

図15 蜂窩織炎発生頻度

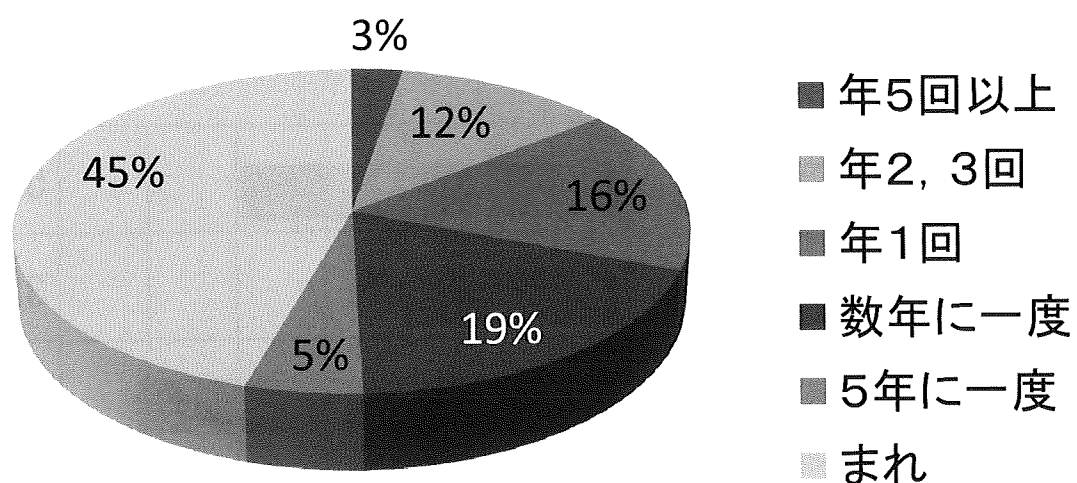
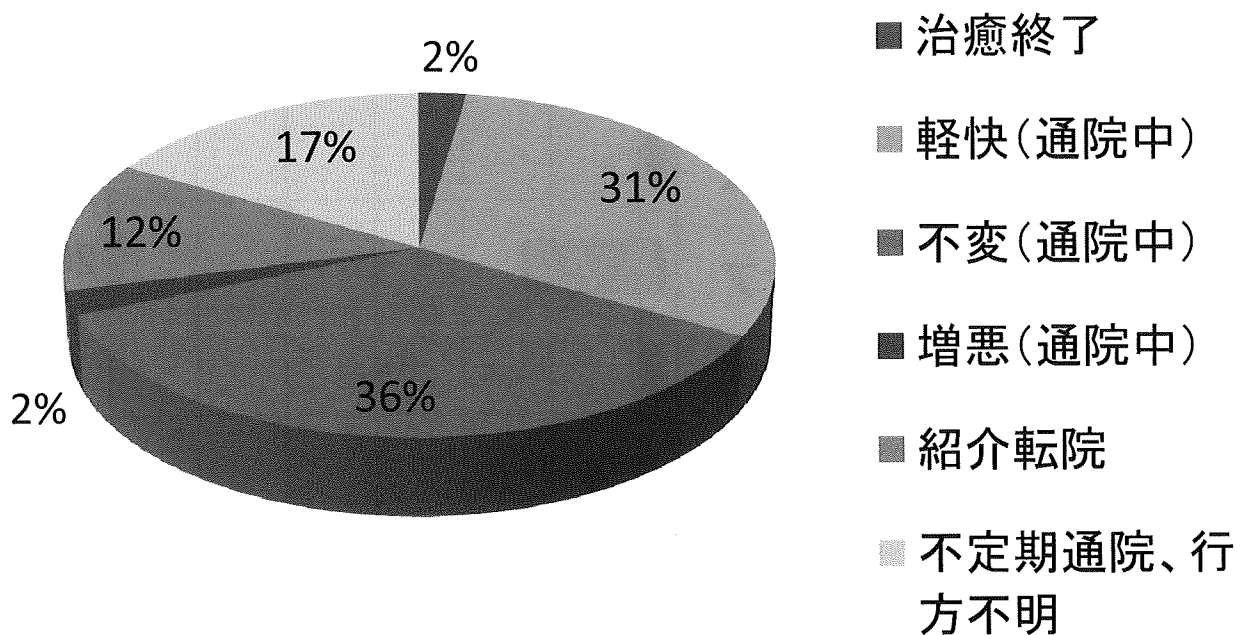


図16 患者転帰



## [II] 參考資料

施設名

施設 No.

