

閉塞性動脈硬化症による足・下腿潰瘍の診断と局所治療

杏林大学
救急医学形成外科
大浦 紀彦



I.はじめに

近年、メタボリック・シンドローム；複合生活習慣病という言葉を耳にする機会が増えています。メタボリック・シンドロームとは、肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症を重複発症している病態のことです、メタボリック・シンドロームの患者は、心筋梗塞、脳梗塞、さらに、本稿で取り上げる閉塞性動脈硬化症(Arteriosclerosis obliterans:以下ASO)の発症率が高いことが報告されています。内科学会も、この傾向を重視して、メタボリック・シンドロームに対する診断基準を設け、一般に向けて警鐘を鳴らしています。

近年の生活習慣の欧米化と高齢化から、動脈硬化に起因するASOも増加傾向にあります。実際に、「最近、足の潰瘍が増えたよね。」という会話が形成外科医の間でなされるほどです。

この項では、潰瘍という観点からASOの診察と治療についてお話をいたします。

II. ASOとは

ASO*とは、血管の粥状硬化(動脈硬化)によって血管内腔が閉塞し、狭窄部位より末梢の酸素・栄養の供給が途絶え、四肢循環障害を引き起こした

虚血状態を言います¹⁾²⁾。

ASOの狭窄は、総腸骨動脈以下、膝窩動脈までの領域に好発します(図1)。

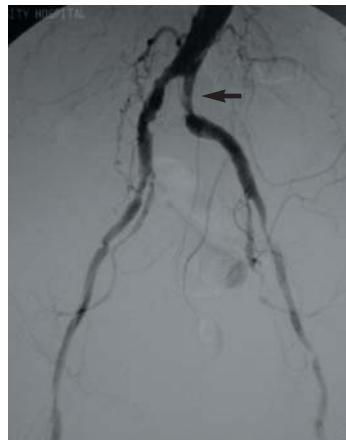


図1 ASO患者の動脈造影
ASOの動脈硬化の好発部位である総腸骨動脈に狭窄を認める

この狭窄によって下腿の指趾末端が虚血状態になり、壊死へ進行していきます。しかし、粥状硬化病変は動脈の器質的な変化ですから、四肢以外全身のあらゆる動脈にも認められます。特に、ASOは、脳血管障害や虚血性心疾患とも深い関連性があるため、ASOの治療に際しては、脳、心臓、腎臓などの精査も必要になってきます。

また、動脈硬化病変の危険因子には、喫煙、高血圧、高脂血症、糖尿病、(動脈硬化の4大因子)肥満、耐糖能異常、高ホモシスティン血症、家族歴、性別

(男性に多い)、加齢などがあります。ASOの治療においては、内科、血管外科、放射線科などの様々な科との連携を図りながら、生活習慣を指導していくことも重要です。

ASOの進行状態は、Fontaine分類という臨床症状によって評価するのが一般的です。間歇性跛行を認めるⅡ度が全体の約72%を占め最も多く、潰瘍を認めるものは、Fontaine分類の中で最も重度のⅣ度に分類され、全体の約12%と報告されています。形成外科で遭遇するASOの患者はFontaineⅣ度であることがほとんどです。

III.慢性潰瘍の治療方針は 2ステップ

慢性潰瘍(褥瘡、糖尿病性、ASOなど)の患者は、創傷が難治化する要因、原因、環境を持っています。初診時に、この潰瘍発生の背景をじっくり探ることが大切です。

褥瘡であれば、どのような体位によって外圧が負荷されているか、外力を取り除くことがまず一番目に行べき対処法です。ASO潰瘍では、まず、潰瘍部周囲の軟部組織の血流が保たれているかどうか、動脈のどのレベルで狭窄または閉塞があるか、ということを

*最近ASOは、末梢動脈疾患(peripheral arterial disease; PDA)というように表記されることが多いですが、ここでは、ASOと表記します。

確認しなければなりません。潰瘍の周囲に十分な血流がある活性化した組織がなければ、治癒のメカニズムが働きません。局所治療の前に、血流を潰瘍周囲に供給するための血行再建、血管内治療が必要となります。

慢性潰瘍治療は2つのステップから構成されています。

1.慢性化の原因を探る・原因に対する治療

2.局所治療(Wound Bed Preparationに基づく治療・組織を修復する治療)

