

# 病历书写质量对 ICD 编码正确性的影响

黄 凤

玉林市妇幼保健院 广西 玉林 537000

**【摘要】目的：**探讨病历书写质量对 ICD 编码正确性的影响。**方法：**回顾性分析我院 2021 年 1 月~2021 年 12 月因病历书写质量引起的 91 起 ICD 编码错误事件相关资料，分析造成病历书写质量低下的原因，并提出改进措施。**结果：**本次调查 ICD 编码错误事件中病历书写质量问题原因主要包括病案首页疾病诊断或手术操作名称书写不规范（占比 39.56%）、病史书写内容与体格检查明显不符（占比 23.08%）、病程记录书写内容不全面（占比 10.99%）、手术相关记录书写不完整（占比 7.69%）、医嘱内容欠缺或特殊检查操作名称填写不全（占比 13.19%）以及辅助检查报告单未纳入病历（占比 5.49%）；病案首页疾病诊断或手术操作名称书写不规范是引起 ICD 编码错误的首要原因。**结论：**病历书写质量可对 ICD 编码的正确性造成直接影响，书写质量越差、ICD 编码正确性越低；通过开展改进措施能够有效提升病历书写质量，提高 ICD 编码正确率。

**【关键词】**病历书写质量；疾病编码；正确性；错误原因；改进措施

病历是临床科研、教学、医疗的一手资料，是医患双方用于维护自身合法权益的法律依据，也是国家绩效考核数据的重要来源。此外，病历还可以在医疗保险机构对患者治疗状况及收费情况进行核对、并对相应赔偿金额进行计算时提供必要的资料，在医保支付中占据重要地位。ICD 编码是根据国际疾病分类（international classification of diseases, ICD），对疾病的诊断和手术操作等进行分类编码<sup>[1]</sup>。有研究指出，病历书写质量与 ICD 编码存在紧密联系<sup>[2]</sup>。故本研究对我院病历书写质量进行评价，分析其对 ICD 编码正确性的影响，内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究对我院 2021 年 1 月~2021 年 12 月因病历书写质量引起的 91 起 ICD 编码错误事件相关资料进行回顾性分析。

纳入标准：所有病历均由临床专业医务人员负责书写，

病历患者均于本院接受正常诊疗。

排除标准：病历相关资料丢失情况；非病历书写质量问题引起的 ICD 编码错误事件。

### 1.2 方法

本次调查 100 起 ICD 编码错误事件的发生原因按照归类分析法展开分析：第一步，分析患者病情变化、诊疗过程及治疗结果等方面的病历记录；第二步，挑选存在相同问题的书写低质量病历，再对其 ICD 编码正确性进行分析，以明确不同病历书写质量问题对 ICD 编码正确性的影响。

## 2 结果

本次调查 ICD 编码错误事件中病历书写质量问题原因中，病案首页疾病诊断或手术操作名称书写不规范以 39.56% 的高占比成为导致 ICD 编码错误的首要原因，其次为病史书写内容与体格检查明显不符，占比为 23.08%，如表 1 所示：

表 1 本次调查疾病编码错误事件中病历书写质量问题原因分析 [n (%)]

组别	起数	占比
病案首页疾病诊断或手术操作名称书写不规范	36	39.56
病史书写内容与体格检查明显不符	21	23.08
病程记录书写内容不全面	10	10.99
手术相关记录书写不完整	7	7.69
医嘱内容欠缺或特殊检查操作名称填写不全	12	13.19
辅助检查报告单未纳入病历	5	5.49
合计	91	100.00

## 3 讨论

病历作为医院及临床工作人员掌握患者病情的关键资料，主要包括疾病种类、既往病史、治疗方案、用药情况、发病频率及具体时间等多项内容<sup>[3]</sup>。病历书写质量不合格主要体现在病历记录不合理复制、手术记录缺失、医疗知情同意书患者或医师签名缺失，授权委托书缺失等方面。有调查发现，病历记录缺陷率较高的主要原因为临床医师对患者病程直接复制粘贴不加以归纳分析、未在病程中记录并分析异

常检验结果等<sup>[4]</sup>。出现上述情况可能与病历书写医师责任心不强、缺乏重视有关，由于临床诊疗工作繁重，再加上法律意识淡薄，其往往容易注重临床业务而忽视病历的认真书写，甚至有部分医师仍未掌握病历书写基本规范或丙级病案条款<sup>[5]</sup>。

