

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6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。

濾胞性リンパ腫（FL）	・代表的な低悪性度非ホジキンリンパ腫である濾胞性リンパ腫（FL）について、非ホジキンリンパ腫の総論から独立させ、新規コンテンツを立ち上げた。 ・日本血液学会『造血器腫瘍診療ガイドライン第3.1版（2024年）』に沿った内容とした。 ・再発を繰り返し化学療法による根治は難しいが、近年リツキシマブなどの治療の進歩により10年生存割合が8割、全生存期間中央値は15年超えると報告されている。 ・早期再発や難治例では、キメラ抗原受容体（CAR）T細胞療法やCD3/CD20二重特異性抗体などの腫瘍免疫にかかわる薬剤が承認され、造血幹細胞移植を選択する機会が減っている。 ・RI標識抗体療法（イブリツモマブ チウキセタン）は、製品の規格不適合と原薬製造所の閉鎖により5年以上の長期供給停止が続いている。タゼメトスタットは2026年3月に発売中止された。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。
脳梗塞	・『日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕』および海外ガイドライン（Alamowitch S, et al. Eur Stroke J. 2023 Mar;8(1):8-54.、Prabhakaran S, et al. Stroke. 2026 Jan 26[RF3.1].）を参照し、改訂を行った。 ・機械的血栓回収療法前の降圧療法は、血栓回収後には収縮期血圧180 mmHg以下に速やかな降圧を行うが、血栓回収中と回収後の140 mmHg以下の過度な血圧低下は避ける。 ・血栓回収療法の適応について、近年では画像所見に基づく症例選択により、時間経過によらない治療適応の考え方が重視されるようになっている。 ・心原性脳塞栓症における抗凝固薬の開始時期に関して、DOACの発症早期からの導入を支持するエビデンスが蓄積している。 ・急性期管理において、呼吸状態、舌根沈下の有無、肺音を定期的に評価し、呼吸および経皮的動脈血酸素飽和度を持続的にモニターすることが勧められる。また、60 mg/dL以下の低血糖はただちに補正する。急性期には高血糖を是正し180 mg/dL未満の血糖を保つことを考慮しても良い。 ・テネクテプラーゼは、アルテプラーゼと同等あるいは一部で優れる可能性が報告されており、特に機械的血栓回収療法前の投与（bridging therapy）としての有用性が海外ガイドラインで推奨されつつある。
顔面神経麻痺 （Bell麻痺、Hunt症候群： 耳性帯状疱疹）	・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。 ・中・高度麻痺では、神経再生時の過誤支配により、病的共同運動や顔面拘縮などの後遺症を生じることがある。リハビリテーションは麻痺そのものの回復促進ではなく、これらの後遺症を軽減する目的で行う。 ・発症早期から、額、眼、頬、口周囲の表情筋に対する徒手マッサージやストレッチを行い、血流改善と拘縮予防を図る。 ・麻痺回復の兆候がみられる発症2～3カ月頃から、鏡を用いたミラーバイオフィードバックを開始する。口の運動に伴う患側眼瞼の狭小化などの病的共同運動を抑えるため、速く強い運動を避け、ゆっくり大きく分離運動を行う。 ・徒手マッサージ、ミラーバイオフィードバックの具体的な方法は臨床レビューを参照されたい。 ・低周波や鍼などの電気刺激は、筋力を増強する一方で病的共同運動や拘縮を助長する可能性があるため、現在は推奨されない。

