

國際疾病分類標準
第十版

International Statistical
Classification of
Diseases and Related Health Problems
\
10 Revision

第一冊

ICD-10 之使用指引及編寫說明



行政院衛生署

中華民國八十七年元月

第一章 前言

疾病及有關健康問題國際統計分類系統之第十修訂版(The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)共分三冊。本冊為原書英文版第二本的編譯，係涵蓋登錄和譯碼(recording & coding)之指導原則，並為疾病分類使用之實務面增添新的內容，以及陳述相關疾病分類發展史之背景大綱。

為易於掌握統計分類標準的主體及其指引參酌的需要，原書英文版 ICD-10 內容以分立之卷冊呈現。至於詳細的英文字母索引(Alphabetical Index)，則另涵蓋於第三冊之引言中。

本書提供國際疾病統計分類(ICD)的基本描述，並對罹病與死亡的譯碼者(coders)提供實務指導及資料呈現與解釋之指導原則。同時，並非僅想提供徹底訓練 ICD 的使用，而且強調內容必須授以正式的指導課程；再而，在樣本登錄和問題討論上，亦應給予反覆地練習。

當使用 ICD，透過地區屬性或是國家統計單位的協助仍遭遇難以解決的問題時，可以向世界衛生組織在世界各地九大疾病分類之合著中心進行(WHO Collaborating Centers for Classification of Diseases)諮詢、請益或反映。

第二章 國際疾病及相關健康問題統計分類描述

2.1 目的與應用

疾病分類是將罹患之疾病體或疾病群(morbid entities)依既定之準則加以分門別類的一種系統。國際疾病分類的目的在於讓不同國家、不同地區、在不同時間所蒐集的罹病或死亡資料做有系統的記錄、分析、解讀與比較。國際疾病統計分類(ICD)是用來將疾病及其他健康問題的診斷從文字轉譯成英文字母與數字混合配置譯碼或代碼(alphanumeric code)，以便於資料的存取與分析。

實務上，國際疾病統計分類已成為所有一般流行病學研究與健康管理上國際通用的診斷分類系統。這包括了人口群之一般健康情況(health situation)的分析，疾病與其他健康問題之發生及盛行(incidence & prevalence)與其他因子(如個人特質、環境之影響)間關係之監測。國際疾病統計分類並不適用於特殊的臨床實體(distinct clinical entities)。此外，在財務研究的使用上也有些限制，如收費及資源的分配等。

國際疾病統計分類可用於將多種疾病及其他健康問題分門別類，而成為多種型的健康及生命記錄(health & vital records)。其最早乃緣自死亡登錄中的死因記錄，後來進一步延伸至罹病之診斷。值得注意的是，雖然國際疾病統計分類中的傷病(diseases & injuries)為正式之診斷分類，但並非所有就醫(contact with health service)中所遭遇的問題和理由均可依此分類。因此，國際疾病統計分類也提供了多樣的症狀、徵候、異常發現、病訴、及社會情況環境(circumstance)等之選項，以資在必要時可替代正式的診斷(參照第二卷第十八章及第二十一章)。如此一來，它便可用來分類在不同主題下記錄的資料，如“診斷”、“住院理由”、“治療病況”及“照會理由”等，進一步提供了統計及其他健康情況環境(health-situation)資訊所需的各種各類的健康記錄。

2.2 疾病與健康相關分類群的概念

國際疾病統計分類適用於許多不同的情況，唯對於某些疾病專科來說，可能還不夠詳盡深入，而且對於不同的分類屬性還需要一些額外的資訊。也有專家建議，國際疾病統計分類應該另行包括與健康狀態與健康照護等相關附加資訊的分類。

國際疾病統計分類第十修訂版(ICD-10)的主體(三碼及四碼分類)雖涵蓋三大冊，仍令人覺得無法合併所有之附加資訊，而且 ICD-10 的應用，還是只能侷限於其傳統的使用者。因此興起了把疾病及相關健康問題視為一個“分類群”(family of disease and health-related classification)的概念；而且，在國際疾病統計分類的主體之外，視需要又另行出版了一些附加的資訊。

ICD-10的核心分類代碼由三碼所組成，這是對世界衛生組織(WHO)死因資料庫的國際通報及國際間一般性比較所必需要求的分類項譯碼。四碼構成的細分類項，雖然非國際間報告所必需，卻被推薦於許多用途，而且如同特殊表列，建構了整體的國際疾病統計分類標準。

主要的疾病分類型式有兩種。第一類包含與診斷及健康狀態相關的資料，是直接從國際疾病統計分類的表列精簡或擴充衍生而來者。精簡後的表列可用於多種型式資料的呈現、也用於總結的統計表格、並且有潛力成為發展基層健康照護時重要的資訊(參照 2.2.3 節)；然而擴充衍生出來的表列，如專科改寫一樣，可用於獲取專科領域中更詳細的臨床資料(參照 2.2.1 節)。本類也包括表列中的補充分類，使得診斷可以在不同的分類主軸來訂定，如腫瘤的組織學型態。

第二類包含當前病況正式診斷體系以外的健康問題，以及其他健康照護的相關層面。這包含了殘缺(或殘廢；disablement)、內外科醫療處置(medical and surgical procedures)、及就醫之理由等。

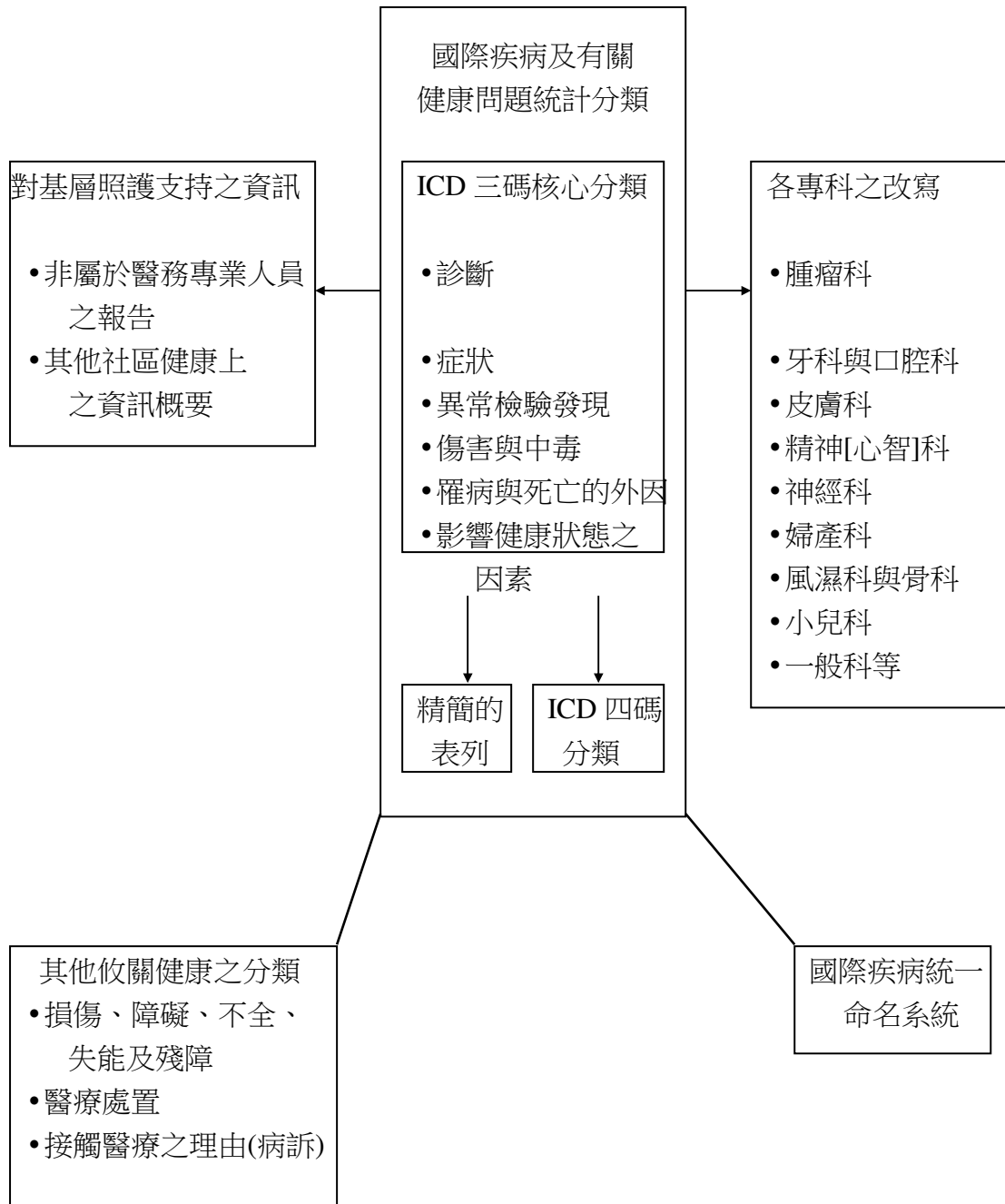
國際疾病統計分類群中也涵蓋了一些定義、標準及方法的理念架構，雖然本質上並不是分類，卻一直與國際疾病統計分類關係密切。這些概念之一便是發展出支持蒐集與使用攸關基層健康照護相關資訊的方法。

國際疾病統一命名(International Nomenclature of Disease, IND)系統是與國際疾病統計分類有關但非其衍生的成品。分類與命名之不同點將在本書第 2.3 節中進一步討論。

下頁圖示了疾病與健康相關分類群中不同成員間彼此的內容與相互關聯性——

疾病與健康相關之分類群

(Family of Disease and Health-related Classifications)



WHO 1993

2.2.1 與診斷相關之分類

特殊表列(Special tabulation lists)

特殊表列或分類表是直接由核心分類衍生而來，可用於國際間、全國性、國內地區間(次國家級者；subnational)等不同層次之健康資料呈現，以促進健康狀態與趨勢的分析。適用於國際間之比較及刊行的特殊表列包含於第二卷末附錄中，總共有五個如此的類似分類表，其中四個屬死因分類表列，另一個屬罹病分類表列(詳細內容參照本卷 5.4 節及 5.5 節)。

醫療專科為基礎之改寫

以醫療專科為基礎之改寫，常是將 ICD 攸關該特定醫療專科部分之片段或分類項緊湊收錄於單一卷冊之中。其中保留了國際疾病統計分類的四碼細分類，但是會將更詳細的內容以第五碼、有時甚至第六碼來加以細分，並對相關名詞或用語附有英文字母索引。其他的改寫部分則依各醫療專科分類項及細分類項的專有名詞或用語定義來進行。

這些改寫通常是由國際性的醫療專科團體發展訂定，但有時是先由某全國性醫療團體先行訂定，然後為其他國家所採用。以下所列係包括目前一些主要醫療專科的改寫部分。

腫瘤(學)科

由世界衛生組織(WHO)在 1990 年出版的國際腫瘤(學)科疾病分類(International Classification of Diseases for Oncology, ICD-O)第二版，是為了供癌症登錄、病理、以及其他癌症專科所使用者[1]。國際腫瘤(學)科疾病分類是為呈現(局部解剖)部位及組織形態學或組織學形態(topography & morphology)兩個譯碼系統的雙主軸分類(dual-axis classification)。對於大部分的腫瘤來說，局部之部位譯碼(topography code)，選用了類同於 ICD-10 中惡性腫瘤之三碼或四碼分類項(C00-C80)。因此，國際腫瘤(學)疾病分類(ICD-O)比國際疾病統計分類第十修訂版(ICD-10)對於非惡性腫瘤部分賦予更大的特定性。

腫瘤的組織形態學或組織學形態譯碼(morphology code)與來自於 1968 年版的腫瘤命名與譯碼手冊(Manual of tumor nomenclature and coding, MOTNAC)[2]，以及病理系統化命名(Systematized nomenclature of Pathology, SNOP)[3]兩者，其醫療之系統化命名(Systematized nomenclature of medicine, SNOMED) [4]相同。形態代碼共有五個碼，前四碼代表組織形態學或組織學形態，第五碼則代表腫瘤的動向或性態(behaviour；如惡性、原位癌、良性等)。ICD-O 的組織形態學或組織學形態譯碼也出現於 ICD-10 的第二卷中，同時也加註在第三卷的相關解說中。由 ICD-O 第二版轉換成 ICD-10 的譯碼對

照表也包含其中。

皮膚(學)科

在 1978 年時，英國皮膚科醫師協會出版了與國際疾病統計分類第九修訂版(ICD-9)相容的國際皮膚(學)科譯碼索引(International Coding Index for Dermatology)。目前該協會在國際皮膚(科)學會聯盟(International League of Dermatological Societies)的贊助下，正著手 ICD-10 中有關皮膚科分類部分的改寫作業。

牙科及口腔(學)科

依據 ICD-10 所訂定的第二版國際牙科及口腔(學)科疾病分類的應用(Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, ICD-DA)，正由世界衛生組織籌備付梓中。該分類系統之設計為將口腔及其鄰近構造發生、有表徵、以及相關疾病或病況之分類項納入國際疾病分類體系中。它的內容比 ICD-10 還要詳細，添加了第五碼的細分類，其譯碼系統可以讓人清楚地看出 ICD-DA 的譯碼來自 ICD，並且可以很容易地併入 ICD 的分類系統中。

神經科

世界衛生組織打算出版 ICD-10 的神經科改寫版，保留 ICD-10 中的分類及譯碼系統，且進一步加上了第五分類碼將神經科疾病作更進一步精確的分類。

風濕(學)科及矯形外科[骨科]

國際防治風濕病聯盟(International League against Rheumatism)正著手修訂國際風濕(學)科及矯形外科[骨科]疾病分類之應用(Application of the International Classification of Disease to Rheumatology and Orthopaedics, ICD-R & O)，以及國際肌肉骨骼疾患分類(International Classification of Musculoskeletal Disorders, ICMSD)，以與 ICD-10 相容。ICD-R & O 透過了附加分類碼將各種病況作更明細的分類(detail specification)，並且保留了與 ICD-10 的共通性。ICMSD 的設計是為了將一些專有名詞定義及標準化，並由病況群專有名詞[辭彙]集之敘述來支持，例如發炎性多重關節病變。

小兒(學)科

在國際小兒科學會(International Paediatric Association)的贊助下，英國小兒科(學)會(British Paediatric Association)正著手進行 ICD-10 在小兒科(學)的應用，也是使用第五分類碼來增加其特定性，並延續其對 ICD-8 與 ICD-9 中類似的應用。

精神[心智](學)科

在 1992 年出版的 ICD-10 精神[心智]及行為疾患之分類：臨床描述與診斷指引中針

對 ICD-10 的第五章（即精神[心智]及行為疾患）提供了診斷上一般性的描述與指引，論及鑑別診斷，也列出了同義詞及不包含之用語(exclusion term)等[5]。若需要進一步詳細之處，指引中進一步提供了第五分類碼及第六細分類碼。與第五章相關的第二種出版品——研究使用診斷的規範(Diagnostic criteria for research)正在付梓中。

精神科方面，供基層健康照護使用的分類版本正計劃測試中；另一種將採行多軸分類系統(multiaxial system)重整的兒童精神疾患分類版本，同時容許評估臨床狀況、相關環境因子、以及與疾病聯貫的失能程度，也正在作計劃測試。

2.2.2 非診斷之分類

診療處置程序(Procedure in Medicine)

1978 年，世界衛生組織出版了兩冊國際診療處置程序分類(International Classification of Procedures in Medicine, ICPM)(6)。其中包括了醫療診斷、預防、治療、放射線(X-ray)、藥物、外科手術及實驗室檢驗等診療處置程序。這套標準已被一些國家採行，也有些國家以此為藍本來發展其國家外科手術治療的分類系統。

世界衛生組織的疾病分類合著中心主事者認定在這麼廣泛且快速進步的領域中，相關出版品的定稿及出版前都必需經過專家照會諮商的過程並不適當。因此他們建議 ICPM 不必隨著 ICD-10 修訂。

1987 年，國際疾病統計分類的專家委員會要求世界衛生組織至少考慮針對 ICPM 中有關外科處置(第五章)的大綱部分配合 ICD-10 加以更新(updating)醫療處置部分。為了回應這項要求以及來自許多國家的需要，世界衛生組織秘書處也準備這部分診療處置程序的表列。

1989 年，在合著中心的主管會議中同意這個表列可用於國家級外科處置統計時的指引，而且也可促進國家間的比較。這個表列也可用於外科醫療處置上國家分類可相互比較的發展基礎。

和這個表列有關的工作會持續下去，但是任何出版品將循著 ICD-10 之內容以為根據。其間，也繼續在探討其他相關主題的分類方法。這些方法有相同的特點，如須顧及固定領域的特定項目(器官、技術、方法等)，自動更新的可能性，以及可用於一種以上之用途的彈性。

*損傷、失能及殘障之國際分類(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 簡寫 ICIDH)

此手冊與疾病之影響(包含傷害及疾患)相關的分類手冊，在 1980 年由世界衛生組織以英文出版[7]，隨後並被翻譯成十二種以上的語文通行於世。

ICIDH 包含「損傷、障礙、不全」、「失能」及「殘障」等三種明顯不同之分類，每一種均與不同的疾病影響及後果相關：

損傷、障礙、不全（ I 碼）在定義與特徵(definition & characteristics)係有關心理、生理、或解剖構造及功能的喪失或異常。原則上，「損傷」所指的是“器官層級”的問題。

*損傷有九個分類項，分別為：

- (1)智能損傷(Intellectual Impairments)
- (2)其他心智方面損傷(Other Psychological/Psychiatric Impairments)
- (3)語言損傷(Language Impairments)
- (4)耳朵損傷(Aural Impairments)
- (5)眼睛損傷(Ocular Impairments)
- (6)內臟損傷(Visceral Impairments)
- (7)骨骼損傷(Skeletal Impairments)
- (8)外觀損傷(Disfiguring Impairments)
- (9)全身性、感覺及其他損傷(Generalized, Sensory & Other Impairments)等。

I 碼的基本結構為小數點前兩碼與小數點後一碼，有些部分還用到四碼。損傷譯碼附有依英文字母排序的分類索引。

失能（ D 碼）在定義與特徵(definition & characteristics)係以一般常人之能力範圍為基準時，所反映其損傷以致操作某種活動能力受限或缺乏；故「失能」為反映“整個人”的問題。

*失能分類亦有九個分類項，分別為：

- (1)行為失能(Behaviour Disabilities)
- (2)溝通失能(Communication Disabilities)
- (3)自我照顧失能(Personal Care Disabilities)
- (4)動作失能(Locomotor Disabilities)
- (5)身體配置失能(Body Disposition Disabilities)

(6)精細動作失能(Dexterity Disabilities)

(7)情境失能(Situational Disabilities)

(8)特殊技巧失能(Particular Disabilities)

(9)其他活動限制(Other Activity Restriction)等。

D碼(失能代碼)的基本結構有兩碼，可以選擇性的在小數點後再附加一碼，以示區隔。必要時亦可從失能的「嚴重度」及「預後」作為分類基礎之考慮，此可依失能者活動的困難度及需要輔助之程度，即毫無困難(可預防性；不需要輔助或協助)、有些困難(可強化性；尚不需要輔助或協助)、相當困難(無法預防或強化；需工具或他人輔助或協助)、以及極度困難(無法預防或強化，也無法透過工具或他人輔助、協助；需替代性輔助或協助)等進一步加以分級分類。失能譯碼並沒有按英文字母排序之索引。

殘障（H碼）在定義與特徵(definition & characteristics)上是指一個人因為損傷或失能，以致限制或無法發揮其個人常態下應扮演的角色（視其年齡、性別、以及社會、文化、情境等因素而定）；「殘障」反映一個人的“表現能力”無法跟上其個人或所屬族群時空之期望。

*殘障分類有七個向度(dimensions)，其中六個主要向度設計為“存活角色(survival roles)”，而另一個“其他殘障”向度則容納無法包含於存活角色內的問題。這七個向度分別為：

(1)定向力殘障(Orientation Handicap)

(2)身體獨立性殘障(Physical Independence Handicap)

(3)移動殘障(Mobility Handicap)

(4)職業/工作殘障(Occupation Handicap)

(5)社會關係整合殘障(Social Integration Handicap)

(6)經濟無法自足(Economic Self-Sufficiency)

(7)其他殘障(Other Handicap)等。

H碼(殘障代碼)的基本結構有一碼，而這一個碼的規格可用於每個向度。這個分類並非直接用以區分個人情況，而是從社會基準規範(norm)的角度來區分，會使失能者處於比其常人不利的情況。殘障譯碼也沒有按英文字母排序的索引。

許多國家已經展開 ICIDH 的推廣工作，並且在近幾年的許多國際會議上加以檢討，世界衛生組織中發展並使用 ICIDH 的分類合著中心業已成立，並加入修訂 ICIDH 的工作行列。

2.2.3 支持基層健康照護的資訊

提供資訊上的支持給基層健康照護(Primary Health Care, PHC)的挑戰之一，是在西元兩千年達到全人類健康的全球策略(Global Strategy for Health for All by the Year 2000)，有些缺乏完整資訊或僅擁有品質不良資料的國家，必需採行多種途徑來補充或取代 ICD 的傳統使用。

自從 1970 年代的晚期開始，許多國家已經試驗性地使用非專業人員來蒐集資訊。非專業報告方式隨後也被衍生為“非傳統方法”。因為發現傳統方法(普查、調查；生命或院所內(vital or institutional)罹病及死亡統計等)的不足，這涵蓋了不同途徑的方法，在許多不同的國家已逐漸形成蒐集健康狀況相關資訊的一種方式。

這種途徑之一，即“社區為主的資訊(Community-based information)”，便是整個社區參與健康相關資料的定義、蒐集及使用。社區參與程度則從僅參與資料蒐集，到資料設計、分析與利用。幾個國家的經驗顯示，這種途徑不只是一個理論的架構，其已有所超越。ICD-10 的國際修訂研討會便在它的報告(第一冊，第 9~28 頁)中提到：

此次研討會議被知會到關於許多國家發展及應用社區為主健康資訊的經驗概括了健康問題及需要，相對危險因子及資源等。這支持在社區層級發展非傳統方法的觀念，恰可填補各個國家間的資訊差距，並可強化其資訊系統。不管是已開發或開發中國家，如此也強調這種方法或系統應該在各地區發展，因為各地有其特有的罹病方式、語言及文化上的差異，不宜試圖轉移至其他的國家地區。

由於許多國家對此非傳統途徑的成功經驗，此次修訂研討會議認可世界衛生組織應繼續指導各地發展地區性計畫(local scheme)的方向，並支持推展相關的方法學(methodology)。

2.2.4 國際疾病統一命名系統(IND)

在 1970 年，國際醫療科學組織會議(Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS)在其會員組織的協助下，開始籌備國際疾病統一命名系統(International Nomenclature of Disease, IND)，並且在 1972~1974 年間，陸續發行了五冊暫行命名書籍。很快地，大家便了解到，這個命名系統若號稱為國際性者，需要更多更廣泛的照會參考意見，而不是只有 CIOMS 的成員而已。1975 年起，IND 便成為 CIOMS 與 WHO 的聯合計畫，而由雙方代表所組成的技術指導委員會(Technical Steering Committee)來主導。

IND 的主要目標是提供每種疾病體(morbid entity)一個單一的推薦名稱。選取此一名稱的主要規範是它必需是專一的(只限用於一種疾病)、清晰的、儘可能自體描述的、儘可能簡單的、以病因為根本的(可行的話)。然而,許多已廣泛使用卻無法符合上述規範的疾病名稱,假使它並無不當、誤導、或與國際專家組織之建議相違背,仍可被列為同義詞。以人名來定名(Eponymous)者,應儘可能避免,因為其缺乏自體描述性。然而,許多這些的疾病名稱已被廣泛使用,則必需加以保留;例如,何杰金氏病(Hodgkin disease)、帕金森氏病(Parkinson disease)及愛迪森氏病(Addison disease)等。

每一個疾病或症候群推薦命名之定義均儘可能地清晰簡要,疾病名稱的定義之後便列有其同義詞。這些周延的表列,在必要之處會說明為何有些同義詞未被列入,以及為何有些疾病名稱不能算是同義詞。

IND 的立義本為與 ICD 相輔相成;分類與命名之差異稍後會加以討論;在 ICD 疾病名稱均以 IND 的疾病名稱為準。

屆 1992 年為止,IND 總共出版了:感染性疾病[細菌性疾病(1985)、黴菌症(1982)、病毒性疾病(1983)、寄生蟲性疾病(1987)];下呼吸道疾病(1979);消化道疾病(1990);心臟血管疾病(1989);代謝、營養與內分泌疾病(1991);腎臟、下泌尿道與男性生殖系統疾病(1992);以及女性生殖系統疾病(1992)[8]。

2.2.5 世界衛生組織(WHO)的角色

大多數上述的分類產物均是由非政府組織、其他機構、以及世界衛生組織各分支機構及單位所合力完成,同時也設有專司 ICD 協調、指導與建議之單位。

世界衛生組織負有推動、發展及改寫之職責,以擴大 ICD 的可用性及衛生統計之可比較性。世界衛生組織在發展新分類法、改寫、以及辭彙(專有名詞)匯集工作之際,也為主導合作事宜,扮演總匯供應的角色,並依需求給予技術上之建議、引導及支援等。任何有志於改寫 ICD-10 之準備者,一旦發展到能夠清楚陳述改寫目的之同時,應迅即照會諮詢世界衛生組織。如此,透過不同成分內容分類群發展之協調途徑,便可避免一些不必要的重覆。

2.3 疾病分類的一般原則

如威廉·法爾(William Farr)在 1856 年所陳述者[9]:

分類是一種一般化(generalization)的方法,一些分類的使用常可因此而獲益。醫師、病理學家、或法律專家可各依其觀點,將疾病及死因作適切合理的歸類,以獲得一般性的成果,合乎其所欲查探的內容需求。

疾病統計分類必需植基，且限定計數為有限，並彼此不相統屬的分類項，來涵蓋所有罹病之可能病況。這些分類項的選擇必需是可促進疾病現象的統計研究。一個特定的疾病體，若有其公共衛生上具特殊的重要性或經常發生時，便必需有其專有的分類項；否則，一個分類項便會被分派成一群群分立卻又相關的病況。每種疾病或罹病狀況必需在分類項表列中有其清楚界定的位置。結果，在分類系統中，往往會出現一些其他雜項病況之殘餘類別，無法被安置到專屬的分類項中。這種被分類成殘餘分類項病況應盡可能減少。

從命名來區分的統計分類便是其組成一個個病群的要素，而每一個已知的罹病狀況均應有其分立的標題(title)。因為疾病命名也經常為有系統之編排，因此，分類及命名的概念彼此密切相關。

若分層級之細分類結構其統計分類可容許在不同層級中有不同之詳盡程度。疾病的統計分類必需保有認定疾病體或病群(disease entities)專一並允有較廣泛疾病群的統計資料呈現，以獲取實用而且可以了解的資訊。

相同的一般原則也適用於其他健康問題以及就醫理由的分類，這均一起併入到 ICD 之分類系統中。

ICD 已發展成一實用而非純理論的分類，其中不少是基於病因、解剖部位、發作情況等內容的妥協結果。同時也有許多調整是為了迎合各種統計應用上的需要，如死亡、罹病、社會安全以及其他型式的健康統計與調查。

2.4 ICD 的基本架構及分類原則

ICD 是一種“變項－主軸(variable-axis)”的分類。其結構由威廉·法爾(William Farr)在早期國際上討論分類結構之際所提出者，他的構想是「對於所有具有實用性的、流行病學用途的統計資料均需以下列方式的歸類分群」：

- 流行性疾病(Epidemic diseases)
- 體質性或一般性疾病(constitutional or general diseases)
- 依部位編排的局部性疾病(Local diseases arranged by site)
- 發展性疾病(Developmental diseases)
- 傷害(Injuries)

這個模式在 ICD-10 各章節中可被確認出來，雖然稍有武斷，但經過時間的考驗，仍被認為是一般流行病學用途上較其他模式有用的架構。

上述的前兩類及後兩類組成了“特殊分類群(special groups)”，因為它將散在而無法

方便編排以利流行病學研究之病況結合，例如主要以解剖部位來編排的分類。另外，剩下的一群，以部位編排的局部性疾病，則構成了 ICD 中，各主要“身體各系統”的章節。

“特殊分類群”章節與“身體各系統”章節的區分可顯示對分類結構的了解、譯碼之形成、以及統計之解讀。一般而言，必需牢記病況在基本上常歸類至“特殊分類群”的章節中。對於一個病況應當譯碼在那一分類項有疑問時，最好優先參酌“特殊分類群”中的章節，以為對應。

基本的 ICD 是由三碼之分類項所組成的一個譯碼表列。每一個三碼分類項可又再分成十個四碼的細分類項。在 ICD-10 以英文字母與數字混合配置譯碼或代碼 (alphanumeric code)，即第一個指數為英文字母，而在第二、三、四個指數的位置擺上數字；取代了先前各修訂版純粹用數字之譯碼系統；第四碼位於小數點之後。因此可組成譯碼數字由 A00.0 到 Z99.9。其中字母“U”則留白，供暫行或保留給未能確定病因的新病況（參照 2.4.7 節）。

2.4.1 ICD-10 各冊

ICD-10 由三冊組成：第一冊包含主要分類；第二冊提供 ICD 使用指引；第三冊則為分類的英文字母索引。

第一冊大部分的內容是主要分類，由三碼分類項表列部分、其包含內容、以及四碼細分類項表列所組成。三碼分類項表列—“核心”分類（英文版第 1 冊 29~104 頁）乃世界衛生組織要求其會員國須向其死因資料庫通報之必需資料，以及國際間一般比較的主要部分。此核心分類也列出了章節及組群(block)標題。四碼細分類項之表列部分，共分成二十一章。

第一冊還附錄部份下述之內容作為參考：

- 腫瘤組織形態學或組織學形態：腫瘤組織形態學之分類(原書第 1233~1238 頁)，在需要時可當成歸類腫瘤形態的附加譯碼。只依照其動向及局部部位來歸類時，應在第二章，但有一些例外的情況。組織形態學譯碼與 ICD 為腫瘤學特別改寫版本 (ICD-O)所使用者相同[1]。
- 特殊表列：由於 ICD 全部的四碼甚至三碼的譯碼表列在每個統計表中列出時可能太長，大部份例行性的統計均使用另一表列，表列中強調某一特定單一病況而將其他部分組合成分類群。四個死亡特殊分類表是屬於 ICD 中的整體部分。分類表一及分類表二屬於一般死亡，分類表三及分類表四屬嬰兒及兒童(0~4 歲)的死亡。此外，也有罹病的特殊分類表，著落於第一冊末附錄之內容屬之。各層級分類及表列之適當使用指引可參照本卷第五章。

- 定義：原書第一冊 1233~1238 頁的定義部分已被世界衛生大會(World Health Assembly)通過納入及採行，以促進國際間資料之比較。
- 命名規定：世界衛生大會所採行的規定上列有了關於世界衛生組織會員國(Member States)在疾病分類及死因、統計資料之蒐集與出版上有其正式之責任；可參照第一冊第 1239~1243 頁內容。

2.4.2 ICD-10 章節

此疾病分類共分為二十一章。ICD 代碼之第一碼為一個英文字母，每一個字母代表一特定的章節，但字母D及H除外。D用於第二章腫瘤及第三章血液、造血器官與侵及免疫機轉疾患；而字母H則用於第七章眼與附器疾病及第八章耳與乳突疾病。有四個章節:第一、二、十九及二十章使用一個以上的英文字母作為其譯碼之首。

每一章節中均包括足以涵蓋其內容的三碼分類項；但並非所有可用的譯碼或代碼均被安排用上，這可為未來的修訂與擴充預留空間。

第一至十七章為有關疾病及其他罹病狀況者；第十九章則為有關傷害、中毒與外因造成的其他影響。其他章節則涵蓋了現今診斷資料中的主題，如第十八章中包含了他處未歸類的症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗異常發現；第二十章中罹病及死亡的外因在傳統上是用來歸類傷害及中毒的病因，但從第九修訂版(ICD-9)起就成了導致疾病及其他罹病狀況之任何外因歸類。最後，第二十一章，影響健康狀態及醫療保健就醫因素，是為了歸類那些目前未生病而尋求醫療照護或就醫的情況，或病患在特定時間接受照護的情況，或是涉及個人照護之負擔等情況。

- 附註：因應 SARS 疾病

嚴重急性呼吸道綜合症 (Severe Acute Respiratory Syndrome, 簡稱 SARS) 於 2003 年 2 月首次發現於中國廣東省、香港及越南的河內等地，並迅速蔓延到世界 27 個國家和地區。SARS 是一種由變異的冠狀病毒引起的高傳染性呼吸綜合症，大部分感染者表現出急性呼吸困難綜合症 (Acute Respiratory Distress Syndrome) 和急性肺損傷 (Acute Lung Injury)。

新增第二十二章係因應“U”碼供未能確定病因的新興疾病，SARS 疾病說明則暫置其內。

2.4.3 分類項組群(block of categories)

各章節又細分成一些均勻的三碼分類項組群(block)。在第一章中，組群的標題反映出分類的兩個主軸—傳播模式(mode)及所感染微生物族、株別[種系別、株系別]。在第二章中，第一主軸是腫瘤的動向(性態)表現；在腫瘤動向表現中，雖然在一些三碼分類項中屬重要的組織形態學(如白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、間質細胞瘤及卡波西氏

肉瘤)，然而主要的主軸為部位。在每個組群的標題後括弧均加註有分類項範圍。

2.4.4 三碼分類項

在每個組群中，有些三碼的分類項，由於其頻率、嚴重度或公共衛生介入措施感受度的考量，乃選定為單一之病況，但是其他分類項則屬一群有共同特徵的疾病。通常為了一些不同但較罕見的病況納入歸類者，提供有“其他”、“未特定”等病況之情形。

2.4.5 四碼細分類項

大部分的三碼分類項均會在小數點後加上第四碼數字再進一步細分，因此可有十個細分類項。這在國際上並非必要報告的部分。當三碼分類項之後未再細分時，建議可在第四碼加上“X”，好讓譯碼等長，以方便資料處理。

