

PC-348

手術適応の無い小短絡疾患の肺体血流量比およびその測定誤差の検討

芳賀赤十字病院 臨床検査課

○石川 愛久、菊池 豊、葛西 俊二、矢野 勝史

【目的】手術適応がないと評価されている小短絡疾患は、根治手術を行わないため心臓カテーテル検査は施行されない。そのため、肺体血流量比は検討されないままフォローされていることが多い。今回我々は小短絡心室中隔欠損（VSD）及び心房中隔欠損（ASD）の肺体血流量比（Qp/Qs）を検討した。さらに、右室心拍出量を算出する際に測定部位による誤差を生じないか検討した（胸骨左縁と心尖部）。

【方法】対象：VSD3人、ASD3人、対照8人（短絡のない心雑音精査、僧帽弁逸脱など）。超音波診断装置はPhilips社製iE33を用い、トランスジューサーはS8-3、S12-4を体格を考慮し使用した。測定部位は、肺動脈は第二肋間胸骨左縁（PS）および心尖部（Apex）で測定し、大動脈は心尖部に測定した。検討項目は以下の通り。肺動脈（PA）径、右室 Velocity time integral（VTI）、大動脈（Ao）径、左室 VTI、左室心拍出量（LVCO）、左室心係数（LVCI）、Qp/Qs。統計学的な検討には、有意差の有無は1元配置分散分析を行い、各群間の比較には Scheffe 検定を行った。

【成績】VSD、ASD、対照の順に記載。PA径-PS 1.6 ± 0.78 、 0.96 ± 0.68 、 1.3 ± 0.98 cm。PA径-Apex 1.4 ± 0.98 、 0.90 ± 0.78 、 1.3 ± 1.0 cm。Ao径 1.6 ± 0.98 、 0.80 ± 0.96 、 1.1 ± 0.59 cm。LVCO 2.1 ± 0.96 、 1.6 ± 0.64 、 1.7 ± 0.99 L/min。LVCI 1.6 ± 0.43 、 5.3 ± 0.79 、 1.7 ± 0.67 L/min/m²。Qp/Qs-PS 1.3 ± 1.1 、 1.54 ± 0.98 、 1.83 ± 1.0 。Qp/Qs-Apex 0.91 ± 0.97 、 1.95 ± 0.57 、 1.2 ± 0.78 。

【結論】1.手術適応のない小短絡 VSD 及び ASD の Qp/Qs を検討した。2.VSD、ASD とも手術適応は Qp/Qs=1.5 以上であるが、今回の検討ではその値を上回る症例が観察された。3.理論的には短絡が無い場合 Qp/Qs は 1 となる。今回の検討では心尖部の検討では概ね理論値を示したが、胸骨左縁での検討では右室心拍出量を過大評価することが分かった。4.Qp/Qs は心尖部において検討することが必要であることがわかった。

PC-350

柏原赤十字病院における摂取塩分推定量への取り組み

柏原赤十字病院 検査技術課

○八木 優太、西本 恵美子、重田 直浩、足立 めぐみ、
足立 三佐子、山中 順子

塩分は高血圧と密接な関係にある。減塩は、高血圧の予防、ひいては、高血圧による心臓病、脳梗塞などの疾患リスクを減少させるために有効である。

摂取塩分推定量を測定する検査において最も信頼性が高く、望まれる測定法は24時間蓄尿によるNa排泄量測定である。しかし、この検査は患者の協力が必要で、また、患者への負担も大きく、手順も煩雑である。そのため、信頼性は劣るが、簡便でプラティカルな評価法として推奨されているのが、随時尿による摂取塩分推定である。また、起床後第2尿が蓄尿と最も相関するという報告もある。

当院では、2013年7月より摂取塩分推定量の検査が導入され、外来患者の随時尿を用いて摂取塩分の推定量を算出し報告している。そこで、前述の『起床後第2尿法』が蓄尿によって得られるデータと相関が取れているか疑問となり、検証を要した。我々は、当院の入院患者から、24時間蓄尿、起床後第1尿及び、起床後第2尿を採取し、摂取塩分量を測定した。それぞれの検査データから相関を調査し、起床後第2尿の優位性を検討した。

