

②-3出生時所見

合併奇形・染色体異常	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 (=Isolated症例 注②) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有(軽症のみ) (=Isolated症例 注②) → 内容は(1)欄↓へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 有(重篤なもの) (=Isolated症例 注②) → 内容は(2)欄↓へ
(1)軽度の合併奇形等 (複数選択)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 軽症の心奇形(血行動態に影響を及ぼさないVSD、ASD、PDAなど) 内容 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 生命予後に影響を与えない他の奇形 内容 <input type="text"/>
(2)重篤な合併奇形等 (複数選択)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 染色体異常 内容 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 重篤な心奇形 内容 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 重篤な中枢神経異常 内容 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 他の重篤な合併奇形 内容 <input type="text"/>
基本的な治療方針	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 積極的に治療した <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 緩和的、または制限的治療を行った 注③

注② Isolated症例の定義: 重篤な心奇形(血行動態に影響を及ぼさないVSD、ASD、PDAを除く)、染色体異常、手術を行わなければ死亡する先天奇形、その他生命予後に重大な影響を及ぼす奇形、等を伴わない症例

注③ 緩和的治療・制限的治療の定義: 合併奇形や染色体異常による極めて不良な生命予後のために、両親と話し合って治療初期段階から治療に一定の制限を設けたもの(例: 手術は行わない、人工呼吸は行わないなど)。極度の肺低形成のためにECMOの適用外としたような場合は、制限的治療に含めない。

心臓超音波所見

心臓超音波実施	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未実施 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
検査の施行時期	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 出生後24時間未満 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 出生後24時間以降 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
動脈管のシャント方向	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 左→右 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 右→左 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> シャントなし <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
心房内のシャント方向	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 左→右 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 右→左 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> シャントなし <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明

③治療的介入

study-ID  
(記載不要)

施設内管理番号(記載不要)	—
---------------	---

出生前診断例では生後24時間以内 出生後診断例では入院後24時間以内の 挿管・人工呼吸管理	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未実施	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
人工呼吸管理の開始日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
人工呼吸管理の終了日 (一時中断を除く)	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 継続中
生後30日までの再挿管の回数	<input type="text"/> 回 (事故抜管によるものを除く)		

ECMO施行	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未実施	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
--------	--	---	--

HFO施行	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未実施	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
-------	--	---	--

NO投与	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 投与	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未投与	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
NO投与開始日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	最高濃度	<input type="text"/> . <input type="text"/> ppm
NO投与終了日(一時中断を除く)	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 継続中	

酸素投与	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 投与	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未投与	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
酸素投与開始日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
酸素投与終了日(一時中断を除く)	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 継続中

気管切開の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
---------	---	---	--

薬剤投与の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
投与薬剤 (複数選択)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> サーフアクトant	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ドーパミン	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ドブタミン
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ミルリノン	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ミスロロール	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> PGE1(パルクス等)
	<input type="checkbox"/> <sup>7</sup> PGI2(プロスタサイクリン)	<input type="checkbox"/> <sup>8</sup> ステロイド	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> シルденаフィル(バイアグラ・レパチオ)
	<input type="checkbox"/> <sup>#</sup> その他	<input type="text"/>	

④出生後30日所見

study-ID  
(記載不要)

施設内管理番号(記載不要)

観察日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 軽快退院 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 入院中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 転院 <input type="text"/> 理由 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 死亡 ⇒ ⑥合併症報告へ
体重	<input type="text"/> g
呼吸補助	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 酸素投与 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 人工呼吸器(CPAP含む) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気管切開 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
経口以外の栄養摂取	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 経管栄養(医瘦含む) <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
肺血管拡張剤使用	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
観察日までの合併症	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑥合併症報告へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
外科手術の実施	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施 ⇒ ⑤手術実施へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 未実施 ⇒ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 病変消失 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 手術待機 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経過観察