四碼細分類項可用於任何合適、確認之病況，如三碼分類項所指單一疾病有不同的部位或型類時，或是用於三碼分類項所指的病況群中的某一疾病。

四碼中的“.8”通常是指三碼分類項中的“其他”病況，而“.9”大部分用於指與三碼分類項標題有相同的含意。

當三碼分類項範圍中的四碼細分類項相同時，它只會在此範圍之首列出一次。在每一相關分類項旁均會加上附註，以指出何處可找到詳細內容。例如，O03~O06 分類項是指不同型式的流產，但代表其相關併發症的第四碼細分類項則相同(參照第一冊第 724 頁)。

2.4.6 第五碼或接續的附加分類碼

第五碼與其接續的附加分類循著與第四碼不同的主軸。這在以下可見：

第十三章——依解剖部位作細分類

第十九章——指出開放及封閉性骨折的細分類，以及指出顱內、胸腔內及腹腔內傷害併發非開放性傷口的細分類。

第二十章——指出事件發生時所從事活動型態的細分類。

2.4.7 留白的“U”碼

U00~U49 之譯碼，是用以先行安置暫時未能確定病因的新興疾病。U50~U99 之譯碼，則可用於研究，例如測試一特殊計畫的另類詳細分類。

第三章 如何使用國際疾病統計分類(ICD)

這部分的内容包含所有使用者想要充分開發疾病分類時所必需知道的實用資訊。對統計人員、衛生資訊分析人員及譯碼人員言，ICD 架構與目的等知識及其理解是很重要的。而如何精確且一致性的使用 ICD，則取決於對這套書的正確應用。

3.1 如何使用第一冊

3.1.1 簡介

ICD 的第一冊包含了分類本身。它指出了診斷應該歸屬的分類項，以促進其統計的歸類與計算。它亦可以相當內容之定義在統計圖表中可尋出的分類項、細分類項及表列項目等，提供給統計資料使用者。

雖然，在理論上，譯碼者可以單獨使用第一冊即可找到正確的譯碼，但費時且易生錯誤。在 WHO 原卷中第三冊中有一依照英文字母排序關於此分類的索引。在索引的引言中提供了關於其與第一冊關係的重要資料。

大多數 ICD 的例行性統計應用皆在含有一個以上病況的死亡證明書或記錄中選取單一之病況。死亡與罹病相關的選取準則著落於本書第四章中。

關於表列的詳細描述請向下參照 2.4 節。

3.1.2 包含用語及四碼細分類表列的使用

包含用語 (Inclusion terms)

在三碼及四碼的分類項目 (rubrics) 中，常列有一些其他的診斷用語—即“包含用語”，為歸類於該分類項診斷陳述的範例。它們可以是不同的病況或是同義詞，但不是一個細分類項。

包含用語的列出主要是用來說明該分類項的內容。許多包含用語所列出者為相關之重要或平常用語，其他則是將臨界病況(borderline condition)或部位列出以區分兩個細分類項之界限。包含用語的列出愈詳細愈好，一些診斷的另類名稱也包含在其依英文字母排序的索引中，在譯碼時應加以參考。

有時包含用語必需與標題一起查閱，通常是發生在包含用語屬複雜部位或藥品分類表時，此時標題中的一些適當文字必需先了解才行 (例如：“.....惡性腫瘤的”，“傷及.....”，“因.....所致的中毒”等)。

一些常見於分類項範圍，或三碼分類項中細分類項的診斷描述，在每一章節、組群或分類項標題之後可見到“包含”的標示。

排除用語 (Exclusion terms)

有些分類項中列有一些以“排除”為首的病況，此乃指這些病況可能意指分類項標題相關，但事實上是歸類於他處者，例如在 A46(丹毒)之分類項中並不包含“產後或產褥期丹毒”。在每一個排除用語之後會以括弧標明歸類於他處之分類項或細分類項譯碼。

分類項範圍或在三碼分類項下的所有細分類項中的一般排除用語，可在每一章節、組群或分類項標題之後，以“排除”來標示。

辭彙描述 (Glossary descriptions)

除了包含及排除用語之外，在第五章(精神[心智]及行為疾患)中還使用了辭彙的敘述來標示分類項的內容。此一設計乃由於精神[心智]疾患在不同國家間的差異很大，有時甚至同一名詞卻表示完全不同的病況，故辭彙敘述並不是專為譯碼者設計使用，類似型式的定義在 ICD 其他處也可見到，如於第二十一章中用以釐清各分類項的內容者。

3.1.3 雙重譯碼情況

“劍號及星號”系統

ICD-9 中首先引入了一個系統，在 ICD-10 中持續延用下來者——就是一個診斷敘述可以轉譯兩個代碼。此一診斷敘述乃為一臨床問題，卻為某一全身性疾病在一特定器官或部位上呈現表徵。

主要譯碼代表病原，以劍號(†)標示；選擇性附加譯碼代表病況表徵以星號(*)附註。此一傳統是因為只針對病原譯碼時，通常無法滿足一些專科匯集統計資料上的需要，尤其是以病況表徵作為主要照護理由時，欲知其之歸類情況。

劍號與星號系統提供另類呈現統計資料的分類型式，在 ICD 中劍號(†)代碼為必須常用之主要譯碼，星號(*)代碼則在需要另類呈現方式時，附加其後者。譯碼時，星號代碼決不能單獨存在；合併有劍號代碼的統計資料可與傳統的分類系統配合以呈現罹病、死亡及其他醫療照護方面的統計資料。

星號代碼為三碼分類項之型態。當一特定疾病無法特定為潛在之疾病時，同一種病況可有分立的分類項，例如 G20 及 G21 是指不同類型的帕金森氏病或其症候群 (Parkinsonism)，而且不是其他疾病的一項表徵，然而 G22*則是指合併歸類於其他疾病中表現的帕金森氏病。對應的劍號代碼可同時出現在星號代碼被引用之病況；如梅毒

性帕金森氏症候群(G22*)，其劍號代碼為 A52.1†(症狀性神經性梅毒)。

某些劍號代碼會出現在特別的劍號分類項之內。然而，更常見的是屬於雙重診斷的劍號代碼以及單一病況未標劍號的譯碼，可能是來自同一分類項或細分類項。

疾病分類中包含有劍號及星號系統的並不多，共有 83 個特定星號分類項都列於對應章節之首。

出現標有劍號(†)用語的分類項，會以下列三種方式出現——

(1)若劍號及替代(alternative)星號代碼一起出現在分類項之首，則所有出現在此一分類項的診斷名詞及用語，便都屬雙重分類，並有共同之替代碼，例如：

A17.0† 結核性腦膜炎(G01*)
腦膜(腦部)(脊髓)結核病
結核性軟腦膜炎(leptomeningitis)

(2)若是只有劍號出現在分類項之首，並無替代之星號代碼，則所有屬此分類項的名詞均屬雙重分類，但各有其不同的替代碼(列於其後)，例如：

A18.1† 生殖泌尿系統結核病
下列結核病
·膀胱(N33.0*)
·子宮頸(N74.0*)
·腎臟(N29.1*)
·男性生殖器官(N51.-*)
·輸尿管(N29.1*)
女性結核性骨盆腔發炎性疾病(N74.1*)

(3)若是劍號及星號標示均未出現，則整個分類項便不屬雙重分類，但是個別的包含用語則可能屬之；若是如此，這些名詞便標出劍號並加上替代譯碼，例如：

.....
A54.8 其他淋球菌性感染
淋球菌性：
·腹膜炎†(K67.1*)
·肺炎†(J17.0*)
·敗血症
·皮膚病灶

其他選擇性雙重譯碼

在有些不同於劍號及星號系統的情境下，可使用兩個 ICD 代碼來描述同一個人的病況。在表列上標出“若有需要可使用附加譯碼”，便是指這種情況。附加譯碼只用於一些特殊表列。

包括:

- 對於可歸類於“身體各系統”章節之局部感染症，可附加第一章的譯碼，以指出微生物感染原。第一章分類項組群 B95-B97 乃為此用途。
- 具有功能活性的腫瘤可在第二章腫瘤譯碼後附加來自第四章的適當譯碼，以標示其功能活性之類型。
- 對腫瘤而言，雖然英文原書 1181~1204 頁陳示或稱組織學形態譯碼並非 ICD 主要譯碼之一部分，但可附加在第二章的譯碼後以確認腫瘤組織學形態。
- 對於可歸類於第五章 F00-F09(器質性，包含症狀性精神[心智]疾患)的病況，可附加來自其他章節代碼，以指出其病因，即潛在的疾病、傷害或其他之腦創傷。
- 毒性因子引發的病況，可附加來自第二十章的譯碼以確認毒性來源。
- 可用兩個譯碼來描述傷害、中毒或其他副作用(不良、有害、負向作用、效應或影響)時，來自第十九章的譯碼可描述傷害的本質，來自第二十章的譯碼可描述傷害的病因。至於那一譯碼應為附加譯碼，取決於蒐集資料目的為何。(參照原英文第一冊第二十章 1011 頁的引言)

3.1.4 表列中使用之常規(慣例)

在表列中出現包含用語及排除用語時，ICD 在(小)括弧、方(中)括弧(square brackets)、冒號、大括弧、“NOS(not otherwise specified 之簡寫，譯為其他未特定者)”、“NEC(not elsewhere classified 簡寫，譯為他處未歸類者)”，以及標題中“及(與、和)”字的引用均有一定之慣例。這些是譯碼者及解讀 ICD 統計資料時所必需明瞭的。

(小)括弧

(小)括弧在第一冊中用於四個重要情況：

- (小)括弧用以包含“附註、補充、解說”，這可附加在診斷名詞及用語之後而不影響其前後的譯碼。例如：

在 I10 中之包含用語為“(動脈性)(良性)(本態性)(惡性)(原發性)(全身性)高血壓”，是指 I10 為“高血壓”的譯碼，但可以這些各個括弧內的文字(亦可組合起來)做為定性描述。

- (小)括弧也可用於排除用語的參考譯碼，如 H01.0 眼瞼腺炎，並排除眼瞼緣結膜炎(H10.5)。
- (小)括弧另可用於組群(block)標題中，將組群中三碼分類項之譯碼涵蓋起來。
- (小)括弧的最後用途始自第九修訂版(ICD-9)，與劍號及星號系統有關，其可用於包含星號分類項的劍號代碼，或為劍號標示後的星號代碼。

方【中】括弧 (Square brackets, []))

方【中】括弧使用於三種情況：

- 包含同義、替代或解說文字，例如：
A30 癩病 [Hansen's 病]。
- 參考先前的註釋，例如：
C00.8 唇重疊性病灶[參照英文版第一冊第 182 頁之註 5]。
- 參考前文提過而常見於一些分類項中的一組四碼細分類，例如：
K27 消化性潰瘍，部位未特定者[參照英文版第一冊第 567 頁之細分類]。

冒號 (Colon :)

當其前面文字在此分類項中並非完整用語時，冒號便接用於列出之包含用語及排除用語之後。它們需要在後面附注一些修飾或限定(qualifying)之文字，來使它們可分派至該分類項中。例如，在 K36 的“其他闌尾炎”，“盲腸炎”的診斷必需限定在“慢性”或“復發性”者，才能列於該分類項。

大括弧 { }

大括弧的用於列出包含用語及排除用語時，用以指出其前後文字都不完整。任何大括弧之前的用語都必需附加一些限定用語才算完整。例如：

<p>O71.6 骨盆關節及韌帶的產科損傷 (恥骨的)內聯合的軟骨撕除(Avulsion of inner symphyseal cartilage) 尾骨的損傷 (恥骨的)聯合創傷性分離</p>	<p>} 產 科 的</p>
--	------------------------

“其他未特定者(Not otherwise specified ; NOS)”

NOS 乃為“(not otherwise specified 其他未特定者)”英文之縮寫，代表了“未特定、

未指明(unspecified)”或“未限定、未明定(unqualified)”之意。

有時，一個用語是未明定者，但為了能指出更特定類型的某些病況，只好歸入其分類項中。這是因為醫療用語中某種病況最常見之型式經常是由病況名稱上得知，往往是較不常見的型式才是被限定的。例如“二尖瓣狹窄”通常是指“風濕性心臟病所致之二尖瓣狹窄”。這些內造的假設(inbuilt assumptions)必需納入考慮，以避免不正確的分類。仔細檢視包含用語將可發現一些病因的假設已包含其中，譯碼者必須避免將病況譯碼至一個未明定之分類項目，除非相當清楚已無法再尋得更特定的歸類項目。類似的情況在解讀以 ICD 為基礎之統計資料時，有些病況一經歸入明顯之特定分類項時，但其醫療記錄上可能並非如此。在比較一段時間內的變化趨勢與解讀統計資料時，重要的是要了解某些假設在 ICD 不同修訂版本之間可能會有出入，例如，在 ICD-8 以前，因未明定之主動脈動脈瘤的病因，致曾被假設為梅毒。

他處未歸類者 (Not elsewhere classified ; NEC)

NEC 乃為“(not elsewhere classified 他處未歸類者)”之英文縮寫。當其出現在三碼分類項之標題時，是用以警示列出之病況的某些變異型式(certain specified variant)可能會出現在其他部分之分類項中，例如：

J16 其他感染性病原體所致的肺炎，他處未歸類者

這個分類項中包含了 J16.0(披衣菌性肺炎)及 J16.8(其他特定病原體所致的肺炎)。許多特定感染原引起之肺炎相關的其他分類項歸類列屬於第十章(如 J10-J15)及其他章節(如 P23.-先天性肺炎)中。J18 肺炎，病原體未特定者，則用以收納一些感染原不明的肺炎。

標題中的“及”、“和”、“與” (“And”)

“及”是表示“和/或”。例如在 A18.0 分類項中，骨及關節的結核歸類至“骨結核”、“關節結核”、以及“骨和關節的結核”。

點一槓 (.-)

在某些情況，細分類項代碼的第四碼會以一槓(.-)代替，如

G03 其他及未特定病原所致的腦膜炎

排 除：腦膜腦炎(G04.-)

這是告訴譯碼者必需從適當的分類項中尋找存在的第四碼。這種慣例會出現於表列與英文索引中。

3.1.5 具有共同特徵的分類項

電腦系統中引進之檢查程式有助於品質的控制。以下分類項群便有檢查內部之一致性的基礎，這些分組乃依其特點來組併完成。

星號分類項

以下的星號分類項不可單獨使用，必需用於劍號代碼之附加：

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*

限於單一性別之分類項

以下之分類項限於男性：

B26.0, C60-63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5

以下之分類項限於女性：

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97.5

處理病況與性別不一致部分的指引可參照 4.2.5 節。

後遺症分類項

以下分類項是指不再為活性期病況之後遺症：

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89

罹病或死亡後遺症譯碼部分的指引可參照 4.2.4 節及 4.4.2 節。

醫療處置後疾患

以下分類項非用於潛在死因之譯碼，其罹病譯碼索引可參照 4.4.2 節：

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-

3.2 如何使用第三冊

第三冊之引言—ICD-10 英文字母索引之前引中載有如何使用之指引，在開始譯碼前，這些指引必需仔細研讀。以下簡略描述索引的結構及使用方法。

3.2.1 英文字母索引的編排

第三冊分成三部分：

- 第一部分列出可歸類在第一章至第十九章及第二十一章內的所有名詞或用語，惟藥品及其他化學物質除外。
- 第二部分是所有罹病及死亡外因，以及歸類在第二十章內的所有名詞或用語的索引，但藥品及其他化學物質除外。
- 第三部分，藥品及化學物質表，列出可歸入第十九章藥品所導致的中毒及副作用(不良、有害、負向作用、效應或影響)譯碼，以及第二十章意外、蓄意(自我傷害)、未定之中毒，或是適當服食正確物質的副作用。

3.2.2 結構、架構

索引包含位於最左側欄位之“主要或關鍵辭(lead term)”，其下有不同層次之其他文字(修飾或限定之用)。在第一部分，這些修飾或限定用語通常是一些會影響譯碼的種類、部位或環境情況；在第二部分，它們指向不同型式的意外或事故，如涉及的交通工具等。至於不影響譯碼的修飾用語則出現在括弧內。

3.2.3 譯碼、代碼

在名詞或用語後的譯碼用以指出該用語應歸類的分類項及細分類項。如果只有三碼，則可假定此類別尚未細分。在大部分已細分的分類項中，索引中的代碼會有第四碼。在第四碼位置若有一槓(-)，則表示此分類項已細分，而且第四碼可在表列中找到。如果此名詞或用語是屬劍號(†)及星號(*)系統，則兩個代碼均會呈現。

3.2.4 常規(慣例)

(小)括弧

(小)括弧在索引中的使用與第二卷中相同；即用以包含修飾文字。

“NEC (not elsewhere classified；他處未歸類者)”

“NEC”用以指出所列病況之特定變異型式(specified variant)歸類於他處，合適的話，應該在索引中可找到更精確的名詞或用語。

交互(交叉、交相)參照 (Cross-references)

交互參照是為了避免用語在索引中不必要的重覆。“參照”一詞是要譯碼者參考其他用語；“另參照”則是引導譯碼者在譯碼之陳述上含有其他在此未提及的訊息時可參照。

3.3 基本譯碼指引

索引中含有許多原英文版第一冊中未包含的名詞或用語，在選定譯碼前必需參照索引及表列。

在著手譯碼前，譯碼者必需知道分類及譯碼的原則，並經實習過程。

以下簡單的指引可幫助偶而使用 ICD 之譯碼者——

1. 確認要譯碼的陳述型式並參考適當之英文索引部分

(如果是歸類於第一～十九章或第二十一章的疾病、傷害或其他病況可參照索引的第一部分；如果是歸類於第二十章的傷害或其他事件的外因，可參照第二部分)。

2. 定出主要或關鍵辭

疾病及傷害通常是一病理狀況名詞或用語；然而，有些以形容詞或人名表示的病況也列入索引中當成主要或關鍵辭。

3. 閱讀且遵循主要或關鍵辭下的任何指示

4. 參考主要或關鍵名詞之後括弧內的使用語，以及位於主要或關鍵名詞之下的任何用語。

在診斷中所要表達的文字被解讀完成之前，參考主要或關鍵名詞之後括弧內的使用語(這些修飾詞應不影響譯碼)，以及位於主要或關鍵名詞之下的任何用語(這些修

飾詞會影響譯碼)。

5. 仔細參考任何索引中的交互參照(“參照”及“另參照”)

6. 參考表列以確定選取的譯碼是否合適

注意索引中的三碼譯碼若在第四碼位置有一槓(.-)，是表示在英文版第一冊中可找到第四碼。補充代碼位置使用的細分類碼，未編入索引，若是有用到者，必需置於英文版第一冊中。

7. 遵循任何位於選取譯碼下、或是章節、組群或分類項之首底下的包含用語或排除用語

8. 選定譯碼

欲譯碼之病因或病況的選取，以及要譯碼選定病況的特定指引，詳列於第四章。

第四章 死亡與罹病譯碼準則與指引

本章討論由世界衛生大會(World Health Assembly)所通過採行，從死亡證明書及罹病記錄之例行表列中，有關單一病因或病況選取的準則及指引。本指引同時提供準則的應用及表列中病況選取之譯碼。

4.1 死亡：死亡證明書指引與譯碼準則

死亡統計是健康資訊的主要來源之一，它在很多國家中乃是最可靠的健康資料。

4.1.1 死因Cause of Death

西元1967年，第十二屆世界衛生大會將列入死亡證明書中之『死因』定義為：「所有導致死亡或與死亡相關的疾病、罹病狀況、或是造成這些傷害的意外或暴力環境等」。這個定義的目的在於確保所有相關的訊息均能被充分記錄下來，而不能隨意選取或排拒。這個定義並不包括症狀或是死亡的方式，如心臟衰竭或呼吸衰竭。

登錄單一死因時，就選取這個死因以供表列。登錄一個以上的死因時，即依照第4.1.5節所規定的準則來選取。這些準則乃植基於肇始死因(underlying cause of death)之觀念。

4.1.2 肇始死因Underlying Cause of Death

第六屆以十年為期的國際修訂研討會(6th Decennial International Revision Conference)中，與會者均一致同意死因的基本表列應該標示出死亡的肇始死因。

站在死亡預防的立場，肇始病因鏈(chains of events；即病況事件串聯之致死過程)中的某個環節必須要加以切入打破或是切入某一點作有效的治療。最有效的公共衛生目標乃是預防直接導致死亡肇始病因的促進(precipitating cause from operating；啟動病因鏈者)因素，避免啟動病因鏈，導致死亡的結果。因此，肇始病因的定義包括：(a)直接導致死亡的疾病或傷害；(b)造成致死傷害的意外或暴力環境。

4.1.3 國際死亡證明書

前述的原則在世界衛生大會所推薦使用之死亡證明書版本中可通盤應用。開立死亡證明書的醫師，必須顯現導致死亡的直接病況及任何造成這個病況的前肇病況(antecedent conditions)。

下列格式之死亡證明書乃是為了促使其使用者從兩個或以上的死亡肇始病因中選取合適的肇始病因。第I部分是表示直接導致死亡的病因鏈(致死過程)，第II部分則是表示非直接有關但攸關第I部分之病況。

國際死亡證明書

	死 因		發 生(作)至 死亡之 概略時間
I. 直接導致死亡的 疾病或情況*	(甲) _____ 因為(或為其結果)	_____ _____	_____ _____
前肇病因： 攸關直接死因之罹病 狀況，肇始病因放於 最後。	(乙) _____ 因為(或為其結果) (丙) _____ 因為(或為其結果) (丁) _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
II. 其他與死亡相關 的病況，但不直 接導致死亡。	_____ _____	_____ _____	_____ _____
* 非指死亡的方式，如：心臟衰竭、呼吸衰竭等；而是指引起致死的疾病、傷害或併發症。			

西元1990年，第四十三屆世界衛生大會通過採行了相關之建議，即死亡證明書在某些國家如果有特殊需求，可以在其第I部分中增列第四欄(d)，因為一般只要到(c)欄便足敷使用。但各國仍可沿用原有之三欄的格式(即第四欄並不一定需要)，另可能各國因法律或是其他阻力而無法應用四欄的格式。

第I部分中最下面一欄通常表示用於表列之死亡肇始病因。然而，在4.1.4—4.1.5節中描述的流程可能會造成選取另外之病況作為肇始病因。為了區辨這兩種可能性，我們用肇始病因(originating antecedent cause)來稱呼第I部分最下面一欄之病況，用肇始死因確認用於表列之病因。

如果在致死的過程只有一個步驟，填在第I部分的(a)即已足夠，若超過一個步驟以

上，則直接的死因寫在第I部分的(a)，肇始病因寫在最後，其中衍生出的病況則增列在其中的(b)、(c)，舉例如下：

- (a)肺栓塞
- (b)病理性骨折
- (c)續發性股骨癌
- (d)乳癌

第II部分是指其他任何與死亡有關的病況，但非直接造成死亡的疾病或病況。

死亡證明書中的“因為(或為其結果)”，不只是針對直接病因或病理過程，也針對著非直接病因。因為一個前置病況(antecedent condition)所造成組織或功能上的疾患，即便經過很長的時間，仍會促成直接死因的作用。

注意估計發生(作)到死亡的概略時間(年、月、週、日、時、分等)，有助於醫師了解致死過程(病因鏈)及引導譯碼者選定合適的病況分類代碼。

西元1990年，世界衛生大會建議各會員國應考慮將死亡前最近的妊娠及死亡前一年內的妊娠問題納入死亡證明書中。

4.1.4 選取肇始死因（原死因）作死亡表列的方法

若只報告一個死因，這個死因即用於表列。

若超過一個以上的死因，選取死因肇始病因(原死因)的第一步便是要依照一般原則或選取準則 1, 2, 3（本書P.30、31）來決定肇始病因是否適合置於第I部分的最下面一欄。

在某些情況下，ICD容許用一個表列中更適合的肇始病因(underlying cause)來代替肇始病因(originating cause)，例如：可能有一些分類項可以表示聯合病況，或是基於流行病學的考量，優先選用其他的病因。

再下一步便是應用一個或多個4.1.9 節中之準則(A-F)，處理上述情況，以決定用於表列之肇始病因的譯碼。

當肇始病因是歸類到第十九章之傷害或外因的其他效應時，這些造成傷害或外因的環境可視為表列的肇始病因，譯碼為V01-Y89。而傷害或效應之歸類可以作為另一附加譯碼(additional code)。

4.1.5 選取肇始病因的準則

因果次序

因果次序(sequence)是指在第I部分中出現兩欄或以上的病況敘述時，在下方的病況必須是在其上方病況之肇因；亦即上方病況必須是下方病況所導致的結果。

〈範例1〉 I(a)食道靜脈瘤出血

(b)門脈高壓

(c)肝硬化

(d)B型肝炎

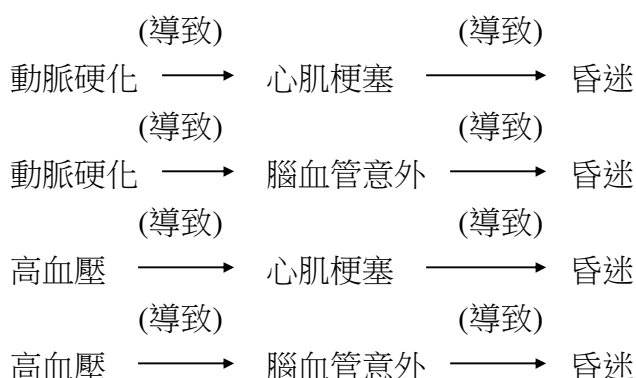
若在同一欄中有一個以上的死因時，表示有一種以上的因果次序。以下的範例2中，即列出有四種因果次序。

〈範例2〉 I(a)昏迷

(b)心肌梗塞及腦血管意外(事故)

(c)動脈粥樣硬化、高血壓

本範例之因果次序為：



一般原則

一般原則(General Principle)是指在死亡證明書上有一種以上的病況敘述時，在第I部分最下方一欄的病況敘述必須能夠導致其上方所有病況的結果。

選取準則

準則 1：如果未採行一般原則，但死亡證明書中只有一種病況之因果次序，則選取這個因果次序病況之原始病因。若因果次序性病況超過一種以上，則選取首先被提及之原始病因。

準則 2：如果死亡證明書上沒有報告因果次序可以造成第一個出現的病況敘述，則選取首先被提及的病況。

準則 3：如果依照一般原則或準則 1, 2，不論在第I或第II部分，一個病況明顯是其他病況的結果，則選取此一基本或原始病況。

4.1.6 選取準則的其他考量

在完成的死亡證明書中，肇始病因單獨置於第I部分的最下方一欄，若造成其他之結果性病況，則以上行的方式，依序往上擺。

- 〈範例3〉 I(a)尿毒症
 - (b)水腎
 - (c)尿滯留
 - (d)前列腺肥大

- 〈範例4〉 I(a)支氣管性肺炎
 - (b)慢性支氣管炎
- II慢性心肌炎

在一份適切完成的死亡證明書中，均適用於一般原則。在死亡證明書並非適切完成者，即使上方的所有病況尚未釐出正確的前後次序排列，在第I部分中最下方一欄的病況敘述應可以造成其上方所有病況的肇因，如此一來，一般原則依然適用。

- 〈範例5〉 I(a)廣泛性(擴散)轉移
 - (b)支氣管性肺炎
 - (c)肺癌

當第I部分中最下方一欄有超過一種或是單一病況敘述無法導致其上方所有病況的結果，一般原則便不適用。這些不同因果次序之選取或接受，本指引將在適用準則最後加以說明。必須注意到開立死亡證明書醫師的陳述，反映關於致死病況及其彼此間之呼應關係，不宜輕言揚棄。

在一般原則不適用時，必須儘可能尋求開立死亡證明書醫師的釐清，因為選取準則常有些隨興或武斷(somewhat arbitrary)之成分，並不盡然能對肇始病因作出百分之百最滿意的選擇；若不能得到此種釐清，則應照所述而選取準則行事。即出現有因果次序之病況敘述時，依準則 1；若無因果次序可言，則依準則 2，選取首先提及的病況敘述。

依上述準則，在第I部分同一欄及第II部分可能會出現病況間有明顯的因果關係，卻不符因果次序，此時則引用準則 3，選取這個肇始基本病況(originating primary condition)。但必須注意到兩病況間的明確因果關係，逕行接受開立死亡證明書醫師所報告之因果次序，可能並不足取。

4.1.7 一般原則與選取準則的範例

一般原則

一般原則(General Principle)是指在死亡證明書上有一種以上的病況敘述時，在第I部分

最下方一欄的病況敘述必須能夠導致其上方所有病況的結果。

〈範例6〉 I(a)肺膿瘍

(b)大葉性肺炎

選取“大葉性肺炎(J18.1)”譯碼。

〈範例7〉 I(a)肝臟衰竭

(b)膽管阻塞

(c)胰頭癌

譯碼為“胰頭癌(C25.0)”。

〈範例8〉 I(a)腦出血

(b)高血壓

(c)慢性腎盂腎炎

(d)前列腺腺瘤

譯碼為“前列腺腺瘤(N40)”。

〈範例9〉 I(a)創傷性休克

(b)多重(發)骨折

(c)行人被小(貨)卡車撞擊(車禍)

譯碼為“行人被小(貨)卡車撞擊(V04.1)”。

〈範例10〉 I(a)支氣管性肺炎

II續發性貧血及慢性淋巴球性白血病

譯碼為“支氣管性肺炎”(也可採行準則 3，如範例26)。

準則 1：

如果未採行一般原則，但死亡證明書中只有一種病況之因果次序，則選取這個因果次序病況之原始病因。若因果次序性病況超過一種以上，則選取首先被提及之原始病因。

〈範例11〉 I(a)支氣管性肺炎

(b)腦梗塞及高血壓性心臟病

譯碼為“腦梗塞(I63.9)”。本例中出現有兩種因果次序性病況出現，一為支氣管性肺炎源自腦梗塞，另一為支氣管性肺炎源自高血壓性心臟病。首先被提及的因果次序性病況之原始病因為腦梗塞，故選取“腦梗塞”。

〈範例12〉 I(a)食道靜脈瘤及鬱血性心臟衰竭

(b)慢性風濕性心臟病及肝硬化

譯碼為“肝硬化(K74.6)”。因為首先被提及的因果次序性病況為食道靜脈瘤，它源自肝硬化，故選取肝硬化。

〈範例13〉 I(a)急性心肌梗塞

(b)動脈硬化性心臟病

(c)流行性感冒

選取“動脈硬化性心臟病”譯碼。因為首先被提及的因果次序性病況是急性心肌梗塞，其源自動脈硬化性心臟病。然而亦可採行後述之修正準則C，如範例45。

〈範例14〉 I(a)心包膜炎

(b)尿毒症及肺炎病

選取“尿毒症”。本例中有兩種因果次序性病況出現，心包膜炎源自尿毒症，以及心包膜炎源自肺炎。首先被提及的因果次序性病況之原始病因為尿毒症，故選取之。然而亦可採行後述之修正準則D，如範例60。

〈範例15〉 I(a)腦梗塞及滯積性肺炎(hypostatic pneumonia)

(b)高血壓及糖尿病

(c)動脈粥樣硬化

選取“動脈粥樣硬化”。兩個因果次序性病況中，腦梗塞源自高血壓、再源自動脈粥樣硬化，以及腦梗塞源自糖尿病。首先被提及的因果次序性病況的原始病因是動脈粥樣硬化，故選取之。然而亦可採行後述之修正準則C，如範例46。

準則 2：

如果死亡證明書上沒有報告因果次序可以造成第一個出現的病況敘述，則選取首先被提及的病況。

〈範例16〉 I(a)惡性貧血及足部壞疽

(b)動脈粥樣硬化

譯碼為“惡性貧血(D51.0)”。因為沒有一種因果次序性病況出現，故選取首先提及的惡性貧血。

〈範例17〉 I(a)風濕性及動脈硬化性心臟病

選取“風濕性心臟病(I09.9)”。因為因為沒有一種因果次序性病況出現，且

兩種病況在同一欄中，故選取首先提及的風濕性心臟病。

- 〈範例18〉 I(a) 胰臟纖維囊腫性疾病
(b) 氣管炎及支氣管擴張症

譯碼為“胰臟纖維囊腫性疾病(E84.9)”。因為並沒有因果次序性病況可循。

- 〈範例19〉 I(a)老邁及滯積性肺炎(senility & hypostatic pneumonia)
(b)類風濕性關節炎

選取“老邁”。雖然本例有一個因果次序性病況可循，即滯積性肺炎源自類風濕性關節炎，但這種因果次序在死亡證明書中並非首先出現的病況敘述，因此選取首先出現者(即老邁)。然而亦可採行後述之修正準則A，如範例33。

- 〈範例20〉 I(a)滑囊炎及潰瘍性大腸炎

選取“滑囊炎”。本例並無因果次序性病況。然而亦可採行後述之修正準則B，如範例41。

- 〈範例21〉 I(a)急性腎炎、猩紅熱

選取“急性腎炎”。因為並無因果次序性病況。然而亦可採行後述之準則3，如範例28。

準則 3：

如果依照一般原則或準則 1, 2，不論在第I或第II部分，一個病況明顯是其他病況的結果，則選取原始病況。

其他病況的直接假設性結果

- * 卡波西肉瘤(Kaposi's sarcoma)、Burkitt's布爾奇特淋巴瘤及其他淋巴、血液形成及相關組織系統之惡性腫瘤，歸類於C46.一或C81-C96之分類項者，應視為是人類免疫力缺乏病毒疾病的直接結果。然而，其他種類之惡性腫瘤並無這種假設。
- * 任何歸類於A00-B19、B25-B49、B58-B64、B99或J12-J18者均應視為人類免疫力缺乏病毒疾病的直接結果。
- * 除非這個手術在死亡前四週以上發生，否則某些手術後併發症，如肺炎(任何型式)、出血、血栓靜脈炎、栓塞、血栓形成、敗血症、心臟停止、急性腎臟衰竭、吸入性疾病、肺萎陷(即擴張不全)及梗塞等，均可視為是手術後的直接結

