

National Clinical Database: Case Report Form 記入の手引き

消化器外科領域: 鼠経部ヘルニア手術・症例登録

注意事項

このCase Report Form (以下、CRF)は、National Clinical Database (以下、NCD)への症例登録にあたっての補助資料です。各項目の定義については本CRFをご参照ください。

本CRFはあくまでも補助資料のため、最終的な症例登録はWeb経由で行ってください。

本CRFをNCDに送付いただいても、症例登録とみなすことはできません。あらかじめご了承ください。

本CRFは、以下のような場合にご活用ください。

例)本CRFの記入は担当医が行うが、Webへの入力は他の診療科スタッフに依頼する場合 など

※参加施設のみ登録対象です。

記入に際してのルール

記入ルールは、以下の通りです。なお、○と□のアイコンについては、Web上も同じルールです。

○: 択一の項目です。該当するものを1つだけお選びください。

□: 複数選択の項目です。該当するもの全てをお選びください。

下線: テキスト文章の記入欄です。

項目名の網掛けが灰色部分: 必須項目です。

登録基準

(1) 以下の場合に、本CRFをご使用ください。

・事前に日本ヘルニア学会様より[登録施設]として参加を頂き、

・表示専門医にて「消化器外科」が選択され、

・下記に該当する術式を選択された場合

○Q0073: ヘルニア手術(腹腔鏡下)・鼠径ヘルニア

○Q0074: ヘルニア手術(直視下)・鼠径ヘルニア

○Q0075: ヘルニア手術(腹腔鏡下)・大腿ヘルニア

○Q0076: ヘルニア手術(直視下)・大腿ヘルニア

(2) (1)の術式以外に追加で術式を追加した場合、術式によって本CRF以外の項目も展開されます。

対応する術式は日本消化器外科学会作成のマニュアルをご参照ください。

消化器外科専門医の申請を行う場合は「**消化器外科専門医 共通項目**」・「**消化器外科専門医 医療水準評価対象術式**」のCRFを、

肝胆膵外科学会 高度技能専門医・高度技能指導医・修練施設の申請・更新を行う場合は「**肝胆膵外科高度技能専門医**」のCRFを、

ご使用ください。

お問い合わせ

ご不明な点、ご質問等がありましたら、NCDホームページお問い合わせフォームよりお問い合わせください。

(URL <http://www.ncd.or.jp/contact>)

お問い合わせの前にFAQもご参照ください。(URL <http://www.ncd.or.jp/faq>)

※メールでの一元管理を行っておりますので、お電話でのお問い合わせは承っておりません。何卒ご了承ください。

また、お問い合わせの内容によっては、回答までにお時間を要する場合があります。

National Clinical Database
Case Report Form: 消化器外科領域: 鼠経部ヘルニア手術・症例登録

G1. 患者情報

院内管理コード	_____	各施設診療科で決めて記入する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。
登録の拒否申請	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	登録拒否の申し出があった場合は「あり」とする。
患者生年月日	西暦 _____年____月____日	日付までの正しい情報が必要。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
備考		

G3a. 手術入院

入院日	西暦 _____年____月____日 <input type="radio"/> 外来手術	外来手術の場合は「入院日」の記入は不要で、「外来手術」とする。 施設における入院・退院の定義に応じて、記入する。 記入日の100年前から1年後まで。
救急搬送	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	救急車による搬送で入院したか、予定入院等による転院時に救急車で搬送されてきた場合も、搬送「あり」とする。また、救急車は公的機関のものだけでなく、医療機関自院用の救急車も含む。
救急搬送時の郵便番号または患者居住地の郵便番号	郵便番号(7桁) 干 _____ <input type="radio"/> 特定不能または国外 (所在地情報) _____	・救急搬送が「なし」の場合: 患者居住地の郵便番号とする。 ・救急搬送が「あり」の場合: 救急車の要請があった搬送元の住所とする。 ・医療機関から救急搬送されてきた場合、その医療機関で加療されている場合: 当該医療機関の郵便番号を記入する。 ・「特定不能または国外」の場合: 所在地に関する情報を記入する。
入院時診断	(入院時診断をICD10コード(3桁まで)で記入する。) 診断1 _____ 診断2 _____ 診断3 _____ 診断4 _____ 診断5 _____ 診断6 _____ 診断7 _____ 診断8 _____	入院した時の診断名を記入する。入院後に新たに疾患が発生した場合は、術後診断の欄に記入する。
診断名補足	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
診断名補足(詳細)		

