

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』正誤表

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』第1版第1刷(2021年3月28日刊行)～4刷(2021年11月10日刊行)において誤りがございました。

ここに深くお詫びいたし、訂正申し上げます。

(2022年3月1日 メジカルビュー社編集部)

頁・該当箇所	誤	正
p.109 本文7行目	～にすることで呼気時の <u>胸腔</u> 内圧を高めに保って肺胞が～	～にすることで呼気時の <u>気道</u> 内圧を高めに保って肺胞が～
p.111 本文6行目	～により気道を開通させ IC クランプ法 (p. <u>87</u> 参照) を用いて～	～により気道を開通させ IC クランプ法 (p. <u>88</u> 参照) を用いて～
p.199 索引 欧文・数字 18行目	IC クランプ法…………… <u>87</u> , 111	IC クランプ法…………… <u>88</u> , 111

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第 4 版』正誤表

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第 4 版』第 1 版第 1 刷(2021 年 3 月 28 日刊行)～2 刷(2021 年 5 月 10 日刊行)において誤りがございました。

ここに深くお詫びいたし、訂正申し上げます。

(2021 年 7 月 15 日 メジカルビュー社編集部)

頁・該当箇所	誤	正
p.16 本文 13～14 行目	約 2%が挿管, 約 0.1%が胸骨圧迫, 約 0.05%が人工呼吸と胸骨圧迫とともにアドレナリン投与を必要とする ^{5~6)} 。	約 2%が挿管, 約 0.1%が胸骨圧迫, 約 0.05%が人工呼吸と胸骨圧迫とともにアドレナリン投与を必要とする ^{3~6)} 。
p.34 4 換気と酸素化 ⑦持続的肺拡張 本文 4～5 行目	NCPR 2015 でも, 持続的肺拡張を推奨するには十分なエビデンスに乏しく, 実際の施行や評価法が不明確であるため, 出生時自発呼吸のない早産児に対する 5 秒以上の持続的肺拡張を行うこととしていた。NCPR 2020 においてもこの推奨を変更しない。	NCPR 2015 でも, 持続的肺拡張を推奨するには十分なエビデンスに乏しく, 実際の施行や評価法が不明確であるため, 出生時自発呼吸のない早産児に対する 5 秒以上の持続的肺拡張を 行わないことを推奨した 。NCPR 2020 においてもこの推奨を変更しない。
p.42 12 その他 ①正産産～ 本文 2 行目	わが国では, 経皮的に測定したビリルビン値が白人に比べて有意に高く, 黄疸が多い原因として, 人種的にビリルビンウリジン 2 リン酸グルクロン酸転移酵素遺伝子変異の頻度が高い ^{7~8)} ことが報告されている。	わが国では, 経皮的に測定したビリルビン値が白人に比べて有意に高く, 黄疸が多い原因として, 人種的にビリルビンウリジン 2 リン酸グルクロン酸転移酵素遺伝子変異の頻度が高い ^{5~6)} ことが報告されている。
p.42 参考文献	(文献追加)	4) Soar J, Maconochie I, Wyckoff MH, et al: 2019 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. <i>Circulation</i> 2019; 140 (24) : e826-80. 5) Akaba K, Kimura T, Sasaki A, et al: Neonatal hyperbilirubinemia and mutation of the bilirubin uridine diphosphate-glucuronosyltransferase gene: a common missense mutation among Japanese, Koreans and