果。

- * 肺炎及支氣管性肺炎可以被視為任何疾病之併發症，尤其是支氣管性肺炎被認為是一些耗損性疾病(wasting diseases, 如惡性腫瘤、營養不良)、引起肢體麻痺之疾病(如腦部或脊髓傷害、腦出血或血栓形成及小兒麻痺症等)、傳染性疾病、以及非直接且容易診斷之傷害(non-trivial injuries)之結果。
- * 任何被冠上栓塞(emboli)者均可視為靜脈栓塞、靜脈炎或血栓靜脈炎、瓣膜性心臟病、心房顫動、生產或任何手術等的結果。
- * 任何“續發性”疾病均應視為原發性病因最有可能的結果。
- * 續發性或非特定之貧血、營養不良、消瘦或惡病質(marasmus or cachexia)均可視為任何惡性腫瘤的結果。
- * 任何腎盂腎炎均可視為是泌尿道阻塞病況的結果，例如前列腺增生或輸尿管狹窄。
- * 腎炎症候群可視為是任何種系鏈球菌性感染的結果(如：猩紅熱、鏈球菌性咽喉炎等)。
- * 脫水可視為是任何腸道感染性疾病之結果。
- * 死亡證明書中若提及特定器官的外科病況(如惡性腫瘤或傷害)，該器官的手術均應視為其直接結果。

〈範例22〉 I(a)卡波西肉瘤

II 人類免疫力缺乏病毒疾病(愛滋病；AIDS)

譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致卡波西肉瘤(B21.0)”。

〈範例23〉 I(a)卵巢癌

II 人類免疫力缺乏病毒疾病

譯碼為“卵巢惡性腫瘤(C56)”。

〈範例24〉 I(a)結核病

II 人類免疫力缺乏病毒疾病

譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致分枝桿菌感染(B20.0)”。

〈範例25〉 I(a)腦部弓蟲症及帶狀疱疹

(b) Burkitt's 氏淋巴瘤及人類免疫力缺乏病毒疾病

譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致歸類他處的多重疾病(B22.7)”。依照準則 2，腦部弓蟲症可視為人類免疫力缺乏病毒疾病的直接結果。

〈範例26〉 I(a)支氣管性肺炎

II續發性貧血及慢性淋巴球性白血病

譯碼為“慢性淋巴性白血病(C91.1)”。依照一般原則，支氣管性肺炎(如範例10)及續發性貧血兩者均可認定是慢性淋巴性白血病的直接結果。

〈範例27〉 I(a)腦出血

(b)高血壓

(c)慢性腎盂腎炎及前列腺阻塞

選取“前列腺阻塞”。因為依照準則 1，慢性腎盂腎炎可視為前列腺阻塞之直接結果。

〈範例28〉 I(a)急性腎炎、猩紅熱

譯碼為“猩紅熱(A38)”。因為依照準則 2(如範例21)，急性腎炎可視為猩紅熱的直接結果。

〈範例29〉 I(a)腎臟切除

II腎臟透明細胞癌(clear cell carcinoma)

譯碼為“腎臟透明細胞癌(C64)”。因為腎臟切除乃源自腎臟透明細胞癌之病況。

〈範例30〉 I(a)急性貧血

(b)吐血

(c)食道靜脈瘤出血

(d)門脈高壓

II肝硬化

譯碼為“肝硬化(K74.6)”。依照一般原則，門脈高壓是肝硬化的直接結果。

〈範例31〉 I(a) 滯積性肺炎

(b) 腦出血及乳癌

選取“腦出血”。依照準則 2，滯積性肺炎可以是(b)中兩者任一之後遺症，但因腦出血較早被提及，故選取之。

〈範例32〉 I(a)肺梗塞

II三週前左肺因肺癌而切除

譯碼為“肺癌(C34.9)”。

4.1.8 選取病因的修正

經選取之死因有時候不必然是最利於表列者，例如老邁或某些一般化的疾病如高血壓、動脈粥樣硬化等，還不如選一個老化或疾病的結果來得實用。有時必須順著分類的需要加以修正，可能採單一譯碼來代表兩個以上病因的結合，或是報告其他病況時優先選取特殊之病因。

這些修正準則的引用為的是促進死亡資料的實用性、正確性及有效性，因此必須在肇始病因選定之後才付諸施行。這些選取與修正交相影響的過程必須分別加以釐清。

有些修正準則需要進一步應用選取準則，雖然對有經驗的譯碼者並不困難，但畢竟是要經過選取、修正、以及需要時還要再選取的程序。

4.1.9 修正準則

準則A：老邁及其他界定不明的病況

選取的病因之歸類屬於第十八章(症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗的異常發現，他處未歸類者)，此時除了R95(嬰兒猝死症候群)，以及歸類於R00—R94或R96—R99以外之分類項，必須略過第十八章中原來所提及的病況，再度選取死因，除非此病況譯碼可加以考量作進一步之修正。

準則B：微不足道(可以忽略)的病況

選取的病因屬微不足道之病況，不太可能導致死亡，在死亡證明書中另報告有一較嚴重的病況，則略過該微不足道的病況，重新選取這個較重要的肇始病因。但若是因治療這個微不足道的病況而導致死亡，則選取其副作用。

準則C：聯結(聯貫、聯合；Linkage)

選取病因作分類時，或其肇始死因之內容必須編為一個或以上的代碼，則作聯結(合)譯碼之選用。但聯結只限於一個病況導因於另一病況之聯貫，只有在陳述正確的因果關係上或可以依循選取準則來加以推論之情況下才作聯結譯碼。於聯合過程中出現衝突時，則聯結原來可能選擇的病況再行推估其可行性，再作進一步之聯結。

準則D：特定性、專一性(Specificity)

選取病因時，有一般病況之描述，同時另有一病況可以更能精確描述其部位或本質時，則傾向選用後者可更為真切，前述之一般病況描述僅作形容之用。

準則 E：疾病的早期及晚期

當選取的病因屬疾病的早期，而同一疾病有更晚期的描述時，則選取後者。但這個準則並不適用於把疾病之慢性(非活動性)型式報告為其急性(活動性)型式所引起，除非已有特別注明。

準則 F：後遺症

當選取的病因是一個早期病況的表現，在疾病分類中另行給予“.....後遺症”分類項之敘述，而死亡乃源於此病況的殘餘效應，與其活動期無關，則選取這個更合適的“.....後遺症”之分類項。“.....後遺症”之分類項歸類在B90-94、E64.-、E68、G09、I69、O97，以及Y85-89等譯碼之下。

4.1.10 修正準則的範例

準則 A：老邁及其他界定不明的病況

選取的病因之歸類屬於第十八章(症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗異常發現，他處未歸類者)，此時除了R95(嬰兒猝死症候群)，以及歸類於R00—R94或R96—R99以外之分類項，必須略過第十八章中原來所提及的病況，再度選取死因，除非此病況譯碼可加以考量作進一步之修正。

〈範例33〉 I(a)老邁及滯積性肺炎
(b)類風濕性關節炎

譯碼為“類風濕性關節炎(M06.9)”。依照準則 2(如範例19)所選的老邁可以略過，此時適用一般原則。

〈範例34〉 I(a)貧血
(b)脾腫大

譯碼為“脾腫大性貧血(D64.8)”。依一般原則所選的脾腫大可以略過，僅用來作為修飾譯碼之用。

〈範例35〉 I(a)心肌退化變性(myocardial degeneration)
(b)肺氣腫
(c)老邁

譯碼為“心肌退化變性(I51.5)”。因為依一般原則所選的老邁可以略過，而適用準則 2。

〈範例36〉 I(a)咳嗽及吐血

譯碼為“吐血(K92.0)”。依照準則 2所選的咳嗽可以略過。

〈範例37〉 I(a)末期肺炎

(b)散播性壞疽(spreading gangrene)

(c)腦血管梗塞(cerebrovascular infarction)

譯碼為“腦血管梗塞(I63.9)”。依準則 1所選的壞疽可以略過，而採行一般原則。

準則 B：微不足道(可以忽略)的病況

選取的病因屬微不足道(可以忽略)之病況，不太可能導致死亡，在死亡證明書中另報告有一較嚴重的病況，則略過該微不足道的病況，重新選取這個較重要的肇始病因。但若是因治療這個微不足道的病況而導致死亡，則選取其副作用。

〈範例38〉 I(a)蛀牙(齒)

II心臟停止

譯碼為“心臟停止(I46.9)”。依一般原則所選的蛀牙(齒)可以略過。

〈範例39〉 I(a)足趾甲內生及急性腎衰竭

譯碼為“急性腎衰竭(N17.9)”。依準則 2所選的足趾甲內生可以略過。

〈範例40〉 I(a)手術中出血

(b)扁桃體切除

(c)扁桃體肥大

譯碼為“手術中出血(Y60.0)”。

〈範例41〉 I(a)滑囊炎及潰瘍性大腸炎

譯碼為“潰瘍性大腸炎(K51.9)”。依準則 2(如範例20)所選的滑囊炎可以略過。

〈範例42〉 I(a)甲溝炎

II破傷風

譯碼為“破傷風(A35)”。依一般原則所選的甲溝炎可以略過。

準則 C：聯結(聯貫、聯合；Linkage)

選取病因作分類時，或其肇始死因之內容必須編為一個或以上的代碼，則作聯結譯碼之選用。但聯結只限於一個病況導因於另一病況之聯貫，只有在陳述正確的因果關係

上或可以依循選取準則來加以推論之情況下才作聯結譯碼。於聯合過程中出現衝突時，則聯結原來可能選擇的病況再行推估其可行性，再作進一步之聯結。

- 〈範例43〉 I(a)腸阻塞
(b)股疝氣

譯碼為“股部疝氣伴有合併阻塞(K41.3)”。

- 〈範例44〉 I(a)右束支傳導阻滯及Chagas' 病

譯碼為“Chagas' 病伴有合併心臟侵犯”。依準則 2所選的右束支傳導阻斷可以和Chagas' 病聯結成一個病因。

- 〈範例45〉 I(a)急性心肌梗塞
(b)動脈硬化性心臟病
(c)流行性感冒

譯碼為“急性心肌梗塞(I21.9)”。依準則 1(如範例13)所選的動脈硬化性心臟病可以和急性心肌梗塞聯結起來。

- 〈範例46〉 I(a)腦梗塞及滯積性肺炎
(b)高血壓及糖尿病
(c)動脈粥樣硬化

譯碼為“腦梗塞(I63.9)”。依準則 1(如範例15)所選的動脈粥樣硬化與高血壓聯結之後，均可再和腦梗塞聯結起來。

- 〈範例47〉 I(a)心臟擴大及腎硬化
(b)高血壓

譯碼為“高血壓性心臟及腎臟病(I13.9)”。這三種病況均可聯結在一起。

- 〈範例48〉 I(a)中風
(b)動脈粥樣硬化及高血壓性心臟病

譯碼為“高血壓性心臟病(I11.9)”。因為依準則 1所選的動脈粥樣硬化可以和高血壓性心臟病聯結起來，若未列出動脈粥樣硬化，則高血壓性心臟病可依一般原則選取之。

- 〈範例49〉 I(a)腦中風及高血壓性心臟病
(b)動脈粥樣硬化

譯碼為“腦中風(I64)”。依一般原則所選的動脈粥樣硬化，可與腦中風聯貫

起來，若未列出動脈粥樣硬化，腦中風則可依準則 2 選取之。

- 〈範例50〉 I(a)續發性多血球症
(b)肺氣腫
(c)慢性支氣管炎

譯碼為“阻塞性慢性支氣管炎(J44.8)”。依一般原則，慢性支氣管炎可以和肺氣腫聯結起來。

- 〈範例51〉 I(a)心臟擴大
(b)高血壓
II腎臟萎縮

譯碼為“高血壓性心臟病及腎臟(I13.9)”。這三個病況均可聯結起來。

- 〈範例52〉 I(a)(吸入性)支氣管性肺炎
(b)痙攣
(c)結核性腦膜炎

II肺結核

譯碼為“肺結核(A16.2)”。在已有肺結核之情況下，依一般原則所選之結核性腦膜炎，就不必再與肺結核相提並論。

- 〈範例53〉 I(a)枕骨骨折
(b)癲癇痙攣時跌倒

譯碼為“癲癇痙攣發作(G40.9)”。依準則 1所選的跌倒可以和癲癇痙攣發作聯結起來。

- 〈範例 54〉 I(a)心臟停止
IIChagas' 病

譯碼為“Chagas' 病伴隨心臟受損(B57.2)”。按一般原則所選的心臟停止可以和 Chagas' 病聯結起來。

準則D：特定性、專一性(Specificity)

選取病因時，有一般病況之描述，同時另有一病況可以更能精確描述其部位或本質時，則傾向選用後者可更為真切，前述之一般病況描述僅作形容之用。

- 〈範例55〉 I(a)腦梗塞
(b)腦血管意外

譯碼為“腦梗塞(I63.9)”。

〈範例 56〉 I(a)風濕性心臟病，二尖瓣(僧帽瓣)狹窄

譯碼為“風濕性二尖瓣狹窄(I05.0)”。

〈範例57〉 I(a)腦膜炎

(b)結核病

譯碼為“結核性腦膜炎(A17.0)”。此兩病況有正確的因果關係。

〈範例 58〉 I(a)妊娠期嚴重高血壓

II子癇症痙攣發作

譯碼為“妊娠期子癇症(O15.0)”。

〈範例59〉 I(a)主動脈瘤

(b)梅毒

譯碼為“梅毒性主動脈瘤(A52.0)”。此兩個病況間有正確的因果關係。

〈範例60〉 I(a)心包膜炎

(b)尿毒症及肺炎

譯碼為“尿毒性心包膜炎(N18.8)”。依準則 1(如範例 14)所選的尿毒症，則用來修飾心包膜炎之診斷。

準則 E：疾病的早期及晚期

當選取的病因屬疾病的早期，而同一疾病有更晚期的描述時，則選取後者。但這個準則並不適用於把疾病之慢性型式報告為其急性型式所引起，除非已有特別注明。

〈範例61〉 I(a)三期梅毒

(b)一期梅毒

譯碼為較晚期之“三期梅毒(A52.9)”。

〈範例62〉 I(a)妊娠期子癇症

(b)子癇前症

譯碼為“妊娠期子癇症(O15.0)”。

〈範例63〉 I(a)慢性心肌炎

(b)急性心肌炎

譯碼為“急性心肌炎(I40.9)”。

- 〈範例64〉 I(a)慢性腎炎
(b)急性腎炎

譯碼為“慢性腎炎，未特定者(N03.9)”。此特殊指示參照 4.1.11 節中 N00.- 的部分。

準則F：後遺症

當選取病因是一個早期病況的表現，在疾病分類中另行給予“.....後遺症”分類項之敘述，而死亡乃源於此病況的殘餘效應，與其活動期無關，則選取這個更合適的“.....後遺症”之分類項。“.....後遺症”之分類項歸類在B90-94、E64.-、E68、G09、I69、O97，以及Y85-89等譯碼之下。

- 〈範例65〉 I(a)肺纖維化
(b)陳舊性肺結核

譯碼為“呼吸道結核後遺症(B90.9)”。

- 〈範例66〉 I(a)支氣管性肺炎
(b)脊椎彎曲
(c)孩童期佝僂症

譯碼為“佝僂(病)症後遺症(E64.3)”。

- 〈範例67〉 I(a)水腦症
(b)結核性腦膜炎

譯碼為“結核性腦膜炎後遺症(B90.0)”。

- 〈範例68〉 I(a)滯積性肺炎
(b)偏癱
(c)腦血管意外(腦中風)(10年前)

譯碼為“腦血管疾病後遺症(I69.4)”。

- 〈範例69〉 I(a)慢性腎炎
(b)猩紅熱

譯碼為“其他特定的感染症及寄生蟲疾病後遺症(B94.8)”。慢性腎炎的描述表示猩紅熱非於活動期。

4.1.11 使用肇始死因（原死因）譯碼的要點

以下要點表示如果在左側欄位中，原來所選的譯碼，其病況陳述和其下病況之一關聯，則所譯碼應以其下標示者為主。有兩種聯結情形：

“提及”表示在死亡證明書中其他病況可隨意出現。

“報告為肇始病因”表示其他病況可與肇始病因有正確的因果關係或認定“源於”肇始病因。

A00—B99 感染症與寄生蟲疾病
除了人類免疫力缺乏病毒疾病(B20—B24)之外，當報告為是惡性腫瘤的肇始病因時，譯碼為C00—C97。

A15.— 呼吸道結核病，經細菌學及組織學證實者
A16.— 呼吸道結核病，未經細菌學及組織學證實者

提及：

J60—J64(塵肺症)時，則譯碼為J65。

A17.— 神經系統結核病

A18.— 其他器官結核病

提及：

A15或A16(呼吸道結核病)時，則譯碼為A15，A16，除非報告為肇

始

病因且時間上超越A15.—或A16.—。

A39.2 急性腦膜炎球菌性菌血症

A39.3 慢性腦膜炎球菌性菌血症

A39.4 腦膜炎球菌性菌血症，未特定者

提及：

A39.0 腦膜炎球菌性腦膜炎時，譯碼為A39.0。

A39.1 Waterhouse-Friderichsen症侯群時，譯碼為A39.1。

A40.— 鏈球菌性敗血症

A41.— 其他敗血症

A46 丹毒

當A40.-、A41.-、A46是發生在表淺性傷害(任何在S00、S10、S20、S30、S40、S50、S60、S70、S80、S90、T00、T09.0、T11.0出現的病況)，或是第一度燒傷之後則選用此A40.-、A41.-、A46之譯碼；

若

是由較嚴重的傷害所引起，則選取傷害之外因。

B20—B24 人類免疫力缺乏病毒疾病

B20—B23之細分類乃是為了使用選擇性之ICD-10四碼分類版本的國家而存在。此四碼細分類乃是為了不能或不欲使用多重病因譯碼時選用之。

在同一分類項中有兩個以上的細分類項時，選取其相關分類項(B20或B21)下“.7”細分類項。需要時，可在B20—B24分類組群(block)中以附加譯碼來標示個別之病況。

- B22.7 人類免疫力缺乏病毒疾病所致歸類於他處的多重疾病
這個細分類項應該用於B20—B22有二個或以上的分類項被列明者；
需要時，可在B20—B24分類組群中以附加譯碼來標示個別之病況。
- B95—B97 細菌、病毒及其他感染原
不作為肇始死因之譯碼。
- E86 體液量耗竭
提及：
A00—A09(腸內感染症)時，則譯碼為A00—A09。
- E89.— 醫療處置後內分泌及代謝疾患，他處未歸類者
不作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6 節手術。
- F01—F09 器質性精神[心智]疾病，包括有症狀的精神[心智]疾患
於潛在身體病況已知的情況下不予選用。
- F10—F19 精神[心智]作用物質(psychoactive substance)導致精神[心智]及行為疾患
第四碼“.0” 急性中毒及“.5”精神[心智]疾患提及依賴症候群(.2)時，
譯碼為F10—F19再附加第四碼“.2”之細分類。
- F10.— 酒精使用所致的精神[心智]及行為疾患
提及：
K70.— (酒精性肝病)時，譯碼為K70.—。
- F10.2 酒精使用所致的依賴症候群
提及：
F10.4、F10.6、F10.7戒斷狀態併譫妄、失憶症候群、殘餘性及晚發性精神[心智]疾患時，譯碼為F10.4、F10.6、F10.7。
- F17.— 菸草使用所致的精神[心智]及行為疾患
報告為下列病況的肇始病因時，選用該疾病之譯碼：

- C34.— (支氣管及肺惡性腫瘤)，譯碼為C34.— ；
- I20—I25 (缺血性心臟病)，譯碼為I20—I25。
- J40—J47 (慢性下呼吸道疾病)，譯碼為J40—J47。
- F70—F79 智能不足(mental retardation)
如果肇始病因已知時不予選用。
- G25.5 其他舞蹈症
提及：
I00—I02 (急性風濕熱)時，譯碼為I02.— ；
I05—I09 (慢性風濕性心臟病)時，譯碼為I02.— 。
- G81.— 偏癱(hemiplegia)
- G82.— 下身癱瘓麻痺(或截癱)及四肢癱瘓麻痺(paraplegia & tetraplegia)
- G83.— 其他麻痺性症候群
如果麻痺病因已知時不予選用。
- G97.— 醫療處置後神經系統疾病，他處未歸類者
不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6 節手術。
- H54.— 眼盲及視覺力低下
如果前肇病況已知時不予選用。
- H59.— 眼及附器醫療處置後疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6節手術。
- H90.— 傳音性(conductive)及感音神經性(sensorineural)聽力喪失(hearing loss)
- H91.— 其他聽力喪失
如果前肇病因已知時不予選用。
- H95.— 耳及乳突醫療處置後疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6 節手術。
- I05.8 二尖瓣其他疾病
- I05.9 二尖瓣疾病，未特定者
未特定但提及：
I34.— (非風濕性二尖瓣疾患)時，譯碼為I34.— 。
- I09.1 風濕性心內膜疾病，未特定者
- I09.9 風濕性心臟病，未特定者

提及：

I05—I08 (慢性風濕性心臟病)時，譯碼為I05—I08。

I10 本態(原發)性高血壓

提及：

I11.— (高血壓性心臟病)時，譯碼為I11.—；
I12.— (高血壓性腎臟病)時，譯碼為I12.—；
I13.— (高血壓性心臟及腎臟病)時，譯碼為I13.—；
I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25；
I60—I69 (腦血管疾病)時，譯碼為I60—I69；
N00.— (急性腎炎症候群)時，譯碼為N00.—；
N01.— (快速進行性腎炎症候群)時，譯碼為N01.—；
N03.— (慢性腎炎症候群)時，譯碼為N03.—；
N04.— (腎病症候群)時，譯碼為N04.—；
N05.— (未特定的腎炎症候群)時，譯碼為N05.—；
N18.— (慢性腎衰竭)時，譯碼為I12.—；
N19.— (未特定的腎衰竭)時，譯碼為I12.—；
N26.— (未特定的腎縮小)時，譯碼為I12.—。

報告為以下病況之肇始病因時，選用該病況之譯碼：

H35.0 (眼底視網膜病變及其他血管變化)，譯碼為H35.0；
I05—I09 (歸類於I05—I09但未特定為風濕性者)，譯碼為
I34—I38；
I34—I38 (非風濕性瓣膜疾患)，譯碼為I34—I38；
I50.— (心臟衰竭)，譯碼為I11.0；
I51.4—I51.9 (心臟病併發症及界定不明的心臟病描述)，譯碼為
I11.—。

I11.— 高血壓性心臟病

提及：

I12.— (高血壓性腎臟病)時，譯碼為I13.—；
I13.— (高血壓性心臟及腎臟病)時，譯碼為I13.—；
I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25；
N18.— (慢性腎衰竭)時，譯碼為I13.—；
N19 (未特定的腎衰竭)時，譯碼為I13.—；
N26 (未特定的腎縮小)時，譯碼為I13.—。

I12.— 高血壓性腎臟病

提及：

- I11.— (高血壓性心臟病)時，譯碼為I13.—；
- I13.— (高血壓性心臟及腎臟病)時，譯碼為I13.—；
- I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25。

報告為以下病況之肇始病因時，選用該病況之譯碼：

- I50.— (心臟衰竭)，譯碼為I13.0；
- I51.4—51.9 (心臟病併發症及界定不明的心臟病描述)，譯碼為I13.—。

I13.— 高血壓性心臟及腎臟疾病

提及：

- I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25。

I15.— 續發性高血壓

不能作為肇始死因之譯碼。如果未陳述病因，則譯碼為其他界定不明及未特定的死因(R99)。

I20.— 心絞痛

I24.— 其他急性缺血性心臟病

I25.— 慢性缺血性心臟病

提及：

- I21.— (急性心肌梗塞)時，譯碼為I21.—；
- I22.— [繼發的(subsequent)心肌梗塞]時，譯碼為 I22.—。

I21.— 急性心肌梗塞

提及：

- I22.— (繼發性心肌梗塞)時，譯碼為I22.—。

I23.— 急性心肌梗塞後當時之特定併發症

不能作為肇始死因之譯碼，選用I21.—或I22.—之譯碼較為合適。

I24.0 冠狀動脈栓塞未造成心肌梗塞

不能作為肇始死因譯碼。若推定死亡與心肌梗塞之發生有關，則譯碼為I21.—或I22.—。

I27.9 肺因性心臟病，未特定者

提及：

- M41.— (脊椎側彎症)時，譯碼為I27.1。

I44.— 房室性及左束支傳導阻斷

I45.— 其他傳導性疾患

- I46.— 心臟停止[停搏]
- I47.— 陣發性心搏過速
- I48 心房顫動及撲動
- I49.— 其他心律不整
- I50.— 心臟衰竭
- I51.4— 心臟病併發症及界定不明的相關描述
- I51.9

提及：

- B57.— [Chagas' 病]時，譯碼為B57.— ；
- I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25。

- I50.— 心臟衰竭
- I51.9 心臟病，未特定者

提及：

- M41.— (脊椎側彎症)時，譯碼為I27.1。

- I50.9 心臟衰竭，未特定者
- I51.9 心臟病，未特定者

提及：

- J81 (肺水腫)時，譯碼為I50.1。

- I65.— 進入腦前的動脈阻塞及狹窄，但未造成腦梗塞
- I66.— 腦動脈阻塞及狹窄，但未造成腦梗塞
不能作為肇始死因之譯碼。若認定死亡和腦梗塞發生有關，則譯碼為I63.—。

- I67.2 腦動脈粥樣硬化

提及：

- I60—I64 (腦出血、腦梗塞或中風)時，譯碼為I60—I64。

報告為以下病況之肇始病因時：

- F03 (失智/癡呆，未特定者)，譯碼為F01.— ；
- G20 (帕金森氏病)，譯碼為G20。

- I70.— 動脈粥樣硬化

提及：

- I10—I13 (高血壓性疾病)時，譯碼為I10—I13 ；
- I20—I25 (缺血性心臟病)時，譯碼為I20—I25 ；
- I51.4 (心肌炎，未特定者)時，譯碼為I51.4 ；
- I51.5 (心肌退化變性)時，譯碼為I51.5 ；

- I51.6 (心臟血管疾病，未特定者)時，譯碼為I51.6；
- I51.8 (其他界定不明的心臟疾病)時，譯碼為I51.8；
- I51.9 (心臟疾病，未特定者)時，譯碼為I51.9；
- I60—I69 (腦血管疾病)時，譯碼為I60—I69。

報告為以下病況之肇始病因時：

- I05—I09 (歸類於I05—I09之病況，但非特定為風濕性者)，譯碼為 I34—I38；
- I34—I38 (非風濕性瓣膜疾患)，譯碼為I34—I38；
- I71—I78 (其他動脈、小動脈及微血管疾病)，譯碼為I71—I78；
- K55.— (腸血管疾患)，譯碼為K55.—；
- N26 (未特定的腎縮小)，譯碼為I12.—。

I70.9 全身性及未特定的動脈粥樣硬化

提及：

- R02 (他處未歸類的壞疽)時，譯碼為I70.2。

報告為以下病況之肇始病因時：

- F03 (失智/癡呆，未特定者)，譯碼為F01.—；
- G20 (帕金森病)，譯碼為G20。

I97.— 醫療處置後循環系統疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之代碼，參照4.2.6 節手術。

J00 急性鼻咽炎[感冒]

J06.— 急性上呼吸道感染，多重或未特定部位者

報告為以下病況之肇始病因時：

- G03.8 (腦膜炎)，譯碼為G03.8；
- G06.0 (顱內膿瘍及肉芽腫)，譯碼為G06.0；
- H65—H66 (中耳炎)，譯碼為H65—H66；
- H70.— (乳突炎及有關病況)，譯碼為H70.—；
- J10—J18 (流行性感冒及肺炎)，譯碼為J10—J18；
- J20—J21 (支氣管炎及細支氣管炎)，譯碼為J20—J21；
- J40—J42 (未特定及慢性支氣管炎)，譯碼為J40—J42；
- J44.— (其他慢性阻塞性肺疾病)，譯碼為J44.—；
- N00.— (急性腎炎症候群)，譯碼為N00.—。

J20.— 急性支氣管炎

提及：

- J41.— (單純性及膿黏液性慢性支氣管炎)時，譯碼為J41.—；
- J42 (未特定的慢性支氣管炎)時，譯碼為J42；
- J44.— (其他慢性阻塞性肺病)時，譯碼為J44.—。

- J40 支氣管炎，未特定為急性或慢性者
- J41.— 單純性及黏膿性慢性支氣管炎
- J42 未特定的慢性支氣管炎

提及：

- J43.— (肺氣腫)時，譯碼為J44.—；
- J44.— (其他慢性阻塞性肺病)時，譯碼為J44.—。

報告為下列病況之肇始病因時：

- J45.— 哮喘、氣喘，譯碼為J44.—(另參照以下J45.—, J46.—之說明)。

- J43.— 肺氣腫

提及：

- J40 (支氣管炎，未特定為急性或慢性者)時，譯碼為J44.—；
- J41.— (單純性及黏膿性慢性支氣管炎)時，譯碼為J44.—；
- J42 (未特定的慢性支氣管炎)時，譯碼為J44.—。

- J45.— 哮喘(或氣喘)
- J46 重積性哮喘（哮喘重積狀態）

當哮喘及支氣管炎(急性或慢性)或其他慢性阻塞性肺病在死亡證明書上共同出現時，必須依一般原則或準則 1, 2, 3來選取肇始病因。任一病況應視為其他病況之修飾。

- J60—J64 塵肺症

提及：

- A15—A16 (呼吸道結核病)時，譯碼為J65。

- J81 肺水腫

提及：

- I50.9 (心臟衰竭，未特定者)時，譯碼為I50.1；
- I51.9 (心臟疾病，未特定者)時，譯碼為J50.1。

- J95.— 醫療處置後呼吸道疾患，他處未歸類者不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6 節手術。

- K91.— 醫療處置後消化系統疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6 節手術。
- M41.— 脊椎側彎症
提及：
I27.9 (肺心病，未特定者)時，譯碼為I27.1；
I50.— (心臟衰竭)時，譯碼為I27.1；
I51.9 (心臟病，未特定者)時，譯碼為I27.1。
- M96.— 醫療處置後肌肉骨骼疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之代碼，參照4.2.6節手術。
- N00.— 急性腎炎症候群
報告為以下病況之肇始病因時：
N03.— (慢性腎炎症候群)，譯碼為N03.—。
- N18.— 慢性腎衰竭
N19 未特定的腎衰竭
N26 未特定的腎縮小(contractured kidney)；
[*另有一細分類項為腎萎縮(atrophy of kidney)]
提及：
I10 (本態性高血壓)時，譯碼為I12.—；
I11.— (高血壓性心臟病)時，譯碼為I13.—；
I12.— (高血壓性腎臟病)時，譯碼為I12.—。
- N46 男性不孕症
N97.— 女性不孕症
如果已知病因，則不適用本譯碼。
- N99.— 生殖泌尿系統醫療處置後疾患，他處未歸類者
不能作為肇始死因之譯碼，參照4.2.6節手術。
- O08.— 墮胎、異位妊娠[子宮外孕]及葡萄胎妊娠的併發症
不能作為肇始死因之譯碼，參照O00-O07之分類項。
- O30.— 多胎妊娠
若報告有更具體明確之併發症則不能作為肇始死因之譯碼。
- O32.— 已知或疑似胎兒先露異常(malpresentation)的母親照護

- 提及：
- O33.— [已知或疑似比例不稱(disproportion)的母親照護]時，譯碼為 O33.—。
- O33.9— 胎頭骨盆比例不稱(fetopelvic disproportion)的母親照護，未特定者提及：
- O33.0—O33.3 (比例不稱源自母親骨盆異常)時，譯碼為O33.0—O33.3。
- O64 胎位不正或先露異常所致的阻礙性產程提及：
- O65.— (源自母親骨盆異常的阻礙性產程)時，譯碼為O65.—。
- O80—O84 分娩方式(method of delivery)
不能作為肇始死因譯碼，如果沒有其他母親死亡之病因報告，則譯碼為產程及分娩併發症，未特定者(O75.9)。
- P07.— 有關妊娠週數不足(早產；short gestation)及低出生體重之疾患，他處未歸類者
- P08.— 有關過期產(晚產；long gestation)及出生體重過重之疾患
如果報告有其他周產期死亡之病因，則不適用本譯碼。
- R69.— 未知及未特定的罹病病因
不能作為肇始死因之譯碼，選用R95—R99較為適切
- S00—T98 傷害、中毒與特定外因造成的結果
不能作為肇始死因之譯碼，除非在V01—Y89相關分類項中有附加譯碼。
- S02.— 顱骨及顏面骨骨折
提及一處以上部位之骨折時，譯碼選取涵蓋顱骨及顏面骨的多重骨折，即S02.7。
- S06 顱內傷害
當顱骨或顏面骨之骨折與顱內傷害相關時，應優先選擇骨折；提及：
- S02 (顱骨及顏面骨骨折)時，譯碼為S02.—。

- T36—T50 藥物、藥劑及生物性物質(製劑、製品、材料)所致的中毒
(意外中毒及意向不明之中毒，包括酒精或依賴性藥物)
提及：
F10—F19附加第四碼“.2”(酒精或藥物依賴或成癮)時，則譯碼為
F10-F19附加第四碼“.2”。
- T79.— 外傷之某些早期併發症，他處未歸類者
如果已知前肇傷害之本質，則不能選用本譯碼。
- V01—X59 意外事故
提及：
A35 (破傷風)時，譯碼為A35。
源於：
G40—G41 (癲癇)時，譯碼為G40—G41。
- X40—X49 毒害物質所致的意外中毒及暴露
- Y10—Y15 毒害物質所致的意外中毒及暴露，意圖不明者
(酒精或依賴或成癮性藥物之中毒)
提及：
F10—F19 附加第四碼“.2”(酒精或藥物依賴或成癮)時，則譯碼為
F10-F19附加第四碼“.2”。
- Y90—Y98 他處已歸類之有關罹病或死亡病因的補充說明
不能作為肇始死因之譯碼。
- Z00—Z99 影響健康狀態與醫療保健服務接觸因素
不能作為肇始死因之譯碼。

4.1.12 譯碼聯結之彙總

前述譯碼之聯結彙總成表一所示。表一共包括四欄，從死亡證明書中選列的病因列於第一欄，而其他所提及之一個或以上的病因 選列於第二欄，其中某一疾病之病因選列於第三欄，而標示之譯碼則選列於第四欄。

