

## 2) 皮膚軟部組織感染症

<sup>1</sup> 帝京大学 医学部 皮膚科○渡辺 晋一<sup>1</sup>

「JAID/JSC 感染症治療ガイド」は元々、日本感染症学会と日本化学療法学会との共同編集で、「抗菌薬使用の手引き」が2001年に発表され、その改訂版として、「抗菌薬使用のガイドライン」が2005年に発表されたので、その後6年を経過していることから、改訂することになったものである。しかし我が国の保険で認められた抗菌薬の用量・用法には十分なエビデンスがないものがあるため、十分なエビデンスに基づいたガイドラインを作成するとすると、年月がかかることから、とりあえず治療ガイドとしてポケット版を作成することになった。また今までは作成委員会が執筆者を指名して、その分野のガイドラインを作成してもらっていたが、今回はガイド作成委員会が各分野の責任者を決め、分野ごとにガイドを作成する委員を公募した。その結果、皮膚軟部組織感染症は感染症科および外科系の先生だけになり、皮膚科の先生は1人も入らないことになったため、急ぎよ私がその委員の1人となった。最初の皮膚軟部組織感染症の委員会では、熱病2012のように皮膚科領域感染症を全て網羅することは不可能であると判断し、それまでの「抗菌薬使用のガイドライン」で採り上げている疾患を主なものにする事になり、委員の分担は責任者が割り振ることになった。ところが他分野との感染症の読み合わせを行う段になって、重要な疾患である丹毒・蜂窩織炎（蜂巣炎）が抜けていることに気づき、慌ててその項目のガイドを作成した。今になって思うと、伝染性膿痂疹など主要な皮膚細菌感染症が抜けており、次回からは最初から皮膚科医を責任者として入れるべきだったと反省された。次に熱病2012の比較であるが、我が国では認可されていない薬剤はそれに相当するものに置き換えている。また我が国の保険では適用外の薬剤や適用外の投与量も但し書きで記載されているので、従来の「抗菌薬使用のガイドライン」より熱病2012に近いものになっている。但し耐性菌や医療制度が米国と異なるため、今回のガイドはある程度我が国独自のものとならざるを得ない。例えば熱病2012では、せつ、せつ腫症、薬物中毒患者の皮下膿瘍（skin poppers）、腫瘍の場合は切開とドレナージが治療の中心と記載されているが、我が国では膿瘍を形成する皮膚感染症で最も頻度が高いのは感染性粉瘤で、薬物中毒患者の皮下膿瘍はほとんどない。感染性粉瘤は皮膚の嚢腫が二次感染を起こしたものであるため、抗菌薬を投与しても嚢腫内には抗菌薬は十分浸透しないため、切開、ドレナージが必要なことが多い。しかし切開をしなくても経口抗菌薬で容易に治癒することが多い。また問題なのは、日本人は白人と比べ、切開創が瘢痕やケロイドになりやすいことである。壊死性筋膜炎のように命にかかわる疾患では、傷跡は仕方がないが、命にかかわらない疾患ではできるだけ傷跡を残さないようにすべきである。医療費が高い米国では、患者は重症にならないと病院を受診しないが、我が国では医療費が安いので、軽症例が多い。さらに米国では、できるだけ抗菌薬を使用しないという経済原理を優先するため、このような違いが生じたものと思われる。また熱病2012では丹毒と蜂窩織炎の区別は明確でなく、さらに丹毒を顔面成人の丹毒、糖尿病と丹毒、リンパ性浮腫に引き続く丹毒に区別して記載している。またその起炎菌は溶連菌だけでなく黄色ブドウ球菌も上げている。その結果丹毒に対してもST合剤やバンコマイシンが第一選択としてあげられているが、これは丹毒ではなくMRSAによる蜂窩織炎を対象とした選択肢である。このように、米国の診断病名にはあいまいな点があるため、治療法にも多少疑問を呈するところがある。今後我が国のガイドライン作成時には、欧米との整合性をとるため、診断名の違いも含めた検討が必要と思われる。