

質問 5 TIA 患者の受診経路および他院（非脳卒中専門医）から紹介された場合の診断精度

	施設数	%
5-1 受診理由（最も多いもの）		
以前より通院（自科・他科を問わず）	59	12.3
自施設他科入院中の紹介	2	0.4
他院からの紹介（診察あり）	120	25.1
他院からの紹介（診察なし）	16	3.3
他院入院後、転院	1	0.2
本人あるいは家族・隣人の勧めで直接来院	155	32.4
救急隊からの依頼	112	23.4
複数回答	13	2.7
5-2 他院（非脳卒中専門医）から TIA の疑いで紹介される場合、他院受診から自施設受診までの期間（最も多いもの）		
直ちに	58	12.2
当日中	193	40.6
翌日～3 日以内	198	41.7
4～7 日以内	23	4.8
8 日以上	3	0.6
5-3 他院（非脳卒中専門医）から TIA の疑いで紹介された患者のうち実際に TIA である割合		
0%	2	0.4
1 - 25%	173	36.4
26 - 50%	197	41.8
51 - 75%	85	17.9
76 - 99%	18	3.8
100%	0	0

5-4 他院もしくは他科（非脳卒中専門医）から TIA と誤診して紹介される症状

（複数回答あり）	施設数	%
失神	255	51.6
めまい	136	27.5
ふらつき	86	17.4
意識消失	46	9.3
しびれ	46	9.3
てんかん	24	4.9
脱力	11	2.2

---

質問 6 発症 24 時間以内の TIA 患者が来院した場合の対応

	施設数	%
6-1 主に初期対応をする診療科（複数回答可）		
神経内科医	244	45.3
脳血管／脳卒中内科医	59	11.9
その他の内科医	58	11.7
脳神経外科医	330	66.8
その他の外科医	1	0.2
救急診療医	137	27.7
その他	14	2.8
6-2 入院させる割合		
0%	5	1.0
1 - 25%	51	10.6
26 - 50%	70	14.5
51 - 75%	81	16.8
76 - 99%	190	39.4
100%	85	17.6
6-3 入院の適応方針（複数回答可）		
原則として全例、当日に入院させる	299	60.5
原則として全例、当日か翌日以降に入院させる	28	5.7
脳卒中リスク予測スコア（ABCD <sup>2</sup> スコア等）を用いて入院の適応を判断する	36	7.3
外来で評価（血液検査、画像検査等）を行って入院の適応を判断する	148	30.0
診察医の判断に委ねる	89	18.0
入院せず外来で対応することが多い	10	2.0
その他	8	1.6

---

#### 6-4 検査

	a	b	c	d	e
1. 頭部 CT	82.1	4.7	7.4	4.5	1.2
2. CT angiography	3.0	9.6	27.4	47.2	12.8
3. CT perfusion	0.6	1.3	7.8	33.4	56.9
4. 頭部 MRI	65.9	31.6	1.6	0.4	0.4
5. MR angiography	59.8	35.1	3.7	0.4	0.8
6. MR perfusion	4.4	4.4	7.2	29.6	54.1
7. 頸動脈超音波検査	18.3	45.0	26.3	8.2	2.1
8. 経頭蓋超音波検査	1.3	3.2	5.7	24.8	65.0
9. 脳血管造影検査	0.4	4.0	25.8	56.2	13.6
10. SPECT	0.6	9.0	30.4	37.1	22.9
11. 12 誘導心電図	81.5	7.7	6.5	1.2	2.9
12. 長時間心電図モニター	18.4	24.4	39.0	14.4	3.8
13. 経胸壁心エコー図	11.3	35.3	35.9	10.7	6.8
14. 経食道心エコー図	0.6	5.6	25.4	45.4	22.9
15. 血液検査（血算、生化学）	93.7	4.1	2.2	0	0
16. 血液検査（凝固系）	83.8	9.4	5.9	0.8	0

(%)

- a. 来院後 24 時間以内に必ず行う
- b. 24 時間以降に行うこともあるが必ず行う
- c. 行うことが多い
- d. ほとんど行わない
- e. 行わない

