

## 脳神経外科の診療を受けられた患者さんへ

### 「微小血管減圧術の術式と長期成績に関する研究」への協力をお願い

脳神経外科では、下記のような診療を受けた患者さんの情報を用いた研究を行います。皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

**研究の対象：**2004年6月1日から2021年3月31日の間に、岐阜大学医学部附属病院脳神経外科において、顔面けいれん、三叉神経痛、舌咽神経痛の手術のため入院加療を受けられた方

**研究期間：**研究機関の長の研究実施許可日から2025年3月31日

#### 研究目的・利用方法：

当科では、内服コントロール不良の顔面痙攣、三叉神経痛、舌咽神経痛の症状のある患者さんに対して、微小血管減圧術による外科的介入を行っており、今後も多くの患者さんに対して外科的加療を行うことが想定されます。

本研究では、上記患者さんに対して、術前の神経所見や内服状況、術中所見、術式と術後治療成績から、長期治療成績が最良となる症例の選択と術式を明らかにする目的をもって、術後の経過について、追跡調査を行い、再発率、再発の程度や時期、手術の方法などによって経過が異なるかどうかにつき検討を行います。手術から1年以上経過した慢性期での症状の有無との関連性を評価するために、診療録から検査値、画像データなどの情報を収集し、仮名加工情報にした上で統計解析を行います。

#### 研究に用いる情報の種類：

電子カルテより以下の情報を取得しています。

電子カルテ上で得られなかった情報がいくつかありますので、以下の内容につき、別紙にアンケート用紙として用意しましたので、電話やアンケートで情報収集をさせていただきたく存じます。（後日ご連絡いたしますので、対応いただければ幸いです）

##### 顔面痙攣

手術前と後、現在について教えてください。

抗てんかん薬の有無 有 ・ 無

手術後にボトックス治療はしましたか？ 有 ・ 無

顔面痙攣の部位 眼瞼周囲のみ ・ 眼瞼～頬のあたり ・ 眼瞼～口角まで

顔面痙攣の頻度 ごくまれに ・ 1日数回程度 ・ それ以上

術前を10とすると現在はどの程度ですか。主観で構いません。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

##### 三叉神経痛

手術前後と、現在について教えてください。



結果の解釈に影響を及ぼすような「起こりえる利益相反」は存在しません。

### 連絡先(代表者)

岐阜大学医学系研究科 医科学専攻 神経統御学 脳神経外科学分野  
電話番号：058-230-6271  
氏名：大鷲 悦子

### 共同研究者・研究責任者

岐阜大学医学系研究科 医科学専攻 脳神経外科学分野  
氏名：岩間 亨  
岐阜大学医学系研究科 医科学専攻 神経統御学 脳神経外科学分野  
氏名：大鷲 悦子

### 【苦情窓口】

岐阜大学医学系研究科・医学部 研究支援係  
〒501-1194  
岐阜県岐阜市柳戸1番1  
Tel：058-230-6059  
E-mail：rinri@t.gifu-u.ac.jp

## 脳神経外科の診療を受けられた患者さんへ

「微小血管減圧術の術式と長期成績に関する研究」につきまして、アンケートでのお答えをお願い致します。

以下の項目につき、2022年10月上旬にご連絡いたしますので、お電話にてご回答お願い致します。

お仕事やご都合で電話での対応が難しい方は、以下の にチェックを入れていただくか、選択肢を囲っていただく、もしくは適宜記入していただいた上、返信用封筒にてアンケートを郵送していただければ幸いです。

お忙しいところ、大変お手数をおかけしますが、宜しくお願い致します。

### 顔面痙攣

手術前と後、現在について教えてください。

手術で痙攣は治りましたか。 治った・減ったが残っている・変わらない  
治った方は以上でアンケートは終了です。

残存のある方は引き続きアンケートのご協力をお願いします。

手術後にボトックス治療はしましたか？ 有 ・ 無

顔面痙攣の部位 眼瞼周囲のみ ・ 眼瞼～頬のあたり ・ 眼瞼～口角まで

顔面痙攣の頻度 ごくまれに ・ 1日数回程度 ・ それ以上

術前を10とすると現在はこの程度ですか。主観で構いません。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

通院はしていますか。 している ・ していない

抗てんかん薬の有無 有 ・ 無

どのような内服をしているか教えてください。

カルバマゼピン（テグレトール）・デパケン・リリカ・ガバペン・トラマール  
その他（ ）

### 三叉神経痛

手術前後と、現在について教えてください。

手術で痛みは治りましたか。 治った・軽くなったが残っている・変わらない  
治った方は以上でアンケートは終了です。

残存のある方は引き続きアンケートのご協力をお願いします。

現在、痛みはありますか。 有 ・ 無

通院はしていますか。 している ・ していない

ブロック治療はしていますか。 有 ・ 無

ブロックはどれくらいの頻度で行っていますか。 月に1回 / 月 回

内服は飲まれていますか。 有 ・ 無

