

中醫疾病辨證編碼之研究

張恒鴻¹ 吳文祥² 陳建仲³ 羅綸謙³ 馬建中³

¹長庚紀念醫院 中醫分院

桃園

²銘傳大學 管理科學研究所

台北

³中國醫藥學院附設醫院 中醫部

台中

(2000年3月17日受理, 2000年7月5日收校訂稿, 2000年7月10日接受刊載)

目前中醫健保之申報及給付均以國際分類表碼(A-code)為依據, 然而中西醫病名不同, 診治的模式亦不同, 勉強使用西醫病名的分類表碼來申報, 容易有誤診誤報, 病名與處方不合的情形發生, 而審查醫師依書面申報資料, 又無法判定其病症與處方是否合理, 造成審查困擾、醫療資源的浪費和許多不必要的紛爭。有鑑於此, 應有必要建立一套符合中醫診病模式的疾病分類編碼系統, 以因應健保申報及審查的實際需要。

本項研究以A-code為基礎, 在現行的西醫病名編碼後面, 附以中醫辨證編碼: 第一碼代表病因、第二碼代表臟腑、第三碼代表病症所在的層次或部位、第四碼代表病機與證候。最常見或主要的選項均以阿拉伯數字編碼, 而0代表「無或其他」, 較少見或次要的選項以大寫英文字母編碼, 而Z代表「複雜」, 兼具多種證型者, 亦可同時申報數個B-code。

關鍵詞: 中醫疾病編碼, B-code, 國際分類表碼, A-code。

前 言

勞保自1983年開始擴大試辦中醫門診業務, 五年後出版了成效檢討報告, 顯示自1983年至1988年勞保中醫門診人次數增加1.75倍, 民衆對中醫醫療之需求亦逐年增加。職是之故, 政府在實施全民健保時, 亦將中醫納入規畫。

全民健康保險自八十四年三月實施迄今已近五年, 規畫之初, 係沿用公勞保時代之模式, 以西醫病名讓中醫套用, 然而中西醫病名不同, 診治的模式亦不同, 中醫師大多缺乏完整的西醫訓練, 現代醫學檢驗之使用亦有限制, 勉強使用西醫病名的分類表碼來申報, 容易有誤診誤報, 病名與處方不合的情形發生, 而審查

連絡人: 張恒鴻, 桃園市龜山鄉復興路5號 中醫分院, 電話: (03)3281200 轉 2005。

醫師依書面申報資料，又無法判定其病症與處方是否合理，造成審查困擾、醫療資源的浪費和許多不必要的紛爭。雖然健保實施之前已有學者^{1,2}提出中西醫病名對照的研究，但是由於中醫辨證模式有其多樣性，與西醫病名南轅北轍不易統一，如能平行並列，在西醫病名之下再分證型，當可相互對照，更為週全與深入。

2000年7月起中醫門診健保給付實施總額預算制度，未來也可能進入論病甚至論人計酬之階段，為因應申報及審查之實際需要，並提昇中醫之醫療品質，實有必要儘速建立一套查閱簡便，電腦處理容易，且符合中醫學理的疾病分類編碼系統，以應需要。

材料與方法

本項研究分五階段進行編碼工作，茲略述如下：

- 一、選擇具有代表性之中醫典籍，廣泛蒐集中醫所使用之疾病名稱。
- 二、蒐集現代中醫書籍和文獻報告，包括下列各項：
 1. 國立編譯館及中國醫藥學院出版的部定大學用書³⁻⁵。
 2. 大陸中醫學界出版的中醫高等學校教材^{6,7}。
 3. 國內外中醫及中西醫結合之相關診療專著⁸⁻¹⁰。
 4. 大陸公佈之中醫病症分類與代碼¹¹、國際疾病傷害及死因分類標準¹²。
 5. 中醫學術期刊¹³⁻¹⁵等。
- 三、考慮增加現代新增疾病，如各種手術、化學治療及放射線治療之後遺症等，研究其納入 B-code 之可行性。
- 四、將以上蒐集所得資料，交由審查醫師及專家學者，進行歸類整理，依專科系統逐一編排。
- 五、輸入編排資料，進行編碼作業。

