

# 第58回 熊本県医学検査学会

## 未来を学ぶ ～時流に乗るためのアップデート～



会期

令和8年6月7日(日)



会場

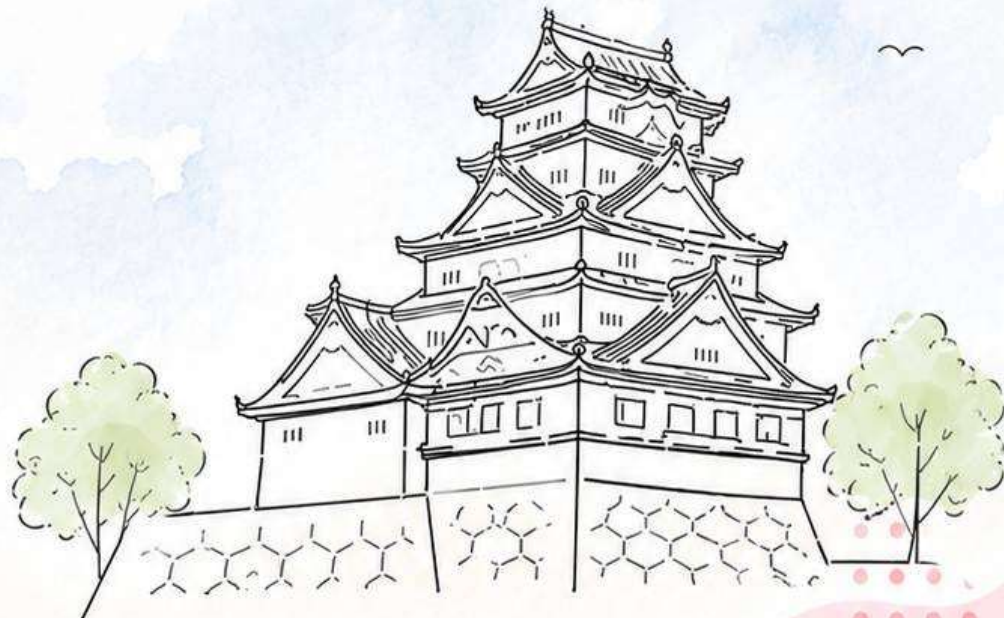
くまもと県民交流館パレア  
10Fパレアホール



学会長

田中 信次

一般社団法人 熊本県臨床検査技師会



## 目次

1.ご挨拶	
一般社団法人熊本県臨床検査技師会 会長 田中 信次	3
2.会場案内	
会場までの交通案内・フロアマップ	4
3.学会運営のお知らせ	5
I.学会に参加される方へ	
II.演者へのご案内	
III.座長へのお願い	
IV.質疑応答について	
4.日程表	9
5.プログラム	10
I.特別企画	
【特別講演】	
【学術奨励賞受賞記念講演】	
II.ランチョンセミナー	
III.スイーツセミナー	
IV.一般演題	
6.一般演題抄録	12
7.学会開催地・学会長名	26
8.令和8年度 熊本県臨床検査技師会 賛助会員一覧	27
9.学会実行委員	28

## 1. ご挨拶

一般社団法人熊本県臨床検査技師会

会長 田中 信次

第 58 回熊本県医学検査学会の開催にあたり、実行委員会を代表しご挨拶を申し上げます。

今回は県央地区・熊本市の技師が担当致します。

本学会は熊本県における臨床検査の向上発展を目的に熊本県内の各地区持ち回りで開催されています。毎年県内の多くの技師が参加し、症例報告、検査試薬および機器検討、多職種が連携するチーム医療における検査技師の役割、若手技師への教育、働き方改革に伴う検査室の運営等、臨床検査を取り巻く課題について学術発表および情報交換を行う場となっており、新たな知見を各医療施設にフィードバックすることで熊本県の医療の貢献に寄与していると思います。

学会のメインテーマを『未来を学ぶ～時流に乗るためのアップデート～』として、すでに変わりつつある臨床検査、その要因の一つであるデジタルトランスフォーメーション（DX）に注目いたしました。私たちはその流れに乗り、質の高い検査結果の提供に留まらず、検査のプロフェッショナルとして地域に求められる検査室作り、未来の検査室を担う人作りの一助となる内容を目指し企画しています。今回、特別講演として日本臨床衛生検査技師会 横地常広会長に「医療 DX が及ぼす近未来と臨床検査の果たすべき役割」と題して講演をいただき、今後の臨床検査技師の方向性を示唆していただきます。またランチョンセミナーでは、シスメックス株式会社 ICT 営業推進部 沼田由香理先生より「変わる医療環境、進化する検査室-DX が描く次世代ラボの展望-」と題しての講演をいただき、検査室の具体的な変化などを教えていただきます。

