

产科常见催引产手术编码实例分析

潘燕妮

(东莞市妇幼保健院病案室,广东 东莞 523000)

摘要:为降低剖宫产率,促进自然分娩,催引产已经成为产科处理高危妊娠的主要临床手段。实际工作中产科病历催引产操作常出现漏填,手术编码混淆等情况。本文通过梳理产科中催引产理论知识与催引产手术操作在国际疾病分类第九版临床修订手术与操作(ICD-9-CM-3)分类规则,结合临床实际案例分类探讨,旨在为产科编码员提供参考,不断提高产科知识储备,牢固掌握编码规则,提高手术操作编码正确率。

关键词:产科;催引产;手术编码

中图分类号:R197

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.23.003

文章编号:1006-1959(2023)23-0009-04

Case Analysis of Common Obstetric Induction of Labor Surgery Coding

PAN Yan-ni

(Medical Record Room,Dongguan Maternal and Child Health Care Hospital,Dongguan 523000,Guangdong,China)

Abstract:In order to reduce the rate of cesarean section and promote natural delivery, induction of labor has become the main clinical means for obstetrics department to deal with high-risk pregnancy. In the actual work of obstetric medical records, there are often cases of missed filling and confusion of surgical codes in the induction of labor operation. In this paper, by combing the theoretical knowledge of induction of labor in obstetrics department and the classification rules of induction of labor operation in the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM-3), combined with the classification of clinical cases, this paper aims to provide reference for obstetric coders, continuously improve the knowledge reserve of obstetrics department, firmly grasp the coding rules, and improve the coding accuracy of surgical operation.

Key words:Obstetrics department;Induction of labor;Surgical coding

随着剖宫产并发症的出现,安全的自然分娩愈发为临床所重视。一项针对 169 个国家的剖宫产率研究显示^[1],截至 2015 年,全球剖宫产率呈上升趋势,总剖宫产率为 21.1%,63%的被调查国家剖宫产率超过世界卫生组织推荐的标准(15%)。2019 年,我国剖宫产率为 43.40%,初产妇剖宫产率为 37.68%^[2],远高于 WHO 建议标准。目前引产已成为产科促进自然分娩的主要手段,成功的引产在降低剖宫产率和围生儿死亡率,减少孕产妇分娩痛苦,促进自然分娩有重大意义^[3]。随着《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》^[4]的推进、公立医院绩效考核全面铺开、公立医院高质量发展的需求,病案首页数据汇集了医疗服务能力、医疗质量安全以及医疗资源消耗等方面信息,是 DRG/DIP 支付和医院绩效评价的基础^[5]。而手术操作的填写和编码是病案首页的重要内容之一,手术操作编码错误或漏填直接影响到医院 DIP 医保支付和 DRG 评价结果^[6]。实际工作中常出现医生不重视治疗性操作与诊断性操作的填写或漏填^[7],编码员缺乏相应临床知识和编码规

则导致编码错误的情况。本文将结合产科催引产定义与国际疾病分类第九版临床修订手术与操作(ICD-9-CM-3)编码规则对催引产手术编码进行实例探讨,旨在为产科编码员提供参考。

1 催引产方法

催引产是利用药物或物理的方法来诱发宫缩,有效的宫缩引起宫口的扩张和胎头下降,从而进入产程的一种方法。中华医学会《妊娠晚期促子宫颈成熟与引产指南(2014)》^[8]中引产主要适应证为:延期妊娠、妊娠期高血压疾病、母体合并严重疾病、胎膜早破、胎儿及期附属物异常。引产成功与否,除胎儿大小及母体骨盆情况等先决条件外,还取决于宫颈成熟度。促宫颈成熟目的在于增加引产成功率,降低胎儿窘迫发生率。常用促宫颈成熟方法为药物性和机械性两类^[9]。药物性促宫颈成熟包括前列腺素类药物及小剂量缩宫素;机械性宫颈扩张包括包括 Foley 导尿管、宫颈球囊及海藻棒。宫颈成熟后,多使用缩宫素引产,人工破膜或联合使用多种方法诱发规律宫缩,加快产程^[10-13]。

