

反復経頭蓋磁気刺激(r T M S)療法 説明書

1. r T M S 療法の概要

反復経頭蓋磁気刺激(r T M S)療法は、パルス磁場による誘導電流で特定部位の神経細胞を繰り返し刺激し、うつ病等の各種神経疾患の症状を改善させる治療法です。日本精神神経学会の講習を受けた医師の指示のもと、10～20回(1日約20分、週2回～週4回、4週間～6週間)を1クールとして実施します。

2. 治療の方法

当院では磁気刺激装置にTAMAS(REMED社製)を使用し、r T M Sの中でも治療効果の高いとされるシートバーストモードを採用しています。初回の診察で、r T M S療法の適応の有無について評価し、実施初日に刺激部位と刺激強度を決めてから治療を開始します。専用チェアに座って左または右前頭部(ひたいの数cm後方)に治療コイルを設置します。治療中は医師または看護師等が観察を行います。初回の刺激では痛みや不快感が生じる場合もありますが、通常は慣れによって軽減します。刺激中の痛みが強い場合は、遠慮なくお知らせください。2回目の治療以降は、原則的に刺激部位と刺激強度を決める手順はありません。治療クールの終了については、医師が判断いたします。

3. r T M S 療法の適応

以下に該当する18歳以上の方が対象となりますが、担当医師の診察により、不相当と判断した場合は、r T M S療法をお断りすることや、途中で終了することがあります。

- ・うつ病等の各種神経疾患の診断を受けていること。(通院中の場合は主治医の紹介状が必要です。)
- ・適切な薬物療法でも十分な改善が得られてないこと。(r T M S療法は薬物治療を継続しながら施行することは可能です。)

4. 予測される有効性

r TMS療法の効果には個人差があり、すべての症状、すべての人が改善するような万能治療法ではないことを事前に知ったうえで同意していただく必要があります。以下にうつ病治療の例を示します。

r TMS療法の抗うつ効果の程度は、おおむね薬物による治療効果と同等と考えられますが、電気けいれん療法による抗うつ効果にはおよびません。抗うつ薬によって十分な効果が得られない患者さんの3~4割が r TMS療法によって薬物治療同等の効果を示す一方、抗うつ薬が効かない患者さんの6~7割は r TMS療法に反応しないと言われています。

5. 予測される副作用

① 重篤な副作用：けいれん発作(0.1%未満)。けいれん発作そのものが自然に消失しても、けいれん発作に起因する外傷や嘔吐物誤嚥などの危険性も想定されます。r TMS療法のけいれん誘発のリスクは抗うつ薬等による危険率(0.1~0.6%)と比較しても特別に高い訳ではありません。また、けいれんを繰り返す症例や、てんかんを新たに発症した症例の報告はありません。

② 頻度の高い副作用： 頭皮痛・刺激痛(30%前後)、顔面の不快感(30%前後)、頸部痛・肩こり(10%前後)、頭痛(10%未満)。多くは刺激中に限定した副作用で、刺激強度の調整や、慣れの効果によって軽減しますが、まれに刺激が終わっても違和感が残存したり、頭痛を惹起したりすることがあります。

③ その他の副作用： 聴力低下、耳鳴り、めまい、失神、精神症状や認知機能の変化、局所熱傷など。

6. 質問の機会および同意撤回の自由について

説明された内容について分からない事がある場合は、医師にご質問ください。

また、同意書に署名した後でも、いつでも治療を取りやめることができます。同意を撤回される場合は、「同意撤回書」をご提出ください。

反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)療法 問診票

反復経頭蓋磁気刺激 (r TMS) 療法を安全に行うために以下の質問に分かる範囲でお答えください。

現在、通院中の病気がありますか はい いいえ

(はいの方) その病気は何ですか ()

書ききれないときは最後の備考欄に書いて下さい

現在、薬を処方されていますか はい いいえ

(はいの方) その薬は何ですか ()

書ききれないときは最後の備考欄に書いて下さい

通院中の病気の主治医は rTMS 療法を了解していますか はい いいえ

頭や耳の中に金属や磁性体、医療機器 (人工内耳など) がありますか はい いいえ

体内埋め込み式の医療機器 (心臓ペースメーカーなど) がありますか はい いいえ

(女性の方のみ) 妊娠中ですか はい いいえ

(女性の方のみ) 授乳ですか はい いいえ

これまでに、rTMS 療法を受けたことがありますか はい いいえ

(はいの方) 副作用はありましたか はい いいえ

(はいの方) その副作用は何ですか ()

過去に以下の病気や症状がありましたか (現在通院中の場合は上部欄に書いて下さい)

てんかんまたはけいれん発作 はい いいえ

(はいの方) 最後の発作はいつですか 約 年前

片頭痛 はい いいえ

失神 はい いいえ

脳卒中（脳梗塞や脳出血など）	はい	いいえ
頭部外傷（入院が必要なもの）	はい	いいえ
頭部、脳の手術	はい	いいえ
アルコール依存症や薬物乱用	はい	いいえ
脳外科または神経内科の病気	はい	いいえ

（はいの方） その病気は何ですか （ ）

書ききれないときは最後の備考欄に書いて下さい

・備考欄（自由にご記載ください）

氏名（自署）： （ 年 月 日）