肿瘤的病损切除术。病损切除的手术范围很小, 不累及正常组织。临床应具体描述手术切除范围, 如无具体描述且无法假定其他切除时, 按病损切除处理。

10. **肿瘤根治术(肿瘤根治性切除术)**: 在 ICD-9-CM-3 中很少使用, 根治性切除术不是一个标准的手术操作名称, 临床只有明确具体的手术方式才能正确编码。

11. **清创术**: 指从外伤或感染的病灶及其附近除去异物、

无生命的或污染的组织，直到暴露周围的健康组织为止。清创术有时伴缝合术，缝合只是清创后的一个步骤，可以省略编码。

12. 修补术:指通过手术的对合，使损伤或病变组织自然地或机械性地恢复。其含义包括缝合、闭合、移植、补片、结扎、切除、烧灼等。临床应明确操作的主要内涵，以准确分类。

13. 吻合术:是两个正常分开的腔隙或空腔器官间的再连接，包括在原先分离的结构间造一条通路连接，或通过吻合相互连接。

14. 融合术:通过固定装置、骨移植物或其他方法，使关节在功能位完全骨性愈合。

15. 置换术:放入或放置生物或人工材料，取代人体某一部位的部分或全部。

16. 间置术:是在管腔的中间置放另一段管腔。间置术的目的主要是切除病灶、重建管腔。

17. 建造术和重建术:建造术是从无到有，重建术是有但功能或形态不完善。

三、编写要点

《规范》共分八章、三百九十七条。包括：第一章总则、第二章住院医保结算清单填报要求、第三章主要诊断选择、第四章其他诊断填报、第五章手术及操作填报、第六章 ICD-

10 各章节填报管理、第七章 ICD-9-CM-3 各章节填报管理、第八章附则。

第一章总则及第八章附则重点明确《规范》编制的政策依据、应用标准、适用范围及填报管理总体要求等。第二章至第五章完全按照国家医保结算清单规范标准，重点针对住院结算清单的主要数据项以及主要诊断选择、其他诊断与手术操作填报制定了具体填报标准及管理细则。第六章及第七章主要参照国际疾病分类规则及标准，对 ICD-10 及 ICD-9-CM-3 各章节的常见疾病及手术操作、重点和难点、以及日常管理中审核与填报问题，规定或细化了更为具体的填报标准，并通过大量的典型例子及编码归类汇总表加以说明。

疾病诊断与手术操作编码的基础是病案信息，编码人员需要从临床医生书写的病历中获取信息进行编目，编码质量与病历书写质量紧密相关。为加强编码填报数据质量管理，针对日常编目中存在的因临床书写不规范或描述不清所致的编码错误，在相应条款中对因临床病历书写直接影响准确编目的相关内容明确了具体要求。如：胸膜炎临床应明确疾病性质，病因不同、分类不同，化脓性胸膜炎编码于 J86.9、结核性胸膜炎编码于 A16.5、创伤性胸膜炎编码于 S27.6，临床无法明确病因编码于 R09.1（未特指性质的胸膜炎），如果临床未写明病因，编码人员只能编码未特指性质的胸膜炎。对于涉及手术编码归类时需要临床医生在病历书写中体现

的手术入路、部位、范围以及疾病性质等明确了具体要求。如：某些手术需要临床明确具体范围（呼吸系统手术的肺段切除、肺叶切除、全肺切除），某些手术需要临床明确入路（妇科子宫切除区分直视下、腹腔镜下），循环系统中血管支架置入时需要附加编码治疗血管数量及置入血管支架的数量等。

《规范》统一使用了相同内涵、不同管理级别的词语，如“不允许”、“原则上不”、“不应”、“一般情况下不”等等，以统一规范相应管理标准。其中“不允许”包括不允许作为主要诊断编码填报、不允许分别编码填报、不允许另编码等。

编写组

2020年7月

目 录

第一章 总则.....	1
第二章 住院医保结算清单填报要求.....	3
第三章 主要诊断选择.....	6
第四章 其他诊断填报.....	15
第五章 手术及操作填报.....	19
第六章 ICD-10 各章节填报管理.....	24
某些传染病和寄生虫病（A00-B99）.....	24
肿瘤（C00-D48）.....	27
血液及造血器官疾病和涉及免疫机制的某些疾患（D50-D89）... ..	31
内分泌、营养和代谢疾病（E00-E90）.....	32
精神和行为障碍（F00-F99）.....	35
神经系统疾病（G00-G99）.....	36
眼和附器疾病（H00-H59）.....	40
耳和乳突疾病（H60-H95）.....	43
循环系统疾病（I00-I99）.....	44
呼吸系统疾病（J00-J99）.....	49
消化系统疾病（K00-K93）.....	52
皮肤和皮下组织疾病（L00-L99）.....	56
肌肉骨骼系统和结缔组织疾病（M00-M99）.....	58

泌尿生殖系统疾病 (N00-N99)	64
妊娠、分娩和产褥期 (000-099)	69
起源于围生期的某些情况 (P00-P96)	74
先天性畸形、变形和染色体异常 (Q00-Q99)	76
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)	77
损伤、中毒和外因的某些其他后果 (S00-T98)	79
疾病和死亡的外因 (V01-Y98)	84
影响健康状态和与保健机构接触的因素 (Z00-Z99)	87
用于特殊目的的编码 (U00-U85)	89
第七章 ICD-9-CM-3 各章节填报管理	90
操作和介入 NEC (00)	90
神经系统手术 (01-05)	91
内分泌系统手术 (06-07)	92
眼的的手术 (08-16)	94
其他各类诊断性和治疗性操作 (17)	99
耳部手术 (18-20)	100
鼻、口、咽手术 (21-29)	100
呼吸系统手术 (30-34)	101
心血管系统手术 (35-39)	104
血液和淋巴系统手术 (40-41)	110
消化系统手术 (42-54)	111

泌尿系统手术（55-59）	115
男性生殖器官手术（60-64）	118
女性生殖器官手术（65-71）	119
产科操作（72-75）	121
肌肉和骨骼系统手术（76-84）	123
体被系统手术（85-86）	127
各种诊断性和治疗性操作（87-99）	129
第八章 附则	131

辽宁省医疗保障基金结算清单及编码 填报管理规范（试行第一版）

第一章 总则

第一条 为进一步加强我省医疗保障住院基础数据质量管理，规范定点医疗机构医疗保障基金结算清单（以下简称“医保结算清单”）及编码填报，按照《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39号）、《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20号）有关规定，遵循国际疾病分类（ICD-10及ICD-9-CM-3）规则及标准，结合沈阳市病案编码数据质量管理实践经验及我省实际，制定本规范。

第二条 本规范适用于全省职工及城乡居民基本医疗保险全部住院病例的医保结算清单、疾病诊断与手术及操作编码填写和上报管理。

第三条 定点医疗机构应当按照国际疾病分类 ICD-10、手术及操作分类 ICD-9-CM-3 的编码规则，统一使用国家医保版《医疗保障疾病诊断分类与代码》和《医疗保障手术操作分类与代码》编码上报。应用其他版本编目的定点医疗机构，须按照统一的编码对照标准建立其他版本编码与国家医保版编码的映射对照机制，并应用国家医保版编码填报医保结算清单。

第四条 填报管理

（一）定点医疗机构应按照国家相关规定，为参保人员就医结算建立完整准确的病案资料，并按医保服务协议及时上传医保结算清单及医保电子病历。

（二）定点医疗机构全部住院病例应按照本规范要求准确填写及上报，并应设立医保编码人员专业岗位，不得由临床医师直接编码填报。定点医疗机构应明确医保、医务、质控、病案、财务、信息等相关部门职责，统一协调管理，确保医保结算清单及编码数据质量。

（三）医保医师应严格遵守诊断标准、入（出）院和重症监护病房收治标准及诊疗规范，按照本规范要求及时、完整、准确填写住院患者诊断与手术及操作等诊疗信息，并承担执业法律责任。

（四）编码人员应按照本规范要求，根据病案信息对疾病与手术及操作准确编目，并负责核实、校验，同时对医保结算清单编码质量承担辅助监督职责。编码人员在编目过程中应依据需要与医保医师沟通确认。医保医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码人员可按分类规则编目。

（五）编码人员应根据国际疾病分类规则，慎重使用假定分类。只有可以使用假定分类的情况，方有可能作为诊断编码填报。医保医师须对临床已明确情况提供详实记录，减少编码人员假定分类的填报。

（六）信息技术人员应按照医保数据传输接口标准做好系统程序对接工作，按时上传数据，确保医保结算清单数据信息质量完整准确。

（七）病例临床诊断或编码与实际病情和治疗不符（如高靠诊断、

虚假诊断及手术操作、高编码、多编码等)的,医保部门按医保服务协议及相关规定予以处理。

第二章 住院医保结算清单填报要求

第五条 住院医保结算清单是指定点医疗机构开展住院医疗服务后,向医保部门申请结算时提交的数据清单。结算清单内容应当客观、真实、及时、准确、规范,定点医疗机构应严格按照国家医保局发布的《医疗保障基金结算清单填写规范》所规定的数据采集标准及要求完整填报,并将已结算的住院病例相关数据信息在规定时间内上传。

第六条 入院病情是指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较,按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有病情分为以下四种情况,并应填写相应代码。

(一)有(代码1):对应本出院诊断在入院时就已明确。

举例:患者因“乳腺癌”入院治疗,入院前已经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”,术后经病理亦诊断为乳腺癌。

(二)临床未确定(代码2):对应本出院诊断在入院时临床未确定,或入院时该诊断为可疑诊断。

举例:患者因“乳腺恶性肿瘤不除外”、“乳腺癌?”或“乳腺肿物”入院治疗,因缺少病理结果,肿物性质未确定,出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

(三)情况不明(代码3):对应本出院诊断在入院时情况不明。

举例:乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期,因

患者入院时处于窗口期或潜伏期，入院时未能考虑或主观上未能明确此诊断，经入院后检查新发现的慢性疾病，如高血压、高脂血症、胆囊结石等，应选择“情况不明—3”，不能选择“无—4”。

（四）无（代码 4）：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。只有在住院期间新发生的情况，才能选择此项。

举例：患者出现围手术期心肌梗死、住院期间发生的医院感染等。

第七条 离院方式是患者本次住院离开医院的方式，包括：医嘱离院（代码 1）、医嘱转院（代码 2）、医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码 3）、非医嘱离院（代码 4）、死亡（代码 5）、其他（代码 9）。其中医嘱转院与医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，用于统计“双向转诊”开展情况。离院方式应尽量选择 1-5，填写 9 是属于极为罕见特殊情况，如患者住院期间被挟持失踪等。

第八条 呼吸机使用时间专指住院期间患者通过侵入方式（气管插管或气管切开）进行有创机械辅助呼吸的时间总和，间断使用呼吸机的患者按照时间总和填写，单位为小时（不包括无创呼吸机、麻醉中和麻醉苏醒期呼吸机的使用时间）。

第九条 年龄（岁）是指患者的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄。年龄满 1 周岁的，以实足年龄的相应整数填写；（年龄不足 1 周岁的）年龄（天），按照实足天龄的相应整数填写。

第十条 新生儿入院类型及体重

（一）新生儿入院类型按入院相关影响因素，分为：正常新生儿

（代码 1）、早产儿（代码 2）、有疾病新生儿（代码 3）、非无菌分娩（代码 4）、其它（代码 9）。

（二）新生儿的体重包括新生儿出生体重与新生儿入院体重。新生儿出生体重是指患儿出生后第一小时内称得的重量，新生儿入院体重是指患儿入院时称得的重量，两者均要求精确到 10 克，单位为克（g）。

（三）产妇住院病例应填写“新生儿出生体重”，新生儿期住院患儿应填写“新生儿出生体重”与“新生儿入院体重”。

第十一条 颅脑损伤患者昏迷时间是指外伤所致的颅脑损伤患者昏迷的时间，入院前和入院后分别计算（非外伤所致的颅脑损伤患者无需填写）。分别按照入院前间断昏迷时间总和与住院期间间断昏迷时间总和填写。

第十二条 是否有 31 天内再住院计划，指患者本次住院出院后 31 天内是否有诊疗需要的再住院安排，按照“1. 无”、“2. 有”进行填报。若有再住院计划，同时需填写目的。

第十三条 出院诊断是指患者出院时，临床医师根据各项检查、治疗、转归以及门（急）诊诊断、手术情况等综合分析得出的西医或中医最终诊断。西医诊断包括主要诊断及其它诊断，中医诊断包括主病及主症。以中医治疗为主的出院患者应同时上传西医诊断。

第十四条 手术及操作包含临床医师为住院患者所实施的具体手术以及诊断和治疗性操作，填报应明确主要手术及操作、其他手术及操作。

第十五条 主诊医师姓名及代码按照必填数据指标管理。主诊医师是指对住院患者直接负责并实施具体医疗行为的最高级别医师，主诊医师代码按照《医保医师代码》填报。

第十六条 医疗收费分类包含：床位费、诊察费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费、西药费、中药饮片费、中成药费、一般诊疗费、挂号费和其他费，分类口径按照《医疗服务项目分类与代码》映射归集进行填报。

第三章 主要诊断选择

第十七条 主要诊断选择原则

（一）出院诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症），一次住院有且只有一个主要诊断。

（二）主要诊断基本原则（定义）：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况）。

（三）主要诊断一般原则：消耗医疗资源最多、对患者健康危害最大、影响住院时间最长。

（四）应根据“基本原则”选择主要诊断，部分情况可结合“一般原则”确定。

（五）除特殊约定要求外，原则上“入院病情”为“4”的诊断不应作为主要诊断。

第十八条 原则上进行手术治疗患者的主要诊断要与主要手术治疗的疾病相一致。

举例：因“胆囊结石伴胆囊炎”入院，行胆囊切除术。

主要诊断：胆囊结石伴有胆囊炎 K80.1

主要手术：胆囊切除术 51.2

第十九条 急诊手术术后出现的并发症，应根据一般原则选择主要诊断。

（一）急诊手术的疾病与术后出现的并发症相比，后者更严重。

举例：因下肢挤压伤、股骨颈骨折入院，行股骨颈骨折切开复位内固定术；术后发生肺脂肪栓塞，进行气管插管、呼吸机辅助呼吸治疗。

主要诊断：创伤性脂肪栓塞 T79.1

其他诊断：股骨颈骨折 S72.0

（二）急诊手术的疾病与术后出现的并发症相比，前者更严重。

举例：因下肢挤压伤、胫腓骨骨折入院，行骨折切开复位内固定术；术后发生骨筋膜室综合征，切开减张治疗。

主要诊断：股骨颈骨折 S72.0

其他诊断：下肢骨筋膜室综合征 T79.6

（三）急诊手术的疾病与术后出现的并发症相比，不能确定哪个更严重时，选择与急诊手术相应的疾病作为主要诊断。

第二十条 择期手术出现的并发症，主要诊断选择：

（一）择期手术前出现并发症，根据一般原则选择主要诊断。

举例：因陈旧损伤拟行髋关节置换术，术前发现下肢静脉血栓，行下肢静脉滤器置入及髋关节置换术。

主要诊断：创伤后股骨头坏死 M87.2 或下肢静脉血栓形成 I80.3

（二）择期手术后出现的并发症，不允许作为主要诊断填报。

举例：因陈旧损伤行髋关节置换术，术后发生肺脂肪栓塞，进行气管插管、呼吸机辅助呼吸治疗。

主要诊断：创伤后股骨头坏死 M87.2

其他诊断：操作后脂肪栓塞 T81.7

第二十一条 当住院是为了治疗手术和其他治疗的并发症时，该并发症应作为主要诊断。当该并发症被编码在 T80-T88 系列时，由于编码在描述并发症方面缺少必要的特性，需要另编码对该并发症进行说明。

举例：本次住院为治疗切口脂肪液化，该切口为胃手术后的并发症。

主要诊断：手术后切口脂肪液化 T81.4

其他诊断：胃术后 Z98.8

损伤、中毒外部原因：胃肠道术后并发症 Y83.9

第二十二条 症状、体征和不确定情况有相关的明确病因诊断时，明确病因诊断应作为主要诊断。当病因诊断不明确时，主要诊断可以是疾病、损伤、中毒、体征、症状、异常发现，或者其他影响健康状况的因素。

举例：因蛋白尿来诊，出院明确诊断慢性膜性肾小球肾炎。

主要诊断：慢性膜性肾小球肾炎 N03.2

举例：因发热或蛋白尿来诊，出院未能明确病因诊断。

主要诊断：发热 R50.9 或蛋白尿 R80

第二十三条 同时有明确的临床症状和相关的疑似诊断，应优先选择明确的临床症状作为主要诊断，疑似诊断可作为其他诊断。

举例：入院后明确为缺铁性贫血，并给予对症治疗，病因诊断可能为：结肠憩室炎？或溃疡性结肠炎？

主要诊断：缺铁性贫血D50.9

其他诊断：结肠憩室炎K57.3

溃疡性结肠炎K51.9

第二十四条 以疑似诊断入院，住院期间按照疑似诊断诊疗，出院时仍为疑似诊断，该疑似诊断作为主要诊断，编码时按照确定诊断进行编码。

举例：以“急性胆囊炎？”入院，予禁食水、补液、抗感染等治疗，出院时仍未确诊。

主要诊断：急性胆囊炎？ K81.0

第二十五条 出现2个或2个以上疑似诊断，如诊断都可能存在，且无法确定哪个更主要，可选择其中任意一个疑似诊断作为主要诊断，其他疑似诊断作为其他诊断（不适用于疑似诊断中有恶性肿瘤的情况）。

举例：有胆囊息肉？胆囊肉芽肿？胆囊错构瘤？等疑似诊断存在，并均进行相关诊疗，出院时仍不能确定诊断，取其中任意一个作为主要诊断，其余作为其他诊断。

第二十六条 确定有2个或2个以上诊断同样符合主要诊断选择

原则，在编码指南无法提供参考的情况下，应视具体情况根据一般原则选择主要诊断。

举例：因急性心肌梗死伴急性脑梗死入院，分别行心血管造影和脑血管造影。

主要诊断：急性心肌梗死 I21 或 急性脑梗死 I63

第二十七条 由于各种原因导致手术或操作未按原诊疗计划执行，主要诊断选择：

（一）当针对某种导致原诊疗计划未执行的疾病（或情况）做了相应的诊疗时，选择该疾病（或情况）作为主要诊断，拟诊疗的疾病作为其他诊断，并将影响患者原计划未执行的原因写入其他诊断。

举例：胆囊结石伴慢性胆囊炎，拟行胆囊切除术。入院后诊断肺部感染（48 小时内发现的细菌性肺炎，入院病情为“3”），暂不宜手术，进行肺炎治疗。

主要诊断：细菌性肺炎 J15.9

其他诊断：胆囊结石伴慢性胆囊炎 K80.1

因禁忌症未进行操作 Z53.0

（二）未做其他诊疗情况下出院的，仍选择拟诊疗的疾病作为主要诊断，并将影响患者原计划未执行的原因写入其他诊断。

举例：胆囊结石伴慢性胆囊炎，拟行胆囊切除术，患者家属暂不接受手术。

主要诊断：胆囊结石伴慢性胆囊炎 K80.1

其他诊断：因病人家属原因未进行操作 Z53.8

第二十八条 在同一家医院急诊留观后住院，且急诊留观与入院为同一疾病（或情况），选择导致急诊留观的疾病（或情况）作为主要诊断。

举例：患者因上消化道出血（食管静脉曲张破裂出血）急诊留观，后入院继续治疗。

主要诊断：食管静脉曲张伴有出血 I85.0

第二十九条 患者在门诊手术室接受手术，继而入住同一医院，应遵从下列原则选择主要诊断：

（一）因并发症入院，选择该并发症作为主要诊断。

举例：锁骨上淋巴结活组织检查-术后出血。

主要诊断：手术后伤口出血 T81.0

（二）住院原因与门诊手术无关，选择本次住院的原因作为主要诊断。

举例：白内障手术治疗-胆囊结石伴慢性胆囊炎。

主要诊断：胆囊结石伴慢性胆囊炎 K80.1

第三十条 多部位烧伤，以烧伤程度最严重部位的诊断作为主要诊断；同等烧伤程度情况下，选择烧伤面积最大部位的诊断作为主要诊断。

举例：上肢三度烧伤 12%、下肢二度烧伤 25%。

主要诊断：上肢三度烧伤 T22.3

举例：上肢三度烧伤 12%、下肢三度烧伤 25%。

主要诊断：下肢三度烧伤 T24.3

第三十一条 多部位损伤，选择明确的最严重损伤和/或主要治疗的疾病作为主要诊断。

举例：脾破裂、肝挫伤、肋骨骨折，行脾切除术。

主要诊断：创伤性脾破裂 S36.0

第三十二条 中毒患者应选择中毒诊断作为主要诊断，临床表现作为其他诊断。如果有药物滥用或药物依赖的诊断，应作为其他诊断。

举例：可卡因意外过量引起昏迷。

主要诊断：可卡因中毒 T40.5

其他诊断：昏迷 R40.2

使用可卡因引起的依赖综合征 F14.2

损伤、中毒外部原因：麻醉品和致幻药[致幻剂]意外中毒 X42

第三十三条 产科主要诊断是产科的主要并发症或合并症。没有任何并发症或合并症的分娩，选择分娩方式(如 080)作为主要诊断。

举例：妊娠期糖尿病、头位顺产。

主要诊断：妊娠期糖尿病 024.4

第三十四条 住院目的是康复，原发病不能作为主要诊断，应选择需康复治疗的问题作为主要诊断；如果入院进行康复治疗的原发疾病已经不存在，应选择相应后续治疗作为主要诊断。

举例：蛛网膜下腔出血后出现语言障碍。

主要诊断：言语障碍 R47.8

其他诊断：蛛网膜下腔出血后遗症 I69.0

举例：髋关节退行性病，已行髋关节置换，应选择康复治疗方式

作为主要诊断。

主要诊断：物理治疗 Z50.1

其他诊断：人工髋关节 Z96.6

第三十五条 肿瘤主要诊断选择原则

（一）住院治疗是针对恶性肿瘤，下列情况恶性肿瘤可作为主要诊断：

1. 当对恶性肿瘤进行外科手术切除（包括原发部位或继发部位），即使做了术前和/或术后放疗或化疗，仍选择恶性肿瘤作为主要诊断。

2. 住院目的是为了明确肿瘤诊断（如恶性程度、肿瘤范围等），或为了确诊肿瘤进行某些操作（如穿刺活检等），即使做了放疗或化疗，仍选择原发（或继发）部位的恶性肿瘤作为主要诊断。

3. 如果患者本次专门为恶性肿瘤进行疗程性化疗、疗程性放疗、免疫治疗而住院时，分别选择恶性肿瘤化疗（Z51.1）、放疗（Z51.0）或免疫治疗（Z51.8）作为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断。如果患者在一次住院中进行上述多项治疗，应视具体情况根据一般原则选择主要诊断。恶性肿瘤各种治疗标准应参照临床诊疗相关规范。

4. 住院治疗是针对继发部位的恶性肿瘤，以继发部位的恶性肿瘤作为主要诊断。如果原发肿瘤依然存在，原发肿瘤作为其他诊断；如果原发肿瘤先前已被切除或根除，恶性肿瘤个人史作为其他诊断，用来指明恶性肿瘤的原发部位。

举例：入院主要针对肺癌（未手术切除）脑转移治疗。

主要诊断：脑继发恶性肿瘤 C79.3

其他诊断：肺恶性肿瘤 C34.9

举例：入院主要针对肺癌（已手术切除）脑转移治疗。

主要诊断：脑继发恶性肿瘤 C79.3

其他诊断：肺恶性肿瘤个人史 Z85.1

（二）当只是针对恶性肿瘤（或为治疗恶性肿瘤所造成）的并发症进行治疗时，选择该并发症作为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断。如果同时有多个恶性肿瘤，按照肿瘤恶性程度的高低顺序填报。

1. 恶性肿瘤引起的贫血，如果患者为治疗恶性肿瘤相关的贫血而入院，且仅对贫血进行了治疗，应选肿瘤疾病引起的贫血作为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断。

2. 化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血，当患者为了治疗因化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血而住院时，且仅对贫血进行了治疗，选择贫血作为主要诊断，相关的肿瘤诊断作为其他诊断。

3. 当患者为了接受化疗、放疗和免疫治疗而入院，治疗中产生了并发症，如难以控制的恶心、呕吐或脱水，仍选择化疗、放疗和免疫治疗作为主要诊断，并发症作为其他诊断。

4. 当患者因为恶性肿瘤引起的并发症住院治疗时（如脱水），且仅对该并发症（如脱水）进行了治疗（静脉补液），选择该并发症（如脱水）作为主要诊断，相关的肿瘤诊断作为其他诊断。

（三）未特指部位的广泛转移恶性肿瘤使用编码 C79.9，该诊断只有在患者有了转移病灶且不知道原发和继发部位时使用。当有已知继发部位肿瘤的诊断时，应分别逐一编码。

（四）妊娠期间的恶性肿瘤，应选择妊娠、分娩及产褥期并发恶性肿瘤（O99.8）作为主要诊断，ICD-10 第二章作为其他诊断，用来明确肿瘤的类型。

（五）恶性肿瘤患者住院死亡时，应根据上述要求，视本次住院的具体情况正确选择主要诊断。

第三十六条 原则上不能作为主要诊断的规定

（一）心功能分级不能作为主要诊断，应以如急性左心衰竭、急性右心衰竭作为主要诊断。

（二）症状和体征在本次治疗过程中有明确病因诊断时，症状和体征不能作为主要诊断。

（三）因医院获得性问题所致的疾病（入院病情“4”）不能作为主要诊断，除非经临床循证医学证明该医院获得性问题的发生是难以避免的。

（四）当消化道出血有明确病因诊断且针对病因进行治疗，消化道出血不能作为主要诊断，病因作为主要诊断。

（五）孕周、分娩结局、家族和个人史（Z80-Z99）、**术后等，不能作为主要诊断。

（六）“大帽子诊断”一般不作为主要诊断，如肺源性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、缺血性脑血管病、糖尿病、急性冠脉综合症等。

第四章 其他诊断填报

第三十七条 其他诊断是指住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的情况，包括并发症和合并症。

（一）并发症：指与主要诊断存在因果关系，主要诊断直接引起的病症。

（二）合并症：指与主要诊断和并发症非直接相关的另外一种疾病，但对本次医疗过程有一定影响，不包括对当前住院没有影响的早期住院的诊断。

第三十八条 其他诊断填报原则

其他诊断仅指影响患者本次住院医疗过程的附加病症，包括：需要进行临床评估；或治疗；或诊断性操作；或延长住院时间；或增加护理和/或监测。

第三十九条 其他诊断填报要求

（一）填报其他诊断时，先填报并发症，再填报合并症。

（二）多个并发症和合并症时，根据疾病严重程度各自由重到轻顺序填报。

（三）主要诊断的合并症发生并发症时，按合并症要求填报。

（四）出院时其他诊断仍为“疑似”的不确定诊断，如果该疑似诊断给予相应诊疗，按确定的其他诊断编码填报。

（五）其他诊断的填报依据必须符合其他诊断填报原则，且在病案中可追溯。

（六）符合其他诊断填报原则的均须填报。

第四十条 并发症填报要求

（一）择期手术后出现的并发症，必须按其他诊断填报。

（二）由手术或操作（包括护理操作）引起的并发症，必须按其他诊断填报。如麻醉引起的心跳呼吸骤停、手术引起的术后出血（感染）、气管内吸痰引起的支气管哮喘、口腔护理引起的窒息、导尿引起的尿道出血等。

（三）住院期间发生的院内感染，按其他诊断填报。

（四）产科的并发症按主要诊断选择原则填报。

（五）临床表现表明疾病发展的严重程度，且符合其他诊断填报原则时，视为并发症作为其他诊断填报。如前列腺肥大时发生的尿潴留；颅脑损伤时发生的脑疝等。

（六）疾病及其并发症能够通过一个编码分类表达，不允许再分别编码。如 2 型糖尿病性足坏疽编码于 E11.5（2 型糖尿病伴有周围循环并发症），不允许再分别编码 2 型糖尿病及足坏疽。

第四十一条 合并症填报要求

（一）患者既往发生的病症及治疗情况，对本次住院主要诊断及并发症的诊断、治疗、预后有影响的，应作为其他诊断填报。

（二）既往史或家族史对本次治疗有影响时，对应的病史（Z80-Z99）填写在其他诊断。

（三）本次住院新发现的（入院病情 3）合并症，符合其他诊断填报原则的，应作为其他诊断填报，否则不允许填报。

（四）疾病及其合并症能够通过一个编码分类表达，不允许再分别编码。如原发性高血压发病于妊娠之前，分类于 010（原有的高血

压并发于妊娠、分娩和产褥期)；2型糖尿病发病于妊娠之前，编码于024.1(原有的2型糖尿病合并妊娠)等。

第四十二条 根据其他诊断填报原则及要求，明确以下填报问题：

(一) 除非有明确临床意义，异常所见(实验室、X-RAY、病理或其他诊断结果)无需编码上报；如果针对该临床异常所见又做其他检查评估或常规处理，该异常所见应作为其他诊断编码上报。

(二) 临床对疾病严重程度进行的分级或分度，可以作为其他诊断填报，如心力衰竭的心功能分级(NYHA分级)；心肌梗死的Killip分级；烧伤或腐蚀伤的累及面积等。代表正常情况的分级无需填报。

(三) 住院期间发生的疾病(情况)，经诊疗后纠正，符合其他诊断填报原则，可作为其他诊断填报。如心脏骤停复苏成功、高钾血症纠正后血钾正常、急性尿潴留导尿后去除导尿管等。

(四) 根据编码填报规则，需要附加编码的情况，可作为其他诊断填报。如使用附加编码标明传染性病原体(B95-B98)或疾病；附加Z53编码说明操作未进行的原因等。

(五) 当疾病原因不明(如突发性耳聋、眩晕等)，临床除外相关的鉴别诊断，本次住院无法确定病因时，方可允许填报未特指病因的诊断编码。

(六) 医院获得性问题，特别是医源性问题，原则上作为其他诊断填报。如：治疗性插管的脱落；院内跌倒、坠床；术后感染等。

(七) 疾病的常见临床表现，未能反映其严重程度，且不符合其他诊断填报原则，该临床表现不允许填报。如：呼吸衰竭时低氧血症；

肾病综合征时蛋白尿等。

（八）原则上不允许填报疾病分类中未特指并发症的编码。如：糖尿病伴有未特指的并发症（E14.8）、产程和分娩未特指的并发症（O75.9）、创伤未特指的早期并发症（T79.9）、操作的未特指并发症（T81.9）等。

（九）填报的疾病分类中已表达的情况，不允许再次编码。如开放性尺骨干骨折（S52.21）分类中已表达开放，不允许再编码开放性前臂损伤（S51.9）；痉挛性截瘫（G82.1）分类中已表达双下肢瘫，不允许再编码下肢单瘫（G83.1）。

（十）临床诊断明确表达了疾病性质，不允许填报未特指的编码。如岩尖综合征分类于急性化脓性中耳炎（H66.0），不允许填报未特指的中耳炎（H66.9）。

（十一）住院期间出现同一疾病不同严重程度的诊断，填报较重的疾病编码，较轻的诊断编码不允许填报。如先后出现重度蛋白质-能量营养不良（E43）、中度蛋白质-能量营养不良（E44.0）、轻度蛋白质-能量营养不良（E44.1），只填报 E43，不允许再填报 E44.0 及 E44.1。

（十二）当次住院施行手术的植入物和术后状态不允许编码填报。

第五章 手术及操作填报

第四十三条 手术及操作是指本次住院期间对患者直接施行的诊断性及治疗性手术、操作，包括外科手术、非手术室诊断性或治疗性

操作、实验室检查等。手术及操作填报名称是对手术、操作过程的高度概括，一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。

第四十四条 手术及操作应具体区分主要与其他手术及操作。主要手术及操作是指患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出主要诊断的病症所施行的手术或操作。一般是风险最大、难度最高、花费最多的手术及操作。

第四十五条 填写手术及操作时，优先填写主要手术或操作。填写其他手术及操作时，如果既有手术又有操作，按手术优先原则。仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的主要治疗性操作（有创治疗性操作优先），后依时间顺序逐条填写其他操作。

第四十六条 手术及操作填报要求

临床医生应按照医疗规范书写手术、操作名称及记录，编码人员据此按分类规则进行编码，且填报依据在病案中可追溯。

（一）临床医师在手术及操作记录中应按照临床规范记载所实施的入路、解剖部位（最小解剖单元）、手术及操作步骤、术式、疾病性质、辅助技术、置入材料及所使用器械等重要内容，尤其要准确描述其关键步骤，并通过手术及操作名称规范表达。

