

当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<http://www.medience.co.jp/>)よりPDF形式にてダウンロードできます。

検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、別掲の項目につきまして本年4月より検査方法および基準値等を変更させていただくことに致しましたので、取り急ぎご案内申し上げます。

誠に勝手ではございますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

変更内容

- 別掲の一覧表をご参照下さい。

変更期日

- 平成27年4月1日(水) 受付日分より



検査内容変更項目一覧

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
00011	ALP (アルカリフォスファターゼ)	検査方法	JSCC標準化対応法 [LSIメディエンス]	JSCC標準化対応法 [LSIメディエンス]	現行試薬の販売中止
01501	全脂質構成脂肪酸分画	項目コード 検査項目名 検査方法 検体量 基準値 報告下限値 所要日数	26240 全脂質脂肪酸分画 LC-MS/MS 血清 0.8mL 別掲参照 別掲参照 14~21日	01501 全脂質構成脂肪酸分画 GC 血清 1.0mL 別掲参照 全成分 0.1 µg/mL 未満 9~21日	LC-MS/MS法の採用
25463	脂肪酸4分画	基準値	別掲参照	別掲参照	基準値の見直し
01570	25-OHビタミンD	項目コード 検査項目名 検査方法 基準値 報告形態 報告下限値	26225 25-OHビタミンD分画 LC-MS/MS D ₂ : 12.1 ng/mL 以下 D ₃ : 5.5~41.4 ng/mL D ₂ , D ₃ 4.0 ng/mL 未満	01570 25-OHビタミンD CPBA(DCC法) 9.0~33.9 ng/mL D(Total) (回収率により変動)	LC-MS/MS法の採用
00524	炭酸リチウム	有効治療濃度 備考	0.3~1.2 mEq/L(早朝服薬前) 過量投与により中毒を起こす可能性 があります。定期的に血清リチウム濃度 を測定し、1.5mEq/Lを超えたときは必要 に応じて減量または休薬し、2.0mEq/L を超えたときは減量または休薬して下 さい。	0.40~1.00 mEq/L	医薬品インタビューフォームに準拠
01597	クロルプロマジン	有効治療濃度	30~350 ng/mL	設定なし	
03233	アミトリプチリン・ノルトリプチリン	有効治療濃度	アミトリプチリン+ノルトリプチリン 80~200 ng/mL ノルトリプチリンのみ 50~150 ng/mL	アミトリプチリン+ノルトリプチリン 60~220 ng/mL ノルトリプチリンのみ 50~150 ng/mL	
02494	メキシレチン	有効治療濃度	0.5~2.0 µg/mL(不整脈患者)	0.75~2.00 µg/mL	
00368	メトトレキサート	検査方法 報告下限値	EIA [積水メディカル] 0.04 µmol/L 未満	FPIA [アボットジャパン] 0.05 µmol/L 未満	現行試薬の販売中止
02998	成長ホルモン (GH)	項目コード 検査方法 基準値 報告形態 報告下限値	26310 ECLIA [ロシュ・ダイアグノスティックス] M 2.47 ng/mL 以下 F 0.13~9.88 ng/mL 小数2位、有効3桁 0.03 ng/mL 未満	02998 CLEIA [ベックマン・コールター] M 0.003~0.971 ng/mL F 0.010~3.607 ng/mL 小数3位、有効4桁 0.002 ng/mL 未満	成長科学協会が示す補正式による換算が不要な試薬の採用
05221	サイログロブリン (Tg)	検査方法 基準値 報告形態 報告上限値 報告下限値	ECLIA [ロシュ・ダイアグノスティックス] 33.7 ng/mL 以下 小数2位、有効3桁 500 ng/mL 以上 0.04 ng/mL 未満	ECLIA [ロシュ・ダイアグノスティックス] 32.7 ng/mL 以下 小数1位、有効3桁 960,000 ng/mL 以上 0.3 ng/mL 未満	現行試薬の販売中止
09614	TSHレセプター抗体定量 (TRAb定量)	項目コード 検査方法 検体量 基準値 報告上限値 報告下限値	26309 ECLIA [ロシュ・ダイアグノスティックス] 血清 0.3mL 2.0 IU/L 未満 40.0 IU/L 以上 0.3 IU/L 未満	09614 EIA [コスミックコーポレーション] 血清 0.4mL 1.0 IU/L 未満 30.0 IU/L 以上 0.4 IU/L 未満	現行試薬の販売中止