表一：譯碼聯結之彙總

選取之病因	所提及病因	作為其中之一病因	聯結標示之譯碼
A00-B19 } B25-B99 }		C00-C97	C00-C97
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
E86	A00-A09		A00-A09
F10-F19(F1x.0) } (F1x.5) }	F10-F19(F1x.2)	F10-F19(F1x.2)	
F10	K70.-		K70.-
F10.2	F10.4, F10.6 F10.7		F10.4, F10.6, F10.7
F17.-		C34.- I20-I25 J40-J47	C34.- I20-I25 J40-J47
G25.5	I00-I02 I05-I09		I02.- I02.-
I05.8 } I05.9 } (未特定 } 病因者)	I34.-		I34.-
I09.1 } I09.9 }	I05-I08		I05-I08
I10	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 N18.- N19 N26		I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 I12.- I12.- I12.-
		H35.0	H35.0

表一：譯碼聯結之彙總（續）

選取之病因	所提及病因	作為其中之一病因	聯結標示之譯碼
		I05-I09 (未特定為 風濕性者)	I34-I38
		I34-I38	I34-I38
		I50.-	I11.0
		I51.4-I51.9	I11.-
I11.-	I12.-		I13.-
	I13.-		I13.-
	I20-I25		I20-I25
	N18.-		I13.-
	N19		I13.-
	N26		I13.-
I12.-	I11.-		I13.-
	I13.-		I13.-
	I20-I25		I20-I25
		I50.-	I13.0
		I51.4-I51.9	I13.-
I13.-	I20-I25		I20-I25
I20.- } I24.- } I25.- }	I21.-		I21.-
	I22.-		I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44-I50 } I51.4-I51.9 }	B57.-		B57.-
	I20-I25		I20-I25
I50.- } I51.9 }	M41.-		I27.1
I50.9 } I51.9 }	J81		I50.1
I67.2	I60-I64		I60-I64
		F03	F01.-
		G20	G20
I70.-	I10-I13		I10-I13
	I20-I25		I20-I25

表一：譯碼聯結之彙總（續）

選取之病因	所提及病因	作為其中之一病因	聯結標示之譯碼
	I51.4		I51.4
	I51.5		I51.5
	I51.6		I51.6
	I51.8		I51.8
	I51.9		I51.9
	I60-I69		I60-I69
		I05-I09 (未特定為 風濕性者)	I34-I38
		I34-I38	I34-I38
		I71-I78	I71-I78
		K55.-	K55.-
		N26	I12.-
I70.9	R02		I70.2
		F03	F01.-
		G20	G20
J00 } J06.- }		G03.8	G03.8
		G06.0	G06.0
		H65-H66	H65-H66
		H70.-	H70.-
		J10-J18	J10-J18
		J20-J21	J20-J21
		J40-J42	J40-J42
		J44.-	J44.-
		N00.-	N00.-
J20.-	J41.-		J41.-
	J42		J42
	J44.-		J44.-
J40 } J41.- } J42 }	J43.-		J44.-
	J44.-		J44.-
		J45.-	J44.-
J43.-	J40		J44.-

表一：譯碼聯結之彙總（續完）

選取之病因	所提及病因	作為其中之一病因	聯結標示之譯碼
	J41.-		J44.-
	J42		J44.-
J60-J64	A15.-		J65
	A16.-		J65
J81	I50.9		I50.1
	I51,9		I50.1
M41.-	I27.9		I27.1
	I50.-		I27.1
	I51.9		I27.1
N00.-		N03.-	N03.-
N18.-			
N19.-			
N26			
	I10		I12.-
	I11.-		I13.-
	I12.-		I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0-O33.3		O33.0-O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
S06.-	S02.-		S02.-
T36-T50	F10-F19(F1x.2)	F10-F19(F1x.2)	
V01-X59	A35		A35
X40-X49			
Y10-Y15	F10-F19(F1x.2)	F10-F19(F1x.2)	

表二：不能作為肇始死因譯碼之彙總*

不能作為肇始死因之譯碼(有括弧附註者， 改用括弧內之譯碼；否則一律選用 R99)	如果已知肇始死因碼，不能 選用此譯碼
B95-B97	F01-F09
E89.-	F70-F79
G97.-	G81.-
H59.-	G82.-
H95.-	G83.-
I15.-	H54.-
I23.- (譯碼為 I21 或 I22)	H90-H91
I24.0 (譯碼為 I21 或 I22)	N46
I65.- (譯碼為 I63)	N97.-
I66.- (譯碼為 I63)	O30.-
I97.-	P07.-
J95.-	P08.-
K91.-	T79.-
M96.-	
N99.-	
O08.-	
O80-O84 (譯碼為 O75.9)	
R69.- (譯碼為 R95-R99)	
S00-T98 (譯碼為 V01-Y89)	
Y90-Y98	
Z00-Z99	

* 在“星號代碼”之外尚須涵蓋之；參照第 3.1.3 節。

4.2 死因登錄解說的注意事項

應用前述的準則通常即足以決定基本死亡表列中之肇始死因。不過，WHO 各會員國可能有必要根據自己國內醫療診斷證明書的完整性與品質，做適度的擴大說明。本節即在將這些附加的說明予以陳述。

4.2.1 中介病因的假設

死亡證明書常見的一種情況，為開立醫師略過兩種病況因果關係鏈的中間過程，只列出兩個有因果關係卻不一定為直接關聯者，例如嘔血(hematemesis)乃由於肝硬化所致，卻未將整個因果次序一一列出[即肝硬化→門脈高壓(portal hypertension)→食道靜脈瘤破裂→嘔血]。因此接受此因果次序時，可以假設第I部分有中介病因(門脈高壓和食道靜脈瘤破裂)的存在，不過卻不能據此修正譯碼。

〈範例1〉 I(a)腦出血

(b)慢性腎炎血

譯碼為“慢性腎炎(N03.9)”。而在接受慢性腎炎為造成腦出血的肇始病因時，有必要假設高血壓為兩者的中介病因，如此可使整個前後因果次序更加合理。

〈範例2〉 I(a)智能不足

(b)胎盤早期剝離

譯碼為“胎盤早期剝離影響的胎兒或新生兒(P02.1)”。此時需假設中介病因為生產時傷害、缺氧或低氧，可使整個因果次序更加合理而可以接受胎盤早期剝離是智能不足的肇始病因。

4.2.2 極不可能為因果次序的判讀

自 ICD 第六修訂版(ICD-6)就已經開始啟用“極不可能(highly improbable)”之字眼來代表兩個病況之間為不可能接受之因果關係。因此以下的關係應被認定為“極不可能”：

(1) 感染症與寄生蟲疾病(A00-B99)被報告成是該章節所述疾病以外之任何疾病所致時，應認定為“極不可能”，但是下列傳染性疾病除外。

- 推定為感染性腹瀉及腸胃炎(A09)
 - 敗血症(A40-A41)
 - 丹毒(A46)
 - 氣壞疽(A48.0)
 - 文生氏咽峽炎(Vincent's angina)(A69.1)
 - 黴菌症(B35-B49)
- } 可被接受為因其他任何疾病所引起
- 任何感染性疾病可以被接受為因免疫機轉疾患所引起，如人類免疫力缺乏病毒或人類免疫力缺乏症候群(愛滋病；AIDS)，化學物、化學治療及放射線所導致的免疫抑制，腫瘤損及免疫功能(如惡性淋巴瘤)等。
 - 水痘(varicella)和帶狀疱疹感染(zoster infection; B01-B02)可以被接受是因為糖尿病、結核病和淋巴增生腫瘤等所引起。

- (2)惡性腫瘤被認為是因任何其他疾病所引起，但是人類免疫力缺乏病毒除外。
- (3)血友病(D66, D67, D68.0-D68.2)被認為是因任何其他疾病所引起。
- (4)糖尿病(E10-E14)被認為可因任何其他疾病所引起，但是血色素沉積或貯積症(E83.1)、胰臟疾病(K85-K86)、胰臟腫瘤(C25.-, D13.6, D13.7, D37.7)、營養不良(E40-E46)等除外。
- (5)風濕熱(I00-I02)或風濕性心臟病(I05-I09)被認為是因任何其他疾病所引起，但是猩紅熱(A38)、鏈球菌性敗血症(A40.-)、鏈球菌性咽喉痛(J02.0)、急性扁桃體炎(J03.-)等除外。
- (6)任何高血壓病況被認為是因腫瘤所引起，但是內分泌腫瘤、腎臟腫瘤、類癌腫瘤(carcinoid tumors)除外。
- (7)慢性缺血性心臟病(I20-I25)，被認為是因任何腫瘤所引起。
- (8)任何腦血管疾病(I60-I69)，被認為是因消化道疾病(K00-K92)或心內膜炎(I05-I08, I09.1, I33-I38)所引起，但是腦栓塞(I65-I66)或顱內出血(I60-I62)除外。
- (9)任何動脈粥樣硬化性病況被認為是因任何腫瘤所引起。
- (10)流行性感冒(J10-J11)被認為是因任何其他疾病所引起。
- (11)先天性畸形(Q00-Q99)被認為是因個人的任何其他疾病，包括過早產(或未到期產、未成熟產；immaturity)等所引起。
- (12)發生時間較早的病況被認為是因另一發生時間較晚的病況所引起。
- (13)任何意外事故被認為是該章(V01-X59)以外之其他任何病因所引起，但是癲癇(G40-G41)除外。

上述表列並未包括所有“極不可能”的因果次序，未提及者仍可依一般原則進行之，除非另有指示。

急性或終末期循環(心臟血管)性疾病如被認為是因惡性腫瘤、糖尿病或哮喘、氣喘所引起，應該可以被接受是一個可能的因果次序。以下的情形皆可視為急性或終末期循環(心臟血管)性疾病：

- | | |
|---------|----------------|
| I21-I22 | 急性心肌梗塞 |
| I24.- | 其他急性缺血性心臟病 |
| I26.- | 肺栓塞 |
| I30.- | 急性心包膜炎 |
| I33.- | 急性及亞急性心內膜炎 |
| I40.- | 急性心肌炎 |
| I44.- | 房室傳導阻斷及左束支傳導阻斷 |
| I45.- | 其他傳導疾患 |
| I46.- | 心跳停止[停搏] |
| I47.- | 陣發性心搏過速 |
| I48.- | 心房顫動及撲動 |

- I49.- 其他心律不整
- I50.- 心臟衰竭
- I51.8- 其他界定不明的心臟疾病
- I60-I68 腦血管疾病，I67.0-I67.5 及 I67.9 除外

4.2.3 歸類時的時間長短效應

在評估直接還有前肇病因之因果次序時，各疾病或病況發生至死亡時的時間長短必須加以考量，用以協助判斷。前述用於判定“極不可能”之因果次序關係，以及修正準則 F(後遺症)亦考量到此點。

如以產科事件發生至產婦死亡的時間長短來歸類產科之死亡，可以分成三個分類項，O95(未特定病因的產科死亡)、O96(生產後四十二天至一年內任何產科病因所致的母親死亡)、O97(直接產科病因後遺症所致的死亡)。O95 是用於當婦女死亡時正處於妊娠、產程、分娩或產褥期時，唯一的訊息只知道是“與產科相關”的“母親死亡”。因此在譯碼時，如果生產死亡的病因很具體，則應譯碼為適切的分類項。O96 用於歸類妊娠中止四十二天以後至一年之內，所發生與產科病因直接或間接相關的母親死亡。O97 則是用於妊娠中止滿一年以後，所發生與產科病因直接相關的任何婦女死亡。

在歸類為先天性畸形、變形與染色體異常(Q00-Q99)的病況時，即使死亡證明書上未特定為先天性，如果由異常發生至死亡的期間恰好與死者年齡一致，顯示該異常乃從出生時即存在者，仍應譯碼為先天畸形、變形與染色體異常(Q00-Q99)。

本分類系統含有特定的分類項來標示造成後遺症或晚發效應(late effect)的某些疾病及傷害。在很多案例所指的後遺症包括前置疾病或傷害發生一年或一年以後的病況(參照接續介紹之“4.2.4 節後遺症”)。

4.2.4 後遺症

某些分類項(如 B90-B94、E64.-、E68、G09、I69.-、O97 和 Y85-Y89)被用來標示某些肇始死因是因為某些疾病或傷害的晚發(殘餘)效應所造成，而非發生於急性期。修正準則 F 即適用於此種情況。若載明是肇因於某些疾病或傷害的後遺症或殘餘效應之病況，則不論原發病因發生至死亡的期間多少，皆應譯碼至合適的後遺症分類項。某些特殊情況，死亡是在疾病或傷害發生一年以後或更久才發生，則即使死亡證明書上未特定為後遺症，也可能被推測是肇因於後遺症。解釋後遺症之指引常置於絕大多數“.....後遺症”表列之項下。

B90.— 結核病後遺症 (Sequelae of tuberculosis)

除非有活動性結核病的證據，此後遺症包含適用於結核病後遺症；特定為過去結核病之晚發效應；結核病殘餘病況特定為已遏止(arrested)者、已治癒(cured)者、非活

動性(inactive)者、陳舊(old)或靜止(quiet)者。

B94.0 砂眼後遺症 (Sequelae of trachoma)

除非有活動性砂眼感染的證據，否則此譯碼包含適用於特定為已治癒或非活動性之砂眼的殘餘效應；某些特定的後遺症表現如眼盲(失明)、癍(疤)痕性瞼內翻(cicatricial entropion)和結膜癍(疤)痕。

B94.1 病毒性腦炎後遺症 (Sequelae of viral encephalitis)

此後遺症包含適用於特定為病毒性腦炎後遺症或晚發效應；還有其發生一年後或更久所呈現者。

B94.8 其他感染症及寄生蟲疾病的後遺症

除非有活動性感染的證據，此譯碼包含適用於特定為其他感染症或寄生蟲疾病的晚發及殘餘效應，如已治癒者、非活動性者、陳舊性或靜止狀態者等；或亦包含可歸類於“A00-B89”分類項，發病一年後或更久所引起殘餘病況。

E64.3 佝僂病後遺症 (Sequelae of rickets)

此譯碼包含適用於特定為佝僂(病)症性(rachitic)，或其所致發病一年後或更久，或述為其之後遺症或晚發效應。

G09 中樞神經系統發炎性疾病的後遺症 (Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system)

本分類項主要用來作為 G00.-、G03-G04、G06.-和 G08 等病況所造成後遺症之譯碼，至於 G01*-G02*、G05.*-和 G07*等中樞神經系統後遺症等雙重分類應譯碼為該潛在病況之後遺症(如 B90.0 為中樞神經系統結核病後遺症)。如果未有潛在病況後遺症之分類項，則譯碼於該潛在病況的分類項即可。

4.2.5 性別與診斷的一致性

某些分類項只限於單一性別(參照 3.1.5 節，如子宮頸癌應屬女性；前列腺癌應屬男性)。如經反覆確認後，死亡證明書上的死因與性別仍不一致，此時應譯碼至 R99(其他界定不明及未特定的死因)。

4.2.6 手術

假如死亡證明書上只載明手術(operations)記錄作為死因，而未提及手術緣起、手術當時的狀況或手術所見，且在索引上也找不到手術的特定譯碼，則應譯碼為該手術

所指名器官或部位的殘餘分類項[如“腎臟切除術(nephrectomy)”應譯碼為“N28.9(腎臟及輸尿管疾病，未特定者)”。假如該手術未指名特定的器官或部位[如剖腹術(laparotomy)]，則應譯碼為 R99(其他界定不明及未特定的死因)，除非登載有可歸類至 Y60-Y84 之治療過程意外事故(therapeutic misadventure)或手術併發症。

4.2.7 惡性腫瘤

惡性腫瘤(malignant neoplasms)為肇始死因中最重要者，為決定其原發部位，並同時考慮其組織形態學或組織學形態和性態(morphology & behaviour)。癌症(cancer)為一般性專有名詞，儘管少用於淋巴、造血及相關組織，但大致可用於任何形態之惡性病群；上皮細胞癌(carcinoma)有時被不正確地當作癌症(cancer)的同義辭。某些死亡證明書上對於惡性腫瘤原發部位的描述模擬兩可或不夠精確，應先儘可能與開立死亡證明醫師聯絡以尋求釐清，若不然則參考以下的指引或準則。

本書英文版第二冊附錄內 (ICD-10, vol 1 ; 1179-1204 頁) 之部份索引(Alphabetical Index)中可以找到載於所歸類之腫瘤組織形態學或組織學形態分類，包括其組織形態學或組織學形態譯碼(morphology code)及所在部位之譯碼標示。

準則 A：“惡性腫瘤”的含義

“轉移”意謂著惡性化，故死亡證明書上記載有“轉移”的情形時，即使該腫瘤本身的描述未提到有“轉移”的字眼，仍應譯碼為惡性腫瘤。

- 〈範例1〉 I(a)淋巴結的侵及(侵犯、涉及)轉移
(b)乳房原位上皮細胞癌。

應譯碼為“乳房的惡性腫瘤(C50)”[*非譯碼為“乳房的原位癌(D05)"]。

準則 B：前面附加方位描述或界定不明確的部位

有關腫瘤發生部位前面的描述出現有方位描述用語(如“上”、“下”、“前”、“側”、“周邊”等)，或描述成“部位的某一區域或區段”時，除非已有特別指定，否則應在下列譯碼範圍之細分類項中選取適當的譯碼，否則只好譯碼為 C76 之細分類項：

- C40、C41(骨及關節軟骨的惡性腫瘤)
- C43(皮膚惡性黑色素瘤)
- C44(皮膚其他惡性腫瘤)
- C45(間皮瘤)
- C47(末梢神經及自主神經系統的惡性腫瘤)
- C49(其他結締及軟組織的惡性腫瘤)
- C70(腦膜惡性腫瘤)

- C71(腦惡性腫瘤)
- C72(中樞神經系統其他部位的惡性腫瘤)
- C76(其他及部位界定不明的惡性腫瘤)

〈範例2〉 I(a)小腿部位的纖維肉瘤(fibrosarcoma)

應譯碼為“下肢結締及軟組織惡性腫瘤(C49.2)”。

準則 C：未特定部位的惡性腫瘤伴隨其他報告病況之陳示

未特定惡性腫瘤的原發部位，雖然有報告發生病況之處(如穿孔、阻塞、出血等)，仍不可據以推斷為腫瘤的原發部位。

〈範例3〉 I(a)腸阻塞

(b)上皮細胞癌(carcinoma)

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”[*非譯碼為“腸癌”]。

準則 D：標示原發部位的惡性腫瘤

死亡證明書上已標示原發部位時，無論是在第I部分(直接死因)或第II部分(間接死因)中提及，皆應採該部位為原發處。這種標示原發部位的情形，在死亡證明書上會以下列方式呈現：

- 在第I部分或第II部分明示某一身體部位為原發處

〈範例4〉 I(a)膀胱惡性腫瘤

(b)原發部位為腎臟

應譯碼為“腎臟惡性腫瘤(C64)”。

- 明示身體其他部位為“續發”、“轉移”、“擴展”或“上皮細胞癌(carcinomatosis)”

〈範例5〉 I(a)乳房上皮細胞癌

(b)續發於腦

應譯碼為“乳房惡性腫瘤(C50.9)”，適用於準則2[*即“沒有因果關係存在時，應選擇首先被提到的病況”]。

- 組織學形態顯示出原發性之惡性腫瘤

假如組織學形態已標示出原發部位(如肝癌)，應視組織學形態的描述為已包含原發部位者。

〈範例6〉 I(a)轉移癌

(b)偽黏液型腺癌(pseudomucinous adenocarcinoma)

此時應譯碼為“卵巢惡性腫瘤(C56)”，因為索引內已指明“未特定部位的偽黏液型腺癌”屬“卵巢”部位所生。

若標示有兩個或以上原發部位或組織學形態，則應依以下準則 F、G、H 等譯碼。

準則 E：原發部位不明

陳述上如出現有“原發部位不明”或其對等用語，無論其出現在死亡證明書何處，應直接譯碼至各組織學形態為惡性腫瘤未特定部位的分類項[如：腺癌(adenocarcinoma)為 C80；纖維肉瘤(fibrosarcoma)為 C49.9；骨肉瘤(osteosarcoma)為 C41.9]。

〈範例7〉 I(a)肝續發性上皮細胞癌

(b)原發部位不明

(c)胃？結(大)腸？

應譯碼為“未特定部位的癌(C80)”。

〈範例8〉 I(a)廣泛性轉移

(b)背黑色素瘤

(c)原發部位不明

應譯碼為“未特定部位的惡性黑色素瘤(C43.9)”。

準則 F：獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)

多於一種的原發性惡性腫瘤存在，獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤可標示為提及兩個不同身體解剖部位的腫瘤或兩種不同組織學形態的腫瘤[如腎上腺瘤(hypernephroma)和管內上皮細胞癌(intraductal carcinoma)]，或特定部位腫瘤與另一部位腫瘤混合出現的組織學形態，還有兩個極不可能有因果關係的原發性惡性腫瘤，但淋巴組織、造血及有關組織的惡性腫瘤(C81-C96)除外，因為其可能以一種形式為始，而以另一種形式為終(如以何杰金氏淋巴瘤為始，卻以白血病為終)。

假如在死亡證明書第I部分提及同一器官系統兩個或以上的不同部位，可參照下述之準則 H。兩個或以上不同部位非屬相同的器官系統，且無法分辨出何者為原發或續發者，除非列屬上述譯碼 C81-C96 之範疇，或是所提之一為常見的癌轉移部位或肺部，否則應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)”(參照以下之準則 G)。

〈範例9〉 I(a)胃癌

(b)乳癌

應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)”，因為同時提到兩個不同的部位，且兩者極不可能互為因果關係。

〈範例10〉 I(a)何杰金氏病(Hodgkin's disease)

(b)膀胱癌

應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)”，因為兩者為不同的組織學形態。

〈範例11〉 I(a)急性淋巴球性白血病(acute lymphocytic leukemia)

(b)非何杰金氏淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma)

應譯碼為“非何杰金氏淋巴瘤(C85.9)”，因為兩者同時落於 C81-C96，且如此的因果次序是可接受者。

〈範例12〉 I(a)白血病(leukemia)

(b)非何杰金氏淋巴瘤

(c)卵巢癌

應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)”，因為前兩者同時落於 C81-C96，但仍提到了其他的另一個部位，所以屬之。

〈範例 13〉 I(a)白血病

II 乳癌

應譯碼為“白血病(C95.9)”，因為乳癌被列於第II部分，當我們處理多重部位的原發性癌時，只考慮列於第I部分的部分即可，列於第II部分處者可不予考慮(參照準則 H)。

準則 G：轉移性腫瘤(Metastatic neoplasms)

當惡性腫瘤擴展或轉移至他處時，即使可能更為分化不良，通常仍保有與原發部位相同的組織學形態。某些轉移癌更具備顯微組織圖像特徵，病理學者容易推斷出其原發部位(例如：甲狀腺)。

上皮細胞癌廣泛擴展或轉移時，通常即稱之上皮細胞癌(carcinomatosis)。假如只列出不特定之用語如上皮細胞癌或肉瘤(carcinoma or sarcoma)，但卻同時列有另一較特定部位組織學形態的描述，此時應譯碼至此一部位之特定組織學形態，而將其他部位視為轉移者。

雖然惡性腫瘤細胞可以轉移至身體的任何部位，不過某些部位仍為較常見之轉移處，這些部位也必須以不同的方式處理(如下所述)。無論如何，假如這些部位的其中之一單獨出現在死亡證明書上，且無任何指其為“轉移性”字眼存在時，仍須視其為原發性者。

常見的癌轉移部位

骨骼	縱隔腔
腦	腦膜
橫膈(膜)	腹膜
心臟	胸(肋)膜
肝臟	腹膜後
肺臟	脊髓
淋巴結	
界定不明部位(可歸類 C76 之部位)	

*肺的轉移及原發惡性腫瘤均很常見，假如其與未於此處所列之常見轉移部位以外之部位同時出現，應將肺視為轉移部位者而非原發部位；然而提到支氣管或支氣管性癌時，則肺癌應視為原發部位。假如肺與此處所列之常見轉移部位同時出現時，則考慮肺部為原發部位。

*淋巴結惡性腫瘤未明示為原發性，則應推定為續發性者。

〈範例 14〉 I(a)腦癌

應譯碼為“腦惡性腫瘤(C71.9)”。

〈範例 15〉 I(a)骨癌

(b)轉移性肺癌

應譯碼為“肺惡性腫瘤(C34.9)”，因為骨骼亦屬常見之轉移部位。

“轉移性(metastatic)”之形容詞有兩種用法，有時代表“原發性者(即轉移出去)”，有時卻代表“續發性者(即轉移進來)”，為避免混淆，提列以下指引參考 ——

(a) 惡性腫瘤如特定從某特定部位“轉移而來”，則該特定部位即被認定為原發部位 ——

〈範例 16〉 I(a)從卵巢轉移而來的畸胎瘤

應譯碼為“卵巢惡性腫瘤(C56)”。

(b) 惡性腫瘤如描述“轉移至”某部位，則該部位應認定為續發處而非原發部位，除非“組織學形態”顯示出某特定部位或器官系統為其原發部位 ——

〈範例 17〉 I(a)轉移至直腸的上皮細胞癌

應譯碼為“直腸續發性惡性腫瘤(C78.5)”，因其已明確指出直腸為續發部位。

〈範例 18〉 I(a)轉移至腦的骨肉瘤(metastatic osteosarcoma to brain)

應譯碼為“骨惡性腫瘤(C41.9)”，因為在此組織學形態已特定為“骨肉瘤(osteosarcoma)”，所以知“骨”為其原發部位，但未指明其特定部位。

(c) 單一惡性腫瘤，描述為“轉移性”；“轉移性”用語及“.....轉移性的”用語，應闡述為下列之情況——

(i) 假如只提及單一部位且認定是轉移性者，如果未提及或組織學形態且該部位並非前述的常見轉移部位，則應譯碼為該特定部位的原發性惡性腫瘤(見前頁之表)。

〈範例 19〉 I(a)子宮頸癌，轉移性

應譯碼為“子宮頸惡性腫瘤(C53.9)”。

(ii) 假如未報告任何部位，但認定組織學形態是轉移性者，則以該所涉及特殊組織學形態之未特定者為原發部位譯碼。

〈範例 20〉 I(a)轉移性燕麥細胞上皮細胞癌(metastatic oat cell carcinoma)

應譯碼為“肺惡性腫瘤(C34.9)”。因“燕麥細胞上皮細胞癌”為肺癌的特定組織學形態之一。

(iii) 假如提及者為一單一組織學形態及一單一部位，且該部位非前述常見轉移處(見前頁之表)，則譯碼至所侵及(侵犯、涉及)之該部位和該組織學形態之特定分類項。

〈範例 21〉 I(a)手臂轉移性黑色素瘤(metastatic melanoma of arm)

應譯碼為“手臂皮膚的惡性黑色素瘤(C43.6)”。因為在此“手臂”之界定不明部位為黑色素瘤的特定部位，且非為常見的轉移處，故認定其為此黑色素瘤的原發部位。

(iv) 假如提及者為單一組織學形態的轉移性腫瘤，而被提及的部位是前述肺除外的常見轉移部位之一，則譯碼至該特定組織學形態的“未特定部位”代碼。除非此“未特定部位者”被分類在 C80，此時應譯碼為所提及部位的續發性惡性腫瘤。

〈範例 22〉 I(a)腦轉移性骨肉瘤(metastatic osteosarcoma of brain)

應譯碼為“骨惡性腫瘤，未特定者(C41.9)”，因為腦為前述常見轉移部位之一。

(v)假如只描述肺除外的前述常見癌轉移部位之一，明示轉移而來，且未提及任何其他部位或組織學形態，此時應譯碼為“該部位的續發性腫瘤(C77-C79)”。

〈範例 23〉 I(a)轉移性腦癌

應譯碼為“腦的續發性惡性腫瘤(C79.3)”。

〈範例 24〉 I(a)肺轉移性上皮細胞癌

應譯碼為“肺惡性腫瘤(C34.9)”。

(d) 一個以上的惡性腫瘤被認定是轉移性者——

- (i) 假如有兩個或以上部位有相同的組織學形態，且皆非前述之常見癌轉移部位，另同時皆被認定是“轉移性者”，則應譯碼為所侵及(侵犯、涉及)“解剖系統部位及組織學形態原發部位未特定者”。

〈範例25〉 I(a)前列腺轉移性上皮細胞癌

(b)皮膚轉移性上皮細胞癌

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”。因為前列腺的轉移性上皮細胞癌不太可能是由皮膚轉移性上皮細胞癌而來；兩者可能共同來自於原發部位不明的惡性腫瘤，應另列於死亡證明書的(c)欄。

〈範例26〉 I(a)胃轉移性上皮細胞癌

(b)乳房轉移性上皮細胞癌

(c)肺轉移性上皮細胞癌

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”，因為胃及乳房不太可能屬同一解剖系統，而肺又列屬常見的癌轉移部位。

- (ii) 假如有兩個或以上不同的組織學形態且皆被認定是轉移性者，則譯碼為“獨立(原發性)多重部位的惡性腫瘤(C97)”(參照“準則 F”)。

〈範例27〉 I(a)腸阻塞

(b)腸轉移性腺癌(adenocarcinoma)

(c)子宮轉移性肉瘤(sarcoma)

應譯碼為“獨立(原發性)多重部位的惡性腫瘤(C97)”。

- (iii) 假如組織學形態所示的部位與另一獨立解剖部位皆被認定是為

轉移性者，則應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”。

〈範例 28〉 I(a)轉移性的結腸與腎細胞上皮(細胞)癌(colon & renal cell carcinoma)

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”。

- (iv) 假如提及一個以上的部位具有相同的組織學形態，且其中僅有一個部位不被認定為轉移性或不屬於前述常見癌的轉移部位，無論列入死亡證明書的因果次序為何，或是列屬於第I部分或第II部分，則應譯碼為未被認定是轉移性部位者。不過，假如所有部位皆被認定是轉移性的或皆屬前述的常見癌轉移部位(包括肺)，則應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”。

〈範例29〉 I(a)胃轉移性上皮細胞癌

(b)膽囊上皮細胞癌

(c)結腸轉移性上皮細胞癌

應譯碼為“膽囊惡性腫瘤(C23)”。

〈範例30〉 I(a)卵巢的轉移性上皮細胞癌

(b)肺上皮細胞癌

(c)轉移性子宮頸上皮細胞癌

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”。

〈範例31〉 I(a)胃轉移性上皮細胞癌

(b)肺轉移性上皮細胞癌

II結腸上皮細胞癌

應譯碼為“結腸的惡性腫瘤(C18.9)”，因為它是唯一未被認定為轉移性者，所以即使它被列在第II部分，仍然如是。

- (v) 假如所有被提及部位均列屬於前述之常見癌轉移部位，則應譯碼為所涉及之組織學形態（組織形態學）且原發部位未知者(但肺除外)；如肺被提及，應譯碼至“肺惡性腫瘤(C34.-)”。

〈範例32〉 I(a)肝癌

(b)腹癌

應譯碼為“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”，因為兩者皆屬常見的癌轉移部位(腹部為界定不明部位之一，包含於 C76.-)。

〈範例33〉 I(a)腦癌

(b)肺癌

應譯碼為“肺癌(C34.9)”，因為肺於此認定為原發部位，而腦又列屬常見的癌轉移部位。

- (vi) 假如提及的部位中只有一個是屬於常見的癌轉移部位或肺部，則應譯碼至其他不屬於此常見部位者。

〈範例34〉 I(a)肺癌

(b)乳癌

應譯碼為“乳房惡性腫瘤(C50.9)”，因為乳房未列屬於常見的癌轉移部位，而肺在此被視為轉移部位。

- (vii) 假如有一個或以上的部位列屬常見的癌轉移部位，但同時仍然有兩個或更多的部位或不同的組織學形態被提及，則應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤(C97)”(參照準則 F)。

〈範例35〉 I(a)肝癌

(b)膀胱癌

(c)結腸癌

應譯碼為“獨立(原發性)多重部位惡性腫瘤”，因為肝雖列屬於常見的癌轉移部位，但此仍有其他兩個獨立的部位。

- (viii) 假如提到多個被認定是轉移性，以及混有幾個其他部位同時出現時，則適用於

多重部位準則(可參照準則 F 和準則 H)。

準則 H：多重部位(Multiple sites)

處理多重部位惡性腫瘤的譯碼時，只考慮死亡證明書上第I部分所述部位。如果在死亡證明書上載有一個以上部位的惡性腫瘤時，列為原發部位或未標示原發或續發部位者，應該作進一步之選擇(參照前述準則 D, E, F)。

多重部位而無一特定為原發性者

- (a)“準則 H”只考慮死亡證明書上第I部分所述部位，若常見的癌轉移部位之一(肺除外)與另一部位或組織學形態的描述一起出現，則無論後者出現在第I部分或第II部分，仍應以後者之其他部位為主要譯碼對象。然而，若淋巴、造血或有關組織之惡性腫瘤出現在第II部分時，則只考慮第I部分即可。

〈範例36〉 I(a)胃癌

(b)肝癌

應譯碼為“胃惡性腫瘤(C16.9)”，儘管其因果次序雖然是由“肝”轉移到胃，但這是不太可能者，因此認為是由“胃”轉移至“肝”(肝是常見的癌轉移部

位)，故譯碼如上。

〈範例 37〉 I(a)腹膜癌

II 乳房上皮細胞癌

應譯碼為“乳房惡性腫瘤(C50.9)”，因為腹膜列屬於常見癌轉移部位之一，因此認定為續發者。

- (b) 假如惡性腫瘤的描述是“某部位或另一部位”，或是隱示“或”的不確定狀況下，應譯碼為可同時涵蓋兩者的分類項。如果未有合適譯碼者，則譯碼為該所涉及之組織學形態“未特定部位者”。此準則適用於無論是否為常見癌轉移之所有部位。

