

โครงการ “ อบรมฟื้นฟูคณะกรรมการตรวจสอบ Coding audit ปี 2563 ”

แนวทางการสรุปโรค กลุ่มรหัส C D H K M S T

นายแพทย์วรชัย อึ้งภินันท์

วันที่ 11-12 พฤศจิกายน 2562
โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี



แผนการตรวจสอบ ปีงบประมาณ 2563

การตรวจสอบด้าน	กิจกรรม	จำนวนเป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน
Coding	ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยใน	250,000	สปสช.เขต
Billing	Cataract	1,000	สตช.
	Locking plate	1,000	สตช.
Quality	HD	1,300	สปสช.เขต
	MRA	80,000	สปสช.เขต
	PCI	300	สตช.
	MIS / ODS / KT / CABG	2 เรื่อง	ประสานราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพ ดำเนินการตรวจสอบด้านคุณภาพบริการ
3 กองทุน	ลงพื้นที่ตรวจสอบ Coding รวม 3 กองทุน	600 ฉบับ (6 ครั้ง)	สตช.

พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบ

- สนับสนุนและติดตามประเมินผลการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบใหม่
 - ลงพื้นที่ร่วมการตรวจสอบ OPLG ในรูปแบบรวมศูนย์ ของสปสช.เขต
 - การอบรมฟื้นฟู Coding 3 รุ่น ในเดือนพฤศจิกายน 2562
- Re Audit
 - Billing 750 ฉบับ กรณี OPLG
 - Coding การประเมินผลการตรวจสอบเวชระเบียน จำนวน 3,500 ฉบับ

	ดำเนินการโดย สปสช.เขต
	ดำเนินการโดย สดช.

กิจกรรม	ด.ค.-62	พ.ย.-62	ธ.ค.-62	ม.ค.-63	ก.พ.-63	มี.ค.-63	เม.ย.-63	พ.ค.-63	มิ.ย.-63	ก.ค.-63	ส.ค.-63	ก.ย.-63
Re Audit												
1 สดช.แจ้งรายการเป้าหมายการ Re Audit ให้ สปสข.เขต												
2. สปสข.เขตรวบรวมใบAudit ส่งให้ สดช												
3. สดช.ดำเนินการ Re Audit												

เงื่อนไขการตรวจสอบเวชระเบียน 2563

กลุ่มโรคมะเร็ง

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">ให้รหัสกลุ่มมะเร็ง ร่วมกับรหัสกลุ่มภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา | <ul style="list-style-type: none">การเลือกโรคหลัก ?ข้อมูลสนับสนุน?ผิดหลักการ? |
| <ul style="list-style-type: none">ให้รหัสSecondary metastatic เป็นโรคหลัก กรณีมาให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา | <ul style="list-style-type: none">มะเร็งปฐมภูมิหาย ?ข้อมูลสนับสนุน?ผิดหลักการ? |
| <ul style="list-style-type: none">การสรุปโรคในกลุ่มมะเร็งที่ต้องมีหลักฐานเฉพาะสนับสนุน | <ul style="list-style-type: none">ข้อมูลสนับสนุน? |

Chapter II

Neoplasms

(C00-D48)

This chapter contains the following broad groups of neoplasms:

C00-C97 Malignant neoplasms

C00-C75 Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of specified sites, except of lymphoid, haematopoietic and related tissue

C00-C14 Lip, oral cavity and pharynx

C15-C26 Digestive organs

C30-C39 Respiratory and intrathoracic organs

C40-C41 Bone and articular cartilage

C43-C44 Skin

C45-C49 Mesothelial and soft tissue

C50 Breast

C51-C58 Female genital organs

C60-C63 Male genital organs

C64-C68 Urinary tract

C69-C72 Eye, brain and other parts of central nervous system

C73-C75 Thyroid and other endocrine glands

C76-C80 Malignant neoplasms of ill-defined, secondary and unspecified sites

C81-C96 Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of lymphoid, haematopoietic and related tissue

C97 Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites

D00-D09 In situ neoplasms

D10-D36 Benign neoplasms

D37-D48 Neoplasms of uncertain or unknown behavior

องค์ประกอบสำคัญในการสรุปโรคมะเร็ง

- ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดเนื้องอก (SITE not ORGAN)
- Primary/ Secondary
- morphology/ histology/ behavior)
- ผู้ป่วยมาได้รับการรักษาด้วยเรื่องอะไร

- สรุปการให้ chemotherapy/Radiation
- Diagnostic procedure : Biopsy ระบุตำแหน่ง, Scope, CT scan, Barium swallowing, Bone marrow biopsy, Ultrasound, Bone scan, MRI

หลักฐานประกอบการวินิจฉัย

- ผลชิ้นเนื้อ
- Lab
- Imaging
- History

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคมะเร็ง

1. พบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปรากฏอยู่ในที่ใดที่หนึ่งของเวชระเบียน เช่น ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทาง imaging ที่สนับสนุน
2. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดปฐมภูมิ ให้ใช้มะเร็งชนิดปฐมภูมินั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก
3. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดทุติยภูมิ และมะเร็งปฐมภูมิหายไป/ตัดออกจากตัวผู้ป่วย แล้วให้ใช้มะเร็งชนิดทุติยภูมินั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้าทราบว่ามะเร็งนั้นเริ่มต้นจากอวัยวะใด ให้ใช้มะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้น (Primary site) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าไม่ทราบให้ใช้ รหัส C80.0 malignant neoplasm, primary site unknown, so stated เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
4. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลอื่น แล้วมารับการรักษาต่อเนื่อง สามารถใช้หนังสือส่งตัวหรือบันทึกการซักประวัติของแพทย์ที่บอกรายละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย
5. ถ้า admit เพื่อให้ chemo/RT ต้องมีผล official report
เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคมะเร็ง

6. ควรระบุว่าผู้ป่วยรักษามะเร็งครั้งนี้ด้วยวิธีใด เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือ ให้การรักษาแบบประคับประคองโดยบันทึกเป็นการวินิจฉัยร่วม
7. ให้สรุปโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคหลักทุกครั้ง que ผู้ป่วยเข้ามารักษาเกี่ยวกับ โรคมะเร็งจนกว่าการรักษา มะเร็งจะสิ้นสุด ถึงแม้ว่ามะเร็งนั้นจะถูกตัดออกไป ระหว่างการรักษาแล้วก็ตาม
8. กรณีที่รับผู้ป่วยไว้เพื่อรักษา **โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง** แม้ผู้ป่วยจะได้รับ การรักษาเฉพาะโรคแทรกซ้อนนั้นเพียงอย่างเดียว ถ้าโรคมะเร็งยังไม่หายจากตัว ผู้ป่วยให้แพทย์บันทึกโรคมะเร็ง เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกโรคแทรกซ้อน นั้นเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
9. กรณีที่รับผู้ป่วยเพื่อรักษา **โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง** บันทึกโรค แทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกโรคมะเร็งหรือประวัติอดีตของ โรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคมะเร็ง

กรณีรับไว้เพื่อให้ chemotherapy radiation ฯลฯ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง metastasis มีข้อพิจารณา ดังนี้

- ถ้ามะเร็งปอดยังไม่หายไปจากตัวผู้ป่วย ให้มะเร็งปอดเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้มะเร็งทนต์เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- ถ้ารับไว้รักษาด้วยปัญหามะเร็งทนต์ และมะเร็งปอดหายไป/ตัดออกจากตัวผู้ป่วยแล้ว ให้มะเร็งทนต์เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ให้มะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้น หรือ ประวัติการเคยเป็นมะเร็ง(Personal history of malignant neoplasm of.....)เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Standard Coding Guidelines 2017 Neoplasms

MASS, CYST AND TUMOUR:

- ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น **tumour** แสดงว่าแพทย์เชื่อว่าก้อนที่ตรวจพบเป็นเนื้องอก แต่ยังไม่ทราบว่าเป็นเนื้องอกร้ายหรือไม่
- แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งรังไข่ หรือเป็นเนื้องอกไม่ร้ายของรังไข่จากผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเท่านั้น ซึ่งแพทย์ควรวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดใด เพื่อสามารถให้รหัสทางสถิติวิทยาได้ถูกต้อง ในกรณีที่ยังไม่ได้ทำผ่าตัดหรือทำผ่าตัดแล้วแต่ยังไม่ทราบผลตรวจชิ้นเนื้อ แพทย์ควรวินิจฉัยว่าเป็นเพียง ovarian tumour
- ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า ovarian tumour ให้รหัส **D39.1**

Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of ovary

ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า ovarian cancer ให้รหัส **C56**

Malignant neoplasm of ovary และถ้าวินิจฉัยว่าเป็น benign neoplasm of ovary ให้รหัส **D27** **Benign neoplasm of ovary**

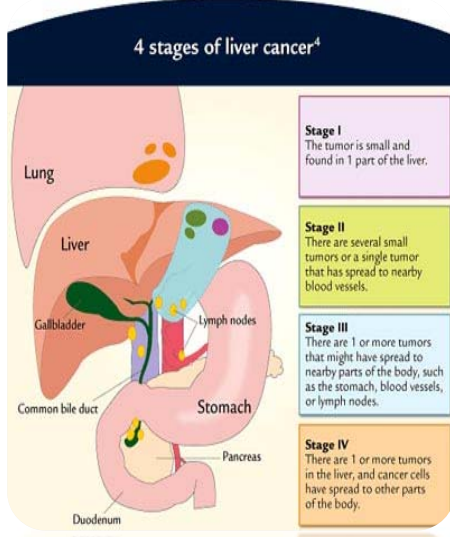
สรุปตัวอย่างการให้รหัสตามคำวินิจฉัยของแพทย์ดังนี้

Diagnoses	Codes	
Abdominal mass or pelvic mass	R19.0	Intra-abdominal and pelvic swelling, mass and lump
Breast mass	N63	Unspecified lump in breast
Lung mass	R91	Abnormal finding on diagnostic imaging of lung
Ovarian cyst	N83.2	Other and unspecified ovarian cysts
Thyroid cyst	E04.1	Non-toxic single thyroid nodule
Ovarian tumour	D39.1	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of ovary
Liver tumour	D37.6	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of liver, gallbladder and bile ducts
Breast tumour	D48.6	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of breast

กลุ่มโรค Hepatocellular carcinoma (C22.0)

1. มีผลตรวจ CT abdomen หรือ MRI abdomen ต้องพบว่ามี mass ที่บรรยายลักษณะที่เข้าได้กับ hepatocellular carcinoma และ
2. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น alpha fetoprotein (AFP) มากกว่า 400 IU/L สนับสนุน หรือ มีผล pathology ยืนยันการวินิจฉัย
3. กรณีผู้ป่วยเก่าต้องพบหลักฐานการตรวจวินิจฉัยข้อ 1) และ 2) ตามข้างต้น

หมายเหตุ ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า hepatocellular carcinoma จากผล image โดยไม่มีผล alpha fetoprotein (AFP) สนับสนุนให้รหัส C22.9 malignant neoplasm of liver, unspecified



ตัวอย่างที่ 5 - 2	ผู้ป่วยเป็นตับแข็งจากดื่มสุรา มาด้วยก้อนที่ตับทำอัลตราซาวด์พบก้อนที่ตับขนาด 3 ซม. ทำ MRI ผล highly suspicious of hepatoma ตรวจ serum alpha fetoprotein ได้ 250 IU/ml (ค่าปกติ 0-10 IU/ml) แพทย์วินิจฉัยว่า hepatoma with alcoholic cirrhosis of liver รับไว้รักษาโดย transhepatic oily chemoembolization		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Hepatoma	C22.0	Liver cell carcinoma
การวินิจฉัยร่วม	Alcoholic cirrhosis of liver	K70.3	Alcoholic cirrhosis of liver
		Z51.1	Chemotherapy session for neoplasm

1) HCC T3N0M0 with hepatic cirrhoisis child A (5), BCLC B at S3(1.7cm) S3(0.8cm) S7/8(2cm) left lobe(1cm)

Dx ที่ NCI ๒ 2559 s/p TACE*4 ครั้ง Plan continue TACE แต่มี Thrombocytopenia -> ส่ง CCC

Lab (05/06/2018) : AFP 19.2, CA 19-9 1.2, CEA 5.9

MRI upper abdomen (2018-05-27 นอน) :

- Increase in size of hypervascular nodules without Primovist uptake in segment 3 and segment 7/8 of liver, suggestive of progression of HCC
- Slightly increase in size of hypovascular nodule without Primovist uptake at lateral tip of segment 3 of left lobe liver, suggestive of small hypovascular HCC. DDx high grade dysplastic nodule
- Stable of small hypervascular nodule in segment 7 of right lobe liver, adjacent to TACE treated lesion, suggestive of early HCC

OPERATING ROOM PROCEDURE
TACE WITH ENDOVASCULAR Treatment of
Hepatic artery

OPERATOR DATE ICD 9
A. Kani 16/8/61 9925, 8847

PROCEDURE PERFORMED:

1. Access of the right common femoral artery
2. Celiac angiograms.
3. Superselective left hepatic artery and right hepatic artery
4. Subselection of anterior and posterior branches right hepatic artery
5. Chemoinfusion

DX / OP	ICD in Com	SKD	DX / OP from Review	R ICD	SA	CA	Remark
POK	C220	C220	Malignant neoplasm of liver, primary	C22.9	10	0	AFP 19.2 (5/6/61)
CC DX1	B182	B182	-	-	0	0	
CC DX2	E119	E11.9	DM2	E11.9	0	0	
CC DX3	E789	E78.9	BLP	E78.9	0	0	
CC DX4	H10	H10	UR	H10	0	0	
CC DX5	K746	K74.6	-	-	0	0	
CC DX6	Z511	Z51.1	Int. session	Z51.1	0	0	
CC DX7							
CC DX8							
CC DX9							
CC DX10							
Other1			chronic viral hepatitis c	B182	20	-	no R
Other2			liver cirrhosis	K74.6	20	-	
Other3			thrombocytopenia	D69.0	20	-	
OP 1	9925	9925	chemoinfusion	9925	0	0	
OP 2	8847	8847	TACE	8847	0	0	
OP 3	9979	9979	-	-	30	0	
OP 4	9905	9905	-	-	30	0	
OP 5	9907	9907	-	-	30	0	transfusion of platelets with Nor

กลุ่มโรค Intrahepatic cholangiocarcinoma (Intrahepatic bile duct carcinoma) (C22.1)

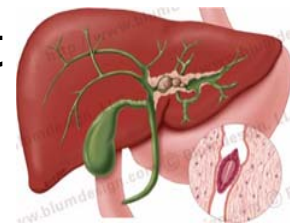
• หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อสนับสนุนว่าเป็น cholangiocarcinoma
- 2) กรณีผู้ป่วยเก่าต้องพบหลักฐานการวินิจฉัยตามข้อ 1)

หมายเหตุ

- ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า intrahepatic cholangiocarcinoma หรือ cholangiocarcinoma
 - มีผลการตรวจชิ้นเนื้อสนับสนุน จึงจะได้รหัส C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma
 - ไม่มีผลตรวจชิ้นเนื้อ ให้รหัส C22.9 malignant neoplasm of liver, unspecified
- ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า liver tumor ให้รหัส D37.6 neoplasm of uncertain or unknown behavior of liver, gallbladder and bile ducts
- ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า liver mass ให้รหัส ~~K76.9 liver disease, unspecified~~
R93.2 Abnormal findings on diagnostic imaging of liver and biliary tract

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



Lymph node metastasis

C77 Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes

Excludes: malignant neoplasm of lymph nodes, specified as primary

([C81-C87](#), [C96.-](#))

C77.0 Lymph nodes of head, face and neck

Supraclavicular lymph nodes

C77.1 Intrathoracic lymph nodes

C77.2 Intra-abdominal lymph nodes

C77.3 Axillary and upper limb lymph nodes

Pectoral lymph nodes

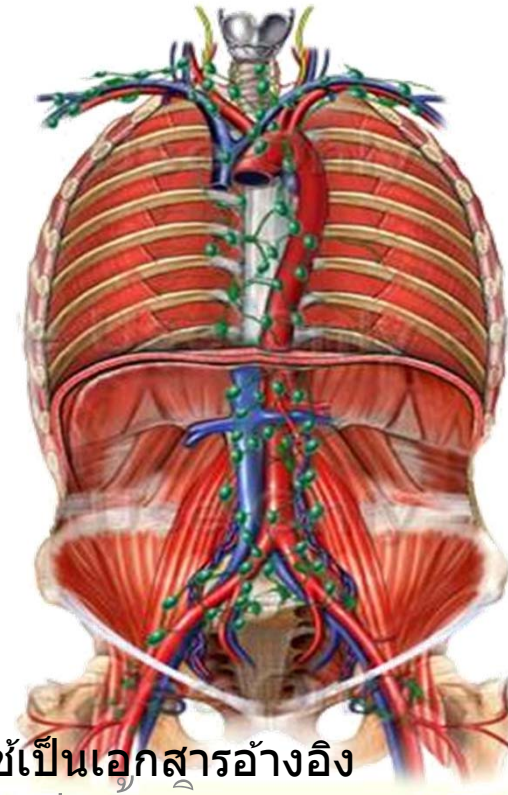
C77.4 Inguinal and lower limb lymph nodes

C77.5 Intrapelvic lymph nodes

C77.8 Lymph nodes of multiple regions

C77.9 Lymph node, unspecified

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง
เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

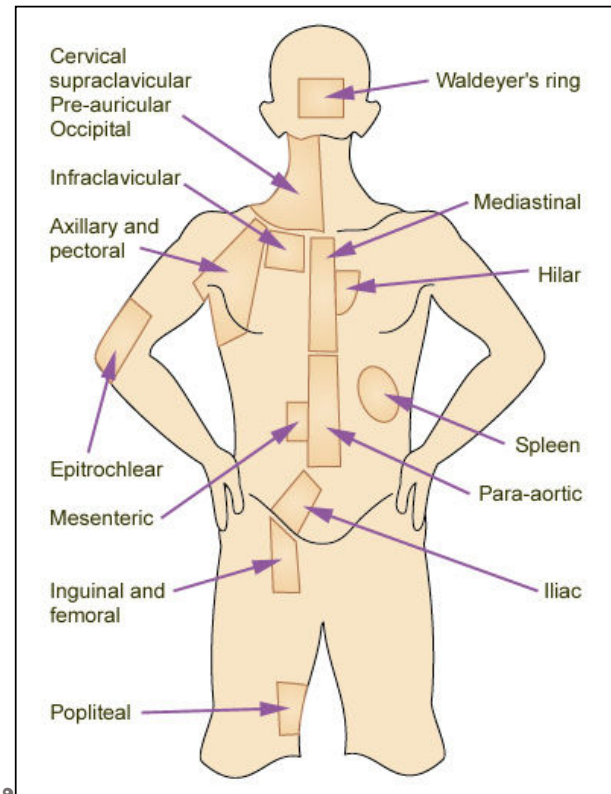
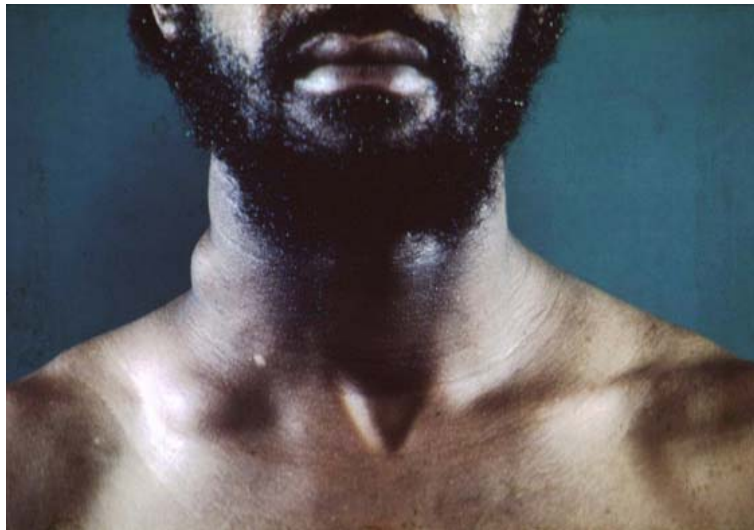


