

## 症例レポート作成における注意点

- ① 学会ホームページにある「症例レポート波形用紙 (<https://square.umin.ac.jp/JSCN/specialist/sample.html>) をダウンロードして「症例レポート」を作成してください。
- ② レポート症例のモニタリング波形をレポート用紙に貼付する際には、学会ホームページにある「術中脳脊髄モニタリングのサンプル」 (<https://square.umin.ac.jp/JSCN/specialist/sample.html>) を確認し参考にして、必要事項の記載漏れや掲載漏れがないようにしてください。コントロール波形、ベースライン波形、波形変化時のモニタリング波形、手術終了時の波形、が審査者にわかるように明示してください。
- ③ Tc-MEP(経頭蓋電気刺激・運動誘発電位)モニタリングの症例を提出する場合、導出筋を明記し、審査者がコントロール MEP、ベースライン MEP、振幅低下時の MEP、手術終了時の MEP がどれかわかるように明記してください。また、術前・術後または時系列で変化がわかるように提示してください。出力される波形が小さすぎないよう、複数の波形がオーバーラップしないように調整してから症例レポートを作成してください。
- ④ モニタリング波形が誘発できずモニタリングができなかった症例はレポート症例に含めないようにしてください。
- ⑤ 脊椎脊髄手術で Tc-MEP モニタリングを施行した症例のレポートでは、コントロール MEP を記録した症例をできるだけ提出してください。
- ⑥ 症例番号は「波形と所見一覧リスト」(書式 1-5/2-5) の症例番号(ID ではなく)を記載してください。
- ⑦ 「症例レポート波形用紙」に記載の項目のうち「Tc-MEP 増幅法」「TOF 値」以外の項目はすべて記入してください。経頭蓋電気刺激一運動誘発電位 (Tc-MEP) モニタリング施行例のレポートでは、できるだけ「TOF 値 (モニタリング開始時)」を記載してください。
- ⑧ 「判定」の項目では、所属施設のアラームレベルとモニタリング判定 (TN, TP, FP, FN) を記載してください。判定は以下の基準で判定してください。

TN(true negative) :	手術終了時にモニタリング波形がアラームレベルよりも低下せず術後新たな神経症状も出現しなかったもの
TP(true positive) :	手術終了時にモニタリング波形がアラームレベルよりも低下し術後新たな神経症状が出現したもの
FP(false positive) :	手術終了時にモニタリング波形がアラームレベルよりも低下し術後新たな神経症状が出現しなかったもの
FN(false negative) :	手術終了時にモニタリング波形がアラームレベルよりも低下せず術後新たな神経症状が出現したもの

注：症例レポート波形用紙および術中脳脊髄モニタリングのサンプル  
<https://square.umin.ac.jp/JSCN/specialist/sample.html>

## Patient Information

赤字で示した箇所の明記が必須です。

症例番号	8	性別	女性
検者	XX	年齢	XX 歳
手術日	##年 ##月 ##日	手術部位、手術レベル	後頭蓋
診断	左片側性顔面けいれん	術式（手術方法）	神経血管減圧術
麻酔方法	GO + NLA（プロポフォール、レミフェンタ）		

※以下の項目は、脊椎脊髄手術で経頭蓋電気刺激—運動誘発電位（Tc-MEP）モニタリング施行例のみ記載してください

Tc-MEP 増幅法 （該当する方法に○）	増幅法なし double train法	multi-train法 tetanus刺激法	TOF値 （モニタリング開始時）	
--------------------------	------------------------	----------------------------	---------------------	--

