

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7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。

心房細動	・「2025年日本不整脈心電学会/日本循環器学会 携帯型/装着型心電計の適切使用に関するコンセンサスステートメント」を参照し、改訂を行った。 ・発作性心房細動では、ホルター心電図に加え、必要に応じて携帯型心電計、貼付型および着衣型心電計、手操作心電計の使用を検討する。ただし確定診断には、医薬品医療機器等法に基づき保険償還されている携帯型・装着型心電計による心電図記録が必要である。 ・カテーテルアブレーションの方法として、以前は高周波のみであったが最近バルーンアブレーションも行われるようになった。クライオアブレーションは発作性のみならず持続性心房細動も適応になった（ただし、1年以上持続している長期持続性心房細動は除く）。さらに、最近パルスフィールドアブレーション（Pulsed Field Ablation ; PFA）が行われるようになっている。
呼吸困難	・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。 ・肺エコーと心エコーを組み合わせたPOCUS（point-of-care超音波）は、迅速な診断支援に有用である。一方、診療経路に組み込んでも24時間以内の退院率や在院日数の改善は示されておらず、身体診察や他の画像検査を補完する目的で活用する（Ovesen SH, et al. Eur Respir J. 2026;67:2500070.）。 ・急性低酸素性呼吸不全に対する高流量鼻カニューラ酸素療法（HFNC）は、標準酸素療法と比較して死亡率改善効果は示されていないものの、気管挿管率を低下させる可能性が報告されており、適応症例では初期呼吸補助として考慮する（Frat JP, et al. N Engl J Med. 2026;394:2095-106.）。
胸痛	・米国心臓病学会/米国心臓協会『2026年急性肺塞栓症ガイドライン』を参照し、改訂を行った。 ・肺塞栓症（PE）の臨床予測指標によって低～中等度リスクと評価された場合、YEARSアルゴリズムによりD-dimer閾値を層別化し、除外診断および造影CT適応を判断する（Creager MA, et al. Circulation. 2026 Mar 24;153(12):e977-e1051.）。従来のWell's criteriaとD-dimerを組み合わせた診断戦略と比較して、安全性は同等で不要な胸部造影CT検査数を減少させる。 ・一方で、高齢者ではD-dimer検査の固定カットオフ500 ng/mLの特異度が低下するため、50歳以上では年齢×10 ng/mLを閾値とする年齢調整D-dimerの使用が妥当である。 ・YEARS基準と年齢調整D-dimerを組み合わせた介入研究では、3カ月時点の静脈血栓症の発生率が0.15%（対照群0.80%）で非劣性が確認され、胸部画像検査率の減少（30.4% vs 40.0%）や救急外来滞在時間の短縮効果が示された（Freund Y, et al. JAMA. 2021 Dec 7;326(21):2141-2149.）。 ・強い痛みに対してはモルヒネの静注投与を考慮する。ただし、モルヒネは経口P2Y12阻害薬（チカグレロル、クロピドグレル、prasugrel）の吸収遅延を介して抗血小板薬作用を減弱させる可能性があり、急性心筋梗塞患者への漫然とした投与は推奨されない。
骨髄異形成症候群	・『骨髄異形成症候群診療の参照ガイド 令和7年改訂版』に基づき改訂を行った。 ・わが国の症例登録ベースの大規模観察研究では、2,747例のデータが解析され、患者年齢中央値は74歳であった。国内の実臨床におけるMDSの臨床像を示すデータとして追記した（Usuki K, et al. Int J Hematol. 2024 Feb;119(2):130-145.）。 ・WHO分類第5版では、骨髄異形成症候群は「Myelodysplastic neoplasia」と名称が変更され、染色体/ゲノム異常によって規定される病型と形態的に規定される病型に整理された。診断では血球減少や形態学的異形成、芽球割合に加え、染色体/ゲノム変異を統合的に評価することが重要であり、造血器腫瘍関連遺伝子パネル検査によるMDS関連遺伝子変異の同定も診断基準に組み込まれている。 ・予後予測では、従来のIPSS-Rにゲノム変異情報を加えたMolecular International Prognostic Scoring System（IPSS-M）が利用されるようになった。IPSS-MではIPSS-Rより詳細な個別の予後予測が可能である（Bernard E, et al. NEJM Evid. 2022 Jul;1(7).）。わが国でもゲノム変異検査の実施が可能となり、IPSS-Mが利用できる。

