

12ヶ月経過観察フォーム(FORM III)

診断 12ヶ月後に入力してください。

観察 診察)年月日 / /

病院番号 : A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル (名前 姓の順) :

前回記載時よりの変化 有り 無し 有りの場合 FORM III C)

3ヶ月? 12ヶ月の間の治療の有無 :

有り 無し 有りの場合 FORM III T)

画像所見 有り 無し (有りの場合 FORM III D)

神経学的所見 転帰

1) 神経脱落症状 (複数チェック 可能)

無し 運動麻痺 感覚障害
 言語障害 脳神経麻痺 失調症 その他

2) 意識障害 有り 無し

有りの場合 GCS:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

3) Rankin scale: (付表 1)

変化記載フォーム(FORM III C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日 / /

病院番号 A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル (名前・姓の順) :

変化の種類

- 動脈瘤破裂 既存の瘤 (瘤番号○ 10 20 30 40 5,
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 脳内出血 動脈瘤との関係 有り 無し、 不明)
- 脳梗塞 動脈瘤との関係 有り (塞栓など)、 無し、 不明)
- 脳神経麻痺
- 動脈瘤以外の原因による死亡またはその他の変化

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的: 重労働 睡眠中 その他

精神的: 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade 付表 2) :

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 付表 3) I II III IV

調査終了か継続か 終了 継続

終了の場合理由 動脈瘤破裂 患者死亡

○12ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM III T)

病院番号 A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル (名前・姓の順) :

治療された動脈瘤の数 :

治療がなされた瘤番号 10 20 30 40 5

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック☑する)

- 患者または家族からの希望
- 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日 /

治療後脳動脈瘤画像評価 :

有り 無し

上記有りの場合 :画像の種類 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療 完全 不完全

不完全 ; クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

----- 動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見:

1) 神経脱落症状 (複数チェック可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale: 付表1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲	<input type="checkbox"/> 術中破裂
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症	

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り 無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫	<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	
<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	
<input type="checkbox"/> その他			

○12ヶ月フォームに戻る

画像所見(FORM III D)

画像年月日： / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UA番号：JA

患者イニシャル(名前 姓の順)：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 その他、 特になし

動脈瘤に関する所見 変化有り 変化無し

変化のあった瘤○ 10 20 30 40 5

動脈瘤のサイズ

同じ 拡大 (mm, %) 縮小 (mm, %)

術後完全消失 術後不完全消失

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

手術後か否か： 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化： 有り 無し

有りの場合：

- 梗塞巣 脳挫傷 (contusion) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 その他

○12ヶ月フォームに戻る

36ヶ月経過観察フォーム(FORM IV)

診断 36ヶ月後に入力してください。

観察(診察)年月日 / /

病院番号 A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

前回記載時よりの変化 有り 無し(有りの場合 FORM IV C)

12ヶ月? 36ヶ月の間の治療の有無:

有り 無し(有りの場合 FORM IV T)

画像所見 有り 無し(有りの場合 FORM IV D)

神経学的所見(転帰)

1) 神経脱落症状(複数チェック可能)

無し 運動麻痺 感覚障害
 言語障害 脳神経麻痺 失調症 その他

2) 意識障害 有り 無し

有りの場合 GCS:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

3) Rankin scale: (付表 1)

変化記載フォーム(FORM IV C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日 □ □ □ □ / □ □ /

病院番号 : □ A- □ C- □ N- □

病院名 □

病院内患者登録番号 □

UA番号 : UA □

患者イニシャル (名前 姓の順) :

変化の種類

- 動脈瘤破裂 既存の瘤 (瘤番号 〇 10 20 30 40 5,
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 脳内出血 動脈瘤との関係 有り 無し、 不明)
- 脳梗塞 動脈瘤との関係 有り (塞栓など)、 無し、 不明)
- 脳神経麻痺
- 動脈瘤以外の原因による死亡またはその他の変化

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的 : 重労働 睡眠中 その他

精神的 : 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade (付表 2) :

