



# **Klinické informace ke kódování diagnóz v systému CZ-DRG**

## **IX. kapitola (I00–I99)**

*Datum: 22.7.2022*

*Klinické informace jsou doplňkem k Pravidlům kódování diagnóz v systému CZ-DRG, aktuálně k verzi CZ-DRG 4.0 revize 1.*

*Autoři: Pracovní skupina pro pravidla kódování stavů a diagnóz v akutní lůžkové péči v rámci projektu DRG Restart pod vedením MUDr. Miroslava Zvolského*

*Tento materiál vznikl původně v rámci vývoje Kodérského manuálu (KM). Práce na KM započaly v roce 2016 v rámci projektu DRG Restart. Hlavním cílem KM bylo usnadnit práci kodérům v nemocnicích a nastavit pravidla tak, aby v celé ČR bylo kódování diagnóz jednotné. V průběhu času se KM přirozeně rozdělil na tři části:*

- 1. pravidla kódování a vykazování diagnóz v systému CZ-DRG, která jsou vlastní metodikou vykazování a jsou v ročních intervalech aktualizována,*
- 2. klinické informace ke kódování diagnóz v systému CZ-DRG, které metodiku doplňují o klinický kontext, usnadňující kodérům-nelékařům orientaci ve zdravotní dokumentaci,*
- 3. sborník příkladů, který je aplikací pravidel kódování diagnóz na komplexních kazuistikách a slouží kodérům k procvičování a ujasňování metodiky.*

*Klinické informace v této podobě byly finalizovány v rámci Pracovní skupiny pro pravidla kódování stavů a diagnóz v akutní lůžkové péči a budou v budoucnu dále aktualizovány a doplňovány.*



## Obsah

1. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I00-I02 – AKUTNÍ REVMAICKÁ HOREČKA .....	3
2. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I05-I09 – CHRONICKÉ REVMAICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ 3	
3. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I10-I15 – HYPERTENZNÍ NEMOCI .....	4
4. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I20-I25 – ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ .....	4
5. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I26-I28 – KARDIOPULMONÁLNÍ NEMOC A NEMOCI PLICNÍHO OBĚHU.....	6
6. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I30-I32 – ZÁNĚT PERIKARDU .....	6
7. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I33.X – AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA.....	7
8. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I34-I39 – ONEMOCNĚNÍ CHLOPNÍ.....	7
9. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I40-I41 – ZÁNĚT MYOKARDU .....	7



## 1. Klinické informace k položkám I00-I02 – Akutní revmatická horečka

Revmatická horečka je dnes již poměrně vzácné systémové onemocnění, které může mít rozmanitý klinický průběh, a proto při jejím kódování využíváme různých kódů MKN-10 v závislosti na konkrétních projevech. Kód **I00** použijeme pro revmatickou horečku (zde ve významu onemocnění celého lidského organismu), tedy revmatické postižení kloubů (akutní nebo subakutní) a případně dalších tkání (CNS, kůže, svaly atd..) – **bez revmatického postižení srdce a velkých cév**. U dominujícího revmatického onemocnění kloubů, případně CNS, a to bez postižení srdce, kódujeme tyto stavy příslušnými položkami z jiných kapitol MKN-10.

Užívání kódů **I01.x** je přednostně určeno pro **kardiovaskulární projevy akutní revmatické horečky**.

Kódy **I02.x** jsou vyhrazeny pro kódování revmatické chorey (tj. mimovolné krátké a rychlé pohyby končetin nebo záškuby ve tváři atd), která svědčí pro revmatické postižení CNS. Postižení srdce zde představuje minoritní klinický problém.

## 2. Klinické informace k položkám I05-I09 – Chronické revmatické choroby srdeční

Tyto kódy jsou vyhrazeny pro **chronická chlopenní postižení revmatické etiologie**. Etiologická souvislost s proběhlou revmatickou horečkou u těchto stavů je buď prokázána, nebo je alespoň vysoce pravděpodobná, a lze ji vyvozovat z anamnestických údajů, případně z charakteristických morfologických znaků revmatického procesu, které takto lékař uvedl v klinické dokumentaci.

Kódy **I05.x**, **I06.x** a **I07.x** užíváme pro revmatické vady mitrální, aortální a trikuspidální chlopně. Revmatické postižení pulmonální chlopně kódujeme položkou **I09.8**.

Kódy **I08.x** používáme pro revmatické postižení více chlopní současně. Tyto kódy reflektují skutečnost, že revmatický zánětlivý proces může současně postihovat více chlopní najednou.

