

Question	Answer
JACVSD登録対象症例の選択	
心室中隔瘤診断の患者様に対し心室中隔閉鎖術、仮性瘤縫縮術、ペースメーカー植込みを行いました。その場合の術式(membranous septal aneurysm)の入力ですが、ON0071心室中隔欠損閉鎖術1単独のもの選択でいいのでしょうか？	membranous septal aneurysmでしたら、VSD閉鎖術の一部の手技ですので、単独の術式としてJACVSDへの登録は不要です。
心膜(心のう)腫瘍については、JACVSDでの登録対象でしょうか？	はい。Othersでご登録ください。
左小開胸で左胸腔に心嚢液を逃がす心膜開窓術は開心術後、原発性心嚢液貯留のどちらでも対してもJACVSDには登録不要ということでよいですか？	開心術後は先行した心臓手術の合併症として入力、原発性心嚢液貯留の場合はJACVSD登録対象になります。
心臓悪性腫瘍による出血で心タンポナーデを認めた症例に対して人工心肺を使用し出血していた右房壁の腫瘍部分を一部切除しをパッチで再建した術式はJACVSD対象になりますか？項目は他の心臓手術-other Tumorですか？Othersですか？	ご質問の手術は開心術であり、お尋ねの通り他の心臓手術-other Tumorでの入力になります。
冠動脈硬化症(狭心症)に対するグラフト採取は内胸動脈、橈骨動脈、大伏在静脈のいずれも、グラフト採取だけで外科共通へ登録するのでしょうか？ LITA to LAD, SVG to OM, SVG to #4PDであれば、単一症例であってもJACVSD1例(CABG)、外科共通3例(グラフト採取)となってしまいますが…？	グラフト採取だけではJACVSD登録対象にはなりません。
①人工心肺使用下に、上行大動脈をside clampし、そこへ4分枝人工血管を端側吻合。4分枝のうち3本を用いて弓部三分枝のTotal debranching施行。 ②ステントグラフトで中枢Landing ZoneをZone0としDeploy。 上記の場合は、①も②もJACVSDへ入力するのでしょうか？ ①と②が同日に施行された場合と、①と②が2期的に行われた場合とで、入力の仕方は何か変わるのでしょうか？	①も②もJACVSD上に登録する術式であるので、一期的に行った場合は一回の登録、二期的に行った場合は二回の登録となります。
遠位弓部大動脈瘤に対し、 ①右鎖骨下動脈から左総頸動脈と左鎖骨下動脈へ人工血管によるバイパス手術を施行。 ②ステントグラフトが左総頸動脈、左鎖骨下動脈の入口部をふさぐようにTEVARを施行。 上記の場合、①は外科共通へ、②はJACVSDへ入力するのでしょうか？	一期的に行った場合は、JACVSDに試案1613と試案1566で登録、二期的に行った場合は、①は外科共通に登録し、②はJACVSDに登録となります。
大動脈人工血管置換術後のグラフト感染で人工血管置換術を行った症例は、この項目に入力可能でしょうか。可能だと、「Aortic Aneurysm Type」はどの項目に分類されますでしょうか。あるいは、JACVSDでなく外科共通への入力になりますでしょうか？	腹部大動脈であれば、外科共通へご登録ください。 胸部でしたら、JACVSDに人工血管には解離も仮性瘤もありませんので、消去法で真性瘤を選択しご登録ください。
既往に脳梗塞がある方の胸部大血管のステントグラフト挿入症例になります。弓部大動脈にブラークを認め、脳梗塞の原因と考えられたため、ブラークをを押しやることを目的にステントグラフト内挿しました。	手術目的がJACVSD対象とはなりませんので外科共通へご登録をお願いいたします。
既往に脳梗塞がある方の胸部大血管のステントグラフト挿入症例になります。弓部大動脈にブラークを認め、脳梗塞の原因と考えられたため、ブラークをを押しやることを目的にステントグラフト内挿しました。この場合のN.胸部大血管手術の項目ですが、【Aortic Aneurysm Type】をはじめ、該当する選択項目がありません。どのように入力したらよいでしょうか？	上記症例は手術目的がJACVSD対象とはなりませんので外科共通へご登録をお願いいたします。
心臓外科の手術ではなく甲状腺癌で気道狭窄をおこし、甲状腺の手術時に心臓外科のメンバーにて経皮的心肺補助法(PCPS)を施行した症例です。	心臓血管手術ではありませんので、JACVSD登録対象外です。
冠動脈バイパス術後に、血圧が低下し、心機能の急速な低下があったため、緊急で再開胸しました。人工心肺を開始したら、安定し、閉胸しました。この場合、特に心臓に対し手術を行ってはいませんが、人工心肺をしたため、JACVSDに登録するのでしょうか。それとも外科共通への登録でよろしいのでしょうか？	JACVSDでは合併症としての扱いになりますので、冠動脈バイパス術の登録の際合併症にチェックするのみとなります。
大動脈瘤の治療目的で胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行しましたが、溶血があり、大動脈弓部の屈曲によるステントグラフトの軽度狭窄が溶血の原因ではないかと推測して、数カ月後に狭窄部位を拡大する目的で、palmaz extralarge stentを留置しました。この手技は胸部大動脈ステント内挿術ですが、ステントグラフトではありません。	JACVSD対象外となりますので、外科共通にご登録ください。
外来手術:当院は系列の別病院が隣接されており、動脈表在化等のために外来手術を実施しています。全体としては入院診療のようなものなのですが隣接病院の入院日を入力し、詳細は外科共通外来手術としての入力での入力での入力でしょうか。あるいはJACVSDで外来手術情報の入力欄がどこにあるのでしょうか？	JACVSDでは外来手術としての入力はありません。
弁置換などの手術の際に、動脈瘤はないものの、上行大動脈の高度石灰化のため予定手術として上行大動脈置換を行った場合、動脈瘤手術として登録してよろしいでしょうか？	動脈瘤 > 上行大動脈置換 で登録をお願いいたします。
弁置換を施行して手術室を退室した後出血があり、同日再開胸止血術になった症例の登録方法ですが、まず弁置換の登録画面で合併症にカウントして、-2で再開胸止血術の登録を行う形でのよろしかったですか？	出血に対する再手術はJACVSDでは合併症扱いになります。再開胸術は人工心肺を使用した再手術以外は外科共通へ登録してください。
(診断) aortic arch aneurysm (術式) rt. axillary a.-lt. axillary a. bypass with Lifespan(8 mm), occlusion of lt. CCA and SCA, TEVAR	TEVARでJACVSD対象となります。
(診断) post establishment of LVAD and RVAD with ECMO (術式) withdrawal of RVAD (診断) on LVAD (術式) withdrawal of LVAD	LVAD離脱はJACVSD対象となります。
(診断) post total correction of PA with VSD LOS (術式) V-A bypass(ECMO)装着術	ECMOはJACVSDに該当しません。
(診断) 心嚢液貯留 (術式) pericardial drainage, Bx of pericardium	収縮性心膜炎ならばJACVSDに該当します。「Part 0他の心臓手術」から「収縮性心膜炎」を選択します。そうでなければ外科共通のON0003心膜切開術で登録かと存じます。
(診断) post replacement of aortic arch occlusion of brachiocephalic a. ESRD on HD (術式) rt. FA-rt. axillary a. bypass with Lifespan(8mm)	procedureとしては心臓手術にはあたらないと思います。末梢血管手術として外科共通にご登録ください。
(診断) post AVSD repair tumor of aortic valve(NCC)MR, TR, residual shunt (術式) tumor resection, mitral annular plication by Kay's method, tricuspid valvuloplasty by edge to edge method, patch closure of residual shunt with autopericardium	JACVSD登録対象となります。主たる術式については主治医の判断でご登録ください。

Question	Anser
debranched TEVAR(鎖骨下一鎖骨下人工血管バイパス)の術式はどのように登録すればよいでしょうか？	TEVARはJACVSDに大動脈症例として登録、鎖骨下のバイパスは末梢血管症例になりますので、外科共通にご登録ください。 ステント+デブランチは心臓血管外科専門医、血管外科専門医ともステントとデブランチで別々にカウントされます。ステントをJACVSDに登録、デブランチは外科共通にご登録ください。
1入院に心臓手術と外科共通関係の末梢血管手術などを併せて行った場合、JACVSDと外科共通とは別症例として登録することになりますでしょうか？	はい。JACVSD対象の心臓手術はJACVSDにそれ以外は外科共通にご登録ください。
バルサルバ洞動脈瘤はJACVSDの対象となりますでしょうか？	JACVSD登録対象ではございません。
交通外傷による胸部大動脈解離に対し、ステントグラフト内挿を行いました。この場合JACVSDの登録症例として扱えるのでしょうか？胸部大血管に対する手術であれば、その原因などは問わないのでしょうか？	はい、交通外傷でも登録になります。
CABG手術でSVG採取した場合、JACVSDにCABGを、外科共通にSVG採取の登録が可能ですでしょうか？	はい、SVG採取については、外科共通にご登録ください。
癌性心膜炎の心の液貯留に対して、胸腔鏡下心膜開窓術を施行しました。JACVSDへの登録の必要はありますか？	JACVSDの登録対象外です。外科共通への登録をお願いします。
上大静脈症候群の患者に対して胸腔内血管・バイパス移植術(静脈と右房)を施行したのですが、この症例はJACVSDの登録対象になるのでしょうか？	JACVSDの登録対象外です。外科共通への登録をお願いします。
肺がんの右房・左房・上大静脈への浸潤に対して人工心肺下にそれらを合併切除して腕頭静脈から右心房へ人工血管によるバイパスを行いました。登録はJACVSD、外科共通いずれにすればよろしいでしょうか？	主たる治療は肺癌ですので、外科共通にお願いいたします。
同一患者で同一入院中に、1)弓部置換術およびAVRを行い、後日に、2)AAAIに対してEVARを行った症例があります。かつ、2)の術後しばらくして、脳出血にて死亡退院(在院死)しています。この登録は、1)についてはJACVSDに登録、2)については外科共通に登録でよろしいでしょうか？手術死亡症例として、重複してしまおうと思われそうですが……？	1)についてはJACVSDに登録、2)については外科共通に登録します。 また、データベースになった後のカウントをする母体が異なりますので二重死亡にはならないと思います。心臓血管外科専門医に使用する場合には1procedureではなく2 proceduresとして申請するでしょうから、その場合どちらも死亡となるかは存じますが。
当施設では心臓血管外科と小児心臓血管外科が完全に独立して存在し、心臓血管外科がJACVSDに、小児心臓血管外科がJCCVSDにそれぞれ独立して登録を行っています。この場合において成人の先天性疾患について当心臓血管外科として登録可能でしょうか？それとも小児心臓血管外科の先生にお願いして登録する必要があるのでしょうか？	現時点では、手術を行ったUnitで入力をお願い致します。今回の場合には、JACVSDから入力して下さい。
当院で術後縦隔炎にて ・無菌化するまでの洗浄・胸骨デブリードマン・VAC療法×6 ・無菌化後の大網縦隔充填術 を手術室で複数回施行した患者様がいらっしゃいます。横隔膜より上の手術なので、JACVSDの登録適応症例となるのでしょうか？	心臓手術ではありませんので、対象外になります。術後の合併症としての入力は必要です。
PM移植術のみの症例について、JACVSDへ入力をする必要がございますか？それとも、外科共通へ入力をした方がよろしいでしょうか？	JACVSDではなく外科共通にご入力下さい。
CABG後の重症心不全に対してCRTP移植術について、1症例「〇〇〇〇〇〇〇-2」として、入力をする必要がございますか？それとも、合併症とする場合には、どの項目で入力をすればよろしかったでしょうか？	別の日に再開胸して行ったのであればハイフン2で別に登録をお願いします。
心臓悪性腫瘍による出血で心タンポナーデを認めた症例に対して人工心肺を使用し出血していた右房壁の腫瘍部分を一部切除しをパッチで再建した術式はJACVSD対象になりますか？項目は他の心臓手術-other Tumorですか？Othersですか？	ご質問の手術は開心術であり、お尋ねの通り他の心臓手術-other Tumorでの入力になります。
CABG後の心タンポナーデに対する心膜開窓術について、1症例「〇〇〇〇〇〇〇-2」として、入力をする必要がございますか？それとも、「パートS(合併症)／Tamponade」を「●yes」にするだけでよろしかったでしょうか？	合併症のTamponadeをYesにして下さい。
心のうドレナージは心臓手術ですが、術後1-2週間後の心のう水貯留に対する心のうドレナージは同一入院の二つ目の手術として、登録したほうがよいのでしょうか？	心臓ドレナージはJACVSD登録対象ではありません。またご質問の症例では術後の合併症と考えますので、「パートS、合併症」を「yes」にチェックして「other」の中にある「tamponade」を「yes」にチェックをお願い致します。
心タンポナーデ単体での登録は不要でかまいませんか？	心臓手術後の合併症としての心タンポナーデは単独での登録は不要です。
心臓手術を行った患者さんが1入院中に2回手術を行いました。2度目の手術は再開胸心膜開放タンポナーデ解除ですが、これは外科共通対象ではないと思うのでJACVSDにotherとして登録するのではないかと感じましたが、入力する医師より、これは対象症例ではないのではないかと質問がありました。	これはJACVSDでは合併症に入るので2回目手術にはなりません。外科共通には別の手術として登録すべきだと思います。
肺静脈閉塞・心房細動で肺静脈再建・Mazeを施行した症例は、入力対象外となり外科共通の血管外科分野への入力になりますでしょうか？	パートO、Mazeの部分に入力して下さい。
もともとVT/Vfの診断がついており、当科でCABGを施行した3週間後に循環器科へ転科してICD植え込み術を施行した患者の場合、パートO「他の心臓手術」のarrhythmia correction surgeryのothersにcheckしていいのでしょうか。転科せず、同一入院で術後2〜3週間してから恒久的ペースメーカーを植え込んだ場合も同じですか？	転科後の手術は含まれません。 永久ペースメーカーの場合は転科前だとしてもJACVSD対象手術とはカウントしないので、入力しません。
一人の患者様が1回の入院中に手術を2回行いました。1度目は胸部の大動脈瘤手術だったため、JACVSDのデータベースへ入力しました。2度目はJACVSD対象外だったため外科共通への入力となりますが、外科共通は1回の入院中に複数回手術する場合、同じデータ上に追加する方法で入力していきます。2011年はJACVSDと外科共通の互換性が無い為、それぞれに1回目の手術として入力をさせて頂くと理解すればいいのでしょうか？	JACVSD対象外の手術を 外科共通の1回目の入院、1回目の手術として登録してください。