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 (付表 3) I II III IV

調査終了か継続か 終了 継続

終了の場合理由 動脈瘤破裂 患者死亡

〇36 ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM IV T)

病院番号 A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル (名前・姓の順) :

治療された動脈瘤の数 :

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック☑する)

- 患者または家族からの希望 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日 / /

治療後脳動脈瘤画像評価 :

有り 無し

上記有りの場合 :画像の種類 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療 完全 不完全

不完全 ; クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

----- 動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 複数チェック☑可能)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> 感覚障害 | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 脳神経麻痺 | <input type="checkbox"/> 失調症 | <input type="checkbox"/> その他 |

2) Rankin scale: 付表 1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し、 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

有りの場合、最も可能性の高い原因

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 穿通枝障害 | <input type="checkbox"/> 親動脈閉塞 | <input type="checkbox"/> 静脈損傷 |
| <input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断 | <input type="checkbox"/> その他の手術侵襲 | <input type="checkbox"/> 術中破裂 |
| <input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化 | <input type="checkbox"/> 術後合併症 | |

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り 無し

有りの場合

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水頭症 | <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 | <input type="checkbox"/> 痙攣 | <input type="checkbox"/> 創部感染 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> 視力障害 | |
| <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫 | <input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | |
| <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 消化管出血 | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |

○36ヶ月フォームに戻る

画像所見(FORM IV D)

画像年月日：

病院番号 A- C- N-

病院名

病院内患者登録番号

UA番号 :UA

患者イニシャル (名前 姓の順)：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 その他、 特になし

動脈瘤に関する所見 変化有り 変化無し

変化のあった瘤 10 20 30 40 5

動脈瘤のサイズ

- 同じ 拡大 (mm、 %) 縮小 (mm、 %)
 術後完全消失 術後不完全消失

動脈瘤の形状

- 不変 変化あり

繰り返し)

手術後か否か： 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化： 有り 無し

有りの場合：

- 梗塞巣 脳挫傷 (contusion) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 その他

○36 ヶ月フォームに戻る

緊急入力フォーム(FORM E)

動脈瘤破裂や、患者死亡などの場合、記載してください。

変化年月日 □ □ □ □ / □ □ /

病院番号 □ A- □ C- □ N- □

病院名 □

病院内患者登録番号 □

UA番号 :UA □

患者イニシャル (名前 姓の順) :

変化の種類

- 動脈瘤破裂 既存の瘤 瘤番号○ 10 20 30 40 5,
 新しく発見された動脈瘤、 不明
- 動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的: 重労働 睡眠中 その他

精神的: 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade 付表 2) :

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 付表 3) I II III IV

調査終了の理由 動脈瘤破裂 患者死亡 他院転院等による経過観察不能

最終予後 (FORM E 登録時の状態)

Rankin scale: □ 付表 1)

付表

付表 1 : Rankin scale (modified for UCAS Japan)

Grade	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death

付表 2 : Glasgow Coma Scale

Points	Best Eye Response	Best Verbal response	Best Motor Response
6	-	-	Obeys commands
5	-	Oriented	Localizes pain
4	Spontaneous open	Confused	Withdraw to pain
3	Open to speech	Inappropriate	Abnormal flexion (Decorticate)
2	Open to pain	Incomprehensive	Abnormal extension (Decerebrate)
1	None	None	None

付表 3 : WFNS SAH grade (World Federation of Neurological Societies) grading scale

Grade	Glasgow Coma Scale	Neurologic Deficit
I	15	(-)
II	14~13	(-)
III	14~13	(+)
IV	12~7	With or without focal neurologic deficit
V	6~3	With or without abnormal posturing

