
消化妇产手术编码

中国医科大学附属盛京医院

邵艳娥

20220710

手术操作分类要点：

- 分类名称不等同于临床手术名称，比如恶性肿瘤根治术。
- 不能单纯的用临床手术及操作的名称去匹配分类名称，还要根据手术的范围、入路等查找索引，不能直接在字典库中匹配。
- 有些手术分类名称中已包含多个部位的切除，比如盆腔脏器去除术68.8，已包括部位的切除术不需要分别编码。
- 编码员要知道哪些是手术的常规步骤，手术的辅助常规步骤省略编码。比如清创缝合术。

编码员职业素养

对基础知识的掌握了然于胸，融会贯通

重视国际疾病分类工具书的查找核对，不能直接使用字典库编码

清楚各类目、亚目、细目的分类轴心

临床知识的掌握不可忽略

建立和临床良好沟通

客观、公正、实事求是

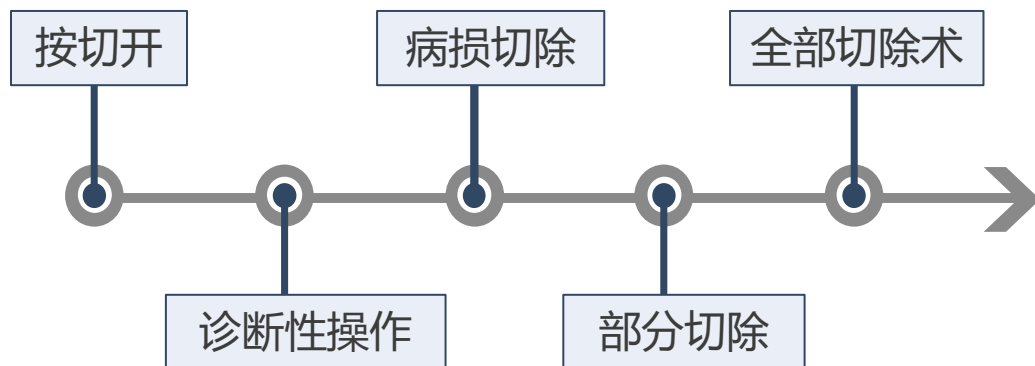
本章结构及编码范围

编 码	名 称
42	食管手术
43	胃切开术和切除术
44	胃的其他手术
45	肠切开术、切除术和吻合术
46	肠的其他手术
47	阑尾手术
48	直肠、直肠乙状结肠和直肠周围组织的手术
49	肛门手术
50	肝脏手术
51	胆囊和胆道手术
52	胰腺手术
53	疝修补术
54	腹部其他手术

本章结构及编码范围

消化道手术的排列，有这样一个基本的规律：

- 按消化器官由上至下排列；
- 每一个消化器官的排列；



消化系统手术（42-54）

42	食管手术
43	胃切开术和切除术
44	胃的其他手术
45	肠切开术、切除术和吻合术
46	肠其他手术
47	阑尾手术
48	直肠，直肠乙状结肠和直肠周围组织的手术
49	肛门手术

编码	名称
42.0	食管切开术
42.1	食管造口术
42.2	食管的诊断性操作
42.3	食管病损或局部切除术或破坏术
42.4	食管切除术

一. 食管手术

1. 食管的吻合

42.4 食管切除术

另编码：任何同时进行的：

- 非端对端吻合术 (42.51-42.69)
- 食管造口术 (42.10-42.19)
- 胃造口术 (43.11-43.19)

42.5 食管胸内吻合术

另编码：任何同时进行的：

- 食管切除术 (42.40-42.42)
- 胃造口术 (43.1)

编码	名称
42.5	食管胸内吻合术
42.6	胸骨前食管吻合术

一. 食管手术

2. 食管癌切除术

食道癌根治术，是对食道癌进行手术切除的全称。

肿瘤切除、肿瘤上下端足够长度的食道

受累组织器官的切除,胃切除和周围软组织

淋巴结清扫

消化道重建，如切除管腔需作间置术，还应编码间置物的切除。

注：食管切除不区分入路（胸腔镜或直视手术），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。

食管癌切除术

42.41005 食管部分切除术

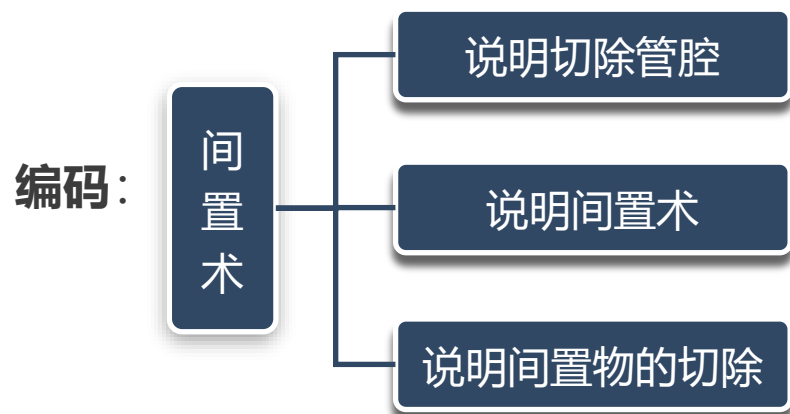
42.52003 胸内食管-胃弓上吻合术

40. 淋巴结清扫

一. 食管手术

3. 间置术

定义：在管腔的中间放置另一段管腔。



注意：由于在45.9肠吻合术中有说明端对端的吻合术可以省略编码

例如：食管部分切除术伴胸内结肠间置术

42.41 食管部分切除术

42.55 胸内食管吻合术伴结肠间置术

45.52 大肠部分切除用于间置术

食管部分切除术伴胸内结肠间置术

(1) 食管部分切除术 (切除病变)

食管切除术
——部分或大部 42.41

(2) 结肠切除术 (取间置物)

切除术 (部分)
——肠 (部分的)
——用于间置术
——大肠 45.52

(3) 胸内吻合术 (放间置物)

吻合术
——食管
——伴
——间置
——结肠 42.55

二. 胃手术

1. 胃溃疡修补术

一般情况下疾病性质不出现在手术操作名称里，但也有例外的情况，例如：

编 码	名 称
12.33	虹膜后粘连松解术
42.84	食管瘘修补术
44.41	胃溃疡修补术
44.42	十二指肠溃疡修补术
44.61	胃裂伤缝合术
68.22	子宫先天性纵隔切开术或切除术

二. 胃手术

2. 胃部分切除伴吻合术

根据残胃与消化道吻合位置的不同分为：

- 👉 43.5胃部分切除术伴食管胃吻合术
- 👉 43.6 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术（毕I式术）
- 👉 43.7 胃部分切除术伴胃空肠吻合术(毕II式术)
- 👉 43.8 其他胃部分切除术

注意：43.9 胃全部切除术，类目下，北京临床版中扩展编码：

43.99003 腹腔镜下胃切除术

43.99004 根治性胃切除术

二. 胃手术

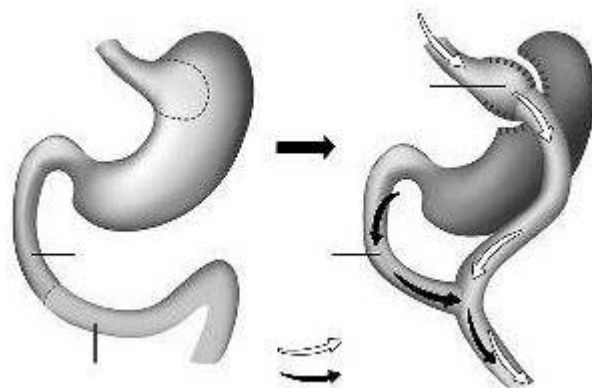
3. 胃转流手术

最早是用在减肥手术中，后发现对肥胖并伴有2型糖尿病的患者有益。

- 旁路

- 胃肠吻合术44.39

- 腹腔镜44.38



二. 胃手术

4. ★腹腔镜下胃袖状切除术

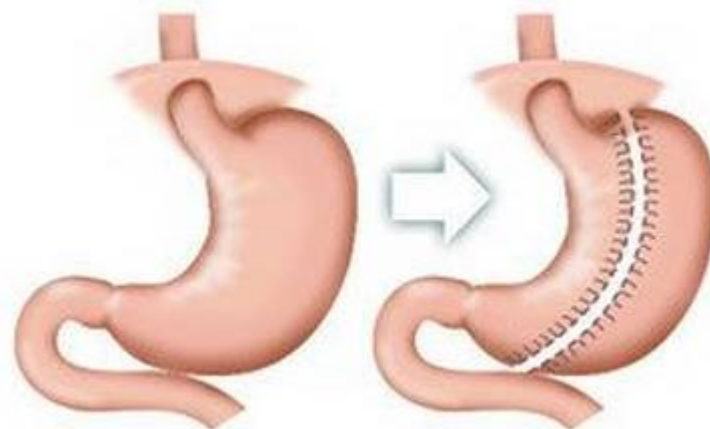
- ◆切除术 (部分)

- 胃 (部分的) (袖状) (大部分的)

- - 腹腔镜 43.82

- ◆胃切除术

- 腹腔镜垂直 (袖状) 43.82



二. 胃手术

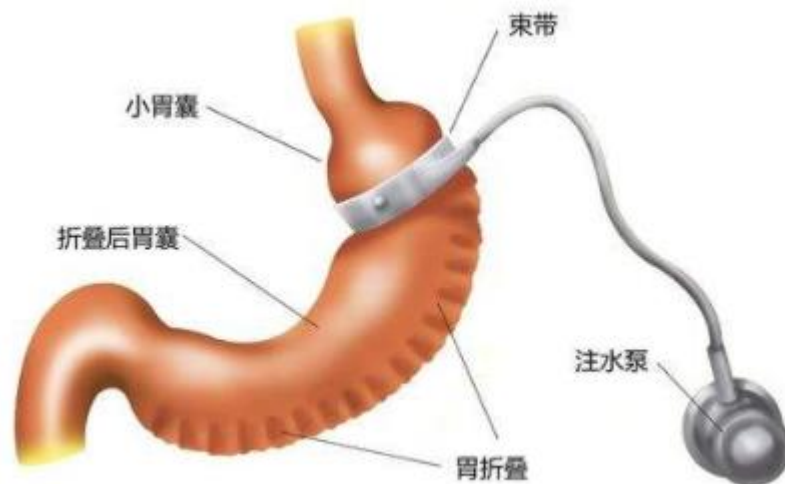
5. 腹腔镜胃束带手术

胃成形术

- 垂直束带胃成形术44.68
- 腹腔镜的44.68

绑扎

- 胃44.68
- 垂直的44.68



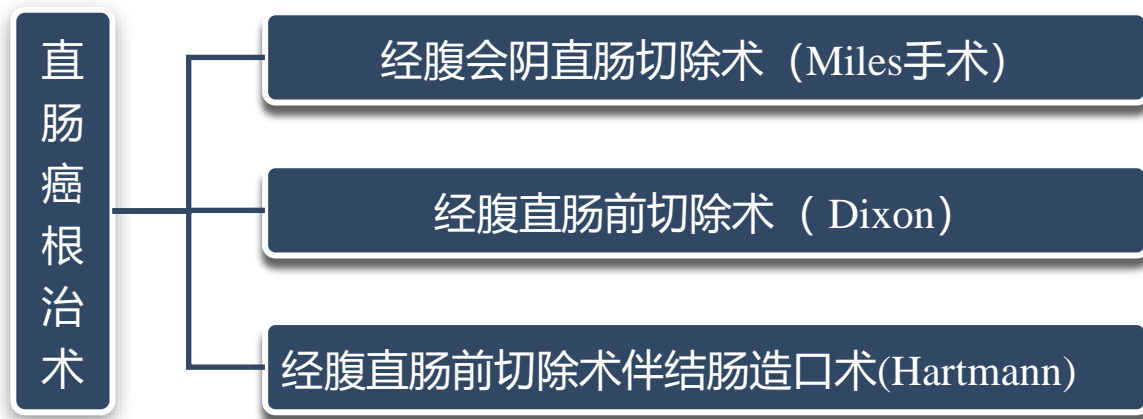
二. 胃手术

6 ◆胃造口还纳术

- 闭合
 - 造口
 - 胃44.62

三. 肠手术

1. 直肠癌根治术



注意：48.69 其它，部分直肠切除术，残余类目中的扩展编码，有具体术式便不分类于此处。

编码	名称
48.69002	腹腔镜下直肠根治术
48.69007	直肠根治术

三. 肠手术

1. 直肠癌根治术

① 经腹会阴直肠切除术（Miles手术），编码：48.5

注意：

- 包括：同时伴结肠造口
- 另编码：任何同时进行的非端对端吻合术（45.90,45.92-45.95）

查找步骤：

- Miles手术（直肠切除术）
- 切除术—直肠— —腹会阴
- 直肠切除术—完全的（迈尔斯）
—腹会阴

三. 肠手术

1. 直肠癌根治术

② 经腹直肠前切除术 (Dixon) , 编码: 48.63

注意:

- 不包括同时伴结肠造口 (48.62)
- 另编码任何同时进行的非端对端吻合术 (45.90,45.92-45.95) (直肠和结肠端端吻合不用另编码)

查找步骤: 切除术-直肠--前的

③ 经腹直肠前切除术伴结肠造口术 (Hartmann) , 编码: 48.62

注意: 另编码任何同时进行的非端对端吻合术 (45.90,45.92-45.95)

查找步骤: 切除术-直肠--前的---伴肠造口 (同时的)

三. 肠手术

★ 经常临床只书写直肠癌根治术：

1. 经腹直肠前切除术（**Dixon**），保肛，首选手术，

非低位直肠癌首选手术，原则上适用于腹膜折返以上的肿瘤

看手术记录要点：

肛门未切除，一定有肠吻合，一般端端吻合，无需再编码吻合（除非端端吻合，要另编码）

LAR 也是经腹直肠前切除术，编码相同

三. 肠手术

★ 经常临床只书写直肠癌根治术:

2. 经腹直肠前切除伴结肠造口术[Hartmann]

姑息手术, 近端造口, 远端封闭, 无需再编码重建术

适用于病人一般情况差, 不能耐受Miles 手术或有急性肠梗阻

看手术记录要点:

肛门未切, 肠未吻合, 结肠造口

三. 肠手术

★经常临床只书写直肠癌根治术:

3.经腹会阴直肠切除术(Miles),

不保肛已经包括永久造口, 不需另编码重建术

原则上适用于腹膜折返以下的手术, 但随着近年患者对生活质量高要求, 手术技术的提高, 双吻合器的发明, 此类手术有减少趋势

看手术记录要点:

切除肛门, 伴永久造口

APR 也是经腹会阴直肠切除术

三. 肠手术

★ 其他:

①. 直肠前切除术，也可能为防止吻合口瘘，术中同期做回肠暂时性造口（这时临床一般书写回肠双腔造瘘），尽管有造口，但此术式绝非直肠前切除伴结肠造口术，不可通过索引，编码为直肠前切除伴造口的Hartmann。

②. 直肠前切除术，也有采用制备J形结肠储袋，与直肠下段或肛管吻合的手术，但目前渐少
另编码：45.95 肛门吻合术

③. 如侵犯子宫，一并切除子宫，称后盆清扫，则分别编码切除

直肠癌如侵犯膀胱（男性），行直肠和膀胱切除称男性全盆切除，分别编码切除；

侵犯膀胱（女性），行直肠和膀胱和子宫切除，称女性全盆清扫，编码68.8

注意相应的另编码

三. 肠手术

直肠癌根治术

	不保肛	保肛	
英名	Miles	Hartman	Dixon
中名	腹会阴直肠切除术	直肠前切术伴结肠造口术	直肠前切术
术式	直肠、肛门切除， 结肠腹壁造口	结肠腹壁造口，远端封闭	结肠与直肠吻合
主导词	切除术（部分） 直肠切除术	切除术（部分） 结肠造口术	切除术（部分）
编码	48.51 48.52	48.62	48.63