（二）编码人员应熟悉手术及操作名称中各要素的含义，结合临床病案信息，按分类规则进行编码。当医生描述手术及操作的经过或名称，与分类规则不符或不确切时，编码人员需沟通并确认后填报。

第四十七条 手术及操作编码填报范围

（一）手术编码填报范围：ICD-9-CM-3 中有正式名称的全部手

术要求编码填报。

（二）操作编码填报范围：除特殊规定以外，ICD-9-CM-3 中的操作均应编码填报。

（三）以下情况原则上不应填报：

1. 在一次住院期间，大多数患者都需执行的常规操作（不是针对某类疾病的特异性操作），此类操作的医疗资源消耗可通过诊断或其他相关操作体现。也就是说对于某个特定的诊断或操作，它是诊疗规范标准中的必然之选。

举例：手术治疗 Colles 骨折，必会使用 X-线和石膏固定；治疗脓毒血症必会静脉输注抗生素。

2. 在 ICD-9-CM-3 的各章节中均存在一些未特指手术及操作的编码分类，理论上只具有分类意义，在实际应用中不应填报此类无明确入路、术式、部位、范围等未特指的编码。如未特指部位的骨全部切除术（77.90）、用未特指类型补片移植物的血管修补术（39.58）等。

3. 常规手术入路、手术步骤及编码规则需要省略的术式，不应填报。如：作为手术入路的胸骨切开术、剖腹探查术；开胸术后的胸腔闭式引流术；肠吻合中的端对端吻合术等。

第四十八条 常规需要填报的操作

临床操作尤其是治疗性操作和有创诊断性操作均属于常规填报内容，主要包括：

（一）治疗性超声及血管内超声，如周围血管治疗性超声、冠状动脉血管内超声（IVUS）等。

(二)按解剖部位分类章节中的诊断性操作,如肺穿刺活检等。

(三)有创诊断性放射学和相关技术,如经皮肝穿刺胆管造影、手术中胆管造影等。

(四)治疗性放射学和核医学,如碘-131 放射性同位素注射治疗、调强适形放射治疗[IMRT]等。

第四十九条 无需填报的常见操作

(一)诊断性超声类,如腹部超声检查、经颅多普勒超声检查(除经食管超声心动 TOE)等。

(二)无创性心脏和血管检查,如 24 小时动态心电图、心电生理检查、Doppler 检查等。

(三)心脏应激试验,如活动平板运动试验、蹬车运动试验、铈应激试验伴经食管心室起搏等。

(四)解剖和生理测量与手法检查类,如肺活量测定、牙科检查、肌电图[EMG]等。

(五)显微镜检查,如气管、支气管、胸膜、肺标本和痰的显微镜检查等。

(六)诊断性放射学及核医学类,如 CT 检查、血管 CT 显像、X 线检查、甲状腺核素扫描、肾清除率检查等。

(七)全麻手术的必要插管操作,如留置导尿管的置入术、胃插管减压等。

(八)为其他治疗及监测而进行的动脉或静脉插管(包括随后的监测),如 PICC、CVC、24 小时血压监测、中心静脉压监测、肺动

脉压监测、肺动脉嵌入压监测等。

（九）除耻骨上造瘘插管以外的泌尿系统插管。

（十）鼻-胃管插管的减压和鼻饲（除外新生儿）。

（十一）注射类，如常规药物输注等（除外日间治疗主要药物、化疗、新生儿特殊药物干预）。

（十二）手术及操作中的某些组成部分及常规维护，如石膏的固定（置换、去除）、经留置导管的膀胱灌注、膀胱造口冲洗等。

（十三）伴心脏手术时，经皮或经静脉置入的临时电极（术中使用临时心脏起搏器），包括对其进行调整、重新定位、去除电极等操作。

第五十条 附加编码填报原则

国际疾病分类的手术及操作编码分类中，有些编码规定只能作为附加编码，此类编码不允许作为主要手术及操作编码填报。

第五十一条 手术及操作填报的其他规定

（一）ICD-9-CM-3 中的标准原则上优先于本规范。

（二）出院科室填写手术及操作时，按上述原则选择填报顺序，不应考虑转科因素。

（三）上报的手术及操作名称、编码必须为规定的标准编码库中具体条目，不得上报类目或亚目的名称及编码。

（四）需要全身麻醉而进行的操作，需要填报。

（五）未完成拟实施的手术或操作（未达到治疗目的），其编码不允许上传，可填报实际完成的手术或操作。

（六）编码时对每一条手术及操作信息，都应严格遵守确定主导词、查找索引、核对编码等要求，避免出现填报错误。

（七）同一次手术，手术入路相同，术式编码相同时，编码只需填报一次；手术入路不同，术式编码相同时，可分别编码填报。

（八）医保患者在手术或操作中使用的主要植入物（如人工股骨头、心脏支架、心脏起搏器）、输注治疗性药品（如肿瘤靶向药、雷珠单抗）等，必须符合相关部门有关招标、采购、销售及医保类别等管理规定，不符合本项规定的相应手术操作、疾病编码原则上不应上报。

第六章 ICD-10 各章节填报管理

第五十二条 ICD-10 中《某些传染病和寄生虫病》（A00-B99）自第五十二条至第五十九条。

某些传染病和寄生虫病（A00-B99）是特殊组合章，强调疾病的病因。包括一般认为有传染性或可传播的疾病、产科破伤风 A34、新生儿破伤风 A33、新生儿百日咳 A37、先天性梅毒 A50、人类免疫缺陷病毒[HIV]病 B20-B24 等。不包括传染病的病原携带者或可疑病原携带者（Z22.-）、非传染性病因的局部感染、并发于妊娠分娩和产褥期的传染病和寄生虫病（O98.-）、特发于围生期的传染病和寄生虫病（P35-P39）、流行性感冒和其他急性呼吸道感染（J00-J22）。

第五十三条 编码规则：临床未明确传染病或寄生虫病是慢性者，假定分类为活动性或急性。

第五十四条 肠道传染病（A00-A09）

（一）细菌性、原虫性、病毒性和其他特指的传染性病原体所引起的腹泻和胃肠炎分类于 A00-A08；其他传染性和未特指病因的腹泻和胃肠炎分类于 A09。

（二）非传染性病因的腹泻和胃肠炎编码于 K52.9。

（三）新生儿未指明病因的腹泻编码于 A09.9，新生儿非感染性腹泻编码于 P78.3，幼儿非感染性腹泻编码于 K52.9。

（四）沙门菌肠炎治疗时出现的早期并发症（如脱水 E86）根据其他诊断选择原则，可作为其他编码填报；其发生在几周或几个月后的沙门菌关节炎（反应性关节炎），编码于 A02.2†M01.3*。

第五十五条 结核病（A15-A19）

（一）呼吸道结核临床应明确细菌学和组织学检查情况，编码根据细菌学和组织学检查结果及临床初治、复治以及耐药性等进行填报，耐药性肺结核可附加编码 U84.3（对抗结核病药物耐药）。具体见下表：

部位	编码名称	编码	不包括
呼吸道结核（包括：肺、胸腔内淋巴结、喉、气管、支气管、胸膜等）	经细菌学和组织学证实	A15	先天性结核病（P37.0） 与结核有关的肺尘埃沉着病（J65）
	未经细菌学或组织学证实	A16	
其它系统结核	神经系统的结核	A17†	结核后遗症（B90.-） 结核性硅沉着病（J65） HIV 病毒造成的结核病（B20.0）
	其他器官的结核	A18	
	粟粒性结核	A19	

（二）粟粒性结核（A19）临床应明确急、慢性（含亚急性），未明确时假定分类为急性。急性粟粒性结核同时要区分单个部位（A19.0）或多个部位（A19.1）。

第五十六条 病毒性肝炎（B15-B19）临床应明确急慢性、病因

及临床表现，未特指的病毒性肝炎（B19）一般情况下不作为填报诊断。丁肝即乙肝伴有 δ 因子，分类于乙型肝炎伴有 δ 因子。乙型肝炎病毒携带者编码于 B18.1。具体见下表：

编码名称	临床表现	编码
急性甲型肝炎	伴有肝昏迷	B15.0
	不伴有肝昏迷	B15.9
急性乙型肝炎	伴有 δ 因子，并伴有肝昏迷	B16.0
	伴有 δ 因子，但不伴有肝昏迷	B16.1
	不伴有 δ 因子，但伴有肝昏迷	B16.2
	不伴有 δ 因子，不伴有肝昏迷	B16.9
其他急性病毒性肝炎	慢性乙型肝炎急性 δ 感染	B17.0
	急性丙型肝炎	B17.1
	急性戊型肝炎	B17.2
	其他特指的急性病毒性肝炎	B17.8
	未特指的急性病毒性肝炎	B17.9
慢性乙型病毒性肝炎	伴有 δ 因子	B18.0
慢性乙型病毒性肝炎	不伴有 δ 因子	B18.1
慢性丙型病毒性肝炎	慢性丙型病毒性肝炎	B18.2
其他慢性病毒性肝炎	其他慢性病毒性肝炎	B18.8
未特指的慢性病毒性肝炎	慢性迁延性肝炎	B18.9
未特指的病毒性肝炎	伴有肝昏迷	B19.0
	不伴有肝昏迷	B19.9

第五十七条 人类免疫缺陷病毒[HIV]病（B20-B24）不包括无症状的人类免疫缺陷病毒感染状态（Z21）及并发于妊娠、分娩和产褥期（098.7）。

（一）人类免疫缺陷病毒[HIV]病造成的并发症分类于 B20-B24，不允许再分别编码。

（二）HIV 病多个并发症存在于 B20-B22 同一类目中多个亚目时，编码于该类目的.7 中； HIV 病多个并发症存在于 B20-B22 中多个类目时，编码于 B22.7。其他诊断可用 B20-B22 中的编码附加说明具体的并发症。

（三）HIV 病发生前已存在的疾病，不允许分类在 HIV 病（B20-B24），应按原疾病所在章节编码。

（四）HIV 状态：接触和暴露于人类免疫缺陷病毒（HIV）编码于 Z20.6；HIV 确诊但无症状分类于 Z21；入院检查 HIV 抗体阳性，但未经指定医疗机构确诊，分类于 R75。

第五十八条 传染病和寄生虫病的后遗症（B90-B94）是类目 A00-B89 中疾病的后遗症，一般情况下不能作为主要编码填报。

第五十九条 细菌、病毒和其他传染性病原体（B95-B98）不允许作为主要编码。当需要标明分类于他处疾病中的传染性病原体时，可以作为附加编码填报。

第六十条 ICD-10 中《肿瘤》（C00-D48）自第六十条至第七十三条。

肿瘤（C00-D48）是一般优先分类章。包括各解剖部位的恶性肿瘤、原位肿瘤、良性肿瘤和动态未定或动态未知的肿瘤。除实体组织恶性肿瘤的分类外，还有淋巴、造血和有关组织的恶性肿瘤；恶性和良性的神经内分泌肿瘤；以及黑色素瘤、基底细胞癌和鳞状细胞癌等皮肤肿瘤。

第六十一条 编码规则

（一）肿瘤编码填报时至少包括肿瘤部位编码和肿瘤形态学编码。根据组织学类型，结合动态编码，确定肿瘤部位编码。

（二）肿瘤具有功能活性时，可以附加第四章（内分泌、营养和代谢疾病）编码表达。

（三）恶性肿瘤部位的交搭跨越是指原发部位不明确但涉及两个或两个以上相邻部位的一个肿瘤。

同一类目下涉及相邻部位的肿瘤（交搭），编码于该类目的.8中；如果索引中另有特指则按规则分类，如食管和胃癌 C16.0。

同一临床解剖系统相邻部位肿瘤在不同类目下（跨越），按归属的解剖系统分类，如胃和小肠恶性肿瘤编码于 C26.8（消化系统交搭跨越恶性肿瘤）。

跨越不同临床解剖系统的肿瘤，编码于 C76.8（其他和不明确部位交搭跨越的恶性肿瘤）。

（四）病理明确诊断是混合型（两种形态学）恶性肿瘤，如果没有一个肿瘤形态学编码能同时表达，选择更具有特异性的较大编码。

举例：移行性细胞表皮样癌。

移行细胞癌 NOS（M8120/3）和表皮样癌 NOS（M8070/3）

形态学编码：移行细胞癌 NOS（M8120/3）

（五）上皮或鳞状细胞肿瘤，即肿瘤形态学编码在 M801-M808 之间且部位标有#号，肿瘤的部位编码分类于该部位的皮肤肿瘤中。

（六）除外骨内性和牙源性，部位标有◇符号的任何类型癌和腺癌均按转移分类，编码于 C79.5（骨和骨髓继发性恶性肿瘤）。

（七）临床和病理诊断都未指明是继发性肿瘤，按原发性肿瘤编码。

第六十二条 复合癌（多部位原发恶性肿瘤）（C97）是指两个及以上独立的原发恶性肿瘤。对多处原发肿瘤同时进行诊疗时，C97 为

主要编码，再分别编码各部位原发恶性肿瘤；只对其中一个肿瘤进行诊疗，该原发恶性肿瘤为主要编码，其他部位的肿瘤分别编码，同时附加编码 C97。

同时存在于 C81-C96 中的两个或两个以上淋巴、造血和有关组织的恶性肿瘤，不能使用 C97（独立（原发）多个部位的恶性肿瘤）。

淋巴、造血和有关组织的恶性肿瘤（C81-C96）与其他部位病理形态学不同的原发恶性肿瘤同时存在时，可使用 C97。

第六十三条 宫颈（CIN III）（D06）、阴道（VAIN III）（D07.2）及外阴（VIN III）（D07.1）均按原位癌分类。

第六十四条 对于无明确病理诊断，临床主要根据辅助检查等诊断为恶性肿瘤，可按恶性肿瘤编码填报。

第六十五条 可疑恶性肿瘤入院，经相关检查排除了恶性肿瘤，主要编码 Z03.1（可疑恶性肿瘤的观察）。

第六十六条 符合入院标准及诊疗规范的恶性肿瘤治疗后的随诊检查，主要编码 Z08（恶性肿瘤治疗后的随诊检查）。

第六十七条 恶性肿瘤术前、术中、术后放射治疗，不区分是否足疗程。其中，术后放疗指术后首个疗程；非足疗程放疗操作编码为 92.2900x001。

第六十八条 肿瘤化学治疗（Z51.1）指符合恶性肿瘤临床实践指南（NCCN）方案的足疗程化疗。恶性肿瘤化学治疗分为术前化疗、术后化疗、维持性化疗、终末期化疗和姑息化疗等。

非疗程化疗、不符合 NCCN 方案或化疗方案中的药品未在本次住

院费用中全部体现，按姑息性化疗(Z51.104)填报。具体见下表：

编码	编码名称	说明
Z51.1	手术前恶性肿瘤化学治疗	患者手术前进行的足疗程化疗
	手术后恶性肿瘤化学治疗	患者手术后进行的足疗程化疗
	恶性肿瘤维持性化学治疗	未行手术患者，或术后疗程化疗结束后，再进行的符合NCCN方案的足疗程化疗
	恶性肿瘤终末期化疗	应用NCCN方案化疗，但本次住院患者死亡；因患者死亡可以非足疗程

白血病与淋巴瘤的化疗按上述规则执行。

第六十九条 骨髓异常增生综合征、真性红细胞增多症、再生障碍性贫血等按恶性肿瘤进行的足疗程化疗，编码于Z51.2(化学治疗)。

第七十条 恶性肿瘤个人史(Z85)不允许作为主要诊断填报，如果与本次治疗的疾病相关，可以作为附加编码。

第七十一条 恶性肿瘤局切术后再次入院行同部位扩大或根治性手术，术后病理未见肿瘤组织，主要诊断可选择该部位的恶性肿瘤，病理诊断按原肿瘤形态学填报，原恶性肿瘤诊断依据在病案中可追溯。

第七十二条 肿瘤患者存在贫血，需区分以下情况：

(一) 肿瘤引起的贫血：患者因肿瘤疾病本身引起的贫血入院，且主要对贫血进行治疗，选择肿瘤引起的贫血(D48.9†D63.0*)作为主要诊断，引起贫血的肿瘤作为其他诊断。

(二) 患者因化疗、放疗、免疫等治疗引起贫血入院，且主要对贫血进行治疗，选择贫血作为主要诊断，相关的肿瘤作为其他诊断。

(三) 患者在化疗、放疗或免疫等治疗过程中发生贫血，完成疗程性治疗的同时又对贫血进行治疗，选择化疗、放疗或免疫治疗等作为主要诊断，相关的肿瘤及贫血可作为其他诊断。

第七十三条 妊娠、分娩及产褥期伴有肿瘤时，选择妊娠、分娩及产褥期并发肿瘤（099.8）作为主要诊断，附加第二章肿瘤作为其他诊断。

第七十四条 ICD-10 中《血液及造血器官疾病和涉及免疫机制的某些疾患》（D50-D89）自第七十四条至第七十七条。

血液及造血器官疾病和涉及免疫机制的某些疾患（D50-D89）是对各种贫血、凝血机制和免疫机制障碍性疾病的分类。包括营养性贫血、溶血性贫血、再生障碍性及其他贫血；凝血缺陷、紫癜和其他出血情况；血液和造血器官的其他疾病以及涉及免疫机制的某些疾患。不包括系统性自身免疫性疾病（M35.9）、起源于围生期的某些疾病（P00-P96）、妊娠分娩和产褥期的并发症（000-099）等。

第七十五条 贫血

（一）贫血临床应明确病因，未特指病因的贫血（D64.9）一般情况下不能作为主要编码，可以作为附加编码表达贫血程度（轻、中、重度）。具体见下表：

编码名称	编码	说明
营养性贫血	D50-D53	铁、维生素 B12、叶酸等造血原料不足或利用障碍所致贫血
溶血性贫血	D55-D59	红细胞遭到破坏，当溶血超过骨髓的代偿能力引起的贫血
再生障碍性贫血	D60-D61	由不同病因和机制引起的骨髓造血功能衰竭症
急性出血后贫血	D62	根据失血速度分类
未特指的贫血	D64.9	无法明确上述病因的贫血

（二）分类于他处的慢性疾病引起的贫血采用双重分类，如肿瘤引起的贫血（C00-D48†）D63.0*、肾性贫血（N18.3-N18.9†）D63.8*。

（三）继发于慢性失血的缺铁性贫血编码于 D50.0，继发于出血后的急性贫血分类于 D62。本次治疗目的是继发性贫血的病因，病因

疾病作为主要编码，失血性贫血作为附加编码。

举例：胃溃疡急性出血性贫血。

主要编码：K25.4 胃溃疡伴出血

其他编码：D62 急性出血后贫血

（四）药物诱发的贫血，附加外因编码（第二十章）标明药物。

举例：疟疾治疗中服用氯喹引发的叶酸缺乏性贫血。

主要编码：D52.1 药物性叶酸盐缺乏性贫血

附加编码：Y41.2 氯喹药物反应

第七十六条 血细胞分析检查结果异常，不能明确具体的临床诊断，符合诊疗规范进行相应治疗时，可使用第十八章编码，如白细胞计数异常 R72。

第七十七条 脾功能亢进（D73.1）不包括未特指的脾大（R16.1）和先天性脾大（Q89.0）。脾功能亢进和脾大临床未明确病因时，可作为主要编码；有明确病因，针对肝硬化失代偿引起的脾功能亢进手术治疗（脾切除）时，选择脾功能亢进（D73.1）作为主要编码。

第七十八条 ICD-10 中《内分泌、营养和代谢疾病》（E00-E90）
自第七十八条至第八十四条。

内分泌、营养和代谢疾病（E00-E90）包括内分泌腺的疾病（甲状腺、肾上腺、垂体腺、胸腺、卵巢和睾丸）；糖尿病、葡萄糖调节和胰腺内分泌疾患；营养不良、肥胖和营养过度；代谢紊乱等。不包括妊娠、分娩和产褥期的并发症（000-099）；症状、体征和临床与实验室异常所见（R00-R99）；特发于胎儿和新生儿的暂时性内

分泌和代谢疾患（P70-P74）。

第七十九条 甲状腺疾病

（一）甲状腺功能减退是由多种原因导致的全身性低代谢综合征，病因不同、分类不同。碘缺乏相关的甲状腺功能减退，分类于E00-E02；非碘缺乏的先天性甲状腺功能减退，编码于E03.0-E03.1；药物性甲状腺功能减退，编码于E03.2；放射后和手术后甲状腺功能减退，编码于E89.0。

（二）甲状腺肿区分毒性（甲状腺功能亢进）和非毒性（甲状腺功能正常），按临床表现（弥漫性、结节性）和病因（碘缺乏、甲状腺功能减退）进行分类。具体见下表：

临床诊断	临床表现	病因	编码	编码名称
甲状腺肿	弥漫性	碘缺乏	E01.0	碘缺乏相关性弥漫性（地方性）甲状腺肿
		先天性甲减	E03.0	先天性甲状腺功能减退症伴有弥漫性甲状腺肿
		非毒性	E04.0	非毒性弥漫性甲状腺肿
		毒性	E05.0	甲状腺毒症伴有弥漫性甲状腺肿
	单个结节	非毒性	E04.1	非毒性单个甲状腺结节
		毒性	E05.1	甲状腺毒症伴有毒性单个甲状腺结节
	多结节	碘缺乏	E01.1	碘缺乏相关性多结节性（地方性）甲状腺肿
		非毒性	E04.2	非毒性多结节性甲状腺肿
		毒性	E05.2	甲状腺毒症伴有毒性多结节性甲状腺肿
	未特指的	碘缺乏	E01.2	未特指的碘缺乏相关性（地方性）甲状腺肿
		非毒性	E04.9	未特指的非毒性甲状腺肿
	其他	非毒性	E04.8	其他特指的非毒性甲状腺肿
		激素生成障碍	E07.1	激素生成障碍性甲状腺肿
		P72.0	新生儿甲状腺肿，不可归类在他处者	

（三）甲状腺炎按临床表现和病因分类，包括：急性E06.0、亚急性E06.1、慢性E06.2/E06.5。自身免疫性甲状腺炎编码于E06.3，药物性甲状腺炎编码于E06.4。

第八十条 糖尿病

（一）糖尿病临床应明确分型及并发症，用亚目表示糖尿病并发症。糖尿病伴有并发症（亚目.0-.8）和糖尿病不伴有并发症（亚目.9）不允许同时填报。未特指的并发症（.8）一般情况下不允许作为诊断填报。

（二）本次住院确诊的糖尿病根据临床分型分类，一般情况下不允许填报 E14 未特指的糖尿病。

（三）已确诊伴有合并症的糖尿病，本次住院以调整血糖为目的时，选择糖尿病伴血糖控制不佳的相应分类作为主要编码。

（四）糖尿病同时伴有急性和慢性并发症时，选择急性并发症作为主要诊断。

（五）糖尿病合并两个及以上并发症，原则上“糖尿病伴有多个并发症”不作为主要诊断填报，选择主要治疗的并发症作为主要诊断，其他糖尿病并发症和“糖尿病伴有多个并发症”作为其他诊断填报；只有无法确定本次主要治疗的并发症时，才有可能选择“糖尿病伴有多个并发症”作为主要诊断，糖尿病具体并发症作为其他诊断。

第八十一条 甲状旁腺疾病

（一）甲状腺及甲状旁腺手术后的继发性甲状旁腺功能减退，应编码于 E89.2（操作后甲状旁腺功能减退症），不应填报继发性甲状旁腺功能减退症。

（二）慢性肾脏疾病导致的继发性甲状旁腺功能亢进，应编码于 N25.8（肾源性继发性甲状旁腺功能亢进症），不应填报继发性甲状旁腺功能亢进症。

第八十二条 尿崩症根据病因分类,中枢性尿崩症编码于 E23. 2, 手术后尿崩症编码于 E89. 3, 肾源性尿崩症编码于 N25. 1。

第八十三条 血容量缺失 (E86) 包括脱水、细胞外液缺失、血浆容量缺失。填报时应区分血容量缺失和血容量减少性休克。创伤性血容量减少性休克编码于 T79. 4, 手术后血容量减少性休克编码于 T81. 1, 因严重失水、血容量减少和微循环障碍导致的低血容量性休克, 编码于 R57. 1。

第八十四条 酸中毒 (E87. 2) 包括代谢性、呼吸性、乳酸性及未特指的酸中毒。糖尿病性酸中毒、糖尿病酮症酸中毒编码于糖尿病酮症酸中毒 (E10-E14 的亚目. 1), 不允许同时编码 E87. 2 酸中毒。

第八十五条 ICD-10 中《精神和行为障碍》(F00-F99) 自第八十五条至第九十条。

精神和行为障碍 (F00-F99) 是一般优先分类章。包括器质性 (症状性) 精神障碍、使用精神活性物质引起的精神和行为障碍、心境 (情感) 障碍、心理发育障碍等。不包括症状、体征和临床与实验室异常所见 (R00-R99)。

第八十六条 编码规则

(一) 临床需要表达精神疾患时, 使用本章编码。

(二) 本章疾病的病因或引起的临床表现需要指明时, 附加填报其他章节编码。

(三) 填报本章疾病时, 编码分类完全依从临床诊断。

(四) 分类于他处疾病引起本章的精神和行为障碍, 采用双重分

类编码，不允许再分别编码。

第八十七条 痴呆根据病因分类，包括：阿尔兹海默病性痴呆（F00*）、血管性痴呆（F01）、其他疾病引起的痴呆（F02*）（如帕金森病性痴呆 G20†F02.3*）等。引起血管性痴呆（F01）的疾病可作为其他编码。

举例：脑动脉硬化性痴呆。

主要编码：F01.9 未特指的血管性痴呆

其他编码：I67.2 大脑动脉粥样硬化

第八十八条 精神分裂症（F20）临床应明确精神分裂症类型，偏执型（F20.0）、青春型（F20.1）、紧张型（F20.2）、未分化型（F20.3）等。填报时应区分：精神分裂症样精神病[器质性妄想障碍]编码于 F06.2，慢性酒精中毒性分裂样精神病编码于 F10.5，急性精神分裂症样精神病性障碍编码于 F23.2。

第八十九条 心境（情感）障碍（F30-F39）伴有服用药物自杀行为时，应附加外因编码 X60-X64（故意药物自害）。

第九十条 当焦虑和抑郁的症状同时存在，无法确定两者中较突出的症状或均未达到各自的诊断标准时，编码于 F41.2（混合性焦虑和抑郁障碍）；两者严重程度符合各自诊断标准时，应分别编码。

第九十一条 ICD-10 中《神经系统疾病》（G00-G99）自第九十一条至第一百零一条。

神经系统（G00-G99）包括中枢神经系统炎性疾病、脑膜炎、帕金森病、睡眠障碍、瘫痪综合征、脑疝及短暂性脑缺血发作（TIA）

和相关的综合征、周围神经系统疾病等。不包括分类于循环系统疾病的脑血管病（I60-I69）；起源于围生期的某些情况（P00-P96）；某些传染病和寄生虫病（A00-B99）；妊娠、分娩和产褥期的并发症（000-099）；先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）；损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）；肿瘤（C00-D48）；症状、体征和临床与实验室异常所见（R00-R99）等。

第九十二条 本章部分分类与发病年龄相关：早期发病的小脑性共济失调（通常在 20 岁以前发病）编码于 G11.1，晚期发病的小脑性共济失调（通常在 20 岁以后发病）编码于 G11.2；阿尔茨海默病伴有早期发病（通常在 65 岁以前发病）编码于 G30.0，阿尔茨海默病伴有晚期发病（通常在 65 岁以后发病）编码于 G30.1。

第九十三条 中枢神经系统炎性疾病（G00-G09）临床应明确感染发生的部位（脑膜、脑、脊髓、颅内、椎管内或静脉）和感染性病原体（细菌、病毒、真菌等）。中枢神经系统炎性疾病的常见临床表现（如头痛、恶心、呕吐或发热等）一般情况下无需填报，其并发症（如癫痫、昏迷、瘫痪、言语障碍等）可作为其他编码填报。

第九十四条 脑膜炎临床应明确病因和病原体，感染性病原体引起的脑膜炎主要包括：链球菌性脑膜炎、葡萄球菌性脑膜炎等分类于 G00（不可归类在他处的细菌性脑膜炎）；脑膜炎球菌性脑膜炎、结核性脑膜炎分类于 G01*（分类于他处的细菌性疾病引起的脑膜炎）；疱疹病毒性脑膜炎、流行性腮腺炎性脑膜炎等分类于 G02*（分类于他处的其他传染病和寄生虫病引起的脑膜炎）。

第九十五条 中枢神经系统炎性疾病的后遗症(G09)是针对 G00、G03、G04、G06、G08 疾病后遗症的分类，符合主要诊断选择原则时，选择后遗症的临床表现作为主要编码，G09 作为其他编码。

举例：免疫接种后脑炎所致的轻度精神发育迟滞。

主要编码：F70.9 轻度精神发育迟缓

其他编码：G09 脑膜炎后遗症

第九十六条 帕金森病（或帕金森综合征）按病因分类：原发性、特发性及未特指的帕金森病（或帕金森综合征）分类于 G20，包括帕金森病性痴呆；继发性帕金森综合征（药物性、外伤性、血管性或脑炎后等）分类于 G21，药物性或其他外部因素引起的继发性帕金森综合征可附加第二十章的外因编码；梅毒性帕金森综合征分类于 G22*（分类于他处的疾病引起的帕金森综合征）。

第九十七条 睡眠障碍根据病因进行分类，继发性失眠、延迟睡眠阶段综合征、睡眠呼吸暂停等器质性睡眠障碍分类于 G47（睡眠障碍），由精神、行为因素引起的睡眠障碍分类于 F51（非器质性睡眠障碍），新生儿中枢性和阻塞性睡眠呼吸暂停编码于 P28.3（新生儿原发性睡眠呼吸暂停）。临床明确睡眠障碍的病因时，病因作为主要编码，G47 作为其他编码填报。

举例：因扁桃体及腺样体肥大引起的睡眠呼吸暂停低通气综合征入院行手术治疗。

主要编码：J35.3 扁桃体肥大伴有腺样体肥大

其他编码：G47.3 睡眠呼吸暂停

第九十八条 面神经非创伤性疾患分类于 G51，根据临床表现分类，填报时不区分左右侧、运动或感觉功能紊乱。临床上特发性面神经瘫痪、特发性面神经麻痹、Bell 麻痹、特发性面瘫均编码于 G51.0（贝尔面瘫）。

第九十九条 瘫痪综合征为损伤（或疾病）的并发症，其编码填报参见主要诊断选择原则。临床应明确病因及临床表现，偏瘫分类于 G81，截瘫和四肢瘫分类于 G82。G81 和 G82 按瘫痪的性质（松弛性或痉挛性）进行分类，只有无法分类到 G81 和 G82 的情况下，才允许分类到 G83（其他麻痹[瘫痪]综合征）。

第一百条 脑疝是疾病（或损伤）所导致颅内压增高后的严重并发症。非创伤性脑疝编码于 G93.5（脑受压）；创伤性脑疝编码于 S06.2（弥散性脑损伤）；腰椎穿刺术后脑疝编码于 G97.1（对腰椎穿刺的其他反应）；先天性脑疝分类于 Q01（脑膨出）。只有当入院时即存在脑疝，脑疝才有可能作为主要诊断填报，具体参见主要诊断选择原则。

第一百零一条 短暂性脑缺血发作（TIA）和相关的综合征（G45）主要指由于局部脑或视网膜缺血引起的短暂性神经功能缺损，无具体责任病灶。临床诊断明确的 TIA 以及相关综合征（椎基底动脉综合征、颈动脉综合征、多发性和双侧入脑前动脉综合征等），才可分类于 G45。因脑动脉粥样硬化、血栓形成、闭塞狭窄等引起的缺血性脑血管病（如：椎动脉粥样硬化、椎动脉狭窄、脑梗死等）分类于第九章循环系统疾病的脑血管病（I60-I69）。

第一百零二条 ICD-10 中《眼和附器疾病》（H00-H59）自第一百零二条至第一百一十一条。

眼和附器疾病（H00-H59）包括眼球、眼眶、眼的附属器、视路、视皮层、眼相关血管神经结构以及由于其他病因导致的眼疾病。不包括起源于围生期的某些情况（P00-P96）；先天畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）；损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）等。

