

# バスキュラーアクセス トラブルスコアリング表

ID : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 性別 :  男  女

生年月日 : \_\_\_\_\_

VA 種類 :  自己血管  人工血管 VA 部位 : \_\_\_\_\_

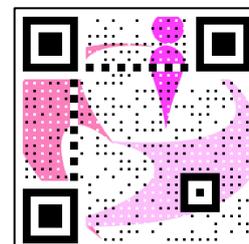
		PTA 施行後 (1 回目透析日)	カ月後	カ月後	カ月後	カ月後
観察実施日		年 月 日				
透 析 前	狭窄位部位を触知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3 点) (0 点)
	シャント音(スリル)の低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)
	狭窄音を聴取	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)
透 析 中	脱血不良 *開始時に逆行性に穿刺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5 点) (0 点)
	静脈圧の上昇 *160mmHg 以上	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)
	透析後半 1 時間での血流不良	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 点) (0 点)
透 析 後	止血時間の延長・困難	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 点) (0 点)
	合計 * 3 点以上で VA エコー or DSA or PTA 検討	点	点	点	点	点
血流量 (QB)		ml/min	ml/min	ml/min	ml/min	ml/min
静脈圧		mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
血栓性閉塞		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
穿刺困難		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
シャント肢の腫脹		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
VA レポート		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
評価者						

\* 池田潔：インターベンション治療—適用範囲と新しい機材・技術の発展。臨床透析 21：1607-1611，2005 改編

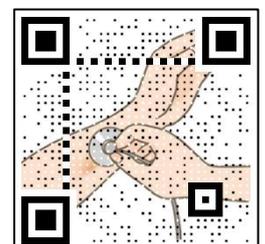
普段のバスキュラーアクセス経過観察・モニタリング目的にお使いいただき、問題があれば専門機関への診察依頼を検討してください。

バスキュラーアクセス トラブルスコアリング表が必要な際は、ホームページ (<http://www.isawa-hp.com/shunt.php>) よりダウンロードをお願いいたします。

岩手県立胆沢病院 泌尿器科 シャント外来  
TEL：0197-24-4121  
FAX：0197-24-8194



胆沢病院 HP



シャント外来