·医师论坛·

胸椎结核行胸椎融合术 ICD-CM-3 编码探讨

李宇川

广西壮族自治区胸科医院　广西柳州　545000

〔摘　要〕**目的**　探讨胸椎结核行胸椎融合术准确的 ICD-CM-3 编码。**方法**　通过学习胸椎融合术编码原则，分析 1 个胸椎融合术实例，利用 ICD-CM-3（2011 年版）分类原则进行编码。**结果**　胸椎融合术需要分类于多个编码，包括主要编码、另编码、省略编码，其主要编码分类轴心为手术入路和解剖部位，另编码则根据手术情况略有不同。通过分析实例，确定胸椎融合术手术入路、切除部位、术中固定方法、Cage 融合部位、骨移植方式、融合的椎骨数量才能准确分类编码。**结论**　编码员不仅需要掌握编码知识，还要熟悉相关解剖学知识和仔细阅读病案，才能做到准确编码。

〔关键词〕胸椎结核；胸椎融合术；ICD-CM-3（2011 年版）

〔中图分类号〕R197　　〔文献标识码〕A　　〔文章编号〕2095-7165（2023）07-160-02

脊柱结核是最常见的肺外结核病，是骨关节结核中重要的临床类型。王晓宁[1]等调查研究显示，脊柱结核占全身骨关节结核的 50%，其中以胸腰椎结核最为常见。结核杆菌在局部脊柱感染引起椎体病变，临床表现为骨质干酪样坏死、脓肿形成。对于造成严重脊柱疼痛、脊柱活动受限、局部畸形、窦道及脊髓压迫等并发症的患者，脊柱融合术是目前治疗较重要的措施之一[2]。胸腰椎融合术分类于 ICD-9-CM-3(2011 版）第十五章节 81.0 脊柱融合术亚目下，因为其亚目下含有“包括”、“不包括”以及“另编码”提示，且为双轴心分类[3]。胸椎融合术手术风险较高，术式繁多，方案较为多样化，也为准确编码带来相应难度，现结合实例对胸椎融合术 ICD-9-CM-3（2011 年版）编码进行分析和探讨。

1　胸椎融合术的编码及查找方法

1.1 胸椎融合术的主要编码

正确主导词为“融合术”，分类轴心为手术入路，分类编码于 81.04，81.05。81.04 是指前入路法胸或胸腰椎的融合，包括前路、前外侧入路、外腔法；81.05 是指后入路法胸或胸腰椎的融合。

1.2 胸椎融合术另编码

胸椎结核行胸椎融合术都会涉及两个或多个椎骨进行骨性连接，所以融合椎骨的数量（81.62-81.64）是必须编码的；脊柱融合还会放置自体骨或人工骨进行融合，若切除的自体骨是髂骨或肋骨等其他解剖部位的进行植骨则编码于任何（局部）采集骨的切除用于移植（77.70-77.79）；若切除的自体骨是病损部位的椎骨，选用好的椎骨进行植骨，则省略编码；若选用人工骨进行植骨融合则编码于任何重组骨形态形成蛋白的置入（84.52）。

若胸椎融合术涉及椎体融合装置的置入则需依据具体材料编码于 84.51。近年来椎间融合器的研究及临床应用发展迅速，种类繁多。现有椎间融合器材料类型[4]包括钛合金、碳纤维、聚醚醚酮（PEEK）、可吸收的生物材料等，医生会根据患者脊柱病变情况、经济状况制定个性化方案。

1.3 其他编码

胸椎结核的患者中行胸椎融合术过程中切除或清理坏死骨质是必不可少的一个先行步骤，该步骤编码为胸椎病损切除术 77.69。

椎弓根钉内固定 78.59 是脊柱融合术经常使用的固定方式，对于脊柱失稳和脊柱骨折可以起到复位，维持脊柱稳定性；对于脊柱侧弯畸形或后凸畸形可以起到矫形作用；对于脊柱退行性病变、脊柱结核病人可以维持脊柱稳定性，促进植骨融合。如椎弓根内固定用于融合器的固定可省略编码。

椎管减压术（03.09 或 80.51）在脊柱融合过程中有两种类型：一种是单纯的椎板切开或椎板切除解压（03.09），另一种是椎板切开或切除伴椎间盘的切除（80.51），为准确编码应仔细阅读病案，根据具体手术情况分类编码。

