

BỘ Y TẾ

ICD 10 – Tập 2

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG

**Bảng phân loại thống kê Quốc tế về
bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có
liên quan phiên bản lần thứ 10
(ICD 10)**

Hà Nội, 2015

1. Giới thiệu

Tập 2 của Bảng Phân loại Quốc tế bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe (ICD-10) bao gồm hướng dẫn ghi chép, mã hóa bệnh; cập nhật các nội dung thực hành phân loại bệnh và sơ lược lịch sử của Bảng phân loại bệnh tật quốc tế. Quyển ICD-10 tập 2 được biên soạn như một tài liệu riêng biệt, giúp tra cứu, phân loại bệnh ở Tập 1 và Tập 3 dễ dàng hơn.

Tập này mô tả cấu trúc cơ bản của Bảng Phân loại Quốc tế bệnh tật (ICD), những hướng dẫn thực hành cho người mã hóa bệnh tật, tử vong, cách trình bày và phiên giải số liệu. Tuy nhiên, cuốn sách này bao gồm các hướng dẫn cụ thể cách sử dụng ICD. Trong quá trình đào tạo, giảng viên cần phải đưa ra những tình huống cụ thể để cùng thảo luận và giải quyết.

Nếu có khó khăn trong quá trình sử dụng ICD mà không thể tìm được sự giúp đỡ tại cơ sở/địa phương, hãy liên lạc với Trung tâm hợp tác về phân loại Quốc tế bệnh tật của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) (xem Tập 1).

2. Mô tả Bảng Phân loại Quốc tế thống kê bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe

2.1. Mục đích và khả năng áp dụng

Phân loại bệnh tật là phân chia bệnh theo nhóm dựa trên các tiêu chuẩn được quy ước từ trước. Mục đích của ICD là giúp cho việc phân tích, phiên giải và so sánh số liệu bệnh tật, tử vong thu thập tại những thời điểm, quốc gia, khu vực khác nhau một cách có hệ thống. ICD dùng để mã hóa chẩn đoán và vấn đề sức khỏe thành các mã ký tự, giúp cho công tác lưu trữ, khai thác và phân tích số liệu dễ dàng hơn.

Trên thực tế, ICD đã trở thành tiêu chuẩn phân loại chẩn đoán quốc tế cho lĩnh vực dịch tễ học nói chung và nhiều mục đích quản lý y tế khác, gồm có phân tích tổng quan thực trạng sức khỏe của các nhóm quần thể; giám sát tỷ lệ mới mắc, tỷ lệ hiện mắc của một bệnh; những vấn đề sức khỏe liên quan như đặc điểm, hoàn cảnh của người bệnh. ICD không phù hợp để liệt kê các ca bệnh riêng lẻ cũng như có nhiều hạn chế nếu sử dụng ICD để nghiên cứu khía cạnh tài chính như phương thức chi trả hoặc phân bổ nguồn lực.

ICD có thể dùng để phân loại bệnh tật và những vấn đề sức khỏe được ghi chép trên nhiều loại hồ sơ, bệnh án khác nhau. Mục đích ban đầu của ICD là phân loại nguyên nhân tử vong, sau đó được mở rộng để phân loại chẩn đoán bệnh tật. Một điều quan trọng cần lưu ý là mặc dù ICD được xây dựng để phân loại chẩn đoán bệnh tật và chấn thương nhưng không phải tất cả các trường hợp đến cơ sở y tế đều có thể phân loại theo ICD. Do đó, ICD đã đưa ra nhiều đặc điểm như dấu hiệu, triệu chứng, phát hiện bất thường, bệnh tật và hoàn cảnh xã hội để thay thế cho một chẩn đoán (Xem Tập 1, chương XVIII và XXI). Vì vậy, ICD có thể được sử dụng để phân loại các dạng thông tin khác nhau khác nhau như “chẩn đoán”; “lý do nhập viện”, “điều kiện điều trị”, “lý do tới khám”, những nội dung trên được thấy ở các cuộc thống kê, các thông tin về tình trạng sức khỏe khác.

2.2. Khái niệm về “họ” bệnh tật và phân loại các vấn đề sức khỏe liên quan

Mặc dù, ICD phù hợp cho nhiều ứng dụng khác nhau nhưng nó không thể đáp ứng được tất cả các yêu cầu từ phía người dùng. ICD không thể liệt kê đầy đủ tất cả mã bệnh đối với một số chuyên ngành, đôi khi cả những thông tin đặc thù về tình trạng sức khỏe. ICD cũng không hiệu quả khi mô tả chức năng và tàn tật liên quan tới khía cạnh sức khỏe, và không bao gồm đầy đủ các cấu phần của can thiệp y tế hoặc lý do can thiệp.

Năm 1989, tại Hội nghị Quốc tế về ICD-10 một số Tổ chức đã đưa ra lý thuyết cơ bản để phát triển một “họ” phân loại sức khỏe (Xem Tập 1, Báo cáo Hội nghị Quốc tế ICD-10, Phần 6). Trong những năm gần đây, do phạm vi sử dụng ICD và hệ thống phân loại liên quan tới sức khỏe của Tổ chức Y tế thế giới được mở rộng, khái niệm “họ” đã được định nghĩa cụ thể hơn. Hiện nay, “họ” được chỉ rõ như là một tập hợp các hệ thống phân loại được lồng ghép với nhau để chia sẻ một số đặc điểm chung và có thể sử dụng riêng rẽ

hoặc phối hợp nhằm cung cấp thông tin về các khía cạnh sức khỏe và hệ thống chăm sóc y tế khác nhau. Ví dụ, ICD là một cách phân loại chủ yếu được sử dụng để thu thập thông tin bệnh tật và tử vong. Các lĩnh vực khác liên quan tới sức khỏe cũng đã được xây dựng, như lĩnh vực chức năng, tàn tật có Bảng phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF). Nhìn chung, hệ thống phân loại Quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới có mục tiêu là đưa ra khung khái niệm các thông tin liên quan tới sức khỏe và quản lý y tế. Trên cơ sở đó, Tổ chức Y tế thế giới đã hình thành một ngôn ngữ phổ biến để tăng cường truyền thông và cho phép số liệu của các quốc gia có thể so sánh được với nhau. Tổ chức Y tế thế giới và Mạng lưới hệ thống phân loại Quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (WHO-FIC) đang nỗ lực để xây dựng một hệ thống phân loại dựa trên nguyên tắc khoa học, gồm có các nhóm phân loại chính; sự phù hợp về mặt văn hóa; khả năng quốc tế hóa; tập trung các khía cạnh khác nhau của y tế, đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dùng.

Hệ thống phân loại Quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (WHO-FIC) đang cố gắng trở thành những tiêu chuẩn khung Quốc tế nhằm cung cấp cho các cấu phần hệ thống thông tin y tế (6 cấu phần).

Bảng 1. Các Bảng phân loại phân loại thuộc WHO-FIC

<p>Các bảng phân loại liên quan</p> <p>Phân loại Quốc tế về chăm sóc ban đầu (ICPC)</p> <p>Phân loại quốc tế về các nguyên nhân ngoại cảnh gây thương tích</p> <p>Danh mục hoạt chất thuốc phân loại theo cấu trúc hóa học, tác dụng điều trị và giải phẫu (ATC) của Tổ chức Y tế Thế giới</p> <p>ISO 9999 hỗ trợ kỹ thuật cho người tàn tật: Phân loại và thuật ngữ</p>	<p>Các bảng phân loại tham khảo</p> <p>Phân loại bệnh tật Quốc tế (ICD)</p> <p>Phân loại Quốc tế về chức năng, tàn tật và sức khỏe (ICF)</p> <p>Phân loại Quốc tế về can thiệp y tế (ICHI) Đang xây dựng</p>	<p>Các bảng phân loại thứ cấp</p> <p>Phân loại Ung thư Quốc tế, Tái bản lần thứ 3 (ICD-O-3)</p> <p>Phân loại Rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10</p> <p>Ứng dụng của phân loại Quốc tế về răng hàm mặt, Tái bản lần 3 (ICD-DA)</p> <p>Ứng dụng của phân loại Quốc tế về thần kinh (ICD-10-NA)</p> <p>Phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe, cho trẻ em, thanh niên (ICF-CY)</p>

Các bảng phân loại tham khảo

Các bảng phân loại tham khảo hiện nay bao gồm nhiều lĩnh vực như bệnh tật, tử vong, chức năng, khuyết tật, sức khỏe và can thiệp y tế. Các bảng phân loại tham khảo của Tổ

chức y tế thế giới đã được chấp nhận, ứng dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia. Nó còn có thể được sử dụng như là mô hình để phát triển hoặc sửa đổi các hệ thống phân loại khác về cấu trúc, định nghĩa, là hướng dẫn cho các báo cáo Quốc tế về y tế.

Hiện nay, có 2 bảng phân loại tham khảo nằm trong Hệ thống phân loại Quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (WHO-FIC) là: ICD – để thu thập thông tin bệnh tật, tử vong và ICF- để thu thập thông tin về chức năng, khuyết tật của con người. Tổ chức y tế thế giới đang xem xét khả năng thay thế Bảng Phân loại Quốc tế theo quy trình y học trước đây (xem thêm phần phân loại không thuộc chẩn đoán) bằng một Bảng Phân loại Quốc tế về can thiệp y tế (ICHI). Tuy nhiên, quá trình này sẽ trải qua nhiều giai đoạn, thử nghiệm trên thực tế và được sự phê duyệt của Đại Hội đồng Tổ chức Y tế thế giới.

Các bảng phân loại thứ cấp

Các bảng phân loại thứ cấp được hình thành dựa trên các bảng phân loại tham khảo. Một bảng phân loại thứ cấp có thể được xây dựng bằng cách chỉnh sửa cấu trúc của một bảng phân loại tham khảo, nó cung cấp những thông tin chi tiết hơn so với bảng phân loại tham khảo hoặc tái sắp xếp/tập hợp thành một số mã bệnh từ một hoặc nhiều mã bệnh của bảng phân loại tham khảo. Các bảng phân loại thứ cấp thường được thay đổi cho phù hợp với điều kiện của từng quốc gia, khu vực.

Các bảng phân loại thứ cấp của Tổ chức y tế thế giới bao gồm các phân loại sửa đổi theo chuyên ngành (specialty-based adaptation) của Phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF) và ICD như Phân loại Ung thư Quốc, Tái bản lần thứ 3 (ICD-O-3); Ứng dụng của phân loại Quốc tế về răng hàm mặt, Tái bản lần 3 (ICD-DA); Ứng dụng của phân loại Quốc tế về thần kinh (ICD-10-NA); Phân loại Rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10 (xem thêm phần các phân loại liên quan đến chẩn đoán).

Các bảng phân loại liên quan

Các bảng phân loại liên quan một phần có quan hệ với các bảng phân loại tham khảo, bao gồm: Phân loại Quốc tế về chăm sóc ban đầu (ICPC); Phân loại quốc tế về các nguyên nhân ngoại cảnh gây thương tích; Danh mục hoạt chất thuốc phân loại theo cấu trúc hóa học, tác dụng điều trị và giải phẫu (ATC) của Tổ chức Y tế Thế giới; Hỗ trợ kỹ thuật cho người khuyết tật: Phân loại và thuật ngữ (ISO 9999).

2.2.1. Các bảng phân loại liên quan đến chẩn đoán

Danh mục các bảng đặc biệt

Danh mục các bảng đặc biệt được hình thành trực tiếp từ bảng phân loại gốc, danh mục này để sử dụng trong trình bày số liệu, phân tích thực trạng sức khỏe và xu hướng bệnh tật trên thế giới, khu vực và mỗi quốc gia. Danh mục các bảng đặc biệt được khuyến cáo sử dụng để so sánh thông tin giữa các quốc gia. Hiện có 5 danh mục như trên, 4 danh mục áp dụng cho tử vong, 1 áp dụng cho bệnh tật (xem thêm tại phần 5.4 và 5.5).

Phân loại sửa đổi theo chuyên ngành (specialty-based adaptation)

Các Phân loại sửa đổi theo chuyên ngành thường là một tập hợp rút gọn từ các mục, các phần có liên quan trong ICD. Các tiểu mục bệnh có 4 ký tự được giữ lại, với những mục bệnh cần phải chia nhỏ hơn thì danh mục mở rộng thành 5 hoặc 6 ký tự và có một danh mục theo thứ tự chữ cái các thuật ngữ liên quan. Một số Phân loại sửa đổi theo chuyên ngành khác có thể đưa ra các thuật ngữ cho các chuyên mục, tiểu mục của chuyên ngành đó.

Phân loại sửa đổi theo chuyên ngành thường được xây dựng bởi các nhóm chuyên gia quốc tế, nhưng đôi khi có một nhóm các quốc gia cũng tham gia vào việc phát triển các danh mục này. Sau đây là một số Phân loại sửa đổi theo chuyên ngành chính đã công bố:

Chuyên ngành Ung thư

Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật chuyên ngành Ung thư được Tổ chức Y tế thế giới xuất bản lần thứ ba vào năm 2000, bảng phân loại này được dùng để ghi nhận ung thư, bệnh học ung thư và các chuyên khoa thuộc chuyên ngành ung thư (1). ICO-O là một phân loại kép với hệ thống mã hóa cả về vị trí và hình thái học. Các mã vị trí được sử dụng cho hầu hết các loại bệnh ung thư, trong khi đó ở ICD-10 chỉ có các loại ung thư ác tính mới sử dụng mã có vị trí (Mã từ C00-C80). Như vậy, ICO-O có các mã bệnh cụ thể hơn so với ICD-10.

Các mã hình thái học cho ung thư kế thừa từ Danh mục thuật ngữ Y khoa (SNOMED) (2) – danh mục được lấy từ Cẩm nang thuật ngữ và mã số ung thư (MOTNAC) xuất bản năm 1968 (3), Danh mục thuật ngữ bệnh học (SNOP) (4). Mã số hình thái học gồm 5 ký tự; 4 ký tự đầu xác định loại mô học, ký tự thứ 5 mô tả đặc tính khối u (ác tính, khu trú, lành tính...). Mã hình thái học của ICD-O cũng có trong Tập 1 của ICD-10 và được bổ sung vào một số mục tương thích trong Tập 3-Danh mục bệnh sắp xếp theo chữ cái.

Chuyên ngành Da liễu

Năm 1978, Hội Da liễu Anh công bố Danh mục mã bệnh chuyên ngành Da liễu, Danh mục này tương thích với Bảng phân loại ICD-9. Gần đây, với sự hỗ trợ của Liên đoàn Da liễu Quốc tế, Hội da liễu Anh đã xuất bản Danh mục bệnh da liễu tương thích với Bảng phân loại ICD-10.

Chuyên ngành Răng Hàm Mặt

Cuốn “Ứng dụng Danh mục Phân loại bệnh Răng hàm Mặt Quốc tế” (ICD-DA) dựa trên ICD-10 được Tổ chức Y tế thế giới xuất bản lần thứ 3 năm 1995. Cuốn sách này tập hợp các phân loại ICD cho bệnh tật hoặc tình trạng bệnh lý xảy ra trong hoặc có liên quan tới cấu trúc của ổ răng và quanh răng. Bảng Danh mục này (có 5 ký tự) chi tiết hơn ICD-10, hệ thống đánh số được sắp xếp để liên kết giữa mã ICD-DA và mã ICD, nhờ đó mã bệnh có thể trích dẫn dễ dàng và số liệu thu được từ cách phân loại theo ICD-DA có thể hợp nhất với cách phân loại theo ICD.

Chuyên ngành Thần kinh

Năm 1997, Tổ chức Y tế thế giới đã xuất bản Bảng Phân loại bệnh tật chuyên ngành Thần kinh (ICD-NA), trong đó giữ lại các mã phân loại ở ICD-10 nhưng chia nhỏ hơn ở mức 5 ký tự, điều này cho phép phân loại các bệnh thần kinh được chính xác hơn.

Chuyên ngành thấp khớp và chỉnh hình

Hiệp hội phòng chống thấp khớp Quốc tế đang hiệu đính Tập sách “Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật chuyên ngành thấp khớp và chỉnh hình (ICD-R&O)”, bao gồm Bảng phân loại Quốc tế bệnh về Rối loạn cơ xương (ICDMSD) để làm cho nó phù hợp với ICD-10. ICD-R&O đưa ra các tình trạng bệnh lý cụ thể hơn thông qua việc sử dụng các ký tự bổ sung nhưng vẫn giữ được sự tương thích với ICD-10. ICDMSD được xây dựng để làm rõ nghĩa, chuẩn hóa các thuật ngữ và được hỗ trợ bằng một bảng chú giải thuật ngữ cho các nhóm bệnh ví dụ như bệnh viêm đa khớp.

Chuyên ngành Nhi khoa

Với sự hỗ trợ của Hiệp hội Nhi khoa Quốc tế, Hội Nhi khoa Anh (BPA) đã xuất bản Bảng ICD – 10 chuyên ngành Nhi, trong đó sử dụng các mã 5 ký tự. Trước đó, các Bảng ICD-8 và ICD-9 cũng do Hội Nhi khoa Anh xây dựng.

Rối loạn tâm thần

Bảng Phân loại Rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10: Mô tả lâm sàng và hướng dẫn chẩn đoán được xuất bản năm 1992 cung cấp cho mỗi nhóm bệnh ở Chương V trong ICD – 10 (Rối loạn tâm thần và hành vi) một mô tả chung, hướng dẫn liên quan đến chẩn đoán, cũng như các bàn luận về các chẩn đoán khác nhau, danh mục những thuật ngữ đồng nghĩa và Loại trừ (5). Những mã bệnh cần thiết được phân loại chi tiết ở mức 5 hoặc 6 ký tự. Ấn bản lần 2 liên quan tới Chương V “Tiêu chuẩn chẩn đoán cho nghiên cứu” xuất bản năm 1993.

Hiện nay, người ta cũng đang xây dựng một Bảng Phân loại sử dụng cho các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu và một Bảng Phân loại trong đó sắp xếp lại các rối loạn tâm thần trẻ em theo một hệ thống đa chiều, cho phép đánh giá đồng thời tình trạng lâm sàng, các yếu tố môi trường liên quan và mức độ khuyết tật do di chứng của bệnh tật cùng một lúc.

2.2.2. Phân loại không thuộc chẩn đoán

Quy trình khám, chữa bệnh

Hai tập của Bảng phân loại Quốc tế Quy trình Khám, chữa bệnh (The International Classification of Procedures in Medicine- ICPM) được xuất bản năm 1978 (6). Nó bao gồm các Quy trình Chẩn đoán, dự phòng, điều trị, chẩn đoán hình ảnh, dược, phẫu thuật, xét nghiệm. Bảng phân loại trên được một số quốc gia áp dụng, trong khi một số quốc gia khác lại lấy nó là cơ sở cho việc phát triển phân loại phẫu thuật, thủ thuật tại mỗi nước.

Trung tâm Hợp tác về Phân loại bệnh tật của Tổ chức Y tế thế giới nhận thấy rằng quá trình thu thập ý kiến được tiến hành trước khi hoàn thành và xuất bản là không phù hợp

đối với một lĩnh vực rộng, có sự phát triển nhanh chóng như ICPM. Do đó đã khuyến cáo không nên hiệu đính ICPM cùng với lần hiệu đính thứ 10 của ICD.

Năm 1987, Ủy ban Chuyên gia về Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật đã yêu cầu Tổ chức Y tế thế giới xem xét cập nhật tối thiểu là phần tổng quát của quy trình phẫu thuật (Chương 5 của ICPM) trong lần hiệu đính thứ 10. Đáp ứng đề nghị đó và nhu cầu thực tế từ một số quốc gia, Ban Thư ký đã chuẩn bị một Bảng danh sách các quy trình.

Trong cuộc họp năm 1989, Giám đốc Trung tâm Hợp tác về Phân loại bệnh tật đã đồng ý rằng danh sách có thể được dùng như một hướng dẫn cho các tài liệu thống kê cấp quốc gia về quy trình phẫu thuật và để tạo thuận lợi khi so sánh giữa các quốc gia. Bảng danh sách cũng có thể sử dụng như là cơ sở cho sự phát triển các bảng phân loại phẫu thuật, thủ thập cấp quốc gia.

Công tác xây dựng Bảng danh mục trên vẫn được tiếp tục nhưng phải công bố sau khi đã ban hành ICD-10. Trong khi chờ đợi, những phương pháp tiếp cận về chủ đề này vẫn đang được nghiên cứu.

Phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe

Năm 2001, Phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (The international Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) được xuất bản bằng 6 ngôn ngữ chính thức của Tổ chức Y tế thế giới, sau đó nó được Đại Hội đồng Y tế thế giới lần thứ 54 thông qua vào ngày 22/5/2001. Đến nay nó đã được dịch ra trên 25 ngôn ngữ khác nhau.

Phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe chia sức khỏe và tình trạng liên quan đến sức khỏe thành 2 phần. Phần 1 phân loại chức năng và khuyết tật. Phần 2 gồm các yếu tố môi trường và hoàn cảnh sống. Chức năng và khuyết tật ở phần 1 lấy từ các quan niệm về cơ thể, cá nhân, xã hội, được chia thành 2 cấu phần: (1) chức năng và cấu trúc của cơ thể, (2) các hoạt động và sự tham gia. Khi mô tả chức năng, khuyết tật của cá nhân xảy ra trong một hoàn cảnh, ICF cũng đưa ra một danh sách các yếu tố môi trường.

ICF là sự thay thế cho Phân loại Quốc tế về Khiếm khuyết, khuyết tật và Tàn tật (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps - ICIDH). Các thuật ngữ, định nghĩa của ICIDH đã được thay bằng các thuật ngữ, định nghĩa mới của ICF:

Chức năng (Functioning): là một thuật ngữ gốc để chỉ các chức năng, cấu trúc của cơ thể, các hoạt động và sự tham gia. Nó bao hàm các quan điểm tích cực về sự tương tác giữa một cá nhân (với một điều kiện sức khỏe) với các yếu tố bao quanh cá nhân đó (yếu tố môi trường, yếu tố con người).

Khuyết tật (Disability): là một thuật ngữ chung để chỉ sự khiếm khuyết, giảm thiểu chức năng hoạt động và sự tham gia. Nó bao hàm các quan điểm tiêu cực về sự tương tác giữa một cá nhân (với một điều kiện sức khỏe) với các yếu tố bao quanh cá nhân đó (yếu tố môi trường, yếu tố con người).

Chức năng cơ thể (Body functions): là những chức năng sinh lý học của hệ thống cơ thể (bao gồm cả chức năng tâm lý).

Cấu trúc cơ thể (Body structures): là cấu trúc giải phẫu của cơ thể con người như tim, gan, thận...

Khiếm khuyết (Impairments): chỉ đến sự mất mát hoặc không bình thường của cấu trúc cơ thể liên quan đến tâm lý hoặc/và sinh lý.

Hoạt động (Activity): là sự thực hiện một nhiệm vụ hoặc một hành động của một cá thể.

Hạn chế hoạt động: là những khó khăn gặp phải khi thực hiện các hoạt động.

Sự tham gia: là sự hòa nhập vào một hoạt động xã hội.

Hạn chế sự tham gia: các vấn đề liên quan tới việc tham gia các hoạt động xã hội.

Các yếu tố môi trường: là các môi trường thể chất, xã hội, trong đó con người sống và duy trì hoạt động.

ICF sử dụng hệ thống chữ cái và số, trong đó chữ cái b, s, d, e để chỉ chức năng cơ thể, cấu trúc cơ thể, hoạt động, sự tham gia và yếu tố môi trường. Theo sau các chữ cái là các chữ số (tối đa 4 chữ số), trong đó chữ số đầu tiên là số thứ tự của Chương. Các nhóm ICF như là “nhóm mẹ”, từ đó mở rộng thêm các nhóm con chi tiết hơn. Mỗi cá thể có một nhóm mã để chọn ở từng mức độ. Các mã này có thể độc lập hoặc liên quan với nhau.

Các mã ICF chỉ đúng trong một phạm vi nhất định vì sức khỏe có rất nhiều mức độ khác nhau. Phạm vi để mã hóa có thể là 1, 2 hoặc nhiều chữ số sau dấu phẩy (hoặc chấm). Sử dụng bất kỳ mã bệnh nào cũng phải đi kèm trong một phạm vi nào đó. Nếu không giới hạn phạm vi thì phân loại sẽ không có ý nghĩa.

ICF đưa ra khái niệm rất mới về “sức khỏe” và “khuyết tật”. Theo đó, bất kỳ ai cũng có thể trải qua sự suy giảm sức khỏe, do vậy ai cũng có thể bị khuyết tật về một mặt nào đó. Đôi khi điều này không hoàn toàn đúng đối với một nhóm thiểu số người nào đó. ICF như là một “dòng suối lớn” về các mức độ của khuyết tật và khuyến cáo nó như là một vấn đề sức khỏe của toàn nhân loại. Bằng cách tập trung từ nguyên nhân tới tác động, ICF đặt tình trạng sức khỏe của mọi người như nhau, từ đó cho phép sử dụng một thước đo chung để đánh giá – thước đo sức khỏe và khuyết tật. Ngoài ra, ICF mô tả khuyết tật về khía cạnh xã hội chứ không đơn thuần chỉ là khuyết tật về khía cạnh y học hoặc sinh học. Do bao gồm các yếu tố hoàn cảnh sống, trong đó có yếu tố môi trường, ICF cho phép ghi nhận những tác động của môi trường lên chức năng của con người.

ICF là cơ sở của Tổ chức Y tế thế giới để đo lường tình trạng sức khỏe, khuyết tật ở cả mức cá nhân và cộng đồng. Trong khi ICD phân loại bệnh tật, nguyên nhân tử vong thì ICF phân loại các lĩnh vực của sức khỏe. ICD và ICF tạo thành 2 cấu phần chủ yếu của Họ phân loại Quốc tế của Tổ chức y tế thế giới (WHO’s Family of International Classification). Mặc dù 2 công cụ ICD và ICF cung cấp nhiều nội dung đánh giá nhưng nó vẫn chưa phải là công cụ hoàn hảo để ghi nhận được bức tranh tổng thể về sức khỏe.

2.2.3. Thông tin hỗ trợ cho chăm sóc sức khỏe ban đầu

Một trong những thách thức của Chiến lược sức khỏe toàn cầu cho mọi người vào năm 2000 là thông tin hỗ trợ cho chăm sóc sức khỏe ban đầu. Ở những quốc gia không có thông tin đầy đủ hoặc số liệu có chất lượng thấp thì cần phải áp dụng nhiều cách tiếp cận khác nhau để bổ sung hoặc thay thế việc sử dụng ICD thông thường.

Từ cuối năm 1970, nhiều quốc gia đã thử nghiệm thu thập số liệu bằng những người không có chuyên môn. Việc báo cáo của người không có chuyên môn được mở rộng thành khái niệm “Phương pháp không chính thống”. Những phương pháp này gồm nhiều cách tiếp cận đã được phát triển ở nhiều quốc gia như một phương tiện thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe tại những nơi phương pháp thu thập chính thống (điều tra dân số, khảo sát, khai sinh, thống kê tỷ lệ sinh tử) được xem là không đầy đủ.

Một trong những cách tiếp cận trên là “thông tin dựa vào cộng đồng”, gồm có sự tham gia của cộng đồng trong định nghĩa, thu thập và sử dụng số liệu liên quan tới sức khỏe. Mức độ tham gia của cộng đồng có bao gồm từ thu thập số liệu đến thiết kế, phân tích, và sử dụng thông tin. Kinh nghiệm tại nhiều nước cho thấy, cách tiếp cận này hiệu quả hơn mô hình thu thập thông tin như lý thuyết. Hội nghị về Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (Xem tập 1) đã ghi nhận:

“Hội nghị được thông báo về kinh nghiệm của một số nước trong phát triển và áp dụng phương pháp thu thập thông tin sức khỏe dựa vào cộng đồng, bao gồm các vấn đề sức khỏe, nhu cầu, yếu tố nguy cơ liên quan và các nguồn lực. Nó hỗ trợ phát triển khái niệm phương pháp không chính thống ở cấp độ cộng đồng như là một phương pháp để bù đắp những thiếu hụt thông tin và tăng cường hệ thống thông tin tại một số quốc gia. Cần nhấn mạnh rằng nước đang phát triển và nước phát triển nên xây dựng những hệ thống hoặc phương pháp như vậy ở cấp độ địa phương, bởi vì các yếu tố như mô hình bệnh tật, ngôn ngữ, sự đa dạng văn hóa là rất khác nhau, việc áp dụng phương pháp ở khu vực/quốc gia này cho khu vực/quốc gia khác là không phù hợp.

Căn cứ vào những kết quả tích cực của cách tiếp cận này ở nhiều quốc gia, Hội nghị thống nhất rằng Tổ chức Y tế thế giới nên tiếp tục hướng dẫn việc phát triển kế hoạch ở cấp độ địa phương và hỗ trợ cho quá trình hoàn thiện phương pháp”.

2.2.4. Danh pháp Quốc tế về bệnh tật

Năm 1970, Hội đồng các Tổ chức Quốc tế về Y khoa (CIOMS) bắt đầu xây dựng Bảng Danh pháp quốc tế về bệnh tật (IND), với sự hỗ trợ của các Tổ chức thành viên, 5 Tập Danh pháp tạm thời được xuất bản năm 1972 và năm 1974. Tuy nhiên, người ta nhanh chóng nhận ra rằng để việc biên soạn danh pháp thực sự mang tầm quốc tế thì phải có sự tham gia rộng rãi hơn và không chỉ giới hạn trong một số quốc gia thành viên của CIOMS. Năm 1975, IND trở thành đề án hợp tác chung giữa CIOMS và Tổ chức Y tế thế giới, do Ủy ban chỉ đạo kỹ thuật của cả 2 tổ chức điều hành.

Mục tiêu của IND là cung cấp cho mỗi bệnh một tên gọi duy nhất. Tiêu chuẩn chính để chọn tên cho một bệnh phải đặc trưng (áp dụng cho một và chỉ một bệnh), không mơ hồ,

càng tự mô tả, đơn giản càng tốt, và dựa trên nguyên nhân (nếu có thể). Tuy nhiên, nhiều tên bệnh đã được dùng rộng rãi mà không đáp ứng được các tiêu chuẩn nói trên nhưng vẫn được giữ lại như là từ đồng nghĩa, với điều kiện là không gây nhầm lẫn, không trái nghĩa với khuyến cáo của các chuyên gia tổ chức quốc tế. Các từ đặt theo tên riêng được tránh dùng vì chúng không có khả năng tự mô tả, ngoại trừ những từ đã được sử dụng rộng rãi bắt buộc phải giữ lại (Ví dụ Bệnh Hodgkin, bệnh Parkinson...).

Tên của mỗi bệnh hoặc hội chứng được định nghĩa một cách không mơ hồ, càng ngắn gọn càng tốt. Danh sách các từ đồng nghĩa theo sau mỗi định nghĩa. Những danh sách hoàn chỉnh này được bổ sung, nếu cần thiết bằng những giải thích tại sao một số từ đồng nghĩa bị loại bỏ hoặc tại sao một từ được chứng minh không phải là từ đồng nghĩa.

IND được xây dựng với mục đích để bổ sung, hỗ trợ cho ICD. Sự khác nhau giữa một danh pháp và phân loại được đề cập ở mục 2.3. Thuật ngữ của IND được ưu tiên đưa vào trong ICD ở mức nhiều nhất có thể.

Các tập IND được xuất bản cho đến năm 1992 (8): *bệnh lây nhiễm (bệnh do vi khuẩn) (1985); bệnh do nấm (1982); bệnh do virus (1983); bệnh do ký sinh trùng (1987); Bệnh đường hô hấp dưới (1979); Bệnh hệ thống tiêu hóa (1990); Bệnh tim mạch (1989); Rối loạn chuyển hóa, dinh dưỡng và nội tiết (1991); Bệnh thận, đường tiết niệu dưới; và hệ thống sinh dục nam (1992); Bệnh hệ thống sinh dục nữ (1992).*

2.2.5. Vai trò của Tổ chức Y tế thế giới

Hầu hết những cách phân loại trên là sản phẩm của sự hợp tác giữa các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan đại diện, các ban và đơn vị của Tổ chức Y tế thế giới, cùng với đơn vị chịu trách nhiệm về ICD và ICF (đơn vị có vai trò điều phối, đưa ra các khuyến cáo, hướng dẫn).

Tổ chức Y tế thế giới xúc tiến công tác biên tập lại để nâng cao hiệu quả của ICD, ICF và khả năng so sánh về mặt thống kê y tế. Vai trò của Tổ chức Y tế thế giới trong việc phát triển phân loại mới, hiệu đính, phiên giải các thuật ngữ là gắn kết các nhà lãnh đạo, cùng hoạt động theo định hướng chung, đưa ra tư vấn kỹ thuật, hướng dẫn và hỗ trợ khi cần thiết. Những cá nhân, tổ chức có kế hoạch hiệu đính, chỉnh sửa ICD-10 hoặc ICF nên tham khảo Tổ chức Y tế thế giới trước khi tiến hành, như vậy sẽ tránh được trùng lặp không cần thiết.

2.3 Nguyên tắc Chung về phân loại bệnh tật

Như William Farr đã phát biểu năm 1856 (9) :

Phân loại bệnh tật là một phương pháp tổng hợp. Có nhiều bảng phân loại sẽ thuận lợi hơn cho thầy thuốc, nhà bệnh học hoặc luật gia vì những đối tượng này có quan điểm, kiến thức khác nhau về cùng một kết quả phân loại bệnh tật và nguyên nhân tử vong.

Một bảng phân loại bệnh tật nên giới hạn trong một số nhóm bệnh chính và có thể bao trùm toàn bộ tình trạng bệnh lý. Những nhóm bệnh được chọn phải thuận lợi cho nghiên cứu thống kê hiện tượng bệnh. Một bệnh có tầm quan trọng đặc biệt đối với lĩnh vực y tế

công cộng hoặc xảy ra thường xuyên nên có một mã bệnh riêng. Nếu không, các bệnh được phân theo các nhóm riêng biệt nhưng có liên quan về tình trạng bệnh. Mỗi bệnh hoặc tình trạng bệnh phải có một vị trí nhất định trong bảng phân loại. Như vậy, các bệnh, tình trạng bệnh đặc biệt đều có vị trí riêng mà không phải mở rộng thêm các nhóm bệnh.

Có một số tiêu chí để phân biệt sự khác nhau giữa phân loại thống kê và danh pháp là mỗi tình trạng bệnh phải có một tiêu đề riêng. Tuy nhiên, khái niệm về phân loại và danh pháp có mối liên quan chặt chẽ với nhau vì danh pháp cũng thường được sắp xếp theo hệ thống. Bảng phân loại cho phép phân chia các cấp độ chi tiết khác nhau nếu có thể. Bảng phân loại bệnh nên bao gồm khả năng xác định một bệnh đặc trưng và trình bày số liệu cho các nhóm bệnh rộng hơn nhằm có được những thông tin hữu ích, dễ hiểu.

Những Nguyên tắc Chung này có thể áp dụng để phân loại những vấn đề sức khỏe khác và lý do tiếp xúc với cơ sở chăm sóc sức khỏe, những nội dung này cũng được đưa vào ICD.

ICD đã phát triển như là công cụ thực hành chứ không đơn thuần chỉ mang tính lý thuyết, trong đó có sự dung hòa giữa phân loại dựa trên nguyên nhân, vị trí, nơi giải phẫu, hoàn cảnh khởi phát... Mặt khác cũng có những điều chỉnh khi thiết kế ICD để đáp ứng nhu cầu ứng dụng ICD trong bệnh tật, tử vong, an sinh xã hội và các loại thống kê, điều tra y tế khác.

2.4. Cấu trúc cơ bản và nguyên tắc phân loại của ICD

ICD phân loại theo trục biến số. Cách thức dựa trên ý tưởng của William Farr tại những lần thảo luận quốc tế đầu tiên về cấu trúc bảng phân loại. Theo đề xuất của William Farr số liệu bệnh tật, dịch tễ, thực hành nên được nhóm như sau:

- Bệnh gây dịch
- Bệnh toàn thân hoặc toàn trạng
- Bệnh khu trú sắp xếp theo vị trí
- Bệnh đang tiến triển
- Chấn thương

Các nhóm trên có thể tìm thấy trong các chương của ICD-10. Nó đã đứng vững theo thời gian, mặc dù có một số cách phân nhóm khác, nhưng nó vẫn được xem như là một cấu trúc hữu ích cho những mục đích dịch tễ học nói chung hơn các phương pháp từng được đem ra thử nghiệm.

Hai nhóm đầu tiên và hai nhóm cuối được liệt kê ở trên bao gồm các “nhóm đặc biệt”, trong đó tập hợp các bệnh khác nhau, sẽ rất khó khăn nếu sắp xếp chúng để nghiên cứu dịch tễ học. Nhóm còn lại “Bệnh khu trú sắp xếp theo vị trí” gồm các chương ICD cho mỗi hệ thống cơ thể chính.

Sự khác biệt giữa các chương “nhóm đặc biệt” và các chương “hệ thống cơ thể” là hàm ý thực tiễn để hiểu cấu trúc bảng phân loại, để mã hóa, phiên giải số liệu. Nhìn chung cần

lưu ý rằng, ban đầu tình trạng bệnh được phân loại theo một trong các chương “nhóm đặc biệt”. Nếu có khó khăn khi phân loại tình trạng bệnh thì ưu tiên chọn các chương “nhóm đặc biệt”.

ICD cơ bản là một danh sách các nhóm bệnh có 3 ký tự, mỗi nhóm có thể chia thêm thành 10 phân nhóm có 4 ký tự. Thay cho hệ thống mã bệnh chỉ bao gồm các chữ số ở các lần hiệu đính trước, lần hiệu đính thứ Mười sử dụng mã bệnh gồm cả chữ cái và chữ số với một chữ cái ở vị trí đầu tiên, chữ số ở vị trí thứ 2, thứ 3 và thứ 4. Ngăn cách giữa ký tự thứ 3 và thứ 4 là một dấu chấm. Do đó, mã bệnh có thể từ A00.0 đến Z99.9. Chữ cái U không được sử dụng (xem mục 2.4.7).

2.4.1. Các tập

ICD-10 gồm 3 tập: Tập 1 chứa nhóm bệnh chính; Tập 2 - hướng dẫn sử dụng ICD; Tập 3 - Danh mục bệnh tật theo chữ cái.

Hầu hết nội dung Tập 1 đề cập tới các nhóm bệnh bao gồm danh sách mã bệnh 3 ký tự, bảng liệt kê các mục “Bao gồm” và các mã bệnh 4 ký tự. Phần phân loại “gốc” – danh sách mã bệnh 3 ký tự (Tập 1) là mức độ mã hóa bắt buộc khi báo cáo số liệu tử vong cho Tổ chức Y tế thế giới và để so sánh giữa các quốc gia. Các phân loại “gốc” gồm các chương, các nhóm bệnh. “Danh sách Bảng liệt kê” để chỉ những mã bệnh 4 ký tự ở trong 21 chương của ICD.

Tập 1 có một số nội dung sau:

- *Hình thái học ung thư*: Phân loại hình thái học ung thư có thể được sử dụng (nếu cần thiết) như là mã bổ sung cho kiểu hình thái học ung thư đã được phân loại ở Chương II theo tính chất và vị trí (định khu học). Mã hình thái học cũng giống như mã dùng trong Phân loại Ung thư Quốc tế (ICD-O) (1).

- *Danh sách bảng liệt kê đặc biệt*. Bởi vì danh mục đầy đủ mã bệnh 4 ký tự của ICD và thậm chí cả danh mục mã bệnh 3 ký tự cũng quá dài để trình bày trong các bảng thống kê, hầu hết các thống kê thường quy sử dụng một danh sách bảng liệt kê để nhấn mạnh vào một bệnh đơn lẻ hoặc các nhóm bệnh khác. Bốn danh sách đặc biệt cho bảng liệt kê tử vong là phần hợp nhất của ICD. Danh sách 1, 2 là về tử vong chung; danh sách 3, 4 là về tử vong trẻ sơ sinh và trẻ em (từ 0-4 tuổi). Ngoài ra, có một danh sách bảng liệt kê đặc biệt về bệnh tật. Những danh sách này nằm ở Tập 1. Hướng dẫn sử dụng mã bệnh 3 hay 4 ký tự trong bảng phân loại và danh sách bảng liệt kê ở Phần 5, Tập 2.

- *Định nghĩa*: nhằm tạo thuận lợi khi so sánh số liệu ở tầm quốc tế các định nghĩa trong Tập 1 đã được Hội đồng Y tế thế giới chấp nhận.

- *Quy ước danh pháp*: Các quy ước cũng được Hội đồng Y tế thế giới chấp nhận và đề nghị các thành viên có trách nhiệm chính của Tổ chức Y tế thế giới lưu ý khi phân loại bệnh tật, nguyên nhân tử vong và công bố các số liệu thống kê.

2.4.2. Các Chương

Bảng phân loại bệnh tật chia thành 21 Chương. Ký tự đầu tiên của mã ICD là chữ cái, mỗi chữ cái đại diện cho một Chương, ngoại trừ chữ cái D được dùng cho cả Chương II - Ung thư và Chương III - Bệnh về máu và cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch; Chữ cái H dùng cho cả Chương VII - Bệnh mắt và phần phụ, Chương VIII - Bệnh tai và xương chũm. 4 chương (Chương I, II, XIX, và XX) dùng trên một chữ cái.

Mỗi Chương bao gồm đầy đủ nhóm bệnh 3 ký tự nhưng có thể không đủ hết các mã bệnh (Ví dụ Chương III có mã D53, D55 nhưng không có mã D54), điều này sẽ cho phép bổ sung, hiệu đính trong tương lai.

Chương I – XVII liên quan tới bệnh và những tình trạng bệnh lý khác, Chương XIX liên quan đến chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác của những nguyên nhân ngoại lai. Các chương còn lại đề cập đến các vấn đề khác, bao gồm dữ liệu chẩn đoán. Chương XVIII gồm triệu chứng, dấu hiệu, biểu hiện lâm sàng bất thường và kết quả xét nghiệm, không phân loại nơi khác. Chương XX, Nguyên nhân ngoại sinh của bệnh và tử vong, thường được dùng để phân loại chấn chấn, ngộ độc nhưng lần hiệu đính thứ 9 bổ sung thêm phần ghi nhận nguyên nhân tử vong ngoại sinh và các tình trạng bệnh lý khác. Chương XXI - Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế, dùng để phân loại lý do tiếp xúc với các cơ sở y tế của một người không bị bệnh, hoặc tình trạng bệnh của một người bệnh được chăm sóc tại một thời điểm cụ thể.

2.4.3. Các nhóm bệnh

Trong mỗi chương được chia thành các “nhóm bệnh” đồng nhất. Tiêu đề của Chương I (Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) phản ánh 2 trục phân loại – phương thức lây truyền và nhóm các vi sinh vật gây bệnh. Ở Chương II, trục đầu tiên là phương thức tăng sinh của khối u, trong đó chủ yếu đề cập loại bệnh theo vị trí, mặc dù một số ít mã bệnh 3 ký tự đề cập tới tính chất, kiểu hình thái học (ví dụ bệnh bạch cầu, u lympho, u sắc tố, ung thư trung biểu mô, sarcoma Kaposi). Phạm vi các nhóm bệnh được ghi trong dấu ngoặc đơn sau tiêu đề của nhóm bệnh.

2.4.4. Các nhóm 3 ký tự

Một số nhóm bệnh (3 ký tự) chỉ dành cho một tình trạng bệnh lý, do tần suất xuất hiện, mức độ nặng, khả năng can thiệp về mặt y tế công cộng; một số nhóm bệnh khác lại dành cho một nhóm tình trạng bệnh lý có đặc điểm chung. Ngoài ra, thường có những vị trí dành cho các tình trạng bệnh “khác”, bao gồm cả “bệnh không xác định”.

2.4.5. Các nhóm 4 ký tự

Mặc dù, không bắt buộc báo cáo ở cấp quốc tế nhưng hầu hết các nhóm 3 ký tự đều được chia nhỏ hơn, ký tự thứ 4 đứng sau dấu chấm để tạo thành 10 phân nhóm. Với các nhóm không có 4 ký tự thì nên dùng chữ “X” cho vị trí thứ 4 để mã bệnh có chiều dài tiêu chuẩn cho xử lý số liệu.

Phân nhóm 4 ký tự có thể dùng khi phù hợp, ví dụ để mô tả những vị trí khác nhau nếu nhóm 3 ký tự chỉ đề cập tới một bệnh duy nhất, hoặc để mô tả một bệnh cụ thể nếu nhóm 3 ký tự chỉ đề cập tới một nhóm bệnh.

Ký tự thứ tư “.8” nhìn chung để chỉ một “bệnh khác” của nhóm bệnh 3 ký tự; và “.9” để chỉ một “bệnh không xác định” nhưng thuộc nhóm bệnh 3 ký tự.

Khi phân nhóm 4 ký tự có cùng ý nghĩa thì chúng được chú thích ngay từ đầu. Ví dụ, nhóm bệnh O03 – O06 cho các loại sảy thai khác nhau, ký tự thứ 4 thường liên quan tới biến chứng đi kèm (Xem Tập 1).

2.4.6. Phân nhóm bệnh có ký tự thứ 5 hoặc hơn

Các phân nhóm bệnh có nhiều hơn 5 ký tự thường là những phân loại bổ sung dọc theo một trục khác từ ký tự thứ 4. Chúng được tìm thấy trong:

Chương XIV- phân chia chi tiết theo vị trí giải phẫu.

Chương XIX- phân chia chi tiết cho thấy gãy xương hở và kín, như là chấn thương nội soi, trong lồng ngực; ổ bụng và không có vết thương hở.

2.4.7. Mã số “U” không được sử dụng

Mã số U00-U49 được dùng cho việc chỉ định tạm thời những bệnh mới chẩn đoán có căn nguyên không rõ. Mã số U50-U99 có thể được dùng trong nghiên cứu, ví dụ khi thử nghiệm một tiểu phân nhóm thay thế trong công trình nghiên cứu.

3. Sử dụng ICD như thế nào

Phần này giới thiệu những thông tin mang tính thực hành mà tất cả người sử dụng cần phải biết để có thể khai thác ICD một cách hiệu quả. Kiến thức và hiểu biết về mục đích, cấu trúc của ICD là rất quan trọng cho các nhà thống kê, nhà phân tích thông tin y tế cũng như cho những người làm công tác mã hóa. Sử dụng ICD chính xác và nhất quán phụ thuộc vào việc áp dụng đúng tất cả 3 tập ICD.

3.1. Sử dụng Tập 1 như thế nào

3.1.1. Giới thiệu

Tập 1 bao gồm các nhóm bệnh tương ứng với các chẩn đoán, thuận lợi cho việc phân loại, tính toán với mục đích thống kê. Nó cũng đưa ra những định nghĩa nhóm bệnh, tên bệnh và danh sách bảng liệt kê.

Mặc dù theo lý thuyết người sử dụng chỉ cần sử dụng quyển ICD tập 1 để mã hóa chính xác một bệnh nào đó, tuy nhiên sẽ mất nhiều thời gian và có thể sai sót. Danh mục bệnh sắp xếp theo chữ cái như hướng dẫn bổ sung để phân loại bệnh nằm ở Tập 3. Phần Giới thiệu cung cấp những thông tin quan trọng về mối quan hệ giữa Tập 3 và Tập 1.

Thông thường khi thống kê chỉ chọn một mã bệnh từ giấy chứng tử hoặc hồ sơ bệnh án mặc dù trong đó ghi nhiều hơn 1 mã bệnh. Quy tắc lựa chọn liên quan đến tử vong và bệnh tật được trình bày ở Phần 4 của Tập sách này.

Mô tả chi tiết của “danh sách bảng liệt kê” trình bày ở Phần 2.4.

3.1.2. Sử dụng “danh sách bảng liệt kê” thuật ngữ “Bao gồm” và phân nhóm 4 ký tự *Thuật ngữ “bao gồm”*

Các nhóm bệnh 3 hoặc 4 ký tự thường có một số thuật ngữ chẩn đoán khác được liệt kê sau từ “bao gồm”. Các chẩn đoán đó coi như “Thuật ngữ bổ sung”, là ví dụ về những chẩn đoán nên xếp vào mục này. Các chẩn đoán có thể dùng để chỉ các bệnh khác nhau hoặc là từ đồng nghĩa của bệnh chính và không phải là phân loại nhỏ hơn của bệnh chính. Một số “thuật ngữ bổ sung” để làm rõ nghĩa cho một nhóm bệnh cụ thể, hoặc có mối liên quan mật thiết, quan trọng với bệnh chính. Một số thuật ngữ khác là tình trạng bệnh giáp ranh hoặc vị trí cơ thể để phân biệt ranh giới giữa bệnh này với bệnh khác. Danh sách những thuật ngữ “bao gồm” không phải là tên đầy đủ hoặc tên thay thế được liệt kê theo thứ tự chữ cái của một chẩn đoán mà là những mã bệnh cần tham khảo trước tiên khi mã hóa bệnh.

Đôi khi cần thiết phải đọc thuật ngữ “bao gồm” đi cùng tiêu đề nhóm bệnh. Điều này thường xảy ra khi thuật ngữ “bao gồm” liệt kê vị trí cơ thể hoặc tên được phẩm phù hợp với tiêu đề nhóm bệnh (Ví dụ “ung thư ác tính của...”; “chấn thương ở...”; “ngộ độc do...”).

Những mô tả chung về chẩn đoán của một nhóm bệnh hoặc bệnh có 3 ký tự được đưa vào phần ghi chú có tiêu đề “bao gồm”, ngay sau tiêu đề của chương hoặc nhóm bệnh.

Thuật ngữ “Loại trừ”

Một số bệnh có thuật ngữ “loại trừ” phía trước, mặc dù tiêu đề bệnh chính cho thấy chúng có thể phân loại ở đó nhưng thực tế là ở nơi khác. Ví dụ mã A46 “Viêm quầng”, tại mã này viêm quầng sau sinh hay hậu sản bị loại trừ. Theo sau mỗi thuật ngữ “Loại trừ”, là mã nhóm bệnh hoặc mã tên bệnh (trong dấu ngoặc đơn) chỉ vị trí của từ “Loại trừ”.

Những bệnh không thuộc một nhóm bệnh hoặc bệnh có 3 ký tự bị loại trừ, được đưa vào phần ghi chú có tiêu đề “Loại trừ”, ngay sau tiêu đề của chương hoặc nhóm bệnh.

“Mô tả thuật ngữ”

Cùng với những thuật ngữ “Bao gồm” và “Loại trừ”, Chương V “Rối loạn tâm thần và hành vi” sử dụng khái niệm “mô tả thuật ngữ” để làm rõ ý nghĩa của một số nhóm bệnh. Lý do là thuật ngữ về rối loạn tâm thần rất khác nhau, đặc biệt giữa các quốc gia, cùng một tên bệnh nhưng có thể sử dụng để chỉ những bệnh rất khác nhau. Chú giải thuật ngữ không phù hợp cho nhân viên mã hóa, được dùng để hướng dẫn các nhà lâm sàng đưa ra nội dung chẩn đoán rõ ràng.

Những loại định nghĩa tương tự cũng được thấy ở một số nơi trong ICD, ví dụ Chương XXI để làm rõ nội dung của một nhóm bệnh.

3.1.3. Hai mã số cho một tình trạng bệnh

Hệ thống dấu chữ thập (†) và hoa thị ()*

ICD-9 đã giới thiệu một hệ thống và được kế thừa ở ICD-10 là có 2 mã cùng sử dụng cho nội dung chẩn đoán, trong đó chứa thông tin về bệnh chính toàn thân và biểu hiện lâm sàng ở một cơ quan hoặc vị trí cụ thể.

Mã thứ nhất chỉ bệnh chính, ký hiệu bằng dấu (†), một mã không bắt buộc dùng cho biểu hiện của bệnh được ký hiệu với dấu (*). Cách quy ước này xuất phát do việc mã hóa thường chỉ dựa trên bệnh chính nên số liệu thu được không đáp ứng đầy đủ nhu cầu thống kê của một số chuyên ngành đặc thù.

Trong khi hệ thống dấu (†) và (*) cung cấp những phân loại thay thế cho các báo cáo thống kê thì nguyên tắc của ICD: mã (†) là mã cơ bản, luôn phải sử dụng. Mã (*) không được sử dụng riêng lẻ. Tuy nhiên, khi mã hóa bệnh, dấu (†) và (*) có thể hoán đổi nếu một bệnh với chỉ định nhấn mạnh vào chăm sóc. Những thống kê liên quan đến dấu (†) phù hợp với cách phân loại truyền thống phục vụ trình bày số liệu về tử vong và các khía cạnh chăm sóc y tế khác.

Dấu (*) xuất hiện trong các nhóm bệnh 3 ký tự để chỉ một bệnh không xác định được như bệnh chính trong khi có nhiều mã bệnh khác thể hiện bệnh đó là bệnh chính. Ví dụ, mã G20 và G21 chỉ “các dạng bệnh Parkinson”, còn mã G22* “Hội chứng Parkinson do bệnh phân loại nơi khác”.

Cùng với mã (*) sẽ có mã (†) tương ứng kèm theo, ví dụ bệnh Parkinson do giang mai G22*, mã chữ thập kèm theo “A52.1†”.

Một số mã (†) xuất hiện trong các nhóm bệnh đặc biệt có gắn (†). Tuy nhiên, thông thường mã (†) cho chẩn đoán với 2 yếu tố và bệnh đơn lẻ không gắn mã (†) có thể thấy ở cùng nhóm bệnh hoặc phân nhóm bệnh.

Số lượng nhóm bệnh gắn dấu (*) và (†) rất hạn chế, có 83 nhóm bệnh đặc biệt gắn dấu (*) trong ICD-10 được liệt kê ở phần đầu của các chương liên quan.

