

胃静脈瘤に対する治療指針の確立に関する研究調査票

胃静脈瘤破裂随時入力項目

Study ID	
患者識別番号	
日付	

【その他】(太字は必須項目)

主要評価項目

胃静脈瘤再出血の有無	1. 無 2. 有 3. 中止 4. 脱落 (3, 4 に関しては破裂前の中止脱落例)	
	2, 3, 4 の場合の日時	再出血日:平成 年 月 日 (中止, 脱落日:平成 年 月 日)

副次的評価項目

死亡の有無	1. 無 2. 有 3. 中止 4. 脱落(3, 4 に関しては破裂後の中止脱落例)	
	2, 3, 4 の場合の日時	死亡日:平成 年 月 日 死因:肝癌死、出血関連死、肝不全死、その他()、肝移植 (中止, 脱落日:平成 年 月 日)
Event	1. 無 2. 有 (観察期間中に限る)	
	有の場合、その発症日:平成 年 月 日	
	1. 上部消化管出血 胃静脈瘤、食道静脈瘤、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、PHG、DAVE、GAVE, 逆流性食道炎、その他() 2. 肝癌の発症(初再発) 3. 肝不全 4. その他(下部消化管出血含む) 病名()	

<p>胃静脈瘤の内視鏡所見の変化 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>内視鏡施行せず</p>	<p>胃静脈瘤の内視鏡所見の変化有の場合 <u>下記に変化した項目のみチェックしてください</u></p> <p>1. 占拠部位 <input type="checkbox"/> Lg-c : 噴門輪に近接する静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-cf : 噴門部から穹窿部に連なる静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-f : 噴門輪より離れて孤在する静脈瘤</p> <p>2. 形態 <input type="checkbox"/> F0 : 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1 : 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2 : 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3 : 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤</p> <p>3. 基本色調 <input type="checkbox"/> Cw : 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb : 青色静脈瘤 附記事項 : <input type="checkbox"/>Cb-Th、<input type="checkbox"/>Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見 RC サイン <input type="checkbox"/>RC(-) : 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/>RC(+) : 限局性に少数認める <input type="checkbox"/>RC(++) : (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/>RC(+++) : 全周性に多数認める 附記事項 : <input type="checkbox"/>RWM、<input type="checkbox"/>CRS、<input type="checkbox"/>HCS 附記事項 : Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/>TE</p> <p>5. 出血所見 出血中の所見 : <input type="checkbox"/>噴出性出血 (spurting bleeding) , <input type="checkbox"/>にじみ出る出血 (oozing bleeding) 止血後の所見 : <input type="checkbox"/>赤色栓 (red plug) <input type="checkbox"/>白色栓 (white plug)</p> <p>6. 粘膜所見 (Mucosal findings) E : びらん (Erosion : E) (+, -) UI : 潰瘍 (Ulcer : UI) (+, -) S : 癒痕 (Scar : S) (+, -)</p>
<p>食道静脈瘤</p>	<p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>

<p>食道静脈瘤合併有の場合内視鏡所見の変化 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>内視鏡施行せず</p>	<p>食道静脈瘤の内視鏡所見の変化有の場合 下記に変化した項目のみチェックしてください</p> <p>食道静脈瘤出血の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合:出血した日(平成 年 月 日)</p> <p>治療歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合の治療内容(複数可) 1. EVL 2. EIS 3. EISL 4. その他</p> <p>食道静脈瘤の内視鏡所見</p> <p>1. 占拠部位</p> <p><input type="checkbox"/>Ls: 上部食道まで認める静脈瘤 <input type="checkbox"/>Lm: 中部食道に及ぶ静脈瘤 <input type="checkbox"/>Li: 下部食道に局限した静脈瘤</p> <p>2. 形態</p> <p><input type="checkbox"/> F0: 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1: 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2: 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3: 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤</p> <p>3. 基本色調</p> <p><input type="checkbox"/> Cw: 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb: 青色静脈瘤</p> <p>附記事項: <input type="checkbox"/>Cb-Th、<input type="checkbox"/>Cw-Th 血栓化静脈瘤はCb-Th、Cw-Thと附記する。</p> <p>4. 発赤所見 RCサイン</p> <p><input type="checkbox"/>RC(-): 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/>RC(+): 限局性に少数認める <input type="checkbox"/>RC(++): (+)と(+++)の間 <input type="checkbox"/>RC(+++): 全周性に多数認める</p> <p>附記事項: <input type="checkbox"/>RWM、<input type="checkbox"/>CRS、<input type="checkbox"/>HCS 附記事項: Telangiectasia (TE)があれば附記する。 <input type="checkbox"/>TE</p> <p>5. 粘膜所見 (Mucosal findings) E: びらん (Erosion: E) (+, -) UI: 潰瘍 (Ulcer: UI) (+, -) S: 瘢痕 (Scar: S) (+, -)</p>
--	---