图 40-23 Hartmann 手术

三. 肠手术

2. 肠吻合术

另编码：任何同时进行的切除（45.31-45.8，48.41-48.69）

不包括：端对端吻合术——省略编码

也就是说，肠管的部分切除术，伴有非端对端的吻合术则需要编码。

四. 剖腹探查术

剖腹探查术不包括的注释： 附属于腹内手术的探查术——省略编码

剖腹探查作为手术方式必须编码

探查同时没有治疗，剖腹探查术需编码。

剖腹探查作为手术步骤不编码

剖腹探查如果同时进行了治疗，应以治疗方法为主要编码，可以省略54.11。

例：剖腹探查术+小肠破裂缝合术+肠系膜缝合术

小肠破裂修补术 46.73

肠系膜修补术 54.75

腹腔镜中转剖腹探查的编码

腹腔镜中转剖腹探查手术，应编码腹内的具体手术和54.21（腹腔镜检查）

五. 内窥镜检查与治疗

注意主导词的选择

- 1、单纯的内窥镜检查：以“内窥镜”为主导词，进行查找，按内窥镜检查分类。
- 2、内窥镜伴有活组织检查：要以活组织检查为主进行分类。
- 3、内窥镜检查伴有治疗：按切除术或破坏术查找，不能查内窥镜检查。

举例：

胃镜检查 44.13

内镜检查—胃

胃镜下胃活组织检查44.14 活组织检查—胃——闭合性（内镜）

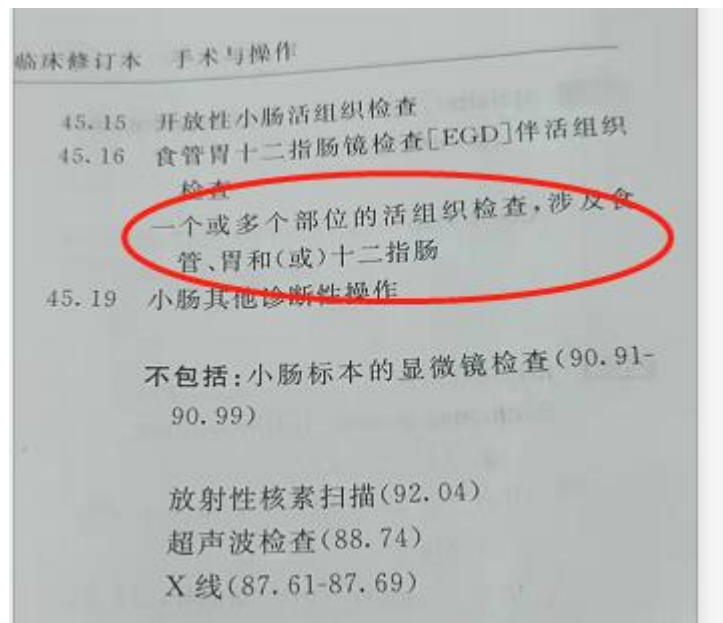
胃镜下胃息肉电切术43.41 切除术—息肉——胃（内镜）

五. 内窥镜检查与治疗

- 胃镜检查 44.13 主导词：胃镜检查
- 胃十二指肠镜检查 45.13 主导词：胃十二指肠镜检查
- 食管胃十二指肠镜检查 (EGD) 45.13 主导词：食管胃十二指肠镜检查
- 伴闭合性活组织检查 45.16

影像描述：患者检查前口服链酶蛋白酶颗粒20000单位+西甲硅油5ml，^{诊断及手术编码}盐酸达克罗宁胶浆10ml。白光及电子染色交替观察，食管管腔通畅，黏膜光滑、色泽正常，蠕动良好。贲门黏膜色泽正常，开放与关闭良好。胃底黏膜色泽正常，胃体见4枚息肉，直径约0.3-0.4cm，取组织1块。胃体蠕动良好，粘液湖清澈，液体量中等。胃角、胃窦黏膜可见斑点状红斑及渗出，蠕动良好。幽门口形态正常，收缩舒张良好。十二指肠球部黏膜增生不平，球后黏膜光滑、色泽正常。检查过程中监护示：心率60-100次/分，指脉氧96%-100%。

影像诊断：1. 胃多发息肉，请结合病理 2. 红斑/渗出性胃炎 3. 十二指肠球炎



六. 疝修补术

注意入路及是否有移植物

17.1和17.2的应用（腹股沟疝、腹腔镜的、有移植物的）

17.1 腹腔镜下单侧腹股沟疝修补术（伴有移植物和假体）

17.2 腹腔镜下双侧腹股沟疝修补术（伴有移植物和假体）

53的应用

开放性腹股沟疝修补术

无移植物的腹腔镜入路的腹股沟疝

其它的疝（包括开放及腹腔镜）：股疝、腹壁疝等

七. 消化系统其他手术

1. 胰管、胆管手术

① 取石术：包括切开、腹腔镜下、经皮、内镜等。

主导词：去除

置入术：切开、经皮、内镜的

主导词：插入

② 胰胆管引流：是内镜下胆道外引流的。

手术名称：内镜下胆管引流术

主导词：插入

七. 消化系统其他手术

1. 胰管、胆管手术

- ① 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;
- ② 腹腔镜手术留置T管, 编码于51.87〔内镜支架(管)置入至胆管〕。

qie 切开(扁)	
——异物去除—见去除,异物	
—鼻	21.1
—鼻泪管(狭窄)	09.59
—扁桃体	28.0
—藏毛的窦(囊肿)	86.03
—肠	45.00
——大	45.03
——小	45.02
—齿龈	24.0
—处女膜	70.11
—垂体(腺)	07.72
—大脑内的	01.39
—胆管(伴T或Y管插入) NEC	51.59
——用于	
———解除梗阻	51.49
———探查术	51.59
———总(探查术)	51.51
———用于	
————解除梗阻 NEC	51.42
————去除结石	51.41
—胆囊	51.04
—胆总管(用于探查术)	51.51
——用于	
———解除梗阻	51.42
———去除结石	51.41
—道格拉斯凹	70.12

七. 消化系统其他手术

2. 肝组织手术

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。

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

七. 消化系统其他手术

2. 肝组织手术

肝囊肿包埋术

- 袋形缝合术

——囊肿

————肝 50.21

七. 消化系统其他手术

3.其它主导词

- ① **闲置术**：也称旷置术，手术使肠段不再有任何功能和作用。主导词用“旷置术”。
- ② **外置术**：手术使器官置于体外。如：食管袋的外置，肠外置。主导词用“外置术”。
- ③ **包埋术**：又称袋型缝合术，指囊肿手术的袋型缝合术，即切除囊肿前壁，其余囊壁与毗邻组织缝合建立囊袋。主导词用“袋形缝术”。
- ④ **还纳术**：疝气的还纳术，主导词用“修补术”；造口的还纳术见“闭合术”。
- ⑤ **肠段分离术**：是对正常肠段的切除，目的是用于代替其它空腔器官。主导词用“分离术”

举例1：回肠部分切除术+肠造口关闭术+肠粘连松解术

手术经过：

全身麻醉成功后，病人取仰卧位，常规安尔碘腹部皮肤消毒，留置导尿，铺无菌术单。7号线烟包缝闭造口肠管，消毒，以造口为中心做梭形切口长约5m，以造口肠管为界限逐层入腹，分离切口下粘连小肠，游离造口肠管，裸化造口远近端肠管其表面系膜血管分束结扎，75mm切割闭合器行小肠侧侧吻合，残端切割闭合器切除，切除造口处肠管长约3cm，吻合口约通过两恒指，生理盐水依次冲洗，彻底止血，1号线浆肌层结节缝合吻合口及闭合口一周，留置盆腔一枚引流管引出腹壁外固定，摆顺小肠及大网膜，清点器械纱布无误后，可吸收线关腹逐层缝合到皮肤，术毕，病人安全返回病房。术中未出血，未输血。标本给家属看病理。



例1：回肠部分切除术+肠造口关闭术+肠粘连松解术编码的查找：

1.肠造口关闭术

主导词：闭合

—回肠造口术 46.51

—卷核对46.51 小肠造口闭合术

注意:46.5 肠造口闭合术 另编码任何同时进行的肠切除术 (45.34,45.49,45.61-45.8)

2. 主导词：回肠切除术（部分） 45.62

—卷核对45.62 小肠其他部分切除术

3.主导词：松解术

—粘连

— 一肠 54.59

—卷核对54.59 腹腔粘连的其他松解术

根据手术名称和手术记录应编码 46.51+45.62+54.59

举例2：右侧腹股沟斜疝嵌顿松解、无张力修补术

术前诊断：	右侧腹股沟嵌顿疝				
术中诊断：	右侧嵌顿性斜疝				
手术名称：	右侧腹股沟斜疝嵌顿松解、无张力修补术				
开始时间：	15： 25	结束时间：	17： 15		
术 者：	黄龙平	助 手：	艾凡,王博文	手术护士：	徐萌
麻醉药品：	见麻醉单	麻醉方式：	全身麻醉	麻醉医师：	陈秀利
送病理（化验）标本：					
手术步骤和经过：	麻醉达成后，取平卧位，常规消毒铺巾。沿右腹股沟韧带上方2cm处做一斜形切口，长约7cm，逐层切开皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，探查见疝囊6*6cm，发自腹壁下血管外侧，术中诊断右侧腹股沟嵌顿性斜疝，拟行疝松解探查。剪开疝囊见少量黄色渗出，内容物为大网膜，长度约为15cm，重量约为1KG，给予切除部分大网膜，余大网膜还纳，游离并用吊带提起精索及血管，探还纳疝内容物后高位结扎疝囊，间断缝合腹横筋膜加固后壁及内环。在内环处放置伞状补片，可容精索顺利通过，再将片状补片置于腹股沟后壁，与邻近联合腱、耻骨梳韧带、腹股沟韧带等缝合固定。，腹腔置一胶管引流，以0-4可吸收线缝合疝环，减除多余疝囊，在腹膜外间隙置入一圆形补片，在腹股沟管后壁置一补片内侧达耻骨结节，下部达髂耻束，上达腹横肌腱膜状弓，外侧在联合肌腱浅面达精索外侧4cm，修补区域，在修补区域置负压引流，充分止血，逐层缝合，术毕。				

例2：腹股沟斜疝嵌顿松解、无张力修补术编码的查找：

1.右侧腹股沟斜疝无张力修补术

主导词：修补术

— 疝

— — 腹股沟的（单侧）

— — — 间接(斜)的（单侧的）

— — — — 开放

— — — — — 伴假体或移植物 53.04

— 卷核对53.04 用移植物或假体的其他和开放性腹股沟斜疝修补术

2.右侧腹股沟斜疝嵌顿松解（大网膜部分切除）

主导词：切除

— 网膜 54.4

— 卷核对54.4 腹膜组织的切除术或破坏术

根据手术名称和手术记录应编码53.04+54.4

双侧腹股沟疝 治疗单侧

出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：左 单侧腹股沟斜疝	K40.903	1 主
其他诊断：心功能不全	I50.902	1
扩张性心肌病[充血性心肌病]	I42.002	1
右 单侧腹股沟疝	K40.902	1

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
53.04003	2020-05-12	二级手术	左侧单侧腹股沟斜疝无张力修补术



出院诊断	疾病编码	入院病情	其他诊断：
主要诊断：双侧腹股沟斜疝	K40.202	有	
其他诊断：心功能不全	I50.902	有	
扩张性心肌病[充血性心肌病]	I42.002	有	

病人仰卧。消毒术区皮肤，铺无菌手术巾。0.5%利多卡因局部麻醉后，取左侧腹股沟中点上方2cm至耻骨结节上方切口约4cm，切开皮肤、皮下，剪开腹外斜肌腱膜至外环，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，切开提睾肌，显露精索，纱布带牵引精索，于精索内上方见疝囊，疝囊大小约5*3cm，游离疝囊，直到疝囊颈，疝囊颈内侧可及腹壁下动脉搏动，术中诊断：斜疝。颈部切开腹横筋膜，分离腹膜前间隙，还纳疝囊，钝性分离耻骨后间隙，至耻骨后3cm，内侧至中线，进一步精索腹壁化（至输精管于生殖血管分叉上方约6cm），下方至腹股沟韧带后方，外侧至髂腰肌，充分止血。腹膜前间隙置入MK补片下片，充分展平，覆盖耻骨肌孔，使上片长轴与腹股沟韧带平行，固定补片下缘于耻骨疏韧带，固定补片于联合建和腹股沟韧带，理顺精索，精索前方缝合腹外斜肌腱膜，缝合皮下组织和皮肤，切口处局部加压包扎。手术顺利，麻醉满意，术后患者安返病房。术后生命体征平稳。

术后P78次/分，BP：98/66mmHg。

出院诊断	疾病编码	入院病情	其他诊断:
主要诊断: 双侧腹股沟直疝	K40.203	1	
其他诊断: 双侧腹股沟斜疝	K40.202	1	

麻醉完全后,病人仰卧,常规消毒铺单。于脐下部做约2cm弧形切口,分离皮下脂肪显露腹直肌前鞘,切开术侧前鞘,牵拉腹直肌,显露腹直肌后间隙,置入10mmTroca,放入腹腔镜,沿腹直肌深面向耻骨联合缓慢推进,建立腔隙,连接气腹。在腹腔镜直视下于脐下缘与耻骨联合连线三等分点,分别做5mm切口,分别置入5mmTroca,经Troca放入分离钳和电钩进行分离。首先分离腹直肌下间隙及膀胱前间隙,然后沿耻骨疏韧带向外侧分离至内环内侧。分离显露腹壁下动脉,沿弓状缘向外侧分离,显露髂腰肌及髂耻束,沿髂耻束向内分离至内环口。术中诊断为腹股沟直疝合并斜疝,牵拉分离疝囊,将疝囊完全从疝环后拖出,然后分离精索,将其“壁化”约8cm。同法分离对侧,然后沿耻骨疏韧带向外侧分离至内环内侧。分离显露腹壁下动脉,沿弓状缘向外侧分离,显露髂腰肌及髂耻束,沿髂耻束向内分离至内环口。术中诊断为腹股沟直疝合并斜疝,牵拉分离疝囊,将疝囊完全从疝环后拖出,然后分离精索,将其“壁化”约8cm。至此,补片置入空间游离完毕。退出腹腔镜,经10mmTroca置入15*10cm补片,重新置入腹腔镜,直视下将补片展平,完全覆盖耻骨肌孔。去除气腹,拔除Troca,术闭。

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
17.22001	2020-07-09	三级手术	腹腔镜下双侧腹股沟斜疝无张力修补术

-----腹股沟的(单侧)	53.00
-----伴假体或移植物	53.05
-----间接(斜)的(单侧的)	
-----腹腔镜伴移植物或假体	17.12
-----其他和开放(腹腔镜不伴移植物或假体)	53.02
-----伴假体或移植物	53.04
-----双侧的	53.10
-----伴假体或移植物	53.17
-----腹腔镜的	17.24
-----间接(斜)的	
-----腹腔镜伴移植物或假体	17.22
-----其他和开放(腹腔镜不伴移植物或假体)	53.12
-----伴假体或移植物	53.15
-----直接的	
-----腹腔镜伴假体或移植物	17.21
-----其他和开放(腹腔镜不伴假体或移植物)	53.11
-----伴假体或移植物	53.14
-----直接和间接(斜)的	
-----腹腔镜伴移植物或假体	17.23

17.2	腹腔镜双侧腹股沟疝修补术
	不包括:其他和开放性双侧腹股沟疝修补术(53.10 - 53.17)
17.21	腹腔镜双侧腹股沟直疝修补术,伴有移植物或假体
17.22	腹腔镜双侧腹股沟斜疝修补术,伴有移植物或假体
17.23	腹腔镜双侧腹股沟疝修补术,一侧为直疝,另一侧为斜疝,伴有移植物或假体
17.24	腹腔镜双侧腹股沟疝修补术,伴有移植物或假体 NOS