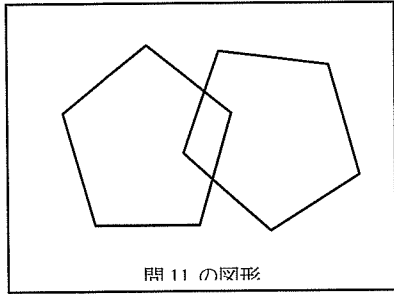
V.05.02.2002

Mini-Mental State Examination(MMSE) 患者番号： UA

調査日時： _____ : 術前 術後1ヶ月 術後1年

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年	
		曜日	
		月	
		日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例:関東地方)	県	
		市	
		階	
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、 被験者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで 繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ_____回		
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		

11(1点)	(次の図形を書いてください)		
--------	----------------	--	--



未破裂脳動脈瘤を診たら UCAS Japan 患者登録の手引き

- 1) 説明 本調査の概要の説明 調査参加のインフォームドコンセント
- 2) プライバシーフォーム 入力・印刷 (ファイルケースまたはファイルホルダーに保管)
- 3) 台帳 新規患者を記録、追跡プランをファイル。患者外来カルテにもプランシールを張る。
- 4) ホームページよりオンライン入力、各病院に配布されたコード パスワードにてそのページに至る。登録用 page: <https://c.umin.ac.jp/inOperation/ucasi/>
- 5) イニシャルフォーム、患者および動脈瘤情報(FORM I)
- 6) 定期的に事務局よりe-mailにて次回経過観察の時期に通知される。
- 7) 3ヶ月の時点での観察。診断よりの期間での変化、治療、および画像があれば入力する。

FORM II+(FORM IIC, FORM IIT, FORM IID)

- 8) 12ヶ月および36ヶ月の時点での観察。前回記載時よりの変化、治療、画像があれば入力する。

12ヶ月 FORM III+(FORM IIIC, FORM IIIT, FORM IIID)

36ヶ月 FORM IV+(FORM IIIC, FORM IIIT, FORM IIID)

- 9) 患者死亡または瘤の破裂によって調査終了の場合には通常の入力でも可能だが、緊急フォーム (FORM E)に入力し調査を終了することが可能。
- 10) すべてFAX または郵送によるデータ通信も可能。
- 11) すべての書類は UCAS Japan homepage (各個人 UMIN ID 必要)よりダウンロード可能。UCAS Japan homepage: <https://endai.umin.ac.jp/islet/ucasi/>

UCAS Japan 事務局:

(本調査へのコメント/質問は事務局までご連絡ください。)

東京大学医学部 脳神経外科内

東京都文京区本郷 7-3-1 〒113-8655

TEL: 03- 5800- 8853 FAX:03- 5800- 8655

E- mail: ucasj-head@umin.ac.jp

URL: <https://endai.umin.ac.jp/islet/ucasj/>

一般用 URL : <http://ucas-j.umin.ac.jp/>

V.05022002

UCAS II 画像診断基準

v. 01122006

はじめに

動脈瘤の同定、部位の決定、サイズの測定のためには、厳重な画像チェックが必要である。そこで、UCAS II においては下記のような基本方針を定め、画像撮影・撮影を推奨する。

UCAS II における画像判定の基本方針

- ①□ MRA はできるだけ 1.5T 以上の MRI 機種（註）、CTA は MD CT によるもの、あるいは 3Dangio による計測を行う。
- ②□ 小さな動脈瘤で手術による確認がなされない場合は、MRA のみでの同定ではなく、可能な限り CTA や血管造影による確認が望ましい。
- ③□ 画像判定に基準となった画像 以外に サイズ判定の基準になった画像種類を登録できるようにする
- ④□ サイズ判定における信頼度の基準は 3Dangio > MD CT による CTA > 1.5T 以上の MRI 機種による MRA。計測は可能な限り、ワークステーション上での三次元的距離計測を行い、計測した画像を計測部位、測定値とともに保存する。
- ⑤□ 以上いずれかによるサイズ決定が望ましいが、それらの情報がない場合は通常の CT 機種による CTA、1.5T 未満機種による MRA、血管撮影をサイズ判定の基準として良い。通常の血管撮影の場合、1 円玉法またはグリッドにより大きさを測定できるメジャーをおくよう各施設に依頼する。その際も DICOM 情報のある場合、それを情報として受け取る（B 基準画像情報・地域調査担当委員）。DICOM 情報がない場合はデジタルカメラ情報とする（C 基準画像情報）。
- ⑥□ ③のいずれかの機種による DICOM データのある際はできれば全て、不可能であればいずれかのデータを DICOM または各機種独自フォーマットによるデータで画像情報を収集する 地域調査担当委員が受け取り UC 番号を記載の上事務局へ送付する（A 基準画像情報）
- ⑦□ 各施設において他院からの画像データにより診断・サイズ決定がなされている場合には、紹介元施設の DICOM データをもらう。不可能であれば少なくとも動脈瘤部位だけでも MRA/CTA 元画像を受け取るようにしていただく。これについても上記情報基準を当てはめる。
- ⑧□ DICOM 情報のある症例でも、地域調査担当委員は各症例についてデジ