Các nhóm bệnh 3 hoặc 4 ký tự có gắn mã (†) có thể xuất hiện theo một trong 3 hình thức sau:

(i) Nếu biểu tượng (†) và mã (*) thay thế cùng xuất hiện ở tiêu đề nhóm bệnh thì các thuật ngữ phân loại được cho mã bệnh đó sẽ chịu sự phân loại kép và tất cả có cùng mã thay thế. Ví dụ:

A17.0† Viêm màng não do lao (G01*)

Lao màng não (não) (tủy)

Viêm màng não do lao

(ii) Nếu chỉ có biểu tượng (†) xuất hiện ở tiêu đề mã bệnh thì tất cả các thuật ngữ phân loại được cho mã bệnh đó đều chịu sự phân loại kép nhưng mã thay thế khác nhau. Ví dụ:

A18.1 † Lao hệ niệu tiết sinh dục

Lao ở:

- Bàn quang (N33.0*)
- Cổ tử cung (N74.0*)
- Thận (N29.1*)
- Cơ quan sinh dục nam (N51.-*)
- Niệu quản (N29.1*)

Bệnh viêm vùng chậu nữ do lao (N74.1*)

(iii) Nếu cả biểu tượng (†) và mã (*) thay thế không xuất hiện ở tiêu đề mã bệnh, thì mã bệnh đó không chịu sự phân loại kép nhưng từng bệnh “bao gồm” phía sau có thể chịu sự phân loại kép; Nếu trường hợp đó xảy ra, những mã bệnh này sẽ được đánh dấu với biểu tượng và mã thay thế, ví dụ:

A54.8 Nhiễm lậu cầu khác

Do lậu cầu

.....

- Viêm phúc mạc † (K67.1*)
- Viêm phổi † (J17.0*)
- Nhiễm trùng huyết
- Tổn thương da

Các mã kép không bắt buộc khác

Có một số tình huống khác với hệ thống hoa thị (*) và chữ thập (†), đó là việc sử dụng 2 mã ICD để diễn tả đầy đủ tình trạng bệnh của một người. Ghi chú “Sử dụng mã bổ sung, nếu cần thiết...”, áp dụng cho những tình huống này. Các mã bổ sung sẽ chỉ được dùng trong bảng liệt kê đặc biệt.

Những bảng liệt kê này là:

(i) Đối với nhiễm trùng khu trú, mã bệnh (được phân loại theo các chương “hệ thống cơ thể”) từ chương I có thể được thêm vào để nhận biết vi sinh vật gây nhiễm khuẩn, ở đó thông tin này không xuất hiện trong tiêu đề nhóm bệnh. Các nhóm bệnh từ B95-B97 ở Chương I được xây dựng cho mục đích này.

(ii) Đối với ung thư có tăng sinh, mã bệnh ở Chương II có thể thêm cùng mã bệnh ở Chương IV để chỉ kiểu tăng sinh.

(iii) Đối với ung thư, mã số hình thái học ở Tập 1, mặc dù không phải là một phần của ICD chính, nhưng có thể thêm vào mã Chương II để xác định kiểu hình thái học khối u.

(iv) Đối với các bệnh từ F00-F09 (rối loạn tâm thần, gồm cả triệu chứng) thuộc chương V, một mã bệnh từ chương khác có thể thêm vào để chỉ nguyên nhân, nghĩa là bệnh cơ bản, chấn thương hoặc tổn thương não khác.

(v) Một bệnh do tác nhân độc hại gây ra, một mã bệnh từ Chương XX có thể thêm vào để nhận biết tác nhân đó.

(vi) Nếu có 2 mã bệnh được sử dụng để mô tả chấn thương, ngộ độc và tác động có hại khác: 1 mã từ Chương XIX, mô tả tính chất của vết thương; 1 mã từ Chương XX, mô tả nguyên nhân. Việc chọn mã nào là mã bổ sung phụ thuộc vào mục đích thu thập số liệu (Xem Phần giới thiệu Chương XX, Tập 1).

3.1.4. Các quy ước sử dụng trong danh sách bảng liệt kê

Trong việc lập danh sách những từ “Bao gồm” và “Loại trừ” trong danh sách bảng liệt kê, ICD sử dụng một số quy ước liên quan đến dấu ngoặc đơn, ngoặc vuông, dấu hai chấm, dấu ngoặc ôm, từ viết tắt “NOS” (không xác định khác), cụm từ “NEC” (không phân loại nơi khác), và từ “và” trong các tiêu đề. Người chịu trách nhiệm mã hóa và người muốn phiên giải kết quả thống kê dựa trên ICD phải hiểu rõ ý nghĩa những quy ước này.

Dấu ngoặc đơn ()

Dấu ngoặc đơn được dùng trong 4 tình huống sau:

(a) Để chứa từ bổ sung theo sau một thuật ngữ chẩn đoán, không làm ảnh hưởng tới ý nghĩa thuật ngữ nằm ngoài dấu ngoặc đơn. Ví dụ: thuật ngữ trong ngoặc đơn ở mã I10, “Cao huyết áp (động mạch) (lành tính) (vô căn) (ác tính) (nguyên phát) (hệ thống)”, ngụ ý rằng I10 có thể dùng mã hóa cho bệnh “cao huyết áp”, hoặc bệnh “cao huyết áp lành tính, vô căn”....

(b) Để chứa mã của một bệnh bị “Loại trừ”. Ví dụ:

H01.0 Viêm bờ mi

Loại trừ: viêm kết mạc mí mắt (H10.5)

(c) Để chứa mã 3 ký tự của các bệnh trong cùng một nhóm bệnh.

(d) Để chứa mã (†) hoặc mã (*).

Dấu ngoặc vuông []

Dấu ngoặc vuông được sử dụng:

(a) Để chứa từ đồng nghĩa, từ thay thế hoặc cụm từ giải thích. Ví dụ:

A30 bệnh phong [bệnh Hansen]

(b) Để tham khảo chú thích trước đây. Ví dụ:

C00.8 chấn thương lan rộng ở môi [xem ghi chú 5 ở phần đầu của Chương này]

(c) Để hướng dẫn tham khảo một mã bệnh 4 ký tự khác. Ví dụ:

K27 Loét do dịch vị, vị trí không xác định [xem mã K25 để phân loại chi tiết]

Dấu hai chấm:

Dấu hai chấm được sử dụng để liệt kê các thuật ngữ “bao gồm” và “loại trừ” của mục khi các từ đứng trước đó không phải là những từ đầy đủ để được xếp vào mục này. Nói cách khác, các từ này đòi hỏi một hoặc nhiều từ bổ nghĩa hoặc làm rõ nghĩa hơn, được in thụt vào so với từ chính. Ví dụ: mã K36, “viêm ruột thừa khác”, chẩn đoán “viêm ruột thừa” được phân loại chỉ trong trường hợp được bổ nghĩa bởi từ “mạn tính” hoặc “tái diễn”.

Dấu ngoặc ôm { }

Dấu ngoặc ôm được dùng để liệt kê các thuật ngữ “bao gồm” và “loại trừ”, với ý nghĩa rằng những từ đứng trước và đứng sau dấu ngoặc ôm đều không đầy đủ. Nói cách khác, bất kỳ nội dung nào đứng trước dấu ngoặc ôm cũng đều phải được bổ nghĩa bằng một hoặc nhiều từ sau dấu ngoặc ôm. Ví dụ:

O71.6 Tồn thương khớp vùng chậu và dây chằng do sản khoa

Rạn sụn trong khớp mu	}	do sản khoa
Tồn thương xương cụt		
Giãn khớp mu do chấn thương		

“NOS” – Không xác định khác (KXĐK)

Từ NOS là viết tắt của cụm từ “Không xác định khác” (Not otherwise specified) hàm ý là “không xác định” hoặc “không rõ”.

Đôi khi thuật ngữ “KXĐK” được gán cho một nhóm bệnh hoặc một bệnh. Bởi vì, trong y học hầu hết các bệnh phổ biến đều có một tên gọi cụ thể, chỉ một số bệnh cần phải bổ nghĩa. Ví dụ: “hẹp van hai lá” thường được dùng để chỉ “hẹp van hai lá là do thấp khớp”. Những giả định kèm theo này cần chú ý để tránh phân loại không đúng. Xem xét cẩn thận các thuật ngữ bao gồm sẽ thấy giả định về nguyên nhân. Người mã hóa cần thận trọng khi mã một bệnh là “KXĐK” trừ khi không có thông tin rõ ràng để phân loại bệnh đó ở mục khác. Tương tự như vậy, trong việc phiên giải số liệu thống kê dựa trên ICD, một số bệnh có vẻ được mã hóa một cách rất rõ ràng nhưng thực tế lại không hoàn toàn chính xác. Khi so sánh khuynh hướng theo thời gian và phiên giải số liệu, điều quan trọng cần lưu ý là các giả định có thể thay đổi do sử dụng các phiên bản ICD khác nhau. Ví dụ trước lần Hiệu đính thứ 8, phình động mạch chủ không xác định được giả định là do giang mai.

“Không phân loại nơi khác” (KPLNK)

Cụm từ “Không phân loại nơi khác”, khi được sử dụng kèm với nhóm bệnh 3 ký tự, thể hiện rằng nhiều biến thể của bệnh đó có thể xuất hiện ở những mục khác. Ví dụ:

J16 Viêm phổi do vi sinh vật gây nhiễm khác, không phân loại nơi khác.

Nội dung trên nghĩa là mã J16 chỉ bao gồm J16.0 - Viêm phổi do Chlamydia và J16.8 - Viêm phổi do vi sinh vật gây nhiễm xác định khác. Nhiều biến thể của bệnh viêm phổi xuất hiện ở chương X (Ví dụ J09-J15) và những chương khác (Ví dụ P23.- Viêm phổi bẩm sinh) để nói về bệnh viêm phổi do tác nhân gây nhiễm cụ thể. J18 Viêm phổi, vi khuẩn không xác định, gồm viêm phổi do tác nhân chưa xác định.

“Và” ở tiêu đề

“Và” đại diện cho “và/hoặc”. Ví dụ: mã bệnh A18.0, Lao xương và khớp, các trường hợp có thể được phân loại mắc “lao xương” và/hoặc “lao khớp” và/hoặc “lao xương và khớp”.

Chấm gạch ngang .-

Trong một số trường hợp, ký tự thứ 4 của mã bệnh được thay bằng dấu gạch ngang. Ví dụ:

G03 Viêm màng não do nguyên nhân khác và không xác định

Loại trừ: viêm não- màng não (G04.-)

Dấu chấm gạch ngang “.-” nhắc nhở người mã hóa là bệnh đó có ký tự thứ 4 và phải tìm thêm một ký tự thích hợp để điền vào. Quy ước trên được sử dụng trong cả ICD Tập 1 và ICD Tập 3.

1.5. Các nhóm bệnh có đặc điểm chung

Để kiểm tra chất lượng mã hóa, sẽ rất hữu ích nếu lập trình sẵn một chương trình trên máy vi tính. Các nhóm bệnh sau đây được nhóm lại theo một số đặc điểm chung và được coi như cơ sở để xây dựng những chương trình kiểm tra như trên.

Những nhóm bệnh có dấu ()*

Những nhóm bệnh có dấu (*) sau đây không được dùng một mình và phải luôn đi kèm với những mã (†).

D63*, D77*, E35*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, 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*, 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*

Những nhóm bệnh chỉ áp dụng cho một giới

Những nhóm bệnh sau chỉ áp dụng cho nam

B26.0, C60–C63, D07.4–D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, 29.1, N40–N51, Q53–Q55, R86, S31.2–S31.3, Z12.5

Những nhóm bệnh sau chỉ áp dụng cho nữ

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, M80.0–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

Hướng dẫn xử lý những trường hợp không nhất quán giữa tình trạng bệnh và giới tính được đề cập ở phần 4.2.5.

Những nhóm bệnh di chứng

Những nhóm bệnh sau để chỉ những tình trạng di chứng không còn ở giai đoạn hoạt động B90–B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90–T98, Y85–Y89.

Hướng dẫn để mã hóa di chứng với mục đích thống bệnh tật, tử vong có thể tìm ở mục 4.2.4 và 4.4.2.

Những rối loại sau thủ thuật

Những nhóm bệnh sau không được dùng để mã hóa nguyên nhân chính gây tử vong. Hướng dẫn sử dụng các mã bệnh sau để mã hóa nguyên nhân tử vong tìm ở mục 4.4.2:

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

3.2. Sử dụng ICD Tập 3 như thế nào

Phần Giới thiệu ở Tập 3 (Danh mục bệnh theo chữ cái) sẽ đưa ra hướng dẫn sử dụng tập sách này. Người đọc cần tìm hiểu những nội dung này trước khi bắt đầu công việc mã hóa. Sau đây là mô tả ngắn gọn về cấu trúc, mục lục của Tập 3:

3.2.1. Sắp xếp Mục lục theo thứ tự chữ cái

Tập 3 được chia làm 3 phần:

- Phần I liệt kê gồm tất cả nhóm bệnh từ Chương I đến Chương XIX và Chương XXI, loại trừ thuốc và các hóa chất khác.
- Phần II gồm các nguyên nhân ngoại sinh của bệnh tật và tử vong; tất cả các nhóm bệnh có thể phân loại ở Chương XX, loại trừ thuốc, các hóa chất khác.
- Phần III, Bảng thuốc và hóa chất, là mã của từng chất gây ra ngộ độc và tác dụng không mong muốn của các thuốc có thể gắn với các mã bệnh ở Chương XIX, Chương XX để cho thấy đó là ngộ độc do tình cờ, cố ý (tự gây ngộ độc), không xác định, hoặc tác dụng không mong muốn của một loại thuốc đã cấp phép.

3.2.2. Cấu trúc

Mục lục bao gồm những “thuật ngữ dẫn đầu”, nằm ở góc trái của cột, với những từ khác (“từ bỏ nghĩa”, hoặc “từ xác định”) chia thành nhiều mức thụt vào đầu dòng so với từ trên nó. Trong phần I, “từ bỏ nghĩa”, “từ xác định” (để chỉ vị trí, tình huống mắc bệnh khác nhau) thường có ảnh hưởng tới việc mã hóa bệnh. Phần II nói về các loại tai nạn, phương tiện liên quan khác. Từ bỏ nghĩa không ảnh hưởng tới mã bệnh ở trong dấu ngoặc đơn.

3.2.3. Các mã bệnh

Các mã phía trước tên bệnh để chỉ nhóm bệnh, phân nhóm bệnh của bệnh đó. Nếu mã chỉ có 3 ký tự, có thể giả định rằng nhóm bệnh đó không được phân chia chi tiết hơn. Tuy nhiên, hầu hết các nhóm bệnh đều được phân chia tới 4 ký tự. Dấu gạch ngang đứng sau dấu chấm (Ví dụ O03.-) có nghĩa bệnh đó được phân loại chi tiết và có thể xác định ký tự thứ 4 bằng cách đối chiếu với danh sách bảng liệt kê. Nếu một bệnh đi kèm với dấu chữ thập và hoa thị thì sẽ có cả 2 dấu đó.

NEC (not elsewhere classified)

NEC – Không phân loại nơi khác để chỉ những biến thể khác của bệnh được phân loại ở nơi khác, và nên tìm một bệnh chính xác hơn.

Tham khảo chéo

Tham khảo chéo được sử dụng để tránh sự trùng lặp không cần thiết của các tên bệnh trong Bảng Danh mục. Từ “xem” đòi hỏi người mã hóa phải tham khảo một bệnh khác. Từ “xem thêm” hướng dẫn người mã hóa tham khảo một nơi khác trong Bảng Danh mục nếu như bệnh được mã hóa chứa những thông tin khác không được ghi thụt vào dưới cụm từ “xem thêm” đi kèm.

3.3. Hướng dẫn mã hóa cơ bản

Có những tên bệnh trong Danh mục bệnh tật theo chữ cái (Tập 3) nhưng lại không có trong Tập 1, người mã hóa phải sử dụng cả Tập 1 và Tập 3 để mã hóa tên bệnh.

Trước khi mã hóa, người mã hóa cần phải nắm được nguyên tắc phân loại và việc mã hóa, và phải thực tập thông qua các bài tập.

Sau đây là hướng dẫn cho những người sử dụng ICD không thường xuyên.

1. Phân loại chẩn đoán cần được mã hóa và tham khảo phần thích hợp của Danh mục Bệnh theo chữ cái (Nếu chẩn đoán là một bệnh hoặc chấn thương hoặc tình trạng khác có thể phân loại vào các Chương từ I đến XIX hoặc XXI, tham khảo phần I của Danh mục. Nếu chẩn đoán là nguyên nhân ngoại sinh của một chấn thương hoặc sự cố khác có thể phân vào Chương XX, hãy tham khảo phần II).

2. Tìm tên chính: Đối với những bệnh và tổn thương, tên chính thường là một danh từ chỉ một loại bệnh lý. Tuy nhiên, một vài bệnh lý được thể hiện như một tính từ hoặc mang tên một người nào đó cũng được đưa vào Bảng Danh mục như một tên bệnh chính.

3. Đọc và tuân theo bất kỳ hướng dẫn nào xuất hiện dưới tên bệnh chính.

4. Đọc bất kỳ tên bệnh nào đặc trong dấu ngoặc đơn đứng sau tên bệnh chính cũng như bất kỳ tên bệnh đứng thụt vào phía dưới tên bệnh chính cho tới khi tất cả các từ trong chẩn đoán được xét đến.

5. Thực hiện một cách thận trọng việc “tham khảo chéo” (“xem” và “xem thêm”).

6. Tham khảo Bảng Danh mục để kiểm tra tính phù hợp của mã số được chọn.

7. Theo đúng hướng dẫn như “Bao gồm”, “Loại trừ” ghi dưới mã được chọn hay dưới tiêu đề của Chương, nhóm bệnh hay tên bệnh chi tiết.

8. Gán một mã số.

Những hướng dẫn cụ thể để chọn nguyên nhân hay bệnh đã được mã hóa và để mã hóa cho các bệnh, xem ở Phần 4.

4. Quy tắc và hướng dẫn mã hóa bệnh tật, tử vong

Phần này đề cập đến những quy tắc, hướng dẫn đã được Hội đồng Y tế thế giới chấp nhận liên quan tới việc chọn nguyên nhân hoặc bệnh từ giấy chứng nhận tử vong và hồ sơ bệnh án. Hướng dẫn cũng đưa ra các cách áp dụng quy tắc và cách mã hóa các tình trạng bệnh.

4.1. Tử vong: Hướng dẫn về giấy chứng nhận và quy tắc mã hóa

Thống kê tử vong là một trong những nguồn thông tin y tế cơ bản và ở nhiều nước nó là số liệu y tế đáng tin cậy nhất.

4.1.1. Nguyên nhân tử vong

Năm 1967, Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 20 đã đề nghị đưa nguyên nhân tử vong vào giấy chứng nhận y tế về nguyên nhân tử vong như là “tất cả bệnh tật, tình trạng bệnh hoặc chấn thương đều có thể dẫn tới/góp phần gây ra tử vong, và tình huống tai nạn hoặc hoàn cảnh bạo lực đã gây ra bất kỳ chấn thương như vậy”. Mục đích của định nghĩa là đảm bảo tất cả thông tin liên quan được ghi chép và người xác nhận tử vong không chọn nhiều bệnh để ghi chép hoặc loại bỏ một số bệnh khác. Định nghĩa không bao gồm triệu chứng và cách thức tử vong, như suy tim hoặc suy hô hấp.

Khi chỉ có một nguyên nhân tử vong được ghi nhận, thì nguyên nhân này sẽ được lựa chọn để lập bảng thống kê.

Khi có từ 2 nguyên nhân tử vong trở lên được ghi nhận, thì sự lựa chọn sẽ phải phù hợp với quy định tại mục 4.1.5. Những quy tắc này dựa trên khái niệm về nguyên nhân tử vong chính.

4.1.2. Nguyên nhân tử vong chính

Hội nghị Hiệu đính Quốc tế lần thứ 6 được tổ chức 10 năm một lần đồng ý rằng nguyên nhân tử vong cho bảng kê ban đầu (primary tabulation) nên được quy định cho nguyên nhân tử vong chính.

Từ quan điểm dự phòng tử vong, cần tách mối liên quan giữa các sự kiện hoặc tác động đến việc điều trị tại một điểm nào đó. Mục tiêu hiệu quả nhất của y tế công cộng là dự phòng từ xa nguyên nhân gây bệnh. Vì mục đích này, nguyên nhân tử vong chính được định nghĩa là “(a) bệnh hoặc chấn thương khởi đầu quá trình bệnh tật, trực tiếp dẫn tới tử vong, hoặc (b) hoàn cảnh tai nạn hoặc bạo lực gây ra chấn thương chết người”.

4.1.3. Mẫu chứng nhận y tế quốc tế về nguyên nhân tử vong

Nguyên tắc trên có thể được áp dụng thống nhất bằng cách dùng mẫu chứng nhận y tế do Hội đồng Y tế thế giới khuyến nghị. Trách nhiệm của người hành nghề là ký vào giấy chứng tử để xác nhận bệnh lý trực tiếp dẫn đến tử vong và bất kỳ bệnh gián tiếp nào làm tăng nguy cơ tử vong.

Giấy chứng nhận y tế được thiết kế để dễ dàng chọn một nguyên nhân tử vong chính trong nhiều nguyên nhân tử vong ghi nhận. Phần I để mô tả những bệnh có liên quan trong chuỗi các sự kiện trực tiếp dẫn tới tử vong, và Phần II là những tình trạng bệnh không có liên quan nhưng góp phần gây ra tử vong.

MẪU CHỨNG NHẬN Y TẾ QUỐC TẾ VỀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Nguyên nhân tử vong		Khoảng thời gian ước tính từ khi xảy ra sự kiện đến khi tử vong
I		
Bệnh hoặc tình trạng bệnh trực tiếp dẫn đến tử vong*	(a)..... do (hoặc hậu quả của)
Các nguyên nhân trước đó	(b).....
Bệnh, nếu có, dẫn đến nguyên nhân trên, trình bày tình trạng chính sau cùng	do (hoặc hậu quả của) (c)..... do (hoặc hậu quả của) (d).....
II		
Các tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong nhưng không liên quan tới bệnh hoặc tình trạng bệnh gây ra tử vong
* Điều này không nghĩa là hình thức tử vong, ví dụ suy tim, suy hô hấp mà có nghĩa là bệnh, chấn thương hoặc biến chứng gây ra tử vong.		

Bác sỹ hoặc cán bộ y tế kiểm thảo tử vong nên sử dụng kiến thức lâm sàng của mình để hoàn thiện mẫu chứng nhận nguyên nhân tử vong. Các hệ thống tự điền không thể có đầy đủ danh sách nguyên nhân hoặc các gợi ý sẵn có để điền thông tin vào mẫu chứng nhận, do vậy số lượng các chẩn đoán sẽ bị hạn chế, dẫn tới sự thiếu chính xác và hiệu quả của bản báo cáo.

Năm 1990, Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 43 đưa ra khuyến cáo là nếu thấy cần thiết thì các quốc gia nên quy định phải điền đầy đủ cả 4 dòng a, b, c, d (nếu có) ở phần I của mẫu giấy chứng nhận tử vong. Tuy nhiên, tại các quốc gia hầu như chỉ điền vào 3 dòng (a, b, c) ở phần I, dòng thứ 4 được coi là không cần thiết, hoặc có những quy định hoặc sự trở ngại để áp dụng mẫu chứng nhận trên.

Bệnh/tình trạng bệnh ghi dòng thấp nhất ở phần I thường được xác định là nguyên nhân tử vong chính khi thống kê, báo cáo. Tuy nhiên, quy trình mã hóa ở phần 4.1.4 – 4.1.5 có thể cho kết quả khác với cách xác định nguyên nhân tử vong chính ở trên. Để phân biệt giữa hai khả năng này, cụm từ *nguyên nhân có từ trước* (nguyên nhân gốc) sẽ được dùng để chỉ tình trạng bệnh phù hợp với dòng cuối cùng của Phần I trong giấy chứng nhận, cụm từ *nguyên nhân tử vong* chính sẽ được dùng để xác định nguyên nhân được chọn cho bảng kê (tabulation).

Nếu chỉ có một bước trong chuỗi sự kiện, chỉ cần điền vào dòng thứ nhất (mục a) là đủ. Nếu có nhiều hơn một bước, nguyên nhân trực tiếp điền vào mục (a) và nguyên nhân có từ trước điền vào dòng cuối cùng, với bất kỳ nguyên nhân can thiệp nào được nhập vào dòng (b) hoặc dòng (b) và (c). Ví dụ về giấy chứng nhận tử vong có 4 bước trong chuỗi sự kiện dẫn đến tử vong trực tiếp:

- a) Tắc mạch phổi
- b) Gãy xương bệnh lý
- c) Carcinom thứ phát xương đùi
- d) Carcinom vú

Phần II là cho bất kỳ bệnh diễn hình nào khác góp phần vào hậu quả tử vong nhưng không liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc tình trạng bệnh gây ra tử vong.

Sau cụm từ “Do (hoặc hậu quả của)” trên giấy chứng nhận, nên ghi cả nguyên nhân trực tiếp/quy trình bệnh lý và nguyên nhân gián tiếp, ví dụ sau thời gian ủ bệnh, một tình trạng bệnh trở thành nguyên nhân trực tiếp gây ra tổn thương ở tổ chức hoặc rối loạn chức năng.

Chú ý tới khoảng thời gian ước tính (phút, giờ, ngày, tuần, tháng hoặc năm) từ khi khởi phát bệnh đến khi tử vong, điều này sẽ giúp người kiểm thảo tử vong xác định được chuỗi sự kiện dẫn tới tử vong, và cũng có ích sau đó trong việc hướng dẫn người mã hóa chọn mã thích hợp.

Năm 1990, Hội đồng Y tế Thế giới đưa ra khuyến cáo rằng các nước nên xem xét đưa thêm một câu hỏi vào mẫu giấy chứng nhận tử vong đó là tình trạng mang thai hiện tại và mang thai trong vòng 1 năm trước khi tử vong.

4.1.4. Quy trình lựa chọn nguyên nhân tử vong chính cho bảng kê tử vong

Khi chỉ có một nguyên nhân tử vong được ghi nhận, nguyên nhân này được sử dụng để lập bảng kê.

Khi có từ 2 nguyên nhân tử vong được ghi nhận, bước 1 của việc chọn nguyên nhân chính là dựa vào Nguyên tắc Chung hoặc Quy tắc lựa chọn 1, 2, 3 để xác định nguyên nhân có từ trước (nguyên nhân gốc) và ghi vào dòng cuối cùng ở phần I.

Trong một số trường hợp, ICD cho phép thay thế nguyên nhân gốc bằng một nguyên nhân hợp lý hơn để diễn tả nguyên nhân tử vong trong bảng kê. Ví dụ, có một số nhóm bệnh là sự kết hợp của các tình trạng bệnh hoặc có thể có những lý do dịch tễ quan trọng hơn để ưu tiên ghi trên giấy chứng nhận.

Do đó, bước tiếp theo là xác định có nên áp dụng một hay nhiều quy tắc sửa đổi từ A tới F (xem Phần 4.1.9) vào các tình huống trên hay không. Mã số kết quả cho bảng kê là nguyên nhân chính.

Khi nguyên nhân gốc là chấn thương hoặc hậu quả khác của một nguyên nhân ngoại sinh được phân loại ở Chương XIX, hoàn cảnh gây ra bệnh đó nên được chọn là nguyên nhân

chính cho bảng kê và được mã từ V01-Y89. Mã số cho chấn thương hoặc hậu quả có thể được dùng như mã bổ sung.

4.1.5. Các Quy tắc lựa chọn Nguyên nhân có từ trước (nguyên nhân gốc)

Chuỗi sự kiện

Thuật ngữ “chuỗi sự kiện” đề cập đến hai hoặc nhiều bệnh được ghi vào các dòng kế tiếp nhau ở Phần I, mỗi bệnh ghi ở dòng phía sau là nguyên nhân có thể của bệnh ghi ở dòng phía trước.

Ví dụ 1: I (a) Chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản

(b) Tăng áp lực tĩnh mạch cửa

(c) Xơ gan

(d) Viêm gan B

Nếu có nhiều hơn một nguyên nhân tử vong trong 1 dòng ở giấy chứng nhận, có thể có nhiều hơn một chuỗi được ghi nhận. Trong ví dụ dưới đây 4 chuỗi được ghi nhận

Ví dụ 2 : I (a) Hôn mê

(b) Nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não

(c) Cao huyết áp, xơ vữa động mạch

Các chuỗi là :

Xơ vữa động mạch (dẫn đến) nhồi máu cơ tim (dẫn đến) hôn mê;

Xơ vữa động mạch (dẫn đến) tai biến mạch máu não (dẫn đến) hôn mê;

Cao huyết áp (dẫn đến) nhồi máu cơ tim (dẫn đến) hôn mê;

Cao huyết áp (dẫn đến) tai biến mạch máu não (dẫn đến) hôn mê;

Nguyên tắc chung

Khi có hai bệnh trở lên được ghi nhận ở giấy chứng nhận tử vong, một bệnh được ghi nhận ở dòng dưới cùng của phần I chỉ được chọn nếu bệnh đó có thể là gây ra những bệnh ghi ở các dòng phía trên.

Những Quy tắc lựa chọn

Quy tắc 1. Nếu Nguyên tắc Chung không thể áp dụng được và một chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong, chọn nguyên nhân ban đầu của chuỗi sự kiện này. Nếu có từ 2 chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được nhắc đến đầu tiên, chọn nguyên nhân ban đầu của chuỗi sự kiện thứ nhất được ghi nhận.

Nói một cách khác, Quy tắc 1 được áp dụng khi có một chuỗi sự kiện nhưng Nguyên tắc Chung không thể áp dụng được. Ví dụ Quy tắc 1 có thể áp dụng khi có hơn một bệnh được ghi nhận ở dòng dưới cùng.

Quy tắc 2. Nếu không có chuỗi sự kiện nào được ghi nhận mà kết thúc bằng bệnh được ghi nhận đầu tiên trên giấy chứng nhận tử vong, chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

Quy tắc 3. Nếu bệnh được chọn theo Nguyên tắc Chung hoặc theo Quy tắc 1 hoặc Quy tắc 2 thì đương nhiên là hậu quả trực tiếp của một bệnh khác được ghi nhận trong phần I hoặc phần II của giấy chứng nhận tử vong, chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

4.1.6. Một số cân nhắc về những quy tắc lựa chọn

Trong một giấy chứng nhận hoàn chỉnh, sẽ chỉ có 1 nguyên nhân gốc ở dòng thấp nhất của Phần I, nếu có, các nguyên nhân khởi phát của nguyên nhân gốc sẽ được điền ở các dòng phía trên theo trật tự nguyên nhân.

Ví dụ 3: I (a) Urê máu
(b) Thận ứ nước
(c) Bí đái
(d) Phì đại tuyến tiền liệt

Ví dụ 4: I (a) Viêm phế quản phổi
(b) Viêm phế quản mạn tính

II Viêm cơ tim mạn tính

Do đó trong giấy chứng nhận hoàn chỉnh Nguyên tắc Chung sẽ được áp dụng. Tuy nhiên, thậm chí nếu giấy chứng nhận chưa hoàn chỉnh, Nguyên tắc Chung vẫn có thể miễn là có 1 bệnh được ghi ở dòng cuối cùng ở Phần I có thể gây ra những bệnh liệt kê ở các dòng phía trên, dù các dòng đó không sắp xếp theo trật tự nguyên nhân.

Ví dụ 5: I (a) Di căn toàn thân 5 tuần
(b) Viêm phế quản phổi 3 ngày
(c) Ung thư phổi 11 tháng

Nguyên tắc Chung không được áp dụng nếu có nhiều hơn một bệnh cùng được ghi ở dòng cuối cùng ở Phần I, hoặc nếu có một bệnh duy nhất được nhập vào và không gây ra những bệnh trên nó. Những hướng dẫn để chấp nhận các chuỗi khác biệt này được đưa ra ở cuối các Quy tắc, nhưng cần phải nhớ rằng những nội dung trên giấy chứng nhận tử vong phản ánh quan điểm của người ghi về các bệnh dẫn tới tử vong và mối quan hệ qua lại giữa chúng và không nên coi nhẹ quan điểm đó.

Khi mà Nguyên tắc Chung không thể áp dụng, người chứng nhận tử vong nên tìm hiểu để hoàn thiện giấy chứng nhận, vì các Quy tắc lựa chọn đôi khi có phần tùy tiện và có thể không phải lúc nào cũng thích hợp để chọn nguyên nhân chính. Tuy nhiên, nếu không có điều kiện tìm hiểu thêm thì phải áp dụng các quy tắc lựa chọn. Quy tắc 1 có thể áp dụng chỉ với điều kiện là có một chuỗi sự kiện được ghi nhận, kết thúc bằng bệnh được ghi nhận đầu tiên trên giấy chứng nhận tử vong. Nếu không có một chuỗi sự kiện như thế, áp dụng Quy tắc 2 và chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

Tuy nhiên, bệnh được chọn theo các Quy tắc ở trên có thể là một hậu quả rõ ràng của một bệnh khác nhưng không được ghi nhận theo đúng mối quan hệ nhân quả với bệnh đó, ví

đụ ở Phần II hoặc ở cùng dòng với nó ở Phần I. Nếu như vậy, áp dụng Quy tắc 3 và chọn bệnh ban đầu. Tuy nhiên, nó chỉ áp dụng khi chắc chắn về mối quan hệ nhân quả giữa 2 bệnh; Sẽ là không đầy đủ nếu không chấp nhận một mối quan hệ nhân quả giữa chúng mặc dù đã được người chứng nhận tử vong đề cập trước đó.

4.1.7. Các ví dụ về Nguyên tắc Chung và các Quy tắc lựa chọn

Nguyên tắc Chung

Khi có hai bệnh trở lên được ghi nhận ở giấy chứng nhận tử vong, một bệnh được ghi nhận ở dòng dưới cùng của phần I chỉ được chọn nếu bệnh đó có thể là gây ra những bệnh ghi ở các dòng phía trên.

Ví dụ 6: I (a) áp xe phổi

(b) viêm phổi thùy

Chọn viêm phổi thùy (J18.1)

Ví dụ 7: I (a) Suy gan

(b) Tắc ống mật

(c) Carcinoma đầu tụy

Chọn Carcinoma đầu tụy (C25.0)

Ví dụ 8: I (a) Chảy máu não

(b) Huyết áp cao

(c) Viêm thận bể thận mạn tính

(d) U biểu mô tuyến tiền liệt

Chọn U biểu mô tuyến tiền liệt (D29.1)

Ví dụ 9: I (a) Sốc chấn thương

(b) Gãy nhiều xương

(c) Người đi bộ do xe tải đâm (tai nạn giao thông)

Chọn người đi bộ do xe tải đâm (V04.1)

Ví dụ 10: I (a) Viêm phế quản phổi

II Thiếu máu thứ phát và bệnh bạch cầu dạng lympho mạn tính

Chọn viêm phế quản phổi. Nhưng cũng áp dụng Quy tắc 3, xem Ví dụ 26.

Quy tắc 1. Nếu Nguyên tắc Chung không thể áp dụng được và một chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong, chọn nguyên nhân ban đầu của chuỗi sự kiện này. Nếu có từ 2 chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được nhắc đến đầu tiên, chọn nguyên nhân ban đầu của chuỗi sự kiện thứ nhất được ghi nhận.

Nói một cách khác, Quy tắc 1 được áp dụng khi có một chuỗi sự kiện nhưng Nguyên tắc Chung không thể áp dụng được. Ví dụ Quy tắc 1 có thể áp dụng khi có hơn một bệnh được ghi nhận ở dòng dưới cùng.

Ví dụ 11: I (a) Viêm phế quản phổi

(b) Nhồi máu não và bệnh tim do huyết áp cao

Chọn nhồi máu não (I63.9). Có hai chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận; viêm phế quản phổi do nhồi máu não, và viêm phế quản phổi do bệnh tim huyết áp cao. Nguyên nhân gốc của chuỗi sự kiện thứ nhất được chọn.

Ví dụ 12: I (a) Giãn tĩnh mạch thực quản và suy tim xung huyết

(b) Bệnh tim thấp do khớp mạn và xơ gan

Chọn xơ gan (K74.6). Chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận là giãn tĩnh mạch thực quản do xơ gan.

Ví dụ 13: I (a) Nhồi máu cơ tim cấp

(b) Bệnh tim xơ vữa động mạch

(c) Cảm cúm

Chọn bệnh tim xơ vữa động mạch. Chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận là nhồi máu cơ tim cấp do bệnh tim xơ vữa động mạch. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc sửa đổi C; Xem Ví dụ 45.

Ví dụ 14: I (a) Viêm ngoại tâm mạc

(b) Urê máu và viêm phổi

Chọn Urê máu. Có hai chuỗi sự kiện kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận là: viêm ngoại tâm mạc do urê máu, và viêm ngoại tâm mạc do viêm phổi. Nguyên nhân gốc của chuỗi sự kiện thứ nhất được chọn. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc sửa đổi D, xem Ví dụ 60.

Ví dụ 15: I (a) Nhồi máu não và viêm phổi do nằm lâu ngày

(b) Huyết áp cao và đái đường

(c) Xơ vữa động mạch

Chọn xơ vữa động mạch. Có hai chuỗi sự kiện có kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận là: nhồi máu não do huyết áp cao do xơ vữa động mạch và nhồi máu não do đái đường. Nguyên nhân gốc của chuỗi sự kiện thứ nhất được chọn. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc sửa đổi C, xem Ví dụ 46

Quy tắc 2

Nếu không có chuỗi sự kiện nào được ghi nhận mà kết thúc bằng bệnh được ghi nhận đầu tiên trên giấy chứng nhận tử vong, chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

Ví dụ 16: I (a) Thiếu máu ác tính và hoại thư chân

(b) Xơ vữa động mạch

Chọn thiếu máu ác tính (D51.0). Không chuỗi sự kiện có kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên.

Ví dụ 17: I (a) Bệnh thấp tim và xơ vữa động mạch.

Chọn bệnh thấp tim (I09.9). Không chuỗi sự kiện nào được ghi nhận, cả 2 bệnh đều nằm trên cùng một dòng.

Ví dụ 18: I (a) Bệnh xơ nang tụy.

(b) Viêm phế quản và dẫn phế quản.

Chọn xơ nang tụy (E84.9). Không chuỗi sự kiện nào được ghi nhận.

Ví dụ 19: I (a) Người già và Viêm phổi do nằm lâu ngày

(b) Viêm khớp do thấp.

Chọn người già. Có một chuỗi sự kiện được ghi nhận - Viêm phổi do nằm lâu ngày do viêm khớp thấp - nhưng không kết thúc bằng bệnh được đề cập đầu tiên trên giấy chứng nhận. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc sửa đổi C, xem Ví dụ 33.

Ví dụ 20: I (a) Viêm túi thanh mạc và viêm loét đại tràng

Chọn viêm túi thanh mạc. Không chuỗi sự kiện nào được ghi nhận. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc sửa đổi B xem Ví dụ 41.

Ví dụ 21: I (a) Viêm thận cấp, bệnh tinh hồng nhiệt

Chọn viêm thận cấp. Không chuỗi sự kiện nào được ghi nhận. Nhưng cũng có thể áp dụng Quy tắc 3 xem Ví dụ 28.

Quy tắc 3

Nếu bệnh được chọn theo Nguyên tắc Chung hoặc theo Quy tắc 1 hoặc Quy tắc 2 thì đương nhiên là hậu quả trực tiếp của một bệnh khác được ghi nhận trong phần I hoặc phần II của giấy chứng nhận tử vong, chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

Hậu quả trực tiếp giả định của một bệnh khác

Sarcoma Kaposi, u Burkitt và bất kỳ u tính ác khác của hệ lympho, hệ tạo máu và các mô liên quan, được phân loại ở C46.- hoặc C81-C96, nên được xem là hậu quả trực tiếp của bệnh HIV khi ghi nhận. Không có giả thiết nào như thế cho các loại ung thư ác tính khác.

Bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào được phân loại ở A00-B19, B25-B49, B58- B46, B99 hoặc J22-J18 nên được xem là hậu quả trực tiếp của bệnh HIV khi ghi nhận.

Một số biến chứng hậu phẫu thuật (viêm phổi (bất kỳ loại nào), xuất huyết, viêm tắc tĩnh mạch, nghẽn mạch, huyết khối, nhiễm trùng máu, ngừng tim, suy thận (cấp), nhồi máu) có thể được xem là hậu quả trực tiếp của việc phẫu thuật, ngoại trừ phẫu thuật đã được thực hiện từ 4 tuần trở lên trước khi tử vong.

Suy tim (I50.-) và bệnh tim không xác định (I51.9) nên được coi là một hậu quả rõ ràng của các bệnh lý tim mạch khác.

Phù phổi (J81) nên được coi là một hậu quả rõ ràng của bệnh tim mạch (bao gồm bệnh tim do phổi); của các bệnh ảnh hưởng đến nhu mô phổi, như nhiễm trùng phổi, viêm phổi, hội chứng suy hô hấp, độ cao, và độc chất lưu hành; của các bệnh do ú nước như suy thận và sự giảm albumin huyết tương; và của bệnh bẩm sinh di truyền ảnh hưởng đến tuần hoàn phổi, như là hẹp tĩnh mạch phổi bẩm sinh.

Viêm phổi thùy không xác định (J18.1) nên được coi là một hậu quả rõ ràng của hội chứng lệ thuộc rượu (F10.2). Bất kỳ viêm phổi nào ở J12-J18 nên được coi là một hậu quả rõ ràng của các bệnh suy giảm hệ thống miễn dịch. Viêm phổi ở J15.0 – J5.6, J15.8 – J15.9, J16.8, J18.0 và J18.2 – J18.9 nên được coi là một hậu quả rõ ràng của bệnh suy kiệt (như là ung thư ác tính, suy dinh dưỡng) và bệnh gây bại liệt (như xuất huyết não, tăng tiểu cầu), cùng với bệnh suy hô hấp, bệnh truyền nhiễm và chấn thương nặng. Viêm phổi ở J15.0-J15.6, J15.8 – J15.9, J16.8, J18.0 và J18.2 – J18.9, J69.0 và J69.8 nên được coi là một hậu quả rõ ràng ảnh hưởng tới quá trình nhai nuốt. Viêm phổi ở J18.- (loại trừ Viêm phổi thùy) cùng với tình trạng bất động hoặc giảm vận động nên được mã hóa là J18.2.

Các bệnh thứ cấp phổ biến khác (như là nghẽn mạch phổi, loét do nằm, và túi mật) nên được coi là một hậu quả rõ ràng của bệnh suy kiệt (như là ung thư ác tính, suy dinh dưỡng) và bệnh gây bại liệt (như xuất huyết não, tăng tiểu cầu), cùng với bệnh truyền nhiễm và chấn thương nặng. Tuy nhiên, các bệnh thứ cấp trên không nên coi là một hậu quả rõ ràng của bệnh hô hấp.

Nhiễm toan (E87.2); Rối loạn chuyển hoá xác định khác (E88.8); Bệnh một dây thần kinh khác (G58.-); Viêm nhiều dây thần kinh không xác định (G62.9); Bệnh dây thần kinh ngoại biên khác (G64); Các bệnh cơ tiên phát khác (G71.8); Đau dây thần kinh và viêm dây thần kinh, không xác định (M79.2); Viêm móng mắt thể mi, không xác định (H20.9); Đục thủy tinh thể, không xác định khác (H26.9); Viêm hắc võng mạc, không xác định (H30.9); Tắc động mạch võng mạc (H34); Bệnh lý võng mạc sơ phát và biến đổi mạch máu võng mạc (H35.0); Bệnh lý võng mạc tăng sinh khác (H35.2); Xuất huyết võng mạc (H35.6); Bệnh võng mạc, không xác định (H35.9); Bệnh mạch máu ngoại biên, không xác định (I73.9); Xơ vữa động mạch ngoại biên (I70.2); Viêm khớp không xác định (M13.9); Hội chứng thận (N03–N05); bệnh thận mạn tính (N18.-); Suy thận không xác định (N19); Thận nhỏ không xác định (N26); Biến đổi của thận và niệu quản, không xác định (N28.9); Protein niệu dai dẳng, không xác định (N39.1); Hoại thư, chưa được phân

loại ở phần khác (R02); Hôn mê, không xác định (R40.2); Phát hiện chất không xác định mà bình thường không có trong máu (R79.8) và các bệnh liên quan nên được coi là một hậu quả rõ ràng của bệnh đái tháo đường (E10–E14).

Các bệnh trong các nhóm liệt kê dưới đây nên được coi là một hậu quả rõ ràng của tình trạng suy kiệt và liệt. Các bệnh trong các nhóm có gắn chữ M (May be - có thể) nên được coi là một hậu quả rõ ràng của tình trạng suy kiệt và liệt chỉ khi chúng đáp ứng được đòi hỏi về mã bệnh ở cột cuối cùng của bảng.

Mã	Mô tả	Điều kiện đáp ứng	Tiêu chuẩn
E86	Giảm thể tích		
G81–G83	Những hội chứng liệt khác		
I26.0–I26.9	Nghẽn mạch phổi		
I74.2–I74.4	Nghẽn bít và huyết khối động mạch ngoại biên		
I80.1–I80.3	Viêm và viêm huyết khối tĩnh mạch dưới		
I80.9	Viêm và viêm huyết khối tĩnh mạch, vị trí không xác định		
I82.9	Nghẽn bít và huyết khối, không xác định tĩnh mạch		
K55.0	Rối loạn mạch máu ruột cấp	M	Bệnh ở K55.0 phải đặc trưng như là một sự nghẽn
K56.4	Tắc ruột khác		
K59.0	Táo bón		
L89	Loét do nằm		
N10–N12	Viêm kẽ ống thận	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang
N17–N19	Thận cấp tính hoặc không xác định		
N28.0	Thiếu máu và nhồi máu thận	M	Bệnh ở N28.0 phải đặc trưng như là một sự

Mã	Mô tả	Điều kiện đáp ứng	Tiêu chuẩn
			ngheñ ðoñg mạch thận
N30.0–N30.2	Viêm bàng quang cấp và mạn	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang
N30.9	Viêm bàng quang, không xác ðịnh	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang
N31	Rối loạn chức năng thần kinh cơ bàng quang, không phân loại nơi khác	M	
N34.0-N34.2	Niệu ðạo	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang
N35.1-N35.9	Co thắt niệu ðạo	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang
N39.0	Nhiễm khuẩn ðường tiết niệu, không xác ðịnh vị trí	M	Các bệnh gây bại liệt hoặc không thể điều khiển bàng quang

Các bệnh ðược mô tả hoặc ðược xác ðịnh là “ngheñ mạch” có thể ðược giả ðịnh là một hậu quả trực tiếp của bệnh thuyên tắc huyết khối, viêm tĩnh mạch hoặc viêm tắc tĩnh mạch, bệnh van tim, sinh ðẻ hoặc bất kỳ phẫu thuật nào. Tuy nhiên, phải có một con ðường rõ ràng từ nơi có huyết khối và nơi thuyên tắc. Do vậy, thuyên tắc huyết khối và viêm tĩnh mạch có thể gây nên ngheñ mạch phổi. Các cục huyết khối tồn tại ở bên trái của tim (ví dụ ở van hai lá hoặc van ðộng mạch chủ), hoặc là do rung nhĩ, có thể gây nên thuyên tắc vòng tuần hoàn ðộng mạch cơ thể. Tương tự như vậy, huyết khối tồn tại ở quanh van tim bên phải (van ba lá và lá van thân ðộng mạch phổi) có thể phát sinh do thuyên tắc ðộng mạch phổi. Huyết khối ở bên trái của tim có thể sang phía bên phải nếu bị khuyết tật vách ngăn tim.

Thuyên tắc ðộng mạch trong hệ thống tuần hoàn nên ðược coi là một hậu quả rõ ràng của rung nhĩ. Khi nào tình trạng ngheñ mạch phổi ðược ghi nhận là do rung nhĩ gây ra thì chuỗi sự kiện này phải ðược chấp nhận. Tuy nhiên, không nên ðược coi là một hậu quả rõ ràng của rung nhĩ.

Sa sút trí tuệ, không đề cập đến một nguyên nhân cụ thể, nên được coi là một hậu quả rõ ràng của các bệnh đặc thù kéo theo tổn thương não không phục hồi. tuy nhiên, khi có một nguyên nhân cụ thể được đề cập, chỉ một bệnh có thể dẫn tới tổn thương não không phục hồi, nên được chấp nhận như là nguyên nhân của sa sút trí tuệ.

Bất kỳ bệnh nào mô tả như là bệnh thứ phát cần được giả định là hậu quả trực tiếp của nguyên nhân gốc được ghi trên giấy chứng nhận.

Bệnh thứ phát hoặc thiếu máu không xác định, suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng nặng ở trẻ em hoặc suy kiệt có thể giả định là hậu quả của bất kỳ ung thư ác tính, bệnh bại liệt, hoặc bệnh giới hạn khả năng tự chăm sóc bản thân, bao gồm sa sút trí tuệ và các bệnh thoái hóa hệ thần kinh.

Bất kỳ tình trạng viêm bể thận nào có thể giả định là hậu quả của tình trạng tắc nghẽn niệu đạo như Tăng sản tuyến tiền liệt hoặc hẹp niệu quản.

Hội chứng viêm thận có thể giả định là hậu quả của bất kỳ nhiễm liên cầu khuẩn nào (bệnh sốt ban đỏ, đau họng do liên cầu khuẩn...)

Suy thận cấp nên được giả định là một hậu quả rõ ràng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu, với điều kiện là không có dấu hiệu nào cho thấy có biểu hiện suy thận trước khi nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Mất nước nên được coi như là một hậu quả rõ ràng của bất kỳ bệnh nhiễm khuẩn đường ruột nào.

Xẹp phổi nguyên phát của trẻ sơ sinh (P28.0) nên được coi một hậu quả rõ ràng của các bệnh thận bẩm sinh (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3– Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), Thai và trẻ sơ sinh bị tổn thương bởi ối vỡ non (P01.1) và Thai và trẻ sơ sinh bị tổn thương bởi thiếu ối (P01.2).

Thai và trẻ sơ sinh bị tổn thương bởi ối vỡ và thiếu ối (P01.1-P01.2) nên được giả định là một hậu quả trực tiếp của bệnh thận bẩm sinh (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4).

Phẫu thuật tại một cơ quan trong cơ thể nên được coi như là một hậu quả trực tiếp rõ ràng của bất kỳ tình trạng phẫu thuật nào (như u ác tính hoặc chấn thương) của cùng cơ quan được ghi nhận ở bất kỳ đâu trên giấy chứng nhận tử vong.

Xuất huyết nên được coi như là một hậu quả rõ ràng của ngộ độc chất kháng đông hoặc quá liều. Tuy nhiên, xuất huyết không nên coi là một hậu quả rõ ràng của liệu pháp chống đông không đề cập tới ngộ độc hoặc quá liều. Chảy máu dạ dày nên được coi như là một hậu quả rõ ràng của steroid, aspirin và các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs).

Chậm phát triển trí tuệ nên được coi như là một hậu quả rõ ràng của bệnh chu sinh từ P00-P04 (Thai và trẻ sơ sinh bị tổn thương bởi các yếu tố của mẹ và bởi biến chứng của thời kỳ thai nghén, chuyển dạ và đẻ), P05 (Thai chậm phát triển và thai suy dinh dưỡng), P07 (Rối loạn liên quan đến đẻ non và nhẹ cân lúc đẻ không xếp loại ở chỗ nào khác),

P10 (Rách, vỡ và chảy máu nội sọ do chấn thương cuộc đẻ), P11.0 (Phù não do chấn thương cuộc đẻ), P11.1 (Tổn thương não đặc hiệu khác do chấn thương cuộc đẻ), P11.2 (Chấn thương hệ thống thần kinh trung ương không chỉ rõ do cuộc đẻ), P11.9 (Chấn thương hệ thống thần kinh trung ương không chỉ rõ do cuộc đẻ), P15.9 (Chấn thương cuộc đẻ không chỉ rõ), P20 (Thiếu oxy trong tử cung), P21 (Ngạt lúc đẻ), P35 (Bệnh virus bẩm sinh), P37 (Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng bẩm sinh khác), P52 (Chảy máu nội sọ không do chấn thương của thai và trẻ sơ sinh), P57 (Vàng da nhân xám), P90 (Cơn co giật của trẻ sơ sinh), P91 (Rối loạn khác của tình trạng não trẻ sơ sinh).

Ví dụ 22: I (a) Kaposi Sarcom

II AIDS

Chọn bệnh HIV dẫn đến Kaposi Sarcom

Ví dụ 23: I (a) ung thu buồng trứng

II Bệnh HIV

Chọn buồng ác buồng trứng (C56)

Ví dụ 24: I (a) Bệnh lao tiến triển

II Bệnh HIV

Chọn bệnh HIV dẫn đến nhiễm mycobacterium (B20.0)

Ví dụ 25: I (a) Nhiễm toxoplasma não và herpes zoster

(b) Lympho Burkit, bệnh HIV

Chọn bệnh HIV dẫn đến nhiều bệnh được phân loại tại phần khác (B22.7) Nhiễm toxoplasma não được chọn theo Quy tắc 2 có thể được xem là hậu quả trực tiếp của bệnh HIV

Ví dụ 26: I (a) Viêm phổi phế quản

II thiếu máu thứ phát và bệnh bạch cầu dạng lympho mạn

Chọn bệnh bạch cầu dạng lympho mạn tính (C91.1). Viêm phổi phế quản được chọn theo Nguyên tắc Chung (xem Ví dụ 10) và thiếu máu thứ phát có thể được xem như là di chứng trực tiếp của bệnh bạch cầu dạng lympho mạn tính.

Ví dụ 27: I(a) Chảy máu não

(b) Huyết áp cao

(c) Viêm thận bể thận mạn và tắc đường niệu do tuyến tiền liệt

Chọn tắc đường niệu do tuyến tiền liệt (N40). Viêm thận bể thận mạn được chọn theo Quy tắc 1 có thể được xem như là di chứng trực tiếp của tắc đường niệu do tuyến tiền liệt.

