



Klinické informace ke kódování diagnóz v systému CZ-DRG

XVI. kapitola (P00–P96)

Datum: 31.8.2021

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 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, který kodérům-nelékařům může být někdy nejasný,
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 P05.x-P08.x – PORUCHY SPOJENÉ S DÉLKOU TĚHOTENSTVÍ A S RŮSTEM PLODU.....	3
2. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P20.x – NITRODĚLOŽNÍ HYPOXIE.....	4
3. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P21.x – PORODNÍ ASFYXIE	4
4. APGAR SKÓRE	5
5. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P22.x – RESPIRAČNÍ TÍSEŇ NOVOROZENCE	6
6. KLINICKÉ INFORMACE K NOVOROZENECKÉ HYPERBILIRUBINÉMII.....	7
7. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P55.x - HEMOLYTICKÁ NEMOC PLODU A NOVOROZENCE	8
8. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P59.x – NOVOROZENECKÁ ŽLOUTENKA Z JINÝCH A NEURČENÝCH PŘÍČIN	8
9. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P78.8 – JINÁ URČENÁ PERINATÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍ SOUSTAVY	8
10. KLINICKÉ INFORMACE K PORUCHÁM STAVU MOZKU NOVOROZENCE	9
11. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE P90.x – KŘEČE U NOVOROZENCE.....	9



1. Klinické informace k položkám P05.x-P08.x – Poruchy spojené s délkou těhotenství a s růstem plodu

Tyto kódy vykazujeme vždy, když jde o nedonošené, přenášené, hypertrofické nebo hypotrofické novorozence. K hodnocení porodní hmotnosti a délky novorozence používáme percentilové grafy. Hypotrofie je hmotnost menší než 10. percentil vzhledem k délce těhotenství. Hypertrofie pak hmotnost větší než 90. percentil nebo 4000 g a více v termínu.

Patří-li hypertrofie dítěte do klinického obrazu diabetické fetopatie, pak kódujeme „P70.0 – Syndrom dítěte matky s těhotenskou cukrovkou“ nebo „P70.1 – Syndrom dítěte diabetické matky“.

Narodí-li se dítě s porodní hmotností 2499 g a méně a zároveň je hypotrofické (hmotnost menší než 10. percentil vzhledem k délce těhotenství), kódujeme „P05.x – Pomalý růst a podvýživa plodu“. Kódy „P07.0 – Velmi nízká porodní hmotnost“ a „P07.1 – Jiná nízká porodní hmotnost“ v tomto případě nelze použít.

Jestliže jsou u předčasně narozených novorozenců (tedy dětí porozených před dokončeným 37. týdnem těhotenství) známy jak porodní hmotnost, tak délka těhotenství, musíme dát přednost zařazení podle hmotnosti.

Je-li ale nízká porodní hmotnost v důsledku pomalého růstu a podvýživy plodu, kódujeme „P05.x – Pomalý růst a podvýživa plodu“. V MKN-10 je u kódů P07 uvedeno, že sem nepatří nízká porodní hmotnost v důsledku pomalého růstu a podvýživy plodu P05.x, proto nelze u hypotrofických plodů použít kódy P07.

Hypertrofického novorozence kódujeme pomocí položek „P08.0 – Hypertrofický novorozenec“ nebo „P08.1 – Jiné děti těžké vzhledem k délce těhotenství“.

Patří-li hypertrofie dítěte do klinického obrazu diabetické fetopatie, pak kódujeme „P70.0 – Syndrom dítěte matky s těhotenskou cukrovkou“ či „P70.1 – Syndrom dítěte diabetické matky“.

Přenášené děti jsou děti porozené ve 42. nebo více dokončeném týdnu těhotenství a kódujeme je „P08.2 – Dítě přenášené ne příliš těžké vzhledem k délce těhotenství“.

Komentář ke klinické informaci: Všichni novorozenci z tohoto diagnostického bloku (P05–P08) jsou ohroženi hypoglykemií, proto je u nich nutná monitorace glykémie.



2. Klinické informace k položce P20.x – Nitroděložní hypoxie

Tyto kódy vykazujeme v případech hypoxie zjištěné před nástupem porodní činnosti, v průběhu porodní činnosti nebo během porodu (např. abnormální ozvy plodu, nitroděložní acidóza, asfyxie, hypoxie).

