

- 217 Asthma (Adult): Non-Pharmacological Management
- 218 Diabetes: Visual Impairment Prevention
- 219 Diabetes (Adolescent): Management
- 220 Diabetes: Nephropathy & Foot Disease Management
- 221 Paediatric Neurological Dysfunction: Neurodevelopmental Treatment
- 222 Congestive Cardiac Failure: Management Methods
- 223 Femoropopliteal Bypass: Clinician Information
- 224 Parkinson's Disease: Occupational Therapy-Related Treatment
- 225 Osteoarthritis (Hip/Knee): Physical Therapy Management
- 226 Osteoporosis: Physical Therapy Management
- 227 Fracture (Hip): Mobilisation Strategies Post Surgery
- 228 Fracture (Adult Distal Radius): Rehabilitation
- 229 Stroke: Physical Fitness Training
- 230 Ankylosing Spondylitis: Physiotherapy Management
- 231 Day Surgery: Patient Care
- 232 Osteoarthritis (Knee) - Intra-Articular Viscosupplementation
- 233 Residents: (High-Level Aged Care): Sleep Management
- 234 Dementia: Oral Hygiene Care
- 235 Older Adults: Oral Hydration
- 236 Hypothermia Prevention (Newborn): Plastic Wrap Technique
- 237 Day Surgery: Pre-Admission Care
- 238 Falls: Risk Factors in the Elderly
- 239 Patient Information (Pre-Operative): Knowledge Retention
- 240 Infant Examination: Femoral Pulse
- 241 Infant Examination (Skin): Clinician Information
- 242 Infant Examination (Oral): Clinician Information
- 243 Infant Examination: Fontanelle Assessment
- 244 Infant Examination: Weight Measurement & Assessment
- 245 Infant Examination: Length/Height Measurement & Assessment
- 246 Infant Examination: Head Circumference Measurement & Assessment
- 247 Infant Examination: Umbilicus Assessment
- 248 Rheumatoid Arthritis (Hand): Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
- 249 Rheumatoid Arthritis: Therapeutic Ultrasound
- 250 Rheumatoid Arthritis: Thermotherapy
- 251 Rheumatoid Arthritis: Low Level Laser Therapy
- 252 Stroke: Acupuncture
- 253 Rheumatoid Arthritis: Acupuncture & Electroacupuncture

254 Asthma: Therapeutic Education
 255 Hypertension (Essential): Lifestyle Interventions
 256 Knee Arthroplasty (Total): Continuous Passive Motion
 257 Hip/Knee Replacement: Pre-Operative Education
 258 Joint Replacement Surgery (Lower Limb): Pre-operative Physiotherapy
 259 Osteoporosis: Risk Factors and Diagnosis
 260 Ischaemia (Lower Limb): Bypass Surgery
 261 Fracture (Hip): Nerve Block Analgesia
 262 Obesity & Overweight: Psychological Interventions
 263 Congestive Heart Failure: Continuous Infusion vs Bolus Injection of Loop Diuretics
 264 Breast Cancer: Psychological Interventions
 265 Intubation (Rapid Sequence Induction): Rocuronium vs Succinylcholine
 266 Post-Thrombotic Syndrome: Compression Stockings
 267 Menstrual Bleeding - Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
 268 Lung Cancer - Non-Invasive Treatments
 269 Fracture (Hip): Nutritional Supplements
 270 Bronchiectasis: Nurse-Led Care
 271 Complex Regional Pain Syndrome: Stress Loading
 272 Rheumatoid Arthritis: Functional Retraining
 273 Smoking Cessation: Relapse Prevention
 274 Oral Cancer: Screening
 275 Lung Cancer - Screening
 276 Dehydration (Children): Oral Rehydration Solution
 277 Cough (Acute) - Over-The-Counter Medications_t
 278 Cancer Pain: Oral Morphine
 279 Diabetic Foot Ulcers: Patient Education
 280 Rheumatoid Arthritis: Pharmacological Management
 281 Rheumatoid Arthritis: Electrical Stimulation
 282 Rheumatoid Arthritis: Dynamic Exercise Therapy
 283 Fracture (Hip): Peri-Operative Fluid Volume Optimisation
 284 Pain Relief (Post-Tonsillectomy): Peri-Operative Local Anaesthesia
 285 Parenteral Nutrition (Neonatal): Percutaneous Central Venous Catheters
 286 Diabetes Mellitus (Non-Insulin Treated Type 2): Blood Glucose Self-Monitoring
 287 Postoperative Nausea & Vomiting (Prevention): P6 Wrist Stimulation
 288 Urinary Tract Infection (Children): Short vs Standard Oral Antibiotic Therapy
 289 Primary Speech & Language Delay or Disorder (Children)
 290 Coronary Heart Disease (Secondary Prevention): Smoking Cessation

291 Hospital: Patient Pre-admission
292 Breast Cancer Screening (Community): Participation Strategies
293 Inflammatory Bowel Disease: Colon Cancer/Dysplasia Detection
294 Rheumatoid Arthritis: Splints and Orthosis
295 Pain (Postoperative): Single Dose Oral Paracetamol
296 Pain (Postoperative): Single Dose Oral Dextropropoxyphene
297 Wernicke-Korsakoff Syndrome (Alcohol Abuse): Thiamine
298 Obesity (Morbid): Surgery
299 Cataract (Age Related): Surgical Interventions
300 Flexor Tendon Injuries: Post-Operative Rehabilitation
301 Stroke: Treadmill Training & Body Weight Support
302 Knee Injuries (Adult Meniscal): Surgical Treatment
303 Anterior Cruciate Ligament Rupture (Adults): Surgical vs Conservative Treatment
304 Positioning of Preterm Infants
305 Surgical Wound Infections (Postoperative): Preoperative Skin Antiseptics
306 Chest Physiotherapy: Incentive Spirometry (Triflow)
307 Alcohol Misuse (Young People): Prevention
308 Urinary Incontinence (Post-Stroke): Prevention & Treatment
309 Diabetic Foot Ulcers: Pressure Relieving Interventions
310 Osteoarthritis: Exercise Intensity
311 Chemotherapy: Home Administration
312 Mental Illness (Chronic): Life Skills Programmes
313 Antenatal Education: Individual & Group Formats
314 Back Pain (Low): Massage Therapy
315 Wound Drainage (Post-Surgery): Closed Suction vs No Drainage
316 Pain (Acute & Chronic): Hydromorphone
317 Log Roll
318 Back Pain (Low): Back Schools
319 Informed Consent
320 Admission: Residential Aged Care
321 Discharge: Residential Aged Care
322 Hypodermoclysis: Residential Care
323 Hip Fracture: Nutritional Supplements
324 Hip Fracture: Acute Management & Immediate Rehabilitation
325 Hip Fracture (Older Adults): Management in residential care
326 Gastroenteritis (Children/Adolescents): Antiemetics
327 Rehabilitation: Knee Injuries in Adults