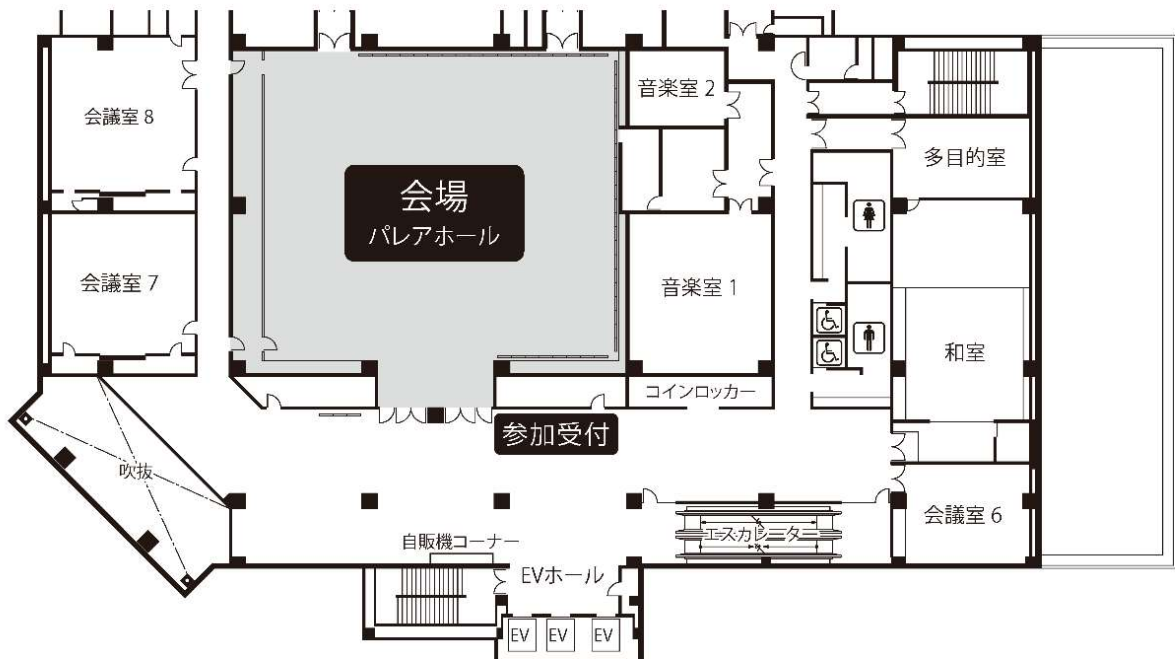
私たちを取り巻く環境は大きく変わっていきます。その中で順応していくために、この学会がこれからのあり方を考えるうえでの参考になれば幸いです。ぜひ多くの方の参加を心よりお待ちしております。

最後になりましたが、今回の学会を開催するにあたり、熊本県臨床検査技師会会員の皆様、賛助会員の皆様のご協力やご支援に心より感謝申し上げます。

## 2. 会場案内



10F



## 【学会に参加される方へ】

### ■会場

- ・くまもと県民交流館パレア 10F パレアホール

〒860-0808 熊本県熊本市中央区手取本町 8-9 TEL:096-355-4300

### ■学会日時

- ・2026年6月7日(日) 9時30分～16時00分

### ■受付場所

- ・受付は6月7日(日) 9時00分から10Fロビーで開始します。
- ・日臨床会員証を忘れずにお持ちください。
- ・受付処理は学会開催中であれば随時対応いたします。混雑防止のため、空いている時間を利用して参加登録をお願いいたします。

### ■学術集会参加費

- ・学会当日、受付にて徴収いたします。
- ・会員:1,000円 非会員:3,000円

※技師会入会の登録申請中の方や、他県から異動の方は受付にてその旨をお伝えください。

### ■学会参加証明

- ・日本臨床衛生検査技師会ホームページ内の会員メニューから必要な方は各自発行をお願いいたします。
- ・非会員の方は、受付時にその旨をお伝えください。後日郵送いたします。