	施設数	%
<b>6-5 抗血栓療法</b>		
原因精査を行った上で、24 時間以内に抗血小板療法もしくは抗凝固療法を開始する	323	65.4
原因精査を行った上で、24 時間以内かそれ以降に抗血小板療法もしくは抗凝固療法を開始する	81	16.4
とりあえず 24 時間以内に抗血小板療法を開始する	67	13.6
とりあえず 24 時間以内にヘパリン持続点滴を開始する	12	2.4
24 時間以内に抗血栓療法を開始することは少ない	12	2.4
抗血栓療法は行わない	2	0.4
その他	4	0.8
<b>6-6 非弁膜症性心房細動を認めた場合</b>		
ワルファリン内服を開始する (INR が目標値に達するまでヘパリン持続点滴を併用)	309	62.6
ワルファリン内服を開始する(ヘパリン持続点滴は併用しない)	158	32.0
抗血小板療法を開始する	14	2.8
抗血栓療法を行うことは少ない	4	0.8
抗血栓療法は行わない	3	0.6
その他	11	2.2
<b>6-7 TIA の責任病巣と思われる頸部内頸動脈の 70%以上狭窄を認めた場合の頸動脈内膜剥離術 (CEA)/頸動脈ステント術 (CAS)</b>		
早期 (2 週間以内など)に CEA/CAS を行う	76	15.4
待機的 (2 週間以降などに) CEA/CAS を行う	264	53.4
TIA を繰り返すなど病状が悪化する場合などは CEA/CAS を行う	135	27.3
CEA/CASD を行わず、内科的治療が中心となることが多い	24	4.9
その他	20	4.0

(資料 4)

TIA 入院例に関する  
多施設共同後ろ向き患者研究

調査票、Web 登録画面 (一部)

結果

結果報告スライド

TIA 後ろ向き研究調査票

登録対象: 発症後 7 日以内に入院した TIA 症例

登録対象基準 (以下の3つすべてを満たすこと)

- ✓ TIA (一過性黒内障を含む) 症例である  はい  いいえ  
\* 「TIA」の定義は「神経症状持続時間が 24 時間以内で、画像上の脳梗塞巣の有無は問わない」とする
- ✓ TIA 最終発作後 7 日以内の入院例である  はい  いいえ
- ✓ 2008 年 1 月 1 日～2009 年 12 月 31 日の間の入院例である  はい  いいえ

I. 基本情報

- 1. 施設番号 \_\_\_\_\_
- 2. 患者 ID (入力してもらおうが、アウトプットはされない)
- 3. 登録 ID (データ収集時に自動割り付け/例:施設番号-001)
- 4. 性別  男  女
- 5. 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

6. 発症前 mRS

- 0 全く障害なし
- 1 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害

7. 発症時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  不明

\* 分単位のみ不明な場合、分の欄は未記入で可

\* 時刻が不明の場合、下記から選択

- 0 時～7 時  7 時～12 時  12 時～20 時  20 時～24 時  起床時

8. 発症時間帯  安静時  活動時  就寝中  不明

9. 自覚症状

- a. 運動障害  顔面 (  右  左  両側  なし  不明 )  
 上肢 (  右  左  両側  なし  不明 )  
 下肢 (  右  左  両側  なし  不明 )
- b. 感覚障害  顔面 (  右  左  両側  なし  不明 )  
 上肢 (  右  左  両側  なし  不明 )  
 下肢 (  右  左  両側  なし  不明 )
- c. 言語障害  構音障害  無言  失語の可能性あり  
 その他( )  なし  不明