検査導入より10か月が経過したので、当院で2回以上の摂取塩分推定量検査を受けた外来患者のデータから、減塩に成功した患者の割合、また摂取塩分量の減少率を調査した。

本検査の導入により、新たな報告書を作成した。摂取塩分推定量を可視化し、数値として患者に提示できたことにより、患者が、減塩をより意識しやすくなり、患者の減塩対策への一助となることが出来、保健師、栄養士などが、患者に指導を行いやすくなり、チーム医療の貢献にも繋がった。

PC-349

ルーチンの尿沈渣で診断できた再発セミノーマの一例

八戸赤十字病院 検査技術課

○鎌田 佳代子、瀬川 光星、佐々木 紀恵、安永 泰彰、
北條 寛尚、清水 道弘、吉田 幸司、笹生 俊一

【はじめに】血液内科依頼の尿沈渣検査中に大型異型細胞を認めた。44歳、男性という情報のみであり、何由来の細胞なのか見当がつかなかった。患者情報を検索すると、悪性リンパ腫疑いで紹介されていたがセミノーマの既往歴があったので、セミノーマ細胞で矛盾しないと考えた。その細胞像は、N/C比が非常に高く、円形的大型核小体を有する大型異型細胞が散在性あるいは集塊としてみられた。細胞検査士と相談しセミノーマ疑いとして臨床に報告した。

【症例】44歳、男性。2011年4月に前医にて右高位精巣摘出術施行。摘出組織858gで病理診断はセミノーマであった。当時の胸部腹部CTでは転移はなかった。2013年3月中旬、CTにて腹腔内リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫疑いで当院を紹介されたが来院せず、7月25日全身状態不良のため入院となった。

【検査所見】入院時の採血では、hCG β サブユニット・1.39 NG/mLと高値を示し、悪性リンパ腫よりも精巣腫瘍を疑う結果であった（結果は7月30日に判明）。CTでは傍大動脈リンパ節が著明に腫大し、右腎にも進展している所見を認めた。

【細胞所見】PAS、PLAP、c-kit、OCT3/4陽性。CD30とAFPは陰性であった。Pap染色では、尿沈渣同様にN/C比が非常に高い大型細胞で、大型類円形の核小体を有する細胞がみられた。

【まとめ】尿沈渣中に出現したセミノーマ細胞を発見・診断することができた。尿沈渣中に悪性を疑う細胞が認められた場合、細胞検査士と相談して報告している。今回の症例に限らず、細胞検査士をはじめ他部署と連携し合い、情報を共有することの重要性を改めて認識した。

PC-351

当院における形態検査分野内部精度管理の取り組み

北見赤十字病院 検査部

○小林 淳、井上 麻由美、市田 文男、畑中 宗博

【はじめに】臨床検査における標準化と精度管理の重要性については周知のことと思う。しかしながら、形態検査分野における精度管理については、自動分析装置を用いる検査項目に比べ、技師個人の経験、知識によるところが大きく、その管理手法と技師間差は正は各施設において課題となっている。今回、技師間差は正を目的として試行し当院での内部精度管理の取り組みを紹介する。

【管理手法】当院検査部の精度管理委員が設問画像を選択、定型の形態検査精度管理調査として検査担当者にメール送信、検査担当者は回答を記入後、精度管理委員に返信する。精度管理委員は調査結果を集計、精度管理報告書として正解率・一致率をカンファレンスにて報告、設定基準を下回る設問については、担当者間のディスカッションと目合せを必須とした。

【効果】1) 個別の回答による各技師の正確な能力把握 2) 結果報告に併せてのカンファレンス実施による効果的な技師間差是正 3) 結果を正解率・一致率として数値表現することによる客観的な評価 4) 客観的な結果を保存することによる形態検査の内部精度管理（質の担保）

【まとめ】形態検査の内部精度管理については、診断に直結する重要な検査にもかかわらず、確立した管理手法が無く、国際標準化機構（ISO）、各種学会での明確な規定も無いことから各施設での取り組みも様々である。今回の取り組みは標準化と精度管理手法として有用であったため報告した。今後も管理手法の改善を続け形態検査の標準化と技師間差是正に繋げていきたいと考えている。本報告が各施設における形態検査の標準化、精度管理の一助になれば幸いである。

一般演題
（ポスター）
10月16日（木）