第一百零三条 编码规则：本章疾病如无相应的单双侧分类时，双眼相同疾病只填报一个编码。

第一百零四条 眼外伤

（一）新发生的眼外伤以第十九章（损伤、中毒和外因的某些其他后果）的损伤部位作为主要编码，本章及外因（第二十章）作为附加编码。

举例：眼钝挫伤、虹膜脱垂、外伤性白内障。

主要编码：S05.2 眼撕裂伤和破裂伴有眼内组织脱出或缺失

其他编码：H26.1 外伤性白内障

外因编码：W20 被投掷、抛出或坠落物体击中

（二）再次入院治疗因眼外伤导致的疾病，分类于本章。

举例：眼破裂伤 2 月后发生房角后退性青光眼住院治疗。

主要编码：H40.3 继发于眼外伤的青光眼

其他编码：H21.5 虹膜和睫状体的其他粘连和破裂

（三）眼和附器的烧伤和腐蚀伤（T26）临床应明确部位、烧伤

或腐蚀伤、是否伴有眼球破裂和破坏。一般情况下不允许填报 T26.4（眼和附器部位未特指的烧伤）和 T26.9（眼和附器部位未特指的腐蚀伤）。

第一百零五条 白内障

（一）老年性白内障分类于 H25；婴幼儿、老年前期、外伤性、药物性、后发性等白内障分类于 H26（其他白内障）；先天性白内障编码于 Q12.0；分类于他处的疾病引起的白内障双重分类于 H28*。

（二）老年性白内障（H25）是年龄相关性白内障，多见于 50 岁以上。根据白内障类型、晶状体混浊程度、形态、部位分类。一般情况下不允许填报 H25.9（未特指的老年性白内障）。具体见下表：

编码	编码名称	说明
H25.0	老年性初期白内障	皮质性：初发期、膨胀期（未成熟期）、成熟期
		后囊下/前囊下
		点状、冠状
H25.1	老年核性白内障	核性
H25.2	老年性白内障，莫尔加尼型	过成熟期
H25.8	其他的老年性白内障	混合型白内障（除核性白内障和皮质性白内障以外的白内障）
H25.9	未特指的老年性白内障	没有说明属于.0-.8类型的白内障

（三）糖尿病引起的白内障属于代谢性白内障，采用双重分类（E10-E14†H28.0*）并区分糖尿病分型；其他内分泌、营养和代谢疾病引起的白内障编码于 E88.9†H28.1*（代谢性白内障）。临床未明确白内障由糖尿病引起时，应分别编码。

（四）白内障手术过程中发生的后囊破裂，编码于 T81.2（在操作中意外的穿刺和撕裂，不可归类在他处者）。

第一百零六条 晶状体的其他疾患（H27）

（一）无晶状体（H27.0）表达后天性晶状体缺失（包括手术摘

除后的情况)。

(二) 晶状体脱位: 晶状体脱位编码于 H27.1; 人工晶状体发生机械性并发症(如人工晶状体脱位)编码于 T85.2(眼内透镜的机械性并发症); 无并发症的具有人工晶状体植入物状态编码于 Z96.1(具有眼内晶状体)。

第一百零七条 视网膜脱离和断裂(H33)

(一) 视网膜脱离临床应明确发病机制及具体诊断。如: 孔源性视网膜脱离、渗出性视网膜脱离、牵拉性视网膜脱离及其他视网膜脱离等。具体见下表:

编码	编码名称	包括	不包括
H33.0	视网膜脱离伴视网膜断裂	孔源性视网膜脱离	
H33.2	浆液性视网膜脱离	浆液性(渗出性)视网膜脱离和出血性视网膜脱离, 不伴有视网膜断裂的视网膜脱离	中心性浆液性脉络膜视网膜病变
H33.4	牵引性视网膜脱离	增生性玻璃体-视网膜病变伴视网膜脱离	
H33.5	其他视网膜脱离		上述3种情况的视网膜脱离

(二) 当临床同时诊断增生性视网膜病变、孔源性视网膜脱离时, 编码于 H33.4(牵引性视网膜脱离), 不允许再分别编码 H35.2(其他增生性视网膜病变)和 H33.0(孔源性视网膜脱离)。

第一百零八条 糖尿病视网膜病变采用双重分类(E10-E14† H36.0*), 临床应明确糖尿病分型和糖尿病视网膜病变分期。糖尿病视网膜病变分期不同, 对应的手术分类不同, 见第二百八十五条。

第一百零九条 青光眼(H40)临床应明确具体类型(可疑、原发、继发等), 其中原发性青光眼区分为开角型、闭角型。一般情况下未特指的青光眼(H40.9)不作为填报诊断。继发性青光眼可附加

病因编码。

举例：治疗由于过熟期白内障导致的继发性青光眼。

主要编码：H40.5 继发于其他眼部疾患的青光眼

其他编码：H25.2 老年性过熟期白内障

第一百一十条 玻璃体出血（H43.1）即玻璃体积血。病因明确时，具体病因作为主要编码，玻璃体出血（H43.1）作为其他编码。

第一百一十一条 眼内异物需根据临床描述的受伤时间、累及部位及异物性质填报。一般情况下外眼部位未特指的异物（T15.9）不作为诊断填报。部位及性质（磁性或非磁性）不同的异物取出，手术操作分类不同，见第二百八十八条。具体见下表：

发生时间	部位	编码	编码名称
近期	眼眶	S05.4	眼眶贯通伤伴有或不伴有异物
	眼内（前房、睫状体、虹膜、晶状体、眼球后壁、玻璃体、巩膜）	S05.5	眼球贯通伤伴有异物
	外眼	T15.0	角膜异物
		T15.1	结合膜囊异物
		T15.8	外眼其他和多处部位内异物
		T15.9	外眼部位未特指的异物
陈旧性	眼眶	H05.5	眼眶贯通伤后残留（陈旧性）异物
	眼睑	H02.8	眼睑其他特指的疾患
	眼内（前房、睫状体、虹膜、晶状体、眼球后壁、玻璃体、巩膜）	H44.6	眼内残留（陈旧性）磁性异物
		H44.7	眼内残留（陈旧性）非磁性异物

第一百一十二条 ICD-10 中《耳和乳突疾病》（H60-H95）自第一百一十二条至第一百一十五条。

耳和乳突疾病（H60-H95）包括外耳、中耳和乳突、内耳等疾患。不包括起源于围生期的某些情况（P00-P96）；某些传染病和寄生虫病（A00-B99）；妊娠、分娩和产褥期的并发症（O00-O99）；损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）等。

第一百一十三条 中耳炎（H65-H67）

（一）中耳炎根据病因、临床表现分为非化脓性中耳炎（H65）、化脓性中耳炎（H66）、分类于他处的疾病引起的中耳炎（H67*）。填报时应区分胆脂瘤型中耳炎分类于H71（中耳胆脂瘤），粘连性中耳炎编码于H74.1（粘连性中耳疾病）。

（二）化脓性和未特指的（H66）或非化脓性（H65）中耳炎，伴有鼓膜穿孔时，应附加编码H72.-（鼓膜穿孔）。

（三）中耳胆脂瘤行乳突切除术后因复发再次入院治疗，应编码于H95.0（乳突切除术后空腔的复发性胆脂瘤）。

第一百一十四条 前庭性眩晕临床应区分前庭周围性眩晕（如梅尼埃病H81.0）和前庭中枢性眩晕（H81.4）。眩晕综合征临床未能明确前庭性眩晕类型时，才可编码于H81.9（前庭功能未特指的疾患），一般情况下不作为填报诊断。

第一百一十五条 突发性耳聋又称突聋，编码于H91.2（突发特发性听觉丧失）。突聋病因明确且主要治疗病因时，病因作为主要诊断，突发特发性听觉丧失（H91.2）作为其他诊断；只有病因不明确时，突发特发性听觉丧失（H91.2）方可作为主要诊断。

第一百一十六条 ICD-10中《循环系统疾病》（I00-I99）自第一百一十六条至第一百二十九条。

循环系统（I00-I99）包括心脏、血管和淋巴管及淋巴结疾病。不包括系统性结缔组织（血管性）疾病（M30-M36），如结节性多动脉炎、变应性血管炎等。脑血管疾病也分类于此章，但不包括短暂

性大脑缺血性发作（TIA）和相关的综合征（G45.-）、创伤性颅内出血（S06.-）和血管性痴呆（F01.-）。

第一百一十七条 心脏瓣膜病临床应明确病因是否为风湿性，未明确时假定分类如下：

瓣膜疾病	限定条件	假定为非风湿性	假定为风湿性
瓣膜关闭不全	未提及病因	二尖瓣 I34.0	三尖瓣 I07.1
		主动脉瓣 I35.1	
		肺动脉瓣 I37.1	
瓣膜狭窄	未提及病因	主动脉瓣 I35.0	二尖瓣 I05.0
		肺动脉瓣 I37.0	三尖瓣 I07.0
关闭不全伴狭窄	未提及病因	主动脉瓣 I35.2	二尖瓣 I05.2
		肺动脉瓣 I37.2	三尖瓣 I07.2
多瓣膜病	未提及病因		心脏多瓣膜疾病 I08

第一百一十八条 高血压病（I10-I15）不包括高血压病并发于妊娠、分娩和产褥期（O10-O11，O13-O16）；累及冠状血管（I20-I25）；新生儿高血压（P29.2）；原发性肺动脉高压（I27.0）；继发性肺动脉高压（I27.2）。

特发性（原发性）高血压（I10）和继发性高血压（I15）引起脑血管病（I60-I69）时，可附加编码高血压。

高血压引起的肾病，分类于 I12（高血压肾脏病）；肾脏疾病引起的高血压（肾性高血压），分类于 I15（继发性高血压）。

原发性高血压引起心脏、肾脏并发症时，应合并编码，不再分别编码。具体见下表：

编码	编码名称	合并条件	编码	编码名称	合并编码	合并编码名称
I10	特发性（原发性）高血压	由于高血压引起的	I50	心力衰竭	I11.0	高血压心脏病伴有（充血性）心力衰竭
			I51.4	未特指的心肌炎	I11.9	高血压心脏病不伴有（充
			I51.5	心肌变性		

			I51.6	未特指的心血管疾病		血性)心力衰竭
			I51.7	心脏肥大		
			I51.8	其他不明确的心脏病		
			I51.9	未特指的心脏病		
I10	特发性 (原发性) 高血压	由于高血压引起的	N00-N07	肾小球疾病	I12.9	高血压肾脏病不伴有肾衰竭
			N26	未特指的肾挛缩		
			N18.1-N18.3	慢性肾脏疾病, 1-3期		
			N18.9	未特指的慢性肾病(除外慢性尿毒症 NOS)	I12.0	高血压肾脏病伴有肾衰竭
			N18.4-N18.5	慢性肾脏疾病, 4-5期		
			N18.9	未特指的慢性肾病(仅限慢性尿毒症 NOS)		
N19	未特指的肾衰竭					
I11.0	高血压心脏病伴有(充血性)心力衰竭	同时伴有	I12.9	高血压肾脏病不伴有肾衰竭	I13.0	高血压心脏和肾脏病伴有(充血性)心力衰竭
I11.0	高血压心脏病伴有(充血性)心力衰竭	同时伴有	I12.0	高血压肾脏病伴有肾衰竭	I13.2	高血压心脏和肾脏病同时伴有(充血性)心力衰竭和肾衰竭
I11.9	高血压心脏病不伴有(充血性)心力衰竭	同时伴有	I12.0	高血压肾脏病伴有肾衰竭	I13.1	高血压心脏和肾脏病伴有肾衰竭
I11.9	高血压心脏病不伴有(充血性)心力衰竭	同时伴有	I12.9	高血压肾脏病不伴有肾衰竭	I13.9	未特指的高血压心脏和肾脏病

第一百一十九条 心绞痛 (I20) 临床应区分: 不稳定型心绞痛
(静息型、增强型、劳力再次型、劳力恶化型) 编码于 I20.0; 稳定
劳力型心绞痛、劳力型心绞痛、冠状动脉慢流综合征编码于 I20.8。

未特指的心绞痛（I20.9）一般情况下不作为填报诊断。

第一百二十条 冠状动脉粥样硬化性心脏病一般不作为主要诊断，作为其他疾病的病因时，应在其他诊断中填报。

第一百二十一条 急性冠脉综合征包括急性心肌梗死和不稳定型心绞痛。一般情况下急性冠脉综合征（I24.9）不作为填报诊断，当临床无法确定急性心肌梗死（I21）或不稳定型心绞痛（I20.0）时，才允许填报。

第一百二十二条 急性非 ST 段抬高性心肌梗死和未特指的非透壁性心肌梗死编码于 I21.4（急性心内膜下心肌梗死），透壁性心肌梗死按部位编码于 I21.0-I21.3。

对可疑心肌梗死进行医疗观察、评价和排除时，如已排除心肌梗死，应填报可疑心肌梗死的观察（Z03.4）作为主要诊断。

第一百二十三条 冠状动脉血栓形成引起心肌梗死，分类于 I21（急性心肌梗死）；未引起心肌梗死，分类于 I24（其他急性缺血性心脏病）。临床明确心脏和血管假体装置植入物和移植物引起的血栓形成（如冠状动脉支架内血栓形成），编码于 T82.8（心脏和血管假体装置、植入物和移植物的并发症）。

第一百二十四条 肺栓塞（I26）包括肺动脉（静脉）的梗死、血栓栓塞、血栓形成。流产后肺栓塞编码于 008.2（流产、异位妊娠和葡萄胎妊娠后的栓塞），产科肺栓塞编码于 088.2（产科血凝块栓塞）。

肺栓塞伴有急性肺源性心脏病，编码于 I26.0（肺栓塞提及急性

肺源性心脏病)；肺栓塞不伴有急性肺源性心脏病，编码于 I26.9 (肺栓塞未提及急性肺源性心脏病)。不允许同时填报 I26.0 和 I26.9。

第一百二十五条 心律失常根据具体疾病进行分类。当已填报具体的心律失常 (I44-I49.8) 时，不允许再同时编码 I49.9 (未特指的心律失常) 及 R00 (心脏搏动异常，如未特指的心动过速及心动过缓、心悸等)。

第一百二十六条 门急诊心肺复苏成功后随即住院，I46.0 (心脏停搏复苏成功) 可作为其他诊断填报。

第一百二十七条 心力衰竭 (I50) 按解剖部位和临床表现分类。左心衰竭伴有急性肺水肿，编码于 I50.1 (左心室衰竭)，不允许同时编码 J81 (肺水肿)。入院时心力衰竭已经存在，才有可能作为主要诊断填报，参见主要诊断选择原则。当心力衰竭是患者的终末期状态时，不可作为主要诊断。

心功能 NYHA 分级 (I51.9、I50.9) 和急性心肌梗死的 Killip 分级 (I51.9、I50.9)，只能作为心力衰竭及急性心肌梗死的附加编码，不允许作为主要诊断填报。

第一百二十八条 缺血性脑血管病主要包括：短暂性脑缺血发作 (TIA) 和脑动脉盗血症等相关综合征 (G45)；未造成脑梗死的脑动脉狭窄 (闭塞)、血栓形成、栓塞 (I65-I66)；急性脑梗死 (I63)。

脑梗死 (I63) 是指临床诊断明确急性新发的脑梗死，填报时根据责任血管和病因分类。只有临床无法明确责任血管或病因时，才

可编码于 I63.9（未特指的脑梗死）。具体见下表：

临床诊断	临床表现	责任血管	编码	编码名称	
脑梗死	动脉血栓形成	入脑前动脉	I63.0	入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死	
		大脑动脉	I63.3	大脑动脉血栓形成引起的脑梗死	
	静脉血栓形成	大脑静脉	I63.6	大脑静脉血栓形成引起的脑梗死，非生脓性	
	动脉栓塞	入脑前动脉	I63.1	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	
		大脑动脉	I63.4	大脑动脉栓塞引起的脑梗死	
	动脉未特指的 闭塞或狭窄	入脑前动脉	I63.2	入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	
		大脑动脉	I63.5	大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	
				I63.8	其他脑梗死
				I63.9	未特指的脑梗死

第一百二十九条 脑血管病后遗症（I69）是分类在I60-I67.1和I67.4-I67.9中疾病导致的后遗症，不允许作为主要诊断填报。患者住院目的是为了康复时，选择康复治疗的问题作为主要诊断。

第一百三十条 ICD-10 中《呼吸系统疾病》（J00-J99）自第一百三十条至第一百四十一条。

呼吸系统疾病（J00-J99）是一般组合分类章。包括急慢性呼吸道感染（如气管炎、支气管炎）、哮喘、慢性阻塞性肺疾病和胸膜的其他疾病等。不包括某些传染病和寄生虫病（A00-B99）、肿瘤（C00-D48）、损伤中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）等。

第一百三十一条 编码规则

（一）呼吸系统疾病发生于一个以上部位且无相应分类时，按较低解剖部位分类。如气管支气管炎，按支气管炎分类于 J40。

（二）年龄小于 15 岁的支气管炎患者，临床未明确急慢性时，假定分类为急性支气管炎 J20.-。

（三）由传染性病原体引起的呼吸系统感染性疾病，可附加编

码（B95-B98）标明病原体。

举例：腺病毒感染导致的急性咽炎。

主要编码：J02.8 其他特指病原体引起的急性咽炎

其他编码：B97.0 腺病毒作为疾病分类于其他章的原因

第一百三十二条 呼吸系统常见合并编码

（一）临床满足合并条件时，方可使用合并编码。

（二）使用合并编码时，不允许再分别编码。具体见下表：

编码	编码名称	合并编码	合并编码名称
J04.0	急性喉炎	J06.0	急性咽喉炎
J02	急性咽炎		
J35.1	扁桃体肥大	J35.3	扁桃体肥大伴有腺样体肥大
J35.2	腺样体肥大		
J44.8-J44.9	其他特指的慢性阻塞性肺病	J44.0	慢性阻塞性肺疾病伴有急性下呼吸道感染
J12-J18	肺炎		
J20-J22	其他急性下呼吸道感染		
J30.1-J30.4	变应性鼻炎	J45.0	主要为变应性哮喘
J45.9	未特指的哮喘		
J85.2	肺脓肿	J85.1	肺脓肿伴肺炎
J18.-	肺炎		

第一百三十三条 扁桃体炎临床应区分急性（J03）、慢性（J35.0）和扁桃体周脓肿（J36）。由链球菌引起急性扁桃体炎编码于 J03.0；其他特指病原体（不包括疱疹病毒）引起的急性扁桃体炎编码于 J03.8；未明确感染性病原体的急性扁桃体炎编码于 J03.9。

急性扁桃体炎和扁桃体周脓肿同时存在，分类于 J36（扁桃体周脓肿），不允许再填报 J03.-（急性扁桃体炎）。

第一百三十四条 流行性感感冒分类于 J09-J11。临床已知流感病毒引起的流行性感感冒分类于 J09 或 J10，人畜共患或大流行流感病毒只有明确证实时方可分类于 J09。未知病毒引起的流行性感感冒分类于

J11。

由流感病毒引起的临床表现不允许另编码。具体见下表：

编码	编码名称	包括	不包括
J09	被标明的人畜共患传染病或大流行流感病毒引起的流行性感冒	人感染 H7N9 禽流感 人感染 H5N1 禽流感	甲型 H1N1 流感 (J10.1)
J10	被标明的季节性流感病毒引起的流行性感冒	.0 流感伴肺炎 .1 流感伴有其他呼吸道表现 (流感性咽炎、喉炎、胸膜炎等)	1. 流感嗜血杆菌感 (A49.2) 2. 流感嗜血杆菌性脑膜炎 (G00.0)
J11	未知病毒引起的流行性感冒	.8 流感伴有其他表现 (流感性脑病、胃肠炎、心肌炎等)	3. 流感嗜血杆菌性肺炎 (J14)

第一百三十五条 肺炎临床应区分具体病因，肺炎明确感染性病原体时（腺病毒、链球菌、支原体等）分类于 J12-J17；肺炎未明确感染性病原体时可按临床表现（大叶性、坠积性、阻塞性肺炎等）分类于 J18；其他外部物质引起的（吸入性、化学性、放射性等）肺炎分类于 J60-J70（外部物质引起的肺部疾病）中。肺炎病原体明确时（J12-J17），不允许填报 J18（肺炎，病原体未特指）。

第一百三十六条 喘息性支气管炎与哮喘

（一）喘息性支气管炎（哮喘性支气管炎）区分急性喘息性支气管炎（毛细支气管炎）编码于 J21.-，慢性喘息性支气管炎编码于 J44.8，两者填报时应与哮喘（J45）区分。

（二）哮喘（J45.9）伴有变应性鼻炎（J30.1-J30.4），合并编码于 J45.0（主要为变应性哮喘）。

（三）哮喘持续状态分类于 J46，不允许再同时编码 J45（哮喘）。

第一百三十七条 鼻窦炎临床应明确急慢性及部位。具体见下表：

部位	急性		慢性	
	单个部位	急性上颌窦炎	J01.0	慢性上颌窦炎
急性额窦炎		J01.1	慢性额窦炎	J32.1

	急性筛窦炎	J01.2	慢性筛窦炎	J32.2
	急性蝶窦炎	J01.3	慢性蝶窦炎	J32.3
全组	急性全鼻窦炎	J01.4	慢性全鼻窦炎	J32.4
一个以上但不是全组	其他的急性鼻窦炎	J01.8	其他的慢性鼻窦炎	J32.8

第一百三十八条 胸膜炎临床应明确疾病性质，化脓性胸膜炎编码于 J86.9；结核性胸膜炎编码于 A16.5；创伤性胸膜炎编码于 S27.6；未特指性质的胸膜炎编码于 R09.1。

第一百三十九条 呼吸衰竭是各种原因引起的肺通气和（或）换气功能严重障碍导致低氧血症伴（或不伴）高碳酸血症等，分为急性呼吸衰竭（J96.0）和慢性呼吸衰竭（J96.1）。

入院时呼吸衰竭已经存在，才有可能作为主要诊断填报，参见主要诊断选择原则。当呼吸衰竭是患者的终末期状态时，不可作为主要诊断。

第一百四十条 成人型呼吸窘迫综合征分类于 J80；手术后呼吸窘迫综合征编码于 J95.8；妊娠合并急性呼吸窘迫综合征编码于 099.5；新生儿呼吸窘迫综合征编码于 P22.0。

第一百四十一条 J60-J64（外部物质引起的沉着性肺病）伴有 A15-A16（肺结核）时，分类于 J65（与结核有关的肺尘埃沉着病），不允许再分别编码。

第一百四十二条 ICD-10 中《消化系统疾病》（K00-K93）自第一百四十二条至第一百五十五条。

消化系统（K00-K93）是一般组合分类章。包括口腔、涎腺和颌疾病；食管、胃和十二指肠疾病；大（小）肠、阑尾、腹膜、肝、胆囊胆道和胰腺疾病等，痔疮与肛周静脉血栓形成（K64）也分类于

此章。不包括肿瘤（C00-D48），症状、体征和临床与实验室异常所见（R00-R99）等。

第一百四十三条 编码规则

（一）悬雍垂肥大、后天性小口畸形以及腭粘膜炎症等口腔粘膜疾病均编码于 K13.7（口腔粘膜其他和未特指的损害）。

（二）贲门肿瘤，分类于胃的肿瘤；贲门其他疾病，均分类于食管。

（三）血管的疾病主要分类于循环系统，但肠血管缺血（坏死）导致的肠疾病分类于消化系统的 K55（肠血管疾患）。

（四）消化道出血临床应明确具体病因及出血部位，只有未指明时，才允许编码于 K92.2（未特指的胃肠出血）。

（五）巨结肠临床未明确先天性或后天性时，假定分类于后天性巨结肠 K59.3（巨结肠，不可归类在他处者）。

第一百四十四条 消化性溃疡按急慢性及并发症（穿孔、出血）进行分类。具体见下表：

编码	编码名称	不包括	共用亚目（临床表现）
K25	胃溃疡	急性出血性糜烂性胃炎 K29.0；消化性溃疡 NOS K27	急性.0 急性，伴有出血 .1 急性，伴有穿孔 .2 急性，伴有出血和穿孔 .3 急性，不伴有出血或穿孔
K26	十二指肠溃疡	消化性溃疡 NOS K27	
K27	部位未特指的消化性溃疡	新生儿消化性溃疡 P78.8	慢性.4 慢性或未特指的，伴有出血 .5 慢性或未特指的，伴有穿孔 .6 慢性或未特指的，伴有出血和穿孔
K28	胃空肠溃疡	小肠原发性溃疡 K63.3	.7 慢性，不伴有出血或穿孔 .9 未特指为急性或慢性，不伴有出血或穿孔

第一百四十五条 临床上放射性食管炎、化学性食管炎、手术后

食管炎、食管脓肿、贲门炎等食管炎症性疾病分类于 K20（食管炎）；结核性食管炎编码于 A18.8†K23.0*；真菌性食管炎分类于 B49。不包括食管糜烂（K22.1）和反流性食管炎（K21.0）。胃-食管反流性疾病伴有食管炎的编码于 K21.0，不伴有食管炎的编码于 K21.9。

第一百四十六条 阑尾炎临床应明确急慢性及并发症（弥漫或局限性腹膜炎、穿孔、脓肿）。单纯急性阑尾炎编码于 K35.8；急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎（包括破裂、穿孔）编码于 K35.2，急性阑尾炎伴局限性腹膜炎（包括腹膜脓肿，伴或不伴穿孔）编码于 K35.3，不允许再编码腹膜炎。慢性阑尾炎急性发作分类于 K35（急性阑尾炎）。

第一百四十七条 疝（K40-K46）包括先天、后天及复发性疝。不包括先天性膈疝（Q79.0）和先天性食管裂孔疝（Q40.1）。

腹股沟疝及股疝临床应明确单、双侧，一侧同时存在直疝和斜疝时按照单侧腹股沟疝编码。疝同时伴有梗阻和坏疽时，应按伴有坏疽编码，不允许再编码伴有梗阻。

第一百四十八条 功能性消化不良（K30）在临床排除器质性病变等其他疾病后，方可分类于 K30。心因性所致的消化不良编码于 F45.3。无明确病因的消化不良编码于 R10.1。

第一百四十九条 肠炎临床应区分感染性（A00-A09）和非感染性肠炎（K50-K52）。克罗恩病[局限性肠炎]分类于 K50，溃疡性结肠炎分类于 K51。具体见下表：

临床诊断	病因	编码	编码名称
肠炎	病原微生物感染：包括细菌、真菌、结核分枝杆菌等引起的各种感染性肠炎	A00-A09	肠道传染病
		A18.3	肠、腹膜和肠系膜淋巴结的结核
	病因尚未阐明的慢性非特异性肠道炎症性	K50	克罗恩病 [局限性肠炎]

疾病	K51	溃疡性结肠炎
	K52	其他非感染性胃肠炎和结肠炎
	K52.0	放射性胃肠炎和结肠炎
辐射、药物、过敏等引起		

第一百五十条 肠憩室病(K57)临床应明确具体部位(十二指肠、小肠、大肠)及并发症(穿孔、脓肿)。不包括先天性肠憩室(Q43.8)、阑尾憩室(K38.2)、麦克尔憩室(Q43.0)。临床同时存在小肠和大肠憩室病伴穿孔和脓肿时编码于 K57.4, 不伴有穿孔或脓肿编码于 K57.5, 两者均不允许再按小肠或大肠部位分别编码。部位未特指的肠憩室病(K57.9)一般情况下不允许作为诊断填报。

第一百五十一条 肛裂和肛瘘伴有脓肿或蜂窝织炎, 分类于 K61(肛门和直肠区脓肿), 不允许再编码 K60(肛门及直肠区的裂和瘘)。

第一百五十二条 痔疮临床应明确具体部位(内痔、外痔、混合痔), 其中内痔按临床表现分为 I-IV度, 编码于 K64.0-K64.3; 外痔编码于 K64.4-K64.5。

第一百五十三条 腹膜炎临床应明确急慢性, 男性盆腔腹膜炎编码于 K65.-, 女性盆腔腹膜炎编码于 N73.3-N73.5。新生儿腹膜炎编码于 P78.0-P78.1; 产褥期腹膜炎分类于 085; 阑尾炎伴有腹膜炎分类于 K35; 肠憩室病伴有腹膜炎分类于 K57。如分类中已表达腹膜炎, 不允许再填报 K65(腹膜炎)。

第一百五十四条 胆石症(K80)临床应明确具体部位(胆囊、胆管)及是否伴有急性或慢性的胆囊(胆管)炎。如胆囊结石不伴胆囊炎编码于 K80.2; 胆囊结石伴急性胆囊炎编码于 K80.0。胆管结石伴胆管炎和胆囊炎, 编码于 K80.4(胆管结石伴有胆囊炎)胆管的闭塞或狭窄伴有胆石症分类于 K80.- (胆石症), 不伴有

胆石症编码于 K83.1（胆管梗阻）。

第一百五十五条 肝硬化临床应明确急慢性及具体病因（药物、酒精、病毒、中毒等）。存在多种病因时，可分别编码。肝硬化失代偿期编码于 K74.6，并可编码临床表现，如门静脉高压（K76.6）、脾功能亢进（D73.1）。

第一百五十六条 ICD-10 中《皮肤和皮下组织疾病》（L00-L99）
自第一百五十六条至第一百六十三条。

皮肤和皮下组织疾病（L00-L99）包括皮肤和皮下组织的感染；皮肤和皮下组织及皮肤附件的疾患；与辐射有关的皮肤和皮下组织疾患等。不包括内分泌、营养和代谢疾病（E00-E90）；脂肪黑变性网状细胞增多症（I89.8）；肿瘤（C00-D48）；系统性结缔组织疾患（M30-M36）等。

第一百五十七条 编码规则

（一）附加编码：皮肤、皮下组织的感染（L00-L08），使用附加编码（B95-B98）标明传染性病原体；皮肤和皮下组织疾病因药物或药物诱发的，附加外因编码（第二十章）标明药物。

（二）部分皮肤和皮下组织疾病的编码按部位分类，原则上不允许填报分类于未特指部位（常为.9）的编码。如背部蜂窝织炎（L03.3），不允许填报未特指的蜂窝织炎（L03.9）。

第一百五十八条 皮肤脓肿、疖和痈（L02）按部位分类，不区分左右侧，多个部位可分别编码。不包括肛门和直肠区（K61.-）；男性（外）生殖器官（N48.2、N49.-）；女性（外）生殖器官（N76.4）；

藏毛囊肿伴有脓肿（L05.0）；乳房（N61）；新生儿脐炎（P38）等。

第一百五十九条 蜂窝织炎（L03）按部位分类，不区分左右侧，多个部位可分别编码，临床上急性淋巴管炎也分类于L03。眼睑、眼眶蜂窝织炎分类于第七章眼及附件疾病；耳蜂窝织炎分类于第八章耳及乳突疾病；口、唇、肛门、直肠区蜂窝织炎分类于第十一章消化系统疾病；乳腺蜂窝织炎分类于第十四章泌尿生殖系统疾病。

第一百六十条 淋巴结炎临床应明确急慢性、部位及病因，不区分左右侧，多个部位可分别编码。急性淋巴结炎分类于L04；慢性淋巴结炎编码于I88.1；肠系膜淋巴结炎不区分急慢性，均编码于I88.0。不能明确病因的淋巴结肿大分类于R59。结核性淋巴结炎分类于A18.2，梅毒性淋巴结炎编码于A51.4。

第一百六十一条 皮炎临床应明确病因，接触性皮炎应区分变应性接触性皮炎（L23）和刺激性接触性皮炎（L24），两者同时存在应分别编码。

药物性皮炎临床应明确接触性（L23.3、L24.4）和内服性皮炎（L27.-），未明确时，假定分类于内服性药物性皮炎。具体见下表：

临床诊断	编码名称	病因	编码
感染性皮炎	感染		L30.3
接触性皮炎	变应性接触性皮炎	金属、粘贴剂、化妆品、药物、化学制剂、食物、植物	L23.0-L23.7
	刺激性接触性皮炎	去污剂、油脂、溶剂、化妆品、药物、化学制剂、食物、植物	L24.0-L24.7
内服物质性皮炎		药物、药剂	L27.-
		食物	L27.2
辐射性皮炎		辐射	L56-L59

第一百六十二条 扁平苔藓（L43）临床应明确部位及性质（肥厚

性、大疱性、苔藓样药物反应等)。硬化萎缩性苔藓编码于 L90.0 (硬化萎缩性苔藓); 女性生殖器官的苔藓硬化编码于 N90.4 (外阴白斑); 男性生殖器官的苔藓硬化编码于 N48.0 (阴茎白斑)。

第一百六十三条 褥疮 (L89) 临床应明确受压区分期。入院前已存在的褥疮不区分部位, 按存在的最高分期编码; 入院后新发生的褥疮 (入院病情 4) 按实际最高分期和部位分别编码。

