

日常診療を変えるエビデンスを皆様へ。

2024年1月 vol.1

日頃より「今日の臨床サポート」をご愛顧いただき、ありがとうございます。

2023年10月に改訂された臨床レビューの中から、日常診療に大きく影響を与えるようなエビデンスをご紹介します。

失神	<ul style="list-style-type: none"> ・日本循環器学会「不整脈の診断とリスク評価に関するガイドライン（2022年改訂版）」は、不整脈診療の診断「失神の診断・治療ガイドライン（2012年改訂版）」の内容が統合されている。今回は第2章「5. 原因不明の失神の診断」を参考に改訂を行った。 ・図表「失神の診断フローチャート」「失神の原因疾患」「心原性失神のリスク所見」を追加した。 ・動悸症状があり心室性期外収縮が頻発してみられた患者で、心原性失神のリスク評価を行い、循環器科コンサルトを行った症例について加筆した。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。
原発性胆汁性胆管炎	<ul style="list-style-type: none"> ・「原発性胆汁性胆管炎（PBC）の診療ガイドライン（2023年）」に基づき、以下について加筆した。 ・ウルソデオキシコール酸（ursodeoxycholic acid：UDCA）にて効果が不十分とされる症例に対しては、ベザフィブラートの併用を検討する。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 海外においては、UDCAによる治療反応性が不十分な症例に対する24ヵ月の二重盲検プラセボ対照比較試験が実施され、UDCA単独に比しベザフィブラーとの併用群では有意に生化学的改善効果を示すことが報告された（Corpechot C, et al. N Engl J Med. 2018 Jun 7;378(23):2171-2181.）。 ▶ わが国における後ろ向きコホート解析では、UDCA単剤療法にベザフィブラーを併用すると、GLOBEおよびUK-PBCスコアだけでなく、特に早期PBC患者の長期予後を改善することが示されている（Honda A, et al. Hepatology. 2019 Dec;70(6):2035-2046.）。 ▶ また、UDCAとベザフィブラーの併用療法は、UDCA単独と比較して、全死亡および肝臓関連死または肝移植リスクが低いことと関連することも報告されている（Tanaka A, et al. J Hepatol. 2021 Sep;75(3):565-571.）。 ▶ これらの結果から、ベザフィブラー併用が生化学的マーカーおよび長期的な予後の改善に有効性を示す薬剤であると判断される。※しかし、ベザフィブラーはPBCに対する保険適用はない。また、妊婦には禁忌であり、スタチン系の薬剤と同様に横紋筋融解症などの副作用には留意する必要がある。
強直性脊椎炎 （体軸性脊椎関節炎）	<ul style="list-style-type: none"> ・ASAS（国際脊椎関節炎評価学会）とEULAR（欧州リウマチ学会）共同のRecommendationの新たなupdate（2022）を参照に、下記の点を加筆・修正した。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 従来のNSAIDs、グルココルチコイド、従来型合成DMARDsによる治療でコントロールできない場合、TNF阻害薬、IL-17阻害薬に加えてJAK阻害薬が追加された。 ▶ TNF阻害薬とIL-17阻害薬が治療として同列となり、JAK阻害薬は次の選択肢となった。 ▶ 生物学的製剤（bDMARDs）の使用にあたって、関節外症状を考慮した選択が記載された。 ▶ 最初のbDMARDsまたはJAK阻害薬で有効性が見られなかった場合には、診断の見直しや合併症（線維筋痛症やうつ病など）の再評価を行う。 ▶ bDMARDsまたはJAK阻害薬で長期に寛解状態にある場合は薬剤の減量（投与間隔をあげる）を考慮しても良い。 ・また、2022年に承認されたウパダシチニブについて加筆した。

『今日の臨床サポート』とは

エビデンスに基づく日本語によるリファレンスツールです。
約1,430の疾患・症状概要、診断・治療方針などをご覧になることができます。
ジェネリックを含む薬剤情報、疾患・症状の患者向け説明資料、インターネット版ではPubMedへのリンクもご用意しています。

QRコードまたはURLからアクセスできます。 イントラ版をご契約の施設では、院内端末からログインなしでご覧になることができます。



<https://clinicalsup.jp/jpoc/>

ログインには、①ユーザー名、②パスワード、③施設コードが必要です。管理者の方にご確認ください。