G4a. 手術情報 術前情報

緊急手術	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	手術をしなければ患者の生命予後や身体機能に著しい影響を及ぼすと判断され、手術実施決定後、即日(24時間以内)に行われた手術。医師の決定をもって手術実施の決定とする。
手術日	西暦 _____年____月____日	半角数字のみ。記入日の前後1年まで。

G4b. 手術情報 術中情報

術式1	コード	術式	手術を途中で断念した場合は、そこまでの術式を記入する。「試験開腹術」など。
	術式1		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式2	術者名	術者 _____	
	助手1 _____	助手2 _____	
術式3 (※術式4以降は別紙に記入する。)	術者名	術者 _____	
	助手1 _____	助手2 _____	
同時に行われた領域の異なる手術術式 (※術式4以降は別紙に記入する。)	コード	術式	同時に行われた領域の異なる手術が行われた場合に記入する。この場合は、別の症例レコードとして、異なる領域の術者が登録。
	術式1	C	.
麻酔科医の関与	術式2	C	.
	術式3	C	.
麻酔科医の関与	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		麻酔科医による麻酔が行われたか。麻酔科医とは、麻酔科に専従している医師(その施設で麻酔担当医として認定されている方)であり、専門医資格の有無は問わない。

今回の手術部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	両側の場合は、右と左の両方を選択する。
初発か再発か_右	<input type="radio"/> 初発 <input type="radio"/> 再発	「初発」とは:初めての鼠径部ヘルニアで、今までに手術を受けたことがない鼠径部ヘルニアである。 「再発」とは:過去に鼠径部ヘルニア手術を行った後に起こった鼠径部ヘルニアである。鼠径ヘルニア手術を行った後の大腿ヘルニアは、再発である。大腿ヘルニア手術を行った後の鼠径ヘルニアも再発である。また、小児期のヘルニア治療後の鼠径部ヘルニアも再発である。
再発回数_右	[] 回目の再発	1-20 半角整数のみ。
初回の手術時年齢_複数回再発_右	[] 歳 <input type="checkbox"/> 正確な手術時年齢が不明の為推定年齢を入力した	初回の手術時年齢を記載する。手術年齢が不明の場合には手術を受けたであろう推定年齢を記載しチェックボックスをチェックする。 1-20 半角整数のみ。
初回手術術式_複数回再発_右	<input type="radio"/> 鼠径部切開・非メッシュ法 <input type="radio"/> 鼠径部切開・メッシュ法 <input type="radio"/> 腹腔鏡下手術・非メッシュ法 <input type="radio"/> 腹腔鏡下手術・メッシュ法 <input type="radio"/> ロボット支援下手術 <input type="radio"/> その他(不明)	初回の手術術式を記載する。
前回の手術時年齢_右	[] 歳 <input type="checkbox"/> 正確な手術時年齢が不明の為推定年齢を入力した	前回の手術時年齢を記載する。手術年齢が不明の場合には手術を受けたであろう推定年齢を記載しチェックボックスをチェックする。 1-20 半角整数のみ。
前回の手術術式_右	<input type="radio"/> 鼠径部切開・非メッシュ法 <input type="radio"/> 鼠径部切開・メッシュ法 <input type="radio"/> 腹腔鏡下手術・非メッシュ法 <input type="radio"/> 腹腔鏡下手術・メッシュ法 <input type="radio"/> ロボット支援下手術 <input type="radio"/> その他(不明)	前回の手術術式を記載する。
今回の手術術式_右	<input type="radio"/> 高位結紮術 <input type="radio"/> 高位結紮術以外の組織縫合法 <input type="radio"/> オンレイ・メッシュ法 <input type="radio"/> プラグ・アンド・メッシュ法 <input type="radio"/> アンダーレイ・メッシュ法 <input type="radio"/> その他の鼠径部切開によるメッシュ法 <input type="radio"/> 腹腔鏡下経皮的腹膜外閉鎖術(LPEC) <input type="radio"/> 腹腔鏡を用いた腹腔内到達法による腹膜前修復術(TAPP) <input type="radio"/> 腹腔鏡を用いた腹膜前到達法による腹膜前修復術(TEP) <input type="radio"/> 腹腔鏡併用・鼠径部切開法 <input type="radio"/> ロボット支援下手術 <input type="radio"/> その他	別資料「手術術式の定義」を参照。
腹腔鏡併用・鼠径部切開法_詳細_右	<input type="radio"/> 高位結紮術 <input type="radio"/> 高位結紮術以外の組織縫合法 <input type="radio"/> オンレイ・メッシュ法 <input type="radio"/> プラグ・アンド・メッシュ法 <input type="radio"/> アンダーレイ・メッシュ法 <input type="radio"/> その他の鼠径部切開によるメッシュ法	
鼠径部ヘルニア分類_右	<input type="radio"/> L1型 間接(外)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="radio"/> L2型 間接(外)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="radio"/> L3型 間接(外)鼠径ヘルニア(高度) <input type="radio"/> M1型 直接(内)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="radio"/> M2型 直接(内)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="radio"/> M3型 直接(内)鼠径ヘルニア(高度) <input type="radio"/> F1型 大腿ヘルニア(軽度) <input type="radio"/> F2型 大腿ヘルニア(中等度) <input type="radio"/> F3型 大腿ヘルニア(高度) <input type="radio"/> 併存型 <input type="radio"/> 特殊型 <input type="radio"/> ヘルニア類似病変 <input type="radio"/> ヘルニアなし	別資料「2021年版鼠径部ヘルニア分類(新JHS分類)」を参照。
併存型_詳細_右	<input type="checkbox"/> L1型 間接(外)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> L2型 間接(外)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> L3型 間接(外)鼠径ヘルニア(高度) <input type="checkbox"/> M1型 直接(内)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> M2型 直接(内)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> M3型 直接(内)鼠径ヘルニア(高度) <input type="checkbox"/> F1型 大腿ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> F2型 大腿ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> F3型 大腿ヘルニア(高度)	L1～3型、M1～3型、F1～3型の中から、併存するヘルニアを2つ、または3つ選択する。
ヘルニア類似病変_詳細_右	<input type="checkbox"/> L1型 間接(外)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> L2型 間接(外)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> L3型 間接(外)鼠径ヘルニア(高度) <input type="checkbox"/> M1型 直接(内)鼠径ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> M2型 直接(内)鼠径ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> M3型 直接(内)鼠径ヘルニア(高度) <input type="checkbox"/> F1型 大腿ヘルニア(軽度) <input type="checkbox"/> F2型 大腿ヘルニア(中等度) <input type="checkbox"/> F3型 大腿ヘルニア(高度)	