結 果

B-code 在編碼時，前四碼為病名部份，後四碼為中醫證型部份，而前後碼之間以“-”隔開。茲分兩方面說明如下：

- 一、在病名方面，B-code 還是以 A-code 為主來進行，先寫西醫病名，而後再加入中醫證型。西醫病名依 A-code 之表列順序編排；若無法編排之疾病，仍將該編碼之主碼疾病列出，細分的疾病編碼則省略不寫。中醫證型若有相對應之碼號時，則以 A-code 之碼號編寫。中醫證型若無相對應之碼號時，則列於該系統疾病相關病名後面，加入「-0, 0, 0, 0」…「-Z, Z, Z, Z」而成為中醫證型之碼號。
- 二、在證型方面，統一編訂碼號，而於病名碼號後加入「-0, 0, 0, 0」…「-Z, Z, Z, Z」等證型之細碼上，寫入各疾病之臨床常見證型。

(一)前面第一碼代表導致病症的「病因」：

0：無或其他	1：風	2：寒	3：暑	4：濕
5：燥	6：火	7：熱	8：痰飲	9：瘀
A：風寒	B：風熱	C：寒濕	D：濕熱	E：涼燥
F：溫燥	G：寒痰	H：痰熱	I：痰火	J：風火
K：風濕	L：熱毒	M：寒熱錯雜	N：胎（產、經）	O：先天
P：毒（瘡癤、蟲）	Q：七情	R：勞逸	S：瘟疫	

T：外傷（蟲獸傷、金刃傷、湯火傷） U：飲食 V：邪 W：藥治
X：閃挫（跌仆） Y：陰 Z：複雜

(二)第二碼代表病症所在的「藏府」：

0：無或其他	1：心	2：肝	3：脾	4：肺
5：腎	6：上焦	7：中焦	8：下焦	9：三焦
A：小腸	B：膽	C：胃	D：大腸	E：膀胱
F：心包	G：腦	H：骨髓	I：胞宮	J：心肝
K：心脾	L：心肺	M：心腎	N：肝胃	O：肝脾
P：肝肺	Q：肝腎	R：脾肺	S：脾腎	T：脾胃
U：肺腎	V：肺腎	W：命門	Z：複雜	

(三)第三碼代表病症所在的「層次或部位」：

0：無或其他	1：氣（衛）	2：血（營）	3：陰	4：陽
5：經	6：氣血	7：氣陰	8：陰陽	9：精
A：皮	B：肌	C：脈（絡）	D：筋	E：骨
F：眼	G：耳	H：鼻	I：口唇（咽喉）	J：舌
K：牙齒	L：頭	M：頸項	N：肩	O：胸脅
P：腰背	Q：腹	R：臂	S：手	T：足
U：腕	V：膝	W：乳	X：下陰	Y：津液
Z：複雜				

(四)第四碼代表病症所產生的病機或證候：

0：無或其他	1：虛（虧）	2：鬱、滯（壅阻）	3：痹	4：瘕
5：痰飲	6：積、聚（癥瘕）	7：失制（不交、不和、不調、亢逆、乘侮等）		
8：化火	9：動風	A：太陽病	B：少陽病	C：陽明病
D：厥陰病	E：少陰病	F：太陰病	G：衛分證	H：氣分證
I：營分證	J：血分證	K：消	L：勞、損、傷	M：痿
N：閉	O：厥	P：脫（下陷、不攝）	Q：亡	R：遲軟
S：疔	T：疝	U：痞	V：結（癰疽瘡瘍）	W：蓄
X：癲狂	Y：癌瘤	Z：複雜		

例如：過敏性鼻炎（ICD-9 編碼為 477）辨證為脾氣虛時，其 B-code 為：A319-0311，而慢性肝炎（ICD-9 編碼為 571.4）辨證為肝鬱脾虛時，其 B-code 為：A347-0202 及 A347-0301，其常見相關證型的編碼如（表 1）及（表 2）。