		Chinese. Biochem Mol Biol Int 1998; 46 (1) : 21-6. 6) Maruo Y, Nishizawa K, Sato H, et al: Association of neonatal hyperbilirubinemia with bilirubin UDP-glucuronosyltransferase polymorphism. Pediatrics 1999; 103(6Pt1): 1224-7.
p.104 本文 1～3 行目	また、末梢静脈路を使用した場合には、ほかの静脈内投与と同様に薬物投与後の生理食塩水でのフラッシュを忘れてはならない ^{59, 60)} 。	また、末梢静脈路を使用した場合には、ほかの静脈内投与と同様に薬物投与後の生理食塩水でのフラッシュを忘れてはならない ^{58, 59)} 。
p.104 4 骨髄針による骨髄内 本文 5～6 行目	しかし、骨髄針の使用により骨折、液漏れによる損傷など合併症も報告されていることから、使用には十分注意が必要である ⁵⁸⁾ 。	しかし、骨髄針の使用により骨折、液漏れによる損傷など合併症も報告されていることから、使用には十分注意が必要である ⁶⁰⁾ 。
p.105 1 アドレナリン (ボスミン®： 0.1%アドレナリン) 本文 19～21 行目	投与後約 30 秒ごとに心拍をチェックし、心拍が 60/分未満であれば 3～5 分ごとに上記範囲量の 10 倍希釈ボスミンを投与する ^{59, 60)} 。	投与後約 30 秒ごとに心拍をチェックし、心拍が 60/分未満であれば 3～5 分ごとに上記範囲量の 10 倍希釈ボスミンを投与する ^{58, 59)} 。
p.106 本文 5～8 行目	失血の既往がない場合には、基本的に循環血液増量薬の使用は適応とならないが、その他の原因がみつからず、失血が否定できないときには循環血液増量薬投与を考慮してもよい ^{59, 60)} 。	失血の既往がない場合には、基本的に循環血液増量薬の使用は適応とならないが、その他の原因がみつからず、失血が否定できないときには循環血液増量薬投与を考慮してもよい ^{58, 59)} 。
p.107 本文 11～13 行目	また、感染、針刺し事故を防ぐために手袋、速乾性すり込み式手指消毒薬を常備しておくこと、使用済針の廃棄容器の設置や、ニードルレスシステムの導入も考えておく必要がある ^{59, 60)} 。	また、感染、針刺し事故を防ぐために手袋、速乾性すり込み式手指消毒薬を常備しておくこと、使用済針の廃棄容器の設置や、ニードルレスシステムの導入も考えておく必要がある ^{58, 59)} 。
p.109 本文 6～9 行目	呻吟は、いわゆる唸り声であるが、これは呼気時に声門をやや閉じ気味にすることで呼気時の胸腔内圧を高めに保って肺胞がつぶれないようにしているもので、自分で呼気終末陽圧 (PEEP) をかけている状態である ⁶²⁾ 。	呻吟は、いわゆる唸り声であるが、これは呼気時に声門をやや閉じ気味にすることで呼気時の胸腔内圧を高めに保って肺胞がつぶれないようにしているもので、自分で呼気終末陽圧 (PEEP) をかけている状態である ⁶¹⁾ 。
p.109 本文 11～13 行目	陥没呼吸は、肋骨弓下、肋間、胸骨部、胸骨上窩 (胸骨の上のくぼみ) などが陥没するもので、軽度の肋骨弓下の陥没は正常児でもみられる	陥没呼吸は、肋骨弓下、肋間、胸骨部、胸骨上窩 (胸骨の上のくぼみ) などが陥没するもので、軽度の肋骨弓下の陥没は正常児でもみられるが、そ