Question	Anser
入院中に2回手術をされた方の登録の仕方について、お伺いします。1回目の手術(僧帽弁形成術)後、数時間後に、2回目の手術(僧帽弁置換術)をした場合2回登録すると思いますが、Part A~Hは1回目の登録と全く同様に入力して、よろしいのでしょうか？	A-Hは全く同様の内容とはならないかと存じますので、それぞれの内容を入力することになります。 例:パートD 術前クレアチニン値 パートE 以前の心臓手術の既往など パートF 心原性ショックなど パートG 術前投薬(inotropic Agents)など パートH 心機能に関連するデータなど 1回目の手術の前と違うデータがあるはずで、それを登録する必要があります。
心臓腫瘍に対して胸骨正中切開下に診断目的に生検のみ行った症例はデータベースへの登録はどうなりますでしょうか？	なりません。
「腹部大動脈瘤」の術中に、心筋梗塞を起こし、急遽「冠動脈・大動脈バイパス」も同時に行った症例です。「腹部大動脈瘤」の術式が「追補65:除外」で術式一覧にあります。同時手術であっても登録の必要はあまませんか？又「冠動脈・大動脈バイパス」はJACVSDで登録し、「腹部大動脈瘤」外科共通で登録と同時手術を別々に登録するべきなのでしょうか？	はい。JACVSDIにはCABGのみを、外科共通にAAAのみを登録して下さい。
TEVER後野endleakに対して、術後30日以降に再入院にて左鎖骨下動脈コイル塞栓術を行った症例は対象となりますでしょうか？	なりません。
他病院医師が当病院の手術に入った場合でも、症例登録に入れても大丈夫でしょうか？	はい。登録対象になります。
過去のCABG後の症例で、LITAのrepositioningを行った例があります。前回手術(LITA-LAD8、AO-SVG-Dx9-CX14、AO-SVG-4PD)今回LITAを離断しSVG側壁へ吻合しております。このような場合、「Harvest・末梢吻合数・IMAの使用」	こちらに関しましてはCABGの中に入れるかどうか検討の余地がありますが、現在はHarvest=zero, 末梢吻合=zero, IMA使用=zeroでお願い致します。
登録した症例で、合併症手術(試験開心術、気管切開 等)を行った場合は外科共通で登録すれば宜しいのでしょうか？	試験開心術というのは人工心肺を使用するのでJACVSDIに入ります(Cardiac, Other)が、試験開胸術(再開胸など)はJACVSDIには含めていないので外科共通にご登録下さい。
僧帽弁形成術などを施行した方が術後心臓超音波検査で左心房内血栓を指摘されたため同一入院中の2月1日に再度手術を行い左心房内血栓摘出術を行いました。この場合2度目の手術は合併症の血栓症などに有と登録するだけなのか、2度目の手術を別に入力した方が良いのかわかりません。	第1印象として合併症とは認識しなかったため、別の手術として登録するのが妥当ではないかと思えます。
心筋電極のペースメーカー移植術だけの症例、心膜開窓術だけの症例は登録が必要でしょうか？	心膜開窓術は必要です。「他の心臓手術」のOthersのOthersになります。ペースメーカーは不要です。
大人の心房中隔欠損症はjacvsdなのかjccvsdの方にになるのかどちらでしたでしょうか？	近い将来、Adult Congenital Groupを作成しますので完成次第連絡いたします。 現時点では以下のようにお願いいたします。 ■JACVSD(成人)にのみ参加している施設→これまで通りJACVSD(成人)に16歳以上の先天性症例を登録する。 ■JACVSDとJCCVSD両方に参加している施設→先天性症例は患者年齢関係なく全てJCCVSD(先天性)にのみ登録する。 ■JCCVSD(先天性)にのみ参加している施設→先天性症例は患者年齢関係なく全てJCCVSD(先天性)に登録する。
Crawford IV型の(胸腹部)大動脈瘤でスパイル切開、横隔膜も切開し手術を行いました。置換した大動脈は腹部分枝以下(腹動脈や上腸管動脈、右腎動脈を残すように大動脈を斜切開し、そこから末梢側にかけて)の大動脈置換を行った場合も入力して構いませんか？	原則上は横隔膜よりも下なので含まれないと思います。
再手術の範囲を確認したいのですが、再手術は心臓大血管に行ったもののみを入力するのでしょうか？それとも術後合併症に伴った手術でも入力するのでしょうか？(例えば)PM植込みやICD植込みは？縦隔炎に対する再開胸・洗浄・大網充填術は？長期人工呼吸管理に対する気管切開術は？術後の透析移行例に対するシャント作成術は？	含まれません。
pericardial drainageは入力必要でしょうか？	合併症としての入力になります。パートOのOther cardiacにご入力をお願いいたします。
ペースメーカー感染で人工心肺を用いてリードを除去しました。入力はどのようにのでしょうか？	術式は、O他の心臓手術で、OtherのところのOtherを選びます。
心臓手術後、感染をともって肺動脈が破裂し、人工心肺を使用して肺動脈修復術を行った症例は入力するのでしょうか？	入力します。IDのあとに「-2」を付けます。 術式は、O他の心臓手術で、OtherのところのOtherを選びます。それから、一回目の手術の入力では、S合併症のところで、他の心臓障害にYesをチェックする事になります。
単純なVSD、ASDの時はさておき、MR、Af、を伴う成人ASDの場合には、弁形成、不整脈手術も行うためJACVSDへの登録が良いのでしょうか？同様に、ARを伴う成人VSDも考えて良いのでしょうか？最終的には、主となる術式を中心に重ならないように現場で判断させて頂くかと思えますがいかがでしょうか？	先天性と成人の症例の扱いに関しましては、今現在も討議中でございますが、暫定的に下記処置をお願いいたします。 二尖弁の大動脈弁手術→後天性 ASD、VSDなど→一応、先天性に入れて下さい。 どう見ても後天性の方がfitするようであれば主治医の判断で後天性に入れて下さい。
私は今まで、腹部大動脈瘤の開腹手術患者は入力対象とはならないが、腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術症例は入力対象である、と理解しておりました。最近そのこと真偽に関して同僚から確認をされ、自分の誤解だったのではないかと、という思いが強くなって参りました。	開腹であれ、ステントであれ、腹部大動脈瘤は登録対象外となります。
症例の登録の適否について質問をさせていただきます。①心筋梗塞後などの心タンポナーデに対して開胸ドレナージのみを行った場合。②心筋梗塞後の心臓破裂による心タンポナーデに対して止血材の貼付およびドレナージを行った場合は症例の登録に該当するのでしょうか？	①は手術室で行った場合には登録する。ICUなど、手術室に行かなかった場合は登録しない。②は、手術室でやっていると思うので登録する。
当院では先天性心疾患の症例(新生児や小児)もあります。今回、先天性データベースへの参加を検討しておりますが、その場合16歳以上でも先天性データベースに登録することになるのでしょうか。それとも年齢により成人データベースと先天性データベースとに振り分けて登録するのでしょうか？	先天性症例の取り扱いについて再度お知らせ申し上げます。 ■JACVSD(成人)にのみ参加している施設→これまで通りJACVSD(成人)に16歳以上の先天性症例を登録する。 ■JACVSDとJCCVSD両方に参加している施設→本年2009年はこれまで通りJACVSD(成人)に16歳以上の先天性症例を登録し、JCCVSDへの参加は来年からとする。 来年2010年より先天性症例は患者年齢関係なく全てJCCVSD(先天性)にのみ登録する。 ■JCCVSD(先天性)にのみ参加している施設→本年2009年より先天性症例は患者年齢関係なく全てJCCVSD(先天性)に登録する。

Question	Anser
<p>当医院はJACVSD(成人データベース)にもJCCVSD(先天性データベース)にも参加していますが、『先天性の心房中隔欠損症』の38歳の症例はどのように入力すべきでしょうか。</p> <p>1、成人も小児も両方登録 2、小児のみ登録 3、成人のみ登録</p>	<p>「2、小児のみ登録」をお願いします。 先天性データベースにもご参加頂いている施設の場合は、先天性の症例は先天性データベースにのみ入力をお願いいたします。先天性データベースにご参加頂いていない施設はそのままJACVSDへご登録下さい。</p>
<p>前縦隔炎に対してVACシステムによる持続ドレナージを行うために、ドレーン挿入を手術室で行った症例があります。ドレーン挿入術ですので局所麻酔です。なおかつVACシステム自体局所麻酔下に病棟で行われる施設も多いのではないかと考えました。術後の処置であり、決して心臓の手術ではないかと考えますがどうですか？</p>	<p>心臓手術ではありません。</p>
<p>術式のカウントの質問ですが、同一入院中に、手術室では行った、局所麻酔下に術後縦隔炎に対して行った処置も0000-2としてカウントする必要がありますか？全身麻酔で術後縦隔炎に対して行った手術はカウントしましたが、局所麻酔はどうですか？</p>	<p>縦隔炎に対してどんな手術を行ったのでしょうか。いわゆる心臓の手術であれば麻酔法に関係なくカウントして下さい。</p>
<p>症例についてですが、Stanford Bのmalperfusionに対して、腹部大動脈レベルで開窓術(開腹下・カテーテルどちらにおいても)を行った場合は、対象症例となりますか？</p>	<p>Procedure baseという点から言うと、これは腹部の手術になるので含まれないと思います。胸部あるいは横隔膜にかかるようであれば含まれると思います。</p>
<p>一時的ペースメーカーリードが右心室を突き破り、心タンポナーデになった症例に対し、人工心肺を使用せずに右室を1針縫い合わせた症例を経験しましたが、これも入力対象症例になるのでしょうか。なるとすれば、Part A 大項目は「Others」、Part O 他の心臓手術は「Others」の中の「Trauma」になりますか。</p>	<p>入力対象になります。ご指摘の通り、OthersのOthers, Traumaです。</p>
<p>大動脈瘤破裂で緊急手術にて開胸したが、間に合わず死亡した患者さんの症例が1件ありますがこのような場合でもデータ入力必要でしょうか？</p>	<p>不要です。</p>
<p>apico-aortic bypass手術はどのように入力したらいいでしょうか？弁手術またはその他の手術？弁手術とすればreplacementとして人工弁を入力したらいいでしょうか？</p>	<p>このデータベースがdisease baseではなくprocedure baseである限り、現時点では、othersとせざるを得ないと思います。今後、この手術も増えるかもしれないので検討したいと思います。</p>
<p>手術カテゴリーの選択基準などありますか？</p>	<p>サマリー機能を使う際には基準がありますので、サマリー機能についてをご参考にして下さい。</p>
<p>収縮性心膜炎の心膜剥皮術は登録する必要があるでしょうか？症例により体外循環を要する場合と不要の場合があると思いますが、どうでしょうか。</p>	<p>心臓手術ですのでOthers, Cardiacとして登録して下さい。</p>
<p>JACVSDでは何歳以上の症例を入力対象としていますか？</p>	<p>JACVSDではcongenitalの症例も取り扱いますが、年齢は16歳以上を対象としております。手術時年齢が16歳以上の症例を入力対象としてください。</p>
<p>腹部大動脈瘤のみの手術例の場合、登録対象とはならないのでしょうか？</p>	<p>対象となりません。横隔膜以上を対象としていますので胸腹部大動脈瘤は含みます。</p>
<p>ペースメーカー、植込み型除細動器の植込み術の症例は対象となりますか？</p>	<p>どちらも対象とはなりません。</p>
<p>endovascular stentingもデータベースに登録してよいのでしょうか？</p>	<p>胸部大動脈の手術であれば含まれますのでご登録をお願い致します。</p>

Question	Anser
システム全般	
施設IDがわかりません。	入カシステムV4にログイン後、適当な症例を開いていただき、上部に表示される「Hospital ID:H-0000(4ケタ)」が施設IDとなります。
電子カルテのデータをCSVとして抽出することができますので、現在ホームページから入力しているデータを、そちらの形式に沿ったCSVデータとして定期的に郵送させていただくなどの方式で、入力させていただくことなどは可能でしょうか。	誠に申し訳ございませんが、対応しておりません。また症例データを郵送でお送りいただくことは、セキュリティ上大変問題となるかと存じます。
電子カルテを使用している病院で、何か良いアイデアを使用しているところはあるでしょうか。	独自にシステムを構築しているところもあるようですが、詳細について把握しておりませんので、事務局としてもそのような実例を募集している最中でございます。
予想死亡率について質問します。現在、各症例での予想死亡率は目次ページで見ることができませんが、これらを一覧としてみることは可能でしょうか？	現在は一覧で確認頂く事は不可能となっております。各症例ずつ確認して頂くこととなります。
入カシステムにログイン後のタイムアウト時間を教えてください。	現在は30分で設定されておりますが、これ以上はセキュリティの関係上長く設定することできません。個人情報を扱うデータベースですので、何卒ご理解いただきますようお願いいたします。
登録する数値が規定外のためエラーが表示され入力が行えません。	規定外の数値が入力された場合は警告画面が表示されますが、その画面を閉じて頂ければ、入力する事は可能です。あくまで、想定外の数値を警告するためのメッセージ機能となっております。
入カシステムにアクセスすると「この Web サイトのセキュリティ証明書には問題があります。」というメッセージが表示されます。どのようにすればよろしいですか。	当ホームページの証明書が期限切れになっているため、お使いのブラウザが警告メッセージを表示していますが、そのまま「このサイトの閲覧を続行する」をクリックして頂いてかまいません。現在、新しい証明書をつけるよう準備を行っておりますので、ご不便をおかけいたしますが、今しばらくご了承頂けますようお願いいたします。
重複登録してしまいました。データの削除はどのようにすればよいですか。	JACVSD ではデータ消去・データ改ざん防止のため、原則、一度登録したデータの削除は行えませんので、上書きにてデータを書き換えて頂いておりますが、このたび、入カシステムVer.3が2007年末までの症例が対象となり、2008年からの新規データはVer.4に登録されるため、Ver.3への上書き対応が出来ない事態が発生したため、事務局にて対応する事となりました。Ver.3のデータに重複登録、登録対象外症例などがありましたら依頼書(PDF)にご記入の上、事務局まで郵送にてご依頼下さい。依頼書はホームページから「ダウンロード」いただけます。下記にアクセス下さい。https://endai.umin.ac.jp/islet/jacvsv/P07.htmlなお、データは貴施設のデータ一覧から除外され、カウントやデータ解析には含まれなくなりますが、JACVSD サーバーには登録データ・除外履歴は保存されます。
必須項目はどれですか。	入力項目で背景が緑色になっているところが必須項目です。