ตัวอย่างที่ 4 - 2	ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการผ่าตัดก้อนที่ลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid ออกหมด (free margin) ไม่พบ lymph node metastasis ผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็น adenocarcinoma ครั้งนี้ แพทย์ตรวจพบว่าตับโต ทำ CT scan พบก้อนที่ตับ 3 ก้อน รับไว้ทำ liver biopsy ผลพยาธิวิทยาเป็น metastatic adenocarcinoma		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Metastatic adenocarcinoma of liver	C78.7	Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct
การวินิจฉัยร่วม	Malignant neoplasm of sigmoid colon	C18.7	Malignant neoplasm of sigmoid colon
สัณฐานวิทยา	Metastatic adenocarcinoma	M8140/6	Adenocarcinoma, metastatic

ตัวอย่างที่ 5 - 2	ผู้ป่วยเป็นตับแข็งจากดื่มสุรา มาด้วยก้อนที่ตับทำอัลตราซาวด์พบก้อนที่ตับขนาด 3 ซม. ทำ MRI ผล highly suspicious of hepatoma ตรวจ serum alpha fetoprotein ได้ 250 IU/ml (ค่าปกติ 0-10 IU/ml) แพทย์วินิจฉัยว่า hepatoma with alcoholic cirrhosis of liver รับไว้รักษาโดย transhepatic oily chemoembolization		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Hepatoma	C22.0	Liver cell carcinoma
การวินิจฉัยร่วม	Alcoholic cirrhosis of liver	K70.3	Alcoholic cirrhosis of liver
		Z51.1	Chemotherapy session for neoplasm

Malignant neoplasms of lymphoid (C81-C88)

- ไม่ต้องให้รหัส lymph node metastasis ร่วมด้วย เนื่องจากเป็น malignancy ที่เกิดจาก lymph node



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MALIGNANCY

ในกรณีที่รับผู้ป่วยด้วยปัญหา**โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง** แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเฉพาะโรคแทรกซ้อนนั้นเพียงอย่างเดียวถ้าหากโรคมะเร็งยังไม่หายไปจากตัวผู้ป่วยให้แพทย์บันทึกโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยหลัก และบันทึกโรคแทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยร่วม

โรคแทรกซ้อนของโรคมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่

1. Anaemia
2. Paraneoplastic syndrome
3. โรคที่เกิดจากการอุดตันของอวัยวะต่างๆ เช่น obstruction of bile duct, obstructive pneumonia, hydronephrosis, เป็นต้น
4. Haemorrhage เช่น ruptured hepatoma,
5. Bleeding from gastric cancer ulcer เป็นต้น

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MALIGNANCY

ในกรณีที่ได้รับผู้ป่วยด้วยปัญหาโรค**แทรกซ้อนที่**เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ว่าโรคมะเร็งยังมีอยู่หรือหายไปแล้ว ให้แพทย์บันทึกโรคแทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยหลัก และบันทึกโรคมะเร็งหรือประวัติอดีตของโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยร่วม

โรคแทรกซ้อนจากการรักษาที่พบบ่อย ได้แก่

1. Febrile neutropenia หมายถึง ภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (absolute neutrophil count) ลดต่ำ
2. Toxic gastroenteritis เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มักเกิดจากยาเคมีบำบัด
3. Radiation proctitis เกิดจากได้รับรังสีรักษา
4. Postprocedural hypoparathyroidism จากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์
5. Postgastric surgery syndrome หลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

Complication from Tx : Chemo, RT, Surgery

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

❖ กรณีที่มารักษาโรคมะเร็งโดยตรง เช่น การให้ chemotherapy radiation

ต้องมีผลที่เป็น **official report** ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้นๆ

❖ ถ้าไม่มี **official report** แต่ clinical เข้าได้ในวินิจฉัยเป็นกลุ่ม
Neoplasms of uncertain or unknown behaviour (D37-D48)

- **D374 6A Neopl uncert / unkn behav colon**
- **D375 6A Neopl uncert / unkn behav rectum**
- **D379 6A Neopl uncert / unkn behav dig org, unspec**

❖ กรณีที่ครั้งนี้รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากตัวมะเร็ง หรือการรักษามะเร็ง หรือการรักษาแบบประคับประคอง ถ้าไม่มีผลที่เป็น **official report** ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้นๆ ต้องบอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมาเพื่อยืนยันว่ามะเร็งนั้นยังactive อยู่ (คำว่า underlying CA..... อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ และได้ทำผ่าตัดไปแล้ว ครั้งนี้รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด **มีผล patho ยืนยัน**

PDx: C18.9 Colon, unspecified

SDx: Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Op: 9925 Inj/infus ca chemotherapy subst ,antineoplastic agent

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ และได้ทำผ่าตัดไปแล้ว ครั้งนี้รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด **ไม่มีผลpatho ยืนยัน**

PDx: D37.4 Neoplasm uncert / unkn behav colon

SDx: Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Op: 9925 Inj/infus ca chemotherapy subst ,antineoplastic agent

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

บันทึกประวัติและการตรวจร่างกายผู้ป่วย (HISTORY AND PHYSICAL EXAM.) (c)

ชื่อผู้ป่วย.....
 รับไว้วันที่ ๙ / 7 / ๖2 เวลา..... น. Re: case ☐ no ☐ yes: from.....
 ประวัติได้จาก ☒ ผู้ป่วย ☒ 19537 เป็น ☒ เนื้อเยื่อได้ ☒ มาก ☐ ปานกลาง
 วิธีการรักษา ☐ จ่ายเงินเอง ☒ ประกันสุขภาพ ☐ คั่นสังกัด ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันชีวิต ☐ ต่างตัว
 อาการสำคัญ (Chief complaint) receiving chemotherapy ☒ FOLFOX cycle 2.
 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) (XELOX cycle 11th 5/6/62)
 Malignant neoplasm of: ☐ breast ☐ liver ☐ biliary system ☐ stomach ☐ pancreas ☒ cecum
☐ transverse colon ☐ descending colon ☐ sigmoid ☐ rectosigmoid ☐ rectum ☐ anus
 Previous surgery ☐ no ☒ yes, type of surgery Rt. hemicolectomy
 Duration after surgery: 10 day/ month/ year
 Duration of symptom: 12 day/ month/ year
 Duration after diagnosis: 10 day/ month/ year
 Cell type: Mod. diff. AdenoCA
 Final staging ☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV: T³ N¹ M¹ for CA colon & rectum; Dukes
 For breast cancer: Side of lesion ☐ right ☐ left ☐ bilateral

คำสั่งวันเดียว (มีผล 24 ชั่วโมง)

วันที่ตั้ง 24 ๗ ๖2 เวลา..... น.
 วันที่จะเริ่มให้ยา.....
 Dx: Colorectal cancer
 Rx: FOLFOX4 Regimen
 CYCLE #.....
☐ standard dose ☐ ลด dose..... %
 เนื่องจาก.....
 Performance status ECOG.....
 ระบุผลสำคัญก่อนการรักษา
 Wt..... Kg. Ht..... cm. BSA..... m²
 Lab investigation (Date.....)
 Hct..... WBC..... ANC..... Plt.....

คำสั่งต่อเนื่อง ให้ระบุจำนวนวัน

Regular diet
 Dexamethasone*2days
 Sig. 20 mg. IV push day 1
 Sig. 8 mg. IV push day 2
 Ondansetron*2 days
 Sig. 8 mg IV push
 Ranitidine day 1
 Sig. 100 mg. IV push
 Benadryl (25 mg) day 1
 Sig. 2 tab po.
 Oxaliplatin (85 mg/m²) day 1 Oxitan (R)
 Sig. 200 mg. 5% D/W 250 cc. IV drip in 2 hrs.
 Folic acid (Leucovorin) (200 mg/m²)*2days
 Sig. 200 mg. in NSS 100cc. IV drip in 2 hrs.
 5FU (400 mg/m²)*2days

(PM 6 ๗)

CEA = 80 ng/ml

AVASTIN 300mg + NSS 250cc → 1
 Sig. 1 hr

การวินิจฉัยขั้นต้น CA Cecum & liver metastasis

เหตุผลที่รับไว้ ☐ medical management ☒ chemotherapy ☐ radiation ☐ observation
☐ other

ผู้บันทึก Ext. 10/10/62

แพทย์ผู้ตรวจสอบ

(.....) ☒ Extern ☐ Resident ☐ Staff

(.....) ☐ Resident ☒ Staff

กลุ่มโรคมะเร็ง

- Auditor สรุปโรคมะเร็ง **Colon, unspecified (C18.9)** ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มารับการรักษาด้วย chemotherapy ในกรณีที่ไม่มีผล official report patho
 - ในกรณีที่มารับการรักษาด้วย chemotherapy/RT แต่ไม่มีผล official report patho ควรสรุป (D37.- Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of oral cavity and digestive organs) D37.4 Colon
- Auditor **สรุปโรค D37.4 Colon** ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนของมะเร็ง ในกรณีที่ไม่มีผล official report patho แต่มีการลงบันทึกประวัติ " colon cancer, adenocarcinoma stage 2 post chemotherapy cycle 2"
 - ในกรณีที่ไม่ได้มารับการรักษาด้วย chemotherapy/RT แต่มาได้รับการรักษาด้วยเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งอนูโลมให้ใช้ประวัติที่บันทึกรายละเอียดของมะเร็ง (ไม่ใช่บันทึกแค่ **underlying CA colon**)
 - ในกรณีนี้ควรสรุป **Colon, unspecified (C18.9)**

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

History & Physical examination & Treatment

S/P TACE x 3 mo Post SA.SB
 known on UCL & UCL chemotherapy (both Child B = 7), DM
 m2dm1 12/10/89 3hr RTA at home with car
 at ER → Abdominal contusion 9th fresh blood 10 ml → UCL Hct = 13 % 9mm ASUKO
 Hct 9% CBC = 19% (normal 31%) WBC 80/60 20 PRE 3 u @ push
 BP 90/60 transf to MCH, urine output = 0, Cr ↑ 0.8 → 8.3

Impression 1 Rupture hepatoma & liver
 2 Heavy coagulopathy
 3 Hct & liver contusions.

at abdominal pan contusion 9th fresh blood 10 ml = 13% (normal 31%), or abd: no extravasation
 result Gen Sec. 1st Rupture hepatoma → Admt 1200 Jagen, hypotension & Anuria

Summary and Coding Audit

DX / OP	ICD in Com	S ICD	DX / OP from Review	R ICD
PDX	C220	C220	nontraumatic hemorrhage	K661
CC DX1	B182	B182	hypocoemia shock	R571
CC DX2	K746	K746	acquired coagulopathy	D684
CC DX3	K661	K661	acute posthemorrhagic anemia	D62
CC DX4	E119	E119	exacerbation	K746
CC DX5	D62	D62	hematoma	K920
CC DX6	K922	K922	diabetes mellitus type 2	E119
CC DX7	J960	J960		
CC DX8	D689	D689		

หน่วยบริการ ขออุทธรณ์ 2	ผลพิจารณา อุทธรณ์ 2
Pdx:C220	Pdx: C220
Sdx:J960, N170	Sdx:K746, E119, D62,
Odx:	K920, D684, R571,
Proc:3995	N170, K661
	Odx:
	Proc:9904, 9907,
	3895, 9604, 9671,
	5491, 8801, 8962,
	3995

a มีปัญหา Rupture Hepatoma ซึ่งเป็น

DC

Radio+Chemotherapy
(AX 99BX+AX 99CX)

0668

Chemotherapy
(AX 99CX)

0669

Radiotherapy
(AX 99BX)

0670

Dx Procedure
(AX 6PBX)

0671

Blood Transfusion
(AX 99PBX)

0672

เบิกค่ายามะเร็งชนิดฉีด

0650

ICD-10

Z51.0 Radiotherapy session
Z51.1 Chemotherapy session
for neoplasm

ICD-9-CM

Closed biopsy, Special X-ray, US, CT,
MRI, Nuclear scan,...

9903 Whole blood transfusion
9904 Packed cells transfusion
9905 Platelets transfusion

99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance
Chemoembolization
Injection or infusion of antineoplastic agent

Z51 Other medical care

Excludes: follow-up examination after treatment (Z08-Z09)

Z51.0 Radiotherapy session

Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Z51.2 Other chemotherapy

Maintenance chemotherapy NOS

Excludes: prophylactic chemotherapy for immunization purposes (Z23-Z27 , Z29.-)

99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance ®

Chemoembolization

Injection or infusion of **antineoplastic agent**

Excludes: immunotherapy, antineoplastic (00.15, 99.28)

injection of radioisotope (92.28)

99.28 Injection or infusion of biological response modifier [BRM] as an antineoplastic agent

Immunotherapy, antineoplastic เช่น Trastuzumab for breast cancer,
Rituximab for lymphoma

Interleukin therapy

Tumor vaccine

99.29 Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance ®

Excludes: immunization (99.31-99.59)

injection or infusion of platelet inhibitor (99.20)

injection or infusion of thrombolytic agent (99.10)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ครั้งนี้รับไว้ในรพ.เพื่อให้การรักษาด้วย
Trastuzumab (monoclonal antibody) (มีผล patho ยืนยัน)

PDx: C50.9 CA. breast

SDx: Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Op: 99.28 Inj/Infus of Immunotherapy, antineoplastic

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ได้ทำผ่าตัดไปแล้ว ครั้งนี้รับไว้ในรพ.เพื่อให้
การรักษาด้วย **ยา กิน Capecitabine (มีผล patho ยืนยัน)**

PDx: C50.9 CA. breast

SDx: Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Op: -

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

- ผู้ป่วยเป็น CA. bladder ครั้งนี้รับไว้ในรพ.เพื่อให้การรักษาด้วย BCG (มีผลpatho ยืนยัน)

PDx: C67.9 CA. bladder

SDx: Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Op: 99.25 Injection or infusion of cancer
chemotherapeutic substance

- ผู้ป่วยเป็นในcase SLE+Lupus nephritisได้รับการรักษาโดยให้ Cyclophosphamide

PDx: SLE

SDx: Z51.2 Other chemotherapy

Op: 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic
substance

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Malignancy

เป้าหมายในการ admit	PDx	SDx	ICD9	หลักฐาน
รักษา Primary CA : Chemo	Primary CA	-Z51.1 • Chemo • Immuno Tx -Secondary CA ถ้ามี	<ul style="list-style-type: none"> IV chemo 99.25 Oral chemo – IV immune tx 99.28 	Official report patho (ถ้าไม่มีผล report PDX จะเป็น รหัส D neoplasm)
รักษา Primary CA: RT	Primary CA	-Z51.0 -Secondary CA ถ้ามี	92.2-, 92.3-,92.4-,92.5-	
รักษา Secondary CA -ถ้าเป็น local tx -primary หาย/ตัดออก/ไม่ทราบ	Secondary CA	-Z51.1, Z51.0 ขึ้นกับการ Tx -Primary CA หรือ unkown CA	ขึ้นกับการ Tx	
Palliative treatment	มะเร็ง	-Z51.5 ร่วมกับ Comorbidity (ถ้ามี)		พบบันทึกที่บรรยายรายละเอียดของมะเร็งที่แสดงว่ายัง active (ถ้าไม่พบรายละเอียดอาจได้ รหัส Z history CA)
รักษา complication จากมะเร็ง	มะเร็ง	-Complication ที่เกิดขึ้น -มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น (ถ้ามี)		
รักษา complication จากการรักษามะเร็ง	Complication ที่เกิดขึ้น	มะเร็ง (รหัส C)		
รักษาภาวะอื่นที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง	ภาวะอื่นที่นำมา admit	- มะเร็ง (รหัส C) ถ้ายัง active		

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0)

- 1) มะเร็งยังเป็นอยู่ (active)**
- 2) ผล CBC พบ MCV ปกติ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic**
- 3) อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติถึงสูง TIBC (total iron binding capacity) ปกติ หรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติ หรือสูง (ซึ่งแยกจาก iron deficiency anaemia ที่มี serum ferritin ต่ำ, TIBC สูง serum หรือ bone marrow iron ต่ำ)**
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ anaemia in neoplastic diseases**
- 5) มีการรักษาด้วยการให้เลือดหรือมีการตรวจการรักษาเพิ่มเติม**

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค Anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด

- 1) เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาก่อนหน้านี้ และ haemoglobin ลดลงหลังให้ยาเคมีบำบัด
- 2) เม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียว เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดไม่ต่ำ
- 3) ระยะเวลาเกิดที่เหมาะสม (หลายสัปดาห์) หลังให้เคมีบำบัดเพราะเกิดจาก myelosuppression
- 4) มีการรักษาโดยการให้เลือดและหยุดการให้ยาเคมีบำบัด

❑ Anaemia ที่ตรวจสอบพบเม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียวที่เกิดจากเคมีบำบัด (**D60.1 transient acquired pure red cell aplasia**) เกิดได้น้อย ควรตรวจสอบว่าเม็ดเลือดขาว หรือเกร็ดเลือดต่ำด้วยหรือไม่ ถ้ามีร่วมด้วยให้รหัส **D61.1 drug-induced aplastic anaemia** และตามด้วยรหัสยาเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุ เช่น **Y43.2 Antineoplastic natural products**

❑ Auditor ควรบันทึกโรค anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด นั้นเป็นการวินิจฉัยหลัก และบันทึกโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยร่วม

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MALIGNANCY

Febrile neutropenia หมายถึง ภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (absolute neutrophil count ,ANC) ลดต่ำกว่า 500 เซลล์/มม³ หรือต่ำกว่า 1,000 เซลล์/มม.³ แต่มีแนวโน้มจะลดลงต่ำกว่า 500 (ANC=total WBC count x %Neutrophils + %band) ร่วมกับมีไข้(T>38.3 ครั้งเดียว หรือ T>=38.0 นานกว่า 1 ชม.) ซึ่งอาจตรวจพบหรือไม่พบตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ หรือพบอาการและอาการแสดงของ Septicemia ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ชีพ ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว

- กรณีที่ไม่ระบุว่าการติดเชื้อ ให้รหัส
Pdx : D70 Agranulocytosis
Sdx : R50.- Fever of unknown origin
มะเร็งที่ได้รับการรักษา
Y43.- Antineoplastic induced drug
- กรณีที่มี Febrile neutropenia ร่วมกับการมีอาการของ sepsis ให้รหัสของ sepsis ร่วมด้วย
Pdx : D70 Agranulocytosis
Sdx : A40.-/ A41.- Septicemia
มะเร็งที่ได้รับการรักษา
Y43.- Antineoplastic induced drug
- ถ้าทราบตำแหน่งของการติดเชื้อ ให้รหัส D70 ร่วมกับรหัสของการติดเชื้อ

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค pancytopenia & Aplastic anemia

- Auditor สรุปร D61.9 Aplastic anaemia, unspecified ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย pancytopenia แต่ไม่มีการตรวจ bone marrow (BM)
 - ในกรณีที่ไม่มีการเจาะ bone marrow ควรสรุป **D64.9 Anaemia, unspecified & D70 Agranulocytosis & D69.6 Thrombocytopenia, unspecified** (อ้างอิงจาก SCG 2017 หน้า 77)

Pancytopenia หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ ประกอบด้วย

- **Anaemia** หมายถึง ระดับ haemoglobin ต่ำกว่า 12 กรัม% ในเพศหญิง หรือต่ำกว่า 13 กรัม % ในเพศชาย
- **Neutropenia** หมายถึง absolute neutrophil count ต่ำกว่า 1,000 เซลล์/ม.ม.³
- **Thrombocytopenia** หมายถึง เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ตัว/ม.ม.³

- **Pancytopenia ≠ Aplastic anemia** เนื่องจากสาเหตุของ pancytopenia อาจเกิดจาก
 - **Decreased production** จาก BM เช่น aplastic anemia, malignancy infiltrate BM
 - **Increased destruction** เช่น hypersplenism
- ในกรณีที่ทราบสาเหตุของ pancytopenia ให้สรุปสาเหตุนั้น เช่น D73.1 hypersplenism โดยที่ไม่ต้องให้รหัส D64.9&D70&D69.6 ร่วมด้วย

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค aplastic anemia

Aplastic anaemia หมายถึง ภาวะเลือดจางที่มีเม็ดเลือดขาว หรือเกล็ดเลือดต่ำด้วย โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

- Haemoglobin ต่ำกว่า 10 กรัม %
 - Absolute neutrophil count ต่ำกว่า 1,500 เซลล์/ม.ม.³
 - เกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ตัว/ม.ม.³
- และต้องตรวจไขกระดูกพบ hypocellular marrow

ไม่ต้องเจาะ
BM ?