- 328 Endotracheal Tube: Care
- 329 Management of Women in Pre-term Labour
- 330 Aural Toilet
- 331 Medication (Nasal): Administration
- 332 Topical Medications
- 333 Stroke: Occupational Therapy & ADL
- 334 Asthma: Inhaler Devices & Pharmacological Management
- 335 Scabies
- 336 Taste and Smell Assessment
- 337 Dementia: Wandering
- 338 Dementia: Family Support Following Diagnosis
- 339 Dementia: Informed Consent
- 340 Bathing/Showering: Nursing Management
- 341 Urethral Catheter (Intermittent): Catheter Types
- 342 Oral Assessment Tools
- 343 Depression (Dementia): Antidepressants
- 344 Depression: Exercise Treatment
- 345 Burns Scar Management: Pressure Garment Effectiveness
- 346 Lymphoedema: Manual Lymph Drainage
- 347 Altering / Crushing of Medication
- 348 MRSA: Patient Screening
- 349 Pain Assessment: Dementia
- 350 Leg Ulcers (Arterial): Clinician Information
- 351 Sharps/Needlestick Injury: Prevention
- 352 Dementia: Occupational Therapy Intervention
- 353 Non-pharmacological treatments for acute stress disorder and acute posttraumatic stress disorder
- 354 Febrile Response (Adults): Hospitalised Patients
- 355 Tumescence during burn surgery
- 356 Upper Airway Injury: Management
- 357 Burns: Indigenous and Rural populations

VIII.生活習慣病に関連した Joanna Briggs Institute のエビデンス要約の翻訳例

1. 糖尿病(入院していない患者)：マネージメント

著者

Jane Carstens B.App.Sc. (Nursing), B.Bus.Com. (Journalism)

要約

問題

糖尿病管理が必要な患者への様々な介入の有効性とは何か。

臨床上の重要な事実

糖尿病は、一次医療で管理されるようになった一般的な慢性病である。しかし、経験的なデータにより、一次医療、外来、および地域における糖尿病患者へのケアは改良できると示されている¹。

・専門的な介入を組み合わせることによって結果のプロセスが改善した。フォローアップの調整（組織的な治療）がなされたところでは、必ず結果のプロセスに良い効果があった。多くの介入に患者教育が加えられたことや看護師の役割が高いところで患者の健康に良い結果をもたらした¹（レベルⅠ）。

・患者の健康は、患者中心の介入を加えることによっても改善した¹（レベルⅠ）。

・多角的な専門的介入は、医療従事者の糖尿病管理能力を高める可能性がある。また、改善された患者の呼び出しや（リマインダー）とオーディットによる組織的な治療（コンピュータ化されたトラッキングシステム、または、日頃から患者と関わっている看護師の情報を使った）も糖尿病管理を改善する可能性がある¹（レベルⅠ）。

・系統的レビューによって、コントロール不良で HbA1c が 8%以上の患者サブグループにおいて、個々の教育は、HbA1c を低下させる点で有益であることが示された²（レベルⅠ）。

・現在の文献には個人教育とグループ教育のどちらがよいかを裏付ける明確なエビデンスはない²（レベルⅠ）。

・心理面や感情面など行動に関連する要因と生活の質は、代謝調節に影響を及ぼすため、糖尿病管理において重要である。これらの領域で成果のある介入によって、健康を促進するための多用なプログラムを発展させる基盤を作るべきである³（レベルⅠ）。

・よく制御された研究（無作為化試験、複数のベースラインまたは他の適切な管理方法）により、様々な介入で生活の質が改善したことが示された。これらは、うつ病の認知行動療法、対処/問題解決介入、サポートグループ、認知分析療法、および経路(pathway)介入を含む。経路介入は組織的なケースマネージメント、薬物療法、問題解決カウンセリングを含む³（レベルⅠ）。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は、文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

- ・48,000 人の患者に対する 41 の研究の系統的レビュー¹。
- ・1,359 人の対象者に対する 9 の無作為化比較試験の系統的レビュー²。
- ・186 の研究の系統的レビュー³。

推奨されるベストプラクティス

・糖尿病マネージメントを改善させる介入には、心理面や感情面など行動に関連要因と生活の質を考慮するべきである。これらは代謝調節に影響を及ぼすからである（グレード A）。

2. 血糖値：モニタリング

著者

Jane Carstens B.App.Sc. (Nursing), B.Bus.Com. (Journalism)

要約

問題

血糖値自己測定(SMBG)に関する現在得られる最良のエビデンスは何か？

臨床上の重要な事実

- ・ SMBG は患者に自身の治療への反応を評価することを可能にし、目標血糖値が達成されているかどうかの評価を可能にしている。SMBG の結果は低血糖症を防ぐために有効な場合がありまた、薬物療法、医学的栄養療法(MNT)、および身体的活動を調整する際に役に立つ場合もある¹。・インスリンを使用した臨床試験は、管理計画の不可欠な部分としての SMBG により厳しい血糖制御の価値を証明した¹ (レベルⅢ)。

- ・ SMBG は、複数のインスリン注射を打っている患者の場合、毎日 3 回以上行うべきである¹ (レベルⅢ)。

- ・それほど頻繁にインスリン注射を打っていない患者や経口薬を服用、または MNT を単独に使用している患者の場合は、SMBG は目標血糖値を達成するのに役立っている¹ (レベルⅠ)。

- ・ SMBG を患者に指導し治療法を調整するために、患者の技術と検査値を読み取る能力を定期的に評価する¹ (レベルⅢ)。

- ・インスリン療法を受けている 1 型糖尿病患者の臨床試験は SMBG がヘモグロビン A1C 値を低下させるのに有効であることと、高頻度の SMBG は HbA1C 値の低下と関連性があることを証明した² (レベルⅢ)。

