

## ヒアルロン酸治療について

ヒアルロン酸は、もともと人間の皮膚や関節に自然に存在する物質です。気になるしわやくぼみの部分にヒアルロン酸を注射し注入することでボリュームを充填してしわを改善することができます。当院では、ガルデルマ社製のレスチレンリドという薬事承認済みのヒアルロン酸を使用しています。

## 施術について

- ・刺入の深さは、真皮浅層～骨膜状で、カニューレの角度を斜めに挿入しヒアルロン酸を注入することで、皮膚の溝や凹みを持ち上げて、ボリュームを与える部分にアプローチします。
- ・注入に使用するカニューレのサイズは29Gで、痛みに可能な限り配慮したサイズを使用しています。それでも注射の際には痛みを伴います。レスチレンリドには疼痛をおさえるために少量の局所麻酔（リドカイン）が含まれていますので、施術中から注入部位はしばらく感覚が鈍くなります。
- ・大量のヒアルロン酸を注入すると異物反応がおこることがあります。少しづつ施術していくことをおすすめしています。

## 注意事項

処置後24時間は、激しい運動や、日光・高温への長時間の曝露、飲酒を避けてください（一時的に、注入部位に発赤、腫れ、かゆみが生じることがあります）。処置後1週間程度は、注入部位のマッサージや圧迫を避けてください（注入したゲルが移動し、修正位置がずれるのを防ぐため）。体内に注射されたヒアルロン酸は徐々に分解吸収されていきます。

効果は半年から1年間持続しますが、永久的な効果は期待できません。希望どおりの形や仕上がりにならないこともあります。

## 合併症

- |         |                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 赤み、腫れ   | ：通常は数時間～数日で消退します。                                                                                           |
| 内出血     | ：毛細血管を傷つけることで内出血を起こすことがあります。目袋やほうれい線で起りやすいです。<br>内出血は2～3週間で消退します。                                           |
| 皮膚表面の凹凸 | ：通常1週間から1ヶ月以内、長くても2ヶ月程度で自然消失します。                                                                            |
| アレルギー反応 | ：数分から数時間で蕁麻疹・かゆみ・発疹などの症状が現れる場合があります。発生した場合投薬治療を行うことがあります。（2000人に1人の割合といわれています。）                             |
| 血流障害    | ：ヒアルロン酸が注入部位周辺の動脈内に逆行に注入されることで動脈塞栓症を起します。<br>極めて稀ですが血流障害（皮膚壊死、失明、脳虚血）を引き起こすことがあり、その場合、外科的処置を含め他の治療が必要になります。 |
- がんこなシワの残存：通常、皮膚のシワ等は改善しますが、完全に消失しない場合があります。
- しこり・異物性肉芽腫：体がヒアルロン酸に反応して、硬結が起ります。外用で改善することもありますが、取り除きたい場合は外科的処置が必要です。

## 禁忌事項

- キシロカインアレルギー、重度のアレルギーをお持ちの方
- 妊婦の方
- 18歳未満の方
- ケロイド体质の方
- ワーファリンなどの抗凝固剤を服用中の方
- 注射部位やその付近に皮膚病がある方

\$PATIENT\_ID\$ \$PATIENT\_NAME\$  
(説明メモ)

施術名 ヒアルロン酸治療

説明日 年 月 日 説明医師 :

- 診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用することを承諾します(個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います)。
- 診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を院内説明写真やウェブサイト等掲載写真として使用することを承諾します。写真は施術部位のみで個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできます。
- 写真はあくまでクリニックと本人の確認用途のみとし、第三者への閲覧は承認しません。

私は、施術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記施術について同意いたします。

同意日 年 月 日

患者氏名

代諾者氏名 (続柄)

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 ※下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の上記施術および手術に同意いたします。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 親権者名 |  | 続柄 |  |
| 住所   |  |    |  |
| 電話番号 |  |    |  |