疾病编码错误事件发生的原因分析：（1）病历首页诊断书写不规范：部分医师未掌握疾病诊断书写相关规定，且对国际疾病分类编码原则缺乏了解，从而导致疾病诊断、手

术操作名称填写与统一标准不一致,或者填写的疾病、手术操作名称缺少某些特征,造成编码人员编码错误;负责编码人员未能全面掌握 ICD 编码相关原则,且日常工作中忽略对病历的阅读及对疾病发生、发展、转归的了解,部分诊断术语未能熟练掌握,从而出现一病多码或多病一码等情况。针对住院期间存在转科的病历,大部分临床医师仅关注患者在本科内诊治相关内容,未能重视其转科前的疾病诊断;部分患者存在一次住院多次手术的情况,但医师因忽略这一情况而按照时间顺序进行填写。编码人员在翻阅病历未能仔细查看,盲目依据医师所填内容进行编码,最终出现疾病主要诊断、主要手术操作编码错误且其他诊断编码不完整的情况,不利于医院病患信息的提取,并对临床医疗、教学工作的开展,国内、国际学术交流以及科研病案资料的检索产生负面影响<sup>[6]</sup>。(2)病史书写内容与体格检查明显不符:医师再书写病史相关内容(主诉、现病史、既往史等)时,可能存在漏写体格检查中的阳性体征等情况,这将直接影响疾病的主要诊断,导致后续编码过程中存在不准确情况。(3)病程记录书写内容不全面:医师在病程记录书写时,未能对患者病情演变过程进行完整记录,例如科室主任查房对病情分析处理意见、补充或更改诊断的诊断依据以及更改医嘱内容、特殊检查、药物名称、治疗操作等,导致编码人员在疾病进行编码时缺乏相关医疗行为的依据。(4)手术相关记录书写不完整:病历手术记录书写时,手术名称记录欠缺,未能详细记录术式、手术解剖部位、术中其他发现及处理、术中采用的特殊器械及方法,导致编码疾病分类时通常直接笼统分类或增加后续分类难度;而编码则严格按照规则亚目与细目进行变动,无法进行类目的改变。故病历中书写完整且准确的手术名称、详细记录术中所有情况对准确编码具有重要意义;若仅仅对手术主要经过进行记录而忽略次要环节的描述,也会导致编码存在失误;手术记录缺乏规范化模板,医师对手术名称相同的手术记录模板进行随意复制粘贴,而未能依据实际状况进行修改,容易出现手术操作名称与实际手术内容不一致的情况,进一步影响手术操作相关编码的准确性。(5)医嘱内容欠缺或特殊检查操作名称填写不全:部分医师未能充分认识到医嘱作为医疗付费的凭据,病程记录时完整记录疾病相关诊断、治疗内容是医院收费的关键<sup>[8]</sup>。例如,针对行 CT 引导下穿刺活检的患者,医师未在病历书写医嘱,且病历首页手术操作栏也未填写该项目,则导致实际诊疗活动相关医嘱内容欠缺、手术操作编码存在遗漏现象。(6)辅助检查报告单未纳入病历:疾病编码原则规定:将症状、体征及实验室检查异常所见的病因不明确作为主要编码;而症状、体征及实验室检查异常所见的病因已明确则作为附加编码<sup>[9]</sup>。肿瘤相关编码主要由部位与形态学(包含组织学编码及动态编码)构成。故后续编码人员若要明确疾病病因诊断与肿瘤组织学诊断,需要临床医师记录完整的病史资料并将各项辅助检查结果如实保存于病历内。若未能及时将辅助检查报告单、病理报告等归入病历或丢失,则疾病诊断编码缺乏必要的诊断依据,导致编码人员即便在对某一疾病诊断编码存在疑问情况,也无法获取准确信息。

