

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。

心不全の病態と診断	<ul style="list-style-type: none"> 心不全の病態と診断に関するコンテンツを新たに作成した。本稿は2021年に提唱された心不全の国際定義と分類、および『心不全診療ガイドライン（2025年改訂版）』に基づく。 以下はコンテンツの主要なトピックである。 <ul style="list-style-type: none"> 心不全診療におけるナトリウム利尿ペプチドの立ち位置 心不全への進展予防や早期治療介入の重要性 心不全発症後に増悪・突然死を予防し、ステージDへ進展を遅らせることの重要性 病態・定義、ステージ分類と介入タイミング、診断、必要な検査と所見、治療方針および専門医相談のタイミングと症例を詳しく解説している。臨床レビューを参照されたい。
食道癌	<ul style="list-style-type: none"> 『食道癌診療ガイドライン』に基づき改訂を行った。 JCOG1409の結果が論文掲載された（Takeuchi H, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025 Dec;10(12):1104-1116.）ことを受け、「胸部食道癌に対して胸腔鏡下食道切除術を行うことを強く推奨する」というステートメントが2025年11月に速報として発出された。 切除不能進行・再発食道癌の一次治療として、チスレリズマブ+シスプラチン+5-FU併用療法が強く推奨されるレジメンとして追加された。 切除不能進行・再発食道癌の二次治療として、チスレリズマブ単剤療法が強く推奨されるレジメンとして追加された。 JCOG1314試験では、DCF療法はCF療法と比較して無増悪生存期間を延長したが、主要評価項目である全生存期間において優越性を示せなかった（Tsushima T, et al. JCO Oncol Adv. 2025;2(1):e2500064.）。 わが国の大規模コホート研究により、バレット食道の長さがバレット腺癌の発癌リスクに関係していることが明らかとなった（Fukuda S, et al. J Gastroenterol. 2024 Oct;59(10):887-895.）。
感染性心内膜炎	<ul style="list-style-type: none"> 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。 Streptococcus mutans, cristatus, gordonii, sanguinis, gallolyticusの5菌種は感染性心内膜炎のリスクが高く、レンサ球菌症例の40%を占めるという報告があった（Deas G, et al. EClinicalMedicine. 2025 Aug 25;87:103425.）。明らかかなほかの感染源が見当たらない場合や血管内異物のある症例でグラム陽性球菌が検出された場合に感染性心内膜炎を疑うことが重要であり、またそのグラム陽性球菌が黄色ブドウ球菌や上述のレンサ球菌であった場合には、さらにその疑いを強めるべきである。
肺結核	<ul style="list-style-type: none"> 『結核診療ガイドライン2024』に基づき改訂を行った。 抗結核薬投与中の検査の実施頻度に関する記載を追加した。 <ul style="list-style-type: none"> 治療初期2か月間は2週間に1回以上の、それ以降は月に少なくとも1回の血液検査の実施が推奨される。喀痰検査結果は、感染管理の方針決定、および治療期間の決定と再発の可能性の予測のために特に重要であるため、治療初期には1～2週間に1回以上行う。 ATS/CDC/ERS/IDSAの『結核治療ガイドライン（2025）』の情報を追記した。 <ul style="list-style-type: none"> 12歳以上の新規肺結核患者に対し、rifapentine、モキシフロキサシン、イソニアジド、ピラジナミドの4剤を用いた4か月治療は、6か月の標準治療と比較して12か月後の結核非罹患生存において非劣性が示され、条件を満たす症例の治療として推奨されている（Saukkonen JJ, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2025 Jan;211(1):15-33.）。ただし、日本未承認薬を含むため日本では実施できない。
帯状疱疹 (感染症科)	<ul style="list-style-type: none"> 『帯状疱疹診療ガイドライン2025』に基づき改訂を行った。 組換え帯状疱疹ワクチンおよび弱毒生水痘ワクチンの長期有効性に関するエビデンスを追加した。 <ul style="list-style-type: none"> 組換え帯状疱疹ワクチン接種後の長期有効性について、6～8年後での帯状疱疹予防効果は84～85%（Boutry C, et al. Clin Infect Dis. 2022 Apr 28;74(8):1459-1467.）、10年後でも71.7%と報告されている（Strezova A, et al. EClinicalMedicine. 2025 May 9;83:103241.）。ただし、接種後6～11年の有効性は年齢とともに低下する。 米国の300万人以上を対象とした大規模研究において、少なくとも1回の組換え帯状疱疹ワクチン接種後1年の有効性は、帯状疱疹で56.1%、帯状疱疹の眼合併症で55.2%、帯状疱疹後神経痛で70.2%であり、ワクチン接種により10万人あたりそれぞれ698例、58例、78例の発症が予防されると推計されている（Vielot NA, et al. Ann Intern Med. 2025 Oct 14.）。
リウマチ性多発筋痛症	<ul style="list-style-type: none"> 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。 リウマチ性多発筋痛症（PMR）は50歳以上に好発する炎症性疾患で、肩・股関節帯の疼痛とこわばりを主症状とし、炎症反応（CRP、ESR）の上昇を伴う。巨細胞性動脈炎（GCA）と病態スペクトラムを共有し、10～20%が臨床的にGCAを合併し、さらに約30%にサブクリニカルな血管炎像が超音波検査やPET-CTで認められる。病態形成には、IL-6を中心とする炎症性サイトカイン経路が関与していると考えられている（Iorio L, et al. Rheumatology (Oxford). 2025 Mar 1;64(Supplement_1):i48-i54.）。 専門医相談のタイミングに以下を追加し、明確化した。 <ul style="list-style-type: none"> ステロイドによる有害事象（糖尿病、骨粗鬆症、精神症状など）が懸念され早期に漸減を考慮する場合。 ステロイド漸減中に再燃を繰り返す場合。