住所

診療科長

記載者御氏名

連絡先 E-メールアドレス

記入上の注意事項、お願い

- ・ 原発性リンパ浮腫の患者数を回答欄にご記入ください
- ・ 該当患者がいなくても0と記入して返信ください
- ・ 施設名、住所などに誤りがありましたら訂正をお願いいたします
- ・ 後日連絡のために E-メールアドレスをお知らせください。
- ・ 本研究で得られた患者情報、施設情報は本事業でのみ使用いたします。
- ・ 後日、二次調査を予定しております。ご協力お願い申し上げます。
- ・ 平成21年12月18日までにご返信ください。

回答欄

1、現在通院中の患者の中で

- ① 原発性リンパ浮腫確定診断患者 男性 \_\_\_\_\_人 女性 \_\_\_\_\_人
- ② 原発性リンパ浮腫疑い患者 男性 \_\_\_\_\_人 女性 \_\_\_\_\_人

2、過去に受診した患者の中で

- ① 原発性リンパ浮腫確定診断患者 男性 \_\_\_\_\_人 女性 \_\_\_\_\_人
- ② 原発性リンパ浮腫疑い患者 男性 \_\_\_\_\_人 女性 \_\_\_\_\_人

平成21年度厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服事業

## 原発性リンパ浮腫の患者動向と診療の実態把握のための研究

### 二次調査票

#### 記入の方法

1. 調査票は全部で8ページ、質問は27項目です。15分程度で回答可能と思います。
2. 回答欄は青色にハイライト表示してあります。その部分だけ記入可能です。
3. ポップアップと表示がある部分は回答を選択してください。それ以外は記入ください。
4. 途中に参考資料を掲載しています。回答の参考にして下さい。
5. 回答不能、不明な質問は空欄のままで結構です。
6. 集計の際に不都合が生じますので、本調査票の体裁は変更しないで下さい。
7. 終了しましたら以下の3つの方法のうちいずれかで返信下さい。
  - ① ファイルを送付したUSBメモリに保存して返送する。
  - ② ファイルをEメールに添付して送る。(USBメモリの返送は不要です)
  - ③ ファイルを印刷して郵送で送る。(USBメモリの返送は不要です)

注) ・可能な限りUSBメモリで返答ください

・ファイル名は【先生の御芳名】-【患者の通し番号】として下さい。

・同封した返信用封筒を御利用下さい

**宛先** 原発性リンパ浮腫 全国疫学調査事務局  
〒078-8510 北海道旭川市緑が丘東2条1丁目1-1  
旭川医科大学 循環・呼吸・腫瘍病態外科学内  
Tel 0166-68-2494 Fax 0166-68-2499

E-mail [lymphedema@asahikawa-med.ac.jp](mailto:lymphedema@asahikawa-med.ac.jp)

回答者御氏名 \_\_\_\_\_

貴施設名 \_\_\_\_\_

患者が複数名いる場合は1から順に番号を付けてください 患者番号 \_\_\_\_\_

1. 患者背景について回答ください

Q1 患者生年月 ポップアップ   年 ポップアップ  月

Q2 患者性別 ポップアップ

Q3 リンパ浮腫の家族内発生の有無 ポップアップ

有の場合、具体的な関係 ポップアップ

Q4 原発性リンパ浮腫以外の先天性障害の有無 ポップアップ

有の場合、具体的な疾患名 ポップアップ

2. 初診時の所見について回答ください

Q5 初診年月 ポップアップ   年 ポップアップ  月

Q6 原発性リンパ浮腫発症年齢 ポップアップ  歳 ポップアップ  か月

Q7 該当する発症時期による分類をチェックしてください

	(分類名)	(発症時期)
<input type="checkbox"/>	先天性	出生時より発症
<input type="checkbox"/>	早発性	35歳未満で発症 (多くは12~16歳の女子)
<input type="checkbox"/>	遅発性	35歳以上で発症