初発か再発か_左	○初発 ○再発	「初発」とは:初めての鼠径部ヘルニアで、今までに手術を受けたことがない鼠径部ヘルニアである。 「再発」とは:過去に鼠径部ヘルニア手術を行った後に起こった鼠径部ヘルニアである。鼠径ヘルニア手術を行った後の大腿ヘルニアは、再発である。大腿ヘルニア手術を行った後の鼠径ヘルニアも再発である。また、小児期のヘルニア治療後の鼠径部ヘルニアも再発である。
再発回数_左	[]回目の再発	1-20 半角整数のみ。
初回の手術時年齢_複数回再発_左	[]歳 □正確な手術時年齢が不明の為推定年齢を入力した	初回の手術時年齢を記載する。手術年齢が不明の場合には手術を受けたであろう推定年齢を記載しチェックボックスをチェックする。 1-20 半角整数のみ。
初回の手術術式_複数回再発_左	○鼠径部切開・非メッシュ法 ○鼠径部切開・メッシュ法 ○腹腔鏡下手術・非メッシュ法 ○腹腔鏡下手術・メッシュ法 ○ロボット支援下手術 ○その他(不明)	初回の手術術式を記載する。
前回の手術時年齢_左	[]歳 □正確な手術時年齢が不明の為推定年齢を入力した	前回の手術時年齢を記載する。手術年齢が不明の場合には手術を受けたであろう推定年齢を記載しチェックボックスをチェックする。 1-20 半角整数のみ。
前回の手術術式_左	○鼠径部切開・非メッシュ法 ○鼠径部切開・メッシュ法 ○腹腔鏡下手術・非メッシュ法 ○腹腔鏡下手術・メッシュ法 ○ロボット支援下手術 ○その他(不明)	前回の手術術式を記載する。
今回の手術術式_左	○高位結紮術 ○高位結紮術以外の組織縫合法 ○オンレイ・メッシュ法 ○プラグ・アンド・メッシュ法 ○アンダーレイ・メッシュ法 ○その他の鼠径部切開によるメッシュ法 ○腹腔鏡下経皮的腹膜外閉鎖術(LPEC) ○腹腔鏡を用いた腹腔内到達法による腹膜前修復術(TAPP) ○腹腔鏡を用いた腹膜前到達法による腹膜前修復術(TEP) ○腹腔鏡併用・鼠径部切開法 ○ロボット支援下手術 ○その他	別資料「手術術式の定義」を参照。
腹腔鏡併用・鼠径部切開法_詳細_左	○高位結紮術 ○高位結紮術以外の組織縫合法 ○オンレイ・メッシュ法 ○プラグ・アンド・メッシュ法 ○アンダーレイ・メッシュ法 ○その他の鼠径部切開によるメッシュ法	
鼠径部ヘルニア分類_左	○L1型 間接(外)鼠径ヘルニア(軽度) ○L2型 間接(外)鼠径ヘルニア(中等度) ○L3型 間接(外)鼠径ヘルニア(高度) ○M1型 直接(内)鼠径ヘルニア(軽度) ○M2型 直接(内)鼠径ヘルニア(中等度) ○M3型 直接(内)鼠径ヘルニア(高度) ○F1型 大腿ヘルニア(軽度) ○F2型 大腿ヘルニア(中等度) ○F3型 大腿ヘルニア(高度) ○併存型 ○特殊型 ○ヘルニア類似病変 ○ヘルニアなし	別資料「2021年版鼠径部ヘルニア分類(新JHS分類)」を参照。
併存型_詳細_左	□L1型 間接(外)鼠径ヘルニア(軽度) □L2型 間接(外)鼠径ヘルニア(中等度) □L3型 間接(外)鼠径ヘルニア(高度) □M1型 直接(内)鼠径ヘルニア(軽度) □M2型 直接(内)鼠径ヘルニア(中等度) □M3型 直接(内)鼠径ヘルニア(高度) □F1型 大腿ヘルニア(軽度) □F2型 大腿ヘルニア(中等度) □F3型 大腿ヘルニア(高度)	L1~3型、M1~3型、F1~3型の中から、併存するヘルニアを2つ、または3つ選択する。
ヘルニア類似病変_詳細_左	○精索脂肪腫 ○精索水腫または陰嚢水腫 ○ヌック管嚢腫 ○精索静脈瘤 ○その他	

