

· 疾病与手术分类 ·

115例交搭跨越性食管恶性肿瘤 ICD-10 编码分析

邓添薪^① 张帆^① 满丽芳^① 朱芳芳^① 王君璇^① 廖宁^{①*}

摘要 目的 提高编码人员对交搭跨越性食管恶性肿瘤 ICD-10 编码的准确性及编码速度。方法 在某大型三甲医院的病案首页信息系统中,检索 2014 年 1 月 1 日-2015 年 12 月 31 日出院中主要诊断 ICD-10 编码为 C15.8/C16.0/C26.8/C76.8 的病案。通过对病案的阅读,根据《疾病和有关健康问题的国际统计分类》中的分类要求,对检索出来的 115 份病案的主要诊断编码进行分析。结果 115 份病案中,23 份首页的主要诊断编码是正确的,所占比例仅为 20%,其中 C15.8 中错误例数最多,为 75 例,C16.0 中错误例数为 15 例,两例 C26.8 的病例均错误。结论 要提高此类编码的质量与效率,最重要的是编码人员要明确“交搭跨越”的含义,其次要明确食管的分段并仔细阅读病案,明确病变部位,与此同时,加强与临床医师的沟通及设立学科编码员亦是有效途径。

关键词 交搭跨越;食管;恶性肿瘤;ICD-10;编码

ICD-10 Coding Analysis on the 115 Cases of Overlapping Therioma of Oesophagus Malignant Tumors Deng tianxin, Zhang Fan, Man Lifang, Zhu Fangfang, Wang Junxuan, Liao Ling*

Abstract Objective To improve the accuracy and speed of overlapping therioma of oesophagus malignant tumors in the coding. **Methods** From a information system in the front pages of medical record to retrieve from January 1st 2014 to December 31st 2015, the primary diagnosis encoding with C15.8/C16.0/C26.8/C76.8 of the medical records. And then analyzed the primary diagnosis code of 115 medical records through reading of medical records, according to requirements of ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. **Results** In 115 copies of medical records, medical records of correctness in the code of a total of 23 samples, the accuracy rate was 20%. In which C15.8 had the most error cases of 75, C16.0 had the least error cases of 15 and the two cases of C26.8 both wrong. **Conclusions** To improve the quality of such codes, the most important was the coding staff to clear the meaning of “overlapping”. Secondly we should definite the lesion by clearing the esophagus segments, read the medical record carefully and explicit the lesion site. At the same time, to strengthen the communication with clinicians and set up subject coder were also the effective ways.

Key words Overlapping; Oesophagus; Malignant tumor; ICD-10; Coding

First-author's address Department of Medical record information of The Fist Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530022, China

Corresponding author Liao Ning

食管恶性肿瘤是上消化道常见的恶性肿瘤,且不谈其他类型的食管恶性肿瘤,单就食管癌而言,就位列全球第九大恶性疾病,我国则是世界上食管癌的高发地区之一^[1]。交搭跨越则是食管恶性肿瘤中的一种特殊类型,其表示恶性肿瘤涉及的是包括两个或两个以上的或相邻、或不相邻(即跨越)的部位,此类编码容易使编码人员尤其是初学者在工作中感到困惑,因此,需要正确理解与编码此类恶性肿瘤,为提供准确的食管交搭跨越性恶性肿瘤的病案信息打好基础。

1 资料与方法

1.1 资料来源 从某三级甲等综合医院病案首页信息系统中检索 2014 年 1 月 1 日-2015 年 12 月 31 日主要诊断为交搭跨越性食管恶性肿瘤的病例,检索编码为 C15.8/C16.0/C26.8/C76.8,共得到 159 份病案,经过筛选,去除不相关病例 44 份,最后