Ví dụ 28: I (a) Viêm thận cấp và bệnh sốt ban đỏ

Chọn bệnh sốt ban đỏ (A38) Viêm thận cấp được chọn theo Quy tắc 2 có thể được xem như là di chứng trực tiếp của bệnh sốt ban đỏ.

Ví dụ 29: I (a) Cắt bỏ thận

II u ác của thận

Chọn u ác của thận (C64). Rõ ràng cắt bỏ thận được thực hiện cho u ác của thận.

Ví dụ 30: I (a) Thiếu máu cấp

(b) Xuất huyết đường tiêu hóa

(c) Chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản

(d) Tăng áp lực tĩnh mạch cửa

II Xơ gan

Chọn xơ gan (K74.6). Tăng áp lực tĩnh mạch cửa chọn theo Nguyên tắc chung, có thể được xem là hậu quả trực tiếp của xơ gan.

Ví dụ 31. I (a) Viêm phổi do nấm lâu ngày

(b) Xuất huyết não và ung thư vú

Chọn xuất huyết não (I61.9). Viêm phổi do nấm lâu ngày được chọn theo Quy tắc 2 có thể xem là di chứng trực tiếp của một bệnh được ghi nhận. Chọn bệnh được ghi nhận đầu tiên.

Ví dụ 32: I (a) Nhồi máu phổi

II Cắt phổi trái do carcinoma phổi 3 tuần trước đây

Chọn carcinoma phổi

4.1.8. Các quy tắc sửa đổi

Nguyên nhân tử vong được chọn không cần thiết là một tình trạng hữu ích và cung cấp thông tin cho việc lập bảng kê. Ví dụ, nếu tình trạng lão suy hoặc bệnh chung chung nào đó như huyết áp cao hoặc xơ cứng động mạch được chọn, thì điều này ít có ích hơn nếu một biểu hiện hoặc kết quả lão hóa hoặc bệnh được chọn. Đôi khi cũng cần thiết phải sửa đổi sự chọn lựa để phù hợp với yêu cầu phân loại, hoặc gắn một mã duy nhất cho 2 hoặc nhiều nguyên nhân cùng được ghi nhận hoặc ưu tiên cho một nguyên nhân cụ thể khi được ghi nhận cùng với một số bệnh khác.

Các Quy tắc sửa đổi sau đây là nhằm nâng cao hiệu quả và sự chính xác của số liệu tử vong và nên được áp dụng để chọn nguyên nhân có từ trước (nguyên nhân gốc). Sự lựa chọn các quá trình liên quan và sự sửa đổi nên được tách riêng cho rõ ràng.

Một số Quy tắc sửa đổi đòi hỏi cần áp dụng thêm những Quy tắc lựa chọn, điều này không khó khăn đối với người mã hóa có kinh nghiệm, nhưng là quan trọng phải thực hiện

trong quá trình lựa chọn, sửa đổi, nếu cần thiết lựa chọn lại. Sau khi áp dụng Quy tắc sửa đổi, Quy tắc lựa chọn 3 nên được áp dụng lại.

4.1.9. Quy tắc sửa đổi

Quy tắc A. Bệnh lão hóa và các bệnh khó xác định khác

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là bệnh khó xác định và một bệnh được phân loại nơi khác được ghi trong giấy chứng nhận tử vong, chọn lại nguyên nhân tử vong coi như một bệnh khó xác định đã không được ghi nhận, trừ khi nguyên nhân đó làm thay đổi việc mã hóa. Các tình trạng sau đây được xem như là bệnh khó xác định: I46.1 (Đột tử do tim, được mô tả như vậy); I46.9 (Ngừng tim không xác định); I95.9 (Hạ huyết áp, không xác định); I99 (Rối loạn hệ tuần hoàn khác và không xác định của hệ tuần hoàn); J96.0 (Suy hô hấp cấp); J96.9 (Suy hô hấp, không xác định); P28.5 (Suy hô hấp của trẻ sơ sinh); R00–R94 và R96–R99 (Các triệu chứng, dấu hiệu và những biến hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường, chưa được phân loại ở phần khác). Lưu ý rằng mã R95 (Hội chứng đột tử trẻ em) không được coi là bệnh khó xác định.

Nếu như tất cả các bệnh ghi trên giấy chứng nhận tử vong đều là bệnh khó xác định hoặc bệnh nhẹ, không nên xác định lại nguyên nhân tử vong. Có nghĩa là không áp dụng Quy tắc A.

Quy tắc B. Bệnh nhẹ

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là một bệnh nhẹ khó có khả năng là nguyên nhân gây tử vong (xem phụ lục 7.1) và một bệnh khác nặng hơn được ghi nhận (bất kỳ bệnh nào trừ một bệnh khó xác định hoặc một bệnh nhẹ khác), chọn lại nguyên nhân tử vong, coi như là bệnh nhẹ đã không được ghi nhận. Nếu tử vong là kết quả của một phản ứng phụ trong điều trị các bệnh nhẹ, chọn phản ứng phụ đó.

Khi một bệnh nhẹ được ghi nhận có gây ra bất kỳ bệnh nào thì bệnh nhẹ đó không bị loại bỏ, như vậy, Quy tắc B không có khả năng áp dụng.

Quy tắc C. Sự liên hệ

Trong trường hợp, theo ghi chú trong bảng phân loại hoặc ghi chú sử dụng cho việc mã hóa nguyên nhân chính gây tử vong, nguyên nhân được chọn liên quan tới một hoặc nhiều bệnh khác được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, mã hóa sự phối hợp đó.

Trong trường hợp mối liên hệ dự phòng chỉ dùng cho cặp phối hợp của một bệnh được ghi là do một bệnh khác gây nên, mã hóa cặp phối hợp chỉ khi mối hệ nhân quả chính xác được nêu rõ hoặc có thể được suy ra từ việc áp dụng các Quy tắc lựa chọn.

Trong trường hợp có mâu thuẫn trong mối liên quan với bệnh mà đáng lẽ được chọn nếu nguyên nhân được chọn lúc đầu không được ghi nhận. Lập tất cả các mối liên hệ phù hợp.

Quy tắc D. Tính đặc hiệu

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn mô tả bệnh một cách chung chung và thuật ngữ loại cung cấp nhiều thông tin hơn về vị trí, bản chất của bệnh được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, chọn thuật ngữ có nhiều thông tin hơn. Quy tắc này sẽ thường xuyên được sử dụng khi tên chung trở thành tính từ bổ nghĩa cho tên gọi chính xác hơn.

Quy tắc E. Giai đoạn sớm và muộn của bệnh

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là giai đoạn sớm của bệnh, và giai đoạn muộn hơn của bệnh đó cũng được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, mã hóa giai đoạn muộn hơn. Quy tắc này không áp dụng cho bệnh “mạn tính” được ghi nhận là do một bệnh cấp tính trừ khi bảng phân loại đưa ra các chỉ dẫn cụ thể về vấn đề này.

Quy tắc F. Di chứng

Trong trường hợp, nguyên nhân được chọn là hình thái sớm của một bệnh mà bảng phân loại đã cho một mục riêng “di chứng của...”, và có bằng chứng rằng tử vong xảy ra do những di chứng của bệnh này hơn là do giai đoạn phát bệnh, mã hóa mục “di chứng của...” thích hợp.

4.1.10. Các ví dụ về các Quy tắc sửa đổi

Quy tắc A. Bệnh lão hóa và các bệnh khó xác định khác

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là bệnh khó xác định và một bệnh được phân loại nơi khác được ghi trong giấy chứng nhận tử vong, chọn lại nguyên nhân tử vong coi như một bệnh khó xác định đã không được ghi nhận, trừ khi nguyên nhân đó làm thay đổi việc mã hóa. Các tình trạng sau đây được xem như là bệnh khó xác định: I46.1 (Đột tử do tim, được mô tả như vậy); I46.9 (Ngừng tim không xác định); I95.9 (Hạ huyết áp, không xác định); I99 (Rối loạn hệ tuần hoàn khác và không xác định của hệ tuần hoàn); J96.0 (Suy hô hấp cấp); J96.9 (Suy hô hấp, không xác định); P28.5 (Suy hô hấp của trẻ sơ sinh); R00–R94 và R96–R99 (Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường, chưa được phân loại ở phần khác). Lưu ý rằng mã R95 (Hội chứng đột tử trẻ em) không được coi là bệnh khó xác định.

Nếu như tất cả các bệnh ghi trên giấy chứng nhận tử vong đều là bệnh khó xác định hoặc bệnh nhẹ, không nên xác định lại nguyên nhân tử vong. Có nghĩa là không áp dụng Quy tắc A.

Ví dụ 33: I (a) Lão hóa và viêm phổi do nằm lâu ngày

(b) Viêm khớp dạng thấp

Lập mã viêm khớp dạng thấp (M06.9). Lão hóa, được chọn theo Quy tắc 2 (xem Ví dụ 19) bị bỏ qua và Nguyên tắc Chung được áp dụng..

Ví dụ 34: I (a) Thiếu máu

(b) Lách to

Lập mã thiếu máu lách to (D64.8). Lách to, được chọn theo Nguyên tắc chung, bị bỏ qua nhưng sửa đổi việc mã hóa.

Ví dụ 35: I(a) Thoái hóa cơ tim và

(b) Khí phế thũng

(c) Lão hóa

Lập mã thoái hóa cơ tim (I51.5). Lão hóa được chọn theo nguyên tắc chung, được chọn theo Nguyên tắc chung, bị bỏ qua và Quy tắc 2 được áp dụng.

Ví dụ 36: I(a) Ho và nôn ra máu

Mã hóa nôn ra máu (K92.0). Ho được chọn theo Quy tắc 2, bị bỏ qua.

Ví dụ 37: I(a) Viêm phổi giai đoạn cuối

(b) Hoại thư lan tràn

(c) Nhồi máu mạch máu não

Lập mã nhồi máu mạch máu não (I63.9). Hoại thư, chọn theo Quy tắc 1, bị bỏ qua và Nguyên tắc Chung được áp dụng.

Quy tắc B. Bệnh nhẹ

(A) Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là một bệnh nhẹ khó có khả năng là nguyên nhân gây tử vong (xem phụ lục 7.1) và một bệnh khác nặng hơn được ghi nhận (bất kỳ bệnh nào trừ một bệnh khó xác định hoặc một bệnh nhẹ khác), chọn lại nguyên nhân tử vong, coi như là bệnh nhẹ đã không được ghi nhận.

Ví dụ 38: I (a) Bệnh sâu răng

II Ngừng tim

Lập mã ngừng tim (I46.9). Bệnh sâu răng được chọn theo Nguyên tắc chung, bị bỏ qua.

Ví dụ 39: I (a) Móng chân mọc vào bên trong và suy thận cấp

Lập mã suy thận cấp (N17.9). Ngón chân mọc vào bên trong được chọn theo Quy tắc 2, bị bỏ qua.

(B) Nếu tử vong là kết quả của một phản ứng phụ trong điều trị các bệnh nhẹ, chọn phản ứng phụ đó.

Ví dụ 40: I(a) Chảy máu trong khi mổ

(b) Cắt Amidan

(c) Phì đại amidan

Lập mã chảy máu trong khi mổ (Y60.0). Mã một phản ứng phụ trong điều trị cho Phì đại amidan, được chọn theo Quy tắc chung.

(C) Khi một bệnh nhẹ được ghi nhận có gây ra bất kỳ bệnh nào thì bệnh nhẹ đó không bị loại bỏ, như vậy, Quy tắc B không có khả năng áp dụng.

Ví dụ 41: I (a) Nhiễm trung huyết

(b) Chốc, lở

Lập mã “Chốc”. Bệnh nhẹ được chọn theo Quy tắc Chung, không bị loại bỏ bởi vì nó được ghi nhận như là một nguyên nhân của bệnh khác.

Ví dụ 42: I (a) Giảm hô hấp

(b) Nhiễm trùng đường hô hấp trên

Lập mã Nhiễm trùng đường hô hấp trên (J06.9). Bệnh nhẹ được chọn theo Quy tắc Chung, không bị loại bỏ bởi vì nó được ghi nhận như là một nguyên nhân của bệnh khác.

Quy tắc C. Sự liên hệ

Trong trường hợp, theo ghi chú trong bảng phân loại hoặc ghi chú sử dụng cho việc mã hóa nguyên nhân chính gây tử vong, nguyên nhân được chọn liên quan tới một hoặc nhiều bệnh khác được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, mã hóa sự phối hợp đó.

Trong trường hợp mối liên hệ dự phòng chỉ dùng cho cặp phối hợp của một bệnh được ghi là do một bệnh khác gây nên, mã hóa cặp phối hợp chỉ khi mối hệ nhân quả chính xác được nêu rõ hoặc có thể được suy ra từ việc áp dụng các Quy tắc lựa chọn.

Trong trường hợp có mâu thuẫn trong mối liên quan với bệnh mà đáng lẽ được chọn nếu nguyên nhân được chọn lúc đầu không được ghi nhận. Lập tất cả các mối liên hệ phù hợp.

Ví dụ 43: I (a) Tắc ruột

(b) thoái vị đùi

Lập mã thoái vị đùi có tắc (K41.3)

Ví dụ 44: I (a) Block nhánh phải và bệnh Chagas

Lập mã bệnh Chagas ảnh hưởng đến tim (B57.2). Block nhánh phải chọn theo Quy tắc 2, gắn với bệnh Chagas.

Ví dụ 45: I (a) Nhồi máu cơ tim cấp

(b) Bệnh tim xơ vữa động mạch

(c) Bệnh cúm

Lập mã nhồi máu cơ tim cấp (I21.9) Bệnh tim xơ vữa động mạch được chọn theo Quy tắc 1 chọn (xem Ví dụ 13) gắn với nhồi máu cơ tim cấp.

Ví dụ 46: I (a) Nhồi máu não và viêm phổi do nằm lâu ngày

(b) Cao huyết áp và đái đường

(c) Xơ vữa động mạch

Lập mã nhồi máu não (I63.9). Xơ vữa động mạch được chọn Quy tắc 1 (xem Ví dụ 15) gắn với cao huyết áp mà cao huyết áp lại gắn với nhồi máu não.

Ví dụ 47: I (a) Tim to và xơ cứng thận

(b) Huyết áp cao

Lập mã bệnh tim do cao huyết áp và bệnh thận (I13.9). Tất cả ba bệnh kết hợp

Ví dụ 48: I (a) Đột quỵ

(b) Xơ vữa động mạch

(c) Bệnh tim do cao huyết áp

Lập mã bệnh tim do cao huyết áp (I11.9). Xơ vữa động mạch được chọn theo Quy tắc 1 gắn với bệnh tim do cao huyết áp vì bệnh tim do cao huyết áp đã được chọn theo Nguyên tắc Chung nếu xơ vữa động mạch không được ghi nhận.

Ví dụ 49: I (a) Đột quỵ và tăng huyết áp

(b) Bệnh tim

(c) Xơ vữa động mạch

Lập mã đột quỵ (I64). Xơ vữa động mạch được chọn theo Nguyên tắc Chung gắn với đột quỵ vì bệnh này được chọn theo Quy tắc 2 nếu xơ vữa động mạch không được ghi nhận.

Ví dụ 50: I (a) Tăng hồng cầu thứ phát

(b) Khí phế thũng

(c) Viêm phế quản mạn

Lập mã viêm phế quản mạn tắc nghẽn (J44.8). Viêm phế quản mạn được chọn theo Nguyên tắc Chung gắn với khí phế thũng.

Ví dụ 51: I (a) Tim to

(b) Tăng huyết áp

II Teo thận

Lập mã bệnh thận và tim do cao huyết áp (I13.9). Tất cả ba bệnh kết hợp.

Ví dụ 52: I (a) Viêm phổi phế quản (do hít)

(b) Co giật

(c) Viêm màng não do lao

II Lao phổi

Lập mã lao phổi (A16.2). Viêm màng não do lao được chọn theo Nguyên tắc Chung sẽ không được dùng nếu có đề cập đến lao phổi.

Ví dụ 53: I (a) Vỡ xương thùy chân

(b) Ngã sau khi co giật động kinh

Lập mã co giật động kinh (G40.9). Ngã được chọn theo Quy tắc 1 gắn với co giật động kinh.

Ví dụ 54: I (a) Ngừng tim

II Bệnh Chagas

Lập mã bệnh Chagas liên quan đến tim (B57.2). Ngưng tim được Nguyên tắc Chung chọn gắn với bệnh Chagas.

Ví dụ 55. I (a) Viêm phổi do *Pneumocystis carinii*

(b) HIV

Lập mã B20.6. HIV được chọn theo Nguyên tắc chung, có liên quan tới Viêm phổi do *Pneumocystis carinii*

Ví dụ 56. I (a) Suy hô hấp

(b) HIV

Lập mã B24. Suy hô hấp là một bệnh khó xác định và không có bất kỳ mối liên hệ nào với các nhóm bệnh từ B20-B23.

Quy tắc D. Tính đặc hiệu

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn mô tả bệnh một cách chung chung và thuật ngữ loại cung cấp nhiều thông tin hơn về vị trí, bản chất của bệnh được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, chọn thuật ngữ có nhiều thông tin hơn. Quy tắc này sẽ thường xuyên được sử dụng khi tên chung trở thành tính từ bổ nghĩa cho tên gọi chính xác hơn.

Ví dụ 57: I (a) Nhồi máu não

(b) Tai biến mạch máu não

Lập nhồi máu não (I63.9)

Ví dụ 58: I (a) bệnh tim do thấp khớp, hẹp van hai lá

Lập mã hẹp van hai là do thấp khớp (I05.0)

Ví dụ 59: I (a) Viêm màng não

(b) Lao

Lập viêm màng não do lao (A17.0). Bệnh được ghi nhận theo đúng mối quan hệ nhân quả.

Ví dụ 60: I (a) Cao huyết áp nặng khi mang thai

II Sản giật

Lập mã sản giật khi mang thai (O15.0)

Ví dụ 61: I (a) Phình động mạch chủ

(b) Giang mai

Lập mã túi phình động mạch chủ do giang mai (A52.0). Bệnh được ghi nhận theo đúng mối quan hệ nhân quả.

Ví dụ 62: I (a) Viêm màng ngoài tim

(b) Urê máu và viêm phổi

Lập mã viêm màng ngoài tim do urê máu (N18.5) Urê máu được chọn theo Quy tắc 1 (xem Ví dụ 14), biến đổi viêm màng ngoài tim.

Quy tắc E. Giai đoạn sớm và muộn của bệnh

Trong trường hợp nguyên nhân được chọn là giai đoạn sớm của bệnh, và giai đoạn muộn hơn của bệnh đó cũng được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, mã hóa giai đoạn muộn hơn. Quy tắc này không áp dụng cho bệnh “mạn tính” được ghi nhận là do một bệnh cấp tính trừ khi bảng phân loại đưa ra các chỉ dẫn cụ thể về vấn đề này.

Ví dụ 63: I (a) Giang mai giai đoạn ba

(b) Giang mai giai đoạn một

Lập mã giang mai giai đoạn ba (A52.9)

Ví dụ 64: I (a) Sản giật khi mang thai

(b) Tiền sản giật

Lập mã sản giật khi mang thai (O15.0)

Ví dụ 65: I (a) Viêm cơ tim mạn

(b) Viêm cơ tim cấp

Lập mã viêm cơ tim cấp (I40.9)

Ví dụ 66: I (a) Viêm thận mạn

(b) Viêm thận cấp

Lập mã viêm thận mạn, không xác định (N03.9), như hướng dẫn đặc biệt cho ảnh hưởng này).

Quy tắc F. Di chứng

Trong trường hợp, nguyên nhân được chọn là hình thái sớm của một bệnh mà bảng phân loại đã cho một mục riêng “di chứng của...”, và có bằng chứng rằng tử vong xảy ra do những di chứng của bệnh này hơn là do giai đoạn phát bệnh, mã hóa mục “di chứng của...” thích hợp.

“Di chứng của...” loại như sau: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 và Y85-Y89.

Ví dụ 67: I (a) Xơ hóa phổi

(b) Lao phổi cũ

Lập mã di chứng do lao phổi (B90.09)

Ví dụ 68: I (a)Viêm phổi phế quản

(b) Cong cột sống

(c) Còi xương ở giai đoạn trẻ em

Lập mã di chứng do còi xương (E64.3)

Ví dụ 69: I (a)Não úng thủ

(b) Viêm màng não do lao

Lập mã di chứng viêm màng não do lao (B90.0)

Ví dụ 70: I (a)Viêm phổi do nằm lâu ngày

(b) Liệt nửa người

(c) Tai biến mạch máu não (10 năm)

Lập mã chọn di chứng tai biến mạch máu não (I69.4)

Ví dụ 71: I (a)Viêm thận mạn

(b) Bệnh sốt ban đỏ

Lập mã di chứng của bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng khác (B94.8). Mô tả viêm thận là mạn tính ám chỉ bệnh sốt ban đỏ không còn ở trong giai đoạn hoạt động nữa.

4.1.11. Ghi chú cho sử dụng lập mã nguyên nhân tử vong chính

Những ghi chú sau đây thường cho thấy nếu mã được chọn tạm thời, trình bày ở cột bên trái, xuất hiện với một trong những bệnh liệt kê dưới nó, mã được sử dụng là mã in chữ đậm. Có 2 loại kết hợp:

“có đề cập đến” nghĩa là bệnh khác có thể xuất hiện bất kỳ nơi nào trên giấy chứng nhận;

“khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của” nghĩa là bệnh khác phải xuất hiện đúng theo mối quan hệ nhân quả hoặc nếu không được cho thấy là “do” nguyên nhân có từ trước

A00-B99 Một số Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng

Trừ bệnh do nhiễm HIV (B20-B24), *khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của u ác*, mã **C00-C97**.

A15.- Lao hô hấp, có kháng định về vi sinh và mô học.

A16.- Lao hô hấp, không không kháng định về vi sinh học và mô học
có đề cập đến:

J60-J64 (Bệnh bụi phổi), mã **J65**.

A17.- Lao hệ thần kinh

A18.- Lao các cơ quan khác

có đề cập đến

A15 hoặc A16 (Lao hô hấp), mã **A15**, **A16**, trừ khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của và với khoảng thời gian cụ thể vượt quá thời gian của tình trạng trong A15.- hoặc A16.-

A39.2 Nhiễm khuẩn huyết não mô cầu cấp tính

A39.3 Nhiễm khuẩn huyết não mô cầu mạn tính

A39.4 Nhiễm khuẩn huyết não mô cầu không xác định

có đề cập đến

A39.0 (Viêm màng não do não mô cầu), mã **A39.0**

A39.1 (Hội chứng Waterhouse-Friderichsen), mã **A39.1**

A40.- Nhiễm trùng huyết do Streptococcus

A41.- Nhiễm trùng huyết khác

A46 Viêm quầng

Lập mã những bệnh này khi chúng theo sau chấn thương bề mặt (bất kỳ bệnh nào trong S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0), hoặc bỏng độ một; khi chúng theo sau chấn thương nghiêm trọng hơn, mã nguyên nhân bên ngoài của chấn thương.

B16.- Viêm gan B cấp

B17.- Viêm gan virus cấp khác

khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của

K72.1 (Suy gan mạn), mã **B18.-**

K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (Xơ gan), mã **B18.-**

B20-B24 Bệnh (HIV) nhiễm viruts suy giảm miễn dịch ở người

Các tình trạng hấp hối, bệnh khó xác định, bệnh nhẹ được ghi nhận như là biến chứng của nhiễm HIV không nên liên hệ với nhóm bệnh từ B20-B23, trừ khi có một tác nhân xác định (xem Tập 3).

Bệnh có thể được phân loại thành hai hoặc nhiều phân loại bệnh chi tiết trong cùng nhóm bệnh nên được mã thành phân loại bệnh chi tiết .7 của nhóm bệnh tương ứng (B20 hoặc B21). Nếu muốn, mã bổ sung trong nhóm bệnh B20-B24 có thể được dùng để cụ thể hóa những bệnh riêng biệt đã được lập danh sách.

- B22.7 Bệnh HIV dẫn đến nhiều bệnh phân loại ở phần khác
Phân loại bệnh chi tiết này nên được sử dụng khi bệnh có thể được phân loại thành hai hoặc nhiều nhóm bệnh từ B20-B24 liệt kê trong giấy chứng nhận tử vong. Nếu muốn, mã bổ sung trong nhóm bệnh B20-B24 có thể được dùng để cụ thể hóa những bệnh riêng biệt đã được lập danh sách.
- B95-B97 Nhiễm vi trùng, virus và tác nhân gây nhiễm khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính
- C97 U ác tính có nhiều vị trí độc lập (nguyên phát)
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Khi có nhiều vị trí của u ác tính được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong, chọn nguyên nhân chính bằng cách áp dụng Quy tắc lựa chọn và Quy tắc sửa đổi theo cách thông thường. Xem thêm phần 4.2.7 U ác tính.
- D50-D89 Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch
Như là nguyên nhân của:
B20-B24 Bệnh HIV và trong trường hợp trên giấy chứng nhận tử vong cho thấy HIV là do lây truyền qua đường máu, mã **B20-B24**.
- E10-E14 Đái tháo đường
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
- E87.2 (Nhiễm toan), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.1**
- E88.8 (Rối loạn chuyển hoá xác định khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.1**
- G58.- (Bệnh một dây thần kinh khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.4**
- G62.9 (Viêm nhiều dây thần kinh không xác định), mã E10-E14 với ký tự thứ tư **.4**
- G64 (Bệnh dây thần kinh ngoại biên khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.4**
- G70.9 (Bệnh thần kinh-cơ, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.4**
- G71.8 (Các bệnh cơ tiên phát khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.4**
- G90.9 (Bệnh hệ thần kinh tự quản, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.4**
- H20.9 (Viêm móng mắt thể mi, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**

- H26.9 (Đục thủy tinh thể, không xác định khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H30.9 (Viêm hắc võng mạc, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H34 (Tắc động mạch võng mạc), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H35.0 (Bệnh lý võng mạc sơ phát và biến đổi mạch máu võng mạc), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H35.2 (Bệnh lý võng mạc tăng sinh khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H35.6 (Xuất huyết võng mạc), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H35.9 (Bệnh võng mạc, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- G49.9 (Các liệt, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- H54 (Mù lòa và khiếm thị), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.3**
- I70.2 (Viêm xương đá), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.5**
- I73.9 (Bệnh màng nhĩ, không đặc hiệu), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.5**
- I99 (Rối loạn hệ tuần hoàn khác và không xác định của hệ tuần hoàn), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.5**
- L30.9 (Viêm da, không đặc hiệu), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- L92.1 (Hoại tử mỡ, chưa phân loại ở phần khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- M13.9 (Viêm khớp không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- M79.2 (Đau dây thần kinh và viêm dây thần kinh, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- M89.9 (Các rối loạn xương không đặc hiệu), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- N03-N05 (Hội chứng viêm thận), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**
- N18.- (Suy thận mạn, không đặc hiệu), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**
- N19 (suy thận không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**
- N26 (Thận nhỏ không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**
- N28.9 (Biến đổi của thận và niệu quản, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**

- N39.0 (Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, không xác định vị trí), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.6**
- N39.1 (Protein niệu dai dẳng, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.2**
- R02 (Hoại thư, chưa được phân loại ở phần khác), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.5**
- R40.2 (Hôn mê, không xác định), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.0**
- R79.8 (Các phát hiện bất thường đặc hiệu khác về hoá sinh máu), mã **E10-E14** với ký tự thứ tư **.1**
- Bất kỳ sự kết hợp bên trên nào, mã E10-E14 với ký tự thứ 4 **.7**
- E86 Giảm thể tích
Có đề cập đến:
A00-A09 (Bệnh nhiễm trùng đường ruột), mã **A00-A09**
- E89.- Rối loạn nội tiết và chuyển hoá sau điều trị, chưa được phân loại ở phần khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem Phần thuật, 4.2.6.
- F03-F09 Các cơ quan, bao gồm rối loạn hệ thống, rối loạn tâm thần.
- F10-F19 Rối loạn tâm thần và hành vi do dùng chất tác động thần kinh
Có đề cập đến:
X40-X49 (Ngộ độc và phơi nhiễm chất độc), mã **X40-X49**
X60-X69 (Cổ tình tự hại bởi và phơi nhiễm với chất độc), mã **X60-X69**
X85-X90 (Tấn công bằng chất độc), mã **X85-X90**
Y10-Y19 (Ngộ độc do và phơi nhiễm với thuốc, hóa chất và chất độc), mã **Y10-T19**
Ký tự thứ tư **.0** (nhiễm độc cấp tính), mã **X40-X49, X60-X69, X85-X90** hoặc **Y10-Y19**.
Ký tự thứ tư **.5** (rối loạn tâm thần) *có đề cập đến* hội chứng lệ thuộc thuốc (**.2**), mã **F10-F19** với ký tự thứ tư **.2**
- F10.- Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu
Có đề cập đến
E24.4 (Hội chứng Cushing giả do rượu), mã **E24.4**
G31.2 (Thoái hoá hệ thần kinh do rượu), mã **G31.2**
G62.1 (Viêm nhiều dây thần kinh do rượu), mã **G62.1**

- G72.1 (Bệnh cơ do rượu), mã **G72.1**
I42.6 (Bệnh lý cơ tim do rượu), mã **I42.6**
K29.2 (Viêm dạ dày do rượu), mã **K29.2**
K70.- (Bệnh gan do rượu), mã **K70.-**
K72.- (Suy gan, không phân loại nơi khác), mã **K70.4**
K73.- (Viêm gan mạn, không phân loại nơi khác), mã **K70.1**
K74.0 (Gan hoá sỏi), mã **K70.2**
K74.1 (Gan hoá xơ), mã **K70.2**
K74.2 (Gan hoá sỏi với gan hoá xơ), mã **K70.2**
K74.6 (Xơ gan khác và không xác định), mã **K70.3**
K75.9 (Bệnh viêm gan, không xác định), mã **K70.1**
K76.0 (Gan (biến đổi) nhiễm mỡ, không phân loại nơi khác), mã **K70.0**
K76.9 (Bệnh gan, không xác định), mã **K70.9**
K85.2 (Viêm tụy cấp tính do rượu), mã **K85.2**
K86.0 (Viêm tụy mạn do rượu), mã **K86.0**
O35.4 (Săn sóc bà mẹ vì tổn thương thai hay nghi ngờ tổn thương thai do rượu), mã **O35.4**
- F10.0 Nhiễm độc cấp tính do sử dụng rượu
Có đề cập đến:
F10.2 (Hội chứng lệ thuộc do sử dụng rượu), mã **F10.2**
- F10.2 Hội chứng lệ thuộc do sử dụng rượu
Có đề cập đến:
F10.4, F10.6, F10.7. Tình trạng cai có cường sáng, Hội chứng mất tâm thần, Rối loạn tâm thần khởi phát muộn, mã **F10.4, F10.6, F10.7.**
- F17.- Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng thuốc lá
Không được dùng nếu tình trạng thực thể được biết
- G25.5 Múa vờn khác
Có đề cập đến
I00-I02 (Thấp khớp cấp), mã **I02.-**
I05-I09 (Bệnh tim mạn tính do thấp), mã **I02.-**
- G81.- Liệt nửa người
G82.- Liệt hai chân và liệt tứ chi

- G83.- Hội chứng liệt khác
Không được dùng nếu đã biết nguyên nhân liệt
- G97.- Bệnh hệ thần kinh sau thủ thuật, không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem phần Phẫu thuật, 4.2.6.
- H54.- Mù lòa và khiếm thị
Không được dùng nếu đã biết tình trạng tiền sử.
- H59.- Bệnh mắt và phần phụ sau phẫu thuật không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem phần Phẫu thuật, 4.2.6.
- H90.- Điếc dẫn truyền và điếc thần kinh giác quan
- H91.- Nghe kém khác
Không được dùng nếu đã biết tiền sử.
- H95.- Bệnh tai và xương chũm sau phẫu thuật, không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem phần Phẫu thuật, 4.2.6.
- I05.8 Bệnh van hai lá khác
- I05.9 Bệnh van hai lá, không xác định
Khi nguyên nhân không xác định có đề cập đến:
I34.- (Bệnh van hai lá không do thấp), mã **I34.-**
- I09.1 Bệnh nội tâm mạc do thấp khớp, không xác định
- I09.9 Bệnh thấp tim không xác định
Có đề cập đến:
I05-I08 (Bệnh tim mạn tính do thấp), mã **I05-I08**
- I10 Cao huyết áp vô căn (nguyên phát)
Có đề cập đến:
I11.- (Bệnh tim do cao huyết áp), mã **I11.-**
I12.- (Bệnh thận do cao huyết áp), mã **I12.-**
I13.- (Bệnh tim và thận do cao huyết áp), mã **I13.-**
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I20-I25**
I60-I69 (Bệnh mạch máu não), mã **I60-I69**
N00.- (Hội chứng viêm thận cấp), mã **N00.-**
N01.- (Hội chứng viêm thận tiến triển nhanh), mã **N01.-**
N03.- (Hội chứng viêm thận mạn), mã **N03.-**

- N04.- (Hội chứng thận hư), mã **N04.-**
N05.- (Hội chứng viêm thận không đặc hiệu), mã **N05.-**
N18.- (Suy thận mạn), mã **I12.-**
N19 (Suy thận không được xác định), mã **I12.-**
N26 (Thận nhỏ không xác định), mã **I12.-**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
H35.0 (Bệnh lý võng mạc sơ phát và các bệnh võng mạc khác), mã **H35.0**
I05-I09 (Bệnh được phân loại cho I05-I09 nhưng không xác định do khớp), mã **I34-I38**
I34-I38 (Bệnh van không do thấp), mã **I34-I38**
I50.- (Suy tim), mã **I11.0**
I51.4-I51.9 (Biến chứng và miêu tả không rõ về bệnh tim), mã **I11.-**
- I11.- Bệnh tim do cao huyết áp
Có đề cập đến:
I12.- (Bệnh thận do cao huyết áp), mã **I13.-**
I13.- (Bệnh tim và thận do cao huyết áp), mã **I13.-**
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I20-I25**
N18.- (Suy thận mạn), mã **I13.-**
N19 (Suy thận không xác định), mã **I13.-**
N26 (Thận nhỏ không xác định), mã **I13.-**
- I12.- Bệnh thận do cao huyết áp
Có đề cập đến:
I11.- (Bệnh tim do cao huyết áp), mã **I13.-**
I13.- (Bệnh tim và thận do cao huyết áp), mã **I13.-**
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I20-I25**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
I50.- (Suy tim), mã **I13.0**
I51.4-I51.9 (Biến chứng và miêu tả không rõ về bệnh tim), mã **I13.-**
- I13.- Bệnh tim và thận do cao huyết áp
Có đề cập đến
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I20-I25**

- I15.0 Cao huyết áp do mạch máu thận
Không sử dụng nếu đã biết tiền sử bệnh hoặc có thể suy luận bằng cách áp dụng Quy tắc 3. Nếu không biết tiền sử bệnh hoặc không thể suy luận, mã I15.0
- I15.1 Cao huyết áp thứ phát do bệnh thận khác
Không sử dụng nếu đã biết tiền sử bệnh hoặc có thể suy luận bằng cách áp dụng Quy tắc 3. Nếu không biết tiền sử bệnh hoặc không thể suy luận, mã N28.9.
- I15.2 Cao huyết áp thứ phát do rối loạn nội tiết
Không sử dụng nếu đã biết tiền sử bệnh hoặc có thể suy luận bằng cách áp dụng Quy tắc 3. Nếu không biết tiền sử bệnh hoặc không thể suy luận, mã E34.9
- I15.8 Cao huyết áp thứ phát khác
Không sử dụng nếu đã biết tiền sử bệnh hoặc có thể suy luận bằng cách áp dụng Quy tắc 3. Nếu không biết tiền sử bệnh hoặc không thể suy luận, mã I15.8
- I15.9 Cao huyết áp thứ phát không xác định
Không sử dụng nếu đã biết tiền sử bệnh hoặc có thể suy luận bằng cách áp dụng Quy tắc 3. Nếu không biết tiền sử bệnh hoặc không thể suy luận, mã I15.9
- I20.- Cơn đau thắt ngực
- I24.- Bệnh tim do thiếu máu cục bộ cấp khác
- I25.- Bệnh tim do thiếu máu cục bộ mạn
Có đề cập đến:
I21.- (Nhồi máu cơ tim cấp), mã **I21.-**
I22.- (Nhồi máu cơ tim tiến triển), mã **I22.-**
- I21.- (Nhồi máu cơ tim cấp)
Có đề cập đến:
I22.- (Nhồi máu cơ tim tiến triển), mã **I22.-**
- I23.- Một số biến chứng thường gặp sau nhồi máu cơ tim cấp
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Sử dụng mã **I21.-** hoặc **I22.-** khi phù hợp.

- I24.0 Huyết khối mạch vành không gây nhồi máu cơ tim
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Đối với tử vong, nhồi máu cơ tim xảy ra được giả định và chỉ định cho **I21.- hoặc I22.-** khi phù hợp.
- I25.2 Nhồi máu cơ tim cũ
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Nếu nguyên nhân không được đề cập, mã thành Dạng khác của bệnh tim do thiếu máu cục bộ mạn (I25.8).
- I27.9 Bệnh tim do phổi, không xác định
Có đề cập đến:
M41.- (Vẹo cột sống), mã **I27.1**
- I44.- Block nhĩ thất và nhánh trái
- I45.- Rối loạn dẫn truyền khác
- I46.- Ngưng tim
- I47.- Nhịp nhanh kịch phát
- I48 Rung nhĩ và cuồng nhĩ
- I49.- Loạn nhịp tim khác
- I50.- Suy tim
- I51.4-I51.9 Biện chứng và mô tả không rõ về bệnh tim
Có đề cập đến:
B57.- (Bệnh Chagas), mã **B57.-**
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I20-I25**
- I50.- Suy tim
- I51.9 Suy tim, không xác định
Có đề cập đến:
M41.- (Vẹo cột sống), mã **I27.1**
- I50.9 Suy tim, không xác định
- I51.9 Bệnh tim, không xác định
Có đề cập đến:
J81 (Phù phổi), mã **I50.1***
- I60-I69 Bệnh mạch máu não
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của bệnh :
F01-F03 (Sa sút trí tuệ), mã **F01.-**
- I65.- Nghẽn tắc và hẹp động mạch trước não, không dẫn đến nhồi máu não

- I66.- Nghẽn tắc và hẹp động mạch não, không dẫn đến nhồi máu não
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Đối với tử vong, sự xuất hiện nhồi máu não được giả định và chỉ định mã thành **I63.-**
- I67.2 Xơ vữa động mạch não
Có đề cập đến:
I60-I66 (Xuất huyết não, nhồi máu não hoặc đột quy, Nghẽn tắc và hẹp động mạch trước não và động mạch não), mã **I60-I64**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của bệnh :
F03 (Sa sút tâm thần không xác định), mã **F01.-**
G20 (Bệnh Parkinson), mã **G21.4**
G21.9 (Hội chứng Parkinson thứ phát, không xác định), mã **G21.4**
- I70.- Xơ vữa động mạch
Có đề cập đến:
I10- I13 (Bệnh cao huyết áp), mã **I10-I13**
I20-I25 (Bệnh tim do thiếu máu cục bộ), mã **I51.4**
I50.- (Suy tim), mã **I50.-**
I51.4 (Viêm cơ tim, không xác định), mã **I51.4**
I51.5 (Thoái hóa cơ tim), mã **I51.5**
I51.6 (Bệnh tim mạch, không xác định), mã **I51.6**
I51.8 (Bệnh tim khó xác định khác), mã **I51.8**
I60-I69 (Bệnh mạch máu não), mã **I60- I69**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
I05-I09 (Bệnh được phân loại ở I05-I09 nhưng không xác định là do thấp khớp), mã **I34-I38**
I34-I38 (Bệnh van không do thấp), mã **I34-I38**
I51.9 (Bệnh tim, không xác định), mã **I25.1**
I71- I78 (Bệnh động mạch, tiểu động mạch và mao mạch khác), mã **I71-I78**
K55.- (Rối loạn mạch máu của ruột), mã **K55.-**
N03.- (Viêm thận mạn), mã **I12.-**
N26 (Thận nhỏ không xác định), mã **I12.-**

- I70.9 Xơ vữa động mạch, toàn thể và không xác định
Có đề cập đến:
R02 (Hoại thư, chưa được phân loại ở phần khác), mã **I70.2**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
F01.- (Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu), mã **F01.-**
F03 (Sa sút trí tuệ không xác định), mã **F01.-**
G20 (Bệnh Parkinson), mã **G21.4**
G21.9 (Hội chứng Parkinson thứ phát, không xác định), mã **G21.4**
- I97.- Rối loạn hệ tuần hoàn sau phẫu thuật, không phân loại nơi khác.
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem thêm phần Phẫu thuật 4.2.6.
- J00 Viêm mũi họng cấp [cảm thường]
- J06.- Nhiễm trùng hô hấp trên cấp ở nhiều nơi và không xác định
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
G03.8 (Viêm màng não), mã **G03.8**
G06.0 (Áp xe và u hạt trong sọ), mã **G06.0**
H65-H66 (Viêm tai giữa), mã **H65-H66**
H70.- (Viêm xương chũm và bệnh liên quan), mã **H70.-**
J9-J18 (Cúm và viêm phổi), mã **J09-J18**
J20-J21 (Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản), mã **J20-J21**
J40- J42 (Viêm phế quản mạn và không xác định), mã **J40-J42**
J44.- (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác), mã **J44.-**
N00.- (Hội chứng viêm thận cấp), mã **J00.-**
- J18.- Viêm phổi, không xác định vi sinh vật
Có đề cập đến:
R26.3 (Bất động), mã **J18.2**
- J20.- Viêm phế quản cấp
Có đề cập đến:
J41.- (Viêm phế quản mạn đơn thuần và nhày mũi), mã **J41.-**
J42 (Viêm phế quản mạn không xác định), mã **J42**
J44.- (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác), mã **J44.-**
- J40 Viêm phế quản không xác định cấp hay mạn
- J41.- Viêm phế quản mạn đơn thuần và nhày mũi

- J42 Viêm phế quản mạn không xác định
Có đề cập đến:
J43.- (Khí phế thũng), mã **J44.-**
J44.- (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác), mã **J44.-**
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
J45.- (Hen suyễn), mã J44.- (nhưng cũng xem ghi chú ở J45.-, J46)
- J43.- Khí phế thũng
Có đề cập đến:
J40 (Viêm phế quản không xác định cấp hay mạn), mã **J44.-**
J41.- (Viêm phế quản mạn đơn thuần và nhày mũi), mã **J44.-**
J42 (Viêm phế quản mạn không xác định), mã **J44.-**
- J44.8-J48.9 Other specified chronic obstructive pulmonary disease
Có đề cập đến:
J12-J18 (Viêm phổi), mã **J44.0**
J20-J22 (Nhiễm trùng hô hấp đường dưới cấp tính khác), mã **J44.0**
- J45.- Hen [suyễn]
- J46 Con hen ác tính
Khi hen và viêm phế quản (cấp) (mạn) hoặc bệnh tắc phổi mạn khác cùng được ghi trên giấy chứng nhận tử vong, nguyên nhân chính nên được chọn bằng cách áp dụng Nguyên tắc Chung hoặc Quy tắc 1, 2 hay 3. Không từ nào được xem như là tính từ bổ nghĩa từ khác.
- J60-J64 Bệnh bụi phổi
Có đề cập đến
A15-A16 (Lao hô hấp), mã **J65**
- J81 Phù phổi
Có đề cập đến:
I50.9 (Suy tim, không xác định), mã **I50.1**
I51.9 (Bệnh tim, không xác định), mã **I50.1**
- J95.- Rối loạn hô hấp sau phẫu thuật, không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem thêm phần Phẫu thuật 4.2.6.

- K71 Bệnh nhiễm độc gan
Có đề cập đến:
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.-**
- K72.- Suy gan, không phân loại nơi khác
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.4**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.4**
- K73.- Viêm gan mạn tính, không phân loại nơi khác
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.1**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.1**
- K74.0 Gan hoá sởi
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.2**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.2**
- K74.1 Gan hoá xơ
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.2**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.2**
- K74.2 Gan hoá sởi với gan hoá xơ
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.2**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.2**
- K74.6 Xơ gan khác và không xác định
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.3**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.3**
- K75.9 Bệnh viêm gan, không xác định
Có đề cập đến:
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.1**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.1**

- K76.0 Gan (biến đổi) nhiễm mỡ, không phân loại nơi khác
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.0**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.0**
- K76.9 Bệnh gan, không xác định
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K70.9**
T51.- (Tác dụng độc của cồn), mã **K70.9**
- K85.9 Viêm tụy cấp, không xác định
F10.- (Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu), mã **K85.2**
- K91.- Rối loạn tiêu hóa sau phẫu thuật, không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem thêm phần Phẫu thuật 4.2.6.
- M41.- Vẹo cột sống
Có đề cập đến:
I27.9 (Bệnh tim do phổi, không xác định), mã **I27.1**
I50.0 (Suy tim), mã **I27.1**
I51.9 (Bệnh tim, không xác định), mã **I27.1**
- M96.- Rối loạn hệ cơ-xương-khớp sau các hoạt động chấn đoán và điều trị không phân loại nơi khác.
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem thêm phần Phẫu thuật 4.2.6.
- N00.- Hội chứng viêm cầu thận cấp
khi được ghi nhận như là nguyên nhân có từ trước của:
N03.- (Hội chứng viêm thận mạn), mã **N03.-**
- N18.- Suy thận mạn
- N19 Suy thận không xác định
- N26 Thận nhỏ không xác định
Có đề cập đến:
I10 (Cao huyết áp vô căn (nguyên phát)), mã **I12.-**
I11.- (Bệnh tim do cao huyết áp), mã **I13.-**
I12.- (Bệnh thận do cao huyết áp), mã **I12.-**
- N46 Vô sinh nam
- N97.- Vô sinh nữ
Không được dùng nếu đã biết điều kiện nhân quả

- N99.- Các rối loạn sau can thiệp của hệ sinh dục tiết niệu không phân loại nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Xem thêm phần Phần thuật 4.2.6.
- O08.- Biến chứng sau sảy thai, chữa ngoài tử cung và chữa trứng
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Sử dụng các loại O00-O07
- O30.- Đa thai
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính nếu có nhiều hơn một biến chứng được ghi nhận
- O32.- Chăm sóc bà mẹ vì ngôi thai bất thường hoặc nghi ngờ bất thường
Có đề cập đến:
O33.- (Chăm sóc bà mẹ vì bất tương xứng hay nghi ngờ có bất tương xứng), mã **O33.-**
- O33.9 Bất tương xứng thai khung chậu
Có đề cập đến:
O33.0-O33.3 (Bất tương xứng do bất thường khung xương chậu bà mẹ), mã **O33.0-O33.3**
- O64.- Chuyển dạ ngừng tiến triển do ngôi và thế của thai bất thường
Có đề cập đến:
O65.- (Chuyển dạ ngừng tiến triển do khung chậu bất thường), mã **O65.-**
- O80-O84 Cuộc đẻ
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Nếu không có nguyên nhân khác về tử vong mẹ được ghi nhận, mã theo Biến chứng của chuyển dạ và đẻ chưa xác định rõ (O75.9).
- P07.- Rối loạn liên quan đến thai già tháng và trẻ nhẹ cân
- P08.- Rối loạn liên quan đến thai già tháng và trẻ nặng cân
Không được dùng nếu bất kỳ nguyên nhân nào khác về tử vong chu sinh được ghi nhận. Cũng không áp dụng nếu chỉ có nguyên nhân tử vong chu sinh được ghi nhận là suy hô hấp ở trẻ sơ sinh (P28.5)
- P70.3-P72.0 Các rối loạn nội tiết, chuyển hóa tạm thời đặc hiệu cho thai và trẻ sơ sinh
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Nếu không có nguyên nhân tử vong chu sinh khác được ghi nhận, mã thành Điều kiện không chỉ rõ có nguồn gốc trong giai đoạn chu sinh (P96.9).

- R57.2 Sốc nhiễm khuẩn
- R65.0 R65.0 Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống do nhiễm trùng không có suy cơ quan
- R65.1 Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống do nhiễm trùng có suy cơ quan
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Mã về nhiễm trùng gốc (A00 – B99). Nếu không có bệnh nhiễm trùng gốc được đề cập, mã về Nhiễm trùng huyết, không xác định (**A41.9**).
- R69.- Nguyên nhân bệnh không đặc hiệu và không rõ
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính. Sử dụng R95-R99 khi phù hợp.
- S00-T98 Vết thương ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân bên ngoài
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính trừ mã bổ sung cho loại tương ứng trong V01-Y89.
Khi một bệnh về mật độ xương được ghi cùng dòng hoặc là nguyên nhân có từ trước của gãy xương, gãy xương nên được coi là một bệnh, mã **M80.-**
- S02.- Vỡ xương sọ và xương mặt
Khi hơn một vị trí được đề cập, mã vỡ xương nhiều vị trí liên quan đến xương sọ và xương mặt, **S02.7**.
- S06.- Tổn thương nội sọ
Khi vỡ xương sọ và xương mặt kết hợp với tổn thương nội sọ, ưu tiên phải được dành cho vỡ xương.
Có đề cập đến:
S02.- (Vỡ xương sọ và xương mặt), mã **S02.-**
- T79.- Một vài biến chứng sớm của chấn thương, không được phân loại nơi khác
Không được dùng nếu biết hoàn cảnh tự nhiên trước đó dẫn tới chấn thương.
- V01-X59 Tai nạn
Có đề cập đến:
A35 (Uốn ván), mã **A35**
Do:
G40-G41 (Động kinh), mã **G40-G41**
- Y90-Y98 Các yếu tố phụ liên quan đến các nguyên nhân bệnh lý và tử vong phân loại ở nơi khác
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính.

Z00-Z99 Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế
Không được dùng để mã hóa tử vong nguyên nhân chính.

4.1.12. Tóm tắt mối liên hệ giữa các mã bệnh

Khi có nguyên nhân liệt kê trong cột đầu tiên của Bảng 1, một hay nhiều nguyên nhân liệt kê trong cột thứ hai được ghi vào bất kỳ nơi nào trên giấy chứng nhận tử vong, mã được trình bày ở cột thứ tư.

Khi có nguyên nhân liệt kê trong cột đầu tiên và xuất hiện trên giấy chứng nhận như là một nguyên nhân của một bệnh trong các bệnh liệt kê trong cột thứ ba, mã được trình bày ở cột thứ tư.