- การวินิจฉัย **Aplastic anemia** ต้องมีผล **bone marrow** ที่เป็น **hypocellular marrow**
- ในกรณีที่เกิด **pancytopenia** จากยา **chemotherapy** อนุโลมให้สรุป **D61.1 drug-induced aplastic anaemia** และตามด้วยรหัสยาเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุ เช่น **Y43.2 Antineoplastic natural products** (เนื่องจาก pancytopenia จาก chemotherapy ทำให้เกิด myelosuppressive ซึ่งทำให้เกิด aplastic marrow

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Chapter III :

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50-D89)

Excludes: (M35.9),(P00-P96),(O00-O99),(Q00-Q99),(E00-E90),(B20-B24),(S00-T98),(C00-D48), (R00-R99)

- **This chapter contains the following blocks:**

- D50-D53 Nutritional anaemias
- D55-D59 Haemolytic anaemias
- D60-D64 Aplastic and other anaemias
- D65-D69 Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions
- D70-D77 Other diseases of blood and blood-forming organs
- D80-D89 Certain disorders involving the immune mechanism
- **Asterisk categories for this chapter are provided as follows:**
- D63* Anaemia in chronic diseases classified elsewhere
- D77* Other disorders of blood and blood-forming organs in diseases classified elsewhere

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

เงื่อนไขการตรวจสอบเวชระเบียน 2563

กลุ่มอาการ Anemia & Coagulopathy

<ul style="list-style-type: none"> การสรุปโรคในกลุ่มอาการAnemiaที่ต้องมีหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์สนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ ประวัติและการตรวจร่างกาย Lab Treatment?
<ul style="list-style-type: none"> การให้รหัสโรคในกลุ่ม Anaemia ในโรคเรื้อรัง ผิดหลักการ เช่นโรคไต 	<ul style="list-style-type: none"> มีโรคร่วมโรคแทรก? การรักษาที่เหมาะสม
<ul style="list-style-type: none"> ให้รหัสกลุ่ม Coagulopathy 	<ul style="list-style-type: none"> มีโรคร่วมโรคแทรก? การรักษาที่เหมาะสม
<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มผู้ป่วย มีโรคแทรกซ้อนจากการรักษา Hemophilia แต่วันนอนรพ.น้อยและประเภทการจำหน่ายเป็นหาย 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสนับสนุน มีโรคร่วมโรคแทรก? การรักษาที่เหมาะสม การให้รหัส 9906?

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง

ภาวะชี้วัดหมายถึง การที่มีปริมาณของเม็ดเลือดแดง (red cell mass) ลดลงหรือมีระดับค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) ลดลงต่ำกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2 SD) ของค่าเฉลี่ย (mean) ณ ช่วงอายุ



บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์



ประวัติและการตรวจร่างกาย



Lab



Treatment



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

**!!! ห้ามสรุปและให้รหัส
จำแนกชนิดของภาวะเลือด
จางโดยพิจารณาจากผลการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดย
ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของ
แพทย์ในเวชระเบียน !!!**

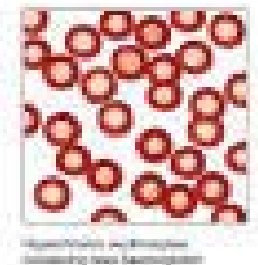
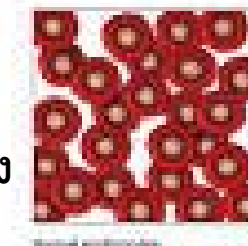
กลุ่มโรค Iron deficiency anaemia secondary to blood loss (chronic) : (D50.0)

P 23

- 1) มีประวัติเป็น chronic blood loss เช่น hypermenorrhea หรือ stool occult blood ผล positive
- 2) มี blood smear ลักษณะ hypochromic microcytic ค่า MCV < 80 fl มี anisocytosis และ poikilocytosis ไม่มาก (โดยไม่พบหลักฐานของ haemolysis)
- 3) อาจสนับสนุนการวินิจฉัยโดยการตรวจพบระดับ serum iron ต่ำ พบ total iron binding capacity สูง หรือมี iron storage ในไขกระดูกต่ำ
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ iron deficiency anaemia
- 5) มีการรักษาโดยการให้เหล็กทดแทน

หมายเหตุ กรณีไม่พบบันทึกประวัติการสูญเสียเลือดชัดเจนให้สรุปเป็น iron deficiency anaemia ,unspecified (D50.9)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรคThalassemia (D56.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องพบภาวะเลือดจางชนิด microcytic anaemia ค่า MCV < 80 fl
- 2) blood smear มีลักษณะ hypochromic พบมี anisocytosis และ poikilocytosis มี polychromasia (หรือ reticulocyte สูง)
- 3) อาจพบอาการทางคลินิก ได้แก่ ลักษณะ thalassaemia facies, hepatosplenomegaly
- 4) อาจมีผลตรวจ serum ferritin ระดับปกติหรือสูง
- 5) อาจมีผลตรวจ haemoglobin typing สนับสนุนการวินิจฉัย

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

- ☐ แพทย์ควรวินิจฉัยตามชนิดของ thalassaemia ซึ่งสามารถจำแนกชนิดย่อยตามผลการตรวจ haemoglobin typing
- ☐ เมื่อให้รหัสตามชนิดของภาวะเลือดจางที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว ไม่ต้องให้รหัส D64.9 anaemia, unspecified หรือ D63.8 anaemia in other chronic diseases classified elsewhere เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาโดยการให้เลือดก็ตาม
- ☐ ในกรณีที่เป็นการวินิจฉัยครั้งแรกต้องมีผล Hb typing

กลุ่มโรคThalassaemia (D56.-)

แพทย์ผู้ตรวจสอบควรสรุปการวินิจฉัยตามชนิดของ thalassaemia ซึ่งสามารถจำแนกชนิดย่อย ตามผลการตรวจhaemoglobin electrophoresis

1. Alpha thalassaemia หรือ haemoglobin H disease ให้รหัส D56.0 Alpha thalassaemia
2. Beta thalassaemia ให้รหัส D56.1 Beta thalassaemia
3. beta thalassaemia / haemoglobin E ให้รหัส D56.1 Beta thalassaemia และ D58.2 Other haemoglobinopathies
4. Alpha thalassaemia trait หรือ Beta thalassaemia trait ให้รหัส D56.3 Thalassaemia trait
5. ไม่ระบุชนิด ให้รหัส D56.9 Thalassaemia, unspecified
6. Homozygous haemoglobin E หรือ haemoglobin constant spring หรือ heterozygous haemoglobin E หรือ haemoglobin E trait ให้รหัส D58.2 Other haemoglobinopathies

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

- ❑ Alpha thalassaemia trait หรือ Beta thalassaemia trait หรือ heterozygous haemoglobin E วินิจฉัยโรคร่วม เนื่องจาก thalassaemia trait ถือว่าไม่ใช่ disease ถึงแม้ว่าจะมีบางรายที่มีระดับ Hb ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ไม่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม กรณีนี้ให้เป็น Odx. ยกเว้นในบางภาวะที่ต้องให้เลือดเพื่อเพิ่มระดับ Hb ให้ปกติ กรณีนี้จึงให้เป็น Sdx.

ตาม guideline
2017

Condition	Pathology	การให้รหัส
Alpha thalassemia trait	Alpha thalassemia	D56.3 Thalassaemia trait
Hb H disease	Alpha thalassemia	D56.0 Alpha thalassaemia
Homozygous Hb Constant Spring	Alpha Hemoglobinopathy	D58.2 Other haemoglobinopathies
Beta thalassemia trait	Beta thalassemia	D56.3 Thalassaemia trait
Beta Thal major	Beta thalassemia	D56.1 Beta thalassaemia
Beta Thal/Hb E	Beta thal/ hemoglobinopathy	D56.1 Beta thalassaemia & D58.2 Other haemoglobinopathies
Homozygous Hb E หรือ Heterozygous HbE	Beta Hemoglobinopathy	D58.2 Other haemoglobinopathies

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

SCG – 2017 : การเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญ

- 1) มีประวัติการเสียเลือดอย่างเฉียบพลันที่ชัดเจน เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล
- 2) ผล CBC เข้าได้กับภาวะ anaemia (เกณฑ์ตามภาคผนวก) และ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic หรือ ค่า MCV ปกติ
- 3) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ acute posthemorrhagic anaemia หรือ acute blood loss
- 4) **จะบันทึก Acute post hemorrhagic anemia (D62) เป็นโรคร่วมได้เมื่อพบว่าเลือดจางมากจนมีอาการ และต้องให้เลือด**

Standard Coding Guidelines 2017 Edition

ตัวอย่างที่ 2-3	ผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี อาเจียนเป็นเลือดมา 1 วัน ตรวจร่างกายพบว่าซีด ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ haemoglobin 7.8 g % ทำ gastroscopy พบ acute haemorrhagic gastritis แพทย์ให้ packed red blood cell 1 ยูนิต วินิจฉัยว่า acute haemorrhagic gastritis ร่วมกับ acute posthaemorrhagic anaemia		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Acute haemorrhagic gastritis	K29.0	Acute haemorrhagic gastritis
การวินิจฉัยร่วม	Acute posthaemorrhagic anaemia	D62	Acute posthaemorrhagic anaemia

ตัวอย่างที่ 2-3	ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี มาด้วยท้องผูก ตรวจ colonoscopy พบ mass บริเวณ descending colon แพทย์นัดมาทำผ่าตัด left half colectomy ระหว่างผ่าตัดมีเลือดออกประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ให้ packed red cell 2 ยูนิต ผลพยาธิเป็น adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัยว่า Adenocarcinoma of descending colon, intraoperative haemorrhage และ acute posthaemorrhagic anaemia		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Adenocarcinoma of descending colon	C18.1	Malignant neoplasm of descending colon
การวินิจฉัยร่วม	-	-	-
โรคแทรก	Intraoperative haemorrhage	T81.0	Haemorrhage and haematoma complicating a procedure, not elsewhere classified
	Acute posthaemorrhagic anaemia	D62	Acute posthaemorrhagic anaemia
สาเหตุภายนอก	Surgical operation	Y60.0	Unintentional cut, puncture, perforation or haemorrhage during surgical operation

กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0)

- 1) มะเร็งยังเป็นอยู่ (active)
- 2) ผล CBC พบ MCV ปกติ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic
- 3) อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติถึงสูง TIBC (total iron binding capacity) ปกติ หรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติ หรือสูง (ซึ่งแยกจาก iron deficiency anaemia ที่มี serum ferritin ต่ำ, TIBC สูง serum หรือ bone marrow iron ต่ำ)
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ anaemia in neoplastic diseases
- 5) มีการรักษาด้วยการให้เลือดหรือมีการตรวจการรักษาเพิ่มเติม

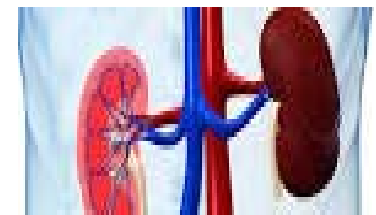
เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค Anaemia in other chronic diseases (D63.8-WHO/D63.1-TM)

1. มีโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะ anaemia เช่น โรคไตเรื้อรัง (โดยมี chronic kidney diseases ตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป) โรคต่อมไร้ท่อ เช่น Hypothyroid (ยกเว้น DM. และ HT. ถือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะ anaemia) โรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น TB , AIDS, โรคตับ โดยให้วินิจฉัยโรคไตวายหรือโรคติดเชื้อเป็น Pdx และให้ anaemia in chronic disease เป็น Sdx
2. ผู้ป่วยซีดเล็กน้อย (Hb. ต่ำกว่าค่าปกติ ประมาณ 1-3 g/dl%) ยกเว้นภาวะโรคไตวายเรื้อรังบางราย อาจจะมี Hb. ต่ำกว่านี้ได้บ้าง และ anaemia เป็นชนิด normochromic หรือ hypochromic ค่า MCV ปกติหรือต่ำได้เล็กน้อย (ไม่ควรต่ำกว่า 70 fl.)
3. อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติถึงสูง TIBC ปกติหรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติหรือสูง
4. มีการรักษาโดยการให้เลือด หรือผู้ป่วยโรคไตให้ erythropoietin หรือมีการตรวจรักษาอื่นเพิ่มเติม

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค Coagulation defect

Acquired coagulation defect

1. เกิดจาก circulating anticoagulant เช่น ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดหลังคลอดบุตร
2. เกิดจาก coagulation factors ต่ำ ชนิดที่เกิดภายหลัง ได้แก่
 - โรคตับ เนื่องจากตับมีหน้าที่สร้าง coagulation factors
 - ภาวะขาดวิตามิน เค
3. Disseminated intravascular coagulation [DIC] หรือ defibrination syndrome เกิดจากเกล็ดเลือดต่ำร่วมกับ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด พบ fragmented red blood cells และมีระดับ fibrin degradation product (FDP) สูง พบในภาวะติดเชื้อรุนแรง

➤ **D68.4** Acquired coagulation factor deficiency

Deficiency of coagulation factor due to: liver disease, vitamin K def.

➤ **D65** Disseminated intravascular coagulation [defibrination syndrome]

Afibrinogenaemia, acquired Consumption coagulopathy

Diffuse or disseminated intravascular coagulation [DIC]

➤ **D68.9** Coagulation defect, unspecified

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค Coagulation defect

Congenital coagulation defect

หมายถึง ภาวะเลือดออกง่ายแต่กำเนิด เกิดจากความบกพร่องของ coagulation factors ผู้ป่วยมีเลือดออกมาเอง (spontaneous bleeding) หรือเมื่อได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย และมีเลือดออกหลายตำแหน่ง ส่วนใหญ่มีเลือดออกบริเวณข้อและในกล้ามเนื้อ

ถ้าเกิดจากการขาด factor VIII แพทย์วินิจฉัยว่า haemophilia A (D66)

ถ้าเกิดจากการขาด factor IX แพทย์วินิจฉัยว่า haemophilia B (D67)

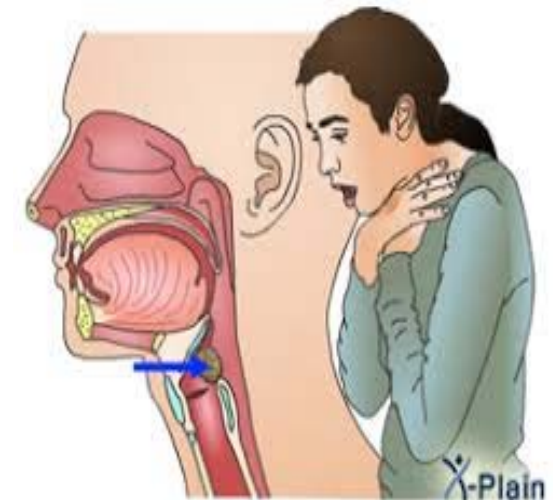
ถ้าเกิดจากการขาด factor XI แพทย์วินิจฉัยว่า haemophilia C (D68.1)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Acute upper airway obstruction (J39.8)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) การซักประวัติ มีประวัติการหายใจลำบาก หายใจเสียงดัง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในระยะเวลาอันสั้น
- 2) การตรวจร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้น ตั้งแต่ระดับมี dyspnea , stridor, cyanosis
- 3) อาจมีการ investigate เพิ่มเติมขึ้นอยู่กับสาเหตุเช่น film lateral soft tissue of neck
- 4) แนวทางการรักษามีหลายแบบ เช่น endotracheal intubation หรือ tracheostomy, bronchoscopy, fiberoptic laryngoscopy เป็นต้น



- ❖ หากพบสาเหตุของภาวะ upper airway obstruction ให้สรุป เช่น CA larynx, Ludwig's angina เป็นต้น ให้บันทึกสาเหตุเป็น Pdx. และไม่ต้องให้ upper airway obstruction เป็น Sdx.
- ❖ กรณีที่ไม่พบสาเหตุให้ใช้ upper airway obstruction เป็น Pdx.

Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery (J95.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

5.หน้า 96 - 4.กลุ่มโรค Tracheal stenosis (J39.8, J95.8, Q32.1)

บรรทัดที่	ข้อความเดิม	แก้ไขเป็น
2	1. กรณีเกิดจาก congenital ใ้รหัส Q32.1 Congenital insufficiency of aortic valve ได้แก้	1. กรณีเกิดจาก congenital ใ้รหัส Q32.1 Congenital insufficiency of trachea ได้แก้

- ❖ กรณีนี้ไม่รวมการใส่ท่อช่วยหายใจและการใส่เครื่องช่วยหายใจมาตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและภายหลังยังจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่
- ❖ การนับเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ เริ่มนับตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากห้อง recovery room

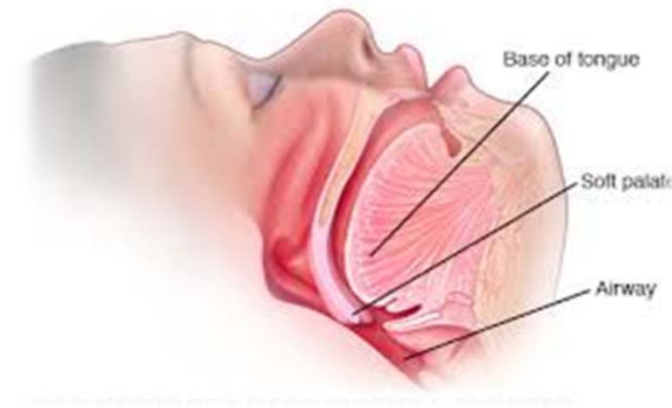
Obstructive Sleep Apnea (G47.3)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน

- 1) มีประวัตินอนกรน หายใจเสียงดัง หายใจลำบาก จนถึงหยุดหายใจ ขณะหลับ
- 2) ต้องตรวจยืนยันด้วย polysomnography (PSG) ซึ่งเป็น gold standard ในการวินิจฉัย พบว่ามีอัตราการหายใจที่ผิดปกติเนื่องจากทางเดินหายใจอุดตัน
AHI/Apnea-hypopnea index > 5 ครั้งต่อชั่วโมง แต่ในเด็ก AHI > 1 ครั้งต่อชั่วโมงถือว่าเป็นความผิดปกติแล้ว ควรใช้รหัสของสาเหตุที่ทำให้ เกิด obstructive sleep apnea เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก เช่น

- ❖ J35.3 Hypertrophy of tonsils with hypertrophy of adenoids
- ❖ J31.0 Chronic rhinitis
- ❖ J34.2 Deviated nasal septum
- ❖ J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates

แต่ถ้าไม่ทราบสาเหตุ ถึงให้รหัส G47.3 Sleep apnoea เป็น Pdx.



Deep Neck Infection

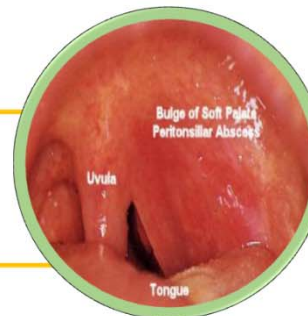
หมายถึงการติดเชื้อลึกในช่องพังผืด (fascial space) ของบริเวณใบหน้าและลำคอ เป็นภาวะฉุกเฉินทาง ENT. ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ประกอบด้วย

คำวินิจฉัยของแพทย์

Submandibular, Submental, Sublingual, Submandibular, Buccal, Mesenteric, Temporal, Canine, Pterygomaxillary space abscess และ Ludwig's angina

Retropharyngeal/Bucco pharyngeal space abscess/Parapharyngeal space abscess

Abscess ใน space ระหว่าง tonsillar capsule กับกล้ามเนื้อ superior constrictor



คำวินิจฉัยของ Auditor

Cellulitis and abscess of mouth (K12.2)

Retropharyngeal and parapharyngeal space abscess (J39.0)

Peritonsillar abscess หรือ Quinsy

แนวทางให้รหัสหัตถการกลุ่ม **Obstructive Sleep apnea**

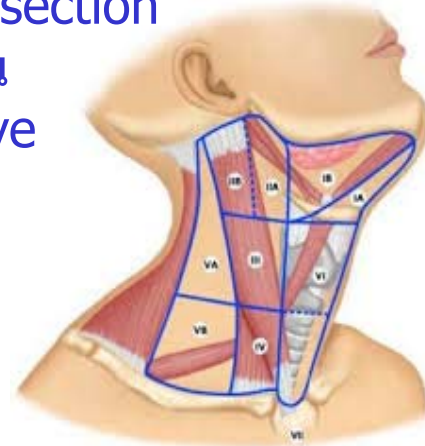
เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขขึ้นกับพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดอาการ sleep apnea ซึ่งมีหลายวิธี

- ❖ **Uvulopalatopharyngoplasty (UPPP)** หมายถึง การผ่าตัดตกแต่ง uvula, soft palate และ pharynx เพื่อรักษา snoring และ sleep apnea รหัสที่เหมาะสมคือ 27.79 Other operations on uvula ร่วมกับ 27.69 Other plastic repair of palate และ 29.4 Plastic operation on pharynx
- ❖ **Laser-assisted uvulopalatopharyngoplasty (LAUP)** หมายถึงการใช้ laser ช่วยในการผ่าตัดตกแต่ง uvula, soft palate เพื่อรักษา snoring และ sleep apnea รหัสที่เหมาะสมคือ 27.79 Other operations on uvula ร่วมกับ 27.69 Other plastic repair of palate
- ❖ **Radiofrequency surgery of tongue base** ให้รหัส 25.99 Radiofrequency surgery of tongue base
- ❖ **Radiofrequency surgery of soft palate** ให้รหัส 27.69 Radiofrequency surgery of soft palate
- ❖ **Open osteotomy of mandibular ramus** ให้รหัส 76.62 Open osteotomy of mandibular ramus



แนวทางการให้รหัสการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอ

- 1) การตัดเนื้อบางส่วนด้วยวิธีการเจาะผ่านเนื้อเยื่อ การผ่าตัดเนื้อบางส่วน หรือไม่ระบุรายละเอียดของการผ่าตัดจากต่อมน้ำเหลืองที่คอ ให้รหัส 40.11 Biopsy of lymphatic structure
- 2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอในชั้นลึก เช่น upper jugular cervical lymph node ให้รหัส 40.21 Excision of deep cervical lymph node
- 3) Neck dissection หมายถึง การผ่าตัด fibrofatty contents ของ neck เพื่อรักษาภาวะ cervical lymph node metastasis โดยส่วนที่ตัดได้แก่ lymphatic tissue, muscles, internal jugular vein และ/หรือ cranial nerve XI ขึ้นอยู่กับชนิดของ neck dissection และส่วนของ lymphatic tissue ที่แบ่งตาม level ของ neck เป็น level I-VI เช่น Radical neck dissection(RND), Modified neck dissection(MRND), Selective neck dissection(SND) Supraomohyoid neck dissection(SOMND) ให้รหัสเหมือนกัน ขึ้นอยู่กับว่า ทำข้างเดียว หรือ สองข้าง
 - 40.41 Radical excision of cervical lymph nodes กรณีที่ทำข้างเดียว
 - 40.42 Radical neck dissection, bilateral กรณีที่ทำทั้ง 2 ข้าง
 - 40.40 Radical neck dissection, not otherwise specified กรณีที่ไม่ระบุรายละเอียด
- 4) ไม่ต้องให้รหัส Neck dissection เพิ่มกรณีที่ทำร่วมกับ Radical laryngectomy (30.4)



แนวทางการให้รหัสกลุ่มหัตถการ **Direct laryngoscopy and Bronchoscopy**

53

ถ้ามีการทำผ่าตัดผ่านทางเครื่องมือนี้ ให้ใช้รหัสการผ่าตัดนั้นๆ โดยไม่ต้องให้รหัสของ direct laryngoscopy และ bronchoscopy เช่น

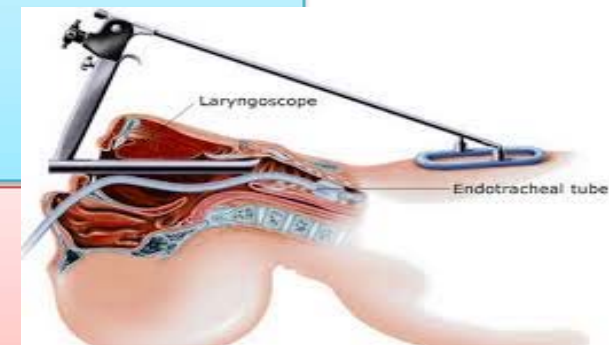
31.43 Closed (endoscopic) biopsy of larynx
31.92 Lysis of adhesions of larynx
98.14 Removal of foreign body in the larynx
98.15 Removal of foreign body in the trachea and bronchus
31.98 Dilation of larynx
31.92 Lysis of adhesions of trachea
31.92 Lysis of adhesions of trachea using laser

ยกเว้นการส่องตรวจดูเท่านั้น ซึ่งให้รหัสตามตำแหน่งที่ตรวจ เช่น

- 31.42 Laryngoscopy
- 31.42 Fiberoptic laryngotracheoscopy
- 31.42 Tracheoscopy using rigid endoscope ในกรณีใช้ bronchoscope

ตรวจเฉพาะบริเวณ

Trachea



แนวทางการสรุปและให้รหัสการผ่าตัด **thyroid gland**

Fine needle aspiration/biopsy of thyroid gland (FNA)

06.11 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of thyroid gland
Aspiration biopsy of thyroid

Lobectomy , Lobectomy with isthmectomy

06.2 Unilateral thyroid lobectomy

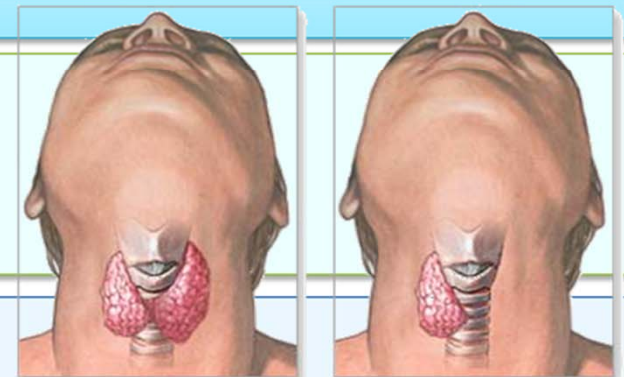
Complete removal of one lobe of thyroid (with removal of isthmus or portion of other lobe), Hemithyroidectomy

06.39 Other

Isthmectomy

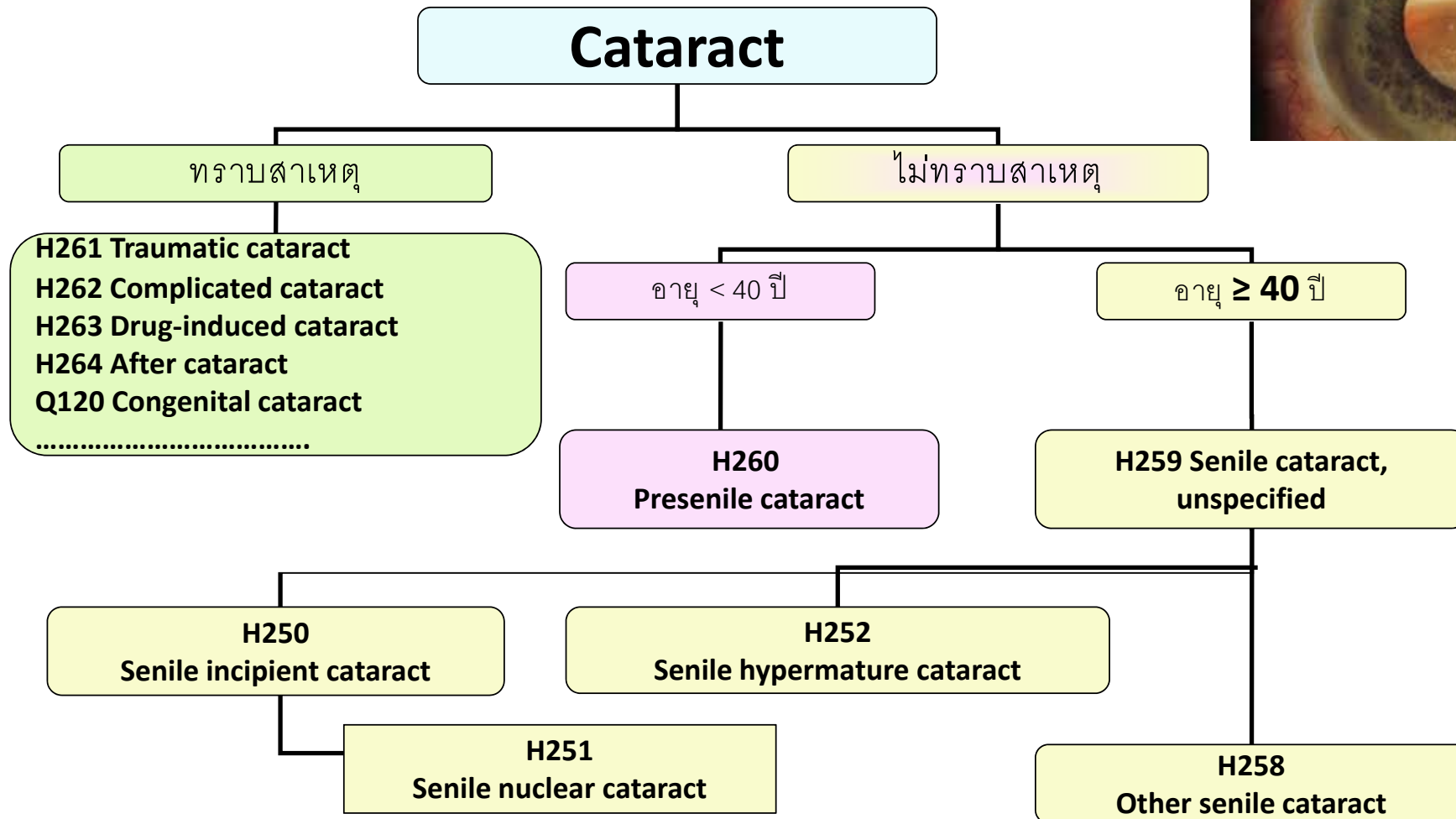
Partial thyroidectomy NOS

06.4 Complete thyroidectomy



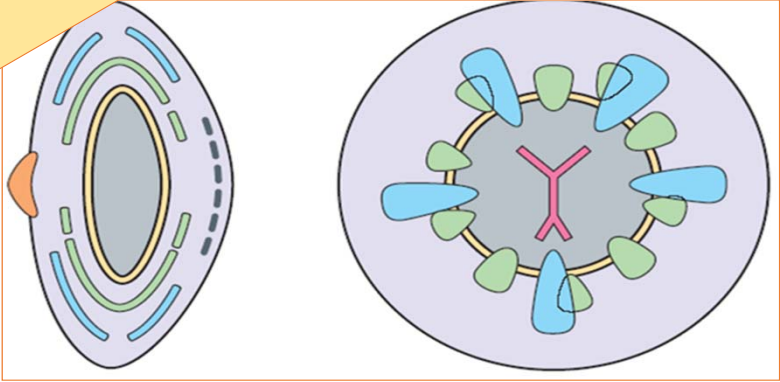
Cataract

55



Cataract

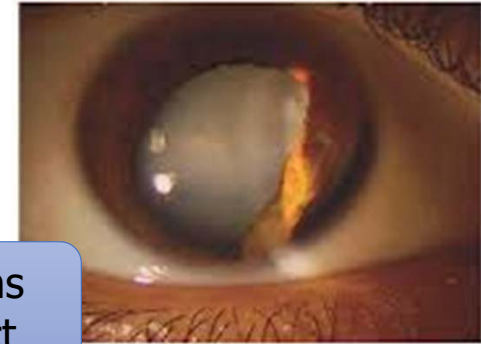
56

	Except nuclear opacity	Only nuclear opacity
H25	Senile cataract <i>Excludes:</i> capsular glaucoma, pseudoexfoliation of lens (H40.1)	
H25.0	Senile incipient cataract Senile cataract: <ul style="list-style-type: none"> • coronary • cortical • punctate Subcapsular, polar senile Water clefts	ไม่สามารถแยกชั้นของความขุ่นได้ Nuclear cataract with any type of incipient cataract
H25.1	Senile nuclear cataract Cataracta brunescens Nuclear sclerosis cataract	
H25.2	Senile cataract, meganikian type Senile hypermature cataract	
H25.8	Other senile cataract Combined forms of senile cataract	
H25.9	Senile cataract, unspecified	

ไม่มีข้อมูลความขุ่นของเลนส์/ไม่ได้ตรวจด้วย Slitlamp microscope

Cataract

57



H26 Other cataract

Excludes: congenital cataract (H26.0)

H26.0 Infantile, juvenile and presenile cataract

H26.1 Traumatic cataract

Use additional external cause code (Chapter XX) to identify cause.

H26.2 Complicated cataract

Cataract in chronic iridocyclitis
Cataract secondary to ocular disorders
Glaucomatous flecks (subcapsular)

H26.3 Drug-induced cataract

Use additional external cause code (Chapter XX), if desired, to identify drug.

H26.4 After-cataract

Secondary cataract
Soemmerring's ring

H26.8 Other specified cataract

H26.9 Cataract, unspecified

- Cataract in < 40 year old

- Traumatic ruptured lens
- Post traumatic cataract

- Cataract due to other eye diseases

- Steroid induced cataract

- Post procedure capsular opacity

- Radiation cataract
- Electrical shock cataract
- Glass bowler's cataract
- Heat ray cataract

Visual impairment (H54.-)

การสรุปผู้ป่วยต่อกระจกที่มาผ่าตัด auditor ควรวินิจฉัยระดับสายตาของผู้ป่วยเป็นการวินิจฉัยร่วม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหาต่อกระจกตกค้างชนิดบอด (backlog blinding cataract) และการเบิกชดเชยของ UC. จะต้องมียุทธศาสตร์นี้ จึงจะเบิกได้ โดยใช้หลักการวินิจฉัยดังนี้

- ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกตาเดียวในการรักษาครั้งนั้น ให้ใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่า หรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ (presenting distance visual acuity) ของตาข้างที่จะทำผ่าตัด โดยปิด ตาอีกข้าง มาใช้กำหนดประเภทของภาวะบกพร่องทางการเห็น (visual impairment) ของตาข้าง นั้น ว่าเป็นระดับ blindness หรือ SVI หรือ MVI ตามคำจำกัดความของรหัส H54.4-H54.6 แต่ถ้า ระดับสายตานั้นอยู่ในระดับ mild or no visual impairment ให้อนุโลมไปใช้รหัส H54.3 Mild or no visual impairment, binocular
- ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกทั้งสองตาในการรักษาครั้งนั้น ให้ใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ ของตาข้างที่ดีกว่า มาใช้กำหนดประเภทของภาวะบกพร่องทางการเห็น (visual impairment) ของผู้ป่วย ว่าเป็นระดับ blindness หรือ SVI หรือ MVI หรือ mild or no Visual impairment ตามคำจำกัดความของ รหัส H54.0-H54.3

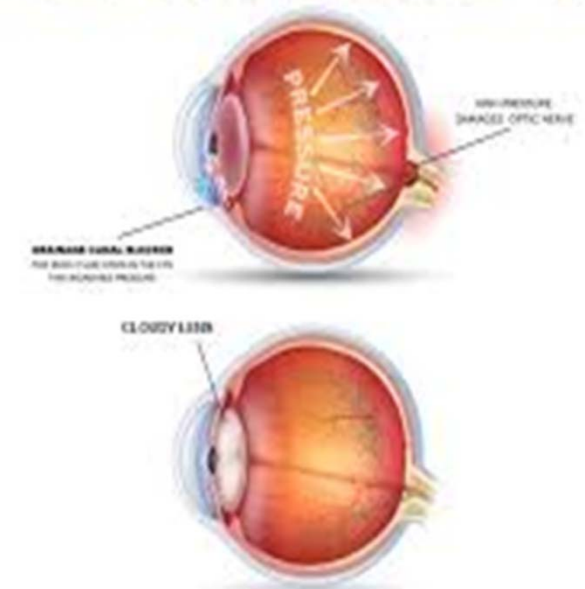


Combined glaucoma and cataract disorders

ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคต้อหิน และต้อกระจกร่วมกัน เมื่อต้องมารับการผ่าตัดรักษา มีแนวทางในการเลือกโรคหลักดังนี้

- 1) ถ้ามาผ่าตัดต้อกระจก และมีการรักษาต้อหินด้วยยา
ให้ต้อกระจกเป็นโรคหลัก และต้อหินเป็นโรคร่วม
ให้รหัส H54.-ตามระดับสายตาข้างที่ผ่าตัด
- 2) ถ้ามาผ่าตัดต้อหิน และไม่ได้รักษาต้อกระจก
ให้ต้อหินเป็นโรคหลัก โดยไม่จำเป็นต้องสรุปต้อกระจก
อาจจะให้รหัส H54.- ร่วมด้วย หรือไม่ก็ได้
- 3) ถ้ามาทำผ่าตัดทั้งสองอย่างพร้อมกัน
ให้ต้อหินเป็นโรคหลัก และให้ต้อกระจกเป็นโรคร่วม
ให้รหัส H54.- ตามระดับสายตา ข้างที่ผ่าตัด

GLAUCOMA VS. CATARACTS



Combined glaucoma and cataract disorders

Combined 1st glaucoma and cataract

H40.1 Primary open-angle glaucoma
 Glaucoma (primary)(residual stage):

H40.2 Primary angle-closure glaucoma
 Angle-closure glaucoma (primary)(residual stage):

H25.9 Senile cataract, unspecified

ถ้ามาทำผ่าตัดต้อกระจกอย่างเดียว (เหมาร้อย)

PDx Senile cataract

SDx Primary open/closed angle glaucoma

Proc Lens procedures

ถ้ามาทำผ่าตัดต้อกระจกและต้อหิน (จ่ายตาม DRG)

PDx Primary open/closed angle glaucoma

SDx Senile cataract

Proc Glaucoma procedures + Lens procedures

Combined 2nd glaucoma and cataract

H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma
 Use additional code, if desired, to identify cause.