主要手术: 17.23

单侧腹股沟斜疝合并直疝

门（急）诊诊断 单侧腹股沟疝 门（急）诊诊断编码 K40.902

出院诊断名称	诊断编码	入院病情	上传	序号	医生诊断名称
腹股沟斜疝合并直疝	K40.905	有	<input checked="" type="checkbox"/>	1	左侧 腹股沟斜疝合并直疝

损伤、中毒的外部原因 疾病编码

病理诊断 病理编码 病理

药物过敏 无 过敏药物

死亡患者尸检 血型 A

手术操作	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	上传	切口等级	愈合等级	手术序号
<input checked="" type="checkbox"/>	17.11001	2021-03-31	三级手术	腹腔镜下单侧腹股沟直疝无张力	<input checked="" type="checkbox"/>	I	甲	1

主导词：修补术

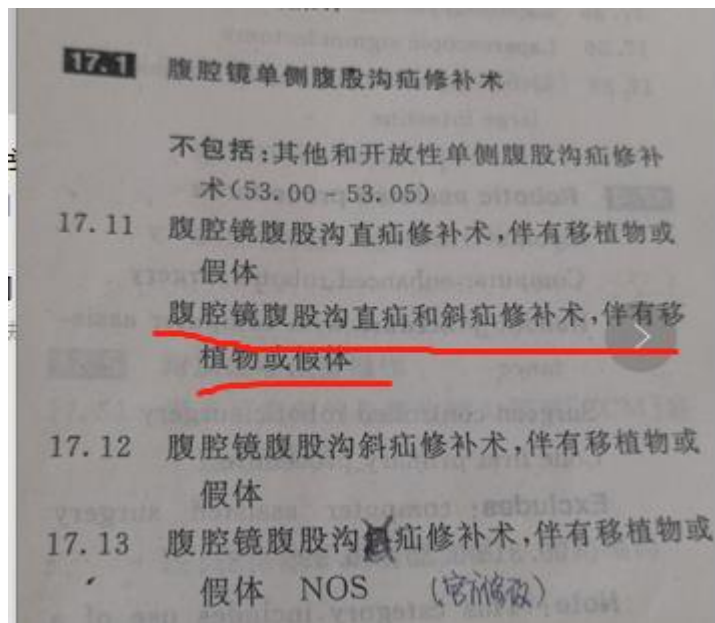
-疝

--腹的

---直接的（单侧的）

----和间接的（斜）的（单侧的）

-----腹腔镜伴移植物或假体17.11



疝修补术

- 1、单纯修补，还是伴有补片修补；
- 2、腹股沟疝和股疝编码区分单双侧；
- 3、腹股沟疝是斜疝还是直疝；
- 4、疝编码区分手术入路；

腹股沟疝修补术

		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

举例3：结肠息肉高频电切术

主要诊断：结肠息肉	K63.582	有
其他诊断：直肠息肉	K62.101	无

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师	类型
				术者	I助	II助				
45.43010	2021-04-02		内镜下结肠黏膜切除术(EMR)				II类切口/甲级	全麻		治疗性操作
48.35014	2021-04-02		内镜下直肠黏膜切除术(EMR)				II类切口/甲级	全麻		治疗性操作

手术步骤、经过及所见

白光及电子染色交替观察，进镜抵达回肠末端3cm。于回盲部、结肠肝区、横结肠、距肛门35cm、20cm、15cm、10cm处共见10余枚息肉，大小约0.4-1.5cm，腺管开口IIIL型，较大者黏膜下注射美兰+生理盐水后高频电切术切除，共以金属夹10枚闭合创面，肝曲、距肛门20厘米、15厘米、10厘米息肉完整取出送病理，较小者高频电凝术灼除。其余所见大肠黏膜光滑、色泽正常，血管纹理清晰。BBPS波士顿肠道准备评分：LC左半结肠：3分，TC横结肠：2分，RC右半结肠：2分，BBPS总分：LC+TC+RC=7分。

例3：结肠多发息肉高频电切术编码的查找：

主导词：切除术

- 病损 (局部的)
- — 肠
- — — 大的 45.41
- — — — 内镜的NEC 45.43
- — — — — 息肉切除术 45.42

一卷核对45.42 内镜下大肠息肉切除术

根据手术名称和手术记录应编码 45.42

主导词：电灼疗法—另见 电凝术和破坏，病损按部位

- 大肠 45.49
- — 内镜的 45.43
- — — 息肉切除术45.42

一卷核对45.42 内镜下大肠息肉切除术

例3：直肠多发息肉高频电切术编码的查找：

主导词：切除术

- 病损（局部的）
- — 直肠 48.35
- — — 息肉（内镜） 48.36

一卷核对48.36 直肠【内镜的】息肉切除术

根据手术名称和手术记录应编码 48.36

45.4 大肠病损或大肠组织的局部切除术或破坏术

45.41 大肠病损或大肠组织的切除术
结肠造口多余黏膜切除术

不包括:大肠活组织检查(45.25-45.27)

内镜下大肠息肉切除术(45.42)

瘘管切除术(46.76)

多节段部分切除术(17.31, 45.71)

经内镜的大肠病损或大肠组织的切除术(45.42-45.43)

45.42 内镜下大肠息肉切除术

不包括:经开放性入路(45.41)

45.43 经内镜下大肠其他病损或大肠组织的破坏术

内镜下大肠肿瘤切除

内镜下结肠出血控制

不包括:内镜下大肠息肉切除术(45.42)

45.49 大肠病损的其他破坏术

不包括:经内镜入路的大肠病损的其他破坏术(45.43)

48.33 直肠病损或直肠组织的激光破坏术

48.34 直肠病损或直肠组织的冷冻破坏术

48.35 直肠病损或直肠组织的局部切除术

不包括:直肠活组织检查(48.24-48.25)

直肠周围组织切除术(48.82)

痔切除术(49.46)

直肠[内镜的]息肉切除术(48.36)

直肠瘘管切除术(48.73)

48.36 直肠[内镜的]息肉切除术

举例4：内镜下胃息肉切除术编码查找

出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：胃息肉	K31.701	有
其他诊断：胃炎	K29.701	有

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
43.41013	2021-04-01		内镜下胃病损电切术

主导词：切除

— 息肉 — 另见切除，按病损，按部位

— 一胃（内镜） 43.41

一卷核对43.41 内镜下胃病损或胃组织切除术或破坏术

胃息肉切除术，经内镜入路

关于胆道微创手术

什么是ERCP?

ERCP（经十二指肠镜逆行胰胆管造影）+EST（内镜乳头括约肌切开取石术）是经口内镜胆道治疗技术包括ERCP、Oddis括约肌切开术、十二指肠乳头球囊扩张术、胆管结石碎石取石术、胆总管支架植入术和鼻胆导管引流术六大技术。对胆管结石等疾病能进行快速、安全、有效的治疗。经口内镜胆道治疗技术是一种典型的、成功率极高的微创手术，代表了现代微创手术理念的发展趋向，已成为众多胆胰疾病首选的诊疗方法。尤其在胆管结石的治疗方面，有着明显的优势。对患者身体造成的创伤极小，且恢复快、并发症少，一般术后三天就能出院。

例5：逆行胆管造影+乳头括约肌切开+柱状气囊扩张+碎石器碎石+取石+鼻胆管引流术

术前诊断：	急性胆管炎、急性结石性胆囊炎、胆总管结石				
术中诊断：	急性胆管炎、胆总管结石、急性结石性胆囊炎				
手术名称：	逆行胆管造影+乳头括约肌切开+柱状气囊扩张+碎石器碎石+取石+鼻胆管引流术				
开始时间：	10：30	结束时间：	12：00		
术者：	孙铎	助手：	杨俊清	手术护士：	张洪玲
麻醉药品：	达克罗宁胶浆	麻醉方式：	口腔麻醉	麻醉医师：	孙铎
送病理（化验）标本：	无				
手术步骤和经过：	患者取右侧卧位，0.5%利多卡因口腔表面浸润麻醉，麻醉生效后普单，戴口器，入十二指肠镜，于十二指肠降段内侧壁1/3处找到十二指肠大乳头，逆行插管，造影，证明导管已经进入胆总管，胆总管中下段可见圆形充盈缺损，直径约1.0*1.0cm大小，乳头处置入切开刀，于11点方向切开乳头约0.9cm大小，置入柱状气囊扩张乳头开口。应用取石球囊，于结石上方，反复拖拽多次，结石取出困难，向家属交代应用碎石器碎石，可能因结石嵌顿急诊开腹手术，家属同意。应用碎石器碎石成功，取出黄色、小块状结石数枚，再次造影证明无结石残留，X线引导下留置ENBD管，术毕。操作全过程麻醉满意，患者无不良反应，术后安返病房。				

例5：逆行胆管造影+乳头括约肌切开+柱状气囊扩张+碎石器碎石+取石+鼻胆管引流术手术编码的查找

1.主导词：胆管造影术 — 内镜逆行的【ERC】 51.11

2.主导词：切开 — 奥狄括约肌 51.82 — — 内镜的 51.85

括约肌切开 — 奥狄括约肌 51.82 — — 内镜的 51.85

括约肌切开 — 经十二指肠壶腹 51.82 — — 内镜的 51.85

3.主导词：扩张 — 括约肌 — — 奥狄51.81 — — — 内镜 51.84

扩张 — 胆管 — — 括约肌 — — — 奥狄51.81 — — — — 内镜 51.84

4.主导词：去除 — 结石 — — 胆总管（经切开） 51.41 — — — 内镜的 51.88

5.主导词：插入 — 鼻胆引流管（内镜） 51.86

例5：逆行胆管造影+乳头括约肌切开+柱状气囊扩张+碎石器碎石+取石+鼻胆管引流术

核对一卷51.1不包括分类于51.64, 51.84—51.88, 52.14, 52.1, 52.93—52.94, 52.97—52.98的胆管内镜操作。

核对一卷51.84—51.88下面均有XX术，经分类于51.10—51.11,52.13的操作，因此有51.84—51.88手术时不需要对51.1中的操作，即内镜逆行胰胆管造影 51.10【ERCP】或内镜逆行胆管造影术【ERC】或内镜逆行胰管造影术【ERP】 52.13进行编码

根据手术记录编码应为：51.88+51.85+51.84+51.86

门脉高压性胃粘膜病变

门脉高压性胃粘膜病变是门静脉高压症出血的原因之一。其发病机制与下列因素有关：1。门静脉压力增高 门脉高压症时，胃的血流量增加，胃粘膜的小静脉和毛细血管淤血、扩张，静脉压升高，毛细血管通透性增加。

2。胃粘膜微循环障碍 胃粘膜下层的动静脉短路开放，致使胃粘膜的微循环发生障碍，血流量减少，随即血氧饱和度下降，使静脉曲张程度加重。 3。H⁺的清除和缓冲能力降低，致胃粘膜受损。

4。各种介质的作用 肝硬化时，胃粘膜内的前列环素（PGI₂）含量降低，从而降低了它对胃粘膜的保护作用；此外，NO是一种高动力循环的致病因子，参与胃泌素代谢，间接引起胃粘膜的损害。 5。凝血功能障碍 肝硬化时机体凝血机制不良，促进了胃粘膜出血。[收起]

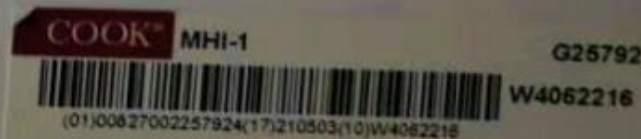
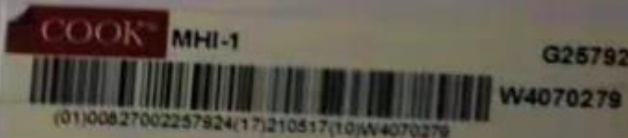
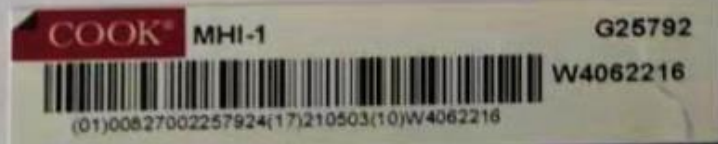
例6：胃食管曲张静脉破溃出血急诊胃镜组织胶、硬化治疗门脉高压性胃粘膜病变

内镜所见：

静脉麻醉、气管插管、心电监护下进镜：食管管腔通畅，粘膜光滑，蠕动正常。食管中下段可见4条曲张静脉，表面呈灰蓝色，呈蛇形迂曲走行至贲门，最大直径约0.6cm，RC征阴性，未见白色血栓。贲门闭合良好，胃腔内见咖啡样物，清理后胃底黏膜充血水肿，胃底见曲张静脉，呈结节状、瘤样，表面可见粘膜破溃，RC征阳性。胃体部粘膜散在红斑。胃角弧形，粘膜光滑。胃窦部粘膜散在红斑，蠕动正常。幽门圆形，开闭良好。十二指肠球部及降部所见粘膜光滑，未见溃疡，经胃镜应用注射针于胃底曲张静脉内分7点三明治法（50%葡萄糖、组织胶、50%葡萄糖）共注射组织胶6.0ml（5.5ml+0.5ml临床科研），曲张静脉苍白硬化，局部少量溢胶，未见活动性出血。应用注射针分多点于食管曲张静脉内注射聚桂醇共20ml，局部少量渗血，冲洗后未见活动性出血。

内镜诊断：

胃食管曲张静脉破溃出血急诊胃镜组织胶、硬化治疗
门脉高压性胃黏膜病变



G25792

例6：胃食管曲张静脉破溃出血急诊内镜组织胶、硬化治疗门脉高压性胃粘膜病变

主导词：1. 结扎—静脉曲张——食管的42.91———内镜的 42.33

2. 结扎—静脉曲张——胃的42.91———内镜的 43.41

1. 核对—卷42.33 内镜食管病损或食管组织的局部切除术或破坏术

食管出血控制，经内镜

食管静脉曲张注射，经内镜

不包括：开放性食管静脉曲张结扎术（42.91）

2. 核对—卷43.41 内镜下胃病损或胃组织切除术或破坏术

胃静脉曲张切除术，经内镜入路

不包括：控制出血（44.43）

开放性胃静脉曲张结扎术（44.91）

3. 结扎—出血的血管—见控制出血

控制—出血——胃—见控制，出血，胃 控制—出血——胃———内镜的44.43

核对—卷 44.43 内镜下胃或十二指肠出血控制

例6：胃食管曲张静脉破溃出血急诊内镜组织胶、硬化治疗门脉高压性胃粘膜病变

分析：1.内镜下食管静脉曲张治疗有没有出血都编码 42.33

2.内镜下胃静脉曲张治疗时要考虑有没有出血，然后选择不同的编码：

未出血 43.41

出血 44.43

因此根据手术记录此手术的编码为：44.43+42.33

例7：胆道术后取石：

主诉（症状、体征与时间）

胆道术后3个月，来院复查

现病史

患者于3个月前于外院诊断为：肝内外胆管结石。行腹腔镜胆总管切开取石、T管引流术，术后恢复良好，带T管出院，出院后未闭T管，病人无腹痛、腹胀，无黄疸。复查CT提示胆总管内残余结石，今来我院要求行胆道镜取石治疗，门诊以"胆道术后残石"收入病房。病来无发热，无腹胀，无头痛头晕，无胸闷气短，二便正常。

手术步骤、经过及所见

患者仰卧位，常规术区消毒，铺无菌敷料及产科膜。拔出T管过程顺利，可见胆汁流出，所拔出T管结构完整。经腹部窦道送入胆道镜进入胆道过程顺利，边冲洗边探查胆道。首先探查肝内胆管，未见肝内胆管结石残留，继而向下探查肝外胆管，见残留结石，网篮将其取出，再次探查未见结石残留，退出胆道镜，回纳窦道支撑管，切口以无菌敷料覆盖，手术结束。