Q8 貴院受診前にかかった前医の数 ポップアップ  か所

Q9 発症部位をすべてチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 右上肢	→	<input type="checkbox"/> 上肢全体	→	<input type="checkbox"/> 上腕のみ	<input type="checkbox"/> 前腕のみ
<input type="checkbox"/> 左上肢	→	<input type="checkbox"/> 上肢全体	→	<input type="checkbox"/> 上腕のみ	<input type="checkbox"/> 前腕のみ

(Q9つづき)

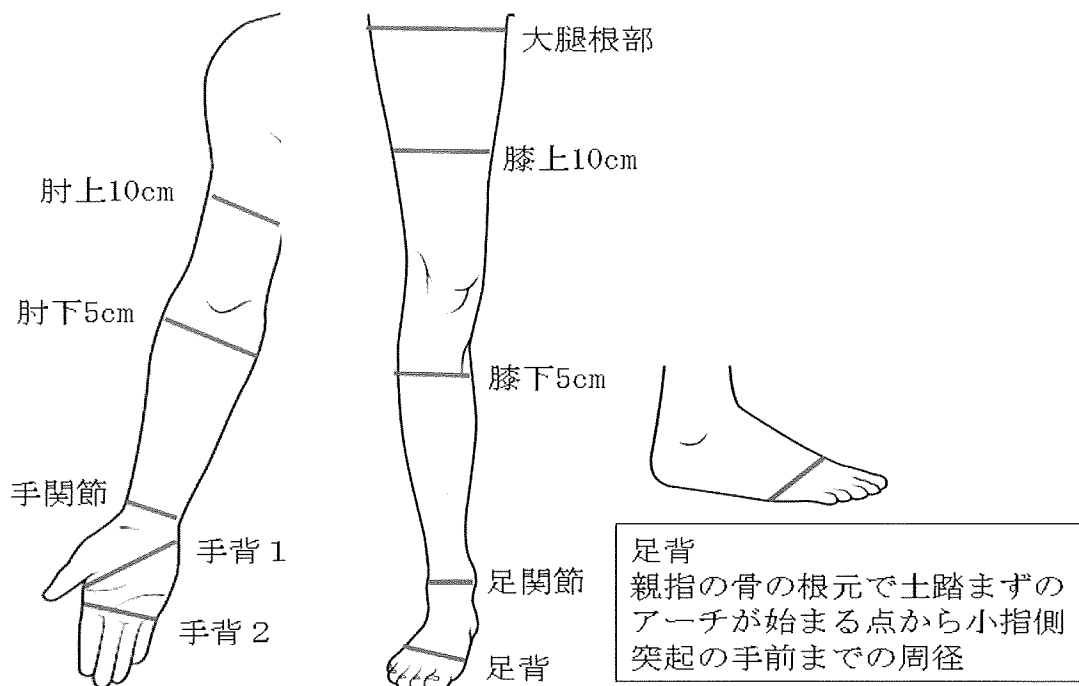
- 右下肢 →  下肢全体  大腿のみ  下腿のみ  
 左下肢 →  下肢全体  大腿のみ  下腿のみ  
 外陰部  その他

Q10 初診時の四肢の計測結果

(参考資料の近い部位の値を記入してください。測定していない部位は空欄で結構です)

右上腕 右前腕 右手関節		cm		cm		cm
右大腿 右下腿 右足関節		cm		cm		cm

参考：リンパ浮腫診療ガイドラインによる周径測定部位



**手背**  
 1、親指の根部から手関節小指側突起手前を通る周径  
 2、こぶしを握ったときに並ぶ4つの突起の周径

Q11 該当する片側性リンパ浮腫の重症度分類をチェックしてください。  
 (両側性の場合は空欄で結構です)  
 (分類) (定義)

- 軽度 : 20%未満の浮腫
- 中等度 : 20~40%の浮腫
- 重度 : 40%を超える浮腫

Q12 該当するInternational Society of Lymphologyの分類をチェックしてください。  
 (病期) (所見)