### ■ランチョンセミナー

- ・事前申し込み制となります。(2026年5月31日締め切り)
- ・ランチョンセミナーのチケットは学会受付時にお渡しします。申込み済みの方は、11時30分までに学会参加受付を完了させてください。
- ・お弁当のお渡しは、午前の部終了後に、ロビーにて行います。
- ・ランチョンセミナー終了後に、お弁当ゴミの回収を行います。円滑な学会運営にご協力ください。

### ■駐車場

- ・当施設におきましては専用の駐車場はございません。
- 誠に恐れ入りますが、公共交通機関でお越しいただくか、お近くの公共駐車場やコインパーキングをご利用いただくようお願いいたします。

### ■託児所

- ・今回は設営しない運びとなりました。ご了承ください。

### ■喫煙

- ・館内は全面禁煙です。所定の場所以外での喫煙は禁止となっています。

■携帯電話等

・学会会場に入場する際には、携帯電話等は必ずマナーモードに設定するか、電源をお切りください。学会進行の妨げや、その他参加者の迷惑にならないようご注意ください。

■写真・動画の撮影について

・演題発表中や講演中の写真・動画撮影は、常識の範囲内をお願いいたします。

■会場での飲食

・10F パレアホールではランチョンセミナーおよびスイーツセミナーの時間帯のみ飲食可能です。

■感染症対策について

・参加の皆様におかれましては、マスク着用や手洗いなど感染予防にご協力ください。

■環境整備

・ランチョンセミナーのお弁当以外のゴミは、各自お持ち帰り頂きますようお願いいたします。環境整備にご協力をお願いいたします。

■会場のインターネット環境について

・会場付近および会場内のインターネット環境が不安定なため、あらかじめ抄録のダウンロードや印刷をお願いいたします。

**【演者へのご案内】**

- 1) 発表時間の 30 分前までに会場へご来場ください。
- 2) 必ず受付で参加登録を済ませてください。
- 3) 発表時間及び発表形式は下記の通りです。

	発表時間	発表時間
特別講演	60 分	口演、PC
一般演題	発表 6 分 質疑応答 2 分	口演、PC
学術奨励賞記念講演	発表 15 分 質疑応答 5 分	口演、PC

※発表時間厳守をお願いいたします。

- 4) 一般演題 発表データの登録

・令和 8 年 5 月 31 日(日)までに、メールにてお送りください。

送り先: [kanesaki.daisuke.qo@gmail.com](mailto:kanesaki.daisuke.qo@gmail.com)

熊本赤十字病院 検査部 兼崎太輔

※メールの件名は『第 58 回熊本県医学検査学会 発表スライド』としてください。

※メールの本文には、所属と氏名の記載をお願いいたします。

※発表データのファイル名は、【演題名】としてください。

※原則、データ受付締め切り後の発表スライドの変更はできませんのでご注意ください。

#### 5) 発表形式について

- ・スクリーンは1面で、PC(パソコン)による発表のみとなります。

発表はすべて PC プロジェクターを使用します。

会場には Windows PC を準備いたします。

発表データ作成条件

画面サイズ ----- 4:3 または 16:9

アプリケーション ----- Windows PowerPoint2013、2016、2019

使用フォント ----- Windows 標準搭載フォント(例 MS 明朝、MS ゴシックなど)

データ容量 ----- 容量が大きくメール送信できない場合には、下記のお問い合わせ先へご連絡ください。

注意事項 ----- 発表者ツールは使用できません。ご了承ください。

- ・動画について

動画を使用する場合、Windows Media Player で動作する形式を使用してください。

- ・発表方法

演台上に、マウス、キーボード、モニタを準備しますので、ご自身で操作してください。

- ・利益相反(COI)について

発表スライドの最初にご提示願います。

#### 6) 一般演題 発表者の方へ

- ・発表時間の 30 分前までには会場へご来場いただき、参加受付をお済ませください。
- ・発表予定時間の 15 分前には各会場内の次演者席までお越しください。
- ・演題間は、時間の都合上 1 分に設定させていただいています。円滑な学会運営にご協力ください。
- ・発表時間終了の 1 分前に音でお知らせします。発表時間(6分)の厳守をお願いいたします。