例8：胆道术后取石：

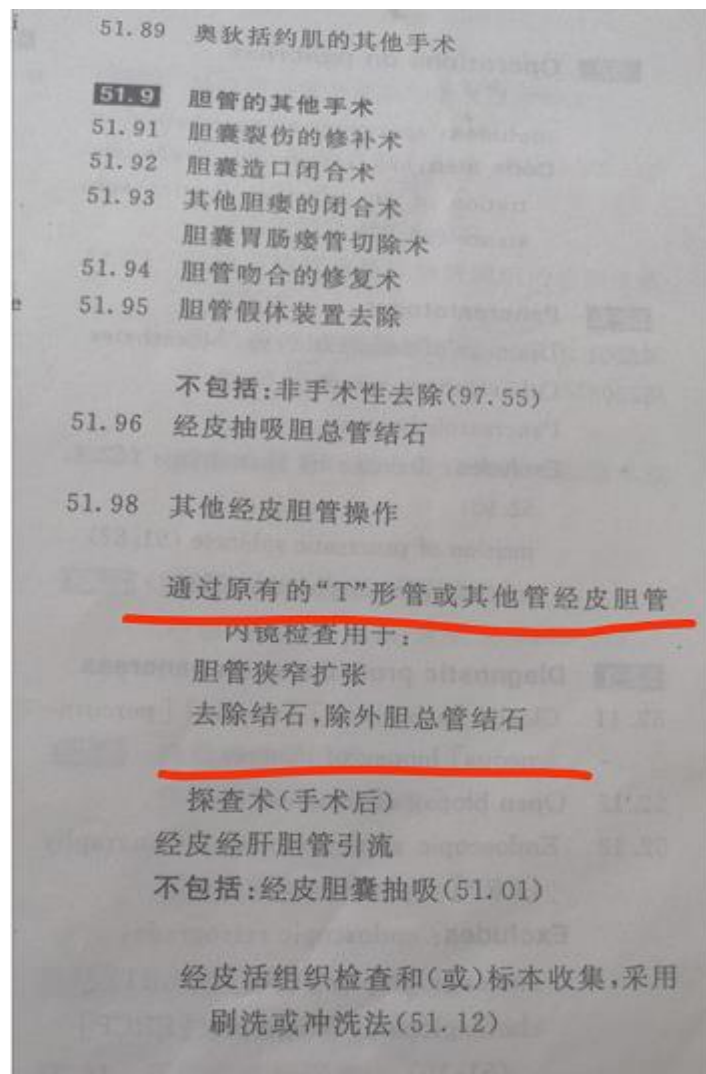
主导词：去除

— 结石

— — 胆管

— — — 经皮的51.98

— 卷核对 51.98



例8：胆道术后取石：

胆道探查取石，T管引流术后3个月。

现病史

患者3个月前因“胆总管结石”，于我院行胆道探查取石，T管引流术，手术顺利，术后带T管出院。出院期间T管通畅，引流褐色胆汁，无发热，无明显上腹疼痛，出院后夹闭T管，无上腹痛，无恶心呕吐，无小便发黄。现患者拟行胆道镜探查取石术入院。病来患者无发热，饮食睡眠可，二便正常，体重无明显变化。

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	术者			切口愈合等级
				术者	I助	II助	
51.98005	2020-04-13	二级手术	经皮胆道镜下取石术	7			II类切口/甲级

术前药品 见医嘱单

手术护士 苑乐

麻醉药品用量 见麻醉单

术中用药 见麻醉单

术后诊断

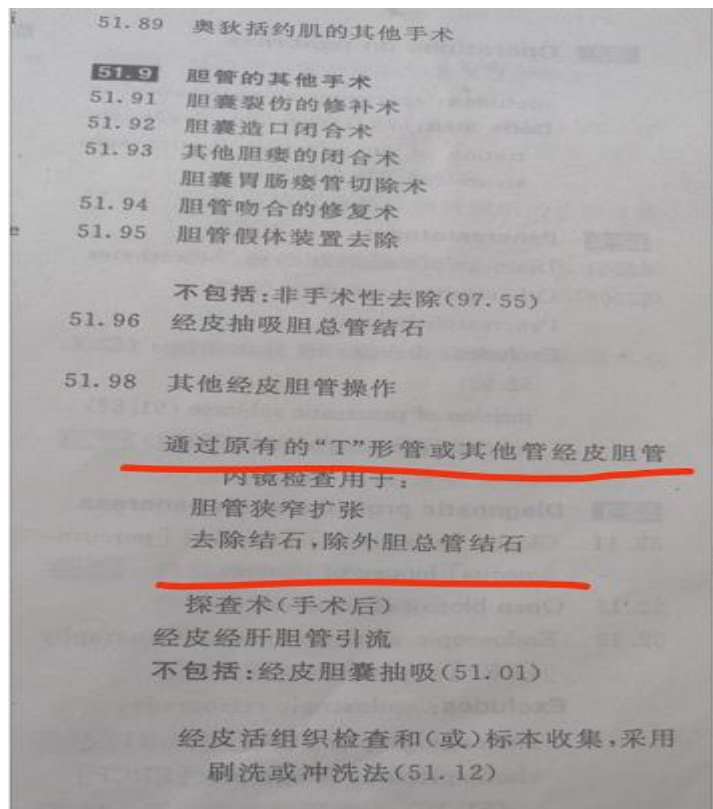
胆道术后残留结石

手术步骤、经过及所见

患者取仰卧位。常规术区消毒，铺无菌巾。拔出T管，经窦道置入胆道镜向胆总管探查，见胆总管内少量絮状物，予以经网篮取出，继续向肝内探查，未见确切残石。反复冲洗胆道，胆道镜探查胆总管、肝总管、左右肝管及可进入的肝内胆管，无确切残石，乳头收缩舒张良好，退出胆道镜，以无菌刀口贴封盖切口。加压包扎，术毕。

患者安返病房。

例8：胆道术后取石：



主导词：去除

— 结石

— — 胆总管

— — — 经皮的51.96

核对卷一

例8：胆道术后行胆道镜检查：

出院诊断名称	诊断编码	入院病情	上传	序号	医生诊断名称
手术后随诊检查	Z09.000x00	有	<input checked="" type="checkbox"/>	1	手术后随诊检查
胆道术后	Z98.800x1	有	<input checked="" type="checkbox"/>	2	胆道术后

主导词：内镜检查

胆道镜检查术	51.16
—胆道(手术的)	51.11
——经逆行性胆管造影术(ERC)	51.11
——经逆行性胰胆管造影术(ERCP)	51.10
——经皮的(经现有的 T 管或其他管道)	51.98
——伴胆总管结石去除	51.96
——术中的	51.11

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	上传	医生手术名称
操作	经T管胆道镜检查	51.0800	2022-06-16		<input checked="" type="checkbox"/>	胆道镜检查术

例9：胃穿孔

出院诊断	疾病编码	入院病情	出院诊断
主要诊断：急性胃穿孔	K31.8804	有	其他诊断：
其他诊断：急性心肌梗死	I21.902	有	

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
44.41008	2020-02-27	四级手术	胃溃疡穿孔修补术

更正诊断：溃疡-胃—急性---伴有----穿孔 K25.1

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	术者		
				术者	I助	II助
44.41008	2020-02-27	四级手术	胃溃疡穿孔修补术			
54.25001	2020-02-27	-	腹腔冲洗检查			

术前药品 无

手术护士 麻醉药品用量 见麻醉单

术中用药 罗库溴铵;罗库溴铵;乐维静;Sufent;Sufent;Sevo(七);Sevo(七);O2;O2;N2O;N2O;LR;LR;LR;LR;L

术后诊断

上消化道溃疡伴穿孔

手术步骤、经过及所见

全身麻醉成功后，病人取仰卧位，常规安尔碘消毒术区3遍，铺无菌术单，手术开始。取上腹正中切口长10cm，逐层入腹探查见腹腔有胆汁样液体1000ml，混浊，予以吸净。探查见胃窦部有一直径1cm穿孔，探查肝、胆囊、十二指肠未见异常。取病理后，以7号线全层缝合穿孔处3针，附近大网膜膜扎于缝合处以加固，用热盐水5000ml腹腔全面冲洗，包括左右肝上，肝下，脾窝、左右髂窝、盆腔等，吸净后留置文氏孔引流一枚，清点纱布器械无误后逐层关腹。术中出血约10ml。术后患者安返病房。未输血。

例9：胃穿孔

如果术中所见疾病性质不是溃疡，那么手术该如何编码？

缝合

-胃 44.61

--溃疡（出血）（穿孔） 44.41

---内镜的 44.63

关于胃穿孔的诊断需要考虑疾病性质

若是溃疡穿孔

溃疡

-胃

—急性

---伴有

----穿孔 K25.1

若非溃疡穿孔需要考虑是否损伤造成的穿孔

穿孔（非创伤性）另见破裂

破裂

-胃（非创伤性）（自发性） K31.8

--创伤性 S36.3

---血管 K92.2

手术步骤、经过及所见

出院诊断	疾病编码	入院病情	
主要诊断：十二指肠穿孔	K31.8806	有	其他诊断：
其他诊断：			

全麻成功后，患者仰卧位，0.5%安尔碘消毒术区，铺手术巾。取上腹正中切口，长12cm，逐层切开入腹探查：腹腔内可见黄色混浊性液含少量食物残渣约300ml，尽量吸净腹腔内液体后探查见十二指肠球部水肿明显，前壁可见1.0*1.0cm穿孔，随胃蠕动可见胃液及胆汁流出，考虑十二指肠溃疡穿孔。其他肠管未见异常。因腹腔感染较重，周围炎症水肿明显，决定行穿孔修补，腹腔冲洗引流术。

置切口保护套，尽量吸净腹腔内积液，与胃长轴平行超出溃疡溃疡边缘行4号丝线三针全层缝合，将穿孔处结扎封闭。并将游离的肝圆韧带组织结扎于溃疡缝合面。温生理盐水充分冲洗腹腔至净止，术区确切止血，留置肝下及盆腔引流，切口右侧分别戳孔引出。探查无出血，清点纱布器械无误，逐层关腹，手术结束。

术中出血10ml，未输血。

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
44.42003	2020-07-07	四级手术	十二指肠溃疡穿孔修补术

修正诊断：溃疡

-十二指肠

--伴有

---穿孔 k26.5

核对卷一 K26.5为慢性或未特指的十二指肠溃疡伴穿孔，请阅读病历或是与医生沟通，诊断为慢性还是急性，若是急性，查找路径如下：

溃疡

-十二指肠

--急性性

---伴有

----穿孔 K26.1

例10：肠穿孔

出院诊断	疾病编码	病情
主要诊断：小肠穿孔	K63.104	情况不明
其他诊断：弥漫性腹膜炎	K65.009	情况不明
脓毒性休克	A41.903	无

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
46.73005	2020-02-20	四级手术	小肠破裂修补术

手术操作名称

手术步骤、经过及所见

全麻成功，病人仰卧，消毒术区皮肤，铺无菌手术巾，取上腹右侧经腹直肌切口，切开皮肤、皮下、剪开腹膜，置入切口保护套，入腹探查：见腹腔内大量淡棕褐色液体、食物残渣及白色脓苔，以下腹部为甚，肝周大量黄色液体，进一步探查可见盆腔粪便残渣，距回盲部约6cm处可见回肠穿孔，大小约1.0*1.0cm，少量粪便涌出，部分粘膜外翻。探查肝脏、脾脏、胰腺、胃、十二指肠、其他段小肠及结肠未见异常，术中诊断小肠穿孔伴急性弥漫性腹膜炎，术中向患方交代后，决定行穿孔修补术。吸净腹腔渗液，于穿孔处，1号丝线缝合，再次浆肌层缝合，肠管内可容一指通过，肠管置入水中，无气泡冒出，大量生理盐水冲洗腹腔，拭净腹腔渗液，自Traitz韧带始按顺序摆放全部小肠。腹腔内置置盆腔及肝下各一枚引流管，经右侧腹壁引出，腹腔内置置防粘连液体，清点纱布器械无误，逐层缝合关腹，术终。术中失血10ml，未输血，患者麻醉后血压下降，术后仍需升压药物维持，向患方交代后，送入ICU病房。

患者 [] 病例特点 [] 岁，主因 [腹痛伴呕吐1天] 入院。

一、病例特点：1. 患者为老年男性，主因“腹痛伴呕吐1天”为主诉入院。
2. 现病史：患者自诉于昨天19:00左右被牛撞伤腹部后，出现腹部疼痛，以上腹部为主，伴呕吐2-3次，呕吐物为胃内容物，未及咖啡色物，无呕血，伴腹胀，无发热，来我院急诊就诊，予以完善腹部CT提示：腹盆腔散在游离气，不排除消化道穿孔，泛发型腹膜炎，下腹感染较重，盆腔少量血性积液。请结合临床体征。注意膀胱导尿管末端位置，请结合临床。胰头部囊性扩张，分支型[PMN可能性大，胰管扩张，请结合临床。胆总管略扩张。左肾囊肿。急诊行胸部CT提示：双肺上叶继发结核（增殖、钙化为主），双肺多发泡性气肿及散在慢性炎症。双侧少量胸腔积液。膈下极少量游离气体密度影及腹腔积液等请结合腹部检查。急诊诊医生考虑消化道穿孔，现患者为求进一步诊治，以“消化道穿孔”为诊断收入我科。患者病来精神可，饮食睡眠可，小便正常，近期体重变化不明显。

修正主要诊断：破裂

-回肠

--创伤性 S36.4 核对卷一

手术：修补术

-回肠 46.73

例10：肠穿孔

出院诊断	疾病编码	公伤病情
主要诊断： 小肠穿孔	K63.104	有
其他诊断： 局限性腹膜炎	K65.803	有

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
45.02004	2020-04-12	四级手术	小肠切开异物取出术
46.73005	2020-04-12	四级手术	小肠破裂修补术

手术步骤、经过及所见

手术步骤、经过及所见：全麻成功后，患者仰卧位，常规消毒术区，铺手术巾。取右侧经腹直肌切口，长约10cm，逐层切开入腹，置切口保护套，探查：右侧腹盆腔内可见黄色混浊性液含食物残渣及脓苔约200ml，尽量吸净腹腔内液体后探查小肠及系膜表面可见较多脓苔，从屈氏韧带处开始探查小肠至回盲部，可见距回盲部约200cm小肠壁可见一异物尖端穿破小肠，约0.3cm，随蠕动可见黄绿色肠内容物从其旁流出，周围肠壁水肿，表面较多脓苔，近端肠管内可扪及较多潴留未消化粘滞食物，肠系膜根部无淋巴结肿大，盆腔、结肠、胰腺未见病变。术中诊断：小肠异物穿孔破裂 腹膜炎。决定行异物取出破裂修补，腹腔冲洗引流术。

尽量吸净腹腔内积液，沿异物穿破处适当切开小肠破口至0.3-0.4cm，将异物取出可见为一枣核，约3cm。周围保护后，经该破口将部分近端瘀滞食物取出，为未消化条索状物，使管腔基本通畅。局部消毒后，延长与小肠长轴平行破裂口全层加浆肌层缝合，将破裂口封闭。挤压近端肠管可见肠内容物通过顺利无渗漏。温生理盐水充分冲洗腹盆腔，术区确切止血，留置右盆腔引流一枚，下腹戳口引出。探查无出血，清点纱布器械无误，逐层关腹，留置皮下引流一枚，手术结束。