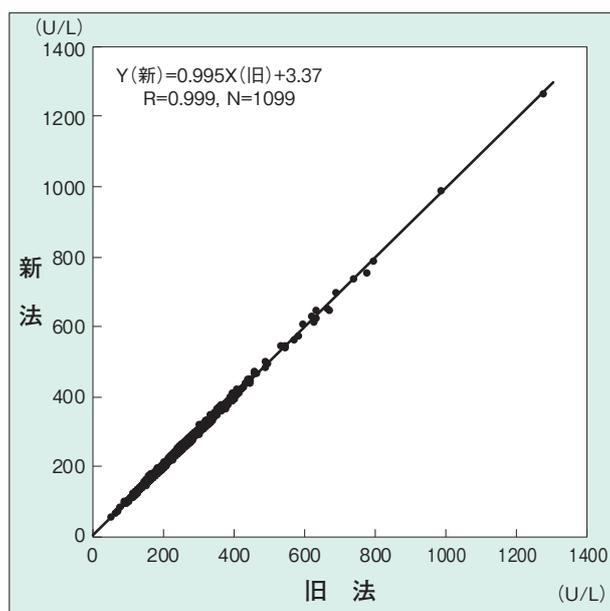
コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
01115	カルシトニン (CT)	項目コード 検査方法 検体量 基準値 報告形態 報告下限値 所要日数	26311 ECLIA [ロシュ・ダイアグノスティックス] 血清 0.3mL M 5.15 pg/mL 以下 F 3.91 pg/mL 以下 小数2位、有効3桁 0.50 pg/mL 未満 2～3日	01115 RIA(二抗体法) [LSIメディエンス] 血清 0.4mL 15～86 pg/mL(空腹時) 整数、有効3桁 10 pg/mL 未満 5～7日	Non-RIA試薬の採用
03370	アンジオテンシンII	項目コード 基準値 報告下限値 報告桁数 所要日数 検査場所	08795 50.0 pg/mL 以下 2.4 pg/mL 未満 整数3桁以上: 整数(全桁有効) 整数2桁以下: 小数1位 7～11日 あすか製薬メディカル	03370 9～47 pg/mL 4 pg/mL 未満 整数、有効3桁 5～11日 LSIメディエンス	検査場所変更
05496	頸管腔分泌液中 癌胎児性フィブロネクチン	検査方法 容器 備考	EIA [積水メディカル] 容器番号: 90(新容器) 必ず専用の採取器具を用い、抽出・濾過検体にてご提出下さい。	EIA [積水メディカル] 容器番号: 72	現行試薬の販売中止 (注:現行容器は平成27年 4月1日以降使用不可)
05344	HCV群別(グルーピング)	検査方法 所要日数	CLEIA [シスメックス] 2～3日	EIA [シスメックス] 3～4日	現行試薬の販売中止
05283	(1→3)-β-Dグルカン	項目コード 検査方法 検体量 基準値 報告上限値 報告下限値 報告桁数	26305 発色合成基質法 [日水製薬] 血液 2.0mL 20 pg/mL 以下 ∞ pg/mL 4 pg/mL 未満 整数、有効3桁	05283 比濁時間分析法 [和光純薬工業] 血液 3.0mL 11 pg/mL 未満 6000 pg/mL 6.0 pg/mL 未満 整数3桁以上: 整数 整数2桁以下: 小数1位	非特異反応が低減された 試薬の採用
05103	ヘリコバクター・ピロリ 抗体IgG	検査項目名 検査方法 所要日数	ヘリコバクター・ピロリ抗体 LA [栄研化学] 2～3日	ヘリコバクター・ピロリ抗体IgG EIA [栄研化学] 2～4日	汎用試薬の採用
	ABC分類	依頼コード 検査方法 判定区分 (胃の健康度) 所要日数	M62* ペプシノゲン LA ヘリコバクター・ピロリ抗体 LA A/B/C/D(4区分) 2～3日	M84 ペプシノゲン LA ヘリコバクター・ピロリ抗体IgG EIA A/B/C(3区分) 2～4日	検査方法変更および A、B、C、D判定法の採用 *ご依頼に当たっては、依 頼書に[M62] ABCD 分類とご記入下さい。
04107	尿中アルブミン	検査方法	TIA [ニッターボーメディカル]	TIA [LSIメディエンス]	現行試薬の販売中止
04821	尿中トランスフェリン	検査方法 報告下限値	LA [ニッターボーメディカル] 5.0 μg/dL 未満	LA [LSIメディエンス] 6.0 μg/dL 未満	現行試薬の販売中止
04686	フォン・ウィルブランド因子 活性 (リストセチンコファクター)	検査方法 検体量 報告上限値	固定血小板凝集法 [シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス] クエン酸血漿 0.4mL 400 % 以上	固定血小板凝集法 [シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス] クエン酸血漿 0.5mL 201 % 以上	自動分析機器用試薬の 採用
01345	アミノ酸分画<血漿>	検体量	ヘパリン血漿 0.5mL	ヘパリン血漿 1.0mL	検体量の見直し
04276	アミノ酸分画<尿>	検体量	尿(早朝2番尿) 0.5mL	尿(早朝2番尿) 1.0mL	
05632	アミノ酸11分画<血漿>	検体量	ヘパリン血漿 0.5mL	ヘパリン血漿 1.0mL	

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
00439	コクシジオイデス抗体	検体量	血清 2.0mL	血清 2.0mL または 髄液 2.0mL	髄液材料の削除
08946	HBV-DNA定量 《TaqManPCR法》	検体量	血清 2.1mL	血清 2.2mL	検体量の見直し
08937	HCV-RNA定量 《TaqManPCR法》	提出容器	容器番号: 62(5mL採血管)	容器番号: 79(8mL採血管)	提出容器の見直し
00919	オキシトシン	基準値	非妊婦 5.00 μU/mL 以下 妊婦 3.00~200 μU/mL	非妊婦 5 μU/mL 以下 妊婦 3~200 μU/mL	基準値表記の適正化
01053	総エストロゲン・非妊婦	基準値	別掲参照	別掲参照	
09899	エストリオール(E ₃)	基準値	別掲参照	別掲参照	
00951	カテコールアミン3分画<尿>	備考	6N塩酸約20mL(蓄尿1リットル 当り)または市販の酸性蓄尿添 加剤を加え冷所に蓄尿し、よく混 和後、尿量測定の上、所定量をご 提出下さい。	6N塩酸約20mL(蓄尿1リットル 当り)を加え冷所に蓄尿し、よく混 和後尿量測定の上、所定量をご 提出下さい。	市販の酸性蓄尿添加剤 (関東化学)も使用可
07288	遊離カテコールアミン3分画				
00961	メタネフリン2分画				
00965	バニルマンデル酸《定量》				
00966	ホモバニリン酸<尿>				
00972	5-ハイドロキシインドール 酢酸(5-HIAA)<尿>				
02950	癌関連ガラクトース 転移酵素(GAT)	所要日数	3~9日	3~6日	測定頻度の見直し

ALP (アルカリフォスファターゼ)

現行試薬の販売中止に伴い、ALP (アルカリフォスファターゼ) の測定試薬を同一メーカーが販売する後継試薬に変更致します。新旧二法の相関は良好で基準値の変更はございません。

新旧二法の相関



(社内検討データ)

全脂質脂肪酸分画

全脂質構成脂肪酸分画の検査方法を液体クロマトグラフィータンデム質量分析法 (LC-MS/MS) に変更致します。本変更に伴い、検査項目名を全脂質脂肪酸分画に変更し、基準値および報告下限値を下記の通り変更致します。

