

# 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。

2026年5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。

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 偽アルドステロン症 | <ul style="list-style-type: none"><li>・甘草やグリチルリチンを含む医薬品の服用が主因となり引き起こされる偽アルドステロン症について、新規コンテンツを立ち上げた。</li><li>・偽アルドステロン症は、血中アルドステロン値が低値であるにもかかわらず、高血圧、低K血症、代謝性アルカローシスなどの原発性アルドステロン症に類似した症状を呈する症候群である。</li><li>・本症が認められた場合はただちに原因と考えられる医薬品の服用を中止する。軽症例は数週間で自然回復する。</li><li>・甘草含有製剤（芍薬甘草湯、抑肝散など）を服用中で、特に高齢者や利尿薬の併用者では、血清K値の定期モニタリングが推奨される（投与開始1か月以内、その後3～6か月ごと）。</li><li>・患者には「手足のだるさ」「しびれ」「筋肉痛」などの初期症状が現れた場合は連絡するよう指導する。</li><li>・薬物療法としてはミネラルコルチコイド拮抗薬（スピロノラクトン、エプレレノンなど）が有効である。高血圧の速やかな管理にはカルシウム拮抗薬も有用である。必要に応じてカリウムやマグネシウムの補充も考慮する。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 頭痛        | <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>・経口CGRP拮抗薬であるリメゲパントに加えて、アトゲパントが2026年4月に片頭痛発症抑制薬として上市された。リメゲパントは片頭痛発作の急性期治療薬としても、また発作発症抑制薬（予防薬）としても使用可能である。アトゲパントも急性期治療薬としても適応が拡大される見込みである。</li><li>・リメゲパントは、急性期治療について国内第II/III相試験（BHV3000-313）（Ikeda K, et al. Headache. 2025 Nov-Dec;65(10):1811-1820. PMID: 40586377）、発作抑制（予防）療法について国内第III相試験（C4951021試験／BHV3000-309試験）（Ikeda K, et al. Headache. 2025 Nov-Dec;65(10):1811-1820. PMID: 40586377）が行われ、いずれにおいても海外第III相試験と同様、プラセボに対する有意な優越性が確認された。</li><li>・アトゲパントの発作抑制（予防）療法に関しては、反復性片頭痛患者を対象とした国内第II/III相試験：RELEASE試験（M22-056試験）（Matsumori Y, et al. Cephalalgia. 2025 Sep;45(9):3331024251374569. PMID: 41002192.）、慢性片頭痛患者を対象とした国際共同第III相試験：PROGRESS試験（3101-303-002試験）を完了した日本人患者を含む52週間の国内第III相長期投与試験（3101-306-002試験）（Matsumori Y, et al. Neurol Ther. 2026 Jun;15(3):1137-1154. PMID: 41814051;）が行われており、有効性と安全性が検証されている。</li><li>・『CGRP関連新規片頭痛治療薬ガイドライン（暫定版）』では、両剤の使用に関する留意事項が解説されているので参考にされたい。</li><li>・国際頭痛学会（IHS）が新たな治療ゴールとして「片頭痛解消（migraine freedom）」および「最適コントロール（片頭痛日が4日/月未満）」を提唱した（Sacco S, et al. Cephalalgia. 2025 Feb;45(2):3331024251320608.）。</li></ul> |
| 百日咳       | <ul style="list-style-type: none"><li>・『百日咳 感染症法に基づく医師届出ガイドライン（第三版）（2025）』『咳嗽・喀痰の診療ガイドライン第2版 2025』を参照し、改訂を行った。</li><li>・2024年以降の国内流行再燃およびマクロライド耐性百日咳菌（MRBP）の報告が増加している（<a href="https://id-info.jihs.go.jp/manuals/pertussis/guidelines/20250422/index.html">https://id-info.jihs.go.jp/manuals/pertussis/guidelines/20250422/index.html</a>）。</li><li>・診断のための各検査は、咳開始からの時期で最適なタイミングが異なる。培養は2週以内、核酸増幅検査は3～4週以内、血清学的検査は2～8週が目安である。</li><li>・抗菌薬の主目的は菌排除と伝播抑制である。治療開始の目安は、1歳以上では咳開始3週以内、1歳未満・妊婦では6週以内である。</li><li>・曝露後予防については、無症状の同居家族・重症化リスク者・重症化リスク者に接する者を優先して曝露後21日以内に行う。</li><li>・2024年4月からの5種混合ワクチン（DTaP-IPV-Hib）導入、国内での成人追加接種の考え方、妊婦・医療関係者への接種検討については臨床レビューを参照されたい。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 副甲状腺機能低下症 | <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>・副甲状腺機能低下症の新たな治療薬として、ヒトPTH1-34アナログ注射薬であるパロペグテリパラチドが2025年11月に上市された。テリパラチドの誘導体であり、1日1回の皮下注射で生理的なPTH濃度を維持できる。活性型ビタミンDで血清Ca濃度の維持が困難な例、腎結石・腎機能低下などから増量困難な例などに用いる。<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 18μg/日を初期量とし、添付文書記載のアルゴリズムにしたがって活性型ビタミンDから置換していく。適応は「副甲状腺機能低下症」であるが、難病申請のできない術後性に用いるのはコスト面から難しい。また、偽性に用いることはできない。</li></ul></li><li>・低Ca血症の鑑別フローチャートについて、現在改訂が進められつつあり、ほぼ確定している内容を一部反映した。詳細は臨床レビューを参照されたい。