

## 日常診療を変えるエビデンスを皆様へ。

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。

2025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。

ICUルーチン	<ul style="list-style-type: none"><li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。<ul style="list-style-type: none"><li>2025年にPADISガイドラインに追加された推奨項目を追記した (Lewis K, et al. Crit Care Med, 2025 Mar 1;53(3):e711-e727.)。</li><li>エコーを用いたPoint-of-care ultrasonography (POCUS) の活用方法として、IVCの呼吸性変動、心拍出量などを行い、輸液反応性をより正確に行うことで、入院後72時間までの輸液バランスを低下させ、死亡率を低下させる可能性が示唆されていると報告された (Sharif S, et al. Crit Care Explor, 2025 May 1;7(5):e1261.)。</li><li>韓国の集中治療医学会が発表した人工呼吸器からの離脱に特化したガイドラインでは、プロトコール化されたウェーニングを行うことで、人工呼吸器使用期間やICU滞在期間の短縮が期待できるとされている (Ha TS, et al. Acute Crit Care, 2024 Feb;39(1):1-23.)。</li><li>栄養管理に関して、2023年の欧州臨床栄養代謝学会 (ESPEN) のガイドラインには、急性期の初期段階では目標量の70%未満の量から開始することが推奨されている (Singer P, et al. Clin Nutr, 2023 Sep;42(9):1671-1689.)。</li><li>2025年のIntensive care medicineに発表されたEditorialでは、重症患者における開始栄養量について言及されている。最初の4日間は最大5~10 kcal/kg、0.2~0.6 g/kgの蛋白質を投与、5~7日目からは15~20 kcal/kg、0.8~1.0 g/kgの蛋白質投与、7日目以降は20~25 kcal/kg、1.0~1.2 g/kgの蛋白質投与を行うようにそれぞれ提案されている (Stoppe C, et al. Intensive Care Med, 2025 Jan;51(1):167-170.)。</li><li>「相対的副腎不全」は「重症疾患関連コスチコステロイド不全 (CIRCI)」という名称に変わりつつある。2024年度のICU(敗血症、ARDS、市中肺炎)におけるステロイド使用におけるガイドラインの記載を追記した (Chaudhuri D, et al. Crit Care Med, 2024 May 1;52(5):e219-e233.)。</li><li>「敗血症バンドル」の項目に2025年度の成人重症患者の輸液療法に関する包括的ガイドラインの内容を追記した (Dessap AM, et al. Intensive Care Med, 2025 Mar;51(3):461-477.)。ARDSや心原性ショックが疑われる患者に対しては細胞外液による画一的な蘇生輸液は推奨されないとされている。</li></ul></li><li>本稿ではICUで少なくとも前日評価している患者をどのような手順で診ていくかをシステムベースで解説している。詳細は臨床レビューを参照されたい。</li></ul>