术中出血50ml，未输血。取出异物及食物向家属展示后丢弃。

主要诊断应为：

穿孔-被

--异物（外部）

---内部-见异物

异物

-经腔口进入

--小肠 T18.3

主要诊断更正为小肠内异物 T18.3

手术：

异物的取出需要注意入路，
是切开还是非切开方式

去除

-异物

--肠

---小的（腔内） 98.04

----经切开 45.02

例11：痔疮手术

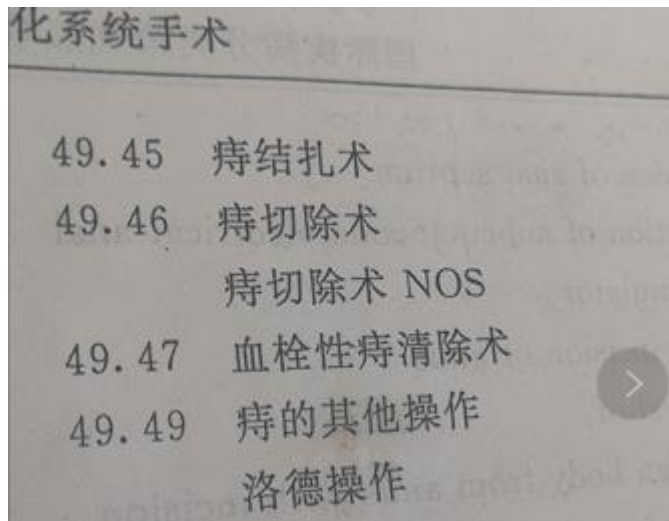
出院诊断名称	诊断编码	入院病情
血栓性外痔	I84.301	有

手术操作	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	上传	切口等级	愈合等级	手术序号
手术	49.39009	2021-03-15	二级手术	肛门病损切除术	<input checked="" type="checkbox"/>	II	甲	1

手术经过：

麻醉成功，病人取截石位。消毒术区皮肤，铺无菌手术巾。肛门直肠消毒后，扩肛门，5点钟方位可见肛门肿物，大小约2cm*2cm，予以钳夹后切除，创面止血，可吸收线缝合，检查创面无出血。术终。术中出血约5ml，患者安返病房。标本交予家属看过后送病理。

痔切除术
-经
--切除 49.46



手术操作为：血栓性痔清除术 49.47

出院诊断名称	诊断编码
内痔	I84.202
外痔	I84.501

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）。

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
49.49003	2020-12-15	四级手术	吻合器痔上黏膜环切术
49.46003	2020-12-15	二级手术	痔切除术

手术步骤、经过及所见

麻醉后，取膀胱截石位，会阴部皮肤常规安尔碘消毒，铺巾，环形混合痔，消毒后经肛门置入纱布拉出探查可见混合痔呈环形脱出，肛周未见脓肿、肛瘘、红肿等，肛直肠指诊，未触及占位。再次肛门内直肠黏膜消毒，放入肛管扩张器，决定行PPH术，固定肛管扩张器于皮肤，取出内芯，通过肛管扩张器将弧形肛镜置入，PSA遮盖直肠壁上270度范围内的脱垂黏膜，从肛镜腔内可见到90度范围的脱垂黏膜。分别距齿状线上1.5cm和3cm，通过旋转弧形肛镜，用0号可吸收线于直肠黏膜下缝合一圈荷包线退出弧形肛镜，将张开到最大限度的吻合器头端伸入到上端荷包线上端，分别结扎两条荷包线，通过吻合器的孔道将结扎线带出肛门外。向外用力牵拉两条结扎线，并顺时针方向旋转收紧吻合器的同时就完成了结扎脱垂黏膜的过程。一次击发关闭天臣吻合器，状态30秒左右予加强止血。将吻合器逆时针方向旋转一周，退出吻合器。通过肛镜检查，进一步检查吻合口无渗血处。4点、6点、8点方向外痔予以切除，肛周罗哌卡因局部浸润麻醉，留置油纱肛管于直肠内，清点器械纱布无误后，清洁纱布覆盖肛门口，术毕。切除的痔上黏膜环及外痔给患者看过送病理。

手术操作49.46多编

例12 Dixon 手术

出院诊断名称	诊断编码
直肠恶性肿瘤	C20xx01

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别
手术	腹腔镜下直肠根治术	48.69002	2021-03-31	四级手术
手术	肠系膜淋巴结清扫术	40.59006	2021-03-31	四级手术
手术	乙状结肠-直肠吻合术	45.94015	2021-03-31	四级手术



手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别
手术	腹腔镜下直肠前切除术	48.63001	2021-03-31	四级手术
手术	肠系膜淋巴结清扫术	40.59006	2021-03-31	四级手术

诊断及手术编码

手术经过:

患者全麻成功后，取截石位，常规消毒铺巾，沿脐窝上3cm作切口，长约1cm，切开皮肤，用两把巾钳从两侧将腹壁提起，于切口处行气腹针穿刺，成功刺入腹腔后，接上气腹机充气（CO₂），维持腹内压在13mmHg。气腹成功后，再次提起腹壁，于切口行10mm套管针穿刺，穿刺成功后放入腹腔镜探查腹腔，见肝脏呈“蓝肝”改变，无转移结节，于右下腹、右侧腹、左侧腹、左下腹分别行12、5、10、5mm套管穿刺，置入分离钳和把持钳及肠钳，探查升结肠、肝曲、横结肠、脾曲未发现明显肿物，系膜可见肿大淋巴结，肿瘤病灶位于腹膜返折下方。悬吊盆底腹膜。以超声刀分束游离乙状结肠系膜，显露十二指肠空肠曲，暴露肠系膜下动脉，于肠系膜下动脉根部结扎切断，向上游离肠系膜下静脉，根部结扎切断，清扫253组淋巴结。自内向外侧游离，游离乙状结肠、降结肠侧腹膜，暴露左侧输尿管，向下进入盆腔，游离直肠至腹膜返折处，后壁自直结肠系膜间隙进入直肠后间隙，两侧包抄，前壁切开腹膜，显露邓氏筋膜，切开邓氏筋膜前叶，进入前间隙，游离至系膜终点，近端裁剪系膜至边缘动脉，裸化直肠预切除端，于强生#45切割闭合器切断直肠远端，于下腹取长约5厘米正中切口，逐层切开后腹，经切口保护袋提出肿瘤段结肠，观察肠管血运良好，系膜动脉搏动良好，沿肠系膜血管裸化肠管，于肿瘤近端保证至少10cm预切除处切断，移除肿瘤段肠管及其系膜，断端消毒，近端肠管内置入29号吻合器头，重新建立气腹，肛门消毒，自肛门进入吻合器，与吻合器头对接后，行端端吻合成功，检查吻合口无张力，无溢漏，系膜无扭转，无活动出血，留置肛管1枚，减压。留置吻合口旁引流管2枚，经腹壁引出固定。腹壁各切口缝合，消毒包扎，术毕安返病房。术中出血约50ml。术后Bp:100/70 mmHg, P:60次/分, SpO₂ 99%。检查切除直肠标本，见肿瘤呈溃疡型，直径约3cm，主要位于左侧壁，系膜多发肿大淋巴结。完整标本送病理检查。

13.Miles 手术

出院诊断名称	诊断编码	入院病情
直肠恶性肿瘤	C20xx01	有

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别
手术	腹腔镜下腹-会阴-直肠联合切除	48.51001	2021-04-02	四级手术
手术	腹腔镜下盆腔淋巴结清扫术	40.59009	2021-04-02	四级手术
手术	腹腔镜下肠粘连松解术	54.51001	2021-04-02	四级手术
操作	局部灌注治疗	99.25002	2021-04-02	

手术步骤、经过及所见

患者全麻成功后，取低平截石位，沿脐窝上部作切口，长约1cm，切开皮肤，用两把巾钳从脐窝两侧将腹壁提起，于切口处行气腹针穿刺，成功刺入腹腔后，接上气腹机充气（CO2），维持腹内压在13mmHg。气腹成功后，再次提起腹壁，于脐部切口行10mm套管针穿刺，穿刺成功后放入腹腔镜探查腹腔，见肝脏、腹腔内无转移结节，子宫附件未见转移，于右侧腹直肌外缘平脐部、右下腹、左侧腹部和左下腹处分别行5mm，12mm，10mm，5mm套管穿刺，置入分离钳和把持钳及肠钳，提起乙状结肠，探查，腹膜反折处以上未见肿瘤。乙状结肠与小肠系膜互相粘连。

先分离乙状结肠与小肠系膜的粘连，然后提起乙状结肠，直肠。以超声刀分束游离乙状结肠系膜，游离乙状结肠、降结肠侧腹膜，暴露双侧输尿管并予以保护，游离乙状结肠系膜内侧，游离处肠系膜下动脉，清扫253淋巴结，于根部上生物夹，切断，十二指肠下缘水平切断肠系膜下静脉，继续向下游离，后壁自直结肠系膜间隙进入骶前，充分游离直肠后间隙到肛提肌水平。游离直肠两侧腹膜，注意保护输尿管，生殖血管，植物神经，前壁于腹膜反折上0.5cm打开腹膜，显露阴道壁，打开D氏筋膜，沿着直肠前间隙游离。游离直肠周围游离到肛提肌水平。裁剪系膜。天臣60切割闭合器切断肠管。会阴组操作：用荷包缝合关闭肛门口，距肛门4cm处作一梭形切口，前至会阴中间，后至尾骨尖端。切开皮肤和皮下组织，沿坐骨结节及臀大肌内侧缘分离，切除坐骨直肠窝脂肪，显露肛提肌，结扎肛门动脉。在尾骨尖前方切断肛门尾骨韧带。切断肛提肌与腹腔相通，至此与腹部手术组会合，将直肠乙状结肠于会阴部拖出，切断肿瘤段肠管。

患者放疗前提示双侧盆腔淋巴结肿大，予以行双侧淋巴结清扫术，先处理左侧，打后腹膜，游离输尿管予以保护，沿着髂外动脉清扫，顺着髂外静脉到外侧，清扫闭孔淋巴结，游离髂内血管与输尿管腹下筋膜，膀胱腹下筋膜间隙，沿着髂内血管由头侧到尾侧清扫各个属支的淋巴结，将清扫淋巴结放入取物袋内保护。同法清扫右侧。将清扫的淋巴几由会阴部切口取出。彻底冲洗术区，查无活动出血。重建气腹，于左侧腹部经腹直肌做约2cm的圆形切口，切除皮肤、皮下组织，打开腹直肌前鞘，分开腹直肌，使用处戳卡于左侧腹部打隧道，近端乙状结肠断端自造口处拉出腹腔外，观察肠管系膜无扭转，做腹膜内造口。观察造口处结肠血供正常，无张力，系膜无扭转。反复冲洗盆腔，见无活动出血，反复冲洗会阴部切口，留置盆腔引流管2枚。缝合会阴切口。缝合双侧侧方腹膜，双侧置入引流管各一枚。

腹壁各切口缝合，消毒包扎，术毕安返病房。术中出血约100ml。术后Bp:120/80mmHg, P:80次/分, SpO2 99%。

检查切除直肠标本，见肿瘤位于齿状线上1.0cm，侵犯全层。肿瘤位于直肠前壁，直肠系膜完整，系膜内多发肿大淋巴结。质地硬。完整标本给予患者家属观看后，送病理检查。

14.Hartmann 手术

1	直肠恶性肿瘤	+
2	转移 肝肿物 ?	+

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别
手术	腹腔镜下直肠前切除术	48.63001	2021-03-26	四级手术
手术	腹腔镜下乙状结肠永久性造口术	46.13002	2021-03-26	四级手术
操作	超声引导下肝病射频消融术	50.24001	2021-04-09	-



手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
48.62001	2021-03-26	四级手术	直肠前切除伴结肠造口术 [Hartmann手术]

手术步骤、经过及所见

全身麻醉成功后，病人取低截石位，常规安尔碘腹部及会阴皮肤消毒，留置导尿，铺无菌术单。沿脐窝上部作切口，长约1cm，切开皮肤，以两把巾钳从脐窝两侧将腹壁提起，于切口处行气腹针穿刺，成功刺入腹腔后，接上气腹机冲气（CO2），维持腹内压在13mmHg。气腹成功后，再次提起腹壁，于脐部切口行10mm套管针穿刺，成功后放入腹腔镜探查腹腔。在腹腔镜监视下分别于脐旁右腹直肌外缘、反麦氏点行5mm、5mm套管针穿刺，再于右侧髂前上棘水平内侧约3cm处12mm套管针穿刺，脐旁左腹直肌外缘下约2cm处5mm套管针穿刺。分别放入分离钳和抓钳。变换体位，使患者头低及右倾位。探查肝表面、胆、脾、胃，小肠、结肠未见占位，肿瘤位于直肠、乙状结肠交界处，肿瘤已经侵透全层，系膜内多发质硬淋巴结，部分已经融合，肿瘤近端肠管扩张、水肿增厚，用超声刀游离乙状结肠内侧系膜，分离出肠系膜下血管，在肠系膜下动脉上hemolock夹，切断肠系膜下动脉，同方法处理静脉。用超声刀在乙状结肠系膜右侧沿乙状结肠系膜，后腹膜与肾前筋膜之间的间隙分离乙状结肠系膜，暴露出左侧输尿管和生殖血管。用超声刀游离降结肠、乙状结肠外侧后腹膜。用超声刀按TME原则游离直肠后方（沿骶前间隙游离，保留盆腔神经丛），在直肠后方向两侧游离直肠侧方，于肿瘤下方5cm裸化肠壁，以腔镜下切割闭合器切割闭合肠管。拟行直肠癌Hartmann术，裁剪乙状结肠系膜至肿瘤近端15cm，以腔镜下切割闭合器切割闭合肠管，于下腹正中开一长约5cm切口，逐层入腹，置切口保护套，经此牵出切除肠管，移除标本。于左侧脐旁经腹直肌圆形切开皮肤，直径约2.5cm，逐层入腹，建立腹壁隧道，将近端乙状结肠从此隧道提出，一期开瘘，行肠壁全层-距离肠壁断端约2cm浆肌层-皮肤缝合固定一周，扣造口袋。冲洗腹腔，创面留置止血纱，盆腔留置引流管1枚，经右侧戳口引出，逐层关腹，术毕。术中失血约50ml，输滤白红细胞2u。

15.改良的毕II式手术

序号	医生诊断名称
1	胃恶性肿瘤
2	胃麻痹

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别
手术	根治性胃切除术	43.99004	2021-03-09	四级手术



手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
43.7 001	2021-03-09	四级手术	胃大部切除伴胃-空肠吻合术 [Billroth II式手术]
45.91008	2021-03-09	四级手术	空肠-空肠端侧吻合术