H26.1 Traumatic cataract

H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation
 Use additional code, if desired, to identify cause.

H26.2 Complicated cataract

H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders
 Use additional code, if desired, to identify cause.

H25.2 Senile cataract, morgagnian type
 Senile hypermature cataract

H27.1 Dislocation of lens

H40.6 Glaucoma secondary to drugs

H26.3 Drug-induced cataract

Retinal disease

แพทย์มักเอาลักษณะที่ตรวจพบของจอตามาเป็นการวินิจฉัยซึ่งผิดหลักการ ถ้ารู้ว่าสิ่งตรวจพบนั้นเป็นจากโรคอะไรก็ให้วินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ โดยไม่ต้องสรุปลักษณะที่ตรวจพบของจอตา เพราะเป็นอาการแสดงของโรค ในกรณีที่ไม่สามารถระบุโรคที่เป็นสาเหตุได้ จึงให้ใช้ลักษณะที่ตรวจพบของจอตามาเป็นการวินิจฉัยได้

แนวทางการสรุปและให้รหัส

กรณีที่รู้สาเหตุให้ใช้สาเหตุเป็นโรคหลัก เช่น โรคจอตาเบาหวาน ให้ใช้รหัส E10.3 Insulin-dependent diabetes mellitus with ophthalmic complications หรือ E11.3 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with ophthalmic complications เป็นโรคหลัก ให้รหัส H36.00-.02 Retinal disorders in diseases classified elsewhere (ICD 10 TM) เป็นโรคร่วม โดยที่ H36.00 หมายถึง mild , moderate or severe NPDR

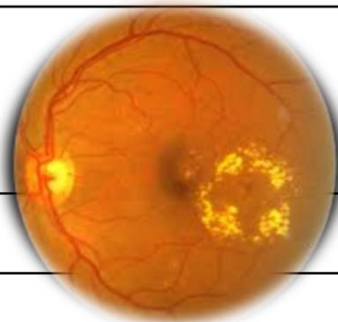
H36.01 หมายถึง โรคจอตาเบาหวานที่มี diabetic maculopathy รวมด้วย

H36.02 หมายถึง PDR (proliferative diabetic retinopathy ซึ่งหมายรวมถึง vitreous hemorrhage , tractional RD และ DME จึงไม่ต้องให้รหัสที่แสดงความผิดปกติดังกล่าวในกลุ่ม H เป็นโรคร่วมอีก)



Retinal disease

การวินิจฉัยของแพทย์	การสรุปของauditor และการให้รหัส
Cystoid macula edema (CME)	H35.3 Degeneration of macula and posterior pole
Post operative CME	PDx H35.3 Degeneration of macula and posterior pole SDx Y83.8 Other surgical procedures as cause of complication
Macular edema (ME)	H35.8 Other specified retinal disorders
ME in NPDR	PDx E11.3 Diabetic mellitus II with retinopathy SDx H3601* NPDR with macula edema
Choroidal neovascularization (CNV)/Subretinal neovascular membrane (SRNVM)	H35.8 Other specified disorders of choroid
CNV/SRNVM in ARMD	PDx H35.3 Degeneration of macula and posterior pole
CNV/SRNVM in high myopia	PDx H44.2 Degenerative myopia
Exudative vitreoretinopathy	H35.0 Exudative retinopathy
Familial exudative vitreoretinopathy (FEVR)	Q14.1 Congenital retinal aneurysm



Post procedural disorders : Post procedural complication

T81

Complications of procedures, not elsewhere classified

Excludes: adverse effect of drug NOS (T88.7)

T81.0

Haemorrhage and haematoma complicating a procedure, not elsewhere classified

Haemorrhage at any site resulting from a procedure

T81.2

Accidental puncture and laceration during a procedure, not elsewhere classified

Accidental perforation of:

- blood vessel
- nerve
- organ

by

catheter
endoscope
instrument
probe

during a procedure

T81.3

Disruption of operation wound, not elsewhere classified

Dehiscence

Rupture

of operation wound

T81.4

Infection following a procedure, not elsewhere classified

Abscess:

intra-abdominal

- stitch
- subphrenic
- wound

Septicaemia

postprocedural

**Retrobulbar block hemorrhage
Intraoperative hyphema
Postoperative hyphema**

**Posterior capsule
rupture**

Post-op wound gaping

**Post-op
endophthalmitis
(T81.4 + H44.0)**



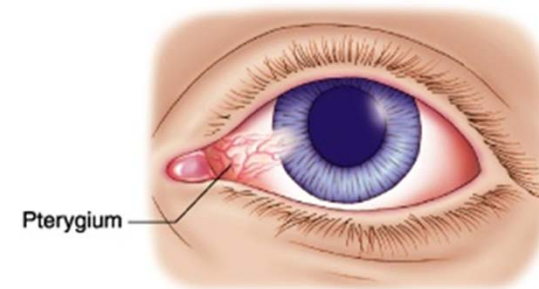
Post procedural disorders : Post procedural consequence

ผลที่เหลืออยู่หรือผลที่ตามมาจากการทำหัตถการ (post procedural consequence) มักจะเกิดภายหลังการทำหัตถการไประยะหนึ่งแล้ว เช่น vitreous touch syndrome, chorioretinal scars after retinal procedures, presence of silicone oil after retinal procedures, inflammation of trabeculectomy bleb

1. Postsurgical aphakia ควรให้รหัส H59.8 Other postprocedural disorders of eye and adnexa เป็นโรคหลักและ H27.0 Aphakia เป็นโรคร่วม
2. Post retinal surgery with retained silicone oil ควรให้รหัส H59.8 Other postprocedural disorders of eye and adnexa เป็นโรคหลัก และอาจตามด้วยรหัส Z เพื่อขยายความด้วยก็ได้
3. รหัสที่เกี่ยวข้องกับ post procedural consequence จะให้รหัสในหมวด H59 (Postprocedural disorders of eye and adnexa, not elsewhere classified) และหากรหัสการวินิจฉัยในหมวด H59 ไม่สามารถระบุภาวะผิดปกติที่ตาได้ชัดเจน อาจให้รหัสในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 7 Diseases of the eye and adnexa (H00 – H58) หรือรหัส Z86.6 (Personal history of diseases of eye and adnexa) เป็นการวินิจฉัยรวม

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : Pterygium excision

- รหัส 11.31 Transposition of pterygium :เป็นการเปลี่ยนตำแหน่งหัวของต้อเนื้อ โดยการลอกออกจากผิวกระจกตา แล้วเอาไปเย็บติดไว้ด้านบนของขอบกระจกตา ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยม
- รหัส 11.32 Excision of pterygium with corneal graft :ทำในรายที่เป็นมาก ต้องตัดบางส่วน ของกระจกตาออก จึงต้องทำ corneal graft ร่วมด้วย
- รหัส 11.39 Other excision of pterygium :ใช้สำหรับการทำแบบ simple pterygium excision หรือวิธีอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 11.31 หรือ 11.32) ควรทำหัตถการอื่นๆที่อาจทำร่วมด้วย เพื่อ ลดการกลับเป็นใหม่ของต้อเนื้อ ได้แก่
 - รหัส 10.44 Other free graft to conjunctiva (graft ที่ใช้อาจเป็น conjunctiva, mucous membrane, amniotic membrane)
 - รหัส 10.49 Other conjunctivoplasty (เมื่อใช้วิธีอื่นนอกเหนือจากการใช้ free graft)
 - รหัส 92.21 Superficial radiation (เมื่อมีการวางแร่ร่วมด้วย)



หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Glaucoma

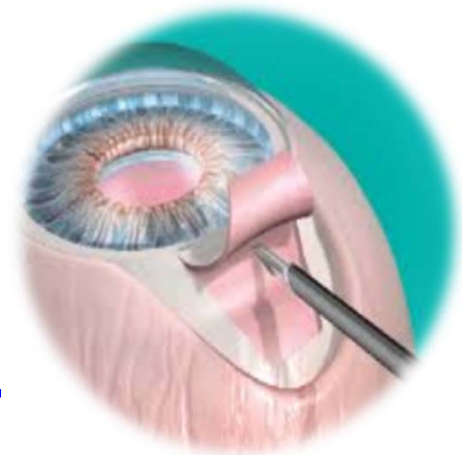
การรักษาต้อหินในปัจจุบัน มีทั้งการใช้ยา เลเซอร์ และหรือการผ่าตัดเพื่อลดความดันตาหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาต้อหิน ได้แก่

12.5 Facilitation of intraocular circulation คือการทำหัตถการภายในลูกตา เพื่อเปิดทางระบายน้ำออกจากตา

12.6 Scleral fistulization หมายถึงการทำหัตถการโดยการเปิดช่องบริเวณตาขาวเพื่อให้มีทางระบายน้ำจากในลูกตาออกสู่ภายนอก (ใต้ชั้นเยื่อตา)

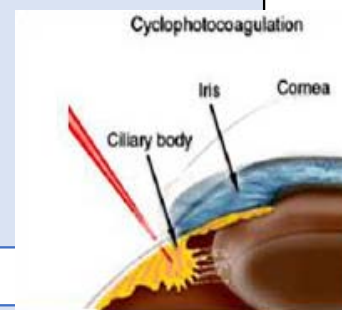
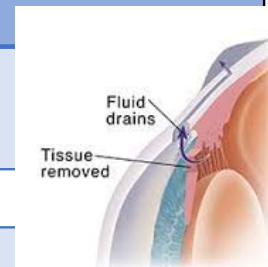
12.7 Other procedures for relief of elevated intraocular pressure คือการทำหัตถการอื่นๆเพื่อลดความดันภายในลูกตา

Auditor ต้องระบุให้ชัดเจนว่า จักษุแพทย์ทำหัตถการอะไร และใช้วิธีอะไร มีการเปิดช่องระบายน้ำที่ตาขาวหรือไม่ เพื่อการให้รหัสที่ถูกต้องของ Coder



หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Glaucoma

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Trabeculectomy	12.64 Trabeculectomy ab externo (ไม่ต้องให้รหัส iridectomy ร่วมด้วย)
Glaucoma drainage device	12.79 Other glaucoma procedures
Trabeculectomy with glaucoma drainage device	12.64 Trabeculectomy ab externo + 12.79 Other glaucoma procedures
Surgical revision of filtering bleb	12.66 Postoperative revision of scleral fistulization procedure
Laser suture lysis of filtering bleb / Needling bleb with subconjunctival injection of MMC/ 5-FU*	12.79 Other glaucoma procedures 10.91 Subconjunctival injection + 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance
Cyclocryotherapy	12.72 Cyclocryotherapy
Cyclophotocoagulation	12.73 Cyclophotocoagulation



* การวาง mitomycin C หรือ 5-FU ร่วมในขณะผ่าตัด trabeculectomy ไม่มีการให้รหัสหัตถการเพิ่ม

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Cataract

การรักษาทำโดยการเอาเลนส์ที่ขุ่นออก และใส่เลนส์ตาเทียมเข้าไปแทน ดังนั้นจึงต้องสรุปทั้ง สอง หัตถการวิธีที่เอาแก้วตาที่ขุ่นออกทำได้หลายวิธี อาจเป็นการทำโดยการใช้ **เครื่องมือผ่าตัด** ธรรมดา หรือใช้ เครื่อง Phacoemulsification **ตำแหน่งแผลผ่าตัด** อาจเข้าทางด้านหน้าบริเวณขอบตาดำ (limbus) หรือทางด้านหลังของขอบตาดำบริเวณพาร์ส แพลนา (pars plana) Auditor ควรระบุให้ชัดเจนว่าเอาต้อกระจก ออกแบบไหน และใช้วิธีอะไร มีการใส่เลนส์ตาเทียมหรือไม่ และในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากการเอาต้อ กระจกออกและมีการทำหัตถการของวันตาเพิ่ม แพทย์ควรสรุปเพิ่มว่าเป็นการทำหัตถการของวันตาวิธีไหน

การเอาแก้วตาออกทำได้ 2 แบบ คือ

1. Intracapsular extraction of lens (ICCE) เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้ม **ปัจจุบันเป็นวิธีที่ไม่นิยม** ทำ จะทำเฉพาะในรายที่ไม่สามารถเก็บถุงหุ้มแก้วตาไว้ได้ เช่น แก้วตาเคลื่อน มีการขาดของใยยึด แก้วตา (zonule) มีหัตถการที่เกี่ยวข้อง คือ
 - 13.11 Intracapsular extraction of lens by temporal inferior route เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อม ถุงหุ้มโดยออกทางด้านขมับล่าง ใช้ในรายที่เคยมีการทำหัตถการที่เกี่ยวกับต้อหินในบริเวณ ด้านบนหรือด้านข้างของกระจกตามาก่อน ซึ่งปัจจุบันไม่มีข้อบ่งใช้ในการทำหัตถการนี้
 - 13.19 Other intracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้มโดยผ่านทาง ด้านบนของตา

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Cataract

2.Extracapsular extraction of lens (ECCE) เป็นการเอาแก้วตาแบบเหลือถุงหุ้มไว้เพื่อเป็นที่รองรับเลนส์ตาเทียมที่ใส่เข้าไปแทนที่ **เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการลอกต้อกระจกในปัจจุบัน** มีหัตถการที่เกี่ยวข้อง คือ

13.2 Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique

13.3 Extracapsular extraction of lens by simple aspiration (and irrigation)

13.4 Extracapsular extraction of lens by fragmentation and aspiration technique เป็นการเอาแก้วตาแบบเหลือถุงหุ้มโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กและดูดออก ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

- 13.41 Phacoemulsification and aspiration of cataract เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและดูดออก
- 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออกทางด้านหลัง (pars plana) มักต้องทำรวมกับการตัดวุ้นตาออกด้วย (pars plana vitrectomy) จึงไม่จำเป็นต้องสรุปหรือให้รหัสเกี่ยวกับการตัดวุ้นตา
- 13.43 Mechanical phacofragmentation and other aspiration of cataract เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออกแบบอื่น เช่น anterior lensectomy (ออกทาง limbus)

13.51 Extracapsular extraction of lens by temporal inferior route

13.59 Other extracapsular extraction of lens เป็นการเอาต้อกระจกออกโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กโดยไม่ใช้เครื่องกลไก เช่น manual phacoemulsification , small incision ECCE

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Cataract

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการใส่เลนส์ตาเทียม ได้แก่

13.70 Insertion of pseudophakos, not otherwise specified เป็นการใส่เลนส์เทียมแบบอื่นๆ เช่น Insertion of phakic intraocular lens

13.71 Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมพร้อมกับการเอาต้อกระจกออก

13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมภายหลังการเอาต้อกระจกออกในครั้งก่อน

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาจากเลนส์ตาเทียม ได้แก่

13.8 Removal of implanted lens ใช้ในกรณีที่เอา intraocular lens ที่ใส่อยู่เดิมออกจากตา

13.90 Operations on lens, not elsewhere classified ใช้ในกรณีที่แพทย์ทำ reposition of intraocular lens

หัตถการทางจักษุที่ทําบ่อย : สำหรับผู้ป่วย Retina & Vitreous

เป็นการรักษาโดยการจี้รอยโรค หรือรอยฉีกของจอตาด้วยวิธีต่างๆ เพื่อห้จอตาที่ลอกกลับไปติดใหม่ มักต้องทำร่วมกับหัตถการ จันดาเสมอเช่น การตัดจันดา การใส่สิ่งทดแทนจันดา หรือการฉีดยาเข้าจันดาการรักษาด้วย laser การให้รหัสหัตถการ จะขึ้นอยู่กับชนิดของรอยโรค ไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนำ laser ไปใช้ ไม่ว่าจะเป็น LIO หรือ Endolaser

Auditor ต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร เพื่อรักษาจอตาฉีก หรือจอตาลอก ทำโดยวิธีไหน และมีการทำหัตถการของจันดาไปด้วยหรือไม่ หัตถการที่เกี่ยวข้อง

14.2.- Destruction of lesion of retina and choroid เป็นการทําลายรอยโรคของจอตาและคอรอยด์ โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือแสงชนิดต่างๆ

14.3.- Repair of retinal tear เป็นการซ่อมแซมจอตาฉีก (ยังไม่มีจอตาลอก) โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือ แสงชนิดต่างๆ

14.5.- Repair of retinal detachment เป็นการซ่อมแซมจอตาลอก โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือ แสงชนิดต่างๆ

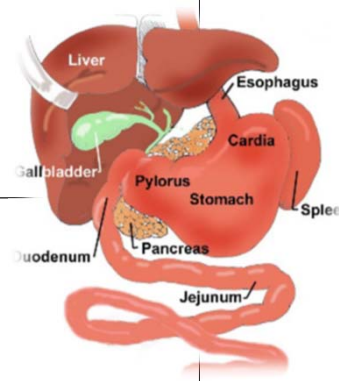
14.4.- Repair of retinal detachment with sclera buckling and implant เป็นการซ่อมแซมจอตาลอก โดยใช้สิ่งปลูกฝังหนูนตาขาว

14.7.- Operations on vitreous ได้แก่ การเอาจันดาออกซึ่งอาจทำโดยการใช้กรรไกรตัดจันดาธรรมดา หรือใช้เครื่องกลไก โดยผ่านทางด้านหน้า (limbus) หรือด้านหลังลูกตา (pars plana) การใส่สิ่งทดแทน (vitreous substitute) เช่น ก๊าซ ของเหลว หรือน้ำมันซิลิโคน

เงื่อนไขการตรวจสอบเวชระเบียน 2563

กลุ่มระบบทางเดินอาหาร

<ul style="list-style-type: none"> การให้รหัสกลุ่มอาการอาเจียนเป็นเลือด ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> การเลือกโรคหลักโรคร่วม ผิดหลักการ ? รหัสผิด ?
<ul style="list-style-type: none"> การให้รหัสโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสนับสนุน ? ลืมให้รหัสหัตถการ ?
<ul style="list-style-type: none"> รหัสหัตถการ Ligation esophageal varice ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสนับสนุน ? (Op. note) รหัสหัตถการผิด ? บันทึกผิด ?
<ul style="list-style-type: none"> หัตถการ Appendectomy ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> หัตถการ Appendectomy ผิดหลักการรหัสผิด ?