#### 7) 演題発表関連のお問い合わせ先

- ・熊本赤十字病院 検査部 兼崎太輔

TEL :096-384-2111

E-mail :kanesaki.daisuke.qo@gmail.com

#### 【座長へのお願い】

- 1) 演題開始時間の 30 分前までには会場へご来場いただき、参加受付をお済ませください。
- 2) 担当セッション開始の 15 分前には、次座長席にお越しください。
- 3) 発表順はプログラムに記載の通りですが、進行ならびに追加発言等につきましては座長にご一任いたします。演者お一人の発表時間(発表 6分、質疑応答 2分)を厳守し、セッションの終了時間の厳守にご協力をお願いいたします。
- 4) 前のセッションが早く終了した場合は、プログラムに記載されているご担当セッションの開始時刻までお待ちください。

**【質疑応答について】**

- 1) 座長の許可を得たうえで、所属と氏名を述べてから質問を行ってください。
- 2) 各会場に質疑者用のマイクを準備しています。マイクの場所にお進みいただき、質問を行ってください。
- 3) 質疑応答は2分間となっています。ご協力お願いいたします。

#### 4. 日程表

09 : 00	受付開始	
09 : 30	開会式	
09 : 40 10 : 06	『一般演題 1』(生化学・免疫・一般)	3 題
10 : 10 10 : 36	『一般演題 2』(生理)	3 題
10 : 40 11 : 40	----特別講演---- 『医療 DX が及ぼす近未来と臨床検査の果たすべき役割』 日本臨床衛生検査技師会 会長 横地 常広 先生	
12 : 00 13 : 00	----ランチョンセミナー---- 『変わる医療環境、進化する検査室 - DX が描く次世代ラボの展望 -』 シスメックス株式会社 ICT 営業推進部 沼田 由香理 先生	
13 : 10 13 : 27	『一般演題 3』(輸血・血液)	2 題
13 : 30 13 : 56	『一般演題 4』(生理・管理運営)	3 題
14 : 00 14 : 17	『一般演題 5』(微生物)	2 題
14 : 20 14 : 40	----学術奨励賞受賞記念講演---- 『全自動尿中有形成分分析装置 UF-5000 による細菌検出が有用であった 結核性腹膜炎の 1 例』 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 岩永 祐季 技師	
14 : 50 15 : 20	----スイーツセミナー---- 『日臨技共済制度について』 ①日本臨床衛生検査技師会 会長 横地 常広 先生 ②メディックプランニングオフィス 長 友之 先生	
15 : 30 15 : 50	----熊臨床検査技師会からの報告---- -2025 年度熊本県臨床検査精度管理調査の傾向分析報告-	
15 : 50	閉会式	

## 5. プログラム

### I.特別企画

【特別講演】 《 10 : 40～11:40 》

座長：田中 信次（熊本県臨床検査技師会 会長）

『医療 DX が及ぼす近未来と臨床検査の果たすべき役割』

日本臨床衛生検査技師会 会長 横地 常広 先生

【学術奨励賞受賞記念講演】 《 14 : 20～14 : 40 》

座長：小山 大樹（日本赤十字社熊本健康管理センター）

『全自動尿中有形成分分析装置 UF-5000 による細菌検出が有用であった結核性腹膜炎の 1 例』

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 岩永 祐季 技師

II.ランチョンセミナー 《 12 : 00～13 : 00 》

座長：松岡 拓也（社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院）

『変わる医療環境、進化する検査室 – DX が描く次世代ラボの展望 –』

シスメックス株式会社 ICT 営業推進部 沼田 由香理 先生

III.スイーツセミナー 《 14 : 50～15 : 20 》

座長：田中 信次（熊本県臨床検査技師会 会長）

『日臨技共済制度について』

①日本臨床衛生検査技師会 会長 横地 常広 先生

②メディックプランニングオフィス 長 友之 先生

#### IV.一般演題

##### ■午前の部

[一般演題 1] 《 9 : 40~10 : 06 》 座長 : 嶋村 啓太 (熊本大学病院)

演題 1 『非特異反応により CK-MB が異常高値を呈した 1 例』

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 丸山 美幸 ほか

演題 2 『FER-ラテックス RX「生研」の基礎的検討と院内導入の有用性について』

医療法人 朝日野会 朝日野総合病院 藤原 孝生 ほか

演題 3 『小児の尿沈渣中にトスフロキサシン結晶を認めた 2 症例』

熊本赤十字病院 森本 美羽 ほか

[一般演題 2] 《 10 : 10~10 : 36 》 座長 : 崎田 充 (熊本大学病院)