2 ICD-9 关于催引产的分类

根据催引产目的不同,国际疾病分类对于引产操作分为两类:一类是以帮助分娩产下活胎为目的的分娩性引产;另一类是以致死胎儿为目的的流产

作者简介:潘燕妮(1989.12-),女,广东惠州人,本科,主管技师,主要从事病案编码统计工作

性引产。同一患者同一次住院治疗只可有一类手术操作,两者不可同时存在。在催引产手术编码时首先应明确引产的目的是分娩性质还是流产性质^[14]。分娩性质的引产分类于类目 73.(其他引产或助产操作)下,编码查找:诱发-分娩--胎膜剥离 73.1 或外科手术的 73.01 或医学的 73.4。促宫颈成熟方法可分为药物性与机械性,最常使用的药品为米索前列醇、地诺前列酮栓(欣普贝生)、缩宫素^[15],分类于亚目 73.4。需注意是 73.4 亚目下的不包括,如果药物引产是为了增强主动分娩则省略编码,即进入产程后使用药物引产无需编码。机械性方法使用较多的为 Foley 导尿管(气囊导尿管),通过将其放置在宫颈内口注入气体或水,利用机械性压迫作用,促使宫颈

口和子宫下段受刺激,进而促进子宫收缩^[16],分类于亚目 73.1。人工破膜于 1984 年作为产程干预措施正式应用于临床,由于破膜后内源性前列腺素释放,刺激子宫诱发宫缩,从而加快产程^[17],编码过程需阅读病历区分是否进入产程,未进入产程分类于 73.01,进入产程分类于 73.09。流产性质的引产分类于亚目 75.0(羊膜腔内注射用于流产)、69.01(扩张和刮宫术,用于终止妊娠)、96.49(其他泌尿生殖道滴注、前列腺素栓剂置入)中。编码查找:诱发-流产--经---前列腺素栓剂插入 96.49 或---羊膜腔内注射(前列腺素)(盐水)75.0 或---子宫颈扩宫和刮宫 69.01。本文手术操作代码版本以国家临床版 3.0 为准,产科常见催引产方法手术编码分类见图 1。

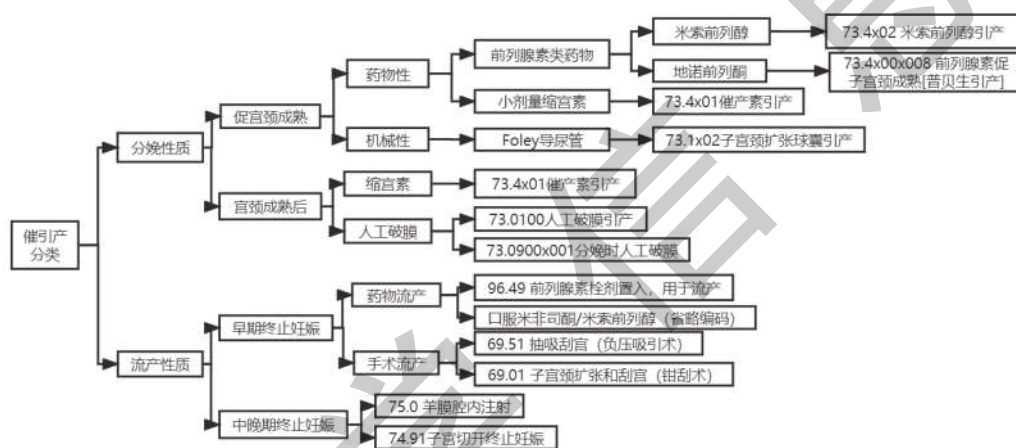


图 1 产科常见催引产方法手术编码分类

目前大多数编码员对催引产手术,流产类手术的概念认识不足,手术操作分类规则不清楚,容易产生混淆,例如米索前列醇引产与前列腺素栓剂置入、抽吸刮宫术与扩张刮宫术;甚至不对催引产目的进行区分,所有药物引产分类于 73.4 细目,手术引产分类于 73.1 细目。通过翻阅《国际疾病分类第九版临床修订手术与操作 ICD-9-CM-3 (2011 版)》,查找主导词“诱发”得知,下一级的副主导词分为“分娩”与“流产”,说明需区分引产的目的;查主导词“注射”,副主导词为“羊膜腔内的”,用于诱发分娩分类于 73.1 细目,用于诱发流产分类于 75.0 细目,再核对 73 类目(其他引产或助产操作)及 73.1 细目下明确提到不包括:不流产的注射(75.0)、为流产的栓剂置入(96.49),说明 73 类目下为分娩性质的手术编码,75.0 是流产性质的手术编码。手术流产分为负压吸引术与钳刮术,前者强调的是抽吸刮宫,后者强调的是扩张刮宫,只是终止妊娠手术方式不同,所以