脊柱融合手术通常涉及输血，临床上常用的是自体血回输（99.00）或成分血输血（99.04-99.07）。

2　案例讨论

2.1 案例 1

患者咳嗽咳痰 1 年余，近 2 月出现腰背痛，症状反复，无明显诱因下出现右侧肢体偏瘫，伴乏力，大小便失禁。入院查 MR 影像学意见：胸 8 ～胸 10 椎体结核伴椎旁脓肿形成。CT 影像学意见 :1、两肺Ⅱ型肺结核（急性）。术前诊断：胸 8/9/10 椎体结核并椎旁脓肿形成并不全截瘫，血行播散性肺结核（急性）。手术经过：患者左侧卧位，以右胸后外切口，以第 8 肋床为切口，部分切断第 8 肋后肋，植骨备用，进入胸腔，显露胸椎 8、9、10 结核病灶，主要破坏第 9、10 清理椎旁脓肿及第 9、10 胸椎较多的干酪样坏死物及死骨予清除、清除坏死椎间盘，考虑缺损较大，约 4.0cm，脊柱稳定性差，需要行植骨融合及胸椎螺钉内固定，取肋骨及人工骨一包混合植入测量好长度的钛笼行植骨融合，以及钢板内固定术。编码：主要编码为前入路法胸或胸腰椎的融合 81.04，胸椎病损切除术 77.69；另编码：肋骨切除用作移植物 77.71，融合椎骨的数量 81.62，椎体融合器的置入 84.51，重组骨形态蛋白的置入 84.52；其他编码：椎板切开或切除伴椎间盘的切除（80.51），钢板内固定用于融合器的固定可省略编码。分析：从右胸后外入路（第 8 肋床），病损部位是第 9、第 10 胸椎，切除坏死物和椎间盘进行减压，所以主要编码为 81.04，其他编码为 80.51。手术过程切除了自体骨肋骨，并且将肋骨和人工骨混合填塞进钛合金脊柱融合器中，将融合器放置于第 9、第 10 胸椎，因此还需以上另编码。

根据上述案例，胸椎结核行胸椎融合术一般涉及的主要编码为胸椎融合术的编码、胸椎病损切除术的编码、椎管减

（下转第 162 页）

表 1　两组麻醉药物管理质量比较 n（%）

项目	对照组	观察组	χ^2	P
基数药品符合率	96（240/250）	99.2（248/250）	5.455	0.019
基数药品近效期积压率	6.0（15/250）	1.2（3/250）	8.299	0.004
基数药品按效期有序摆放率	98.4（246/250）	100.0（250/250）	4.032	0.044
麻醉药品数量正确率	91.67（44/48）	100.0（48/48）	4.174	0.041
麻醉药品使用保管签名率	91.67（55/60）	100.0（60/60）	5.217	0.022
麻醉药品残余药液登记率	96（240/250）	99.2（248/250）	5.455	0.019
药品不良事件	8.33（4/48）	0.0（0/48）	4.174	0.041

3　讨论

当前我国单独设立麻醉药房的医院较少，多数医院麻醉药物从药房取回后由麻醉科自行管理。然麻醉科无专业药品管理人员，从而致药品管理不善，如毒麻药物交接不规范或摆放杂乱等，给药品使用和患者用药安全造成隐患[4]。近年来，随着医疗体制改革的深入和药品管理制度改革的推进，坚持“以患者为服务中心”和“提高医疗服务质量”成为当前医疗体制改革的重中之重同时提高药品管理效率也是提升医疗服务品质的重要内容。医院通过组间医共体来加强对科室的对口扶持，并通过邀请相关专家来提供技术指导和人员培训，提升麻醉科药品管理水平和服务能力[5]。麻醉科药物具有特殊性，其具有双重作用，临床合理应用可辅助手术顺利进行，减轻患者痛苦；然后如使用或管理不当则会危及人们生命安全。所以加强麻醉科药品管理具有十分重要的意义。