また、「全脂質脂肪酸分画報告書」の仕様を変更致します。詳細につきましては、後日改めてご案内させていただきます。

基準値

分画成分名	略号	新		旧	
		濃度 (μg/mL)	成分比 (weight%)	濃度 (μg/mL)	成分比 (weight%)
ラウリン酸	C12:0	4.2 以下	0.16 以下	6.7 以下	0.20 以下
ミリスチン酸	C14:0	8.2 ~ 40	0.33 ~ 1.17	10 ~ 49	0.57 ~ 1.34
ミリストレイン酸	C14:1ω5	3.4 以下	0.10 以下	1.6 ~ 4.5	0.16 以下
パルミチン酸	C16:0	451 ~ 898	18.38 ~ 22.80	457 ~ 882	20.83 ~ 24.50
パルミトレイン酸	C16:1ω7	25 ~ 112	0.90 ~ 3.05	28 ~ 93	1.35 ~ 2.71
ステアリン酸	C18:0	164 ~ 306	6.30 ~ 9.10	151 ~ 258	6.21 ~ 7.83
オレイン酸	C18:1ω9	432 ~ 1069	17.53 ~ 26.82	362 ~ 834	17.25 ~ 22.85
リノール酸	C18:2ω6	697 ~ 1280	25.30 ~ 37.02	790 ~ 1180	30.03 ~ 38.44
γ-リノレン酸	C18:3ω6	3.6 ~ 22	0.14 ~ 0.71	2.8 ~ 15	0.13 ~ 0.44
リノレン酸	C18:3ω3	10 ~ 41	0.31 ~ 1.06	11 ~ 35	0.52 ~ 1.02
アラキジン酸	C20:0	1.2 ~ 2.7	0.07 以下	0.7 ~ 2.9	0.10 以下
エイコセン酸	C20:1ω9	3.2 ~ 8.2	0.12 ~ 0.23	2.5 ~ 8.2	0.12 ~ 0.24
エイコサジエン酸	C20:2ω6	3.6 ~ 10	0.17 ~ 0.29	3.6 ~ 7.2	0.15 ~ 0.22
5-8-11エイコサトリエン酸	C20:3ω9	1.2 ~ 5.4	0.17 以下	0.8 ~ 2.8	0.10 以下
ジホモ-γ-リノレン酸	C20:3ω6	23 ~ 72	0.92 ~ 2.24	22 ~ 43	0.84 ~ 1.41
アラキドン酸	C20:4ω6	142 ~ 307	4.86 ~ 9.42	113 ~ 166	3.97 ~ 5.85
エイコサペンタエン酸	C20:5ω3	12 ~ 112	0.36 ~ 3.42	17 ~ 68	0.64 ~ 2.30
ベヘニン酸	C22:0	1.3 ~ 2.6	0.08 以下	1.5 ~ 3.6	0.12 以下
エルシン酸	C22:1ω9	1.4 以下	0.04 以下	1.3 以下	0.06 以下
ドコサテトラエン酸	C22:4ω6	2.9 ~ 7.6	0.11 ~ 0.23	1.9 ~ 4.6	0.13 以下
ドコサペンタエン酸	C22:5ω3	26 ~ 60	0.98 ~ 1.79	11 ~ 22	0.44 ~ 0.71
リグノセリン酸	C24:0	1.6 ~ 2.9	0.09 以下	2.2 以下	0.10 以下
ドコサヘキサエン酸	C22:6ω3	51 ~ 185	1.69 ~ 5.55	56 ~ 109	2.05 ~ 3.69
ネルボン酸	C24:1ω9	2.1 ~ 4.0	0.13 以下	1.2 ~ 3.8	0.16 以下
T/T比 (C20:3ω9/C20:4ω6)		0.02 以下*	—	0.02 以下*	—
EPA/AA比 (C20:5ω3/C20:4ω6)		0.06 ~ 0.44*	—	0.11 ~ 0.50*	—

*単位なし

報告下限値

		新 (μg/mL)	旧 (μg/mL)
パルミトレイン酸	C16:1ω7	0.5 未満	0.1 未満
γ-リノレン酸	C18:3ω6	0.4 未満	
リノレン酸	C18:3ω3	1.6 未満	
5-8-11エイコサトリエン酸	C20:3ω9	0.3 未満	
エルシン酸	C22:1ω9	0.4 未満	

※上記5成分以外の新報告下限値は0.1μg/mL未満で変更はございません。

脂肪酸4分画

脂肪酸4分画の基準値を下記の通り変更致します。

基準値

		新 ($\mu\text{g/mL}$)	旧 ($\mu\text{g/mL}$)
アラキドン酸	C20 : 4 ω 6	142 ~ 307	113 ~ 166
エイコサペンタエン酸	C20 : 5 ω 3	12 ~ 112	17 ~ 68
ジホモ- γ -リノレン酸	C20 : 3 ω 6	23 ~ 72	22 ~ 43
ドコサヘキサエン酸	C22 : 6 ω 3	51 ~ 185	56 ~ 109
EPA/AA比 (C20 : 5 ω 3/C20 : 4 ω 6)		0.06 ~ 0.44*	0.11 ~ 0.50*

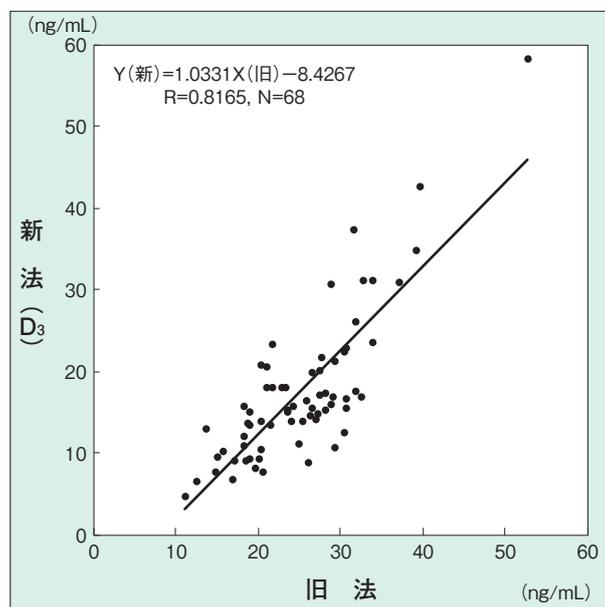
*単位なし

25-OHビタミンD分画

25-OHビタミンDの検査方法を、新たに開発した液体クロマトグラフィータンデム質量分析法 (LC-MS/MS) に変更致します。従来は25-OHビタミンDの総量としてご報告していましたが、LC-MS/MS法では25-OHビタミンD₂、D₃を個々に定量し、各々の濃度が報告されるため、ビタミンDの体内動態を把握するために有用な検査になります。

なお、本変更に伴い、検査項目名を25-OHビタミンD分画に変更致します。

新旧二法の相関



(社内検討データ)

参考文献

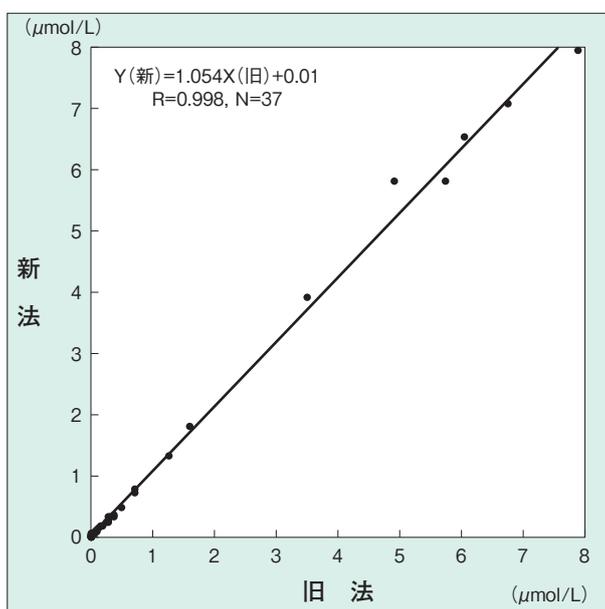
渭原 博, 橋詰直孝: ビタミン 85, 280-290, 2011.