Question	Answer
NCD共通基本入力項目	
外科共通第1術式選択や第2術式選択で弁形成術や弁置換術に関する事です。例えば、大動脈弁置換術+僧帽弁置換術なら”多弁置換術2弁のもの”を選ぶのは当然だと思いますが、僧帽弁置換術+三尖弁形成術の場合、第1術式を”弁置換術1弁のもの”として、第2術式を”弁形成術1弁のもの”などとするのでしょうか？今まで、保険レセプトの習慣からこのような1弁置換+1弁形成の場合、2弁置換術と考え、”多弁置換術2弁のもの”を選んだ登録が多くあります。保険請求では弁置換術(2弁のもの)として請求するからです。	保険診療に合わせて2弁置換術でご入力いただいても構いません。JACVSDでは項目Mで弁置換・形成が区別できるので、問題にはならないかと存じます。
外科共通血管外科対象症例もJACVSD共通基本項目に入力し症例は残すのでしょうか。あるいは、JACVSD対象症例で上書きするなど、外科共通対象はJACVSDに残しておいてはいけないのでしょうか。	血管症例はJACVSDには入力しないでください。JACVSD対象(横隔膜以上の心臓手術)のみJACVSDに、それ以外(腹部大動脈瘤やSVG)を外科共通にご登録ください。
術式:僧帽弁閉鎖不全症、心房細動に対して、僧帽弁置換術、Maze手術、左心耳結紮術、自己血回収術を行いました。僧帽弁置換術には1487、Mazeには1534、をつけてみましたが心耳結紮術、自己血回収術は何番の術式にあたりますか。	心耳結紮術、自己血回収術とも登録はございません。どちらもJACVSD対象外ですので詳細は外科共通にご確認ください。
術式共通登録からですと「Open Stent スtentグラフト内挿術と人口血管置換術(1分枝~4分枝管まで)+人工心臓」「Debranching(1~4血管へのバイパス)とstentグラフト内挿術」等、選択肢にあるのですが、JACVSDからの登録画面では選択肢に挙がっていないようです。今後追加される予定でしょうか？また、現状では「stentグラフト内挿術」のみの選択でよろしいでしょうか？	JACVSDにはNo.1566にstentグラフト術式があります。いずれはstentのページに統合される予定です。
上行弓部大動脈置換+elephant trunk挿入の場合は外科共通の術式はいずれに該当しますでしょうか？	elephant trunkは独立した術式ではないので、上行弓部置換になります。
弁置換後の人工弁感染は入院時診断で、どれにあてはまりますか	現状では下記いずれかの選択となるかと思いますが、通常は①でよろしいかと存じます。 ①IX章「循環器系の疾患(99139)→i33「急性及び亜急性心内膜炎」 ②IX章「循環器系の疾患」→i39「他に分類される疾患における心内膜炎および心弁膜疾患」
弓部大動脈瘤へのstentグラフト内挿術と胸腹部移行部の動脈瘤にたいしての胸腹部stentグラフト内挿術を施行した症例の登録を行っています。術式は 試案No.1566stentグラフト内挿術1. 胸部大動脈のみで登録しておりますがよろしいでしょうか？	現時点では、そのようにお願いいたします。
入院時第一診断において左房内粘液腫は大分類、中分類、小分類のどこにあるのか探し出すことができません。	入院時診断: 第二章新生物 D15.1が妥当ではないかと存じます。
成人で大動脈縮窄症の手術をした場合の病名選択として適切なものはございますでしょうか？	現時点では真性瘤を選択していただきますようお願いいたします。
「連合弁膜症(非リウマチ性)」に対し「弁置換術(2弁)」を施行した症例について、入院時診断は「I08.0 僧帽弁及び大動脈弁の合併障害」を選択すればよろしかったでしょうか？非リウマチ性の場合、「I34.2 非リウマチ性僧帽弁狭窄症」および「I35.1 非リウマチ性大動脈弁閉鎖不全症」を選択する必要がありますか？	ICD-10コードではできるだけ詳細なコードを選択できる場合はそちらを優先することになっております。今回の症例では非リウマチという病名コードがありますから、後者の選択になります。
外科共通共通基本入力の第1術式(コード)入力項目 debranching TEVARをした場合、外科共通の術式一覧にはN心臓 術式番号 NN0145 試案手術名 Debranching(1~4血管へのバイパス)とstentグラフト内挿術 試案No.外科共通 2011N002 というのがありますが、JACVSDのweb入力サイトでは、この選択肢が出てきません。どうすれば良いでしょうか。	JACVSDにはNo.1566にstentグラフト術式がありますのでこちらを選択して下さい。
外科共通共通基本入力項目にて麻酔科医の関与の定義についてご教示ください。	外科共通共通基本項目の定義の詳細にしましては外科共通が作成しておりますので、外科共通事務局にお問い合わせをお願い致します。
基本項目の術式登録ですが、例えば弁置換と弁形成を同時にを行った場合、保険術式では2弁置換ですが、それを登録すれば宜しいのでしょうか、それとも行った術式(1弁置換と1弁形成)を第一、第二術式として登録するのでしょうか。	(1弁置換と1弁形成)を第一、第二術式として登録して下さい。
前回手術に伴う再入院での手術は、該当する診断名がないので(例えば人工血管感染など)、前回手術時の診断名を登録すれば宜しいのでしょうか。	感染などは、I.感染症および寄生虫症、の中のB96 他章に分類される疾患の原因であるその他の細菌性病原体 のグループの中から、あるいは、IX.循環器系の疾患、の 198.1* 他に分類されるその他の感染症及び寄生虫症における心血管障害から、選んで下さい。
「AVR」と「Graft Replacement of Ascending Aorta」を施行した場合は、術式としては「No.1487 弁置換術 1.1弁のもの」と「No.1589 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 2.上行大動脈(その他のもの)」を選択すればよろしかったでしょうか？	はい。
「外科共通共通基本入力項目/術式」について「Bentall」は、「No.1558 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 1.上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)」を選択すればよろしかったでしょうか？	はい。
「冠動脈再建」を施行していない場合についても、「No.1558 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 1.上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)」を選択すればよろしかったでしょうか？	Bentallは必ず冠動脈再建を伴うはずですが。
術前診断にPFO(卵円孔開存)さらに術式でPFO閉鎖術という項目はありませんか？	ASDとして入力して下さい。
JACVSDと外科共通は2011年1月から同一のシステム上で運営しているようですが、横隔膜> 以下の手術についてJACVSDの外科共通共通項目の箇所に入力すれば外科共通のみ登録したことになるのですか？	なりません。外科共通にご登録をお願い致します。よって、外科共通への科長登録も必要となります。
術者登録が2+1(術者、第一助手、指導的助手)に限定されたようです。以前は第二、第三助手の入力もできました。	第1助手を選択しないと第2助手項目が表示されないようになっています。(同様に第2助手を選択すると第3助手、第3助手→第4・・・)

Question	Anser
パートA(基礎情報1)	
同意書「Reject」の場合、データベースに入力せず、事務局に報告するとありますが、いつ報告すればいいですか。	年間完了報告の際に年間のReject件数をご報告ください。なお、Rejectだけをチェックし、あとは入力しないでください。患者さんの同意が得られなかった時点でデータ解析に用いることが出来ません。
弁膜手術の最中に解離を起こした場合は、合併症ではなく同時手術と考え、弁手術と胸部大血管手術の両方に記入すれば良いのでしょうか。	S.合併症の最後に解離の項があるのですが、これはあくまでも術後の話なので術中とは少し異なると思います。従って、やはり両方に記入するのがよいと思います。
手術カテゴリーは、同時手術の場合は複数選択とすればよいでしょうか？また、Subcategoryはどのような扱いなのでしょうか？	Subcategoryは複数選択してもかまいませんが、手術カテゴリーは1つのみの選択としてください。その患者をどのcategoryで登録したいかを手術カテゴリーとし、どちらかといえば副疾患といえるものをSubcategoryとしてください。最終的には主治医の判断としてください。 * Subcategoryも「手術」のCategoryなので、疾患があっても手術していない場合は入力対象となりません。
たとえば、Bentall手術は弁疾患に分類されるのでしょうか？あるいは、大血管症例に分類されるのでしょうか？ それとも、両方にカウントすべきなのでしょうか？ 両分野にまたがって施行された手術はどのように分類すべきでしょうか？	Bentallに至った病因が上行大動脈あるいはValsalvaにあるのであれば大血管に、弁にあるのであれば弁を選択致します。Valve sparingの場合には弁に選択肢がありますのでそちらを選択しsubjectにもう片方を入れてください。どちらをmain subjectにするか迷う場合には最終的には主治医の判断で選択してください。
Marfan AAEでBentallになった場合はほぼすべて大血管の分類でよいということでしょうか？	基本的にはそうなります。
最近では以前だったらBentallになっているMarfan AAEの症例に David手術を行うことがあります。この場合どうなるのでしょうか？	弁に分類されます。
施設として症例数を出す場合、valveと大血管の両方にカウントしてもよいのでしょうか？	いいえ、ひとつの手術にひとつのエントリーとなります。
特殊な症例であまり重要ではないかもしれませんが、CABG遠隔期の大動脈石灰化が著明ないわゆるporcelain aortalに対するAS症例に、左開胸でapico-aortic bypassを行った場合、手術はAVRでよいのでしょうか。心以外の病変は大動脈病変にcheckを入れるべきでしょうか。	手術はAVRではなくOthersでお願いいたします。疾患ベースならASに対する手術ですが、procedureベースなのでAVRは該当せず、Valve内にも適当なものが存在しないと思います。
日本国籍ではない患者様を手術した場合登録はどうすればよいでしょうか。以前は国籍という項目がありましたが、最近ではJapanとなっていて変えられません。	こちらの国籍項目は患者の国籍ではなく、施設の国籍です。当初よりアジア全体のデータベースを目指していたため国籍項目があります。

Question	Anser
パートB(基礎情報2)	
<p>当院の倫理委員会での決定で、患者イニシャルは入力不可となっています。</p>	<p>数字で 2, 2 の入力をお願いいたします。以前の数字0, 0ではアルファベットのOと間違いやすいため変更しました。</p>
<p>当院の倫理委員会で生年月日の誕生日は個人情報として入力不可となりました。</p>	<p>この場合は1月1日でご入力をお願いいたします。</p>
パートC(登録病院3)	
<p>入院日は、転科日ではなく入院日となっていますが、長期入院の患者がCABGのため一時心臓外科に転科したような場合でも転科日ではいけないのでしょうか？</p>	<p>現在のところ、純粋な術前リスク解析の観点からは転科日のデータを入院日、退院日の代わりに用いることのメリットは少ないと考えられます。一方、入院日、退院日のデータは一患者にかかったコスト算出の面からは重要性が高いため、将来的に分析対象となりえます。そのため、現在は転科日ではなく、入院日、退院日を入力していただいております。</p>