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

4

- Acute/Chronic
- Complication
- Hemorrhage
- Perforation

The following fourth-character subdivisions are for use with categories K25-K28:

- .0 Acute with haemorrhage
- .1 Acute with perforation
- .2 Acute with both haemorrhage and perforation
- .3 Acute without haemorrhage or perforation
- .4 Chronic or unspecified with haemorrhage
- .5 Chronic or unspecified with perforation
- .6 Chronic or unspecified with both haemorrhage and perforation
- .7 Chronic without haemorrhage or perforation
- .9 Unspecified as acute or chronic, without haemorrhage or perforation

3

K25

Gastric ulcer

K26

Duodenal ulcer

K27

Peptic ulcer, site unspecified

K28

Gastrojejunal ulcer

[See before K25 for subdivisions]



ตำแหน่ง

Gastrojejunal ulcer

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

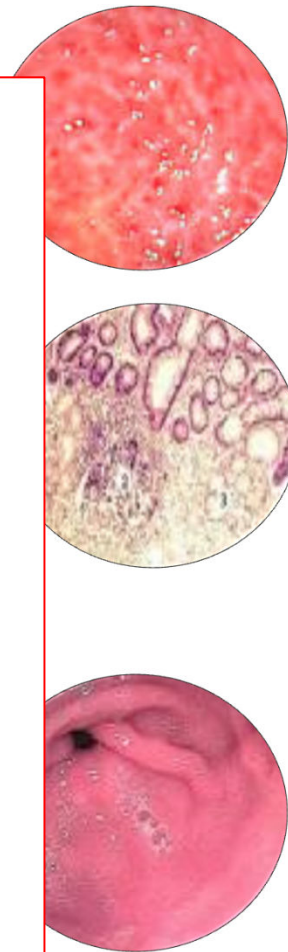
กลุ่มโรค Gastritis และ Duodenitis (K29.-)

1. ถ้าแพทย์บันทึกการวินิจฉัย gastritis และ duodenitis ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจโดยการทำ endoscopy ถ้าไม่ได้ทำ endoscopy และผู้ป่วยมาด้วยอาการปวด

4.หน้าที่ 73 - 69.กลุ่มโรค Functional dyspepsia

บรรทัดที่	ข้อความเดิม	แก้ไขเป็น
2.	5	(อ้างอิงมาจาก Rome III diagnostic criteria for functional dyspepsia)
3.	7	1) มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ (epigastrium) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน และมีอาการเริ่มต้นเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนการวินิจฉัย อาจมีอาการ จุกแน่นท้องหรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ จุกแน่นท้องหลังมีอาหาร อิ่มเร็วกว่าปกติ คลื่นไส้
4.		1) มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ (epigastrium) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน และมีอาการเริ่มต้นเกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนการวินิจฉัย อาจมีอาการ จุกแน่นท้องหรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ จุกแน่นท้องหลังมีอาหาร อิ่มเร็วกว่าปกติ คลื่นไส้

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค GI bleeding (K92.0-K92.2)

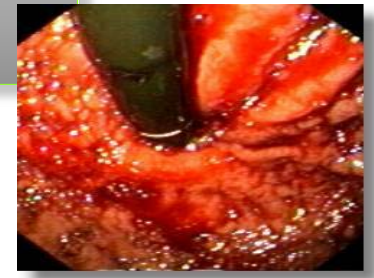
• หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1. มีอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือด
2. กรณีต้องการบอกตำแหน่งที่เลือดออกต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม อาทิเช่น gastroscopy, colonoscopy, angiography, red blood cell scan
3. กรณีไม่มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมให้พิจารณาตามอาการดังนี้
 - 3.1 ถ้าผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด หรือ coffee ground ให้สรุปเป็น haematemesis (K92.0)
 - 3.2 ถ้าผู้ป่วยถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ให้สรุปเป็น melena (K92.1)

8. หน้าที่ 117 – 6. กลุ่มโรค Acute pancreatitis, Pancreatitis (K85.-)

บรรทัดที่	ข้อความเดิม	แก้ไขเป็น
6	3) มีการตรวจพิเศษด้วย CT-scan หรือ MRI พบว่ามีภาวะ pancreatitis อ่านโดยรังสีแพทย์	3) มีการตรวจพิเศษด้วย CT-scan หรือ U/S พบว่ามีภาวะ pancreatitis อ่านโดยรังสีแพทย์

กลุ่มโรค Esophageal varices with bleeding



- 1) มีประวัติอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ร่วมกับ
- 2) มีผลการส่องกล้องหลอดอาหารเพื่อยืนยันวินิจฉัย
 - 1) พบ bleeding esophageal varices หรือ
 - 2) พบ esophageal varices ที่ให้การรักษาด้วยยา sandostatin หรือ vasopressin หรือให้การรักษาด้วย balloon tamponade (Sengstaken Blakemore tube, SB -tube) และแพทย์สรุปวินิจฉัยว่า esophageal varices with bleeding
- 3) กรณีเลือดออกซ้ำ อาจไม่จำเป็นต้องทำการส่องกล้องหลอดอาหาร แต่ต้องมีรายงานผลตรวจส่อง กล้องหลอดอาหารครั้งก่อน (official report) ว่ามี esophageal varices ร่วมกับการรักษาด้วย ยา sandostatin หรือ vasopressin หรือให้การรักษาด้วย balloon tamponade (Sengstaken Blakemore tube, SB-tube) และแพทย์สรุปวินิจฉัยว่า esophageal varices with bleeding
- 4) กรณีมีอาการของ gastrointestinal bleeding แต่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 2) และข้อ 3) ให้ผู้ตรวจสอบสรุป วินิจฉัยดังรายละเอียดในกลุ่มโรค gastrointestinal bleeding (K92.0-K92.2)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

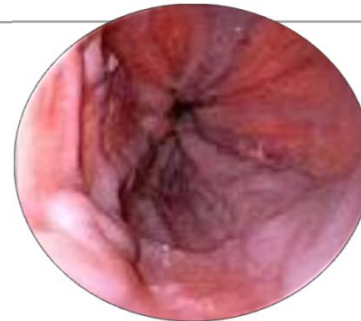
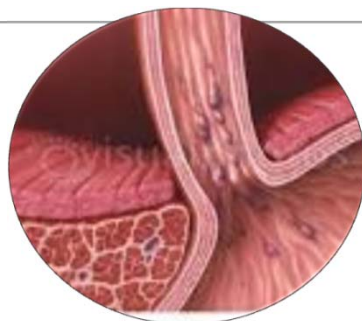
กลุ่มโรค Esophageal varices with bleeding

ถ้าวินิจฉัย oesophageal varice ในผู้ป่วย cirrhosis

Pdx. = K74.6 : Other and unspecified cirrhosis of liver

Sdx. = หากไม่มีเลือดออกให้รหัส I98.2* Oesophageal varices without bleeding in disease classified elsewhere แต่

Sdx. = ถ้ามีเลือดออกให้รหัส I98.3* Oesophageal varices with bleeding in disease classified elsewhere



วินิจฉัย oesophageal varice โดยไม่ระบุที่เกิดจากสาเหตุใด

- มีเลือดออกให้รหัส I85.0 Oesophageal varices with bleeding
- ไม่มีเลือดออกให้รหัส I85.9 Oesophageal varices without bleeding

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Gastrointestinal Procedure

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

หัตถการที่แพทย์บันทึก	ICD-9-CM	
Colonoscopy	45.23	Colonoscopy
Colonoscopy with biopsy of colon	45.25	Closed [endoscopic] biopsy of large intestine
Colonoscopy with polypectomy	45.42	Endoscopic polypectomy of large intestine
Colonoscopy with control of bleeding	45.43	Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
Colonoscopy through colonostomy	45.22	Endoscopy of large intestine through artificial stoma
Colonoscopy during abdominal surgery	45.21	Transabdominal endoscopy of large intestine
EGD	45.13	Other endoscopy of small intestine
EGD with biopsy of oesophagus	45.16	Esophagogastroduodenoscopy [EGD] with closed biopsy
EGD with biopsy of stomach		
EGD with biopsy of duodenum		
EGD through gastrostomy	45.12	Endoscopy of small intestine through artificial stoma
EGD during abdomen surgery	45.11	Transabdominal endoscopy of small intestine

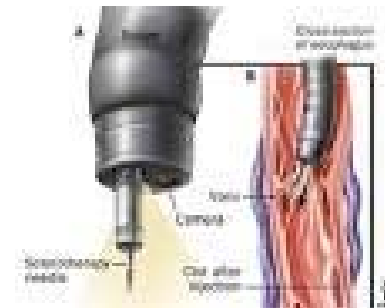
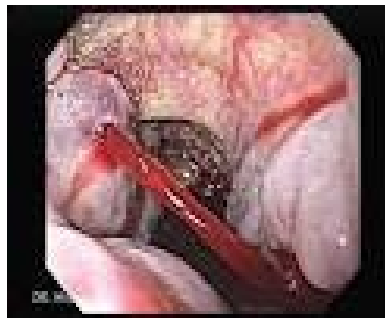
การสรุปหัตถการ Colonoscopy with polypectomy

- Auditor สรุปหัตถการ 45.23 Colonoscopy และ 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine ในกรณีที่ทำ colonoscopy with polypectomy
 - **ควรสรุปหัตถการ 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine ในกรณีที่ทำ colonoscopy with polypectomy เพียงรหัสเดียวไม่ต้องให้รหัส colonoscopy ร่วมด้วยถ้ามีการทำ scope และมีการทำหัตถการอื่นร่วมด้วย**
 - **ควรสรุปหัตถการ 45.23 Colonoscopy ถ้ามีการทำ scope เพียงอย่างเดียว**

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

ข้อผิดพลาดที่พบ

- 42.91 Ligation of esophageal varices (major OR proc.)
 - Excludes: that by endoscopic approach (42.33)
- 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus
 - Control of esophageal bleeding by endoscopic approach
 - Excludes: open ligation of esophageal varices (42.91)



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค Acute appendicitis

- พบอาการ clinical ในการวินิจฉัย หรือพบบันทึกใน operative note ดังนี้
 - **Acute appendicitis with generalized peritonitis (K35.2)** บันทึกการตรวจร่างกาย พบมี guarding ทั้งสองฝั่ง ร่วมกับการบันทึกใน operative note พบมีการแตกของไส้ติ่งและมี การกระจายของหนองช่องท้อง
 - **Acute appendicitis with localized peritonitis (K35.3 Acute appendicitis (with or without perforation or rupture) with peritonitis)** บันทึกการตรวจร่างกาย พบมี guarding หรือมี rebound tenderness ชัดเจนบริเวณ right lower quadrant อาจพบการแตกของไส้ติ่ง ใน operative note (ไม่รวมที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดที่แพทย์บันทึก
- กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค abdominal and pelvic pain (R10.-)
- ถ้าแพทย์ไม่ระบุว่าเป็น generalized peritonitis หรือ localized peritonitis ให้รหัส K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified
 - หากสถานภาพการจำหน่ายเป็น improve หรือ approval ต้องมีข้อบ่งชี้บางประการที่ทำให้ ไม่ สามารถผ่าตัดได้เช่น โรคเลือด เป็นต้น แต่ต้องมีการรักษาโดยวิธีอื่นที่เหมาะสม และต้องมีผล CT-scan หรือ ultrasound ยืนยัน เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



แนวทางการสรีรโรคและให้รหัส

SURGERY & ORTHOPEDICS



การสรุปและให้รหัสโรค OA.knee

- **เกิดจากการใช้งาน ให้รหัส**

M17.0 Primary gonarthrosis, bilateral

M17.1 Other primary gonarthrosis, unilat

- **เกิดจากอุบัติเหตุ ให้รหัส**

M17.2 Post-traumatic, bilateral

M17.3 Other post-traumatic gonarthrosis , unilat

- **เกิดสาเหตุอื่น เช่น arthritis ให้รหัส**

M17.4 Other secondary, bilateral

M17.5 Other secondary gonarthrosis, unilat

เมื่อลงรหัส M17.4 หรือ M17.5 ควรจะต้องมีการให้รหัสร่วมซึ่ง บอกสาเหตุ เช่น ในรายที่มีโรครุมตอยด์ควรจะมีรหัสการวินิจฉัยร่วมของโรครุมตอยด์คือ M05-, M06-, M08-, M09-

ควรหลีกเลี่ยง M17.9 Gonarthrosis, unspecified

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

การสรุปและให้รหัสโรคร่วมที่พบบ่อย OA.knee

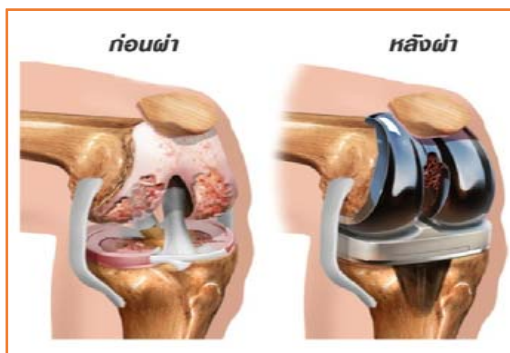
- ❑ มี Hematoma /hemorrhage (มีบันทึก blood loss มากกว่าปกติ) ภายหลังการผ่าตัด แพทย์บันทึกการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะ Haematoma /hemorrhage complicating a procedure ให้รหัส T81.0 Haematoma /hemorrhage complicating a procedure
- ❑ Prosthesis หัก เคลื่อน ตำแหน่งไม่เหมาะสม (Malposition) ให้รหัส T84.0 Mechanical complication of internal joint prosthesis
- ❑ เกิด Post – op infection จากการใส่ prosthesis ให้รหัส T84.5 Infection and inflammatory reaction due to internal joint prosthesis
- ❑ มี Hct drop จาก 32% → 24% แพทย์สรุป Acute blood loss , Acute posthaemorrhagic anaemia ให้รหัส D62 Acute posthaemorrhagic anaemia

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มหัตถการ Partial / Total Knee replacement

- 1.กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis บั้นที่กว่า Unicompartmental Knee Arthroplasty
- 2.กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial compartment arthritis ร่วมกับ patellofemoral arthritis บั้นที่กว่า Bicompartmental Knee Arthroplasty
- 3.กรณีเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนผิวลูกสะบ้าไปพร้อมกับการทำ Total Knee Arthroplasty บั้นที่กว่า Total Knee Arthroplasty

การผ่าตัดทั้ง 3 ประเภทให้รหัส 81.54 Total knee replacement ซึ่งรวม Partial knee replacement วิธีต่างๆด้วย



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Implantation of devices and substances

84.52 Insertion of recombinant bone morphogenetic protein หมายถึง การใส่สารช่วยการยึดติดของกระดูก (Hydroxyapatite)

84.55 Insertion of bone void filler ®

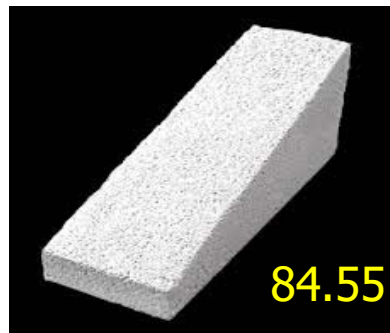
Insertion of: acrylic cement (PMMA), bone void cement, calcium based bone void filler , polymethylmethacrylate (PMMA)

84.56 Insertion or replacement of (cement) spacer ®

Insertion or replacement of joint (methylmethacrylate) spacer



Hydroxyapatite



Bone cement



Cement spacer

คำถาม-คำตอบ (Ortho.)