Chlopenní poruchy málo významné, případně stopové, které obvykle představují náhodné (klinicky neřešené) diagnostické nálezy, může lékař uvést v klinické dokumentaci, ale obvykle nevyžadují žádnou změnu diagnostických a terapeutických postupů, a proto se nevykazují.



### 3. Klinické informace k položkám I10-I15 – Hypertenzní nemoci

Kód **I10** používáme pro obecné konstatování přítomnosti zvýšeného krevního tlaku primární etiologie (tedy esenciální, multifaktoriální nebo z neznámé příčiny). Pokud se v klinickém popisu objeví informace o sekundární etiologii hypertenze, volíme příslušný kód ze skupiny **I15.x**.

Kódy ze skupiny **I11.x**, **I12.x** a **I13.x** užíváme v situacích, kdy je v popředí klinického nálezu postižení srdce a/nebo ledvin (v obecné rovině, bez bližšího specifitějšího určení, o jaké postižení se jedná) a přítom existuje určitá **příčinná souvislost** s hypertenzi, která je takto popsána lékařem v klinické dokumentaci. Kauzální vztah nemůže být pouze předpokládán kódem při současném výskytu hypertenze a postižení srdce a/nebo ledvin. Pokud mezi onemocněním srdce a hypertenzí není kauzální vztah lékařem popsán, použijeme pro **každý stav příslušný samostatný kód**.

Velmi specifické je užívání kódů, ve kterých je uvedeno **selhání srdce a/nebo ledvin** v důsledku hypertenze. Opět platí výše uvedené, že existuje určitá **příčinná souvislost** s hypertenzi, která je takto popsána lékařem v klinické dokumentaci. Kauzální vztah nemůže být pouze předpokládán kódem při současném výskytu hypertenze a selhání srdce a/nebo ledvin. Pokud mezi onemocněním srdce a hypertenzí není kauzální vztah lékařem popsán, použijeme pro **každý stav příslušný samostatný kód**.

### 4. Klinické informace k položkám I20-I25 – Ischemické choroby srdeční

#### a. Obecně

MKN-10 rozlišuje **akutní** ischemické srdeční projevy (kódy **I20.x-I24.x**), ale některé zde uvedené stavy spíše definují chronický nebo stabilizovaný stav. Příkladem jsou kódy I20.8 Stabilní angina, nebo I20.9 Anginózní syndrom. Pokud je během hospitalizace poskytována péče pro akutní projevy ICHS, tak přednostně užíváme kódy I20.x – I24.x.

Kódy ze skupiny **I25.x** užíváme u **chronické ischémie myokardu**. Obecně lze za chronické, případně stabilizované stavy považovat klinické projevy ICHS v trvání delším než 28 dnů od jejich vzniku.

**Projevy ischémie myokardu** představují klinicky velmi různorodou skupinu onemocnění a ve vývoji klinického stavu pacienta během jedné hospitalizace mohou tyto stavy do sebe vzájemně přecházet. V takovém případě kódujeme **nejzávažnější klinický stav**.

#### b. I20.x – Angina pectoris

Společnou charakteristikou těchto stavů je **ischemický koronární původ** obtíží, který ale ještě **nevede k nekróze myokardu**, tj. k infarktu myokardu. Pro stavy, které lékař popíše jako neischemické, tedy nejsou anginózní povahy, užíváme kódy pro bolesti na hrudi nebo další specifické kódy dle etiologie potíží.



### c. I21-I22 – Infarkt myokardu

V běžné klinické praxi je termín akutní infarkt myokardu (AIM) používán v poněkud jiném významu, než jak jej definují tyto položky MKN-10. AIM považujeme za akutní do 28. dne od jeho vzniku. Stejným kódem tedy označujeme i infarkty, které lékař označí termínem „subakutní“ IM. V tomto časovém intervalu se mohou ještě infarktové potíže u pacientů znovu objevit – a pro vykazání je zcela zásadní, zda jsou popsány lékařem jako příznaky toho již probíhajícího IM (kód I21.x), nebo se jedná o další a tedy novou koronární příhodu, tj. „nový“ AIM. Pro takový stav je odpovídajícím klinickým termínem „reinfarkt“ a pro jeho vykazání užíváme kód I22.x. Vznikem reinfarktu opět začíná 28denní interval, během kterého mluvíme o akutní fázi IM.