この2つを整理して診療を行うことが、治療を易しく効果的にします。

IV.慢性化の原因探求

1.局所所見からの評価・鑑別診断

下腿潰瘍の原因を探るには、具体的にどうしたらよいのでしょうか。下腿潰瘍には、原因疾患によって好発部位や、特徴的な形態変化が観察されます。これらの特徴から、原因疾患を推察しながら診察をすることが、確実な診断につながります。ここでは4つの代表的な下腿潰瘍の特徴について述べます。

1)動脈性潰瘍の特徴

四肢慢性動脈閉塞症には、ASOと閉塞性血栓性血管炎(Buerger病; Thoromboangiitis obliterans; 以下TAO)の2つがあります。1970年代までは、四肢慢性動脈閉塞症の患者の半数以上がTAOでした。ところが近年は、生活習慣の欧米化、高齢化に伴い、動脈硬化に起因するASOによる患者が、90%以上を占めるようになりました。

ここで、ASOとTAOの違いを述べます。ASOは40歳以上の男性に(90%が男性)発症し、多くは中一大動脈に病変が認められ、間歇性跛行が主症状(潰瘍・壊死15~20%)です。TAOは40歳以下の男性(98%が男性との報告

もある)に発症し、末梢の動脈の閉塞と血栓性の静脈炎が主症状で、潰瘍は約半数に認められます。

このように、動脈性潰瘍の診察において性別、年齢は重要な情報となります。

動脈性の潰瘍は、趾尖から始まることが多く(図2)、下腿においては、皮膚血流が保たれていても深部の筋肉壞死を伴うことがあります、深い潰瘍であることに特徴があります。透析症例では、



図2 ASOによる潰瘍
足趾指尖部は、ASOの好発部位である。
静脈性潰瘍と比較して深い潰瘍である

全身性の色素沈着を認めますが、静脈性の色素沈着とは異なります。

間歇性跛行による疼痛に関して、ASOは、ある程度の距離を歩行中に、筋肉の疼痛を認め、歩行できなくなりますが、少し休息すると歩行が可能です。静脈瘤や深部静脈血栓症では、歩行時は問題ありませんが、休息すると疼痛を認める点に特徴があります。ASOの評価では、触診も重要です。浮腫、脈の診察や、炎症の程度、両側に浮腫があるのか、両側性であれば、心不全、低栄養など全身性の病態も考慮する必要があります。

脈拍の触知も重要な情報です(表1)。一般的に行われている足背、動脈の触知だけでなく、もう一つの下肢の栄養血管である後脛骨動脈も触知・評価し

表1 脈拍の触知

- | |
|------------------------|
| 1. 総大腿動脈：鼠径韌帯上 |
| 2. 膝窩動脈：膝窩中央の奥を圧迫するように |
| 3. 後脛骨動脈：内果後方 |
| 4. 前脛骨動脈(足背動脈)：足背の中央 |

ます。触知できない場合には、doppler flow meterにて聴診を行います。さらに、左右の脈拍の触診を行います。これによって、閉塞・狭窄位置が推定できます。

2) 静脈性潰瘍の特徴

静脈性の潰瘍は、下腿下1/3の内側、足背に多く発生します。これは、いわゆるCockettの穿通枝の分布に一致しており、この穿通枝の弁不全が下腿潰瘍に大きく関与していると考えられています。静脈性の潰瘍は、動脈性の潰瘍に比較して浅いことが特徴です。静脈性の潰瘍は、潰瘍の周囲にStasis dermatitis(鬱滯性皮膚炎)や色素沈着を伴うことが多く、表在靜脈が怒張し、静脈瘤や毛細血管拡張症が認められます(図3)。

長時間立位を強いられる職種(理容師や調理師など)であることも多いよう



図3 静脈性潰瘍
潰瘍部に対して植皮術を施行後8ヶ月の状態。
下腿の脛骨側は好発部位である。
潰瘍周囲に色素沈着を認める

です。潰瘍を繰り返した症例では、潰瘍が治癒した部位が瘢痕化し、下腿がボトルをひっくり返したように、下腿の遠位1/3が細い形態をしていることも特徴のひとつです。

3) 糖尿病性足と潰瘍の特徴

糖尿病による足潰瘍には、神経病変のものと、虚血性のものがあります。糖尿病性末梢神経障害の足の特徴は、温かく、発汗が少ないため、乾燥していることです。また、ハンマートウと言われる変形や、シャルコー関節と言われるアーチの消失を伴う変形が認められます。痛みや熱などの知覚鈍麻があるため、外傷を負いやすく、感染を起こしやすいため、日常のフットケアが重要です。糖尿病性の潰瘍は(ASOとの合併例も多い)、足底や踵部に好発すると言われています(図4)³⁾。