1. ประวัติโรคร่วมที่ผู้ป่วยเคยเป็นบางโรคเป็นโรคเรื้อรัง ไม่จำเป็นต้องกินยารักษา และเป็นพาหะที่สามารถติดต่อผู้อื่นได้ เช่น Chronic viral Hepatitis B ความสำคัญของโรคควรให้อยู่ใน Co morbidity มากกว่าอยู่ในหมวด Other Diagnosis หรือไม่

ตอบ ประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน Admission note , Progress note หรือ Operative note เป็นต้น จึงสามารถนำมาสรุปเป็นการวินิจฉัยร่วม ถึงแม้ว่าจะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่เพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัยนั้นๆด้วย

2. ขณะที่ผู้ป่วยทำผ่าตัดแล้วเกิดเหตุขณะทำผ่าตัด เช่น ขณะทำผ่าตัด TKA แล้วเกิดอุบัติเหตุเครื่องมือไปโดนแล้วเกิด Partial tear Medial Collateral ligament แพทย์ได้ทำการแก้ไขโดยทำผ่าตัด MCL augmentation with suture anchor และแพทย์สรุปใน Discharge Summary เป็น complication มีการให้รหัส icd 10 ในส่วนที่เป็น Complication และ icd 9 ได้หรือไม่

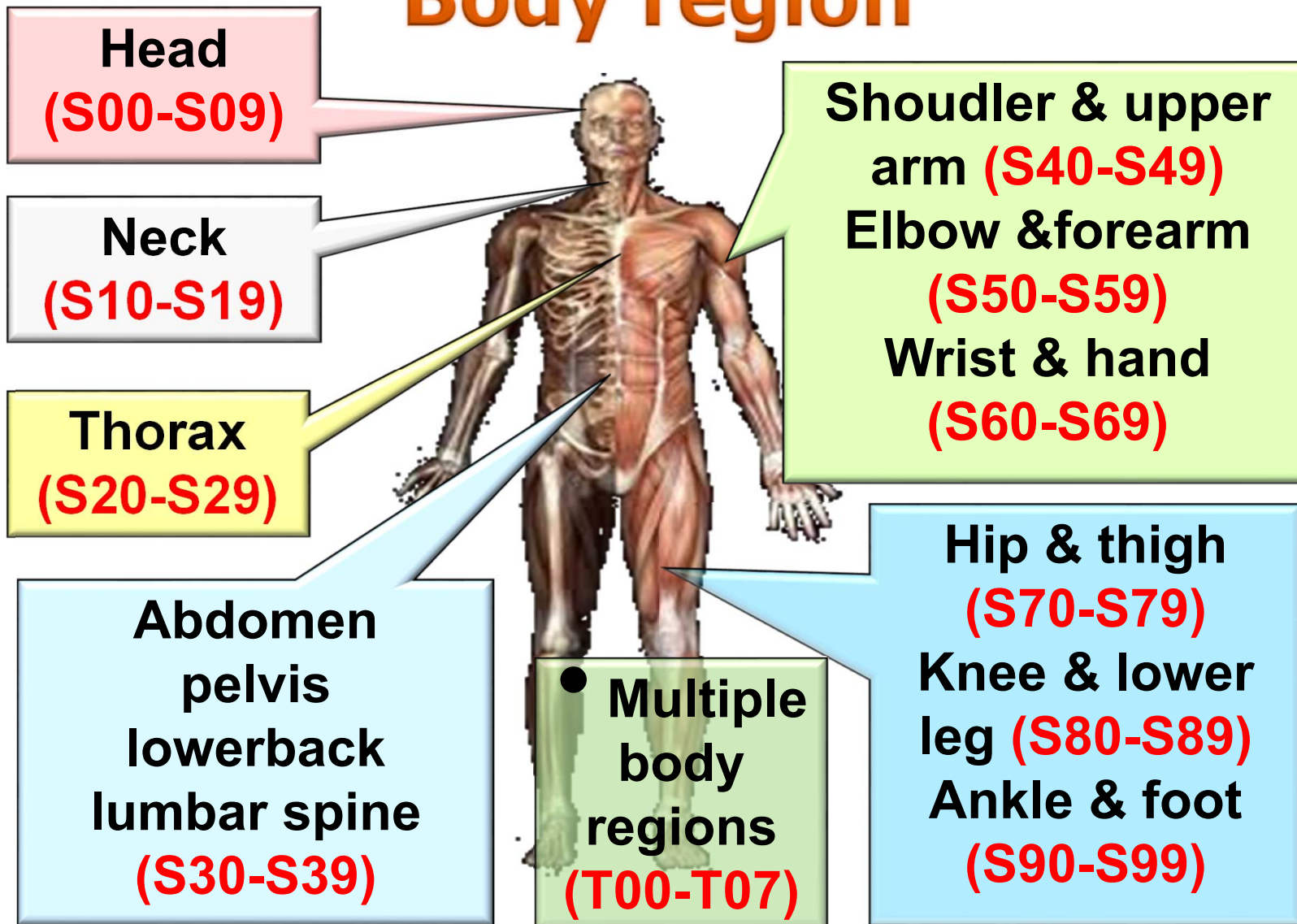
ตอบ ได้ทั้งรหัสโรคและหัตถการ ถ้าพบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ ใน Operative หรือ Progress note T81.2 Accidental puncture and laceration during a procedure, not elsewhere... (จากเครื่องมืออื่นๆ) T84.0 Mechanical complication of internal joint prosthesis (จากตัว prosthesis)

Chapter XIX (S00-T98)

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

- ***Excludes:*** birth trauma (P10-P15)
 obstetric trauma (O70-O71)
- This chapter contains the following blocks:
- S00-S09 Injuries to the head
- S10-S19 Injuries to the neck
- S20-S29 Injuries to the thorax
- S30-S39 Injuries to the abdomen, lower back, lumbar spine and pelvis
- S40-S49 Injuries to the shoulder and upper arm
- S50-S59 Injuries to the elbow and forearm
- S60-S69 Injuries to the wrist and hand
- S70-S79 Injuries to the hip and thigh
- S80-S89 Injuries to the knee and lower leg
- S90-S99 Injuries to the ankle and foot

Body region



Type of injury

0. Superficial injury

- ✓ Abrasion
- ✓ Contusion
- ✓ Superficial FB.
- ✓ Insect bite(nonvenomous)

2. Fracture

- ✓ closed
- ✓ open

1. Open wound

- ✓ Animal bite
- ✓ Laceration
- ✓ Puncture wound
- ✓ Penetrating FB.

3. Dislocation Sprain & strain of joint/ligament

4. Injury to nerves and spinal cord

5. Injury to blood vessels

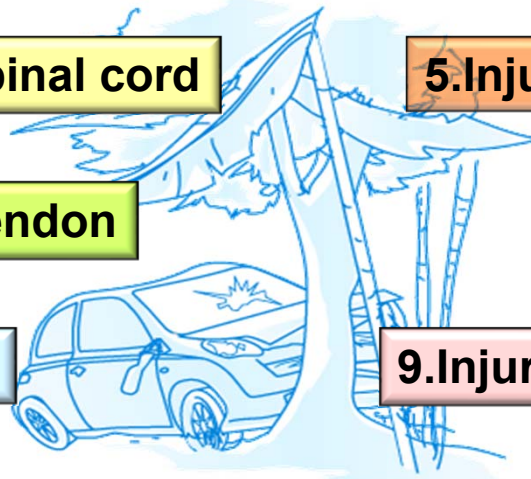
6. Injury to muscle and tendon

7. Crushing injury

8. Traumatic amputation

9. Injury to internal organ

10. Other and unspecified injuries



S52.00 Closed fracture of upper end of ulna

S52.01 Open fracture of upper end of ulna

S52 Fracture of forearm

The following subdivisions are provided for optional use in a supplementary character position where it is not possible or not desired to use multiple coding to identify fracture and open wound; a fracture not indicated as closed or open should be classified as closed.

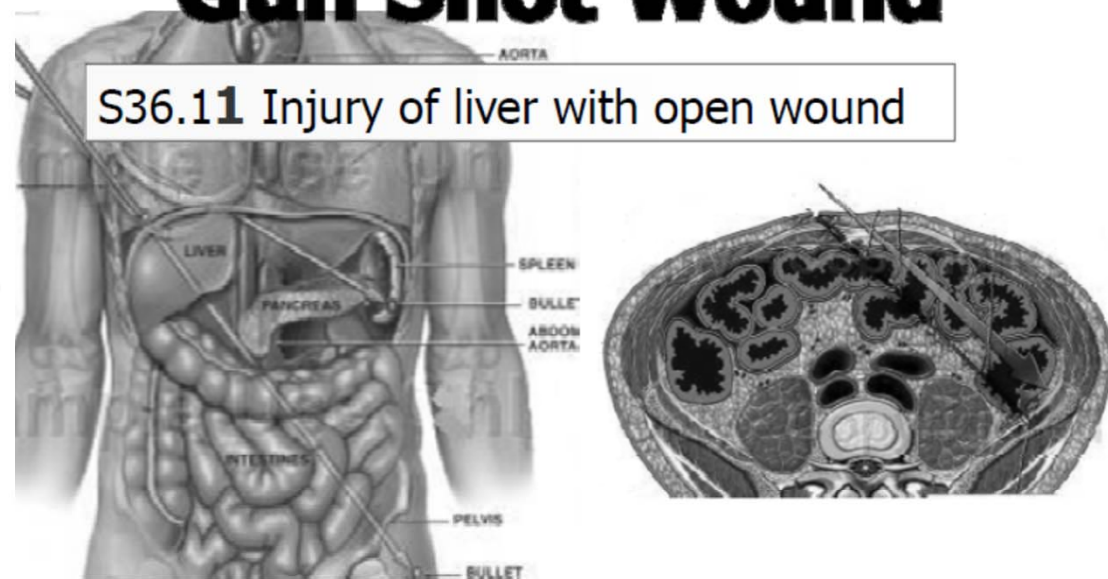
0 closed
1 open

Excludes: fracture at wrist and hand level (S62.-)

S52.0 Fracture of upper end of ulna

Coronoid process
Elbow NOS
Monteggia's fracture-dislocation
Olecranon process
Proximal end

Gun Shot Wound



S36.11 Injury of liver with open wound

S36.41 Injury of small intestine with open wound

S36.51 Injury of colon with open wound

กรณี Trauma

1) ให้โรคหลักเป็นโรคที่รุนแรงสุด หรืออยู่ลึกที่สุด หรือมีผลต่อชีวิต

2) ให้ใส่รายละเอียดของตำแหน่งบาดเจ็บ ทุกรายการ

3) กรณีกระดูกหัก ต้องบอกว่า Close or Open Fx ถ้าไม่มีรายละเอียดว่า Open ให้คิดว่าเป็น Closed Fx

4) ต้องใส่ External cause ว่าเกิดจากอะไรให้ละเอียดเท่าที่ทำได้ รวมทั้งสถานที่ และ activity ถ้าบอกได้

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างกรณี Trauma

Ex: ชับ MC พลิกคว่ำขณะไปทำงาน Dx: Focal cerebral contusion, Fx lower tibia, laceration of thigh ไม่รู้ตัว ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ

PDx : S0630 – Traumatic intracerebral hematoma

SDx : S8230 - Closed fracture lower tibia

J960 – Acute respiratory failure

S711 – Open wound of thigh

Ext : V2842 – ชับ MC พลิกคว่ำขณะไปทำงาน

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Nature of injury

Classification

T15-T19	Effects of foreign body entering through natural orifice
T20-T32	Burns and corrosions
T20-T25	Burns and corrosions of external body surface, specified by site
T26-T28	Burns and corrosions confined to eye and internal organs
T29-T32	Burns and corrosions of multiple and unspecified body regions
T33-T35	Frostbite
T36-T50	Poisoning by drugs, medicaments and biological substances
T51-T65	Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source
T66-T78	Other and unspecified effects of external causes



Complications and Sequelae

T79	Certain early complications of trauma
T80-T88	Complications of surgical and medical care, not elsewhere classified
T90-T98	Sequelae of injuries, of poisoning and of other consequences of external causes

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Summary for burn/corrosion

- บันทึกรายละเอียดของตำแหน่งบาดแผล จำนวน ความลึก ความกว้าง และสาเหตุของการบาดเจ็บ
- ให้รหัสโดยเลือกบาดแผลความลึกระดับที่ 2-3 และมีขนาดกว้างที่สุด เป็น PDx.
- ให้รหัสของบาดแผลอื่นๆ เป็น SDx.
- ให้รหัสที่บอกความกว้างของแผล เช่น 25% of body surface
- ต้องให้รหัส external cause of injury ด้วยเสมอ



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Poisoning

Poisoning by drugs, medicaments and biological substances (T36-T50)

Includes: overdose of these substances
wrong substance given or taken in error

Excludes:

adverse effects ["hypersensitivity", "reaction", etc.] of correct substance properly administered; such cases are to be classified according to the nature of the adverse effect

Adverse Effect

adverse effects ["hypersensitivity", "reaction", etc.] of correct substance properly administered; such cases are to be classified according to the nature of the adverse effect, such as:

- aspirin gastritis (K29.-)
- blood disorders (D50-D76)
- dermatitis:
 - contact (L23-L25)
 - due to substances taken internally (L27.-)
- nephropathy (N14.0-N14.2)
- unspecified adverse effect of drug (T88.7)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Poisoning / Adverse Effect

Poisoning

Improper use of drug

- Overdose
- Wrong dosage
- Wrong substance given/taken
- Toxic effect/toxicity
- Intoxication



Adverse Effect

Proper use of drug

- Allergic reaction
- Hypersensitivity
- Side effects
- Cumulative toxicity(digitalis)
- Interaction of drugs



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Poisoning

- PDx : Toxic effect of ...
T36 – T50 เป็นรหัสแสดงชนิดของยาหรือสารที่ ผู้ป่วยได้รับพิษ
- Co-morbidity : underlying psychiatric problem เช่น Adjustment disorder, Schizophrenia
- Complication : Drug induce hepatitis
- External cause : accidental/assault/ Intent self-harm

Adverse Effect

- T88.7 Unspecified adverse effect of drug ใช้เมื่อไม่ทราบว่าเกิดอาการเกิดขึ้นที่ระบบใด-ADR, Drug allergy
- ให้รหัสตามระบบที่เกิดความผิดปกติ เช่น
 - aspirin gastritis (K29.-)
 - blood disorders (D50-D76)
 - dermatitis:
 - contact (L23-L25)
 - due to substances taken internally (L27.-)
 - nephropathy(N14.0-N14.2)

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



ตัวอย่างที่ 17 - 20	หญิงอายุ 30 ปี มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้อง แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว วินิจฉัยว่าเป็น acute pyelonephritis รักษาด้วยยา ceftriaxone อีก 2 วันต่อมา มีผื่นแบบ maculopapular ขึ้นทั้งตัว ไม่พบรอยโรคบริเวณช่องปาก		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Acute pyelonephritis	N10	Acute tubulo-interstitial nephritis
โรคแทรก	Generalized drug rash	L27.0	Generalized skin eruption due to drugs and medicaments
สาเหตุภายนอก	Ceftriaxone hypersensitivity	Y40.1	Cephalosporins and other β -lactam antibiotics

ตัวอย่างที่ 20 - 20	ชายอายุ 60 ปี แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลเรื่องแน่นหน้าอก วินิจฉัยว่า unstable angina ทำ coronary angiography พบว่าเป็น single vessel disease อีก 1 วันต่อมาตรวจพบว่า serum creatinine สูงขึ้นจาก 1.8 เป็น 3.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Unstable angina	I20.0	Unstable angina
การวินิจฉัยร่วม	Atherosclerotic heart disease	I25.1	Atherosclerotic heart disease
โรคแทรก	Contrast-induced nephropathy	N14.1	Nephropathy induced by other drugs, medicaments and biological substances
สาเหตุภายนอก	Contrast media	Y57.5	X-ray contrast media causing adverse effect in therapeutic use

Standard Coding Guidelines 2017
Injury, Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes

ตัวอย่างที่ 19 - 19	ผู้ป่วยรับประทานยา paracetamol เพื่อฆ่าตัวตายที่บ้าน ถูกนำส่งโรงพยาบาลทันที เกิด hepatitis ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Paracetamol poisoning	T39.1	Poisoning by 4-aminophenol derivatives
การวินิจฉัยร่วม	-	-	
โรคแทรก	Hepatitis	K71.2	Toxic liver disease with acute hepatitis
สาเหตุภายนอก	รับประทานยา paracetamol เพื่อฆ่าตัวตายที่บ้าน	X60.09	Intentional self-poisoning by and exposure to non-opioid analgesics, antipyretics and anti-rheumatics, at home, during unspecified activity

ตัวอย่างที่ 20 - 19	ผู้ป่วยรับประทานยา paracetamol เพื่อฆ่าตัวตายที่บ้าน มารับการตรวจในวันที่ 2 หลังรับประทานยา แพทย์ตรวจพบว่าตัวเหลืองและตาเหลืองจาก hepatitis		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Hepatitis	K71.2	Toxic liver disease with acute hepatitis
การวินิจฉัยร่วม	Paracetamol poisoning	T39.1	Poisoning by 4-aminophenol derivatives
โรคแทรก	-	-	
สาเหตุภายนอก	รับประทานยา paracetamol เพื่อฆ่าตัวตายที่บ้าน	X60.09	Intentional self-poisoning by and exposure to non-opioid analgesics, antipyretics and anti-rheumatics, at home, during unspecified activity

Wafarin side effect

1. ผู้ป่วยกิน anticoagulation substance ตามคำสั่งแพทย์ ทำให้มี prolong coagulogram ถ้ามี bleeding รหัส คือ **D68.3** hemorrhagic disorder due to circulating anticoagulants
2. ผู้ป่วยกิน anticoagulation substance ตามคำสั่งแพทย์ ทำให้มี prolong coagulogram ไม่มี bleeding แต่แพทย์ต้อง admit มาเพื่อสังเกตอาการ และเฝ้าระวังภาวะ bleeding รหัส **D68.4** acquired coagulation factor deficiency
3. ผู้ป่วยกิน anticoagulation substance เกินขนาดมี bleeding รหัส คือ **T45.5** poisoning by anticoagulants
4. ถ้าไม่มี bleeding รหัส คือ **Z92.1** long-term use of anticoagulants without haemorrhage



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Standard Coding Guidelines 2017

Diseases of the Blood and Blood-forming Organs and Certain Disorders Involving the Immune Mechanism



ตัวอย่างที่ 3-3	ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี เป็น deep vein thrombosis both lower legs ได้รับยา warfarin มา 3 เดือน เมื่อ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ซึมลง ตรวจ CT brain พบ intracerebral haemorrhage at frontal lobe ชักประวัติได้ความว่าผู้ป่วยรับประทานยา warfarin ผิดขนาดด้วยเข้าใจผิด จากวันละ 2 เม็ดเป็นวันละ 4 เม็ด PT-INR 10.0 แพทย์ให้ FFP, vit K IV ทำผ่าตัด craniotomy เพื่อ remove clot		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Intracerebral haemorrhage at frontal lobe	I61.1	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, cortical
การวินิจฉัยร่วม	Warfarin overdose	T45.5	Poisoning by anticoagulants
	Deep vein thrombosis both lower legs	I80.2	Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of lower extremities
โรคแทรก	.	.	.
สาเหตุภายนอก	รับประทาน warfarin เกินขนาดด้วยความเข้าใจผิด	X44.99	Accidental poisoning by and exposure to other and unspecified drugs, medicaments and biological substances

ตัวอย่างที่ 5-3	หญิงอายุ 55 ปี เป็น atrial fibrillation ได้รับการรักษาด้วยยา warfarin มา 1 ปี มาด้วยอาการเลือดออกตามไรฟันและปัสสาวะเป็นเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ PT-INR 4.0 ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาผิดจากที่แพทย์สั่ง		
	แพทย์สรุปจำหน่าย	Coder ให้รหัส	
การวินิจฉัยหลัก	Bleeding from warfarin	D68.3	Haemorrhagic disorders due to circulating anticoagulants
การวินิจฉัยร่วม	Atrial fibrillation	I48	Atrial fibrillation
	Deep vein thrombosis both lower legs	I80.2	Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of lower extremities
โรคแทรก	.	.	.
สาเหตุภายนอก	รับประทาน warfarin	Y44.2	Warfarin causing adverse effect in therapeutic use

เงื่อนไขการตรวจสอบเวชระเบียน 2563

กลุ่ม Wound	
<ul style="list-style-type: none"> • หัตถการ Excisional Debridement, วันนอน รพ. น้อย และประเภทการจำหน่ายเป็นหาย 	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลสนับสนุน ? (Op. note) • รหัสหัตถการผิด ? • บันทึกผิด ?
<ul style="list-style-type: none"> • ให้รหัสกลุ่มบาดแผลอักเสบจากสาเหตุต่างๆ ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> • บันทึกวินิจฉัยของแพทย์ • ผิดหลักการ ? รหัสผิด ?
<ul style="list-style-type: none"> • ให้รหัสกลุ่มงูกัด ผิดหลักการ 	<ul style="list-style-type: none"> • บันทึกวินิจฉัยของแพทย์ • การเลือกโรคหลัก ผิดหลักการ

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Snake bite



ถ้างูมีพิษ

PDx: Toxic effect of snake venom (ระบุชนิดงู)

SDx: Acute respiratory failure, **Post-traumatic wound infection (T79.3)** ถ้ามีการดูแลรักษาเพิ่มเติม โดยไม่ต้องให้รหัสแผลอักเสบทั่วไปอีก (กลุ่มรหัส L)

External cause : โดนงูพิษกัดที่...place..ขณะ...