偶発性低体温症	・『ERC 2025 Special Circumstances in Resuscitation (ERC 2025)』、『ELSO 2025 Narrative Guideline on the Use of ECMO for Accidental Hypothermia (ELSO 2025)』を参照し、改訂を行った。 ・心肺停止リスクが高い低体温患者の基準として、ERC 2025では「収縮期血圧<90 mmHg、心室性不整脈、深部体温<30℃」に「心拍数<45/分」が追加された。ELSO 2025では「収縮期血圧<90 mmHg、心室性不整脈、心拍数<40/分」としている。 ・体外式生命維持装置（ECLS、特にVA-ECMO）による復温の適応基準として、ELSO 2025では「深部体温<30℃かつ血行動態不安定（心室性不整脈または低血圧<90 mmHg）」が明示された。 ・低体温性心停止では、通常的心停止と異なり、体外循環式心肺蘇生法（ECPR）除外基準（目撃なし心停止・心静止・高齢・散瞳・低EtCO₂・長時間の低流量・無流量）を適用しない。 ・ERC 2025では非体外循環での復温（院内対応）が困難な場合、6時間以内のECLS移送を考慮する方針を維持している。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。
薬剤耐性（AMR）	・『抗微生物薬適正使用の手引き 第四版』を参照し、改訂を行った。 ・4種類の新規βラクタム系抗菌薬、セフトロザン・タゾバクタム、イミペネム・シラスタチン・レレバクタム、セフィデロコル、セフトアジジム・アビバクタムが日本で使用可能となった。 ・いずれもカルバペネム耐性グラム陰性桿菌感染症に対して活性が期待されるが、有効性は菌種およびカルバペネム耐性機序により異なる。適切な利用のためには、事前にカルバペネム耐性機序を明らかにしておく必要がある。 ・<i>in vitro</i>で有効な活性が示されていても、特にカルバペネム耐性/カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌感染症では既存薬と比較して臨床的有益性を明確に示した研究は限られている。したがって尿路感染症などの軽症例においては、高価な新規βラクタム系抗菌薬の使用は慎重に検討する。
MRSA感染症	・『MRSA感染症の診療ガイドライン2024』ほかを参照し、改訂を行った。 ・MRSA肺炎では、治療開始前に喀痰の培養検査とグラム染色の確認を実施する。下気道検体における細胞診所見は初期治療判断に有用となり得る。ただし、抗菌薬の先行投与や原因微生物の影響を受けるため、臨床所見、画像所見、培養結果とあわせて解釈する。第1選択薬はバンコマイシンもしくはリネゾリドで、血球数、セロトニン受容体阻害薬の投与、腎機能、費用などを勘案して決定する。日本のガイドラインでは臨床的・微生物学的改善の観点からリネゾリドを第1選択として考慮している。 ・経口薬によるMRSA感染症治療は、軽症～中等症の皮膚軟部組織感染症では実用的な選択肢である。骨関節感染症では、感染巣コントロールが得られ、感受性のある経口薬が選択できる場合に、静注治療の代替または抑制治療として検討し得る。一方、MRSA菌血症、感染性心内膜炎、重症肺炎、感染巣コントロール不良例では、経口スイッチを一律の標準治療として扱うにはエビデンスが不十分であり、個々の症例で慎重に判断する必要がある。 ・詳細は臨床レビューを参照されたい。
多嚢胞性卵巣症候群	・『産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2026』『International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome (IEBG2023)』を参照し、改訂を行った。 ・多嚢胞性卵巣症候群（polycystic ovary syndrome : PCOS）は排卵障害を主徴とする heterogeneousな内分泌代謝疾患である。近年では生涯にわたり代謝異常、精神心理的問題などを伴う全身性疾患として管理することが重視されている。 ・排卵誘発治療ではアロマターゼ阻害薬（レトロゾール）が第1選択薬、クロミフェンは代替薬と位置づけられる。 ・レトロゾール/クロミフェン抵抗性の場合、低用量ゴナドトロピン療法としてリコンビナントFSH製剤を低用量長期漸増法で投与する。腹腔鏡下卵巣多孔術は、ゴナドトロピン療法が困難な症例や卵巣過剰刺激症候群高リスク症例など限られた症例で考慮する。