- ・大多数のサンプルによるコホート研究は、より頻繁な SMBG が、インスリン療法を行っている 2 型糖尿病患者の場合、臨床的且つ統計的により良い血糖値コントロールに關与していると結論した³ (レベルⅢ)。

- ・インスリン療法を受けていない 2 型糖尿病患者の系統的レビュー、つまり 1000 人の患者と 13 人の観察者で構成される計 6 万人以上の患者からなる 3 つの無作為化比較試験(RCTs)により、SMBG による血糖値コントロールの向上は、初期の HbA1C が 8%以上の患者の場合には見られる傾向であることを確認した⁴ (レベルⅠ)。

- ・系統的レビューにより、SMBG はインスリン療法を受けていない 2 型糖尿病患者の増大する血糖値コントロールに有効であることが発見されたが、効果は SMBG が管理養生の調整に使用されている症例に限定された⁵ (レベルⅠ)。

- ・ SMBG は、血糖値コントロールを改善させ、低血糖による発作を減少させる (即効型インスリン投与量の調節へ方向づけることが可能である⁶ (レベルⅠ)。

- ・非インスリン依存性糖尿病患者に関しての SMBG の効果を評価する際、検討しなければならない多くの局面が存在する。それは、患者の糖尿病に関しての教育のレベル、測定の頻度の変化、および異種遺伝子型の糖尿病の人口である⁶ (レベルⅠ)。

- ・非インスリン依存性糖尿病患者の第一の目標は、SMBG による血糖値コントロールを改良することに重点を置くのではなく、患者の幸福や治療満足度のように非臨床的要因に影響しなければならない⁶ (レベルⅠ)。

- ・ SMBG を行うために指から血液を出す過程は苦痛を伴い、患者によっては恐怖かもしれないが、患者の幸福に影響することである⁶ (レベルⅠ)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は、文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

- ・米糖尿病協会(ADA)によるエビデンスレビューに基づく臨床ガイドライン¹
- ・臨床試験²
- ・大多数のサンプルによるコホート研究³
- ・3 つの RCTs と 13 の観察研究を含む系統的レビュー⁴
- ・1625 人の対象者を含む 7 つの RCTs による系統的レビュー⁵
- ・文献レビュー⁶

推奨されるベストプラクティス

- ・ SMBG は管理計画において不可欠の部分として推薦されます (グレード A)。

- ・ SMBG は、複数のインスリン注射を使用している患者の場合は毎日 3 回以上行われるべきである（グレード B）。
- ・それほど頻繁にインスリン注射打っていない患者や経口薬、または MNT を単独に使用している患者には、SMBG は目標の血糖値を達成する際に役に立つ（グレード B）。
- ・ SMBG を患者に指導し、そして、定期的に患者の技術と検査値を読み取る能力を評価し、治療法を調整する（グレード B）。

References

1. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2007. Diabet care. 2007;30:s4-s41. (レベルⅢ)
2. Nyomba BL, Berard L, Murphy LJ. Facilitating access to glucometer reagents increases blood glucose self-monitoring frequency and improves glycemic control: a prospective study in insulin-treated diabetic patients. Diabet Med. 2004;21(2):129-135. (レベルⅢ)
3. Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA, D'Agostino RB Jr, Ferrara A, Liu J, et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. Am J Med. 2001;111(1):1-9. (レベルⅢ)
4. McGeoch G, Derry S, Moore RA. Self-monitoring of blood glucose in type-2 diabetes: what is the evidence? Diabet Metab Res Rev. 2007;23(6): 243-440. (レベルⅠ)
5. Poolsup N, Suksomboon N, Jiamsathit W. Systematic review of the benefits of self-monitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patients. Diabetes Technol Ther: 2008: 10 (Supplement 1): S51-S56. (レベルⅠ)
6. St John A, Davis WA, Price CP, Davis TM. The value of self-monitoring of blood glucose: a review of recent evidence. J Diabetes Complications: 2009: (Epub ahead of print). (レベルⅠ)

3. 糖尿病：臨床医情報

著者

Jane Carstens B.App.Sc. (Nursing), B.Bus.Com. (Journalism)

要約

問題

糖尿病(DM)に関する最良のエビデンスは何であるか。

臨床上の重要な事実

DM はインスリンの産生や作用、または両方の障害により高血糖を来す疾患群である。また、糖尿病は重篤な合併症や若年死亡との関連が考えられるが、糖尿病患者は病気を管理することにより、合併症のリスクを軽減することが可能である¹。

糖尿病のタイプ

・1型糖尿病は以前にインスリン依存性糖尿病(IDDM)または、若年発症糖尿病と呼ばれていた。1型糖尿病は体内で唯一血糖値を調整できるホルモンであり、インスリンを産生できる細胞、膵臓β細胞の身体の免疫システムによる破壊によって発症する。このタイプの糖尿病はあらゆる年齢に発症する可能性があるが、通常、小児や若年成人に発症する。また、1型糖尿病は全糖尿病診断症例数の5から10%を占めている。この疾患のリスクファクターには自己免疫要因、遺伝子要因、そして環境要因が含まれる¹ (レベルIV)。

・2型糖尿病はかつて、インスリン非依存型糖尿病(NIDDM)または、成人発症糖尿病と呼ばれていた。2型糖尿病は全糖尿病診断症例数の約90から95%を占めており、細胞がインスリンを適切に使用できなくなる障害、インスリン抵抗性により発症する。インスリンの必要性が増した際、膵臓のインスリンを産生する能力は徐々に低下していく。また、2型糖尿病は年齢が高い成人、肥満、糖尿病における家族歴、妊娠糖尿病の既往歴、糖代謝障害、身体活動の低下、人種・民族との関連性がある¹ (レベルIV)。

・妊娠糖尿病は妊娠中の女性に診断される耐糖能異常の一つである。妊娠糖尿病は、肥満女性や糖尿病家族歴のある女性に一般的に多くみられる。妊娠中、妊娠糖尿病では胎児の合併症を防ぐために、母体の血糖値を正常にする治療を要する。妊娠後、5から10%の妊娠糖尿病の女性は2型糖尿病に罹患していることが分かっている¹ (レベルIV)。

前糖尿病：耐糖能異常(IGT)と空腹時血糖異常(IFG)

