

糖尿病足病変のまとめ

—診療のピットフォールと対策, および国際情勢について—

河野 茂夫 国立病院機構京都医療センターWHO糖尿病協力センターセンター長

◆はじめに

糖尿病足病変の成因が変化してきている。ひと昔前は神経障害性潰瘍が多数を占め、スキンケア、靴型装具作製などの予防的フットケアが下肢切断率の低下に大きな効果を示したが、腎不全・透析患者の増加、糖尿病患者の高齢化に伴い、末梢動脈疾患を合併する患者や重症足感染症を併発する患者が増え、予防的フットケアのみでは救済できなくなっている。本シリーズのまとめとして、重症糖尿病足病変の治療の“ピットフォール”と対策、そして、海外の現状について紹介する。

重症足感染症診療の“ピットフォール”

重症足感染症の所見として、湿性壊疽 (wet gangrene)、広範囲の蜂窩織炎、リンパ管炎、ガス産生などが挙げられる。このなかで、臨床現場で最も混乱されている点はガス産生性足壊疽の治療である。画像所見でガス像を確認するや、速やかに大切断術を施行している外科医は稀ではない。クロストリジウム性ガス壊疽を連想し、救命のための迅速な大切断が必須と考えられているようだが、糖尿病足病変では非クロストリジウム性が大多数を占める。そのため、デブリードマンと抗菌薬治療で救済できる症例も多いことに注意を払う必要がある¹⁾ (図1, 2)。

骨髓炎の治療では、骨髓炎周囲の感染した軟部組織のスワブ検査で明らかになった細菌を骨髓炎の起炎菌として抗菌薬治療されている症例が多いが、骨髓炎を起こしている骨髓内の細菌と軟部組織で増殖している細菌とが異なる例は少なくない²⁾⁻⁴⁾。さらに、骨髓炎のような深部感染症では嫌気性菌感染の合併が少なくないが、わが国で汎用されているスワブ検査では嫌気性菌が検出されにくい。骨生検した際や、外科的処置をした際は、検体 (骨組織) を速やかに細菌検査室に提出するだけでなく、病理組織検査に回して骨内で増殖している細菌の確認をすることが重要である (図2)。