第一百六十四条 ICD-10 中《肌肉骨骼系统和结缔组织疾病》(M00-M99) 自第一百六十四条至第一百八十一条。

肌肉骨骼系统和结缔组织疾病编码 (M00-M99) 包括关节、肌肉、骨骼系统疾病和系统性结缔组织疾病; 分类于他处的由特定感染、其他疾病导致的肌肉骨骼系统的疾病; 陈旧疾病、紊乱和创伤所致的肌肉、骨骼系统疾病等。不包括部分下颌关节的疾患 (K07.6); 先天性畸形、变形和染色体异常 (Q00-Q99); 腔隙综合征 (T79.6); 肿瘤 (C00-D48); 损伤、中毒和外因的某些其他后果 (S00-T98); 症状、体征和临床与实验室异常所见 (R00-R99) 等。

第一百六十五条 编码规则

(一) 由感染导致的肌肉骨骼系统和结缔组织疾病, 如果临床明确有特异性病因 (如细菌的感染、传染病和寄生虫病引起的感染), 编码于病因分类中。

(二) M00.8 (其他特指的细菌性病原体引起的关节炎和多关节)、M46.3 (椎间盘感染)、M60.0 (感染性肌炎)、M65.0 (腱鞘脓肿) 和 M86 (骨髓炎), 可使用附加编码 (B95-B98) 标明传染性病原体。

（三）其他疾病导致的肌肉骨骼系统和结缔组织疾病，可使用附加编码标明其具体病因疾病。如：肾功能损害引起的痛风（M10.3），可附加编码肾脏疾病的损害（N17-N19）。

第一百六十六条 化脓性关节炎（M00）临床应明确感染部位及具体病原体（葡萄球菌、肺炎球菌、链球菌等），不包括结核性感染（A18.0†）。只有未明确感染病原体的关节炎才可编码于 M00.9。

第一百六十七条 类风湿性关节炎分类于炎性多关节病（M05-M14），根据发病年龄区分成年型（M05、M06）及幼年型（M08.0）。类风湿性关节炎填报时应区分血清反应阳性的类风湿性关节炎（M05）和血清反应阴性的类风湿性关节炎（M06.0）。

类风湿性关节炎累及其他器官和系统采用双重分类，不允许分别编码。如类风湿性关节炎伴心肌炎 M05.3†I41.8*。

幼年型关节炎（M08）指十六岁前发病且持续超过三个月，与患者就诊年龄无关，于成年期就诊时，临床应在病案中描述发病年龄及持续时间。

第一百六十八条 痛风（M10）临床应明确病因，如药物引起的（M10.2）、铅引起的（M10.1）、肾损害引起的（M10.3）、特发性的（M10.0），或其他继发的（M10.4）痛风。高尿酸血症、疼痛是痛风的临床症状，一般情况下可省略编码。

软骨钙沉着症临床上也称为假痛风，分类于 M11（其他结晶性关节炎）。

第一百六十九条 绒毛结节性滑膜炎（M12.2）作为纤维黄色瘤、

腱鞘巨细胞瘤和良性滑膜瘤的临床表现时，应省略编码。

第一百七十条 髋关节病和膝关节病（M16 和 M17）临床应明确病因（原发、继发、创伤后）及部位（单、双侧）。

双侧髋或膝骨关节病，本次住院行一侧手术治疗时，主要诊断选择双侧骨关节病；再次住院行另外一侧手术时，主要诊断为单侧骨关节病，可附加编码 Z96.6（具有矫形外科关节植入物）。

第一百七十一条 膝关节内紊乱分类于 M23，其他特指的关节紊乱分类于 M24。急性、近期的膝关节损伤分类于 S80-S89。

临床上膝关节内紊乱包括陈旧性半月板软骨撕裂、韧带断裂、囊肿或膝关节内的游离体等，填报时应分别编码。

第一百七十二条 关节脱位临床应明确病因及部位，填报时不区分完全性/不完全性脱位及单双侧。具体见下表：

临床诊断	病因	编码/名称	
关节脱位	病理性脱位	关节病理性脱位和不全脱位，不可归类在他处者 M24.3	
	复发性脱位	关节复发性脱位和不全脱位 M24.4	
	先天性关节脱位	肌肉骨骼系统先天性畸形和变形 Q65-Q79	
	损伤	近期	按身位部位的关节和韧带损伤，如：膝关节脱位 S83.1
		陈旧	其他特指的关节紊乱，不可归类在他处者 M24.8
晚期效应		按身位部位的关节和韧带损伤后遗症，如：下肢脱位后遗症 T93.3	

第一百七十三条 关节积液临床应明确病因及临床表现，如疾病引起或陈旧性创伤所致的关节积液编码于 M25.4（关节渗出），非创伤引起的出血性渗出编码于 M25.0（关节积血），间歇性的关节积液编码于 M12.4（间歇性关节积水）。

第一百七十四条 系统性结缔组织疾患（M30-M36）

系统性结缔组织病包括系统性红斑狼疮、全身性硬皮病、皮多

肌炎、结节性多动脉炎、韦格纳肉芽肿、巨细胞动脉炎及干燥综合征等，可以多系统受累（皮肤、关节、肌肉、心、肾、造血系统、中枢神经等同时受累）。

系统性结缔组织病累及不同器官时，采用双重分类，不允许分别编码。由药物诱发的某些系统性结缔组织疾患（如药物性系统性红斑狼疮、药物诱发的全身性硬皮病等），可附加第二十章编码标明药物。

重叠综合征即重叠性结缔组织疾病，指同时患有两种或两种以上结缔组织疾病。分类时应以重叠综合征作为主要编码（M35.1），具体的结缔组织疾病作为其他诊断分别填报。

第一百七十五条 颈痛及颈椎病

颈痛临床应明确病因（如创伤、关节炎、颈部肌肉紧张或颈椎间盘疾病等），只有除外相关的鉴别诊断，无法确定病因时，颈痛（M54.2）才可能作为编码填报。

颈痛的病因是颈椎病时，临床应进一步明确具体疾病（关节强硬，椎间盘脱出等），并根据实际治疗及诊断选择原则进行编码填报。如果颈椎病无具体的描述，假定为不伴有脊髓病或神经根病，编码于 M47.8（其他的脊椎关节强硬）。如果入院目的是对症止痛治疗，疼痛的具体病因作为主要编码，并根据治疗方式填报手术及操作编码。

背痛（M54）的填报原则参照此标准。颈椎病相关疾病见下表：

疾病	疾病类型		编码	编码名称
颈椎病	脊柱变形	后凸	M40.2	颈椎后凸

		骨滑脱	M43.0	颈椎滑脱
		前移	M43.1	颈椎前移
	关节强硬	椎动脉型	M47.0†G99.2*	椎动脉型颈椎病
		脊髓型	M47.1†G99.2*	脊髓型颈椎病
		神经根型	M47.2	神经根型颈椎病
		不伴有脊髓病和神经根病	M47.8	颈椎关节强硬
	颈椎间盘疾患	伴有脊髓病	M50.0†G99.2*	颈椎间盘疾患伴有脊髓病
		伴有神经根病	M50.1	颈椎间盘疾患伴有神经根病
		间盘移位	M50.2	颈椎间盘突出
		间盘变性	M50.3	颈椎间盘变性，其他的

第一百七十六条 神经根病是由于压迫特定的脊神经根而引起的神经功能障碍（如肢体疼痛、麻木和肌肉无力等）。临床应明确具体病因，只有未明确病因的神经根病（M54.1）（如颈神经根炎、臂丛神经炎、神经根痛及神经根综合征等）才有可能作为诊断编码填报。

神经根病伴有间盘疾病编码于 M50.1（颈椎间盘疾患伴有神经根病）或 M51.1†G55.1*（腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病）；神经根病伴脊椎关节强硬编码于 M47.2（其他的脊椎关节强硬伴有神经根病）。以上情况均不再编码 M54.1。

第一百七十七条 椎体塌陷临床应明确具体病因，骨质疏松引起的椎体塌陷和楔形变，分类于 M80（骨质疏松伴有病理性骨折）；近期损伤所致的椎体塌陷和楔形变分类于按身体部位的脊柱损伤；未明确病因的脊椎楔入、颈（胸、腰）椎楔形变等，编码于 M48.5（椎体塌陷，不可归类在他处者）。

第一百七十八条 感染性肌炎（M60.0）是由于感染引起的骨骼肌的炎症（脓肿、肌间脓肿等），临床上直接感染（如继发于骨髓炎或穿透性伤口）或血源性感染均分类于此，可使用附加编码（B95-B98）标明传染性病原体。内固定物引起的肌肉感染编码于 T84.6（内部固

定装置[任何部位]引起的感染和炎症性反应)。

第一百七十九条 骨质疏松伴有病理性骨折(M80)临床应明确具体病因,病理性骨折相关分类见下表:

骨折分类	病因	编码/名称
病理性骨折	骨质疏松	M80.0 绝经后骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.1 卵巢切除术后骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.2 失用性骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.3 手术后吸收不良性骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.4 药物性骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.5 特发性骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.8 其他的骨质疏松伴有病理性骨折
		M80.9 未特指的骨质疏松伴有病理性骨折
	病理性骨折原因不明	M84.4 病理性骨折,不可归类在他处者
肿瘤病引起的骨折	(C00-D48†) M90.7* 肿瘤病引起的骨折	
	C79.5†M49.5* 脊椎转移性肿瘤骨折	
创伤性骨折	近期的	按身位部位的骨折,如:S32.0 腰椎压缩性骨折
	后遗症	按身位部位的骨折后遗症,如:T91.1 脊柱骨折后遗症
应力性骨折	长期、反复、轻微的直接或间接损伤	M48.4 脊椎应力骨折
		M84.3 应力骨折 NOS

第一百八十条 骨连续性疾患(M84)包括骨折后骨折连接不正、不连接[假关节]、延迟愈合及不可归类在他处的病理性骨折等其他的骨连续性疾患。

临床诊断陈旧性骨折应明确入院治疗目的、骨折发生的时间及骨折愈合情况。骨折连接不正编码于 M84.0,骨折不连接[假关节]编码于 M84.1,骨折延迟愈合编码于 M84.2,不允许再同时编码 T90-T94 中的陈旧性骨折。

第一百八十一条 股骨头坏死分类于 M87(骨坏死),临床应明确股骨头坏死的病因。具体见下表:

临床诊断	病因	编码	编码名称
股骨头坏死	无菌性	M87.0	特发性无菌性骨坏死
	药物性	M87.1	药物性骨坏死

	创伤后	M87.2	以前创伤引起的骨坏死
	其他继发性	M87.3	其他的继发性骨坏死
	其他的缺血性	M87.8	其他的骨坏死
	未特指	M87.9	未特指的骨坏死

第一百八十二条 ICD-10 中《泌尿生殖系统疾病》（N00-N99）自第一百八十二条至第一百九十五条。

泌尿生殖系统编码（N00-N99）包括肾脏、输尿管、膀胱、尿道疾病，男性、女性生殖系统疾病以及乳房疾病等。不包括高血压性肾病（I12.-）、肾动脉疾病（I70-I77）、肾代谢性疾病（E70-E90）、泌尿生殖系统先天性疾病（Q00-Q99）等。

第一百八十三条 编码规则

（一）肾、输尿管结石伴有同侧肾积水时，使用合并编码；肾、输尿管结石伴有非同侧肾积水时，分别编码。

（二）明确病因的血尿（蛋白尿）一般情况下不再填报。

（三）本章与性别相关的编码：

临床诊断	性别	编码	编码名称
尿道膨出	男性	N36.3	尿道粘膜脱垂
	女性	N81.0	女性尿道膨出
膀胱膨出	男性	N32.8	膀胱其他特指的疾患
	女性	N81.1	膀胱膨出
盆腔腹膜炎	男性	K65.0	急性腹膜炎
	女性	N73.3-N73.5	女性盆腔腹膜炎

（四）本章疾病编码不区分左右侧，双侧组织器官临床诊断相同时，填报一个诊断编码；双侧诊断不同时，分别填报。

（五）宫颈、阴道、外阴的上皮内肿瘤 III 级按原位癌分类，发育不良 I 级和 II 级分类于 N80-N98（女性生殖道非炎症疾患）。具体见下表：

病理名称	I 级		II 级		III 级	
	编码	编码名称	编码	编码名称	编码	编码名称
宫颈上皮内肿瘤[CIN]	N87.0	轻度宫颈发育不良	N87.1	中度宫颈发育不良	D06.-	宫颈原位癌
阴道上皮内肿瘤[VAIN]	N89.0	轻度阴道发育不良	N89.1	中度阴道发育不良	D07.2	阴道原位癌
外阴上皮内肿瘤[VIN]	N90.0	轻度外阴发育不良	N90.1	中度外阴发育不良	D07.1	外阴原位癌

第一百八十四条 泌尿生殖系统常见合并编码

当临床满足条件时使用合并编码，不再分别编码。具体见下表：

编码	编码名称	编码	编码名称	合并编码	合并编码名称
N13.3	其他和未特指的肾盂积水	N20.0	肾结石	N13.2	肾盂积水伴有肾和输尿管结石梗阻
		N20.1	输尿管结石		
		N20.2	肾结石伴有输尿管结石		
		N13.5	输尿管狭窄	N13.1	肾盂积水伴有输尿管狭窄
N13.5	肾盂输尿管连接处梗阻	N13.0	肾盂积水伴有输尿管肾盂连接处梗阻		
N13.0	肾盂积水伴有输尿管肾盂连接处梗阻	N39.0	泌尿系感染	N13.6	肾积脓
N13.1	肾盂积水伴有输尿管狭窄				
N13.2	肾盂积水伴有肾和输尿管结石梗阻				
N13.3	其他和未特指的肾盂积水				
N13.4	输尿管积水				
N13.5	输尿管扭结和狭窄不伴有肾盂积水				
N11.1	慢性肾盂肾炎	N20.0	肾结石	N20.9	结石性肾盂肾炎
		N20.1	输尿管结石		
		N20.2	肾结石伴有输尿管结石		
N20.0	肾结石	N20.1	输尿管结石	N20.2	肾结石伴有输尿管结石
N21.0	膀胱结石	N30	膀胱炎	N21.0	膀胱结石

N21.1	尿道结石	N34	尿道炎	N21.1	尿道结石
N72	宫颈炎性疾病	N86	宫颈糜烂和外翻	N72	宫颈炎性疾病
N83.6	输卵管血肿	N89.7	阴道积血或子宫阴道积血	N89.7	阴道积血
		N85.7	子宫积血	N85.7	子宫积血

第一百八十五条 肾小球疾病分为原发性肾小球疾病（N00-N07）和继发性肾小球疾病（N08*），可附加编码（N17-N19）肾脏疾病情况。

临床有明确肾脏活检病理结果，才允许分类于 N00-N07 中的相应亚目（.0-.8），填报依据在病案中可追溯；无病理时分类于 N00-N07 中未特指的亚目（.9）。

第一百八十六条 肾盂肾炎（肾小管-间质肾炎）临床应明确慢性及病因，可附加编码（N17-N19）肾脏疾病情况。具体见下表：

临床诊断	病因/临床表现		编码	编码名称
肾盂肾炎	急性		N10	急性肾小管-间质肾炎
	慢性		N11	慢性肾小管-间质肾炎
	未特指急性或慢性		N12	肾小管-间质肾炎
	结石	不伴肾积水	N20.9	未特指的泌尿系结石
		伴肾积水不伴感染	N13.2	肾盂积水伴有肾和输尿管结石梗阻
		伴肾积水伴感染	N13.6	肾积脓
	并发于妊娠	未影响到胎儿或新生儿	023.0	妊娠期肾感染
		影响到胎儿或新生儿	P00.1	胎儿和新生儿受母体肾和泌尿道疾病的影响
	干燥综合征引起		M35.0†N16.4*	干燥综合征引起的肾小管-间质疾患
	系统性红斑狼疮		M31.1+N16.4*	狼疮性肾炎

第一百八十七条 梗阻性和反流性尿路病（N13）包括输尿管梗阻和膀胱-输尿管反流等尿路病。临床应明确部位（肾、肾盂、输尿管）、病因（结石）及积水情况（不伴、积水部位、积脓），并按第一百八十四条规定合并编码。不包括未引起肾积水的肾和输尿管结石（N20.0）、肾盂和输尿管先天性梗阻性缺陷（Q62.0-Q62.3）、

慢性梗阻性肾盂肾炎（N11.1）。

临床上输尿管结石部位发生的输尿管管腔变窄、输尿管部分或完全阻塞时，按输尿管结石（N20.1）填报，不允许再填报输尿管狭窄。结石通过后输尿管受损导致狭窄，伴有肾盂积水编码于 N13.1（肾盂积水伴有输尿管狭窄，不可归类在他处者）；不伴有肾盂积水编码于 N13.5（输尿管扭结和狭窄不伴有肾盂积水）。

第一百八十八条 慢性肾病（N18）临床根据肾小球滤过率将慢性肾脏病分为 5 期，编码于 N18.1-N18.5；慢性肾衰竭是肾小球滤过率逐渐下降至失代偿期的慢性肾脏病 4-5 期（N18.4、N18.5）。一般情况下，不允许填报未特指分期的慢性肾病 N18.9。

未特指的肾功能不全分类于 N19（未特指的肾衰竭），当明确急性肾衰竭（N17）或慢性肾衰竭（N18.4、N18.5）诊断时，不允许填报 N19。

临床上糖尿病所致肾损害编码于 E10-14†N08.3*，当与 N18（慢性肾病）同时诊断时，可分别编码。

第一百八十九条 肾病综合征（N04.9）填报时应明确入院目的，仅为冲击治疗时，选择冲击治疗（Z51.8）作为主要诊断，肾病综合征作为其他诊断。

尿毒症仅为透析治疗时，选择涉及透析的医疗（Z49.-）作为主要诊断，尿毒症作为其他诊断。

第一百九十条 泌尿系感染临床应明确感染发生的具体部位及病因，部位未特指的泌尿道感染（N39.0）一般情况下不作为填报诊

断。下泌尿道结石（N21）伴有膀胱炎和尿道炎时，仅填报下泌尿道结石（N21），不允许再填报膀胱炎或尿道炎。

第一百九十一条 尿道狭窄临床应明确病因：分娩、损伤后编码于 N35.0，感染后编码于 N35.1，未明确病因的尿道狭窄编码于 N35.9，操作后和手术后编码于 N99.1，先天性编码于 Q64.3，近期尿道损伤伴狭窄编码于 S37.3。

第一百九十二条 前列腺增生伴有尿潴留或充溢性尿失禁时，选择前列腺增生（N40）作为主要诊断，尿潴留（R33）或充溢性尿失禁（N39.4）可以作为其他诊断。

第一百九十三条 乳房疾患（N60-N64）包括男性乳房疾患，不包括与分娩有关的乳房疾患（091-092）、乳房先天性畸形（Q83）、乳房肿瘤（C00-D48）等。乳房疾患根据临床表现分类，填报时不区分单双侧。具体见下表：

编码	编码名称	说明
N60.0	乳房孤立囊肿	
N60.1	良性乳腺 发育不良	弥漫性囊性乳腺病 囊性乳腺病不伴有上皮化生
N60.2		乳房纤维囊性乳腺病 临床常诊断为乳腺增生，不包括：乳房纤维腺瘤（D24）
N60.3		乳房纤维硬化 囊性乳腺病伴有上皮化生
N61	乳房炎性疾患	不包括：新生儿感染性乳腺炎（P39.0）、产科（091）
N62	乳房肥大	包括男性乳房发育，青春期、老年期乳腺肥大
N63	未特指的乳房肿块	

第一百九十四条 盆腔炎填报时应区分：女性盆腔腹膜炎编码于 N73.3-N73.5，男性盆腔腹膜炎编码于 K65.0。分类于他处疾病引起的女性盆腔炎采用双重分类，如女性淋球菌性盆腔炎性疾病（A54.2†N74.3*）、女性衣原体性盆腔炎性疾病（A56.1†N74.4*）等。产褥期盆腔炎分类于 085（其他特指的产褥感染），流产后即时的盆腔炎

编码于 003-007 的.0 亚目，流产后延迟的盆腔炎编码于 008.0（流产、异位妊娠和葡萄胎妊娠后生殖道和盆腔感染）。

第一百九十五条 女性生殖器脱垂（N81）不包括妊娠、临产或分娩期的生殖器脱垂（034.5）、卵巢和输卵管脱垂和疝（N83.4）、子宫切除术后阴道穹隆脱垂（N99.3）。子宫脱垂伴有临近组织脱垂时，应合并编码，不允许再分别编码。具体见下表：

编码	编码名称	编码	编码名称	合并编码	合并编码名称
N81.0	女性尿道膨出	N81.1	膀胱膨出	N81.1	膀胱膨出伴尿道膨出
N81.0	女性尿道膨出	N81.2	子宫阴道不完全性脱垂（I、II度）	N81.2	子宫阴道不完全性脱垂
N81.1	膀胱膨出 （阴道前壁脱垂）				
N81.6	直肠膨出 （阴道后壁脱垂）				
N81.5	阴道小肠膨出				
N81.0	女性尿道膨出	N81.3	完全性子宫阴道脱垂（III度）	N81.3	完全性子宫阴道脱垂
N81.1	膀胱膨出 （阴道前壁脱垂）				
N81.6	直肠膨出 （阴道后壁脱垂）				
N81.5	阴道小肠膨出				

第一百九十六条 ICD-10 中《妊娠、分娩和产褥期》（000-099）自第一百九十六条至第二百一十二条。

妊娠、分娩产褥期（000-099）是强烈优先分类章。妊娠、分娩和产褥期发生的疾病或并发症的分类，适用于与妊娠、分娩或产褥期有关或因其加重的疾病（产妇原因或产科原因），不能用于新生儿。包括流产结局的妊娠；妊娠、分娩和产褥期的水肿、蛋白尿和高血压疾患；主要与妊娠有关的其他孕产妇疾患；与胎儿和羊膜腔及可能的分娩问题有关的孕产妇医疗；产程和分娩的并发症；分娩；主要与产褥期有关的并发症；其他产科情况，不可归类在他处者。

不包括损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T88.1, T88.6-T98）、与产褥期有关的精神和行为障碍（F53.-）、正常妊娠监督（Z34.-）和高危妊娠监督（Z35.-）等。

第一百九十七条 编码规则

（一）产科应选择对产妇或胎儿危害最大的原因作为主要诊断，特别是导致剖宫产、产钳、吸引分娩的主要并发症或合并症，分娩方式（080-084）可作为其他诊断填报；不伴有合并症或并发症时，分娩方式才有可能作为主要编码。

举例：孕1产1妊娠40周枕左前位剖宫产一男活婴，前置胎盘。

主要编码：044.0 前置胎盘

其他编码：082.0 经选择性剖宫产术的分娩

Z37.0 单一活产

026.9 孕40周

（二）人工流产、自然流产伴有绝育者，选择人工流产、自然流产作为主要诊断。分娩伴有绝育者，根据分娩的并发症等情况选择主要诊断。

（三）以分娩为目的产科住院，应同时编码分娩的结局（Z37）。

第一百九十八条 异位妊娠临床应明确发生的具体部位（腹腔、输卵管、卵巢、其他部位），一般情况下未特指的异位妊娠（000.9）不作为填报诊断。

第一百九十九条 未特指的流产（006）不允许填报，其他流产（005）一般情况下不允许使用。

第二百条 流产后并发症应区分即时和延时并发症。000-002 的即时和延时并发症，均分类于 008（流产、异位妊娠和葡萄胎妊娠后的并发症）；003-004 的即时并发症已包含于其亚目分类中，延时并发症分类于 008。具体见下表：

并发症	入院情况	主要编码	其他编码
即时并发症	因分类于 000-002 的疾病入院，住院时伴有并发症并进行治疗时	000-002	008.-
	因分类于 003-004 的疾病入院，住院时伴有并发症并进行治疗时	003-004 共用亚目	
延时并发症	因分类于 000-002 的疾病入院，经过治疗出院后出现并发症再次入院治疗时	008.-	
	因分类于 003-004 的疾病入院，经过治疗出院后出现并发症再次入院治疗时	008.-	

第二百零一条 习惯性流产伴有近期妊娠保胎治疗编码于 026.2（习惯性流产者的妊娠医疗）；当习惯性流产者伴有近期妊娠保胎治疗失败导致流产，根据具体情况分类于自然流产（003）。编码时应区分因习惯性流产导致的不孕症诊疗分类于 N96（习惯性流产）。

第二百零二条 妊娠高血压（010—016）临床应明确高血压发生时间及并发症。未特指的先兆子痫（014.9）和未特指发生时间的子痫（015.9）一般情况下不作为填报诊断。具体见下表：

发病时间	编码	编码名称	包括	不包括
原有高血压	010	原有的高血压并发于妊娠、分娩和产褥期	高血压伴有原有蛋白尿	伴有先兆子痫
	011	慢性高血压，并发子痫前期	先兆子痫伴有高血压、原有高血压	
妊娠引起的高血压疾患	012	妊娠[妊娠引起的]水肿和蛋白尿不伴有高血压		
	013	妊娠[妊娠引起的]高血压	妊娠期暂时性高血压	
	014	先兆子痫	.0 轻度至中度先兆子痫	并发先兆子痫（011）
			.1 重度先兆子痫	
	.2HELLP 综合征 同时存在溶血、肌酶升高和血小板计数低			
	.9 未特指的先兆子痫			

015	子痫	伴随 010-014 和 016 情况后发生的 惊厥/子痫伴有妊娠引起或原有的 高血压
		.0 妊娠期子痫
		.1 分娩期子痫
		.2 产褥期子痫
		.9 时间阶段未特指的子痫

第二百零三条 妊娠剧吐（021）

妊娠剧吐应区分妊娠周数，早期（≤22 周）妊娠剧吐编码于 021.0（轻度妊娠剧吐），早期妊娠剧吐伴有代谢紊乱编码于 021.1（妊娠剧吐伴有代谢紊乱），晚期（>22 周）妊娠剧吐编码于 021.2（妊娠晚期呕吐）。原则上不允许编码 021.9（未特指的妊娠剧吐）。

第二百零四条 妊娠合并巨大儿临床应明确是否进入产程及是否影响产程。因巨大儿计划剖宫产，新生儿实际出生体重小于 4KG，巨大儿不能作为编码填报。具体见下表：

编码名称	编码	说明
巨大儿引起胎盆不称	033.5	没进入产程因巨大儿行剖宫产
巨大儿引起的梗阻性分娩	066.2	进入产程后急诊剖宫产或产钳助产指征
妊娠合并巨大儿	036.6	非剖宫产或助产指证，进入产程后没有导致产程受阻正常顺产分娩，新生儿出生后发现体重≥4Kg

第二百零五条 子宫瘢痕妊娠编码时应区分流产结局或分娩结局，流产结局的子宫瘢痕处妊娠编码于 000.8（其他的异位妊娠）；分娩结局的子宫瘢痕妊娠编码于 034.2（为以前的子宫手术瘢痕给予的孕产妇医疗）。

第二百零六条 胎儿畸形引产

（一）胎儿具有生存能力之前终止妊娠（<28 周），选择医疗性流产（004.-）作为主要诊断，终止妊娠的原因作为其他诊断。

（二）胎儿具有生存能力之后终止妊娠（≥28 周），选择终止

妊娠的原因（如畸形）作为主要诊断，医疗性流产（004.-）作为其他诊断。

（三）死胎指发生于妊娠 20 周之后的胎儿宫内死亡，主要编码于 036.4（为胎儿宫内死亡给予的孕产妇医疗），孕周可省略编码。

第二百零七条 住院目的是施行宫颈环扎术，无论临床是否诊断宫颈功能不全，主要诊断均编码于 034.3（为宫颈机能不全给予的孕产妇医疗）；再次住院为环扎后拆除缝线或分娩时，编码于 034.4（为宫颈其他异常给予的孕产妇医疗）。

第二百零八条 胎儿宫内窘迫临床应明确发生胎儿宫内窘迫的时间和类型。具体见下表：

分型	产程前	产程后
胎儿宫内窘迫，胎心型	036.3	068.0
胎儿宫内窘迫，羊水型		068.1
胎儿宫内窘迫，混合型		068.2

第二百零九条 胎膜早破（042）根据胎膜早破后产程开始的时间进行编码。已经进入产程的剖宫产按破膜和进入产程的时间计算，未进入产程进行剖宫产或离院未分娩，编码于 042.9（未特指的胎膜早破）。胎膜早破后，出现羊水过少，不应编码 041.0（羊水过少）。

具体见下表：

临床诊断	时间	编码	编码名称
胎膜早破	24 小时之内产程开始	042.0	胎膜早破，在 24 小时之内产程开始
	24 小时以后产程开始	042.1	胎膜早破，在 24 小时以后产程开始
	由于治疗而使产程延长	042.2	胎膜早破，由于治疗而使产程延长
	未明确产程时间	042.9	未特指的胎膜早破

第二百一十条 产科出血临床应明确出血原因（胎盘早期剥离、胎盘粘连等）、程度（有无凝血缺陷）和出血时间（产前、产时、

产后)。子宫胎盘卒中是重型胎盘早期剥离，当有子宫胎盘卒中诊断时，应编码于 045.8（其他的胎盘早期剥离），原则上不允许编码 045.9（未特指的胎盘早期剥离）。

第二百一十一条 与分娩有关的乳房感染（091）包括妊娠、产褥期或哺乳时所发生的情况。分娩后 12 个月之前（包括产褥期 6 周）母亲仍哺乳，分类于 091（与分娩有关的乳房感染）；哺乳时间超过 12 个月，分类于 N61（乳房炎性疾患）。

第二百一十二条 妊娠合并精神障碍编码于 099.3（精神障碍和神经系统疾病并发于妊娠、分娩和产褥期），应用于患者孕前明确诊断具有精神障碍疾病的患者。

产褥期（分娩后 42 天）内发生精神障碍，且没有充分依据说明精神障碍可归类于其他精神障碍疾病时，分类于 F53（与产褥期有关的精神和行为障碍，不可归类在他处者）。

第二百一十三条 ICD-10 中《起源于围生期的某些情况》（P00-P96）自第二百一十三条至第二百二十条。

起源于围生期的某些情况（P00-P96）是强烈优先分类章。包括起源于围生期的情况但在以后发病或死亡。不包括：先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）；内分泌、营养和代谢疾病（E00-E90）；损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）；肿瘤（C00-D48）；新生儿破伤风（A33）。

第二百一十四条 编码规则

（一）与本章内容相关的编码分类时间规定

围生期：自妊娠的第 22 整周（154 天）开始，至出生后的 7 整天结束。

新生儿期：自出生时开始，至出生后第 28 整天结束。

（二）起源于围生期的疾病编码分类适用于任何年龄患者，包括在以后（任何时间）发生的诊断、治疗的情况。

举例：15 岁患者，因产钳分娩所致的智力低下入院。

主要编码：F70.0 轻度精神发育迟缓

其他编码：P03.2 胎儿和新生儿受产钳术的影响

（三）新生儿作为主体就医时，填报“P”编码；当胎儿所致问题是母体就医原因时，填报“O”编码。举例：

临床诊断	新生儿住院		孕产妇住院		说明
胎儿生长迟缓	P05.9	未特指的胎儿生长缓慢	036.5	为胎儿生长不良给予的孕产妇医疗	胎儿生长缓慢，营养不良
低氧症	P20.9	未特指的子宫内低氧症	036.3	为胎儿缺氧体征给予的孕产妇医疗	胎儿缺氧
早产	P07.3	其他早产婴儿	060.1	提前自然分娩伴有早产	孕期短

第二百一十五条 与孕期短和低出生体重有关的新生儿疾患（P07），临床同时诊断低体重与孕期短时，主要编码于 P07.0-P07.1，一般情况下 P07.2-P07.3 不作为主要编码填报。

举例：孕 28 周，早产，新生儿出生体重 900 克。

主要编码：P07.0 极低出生体重（出生体重 999 克及以下）

其他编码：P07.3 其他早产婴儿

第二百一十六条 分娩过程对胎儿造成的产伤分类于 P10-P15（产伤）。临床应明确产伤的部位和临床表现，发生多处产伤应分别填报。如：臀位牵引所致的锁骨骨折编码于 P13.4（产伤引起的锁

骨骨折），不应编码于 S42.0（锁骨骨折）。

产伤引起的颅内撕裂和出血（P10）应与胎儿和新生儿颅内非创伤性出血（P52）区分。

第二百一十七条 出生窒息（P21）指出生后即发生的窒息，临床应明确窒息严重程度。具体见下表：

编码名称	编码	说明
严重的出生窒息	P21.0	出生后即窒息，伴有一分钟阿普加评分 0-3 分
轻度和中度出生窒息	P21.1	出生后即窒息，伴有一分钟阿普加评分 4-7 分
未特指的出生窒息	P21.9	未特指
子宫内低氧症	P20	产程开始前及分娩中发生的低氧症或新生儿酸中毒
新生儿晚期代谢性酸中毒	P74.0	晚期（常见为 2 周左右）发生的新生儿呼吸性（代谢性）酸中毒