⑤手術実施

study-ID  
記載不要

施設内管理番号	—	1
---------	---	---

手術を2回以上実施した場合はこの用紙をコピーしてお使いください。

手術適用	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経口摂取不可 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>		
手術実施日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 開胸 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 鏡視下 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> その他 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
罹患肺葉 (複数選択)	右	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 上 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 下 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	
	左	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 上 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 下	
術式	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 肺切除 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 肺葉切除 1 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 肺葉切除 2 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 区域切除 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 嚢胞開窓 <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 流入気管支結紮 <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>		
術中合併症	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑥合併症報告へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
術後合併症	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑥合併症報告へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
Comments			

術後(1週間前後の)安定期 血液ガス

挿管・人工呼吸管理	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
血液ガス	測定日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 未測定	
	pH	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	PaO <sub>2</sub> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
	PaCO <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	SaO <sub>2</sub> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
	酸素投与の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	
	FiO <sub>2</sub>	<input type="text"/> % <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	

⑥-1合併症報告

study-ID  
記載不要

合併症1つにつき1枚を記入してください。足りない場合はこの用紙をコピーしてご利用ください。

施設内管理番号	—			1
合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 肺炎 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 気胸 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 嚢胞遺残			
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 胸郭変形 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 呼吸不全(慢性的、不可逆性のもの) <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 敗血症			
	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 聴力検査異常 (スクリーニング含 み) <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 治療を要した乳び胸、または胸水			
	<input type="checkbox"/> <sup>7</sup> その他	<input type="text"/>		
中枢神経障害	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> IVH(脳室内出血) <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PVL(脳室周囲白質軟化症) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 水頭症			
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 低酸素性脳症 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 痙攣			
	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> その他	<input type="text"/>		
発現日または 発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	年齢	歳 (自動計算)	
体重	<input type="text"/> g <input type="checkbox"/> 未測定			
身長	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> 未測定			
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復			
	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
転帰死亡の場合 死亡理由詳細	<input type="text"/>			
転帰死亡の場合 病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
Comments	<input type="text"/>			

⑥-2合併症報告

study-ID

合併症1つにつき1枚を記入してください。足りない場合はこの用紙をコピーしてご利用ください。

施設内管理番号	—			2
合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 肺炎 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 気胸 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 嚢胞遺残			
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 胸郭変形 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 呼吸不全(慢性的、不可逆性のもの) <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 敗血症			
	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 聴力検査異常 (スクリーニング含 み) <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 治療を要した乳び胸、または胸水			
	<input type="checkbox"/> <sup>7</sup> その他 <input type="text"/>			
中枢神経障害	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> IVH(脳室内出血) <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PVL(脳室周囲白質軟化症) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 水頭症			
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 低酸素性脳症 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 痙攣			
	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> その他 <input type="text"/>			
発現日または 発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	年齢	歳 (自動計算)	
体重	<input type="text"/> g <input type="checkbox"/> 未測定			
身長	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> 未測定			
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復			
	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
転帰死亡の場合 死亡理由詳細				
転帰死亡の場合 病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
Comments				

⑦病理標本所見	施設用
---------	-----

study-ID 記載不要	
------------------	--

施設内管理番号 (記載不要)					
判定日		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
区域気管支の閉塞		<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
気管支と肺血管の関係					
肺動脈走行異常		<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
疾患名		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CCAM <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 肺葉内肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 肺葉外肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 気管支閉鎖症 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 気管支原性嚢胞 <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 肺葉性肺気腫 <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Bulla <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Breb <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> その他 <input type="text"/>			
Stoker分類	CCAM	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> I型 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> II型 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> III型 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
	GPCM	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 0型 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 1型 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 2型 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 3型 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 4型 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
Comments					
中央判定への同意取得		<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ↓ 同意取得日へ			
同意取得日		20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			

③-1 年長児発見例

study-ID  
記載不要

診断時

施設内管理番号 (記載不要)	—		
生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	身長	<input type="text"/> cm
性別	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 男 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 女	体重	<input type="text"/> kg
疾患名	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CCAM <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 肺葉内肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 肺葉外肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 気管支閉鎖症 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 気管支原性嚢胞 <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 肺葉性肺気腫 <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Bulla <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Breb <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> その他 <input type="text"/>		
症状の発現日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	年齢	歳 (自動計算)
最初の症状 (複数選択)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 咳嗽 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 喀痰 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 発熱 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 胸痛 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 咯血 <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> その他 <input type="text"/>		
患側	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 左 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 右 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 両側		
感染の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		