- d.視覚異常      右眼のみの異常    左眼のみの異常    両眼全盲  
右同名半盲      左同名半盲      複視  
その他(            ) なし                    不明
- e.その他      頭痛                    失神                    めまい                    ふらつき  
健忘                    四肢失調                不随意運動                嚙下障害  
drop attack          その他(            ) なし                    不明
10. 来院時刻      発症3時間未満      発症6時間未満      発症12時間未満  
発症24時間未満    発症24時間以降    不明
11. 来院方法  
救急搬送              自力で来院(自家用車など)              院内発症  
その他(                    )                    不明
12. 来院理由(複数回答可)  
以前より通院(自科・他科問わず)              他院からの紹介      院内他科からの紹介  
他院(入院中)から転院                              初診                    その他(                    ) 不明
- \* 他院もしくは他科からの紹介の場合、下記へ紹介医(複数回答可)を記入  
神経内科医          脳血管/脳卒中内科医              循環器科医              その他の内科医  
脳神経外科医      その他の外科医                              救急診療医              眼科医  
その他(                    )                              不明
- \* 他院もしくは他科からの紹介の場合、下記から前医受診から自施設受診までの時間を選択  
前医受診と同日    3日以内              1週間以内              不明
13. 初診医(自施設来院時)  
救急担当の医師    自診療科の医師      他診療科の医師      不明
14. 入院時刻      発症3時間未満      発症6時間未満      発症12時間未満  
発症24時間未満    発症24時間以降    不明
- 15.入院病棟(最初に入院した病棟)  
脳卒中専門病棟(SCU/SU など)              脳卒中専門以外の集中治療病棟(ICU など)              一般病棟  
その他(                    )                              不明
16. 脳卒中の家族歴      あり      なし      不明
17. 脳卒中の既往歴(TIAを除く、複数回答可)  
あり(脳梗塞)      あり(脳出血)      あり(くも膜下出血)  
あり(詳細不明)    なし      不明
18. 入院前 90 日以内の TIA 発症回数(今回を含む)  
 (            )回      複数回(回数をはっきりしない) 不明
19. 入院前 90 日以前の TIA 既往歴(複数回答可)  
あり(retinal)      あり(cerebral)      あり(詳細不明)      なし      不明



20. 危険因子・基礎疾患の既往歴(複数回答可)

- |  |                                  |                                 |                                       |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧                   | <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 脂質異常症  | <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患       |
| <input type="checkbox"/> 機械弁                   | <input type="checkbox"/> 心房細動    | <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(発症4週未満) |
| <input type="checkbox"/> 左房・左室内血栓              | <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症  | <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 | <input type="checkbox"/> 左室部分的無活動     |
| <input type="checkbox"/> 左房粘液種                 | <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤   | <input type="checkbox"/> もやもや病・類もやもや病 |
| <input type="checkbox"/> その他 TIA の原因となりうる疾患( ) |                                  | <input type="checkbox"/> なし     | <input type="checkbox"/> 不明           |

喫煙 吸わない 禁煙中 喫煙中 不明

\* 喫煙中の場合に以下から選択

- |                                   |                                    |                                    |                                   |                             |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 本以下/日 | <input type="checkbox"/> 11~20 本/日 | <input type="checkbox"/> 21~30 本/日 | <input type="checkbox"/> 31 本以上/日 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|

飲酒 飲まない 機会飲酒 飲酒習慣あり 不明

21. 発症前の治療

- |         |  |                                    |                                   |                                   |                             |                             |
|---------|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 抗血小板治療  | アスピリン(/day)                            | <input type="checkbox"/> 81/100 mg | <input type="checkbox"/> 200 mg   | <input type="checkbox"/> その他( mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
|         | クロピドグレル(/day)                          | <input type="checkbox"/> 50 mg     | <input type="checkbox"/> 75 mg    | <input type="checkbox"/> その他( mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
|         | シロスタゾール(/day)                          | <input type="checkbox"/> 100 mg    | <input type="checkbox"/> 200 mg   | <input type="checkbox"/> その他( mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
|         | チクロピジン(/day)                           | <input type="checkbox"/> 200 mg    | <input type="checkbox"/> 300 mg   | <input type="checkbox"/> その他( mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 抗凝固治療   | <input type="checkbox"/> ワルファリン        | <input type="checkbox"/> ヘパリン      | <input type="checkbox"/> その他( )   |                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 高血圧治療   | <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬         | <input type="checkbox"/> ARB       | <input type="checkbox"/> ACE-I    | <input type="checkbox"/> 利尿薬      |                             |                             |
|         | <input type="checkbox"/> $\beta$ ブロッカー | <input type="checkbox"/> その他( )    |                                   | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> 不明 |                             |
| 脂質異常症治療 | <input type="checkbox"/> スタチン          | <input type="checkbox"/> フィブラート    | <input type="checkbox"/> その他( )   |                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 糖尿病治療   | <input type="checkbox"/> インスリン         | <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬   | <input type="checkbox"/> その他( )   |                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 脳外科的治療  | <input type="checkbox"/> 頸動脈内膜剥離術      | <input type="checkbox"/> ステント留置術   | <input type="checkbox"/> 経皮的血管形成術 | <input type="checkbox"/> バイパス術    |                             |                             |
|         | <input type="checkbox"/> その他( )        |                                    | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> 不明       |                             |                             |