〈範例 38〉 I(a)升結腸或降結腸上皮細胞

應譯碼為“結腸惡性腫瘤，未特定者(C18.9)”。

〈範例 39〉 I(a)腰椎或薦椎骨肉瘤

應譯碼為“骨惡性腫瘤，未特定者(C41.9)”。

- (c) 假如惡性腫瘤有兩種或以上不同組織學形態同時存在於淋巴、造血或有關組織 (C81-C96)，可依死亡證明書上所載明的因果次序譯碼，因為這些腫瘤有時可轉成在 C81-C96 中另一罹病體(morbid entity)之最終結果。慢性白血病如有急性惡化發生或芽細胞大量增生(blastic crisis)時，“慢性白血病”仍應譯碼為其之慢性類型。

〈範例 40〉 I(a)急性淋巴球性白血病

(b) 非何杰金氏淋巴瘤

應譯碼為“非何杰金氏淋巴瘤(C85.9)”。

〈範例 41〉 I(a)急性及慢性淋巴球性白血病

應譯碼為“慢性淋巴球性白血病(C91.1)”。

屬同一器官系統的多重部位

假如死亡證明書提及部位列屬同一器官系統且互相連接者，則應選用“.8”的細分類項(包含於第一冊 183 頁者)。死亡證明書描述“某一部位與另一部位”或“部位於不同欄分別提及”者，均一體適用。譯碼時應選擇可以涵蓋兩者的細分類項“.8”。如果對於“連接部位”仍有所疑慮，則應譯碼至該器官系統的“未特定部位”者。

- (a) 如果所提及之兩者為相同部位中互相連接之更細部位，應譯碼為三碼分類項“.8”之細分類項代碼。

〈範例 42〉 I(a)降結腸及乙狀腸上皮細胞癌

應譯碼為“結腸重疊性惡性腫瘤(C18.8)”。

(b) 如果兩細分類項部位並非連接，則應譯碼為三碼分類項“.9”之細分類項代碼。

〈範例43〉 I(a)胰頭上皮細胞癌(carcinoma of head of pancreas)

(b)胰尾上皮細胞癌(carcinoma of tail of pancreas)

應譯碼為“胰惡性腫瘤，未特定者(C25.9)”。

(c) 如果提及兩個連接部位，分別歸類於同一身體系統的三碼分類項，則應譯碼至一般身體系統“.8”之細分類項代碼（參照第一冊第二章 183 頁之要點五）。

〈範例 44〉 I(a)陰道及子宮頸上皮細胞癌

應譯碼為“女性生殖器官重疊性惡性腫瘤(C57.8)。

[*陰道及子宮雖是連接的，但確屬女性生殖系統的不同部位]

(d) 如果在死亡證明書提及兩個部位屬同一器官系統且具相同組織學形態，應譯碼為該器官系統的“.9”之細分類項代碼，如下所列：

C26.9 消化系統內界定不明部位者。

C39.9 呼吸系統內界定不明部位者。

C41.9 骨及關節軟骨，未特定者。

C49.9 結締及軟組織，未特定者。

C57.9 女性生殖器官，未特定者。

C63.9 男性生殖器官，未特定者。

C68.9 泌尿器官，未特定者。

C72.9 中樞神經系統，未特定者

〈範例45〉 I(a)肺栓塞

(b)胃癌

(c)膽囊癌

應譯碼為“消化系統內界定不明部位者(C26.9)”。

(e) 如果無合適可用之“.8”或“.9”細分類項，應譯碼為“獨立(原發性)多重部位的惡性腫瘤(C97)”。

〈範例46〉 I(a)心臟停止(停搏)

(b)前列腺及膀胱上皮細胞癌

此時應譯碼為“獨立(原發性)多重部位的惡性腫瘤(C97)”，因為無合適可用

的“.8”細分類項。

準則 I：感染性疾病與惡性腫瘤

- (a) 由於化學治療對於免疫系統的效應影響，有些癌症病患因此易罹患感染性疾病致死。所以任何感染性疾病歸類於“A00-B19”或“B25-B64”分類項範圍者，無論是被列於死亡證明書第I部分或第II部分，其為惡性腫瘤所致乃為均可接受之因果次序。

〈範例47〉 I(a)帶狀疱疹

(b)慢性淋巴球性白血病

應譯碼為“慢性淋巴球性白血病(C91.1)”。

- (b) 除了人類免疫力缺乏病毒疾病，任何其他感染症或寄生蟲疾病皆不被接受為導致惡性腫瘤的病因。

〈範例48〉 I(a)肝上皮細胞癌

(b)B型肝炎病毒

應譯碼為“肝上皮細胞癌(C22.0)”。

〈範例49〉 I(a)Burkitt's淋巴瘤

(b)EB病毒(Epstein-Barr virus)

應譯碼為“Burkitt's 淋巴瘤(C83.7)”。

〈範例50〉 I(a)肝臟膽管上皮細胞癌

(b)肝吸蟲症(clonorchiasis)

應譯碼為“肝內膽管惡性腫瘤(C22.1)”。

準則 J：惡性腫瘤與循環系統疾病

下列急性或致命性的循環系統疾病如出現在死亡證明書第I部分，可以被接受為惡性腫瘤所引起：

- I21-I22 急性心肌梗塞
- I24. — 其他急性缺血性心臟病
- I26. — 肺栓塞
- I30. — 急性心包膜炎
- I33. — 急性及亞急性心內膜炎
- I40. — 急性心肌炎
- I44. — 房室及和左束支阻斷

- I45. — 其他傳導性疾患
- I46. — 心臟停止
- I47. — 陣發性心搏過速
- I48. — 心房顫動及撲動
- I49. — 其他心律不整
- I50. — 心臟衰竭
- I51.8 其他界定不明的心臟疾病
- I60-I69 腦血管疾病，但 I67.0-I67.5、I67.9、I69.—除外

以下的循環系統疾病並不被接受為惡性腫瘤所引起：

- I00-I09 風濕熱及風濕性心臟病
- I10-I15 高血壓性疾病(但內分泌腫瘤、腎腫瘤及類癌瘤所引起除外)
- I20. — 心絞痛
- I25. — 慢性缺血性心臟病
- I70. — 動脈粥樣硬化

4.2.8 風濕熱併侵及(侵犯、涉及)心臟

假如在死亡時未有關於風濕性病程活動性之陳述，則可依下列判斷：

- (1) 若心臟病況特定為“風濕性”或“風濕熱導致者”(但非指細菌性心內膜炎及末期病況)，可描述為急性或亞急性者。
- (2) 未有相關之描述者，如果載明為“心臟炎”、“心內膜炎”、“心臟病”、“心肌炎”與“全心炎(pancarditis)”者，且發作至死亡時間短於一年或年齡小於 15 歲，則判斷為急性者。
- (3) “心包膜炎”者皆可判斷為急性者，無論其年齡為何。

4.2.9 先天性畸形、變形與染色體異常

若無任何標示為出生後才獲致者，下列病況致死者均可認定是先天性者：

- 一歲以內出現動脈瘤、主動脈瓣狹窄、閉鎖(atresia)、腦萎縮、腦囊腫、變形、器官移位、異位、器官發育不全、畸形、肺動脈瓣狹窄、瓣膜性心臟病等。
- 四週以內出現其他未特定的心臟病、其他未特定的腦水腫等。

假如疾病發作至死亡的時間和死者年齡對照顯示該疾病自出生即已存在，則即使死亡證明書上未標明是先天性，仍然應認定為“先天性”者。

4.2.10 傷害的本質

外因譯碼(V01-Y89)應被用於死亡單一病況譯碼，以及涉及到傷害、中毒及外因造成的影響或結果時表列之譯碼。

為了能夠確認傷害的本質(nature of injury)與容許相關的表列，建議增加使用第十九章的分類項譯碼(S00-T98)。以下的要領即論列如此之譯碼。

當單一身體部位有超過一種以上的傷害發生，包含於 S00-S99、T08-T35、T66-T79 等分類項，且無清楚標示出何者導致個案死亡，則應依正常情況適用一般原則與選取準則。

- 〈範例1〉 I(a)出血性休克
(b)腹膜出血
(c)肝臟破裂
(d)陸路交通意外事故

應譯碼為“肝臟破裂(S36.1)”，因為其乃為以死亡證明書之首為終之因果次序的肇始點。

- 〈範例2〉 I(a)脂肪栓塞
(b)股骨骨折
(c)大腿裂傷
(d)陸路交通意外事故

應譯碼為“股骨骨折(S72.9)”，因為其乃為以死亡證明書之首為終之因果次序的肇始點，而大腿裂傷極不可能造成上述所提及之所有病況。

- 〈範例3〉 I(a)腹膜炎
(b)胃及橫結腸破裂
(c)陸路交通意外事故

應譯碼為“胃破裂或胃傷害(S36.3)”，因為其乃為造成第一個被提到病況“腹膜炎”的肇始點(符合準則 1)。

- 〈範例4〉 I(a)化膿性腦膜炎
(b)眼瞼挫傷及眼眶穿刺傷

此時應譯碼為“眼眶穿刺傷(S05.4)”，因為依準則 2“眼瞼挫傷”明顯是“眼眶的穿刺傷”的直接後果(適用準則 3)。

當侵及一個以上之身體部位時，應譯碼為“侵及多重身體部位的傷害”之相關分類項代碼(T00-T06)。此適用於不同身體部位之相同類型傷害，以及超過一種以上類型的傷害。

4.2.11 藥物、藥劑與生物性物質的中毒

涉及多種不同類別的醫藥製劑組合時，應依下列進行：

- 如果組合中的某一成份被特定為致死病因，則譯碼為其成份之代碼；
- 如果無法標示何種成份致死，則譯碼為“組合製劑”代碼，例如混合的抗癲癇藥劑(T42.5)；
- 如果組合內成分皆歸類在同一三碼分類項內，則應歸類至“其他”之適當細分類項，否則即譯碼為“T50.9”；
- 藥劑與酒精組合使用時，應譯碼為“藥劑”。

4.2.12 外因

外因譯碼(V01-Y89)只適用於可歸類於第十九章(傷害、中毒與外因造成的其他影響)之單一病況及肇始病因表列的基本譯碼。

罹病狀況歸類於第一至十八章，而需要時應進一步依其肇始病因從外因章節(第十九章)之分類項作為補充譯碼。

4.2.13 疑似診斷的表示

對診斷正確性的疑慮攸關品質的呈現，如出現有“明顯地”、“推定地”、“可能地”等對於診斷的正確性有所保留的語辭，基本上表達的只是對於診斷確定程度的高低，在譯碼時不妨略過這些保留語辭，而逕自行採行該診斷。

4.3 周產期死亡：死亡證明書指引及譯碼準則

4.3.1 周產期死亡證明書

可能的話，須完成讓周產期死亡證明書(從一般死亡證明書)另行分開來，死因包括：

- (a)胎兒或嬰兒主要疾病或病況
- (b)胎兒或嬰兒其他疾病或病況
- (c)母親主要疾病或病況影響胎兒或嬰兒者
- (d)母親其他疾病或病況影響胎兒或嬰兒者
- (e)其他相關之環境或情況

死亡證明書須包括確認死亡日期與時間，嬰兒出生時是否仍活著或已死亡，以及

解剖細節等之陳述。周產期死因完整分析上，母親與小孩的資料均需要，下列死因之相關資料不只在周產期死亡中應蒐集，在所有活產中亦應被強調，包括：

◎ 母親方面：

出生日期

過去妊娠史：活產數／死產數／流產數

最近一次妊娠日期及結果：活產數／死產數／流產數

本次妊娠：

*最後一次月經日期(若不知道，可以妊娠週數推算)

*產前檢查一兩次或以上之檢查：是／否／未知

*分娩方式：自然頭位分娩／其他

◎ 小孩(胎嬰兒)方面：

出生體重(以克為單位)

性別：男／女／無法辨識

單胎／雙胞胎之第一個／雙胞胎之第二個／其他多胎

◎若是死產，記錄死亡時間：產程前／產程中／未知

◎其他變項尚包括生產時伴隨之醫護人員為何[birth attendants；如醫師、助產士、經訓練之相關人員及其他等]。

蒐集補充資料之方法在不同國家依其國民登錄系統有所不一，可於登錄死產、或早期新生兒死亡獲致。本冊之『周產期死亡證明書』(第 90 頁)可加以應用。另一方面，須有特殊之安排(如連結出生與死亡記錄)以齊備補充資料及死因。

必要之國民登錄系統難以引介活產及死產之一些死亡證明書之系統建構，此問題之解決必須為死產及早期新生兒死亡建立分立之死亡證明書系統，個別納於死亡證明書之建議格式中。

4.3.2 死因陳述

死亡證明書中有五個部分要填入周產期死因，標示為(a)到(e)。在(a)及(b)中要填胎兒或嬰兒之疾病或病況，單一旦最重要者填在(a)，其餘若有者則填在(b)，單一最重要者係依開立診斷證明者之意見，屬胎兒或嬰兒之最大的致死病因。死亡的方式，如：心臟衰竭、窒息或缺氧，不能填在(a)中，除非這是唯一可以發現的狀況。對早產兒，這個原則依然適用。

在(c)及(d)中應填所有母親的疾病或病況，依開立診斷證明者之意見，對胎兒有不良影響者，其中最重要者填在(c)，其餘填在(d)。(e)是為了填寫嬰兒或母親以外的原因，但和死亡有關的環境或情況者，例如：出生時沒有伴護人員在場。

〈範例1〉一位婦女過去曾發生有二次12及18週的自然流產，本次是在妊娠第24週時因早產以自然方式生下一名700公克重的嬰兒，但在出生後第一天即死亡，解剖結果是“肺不成熟”。

周產期死因：

- | | | |
|------------|---|------|
| (a)不成熟肺 | } | 嬰兒死因 |
| (b)—— | | |
| (c)早產，原因未知 | } | 產婦死因 |
| (d)習慣性流產 | | |
| (e)—— | | |

〈範例2〉一位26歲初孕婦，過去月經周期規則，自妊娠第10週起開始接受例行產前檢查。在30-32週時，臨床發現胎兒生長遲緩，在34週時進一步得到證實。母親本身除了無症狀性菌尿症之外，找不出任何病因。經剖腹，產得一位1,600公克之活產男嬰，胎盤300公克，且有梗塞現象。嬰兒有呼吸窘迫症候群(RDS)的現象，對治療也有反應。嬰兒在出生後第三天突然死亡。解剖發現廣泛延伸之肺部透明膜(extensive pulmonary hyaline membrane)及大量腦室內出血。

周產期死因：

- (a)腦室出血
- (b)呼吸窘迫症候群
胎兒生長遲滯
- (c)胎盤功能不全
- (d)妊娠菌尿症
剖腹產

〈範例3〉一位糖尿病控制不良之初孕婦，在32週時發生大血球性貧血。在38週引產，自然生產出一個3,200公克之嬰兒，這個嬰兒發生低血糖症，在第二天死亡。解剖發現存有動脈幹(truncus arteriosus)。

周產期死因：

- (a)動脈幹
- (b)低血糖
- (c)糖尿病
- (d)大血球性貧血
- (e)——

〈範例4〉一位30歲母親有一個健康的四歲男孩，其妊娠中除有羊水過多(hydramnios)之外，無其他異常。36週時X-光發現胎兒無腦症。引產得一個1,500公克重

無腦死胎。

周產期死因：

- (a)無腦症
- (b)——
- (c)羊水過多
- (d)——
- (e)——

4.3.3 周產期死因表列

為了使周產期死亡證明書推計之周產期死亡率統計資料更確實，所有病況完整的多重死因分析將發揮最大的效用，但是當此行不通時，至少要能交錯表列(cross-tabulation)分析胎兒或嬰兒的主要疾病或病況[即(a)部分]與影響胎兒或嬰兒之母親主要疾病或病況[即(c)部分]。當需要選一個單一病因時，為將早期新生兒死亡納入單一死因之表列，當然只好選胎兒或嬰兒的主要疾病或病況，即(a)部分。

4.3.4 死因譯碼

在(a)、(b)、(c)、(d)部分之病況中應分開個別譯碼，影響胎兒或嬰兒之母親病況在(c)、(d)中選用P00—P04之分類項，這些譯碼不能用於(a)、(b)部分。在(a)中胎兒或嬰兒之病況，不能用P00—P04，通常是用P05—P96周產期病況或Q00—Q99先天性畸形。在(a)及(c)中只能各選一個代碼，而(b)、(d)中可選用一個以上。

(e)部分則視需要用來回顧周產期之死亡個案，通常不被譯碼。然而，若需要相關環境情況之統計分析時，可選用第二十章及第二十一章中合適之分類項；若不然，使用者應設計自己的譯碼系統。

4.3.5 譯碼準則

周產期死亡診斷證明書上之死因並不一定依循前述之指引來列述。可能的話，這類死亡證明書須由開立之醫師修正，再不然，則依下列準則行之。

準則 P1：死亡方式及列於(a)部分的早產

若嬰兒或胎兒之心臟衰竭、窒息或缺氧(P20.-, P21.-中之任何病況)或早產(P07.-中之任何病況)列於(a)部分，而其他病況則在(a)或(b)部分出現，此時選用首先出現之這些其他病況，一如單獨列於(a)者；而將(a)中實際登錄存在之主要病況，譯碼至(b)中。

〈範例1〉活產，死於第四天	編碼
(a)早產	Q05.9

(b)脊椎裂	P07.3
(c)胎盤功能不足	P02.2
(d)——	

早產應譯碼至(b)部分，而脊椎裂應譯碼至(a)部分。

〈範例2〉活產，五十分鐘後死亡	編 碼
(a)嚴重出生窒息	Q03.9
(b)水腦	P21.0
(c)產程阻塞	P03.1
(d)嚴重子癇前症	P00.0

嚴重出生窒息應譯碼至(b)部分，水腦應譯碼至(a)部分。

準則 P2：在(a)或(c)部分出現兩個或以上之病況

若有二個或以上的病況在(a)或(c)部分中出現，譯碼時選用首先提及之病況譯碼至(a)或(c)部分，其他則譯碼至(b)或(d)部分。

〈範例3〉死產，產前死亡	編 碼
(a)嚴重胎兒營養不良 體重過輕	P05.0
(b)產前(子宮內)缺氧	P20.9
(c)嚴重子癇前症	P00.0
(d)前置胎盤	P02.0

應將體重不足併嚴重胎兒營養不良譯碼至(a)部分，產前缺氧譯碼至(b)部分，嚴重子癇前症譯碼於(c)部分，前置胎盤譯碼至(d)部分。

〈範例4〉活產，死於第二天	編 碼
(a)外傷性硬膜下出血 嚴重胎糞吸入 子宮內缺氧	P10.0
(b)低血糖症	P24.0
妊娠過期	P20.9
	P70.4
	P08.2
(c)產鉗生產	P03.2
(d)嚴重子癇前症	P00.0

應來譯碼將外傷性硬膜下出血譯碼於(a)部分，而(a)中其他的病況應移到(b)部分。

準則 P3：在(a)或(c)部分中沒有任何病況描述

若在(a)部分中沒有任何病況出現，卻有胎兒或嬰兒病況之描述，而(b)部分中有之，則選取(b)中首先被提及的病況來譯碼，如在(a)中一般；若在(a)及(b)部分中均沒有列述，則在死產選用P95(未特定病因的胎兒死亡)，或在早期新生兒死亡者選用譯碼P96.9(源於周產期的病況，未特定者)。同樣的，若(c)部分中沒有任何病況描述，但在(d)部分中卻有母親病況之描述，則選取(d)中首先被提及的病況來譯碼，如在(c)中一般；若在(c)及(d)中均沒有任何列述，則於(c)選用人工代碼如xxx.x表示沒有母親的病因。

〈範例5〉活產，十五分鐘死亡	編 碼
(a)—————	P10.4
(b)天幕裂傷 呼吸窘迫症候群	P22.0
(c)—————	xxx.x
(d)—————	

天幕裂傷應譯碼於(a)部分，xxx.x則移(c)部分來譯碼。

〈範例6〉活產，死於第二天	編 碼
(a)—————	P95
(b)—————	
(c)—————	P00.0
(d)子癇症(持久之本態性高血壓)	

此時在(a)部分中用未特定之周產期前肇病況來譯碼，子癇症則譯碼於(c)部分。

準則P4：病況出現在錯誤的欄位

若母親病況(P00－P04)在(a)或(b)部分中出現，或若胎嬰兒之病況在(c)或(d)部分中出現，譯碼時可將其歸位。若應該是胎嬰兒或母親的病況錯置於(e)部分中，譯碼則分別將其回歸(b)或(d)部分。

〈範例7〉死產，產程後死亡	編 碼
(a)嚴重子宮內缺氧	P20.9
(b)持續枕後位	
(c)—————	P03.1
(d)—————	P03.2
(e)困難的產鉗分娩	

持續枕後位應譯碼至(c)部分，困難的產鉗分娩應譯碼至(d)部分。

4.4 罹病(Morbidity)

世界衛生組織(WHO)於1948年接手國際疾病分類第六版(ICD-6)修訂之際，參酌了許多來自各不同健康領域專家的意見，包括有公共衛生管理、健康照護經營、社政主管當局及相關領域等研究學者專家，增修了有關罹病分類組合資料，使之除了原有的死亡(mortality)分類之傳統用途外，亦適合罹病分類之應用。有關罹病方面，自ICD-6而後接續的各版也逐漸增修擴充。罹病資料除了愈來愈多見被利用於健康政策或策略，以及計畫的表達陳述之外，也被使用在其相關之管理、監控和評估、流行病學、危險族群的發現，以及臨床研究(包括不同社經族群在疾病發生的研究)等。

用於單一病況罹病分析的病況乃為該相關健康照護中安排治療或診察的主要病況。主要病況指的就是造成病患必須接受治療或診察的狀況，亦即病患在經一連串健康照護後的最終診斷。假如符合此種情形的病況多於一個以上，則選擇耗用最大最多醫療資源者。假如沒有任何診斷，則選擇主要症狀、異常發現或問題為其主要之病況。

可能的話，除了主要病況之外，應在記錄上分別列出此次健康照護上同時被處理的其他病況或問題。其他病況指的是該次健康照護同時存在或新出現的病況，而且影響及此病患的照護；以往病況若不涉及此次健康照護事件者，則可以略過。

每次的健康事件若以單一病況來分析，將會錯失很多可用的資料。因此，為實用計，如果可行的話，建議進行多重病況譯碼和分析，以補例行之單一病況分析所得資料的不足。由於多重病況的譯碼和分析並無既定的國際標準可循，各地應依據自己的狀況建立地區性的準則以資應用，不過其他地區的經驗可供參考為之。

4.4.1 罹病資料單一病況分析的診斷資訊記錄指引

*一般性

負責病患治療之健康醫療照護(主治)醫師應就各次之健康照護的病況分別就主要病況及其他病況作選擇性之登載。相關資料應使用標準的記錄方法做系統整理，一份適切完成的記錄對良好病患照護管理之提供不可或缺，而且對於罹病及其他健康問題的流行病學和統計亦是相當有價值的資料來源。

*特定性與詳盡度

每一個診斷敘述應儘可能朝有利於將病況歸類至國際疾病統計分類中最適當而特

定的之分類項落實者。如此之診斷敘述舉例如下：

- 膀胱基部三角區的過渡型上皮細胞癌(transitional cell carcinoma)
- 急性盲腸炎併發穿孔
- 糖尿病性白內障，胰島素依賴型
- 腦膜炎球菌性心包膜炎
- 妊娠性高血壓的產前照護(antenatal care)
- 複視，服用抗組織胺劑處方過敏反應所引起
- 早期髌骨骨折所致的髌關節骨關節炎
- 在家裡因摔倒導致的股骨頸骨折，
- 手掌三級燙傷

* 不確定之診斷或症狀

無法於健康照護之最後建立診斷時，應儘可能記錄造成該健康照護或診察相關病況最具體充實的資料，此應藉由症狀描述、異常發現或問題，而避免標出考慮過但未成立“有疑問的(questionable)”，“疑似(suspected)”等不確定的字眼。

* 非因病痛而[接觸醫療保健服務(就醫)]

各次醫療保健照護並不僅限於治療或診察，不一定要因當前的病痛或傷害而接觸醫療保健服務，亦可在沒有病痛之情況下，卻因需要或接受某些有限度的醫療保健照護或服務或接觸，而將應作相關詳細之記錄，以作為主要病況(main condition)。舉例如下：

- 過去已治療病況之監測
- 免疫接種
- 避孕指導管理、產前檢查及產後照護
- 個人或家族病史具危險因子者之調查
- 健康者之檢查(如保險或就業或職業等理由)
- 尋求健康有關的諮詢。
- 社會問題人士要求之諮詢。
- 代表第三團體(third party)的照會。

第二十一章(影響健康狀態與醫療保健就醫之因素所提供相當大的分類項譯碼範圍(Z00-Z09)，即用來歸類這些情況，參考這一章後將可對最相關適切分類項所需之細節有所指示。

* 多重病況 (multiple conditions)

健康照護有關的一些相關病況[如多重性傷害、過去病痛或傷害的多重後遺症或是

人類免疫力缺乏病毒疾病的多重病況等]，明顯較其他健康問題嚴重且需較多醫療資源的那個病況應記錄為“主要病況”，其他問題則為“其他病況”。如果並無一較突顯的病況，則可將“多重骨折”、“多重頭部外傷”或“愛滋病所致的多重感染”等記錄為主要病況，再列出其他各其次的其他病況。如果一些不同的病況無特別突顯者，則只記錄“多重傷害”或“多重碎裂傷害”已足夠，即不需再列出其他。

* 外因所致的病況

當記錄的病況為傷害、中毒或其他外因效應時，應同時充分描述其本質和發生之情況。例如：

- 股骨頸骨折，在泥濘路上滑倒所引起
- 腦挫傷，因駕車失控而撞到樹木
- 意外中毒，病患誤將消毒劑當飲料
- 嚴重低體溫，病患在寒冷天氣下跌倒在花園中

* 後遺症的治療

針對某一已不存在疾病的殘餘病況後遺症就醫時，應充分描述該後遺症及其源起，且明示該原始肇因疾病已不復存在。例如：

- 鼻中隔偏曲—孩童時的鼻骨骨折
- 足跟腱攣縮—肌腱傷害的晚發效應
- 不孕症—陳舊性結核病所致的輸卵管阻塞

同時存在多個後遺症且治療或診察並未特別針對其中之一時，描述成“腦血管意外事故(CVA)後遺症”或“多重骨折後遺症”當可接受。

4.4.2 “主要病況”和“其他病況”譯碼指引：

* 一般性

負責健康醫療照護(主治)醫師應登載相關之“主要病況”和“其他病況”，除非明顯不依前述之準則行事，否則應接受其記錄，並逕予譯碼。如發現主要病況有不一致性或不正確的記錄時，應退回釐清，如無法釐清時，準則 MB1 至 MB5(4.4.3 節)將有助於譯碼者處理某些較尋常之不正确病因記錄。譯碼者或有不熟習如何選用譯碼之情形，以下指引可提供需要時參考之用。

主要病況之外，建議應將醫療保健照護相關的其他病況同時記錄清楚，即使只為單一病因分析，其他病況資料仍可協助譯碼者為主要病況選取一個更合適、更正確的國際疾病分類碼(ICD code)。

* 選擇性附加譯碼(optional additional codes)

在下述的指引中，有時候會有一較優先的代碼適合“主要病況”，同時有另一可供選擇的附加譯碼可以提供更多訊息。若只用單一病因分析，則選用該主要譯碼，如果使用多重病因分析，則可將那“附加譯碼”納入。

* 將病況譯碼至劍號“†”和星號“*”分類系統

如果適用者，含劍號“†”和星號“*”之譯碼均應同時選用於“主要病況”，因為其乃是對同一種病況有不同管道之描述。

〈範例 1〉 主要病況：麻疹性肺炎
其他病況：—

應譯碼為“麻疹併發肺炎(B05.2†)”，以及“歸類於他處病毒性疾病(所致)的肺炎(J17.1*)”。

〈範例 2〉 主要病況：結核性心包膜炎
其他病況：—

應譯碼為“其他特定器官的結核病(A18.8†)”與“歸類於他處細菌性疾病(所致)的心包膜炎(I32.0*)”。

〈範例 3〉 主要病況：萊姆病關節炎(Lyme disease arthritis)
其他病況：—

應譯碼為“萊姆病(A69.2†)”與“萊姆病所致的關節炎(M01.2*)”。

* 疑似病況、症狀、異常發現與非病痛情境之譯碼

對於住院病患，譯碼者應審慎將“主要病況”歸類在第十八和二十一章。如果在出院時尚未能給予一個較具體的診斷，或實際上並無現存的病痛或傷害時，容許從這兩章之分類項中尋取一合適譯碼(請同時參照下述 4.4.3 節準則 MB3.和 MB5.)。此範疇之分類項可於接觸其他醫療保健服務[就醫]的情形下常態使用。

假如主要病況在完成健康照護之後仍止於“疑似”、“有疑問的”等層次，且未做進一步的說明，則疑似診斷在譯碼時應比照已確立之診斷。

分類項 Z03.-(對疑似疾病或病況所作的醫療觀察與評估)乃用於經診察後，疑似診斷可以加以排除之情形。

〈範例 4〉 主要病況：疑急性膽囊炎
其他病況：—

應以“急性膽囊炎(K81.0)”作為主要病況譯碼。

〈範例 5〉 主要病況：住院診察疑似子宮頸惡性腫瘤—排除。

應譯碼以“對疑似惡性腫瘤的觀察(Z03.1)”作為主要病況。

〈範例 6〉 主要病況：排除心肌梗塞
其他病況：—

應以“對疑似心肌梗塞的觀察(Z03.4)”作為主要病況譯碼。

〈範例 7〉 主要病況：嚴重流鼻血
其他病況：—
病患住院一天，未報告有任何之醫療處置或診察。

應譯碼以“流鼻血(R04.0)”，因為病患明顯地住院僅是為了流鼻血做緊急處理。

* 多重病況譯碼

多重病況被列於標有“多重……”之分類項，且無單一病況被突顯，則“多重……”分類項代碼可選用為優先之譯碼，供選擇性之附加譯碼可依所列之個別病況予以加入選用。

此譯碼方式主要適用於人類後天免疫力缺乏病毒疾病[愛滋病;HIV disease]、傷害和後遺症等。

* 組合性分類項譯碼 (coding of combination categories)

ICD 對於兩個病況或一個病況帶有續發性過程且可納為單一代碼者，提供有特定分類項來代表這種組合性病況，不過前提是應有此組合性病況適當的資料記錄，得以當成主要病況處理。索引部分標示出在主要或關鍵名詞之後緊接著“併發”之呈現：如所記載的主要病況和其他病況間可以如此的方式表示：“……併發……”；主要病況記載有二、三個病況，如果其中一個病況可被認為是其他病況的修飾因子，均適於組合性病況的情形。

〈範例 8〉 主要病況：腎衰竭
其他病況：高血壓性腎疾病

應以“高血壓性腎臟病併發腎衰竭(I12.0)”作為主要病況譯碼。

〈範例 9〉 主要病況：青光眼、續發於眼發炎
其他病況：—

應以“續發於眼發炎的青光眼(H40.4)”作為主要病況譯碼。

〈範例 10〉 主要病況：腸阻塞
其他病況：左側腹股溝疝氣(疝脫)

應譯碼以“單側或未特定的腹股溝疝氣(疝脫)，併發無壞疽性阻塞(K40.3)”。

〈範例 11〉 主要病況：白內障、胰島素依賴型糖尿病
其他病況：高血壓
專科：眼科

應譯碼以“胰島素依賴型糖尿病伴有眼併發症(E10.3†)”和“糖尿病性白內障(H28.0*)”。

〈範例 12〉 主要病況：非胰島素依賴型糖尿病
其他病況：高血壓、類風濕性關節炎、白內障
專科：一般內科

應以“非胰島素依賴型糖尿病無併發症(E11.9)”作為主要病況譯碼。此範例尚需注意到“兩者並未同時列在主要病況欄，故不能將白內障與糖尿病聯結成組合性病況”。

* 罹病外因(external cause of morbidity)譯碼

對於外因所致之傷害和其他病況，須同時將“病況本質”和“外因情況”予以譯碼。此時“病況本質”須優先譯碼，通常歸類在第十九章，而第二十章所列之代碼乃標示其外因，供作“選擇性附加譯碼”。

〈範例 13〉 主要病況：股骨頸骨折，行走在不平的路面絆倒所引起
其他病況：肘及上臂挫傷

應以“股骨頸骨折(S72.0)”作為主要病況譯碼；另外“在街上或公路上同一平面(或樓層)上滑、絆倒或踉蹌(W01.4)”則可作為選擇性之附加譯碼。

〈範例 14〉 主要病況：嚴重低體溫過低—在寒天(nature cold)下於花園跌倒
其他病況：老邁(senility)

應以“體溫過低(T68)”作為主要病況譯碼；“在家暴露於過度寒冷天氣之外因(X31.0)”則可為選擇性之附加譯碼。

〈範例 15〉 主要病況：複視，服用抗組織胺劑處方過敏反應所引起
其他病況：—

應以“複視(H53.2)”作為主要病況譯碼；“治療用抗過敏和止吐藥副作用之外因(Y43.0)”則可為選擇性之附加譯碼。

〈範例 16〉 主要病況：血色素尿，因馬拉松長跑訓練所引起(在體育或運動場的跑道訓練)

其他病況：—

應譯碼為“血色素尿症，其他外因所致的溶血者(D59.6)”；“在運動場過度反覆性用力和激烈活動之外因(X50.3)”則可為選擇性之附加譯碼。

* 某些病況後遺症譯碼

對於目前不再存在的過去病況所衍生之後遺症進行治療或診察時，ICD 提供了一些有關“.....後遺症”分類項之代碼(B90-B94, E64.—, E68, G09, I69.—, O97, T90-T98, Y85-Y89)以供選用。“後遺症本質”可為主要病況的優先譯碼，而“.....之後遺症”則可作為選擇性之附加譯碼。

一些特定之不同後遺症同時存在時，其在嚴重度及資源耗用上並無任何一個較為突顯，此時容許將“.....的後遺症”作為主要病況而將之譯碼至適當的分類項。注意這裡所指的“不再存在”的情形如“陳舊性”、“不再存在”等，或是“.....的晚發效應”、“.....的後遺症”等描述方式皆足以應用，其間並無最短間期之要件。

