

日常診療を変えるエビデンスを皆様へ。

2024年1月 vol.2

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12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。

脳梗塞	<ul style="list-style-type: none"> ・血栓回収療法の解説に、AHA/ASAのガイドラインにおける血管内治療が推奨される条件を満たさない症例における血栓回収療法の推奨度の詳細を記載した。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 内頸動脈、中大脳動脈M1部またはM2近位部の急性閉塞による脳梗塞では、発症から4.5時間以内にアルテプラーゼ静注療法を行わずに、機械的血栓回収療法を開始することを考慮しても良い。 ▶ 発症から6時間以内の前方循環の主幹動脈閉塞による急性期脳梗塞（病型は問わない）が適応となるが、後方循環系の主幹動脈閉塞や、中大脳動脈M2部閉塞、ASPECTS 6点未満の広範囲虚血例、軽症例（NIHSS 6未満）、発症前mRS 2以上の脳梗塞に関する有効性は確立されておらず、症例ごとに適応を慎重に検討する必要がある。 ▶ 発症から6時間を超えた内頸動脈または中大脳動脈M1部閉塞では、発症前のmRSが0または1、NIHSSが10以上かつASPECTSが7点以上である症例に対して、発症16時間以内に治療を開始することが強く勧められ、16～24時間以内に同治療を開始することは妥当である。 ・非心原性脳梗塞再発予防で推奨される抗血小板薬として、新規処方例の第1選択にチクロピジンが推奨されなくなり、2021年に脳梗塞に適応拡大となったプラスグレルが追加された。
慢性腎臓病（CKD）	<ul style="list-style-type: none"> ・『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023』を中心に、『HIF-PH阻害薬適正使用に関するrecommendation（2020年9月29日版）』、『CKD治療におけるSGLT2阻害薬の適正使用に関するrecommendation』に基づき改訂した。 ・SGLT2阻害薬は、糖尿病合併・非合併にかかわらず、アルブミン尿（蛋白尿）の有無にかかわらず、CKD患者において腎保護効果を示すため、リスクとベネフィットを十分に勘案して積極的に使用を検討する。 ・わが国では赤血球造血刺激因子製剤（erythropoiesis stimulating agent、ESA）の投与による前向き介入研究が報告されており、いずれも高いHb群での腎予後、心臓血管イベントに差がなかった。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ PREDICT（Terumasa Hayashi, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2020 May 7;15(5):608-615）：目標Hb 11-13 g/dLと9-11 g/dLの2群に割り付けた前向き介入研究 ▶ RADICANC-CKD（Kazuhiko Tsuruya, et al. Clin Exp Nephrol. 2021 May;25(5):456-466）：Hb 11 g/dL以上を目指す群とエントリー時のHbを維持する前向き介入研究 ▶ 高齢CKD患者ではCKDに関する健康教育単独に比べ、身体活動を増やす指導を追加することにより、シスタチンCによって算出されたeGFRの低下スピードを有意に抑制するなどのエビデンスがある（Michael G Shlipak, et al. JAMA Intern Med. 2022 Jun 1;182(6):650-659）。

『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。