Na rozdíl od znění MKN-10 je za rekurentní infarkt myokardu považováno opakování nové koronární příhody po uplynutí 28 dnů od předchozího AIM a pro tento stav užíváme opět kód I21.x.

Po 28 dnech od začátku AIM, reinfarktu, nebo rekurentního infarktu se již nejedná o akutní projev ICHS a v takové situaci užíváme kód I25.8

V běžné klinické praxi se používá **rozdělení infarktů myokardu na typy**.

- **IM 1. typu** odpovídá klasickému AIM způsobenému zúžením věnčitých tepen, pro který užíváme kódy I21.x a I22.x.

- **IM 2. typu** je laboratorně prokázaná nekróza myokardu v důsledku nerovnováhy mezi zásobením a potřebou kyslíku v myokardu, která není přímým důsledkem aterosklerotických zúžení ve věnčitých tepnách. Příčiny takové nekrózy myokardu mohou být velmi rozdílné, nejčastěji se může jednat o tachyarytmii, těžkou hypertenzi, hypotenzi, těžkou anémii nebo respirační selhání. Obvykle tyto stavy také vykazujeme, jelikož si vyžádaly další léčebné postupy. Pro AIM 2. typu užíváme kód I24.8, který zahrnuje také pojem „Koronární insuficience“. V těchto případech obvykle nejsou nutné urgentní katetizační intervence.

- **IM 3. typu** je náhlá srdeční smrt v důsledku pravděpodobného IM. Pro tento stav užíváme kód I46.1. Pokud se během zdravotní pitvy prokáže AIM jako příčina úmrtí (trombus ve věnčité tepně), pak se tento typ AIM překlaskifikuje na AIM 1. typu.

- **IM 4. a 5. typu** lze hodnotit jako komplikaci koronární intervence (PCI) nebo revaskularizační operace (CABG) – kritériem je pětinašobný (PCI) a desetinásobný (CABG) vzestup srdečních troponinů. Obvykle je použit kód samotného důvodu PCI nebo CABG (I20.x až I25.x). Pro AIM 4. a 5. typu užíváme samostatný kód, jen pokud si tento stav vyžádá nějakou další zdravotní péči. Používáme kódy I21.x a I22.x přednostně před kódem „komplikace po výkonu“ T82.8, který neobsahuje specifickou informaci o nekrotickém poškození myokardu (AIM). Ke kódu AIM doplníme dodatkový kód Y84.0 nebo Y83.2 pro doplnění souvislosti s výkonem.

### d. I23.x – Některé komplikace následující akutní infarkt myokardu

V systému CZ-DRG má termín „komplikace“ svůj vlastní specifický význam a v této položce MKN-10 je tento termín použit v poněkud jiném významu. Lze usuzovat, že spíše než o komplikace se zde **jedná o „stavy“ následující (vyskytující se) po akutním infarktu myokardu**. Užíváme je pro zaznamenání zvýšené potřeby další diagnostické a léčebné péče nad rámec, který si vyžádal samotný AIM. Časový odstup od AIM není jednoznačně stanoven, ale lze usuzovat, že tyto stavy vznikají spíše v akutní fázi AIM (tedy do 28. dne).

Kódy I23.x nelze použít pro označení stavů, pokud nejsou lékařem popsány jako stavy následující po AIM. Pro stavy se stejným nebo podobným označením (hemoperikard, ruptura chordae tendineae apod.) užíváme příslušný kód ze skupiny I31.x, nebo I51.x, případně kódy z jiných kapitol MKN-10.



### e. I25.x – Chronická ischemická choroba srdeční

Kódy **I25.x** užíváme pro **všechny formy chronické ICHS**. Některé chronické formy ICHS jsou popsány přesněji (**I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6**) a jejich používání je ve shodě s klinickými výrazy použitými lékařem ve zdravotnické dokumentaci. Ostatní položky kódů I25.x již tak přesně definovány nejsou. I přesto lze doporučit:

- Kód **I25.1** užíváme pro vyšetřeními **prokázanou aterosklerózu věnčitých tepen**, která ale nevyvolává anginózní potíže (v případě anginózních potíží použijeme kód I20.x), ani nevede k nekróze myokardu (kódy I21.x, I22.x a I24.8). Velmi podobným je kód **I25.0**. Hranici mezi užíváním kódů I25.0 a I25.1 nelze jednoznačně určit. Kódy by měly být použity ve shodě s klinickými zápisy.

