

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-1 ※2刷(2011.5)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇所	誤(修正前)	正(修正後)
2	図1 A.正面の説明の2行目	その直下には僧帽弁があり	その直下のやや上方に僧帽弁があり
8	9行目	末梢	末梢
12	図8	<p>図8 運動負荷強度と心拍数の関係</p>	<p>図8 運動負荷強度と心拍数の関係</p>
17	図13	<p>図13 運動負荷強度と最大酸素摂取量</p>	<p>図13 運動負荷強度と最大酸素摂取量</p>
20	2行目	筋の収縮を起こす直接の化学的エネルギーは、ATPの分解により生じる(図16)。	筋の収縮を起こす直接の化学的エネルギーは、ATPの分解により生じる。
20	6行目	有気的な経路では、ピルビン酸や遊離脂肪酸からミトコンドリア内のクエン酸回路により水素が産生され	有気的な経路では、ピルビン酸や遊離脂肪酸からミトコンドリア内のクエン酸回路によりATPおよび水素が産生され
21	図16	<p>図16 細胞内エネルギー代謝</p> <p>ADP: アデノシン2リン酸 ATP: アデノシン3リン酸 CPK: クレアチンフォスフォキナーゼ Cr: クレアチン PCr: クレアチンリン酸 Pi: 無機リン</p>	<p>図16 細胞内エネルギー代謝とその相互関係</p> <p>ADP: アデノシン2リン酸 ATP: アデノシン3リン酸 CPK: クレアチンフォスフォキナーゼ Cr: クレアチン PCr: クレアチンリン酸 Pi: 無機リン</p>
21	1行目	実際の運動に関しては無酸素代謝と有酸素代謝は密接に関連しており、純粋な無酸素運動や有酸素運動は存在しない。	実際の運動に関しては無酸素代謝と有酸素代謝は密接に関連しており、純粋な無酸素運動や有酸素運動は存在しない。すなわち同じ酸素環境下でも有酸素代謝と無酸素代謝は同時に生じており、運動負荷試験やトレーニングの解釈には理解しておく必要がある。
21	7行目	(酸素負債: O2debt)。	(酸素負債: O2debt)。 有気的代謝と無気的代謝の関連を図16に示す。
21	8行目	・運動が開始されるときに消費されたATPはすぐにPCrの分解により再合成される。	・運動が開始されるときに消費されたATPはすぐにPCrの分解により再合成される(①)。

『心臓リハビリテーション必携』正誤&改訂表-2 ※2刷(2011.5)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

21	11行目		ミトコンドリアの呼吸(酸素利用)速度を調節するのはATPが分解してできたADP量に比例するといわれ、PCrの分解量と有氣的代謝速度とは密接に関連する。	ミトコンドリアの呼吸(酸素利用)速度を調節するのはATPが分解してできたADP量に比例するといわれ、PCrの分解量と有氣的代謝速度とは密接に関連する(②)。
21	16行目		運動維持するのに十分でなければ使いきれないピルビンは乳酸へ変化し蓄積されることになる。	運動維持するのに十分でなければ使いきれないピルビンは乳酸へ変化し蓄積されることになる(③)。 ・運動が長時間に及ぶと次第に有酸素的に使われる脂肪の比率が高くなり、エネルギー効率は高くなる。
23	7行目		生物学的老化、病的老化、生活習慣(廃用)による老化の重なり。	生物学的老化、病的老化、生活習慣(廃用)による老化の重なりで生じる。
24	表5	「心外膜炎」の「持続時間」	時間～日の単位時に反復する	時間～日の単位、時に反復する
39		図29の下方にある表記	(左から)I音 II音 III音	(左から)I音 II音 I音
39		図30	※(R波の高さ)を示す線	※緑の高さに修正
39	24行目		このST部分は特に注意をすべきである。	このST部分は特に注意をすべきである(ST偏は166頁、図17を参照)。
52	23行目		自然に停止しない場合には、抗不整脈の静注や内服治療、必要に応じて電気的除細動を行う。	自然に停止しない場合には、抗不整脈の静注や内服治療を行い、必要に応じて電気的除細動を行う。
69	4行目		洞調率復帰	洞調律復帰
71	最終行		DVIモード	DDIモード
73		「参考文献」の欄	8)日本循環器学会,他,編.循環器病の診断と治療に関するガイドライン(1999-2000年度合同研究班報告)ー不整脈の非薬物治療ガイドライン[班長:笠貫宏].Circ J 2001;65(Suppl V):1127-1175.	8)日本循環器学会,他,編.循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2005年度合同研究班報告)ー不整脈の非薬物治療ガイドライン(2006年改訂版)[班長:笠貫宏]
83	6行目		アスピリン、チクロピジン、ヘパリン	アスピリン、チクロピジン、クロピドグレル、ヘパリン
83	最終行		冠(状)動脈の血管弛緩因子と収縮因子の作用バランスが崩れて冠攣縮を生じ、心筋虚血を発症する。	冠(状)動脈の血管弛緩因子と収縮因子の作用バランスが崩れて冠攣縮を生じ、心筋虚血を発症する。冠攣縮性狭心症は安静時(早朝、夜間など)に冠攣縮によって心筋虚血を生じ、症状が出現するが、冠攣縮は器質的冠狭窄の少ないところにも高度の部位にも起こる。器質的狭窄度の強いところではわずかの冠攣縮でも虚血発作を生じる。
84	3行目	[心電図所見]の項	発作時のST上昇(図45)	冠攣縮により冠動脈が完全閉塞するとSTは上昇(図45)するが、高度狭窄であればST低下のこともある。
84	4行目		○診断に有用な検査:	[診断に有用な検査]
84	9行目	○薬物療法の「予防」の項	予防→カルシウム拮抗薬	予防→カルシウム拮抗薬、持続性硝酸薬
97		図61の3行目、中央	右室拡大、リモデリング	左室拡大、リモデリング
104	32行目		しかし、本邦での心移植は年間10例前後で極めて少ないため、	平成22年に移植法案改正により心移植数の増加は見られるものの、いまだ十分ではなく、
106		「2.疾患別診断」の検査所見の心電図の説明部分	左房 負荷	左房負荷 (※「左房」と「負荷」の間のスペース不要)
111		「8)肺動脈弁閉鎖不全(逆流)症の[診断]の図の部分	Tr雑音	三尖弁閉鎖不全雑音
112	8行目		(c)血栓塞栓症症状	(c)血栓塞栓症症状
129	7行目		※安静臥床が長くなると静脈うっ滞は助長され、血栓はできやすくなり、成長しやすくなるため、床上リハや早期離床が、予防に極めて重要になる。	※安静臥床が長くなると静脈うっ滞は助長され、血栓はできやすく、かつ成長しやすくなるため、床上リハや早期離床が、静脈血栓の予防に極めて重要になる。
130	2行目		次項	肺高血圧症の項
130	15行目		安静臥位の平均動脈圧が25mmHgを超える病態をいう。	安静臥位の平均動脈圧が25mmHgを超える病態を肺高血圧症という。
130	19行目		診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を類推できる。確定診断は、右心カテーテル検査で行う。	診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を推測できる。確定診断は、右心カテーテル検査で肺動脈圧を測定する。
130	23行目		1-1)、2)	1.1、1.2
139	表37		6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン)	6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン、クロピドグレル)