Nitroděložní acidóza se stanovuje vyšetřením ABR z pupečnickové krve. U většiny novorozenců se vyšetřuje krev z umbilikální arterie (acidóza pH méně 7,2). Nelze-li odebrat krev z pupečnickové arterie, provede se odběr z umbilikální žíly (acidóza pH méně 7,32).

3. Klinické informace k položce P21.x – Porodní asfyxie

Asfyxie vzniká v důsledku kombinace hypoxie a ischemie, na jejichž podkladě dochází k hypoxémii (pokles pO_2), hyperkapnií (vzestup pCO_2) a metabolické acidóze. Prolongovaná asfyxie je příčinou orgánových postižení, jejichž charakter a závažnost se odvíjejí od délky trvání, tíže asfyxie a gestačního stáří plodu).

Pro diagnostiku asfyxie je důležitá anamnéza (patologické CTG, absence pohybu plodu, patologické průtoky v placentě, IUGR, nízké Apgar skóre), klinický obraz (poruchy srdečního rytmu – tachykardie, bradykardie; známky ischemie a srdečního selhávání, dilatace pravostranných srdečních oddílů; poruchy dýchání, poruchy poporodní adaptace, dráždivost novorozence, hypertonus, třes, hypotonie, apatie, kóma, křeče atd.), vyšetření (ABR v pupeční arterii, laktát, jaterní enzymy, kyselina močová, eventuálně zobrazovací metody – USG, CT, MRI, EEG atd.).

Novorozenci s peripartální asfyxií musí být adekvátně resuscitováni a následně intenzivně sledováni se zaměřením na riziko MODS.

Komentář ke klinické informaci: Kód P21.x lze použít dle MKN-10 nejen při asfyxii, ale i při respiračních poruchách. Tedy vždy, je-li nutná stimulace dýchání (taktilní stimulace, UPV).



4. Apgar skóre

Skóre podle Apgarové (neboli Apgar skóre) slouží ke zhodnocení vitality a poporodní adaptace novorozence. Novorozenec se posuzuje v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Hodnotí se 5 kritérií, každé 0 – 2 body. Maximum je 10 bodů. Prognosticky důležitá je hodnota skóre v 5 minutách života. Skóre je pojmenované podle Virginie Apgarové.

Kritérium	2 body	1 bod	0 bodů
Vzhled, barva kůže	růžová	akrocyanóza	bledá nebo modrá
Akce srdeční	nad 100/min.	pod 100/min.	nedetekovatelná (asystolie)
Dýchání	silný křik	nepravidelné, pomalé	žádné (apnoe)
Tonus, spontánní	aktivní pohyby	slabá flexe končetin	bez pohybu
Reakce na	kašel, kýchání	stažení obličeje	žádná



5. Klinické informace k položce P22.x – Respirační tíseň novorozence

Syndrom dechové tísně novorozence (RDS – *Respiratory Distress Syndrome*, *syndrom hyalinních membrán, idiopatický RDS*) vzniká typicky na základě nezralosti plic a nedostatku surfaktantu převážně u nedonošených novorozenců. Klinicky se manifestuje ihned po narození jako rychle progredující respirační insuficience. Diagnózu doplňuje typický radiologický obraz plic (retikulogranulární kresba - snížená transparence až obraz „bílé plíce“, nedostatečná inflace plic) a vyšetření ABR (zpočátku hypoxémie, později v kombinaci s hyperkapnií a respirační acidózou). Incidence a závažnost RDS je nepřímo úměrná gestačnímu stáří novorozence. Mezi léčebná opatření patří využití distenční ventilační podpory CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), časně podání surfaktantu, šetrná ventilace, diagnostika a léčba PDA (*persistující ductus arteriosus*) a další. Zrání plic může být urychleno antenatálním podáním kortikosteroidů. Nekomplikovaný průběh RDS obvykle trvá 3 – 5 dní.

Dalšími příčinami vzniku RDS jsou variabilní formy pneumopatií (např. infekce, air-leak syndromy), mimoplicní příčiny (např. neuroinfekce, intrakraniální krvácení) a vrozené vývojové vady (hypoplazie plic apod.).

