

壊死性筋膜炎

necrotizing fasciitis

大塚幹夫（福島県立医科大学准教授・皮膚科学）

◆病態と診断

(A)病態

- ・浅在筋膜を含む皮下脂肪織を主座とする皮膚軟部組織感染症。
- ・健常者に溶血性連鎖球菌や黄色ブドウ球菌を起因菌として発症することが多い。
- ・糖尿病や免疫抑制患者に生じることがあり、グラム陰性桿菌や嫌気性菌が起因菌のこともある。
- ・循環・呼吸不全、腎不全などを伴うことが多く、トキシックショック症候群の原因の1つである。

(B)診断

- ・四肢、特に下肢に好発するが、体幹にも生じる。陰部に生じるとフルニエ壊疽とよばれる。
- ・罹患部位の疼痛、発赤、腫脹で発症し、その後水疱や血疱形成を伴い皮膚の壊死を生じ、急速に拡大する。発熱は39℃を超えることが多い。
- ・皮下病変が主体であり、境界が不明瞭なことが多い。

◆治療方針

- ・創部浸出液や組織、血液培養などで起因菌の同定に努める。
- ・抗菌薬投与のみでは病状の改善は見込めず、可及的すみやかに病変部のデブリードマンを行う。

(A)抗菌薬投与

起因菌が同定されたら、その感受性により選択する。起因菌が同定されるまで、または同定できない場合には健常者発症であれば溶血性連鎖球菌や黄色ブドウ球菌を想定する。溶血性連鎖球菌のほうが黄色ブドウ球菌よりも発症、症状の進行が激しい場合が多い。腎機能などに応じ、投与可能な最大量の抗菌薬投与を考慮する。

1. 溶血性連鎖球菌の場合

処方例 1) と2) の併用を基本とする。

- 1) ペントシリン ⇒ 注 (1g) 1回1-2g 1日4回 静注
- 2) ダラシンS ⇒ 注 (600mg) 1回600mg 1日2-3回 静注

2. 溶血性連鎖球菌以外の場合 広域抗菌薬の投与を基本とする。

処方例 1) に2) の併用を考慮する。

- 1) メロペン ⇒ 注 (500mg) 1回1g 1日2回 静注
- 2) ダラシンS ⇒ 注 (600mg) 1回600mg 1日2-3回 静注

(B)デブリードマン

可及的に壊死組織のデブリードマンを行う。皮膚表面の変化が乏しくても皮下で壊死が拡大している場合が多いため、そのような部位では切開を行い、皮下組織のデブリードマンを行う。後日新たな壊死部位がみられたら、適宜デブリードマンを追加する。肉芽増生がみられるまで開放創としておく。