図4 糖尿病性潰瘍
壞死組織の周囲に感染を認める。足底は、糖尿病性潰瘍の好発部位である

感染を伴った糖尿病性壞疽では、血糖値と感染の状態は平行して推移するので、血糖値を管理することによって、創傷治癒、感染も管理しやすくなります。血糖値の管理は、糖尿病の専門医への相談が不可欠です。局所の潰瘍治療においても、現在の血糖管理がどのように行われているか、糖尿病腎症を合併しているか等の全身的な糖尿病の評価をしておくことも重要なことです。

4) 榛瘻による下腿潰瘍の特徴

榛瘻による下腿の潰瘍の好発部位は、下肢の外旋による腓骨側に多く、腓骨頭、外果、踵に好発します(図



5a,b)。股関節、膝関節に拘縮が認められる場合には、左右の下腿が重なることによって、脛骨前面が圧迫され潰瘍を形成することも珍しくありません。

また浮腫や拘縮は榛瘻発生の危険因子ですが、どちらも触診をすることでわかります。

榛瘻予防のために、タオルを丸めて巻き寿司のような形にして、踵部を拳上すると、ふくらはぎのタオルで圧迫を受けた部位が榛瘻になることがあります。榛瘻を予防するための処置が、榛瘻を発生させる要因となることがあるので、注意が必要です。

2. 虚血肢の重症度評価

現在、創傷治癒の研究分野で注目されている検査が皮膚灌流圧(Skin Perfusion Pressure:以下SPP)計測です。これはレーザー血流計によって皮膚血流を評価するもので、潰瘍における創傷治癒の予後判定に使用されます。

SPP計測器(PAD3000[®]; kaneka)は空気駆血帶とレーザー血流計から構成されています。まず潰瘍部近傍に駆血帶を装着し、加圧後ゆっくりと減圧を

図5 榛瘻による潰瘍

- a) 腓骨頭、外果、踵部は、榛瘻による潰瘍の好発部位である
- b) 下肢の外旋による圧迫で骨突出部に榛瘻が発生する



図6 足関節部におけるSPP計測

足関節部にマンシェットとレーザー血流計; PAD3000[®],kaneka を装着し、加圧後ゆっくりと減圧を行い、レーザー血流計にて皮下(皮膚内部)血流が再開するポイントを測定する

行い、レーザー血流計にて皮下(皮膚内部)血流が再開するポイントを計測し、皮膚灌流圧(SPP)としています(図6)。

SPPが開発される以前は、切断部位の決定、デブリードマンの範囲決定を行うための指標がなく、疼痛の範囲や発赤の範囲を臨床所見から判断していました。そのため手術中に十分デブリードマンを行ったにも関わらず、断端から壞疽が上行性に進行したり、創が離開したりすることがしばしば認められました。言い換えれば臨床的な評価が、切断やデブリードマンの指標にならないことがあるということを、数多くの外科医が経験していました。現在は、SPPが信頼性の比較的高い指標となることが報告され、評価されつつあります。

す。SPPも経皮酸素分圧もともに30mmHgが指標となっています。従来、大切断の適応と言われていた症例であっても、SPPを計測することによってSPPが30mmHg以上あれば、minor amputationで十分対応できる場合もあり、下肢を温存できる可能性が高くなりました。

V. ASO・虚血肢に対する治療法

虚血肢および潰瘍部周囲組織の血流を改善することが主たる目的です。高血圧、高脂血症に対する食事指導から、薬物療法（血小板凝集抑制薬、血管拡張剤、抗凝固剤）、血管内治療、バイパス手術、再生医療までさまざまな血流を増加させる治療があります。