Tranzitorní tachypnoe novorozence (TTN) neboli *syndrom vlhké plíce* je způsoben opožděnou resorcí plicní tekutiny. Vyskytuje se u donošených či lehce nezralých novorozenců po porodu císařským řezem, po překotném porodu, po asfyxii, u novorozenců diabetických matek, matek s astmatem a nikotinismem. Příznaky dechové tísně s dominující tachypnoí (nad 60/min) začínají během prvních hodin po porodu (do 2 hodin), méně často je vyjádřena dyspnoe, vzácně může být přítomen grunting. Ve vyšetření ABR bývá mírný stupeň hypoxémie. Hyperkapnie nebývá vyjádřena, neboť je kompenzovaná hyperventilací. Metabolická acidóza nebývá přítomna. Na RTG je patrná hyperinflace plic, akcentovaná perihilózní kresba. Léčba spočívá v oxygenoterapii, někdy je nutná také ventilační podpora. Stav se rychle upravuje (obvykle do 24 hodin, ale může přetrvávat i několik dnů).

Grunting bývá příznakem dechové nedostatečnosti novorozenců. Neznáme-li příčinu gruntingu, kódujeme „P28.8 – Jiné určené respirační stavy u novorozence“, jinak kódujeme dle příčiny (např. syndrom dechové tísně, pneumonie).



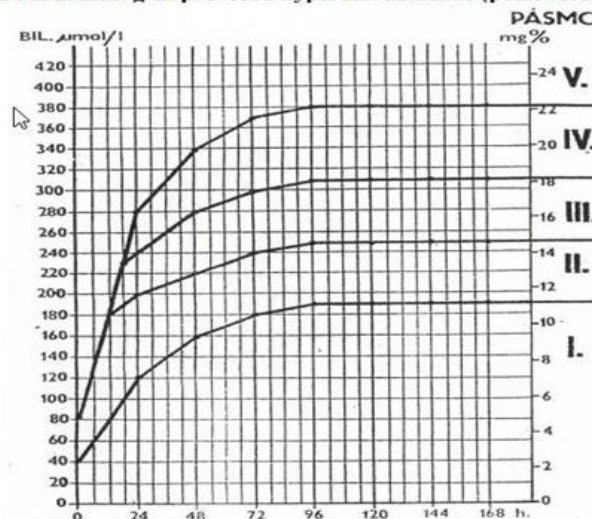
6. Klinické informace k novorozenecké hyperbilirubinémii

K hodnocení hyperbilirubinémie u novorozence se používají indikační grafy (např. Bhutani, NICE, Hodrův apod.). Je však nutné vzít v úvahu i kliniku dítěte (spavost, letargie atd.). Vzhledem ke klinice je nutné někdy zahájení FT při nižší hodnotě bilirubinu, než by odpovídalo indikačnímu grafu.

Jedná-li se o hyperbilirubinémii pouze v pásmu observace, bez nutnosti fototerapie (FT), kódujeme P59.8 nebo P59.9.

Hyperbilirubinémii s nutností FT, kódujeme dle příčiny (P55.- až P59.-) nebo P58.8 či P58.9.

Příloha : Indikační graf pro léčbu hyperbilirubinemie (podle Hodra)



	DON (t.t.>37)		ND (t.t.<37)	
	Rh	ABO a jiné	Rh	ABO a jiné
V.	VT	VT(FT)	VT	VT
IV.	VT(FT)	FT	VT	VT
III.	FT	B	VT(FT)	FT
II.	B	b	FT	B
I.	B	/	B	b

- FT - o jedno pásmo dříve u ND 31 t.t. a méně, při RDS
- při indikaci k VT po dobu přípravy výkonu
- vždy po výkonu
- ukončení po poklesu bilirubinémie do pásma I.
(FT) - fototerapeutický pokus, (max. 12 hodin), při neúspěchu provedení VT
VT - pro opakování indikace stejné jako pro první VT
b - vyšetření hladiny bilirubinu denně
B - vyšetření hladiny bilirubinu dvakrát denně nebo častěji

Komentář ke klinické informaci: V tabulce k vyhodnocení Hodrova grafu novorozence dělíme na dvě základní skupiny - donošené a nedonošené. Každou skupinu pak ještě dělíme na novorozence s Rh inkompatibilitou (pozitivní Coombsův test) a všechny ostatní (ABO a jiné).



7. Klinické informace k položce P55.x - Hemolytická nemoc plodu a novorozence

Pouhá inkompatibilita ještě neznamená, že se jedná o hemolytickou nemoc. Aby bylo možno vykázat hemolytickou nemoc, pak je nutno mít pozitivní Coombsův (aglutininový) test. Je-li Coombsův test negativní, jedná se o hyperbilirubinémii (žloutenku) z jiných příčin.