第二百一十八条 新生儿呼吸窘迫（P22）临床应明确分型，新生儿肺透明膜病（呼吸窘迫综合征 I 型）编码于 P22.0（新生儿呼吸窘迫综合征）；新生儿湿肺、新生儿肺水肿（呼吸窘迫综合征 II 型）编码于 P22.1（新生儿短暂性呼吸急促）。

第二百一十九条 先天性肺炎（P23）包括子宫内或出生时获得的感染性肺炎；新生儿期获得的感染性肺炎也分类于 P23。新生儿吸入性肺炎（羊水、胎粪、粘液、奶水等）分类于 P24（新生儿吸入综合征）。新生儿期以后获得的肺炎，分类于第十章呼吸系统疾病。

第二百二十条 新生儿非感染性腹泻分类于 P78.3（非传染性新生儿腹泻）；新生儿感染性腹泻分类于 A00-A09，未指出病原体的感染性腹泻编码于 A09.0，新生儿腹泻未明确病因编码于 A09.9（其他传染性和未特指病因的胃肠炎和结肠炎）。

第二百二十一条 ICD-10 中《先天性畸形、变形和染色体异常》（Q00-Q99）自第二百二十一条至第二百五十五条。

先天性畸形、变形和染色体异常(Q00-Q99)是一般优先分类章。包括全身各系统的先天性畸形、变形和染色体异常。不包括先天性代谢障碍(E70-E90)。

第二百二十二条 编码规则

(一) 本章应与后天性疾患和损伤区分,如先天性膝关节脱位编码于Q68.2(膝先天性变形),近期损伤造成的膝关节脱位编码于S83.1(膝关节脱位)。

(二) 本章某些不同分类包括同一疾患,如果复合畸形包含了单一畸形时,分类于复合畸形,如患者存在内脏完全反位(包括右位心),则编码于Q89.3内脏反位(包括右位心),不应编码于Q24.0(右位心)。

(三) 同一器官畸形程度不同、分类不同,如先天性宫颈缺如、不发育编码于Q51.5,先天性宫颈发育不良编码于Q51.8。

第二百二十三条 腭裂伴有唇裂(Q37)时应根据临床明确的具体畸形类型进行分类,不允许再分别编码Q35(腭裂)和Q36(唇裂)。

第二百二十四条 并指[趾]畸形根据部位(手趾、脚趾)及是否伴有骨连结分类,编码于Q70.0-Q70.3;多指和并指[趾]畸形编码于Q70.4;不伴并指(趾)的多指(趾)畸形分类于Q69。未特指的并指[趾]畸形(Q70.9)不允许作为诊断编码填报。

第二百二十五条 先天性心脏病临床应明确具体部位,未特指部位的先天性心脏畸形(Q24.9)原则上不允许作为诊断填报。

第二百二十六条 ICD-10中《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）自第二百二十六条至第二百三十一条。

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）包括临床未明确诊断的症状、体征、或其他诊查操作异常结果以及不明确的情况。不包括母亲产前筛查的异常所见（O28.-），起源于围生期的某些情况（P00-P96），精神和行为障碍的异常所见（F00-F99）。

第二百二十七条 原则上本章不作为主要编码，只有当症状、体征和其他诊查异常结果无明确病因，或晚期效应的一些临床表现作为入院治疗目的时，才有可能作为主要编码。

第二百二十八条 某些症状、体征代表疾病的严重程度，且符合其他诊断填报原则时可作为其他编码。如：颅内闭合性损伤弥散性脑损伤 S06.2（主要编码）、失语 R47.0（其他编码）。

第二百二十九条 其他章节的编码分类已经表达了本章的症状体征时，不允许再填报本章编码。

第二百三十条 当临床未明确肿物（占位性病变）性质时，应根据肿物（占位性病变）的部位进行填报，皮肤和皮下组织部位肿物分类于 R22，盆腔和腹腔的肿物编码于 R19.0，身体特指器官的肿物（不包括肺 R91）分类于其他系统章节。

第二百三十一条 全身炎症反应综合征（R65）主要指机体对感染性或非感染性因素的严重损伤所产生的全身性非特异性炎症反应，只有当达到临床诊断标准时，方可作为附加编码填报，其他章节的病因

诊断作为主要编码。未特指的全身炎症反应综合征（R65.9）未明确病因，也未明确是否伴有急性器官衰竭，原则上不允许填报。

第二百三十二条 ICD-10 中《损伤、中毒和外因的某些其他后果》（S00-T98）自第二百三十二条至第二百四十六条。

损伤、中毒和外因的某些其他后果（S00-T98）是优先分类章，编码分 S、T 两个部分。

“S”部分为单一部位不同类型的损伤，包括浅表损伤，肌肉骨骼、神经血管、内脏的损伤等。

“T”部分包括累及身体多个部位损伤；部位未特指的损伤；通过自然腔口进入异物；烧伤和腐蚀；药物、药剂和生物制品中毒；以及医疗并发症等。

不包括新生儿的产伤（P10-P15）、产科的创伤（O70-O71）、病理性关节脱位（M24.3）、先天性关节脱位（Q65.-）、非创伤性骨折、病理性骨折及骨折后不良愈合等。

第二百三十三条 编码规则

（一）本章损伤的伤口分为开放性和闭合性，未指明闭合性或开放性伤口时假定分类为闭合性。

（二）开放性损伤累及体腔内脏器时，伤口进入体腔应编码于相应的开放性细目中，如开放性脾破裂（S36.01）指伴有进入腹腔的开放性伤口。

（三）使用累及深部组织（或器官）开放性损伤的编码，不允许再编码开放性伤口。如编码 S42.31（开放性肱骨骨折）时，不允

许再编码 S41.1（上臂开放性伤口）。

（四）本章疾病编码（S、T）原则上应与损伤中毒外因编码（V、W、X、Y）联合使用，临床应明确损伤（中毒）发生的时间、地点及受伤经过。

（五）创伤性动脉瘤按解剖部位分类于本章各类目的血管损伤中，非创伤性动脉瘤分类于第九章循环系统疾病。

（六）关节脱位临床上分为完全脱位和半脱位（不完全脱位），两者编码分类相同。如肩胛脱位或半脱位均分类于 S43.-（肩胛带关节和韧带脱位、扭伤和劳损中）。

（七）同一部位的脱位伴骨折分类于骨折，不允许再编码脱位。

第二百三十四条 多处损伤的编码要求

（一）多处损伤原则上应逐一分别编码，其中最严重损伤作为主要编码，其它部位的损伤按由重到轻的顺序，结合诊治情况选择填报，多处损伤的综合编码可以作为其他编码填报说明多处的损伤。多处损伤不能确定哪一处更严重时，以创伤的综合编码作为主要编码，具体的损伤作为其他编码。

同一身体区域存在多处（两个及以上）同种及不同种类型的损伤，填报不同种类型损伤的综合编码，不允许再同时填报同种类型损伤的综合编码。如：当前臂同时具有多处骨折、神经损伤或肌肉损伤时，填报综合编码 S59.7，不允许填报 S52.7、S54.7、S56.7（.7 综合编码）。具体见下表：

同一身体区域不同 种类型多处损伤	同一身体区域同种类型多 处损伤	编码	编码名称
---------------------	--------------------	----	------

前臂多处损伤 (S59.7)	前臂多处骨折 (S52.7)	S52.2	尺骨干骨折
		S52.6	尺骨和桡骨下端均骨折
	前臂水平的多神经损伤 (S54.7)	S54.0	在前臂水平的尺神经损伤
		S54.1	在前臂水平的正中神经损伤
		S54.2	在前臂水平的桡神经损伤
	前臂水平的多处肌肉和肌 腱损伤 (S56.7)	S56.0	在前臂水平的拇指屈肌和肌腱损伤
		S56.1	在前臂水平的其他手指屈肌和肌腱损伤
		S56.2	在前臂水平的其他屈肌和肌腱损伤
		S56.4	在前臂水平的其他手指伸肌和肌腱损伤

(二) 挤压伤导致多处损伤时，挤压伤仅作为其他编码描述损伤性质。如：小腿挤压伤导致上(下)肢骨筋膜室综合征编码于 T79.6 (创伤性肌肉缺血)，小腿挤压伤 (S87) 作为其他编码。

(三) 单侧肢体的多处骨折临床应明确具体部位。具体见下表：

临床诊断	编码	编码名称	说明
尺骨骨折	S52.0	尺骨上端骨折	S52 中同时存在两个及两个以上亚目的骨折，编码于 S52.7 (前臂多处骨折)
	S52.2	尺骨干骨折	
桡骨骨折	S52.1	桡骨上端骨折	
	S52.3	桡骨干骨折	
	S52.5	桡骨下端骨折	
尺骨骨折、桡骨骨折	S52.4	尺骨和桡骨干均骨折	
	S52.6	尺骨和桡骨下端均骨折	
胫骨骨折	S82.1	胫骨上端骨折	伴有或不伴有腓骨骨折
	S82.2	胫骨干骨折	
	S82.3	胫骨下端骨折	
腓骨骨折	S82.4	仅腓骨骨折	不伴有胫骨、踝骨折
胫骨骨折、内踝骨折	S82.5	内踝骨折	胫骨骨折伴踝骨折
腓骨骨折、外踝骨折	S82.6	外踝骨折	腓骨骨折伴踝骨折
髌骨、胫腓骨折、踝骨折	S82.7	小腿多处骨折	S82 中同时存在两个及两个以上亚目的骨折编码于 S82.7 (小腿多处骨折)
双踝骨折	S82.8	小腿其他部位的骨折	双踝、三踝骨折、未明确部位的踝骨折
三踝骨折			
踝骨折			

第二百三十五条 临床应明确损伤的时间、原因、部位、类型、查体和辅助检查结果等，编码据此分类。以肱骨骨折为例：

病历描述	临床诊断	编码名称	编码	分类要点
新生儿产伤	左侧肱骨骨折	其他长骨的产伤	P13.3	新生儿的产伤分类在他处
药物所致骨质疏松，	左侧肱骨骨折	特发性骨质疏松伴有	M80.5	非外伤性骨折 (关节脱位)

发生病理性骨折		病理性骨折		分类在他处
9个月前发生	左侧肱骨骨折	骨折不连接[假关节]	M84.1	骨折后不良愈合分类在他处
2小时,开放性近端	左侧肱骨骨折	开放性肱骨上端骨折	S42.21	开放、损伤部位与分类相关
2小时,双侧骨折	左侧肱骨骨折	累及双上肢多个部位的骨折	T02.4	单、双侧与分类相关
	右侧肱骨骨折			

第二百三十六条 下颌骨冠突骨折临床应明确是否伴有颧弓骨折（S02.4 颧骨和上颌骨骨折），如同时存在应分别填报。

第二百三十七条 颅内出血临床应明确具体部位及病因，以硬膜下出血为例：

临床诊断	损伤原因		编码	编码名称
硬膜下出血	创伤性	外伤	S06.5	创伤性硬膜下出血
		产伤	P10.0	产伤引起的硬膜下出血
	非创伤		P52.8	非创伤性新生儿硬膜下出血
			I62.0	硬膜下出血（急性）（非创伤性）

第二百三十八条 颅内损伤伴有延长的昏迷（S06.7）一般不作为主要编码，可作为其他编码填报。当不能明确 S06 中明确的病因诊断且入院时即已存在，S06.7 才有可能作为主要编码。

第二百三十九条 胸部两处及以上的肋骨骨折根数合并计算，编码于 S22.4（肋骨多处骨折），不允许再编码 S22.3（肋骨骨折）。连枷胸编码于 S22.5，不允许再分别编码 S22.3 和 S22.4 表达肋骨骨折。

第二百四十条 创伤性切断临床上分为完全性和不完全性切断，具体填报如下：

完全性断肢（指）是外伤所致肢（指）断离，没有任何组织相连或虽有受伤失活组织相连，清创时必须切除，使用完全性切断编码，不再分别编码不同类型的损伤（如：骨折、动脉、血管、神经等）。

不完全性断肢（指）是伤肢（指）断面有主要血管断裂合并骨折脱位，伤肢断面相连的软组织少于断面总量的 1/4，伤指断面相连皮肤不超过周径的 1/8，不吻合血管，伤肢（指）远端将发生坏死。不完全性离断编码时，参照多处损伤编码原则对不同类型的损伤逐一编码，不完全性离断可以作为附加编码说明损伤的严重程度。

适合此条的类目：S48 肩和上臂创伤性切断、S58 前臂创伤性切断、S68 腕和手创伤性切断、S78 髌和大腿创伤性切断、S88 小腿创伤性切断、S98 踝和足创伤性切断、T05 累及身体多个部位的创伤性切断。

第二百四十一条 第一掌骨、拇指（趾）的损伤是单独分类的。多处损伤的掌骨或指（趾）如同时包含第一掌骨或拇指（趾）时，第一掌骨或拇指（趾）损伤作为主要编码，其他损伤作为其他编码。

第二百四十二条 累及身体多个部位的同种类型损伤分类于 T00-T06。单侧肢体多处同种类型的损伤，以具体部位的损伤“S”作为主要编码，单侧肢体多处损伤“T”码可作为其他编码，表明非单一部位损伤。双侧肢体多处同种类型的损伤，以累及双侧肢体的多处损伤“T”作为主要编码，具体部位的损伤“S”可以作为其他编码表明损伤的部位。以不同部位骨折（同种类型损伤）举例如下：

损伤类型	损伤部位	编码	编码名称
骨折	一个区域单独部位	S52.0	尺骨上端骨折
		S52.1	桡骨上端骨折
		S52.4	尺骨和桡骨骨干均骨折
		S52.6	尺骨和桡骨下端均骨折
	一个区域多处	S52.7	前臂多处骨折
	不同区域多处	T02.2	单上肢多个部位的骨折
T02.4		双上肢多个部位的骨折	

		T02.6	上肢伴有下肢多个部位的骨折
		T02.7	胸部伴有下背和骨盆及四肢的骨折

第二百四十三条 未特指损伤部位和类型的多处损伤（T07）不可以作为编码填报。躯干、四肢或身体未特指部位的损伤（T08-T14）一般不作为编码填报。

第二百四十四条 体内异物临床应明确进入身体的途径，经自然腔口进入分类于 T15-T19（通过自然腔口进入异物的效应），不包括通过非自然腔口进入的异物。具体见下表：

异物进入路径	编码名称	编码
通过自然腔口 进入的异物	外眼异物	T15
	耳内异物	T16
	呼吸道内异物	T17
	消化道内异物	T18
	泌尿生殖道内异物	T19
通过非自然腔 口进入的异物	意外地留在手术伤口内	T81.5
	在穿刺伤口内 - 见按身体部位的开放性伤口	如：S81.9（小腿开放性伤口）
	在软组织内残留的	M79.5
	碎片不伴有大的开放性伤口 - 见按身体部位的浅表损伤	如：S80.9（小腿浅表损伤）

第二百四十五条 临床无法明确烧伤、腐蚀伤具体部位时，T31、T32（累及体表面积）才有可能作为主要编码，否则只能作为其他编码。烧伤包括电流、摩擦、闪电和非腐蚀性液体及蒸汽等，但不包括晒伤（L55）。

第二百四十六条 中毒和有害效应的后遗症 T96-T97 只能作为附加编码，说明某些临床表现是损伤中毒的后遗症或陈旧性情况。

第二百四十七条 ICD-10 中《疾病和死亡的外因》（V01-Y98）
自第二百四十七条至第二百五十二条。

疾病和死亡的外因（V01-Y98）是附加编码章。包括意外事故

(V01-X59)、意图不确定的事件(Y10-Y34)、医疗和手术的并发症(Y40-Y84)等。

第二百四十八条 编码规则

(一) 本章不允许作为疾病编码，仅可作为附加编码填报第十九章(S00-T98)及其他章疾病的外因情况。

(二) 当临床未明确中毒具体原因时，假定分类于意外中毒。

第二百四十九条 意图不确定的事件(Y10-Y34)当无法区分意外、自害和加害时，本节才有可能作为附加编码填报，但不能用于中毒的外因附加编码。

第二百五十条 在治疗中使用的药物、药剂和生物制品引起的有害效应(Y40-Y59)，本节编码是对在合理使用正确物质下产生的“过敏”或“反应”所引起的临床表现的附加编码，以说明引起有害效应的物质。应与有毒物质的意外中毒(X40-X49)区分。

举例：由于长期服用华法林导致牙龈出血。

主要编码：K06.8 牙龈和无牙牙槽嵴其他特指的疾患

外因编码：Y44.2 抗凝剂的有害效应

第二百五十一条 意外事故(V01-X59)

(一) 跌倒(W00-W19)临床应明确描述跌倒发生的场所、所处的水平面、原因(受伤经过)，只有临床未明确才可分类于W19(未特指的跌倒)。如：行走在结冰的马路上跌倒发生损伤，分类于W00(在涉及冰和雪的同一直平面上跌倒)。

(二) 玻璃导致的损伤临床应明确具体原因，玻璃直接割伤分

类于 W25（接触锋利的玻璃）、爆炸导致玻璃飞溅造成损伤分类于 W40、火器发射引起的玻璃飞溅分类于 W34、涉及玻璃的跌落（如撞到玻璃门后发生跌倒）分类于 W00-W19。

（三）异物导致伤害时，临床应明确异物进入身体的途径，经眼或自然腔口进入分类于 W44，经皮肤进入分类于 W45。

（四）有毒物质的意外中毒及暴露于该物质下（X40-X49）包括意外的过量用药、给错或服错药和疏忽大意地服药，医疗和手术操作中使用药物、药剂和生物制品发生的意外事故，化学成分不同、分类不同。

（五）用力过度导致的损伤外因分类于 X50（操劳过度和剧烈或重复运动）。如：抬重物造成腰部扭伤应分类于操劳过度和剧烈或重复运动（X50）。

第二百五十二条 医疗和手术并发症的外因

（一）手术和医疗的并发症（T80-T88）根据不同的发生原因，附加不同的外因编码：在手术和医疗中对病人的意外事故（Y60-Y69）；在诊断和治疗中使用与有害事件有关的医疗装置（Y70-Y82）；手术和其他其他医疗操作作为病人异常反应或以后并发症的原因，而在操作当时并未提及医疗事故（Y83-Y84）。

举例：阑尾炎手术后由于遗留的纱布导致腹腔粘连。

主要编码：T81.5 操作后意外遗留于体腔或手术伤口中的异物

外因编码：Y61.0 在手术中异物意外地遗留在体内

（二）部分手术及操作后的疾患分类于第十九章外的各章节中，

根据国际疾病分类规则选择性附加外因编码。

举例：手术后食管炎。

主要编码：K20 食管炎

外因编码：Y83.9 未特指的外科操作作为病人异常反应或以后并发症的原因，而在操作当时并未提及意外事故。

第二百五十三条 ICD-10 中《影响健康状态和与保健机构接触的因素》（Z00-Z99）自第二百五十三条至第二百六十二条。

影响健康状态和与保健机构接触的因素（Z00-Z99）是对特定疾病过程或损伤的分类，目的是为患者特殊原因住院及整体健康情况提供更完整的信息记录。主要包括可疑疾病和情况接受医疗观察、评价和排查；为随后治疗的准备医疗、手术（治疗）后的随诊检查和医疗；肿瘤或其他疾病接受持续性医疗的情况；与生殖有关的情况（妊娠监督、妊娠状态，分娩的结局等）；家族和个人史以及影响健康状态的某些情况等。

第二百五十四条 编码规则

（一）因特殊目的入院，选择本章用于确定入院原因的编码作为主要编码。如为结扎输卵管或输精管入院（Z30.2 绝育）；骨折术后取出内固定装置（Z47.0 涉及骨折板和其他内固定装置的随诊医疗）；取除输尿管支架（Z43.6 泌尿道其他人工造口的维护）；肺癌术后行放射治疗（Z51.0 放射治疗疗程）。

（二）Z80-Z99（具有与家族和个人史以及影响健康状态的某些情况有关的潜在健康危害的人）分类的情况，确实影响本次住院的原

因或过程时，可作为附加编码填报。如直肠切除术后因肠梗阻再次住院，附加编码 Z90.4（消化道其他部分后天性缺失）。

（三）手术（操作）后并发症、随诊检查、随诊医疗或接受特殊治疗等，如果符合入院标准和诊疗规范，可按诊断选择原则进行填报。

具体见下表：

术后情况	编码	适用范围
术后并发症	并发症相关编码	治疗、处理并发症
术后检查	Z08-Z09	治疗后的随诊检查
术后原发疾病未愈	原发疾病为主要编码，可附加术后状态编码	继续治疗原发疾病
术后随诊医疗	Z42-Z48, Z50-Z51	处理手术后的残留情况、康复医疗、恶性肿瘤的医疗照顾等
术后无任何医疗干预	Z92-Z98	肿瘤或者其他情况个人史，只能作为附加编码，表明当前的状态

第二百五十五条 仅为对某一可疑疾病（如：肿瘤、心肌梗死、结核病等）进行排查入院，如果已经排除可疑疾病，且无相关其他诊断和治疗，主要编码选择 Z03（为可疑疾病和情况接受的医疗观察和评价），不允许编码入院时的可疑疾病。

第二百五十六条 治疗后的随诊检查主要包括恶性肿瘤治疗后的随诊检查（Z08）和非恶性肿瘤治疗后的随诊检查（Z09）。原则上这两个类目的编码用于门诊，对于符合入院标准及诊疗规范的恶性肿瘤治疗后的随诊检查，主要编码为 Z08（恶性肿瘤治疗后的随诊检查）。

第二百五十七条 分娩的结局（Z37）用于产科院内分娩，作为其他诊断编码填报，以确定胎儿的数量和存活情况。

第二百五十八条 预防性手术（Z40）主要用于具有癌症家族史（或个人史）及恶性肿瘤相关的危险因素，切除其他器官用于预防恶性肿

瘤的发生。选择 Z40 作为主要编码，附加编码恶性肿瘤的危险因素。

举例：乳腺癌术后为预防复发，行卵巢切除术。

主要编码：Z40.0 与恶性肿瘤有关的危险因素预防性手术

其他编码：Z85.3 乳腺恶性肿瘤个人史

第二百五十九条 入院目的是去除、更换内固定（外固定）装置，选择 Z47（其他矫形外科的随诊医疗）作为主要编码，不允许使用原有疾病编码。

第二百六十条 冲击治疗指短时间内大剂量用药迅速控制病情的治疗方法。如：肾病综合征、系统性结缔组织病、甲状腺功能亢进突眼症等疾病，短时间使用激素、免疫抑制剂等冲击治疗时，主要编码选择 Z51.8（冲击治疗）。

第二百六十一条 入院目的仅为人工造口进行维护（去除、更换），Z43（对人工造口的维护）作为主要编码。

仅为表明存在人工造口（如气管造口、结肠造口或膀胱造口），选择 Z93（人工造口状态）作为其他编码。

为表明人工造口存在并发症，选择系统章节的造口术后并发症作为其他编码，如 K91.4（结肠造口术和小肠造口术后功能障碍）、J95.0（气管造口术功能不全）、N99.5（泌尿道外口功能不良）。

第二百六十二条 依赖呼吸机（Z99.1）指首次未通过自主呼吸试验或患者脱机拔管后 48 小时需再插管（或气管切开）行呼吸机辅助呼吸，编码于 Z99.1。

第二百六十三条 ICD-10 中《用于特殊目的的编码》（U00-U85）

自第二百六十三条至第二百六十六条。

用于特殊目的的编码（U00-U85）包括不明原因疾病临时性的编码对微生物和抗肿瘤药物产生的抗药性（U82-U85）。本章填报时应严格遵守相关的使用规则及管理规定。

第二百六十四条 严重急性呼吸道综合征(SARS)编码于 U04.9。

第二百六十五条 新型冠状病毒分类（U07）

根据国家卫健委、国家医保局联合发布的文件规定，新型冠状病毒感染编码如下：

编码	编码名称	注释
U07.100	2019 冠状病毒病	统计代码
U07.100x001	新型冠状病毒肺炎	适用于确诊新型冠状病毒肺炎住院患者，为主诊代码
U07.100x002	新型冠状病毒感染	适用于确诊感染住院患者（不包括新型冠状病毒肺炎），为主诊代码
U07.100x003	新型冠状病毒肺炎临床诊断病例	适用于湖北省等地新型冠状病毒肺炎临床诊断病例住院患者，为主诊诊断病例诊代码
Z03.800x001	新型冠状病毒肺炎疑似例	适用于新型冠状病毒肺炎疑似病例住院患者，不可做主诊，在其他诊断标注使用

第二百六十六条 对抗生素产生耐药性的菌株（U80-U85）是观察、收集耐药菌病例的编码，只能作为附加编码用于标明抗生素、结核、肿瘤等的耐药。

第七章 ICD-9-CM-3 各章节填报管理

第二百六十七条 ICD-9-CM-3 中《操作和介入 NEC》（00）自第二百六十七条至第二百七十条。

本章是残余章，主要是对其他章节手术的补充。

第二百六十八条 计算机辅助外科[CAS] (00.3) 是为手术提供术

前规划、术中导航等全程辅助的高新技术，只能作为附加编码，应与机器人援助操作（17.4）区分。

第二百六十九条 附属血管系统操作（00.4）是冠状血管和周围血管手术的附加编码，用于说明治疗血管数量、置入血管支架数量及分叉血管的操作。分叉血管操作（00.44）同一次手术只能编码一次。

第二百七十条 髓轴面类型（00.74-00.78）是髓关节置换、修复手术的附加编码，用于说明轴面材料。

第二百七十一条 ICD-9-CM-3 中《神经系统手术》（01-05）自第二百七十一条至第二百七十五条。

本章包括中枢神经和周围神经系统的手术。

第二百七十二条 脑血肿清除应明确术式和血肿部位。颅骨切开伴硬膜外血肿去除编码于 01.24，脑膜切开伴硬膜（蛛网膜）下血肿去除编码于 01.31，脑内血肿切开引流编码于 01.39，以微创方式（硬通道）经抽吸去除脑血肿编码于 01.09。

第二百七十三条 脑室分流术应区分颅内手术和颅外手术。颅内脑室分流或吻合术编码于 02.22，颅外脑室分流术编码于 02.3。颅外脑室分流术应根据分流的具体部位编码，如脑室-腹腔分流术编码于 02.34。

第二百七十四条 神经刺激器包括电极及延长导线、脉冲发生器，其同时进行操作时均应编码，根据操作目的和部位进行分类。

（一）颅内神经刺激器电极及延长导线置入（置换）术编码于 02.93，脊髓神经刺激器电极及延长导线置入（置换）术编码于 03.93，

周围神经刺激器电极及延长导线置入（置换）术编码于 04.92。

（二）颅内神经刺激器电极及延长导线去除术编码于 01.22，脊髓神经刺激器电极及延长导线去除术编码于 03.94，周围神经刺激器电极及延长导线去除术编码于 04.93。

（三）神经刺激器的脉冲发生器按放置部位分为颅内和皮下。其中皮下放置的脉冲发生器应区分类型（单双列/是否可充电），单列指一个发生器刺激一侧，多列指一个发生器双侧神经同时刺激。一般情况下，未明确类型的皮下神经刺激器的脉冲发生器置入/置换（86.96）不应填报。神经刺激脉冲发生器放置部位和类型见下表：

放置部位	脉冲发生器类型		编码	
			置入/置换	去除
皮下	不可充电	单列	86.94	86.05
		双列	86.95	
	可充电	单列	86.97	
		双或多	86.98	
	未特指	未特指	86.96	
颅内	无		01.20	01.29

第二百七十五条 椎管及周围神经麻醉药的注射应区分目的，用于手术麻醉时不应编码。用于镇痛时，椎管注射编码于 03.91、周围神经注射编码于 04.81、交感神经注射编码于 05.31。

第二百七十六条 ICD-9-CM-3 中《内分泌系统手术》（06-07）自第二百七十六条至第二百七十九条。

本章包括甲状腺、甲状旁腺、甲状舌管、肾上腺、松果腺、垂体腺、胸腺的手术。

第二百七十七条 甲状腺手术应区分术式、切除范围及甲状腺病变的部位。

（一）颈部甲状腺疾患行单侧甲状腺叶的全部切除，或同时伴峡部及其它叶的部分切除，均编码于 06. 2（单侧甲状腺叶切除术）。单侧甲状腺叶局部病变部位的切除，编码于 06. 31（甲状腺病损切除术）。甲状腺叶单侧或双侧的部分或次全切除术编码于 06. 39（甲状腺部分切除术）。双侧甲状腺叶切除术或残留的甲状腺组织切除术编码于 06. 4（甲状腺全部切除术）。

（二）同时进行的颈部淋巴结根治性清扫术应区分单、双侧。单侧根治性颈淋巴结清扫术编码于 40. 41，双侧根治性颈淋巴结清扫术编码于 40. 42。

（三）胸骨后甲状腺肿是指胸骨后纵膈区域的甲状腺肿，手术切除不区分入路（颈部、胸骨、纵膈切开），应根据切除范围编码。部分或大部切除编码于 06. 51（胸骨下甲状腺部分切除术），全部切除编码于 06. 52（胸骨下甲状腺全部切除术）。

（四）甲状腺手术时为防止甲减行甲状腺组织的自体移植编码于 06. 94（甲状腺组织再植入/自体移植术）；甲状旁腺（甲状腺）手术时为防止甲状旁腺功能减退，将甲状旁腺组织移植于胸锁乳突肌等部位，编码于 06. 95（甲状旁腺组织再植入/自体移植术）。

第二百七十八条 垂体手术应区分术式和入路。具体见下表：

编码名称	入路/编码	
	经前额入路	经蝶骨入路
垂体腺活组织检查	07. 13	07. 14
垂体部分切除术	07. 61	07. 62
垂体全部切除术	07. 64	07. 65

第二百七十九条 胸腺手术应区分术式和入路。具体见下表：

编码名称	入路/编码	
	开放性	胸腔镜
胸腺部分切除术	07.81	07.83
胸腺全部切除术	07.82	07.84
胸腺切开术	07.92	07.95

第二百八十条 ICD-9-CM-3 中《眼的手术》（08-16）自第二百八十条至第二百八十八条。

本章包括眼球、眼的附属器和眼眉区手术。眼科手术应根据疾病性质、手术目的、伴随情况进行分类。同时进行的双眼手术可分别编码。眼外肌手术应按实施手术的眼外肌数量分类。

第二百八十一条 眼睑手术（08）

（一）眼睑病损或组织的手术应区分眼睑切除术（08.21-08.24）和破坏术（非切除法）（08.25）。具体见下表：

方式	编码	编码名称	另编码
切除术	08.21	睑板腺囊肿（霰粒肿）切除术	任何同时进行的重建术（08.61-08.74）
	08.22	眼睑小病损（疣/肉赘）切除术	
	08.23	眼睑板层，睑缘 1/4 或以上较大病损切除术	
	08.24	眼睑全层（睑结膜层），睑缘 1/4 或以上较大病损切除术	
破坏术	08.25	眼睑病损破坏术	

（二）睑内翻或睑外翻修补术同时伴有眼睑重建术时，编码于 08.44（睑内翻或睑外翻矫正伴睑重建术），不应再编码 08.6（眼睑或移植物的眼睑重建术）或 08.7（其他眼睑重建术）。

第二百八十二条 泪器系统手术（09）

（一）鼻泪管探通术（09.43）同时伴有鼻泪管或支架置入时，应编码于 09.44（鼻泪管插管术/鼻泪管支架置入术），不应再编码 09.43（鼻泪管探通术）。

(二) 鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术编码于 09.81, 同时进行的鼻泪管插管术 (09.44) 和筛窦切开术 (22.51) 作为手术常规步骤不应编码。

第二百八十三条 虹膜、睫状体、巩膜和前房的手术 (12)

(一) 虹膜切开术和单纯性虹膜切除术不伴有其他手术时编码于 12.1; 作为白内障摘除术 (13.11-13.69)、虹膜病损去除 (12.41-12.42)、巩膜造口术 (12.61-12.69) 的手术入路或常规步骤时不应编码。

(二) 虹膜病损手术应区分破坏术 (非切除法) (12.41) 和切除术 (12.42)。睫状体病损手术应区分破坏术 (非切除法) (12.43) 和切除术 (12.44)。

(三) 外路小梁手术是治疗各种类型青光眼的常见术式, 应区分外路小梁切开术 (12.54) 和外路小梁切除术 (12.64)。虹膜周边切除术 (12.14) 和前房成形术 (12.99) 作为外路小梁切除术的常规步骤不应编码。复合式小梁切除术应编码于 12.64 (外路小梁切除术)。

(四) 一般情况下眼球内手术编码时, 前房穿刺术 (12.91) 和前房成形术 (12.99) 作为手术常规步骤不应编码。

第二百八十四条 晶状体手术 (13)