・前糖尿病は、糖尿病になるリスクが高い者を指す用語である。前糖尿病を有する者はIFGまたはIGTのいずれかの症状を来している。しかし、IFGとIGTの両方を有している者もいる可能性がある¹ (レベルIV)。

・IFGとは、一晚空腹に過ごした後に、空腹時血糖値が100から125mg/dlまでに上昇するが、糖尿病として分類されるためには十分ではない状態のことを言う。

・IGTとは、2時間経口ブドウ糖負荷試験後に血糖値が140から199mg/dlまで上昇するが、糖尿病と分類されるためには十分ではない状態のことを言う¹ (レベルIV)。

・研究では前糖尿病を有する者の減量と身体的活動の増加は、糖尿病を予防または遅らせ、正常な血糖値に戻ることが可能であることを示している¹ (レベルIV)。

・前糖尿病を有している者は、既に心臓病や脳卒中などの他の不利な健康アウトカムリスクが高くなった状態にある¹ (レベルIV)。

糖尿病の管理

・血糖値自己測定(SMBG)は患者に、個々の治療への反応を評価することを可能にし、また目標血糖値が達成されているかどうか評価することを可能にしている。SMBGの結果は低血糖症を防ぐために有効な場合があり、また、薬物療法、医学的栄養療法(MNT)、および身体的活動を調整する際に役に立つ場合がある² (レベルIII)。

・1400人以上の参加者を含む18の試験に関する系統的レビューは、低エネルギー食摂取に平行しての運動は血糖コントロールを促進する良い方法であると示していた³ (レベルI)。

・1500人以上の患者を含んだ11の研究における最新の系統的レビューでは、糖尿病患者の自己管理計画に関するグルーパベースのトレーニングが空腹時血糖値、糖化ヘモグロビン(HbA1c)及び糖尿病に関する知識を改良し、収縮期血圧値、体重、糖尿病治療薬の必要性を減らすのに有効であると結論付けた⁴ (レ

ベル I)。

・食事管理に平行しての運動を促進させる介入は、(耐糖能異常やメタボリックシンドロームを合併している者を含む) ハイリスクグループ内の 2 型糖尿病の発生を減らすことが出来る⁵[J1] (レベル I)。

薬物療法

・最近の 216 の研究を含む系統レビューでは新経口薬 (チアゾリジンジオン系薬剤, グルコシターゼ阻害薬, メグリチニド)と旧薬 (第二世代スルホニル尿素、メトホルミン) を比較した 216 研究を含む系統レビューでは、両薬は血糖コントロール、脂質及び他の中間的終点) に類似採用があることを結論とした⁶ (レベル I)。

・超速効型インスリンによる治療を受けている約 8000 人の患者においての 42 研究を含む系統的レビューでは、1 型糖尿病に罹患している成人の HbA1c にはわずかな効果が得られたが、2 型糖尿病患者や妊娠糖尿病患者には効果が見られなかった⁷ (レベル I)。

・また、別の系統的レビューは基礎インスリンの置換、毎日 1 回打つインスリン・グラルギン (持続型インスリン) は明確なピークなしの 24 時間以上安定した作用時間プロファイルを証明した、このインスリン製剤は中間型インスリン製剤と同等の臨床効果、つまり同じ HbA1c の減少、低い血糖値との関連性、2 型糖尿病患者の夜間低血糖症の一貫した著しい減少があるように見えたことを結論とした⁸ (レベル I)。

・5200 人の患者による 29 の臨床試験を含む系統的レビューはメトホルミンは血糖コントロールに強い改善をもたらしていること、体重、脂質、インスリン血症、及び拡張期血圧を調節していることを示し、また、スルホニル尿素薬、 α グルコシターゼ阻害薬、チアゾリジンジオン、メグリチニド、インスリン及び食事療法はメトホルミンより血糖コントロール、体重、または脂質の改善もたらさなかったことを示している⁹ (レベル I)。

・また、2 型糖尿病では β 細胞機能の著しい低下がみられる。この機能低下に対して新しいアプローチは sitagliptin や vildagliptin などの、活性ジペプチジルペプチダーゼ 4 阻害薬 (DPP-4) を経口的に内服することである。プラセボとの比較ではこれらの薬の使用はそれぞれ、HbA1c の 0.7% から 0.6% への減少した¹⁰ (レベル I)。

・DPP-4 阻害薬は重症な低血糖症を起こさずに代謝をコントロールするために用いられている。そして、別の血糖を低下させる薬との比較では DPP-4 を使用する利点を明らかにしなかった。また、シタグリプチン治療後は (総感染数が著しく増加したが、ビルダグリプチン治療後は統計的に重要なレベルまでには増加しなかった¹⁰ (レベル I)。

・DPP-4 阻害薬は長期のデータ収集が行われるまでは、各患者に制限されるべきである。特に心臓血管系の結果や安全性に対してのデータ収集が行われるまでは、その広範囲の利用は避けるべきである¹⁰ (レベル I)。

糖尿病合併症の防止

糖尿病の合併症は微小血管系と大血管系の疾患に大きく分類出来る。微小血管系の合併症には神経障害、腎臓疾患、そして視覚異常 (例えば、網膜症、緑内障、白内障及び角膜疾患)。大血管系合併症には心臓病、脳卒中、及び末梢血管障害を含んでいる。また、他の糖尿病合併症には感染症、代謝障害、勃起不全、自律神経障害及び妊娠問題などが含まれる¹ (レベル IV)。

・調査研究によって、改良した血糖コントロールは 1 型もしくは 2 型糖尿病、両方の患者に効果をもたらすことが明らかになっている。一般的に、HbA1c の 1% ほどの減少は微小血管系糖尿病合併症になるリスクを 40% に減少する¹ (レベル IV)。

・血圧の管理によって、心臓血管疾患を約 33% から 50% 減少させることが可能になり、そして、微小血管系疾患は約 33% まで減少させることができる¹ (レベル IV)。

・一般的に、収縮期血圧の 10mmHg ほどの減少において、糖尿病に関連するどの合併症のリスクも 12% 減少出来る¹ (レベル IV)。

・コレステロールまたは血中脂質 (例えば HDL, LDL, 及びトリグリセリド) コントロールの改善は心臓血管合併症を 20% から 50% まで抑えることが出来る¹ (レベル IV)。