敗血症・敗血症性ショック	<ul style="list-style-type: none"><li>『日本版敗血症ガイドライン2024 (J-SSCG2024)』の改正に伴い改訂を行った。</li><li>また、米国集中治療医学会 (SCCM) による『敗血症・ARDS・市中肺炎におけるステロイド使用に関するガイドラインフォーカスアップデート版』を反映した。</li><li>わが国で行われたOPTPRESS研究 (Endo A, Yet al. Intensive Care Med. 2025 May;51(5):883-892.) では、65歳以上の敗血症性ショックの患者において、通常通り平均血圧65~70 mmHgとするか、より高く平均血圧80~85 mmHgとするかで、90日死亡率に差があるかを検討した (n=518)。結果としては、90日死亡率は高血圧目標群で有意に悪化した (39.3% vs 28.6%)。</li><li>近年では、敗血症性ショックではない重症市中肺炎に対してステロイド (ヒドロコルチゾン 200 mg/日 4日間投与、その後漸減して患者の状態に応じて8日間もしくは14日間) を投与することで、28日死亡率を有意に改善したとするRCT (CAPE-COD研究) (Dequin PF, N Engl J Med. 2023 May 25;388(21):1931-1941.)が報告されており、米国集中治療医学会のステロイドガイドラインでもその使用が推奨されている(Chaudhuri D, Crit Care Med. 2024 May 1;52(5):e219-e233.)。</li><li>COVID-19ではステロイドの有効性が証明されており (デキサメタゾン 6 mg/日 10日間) (RECOVERY Collaborative Group; Horby P, N Engl J Med. 2021 Feb 25;384(8):693-704.)、特に肺炎においては敗血症性ショックに至っていなくても、原疾患に応じたステロイドの投与が求められる。</li></ul>
かぜ	<ul style="list-style-type: none"><li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li><li>亜鉛摂取はかぜの予防にはほとんど効果がみられなかつたが、治療目的の亜鉛摂取により罹患したかぜの持続時間を2日程度短くした (MD -2.37、95%CI -4.21~-0.53) とするシステムティックレビューが報告されている。一方で、味覚異常や胃腸症状などの有害事象リスクを上昇させる可能性が指摘された (Nault D, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024 May 9;5(5):CD014914.)。</li></ul>
気管支喘息 (小児)	<ul style="list-style-type: none"><li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li><li>2024年より好酸球優位の重症例に対しては、抗IL-5受容体抗体製剤であるベンラリズマブ (ファセンラ) が6歳以上の小児にも使用可能となっている。</li><li>長期管理では長期管理ではなく、増悪因子への対応、患者教育やパートナーシップの向上が必要であり、評価・調整・決定・治療のサイクルを基本とする。<ul style="list-style-type: none"><li>長期管理における薬物療法では、吸入ステロイド薬、吸入ステロイド薬/長時間作用性吸入β2刺激薬配合剤やロイコトリエン受容体拮抗薬を中心とする。経口薬や貼付薬β2刺激薬は、短期追加治療として用いる。</li><li>『小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2023』より長期間リサイクルの図を示した。臨床レビューを参照されたい。</li></ul></li></ul>