出生時所見 [②-1出生時所見 で記載済の場合は不要です(斜線を引いてください)]

在胎週齢	在胎 <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	出生時体重	<input type="text"/> g <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
出生前診断	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有(出生前は他院でフォロー) <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 有(出生前は自院でフォロー)		
分娩様式	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 自然経膈分娩 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 計画経膈分娩(誘発分娩) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 予定帝王切開 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 緊急帝王切開 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
帝王切開の理由	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 先天性嚢胞性肺疾患のため <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 胎児機能不全(fetal distress) <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 母体理由 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> その他 <input type="text"/>		
帝王切開時の陣痛	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明		
Apegar Score	1分	5分	
スコア	<input type="text"/> 点 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	<input type="text"/> 点 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明	
挿管の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	

⑧-2年長児発見例

画像情報

画像情報の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
画像種類 (複数選択)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 単純X線	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 胸部CT	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気管支造影
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 気管支ファイバー	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 血管造影	
罹患肺葉 (複数選択)	右 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 上	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 中	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 下
	左 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 上	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 下	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
herniation (注①)の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
嚢胞の形態	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Macrocytic	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Microcystic (嚢胞が肉眼的にみえないもの)	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
嚢胞のサイズ	最大径 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 未測定	
周囲浸潤影	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
分葉不全	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
分岐異常	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
気管支閉鎖	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
異常血管	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
⇒有を選択した場合、 そのorigin	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 胸部大動脈	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 腹部大動脈	
	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> その他	<input type="text"/>	
気管支動脈の増生	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
気腫像	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明

→ ⑤手術実施へ

注① herniation の定義: 嚢胞性病変の側の肺が縦隔を越えて対側肺に嵌入していることを指す

study-ID  
記載不要

⑨-1肺機能検査

実施した肺機能検査は肺完成時まで全て記載してください。用紙が足りない場合はコピーしてお使いください。

施設内管理番号	—			1
検査日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		年齢	歳 (自動計算)
身長	<input type="text"/> cm <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	体重	<input type="text"/> kg <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	
VC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FVC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
FEV1	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FEV1/FVC(1秒率)	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
%VC	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定			
換気血流シンチ実施	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
換気血流シンチ	右	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	左	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明
Comments				
生後30日報告時、または前の肺機能報告時記載時に手術未実施の場合				
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 手術実施→②年長児発見例へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 手術待機中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経過観察中 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 病変消失				

⑨-2肺機能検査

実施した肺機能検査は全て記載してください。用紙が足りない場合はコピーしてお使いください。

施設内管理番号	—			2
検査日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		年齢	歳 (自動計算)
身長	<input type="text"/> cm <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	体重	<input type="text"/> kg <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	
VC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FVC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
FEV1	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FEV1/FVC(1秒率)	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
%VC	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定			
換気血流シンチ実施	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
換気血流シンチ	右	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	左	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明
Comments				
生後30日報告時、または 前の肺機能報告時記載時に 手術未実施の場合				
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 手術実施→②年長児発見例へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 手術待機中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経過観察中 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 病変消失				

⑨-3肺機能検査

実施した肺機能検査は全て記載してください。用紙が足りない場合はコピーしてお使いください。

施設内管理番号	—			3
検査日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			年齢 <span style="float:right">歳 (自動計算)</span>
身長	<input type="text"/> cm <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	体重	<input type="text"/> kg <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	
VC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FVC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
FEV1	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FEV1/FVC(1秒率)	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
%VC	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定			
換気血流シンチ実施	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
換気血流シンチ	右	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	左	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明
Comments				
生後30日報告時、 または 前の肺機能報告時記載時に 手術未実施の場合	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 手術実施→②年長児発見例へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 手術待機中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経過観察中 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 病変消失			