・レーザー療法による糖尿病眼科疾患の検出や治療は重症な視力低下を 50% から 60% まで抑えることが出来る¹ (レベル IV)。

・包括的なフット・ケアプログラムは切断率を 45% から 85% まで低下させることが可能である¹ (レベル IV)。

・早期の糖尿病性の腎臓病の発見と降圧による治療は腎臓機能の衰退を 30% から 70% に抑えることが出来る¹ (レベル IV)。

・アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACEI) とアンギオテンシン受容体ブロッカー (ARB) による治療は他の降

圧薬より腎臓機能の衰退を抑制するには効果的である¹（レベルⅣ）。

- ・HbA1cの基準値が8%以上の患者の血糖コントロールの個別指導には効果がある¹（レベルⅠ）[J2]。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は、文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

- ・アメリカ 疾病予防管理センター(CDC)による The national diabetes fact sheet¹
- ・米糖尿病協会(ADA)²によるエビデンスベースドガイドライン
- ・6つの系統的レビュー^{3, 4, 6, 7, 8, 9}
- ・4750人の対象者を含む8つのRCTsによる系統的レビュー⁵
- ・6743人の対象者を含む25つの良質なRCTsによる系統的レビュー¹⁰
- ・1359人の対象者を含む9つのRCTsによる系統的レビュー¹¹

推奨されるベストプラクティス

- ・前糖尿病患者に減量と身体活動の増加は糖尿病を予防または遅らせることができ、また、血糖値を正常に戻すことが出来るため推薦される(グレードB)。
- ・SMBGは低血糖症を防ぐためと、安全に薬物療法、MNT、および身体的活動を調整するために勧められる(グレードB)。
- ・低エネルギー食と平行しての運動の追加は血糖コントロールを促進させるため勧められる（グレードA）。
- ・自己管理戦略のためのグループベースのトレーニングは血糖コントロールを効果的に促進させるため勧められる（グレードA）。

References

1. National center for chronic disease prevention and health promotion. National diabetes fact sheet. US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Online] 2005 Jan 31. [cited 2007 Oct 16]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/general.htm#prevention>（レベルⅣ）
2. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2007. Diabet Care. 2007;30:s4-s41.（レベルⅢ）
3. Moor H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, et al. Dietary advice for treatment of types 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 2.（レベルⅠ）
4. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 2.（レベルⅠ）
5. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roque i Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Syst Rev. 2008;3.（レベルⅠ）
6. Bolen S, Feldman L, Vassy J, Wilson L, Yeh H-C, Marinopoulos S, et al. Systematic review: comparative effectiveness and safety of oral medications for type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2007;147(6):386-399.（レベルⅠ）
7. Plank J, Siebenhofer A, Berghold A, Jeitler K, Horvath K, Mrak P, Pieber TR. Systematic review and meta-analysis of short-acting insulin analogues in patients with diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2005;165(12):1337-1344.（レベルⅠ）
8. Duckworth W, Davis SN. Comparison of insulin glargine and NPH insulin in the treatment of type 2 diabetes: a review of clinical studies. J Diabet Compl. 2007;21(3):196-204.（レベルⅠ）
9. Saenz A, Fernandez-Esteban I, Mataix A, Ausejo M, Roque M, Moher D. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 3.（レベルⅠ）
10. Richter B, Bandeira-Exhtler E, Bergerhoff K, Lerch C. Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2.（レベルⅠ）
11. Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2（レベルⅠ）

4. インスリン：臨床医情報

著者

Yifan Xue MBBS MPH

要約

問題

インスリンの投与方法と保管に関する最良の利用可能なエビデンス何であるか？

臨床上の重要な事実

- ・インスリン注射：スライディングスケールインスリン(SSI)または、毎日複数回のインスリン注射(MDII)と、毎日1回または、毎日2回のインスリン注射

- 文献ではインスリンの必要度合いが増加したり、変わったりする患者のSSIの必要性を述べている。文献は、初めは患者の外来患者の毎日のインスリン投与量を確立し、必要に応じて毎日の低血糖と高血糖の検査録を検討しながら調整するとSSIは効果的になりうると述べている¹(レベルIV)。

- 系統的レビューは1,811人の協力者を含む20RCTsを検討し、就寝時刻中間型インスリン(NPH)と経口糖尿病薬の併用は単独のインスリン療法と類似した血糖コントロールが得られ、また、メトホルミンを使用した場合、体重低下にもつながると述べている²(レベルI)。

- ・インスリン輸液ポンプと継続的インスリン皮下注射(CSII)

- インスリン輸液ポンプは膵臓の自然なリズムをまねようと試みており、正しくプログラムされたときは、普段のインスリン分泌よりさらに生理的なインスリン分泌を提供し、標準に近い血糖値にしている³(レベルIV)。

- MDII以降のポンプの利点は、血糖値の変異性、臨床域の低血糖症、体重増加の抑制と2型糖尿病患者のQOLの向上がある⁴(レベルII)。

- 3RCTsと139人の1型糖尿病患者を含む統合分析は、インスリンポンプ療法が、より良い血糖コントロールに関係があることを認め、特により高いヘモグロビンA1c(HbA1c)の患者にはより良好なコントロールが可能であることを示している⁵(レベルI)。

- 9つのRCTs¹⁷と17のクロスオーバー研究を分析した系統的レビューは、複数の注射療法と比べてCSIIがHbA1cの穏当な改良をもたらしたと結論付けた。CSIIが低血糖症の減少とより多様で柔軟性の高い、質の高いライフスタイルを可能にすることにより、患者のQOLの向上に役立つ可能性がある⁶(レベルI)。

- メタ分析では、600人の1型糖尿病患者が参加した12のRCTsを見直し、インスリン注射療法に比べて、CSIIの方が血糖コントロールが良好であることが理解された。CSIIは特別な注射療法の問題がある患者に使用されるべきであると述べている⁷(レベルI)。

- 文献では、インスリン・ポンプを使用している患者の看護は、各患者のポンプの管理状況の詳細を理解すること、ポンプと疾患に関連したリスクを最小限にする方法が必要である³(レベルIV)。

看護師は以下のことに注意する必要がある：

- ・針の挿入部位の位置と状態

- ・輸液セットを変えるスケジュールと頻度、レザバーの詰め替え／交換

- ・インスリンの保管方法の妥当性

- ・インスリン注入値の管理状況（基礎的な量及びボラス投与量）一値は毎日変化する可能性がある。インスリンの注入値は医師の指示箋とポンプの時間が正しいかどうか確認するべきである。