表 1 過敏性鼻炎常見證型之中醫疾病辨證編碼

現代醫學病名	中醫證型	B-code
過敏性鼻炎 (ICD-9 為 477)	其他證型	A319-0000
	肝鬱	A319-0202
	脾氣虛	A319-0311
	肺氣虛	A319-0411
	腎氣虛	A319-0511
	風寒	A319-A000
	風熱	A319-B000
	寒濕	A319-C000
	陰虛濕熱	A319-D031
	證型複雜	A319-ZZZZ

表 2 慢性肝炎常見證型之中醫疾病辨證編碼

現代醫學病名	中醫證型	B-code
慢性肝炎 (ICD-9 爲 571.4)	其他證型	A347-0000
	肝鬱脾虛	A347-0202.0301
	肝鬱氣滯	A347-0212
	肝腎陰虛	A347-0Q31
	脾虛濕困	A347-4301
	氣滯血瘀	A347-0012,0024
	濕熱蘊結	A347-D00V
	痰熱結胸	A347-H0OV
	證型複雜	A347-ZZZZ

討論與建議

中醫與西醫對疾病分類的方法不同，不僅有許多病名不同，即便相同或類似的病名，在中、西醫的看法上也不能畫上等號。如很多中醫病名在現代醫學中被歸類為徵候或症狀，因此在健保給付以 A-code 為審查依據下，可能會被列入加強審核之項目。此外，中醫在治療疾病時講求「辨證論治」，是以「證」作為處方用藥的依據，每種證型都有各自的診斷標準，同一種疾病可能因為證型不同而有不同的處方，而不同的疾病也可能因為證型相同而用藥也類似，這與西醫的用藥模式是截然不同的。完整的中醫診斷包括辨病和辨證兩部份，因此在 B-code 的編碼上應包含這兩部份。

一、在病名方面，以中、西醫病名來編碼各有優缺點。若是以中醫病名為主編寫時，優點是傳統中醫師使用上較容易；而缺點是很多中醫疾病若以現代醫學的觀點來看，是以症狀為主，在轉換成 ICD-9 或 A-code 申報上，可能會有問題。此外有些病名在 ICD-9 中找不到，需重新編碼（如肺痿、脅痛、消渴等）。若是以現代病名為主（ICD-9）編寫時，優點是符合現代潮流，轉換成 A-code 較方便；缺點是傳統中醫師對疾病診斷上發生困難，而且有些中醫病名找不到恰當的編碼。

二、在證型方面：中醫辨證包含「定位」和「定性」兩部份。「定位」包括：五臟六腑、氣血陰陽、津液等。「定性」包括：六淫、虛實寒熱、痰飲、血瘀等。在編碼系統上，實際作法有兩個方向：1.病名後面再加一碼：優點是編碼簡單；缺點是同一碼代表的證型不同，醫師使用上及審核時較不方便。2.病名後面再加四碼：優點是編碼有規則；而使用及審核上也方便；缺點是碼數太多，而且每種疾病並非都有用到那麼多證型。

目前中、西醫門診作業上都使用 A-code，同一編碼常包含了幾種疾病，所以針對某些相近但不同的疾病時，很多醫院在一個 A-code 後面再加細碼。從病歷管理的角度看，ICD-9 反而比 A-code 好用。若以中醫病名來做 B-code 較簡單，但轉換成 ICD-9 上會有問題。反之若以 ICD-9 主要病名，轉換成 A-code 較為方便；而遇到中醫以症狀為主的病名，可以用 ICD-9 中 780 的碼來編寫。但國內中醫界已習慣以西醫病名診斷及申報保險給付，並且衛生行政體系亦在此制度下運作，因此 B-code 的建構模式最理想是採用 ICD-9 的架構，再加入中醫辨證的精神，把 ICD-9 化入 B-code 中，又具有中醫的特色。因此本系統的建立，是試圖掌握全面