⑨-4肺機能検査

実施した肺機能検査は全て記載してください。用紙が足りない場合はコピーしてお使いください。

施設内管理番号	—			4
検査日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		年齢	歳 (自動計算)
身長	<input type="text"/> cm <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	体重	<input type="text"/> kg <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	
VC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FVC	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
FEV1	<input type="text"/> ml <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	FEV1/FVC(1秒率)	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定	
%VC	<input type="text"/> % <input type="text"/> <sup>9</sup> 未測定			
換気血流シンチ実施	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
換気血流シンチ	右	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明	左	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>9</sup> 不明
Comments				
生後30日報告時、 または 前の肺機能報告時記載時に 手術未実施の場合		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 手術実施→②年長児発見例へ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 手術待機中 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 経過観察中 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 病変消失		

⑩-1 遠隔期合併症

study-ID  
記載不要

施設内管理番号	-		
遠隔期合併症の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有⇒下記、合併症報告へ	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
有無を確認した最終の受診日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	年齢	歳 (自動計算)
身長	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 未測定	体重	<input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 未測定

合併症1つにつき1つの枠内を記入してください。足りない場合は次の⑩-2の用紙をコピーしてご利用ください。

合併症報告1

1

遠隔期合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 胸郭変形	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 嚢胞遺残	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気胸	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> がん化	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> その他 <input type="text"/>		
発現日 または発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
遠隔期合併症による手術の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑤手術実施へ	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明				
転帰死亡の場合病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明				
Comments							

合併症報告2

2

遠隔期合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 胸郭変形	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 嚢胞遺残	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気胸	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> がん化	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> その他 <input type="text"/>		
発現日 または発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
遠隔期合併症による手術の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑤手術実施へ	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明				
転帰死亡の場合病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ	<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明				
Comments							

⑩-2遠隔期合併症

施設内管理番号	-
---------	---

合併症1つにつき1つの枠内を記入してください。足りない場合はこの用紙をコピーしてご利用ください。

合併症報告3

3

遠隔期合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 胸郭変形 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 嚢胞遺残 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気胸 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> がん化 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> その他 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
発現日 または発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
遠隔期合併症による 手術の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑤手術実施へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰死亡の場合 病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
Comments	

合併症報告4

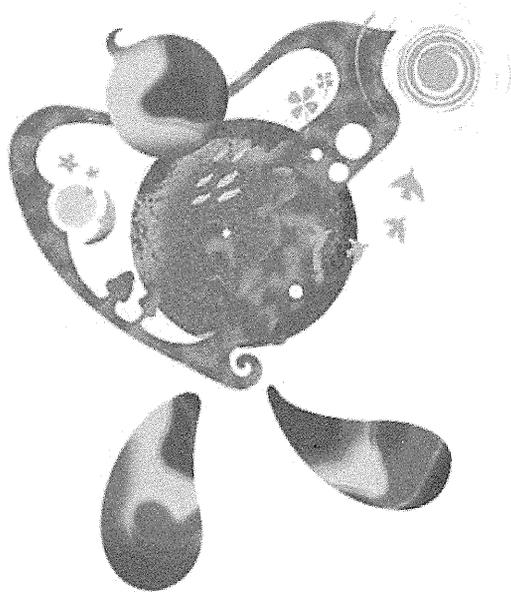
4

遠隔期合併症	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 胸郭変形 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 嚢胞遺残 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 気胸 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> がん化 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> その他 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
発現日 または発現を確認した日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
転帰	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 後遺症なし <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 治癒 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 軽快 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 未回復 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 後遺症あり <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 死亡 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
遠隔期合併症による 手術の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑤手術実施へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
転帰死亡の場合 病理標本の有無	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 ⇒ ⑦病理標本所見へ <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明
Comments	

⑦病理標本所見	中央判定用
---------	-------

study-ID	
----------	--

施設内管理番号		—			
判定日		20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
区域気管支の閉塞		<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
気管支と肺血管の関係					
肺動脈走行異常		<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
疾患名		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CCAM <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 肺葉内肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 肺葉外肺分画症 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 気管支閉鎖症 <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> 気管支原性嚢胞 <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> 肺葉性肺気腫 <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Bulla <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Breb <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> その他 <input type="text"/>			
Stoker分類	CCAM	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> I型 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> II型 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> III型 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
	CPCM	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 0型 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 1型 <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> 2型 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> 3型 <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> 4型 <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> 不明			
Comments					