Saenger AK, et al: Am J Clin Pathol 125, 914-920, 2006.

メトトレキサート

現行試薬の販売中止に伴い、メトトレキサートの測定試薬をEIA法による検査試薬に変更致します。新旧二法の相関は良好で基準値の変更はございません。

新旧二法の相関



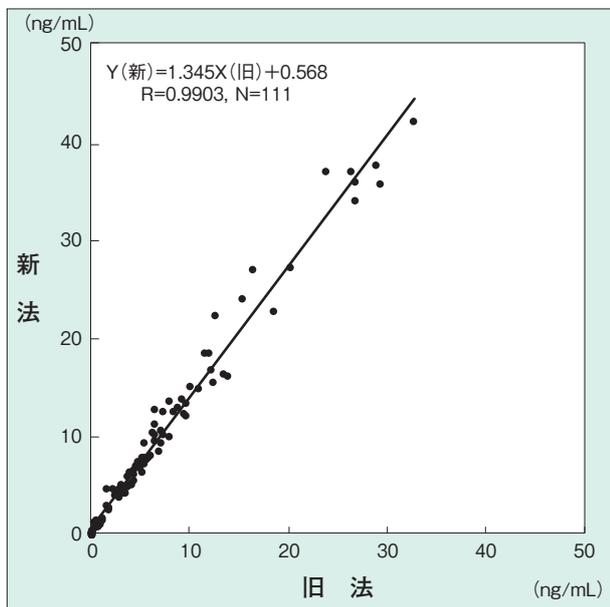
(社内検討データ)

成長ホルモン (GH)

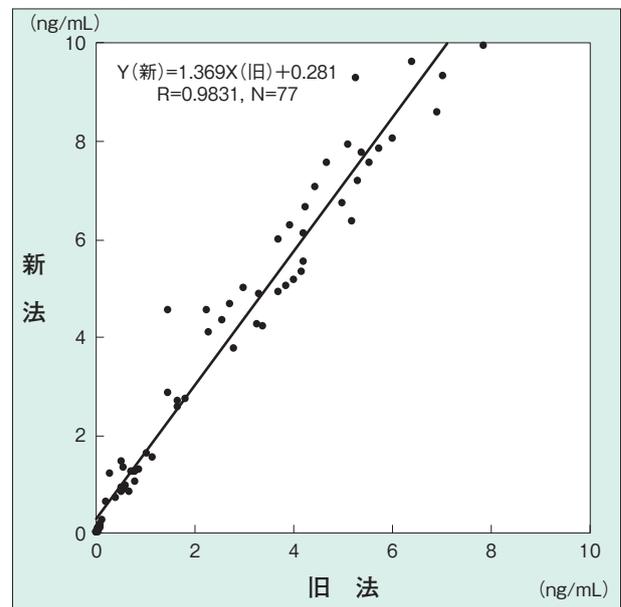
成長ホルモン (GH) の測定試薬をECLIA法による検査試薬に変更致します。現行試薬では「成長ホルモン分泌不全性低身長症」および「成人成長ホルモン分泌不全症」の診断を行う場合、成長科学協会が示す補正式による換算が必要でしたが、新試薬では換算は不要になります。なお、本変更に伴い、基準値をメーカー推奨値に変更致します。

新旧二法の相関

[全体]



[低値域]



(社内検討データ)

参考文献

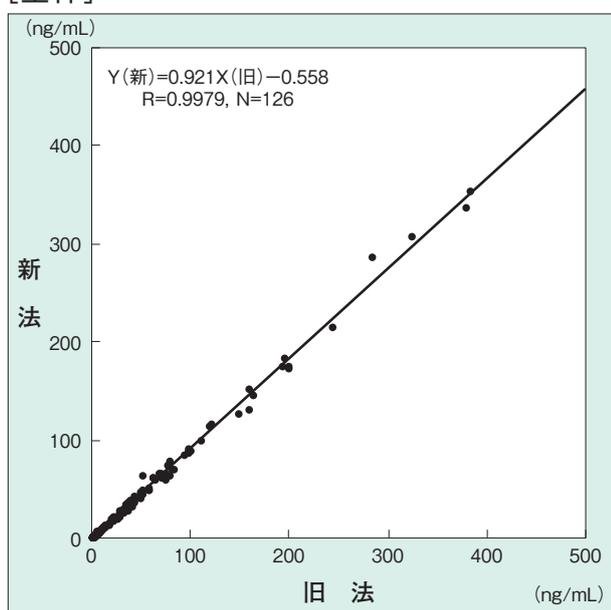
小山沙世, 他: 医学と薬学 68: 899-910, 2012.