	が、それ以外は一般的に児の呼吸努力が大きいことを示唆している ⁶¹⁾ 。	れ以外は一般的に児の呼吸努力が大きいことを示唆している ⁶²⁾ 。
p.121 文献	<p>58)Ellemunter H, Simma B, Trawöger R, et al: Intraosseous lines in preterm and full term neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999; 80(1): F74-5.</p> <p>59)細野茂春 監修:新生児蘇生法テキスト 改訂第 3 版 .メジカルビュー社, 東京, 2016.</p> <p>60)Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, et al: Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. N Engl J Med 2008; 358(7): 700-8.</p> <p>61)MacDonald M, Seshia M, Mullett M, eds: Avery's Neonatology: pathophysiology & management of the newborn(6 th ed). Lippincott Williams & Wilkins, 2005 .</p> <p>62)仁志田博司(編集), 高橋尚人 , 豊島勝昭(編集協力): 新生児学入門(第 5 版). 医学書院, 東京, 2018.</p>	<p>58)Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, et al: Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. N Engl J Med 2008; 358(7): 700-8.</p> <p>59)細野茂春 監修:新生児蘇生法テキスト 改訂第 3 版 .メジカルビュー社, 東京, 2016.</p> <p>60)Ellemunter H, Simma B, Trawöger R, et al: Intraosseous lines in preterm and full term neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999; 80(1): F74-5.</p> <p>61)仁志田博司(編集), 高橋尚人 , 豊島勝昭(編集協力): 新生児学入門(第 5 版). 医学書院, 東京, 2018.</p> <p>62)MacDonald M, Seshia M, Mullett M, eds: Avery's Neonatology: pathophysiology & management of the newborn(6 th ed). Lippincott Williams & Wilkins, 2005 .</p>
p.142 本文 19 行目	これは、今回の検討で、少なくとも生後 10 分で心停止、徐脈 (<60/分)であった新生児 277 名の発達予後を検討した結果、69% (191 名)が死亡、18% (50 名)が重度から中等度の神経発達障害を認めるものの、11% (30 名)の児で重度から中等度の神経発達障害を認めなかったことを受けている (表 1) ³⁾ 。	これは、今回の検討で、少なくとも生後 10 分で心停止、徐脈 (<60/分)であった新生児 277 名の発達予後を検討した結果、69% (191 名)が死亡、18% (50 名)が重度から中等度の神経発達障害を認めるものの、11% (30 名)の児で重度から中等度の神経発達障害を認めなかったことを受けている (表 1) ¹⁾ 。
p.143 本文 3~4 行目	また 20 分という時間に関しては、蘇生の各ステップを行うことが最も重要であり、そのすべてのステップ (アドレナリンの静脈内投与まで)を完遂する時間が、幅があるものの最長 20 分程度であることによる ^{4~7)} 。しかし、生後 10 分でも心拍がない児の蘇生状況について、わが国の報告 ⁸⁾ ではアドレナリンの静脈内投与時間は 5~85 分 (中央値 15 分)と幅が大きく、～	また 20 分という時間に関しては、蘇生の各ステップを行うことが最も重要であり、そのすべてのステップ (アドレナリンの静脈内投与まで)を完遂する時間が、幅があるものの最長 20 分程度であることによる ^{2~5)} 。しかし、生後 10 分でも心拍がない児の蘇生状況について、わが国の報告 ⁶⁾ ではアドレナリンの静脈内投与時間は 5~85 分 (中央値 15 分)と幅が大きく、～
p.143 本文 13 行目	これらの患者のうち、38% (15/39 例)が最終フォローアップまで生存し、生存者の 40% (6/15 例)には中等度または重度の神経障害は認められなかったが ³⁾ 、20 分を超えて生存したものの発達予後不良であった 9 例のうち 7 例が日本の症例だった。	これらの患者のうち、38% (15/39 例)が最終フォローアップまで生存し、生存者の 40% (6/15 例)には中等度または重度の神経障害は認められなかったが ¹⁾ 、20 分を超えて生存したものの発達予後不良であった 9 例のうち 7 例が日本の症例だった。

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』正誤表

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』第1版第1刷(2021年3月28日刊行)～2刷(2021年5月10日刊行)において誤りがございました。

ここに深くお詫びいたし、訂正申し上げます。

(2021年5月18日 メジカルビュー社編集部)

頁・該当箇所	誤	正
p.165 スライド No.67	人工呼吸（酸素）と胸骨圧迫を継続し、30秒毎に評価 →心拍数が60/分未満なら胸骨圧迫中止	人工呼吸（酸素）と胸骨圧迫を継続し、30秒毎に評価 →心拍数が60/分以上なら胸骨圧迫中止

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』正誤表

『日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第4版』第1版第1刷(2021年3月28日刊行)において誤りがございました。
ここに深くお詫びいたし、訂正申し上げます。

(2021年5月18日 メジカルビュー社編集部)

頁・該当箇所	誤	正				
p.127 表3	<table border="1" data-bbox="631 467 938 616"> <tr> <td data-bbox="631 467 938 564">口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm</td> </tr> <tr> <td data-bbox="631 564 938 616">6.5~7.0</td> </tr> </table>	口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm	6.5~7.0	<table border="1" data-bbox="1536 467 1843 616"> <tr> <td data-bbox="1536 467 1843 564">口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1536 564 1843 616">5.0~7.0</td> </tr> </table>	口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm	5.0~7.0
口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm						
6.5~7.0						
口角までの挿入長 6+体重 (kg) cm						
5.0~7.0						
p.159 スライド No.29	<p>・重症児は無脈性電気活動：PAE (Pulseless electrical activity) 鑑別のため、初回と胸骨圧迫後の評価時に聴診でも確認</p>	<p>・重症児は無脈性電気活動：PEA (Pulseless electrical activity) 鑑別のため、初回と胸骨圧迫後の評価時に聴診でも確認</p>				
p.194 図3右列	<p>一次コース (P コース) 受講</p>	<p>病院前コース (P コース) 受講</p>				