如果记录中是吸管吸引,就应该选择 69.51,反之如果操作记录中的是钳刮,应选择 69.01。

3 案例解析

3.1 药物催引产案例 在 ICD-9-CM-3 中有关分娩性质的引产手术编码归类在类目 73,而药物催产手术编码归类于亚目 73.4。当使用药物引产时需要区分是否进入产程,对于进入产程的药物引产视为增强主动分娩则省略编码。例 1,孕妇孕 39 周⁺²,合并妊娠期肝内胆胆汁淤积症,要求阴道试产,由于宫颈条件欠佳,建议放置米索前列醇片促宫颈成熟,次日胎监 20 min 可见 4 个 50~75 mmHg 宫缩波,考虑患者现宫缩不规律,有静滴催产素引产指征,评估无静滴催产素禁忌证后予以 2.5 U 催产素+复方氯化钠 500 ml 静滴,最后顺利经阴道分娩一女活婴。分析:该产妇联合使用两种药物促宫颈成熟诱发规律宫缩,应分别编码 73.4x02 米索前列醇引产、73.4x01 催产素引产。例 2,产妇孕 40 周⁺¹,产程中腹痛较前

减弱,进展缓慢,宫口开 1 cm 持续 4+小时无进展,宫缩乏力,建议予静滴催产素调整宫缩治疗,予静滴 0.5%催产素调整宫缩治疗,指导饮食,补充能量,最后顺利经阴道分娩一男活婴。分析:该产妇是宫口开 1 cm 后静滴催产素,进入产程后使用的药物引产省略编码。

3.2 机械催引产案例 分娩性质的机械性引产手术归类于亚目 73.1。例 3,现孕妇孕 41 周,合并 IgA 肾病,有终止妊娠指征,要求阴道试产。宫颈 Bishop 评分 3 分,宫颈条件欠佳,建议放置 Foley 导尿管促宫颈成熟,送产房行操作,消毒阴道宫颈,顺宫颈方向插入放置 Foley 导管直至球囊完全进入宫腔,向球囊注入生理盐水 20 ml 后向外牵引导管不能拔出,球囊固定稳妥,再向球囊注入生理盐水 40 ml,患者诉轻微腹胀,无阴道流血、流液,停止操作。而后产程进展顺利,经阴道分娩一女活婴。分析:该产妇使用 Foley 导尿管方法催引产,Foley 导尿管实则为一球囊可注入气体或水,手术编码为 73.1x02 子宫颈扩张球囊引产。

3.3 人工破膜案例 ICD-9-CM-3 中人工破膜归类于亚目 73.0,需注意区分是否进入产程后破膜,未进入产程的人工破膜视为手术性引产。编码查找:破裂-膜,人工 73.09--用于手术性引产 73.01。例 4,孕妇孕 41 周+未临床,宫口未开,宫颈软消退约 80%,胎膜未破,建议行人工破膜术加快产程,于宫缩间歇期行人工破膜术,后顺利经阴道分娩一女活婴。分析:该产妇未入产程时行人工破膜,手术编码应为 73.0100 人工破膜引产。例 5,孕妇孕 40 周+,现宫口开 1 cm 持续 4+小时无进展,建议行人工破膜术等对症处理,于宫缩间歇期行人工破膜术,而后顺利阴道分娩。分析:该产妇宫口开 1 cm 后行人工破膜,手术编码应为 73.0900x001 分娩时人工破膜。

3.4 流产性质的引产案例 人工流产是避孕失败的补救措施,不同时期的终止妊娠选择方法不一样。早期终止妊娠可分为药物流产和手术流产^[18],药物流产多数使用口服米非司酮配米索前列醇^[19](可省略编码)或阴道置入前列腺素栓剂(96.49),手术流产包括负压吸引术(69.51)和钳刮术(69.01)。中晚期终止妊娠常用利凡诺羊膜腔内注射终止妊娠^[20],手术编码分类于亚目 75.0。例 6,患者停经 26+周,因胎儿发育异常入院要求终止妊娠,予以口服米非司酮,与阴道后穹隆放置米索前列醇 100 mg 后分

娩一死胎。分析:该手术编码应为 96.4902(前列腺素栓剂置入,用于流产),口服药物省略编码。例 7,患者停经 14 周,因胎儿颈部囊性淋巴管瘤要求引产。入院行羊膜腔注入利凡诺配伍米非司酮促胎物排出,已排胎,建议清宫处理,于静脉全麻 B 超引导下刮宫术后出院。分析:羊膜腔注入利凡诺手术编码为 75.0x02,排胎后清宫术的手术编码为 69.0201 人工流产后刮宫术。