VI. 局所治療・WBPの観点からの創傷評価

2ステップの1番目の「虚血肢に対する治療」が行われ、血流が改善して初めて2番目の「局所の治療」が効果を發揮します。

局所治療は2つの治療に分けると理解しやすいと思います。

1. Wound Bed Preparation

2. 組織を修復する治療

の2つです。

1. Wound Bed Preparation

Wound Bed Preparation（以下WBP）という言葉をご存知でしょうか？

褥瘡や下腿潰瘍、熱傷創、ASOなどの慢性創傷の評価・管理を行う新しい系統的なコンセプトのことです⁴⁾。

慢性創傷には創傷治癒を阻害する因子：排除すべき4つの因子が存在します。これらの因子があるために、

急性創傷と同様の創傷治癒のメカニズムが働くかない状態にあります。

(1) 活性のない組織・壞死組織

Tissue non-viable ; T

(2) 感染・炎症

Infection/inflammation ; I

(3) 湿潤のアンバランス

Moisture imbalance ; M

(4) 進まない創縁・ポケット

Edge of non-wound advancing or undermined ; E

これらの抵抗勢力を同定し除去することによって、難治性・治療抵抗性の潰瘍を、治療に反応する創傷：修復可能な創傷へ変換させることができます。

1) 外科治療

不活化組織および壞死組織を外科的に除去することによって感染を制御する目的と、出血のある組織を露出させることによって血小板や創傷治癒に必要なサイトカインを創部まで誘導する2つの意味があります。

① 積極的な壞死組織および不活化組織の除去

全身麻酔下に出血が認められる組織が露出するまでデブリードマンを行います。虚血肢に局所麻酔剤を局注するとその操作だけで、血流不全となる可能性があります。できるだけ全身麻酔下に手術をすることにしています。WBPのTとIとEに効果があります。

② Minor amputation

中足骨レベルでの切断は、侵襲が小さく、血流も比較的安定しているため、しばしば選択される方法です。術中、縫合部断端において十分血流があることを確認し、緊張なく縫合した場合でも、術後の縫合部循環不全により、創離開を認める場合があります。そこで断端を縫縮せず、肉芽形成を促進させて保存的に治癒させます。

③ Major amputation

全身状態に影響を与えるような、感染、炎症が持続する場合には、敗血症予防や、救命を第一に考えて、膝下切断、膝上切断などの大切断の適応となります。大切断は患者のQOLを大幅に損ねると考えがちですが、大切断によってQOLが向上することもあります。たとえば、疼痛管理が困難で、炎症反応がいつまでも遷延するような症例では、潰瘍が小さな範囲であっても、大切断が選択されることもあるでしょう。また、脳梗塞後遺症による麻痺側の下肢にASOによる壞疽を認めるような症例も同様に切断によって車いす乗車、移動が楽になるでしょう。

※外科治療における留意点

●下腿の潰瘍治療で最も重要なことは、安易にデブリードマンをしないということです。一度、手術を計画したら、Minor amputationさらには、Major amputationに至る可能性を常に考慮しながら治療を行います。中途半端なデブリードマンは、上行性に感染を拡大させ、大切断の機会を逸すると敗血症を来し、死に至らせる可能性もあるという認識が必要です。

●また、ASOの患者は、抗凝固剤などの薬物療法を施行されていることが多く、外科的な処置をする場合には、どんな薬物療法が行われているか把握することが大切です。

2) 積極的なフィブリン塊の除去

創処置後1日経過すると肉芽組織はフィブリン塊で覆われます。フィブリン塊が残存したまま外用剤など（たとえばフィブラスト[®]スプレー；科研製薬）の処置を行っても、薬剤が創表面の細胞に到達しません。薬剤の効果を確実にするために、丁寧に肉芽表面のフィブリン塊を鋭匙によって除去し創表面を新鮮化します（図7a,b）。WBPのTに効果があります。

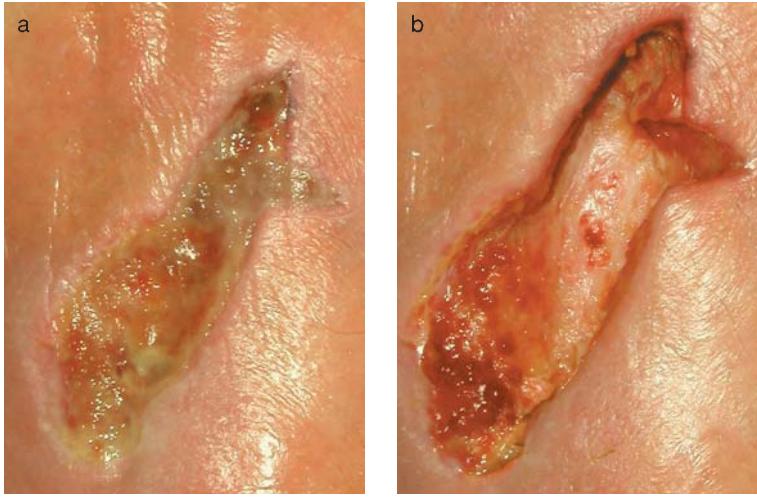


図7 フィブリン塊の除去
a) 潰瘍部にフィブリン塊が付着している状態；洗浄ではフィブリン塊は除去できない
b) 鋭匙にて丁寧にフィブリン塊を除去し、創表面を新鮮化した状態