得出 115 份。其中,主要编码为 C15.8 的病案 81 份、C16.0 的病案 31 份、C26.8 的病案 2 份、C76.8 的病案 1 份。

1.2 方法 查阅相关文献资料,并向消化内科、胸外科的医师咨询医学知识,再次研读与分析《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(第二版)中“交搭跨越”中 C15、C16.0、C26.8、C76.8 类目及亚目的名称、注释等相关内容,结合理论对所检索到的病案进行回顾性阅读分析并得出准确编码。病案阅读的重点为首页、入院记录、手术记录、病程记录、病理报告、胃镜检查及 CT 报告。

2 结果

115 份病案中,ICD-10 主要诊断编码错误例数高达 92 例,其中 C15.8 中错误例数最多,占 75 例,C16.0 中错误例数为 15 例,两例 C26.8 的病例均错误,详见表 1。

3 讨论

3.1 交搭跨越的含义 正确理解交搭跨越的含义,是准确编码的必备前提条件。鲁杨等在“ICD-10 中几处难点的解析”一文中明确指出,交搭跨越指

基金项目:广西医药卫生自筹经费计划课题(Z2016727)

①广西医科大学第一附属医院病案信息科,南宁市,530022

*通信作者

的是一种情况，即肿瘤发生在两个或两个以上相邻的部位^[2]。然而，从实际工作中遇到的情况以及从ICD-10中涉及此类的.8的亚目名称含义的理解，交搭跨越性的恶性肿瘤涉及的部位可以是不相邻的，例如：食管癌和结肠癌，原发部位不明，这两个部位是不相邻的，但它们同样归入C26.8(消化系统交搭跨越的损害)，这不利于编码人员的理解。

分析对《疾病和有关健康问题的国际统计分类》中C15.8的英文类目名称中的“overlapping”，将其拆开来解释，更容易让人理解^[3]。从字面上的意思看，overlapping是一个合成词，over意为越过，lapping是lap的现在分词形式，代表重叠的意思。结合ICD-10中交搭跨越的含义，可以这样理

解：交搭指的是两个或两个以上相邻部位的、原发部位不明确的恶性肿瘤，如食管的颈胸段恶性肿瘤，这种类型的恶性肿瘤，往往是在同一类目下的，因此，其编码一般选择某一类目的.8中。而跨越，则指两个或两个以上不相邻部位的、原发部位不明确的恶性肿瘤，其可为同一器官或同一系统甚至不同系统的跨越，如食管的颈段、腹段恶性肿瘤，其属于同一器官的交搭跨越性恶性肿瘤；又如胃癌和结肠癌，部位不相邻，但归属于同一系统，归入C26.8；再如下咽癌与食管癌，其归属不同的系统，则归入C76.8；而对于食管胃交界处恶性肿瘤，ICD-10中专门设有亚目C16.0从其使用，因此，对于食管贲门的恶性肿瘤则归入这里。

表1 115份食管交搭跨越性恶性肿瘤病案主要诊断ICD-10编码情况

编码	总例数	错误例数	所占比例%	修正编码	主要原因
C15.8	81	75	92.59	63例为C15.1;3例为C16.0(食管胃连接处癌); 3例为Z51.-;2例为C15.4;C15.9、C15.2、肺 脓肿、C15.5各占1例	对食管分段不了解
C16.0	31	15	48.39	6例为C15.1;4例为C16.0(贲门癌);C15.2、 C16.1、C16.8、C26.8、Z51.1各占1例	未认真阅读病理结果
C26.8	2	2	100	1例为C15.1;1例为C16.3	未认真阅读病理结果
C76.8	1	0	0		
总计	115	92	80		

此外，要注意区分交搭跨越与复合癌的区别。虽然两者均涉及两个或两个以上的部位的恶性肿瘤，但前者是原发部位不明确，后者则是均为独立的原发性恶性肿瘤；从病理结果来说，前者的结果应该是一致的，而后者则可以不一样。换句话说，交搭跨越性恶性肿瘤是指两个或两个以上相邻或是不相邻的、原发部位不明确的、形态学编码一致的恶性肿瘤。

