

グルタチオン点滴療法説明書・同意書

(1) グルタチオン点滴療法とは

日本で既に40年以上も前からグルタチオンを自家中毒、つわり、妊娠中毒、薬物中毒、慢性肝炎の治療に使用していました。アメリカでは、パーキンソン病の機能改善と病状進行の遅延を目的として多くの施設でグルタチオン点滴療法が行われています。また抗がん剤（シスプラチン薬）による末梢神経障害にも有効性が認められており、研究が勧められています。

(2) グルタチオンとは

グルタチオンは、グルタミン酸、システイン、グリシンというアミノ酸を原料にして、体内に生合成されるトリペプチドといわれる物質です。肝臓や肺、心臓、血液、脳などにあらゆる臓器の中に存在しています。グルタチオンは、健康を維持していく上での必須栄養素で、細胞内の毒物排泄、活性酸素の消去により、細胞を活性化させる働きがあります。体内に一定レベルの量が存在している必要があります。もし、グルタチオンの量が低下すると、なんらかの健康障害がでる可能性があるのです。

(3) グルタチオンの働き

- ① 体内の活性酸素、過酸化脂質などの除去
- ② 解毒作用・薬物の解毒
- ③ 含硫アミノ酸の貯蔵庫
- ④ 強肝作用
- ⑤ 肺機能の強化作用

⑥ 発ガン抑制作用

⑦ 美容作用

⑧ 抗酸化作用

(4) グルタチオンの点滴療法が適している方

・ パーキンソン病 アメリカの Dr. David Perlmutter がこの治療法を広めており、パーキンソン病に対する効果は非常に高く、これはパーキンソン病の原因とされているドーパミン受容体の感受性を高めるからであろうと考えられています。さらに、グルタチオンは、セロトニン受容体の感受性も高めることで、パーキンソン病によく見られるうつ症状の改善にも有用です。

- ・ 抗がん剤（シスプラチン薬）による末梢神経障害
- ・ 化学物質過敏症 ・ 多発性硬化症などの神経難病
- ・ 原因不明の全身倦怠感
- ・ 風邪の初期症状
- ・ 急性および慢性湿疹
- ・ 慢性肝疾患における肝機能の改善

(5) グルタチオンの副作用

極稀に一過性の頭痛や吐き気がでる事がありますが、点滴終了後おさまります。副作用の少ないグルタチオンですが、まれに肝機能障害や低血糖発作を引き起こす例が報告されています。当クリニックでは高用量のグルタチオンを使用しますので、定期的な血液検査で副作用監視を行っています。

一般的な注射としての副作用としては、注射部位及び周囲の疼痛、発赤、皮下出血斑、腫脹、熱感、色素沈着、感染症、神経損傷、血管迷走

神経反応等は、体質などにより起こりえます。アレルギーやアナフィラキシーショックが生じた際は、緊急処置を行います。しかし、専門的な検査・治療を要する際の移送やそこでの検査・治療などに関わる一切の費用に関して当院は責任を負いません。

点滴の所要時間はおよその目安です。多少前後する場合がありますので予めご容赦下さい。(なお、点滴時間によって効能が変わることはございません。)

(6) 当クリニックでの治療の実際

初回のみ医師の診察を受けて頂きます。点滴可能と判断いたしましたら、点滴療法が始まります。

生理食塩水 100ml にグルタチオンは 1 回 600mg から始めます。希望に合わせてグルタチオンの他に、効果を高めるメコバラミン (Vit B12)、ビタミン C など病状に合わせて医師が処方いたします (料金は別途かかります)。

白玉点滴 (グルタチオン 600mg)	4400 円
白玉点滴ビタミン B ウルトラ (グルタチオン 600mg + メコバラミン 500 μ g)	5400 円
スーパー白玉点滴 (グルタチオン 2000mg)	6600 円
白玉点滴ビタミン C プレミア (グルタチオン 2000mg + アスコルビン酸 500mg)	9900 円

また高濃度ビタミン C に関しては、2024 年 7 月下旬からの提供になります。

高濃度ビタミン C に関しては、投与前に G6PD 欠損症 (グルコース 6 リン酸脱水素酵素) の検査を行ってからの投与になります。

点滴する頻度は、1週間に1～2回、効果を実感するのに10回投与ぐらいかかると言われていています（3か月前後）。

1回の点滴時間は点滴量によって異なりますが、30分～50分となります。有効率は40%～60%で、劇的に効果があるケースからまったく無効である場合もあります。治療終了後2～4ヶ月効果が持続したという報告もあります。

(7) 治療費について

当治療法は健康保険が適応されず、治療、検査、処方のすべてが自費診療となります。治療内容や費用などの説明を受け、十分に納得されましたら治療同意書にサインをいただきます。

同意書

私は、 年 月 日より実施される における
診療について グルタチオン点滴療法説明書 に基づき、医師から十分な説明を受
け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。

また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも 承諾
同意いたします。その費用も負担することを承諾同意いたします。検査について
も、上記同様に承諾同意いたします。

年 月 日

署名

住所

電話

注：提供された同意書は、診療前にいつでも撤回できますのでお申し出下さい。
そのような場合でも当院において不利益を受けることは一切ありません。

年 月 日

私は上記の説明書に基づき、患者様に対する診療についてご説明いたしました。

説明医師署名 _____.