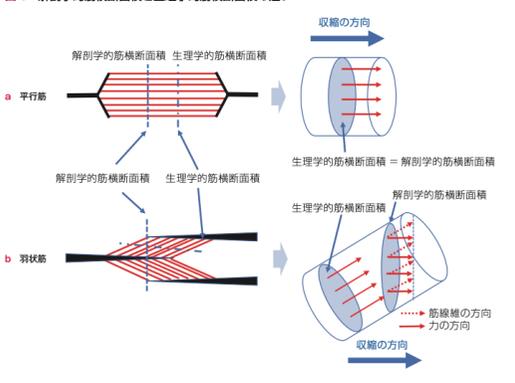
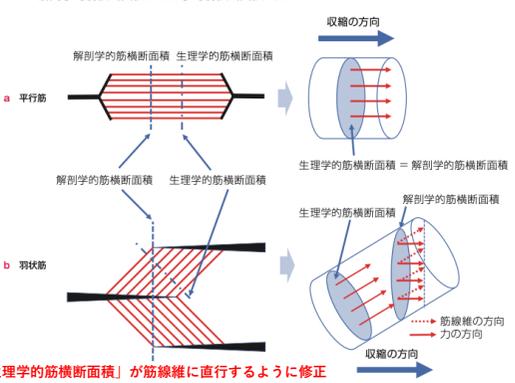
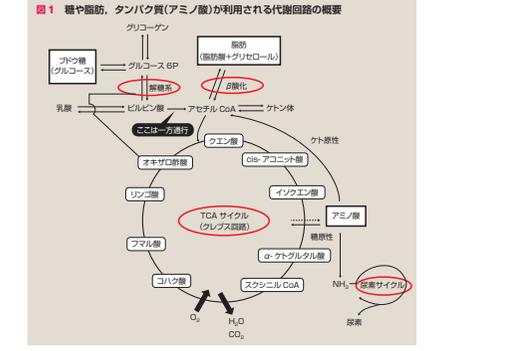
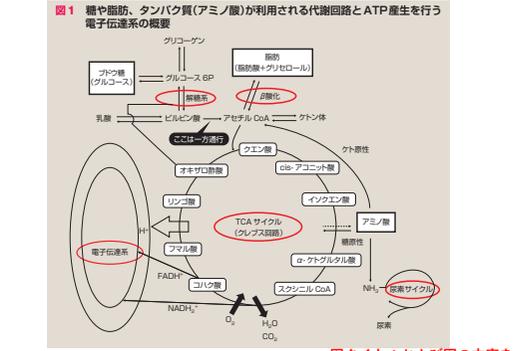


ページ	該当箇所	誤	正
p.21	図5	<p><b>図4 解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積の違い</b></p>  <p>図5は、平行筋（a）と羽状筋（b）の解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積の違いを示しています。平行筋では、解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積が一致しますが、羽状筋では、筋線維の方向と力の方向が一致しないため、生理学的筋横断面積が解剖学的筋横断面積よりも大きくなります。</p>	<p><b>図4 解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積の違い</b></p>  <p>図5は、平行筋（a）と羽状筋（b）の解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積の違いを示しています。平行筋では、解剖学的筋横断面積と生理学的筋横断面積が一致しますが、羽状筋では、筋線維の方向と力の方向が一致しないため、生理学的筋横断面積が解剖学的筋横断面積よりも大きくなります。修正内容は、「生理学的筋横断面積」が筋線維に直行するように修正、「生理学的筋横断面積」を示す矢印の位置を修正です。</p>
p.183	右段6行目	…反応を生じる。1分子の…	…反応を生じる。1 mol の…
p.184	基礎へのフィードバック 10～11行目	…グルコース、ケトン 1 本をつくるのに使われる。	…グルコース、ケトン 1 本をつくるのに使われる。 これらに加え、ミトコンドリアの内外膜間の複合体によって電子伝達系回路が働き、TCA回路と対となり、水素イオン(プロトン)勾配を利用したATPが産生されている。糖尿病患者ではこの動きが低下することがある。 (赤字の部分を追記)
p.184	図1	<p><b>図1 糖や脂肪、タンパク質(アミノ酸)が利用される代謝回路の概要</b></p>  <p>図1は、糖や脂肪、タンパク質(アミノ酸)が利用される代謝回路の概要を示しています。糖はグルコースからグルコース6リン酸(G6P)となり、解糖系を経てピルビン酸となり、アセチルCoAとなり、クエン酸となり、クエン酸回路(TCAサイクル)で代謝されます。脂肪は脂肪酸となり、β酸化を経てアセチルCoAとなり、クエン酸回路で代謝されます。タンパク質はアミノ酸となり、α-ケトグルタル酸を経てクエン酸回路で代謝されます。クエン酸回路で生成されたNADHとFADH2は、電子伝達系で酸化され、ATPが産生されます。</p>	<p><b>図1 糖や脂肪、タンパク質(アミノ酸)が利用される代謝回路とATP産生を行う電子伝達系の概要</b></p>  <p>図1は、糖や脂肪、タンパク質(アミノ酸)が利用される代謝回路とATP産生を行う電子伝達系の概要を示しています。糖はグルコースからグルコース6リン酸(G6P)となり、解糖系を経てピルビン酸となり、アセチルCoAとなり、クエン酸となり、クエン酸回路(TCAサイクル)で代謝されます。脂肪は脂肪酸となり、β酸化を経てアセチルCoAとなり、クエン酸回路で代謝されます。タンパク質はアミノ酸となり、α-ケトグルタル酸を経てクエン酸回路で代謝されます。クエン酸回路で生成されたNADHとFADH2は、電子伝達系で酸化され、ATPが産生されます。修正内容は、図タイトルおよび図の内容を修正です。</p>
p.244	右段6～12行目	…で構成されている。脊髄の横断面にはH型をしている灰白質があり、白質には有髄線維が多く感覚情報の伝導路の起始になっている(図6)。脊髄で神経がシナプス結合されて、末梢神経に指令が伝達されて末梢に伝わる。そのため、脊髄の障害は節前・節後で異なり、節前での障害は中枢神経機能の低下による運動麻痺が生じる。	…で構成されている。脊髄の横断面にはH型の灰白質とその周囲を囲む白質があり、白質には有髄線維が多く走行している。脊髄で神経がシナプス結合されて、指令が伝達される(図6)。そのため、脊髄の前根神経節と後根神経節の障害では出現する症状が異なり、節前での障害の場合は中枢神経機能の低下による運動麻痺が生じる。

