

九、循环系统疾病(100-199)

本章分类的内容包括心脏、血管、淋巴管和淋巴结疾病,脑血管疾病也分类于此章中。

有关分类的某些说明如下所示。

1. 慢性风湿性心脏病(I05-I09) 慢性风湿性心脏病是由先前活动性风湿感染引起的心脏病,心脏瓣膜最常受累。表现为二尖瓣、三尖瓣和主动脉瓣中有一个或几个瓣膜狭窄和/或关闭不全。

(1) 心脏瓣膜疾病的假定分类: ICD-10 将某些病因不明的心脏瓣膜疾病假定为起源于风湿。总体来说,呈现以下规律:

1) 凡未提及病因的二尖瓣、主动脉瓣和肺动脉瓣关闭不全假定为非风湿性编码,三尖瓣关闭不全假定为风湿性编码。

2) 凡未提及病因的主动脉瓣和肺动脉瓣的狭窄假定为非风湿性编码;二尖瓣和三尖瓣的狭窄假定为风湿性编码。

3) 未提及病因的心脏多瓣膜疾病,按假定的风湿性病因处理编码,如多个心脏瓣膜病编码为I08。

风湿性病因的心脏瓣膜病分类于I05-I09,非风湿性病因的心脏瓣膜病分类于I34-I37,先天性心脏瓣膜病分类于Q22-Q23。在临床实际编码中,要注意了解患者心脏瓣膜疾病的真实病因,精确编码,尽量不使用假定分类。

(2) 编码规则:若慢性风湿性心脏病有风湿活动的临床表现,住院治疗风湿热,则以风湿热的编码为主、慢性风湿性心脏病的编码为附加编码。例如:风湿性二尖瓣狭窄,活动期编码为I01.1(主)I05.0(附)。

2. 高血压(I10-I15)

(1) 原发性高血压(I10):这个类目包括了良性和恶性高血压,但没有用亚目加以区分,对于临床检索需要区分良性和恶性。实际工作中,用扩展编码来展现更详细的特征。

良性高血压又称缓进型高血压。病情进展缓慢,早期近半数患者可无症状,当并发有动脉粥样硬化时,收缩压显著升高,在并发心肌梗死后血压可能降至正常或从此不再增高,发生脑出血后血压也可能持久地降低。

恶性高血压又称急进型高血压。临床比较少见,病情亦比较重。本病病情发展迅速,血压显著升高,舒张压多持续在130~140mmHg以上,常于数月到1~2年内出现严重的脑、心、肾损害。

(2) 高血压合并心脏疾病、肾脏疾病(I11-I13):当高血压与心脏疾病、肾脏疾病之间存在因果关系时,分类于I11-I13,同时对心脏疾病(如心力衰竭)和肾脏疾病(如肾功能衰竭)的具体情况进行编码。

(3) 继发性高血压(I15):继发性高血压可由于各种原发疾病,如肾功能紊乱、中枢神经系统紊乱、内分泌疾病和血管疾病所致。需注意本类目不包括脑及眼的血管性高血压。

肾性高血压是一侧或两侧肾脏疾病引起的高血压。引起高血压的肾脏疾病有三类。

1) 肾血管高血压

- 肾动脉本身的病变:如动脉粥样硬化、肾动脉外伤后狭窄、肾动脉膜纤维组织增生、肾动脉炎、肾动脉瘤、肾动脉血栓形成、肾动脉栓塞、肾动脉先天性畸形或肾动静脉瘘等。

- 肾动脉被周围病变压迫或扭曲:如肾动脉周围粘连、肾蒂扭曲等。

2) 肾实质病变引起的高血压:如急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾结核、先天性多囊肾、放射性肾炎等。

3) 尿路梗阻性疾病:如输尿管狭窄和结石等,此类疾病临床上引起高血压者少见。

3. 心肌梗死的分类 ICD-10 中心肌梗死分为四大类。

(1) 急性心肌梗死(AMI)编码于 I21.-。急性心肌梗死以 4 周(28 天)为限,超过这一时间为慢性。这个编码的分类轴心是双轴心, I21.0 至 I21.3 以心肌发病的位置为轴心,而整个类目的主要轴心是透壁性和非透壁性。

所谓透壁性和非透壁性急性心肌梗死是临床分型,传统分型在“溶栓治疗时代”之前,临床医生根据急性心肌梗死后数天的心电图检查,通常将其分成 Q 波 AMI 和无 Q 波 AMI。Q 波 AMI 通常被认为是透壁性心肌梗死,累及心室肌全层;无 Q 波 AMI 是非透壁性心肌梗死,累及心内膜下层和中层心肌。然而,这种分类方法与病理实际情况不符,且患者能否形成 Q 波是回顾性的,对于心肌梗死的快速诊断和指导再灌注治疗没有实际意义。经及时再灌注治疗,许多 ST 段抬高 AMI 可不形成 Q 波;反之一部分的 ST 段不抬高 AMI 也可形成 Q 波。