Question	Answer
パートD(術前危険因子)	
術前クレアチニン値で、術前直近とありますが必ずしも手術当日の検査値でないためでしょうか？	術前状態を表すと考えられる検査値で、測定日は問いません。
肝機能障害の既往で、過去にクレアチニン>2.0mg/dlの既往とありますが単発的にでた2.0mg/dl以上の検査値でも既往に含めてもいいのでしょうか？	単発的にでたのも医学的に見て腎障害と考えられれば一度の異常値でも既往となります。
「慢性呼吸器障害」の項目についてですが、患者の状態が悪く肺機能検査を施行することができず、評価が困難な場合についてはどのように入力を行えばよろしいのでしょうか？	主治医の判断でご入力をお願いしております。
「心臓外血管病変」の項目についてですが、末梢血管病変にはPADやDVT、PTE(IVCフィルター留置済)なども対象として含まれますでしょうか？	心臓外血管病変とは動脈病変を意味するものであり、脳、腎、下肢の動脈病変を想定していません。DVT、静脈瘤、PTEは含まれません。
緊急入院で翌日死亡退院された方で、身長・体重の測定が行われておらず、2008年の症例のため、当時の医師も退職等でおらず、入力できません。	麻酔記録、看護師記録、人工心肺記録などを参考にして最終的には当時の主治医にご連絡を取り、その判断でご記入をお願いいたします。
脳障害の既往 発生時期 起点は手術日でしょうか？	発症から手術日までです。
JAVSD「D:術前危険因子」の糖尿病に関する項目ですが糖尿病の既往がありながら、無治療で放置していた場合「糖尿病の治療は？」の選択項目が該当ではないように思いますが、どのようにすれば、よいのでしょうか？	現時点では食事療法にチェックをお願い致します。次回、項目検討にて未治療項目の設置について調整致したいと存じます。
緊急OPの場合は、精神神経障害の既往や頸動脈病変の既往など、不明なところが多いです。その場合は記入しなくていいのですか？	主治医の判断によりご入力頂いております。
術前心不全から急性腎不全を併発し、数回の人工透析を行った後手術に臨んだ場合、術前の透析はどう入力するのですか。また術前クレアチニンの値(max6.6術直前1.3)の入力は？	腎機能障害の既往は Yes 慢性透析は No 術前クレアチニン値は 1.3にてご入力をお願い致します。
緊急手術で呼吸機能ができなかった場合、術前危険因子の慢性呼吸器障害の欄はどうなるのでしょうか？	血ガスデータなどを参考にして、主治医の判断でご入力をお願い致します。
Dの脳障害の既往について教えていただきたいのですが、術前のMRIやCTで見つかった、無症候性脳梗塞は意識障害の症状がなかったため、脳障害の既往はNoで宜しいですか？	脳障害の定義は「何らかの症状があったもの」に限られていますので、無症候性で偶然発見されたものは脳障害なしでご登録をお願い致します。
Dの脳障害の既往ですが、硬膜外血腫は該当しますか？	TIA、RINDといった定義に従うべきです。硬膜外血腫だからというのではなく意識障害の時間経過での判断になります。定義をご確認下さい。 * No:なし * TIA:24時間以内に消失した中枢神経障害の既往 * RIND:72時間以内に消失した中枢神経障害の既往 * CVA:中枢神経障害が72時間以上持続したもの * COMA:24時間以上持続した昏睡
Dの術前危険因子についてお伺いさせていただきます。急性解離で術前にParaplegiaが発生した場合、脊髄障害ですので脳障害の既往はNoで宜しいですか？	脊髄障害ですので、NOでお願いいたします。
術前危険因子で、胸腹部置換を行った場合、血管病変は胸部大動脈と末梢血管の両方にチェックを入れるのでしょうか？	はい。
AAEのように上行大動脈に病変が及ぶ場合、胸部大動脈の病変ありで宜しいですか？	はい。
D.術前危険因子のところの脳障害の既往に関してですが、心臓が原因の意識障害(重度のASやCPRを要した不整脈などによるもの)も含まれますか？	原因がなんであれ、すくなくとも一時的には脳虚血に陥った時期があると考えれば術後経過に影響を及ぼしますので、心臓が原因の意識低下も脳障害の既往はYESとなります。
肝機能障害はどの時点での値を評価すればよろしいのでしょうか。クレアチニンに関しては術前は直近、術後は最高値と指定があるのですが同様に考えてよろしいのでしょうか？	手術直近でお願いします。
Dの術前危険因子の心臓外の血管病変で、どちらも置換術を行っていても、胸部大動脈瘤の場合はNo、胸部大動脈解離の場合はYes→胸部大動脈 にチェックすれば宜しいのでしょうか？	解離であっても真性大動脈瘤であってもどちらでも心臓外血管病変はYesとなります。
また腹部置換術や腹部ステント、末梢血管のバイパス手術の既往がある場合でも、治療済みですので、心臓外の血管病変はNoでしょうか？	治療済みであろうとも血管病変はYesでお願いいたします。
心疾患の急激な悪化に伴う一過性の肝機能障害の場合もYesに該当するのでしょうか？	原因が何であれ、手術直前に肝機能障害があればYesとして下さい。
「精神神経障害の既往」のところで、パーキンソン症候群は含まれますでしょうか？	現時点では、含まれるとは考えていません。
術前危険因子で心臓外の血管病変の項目に胸部大動脈とありますが、胸部大動脈瘤の手術を行った際にはここにもチェックが必要でしょうか？	Aortaの場合には必要です。
当該疾患がDeBakey I型の急性大動脈解離で上行あるいは上行置換を施行した際に、パートD(術前危険因子)の項目の心臓外の血管病変は"あり"とするのでしょうか？それともこの欄は既往歴と考え"なし(No)"とするのでしょうか？	「あり」でお願いいたします。
解離性大動脈瘤などで発症時に脳梗塞などを合併している場合、既往症に含めて宜しいのでしょうか？というのも発症後数時間で手術になり、術前CTでは脳梗塞がはっきりしないものの、術前の臨床所見と術後CTから術前発症と推測される症例がありましたのでお教えてください。	明らかに術前に発症していたと思われる場合には既往症で問題ないと思われます。
「Cerebrovascular Accident: 24時間以上持続した中枢神経症状の既往」の項目ですが、脳梗塞や脳出血により症状があるときにはYESでよろしいのでしょうか？	はい。
パートE(以前の心臓手術)	

Question	Answer
「以前の心臓手術」についてですが、他院で行われた手術も含めるのでしょうか？含める際に記録が少なく人工心肺使用の有無が分からない時は人工心肺の使用手術の欄はどちらでカウントすれば良いのでしょうか？	他院も含みます。人工心肺使用についてはできるだけ情報収集していただき、どうしても不明な場合は主治医の判断をお願いいたします。
心タンポナーデは、心原性ショックに含まれるのでしょうか？	含まれる場合と含まれない場合がありますので主治医の先生にご確認下さい。または、医師のデータマネージャーもご登録頂いているかと存じますので外科医の先生にお聞き頂ければご判断頂けるかと思えます。
CMC, PTMCはPartEの以前の心臓手術に含まないと考えてよろしいでしょうか？	CMCは含まれるでしょうか、PTMCは含まれないと思います。
ペースメーカー植え込み術は以前の手術の既往に含まれますでしょうか？	含みません。
以前の心臓手術「血栓溶解療法から手術までの時間」が20年場合どのように入力したらよろしいでしょうか？	このcaseに関しては手術の直近ではないので無視する、すなわちゼロ時間でいいと思います。
PartEの末梢血管手術の既往にPTAは含まれるのでしょうか？	現時点では、含まないとして下さい。
「血栓溶解療法から手術までの時間」で、この「手術」とは冠動脈インターベンションのことを指すのですか？	いいえ、interventionではなく、手術自体を指します。
冠動脈インターベンションの既往のところでインターベンションをトライしたけれどガイドワイヤーがクロスしなかった場合とか、不成功に終わった場合もYesとなるのでしょうか？	もちろんYesです。
「以前の手術回数」で「人工心肺を要しなかった手術数」には、腹部大動脈瘤手術やカテーテル治療(大動脈ステント、冠動脈インターベンション、バルーン弁形成)の回数は含まれますか？それともCMC、PDA切断、OPCABなどしか入らないのでしょうか？	CMC、PDA切断、OPCABなどしか入りません。
パートF(術前心血管症状)	
『鬱血性心不全』において、術前2週間より前に診断され、手術まで点滴、投薬などである程度落ち着いた状態で手術となった場合は、『no』でしょうか？あくまで2週間以内という基準で判断するのでしょうか？	あくまで2週間以内に鬱血性心不全があるかどうかを聞いているので、それで判断してください。すなわち術前2週間に心不全状態が全く認められない場合がnoであり、それ以外はyesだと判断します。
Part Fの不整脈の既往等、ペースメーカーを植え込みしている場合はないのですが、ペースメーカーがなければ、AF等ある場合、「Yes」を選ぶべきでしょうか？	はい。
Classification NYHA分類について、入院時あるいは、術前とありますが、入院時と術前で症状が異なる場合、どちらを優先したらよろしいでしょうか？	術前をお願い致します。
Fの術前心血管症状についてご指導をお願いしたいのですが、たまたま術前カテで冠動脈狭窄がみつかったものの、症状がなく投薬等の治療が行われていかった場合は、術前心疾患症状の狭心症はNoになるのでしょうか？	狭心症はNOでお願いいたします。冠動脈病変枝数に記入することは必要です。
Fのうっ血性心不全ですが、2週間以内に初めて心不全と診断された場合でしょうか？それとも慢性心不全で術前2週間以内に心不全の症状がある場合(コントロール不良や心不全の悪化)も含むのでしょうか？	new onsetのみではありませんので、含みます。
術前の投薬で術前2週間以上不整脈が抑えられている場合は既往ありでよろしいでしょうか。そのような患者で術後に発作が再発した場合は合併症に含まれてよいのでしょうか？	術前2週間、不整脈がなければ「不整脈なし」と思えます。
心筋梗塞: if yes whenの項目ですが、数か月前とか数年前で明らかに21dayは超えているがはっきりしない時期に発症したと考えられる場合は21day-, unknownいずれにチェックすればよろしいでしょうか？	明らかに21日以前であれば21day-にチェックでよいと思います。
パートFですが、うっ血性心不全とは具体的にNYHA分類何度以上でしょうか？(II度以上でよろしいですか？)NYHA分類と両方入力するのは何故でしょうか？意味合いが異なるのでしょうか？	うっ血性心不全に関しては定義集、または「ヘルプ」と「よくあるご質問」をご参照下さい。NYHAとは別の判断基準です。
緊急の場合NYHAがN・Aであったり、症状が出るまでは普通に生活していたのでIと考えるか、手術直前の状態はIVだと考えるか主治医によってまちまちです。どちらの状態を想定すれば宜しいのでしょうか？	直前の状態を書いて下さい。
パートF(術前心血管症状)の術前のNYHA分類についてですが、入院時もしくは手術前に診断するとありますが、重症心不全で入院時IIIあるいはIV度であり、内科的治療で術前II度まで軽快した場合どちらを優先すべきでしょうか？	直近を優先させて下さい。
術前状態で、NYHA分類が必修なのはわかるのですが、CCS分類は狭心症重症度分類なので必修なのはおかしいではありませんか？	CCS分類はSTSデータベースでも必須となっています。また、大血管や弁膜疾患でもIHDを伴う患者が増加しています。症状無しの場合には0をクリックするだけです、今後とも必須とさせていただきます
「狭心症」には、大動脈弁狭窄に伴う労作時胸痛も含めるのでしょうか？	含めてください。従って、ASIに伴う労作時胸痛がある場合、CCSIは1以上になります。
術前投薬の選択肢に無いもののみ服用の場合はnoでしょうか？もしyesの場合、術前日の下剤、眠剤等も含まれるのでしょうか？	選択肢にない物は考慮不要です。

Question	Anser
パートG(術前投薬)	
投薬は、経口薬だけでなく注射薬等も含まれるのでしょうか？	含まれます。
記載薬以外を投薬した場合はどうしたらよろしいでしょうか。	記載薬以外は対象とはならないので記載不要です。
術前投薬に[Nitrates iv]の項目がありますが、シグマートの持続投与はこれに含まれるのでしょうか？	含まれません。
パートH(術前心カテ情報)	
JACVSDの「H: 術前心カテ情報」の項目について質問です。他院にて心カテ検査を実施しており、当院では検査していない場合は当院検査実施なしという事で、「No」で構いませんか？	いいえ、Yesでお願い致します。
H 術前心カテ情報項目が、一部ないしは、全項目空白となっております。緊急Ope対応につき、紹介元、当院ともに検査未実施の為、正確を記する為、空白のままにしております。	術前心カテがNoの場合には冠動脈病変枝数とLMT関与は消えますが、心機能、弁機能は必須のまま残ります。これらは心カテのみでなく心エコーや目視などで最終的には主治医もしくは術者の判断で記入してもらっています。基本的に未入力項目がある症例は統計解析にも用いることが出来ません。
術前心カテ情報: 病変枝数の項目ですが、ManualのようなSTS基準、日本基準の欄が出ないのですが。	只今調査中でございます。追ってご連絡申し上げます。→検討の結果、追加しないこととなりました。
H: 術前心カテ情報 の入力画面ですが、ここでは心カテデータ、ないしは心エコーデータの数値を入力するようになっておりますが、個々の検査の実施項目や、超緊急で十分な精査が不能であった場合など、本セクションを全て埋めるだけのデータがなかったり、あっても失念していたり、という場合が相当数存在します。これのため、当施設の症例のデータ入力率が100%にならない(95%前後となる)のですが、どうしたらよいのでしょうか。	緊急症例で未検査の場合など、ある程度は主治医のご判断にてご入力をお願いしております。
パートHですが、緊急手術で全く心精査ができていない場合の入力はどうすればよいのでしょうか。	主治医の判断でNoであればNoとしてください。
パートHで術前心カテ情報を入力することになっていますが、冠動脈CTで冠動脈病変を診断できて、カテーテルによる冠動脈造影を行わなかった時、結果を入力の方がよいでしょうか。それともカテーテル検査は行わなかったとして「施行せず」にした方がよいでしょうか。	将来的には「冠動脈評価法」→「なし、カテーテル、CT」などのように入力項目を改良していきたいと思いますが、現時点では「カテーテル検査したか？」→Noとして入力して下さい。
パートHのデータは心カテからのデータのみとなりますでしょうか？例えば、心エコーデータでの入力は可能でしょうか？また、心エコーデータの場合AS・MSのInsufficiencyを当院ではN/trace/mild/moderate/severeで評価しておりますが、それぞれ0・I・II・III・IVへの対応が可能でしょうか？	下記を参考として下さい。 0=N~trace I=mild II=mild~moderate III=moderate IV=severe
術前心カテ情報、手術直前の術前診断のことでお伺いしたいのですが、機能不全によるre-doの手術で既に弁置換してある場合は、どのように記入すれば宜しいのでしょうか。	Stuck valveであればStenosisに、leakであればInsufficiencyとなると思います。程度は直近での程度を選んで下さい。
LMTは50%以上で狭窄ありとするのでしょうか？それとも50%を越えた場合でしょうか？	丁度50%は「狭窄あり」には含めます。50%以上の場合「狭窄あり」としてください。