全麻成功后，仰卧位，常规碘伏消毒铺无菌手术巾，取上腹正中左侧绕脐切口长20cm，逐层入腹，置腹膜保护套，探查：探查腹腔内无腹水，盆腔未及肿物。胃癌位于大弯侧胃窦，质硬，侵透全层，侵及横结肠系膜前叶。胃周可触及多发肿大淋巴结。决定行胃癌根治术（胃空肠Roux-en-Y吻合术）。提起大网膜，断其横结肠附着处，左至结肠脾曲，右至结肠肝曲，剥离横结肠系膜前叶受侵处组织及胰腺前被膜，至胰脏上缘，廓清15、14、17组淋巴结。分别切断、结扎胃网膜右动静脉，清除其间第6组淋巴结。胃大弯侧近端切断胃网膜左动静脉，将4组淋巴结包括在切除侧。切开十二指肠外侧腹膜，将十二指肠及胰头掀起，廓清13组淋巴结，探查16组淋巴结无肿大。靠近肝脏切开肝十二指肠韧带及肝胃韧带，第12组淋巴结，8、9组淋巴结无肿大。近起始处切断、结扎胃右动脉，断胃右静脉，将第5组淋巴结廓清。十二指肠游离至幽门下2.5cm。幽门下2cm以切割闭合器切断闭合十二指肠，以4号丝线间断8字加针缝合。于肝下将小网膜切除至贲门。提起胃体，打开胰胃皱襞。沿肝总动脉切开后腹膜，游离至腹腔干，根部结扎切断胃左动脉，廓清7组淋巴结。于贲门小弯侧沿胃壁切断胃左血管分支，清除第1组淋巴结，并将第3组淋巴结包括于切除侧。找到屈氏韧带远端约30cm处空肠，裁剪系膜，切断肠管，消毒肠腔。于近端肠管处上烟包器，插入烟包线，置入吻合器抵钉座，收紧烟包线留待吻合。将吻合器枪身置入远端肠管内约40cm。将抵钉座与枪身对接，激发吻合器完成吻合。之后将之前切开处远端空肠上烟包器，插入烟包线，置入吻合器抵钉座，收紧烟包线留待吻合。于横结肠系膜无血管区切开，将远端空肠穿过横结肠系膜提至结肠上区。切开胃壁，消毒胃腔，其内置入吻合器枪身，与抵钉座对接，激发吻合器完成胃空肠吻合。将胃管置入吻合口远端。以切割闭合器切断闭合胃体，移除标本。闭合空肠系膜及横结肠系膜。吻合口及闭合口加针缝合。温热蒸馏水及生理盐水500ml冲洗腹腔，至吸出液清亮为止。于胃肠吻合口后方及盆腔各留置引流管1枚，经右侧腹壁引出固定。查无活动性出血，清点纱布器械无误。可吸收线逐层关腹，手术结束。术后监测示：P 75次/分，BP 110/74mmHg，SpO2 97%。术中失血约200ml，未输血。切除标本给予患者家属观看后送病理检查。

16.结肠镜检查

术前诊断

乙状结肠恶性肿瘤？

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
17.36002	2021-04-07	四级手术	腹腔镜下乙状结肠切除术
40.59006	2021-04-07	四级手术	肠系膜淋巴结清扫术
45.94015	2021-04-07	四级手术	乙状结肠-直肠吻合术
45.21001	2021-04-07	-	术中大肠内镜检查



17.36002	2021-04-07	四级手术	腹腔镜下乙状结肠切除术
40.59006	2021-04-07	四级手术	肠系膜淋巴结清扫术
45.23002	2021-04-07		纤维结肠镜检查

手术步骤、经过及所见

患者全麻成功后，取截石位，常规消毒铺巾，沿脐窝上缘作弧形切口，长约1cm，切开皮肤，用两把巾钳提起脐环，气腹针穿刺，试水成功后接上气腹机充气（CO2），维持腹内压在13mmHg。气腹成功后，再次提起腹壁，于脐上2cm切开皮肤1cm，行10mm套管针穿刺，穿刺成功后放入腹腔镜探查腹腔，见肝脏、腹盆腔腹膜表面无转移结节，于左下腹、左上腹、右上腹、右下腹分别行套管穿刺，置入分离钳和把持钳及肠钳，调整体位头高30°，右倾15°，小肠推至左上及右下腹。探查见肿物位于直肠-乙状结肠交界处（术前纳米碳标记），大小约2cm×2cm，未累及浆膜层。术中决定行腹腔镜乙状结肠切除术。提起乙状结肠并扇形展开，以超声刀在髂骨岬水平切开乙状结肠系膜，进入to1dt间隙，分离至肠系膜下动脉根部，裸化肠系膜下血管并切断。向左侧沿G氏筋膜表面拓展to1dt间隙，注意保护左侧输尿管，生殖血管。切断肠系膜下静脉，扇形裁剪乙状结肠系膜。游离乙状结肠外侧及降结肠侧腹膜，进入左侧To1dt间隙与右侧相通。继续向下游离直肠系膜，进入直肠后间隙，注意保护上腹下神经丛与双侧腹下神经，保持直肠系膜完整，游离到超过肿瘤远端5cm，游离直肠两侧侧方系膜直至与后方同一水平。裸化直肠肠管，直至超过肿瘤远端3cm，以纱布条阻断肠管并切断。距肿物近端10cm处裸化肠管以爱惜龙60mm切割闭合器切断肠管。碘伏水冲洗直肠远端，再次消毒肛门周围皮肤，右下腹trocar放入无菌导线套经直肠断端脱出肛门，经肛由导线套放入派尔特29#吻合器抵钉座，将肿瘤近端肠管切开放入抵钉座，切除标本放入导线套经肛门取出，再次以爱惜龙60mm切割闭合器切断并封闭直肠断端。经肛门放入吻合器机身，行乙状结肠-直肠端端吻合，吻合顺利，远近切缘吻合圈连续完整。行术中内镜检查吻合口血运良好，腔镜下检查吻合口无张力，系膜无扭转，留置盆腔引流管2枚，经腹壁引出固定。逐层缝合腹壁各切口，消毒包扎，术毕安返病房。术中出血约50ml，未输血。术后P80次/分 BP 120/80mmHg SPO299%

检查切除标本，乙状结肠系膜完整，剖开肠管，肿瘤靠近系膜侧，环腔1/3，直径约2cm，呈环型盘状，。完整标本给予患方家属观看后送病理检查。

主导词：内镜检查
 --结肠45.23
 --经腹（手术的）
 45.21
 --经造口（人工的）
 45.22

- 45.2 肠的诊断性探1F
 另编码：任何开腹手术(54.11-54.19)
- 45.21 经腹大肠内镜检查
 手术中大肠内镜检查
 不包括：同时伴活组织检查(45.25)
 45.22 大肠内镜检查，经人工造口
 不包括：同时伴活组织检查(45.25)
- 45.23 结肠镜检查
 可曲性光学纤维性结肠镜检查
 不包括：大肠内镜检查，经人工造口(45.22)
 可曲性乙状结肠镜检查(45.24)
 硬式直肠乙状结肠镜检查(48.23)
 经腹大肠内镜检查(45.21)

17.惠普尔手术

出院诊断		疾病编码
主要诊断:	胆总管恶性肿瘤	C24.004
其他诊断:	梗阻性黄疸	K82.002
	慢性胆囊炎	K81.101

52.7 002	2020-12-15	四级手术	根治性胰十二指肠切除术 [Whipple手术]
52.96003	2020-12-15	四级手术	胰腺-空肠吻合术
51.37003	2020-12-15	四级手术	肝胆管-空肠吻合术
43.7 001	2020-12-15	四级手术	胃大部切除伴胃-空肠吻合术 [Billroth II式手术]



手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
52.7 002	2020-12-15	四级手术	根治性胰十二指肠切除术 [Whipple手术]
51.22005	2020-12-15	三级手术	胆囊切除术
52.92001	2020-12-15	四级手术	胰管支架置入术

手术步骤、经过及所见

全麻成功后，患者取平卧位，后背部垫枕，常规消毒铺无菌巾。取右上腹经腹直肌切口长约30cm，逐层切开后腹腔。探查：肝脏瘀胆表现，无腹水，腹壁及盆腔未见癌转移，胆囊大，胆总管约2cm，胰头部可触及肿物直径约2厘米，边界不清楚，活动度差，行kocher手法，游离十二指肠降段，显露胰头后方，到达腹主动脉旁附近，可见下腔静脉及左肾静脉，然后游离横结肠系膜前叶至胰腺下缘，切断胃网膜右静脉，沿着左侧副结肠静脉可以找到肠系膜上静脉，然后在肝下切开肝十二指肠韧带浆膜，施行门骨化处理后，暴露肝动脉、门静脉、胃右动脉和胃十二指肠动脉，可见肝右动脉从肝总管前方通过。切断胃右动脉和胃十二指肠动脉，胃十二指肠动脉保留端4号线双重结扎加4-0普利林缝扎。用十二指肠钳可通过胰颈与门静脉的间隙。采用顺逆结合法切除胆囊，胆囊床用电凝切除，无渗血，无胆漏；胆囊动脉结扎可靠。在肝门部肝右动脉附近切断肝总管，游离远侧部胃大、小弯，切开脾胃皱壁，于胃窦部用闭合器断胃（距离幽门4厘米处），于胰腺下缘显露肠系膜上静脉，其前方十二指肠钳可顺利通过，切断胰腺颈部，寻至胰管，胰管直径约0.7厘米，将1枚长20cm，粗0.4cm之硅胶管置入胰管内，胰腺断端的上下缘使用普利林缝合牵引。门静脉全程显露出来。游离Treitz韧带及上段空肠15cm，于此处切断空肠，将其远端从系膜裂孔处提至胰头处。沿SMV自下向上分束游离切断胰腺钩突，将静脉向胰腺的数个小分支一一切断，缝扎。并将肠系膜上动脉显露。切除钩突与肠系膜上动脉右侧组织。切断十二指肠与后腹膜之间组织，移出切除标本。于结肠系膜无血管区切开系膜约6cm，将肠袢从结肠后提至胰腺断端，行胰肠端侧吻合。后壁浆肌层和胰腺使用普利林线连续缝合，在胰腺全层与空肠浆膜间断缝合6针，暂时敞开部大结，然后在空肠的对应部位打开1处小切口与胰管对应，采用5-0PDS线急性后壁的胰管对肠粘膜间断缝合，后壁缝合5针，将胰管内插管置入空肠，中间一针固定胰管内引流管，然后进行前壁缝合，同样采用中间加针法，前壁缝合3针，一共8针缝合，将之前缝合的6针普利林线逐个大结，使得胰腺与空肠浆膜对拢，距胰肠吻合口约6cm行胆管空肠端侧吻合，采用4-0PDS线缝合，后壁间断缝合，然后再前壁间断缝合，距胰肠吻合口约40cm于结肠后将空肠与胃后壁大弯侧行侧侧吻合，采用艾喜龙进行侧侧吻合，将胃管放置在远端空肠内，然后将肠管及胃壁共同开口缝合，吻合口通畅，将结肠系膜和空肠系膜缝合闭合裂空。Treitz韧带裂孔处缝合。最后在空肠袢的盲端放置1个12号脑室引流管，双层烟包缝合固定，从最近的腹壁引出体外，生理盐水冲洗术区后，于胰肠吻合口前后各置引流管1枚，从右侧引出，清点器械及纱布无误后，逐层关腹，术毕。

切除标本送病理。病人年龄大，手术时间长，拔除气管插管后安返病房。

第三百四十五条 根治性胰十二指肠切除术（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）。

小结:

- 1.消化道手术是按消化器官由上而下排列，在每一个消化器官中，又按切开、诊断性操作、病损切除、部分切除、全部切除这样一个基本的规律来排列。
- 2.医生书写的XX癌根治术，是个笼统的，必须要根据入路、切除范围、重建方式、附带器官切除及淋巴结清扫等情况进行综合编码，要注意另编码。
- 3.消化内科治疗性操作主要为内镜下操作，编码时要注意主导词查找。
- 4.ERCP相关性治疗操作依据临床操作步骤及编码规则进行编码。
- 5.胆道术后取石注意手术操作编码并注意结石部位。
- 6.胃肠穿孔注意疾病性质，疾病性质不同手术操作不同。
- 7.结直肠息肉注意疾病性质，结肠镜检查注意入路。



第十四章 女性生殖器官手术



本章结构及编码范围

编码	名称
65	卵巢手术
66	输卵管手术
67	子宫颈手术
68	子宫的其他切开术和切除术
69	子宫和支持结构的其他手术
70	阴道和直肠子宫陷凹手术
71	外阴和会阴的手术

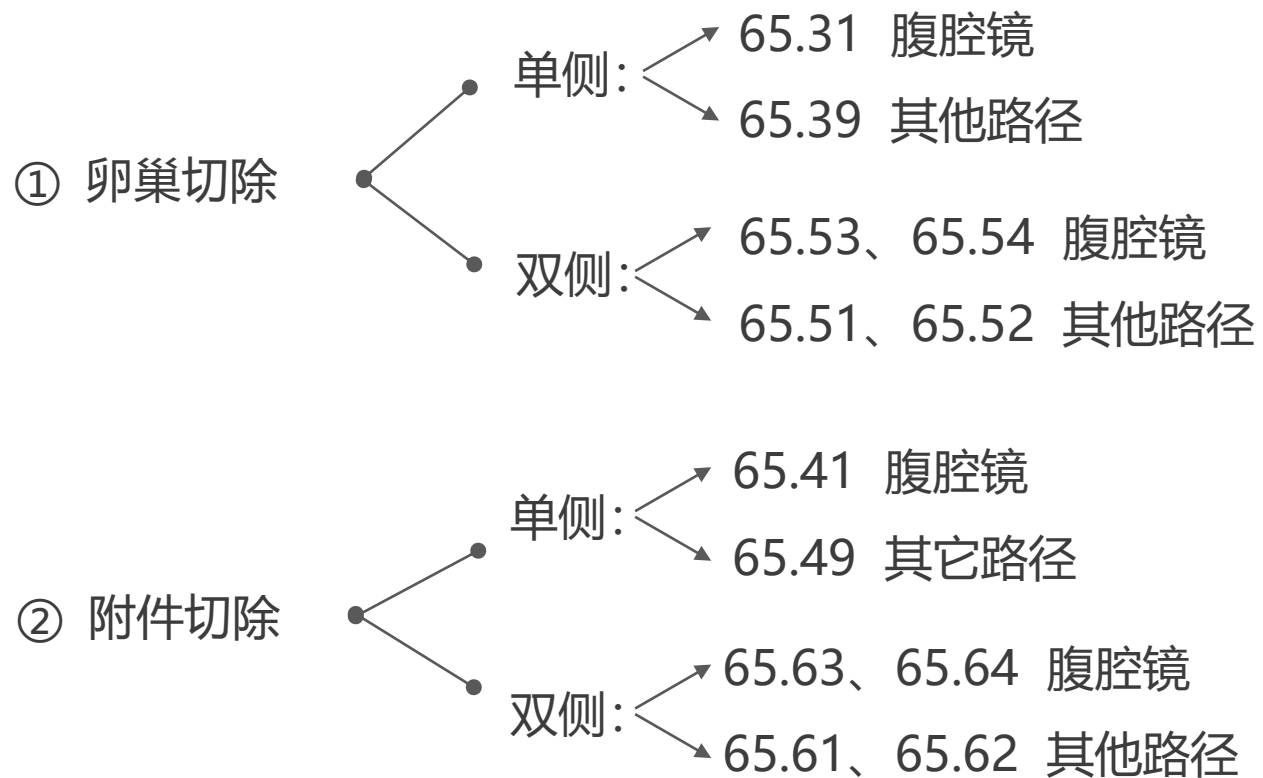
一. 本章特点

编码时注意：

- 请明确部位
- 医生尽量不用肿物切除术、卵巢癌根治术这样的笼统的名称
- 入路注明经腹/经腹腔镜/经阴道/经阴道腹腔镜辅助
- 卵巢和输卵管手术分单双，分类不同

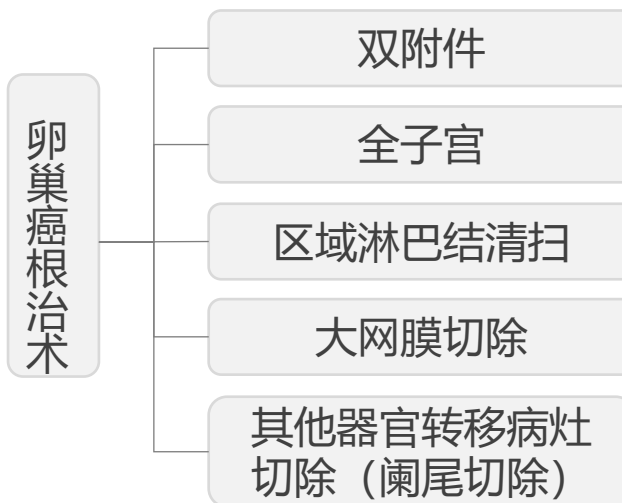
二. 卵巢和输卵管手术

1. 卵巢、输卵管手术要注意单双侧和入路



二. 卵巢和输卵管手术

卵巢癌根治术



- ① 无定式切除范围，需要仔细阅读手术记录，按实际的切除部位分别编码

② 女性盆腔内容物摘除术 68.8

- 女性盆腔内容物比较复杂，包括了卵巢、输卵管、子宫、阴道、膀胱和尿道。该手术主要用于治疗盆腔广泛转移的恶性肿瘤。
- 由于涉及到输尿管，因此需要编码尿路转流术(56.51-56.79)，还可能需编码结肠造口术(46.12-46.13)及淋巴腺清扫术(40.3, 40.5)。