Bảng 1. Tóm tắt mối liên hệ giữa các mã bệnh

Nguyên nhân được chọn	Có đề cập đến	Như là nguyên nhân của	Mã kết hợp
A00-B19 }		C00-C97	C00-C97
B25-B99 }			
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
A40.-, A41.-, A46			Xem 4.1.11
B16.- }		K72.1	B18.-
B17.- }		K74.0-2, K74.4-6	B18.-
B20-B24			Xem 4.1.11
D50-D89	B20-B24		B20-B24
E86	A00-A09		A00-A09
E10-E14		E87.2	E10-E14 (E1x.1)
		E88.8	E10-E14 (E1x.1)
		G58	E10-E14 (E1x.4)
		G62.9	E10-E14 (E1x.4)
		G64	E10-E14 (E1x.4)
		G70.9	E10-E14 (E1x.4)
		G71.8	E10-E14 (E1x.4)
		G90.9	E10-E14 (E1x.4)
		H20.9	E10-E14 (E1x.3)
		H26.9	E10-E14 (E1x.3)
		H30.9	E10-E14 (E1x.3)
		H34	E10-E14 (E1x.3)
		H35.0	E10-E14 (E1x.3)
		H35.2	E10-E14 (E1x.3)
		H35.6	E10-E14 (E1x.3)
		H35.9	E10-E14 (E1x.3)
		H49.9	E10-E14 (E1x.3)
		H54	E10-E14 (E1x.3)

		I70.2	E10-E14 (E1x.5)
		I73.9	E10-E14 (E1x.5)
		L30.9	E10-E14 (E1x.6)
		L92.1	E10-E14 (E1x.6)
		M13.9	E10-E14 (E1x.6)
		M79.2	E10-E14 (E1x.4)
		M89.9	E10-E14 (E1x.6)
		N03-N05	E10-E14 (E1x.2)
		N18.-	E10-E14 (E1x.2)
		N19	E10-E14 (E1x.2)
		N26	E10-E14 (E1x.2)
		N28.9	E10-E14 (E1x.2)
		N39.0	E10-E14 (E1x.6)
<i>E10-E14 tiếp</i>		N39.1	E10-E14 (E1x.2)
		R02	E10-E14 (E1x.5)
		R40.2	E10-E14 (E1x02)
F10-F19 }		X40-X49	X40-X49
}		X60-X69	X60-X69
}		X85-X90	X85-X90
}		Y10-Y19	Y10-Y19
F10-F19(F1x.5)	F10-F19 (F1x.2)		F1x.2
F10.-		E24.4	E24.4
		G31.2	G31.2
		G62.1	G62.1
		G72.1	G72.1
		I42.-	I42.6
		K29.2	K29.2
		K70.-	K70.-
		K72.-	K70.4
		K73.-	K70.1
		K74.0-2	K70.2
		K74.6	K70.3
		K75.9	K70.1
		K76.0	K70.0
		K76.9	K70.9
		K85.2	K85.2
		K86.0	K86.0
		O35.4	O35.4
F10.2		F10.4, F10.6	F10.4, F10.6
		F10.7	F10.7
G25.5	I00-I02		I02.-
	I05-I09		I02.-
I05.8 }			
I05.9 }			

(of unspecified } cause) }	I34.-		I34.-
I08.-			Xem 4.1.11
I09.1 }			
I09.9 }	I05-I08		I05-I08
I10	I11.-		I11.-
	I12.-		I12.-
	I13.-		I13.-
	I20-I25		I20-I25
	I60-I69		I60-I69
<i>I10 Tiếu</i>	N00.-		N00.-
	N01.-		N01.-
	N03-N05		N03-N05
	N18.-		I12.-
	N19		I12.-
	N26		I12.-
		H35.0	H35.0
		I05-I09 (not specified as rheumatic)	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.- }	I21.-		I21.-
I25.- }	I22.-		I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44-I50 }	B57.-		B57.-

I51.4-I51.9 }	I20-I25		I20-I25
I50.- }			
I51.9 }	M41.-		I27.1
I50.9 }			
I51.9 }	J81		I50.1
I60-I69		F01-F03	F01.-
I67.2	I60-I66		I60-I64
		F03	F01.-
		G20	G21.4
I70.-	I10-I13		I10-I13
	I20-I25		I20-I25
	I50.-		I50.-
I70.- Tiếp	I51.4		I51.4
	I51.5		I51.5
	I51.6		I51.6
	I51.8		I51.8
	I60-I69		I60-I69
		I05-I09 (not specified as rheumatic)	I34-I38
		I34-I38	I34-I38
		I51.9	I25.1
		I71-I78	I71-I78
		K55.-	K55.-
		N03.-	I12.-
		N26	I12.-
I70.9	R02		I70.2
		F01.-	F01.-
		F03	F01.-
		G20	G21.4
		G21.9	G21.4
J00 }			
J06.- }		G03.8	G03.8
		G06.0	G06.0
		H65-H66	H65-H66
		H70.-	H70.-
		J09-J18	J09-J18
		J20-J21	J20-J21
		J40-J42	J40-J42
		J44.-	J44.-
		N00.-	N00.-
J20.-	J41.-		J41.-

	J42		J42
	J44.-		J44.-
J40 }			
J41.- }	J43.-		J44.-
J42 }	J44.-		J44.-
		J45.-	J44.-
J43.-	J40		J44.-
	J41.-		J44.-
	J42		J44.-
J44.8-J44.9	J12-J18		J44.0
	J20-J22		J44.0
J60-J64	A15.-		J65
	A16.-		J65
J81	I50.9		I50.1
<i>J81 tiếp</i>	I51.9		I50.1
K72.- }	F10.-		K70.4
K73.- }			K70.1
K74.0-2 }			K70.2
K74.6 }			K70.3
K75.9 }			K70.1
K76.0 }			K70.0
K76.9 }			K70.9
K85.9 }			K85.2
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.-
R57.2	A00-B99		A00-B99
R65.0-.1	A00-B99		A00-B99
S06.-	S02.-		S02.-
V01-X59	A35		A35

Bảng 2. Tóm tắt các mã không sử dụng được trong việc mã hóa nguyên nhân tử vong chính^a

Mã không được sử dụng để mã hóa nguyên nhân tử vong chính (mã cho bệnh ở trong dấu ngoặc, nếu không có mã được đề cập, mã R99)		Không sử dụng nếu đã biết nguyên nhân chính
B95-B97		F03-F09
C97		
E89.-		F70-F79
F10.0	(mã thành X45, X65, X85, hoặc Y15)	G81.-
F11.0	(mã thành X42, X62, X85, hoặc Y12)	G82.-
F12.0	(mã thành X42, X62, X85, hoặc Y12)	G83.-
F13.0	(mã thành X41, X61, X85, hoặc Y11)	H54.-
F14.0	(mã thành X42, X62, X85, hoặc Y12)	H90-H91
F15.0	(mã thành X41, X61, X85, hoặc Y11)	I15.0
F16.0	(mã thành X42, X62, X85, hoặc Y12)	I15.8
F17.0	mã thành X49, X69, X89, hoặc Y19)	I15.9
F18.0	(mã thành X46, X66, X89, hoặc Y16)	N46
F19.0	(mã thành X40-X49, X60-X69, X85-X90, hoặc Y10 – Y19)	N97.-
G97.-		O30.-
H59.-		P07.-
H95.-		P08.-
I15.1	(mã thành N28.9 nếu không biết)	T79.-
I15.2	(mã thành E34.9 nếu không biết)	
I23.-	(mã thành I21 or I22)	
I24.0	(mã thành I21 or I22)	
I25.2	(mã thành I25.8)	
I65.-	(mã thành I63)	
I66.-	(mã thành I63)	
I97.-		
J95.-		
K91.-		
M96.-		
N99.-		
O08.-		
O80-O84	(mã thành O75.9)	
P70.3-P72.0	(mã thành P96.9)	
P72.2-P74	(mã thành P96.9)	
R57.2	(mã thành A41.9)	
R65.0-1	(mã thành A41.9)	
R69.-	(mã thành R95-R99)	
S00-T98	(mã thành V01-Y89)	
Y90-Y98		
Z00-Z99		

^a Bên cạnh các mã hoa thị (Xem Phần 3.1.3)

4.2. Ghi chú cho việc diễn giải dữ liệu về nguyên nhân tử vong

Những Quy tắc ở trên thường để xác định nguyên nhân tử vong chính dùng cho bảng liệt kê tử vong ban đầu. Mỗi quốc gia cần mở rộng các Quy tắc, phụ thuộc vào sự đầy đủ và chất lượng của hồ sơ bệnh án. Nội dung trong phần này sẽ giúp thiết lập những chỉ dẫn bổ sung như thế.

4.2.1. Giả định về các nguyên nhân xen giữa

Thông thường trên hồ sơ bệnh án, một bệnh là do một bệnh khác, nhưng bệnh đầu tiên không phải là hậu quả trực tiếp của bệnh thứ hai. Ví dụ, nôn ra máu có thể ghi là do xơ gan, thay vì ghi nhận như là hậu quả cuối cùng của chuỗi sự kiện, xơ gan → tăng áp lực tĩnh mạch cửa → vỡ tĩnh mạch thực quản bị giãn → nôn ra máu.

Giả định nguyên nhân xen giữa ở Phần I có thể được chấp nhận trong chuỗi sự kiện, nhưng sẽ không được dùng để thay đổi việc mã hóa.

Ví dụ 1: I (a) Chảy máu não
(b) Viêm thận mạn

Mã viêm thận mạn (N03.9). Cần phải giả định cao huyết áp là một bệnh xen giữa chảy máu não và nguyên nhân chính, viêm thận mạn.

Ví dụ 2: I (a) Chậm phát triển trí tuệ
(b) Rau bong sớm

Mã Thai và trẻ sơ sinh bị tổn thương bởi các hình thái bong rau và chảy máu khác (P02.1). Cần giả định chấn thương khi đẻ, thiếu oxy hoặc giảm Oxy như là bệnh xen giữa chậm phát triển trí tuệ và nguyên nhân chính, rau bong sớm.

4.2.2. Chấp nhận và loại bỏ các chuỗi sự kiện để chọn nguyên nhân tử vong chính trong thống kê tỷ lệ tử vong

Phần này liệt kê những chuỗi nguyên nhân dẫn tới tử vong được chấp nhận hay bị loại bỏ khi chọn nguyên nhân tử vong chính. Mục đích của danh sách này là giúp cho việc thống kê tử vong được chính xác nhất. ¹Do đó, một chuỗi sự kiện “bị loại bỏ” hoặc “được chấp nhận” phản ánh tầm quan trọng về mặt y tế công cộng hơn là mặc dù có thể chấp nhận nếu nhìn từ quan điểm y học thuần túy. Các hướng dẫn sau đây luôn luôn được áp dụng, cho dù mối quan hệ của nó về mặt y học có thể đúng hoặc không.

¹ Cụm từ “không có nhiều khả năng” (highly improbable) được dùng ở các phiên bản ICD trước kia để chỉ một mối quan hệ nhân quả đã không được chấp nhận khi áp dụng các Quy tắc lựa chọn

A. Chuỗi sự kiện bị loại bỏ

Khi áp dụng Nguyên tắc Chung và các Quy tắc lựa chọn, các mối quan hệ sau nên bị loại bỏ.

(a) Các bệnh truyền nhiễm

Các bệnh truyền nhiễm sau không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh hoặc bệnh khác, trừ khi được ghi nhận là “do” nhiễm HIV, u ác tính và các bệnh suy giảm hệ thống miễn dịch:

- Bệnh thương hàn và sốt phó thương hàn, Nhiễm salmonella khác, Nhiễm Shigella (A01-A03)

- Lao (A15-A19)

Các bệnh truyền nhiễm và ký sinh trùng sau không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ bệnh hoặc tình trạng bệnh khác (thậm chí cả nhiễm HIV, u ác tính và các bệnh ức chế miễn dịch):

- Tả (A00)

- Nhiễm Clostridium botulinum (A05.1)

- Dịch hạch, Bệnh nhiễm Francisella tularensis, Bệnh than, Nhiễm Brucella (A20-A23)

- Nhiễm leptospira (A27)

- Uốn ván, Bạch hầu, Ho gà, Não mô cầu, Sốt ban đỏ (A33-A39)

- Nhiễm Chlamydia psittaci (A70)

- Bệnh do Rickettsia (A75-A79)

- Bại liệt cấp (A80)

- Bệnh Creutzfeldt (A81.0)

- Viêm toàn não xơ hóa bán cấp (A81.1)

- Bệnh dại, Viêm não virus do muỗi truyền, Viêm não virus do ve truyền, Viêm não virus khác, Viêm não virus không xác định (A82-A86)

- Sốt xuất huyết Dengue, Bệnh sốt virus khác do muỗi truyền (A91-A92)

- Sốt vàng (A95)

- Sốt xuất huyết Junin và Machupo, Sốt Lassa (A96.0-A96.2)

- Sốt xuất huyết do virus khác (A98)

- Đậu mùa, đậu mùa ở khỉ, Sởi, Rubella (B03-B06)

- Viêm gan B, C cấp tính (B16-B17.1)

- Quai bị (B26)

- Sốt rét, bệnh Leshmania, bệnh Chagas (B50-B57)

- Di chứng do Lao (B90)

- Di chứng do bại liệt (B91)

- Di chứng do phong (B92)

- Di chứng bệnh mắt hột (B94.0)

- Di chứng viêm não do virus (B94.1)
- Di chứng viêm gan virus (B94.2)
- Các bệnh dịch mới nổi khác phải báo cáo về Tổ chức Y tế thế giới (ví dụ. U04 SARS, J09 Cúm gia cầm).

(b) Ung thư ác tính

Một bệnh ung thư ác tính không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác, trừ nhiễm HIV.

(c) Haemophilia (bệnh ưa chảy máu)

Haemophilia (D66, D67, D68.0-D68.2) được ghi nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác.

(d) Bệnh đái tháo đường

Bệnh đái tháo đường (E10-E14) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác, trừ các bệnh gây tổn thương tuyến tụy, và được liệt kê ở Phụ lục 7.2 về danh sách các bệnh có thể gây ra do đái tháo đường.

(e) Thấp khớp

Thấp khớp (I00-I02) hoặc bệnh tim do thấp (I05-I09) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác, trừ:

- Sốt ban đỏ (A38)
- Nhiễm trùng huyết do streptococcus (A40)
- Viêm họng do liên cầu (J02.0)
- Viêm amydan cấp (J03.-)

(f) Cao huyết áp

Bệnh cao huyết áp không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại ung thư nào khác, trừ:

- U ác tuyến nội tiết
- U ác thận
- U carcinoma

(g) Bệnh tim do thiếu máu cục bộ mạn

Bệnh tim do thiếu máu cục bộ mạn (I20, I25) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại ung thư nào khác

(h) Bệnh mạch máu não

(1) Bệnh mạch máu não và bệnh hệ thống tiêu hóa

Bệnh mạch máu não (I60-I69) không nên được chấp nhận là “do” một bệnh của hệ thống tiêu hóa (K00-K92), trừ xuất huyết não (I61.-) do bệnh ở gan (K70-K76).

(2) Nhồi máu não và viêm màng trong tim

Các bệnh mạch máu não sau không nên được chấp nhận là “do” viêm màng trong tim (I05-I08, I09.1, I33-I35).

- Nhồi máu não do huyết khối động mạch trước não (I63.0)
- Nhồi máu não do nghẽn tắc hoặc hẹp không xác định của động mạch trước não (I63.2)
- Nhồi máu não do huyết khối động mạch não (I63.3)
- Nhồi máu não do nghẽn tắc hoặc hẹp không xác định của động mạch não (I63.5)
- Nhồi máu não khác (I63.8)
- Nhồi máu não, không xác định (I63.9)
- Đột quy, không xác định do xuất huyết hay nhồi máu (I64)
- Bệnh mạch máu não khác (I67)
- Di chứng đột quy, không xác định là xuất huyết hay nhồi máu (I69.4)
- Di chứng bệnh mạch máu não khác và không xác định (I69.8)
- Nghẽn tắc và hẹp động mạch trước não, không dẫn đến nhồi máu não (I65), trừ Sự nghẽn mạch
- Tắc Nghẽn tắc và hẹp động mạch não, không dẫn đến nhồi máu não (I66), trừ Sự nghẽn mạch
- Di chứng nhồi máu não (I69.3), trừ Sự nghẽn mạch.

(i) Xơ vữa động mạch

Bất kỳ bệnh được mô tả là xơ vữa động mạch không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại ung thư nào khác.

(j) Cúm

Cúm (J10-J11) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác.

(k) Dị tật bẩm sinh

Một dị tật bẩm sinh (Q00-Q99) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ loại bệnh nào khác của cá nhân, bao gồm cả chưa trưởng thành, trừ:

- Dị tật bẩm sinh nên được chấp nhận là “do” một bất thường nhiễm sắc thể hoặc một hội chứng dị dạng bẩm sinh.
- Vô sản phổi nên được chấp nhận là “do” một dị tật bẩm sinh.

(l) Sự xung đột về khoảng thời gian

Bệnh được ghi nhận từ ngày “X” không nên được chấp nhận là “do” một bệnh được ghi nhận từ ngày “Y”, khi ngày “X” trước ngày “Y” (Xem thêm Ví dụ 5 ở Phần 4.1.6)

(m) Tai nạn

Tai nạn (V1-V59) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ nguyên nhân nào khác ngoài chương này trừ:

- Tai nạn khác (V01-X59) nên được chấp nhận là “do” động kinh (G40-G41)
- Ngã (W00-W19) nên được chấp nhận là “do” Rối loạn về tỷ trọng (mật độ) xương (M80-M85)
 - Ngã (W00 – W19) nên được chấp nhận là “do” một bệnh lý cấu trúc xương do rối loạn về tỷ trọng (mật độ) xương.
 - Ngạt do hít, nuốt phải đờm, máu (W80) hoặc chất nôn (W78) nên được chấp nhận là “do” một bệnh.
 - Hít, nuốt phải thức ăn (lỏng hoặc đặc) nên được chấp nhận là “do” một bệnh ảnh hưởng tới khả năng nuốt.

(n) Tự tử

Tự tử (X60-X84) không nên được chấp nhận là “do” bất kỳ nguyên nhân khác.

Danh sách trên đây không thể có đủ cho tất cả các chuỗi sự kiện cần phải loại trừ, nhưng trong một số trường hợp khác nên theo Nguyên tắc Chung trừ khi có những chỉ dẫn khác.

B. Chuỗi sự kiện được chấp nhận

Khi áp dụng Nguyên tắc Chung và các Quy tắc lựa chọn, các trường hợp sau là những chuỗi sự kiện được chấp nhận.

(a) Bệnh truyền nhiễm do các bệnh khác

Các bệnh truyền nhiễm không thuộc mục 4.2.2 A. (a) được ghi nhận là “do” các bệnh khác.

(b) Bệnh truyền nhiễm do HIV

Các bệnh truyền nhiễm sau được ghi nhận là “do” nhiễm HIV, u ác tính và các bệnh suy giảm hệ thống miễn dịch:

- Bệnh thương hàn và sốt phó thương hàn, Nhiễm salmonella khác, Nhiễm Shigella (A01-A03)
 - Lao (A15-A19)

(c) Ác tính và HIV

Ung thư ác tính nên được chấp nhận là “do” bệnh HIV

(d) Đái tháo đường

Bệnh đái tháo đường (E10-E14) nên được chấp nhận là “do” bất các bệnh gây tổn thương tuyến tụy, và được liệt kê ở Phụ lục 7.2 về danh sách các bệnh có thể gây ra do đái tháo đường.

(e) Thấp khớp

Thấp khớp (I00-I02) hoặc bệnh tim do thấp (I05-I09) nên được chấp nhận là “do”:

- Sốt ban đỏ (A38)
- Nhiễm trùng huyết do streptococcus (A40)
- Viêm họng do liên cầu (J02.0)

- Viêm amydan cấp (J03.-)

(f) Cao huyết áp

Bất kỳ bệnh cao huyết áp nào được ghi nhận là “do”:

- U ác tuyến nội tiết
- U ác thận
- U carcinoma

(g) Bệnh mạch máu não

Xuất huyết não (I61.-) nên được chấp nhận là “do” bệnh ở gan (K70-K76).

Sự nghẽn mạch gây ra:

- Nghẽn tắc và hẹp động mạch trước não, không dẫn đến nhồi máu não (I65),
- Tắc Nghẽn tắc và hẹp động mạch não, không dẫn đến nhồi máu não (I66)
- Di chứng nhồi máu não (I69.3).

nên được chấp nhận là “do” viêm màng trong tim (I05-I08, I09.1, I33-I35).

(h) Dị tật bẩm sinh

• Dị tật bẩm sinh được ghi nhận là “do” một bất thường nhiễm sắc thể hoặc một hội chứng dị dạng bẩm sinh.

- Vô sản phổi được ghi nhận là “do” một dị tật bẩm sinh.

(i) Tai nạn

- Bất kỳ loại tai nạn nào (V01-X59) nên được chấp nhận là “do” động kinh (G40-G41)
- Ngã (W00-W19) nên được chấp nhận là “do” Rối loạn về tỷ trọng (mật độ) xương (M80-M85)

• Ngã (W00 – W19) nên được chấp nhận là “do” một bệnh lý cấu trúc xương do rối loạn về tỷ trọng (mật độ) xương.

• Ngạt do hít, nuốt phải đờm, máu (W80) hoặc chất nôn (W78) nên được chấp nhận là “do” một bệnh.

• Hít, nuốt phải thức ăn (lỏng hoặc đặc) nên được chấp nhận là “do” một bệnh ảnh hưởng tới khả năng nuốt.

(j) Các bệnh tuần hoàn cấp hoặc ở giai đoạn cuối

Những bệnh tuần hoàn cấp hoặc ở giai đoạn cuối được ghi nhận là do u ác, đái đường hoặc hen suyễn nên được chấp nhận như là chuỗi sự kiện có thể trong phần I của giấy chứng nhận tử vong. Những bệnh sau đây nên được xem như là bệnh tuần hoàn cấp hoặc ở giai đoạn:

- Nhồi máu cơ tim cấp (I21-I22)
- Bệnh tim do thiếu máu cục bộ khác (I24)
- Nghẽn mạch phổi (I26)
- Viêm ngoại tâm mạc cấp (I30)

- Viêm nội tâm mạc cấp và bán cấp (I33)
- Viêm cơ tim cấp (I40)
- Block nhĩ thất và nhánh trái (I44)
- Rối loạn dẫn truyền khác (I45)
- Ngung tim (I46)
- Nhịp nhanh kịch phát (I47)
- Rung nhĩ và cuồng nhĩ (I48)
- Loạn nhịp tim khác (I49)
- Suy tim (I50)
- Các bệnh tim khó xác định khác (I51.8), Bệnh mạch máu não ở I60-I66, I67.6-I67.8 và I69.

4.2.3. Tác động của khoảng thời gian phân loại

Trong việc đánh giá chuỗi sự kiện về nguyên nhân trực tiếp và nguyên nhân có từ trước, khoảng thời gian từ khi khởi phát bệnh hoặc tình trạng bệnh và thời gian tử vong phải được cân nhắc. Việc này sẽ phải áp dụng cách phiên giải về mối quan hệ “không có khả năng xảy ra” (ở trên) và Quy tắc sửa đổi F (biến chứng).

Mã O95 (Tử vong sản khoa vì nguyên nhân chưa xác định rõ), O96 (Tử vong vì bất kỳ nguyên nhân sản khoa nào khác sau khi đẻ 42 ngày và dưới 1 năm) và O97 (Tử vong vì di chứng của nguyên nhân sản khoa trực tiếp) phân loại tử vong sản khoa theo khoảng thời gian từ khi xảy ra sự kiện sản khoa và khi tử vong mẹ. Mã O95 được sử dụng khi người phụ nữ chết trong quá trình mang thai, trong chuyển dạ, cuộc đẻ, hoặc sau khi đẻ và chỉ với điều kiện thông tin đưa ra là tử vong “mẹ” hoặc “sản khoa”. Nếu nguyên nhân tử vong do sản khoa được xác định, mã theo nhóm phù hợp. Mã O96 được sử dụng để phân loại tử vong do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp của sản khoa xảy ra trên 42 ngày nhưng ít hơn một năm sau khi kết thúc quá trình mang thai. Mã O97 được sử dụng để phân loại tử vong do bất kỳ nguyên nhân sản khoa trực tiếp nào xảy ra trong một năm hoặc hơn sau một năm sau khi kết thúc quá trình mang thai.

Những tình trạng được phân loại như là dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể (Q00-Q99), thậm chí không được xác định như là bẩm sinh trên hồ sơ bệnh án, nên được mã hóa coi như khoảng thời gian giữa lúc bắt đầu và tử vong, tuổi chết để thấy rằng có một bệnh từ khi sinh.

Bảng phân loại có các nhóm bệnh cụ thể cho thấy một số bệnh hay chấn thương như là nguyên nhân di chứng hoặc hậu quả muộn. Trong nhiều trường hợp, những di chứng này gồm các tình trạng hiện hữu trong một năm hoặc hơn sau khi bắt đầu bệnh hay chấn thương (Xem thêm phần Di chứng dưới đây).

4.2.4. Di chứng

Một số nhóm bệnh (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 và Y85-Y89) được sử dụng cho việc mã hóa nguyên nhân tử vong chính để cho thấy rằng tử vong là do hậu quả muộn của một bệnh hoặc chấn thương đã có chứ không phải trong giai đoạn hoạt động. Quy tắc. Quy tắc Sửa đổi F áp dụng trong những tình huống như thế. Các tình trạng được ghi nhận như là di chứng hoặc hậu quả muộn của một bệnh hoặc chấn thương nên được phân cho loại di chứng phù hợp, mà không cần quan tâm tới khoảng thời gian giữa lúc bắt đầu bệnh hoặc chấn thương và tử vong. Đối với một số tình trạng cụ thể, tử vong xảy ra một năm hoặc hơn sau khi bắt đầu bệnh hoặc chấn thương được giả định là do di chứng hoặc hậu quả muộn của bệnh, thậm chí mặc dù không có di chứng nào được đề cập rõ ràng. Hướng dẫn trong việc giải thích di chứng nằm hầu hết trong loại “Di chứng của...” trong danh sách bảng liệt kê.

B90.- Di chứng do lao

Di chứng này gồm các bệnh đã được xác định hoặc như hậu quả muộn của bệnh lao trong quá khứ, và những tồn tại của bệnh lao đã được xác định như là đã ngừng phát triển, được điều trị, đã lành, không hoạt động, cũ hoặc yên lặng, trừ khi có bằng chứng bệnh lao đang hoạt động.

B94.0 Di chứng bệnh mắt hột

Di chứng nào gồm hậu quả bệnh mắt hột được xác định như là đã lành hoặc không hoạt động và một vài di chứng được xác định như là mù lòa, quặm và sẹo kết mạc, trừ khi có bằng chứng bệnh đang hoạt động.

B94.1 Di chứng viêm não do virus

Di chứng này gồm những bệnh đã được xác định hoặc như hậu quả muộn, và những bệnh xảy ra một năm hoặc hơn sau khi bắt đầu của tình trạng căn nguyên.

B94.8 Di chứng của bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng khác

Di chứng này gồm những tình trạng đã được xác định hoặc như hậu quả muộn và tồn tại của những bệnh này được mô tả như là đã dừng lại, được điều trị, đã khỏi, bất hoạt, cũ, hoặc im lặng, trừ khi có bằng chứng bệnh đang hoạt động. Di chứng cũng gồm những bệnh mạn tính được ghi nhận là do, hoặc bệnh xảy ra một năm hoặc hơn sau khi bắt đầu, bệnh có thể được phân theo nhóm từ A00-B89.

E64.3 Di chứng của bệnh còi xương

Di chứng này gồm bất kỳ tình trạng nào được xác định như là còi hoặc do còi xương và kéo dài trong một năm hoặc hơn sau khi khởi phát, hoặc được thể hiện như là di chứng hoặc hậu quả muộn của còi xương.

G09 Di chứng của bệnh viêm thần kinh trung ương

Nhóm bệnh này được cung cấp để mã hóa di chứng của bệnh được phân loại ở G00.-, G03-G04, G06.- và G08. Di chứng của bệnh viêm hệ thần kinh trung ương chịu sự phân loại kép (G01*-G02*, G05.-* và G07*) nên được mã hóa theo loại được chỉ định cho di chứng của bệnh chính (Ví dụ B90.0 Di chứng do lao hệ thần kinh trung ương). Nếu không có loại di chứng cho tình trạng chính, mã theo bệnh chính.

4.2.5. Tính nhất quán giữa giới tính người bệnh và chẩn đoán

Có một số nhóm bệnh chỉ dành cho một giới tính (xem mục 3.1.5). Nếu sau khi kiểm tra, giới tính và nguyên nhân tử vong trên giấy chứng nhận không tương ứng, tử vong nên được mã hóa ở “Các nguyên nhân chết xác định và bệnh xác định không đặc hiệu khác” (R99).

4.2.6. Các phẫu thuật

Nếu phẫu thuật xuất hiện trên giấy chứng nhận như là nguyên nhân tử vong mà không đề cập đến tình trạng phẫu thuật được thực hiện hoặc đến những kết quả của phẫu thuật, và danh mục bệnh tật theo chữ cái không cung cấp mã cụ thể về loại phẫu thuật đó, mã loại tồn tại cho bộ phận hoặc vị trí được chỉ bằng tên của phẫu thuật (Ví dụ mã “phẫu thuật cắt thận: cho N28.9). Nếu phẫu thuật không chỉ bộ phận hoặc vị trí, Ví dụ “mổ bụng”, mã thành “Các nguyên nhân chết xác định và bệnh xác định không đặc hiệu khác” (R99), trừ khi có đề cập đến rủi ro do điều trị được phân loại ở **O74**, **O75** hoặc Y60-Y84 hoặc biến chứng sau phẫu thuật. Nếu có đề cập đến thời gian rủi ro trong quá trình điều trị, thì mã **O74**, **O75** hoặc Y60-Y69. Nếu có đề cập tới phản ứng bất thường của người bệnh, không đề cập tới thời gian rủi ro trong quá trình điều trị, mã **O74**, **O75** hoặc Y83-Y84.

Bất cứ khi nào có một biến chứng trong quá trình điều trị không được có trong Bảng Danh mục phân loại hoặc không phải là một từ đồng nghĩa của một thuật ngữ “bao gồm”, mã các biến chứng sớm hoặc biến chứng cơ học (mechanical complication) thành **T80-T88**. Mã các biến chứng muộn và biến chứng chức năng về chương hệ thống thích hợp.

Ví dụ 1: I (a) Nghẽn phổi
(b) Cắt ruột thừa

Mã Bệnh ruột thừa, không xác định (K38.9)

Ví dụ 2: I (a) Tai biến thủng động mạch chủ
(b) Mổ bụng

Mã Thủng không chủ định trong quá trình phẫu thuật (Y60.0)

Mã các biến chứng trong phẫu thuật sản khoa về lý do phẫu thuật. Nếu không có lý do phẫu thuật sản khoa được thể hiện, mã O75.4

Ví dụ 3: I (a) Chảy máu sau mổ
(b) Mổ đẻ
(c) Chuyển dạ kéo dài
Mã Chuyển dạ kéo dài chưa xác định rõ (O63.9)

Ví dụ 4: I (a) Tắc mạch ối (Amniotic fluid embolism)
(b) Mổ đẻ
Mã Biến chứng khác của phẫu thuật và thủ thuật sản khoa (O75.4)

4.2.7. Ung thư ác tính

4.2.7.1. Giới thiệu

Mã ung thư ác tính không có gì khác biệt với việc mã các bệnh khác. Các Quy tắc lựa chọn và Quy tắc sửa đổi nên được áp dụng như với các bệnh khác khi ghi giấy chứng nhận tử vong cho các trường hợp ung thư ác tính. Người mã hóa phải thu thập tất cả các thông tin quy định trên Giấy chứng nhận tử vong khi mã hóa theo ICD.

Đối với các loại u, có điều đặc biệt quan trọng cần cân nhắc là thông tin về diễn biến, vị trí, hình thái học. Khi tính chất, hình thái học và vị trí được nhà lâm sàng mô tả rõ, người mã hóa sẽ không gặp khó khăn để tìm ra mã bệnh chính xác (ở Tập 3) cho chẩn đoán. Tuy nhiên, các nội dung chẩn đoán trên giấy chứng nhận tử vong thường không đầy đủ hoặc rõ ràng. Những hướng dẫn sau đây sẽ giúp người mã hóa trong những trường hợp như vậy. Hướng dẫn này cũng cho thấy các Quy tắc lựa chọn và Quy tắc sửa đổi được áp dụng cho các trường hợp ung thư ác tính giống như áp dụng cho các trường hợp tử vong do nguyên nhân khác.

(a) Tính chất, hình thái học và vị trí

Tính chất, hình thái học và vị trí phải được xem xét cùng nhau khi mã hóa các bệnh ung thư.

Tính chất của một loại ung thư là cách thức phát triển trong cơ thể, ví dụ khối u phát triển như thế nào. Các nhóm ICD sau có liên quan tới diễn biến:

- C00-C96 Ác tính (lan tỏa xung quanh các mô hoặc lan tỏa từ một vị trí ban đầu và phát triển ở một nơi khác)
- D00-D99 Tại chỗ (Ác tính nhưng chỉ hoạt động với các mô tại nó được sinh ra)
- D10-D36 Lành tính (Phát triển ở một vị trí, không lan rộng ra nơi khác)
- D37-D48 Tính chất không chắc chắn hoặc không biết (Không xác định được lành tính hay ác tính)

Hình thái học (bản chất của khối u, mô học) là sự mô tả cấu trúc, loại tế bào hoặc mô và diễn biến khối u. ICD đưa ra nhiều nhóm hình thái chính, bao gồm:

- Carcinom (ung thư biểu mô) gồm các carcinom tế bào gai và carcinom tuyến
- Các sarcom; các u mô mềm khác bao gồm các u trung mô, các loại u có vị trí chuyên biệt để chỉ vị trí ban đầu của khối u, ví dụ Carcinom tế bào gan.
- Các Lymphom (Hodgkin và không Hodgkin)
- Leukaemias (các bệnh bạch cầu)
- Các nhóm hình thái học xác định khác, như u hắc tố ác (C43.-)

Các nhóm bệnh trong ICD sẽ đưa ra vị trí của khối u và cũng phân biệt giữa các tính chất khác nhau của khối u. Các phân loại là:

- | | |
|---------|--|
| C00-C75 | U ác, có vị trí xác định rõ hay nghi ngờ là nguyên phát, ngoại trừ u ác mô bạch huyết, mô tạo huyết và mô có liên quan |
| C76 | U ác có vị trí khác và không rõ ràng |
| C77-C79 | U ác thứ phát, được đề cập hoặc cho là lây lan từ vị trí khác, không quan tâm tới kiểu hình thái khối u.
Chú ý: Các nhóm (C77-C79) không được dùng cho nguyên nhân tử vong chính. |
| C80 | U ác không xác định vị trí. |
| C81-C96 | U ác của hệ lympho, hệ tạo máu và các mô liên quan |

(b) Sử dụng Danh mục bệnh tật theo chữ cái

Mục “khối u” trong Bảng Danh mục bệnh tật theo chữ cái (Tập 3) đưa ra các hướng dẫn cần chú ý, liệt kê các vị trí, và có tới 5 ký tự tùy thuộc vào diễn biến của khối u. Tuy nhiên, một điều quan trọng là phải tìm loại hình thái học trong Danh mục bệnh tật theo chữ cái trước khi tìm kiếm vị trí bệnh trong mục “Khối u”. Các mục cho loại hình thái học hoặc là sẽ đưa ra một mã để sử dụng hoặc là trực tiếp dẫn bạn tới một mục chính xác trong mục “Khối u”.

Không phải tất cả sự kết hợp các tiền tố trong các từ ghép về hình thái học đều được liệt kê. Ví dụ, thuật ngữ u nguyên bào sụn (Chondrofibrosarcoma) không xuất hiện trong Danh mục bệnh tật theo chữ cái, nhưng u xơ sụn (Fibrochondrosarcoma) thì lại có. Từ đó hai thuật ngữ có chung một tiền tố, mặc dù theo trật tự khác nhau, mã u nguyên bào sụn giống như u xơ sụn.

Ngoại trừ các mục đặc biệt, mã thuật ngữ hình thái học có kết thúc bằng “osis” và tên khối u cũng có cách đặt tương tự tên của khối u (“osis” ở cuối cùng). Ví dụ, mã Neuroblastomatosis giống như Neuroblastoma (u nguyên bào thần kinh).

(c) Các Quy tắc lựa chọn

Chú ý rằng một bệnh ung thư ác tính không thể tự thay thế các nguyên nhân tử vong khác trong giấy chứng nhận tử vong. Tử vong gắn với một bệnh ung thư ác tính chỉ với điều

kiện áp dụng chặt chẽ các Quy tắc lựa chọn, dẫn tới việc chọn ung thư như là nguyên nhân tử vong chính.

Ví dụ 1: I (a) Xơ gan

(b) Viêm gan virus

II Carcinoma tế bào gan

Mã Viêm gan virus (B19.9). Viêm gan virus được chọn theo Nguyên tắc chung. Nó không phải là một hậu quả rõ ràng của Carcinoma tế bào gan, từ đó không thể chọn nó như là nguyên nhân tử vong chính.

Ví dụ 2: I (a) Suy thận

(b) Bệnh thận

(c) Đái tháo đường

(d) Ung thư vú ác tính

Mã Đái tháo đường có biến chứng ở thận (E14.2). Theo hướng dẫn về nguyên nhân đái tháo đường ở mục 4.2.2, Ung thư vú ác tính bị loại trừ như là một nguyên nhân của đái tháo đường

4.2.7.2. Hàm ý của tình trạng ác tính

Đề cập trên giấy chứng nhận tử vong rằng ung thư đã tạo ra di căn (thứ phát) có nghĩa là nó phải được mã hóa ác tính, thậm chí mặc dù ung thư này không nói đến di căn sẽ được phân loại ở một mục khác.

Ví dụ 3: I (a) Di căn não

(b) U phổi

Mã Ung thư phổi ác tính (C34.9). U phổi được coi là ác tính khi nó di căn lên não. Áp dụng Nguyên tắc Chung.

Ví dụ 4: I (a) Di căn liên quan tới thành ngực

(b) Carcinoma tại chỗ của vú

Mã Carcinoma vú ác tính (C50.9). Khi mà u vú lan tới thành ngực, nó không còn là tại chỗ nữa. Áp dụng Nguyên tắc Chung.

Nguyên tắc này cũng được áp dụng với các loại tăng sinh khác mà không được liệt kê tại Chương II, ví dụ các loại Polyp đã rõ. Nếu chúng không được ghi nhận như là nguyên nhân của di căn hoặc ung thư thứ phát, chúng nên được coi là dạng ác tính và mã như là ung thư ác tính.

Ví dụ 5: I (a) Ung thư phổi ác tính thứ phát

(b) Polyp dạ dày

Mã Ung thư dạ dày nguyên phát ác tính (C16.9). Khi mà Polyp được ghi nhận như là nguyên nhân của sự lan rộng thứ phát, nó được coi là ác tính. Áp dụng Nguyên tắc Chung.

4.2.7.3 Vị trí nguyên phát

Khi một ung thư ác tính được coi là nguyên nhân tử vong chính, điều quan trọng nhất là xác định vị trí nguyên phát. Nếu một giấy chứng nhận tử vong không rõ ràng về vị trí nguyên phát, thì phải cố gắng để làm sáng tỏ. Các hướng dẫn trong phần 4.2.7.3-4.2.7.9 sau đây nên được áp dụng chỉ khi không thể làm sáng tỏ được nội dung trên.

A. Vị trí nguyên nhân được xác định

(a) Ung thư được chỉ định là nguyên phát

Nếu một bệnh ung thư ác tính chỉ định là nguyên phát, và các loại ung thư khác được đề cập nhưng không mô tả như là loại nguyên phát, sau đó coi những loại ung thư đó là thứ phát. Cũng cần coi các loại ung thư đó có thể là một hậu quả rõ ràng của loại ung thư được chỉ định là nguyên phát.

Ví dụ 6: I (a) Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang

(b) Carcinoma tế bào chuyển tiếp, nguyên phát ở thận

Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang ở phần I (a), được chọn theo Nguyên tắc Chung, không được chỉ định là nguyên phát. Có một khối u được mô tả là nguyên phát ở Phần II. Do đó, Quy tắc 3 được áp dụng, và Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang ở phần I (a), và Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang ở phần I (a) nên được coi như là một hậu quả rõ ràng của ung thư nguyên phát ở thận được ghi nhận ở Phần II. Mã Ung thư ác tính ở thận (C64).

Điều này không áp dụng nếu ung thư có các hình thái khác nhau.

Ví dụ 7: I (a) Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang

II Sarcoma xương, nguyên phát ở đầu gối

Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang ở Phần I (a) không được chỉ định là nguyên phát. Sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang như là nguyên nhân tử vong chính tạm thời. Loại ung thư ác tính đề cập ở Phần II là một dạng hình thái học khác. Khi mà Carcinoma tế bào chuyển tiếp bàng quang không phải là hậu quả của Sarcoma xương, Quy tắc 3 không áp dụng được. Mã Ung thư bàng quang ác tính (C67.9).

Để có thêm hướng dẫn cho các giấy chứng nhận tử vong có nhiều hơn một loại ung thư được chỉ định là nguyên phát, xem Phần C dưới đây.

(b) Các ung thư được chỉ định là thứ phát

Ung thư ác tính thứ phát nên được chấp nhận là do các ung thư ác tính khác. Ung thư ác tính trong danh sách những vị trí thứ phát phổ biến (xem Phần 4.2.7.5 bảng 3), nên được chấp nhận là do các ung thư ác tính khác.

Ví dụ 8: I (a) Thứ phát ở phổi, màng não và gan

(b) Carcinoma ở vú

Carcinoma ở vú có thể gây thứ phát ở phổi, màng não và gan. Nguyên tắc Chung được áp dụng. Chọn Ung thư vú ác tính (C50.9) là nguyên nhân tử vong chính.

Một ung thư ác tính được chỉ định là thứ phát nên được coi là một hậu quả rõ ràng của một ung thư được chỉ định là nguyên phát.

Ví dụ 9: I (a) Carcinoma thứ phát ở phổi

(b) Nguyên phát ở thận

Đầu tiên, sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn Carcinoma thứ phát ở phổi như là một nguyên nhân chính tạm thời. Tuy nhiên, ung thư thứ phát hậu quả rõ ràng của ung thư thận nguyên phát. Quy tắc 3 được áp dụng, và ung thư thận ác tính (C64) được chọn là nguyên nhân tử vong chính.

Nếu tất cả các vị trí (trừ một vị trí) được xác định là thứ phát, cân nhắc vị trí không được chỉ định là thứ phát thì sẽ là nguyên phát. Do đó, Quy tắc 3 được áp dụng.

Ví dụ 10: I (a) Thứ phát ở hạch bạch huyết, các đốt sống và phúc mạc

II Ung thư tiền liệt tuyến

Tất cả các vị trí đề cập ở Phần I được chỉ định là thứ phát. Có một vị trí được ghi nhận không phải là thứ phát, là tiền liệt tuyến. Đầu tiên, áp dụng Quy tắc 2 để chọn ung thư thứ phát ở hạch bạch huyết là nguyên nhân chính tạm thời. Sau đó áp dụng Quy tắc 3, khi khối u thứ phát lan ra là một hậu quả rõ ràng của ung thư tiền liệt tuyến ghi nhận ở Phần II. Chọn Ung thư tiền liệt tuyến ác tính (C31) là nguyên nhân tử vong chính.

(c) Một ung thư được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ bị ác tính

Khi một ung thư ác tính được ghi nhận là do một bệnh chung được cân nhắc làm tăng nguy cơ ác tính đối với vị trí đó, mã ung thư là nguyên phát. Điều này áp dụng thậm chí nếu vị trí có trong danh sách các vị trí di căn phổ biến (xem Bảng 3 ở Phần 4.2.7.5).

Ví dụ 11: I (a) Ung thư phổi và gan

(b) Viêm gan mạn tính

Mã ung thư gan ác tính không xác định (C22.9), khi mà viêm gan mạn tính làm tăng nguy cơ ung thư gan nguyên phát.

Ví dụ 12: I (a) Ung thư phổi

(b) Ung thư gan

(c) Phơi nhiễm kéo dài với Vinyl chloride

Mã ung thư gan ác tính không xác định (C22.9), khi mà Vinyl chloride làm tăng nguy cơ ung thư gan nguyên phát. Sử dụng Phần 4.2.7.5, ung thư phổi được coi như là thứ phát.

Ví dụ 13: I (a) Ung thư thành ngực

(b) Ung thư phổi

(c) Hút thuốc

Mã ung thư phế quản hoặc phổi ác tính, không xác định (C34.9). Hút thuốc làm tăng nguy cơ ung thư phổi nguyên phát. Sử dụng Phần 4.2.7.5, ung thư thành ngực được coi như là thứ phát.

Ví dụ 14: I (a) U trung mạc của màng phổi và hạch bạch huyết

(b) Hít bụi amiang kéo dài

Mã U màng trung biểu mô (C45.0). Phơi nhiễm với amiang là tăng nguy cơ U trung mạc của màng phổi, được coi như là nguyên phát. Ung thư hạch bạch huyết ác tính được coi như là thứ phát (Xem Phần 4.2.7.5 D).

Ví dụ 15: I (a) Ung thư trung thất và gan ác tính

(b) Hít bụi amiang kéo dài

Mã Ung thư trung thất ác tính (C38.3). Phơi nhiễm với amiang là tăng nguy cơ ung thư trung thất, và ung thư gan được coi như là thứ phát.

Để biết thêm thông tin về các bệnh được coi là tăng nguy cơ ác tính, xem website của Tổ chức Y tế thế giới về phân loại tử vong.

(d) Các vị trí hình thái học xác định

Lưu ý rằng Danh mục bệnh tật theo chữ cái phân một số loại hình thái học ra thành một vị trí nguyên phát xác định.

Ví dụ 16: I (a) Di căn lan rộng toàn thân

(b) Ung thư tuyến Pseudomucinous (Pseudomucinous Adenocarcinoma)

Chọn Ung thư tuyến Pseudomucinous sử dụng Nguyên tắc Chung. Mã Ung thư buồng trứng ác tính (C56), khi vị trí không xác định của Ung thư tuyến Pseudomucinous được chỉ định tới buồng trực trong Danh mục bệnh tật theo chữ cái.

Nếu hai hoặc nhiều vị trí nguyên phát được chỉ ra, mã theo Phần 4.2.7.3 C.

(e) Khoảng thời gian không chỉ ra vị trí nguyên phát

Khoảng thời gian không nên được sử dụng để dự đoán vị trí nguyên phát, khi mà cùng một người có thể phát triển nhiều khối u ác tính nguyên phát. Khoảng thời gian có thể đề cập đến thời gian chẩn đoán hơn là thời gian mắc bệnh.

Ví dụ 17: I (a) Ung thư họng ác tính, 8 tháng

II Ung thư vú ác tính, 12 tháng

Một bệnh được chọn theo Nguyên tắc chung hoặc Quy tắc 1 hoặc 2 nên được coi là một hậu quả rõ ràng của một bệnh được ghi nhận ở trên giấy chứng nhận tử vong với điều kiện là không có nghi ngờ nào về mối quan hệ. Trong trường hợp này, sự khác biệt về khoảng thời gian không cần thiết để chỉ ra rằng Ung thư họng ác tính là di căn từ Ung thư vú ác tính, trong khi người bệnh có thể phát sinh 2 loại ác tính độc lập. Do vậy, Quy tắc 3 không áp dụng được. Mã Ung thư họng ác tính (C14.0) theo Nguyên tắc Chung.

Ví dụ 18: I (a) Ung thư thận ác tính (7 tháng) và tiền liệt tuyến (5 năm)

Như ví dụ 17, khoảng thời gian không cần thiết để chỉ ra rằng ung thư gần hơn là di căn của ung thư lâu hơn. Quy tắc 3 không áp dụng được. Cả hai ung thư ác tính đều được coi là nguyên phát. Mã Ung thư thận ác tính (C64), theo Quy tắc 2.

B. Không biết vị trí nguyên phát

Nếu nội dung trong giấy chứng nhận tử vong thể hiện rằng không biết vị trí nguyên phát, mã theo loại cho vị trí không xác định cho loại hình thái học liên quan. Ví dụ, mã carcinoma adeno thành C80, sarcoma mô thành C49.9, sarcoma xương thành C41.9. Không quan tâm tới vị trí khác được đề cập trong giấy chứng nhận tử vong.

Ví dụ 19: I (a) Carcinoma thứ phát của gan

(b) Vị trí nguyên phát không biết

(c) Dạ dày, đại tràng

Trên giấy chứng nhận tử vong thể hiện rằng không biết vị trí nguyên phát. Không quan tâm tới dạ dày, đại tràng đề cập ở Phần I (c), và mã Carcinoma không cụ thể về vị trí (C80).

Ví dụ 20: I (a) Di căn toàn thân

(b) U hắc tố của lưng

(c) Vị trí nguyên phát không biết

Mã u hắc tố ác tính của vị trí không xác định (C43.9). Nếu kiểu hình thái học không được chỉ định, mã ung thư ác tính không xác định (C80.9).

Ví dụ 21: I (a) Ung thư gan di căn

Trên giấy chứng nhận tử vong không chỉ ra vị trí nguyên phát. Nếu có thể, cần phải làm sáng tỏ nội dung này. Nếu không thể, mã ung thư ác tính không xác định vị trí (C80.9).

C. Nhiều ung thư nguyên phát

Sự tồn tại của nhiều hơn một loại ung thư nguyên phát có thể được chỉ ra theo nhiều cách, ví dụ:

- Đề cập đến hai hoặc nhiều vị trí giải phẫu khác nhau
- Hai hoặc nhiều loại hình thái học khác nhau
- Bằng sự kết hợp của một loại hình thái học hàm ý về một vị trí cụ thể và một vị trí thứ hai.

Khi trên một giấy chứng nhận tử vong đề cập tới nhiều hơn một loại ung thư ác tính nguyên phát, nên hỏi người ghi giấy chứng nhận về một loại ung thư ác tính nguyên phát đặc trưng để lấy làm nguyên nhân tử vong chính. Nếu không thể xác minh, làm rõ, các Quy tắc lựa chọn nên được áp dụng theo cách thông thường.

(a) Hai hoặc nhiều vị trí giải phẫu khác nhau

Ung thư ác tính nguyên phát ở một vị trí không nên được chấp nhận là do ung thư nguyên phát ở vị trí khác.

Ví dụ 22: I (a) Ung thư dạ dày

(b) Ung thư vú

Dạ dày không nằm trong danh sách những vị trí di căn phổ biến (xem Phần 4.2.7.5 Bảng 3) và cả ung thư dạ dày và ung thư vú đều được xem xét là nguyên phát. Tuy nhiên, một ung thư ác tính nguyên phát không được chấp nhận là do ung thư nguyên phát ở vị trí khác gây ra. Áp dụng Quy tắc 2, và ung thư dạ dày (C16.9) được chọn là nguyên nhân chính.

Ví dụ 23: I (a) Ung thư tiền liệt tuyến

II Ung thư dạ dày

Hai loại ung thư nguyên phát được đề cập, ung thư dạ dày và ung thư tiền liệt tuyến. Sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn Ung thư tiền liệt tuyến (C61).

Ví dụ 24: I (a) Ung thư

II Ung thư tiền liệt tuyến

Sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn ung thư không xác định (C80.9) là nguyên nhân chính tạm thời. Sau đó áp dụng Quy tắc D, Tính đặc hiệu để chọn thêm một thuật ngữ xác định “Ung thư tiền liệt tuyến” (C61), đề cập ở Phần II.

(b) Hai hoặc nhiều loại hình thái học khác nhau

Một kiểu hình thái học xác định của một loại ung thư ác tính không nên được chấp nhận là xuất phát từ một loại ung thư có các kiểu hình thái học khác nhau.

Ví dụ 25: I (a) Hypemephroma (Một thể Ung thư thận)

II Carcinoma biểu mô (Oat cell carcinoma/Small-cell lung cancer)

Hypemephroma và Carcinoma tế bào nhỏ ở phổi là 2 kiểu hình thái học khác nhau. Do vậy, Hypemephroma không được chấp nhận là do Carcinoma biểu mô gây ra. Sử dụng Quy tắc 2 để chọn Hypemephroma (C64) là nguyên nhân tử vong chính.

Không quan tâm tới thuật ngữ “ung thư” là một kiểu hình thái học xác định. Nó thường được sử dụng như từ đồng nghĩa với “ung thư ác tính”.

Ví dụ 26: I (a) Ung thư gan

(b) Ung thư hắc tố đại tràng

Không quan tâm tới “Ung thư gan” và “Ung thư hắc tố đại tràng” là hai kiểu hình thái học khác nhau. Sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn Ung thư hắc tố đại tràng, và mã thành Ung thư ác tính đại tràng (C18.9). Coi ung thư gan là thứ phát.

Tuy nhiên, Ung thư ác của hệ lympho, hệ tạo máu và các mô liên quan (C81-c96) có thể phát triển thành các kiểu hình thái học khác nhau ở hệ lympho, hệ tạo máu và các mô liên quan. Do đó, nếu giấy chứng nhận tử vong ghi nhận một chuỗi sự kiện của các loại ung thư như vậy thì chuỗi sự kiện được chấp nhận.

Ví dụ 27: I (a) Bệnh bạch cầu hệ Lympho cấp

(b) U Lympho không Hodgkin

U Lympho không Hodgkin có thể phát triển thành bệnh bạch cầu hệ Lympho cấp. Chuỗi sự kiện được chấp nhận và U Lympho không Hodgkin (C85.9) được chọn là nguyên nhân tử vong chính theo Nguyên tắc Chung.

Ví dụ 28: I (a) Bệnh bạch cầu dạng Lympho mạn và cấp tính

Bệnh bạch cầu dạng Lympho cấp, được đề cập ở dòng I (a), được chọn là nguyên nhân chính tạm thời theo Quy tắc 2. Tuy nhiên, hậu quả rõ ràng là do Bệnh bạch cầu dạng Lympho mạn tính. Quy tắc 3 cũng được sử dụng, và Bệnh bạch cầu dạng Lympho mạn tính (C91.1) được xác định là nguyên nhân tử vong chính.

(c) Một vị trí hình thái học xác định được ghi nhận cùng với các vị trí khác

Một số hình thái học có một vị trí xác định hoặc một kiểu mô xác định (xem Danh mục bệnh tật theo chữ cái). Ung thư ác tính ở một vị trí xác định hoặc mô xác định không nên được chấp nhận là do ung thư ở một vị trí khác hoặc một kiểu mô khác gây ra. Áp dụng

các Quy tắc lựa chọn theo như cách thông thường, nếu một vị trí hình thái học xác định được ghi nhận cùng với một ung thư ác tính ở vị trí khác.

Ví dụ 29: I (a) Bệnh Hodgkin

(b) Carcinoma bàng quang

Hai loại hình thái học khác nhau được đề cập để chỉ sự tồn tại của hai loại ung thư nguyên phát khác nhau, bệnh Hodgkin và Carcinoma bàng quang. Một loại ung thư ác tính nguyên phát không nên được chấp nhận là do loại ung thư khác gây ra. Do đó, áp dụng Quy tắc 2, và bệnh Hodgkin (C81.9) được chọn là nguyên nhân chính.

Ví dụ 30: I (a) U gan

(b) Ung thư vú

Hình thái học “u gan” để chỉ ung thư ác tính ở gan. Ung thư ác tính ở gan không nên được chấp nhận là do ung thư vú gây ra, do đó cả ung thư ác tính ở gan và ung thư vú đều được coi là nguyên phát. Sử dụng Quy tắc 2, mã Ung thư gan (C22.0).

4.2.7.4. Các ung thư ác tính ở các vị trí chồng chéo

Phần giới thiệu ở Chương II, Tập 1 (Ghi chú, Phần 5) mô tả các nội dung và ý nghĩa của phân loại .8, các ung thư ác tính ở các vị trí chồng chéo. Tuy nhiên, mã dành cho các ung thư ác tính ở các vị trí chồng chéo nên được sử dụng chỉ với điều kiện là tổn thương được mô tả nhấn mạnh vào các vị trí chồng chéo, hoặc nếu thuật ngữ giải phẫu được sử dụng trên giấy chứng nhận tử vong để chỉ các vị trí chồng chéo. Không sử dụng các mã cho các tổn thương chồng chéo nếu một ung thư ác tính lan từ một phần của một cơ quan hoặc hệ thống cơ quan sang các phần khác trong cùng cơ quan hoặc hệ cơ quan.

Ví dụ 31: I (a) Ung thư ác tính chồng chéo ở lưỡi và sàn miệng

Mã C14.8, Sang thương lan rộng của môi, khoang miệng và hầu. Ung thư được mô tả như là sự chồng chéo.

Ví dụ 32: I (a) Ung thư ác tính của trực tràng, xích ma

Mã C19, Ung thư ác tính của nơi nối trực tràng-sigma. Thuật ngữ “trực tràng, xích ma” để chỉ vị trí bị chồng chéo.

Sẽ là không đầy đủ nếu giấy chứng nhận tử vong liệt kê các vị trí liền nhau. Trong trường hợp như vậy, chọn nguyên nhân chính bằng cách áp dụng Quy tắc lựa chọn và Quy tắc bổ sung theo cách thông thường.