针对病历书写质量低下影响编码正确率的问题提出改进

措施:(1)病历书写者强化培训:院科两级均组织开展病历书写岗前培训,要求实习与进修医师、新来院人员全部参加,通过多次练习以培养其正确书写病历的习惯,并制定考核制度,通过考核者方可上岗;同时,组织临床医师参与首页病历填写要求、病历书写规范、编码知识等内容强化学习,培训期间反复强调病历书写质量的重要性,设立奖惩制度并不定期抽查,针对书写不合格医师予以惩罚,书写规范、严谨医师予以表扬<sup>[10]</sup>。(2)针对病案首页数据开展全流程规范管理,加强病历首页数据管理:①建设病案首页质控系统平台,借助信息化手段对病案首页是否填写完整进行合理监管;②成立医院病案首页质控小组,把控病案首页质量,针对死亡病历等重点病案首页数据进行严格核查,采用系统实时审核与人工审核结合方式;定期发布病案首页质量简报,并与绩效挂钩,以提高病案管理人员专业素养。邢珺<sup>[11]</sup>等人研究中发现,病案全流程管理实施后,病案首页填写完整率、主要诊断填写正确率、手术操作填写正确率均大幅度提高。DRG 是依据疾病诊断、患者年龄、治疗方式、合并症、并发症、疾病严重程度及转归等因素,将病例分入若干诊断组,其分组主要依据住院病案首页数据,因此,病案首页数据质量及数据上传的时效性对 DRGs 分组情况造成直接影响<sup>[12]</sup>。(3)病案管理人员综合素养提升:①医院针对病案管理人员继续开展强化教育,病案信息学包含病案管理相关理论、基础医学、临床医学、统计学、计算机和网络技术、信息检索技术及法律法规等多方面知识与技能的边缘性学科,管理人员需要在实践工作中不断丰富自身知识、加强业务能力,从而弥补学历教育的不足;确保病案管理工作人员专业水平整体提升<sup>[13]</sup>。②现代病案信息管理专业摒弃传统教育模式,积极融入病案信息管理专业相关科研及大数据开发与利用等方面内容,并合理转化科研成果,积极开展新型教育模式,确保为医院输送更多研究型人才。徐长妍<sup>[14]</sup>等人认为,通过加大对高层次病案信息管理专业人才的培养力度,并对病案从业人员开展继续教育,能够进一步提升病案管理质量。(4)编码工作者加强学习:编码工作者加强 ICD-10 相关知识的学习,明确疾病编码正确性对临床的意义以及医疗收费系统对疾病编码的要求;同时不断学习新技术、了解 DRGs 付费标准的内容和意义。编码工作者还应具备扎实的医学基础知识,管理阶层注意培养编码人员仔细阅读病历内容的习惯,及时发现并纠正病历疾病诊断、手术操作等名称填写错误的情况。

综上所述,病案书写保持完整性、诊断的准确性、客观性可对 ICD 编码的正确性造成直接影响,针对病历书写质量低下积极提出各项改进措施,可有效改善整体病历书写质量,从而提高 ICD 编码的正确性。

#### 参考文献:

- [1] 周雅利. 外科住院医师病历书写中诊断缺陷现状及影响因素分析[J]. 四川解剖学杂志, 2019,27(2):150-152,156.
- [2] 曹蕊,蔡秀芝,张宇,等. 基于 DRGs 理论规范编码及病历书写质量的成效分析[J]. 中国医院管理, 2018,38(7):39-41.

(下转221页)

结合术前检查,仔细的术中冰冻取材,良好的制片及规范化的术中病理诊断,术后与石蜡诊断对比分析,从而不断提高甲状腺术中冰冻诊断的准确性。

#### 参考文献:

- [1] Kim J, Gosnell JE, Roman SA. Geographic influences in the global rise of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 Oct 15. doi: 10.1038/s41574-019-0263-x.
- [2] 滕伟平,刘凯.坚持食盐加碘保护甲状腺健康——全国碘营养与甲状腺疾病调查结果解读[J].*中华医学信息导报*,2020,35(19):18-18.
- [3] 滕伟平.甲状腺疾病诊治现代进展[J].*中国实用内科杂志*,2019,39(4):311-315.
- [4] [美]Susan C.Lester,等著.术中病理诊断图谱[M].林冬梅,薛卫成,译.北京:中国科学技术出版社,2020:002-006.
- [5] 阙金莲,廖旭慧.1585例甲状腺术中冰冻切片与术后石蜡切片诊断对比分析[J].*现代实用医学*,2016,28(7):890-892.
- [6] 郑娟,聂锋,叶俭,等.2347例甲状腺冷冻切片与石蜡切片诊断对比[J].*诊断病理学杂志*,2020,27(2):131-134.
- [7] Lloyd R V, Osamura R Y, Klöppel G, et al. WHO classification of tumours: pathology and genetics of tumours of endocrine organs[M].4th ed. Lyon: IARC Press, 2017:65-142.
- [8] 刘志艳,周庚寅,Kennichi Kakudo,Alfred K-Y Lam. 2017版WHO甲状腺肿瘤分类解读[J].*中华病理学杂志*,2018,47(04):302-306.
- [9] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.甲状腺癌治疗规范(2018年版)[J].*中华普通外科学文献(电子版)*,2019,13(1):1-15.
- [10] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.甲状腺癌治疗规范(2021年版)[J].*中华普通外科学文献(电子版)*,2021,7(1):1-33.