二. 卵巢和输卵管手术

2. 女性绝育术及去势术

① 女性绝育术

- 女性绝育术是输卵管结扎术、切断术和化学药物粘堵或栓堵术。
- 查找编码时，主导词用“结扎术”或“破坏”。临床上常省略手术的方式，只写明是绝育术，将会被分类到不明确的66.39编码中。

66.32

其它双侧输卵管结扎术和切断术，
波罗伊手术（女性避孕的一种方法）

66.39

其它双侧输卵管破坏或闭合术
NOS女性绝育术

二. 卵巢和输卵管手术

2. 女性绝育术及去势术

① 女性绝育术

主导词：结扎术

— 输卵管(双侧)(残留)(孤立的) 66.39
—— 伴
——— 法洛普环 66.39
——— 经内镜检查(腹腔镜检查) 66.29
——— 挤压术 66.31
——— 经内镜检查(腹腔镜检查) 66.21
——— 切断 66.32 开腹术(宫腹腔镜)
——— 经内镜检查(陷凹镜检查)(腹腔镜检查)
(腹腔镜检查) 66.22
—— 单侧 66.92
—— 经内镜检查(陷凹镜检查)(子宫镜检查)(腹
腔镜检查)(腹腔镜检查) 66.29
— 输卵管 66.39

66.2 双侧输卵管内镜下破坏术或闭合
包括：输卵管双侧内镜破坏术或闭合：
陷凹镜检查
内镜检查
子宫镜检查
腹腔镜检查
腹膜镜检查
内镜下孤立输卵管破坏术
66.21 双侧输卵管内镜下结扎术和挤压术
66.22 双侧输卵管内镜下结扎术和切断术

二. 卵巢和输卵管手术

2. 女性绝育术及去势术

② 女性去势术

女性去势术是女性性腺的双侧切除术。女性去势术常用于乳腺癌术后预防性治疗，这样通过内分泌的调节可以减少乳腺癌的复发。

例：65.51 双侧卵巢切除术（分一次切除）

◆分两次切除卵巢

卵巢切除术65.52

二. 卵巢和输卵管手术

3. 输卵管手术注意事项（疾病性质对手术分类的影响）

① 66.5 双侧输卵管全部切除术

- 双侧输卵管全部切除术伴卵巢切除，分类于卵巢手术中的65.61-65.64 双侧输卵管卵巢切除术
- 双侧部分输卵管切除，用于绝育，分类于66.39

② 66.62 输卵管切除术伴去除输卵管妊娠

另编码：任何同时进行的卵巢切除术（65.31、65.39）

三. 子宫手术

1. 刮宫和抽吸刮宫的区别

① 69.0 子宫扩张和刮宫术 (单纯刮宫) , 不包括: 抽吸刮宫术 (69.51-69.59)

69.01	扩张和刮宫术, 用于终止妊娠
69.02	分娩或流产后的扩张和刮宫术
69.09	其它扩张和刮宫术, 诊断性扩张和刮宫

② 69.5 抽吸刮宫术 (伴有抽吸刮宫) , 不包括: 月经抽吸 (69.6)

69.51	抽吸刮宫术, 用于终止妊娠
69.52	分娩或流产后抽吸刮宫术
69.59	其它抽吸刮宫术

三. 子宫手术

1. 刮宫和抽吸刮宫的区别

① 69.0 子宫扩张和刮宫术 (单纯刮宫) , 不包括: 抽吸刮宫术 (69.51-69.59)

主导词: 扩张和刮宫, 子宫 (诊断性) 69.09

— 之后

— — 分娩 69.02

— — 流产 69.02

— — — 终止妊娠 69.01

② 69.5 抽吸刮宫术 (伴有抽吸刮宫) , 不包括: 月经抽吸 (69.6)

主导词: 抽吸 吸引术 — 刮宫, 子宫 69.59

— — 伴终止妊娠 69.51

— — 流产或分娩后 69.52

— — 诊断性 69.59

三. 子宫手术

1. 刮宫和抽吸刮宫的区别

正常妊娠刮宫

69.51005 电吸人流术

69.51006 超声引导下电吸人流

69.51007 宫腔镜下电吸人流

69.01001 终止妊娠刮宫术 (不用电吸)

流产和分娩后刮宫

69.52003 分娩后电吸刮宫术

69.52004 流产后电吸刮宫术

69.02002 分娩后刮宫术 (没电吸)

69.02003 流产后刮宫术 (没电吸)

三. 子宫手术

1. 刮宫和抽吸刮宫的区别

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的目的是。分段性刮宫应同时编码69.09（其他扩张和刮宫术）和67.11（子宫颈内活组织检查）

三. 子宫手术

2. 临床常见子宫颈锥形切除术

① 67.2 子宫颈锥形切除术

不包括：子宫颈锥形切除术：

冷冻手术 67.33

电切手术 67.32

② 67.32 子宫颈锥形电切术

③ 67.33 子宫颈冷冻锥形切除术

三. 子宫手术

2. 临床常见子宫颈锥形切除术

子宫颈锥形切除术的编码区分手术方式，
普通刀，电刀、冷冻法

锥形切除术

- 子宫颈 (刀) (活组织 检查) 67.2
- - 经
- - - 电锥形切除术 67.32
- - - 冷冻术 67.33

67.2 子宫颈锥形切除术

不包括:子宫颈锥形切除术:
冷冻手术(67.33)
电切手术(67.32)

67.3 子宫颈病损或子宫颈组织的其他切除术 或破坏术

67.31 子宫颈囊肿袋形缝合术[造袋术]

67.32 子宫颈病损烧灼破坏术

子宫颈锥形电切除术
LEEP (环形电切术)

LLETZ (转化区大环形切除术)

67.33 子宫颈病损冷冻破坏术

子宫颈冷冻锥形切除术

三. 子宫手术

2. 临床常见子宫颈锥形切除术-操作记录中是用LEEP刀把宫颈息肉切下来

有创操作时间：8:10-8:20

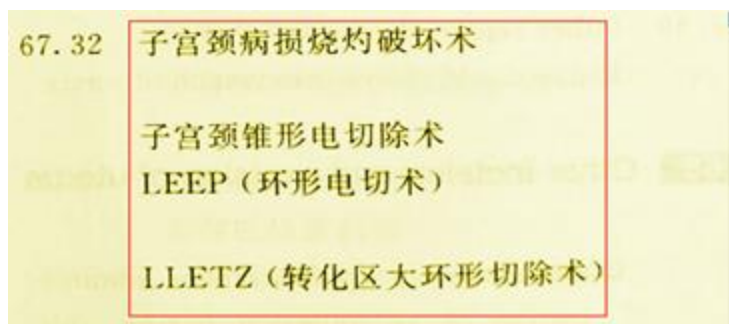
有创操作名称：宫颈息肉电切术

操作者：徐凤梅

嘱患者排空膀胱，取截石位，常规消毒，铺无菌洞巾，双合诊查子宫前倾位，大小正常。窥器暴露宫颈，消毒宫颈及阴道。见宫颈表面光滑，宫颈外口处见大小约1.5*1.0cm息肉样物，宫颈钳固定宫颈，电刀自根部切除息肉，电凝止血，观察切除部位无活动性出血，术毕。切除大小约1.5*1.0cm息肉样组织交由患者及家属观后，病理送检。

手术经过顺利，观察1小时，患者无不适，阴道流血少，安返病房。术后给予防感染对症治疗，注意体温及阴道流血情况。

- 手术术式为67.32?



错误

正确的查找方式:

切除术

-病损

--子宫颈 67.39

锥形切除术

- 子宫颈 (刀) (活组织 检查) 67.2
- - 经
- - - 电锥形切除术 67.32
- - - 冷冻术 67.33

三. 子宫手术

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。



次广泛子宫切除范围

68.4 经腹子宫全部切除术

子宫切除术：
扩大

另编码：任何同时进行的输卵管和卵巢去除（65.31-65.64）

不包括：根治性腹式子宫切除术，任何入路（68.61-68.69）

68.41 腹腔镜下经腹全子宫切除术

腹腔镜下全子宫切除术[TLH]

68.49 其他和未特指的腹式全子宫切除术

子宫切除术：
扩大性

不包括：腹腔镜下经腹全子宫切除术（68.41）

68.5 阴道子宫切除术

另编码：任何同时进行的：

输卵管和卵巢去除（65.31-65.64）

膀胱膨出或直肠膨出的修补术（70.50-70.52）

盆底修补术（70.79）

68.51 腹腔镜辅助阴道子宫切除术(LAVH)

68.59 其他和未特指的阴道子宫切除术

不包括：腹腔镜辅助阴道子宫切除术（LAVH）（68.51）

根治性阴道子宫切除术（68.7）

68.6 经腹根治性子宫切除术

另编码：任何同时进行的：

淋巴结清扫术（40.3, 40.5）

输卵管和卵巢去除（65.31-65.64）

不包括：盆腔内容物摘出术（68.8）

68.61 腹腔镜下根治性腹的子宫切除术

腹腔镜下改良根治性子宫切除术

腹腔镜根治性全子宫切除 [TLRH]

68.69 其他和未特指的腹式根治性子宫切除术

改良根治性子宫切除术

Wertheim 手术

不包括：腹腔镜下经腹全子宫切除术（68.41）

腹腔镜下根治性腹的子宫切除术（68.61）

四、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）**。

主导词：修补术

—阴道,阴道(穹隆断端)(壁) NEC 70.79

——前的 70.51

———伴后部修补术 70.50

———伴移植物或假体 70.53

———伴移植物或假体 70.54

——撕裂(经缝合) 70.71

———产科的(近期) 75.69

———陈旧性 70.79

——直肠膨出 70.52

———伴移植物或假体 70.55

———和膀胱膨出 70.50

———伴移植物或假体 70.53

70.5 膀胱膨出和直肠膨出修补术

70.50 膀胱膨出和直肠膨出修补术

不包括:用移植物或假体的膀胱膨出和直肠膨出修补术(70.53)

70.51 膀胱膨出修补术

前阴道缝合术(伴尿道憩室修补术)

不包括:用移植物或假体的膀胱膨出和直肠膨出修补术(70.53)

用移植物或假体的膀胱膨出修补术(70.54)

70.52 直肠膨出修补术

后阴道缝合术

不包括:用移植物或假体的膀胱膨出和直肠膨出修补术(70.53)

用移植物或假体的膀胱膨出修补术(70.55)

经肛吻合器直肠切除(48.74)

70.53 用移植物或假体的膀胱膨出和直肠膨出修补术

使用附加编码:如果使用生物学物质(70.94)或人造物质(70.95)

70.54 用移植物或假体的膀胱膨出修补术

阴道前壁缝合术(伴尿道膨出修补术)

使用附加编码:如果使用生物学物质(70.94)或人造物质(70.95)

70.55 用移植物或假体的直肠膨出修补术

阴道后壁缝合术

使用附加编码:如果使用生物学物质(70.94)或人造物质(70.95)

70.94 生物移植物的置入术

同种异体材料或物质

同种异体移植物

自体移植物

自体材料或物质

异种移植物

异种材料或物质

当用移植物或假体做这些操作时,应作为

第一编码:

直肠子宫陷凹的其他手术(70.93)

膀胱膨出修补术(70.54)

膀胱膨出和直肠膨出修补术(70.53)

直肠膨出修补术(70.55)

阴道建造术(70.63)

阴道重建术(70.64)

阴道悬吊和固定术(70.78)

五、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（巴多林腺）囊肿编码于71.21〔经皮巴多林腺(囊肿)抽吸术〕。

主导词：抽吸，抽吸术
- 巴多林腺(囊肿) (经皮) 71.21

主导词：切开 (和引流)
- 巴多林腺或囊肿 71.22

主导词：袋形缝合术-另见破坏，病损，按部位
- 囊肿
- - 巴多林71.23

71.2 巴多林腺手术

71.21 经皮巴多林腺(囊肿)抽吸术

71.22 巴多林腺(囊肿)切开术

71.23 巴多林腺(囊肿)袋形缝合术[造袋术]

71.24 巴多林腺(囊肿)切除术或其他破坏术

71.29 巴多林腺的其他手术

六.举例

例1：患者诊断输卵管峡部妊娠，腹腔内出血，行腹腔镜下右侧输卵管切除术，肠粘连松解术

66.4 002 腹腔镜下右侧输卵管切除术

54.51001 腹腔镜下肠粘连松解术

错误

六.举例

例2：患者诊断输卵管峡部妊娠，腹腔内出血，行腹腔镜下右侧输卵管切除术，肠粘连松解术

输卵管切除术—单侧

— —伴

— — —去除输卵管妊娠 66.62

66.62 输卵管切除术伴去除输卵管妊娠
(疾病性质对手术分类的影响)

66.62002 腹腔镜下输卵管切除伴输卵管妊娠物去除术

65.81002 腹腔镜下输卵管粘连松解术

注意：绝对不要只看医生书写，要遵守编码规则

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）。

主导词：松解术

- 粘连

- - 卵巢 65.89

- - - 腹腔镜的 65.81

- - 输卵管 65.89

- - - 腹腔镜的 65.81

65.8 卵巢和输卵管粘连松解术

65.81 腹腔镜下卵巢和输卵管粘连松解术

65.89 其他卵巢和输卵管粘连松解术

不包括：腹腔镜卵巢和输卵管粘连松解术
(65.81)

- - 骨盆 54.59

- - - 腹腔镜的 54.51

- - 子宫 54.59

- - - 腹膜的 54.51

- - - - 腹腔镜的 54.51

54.5 腹膜粘连松解术

粘连松解术：

胆管

肠

肝

盆腔腹膜

腹膜

脾

子宫

不包括：粘连松解术：

膀胱(59.11)

输卵管和卵巢

腹腔镜的(65.81)

其他(65.89)

肾(59.02)

输尿管(59.02)

54.51 腹腔镜下腹膜粘连松解术

54.59 腹膜粘连的其他松解术

六.举例

例3：患者诊断胎停育，行B超下电吸刮宫术

主导词：抽吸 吸引术—刮宫，子宫69.59

——伴终止妊娠 69.51

——流产或分娩后 69.52

——诊断性 69.59

69.52004 流产后电吸刮宫术

69.51006 超声引导下电吸人流

错误

六.举例

例4：患者阴道前壁脱垂II度，后壁脱垂I度，行阴道前后壁修补术，术中使用人工补片

70.54002 阴道前壁修补术伴人工补片置入
70.55002 阴道后壁修补术伴人工补片置入

使用移植物补片的阴道前后壁修补术 (70.53-70.55)

附加编码：如果使用生物学物质 (70.94) 或人造物质 (70.95)

70.53002 阴道前后壁修补术伴人工补片置入
+
70.95001 膀胱/直肠/阴道人工补片置入

六.举例

任院号：0000043434

[2020-08-03 13:00]

术后首次病程记录

手术时间：[2020-08-03 11:05]—[2020-08-03 12:30]
术中诊断：[右卵巢妊娠破裂，腹腔内出血，宫内置环]
麻醉方式：[全身麻醉]
手术方式：[腹腔镜手术] 手术简要经过 [补术]