- ・インスリンの基準値、またはボラス量への調整とBGLsとの対応が必要である。

- ・患者のポンプ管理に影響しうる視覚性、聴覚性、または精神運動性の障害、その他に起こりうる問題。

- ・普段のインスリン管理、ポンプシリッジ及びセットの交換、ポンプが誤った操作、止まった場合のことを文書で記された指示書。

- ・吸入インスリン

- 吸入インスリンは、インスリン投与における最近の進展であり、皮下注射より非侵襲的投与方法を好む患者とヘルスプロバイダーへの応答により開発された⁸(レベルI)。

- 119人の糖尿病患者を含む6つのRCTsについてまとめた系統的レビューでは、インスリン吸入は皮下注射法と同じ値の糖化ヘモグロビンに達すると述べている。また、全体的にみて低血糖症の発生も同様に思えるが、多くの患者は注射に対する恐怖により注射よりも吸入インスリンを好んでいる⁹(レベルI)。

- o 総勢 4023 人の協力者による 16 のオープンラベルトライアルを含むメタ分析によると、吸入インスリンと皮下注射インスリンの間には HbA1c に少ないが、統計的に重要な違いがあることが分かり、皮下注射の使用が望ましいことを支持している⁸(レベル I)。
- o 309 人の 2 型糖尿病患者を含む RCT は、吸入インスリンが腸経口糖尿病薬に追加、または代用された場合、全体的な血糖コントロールとヘモグロビン値が改良が見られたと結論を下している¹⁰ (レベル II)。
- ・インスリンの保管
- o 文献によると、開封されていないインスリンボトルは冷蔵されるべきであり、冷凍されるべきではないと示している。開封されたインスリンボトルは室温で 1 カ月間、完全な効力を維持しながら保存できる³ (レベル IV)。
- o インスリンの室温保管は、冷えたインスリン使用時に起こりうる注射部位の局所刺激を抑制する可能性がある¹¹(レベル IV)。
- o 極端な温度 (<36° F または >86° F、<2° C または 30° C) と養分な扇動は、効力の低下、凝集、凍結、人電を防ぐために避けるべきである¹¹(レベル IV)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は、文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

- ・専門の意見書¹
- ・文献レビュー³
- ・20 人の患者を含む無作為化された前向き研究⁴
- ・6 の系統的レビュー^{2,5,6,7,8,9}
- ・309 人の患者を含む RCT¹⁰
- ・アメリカ糖尿病協会(ADA)による声明¹¹

推奨されるベストプラクティス

- ・インスリン・ポンプを使用している患者の看護には、各患者のポンプ管理状況の詳細を理解すること、ポンプと疾患に関連したリスクを最小限にする方法が必要である(グレード B)。
- ・開封されていないインスリンボトルは冷蔵されるべきであり、冷凍されるべきではない(グレード B)。
- ・開封されたインスリンボトルは室温で 1 カ月間、完全な効力を維持しながら保存できる(グレード B)。

References

1. Bergenstal RM, Fish L, List S. The insulin sliding scale is not dead. Arch Intern Med. 1998;158(3):298. (レベル IV)
2. Goudswaard AN, Furlong NJ, Valk GD, Stolk RP, Rutten GEHM. Insulin monotherapy versus combinations of insulin with oral hypoglycaemic agents in patients with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (4). (レベル I)
3. Robertson C. When your patient is on an insulin pump. RN. 1998;61(3):30-34. (レベル IV)
4. Thompson JS, Duckworth WC, Saudek CD, Giobbie-Hurder A, Delcore R, Zannis V, Brunicaudi F, Banks K. Surgical experience with implantable insulin pumps. Am J Surg. 1998;176(6):622-626. (レベル III)
5. Retnakaran R, Hochman J, DeVries JH, Hanaire-Broutin H, Heine RJ, Melki V, Zinman B. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections: the impact of baseline A1c. Diabetes Care. 2004;27(11):2590-6. (レベル IV)
6. Colquitt JL, Green C, Sidhu MK, Hartwell D, Waugh N. Clinical and cost-effectiveness of continuous subcutaneous insulin infusion for diabetes. Health Technol Assess. 2004;8(43). (レベル I)
7. Pickup J, Mattock M, Kerry S. Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2002;324(7339):705. (レベル I)
8. Ceglia L, Lau J, Pittas AG. Meta-analysis: efficacy and safety of inhaled insulin therapy in adults with diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2006;145(9):665-675. (レベル I)
9. Royle P, Waugh N, McAuley L, McIntyre L, Thomas S. Inhaled insulin in diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4). (レベル I)

10. Rosenstock J, Zinman B, Murphy L, Clement S, Moore P, Bowering K, Hendler R, Lan S, Cefalu W. Inhaled insulin improves glycemic control when substituted for or added to oral combination therapy in type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2005;143(8):549-558. (レベルⅡ)
11. American Diabetes Association. Insulin administration. *Diabetes Care.* 2002;25(S1):S112-5. (レベルⅣ)

5. 禁煙：ニコチン置換療法

著者

Jennifer Ong

概要

臨床の質問：

禁煙のためのニコチン置換療法の有効性に関する最良の利用可能なエビデンスは何か？

臨床の要点：

ニコチン置換療法(NRT)は、禁煙によるニコチン禁断症状を軽減することを目指している。NRT の 剤形のうち、パッチ、チューイングガム、スプレー式点鼻薬、吸入器、および錠剤/タブレットがこのメタアナリシスで検討された。(1)

- * NRTs は 50-70 %も禁煙率を増加させる。(1) (レベル I)
- * NRT の異なった剤形での有効性において、総合的にみて違いは全くない。(1) (レベル I)
- * 依存の強い喫煙者は 2mg のガムと比べて 4mg のガムの使用で著明な効果を示した。(1) (レベル I)
- * NRT の即効性のある剤形と組み合わせたパッチの使用は単一製品の使用だけより良い効果を示す。(1) (レベル I)
- * NRT は療法の持続時間や付加的補助の強度、そして NRT が提供された状況に関わらず効果がある。
- * 妊娠中の NRT の効果の確立にはさらなるエビデンスが必要である。(1) (レベル I)
- * NRT の長期間の併用とタバコを吸う数を減少させることについての健康に対する効果は不明である。(1) (レベル I)
- * 依存症による長期の NRT 使用による健康上のリスクはタバコの喫煙を続けるリスクよりも小さい。(1) (レベル I)