G4c.手術情報・術後情報

術後診断 (※診断5以降は別紙に記入する。)	(術後診断が入院時診断と異なる場合に、ICD10コード(3桁まで)を以下に記入する。)			
	診断1	診断2	診断3	診断4

手術術式の定義

「高位結紮術」：ポッツ法（Potts 法）などの単純高位結紮術

「高位結紮術以外の組織縫合法」：内鼠径輪縫縮術（マーシー法、Marcy 法）、バッシーニ法（Bassini 法）、マックベイ法（McVay 法）、イリオプービクトラクト法（Iliopubic tract 法）など、自己組織を用いた修復術である。

「オンレイ・メッシュ法」：リヒテンシュタイン法（Lichtenstein 法）に代表される鼠径管後壁から内腹斜筋前面をメッシュで修復する手術である。

「プラグ・アンド・メッシュ法」：メッシュプラグ法（Mesh-plug 法）に代表されるヘルニア門をプラグ型メッシュで閉鎖し、フラット型メッシュで鼠径管後壁から内腹斜筋前面を補強する手術である。

「アンダーレイ・メッシュ法」：クーゲル法（Kugel 法）やダイレクトクーゲル法（Direct Kugel 法）に代表される鼠径部切開法によるメッシュを用いた腹膜前修復術である。尚、ダイレクトクーゲル法でオンレイ・メッシュを使用した場合であっても、「アンダーレイ・メッシュ法」とする。

「その他の鼠径部切開によるメッシュ法」：バイレイヤー・パッチ・デバイス法（Bilayer patch device 法）、ウルトラプロ・プラグ法（Ultrapro plug 法）、オンステップ法（Onstep 法）など、「オンレイ・メッシュ法」、「プラグ・アンド・メッシュ法」、「アンダーレイ・メッシュ法」以外の鼠径部切開によるメッシュ法である。