演題 4 『Mitral arcade を疑う先天性僧帽弁異常により重症僧帽弁狭窄症を呈した一例』

熊本市立熊本市市民病院 角 華子 ほか

演題 5 『トレッドミル運動負荷検査にて ST 上昇を認めた 2 症例』

熊本赤十字病院 井手 悠華 ほか

演題 6 『血管迷走神経反応低減を目的とした多面的対策の検討』

日本赤十字社熊本健康管理センター 有田 翔平 ほか

##### ■午後の部

[一般演題 3] 《 13 : 10~13 : 27 》 座長 : 岩崎 晃史 (天草地域医療センター)

演題 7 『O 型 RhD 陰性患者に抗 Jra の保有が示唆された一症例』

熊本赤十字病院 牧本 望玖 ほか

演題 8 『維持透析中で汎血球減少を契機に発見された急性前骨髄球性白血病 (APL) の 1 例』

独立行政法人地域医療機能推進機構 熊本総合病院 若松 弘透 ほか

[一般演題 4] 《 13 : 30~13 : 56 》 座長 : 浦本 千尋 (熊本地域医療センター)

演題 9 『画像診断に苦慮した閉塞性黄疸を伴った腹部結核性リンパ節炎の 1 例』

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 牛島 僚太 ほか

演題 10 『検診で発見された腎癌の検討』

日本赤十字社熊本健康管理センター 小嶋 志歩 ほか

演題 11 『超音波検査で遭遇した精巣悪性リンパ腫の一例』

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 枈原 将大 ほか

[一般演題 5] 《 14 : 00~14 : 17 》 座長 : 荻 泰裕 (熊本市医師会検査センター)

演題 12 『迅速発育抗酸菌の検出における WYOα 培地の有用性』

熊本大学病院 米倉 すす ほか

演題 13 『血液培養にて S. Typhi を検出し、早期に腸チフスの診断に至った一例』

地方独立行政法人 くまもと県北病院 土橋 朱音 ほか

## 【一般演題】

## 【一般演題1】《9：40～10：06》

### (演題1)

#### 非特異反応によりCK-MBが異常高値を呈した1例

◎丸山 美幸<sup>1)</sup>、中川 美弥<sup>1)</sup>、松成 謙介<sup>1)</sup>、宮本 麻希<sup>1)</sup>、上島 さやか<sup>1)</sup>  
社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院<sup>1)</sup>

#### 【はじめに】

CK-MB (心筋型クレアチンキナーゼ) は主に心筋細胞内に含まれる酵素で、心筋梗塞や心筋炎などの心筋障害によって血中に逸脱する。今回われわれはCK活性に比して、CK-MB値が異常高値を呈した症例を経験したので報告する。

#### 【症例】

70歳代、女性。

#### 【既往歴】

慢性腎臓病 (糖尿病性腎症)、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、機能的片腎。

#### 【現病歴】

糖尿病性腎症による慢性腎臓病の経過中に急激な腎機能低下を認め、機能的片腎および慢性腎不全に対して腹膜透析が導入された。自宅にて腹膜透析施行後、呼吸苦および胸痛を自覚した。救急外来受診時の生化学検査において、CK活性に比してCK-MBが著明高値を示した。

#### 【結果】

原液測定において、CKは78.3 U/L、CK-MBは164.7 ng/mLであり、CK値に対してCK-MBが著明高値を示した。希釈測定の結果、希釈倍数が2倍444.0 ng/mL、4倍300.4 ng/mL、8倍156.8 ng/mLと、CK-MB測定値 (換算値) は原液測定値より高値を示し、16倍希釈では113.6 ng/mLであり原液測定値よりも低値となり、希釈直線性が得られなかった。非特異反応の有無を確認するためにCK-MBの熱変性しやすい性質を利用し、検体加温処理を実施した。非特異反応のない対照検体ではCK-MB測定値が大幅に低下したのに対し、自験例では加温処理後もCK-MB測定値の低下をほとんど認めなかった。このことから、自験例におけるCK-MB高値は非特異反応に由来することが示唆された。非特異反応の原因として異好性抗体の存在が考えられたため、免