エビデンスの特性：

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造的な検索に基づいています。この概要に含まれるエビデンスは以下のものよりきています。

- * A Cochrane review of 132 trials, involving over 40,000 participants, with homogeneity.1
- * 4 万人以上の被験者を含む 132 試験のコクランレビュー、研究の同質性あり (1)

推奨されるベストプラクティス

:

- * NRT は高いニコチン依存(1 日あたりタバコ 10 本以上)を持った人のために考えられるべきである。(グレード A)
 - * 患者のニーズや忍耐性および費用の配慮は NRT の方式や持続期間、休止のテクニック (漸減するのか急に止めるのか) を決めるときに査定されるべきである。(グレード A)
 - * NRT の持続期間や NRT の休止方法 (漸減するもしくは急にやめる) の性質は有効性といった観点においてはそれほど重要ではない
- NRT の期間は費用や個人のニーズの観点から決められなければならない、例えば、起きている間の 16 時間パッチを貼ることが 24 時間パッチを貼ることと同じくらい効果的であったり、8 週間のパッチ療法は長期間と同じくらい効果的であるといったことを考慮する。また、漸減療法が突然の休薬より良いというわけではない。(グレード A)
- * ヘビースモーカーは NRT の高投与量を必要とするかもしれない。(グレード A)
 - * ニコチンパッチはより有効性の高い NRT の即効性をもった形式と任意に組み合わせられるべきだ。(グレード A)

6. 喫煙防止(若年層): コミュニティへの介入

著者

Cindy Stern BHSc(Hons)

概要

QUESTION

質問

若年層での喫煙防止のためのコミュニティへの介入の有効性はどのくらいか?

臨床の要点

喫煙は世界中の人々において重大な健康問題である。喫煙は疾患と死亡につながりうる。コミュニティへの介入は、若年層(25才未満)の喫煙を防止するための方法の1つかもしれない。このレビューの目的として、コミュニティへの介入は「喫煙しない行動を支持する、特定の地区・地域における同格で広範囲なあらゆるプログラム」と定義されている。

コミュニティへの介入群と介入がないコントロール群を比較した13の研究のうち2つの研究が、介入群において喫煙率が低いことを報告した。両方の研究は心血管疾患防止プログラムの一部であった。(レベルII) コミュニティへの介入と学校ベースのプログラムとを比較した3研究では、1つの研究で、喫煙の自己申告が有意に減少した。(レベルII)

別の研究はマスメディアや学校・宿題を受け取るグループと、マスメディアからの情報のみ受けるグループとの間で比較して喫煙状況において有意な差を示した。(レベルII)

エビデンスの特性

この論文は17のコントロールされた試験(18の比較試験)を含むコクランのシステマティックレビューからのエビデンスに基づく研究の概要です。異種性は介入、コミュニティ、被験者、および結果で存在していました。メタアナリシスは不可能でした。

多成分からなるコミュニティへの介入は、介入なし及び単一のプログラム又は学校ベースのプログラムと比較された。

推奨されるベストプラクティス

限られたエビデンスでは、共同体介入が若年層で喫煙を防ぐことにおいて有効であるかもしれないことを示唆した。(グレードB)

7. 禁煙: 催眠術療法

著者

Jennifer Ong

概要

臨床上の質問:

禁煙のための催眠術療法の有効性に関する最良の利用可能なエビデンスは何か?

臨床の要点:

何年もの間、世界中の医学専門家は、催眠術療法を過敏性腸症候群、喘息、および慢性疼痛を含む様々な病状を改良するために行動のパターンを変えるための治療のツールと見なしてきた。禁煙において、催眠術療法は喫煙欲を弱めて、禁煙の意志を強めることを目的としている。しかしながら、介入試験の大部分が不適切にコントロールされているため、結果の妥当性の検討が困難である。(1)

* 催眠術療法が代替の非薬理学的療法や非介入よりも禁煙に効果的であるとは立証されていない。(1) (レベル I)

* ランダム化された前向き研究で、徹底的な催眠術療法による介入は最小量のアプローチで行った同様の研究より高い禁煙率をもたらした。(2) (レベル III)

エビデンスの特性:

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造的な検索に基づいています。この概要に含まれるエビデンスは以下のものよりなっている。

* 9 の異なる研究のコクランレビュー

* 徹底的な催眠術療法群かキャンセル待ちのコントロール群にランダムに割り当てられた 20 人対象のコホート研究 (2)

推奨されるベストプラクティス

* 禁煙に対する特定の療法として催眠術療法を推薦するのには不十分なエビデンスである。(グレード A)

8. 禁煙：電話カウンセリング

著者

Brad Pidgeon BSc, BPsych (Hons)

概要

臨床上の問題

禁煙のための電話カウンセリングの有効性に関する最良の利用可能なエビデンスは何か？

臨床の要点

喫煙の健康への影響はよく考証されている (1)。電話でのサポートや情報提供、カウンセリングサービスは喫煙者が禁煙することを補助するかもしれない (1)。これらのサービスは個別にあるいは他の禁煙サービスの補助法として適用されうる (1)。

* コクランレビューは3回またはそれ以上の電話が、標準の自助教材や簡単なアドバイスのような最小限の介入、または薬物療法だけのものに比べて禁煙のオッズ比が増したと結論付けた (1)(レベル I)。

* 10 の無作為化試験のシステマティックレビューによって、電話カウンセリングを受けた群がコントロール群に比べ、禁煙率をかなり増加させたことがわかった (2) (レベル I)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造化された検索に基づいています。概要に含まれるエビデンスは以下から来ています：

* 3 万 6000 人以上の参加者を含む、48 の無作為化試験のコクランレビュー (1)

* 10 の無作為化試験のシステマティックレビュー (2)