## 胎児胸水に関する全国実態調査

研究分担者（責任者）左合 治彦 国立成育医療研究センター 周産期センター長

### 研究要旨

【研究目的】：胎児診断された胎児胸水についての治療実態と自然歴を明らかにし、罹患胎児を可能な限り救命するための集学的治療指針を作成することである。

【研究方法】：出生前診断された胎児胸水について、日本における症例数と予後に関する調査を国内の周産期センターを対象として実施した。調査対象施設は日本周産期・新生児医学会の母体・胎児研修施設のうち、基幹施設の合計 169 施設、調査期間は 2007 年 1 月 1 日から 2011 年 12 月 31 日の 5 年間とした。

【結果と考察】：合計143 施設から回答を得ることができた（回収率84.6%）その結果、合計531例の症例が集積された。内訳は原発性胎児胸水が408例、ダウン症候群による続発性胸水が103例、肺分画症による続発性胸水が20例であった。胎児治療を行った症例は胸腔穿刺が164例、胎児胸腔－羊水腔シャント術が105例に実施されていた。

【結論】：胎児診断された胎児胸水の症例数と予後に関する全国調査を実施した。この結果をもとに調査票を用いた二次調査を予定している。

### 胎児胸水研究グループ

#### 研究分担者：

石井 桂介  
大阪府立母保健総合医療センター  
産科副部長  
松岡 健太郎  
国立成育医療研究センター  
病理診断科医長

#### 研究協力者：

高橋 雄一郎  
国立病院機構長良医療センター  
産科医長  
湯元 康夫  
九州大学産婦人科 助教  
和田 誠司  
国立成育医療研究センター  
周産期センター 胎児診療科医長

### A. 研究目的

胎児胸水症は全妊娠の 1/12,000 の頻度と報告されている。自然寛解する症例は予後良好であるが、重症例では胸腔内圧上昇による循環不全から胎児水腫に進行する症例や、長期間の胸水による圧迫から肺低形成を来たし出生後の呼吸不全に陥るなどの予後不良の症例が存在する。それらの重症例に対しては胸腔穿刺により胸水を除去し圧迫を解除することが行われるが、すぐに再貯留することも多いため頻回の穿刺を必要とされる。そこで超音波ガイド下に胎児の胸腔にカテーテルを挿入する胎児胸腔－羊水腔シャント

術が有効との報告も散見される。特に乳糜胸と呼ばれる原発性胎児胸水と肺分画症やダウン症候群に伴う続発性胎児胸水にはそれらの胎児治療が有効な症例が多いと考えられている。

我が国では報告されている胎児胸水の症例数は未だ少なく、疾患の自然歴、重症度別の予後や胎児治療の有効性、出生後の治療法などに関する多症例での報告は存在しないため、それらの精確な実態は不明である。

本研究の目的は、国内の主要施設で出生前から診断された胎児胸水の症例についての実態を調査することで、今後の胎児治療の適応や治療指針を定める基盤となる情報を集積し、患児を救命するための集学的治療指針を作成することである（資料1）。

## B. 研究方法

1) 一次調査：出生前診断された胎児胸水について、日本における全症例数と胎児治療が実施された症例数、予後に関する調査を国内の周産期センターを対象として実施した。調査対象施設は日本周産期・新生児医学会の母体・胎児研修施設のうち、基幹施設の合計169施設、調査期間は2007年1月1日から2011年12月31日の5年間とした（資料2）。

2) 二次調査：1)の調査で同意の得られた施設を対象に、二次調査票を用いた最近5年間の後方視的観察研究を行う。胎児期の経過（発症妊娠週数、両側性か片側性か、胎児水腫の有無、羊水過多の有無、病態の自然歴）、胎児治療（胸腔穿刺、胸腔-羊水腔