Ví dụ 33: I (a) Ung thư ác tính ở đại tràng và túi mật

Không nội dung nào cho thấy “đại tràng và túi mật” là đề cập tới một loại ung thư chồng chéo. Do đó, chúng phải được coi như là 2 vị trí nguyên phát độc lập. Ung thư đại tràng ác tính được chọn là nguyên nhân tử vong chính

theo Quy tắc 2, khi mà nó được đề cập đến đầu tiên trong giấy chứng nhận tử vong.

4.2.7.5. Các vị trí di căn phổ biến

A. Danh sách các vị trí di căn phổ biến

Mặc dù các tế bào ác tính có thể di căn đến bất kỳ nơi nào trong cơ thể, nhưng có một vài vị trí phổ biến hơn vị trí khác và phải được điều trị khác nhau. Những vị trí này được liệt kê ở Bảng 3 dưới đây

Bảng 3. Vị trí di căn phổ biến

Xương	Trung thất
Não	Màng não
Cơ hoành	Phúc mạc
Vị trí khó xác định (vị trí được phân loại ở C76)	Màng phổi
Gan	Hậu phúc mạc
Phổi (Xem phần hướng dẫn đặc biệt)	Tủy sống
Hạch lympho (Xem phần hướng dẫn đặc biệt)	

B. Các vị trí di căn phổ biến: Cách sử dụng danh sách

(a) Các vị trí di căn phổ biến được ghi nhận cùng với các vị trí khác

Nếu như có nhiều vị trí cùng được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong và vị trí nguyên phát không được đề cập, cần nhắc về vị trí ung thư ở Bảng 3 như là thứ phát, và các vị trí đó thuộc Bảng 3 sẽ là nguyên phát. Sau đó chọn nguyên nhân chính bằng các Quy tắc lựa chọn theo cách thông thường.

Ví dụ 34: I (a) Ung thư não

(b) Ung thư vú

Vú không có trong Bảng 3 và do vậy, nó được coi như là nguyên phát. Não có trong Bảng 3 và được coi như là thứ phát. Ác tính thứ phát có thể, tất nhiên, là do một loại nguyên phát gây ra. Ung thư vú (C50.9) được chọn là nguyên nhân chính theo Nguyên tắc Chung.

Ví dụ 35: I (a) Ung thư phúc mạc

(b) Ung thư vú

Phúc mạc có trong Bảng 3 và được coi là thứ phát. Vú không có trong Bảng 3 và nó được coi như là nguyên phát. Đầu tiên, áp dụng Nguyên tắc Chung để chọn Ung thư phúc mạc là nguyên nhân chính tạm thời. Tuy nhiên, Ung thư phúc mạc (thứ phát) là một hậu quả rõ ràng của Ung thư vú (nguyên phát), xem phần 4.2.7.3 A (b). Do đó, áp dụng Quy tắc 3 và chọn Ung thư vú (C50.9) là nguyên nhân tử vong chính.

- Ví dụ 36:* I (a) Ung thư gan
(b) Ung thư đại tràng
(c) Ung thư bàng quang

Gan có trong danh sách ở Bảng 3, do vậy được coi là thứ phát. Đại tràng và bàng quang không có trong danh sách ở bảng 3 và cả 2 được giả định là nguyên phát. Tuy nhiên, ung thư đại tràng nguyên phát không nên được chấp nhận là do ung thư bàng quang nguyên phát gây ra. Có một chuỗi sự kiện vẫn còn có thể được chấp nhận trên giấy chứng nhận tử vong, đặt tên là ung thư gan (thứ phát) do ung thư đại tràng (nguyên phát). Sử dụng Quy tắc 1 để chọn ung thư đại tràng ác tính (C18.9) là nguyên nhân tử vong chính.

Chú ý:

- 1) Có một vị trí bị ung thư liệt kê ở Bảng 3 nên được coi là thứ phát khi nó được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ ác tính tại vị trí đó, xem Phần 4.2.7.3 A (c).
- 2) Khi chỉ có một vị trí bị ung thư ác tính được đề cập trong giấy chứng nhận tử vong, mặc dù nó nằm trong danh sách ở Bảng 3 nhưng không coi nó là “di căn”, và nó được coi là nguyên phát.

(b) Một vị trí di căn phổ biến được ghi nhận cùng với các vị trí hình thái học khác.

Nếu có một loại ung thư thuộc một vị trí trong Bảng 3 được ghi nhận cùng với một loại ung thư của một dạng hình thái học khác, coi ung thư ở Bảng 3 là thứ phát, và các dạng hình thái học khác là nguyên phát. Sau đó chọn nguyên nhân chính bằng cách áp dụng Quy tắc lựa chọn theo cách thông thường.

- Ví dụ 37:* I (a) Ung thư gan
(b) Carcinoma gai đại tràng (Adenocarcinoma colon)
(c) Ung thư hắc tố da đùi

Gan có trong Bảng 3 và được coi là thứ phát. Đại tràng và da không có trong Bảng 3 và cả 2 được giả định là nguyên phát. Tuy nhiên, da ác tính và đại tràng ác tính là kiểu hình thái khác nhau. Bởi vậy, Carcinoma gai đại tràng không được chấp nhận là do u hắc tố ác tính đại tràng gây ra. Tuy nhiên, một ung thư gan (thứ phát) có thể là do Carcinoma gai đại tràng, vì vậy có một sự kiện kết thúc bằng ung thư gan ghi nhận ở dòng I (a). Ung thư đại tràng ác tính được chọn là nguyên nhân chính theo Quy tắc 1.

Không cần quan tâm tới kiểu hình thái học của “ung thư gan”, xem Phần 4.2.7.3 C (b).

(c) *Tất cả các vị trí được ghi nhận đều nằm trong danh sách các vị trí di căn phổ biến*

Nếu tất cả các vị trí ghi nhận đều nằm trong Bảng 3, tất cả nên được coi là thứ phát. Điều này có nghĩa là không có ung thư nguyên phát được ghi nhận, và trường hợp này nên mã hóa thành ung thư ác tính vị trí không xác định (C80.9).

Ví dụ 38: I (a) Ung thư não, xương sườn, màng phổi, phúc mạc.

Tất cả các vị trí ở trên đều thuộc Bảng 3 và tất cả được coi là thứ phát. Mã trường hợp này thành ung thư ác tính vị trí không xác định (C80.9).

Lưu ý các hướng dẫn đặc biệt áp dụng với các trường hợp phổi được ghi nhận cùng với các vị trí khác liệt kê ở Bảng 3. Xem phần 4.2.7.5 C.

C. Hướng dẫn đặc biệt: Phổi

Phổi đặt ra vấn đề đặc biệt vì nó là vị trí chung cho cả di căn và ung thư ác tính nguyên phát. Cần cân nhắc thứ phát hoặc nt phụ thuộc vào các dạng ung thư khác được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong.

(a) *Phổi được coi là ung thư nguyên phát.*

Nếu phổi là vị trí duy nhất đề cập trong giấy chứng nhận tử vong, nó được coi là nguyên phát.

Ví dụ 39: I (a) Ung thư phổi

Phổi là vị trí duy nhất được đề cập, và do vậy phổi được coi là nguyên phát. Áp dụng Nguyên tắc chung và Carcinoma phổi (C34.9) được chọn là nguyên nhân tử vong chính.

Nếu đi kèm với tất cả các vị trí khác ở Bảng 3, phổi được coi là nguyên phát.

Ví dụ 40: I (a) Ung thư gan

(b) Carcinoma phổi

Gan thuộc Bảng 3, và do đó phổi được coi là nguyên phát. Áp dụng Nguyên tắc Chung và Carcinoma phổi (C34.9) được chọn là nguyên nhân tử vong chính.

Chú ý: Ung thư phổi được coi là nguyên phát khi nó được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ ung thư phổi, xem Phần 4.2.7.3 A (c).

(b) *Phổi được coi là ung thư thứ phát*

Nếu một ung thư ác tính phổi không xác định vị trí được ghi nhận là do ung thư ác tính khác, ung thư phổi được coi là thứ phát và chuỗi sự kiện được chấp nhận.

Ví dụ 42: I (a) Ung thư phổi

(b) Ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày được chọn theo Nguyên tắc Chung, khi đó ung thư phổi (thứ phát) được chấp nhận là do ung thư dạ dày.

Phổi cũng nên được coi là thứ phát mỗi khi nó xuất hiện ở phần I cùng với các vị trí khác không nằm trong Bảng 3.

Ví dụ 43: I (a) Carcinoma phổi và vú

Carcinoma phổi được coi là thứ phát khi mà nó được ghi nhận cùng với vú, vị trí không nằm trong Bảng 3. Áp dụng Quy tắc 3, và carcinoma phổi thứ phát được coi là một hậu quả rõ ràng của carcinoma vú. Mã ung thư vú ác tính (C50.9).

Chú ý: Ung thư phổi được coi là nguyên phát khi nó được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ ung thư phổi, xem Phần 4.2.7.3 A (c).

Một ung thư phổi ác tính không xác định không nên coi là một hậu quả rõ ràng của ung thư ác tính ở trong giấy chứng nhận tử vong.

Ví dụ 44: I (a) Ung thư phổi

II Ung thư dạ dày

Ung thư phổi không được xác định là thứ phát hay di căn. Do đó, nó không được coi như là một hậu quả rõ ràng của ung thư dạ dày ghi nhận ở Phần II, và Quy tắc 3 không áp dụng được. Chọn ung thư phổi (C34.9) là nguyên nhân tử vong chính, theo Nguyên tắc Chung.

D. Hướng dẫn đặc biệt: Hạch Lympho

Ung thư hạch Lympho ác tính không xác định là nguyên phát mà nên giả định là thứ phát.

Ví dụ 45: I (a) Ung thư hạch Lympho cổ

Mã ung thư ác tính không xác định vị trí (C80.9). Ung thư hạch Lympho cổ được coi là thứ phát của một loại ung thư ác tính nguyên phát không xác định vị trí.

4.2.7.6. Ung thư di căn

Ung thư được xác định di căn luôn luôn là ác tính, cho dù là nguyên phát hay thứ phát.

Tuy nhiên, tính từ “di căn” được dùng theo hai cách, đôi khi có nghĩa là thứ phát từ một vị trí nguyên phát khác và đôi khi có nghĩa là nguyên phát gây ra di căn.

(a) Ung thư ác tính “di căn từ”

Nếu một ung thư ác tính được mô tả là “di căn từ” một vị trí xác định, vị trí đó nên được coi là nguyên phát.

Ví dụ 46: I (a) U quái di căn từ buồng trứng

Cụm từ “U quái di căn từ buồng trứng” hàm ý rằng ung thư xuất phát từ buồng trứng. Mã ung thư buồng trứng ác tính (C56).

Điều này áp dụng cả với các vị trí trong danh sách vị trí di căn phổ biến.

Ví dụ 47: I (a) Ung thư trung biểu mô ác tính di căn từ phúc mạc

Cụm từ “Ung thư trung biểu mô di căn từ phúc mạc” là nguyên phát ở phúc mạc, mặc dù phúc mạc là một vị trí trong danh sách vị trí di căn phổ biến ở Bảng 3. Mã Ung thư trung biểu mô ác tính của phúc mạc (C45.1)

(b) Ung thư ác tính “di căn tới”

Ung thư ác tính được mô tả là “di căn tới” một vị trí xác định nên được phiên giải là một ung thư thứ phát của một vị trí xác định, cho dù vị trí đó có trong danh sách vị trí di căn phổ biến hay không. Mã ung thư ác tính nguyên phát ở vị trí không biết (C80.9) nếu không có vị trí nguyên phát nào được đề cập.

Ví dụ 48: I (a) Carcinoma di căn tới trực tràng

Cụm từ “di căn tới” chỉ ra rằng trực tràng là vị trí thứ phát. Mã ung thư ác tính nguyên phát ở vị trí không biết (C80.9) là nguyên nhân tử vong chính, khi mà không có vị trí nguyên phát nào được đề cập.

Ví dụ 49: I (a) Carcinoma đầu di căn tới não

Cụm từ “di căn tới não” chỉ ra rằng não là vị trí thứ phát. Tuy nhiên, Carcinoma đầu được liệt kê vào mục ung thư xương ác tính trong Danh mục bệnh tật theo chữ cái. Mã ung thư xương ác tính không xác định (C41.9) là nguyên nhân tử vong chính.

(c) Ung thư ác tính di căn từ vị trí A tới vị trí B

Một ung thư ác tính được mô tả là di căn từ vị trí A tới vị trí B nên phiên giải vị trí A là nguyên phát và vị trí B là thứ phát.

Ví dụ 50: I (a) Ung thư gan di căn tới não.

II Ung thư thực quản

Cụm từ “Gan di căn tới não” chỉ ra rằng ác tính hình thành ở gan và lan tới não. Khi chọn nguyên nhân tử vong chính, mã ung thư gan nguyên phát (C22.9).

Khi mà có một dấu hiệu cho thấy gan là vị trí nguyên phát, không áp dụng hướng dẫn ở Phần 4.2.7.5 B (a) về các vị trí ở Bảng 3 được ghi nhận với các vị trí khác. Gan tiếp tục được coi là vị trí nguyên phát, thậm chí ung thư thực quản cũng được đề cập.

(d) Ung thư ác tính “di căn” trong danh sách các vị trí di căn phổ biến

Một ung thư “di căn” được coi là thứ phát nếu vị trí đó trong danh sách các vị trí di căn phổ biến.

Ví dụ 51: I (a) Tắc ruột

(b) Ung thư phúc mạc di căn

(c) Sarcoma tử cung

Ung thư phúc mạc di căn được coi là thứ phát, do phúc mạc nằm trong Bảng 3. Sarcoma tử cung (C55) được chọn là nguyên nhân chính theo Nguyên tắc Chung.

Sử dụng Quy tắc 3 nếu có thể áp dụng

Ví dụ 52: I (a) Ung thư màng phổi di căn

II Ung thư dạ dày

Ung thư màng phổi được mô tả là bị di căn và được coi là thứ phát. Ung thư dạ dày cũng được ghi nhận và được coi là nguyên phát (xem phần 4.2.7.3 A (b)). Đầu tiên, áp dụng Nguyên tắc Chung để chọn Ung thư màng phổi là nguyên nhân chính tạm thời. Tuy nhiên, Ung thư màng phổi (thứ phát) được coi là một hậu quả rõ ràng của ung thư dạ dày (nguyên phát), theo Quy tắc 3. Ung thư dạ dày (C16.9) được chọn là nguyên nhân tử vong chính.

Ung thư ở một vị trí ở Bảng 3 được coi là thứ phát, thậm chí nếu không có ung thư nào khác được đề cập trong giấy chứng nhận tử vong. Lưu ý rằng một ung thư ác tính thứ phát không nên được chọn là nguyên nhân tử vong chính. Nếu không có khối u nguyên phát được ghi nhận, mã thành ung thư ác tính vị trí không xác định (C80.9).

Ví dụ 53: I (a) Ung thư não di căn

Não là một vị trí thuộc Bảng 3, và ung thư não “di căn” được coi là thứ phát. Không có ung thư nguyên phát nào được ghi nhận. Do đó, mã ung thư ác tính nguyên phát không biết vị trí (C80.9).

Chú ý: Ung thư ở một vị trí ở Bảng 3 được coi là nguyên phát khi nó được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ ác tính của vị trí hoặc mô đó, xem Phần 4.2.7.3 A (c).

(e) Ung thư ác tính “di căn” không nằm trong danh sách các vị trí di căn phổ biến

Nếu một vị trí không nằm trong danh sách các vị trí di căn phổ biến được xác định là “di căn” hoặc “di căn của”, coi nó là nguyên phát và mã ác tính nguyên phát cho vị trí đó.

Ví dụ 54: I (a) Ung thư cổ tử cung, di căn

Cổ tử cung không thuộc Bảng 3, và do vậy Ung thư cổ tử cung “di căn” được coi là nguyên phát. Mã ung thư cổ tử cung ác tính (C53.9)

Áp dụng các Quy tắc lựa chọn theo cách thông thường

Ví dụ 55: I (a) Carcinoma tuyến tiền liệt di căn

(b) Carcinoma đại tràng di căn

Tuyến tiền liệt và đại tràng không thuộc Bảng 3, và cả 2 loại ung thư đều được coi là nguyên phát. Một loại ung thư không được chấp nhận là do loại khác gây ra. Áp dụng Quy tắc 2, và Ung thư tiền liệt tuyến ác tính (C61) được chọn là nguyên nhân chính.

(f) Ung thư phổi “di căn”

Nếu chỉ có loại ác tính được đề cập là ung thư phổi “di căn”, mã về ung thư phổi ác tính nguyên phát.

Ví dụ 56: I (a) Carcinoma phổi di căn

Mã Ung thư phổi ác tính nguyên phát (C34.9), khi mà không có vị trí khác được đề cập.

Cũng cần cân nhắc một ung thư phổi nguyên phát “di căn”, nếu tất cả các vị trí ung thư khác được ghi nhận trong giấy chứng nhận tử vong đều thuộc danh sách các vị trí di căn phổ biến.

Ví dụ 57: I (a) Ung thư phổi di căn

II Ung thư gan, màng phổi, não

“Ung thư phổi di căn” được coi là nguyên phát, trong khi gan, màng phổi, não đều thuộc Bảng 3. Chọn ung thư phổi ác tính (C34.9) là nguyên nhân tử vong chính.

Ví dụ 58: I (a) Ung thư phổi di căn

II Ung thư dạ dày

Trong khi Ung thư dạ dày cũng được đề cập, “Ung thư phổi di căn” được coi là thứ phát. Đầu tiên sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn ung thư phổi (thứ phát) là nguyên nhân chính tạm thời. Sau đó áp dụng Quy tắc 3, và coi ung thư phổi (thứ phát) là một hậu quả rõ ràng của ung thư dạ dày ghi nhận ở Phần II. Chọn ung thư dạ dày (C16.9) là nguyên nhân tử vong chính.

Chú ý: Ung thư phổi được coi là nguyên phát khi nó được ghi nhận là do một bệnh làm tăng nguy cơ ác tính ở phổi, xem Phần 4.2.7.3 A (c).

(g) Ung thư di căn của một kiểu hình thái học xác định

Nếu kiểu hình thái học có thể phân loại từ C40-C47, C49 hoặc C70-C72 và vị trí được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong chỉ ra loại mô giống nhau, mã một phân nhóm thích hợp cho kiểu hình thái đó.

Ví dụ 59: I (a) Sarcoma xương đùi di căn

Mã ung thư ác tính xương dài của chi dưới (C40.2).

Nếu kiểu hình thái học có thể phân loại từ C40-C47, C49 hoặc C70-C72 và vị trí được ghi nhận trên giấy chứng nhận tử vong chỉ ra loại mô khác nhau, mã vị trí không xác định cho kiểu hình thái đó.

Ví dụ 60: I (a) Sarcoma cơ vân di căn

(b) Hạch lympho dây thần kinh

Mã Sarcoma cơ vân không xác định vị trí (C49.9).

4.2.7.7 Các vị trí với tiền tố hoặc định nghĩa chưa chính xác

Các vị trí ung thư có tiền tố là “peri” (chu), “para” (cận), “pre” (tiền), “supra” (trên), “infra” (dưới)... hoặc được mô tả như ở trong “area” (vùng) hoặc “region” (khu vực), trừ khi các thuật ngữ trên được quy định mã cụ thể, nên được mã như dưới đây.

Đối với các kiểu hình thái học có thể được phân về một trong các loại sau:

C40, C41 (xương và sụn khớp)

C43 (U hắc tố của da)

C44 (Ung thư da ác tính khác)

C45 (U trung biểu mô)

C46 (Sarcoma Kaposi)

C47 (Ung thư ác tính của dây thần kinh ngoại biên và của hệ thần kinh tự động)

C49 (Ung thư mô liên kết và mô mềm ác tính)

C70 (Ung thư màng não ác tính)

C71 (Ung thư não ác tính)

C72 (Ung thư ác tính của các phần khác hệ thần kinh trung ương)

Mã theo các phân nhóm bệnh phù hợp với các nhóm bệnh trên

Ví dụ 61: I (a) Sarcoma xơ ở khu vực tuyến tụy

Mã ung thư ác tính tại Mô liên kết và mô mềm ở bụng (C49.4).

Ví dụ 62: I (a) Sarcoma mạch quanh cơ hoành

Mã ung thư ác tính tại Mô liên kết và mô mềm ở ngực (C49.3).

Với các kiểu hình thái học khác mã về một phân nhóm phù hợp của C76 (Các vị trí khó xác định và khác).

Ví dụ 63: I (a) Carcinoma vùng phổi

Mã ung thư ác tính tại Các vị trí khó xác định và khác ở ngực (C76.1).

Ví dụ 64: I (a) Carcinoma bên cột sống

Mã ung thư ác tính tại Các vị trí khó xác định và khác (C76.7).

Ví dụ 65: I (a) Ung thư ác tính, dưới cơ hoành

Mã ung thư ác tính tại Các vị trí khó xác định và khác ở bụng (C76.1).

4.2.7.8 Ung thư ác tính vị trí không xác định được ghi nhận cùng với bệnh khác

Khi vị trí của ung thư ác tính nguyên phát không được xác định, không có giả định về vị trí nào được hình thành từ vị trí của bệnh khác cùng được ghi nhận như sự tắc nghẽn,

thủng, hoặc chảy máu. Bệnh này có thể phát sinh từ những vị trí không liên quan tới ung thư, ví dụ: tắc ruột có thể do sự lan rộng của ung thư buồng trứng ác tính.

Ví dụ 66: I (a) Tắc ruột

(b) Carcinoma

Mã ung thư ác tính không có vị trí xác định (C80.9).

Ví dụ 67: I (a) Suy giảm hô hấp

(b) Nghẽn khí quản

(c) Ác tính

Mã ung thư ác tính không có vị trí xác định (C80.9).

4.2.7.9. Bệnh nhiễm trùng và ung thư ác tính

(a) Nhiễm trùng do ung thư ác tính

Do ảnh hưởng của điều trị hóa chất lên hệ thống miễn dịch, một số người bệnh ung thư trở nên dễ bị nhiễm trùng và tử vong do bệnh đó. Do vậy, bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào được phân loại từ A00-B19 hoặc B25-B64 được ghi nhận là “do” ung thư sẽ có một chuỗi sự kiện có thể chấp nhận.

Ví dụ 68: I (a) Zôna

(b) Bạch cầu dạng Lympho mạn

Bạch cầu dạng Lympho mạn có thể gây ra nhiễm trùng Zôna. Chuỗi sự kiện được chấp nhận, và Bạch cầu dạng Lympho mạn (C91.1) được chọn là nguyên nhân tử vong chính.

(b) Ung thư ác tính do nhiễm trùng

Có những bằng chứng mạnh mẽ về mối liên quan giữa một số bệnh nhiễm trùng và ung thư, ví dụ virus gây u ở người (human papilloma virus) và ung thư cổ tử vong, hoặc viêm gan C mạn tính và ung thư gan. Tuy nhiên, những báo cáo về yếu tố nguy cơ như vậy trên các giấy chứng nhận tử vong là không đầy đủ. Do đó, trừ bệnh HIV, không có bệnh nhiễm trùng hoặc ký sinh trùng nào sẽ được chấp nhận là nguyên nhân gây ung thư ác tính.

Ví dụ 69: I (a) Carcinoma tế bào gan

(b) Viêm gan B

Viêm gan B tăng nguy cơ ung thư gan. Tuy nhiên, vấn đề ghi nhận số ca tử vong do ung thư gan quan trọng hơn, nên chuỗi sự kiện không được chấp nhận. Sử dụng Quy tắc 2 để chọn Carcinoma tế bào gan (C22.0) là nguyên nhân tử vong chính.

Ví dụ 70: I (a) Sarcoma Kaposi

(b) HIV

HIV được chấp nhận là nguyên nhân gây nên ung thư ác tính. Đầu tiên, sử dụng Nguyên tắc Chung để chọn HIV là nguyên nhân tử vong tạm thời. Sau đó, sử dụng Quy tắc C (Sự liên hệ) để mã HIV gây ra Sarcoma Kaposi (B21.0) là nguyên nhân tử vong chính.

4.2.7.10. Ung thư ác tính và bệnh hệ tuần hoàn

Các bệnh tuần hoàn cấp hoặc chết người sau đây sẽ được chấp nhận là do ung thư ác tính, nếu được nhập vào Phần I là “do” ung thư ác tính:

I21-I22	Nhồi máu cơ tim cấp
I24.-	Bệnh tim do thiếu máu cục bộ cấp khác
I26.-	Nghẽn mạch phổi
I30.-	Viêm ngoại tâm mạc cấp
I33.-	Viêm nội tâm mạc cấp và bán cấp
I40.-	Viêm cơ tim cấp
I44.-	Bloc nhĩ thất và nhánh trái
I45.-	Rối loạn dẫn truyền khác
I46.-	Ngưng tim
I47.-	Nhịp nhanh kịch phát
I48	Rung nhĩ và cuồng nhĩ
I49.-	Loạn nhịp tim khác
I50.-	Suy tim
I51.8	Bệnh tim không xác định khác
I60-I69	Bệnh mạch máu não, trừ I67.0-I67.5, I67.9, I69.-

Bệnh tuần hoàn sau đây sẽ không được chấp nhận như là do ung thư ác tính:

I00-I09	Thấp khớp và bệnh tim do khớp
I10-I14	Bệnh cao huyết áp(trừ phi khi được báo cáo là do ung thư nội tiết, ung thư thận và u Carcinom)
I20.-	Cơn đau thắt ngực
I25.-	Bệnh tim do thiếu máu cục bộ mạn
I70.-	Xơ vữa động mạch

4.2.8. Sự liên quan về sử dụng nhiều loại chất kích thích

Nếu một bệnh có thể phân loại từ F10-F19 hoặc F55 được chọn là nguyên nhân chính, và một hoặc nhiều bệnh khác cũng được phân loại từ F10-F19 hoặc F55 được đề cập đến trong giấy chứng nhận tử vong, quá trình mã hóa thực hiện như sau:

(i) Một bệnh được xác định là nguyên nhân tử vong, mã hóa theo bệnh đó.

(ii) Khi không có bệnh nào được xác định là nguyên nhân tử vong chính, cần xác minh thêm để làm rõ nguyên nhân tử vong.

(iii) Khi không thể xác minh thông tin để làm rõ nguyên nhân tử vong thì chọn nguyên nhân chính theo thứ tự ưu tiên sau:

- 1) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dạng thuốc phiện (F11)
- 2) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cocain (F14)
- 3) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất kích thích khác, bao gồm cả caffein (F15).
- 4) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều loại ma túy tổng hợp (ở F19).
- 5) Lạm dụng thuốc chống trầm cảm và thuốc giảm đau dạng không có thuốc phiện (ở F55).
- 6) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dạng cần sa (F12), Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các thuốc an thần hoặc thuốc ngủ (F13), Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác (F16), Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng thuốc lá (F17), Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng dung môi dễ bay hơi (F18), Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều loại ma túy và chất tác động tâm thần khác với ma túy tổng hợp được phân loại về F19, Lạm dụng chất không gây nghiện khác với thuốc chống suy nhược và thuốc giảm đau dạng không có thuốc phiện được phân loại về F55.
- 7) Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu (F10).

Nếu trong giấy chứng nhận tử vong ghi nhận nhiều hơn một rối loạn tâm thần và hành vi ở trong cùng một nhóm ưu tiên, mã bệnh đầu tiên được đề cập.

4.2.9. Thấp khớp liên quan đến tim

Nếu không có nội dung nào đề cập rằng thấp khớp đang hoạt động vào lúc tử vong, giả định có hoạt động nếu bệnh tim (khác với bệnh cuối cùng và viêm nội tâm mạc do vi khuẩn) được xác định do thấp khớp, hoặc được đề cập là do sốt thấp khớp, được mô tả là do cấp hay bán cấp. Nếu không có mô tả như thế, những từ ngữ “viêm nội tâm mạc”, “viêm nội tâm mạc”, “bệnh tim”, “viêm cơ tim”, và “viêm toàn bộ tim” có thể được xem như là cấp nếu khoảng thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi tử vong ít hơn một năm, nếu không có khoảng thời gian thì tuổi khi tử vong dưới 15. “Viêm ngoại tâm mạc” có thể được xem như là cấp ở bất kỳ tuổi nào.

4.2.10. Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể

Những bệnh dưới đây có thể được xem như là bẩm sinh khi mà nó gây ra tử vong ở nhóm tuổi sau, với điều kiện là không có bằng chứng nào cho thấy trẻ bị mắc bệnh này sau sinh:

Dưới 1 tuổi: phình, hẹp động mạch chủ, teo, teo não, nang não, biến dạng, dịch cơ quan, lạc chỗ, giảm sản cơ quan, dị tật, hẹp phổi, bệnh van tim.

Dưới 4 tuổi: bệnh tim NOS, tràn dịch não NOS

Nếu khoảng thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi tử vong và tuổi của người chết cho thấy bệnh có từ khi sinh ra, bất kỳ bệnh nào phải được xem là bẩm sinh thậm chí khi không xác định là bẩm sinh trên hồ sơ bệnh án.

Trong giấy chứng nhận tử vong chu sinh và sơ sinh, trường hợp phổi hoặc thiếu sản phổi được đưa ra với bất kỳ bệnh nào: non tháng, sinh non, hoặc nhẹ cân, mã xếp phổi nguyên phát của trẻ sơ sinh (P28.0) và không mã là Q33.6

4.2.11. Đặc tính của chấn thương

Mã những nguyên nhân ngoại sinh (V01-Y89) nên được sử dụng như là mã nguyên phát cho việc lập mã bệnh độc nhất và bảng liệt kê tử vong liên quan đến chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác của nguyên nhân ngoại sinh.

Mã từ Chương XIX (S00-T98) nên được sử dụng bổ sung để nhận biết đặc tính của chấn thương và cho phép lập bảng tương ứng. Những ghi chú dưới đây đề cập về việc mã hóa như vậy.

Trong trường hợp có nhiều hơn một loại chấn thương cho một vùng cơ thể duy nhất ở S00-S99, T08-T35, T66-T79 được đề cập và không có nội dung nào cho thấy nguyên nhân tử vong. Nguyên tắc Chung và Quy tắc lựa chọn nên được áp dụng theo cách thông thường.

- Ví dụ 1:*
- I (a) Sốc mất máu
 - (b) Xuất huyết phúc mạc
 - (c) Vỡ gan
 - (d) Tai nạn giao thông

Chọn vỡ gan (S36.1) vì đây là điểm bắt đầu của chuỗi sự kiện kết thúc trong tình trạng được ghi đầu tiên vào giấy chứng nhận.

- Ví dụ 2:*
- I (a) Nghẽn mạch do mỡ
 - (b) Gãy xương đùi
 - (c) Tổn thương đùi
 - (d) Tai nạn giao thông

Chọn gãy xương đùi (S72.9), vì đây là điểm bắt đầu của chuỗi sự kiện kết thúc trong bệnh được ghi đầu tiên vào giấy chứng nhận. “Không có khả năng cao” rằng tổn thương đùi gây ra tất cả những bệnh đề cập ở trên.

- Ví dụ 3:*
- I (a) Viêm phúc mạc
 - (b) Thủng dạ dày và đại tràng ngang
 - (c) Tai nạn giao thông

Chọn thủng dạ dày (S36.3), điểm bắt đầu của chuỗi sự kiện được đề cập đầu tiên (theo Quy tắc 1).

Ví dụ 4: I (a) Viêm màng não mủ

(b) Đụng giập mi mắt và vết thương thấu nhãn cầu

Chọn vết thương thấu nhãn cầu (S05.4), vì đụng giập mi mắt được chọn theo Quy tắc 2 là hậu quả trực tiếp rõ ràng của vết thương thấu nhãn cầu (Quy tắc 3 cũng áp dụng).

Khi liên quan tới nhiều hơn một vùng trên cơ thể, mã số nên chọn theo loại chấn thương gây ra tại nhiều vùng trên cơ thể (T00-T06). Vấn đề này áp dụng cho cùng một kiểu chấn thương và có hơn một loại chấn thương tác động tới các vùng cơ thể khác nhau.

4.2.12. Ngộ độc do thuốc, dược phẩm và chất sinh học

Khi có sự liên quan đến những hợp chất của tác nhân y học được phân loại khác nhau, quá trình mã hóa như sau:

A) Lựa chọn nguyên nhân tử vong chính

(i) Nếu một thành phần của sự kết hợp được xác định là nguyên nhân tử vong, mã theo thành phần đó.

Ví dụ 5: I (a) Ngộ độc amphetamine

II Các mức độ nhiễm độc heroin và flunitrazepam

Mã là tai nạn ngộ độc amphetamine (X41). Bằng cách đặt riêng ngộ độc amphetamin vào phần I và ghi nhận các chất khác cũng góp phần gây ra tử vong vào Phần II, người ghi giấy chứng nhận tử vong đã xác định amphetamine là chất quan trọng nhất gây ra tử vong.

Ví dụ 6: I (a) Ngộ độc rượu

II Các mức độ nhiễm độc heroin và flunitrazepam

Mã là tai nạn ngộ độc rượu (X45). Bằng cách đặt riêng ngộ độc rượu vào phần I và ghi nhận các chất khác cũng góp phần gây ra tử vong vào Phần II, người ghi giấy chứng nhận tử vong đã xác định rượu là chất quan trọng nhất gây ra tử vong.

Ví dụ 7: I (a) Ngộ độc heroin

II Các mức độ nhiễm độc rượu và flunitrazepam

Mã là tai nạn ngộ độc heroin (X42). Bằng cách đặt riêng ngộ độc heroin vào phần I và ghi nhận các chất khác cũng góp phần gây ra tử vong vào Phần II, người ghi giấy chứng nhận tử vong đã xác định heroin là chất quan trọng nhất gây ra tử vong.

(ii) Khi không có thành phần nào được xác định là nguyên nhân tử vong chính, tìm kiếm thêm thông tin để làm rõ nguyên nhân.

(iii) Khi không thể làm rõ được nguyên nhân, mã phức hợp rượu với một thuốc này tới một thuốc khác. Để đề cập tử vong do nhiều thuốc khác, tìm nhóm bệnh thích hợp mã thành “khác”.

(iv) Khi F10-F19 được ghi nhận cùng với trường hợp bị một ngộ độc, quá trình mã hóa như sau:

F10-F19 Rối loạn tâm thần và hành vi do dùng chất tác động tâm thần

Có đề cập đến

X40-X49 Ngộ độc và phơi nhiễm chất độc, mã **X40-X49**

X60-X69 Cố tình tự gây ngộ độc và phơi nhiễm chất độc, mã **X60-X69**

X85-X90 Tấn công bằng chất độc, mã **X85-X90**

Y10 – Y19 Ngộ độc và phơi nhiễm thuốc, hóa chất, và chất độc, mã **Y10 – Y19**

Ký tự thứ tư .0 (nhiễm độc cấp tính), mã **X40-X49, X60-X69, X85-X90, Y10 – Y19**

Tham khảo Phần 4.1.11 khi có nhiều bệnh được phân loại từ F10-F19 được ghi nhận trên cùng một trường hợp.

B) Xác định thuốc nguy hiểm nhất

Để giúp cho việc thống kê hiệu quả các trường hợp tử vong do thuốc, điều cực kỳ quan trọng là dạng thuốc nguy hiểm nhất phải được xác định cùng với nguyên nhân chính (xem Đặc tính của chấn thương, Phần 4.2.11). Khi chọn một mã cho thuốc nguy hiểm nhất, áp dụng các hướng dẫn sau.

Nếu một thành phần của hợp chất được xác định là nguyên nhân tử vong, mã cho thành phần đó. Nếu như không có thành phần đơn lẻ nào được xác định là nguyên nhân tử vong, mã rượu với thuốc để tạo nên một dạng thuốc. Khi Bảng phân loại cung cấp một nhóm cụ thể cho một hỗn hợp thuốc, ví dụ Hỗn hợp chống động kinh (T42.5), mã về nhóm đó. Nếu không có sẵn nhóm hỗn hợp thuốc, chọn mã chấn thương chính theo thứ tự ưu tiên sau:

1. Thuốc phiện (T40.0-T40.2)

Hỗn hợp gồm các dạng thuốc phiện có thể phân loại theo nhiều mã trong các mã 4 ký tự T40.0 – T40.2: chọn mã T40.2.

2. Cocaine (T40.5)

3. Kích thích tâm thần có khả năng lạm dụng thuốc (T43.6)

Gồm có: Amphetamine và dẫn xuất

4. Thuốc ngủ tổng hợp khác và thuốc ngủ không xác định (T40.3-T40.4, T40.6).

Hỗn hợp gồm các dạng Thuốc ngủ tổng hợp có thể phân loại theo nhiều mã trong các mã 4 ký tự T40.3 – T40.4: chọn mã T40.4.

Hỗn hợp gồm các dạng Thuốc ngủ tổng hợp có thể phân loại theo nhiều mã trong các mã 4 ký tự T40.3 – T40.4 với thuốc ngủ khác và không xác định có thể chọn mã T40.3: Mã T40.6.

5. Thuốc chống trầm cảm (T43.0-T43.2)

Hỗn hợp gồm các dạng Thuốc chống trầm cảm có thể phân loại theo nhiều mã trong các mã 4 ký tự T43.0 – T43.2: chọn mã T43.2.

6. Thuốc giảm đau không opioid (T39.-)

Hỗn hợp gồm các dạng Thuốc giảm đau không opioid có thể phân loại theo nhiều mã trong các mã 4 ký tự T39.0 – T39.4: chọn mã T39.8.

7. Thuốc và chất gây nghiện không nằm trong danh sách ở trên

Nếu trên giấy chứng nhận tử vong ghi nhiều hơn một dạng thuốc như vậy, mã theo dạng được đề cập đầu tiên.

4.2.13. Nguyên nhân ngoại sinh

Mã cho những nguyên nhân ngoại sinh (V01-Y89) nên được sử dụng như là mã nguyên phát cho việc lập mã bệnh đơn lẻ và bảng liệt kê nguyên nhân tử vong khi, và chỉ khi, bệnh có thể phân loại ở Chương XIX (Vết thương ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân bên ngoài).

Khi bệnh được phân loại ở từ Chương I – XVIII, bản thân bệnh đó nên được mã như là nguyên nhân chính và các mã của chương về nguyên nhân ngoại sinh có thể được sử dụng, nếu cần, như là mã bổ sung.

Khi một chuỗi sự kiện ngoại sinh được ghi nhận, áp dụng Nguyên tắc Chung và các Quy tắc lựa chọn theo cách thông thường, và chọn sự kiện ngoại sinh đầu tiên ảnh hưởng người tử vong.

Ví dụ: I (a) Hạ thân nhiệt

(b) Phơi nhiễm với lạnh

(c) Lái ô tô, trái đường, lao xuống dốc, kẹt trong xe 3 ngày trước khi được tìm thấy.

Mã Lái ô tô bị thương trong tai nạn giao thông không có va chạm (V49.5).

4.2.14. Một số nội dung cho thấy có sự không chắc chắn khi chẩn đoán

Khi xem xét hồ sơ bệnh án có những nội dung thể hiện sự không chắc chắn khi chẩn đoán, như “dường như”, “giả thiết”, “có thể”..., thì nên được bỏ qua, vì những nội dung mà không có sự đánh giá như vậy chỉ khác nhau ở mức độ chính xác của chẩn đoán.

4.2.15. HIV

Khi có truyền máu trong quá trình điều trị vì bất kỳ bệnh nào (Ví dụ rối loạn huyết học) và bị nhiễm HIV do máu truyền, mã HIV là nguyên nhân chính và không mã bệnh được điều trị.

<i>Ví dụ 1:</i>	I (a) Sarcoma Kaposi	1 năm
	(b) HIV	3 năm
	(c) Truyền máu	5 năm
	(d) Haemophilia	Từ khi sinh

Mã là HIV

<i>Ví dụ 2:</i>	I (a) Viêm phổi do Pneumocystis Carinii	6 tháng
	(b) HIV	5 năm
	(c) Vỡ lách	7 năm
	(d) Bị tấn công – Đánh nhau	7 năm

4.2.16. Tử vong do các nguyên nhân thai sản

a) Thông thường rất khó để xác định một trường hợp tử vong mẹ, đặc biệt là do các nguyên nhân thai sản gián tiếp. Nếu có bất kỳ nghi ngờ nào về nguyên nhân tử vong là do thai sản, ví dụ nếu các bệnh ở Phần I không phải là thai sản nhưng có một ghi nhận về tình trạng mang thai hoặc sinh đẻ ở Phần II, người mã hóa phải tìm thêm thông tin bổ sung. Điều này đặc biệt quan trọng ở những nước có tỷ lệ tử vong mẹ cao. Nếu không tìm thêm được thông tin nào khác, trường hợp tử vong có đề cập đến mang thai hoặc sinh đẻ ở Phần I nên được coi là có liên quan đến thai sản, nhưng không gây tử vong trừ trường hợp được ghi nhận ở Phần II.

b) Chú ý rằng ghi tính tỷ lệ tử vong mẹ, các trường hợp không được mã theo Chương XV (Mã O) nên được xem xét, với điều kiện là chúng đáp ứng được nội dung đòi hỏi ở Phần 4.2.16 a) – các nguyên nhân gián tiếp liên quan đến thai sản. Các trường hợp này được liệt kê ở phần “Chú ý loại trừ” tại mục mở đầu Chương XV.

c) Có những trường hợp tử vong có nguyên nhân do thai sản nhưng không được tính vào tỷ lệ tử vong mẹ. Do đây là những trường hợp tử vong xảy ra 42 ngày sau sinh (xem định nghĩa “Tử vong mẹ”, Phần 5.8.1).

4.2.17. Danh sách các bệnh có thể gây ra đái tháo đường

Phụ lục 7.2 một là danh sách các bệnh có thể gây ra đái tháo đường. Danh sách này đưa ra những chuỗi sự kiện có thể chấp nhận rằng đái tháo đường là “do” các bệnh khác.

4.3. Tử vong chu sinh: Hướng dẫn cho việc chứng nhận và quy tắc cho việc mã hóa

4.3.1. Chứng nhận tử vong chu sinh

Bất cứ khi nào có thể, giấy chứng nhận riêng biệt về nguyên nhân tử vong chu sinh nên được hoàn thành, trong đó những nguyên nhân cần phải được đề cập như:

- (a) Bệnh chính hoặc bệnh kèm theo trong bào thai hoặc trẻ sơ sinh
- (b) Bệnh hoặc bệnh kèm theo trong bào thai hoặc trẻ sơ sinh
- (c) Bệnh chính của bà mẹ hoặc tình trạng ảnh hưởng đến bào thai hoặc trẻ sơ sinh

(d) Những bệnh kèm theo của bà mẹ hoặc tình trạng ảnh hưởng đến bào thai hoặc trẻ sơ sinh

(e) Những tình huống liên quan khác

Giấy chứng nhận nên bao gồm cụ thể cả ngày, giờ tử vong, ghi nhận xem trẻ vẫn sống khi sinh ra hay đã chết và chi tiết kết quả khám nghiệm tử thi.

Để phân tích chi tiết hơn về tử vong chu sinh, cần phải có những thông tin sau về bà mẹ và trẻ (không chỉ trong các trường hợp tử vong chu sinh mà cả cho tất cả trường hợp sinh sống):

Bà mẹ

Ngày sinh

Số lần mang thai trước: số sinh ra sống/thai chết lưu/sảy thai

Ngày và kết quả lần mang thai trước: số sinh ra sống/ thai chết lưu/sảy thai

Mang thai hiện tại:

- Ngày đầu tiên của vòng kinh cuối (nếu không biết ước chừng thời gian mang thai theo số tuần lễ)
- Chăm sóc trước khi sinh - hai hoặc nhiều lần khám thai: có/không/không biết
- Sinh: đẻ thường ngôi đầu/khác (Ghi rõ)

Đứa trẻ

Trọng lượng khi sinh tính bằng gam

Giới tính: nam/nữ/không xác định

Sinh một/sinh đôi lần thứ nhất/sinh đôi lần thứ hai/đa thai

Nếu thai chết lưu, khi nào tử vong xảy ra: trước chuyển dạ/trong khi chuyển dạ/không biết

Những biến số khác có thể có trên giấy chứng nhận đó là thông tin về người đỡ đẻ: bác sĩ/bà đỡ được đào tạo/người được đào tạo khác (Ghi rõ)/người khác (Ghi rõ).

Phương pháp để thu thập thông tin bổ sung sẽ rất khác nhau, tùy thuộc vào hệ thống đăng ký sinh tử của mỗi quốc gia. Ở những nơi có thể thu thập thông tin bổ sung dựa trên số liệu đăng ký thai chết lưu, tử vong sơ sinh, thì có thể sử dụng mẫu “Giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong chu sinh”. Ngoài ra, cần phải xây dựng những sự sắp xếp đặc biệt (ví dụ bằng các liên hệ giữa hồ sơ khi sinh và khi tử vong) để có được cả thông tin bổ sung và nguyên nhân tử vong.

Ở những nơi khó áp dụng mẫu giấy chứng nhận tử vong chung cho trẻ khi sinh còn sống và đã bị chết lưu, vấn đề này có thể khắc phục bằng cách tách riêng thành mẫu giấy chứng nhận tử vong sơ sinh và mẫu giấy chứng nhận thai bị chết lưu, các mẫu giấy này phải phù hợp với nguyên nhân tử vong.

4.3.2. Ghi nhận nguyên nhân tử vong

Giấy chứng nhận có 5 phần để ghi nhận nguyên nhân tử vong chu sinh, ký hiệu từ (a) cho tới (e). Trong mục (a) và (b) nên ghi bệnh hoặc tình trạng bệnh của trẻ sơ sinh hoặc của bào thai, đây là phần quan trọng nhất của mục (a) và những bệnh khác, nếu có ghi vào mục (b). “Phần quan trọng nhất” có nghĩa là tình trạng bệnh lý (theo quan điểm của người ghi nhận) góp phần nhiều nhất dẫn đến tử vong sơ sinh và bào thai. Cách thức tử vong, ví dụ suy tim, ngạt, thiếu ôxy, không nên đưa vào phần (a), trừ khi đó là nguyên nhân hoặc bệnh duy nhất được biết. Điều này áp dụng cho cả những trường hợp sinh non tháng.

Trong mục (c), (d) nên ghi nhận tất cả các bệnh, tình trạng bệnh của người mẹ mà theo quan điểm của người chứng nhận có thể gây ra hậu quả xấu tới bào thai hoặc trẻ sơ sinh. Bệnh quan trọng nhất nên được ghi vào mục (c), những bệnh khác, nếu có ghi vào mục (d). Mục (e) là để ghi nhận những hoàn cảnh dẫn đến tử vong mà không phải là bệnh, tình trạng bệnh của trẻ hoặc của bà mẹ, ví dụ sinh con trong điều kiện không có người đỡ đẻ.

Ví dụ 1: Một phụ nữ mà những lần mang thai trước thường bị sảy thai vào khoảng tuần thứ 12 đến tuần thứ 18, nhập viện khi mang thai 24 tuần trong tình trạng chuyển dạ đẻ non. Đã sinh bình thường ngôi đầu một trẻ nặng 700g nhưng lại tử vong khi được 1 ngày tuổi. Phát hiện chính khi mổ tử thi khám nghiệm là “phổi chưa hoàn chỉnh”.

Nguyên nhân tử vong chu sinh:

- (a) Phổi chưa hoàn chỉnh
- (b) –
- (c) Chuyển dạ đẻ non, không biết nguyên nhân
- (d) Sảy thai tái diễn
- (e) –

Ví dụ 2: Một phụ nữ 26 tuổi, mang thai lần đầu, có tình trạng kinh nguyệt bình thường (trước mang thai), đã được chăm sóc trước khi sinh vào tuần thứ 10 mang thai. Vào tuần 30 – 32, thai phát triển chậm được ghi nhận bằng lâm sàng và được xác nhận vào tuần thứ 34. Không có nguyên nhân rõ ràng ngoài nhiễm khuẩn đường tiết niệu không có triệu chứng. Đẻ mổ được thực hiện, trẻ sinh sống nặng 1600g. Nhau thai nặng 300g và được miêu tả như là nhồi máu. Hội chứng suy hô hấp cấp phát triển có đáp ứng với điều trị. Bệnh nhi tử vong đột ngột ở ngày thứ 3. Khám nghiệm tử thi cho thấy có bệnh hyaline màng phổi và chảy máu nội tâm thất.

Nguyên nhân tử vong chu sinh:

- (a) Chảy máu nội tâm thất

- (b) Hội chứng suy hô hấp cấp
Thai phát triển chậm
- (c) Thiếu năng rau thai
- (d) Nhiễm khuẩn tiết niệu khi mang thai
Đẻ mổ

Ví dụ 3: Một phụ nữ mắc đái tháo đường không được kiểm soát đường huyết tốt trong khi mang thai lần đầu, đã phát triển thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ vào tuần thai thứ 32. Chuyển dạ được kích thích ở tuần 38. Trẻ sinh tự nhiên nặng 3200g. Trẻ có tình trạng hạ đường huyết và chết ngày thứ hai. Khám nghiệm tử thi cho thấy có thân động mạch

Nguyên nhân tử vong chu sinh

- (a) Động mạch thân
- (b) Hạ đường huyết
- (c) Đái tháo đường
- (d) Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ
- (e) –

Ví dụ 4: Một bà mẹ 30 tuổi của một đứa trẻ 4 tuổi khỏe mạnh, có thai bình thường ngoài tình trạng đa ối. Chụp X quang vào tuần 36 cho thấy thai nhi bị dị tật không có não. Chuyển dạ được kích thích. Thai bị dị tật không có não, chết lưu cân nặng 1500g khi được sinh ra.

Nguyên nhân tử vong chu sinh:

- (a) Dị tật không có não
- (b) –
- (c) Đa ối
- (d) –
- (e) –

GIẤY CHỨNG NHẬN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG CHU SINH	
Được điền cho thai chết lưu hoặc chết sau khi sinh trong vòng 168 giờ (1 tuần)	
Nhận biết những điểm đặc biệt <input type="checkbox"/> Trẻ đẻ sống lúc giờ ngày chết lúc giờ ngày <input type="checkbox"/> Trẻ chết lưu lúc giờ ngày chết trước chuyển dạ <input type="checkbox"/> trong khi chuyển dạ <input type="checkbox"/> không biết <input type="checkbox"/>	
Mẹ	Trẻ
Ngày sinh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoặc nếu không biết, tuổi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Số lần mang thai trước <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Đẻ sống <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thai chết lưu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Ngày <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ngày đầu tiên của kỳ kinh nguyệt cuối <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoặc nếu không biết, ước lượng thời gian mang thai <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (làm tròn theo 6 tuần) Chăm sóc trước khi sinh, hai hoặc nhiều lần khám thai <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> không biết Sinh: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thường ngôi đầu Khác (cụ thể)
	Trọng lượng sinh: gam Giới tính <input type="checkbox"/> Trai <input type="checkbox"/> Gái <input type="checkbox"/> Đơn <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh <input type="checkbox"/> lần 2 <input type="checkbox"/> a thai
	Chăm sóc khi sinh Y sĩ Bà mẹ được đào tạo Người được đào tạo khác (cụ thể)..... Người khác (cụ thể)
Nguyên nhân tử vong	
a. Bệnh hoặc tình trạng bệnh chính của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh	
b. Bệnh hoặc tình trạng bệnh khác của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh	
c. Bệnh hoặc tình trạng bệnh chính của bà mẹ ảnh hưởng đến thai hoặc trẻ sơ sinh	
d. Những bệnh hoặc tình trạng bệnh khác của bà mẹ ảnh hưởng đến thai hoặc trẻ sơ sinh	
e. Những tình huống liên quan khác	
<input type="checkbox"/> Nguyên nhân tử vong được xác nhận bằng khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> Thông tin khám nghiệm tử thi có thể có sẵn về sau <input type="checkbox"/> Không khám nghiệm tử thi	Tôi chứng nhận..... Chữ ký và chức vụ

4.3.3. Bảng liệt kê tử vong chu sinh theo nguyên nhân

Đối với thống kê tử vong chu sinh lấy từ mẫu chứng nhận nguyên nhân tử vong chu sinh, phân tích đa nguyên nhân tất cả các bệnh được ghi nhận sẽ cho hiệu quả tối đa. Nếu điều này không thực hiện được, phân tích bệnh hoặc tình trạng bệnh chính của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh (phần (a)) và tình trạng bệnh chính của mẹ ảnh hưởng tới thai nhi hoặc trẻ sơ sinh (phần (c)) theo một bảng hai chiều, tuy nhiên điều này có thể cho hiệu quả tối thiểu. Khi cần chọn một bệnh (ví dụ, khi cần đưa tử vong sơ sinh vào bảng nguyên nhân tử vong của tất cả các lứa tuổi), thì nên chọn bệnh hoặc tình trạng bệnh chính của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh.

4.3.4. Mã hóa nguyên nhân tử vong

Các bệnh được ghi ở phần (a), (b), (c) và (d) nên được mã hóa riêng biệt. Bệnh của mẹ ảnh hưởng tới thai nhi hoặc trẻ sơ sinh ghi ở phần (c) và (d), nên được mã theo nhóm bệnh từ P00-P04 và những mã này không nên sử dụng ở phần (a) và (b). Bệnh của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh, ghi ở phần (a), có thể mã hóa theo bất kỳ mã bệnh nào từ P00-P04 nhưng hầu hết được mã theo nhóm bệnh từ P05-P96 (Dị tật bẩm sinh). Chỉ một mã nên được ghi ở phần (a) và phần (c), còn ở phần (b) và phần (d) thì có thể ghi nhiều mã bệnh. Phần (e) là để xem xét lại tử vong chu sinh đối với từng trường hợp cá biệt và thông thường không phải mã hóa. Tuy nhiên, nếu cần có những phân tích về các trường hợp ghi nhận ở phần (e) thì có một số mã bệnh phù hợp ở Chương XX và XXI.

