

PRP 治療を受けられる患者様へ (PRP 治療の説明書)

はじめに

この説明書は PRP 治療の内容・目的などについて説明するものです。
よくお読みいただくとともに、医師の説明をよくお聞きになり、PRP 療法をお受けになるか否かをお決め下さい。
お受けになる場合には、同意書に署名し、日付を記載して主治医にお渡しください。
ご不明な点がございましたら、どうぞ遠慮なさらず主治医にお問い合わせください。

PRP 治療とは

PRPとは、Platelet-Rich Plasmaを略した名称です。日本語では多血小板血漿と呼ばれていて、血小板を濃縮したものを指しています。

血液 1 mm³ 当りに 10 万～40 万個含まれる血小板は、血管が損傷したとき損傷した場所に集まって止血をするのですが、その際に多量の成長因子を放出します。この成長因子には、組織修復のプロセスを開始する働きがあります。

PRP 治療とは、PRP に含まれる成長因子（下に詳細を記します）の力を利用して、人が本来持っている治癒能力や組織修復能力・再生能力を最大限に引き出す治療です。ご自身の血液成分だけをを用いた治療ですので、免疫反応が起きにくいという点も大きなメリットです。

一般的に 1 週間～6 か月で組織修復が起こり、治療後 2 週間～3 か月に効果の出現が期待できます。また、繰り返し治療を行うことも可能です。

PRP に含まれる主な成長因子とその働き

- ・血小板由来成長因子（PDGF-aa, PDGF-ab, PDGF-bb）
細胞の複製を刺激します。血管形成・上皮形成・肉芽組織形成を促進します。
- ・形質転換成長因子（TGF-β1, TGF-β2）
細胞外マトリックス形成を促進します。骨細胞の代謝を調節します。
- ・血管内皮成長因子（VEGF）
血管形成を促進します。
- ・線維芽細胞増殖因子（FGF）
内皮細胞および線維芽細胞の増殖を促進します。血管形成を刺激します。

治療の方法について

(治療の流れ) 採血 ⇒ PRP 分離 ⇒ 施術

すべての治療は当日中に完了します。局部麻酔を行うことがあります。

1. 採血 : 1 キット約 26~52mL の血液を採取します。
2. PRP 分離 : 採取した血液を遠心分離し PRP を作製します。
この間、患者様は待合室にてお待ちください。(30 分程度)
3. 施術: 損傷部位に穿刺し、注入していきます。必要に応じて、超音波で正確な損傷部位を確認しながら行います。

治療当日の激しい運動や飲酒、マッサージなど治療部位に刺激が加わるようなことはお控えください。
また、治療部位の感染を防ぐため、当日の入浴はお控えください。

治療の欠点と副作用について

- ・患者様ご自身の血液を使用するため体調や年齢などに左右され、場合によっては安定した効果が出にくいといった欠点があります(治療効果・効果の持続期間には個人差があります)。
- ・施術時、患部への注入には痛みを伴います。
- ・施術後数日間、治療部位に腫れ・痛み・熱感が出ます。
- ・腫れは治療部位によっては 1 週間程度続くことがあります。
- ・採血部位・治療部位に皮下出血が起こる場合があります。
※腫れ・痛み・熱感・内出血などは一時的ですが、症状が強く出た場合はご相談ください。
腫れや熱感を早く改善するためには、クーリング(冷やすこと)をお勧めいたします。

他の治療法との比較について

今回行う PRP 治療以外にも、現在次のような治療が行われています。

- ・ステロイド剤を用いた治療
抗炎症作用を期待して、ステロイド剤を用いた治療が通常診療で行われていますが、逆にステロイド剤の副作用で重篤な感染症の誘発・骨粗鬆症の増悪・薬剤離脱困難等が生じてしまう可能性があります。

以上も踏まえ、PRP 治療をお受けになるか否かをご検討ください。

その他治療についての注意事項

患者様の体調が良くない場合や、採取した血液の状態によっては、PRP を分離できないことがあります。その際には、再度採血をさせていただく場合があります。
また、PRP を濃縮する機器は定期的にメンテナンスを行っていますが、突然の不具合発生により、治療の日程やお時間を変更させていただくことがございますので、ご理解の程お願いいたします。

治療を受けることを拒否することについて

この治療を受けるか拒否するかは、ご自身の自由な意思でお決めください。説明を受けた後に同意されない場合でも、一切不利益を受けることはありません。

ただし治療を行った後は、健康管理のために必要に応じて適切な検査を受けていただき、医学的に問題がないかを確認させていただきます。

同意撤回について

この治療に関して同意した後、施術までの間でしたらいつでも患者様のご意思で同意を撤回することができます。同意を撤回することで患者様に不利益が生じることはありません。ただし、施術後の撤回については、これに該当しません。

個人情報保護について

患者様に関する身体の状態や記録など、プライバシーの保護には充分配慮いたします。今後、学術雑誌や学会にて結果や経過・治療部位の写真などを公表する可能性があります。患者様個人を特定できる内容が使われることはありません。

治療にかかる費用について

この治療は公的保険の対象ではありませんので、当病院所定の下記の施術料をお支払いいただきます。なお 1 回の施術あたりの費用は、患部の状態を確認した医師の判断等により変更となる場合がございます。

・PRP を用いた治療における施術料 100,000 円

また、この説明書内に記載されている治療の経過や状態などはあくまで平均的なものであり、個人差があることをご了承ください。万一偶発的に緊急事態が起きた場合は、最善の処置を行います。

なお、治療に関して患者様が当院及び医師の指示に従っていただけない場合、当院は責を負いかねますのでご了承ください。

医療法人恵愛会 中村病院
住所：大分県別府市秋葉町 8 番 24 号
電話：0977-23-3121
整形外科 土肥 有二

施 術 説 明 書

患者氏名 _____ 様 性別 _____ 年齢 _____ 才

1. はじめに
2. PRP 治療とは
3. PRP に含まれる主な成長因子とその働き
4. 治療の方法について
5. 治療の欠点と副作用について
6. 他の治療法との比較について
7. その他治療についての注意事項
8. 同意撤回について
9. 個人情報の保護について
10. 治療にかかる費用について

以上について説明いたしました。

中村病院

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明医師氏名 _____

施 術 申 込 書

中村病院 病院長 中村 英助 殿

私は、医師 _____ 氏から施術説明書に記された事項について十分に説明を受けるととも

質問する機会を得ました。

この説明により、予定される手術および関連事項についてよく理解できましたので、ここに私は

(病名) _____ に対する (治療名) PRP の投与による関節軟部組織治療 の実施を

申し込みます。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名 _____ 印

(患者が未成年の場合)

親族・後見人氏名 _____ 印

患者との続柄 _____