涵蓋、中西結合、通俗實用、不違學理等原則。

現行 A-code 申報格式中，一個病名只有 5 個空格可供填寫，若再加碼號，勢必無法容納。因此以目前的系統而言，B-code 的使用還有實際的問題須克服。

此外，全民健康保險法已將中醫住院納入給付範圍，雖然目前相關業務尚未開辦，但已採委託研究之方式進行評估。住院申報及審核之標準與門診自有不同，B-code 之編寫必須能適應兩方面之需要，因此包羅較廣，分項也較精細，如僅針對門診作業而言，本案似乎較為繁複。是否因應不同作業需要，在 B-code 之運用上予以分級，值得進一步之研究。

誌 謝

本項研究惠承行政院衛生署中醫藥委員會編號 CCMP87-CM-002 經費補助，謹此誌謝。

參考資料

1. 陳太義，中西醫病名統一正名專題研究，行政院衛生署中醫藥年報 8，1989。
2. 中國醫藥學院中西醫病名對照研究小組，中西醫病名對照專題研究，行政院衛生署中醫藥年報 10，1990。
3. 馬建中、何東燦、邱年永，中醫內科學，國立編譯館，臺北，1998。
4. 馬建中，中醫診斷學，國立編譯館，臺北，1998。
5. 劉俊昌、陳文秀，中醫內科臨床實用手冊，中國醫藥學院中醫內科，台中，1994。
6. 張伯臾、董建華、周仲瑛，中醫內科學，知音出版社，臺北，1997。
7. 鄧鐵濤、何志韶，中醫診斷學，知音出版社，臺北，1998。
8. 不著撰人，中醫症狀鑒別診斷學，啓業書局，臺北，1988。
9. 中醫藥典籍檢索系統，行政院衛生署中醫藥委員會，臺北，1999。
10. 陳貴廷、楊思樹，實用中西醫結合診斷治療學，中國醫藥科技出版社，北京，1994。
11. 陳佑邦、潘筱秦、金棟生、章如虹、毛樹松、張奇、楊勤建、邵企紅、段孝著、文建華、沈紹武，中醫病症分類與代碼，國家技術監督局，北京，1995。
12. 王金茂、林朝京、白宏毅、吳新英，國際疾病傷害及死因分類標準，行政院衛生署，臺北，1981。
13. 劉實，病名診斷在中醫診療體系中的地位，陝西中醫學院學報，19：7，1996。
14. 柴瑞霽，中醫病名規範化方法初探，中醫研究，3：7-9，1990。
15. 謝林，試論中西醫骨傷科病名的統一，湖南中醫學院學報，9：5-7，1993。

DISEASE CODING SYSTEM FOR TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Hen-Hong Chang¹, Wen-Hsiang Wu², Jian-Jung Chen³, Lun-Chien Lo³
and Chien-Chung Ma³

¹Graduate Institute of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University
Taoyuan, Taiwan

²Graduate Institute of Management Science, Ming Chuan University
Taipei, Taiwan

³China Medical College and Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine
Taichung, Taiwan

(Received 17th March 2000, revised Ms received 5th July 2000, accepted 10th July 2000)

The current system of reimbursement in national health insurance for Chinese medicine in Taiwan is done according to the "A-code" system, which depends on Western medicine for diagnosis classifications. Because Chinese medicine uses a system of diagnosis that differs significantly from that of Western medicine, adopting the "A-code" system often causes many technical problems in insurance reimbursement. Therefore, we propose a new coding system (the "B-code" system), which would serve the management of national health insurance in Taiwan better.

The "B-code" system adds another four digits (which should properly identify the TCM diagnosis) to our current "A-code" system. The first digit for TCM diagnosis indicates etiology, the second digit indicates the diseased viscera, the third digit marks the phase and/or the extent of the disease, and the fourth digit describes the mechanism and pattern of disease.

The major categories are coded in numbers, with "0" representing "none" or "others". The minor categories are coded in English alphabets, with "Z" representing "complex". For diseases that are more complex in nature, several sets of "B-code" numbers can be applied simultaneously.

Key words: A-Code, ICD-9, B-code, traditional Chinese medicine.