3) MDT : Maggot Debridement Therapy

無菌のハエの幼虫(maggot)を使った生物学的デブリードマンの一つです⁵⁾。maggotは壊死組織のみを選択的に貪食し、貪食した細菌を消化するため、抗菌効果を持つと言われます。肉芽のような生体組織には侵襲を加えません。さらにmaggotは線維芽細胞(肉芽組織を構成する細胞のひとつ)の分裂遊走を促進する物質を分泌し肉芽形成を促進させます。無痛であることも特徴のひとつです。WBPのIとTに効果があります。

4) 抗菌剤

糖尿病を合併するようなASO壞疽に対しては、感染のコントロールが第一選択になります。的確に抗菌剤(抗生素含有軟膏ではない外用剤)を使用することが大切です。

近年、抗菌剤や消毒薬が創傷治癒を遅延させるので、使用すべきでないという考え方があります。局所的に抗菌剤を使用することは、耐性菌を作りやすいという観点から避けるべきことですが、CRPが20mg以上あるような感染創では、感染によって創傷治癒が抑

制されるため、積極的に抗菌剤を使用することを推奨します。

実際には、カデキソマー・ヨウ素軟膏；カデックス[®]軟膏や、精製白糖・ボビドンヨード軟膏；ユーパスタ[®]、スルファジアジン銀製剤；ゲーベンクリーム[®]が抗菌剤として使用されます。ゲーベンクリーム[®]は、クリーム基材によって滲出液が増えるので、乾燥気味の創傷が適応となります。

5) 陰圧閉鎖療法 (Negative Pressure Wound Therapy)

NPWTは、フィルムドレッシング材による閉鎖創に、排液用のチューブを使って陰圧を負荷し、慢性創傷における創傷治癒を阻害する因子を含んだ滲出液を排除しながら、湿潤環境を維持することを目的とした治療方法です。

NPWTはWBPで提唱している創傷治癒を阻害する4つの全ての因子に対して効果を発揮します。言い換えれば、NPWTは慢性創傷の治癒過程を加速させ、治癒に最適な環境を提供する方法といえます。特に肉芽組織で良好な被覆されたポケットがあるケースでは、密着によってポケットを消失させる効果が期待できます^{6), 7)}。しかしNPWT

は一般的な慢性潰瘍には効果的ですが、下腿潰瘍に使用する場合には、陰圧によって大気圧が負荷され、それによって循環不全を助長することがあるので注意が必要です。

6) 炭酸泉浴

昔から温泉には、治癒を促進する力があると信じられてきましたが、近年、炭酸をお湯に溶解させた人工炭酸泉浴が科学的に再評価されつつあります。

炭酸泉浴には、ジクロロイソシアヌル酸ナトリウムによる抗菌効果すなわちWBPのIに対する効果と、炭酸による血流を増加させることによる創傷治癒促進効果があります。

人工炭酸泉浴剤(ASケア[®]；旭メディカル)は、35～38℃の水道水10ℓに溶解させて使用します(図8)。市販さ



図8 人工炭酸泉浴
ASケア[®](旭メディカル)を溶かした状態
35～38℃の水道水10ℓにASケア[®]75gを溶
解し、15～20分足浴を行う
ジクロロイソシアヌル酸ナトリウムによる抗
菌効果と、炭酸ガス(CO₂)による血流促進効
果が期待できる

れている入浴剤などの炭酸泉濃度は60～150ppm程度で、ASケア[®]は1000ppm以上のCO₂濃度を有します。ASケア[®]には、足浴後に、下肢の温かさが持続する保温維持効果や、CO₂が経皮的に吸収され毛細血管を拡張させる効果があります。また酸素解離曲線の右方移動；ボーア効果(Bohr effect)

させることによって、組織に酸素を渡しやすい環境を作り出します。

2. 組織を修復する治療

WBP(治癒を遅延させる因子の排除)によって、治療に反応し、修復可能な状態に変換された創傷に対して、組織修復を促進させ、再生組織を誘導する治療を行います。この治癒過程で重要な役割を果たしているのが、線維芽細胞と血管内皮細胞と細胞外マトリックスです。