推奨されるベストプラクティス

* 電話カウンセリングは禁煙のために推奨でき、複数のセッションは最も有用である傾向がある (グレード A)。

9. 栄養不良(大人の病気に関連した): 食事指導

作者

Mojtaba Dorri DDS, MSc, MPhil

概要

問題

成人の病気に関連した栄養不良に対する食事指導に関する、より利用可能なエビデンスは何か

臨床の結論

栄養不良は、長期的な食物摂取量の減少によって引き起こされる。

それは病気の重大な合併症として起こりうる。それは、罹患率や死亡率の増加や入院期間の延長に関連している。高齢者の 5~10 パーセントは栄養不良による影響を受ける。

* 病気に関連した栄養不良は、10%から 55%の入院患者や、食物充足している地域で報告されている。病気に関連した栄養不良(レベル II)の管理には、経口栄養補助食品よりもエネルギーと栄養価の高い食品の使用を奨励する食事指導がよいことが示唆されている。

* エビデンスの系統的レビューは、病気に関連した栄養不良を管理する食事指導の対策のためのエビデンスが不十分であると報告した。

著者は食事指導と栄養補助食品が単食事指導のみまたは食事指導なしと比べ、短期的な体重増加を強化するのにより効果的かもしれないと結論づけた。しかしこれらは、持続可能性や、生存率や死亡率が改善されたかは明確ではない。

*無作為化比較試験は、栄養不良のリスクである慢性閉塞性肺疾患(COPD)の通院患者の食事カウンセリングと食物栄養価の強化の影響を評価するために行われた。

食事相談と食物栄養価の強化は、COPD で栄養的リスクのある通院患者で体重増加とアウトカムの改善がみられた。それは、介入期間と介入期間を過ぎた期間においても同様な結果であった。

無作為化比較試験はストックホルム(スウェーデン)の老人保健施設から退所した蛋白エネルギー栄養障害(PEM)のリスクがある患者の栄養治療の組み合わせの効果を調査した。

結果は、複合の栄養介入(食事相談と液体栄養補助食品)は、短い書面での食事指導と比較して、体重減少を防ぎ、老人保健施設から退所した栄養不良のリスクのある患者の日常生活動作を改善した。

エビデンスの特性

このエビデンスの概要は、文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造化検索に基づいている。概要に含まれるエビデンスは以下から来ている。

* 2714 の無作為化された対象者による 36 の研究 (37 の比較) の体系的レビュー

* 54 人の対象者の無作為化比較試験。 3

推奨されるベストプラクティス

*成人の病気に関連した栄養不良管理に関する、食事指導の効果のエビデンスは乏しい。(グレード B)

*食事指導さらに栄養補助食品は、病気に関連した栄養失調の管理の食事指導だけまたはアドバイスがない場合より効果的かもしれない。(グレード B)

10. 心不全：管理プログラム

著者

Helen Elizabeth Brown BSc (Hons) MSc

要約

問題

入院率や死亡率を減少させるために、心不全管理プログラムに関する一番有効な証拠はどのようなものであるか。

臨床上の重要な事実

心不全は、多くの先進国において重大な公衆衛生学的問題²であり、主要な死亡原因でもある。大部分のガン²の予後と同じように、心不全は、身体的、精神的健康の著しい低下と関連している。国際臨床ガイドラインは、心不全患者経過を改善する為にベストプラクティスモデルとして疾病管理プログラムを勧めた¹。疾病管理プログラムは心不全を患う患者の罹患率と死亡率を減少させる可能性があり、徐々に増えつつある³。

*11 研究のメタアナリシス²では、入院における疾病管理プログラムの好い効果の有力な証拠を提供しただけではなく、心不全患者の死亡率の低下における臨床的で統計的に重要な効果も提供した（レベル1）。

* 心不全のための学際的なマネージメント戦略に関する系統的レビューによって、これらのプログラムが入院率の27%減少と総入院回数の43%の減少に関連していることがわかった³(レベル1)。

*学際的なマネージメント戦略の成功に不可欠な3つの要素には、特に訓練された心不全の看護師、投薬や食事の指導を含む患者と介護者の教育、および心不全の教育を受けた臨床医への容易なアクセスが挙げられる³(レベル1)。

* 30のうち4研究は、心疾患のための疾病管理プログラムから統計的に重要な全死因死亡率減少をもたらした²(レベル1)。

*大規模多施設試験における心不全の管理を専門にする看護師に焦点を合わせた疾病管理プログラムの無作為化比較試験では、標準のグループ(心臓内科医の継続管理)と比べて、介入グループにおいて、死亡率に統計学的な有意差がみられなかったが、臨床的に有用な潜在的な差がみられた。しかし、短期入院の回数はやや増加した⁴(レベル1)。

* より特定のエビデンスが必要である。それは、異なった人口と研究設定効果的なプログラムの開発を支援するために必要であり、そのためには、よく明記された介入のより多くの無作為化比較試験が必要である⁵。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

* 36 試験のメタアナリシス²

* 29 試験を含む系統的レビュー³

* 1023 人の参加者を含む多施設無作為化比較試験⁴

* ‘観点’ レポート⁵--これは専門の意見を意味するのか?

推奨されるベストプラクティス

*疾病管理プログラムは死亡率と入院率を減少させることができる。しかしながら、疾病管理プログラムの様々なタイプが同じような効果がみられ、この治療介入の恩恵は、年齢、疾患の重篤度、および疾病管理プログラムモデルを含む様々なローカルの要素に依存する。そしてそれは、学際的チームや戦略を含むかもしれないし含まないかもしれない(グレードB)。

11. 脳卒中患者(半身まひ): トレッドミル再訓練

著者

Dr Tharanga Rathnayake MBBS

要約

問題

脳卒中片麻痺患者が行うトレッドミル歩行再訓練のためのエビデンスはどのようなものがあるか。

临床上の重要な事実

体重のサポート用の安全ベルトの使用の有無に関わらず、トレッドミル訓練は脳卒中後の歩行訓練方法である。

*脳卒中後の歩行の治療において、トレッドミル訓練と体重サポートの有効性を、コークランの系統的レビューは、個々もしくは組み合わせて評価した。レビューで、トレッドミル訓練（体重サポートの有無に関係なく）は、歩行速度や歩行自立のための他の介入との間に統計的に有意な相違がないが明らかになった 1(レベル 1)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

* 622 人の参加者を含む 15 試験のコークランの系統的レビュー¹

推奨されるベストプラクティス

* 明確な研究調査結果の欠如のため、脳卒中片麻痺患者によるトレッドミル歩行訓練の使用は、臨床判断に基づくべきである(グレード B)。