「腹腔鏡下経皮的腹膜外閉鎖術（LPEC: Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure）」：

「腹腔鏡を用いた腹腔内到達法による腹膜前修復術（TAPP: Transabdominal preperitoneal repair）」：

「腹腔鏡を用いた腹膜前到達法による腹膜前修復術（TEP: Totally extraperitoneal repair）」：

「腹腔鏡併用・鼠径部切開法」：腹腔鏡を併用して、鼠径部切開法を行う手術

「ロボット支援下手術」：

「その他」：上記の術式以外の手術を行った場合は、「その他」とする。

2021 年版鼠径部ヘルニア分類(新 JHS 分類)

原則

- 術中所見によって、ヘルニア門の位置と大きさに基づいて分類する。
- ヘルニア門の大きさは、成人の1横指=1.5cmとして測定する。
- 鼠径部アプローチと腹腔鏡アプローチのいずれにも適用する。
- L= lateral, M= medial, F= femoral とする。

L 型 間接 (外) 鼠径ヘルニア : 下腹壁動静脈の外側で、内鼠径輪から脱出するヘルニア

L1 型 : 間接 (外) 鼠径ヘルニア (軽度)

ヘルニア門 \leq 1.5cm (ヘルニア門は第2指先端で1横指以下)

L2 型 : 間接 (外) 鼠径ヘルニア (中等度)

1.5cm $<$ ヘルニア門 $<$ 3cm (ヘルニア門は1横指より大きく、2横指未満)

L3 型 : 間接 (外) 鼠径ヘルニア (高度)

3cm \leq ヘルニア門 (ヘルニア門は2横指以上)

M 型 直接 (内) 鼠径ヘルニア : 下腹壁動静脈の内側で、鼠径管後壁から脱出するヘルニア

M1 型 : 直接 (内) 鼠径ヘルニア (軽度)

ヘルニア門 \leq 1.5cm (ヘルニア門は第2指先端で1横指以下)

M2 型 : 直接 (内) 鼠径ヘルニア (中等度)

1.5cm $<$ ヘルニア門 $<$ 3cm (ヘルニア門は1横指より大きく、2横指未満)

M3 型 : 直接 (内) 鼠径ヘルニア (高度)

3cm \leq ヘルニア門 (ヘルニア門は2横指以上)

F 型 大腿ヘルニア : 大腿輪から脱出するヘルニア

F1 型 : 大腿ヘルニア (軽度)

ヘルニア門 \leq 1.5cm (ヘルニア門は第2指先端で1横指以下)

F2 型 : 大腿ヘルニア (中等度)

1.5cm $<$ ヘルニア門 $<$ 3cm (ヘルニア門は1横指より大きく、2横指未満)

F3 型 : 大腿ヘルニア (高度)

3cm \leq ヘルニア門 (ヘルニア門は2横指以上)

併存型 : L 型、M 型、F 型のうち、2 つ以上のヘルニアが併存した場合
併存するヘルニアを L1~3 型、M1~3 型、F1~3 型の中から選択する

特殊型 : L 型、M 型、F 型に属さない鼠径部に発生する特殊なヘルニア

ヘルニア類似病変 : ヘルニア嚢がなく、精索脂肪腫、精索水腫または陰嚢水腫、
ヌック管嚢腫、精索静脈瘤などを認める場合

ヘルニアなし : 手術を行ったが、ヘルニア嚢およびヘルニア類似病変を認めな
かった場合

補足説明 :

* 鼠径部ヘルニアと同時に他の腹壁ヘルニアが存在した場合は、併存型とはせ
ずに、鼠径部ヘルニアのみで分類を行う。

具体例

- 1) L2 型間接 (外) 鼠径ヘルニアと閉鎖孔ヘルニアの合併例
→L2 型に分類する
- 2) M3 型直接 (内) 鼠径ヘルニアと F1 型大腿ヘルニアの合併例
→併存型に分類する

- * インターパリエタルヘルニアは、特殊型とする。
- * 内膀胱上 (窩) ヘルニアは、鼠径部ヘルニア分類に含まない。
- * スピゲリアンヘルニアは、鼠径部ヘルニア分類に含まない。
- * 閉鎖孔ヘルニアは、鼠径部ヘルニア分類に含まない。
- * スポーツヘルニアは、鼠径部ヘルニア分類に含まない。
- * ヘルニア類似病変があり、かつ、ヘルニア嚢を認める場合は、ヘルニア嚢の
部位により L 型、M 型、F 型の鼠径部ヘルニアかを判断する。
- * ヘルニア類似病変を摘出後にヘルニア門を認める場合でも、L 型、M 型、F
型とはせずに、ヘルニア類似病変とする。

