

序 文

松村 一¹ 佐藤 紀²

厚生労働省の平成 20 年調査によると、糖尿病の総患者数(継続的な治療を受けていると推測される患者数)は、237 万 1,000 人であり、その患者数は確実に増加している。そのうちの 15%は足病変の既往を持つとされる。さらに、糖尿病による下腿切断のリスクは、一般の人に比べ 30~40 倍にもなるといわれ、年間数千例以上の下腿切断を余儀なくされている。このような背景を考えると、「糖尿病性下肢病変」をシンポジウムで取り上げた意義は大きい。

このような糖尿病下肢病変では大切断を回避するために、フットケア、定期的な足病変の確認と評価、早期からの介入という予防の重要であることはいうまでもない。今回のシンポジウムでも、血流障害、神経障害、易感染性といった原因以外にも多様なリスクの病態が存在することが確認され、それらを適切に評価し、どのように予防していくかが論じられた。

一方、その治療に関しては局所管理と血行再建術が中心となる。局所管理においては、感染のコントロールが非常に重要なファクターである。早期の起炎菌の確認や empiric therapy も欠かせない。

切開やデブリードマンという外科的な対応に関しては、施行する時期をどうするか、切除する組織の範囲、血流

不全状態で行われるデブリードマン後の感染や壊死の拡大などの問題がある。このため、外科的手技の侵襲と病変部周囲の耐侵襲性のバランスを考えることが寛容である。また、デブリードマン後の wound bed preparation も重要である。近年では各種の創傷被覆材や陰圧閉鎖療法の適応などにより、従来よりも良好な管理がなされるようになってきている。

感染のコントロールの前後で生じた組織欠損部には植皮や皮弁移植などの必要性が生じてくる。このため局所での創治癒に必要な血流が得られない症例では、血行再建術が適応される。この適応の評価には、近傍組織での皮膚灌流圧が一般的となりつつあり、その有用性についても、シンポジウム内で報告された。

阻血に対しては、血管内治療が広く行われるようになってきているが、今回のシンポジウムでは手術的血行再建術の報告が多くなされ、診断、病変の分布、感染など、糖尿病性動脈硬化症に特有の問題点が多く指摘された。

最後に、糖尿病性足病変の予防と治療においては糖尿病内科、循環器内科、血管外科、形成外科、リハビリテーション等々のチームアプローチが必要であることはいうまでもない。

¹東京医科大学形成外科²埼玉医科大学総合医療センター血管外科