Comment	<p><u>記録電位</u></p> <p>AMR ABR（BAEP）</p> <p><u>刺激部位（刺激電極設置部位）・刺激強度、刺激間隔、刺激頻度、連発回数</u></p> <p>AMR: 刺激電極 患側顔面神経前頭枝、下顎枝：針電極2本ずつ 刺激強度：AMR運動閾値から20mAまで徐々に変化。</p> <p>ABR: 刺激電極：両耳外耳道にイアホン留置 刺激強度 片側刺激 各々95dB 12.3Hz</p> <p><u>記録電極設置部位（モニタージュ）</u></p> <p>AMR; 記録電極 患側顔面前頭筋、口輪筋：針電極2本ずつ ABR（BAEP）：基準電極C3,CzC4 記録電極A1,A2 6モニタージュ作成</p> <p><u>MMT&lt;3の記録筋</u></p> <p><u>所見</u></p> <p>AMR: 術前mappingも問題なくでき、術開始後開頭時に波形記録したが、0.6mA,0.9mAでそれぞれfrontal bからの刺激、mandibular bからの刺激でAMRきれいに出た。小脳retract, lower N dissection, VII,VIII dissectionでは全く変動無し。REZのAICAを少し移動させたら、一気に20mAでcomplete disappearした。その後も一度も波形再出現することなく、手術終了までmonitoringした。とてもillustrativeというか、典型的な症例。Transpositionはperforatorで難しく、脳幹部にfibrin glueでつけようとしたが、これもじゅうぶんではないため、interpositionを併用した。図1-3 frontalis stim uppermontage m. frontalis, lower m. oris. 図1 開始時閾値0.6mA図2：VII,VII剥離時。図3：はずしたとき。一気に20mAまでflat.図4, 5 mandibular b stim 図4：開始時閾値0.9mA図5 20mAまでflat</p> <p>ABR: 術開始時はV潜時6.6mSで最大振幅は0.3uV程度。これをbaselineとした。髄液排除では問題なかったが、flocclusをVIIIと直角に引いたのだが、これをすると潜時が延長する。このため、小脳半球面にretractorをおいて、flocclusは吸引で圧排しても</p>
---------	--

指導を受けた認定医のサイン

## Patient Information

らった。最大に波形悪化は平坦までなったが、圧迫解除にて、潜時1.5mS遅れ、振幅50%まで回復したところで、OKサインを出しながら手術は進行した。最終には振幅は元通り、潜時も0.5mS遅れまで改善。健側は変動無し  
図1 - 5 左刺激  
図1：硬膜open  
図2：潜時1mSおくれ、  
図3 いったんflat後一回ずつ振幅上昇。  
図4：硬膜閉鎖開始。  
図5 最終。  
図6 右耳刺激最終。

判定 上述

術後：直後よりHFS完全消失。聴力障害無し。

次ページにモニタリング波形を貼付してください。

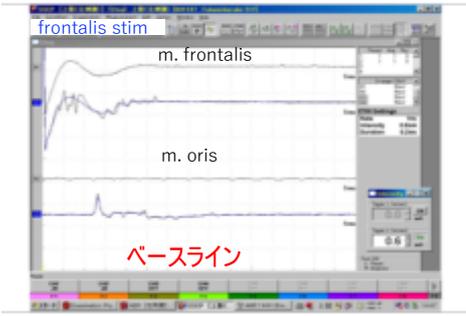
- スケールが記載された記録を提出するか、余白に明記してください。
- 提示する波形はスケールアウトしないよう、また、小さすぎないようにサイズを調整し、個々の波形が判別できるように波形の間隔を調整してください。
- 少なくともベースライン波形、手術終了時の波形、あるいは波形の変化があった波形を提示してください。

※**ベースライン波形**：侵襲的操作前に手術操作により影響を受ける可能性がある基準となるモニタリング波形。

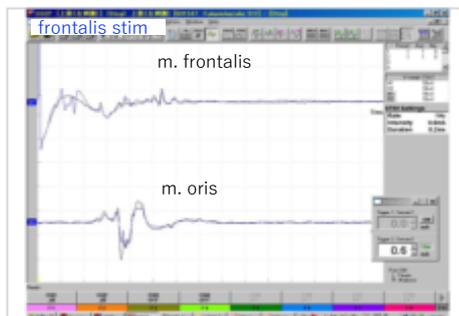
Patient Information

モニタリング波形 貼付(添付)