3.2 食管的分段及与之相对应的编码 食管为一管状肌性器官，成年人的总长度约为25-30厘米，

食管恶性肿瘤的病变部位与长度，是影响手术径路和手术方法的重要因素，因此，必须有食管分段法^[4]。而ICD-10分类法中，食管恶性肿瘤的亚目亦是根据食管的分段来设置的。由此可见，理解食管的分段亦是编码准确性与效率得以保证的必备前提条件。食管的分段方法有两种，一是按解剖学角度分，可将食管分为颈、胸、腹三段，胸外科为叙述方便又将胸段分为胸上段、胸中段及胸下段^[5]；二是内镜检查时通常将其分为上、中、下三段^[6]，其具体范围及相对应的编码详见表2与表3。

表2 食管解剖分段法

部位	起始部	与门齿距离	止点	ICD-10编码
颈段	接咽部(即第6颈椎水平、环状软骨下缘)	15-20CM	胸廓入口(即胸骨上切迹、胸椎T1-2水平)	C15.0
胸段	胸廓入口	20-40CM	食管裂孔(胸椎T10水平)	C15.1
腹段	食管裂孔	40-43CM	贲门	C15.2

表3 食管内镜下分段法

内镜下标志	长度	ICD-10编码	部位
距上门齿15~25cm	10	C15.3	食管上1/3
距上门齿25~32cm	8	C15.4	食管中1/3
距上门齿32~40cm	9	C15.5	食管下1/3

目前，按解剖学角度的分类方法仍是胸外科临床医师常用的分段方法，与之对应的编码为C15.0-C15.2；内科医师更为关注的则是食管的病变部位与门齿的距离，与之对应的编码为C15.3-C15.5。当食管恶性肿瘤同时涉C15.0-C15.2或C15.3-C15.5中两个或三个亚目时，方可归入C15.8中，两种分类方法不能同时使用。

从检查的结果来看，81例亚目C15.8中的错误例数最多，其最主要的原因，是编码人员对食管的分段不甚了解，尤其是解剖分段法，编码人员不知道胸段还分为胸上、中、下三段，当临床描述为胸上中段食管恶性肿瘤时，则将它等同于食管上中段恶性肿瘤，从而归入C15.8中。部分外科医师在书写病历时，存在诊断名称书写不规范的情况，如将“胸上中段食管癌”写成“中上段食管癌”，这也不利于编码人员对病变部位的理解，从而导致编码错误。

3.3 仔细阅读手术记录及胃镜检查记录 阅读病案，是做好编码的前提，对于已行手术治疗的病案，手术记录中往往对病变的部位进行了准确的描述，如胸中段、下段与胸上段、胸下段等，因此，要确

定食管恶性肿瘤的部位，必须要仔细阅读手术记录。对于内科未行手术治疗的病人，大部分的病人都会行胃镜检查，这时，需要认真阅读胃镜检查记录，明确病变部位与门齿的距离，根据临床医师的诊断，确定其所属具体部位，从而选择正确的ICD-10编码。

3.4 认真阅读病理结果 对于判断恶性肿瘤的原发部位，相对于肉眼的判断而言，病理检查有着更为明显的优势，因此编码人员除了要阅读手术记录外，一定要阅读病理报告，若是病理报告发出时间较编码时间晚，编码人员应等待最后病理结果的确定、弄清楚肿瘤的来源，再给予编码。从C16.0与C26.8亚目的编码错误病案来看，主要的原因就是编码人员未认真阅读病理结果，未能明确肿瘤的原发部位。如果病理结果显示，食管鳞状细胞癌，浸润贲门，这就说明原发部位为食管，则归入食管癌，而非食管胃交界处癌。