- [11] 张珊,冯振中,杨宁宁,等.甲状腺交界性肿瘤40例临床病理特征及预后分析[J].*临床与实验病理学杂志*,2020,36(10):1202-1204,1208.
- [12] 袁静萍,阎红琳,高利昆,等.甲状腺疾病快速取材及诊断的规范化管理[J].*临床与实验病理学杂志*,2018,34(2):221-223.
- [13] 刘志艳,LIU, Zhiyan,等.2017年新版WHO甲状腺交界性肿瘤解读[J].*山东大学耳鼻喉眼学报*,2017,31(06):1-4.
- [14] Nikiforov YE. *Dignnostic Pathology and Molecular Genetics of the Thyroid*[M].3th ed.Philadelphia,Wolters Kluwer:2020
- [15] 徐国新.术中冰冻切片法诊断甲状腺微小乳头状癌的正确率及其影响因素[J].*实用临床医药杂志*,2020,24(4):50-53.
- [16] 广东省医学教育协会甲状腺专业委员会,广东省基层医药学会细胞病理与分子诊断专业委员会.甲状腺癌基因检测与临床应用广东专家共识(2020版)[J].*中华普通外科学文献(电子版)*,2020,14(3):161-168.
- [17] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会.中国临床肿瘤学会(CSCO)分化型甲状腺癌诊疗指南(2021)[M].人民卫生出版社,2021:11-53.

**作者简介:**李雨后 籍贯:广西壮族自治区崇左市天等县,性别:男,民族:壮族,出生年月日:1971年2月11日,学历:大专,工作单位:南宁市第八人民医院,部门科室:病理科,职务:科主任,职称:病理学(中级),研究或发展方向:消化系统肿瘤病理研究,甲状腺、前列腺临床病理诊断。单位邮编 530003; 邮箱 lyh71211@163.com。职称:主治医师

**作者简介:**樊怡颖 职称:主治医师

**作者简介:**韦海明 职称:副主任医师 广西壮族自治区人民医院病理科

(上接 204 页)

- [3] YEBOAH-KORANG, AMOAH, LOUISSAINT, JEREMY, TSUNG, IRENE, et al. Utility of a Computerized ICD-10 Algorithm to Identify Idiosyncratic Drug-Induced Liver Injury Cases in the Electronic Medical Record[J]. *Drug safety: An international journal of medical toxicology and drug experience*,2020,43(4):371-377.
- [4] 刘慧悦,张静,何琼,等.耳鼻喉科主要诊断与手术操作不一致对DRGs医疗服务绩效的影响[J].*中国病案*,2021,22(5):22-25.
- [5] 邓应梅.临床医师与编码员关于主要诊断选择的案例探讨[J].*中国病案*,2020,21(11):19-22.
- [6] 吴文健,余玲,刘颖,等.疾病诊断相关分组中歧义病案编码分析[J].*江苏卫生事业管理*,2021,32(7):911-913.
- [7] XU, YUAN, LEE, SEUNGWON, MARTIN, ELLIOT, et al. Enhancing ICD-Code-Based Case Definition for Heart Failure Using Electronic Medical Record Data[J]. *Journal*

- of cardiac failure*,2020,26(7):610-617.
- [8] 许丹,高燕飞,李娅,等.品管圈在提高主要诊断ICD编码正确率中的应用[J].*中国病案*,2021,22(8):5-8.
- [9] 赵佳,杨晓琳,徐长妍.76份恶性肿瘤住院病案首页编码缺陷对DRG分组的影响[J].*中国病案*,2021,22(10):35-37.
- [10] 刘怡,郑旭东,张季.黑龙江省某三甲医院住院病案首页ICD编码质量分析[J].*中国病案*,2020,21(10):18-21.
- [11] 邢塔,廉颖,陈国强.DRG付费下的病案全流程管理模式探讨[J].*中国病案*,2021,22(1):38-41.
- [12] 梁少庆.病案书写质量对医院疾病编码正确性的影响研究[J].*中国卫生产业*,2021,18(9):67-69.
- [13] 王启航,关小桐,金城.病历书写质量对疾病编码正确性的影响[J].*中国医药指南*,2021,19(11):38-40.
- [14] 徐长妍,赵佳,王建国,等.新医改形势下病案信息管理专业的人才培养[J].*中国病案*,2021,22(3):1-3.