アセトアミノフェン中毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>2023年8月に改訂された北米4学会のコンセンサスをもとに改訂を行った (Dart RC, et al. JAMA Netw Open. 2023 Aug 1;6(8):e2327739.)。</li> <li>改訂されたRumack-Matthewノモグラムの表現を提示した“high-risk ingestion (従来の massive を再定義)”のラインを提示した。急性の単回摂取の場合Rumack-Matthewノモグラムで肝毒性リスクを判定する。</li> <li>反復投与による中毒の治療アルゴリズムを追加した。</li> <li>N-アセチルシステインの中止基準を追加した。北米のガイドラインでは、投与時間ではなく臨床指標を確認し投与中止を判断すべきであると記載している。</li> </ul>
疼痛性障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li> <li>薬物療法に際して、注意すべきはポリファーマシー（多剤併用のなかで害をなすもの）である。ポリファーマシーにより病態が複雑化し、中枢神経抑制作用のある処方薬により運動療法や精神療法を阻害しかねない (西原真理. MB Orthop. 2024;37(6):43-49.)。</li> <li>ネットワークメタ解析を参考に、「処方例」中のトリプタノールの投与量の上限を100 mgから75 mgに変更した (Birkinshaw H, et al. Health Technol Assess. 2024;28(62):1-155.)。</li> </ul>
浮腫	<ul style="list-style-type: none"> <li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li> <li>圧痕性浮腫の診察において、pit-recovery-timeの短縮に影響を与える要因が3週間以内の低アルブミン血症単独だけではないという国内の横断研究が報告されている (Ono R, et al. BMJ Open. 2024 Jan 18;14(1):e079327.)。同研究ではpit-recovery-timeに影響する要因は複合的であることも指摘されている。その要因には患者年齢、低栄養、心性浮腫、血清クレアチニン値、右心圧の上昇、下腿皮下組織の厚みが指摘されている。</li> </ul>
片麻痺	<ul style="list-style-type: none"> <li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li> <li>近年では機能性神経障害と呼ぶことが多く、ヒステリ一性片麻痺の記載を機能性片麻痺と修正した。機能性神経障害の診断方法はさまざまなもののが提唱されている。</li> <li>一過性の片麻痺では一過性脳虚血発作を疑って頭部MRI検査をすみやかに実施すべきであるが、頭部MRIをすみやかに実施できない場合でも、脳出血やくも膜下出血の鑑別のため、少なくともCT検査をすみやかに実施したうえで抗血栓療法を開始すべきである。</li> <li>片麻痺ではない非典型的な一過性神経症状の場合、各種検査で原因疾患やリスク因子がなく「脳虚血」発作ではなかったと判断される場合、出血合併症リスクも考慮のうえ、いったん開始した抗血栓療法の妥当性を再検討すべきである。</li> <li>アルテプラーゼ静注療法、機械的血栓回収療法とも、適応時間内であっても治療開始が早いほど治療効果は大きいため、迅速に実施すべきである。</li> <li>多発性硬化症、視神経脊髄炎に加えて、MOG抗体関連疾患について追記した。</li> <li>髄膜炎・脳炎の診断方法として脳脊髄液多項目PCRパネル (FilmArray® MEパネル) が2022年9月に保険収載された。</li> <li>『脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕』が公表されたが、本稿に関連する記載はなかった。一方、上記の内容を含め最新情報にアップデートしているため、詳細は臨床レビューを参照されたい。</li> </ul>
クローン病	<ul style="list-style-type: none"> <li>『潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針 令和6年度 改訂版』に基づき改訂を行った。また最新のわが国での疫学研究の結果や新しいエビデンスについて追加を行った。</li> <li>ウパダシチニブ（リンヴォック）は既存治療で効果不十分な、中等症から重症の活動期クローン病患者の寛解導入および維持療法として考慮する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>生物学的製剤に対する不応または不耐の中等症から重症のクローン病患者を対象とした寛解導入試験 (U-EXCEED) およびより広い基準で患者を組み入れた国際共同プラセボ対照試験 (U-EXCEL) のいずれにおいても、ウパダシチニブ1日45 mg群はプラセボ群と比較して、主要評価項目である12週の臨床的寛解および内視鏡的改善率は有意に高かった。また、これらの試験の有効例を対象とした、寛解維持試験 (U-ENDURE) では、ウパダシチニブ1日30 mgおよび15 mg群のいずれも、プラセボ群と比較して、主要評価項目である52週の臨床的寛解および内視鏡的改善率は有意に高かった。 (Loftus EV Jr, et al. N Engl J Med. 2023 May 25;388(21):1966-1980.)</li> <li>痔瘻患者に対するインフリキシマブ（レミケード）の計画的維持投与は痔瘻の悪化の防止に有用であるが、アダリムマブ（ヒュミラ）も同等の効果が期待できる (Aboursheid T, et al. Gastro Hep Adv. 2025 May 9;4(8):100697.)。</li> </ul> </li> </ul>
原発性マクログロブリン血症	<ul style="list-style-type: none"> <li>最新の情報に基づいてコンテンツを見直し、改訂を行った。</li> <li>2025年3月に新規BTK治療薬であるザヌブルチニブが保険収載され、わが国でも臨床応用されるようになった。イブルチニブと比較した臨床第III相試験では奏効率は同等で、心血管毒性が少ないことが明らかとなった (Treon SP, et al. Blood. 2024 Apr 25;143(17):1702-1712.)。</li> </ul>

## 『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ツツールです。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。13,000点以上の写真、グラフ、表をスピーディに検索可能。ジェネリックを含む約20,000点の薬剤情報を収載。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。  
インターネット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。

最新エビデンスをタイムリーに受け取れます。ご登録はこちらから。

