

正誤表・更新情報

本書中に訂正・更新箇所等がございました。お手数をお掛けしますが、下記ご参照頂けますようお願い申し上げます（2026年10月16日）

■第3版 第1刷（2024年3月1日発行）の修正・更新箇所

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
第3章-1. 心不全					
141	表2 表下の脚注	HFrEFは心臓の拡張機能が低下する「拡張不全」が病態の主体である。	HFrEFは心臓の拡張機能が低下する「拡張不全」が病態の主体である。 HFmrEFは文献8の内容をふまえ、削除となる可能性がある。	文献8：2026 ESC Guidelines for the management of heart failure	2026/10/16
141	図1 図下の脚注	日本循環器学会/日本心不全学会：2021年 JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療。 https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Tsutsumi.pdf （2023年12月閲覧）	日本循環器学会/日本心不全学会：2021年 JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療。 https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Tsutsumi.pdf （2023年12月閲覧） 薬物療法については文献9を参照。	文献9：2025年改訂版心不全診療ガイドライン	2026/10/16
145	下から5行目	BNP値は腎機能低下や全身炎症がある場合、また高齢者で高くなることがあり、肥満があると低くなることがある。	BNP値は腎機能低下、心房細動がある場合、また高齢者で高くなることがあり、肥満があると低くなることがあるため、臨床所見や画像所見と併せて解釈する。		2026/10/16
149, 150	p149 上から5行目～	3) 心不全の治療 ・ステージCにおける心不全治療はLVEFに応じて選択する。 ・HFrEF患者では、ACE阻害薬/ARB＋β遮断薬を初回診断時から用いる。 ・これにMRAを追加した薬物療法HFrEFに対する基本治療である。 ・ACE阻害薬/ARBの効果が不明な場合は、ARNIを使用する。 ・SGLT2 阻害薬の導入も考慮する。 ・利尿薬においては予後改善効果がない。 ・適切かつ十分な薬物療法を行っても症候性で、洞調律かつ75拍/分以上の心拍数の場合、イブプラジンの導入が考慮される。 ・最大の薬物療法を行っても症状の改善が認められない場合は、CRT（心臓再同期療法）を行う。 ・ICDは一次予防および二次予防の観点から適応を決定する。さらに、機能性の重症僧帽弁逆流が残存し、LVEF 20%以上の場合に経皮的僧帽弁接合不全修復術を検討する。 ・ステージCにおける治療を十分に行っても安静時から高度な症状があり、治療抵抗性になると、ステージDとしての治療を選択する。	3) 心不全の治療 ・HFrEFではARNI（またはACE阻害薬/ARB）、β遮断薬、MRA、SGLT2 阻害薬を基本とし、忍容性を確認しながら可能な限り早期に導入・最適化する。		2026/10/16

150	文献		8) Køber L, et al : 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J : , 2026 9) 日本循環器学会/日本心不全学会 : 2025年改訂版心不全診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf (2026年10月閲覧)		2026/10/16
157	表12 ④ 血中BNP上昇傾向	前回よりも100 pg/mL以上の上昇	BNPで40%を超える変化, NT-proBNPで25%を超える変化であれば, 生物学的変動を超えた有意な変化として心不全増悪の可能性を考慮する		2026/10/16
第3章-3. 心臓外科手術					
182	上から7行目	B. 経皮的僧帽弁接合不全修復術 (MitraClip™ 治療)	B. 経カテーテル的僧帽弁接合不全修復術 (TEER : transcatheter edge-to-edge repair)		2026/10/16