3.5 积极与临床医师有效沟通 通过阅读与分析可以发现，部份病案的书写不够规范，主要表现在：手术部位描述不规范，如食管胸中上段写为食管中上段；病案内容前后不一致，如病案首页中主要诊断为食管中段恶性肿瘤，但手术记录中的部位却描述为食管中上段，更有甚者，病案首页的主要诊断、病程记录及手术记录对部位的描述，均不相同。因此，编码员需要积极与临床医师沟通，告知临床医师，对于患者的病变部位，一定要准确描述，而且前后要一致，以帮助临床医师规范病历书写、提高编码人员编码的质量与效率。此外，对于存在疑问的病案，如病理描述与临床医师诊断不相符、病变部位不能确定等病案，编码人员要积极争取临床医师的帮助，协助确定ICD-10编码。

编码人员要了解与确定临床医师的分段习惯，通过与该院相关科室的临床医师沟通发现外科医师喜欢使用解剖分段法，而内科医师则喜欢使用内镜下的分段方法，因此，要根据临床医师的使用习惯与提取信息的要求来进行编码，提高病案信息利用率及满意度。

3.6 设立学科编码员 学科编码员是指以某一个(或几个)学科的ICD编码及病案信息服务为侧重点，负责病案管理部门与该学科之间的涉及ICD编码相关工作联系的编码人员。学科编码员要长期负责某一个(或几个)学科的ICD编码工作，通过长期反复、多次的实践，熟悉相应学科的疾病种类，并深入学习与理解相应学科的医学知识及国际疾病分类知识，力求编码的准、全、快，把小范围的编码工作做好。此外，学科编码员要将学习的成果积累、记录，并做好科内的知识传播、培训工作，提升所负责学科ICD编码的统一性及准确性，为日后病案信息的利用做好充分的准备。

参考文献

- [1] 陈孝平, 汪建平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:290.
- [2] 鲁杨, 刘玮, 高妍, 等. ICD-10 中几处难点的解析[J]. 中国病案, 2007, 8(12):33-34.
- [3] 董景五. 疾病和有关健康问题的国际统计分类:第十次修订本, 第一卷[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 150.
- [4] 郑树森. 外科学[M]. 北京:高等教育出版社, 2011:349.
- [5] 林擎天, 黄建平. 消化外科临床解剖与常用手术技巧[M]. 上海:上海交通大学出版社, 2013:4-5.
- [6] 吕新生. 实用临床普通外科学(上)[M]. 长沙:中南大学出版社, 2006:335.

(2016-11-04 收稿)

脑膜瘤形态学编码分析

赵杰^① 李想^{②*} 梁健^① 肖晓兰^① 古菊珍^① 李新美^①

摘要 目的 脑膜瘤病理类型分级分型较多，造成脑膜瘤编码困难，参照脑膜瘤分类标准、ICD-O-3原则，分析脑膜瘤编码特点，以提高编码的准确率。**方法** 利用医院病案查询系统检索出某院2014年1月至2016年6月疾病诊断为脑膜瘤病案103例，以ICD-O-3分类规则，分析某院近2年多“脑膜瘤”的形态学编码情况，对存在的问题进行汇总分析。**结果** 编码错误共17例，错误率16.50%，其中因编码员对脑膜瘤病理分型不熟悉，错误分类于M8000/0良性肿瘤NOS或M9530/0脑(脊)膜瘤NOS有16例，占15.53%；错编有1例，占0.97%。**结论** 编码人员对脑膜瘤分级分型不熟悉，缺乏质控环节，编码库滞后于临床发展等原因均易造成编码错误，所以编码人员必须仔细阅读病历、病理报告，主动与临床、病理医师沟通，更新相关知识结构，不断提高脑膜瘤编码的准确性。

关键词 脑膜瘤；形态学编码；ICD-O-3

Morphological Coding Analysis of Meningiomas Zhao Jie, Li Xiang*, Liang Jian, Xiao Xiaolan, Gu Juzhen, Li Xinmei

Abstract Objectives There were many kinds of pathological types of meningiomas which caused coding difficulties. With reference to the pathological typing of meningiomas and ICD-O-3 classification principle, to

①广西医科大学附属肿瘤医院病案室，南宁市，530021

②广西医科大学信息管理学院，南宁市，530021

*通信作者