- Kód **I25.8** užíváme pro všechny ostatní přesně určené a popsané formy chronické ICHS (jiné než uvedené ostatními kódy skupiny I25.x), které mají délku trvání více než 28 dnů od svého vzniku.

## 5. Klinické informace k položkám I26-I28 – Kardiopulmonální nemoc a nemoci plicního oběhu

Položka **I26.x** rozlišuje plicní embolii podle přítomnosti **akutního cor pulmonale**. Jedná se o **akutní přetížení pravé srdeční komory** způsobené významnou obstrukcí v arteria pulmonalis a jejich větvích. Plicní embolie je nejčastější příčinou akutního cor pulmonale.

**Chronické cor pulmonale** uvedené pod kódem **I27.9** jsou chronické změny popsané na pravém srdci, způsobené neakutním postižením funkčního plicního oběhu. Pokud jsou ze stejných důvodů již přítomny projevy pravostranného srdečního selhání, tak použijeme kód I50.0.

## 6. Klinické informace k položkám I30-I32 – Zánět perikardu

Zvýšenou pozornost je nezbytné věnovat kódování **revmatické perikarditidy**, u které lze použít kód **I01.0**, pokud klinicky převažuje akutní postižení srdce, ale také kombinaci kódů **I32.8\*** a **M05.3+**, pokud dominuje revmatická (revmatoidní) artritida a současně je přítomna revmatická perikarditida.



## 7. Klinické informace k položce I33.x – Akutní a subakutní endokarditida

**Infekční endokarditida (IE)** je velmi závažné onemocnění s nepříznivou prognózou. Rozdělení na průběh „akutní“ a „subakutní“ se v současné době používá jen výjimečně, protože IE je spíše onemocněním probíhajícím akutně, případně v opakovaných akutních vzplanutích.

Pokud lékař v dokumentaci uvede, že je zánětem současně postižen i myokard (myoendokarditida), případně také perikard (periendokarditida), užíváme přednostně kód **I33.x**. Vždy v těchto situacích musí klinicky dominovat **postižení endokardu**, jinak volíme příslušné kódy z jiných položek (I30.x, I40.x).

Analogií IE nativních chlopní jsou infekční komplikace chlopnenních náhrad, případně implantovaných pomůcek, jako jsou například elektrody přístrojů.

## 8. Klinické informace k položkám I34-I39 – Onemocnění chlopní

V současné době je degenerativní postižení chlopní (I34.x-I37.x) podstatně častější, než revmatické chlopnenní vady (kódy I05.x-I09.x).

Chlopnenní poruchy málo významné, případně stopové, které obvykle představují náhodné (klinicky neřešené) diagnostické nálezy, může lékař uvést v klinické dokumentaci, ale obvykle nevyžadují žádnou změnu diagnostických a terapeutických postupů, a proto se nevykazují.

Pro vrozené poruchy chlopní užíváme kódy Q22.x a Q23.x a pro vrozenou subaortální stenózu kód Q24.4.

Kód **I38** použijeme jednak v případě lékařského popisu blíže neurčeného **chronického nerevmatického postižení** některé srdeční chlopně, ale spíše při **vícenásobném chronickém postižení chlopní**. Pokud je klinicky dominujícím stavem postižení jedné z chlopní, užijeme příslušný kód I34.x až I37.x).

## 9. Klinické informace k položkám I40-I41 – Zánět myokardu

**Akutní zánět srdečního svalu** je nejčastěji infekční etiologie (zejména virové, případně bakteriální nebo jiné). Pro tyto stavy používáme kód **I40.0** společně s dodatkovým kódem infekčního agens (B95-B97).

Pokud lékař v dokumentaci uvede dominující zánětlivé postižení srdeční svaloviny, užíváme pro tento stav kód **I40.1**. V běžné klinické praxi se častěji setkáváme se současným postižením myokardu a také okolních struktur, kdy lékaři stav popisují jako myoendokarditida, myoperikarditida, pankarditida atd. Kódování těchto stavů vždy musí respektovat **dominující oblast postižení**. V situacích, kdy dominuje postižení perikardu, použijeme kódy ze skupiny **I30.x**. V případě dominujícího akutního zánětu endokardu užíváme kódy **I33.x**.

Zvýšenou pozornost je nezbytné věnovat kódování **revmatické myokarditidy**, u které lze použít kód **I01.2**, pokud klinicky převažuje akutní postižení srdce, ale také kombinací kódů I41.8\* a M05.3+, pokud dominuje revmatická (revmatoidní) artritida současně s myokarditidou.