Question	Answer
パートJ(手術)	
「MVP+TAP+Maze手術」を同時施行した症例について、「MVP+TAP」と「Maze手術」の術者チームが異なる場合には、どのように入力すればよろしかったでしょうか？	この術式では術者は一人となりますので、二人は認められません。どちらかのチームの術者1名をご入力願います。JACVSDで術者が2人というのは原則的に認められておりません。
JACVSDに下記の外科研修医の術者登録を使用とした際に、医籍登録番号、氏名を入力しても検索結果 0 という結果となり、この方法で、入力できず、手入力で術者登録をしています。同じ研修医を外科共通に登録したときは、問題なくリストにできましたので、外科学会に登録する際のミスとかの問題ではないと思います。	外科共通とJACVSDとは、日本外科学会由来の名簿を使用しておりますが、外科共通では他の施設でも術者登録が行われた場合も検索ができるようになるなど、多少仕様に異同がございます。また、あくまで術者登録用の参照値のため、医籍登録番号が異なっている場合もございます。いずれの場合も、手入力で登録していただけたら、後の専門医申請の際には活用していただけるようになる予定です。
「同一入院中の複数手術」これは2回目以降の手術が心臓血管外科領域の手術の場合、“Yes”となりますか？	はい。
パートJ 手術 同一入院中の複数手術の定義 例えば、術数日後に腸管虚血にて開腹手術施行は該当するのでしょうか？	この項目もJACVSD入力対象症例のみ該当します。よって、開腹手術はJACVSD登録対象の心臓血管外科手術ではありませんので該当しません。
術者と指導的助手(責任者)はそれぞれ一症例としてカウントできますか？指導的助手(責任者)となるには条件がありますか？	JACVSDデータマネージャーマニュアル13Pをご参照下さい。 https://endai.umin.ac.jp/islet/jacvdsd/file/P3/JACVSD-DM110201.pdf なお、上記は外科専門医修練カリキュラムに準じております。 http://www.jssoc.or.jp/procedure/specialist/curriculum-1.html これ以上の詳細となりますと、専門医認定機構へ直接お問い合わせ頂いた方が宜しいと思いますので、下記にご連絡をお願い致します。 http://cvs.umin.jp/index.html
AVR手術時に術中大動脈解離を起こし、上行置換術を同時施行した場合はどの様に入力すればよいでしょうか。手術項目のValveとAortaを最初から入力して一緒に記入するのか、合併症のVascular Dissectionを選択して別シートで入力するか、あるいはAorta手術は記入しないのか、教えてください。	「IDナンバー(ハイフン)2」として別症例として入力してください。 「予期せぬ手術」の取扱について、システム対応致しました。 J.手術、の「手術日」の後に、「同一入院中の複数手術:Yes, No」追加、 「Yes」の場合には更に「2回目以降の手術は予期せぬ手術ですか? Yes, No」が追加されております。
助手なしの手術の入力方法を教えてください。	段階では空欄をお願い致します。取り急ぎ、助手なしの入力が出来るようシステム変更させて頂きます。一システム変更済み
緊急手術の適応ではあるものの、まずは循環器内科で診察し、心臓外科に転科して手術となった場合、緊急といえども、予定手術として組み込まれて手術を行うこととなります。	electiveです。
OP室がいっぱいで、ICU管理となつてから緊急手術になった場合も、24時間を超えていたら、準緊急となるのでしょうか？	urgentです。 その他Emergent:解離やrupture, tight LMTなど診断がついたと同時に手術が決定・施行されたもの Urgent:診断がつき急ぐ手術ではあるが、真夜中にするほどではないとか、手術枠の関係で翌日まで待てた症例など。
新たに追加して術者登録する先生は医籍登録番号で登録するということでしょうか？それとも今まで登録していた術者も改めて医籍番号で登録し直してでしょうか？	2011年1月1日以降の症例を登録する際は、医籍番号で登録した術者しかブルダウメニューに表示されませんので、施設の全術者を医籍番号にて再登録をお願い致します。
手術症例をデータベースに登録する際、指導的助手(教授・部長クラス)の箇所に入力しただけではその指導的助手の正式な経験症例数にはならないのでしょうか？	認定医に関する事は、心臓血管外科専門医認定医機構へ直接お問い合わせ頂いた方がよろしいかと存じます。下記、認定医機構のホームページになりますので、こちらに記載のメールアドレスにお問い合わせをお願い致します。
J.手術ー緊急度がUrgentのときのチェック項目ーUSAとは何の略ですか？	USA = unstable anginaです。
手術の緊急度がUrgentもしくはEmergentの場合、更に入力欄があります。2つ以上checkをつけることができないのですが、やはりいずれかひとつを選ばなければいけないのでしょうか？	最終的には主治医の判断により一つを選んで下さい。
Worsening CPとは？	Worsening chest pain の略です。
AEMIとは？	Acute Evolving Myocardial Infarction within 24 hours before surgery です。
緊急度 if checked EmergentのところでIABPを使用した場合はShoch No Circ Supportになるのでしょうか？	IABPは循環補助装置に入りますのでShock Circ Supportです。
パートK(アプローチ)	
いわゆる右小開胸のMICSはポートアクセスとしてよいのでしょうか？	今後、定義をふまえ検討を行う予定ではございますが、現状ではポートアクセスをお願いします。

Question	Anser
パートL(冠動脈手術)	
Part Lの「上行Aorta操作」に関して人工血管置換した上行大動脈へSVGの中核側吻合を行ったときは、遮断中なら「Cross Clamp」ですか？もし、送血用の側枝の断端に縫い付けた場合は「Non-touch」でしょうか？	パートLに限れば、側枝吻合はnon touchです。ただし、上行置換が今回の手技かあるいは前回手術の手技かによって、人工心臓やAortaのパートでのAorta操作入力が変わってきます。
「Off-Pump CABG」を施行した症例について、「RGEA」を「Acute Marginal Branch」へ端側吻合した場合の吻合数は、どのように入力すればよろしかったでしょうか？	RCAに一カ所です。
CABGに関して：RCAがhypoplastic・LCX dominantの患者さんで、本来右の領域を灌流しているLCXの末梢（#15PD）に吻合した場合もTargetはLCXでよろしいですか。	はい。
「冠動脈手術施行時の吻合数」CABG(LITA-SVG-OM)といった場合、LITAをLCxに1箇所吻合・SVGをLCxに1箇所吻合となるのでしょうか。	SVGをCXに1箇所吻合。ただし、LITA使用はyesです。
パートL 冠動脈手術 上行Aorta操作 1本をSide Clampもう1本をSuture Deviceで行った場合の選択肢	Side clampです。
過去のCABG後の症例で、LITAのrepositioningを行った例があります。前回手術（LITA-LAD8、AO-SVG-Dx9-CX14、AO-SVG-4PD）今回LITAを離断しSVG側壁へ吻合しております。このような場合、「Harvest・末梢吻合数・IMAの使用」	こちらに関しましてはCABGの中に入れるかどうか検討の余地がありますが、現在はHarvest=zero、末梢吻合=zero、IMA使用=zeroでお願い致します。
修正大血管転位で前壁中隔を栄養する、本来であればLADの役目をする枝がRCAから分岐していました（いわゆるRAD）。そこにバイパスを置いた場合、末梢吻合部はLADとみなしてよろしいでしょうか。	LADでお願いします。
記入担当医師より、LV functionの計測がないとの回答があり、記入出来ない状態にあります。	主治医の判断でestimationで結構ですのでどれかを選んでご記入をお願いいたします。
再冠動脈バイパス手術のときのバイパスの本数の数え方ですけど、たとえば、以前に施行したLITA-LADが開存しており、今回あたらな病変があってLCX、RCAにバイパスをする時には2枝病変とカウントするのか？3枝病変とカウントするのか？	病変部位の数ですので、2枝となります。
もし、このLITA-LADの末梢にも病変があってLADにもバイパスをおく場合は（LCX、RCAに追加で）3枝病変というカウントの仕方ではよろしいのですよね？	3枝となります。
冠動脈手術のDistal Anastomosisの欄でHigh Lateral BranchはLCxに入れればよいですか。	はい。

Question	Answer
パートM(弁手術)	
SJM27CAVGJ(SJM27AとHemashield 30mmのコンポジットグラフト)を選択しBentall手術を施行した場合Aortic Prosthesisの種類はどれを選択すればよいでしょうか？	M弁手術の人工弁でプルダウンメニュー68を選択してください。
先日、大動脈弁閉鎖不全を伴うValsalva洞瘤の方に対して、まずReimplantationを行いました。逆流が中等度以上残存したため再遮断で弁置換を追加しました。最初はValsalva graftのみの使用でしたが、弁置換時にはValsalva graft内に機械弁を入れた形となりました。このようなときは、Carbo Sealなどの出来あいのものではありませんので弁の選択としては機械弁しか入力できませんがそれでよろしいでしょうか。また、カテゴリーは弁膜症で良いでしょうか。	はい。
同様に僧帽弁でも形成を行ったが術中に置換に移行する場合も考えうと思いますが、そのようなときは最終的な手技に関してのみ登録すればよろしいですか。	最終手技でよいです。
JACVSD登録に関する質問ですが、項目MのProsthesis NameでOn-X 27/29を使用しました。しかし、/(スラッシュ記号)を打つことができません。	27/29なら27を、29/31なら29を入力して下さい。
先月よりエドワーズ社のMagna弁の改良型であるCEP Magna EASE弁が使用出来るようになっております。使用人工弁の選択肢にまだ入っていないようですが、どのようにすればよろしいでしょうか。	パートM弁手術、「人工弁」項目に入力するバルブキーについて、改良型人工弁への対応が決まりましたのでお知らせ申し上げます。将来的にはバルブキーの大幅な改良を予定しておりますが、現状では、旧型に含めてご登録をお願いいたします。
大動脈弁弁輪形成を伴う大動脈弁置換術を施行した症例については、Valve手術の大動脈弁の欄は「弁輪形成」を選択するということがよろしかったでしょうか。	はい。
JACVSD入力の場合、人工弁のATS AP弁を使用した場合の選択肢がないようですがATSを選択すればよいのでしょうか？	ATS-APなどの場合も、使用した弁の種類としてATS弁を選択し、サイズは製品に記載してある数字のみ(20APの場合は20)をご入力ください。
人工弁のコードの一覧はどこからダウンロードしたらいいのでしょうか。	STSのバルブリスト更新に伴い、JACVSDのリストの更新も近々行われる予定です。最新版のリストは一覧をダウンロードできるようにする予定ですので今暫く、お待ち頂けますようお願い致します。
apico-aortic conduitの場合大動脈弁置換を選択していいのですか？	パートMの「弁輪拡大」の下に「apico-aortic bypass」を追加致しました。
弁手術のexplantというのは、弁置換術における弁輪上移植のことでよろしいのでしょうか？	弁置換後に再弁置換が必要となった場合に取り出した古い弁の名前のことです。最近、Physio II ringを用いた症例がありますが、Part Mの prosthetic nameには、othersの777を入力したらよいのでしょうか。至急で「Physio II ring」を追加いたしますので、今暫くお待ち願います。
僧帽弁置換術後の遠隔期に、peri-valvular leakが生じたため、再手術となった症例があります。手術では、再弁置換ではなく、cuttingしていた弁輪部を縫合閉鎖して修復しました。その際のPart M: 手術弁のmitralの選択は、Reconstruction without Annuloplastyを選択すべきでしょうか？それとも、Part O: 他の心臓手術の othersを選択すべきでしょうか？	Reconstruction without Annuloplastyを選択してください。
DCMのMRIに対し、Papillary muscle plication + Mitral annuloplastyを施行した場合の入力はM.手術弁 Mitral の Annuloplasty only、O.他の心臓手術 Others の Othersでよいのでしょうか？それともO.他の心臓手術 Others の Myoplastyになるのでしょうか？	現状ではM.手術弁 Mitral の Annuloplasty onlyをお願いいたします。
人工弁の項目で修正大血管転移の三尖弁(機能的僧房弁)置換は、三尖弁で登録するのか僧房弁で登録するのかどちらでしょうか？	僧帽弁をお願いします。
弁手術で、以前当院ではBjork-Shileyのスフェリカル弁を入れていたのですが再弁置換で取り出した場合、弁の種類コードの中にはCC弁とMonostrut弁はあるのですが、スフェリカル弁はありません。どれを選んだらいいのでしょうか？	CC弁となります。
肺動脈弁位のコアテックスで作製する弁つき導管は、“その他=777”でよろしいのでしょうか？サイズは作製したサイズでよろしいでしょうか？	はい。
以前他院で施行された症例の再弁置換で、摘出弁の種類、サイズが不明の場合、空欄にするとデータがcompleteにならず、“不明”とも入力できないのですか、どうしたらよいでしょうか？	主治医の判断で大体の入力をお願いいたします。
狭小弁輪などで、ATS AP弁、Bicarbon Slimline弁など、従来の弁よりもカフを小さくしてあるタイプの機械弁を使用することがよくありますが、その場合はどのようにして登録すべきなのでしょうか？例えばATS20AP弁を使用した場合は、弁はATSを表す「M1」を選択し、サイズのところに「20AP」と書くのが正しいのでしょうか、それともカフの内側はATSのStandardの弁の23mmと同じですから、「23」と書くのが正しいのでしょうか。	ATS-APなどの場合も、使用した弁の種類としてATS弁を選択し、サイズは製品に記載してある数字のみ(20APの場合は20)をご入力ください。

Question	Anser
パートN(胸部大血管手術)	
PartNの「Thoracic aortic surgery 遮断部位」に関して新規参入時のレクチャーではあったのかもしれませんが教えて下さい。遮断は複数の箇所で行うと思いますが、これは「一番末梢側の遮断部位」ですか、それとも「遮断したところが一番末梢にあたる場所」ですか。もし、「弓部大動脈瘤の手術を行う際に、上行大動脈を遮断して冠血流は維持しながら心拍を維持しつつ弓部を切開、遠位弓部はopen distalとし、elephant trunkを入れ4分枝人工血管と吻合したあと、弓部のところで人工血管を遮断して分枝送血を開始し末梢に血流再開。中枢側吻合はnativeも人工血管も遮断したままおこなった。」という手術の場合、この項目は「None」ですか、それとも「上行」になりますか？それとも人工血管をかんでいた「弓部」になりますか。	「上行」になるかと存じます。
StanfordAIに対し上行動脈置換を行なった患者が、経過中に胸部大動脈偽性動脈瘤を発症した為、上行動脈の再置換を行いました。同一入院中の再手術である為「-2」症例として再置換症例の登録を行ないました。[N.胸部大血管手術]に「術前CT所見」の評価項目が存在しますが、2回目の手術時は人工血管となっています。選択必須のため、どのように対応すればよろしいでしょうか？	動脈硬化所見の有無について問うているので、この場合は「1.中内膜の肥厚なし」でご入力をお願いいたします。
胸部大血管手術 Range of Arch 弓部全置換の場合はIt Subclavianの選択でよろしいのでしょうか？	はい。
動脈瘤で破裂性、切迫破裂、非破裂性の分類がありますが、急性解離は切迫破裂ではなく、非破裂性でよいのでしょうか？	非破裂でお願いします。
上行大動脈拡大に対して、上行大動脈Wrappingを行った場合Aorta手術に該当しますでしょうか？もしくは、Otherを選択するのでしょうか？またAorta手術に該当する場合、「Range of Replacement」はWrapping部位になりますでしょうか？	「大動脈手術」はグラフト置換を前提に考えていますので、wrappingは大動脈手術に含めなくてもよいと思います。Otherを選択する必要もありません。
上行大動脈吻合部再出血に対して、人工血管の再吻合・大網充填を行っております。胸部大血管手術に該当すると思いますが、この場合のAortic Aneurysm Typeはどれを選択すればよろしいのでしょうか？	typeはpseudoaneurysmです。
Open Stent術後のリークに対してTEVARを施行している場合の「Aortic Aneurysm Type」はどれを選択すればよろしいのでしょうか？	typeはpseudoaneurysmです。
TEVAR施行時の「Range of Replacement」はステントの留置部位を選択すればよろしいのでしょうか？	はい。
胸部大血管手術(Part N)に該当する場合、「動脈瘤の最大短径」は必須項目となっていますが、紹介元にてCT施行され当院へ搬送となった手術症例で、当院にて術前CTを施行しておらず、「動脈瘤の最大短径」が不明な場合、空欄でもよいのでしょうか。	紹介元にCT情報の提供を依頼し、その数値をご入力願います。
Part NIにおきまして、SG内装の場合は弓部分枝の置換は施行しないことになると思いますが、選択するべきでしょうか。それともSGの入力ページへ移行し、Part Nの入力は不要ということになるのでしょうか。	ercutaneous stentingもカウントしたいので、入力をお願いします。