膵癌（診断）	・日本膵臓学会『膵癌診療ガイドライン2025年版』を参照し、改訂を行った。 ・早期膵癌、特にStage 0膵癌では腫瘍を直接描出できないことが多いため、主膵管の限局的狭窄、口径不同、軽度膵管拡張、分枝膵管拡張、膵管周囲の嚢胞性病変、限局性脂肪沈着、局所膵萎縮などの間接所見を契機に診断を進める。 ・画像検査で膵癌が疑われた場合、可能な限り病理学的診断を行う。腫瘤形成例では超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が中心となる。一方、Stage 0膵癌や腫瘤非形成例では内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）下膵液細胞診、特に連続膵液細胞診（SPACE）が重要な補完的診断法となる。 ・膵癌家族歴、慢性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）、糖尿病、喫煙などを複数有する場合は高リスク群として対応する。特に新規発症糖尿病やIPMN経過観察中の膵管異常は、早期膵癌発見の重要な契機となる。 ・病期診断および切除可能性評価にはMDCTが中心的役割を担う。主要血管浸潤や遠隔転移の評価に有用である。一方、造影MRIは肝転移や血管周囲軟部組織評価に優れ、EUSは局所進展や血管浸潤評価に有用である。PET-CTは腹膜播種やoccult metastasisの診断補助として有用であるが、存在診断には限界がある。 ・広島県尾道地区では、地域診療所での腹部超音波検査を契機に、CT/MRI/MRCP、超音波内視鏡（EUS）、SPACEへ段階的に精査を進める地域連携システムが構築されており、Stage 0/I膵癌診断率の向上や予後改善との関連が報告されている（Hanada K, et al. Pancreatology. 2026 Jun;26(4):587-593.）。
性器ヘルペス	・日本性感染症学会『性感染症診断・治療ガイドライン2026』を参照し、改訂を行った。 ・性器ヘルペスは臨床診断だけでは正確に診断されない可能性もあるため、分離培養、PCRなどの検査を特性や利用可能性に応じて選択する。外来ではイムノクロマト法が使用しやすい。 ・初発例では、症状が軽くても早期に抗ウイルス薬の投与を開始する。アシクロビル、バラシクロビル、ファムシクロビルから服薬アドヒアランスも考慮して選択する。通常1週間程度の治療で改善するが、改善しなければ初発では10日まで延長する。 ・年に6回以上などの頻度の高い再発や、症状が強い場合は、Patient-Initiated Therapy（PIT）より再発抑制療法を検討する。抑制療法は、年に1回は継続の必要性を再評価する。
慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常	・『慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常の診療ガイドライン（2025年改訂版）』を参照し、改訂を行った。 ・透析患者の管理目標は、血清P値3.5～5.5 mg/dL未満、血清補正Ca値8.4～9.5 mg/dL未満、intact PTH値240 pg/mL未満とされた。糖尿病や動脈硬化性疾患がある場合はより厳格な管理を目指す一方、栄養状態が悪い高齢患者では管理の緩和を考慮する。高齢、女性、低体重、骨代謝マーカー上昇など骨折リスクの高い症例ではより厳格な管理を目指す。活性型ビタミンD製剤のみで管理する場合は、intact PTH値60～<240 pg/mL（whole PTH値35～<150 pg/mL）を目標とする。 ・本ガイドラインではリン低下薬・カルシミメティクス・活性型ビタミンD製剤それぞれの選択・調整に関する指針が整理され、患者背景に応じた治療の個別化が強調された。 ・CKD・透析患者に骨粗鬆症治療薬を使用する際の注意点がまとめられた。たとえばデノスマブ、ロモソスマブ投与後の低Ca血症、活性型ビタミンD製剤投与後の高Ca血症に注意が必要である。CKDステージG5ではこれらのリスクがより大きくなるため、この段階での治療開始は控え、透析導入後に治療を開始することを検討する。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。