急性心肌梗死的临床分型的演变和进展如下所示。

透壁与非透壁(心内膜下)心肌梗死

↓

Q 波与非 Q 波心肌梗死

↓

ST 段抬高型和非 ST 段抬高型心肌梗死

(2) 随后性心肌梗死(又称为复发性心肌梗死)编码于 I22.-。该类目用于发生于先前梗死后 4 周(28 天)内的任何心肌部位的梗死。

(3) 慢性心肌梗死编码为 I25.8,指心肌梗死自发病起时间超过 4 周,即大于 28 天。

(4) 陈旧性心肌梗死编码为 I25.2。被描述为陈旧的或已治愈的心肌梗死,当前存在缺血性心脏病时,不应使用 I25.2。只有对本次医疗过程有影响时,才将其指定为附加编码。

4. 急性心肌梗死后的某些近期并发症 急性心肌梗死后的早期并发症编码为 I23.-。当因急性心肌梗死入院,随后产生并发症,如心包积血、心壁破裂时,应将 I23.- 编码作为 I21.- 或 I22.- 的附加编码。

例如:患者以急性心肌梗死入院,当晚病情加重,经心肺复苏无效后死亡。诊断为:心脏破裂、急性广泛前壁心肌梗死

疾病分类编码: I21.0 急性前壁透壁性心肌梗死

I23.3 心壁破裂作为心肌梗死后的近期并发症

5. 急性冠脉综合征(ACS) 是一组由急性心肌缺血引起的临床综合征,包括急性心肌梗死(AMI)及不稳定型心绞痛(UA),其中 AMI 又分为 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)及非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)。当不能判定是急性心肌梗死或不稳定型心绞痛时,才能诊断急性冠脉综合征,编码为 I24.9。住院患者出现这种情况很少见。

6. 冠状动脉栓塞,未造成心肌梗死(I24.0) I24.0 明确指出是对冠状动脉血栓形成而未造成心肌梗死的分类,在临床分类中,应注意区别是否造成心肌梗死。

7. 去极化(I49) 中和极性的过程或作用称为去极化。心肌细胞静息时,膜内外存在电位差,膜外为正,膜内为负,呈极化状态,当膜内电位向负值减小的方向变化称去极化或除极化。心肌能够在肌膜动作电位的触发下产生收缩反应。过早去极化在临床上表现为早搏或称期前收缩。

8. 复极综合征 复极综合征又称早复极,是电生理(心电图)检查的表现,其表现为 S-T 波的不正常,但在临床上可以没有任何表现,分类时按心电图检查异常编码于 R94.3,主导词为“异常的”。

9. 脑血管病

(1) 注意本节的包括和不包括:对于高血压病引起的脑血管病均分类于本节,需要时,使用附加编码标明脑血管病患者存在的高血压情况。

短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征(简称 TIA)分类于神经系统疾病(G45.-),不再分类于循环系统疾病。创伤性颅内出血(S06.-)、血管性痴呆(F01.-)不包括在本章中。

(2) 编码规则

1) I60 包括动脉瘤和动静脉畸形破裂引起的蛛网膜下腔出血,动脉瘤和动静脉畸形此时无须再单独编码。

2) 医生在诊断脑梗死时,关注的是发生脑梗死的部位,而按照 ICD-10 的分类轴心,编码员需要明确责任血管,确定病因分型。因此,需要阅读病案中定位、定性分析和影像学检查结果确定编码。

3) 存在多根脑血管闭塞及狭窄,造成脑梗死的按照责任血管分类于 I63.-,未造成脑梗死的脑血管闭塞及狭窄分类于 I65.- 或 I66.-。

4) 当双侧或多支脑动脉发生闭塞或狭窄,但是未造成梗死,应增加 I65.3 或 I66.4,以体现病情的严重性,具体血管的闭塞和狭窄也要分别编码。

例如:患者因脑梗死入院,经 CT 检查显示左侧大脑后动脉闭塞、左侧椎动脉狭窄、基底动脉狭窄。临床分析本次脑梗死定位于左侧大脑后动脉,予以改善脑循环、抗血小板等对症治疗,病情平稳后出院。出院诊断:脑梗死(脑动脉硬化所致)、大脑后动脉闭塞。

疾病分类编码: I63.3 大脑动脉血栓形成引起的脑梗死

I65.0 椎动脉狭窄

I65.1 基底动脉狭窄

I65.3 多个和双侧入脑前动脉的闭塞和狭窄

(3) 脑血管病后遗症(I69):用于分类脑血管病的后遗症,根据具体的临床表现和部位分类。I69 仅在对当前的医疗有重要意义时才分配代码。当患者出现新的脑血管病,而同时存在陈旧性脑血管病时,I60-I67 的编码与 I69 的编码同时使用。