『Crosslink理学療法学テキスト 運動療法学』正誤表

『Crosslink理学療法学テキスト 運動療法学』第1版第1刷（2020年2月10日）～第4刷（2022年8月10日）に誤りがありました。

ここに深くお詫びいたし、訂正申し上げます。

（2023年3月22日メジカルビュー社編集部）

ページ	該当箇所	誤	正
p.453	左段上から9行目 【退院6カ月後】	<p>動脈血血液ガス（室内気）：pH <b>7.388</b>, PaCO<sub>2</sub><b>47.8</b>, PaO<sub>2</sub> <b>50.1</b>, SpO<sub>2</sub> <b>84</b> %</p> <p>フィジカルアセスメント：意識清明，樽状胸郭，気管短縮あり（偏位なし），チアノーゼなし，頸静脈怒張軽度，ばち指あり，四肢浮腫なし，呼吸数<b>24</b>/分，胸鎖乳突筋および斜角筋の肥大と吸気時の活動あり，胸郭可動性低下（左開胸部が<b>特に不良</b>）</p> <p>心電図：洞調律，心拍数<b>81</b> 回/分，心室期外収縮は認めず</p> <p>身体機能：mMRC <b>3</b>，等尺性膝伸展筋力 <b>0.97</b>Nm/kg，6 分間歩行距離 <b>165</b> m（<b>酸素2 L/分投与</b>，SpO<sub>2</sub> 最低値90 %），心肺運動負荷試験 呼吸苦とSpO<sub>2</sub> &lt;85 %で終了，peak <math>\dot{V}O_2</math> <b>8.3</b> mL/kg/分</p>	<p>動脈血血液ガス（室内気）：pH <b>7.395</b>, PaCO<sub>2</sub><b>46.8</b>, PaO<sub>2</sub> <b>66.7</b>, SpO<sub>2</sub> <b>91</b> %</p> <p>フィジカルアセスメント：意識清明，樽状胸郭，気管短縮あり（偏位なし），チアノーゼなし，頸静脈怒張軽度，ばち指あり，四肢浮腫なし，呼吸数<b>22</b>/分，胸鎖乳突筋および斜角筋の肥大と吸気時の活動あり，胸郭可動性低下（左開胸部は<b>退院時と比べて改善</b>）</p> <p>心電図：洞調律，心拍数<b>80</b> 回/分，心室期外収縮は認めず</p> <p>身体機能：mMRC <b>2</b>，等尺性膝伸展筋力 <b>1.41</b>Nm/kg，6 分間歩行距離 <b>301</b> m（<b>室内気</b>，SpO<sub>2</sub> 最低値<b>89</b> %），心肺運動負荷試験 呼吸苦とSpO<sub>2</sub> &lt;85 %で終了，peak <math>\dot{V}O_2</math> <b>9.4</b> mL/kg/分</p>