尿路感染症 (小児科)	・『Paediatric Urology Guidelines 2026』『小児膀胱尿管逆流（VUR）診療手引き2025アップデート』『JAID/JSC感染症治療ガイド2023』を参照し、改訂を行った。 ・VURに対する腹腔鏡下手術（膀胱外アプローチ）は標準的治療となり2024年に保険適用された。ロボット支援手術（RALUR）も有力な選択肢だが、原則として体重10 kg以上が原則となる。 ・有熱性尿路感染症（UTI）の約20%で膿尿が陰性となるため、膿尿陰性のみでUTIを除外せず、疑う場合は尿培養を行う。 ・軽症の有熱性UTIに対する抗菌薬治療において、5日間の短期療法が10日間の標準療法に対して非劣性を示した一方（STOP試験）、一律の5日以下の短期療法は治療失敗のリスクを上昇させたとの報告もある（SCOUT試験）。最新のメタアナリシスでは、有熱性UTIに対する5日以下の短期療法のルーチン化にはさらなる検証が必要とされた（Mueller GD, et al. Acta Paediatr. 2025 Mar;114(3):479-486.、Moreira MVB, et al. Eur J Pediatr. 2024 May;183(5):2037-2047.）。 ・現時点では、十分な臨床的改善が確認されるまで標準期間の投与が推奨される。 ・抗菌薬の少量長期予防内服（CAP）は、再発予防効果やそれによる将来の腎機能低下を抑制する可能性が示唆されている。一方、耐性菌や、腸内・尿路細菌叢への影響も懸念される。生後12カ月未満、高度膀胱尿管逆流症、機能性排尿排便障害、尿路奇形、頻回再発などの高リスク群に限定して検討する。 ・初回有熱性UTI後の画像検査について、NICEの選択的アプローチと他ガイドラインとの違いを整理した。 ・尿培養では、従来の50,000 CFU/mL以上に加え、症状や膿尿を踏まえて10,000 CFU/mL以上を有意と判定する考え方も提唱されている（Gnech M, et al. J Pediatr Urol. 2026 Apr;22(2):105481.）。
過眠症	・米国睡眠学会（AASM）の中枢性過眠症の治療ガイドラインおよびRestless legs 症候群（RLS）・周期性四肢運動障害（PLMD）の治療ガイドラインを参照し、改訂を行った。 ・日本人患者71人を対象としたRCTでは、モダフィニル200 mgによりプラセボと比較して平均睡眠潜時が有意に延長（5.02分）し、臨床的改善が認められた患者の割合もプラセボと比較して有意差に多かった（Inoue Y, et al. Sleep Med. 2021 Apr;80:315-321. PMID: 33631500.）。 ・RLSの第1選択薬を、長期使用におけるaugmentationのリスクが指摘されているプラミペキソールから、ガバペンチン エナカルビルに変更した。 ▶ガバペンチン エナカルビルとプラセボを比較した7件のRCT（n=1,632）の解析で有意な症状改善効果が報告された（p<0.001）（Winkelman JW, et al. J Clin Sleep Med. 2025 Jan 1;21(1):153-199.）。 ・PLMDの治療について、RLSを伴う場合はプラミペキソール、伴わない場合はトリアゾラムを選択する。 ・モダフィニルは「モディオダール適正使用委員会」登録医・登録薬局でのみ処方・調剤可能である。 ・原因不明の過眠、専門的治療を要する症例、運転や機械操作などで本人・周囲に危険が及ぶ重症例は専門医へ紹介する。重症例では危険を伴う活動を中止するよう指導する。 ・診断項目に日本語版Epworth Sleepiness Scale（JESS）の図表を追加した。詳細は臨床レビューを参照されたい。
血小板減少症	・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。 ・血小板減少症の鑑別疾患として、マダニ媒介性感染症は血小板減少を来す重要な鑑別であり、特に日本では重症熱性血小板減少症候群（severe fever with thrombocytopenia syndrome : SFTS）、日本紅斑熱、ツツガムシ病をまず考える。これらは臨床像が重なるが、病原体、治療薬、感染対策の要点が異なるため、初診時に分けて考える必要がある。 ・SFTSはウイルス感染症であり、病態の中心は高ウイルス血症とサイトカインストームである。日本紅斑熱とツツガムシ病は細菌感染症（リケッチア症）であり、テトラサイクリン系抗菌薬が著効する点が最大の違いである。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。

『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。