〈範例 17〉 主要病況：言語困難，陳舊性腦梗塞所引起

其他病況：—

應以“言語困難(R47.0)”作為主要病況譯碼，“腦梗塞後遺症(I69.3)”則可做為選擇性之附加譯碼。

〈範例 18〉 主要病況：髖關節骨關節炎，因十年前機動車輛的意外事故所致的陳舊性髖骨骨折所引起

其他病況：—

此時應以“創傷後髖關節症(post-traumatic coxarthrosis; M16.5)”作為主要病況譯碼，至於“股骨骨折後遺症(T93.1)”和“機動車事故後遺症(Y85.0)”則可作為選擇性之附加譯碼。

〈範例 19〉 主要病況：小兒麻痺症的晚發效應

其他病況：—

應以“小兒麻痺症後遺症(B91)”作為主要病況譯碼，因為並無其他資料可供進一步之參考。

*急性及慢性病況譯碼

對於在主要病況欄同時記錄有急性、亞急性和慢性病況，ICD 只提供個別的分類項或細分類項，並無結合兩者的譯碼或代碼可供選用；此時急性病況應優先作為主要病況之選擇。

〈範例 20〉 主要病況：急性和慢性膽囊炎
其他病況：—

應以“急性膽囊炎(K81.0)”作為主要病況譯碼；“慢性膽囊炎(K81.1)”則可作為選擇性之附加譯碼。

〈範例 21〉 主要病況：慢性阻塞性支氣管炎之急性發作
其他病況：—

此時應以“慢性阻塞性肺病併發急性發作(J44.1)”作為主要病況譯碼。因為 ICD 對此提供有結合兩者之譯碼。

*醫療處置後病況與併發症譯碼

第十九章的分類項(T80-T88)對外科手術及其他醫療處置某些併發症提供了所需的分類項，例如外科傷口感染、植入裝置的機械性併發症、休克等。ICD 大部分的身體各系統分類章節均包含有特定醫療處置和技術，或是器官切除後之分類項譯碼，如：乳房切除後的淋巴水腫症候群、放射治療後的甲狀腺低能症等。某些病況(如肺炎、肺栓塞)雖發生於醫療處置後，但並不被認為屬獨特之罹病體，所以只依一般方式譯碼即可，不過可以加入選擇性之附加譯碼(Y83-Y84)以確認其與醫療處置之關係。

醫療處置後病況與併發症譯碼為主要病況時，可參考索引所列的修正因子(modifier)和限定因子(qualifier)，此對於選取正確譯碼有其必要性。

〈範例 22〉 主要病況：甲狀腺低能症，一年前甲狀腺切除術後所引起
其他病況：—
專科：一般內科

應以“(外科)手術後甲狀腺低能症(E89.0)”作為主要病況譯碼。

〈範例 23〉 主要病況：拔牙後過量出血
其他病況：疼痛
專科：牙科

應以“醫療處置後出血(T81.0)”作為主要病況譯碼。

〈範例 24〉 主要病況：手術後精神[心智]症，整型手術後發生者

其他病況：—
專科：精神科

應以“未特定的器質性或症狀性精神[心智]疾患(F09)”作為主要病況譯碼，再佐以“其他特定的外科醫療處置導致病患異常反應(Y83.8)”作為選擇性附加譯碼，來標示其與“醫療處置後”的關係。

4.4.3 主要病況不正確登錄時重新選取準則

依負責健康醫療照護(主治)醫師所標示的主要病況譯碼，且應正式接受作為譯碼主體，並依前述指引及 4.4.4 節[特定章節之注意事項]行之。然而，在某些情況下或有資料顯示醫師並未依據正確的程序行事，而也在無法獲其重新釐清時，可以使用以下的準則來重新選取“主要病況”。

* 主要病況重新選取準則

- 準則 MB1. 小病況被記錄成“主要病況”，而較重要之病況反而記錄成“其他病況”

較不重要或久存之病況，或偶發、附帶之問題被列為“主要病況”，然而較重要之病況攸關著病患治療及專科照護者，反而被列為“其他病況”，此時應重新選取後者作為“主要病況”。

- 準則 MB2. 幾種病況被記錄為“主要病況”

如果幾種病況不能同時列為“主要病況”，則可根據其內容判定其中之一為“主要病況”，如果仍無法判定，則選擇首先提及、列在優先順位者作為“主要病況”。

- 準則 MB3. 呈現診斷、治療病況之症狀列為“主要病況”之情形

若症狀及徵候(常歸類於第十八章)，或歸類於第二十一章之健康問題，列為“主要病況”，而他處已載明其明顯呈現屬診斷確定病況之症狀、徵候及問題所在，也因而施予健康照護者，可重新選取該診斷確定之病況作為“主要病況”。

- 準則 MB4. 特定性

所記錄之診斷為“主要病況”係以一般之名詞用語加以描述，如他處已載明有另一名詞用語能提供病況之部位，或本質更為精確之資訊，應重新選取後者之專一性較高者為“主要病況”。

- 準則 MB5. 替代性之主要診斷(alternative main diagnoses)

一症狀或徵候被列為“主要病況”且指明為任一或另一病況所導致者，此時仍選擇該症狀或徵候作為“主要病況”；列有兩種以上病況供作為主要診斷之選擇時，應選取

首先被提及、列在優先順位者作為“主要病況”。

* 主要病況重新選擇準則的使用範例

- 準則 MB1. 小病況被記錄成“主要病況”，而較重要之病況反而記錄成“其他病況”

較不重要或久存之病況，或偶發、附帶之問題被列為“主要病況”，然而較重要之病況攸關著病患治療及專科照護者，反而被列為“其他病況”，此時應重新選取後者(較重要之病況)作為“主要病況”。

〈範例 1〉 主要病況：急性鼻竇炎
其他病況：子宮頸內上皮細胞癌
高血壓
病患入院三星期
手術：子宮全切除術
專科：婦科

此時應重新選取“子宮頸內上皮細胞癌”作為主要病況，譯碼為 C53.0。

〈範例 2〉 主要病況：類風濕性關節炎
其他病況：糖尿病
絞扼性股疝氣(疝脫)(strangulated femoral hernia)、
廣泛性動脈粥樣硬化
病患入院兩週。
手術：疝氣縫全術(herniorrhaphy)
專科：外科

此時應重新選取“絞扼性股疝氣”作為主要病況，譯碼為 K41.3。

〈範例 3〉 主要病況：癩癩
其他病況：耳黴菌症
專科：耳鼻喉科

此時應重新選取“耳黴菌症”作為主要病況，譯碼為 B36.9†和 H62.2*。

〈範例 4〉 主要病況：鬱血性心衰竭
其他病況：股骨頸骨折，住院時從床上跌下所引起
病患住院四週。
手術：骨折內固定術
專科：一般內科，一週後轉骨科治療骨折。

此時應重新選取“股骨頸骨折”作為主要病況，譯碼為 S72.0。

- 〈範例 5〉 主要病況：齲齒(蛀牙)
其他病況：風濕性二尖瓣狹窄
手術：拔牙
專科：牙科

此時仍選取“齲齒”作為主要病況，譯碼為 K02.9。準則 MB1.並不適用於此，因為齲齒可視為次要病況，而風濕性二尖瓣狹窄雖較顯得重要，但非為此次的主要醫療照護對象。

● 準則 MB2. 幾種病況被記錄為“主要病況”

如果幾種病況不能同時列為“主要病況”，則可根據其內容判定其中之一為“主要病況”，如果仍無法判定，則選擇首先提及、列在優先順位者作為“主要病況”。

- 〈範例 6〉 主要病況：白內障
葡萄球菌性腦膜炎
缺血性心臟病
其他病況：—
病患入院五週。
專科：神經科

此時應重新選取“葡萄球菌性腦膜炎”作為主要病況，譯碼為 G00.3。

- 〈範例 7〉 主要病況：慢性阻塞性支氣管炎
前列腺肥大
尋常性乾癬
其他病況：—
皮膚科醫師門診診療。

此時應重新選取“尋常性乾癬”作為主要病況，譯碼為 L40.0。

- 〈範例 8〉 主要病況：二尖瓣狹窄
急性支氣管炎
類風濕性關節炎
其他病況：—
專科：一般內科
無治療的相關資料。

此時應重新選取“二尖瓣狹窄”作為主要病況。因為它首先被提及、列在優先順位，譯碼為 I05.0。

- 〈範例 9〉 主要病況：慢性胃炎
腋下淋巴結的續發性惡性腫瘤
乳癌

其他病況：—
手術：乳房切除術

此時應重新選取“乳房惡性腫瘤”作為主要病況，譯碼為 C50.9。

〈範例 10〉 主要病況：早期破水
臀位
貧血

其他病況：—
手術：自然分娩

此時應重新選取“早期破水”作為主要病況，因為其首先被提及、列在優先順位，譯碼為 O42.9。

● 準則 MB3. 呈現診斷、治療病況之症狀列為“主要病況”之情形

若症狀及徵候(常歸類於第十八章)，或歸類於第二十一章之健康問題，列為“主要病況”，而他處已載明其明顯呈現屬診斷確定病況之症狀、徵候及問題所在，也因而施予健康照護者，可重新選取該診斷確定之病況作為“主要病況”。

〈範例 11〉 主要病況：血尿
其他病況：腿部靜脈曲張
膀胱後壁的乳突狀瘤(papillomata)
治療：乳頭狀瘤的(高週波)電氣透熱切除(diathermy)
專科：泌尿科

此時應重新選取“膀胱後壁的乳突狀瘤”作為主要病況，譯碼為 D41.4；血尿只是該病況的症狀表現而已。

〈範例 12〉 主要病況：昏迷
其他病況：缺血性心臟病
耳硬化症(otosclerosis)
胰島素依賴型糖尿病
專科：內分泌科
照護：胰島素正確劑量之確立

此時應重新選取“胰島素依賴型糖尿病”作為主要病況，譯碼為 E10.0。因為由資料顯示昏迷是因糖尿病而來，修正譯碼時須列入考慮。

〈範例 13〉 主要病況：腹痛
其他病況：急性闌尾炎
手術：闌尾切除術

此時應重新選取“急性闌尾炎”作為主要病況，譯碼為 K35.9。

- 〈範例 14〉 主要病況：熱痙攣
其他病況：貧血
無治療之相關資訊。

此時仍以“熱痙攣”作為主要病況，譯碼為 R56.0。不適用準則 MB3.，因為熱痙攣並非其他病況(貧血)的症狀表現。

● 準則 MB4. 特定性

所記錄之診斷為“主要病況”係以一般之名詞用語加以描述，如他處已載明有另一名詞用語能提供病況之部位，或本質更為精確之資訊，應重新選取後者之專一性較高者為“主要病況”。

- 〈範例 15〉 主要病況：腦血管意外事故[腦中風]
其他病況：糖尿病
高血壓
腦出血

此時應重新選取“腦出血”作為主要病況，譯碼為 I61.9，因為腦出血比腦中風更直接且專一地表達出此個案。

- 〈範例 16〉 主要病況：先天性心臟病
其他病況：心室中隔缺損

此時應重新選取“心室中隔缺損”作為主要病況，譯碼為 Q21.0。

- 〈範例 17〉 主要病況：腸炎
其他病況：迴腸庫隆(氏)病(Crohn's disease)

此時應重新選取“迴腸庫隆(氏)病”作為主要病況，譯碼為 K50.0。

- 〈範例 18〉 主要病況：難產(dystocia)
其他病況：水腦性胎兒
胎兒窘迫症(fetal distress)
手術：剖腹生產(Caesarean Section；剖腹生產術、帝王切開術)

此時應重新選取“其他胎兒異常所致的阻塞性產程”作為主要病況，譯碼為 O66.3。

● 準則 MB5. 替代性之主要診斷(alternative main diagnoses)

一症狀或徵候被列為“主要病況”且指明為任一或另一病況所導致者，此時仍選擇該症狀或徵候作為“主要病況”；列有兩種以上病況供作為主要診斷之選擇時，應選取首先被提及、列在優先順位者作為“主要病況”。

〈範例 19〉 主要病況：頭痛，壓力和緊張或急性鼻竇炎所引起
其他病況：—

此時應選取“頭痛”作為主要病況，譯碼為 R51。

〈範例 20〉 主要病況：急性膽囊炎或急性胰臟炎
其他病況：—

此時應選取“急性膽囊炎”作為主要病況，譯碼為 K81.0，因為其首先被提及，且列於優先順位。

〈範例 21〉 主要病況：胃腸炎，感染或食物中毒所引起

此時應選取“感染性胃腸炎”作為主要病況，譯碼為 A09，因為其首先被提及，且列於優先順位。

4.4.4 特定章節的注意事項

在某些特定章節，為“主要病況”選取一個適切的譯碼時，可能遭遇到一些問題，以下指引即針對遭遇或面對這些情況時有所依循。先前之一般指引和準則仍適用於處理所有的章節，除非其他特定章節另有注意事項陳述或宣示。

*第一章 感染症與寄生蟲疾病

B20-B24 人類免疫力缺乏病毒（HIV）疾病

HIV 疾病使免疫功能受損，有時病患在一次的醫療照護過程中可能須同時治療一種以上的疾病（如分枝桿菌性 mycobacterial；及巨細胞病毒感染症）。本組群之分類項與細分類項提供了 HIV 疾病併發其他疾病結果譯碼之選用，譯碼時應依執行照護者的“主要病況”，將其譯碼至適當的細分類項。

當“主要病況”列為 HIV 疾病併發多重疾病時，應譯碼為 B20-B22 中適當之細分類項“.7”。可歸類於同一分類項下兩個或以上的細分類項時，應譯碼至該相關分類項下的“.7”細分類項(如 B20 或 B21)。若存在歸類在 B20-B22 分類項中兩個或以上分類項之病況時，應譯碼為“B22.7”之細分類項。需要時，亦可同時依所列個人病況之特定性，從 B20-B24 中選取適當的附加譯碼。

在極罕見案例中，相關病況可明顯先發於 HIV 之感染，此時不應將其組合譯碼，

須遵循選擇性之準則。

〈範例 1〉 主要病況：人類免疫力缺乏病毒疾病及卡波西氏肉瘤
(Kaposi's sarcoma)

其他病況：—

應譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致卡波西氏肉瘤(B21.0)”。

〈範例 2〉 主要病況：人類免疫力缺乏病毒病患的弓蟲症及隱球菌症
其他病況：—

應譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致多重感染(B20.7)”。需要時，“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的其他感染症及寄生蟲疾病(B20.8)”與“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的其他黴菌症(B20.5)”可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 3〉 主要病況：人類免疫力缺乏病毒疾病併發肺囊蟲性肺炎
(Pneumocystic carinii)、Burkitt's 淋巴瘤和口腔念珠菌
症。

其他病況：—

此時應譯碼為“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的多重疾病(B22.7)”。需要時，“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的肺囊蟲性肺炎(B20.6)”、“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的 Burkitt's 淋巴瘤(B21.1)與“人類免疫力缺乏病毒疾病導致的念珠菌症(B20.4)”可作為選擇性附加譯碼。

B20-B23 中之細分類項乃為 ICD-10 四碼版本使用國家唯一之選擇性四碼內容。譯碼時，並不需要選用此選擇性之四碼細分類項，而他處之分類碼應可用為選擇性附加譯碼，以確認特定的病況結果。在上述之〈範例 1〉中，“主要病況”宜譯碼為 B21(HIV 疾病導致惡性腫瘤)，C46.9(卡波西氏肉瘤)則作為選擇性附加譯碼。〈範例 2〉中，“主要病況”譯碼為 B20(人類免疫力缺乏病毒疾病導致感染症及寄生蟲疾病)，B58.9(未特定的弓蟲症)和 B45.9(未特定的隱球菌症)則作為選擇性附加譯碼。

選用 B20-B23 中之四碼細分類項或多重病因譯碼以確認特定之病況，乃涉及決策，必須在 ICD-10 付諸於施行之際即時予以定奪。

B90-B94 感染症和寄生蟲疾病後遺症

假如已載明有殘餘病況之本質，則 B90-B94 之分類碼即不宜選取為“主要病況”之譯碼，應以殘餘病況本質作為“主要病況”之譯碼依據，不過 B90-B94 仍可以作為選擇性之附加譯碼(參照本書第 93 頁“某些病況後遺症譯碼”之欄項)。

B95-B97 細菌性、病毒性和其他感染原

這些代碼並不作為“主要病況”之譯碼，而是作為選擇性之附加譯碼，以確認歸類

第一章以外各章節疾病之感染原或病原體的存在。至於這些感染原[感染性因子]所致未特定部位的感染則歸類於第一章之別處。

〈範例 4〉 主要病況：大腸桿菌所致的急性膀胱炎
其他病況：—

應譯碼以“急性膀胱炎(N30.0)”作為“主要病況”；而“歸類於其他章節大腸桿菌所致的疾病(B96.2)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 5〉 主要病況：細菌性感染
其他病況：—

應譯碼以“細菌性感染(症)，未特定者(A49.9)”作為“主要病況”；而非從 B95-B97 中選取譯碼。

* 第二章 腫瘤 (Neoplasms)

腫瘤在譯碼時，應參考第一冊第二章的要點，以及索引第三冊前言有關譯碼的選取與組織學形態的描述。

腫瘤如果屬該次健康醫療照護的重點，則不論原發或轉移性，皆應載明且譯碼為“主要病況”。如果負責健康醫療照護(主治)醫師所登載的“主要病況”是已經不存在的原發性腫瘤(已經在前次醫療照護中切除)，則應鎖定在此次治療或診察之著重點，如續發部位的腫瘤、當前的併發症或可譯碼於第二十一章的適當環境情況來作為“主要病況”；而從第二十一章中所選取個人腫瘤史的譯碼，則可作為選擇性之附加譯碼。

〈範例 6〉 主要病況：前列腺上皮細胞癌
其他病況：慢性支氣管炎
手術：前列腺切除術

此時應以“前列腺惡性腫瘤(C61)”作為“主要病況”譯碼。

〈範例 7〉 主要病況：乳癌—二年前已切除
其他病況：肺續發性上皮細胞癌
醫療處置：支氣管鏡檢查併做切片

此時應以“肺續發性惡性腫瘤(C78.0)”作為“主要病況”譯碼；“乳房惡性腫瘤的個人病史(Z85.3)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 8〉 主要病況：以前做過膀胱癌切除 — 住院做膀胱鏡追蹤檢查。
其他病況：—
醫療處置：膀胱鏡檢查

此時應以“對惡性腫瘤外科術後追蹤檢查(Z08.0)”作為“主要病況”譯碼；“泌尿系統惡性腫瘤的個人病史(Z85.5)”則可作為選擇性附加譯碼。

C80 未特定部位的惡性腫瘤

C97 獨立性(原發性)多重部位的惡性腫瘤

C80 只有在健康醫療照護(主治)醫師以這種方式清楚地登載腫瘤時，方能被當做“主要病況”。當醫師記載了兩個或以上的獨立(原發)性惡性腫瘤且無任何一個較為突顯，並以它們做為“主要病況”時，可選用 C97 作為“主要病況”的譯碼，而其所列述之個別惡性腫瘤則可作為選擇性附加譯碼來加以辨識。

〈範例 9〉 主要病況：上皮細胞癌(carcinomatosis)
其他病況：—

此時應以“未特定部位的惡性腫瘤(C80)”作為其“主要病況”譯碼。

〈範例 10〉 主要病況：多發性骨髓瘤及原發性前列腺腺癌

此時應以“獨立性多重(原發性)部位惡性腫瘤(C97)”作為“主要病況”譯碼；“多發性骨髓瘤(C90.0)”與“前列腺的惡性腫瘤(C61)”則可作為選擇性附加譯碼。

* 第三章 血液、造血器官疾病與侵及免疫機轉的疾患

可歸類在本章節某些病況可能因藥物或其他外因所致；第二十章的代碼可以用來作為選擇性附加譯碼。

〈範例 11〉 主要病況：Trimethoprim 造成的葉酸缺乏性貧血
其他病況：—

此時應以“藥物所致的葉酸缺乏性貧血(D52.1)”作為“主要病況”譯碼；“治療用抗瘧疾藥劑及作用於其他血液原蟲的藥物所致的不良效應(Y41.2)”則可作為選擇性附加譯碼。

* 第四章 內分泌、營養與代謝疾病

可歸類在本章節的某些病況可能因藥物或其他外因所致；第二十章的代碼可以用來作為選擇性附加譯碼。

E10-E14 糖尿病

就“主要病況”譯碼時，應基於健康醫療照護(主治)醫師所登載者，從適用之所有分類項下選取適切之細分類項作為“主要病況”之譯碼。細分類項“.7”的譯碼只適用於糖尿病多重併發症被列為“主要病況”且未任何有偏倚者，而所列述之個別併發症之譯

碼則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 12〉 主要病況：腎衰竭，糖尿病性腎絲球腎病(diabetic glomerulonephrosis)
所致

此時應譯碼為“未特定的糖尿病伴有腎併發症(E14.2†和 N08.3*)”。

〈範例 13〉 主要病況：胰島素依賴型糖尿病併發腎病變、壞疽及白內障。
其他病況：—

此時應譯碼為“胰島素依賴型糖尿病伴有多重併發症(E10.7)”；而“胰島素依賴型糖尿病併發腎病變(E10.2†和 N08.3*)”、“胰島素依賴型糖尿病併發周邊循環併發症(E10.5)”，以及“胰島素依賴型糖尿病伴有併發白內障(E10.3†及 H28.0*)”可作為選擇性附加譯碼，以確認其個別之併發症。

E34.0 類癌症候群(carcinoid syndrome)

只要存在有類癌腫瘤的記錄，本譯碼即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，除非此番健康醫療照護主要針對內分泌症候群本身而來。針對腫瘤譯碼時，本代碼(E34.0)可作為選擇性附加譯碼，以確認腫瘤之功能活動性。

E64.— 營養不良和其他營養缺乏後遺症

E68 靜脈營養(hyperalimentation)後遺症

假如已經載明有殘餘病況之本質，則此兩個代碼(E64.— & E68)即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，則在殘餘病況譯碼時，E64.—和 E68 可作為選擇性之附加譯碼。

* 第五章 精神[心智]與行為疾患(Mental and behavioural disorders)

本章分類項和細分類項的定義主要用以協助健康醫療照護之(主治)醫師確立診斷(diagnostic labels)，而非供譯碼者選用者。“主要病況”代碼的選定，應以醫師登載之診斷作為基礎，即使所記載病況與定義有衝突時亦然。某些的分類項可供作為選擇性附加譯碼的選用。

* 第六章 神經系統疾病

可歸類在本章節的某些病況可能因藥物或其他外因效應所致；第二十章的代碼可作為選擇性附加譯碼。

G09 中樞神經系統發炎性疾病後遺症

當載明有殘餘病況本質時，本譯碼(G09)即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，而殘餘病況譯碼時，G09 當可作為選擇性之附加譯碼。須注意的是 G01*，G02*，G05*

和 G07*等分類項的後遺症不能選定為 G09，而是應譯碼至建立“潛在病況後遺症”之適當分類項，例如 B90-B94。假如無合適潛在病況後遺症分類項可供選用，則逕行譯碼至潛在病況本身。

〈範例 14〉 主要病況：結核性腦膜炎所致的耳聾
專科：語言與聽力門診

此時應以“聽力喪失，未特定者(H91.9)”作為“主要病況”譯碼；而“中樞神經系統結核病後遺症(B90.0)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 15〉 主要病況：陳舊性腦膿瘍所致的癲癇
專科：神經科

此時應以“癲癇，未特定者(G40.9)”作為“主要病況”譯碼；而“中樞神經系統發炎性疾病後遺症(G09)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 16〉 主要病況：免疫接種後腦炎(所致)的輕度智能不足
專科：精神[心智]科

此時應以“輕度智能不足(F70.9)”作為“主要病況”譯碼；而“中樞神經系統發炎性疾病後遺症(G09)”則可作為選擇性附加譯碼。

G81-G83 麻痺性症候群

假如載明有麻痺的新近病因，本譯碼(G81-G83)即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，除非該次的健康醫療照護主要是針對麻痺本身；就病因譯碼時，G81-G83 可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 17〉 主要病況：腦血管意外事故(腦中風)併發半身偏癱
其他病況：—
專科：神經科

此時應以“腦中風，未特定為出血或梗塞者(I64)”作為“主要病況”譯碼；而“半身偏癱，未特定者(G81.9)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 18〉 主要病況：三年前腦梗塞
其他病況：左腿麻痺
病患接受物理治療。

此時應以“下肢單癱(G83.1)”作為“主要病況”譯碼；“腦梗塞後遺症(I69.3)”則可作為選擇性附加譯碼。

*第七章 眼與附器疾病

H54.— 眼盲及視覺力低下

如果載明有其病因，本譯碼(H54)即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，除非該次的健康醫療照護主要是針對眼盲本身；就病因譯碼時，H54.—可作為選擇性附加譯碼。

*第八章 耳與乳突疾病

如果載明有其病因，本章譯碼即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼，除非該次的健康醫療照護是針對聽力喪失本身；就病因譯碼時，H90.—或 H91.—可作為選擇性附加譯碼。

*第九章 循環系統疾病

I15.— 續發性高血壓

如果載明有其病因，本譯碼(I15.—)即不適用作為“主要病況”的優先譯碼，除非該次的健康醫療照護主要是針對高血壓本身；就病因譯碼時，I15.—可作為選擇性附加譯碼。

I69.— 腦血管疾病後遺症

如果載明有殘餘病況之本質，本譯碼(I69.—)即不適用於作為“主要病況”的優先譯碼；就殘餘病況譯碼時，I69.—可作為選擇性附加譯碼。

*第十五章 妊娠、生產與產褥期

O08.— 流產、異位妊娠[子宮外孕]及葡萄胎妊娠的併發症

除了在新近健康醫療照護單純針對治療併發症而來，例如過去流產導致新近的併發症；在此之外的情況下，本譯碼並不適用於作為“主要病況”的優先譯碼。本譯碼可作為以 O00-O02 分類項為“主要病況”時之選擇性附加譯碼，以確認相關的併發症；亦可作為以 O03-O07 分類項為“主要病況”時之選擇性附加譯碼，以助於對併發症有更完整的描述。

另須注意到當選定 O03-O07 之四碼細分類項時，應參酌 O08 細分類項所提供之包含用語。

〈範例 19〉 主要病況：輸卵管妊娠破裂併發休克
專科：婦科

此時應以“破裂的輸卵管妊娠(O00.1)”作為“主要病況”譯碼；“流產、異位妊娠[子宮外孕]及葡萄胎妊娠後的休克(O08.3)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 20〉 主要病況：不完全流產併發子宮穿孔
專科：婦科

此時應以“不完全流產伴有其他及未特定的併發症(O06.3)”作為“主要病況”譯碼；“流產、異位妊娠[子宮外孕]及葡萄胎妊娠後的骨盆腔器官及組織損傷(O08.6)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 21〉 主要病況：兩天前在外院接受流產手術後的散播性血管內凝血(DIC)。
專科：婦科

此時應以“流產、異位妊娠[子宮外孕]及葡萄胎妊娠後的延遲或過量出血(O08.1)”作為“主要病況”譯碼；並不需要選擇性附加譯碼，因為其流產乃屬前次健康醫療照護時內容，非屬此次健康醫療照護之主要對象。

O80-O84 分娩

以這些譯碼描述“主要病況”時，應侷限於其登載資料僅陳述分娩或分娩方法之個案。O80-O84 可作為選擇性附加譯碼，以標示分娩的方法或型式，並無用於此分娩描述目的之分立資料項目或醫療處置分類。

〈範例 22〉 主要病況：妊娠
其他病況：—
醫療處置：低位產鉗分娩

此時應以“低位產鉗分娩(O81.0)”作為“主要病況”譯碼；因為無其他資料可供參考。

〈範例 23〉 主要病況：妊娠分娩
其他病況：產程嘗試失敗
醫療處置：剖腹術

此時應以“產程嘗試失敗，未特定者(O66.4)”作為“主要病況”譯碼；至於“剖腹術分娩，未特定者(O82.9)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 24〉 主要病況：雙胞胎妊娠分娩
其他病況：—
醫療處置：自然分娩

此時應以“雙胞胎妊娠(O30.0)”作為“主要病況”譯碼；而“多胎分娩，全為自然

產(O84.0)”則可作為選擇性附加譯碼。

〈範例 25〉 主要病況：足月妊娠分娩死胎，2,800 公克
其他病況：—
醫療處置：自然分娩

若無特定理由足以認定胎兒的死亡，則應譯碼為“子宮內(胎兒)死亡的母親醫療照護(O36.4)”。

O98-O99 可歸類於他處的母親疾病而併發於妊娠、生產和產褥期

當負責健康醫療照護醫師標示這些歸類病況令妊娠狀態複雜化、因妊娠而惡化或造成產科醫療照護的理由，此時所提供之 **O98-O99** 細分類項應作為“主要病況”譯碼，且選取其作為“主要病況”時，應要優先於第十五章以外的分類項，而來自其他章節的適切譯碼則可作為選擇性之附加譯碼，可使病況的描述更具特定性。

〈範例 26〉 主要病況：弓蟲症(Toxoplasmosis)
其他病況：未分娩的妊娠
專科：高危險妊娠的產前門診

此時應以“原蟲性疾病併發於妊娠、生產及產褥期(O98.6)”作為“主要病況”譯碼；而“弓蟲症，未特定者(B58.9)”則可作為選擇性之附加譯碼。

*第十八章 症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗的異常發現，他處未歸類者

本章節相關之分類項不應作為“主要病況”譯碼，除非症狀、徵候或異常發現明顯是該次健康醫療照護治療或診察的主要對象之病況，而且與負責健康醫療照護醫師所登載之其他病況不相干。進一步資訊請另行參照準則 **MB3**與第二卷第十八章之前言部份。

*第十九章 傷害、中毒與其他外因造成的特定影響

同時載明有多重傷害時，且未擇其一作為“主要病況”時，則在描述多重傷害分類可從下述多重傷害分類項之陳述中擇一合適者譯碼：

- 著落於同一身體部位(region)的同類型傷害(通常屬 **S00-S99** 分類項中第四碼細分類“.7”者)。
- 著落於同一身體部位的不同類型傷害〔通常屬各組群(block)最後一個分類項(如

S09、S19、S29 等) 中第四碼細分類“.7”者〕。

- 著落於不同身體部位的同類型傷害(屬 T00-T05)。

*注意以下之例外情形：

- 內部傷害(internal injury)只有在載明併發表淺性傷害(superficial injuries)和(或)開放性傷口，方以“內部傷害”作為“主要病況”譯碼；
- 顱骨與顏面骨的骨折併發顱內傷害時，應以“顱內傷害”作為“主要病況”譯碼；
- 顱內出血只有在載明併發頭部其他傷害時，方以“顱內出血”作為“主要病況”譯碼；還有，
- 骨折只有在被載明併發同部位的開放性傷口時，方以“骨折”作為“主要病況”譯碼。

當選取多重傷害分類項作為主要病況譯碼時，所登載之個別傷害譯碼可作為選擇性之附加譯碼。在前面所提例外之情況中，除了“主要病況”的譯碼外，伴隨發生的傷害亦可由選擇性附加譯碼或為此目的加上一特定的指數來加以完整確認。

〈範例 27〉 主要病況：膀胱及尿道傷害
其他病況：—

此時應以“多重骨盆腔器官傷害(S37.7)”作為“主要病況”譯碼；而“膀胱傷害(S37.2)與“尿道傷害(S37.3)”則可作為選擇性之附加譯碼。

〈範例 28〉 主要病況：開放性顱內傷口併發小腦出血
其他病況：—

此時應以“外傷性小腦出血(S06.8)”作為“主要病況”譯碼；至於需要時開放性顱內傷口可以“頭部開放性傷口，部位未特定者(S01.9)”之選擇性附加譯碼來加以標示，或於選定之“主要病況”譯碼之後加一指數“1”〔代表併發開放性顱內傷口〕來作特殊表示——如“S06.8.1”。

T90-T98 傷害、中毒和外因造成的其他影響[結果]後遺症

如果登載有殘餘病況之本質，則 T90-T98 即不適用於作為“主要病況”之優先譯碼。就殘餘病況譯碼時，T90-T98 可作為選擇性之附加譯碼。

*第二十章 罹病與死亡的外因

本章這些代碼不適用於作為“主要病況”之譯碼，其主要是作為選擇性之附加譯碼，以確認歸類在第十九章中病況之外因，亦可作為歸類在任何其他章節之病況但具有外因者之選擇性附加譯碼。

第五章 統計呈現

5.1 引言

本章節提出有關國際間比較統計之規定，以及國家(national)和其國內區域間(subnational)統計表資料呈現的指引。

負責資料分析的人員也應參與資料處理流程(protocol for processing；包括譯碼)之發展，不只是在診斷資料有關方面，同時也應包括交叉分類表(cross-tabulation)上的其他的各類項目。

5.2 資料來源

開具死亡證明書通常是負責健康醫療照護之(主治)醫師的責任，而死亡證明書應與國際上所推薦的格式(參照 4.1.3 節)一致。行政管理程序上，應該確保死亡證明書或其他醫療記錄的私密性(confidentiality)。

假如死亡個案是由驗屍官或其他司法機構所認定，則除了任何法律上必要的發現外，開立死亡證明書者須將任何醫療上的證據都應加以陳述。

5.3 表列中病因詳盡的層次

依據國際疾病統計分類(ICD)，列出病因譯碼表已經有許多種的標準方法，同時關於表列(lists for tabulation)方面也有正式的推介，以應國際間之比較。在其他表列上，國際疾病分類的各個層級結構(hierarchical structure)也容許了具有相當彈性的分類分組(grouping)。

ICD 的三、四碼分類項(rubric)包含的內容均相當詳細。有時候可用來產製包含整個相關資料的參考表，這些參考表可能留在世界衛生組織總部內而不一定對外公開發行出版，但在遇到要求時，仍可針對相關特定的診斷內容開放資訊的摘用。這種層次的分類同時也能供有志於在某一特定疾病診斷範圍內作研究的專科醫師所延用。為此，還可以再行加入第五碼，甚至第六碼作進一步之細分類。而這種詳細分類的譯碼會在 ICD 某些分類項或在疾病分類群(family of classification)以專科為基礎改寫的版本中付諸施行。

