

# PRP（自己血高濃度血小板血漿）療法

## 治療説明書・同意書

### I) 治療の説明

#### 【PRP療法】とは

PRPとはplatelet rich plasmaの略で正式な日本語では多血小板血漿といいます。国内で主に美容外科、形成外科分野で施行されてきた創傷治療法の一つです。これは自分の血液を採取した後に血球成分と血漿成分に分離（遠心分離器を使用）し、この血漿成分よりPRPが得られます。このPRPを抽出し病変部へ注入する方法です。自己血液を使用した再生医療の一つといえるでしょう。

PRPは自己血液中に存在する血小板を非常に多く含んだ血漿です。血小板は体の中で止血、組織の修復に関係しているのですがこの血小板はいろいろな成長因子を放出します。この成長因子が組織の修復、コラーゲン産生、ヒアルロン酸産生、血管の新生・修復、創傷治癒を促進、上皮細胞の成長促進を促すのです。PRP注入療法はこの血小板由来の成長因子を利用してなかなか治らないスポーツ障害（アキレス腱炎、肉離れ、テニス肘、ゴルフ肘）に対して組織修復を促せることが目的です。

人間の体ではけがをすると、組織が壊れると、自然に治癒システムが働きます。このときにこの血小板由来成長因子が多種類関わり、組織は治癒していきます。しかし時として十分に治癒しきらない、治癒が遅延する場合があります。その際にこのPRPを注入することで損傷箇所における成長因子の濃度を上げて治癒を促進させることが期待できるのです。

#### 【適応症】

靭帯組織再生、関節炎、難治性スポーツ障害

### II) 他の治療法について

PRP療法以外にも、以下の治療も選択できます。これらの治療法は、施術前まではいつでも選択の変更が行えます。

#### 1) ギプス等による保存的治療

身体への負担が一番軽い治療ですが、治療期間は長くなります。

#### 2) 外科的処置(手術)による治療

再発率は低くなりますが、麻酔による身体への負担や、皮膚切開による瘢痕が残るなど、身体的負担が大きくなります。

### III) 禁忌及び要注意についての医師確認事項（患者様ご自身で□へ✓をご記入ください。）

有 無

局所に感染がある方、ケロイド体質の方

同部位への注入間隔が1ヶ月に満たない方（他院受診：）

妊娠している方、悪性腫瘍の方またはその可能性のある方、全身状態が不安な方

血液疾患、肝機能障害のある方

抗凝固薬を服用している方

#### IV) リスク・副作用など

- 1) 採血時にごくまれに神経を痛めることがあります。医師が適切な治療を施します。
- 2) 治療部位に内出血・痛み・赤み・腫れが出ることがありますが、3日～1週間で改善します。
- 3) 注入部位を不衛生な状態にすると感染が起こる可能性があります。
- 4) 加工した細胞を注入し、その細胞が活性化されるまでには時間が必要です。  
治療効果は、施術後2週間目以降から徐々に現れますが、個人差があります。
- 5) 注入は医師と状態を確認しながら進めます。細胞の増殖の過程は個人差、部位差があります。同部位の追加は3ヶ月以降となります。

#### V) 術後の注意点

- 1) 治療の当日からシャワー、洗顔は可能です。
- 2) 注入当日は激しい運動、サウナ、入浴は避け、飲酒も控えてください。
- 3) 注入後は患部を清潔にし、指示がある場合は外用剤の塗布、内服薬の服用をして下さい。注射後の紅斑、内出血などが起こることもありますが数日～1週間で自然消退します。瘢痕化した場合は長期に及ぶ場合もあります。

#### VI) 施術費用

この再生医療治療は、医療保険適用外(自由診療)施術ですので全額自費でお支払いいただきます。  
施術費は、術後のケアを含めて、\_\_\_\_\_円(税別)となります。

#### VII) 術前にご理解いただきたいこと

- 1) 治療には効果だけでなく副作用が発症する可能性があることもご理解ください。また、予期せぬ健康被害が起こることがありますが、医師は出来得限りの医学的対処を行います。
- 2) 心配、不安なことがありましたら、当院連絡電話にいつでもご連絡、ご来院下さい。
- 3) 治療を受けるか拒否するかは任意で、たとえ同意をしたあとでも加工するまでは撤回することができますし、拒否または撤回によって何ら不利益を被ることはありません。
- 4) 医師の責による健康被害が発生した場合は、医師は無償でその治療にあたります。  
一方、予見できない副作用発症の場合や治療効果についての主観的な見解の相違がある場合の治療費や補償については双方協議して決定します。
- 5) 本治療に関わる個人情報、病院管理者によって法に基づいて厳正に管理されています。

以上、【PRP療法】の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で施術を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名(自筆署名): \_\_\_\_\_ (本人)

患者住所: \_\_\_\_\_

同席者氏名(自筆署名): \_\_\_\_\_ (本人との続柄)

同席者住所: \_\_\_\_\_

※選定した場合のみ(本人が未成年者の場合は必須です)。□へ✓をご記入下さい。

代諾者氏名(自筆署名): \_\_\_\_\_ (本人との続柄)

代諾者住所: \_\_\_\_\_

宇部興産中央病院 御中

担当医師: \_\_\_\_\_