サイログロブリン (Tg)

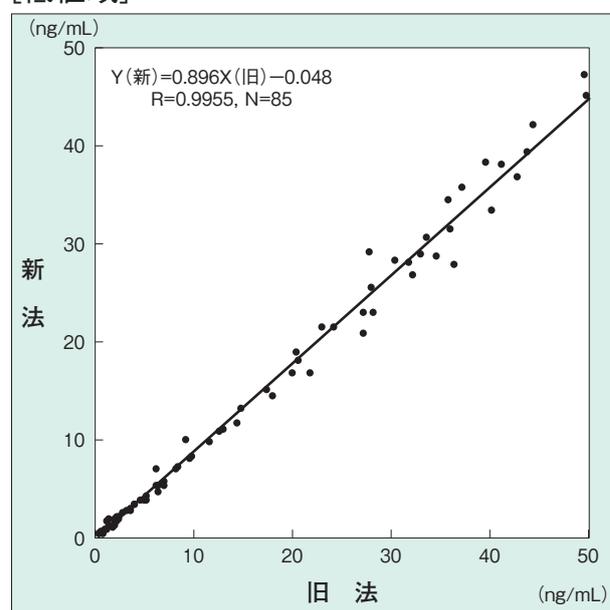
現行試薬の販売中止に伴い、サイログロブリン (Tg) の測定試薬を同一メーカーが販売するさらに高感度な後継試薬に変更致します。本変更に伴い、基準値を文献値に変更致します。

新旧二法の相関

[全体]



[低値域]



(社内検討データ)

参考文献

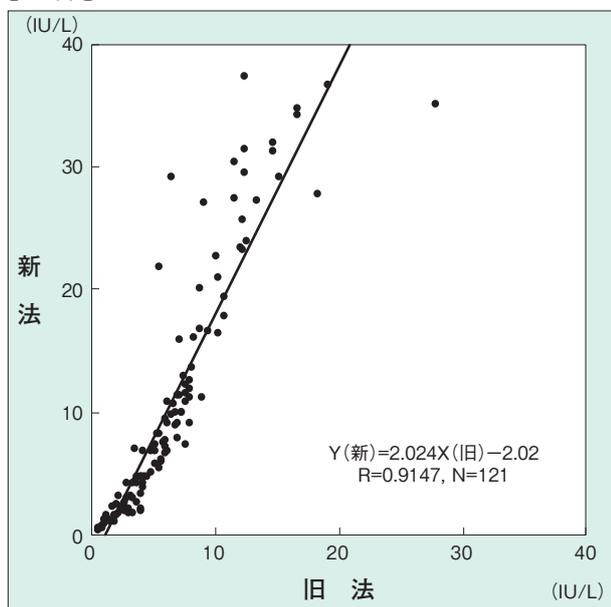
北川 亘, 他: 医学と薬学 71: 1655-1666, 2014.

TSHレセプター抗体定量 (TRAb)

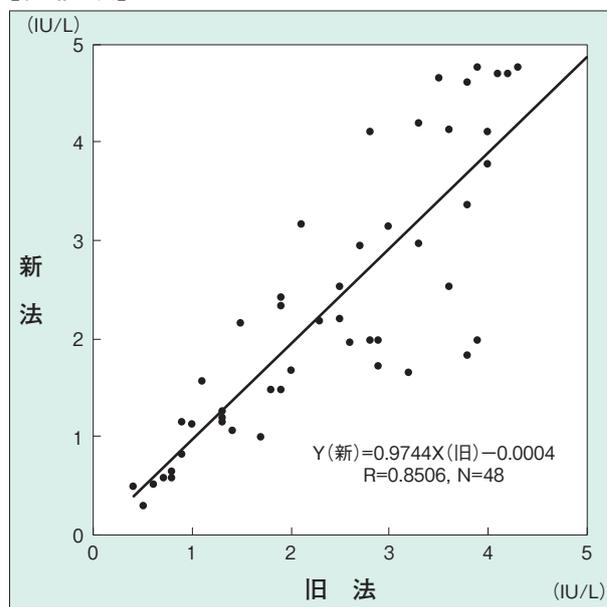
現行試薬の販売中止に伴い、TSHレセプター抗体 (TRAb) の測定試薬をECLIA法による検査試薬に変更致します。本変更に伴い、基準値を試薬添付文書に記載の基準値に変更致します。新基準値は破壊性甲状腺炎の特異度を考慮し、より臨床診断に有用なカットオフ値に設定されています。

新旧二法の相関

[全体]



[低値域]



(社内検討データ)

参考文献

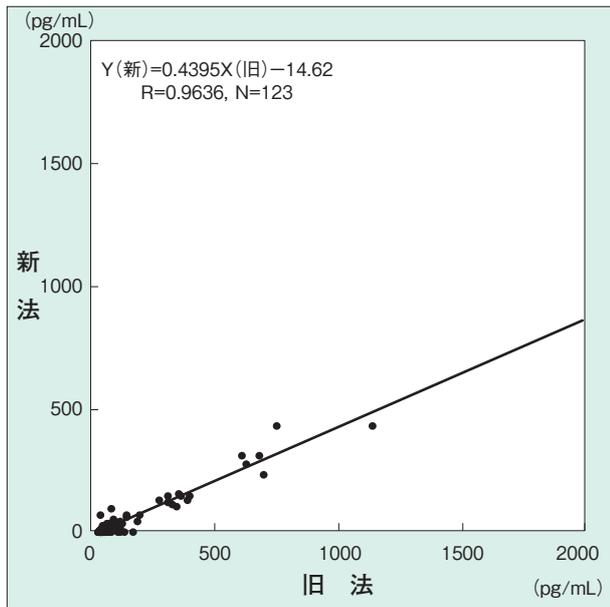
吉村 弘, 他: 医学と薬学 59: 1111-1120, 2008.

カルシトニン (CT)

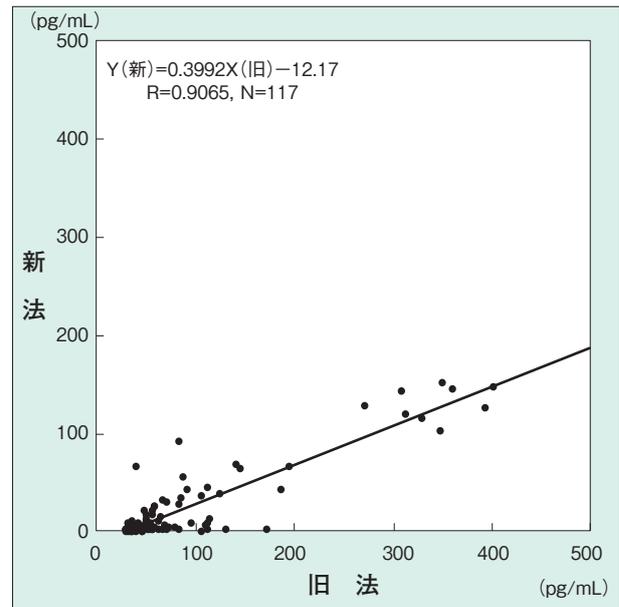
カルシトニン (CT) の測定試薬を世界保健機関 (WHO) 推奨の国際標準品を使用した ECLIA法による検査試薬に変更致します。本変更により測定感度が向上し、検体量の削減も可能になります。また、基準値を文献値に変更致します。