<p>甲状腺機能亢進症 ・バセドウ病</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・2.5 mg/日以下のチアマゾール (MMI) 維持用量で治療後、中止した患者4,352名を対象に、最終維持用量と1年以内の再発リスクの関連の検討では、2.5 mg/日より1.25 mg/日またはそれ未満で中止した群において、有意に再発リスクが低かった (例: <1.25mg群のRR 0.18、95%CI 0.05-0.73) (Miyamura K, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2025 Aug 1;dgaf433.)。 ・バセドウ病に対する¹³¹I内用療法と薬物療法群を比較した検討で、¹³¹I内用療法群で甲状腺癌の発症の増加は示されなかった。(Hiruma S, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2025 Nov 18;110(12):3441-3450.)。 ・アミオダロン誘発性甲状腺中毒症の鑑別で^{99m}Tc-sestaMIBIが有用である報告がなされた。アミオダロンはヨウ素誘発性甲状腺機能亢進症 (Type 1 AIT) と薬剤誘発性破壊性甲状腺炎 (Type 2 AIT) の両方を起こす。本邦ではType 1 AITはまれとされているが、中毒症が数カ月継続する場合はType 1 AITの可能性がある。診断はアミオダロンが大量のヨウ素を含んでいるために¹²³Iシンチでは困難である。^{99m}Tc-sestaMIBIで甲状腺にびまん性取り込みが認められた場合は、Type 1 AITと診断できる (Censi S, et al. Clin Nucl Med. 2018 Sep;43(9):655-662.)。
<p>腎障害と 薬剤投与量</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・「腎機能低下にかかわらず通常量投与可能な薬剤と例外」および「腎排泄型でなくても減量・禁忌となる薬剤」のリストを更新した。 ・血清クレアチニン値のピットフォールについて解説し図表を追加した。以下は一部の抜粋であるが、詳細は臨床レビューを参照されたい。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ クレアチニンはトランスポーターを介して尿細管分泌されるため、トランスポーターの阻害薬は、腎障害がないのに血清クレアチニン値を上昇させることが危惧される。他の腎機能指標との比較により偽性の腎障害と確認された薬物が報告されており (Sponfeldner MI, et al. Clin Pharmacol Ther. 2024 Nov;116(5):1259-1268.)、これらの薬物投与時の腎機能評価に注意が必要である。 ▶ 脱水など虚血によりGFRが低下しても、腎実質に障害がなければ尿細管分泌により、血清クレアチニン値はすぐに上昇しない。つまり、急性腎障害を鋭敏に捉えられないため、急性腎障害の腎機能評価にクレアチニンは不向きである。 ▶ フレイル、サルコペニア、肝硬変などではクレアチニン生成が低下し、腎機能を過小評価する可能性がある。 ・血中シスタチンC濃度は、甲状腺機能、副腎皮質ステロイド剤やシクロスポリンなどの薬物の影響を受ける。シスタチンCの精度にも限界があるため、KDIGOの2024年のガイドラインではクレアチニンに基づく腎機能評価と合わせて評価することが重要視されている。
<p>Advance Care Planning</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・『日本版アドバンス・ケア・プランニング』を新たな参照ガイドラインとし、定義を中心に、この文献を踏まえて加筆・修正した。 ・『人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査 報告書 最新版令和5年』のデータに基づいて日本におけるACPの現状を加筆した。医療従事者にはACPの概念が広まりつつあるが、一般国民への周知は深まっていない。したがって、ACPが広く行われているとは到底考えられず、積極的な取り組みが求められていることに変わりはない。 ・18歳以上の成人で、かつ、余命が限られるような重病の患者群を対象に行われたACP研究の系統的メタレビューが報告されている (Crooks J, et al. Palliat Med. 2025 Sep;39(8):833-848.)。本レビューにおいて一貫性があった効果や、ばらつきがあった効果に分類した。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ また、同レビューでは、DNARの確認といったものではなく、終末期の話し合い、ケアのゴールについての話し合いや、意思決定ツールを使用した葛藤への対応といった項目が、アウトカムに結び付きが強い傾向であったと考えられた。これらを踏まえて日々のACPの実践を行うことが、実際の効果に結び付けられる可能性がある。 ・対話形式での症例を提示した。
<p>再生不良性貧血</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・近年、先天性骨髄不全の原因となる胚細胞遺伝子異常を含むパネルシーケンシング検査「ヘムサイト」が、診断が困難な骨髄不全症例に対して保険適用となった。 ・輸血が不要なステージ2aまでの非重症再生不良性貧血のうち、血小板減少の程度が強い例に対してシクロスポリン療法が有効かどうかを明らかにするための臨床試験が施行された。8週、16週、52週での血小板反応率は19%、31%、47%であった (Ishiyama K, et al. Br J Haematol. 2025 Sep 8. doi: 10.1111/bjh.70144. Epub ahead of print.)。8週時点で、網赤血球・血小板のいずれにおいても5,000/μL以上の増加がなければ、その後投与を続けても反応する例はないことから、そのような場合には診断の見直しや、TPO-RAの追加を検討する必要がある。 ・わが国、韓国、台湾で行われた初発再生不良性貧血に対するウサギATG+シクロスポリン+ROMIの臨床試験の結果が報告された (Lee JW, et al. Blood Adv. 2025 Nov 25;9(22):5732-5735.)。14週目で41.2%、27週目で76.5%に部分反応以上の反応が見られた。これは、ウサギATGの市販後調査で報告された6カ月時点での奏効率 (44%) に比べて高値であった。

『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。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点の薬剤情報を掲載。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。

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。