\* 脳外科治療にチェックがある場合、以下の項目を選択

- |        |                                 |                                 |                                |   |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| 治療血管部位 | <input type="checkbox"/> 右総頸動脈  | <input type="checkbox"/> 左総頸動脈  | <input type="checkbox"/> 右内頸動脈 | <input type="checkbox"/> 左内頸動脈                              |
|        | <input type="checkbox"/> 右中大脳動脈 | <input type="checkbox"/> 左中大脳動脈 | <input type="checkbox"/> 右椎骨動脈 | <input type="checkbox"/> 左椎骨動脈                              |
|        | <input type="checkbox"/> 脳底動脈   | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                | <input type="checkbox"/> 不明                                 |
| 施行日    | <input type="checkbox"/> 30 日以内 | <input type="checkbox"/> 1 年以内  | <input type="checkbox"/> 2 年以内 | <input type="checkbox"/> 2 年より前 <input type="checkbox"/> 不明 |

(今回の TIA の病巣と同側に脳外科治療を 30 日以内に行っている場合:治療が原因となった可能性があるため除外)

II. TIA の特徴

1. 来院時の症状の有無 あり なし 不明

2. 来院時 NIHSS \_\_\_\_\_ 不明

3. 所見

意識障害(JCS): 0 1-3 10-30 100-300 不明

注視障害: あり なし 不明

視野障害: あり なし 不明

顔面麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

上肢麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

下肢麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

失調: あり(右側) あり(左側) なし 不明

感覚障害: あり(右側) あり(左側) なし 不明

失語: あり なし 不明

構音障害: あり なし 不明

消去現象/無視: あり なし 不明

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 症状消失時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

\* 時間が不明の場合、以下から選択

症状持続時間 5分未満 5~10分 11~60分 61分以上 不明

5. ABCD<sup>2</sup>スコア(\* ABCD<sup>2</sup>スコアはすべて自動算出する)

Age 1点:60歳以上

Blood pressure 1点:収縮期 140 mmHg and/or 拡張期 90 mmHg 以上

Clinical features 1点:脱力を伴わない言語障害 2点:片側脱力

Duration 1点:10分~59分 2点:60分以上

Diabetes 1点:あり

合計 ( \_\_\_\_\_ 点) 不明

### III. 入院時所見/検査

#### 1. 入院時現症

身長 (            cm)      不明                      体重 (            kg)      不明  
 血圧 (    /    mmHg)      不明                      脈拍 (            bpm)      不明  
 BMI (自動算出)

#### 2. 血液検査                      \* a.b.ともに降圧・糖尿病治療の新たな介入前のデータのみ採用

##### a.入院当日のデータのみ採用する項目

WBC (            /mm <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> No data	Hb (            /dl) <input type="checkbox"/> No data
Ht (            %) <input type="checkbox"/> No data	Plts (            万/mm <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> No data
BUN (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data	Cr (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data
AST (            IU/L) <input type="checkbox"/> No data	ALT (            IU/L) <input type="checkbox"/> No data
γ-GTP (            IU/L) <input type="checkbox"/> No data	尿酸 (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data
PT-INR (            ) <input type="checkbox"/> No data	随時血糖値 (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data
CRP (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data	D-dimer (            UG/mL) <input type="checkbox"/> No data
BNP (            PG/mL) <input type="checkbox"/> No data	

##### b.発症時に最も近いデータを採用する項目

T-Chol (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data	LDL-Chol (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data
HDL-Chol (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data	TG (            mg/dL) <input type="checkbox"/> No data
HbA1c (            %) <input type="checkbox"/> No data	

#### 3. 画像検査

a.頭部 CT                                      施行                                      未施行                                      不明

\* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング(初回)	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内		
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明	
虚血病巣(新旧問わず)	<input type="checkbox"/> 単独の病巣あり	<input type="checkbox"/> 複数の病巣あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
今回の責任病巣の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	

b.頭部 MRI                                      施行                                      未施行                                      不明

\* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング(初回)	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内		
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明	
DWI 急性期脳梗塞病巣	<input type="checkbox"/> あり(単独)	<input type="checkbox"/> あり(複数)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
* あり(単独)の場合 病巣の大きさ	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 以上	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 未満	<input type="checkbox"/> 不明	
病巣の領域	<input type="checkbox"/> 右前方循環系	<input type="checkbox"/> 左前方循環系	<input type="checkbox"/> 後方循環系	<input type="checkbox"/> 不明
* あり(複数)の場合 最大の病巣の大きさ	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 以上	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 未満	<input type="checkbox"/> 不明	
病巣の領域(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右前方循環系	<input type="checkbox"/> 左前方循環系	<input type="checkbox"/> 後方循環系	<input type="checkbox"/> 不明

FLAIR/T2WI	上記 DWI 病巣と一致する高信号病巣	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	入院中のフォローアップ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

\* フォローアップありの場合は入院期間中で最新のものを採用することとし、以下に記入

施行のタイミング	発症から_____日後	<input type="checkbox"/> 不明
上記 DWI 病巣と一致する高信号病巣	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

c. 頭蓋外血管の評価

頸動脈超音波検査	<input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 未施行	<input type="checkbox"/> 不明
頸部 MR angiography	<input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 未施行	<input type="checkbox"/> 不明
頸部 CT angiography	<input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 未施行	<input type="checkbox"/> 不明

\* 上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

施行した全ての検査それぞれのタイミング	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内	
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明

右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 狭窄: Area( )% NASCET( )%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 狭窄: Area( )% NASCET( )%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明

d. 頭蓋内血管の評価

頭部 CT angiography	<input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 未施行	<input type="checkbox"/> 不明
頭部 MR angiography	<input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 未施行	<input type="checkbox"/> 不明

\* 上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

施行した全ての検査それぞれのタイミング	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内	
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明

右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
右前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
右後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
脳底動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明

e.脳血管造影検査  施行  未施行  不明

\* 施行していれば以下に記入

    施行のタイミング  発症6時間以内  発症12時間以内  
 発症24時間以内  発症24時間以降  不明

頭蓋外	右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄:Area(    )% NASCET(    )%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄:Area(    )% NASCET(    )%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
頭蓋内	右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	脳底動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄( <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明

\* 血管評価全体から下記を評価

責任血管病巣と判断した病変	<input type="checkbox"/> あり:部位(                    )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
動脈瘤の有無	<input type="checkbox"/> あり:部位(                    )大きさ(                    )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

f.SPECT  施行  未施行  不明

\* 施行していれば以下に記入

    施行のタイミング  発症6時間以内  発症12時間以内  
 発症24時間以内  発症24時間以降  不明

    Stage  所見なし  Stage I  Stage II  不明

g.経食道心臓超音波  施行  未施行  不明

\* 施行していれば以下に記入

<input type="checkbox"/> 所見なし	<input type="checkbox"/> PFO あり	<input type="checkbox"/> 心内血栓あり	<input type="checkbox"/> 大動脈病変あり	<input type="checkbox"/> 不明
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

#### IV. 治療

##### 1. 点滴

オザグレル Na	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
アルガトロバン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
ヘパリン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
エダラボン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明

##### 2. 内服

抗血小板治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加	<input type="checkbox"/> 薬剤変更	<input type="checkbox"/> 不明		
抗凝固治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加	<input type="checkbox"/> 薬剤変更	<input type="checkbox"/> 不明		
高血圧治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加	<input type="checkbox"/> 薬剤変更	<input type="checkbox"/> 不明		
脂質異常症治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加	<input type="checkbox"/> 薬剤変更	<input type="checkbox"/> 不明		
糖尿病治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加	<input type="checkbox"/> 薬剤変更	<input type="checkbox"/> 不明		

##### 3. 外科的治療

頸動脈内膜剥離術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
ステント留置術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
経皮的血管形成術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
バイパス術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
動脈瘤根治術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