新旧二法の相関

[全体]



[低値域]



(社内検討データ)

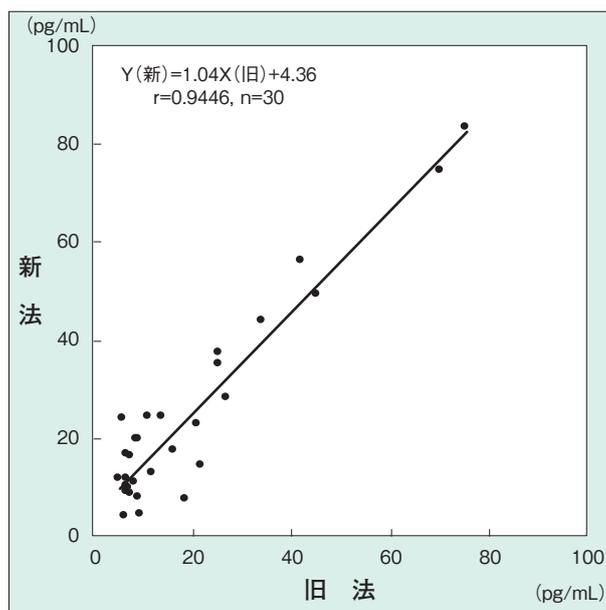
参考文献

北川 亘, 他: 医学と薬学 72: 97-108, 2015.

アンジオテンシンⅡ

アンジオテンシンⅡの検査実施施設の変更に伴い、基準値等を変更致します。

新旧二法の相関



(社内検討データ)

頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン

現行試薬の販売中止に伴い、頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチンの測定試薬を同一メーカーが販売する後継試薬に変更致します。また、本変更に伴い、検体採取容器も変更致します。

新旧二法の相関

判定一致率

		旧法		
		陽性 (+)	陰性 (-)	計
新法	陽性 (+)	54	2	56
	陰性 (-)	0	4	4
	計	54	6	60

陽性一致率：100% (54/54)

陰性一致率：66.7% (4/6)

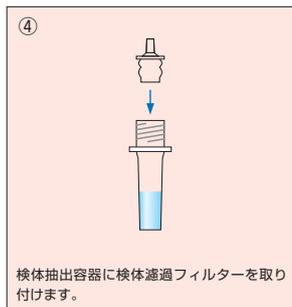
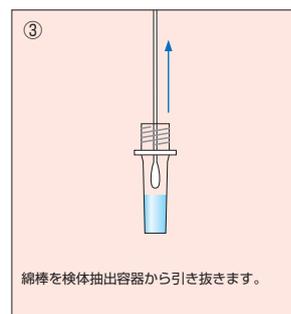
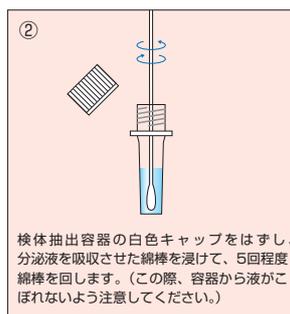
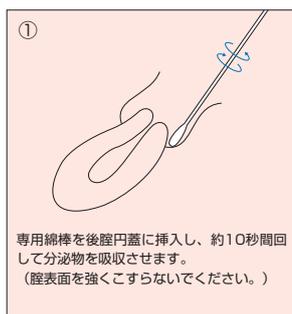
判定一致率：96.7% (58/60) (社内検討データ)

新容器

容器番号	90	癌胎児性フィブロネクチン用容器
 <p>※体外診断用医薬品</p>		
採取量	—	
保管方法	常温	
有効期間	外装表示	

検体採取の留意点

【検体の抽出・濾過方法】



【ご注意】 必ず専用の採取器具(容器番号：90)を用い、抽出・濾過検体にてご提出下さい。

※4月1日以降、現行容器(容器番号：72)で採取された検体での受託は出来ません。

検体の採取は腔洗浄前に行ってください。

検体中に精液が混入している場合は、その検体は使用しないで下さい。

検体中に0.1%以上の血液混入が認められた場合、正確な結果が得られない可能性があります。

HCV群別（グルーピング）

現行試薬の販売中止に伴い、HCV群別（グルーピング）の測定試薬を同一メーカーが販売するCLEIA法による検査試薬に変更致します。

新旧二法の相関

判定一致率

		新試薬				
		Group1	判定保留	Group2	判定不能	計
旧試薬	Group1	58	1	0	0	59
	判定保留	1	1	5	0	7
	Group2	0	0	45	1	46
	判定不能	2	0	2	39	43
	計	61	2	52	40	155

判定一致率：92.3% (143/155)

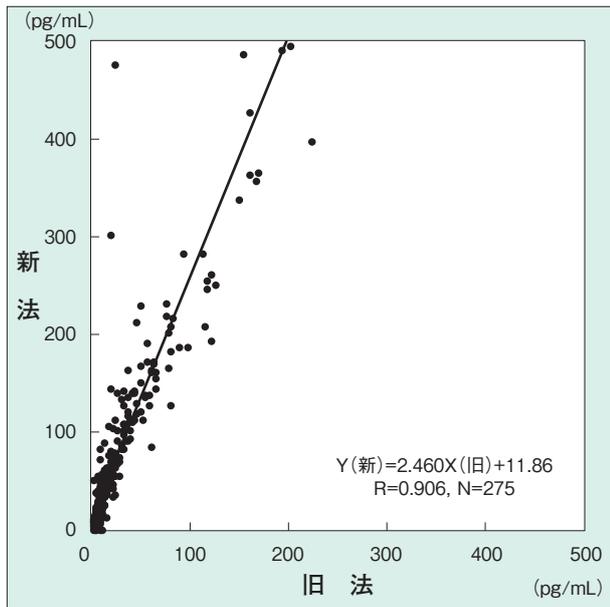
(社内検討データ)