【胃静脈瘤再出血の治療方法】(太字は必須項目)

治療方法	治療日	(平成 年 月 日)
		治療内容(複数可)

【臨床検査】(太字は必須項目)

検査項目				
血液生化学	血小板数	(万/mm ³)	アルブミン	(g/dL)
	ヘモグロビン	(g/dL)	BUN	(mg/dL)
	アンモニア	(μg/mL)	血清クレアチニン	(mg/dL)

学的検査	CHE (IU/L)		空腹時血糖 (mg/dL)	
	AST (IU/L)		HbA1c (DM 合併例のみ) (%)	
	ALT (IU/L)		T Cho (mg/dL)	
	総ビリルビン (mg/dL)		(sec)	
	γ-GTP (IU/L)		プロトロンビン時間 (%)	
	LDH (IU/L)		(INR)	
	総蛋白 (g/dL)			
脳症犬山	[度]			
腹水	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度以上			
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度(局所) <input type="checkbox"/> 著明(全身)			
肝癌合併有の場合	AFP (-L3)	(ng/m)(-L3 %)		
	PIVKA-II	(mAU/mL)		

【有害事象】(臨床検査値異常を含む) 無 有

症状	発現日	重篤度	転帰	治療との因果関係	コメント
	程度				
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
4	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 関連あり	

		<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度	<input type="checkbox"/> 重篤	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし
5		年月日 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし

付表. 脳症の昏睡度分類 (新犬山)

昏睡度	精神症状	
0	自他覚敵に全く異常を認めない。	
I	睡眠-覚醒リズムの逆転 多幸気分, 時に抑うつ状態 だらしなく, 気にとめない態度	Retrospectiveにしか判断できない場合が多い。
II	指南力(時, 場所)障害, 物を取り違える(confusion)。 行動力(例: お金をまく, 化粧品をゴミ箱に捨てる等) 時に傾眠状態(普通の呼びかけで開眼し, 会話ができる) 無礼な言動があったりするが, 医師の指示に従う態度をみせる。	興奮状態がない。 尿。便失禁がない。 羽ばたき振戦あり。
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い, 反抗的な態度をみせる。 傾眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼し得るが, 医師の指示に従わない, または従えない(簡単な命令には応じ得る)	羽ばたき振戦あり(患者の協力が得られる場合)。 指南力には高度に障害
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する。	刺激に対して, 払いのける動作, 顔をしかめる等がみられる。
V	深昏睡 痛み刺激にも全く反応しない。	

胃静脈瘤に対する治療指針の確立に関する研究調査票

胃静脈瘤破裂追跡観察時入力項目

Study ID	
患者識別番号	
日付	

【その他】(太字は必須項目)