\* 外科的治療にチェックがある場合、以下へ記入

施行時期	<input type="checkbox"/> 最終 TIA 発作後から_____日	<input type="checkbox"/> 不明		
治療血管部位 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右総頸動脈	<input type="checkbox"/> 左総頸動脈	<input type="checkbox"/> 右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 左内頸動脈
	<input type="checkbox"/> 右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 左中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 左椎骨動脈
	<input type="checkbox"/> 脳底動脈	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
CAS/PTA の場合: (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右総頸動脈	<input type="checkbox"/> 左総頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左内頸動脈
	<input type="checkbox"/> 頭蓋内右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋内左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 左中大脳動脈
	<input type="checkbox"/> 頭蓋外右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋内右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左椎骨動脈
	<input type="checkbox"/> 脳底動脈	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
血管選択理由	<input type="checkbox"/> TIA の責任血管であり、治療適応と判断した			
	<input type="checkbox"/> TIA の責任血管ではないが、治療適応と判断した			
	<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明			

V.入院中のイベント

1. TIA の再発 あり なし 不明  
ありの場合 \_\_\_\_\_時間後 \_\_\_\_\_日後  
詳細不明の場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
2. 脳卒中発症 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 なし 不明  
\* 上記のうち一つ以上が有りの場合それぞれに対し以下に記入  
発症のタイミング \_\_\_\_\_時間後 \_\_\_\_\_日後  
詳細不明の場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明  
\* 脳梗塞である場合は以下にも記入  
脳梗塞病型: ラクナ梗塞 心原性脳塞栓症 アテローム血栓性脳梗塞  
その他の脳梗塞 原因不明の脳梗塞 不明
3. 脳卒中以外の出血性疾患 あり( ) なし 不明  
ありの場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
4. 脳卒中以外の塞栓症: あり( ) なし 不明  
ありの場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
- 5.虚血性心疾患 あり(急性心筋梗塞) あり(狭心症) なし 不明

VI.併存症(入院後初めて診断されたものに限定。入院前からの既往疾患は I-20 に記入)

1. 心疾患

- 心房細動 僧帽弁狭窄症 左房・左室内血栓 拡張型心筋症  
洞不全症候群 左室部分的無活動 左房粘液種 感染性心内膜炎  
その他( ) なし 不明

根拠となった検査(複数回答可): 経胸壁心臓超音波 経食道心臓超音波 12誘導心電図  
Holter 心電図 その他( ) 不明

2. その他脳梗塞/TIA の原因となる疾患:( ) なし 不明

VII. 退院時の情報

1. 在院日数 \_\_\_\_\_ (入院日と退院日を入力すると自動計算される) \_\_\_\_\_ 日

2. 退院時 NIHSS \_\_\_\_\_  不明

3. 入院 30 日目 (退院が 30 日以内の時は退院時) の mRS

- 0 全く障害なし
- 1 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害
- 6 死亡


4. 退院時治療

抗血小板治療	アスピリン(/day)	<input type="checkbox"/> 81/100 mg	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> その他( mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	クロピドグレル(/day)	<input type="checkbox"/> 50 mg	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> その他( mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	シロスタゾール(/day)	<input type="checkbox"/> 100 mg	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> その他( mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	チクロピジン(/day)	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> 300 mg	<input type="checkbox"/> その他( mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
抗凝固治療	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ヘパリン	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
高血圧治療	<input type="checkbox"/> Ca 拮抗薬	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ACE-I	<input type="checkbox"/> 利尿薬		
	<input type="checkbox"/> β ブロッカー	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
脂質異常症治療	<input type="checkbox"/> スタチン	<input type="checkbox"/> フィブラート	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
糖尿病治療	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	



IDとPassを入力し、ログインしてください。

ID	<input type="text"/>
Pass	<input type="password"/>
<input type="button" value="ログイン"/>	



当システムでは暗号化(SSL)による通信を行います。  
当サイトはジオトラストのサーバ認証を取得しています。

ID:tia20

施設名:国立循環器病研究センター

[ログアウト](#)

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 メインメニュー ◇◇◇

**調査票 新規登録**

↑あなたに登録するとき

**調査票 登録一覧**

↑登録済み調査票の一覧表示 内容確認及び変更するとき

**お知らせ****【入力期間】**

6月11日(金)までに入力をお願いします。

**【データセンターからのお願い】**

長時間放置されると、画面の接続が切れますので、1時間以上離席される際は、入力途中のデータを必ず保存して、メニューへ戻ってください。

## ◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

[登録一覧表へ](#)[前頁](#)[次頁 >>](#)[登録](#)

I. 基本情報 6-8	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
		2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男