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-3 ※2刷(2011.5)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

148	図92		※診断基準が新しくなっています(右図参照)。	<p><b>図92 糖尿病の臨床診断のフローチャート</b></p> <p>●血糖値：空腹時126mg/dL、OGTT2時間<math>\geq</math>200mg/dL、随時<math>\geq</math>200mg/dLのいずれか ●HbA1c (JDS値) *<math>\geq</math>6.1%</p> <p>初回検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>血糖値とHbA1c値ともに糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>血糖値のみ糖尿病型 → 糖尿病の典型的症状・確実な糖尿病網膜症のいずれかあり → 糖尿病; なし → 再検査</li> <li>HbA1c値のみ糖尿病型 → 再検査 (血糖検査は必須)</li> </ul> <p>再検査 (血糖検査は必須)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>血糖値とHbA1cともに糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>血糖値のみ糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>HbA1c値のみ糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>いずれも糖尿病型でない → 糖尿病の疑い</li> <li>血糖値とHbA1cともに糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>血糖値のみ糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>HbA1c値のみ糖尿病型 → 糖尿病</li> <li>いずれも糖尿病型でない → 糖尿病の疑い</li> </ul> <p>3~6か月以内に血糖値・HbA1cを再検査</p> <p><small>*HbA1c (JDS値) とは、日本糖尿病学会 (Japan Diabetes Society : JDS) の基準値で表記されたHbA1c値のことで、現在のHbA1c値を示す。HbA1c値の国際標準化に伴い、将来のHbA1c (国際標準値) と区別するために、特にこのように表記している。 (日本糖尿病対策推進会議編、糖尿病治療のエッセンス2010-2011より引用)</small></p>
165		表4の「心電図変化」の項	進行性ST低下または上昇(2mm以上)	下降性ST低下(2mm以上)またはQ波が内誘導でのST上昇(1mm以上)
167	表5	「陽性」の項	上向型:2mm(1mm)以上の低下	上向型:2mm以上の低下
185	14行目		片脚立位保持時間が5秒未満では、歩行において何らかの介助を必要とすることが報告されている。	片脚立位保持時間が5秒未満になると、歩行において何らかの介助が必要となることが報告されている。
185	25行目		方向転換、椅子に戻ってくるまでの時間を測定する(図46)。	方向転換して、椅子に戻ってくるまでの時間を測定する(図46)。
225	3行目		中程度のリスク	中等度のリスク
230		表10の7行目	・中程度から	・中等度から
243		「参考文献」の欄	6) Hambrecht R, Walther C, M?bius-Winkler	6) Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler (※Mobiusのoにはウムラウト[""]が付きま
246	11行目		CKD	CKD(慢性腎臓病)
252	表29	欄外	HF:心不全	CHF:うっ血性心不全
264	12行目		DC(除細動器)	除細動器
269	5行目		②合併症や二次障害を予防し	②合併症や廃用等による二次的障害
269	14行目		順次、日常生活活動や	段階的に日常生活活動や
269	18行目		待機的な大動脈症例	定期的な大動脈症例
270		表37の「心拍数・不整脈」の項	・さまざまな要因により不整脈が出現する可能性があり、術後新たに発生したものや運動負荷により増加するものに関しては注意する。	・さまざまな要因により不整脈が出現する可能性があり、術後新たに発生したものや運動負荷により増加する不整脈に関しては注意する。
270		表37の「血液検査」の項	・術後は、他の組織に侵襲のため、周術期心筋梗塞はCPKやCPK-MBを確認し、6%以上の場合は心筋障害を疑い12誘導心電図とともに評価する。	・術後は、他の組織に侵襲のため、CPKやCPK-MBが上昇する。よってCPK-MB/CPKが正常上限の10倍以上のときは心筋障害や周術期心筋梗塞を疑い12誘導心電図とともに評価する。
271	17行目		薬物による	薬剤による
272	22行目		臥床のみしか行えていない患者には徐々にギャッジベッドを起こし、リスクを管理しながら耐性を	臥床のみしか行えていない患者には、リスクを管理しながら徐々にギャッジベッドを起こし、座位に対する耐性を