

『今日の治療指針 2024年版』 [デスク判] 正誤表

このたびは『今日の治療指針 2024年版』 [デスク判] をご購入いただきまして誠にありがとうございます。

第1刷（2024年1月1日発行）におきまして以下の誤りがございました。ここに訂正させていただきますとともに深くお詫び申し上げます。

2024年2月9日作成、2024年4月8日更新

刷数	訂正箇所	項目名	誤	正	掲載
1	240頁・左段・下から16行目	マラリア（バベシア症を含む）	1) アルテメテル・ルメファントリン（リアメット）配合錠 成人：1回4錠 1日2回 3日間 毎食直後。	1) アルテメテル・ルメファントリン（リアメット）配合錠 成人：1回4錠 1日2回 3日間 食直後。	2024/2/9
1	240頁・左段・下から10行目	マラリア（バベシア症を含む）	2) アトバコン・プログアニル（マラロン）配合錠または小児用配合錠 成人：1回4錠（配合錠） 1日1回 3日間、毎食後。	2) アトバコン・プログアニル（マラロン）配合錠または小児用配合錠 成人：1回4錠（配合錠） 1日1回 3日間、食後。	2024/2/9
1	485頁・右段・上から24～27行目	潰瘍性大腸炎	2) メサラジン（ペンタサ）錠（250・500mg）1回2錠 1日3～4回、またはメサラジン（ペンタサ）顆粒（メサラジンとして1,000・2,000mg/包）1回1～2包 1日1～3回。	2) メサラジン（ペンタサ）錠または顆粒 1日1,500～2,250mgを3回に分服。寛解期には必要に応じて1日1回とすることが可能。	2024/4/8
1	619頁・左段・下から12～13行目、および下から8行目	遺伝性尿細管疾患（尿細管性アシドーシス・バーター/ギッテルマン症候群・腎性尿崩症）	（下から12～13行目） ・尿細管チャネル異常によるNaClの再吸収障害が原因である。2次的に低K血症および代謝性アシドーシスを呈する。 （下から8行目） ・低K血症、代謝性アシドーシスを呈する場合に疑う。確定診断は遺伝学的検査による。	（下から12～13行目） ・尿細管チャネル異常によるNaClの再吸収障害が原因である。2次的に低K血症および代謝性アルカローシスを呈する。 （下から8行目） ・低K血症、代謝性アルカローシスを呈する場合に疑う。確定診断は遺伝学的検査による。	2024/2/9
1	996頁・左段・下から15～17行目	低髄液圧症候群（頭蓋内圧低下症）/脳脊髄液漏出症	坐位または立位をとると改善したりする頭痛は低脳脊髄液圧によると考えられるが、	坐位または立位をとると間もなく有意に悪化したり、臥位をとると改善したりする頭痛は低脳脊髄液圧による考えられるが、	2024/3/28
1	2003頁・表1 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準	付録 診療ガイドライン解説：10. エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023	（表中：「原疾患」カラム1行目） 糖尿病性腎臓病 （クレジット） 日本腎臓学会 編：エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2023, p18, 東京医学社, 2023より	（表中：「原疾患」カラム1行目） 糖尿病関連腎臓病 （下記の表をご覧ください） （クレジット） 日本腎臓学会 編：エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2023, p18, 東京医学社, 2023より 改変	2024/2/9
1	2005頁・図 DKD の概念図	付録 診療ガイドライン解説：10. エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023	（クレジット） 日本腎臓学会 編：エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2023, p44, 東京医学社, 2023より	（クレジット） 日本腎臓学会 編：エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2023, P44, 東京医学社, 2023より 改変	2024/2/9

表1 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3	
糖尿病関連腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)	30未満	30～299	300以上	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)	
	尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上	
GFR 区分 (mL/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介	
	G2 正常または軽度低下	60～89	血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介	
	G3a 軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b 中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4 高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5 高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など）
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ①糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
 - ②糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
 - ③上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと

（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

（日本腎臓学会 編：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023, p18, 東京医学社, 2023より改変）

正