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 眼球突出                 | <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>甲状腺眼症の新薬テプロツムマブ（テPPERザ）の使用が2024年11月20日より日本で開始された。</li><li>テプロツムマブは、中等度～重度の活動性甲状腺眼症83例を対象としたOPTIC試験において、眼球突出改善83%、CAS改善59%、複視改善68%とプラセボより有意に優れていた（Lin F, et al. Int J Clin Pract. 2023 Aug 8;2023:6638089. PMID: 37588100、Douglas RS, et al. N Engl J Med. 2020 Jan 23;382(4):341-352. PMID: 31971679.）。</li><li>10～80%程度で投与期間中に聴覚障害の発症が報告されているため、投与前にベースラインの聴力検査を行う。約10%の患者で血糖値上昇を認めるため、治療前と投与中の血糖測定が必要である。</li><li>炎症性腸疾患および妊婦には禁忌である。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 悪性リンパ腫：小腸・大腸         | <ul style="list-style-type: none"><li>『造血器腫瘍診療ガイドライン第3.1版（2024年版）』『WHO腫瘍分類 第5版（2024）』を参照し、改訂を行った。</li><li>本邦における小腸悪性リンパ腫686例について解析した報告がある（Kitamura M, et al. J Gastroenterol. 2026 Feb 17.）。<ul style="list-style-type: none"><li>本邦の小腸悪性リンパ腫686例（2008～2017年）の集計が行われた。年齢中央値は68歳、男女比1.26：1、部位別発生率は空腸37%、回腸53%、空腸＋回腸12%と報告された。59%に症状を認め、腹痛が最多（39%）であった。</li><li>分類はDLBCL48%、濾胞性リンパ腫33%、MALTリンパ腫6%、T細胞リンパ腫7%、マントル細胞リンパ腫2%、Burkittリンパ腫1%であった。</li><li>全生存率を用いた予後解析では、手術の予後改善効果（HR 0.77, 95%CI 0.53-1.1, P=0.16）は有意性を示すには至らなかった。予後不良なT細胞リンパ腫やDLBCLの手術率が高く、また救急手術の割合が高かったことにより手術による予後の改善が十分でなかったと考えられる。</li></ul></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 腐食性食道炎、潰瘍            | <ul style="list-style-type: none"><li>インド消化器病学会のエビデンスに基づく診療ガイドライン（Singh AK, et al. Indian J Gastroenterol, 2025 Oct;44(5):646-674.）および最新の報告を参考に改訂を行った。</li><li>Zargar内視鏡分類に基づく重症度別マネジメントについて解説した。低グレード（Grade ≤2A）では早期経口摂取・早期退院が可能である一方、高グレード（Grade ≥2B）では合併症リスクが高く入院管理が必要である（Singh AK, et al. Indian J Gastroenterol, 2025 Oct;44(5):646-674.）。</li><li>造影CTは、穿孔の疑い例や全層壊死の評価などにおいて、内視鏡を補完または代替し得る診断ツールとして有用である（Martino A, et al. World J Radiol, 2025 Jul;17(7).）。</li><li>特定の条件下では、腐食性狭窄に対する内視鏡的拡張術として、バルーンよりもブジー拡張を優先することが推奨される。ただし、ブジーとバルーン拡張の選択は、狭窄の解剖学的特徴（部位、数、長さ）、処置具の入手状況、施術者の選択に基づいて決定すべきである（Singh AK, et al. Indian J Gastroenterol. 2025 Oct;44(5):646-674.）<ul style="list-style-type: none"><li>1か月後の短期臨床的成功率（65.6% vs. 46.3%、p&lt;0.01）および1年後の長期臨床的成功率（86.9%対64.2%、p&lt;0.01）で、バルーンよりブジー拡張の優越性が示された。腐食性狭窄に対する内視鏡的拡張術の穿孔率について、ブジーとバルーン拡張の間で有意差がないことがメタ解析で示されている（Singh AK, et al. Surg Endosc. 2023 Nov;37(11):8236-8244. PMID: 37653157.）。</li></ul></li><li>内視鏡的拡張術（成人）で管腔径14 mmを達成できない難治例では成功率が極めて低く（8/11 vs. 0/30, p &lt; 0.0001、Chobarporn T, et al. Surg Endosc, 2025 Jul;39(7):4513-4524.）早期の外科的再建を検討することが勧められる。</li></ul> |
| 被虐待児症候群（child abuse） | <ul style="list-style-type: none"><li>2024年にこども家庭庁が改訂した「子ども虐待対応の手引き」では、子ども虐待に関する共通原則や基本理念が整理・明確化された。一方で、臨床現場での実用性を重視し、今回の更新で日本小児科学会『子ども虐待診療の手引き 第3版』からの引用・解説をさらに強化した。<ul style="list-style-type: none"><li>最新のシステマティックレビューでは、身体的虐待に特異性のある所見として、口腔内損傷、臀部・頸部の皮下出血、パターン化された外傷痕、結膜下出血、網膜出血、けいれんを伴う頭部外傷、低酸素性虚血性脳障害、硬膜下血腫、Skeletal surveyで見つかった骨折が指摘されている（Shah SN., et al. JAMA. 2025 Jul 8;334(2):160-170.）</li></ul></li><li>日本小児科学会による「子どもへの性虐待に関する提言」や、日本眼科学会などによる「乳幼児の虐待による頭部傷害（AHT）の手引き―眼底の診かた考えかた―」など、近年発表された重要資料を踏まえ、各論項目の記載を改訂した。</li><li>児童相談所における児童虐待相談対応件数は依然として増加傾向にある。こども家庭庁の資料に基づき、最新の具体的件数へ更新した。詳細は臨床レビューを参照されたい。</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スツールです。国内の各分野を代表する1,400人の臨床医による書き下ろし。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。