1) b-FGF製剤

組織修復する過程でその足場となるコラーゲン線維を産生する線維芽細胞の増殖が鍵となります。ヒト塩基性線維芽細胞成長因子；basic fibroblast growth factor (b-FGF)；フィブラスト[®]スプレーは、この線維芽細胞の分裂増殖を促進する薬剤です。b-FGFは、強力な血管新生作用、線維芽細胞成長促進作用を有し、肉芽形成を促進します。「フィブラストのおかげで、手術の機会が減った」というくらい現在の難治性潰瘍の保存治療に不可欠な薬剤です。コストの面からは、フィブラストは高価であるため被覆材を使わず、ガーゼ処置を考えたいところですが、ガーゼを使うと創傷が乾燥してしまいます。創傷をmoistに保つことが、フィブラストを効果的に使用するためにも重要なことです。b-FGFは被覆材と組み合わせて使用するべきでしょう。近年、b-FGF製剤と人工真皮との併用が肉芽形成をそれぞれ単独で用いるより効果が高いとの報告がいくつかあります。

2) 被覆材

感染創や壞死組織が残存する創傷に、被覆材を使用し、閉鎖環境を提供することは、原則的には禁忌と言われています。排膿されない密封状態では細菌が増殖すること、被覆材では対応

できないほど、多量の滲出液が貯留すると、創傷治癒を遅延させる要素を増加させるからです。壞死組織が除去された肉芽組織によって被覆された創傷においては、創傷被覆材は治療に不可欠です。ASOの患者は、疼痛を伴うことが多く、創処置時に疼痛を認めにくく被覆材や薬剤を選択することも大切です。ソープサン[®]などのアルギン酸塩やハイドロジェルが最適です。

3) 人工真皮

組織が修復する時には、3次元的な足場(scaffold)が必要です。人工真皮は、人工的なコラーゲンスポンジによる足場を創傷に作ります。周囲から創傷治癒に関与する線維芽細胞や血管内細胞を誘導し、組織修復しやすい環境を提供しようというコンセプトです。

WBPに従って壞死組織、感染を処理すると、大きな組織の欠損が生じます。本来ですと、外科的な手術(皮弁形成や組織移植術など)によって組織欠損を再建する方法が第一選択です。しかし指趾や足部遠位を被覆、再建できる同側の有茎皮弁は少ないため、足潰瘍の再建において、人工真皮移植術を選択することが多くなっています。

4) 再生医療

近年、骨髄を採取し、骨髄中の幹細胞を組織に移植しようという骨髄移植の試みが注目されています。骨髄中には、幹細胞と言われる様々な細胞に分化することができる活性の高い細胞が存在します。また骨髄中には様々なサイトカイン、成長因子も含まれています。これらを、慢性創傷の活性の乏しい組織に、移植することによって新生血管を誘導し、活性の高い組織に変換させることを目的とする方法です。

採取した骨髄から幹細胞を撰別して筋肉内に注射する方法と、骨髄をそのままの状態で、人工真皮に浸透させて

創傷に貼付する方法があります。後者は採取骨髄量も少なく、創傷のデブリードマンと同時にを行うことが可能です。骨髄を採取して幹細胞を選択するには、特殊な装置が必要なため、まだ一般化していません。

VII. 症例提示

これまで治療方法を一つ一つ解説しましたが、可能な治療を組み合わせて統合的に行うことによって、効果的に治療を進めることができます。創傷治癒に関する研究の進歩によって、中足骨レベルの切断であれば保存療法でも3ヵ月程度で創閉鎖が可能になってきました。

症例

74歳の男性です。糖尿病の合併はありません。ASOに対する治療は、総腸骨動脈の狭窄に対して血管内治療(バルーンによるangioplasty)を施行しています。抗血栓剤による薬物療法が施行されています。

足背においてSPPが30mmHg以上ありましたので、minor amputation(中足骨レベルで切断)としました(図9a,b)。創閉鎖は十分可能ですが施行しません。創離開する可能性が高く、離開した場合、さらに大きなデブリードマン、切断が必要になる可能性があるからです。

