

コラーゲンピール同意書

コラーゲンピール（PRX-T33）は、TCA（トリクロロ酢酸）に、低濃度過酸化水素（H₂O₂）を配合したことで、フロスティング（皮膚の剥奪）作用を起こすことなく、真皮層に働きかけ、コラーゲンの生成を強力に促進するピーリング剤となります。真皮でコラーゲンが生成されることにより、小じわ・ちりめんじわの改善、コウジ酸配合により美白効果、優しくマッサージするように薬剤を浸透させ治療直後から肌質改善、ハリ、ツヤを感じることができます。

治療間隔	1～3週間おきに1回、計5回が1クールとなります。その後は、1ヵ月に1回の定期的な治療が理想的です。治療回数には個人差があります。光治療やダーマペン等と組み合わせることで、相乗効果も期待できます。
治療が受けられない方	1ヵ月以内に日焼けをした方・妊娠、授乳中の方・皮疹、ヘルペス発疹、皮膚炎がでている方・自己免疫疾患の方・ペースメーカー、埋めこみ式除細動器、金属プレート、金の糸・シリコンが埋め込まれている方・重度の心臓疾患を有する方・糖尿病など創傷治癒に問題がある方・ケロイド体質の方・脂漏性皮膚炎の方・コウジ酸アレルギーの方。
痛み	稀に敏感肌で強い灼熱感を感じる方がいます。その場合、治療は直ちに中止します。
ダウンタイム	赤みが出るがありますが、数時間～数日程度で治まります。表皮の皮剥けを起こす可能性があります。治療の経過により、患部に異常を感じた場合は、連絡の上、早めに受診して下さい。
写真	経過観察を目的にカルテ写真をお取りさせていただきます。
洗顔・メイク	治療後すぐに洗顔・メイクができます。
アフターケア	治療した部位は過敏な状態となりますので、紫外線に直接さらすと色素沈着を起こしやすくなります。SPF20以上の日焼け止めを使用して下さい。治療後は保湿をしっかりして下さい。
注意事項	治療前後1週間はニキビ薬の「ディフェリン®」「ベピオ」「デュアック」「エピデュオ」やトレチノイン等、AHA配合化粧品、角質除去剤、アルコールなどの刺激成分の入った洗顔料や化粧品、スクラブ入り洗顔、洗顔ブラシ、カミソリでのお手入れはお止め下さい。治療2日前より顔剃りを控えて下さい。
料金	全顔 : ¥15,400（1回）／¥77,000（6回） 手の甲・デkolテ・首（各部位1か所）：¥13,200（1回）／¥66,000（6回） ++オプション++ EGFパック : ¥2,200（1枚） エレクトロポレーション : ¥11,000（1回）／¥55,000（6回）

コラーゲンピールの成分と作用

コウジ酸 5%	過酸化水素	トリクロロ酢酸
<ul style="list-style-type: none">キレート作用があり、炎症後色素過剰 (PIH) を防ぐチロシナーゼ阻害作用により、メラニンの沈着を抑える	<ul style="list-style-type: none">TCA のピーリング (剥奪) 作用から表皮を保護 (真皮レベル)刺激を繰り返し生じさせ作用効果を高める	<ul style="list-style-type: none">真皮を刺激し、角化細胞の増殖因子を活性化コラーゲンの生成を促進

過酸化水素の役割

H₂O₂には、TCAによって生じたバイオリバイタリゼーションに対する皮膚の反応を促進させる作用があります。真皮乳頭層に到達した H₂O₂ は、皮膚の表層を通過する際に TCA の水素イオンの刺激性の高い作用を低減し、角質層のタンパク質の変性を防いで水分を放出します。

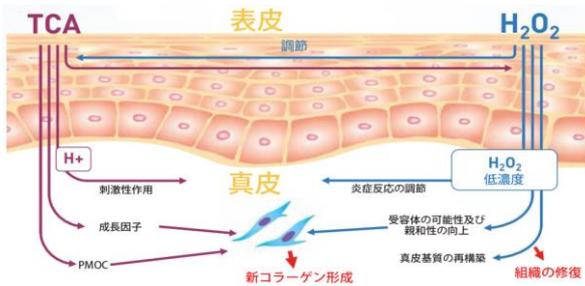
低濃度の H₂O₂ には、他にも真皮に対する重要な作用があります。その中には、線維芽細胞増殖因子の受容体への親和性を向上させ、リンパ単球の活性を調整し TCA によって生じる炎症を調節する作用があります。また、H₂O₂ にはアポトーシスの調節によって基底細胞の再構築に介入する作用もあります。

TCA (トリクロロ酢酸) によるバイオリバイタライジング作用

TCA が組織にバイオリバイタライジング作用をもたらす経路は3つ

- ①成長因子の増殖、〔血小板由来増殖因子、トランスフォーミング増殖因子 β1、TGF-α、血管内皮増殖因子〕
- ②炎症性及び非炎症性インターロイキンのバランスの取れた炎症作用によるもの
- ③皮膚ストレス応答システムによるもの

これは研究発表により、TCA が皮膚への塗布時に新コラーゲン形成を誘導する機序が特定されたことに寄与しています。



治療効果がご期待に添えない場合や、副作用を発症する可能性があることをご理解いただいた上で治療をお受けください。治療費の返還はできかねますこと、副作用に関わる治療費は患者様ご本人のご負担になりますことをご了承下さい。私は、上記内容及び治療に伴うリスクを含めて理解・確認し、納得した上でコラーゲンピール治療を受けることに同意致します。

年 月 日

自筆サイン _____

保護者(未成年の場合)自筆サイン _____

緊急連絡先 (携帯電話など) _____

ミルティス皮膚科 (横浜西口) TEL050-3734-5835