<p>胃静脈瘤の内視鏡所見の変化 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>内視鏡施行せず</p>	<p>胃静脈瘤の内視鏡所見の変化有の場合 下記に変化した項目のみチェックしてください</p> <p>1. 占拠部位</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lg-c : 噴門輪に近接する静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-cf : 噴門部から穹窿部に連なる静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-f : 噴門輪より離れて孤在する静脈瘤 <p>2. 形態</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> F0 : 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1 : 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2 : 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3 : 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤 <p>3. 基本色調</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cw : 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb : 青色静脈瘤 <p>附記事項 : <input type="checkbox"/>Cb-Th、<input type="checkbox"/>Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見</p> <p>RC サイン</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>RC(-) : 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/>RC(+) : 限局性に少数認める <input type="checkbox"/>RC(++) : (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/>RC(+++) : 全周性に多数認める <p>附記事項 : <input type="checkbox"/>RWM、<input type="checkbox"/>CRS、<input type="checkbox"/>HCS 附記事項 : Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/>TE</p> <p>5. 出血所見</p> <p>出血中の所見 : <input type="checkbox"/>噴出性出血 (spurting bleeding) , <input type="checkbox"/>にじみ出る出血 (oozing bleeding)</p> <p>止血後の所見 : <input type="checkbox"/>赤色栓 (red plug) <input type="checkbox"/>白色栓 (white plug)</p> <p>6. 粘膜所見 (Mucosal findings)</p> <ul style="list-style-type: none"> E : びらん (Erosion : E) (+, -) UI : 潰瘍 (Ulcer : UI) (+, -) S : 癒痕 (Scar : S) (+, -)
食道静脈瘤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

<p>食道静脈瘤合併 有の場合内視鏡 所見の変化 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>内視鏡施行せ ず</p>	<p>食道静脈瘤の内視鏡所見の変化有の場合 下記に変化した項目のみチェックしてください</p> <p>食道静脈瘤出血の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合:出血した日(平成 年 月 日) 治療歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合の治療内容(複数可) 1. EVL 2. EIS 3. EISL 4. その他</p> <p>食道静脈瘤の内視鏡所見</p> <p>1. 占拠部位 <input type="checkbox"/> Ls : 上部食道まで認める静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lm : 中部食道に及ぶ静脈瘤 <input type="checkbox"/> Li : 下部食道に局限した静脈瘤</p> <p>2. 形態 <input type="checkbox"/> F0 : 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1 : 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2 : 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3 : 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤</p> <p>3. 基本色調 <input type="checkbox"/> Cw : 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb : 青色静脈瘤 附記事項 : <input type="checkbox"/> Cb-Th、<input type="checkbox"/> Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見 RC サイン <input type="checkbox"/> RC(-) : 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/> RC(+) : 限局性に少数認める <input type="checkbox"/> RC(++) : (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/> RC(+++) : 全周性に多数認める 附記事項 : <input type="checkbox"/> RWM、<input type="checkbox"/> CRS、<input type="checkbox"/> HCS 附記事項 : Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/> TE</p> <p>5. 粘膜所見 (Mucosal findings) E : びらん (Erosion : E) (+, -) UI : 潰瘍 (Ulcer : UI) (+, -) S : 瘢痕 (Scar : S) (+, -)</p>
---	---

【臨床検査】(太字は必須項目)

検査項目

血液生化学的検査	血小板数 (万/mm ³)		アルブミン (g/dL)	
	ヘモグロビン (g/dL)		BUN (mg/dL)	
	アンモニア (μg/mL)		血清クレアチニン (mg/dL)	
	CHE (IU/L)		空腹時血糖 (mg/dL)	
	AST (IU/L)		HbA1c (DM 合併例のみ) (%)	
	ALT (IU/L)		T Cho (mg/dL)	
	総ビリルビン (mg/dL)		(sec)	
	γ-GTP (IU/L)		プロトロンビン (%)	
	LDH (IU/L)		時間 (INR)	
総蛋白 (g/dL)				
脳症犬山	[度]			
腹水	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度以上			
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度(局所) <input type="checkbox"/> 著明(全身)			
肝癌合併有の場合	AFP (-L3)	(ng/m)(-L3 %)		
	PIVKA-II	(mAU/mL)		

【有害事象】(臨床検査値異常を含む) 無 有

症状	発現日	重篤度	転帰	治療との因果関係	コメント
	程度				
1	年月日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
2	年月日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
3	年月日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
4	年月日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
5	年月日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年月日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				

