

新医学系指针对応「情報公開文書」フォーム

単施設研究用

以下、本文-----

当センターにおける筋生検の後方視的調査

1. 研究の対象

2016年1月1日から2023年3月31日までに全身麻酔下に筋生検を受けられた方

2. 研究目的・方法・研究期間

目的:全身麻酔下で筋生検を行った患者の有害事象発生の有無を調査する。

また、術前疑い病名と、生検による確定診断名を調査する

意義:全身麻酔では鎮静薬として揮発性吸入麻酔薬セボフルランか静脈麻酔薬プロポフォールを必ず使用する。しかし、どちらの薬剤も特定の疾患に使用すると悪性高熱症や横紋筋融解症などの望ましくない合併症を起こすことがある(良くない例:セボフルラン+セントラルコア病=悪性高熱症 プロポフォール+MELAS=横紋筋融解症)。筋生検を行う患者はセボフルランが望ましくない疾患である可能性もプロポフォールが望ましくない疾患の可能性もある。そのため、どちらの薬剤を使用すべきかジレンマが生じる。過去の筋生検の麻酔における麻酔薬の選択・有害事象発生の有無・術前術後診断一致率を知ることは、今後の麻酔薬の選択に役立つと考えられるため後方視的に調査する。

・研究期間

倫理委員会で承認された日から2023/10/8まで

・方法

電子カルテ、麻酔記録から

年齢・性別・麻酔方法・麻酔関連有害事象の有無・術前疑い病名・術後確定病名を調査する

3. 研究に用いる試料・情報の種類

年齢・性別・麻酔方法・麻酔関連有害事象の有無・術前疑い病名・術後確定病名 など

4. お問い合わせ先

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、

研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出下さい。

また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としますので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

あいち小児保健医療総合センター

部署名 麻酔科 担当者名 一柳彰吾

〒474-8710 愛知県大府市森岡町七丁目 426 番地

電話 0562-43-0500 (代表) FAX 0562-43-0513

研究責任者：

あいち小児保健医療総合センター 麻酔科 一柳彰吾

-----以上