

# 胆道閉鎖症全国登録票：初回登録用

施設名：

\*

患者登録ID：

\*

生年月日： 年 月 日

郵便番号 □□□□—□□□□□□

## 1) 妊娠歴・家族歴

・父親年齢 □□歳 □不明 母親年齢 □□歳 □不明

・妊娠病歴（ありのときのみ記入）

発熱発疹疾患 [ ]

薬剤服用 [ ]

その他 [ ]

・家族歴

胆道閉鎖症 □父 □母 □同胞 □その他

胆道拡張症 □父 □母 □同胞 □その他

肝炎 □父 □母 □同胞 □その他

その他 □父 □母 □同胞 □その他

具体的に [ ]

## 2) 周生期歴

・第□□子 □不明

□単胎 □双胎以上（ 卵生 胎の第□子） □不明

・性別 □男 □女 □不明

・出生体重 □□□g □不明

・在胎週数 □□週 □不明

・染色体異常 □あり □なし □不明

（詳細： ）

・胎便色 □正常 □異常 □不明

・黄色便の有無 □あり □なし □不明

ありの時 □□週まで

・新生児黄疸 □あり □なし □不明

・光線療法 □あり □なし □不明

・病的出血 □あり □なし □不明 生後 □□日

□頭蓋内 □消化管 □皮下

□その他（ ）

## 3) 診断

・初診日（貴施設） □□□年□□月□□日

・入院日（貴施設） □□□年□□月□□日

・出生前診断の有無 □あり □なし □不明

・胆道閉鎖症スクリーニングの有無

（注）ここでのスクリーニングとは、胆道閉鎖症発見のために、ある集団に対して実施されている検査を指す

□あり □なし □不明

スクリーニングありの場合

□便色カード

□尿中硫酸抱合型胆汁酸

□直接ビリルビン

□その他

・便色カード

生後1ヶ月より前

観察日 □□□年□□月□□日

判定者 □家族 □医療従事者 □その他

便色番号 □1 □2 □3 □4 □5 □6

□7 □不明

生後1ヶ月

観察日 □□□年□□月□□日

判定者 □家族 □医療従事者 □その他

便色番号 □1 □2 □3 □4 □5 □6

□7 □不明

（便色カードつづき）

生後1ヶ月より後

観察日 □□□年□□月□□日

判定者 □家族 □医療従事者 □その他

便色番号 □1 □2 □3 □4 □5 □6

□7 □不明

・尿中硫酸抱合型胆汁酸

検査日 □□□年□□月□□日

□異常あり □正常 □不明

・直接ビリルビン

検査日 □□□年□□月□□日

□異常あり □正常 □不明

・その他の検査は下記に具体的に記入

・入院時便色 □黄色 □淡黄色 □灰白便 □不明

・入院時便色番号 □1 □2 □3 □4 □5 □6

□7 □不明

・入院時凝固検査

（注）入院前にビタミンK静注による補正がされている場合には補正前の

検査日と検査値を記入

検査日 □□□年□□月□□日

PT% □□□% □不明

PT-INR □□□ □不明

・手術直前の血清総ビリルビン値 □□□.□□ mg/dl □不明

・手術直前の血清直接ビリルビン値 □□□.□□ mg/dl □不明

・施行した特殊診断法（いくつでも）

□血清 Lp-x □スコアテスト □超音波検査

□ERCP □血清胆汁酸 □経皮肝生検

□十二指腸液検査 □肝胆道シンチ

□その他（ ）

・直接胆道造影について

胆道造影の実施 □あり □なし □不明

（注）胆道造影の実施については造影検査の成否に関わらず、実施を試みた場合には「あり」を選択

・合併症の有無

(1)関連合併奇形

□多脾 □副脾 □無脾

□十二指腸前門脈 □内臓逆位症

(2)その他の合併奇形

（ ）

## 4) 初回手術ならびにその所見

・手術施行 □あり □なし □不明

なしの場合は設問9) 最終転帰へ

・初回手術内容

□胆汁流出を図る術式 □肝移植 □試験開腹術 □不明

・手術日 □□□年□□月□□日

（胆汁流出を図る術式の場合に記入）

内視鏡企図例ですか □はい □いいえ □不明

（造影のみの場合は「いいえ」）

・基本胆汁流出路

□肝管 □肝門部 □その他（ ） □不明

・胆道再建法

□単純 Roux-Y 吻合

脚の長さ（単純 Roux-Y 吻合の時に記載）

□20cm未満 □20cm以上40cm未満

□40cm以上60cm未満 □60cm以上（ ）cm □不明

□人工腸弁付加 Roux-Y 法

□その他（分かりやすく表現して下さい） □不明

[ ]