(一) 眼内人工晶状体一期置入伴白内障摘出术 (13.71) 应编码同时进行的白内障摘出术 (13.11-13.69), 以眼内人工晶状体一期置入伴白内障摘出术 (13.71) 作为主要手术编码。

(二) 眼内晶状体摘出后没有同时置入人工晶状体，无论本次住院或再次入院行人工晶状体置入时，编码于 13.72 (眼内人工晶状体二期置入术)。

(三) 眼内镜假体置入手术 (13.91) 不应对晶体去除的手术方式 (13.1-13.6) 编码。

白内障手术分类见下表：

编码	编码名称	另编码
13.1	晶状体囊内摘出术	任何同时进行的人工晶状体置入术 13.71(一期)
13.2	晶状体囊外摘出术，用线型摘出法	
13.3	晶状体囊外摘出术，用单纯抽吸(和冲洗)法	
13.4	晶状体囊外摘出术，用碎裂术和抽吸法	
13.5	晶状体其他囊外摘出术	
13.6	其他白内障摘出术	
13.42	白内障晶状体机械性碎裂术和抽吸，用后入路	1. 任何同时进行的人工晶状体置入术 13.71 (一期) 2. 任何同时进行的玻璃体切除术 14.74

第二百八十五条 视网膜、脉络膜、玻璃体和后房手术 (14)

(一) 视网膜、脉络膜的相关手术同时伴有玻璃体切除，应选择与疾病性质相符的视网膜、脉络膜手术作为主要手术编码，玻璃体切除手术作为其他手术编码。具体见下表：

疾病性质	编码	编码名称	包括	不包括	
脉络膜视网膜病损	14.2	14.21	用透热疗法的脉络膜视网膜病损破坏术	脉络膜视网膜病或孤立的脉络膜视网膜病损的破坏术	为了视网膜修补 (14.31-14.59)
		14.22	用冷冻疗法的脉络膜视网膜病损破坏术		
		14.23	用氩弧光凝固法的脉络膜视网膜病损破坏术		
		14.24	用激光光凝固法的脉络膜视网膜病损破坏术		
		14.29	脉络膜视网膜病损的其他破坏术		
视网膜裂伤	14.3	14.31	用透热疗法的视网膜裂伤修补术	视网膜缺损修补术	视网膜脱离修补术 (14.41-14.59)
		14.32	用冷冻疗法的视网膜裂伤修补术		
		14.33	用氩弧光凝固法的视网膜裂伤修补术		
		14.34	用激光凝固法的视网膜裂伤修补术		
		14.39	视网膜裂伤的其他修补术		
视网膜脱离	14.5	14.51	用透热疗法的视网膜脱离修补术	同时伴引流术	
		14.52	用冷冻疗法的视网膜脱离修补术		

	14.53	用氩弧光凝固法的视网膜脱离修补术		
	14.54	用激光凝固法的视网膜脱离修补术		
	14.59	其他		

(二) 视网膜内界膜剥除术应根据黄斑疾病性质编码。黄斑水肿和黄斑前膜行视网膜内界膜剥离术编码于 14.29 (脉络膜视网膜病损的其他破坏术)，黄斑裂孔行视网膜内界膜剥离术编码于 14.39 (视网膜裂伤的其他修补术)。

(三) 脉络膜视网膜病变行光动力学 (PDT) 疗法编码于 14.24 (用激光光凝固法的脉络膜视网膜病损破坏术)。

(四) 巩膜冷凝方法治疗视网膜脱离编码于 14.52 (用冷冻疗法的视网膜脱离修补术)。

(五) 巩膜手术应根据治疗疾病的性质及术式分类。巩膜手术用于治疗孔源性视网膜脱离时，同时进行的视网膜下放液术、后入路玻璃体切割术、空气填塞法不应编码。具体见下表：

编码	编码名称	疾病性质	是否伴有植入物 (硅胶、硅海绵等)
12.87	用移植物的巩膜加固术	高度近视(不伴有孔源性视网膜脱离)	否
12.88	巩膜加固术	高度近视(不伴有孔源性视网膜脱离)	是
14.49	巩膜环扎术伴玻璃体条索剪断术	孔源性视网膜脱离	否
	巩膜环扎术伴玻璃体切除术		
	巩膜板层填充术		
	气液交换术(巩膜环扎术伴空气填塞)		
14.41	巩膜环扎术伴植入物		是
	巩膜外加压术(巩膜扣带术)		
	巩膜外垫压术		
14.59	巩膜缩短术(不伴巩膜环扎术)临床不常用		否

(六) 入院行眼内硅油或巩膜环扎术植入物取出时，编码于 14.6 (眼后节去除手术植入物)。

(七) 玻璃体视网膜手术中使用眼内填充物时应区分疾病性质、

治疗目的。具体见下表：

疾病性质	编码	编码名称
视网膜脱离	14. 59	玻璃体硅油置入术，用于视网膜再附着
		玻璃体腔注气，视网膜复位术
		玻璃体腔重水注射术，视网膜复位术
		玻璃体气液交换，视网膜复位术
其他眼疾病	14. 75	玻璃体腔内替代物注射术
		玻璃体自体血清注入术
		玻璃体硅油填充术

第二百八十六条 眼外肌手术（15） 临床应明确实施手术的眼外肌总数量（无论单眼或双眼）和术式。眼外肌不包括眼轮匝肌和提上睑肌，眼轮匝肌和提上睑肌的手术分类于眼睑手术（08）。具体见下表：

编码名称	编码	
	一条眼外肌	两条或两条以上眼外肌（单眼或双眼）
后徙术（退缩术）	15. 11	15. 3
前徙术	15. 12	15. 3
延长术	15. 21	15. 4
缩短（折叠术）	15. 22	15. 4
眼肌后徙术+眼肌缩短术/眼外肌切除术	15. 11	15. 3
下斜肌部分切除术	15. 13	15. 3

第二百八十七条 眼眶和眼球手术（16）

（一）眼眶手术编码不包括眼眶骨折复位术（76. 78-76. 79）。

（二）眼球内容物剜除术（16. 3）、眼球摘除术（16. 4）、眼眶内容物剜除术（16. 5）应根据手术范围编码。

第二百八十八条 眼科异物去除手术编码应区分去除异物的部位和手术方式。具体见下表：

部位	编码		
	不切开	切开	
		伴磁吸	不伴磁吸
巩膜、虹膜、睫状体		12. 01	12. 02
晶状体		13. 01	13. 02

脉络膜、视网膜、玻璃体		14.01	14.02
眼睑（嵌入）	98.22	08.09	
眦		08.51	
结膜（嵌入）		10.0	
眼眶	98.21	16.1	
泪点	09.41	09.51	
泪小管	09.42	09.52	
泪囊	09.49	09.53	
泪道		09.59	
泪腺	09.3	09.0	
角膜	98.21	11.0（磁吸去除嵌入角膜异物）	11.1

第二百八十九条 ICD-9-CM-3 中《其他各类诊断性和治疗性操作》

（17）自第二百八十九条至第二百九十二条。

本章是残余分类章，仅有一个类目。其中 17.9（中医治疗技术）的操作编码仅限于中医传统手法操作。

第二百九十条 腹腔镜下腹股沟疝修补术（17.1-17.2）仅适用于腹腔镜下伴有移植物或假体（无张力）的腹股沟疝修补术。腹腔镜下不伴有移植物或假体的腹股沟疝修补术应分类于其他和开放性腹股沟疝修补术（53.00-53.02，53.10-53.13）。腹腔镜下腹股沟疝修补术应区分单、双侧及疝的类型。具体见下表：

腹股沟疝类型		伴有移植物或假体	不伴有移植物或假体
单侧	直疝	17.11	53.01
	斜疝	17.12	53.02
	直疝和斜疝	17.11	53.01
双侧	直疝	17.21	53.11
	斜疝	17.22	53.12
	一侧直疝一侧斜疝	17.23	53.13

第二百九十一条 腹腔镜大肠部分切除术编码于 17.3，另编码任何同时进行的非端对端的肠吻合术（45.92-45.94）。

第二百九十二条 机器人援助操作（17.4）是指医生控制机器人或机械手进行的手术，只能作为附加编码。主要手术编码应为所实

施的具体手术术式。

第二百九十三条 ICD-9-CM-3 中《耳部手术》（18-20）自第二百九十三条至第二百九十五条。

本章包括外耳、中耳和内耳的手术。

第二百九十四条 乳突改良根治术（20.49）同时伴有鼓室成形术时，鼓室成形术应根据单纯鼓膜修补、听骨链成型术等，另编码具体的鼓室成形术（19.4-19.55），乳突病变清除后同时使用移植皮肤行耳甲腔成形术，另编码任何皮肤移植术（18.79）。

第二百九十五条 耳蜗假体的置入或置换应根据耳蜗假体装置的类型（单道或多道）具体编码于 20.97-20.98（耳蜗假体装置置入或置换术），不应另编码 20.4（乳突切除术）。一般情况下，未明确类型的耳蜗假体装置置入或置换术（20.96）不应使用。

第二百九十六条 ICD-9-CM-3 中《鼻、口、咽手术》（21-29）自第二百九十六条至第三百零二条。

本章包括鼻、鼻窦、牙、舌、涎腺和管、口和面、扁桃体和腺样体、咽等部位的手术。同时进行的双侧手术可分别编码（除外扁桃体腺手术）。

第二百九十七条 组织起源为牙源性的颌骨囊肿（K09.0）切除术编码于 24.4（颌骨上牙病损切除术）。非牙源性颌骨囊肿（K09.1）切除术根据囊肿的部位编码，如：鼻腭囊肿（K09.1）切除术编码于 27.31（硬腭病损或组织的局部切除术或破坏术）。

第二百九十八条 拔牙术（23.0-23.1）应区分拔除牙齿的方式（齿

钳或手术），不区分拔牙的数量，相同术式仅填报一次。一般情况下拔牙作为手术的入路时不应编码。

第二百九十九条 根治性舌切除术（25.4）是舌恶性肿瘤常见术式，切除范围包括舌切除（全部或部分）以及周围临近组织切除。同时进行的淋巴结清扫术（40.40-40.42）和气管造口术（31.1-31.29）应另编码。

第三百条 悬雍垂-软腭-咽成形术[UPPP]应以 27.69（腭的其他整形术）作为主要手术编码，同时另编码 29.4（咽成形术）。

第三百零一条 扁桃体和腺样增殖体同时切除时编码于 28.3（扁桃体切除术伴腺样增殖体切除术），不应分别编码。

第三百零二条 扁桃体和腺样增殖体异物去除应区分术式，切开取出异物编码于 28.91（扁桃体和腺样增殖体切开去除异物），不切开去除异物编码于 98.13（咽管腔内异物的不切开去除）。

第三百零三条 ICD-9-CM-3 中《呼吸系统手术》（30-34）自第三百零三条至第三百一十四条。

本章包括喉和气管、肺和支气管、胸壁、胸膜、纵隔的手术。不包括乳房手术（85.0-85.99）、呼吸道非切开的异物去除术（98.15）、气管造口管的去除和置换（97.37/97.23）以及气管支气管支架的置入术（96.05）。

第三百零四条 喉恶性肿瘤切除手术应区分范围（部分喉、半喉、全部）。全部喉切除术不伴有根治性淋巴结清扫编码于 30.3（全喉切除术），伴有根治性淋巴结清扫编码于 30.4（根治性喉切除术），

同时进行的气管造口术和甲状腺切除术不应编码。

第三百零五条 气管造口术应区分暂时性气管造口术（31.1）和永久性气管造口术（31.2），同时进行的气管镜检查（33.21-33.24，33.27）应另编码。

第三百零六条 呼吸系统相关部位的修补术和整形术应区分修补部位和目的。具体见下表：

部位	编码	编码名称	包括
喉	31.61	喉裂伤缝合术	
	31.62	喉瘘闭合术	喉气管瘘管切除术
	31.63	喉造口修复术	
	31.64	喉骨骨折修补术	
	31.69	喉的其他修补术	声带转位/甲状软骨成形术
气管	31.71	气管裂伤缝合术	
	31.72	气管外瘘管闭合术	
	31.73	气管其他瘘管的闭合术	
	31.74	气管造口修复术	
	31.75	气管成形伴人工喉重建术	
	31.79	气管其他修补术和整形术	气管成形/气管狭窄松解术
肺和支气管	33.41	支气管裂伤缝合术	
	33.42	支气管瘘闭合术	
	33.43	肺裂伤闭合术	
胸壁	34.71	胸壁裂伤缝合术	
	34.72	胸廓造口闭合术	

第三百零七条 肺和支气管切除术同时进行的肋骨部分切除术、胸骨切开术、胸骨劈开术和胸廓切开术不应编码，同时进行的支气管成形术（33.48）应另编码。

第三百零八条 肺大疱的手术应区分术式和切除范围。肺大疱未切除行结扎术编码于 32.21（肺大疱折叠术），单纯肺大疱局部病损切除编码于 32.29（肺病损或组织的其他局部切除术或破坏术），肺大疱行肺叶切除术编码于 32.49（肺叶切除术）。手术中同时进行的

胸膜固定术编码于 34.6（胸膜划痕术）。同一术式处理多个肺大疱，仅编码一次。

第三百零九条 肺切除术应区分手术入路、术式和切除范围，填报时不区分左右侧，双侧肺同时手术时，可分别编码。临床书写的肺叶切除伴纵隔淋巴结清扫应分别编码 32.49（肺叶切除）和 40.59（纵隔淋巴结清扫）。具体见下表：

入路	编码名称	编码
直视下	肺病损切除术（楔形切除）	32.29
	肺节段性切除术（肺叶部分切除）	32.39
	肺叶切除术	32.49
	全肺切除术（伴纵隔淋巴结清扫）	32.59
胸腔镜	胸腔镜下肺病损切除术（楔形切除）	32.20
	胸腔镜下肺节段性切除术（肺叶部分切除）	32.30
	胸腔镜下肺叶切除术	32.41
	胸腔镜下全肺切除术（伴纵隔淋巴结清扫）	32.50

第三百一十条 肺和支气管的诊断性操作应区分入路、部位和目的，应与治疗性操作区分。如：支气管镜下抽吸痰液编码于 96.05（呼吸道的其他插管术）。具体见下表：

入路	部位	镜检		活检	
		编码名称	编码	编码名称	编码
胸腔镜	肺			胸腔镜肺活组织检查	33.20
闭合[经皮][针吸]	肺			闭合[经皮][针吸]肺活组织检查	33.26
开放性	肺			开放性肺活组织检查	33.28
人工造口支气管镜	支气管/肺	经人工造口支气管镜检查	33.21	闭合性[内镜的]支气管活组织检查/闭合性肺内镜活组织检查	33.24/33.27
光导纤维支气管镜	支气管/肺	光导纤维支气管镜检查	33.22		
闭合性[内镜]	支气管/肺	支气管镜检查	33.23		
开放性	支气管			直视下支气管活检术	33.25

第三百一十一条 全肺灌洗（33.99）是主要用于矽肺患者的治疗性操作，应与诊断性支气管肺泡灌洗和微量支气管肺泡灌洗（33.24）

区分。

第三百一十二条 肺移植术包括单（双）侧肺移植手术（33.51、33.52）和心脏-肺联合移植术（33.6），应另编码 00.91-00.93 说明供体来源，同时进行的体外循环辅助开放性心脏手术（39.61）也应另编码。未明确单、双侧的肺移植术（33.50）原则上不应使用。

第三百一十三条 胸腔内注射肿瘤化疗药物编码于 34.92（胸腔内注射），应同时编码 99.25（注射或输注肿瘤化学治疗药物）。

第三百一十四条 胸腔闭式引流术用于治疗胸腔积液和气胸编码于 34.04（肋间导管置入用于引流），其作为胸外科手术常规步骤不应编码。单纯胸腔穿刺抽吸编码于 34.91（胸腔穿刺术）。

第三百一十五条 ICD-9-CM-3 中《心血管系统手术》（35-39）自第三百一十五条至第三百二十七条。

本章包括心脏瓣膜和间隔、心脏血管、心包的手术以及全身血管的切开、切除、闭合术等。

（一）当进行心脏瓣膜、间隔、心脏血管手术时，作为手术入路的胸骨切开、胸廓切开不应编码。

（二）术中心脏电生理检查（37.26）作为手术期间监测的一部分，不应编码。

第三百一十六条 心脏瓣膜修复术

（一）心脏瓣膜修复术应根据入路和需要修复的心脏瓣膜分类。

（二）经皮球囊扩张对心脏瓣膜进行修复不区分心脏瓣膜类型，均编码于 35.96（经皮（球囊）瓣膜成形术）。具体见下表：

入路	编码	编码名称	说明
闭合	35.00	闭合性心脏瓣膜切开术，瓣膜未特指	未说明具体修复瓣膜，不应使用
	35.01	闭合性心脏瓣膜切开术，主动脉瓣	根据具体部位编码
	35.02	闭合性心脏瓣膜切开术，二尖瓣	
	35.03	闭合性心脏瓣膜切开术，肺动脉瓣	
	35.04	闭合性心脏瓣膜切开术，三尖瓣	
开放	35.10	无置换的开放性心脏瓣膜成形术，瓣膜未特指	未说明具体修复瓣膜，不应使用
	35.11	无置换的开放性主动脉瓣成形术	根据具体部位编码
	35.12	无置换的开放性二尖瓣成形术	
	35.13	无置换的开放性肺动脉瓣成形术	
	35.14	无置换的开放性三尖瓣成形术	

第三百一十七条 心脏瓣膜置换术应根据入路、置换的心脏瓣膜类型进行分类。具体见下表：

入路	瓣膜类型	编码	编码名称	包括
闭合	血管内	35.05	血管内主动脉瓣置换	1. 伴有球囊瓣膜成形术，不应分别编码 2. 经导管/动脉/股动脉/静脉/肋间/心室等入路
		35.07	血管内肺动脉瓣置换	
		35.09	未特指心脏瓣膜的血管内置换	
	经心尖	任何类型	35.06	
任何类型		35.08	经心尖肺动脉瓣置换	
开放	生物瓣膜	35.21	主动脉瓣切开和其他置换伴有组织移植物	自体/异体/同种等移植物
		35.23	二尖瓣切开和其他置换伴有组织移植物	
		35.25	肺动脉瓣切开和其他置换伴有组织移植物	
		35.27	三尖瓣切开和其他置换伴有组织移植物	
	机械瓣膜	35.22	主动脉瓣切开和其他置换术	部分/合成/全部等假体
		35.24	二尖瓣切开和其他置换术	
		35.26	肺动脉瓣切开和其他置换术	
		35.28	三尖瓣切开和其他置换术	

第三百一十八条 心房间隔、心室间隔、心内膜垫缺损等修补术应根据入路、修补缺损部位、是否伴有植入物以及植入物的类型分类。具体见下表：

入路	植入物类型	部位	编码	编码名称	说明
闭合	假体	心房间隔	35.52	心房间隔缺损假体修补术，闭合法	
		心室间隔	35.55	心室间隔缺损假体修补术，闭合法	
开放	假体	心房间隔	35.51	心房间隔缺损假体修补术，切开法	同时修补心房间隔缺损伴瓣膜和心室间隔缺损编码于
		心室间隔	35.53	心室间隔缺损假体修补术，切开法	
		心内膜垫	35.54	心内膜垫缺损假体修补术	

					35.54
组织补片	心房间隔	35.61	用组织移植物的心房间隔缺损修补术		同时修补心房间隔缺损伴瓣膜和心室间隔缺损编码于
	心室间隔	35.62	用组织移植物的心室间隔缺损修补术		
	心内膜垫	35.63	用组织移植物的心内膜垫缺损修补术		35.63
无	心房间隔	35.71	心房间隔缺损的其他和未特指的修补术		同时修补室间隔缺损合并瓣膜和房间隔缺损编码于
	心室间隔	35.72	心室间隔缺损的其他和未特指的修补术		
	心内膜垫	35.73	心内膜垫缺损的其他和未特指的修补术		35.73

第三百一十九条 血管支架手术

(一) 血管支架置入术包括冠状血管、颅内(外)血管(颈动脉/椎动脉/基底动脉)、周围血管。同时进行的血管球囊扩张成形术、置入支架数量、治疗血管数量、分叉血管的操作、动脉粥样硬化切除术、血管造影等应分别编码。

(二) 冠状动脉血管、周围血管支架置入术应区分置入支架的类型(非-药物洗脱支架或药物洗脱支架),其中非-药物洗脱支架包括裸支架、Bonded 支架、药物涂层支架。颅内(外)血管(颈动脉/椎动脉/基底动脉)支架置入术不区分支架的类型。具体见下表:

血管名称	支架类型编码		另编码同时进行的操作				
	非-药物洗脱	药物洗脱	球囊扩张成形术	粥样硬化切除术	造影		附加血管操作
冠状血管	36.06	36.07	00.66	17.55	单根 88.55	双根 88.56	
周围血管(锁骨下动脉、股动脉等)	39.90	00.55	39.50	17.56	88.44/88.47-88.49		
颈动脉	00.63		00.61	17.53	88.41		治疗血管的数量 (00.40-00.43) 分叉血管操作 (00.44)
椎动脉	00.64						
颅内/基底动脉	00.65		00.62	17.54			

第三百二十条 冠状动脉旁路移植术

（一）冠状动脉搭桥术（主动脉-冠状动脉旁路移植、乳内动脉-冠状动脉旁路移植），应区分冠状动脉搭桥数目和移植血管。两种术式同时存在时，乳内动脉-冠状动脉旁路移植作为主要手术编码，同时编码主动脉-冠状动脉旁路移植。未特指的主动脉-冠状动脉旁路移植（36.10）不应使用。

（二）冠状动脉搭桥术体外循环辅助时，应另编码 39.61（体外循环辅助开放性心脏手术）；同时进行低温疗法（ $\leq 25^{\circ}\text{C}$ ），应另编码 39.62（低温（全身性）下开放性心脏手术）。

（三）手术中取静脉血管操作是主动脉-冠状动脉旁路移植手术的常规步骤，不应编码。

冠状动脉搭桥术具体见下表：

吻合血管	编码	编码名称
主动脉-冠状动脉	36.11	一根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植
	36.12	二根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植
	36.13	三根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植
	36.14	四根或以上冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植
乳房内动脉-冠状动脉	36.15	单乳房内动脉-冠状动脉旁路移植
	36.16	双乳房内动脉-冠状动脉旁路移植

第三百二十一条 心脏射频消融术应区分不同入路（开放性 37.33、胸腔镜下 37.37、经皮血管内 37.34）；同时进行的侵入性电生理测定导管术（37.26）用于确定心律失常发源部位和类型，应另编码。

第三百二十二条 心脏起搏器手术应区分不同类型（单腔/双腔）和目的（置入/置换/去除）。单腔起搏器应区分有无频率应答。任何导线（置入/置换/去除）应另编码。首次置入或置换装置类型不明确的永久起搏器（37.80）和首次未明确路径的导线置入（37.70）原则

上不应使用。具体见下表：

类型		置入		置换		去除	
		编码	编码名称	编码	编码名称	编码	编码名称
单腔	心脏起搏器	37.81	无节律反应的单腔脉冲发生器置入	37.85	无节律反应的单腔脉冲发生器置换	37.89	去除起搏器脉冲发生器
		37.82	有节律反应的单腔脉冲发生器置入	37.86	有节律反应的单腔脉冲发生器置换		
	导线	37.71	经静脉入心室置入	37.76	经静脉心房和（或）心室导线的置换	37.77	去除导线
		37.73	经静脉入心房置入				
双腔	心脏起搏器	37.83	双腔脉冲发生器置入	37.87	双腔脉冲发生器置换	37.89	去除起搏器脉冲发生器
	导线	37.72	经静脉入心房和心室置入	37.76	经静脉心房和（或）心室导线的置换	37.77	去除导线

第三百二十三条 埋藏式自动心脏复律器或除颤器[AICD]应区分目的（置入/置换/去除）及装置类型（全系统/脉冲发生器/导线）。

具体见下表：

项目	类型	置入		置换		去除	
		编码	编码名称	编码	编码名称	编码	编码名称
埋藏式自动心脏复律除颤器	仅脉冲发生器	37.96	自动心脏复律除颤器脉冲发生器置入术	37.98	自动心脏复律除颤器脉冲发生器置换术	37.79	去除复律器或除颤器脉搏发生器
	仅导线	37.95	自动心脏复律除颤器导线置入术	37.97	自动心脏复律除颤器导线置换术	37.77	去除导线
	全系统	37.94	埋藏式自动心脏复律器或除颤器	37.94	埋藏式自动心脏复律器或除颤器		

第三百二十四条 心脏再同步起搏器[CRT-P]和心脏再同步除颤器[CRT-D]应区分目的（置入/置换/去除）及装置类型（全系统/脉冲发生器/导线）。具体见下表：

项目	类型	置入/置换		去除	
		编码	编码名称	编码	编码名称
心脏再同步化	仅脉冲发生器	00.53	心脏再同步化起搏器脉冲发生器[CRT-P]置入/置换	37.89	去除起搏器脉冲发生器
	导线	00.52	经静脉进入左心室冠状静脉系统的导线置入/置换	37.77	去除导线

治疗 CRT-P	全系统	00.50	心脏再同步化起搏器全系统[CRT-P]置入/置换		
心脏 再同 步化 治疗 CRT-D	仅脉冲 发生器	00.54	心脏再同步化除颤器脉冲发生器[CRT-D]置入/置换	37.79	去除心脏再 同步化除颤 器脉冲发生 器
	导线	00.52	经静脉进入左心室冠状静脉系统的导线置入/置换	37.77	去除导线
	全系统	00.51	心脏再同步化除颤器全系统[CRT-D]置入/置换		

第三百二十五条 经静脉临时心脏起搏器编码于 37.78（暂时性经静脉起搏器系统的置入）。心脏手术中和术后立即使用的临时心脏起搏器编码于 39.64（手术中心脏起搏器），作为心脏手术的常规步骤无需上报。

第三百二十六条 与肾透析相关的血管手术

（一）为肾透析进行的静脉导管插入术编码于 38.95（为肾透析的静脉导管插入术）。

（二）首次建立肾透析的动静脉吻合瘘编码于 39.27（为肾透析的动静脉吻合术）。

（三）当肾透析的动静脉瘘发生关闭对动静脉瘘进行修复、重新建立动静脉分流时,编码于 39.42(为肾透析动静脉分流术的修复术);仅去除关闭的动静脉瘘,编码于 39.43(肾透析的动静脉分流去除术)。

第三百二十七条 经血管内肝动脉栓塞术分为化学栓塞（应用化疗药物）和物理栓塞（应用液体组织粘合剂、弹簧圈等）。

物理栓塞应同时编码 39.79（其他血管内修补术）和 88.47（肝动脉造影）；化学栓塞应同时编码 99.25（注射或输注肿瘤化学治疗药物）、50.93（肝局部灌注）和 88.47（肝动脉造影）。

化学栓塞和物理栓塞同时进行，应分别编码。

第三百二十八条 ICD-9-CM-3 中《血液和淋巴系统手术》(40-41) 自第三百二十八条至第三百三十一条。

本章包括淋巴系统手术、骨髓和脾脏手术。

第三百二十九条 淋巴系统手术应区分手术目的。淋巴结的活组织检查编码于 40.11，单纯淋巴结的治疗性切除编码于 40.2，为预防肿瘤转移的区域性淋巴结切除编码于 40.3，颈淋巴结根治性切除编码于 40.4，其他的淋巴结根治性切除编码于 40.5。

在相应的手术分类中已经包括的区域性淋巴结切除（如单纯乳房切除术伴区域性淋巴结切除术 85.43）或根治性淋巴结清扫术（如根治性喉切除术 30.4），不应再另编码相应的淋巴结切除。

第三百三十条 骨髓或造血干细胞移植（41.0）应区分造血细胞来源（骨髓、造血干细胞、脐血干细胞）、自体或异体、是否伴净化，并附加编码（00.91-00.93）说明材料来源，具体见下表：

移植物	编码名称		编码
骨髓移植	自体	自体骨髓移植不伴净化	41.01
		自体骨髓移植伴净化	41.09
	异体	异体骨髓移植伴净化	41.02
		异体骨髓移植不伴净化	41.03
造血干细胞移植	自体	自体造血干细胞移植不伴净化	41.04
		自体造血干细胞移植伴净化	41.07
	异体	异体造血干细胞移植不伴净化	41.05
		异体造血干细胞移植伴净化	41.08
脐血干细胞移植		脐血干细胞移植	41.06

第三百三十一条 脾病损（部分）切除术（41.4）同时伴副脾的切除，应同时编码 41.93（副脾切除术）。

第三百三十二条 ICD-9-CM-3 中《消化系统手术》（42-54）自第三百三十二条至第三百四十六条。

本章包括食管、肠、阑尾、肛门的手术；肝脏、胆囊、胆道、胰腺的手术和疝的修补术等。不包括口、咽部的手术（24-29）、疝手法复位（96.27）等。

第三百三十三条 编码规则

（一）开腹探查术及肠的端对端吻合术作为手术步骤时不应编码。

（二）腹腔镜手术中转开腹完成手术，应编码腹内的具体手术和 54.21（腹腔镜检查），腹腔镜中转剖腹探查术（54.11）仅用于未行腹内手术的探查术。

第三百三十四条 胃和食管内镜下治疗性操作应区分治疗目的，常见分类见下表：

治疗目的	编码	编码名称
止血	42.33	食管出血控制，经内镜入路
	44.43	内镜下胃或十二指肠出血控制
静脉曲张	42.33	食管静脉曲张注射，经内镜入路
	43.41	经内镜的胃静脉曲张结扎术
息肉切除	42.33	内镜食管息肉切除术
	43.41	内镜下胃息肉切除术

第三百三十五条 肠息肉切除应区分入路和部位，常见分类见下表：

入路	部位	编码	编码名称
内镜	大肠（结肠）	45.42	内镜下大肠息肉切除术
	直肠	48.36	直肠[内镜的]息肉切除术
开腹	大肠（结肠）	45.41	大肠病损或大肠组织的局部切除术或破坏术
	直肠	48.36	直肠[内镜的]息肉切除术

第三百三十六条 食管癌根治术

（一）食管癌根治术应区分切除范围（部分/全部）、重建方式、

根治性淋巴结清扫范围（颈、胸、腹）。食管切除术不区分入路（腹腔镜或直视手术），均分类于 42.41（部分切除）或 42.42（全部切除），未特指切除范围的食管切除术（42.40）不应使用。

（二）食管癌根治术重建消化道，在胸内行胃代食管吻合术编码于 42.52（胸内食管胃吻合术），制备管状胃的过程作为手术步骤不应编码。用结肠或空肠等重建消化道应同时编码非端对端的间置术（42.53-42.69）和肠部分切除用于间置术（45.51-42.52）。

（三）根治性淋巴结清扫（40.59）应根据清扫范围另编码。

第三百三十七条 胃癌根治术应区分具体术式和切除范围（部分或全部），不区分入路（腹腔镜或直视）。胃部分切除行食管-胃吻合术属于近端胃切除，编码于 43.5（胃部分切除伴食管胃吻合术）。根治性远端胃切除应根据不同重建方式编码，胃部分切除伴胃-十二指肠吻合术编码于 43.6（毕 I 式）；胃部分切除伴胃-空肠吻合术编码于 43.7（毕 II 式），改良毕 II 式手术的胃-空肠（Roux-en-Y）吻合术同时另编码 45.91（空肠-空肠端侧吻合）。

根治性全胃切除术包括对全胃、幽门下十二指肠、食管胃交界部、大网膜、受浸润的临近组织的切除和淋巴结清扫，常行食管空肠吻合（Roux-en-Y）、食管十二指肠等肠吻合重建，应同时编码 43.99（根治性胃切除术）及 40.59（根治性淋巴结清扫术）和受浸润的临近组织切除术。

第三百三十八条 结肠癌根治术应区分具体切除范围和吻合方式。具体见下表：

手术名称	切除范围	编码	编码名称	说明
右半结肠切除术	包括右半横结肠、升结肠、盲肠，以及长约 15-20cm 的回肠末段	45.73	开放性和其他右半结肠切除术	另编码：任何同时进行的非端对端的吻合术（45.92-45.94）和肠造口术（46.10-46.39）
横结肠切除术	包括肝曲或脾曲的整个横结肠以及胃结肠韧带的淋巴结组	45.74	开放性和其他横结肠切除术	
左半结肠切除术	包括横结肠左半、降结肠，根据降结肠癌位置高低切除部分或全部乙状结肠	45.75	左半结肠切除术	
乙状结肠根治术	切除整个乙状结肠和其全部降结肠/或切除整个乙状结肠、部分降结肠和部分直肠	45.76	开放性和其他乙状结肠切除术	