付表。 脳症の昏睡度分類（新犬山）

昏睡度	精神症状	
0	自他覚敵に全く異常を認めない。	
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分，時に抑うつ状態 だらしなく，気にとめない態度	Retrospective にしか判断できない場合が多い。
II	指南力(時，場所)障害，物を取り違える(confusion)。 行動力(例：お金をまく，化粧品をゴミ箱に捨てる等) 時に傾眠状態(普通の呼びかけで開眼し，会話ができる) 無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度をみせる。	興奮状態がない。 尿。便失禁がない。 羽ばたき振戦あり。
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い，反抗的な態度をみせる。 傾眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼し得るが，医師の指示に従わない，または従えない(簡単な命令には応じ得る)	羽ばたき振戦あり(患者の協力が得られる場合)。 指南力には高度に障害
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する。	刺激に対して，払いのける動作，顔をしかめる等がみられる。
V	深昏睡 痛み刺激にも全く反応しない。	

胃静脈瘤に対する治療指針の確立に関する研究調査票

胃静脈瘤破裂登録時入力項目

Study ID	
患者識別番号	
日付	
同意取得日	年 月 日

【患者背景】

身長／体重	cm	kg
生年月日 / 性別	昭和	年 月 日 (満 歳) 男・女

胃静脈瘤破裂日	平成 年 月 日
ウイルスマーカー	HCV Ab (+ ・ ・) HBs Ag (+ ・ ・)
肝硬変の原因	<input type="checkbox"/> B型、 <input type="checkbox"/> C型、 <input type="checkbox"/> B+C型、 <input type="checkbox"/> アルコール性、 <input type="checkbox"/> PBC、 <input type="checkbox"/> PSC、 <input type="checkbox"/> 自己免疫性肝炎、 <input type="checkbox"/> 特発性門脈圧亢進症、 <input type="checkbox"/> Cryptogenic、 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
肝硬変診断時期	年 月 日・不明
飲酒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年間、量: g/日) 参考:ビール大瓶 1本 36g、酒 1合 30g、焼酎 1合 60g
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [疾患名: <input type="checkbox"/> 高血圧症、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他()]

【その他】(太字は必須項目)

<p>胃静脈瘤の内視鏡所見</p>	<p>1. 占拠部位</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lg-c : 噴門輪に近接する静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-cf : 噴門部から穹窿部に連なる静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lg-f : 噴門輪より離れて孤在する静脈瘤 <p>2. 形態</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> F0 : 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1 : 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2 : 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3 : 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤 <p>3. 基本色調</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cw : 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb : 青色静脈瘤 <p>附記事項 : <input type="checkbox"/>Cb-Th、<input type="checkbox"/>Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見</p> <p>RC サイン</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>RC(-) : 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/>RC(+) : 限局性に少数認める <input type="checkbox"/>RC(++) : (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/>RC(+++) : 全周性に多数認める <p>附記事項 : <input type="checkbox"/>RWM、<input type="checkbox"/>CRS、<input type="checkbox"/>HCS 附記事項 : Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/>TE</p> <p>5. 出血所見</p> <p>出血中の所見 : <input type="checkbox"/>噴出性出血 (spurting bleeding) , <input type="checkbox"/>にじみ出る出血 (oozing bleeding)</p> <p>止血後の所見 : <input type="checkbox"/>赤色栓 (red plug) <input type="checkbox"/>白色栓 (white plug)</p> <p>6. 粘膜所見</p> <p>(Mucosal findings) E : びらん (Erosion : E) (+, -) UI : 潰瘍 (Ulcer : UI) (+, -) S : 瘢痕 (Scar : S) (+, -)</p>
<p>食道静脈瘤</p>	<p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>