- 0期 : リンパ輸送が障害されているが、浮腫が明らかでない潜性性または無症候性の病態。
- I期 : 比較的タンパク成分が多い組織間液が貯留しているが、まだ初期であり、四肢を挙げることにより治まる。圧痕が見られることもある。
- II期 : 四肢の挙上だけではほとんど組織の腫脹が改善しなくなり、圧痕がはっきりする。
- II期後期 : 組織の線維化がみられ、圧痕が見られなくなる。
- III期 : 圧痕が見られないリンパうっ滞性象皮病のほか、アcantosis (表皮肥厚)、脂肪沈着などの皮膚変化が見られるようになる。

3. 診療経過について回答ください

Q13 これまでに施行した検査をチェックし、その所見を簡単に記載してください。  
 (検査名) (所見)

- 一般血液検査
- 尿検査
- 胸部、腹部単純X線写真
- 組織生検
- 遺伝学的検索


(以下は選択ください)

- CT
- MRI
- リンパシンチグラフィー
- リンパ管造影検査

ポップアップ				
(部位1)	(部位2)	(所見1)	(所見2)	(所見3)

(Q13つづき)

		ポップアップ				
		(部位 1)	(部位 2)	(所見1)	(所見2)	(所見3)
<input type="checkbox"/>	静脈造影検査					
<input type="checkbox"/>	動脈造影検査					
<input type="checkbox"/>	その他、関連した検査					

Q14 確定診断をするうえで最も有用な検査は何でしたか

--

Q15 治療方針を決定するうえで最も有用な検査は何でしたか

--

Q16 これまでに施行した理学療法をチェックし、治療効果の持続期間、程度を選んでください

(理学療法)		ポップアップ (持続期間)	ポップアップ (効果)
<input type="checkbox"/>	マッサージ (リンパドレナージ)		
<input type="checkbox"/>	弾性包帯 (多層包帯法)		
<input type="checkbox"/>	弾性ストッキング、スリーブ		
<input type="checkbox"/>	患肢挙上		
<input type="checkbox"/>	間欠的空気圧ポンプ		
<input type="checkbox"/>	運動療法		
<input type="checkbox"/>	温熱、寒冷療法		
<input type="checkbox"/>	高圧酸素療法		
<input type="checkbox"/>	スキンケア、保湿クリーム		
<input type="checkbox"/>	その他		

Q17 これまでに使用した薬剤があれば薬剤名 (漢方薬を含む) を記入し、効果の持続期間、程度を選んでください (利尿薬などの総称でも結構です)

	(薬剤名)	ポップアップ (持続期間)	ポップアップ (効果)
薬剤 1			
薬剤 2			



Q18 これまでに施行した外科治療があればチェックし、治療効果の持続期間、程度を選んでください

(手術名)	ポップアップ (持続期間)	ポップアップ (効果)
<input type="checkbox"/> 減量手術 (皮下組織、皮膚切除)		
<input type="checkbox"/> リンパ管-静脈吻合術		
<input type="checkbox"/> リンパ管グラフト、移植術		
<input type="checkbox"/> 大網移植による誘導術		
<input type="checkbox"/> 筋皮弁移植による誘導術		
<input type="checkbox"/> 脂肪吸引術		
<input type="checkbox"/> その他		

Q19 これまでのすべての治療法の中で最も短期効果が高いものは何ですか  
(該当がなければ「なし」と記入ください)

--

Q20 これまでのすべての治療法の中で最も中、長期効果が高いものは何ですか  
(該当がなければ「なし」と記入ください)

--

Q21 経過中に起こった蜂窩織炎について、頻度、治療経過を選択してください

ポップアップ (頻度)	ポップアップ (入院、外来の別)	ポップアップ (治療法)	ポップアップ (平均治療期間)

Q22 蜂窩織炎以外の合併症をチェックし、対処法を記載してください

(合併症)	(対処法)
<input type="checkbox"/> 白癬症、皮膚感染症	
<input type="checkbox"/> リンパ漏	
<input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍	
<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥、硬化、色素沈着	
<input type="checkbox"/> 象皮病	
<input type="checkbox"/> 関節機能障害	
<input type="checkbox"/> リンパ管肉腫	
<input type="checkbox"/> その他	