Question	Answer
あらかじめ(1期的、2期的)Debranchingを施行した場合、なんらかの入力が必要なのでしょうか。	現時点では入力する場所がありませんので不要です。
「外傷性胸部下行大動脈損傷」に対し「胸部下行大動脈人工血管置換術」を施行した症例について、「Aortic Aneurysm Type」はどれを選択すればよろしかったでしょうか？	外傷性大動脈損傷と言っているので、pseudoaneurysmを選びます。もし、敢えて外傷が原因の大動脈解離ならDissectionを選びます。主治医の先生の判断に従って下さい。
「Idiopathic Thoracic Aortic Rupture」に対し「Repare of Ruptured Thoracic > Aorta」を施行しました症例については、「Aortic Aneurysm Type」はどれを選択すればよろしかったでしょうか？	「True」でご入力をお願い致します。
「胸部大動脈手術 Part N」は胸部大動脈瘤の手術を行った場合のみyesとするので、置換範囲 abdominal は置換範囲 abdomoinal を選択するのは胸腹部大動脈置換を行った場合、あるいは重複大動脈瘤を一時的に施行した場合に限られると考えてよいのでしょうか。単独の腹部大動脈手術はJACVSDの対象にならず、二期的に重複大動脈瘤を手術した場合もabdominalだけの手術であればこれを選択することは、ないということと解釈しています。Crawford4型の胸腹部大動脈瘤も置換範囲が abdominal に限定されれば対象外ということになると考えてよいのでしょうか。	上記の解釈で結構です。
Aortic Stent Graft の選択ですが、これは endovascular surgery のみで胸部大動脈瘤を治療した場合は Thoracic aortic surgery は no ということになり、JACVSDの対象外になるのでしょうか。	Endovascular surgeryのみでJACVSDに含めます。Open stentの場合も含みます。
operativeとは、いわゆるopen stentを意味するのでしょうか。開腹や後腹膜アプローチで腸骨動脈や大動脈から直接、あるいは人工血管を介してシースを挿入した場合も含むのでしょうか？	Operativeやopen stentとは上記のようなものではなく、人工心肺下にaortaを切開してstentを挿入する方法となります。
Nの遮断部位の選択についてQ&Aではopen distalで人工血管末梢吻合後に人工血管送血した場合はcross-clampとするとありますが、大動脈遮断を避けるためのopen distal がcross-clampに含まれてしまうのは合理的ではないように思われますがいかがでしょうか？いてですが、循環停止をして中極側、または末梢側の吻合を行った場合は、基本的にはNoneと考えて宜しいのでしょうか？	open distalの場合はNoneとなります。
Nの遮断部位の選択についてですが、循環停止をして中極側、または末梢側の吻合を行った場合は、基本的にはNoneと考えて宜しいのでしょうか。	実際に遮断していないので、“none”をお願いいたします。
「先日胸腺腫の大動脈浸潤に対し人工血管置換術の手術を施行しました。この際、胸部大動脈手術のAortic aneurysm type はどれを選択すれば良いのでしょうか？あるいは胸部大動脈手術ではなく他の心臓手術の項目にすべきでしょうか？	現時点では該当選択肢がないので便宜上、Trueとしておいて下さい。
パートN: Aorta置換後の再手術時の内膜肥厚の判定はどのように評価すればよいでしょうか？肥厚なしの判断でよろしいでしょうか。	所見の通りでよろしいと思います。置換しても内膜肥厚は起き得ますし、ないモノもあります。人工血管で置換されている部分は内膜肥厚無しとして下さい。
パートN(胸部大血管手術)の最後遮断部位の選択についてですが、例えば大動脈解離の際に上行大動脈の遠位で大動脈遮断した後に行う瘤切開、中極側に人工血管吻合、その後下半身循環停止とし、open distal anastomosisを行った場合です。この例では“None”or“上行”ですか？	Open distal anastomosisの場合にはNoneとなります。
N. 大血管/他の非心臓手術でRange of Replacementの欄で胸腔内から横隔膜大動脈裂孔を剥離しceliac artery直上まで置換した場合Descendingですか、Thoracoabdominalですか？	胸部下行だと思えます。が、最終的には主治医の判断に従って下さい。
虚血性心筋症に対し、左室形成(SAVE)をおこなった場合、「O.他の心臓手術」で「LV Procedure 左室切開を伴う手術(LVトミーを伴うもの)」に続く「Op Indication」は「HCM」「HOCM」「DCM」「Aneurysm」しか選択肢がありませんが、この場合はどの様にすればよいのでしょうか？	「Aneurysm」でご登録をお願いいたします。
パートO(他の心臓手術)	
その他の手術で、OthersにEpicardial pacemakerとあります。ほぼ全例で入れていると思いますが、術中に入れるTemporary epicardial pacemaker電極はこれにあたりますでしょうか。それから、Epicardial電極を用いてPermanent Pacemakerを入れた場合、両方にチェックする必要がありますか。	ここで指すEpicardial pacemakerは、心外膜から埋め込む永久電極のことです。弁置換などと同時に行った場合でも、これをチェックして下さい。
先日、AS(bicuspid valve) + 上行大動脈拡大の症例に対し、AVR+Ascending aorta wrappingを施行したのですが、この場合のwrappingは術式として登録した方がよいのでしょうか？もし必要な場合は「O.他の心臓手術」内の「Others」の「Others」でよろしいでしょうか？	上行大動脈のラッピングwrappingは、O. Other CardiacのOthersをお願い致します。
Oのその他の心臓手術の項目の不整脈の部分で1種類しか入力できませんが、mazeと心室頻拍症手術を同時に施行することがありますので、複数項目を選択できるように直していただけませんか？	上記、項目の不具合を確認いたしました。至急、複数選択出来るように変更作業を行います。
患者は非常に珍しいのですが、左室原発の腫瘍(粘液腫)でしたので、左室切開をして、腫瘍を切除しました。そのため、“O”の他の心臓手術の項目に入力しようとしたのですが、左室切開を伴うので、最初の項目はyesになります。その次の項目はothersになります。問題はその次のIf yes Op Indicationの項目で、HCM、HOCM、DCM、Aneurysm以外に選択肢がないため、選ぶことができず、入力完了になりません。	Indicationの選択肢にOthersを追加するようにします。
OthersのEpicardial Pacemakerは術後1週間ほどで抜去するtemporaryなものも含みますか？	Temporary pacing leadは含みません。
Permanent Pacemakerとは、いわゆる経静脈的なもののみを示すのでしょうか。	心筋電極のペースメーカーも含みます。
AVR+CRTP(epicardial pacing)を施行した場合はパートO(他の心臓手術)の項目は「Others」の「Epicardial Pacemaker」だけでよろしいのでしょうか？	はい、それだけで結構です。
CRTPの項目がないので「Others」の「Others」にもcheckを入れたほうがよいのでしょうか？	現時点では不要です。
弁輪拡大を伴うAVRの弁輪拡大はother cardiacに含まれますか？	Valveに入力です。
術後数日から2週間程度たってから、恒久的ペースメーカーを埋め込んだ場合(同一入院です) N. 他の手術でペースメーカーをcheckする必要はありますか？	手術の合併症と思われる場合には「合併症、Others、Block」として下さい。

Question	Anser
パートP(他の非心臓手術)	
「下肢動脈に対するバイパス術」を同時施行した場合には、「P.他の非心臓手術」、「Other」を「Yes」にする必要はございますでしょうか？ありません。	ありません。
パートQ(人工心肺/補助手段)	
心臓移植におけるQ人工心肺/補助手段の心停止時間は、大動脈遮断時間とドナー心の阻血時間のどちらにすべきでしょうか。	心臓移植に関しては、別ページが開きます。そこには祖血時間として創虚血時間と搬送時間を記入することになっています。従って、パートQの心停止時間はレシピエントに対して心停止した(大動脈遮断した)時間をご記入ください。
心停止手段 non-clamp定義、具体例を教えてください。	カリウム全身投与による循環停止など。
このような(僧帽弁手術の際に、体外循環中(離脱直前)に左室破裂を生じ、そのまま再度遮断して左室破裂部位を修復した)second pumpの場合の心停止時間は1回目、2回目を足して記入すれば良いのでしょうか？	はい。
例えば、最近報告がみられます心拍動下僧帽弁形成術の場合(症例1) ① 上行大動脈を遮断し、大動脈基部に穿刺したカニューレから人工心肺血を灌流 ② 形成後大動脈遮断解除あるいは、心機能が良くない症例でBantall+弓部置換を行わなければならないような症例です(症例2)。 ① まず、上行大動脈で遮断し、心停止。 ② Bantall 終了後、左右の冠動脈に直接カニューレを挿入し、人工心肺血を灌流(徐脈ではありますが自己心の収縮有り)。 ③ systemicは循環停止下に脳分離体外循環、distal firstにて弓部置換 ④ 中枢側の吻合後に人工血管の遮断鉗子を外し、graft 側枝からの冠灌流再開症例1に関しては心停止時間「0」時間でよろしいでしょうか？ 症例2に関しては心停止時間は①～②でしょうか？①～④でしょうか？	症例1:心停止時間はゼロ症例2:心停止時間は①のみ。 ②も(beatingしている)心停止とは見なさない。
Pの心停止手段についてですが、胸部大動脈瘤などで、循環停止、open proximalで逆行性冠還流で心停止を得ることがありますがどのように判断すれば宜しいでしょうか？	方法は何であれ、arrest状態となっている場合を心停止とします。
またARなどの選択的冠還流はcross clampとすれば良いでしょうか。	はい。

Question	Answer
パートR(術後)	
術翌日から一般病棟へ転科するまでの日数とは、転科する当日も含めてよろしいですか？ OPE日4/1～転科日4/5 だと4日間よろしいですか？ また、手術が深夜までかかった場合、1日目はやはり翌日からなるのでしょうか？ * 4/1開始のOPEが4/2の深夜に終わった場合4/3から	24時を超えれば両日とも手術日とし、ICUはその日はカウントしません。
When used 中の Preoperative Intraop Postop の3つの中で選択してIntraop と Postop の二つを選択したいのですが画面入力上、いずれか一つのみしか選択できず、複数チェックができません。いたदैております説明書では、最初に輸血した時点をクリックすることは上記のケースの場合はすべてIntraopのみチェックでよろしいのでしょうか？	最初に輸血した時点という事でIntraopのみでご入力をお願いいたします。
ICU滞在日数はope当日はカウントしないとのことですが、ope当日ICU入室し、事情があり同日中に退室した場合は、ICU滞在日数は0となりますが、それでいいのでしょうか？	0日で登録をお願いいたします。
人工呼吸器時間は再手術までの期間との回答がありましたが、最高クレアチニン値はどうでしょうか？再手術までの期間をみれば良いのか、死亡までの全経過をみるのか？	クレアチニンは死亡退院までの全経過中の最高値を入力します。
挿管時間に関して：術後出血に対する再開胸を行いました。再挿管はYesでいいと思いますが、手術室で抜管して一般病棟に戻りましたので再挿管時間は0と考えてよろしいのでしょうか。	はい。
「術後最高クレアチニン値」「集中治療室滞在日数」「再挿管」、同入院中に2度手術している場合、1度目の登録時には1度目の術後から2度目の手術までの記録を元に登録を行えばよろしいのでしょうか。	2回目以上の術後に発生した集中治療室滞在日数や再挿管、合併症やイベントについてすべてから1回目の手術の術後としてカウント、登録をお願いいたします。訂正:12/8/15
パートR 術後 最初の人工呼吸管理 12days10hは12daysでしょうか？13daysでしょうか？13だとすると24時間を1分でも過ぎたら1daysとカウントするのでしょうか？	はい、そうです。
開胸前に挿入したIABPはIntraopに含めてよろしいのでしょうか	IABPは開胸前ならpreopで良いと思います。
閉胸後でも手術室で挿入すればIntraopになりますでしょうか	これもpostopになると思います。
手術室に入室した時点から退室までが、Intraopという考えでよろしいのでしょうか	IABPの場合は開胸から閉胸までがIntraopだと思います。
輸血も同じ考えでよろしいのでしょうか	輸血は開胸・閉胸に関わらず、手術室内で行われたらIntraopだと思います。
72時間を超える場合、24時間を1日と数えて入力するのでしょうか？ 単純に日数をカウントすればいいのでしょうか？ 例)1/1 23:00から1/5 1:00まで人工呼吸管理を行った場合 ①74時間→74÷24=3日と2時間→切り上げて“4日”と入力する ②1日のうち人工呼吸管理を行ったのが1時間であった場合でも1とカウントし“5日”と入力する ①か②、どちらの考え方で日数を求めればよろしいのでしょうか。	①としてください。
「最低体温」は、当院では咽頭温と直腸温の両方を測定します。咽頭温のほうが基本的に低いです。どちらを入力すべきでしょうか？	術者が基準として使用している測定方法でかまいませんが、どちらか悩む様でしたら、低い方を選んでいただければと存じます。
自己血回収血(セルセイバー)または人工心肺の残血の術中・術後の返血は、自己血輸血にはならない(No)という解釈でよいのでしょうか。	はい。
CCUの在室日数のカウントですが、もともとCCUにいた場合でも、カウントope実施日からかぞえるのでしょうか？(CCUに即入される場合もあるので)	CCU/ICU在室日数をカウントしますので、手術の翌日を1日とします。
パートR. 術後 「集中治療室滞在日数」についての質問です。術後ICUから一般病棟に転棟した後、合併症でICUに戻ってくる場合があります。その場合、「集中治療室滞在日数」は最初に病棟に上がるまでの日数だけでよいのでしょうか。それとも、ICUに滞在したすべての日数をカウントするのでしょうか。	すべての日数を合計して入力して下さい。
他家血輸血のpreoperativeとは、当該手術のために輸血したもののみを指しますか。入院前の輸血歴は含まなくてよいのでしょうか。	そのとおりです。ただ入院前であっても今回の手術のために輸血するのであれば含みます。
人工呼吸管理時間には挿管や気管切開を行わないNIPAPの手法も含まれますか。	NIPAPIは含みません。
Rの術後で、術前ではなく、術中に自己血を貯血して戻した場合は自己血使用はNoで宜しいのでしょうか。	Yesとなります。
PC、FFPなどは含まず、赤血球輸血のみと考えてよろしいのでしょうか。	違います、他家血輸血は、赤血球に限定するものではありません。
ある患者さんが大動脈弁形成術を行って一旦ICUに入りましたが、狭窄が残存していると判断し、同日に(抜管しないまま)再手術で弁置換術を行いました。この場合、同じ患者さんを2回登録するとして、術後の挿管時間はどのように計算すればよろしいのでしょうか。	挿管時間は二回目の手術が終了して抜管するまで、ようするに最初の抜管までとなります。入力システムVer.4では「総人工呼吸管理時間」は自動計算されますので、説明書き通りに記入をお願いいたします。
また、初回手術登録時に合併症として弁機能不全有とし、2回目の登録時には合併症なし、ということでもよろしいのでしょうか。	はい。
挿管中にそのまま再手術となった場合の挿管時間は、再手術開始までとすれば宜しいのでしょうか。	再手術の内容にもよりますが、出血に対する再開胸止血術などであればその後の挿管時間を最初の挿管時間に含めた方がいいと思うのですが、いわゆる別の再手術であれば、そこで切って、再手術の挿管時間は最初のものには含まない方がいいと思います。
「他家血輸血」のIf yes When Used の項目は、Preoperative, Intraop, Postopとありますが、術中と術後に使用した場合にはどのようにすればよいですか？	最初に輸血したときを選択してください(術中と術後であれば、Intraop)
術後挿管のまま死亡した場合、挿管時間は死亡されるまでの時間でよいのでしょうか？	はい、そうです。