第三百三十九条 直肠癌根治术应区分入路、切除范围和重建方式。同时行子宫和（或）膀胱切除术和根治性淋巴结清扫术应分别编码。具体见下表：

手术名称	切除范围	入路	编码	编码名称	说明
Miles 手术	大部分乙状结肠，全部直肠肛管以及直肠系膜和所属血管，脂肪组织以及盆底筋膜和两侧腹膜，肛门周围 3-5cm 的皮肤，皮下组织及全部肛门括约肌	腹腔镜	48.51	腹腔镜下腹会阴直肠切除术	切除肛门伴永久造口，适用于腹膜折返以下的手术，结肠造口术不应编码
		经腹会阴	48.52	开放性腹会阴直肠切除术	
Hartmann 手术	将肿瘤及其近远端肠段切除	经腹/腹腔镜	48.62	直肠前切除术同时伴结肠造口术	姑息手术，近端造口，远端封闭，结肠造口术不应编码
Dixon 手术	乙状结肠和直肠部分切除，直肠系膜全部切除；周围淋巴结清扫	经腹/腹腔镜	48.63	其他直肠前切除术	保肛和肛门括约肌，非低位直肠癌首选手术，适用于腹膜折返以上的肿瘤 另编码任何同时进行的非端对端吻合术（45.90，45.92-45.95）

第三百四十条 痔的操作（49）按手术方式编码。痔的夹闭术作为痔切除术的常规步骤时不应编码。痔上直肠黏膜环形切除吻合术（PPH 术）编码于 49.49，不应另编码 49.46（痔切除术）。

第三百四十一条 肝组织切除术应区分入路、术式和切除范围。

肝病损或肝组织的其他未特指消融术(50.26)一般情况下不应使用。

具体见下表：

手术名称	切除范围	入路	编码	编码名称
肝切除术	病损	直视下	50.23	肝病损或肝组织的直视消融术
		经皮	50.24	肝病损或肝组织的经皮消融术
		经腹腔镜	50.25	肝病损或肝组织的腹腔镜下消融术
		其他	50.26	肝病损或肝组织的其他未特指消融术
	50.29		肝病损的其他破坏术(烧灼、摘除、排空)	
	部分	直视下/腹腔镜	50.22	部分肝切除术(包括肝楔形切除术)
	肝叶	直视下/腹腔镜	50.3	肝叶切除术(包括全肝叶切除术伴其他肝叶部分切除术)
	全部	直视下/腹腔镜	50.4	全肝切除术

第三百四十二条 胆囊和胆管手术中胆道镜检查用于辅助诊断或(和)治疗,编码于51.11(术中胆道镜检查)。胆囊和胆管开腹手术留置T管或Y管作为手术步骤不应编码;腹腔镜手术留置T管,编码于51.87〔内镜支架(管)置入至胆管〕。

第三百四十三条 内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)下行胆道梗阻或结石手术治疗时,临床应明确具体术式。内镜下壶腹和胆管扩张术编码于51.84,内镜括约肌切开术和十二指肠乳头切开术编码于51.85,内镜下鼻胆引流管置入编码于51.86,内镜支架(管)置入至胆管编码于51.87,内镜去除胆管结石编码于51.88。以上术式同时进行时应分别编码,内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)不应编码。

第三百四十四条 胆道系统结石去除应区分入路,其中直视或经皮入路应区分部位。具体见下表:

入路	部位	编码	编码名称	说明
内镜下(腹腔镜、胆道镜)	胆囊	51.88	内镜去除胆管结石	51.10-51.11、52.13 不应编码
	胆管			
	胆总管			

直视	胆囊	51.04	其他胆囊切开术	
	胆管	51.49	其他胆管切开术，用于解除梗阻	
	胆总管	51.41	胆总管探查术，用于去除结石	
经皮	胆囊	51.88	内镜去除胆管结石	包括通过原有的“T”管或其他管经皮胆管镜检查后去除结石，经皮胆管镜检查不应编码
	胆管	51.98	其他经皮胆管操作	
	胆总管	51.96	经皮抽吸胆总管结石	

第三百四十五条 根治性胰十二指肠切除手术（Whipple 手术 52.7）包括胰十二指肠、胃、空肠、胆总管部分切除并行胰腺-空肠、胆总管-空肠、胃与空肠吻合，同时清扫相应区域的淋巴结。术中所切除的器官及吻合不应另编码，同时清扫的相应区域淋巴结应另编码根治性淋巴结清扫（40.59）。

第三百四十六条 疝修补术（53）应区分部位（腹股沟疝、股疝、脐疝、其他前壁疝、横膈疝）、入路、单/双侧、是否伴有假体/移植植物（补片）。常见腹股沟疝修补术见下表：

腹股沟疝类型		伴有移植植物或假体		不伴有移植植物或假体
		腹腔镜	直视下	腹腔镜/直视下
单侧	直疝	17.11	53.03	53.01
	斜疝	17.12	53.04	53.02
	直疝和斜疝	17.11	53.05	53.01
双侧	直疝	17.21	53.14	53.11
	斜疝	17.22	53.15	53.12
	一侧直疝一侧斜疝	17.23	53.16	53.13

第三百四十七条 ICD-9-CM-3 中《泌尿系统手术》（55-59）自第三百四十七条至第三百五十六条。

本章包括肾、输尿管、膀胱、尿道手术。

第三百四十八条 膀胱镜下膀胱、前列腺止血时，应分别编码于 57.93（膀胱出血控制）、60.94（前列腺出血控制），同时进行的

膀胱镜检查不应另编码。

第三百四十九条 泌尿系结石去除手术应区分手术入路、解剖部位以及是否伴有碎石操作。输尿管切开放石时应同时编码输尿管支架置入术（59.8）。输尿管支架置入作为泌尿系结石手术的常规步骤时，一般情况下不应编码。输尿管支架去除编码于 97.62（去除输尿管造口导管和输尿管导管）。具体见下表：

入路	编码	编码名称	说明
经切开	55.01	肾切开术	
	55.11	肾盂切开术	
	56.2	输尿管切开术	同时编码输尿管支架置入（59.8）
	57.19	膀胱切开术	
	58.0	尿道切开术	
经皮	55.03	经皮肾或肾盂造口术不伴碎裂术	同时进行的肾镜检查、肾造口术，不应编码。
	55.04	经皮肾或肾盂造口术伴有碎裂术	
经尿道	56.0	经尿道输尿管肾盂梗阻去除	包括伴有或不伴有碎裂术
	57.0	经尿道膀胱清除术	
	58.6	非切开性去除尿道结石	
体外	98.51	肾、输尿管和（或）膀胱体外冲击波碎石术[ESWL]	

第三百五十条 肾的切除手术应区分解剖部位和入路。肾和输尿管同时切除编码于 55.51（肾输尿管切除术），不应分别编码。全肾切除时，同时进行的其他周围组织的切除术应分别编码。具体见下表：

切除范围	编码	编码名称	另编码
肾病损切除	55.31	肾病损袋形缝合术（造袋术）	
	55.32	开放性肾病损切除术	
	55.33	经皮肾病损切除术	
	55.34	腹腔镜下肾病损切除术	
部分肾切除	55.4	部分肾切除术	同时进行的输尿管切除术(56.40-56.42)
全肾切除	55.51	肾输尿管切除（单侧）	任何同时进行的切除术：肾上腺（07.21-07.3），部分膀胱（57.6），淋巴结（40.3，40.25-40.59）
	55.52	残留肾切除术	
	55.53	移植肾切除术	
	55.54	双侧肾切除术	

第三百五十一条 经皮肾（肾盂）抽吸术应区分手术目的，治疗性抽吸编码于 55.92（经皮肾（肾盂）抽吸），诊断性抽吸编码于 55.23（闭合性[经皮][针吸]肾活组织检查）。

肾囊肿治疗性抽吸同时注射硬化剂（无水酒精等），应分别编码 55.92（经皮肾或肾盂抽吸）、55.96（其他治疗性物质注入肾）。

第三百五十二条 输尿管切除（56.4）应区分输尿管瘘管切除术（56.84）和肾输尿管切除术（55.51-55.54），同时进行的非端对端的吻合术（56.51-56.79）应另编码。

第三百五十三条 膀胱造口术应区分手术入路，经皮耻骨上膀胱造口编码于 57.17。膀胱造口术和膀胱切开术作为手术入路时不应编码。

第三百五十四条 全膀胱切除手术应明确切除范围和同时进行的尿流改道及重建。

根治性膀胱切除术同时伴有临近器官切除时应注意区分性别。男性患者行根治性膀胱切除术同时伴有直肠切除术，应分别编码 57.71（根治性膀胱切除术）和 48.4-48.6（直肠切除术）。女性患者行根治性膀胱切除术同时切除卵巢、输卵管、子宫、阴道（伴乙状结肠和直肠去除）应编码于 68.8（盆腔脏器去除术），不应再编码 57.71（根治性膀胱切除术）。具体切除范围见下表。

编码	编码名称	切除范围	另编码
57.71	根治性膀胱切除术	男性：膀胱、前列腺、精囊、尿道和脂肪 女性：膀胱、尿道、脂肪	淋巴结清扫术（40.3，40.5） 尿路转流术（56.51-56.79） 膀胱重建术（57.87）
57.79	其他全膀胱切除术		

全膀胱切除同时进行的尿流改道和重建，根据转流部位分类。

膀胱重建术（又称回肠代膀胱术）应另编码同时进行的肠段切除术（45.5）。具体见下表：

编码	编码名称		另编码
56.51	尿路外转流	皮肤的输尿管-回肠造口	
56.61		其他皮肤输尿管吻合口的建造	
56.71	尿路内转流	尿路转流至肠	同时进行的结肠造口术（46.10-46.13）
57.87	膀胱重建术		肠部分切除术（45.50-45.52）

第三百五十五条 尿道异物取出应区分手术入路。手术切开去除异物编码于 58.0（尿道切开术），内镜下去除异物编码于 58.6（尿道扩张），非手术性去除异物编码于 98.19（尿道管内异物不切开去除）。

第三百五十六条 膀胱/尿道裂伤修补术（57.81/58.41）应与产科的膀胱和尿道裂伤修补术（75.61）区分。

第三百五十七条 ICD-9-CM-3 中《男性生殖器官手术》（60-64）自第三百五十七条至第三百六十一条。

本章包括前列腺、精囊、阴囊和睾丸鞘膜、睾丸、精索、附睾、输精管和阴茎的手术。不包括男性会阴的手术（86）及男性尿道和尿道球腺手术（58）。

第三百五十八条 前列腺手术应区分入路（经尿道/耻骨上/耻骨后）和术式（切除/微波/射频等）。如：经尿道前列腺切除术[TURP]编码于 60.29（其他经尿道前列腺切除术），经尿道前列腺微波治疗[TUMT]编码于 60.96（经尿道前列腺组织破坏术，用微波热疗）。

根治性前列腺切除术（60.5）包括前列腺和精囊的切除，不区分入路。同时伴有膀胱切除时编码于 57.71（膀胱前列腺切除术）。

第三百五十九条 辜丸鞘膜积液切除伴翻转术，编码于辜丸鞘膜积液切除术（61.2）。阴囊和辜丸鞘膜的其他修补术（61.49）用于非辜丸鞘膜积液切除手术的鞘膜修补。经皮辜丸鞘膜抽吸术（61.91）用于较小的水囊肿。

第三百六十条 根治性双侧辜丸切除术（伴附辜丸切除术）编码于62.4（双侧辜丸切除术），同时进行的淋巴结清扫术（40.3, 40.5）应另编码。同一次手术中去除双侧辜丸编码于62.41，残留或孤立辜丸的去除编码于62.42。

第三百六十一条 辜丸固定术（62.5）包括辜丸扭转的矫正和复位，不应另编码63.52（辜丸或精索扭转的复位术）。

第三百六十二条 ICD-9-CM-3 中《女性生殖器官手术》（65-71）自第三百六十二条至第三百六十七条。

本章包括内生殖器（卵巢、输卵管、子宫、阴道）、外生殖器及子宫支持组织的手术。子宫、阴道和外生殖器的裂伤修补术应区别于分娩时导致的近期产科裂伤修补术（分类于第15章产科操作）。

第三百六十三条 卵巢手术和输卵管手术（65-66）

（一）卵巢癌根治术、卵巢癌减灭术应根据具体手术切除范围分别编码。

（二）女性盆腔粘连松解术应明确粘连松解的具体部位。卵巢和输卵管粘连松解术编码于65.8，盆腔粘连松解术编码于54.59（腹膜粘连的其他松解术）。

（三）单/双侧输卵管全部切除术（66.4/66.5）同时伴有同侧

卵巢的切除，编码于65.4/65.6（单/双侧输卵管-卵巢切除术），不应分别编码。

（四）输卵管异位妊娠切除输卵管手术编码于66.62（输卵管切除术伴去除输卵管妊娠），不应编码于66.4（单侧输卵管全部切除术）。

第三百六十四条 子宫颈手术和子宫手术（67-68）

（一）子宫颈锥形切除术应区分切除方式：子宫颈锥形切除术编码于67.2（子宫颈锥形切除术），子宫颈锥形电切术编码于67.32（子宫颈病损烧灼破坏术），子宫颈冷冻锥形切除术编码于67.33（子宫颈病损冷冻破坏术）。

（二）子宫活组织检查分为开放性（68.13）、闭合性（68.16），其中闭合性子宫活组织检查包括经腹腔镜和经宫腔镜入路的子宫活检。

（三）子宫切除手术应区分手术的范围（次全/全部/根治性）和入路（经腹/经阴道）。任何同时进行的输卵管和卵巢去除（65.31-65.64）和淋巴结清扫术（40.3、40.5）等应分别编码。

（四）女性全盆腔廓清术编码于68.8（盆腔脏器去除术），包括卵巢、输卵管、子宫、阴道、膀胱和尿道去除（伴乙状结肠和直肠去除），上述提及的组织器官切除不应再分别编码。任何同时进行的结肠造口术（46.12-46.13）、淋巴结清扫术（40.3、40.5）、尿路转流术（56.51-56.79）应分别编码。

第三百六十五条 刮宫术分为子宫扩张和刮宫术（69.0）及抽吸

刮宫术（69.5），编码时应区分刮宫的方法和治疗目的。分段诊断性刮宫应同时编码 69.09（其他扩张和刮宫术）和 67.11（子宫颈内活组织检查）。具体见下表：

治疗目的	子宫扩张和刮宫术		抽吸刮宫术	
	编码	编码名称	编码	编码名称
用于终止正常妊娠	69.01	扩张和刮宫术，用于终止妊娠	69.51	抽吸刮宫术，用于终止妊娠
用于分娩或流产后	69.02	分娩或流产后扩张和刮宫术	69.52	分娩或流产后抽吸刮宫术
用于诊断等	69.09	其他扩张和刮宫术	69.59	其他抽吸刮宫术

第三百六十六条 盆腔器官脱垂修补术，应区分手术方式、部位、是否伴有移植物或假体。使用移植物或假体进行的子宫阴道前后壁脱垂修补术，应编码于 70.53（用移植物或假体的膀胱膨出和直肠膨出修补术）；同时根据移植物或假体不同，附加编码生物移植物的置入术（70.94）/人造移植物或假体的置入术（70.95）。

第三百六十七条 前庭大腺（巴多林腺）囊肿手术应区分术式。前庭大腺（巴多林腺）囊肿切开引流术编码于 71.22（巴多林腺(囊肿)切开术），单纯抽吸前庭大腺（巴多林腺）囊肿编码于 71.21（经皮巴多林腺(囊肿)抽吸术）。

第三百六十八条 ICD-9-CM-3 中《产科操作》（72-75）自第三百六十八条至第三百七十四条。

本章包括产科相关的产钳术、真空吸引术、引产、剖宫产术等。当胎儿在母体时，对胎儿及羊膜所实施的手术操作分类于本章。

第三百六十九条 产钳术伴有外阴切开时应合并编码于（72.1-72.3）。产钳助产失败后行剖宫产娩出胎儿，剖宫产术（74.0-74.2）作为主要手术编码，同时编码 73.3（产钳助产失败）。

第三百七十条 引产应明确具体目的。为分娩的引产分类于 73（其他引产或助产操作），为流产的引产分类于（75.0）。药物引产用于产程开始前诱发宫缩编码于 73.4（药物引产），产程开始后为加强宫缩的药物引产不应编码。人工破膜用于产程开始前诱发宫缩编码于 73.01（人工破膜引产），进入产程后行人工破膜加强宫缩编码于 73.09（分娩时人工破膜）。

第三百七十一条 剖宫产同时伴其他手术时，剖宫产术（74.0-74.2）作为主要手术编码，其他手术（子宫切除术、子宫肌瘤切除术、绝育等）应分别编码。

剖宫产同时因胎盘滞留或粘连实施的手取胎盘应另编码 75.4（手法取出滞留的胎盘）。

通过子宫切开方式将不具备生存能力的胎儿或死胎取出终止妊娠编码于 74.91（子宫切开终止妊娠）。

第三百七十二条 催产素激惹实验属于对胎儿的操作，用于产前诱导宫缩，观察有宫缩情况下胎儿储氧能力，编码于 75.35。

第三百七十三条 子宫及阴道、会阴裂伤修补（缝合）术应区分裂伤的时间和原因（近期产科、陈旧性产科、损伤导致）。近期产科裂伤分类于本章，外阴侧切裂开后二期缝合编码于 75.69。具体见下表：

部位	近期产科裂伤		其他裂伤			
			损伤导致		陈旧性产科	
	编码	编码名称	编码	编码名称	编码	编码名称
会阴/ 外阴裂伤	75.69	会阴或外阴产科裂伤修补术	71.71	外阴或会阴裂伤缝合术	71.79	外阴或会阴陈旧性产科裂伤修补术
阴道裂伤		阴道产科裂伤修补术	70.71	阴道裂伤缝合术	70.79	阴道陈旧性产科裂伤修补术
宫颈裂伤	75.51	子宫颈近期产科裂	67.61	子宫颈裂伤缝合	67.69	子宫颈陈旧性产科

		伤修补术		术		裂伤修补术
子宫体裂伤	75.52	子宫体近期产科裂伤修补术	69.41	子宫裂伤缝合术	69.49	子宫陈旧性产科裂伤修补术
子宫裂伤	75.50	子宫近期产科裂伤修补术（未指出具体的修补的部位，一般情况下不应使用）				

第三百七十四条 子宫捆绑术（B-Lynch 缝合术）用于难以控制的产后出血，编码于 75.99。

第三百七十五条 ICD-9-CM-3 中《肌肉和骨骼系统手术》(76-84) 自第三百七十五条至第三百八十五条。

本章包括骨的切开术、切除术和切断术；骨折和脱位复位术；关节结构的切开、切除、修补、整形手术；肌、腱、筋膜和粘液囊手术等。不包括一些特殊部位的骨手术。如：颅骨（01.01-02.99）、鼻骨（21.00-21.99）、副鼻窦（22.00-22.9）、椎骨骨折的复位术（03.53）。

第三百七十六条 编码规则

（一）除编码规则中明确应省略的编码（如胸部手术的附带胸骨切开术、椎间盘置换术的椎间盘切除术等），常规的手术步骤也应省略编码（如手术中常规的探查术、涉及到关节结构手术的关节囊切开和缝合术、肿物切除时与周围组织的分离松解术等）。

（二）未特指手术（如骨损伤的未特指手术 79.9）不允许填报，未特指部位的手术（如未特指部位的骨移植术 78.00）一般情况下不允许填报。

（三）骨折固定术应区分入路（闭合、开放）和术式（复位、

固定方式)。具体见下表:

术式/入路		编码	编码名称	
骨折不伴复位	内固定	78.5	骨内固定不伴骨折复位术	
	外固定	93.4/93.5	夹板、石膏绷带、牵引	
骨折伴复位	闭合	不伴内固定	79.0	骨折闭合性复位术不伴内固定
		伴内固定	79.1	骨折闭合性复位术伴内固定
	开放	不伴内固定	79.2	骨折开放性复位术不伴内固定
		伴内固定	79.3	骨折开放性复位术伴内固定
		外固定装置	78.1	使用外固定器装置

(四) 临床软组织手术编码应区分肌、腱、筋膜、粘液囊手术(82、83)与皮肤和皮下组织手术(86)。肌、腱和筋膜的手术应区分手(82)和其他部位(83), 诊断性操作(83.2)不区分手和其他部位。具体见下表:

类目	类目名称	编码	编码名称	说明
82	手部肌、腱和筋膜手术	82.0	手部肌、腱、筋膜和粘液囊切开术	不包括: 单纯皮肤和皮下组织切开术(86.01-86.09)
		82.2	手部肌、腱和筋膜病损切除术	不包括: 皮肤和皮下组织病损切除术(86.21-86.3)
		82.3	手软组织的其他切除术	另编码: 任何皮肤移植术(86.61-86.62, 86.73)
		82.4	手肌、腱和筋膜缝合术	注意区分 82.4 下 82.42、82.43 的延迟性缝合的分类
		82.5	手肌肉和肌腱移植术	不包括: 拇指整复术(82.61)和其他手指转移术(82.81)
		82.6	拇指重建术	另编码: 任何截断术用于指(趾)移植(84.01, 84.11)
		82.8	手其他整形术	82.81 手指转移术, 除外拇指
83	肌、腱、筋膜和粘液囊手术, 除外手	83.0	肌、腱、筋膜和黏液囊切开术	除外手
		83.1	肌、腱和筋膜切断术	除外手
		83.2	肌、腱、筋膜和黏液囊的诊断性操作, 包括手	包括手

第三百七十七条 骨切开术(77) 包括临床的死骨去除, 骨的开窗、钻孔、引流, 骨的楔形截骨、骨切断和切除等。具体见下表:

手术名称	编码	编码名称	说明
死骨去除术	77.0	死骨切除术	部位按共用细目 0-9

骨（开窗、钻孔、切开）引流术、骨切开减压术	77.1	骨其他切开不伴切断术	部位按共用细目 0-9
楔形截骨术	77.2	楔形骨切开术	部位按共用细目 0-9
跗外翻矫形术（第一跖骨楔形切开术）	77.51		不应另编码楔形切开术
骨切断（切开）术	77.3	其他骨切断术	部位按共用细目 0-9
胸骨切开术（胸部手术的附带切开）	77.31		手术入路省略编码

第三百七十八条 骨移植术（78.0）同时伴有骨移植部位的清创术（去除硬结的，纤维化或坏死的骨或组织），不应另编码骨移植部位的清创术。自体骨移植时，应同时编码任何为了移植术的骨切除（77.70-77.79）。

举例：胫骨骨折术后骨不连，施行坏死骨去除、髌骨取骨、胫骨植骨术。

主要编码：78.07 胫骨植骨术

其他编码：77.79 髌骨切除术用作移植物

省略编码：77.07 胫骨死骨去除术

第三百七十九条 肢体延伸术（78.3）包括骨切开术和骨移植术，不应分别编码；同时使用的外固定装置（78.10-78.19）和外部固定装置的类型（84.71-84.73）应另编码。

第三百八十条 髌关节置换包括髌关节置换术（全部/部分）、髌关节表面置换术及髌关节置换修复术，编码应区分具体术式和部位。当同时进行双侧髌关节置换（翻修）时，双侧应分别编码。81.53（髌关节置换修正术）未指出置换髌关节的成分，一般情况下不应使用。具体见下表：

手术名称	范围	编码	编码名称	另编码
髌关节置换术	全部	81.51	全部髌关节置换	轴面类型(00.74-00.78)
	部分	81.52	髌关节部分置换	

髋关节置换翻修术(修复术)	全部	00.70	髋关节置换修复术, 髌臼和股骨成分	填充物(水泥)(关节)去除(84.57); 轴面类型(00.74-00.78)
	部分	00.71	髋关节置换修复术, 髌臼成分	轴面类型(00.74-00.78)
		00.72	髋关节置换修复术, 股骨成分	
		00.73	髋关节修复术伴仅髌臼衬垫和(或)股骨头置换	
髋关节表面置换术	全部	00.85	髋关节表面置换术, 全部, 髌臼和股骨头	
	部分	00.86	髋关节表面置换术, 部分的, 股骨头	
		00.87	髋关节表面置换术, 部分的, 髌臼	

第三百八十一条 脊柱融合术(81.00-81.08) 应区分融合的部位和入路。同时进行的任何椎体脊椎融合装置置入(84.51)、任何重组骨形态形成蛋白的植入(84.52)、为移植进行的自体骨切除(77.70-77.79)、融合椎骨的总数(81.62-81.64)应另编码。同时进行的骨移植术和内固定术应省略编码。具体见下表:

部位	入路	编码	编码名称
寰-枢脊柱融合	前入路、后入路、经口	81.01	寰-枢脊柱融合
其他颈(椎)融合	前路(前柱)	81.02	前柱其他颈(椎)融合, 前路法
	后路(后柱)	81.03	后柱其他颈融合, 后路法
背和背腰融合	前路(前柱)	81.04	前柱背和背腰融合, 前路法
	后路(后柱)	81.05	背和背腰(脊柱)融合, 后路法
腰和腰骶部融合	前路(前柱)	81.06	前柱腰和腰骶部融合, 前路法
	后路(后柱)	81.07	后柱腰和腰骶部融合, 后路法
	后路(前柱)	81.08	前柱腰和腰骶部融合, 后路法

第三百八十二条 非融合的脊柱手术

(一) 椎间盘切除(80.51)伴同一水平的椎板切除减压(神经根松解)术时, 不应编码 03.09(椎板切除减压术); 非同一水平的椎间盘切除(80.51)和椎板切除减压术(03.09)应分别编码。

(二) 椎骨椎弓根钉内固定术不伴复位编码于 78.59(椎弓根钉内固定), 椎骨骨折伴复位的内固定术编码于 03.53(脊椎骨折复位术)。

第三百八十三条 膝关节手术应区分具体手术部位和术式，不区分单、双侧和入路（关节镜或直视下），双侧膝关节手术可分别编码。

膝关节修补术应根据关节具体手术部位编码，膝关节三联修补术（81.43）和膝五合一修补术（81.42）已包含的术式不应再分别编码。具体见下表：

编码	编码名称	说明
80.6	膝半月板切除术	内侧半月板切除术+前交叉韧带修补（重建）术
81.45	交叉韧带其他修补术	
81.43	膝关节三联修补术	内侧半月板切除术+前交叉韧带修补术+内侧副韧带修补术
81.42	膝五合一修补术	内侧半月板切除术+内侧副韧带修补术+股内侧肌徙前术+半腱肌徙前术+鹅足转移术

第三百八十四条 微创治疗椎体压缩性骨折，经皮椎体成形术（PVP）编码于 81.65，经皮椎体后凸成形术（PKP）编码于 81.66，上述两种术式均不应编码同时进行的骨水泥注入。

第三百八十五条 四肢的再植术根据具体部位编码于肢再附着（84.2）。当诊断为肢（指/趾）的完全性离断（切断）行再植术时，手术填报肢再附着（复置术）（84.2）；当诊断为肢（指/趾）的不完全（部分）性离断（切断）手术治疗时，应分别填报具体的组织修复（如骨折固定、血管吻合、神经吻合术等）。

含拇指的多指完全离断再植术，主要手术编码 84.21（拇指断指再植术），其他手指的再植（84.22）作为其他手术按数量分别编码。

第三百八十六条 ICD-9-CM-3 中《体被系统手术》（85-86）自第三百八十六条至第三百八十九条。

本章包括乳房手术（85）、皮肤和皮下组织手术（86）。在手术

及操作分类中，体被系统是指覆盖人体表面的所有组织。皮肤和皮下组织手术包括毛囊、男性会阴、指（趾）甲、皮脂腺、皮下脂肪垫、汗腺、表浅凹窝；不包括肛门（49.01-49.99）、乳房（乳房切除术部位）（85.0-85.99）、耳（18.01-18.9）、眉（08.01-08.99）、眼睑（08.01-08.99）、女性会阴（71.01-71.9）、唇（27.0-27.99）、鼻（21.00-21.99）、阴茎（64.0-64.99）、阴囊（61.0-61.99）、外阴（71.01-71.9）。

第三百八十七条 乳房手术（85）包括乳房及已切除乳房部位的再次手术（修复术），不区分男女。乳房手术切除应区分单、双侧和手术范围。具体见下表：

部位/范围		编码	编码名称
不区分 单、双侧	病损（局部）	85.21	乳房病损局部切除术
	象限	85.22	乳房象限切除术
	次全	85.23	乳房次全切除术
单侧	单纯乳房	85.41	单侧单纯乳房切除术
	单纯乳房+区域性淋巴结	85.43	单侧扩大的单纯乳房切除术
	乳房+胸大肌+区域性淋巴结[腋、锁骨、锁骨上]	85.45	单侧根治性乳房切除术
	乳房+肌+淋巴结[腋窝、锁骨、锁骨上、乳房内和纵隔]	85.47	单侧扩大根治性乳房切除术
双侧	单纯乳房	85.42	双侧单纯乳房切除术
	单纯乳房+区域性淋巴结	85.44	双侧扩大的单纯乳房切除术
	乳房+胸大肌+区域性淋巴结[腋、锁骨、锁骨上]	85.46	双侧根治性乳房切除术
	乳房+肌+淋巴结[腋窝、锁骨、锁骨上、乳房内和纵隔]	85.48	双侧扩大根治性乳房切除术

第三百八十八条 皮肤及皮下组织清创术分为切除性清创术（86.22）和非切除性清创术（86.28）。切除性清创术伴有缝合时，缝合术不应编码；开放性深部组织损伤（如骨、血管、神经、肌腱等）手术，同时进行的清创缝合术不应编码。

临床仅对损伤部位进行的刷洗、冲洗术（高压下）、擦洗、洗涤、水刀（喷射）的方法去除坏死组织、坏死物和腐肉等，才允许编码于

86.28（非切除性清创术）。

第三百八十九条 皮肤和皮下组织移植时临床应明确描述游离皮肤（皮片）移植与皮瓣移植。具有血液供应的皮肤及皮下组织的皮瓣移植，编码于 86.7；游离皮肤（皮片）移植，编码于 86.6。

游离皮肤移植（86.6）临床应明确描述移植的具体部位（手或其他部位）、移植物类型（异体、同种、人造皮肤）和切取皮片厚度（刃厚、中厚和全厚）。自体皮肤移植时取皮不应编码。

皮瓣移植术应以带蒂皮瓣或皮瓣移植物附着术的部位（受区）为主要编码，手的带蒂皮瓣或皮瓣移植物附着术编码于 86.73，其他部位的带蒂皮瓣或皮瓣移植物附着术编码于 86.74。带蒂皮瓣或皮瓣移植物的切割术和修补术（86.71）作为皮瓣制备过程（供区）应另编码。

当肢（指）离断时，临床应明确离断面是否伴有组织缺损，不伴有组织缺损仅为覆盖截断残端预留皮肤组织的缝合，不应编码于皮瓣移植。

第三百九十条 ICD-9-CM-3 中《各种诊断性和治疗性操作》（87-99）自第三百九十条至第三百九十四条。

本章包括诊断性放射学和相关技术、物理治疗、呼吸治疗、康复和相关操作、非手术性插管术和冲洗术、非手术性去除异物或结石、治疗性物质的注射和输注等。

第三百九十一条 填报本章编码时，应遵守本规范第四章手术及操作填报第四十八条常规需要填报的操作、第四十九条无需填报的常

见操作。

第三百九十二条 呼吸治疗填报应区分侵入性（经气管内插管或气管造口）持续性机械通气（96.71-96.72）和非侵入性机械通气（无创）（93.90-93.99）。住院期间两种操作均进行时应先填报侵入性，再填报非侵入性的机械通气。

（一）侵入性（经气管内插管或气管造口）持续性机械通气应另编码 96.04（气管内插管）和（或）31.1-31.29（气管造口术）。与本次住院相关且作为一个医疗过程的门、急诊实施的气管内插管和气管造口术，可以作为其他操作编码填报。

（二）侵入性（经气管内插管或气管造口）持续性机械通气按通气时间 <96 小时编码于 96.71、≥96 小时编码于 96.72，多次通气时间可合并计算。具体见下表：

侵入性机械通气	通气情况	开始时间	结束时间
气管内插管	住院期间的持续性机械性通气	气管内插管时间	以置入管拔除时间为止
	插管在住院前就存在，未拔管出院（转院）	住院开始时间	以出院（转院）时间为止
	气管内插管，随后气管造口	气管内插管时间	以机械性通气设备关闭时间为止
气管造口术	住院期间的持续性机械性通气	机械性通气开始时间	以机械性通气设备关闭时间为止
	气管造口在住院前就存在，出院（转院）时未脱机	住院开始时间	以出院（转院）时间为止