(1→3)-β-Dグルカン

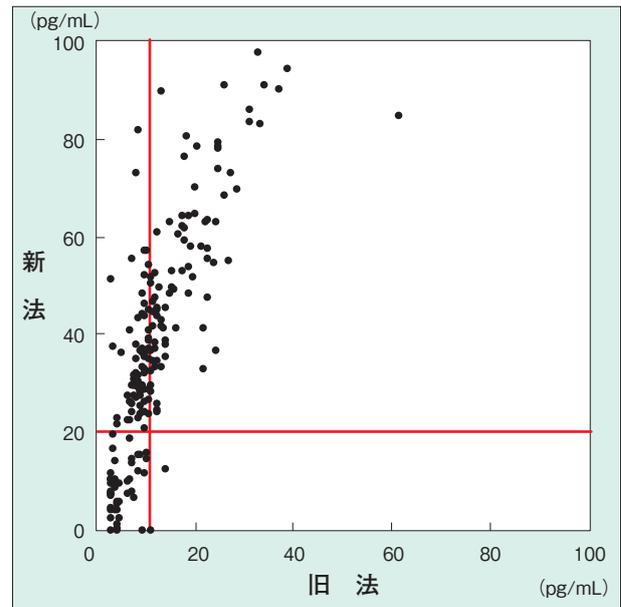
(1→3)-β-D-グルカンの測定試薬を発色合成基質法による検査試薬に変更致します。本変更に伴い、基準値を試薬添付文書に記載の基準値に変更致します。

新旧二法の相関

[全体]



[低値域]



(社内検討データ)

参考文献

- 吉田耕一郎, 他: 医学と薬学 67: 895-902, 2012.
大林民典: 臨床病理 44: 528-532, 1996.

ヘリコバクター・ピロリ抗体

ヘリコバクター・ピロリ抗体 IgGの測定試薬を同一メーカーが販売する汎用自動分析装置用の総抗体価を測定する検査試薬に変更致します。新試薬ではIgG抗体に加え、IgAおよびIgMクラスの抗体を含む総抗体価を測定するため、陽性率が向上します。

なお、本変更に伴い、検査項目名をヘリコバクター・ピロリ抗体に変更します。

新旧二法の相関

判定一致率

		旧法		
		陽性 (+)	陰性 (-)	計
新法	陽性 (+)	112	34 ^{※2}	146
	陰性 (-)	4 ^{※1}	450	454
	計	116	484	600

陽性一致率：96.6% (112/116)

陰性一致率：93.0% (450/484)

判定一致率：93.7% (562/600)

(社内検討データ)

※1：旧法陽性、新法陰性の4例は両法共にカットオフ値付近でした。

※2：旧法陰性、新法陽性はIgA抗体を認識しているものと考えられます。

ABC分類

胃の健康度を調べる「ABC分類」検査のうち、ヘリコバクター・ピロリ抗体の検査方法を総抗体価測定用の試薬に変更致します。

また、従来はペプシノゲンとヘリコバクター・ピロリ抗体の結果により、胃の健康度をA、B、Cの3群に分類し、結果をご報告しておりましたが、今回の変更に合わせてA、B、C、Dの4群でのご報告に変更致します。なお、専用報告書につきましても別掲の通り変更致します。

ABC分類の変更内容

	新	旧
検査方法	ペプシノゲン LA (ラテックス凝集比濁法) ヘリコバクター・ピロリ抗体 LA (ラテックス凝集比濁法)	ペプシノゲン LA (ラテックス凝集比濁法) ヘリコバクター・ピロリ抗体IgG EIA
判定区分 (胃の健康度)	A/B/C/D (4区分)	A/B/C (3区分)
所要日数	2~3日	2~4日
備考	*1: 当該検査はセット検査として運用させて頂きます。ご依頼に当たっては依頼書に [M62] ABCD分類とご記入下さい。 *2: セット内容は以下の通りです。 [05084] ペプシノゲン《LA》 [05103] ヘリコバクター・ピロリ抗体《LA》 [30305] ABCD分類 伝送でご依頼の際には、上記3項目をご依頼下さい。	*1: 当該検査はセット検査として運用させて頂きます。ご依頼に当たっては、依頼書に [M84] ABC分類とご記入下さい。 *2: セット内容は以下の通りです。 [05084] ペプシノゲン《LA》 [05103] ヘリコバクター・ピロリ抗体IgG《EIA》 [05639] ABC分類 伝送でご依頼の際には、上記3項目をご依頼下さい。

新判定基準と胃の健康度

【判定基準】

		HP抗体価検査	
		陰性 (-)	陽性 (+)
PG検査	陰性 (-)	A	B
	陽性 (+)	D	C

【胃の健康度】

A群	健康な胃粘膜で、胃の病気になる危険性は低いと考えられます。
B群	少し弱った胃です。 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などに注意が必要です。
C群	弱った胃です。 内視鏡による定期的検査を受診しましょう。
D群	かなり弱った胃です。 かならず、内視鏡による定期的検査を受診しましょう。

ABC分類検査報告書

[表面]

A B C 分類検査報告書

検体№

受診者名 <input type="text"/>	様	年齢 <input type="text"/>	性別 <input type="text"/>
科名 <input type="text"/>	カルテ№ <input type="text"/>	採取日 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	受付日 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
担当医 <input type="text"/>	患者ID <input type="text"/>	報告日 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

A B C D 分類判定結果

*** あなたの胃の状態 ***

A群 健康な胃 	B群 少し弱った胃 	C群 弱った胃 	D群 かなり弱った胃 
--	--	--	---

コメント

ペプシノゲン/ヘリコバクター・ピロリの判定結果

検査項目	判定	検査項目	判定	測定値
ペプシノゲン	判定	ヘリコバクター・ピロリ抗体	判定	U/ml
		基準値		10U/mL未満

ペプシノゲン検査項目	測定値	判定領域
ペプシノゲンⅠ	ng/mL	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
ペプシノゲンⅡ	ng/mL	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
ペプシノゲンⅠ / ペプシノゲンⅡ 比		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
基準範囲	ペプシノゲンⅠ：70.1ng/mL以上またはペプシノゲンⅠ/Ⅱ比：3.1以上	

医療機関

検査実施施設

株式会社LSIメディエンス

インフォメーション
医療機関用：(03)5994-2111

[裏面]

あなたの「胃の健康度」は
血液でチェックすることができます！

ペプシノゲン検査
+
ヘリコバクター・ピロリ抗体検査



Aタイプ

健康的な胃粘膜で、胃の病気になる危険性は低いと考えられます。ただし、逆流性食道炎には注意しましょう。

胃の検診で多く実施されているのは、バリウムを飲んでから行うX線撮影で、フィルムに写った胃壁の凹凸から胃の状態を見る検査です。この方法とは別に、**2種の血液検査**を組み合わせることによって「胃の健康度」を調べることができます。



Bタイプ

少し弱った胃粘膜です。胃かいよう・十二指腸かいようなどに注意しましょう。

	ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	
	陰性(-)	陽性(+)
ヘリコバクター検査	Aタイプ	Bタイプ
	Dタイプ	Cタイプ