タルカメラによる撮影または PAX 画面による JPEG 画像を取り込みデータを 1 症例 1 枚の CD にして UC 番号・施設番号・画像日時・種類・撮影（取り込み）日時を記載の上事務局に送付する

デジタルカメラによる画像取り込みの際の撮影基準 (地域調査担当委員用)

- 1) サイズ計測において最も信頼の置けるものは 3DANGIO>3DCTA(MDCT)>MRA(>1.5T) できる限りある画像情報・種類は多めに撮影してください。
- 2) 動脈瘤サイズを計測した画像があればその画像 なければ長径を示す画像（瘤の拡大像と、同一コマのメジャーの入った 1 コマ全体の画像の 2 種があるとよい）
- 3) プラス 血管撮影であれば正面・左右、MRA であれば MIP 画像、VR 画像の正面と上からの画像 CTA であれば正面・側面
- 4) プラス MRA または CTA ではその動脈瘤周辺の元画像
- 5) 撮影条件をしめす部分を含める（別の枠に示している機種 {Phillips 等} は、その枠も別に撮影する。
- 6) 基本的に 1 枚 1 画像とするがすこし広い範囲を撮影しても良い。
- 7) コンピューターで撮影条件（フォーカス等）をチェックし各症例 1 CD にして UC 番号（患者番号）・施設名・画像撮影日・画像種類・取り込み日を記載（シールを用意します）のうえ事務局に送付する。

サイズ決定のための画像情報の基準

基準	得られる・含まれる情報
A 基準	①3Dangio > ②MD CT による CTA> ③1.5T 以上の MRI 機種による MRA 以上いずれかの DICOM 情報
B 基準	MDタイプでないCT機種による3D CT 1.5T 未満の MRI 機種による MRA の DICOM 情報
C 基準	以上いずれかの画像のデジタルカメラ 撮影情報（以下のいずれかを含む） ① MRA,CTA元画像の動脈瘤周辺画像 ② サイズを測定した図を含む画像 ③ サイズを測定できるメジャー入り 動脈瘤長径画像・1円玉法やグリッド を用いた血管撮影、メジャー入り MRA CTA 画像など 撮影条件を含める。できるだけ多くの 情報を集める
D 基準（サイズ決定困難例）	C以上の情報のない例 サイズ決定困難な画像のみデジタル情 報として得る例

註

MRA の撮像法と注意点

非造影の 3D TOF-MRA で voxel size が 1mm 以下が望ましい。

内部が乱流により描出不良となる場合（瘤が大きいなど）は、CTA、カテーテル血管造影による計測を優先するが、高空間分解能の造影 MRA が可能な場合は、それによる計測も可とする。

小さな瘤や屈曲部では存在診断を可能な限り他の検査法で確認する。

CTA の撮像法と注意点

撮像スライス厚を最小設定（可能な限り 0.6mm 以下）とし、頭部用の高空間分解能の撮影プロトコルを用いる。

静脈が視野をさまたげる場合などには、瘤付近にボリュームを絞って作成する。造影剤到達と撮影のタイミングが合わない場合には画質不良となるので、通常より画質が不良の場合は、元画像で確認し、その検査での計測はさける。