Question	Answer
パートS(合併症)	
初回手術の合併症欄には、再手術までの合併症を入力するのでしょうか？それとも、再手術後の生じた(この症例では心室細動など)ものも含めるのでしょうか？	再手術後に生じた合併症も含めて入力します。
パートS 合併症 再手術の定義と具体例、術後出血に対する再開胸止血術は再手術・出血で宜しいのでしょうか？	はい、そうです。
CABGで、術中LCxに吻合したつものものが術後検査でRCAIに吻合されていました。これは合併症に入りますか？グラフトについての入力はどうしたらいいのでしょうか？	JACVSDの合併症には入りません。つもの場所ではなく実際のグラフト場所を入力して下さい。
大動脈弁置換術後に上行大動脈の仮性動脈瘤をきたし、同一入院中に大動脈の手術を施行した場合、ID-2として、別の手術に登録することになるかと思いますが、その際に初回手術の合併症の再手術はYesとするのか、Noとするのか？Yesの場合は他の心臓障害になるのでしょうか？	Yesです。「他の心臓障害」として下さい。
術後1回でもAFが起こった場合も、「Yes」とするのでしょうか？	治療を要したものだけです。
グラフト閉塞により、PCIを施行した場合はS.合併症の再手術となりますでしょうか？	再手術ではありません。
Sの合併症、Prolonged Ventilationではヘルプには「ARDS、肺水腫、肺炎などの肺に由来する合併症併発により人工呼吸器が遷延したもの」、とありますがF&Qで「左室破裂修復後、3日間鎮静し、4日目に抜管しました。肺合併症はありません。この場合、Prolonged Ventilation はYesとなるのでしょうか？」という質問に対して「Yesです」という答えですが、人工呼吸器が遷延したものは、肺に由来する合併症に限らずYesと解釈して宜しいのでしょうか？	Noをお願いいたします。この部分はSTSも方針を変化させており、要検討項目となりますが、現状の対策として、ヘルプ、FAQの記載を下記の通り変更いたします。Prolonged ventilation:「ARDS、肺水腫、肺炎などの肺に由来する合併症併発により人工呼吸器管理が遷延したもの。呼吸器障害以外の例えば脳障害などによるものは除く。」
症例は僧帽弁形成術を試みましたがうまくいわず弁置換となったものです。術後3日目に突然ドレーンより出血があり再開胸、出血点が不明のため人工心肺下、1回目の手術で置換した人口弁を取り外し、最終的に弁輪近くの左房壁が裂けており修復しました。このときは取り外した弁を再縫着しております。体外循環からは離脱不能でPCPS+IABPを使用しICUに戻りました。その後もPCPSから離脱不能のため、4日後経食道超音波にて確認したところ、人口弁機能不全を認め、再度体外循環下に人口弁置換(このたびは新しい弁を使用)を行いました。最終的にPCPS、IABPから離脱できたものの、脳出血で失いました。	合併症、再手術の出血と弁機能不全の二つをtickして、全てを合併症としてご登録をお願いいたします。
このケースの場合、2回目、3回目の体外循環を、合併症とするのか、ID-2、ID-3としてそれぞれ登録すべきか、または2回目は合併症、3回目をID-2として登録するべきかなやっております。	
左室破裂修復後、3日間鎮静し、4日目に抜管しました。肺合併症はありません。この場合、合併症 Prolonged Ventilation はYesとなるのでしょうか？	Noです。
CABG術後 16日間で退院しましたが、縦隔炎のため術後30日以内に再入院し、縦隔炎手術が行われました。この場合、合併症の項目はDeep sternun infection と心以外の手術のYesを入れるべきと思いますが、それでよいのでしょうか？	合併症に関しては、STSでも入院中の情報に限りて収集しているようなので、このケースに於いてもCABGの合併症とはならず、30日以内の再入院(理由はincision problem)ということになると思います。
合併症で心室細動や心室頻拍などの不整脈は選択枝がないのですが、記載不要なのでしょうか？	現時点ではその通りです。
術後Afになった症例で、治療をしなかった場合(抗不整脈薬を投与せず、DC除細動もしなかった場合)R. 合併症のOther Atrial Fibrillationをチェックする必要はありますか？	何も治療しなかった場合にはtick不要です。
術前AfでMaze手術をして一度sinusに戻った人が再度Afになり内服やDC除細動をした場合、R. 合併症のOther Atrial Fibrillationをチェックする必要はありますか？	はい
術後一度しっかり覚醒して、1-2日後にICU症候群と考えられる譫妄をきたした場合、R. 合併症のNeurologic Transientをチェックする必要がありますか？	はい
合併症のうち、気胸など選択枝にないものが出た場合にはどうしますか？	選択枝にのっていないものは集計しませんので、このフォーム最初の質問、「合併症 Complications」で「No」を選択し、そのあとの合併症の分類は入力しないでください。
術後の冠動脈インターベンションを追加した場合はグラフト閉塞のところはYesとなるのでしょうか？	必ずしもそうではないと思いますので、症例毎に主治医が判断して下さい。
パートT(結果/成績)	
例えば、僧帽弁形成術+冠動脈バイパス術の手術を施行したが、周術期心筋梗塞を合併、5日後の確認造影でグラフトが閉塞しているのを確認、同日緊急で冠動脈バイパス術を施行。しかし、心室細動等の不整脈が新たに出現、LOSIによりその4日後に死亡(初回手術より9日目)した場合、初回手術の合併症、再手術にグラフト閉塞を選択し、2回目の手術を新たに登録すると思いますが、結果の死亡は2つの手術登録において、手術死亡となるのでしょうか？	統計処理上は死亡は初回手術のみに計算し、死亡数が増える事にはなっていません。
『T. 結果/成績』『退院時全身状態』において、もともとGrade4の方が心臓手術を受け、術前と変わらない状態で回復し、退院された場合、『moderately』でしょうか？それとも、心臓手術による影響は無いとして、『not affected』でしょうか？術前の状態などは関係無く、あくまで退院時の状態だけで判断してよいのでしょうか？	術前の状態などは関係無く、あくまで退院時の状態だけで判断して下さい。相対的ではなく絶対的判断となると考えます。
『手術30日後状態』において、1/1に手術の場合、当日を含めず、1/31の状態を選択すればよいのでしょうか。1/1~2にまたがった手術の場合はどうでしょうか？	1月31日の状態を選択します。
Part T(結果・成績)の死亡場所についておしえてください。	OR = 手術室 Operation Room(術中死)Hospital = 手術後~退院するまでの間 Home = 自宅、グループホーム Other Facility = 医療施設グループホームは医療施設ではありませんのでHomeとなります。ORの主たる手術の術中死を登録するもので、それ以外の処置などはhospitalになります。止血や気管切開などの再手術で手術室にて死亡した場合でも初回のメイン手術の術中死亡ではありませんので、死亡場所はHospitalとなります。

Question	Answer
パートU(再入院)	
手術30日後状態 30日目のAM退院の場合 my hospitalでしょうか？	30日目に退院していれば何時であっても自宅・退院となります。
他科に転科後に亡くなっている場合ですが、他科なので手術30日後状態や死因などこちらでは確認できませんがどうしたら宜しいでしょうか。死因はotherになりますか？転科時の状態で全身状態を入力でよろしいでしょうか。退院時処方も心臓外科のお薬で問題ないでしょうか。	転科先の科に確認することは難しいのでしょうか。通常、どこの病院でも複数の科で手術を受ける患者さんはおられますし、カルテは共有しているのではないかと思います。いかがでしょうか。
ほとんどtable deathに近い状態で何とかICUに連れ帰った後、ほどなく死亡された場合の死亡場所はORIにしたほうがよろしいでしょうか。	死亡場所はICUでよいと思います。
パートV(退院時投薬)	
CABG術後退院し、術後30日以上経過してから、静脈採取部位の感染のため再入院され、処置が必要となりました。この場合は、術後30日以上経過しているため、合併症の項目には入力が必要なしと思いますが、いかがでしょうか。	入力の必要無しです。
退院日について：交通外傷による入院・手術で心臓血管外科より他科へ転科となった場合でも退院日は病院を退院した日となりますか。	定義の通り、転科、転棟日ではないので、退院日はあくまでも病院を退院した日と理解しています。
退院日は、転科日ではなく退院日となっていますが、長期入院の患者がCABGのため一時心臓外科に転科していた場合で、転科後も長期に別疾患の治療を続けるようなときも転科日ではいけないのでしょうか？	項目C(登録病院)の質問(入院日と転科日)と関連しますので、そちらの回答をご覧ください。
術前の心機能が悪く入院が長引く症例があると思うのですが、術後合併症に該当する欄がなく、“T.結果/成績”の長期入院理由の“リハビリ”に含めてよいのでしょうか？	はい。
「退院日」は転院日でもいいでしょうか。	はい。病院から出た日を退院日としてください。
術後30日の時点でまだ在院中であり、退院していない症例について退院日はどのように入力すればよいですか？	退院日は退院後に、実際に退院をした日付を入力してください。この場合、「手術後30日以内の再入院」はNo、「術後30日の状態」はAliveとしてください。
術後30日を越えて入院中の患者の「再入院」の入力ですが「手術後30日以内の再入院」に該当するのでしょうか？	該当しません。この場合は、「手術後30日以内の再入院」を「No」、「術後30日の状態」を「Alive」とし、退院後に「退院日」をご入力下さい。
心臓理由以外の再入院の場合も再入院 Yes!になりますか？	行った心臓手術に関連していれば心臓以外の再入院も含まれます。例えば、弁置換術後の脳梗塞や消化管出血などです。そうでなければ含まれません。
「退院時投薬」についてですが、退院日に処方された薬以外で入院中に処方されていた定期処方(退院日以降も残薬あり)も含まれますか？	もちろん含まれます。退院時に服用している薬剤すべてでお願いいたします。
入力締切について、長期入院の場合「V.退院時投薬」は入院継続のため入力できない状態のため、現在でも入力率は95%のままです。対応につきご教示下さい。	長期入院の退院時投薬は、90日時点での処方を入力してもらって完了とすることとなりました。
心房細動に対してベプリコールを投与していた場合、抗不整脈剤として使用しておりますが、薬学的分類は、Ca blocker となります。現在両者にチェックを入れていますが、どのようにすべきかご検討をお願いします。同様のことはヘルベッサーやワソランにも言えると思いますが、これらは、リズムコントロールと言うよりはレートコントロールに目的があるので、Ca blocker のみで良いのではないかと個人的には考えています。	Ca blockerはSTSIにはなく、処方頻度から言うと日本独特の薬です。不整脈治療剤として欧米ではbeta blockerを使うところを日本ではCa blockerを使います。こういった点も含め、Ca blocker使用法の違いをデータベースで出したいと思い、Ca blockerの項を設けました。例えば、af治療あるいは予防にインデラルなどのbeta blockerを処方した時にはやはりbeta blockerをtickし、レートコントロールのためにジギタリスを処方していてもJACVSDの場合には該当がないのでtickしないと思います。antiarrhythmicsはリスモダンやメキシチール、アミオダロンといったいわゆる抗不整脈薬とし、それ以外のものは原則論で分類します。
退院時投薬でADP Inhibitors はパナルジンとブラビックスの2剤に限りチェックを入れるのでしょうか。	現時点ではパナルジンとブラビックスの2剤となります。
退院日は転科日ではなく病院の退院日だと思うのですが、循環器内科に転科した場合、退院投薬はNOにしないで調べて入力したほうがよろしいでしょうか？	転科を繰り返したとしても、最終的に退院した時点での内容で入力をお願いいたします。
長期入院患者の場合、退院時処方は入力しなくてよいのでしょうか。	必要です。