<p>食道静脈瘤合併有の場合</p>	<p>食道静脈瘤出血層の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合:出血した日(平成 年 月 日) 治療歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合の治療内容(複数可) 1. EVL 2. EIS 3. EISL 4. その他</p> <p>胃静脈瘤診断時の食道静脈瘤の内視鏡所見</p> <p>1. 占拠部位</p> <p><input type="checkbox"/> Ls : 上部食道まで認める静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lm : 中部食道に及ぶ静脈瘤 <input type="checkbox"/> Li : 下部食道に限局した静脈瘤</p> <p>2. 形態</p> <p><input type="checkbox"/> F0 : 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1 : 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2 : 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3 : 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤</p> <p>3. 基本色調</p> <p><input type="checkbox"/> Cw : 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb : 青色静脈瘤 附記事項 : <input type="checkbox"/> Cb-Th、<input type="checkbox"/> Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見</p> <p>RC サイン</p> <p><input type="checkbox"/> RC(-) : 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/> RC(+) : 限局性に少数認める <input type="checkbox"/> RC(++) : (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/> RC(+++) : 全周性に多数認める 附記事項 : <input type="checkbox"/> RWM、<input type="checkbox"/> CRS、<input type="checkbox"/> HCS 附記事項 : Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/> TE</p> <p>5. 粘膜所見 (Mucosal findings) E : びらん (Erosion : E) (+, -) UI : 潰瘍 (Ulcer : UI) (+, -) S : 瘢痕 (Scar : S) (+, -)</p>
<p>肝癌合併</p>	<p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p>
<p>肝癌合併有の場合</p>	<p>初回診断日(平成 年 月 日) 腫瘍数 : _____ 個、 最大腫瘍径 : _____ mm 脈管侵襲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療内容(複数可) 1. 肝切除 2. RFA 3. PEIT 4. MCT 5. TAE or TAI 初回治療日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
<p>その他の癌</p>	<p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p>

【臨床検査】(太字は必須項目)

登録時検査項目

血液生化学的検査	血小板数	(万/mm ³)	アルブミン	(g/dL)
	ヘモグロビン	(g/dL)	BUN	(mg/dL)
	アンモニア	(μg/mL)	血清クレアチニン	(mg/dL)
	CHE	(IU/L)	空腹時血糖	(mg/dL)
	AST	(IU/L)	HbA1c (DM 合併例のみ)	(%)
	ALT	(IU/L)	T Cho	(mg/dL)
	総ビリルビン	(mg/dL)	ICG15 分値	(%)
	γ-GTP	(IU/L)	プロトロンビン時間	(sec)
	LDH	(IU/L)		(%)
	総蛋白	(g/dL)		(INR)
脳症犬山	[度]			
腹水	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度以上			
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度(局所) <input type="checkbox"/> 著明(全身)			
肝癌合併有の場合	AFP (-L3)	(ng/m)(-L3 %)		
	PIVKA-II	(mAU/mL)		

【胃静脈瘤破裂の治療方法】(太字は必須項目)

輸血の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、総輸血量 ml)	
治療方法	一次止血法	治療日 (平成 年 月 日)
		治療内容(複数可)
		B-RT0 あるいは TJO 施行例
		PTO 施行例
		US ドップラー計測による門脈血流量(本幹部位)
		1-a. EIS 1-b. EISL 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②Cyanoacrylate 系 ③Polidocanol ④無水エタノール ⑤その他() 2. EVL 3. PTO 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②Cyanoacrylate 系 ③Lipiodol ④無水エタノール ⑤金属コイル ⑥ジェルフォーム ⑦その他() 4-a. B-RT0 4-b. TJO 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②無水エタノール ③金属コイル ④ジェルフォーム ⑤その他() 5. バルーン圧迫止血 6. vasopressin投与 7. 自然止血 8. その他()
		門脈圧(閉塞性肝静脈圧と自由圧勾配) 術直前 (mmHg, mmH2O) 術直後 (mmHg, mmH2O)
		門脈圧(直接測定) 術直前 (mmHg, mmH2O) 術直後 (mmHg, mmH2O)
		(ml/min)