4.3.5. Quy tắc mã hóa

Quy tắc lựa chọn tử vong chung không áp dụng được vào mẫu chứng nhận tử vong chu sinh. Tuy nhiên, trong thực tế các nội dung ghi nhận trong mẫu chứng nhận tử vong chu sinh có thể không tuân theo hướng dẫn trên. Do đó, người ghi nhận nên hiệu chỉnh lại những giấy chứng nhận tử vong chưa đúng, nếu không thể thực hiện điều này thì áp dụng các Quy tắc sau:

Quy tắc P1. Phương thức tử vong hoặc đẻ non ghi ở phần (a)

Nếu suy tim, ngạt hoặc thiếu oxy (hoặc bất kỳ bệnh nào thuộc mã P20.-, P21.-) hoặc đẻ non (hoặc bất kỳ bệnh nào thuộc mã P07.-) được ghi nhận ở phần (a) và bệnh khác của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh, hoặc ghi ở phần (a) hoặc ghi ở phần (b), lấy một bệnh được đề cập đầu tiên điền vào phần (a), còn các bệnh khác điền vào phần (b).

<i>Ví dụ 1:</i>	Trẻ sinh sống, tử vong ở ngày thứ 4	Mã
	(a) Đẻ non	Q05.9
	(b) Tật nứt đốt sống	P07.3
	(c) Thiếu năng rau thai	P02.2
	(d) –	

Đẻ non được mã ở phần (b) và tật nứt đốt sống được mã ở phần (a).

<i>Ví dụ 2:</i>	Sinh ra vẫn sống; chết sau 50 phút	Mã
	(a) Ngạt nặng lúc đẻ	Q03.9
	Não úng thủy	
	(b) –	P21.0
	(c) Sinh khó	P03.1
	(d) Tiền sản giật thể nặng	P00.0

Ngạt nặng lúc đẻ được mã ở phần (b) và não úng thủy ở phần (a).

Quy tắc 2. Hai hoặc nhiều bệnh cùng được ghi phần (a) hoặc (c)

Nếu hai hoặc nhiều bệnh cùng được ghi ở phần (a) hoặc phần (c), lấy một bệnh được đề cập đầu tiên điền vào phần (a) hoặc phần (c), còn các bệnh khác điền vào phần (b) hoặc (d).

<i>Ví dụ 3:</i>	Chết lưu; chết trước khi bắt đầu chuyển dạ	Mã
	(a) Suy dinh dưỡng thai nặng	P05.0
	Nhẹ cân so với tuổi thai	
	Thiếu oxy trong thai tử cung	
	(b) –	P20.9
	(c) Tiền sản giật thể nặng	P00.0
	(d) -	P02.0

Nhẹ cân so với tuổi thai với suy dinh dưỡng thai được mã ở phần (a) và thai thiếu oxy tử cung mã ở phần (b); tiền sản giật thể nặng mã ở phần (c) và rau tiền đạo ở phần (d).

<i>Ví dụ 4:</i>	Sinh ra còn sống, chết ngày thứ 2	Mã
	(a) Chảy máu dưới màng cứng do chấn thương	P10.0
	Hít phải lượng lớn phân su	
	Thiếu oxy trong tử cung	
	(b) Hạ đường huyết	P24.0
	Mang thai kéo dài	P20.9
		P70.4
		P08.2
	(c) Đẻ bằng forceps	P03.2
	(d) Tiền sản giật thể nặng	P00.0

Chảy máu dưới màng cứng do chấn thương được mã ở phần (a) và những bệnh khác ghi ở phần (a) chuyển sang ghi phần (b).

Quy tắc 3. Không ghi ở mục (a) hoặc (c)

Nếu không có thông tin nào được ghi ở phần (a) nhưng lại có các bệnh của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh ghi ở phần (b), lấy một mã bệnh được đề cập đầu tiên ở phần (b) điền vào phần (a); Nếu không có thông tin ở phần (a) và hoặc ở phần (b), lấy mã P95 (Thai chết vì nguyên nhân không chỉ xác định) cho thai chết lưu hoặc mã P96.9 (bệnh không chỉ rõ có nguồn gốc trong giai đoạn chu sinh) cho tử vong sơ sinh sớm để điền vào phần (a).

Tương tự, nếu không có thông tin nào được ghi ở phần (c) nhưng có những bệnh của bà mẹ được ghi ở phần (d), lấy một mã bệnh được đề cập đầu tiên ở phần (d) điền vào phần (c). Nếu không có thông tin ở phần (c) hoặc ở phần (d), lấy một số mã giả, ví dụ xxx.x điền vào phần (c) để cho thấy có bệnh được đề cập.

<i>Ví dụ 5:</i>	Trẻ sinh sống; chết sau 15 phút	Mã
	(a) -	P10.4
	(b) Rách lều não	P22.0
	Hội chứng suy hô hấp	
	(c) -	xxx.x
	(d) -	

Rách lều não được mã vào phần (a), xxx.x được mã ở vào phần (c).

<i>Ví dụ 6:</i>	Trẻ sinh sống; chết ngày thứ 2	Mã
	(a) -	P95
	(b) -	
	(c) -	P00.0
	(d) Sản giật (huyết áp cao kéo dài)	

Nguyên nhân tử vong chu sinh không xác định được mã ở phần (a); sản giật được mã ở phần (c).

Quy tắc P4. Bệnh được ghi vào không đúng mục

Nếu bệnh của bà mẹ (nghĩa là những bệnh ở P00-P04) được ghi ở mục (a) hoặc mục (b) hoặc nếu bệnh của trẻ sơ sinh hoặc thai được ghi ở mục (c) hoặc mục (d), mã các bệnh như thế chúng được ghi ở đúng mục tương ứng.

Nếu một bệnh được phân loại như là bệnh của trẻ sơ sinh hau thai hoặc như là bệnh của bà mẹ bị ghi nhầm vào mục (e) mã nó như bệnh bổ sung hoặc của bà mẹ trong mục (b) hoặc (d) tương ứng.

<i>Ví dụ 7:</i>	Chết lưu; chết sau khi bắt đầu chuyển dạ	Mã
	(a) Thiều oxy trong tử cung thể trầm trọng	P90.9
	(b) Kiểu thể chậm sau không quay	

(c) – P03.1

(d) –

P03.2

(e) Sinh khó bằng fooc xép

Kiểu thể chằm sau không quay được mã ở (c); sinh khó bằng fooc xép được mã ở (d).

4.4. Mắc bệnh

Tại thời điểm ICD lần thứ 6 được thông qua vào năm 1948, đã có một số nhà quản lý y tế công cộng, quản lý chăm sóc y tế, quản lý an sinh xã hội và các nhà nghiên cứu thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau trong y tế đề nghị có một Bảng phân loại phù hợp với các ứng dụng bệnh tật. Do đó, ICD đã được biên tập để phù hợp cho việc nhóm các số liệu bệnh tật (ngoài cách sử dụng truyền thống), các quan điểm bệnh tật cũng được mở rộng rất nhiều trong những lần Hiệu đính sau. Số liệu bệnh tật được sử dụng ngày càng tăng trong việc xây dựng chương trình, chính sách, và trong quản lý, giám sát, đánh giá, trong dịch tễ học, trong xác định nguy cơ của quần thể, trong nghiên cứu lâm sàng (bao gồm nghiên cứu bệnh tật ở các nhóm kinh tế xã hội khác nhau).

Tình trạng bệnh được sử dụng cho phân tích bệnh đơn lẻ duy nhất là bệnh chính được điều trị hoặc tìm ra trong quá trình khám, chữa bệnh. Bệnh chính được định nghĩa là bệnh được chẩn đoán vào giai đoạn cuối của quá trình khám, chữa bệnh, là nguyên nhân chính khiến người bệnh cần tới chăm sóc y tế. Nếu có nhiều hơn một bệnh, thì bệnh đòi hỏi nhiều nguồn lực nhất để điều trị nên được chọn là bệnh chính. Nếu người bệnh không được chẩn đoán, triệu chứng chính, dấu hiệu bất thường cũng nên chọn là bệnh chính.

Ngoài bệnh chính, trong hồ sơ, bệnh án nên liệt kê cả những bệnh kèm theo được chẩn đoán trong quá trình khám, chữa bệnh. Tình trạng bệnh khác được định nghĩa là cùng tồn tại hoặc phát triển trong quá trình khám, chữa bệnh và ảnh hưởng tới sức khỏe của người bệnh. Những bệnh trước đây, không có liên quan tới giai đoạn bệnh hiện tại thì không nên ghi lại.

Bằng cách giới hạn một bệnh duy nhất cho mỗi giai đoạn, một số thông tin có sẵn có thể bị bỏ qua. Do đó, nên tiến hành mã hóa và phân tích “đa trạng thái” để bổ sung cho số liệu thường kỳ. Việc này được thực hiện tùy theo quy định tại từng quốc gia, khu vực mà không có một quy định quốc tế bắt buộc nào.

4.4.1. Hướng dẫn cho việc ghi thông tin chẩn đoán phục vụ cho việc phân tích bệnh duy nhất.

Tổng quát

Trong mỗi giai đoạn khám, chữa bệnh, người làm công tác điều trị cho người bệnh nên ghi lại một bệnh chính và các bệnh kèm theo. Thông tin này nên được ghi chép, sắp xếp một cách hệ thống. Hồ sơ, bệnh án được ghi chép đúng, đầy đủ là cần thiết để quản lý tốt

người bệnh và là một nguồn thông tin có giá trị về dịch tễ học, số liệu thống kê bệnh tật và những vấn đề chăm sóc y tế khác.

Tính cụ thể và chi tiết

Mỗi nội dung chẩn đoán nên càng có nhiều thông tin càng tốt, điều này giúp cho việc phân loại bệnh được cụ thể. Ví dụ về các chẩn đoán:

- Carcinoma tế bào chuyển tiếp trigone của bàng quang
- Viêm ruột thừa cấp với thủng
- Đục thủy tinh thể do đái tháo đường, phụ thuộc insulin
- Viêm màng ngoài tim do não mô cầu
- Chăm sóc trước khi sinh cho cao huyết do mang thai gây ra
- Song thị do phản ứng dị ứng với điều trị chống histamin
- Thấp khớp xương hang do rạn xương hang cũ
- Gãy cổ xương đùi sau khi ngã ở nhà
- Bỏng lòng bàn tay độ ba

Chẩn đoán hoặc triệu chứng

Nếu không có chẩn đoán rõ ràng được đưa ra vào cuối quá trình điều trị, những thông tin cụ thể, chi tiết về bệnh, điều kiện chăm sóc nên được ghi lại. Điều này được thực hiện bằng cách ghi rõ các triệu chứng, dấu hiệu bất thường thay vì chỉ đánh giá một chẩn đoán là “có thể” hoặc “ngghi ngờ”, dù chẩn đoán đó có được cân nhắc nhưng đã không được khẳng định.

Tiếp xúc với dịch vụ y tế vì những lý do khác với bệnh tật

Các giai đoạn chăm sóc sức khỏe hoặc tiếp xúc với dịch vụ y tế không chỉ là việc điều trị hay xem xét về bệnh tật hoặc chấn thương hiện tại. Các giai đoạn cũng có thể xảy ra khi một người hiện tại không bị bệnh nhưng có yêu cầu hoặc nhận được dịch vụ giới hạn; Chi tiết của những tình huống liên quan nên được ghi nhận như là “bệnh chính”. Ví dụ:

- Theo dõi những bệnh được điều trị trước đây
- Tiêm chủng
- Quản lý thai sản, chăm sóc trước và sau sinh
- Giám sát những người có nguy cơ do tiền sử cá nhân và gia đình
- Khám cho người khỏe, Ví dụ để bảo hiểm hoặc lý do nghề nghiệp
- Tìm kiếm lời khuyên liên quan đến sức khỏe
- Những người có vấn đề xã hội đề nghị được tư vấn
- Tư vấn nhân danh bên thứ ba

Chương XXI (Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế) có chứa một rất nhiều nhóm bệnh (Z00-Z99) để phân loại cho các tình huống này.

Nhiều tình trạng bệnh

Khi mà một quá trình khám, chữa bệnh có liên quan tới một số bệnh (ví dụ đa chấn thương, đa di chứng của bệnh hoặc chấn thương trong quá khứ, hoặc đa trạng thái xảy ra ở bệnh HIV), thì bệnh nặng hơn, đòi hỏi nhiều nguồn lực để điều trị hơn nên được ghi nhận là “bệnh chính” và các bệnh khác ghi là “bệnh kèm theo”. Nếu có một bệnh chiếm ưu thế, thuật ngữ “gãy xương nhiều nơi”, “chấn thương đầu nhiều nơi”, “HIV dẫn đến đa viêm nhiễm” có thể ghi nhận như là “bệnh chính”, theo sau là danh sách các bệnh khác. Nếu có một số trạng thái như thế và không có bệnh nào chiếm ưu thế, thì cụm từ “đa chấn thương” hoặc “đa chấn thương nặng” nên được ghi riêng.

Bệnh do nguyên nhân ngoại sinh

Khi một tình trạng như chấn thương, ngộ độc hoặc hậu quả khác của nguyên nhân ngoại sinh được ghi nhận, điều quan trọng là phải mô tả đầy đủ cả đặc tính của bệnh và tình huống gây ra nó. Ví dụ “gãy cổ xương đùi vì ngã do trượt trên vỉa hè trơn”; “chấn thương sọ não do xe bị mất lái, đâm vào cây”; “ngộ độc không chủ ý – người bệnh uống nhầm chất tẩy rửa vì tưởng đó là nước ngọt”; hoặc “giảm thân nhiệt trầm trọng – người bệnh ngã trong vườn dưới thời tiết lạnh”.

Điều trị di chứng

Nếu quá trình điều trị bệnh hoặc khi xem xét di chứng của một bệnh là ở trong quá khứ thì di chứng nên được mô tả đầy đủ và trình bày rõ ràng là bệnh cũ không còn hiện diện. Ví dụ “vẹo vách ngăn mũi gây vờ mũi khi còn nhỏ”, “co gân gót chân-hậu quả của tổn thương gân”, hoặc “vô sinh do tắc ống dẫn trứng do bệnh lao cũ”.

Khi có nhiều di chứng cùng tồn tại và sự điều trị không tập trung trực tiếp vào một trong những di chứng đó, việc ghi nhận “di chứng của tai biến mạch máu não” hoặc “di chứng của gãy xương nhiều nơi” là có thể chấp nhận được.

4.4.2. Hướng dẫn cho việc mã hóa “bệnh chính” và “các bệnh kèm theo”

Tổng quát

Người làm công tác điều trị nên là người chịu trách nhiệm ghi nhận lại “Bệnh chính” và “các bệnh kèm theo” liên quan đến quá trình khám, chữa bệnh, như vậy sự mã hóa sẽ không gặp nhiều khó khăn. Bất cứ khi nào có sự không thống nhất trong việc ghi chép bệnh chính nên kiểm tra lại. Nếu không có điều kiện kiểm tra, các Quy tắc MB1 đến MB5 (Phần 4.4.3) sẽ giúp cho người mã hóa xử lý được những nguyên nhân phổ biến về ghi chép không đúng. Hướng dẫn sau đây được dùng khi người mã hóa không biết nên dùng loại mã bệnh nào.

“Các bệnh kèm theo” liên quan đến quá trình khám, chữa bệnh nên được ghi cùng với bệnh chính, thậm chí cho sự phân tích đơn nguyên nhân, vì những thông tin này có thể giúp chọn chính xác mã ICD cho bệnh chính.

Mã bổ sung không bắt buộc

Trong hướng hướng dẫn sau đây, mã ưu tiên cho “bệnh chính” đôi khi được đưa ra cùng với mã bổ sung không bắt buộc để cung cấp thêm thông tin. Mã ưu tiên chỉ “bệnh chính” dành cho phân tích đơn nguyên nhân, mã bổ sung có thể thêm vào để cho phân tích đa nguyên nhân.

Mã bệnh có áp dụng hệ thống hoa thị và chữ thập

Nếu có thể, cả mã hoa thị và mã chữ thập nên được dùng cho bệnh chính, vì chúng biểu thị hai hướng khác nhau cho một bệnh đơn lẻ.

Ví dụ 1: Bệnh chính: Viêm phổi do sởi

Bệnh kèm theo: -

Mã theo sởi biến chứng viêm phổi (B05.2†) và viêm phổi trong các bệnh nhiễm virus được phân loại nơi khác (J17.1*).

Ví dụ 2: Bệnh chính: Viêm ngoại tâm mạc do lao

Bệnh kèm theo: -

Mã theo lao của những cơ quan xác định khác (A18.8†) viêm ngoại tâm mạc trong các bệnh nhiễm khuẩn được phân loại nơi khác (I32.0*).

Ví dụ 3: Bệnh chính: Viêm khớp do bệnh Lyme

Bệnh kèm theo: -

Mã theo bệnh Lyme (A69.2†) và viêm khớp do bệnh Lyme (M01.2*).

Mã bệnh còn nghi ngờ, triệu chứng, phát hiện bất thường, các trường hợp không mắc bệnh

Nếu mã hóa cho người bệnh nội trú, người mã hóa phải chú ý khi phân loại với bệnh chính thuộc Chương XVIII và XXI. Nếu không có chẩn đoán cụ thể vào giai đoạn cuối trước khi người bệnh xuất viện, hoặc nếu bệnh hoặc chấn thương hiện tại không thể mã hóa, thì mã bệnh từ những chương trên có thể được chấp nhận (Xem thêm Quy tắc MB3 và MB5, Phần 4.4.3). Các nhóm bệnh có thể được sử dụng theo cách thông thường cho những giai đoạn tiếp xúc với dịch vụ y tế.

Nếu sau giai đoạn điều trị, bệnh chính vẫn chỉ được ghi nhận là “còn nghi ngờ”, “còn không chắc chắn”, và không có thêm thông tin nào khác thì chẩn đoán nghi ngờ phải mã như là đã được xác định.

Nhóm bệnh Z03.- (Quan sát y học và đánh giá về bệnh và bệnh nghi ngờ) áp dụng cho chẩn đoán nghi ngờ có thể được loại bỏ sau khi xem xét.

Ví dụ 4: Bệnh chính: Nghi viêm túi mật cấp

Bệnh kèm theo: -

Mã theo viêm túi mật cấp (K81.0) như là “bệnh chính”.

Ví dụ 5: Bệnh chính: Nhập viện cho việc điều tra u ác cổ tử cung-loại trừ
Mã theo quan sát khi nghi u ác tính (Z03.1) như là “bệnh chính”.

Ví dụ 6: Bệnh chính: Nhồi máu cơ tim bị loại

Bệnh kèm theo: -

Mã theo dõi vì nghi ngờ có nhồi máu cơ tim (Z03.4) như là “bệnh chính”

Ví dụ 7: Bệnh chính: Chảy máu cam nặng

Bệnh kèm theo: -

Người bệnh nằm viện một ngày. Không có quy trình hoặc thông tin nào được báo cáo.

Mã theo chảy máu cam (04.0). Điều này có thể chấp nhận được vì người bệnh rõ ràng được nhập viện để cấp cứu.

Mã nhiều bệnh

Khi nhiều bệnh được ghi nhận dưới tiêu đề “Đa...” và không có bệnh nào tỏ ra chiếm ưu thế, mã “Đa...” nên được sử dụng như là mã ưu tiên và mã bổ sung không bắt buộc có thể thêm vào danh sách các bệnh của cá nhân.

Cách mã hóa này chủ yếu áp dụng với các bệnh liên quan tới HIV, chấn thương và di chứng.

Mã các nhóm bệnh kết hợp

Trong ICD có một số nhóm bệnh bao gồm hai bệnh hoặc là một bệnh kết hợp với một quá trình thứ phát liên quan và đại diện bằng một mã duy nhất. Các nhóm bệnh kết hợp như vậy nên được coi là bệnh chính. Trong bảng Danh mục bệnh theo chữ cái (Tập 3), những nhóm bệnh kết hợp đi cùng từ “với”, xuất hiện ngay sau cụm từ mở đầu. Hai hoặc nhiều bệnh ghi dưới mục “bệnh chính” có thể được liên kết nếu một trong các bệnh đó được xem là tính từ bổ nghĩa cho từ khác.

Ví dụ 8: Bệnh chính: Suy thận

Bệnh kèm theo: Bệnh thận do cao huyết áp

Mã theo bệnh thận do cao huyết áp có suy thận (I12.0) như là “bệnh chính”.

Ví dụ 9: Bệnh chính: Glôcôm thứ phát do viêm mắt

Bệnh kèm theo: -

Mã theo glôcôm thứ phát do viêm mắt (H40.4) như là “bệnh chính”.

Ví dụ 10: Bệnh chính: Tắc ruột

Bệnh kèm theo: Thoát vị bẹn bên trái

Mã theo thoát vị bẹn một bên hay không xác định, có tắc, không hoại thư (K40.3).

Ví dụ 11: Bệnh chính: Đục thủy tinh thể. Đái đường phụ thuộc insulin

- Bệnh kèm theo: Cao huyết áp
Chuyên khoa: Nhãn khoa
Mã theo dõi đường phụ thuộc insulin có biến chứng mắt (E10.3†) và đục thủy tinh thể do đái đường (H28.0*) như là “bệnh chính”.
- Ví dụ 12:* Bệnh chính: Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin
Bệnh kèm theo: Cao huyết áp
Viêm thấp khớp
Đục thủy tinh thể
Chuyên ngành: Đa khoa
Mã theo dõi bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin, không có biến chứng (E11.9) như là “Bệnh chính”. Chú ý trong ví dụ này không có mối liên hệ giữa đục thủy tinh thể với đái đường vì hai bệnh này không cùng được ghi nhận ở dòng “bệnh chính”.

Mã nguyên nhân ngoại sinh của bệnh

Đối với chấn thương và những bệnh do nguyên nhân ngoại sinh, phải mã hóa cả đặc tính của bệnh và tình huống ngoại sinh gây ra nó. Mã “bệnh chính” nên để mô tả tính chất của bệnh. Những mã bệnh này thường có trong Chương XIX. Mã bệnh ở Chương XX để chỉ nguyên nhân ngoại sinh sẽ được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc.

- Ví dụ 13:* Bệnh chính: Gãy cổ xương đùi vì ngã do vấp vỉa hè không phẳng

Bệnh kèm theo: Giập khuỷu tay và cánh tay

Mã theo dõi gãy cổ xương đùi (S72.0) như là “bệnh chính”. Mã nguyên nhân ngoại sinh vì ngã trên mặt bằng do trượt, vấp hoặc lộn nhào chân trên đường phố hoặc đường phố hoặc đường cao tốc (W01.4) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

- Ví dụ 14:* Bệnh chính: Giảm thân nhiệt trầm trọng – người bệnh ngã trong vườn dưới thời tiết lạnh

Bệnh kèm theo: Lão suy

Mã theo dõi hạ nhiệt độ (T68) như là “bệnh chính”. Mã nguyên nhân ngoại sinh vì phơi nhiễm thời tiết lạnh quá mức (X31) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

- Ví dụ 15:* Bệnh chính: Song thị do dị ứng với dùng kháng histamin

Bệnh kèm theo: -

Mã theo dõi song thị (H53.2) như là “bệnh chính”. Mã nguyên nhân ngoại sinh cho thuốc chống dị ứng và nôn gây ra phản ứng phụ trong trị liệu (Y43.0) có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 16: Bệnh chính: Đái huyết sắc tố do luyện tập chạy việt dã (luyện tập chạy ngoài trời trong sân vận động)

Bệnh kèm theo: -

Mã theo đái huyết sắc tố do tan máu từ những nguyên nhân bên ngoài khác (D59.6) như là “bệnh chính”. Mã nguyên nhân ngoại sinh cho cố gắng quá mức và những động tác nặng nhọc lặp đi lặp lại trong lĩnh vực thể thao và điền kinh (X50.3) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Mã di chứng của một số bệnh

Trong ICD có một số nhóm bệnh có tiêu đề “Di chứng của...” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89), nhóm bệnh này có thể được sử dụng để chỉ bệnh không còn trong hiện diện nhưng là nguyên nhân của việc đang phải điều trị. Mã ưu tiên cho “bệnh chính” là mã cho tính chất của di chứng, mã “Di chứng của...” có thể được thêm vào như là một mã bổ sung không bắt buộc.

Khi có một số di chứng khác nhau cùng tồn tại và không có di chứng nào chiếm ưu thế về mức độ trầm trọng, đòi hỏi nguồn lực nhiều hơn để điều trị, có thể cho phép mô tả “Di chứng của...” được ghi nhận như là “bệnh chính”. Chú ý rằng trạng thái nhân quả được miêu tả như là “cũ”, “không còn hiện diện”... hoặc trạng thái kết quả được mô tả như là “hậu quả muộn của...” hoặc “di chứng của...”. Không có khoảng thời gian tối thiểu.

Ví dụ 17: Bệnh chính: Loạn vận động ngôn ngữ do nhồi máu cơ tim cũ

Bệnh khác: -

Mã theo loạn vận động ngôn ngữ (R47.0) là “bệnh chính”. Mã bệnh di chứng nhồi máu não (I69.3) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 18: Bệnh chính: Thoái hóa khớp hang do gãy xương đùi cũ từ tai nạn xe mô tô 10 năm trước đây.

Bệnh kèm theo: -

Mã theo các viêm khớp hàng sau chấn thương khác (M16.5) như là “bệnh chính”. Mã cho di chứng gãy xương đùi (T93.1) và di chứng tai nạn xe mô tô (Y85.0) có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 19: Bệnh chính: Hậu quả của bại liệt

Bệnh kèm theo: -

Mã theo di chứng bại liệt (B91) là “bệnh chính” vì không có thông tin khác.

Mã của bệnh cấp và mạn tính

Khi bệnh được ghi nhận là cấp tính (hoặc bán cấp) và mạn tính, ICD có một số mã bệnh riêng dành cho những bệnh này, nhưng không phải để cho sự kết hợp, nhóm bệnh cấp tính nên được dùng như là bệnh chính ưu tiên.

Ví dụ 20: Bệnh chính: Viêm túi mật cấp và mạn

Bệnh kèm theo: -

Mã theo viêm túi mật cấp (K81.0) như “bệnh chính”. Mã cho viêm túi mật mạn (K81.1) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 21: Bệnh chính: Đợt cấp viêm phế quản tắc nghẽn mạn

Bệnh kèm theo: -

Mã theo bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với đợt cấp 4 (J44.1) là “bệnh chính” vì ICD cung cấp mà phù hợp cho sự kết hợp.

Mã của tình trạng hậu phẫu thuật và biến chứng

Các nhóm bệnh ở Chương XIX (T80-T88) là cho một số biến chứng liên quan đến quá trình phẫu thuật, thủ thuật khác, Ví dụ nhiễm trùng vết thương phẫu thuật, biến chứng do thiết bị cấy ghép, sốc...Hầu hết các chương về hệ thống cơ thể đều chứa các nhóm bệnh xảy ra như là hậu quả của một kỹ thuật, phương thức cụ thể hoặc là hậu quả của việc cắt bỏ một cơ quan. Ví dụ hội chứng phù nề lympho, hậu phẫu hoặc cắt bỏ vú, suy giáp sau xạ trị. Một số bệnh (Ví dụ viêm phổi, tắc nghẽn phổi) có thể xuất hiện trong giai đoạn hậu phẫu thuật không được xem là thực thể duy nhất và do đó được mã hóa theo cách thông thường, nhưng mã bổ sung Y83-Y84 có thể thêm vào để xác định mối quan hệ với một quá trình phẫu thuật, thủ thuật.

Ví dụ 22: Bệnh chính: Suy giáp do phẫu thuật cắt tuyến giáp một năm trước

Bệnh kèm theo: -

Chuyên ngành Đa khoa

Mã theo suy giáp sau phẫu thuật (E89.0) là “bệnh chính”.

Ví dụ 23: Bệnh chính: Chảy máu nhiều sau khi nhổ răng

Bệnh kèm theo: Đau

Chuyên ngành: Nha khoa

Mã theo biến chứng chảy máu do thủ thuật (T81.0) như “bệnh chính”.

Ví dụ 24: Bệnh chính: Rối loạn tâm thần hậu phẫu thuật thẩm mỹ

Bệnh kèm theo: -

Chuyên ngành: Tâm thần học

Mã theo rối loạn thần (F09) là “bệnh chính” và được bổ sung bởi Y83.8 (phẫu thuật ngoại khoa khác [như là nguyên nhân phản ứng bất thường của người bệnh]) cho thấy mối quan hệ đến hậu phẫu thuật.

4.4.3. Quy tắc lựa chọn lại khi bệnh chính được ghi nhận không chính xác

Người làm công tác điều trị là người đưa ra chẩn đoán “bệnh chính” của người bệnh, sau đó dựa trên các hướng dẫn và các ghi chú cụ thể ở Phần 4.4.4, việc mã hóa sẽ được thực hiện. Tuy nhiên, trong một số trường hợp hoặc khi có thông tin rõ ràng rằng việc chẩn đoán “bệnh chính” được thực hiện không theo đúng quy trình. Nếu không thể khai thác thêm thông tin từ người đưa ra chẩn đoán, các quy tắc sau đây cần được áp dụng để chọn lại “bệnh chính”.

Quy tắc lựa chọn lại bệnh chính

Quy tắc MB1. Bệnh nhẹ được ghi nhận như là bệnh chính, bệnh quan trọng hơn lại được ghi nhận là bệnh kèm theo

Khi một bệnh nhẹ hoặc bệnh kéo dài hoặc một vấn đề sức khỏe kèm theo được ghi nhận là “bệnh chính”, trong khi bệnh quan trọng hơn, liên quan với các liệu pháp điều trị được đưa ra hay liên quan tới các chuyên khoa đang điều trị lại được ghi nhận là “bệnh kèm theo”.

Quy tắc MB2. Nhiều bệnh được coi là “bệnh chính”

Nếu nhiều bệnh cùng một lúc và không thể mã hóa chung lại thành một “bệnh chính”, cần xem xét lại hồ sơ bệnh án để tìm xem bệnh nào là nguyên nhân chính khiến người bệnh đến cơ sở y tế, đó là “bệnh chính”. Nếu không xác định được thì chọn bệnh ghi đầu tiên là bệnh chính.

Quy tắc MB3. Bệnh được ghi nhận là “bệnh chính” là triệu chứng của bệnh được chẩn đoán và điều trị

Nếu một triệu chứng hoặc dấu hiệu (thường được xếp vào Chương XVIII), hoặc một vấn đề sức khỏe được xếp vào Chương XXI được ghi nhận là “bệnh chính” và đó rõ ràng là dấu hiệu hoặc triệu chứng hoặc vấn đề của một bệnh đã được chẩn đoán và được ghi nhận ở nơi khác trong hồ sơ bệnh án, việc chăm sóc, điều trị tập trung vào bệnh này. Chọn lại bệnh đã được chẩn đoán này là “bệnh chính”.

Quy tắc 4. Tính đặc hiệu

Khi chẩn đoán mô tả bệnh một cách chung chung lại được ghi nhận là “bệnh chính” và nếu có nội dung cung cấp thông tin chính xác hơn về vị trí, bản chất của bệnh được ghi nhận ở một nơi khác trong hồ sơ bệnh án, chọn lại nội dung này là “bệnh chính”.

Quy tắc 5. Các chẩn đoán thay thế

Khi một triệu chứng hoặc dấu hiệu được ghi nhận là “bệnh chính” và có những thông tin cho thấy triệu chứng hoặc dấu hiệu đó có thể do một bệnh hoặc nhiều bệnh khác nhau gây nên, chọn triệu chứng như là “bệnh chính”. Khi có hai bệnh trở lên được ghi nhận như là các phương án chẩn đoán của “bệnh chính”, chọn bệnh đầu tiên được ghi nhận.

Ví dụ áp dụng Quy tắc lựa chọn lại bệnh chính

Quy tắc MB1. Bệnh nhẹ được ghi nhận như là bệnh chính, bệnh quan trọng hơn lại được ghi nhận là bệnh kèm theo

Khi một bệnh nhẹ hoặc bệnh kéo dài hoặc một vấn đề sức khỏe kèm theo được ghi nhận là “bệnh chính”, trong khi bệnh quan trọng hơn, liên quan với các liệu pháp điều trị được đưa ra hay liên quan tới các chuyên khoa đang điều trị lại được ghi nhận là “bệnh kèm theo”.

Ví dụ 1: Bệnh chính: Viêm xoang cấp
Bệnh kèm theo: Carcinoma cổ tử cung
Cao huyết áp
Người bệnh nằm viện trong 3 tuần
Phẫu thuật: Cắt bỏ tử cung toàn phần
Chuyên khoa: Sản phụ khoa
Chọn lại carcinoma cổ tử cung là “bệnh chính” và mã theo C53.0

Ví dụ 2: Bệnh chính: Viêm thấp khớp
Bệnh kèm theo: Đái tháo đường
Thoái vị đùi tắc nghẽn
Xơ cứng động mạch toàn thân
Bệnh nhân nằm viện hai tuần.
Phẫu thuật: thoát vị
Chuyên khoa: Ngoại
Chọn lại thoát vị đùi bị tắc nghẽn là “bệnh chính” và mã K41.3

Ví dụ 3: Bệnh chính: Động kinh
Bệnh kèm theo: Bệnh nấm tai
Chuyên khoa: Tai mũi họng
Chọn lại bệnh nấm tai là “bệnh chính” và mã B36.9† và H62.2*

Ví dụ 4: Bệnh chính: Suy tim sung huyết
Bệnh kèm theo: Gãy xương đùi do ngã từ trên giường trong khi nhập viện
Người bệnh nằm viện 4 tuần
Phẫu thuật: Cố định xương gãy bên trong
Chuyên khoa: Nội khoa trong 1 tuần sau đó chuyển sang phẫu thuật chỉnh hình để điều trị gãy xương
Chọn lại gãy xương đùi là “bệnh chính” và mã S72.0.

Ví dụ 5: Bệnh chính: Sâu răng
Bệnh kèm theo: Hẹp van hai lá do thấp
Thủ thuật: Nhổ răng
Chuyên khoa: Nha khoa
Chọn sâu răng là “bệnh chính” và mã K02.9. Quy tắc MB1 không áp dụng. Mặc dù sâu răng có thể được xem như là bệnh phụ và hẹp van hai lá do thấp

là bệnh có ý nghĩa hơn, hẹp van hai lá không phải là “bệnh chính” đang được điều trị.

Quy tắc MB2. Nhiều bệnh được coi là “bệnh chính”

Nếu nhiều bệnh cùng một lúc và không thể mã hóa chung lại thành một “bệnh chính”, cần xem xét lại hồ sơ bệnh án để tìm xem bệnh nào là nguyên nhân chính khiến người bệnh đến cơ sở y tế, đó là “bệnh chính”. Nếu không xác định được thì chọn bệnh ghi đầu tiên là bệnh chính.

Ghi chú: Xem phần 4.4.2, mã đa tình trạng và mã các loại kết hợp.

Ví dụ 6: Bệnh chính: Đục thủy tinh thể
Viêm màng não do tụ cầu
Bệnh tim do thiếu máu cục bộ
Bệnh kèm theo: -
Bệnh nhân nằm viện 5 tuần
Chuyên khoa: Thần kinh học
Chọn viêm màng não do tụ cầu là “bệnh chính” và mã G00.3

Ví dụ 7: Bệnh chính: Viêm phế quản nghẽn mạn tính
Phì đại tuyến tiền liệt
Vảy nến thông thường
Người bệnh ngoại trú dưới sự chăm sóc của bác sĩ da liễu.
Chọn vảy nến thông thường là “bệnh chính” và mã L40.0

Ví dụ 8: Bệnh chính: Hẹp van hai lá
Viêm phế quản cấp
Viêm thấp khớp
Bệnh kèm theo: -
Chuyên khoa: Đa khoa
Không có thông tin về điều trị
Chọn hẹp van hai lá, bệnh được đề cập đầu tiên là “bệnh chính” và mã (I05.0)

Ví dụ 9: Bệnh chính: Viêm dạ dày mạn
Ác tính thứ phát trong hạch lympho đuôi nách
Carcinom vú
Bệnh kèm theo: -
Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ vú
Chọn u ác của vú là “bệnh chính” và mã C50.9

Ví dụ 10: Bệnh chính: Vỡ ối sớm
Ngôi ngược
Thiếu máu
Bệnh kèm theo: -
Thủ thuật: Đẻ thường

Chọn vỡ ối sớm, tình trạng được đề cập đầu tiên là “bệnh chính” và mã Q42.9

Quy tắc MB3. Bệnh được ghi nhận là “bệnh chính” là triệu chứng của bệnh được chẩn đoán và điều trị

Nếu một triệu chứng hoặc dấu hiệu (thường được xếp vào Chương XVIII), hoặc một vấn đề sức khỏe được xếp vào Chương XXI được ghi nhận là “bệnh chính” và đó rõ ràng là dấu hiệu hoặc triệu chứng hoặc vấn đề của một bệnh đã được chẩn đoán và được ghi nhận ở nơi khác trong hồ sơ bệnh án, việc chăm sóc, điều trị tập trung vào bệnh này. Chọn lại bệnh đã được chẩn đoán này là “bệnh chính”.

Ví dụ 11: Bệnh chính: Đái ra máu
Bệnh kèm theo: Giãn tĩnh mạch chân
U ác bàng quang
Điều trị: Cắt bỏ khối u bàng quang bằng phương pháp thấu nhiệt
Chuyên khoa: Thận - Tiết niệu
Chọn khối u bàng quang là “bệnh chính” và mã D41.4

Ví dụ 12: Bệnh chính: Hôn mê
Bệnh kèm theo: Bệnh tim do thiếu máu cục bộ
Hẹp tai
Đái tháo đường, phụ thuộc insulin
Chuyên khoa: Nội tiết
Chăm sóc: Chỉ định đúng liều insulin
Chọn lại đái tháo đường, phụ thuộc insulin là “bệnh chính” và mã E10.0.
Thông tin cung cấp cho thấy hôn mê là do đái tháo đường và hôn mê cần phải được chú ý khi sửa mã bệnh.

Ví dụ 13: Bệnh chính: Con đau vùng bụng
Bệnh kèm theo: viêm ruột thừa cấp
Thủ thuật: Cắt bỏ ruột thừa
Chọn lại viêm ruột thừa là “bệnh chính” và mã K35.9

Ví dụ 14: Bệnh chính: Co giật so sốt
Bệnh kèm theo: Thiếu máu
Không có thông tin về điều trị
Chấp nhận co giật so sốt là “bệnh chính” và mã R56.0. Quy tắc MB3 không áp dụng vì “bệnh chính” được ghi nhận không phải là triệu chứng của bệnh khác được báo cáo.

Quy tắc 4. Tính đặc hiệu

Khi chẩn đoán mô tả bệnh một cách chung chung lại được ghi nhận là “bệnh chính” và nếu có nội dung cung cấp thông tin chính xác hơn về vị trí, bản chất của bệnh được ghi nhận ở một nơi khác trong hồ sơ bệnh án, chọn lại nội dung này là “bệnh chính”.

Ví dụ 15: Bệnh chính: Tai biến mạch máu não
Bệnh kèm theo: Đái tháo đường
Cao huyết áp
Xuất huyết não

Chọn lại xuất huyết não là “bệnh chính” và mã I61.9

Ví dụ 16: Bệnh chính: Bệnh tim bẩm sinh
Bệnh kèm theo: Thông liên nhát

Chọn lại thông liên nhát là “bệnh chính” và mã Q21.0

Ví dụ 17: Bệnh chính: Viêm đường ruột
Bệnh kèm theo: Bệnh Crohn hồi tràng

Chọn lại bệnh Crohn hồi tràng là “bệnh chính” và mã K50.0

Ví dụ 18: Bệnh chính: Đẻ khó
Bệnh kèm theo: T hai úng thùy
Tổn thương thai

Thủ thuật: Mổ lấy thai

Chọn lại chuyển dạ ngừng tiền triển do bất thường khác của thai là “bệnh chính” và mã O66.3

Quy tắc 5. Các chẩn đoán thay thế

Khi một triệu chứng hoặc dấu hiệu được ghi nhận là “bệnh chính” và có những thông tin cho thấy triệu chứng hoặc dấu hiệu đó có thể do một bệnh hoặc nhiều bệnh khác nhau gây nên, chọn triệu chứng như là “bệnh chính”. Khi có hai bệnh trở lên được ghi nhận như là các phương án chẩn đoán của “bệnh chính”, chọn bệnh đầu tiên được ghi nhận.

Ví dụ 19: Bệnh chính: Đau đầu do stress và căng thẳng hoặc viêm xoang cấp.
Bệnh kèm theo: -
Chọn lại đau đầu là “bệnh chính” và mã R51.

Ví dụ 20: Bệnh chính: Viêm túi mật cấp
Bệnh kèm theo: -
Chọn viêm túi mật cấp là “bệnh chính” và mã K81.0.

Ví dụ 21: Bệnh chính: Viêm dạ dày- ruột do nhiễm trùng hoặc ngộ độc thức ăn
Bệnh kèm theo: -
Chọn lại viêm dạ dày- ruột do nhiễm trùng là “bệnh chính” và mã A09.

4.4.4. Các ghi chú cho các chương cụ thể

Các hướng dẫn dưới đây có thể giúp giải quyết những khó khăn gặp phải khi lựa chọn mã “bệnh chính” là một số nhóm bệnh tại các chương. Các Quy tắc ở phần trên vẫn có thể áp dụng đối với tất cả các chương trừ khi có quy định khác.

Chương I. Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng

B20-B24 Bệnh (HIV) nhiễm virus suy giảm miễn dịch ở người

Một người bệnh bị suy giảm hệ thống miễn dịch do nhiễm HIV nhiều khi cần phải điều trị thêm các bệnh khác trong cùng một giai đoạn, ví dụ nhiễm mycobacterial và cytomegalovirus. Các nhóm bệnh được đề cập trong phần này (B20-B24) là bệnh phát sinh do nhiễm HIV. Mã “bệnh chính” là do người làm công tác điều trị lựa chọn.

Khi “bệnh chính” được ghi nhận là bệnh HIV cùng nhiều bệnh kèm theo, mã bệnh thích hợp là mã có ký tự “.7” (Nhóm bệnh B20-B22). Với các bệnh có thể phân loại theo hai hoặc nhiều bệnh trong nhóm bệnh thì mã thích hợp là “.7”. Mã bệnh B22.7 nên được sử dụng khi một bệnh có thể phân loại theo hai hoặc nhiều bệnh trong nhóm bệnh từ B20-B22. Mã bổ sung trong nhóm bệnh B20 – B24 có thể được dùng nếu muốn nhấn mạnh tới danh sách bệnh của một người bệnh.

Đối với các trường hợp chắc chắn bị bệnh trước khi nhiễm HIV, áp dụng các Quy tắc lựa chọn như thông thường và không nên mã hóa như trên.

Ví dụ 1: Bệnh chính: Bệnh HIV và sarcom Kaposi.

Bệnh kèm theo: -

Mã bệnh HIV dẫn đến sarcom Kaposi (B21.0).

Ví dụ 2: Bệnh chính: Người bệnh HIV nhiễm toxoplasma và nhiễm cryptococcus

Bệnh kèm theo: -

Mã theo bệnh HIV dẫn đến đa nhiễm trùng (B20.7). B20.8 (Bệnh HIV dẫn đến bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng khác) và B20.5 (Bệnh HIV dẫn đến nhiễm nấm khác) có thể được dùng như mã bổ sung nếu muốn.

Ví dụ 3: Bệnh chính: Bệnh HIV với viêm phổi Pneumocytis carinii, u lympho Burkitt, và nhiễm candida

Bệnh kèm theo: -

Mã theo bệnh HIV dẫn đến nhiều bệnh phân loại phần khác (B22.7). Mã bổ sung B20.6 (Bệnh HIV dẫn đến viêm phổi Pneumocytis Carinni), B21.1 (Bệnh HIV dẫn đến u lympho Burkitt) và B20.4 (Bệnh HIV dẫn đến candida) có thể được sử dụng nếu muốn.

Các bệnh có 4 ký tự thuộc nhóm từ B20-B23 là các bệnh áp dụng cho những nước sử dụng phiên bản ICD – 10 bốn ký tự. Nếu không muốn sử dụng các bệnh 4 ký tự, các mã ở nơi khác trong bảng phân loại nên được sử dụng như là mã bổ sung để xác định hậu quả của tình trạng bệnh cụ thể. Trong Ví dụ 1 ở trên, “Bệnh chính” được mã là B21

(Bệnh HIV gây nên ung thư ác tính). Mã C46.9 (sarcom Kaposi) sẽ được dùng như mã bổ sung. Ở Ví dụ 2, “Bệnh chính” được mã là B20 (Bệnh HIV dẫn đến bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng). Mã B58.9 (nhiễm Toxoplasma, không xác định) và B45.9 (nhiễm Cryptococcus, không xác định) được dùng như mã bổ sung.

Sử dụng các bệnh có 4 ký tự thuộc nhóm từ B20-B23 hoặc mã đa nguyên nhân để xác định tình trạng bệnh cụ thể là một quyết định đúng nên được thực hiện khi áp dụng ICD-10.

B90-B94. Di chứng của bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính” nếu có biểu hiện còn lại của tình trạng bệnh được ghi nhận. Khi mã theo tình trạng bệnh còn lại, nhóm B90-B94 có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc (xem Phần 4.4.2, Mã di chứng của những bệnh xác định).

B95-B97 Nhiễm khuẩn, virus và tác nhân gây nhiễm trùng khác

Những mã này không được dùng như là “bệnh chính”. Các nhóm bệnh được đưa ra những là mã bổ sung không bắt buộc để xác định tác nhân gây nhiễm trùng hoặc vi sinh viêm nhiễm trong các bệnh được phân loại ngoài Chương I. Nhiễm khuẩn có vị trí không xác định do các tác nhân này được phân loại ở nơi khác của Chương I.

Ví dụ 4: Bệnh chính: Viêm bàng quang cấp do E. coli

Bệnh kèm theo: -

Mã theo viêm bàng quang cấp (N30.0) là “bệnh chính”. B96.2 (E.coli như là nguyên nhân bệnh được phân loại ở các chương khác) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 5: Bệnh chính: Nhiễm khuẩn

Bệnh kèm theo: -

Mã theo nhiễm khuẩn không xác định (A49.9) là “bệnh chính”, không theo mã từ B95-B97.

Chương II: Ung thư

Bệnh ung thư, dù là nguyên phát hay di căn thì đều phải tập trung điều trị trong một giai đoạn nhất định, khi đó nên được ghi nhận và mã là “bệnh chính”. Khi “bệnh chính” được ghi nhận là ung thư nguyên phát và không ở hiện tại (đã được loại bỏ trong giai đoạn điều trị trước đó), mã như là “bệnh chính” cho ung thư của vị trí thứ phát – biến chứng hiện tại, hoặc tình huống tương ứng có thể được mã hóa ở Chương XXI (xem Phần 4.4.1, Tiếp xúc với dịch vụ y tế vì những lý do khác với bệnh tật), là tình trạng phải tập trung điều trị hoặc điều tra trong giai đoạn chăm sóc hiện tại. Một mã tương ứng ở Chương XXI cho bệnh sử người bệnh bị ung thư có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 6: Bệnh chính: Carcinom tuyến tiền liệt

Bệnh kèm theo: Viêm phế quản mạn

Thủ thuật: Giải phẫu tuyến tiền liệt

Mã theo u ác tuyến tiền liệt (C61) là “bệnh chính”.

- Ví dụ 7:* Bệnh chính: Carcinom vú – đã cắt bỏ 2 năm trước
Bệnh kèm theo: Carcinom thứ phát ở phổi
Thủ thuật: Soi phế quản sinh thiết
Mã theo u ác thứ phát của phổi (C78.0) là “bệnh chính”. Z85.3 (Bệnh sử cá nhân có u vú ác tính) có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc.
- Ví dụ 8:* Bệnh chính: Ung thư bàng quang bị cắt bỏ trước đây-được nhập viện để khám theo dõi bằng chụp nang
Bệnh kèm theo: -
Thủ thuật: Nội soi bàng quang
Mã - khám theo dõi sau phẫu thuật u ác tính (Z08.0) là “Tình trạng bệnh chính”. Z85.5 (Bệnh sử có u ác tính của đường tiết niệu) có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc.

C80 U ác không xác định vị trí

C97 U ác có nhiều vị trí độc lập (nguyên phát)

C80 chỉ nên mã là “bệnh chính” khi người làm công tác điều trị ghi nhận ung thư giống như nội dung như ở Bảng phân loại

C97 nên được dùng khi cán bộ y tế ghi nhận hai hoặc nhiều loại ung thư ác tính nguyên phát độc lập, không có loại nào chiếm ưu thế. Các mã bổ sung có thể được sử dụng để xác định từng loại ung thư ác tính.

- Ví dụ 9:* Bệnh chính: Bệnh carcinoma toàn thân
Bệnh kèm theo: -
Mã theo u ác không xác định vị trí (C80).

- Ví dụ 10:* Bệnh chính: Đa u tủy và carcinoma adeno tuyến tiền liệt
Mã theo u ác có nhiều vị trí độc lập (nguyên phát) (C97). C90.0 (đầu tủy) và C61 (U ác tuyến tiền liệt) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương III: Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch

Một số tình trạng bệnh do hậu quả của thuốc hoặc những nguyên nhân ngoại sinh khác có thể được phân loại ở Chương này. Mã ở Chương XX có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc.

- Ví dụ 11:* Bệnh chính: Thiếu máu thiếu folate do trimethoprim
Bệnh kèm theo: -
Mã theo thiếu máu thiếu folate do thuốc (D52.1) là “Tình trạng bệnh chính”. Y41.2 (Chống sốt rét và thuốc tác dụng trên đơn bào khác trong máu gây ra phản ứng trong sử dụng trị liệu) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa

Một số tình trạng bệnh do hậu quả của thuốc hoặc những nguyên nhân ngoại sinh khác có thể được phân loại ở Chương này. Mã ở Chương XX có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc.

E10-E14 Đái tháo đường

Khi mã “tình trạng bệnh chính”, việc lựa chọn một bệnh thích hợp từ danh sách các bệnh nên dựa trên kết quả “tình trạng bệnh chính” đã được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Mã bệnh có ký tự “.7” nên được sử dụng là mã cho “tình trạng bệnh chính” chỉ khi có nhiều biến chứng của đái tháo đường cùng được ghi nhận như là “tình trạng bệnh chính” mà không nhấn mạnh đến một biến chứng nào. Mã cho từng biến chứng có thể liệt kê như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 12: Bệnh chính: Suy thận do biến đổi cầu thận đái đường
Mã theo đái tháo đường không xác định có biến chứng thận (E14.2 và N08.3*).

Ví dụ 13: Bệnh chính: Tình trạng bệnh chính: Đái đường phụ thuộc insulin với bệnh thận, hoại thư và đục thủy tinh thể.

Bệnh kèm theo: -

Mã theo đái tháo đường có nhiều biến chứng (E10.7). Mã E10.2† và N08.3* (Đái đường phụ thuộc insulin với bệnh thận), E10.5 (Bệnh đái tháo đường có biến chứng tuần hoàn ngoại biên) và E10.3† và H28.0* (Đái tháo đường phụ thuộc insulin có đục thủy tinh thể) có thể được liệt kê như là mã bổ sung không bắt buộc để từng loại biến chứng một.

E34.0 Hội chứng dạng carcinoma

Mã này không được ưu tiên để chọn là “bệnh chính” nếu khối u carcinoma được ghi nhận, trừ khi giai đoạn điều trị được định hướng chủ yếu là về hội chứng nội tiết. Khi mã hóa khối u, E34.0 có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc để xác định hoạt động chức năng của khối u.

E64.- Di chứng của suy dinh dưỡng và bệnh thiếu dinh dưỡng khác

E68 Di chứng của thừa dinh dưỡng

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính” nếu có biểu hiện còn lại của tình trạng bệnh được ghi nhận. Khi mã đến tình trạng bệnh còn lại, E64.- hoặc E98 có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương V: Rối loạn tâm thần và hành vi

Định nghĩa về nhóm bệnh và bệnh ở Chương V là để giúp cán bộ y tế trong việc thiết lập cụm từ chẩn đoán; người mã hóa không nên sử dụng những định nghĩa này. Mã “bệnh chính” nên được xác định dựa trên nội dung chẩn đoán của cán bộ y tế, thậm chí cả trong trường hợp có sự khác nhau giữa tình trạng bệnh được ghi nhận với định nghĩa về bệnh đó. Trong một số nhóm bệnh có phần dành cho mã bổ sung không bắt buộc.

Chương 6: Bệnh hệ thần kinh

Một số tình trạng bệnh do hậu quả của thuốc hoặc những nguyên nhân ngoại sinh khác có thể được phân loại ở Chương này. Mã ở Chương XX có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc.

G09 Di chứng của bệnh viêm hệ thần kinh trung ương

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính” nếu có biểu hiện còn lại của tình trạng bệnh được ghi nhận. Khi mã đến tình trạng bệnh còn lại, G09 có thể được sử dụng như là mã bổ sung không bắt buộc. Chú ý là di chứng của các nhóm bệnh G01*, G02*, G05*, G07* không nên định hướng theo mã G09, mà nên theo các nhóm bệnh có liên quan tới di chứng của tình trạng bệnh cơ bản, ví dụ B90-B94. Nếu không có nhóm bệnh cho di chứng của tình trạng bệnh cơ bản, mã theo tình trạng bệnh cơ bản.