Question	Answer
VAD(補助人工心臓)	
LVAS装着された翌日にRVASとして右心系にPCPSを装着した場合はa) LVASとして登録し再手術 (Part S, 再手術: 他の心臓障害) でいいのでしょうか。 b) またはBiVASとしてVADの種類は東洋紡とその他二つを選択すべきなのでしょうか (二つ選択できないかもしれませんが)	b)でよいと思います。
長期入院患者の場合、退院時処方を入力しなくてよいのでしょうか。LVAS装着された翌日にRVASとして右心系にPCPSを装着した場合はa) LVASとして登録し再手術 (Part S, 再手術: 他の心臓障害) でいいのでしょうか。 b) またはBiVASとしてVADの種類は東洋紡とその他二つを選択すべきなのでしょうか (二つ選択できないかもしれませんが)	はい。
VADの登録について、VADを登録するとJACVSD VAD登録画面が出てきますが、ポンプ交換した場合、それ以外に手術のカウントとして新たに登録が必要でしょうか。	パート0のVADをクリックすると、VAD交換に関する項目が出てきますので、それに従って入力して下さい。別手術ではありません。
VAD症例についてですが、<人工心臓カニューレ挿入位置>という項目で、RVADを装着していないのですが、RVADの脱血・送血部位を入力しないと完了にならないようです。いかがでしょうか。	[N/A] (not applicable;適応外) というボタンを追加する作業を行っております。
LVAD装着の際、緊急にてIABP、PCPS、一時的ペースメーカー挿入されており、右心カテーテル検査を行っておりません。PCWP、CVP、CIのデータがありません。どのようにしたら良いですか？	入力しようがありませんので、未入力で結構です。なお、現在は未入力の場合、データ登録が未完了となってしまいますが、今後システム変更を検討したいと存じます。
補助人工心臓の症例についてです。心筋炎で入院後、まずIABP症装着、その後PCPS装着となり、長期補助が必要と思われたためVAD装着となりました。1. VSD装着時の循環補助状態の項目はPCPS装着時ではなく、VSD装着時でよいのでしょうか。 そうなると右心不全の評価ができなくなりますか？2. デバイスデータの項目についてですが、BBS5000とありますが、BVSなのでしょうか、それともBBS5000という機種があるのでしょうか？3. 合併症の項目について 縦隔炎を発生しましたが、血液培養は陰性でした。どの項目にチェックしたらよいですか "No"ではないと思うのですが。	1.VSD装着時でお願いします。2.BVS5000の間違いです。至急項目の訂正を行います。(訂正済み)3.VADのページには縦隔炎という選択肢がないので、パートSのDeep sternum infectionをyesとしてください。
入院の有無の項目の「入院」とは「U.再入院」の項目で入力する「心臓OP関係の入院」と言う解釈でよいのでしょうか。「骨折」「癌」等心臓とは関係ない入院の時には、入院の有無は「No」となりますでしょうか。又、前回の手術から1年以上の長期入院の場合も入院の有無は「No」になりますか。	再入院の趣旨は手術と周術期管理に関連した合併症による入院(例えば人工弁機能不全、抗凝固療法合併症など)、または手術の対象となった疾患に関連する併発症(例えば心不全、狭心症の再発など)となるため、手術から1年以上の長期にわたって入院している場合も再入院はnoとなります。
入院の有無の項目がありますが、これについては当院当科(心臓外科)の入院についてと考えてよろしいでしょうか。(入院回数や理由についても)他科での入院等は含まれますでしょうか？	他科も含まれます。
フォローアップデータの inputs は必須ですか。	現在のところ、入力必須項目ではありませんが、フォローアップデータは今後の研究においても大変有意義な情報となりますので、是非ご活用をお願いいたします。
ステントグラフトの入力Part. B 術前・画像診断の中で、<中枢吻合部 (or固定部)>と<末梢吻合部 (or固定部)>の項目の中に「口径」と「長さ」とありますが、何処の部分の距離を示しているのでしょうか(特に「長さ」)。「口径」は吻合部あるいはlanding部の血管の直径かと思いますが、「長さ」はステントから瘤までの距離でしょうか？また、術中オープンステントとした場合は、どのようになりますか？	「長さ」はlanding zoneの長さ、つまりステントグラフトの端から瘤の起始部までの距離でお願いいたします。オープンステントの場合もやはり中枢吻合部から瘤の起始部までの距離となります。
項目にstentgraft Partがあります、ステントグラフト項目の入力が未入力だった場合もデータ入力としては100%完了になります。	現在は必須項目ではないため、登録しなくても100%になります。ステント関連11学会のデータベースで同じ項目を入力している今年もそちらに入力していただいても宜しいかと存じます。
たとえば、Bentall手術は弁疾患に分類されるのでしょうか？あるいは、大血管症例に分類されるのでしょうか？ それとも、両方にカウントすべきなのでしょうか？ 両分野にまたがって施行された手術はどのように分類すべきでしょうか？	Bentallに至った病因が上行大動脈あるいはValsalvaにあるのであれば大血管に、弁にあるのであれば弁を選択致します。 Valve sparingの場合には弁に選択肢がありますのでそちらを選択しsubjectにもう片方を入れてください。どちらをmain subjectにするか迷う場合には最終的には主治医の判断で選択してください。
分類一覧のようなものはあるのでしょうか？	ございません。
患者番号、イニシャル、誕生日、入院日が入力されると、ほとんど患者が同定されてしまうのでまずいのではないかと。確か私の記憶が正しければ、講習会のときに患者番号とイニシャルは適当に変えて良いと言われたように思うので、そう返答いたしました。	患者IDとイニシャルは任意の値でもかまいません。(ID-00001などの連番、イニシャル2・2などわかりやすい表記)
解離性大動脈瘤などで発症時に脳梗塞などを合併している場合、既往症に含めて宜しいのでしょうか？というのも発症後数時間で手術になり、術前CTでは脳梗塞がはっきりしないものの、術前の臨床所見と術後CTから術前発症と推測される症例がありましたのでお教えください。	明らかに術前に発症していたと思われる場合には既往症で問題ないと思われれます。
「Cerebrovascular Disease: 下記のいずれかの既往のあるものComa: 24時間以上持続した昏睡 CVA: 中枢神経障害が72時間以上持続したもの RIND: 72時間以内に消失した中枢神経障害の既往 TIA: 24時間以内に消失した中枢神経障害の既往 Non invasive>75%: 非侵襲的検査による頸部動脈の75%以上の狭窄所見」の項目ですが、脳梗塞や脳出血による症状があるときにはCVAにチェックすればよろしいのでしょうか？ また脳梗塞で頸動脈に75%以上の狭窄や閉塞病変が認められた時には「Noninvasive>75%」の項目にチェックしなければならないのですが、「CVA」をチェックしてしまうと「Non invasive>75%」をチェックできません。	New version softwareの時に改良(複数回答可に)したいと思っております。
術前状態で、NYHA分類が必修なのはわかるのですが、CCS分類は狭心症重症度分類なので必修なのはおかしいではありませんか？	CCS分類はSTSデータベースでも必須となっています。また、大血管や弁膜疾患でもIHDを伴う患者が増加しています。症状無しの場合には0をクリックするだけです、今後も必須とさせていただきます
心筋梗塞がYesのとき、if yes Whenの欄には数値を入力するのでしょうか？	Database Collection Form(ヘルプ)ではカテゴリー分けをするような記述となっておりますが、これは誤りですので、具体的な数値で記入してください。
if yes When で、正確な発生日時が不祥な場合にはどのような値を入力すればよいのでしょうか？	あまりに以前のことで正確な日時が不明な場合には、1年ほど前ならば365日、10年前ならば3650日のように概算の日付を入力してください。
G. 術前投薬でanticoaglantはワーファリンとヘパリンと理解していいのでしょうか？	はい
入院時より抗凝固薬を中止していても内服していたことになるのですか？	はい、その通りです。

Question	Answer
我々の施設では通常AspirinやAntiplatelets,Anticoagulantは術前1週に止めますが、Noとなるのでしょうか？	もちろんYesです。
感染性心内膜炎などで、エコーのみで心カテを施行せずに手術になった場合には、術前心カテの項目はどのように入力すればよいのでしょうか？	“Preop. Cath. was done?”を“No”として、LV function, およびmethodを記入してください。
各弁の狭窄と閉鎖不全の項目で、検査を行っていない弁があった場合にはどのように入力すればよいですか？	具体的な検査がない場合でも、心雑音、臨床症状、諸検査などを主治医（データマネージャーではなく）が総合的に判断して決定し、それを記載してください。
Diseased Coronary Vessels の数は、nativeでしょうか？graftでしょうか？	これはnative, graftにかかわらず、すべての狭窄病変を含めた数としてください。再手術の場合にgraftが開存していても、nativeに狭窄があれば1つと数えてください。
弁膜症の評価の欄はどれか不明の場合でもチェックするのでしょうか？	現時点では主治医の判断でどれかにチェックしてください。
緊急の手術症例でH項目の術前カテ情報のLV function, EFを測定していない場合、入力できないケースがあります。	術前のアナムネ、術前・術中の血行動態から最終的には主治医の判断でLV function「good」「medium」「bad」のどれかを必ず選んで頂いております。
J. 手術の緊急度がUrgentもしくはEmergentの場合、更に入力欄があります。2つ以上checkをつけることができないのですが、やはりいずれかひとつを選ばなければいけないのでしょうか？	最終的には主治医の判断により一つを選んで下さい。
術者名はフルネームでの入力でしょうか？	フルネームをお願いいたします。
1度目がCABG、今回が弁置換術や僧房弁手術後の大動脈弁手術は、どこの施設でも今日は「再手術」だ、として手術に臨んでいますよね。1度目がCABG、今回が弁置換術では当然「再手術」と入力している施設が少なくないのでは？	再開胸を必要とするという意味では「E、以前の心臓手術」で判定しています。Jでは、どちらかというより直し手術かどうかを聞いています。
K. 冠動脈手術のDistal Anastomosisの欄でHigh Lateral BranchはLCxに入れればよいですか。	はい。
皮切の項目で、N/Aとあるのは？	Not Applicable です。システム上の都合で、Sternotomy, Parasternal, Thoracotomy すべての項目で何らかの選択肢を選ぶ必要が出てきたためにこの選択肢を設けました。行っていない項目ではN/Aを選んでください。
普通のOPCAB(Full sternotomyで人工心臓を使用しないCABG)は Minimally Invasive Proc AttemptedはNoでしょうかYesでしょうか？	Yesになります。
On pump beating(人工心臓は使用するが、大動脈遮断は行わないCABG)は Minimally Invasive Proc AttemptedはYesでしょうかNoでしょうか。	いわゆるconventionalとは異なるという意味でYesをお願い致します。
収縮性心膜炎の心膜剥皮術は登録する必要があるのでしょうか？	心臓手術ですのでOthers, Cardiacとして登録してください。
Permanent PacemakerとEndocardial Pacemaker, Epicardial Pacemakerは重複しているようですが、重要でないからどちらを選択してもいいという意味なのでしょうか？	重複しているのですが、そのまま選択してください。いずれこの設問は削られることになると思います。
O. 大血管/他の非心臓手術でRange of Replacementの欄で胸腔内から横隔膜大動脈裂孔を剥離しceliac artery直上まで置換した場合Descendingですか,Thoracoabdominalですか？	胸部下行だと思います。が、最終的には主治医の判断に従って下さい。
腹部大動脈瘤の手術がCABGや弁置換、胸部大動脈瘤手術と同時に行われた場合には、この「Range of Replacement」の「Abdominal」にチェックするだけでよいのでしょうか？	はい、そのようにお願いします。
Acute A Ao dissectionで上行置換後の弓部から下行の拡大に対して再手術した場合、Dissection typeはStanford AIになるのでしょうか、それともStanford Bでしょうか？	Stanford AIになります。
腹部大動脈瘤のみの手術例の場合、登録対象とはならないのでしょうか？症例登録の大血管の部分に手術部位で“abdominal”という項目がありますが・・・	対象となりません。横隔膜以上を対象としていますので胸部大動脈瘤は含まれます。原則的には横隔膜上の動脈瘤のみです。 O.大血管、(1) Range of Replacementにある abdominalというのは、単独のAAAの場合を想定しているのではなく、例えば、下行置換に腹部も同時に行ったcaseなどを想定しています。
またARなどの選択的冠還流はcross clampとすればよいでしょうか	はい。
P. 人工心臓の心停止手段ですが、低体温にしてAo clampしないで循環停止にして、まずopen distalで末梢側吻合してから人工血管をclampする場合はどこにcheck すればよいのでしょうか？	Cross clampとして下さい。
Cross clampとして下さい。	
1)手術直前、カテ室で挿入したとき 2)手術室で、執刀前に挿入したとき挿入場所から考えると、 1)はpreope, 2)はIntraopeでしょうか？	いずれも「preop」だと思います。
慢性透析患者の場合、術後の透析の有無はどうなるのでしょうか。透析“有”とすればよいのでしょうか？	はい。
「他家血輸血」のIf yes When Used の項目は、Preoperative, Intraop, Postopとありますが、術中と術後に使用した場合にはどのようにすればよいですか？最初に輸血したときを選択してください（術中と術後であれば、Intraop)術後最高クレアチニン値が判らない(例えば術中死の場合)は入力しなくてもいいのですか？	空欄は受け付けられないはずなので術中死の場合には術前値を入れておいて下さい。それ以外の場合には必ず調べて入力して下さい。
気管挿管から気管切開に移行し、そのまま退院(他院へ転院)したときは退院までの時間ということになりますか？	気切に関しては曖昧な部分が残っていますが、現時点では退院までの時間をお願い致します。

Question	Anser
PMIは再手術に含まれていますが、再手術を要さなかったPMIは合併症に含まなくてもよいのでしょうか？	便宜上再手術グループに含めていますが、実際の再手術の有無に関わらず、PMIのcriterialに入ればYesとしてください。
S. 結果/成績の手術死亡の欄のHelpには「(死因が明らかに手術と関連しない場合は除く)」というコメントが術後30日以内の死亡の項目のほうに書いてありますが、術後入院中の死亡にも同じコメントがつくと考えていいのでしょうか？(たとえば 同じ入院中に術後他科で手術を行い、心臓手術から30日以上たって死亡したような場合)	はい、そうです。
「退院日」は転院日でもいいのでしょうか。	かまいません。病院から出た日を退院日としてください。
退院後、他院にて死亡した場合など、退院日より死亡日が後である場合は入力できないのでしょうか？	このような場合、以前は入力システムの範囲チェックにかかってしまい入力できない状態でしたが、システム変更により2004年2月16日から入力可能となりました。
術後30日の時点でまだ在院中であり、退院していない症例については退院日はどのように入力すればよいですか？	退院日は退院後に、実際に退院をした日付を入力してください。この場合、「手術後30日以内の再入院」はNo、「術後30日の状態」はAliveとしてください。