治療方法	再出血予防法	治療日	(平成 年 月 日)
		治療内容(複数可)	1-a. EIS 1-b. EISL 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②Cyanoacrylate 系 ③Polidocanol ④無水エタノール ⑤その他() 2. EVL 3. PTO 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②Cyanoacrylate 系 ③Lipiodol ④無水エタノール ⑤金属コイル ⑥ジェルフォーム ⑦その他() 4-a. B-RTO 4-b. TJO 使用薬剤(複数可) ①EOI (使用量 ml) ②無水エタノール ③金属コイル ④ジェルフォーム ⑤その他() 5. その他()
		B-RTO あるいは TJO 施行例	門脈圧(閉塞性肝静脈圧と自由圧勾配) 術直前 (mmHg, mmH2O) 術直後 (mmHg, mmH2O)
		PTO 施行例	門脈圧(直接測定) 術直前 (mmHg, mmH2O) 術直後 (mmHg, mmH2O)
		US ドップラー計測による門脈血流量(本幹部位)	(ml/min)

【有害事象】(治療の合併症や臨床検査値異常を含む)

無 有

症状	発現日	重篤度	転帰	治療との因果関係	コメント
	程度				
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
4	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				
5	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤	年 月 日 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連の可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし	
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度				

付表. 脳症の昏睡度分類 (新犬山)

昏睡度	精神症状	
0	自他覚敵に全く異常を認めない。	
I	睡眠-覚醒リズムの逆転 多幸気分, 時に抑うつ状態 だらしなく, 気にとめない態度	Retrospective にしか判断できない 場合が多い。
II	指南力(時, 場所)障害, 物を取り違える(confusion)。 行動力(例: お金をまく, 化粧品をゴミ箱に捨てる等) 時に傾眠状態(普通の呼びかけで開眼し, 会話ができる) 無礼な言動があったりするが, 医師の指示に従う態度をみせる。	興奮状態がない。 尿, 便失禁がない。 羽ばたき振戦あり。
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い, 反抗的な態度をみせる。 傾眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼し得るが, 医師の指示に従わない, または従えない(簡単な命令には応じ得る)	羽ばたき振戦あり(患者の協力が得られる場合)。 指南力には高度に障害
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する。	刺激に対して, 払いのける動作, 顔をしかめる等がみられる。
V	深昏睡 痛み刺激にも全く反応しない。	

胃静脈瘤に対する治療指針の確立に関する研究調査票

未破裂胃静脈瘤の登録時観察項目

Study ID			
患者識別番号			
日付			
同意の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	同意無の場合その理由	<input type="checkbox"/> 脱落 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他院への紹介
		同意有の場合同意取得日	年 月 日

【患者背景】

身長／体重	cm	kg
生年月日 / 性別	昭和	年 月 日 (満 歳) 男・女

胃静脈瘤診断日	平成 年 月 日
ウイルスマーカー	HCV Ab (+ ・ -) HBs Ag (+ ・ -)
肝硬変の原因	<input type="checkbox"/> B型、 <input type="checkbox"/> C型、 <input type="checkbox"/> B+C型、 <input type="checkbox"/> アルコール性、 <input type="checkbox"/> PBC、 <input type="checkbox"/> PSC、 <input type="checkbox"/> 自己免疫性肝炎、 <input type="checkbox"/> 特発性門脈圧亢進症、 <input type="checkbox"/> Cryptogenic、 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
肝硬変診断時期	年 月 日 ・ 不明
飲酒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年間、量: g/日) 参考: ビール大瓶 1 本 36g、酒 1 合 30g、焼酎 1 合 60g
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [疾患名: <input type="checkbox"/> 高血圧症、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他()]