手术简要经过：[患者麻醉成功后，取平仰卧位。消毒铺巾后，于脐上缘做一厘米切口，气腹针穿刺充入二氧化碳，10毫米戳卡穿刺入腹腔镜探查：子宫大小形态未见异常，左侧卵巢及双侧输卵管未见异常，腹腔积血 1200 毫升，右卵巢见一破裂口，血块堵塞，清理血块，见类绒毛样组织 1×1cm 大小。告知家属可行卵巢修补术，术后有腹腔残留绒毛组织可能，继发腹腔妊娠可能，必要时药物辅助治疗，家属表示了解并签字要求行卵巢修补术。分别于左髂前上棘内侧及此点与脐连线中点外侧入戳卡，清理卵巢破裂口血块及类绒毛样组织，取出标本，送病理，电凝缝合残余卵巢组织。冲洗腹腔，查无出血，无肠管损伤，留置盆腔引流管一枚，点器械纱布无误。放尽二氧化碳取出戳卡，缝合个切口。术毕，术中顺利麻醉满意，失血 10 毫升，安返病房。]

术后处理措施：[给予抗炎、补液治疗。李主任指示：给予头孢唑林钠试敏，如不过敏予头孢唑林钠 1.0 日 2 次 静滴，甲硝唑 0.5 日两次 静滴，预防感染。急检血常规，必要时输血。]

术后注意观察事项：[1. 密切监测生命体征，及阴道流血量；2. 注意患者尿量及尿色变化；3. 留置尿管 24 小时，日二次会阴擦洗；4. 注意引流管及引流量；5. 病情变化随诊。]

邵老师，这个我是不是应该给65.01卵巢切开术，65.79是卵巢修补术，我看了下应该是单纯的修补。

去除-异位胎儿--卵巢 74.3

六.举例

主 诉：妊娠36周+1，突发下腹剧烈疼痛半小时。

诊疗经过：于绿色通道急送入手术室抢救。急诊开腹探查，输血。术中见腹腔大量游离血、血块约2500ml；胎囊已破，胎儿、胎盘等游离于腹腔内，取出胎儿、胎盘、胎膜完整；子宫已收缩、质硬、宫体后壁横行破裂口、完全破裂，创缘及宫腔活动性出血、较多；探查、并干纱布清理宫腔，无异常，常规缝合破裂口。取出凝血块、吸净游离血，温生理盐水反复冲洗腹腔，留置腹腔引流1枚，检患者生命体征稳定。转入重症医学科监护治疗，后遵妇产医师意见转入上级医院继续治疗。

出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：完全性子宫破裂	N85.802	1
其他诊断：失血性休克	R57.101	1
重度子痫前期	O14.100x002	1
瘢痕子宫（子宫肌瘤核术后）	N85.801	1
子宫肌瘤	D26.100x002	1
死胎	O36.401	3
孕1产1妊娠36周+1剖娩1女死婴	D26.900x602	3

手术编码	手术日期	手术级别	手术、有创操作名称
69.4100	2022-06-18	二级	子宫裂伤缝合术
99.0301	2022-06-18	-	输血

六.举例

主 诉：妊娠36周+1，突发下腹剧烈疼痛半小时。

诊断信息 [显示首页诊断](#)

序号	诊断类型	ICD10	诊断名称
1	主要诊断	O71.001	分娩前子宫破裂
2	次要诊断	O83.300	腹腔妊娠中能活胎儿的分娩
3	次要诊断	O14.100x002	重度子痫前期
4	次要诊断	O34.201	妊娠合并子宫瘢痕
5	次要诊断	R57.101	失血性休克
6	次要诊断	O26.900x503	孕36周
7	次要诊断	Z37.100x002	单胎死产

保存 上移 下移 ICD检索 复制

手术、操作信息 [显示首页手术](#)

序号	类型	ICD10	手术/操作名称
1	手术	69.4100	子宫裂伤缝合术
2	手术	74.3x01	腹腔妊娠清除术

出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：完全性子宫破裂	N85.802	1
其他诊断：失血性休克	R57.101	1
重度子痫前期	O14.100x002	1
瘢痕子宫（子宫肌瘤核术后）	N85.801	1
子宫肌瘤	O26.100x002	1
死胎	O36.401	3
孕1产1妊娠36周+1剖娩1女死婴	O26.900x602	3

手术编码	手术日期	手术级别	手术、有创操作名称
69.4100	2022-06-18	二级	子宫裂伤缝合术
99.0301	2022-06-18	-	输血

见子宫后壁宫体上1/3横行破裂口，已达宫腔，长约12cm，创缘及宫腔均有较多活动性出血，胎儿及胎盘等附属物游离于腹腔内，无胎囊包裹。22:15取出一女婴，Apgar1分钟评0分，立即交由新生儿医师抢救（观新生儿周身苍白，四肢松软，无心率，无呼吸，立即气管插管，插管无反应，行气囊抱球正压通气及心脏按压，同时予1:10000肾上腺素0.6ml脐静脉给药，30秒后仍无呼吸心率，再次予1:10000肾上腺素2ml气管内给药，继续正压通气及心脏按压，仍无呼吸心率，再次与1:10000肾上腺素0.6ml脐静脉给药，新生儿仍无呼吸、心率，持续抱球正压通气及心脏按压，抢救30分钟后仍无呼吸，心率，确认死亡，停止抢救）。取出胎盘、胎膜完整，探查、清理

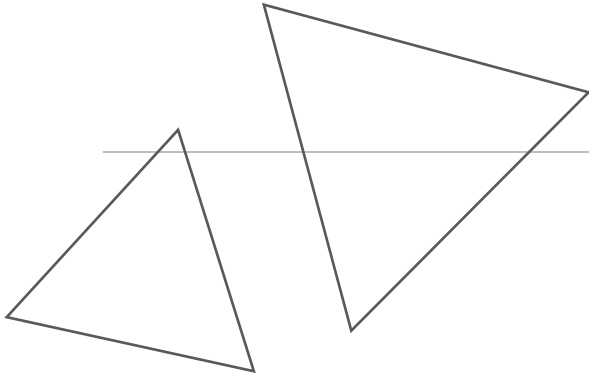
七.练习题

患者第一次住院行宫颈锥切，病理回报CIN3期，之后住院进行子宫全切，病理回报正常，第二次住院治疗的主要诊断如何选择。

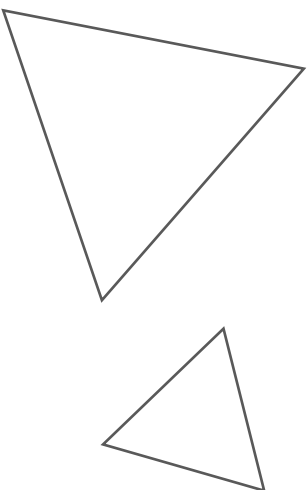
答案：主要诊断为：宫颈CIN三级

八.常见术式

腹腔镜下卵巢楔形切除术	切除术-卵巢一部分的--经楔形切除---- 腹腔镜的; 卵巢切除术-一部分的--楔形--- 经腹腔镜	65. 24
腹腔镜下双侧输卵管-卵巢切除术	切除术; 卵巢切除术-双侧的--伴输卵管切 除术---腹腔镜的	65. 63
卵巢囊肿手压破裂术	破裂-卵巢囊肿, 手法的	65. 93
腹腔镜下输卵管造口术	输卵管造口术	66. 02
残余输卵管切除术	输卵管切除术-残余或孤立的输卵管	66. 52
输卵管通液术	吹入法-输卵管	66.8



第十五章 产科手术



十五、产科手术 (72-75)

72 产钳、真空吸引和臀位分娩

73 其他引产或助产操作

74 剖宫产术和胎儿取出

75 其他产科手术

72.产钳术

α 产钳术在临床中的分类有哪些？

产钳术的临床分类根据胎先露的高低将产钳分为：高位产钳、中位产钳、低位产钳和出口产钳。

在产钳助产中也有少量失败的情况，此时的编码是73.3。通常**这个编码不能作为主要编码**，因为产钳助产失败后常常要行剖宫产帮助分娩，所以**剖宫产要作为主要编码**。

72.产钳术

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	
73.6 001	2020-08-07	一级手术	会阴侧切缝合术	栗
72.1 002	2020-08-07	三级手术	低位产钳伴会阴切开术	栗

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称
73.6 001	2019-09-19	一级手术	会阴侧切缝合术
72.0 001	2019-09-19	-	低位产钳术

◆分娩

- 产钳
- - 低位
- - - 伴外阴切开术 72.1

72.1 低位产钳手术伴外阴切开术

出口产钳手术伴外阴切开术

73.6 外阴切开术

外阴直肠切开术
外阴切开术伴随后的外阴缝合

不包括：外阴切开伴：

- 高位产钳(72.31)
- 低位产钳(72.1)
- 中位产钳(72.21)
- 出口产钳(72.1)
- 真空吸引术(72.71)

73.引产

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）。

分娩引产

主导词：诱发

—分娩

— —胎膜剥离 73.1

— — —外科手术 73.01

— —羊膜腔内和羊膜外注射 73.1

— —药物的73.4

流产引产

主导词：诱发

—流产

— —经

— — —前列腺栓剂插入96.49

— — —羊膜腔内注射（前列腺素）
（盐水）75.0

— — —子宫颈扩宫和刮宫69.01

73.引产

- 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。

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
73.4 001	2019-01-02		催产素引产

阵缩开始: 01月02日 16时00分

胎膜破裂: 12月19日 15时00分

宫口开全: 01月02日 20时18分

胎儿娩出: 01月02日 20时19分

胎盘娩出: 自然 01月02日 20时20分

产程时间: 第I产程 04小时18分钟

第II产程 00小时01分钟

第III产程 00小时01分钟

共计 04小时20分钟

2019-1-2	22:11	缩宫素注射液 [缩宫素注射液] [1ml:10单位]	10iu	肌肉注射日两次
2019-1-2	22:11	嘱托长嘱: 缩宫素首日一次		

存在问题: 手术操作多编

口服药的催产素无需编码!!!

口服药的催产素无需编码!!!

口服药的催产素无需编码!!!

73.引产

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）。

破裂

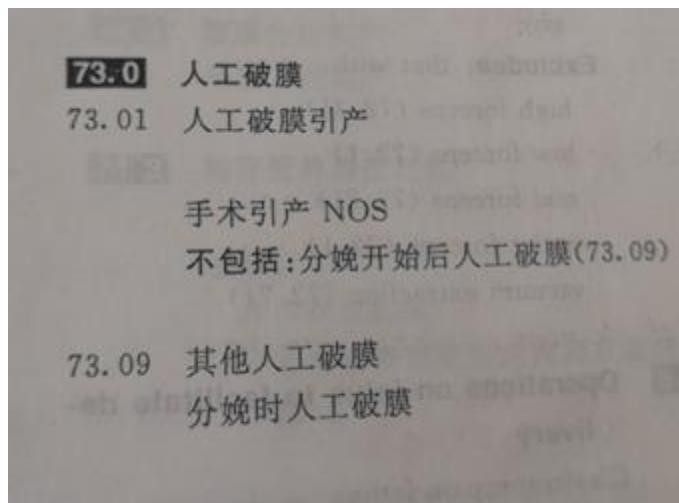
-膜，人工 73.09

--用于手术性引产 73.01

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
75.69001	2019-06-13	一级手术	会阴产科裂伤缝合术

2019-11-26	14:00	分娩嘱托:人工破膜
------------	-------	-----------

漏诊：分娩时人工破膜 73.09



阵缩开始: 11月26日 10时00分

胎膜破裂: 11月26日 14时00分

宫口开全: 11月26日 19时40分

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）。

😊	双胎妊娠一胎宫内死亡	031.201	无	✓
😊	胎儿结构畸形	035.800x00	有	✓
😊	早产伴分娩	060.100x00	无	✓
😊	多胎分娩均为顺产	084.000	无	✓
😊	孕36周	026.900x50	无	✓
😊	双胎，一胎活产，一胎死产	Z37.300x00	无	✓

手术操作	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作日期
😬	操作 人工破膜引产	73.0100	2022-06-14
😬	操作 分娩时人工破膜	73.0900x00	2022-06-14
😬	操作 吸氧	93.9601	2022-06-11
😬	操作 催产素引产	73.4x01	2022-06-14
😬	操作 妊娠子宫的诊断性超声	88.7800	2022-06-13
😬	操作 胎心监测	75.3400x00	2022-06-13

75.手取胎盘

手术编码	手术日期	手术级别	手术及操作名称
74.1 002	2019-08-29	二级手术	子宫下段横切口剖宫产术
75.4 002	2019-08-29	二级手术	手取胎盘

存在问题：多编手取胎盘

重度子痫前期
孕1产0 孕37周 +4, LOA 剖娩一活婴
分娩伴脐带绕颈

手术步骤、经过及所见

腹壁切口：耻骨联合上方三横指，横行切口约12cm
 粘连情况：无
 分离膀胱与腹膜反折间隙情况：未分离 子宫下段：形成良
 宫体：见描述 子宫切口长度：10cm 子宫切口：横弧形
 羊水量：400 羊水色：清 胎位：LOA 娩先露法：手取
 脐带：50cm 胎盘位置：前壁
 胎盘娩出：自娩后手取 切口撕裂：无 术中消毒冲洗切口：是
 子宫缝合方法：1-0可吸收线连续缝合子宫肌层及浆肌层共2层
 膀胱损伤情况：无 卵巢：未见异常 输卵管：未见异常
 宫缩情况：尚可 出血量：200ml 术后阴道积血：10ml
 术中血压：165/95mmHg SpO2：99%
 麻醉效果：满意 尿液：100ml 色：清
 新生儿性别：女 出生时间：15:56 体重：2830g 身长：47cm 头围：
 33cm 胸围：31cm
 评分：1分钟10分 5分钟10分
 请儿科保台：是 抢救：否 气管插管：否 心肺复苏：否 转儿科：否
 备注：术中探查子宫及双侧附件未见异常，术后安返病房。

75. 近期产科裂伤

出院诊断	疾病编码	入院病种
主要诊断: 早产胎膜早破(在1-7天内产程开始)	042.112	有
其他诊断: 单胎活产	Z37.001	有
早产伴分娩	060.101	有
孕31周	026.9x406	有
分娩伴会阴裂伤I度	070.001	有

71.71002	2019-07-18	二级手术	会阴裂伤缝合术	有
----------	------------	------	---------	---

71.7 外阴和会阴修补术
 不包括:近期产科裂伤修补术(75.69)

71.71 外阴或会阴裂伤缝合术

71.72 外阴或会阴瘘修补术
 不包括:瘘修补术:
 尿道会阴(58.43)
 尿道会阴膀胱(57.84)
 阴道会阴(70.75)

71.79 外阴和会阴的其他修补术
 外阴或会阴陈旧性产科裂伤修补术

缝合(撕裂,裂伤)

二期

—腹壁 54.61

—腹膜 54.64

—外阴切开术 75.69

—鼻(外的)(内的) 21.81

—用于鼻出血 21.09

—扁桃腺窝 28.7

—~~产科裂伤 NEC 75.69~~

—肛门括约肌 75.62

—骨盆底 75.69

—会阴 75.69

—尿道 75.61

—尿道周的 75.69

—膀胱 75.61

—外阴 75.69

75.近期产科裂伤

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。

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	子宫颈近期产科裂伤修补术	67.61	子宫颈裂伤缝合术	67.69	子宫颈陈旧性产科裂伤修补术
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（未指出具体修补的部位，一般情况下不应使用）				



一些容易漏编的手术操作：

73.4 001 催产素引产

73.4 008 前列腺素促子宫颈成熟[普贝生引产]

75.35001 催产素激惹实验(oct)

73.09001 分娩时人工破膜

73.51001 手法旋转胎头

75.4 001 手取胎膜

75.4 002 手取胎盘

69.02002 分娩后刮宫术

75.99001 产后子宫颈探查术

75.8 001 产科子宫填塞



Thanks

中国医科大学附属盛京医院邵艳娥

微信电话同步：18940254520