Ví dụ 14: Bệnh chính: Điếc do viêm màng não

Chuyên khoa: Nghe và nói

Mã theo nghe kém không đặc hiệu (H91.9) như “bệnh chính”. B90.0 (Di chứng do lao hệ thần kinh trung ương) có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 15: Bệnh chính: Động kinh do áp-xe não cũ

Chuyên khoa: Thần kinh học

Mã theo động kinh không đặc hiệu (G40.9) là “bệnh chính” G09 (di chứng của bệnh viêm hệ thần kinh trung ương) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 15: Bệnh chính: Chậm phát triển tâm thần nhẹ do viêm não hậu miễn dịch

Chuyên khoa: Tâm lý học

Mã theo chậm phát triển tâm thần nhẹ (F70.9) là “bệnh chính”. G09 (Di chứng của bệnh viêm hệ thần kinh trung ương) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

G81-G83 Hội chứng liệt

Những mã này không sử dụng như là mã ưu tiên khi mã hóa “bệnh chính” nếu có một nguyên nhân hiện tại được ghi nhận, trừ khi giai đoạn chăm sóc chủ yếu là cho bệnh liệt. Khi mã hóa theo nguyên nhân, G81-G83 có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 17: Bệnh chính: Tai biến mạch máu não với liệt nửa người

Bệnh kèm theo: -

Chuyên khoa: Thần kinh học

Mã theo đột quy, không xác định do xuất huyết hay nhồi máu (I64) là “bệnh chính”. G81.9 (Liệt nửa người, không xác định) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 18: Bệnh chính: Nhồi máu não cách đây ba năm
Bệnh kèm theo: Liệt chân trái
Bệnh nhân được chữa trị bằng vật lý trị liệu
Mã theo liệt một chi dưới (G83.1) là “bệnh chính” I69.3 (Di chứng nhồi máu não) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương VII: Bệnh mắt và phần phụ

H54.- Mù lòa và khiếm thị

Những mã này không sử dụng như là mã ưu tiên khi mã hóa “bệnh chính” nếu có một nguyên nhân được ghi nhận, trừ khi giai đoạn chăm sóc chủ yếu là cho mù lòa. Khi mã hóa theo nguyên nhân, H54.- có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc.

Chương VIII: Bệnh tai và xương chũm

Những mã này không sử dụng như là mã ưu tiên khi mã hóa “bệnh chính” nếu có một nguyên nhân được ghi nhận, trừ khi giai đoạn chăm sóc chủ yếu là cho tình trạng mất thính giác. Khi mã hóa theo nguyên nhân, H90.- hoặc H91.- có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc.

Chương IX: Bệnh hệ tuần hoàn

I15.- Cao huyết áp thứ phát

Những mã này không sử dụng như là mã ưu tiên khi mã hóa “bệnh chính” nếu có một nguyên nhân được ghi nhận, trừ khi giai đoạn chăm sóc chủ yếu là cho tình trạng cao huyết áp. Khi mã hóa theo nguyên nhân, I15.- có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc.

I69.- Di chứng bệnh mạch máu não

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính” nếu có biểu hiện còn lại của tình trạng bệnh được ghi nhận. Khi mã theo tình trạng bệnh còn lại, I16.- có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương XV: Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản

O08.- Biến chứng sau sẩy thai, chữa ngoài tử cung và chữa trứng

Những mã này không sử dụng như là mã ưu tiên khi mã hóa “bệnh chính”, trừ khi giai đoạn chăm sóc mới là chỉ dành cho việc điều trị một biến chứng. Ví dụ biến chứng hiện tại do sẩy thai lần trước. Có thể dùng như là mã bổ sung không bắt buộc với các nhóm O00-O02 để xác định các biến chứng kết hợp và với nhóm O03-O07 để đưa ra nội dung chi tiết hơn về biến chứng.

Chú ý là những bệnh ở trong phần “Bao gồm” của mã O08 nên được tham khảo khi mã một bệnh 4 ký tự thuộc nhóm O03-O07.

- Ví dụ 19:* Bệnh chính: Chửa vỡ vòi trứng có choáng
Chuyên khoa: Phụ khoa
Mã theo chửa vỡ vòi trứng là “bệnh chính”. O08.3 (Choáng sau khi sảy thai, chửa ngoài tử cung hay chửa trứng) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.
- Ví dụ 20:* Bệnh chính: Sảy thai không hoàn toàn có thủng dạ con
Chuyên khoa: Phụ khoa
Mã theo sảy thai không hoàn toàn, gây biến chứng khác, chưa xác định rõ (O06.3) là “bệnh chính”. Mã O08.6 (Tổn thương các tạng và tổ chức ở tiểu khung sau sảy thai, chửa ngoài tử cung hay chửa trứng) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.
- Ví dụ 21:* Bệnh chính: Đông máu trong lòng mạch sau sảy thai đã xảy ra 2 ngày trước khi ở một cơ sở khác.
Chuyên khoa: Phụ khoa
Mã theo ra máu chậm hay quá nhiều sau sảy thai, chửa ngoài tử cung và chửa trứng (O08.1). Không cần có mã khác vì sảy thai đã ghi nhận trong giai đoạn chăm sóc trước

O80-O84 Cuộc đẻ

Nếu sử dụng những mã này để mô tả “bệnh chính” thì nên giới hạn cho những trường hợp chỉ có thông tin là “cuộc đẻ” hoặc phương pháp đẻ. Mã O80-O84 có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc để chỉ phương pháp hoặc kiểu sinh đẻ khi không có mục dữ liệu riêng biệt hoặc có phân loại phẫu thuật, thủ thuật về nội dung này.

- Ví dụ 22:* Bệnh chính: Mang thai
Bệnh kèm theo: -
Thủ thuật: Đặt forcep thấp
Mã theo đặt theo forcep thấp (O81.0) là “bệnh chính” vì không có thông tin khác được cung cấp.
- Ví dụ 23:* Bệnh chính: Sinh đẻ
Bệnh kèm theo: Nghiệm pháp chuyển dạ thất bại
Thủ thuật: Mổ lấy thai
Mã nghiệm pháp chuyển dạ thất bại, chưa xác định rõ (O66.4) là “bệnh chính”. Mã cho đẻ bằng cách mổ lấy thai, không xác định (O82.9), có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.
- Ví dụ 24:* Bệnh chính: Đẻ sinh đôi
Bệnh kèm theo: -
Thủ thuật: Đẻ ngôi đầu thường

Mã chữa sinh đôi (O30.0) là “bệnh chính”. O84.0 (đẻ đa thai hoàn toàn tự nhiên) có thể được thêm vào như là mã bổ sung không bắt buộc.

Ví dụ 25 Bệnh chính: Thai (37 – 41 tuần tuổi), tử vong nặng 2800g
Bệnh kèm theo: -
Thủ thuật: Đẻ ngôi đầu thường

Mã theo chăm sóc bà mẹ vì thai chết lưu trong tử cung (O36.4) nếu không thể xác định được lý do cụ thể về nguyên nhân tử vong của thai nhi.

098-099 Các bệnh của bà mẹ đã được xếp loại nhưng gây biến chứng cho thai nghén, khi đẻ và sau khi đẻ

Khi tình trạng sức khỏe được cán bộ y tế ghi nhận là có biến chứng khi mang thai, bệnh nặng lên do mang thai, hoặc là lý do phải chăm sóc phụ khoa thì những bệnh thuộc 2 nhóm bệnh trên nên được ưu tiên để mã hóa “bệnh chính” so với các bệnh khác ở không thuộc Chương XV. Mã thích hợp từ những Chương khác có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc để mô tả cụ thể hơn về tình trạng bệnh.

Ví dụ 26 Bệnh chính: Nhiễm toxoplasma
Bệnh kèm theo: Thai không được sinh ra
Chuyên khoa: Tiền sinh nguy cơ cao
Mã bệnh do đơn bào gây biến chứng cho thai nghén, khi đẻ và sau khi đẻ (O98.6) là “Tình trạng bệnh chính”. B58.9 (Nhiễm toxoplasma, không xác định) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc để mô tả cụ thể vi khuẩn.

Chương XVIII: Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bất thường, không phân loại nơi khác

Các nhóm bệnh thuộc Chương này không nên sử dụng như là “bệnh chính” trừ khi có triệu chứng, dấu hiệu hoặc biểu hiện bất thường rõ ràng là tình trạng bệnh chính phải được chăm sóc, điều trị trong một giai đoạn và không liên quan tới những tình trạng bệnh khác đã được ghi nhận. Xem thêm Quy tắc MB3 (Phần 4.4.3) và Phần giới thiệu ở đầu Chương XVIII ICD 10 – Tập 1.

Chương XIX: Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân ngoại sinh
Nếu có nhiều chấn thương cùng được ghi nhận và không có chấn thương nào được chọn là “bệnh chính”, mã theo một trong các nhóm bệnh có đề cập đến nhiều chấn thương.

- Cùng loại ở cùng một vùng trên cơ thể (thường là ký tự thứ tư “.7” thuộc nhóm S00-S99)
- Các loại khác nhau ở cùng một vùng trên cơ thể (thường là ký tự thứ tư “.7” thuộc bệnh xếp ở cuối cùng của nhóm, như mã S09, S19, S29...) và
- Cùng loại ở các vùng khác nhau trên cơ thể (T00-T05).

Chú ý những ngoại lệ sau đây:

- Đối với chấn thương bên trong được ghi là vết thương bề mặt và/hoặc vết thương hở, mã theo chấn thương bên trong như là “Tình trạng bệnh chính”;
- Đối với rạn xương sọ và xương mặt với chấn thương liên quan đến sọ não, mã theo chấn thương sọ não như là “Tình trạng bệnh chính”;
- Đối với chảy máu nội sọ được ghi với những chấn thương khác chỉ ở đầu, mã theo chảy máu nội sọ như là “Tình trạng bệnh chính”;
- Đối với gãy xương có vết thương hở chỉ trên cùng một chỗ, mã theo gãy xương như là “Tình trạng bệnh chính”.

Khi nhóm bệnh đa chấn thương được sử dụng, mã của bất kỳ chấn thương riêng biệt nào có thể được dùng như mã bổ sung không bắt buộc. Trong trường hợp ngoại lệ ở trên, ngoài mã tình trạng bệnh chính, chấn thương liên quan có thể được xác định bằng một mã bổ sung không bắt buộc hoặc bằng một trong các ký tự (thứ 5) dành cho các mục đích này.

- Ví dụ 27* Bệnh chính: Vết thương bàng quang và niệu đạo
 Bệnh kèm theo: -
 Chuyên khoa: Tiền sinh nguy cơ cao
Mã theo vết thương nhiều cơ quan vùng chậu (S37.7) là “Tình trạng bệnh chính”. S37.2 (Vết thương bàng quang) và S37.3 (Vết thương niệu đạo) có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.
- Ví dụ 28* Bệnh chính: Vết thương nội sọ hở có chảy máu chấn thương tiểu não
 Bệnh kèm theo: -
 Chuyên khoa: Tiền sinh nguy cơ cao
Mã theo chảy máu do chấn thương tiểu não (S06.8) là “Tình trạng bệnh chính”. Vết thương nội sọ hở có thể được chỉ ra, nếu muốn, bằng cách thêm mã S01.9 (Vết thương hở của đầu, phần không xác định khác) hoặc bằng cách thêm ký tự 1 (Với vết thương nội sọ hở) theo mã S06.8 (S06.8.1).

T90-T98 Di chứng của tổn thương, của nhiễm độc và của hậu quả khác của căn nguyên từ bên ngoài

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính” nếu có biểu hiện còn lại của tình trạng bệnh được ghi nhận. Khi mã theo tình trạng bệnh còn lại, nhóm T90-T98 có thể được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc.

Chương XX: Nguyên nhân ngoại sinh của bệnh tật và tử vong

Những mã này không được ưu tiên lựa chọn là “bệnh chính”. Chúng được dùng như là mã bổ sung không bắt buộc để xác định nguyên nhân ngoại sinh của tình trạng bệnh được phân loại ở Chương XIX, và cũng có thể được sử dụng như mã bổ sung không bắt buộc với tình trạng bệnh được phân loại ở các Chương khác, trừ trường hợp có một nguyên nhân ngoại sinh.

5. Trình bày kết quả thống kê

5.1. Giới thiệu

Phần này trình bày những quy định liên quan đến việc thống kê để so sánh quốc tế và hướng dẫn cách trình bày số liệu ở cấp quốc gia và cấp địa phương.

Những người chịu trách nhiệm phân tích số liệu nên tham gia vào xây dựng quy trình xử lý dữ liệu (gồm cả mã hóa), không chỉ có số liệu chẩn đoán mà còn cả những số liệu khác.

5.2. Nguồn số liệu

Lập giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong thường là trách nhiệm của cán bộ y tế trực tiếp điều trị. Giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong nên áp dụng theo mẫu quy định Quốc tế (xem Phần 4.1.3). Thủ tục hành chính phải đảm bảo tính bí mật thông tin về tử vong hoặc hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Trong trường hợp tử vong được xác nhận bởi cán bộ điều tra hoặc những người có thẩm quyền, các bằng chứng y học cung cấp cho người chứng nhận nên được ghi nhận lại trên giấy chứng nhận ngoài những phát hiện bình thường khác.

5.3. Các mức độ chi tiết của nguyên nhân trong bảng liệt kê

Có nhiều cách để mã hóa nguyên nhân bệnh tật theo ICD và cũng nhiều khuyến nghị chính thức liên quan tới danh sách bảng liệt kê cho phép so sánh ở mức độ quốc tế (xem Phần 5.6). Trong những bảng liệt kê khác, cấu trúc phân cấp ở ICD tạo ra sự linh hoạt khi phân nhóm bệnh.

Một mục bệnh được mã hóa bằng ba hoặc bốn ký tự đã cho phép chi tiết hơn nội dung bệnh. Đôi khi mã bệnh chi tiết này được dùng để tạo ra các bảng tham khảo cho toàn bộ số liệu, những số liệu này có thể không được công bố nhưng được lưu giữ và được lấy ra khi có nhu cầu. Phân loại bệnh chi tiết có thể được sử dụng bởi các chuyên gia nghiên cứu về một số nhóm chẩn đoán cụ thể. Trong trường hợp này, có thể cần tới cả những mã bệnh 5 ký tự, thậm chí là 6 ký tự.

Mặc dù có nhiều nỗ lực được thực hiện để bảo đảm rằng tên bệnh 4 ký tự đã có ý nghĩa khi đứng một mình, đôi khi chúng cần được phối hợp với tiêu đề nhóm bệnh 3 ký tự. Có trên 2000 nhóm bệnh ở cấp độ 3 ký tự và có thể xác định được hầu hết các tình trạng bệnh phổ biến.

Có các danh sách bảng liệt kê đặc biệt trong ICD 10 – Tập 1 được xây dựng cho những tình huống mà trong đó danh sách nhóm bệnh 3 ký tự quá chi tiết và để so sánh quốc tế đối với những nhóm bệnh quan trọng.

5.4. Danh sách bảng liệt kê đặc biệt được khuyến nghị để mã hóa tử vong

Danh sách bảng liệt kê đặc biệt được khuyến nghị để mã hóa tử vong được đề cập ở Danh sách bảng liệt kê đặc biệt được khuyến nghị để mã hóa tử vong.

5.4.1. Danh sách rút gọn

Có 2 danh sách rút gọn, Danh sách 1 và Danh sách 3 (gồm các mục cho mỗi Chương ICD và trong hầu hết các Chương) để xác định các mục trong “danh sách chọn lọc” cùng với các mục tồn tại có tiêu đề “Phần còn lại của...”, sẽ hoàn chỉnh phần nói về các chương tương ứng. Như vậy, chúng rút gọn nhóm bệnh 3 ký tự vào một số mục lớn hơn để dễ dàng quản lý, phục vụ nhiều mục đích.

5.4.2. Danh sách chọn lọc

Có 2 “danh sách chọn lọc”, Danh sách 2 và Danh sách 4 (bao gồm các mục nằm ở hầu hết của Chương) có chứa tình trạng bệnh và nguyên nhân ngoại sinh – có nghĩa quan trọng cho việc giám sát, phân tích tình trạng sức khỏe dân cư và các vấn đề sức khỏe liên quan tới tử vong cả ở cấp quốc gia và quốc tế.

5.4.3. Sử dụng tiền tố để xác định danh sách tử vong

Sử dụng các tiền tố bằng số tránh nhầm lẫn giữa danh sách bảng liệt kê đặc biệt – nơi các mục có cùng chỉ một tình trạng bệnh nhưng có chữ số khác nhau. (Chữ số ở các mục giúp phân biệt với mã bệnh bốn ký tự có chữ cái ở vị trí đầu tiên). Khi một danh sách sửa đổi được sử dụng cho mục đích cấp quốc gia hoặc địa phương, một tiền tố thay thế nên được sử dụng.

5.4.4. Danh sách xây dựng theo địa phương

Bốn danh sách bảng liệt kê đặc biệt cung cấp cho hầu hết các quốc gia một nguồn thông tin đầy đủ về những bệnh quan trọng và những nguyên nhân ngoại sinh. Bảng liệt kê này giúp cho sự so sánh theo thời gian và quan sát về sự thay đổi của tần số mắc tương đối của bệnh truyền nhiễm, bệnh thoái hóa được thuận lợi. Chúng còn cho phép so sánh giữa các vùng, các nhóm dân số trong một quốc gia. Ngoài ra, bảng liệt kê cũng giúp sự so sánh nguyên nhân tử vong trở nên có ý nghĩa.

Khi không có nhu cầu so sánh quốc tế, danh sách tương tự với danh sách bảng liệt kê đặc biệt có thể được thiết kế để sử dụng ở địa phương. Các tên bệnh của các danh sách như vậy có thể được lựa chọn và nhóm lại theo bất kỳ hình thức nào miễn là phù hợp và hiệu quả. Danh sách đặc biệt sẽ cần để giám sát diễn biến bệnh tật, tử vong; giám sát các chương trình y tế địa phương.

Khi biên tập danh sách đặc biệt theo yêu cầu quốc gia, hoặc khi danh sách bảng liệt kê được xây dựng cho một dự án mới, sẽ rất hữu ích nếu tiến hành thử nghiệm, thống kê số lượng các bệnh có ba ký tự gặp phải để xác định nhóm tình trạng bệnh cần mở rộng và khi nào thì sử dụng các phân nhóm bệnh chi tiết.

Khi danh sách mang tính địa phương đã được xây dựng, điểm mấu chốt cho nhóm bệnh rút gọn là nên có cả mã 3 (hoặc 4 ký tự) trong phân loại gốc.

5.5. Danh sách bảng liệt kê đặc biệt về bệnh tật

5.5.1. Mô tả

Danh sách bảng liệt kê bệnh bao gồm 298 mục chi tiết. Danh sách bệnh tật là một danh mục rút gọn, trong đó mỗi nhóm chỉ được xuất hiện một lần và tổng số nhóm bệnh và các Chương ICD có thể đưa vào bằng cách bổ sung các mục nối tiếp nhau.

Danh sách bệnh là cơ sở để xây dựng danh mục bệnh của mỗi quốc gia và để so sánh quốc tế. Danh mục bệnh của quốc gia có thể thiết lập bằng cách rút gọn hoặc mở rộng các phân loại gốc. Danh sách phải phù hợp với dữ liệu chăm sóc người bệnh nội trú và với sự chỉnh sửa danh mục bệnh – tổng hợp và mở rộng một số mục bệnh có liên quan tới Chương XVIII (Triệu chứng, dấu hiệu, và những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bất thường) và Chương XXI (Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế) – cho thông tin từ những nguồn khác nhau như chăm sóc cấp cứu, điều tra. Khi danh sách mang tính địa phương đã được xây dựng, điểm mấu chốt cho nhóm bệnh rút gọn là nên có cả mã 3 (hoặc 4 ký tự) trong phân loại gốc.

Danh sách bệnh gồm các số mã của các nhóm bệnh có hoa thị để sử dụng khi mã hoa thị cho phân loại kép được gộp vào trong phân tích. Danh sách này có thể sử dụng cho bảng liệt kê dựa trên dấu chữ thập và dấu hoa thị, do đó cần phải chỉ ra trong mỗi bảng cơ sở nào được dùng.

5.5.2. Sửa đổi danh sách bảng liệt kê đặc biệt về bệnh tật theo nhu cầu của quốc gia

Sau khi xem xét số lượng các nhóm bệnh 3 ký tự thường gặp, nếu thấy cần thiết phải mở rộng danh sách, dựa trên phân loại gốc có thể chia nhỏ một số nhóm bệnh trong ICD hoặc thậm chí tới mức 4 ký tự. Nếu danh sách được thiết lập bị cho là quá chi tiết hoặc nếu cần một danh sách ngắn hơn, cần xây dựng lại trên cơ sở mô hình sức khỏe của địa phương hoặc quốc gia. Tùy thuộc vào đặc điểm dịch tễ học của từng quốc gia có thể ghép một số nhóm bệnh với nhau để làm ngắn lại danh sách bệnh tật.

5.6. Khuyến nghị liên quan đến bảng thông kê để so sánh quốc tế

Mức độ chi tiết theo nguyên nhân, giới, tuổi và khu vực địa lý phụ thuộc vào mục đích, phạm vi và khó khăn khi lập bảng thống kê. Các nội dung sau được xây dựng nhằm tăng khả năng đồng bộ thông tin giữa các quốc gia, và giới thiệu những cách thức trình bày đặc tính khác nhau. Khi có một sự phân loại khác được sử dụng trong các bảng kết quả (như trong các nhóm tuổi), thì nên giảm một trong các nhóm khuyến nghị.

(a) Phân tích theo ICD nên phù hợp với:

(i) Danh sách chi tiết của các nhóm bệnh 3 ký tự, cùng hoặc không với các bệnh 4 ký tự.

(ii) Một trong các danh sách bảng liệt kê đặc biệt về tử vong

(iii) Danh sách bảng liệt kê đặc biệt về bệnh tật

(b) Phân nhóm tuổi theo những mục đích chung:

(i) Dưới 1 tuổi, 2, 3, 4 tuổi, nhóm cách nhau 5 tuổi – từ 5 – 84 tuổi, 85 tuổi và trên 85.

(ii) Dưới 1 tuổi, 1-4 tuổi, 5-14 tuổi, 15-24 tuổi, 25-34 tuổi, 35-44 tuổi, 45-54 tuổi, 55-64 tuổi, 65-74 tuổi, 75 tuổi và trên 75 tuổi.

(iii) Dưới 1 tuổi, 1-14 tuổi, 15-44 tuổi, 45-64 tuổi, 65 tuổi và trên 65 tuổi

(c) Phân loại theo khu vực nên tuân theo:

(i) Địa giới hành chính

(ii) Tỉnh hoặc thành phố có từ 1.000.000 dân trở lên, tối thiểu là 100.000 dân

(iii) Khu vực đô thị ở thành phố/tỉnh có 100.000 dân trở lên

(iv) Khu vực đô thị ở thành phố/tỉnh có dưới 100.000 dân

(v) Khu vực nông thôn

Ghi chú 1. Thống kê liên quan đến mục (c) nên gộp cả định nghĩa về đô thị và nông thôn.

Ghi chú 2. Ở những quốc gia không có hồ sơ bệnh án hoàn chỉnh về nguyên nhân tử vong hoặc bị giới hạn ở một số khu vực nhất định, số liệu thống kê về các trường hợp tử vong không xác định được nguyên nhân nên được công bố riêng rẽ.

5.6.2. Bảng liệt kê nguyên nhân tử vong

Thống kê nguyên nhân tử vong cho một khu vực xác định nên tuân theo khuyến nghị ở mục (a) (i) nói trên, nếu không thể thì áp dụng khuyến nghị ở mục (a) (ii). Những trường hợp tử vong nên được thống kê theo giới, nhóm tuổi như trong khuyến nghị (b) (ii).

Thống kê nguyên nhân tử vong cho những khu vực như ở mục (c) thì nên áp dụng khuyến nghị ở mục (a) (ii), hoặc nếu thì áp dụng khuyến nghị ở mục (a) (iii). Những trường hợp tử vong nên được thống kê theo giới, nhóm tuổi như trong khuyến nghị (b) (ii).

5.7. Tiêu chuẩn và yêu cầu báo cáo liên quan đến tử vong bào thai, chu sinh, sơ sinh và trẻ em

Những định nghĩa sau đây đã được Hội đồng y tế thế giới phê duyệt, nó liên quan đến cả nghĩa vụ thống kê dùng để so sánh quốc tế và yêu cầu về việc báo cáo dữ liệu. Mặc dù đã có ở trong ICD 10 - Tập 1 nhưng để thuận tiện theo dõi, những định nghĩa này sẽ được trình bày lại như dưới đây:

5.7.1. Định nghĩa

Trẻ sinh sống

Trẻ sinh sống là sau khi tách ra hoàn toàn khỏi cơ thể mẹ (không quan tâm đến thời gian mang thai) có thở hoặc có bất kỳ bằng chứng sống nào như tim đập, nhịp đập của dây rốn, hoặc chuyển động rõ ràng của cơ, dây rốn có được cắt hoặc rau thai vẫn còn dính; các trường hợp như vậy được xem như là trẻ sinh sống.

Chết thai (chết lưu)

Thai chết lưu là chết trước khi sinh ra hoặc tách ra khỏi cơ thể mẹ (không quan tâm đến thời gian mang thai); Trường hợp tử vong được xác định là sau khi tách khỏi cơ thể mẹ không còn thờ, không có dấu hiệu của sự sống như tim đập, nhịp đập dây rốn, hoặc chuyển động rõ ràng của cơ.

Cân nặng khi sinh

Trọng lượng đầu tiên của bào thai hoặc trẻ sơ sinh có được sau khi sinh.

Đối với trẻ sơ sinh sống, trọng lượng nên được cân trong vòng 1 giờ đầu tiên sau sinh, trước khi xảy ra sự giảm trọng lượng. Trong khi bảng thống kê gồm các nhóm 500g cho trọng lượng khi sinh, trọng lượng không nên ghi nhận theo những nhóm đó. Cân nặng thực tế nên được ghi nhận chính xác nhất có thể.

Những định nghĩa cân nặng khi sinh “thấp”, “rất thấp” và “cực thấp” không tạo thành các nhóm loại trừ nhau. Bên dưới những giới hạn, những định nghĩa này bao gồm lẫn nhau (nghĩa là “thấp” gồm cả “rất thấp” và “cực thấp”, trong khi “rất thấp” gồm cả “cực thấp”).

Trọng lượng khi sinh thấp

Dưới 2500g (≤ 2499 g)

Trọng lượng khi sinh rất thấp

Dưới 1500g (≤ 1499 g)

Trọng lượng khi sinh cực thấp

Dưới 1000g (≤ 999 g)

Thời gian có thai

Thời gian có thai được tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng. Thời gian có thai được tính bằng ngày hoặc bằng tuần (Ví dụ, có thai từ 280 – 286 ngày kể từ khi bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng được coi là đã có thai 40 tuần).

Thời gian có thai thường bị nhầm lẫn khi tính toán dựa trên chu kỳ kinh nguyệt. Do cách tính thời gian có thai là từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng và ngày sinh, nên cần phải nhớ rằng ngày đầu tiên là ngày thứ 0 và không phải là ngày thứ nhất, vì vậy ngày 0-6 tương ứng với “tuần thứ 0 trọn vẹn”; ngày thứ 7 – ngày thứ 13 tương ứng với “tuần thứ nhất trọn vẹn”; và tuần thứ 40 thực tế đồng nghĩa với “tuần thứ 39 trọn vẹn”. Khi không có thông tin về ngày của chu kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng, thời gian có thai nên dựa trên ước tính lâm sàng. Nhằm tránh hiểu lầm, bảng thống kê nên để cả ngày và tuần.

Thiếu tháng

Dưới 37 tuần trọn vẹn (ít hơn 259 ngày).

Đủ tháng

Từ 37 tuần trọn vẹn đến dưới hơn 42 tuần trọn vẹn (259-293 ngày).

Thừa tháng

42 tuần trọn vẹn hoặc hơn (294 ngày hoặc hơn).

Giai đoạn chu sinh

Giai đoạn chu sinh tính từ khi thai được 22 tuần trọn vẹn (154 ngày) (thường khi trọng lượng thai nhi được 500g) cho đến 7 ngày trọn vẹn sau khi sinh.

Giai đoạn sơ sinh

Giai đoạn sơ sinh tính từ khi sinh đến khi được 28 ngày trọn vẹn.

Tử vong sơ sinh (tử vong trong số trẻ sinh sống trong 28 ngày trọn vẹn sau sinh), có thể chia thành tử vong sơ sinh sớm – xảy ra trong vòng 7 ngày đầu sau sinh, và tử vong sơ sinh muộn – xảy ra từ ngày thứ 8 đến ngày trước ngày thứ 28.

Tuổi tính đến khi chết trong ngày đầu tiên (ngày thứ 0) nên được ghi theo đơn vị phút hoặc giờ sống. Từ ngày thứ hai (ngày 1), thứ 3 (ngày 2) và đến 27 ngày trọn vẹn, tuổi khi chết nên được ghi theo ngày.

5.7.2. Tiêu chuẩn báo cáo

Quy định thống kê, báo cáo về các trường hợp tử vong thai nhi và trẻ sinh sống rất khác nhau ở mỗi quốc gia. Nếu có thể, tất cả thai nhi và trẻ sinh sống nặng từ 500g trở lên, dù sống hay chết, nên được đưa vào thống kê. Nếu không có thông tin về trọng lượng khi sinh, sử dụng tiêu chuẩn tương ứng là thời gian có thai (22 tuần trọn vẹn) hoặc chiều dài cơ thể (25 cm). Tiêu chuẩn để quyết định một sự kiện xảy ra trong thời gian chu sinh nên được áp dụng theo thứ tự: (1) cân nặng khi sinh; (2) thời gian có thai; (3) chiều dài cơ thể.

Việc thống kê bào thai và trẻ sơ sinh có cân nặng từ 500g-1000g cũng được khuyến cáo vì ý nghĩa thực tế của nó và bởi nó tăng mức bao phủ báo cáo về trẻ có trọng lượng từ 1000 trở lên.

5.7.3. Thống kê để so sánh quốc tế

Khi thống kê để so sánh quốc tế, việc đưa nhóm có cân nặng khi sinh quá thấp vào trong báo cáo sẽ làm ảnh hưởng đến giá trị so sánh, nên nó không được khuyến cáo áp dụng. Các quốc gia nên quy định quá trình ghi nhận và báo cáo sao cho các số liệu và tiêu chuẩn thống kê có thể dễ dàng xác định. Bào thai kém phát triển và trẻ sơ sinh không thuộc những tiêu chí này (ví dụ cân nặng dưới 1000g) nên loại ra khỏi số liệu thống kê chu sinh, trừ khi có những quy định pháp lý khác. Trong trường hợp đó phải có sự giải thích rõ ràng kèm theo.

Nếu không có thông tin về cân nặng khi sinh, thời gian có thai và chiều cao thai nhi thì cũng cần phải có chú thích rõ ràng. Các quốc gia nên trình bày số liệu thống kê bao gồm cả tử số và mẫu số đối với những trẻ sơ sinh và bào thai nặng từ 1000g trở lên (tỷ số và tỷ lệ cho cân nặng), nếu không có thông tin về cân nặng khi sinh, tính theo thời gian có thai (28 tuần trọn vẹn) hoặc chiều cao (35cm).

Trong thống kê, báo cáo về tỷ lệ tử vong bào thai, chu sinh, sơ sinh và trẻ em, số lượng các ca tử vong do dị tật quy về mục số liệu sinh sống và tử vong bào thai và có liên quan tới cân nặng khi sinh từ 500-999g và 1000g hoặc hơn. Tử vong chu sinh do dị tật nên được chia thành 2 nhóm tử vong chu sinh sớm và muộn. Những thông tin này cho phép thống kê đầy đủ tình hình tử vong chu sinh và sơ sinh (bao gồm cả tử vong do dị tật hoặc không).

Tỷ số và tỷ lệ

Tỷ số và tỷ lệ khi công bố nên trình bày rõ cả phần mẫu số, nghĩa là trẻ sinh sống hoặc tổng số sinh (trẻ sinh sống cộng với chết thai). Các quốc gia được khuyến nghị nên đưa ra những tỷ lệ, tỷ số như danh sách dưới đây:

Tỷ số thai chết lưu

$$\frac{\text{Số thai bị chết lưu}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times 1000$$

Tỷ lệ thai chết lưu

$$\frac{\text{Số thai bị chết lưu}}{\text{Tổng số sinh}} \times 1000$$

Tỷ lệ thai chết lưu, xác định được cân nặng

$$\frac{\text{Số thai chết lưu có cân nặng từ 1000g trở lên}}{\text{Tổng số sinh có cân nặng từ 1000g trở lên}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong sơ sinh sớm

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong sơ sinh sớm}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong sơ sinh sớm, xác định được cân nặng

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong sơ sinh sớm có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}}{\text{Tổng số trẻ sinh sống có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}} \times 1000$$

Tỷ số tử vong chu sinh

$$\frac{\text{Số thai chết lưu và tử vong sơ sinh sớm}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong chu sinh

$$\frac{\text{Số thai chết lưu và tử vong sơ sinh sớm}}{\text{Tổng số sinh}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong chu sinh là số thai chết lưu có cân nặng tối thiểu 500g (hoặc, nếu không có thông tin về cân nặng khi sinh thì tính theo thời gian có thai (22 tuần trọn vẹn) hoặc chiều cao (từ 25cm trở lên), cộng với số tử vong sơ sinh x 1000/tổng số sinh. Bởi vì có sự khác nhau ở mẫu số trong mỗi phần nên không nhất thiết phải bằng tổng số của tỷ lệ tử vong chu sinh sớm và tỷ lệ thai chết lưu.

Tỷ lệ tử vong chu sinh, xác định được cân nặng

$$\frac{\text{Số thai chết lưu có cân nặng từ 1000g trở lên, cộng với số tử vong sơ sinh sớm của trẻ có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}}{\text{Tổng số sinh có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong sơ sinh

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong sơ sinh}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong sơ sinh, xác định được cân nặng

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong sơ sinh có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}}{\text{Tổng số sinh sống có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong trẻ em

$$\frac{\text{Tử vong dưới 1 tuổi}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times 1000$$

Tỷ lệ tử vong trẻ em, xác định được cân nặng

$$\frac{\text{Tử vong dưới 1 tuổi trong số trẻ sinh sống có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}}{\text{Tổng số sinh sống có cân nặng khi sinh từ 1000g trở lên}} \times 1000$$

5.7.4. Trình bày nguyên nhân tử vong chu sinh

Đối với thống kê tử vong chu sinh lấy từ mẫu chứng nhận cho mục đích này (xem phần 4.3.1), phân tích đa nguyên nhân của các tình trạng bệnh được báo cáo sẽ đem lại hiệu quả tốt nhất. Nếu không thực hiện được cách phân tích như vậy thì nên tiến hành phân tích bệnh chính hoặc tình trạng bệnh của bào thai hoặc của trẻ (phần (a)) và tình trạng bệnh chính của bà mẹ ảnh hưởng đến bào thai hoặc trẻ (phần (c)) bằng bảng hai chiều. Khi cần chọn chỉ một tình trạng bệnh (ví dụ khi tử vong sơ sinh phải lồng ghép vào bảng thống kê tử vong theo các lứa tuổi), nên chọn tình trạng bệnh hoặc bệnh chính của bào thai hoặc của trẻ (phần (a)).

Phân nhóm tuổi cho thống kê đặc biệt về tử vong trẻ em

- (i) Theo từng ngày trong tuần đầu tiên (dưới 24 giờ, 1, 2, 3, 4, 5, 6 ngày), 7-13 ngày, 14-20 ngày, 21-27 ngày, từ 28 ngày trở lên, nhưng không bao gồm, 2 tháng, theo từng tháng từ 2 tháng đến 1 năm (2, 3, 4...11 tháng).
- (ii) Dưới 24 giờ, 1 – 6 ngày, 7 – 27 ngày, từ 28 ngày trở lên, nhưng không bao gồm, 3 tháng, 3-5 tháng, 6 tháng nhưng dưới 1 tuổi.
- (iii) Dưới 7 ngày, 7 – 27 ngày, 28 ngày nhưng dưới 1 tuổi.

Phân nhóm tuổi cho tử vong sơ sinh sớm

- (i) Dưới 1 giờ, 1-11 giờ, 12-23 giờ, 24-47 giờ, 48-71 giờ, 72-167 giờ
- (ii) Dưới 1 giờ, 1-23 giờ, 24-167 giờ

Phân loại cân nặng khi sinh để thống kê tử vong chu sinh

Theo các khoảng trọng lượng 500g, nghĩa là 1000-1499...

Phân loại thời gian có thai để thống kê tử vong chu sinh

Dưới 28 tuần (dưới 196 ngày), 28-31 tuần (196-223 ngày), 32-36 tuần (224-258 ngày), 37-41 tuần (259-293 ngày), 42 tuần trở lên (294 ngày trở lên).

5.8. Tiêu chuẩn và yêu cầu báo cáo liên quan đến tử vong mẹ

5.8.1 Định nghĩa

Tử vong mẹ

Tử vong mẹ là tử vong ở người phụ nữ trong khi có thai hoặc 42 ngày sau khi kết thúc có thai, không xét đến thời gian, vị trí có thai, do bất kỳ nguyên nhân nào liên quan nào hoặc bị trầm trọng do có thai nhưng không phải do tai nạn hoặc nguyên nhân tình cờ.

Tử vong mẹ muộn

Tử vong mẹ muộn là tử vong ở người phụ nữ do nguyên nhân sản khoa trực tiếp hoặc gián tiếp trong vòng trên 42 ngày đến dưới 1 năm kể từ khi kết thúc có thai.

Tử vong xảy ra trong khi có thai, khi sinh và sau khi sinh

Tử vong xảy ra trong khi có thai, khi sinh và sau khi sinh là tử vong của tử vong ở người phụ nữ trong khi có thai hoặc 42 ngày sau khi kết thúc có thai, không xét đến nguyên nhân tử vong (do thai sản hoặc không do thai sản).

Tử vong mẹ nên được chia thành 2 nhóm:

1. Tử vong trực tiếp do sản khoa: tử vong xảy ra do có biến chứng sản khoa trong giai đoạn có thai (có thai, chuyển dạ và sau đẻ); do can thiệp, bỏ sót, điều trị không đúng; hoặc do một chuỗi sự kiện gây nên ở trên.

2. Tử vong gián tiếp do sản khoa: tử vong xảy ra do một bệnh có từ trước hoặc bệnh phát triển trong thời gian có thai và không do những nguyên nhân sản khoa trực tiếp nhưng bệnh trầm trọng hơn do hậu quả sinh lý học của việc có thai.

Nhằm nâng cao chất lượng của số liệu tử vong mẹ và đưa ra những phương pháp thay thế để thu thập số liệu về tử vong trong thời gian có thai hoặc liên quan đến thai sản, cũng như để khuyến khích việc ghi nhận tử vong do những nguyên nhân sản khoa xảy ra sau hơn 42 ngày sau khi kết thúc có thai, phiên họp Hội đồng y tế thế giới lần thứ 63 năm 1990 đã chấp nhận kiến nghị đưa những câu hỏi về tình trạng có thai hiện tại và có thai trong vòng 1 năm trước khi chết vào trong giấy chứng nhận tử vong.

5.8.2. Báo cáo Quốc tế

Đối với mục đích báo cáo quốc tế về tử vong mẹ, chỉ những tử vong mẹ xảy ra trước 42 ngày sau khi kết thúc có thai là nên được đưa vào để tính toán các tỷ lệ, tỷ số, mặc dù việc ghi nhận số liệu tử vong muộn cũng có ích cho mục đích phân tích ở cấp quốc gia.

5.8.3. Công bố tỷ lệ tử vong mẹ

Khi công bố tỷ lệ tử vong mẹ nên xác định rõ tử số (số trường hợp tử vong mẹ được ghi nhận), có thể là:

- Số trường hợp tử vong trực tiếp do sản khoa

- Số trường hợp tử vong sản khoa (trực tiếp cộng với gián tiếp)

Chú ý khi tính tỷ lệ tử vong mẹ, vẫn tính các trường hợp không được mã theo Chương XV (mã O). Những nhóm bệnh đó được trình bày ở phần ở phần đầu của Chương XV, mục “Ghi chú loại trừ”, miễn là chúng đáp ứng yêu cầu ở Phần 4.3.1 a) về các nguyên nhân tử vong gián tiếp do sản khoa.

5.8.4. Mẫu số cho tử vong mẹ

Mẫu số được dùng để tính toán tử vong mẹ nên được xác định bằng số trẻ sinh sống hoặc tổng số sinh (số trẻ sinh sống cộng với số thai chết lưu). Nếu có số liệu về cả 2 loại mẫu số trên thì nên công bố theo cả 2 loại.

Tỷ số và tỷ lệ

Kết quả nên được diễn tả như là tỉ số của tử số với mẫu số nhân với hệ số k (k có thể là 1000, 10.000, hoặc 100.000 tùy theo quy định tại từng quốc gia). Như vậy, tỷ số và tỷ lệ tử vong có thể diễn đạt như sau:

Tỷ lệ tử vong mẹ

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong mẹ (trực tiếp và gián tiếp)}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times k$$

Tỷ số tử vong trực tiếp do sản khoa

$$\frac{\text{Chi trường hợp tử vong trực tiếp do sản khoa}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times k$$

Tỷ số tử vong xảy ra trong khi có thai, khi sinh và sau khi sinh

$$\frac{\text{Số trường hợp tử vong xảy ra trong khi có thai, khi sinh và sau khi sinh}}{\text{Tổng số sinh sống}} \times k$$

5.9. Tỷ lệ tử vong được phân loại theo những nguyên nhân không xác định rõ

Nếu số trường hợp có nguyên nhân tử vong thuộc Chương XVIII (các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bất thường, không phân loại ở phần khác) chiếm tỷ lệ cao thì cần phải phải tra hoặc xem xét chất lượng của bảng thống kê để phân bố lại nguyên nhân theo các chương khác.

5.10. Bệnh tật

Hiện nay, có rất nhiều nguồn thông tin khác nhau về bệnh tật. Số liệu phù hợp nhất cho phân tích ở mức quốc gia hoặc khu vực là những số liệu cho phép tính toán được tác động của bệnh tật, hoặc ít nhất của những bệnh cần chăm sóc y tế hoặc bệnh viện. Số liệu cho các giai đoạn chăm sóc y tế phải tuân theo hướng dẫn và định nghĩa về ghi nhận bệnh tật và sự lựa chọn tình trạng bệnh. Những loại thông tin khác đòi hỏi có những quy tắc địa phương.

Vấn đề của thống kê bệnh tật bằng chính sự định nghĩa “bệnh tật”. Có nhiều sự phương pháp để nâng cao công tác thống kê bệnh tật. Hiện tại, sự so sánh quốc tế về số liệu bệnh tật chỉ khả thi ở một số chỉ số và chỉ với những mục đích đã được xác định rõ ràng. Thông tin ở mức độ quốc gia và quốc tế về bệnh tật phải được diễn giải về nguồn thu

thập và với kiến thức cơ bản về chất lượng, độ tin cậy của chẩn đoán, đặc tính kinh tế, xã hội, nhân khẩu học.

5.11. Chú ý khi danh sách bảng liệt kê bao gồm cả tổng số phụ

Trong quá trình xử lý số liệu, không phải lúc nào một số nội dung trong danh sách bảng liệt kê cũng là tổng số phụ. Ví dụ tiêu đề của các chương bệnh; danh sách mã bệnh 4 ký tự; tiêu đề nhóm bệnh 3 ký tự; tiêu đề chương trong phiên bản rút gọn của danh sách bảng liệt kê tử vong. Những số liệu đầu vào này nên được bỏ qua khi tính tổng số, nếu không các ca bệnh có thể được thống kê nhiều hơn một lần.

5.12. Vấn đề dân số ít

Dân số là một trong những yếu tố phải xem xét khi đánh giá tình trạng sức khỏe của cộng đồng thông qua số liệu trung bình về bệnh tật và tử vong. Ở những đất nước có dân số ít, số sự kiện hàng năm trong danh sách lựa chọn sẽ rất nhỏ, và sẽ dao động ngẫu nhiên từ năm này sang năm khác. Điều này đặc biệt đúng đối với các nhóm tuổi, giới. Vấn đề này có thể khắc phục bằng một trong các cách sau đây:

- Sử dụng hoặc trình bày các tên nhóm bệnh, hoặc chương bệnh của ICD (thay vì sử dụng tên bệnh).
- Tổng hợp số liệu trong một chu kỳ dài hơn, ví dụ lấy số liệu định kỳ 2 năm 1 lần để báo cáo.
- Sử dụng nhóm tuổi có khoảng cách rộng được khuyến nghị ở mục 5.6.1 và 5.7.4 (ví dụ 15-25 thay vì 15 – 20).

Những phương pháp áp dụng cho quốc gia có dân số ít nhìn chung cũng có thể áp dụng cho các nhóm cộng đồng, khu vực của một quốc gia có đông dân cư. Điều tra những vấn đề sức khỏe của một nhóm cộng đồng phải cân nhắc tới ảnh hưởng của số lượng dân số. Điều này nhìn chung được quan tâm trong các cuộc điều tra chọn mẫu, nhưng lại bị bỏ qua khi điều tra về các vấn đề sức khỏe ở các nhóm đặc biệt trên toàn quốc.

5.13. “Ô bỏ trống” và ô với tần suất thấp

Dù danh sách nguyên nhân nào được sử dụng thì cũng có thể xảy ra trường hợp không có số liệu ở một số ô trong bảng thống kê. Nếu có nhiều dòng trống trong một bảng, cần xem xét bỏ dòng trống đó ra khỏi bảng thống kê. Khi chỉ có một vài trường hợp của một loại bệnh xuất hiện ở một quốc gia, dòng thống kê bệnh đó có thể bỏ ra ngoài bảng thống kê nhưng nên ghi chú kèm theo.

Đối với các ô có tần số thấp, đặc biệt là các ô liên quan tới những bệnh xuất hiện ngoài dự đoán, điều quan trọng là phải xác định các ca bệnh đó hiện diện không phải là do sai sót mã hóa hoặc quá trình xử lý. Điều này phải được thực hiện như là một phần của việc kiểm soát chất lượng số liệu nói chung.

5.14. Khuyến nghị

1. Trách nhiệm ghi giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong (Xem phần 5.2)

Lập giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong thường là trách nhiệm của cán bộ y tế trực tiếp điều trị. Trong trường hợp tử vong được xác nhận bởi điều tra viên hoặc của các cán bộ có thẩm quyền, những bằng chứng y khoa đã cung cấp cho người cấp giấy chứng nhận nên được ghi trong giấy chứng nhận cùng với bất kỳ phát hiện hợp pháp nào khác.

2. Mẫu giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong (Xem phần 5.2, 4.1.3 và 4.3.1)

Giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong nên áp dụng theo khuyến cáo quốc tế (xem phần 4.1.3). Sự thu thập các thông tin tử vong chu sinh phải phù hợp với những khuyến nghị trình bày ở Phần 4.3.1.

3. Bảo mật thông tin y tế (Xem phần 5.2)

Cần phải giữ bí mật các thông tin ghi chép tại giấy chứng nhận tử vong và các loại hồ sơ bệnh án khác.

4. Lựa chọn nguyên nhân cho bảng thống kê tử vong (xem Phần 4.1.1)

Các nguyên nhân tử vong được ghi vào trong giấy chứng nhận tử vong là tất cả bệnh, tình trạng bệnh hoặc chấn thương gây ra hoặc góp phần gây ra tử vong và hoàn cảnh của tai nạn hoặc bạo lực dẫn đến chấn thương. Nếu chỉ có 1 nguyên nhân tử vong được ghi nhận, chọn nguyên nhân này đưa vào bảng thống kê. Nếu có từ 2 nguyên nhân tử vong trở lên được ghi nhận, lựa chọn nguyên nhân nào phù hợp nhất với những Quy tắc, Hướng dẫn ở các phần trên.

5. Sử dụng Bảng Phân loại Quốc tế bệnh tật (xem phần 2.1, 2.2 và 3.3)

Mục đích của Bảng Phân loại Quốc tế bệnh tật là cho phép việc ghi nhận, phân tích, phiên giải và so sánh số liệu bệnh tật, tử vong một cách hệ thống ở các quốc gia, khu vực và thời gian khác nhau. Phân loại “gốc” của ICD là mã 3 ký tự - mức độ mã hóa bắt buộc khi báo cáo số liệu tử vong cho Tổ chức Y tế thế giới và để so sánh giữa các quốc gia. Nhóm bệnh 4 ký tự không thuộc mức độ mã hóa bắt buộc khi báo cáo ở tầm quốc tế, và nó được khuyến khích sử dụng cho nhiều mục đích thống kê khác nhau.

6. Thống kê tử vong chu sinh (xem phần 5.7.2 và 5.7.3)

Theo khuyến cáo, tất cả bào thai và trẻ em có cân nặng khi sinh từ 500g trở lên dù sống hay chết đều nên được ghi nhận vào trong số liệu thống kê quốc gia. Nếu không có thông tin cân nặng khi sinh, sử dụng tiêu chuẩn tương ứng là thời gian có thai (22 tuần tròn vẹn) hoặc chiều cao (từ 25cm trở lên). Tiêu chuẩn để quyết định một sự kiện xảy ra trong thời gian chu sinh nên được áp dụng theo thứ tự: (1) cân nặng khi sinh; (2) thời gian có thai; (3) chiều dài cơ thể. Việc thống kê bào thai và trẻ sơ sinh có cân nặng từ 500g-1000g cũng được khuyến cáo vì ý nghĩa thực tế của nó và bởi nó tăng mức bao phủ báo cáo về trẻ có trọng lượng từ 1000 trở lên.

Khi thống kê để so sánh quốc tế, việc đưa nhóm có cân nặng khi sinh quá thấp vào trong báo cáo sẽ làm ảnh hưởng đến giá trị so sánh, nên nó không được khuyến cáo áp dụng. Nếu không có thông tin về cân nặng khi sinh, thời gian có thai và chiều cao thai nhi thì

cũng cần phải có chú thích rõ ràng. Các quốc gia nên trình bày số liệu thống kê bao gồm cả tử số và mẫu số đối với những trẻ sơ sinh và bào thai nặng từ 1000g trở lên (tỷ số và tỷ lệ cho cân nặng), nếu không có thông tin về cân nặng khi sinh, tính theo thời gian có thai (28 tuần trọn vẹn) hoặc chiều cao (35cm).

7. Thống kê tử vong mẹ (xem Phần 5.8.2 và 5.8.3)

Khi công bố tỷ lệ tử vong mẹ nên xác định rõ tử số (số trường hợp tử vong mẹ được ghi nhận), có thể là: Số trường hợp tử vong trực tiếp do sản khoa hoặc Số trường hợp tử vong sản khoa (trực tiếp cộng với gián tiếp). Đối với mục đích báo cáo quốc tế về tử vong mẹ, chỉ những tử vong mẹ xảy ra trước 42 ngày sau khi kết thúc có thai là nên được đưa vào để tính toán các tỷ lệ, tỷ số, mặc dù việc ghi nhận số liệu tử vong muộn cũng cho ích cho mục đích phân tích ở cấp quốc gia.

8. Bảng thống kê (xem Phần 5.6.1 và 5.7.4)

Mức độ chi tiết theo nguyên nhân, giới, tuổi và khu vực địa lý phụ thuộc vào mục đích, phạm vi và khó khăn khi lập bảng thống kê. Các phương pháp trình bày kết quả thống kê chuẩn được trình bày ở phần 5.6.1 và 5.7.4.

9. Bảng thống kê nguyên nhân tử vong (xem phần 5.6.2 và 5.6.4)

Thống kê nguyên nhân tử vong cho một khu vực xác định nên tuân theo khuyến nghị ở Phần 5.6.2. Các trường hợp tử vong nên phân theo giới, nhóm tuổi như khuyến nghị ở Phần 5.6.1. Đối với thống kê tử vong chu sinh, phân tích đa nguyên nhân của các tình trạng bệnh được báo cáo sẽ đem lại hiệu quả tốt nhất. Nếu không thực hiện được cách phân tích như vậy thì nên tiến hành phân tích bệnh chính hoặc tình trạng bệnh của bào thai hoặc của trẻ và tình trạng bệnh chính của bà mẹ ảnh hưởng đến bào thai hoặc trẻ bằng bảng hai chiều. Khi cần chọn chỉ một tình trạng bệnh, nên chọn tình trạng bệnh hoặc bệnh chính của bào thai hoặc của trẻ.

6. Lịch sử phát triển Bảng Phân loại Quốc tế bệnh tật ICD

6.1. Giai đoạn đầu tiên

Ông George Knibbs, nhà thống kê học nổi tiếng người Úc tin rằng Francois Bossier Lacroix (1706-1777), hay được biết đến với tên gọi Sauvages, là người đã có những nỗ lực đầu tiên để phân loại bệnh một cách có hệ thống (10). Báo cáo của Sauvages được công bố với tiêu đề *Nosologia methdica*. Người cùng thời với Sauveges là nhà phương pháp luận vĩ đại Linnaeus (1707-1778) cũng có một báo cáo với tiêu đề *Genera morborum*. Vào đầu thế kỷ 19, phân loại bệnh được dùng nhiều nhất là phân loại của William Cullen (1710-1790) được công bố năm 1785 dưới tiêu đề *Synopsis nosologiae methodicae*.

Tuy nhiên, vì những mục đích thực tiễn, nghiên cứu thống kê bệnh đã được John Graunt tiến hành từ thế kỷ 18 trong khi xây dựng Dự luận London về tử vong. Cách phân loại được ông đưa ra là cố gắng đánh giá tỷ lệ trẻ sinh sống chết trước 6 tuổi dù không có

thông tin về tuổi khi chết. Ông đã lấy tất cả trường hợp tử vong được phân loại là co giật, còi xương, bệnh răng, giun sán, sẩy thai, gan to và bổ sung thêm một nửa số trường hợp tử vong được phân loại là bệnh đậu mùa, bệnh sởi và giun sán không có co giật. Mặc dù, sự phân loại này khá thô sơ, nhưng với số liệu 36% tử vong ở trẻ dưới 6 tuổi là bằng chứng cho thấy sự phổ biến của những bệnh trên ở trẻ. Trong 3 thế kỷ qua, có nhiều đóng góp nhằm tăng sự chính xác của phân loại bệnh nhưng nhiều ý kiến vẫn hoài nghi về tính hữu ích của thống kê bệnh, hoặc thậm chí nguyên nhân tử vong, vì có rất nhiều khó khăn khi phân loại bệnh. Đánh giá về những khó khăn này, ông Greenword chỉ rằng “Những người theo chủ nghĩa khoa học thuần túy sẽ trông đợi một phương pháp thống kê chính xác tuyệt đối thì cũng không khôn ngoan hơn người Horace đợi cho con sông chảy đi nơi khác” (11).