※A B C群は0/1/2/3/4/5、D群は0/1/2/3/4/5



Cタイプ

弱った胃粘膜です。胃癌などの病気になるリスクがあります。内視鏡による定期的検査を受診しましょう。

Aタイプの多くはヘリコバクター・ピロリ未感染と考えられますが、P GⅠ≧15ng/mL、や P GⅠ≦35ng/mL、および P GⅠ/Ⅱ比<4.0では、ヘリコバクター・ピロリ感染も疑われるため、内視鏡が胃大腸検査をお勧めします。



Dタイプ

かなり弱った胃粘膜です。胃癌などの病気になるリスクがあります。かならず、内視鏡による定期的検査を受診しましょう。

ペプシノゲン検査

ヘリコバクター・ピロリ抗体検査

「ペプシノゲン」という物質の血中濃度を測定することで、胃粘膜の老化（萎縮）を客観的に調べる検査です。

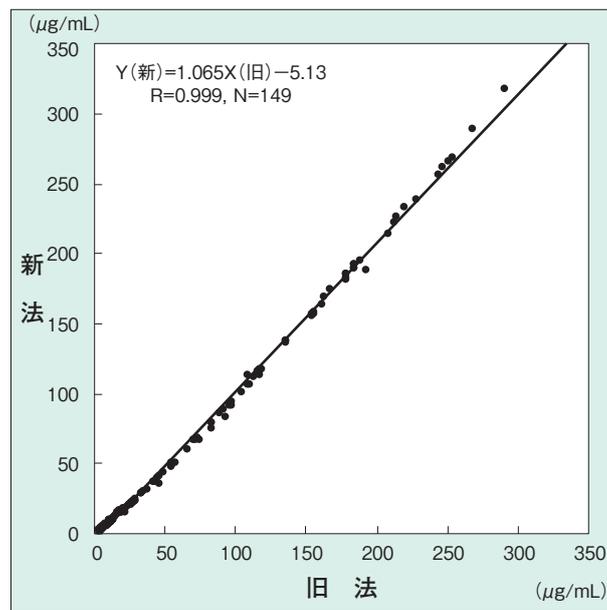
胃がヘリコバクター・ピロリ菌に感染していないか調べる検査です。感染している人すべてが胃の病気になるわけではありません。

監修：川崎医科大学 総合臨床医学 准教授 井上和郎

尿中アルブミン

現行試薬の販売中止に伴い、尿中アルブミンの測定試薬を同じTIA法による検査試薬に変更致します。新旧二法の相関は良好で基準値の変更はございません。

新旧二法の相関

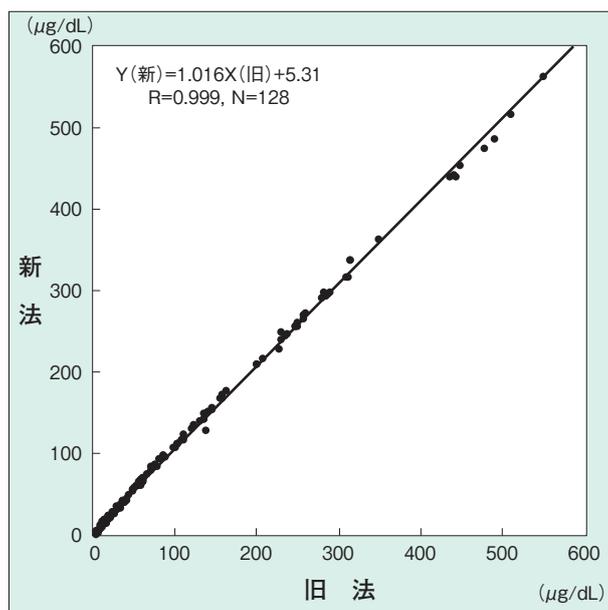


(社内検討データ)

尿中トランスフェリン

現行試薬の販売中止に伴い、尿中トランスフェリンの測定試薬を同じLA法による検査試薬に変更致します。新旧二法の相関は良好で基準値の変更はございません。

新旧二法の相関

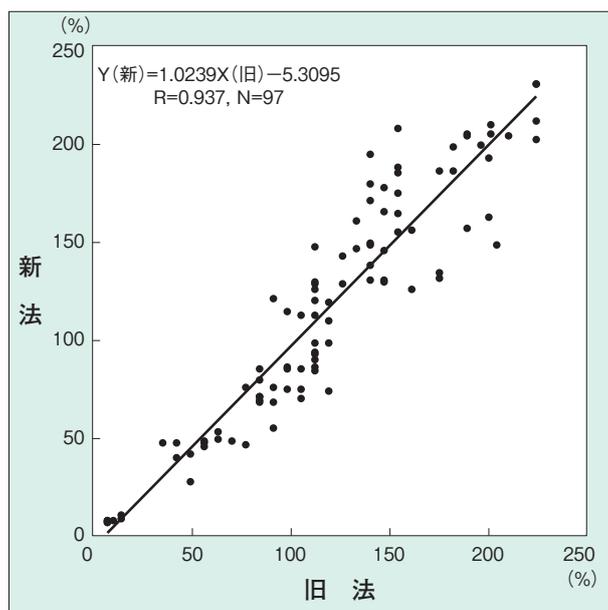


(社内検討データ)

フォン・ウィルブランド因子活性

フォン・ウィルブランド因子活性の測定試薬を的手法試薬から自動分析機器用試薬に変更致します。

新旧二法の相関



(社内検討データ)

総エストロゲン・非妊婦

基準値

	新 ($\mu\text{g/day}$)		旧 ($\mu\text{g/day}$)	
男性	2.00~20.0		2~20	
女性	卵胞期	3.00~20.0	卵胞期	3~20
			卵胞前期	
	排卵期	10.0~60.0	排卵期	10~60
	黄体期	8.00~50.0	黄体期	8~50
閉経後	10.0以下	閉経後	10以下	

エストリオール (E_3)

基準値

			新 (pg/mL)	旧 (pg/mL)
男性			5.00 以下	5 以下
女性	非妊婦	卵胞期	5.00 以下	5 以下
		排卵期	5.00 以下	5 以下
		黄体期	5.00 以下	5 以下
	妊婦	妊娠前期	20.0~ 100	20~ 100
		妊娠中期	100~10,000	100~10,000
		妊娠後期	10,000~40,000	10,000~40,000