裏面へつづく

(以下は肝移植・試験開腹の場合も分かる範囲で記入して下さい)

・基本型分類

I I-cyst II III 不明

・下部胆管分類

a1 a2 b1 b2 c1 c2 d 不明

・肝門部胆管分類

α β γ μ ν ο 不明

・胆嚢の有無

あり なし 不明

ありの場合、内容液の色

内容液なし 黄色 淡黄色 無色

その他 ( ) 不明

・肝外胆管嚢胞状拡張の有無

あり なし 不明

ありの場合、内容液の色

黄色 淡黄色 無色 その他 ( ) 不明

・術前・術中の食道静脈瘤評価

検索せず 静脈瘤あり 静脈瘤なし

5) 術後経過 1 (初回肝移植、試験開腹例を除く)

・使用した利胆剤をすべてチェック

デヒドロコール酸 ウルソ グルカゴン

セクレチン PGE1 PGF<sub>2</sub>

ステロイド タウリン インチンコウトウ

その他 ( )

・初回手術後胆汁流出

あり なし 不明

・初回手術後黄疸の消長

消失 (総ビリルビン値が貴施設の正常範囲)

軽減 不変 増悪 不明

総ビリルビン . mg/dl

・黄疸の再上昇 (消失・軽減例のみ)

再上昇なし 消失後再上昇

軽減後再上昇 不明

・再上昇に対する最終的対策

経過観察 保存的療法

再根治手術 肝移植 不明

6) 術後経過 2 (初回肝移植、試験開腹例を除く)

・上行性胆管炎 あり なし 不明

1回目 術後 週

2回目 術後 週

・その他の術後合併症をすべてチェック

イレウス 腹膜炎 出血 肺合併症

急性肝不全 感染 その他 ( )

7) 初回手術施行後 6 ヶ月時の経過

・初回手術から 6 ヶ月時の日付を記入して下さい。

(手術非施行例は初診日から 6 ヶ月時)

年 月 日

この項では上記日付時点での結果を記入して下さい。  
登録用紙記入時の最終転帰は最後の設問で再度お聞き  
します。

・転 帰

死亡 年 月 日

生存 (初回手術後 6 ヶ月時点において)

自己肝生存

黄疸なし生存 総ビリルビン . mg/dl

(総ビリルビン値が貴施設での正常範囲)

黄疸あり生存 総ビリルビン . mg/dl

黄疸不明だが生存

肝移植後生存

生死不明

・初回手術 6 ヶ月以内での再手術または肝移植

あり なし 不明

8) 再手術 (初回手術後 6 ヶ月以降も含めて記入日までのすべてを記載して下さい)

(1)再手術年月日 年 月 日

・再手術の内容

肝移植 肝門部再切離 肝門部搔爬

その他 ( ) 不明

・内視鏡企図例ですか はい いいえ 不明

・再手術後胆汁流出 あり なし 不明

・再手術後黄疸の消長

消失 (総ビリルビン値が貴施設の正常範囲)

軽減 不変 増悪 不明

総ビリルビン . mg/dl

(2)再々手術年月日 年 月 日

・再々手術の内容

肝移植 肝門部再切離 肝門部搔爬

その他 ( ) 不明

・内視鏡企図例ですか はい いいえ 不明

・再々手術後胆汁流出 あり なし 不明

・再々手術後黄疸の消長

消失 (総ビリルビン値が貴施設の正常範囲)

軽減 不変 増悪 不明

総ビリルビン . mg/dl

(3)更なる追加手術は下記に具体的に記入

9) 最終転帰 (登録用紙記入時の最新の転帰を記入)

確認 (記載) 日 年 月 日

・転 帰

死亡 年 月 日

死因 肝不全 食道静脈瘤破裂 肺炎

腹膜炎 胆管炎後敗血症

移植後死亡 その他 ( ) 不明

生存

自己肝生存

黄疸なし生存 総ビリルビン . mg/dl

(総ビリルビン値が貴施設での正常範囲)

黄疸あり生存 総ビリルビン . mg/dl

黄疸不明だが生存

肝移植後生存

生死不明

初回登録時に既に肝移植を施行の場合、移植登録票(緑)も  
記入・返送して下さい

記 載 日 年 月 日