T63

Toxic effect of contact with venomous animals

T63.0

Snake venom

Sea-snake venom

X20

Contact with venomous snakes and lizards

ถ้างูไม่มีพิษ **PDx:** *Puncture wound at.....*

S91.2

Open wound of toe(s) with damage to nail

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Wound infection



Wound infection หรือ infected wound หมายถึง แผลติดเชื้อ เป็นคำวินิจฉัยที่กำกวม สามารถให้รหัสได้หลายแบบ ได้แก่

1. เป็นการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (infected surgical wound)
2. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเป็นแผลอยู่ก่อนแล้ว ต่อมาแผลเกิดการติดเชื้อ
3. ผู้ป่วยเป็นแผลที่เกิดจากโรคผิวหนัง โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน หรือแผลกดทับ แล้วแผลเกิดการติดเชื้อ แพทย์ควรวินิจฉัยอย่างละเอียดว่าเป็นแผลติดเชื้อแบบใด และเกิดจากเหตุใด

กรณีที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัยเพียง wound infection จำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนเพิ่ม ถ้าไม่พบข้อมูล ให้ใช้รหัส T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified คู่กับรหัสสาเหตุภายนอกที่เหมาะสม และในกรณีที่ไม่มีข้อมูลสาเหตุภายนอก ให้รหัส X59.99 Exposure to unspecified factor at unspecified place during unspecified activity

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค Post traumatic wound infection (T79.3)

- 1) หากเป็นการติดเชื้อหลังจากการบาดเจ็บ ให้รหัสเป็น T79.3 post-traumatic wound infection, not elsewhere classified
- 2) หากมีผลเพาะเชื้อใช้ B95-B97 เสริม
- 3) กรณี wound infection จากสาเหตุต่างๆ และลุกลามจนถึงระดับ necrotizing fasciitis (M72.6) หรือ osteomyelitis (M86.-) ให้สรุปโรคในกลุ่มนั้น ๆ โดยไม่ต้องให้รหัส T79.3 post-traumatic wound infection, not elsewhere classified
- 4) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บร่วมด้วยเสมอ



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรค Post traumatic wound infection (T79.3)

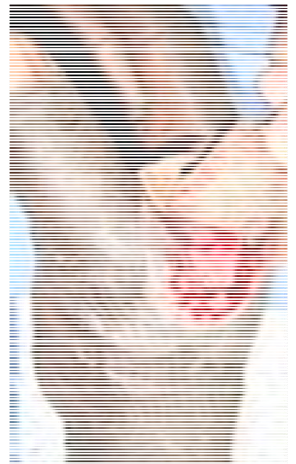
1. ถ้าเป็นการติดเชื้อของแผลที่เกิดจากการบาดเจ็บ ให้ใช้รหัส

T79.3 Post-traumatic wound infection คู่กับรหัสสาเหตุภายนอก

2. ถ้าการติดเชื้อของแผลที่เกิดจากโรคผิวหนัง โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน หรือแผลกดทับ ให้เลือกรหัสที่เหมาะสมดังนี้

- E11.5 DM.type 2 with peripheral circulatory complications
- I83.2 Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation
- L08.0 Pyoderma
- L08.8 Other specified local infections of skin and subcutaneous tissue
- L08.9 Local infection of skin and subcutaneous tissue, unspecified
- L89 Decubitus ulcer
- R02 Gangrene, not elsewhere classified

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



กลุ่มโรค Necrotizing fasciitis (M72.6)

- 1.มีการบรรยายลักษณะบาดแผลว่า มีบวมแดงและต้องมี hemorrhagic bleb มีเนื้อตาย ร่วมกับอาการปวด
- 2.อาจมีการทำ ultrasound high resolution ตรวจพบว่ามี fluid ในชั้น fascia
- 3.มีการรักษาโดยการทำให้ excisional debridement หรือ operative note มีการวาดรูป ร่วมกับบรรยายลักษณะของบาดแผล ว่ามีเนื้อตายถึงชั้น fascia หรือมี fluid ในชั้น fascia หากไม่มีการวาดรูปและบรรยายรายละเอียด แต่มีการสรุปว่ามีการทำให้ excisional debridement ต้องมีข้อมูลอื่นที่สนับสนุนถึงภาวะของ necrotizing fasciitis และการทำหัตถการนั้นๆ

หมายเหตุ

- ❑ กรณีไม่การทำให้ excisional debridement ให้ผู้ตรวจสอบสรุปเป็น cellulitis
- ❑ หากไม่ได้ทำหัตถการหรือผ่าตัดใดๆ ต้องเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยด้วย refer, not improve หรือ dead



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง

Debridement

Layer	Site	Condition	ICD-9-CM
Skin	Abdomen		54.3
	Nail		86.27
	Other	Excisional	86.22
		Nonexcisional	86.28
Muscle	Hand		82.36
	Other		83.45
Bone	Skull	Open fracture	02.02
		Other	01.25
	Other	Open fracture	79.6 [0-9]
		Other	77.6 [0-9]

Excisional debridement(86.22)

คือ การตัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว (devitalized tissue) หรือ เนื้อตาย (necrosis) หรือ เนื้อพังผืดมีสีเหลือง (slough) ออกจากบาดแผลเปิด หรือ แผลติดเชื้อ หรือ แผลไฟไหม้ **แพทย์ต้องบันทึกรายงานการผ่าตัดที่มีรายละเอียดของพยาธิสภาพว่า เนื้อตายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดเลาะ (ไม่ใช่บันทึกการวินิจฉัยโรคว่าเป็นสิ่งตรวจพบ) และ มีรายละเอียดที่เชื่อถือได้ว่ามีการตัดเลาะเนื้อเยื่อจริง ดังนี้**

- 1.บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบาดแผล โดยต้องประกอบด้วย
- 2.รายละเอียดของพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อที่ตัด เช่น devitalization , necrosis, slough
- 3.ลักษณะและขนาดของบาดแผล เช่น fresh bleeding tissue, viable tissue
- 4.ความลึกและชนิดของเนื้อเยื่อที่ตัด เช่น skin, subcutaneous tissue, fascia, muscle, bone
5. บันทึกรายละเอียดเทคนิคที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น excisional, trimming, brushing, scaring

เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



Excisional debridement(86.22)

กรณีรายงานการผ่าตัด มีการวาดรูปประกอบ โดยไม่มีรายละเอียดอื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น Excisional debridement ให้สรุปเพียง Nonexcisional debridement

กรณีที่ทำที่ห้องผ่าตัดเล็ก (OR Minor) หรือ ที่หอผู้ป่วย(Bed side) ต้องมีบันทึก รายละเอียดของหัตถการ (อาจเขียนเป็น Operative note หรือ Progress note) โดยมีรายละเอียด ตามข้างต้น

การให้รหัส

- 1.แพทย์ต้องสรุปหัตถการให้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการทำ Debridement หรือ Excisional debridement ถ้าระบุเพียง Debridement จะได้รับรหัส 86.28
 - 2.กรณีรายงานการผ่าตัด มีแต่การวาดรูปประกอบและระบุหัตถการว่า Debridement โดยไม่มี รายละเอียด อื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น Excisional debridement ให้รหัส 86.28
 - 3.กรณีเป็นการทำ Revision stump,Closed stump, Amputation ไม่ต้องให้ 86.22
 - 4.กรณีอุบัติเหตุมี open wound ทำหัตถการ Debride & suture ไม่ต้องให้ 86.22
- เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง



Neck
Lung
Heart
Chest
Spleen
Liver
Abdomen
Extremities
Neuro, exam.
Genitalia
Other

Step: fluctuation



- marked swelling, @ purplish skin color, @ tenderness
- full dorsalis pedis pulse, @ warm
- @ decrease sensation
- full Rom

Summary and Coding Audit (ฉบับตรวจพบ: 48) Excisional Debridement.

DX / OP	ICD in Com	S ICD	DX / OP from Review	R ICD	SA	CA	Remark
PDX	T793	T793	Infected wound Rt by toe	T793	0	0	
CC DX1							
CC DX2							
CC DX3							
CC DX4							
CC DX5							
CC DX6							
CC DX7							
CC DX8							
CC DX9							
CC DX10							
Other1	X2499	X2499	Infected wound	X2499	0	0	
Other2							
Other3							
OP 1	8622	8622	Debridement	8622	0	0	Debridement
OP 2							
OP 3							
OP 4							

Impression diagnosis.....

NF Rt toe.

→ Infected wound

Plan & Management.....

DB

[00254296]

Operative Record Sheet

วันที่ผ่าตัด 16 กันยายน 2560

เวลาเริ่ม 23.40 น.

เวลาสิ้นสุด 23.50

Description on Operation

Position

Supine

Incision

skin incision at ^{Right} 1st toe

Findings

infected wound and necrotic tissue
Right ~~1st~~ 1st toe
size 5 x 2 cm
deep to ~~subcutaneous~~ muscle.
infected wound.

Procedure

- skin incision was done
- necrotic tissue removal was done and debridement was done
- wet dressing was done

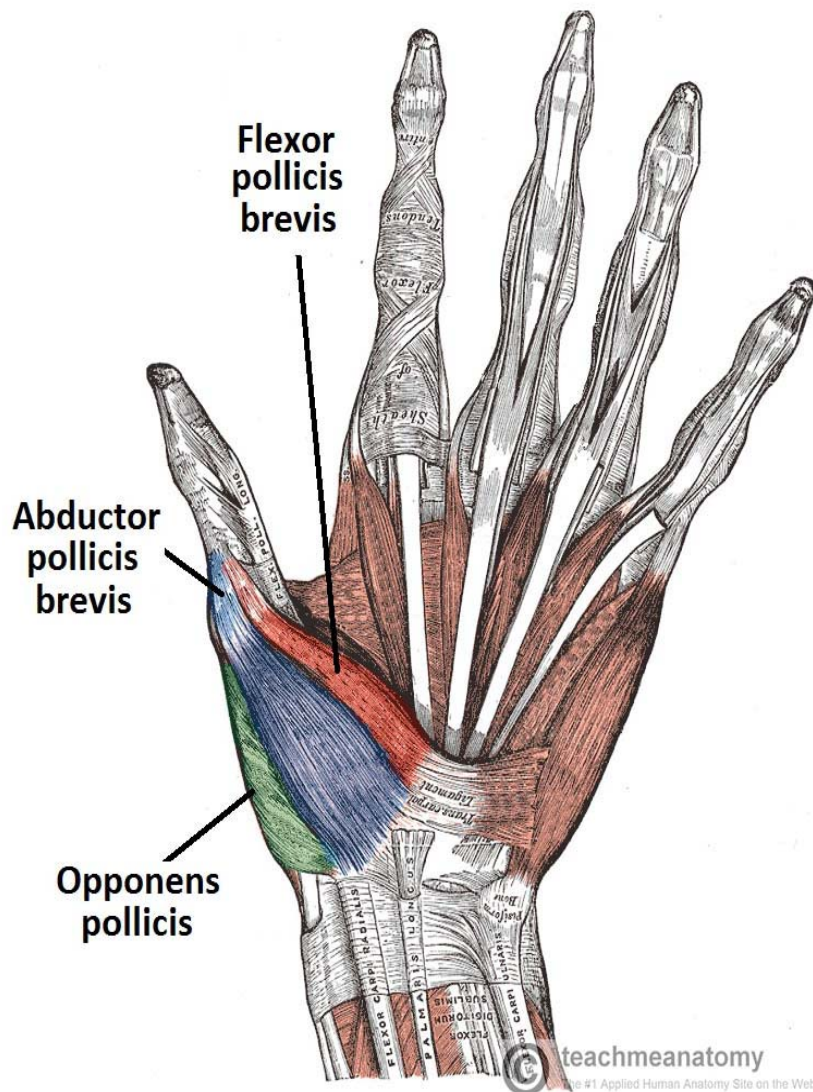


- No wound
- granulation
- no ledge

ph are

18/9/60

- D/C today
- FW rule oppo, 1st toe
- 1st toe 1st toe
- 1st toe
- Augustin (1) # 40
- 1x2 opv
- paracetamol (1) # 20
- 1st toe



Thenar:

Abductor pollicis brevis (APB)

Opponens pollicis (OP)

Flexor pollicis brevis (FPB)

Adductor pollicis (AP)

Hypothenar:

Opponens digiti minimi (ODM)

Flexor digiti minimi (FDM)

Abductor digiti minimi (ADM)

Lumbricals

Interossei: dorsal, palmar



อาการสำคัญ ปวดก้นทักทวน 1 d PCA

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 d PCA แล้วได้กินยากันปวด 30t. 50t พบอาการจากยาแล้วได้ไป
3 d PCA ล้มแล้วปวดทักทวนมากขึ้น แล้วได้กินยาอีก 30t ไม่ดีขึ้น

- Heart
- Chest
- Spleen
- Liver
- Abdomen
- Extremities
- Neuro , exam.
- Genitalia
- Other



Impression diagnosis..... Perianal abscess.
Plan & Management..... ATB

Operative Record Sheet

[00249353]
วันที่ผ่าตัด 12 กรกฎาคม 2560
เวลาเริ่ม 00.20 น. เวลาสิ้นสุด 00.30
Incision
Findings
Procedure

Handwritten notes in a red circle: "ATB 100", "Tap 100", "ATB 100"

Summary and Coding Audit (ฉบับประจำตัว): 48 Exclusional Debitment, .

DX / OP	ICD In Com	S ICD	DX / OP from Review	R ICD	SA	CA	Remark
P0X	K610	K610	perianal abscess	K610	0	0	
CC DX1							
CC DX2							
CC DX3							
CC DX4							
CC DX5							
CC DX6							
CC DX7							
CC DX8							
CC DX9							
CC DX10							
Other1							
Other2							
Other3							
OP 1	8622	8622			3d	0	7d mr opndr

PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR 1 DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
		Perianal abscess Innol 130 - Admit 210 cense H - Morphine 3mg IV stat Other 2 4h - O.9% NaCl @ 100cc - DTX 76L - NPO 13.00u - CBS, Bun, cr, ch, te - Dimeu 1 Asep @ PTX stat 12 = 260 18 = 713 70g 24 = b = 122 cm 7g.		- NPO Oral - Cef 3 2g qep - Metu 500 mg q 8h - Chaz 100ml 100ml
หมายเหตุ : PROGRESS NOTE ให้เป็นลักษณะ 3 ใน 4 มีเนื้อหาครบถ้วนรูปแบบ SOAP หรือแบบอื่นตามที่กำหนดไว้				

โปรดบันทึก after 1 ml

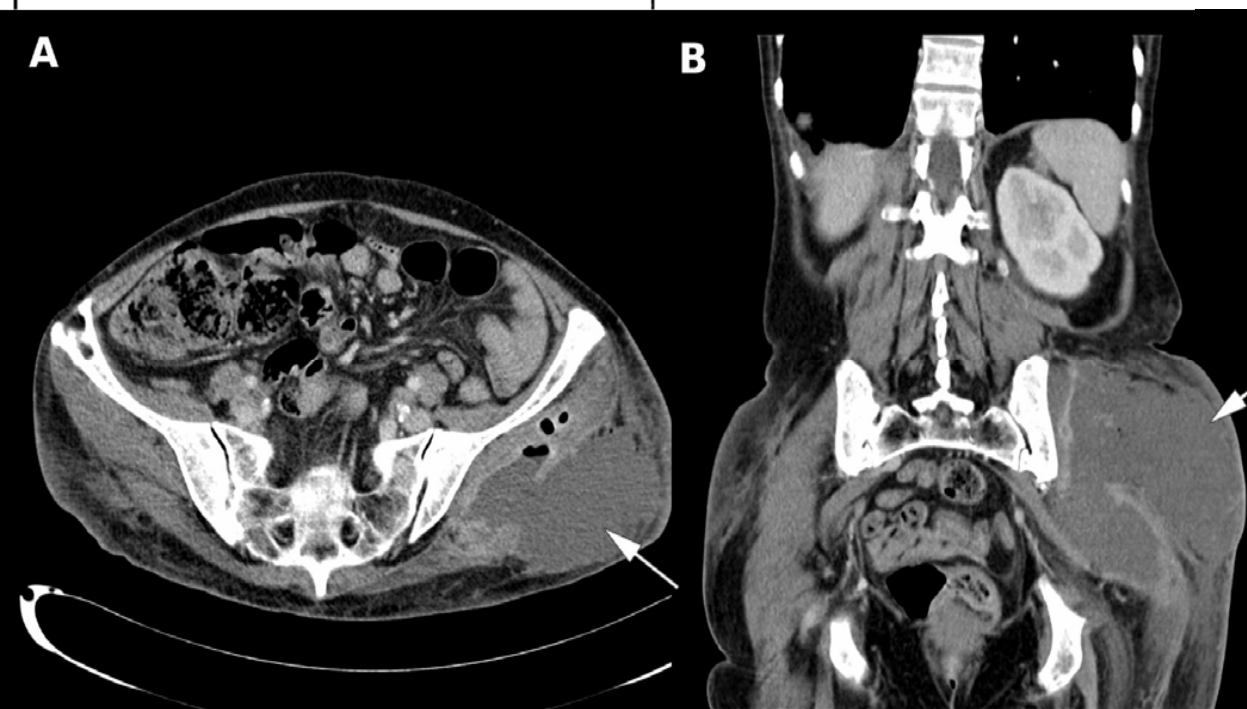
☒ ผู้ป่วย ☒ญาติ ☐ อื่น ๆ ความเชื่อถือได้ ☒ มาก ☐ ปานกลาง ☐

2 ml after 10 minutes of time 10 minutes

low fluid in the abdomen with no evidence of albumin

	<		GHW fluctuant
Extremities	<		① Absent (Bint for)

Provisional Diagnosis ~~GHW~~ ② Gluteal Abscess



OPERATIVE RECORD SHEET

PRE - OP diag	Lt gluteal abscess	ANESTHESIA TIME	15.35 hr, 16.35 hr	EBL SUCTION	1140 ml / 1000	ml
POST - OP diag	Lt gluteal			SWAB		ml
OPERATION	2000 DB			TOTAL		ml
Pre-Operative Diagnosis..... Gluteal abscess				DRAIN PACK		
Post-Operative Diagnosis..... Excisional incision for debride wound. at necrotic tissue						
Operative procedure.....				ICD-9-CM □□□□□□		

ภาพแสดงตำแหน่ง/สิ่งพบผิดปกติ



GHW
1140 ml 1000

Procedure & Finding

Finding - ① Gluteal Abscess, large
2 cm by 10 cm
- Pus ~ 400 ml

Pain, spontaneous

< 2 warm skin
and some necrotic part, necrotic tissue
- skin thick
- Impaired NBS - H2O2 test

การตัดชิ้นเนื้อและการส่งตรวจ (Pathology)

☒ No ☐ Yes
☐ ประเมินชิ้นเนื้อ..... จำนวน..... ชิ้น 2 gms
☐ ประเมินผลผ่าตัด
☐ Clean ☐ Contaminate
☐ Clean Contaminate ☐ Dirty

/ (\$9 (#2#21 (# (+ ,1'



7+\$1.#28