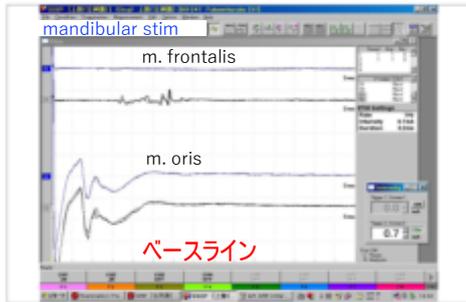
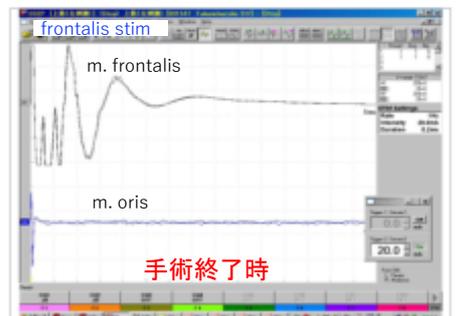
AMR Fig 1



AMR Fig 2



AMR fig 3



AMR fig 4

AMR fig 5

ABR

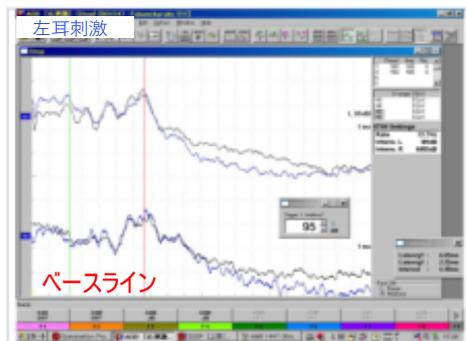


Fig. 1

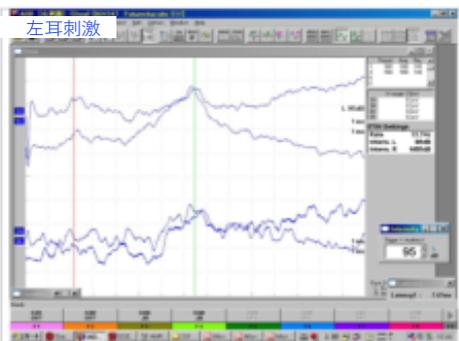


Fig. 2

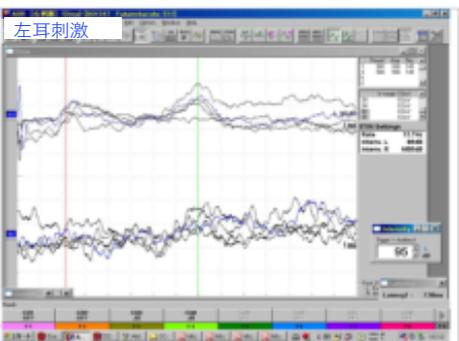


Fig. 3

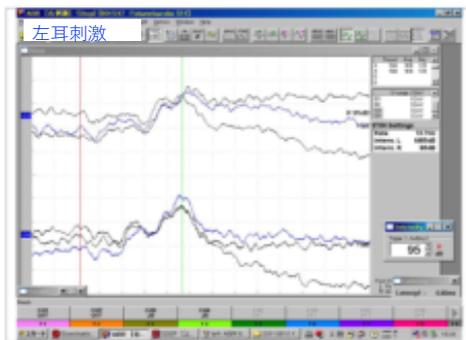


Fig. 4

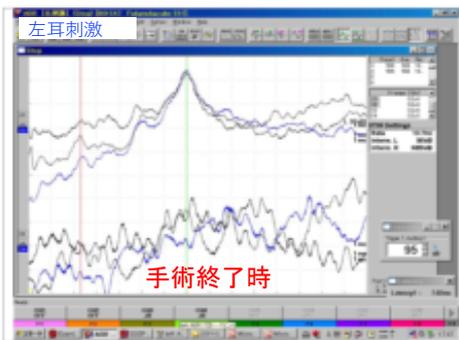


Fig. 5

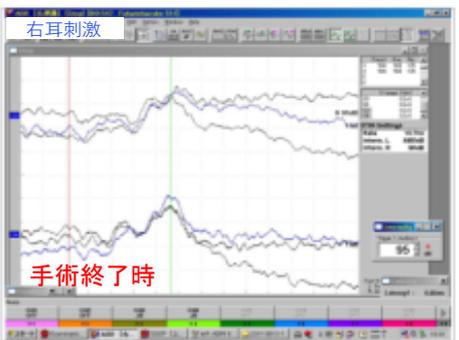


Fig. 6

2  $\mu$ V  
100 msec