## 6. 発症前 mRS

- 0 全く障害なし  
 1 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能  
 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能  
 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能  
 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要  
 5 高度の障害

## 7. 発症時刻

 時     分     不明

\*分単位のみ不明な場合、分の欄は未記入で可

\*時刻が不明の場合、下記から選択

0時～7時    7時～12時    12時～20時    20時～24時    起床時

## 8. 発症時間帯

 安静時     活動時     就寝中     不明

## ◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

[登録一覧表へ](#)[前頁](#)[次頁 >>](#)[登録](#)

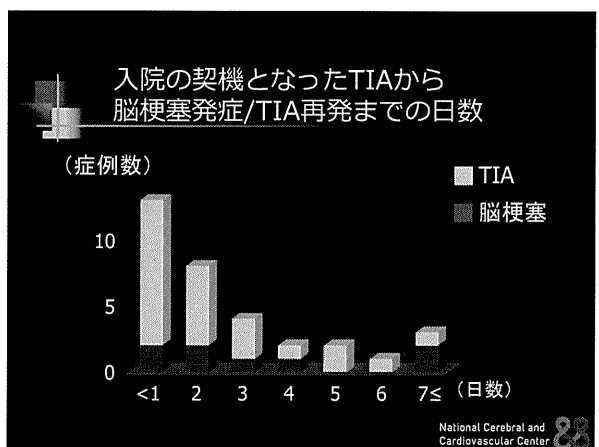
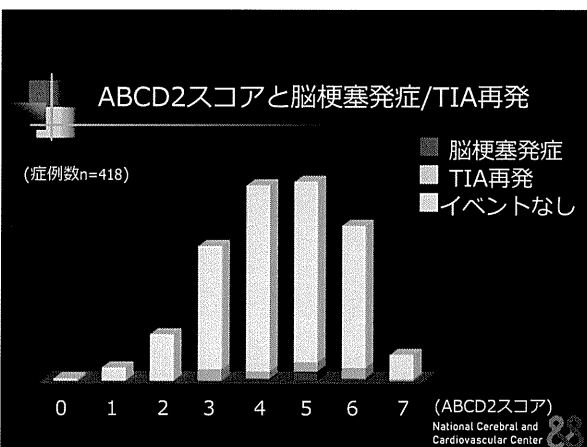
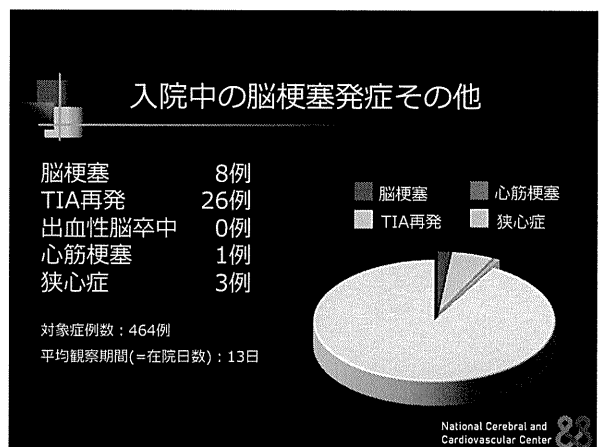
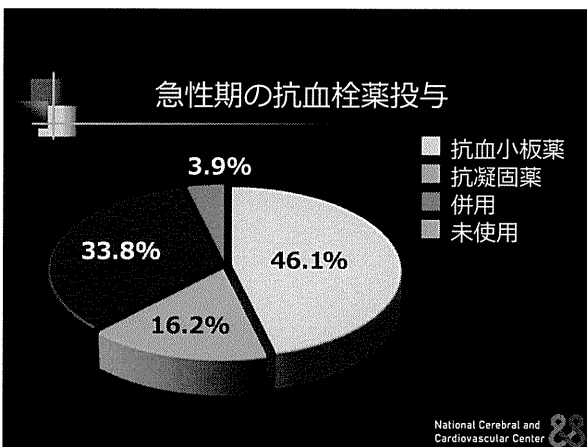
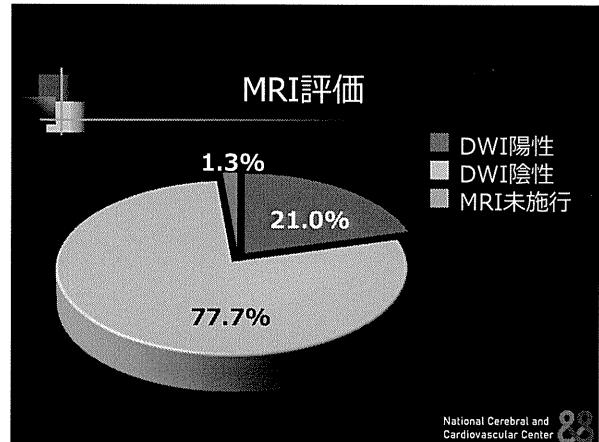
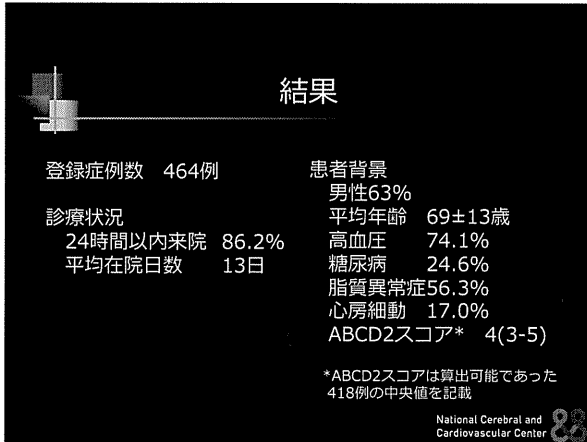
登録対象基準確認	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
		2010/04/05	20		-	