雖然要努力確保 ICD 四碼細分類項(subcategory)單獨存在時，其標題本身即蘊含特

定含義，但是偶而仍然需要與三碼的分類項標題一起參照研讀。當與三碼分類項標題一起研讀時，必須包括三碼分類項或使用特別改寫之四碼細分類項，其標題自可一目了然。在三碼分類層次中有 2,000 個以上的分類項，可能涵蓋公共衛生上或有意義之所有病況。

第一冊含有特殊的表列(英文原版第一冊之 1205-1231 頁)；它被用於呈部分分類以三碼來分類仍顯過於詳細時使用。而如此之設計，可使得國際間重要疾病或疾病組合(groups of diseases)比較時，不致因不同國家使用不同的疾病組合而行不通。

5.4 建議使用死亡的特殊分類表

死亡之特殊分類表(special tabulation)詳列於第一冊末之附錄(英文原版之 1207~1220 頁)。

5.4.1 精簡的分類表

二個精簡分類表(the condensed lists)——分類表一和分類表三——對每一 ICD 的章節提供了某一些類項；在大部分的章節中也可確認選取表列之類項併同剩餘類項，而標以“其餘的……”等，如此便完成了各章節涵蓋的內容。因此，通常也將 ICD 全部之三碼分類項作精簡，使其分類項數目減少至易於處理掌控之程度，便於發行出版(publication)。

5.4.2 選取的分類表

另兩個選取分類表(the selected lists)——分類表二與分類表四——包括了 ICD 大部分章節的類項，可以用來供全國性或國際性人口健康狀態及死亡相關健康病況與外因之監測分析。此部分並不提供全部章節內容，其中只有少數章節有些殘餘三、四碼之分類項，可助於獲致全貌。

5.4.3 使用前面附加數字以辨識死亡的分類表

各類項使用前面附加數字(prefixes)可以防止特殊分類表之間相同病況類項卻攜行不同數字所造成的混淆〔這些類項數字可以與 ICD 四碼代碼區分，因為 ICD 四碼細分類項之第一碼為英文字母〕。在為國家級和次國家級目的而使用改寫的分類表時，應使用另外一種前置辨識用的附加數字。

5.4.4 地區性設計的分類表

四個特殊分類表提供大多數國家有關重要疾病及死亡外因適當的資訊來源。同時

也促成如傳染病、退化性疾病等在不同時間相對頻度的比較及遞變趨勢的觀測，以得知健康計畫(health program)所顯現的成效；其亦容許同一國家內地域間及不同人口族群間的比較。此外，也使得國際間之死因比較可能富含意義。

不需要作國際間比較時，與特殊分類表(tabulation lists)相似的表(lists)可以設計為局部地區使用者。如此 ICD 分類表的分類項可以適切有用地選取與歸類，例如某些特殊分類表將可用來監測許多地方性衛生計畫在罹病及死亡率上的進展。

就全國性的需要改寫這些特殊分類表時，或是為一個新的或特別計畫而設計出的表列，須測試一下較有幫助，例如只要推計三碼分類項內之個案數，以決定將病況歸類為某一大分類項是否恰當，以及是否必須使用到細分類項等。

在建構各地區使用的表列時，精簡分類項應該包含核心分類之三碼或四碼的譯碼(code)。

5.5 罹病特殊分類表

5.5.1 描述

罹病的分類表共包含 298 個細項，是一個精簡的、每個分類項只列出一次的分類表，而且在疾病組合及 ICD 各章節的總數應該可以將各類項依序串聯加成而得。

罹病表列本欲作為國家級分類表及國與國之間比較的基礎，國家級分類表可以經由適切精簡或膨脹其核心分類而建構，這些表列適用於住院病患照護的資料，並且經適當改寫之後，也適用於門診照護及調查(survey)等其他來源的資料——值得注意的是將第十八章[症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗異常發現]及第二十一章(影響健康狀態與醫療保健服務接觸因素)相關的某些類項加以集結或擴充。在建構各地區使用的分類表時，所選用精簡分類項的要領應該包含核心分類之三碼或四碼譯碼(code)。

罹病表列中也包括星號(asterisk)分類項的代碼，可用於納入雙重分類星號代碼之分析。這些表列可用於劍號(dagger)為基礎或星號為基礎之分類表者，因此在每一表列中註明以何者為基礎相當重要。

5.5.2 罹病特殊分類表依照國家需要之修正

檢測完 ICD 三碼分類項之頻度後，假如必須擴充表列，ICD 分類項某一範圍內之一些類項可以依據核心分類再加以細分，甚或達到四碼之分類層次。假如推薦的表列過於詳細或只需要一簡短表列時，只要就國家或地方健康密切相關者選取所需即可。依據國家流行病學概括內容(epidemiological profile)，亦可將分類項合併，而以縮短或精簡分類表為之。

5.6 關於國際間比較統計表之建議

5.6.1 統計表

與病因、性別、年齡、地域分布交叉分類製表之詳細程度，全靠統計目的、範圍及分類表之實務限制來決定。以下設計乃為促進國際間互相配合相容之型式，呈現表達各種特色的標準方式。在公佈的格式中若使用不同的分類(如年齡層之分組)時，應該調整為以下所推薦的分組(或分層)之一。

(一)以 ICD 分析，應依照以下三點指示——

- (1)三碼分類項詳細表列，不管有無包括四碼細分類。
- (2)死亡特殊表列之一。
- (3)罹病特殊表列。

(二)一般目的之年齡層分組指示:

- (1) 1 歲以下、1-4 歲、5-84 歲之間以 5 歲間隔分組，以及 85 歲以上。
- (2) 1 歲以下、1-4 歲、5-14 歲、15-24 歲、25-34 歲、35-44 歲、45-54 歲、55-64 歲、65-74 歲、75 歲以上。
- (3) 1 歲以下、1-14 歲、15-44 歲、45-64 歲、65 歲以上。

(三)以地域分類應依照以下指示:

- (1) 以主要城市劃分。
- (2) 人口 1 百萬以上市鎮或衛星城鎮擴大組合之大都會區；或至少 10 萬人口以上之最大市鎮。
- (3) 人口 10 萬以上都市地區之全國性匯集(aggregate)。
- (4) 人口小於 10 萬都市之全國性匯集。
- (5) 鄉村地區之全國性匯集。

註 1. 有關(三)的統計應包括都市及鄉村的定義。

註 2. 在死亡證明書不完整或只侷限於某些區域的國家，非經醫療證實(medically certified)的死亡數字應另行公佈。

5.6.2 死因表列

一個所界定之地區死因統計應與上述推薦之(一)(1)一致；如果不可能者，與推薦

之(一)(2)一致。死因分類也應該優先以年齡、性別如推薦之(二)(1)來分組分類表為宜。

地區性如推薦(三)之死因統計，應與(一)(2)一致；假如不可得，應與(三)(3)一致。同時應該優先以如(二)(2)之年齡及性別分組分類表為宜。

5.7 有關胎兒、周產期、新生兒和嬰兒死亡標準及通報需求

以下所列之定義為世界衛生大會(World Health Assembly)所通過採行之有關國際間比較統計及通報需求，這些經世界衛生大會採行的定義已在第一冊(第 1233-1238 頁)中有所敘述呈現，為方便起見，在此亦強調如次。

5.7.1 定義

活產(live birth)

活產是指不論妊娠期多長，將受孕產物從母親中完全地排出(expulsion)或吸出(extraction)分離者；在分離後此產物(胎兒)可以呼吸或呈現其他之生命跡象(徵兆)，如心跳(搏)、臍帶搏動、或隨意肌的明確運動；不論臍帶是否切斷或胎盤是否黏附，如此出生之產物(胎兒)即可認定為活產。

胎兒死亡(死胎、死產)(fetal death, deadborn fetus)

胎兒死亡是在指不論妊娠期多長，受孕產物從母親中完全地排出或吸出分離之前即已死亡；死亡即是指胎兒分離後不能呼吸、不呈現生命跡象或徵兆，如心跳、臍帶搏動、或隨意肌的明確運動。

出生體重(birth weight)

胎兒或新生兒出生後的初次重量。

對活產而言，出生體重應於出生後第一個小時內測量，以免產後體重之顯著喪失。出生體重統計表雖以每 500 公克為分組單位，但不應該只記錄其分組，應以測量時的精確程度記錄其真正的重量。

“低(low)”、“很低(very low)”、“極低(extremely low)”之出生體重

並不互相排斥，在限定之重量值以下乃全包容性者(all inclusive)，因此有所重疊(即“低”即會包括“很低”與“極低”，而“很低”又包括“極低”)。

低出生體重(low birth weight)

2,500 公克以下(包括到 2,499 公克)。

很低出生體重(very low birth weight)

1,500 公克以下(包括到 1,499 公克)。

極低出生體重(extremely low birth weight)

1,000 公克以下(包括到 999 公克)。

妊娠(懷孕)期(gestational age)

妊娠的時間從最後一次月經的第 1 天開始起算。妊娠期以天數或週數表示(例如最後一次月經開始以後 280~286 天發生的事件就算是出現在妊娠 40 週)。

以月經週期為基礎計算妊娠期時，常引起混亂。從最後一次月經開始的第 1 天開始算起妊娠期和胎兒出生日期時，應該切記上述第 1 天應該是“第 0 天”而非第 1 天。0~6 天相當於“第 0 個完全週數(completed week zero)”，7~13 天相當於“第 1 個完全週數(completed week one)”，第 40 週妊娠相當於“第 39 個完全週數(completed week 39)”。如果最後一次月經的日期無法得知者，妊娠期就以臨床最佳估計為主，故為了避免誤解，分類表時應包括週數與天數。

早產(不足月產；pre-term)

妊娠期小於 37 完全週數(小於 259 天)的。

足月產(term)

妊娠期從 37 完全週數到 42 完全週數(259~293 天)以下。

晚產(過期產；post-term)

妊娠期在 42 完全週數(294 天)或以上。

周產期(perinatal period)

周產期始於妊娠期的 22 完全週數(154 天；此期正常出生體重為 500 公克)，至出生後 7 天內為止。

新生兒期(neonatal period)

新生兒期始於出生而終於出生滿 28 天為止，新生兒死亡(出生後 28 天內死亡者)可以再細分成早期新生兒死亡(出生後 7 天內死亡)、晚期新生兒死亡(出生後滿 7 天起到 28 天內死亡者)。

出生後 1 天內(即第 0 天)死亡的年齡必須以“時、分”之單位記錄其死亡年齡。而 2 天內(即第 1 天)、3 天內(即第 2 天)及到 27“完全天數”的生命，死亡年齡都應以“天”作單位。

5.7.2 通報規範

法律上對死胎與活產登錄的要求，在國與國之間、甚至各國之內都不相同。如果可能的話，所有胎兒和嬰兒出生時體重在 500 公克以上者，不論死活都應納入登錄，以供統計。但當出生體重資料無法得知時，應該使用相當於妊娠期(22 完全週數)或顛頂—足跟長度[即體長 crown-heel length；CHL=25 公分]的權宜標準。決定某一事件是否在周產期內發生的標準係依以下之次序：(1)出生體重；(2)妊娠期(週數)；(3)體長(顛頂—足跟長度)。國家級的統計資料應包括出生體重在 500-1,000 公克內的胎兒及嬰兒，因為有其必然的價值，且可同時增進掌握 1,000 公克以上的胎嬰兒通報的涵蓋(coverage)情形。

5.7.3 國際間比較的統計

國際間統計資料的比較，若包含極低出生體重那一組會破壞比較的正確性(validity)，故通常不推薦使用。國家應該安排登錄(registration)及通報程序，使得列入統計之各種事件與標準易於辨識。不合標準之較不成熟的胎兒或嬰兒(即 1,000 公克以下者)，除非有法律上或堅定的理由須反其道而行，否則應該在周產期統計中排除，不過須加以清楚說明。出生體重、妊娠期和體長都無法得知時，則應將其納入而非排除在周產期死亡統計之內。國家也應當呈現所有統計上之比(ratio)與率(rate)的分子和分母，限定為胎兒及嬰兒出生體重大於 1,000 公克或以上者(依體重別分層之比及比率)；當出生體重不知時，應該使用相當的妊娠期(28 完全週數)或體長(35 公分顛頂—足跟長度)。

在通報胎兒、周產期、新生兒及嬰兒死亡統計時，由於有畸形死亡的數目，宜將活產、死產應儘可能確認區辨開來，同時尋出與出生體重 500-999 公克及 1,000 公克以上互相之關聯性。由於畸形死亡之新生兒，更應該進一步細分成早期或晚期新生兒死亡，這種資料可使周產期及新生兒的死亡統計，報告呈現出有無死於畸(型)形者。

『比』和『率』(ratio and rate)

公佈的『比』和『率』應該貫常標示出其分母，換言之，即活產數或總出生數(活產加死產)。只要國家資料蒐集系統允許者，應多鼓勵呈列下列之『比』和『率』。

胎兒死亡比(fetal death ratio)

$$\frac{\text{死產數}}{\text{活產數}} \times 1,000$$

胎兒死亡率(fetal death rate)

$$\frac{\text{死胎數}}{\text{總出生數}} \times 1,000$$

胎兒死亡率，體重別的(weight-specific)

$$\frac{\text{體重達 1,000 公克以上之死胎數}}{\text{體重達 1,000 公克以上之總出生數}} \times 1,000$$

早期新生兒死亡率(early neonatal mortality rate)

$$\frac{\text{早期新生兒死亡數}}{\text{活產數}} \times 1,000$$

早期新生兒死亡率，體重別的

$$\frac{\text{早期新生兒死亡數，且出生體重達 1,000 公克以上}}{\text{體重達 1,000 公克以上之活產數}} \times 1,000$$

周產期死亡比(perinatal mortality ratio)

$$\frac{\text{死產及早期新生兒死亡數}}{\text{活產數}} \times 1,000$$

周產期死亡率(perinatal mortality rate)

$$\frac{\text{死產及早期新生兒死亡數}}{\text{總出生數}} \times 1,000$$

周產期死亡率是指每 1,000 個總出生數中，至少達 500 公克〔或妊娠期達 22 個完全週數，或體長(顛頂—足跟長度)達 25 公分以上者〕的死產，加上早期新生兒死亡之數目。因為屬不同分母，故不一定等於胎兒死亡率及早期新生兒死亡率的總合。

周產期死亡率，體重別的

$$\frac{\text{超過 1,000 公克以上之死胎數加上}}{\text{出生體重超過 1,000 公克以上的總出生數}} \times 1,000$$

新生兒死亡率(neonatal mortality rate)

$$\frac{\text{新生兒死亡數}}{\text{總出生數}} \times 1,000$$

活產數

新生兒死亡率，體重別的

$$\frac{\text{出生體重超過 1,000 公克以上之新生兒死亡數}}{\text{出生體重超過 1,000 公克以上之活產數}} \times 1,000$$

嬰兒死亡率(infant mortality rate)

$$\frac{\text{1 歲以內死亡數}}{\text{活產數}} \times 1,000$$

嬰兒死亡率，體重別的

$$\frac{\text{出生超過 1,000 公克以上之嬰幼兒死亡數}}{\text{出生超過 1,000 公克之活產數}} \times 1,000$$

5.7.4 周產期死因的呈現

為了從死亡證明書作周產期死亡統計(參照 4.3.1 節)，對所通報之全部病況必需透過是完全規模(full-scale)且多重病因(multiple cause)的分析，方可提供最大的幫助。如果這樣的分析不可行，最低要求至少要分析胎兒或嬰兒的主要疾病或病況[(a)部分]及影響胎兒或嬰兒之母親主要疾病或病況[(c)部分]，並將兩者作交叉表列(cross-tabulation)分析。若當不得不在兩者之間選擇其一時(例如，當早期新生兒死亡必須列入在各年齡層死亡的單一病因表)，則選取胎兒或嬰兒主要的疾病或病況[(a)部分]。

嬰兒死亡特別統計之年齡層分類(age classification for special statistics of infant mortality)

- (1) 以第 1 週的單一天(24 小時內，1, 2, 3, 4, 5, 6 天)、7-13 天、14-20 天、21-27 天、28 天及以上到 2 個月(但不包括 2 個月)，以及第 2 個月到第 1 年之單一個月(2, 3, 4, ...11 個月)。
- (2) 24 小時內、1-6 天、7-27 天、28 天以上到 3 個月(但不包括 3 個月)、3-5 個月、6 個月到 1 歲以內。
- (3) 7 天內、7-27 天、28 天以上到 1 歲以內。

早期新生兒死亡之年齡層分類(age classification for early neonatal death)

- (1) 小於 1 小時、1-11 小時、12-23 小時、24-47 小時、48-71 小時、72-167 小時。
- (2) 小於 1 小時、1-23 小時、24-167 小時。

周產期死亡統計之出生體重別分類(birth weight classification for perinatal mortality)

statistics)

以體重 500 公克為間隔，換言之，如 1,000-1,499 公克等。

周產期死亡統計之妊娠期分類(gestational age classification for perinatal mortality statistics)

28 週以內(196 天以內)、28-31 週(196-223 天)、32-36 週(224-258 天)、37-41 週(259-293 天)及 42 週以上(294 天以上)。

5.8 有關母親死亡標準及通報需求

5.8.1 定義

孕產有關的母親死亡(maternal death)

孕產有關的母親死亡是指無論妊娠時間或妊娠部位，婦女在妊娠時或妊娠終止或結束之 42 天內死亡者；死亡可來自與妊娠有關，或因妊娠或其處理而加劇之任何病因，但非意外或偶發病因所引起。

晚期孕產有關的母親死亡(late maternal death)

晚期孕產有關的母親死亡是指婦女因直接與間接產科死因，導致在妊娠終止或結束後 42 天以上但在 1 年之內死亡者。

妊娠有關的死亡(pregnancy-related death)

妊娠有關的死亡是指無論任何死因，只要婦女在妊娠時或妊娠終止或結束後之 42 天內死亡者。

孕產有關的母親死亡應細分成兩類：

- * 直接產科死亡(direct obstetric death)：源於妊娠狀態〔妊娠、產程（臨產）、產褥期〕的孕產或產科併發症，或源於介入、怠忽、不當治療，或來自於上述任一病因之連串事件。
- * 間接產科死亡(indirect obstetric death)：源於以往既有的疾病或因妊娠而發展出來的疾病，且並非由於直接產科之病因，卻因妊娠之生理效應而加劇。

為了改善與孕產相關的母親死亡資料品質及提供在妊娠或有關的死亡資料另類之蒐集方法，同時鼓勵妊娠終止或結束後 42 天內因產科病因死亡之登錄，於 1990 年舉行之第四十三屆世界衛生大會通過採行之建議如下——即各國宜考慮將妊娠時及死亡

前 1 年妊娠有關問題納入死亡證明書之內容。

5.8.2 國際間通報

雖然晚期死因的記錄對於國家級的分析目的有其用途，但為了國際間孕產有關的母親死亡率通報之目的，只有在 42 天的參考期之內，與孕產相關的母親死亡才應納入各種『比』及『率』之計算。

5.8.3 公佈出版與孕產相關的母親死亡率

公佈出版(孕產相關)的母親死亡率應該指明其分子[即登錄與孕產相關的母親死亡數]，且應該表示為：

- 登錄之直接產科死亡數；或
- 登錄之(直接和間接)產科死亡數。

應該注意(與孕產相關的)母親死於 HIV 疾病(B20-B24)及產科破傷風(A34)者，乃譯碼至第一章，而這些個案應包含於(與孕產相關的)母親死亡率中。

5.8.4 與孕產相關母親死亡率或比的分母

計算與孕產相關的母親死亡率或比的分母應該指明是活產數或總出生數(活產數加死產數)，如是兩者皆齊備，則應分別計算公佈之。

『比』和『率』(ratio and rate)

結果應該表示成分子對分母的比，再乘以一常數 k 值(k 可以是 1,000, 10,000, 100,000，依不同國家之喜好而異)。與孕產相關的母親死亡『比』和『率』，可以表示如下：

孕產婦死亡率(maternal mortality rate)

$$\frac{\text{直接和間接與孕產相關的母親死亡數}}{\text{活產數}} \times k$$

直接產科死亡比(direct obstetric mortality ratio)

$$\frac{\text{直接產科死亡數}}{\text{活產數}} \times k$$

與妊娠有關死亡比(pregnancy-related mortality ratio)

$$\frac{\text{與妊娠有關死亡數}}{\text{活產數}} \times k$$

5.9 歸類於界定不明病因的死亡比例

將一大部分死因歸類至第十八章症狀、徵候與臨床和實驗室檢驗異常發現，他處未歸類者，表示必須檢視或估計表列之資料可能以特定具體病因歸類至其他章節的品質。

5.10 罹病

罹病(morbidity)的資料來源可能相當廣泛。在國家或區域層次，最適於分析的數據是那些可以用來計算疾病的發生者，或至少在醫療或醫院的照護下即將發生的疾病。基本上是為了該次醫療保健照護之相關數據，這些數據在登錄罹病病因與單一病況選取的指引及定義上獲有正式的認可；其他型式的數據則尚需發展出一些地區性的規範準則。

罹病的統計問題從“罹病”的定義開始。改善罹病統計可有很大的空間，現階段國際間罹病數據的比較相當有限，而且只針對清楚界定之目的為之。國家或區域性的罹病資料必須根據其資料來源、資料品質有關知識、診斷的可信度(reliability)、人口學(demographic)及社經(socioeconomic)特徵等基礎而加以解讀或詮釋。

5.11 包括表列小計的必要宣示

某些表列中的項目事實上只是小計(subtotal)，可能對於處理之資料總不很明確，例如分類項組群(block)的標題、ICD-10 四碼表列、三碼分類項標題、以及死亡表列精簡版本內各章節標題下的項目。彙總時，這些小計必須略過，否則個案數累計會重複。

5.12 人口數少之群體的問題

當以死亡或罹病資料評估一個人口群的健康狀態時，必須考慮其人口大小多寡之影響因子。人口較寡少的國家，在簡短表列中許多分類項的年度死亡或罹病發生數將非常小，同時每年會隨機變動，特別是不同年齡層及性別更是如此。這個問題可以用下列一個或多個變通方法加以緩和：

- 以大範圍 ICD 分類項之歸類組合呈現，如包含一整個章節。
- 匯集一段較長時間的資料，例如將前面兩年及當年的資料匯集在一起而產生一個“移動性平均(moving average)”的統計數據。
- 使用最廣的年齡層分組，如 5.6.1 節及 5.7.4 節。

這種應用於人口數少之群體國家的變通方法通常也可適用於較大群體國家或其次於國家以下之次群部分。對於人口次群健康事項的調查，必須依據分析的類別，將人口次群大小的效應考慮在內。處理樣本調查(sample survey)時，通常要考慮這點；但當調查特殊族群的健康問題時，此點常被忽略。

5.13 “空欄位”及低頻度的欄位

無論是使用何種病因表列，可能會發現某些統計表中某些欄位沒有數字。當統計表中有很多空欄位，則考慮從出版資料表或電腦列印中略過這些欄位。當一種疾病在一個國家中只有偶發個案，則平常也可省略之，只是必須加上註腳，以表示沒有這些個案或是僅存在零星之偶發個案。

對於頻度相當低的欄位，特別是與疾病有關性不如預期者，必須確立個案數的存在，而且譯碼或處理之錯誤必須加以排除。為了確實保證品質管制，必須如此加以貫徹。

第六章 國際疾病分類統計發展史

6.1 早期歷史

享有盛名的澳大利亞統計學者喬治·尼布斯 George Knibbs 爵士(1706-1777)，曾稱頌首先嘗試有系統地做疾病分類[10]的佛蘭柯伊斯·波希爾·拉克洛伊斯 (Francois Bossier de Lacroix；甚至較索瓦熱斯 Sauvages)為人所熟知。索瓦熱斯版的論述係以疾病分類方法論 *Nosologia Methodica* 為標題，與索瓦熱斯同時期者，還有一位偉大的方法學家林尼厄斯 Linnaeus(1707-1778)，其論文之一即為罹患疾病種類 *Genera morbor*。十九世紀伊始，疾病分類最常用的方法是由愛丁堡(Edinburgh)的學者威廉·庫倫 William Cullen(1710-1790)在 1785 年所發表之“疾病分類方法大綱 *Synopsis nosologia methodica*”論文。

以實用目的觀之，疾病的統計研究則始自一個世紀以前的約翰·葛諾特(John Graunt)從事倫敦死亡清單(London Bills of Mortality)之研究工作。這位先驅者面對疾病分類問題時，舉例說明在沒有死亡年齡記錄時，如何計算六歲以前小孩死亡比例之分類。他將死亡分類為鵝口瘡(thrush)、痙攣抽搐(convulsion)、佝僂病(rickets)、牙齒(teeth)和蠕蟲病(worms)、流產(abortive)、新生兒(chrysome)、嬰兒(infants)、肝腫大(livergrown)、悶死(overlaid)，而且有一半之死亡個案可歸因於天花(smallpox)、水痘症(swinepox)、麻疹(measles)、和沒有抽搐的寄生蟲疾病。儘管這分類顯得粗糙，但他所估計出六歲以前的死亡中有 36%在後來得到印證。之後接下來的三個世紀，雖然對疾病分類在科學之準確度上有些貢獻，但由於分類的困難，有許多人質疑蒐集統計疾病或甚至死因的用處，此可以引用梅杰·格林伍德(Major Greenwood)之名言：「坐等醫學統計直至疾病分類準而又準的純科學派學者，並不比坐等河水退去之霍勒斯 Horace 的鄉民更聰明」[11]。

所幸，隨著預防醫學的進步，1837 年之在英格蘭及威爾斯的一般登錄事務局 (General Register Office of England and Wales)找到第一位醫學統計學家威廉·法爾 William Farr(1807-1883)，不僅將可得之不完整疾病分類作最佳的利用，而且其亦朝較

佳分類及促使應用方面的國際統一。

威廉·法爾發現到在其當代所應用於公共服務上之庫倫 Cullen 分類法，並未修訂以反映出當下醫療具體化的進展，在統計目的運用上也不讓人滿意。因此在第一次一般登錄年報(Annual Report of the Registrar General)[12]中，他討論到了有關應該包括疾病統計分類及一致性的原則如下：

儘管不完整，但統計命名一致性的好處相當明顯，令人驚訝的事是眾人使用的死亡統計表(Bills of Mortality) 竟然沒人注意到。在很多情況下，每種疾病有三到四個名詞來代表，並且每個名詞又可以適用於很多不同的疾病；模糊、不便的名詞也被使用著，或者經登錄者為併發症而非原始之基本疾病。命名系統的重要性有如同物理科學上重量及測量，應迅速定下來，不能延遲。

一般登錄事務局每年接受威廉·法爾寄來登於一般登錄年報的信，其中即表示命名及統計分類需要經常研究及考量。1853 年在布魯塞爾舉辦的第一屆國際統計會議中，強烈地確認須利用一致的死因分類，因此會議便決議要求在日內瓦(Geneva)的威廉·法爾及馬克伊斯派恩(Marc d'Espine)準備國際通用及一致的死因分類。1855 年在巴黎舉行的第二屆國際統計會議中，威廉·法爾和伊斯派恩提出二種依據不同原則分立的死因分類表。威廉·法爾的分類系統共有五大類—即流行疾病(epidemic diseases)；依體質(一般 constitutional, general)疾病、依照解剖部位排列的局部疾病、發育的疾病、暴力結果的疾病等；伊斯派恩則依照疾病的本質分類(如痛風、疱疹及血液病等)。最後，大會折衷採納 139 個分類項的表列。這個分類在 1864 年巴黎依照威廉·法爾模式作為基礎進行修正，後來在 1874 年、1880 年及 1886 年又多次修正，雖然這些分類未被普遍接受，但由威廉·法爾提出一般性的編排，包括以解剖部位歸類疾病的原則，卻留存而為國際死因分類表的基礎。

6.2 國際死因表的採行

承辦國際統計會議任務的國際統計學會(International Statistical Institute)，於 1891 年在維也納舉行的國際統計會議中，組成了一個委員會，負責籌備所有的死因分類。此委員會乃由巴黎統計服務中心的主持人—傑克斯伯特隆 Jacques Bertillon(1851-1922)來擔任主席。

有趣的是，他是著名植物及統計學家亞契列吉拉(Achille Guillard)的孫子，而吉拉乃是曾在 1853 年所舉行的世界第一屆國際統計會議中，提案要求威廉·法爾及伊斯派恩籌備統一分類系統的學者。1893 年，由伯特隆在芝加哥的國際統計研究所提出委員會的報告被正式接納採用。伯特隆有關分類的報告是以巴黎所使用的死因分類為基礎，並於 1885 年修訂，也綜合了英國、德國及瑞士的分類方法。威廉·法爾採行之分類原則乃是將一般疾病及特定器官或解剖部位之疾病加以區分。為了與吉勞美(L.

Guillaume；瑞士聯邦統計局局長)在維也納大會上所提出的建議一致，柏特隆將其分類系統共分三大種類——44 種精簡標題的分類系統(abridged classification)、99 種標題的分類系統、以及另外之 161 種標題的分類系統。

此份最早被稱為“柏特隆死因分類系統”獲得一般的認同，並被許多個國家及城市所採用。它最早是被耶穌 E·蒙亞拉(Jesus E. Monjaras)於北美洲所使用，用來統計墨西哥聖路易波多西市(San Luis de Potosi；Mexico)之資料[13]。1898 年，美國公共衛生學會在加拿大渥太華(Ottawa；Canada)舉行會議時，建議加拿大、墨西哥及美國官方採用柏特隆之分類系統，學會並建議此分類系統每十年應修訂一次。

1899 年在克利斯汀尼亞(Christiania)舉行的國際統計研究所之會議中，柏特隆發表了此分類系統的新進展，其中採納包含了美國公共衛生學會所建議的每十年一次的修訂新版事宜，於是國際統計研究所便通過了以下的結論[14]：

- * 國際統計研究所確信各國之間應使用可比較命名系統的必要性。
- * 北美洲及部分南美洲、部分歐洲地區的統計機構應學習採用 1893 年所提出的死因命名系統。
- * 極力堅持所有歐洲的統計研究所原則上須採用此命名系統，並且不得自行修訂。
- * 認可美國公共衛生學會在渥太華會期中所提議，確立了至少在一般情況下須每十年修訂一次的原則。
- * 督促尚未遵循此一系統的統計機構，毫不猶疑地儘速加入遵循此系統的陣容，以利於死因命名上之相互對照比較。

1900 年 8 月法國政府於在巴黎召開第一次大型之死因分類國際研討會，來修訂柏特隆版之分類表或國際死因表。共有來自 26 個國家的代表參與此次研討會，終於在 1900 年 8 月 21 日將死因詳細分類出 179 個一般類組及 35 個簡短類組，也訂出每隔十年重新修訂改版的大原則，而當時法國政府也被要求召開 1910 年第二次的死因分類國際研討會。事實上後來於 1909 年便已召開此第二次修訂大會，法國政府也就再接再厲的召開爾後在 1920 年、1929 年及 1938 年等之第三、四、五次死因分類國際修訂研討會議。

柏特隆在國際死因分類的制定上一直是主導力量，1900 年、1910 年及 1920 年的修訂改版工作都應歸功於他的主導。1920 年他曾以國際研討會秘書長的身分，寄出 500 份以上的修訂草案內容徵求他人的修訂意見，而當他於 1922 年去世後，造成了研討會頓失重心、群龍無首的困境。

國際統計研究所在 1923 年的會期中，柏特隆在法國的繼承者麥可修伯(Michel

Huber)深感研究所缺乏領導人，於是他為國際統計研究所引進一改革方案以強化 1893 年國際死因分類系統，同時與其他國際性的組織合作以為接續之新版修訂作籌備。而在同一個時期，國際聯盟衛生組織 (Health Organization of the League of Nations)對生命統計也有相當積極的興緻，並指派統計專家組成委員會，致力於研究疾病及死因之分類，以及醫療統計領域的其他問題。德國衛生處醫學統計中心主任羅素(E. Roesle)，同時也是此委員會之成員，他在其準備之專論書籍(monograph)中提到了 1920 年國際死因分類表列分類項的擴增勢在必行，才能將此分類系統應用在罹病之表列上，這篇專論研究在 1928 年由國際聯盟衛生組織所出版[15]〔*國際聯盟為第一次世界大戰後所成立之類似於今日聯合國的國際組織，簡稱國聯〕。為了協調整合兩個機構相關的工作，於是成立了一個國際性委託之任務編組—即“聯合任務委員會(Mixed Commission)”。委員會中，國際統計研究所與國際聯盟衛生組織的人馬各佔一半。此委員會陸續擬定了第四(1929)及第五(1938)次修訂版的“國際死因表”草案。

6.3 第五次十年為期的修訂研討會

與先前幾次一樣，修訂第五次國際死因表的國際研討會係由法國政府召集，並於 1938 年 10 月在巴黎舉行。研討會中通過了三個分類表：一為 200 個標題的詳細分類表，一為 87 個標題之中度分類表，以及 44 個標題的精簡分類表。除了與科學進展同步修訂之外，特別在感染症、寄生蟲疾病，以及產褥病況、意外事故的章節有所改變之餘，研討會盡量在內容、數字、甚至類項的編號上少有變動。死產(stillbirth)的病因表也在該次會中抽出送交大會批准通過。

至於罹病統計之疾病分類，研討會認為對疾病分類表的需求日增，也需要符合不同單位的統計需求，如健康保險單位、醫院、軍醫院、衛生行政單位及其他等。因此採用以下的解決方法[16]：

國際疾病分類表

由於編組國際疾病表列的重要性可對應於國際死因分類表：研討會推薦如 1929 年國際統計研究所及國際聯盟衛生組織所指派的聯合任務委員會，負責籌備國際疾病表，但須照會聯繫相關專家及代表單位。等到國際疾病表編組後，研討會推薦到目前各國使用的分類表應該儘可能併入詳細的國際死因表系統(章節數目、標題及方括弧內的次標題)。

會議更推薦美國政府應該持續進行有關聯合死因統計處理研究[16]，如以下的解決方法：

死亡證明書及超過一個死因以上時的選擇〔聯合死因(joint causes)〕

雖然在 1929 年，在死亡證明書上超過有兩個以上的病因時，美國政府有足夠能力執行選擇主要死因分類表方法一致化的研究；然而，從多數的調查或幾個國家的籌備過程中，突顯了此問題的重要性，仍無法完全解決。依照這些調查，不同疾病之間死亡率的國際比較性，不只是選擇主要死因的問題，而且還有許多其他問題要解決；