8. Klinické informace k položce P59.x – Novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin

„P59.9 Novorozenecká žloutenka NS“ (Fyziologická žloutenka) je **přechodné zvýšení nekonjugovaného (nepřímého) bilirubinu**.

Kritéria:

- začíná po 24 hodinách věku;
- maximální hladina bilirubinu je 3. až 5. den života (u nedonošených novorozenců 5. až 7. den života);
- pokles nastává bez intervence do 10 dní (u nedonošených do 14 dní);
- odezní do 14 dní (u nedonošených do 21 dní);
- hladina bilirubinu je alespoň 50 $\mu\text{mol/l}$ pod hranicí fototerapie (dle indikačního Hodrova grafu);
- bilirubin stoupá o méně než 85 $\mu\text{mol/l/den}$;
- konjugovaný bilirubin < 34 $\mu\text{mol/l}$ (< 20 % celkového bilirubinu);
- absence hemolýzy a obstrukce biliárních cest;
- absence patologických příznaků: dehydratace/hydrops, krvácení, bledost, pletora, hepatosplenomegalie, splenomegalie, sepse, pozitivní TORCH, zpomalená peristaltika, bilirubinová encefalopatie.

9. Klinické informace k položce P78.8 – Jiná určená perinatální onemocnění trávicí soustavy

Gastroezofageální reflux u novorozenců (GERD) je fyziologický stav vzhledem k anatomickým poměrům a nezralosti svěračů kardia. Ve statistikách se uvádí, že až 90 % novorozenců má GERD, ve 2 letech má GERD již jen 10 % dětí. To znamená, že z něj děti vyrostou bez jakéhokoliv zásahu.



10. Klinické informace k poruchám stavu mozku novorozence

P91.6 Hypoxicko-ischemická encefalopatie (HIE) je klinicko-patologická jednotka, která vzniká v důsledku difuzního hypoxicko-ischemického poškození centrálního nervového systému u donošeného novorozence. Nejčastější příčinou je perinatální asfyxie. U nedonošených novorozenců za těchto podmínek vzniká **periventrikulární leukomalacie (P91.2)**.

Klasifikace HIE dle Sarnatových:

1. stupeň (mírná HIE): Hyperexcitabilita, hyperreflexie, hypertonie, prodloužené bdění, zornice normální, eventuálně mydriáza, Moroův reflex s nízkým prahem výbavnosti, nejsou přítomny křeče.

Prognóza: symptomatologie odeznívá během 1 – 3 dnů, je vhodné sledování na JIPN, ale většina dětí nevyžaduje další neurologické sledování.

2. stupeň (středně těžká HIE): Snížené reflexy (sací, úchopový, Moroův), hypotonie, letargie, apatie střídá dráždivost, snížená spontánní hybnost, resp. patologické pohyby: „pedalling“ = šlapání na kole, „boxing“ = boxování, palce sevřené v pěst, bradykardie, centrální apnoe, poruchy sání, mióza, subtilní křeče.

Prognóza: příznaky se objevují většinou ihned po narození, přetrvávají 3 – 7 dní, je vhodné sledování na JIPN, dlouhodobé následky má 15 – 30 % dětí, zpravidla jde o děti, kde počáteční symptomatologie přetrvává déle než 1 týden.

3. stupeň (těžká HIE): Stupor či kóma, postupně vývoj decerebrační rigidity, minimální spontánní pohyblivost, absence reakcí na nociceptivní podnět, hyporeflexie / areflexie, areaktivní zornice, centrální apnoe, farmakologicky obtížně zvladatelné křeče.

Prognóza: v prvních 12 hodinách dochází k mírnému zlepšení vědomí, které je však následováno dalším zhoršením až mozkovou smrtí, 50 % novorozenců má trvalé následky, 50 % novorozenců zemře

11. Klinické informace k položce P90.x – Křeče u novorozence

Kód „P90 – Křeče u novorozence“ kódujeme u všech křečových stavů v novorozeneckém věku (od narození do 28. dne věku, včetně) bez rozdílu příčiny vyjma BFNC.

Pouze u benigních familiárních novorozeneckých křečí (BFNC) kódujeme „G40.3 – Generalizovaná idiopatická epilepsie a epileptické syndromy“.