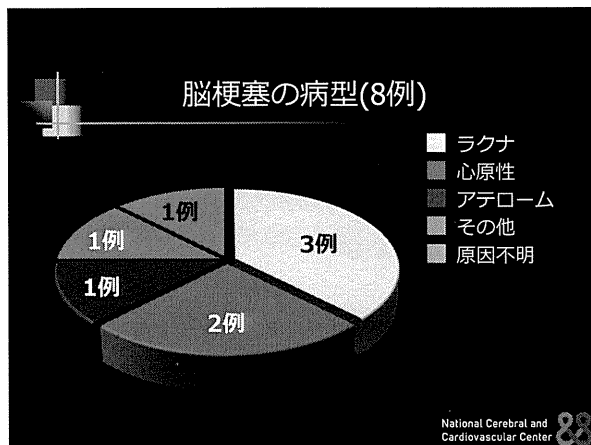
登録対象: 発症後7日以内に入院したTIA症例

## 登録対象基準

(以下の3つすべてを満たすこと)

1. TIA(一過性黒内障を含む)症例である *「TIA」の定義は「神経症状持続時間が24時間以内で、画像上の脳梗塞巣の有無は問わない」とする	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
2. TIA最終発作後7日以内の入院例である	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
3. 2008年1月1日～2009年12月31日の間の入院例である	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ





### 脳梗塞発症/TIA再発あり(=イベント群)となし(=非イベント群)の比較

	イベント群(n=34)	非イベント群(n=430)	P value
高血圧	30 (88.2%)	314 (73.0%)	0.034*
糖尿病	10 (29.4%)	104 (24.2%)	0.504
脂質異常症	24 (70.6%)	237 (55.1%)	0.075
心房細動	5 (14.8%)	74 (17.2%)	0.719
喫煙	9 (26.5%)	113 (27.8%)	0.864
一過性黒内障	1 (2.9%)	13 (3.0%)	0.978
言語障害	12 (35.3%)	181 (42.1%)	0.435
感覚障害	9 (26.5%)	129 (30.0%)	0.661
片麻痺	27 (79.4%)	264 (61.4%)	0.029*
主幹脳動脈病変	16 (47.1%)	136 (35.4%)	0.183
DWI陽性所見	13 (38.2%)	83 (19.6%)	0.017*

\*p<0.05

### 脳梗塞発症/TIA再発に寄与する因子の検討 (多変量解析\*)

	OR (95% CI)	P value
高血圧	3.41 (1.23 - 12.3)	0.016
片麻痺	2.30 (1.02 - 5.88)	0.045
DWI陽性所見	2.49 (1.15 - 5.25)	0.022

\*変数減少法

National Cerebral and Cardiovascular Center