<p>食道静脈瘤合併有の場合</p>	<p>食道静脈瘤出血歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合:出血した日(平成 年 月 日) 治療歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、有の場合の治療内容(複数可) 1. EVL 2. EIS 3. EISL 4. その他</p> <p>胃静脈瘤診断時の食道静脈瘤の内視鏡所見</p> <p>1. 占拠部位 <input type="checkbox"/> Ls: 上部食道まで認める静脈瘤 <input type="checkbox"/> Lm: 中部食道に及ぶ静脈瘤 <input type="checkbox"/> Li: 下部食道に限局した静脈瘤</p> <p>2. 形態 <input type="checkbox"/> F0: 静脈瘤として認められないもの <input type="checkbox"/> F1: 直線的な細い静脈瘤 <input type="checkbox"/> F2: 連珠状の中等度の静脈瘤 <input type="checkbox"/> F3: 結節状あるいは腫瘤状の太い静脈瘤</p> <p>3. 基本色調 <input type="checkbox"/> Cw: 白色静脈瘤 <input type="checkbox"/> Cb: 青色静脈瘤 附記事項: <input type="checkbox"/> Cb-Th、<input type="checkbox"/> Cw-Th 血栓化静脈瘤は Cb-Th、Cw-Th と附記する。</p> <p>4. 発赤所見 RC サイン <input type="checkbox"/> RC(-): 発赤所見をまったく認めない <input type="checkbox"/> RC(+): 限局性に少数認める <input type="checkbox"/> RC(++): (+) と (+++) の間 <input type="checkbox"/> RC(+++): 全周性に多数認める 附記事項: <input type="checkbox"/> RWM、<input type="checkbox"/> CRS、<input type="checkbox"/> HCS 附記事項: Telangiectasia (TE) があれば附記する。 <input type="checkbox"/> TE</p> <p>5. 粘膜所見 (Mucosal findings) E: びらん (Erosion: E) (+, -) UI: 潰瘍 (Ulcer: UI) (+, -) S: 瘢痕 (Scar: S) (+, -)</p>
<p>肝癌合併</p>	<p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p>
<p>肝癌合併有の場合</p>	<p>初回診断日(平成 年 月 日) 腫瘍数: _____個、最大腫瘍径: _____mm 脈管侵襲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療内容(複数可) 1. 肝切除 2. RFA 3. PEIT 4. MCT 5. TAE or TAI 初回治療日: _____年 _____月 _____日</p>
<p>その他の癌</p>	<p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p>

【臨床検査】(太字は必須項目)

登録時検査項目

血液生化学的検査	血小板数 (万/mm ³)		アルブミン (g/dL)	
	ヘモグロビン (g/dL)		BUN (mg/dL)	
	アンモニア (μg/mL)		血清クレアチニン (mg/dL)	
	CHE (IU/L)		空腹時血糖 (mg/dL)	
	AST (IU/L)		HbA1c (DM 合併例のみ) (%)	
	ALT (IU/L)		T Cho (mg/dL)	
	総ビリルビン (mg/dL)		ICG15 分値 (%)	
	γ-GTP (IU/L)		(sec)	
	LDH (IU/L)		プロトロンビン時間 (%)	
	総蛋白 (g/dL)		(INR)	
脳症犬山	[度]			
腹水	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度以上			
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度(局所) <input type="checkbox"/> 著明(全身)			
肝癌合併有の場合	AFP (−L3)	(ng/m)(−L3 %)		
	PIVKA−II	(mAU/mL)		

付表. 脳症の昏睡度分類 (新犬山)

昏睡度	精神症状	
0	自他覚醒に全く異常を認めない。	
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分, 時に抑うつ状態 だらしなく, 気にとめない態度	Retrospective にしか判断できない場合が多い。
II	指南力(時, 場所)障害, 物を取り違える(confusion)。 行動力(例: お金をまく, 化粧品をゴミ箱に捨てる等) 時に傾眠状態(普通の呼びかけで開眼し, 会話ができる) 無礼な言動があったりするが, 医師の指示に従う態度をみせる。	興奮状態がない。 尿。便失禁がない。 羽ばたき振戦あり。
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い, 反抗的な態度をみせる。 傾眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼し得るが, 医師の指示に従わない, または従えない(簡単な命令には応じ得る)	羽ばたき振戦あり(患者の協力が得られる場合)。 指南力には高度に障害
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する。	刺激に対して, 払いのける動作, 顔をしかめる等がみられる。
V	深昏睡 痛み刺激にも全く反応しない。	