細菌性髄膜炎	・『細菌性髄膜炎・単純ヘルペス脳炎診療ガイドライン2026』を参照し、改訂を行った。 ・細菌培養以外で細菌性髄膜炎の起病因菌を推定する体外診断薬として、ラテックス凝集検査（パストレックス・メニンジャイティス）、多項目遺伝子関連検査（FilmArray髄膜炎・脳炎パネル）がある。FilmArray髄膜炎・脳炎パネルはグラム染色以外の迅速な菌種推定に寄与するため、可能な施設では実施が推奨される。ただし髄膜炎菌、インフルエンザ桿菌、リステリア、肺炎球菌、GBS、大腸菌K1株以外はカバーできていないため、多様な細菌が原因となる免疫不全患者や膿瘍が形成されている患者、その他髄液の性状で明らかに細菌性を疑う所見を呈する患者などでは培養検査等が必要となる。 ・かつて推奨されていたリステリア髄膜炎に対するアミノグリコシド系抗菌薬併用は、腎障害リスクのため本邦および欧州のガイドラインでは強く推奨されていない。ルーチンでは使用せず、腎障害リスクや臨床経過に応じて考慮する。 ・生後1カ月未満の新生児におけるデキサメタゾン使用は、本邦のガイドラインにおいて推奨度は高くないものの推奨されている。
正常圧水頭症	・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。 ・最近、適切な診断基準に基づく患者へのシャント治療の効果を支持する報告が発表された。 ▶ 99例を対象とした多施設共同二重盲検無作為化プラセボ対照試験では、シャント治療が歩行速度と平衡機能の改善効果を示した（Luciano MG, et al. N Engl J Med. 2025;393(22):2198-2209.）。 ▶ 2010年以降のランダム化比較試験3件をまとめたメタ解析では、修正ランキン尺度（mRS）スコアおよび歩行速度の有意な改善との関連が認められた（Hafeez MH, et al. Cureus. 2026;18(4):e107776.）。 ・内服治療（アセタゾラミド）については、特発性正常圧水頭症患者を対象とした二重盲検RCT（DRAIN試験）において、画像上の脳室容積減少を認めるものの、臨床症状の改善効果は否定された（Virhammar J, et al. Lancet Neurol. 2026;25(6):550-559.）。
尿道分泌物（男性）	・『性感染症 診断・治療ガイドライン2026』に基づき改訂を行った。 ・マイコプラズマ・ジェニタリウム検出のための検査が保険収載されたことを踏まえ、クラミジア・トラコマティス、淋菌、マイコプラズマ・ジェニタリウムの3大原因微生物に応じた検査・治療について更新した。初尿を検体として、初診時にはクラミジア、マイコプラズマは核酸増幅検査（NAAT）、淋菌は培養が基本である。 ・マイコプラズマ性尿道炎では、わが国でアジスロマイシン耐性株が70～90%に達しているため、シタフロキサシン1回100 mg、1日2回、7日間投与を第1選択とする。ただし、シタフロキサシン耐性株も15～25%みられ、さらに無効の場合はミノサイクリン1回100 mg、1日2回、2週間投与する。この治療方針には別の考えもあり、まだゴールドンルールはできていない。 ・原因微生物が同定されている場合は、臨床的に治療が有効であれば、概ね初診から3週間後の初尿を用いてNAATを行い、原因微生物の消失を確認する。それより早くNAATを行うと死菌を拾って偽陽性となる可能性がある。

『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。