4 总结

早期的手术定义局限为:在手术室进行的,采用麻醉方式和利用手术刀的外科操作。随着医学科学和现代工业的发展,新的医疗器械层出不穷,医师们利用器械对疾病进行检查和治疗,从而演绎出“医疗操作分类”这个术语,包括传统意义的外科手术、内科非手术性诊断和治疗性操作、实验室检查及少量对标本诊断性操作的分类。在一次医疗事件中,各种手术和医疗操作的描述同疾病诊断一样都是全面地描述患者信息,反映医疗资源投入状况所必不可少的指标。手术操作分类对于医保付费、医院统计与管理、医疗教学和科研等方面都有重要的意义,在手术操作代码国家临床版 3.0 中手术类别可分为手术、介入治疗、治疗性操作、诊断性操作,而催引产操作均属于治疗性操作常常容易被医生忽视。同时由于编码员缺乏相关产科知识储备,无法正确区分不同情况下催引产手术手术编码的使用,当多种催引产方法联合使用时应该逐一编码。对此病案编码员应牢固掌握手术与操作分类(ICD-9-CM-3)的编码规则,定期参加国家、省、市组织的专业知识培训,加强同行学习交流;且养成翻阅医学书籍,熟悉掌握相关临床医学知识,常与临床医师学习交流,认真阅读病案中的内容,查找编码的内涵和依据的好习惯。持续加强对临床医生病案首页手术操作填写的培训考核,强调其在国家三级医院绩效考核、医院绩效管理和医保病种分值付费中的重要性。质控部门做好督促完善病历书写质量工作,信息部门在医院信息系统建设提供信息技术支持,进一步探索实现手术操作编码自动提取,提高病案首页手术操作填写完整率,使病案更好服务于医院管理和医保付费。

参考文献:

- [1]GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the healthcare access and quality index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016[J].Lancet,2018,391(10136):2236-2271.

- [2]陈练,石慧峰,魏暖,等.2019年度全国产科专业医疗服务与质量安全报告分析[J].中国卫生质量管理,2022,29(5):1-5.
- [3]刘兴会,何镭.期待还是干预,催引产在产科的应用价值[J].中国实用妇科与产刊杂志,2021,37(9):894-896.
- [4]曹凯.高质量医保建设在路上[J].中国医院院长,2021,17(21):26-31.
- [5]邓晓农,周志鹏.DRG/DIP支付方式改革下公立医院面临的挑战及对策[J].海峡科技与产业,2022,35(9):33-36,40.
- [6]袁向东,旋妮玲,陈志添,等.基于DRGs的住院病案首页数据质量改进实践探索[J].中国医院管理,2019,39(3):42-43.
- [7]陈丽萍,付兰清,曾江涛.内科系统病案首页手术操作填写及编码的质量调查分析[J].现代医院,2016,16(9):1388-1390.
- [8]中华医学会妇产科学分会产科学组.妊娠晚期促子宫颈成熟与引产指南(2014)[J].中华妇产科杂志,2014,49(12):881-885.
- [9]李莹莹,侯海静,顾凯芬.不同促宫颈成熟方案对高危妊娠产妇产后结局的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(6):977-980.
- [10]刘喆,杨慧霞.规范使用催引产技术促进自然分娩[J].实用妇产科杂志,2015,31(4):251-253.
- [11]郭欣,林小满,孙礼强,等.足月妊娠初产妇应用不同方法对促宫颈成熟及引产的临床效果观察[J].徐州医科大学学报,2021,41(3):214-218.
- [12]滕永军,盛芝敏,陈伟.不同引产方法对足月产妇促宫颈成熟的应用效果[J].中国妇幼健康研究,2019,30(1):89-92.
- [13]黄鹏九,王小芬,高玲.一次性子宫颈扩张球囊联合缩宫素及人工破膜引产疗效观察[J].兵团医学,2020,18(4):23-25.
- [14]徐俊.流产与引产的ICD编码分析[J].中国病案,2017,18(11):44-47.
- [15]余梦虹.4种方法用于促宫颈成熟的临床对比分析[J].中国计划生育和妇产科,2017,9(9):44-47.
- [16]黄丽.Foley尿管球囊扩张宫颈对足月妊娠促宫颈成熟及引产的临床效果研究[J].中外医学研究,2019,17(36):24-26.
- [17]宋贵玉,乔宠.人工破膜的历史与现状[J].中华产科急救电子杂志,2018,7(3):135-139.
- [18]孙文.米非司酮片药物流产与人工流产终止早孕的临床对照研究[J].中国伤残医学,2015(24):75-76.
- [19]王娟娟,邵华江,周建维.传统药物流产联合清宫术在妊娠早期终止妊娠中临床效果分析[J].中国性科学,2017,26(3):104-107.
- [20]黄紫蓉.常用中期妊娠引产方法的选择[J].中国计划生育学杂志,2017,25(8):508-510.

收稿日期:2022-12-22;修回日期:2023-03-02

编辑/成森