麻醉科药品种类多，如全身麻醉药物和血管活性药物等，方便、合理应用是麻醉药物管理的核心。为方便使用，意义常会提前备好常用麻醉药物，但因麻醉药物种类多，易出现混淆等情况。本次实施医共体模式下同质化管理通过加强对医护人员的培训来提升其综合化能力，确保做到合理管理麻醉药物[6]。同时做到定位、定量存放麻醉药物，做到定期检查，避免因麻醉药物缺乏而延迟药物使用，增加手术风险；同时还可避免近效期药物的积压，节约医疗资源。麻醉科药物种类多且存在易混淆的药品，易出现拿错药等情况，通过采用不同颜色进行标识来有效区分，并给医护人员起到警示作用，最大限度避免药物不良事件的发生，保障患者生命安全。麻醉药物连续使用后可产生依赖性，因此做到合理用药尤其关键[7-8]。实施医共体模式下同质化管理要求对麻醉药物做到专人、专柜及专册管理，同时做到双人发放和核对及签名，确保药品可追溯。强化对麻醉药物残余液的管理，通过实施双人核对、签名等方式来防止残余麻醉药液非法流失，保障人们人身安全[9]。

综上所述，医共体模式下同质化管理应用于医院麻醉药物管理中具有显著成效，其可提升医院薄弱环节的管理质量，有效规范麻醉药物管理。

［参考文献］

[1] 洪晓锋，许溢梅，吴雪荣，等 .PDCA 循环在门诊麻醉处方规范性管理中的应用效果分析 [J]. 现代医院，2021，21(3):389-391.

[2] 马龙，颜梅，尹荣刚，陈妍舟 . 地方医药院校实验室麻醉、精神药品的管理与实践 [J]. 医学教育管理，2021，7(1):97-102.

[3] 崔明，沈丽花 . 某院 2015 ～ 2018 年急诊麻醉药品处方审查结果分析 [J]. 中国处方药，2021，19(2):49-50.

[4] 张龙，高庆剑，刘婷 .PDCA 循环管理法对医院麻醉药品批号管理效果观察 [J]. 贵州医药，2021，45(1):91-92.

[5] 何小云，邱玉姣，陈进芬，等 . 三级库药品管理模式在麻醉药品管理中的临床应用价值 [J]. 医学理论与实践，2021，34(2):353-355.

[6] 成月佳，侯旭敏，张晓峰，等 . 运用智能化药车精细化管理手术室麻醉药品实践探索 [J]. 中国医院，2021，25(1):77-79.

[7] 金润麟，石浩强，刘洪奕 . 合理、安全、规范原则下用于无痛胃肠镜术的麻醉药品管理流程建设 [J]. 药学服务与研究，2020，20(6):469-471.

[8] 姚欢，刘银环，吴琳 . 我院住院患者麻醉药品和第一类精神药品注射剂使用剩余情况分析 [J]. 中国药师，2020，23(11):2195-2198.

[9] 孔菲 . 药学干预管理对规范麻醉药品处方和合理用药的影响 [J]. 中国处方药，2020，18(10):64-65.

（上接第 160 页）

压术的编码、椎弓根钉内固定术的编码和四个另编码，另编码包括任何（局部）采集骨的切除用于移植（77.70-77.79）、融合椎骨的数量（81.62-81.64）、任何重组骨形态形成蛋白的置入（84.52）和椎体融合装置的置入 84.51，另编码则根据具体手术融合的方式进行选择。编码员需要仔细阅读病案，弄清楚手术的入路、术式、部位以及使用融合器的材质，对其进行手术编码时，以上分类方式不同编码则不同。除此之外，编码员需要有丰富的临床解剖学知识，清楚病历的书写规范，如遇到模糊不清的关键信息应及时与临床医生沟通，做到准确分类编码。

［参考文献］

[1] 王晓宁，何天伦，耿梦杰，等 . 我国 12 省结核病门诊和实验室感染控制管理措施实施现状的抽样调查及其主成分分析 [J]. 中国防痨杂志，2018，40(5):519-524.DOI:10.3969/j.issn.1000-6621.2018.05.015.

[2] 赵涛，梁亚萍，高腾飞，方海林，彭茂轩，姚林明，王卓 . 经第 12 肋骨前路病灶清除自体髂骨植骨融合钢板螺钉内固定术治疗胸腰段脊柱结核临床研究 [J]. 陕西医学杂志，2019，48(11):1481-1484.

[3] 刘爱民，主编 . 国际疾病分类第 9 版临床修订本手术与操作 ICD-9-CM-3[M]. 北京 : 人民军医出版社，2011:264-266.

[4] 顾海侠 . 脊柱后凸畸形截骨矫形术的编码分析 [J]. 中国病案，2020，21(12):27-29.