

血管炎症候群の診療ガイドライン（2017年改訂版）初版 正誤表

記載に誤りがありましたので、お詫び申し上げますとともに下記の通り訂正いたします。
(2018.6.29)

| 訂正箇所 | 誤 | 正 |
|--------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| オリジナル版 p.11 図 3 | 分類ごとの頻度 ³³⁾ | 分類ごとの頻度 |
| オリジナル版 p.19 表 7 B 検査 所見 ※a の説明 | 肺動脈, 心とする. | 肺動脈とする. |
| オリジナル版 p.58 図 34 下から 5 行目 | * : 保険適用外. | * : 保険適用外 (血漿交換 は 2018 年 4 月に保険収 載) . |
| オリジナル版 p.59 CQ2 下から 1 行目 | * : 保険適用外 | * : 保険適用外 (2018 年 4 月に保険収載) |
| オリジナル版 p.60 左段 上から 6 行目 | 5 生存率 | 5 年生存率 |
| オリジナル版 p.64 CQ2 下から 1 行目 | *保険適用外 | *保険適用外 (2018 年 4 月 に保険収載) |
| オリジナル版 p.70 表 27 | 抗 IL-5 療法* | 抗 IL-5 療法 |
| オリジナル版 p.71 左段 7.4 増悪 期 (再燃時) 上から 7 行目 | (いずれも保険適用外) | (オマリズマブは保険適 用外) |
| オリジナル版 p.75 左段 下から 1 行目 | 採用された. | 採用された ⁸⁾ . |
| オリジナル版 p.82 表 31 | 扁桃摘出術+ステロイド パルス療法* | 扁桃摘出術*+ステロイド パルス療法 |
| オリジナル版 p.82 左段 下から 2, 7 行目, 右段 上から 4 行目 | g/m ² /日 | g/1.73m ² /日 |
| オリジナル版 p.82 右段 下から 9 行目 | シクロフォスファミド | シクロホスファミド |
| オリジナル版 p.82 右段 下から 3, 5 行目 | 扁桃腺摘出術 | 扁桃摘出術 |
| オリジナル版 p.84 左段 上から 5 行目 | 抗 B 型肝炎 | 抗 C 型肝炎 |
| オリジナル版 p.89 表 38 推奨 クラス | 血管再建術 II a | 血管再建術 II b |
| オリジナル版 p.90 右段 7.2.2 周 術期よりの免疫抑制療法 | 推奨クラス II b | 推奨クラス II a |
| オリジナル版 p.90 右段 下から 3 行目 | 症例によってはより積極 的に血管内治療 | 症例によっては血管内治 療 |

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------|
| オリジナル版 p.94 右段 抑制薬 上から 1 行目 | 7.3 免疫 シクロフォスファミド | シクロホスファミド |
|--------------------------------|----------------------|-----------|