第三百九十三条 支气管肺泡灌洗分类应区分目的。支气管和气管的非手术性冲洗和清洁编码于 96.56（支气管和气管的其他灌洗），诊断性支气管肺泡灌洗（BAL）编码于 33.24，全肺灌洗编码于 33.99。

第三百九十四条 皮下、肌内、静脉内给药用于局部或全身治疗编码于（99.1-99.2）。如：血栓溶解药的输注（99.10）、癌瘤化学

治疗物质输注（99.25）等。具体见下表：

分类	编码	编码名称	说明
血栓溶解药	99.10	血栓溶解剂的注射或输注	填报溶栓药物：阿替普酶、阿尼普酶、瑞替普酶、链激酶、替奈普酶、TPA、尿激酶等 省略抗凝药物：阿司匹林、华法林等
肿瘤化学治疗药物	99.25	化学物质栓塞	不包括：化学治疗物质植入 00.10
		静脉注射化疗药物	如果采用血脑屏障破坏术需附加编码 00.19
		化疗药物灌注	另编码灌注的部位：如肾局部灌注 55.95、肝局部灌注 50.93

第八章 附则

第三百九十五条 本规范将依据国家医保结算清单填写规范、医保版疾病与手术及操作编码等相关文件的更新，定期完善更新。

第三百九十六条 本规范在实施过程中如出现争议，由省医疗保障局组织专家组负责解释、协商和修订。

第三百九十七条 本规范自发布之日起施行。

国家医疗保障局办公室

医保办发〔2020〕20号

国家医疗保障局办公室关于印发 医疗保障基金结算清单填写规范的通知

北京市、天津市、吉林省、江苏省无锡市、浙江省金华市、安徽省滁州市、湖北省宜昌市、四川省成都市、DRG付费国家试点城市医疗保障局：

为统一医保结算清单数据采集标准，提高医保结算清单数据质量，根据《国家医疗保障局关于印发医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知》（医保发〔2019〕55号）和《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）有关要求，我们研究制定了《医疗保障基金结算清单填写规范（试行）》。现印发给

你们，请认真贯彻落实，加快推进医保结算清单的落地使用，做好基础信息质量控制，提高数据管理能力。如遇重大问题，请及时向国家医疗保障局规财法规司和医药管理司反馈。

联系人及电话：王晓咏 010-89061445

魏倩 010-89061297

传真：010-89061379 邮箱：code@nhsa.gov.cn

- 附件：1. 医疗保障基金结算清单填写规范（试行）
2. 医疗保障基金结算清单



（主动公开）

附件 1

医疗保障基金结算清单填写规范（试行）

医疗保障基金结算清单（简称“医保结算清单”）是指医保定点医疗机构在开展住院、门诊慢特病等医疗服务后，向医保部门申请费用结算时提交的数据清单。为统一医保结算清单数据采集标准，提高医保结算清单数据质量，促进医保结算管理行为规范，提升医保管理绩效，根据《国家医疗保障局关于印发医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知》（医保发〔2019〕55号）有关要求，制定医保结算清单填写规范。

一、基本要求

（一）医保结算清单是各级各类医保定点医疗机构开展住院、门诊慢特病、日间手术等医疗服务后，向医保部门申请结算时提交的数据清单。

（二）医保结算清单数据指标共有 190 项，其中基本信息部分 32 项、门诊慢特病诊疗信息部分 6 项、住院诊疗信息部分 57 项、医疗收费信息部分 95 项。

（三）医保结算清单填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映患者诊疗、医疗收费等信息。

（四）医保结算清单中常用的标量、称量等数据项应当使用

国家和医保、卫生行业等相关标准。其中，诊疗信息数据指标填报主要来自于住院病案首页数据，医疗收费信息数据指标填报口径应与财政部、国家卫生健康委员会、国家医疗保障局统一的“医疗住院收费票据”信息一致。

（五）西医疾病诊断代码统一使用《医疗保障疾病诊断分类与代码》，手术和操作代码应当统一使用《医疗保障手术操作分类与代码》，中医疾病诊断代码统一使用《医疗保障中医诊断分类与代码》，日间手术病种代码统一使用《医保日间手术病种分类与代码》。填写疾病诊断、手术及操作项目时应当同时填写名称及代码。

（六）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写相对应项的序号。

（七）凡栏目中标注“*”的代表选填数据指标，其他项目为必填数据指标，有则必填，无则空项处理。

（八）凡栏目中有“……”的，由各统筹地区根据本地实际情况增添数据指标。原则上，增添数据指标前应向国家医疗保障局报备。

二、数据采集标准

（一）基本信息数据指标。

基本信息部分：32项数据指标，主要用于定点医疗机构和患者的身份识别。

1. 清单流水号：医保部门接到某定点医疗机构结算清单时自

动生成的流水号码。清单流水号设计为 9 位，由医保结算清单年度编码和顺序号两部分组成。

第一部分：医保结算清单年度编码（2 位）。用于区分医保结算清单赋码年度，使用数字表示。如“20”表示 2020 年度。

第二部分：顺序号编码（7 位）。用于反映医保结算清单赋码顺序，使用数字表示。如“0000001”表示该年度第一份医保结算清单。

2. 定点医疗机构名称：患者就诊所在的定点医疗机构名称，按照《事业单位法人证书》或《营业执照》登记的机构名称填写。

3. 定点医疗机构代码：患者就诊所在的定点医疗机构在《医疗保障定点医疗机构分类与代码》数据库中的唯一标识码。

4. 医保结算等级：定点医疗机构医疗服务项目收费等级，分为一级、二级和三级。

5. 医保编号：参保人在医保系统中的唯一身份代码。

6. 病案号：定点医疗机构为每一位患者病案设置的唯一编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多次住院应使用同一病案号。

7. 申报时间：定点医疗机构上报医保结算清单的时间。

8. 姓名：患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

9. 性别：患者生理性别，按照《个人基本信息分类与代码第

1 部分：人的性别代码》（GB/T 2261.1 - 2003）标准，分为：

(0) 未知的性别、(1) 男、(2) 女、(9) 未说明性别。

10. 出生日期：患者出生当日的公元纪年日期的完整描述。

11. 年龄（岁）：患者年龄 1 周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写。

12. （年龄不足 1 周岁）年龄（天）：患者实足年龄不足 1 周岁的，按照实足天龄的相应整数填写。

13. 国籍：患者所属国籍，按照《世界各国和地区名称代码表》（GB/T 2659 - 2000）标准填写。

14. 民族：患者所属民族，按照《中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》（GB/T 3304 - 1991）标准填写。

15. 患者证件类别：患者身份证件所属类别，按照《卫生信息数据元值域代码 - 第 3 部分人口学及社会学特征：CV 02.01.101 身份证件类别代码》（WS 364.3 - 2011）标准填写。

16. 患者证件号码：患者的身份证件上的唯一法定标识符。

17. 职业：患者当前从事的职业类别，按照《个人基本信息分类与代码》（GB/T2261.4 - 2003）标准填写。

18. 现住址：患者近期的常住地址。

19. 工作单位名称：患者在就诊前的工作单位名称。

20. 工作单位地址：患者当前所在的工作单位地址。

21. 单位电话：患者当前所在的工作单位的电话号码，包括国际、国内区号和分机号。

22. 工作单位邮编：患者当前所在的工作单位地址的邮政编码。

23. 联系人姓名：联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

24. 联系人与患者关系：联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准（GB/T4761-2008）二位数字代码填写。

25. 联系人地址：联系人当前常住地址或工作单位地址。

26. 联系人电话：联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号。

27. 医保类型：取值范围包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险）和其他医疗保险等。

28. 特殊人员类型：参与医疗救助资助的参保人员范围，分为：（1）特困人员、（2）城乡低保对象、（3）农村建档立卡贫困人口、（4）贫困重度残疾人、（9）其他。

29. 参保地：患者参加基本医疗保险并缴纳参保费的统筹地区。

30. 新生儿入院类型：与新生儿入院相关的影响因素，分为：（1）正常新生儿、（2）早产儿、（3）有疾病新生儿、（4）非无菌分娩、（9）其它。

31. 新生儿出生体重（g）：是指新生儿出生后第1小时内称得的重量，要求精确到10克，产妇和新生儿期住院的患儿病历

都应填写。

32. 新生儿入院体重 (g): 是指患儿入院时称得的重量, 要求精确到 10 克, 新生儿期住院的患儿应填写。

(二) 门诊慢特病诊疗信息数据指标。

门诊慢特病诊疗信息部分: 6 项数据指标, 主要反映门诊慢特病患者的实际诊疗过程。

1. 诊断科别: 患者就诊时所在的具体科室名称, 按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002) 标准填写。

2. 就诊日期: 患者在门(急)诊就诊时的公元纪年日期和时间的完整描述。

3. 诊断名称: 患者就诊时, 由门(急)诊接诊医师经诊治给出的门诊慢特病病种名称。

4. 诊断代码: 患者就诊时, 由门(急)诊接诊医师经诊治给出的门诊慢特病病种在《医疗保障门诊慢特病病种分类与代码》中对应的代码。

5. 手术及操作名称: 门诊慢特病患者就诊期间被实施的与此次就诊门诊慢特病相关的手术或操作名称。

6. 手术及操作代码: 门诊慢特病患者就诊期间被实施的与此次就诊门诊慢特病相关的手术或操作在《医疗保障手术操作分类与代码》中对应的代码。

(三) 住院诊疗信息数据指标。

住院诊疗信息部分: 57 项数据指标, 主要反映患者入院、诊

断、治疗、出院等全诊疗过程的信息。

1. 住院医疗类型：患者收治入院治疗的医疗服务类型，分为：1. 住院；2. 日间手术。

2. 入院途径：患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。

3. 治疗类别：对患者采用的医学治疗方法类别，分为：1. 西医；2. 中医（2.1 中医 2.2 民族医）；3. 中西医。

4. 入院时间：患者办理入院手续后实际入住病房的公元纪年日期和时间的完整描述。

5. 入院科别：患者入院时，入住的科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》（CT 08.00.002）标准填写。

6. 转科科别：患者住院期间转科的转入科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》（CT 08.00.002）标准填写。如果超过一次以上的转科，用“→”转接表示。

7. 出院时间：患者实际办理出院手续时（死亡患者是指其死亡时间）的公元纪年日期和时间的完整描述。

8. 出院科别：患者出院时的科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》（CT 08.00.002）标准填写。

9. 实际住院天数：患者实际的住院天数，入院日与出院日只计算1天。

10. 门（急）诊诊断：根据患者在住院前，由门（急）诊接

诊医师在住院证上填写的门（急）诊西医或中医诊断，进而填写在病案首页中的门（急）诊西医或中医诊断。

11. 出院诊断：患者出院时，临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归以及门（急）诊诊断、手术情况等综合分析得出的西医或中医最终诊断。

(1) 主要诊断：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况），详见说明一。

(2) 其他诊断：患者住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的疾病，详见说明二。

(3) 主病：患者在住院期间确诊的主要中医病名。

(4) 主症：患者所患主病的主要中医证候。

12. 入院病情：对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有病情，分为：（1）有、（2）临床未确定、（3）情况不明、（4）无。

(1) 有：对应本出院诊断在入院时就已明确。例如，患者因“乳腺癌”入院治疗，入院前已经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”，术后经病理亦诊断为乳腺癌。

(2) 临床未确定：对应本出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。例如：患者因“乳腺恶性肿瘤不排除”、“乳腺癌”或“乳腺肿物”入院治疗，因缺少病理结果，肿物性质未确定，出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

(3) 情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明，例如：乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期，因患者入院时处于窗口期或潜伏期，故入院时未能考虑此诊断或主观上未能明确此诊断。患者合并的慢性疾病，经入院后检查新发现的应选择“3”（情况不明），例如：高血压、高脂血症、胆囊结石等，不能选择“4”（无）。

(4) 无：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。例如：患者出现围手术期心肌梗死，住院期间发生的医院感染等。只有在住院期间新发生的情况，才能选择此项；住院期间新发现的慢性合并疾病，应选择“3”（情况不明）。

13. 诊断代码计数：包括主要诊断和其他诊断的代码总数。

14. 手术及操作：患者住院期间被实施的手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作），详见说明三。

(1) 主要手术及操作：患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出主要诊断的病症所施行的手术或操作。

(2) 其他手术及操作：患者在本次住院被实施的其他手术或操作。

15. 手术及操作日期：患者住院期间开始实施手术及操作时的公元纪年日期和时间的完整描述。

16. 麻醉方式*：为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法，按照《麻醉方法代码表》（CV 06.00.103）标准填写。

17. 术者医师姓名：为患者实施手术的主要执行人员在公安

户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

18. 术者医师代码：术者医师在《医保医师分类与代码》中的代码。

19. 麻醉医师姓名：对患者实施麻醉的医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

20. 麻醉医师代码：麻醉医师在《医保医师分类与代码》中的代码。

21. 手术及操作代码计数：包括主要手术和操作及其他手术和操作的代码总数。

22. 呼吸机使用时间：住院期间患者使用有创呼吸机时间的总和。间断使用有创呼吸机的患者按照时间总和填写。

23. 颅脑损伤患者昏迷时间：外伤所致的颅脑损伤患者昏迷的时间，按照入院前、入院后分别计算，间断昏迷患者，按照昏迷时间的总和填写。

24. 重症监护病房类型*：患者住院期间入住的重症监护病房的名称类别，可分为：（1）心脏重症监护病房（CCU）、（2）新生儿重症监护病房（NICU）、（3）急诊重症监护病房（ECU）、（4）外科重症监护病房（SICU）、（5）儿科重症监护病房（PICU）、（6）呼吸重症监护病房（RICU）、（9）其他。

25. 进重症监护室时间*：患者进入重症监护病房的具体日期和时间。

26. 出重症监护室时间*：患者退出重症监护病房的具体日

期和时间。

27. 合计（小时）*：患者住在重症监护病房的时长总和。

28. 输血品种：给予患者输入体内的各成分血的名称，参照《输血品种代码表》（CV 04.50.021）填写。

29. 输血量：给予患者输入体内的各成分血的数量。

30. 输血计量单位：给予患者输入体内的各成分血的计量单位。

31. 护理天数*：患者住院期间接受护理的天数，分为：特级护理天数、一级护理天数、二级护理天数、三级护理天数。

（1）特级护理天数：患者住院期间接受特级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为特级护理：

1) 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

2) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；

3) 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

（2）一级护理天数：患者住院期间接受一级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为一级护理：

1) 病情趋向稳定的重症患者；

2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；

3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

4) 自理能力重度依赖的患者。

（3）二级护理天数：患者住院期间接受二级护理的天数。符

合以下情况之一，可确定为二级护理：

1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

(4) 三级护理天数：患者住院期间接受三级护理的天数。病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

32. 离院方式：患者本次住院离开医院的方式，主要包括：

(1) 医嘱离院（代码 1）：患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院，回到住地进一步康复等情况。

(2) 医嘱转院（代码 2）：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称和对应的医保定点医疗机构代码。

(3) 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码为 3）：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的社区卫生服务机构明确，需要填写社区卫生服务机构/乡镇卫生院名称和对应的医保定点医疗机构代码。

(4) 非医嘱离院（代码 4）：患者未按照医嘱要求而自动离院，如：患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出

院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

(5) 死亡（代码 5）：患者在住院期间死亡。

(6) 其他（代码 9）：除上述 5 种出院去向之外的其他情况。

33. 是否有 31 天内再住院计划：患者本次住院出院后 31 天内是否有诊疗需要的再住院安排。若有再住院计划，则需填写目的。

34. 主诊医师名称*：对于某一参保患者直接负责并且实施具体医疗行为的最高级别医师。

35. 主诊医师代码*：主诊医师在《医保医师代码》中的代码。

（四）医疗付费信息数据指标。

医疗付费信息部分：95 项数据指标，主要反映定点医疗机构与患者结账时的实际医疗费用。医疗收费信息与“医疗住院收费票据”信息一致。

1. 业务流水号：医疗卫生机构收费系统自动生成的流水号码。

2. 票据代码：为定点医疗机构按照财政部门票据管理相关规定出具的医疗收费电子票据上的票据代码。

3. 票据号码：为定点医疗机构按照财政部门票据管理相关规定出具的医疗收费电子票据上的票据流水号。

4. 结算期间：定点医疗机构与患者当次结算费用的起止

时间。

5. 金额合计：定点医疗机构与患者当次结算费用的总和。其中，甲类、乙类、自费、其他按相关政策填写。

金额合计含床位费、诊察费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费、西药费、中药饮片费、中成药费、一般诊疗费、挂号费和其他费 14 类。填报口径按照《医疗服务项目分类与代码》映射归集填写（此填报口径另行下发）。

6. 医保统筹基金支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由基本医疗保险统筹基金支付的金额。

7. 其他支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大病保险、医疗救助、公务员医疗补助、大额补充、企业补充等基金或资金支付的金额。

8. 大病保险支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大病保险支付的金额。

9. 医疗救助支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由医疗救助基金支付的金额。

10. 公务员医疗补助：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由公务员医疗补助基金支付的金额。

11. 大额补充：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大额补充基金支付的金额。

12. 企业补充：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由企业补充基金支付的金额。

13. 个人自付：患者本次就医所发生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内自付部分的金额，以及开展按病种、病组、床日等打包付费方式且由患者定额付费的费用。

14. 个人自费：患者本次就医所发生的医疗费用中按照有关规定不属于基本医疗保险目录范围而全部由个人支付的费用。

15. 个人账户支付：按政策规定用个人账户支付参保人的医疗费用（含基本医疗保险目录范围内和目录范围外的费用）。

16. 个人现金支付：个人通过现金、银行卡、微信、支付宝等渠道支付的金额。

17. 医保支付方式：医保经办机构与定点医疗机构根据不同医疗服务的性质和特征，将医疗服务划分为不同的付费单元并确定付费标准的措施，分为：1. 按项目付费、2. 按单病种付费、3. 按病种分值付费、4. 按疾病诊断相关分组（DRG）付费、5. 按床日付费、6. 按人头付费……，如“7. 按定额”。

说明一：主要诊断选择要求

主要诊断选择要求：

1. 主要诊断定义：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况）。

2. 主要诊断一般应该是：

(1) 消耗医疗资源最多。

(2) 对患者健康危害最大。

(3) 影响住院时间最长。

3. 除下列规则中特殊约定的要求外，原则上“入院病情”为“4”的诊断不应作为主要诊断。

4. 一般情况下，有手术治疗的患者的主要诊断要与主要手术治疗的疾病相一致。

5. 急诊手术术后出现的并发症，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

6. 择期手术后出现的并发症，应作为其他诊断填写，而不应作为主要诊断。

7. 择期手术前出现的并发症，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

8. 当住院是为了治疗手术和其它治疗的并发症时，该并发症作为主要诊断。当该并发症被编在 T80 - T88 系列时，由于编码在描述并发症方面缺少必要的特性，需要另编码对该并发症进行说明。

9. 当诊断不清时，主要诊断可以是疾病、损伤、中毒、体征、症状、异常发现，或者其它影响健康状态的因素。

10. 当症状、体征和不确定情况有相关的明确诊断时，该诊断应作为主要诊断。而 ICD-10 第十八章中的症状、体征和不确定情况则不能作为主要诊断。

11. 当有明确的临床症状和相关的疑似诊断时，优先选择明确的临床症状做主要诊断。疑似的诊断作为其他诊断。

12. 如果以某个疑似的诊断住院，出院时诊断仍为“疑似”的不确定诊断，选择该疑似诊断作为主要诊断，编码时应按照确定的诊断进行编码。

13. 极少情况下，会有 2 个或 2 个以上疑似诊断的情况，如：“…不除外、或…”（或类似名称），如果诊断都可能存在，且无法确定哪个是更主要的情况下，选其中任一疑似诊断作为主要诊断，将其它疑似诊断作为其他诊断。

14. 如果确定有 2 个或 2 个以上诊断同样符合主要诊断标准，在编码指南无法提供参考的情况下，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

15. 由于各种原因导致原诊疗计划未执行时：

(1) 未做其它诊疗情况下出院的，仍选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响患者原计划未执行的原因写入其他诊断。

(2) 当针对某种导致原诊疗计划未执行的疾病（或情况）做了相应的诊疗时，选择该疾病（或情况）作为主要诊断，拟诊疗

的疾病为作为其他诊断。

16. 从急诊留观室留观后入院的，当患者因为某个疾病（或情况）被急诊留观，且随后因为同一疾病（或情况）在同一家医院住院，选择导致急诊留观的疾病（或情况）为主要诊断。

17. 当患者在门诊手术室接受手术，并且继而入住同一家医院变为住院病人时，要遵从下列原则选择主要诊断：

(1) 如果因并发症入院，选择该并发症为主要诊断。

(2) 如果住院的原因是与门诊手术无关的另外原因，选择这个另外原因为主要诊断。

18. 多部位烧伤，以烧伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。同等烧伤程度的情况下，选择烧伤面积最大部位的诊断为主要诊断。

19. 多部位损伤，选择明确的最严重损伤和/或主要治疗的疾病诊断为主要诊断。

20. 中毒的患者，选择中毒诊断为主要诊断，临床表现为其他诊断。如果有药物滥用或药物依赖的诊断，应写入其他诊断。

21. 产科的主要诊断是指产科的主要并发症或合并疾病。没有任何并发症或合并疾病分娩的情况下，选择 O80 或 O84 为主要诊断。

22. 当患者住院的目的是为了进行康复，选择患者需要康复治疗的问题作为主要诊断；如果患者入院进行康复治疗的原发疾病已经不存在了，选择相应的后续治疗作为主要诊断。

23. 肿瘤：

(1) 当住院治疗是针对恶性肿瘤时，恶性肿瘤才有可能成为主要诊断。

(2) 当对恶性肿瘤进行外科手术切除（包括原发部位或继发部位），即使做了术前和/或术后放疗或化疗时，选择恶性肿瘤为主要诊断。

(3) 即使患者做了放疗或化疗，但是住院的目的是为了明确肿瘤诊断（如恶性程度、肿瘤范围），或是为了确诊肿瘤进行某些操作（如：穿刺活检等），主要诊断仍选择原发（或继发）部位的恶性肿瘤。

(4) 如果患者本次专门为恶性肿瘤进行化疗、放疗、免疫治疗而住院时，选择恶性肿瘤化疗（编码 Z51.1）、放疗（编码 Z51.0）或免疫治疗（编码 Z51.8）为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断。如果患者在一次住院中接受了不止一项的上述治疗，则可以使用超过一个的编码，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

(5) 当治疗是针对继发部位的恶性肿瘤时，以继发部位的恶性肿瘤为主要诊断。如果原发肿瘤依然存在，原发肿瘤作为其他诊断。如果原发恶性肿瘤在先前已被切除或根除，恶性肿瘤个人史作为其他诊断，用来指明恶性肿瘤的原发部位。

(6) 当只是针对恶性肿瘤和/或为治疗恶性肿瘤所造成的并发症进行治疗时，选择该并发症作为主要诊断，恶性肿瘤作为其

他诊断首选。如果同时有多个恶性肿瘤，按照肿瘤恶性程度的高低顺序书写。

A 恶性肿瘤引起的贫血，如果患者为治疗恶性肿瘤相关的贫血而入院，且仅对贫血进行了治疗，应选肿瘤疾病引起的贫血作为主要诊断（D63.0 * 肿瘤引起的贫血），恶性肿瘤作为其他诊断。

B 化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血，当患者为了治疗因化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血而住院时，且仅对贫血进行了治疗，选择贫血作为主要诊断，相关的肿瘤诊断作为其他诊断。

C 当患者为了接受化疗、放疗和免疫治疗而入院，治疗中产生了并发症，如：难以控制的恶心、呕吐或脱水，仍选择化疗、放疗和免疫治疗为主要诊断，并发症作为其他诊断。

D 当患者因为恶性肿瘤引起的并发症住院治疗时（如脱水），且仅对该并发症（如脱水）进行了治疗（静脉补液），选择该并发症（如脱水）作为主要诊断，相关的肿瘤诊断作为其他诊断。

(7) 未特指部位的广泛转移恶性肿瘤

未特指部位的广泛转移恶性肿瘤使用编码 C80，该诊断只有在患者有了转移病灶且不知道原发和继发部位时使用。当有已知继发部位肿瘤的诊断时，应分别逐一诊断。

(8) 妊娠期间的恶性肿瘤

当妊娠者患有恶性肿瘤，选择妊娠、分娩及产褥期并发恶性肿瘤（099.8）作为主要诊断，ICD-10 第二章中的适当编码作

为其他诊断，用来明确肿瘤的类型。

(9) 肿瘤患者住院死亡时，应根据上述要求，视本次住院的具体情况正确选择主要诊断。

说明二：其他诊断填报要求

1. 其他诊断定义：住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的情况。包括并发症和合并症。

(1) 并发症：指与主要诊断存在因果关系，主要诊断直接引起的病症。

(2) 合并症：指与主要诊断和并发症非直接相关的另外一种疾病。但对本次医疗过程有一定影响。（不包括对当前住院没有影响的早期住院的诊断）

2. 其他诊断填写要求。

(1) 其他诊断仅包括那些影响患者本次住院医疗过程的附加病症，这些附加病症包括：需要进行临床评估；或治疗；或诊断性操作；或延长住院时间；或增加护理和/或监测。

(2) 患者既往发生的病症及治疗情况，对本次住院主要诊断和并发症的诊断、治疗及预后有影响的，应视为合并症填写在其他诊断。

(3) 如果既往史或家族史对本次治疗有影响时，ICD-10 中 Z80-Z87 对应的病史应填写在其他诊断。

(4) 除非有明确临床意义，异常所见（实验室、X-RAY、病理或其他诊断结果）无需编码上报；如果针对该临床异常所见又做其它检查评估或常规处理，该异常所见应作为其他诊断编码上报。

(5) 如果出院时某其他诊断仍为“疑似”的不确定诊断，应

按照确定的诊断编码。

(6) 按照要求将本次住院的全部诊断（包括疾病、症状、体征等）填全。

说明三：手术和操作填报要求

1. 主要手术和操作是指患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出主要诊断的病症所施行的手术或操作。一般是风险最大、难度最高、花费最多的手术和操作。

2. 填写手术和操作时，优先填写主要手术或操作。

3. 填写一般手术和操作时，如果既有手术又有操作，按手术优先原则。

4. 仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

5. 手术和操作填报范围

(1) ICD-9 中有正式名称的全部手术要求编码填报。

(2) 除“A. 无需填报和编码的原则”及“B. 无需填报和编码的操作”要求以外的操作均应进行编码填报。

A. 无需填报和编码的原则：

在一次住院期间，大多数患者都需执行的常规操作，最主要的是因为对于这些操作的医疗资源消耗可以通过诊断或其它相关操作反映出来，也就是说对于某个特定的诊断或操作它是诊疗规范标准中的必然之选。如：对于 Colles 氏骨折必然会使用 X-线和石膏固定；脓毒血症诊断必然会静脉输抗生素。

B. 无需填报和编码的操作包括：

1) 石膏的固定、置换、去除

- 2) 经留置导管的膀胱灌注、膀胱造口冲洗
- 3) 插管
 - a) 除心导管、外科插管、新生儿插管以外的动脉或静脉插管，如：PICC、CVC、S-W 插管
 - b) 除耻骨上造瘘的插管的泌尿系统插管
- 4) Doppler 检查
- 5) 一般其它药物治疗，无需编码（①对于日间病例该药物是主要治疗，②化疗、新生儿特殊的药物干预，除外）
- 6) ECG, Holter 检查
- 7) 伴心脏手术时，经皮或经静脉置入的临时电极（术中使用临时心脏起搏器），包括对其进行调整，重新定位，去除电极等操作
- 8) 肌电图、尿道括约肌肌电图、眼肌电图
- 9) 影像：一般 X 线平片检查、核磁、CT、B 超检查（经食道超声心动 TOE 除外）
- 10) 监测：包括心脏、血管压力监测 < 24 小时（如：24 小时血压监测、中心静脉压监测、肺动脉压监测、肺动脉嵌入压监测）
- 11) 鼻 - 胃管插管的减压和鼻饲（新生儿除外）
- 12) 操作中的某些组成部分
- 13) 应激试验，如：钽应激试验伴经食管心室起搏、钽应激试验不伴经食管心室起搏

14) 骨牵引、皮牵引

注：

- 1) ICD-9 中的标准优先；
- 2) 如果需要全身麻醉而进行的操作，上述编码要编；
- 3) 对于日间医疗的患者，上述如果是主要住院原因要编。

附件 2

医疗保障基金结算清单

定点医疗机构名称 _____ 定点医疗机构代码 _____ 清单流水号 _____
 医保编号 _____ 病案号 _____ 医保结算等级 _____
 申报时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日

一、基本信息					
姓名 _____	性别 <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年龄 _____ 岁	国籍 _____	
(年龄不足 1 周岁) 年龄 _____ 天		民族 _____	患者证件类型 _____	患者证件号码 _____	
职业 _____	现住址 _____ 省 (区、市) _____ 市 _____ 县 _____				
工作单位名称 _____	工作单位地址 _____	单位电话 _____	邮编 _____		
联系人姓名 _____	关系 _____	地址 _____ 省 (区、市) _____ 市 _____ 县 _____	电话 _____		
医保类型 _____	特殊人员类型 _____	参保地 _____			
新生儿入院类型 _____	新生儿出生体重 _____ 克	新生儿入院体重 _____ 克			
二、门诊慢特病诊疗信息					
诊断科别 _____	就诊日期 _____				
诊断名称	诊断代码	手术及操作名称	手术及操作代码		
三、住院诊疗信息					
住院医疗类型 <input type="checkbox"/> 1.住院 <input type="checkbox"/> 2.日间手术					
入院途径 <input type="checkbox"/> 1.急诊 <input type="checkbox"/> 2.门诊 <input type="checkbox"/> 3.其他医疗机构转入 <input type="checkbox"/> 9.其他					
治疗类别 <input type="checkbox"/> 1.西医 <input type="checkbox"/> 2.中医 (2.1 中医 <input type="checkbox"/> 2.2 民族医 <input type="checkbox"/> 3.中西医					
入院时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时	入院科别 _____	转科科别 _____			
出院时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时	出院科别 _____	实际住院 _____ 天			
门 (急) 诊诊断 (西医诊断) _____	疾病代码 _____				
门 (急) 诊诊断 (中医诊断) _____	疾病代码 _____				
出院西医诊断	疾病代码	入院病情	出院中医诊断	疾病代码	入院病情
主要诊断:			主病:		
其他诊断:			主证:		
诊断代码计数 _____					

手术及操作名称	手术及操作代码	手术及操作日期	麻醉方式*	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码
主要:							
其他:							
手术及操作代码计数_____							
呼吸机使用时间_____天_____小时_____分钟							
颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前_____天_____小时_____分钟 入院后_____天_____小时_____分钟							
重症监护病房类型* (CCU、NICU、EICU、SICU、PICU、 RICU、其他)	进重症监护室时间* (_年_月_日_时_分)		出重症监护室时间* (_年_月_日_时_分)		合计(小时)*		
输血品种_____ 输血量_____ 输血计量单位_____							
特级护理天数*____ 一级护理天数*____ 二级护理天数*____ 三级护理天数*____							
离院方式 <input type="checkbox"/> 1.医嘱离院 <input type="checkbox"/> 2.医嘱转院, 拟接收机构名称_____ 拟接收机构代码_____							
3.转社区、转卫生院机构, 拟接收机构名称_____ 拟接收机构代码_____ 4.非医嘱离院 5.死亡 9.其他							
是否有出院 31 天内再住院计划 <input type="checkbox"/> 1.无 <input type="checkbox"/> 2.有, 目的_____							
主诊医师姓名*_____				主诊医师代码*_____			
四、医疗收费信息							
业务流水号: _____		结算期间: _____年____月____日—_____年____月____日					
票据代码: _____							
票据号码: _____							
项目名称	金额	甲类	乙类	自费	其他		
床位费							
诊察费							
检查费							
化验费							
治疗费							
手术费							
护理费							
卫生材料费							
西药费							

中药饮片费						
中成药费						
一般诊疗费						
挂号费						
其他费						
金额合计						
基金支付	基金支付类型	金额		个人支付		
	医保统筹基金支付				个人自付	
	其他支付:				个人自费	
	大病保险				个人账户支付	
	医疗救助				个人现金支付	
	公务员医疗补助					
	大额补充					
	企业补充					
					
.....						
医保支付方式 <input type="checkbox"/> 1.按项目 2.单病种 3.按病种分值 4.疾病诊断相关分组 (DRG) 5.按床日 6.按人头.....						

医疗机构填报部门_____

医保机构_____

医疗机构填报人_____

医保机构经办人_____

(注：“*”代表选填数据项)

抄送：国家医疗保障局

辽宁省医疗保障局办公室

2020年7月29日印发