原則

- 術中所見によって、ヘルニア門の位置と大きさに基づいて分類する。
- ヘルニア門の大きさは成人の1横指 = 1.5cm として測定する。
- 鼠径部アプローチと腹腔鏡下アプローチのいずれにも適用する。
- L= lateral, M= medial, F= femoral とする。

L型ヘルニア

下腹壁動静脈の外側で
内鼠径輪から脱出するヘルニア

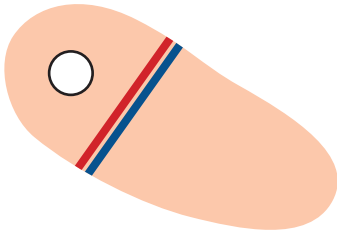
M型ヘルニア

下腹壁動静脈の内側で
鼠径管後壁から脱出するヘルニア

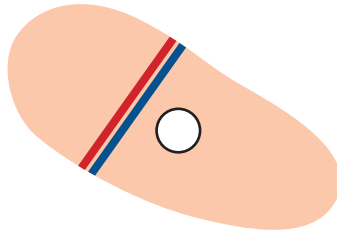
F型ヘルニア

大腿輪から脱出するヘルニア

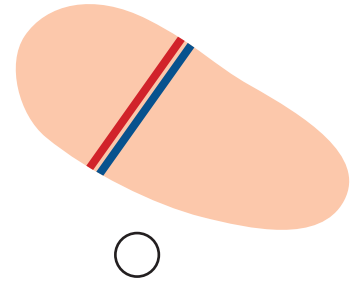
L1型



M1型

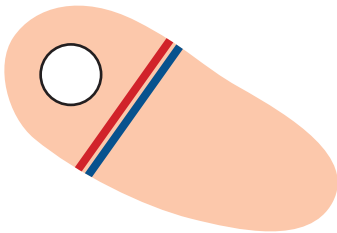


F1型

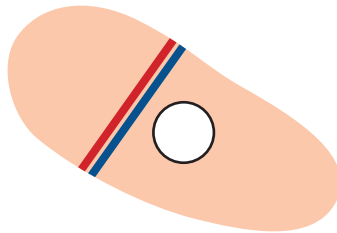


※ ヘルニア門 ≤ 1.5cm (ヘルニア門は第2指先端で1横指以下)

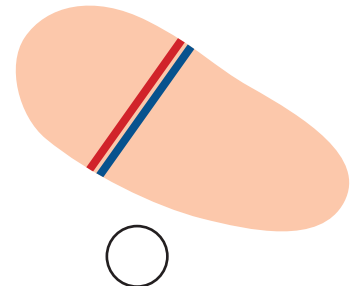
L2型



M2型

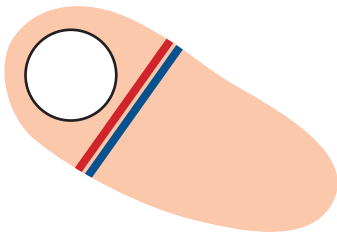


F2型

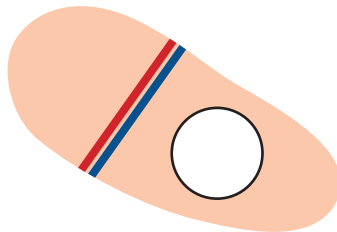


※ 1.5cm < ヘルニア門 < 3cm (ヘルニア門は1横指より大きく、2横指未満)

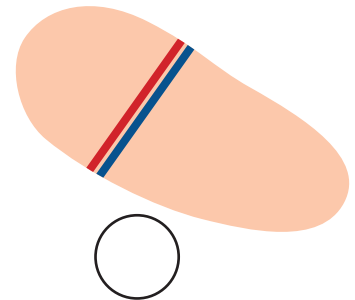
L3型



M3型



F3型



※ 3cm ≤ ヘルニア門 (ヘルニア門は2横指以上)

併存型

L型、M型、F型のうち、2つ以上が併存したヘルニア
併存するヘルニアをL1-3型、M1-3型、F1-3型の中から選択
(標記の順序は不問)

特殊型

L型、M型、F型に属さない
鼠径部に発生する特殊なヘルニア

再発：再発は初発鼠径部ヘルニア分類に従う。初めにR(再発回数によって R1、R2...)と記載する。

内膀胱上(窩)ヘルニア、スピゲリアンヘルニア、閉鎖孔ヘルニア、スポーツヘルニアは鼠径部ヘルニア分類に含まない。