4. 現在の患者の状態について回答ください

Q23

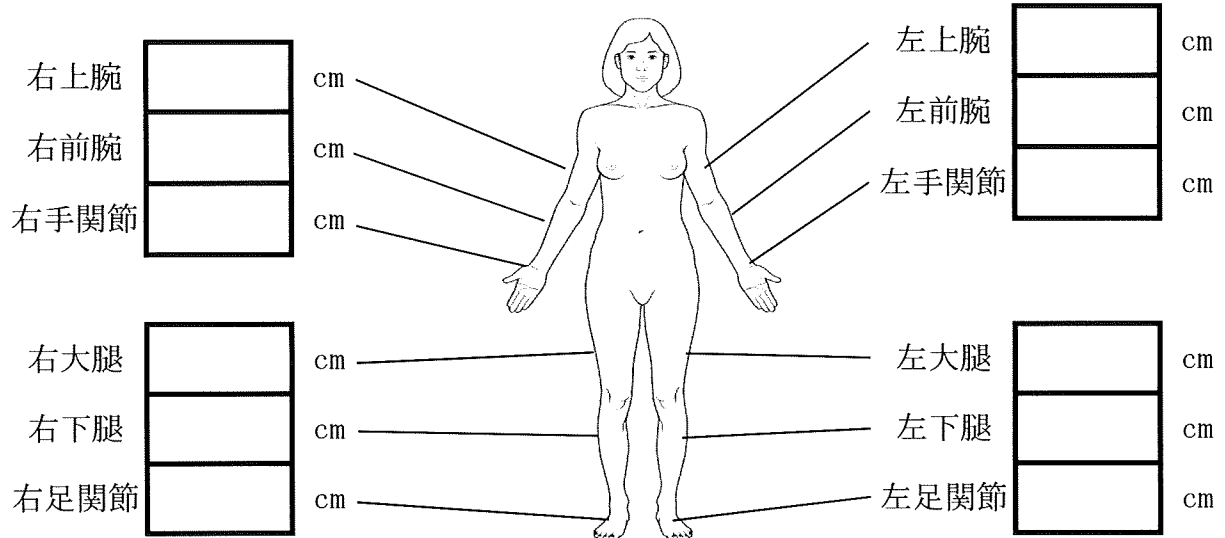
患者の転帰

ポップアップ

Q24

最近の四肢の計測結果

(参考資料の近い部位の値を記入してください。測定していない部位は空欄で結構です)



Q25

該当する片側性リンパ浮腫の重症度分類をチェックしてください。  
(両側性の場合は空欄で結構です)  
(分類) (定義)

- 軽度 : 20%未満の浮腫
- 中等度 : 20~40%の浮腫
- 重度 : 40%を超える浮腫

Q26

該当するInternational Society of Lymphologyの分類をチェックしてください。  
(病期) (所見)

- 0期 : リンパ輸送が障害されているが、浮腫が明らかでない潜在性または無症候性の病態。
- I期 : 比較的タンパク成分が多い組織間液が貯留しているが、まだ初期であり、四肢を挙げることにより治まる。圧痕が見られることもある。
- II期 : 四肢の挙上だけではほとんど組織の腫脹が改善しなくなり、圧痕がはっきりする。
- II期後期 : 組織の線維化がみられ、圧痕が見られなくなる。
- III期 : 圧痕が見られないリンパうっ滞性象皮病のほか、アcantosis (表皮肥厚)、脂肪沈着などの皮膚変化が見られるようになる。

Q27 現在継続中の治療法があれば記載してください

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 難治性疾患克服研究事業

**原発性リンパ浮腫の患者動向と診療の実態把握のための研究班**

研究代表者 旭川医科大学 笹嶋 唯博

(事務局)

旭川医科大学 循環・呼吸・腫瘍病態外科学教室  
〒078-8510 北海道旭川市緑が丘東2条1丁目1-1  
Tel : 0166-68-2494 Fax : 0166-68-2499  
E-mail : lymphedema@asahikawa-med.ac.jp

### [Ⅲ] 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌	なし
書籍	なし