May mắn cho sự phát triển của y học dự phòng là có những công hiến của William Farr (1807-1883) – nhà thống kê y khoa đầu tiên làm việc Văn phòng Hộ tịch nước Anh và xứ Wales – một người không chỉ ứng dụng tốt nhất bảng phân loại bệnh chưa hoàn chỉnh thực tế, mà còn có những nỗ lực xây dựng bảng phân loại tốt hơn và phổ biến chúng ở tầm quốc tế.

Ông William Farr nhận thấy bảng phân loại của Cullen được sử dụng trong dịch vụ công lúc bấy giờ không bao gồm những thành tựu y học cũng như không đáp ứng được mục tiêu thống kê. Do đó, trong bản báo cáo đầu tiên của Văn phòng Quản lý nhân khẩu, ông đã đưa ra những định hướng cho thống kê phân loại bệnh tật và đề nghị áp dụng bảng phân loại thống nhất như sau:

Thuận lợi của một danh pháp thống kê đồng nhất, dù chưa hoàn chỉnh, là khá rõ ràng, nhưng nó lại không được quan tâm trong Dự luật tử vong. Trong nhiều trường hợp, một bệnh bao hàm bởi 3-4 thuật ngữ, và mỗi thuật ngữ được áp dụng cho nhiều bệnh khác nhau: những tên gọi mơ hồ, bất tiện được sử dụng, hoặc biến chứng được ghi nhận thay vì bệnh chính. Danh pháp là rất quan trọng cho lĩnh vực thu thập thông tin như cân nặng và đo lường trong khoa học vật lý và phải được áp dụng càng sớm càng tốt.

Danh pháp và phân loại thống kê được ông William Farr duy trì nghiên cứu và trình bày trong các “Bức thư” được công bố trong Báo cáo thường niên của Văn phòng quản lý nhân khẩu. Những lợi ích của bảng phân loại đồng nhất về nguyên nhân tử vong đã được thừa nhận và ủng hộ tại Hội nghị Thống kê Quốc tế tổ chức lần đầu tiên vào năm 1853. Sau đó, Hội nghị đã đề nghị William Farr và Marc d’Espine dự thảo một bảng phân loại nguyên nhân tử vong thống nhất, mang tầm quốc tế. Tại Hội nghị tiếp theo ở Paris năm 1855, William Farr và Marc d’Espine giới thiệu 2 danh sách riêng biệt dựa trên những nguyên tắc rất khác nhau. Bảng phân loại của William Farr được chia thành 5 nhóm: bệnh dịch, bệnh nói chung, bệnh lưu hành địa phương chia theo vị trí giải phẫu, bệnh tiến triển và bệnh do hậu quả trực tiếp của bạo lực. Marc d’Espine thì phân loại theo tính chất của bệnh (bệnh gút, bệnh giộp, xuất huyết...). Hội nghị thống nhất một danh sách gồm có

139 nhóm bệnh. Năm 1864, tại Paris bảng phân loại này được chỉnh sửa lại trên cơ sở mô hình của William Farr và sau đó được hiệu đính bổ sung vào những năm 1874, 1880, 1886. Mặc dù, bảng phân loại chưa từng được chấp nhận rộng rãi trên thế giới nhưng cách sắp xếp các nhóm bệnh, bao gồm nguyên tắc phân loại bệnh theo vị trí giải phẫu của William Farr vẫn là cơ sở của Danh sách Quốc tế về Nguyên nhân tử vong.

6.2. Phê duyệt Danh sách Quốc tế về Nguyên nhân tử vong

Viện thống kê quốc tế, cơ quan kế nhiệm của Hội nghị Thống kê quốc tế, tại cuộc họp năm 1891 ở Áo, giao cho một ủy ban do Jacques Bertillon (1851-1922) – Trưởng cơ quan thống kê của Thành phố Paris, chịu trách nhiệm chuẩn bị một phân loại nguyên nhân tử vong. Có một sự trùng hợp thú vị, Bertillon chính là cháu của ông Achille Guillard - nhà thực vật học và thống kê nổi tiếng, người đã đề xuất yêu cầu phân công William Farr và Marc d'Espine dự thảo một bảng phân loại nguyên nhân tử vong thống nhất tại Hội nghị thống kê Quốc tế lần thứ I vào năm 1853. Báo cáo của ủy ban này được Jacques Bertillon trình bày và được thông qua tại cuộc họp của Viện Thống kê Quốc tế ở Chicago năm 1893. Bảng phân loại do ủy ban của Bertillon dự thảo dựa trên bảng phân loại nguyên nhân tử vong được thành phố Paris sử dụng từ lần hiệu đính năm 1885, bảng phân loại này là sự trình bày tổng hợp các phân loại của Anh, Đức, Thụy Sĩ. Bảng phân loại dựa trên nguyên tắc của William Farr là phân biệt giữa bệnh nói chung và bệnh đặc hiệu ở cơ quan hoặc vị trí giải phẫu. Theo đề xuất của L. Guillance, Giám đốc văn phòng thống kê Liên bang Thụy Sĩ, Hội nghị tại Vienna, Áo đã đề nghị Bertillon đưa ra 3 bảng phân loại: bảng phân loại đầu tiên là phân loại tóm tắt gồm 44 tình trạng bệnh; bảng phân loại thứ 2 gồm 99 tình trạng bệnh; bảng phân loại thứ 3 gồm 161 tình trạng bệnh.

Bảng phân loại nguyên nhân tử vong của Bertillon đã được sự phê chuẩn nói chung và được một số quốc gia, thành phố sử dụng. Bảng phân loại lần đầu tiên được Jesus E. Monjaras sử dụng ở Bắc Mỹ cho việc thống kê tại thành phố San Luis de Potosi, Mexico (13). Năm 1898, tại cuộc họp ở Ottawa, Canada, Hội y tế công cộng Hoa Kỳ đã đề nghị các cán bộ hộ tịch Canada và Hoa Kỳ sử dụng bảng phân loại của Bertillon, đồng thời Hội đề nghị nên hiệu đính bảng phân loại mười năm 1 lần.

Trong cuộc họp của Viện thống kê Quốc tế tại Christiania năm 1899, Bertillon đã trình bày báo cáo về quá trình phát triển bảng phân loại, bao gồm những khuyến nghị của Hội Y tế công cộng Hoa Kỳ đối với việc hiệu đính mười năm 1 lần. Sau đó, viện thống kê Quốc tế đã thông qua tuyên bố sau (14):

Viện thống kê Quốc tế nhận thấy sự cần thiết của việc sử dụng một bảng danh pháp để có thể so sánh giữa các quốc gia với nhau;

Rất vui mừng khi biết rằng các văn phòng thống kê ở Bắc Mỹ, Nam Mỹ và một số nơi ở Châu Âu đã sử dụng hệ thống danh pháp nguyên nhân tử vong được trình bày năm 1893; Khẳng định hệ thống danh pháp phải được chấp nhận theo những nguyên tắc đã đề ra, không thay đổi khi sử dụng, nên áp dụng cho tất cả viện thống kê ở Châu Âu;

Thống nhất về đường lối chung, hệ thống hiệu đính mười năm 1 lần theo như Hội Y tế công cộng Hoa Kỳ đề nghị trong cuộc họp năm 1898 tại Ottawa;

Đề nghị các văn phòng thống kê khẩn trương áp dụng và tiếp tục đóng góp xây dựng hệ thống danh pháp nguyên nhân tử vong.

Tháng 8 năm 1900 tại Paris, Chính phủ Pháp đã tổ chức Hội nghị Quốc tế đầu tiên thảo luận về việc hiệu đính bảng phân loại của Bertillon hoặc danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong. Tham dự hội nghị có đại biểu đến từ 26 quốc gia. Một bảng phân loại chi tiết nguyên nhân tử vong bao gồm 179 nhóm và bảng phân loại tóm tắt 35 nhóm được thông qua vào ngày 21/8/1900. Sự cần thiết phải hiệu đính mười năm một lần đã được thừa nhận và Chính phủ Pháp đề nghị tổ chức cuộc họp tiếp theo vào năm 1910. Trong thực tế, Hội nghị kế tiếp được tổ chức năm 1909, sau đó Chính phủ Pháp tổ chức thành công các hội nghị vào năm 1920, 1929 và 1938.

Bertillon vẫn là người đi đầu trong việc xây dựng, hoàn thiện Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong, các lần Hiệu đính năm 1900, 1910 và 1920 đều tiến hành dưới sự chỉ đạo của ông. Với vai trò Tổng thư ký của Hội nghị Quốc tế, ông đã gửi dự thảo bảng phân loại năm 1920 cho hơn 500 người để xin ý kiến. Sự ra đi của ông vào năm 1920 đã khiến cho Hội nghị Quốc tế mất đi bàn tay chỉ đạo.

Năm 1923, trong phiên họp của Viện Thống kê Quốc tế, Michel Huber, người kế nhiệm Bertillon ở Pháp, nhận ra sự khó khăn khi chỉ đạo và đã đưa ra sự cải tổ đối với Viện Thống kê Quốc tế để lấy lại vị thế của nó đối với Bảng phân loại Quốc tế nguyên nhân tử vong và để hợp tác với các tổ chức quốc tế khác trong việc chuẩn bị cho những lần Hiệu đính tiếp theo. Tổ chức Y tế của Hiệp hội các quốc gia có những mối quan tâm tích cực trong thống kê vấn đề sinh tử và đã chỉ định một Ủy ban các Chuyên gia thống kê nghiên cứu bảng phân loại bệnh tật, nguyên nhân tử vong, cũng như các vấn đề khác trong lĩnh vực thống kê y tế. E. Roesle, trưởng cơ quan thống kê y tế của Cục Y tế Đức và là thành viên của Ủy ban các Chuyên gia, đã thực hiện một công trình nghiên cứu liệt kê các nhóm bệnh trong Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong năm 1920 cần phải mở rộng nếu phân loại được sử dụng trong bảng thống kê bệnh. Kết quả nghiên cứu này được Tổ chức Y tế của Hiệp hội các quốc gia công bố năm 1928 (15). Để điều phối công việc của cả 2 cơ quan nói trên, một Ủy ban Quốc tế gọi là “Ủy ban hỗn hợp” được thành lập với số lượng thành viên tham gia bằng nhau của Viện Thống kê Quốc tế và Tổ chức Y tế của Hiệp hội các quốc gia. Ủy ban này đã soạn thảo đề cương cho các lần Hiệu đính thứ tư (1929), thứ năm (1938) của Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong.

6.3. Hội nghị Hiệu đính mười năm một lần, lần thứ 5.

Như các Hội nghị trước, Hội nghị Quốc tế lần thứ 5 về Hiệu đính Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong được Chính phủ Pháp tổ chức vào tháng 10 năm 1938. Hội nghị đã phê chuẩn 3 danh sách: một danh sách chi tiết gồm 200 tình trạng bệnh, danh sách trung gian gồm 87 tình trạng bệnh; danh sách tóm tắt gồm 44 tình trạng bệnh. Ngoài việc cập nhật danh sách cho phù hợp với sự tiến bộ của khoa học, đặc biệt trong chương bệnh

niễm trùng, ký sinh trùng, và những thay đổi trong các chương về tình trạng hậu sản, tai nạn, Hội nghị đã tiến hành sửa đổi một số nội dung, số thứ tự, cách đánh số các mục bệnh. Danh sách nguyên nhân chết lưu được Hội nghị thông qua.

Đối với phân loại thống kê bệnh tật, Hội nghị thừa nhận nhu cầu ngày càng tăng đối với danh sách bệnh tương ứng để phục vụ mục đích thống kê của các tổ chức khác nhau như bảo hiểm y tế, bệnh viện, quân y, quản lý y tế và cơ quan liên quan. Do đó Hội nghị đã thông qua nghị quyết sau (16):

2. Danh sách Quốc tế về bệnh tật

Đối với tầm quan trọng của việc biên soạn danh sách quốc tế về bệnh tật tương ứng với Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong:

Hội nghị đề nghị Ủy ban Hỗn hợp do Viện Thống kê Quốc tế và Tổ chức Y tế của Hiệp hội các quốc gia thành lập năm 1929, chịu trách nhiệm chuẩn bị Danh sách Quốc tế về bệnh tật cùng với các chuyên gia và đại diện của các tổ chức liên quan.

Trong khi chờ biên soạn Danh sách Quốc tế về bệnh tật, Hội nghị đề nghị danh sách bệnh tật của các quốc gia đang sử dụng nên thống nhất ở mức có thể với Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong chi tiết (số chương, tiêu đề, trong mục gọi là Danh sách đặt trong dấu ngoặc đơn)

Hội nghị đề nghị Chính phủ Hoa Kỳ cần tiếp tục nghiên cứu giải pháp thống kê để thống nhất nguyên nhân tử vong với những nội dung sau (16):

Kính thưa Hội nghị,

Năm 1929, Chính phủ Hoa Kỳ có đủ khả năng để thực hiện những nghiên cứu nhằm thống nhất phương pháp lựa chọn nguyên nhân tử vong chính của các ca bệnh có từ hai nguyên nhân tử vong trở lên cùng được ghi nhận trong giấy chứng nhận tử vong.

Ở một số nước có nhiều cuộc khảo sát đã hoặc đang trong quá trình thực hiện, điều này cho thấy tầm quan trọng của vấn đề này.

Theo kết quả các cuộc khảo sát nói trên, khả năng so sánh tỷ lệ tử vong giữa các nước không chỉ là giải pháp lựa chọn nguyên nhân tử vong chính mà còn là giải pháp cho một số vấn đề khác.

(1) Chân thành cảm ơn Chính phủ Mỹ về những công việc mà họ đã hoàn thành hoặc thúc đẩy sự kết nối này.

(2) Đề nghị Chính phủ Mỹ tiếp tục hợp tác với các tổ chức, quốc gia khác để khảo sát sâu hơn vấn đề này với định kỳ 10 năm một lần.

(3) Với những cuộc khảo sát trong tương lai, đề nghị Chính phủ Mỹ nên thành lập một tiểu ban gồm đại diện của một số tổ chức và quốc gia khác để cùng tham gia.

6.4. Những phân loại trước đây về thống kê bệnh tật

Những cuộc thảo luận đến thời điểm này cho thấy những phân loại bệnh được trình bày hầu hết đều có liên quan tới thống kê nguyên nhân tử vong. Tuy nhiên, Farr thừa nhận rằng mọi người mong muốn “mở rộng một hệ thống danh pháp tương tự cho những bệnh không gây tử vong nhưng gây tàn tật trong cộng đồng, và bây giờ trong số liệu thống kê

của quân đội, các bệnh viện, nhà tù, viện tâm thần, cũng như trong cuộc điều tra dân số của các quốc gia (Iceland), danh mục bệnh tật đó đã được đề cập” (9). Trong báo cáo về danh pháp và phân loại bệnh được trình bày tại Hội nghị Thống kê Quốc tế lần thứ 2, ông đã đưa ra một danh sách chung những bệnh phổ biến nhất ảnh hưởng tới sức khỏe và những bệnh có thể gây tử vong. Hội nghị Thống kê Quốc tế lần thứ 4 tổ chức tại London năm 1860, trong bài trình bày “Kế hoạch đồng nhất thống kê bệnh viện”, Florence Nightingale đã đề nghị khẩn trương áp dụng Bảng phân loại bệnh của William Farr để thống kê tình hình mắc bệnh ở bệnh viện.

Tại Hội nghị Quốc tế lần thứ nhất để hiệu đính Bảng phân loại nguyên nhân tử vong của Bertillon năm 1900 ở Paris, một bảng phân loại bệnh song song dùng trong thống kê tình trạng bệnh đã được phê duyệt. Một danh sách bệnh song song cũng được phê duyệt vào năm 1909.

Các nhóm bệnh không gây tử vong được xây dựng bằng cách chia nhỏ một số đề mục của phân loại nguyên nhân tử vong thành 2 hoặc 3 nhóm bệnh, mỗi nhóm được gán một chữ cái. Bản dịch tiếng Anh của Bảng phân loại bệnh tật hiệu đính lần thứ 2 do Bộ Thương Mai và Lao động Mỹ công bố năm 1910 với tên gọi “*Phân loại Quốc tế về nguyên nhân bệnh tật và tử vong*”. Những lần hiệu đính sau này đã gộp một số nhóm bệnh vào danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong. Hội nghị Quốc tế lần thứ tư đã thông qua một bảng phân loại bệnh tật khác với danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong bằng cách bổ sung thêm 12 phân nhóm. Tuy nhiên, bảng phân loại Quốc tế bệnh tật này lại không được chấp nhận rộng rãi vì nó chỉ đưa một danh sách nguyên nhân tử vong rất giới hạn.

Do thiếu một bảng phân loại bệnh phù hợp cho việc thống kê bệnh tật, nhiều nước nhận thấy cần phải tự xây dựng một danh sách riêng. Một bảng mã bệnh tật chuẩn đã được Hội đồng Y tế Canada xây dựng và ban hành năm 1936. Các phân nhóm chính trong bảng mã này gồm 18 chương trong Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong hiệu đính năm 1929, và được phân chi tiết thành 380 bệnh cụ thể. Năm 1938, tại Hội nghị Quốc tế lần thứ Năm, Đoàn đại biểu Canada đã giới thiệu bản sửa đổi của Danh sách này để xem xét như là cơ sở của Danh sách Quốc tế nguyên nhân bệnh tật. Mặc dù không có hành động nào cho đề xuất trên nhưng Hội nghị chấp nhận trích dẫn đề xuất trên vào trong Nghị quyết của Hội nghị.

Năm 1944, các Bảng Phân loại tạm thời về bệnh tật và chấn thương được công bố ở Anh và Mỹ để sử dụng trong bảng thống kê bệnh tật. Các Bảng phân loại này mở rộng hơn danh sách của Canada, nhưng giống với Bảng danh sách của Canada vì có tuân theo trật tự bệnh chung trong Danh sách Quốc tế Nguyên nhân tử vong. Bảng phân loại của Anh được Ủy ban thống kê bệnh tật bệnh viện thuộc Hội đồng nghiên cứu y học – thành lập vào tháng 1 năm 1942 nghiên cứu xây dựng. Bảng phân loại này được đặt tên là “Bảng phân loại tạm thời bệnh tật và chấn thương dùng trong biên soạn thống kê bệnh” (17). Bảng phân loại này được chuẩn bị với mục đích hỗ trợ công tác thu thập, ghi chép thống

kê bệnh nhân nội trú ở Anh thông qua việc sử dụng một bảng phân loại chuẩn bệnh tật và chấn thương trên toàn quốc.

Trước đó, năm 1940, Bộ trưởng Bộ Y tế Mỹ và Cục trưởng Cục điều tra dân số Mỹ đã công bố một danh sách bệnh tật và chấn thương dùng trong thống kê bệnh (18). Bản danh sách do Vụ Phương pháp y tế chuẩn bị với sự hợp tác của Ủy ban tư vấn do Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đạo. Quyển *Hướng dẫn mã hóa nguyên nhân bệnh theo một mã chẩn đoán để phục vụ mục đích thống kê* xuất bản năm 1944, bao gồm mã chẩn đoán, danh sách các thuật ngữ bao gồm và một danh sách bệnh theo chữ cái. Bảng mã này được dùng tại nhiều bệnh viện, kế hoạch chăm sóc y khoa và đặc biệt trong những nghiên cứu của các cơ quan liên quan của Mỹ.

6.5. Ủy ban hợp nhất nguyên nhân tử vong của Mỹ

Thực hiện Nghị quyết của Hội nghị Quốc tế lần thứ năm, năm 1945, Ngoại trưởng Mỹ đã ký quyết định thành lập Ủy ban hợp nhất nguyên nhân tử vong dưới sự điều hành của Giáo sư Lowell J. Reed - chuyên ngành thống kê y sinh học thuộc Đại học Johns Hopkin. Các thành viên và chuyên gia tư vấn gồm đại diện Chính phủ Canada, Anh, Ban Y tế của Liên minh các quốc gia. Ủy ban này nhận thấy có những khuynh hướng chung liên quan tới danh sách thống kê bệnh tật, tử vong và quyết định rằng trước khi đề cập đến việc tổng hợp các nguyên nhân tử vong, nên xem xét bảng phân loại dựa trên quan điểm bệnh tật và tử vong, từ đó vấn đề tổng hợp nguyên nhân tử vong luôn có liên quan tới cả hai loại thống kê.

Ủy ban cũng chú ý đến những nội dung từng được đề cập trong Danh sách Quốc tế bệnh tật của Hội nghị Quốc tế, đó là “danh sách bệnh tật của các quốc gia đang sử dụng nên thống nhất ở mức có thể với Danh sách Quốc tế nguyên nhân tử vong chi tiết”. Ủy ban nhận thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa bảng phân loại bệnh tật và chấn thương với bảng phân loại nguyên nhân tử vong. Việc cho rằng có sự khác nhau cơ bản giữa 2 loại bảng phân loại trên bắt nguồn những quan điểm sai lầm về Danh sách Quốc tế là một bảng phân loại nguyên nhân cuối cùng, thực tế nó phải dựa trên tình trạng bệnh bắt nguồn từ một dãy sự kiện rồi mới dẫn đến tử vong. Ủy ban này tin rằng để thực hiện đầy đủ cả thống kê bệnh tật và tử vong, không chỉ phân loại bệnh cho cả hai mục đích để so sánh với nhau mà còn có thể hợp nhất lại thành một bảng phân loại.

Ngoài ra, càng ngày càng có nhiều các cơ quan thống kê sử dụng hồ sơ bệnh án bao gồm cả 2 thông tin bệnh tật và tử vong. Thậm chí nhiều cơ quan chỉ thống kê tình hình bệnh tật hoặc tình hình tử vong. Do đó, một bảng phân loại duy nhất sẽ cung cấp một cơ sở chung để so sánh thông tin thống kê bệnh tật, tử vong và tạo thuận lợi hơn cho người sử dụng.

Một tiểu ban biên soạn đã được thành lập để xây dựng dự thảo Bảng Phân loại thống kê bệnh tật, chấn thương và nguyên nhân tử vong. Sau khi tiến hành thử nghiệm tại nhiều cơ quan ở Canada, Mỹ, Anh, bản dự thảo cuối cùng đã được Ủy ban hợp nhất nguyên nhân tử vong phê duyệt.

6.6. Lần hiệu đính thứ sáu của Danh sách Quốc tế

Hội nghị Y tế Quốc tế tổ chức ở Thành phố New York vào tháng 6 và tháng 7 năm 1946 (19) đã giao cho Ủy ban lâm thời của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) chịu trách nhiệm:

Xem xét cơ chế hiện hành và chuẩn bị những công tác cần thiết liên quan đến:

(i) lần hiệu đính mười năm một lần tiếp theo của “Danh sách Quốc tế về Nguyên nhân tử vong” (bao gồm Danh sách được chấp nhận theo Hiệp ước Quốc tế năm 1934 liên quan tới Thống kê nguyên nhân tử vong); và

(ii) Xây dựng Danh sách Quốc tế Nguyên nhân bệnh.

Để thực hiện những nhiệm vụ này, Ủy ban lâm thời đã chỉ định Ủy ban chuyên gia chuẩn bị cho lần Hiệu đính Mười năm một lần Lần thứ Sáu về Danh sách Quốc tế bệnh tật và nguyên nhân tử vong.

Ủy ban này rất chú ý tới kiến nghị liên quan tới cách thức phân loại bệnh tật, tử vong do Ủy ban hợp nhất nguyên nhân tử vong của Mỹ đề xuất.

Dự thảo Bảng phân loại có tên là “Phân loại Quốc tế về Bệnh tật, chấn thương, và Nguyên nhân tử vong” đã được gửi tới một số quốc gia đang chuẩn bị thống kê bệnh tật, tử vong để xin ý kiến. Sau đó, Ủy ban chuyên gia xem xét những phản hồi từ các quốc gia và chuẩn bị một phiên bản sửa đổi để cải thiện tính hữu ích, sự chấp nhận của bảng phân loại. Ủy ban chuyên gia cũng biên soạn một sách các thuật ngữ chuẩn đoán ở dưới mỗi tiêu đề trong bảng phân loại. Ngoài ra, một tiểu ban được thành lập để chuẩn bị một danh mục đầy đủ các chẩn đoán theo chữ cái phân loại theo các nhóm bệnh.

Ủy ban chuyên gia cũng xem xét cấu trúc, việc sử dụng danh sách đặc biệt về nguyên nhân cho bảng thống kê, công bố kết quả thống kê bệnh tật, tử vong và nghiên cứu những vấn đề khác liên quan đến sự so sánh quốc tế số liệu bệnh tật như mẫu giấy chứng nhận y khoa, các quy tắc phân loại.

Theo những thỏa thuận cam kết tại Hội nghị Hiệu đính lần thứ Năm năm 1938, Hội nghị Quốc tế Hiệu đính lần thứ Sáu Danh sách Quốc tế bệnh tật và nguyên nhân tử vong được Chính phủ Pháp tổ chức tại Paris từ ngày 26 đến ngày 30 tháng tám năm 1948. Ban thư ký Hội nghị do Chính phủ Pháp và Tổ chức Y tế thế giới đề cử, ban này đã tiến hành công việc chuẩn bị theo điều khoản thỏa thuận được đại diện các chính phủ kết luận tại Hội nghị Y tế Quốc tế năm 1946 (19).

Hội nghị chấp nhận Bảng phân loại do Ủy ban Chuyên gia chuẩn bị như là Bảng Hiệu đính lần thứ Sáu của Danh sách Quốc tế (20). Hội nghị cũng xem xét những đề xuất khác của Ủy ban chuyên gia liên quan đến công tác biên soạn, lập bảng thống kê và công bố kết quả thống kê bệnh tật và tử vong. Hội nghị thông qua Mẫu Quốc tế chứng nhận nguyên nhân tử vong, chấp nhận nguyên nhân tử vong chính là nguyên nhân phải được thống kê và ủng hộ các quy tắc lựa chọn nguyên nhân tử vong chính cũng như những danh sách cho việc lập bảng liệt kê số liệu bệnh tật, tử vong. Hội nghị còn kiến nghị thêm là Hội đồng Y tế thế giới nên chấp nhận các quy định tại Điều 21(b) của Hiến pháp WHO

để hướng dẫn các nước thành viên trong việc biên soạn thống kê và tử vong phù hợp với bảng Phân loại Thống kê Quốc tế.

Năm 1948. Hội đồng Y tế thế giới đã ủng hộ báo cáo của Hội nghị Hiệu đính lần thứ Sáu và chấp nhận Quy định số 1 của Tổ chức Y tế thế giới - Quy định được chuẩn bị trên cơ sở kiến nghị của Hội nghị. Bảng phân loại Quốc tế được hợp nhất thành Quyển Hướng dẫn Phân loại Quốc tế về bệnh tật, Chấn thương và nguyên nhân tử vong, bao gồm Danh sách bảng liệt kê các từ Bao gồm để định nghĩa nội dung các nhóm bệnh, mẫu giấy chứng nhận a nguyên nhân tử vong, các Quy tắc phân loại và các bảng liệt kê danh sách đặc biệt (21). Quyển Hướng dẫn gồm 2 tập, Tập 2 là danh mục các thuật ngữ chẩn đoán sắp xếp theo chữ cái và được mã theo các nhóm bệnh tương ứng. Hội nghị Hiệu đính mười năm một lần lần thứ Sáu đã đánh dấu kỷ nguyên mới trong công tác thống kê y tế của thế giới. Ngoài việc thông qua một danh sách đầy đủ cho cả tử vong và bệnh, thống nhất các Quy tắc Quốc tế trong lựa chọn nguyên nhân tử vong chính, Hội nghị còn kiến nghị một chương trình hợp tác quốc tế toàn diện trong lĩnh vực thống kê y tế. Một nội dung quan trọng trong chương trình này là những kiến nghị tới chính phủ các nước thành lập các ủy ban thống kê y tế quốc gia để điều phối các hoạt động thống kê trong nước và làm đầu mối cho các tổ chức thống kê của mỗi quốc gia với Tổ chức Y tế thế giới. Hội nghị dự kiến rằng những ủy ban quốc gia như vậy sẽ hoạt động độc lập hoặc hợp tác với ủy ban của quốc gia khác để nghiên cứu những vấn đề thống kê y tế quan trọng và cung cấp kết quả đó cho Tổ chức Y tế thế giới nếu được yêu cầu.

6.7. Lần hiệu đính thứ bảy và thứ tám

Hội nghị Quốc tế cho lần Hiệu đính thứ Bảy về Phân loại Quốc tế Bệnh tật do Tổ chức Y tế thế giới hỗ trợ được tổ chức ở Paris vào tháng 2 năm 1955 (25). Theo đề nghị của Ủy ban chuyên gia Tổ chức Y tế thế giới về thống kê y tế, lần hiệu đính này chỉ tập trung vào những thay đổi cơ bản và sửa những lỗi, nội dung không nhất quán (23).

Hội nghị Hiệu đính lần thứ Tám do Tổ chức Y tế thế giới tổ chức tại Geneva từ ngày 6 đến 12 tháng 7 năm 1965 (24). Lần hiệu đính này có nhiều chỉnh sửa hơn lần thứ Bảy nhưng vẫn theo cấu trúc cơ bản của bảng Phân loại và lý luận chung về phân loại bệnh tật theo nguyên nhân chứ không phải theo dấu hiệu đặc trưng.

Trong thời gian Bảng Phân loại ICD 8 và ICD 9 có hiệu lực, việc sử dụng ICD trong ghi chép hồ sơ bệnh án tại các bệnh viện tăng nhanh, một số quốc gia tự xây dựng những nội dung đáp ứng nhu cầu của ứng dụng ICD của mình.

6.8. Hiệu đính lần thứ 9

Hội nghị Hiệu đính lần thứ Chín do Tổ chức Y tế thế giới tổ chức tại Geneva từ ngày 30 tháng 9 đến 6 tháng 10 năm 1975 (25). Trong những phiên họp trù bị trước khi diễn ra Hội nghị, nội dung chính dự kiến sẽ được đưa ra là sẽ không có thay đổi nhiều ngoài cập nhật Bảng phân loại. Điều này chủ yếu do chi phí để thay đổi hệ thống xử lý số liệu nếu thay đổi Bảng phân loại. Ngày càng có nhiều mối quan tâm tới sự phát triển ICD và đã có

nhiều phương pháp được áp dụng để đáp ứng nhu cầu này, một phần bằng cách sửa đổi chính Bảng phân loại, một phần đưa thêm các mã đặc biệt. Có nhiều bài trình bày của các chuyên gia giới thiệu cách sử dụng ICD của họ trong việc thống kê. Một số nhóm bệnh trong Bảng phân loại được đánh giá là bố trí chưa phù hợp và có nhiều đề nghị mở rộng chi tiết hơn các mã bệnh; biên tập hệ thống phân loại phù hợp hơn để đánh giá việc chăm sóc y tế, bằng cách phân loại tình trạng bệnh theo các chương liên quan đến các phần cơ thể bị ảnh hưởng thay vì đến cấp độ bệnh chính nói chung. Ngoài ra, một nước, khu vực có những bài báo cáo cho rằng hệ thống phân loại chi tiết, phức tạp sẽ không phù hợp, nhưng thực tế vẫn cần bảng phân loại dựa trên ICD để đánh giá tiến bộ trong chăm sóc y tế và trong kiểm soát bệnh tật.

Đề nghị cuối cùng được Hội nghị chấp nhận là vẫn giữ lại cấu trúc cơ bản của ICD, mặc dù có nhiều mã bệnh 4 ký tự được bổ sung, và một số mã bệnh 5 ký tự không bắt buộc. Đối với phần lớn người sử dụng, mã bệnh 3 ký tự là phù hợp.

Đối với những người sử dụng muốn phân tích, thống kê nội dung liên quan chăm sóc y tế, Bảng Hiệu đính lần thứ 9 có bao gồm một phương pháp thay thế không bắt buộc về cách phân loại chẩn đoán, bao gồm thông tin bệnh chính nói chung và biểu hiện ở một cơ quan hoặc vị trí cụ thể. Hệ thống này được biết đến như là một hệ thống dấu chữ thập và hóa thị và vẫn sử dụng ở Bảng Hiệu đính lần thứ 10. Có nhiều ứng dụng mới được đưa vào Bảng Hiệu đính lần thứ 9 nhằm tăng độ linh hoạt khi sử dụng ICD trong những tình huống khác nhau.

Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 29 ghi nhận những kiến nghị của Hội nghị Quốc tế về Hiệu đính lần thứ 9 của Bảng phân loại Quốc tế Bệnh tật đã thông qua Bảng phân loại Khuyết tật, tàn tật và Bảng phân loại Quốc tế Quy trình Khám, chữa bệnh (với mục đích thử nghiệm) như một nội dung bổ sung mà không phải là phần hợp nhất với Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật. Hội nghị cũng đưa ra một số những ứng dụng liên quan: quy tắc mã hóa tử vong sửa đổi, quy tắc lựa chọn nguyên nhân duy nhất để lập bảng liệt kê bệnh; các định nghĩa và khuyến nghị sửa đổi, mở rộng liên quan công tác thống kê tử vong chu sinh, giấy chứng nhận nguyên nhân tử vong chu sinh. Các quốc gia được khuyến nghị nên triển khai mã hóa, phân tích nhiều tình trạng bệnh cùng một lúc, nhưng không có phương pháp chính thức nào đưa ra và một bảng danh sách liệt kê mới được thống nhất ban hành.

6.9. Chuẩn bị cho lần Hiệu đính thứ 10

Trước Hội nghị Hiệu đính lần thứ 9, Tổ chức Y tế thế giới đã chuẩn bị cho lần Hiệu đính thứ 10. Tổ chức Y tế thế giới nhận thấy rằng việc mở rộng sử dụng ICD cần phải xem xét cẩn thận về cấu trúc ICD và đã nỗ lực xây dựng một bảng phân loại ổn định, linh hoạt để không cần phải thay đổi trong nhiều năm tiếp theo. Trung tâm Hợp tác về Phân loại bệnh tật của Tổ chức Y tế thế giới (Xem Tập 1) đã kêu gọi thử nghiệm những mô hình thay thế cho ICD-10.

Rõ ràng, khoảng thời gian 10 năm giữa các lần hiệu đính là quá ngắn. Quá trình hiệu đính chỉ được bắt đầu khi phiên bản ICD trước đó đã ban hành trong một thời gian đủ lâu để có thể đánh giá kỹ lưỡng, chủ yếu bởi vì nhu cầu tham khảo của rất nhiều nước và quy trình tổ chức thực hiện cũng khá lâu. Do đó Tổng giám đốc Tổ chức Y tế thế giới đã đề nghị và được các nước thành viên chấp nhận hoãn tổ chức Hội nghị Hiệu đính lần thứ 10 cho tới năm 1989 thay vì vào năm 1985. Ngoài việc thử nghiệm với những mô hình thay thế cho cấu trúc ICD hiện hành, điều này còn cho phép có thêm thời gian để đánh giá ICD-9, ví dụ thông qua các hội nghị của Văn phòng Tổ chức Y tế thế giới khu vực và cuộc khảo sát tại trụ sở chính.

Một chương trình làm việc mở rộng được kết luận trong Bảng Hiệu đính lần thứ Mười và được mô tả trong báo cáo của Hội nghị Quốc tế về Hiệu đính ICD lần thứ Mười in trong Tập 1.

7. Phụ lục

7.1. Danh sách các tình trạng bệnh không chắc đã là nguyên nhân tử vong

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
A31.1	Nhiễm mycobacteria ở da
A42.8	Thể khác của nhiễm actinomyces
A60.0	Nhiễm virus herpes ở đường sinh dục và niệu-sinh dục
A71.0 – A71.9	Đau mắt hột
A74.0	Viêm kết mạc mắt do chlamydia
B00.2	Viêm miệng-lợi và viêm amidan-hầu do virus Herpes
B00.5	Bệnh mắt do virus Herpes
B00.8	Dạng khác của nhiễm virus Herpes
B07	Mụn cóc do virus
B08.1	U mềm lây
B08.8	Nhiễm virus xác định khác có biểu hiện tổn thương tại da và niêm mạc
B30.0 – B30.9	Viêm kết mạc do virus
B35.0-B35.9	Bệnh nhiễm nấm
B36.0-B36.9	Nhiễm nấm nông khác
B85.0-B85.4	Bệnh chấy rận
F45.3-F45.9	Rối loạn dạng tâm thể
F50.1, F50.3-F50.9	Rối loạn ăn uống
F51.0-F51.9	Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể
F52.0-F52.9	Rối loạn chức năng tình dục, không do rối loạn hay bệnh thực thể
F60.0-F60.9	Rối loạn nhân cách đặc hiệu
F61	Rối loạn nhân cách khác và hỗn hợp
F62.0-F62.9	Thay đổi nhân cách kéo dài, không thể quy cho một tổn thương hay bệnh não
F63.0-F63.9	Rối loạn thói quen và xung động
F64.0-F64.9	Rối loạn xác định chuyên giới tính
F65.0-F65.9	Rối loạn sở thích tình dục
F66.0-F66.9	Rối loạn với hành vi tâm lý và kết hợp với sự phát triển và định hướng tình dục
F68.0-F68.9	Rối loạn khác về hành vi và nhân cách ở người trưởng thành
F69	Rối loạn không xác định về nhân cách và hành vi ở người trưởng thành
F80-F89	Rối loạn về phát triển tâm lý

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
F95.0-F95.9	Rối loạn máy giật Tic
F98.0-F98.9	Rối loạn cảm xúc và hành vi khác với sự khởi phát thường xảy ra ở trẻ em và thiếu niên
G43.0-G43.2,G43.8-G43.9	Đau nửa đầu, loại trừ đau nửa đầu có biến chứng (G43.3)
G44.0-G44.2	Hội chứng đau đầu khác
G45.0-G45.9	Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan
G50.0-G50.9	Bệnh dây thần kinh tam thoa
G51.0-G51.9	Bệnh dây thần kinh mặt
G54.0-G54.9	Bệnh rễ thần kinh và đám rối
G56.0-G56.9	Bệnh một dây thần kinh chi trên
G57.0-G57.9	Bệnh một dây thần kinh chi dưới
G58.7	Viêm một dây thần kinh nhiều nơi
H00.0-H00.1	Lẹo và chấy
H01.0-H01.9	Viêm khác của mí mắt
H02.0-H02.9	Bệnh khác của mí mắt
H04.0-H04.9	Bệnh của lệ bộ
H10.0-H10.9	Viêm kết mạc
H11.0-H11.9	Bệnh khác của kết mạc
H15.0-H15.9	Bệnh của củng mạc
H16.0-H16.9	Viêm giác mạc
H17.0-H17.9	Sẹo và đục giác mạc
H18.0-H18.9	Bệnh khác của giác mạc
H20.0-H20.9	Viêm mống thể mi
H21.0-H21.9	Bệnh khác của mống mắt và thể mi
H25.0-H25.9	Bệnh thủy tinh thể
H26.0-H26.9	Đục thủy tinh thể khác
H27.0-H27.9	Các bệnh khác của thủy tinh thể
H30.0-H30.9	Viêm hắc võng mạc

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
H31.0-H31.9	Bệnh khác của hắc võng mạc
H33.0-H33.5	Bong và rách võng mạc
H34.0-H34.9	Tắc động mạch võng mạc
H35.0-H35.9	Các bệnh võng mạc khác
H40.0-H40.9	Bệnh Glacom
H43.0-H43.9	Bệnh của dịch kính
H46	Viêm thần kinh thị
H47.0-H47.7	Các bệnh khác của thần kinh thị (dây thần thị số 2) và đường thị giác
H49.0-H49.9	Lác liệt
H50.0-H50.9	Lác khác
H51.0-H51.9	Các rối loạn vận nhãn 2 mắt khác
H52.0-H52.7	Bệnh khúc xạ và điều tiết
H53.0-H53.9	Rối loạn thị giác
H54.0-H54.7	Mù lòa và khiếm thị
H55	Rung giật nhãn cầu và rối loạn vận nhãn khác
H57.0-H57.9	Các bệnh khác của mắt và phần phụ
H60.0-H60.9	Viêm tai ngoài
H61.0-H61.9	Bệnh khác của tai ngoài
H80.0-H80.9	Xốp xơ tai
H83.3-H83.9	Bệnh khác của tai trong
H90.0-H90.8	Điếc dẫn truyền và điếc thần kinh giác quan
H91.0-H91.9	Nghe kém khác
H92.0-H92.2	Đau tai và chảy dịch ở tai
H93.0-H93.9	Bệnh khác của tai không phân loại nơi khác
J00	Viêm mũi họng cấp (cảm thường)
J06.0-J06.9	Nhiễm trùng hô hấp trên cấp ở nhiều vị trí và vị trí không xác định

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
J30.0-J30.4	Viêm mũi do vận mạch và dị ứng
J33.0-J33.9	Polyp khoang mũi
J34.2	Lệch vách ngăn mũi
J35.0-J35.9	Bệnh mạn tính của Amidan và sùi dạng tuyến
K00.0-K00.9	Rối loạn phát triển răng và mọc răng
K01.0-K01.1	Răng mọc kẹt và răng ngầm
K02.0-K02.9	Sâu răng
K03.0-K03.9	Bệnh mô cứng khác của răng
K04.0-K04.9	Bệnh tủy và mô quanh chân răng
K05.0-K05.6	Viêm nướu và bệnh nha chu
K06.0-K06.9	Rối loạn khác của nướu và sóng hàm vùng mất răng
K07.0-K07.9	Dị dạng răng – mặt bao gồm khớp cắn lệch
K08.0-K08.9	Bệnh khác của răng và cấu trúc nâng đỡ
K09.0-K09.9	Nang vùng miệng, không phân loại nơi khác
K10.0-K10.9	Bệnh khác của xương hàm
K11.0-K11.9	Bệnh tuyến nước bọt
K14.0-K14.9	Bệnh của lưỡi
L01.0-L01.1	Chốc (của trẻ sơ sinh dưới 1 tuổi)
L03.0	Viêm mô tế bào ở ngón tay và ngón chân
L04.0-L04.9	Viêm hạch bạch huyết cấp tính
L05.0-L05.9	U nang lông
L08.0-L08.8	Nhiễm khuẩn khu trú khác của da và mô dưới da
L20.0-L20.9	Viêm da cơ địa
L21.0-L21.9	Viêm da đầu
L22	Viêm da tã lót
L23.0-L23.9	Viêm da tiếp xúc dị ứng
L24.0-L24.9	Viêm da tiếp xúc kích ứng
L25.0-L25.9	Viêm da tiếp xúc không đặc hiệu

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
L28.0-L28.2	Lichen đơn dạng mạn tính và sản ngứa
L29.0-L29.9	Ngứa
L30.0-L30.9	Viêm da khác
L41.0-L41.9	Á vảy nến
L42	Vảy phấn hồng
L43.0-L43.9	Lichen phẳng
L44.0-L44.9	Các bệnh sản có vảy khác
L55.0-L55.1, L55.8-L55.9	Bồng nắng, trừ bong nắng độ 3 (L55.2)
L56.0-L56.9	Biến đổi da cấp tính khác do bức xạ tia cực tím
L57.0-L57.9	Bệnh da do tiếp xúc lâu dài với bức xạ không ion hoá
L58.0-L58.9	Viêm da do quang tuyến
L59.0-L59.9	Các bệnh khác ở da và tổ chức dưới da liên quan đến bức xạ
L60.0-L60.9	Các bệnh về móng
L63.0-L63.9	Rụng tóc từng mảng
L64.0-L64.9	Rụng tóc do nội tiết tố nam
L65.0-L65.9	Rụng tóc không sọc khác
L66.0-L66.9	Rụng tóc có sọc
L67.0-L67.9	Bất thường về màu và sợi tóc
L68.0-L68.9	Rậm lông tóc
L70.0-L70.9	Trùng cá
L72.0-L72.9	Kén nang lông của da và tổ chức dưới da
L73.0-L73.9	Các bệnh nang lông khác
L74.0-L74.9	Các bệnh của tuyến mồ hôi ngoại tiết
L75.0-L75.9	Bệnh tuyến mồ hôi bán hủy (nội tiết)
L80	Bạch biến
L81.0-L81.9	Bệnh rối loạn sắc tố khác
L83	Bệnh gai đen
L84	Mất cá và chai chân

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
L85.0-L85.9	Dày thượng bì khác
L87.0-L87.9	Các bệnh loại bỏ dị vật qua thượng bì
L90.0-L90.9	Teo da
L91.0-L91.9	Các bệnh quá sản của da
L92.0-L92.9	U hạt của da và tổ chức dưới da
L94.0-L94.9	Các bệnh tổ chức liên kết khu trú khác
L98.0-L98.3, L98.5-L95.9	Bệnh khác của da và tổ chức dưới da chưa được phân loại ở phần khác
M20.0-M20.6	Dị tật mắc phải của ngón tay và ngón chân
M21.0-M21.9	Dị tật mắc phải khác của chi
M22.0-M22.9	Bệnh xương bánh chè
M23.0-M23.9	Bệnh bên trong khớp gối
M24.0-M24.9	Các bệnh đặc hiệu khác ở khớp
M25.0-M25.9	Bệnh khớp khác, không được phân loại ở nơi khác
M35.3	Bệnh đau nhiều cơ do thấp
M40.0-0.5	Gù và uốn cột sống
M43.6	Vẹo cổ
M43.8-3.9	Các dị tật điển hình của cột sống khác và không xác định
M48.0	Các bệnh khác của thân đốt sống
M53.0-3.9	Bệnh cột sống khác, không được phân loại ở nơi khác
M54.0-4.9	Đau lưng
M60.0-0.9	Viêm cơ
M65.0-5.9	Viêm màng hoạt dịch và viêm bao gân
M66.0-6.5	Phình vỡ tự nhiên của màng hoạt dịch và gân
M67.0-7.9	Các rối loạn khác của màng hoạt dịch và gân
M70.0-70.9	Những rối loạn mô mềm liên quan đến vận động, vận động quá mức và bị đè ép
M71.0-71.9	Các bệnh túi thanh mạc khác

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
M75.0-75.9	Tổn thương vai
M76.0-76.9	Bệnh gân-dây chằng ở chi dưới, không kể bàn chân
M77.0-77.9	Các bệnh gân - dây chằng khác
M79.0-79.9	Bệnh khác của mô mềm, chưa phân loại nơi khác
M95.0-M95.9	Các biến dạng mắc phải của hệ cơ-xương-khớp và mô liên kết
M99.0-M99.9	Các tổn thương sinh-cơ học, không phân loại nơi khác
N39.3	Không tự chủ
N46	Vô sinh nam
N47	Bao quy đầu rộng, hẹp nghẹt quy đầu
N60.0-N60.9	Loạn sản vú lành tính
N84.0-N84.9	Polyp đường sinh dục nữ
N85.0-N85.9	Các biến đổi không do viêm khác của tử cung trừ cổ tử cung
N86	Sước và lộn niêm mạc cổ tử cung
N87.0-N87.9	Loạn sản cổ tử cung
N88.0-N88.9	Các biến đổi không do viêm khác của cổ tử cung
N89.0-N89.9	Biến đổi không do viêm khác của âm đạo
N90.0-N90.9	Biến đổi không do viêm khác của âm hộ và tầng sinh môn
N91.0-N91.5	Vô kinh, thiếu kinh, hiếm kinh
N92.0-N92.6	Kinh nguyệt nhiều, hay xuất hiện và không đều
N93.0-N93.9	Chảy máu bất thường khác của tử cung và âm đạo
N94.0-N94.9	Đau và tình trạng khác liên quan đến cơ quan sinh dục nữ và chu kỳ kinh nguyệt
N96	Hay sảy thai
N97.0-N97.9	Vô sinh nữ
Q10.0-Q10.7	Các dị tật bẩm sinh của mi mắt, ổ mắt và bộ máy bài tiết nước mắt
Q11.0-Q11.3	Các dị tật không có mắt, mắt bé, mắt to
Q12.0-Q12.9	Các dị tật bẩm sinh của thủy tinh thể

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
Q13.0-Q13.9	Dị tật bẩm sinh phần trước mắt
Q14.0-Q14.9	Các dị tật bẩm sinh phần sau của mắt
Q15.0-Q15.9	Các dị tật bẩm sinh khác của mắt
Q16.0-Q16.9	Các dị tật ở tai gây ảnh hưởng tới thính lực
Q17.0-Q17.9	Các dị tật bẩm sinh khác ở tai
Q18.0-Q18.9	Các dị tật bẩm sinh khác của mặt và cổ
Q38.1	Dính lưỡi
Q65.0-65.9	Biến dạng bẩm sinh của khớp háng
Q66.0-66.9	Các biến dạng bẩm sinh của bàn chân
Q67.0-67.8	Các biến dạng cơ xương bẩm sinh của đầu, mặt, cột sống và ngực
Q68.0-68.8	Các biến dạng cơ xương bẩm sinh khác
Q69.0-69.9	Tật đa ngón
Q70.0-70.9	Tật dính ngón
Q71.0-71.9	Các Khuyết tật thiếu hụt của chi trên
Q72.0-72.9	Các Khuyết tật thiếu hụt của chi dưới
Q73.0-73.8	Các Khuyết tật thiếu hụt của chi không đặc hiệu
Q74.0-74.9	Các dị tật bẩm sinh khác của chi
Q80.0-Q80.3, Q80.8- Q80.9	Bệnh vảy cá bẩm sinh trừ thai mắc bệnh vảy cá
Q81.0	Bong biểu bì bong nước giản đơn
Q81.2-Q81.9	Các dạng Bong biểu bì khác, trừ Bong biểu bì bong nước dạng gây tử vong
Q82.0-Q82.9	Dị tật bẩm sinh khác về da
Q83.0-Q83.9	Dị tật bẩm sinh của vú
Q84.0-Q84.9	Dị tật bẩm sinh khác của bộ phận bao bọc
S00.0-S00.9	Tổn thương nông ở đầu
S05.0, S05.1, S05.8	Các chấn thương (bất kỳ loại nào) ở mắt và ổ mắt (bất kỳ phần nào)
S10.0-10.9	Tổn thương nông của cổ

<i>Mã</i>	<i>Nhóm hoặc phân nhóm bệnh</i>
S20.0-20.8	Tổn thương của lồng ngực
S30.0-30.9	Tổn thương nông của bụng, lưng dưới và chậu hông
S40.0-40.9	Vết thương nông của vai và cánh tay
S50.0-50.9	Tổn thương nông ở cẳng tay
S60.0-60.9	Tổn thương nông ở cổ tay và bàn tay
S70.0-70.9	Tổn thương nông tại háng và đùi
S80.0-80.9	Tổn thương nông tại cẳng chân
S90.0-90.9	Tổn thương nông tại cổ chân và bàn chân
T09.0	Tổn thương nông tại thân, tầm chưa xác định
T11.0	Tổn thương nông chi trên, tầm chưa xác định
T13.0	Tổn thương nông chi dưới, tầm chưa xác định
T14.0	Tổn thương nông tại vùng cơ thể chưa xác định
T20.1	Bỏng độ một tại đầu và cổ
T21.1	Bỏng tại thân độ một
T22.1	Bỏng độ một của vai và chi trên, trừ cổ tay và bàn tay
T23.1	Bỏng độ một của cổ tay và bàn tay
T24.1	Bỏng độ một tại háng và chi dưới, trừ cổ chân và bàn chân
T25.1	Bỏng độ một tại cổ chân và bàn chân

7.2 Danh sách các tình trạng bệnh có thể gây đái tháo đường

Các hậu quả có thể chấp nhận cho đái tháo đường là “do” các bệnh khác

Các nguyên nhân được chọn	Như là hậu quả của
M35.9	E10-E14
E40-E46	E12-E14
B25.2	E13-E14
B26.3	E13-E14
C25	E13-E14
D13.6-d13.7	E13-E14
D35.0	E13-E14
E05-E06	E13-E14
E22.0	E13-E14
E24	E13-E14
E80.0-E80.2	E13-E14
E83.1	E13-E14
E84	E13-E14
E89.1	E13-E14
F10.1-F10.2	E13-E14
G10	E13-E14
G11.1	E13-E14
G25.8	E13-E14
G71.1	E13-E14
K85	E13-E14
K86.0-K86.1	E13-E14
K86.6-K86.9	E13-E14
M35.9	E13-E14
O24.4	E13-E14
P35.0	E13-E14
Q87.1	E13-E14
Q90	E13-E14
Q96	E13-E14
Q98	E13-E14
Q99.8	E13-E14
S36.2	E13-E14
T37.3	E13-E14
T37.5	E13-E14
T38.0-T38.1	E13-E14
T42.0	E13-E14

T46.5	E13-E14
T46.7	E13-E14
T50.2	E13-E14
X41	E13-E14
X44	E13-E14
X61	E13-E14
X64	E13-E14
Y11	E13-E14
Y14	E13-E14
Y41.3	E13-E14
Y41.5	E13-E14
Y42.0-Y42.1	E13-E14
Y46.2	E13-E14
Y52.5	E13-E14
Y52.7	E13-E14
Y54.3	E13-E14

Tài liệu tham khảo

1. *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1990.
2. *Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)*. Chicago, IL, College of American Pathologists, 1976.
3. *Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC)*. New York, NY, American Cancer Society, 1968.
4. *Systematized nomenclature of pathology (SNOP)*. Chicago, IL, College of American Pathologists, 1965.
5. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
6. *International classification of procedures in medicine (ICPM)*. Vols. 1 and 2. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, World Health Organization, 1980.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization (for details of individual volumes, see text).
9. *Sixteenth annual report*. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs G.H. 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, 1839:99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, DC, 1912.
14. *Bulletin of the Institute of International Statistics*, 1900, 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. 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, DC, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).

19. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 11, 23.

20. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 2, 110.

21. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision.* Geneva, World Health Organization, 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, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).

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, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4).

25. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*, Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1977.