

糖尿病性足病変治療の進化

○綾部 忍(あやべ しのぶ)、藤井 奈穂、延山 文美
八尾徳洲会総合病院 形成外科・美容外科、創傷ケアセンター

世界の糖尿病人口は爆発的に増え続けており、日本でも糖尿病が強く疑われる成人男女が約950万人に上ることが、厚生労働省の「2012年国民健康・栄養調査結果」の推計であきらかになりました。

糖尿病患者さんの足には神経障害や末梢血流障害を伴うことが多く、感染、潰瘍、深部組織の破壊性病変を生じる場合があります。このことをWHOでは糖尿病性足病変と定義しています。

海外には足部を専門に診る「足病医」(Podiatrist)が存在し、アメリカでは約13,000人以上、オーストラリアには約5,000人以上も活躍しています(平成24年時)。しかし残念ながら日本には足の病気を専門に診る診療科は存在しません。そのため形成外科で糖尿病性足病変の治療を行う施設が増えています。

糖尿病性足病変の治療には創傷管理、血行再建、感染コントロール、フットウェア、変形に対する予防的手術などさまざまな知識が必要となります。

虚血を伴う場合、乾燥性壊死や痂皮があっても血行が回復するまではデブリードマンしてはならないとされています。治癒に必要な因子を利用できない潰瘍に対するデブリードマンは、潰瘍の拡大をもたらし、さらに代謝需要の増加によって虚血を悪化させる可能性があるためです。そのため血行再建前のデブリードマンは、敗血症の要因となる感染した足のみに適応されますが、壊死組織を残したまま先に血行再建を行い、術後に感染が増悪し下肢切断に至る場合もあります。そのため虚血肢の感染管理においては、デブリードマンのタイミング・範囲が非常に重要となります。また血行再建に成功しても、糖尿病性足変形やデブリードマン後の足趾欠損や腱切除による変形により潰瘍形成し感染に至るものもあります。

今回は虚血・感染・変形の3つに注目した糖尿病性足病変治療の考え方とともに、ヒト塩基性線維芽細胞増殖因子製剤の使い方・陰圧閉鎖療法との併用についてもできるだけわかりやすくお話したいと思います。

略 歴

1997年　大阪市立大学医学部 卒業
　　同年より大阪市立大学病院形成外科で研修を始める
2001年　埼玉医大総合医療センター 高度救命救急センター
　　天理よろづ相談所病院 形成外科
2003年　城東中央病院 形成外科医長
2005年　八尾徳洲会総合病院 形成外科・美容外科部長
2009年　同 創傷治療ケアセンター長 兼任
現在に至る