毎日、ASケア[®]による炭酸泉浴とb-FGF処置を行い、さらにアルギン酸塩によって湿潤環境を維持しました(図9c)。その結果、14日目には、骨断端が肉芽で被覆されました(図9d)。術後約3ヵ月でほぼ創を閉鎖することができます(図9f)。

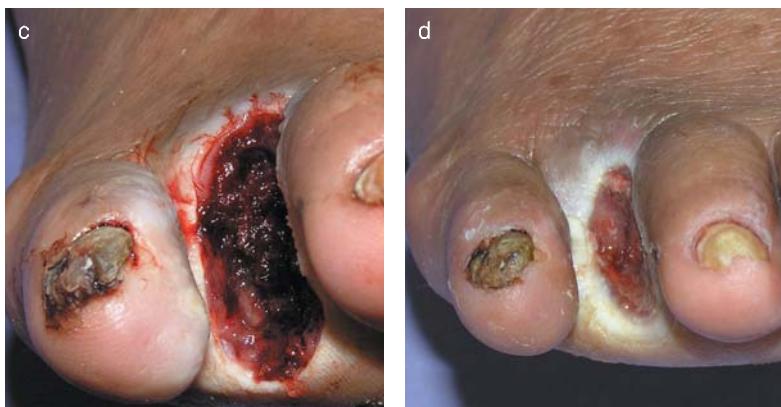
VIII. まとめ

潰瘍の見地からのASO診断と治療についてお話をしましたが、下腿潰瘍



図9 ASOの外科治療；minor amputation

- a) ASOによる壞疽；基節骨まで壞死を認めた状態
- b) 中足骨レベルでの切断術を施行した状態



- c) アルギン酸塩ドレッシング材による温潤環境維持しながら、AS ケア[®]による
人工炭酸浴とbFGF 製剤を使用して感染のコントロールと肉芽形成を促進させる
- d) 術後14日目：肉芽組織によって中足骨断端が被覆された状態



- e) 術後50日目：陥凹した潰瘍部が、肉芽組織に置き換わりつつある状態
- f) 術後85日目：創収縮と上皮化によりほぼ創閉鎖した状態

の臨床では、教科書的な知識、手技以上に大切なことがあります。それは、患者と医療関係者のコラボレーションの確立です。

ASO潰瘍を入院中に完治させることは、非常に少なく、ほとんどの患者が、

治療期間の半分以上を外来通院で費やします。実際には毎日外来に通院するわけではありませんから、患者自身に創処置をしてもらわなければなりません。また、スタッフが診察できるのは、ほんのわずかな時間ですから、本当の

意味で、創傷を管理していくのは患者自身なのです。

下腿潰瘍の患者は、他の部位に潰瘍がある患者と比較して、治療を「他人任せ」にしてしまうことが多いように思われます。

患者自身に「自分の足に興味を持つてもらうこと」そして、「長年自分の身体を支えてくれた足と向き合ってもらうこと」を目標に、意識改革をさせなければなりません。そこには、単なる教科書的なフットケア教育だけでなく、「患者さんと一緒に治そう」という医療スタッフの根気強さと熱意が欠かせません。その熱意が患者の意識を変えるのです。

患者自らフットケアを行い、スタッフが的確に創を評価・処置を行うような「患者と医療スタッフが一体となった創管理」が理想的です。そうすれば、いずれ、患者にもスタッフにも治癒という形で喜びがもたらされるのだと思います。

引用文献

1. 動脈硬化の診断のガイドライン 一大動脈および頸部・四肢末梢動脈硬化を中心
に一 非侵襲的動脈硬化診断研究会編
共立出版1999
2. 松尾 汎 やさしい閉塞性動脈硬化症の自己管理 医薬ジャーナル2004
3. 新城孝道 糖尿病フットケアガイド 診断・治療・ケアの指針 医薬出版社 2004
4. 大浦紀彦 創傷管理の新治験 Wound Bed Preparationとは 形成外科in press
5. 大浦紀彦, 三井秀也, 市岡滋【最近のトピックス 2006 Clinical Dermatology 2006】
皮膚科医のための臨床トピックス 慢性皮膚潰瘍の maggot治療(MDT)臨床皮膚科 60
巻5号. 152-155. 2006
6. 渡辺裕美, 大浦紀彦, 市岡滋, 中塙貴志 難治性潰瘍に対する局所陰圧療法の臨床経験 日本形成外科学会誌 25巻8号. 509-516. 2005
7. Armstrong DG, Lavery LA Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial.
Lancet. 366(9498):1704-10. 2005