- * 由衷感謝美國政府對此工作的完成或聯繫促成。
- * 要求美國政府繼續下個十年的調查，並與其他國家及組織廣泛合作。
- * 建議未來調查時，美國政府應設立包含國家及組織代表的次級委員會，以參與調查之聯繫。

6.4 以前罹病統計的疾病分類

到目前討論為止，疾病分類呈現幾乎完全與死亡原因統計有關，但是威廉·法爾認為應該將“命名系統延伸到非致命的、但使人失能的疾病。現在已經在陸軍、海軍、醫院、監獄、精神[心智]病收容所(asylums)、每個公眾機構、疾病社群、以及如愛爾蘭之進行人口普查的國家，故這些地方所有人的疾病是可以估算的”[9]。因此，在他呈報到第二屆國際統計會議之疾病命名與統計分類報告(Report on nomenclature and statistical classification of diseases)中，將與致死疾病影響人類健康的許多疾病，納入在一般分類表中。1860 年在倫敦舉行第四屆國際統計會議中，佛羅倫斯·南丁格爾(Florence Nightingale)便催促採用威廉·法爾的疾病分類，以作為在醫院統計一致化計畫書(Proposals for uniform plan of hospital statistics)內容中醫院之罹病表列。

1900 年在巴黎的第一次國際修訂研討會中修訂柏特倫之死因分類，也採用平行的疾病(disease)分類，以作為生病(sickness)統計之用。1909 年的第二次會議也採用如此之平行表列。對於非致死性疾病之額外分類項也由某些死因分類項細分成二到三組，其中皆以英文字母為代表。

1910 年美國商業及勞工部(United States Department of Commerce and Labor)將第二次十年為期之修訂會議報告翻譯成英文版而發行於世，並將標題冠以“國際生病與死亡原因之分類(International Classification of Causes of sickness and death)”。其後來改版時將某些類組融入到詳細的國際死因表中。第四次的國際修訂會議則採不同於詳細的國際死因表中的疾病分類，只再加入 12 個標題加以細分之。但這些國際疾病分類並無法被廣泛接受，因為其只有將基本死因表作有限度之擴張。

由於缺少可以滿足疾病致統計應用的統一性疾病分類，許多國家認為有必要準備編製本國的分類表。加拿大自治領衛生委員會(Dominion Council of Health)籌備標準罹病代碼(Standard Morbidity Code)，並於 1936 年公布。其主要代碼的細分是以 1929 年國際死因表之 18 個章節為代表，而且這些可以再細分成 380 個特定的疾病分類項。1938 年的第五次會議，加拿大代表提出此表列之修正，以作為國際原死因或病因表列的基

礎。雖然沒有採取進一步的行動，但會議已接受以上之解決方式(參照 6.3 節)。

1944 年在英國與美國均出版疾病及傷害分類的暫行版本，作為罹病統計表列之使用；兩國的分類系統都比加拿大來得廣泛，但仍依照國際死因表列的順序排列。英國的分類由 1942 年 1 月成立之醫療研究委員會(Medical Research Council)下的醫院罹病統計委員會(Committee on Hospital Morbidity Statistics)所籌辦，其標題為“用於匯集整理罹病統計之疾病和傷害暫行分類”[17]，目的在提供配置計畫(scheme)，蒐集登錄英國住院資料，並使用標準的疾病與傷害分類，故為政府或全國其他機構普遍使用。

1940 年 8 月，美國公共衛生服務署之一般外科醫師部門以及人口普查局局長聯合發表罹病統計的疾病及傷害表[18]。其代碼乃由公共衛生服務署中之公共衛生方法學部門及一般外科指定之顧問委員會所制定。依診斷代碼、包含內容之表列、以及索引等所編撰的罹病統計表列診斷代碼的病因譯碼手冊(Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics) 於 1944 年出版。這些代碼在美國一些醫院、許多志願性醫院保險計畫、醫療照護計畫、以及其他特殊研究單位中被使用。

6.5 美國聯合死因委員會

為與第五次國際修訂研討會同步一致，1945 年美國國務卿指定成立了美國聯合死因委員會(United States Committee on Joint Causes of Death)，而由羅威爾·瑞德(Lowell J. Reed；約翰霍浦金斯大學生物統計學教授)主持，委員會中的成員和諮詢顧問，包括來自加拿大、英國以及國際聯盟之衛生部門代表。委員會體認到罹病及死亡相關統計分類表思潮的一般趨勢，並在決定聯合死因之前，從罹病及死亡原因的觀點來作分類的考慮，因為聯合死因的問題隸屬於這兩種統計。

委員會也考量到，前次國際會議推薦解決國際疾病表的部分——“各國所使用的分類表，應儘可能與國際詳細的死因表一致”。罹病及傷害的分類應該與死因分類有密切的關係，如此在基本上將兩者當成是不同的分類表者，乃源自錯誤的信念；認為國際分類表是末期病因的一覽表；事實上，它是基於罹患病況，而罹患病況啟動後，最終可導致死亡的結果。委員會也深信，為了充分利用罹病及死亡兩種統計，不只是對兩種目的之疾病分類可互相比較，同時各自也應有單一目的之分類表。

再者，日增的統計機構正使用著包括生病及死亡的醫療記錄，甚至只有在編組罹病統計的機構，對致死及非致死之個案都必須譯碼，因此單一表列可大大加速譯碼的作業，它也提供了罹病及死亡統計比較的一般基礎。

因此，一個次級委員會被指定成立，為的是要籌備疾病、傷害及死因之統計分類(Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death)草案，草案在各不同國

家如加拿大、英國及美國試用、修正後，最後為委員會所通過且實行。

6.6 國際疾病分類表的第六次修訂(ICD-6)

1946 年 6 月及 7 月在紐約市舉行了國際衛生研討會議(International Health Conference)[19]，並且委託了以下任務給世界衛生組織之臨時委員會(Interim Commission of the World Health Organization)。

回顧一下既存的機構，如果必須另有所籌備，則必須與下列相關：

- * 往後十年為期的“國際死因分類表”之修訂(包括 1934 年國際協議認可採行有關死因統計之分類表)
- * 建立國際罹病病因之分類表

為了完成這個責任，臨時委員會也指定了一個專家委員會，來籌備第六次十年為期的國際疾病及死因分類表的修訂研討會議。

委員會充分考慮到攸關罹病與死因分類的普遍意見，審視修訂了前面美國聯合死因委員會所提之分類草案。

由此產生的分類，歷經數次各國政府的編勘校正的疾病及死亡統計，最終以“國際疾病、傷害及死因分類(International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death)”為標題、意見和建議。若有回覆者，專家委員會考慮將回覆意見融入，為達成最佳的修訂版本以改善其利用率及接受程度。委員會也在分類標題下，編訂了診斷名詞及用語之表列，同時也指定次級委員會準備完整周延的英文字母索引，以便分類時能歸類到正確適當的分類項中。

委員會也考慮到罹病和死亡統計發行，以及病因之特殊表列結構與用途，並研究其他有關死亡統計之國際比較性的問題，例如醫療診斷證明書格式及分類準則。

藉著在 1938 年第五次修正會議閉幕時簽定協議，法國政府於 1948 年 4 月 26 至 30 日在巴黎召開第六次國際疾病與死因表列修訂研討會議。會議委託法國當局主管機構及世界衛生組織組成聯合秘書處，根據 1946 年由各政府代表參加國際衛生大會後的結論安排之下，進行籌備工作[19]。

修訂研討會議通過了第六次國際表列修訂研討會之專家委員會準備的修訂分類系統草案，作為第六修訂版之國際疾病、傷害及死因分類表[20]。同時也考慮專家委員會在其他罹病和死亡統計相關編排、表列及發行的提案。修訂研討會通過國際死亡證明書之格式，接受潛在死因作為最主要的分類表原死因或病因，並為潛在原死因及罹病死亡資料特殊表列之選取準則背書。研討會同時也推薦世界衛生大會應採行世界衛

生組織章程第 21 條 b 款之規定，引導會員國在編排罹病及死亡統計時要與國際統計分類同步一致。

1948 年第一屆世界衛生大會為第六次修訂研討會之會議報告背書，並採用以該會議所推薦內容為基礎之相關規定作為世界衛生組織章程第 1 條，包括有界定分類項內容表列的國際分類系統、死亡證明書格式、分類準則與特殊表列等，均被納於國際疾病、傷害及死因統計分類手冊(*Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injury, and Causes of Death*)之部分內容[21]。該手冊包括有兩卷，第二卷即是被譯碼至適當分類項之診斷名詞及用語的英文字母索引。第六次十年為期的修訂研討會議，在國際生命及衛生統計上開啟了一新的里程碑。除了認可了對死亡和罹病的完整表列，以及對選取潛在死因有一定的準則外，也推薦對於生命及衛生統計採行一個完整的國際合作計畫。計畫中有一項重要的建議，就是政府應設立生命及衛生統計的國家委員會，以便協調統合國內之相關統計活動，並可作為國家統計研究所與世界衛生組織聯繫的管道。另外，不管單獨或與其他國家委員會合作，也應進一步正視這樣的國家委員會研究具有公共衛生上重要性的統計問題，並可讓世界衛生組織使用其調查結果。

6.7 第七次及第八次的修訂(ICD-7 & ICD-8)

國際疾病統計分類第七次的修訂研討會議在世界衛生組織的贊助之下，於 1955 年 2 月在巴黎舉行[22]，其與世界衛生組織衛生統計之專家委員會的推薦同步一致，該次的修訂僅侷限於一些基本的改變、錯誤和不一致之處的修訂等[23]。

第八次的修訂研討會議由世界衛生組織於 1965 年 7 月 6 日至 12 日在日內瓦(Geneva)召開[24]。這次修訂比第七次更徹底，但分類的基本架構及疾病分類的哲學思維理念仍舊維持不變，可能的話，乃是依據病因而不是特殊疾病之表徵來作疾病歸類。

在國際疾病統計分類第七及八次修訂版使用的歲月裏，使用國際疾病統計分類作為醫院病歷登錄指標之情形快速增加，某些國家更編製國家適用本提供附加細節，使得國際疾病統計分類(ICD)可被應用得更為深入。

6.8 第九次的修訂(ICD-9)

國際疾病統計分類第九次修訂之國際研討會由世界衛生組織在 1975 年 9 月 30 到 10 月 6 日在日內瓦召開[25]。會議中主要討論到，除了有更新的分類外，不應有太多的更動，每次分類修訂時，主要是必須花費在改寫新的數據處理系統(*data-processing system*)。由於愈來愈多人對國際疾病分類有興趣，為了有所回應，故一方面是藉由修改疾病分類系統本身，另一方面則是須引進特別的譯碼方法。很多代表方式是由有志

於將國際疾病統計分類(ICD)使用在其專科領域統計的專科醫師團體所為之。某些分類主題範圍被視為不當之編排，並且有相當壓力要更詳細深入，同時也為了疾病分類系統之改寫更便於用來評估醫療照護有關方面；故藉由將病況歸類至身體被部分影響的章節來配合因應，而非一般潛在之廣泛性疾病。另外一端，也有些來自與過於詳細複雜分類系統無關之國家和區域的代表性，其還是需要國際疾病統計分類以便評估健康照護及疾病控制的進展。

最後提出且被修訂會議接受的計畫提案，保留了國際疾病統計分類的基本架構，雖然也有在四碼細分類層次及某些選擇性五碼的更細分類方面更為詳細深入。為了不需如此詳細分類之使用者設想，確保三碼層次的類目至少是必須且適當的。

為顧及使用醫療照護做統計及指標之使用者，第九次修訂版納入了診斷陳述選擇性歸類的另類方法，包括一般疾病及特殊器官或部位表徵的資訊，這套系統成為熟知的劍號及星號系統(dagger and asterisk system)，已持續保留至第十次之修訂版。許多其他技術上的創新也包含在第九次修訂版，目的是增加不同情況下適用之彈性。

第二十九屆世界衛生大會也依照第九次國際疾病統計分類之國際修訂研討會議的結果，批准把用於實驗目的的損傷、殘障及臨床醫療處置的補充分類，以作為國際疾病之補充部份，但非國際疾病統計分類(ICD)之主體部分。會議中也針對很多相關的技術主題提出建議，包括

死因譯碼準則稍作修正：

- * 首次引用罹病單一病因分類表的選取準則；
- * 改正延伸周產期死因統計之定義；
- * 推介周產期死因診斷證明書；
- * 鼓勵許多國家進一步在執行多重病況下譯碼及分析工作，但尚無推薦正式的方法；
- * 產製(ICD)基本分類表。

6.9 第十次修訂的籌備(ICD-10)

即使在第九次國際修訂研討會之前，世界衛生組織一直著手籌備第十次之修訂改版事宜。由於體認到國際疾病統計分類 (ICD)應用的大規模擴張，因此必需重新徹底思考它的架構，並盡力設計發展出一穩定且具有彈性的分類架構，而且也不應該要求花費多年的時間來變更基本架構。因此，世界衛生組織之疾病分類合著中心便被要求主持 ICD-10 之修訂改版事宜，以建立另類替代架構的實驗模式。

同時，以十年為期之修訂間隔過短的共識已逐漸明朗化。在修訂的工作過程中，必需在現版之 ICD 使用夠長的時間之前，即已開始著手修訂事宜，方能作完整的評

估，主要是必須照會那麼多的國家及組織，使得修訂工作過程變得冗長不堪。原本應在 1985 年舉行的第十次國際修訂研討會議，世界衛生組織秘書長因上述因素而致函各會員國，並取得共識，同意將第十次修訂改版之國際研討會從原先安排的 1985 年延至 1989 年，而正式之引用亦延至 1989 年，也使得 ICD-10 之引進延遲至 1989 年。除了容許 ICD 架構的另類替代模式之實驗性測試之外，同時也容許對第九次修訂版的評估時間，例如可透過世界衛生組織各大分區之部份分署來策劃召開會議，加上世界衛生組織總部的調查，以匯集檢討評估意見。

延伸的工作計畫在進行 ICD 第十次修訂改版時達到極至，這些內容都集中於第一冊第十次修訂改版之國際研討會議報告中。

參 考 文 獻

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), second ed. Geneva, World Health Organization (WHO), 1990.
2. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC). New York, American Cancer Society (ACS), 1968.
3. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago, College of American Pathologists, 1965.
4. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED), Chicago, College of American Pathologists, 1976.
5. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization (WHO), 1992.
6. International classification of procedures in medicine (ICPM). Vols 1 and 2. Geneva, World Health Organization (WHO), 1978.
7. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization (WHO), 1980.
8. International Nomenclature of Diseases. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization(WHO); for details of individual volumes, see text.
9. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. P. 73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease, and Causes of Death and its Revision. Medical Journal of Australia, 1929,1:2-12.
11. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p.99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
14. Bulletin of the Institute of International Statistics, 1900, 12:280.
15. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidite devant servir a etablir les listes speciales des causes de morbidite . Geneva, League of Nations Health Organization 1928 (document C. H. 730).
16. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).

18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
19. Official Records of the World Health Organization (WHO), 1948, 11, 23.
20. Official Records of the World Health Organization (WHO), 1948, 2, 110.
21. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organization (WHO), 1949.
22. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organization(WHO), 1955 (unpublished document WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization(WHO), 1211 Geneva, 27, Switzerland.
23. Third report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO)Technical Report Series, No, 53).
24. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organization (WHO), 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization (WHO), 1211 Geneva 27, Switzerland).
25. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Volume 1. Geneva, World Health Organization (WHO), 1977.
26. International statistical classification of impairments, disabilities, and handicaps [ICIDH]. Geneva, World Health Organization (WHO), 1980.
27. International statistical classification of functions, disabilities, and health[ICF]. Geneva, World Health Organization (WHO), 2001.

索引 (依英文字母排序)

A

- Abnormal findings 異常發現
- Abortion, complications 流產，其併發症
- Accidents 意外
- Acute and chronic conditions 急性及慢性病況
- Age classification 依年齡層分類
- Alcohol 酒精
- Alphabetical Index (Volume 3) 英文字母索引(原 WHO 第三冊)
- arrangement 編排
 - code numbers 譯碼、代碼
 - conventions 常規(慣例)
 - structure 結構
- “And” in titles 標題中之「與、和、及」
- Angina pectoris 心絞痛
- Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA) 國際牙科及口腔(學)科
疾病分類的應用
(簡寫 ICD-DA)
- Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics (ICD-R & O) 國際風濕(學)科及骨(學)科
疾病分類的應用
(簡寫 ICD-R & O)
- Area classifications 依地區性分類
- Asterisk categories(see also Dagger and asterisk system) 星號分類項
(另參照劍號及星號分類系統)
- Asthma 哮喘、氣喘
- Atherosclerosis 動脈粥樣硬化

B

- Bacterial agents 細菌原(細菌性因子)
- Bertillon, Jacques 傑克斯·柏特隆 (人名)
- Biological substances, poisoning by 生物性物質，因其中毒
- Birth(s) 出生、生產
- live 活產
 - registration 登錄、登記
- Birth weight 出生體重

classification	分類
extremely low	極低
low	低
very low	非常低
Blindness	眼盲、失明
Blocks of categories	分類項組群
Blood and blood-forming organs, diseases of Bossier de Lacroix, Francois(Sauvages)	血液、造血器官，其相關疾病 佛蘭柯伊斯·波希爾拉克洛伊斯 (索瓦熱斯)(人名)
Brace	大括弧
Brackets, square	方括弧、中括弧
Bronchitis	支氣管炎
Bronchopneumonia	支氣管性肺炎
C	
Cancer(see also Malignant neoplasms)	癌症(另參照惡性腫瘤)
Carcinoid syndrome	類癌症候群
Carcinoma	上皮細胞癌
Carcinomatosis	上皮細胞癌
Cardiac arrest	心跳停止(停搏)
Cardiac arrhythmias	心律不整
Cause(s) of death	死因
assumption of intervening	中介之假設
certification see Death certificate	診斷證明書 [參照死亡證明書]
consistency between sex and diagnosis	性別與診斷一致性
definition	定義
duration of disease and	病程及
expressions indicating doubtful	標示疑似診斷的表示
diagnosis	
interpretation of entries	(死因)登錄解說
joint, history of classification	合併，其分類歷史
modification	修正
modification rules	修正準則
originating antecedent	肇因、肇始病因
General Principle	一般原則
selection rules	選取準則
sequence	因果次序

statistical presentation	統計呈現
underlying	潛在
notes for use in coding	用於譯碼之要點
selection procedures	選取過程
summary of codes not to be used	未選用之譯碼彙總
Cerebrovascular disease	腦血管疾病
Chapters	章、章節
Childbirth	生產
Chorea	舞蹈症
Chromosomal abnormalities	染色體異常
Circulatory diseases	循環疾病
acute or terminal	急性或末期的
malignant neoplasms and	惡性腫瘤及
postprocedural	醫療處置後
Classification of disease	疾病分類
diagnosis-related	診斷相關的
history	歷史
non-diagnostic	非診斷的
principles	原則
Clinical findings, abnormal	臨床發現，異常的
Coding, basic guideline	譯碼，其基本指引
Colon	冒號
Combination categories	組合分類項
Community-based information	社區為主的資訊
Conduction disorders	傳導疾患(障礙、病症、異常)
Congenital malformations/deformations	先天畸形/變形
Conventions	常規(慣例)
Council for International Organizations of Medical Sciences(CIOMS)	國際醫療科學組織會議 (簡寫 CIOMS)
Cross-references	交互參照或參考
Crown-heel length	顱頂—足跟長度
Cullen, William	威廉·庫倫(人名)
D	
Dagger and asterisk system	劍號及星號系統
morbidity coding	罹病譯碼
Death, causes of see Cause(s) of death	死亡，肇因於...(參照死因)
Death certificate	死亡證明書

perinatal	周產期
Definitions	定義
Dehydration(volume depletion)	脫水(體液量耗竭)
Delivery	分娩
Dentistry	牙科
Dermatology	皮膚科
D'Espine, Marc	馬克·伊斯派恩(人名)
Diabetes mellitus	糖尿病
Digestive disorders, postprocedural	消化道疾患，醫療處置後
Disabilities	失能
Disease classification see Classificaion of disease	疾病分類
Drugs, poisoning by	藥物、藥品，因其中毒
Dual coding	雙重譯碼
Duration of disease, mortality coding and	病程，死亡譯碼及
E	
Ear and mastoid process, disease of	耳與乳突，其疾病
Early/late stages of disease	疾病初期/晚期
Early neonatal death	早期新生兒死亡
Early neonatal mortality rate	早期新生兒死亡率
weight-specific	體重別的
Ectopic pregnancy, complications	異位妊娠[子宮外孕]，其併發症
Embolic disorders	栓塞性疾患
Emphysema	肺氣腫
Endocrine diseases	內分泌疾病
Erysipelas	丹毒
Exclusion terms	排除用語
External causes	外因
morbidity	罹病
mortality	死亡
Eye and adnexa, diseases of	眼與附器，其疾病
F	
Facial fractures	顏面骨折
Farr, William	威廉·法爾(人名)
Females, categories limited to	女性，限於女性的分類項
Fetal death	死胎

definition	定義
registration	登錄、登記
reporting criteria	通報規範
statistics for international comparison	國際間比較之統計
Fetal death rate	死胎率
weight-specific	體重別的
Fetal death ratio	死胎比
Fetopelvic disproportion	胎頭骨盆比例不稱
Fifth/subsequent character levels	第五或以下(接續)之分類碼
Four-character subcategories	四碼細分類項
statistical presentation	統計學呈現
use	使用、選用

G

General Principle, cause of death	一般原則，死因
Genitourinary disorders, postprocedural	生殖泌尿系統疾患，醫療處置後
Gestational age	妊娠週數
classification	分類
Glossary descriptions	專有名詞(辭彙)描述
Graunt, John	約翰·葛諾特(人名)

H

Haemophilia	血友病
Handicaps	殘障
Health Organization of the League of Nations	國際聯盟之衛生組織
Health services, contact for reasons other than illness	就醫，以病痛外的理由接觸健康(醫療保健) 服務
Hearing loss	聽力喪失
Heart disease	心臟疾病
Heart failure	心臟衰竭
Hemiplegia	半身偏癱
“Highly improbable” relationships	“極不可能的”關係
HIV disease see Human immunodeficiency virus disease	愛滋病(參照人類免疫力缺乏病毒疾病)
Huber, Michel	麥可·修柏(人名)
Human immunodeficiency virus[HIV] disease	人類免疫力缺乏病毒疾病
maternal death	母親死亡

morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
Hyperalimentation, sequelae	靜脈營養，其後遺症
Hypertension	高血壓
essential (primary)	本態(原發)性
secondary	續發性
Hypertensive conditions	高血壓性病況
I	
ICD-10	國際疾病分類第十修訂版
basic structure and principles	基本結構及原則
diagnosis-related classifications	診斷相關之分類
family of disease and health related classifications	疾病與健康相關分類群
history of development	發展史
method of use	使用方法
non-diagnostic classifications	非診斷之分類
preparations for	事前的籌備
purpose and applicability	目的及應用
role of WHO	世界衛生組織的角色
Ill-defined conditions	界定不明的病況
Impairments	損傷、障礙、不全
Inclusion terms	包含用語
Infant mortality	嬰兒死亡
age classification	依年齡層分類
Infant mortality rate	嬰兒死亡率
weight-specific	體重別的
Infectious agents	感染原
Infectious and parasitic diseases	感染症及寄生蟲疾病
malignant neoplasms and	惡性腫瘤及
morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
sequelae	後遺症
Infertility	不孕症
Inflammatory diseases of central nervous system	中樞神經系統發炎性疾病
Influenza	流行性感冒

Injuries	傷害
dual coding	雙重譯碼
morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
sequelae	後遺症
International Classification of Causes of Sickness and Death	國際病因及死因分類
International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death	國際疾病、傷害及死因分類
seventh revision	第七修訂版
eighth revision	第八修訂版
ninth revision	第九修訂版
tenth revision see ICD-10	第十修訂版(參照 ICD-10)
International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)	國際腫瘤學疾病分類 (ICD-O)
International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)	國際損傷、疾患不全、失能及殘障分類 (簡寫 ICIDH)
International Classification of Musculoskeletal Disorders (ICMSD)	國際肌肉骨骼疾患分類 (簡寫 ICMSD)
International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)	國際醫療處置分類 (簡寫 ICPM)
International Coding Index for Dermatology	國際皮膚科譯碼索引
International List of Causes of Death	國際死因表列
fifth revision	第五修訂版
sixth revision	第六修訂版
International Lists of Diseases	國際疾病表列
International Nomenclature of Diseases (IND)	國際疾病統一命名系統
International Statistical Institute	國際統計學院
Intracranial injury	顱內傷害
Ischaemic heart disease	缺血性心臟疾病
 K	
Kidney, contracted	腎，縮小的
 L	
Laboratory findings, abnormal	實驗室檢驗發現，異常的

Lay reporting	非專業之報告
Lead terms	關鍵或主要名詞及用語
Length, crown-heel	長度，顛頂—足跟
Linkage	聯結、聯貫、聯合
by code number	以譯碼
summary	其彙總
causes of death	死因
Linnaeus, Carolus	卡羅勒斯·林奈(人名)
Live birth	活產
Lung neoplasms	肺腫瘤
M	
Males, categories limited to	男性，限於男性的分類項
Malignant neoplasms	惡性腫瘤
circulatory disease and	循環疾病及
implied malignancy	隱示惡性腫瘤
independent (primary) multiple sites	獨立性(原發性)多重部位
infectious diseases and	傳染性疾病及
metastatic	轉移性
morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
multiple sites	多重部位
primary site indicated	原發部位標示者
primary site unknown	原發部位不明者
sites with prefixes or imprecise	前面附加方位描述或
definitions	定義不明確的部位
unspecified site	未特定部位者
Malnutrition, sequelae	營養不良，其後遺症
Maternal death	孕產婦死亡
late	晚期
Maternal mortality	孕產婦死亡
definitions	定義
denominators	分母
international reporting	國際通報
published rates	公佈之孕產有關的母親死亡率
Maternal mortality rate	孕產婦死亡率
Medicaments, poisoning by	藥劑，因其中毒
Meningococcaemia	腦膜炎球菌菌血症

Mental and behavioural disorders	精神[心智]及行為疾患
glossary descriptions	辭彙描述
mortality coding	死亡譯碼
organic	器質性
Mental retardation	智能不足
Metabolic diseases	代謝疾病
Mitral valve disease	二尖瓣疾病
“Mixed Commission”	“混合性任務”
Modification rules, cause of death	修正準則，死因
Molar pregnancy, complications	葡萄胎妊娠，其併發症
Morbidity	罹病
chapter-specific notes	特定章節之註釋
coding “main condition” and “other conditions”	主要病況與其他病況譯碼
diagnostic information for single-condition analysis	單一病況分析的診斷資訊
history of disease classification	疾病分類史
rules for reselection of main condition	主要病況再選取準則
special tabulation list	特殊表列
modification for national uses	國家使用的修正
statistics	統計
Mortality (see also Cause(s) of death)	死亡(另參照死因)
guidelines for certification and rules for coding	死亡證明書指引及譯碼準則
special tabulation lists	特殊表列
condensed lists	精簡表列
locally designed	地區性設計
prefixes used in identification	前面附加數字以資辨識(死亡特殊表列)
selected lists	選擇性表列
Multiple conditions	多重病況
Multiple gestation	多胎妊娠
Multiple injuries	多重傷害
Musculoskeletal disorders,	肌肉骨骼疾患
postprocedural	醫療處置後
Myocardial infarction, acute	心肌梗塞，急性

N

Nasopharyngitis, acute	鼻咽炎，急性
NEC(not elsewhere classified)	他處未歸類者
Neonatal death	新生兒死亡
definitions	定義
late	晚期
reporting criteria	通報規範
statistics for international comparison	國際間比較之統計
Neonatal mortality rate	新生兒死亡率
weight-specific	出生體重別
Neonatal period	新生兒期
Neoplasms	腫瘤
functionally active	機能上具活性者
malignant see Malignant neoplasms	惡性，參照惡性腫瘤
morbidity coding	罹病譯碼
morphology	組織形態學或組織學形態
Nephritic syndrome	腎炎症候群
Nervous system diseases	神經系統疾病
inflammatory	發炎性
postprocedural	醫療處置後
Neurology	神經科
Nightingale, Florence	佛羅倫斯·南丁格爾(人名)
Nomenclature regulations	命名規定
Non-conventional methods, information collection	非傳統方法，資訊蒐集
Non-illness situations	非病痛情境
NOS(not otherwise specified)	其他未特定者
“Not elsewhere classified” (NEC)	他處未歸類者 (簡寫 NEC)
“Not otherwise specified” (NOS)	其他未特定者 (簡寫 NOS)
Noxious substances, poisoning by	毒害物質，因其中毒
Nutritional diseases	營養疾病
O	
Obstetric deaths	產科死亡
direct	直接的
indirect	間接的
Obstetric mortality ratio, direct	產科死亡比，直接的
Oncology	腫瘤(學)科
Operations(see also Postprocedural disorders)	手術(另參照醫療處置後疾患)

cause of death	死因
consequences	影響、結果
P	
Paediatrics	小兒(科)學
Paralytic syndromes	麻痺症候群
Paraplegia	下身癱瘓
Parentheses	(小)括弧
Perinatal mortality	周產期死亡
certification	死亡證明書
coding	譯碼
coding rules	譯碼準則
definitions	定義
presentation of causes	死因呈現
reporting criteria	通報規範
statement of causes of death	死因陳述
statistics for international comparison	國際間比較之統計
tabulation by cause	依病因表列
Perinatal mortality rate	周產期死亡率
weight-specific	出生體重別的
Perinatal mortality ratio	周產期死亡比
Perinatal period	周產期
Pneumoconiosis	塵肺症
Pneumonia	肺炎
Point dash (.-)	點槓 (.-)
Poisoning	中毒
dual coding	雙重譯碼
morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
sequelae	後遺症
Population size, small	人口群，小的
Post-term	晚產
Postprocedural disorders	醫療處置後疾患
circulatory system	循環系統
digestive system	消化系統
ear and mastoid process	耳與乳突
endocrine and metabolic	內分泌與代謝
eye and adnexa	眼與附器

genitourinary system	生殖泌尿系統
morbidity coding	罹病譯碼
musculoskeletal	肌肉骨骼
nervous system	神經系統
respiratory	呼吸道
Pregnancy	妊娠
Pregnancy-related death	妊娠有關的死亡
Pregnancy-related mortality ratio	妊娠有關的死亡比
Pre-term	早產(不足月產)
Primary health care	基層醫療保健(健康)照護
Procedures in medicine	臨床醫療處置
Psychoactive substance use	精神[心智]作用物質之使用
Puerperium	產褥期
Pulmonary heart disease	肺心疾病
Pulmonary oedema	肺水腫
Pyelonephritis	腎盂炎
R	
Renal failure	腎衰竭
Reselection rules, morbidity coding	再選取準則，罹病譯碼
Respiratory disorders, postprocedural	呼吸道疾患，醫療處置後
Respiratory infections, acute upper	呼吸道感染，急性上(呼吸道感染)
Rheumatic fever	風濕熱
Rheumatic heart disease	風濕性心臟病
Rheumatology	風濕(科)學
Rickets, sequelae	佝僂症，其後遺症
Roesle, E.	羅素(人名)
S	
Sauvages(Francois Bossier de Lacroix)	索瓦熱斯(佛蘭柯伊斯·波希爾拉克洛伊斯) (人名)
Scoliosis	脊椎側彎
Secondary diseases	續發性疾病
“See also” references	“另參照”參考文獻
“See” references	“參照”參考文獻
Selection rules, cause of death	選取準則，死因
Senility	老邁、高齡
Septicaemia	敗血症

Sequelae	後遺症
categories	分類項
morbidity coding	罹病譯碼
mortality coding	死因譯碼
Sequence, causes of death	因果次序，死因
Sex	性別
categories limited to one	限於單一性別的分類項
consistency of diagnosis with	診斷與性別的一致性
Signs	徵候
Skull fractures	顱骨骨折
Specialty-based adaptations	臨床專科為基礎之改寫
Specificity	特定性
cause of death	死因
morbidity coding	死因譯碼
Statistical presentation	統計呈現
“empty cells”/cells with low frequencies	“空欄位”或低頻度之欄位
fetal, perinatal, neonatal and infant mortality	胎兒、周產兒、新生兒及嬰兒的死因
ill-defined causes of death	界定不明的死因
international comparisons	國際間的比較
level of detail of cause	病因詳盡度
maternal mortality	母親死因
morbidity	罹病
small population size	小的人口群
source of data	資料來源
subtotals	小計
tabulation list for morbidity	罹病表列
tabulation lists for mortality	死因表列
Status asthmaticus	哮喘(氣喘)重積狀態
Stomatology	口腔(科)學
Supplementary subdivisions	補充細分類
Suspected conditions	疑似病況
Symptoms	症狀
Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)	醫療之系統化命名 (簡寫 SNOMED)

T

Tabular list	表列
conventions	常規(慣例)
use	使用、選用
Tabulation lists	表列
morbidity	罹病
mortality	死因
Term (pregnancy)	足月妊娠
Tetraplegia	四肢癱瘓
Three-character categories	三碼分類項
Alphabetical Index	英文字母索引
blocks	組群
statistical presentation	統計呈現
Tobacco use	菸草使用
Toxic agents	毒性因子
Trachoma, sequelae	砂眼，其後遺症
Trivial conditions	細微的病況
Tuberculosis	結核病
U	
“U” codes	“U” 碼(留白供新興疾病或研究測試特殊計畫另類詳細分類之用)
Uncertain diagnoses and symptoms	不確定的診斷及症狀
United States Government, Committee on Joint Causes of Death	美國政府，死因聯合委員會
Urban areas	都會區
V	
Viral agents	病毒原
Viral encephalitis, sequelae	病毒性腦炎，其後遺症
Vision, low	視力，弱的
Volume depletion(dehydration)	體液量耗竭(脫水)