シャント）の実施状況による生命予後、出生後の呼吸管理法について検討する（資料3）。

国立成育医療研究センターの倫理委員会への審査・承認を経て分担研究者の所属施設で倫理委員会への申請も終了しており、今年度内に発送の予定である。

## C. 研究結果

### 1) 一次調査

合計143施設から回答を得ることができた（回収率84.6%）その結果、合計531例の症例が集積された。内訳は原発性胎児胸水が408例、ダウン症候群による続発性胸水が103例、肺分画症による続発性胸水が20例であった。胎児治療を行った症例は胸腔穿刺が164例、胎児胸腔-羊水腔シャント術が105例に実施されていた。

### 2) 二次調査

二次調査票は別資料になり今年度中の登録開始を予定している。

巻末に一次調査のアンケート用紙と二次調査の症例登録票を資料として添付する（資料2、資料3）。

## D. 考察

### 1) 胎児胸水について

胎児胸水は原発性と続発性に分類され原発性胸水は乳糜胸ともいわれリンパ管の還流障害が原因とされている。続発性胸水には様々な原因があるがダウン症候群や気管支分画症は頻度も比較的多く、胎児治療が有効な症例も存在する。胎児胸水の発生頻

度は12000出生に1例とされており、本邦では年間80-90例の患児が誕生する計算になる。胎児水腫に進行した場合は予後不良の症例も多いが、胎児治療が有効な症例も存在する。

## 2) 一次調査

胎児診断された胎児胸水に関する全国一次調査の結果、最近5年間の症例531例について明らかになった。原発性胎児胸水が408例、ダウン症候群による続発性胸水が103例、肺分画症による続発性胸水が20例であった。胎児治療を行った症例は胸腔穿刺が164例、胎児胸腔-羊水腔シャント術が105例に実施されていた。しかし胎児治療の有効な症例、無効症例の発症時期やその重症度などの傾向が明らかになっていない。また、予後良好例であっても胸水による肺低形成を来し、出生後に重症な呼吸障害を来している症例の存在も推測され、二次調査により詳細な臨床データを得て分析する必要があると思われる。

## E. 結論

胎児診断された胎児胸水の症例数と予後に関する全国調査を実施した。この結果をもとに調査票を用いた二次調査を予定している。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Usui N, Kitano Y, Sago H, Kanamori Y, Yoneda A, Nakamura T, Nosaka S, Saito M, Taguchi T: Outcomes of prenatally diagnosed sacrococcygeal teratomas: the results of a Japanese nationwide survey. J Pediatr Surg. 2012 ; 47(3) : 441-447.
- 2) Matsuoka K, Hayashi S, Urano F, Zhu LJ, Okita H, Sago H, Nakazawa A: Squamous metaplasia in the cyst epithelium of type 1 congenital pulmonary airway malformation after thoracoamniotic shunt placement. Hum Pathol. 2012 ; 43(9) : 1413-7.
- 3) Takahashi Y, Kawabata I, Sumie M, Nakata M, Ishii K, Murakoshi T, Katsuragi S, Ikeda T, Saito M, Kawamoto H, Hayashi S, Sago H: Thoracoamniotic shunting for fetal pleural effusions using a double-basket shunt. Prenat Diagn. 2012 ; 32(13) : 1282-7.
- 4) 和田誠司, 杉林里佳, 住江正大, 左合治彦: 【出生前診断の新しいトレンド】出生前診断の方法と意義 超音波検査 中期・後期の検査. 臨床婦人科産科 2012 ; 66(12) : 1080-1087.
- 5) 高橋雄一郎, 川鱈市郎, 左合治彦: 重症胎児胸水に対する胸腔 羊水腔シャント術の治療効果と安全性に関する臨床使用確認試験の概要. 産婦人科の実際 2012 ; 61(10) : 1519-1525.

### 2. 学会発表

- 1) 住江正大, 三輪照未, 黒田くみ子, 上出泰山, 小川浩平, 青木宏明, 江川真希子, 林 聡, 北川道弘, 左合治彦: 胎児 CPAM (congenital pulmonary airway malformation) の出生前所見と病理組織診断に関する検討. 第64回日本産科婦人科学会学術講演会, 神戸, 2012. 4. 13