疫グロブリン吸収試験を行った。その結果、CK-MB測定値の低下を認めたことから、検体中にIgA型を主体とする異好性抗体の存在が推察された。

#### 【考察】

自験例では、CK活性に対してCK-MB測定値が著明高値を示し、希釈試験における直線性不良および加温処理後の測定値低下を認めなかったことから、測定系に対する非特異反応の関与が示唆された。さらに免疫グロブリン吸収試験の結果より、IgA型を主体とする異好性抗体の存在が推察され、CK-MB測定値はこれら非特異反応物質の影響による正誤差を受けたものと考えられた。CK-MB mass IIはラテックス比濁法を用いた測定法であり、免疫阻害法と比較してCK-BBやマクロCKの影響を受けにくく、特異性に優れた測定法である。一方で、異好性抗体が存在する場合には、正確な測定値が得られないことがある。CK-MB測定値がCK値や臨床所見と乖離する場合には、単一の測定結果に依存するのではなく、トロポニンなど他の心筋マーカーの測定値、ならびに心電図所見などを含めて総合的に評価し、病態および病勢を把握することが重要である。

連絡先 096-351-8000 (内線 2040)

## FER-ラテックス RX「生研」の基礎的検討と院内導入の有用性について

◎藤原 孝生<sup>1)</sup>、古川 麻紀<sup>1)</sup>、坂本 愛侑<sup>1)</sup>、馬場 晴夏<sup>1)</sup>、澤亀 美命<sup>1)</sup>、國田 憲子<sup>1)</sup>、渡邊 みどり<sup>1)</sup>  
医療法人 朝日野会 朝日野総合病院<sup>1)</sup>

### 【はじめに】

フェリチン（以下 FER）は全身に存在する鉄貯蔵タンパクであり、体内での鉄代謝において重要な役割を担っている。血中 FER 濃度は、貧血や潜在性鉄欠乏状態などの鉄代謝異常をはじめ、鉄過剰症や悪性腫瘍、肝障害などの多くの病態の指標となる。

FER 測定用試薬は、化学発光法を測定原理とし高感度の測定を可能としたキットや、ラテックス凝集免疫比濁法を測定原理とし汎用自動分析装置に搭載可能なキットなど、様々な測定原理を用いた検査試薬が日本国内で販売されている。ラテックス凝集免疫比濁法は化学発光法と比較して測定時間が短い、専用測定装置を必要としないなどの長所がある。

当院では 2026 年 3 月より、ラテックス凝集免疫比濁法を測定原理とする FER-ラテックス RX「生研」を導入した。今回、導入試薬の基礎的検討及び、既存試薬との比較を行ったので報告する。

### 【対象及び測定機器・試薬】

当院にて血清 FER 検査を実施した患者残余血清を用いた。検討試薬として FER-ラテックス RX「生研」（株式会社カインス）を用い、TBA-120FR（キヤノンメディカルシステムズ株式会社）で測定した。相関性試験と turn around time（以下 TAT）の対照試薬として、既存試薬であるルミパルス フェリチン-N を用い、ルミパルス G1200（富士レビオ株式会社）で測定した。TAT の比較に関して、2025 年 12 月から 2026 年 3 月の期間で、当院外来を受診した患者検体を対象とした。

### 【方法及び結果】

- ①併行精度：2 濃度の専用コントロール試料を用いて 20 回連続測定した結果、CV0.54~0.82%であった。
- ②室内再現精度：2 濃度の専用コントロール試料を

用いて 1 日 2 回 10 日間測定した結果、CV0.45~1.35%であった。③希釈直線性：高濃度試料を 10 段階希釈して直線性の確認を行った結果、1948 ng/mL まで直線性が認められた。④定量限界：低濃度の試料 8 検体を 5 日間 2 重測定した結果、LoQ は CV10%点で 8.5 ng/mL、CV20%点で 3.4 ng/mL であった。⑤相関性試験：当院患者血清（n=40）を用いて、検討試薬と対照試薬との相関性を確認した結果、線形回帰式  $y=1.17x+1.02$ 、相関係数  $r=0.996$  であった。⑥TAT：中央値を比較した結果、検討試薬では 29 分、対照試薬では 43 分であり、有意差を認めた（ $p<0.05$ ）。

### 【考察】

今回の基礎的検討では概ね良好な結果が得られ、TAT の短縮が認められた。LoQ は CV20%点では試薬添付文書に記載された測定範囲と同程度の値が得られた。また、鉄欠乏・鉄欠乏性貧血の診断基準（日本鉄バイオサイエンス学会、12 ng/mL 未満）と比較し低濃度を示したことから、検討試薬は日常検査に際しても十分な測定性能を有していると考えられる。相関性試験では、検討試薬は対照試薬と比較しやや高値傾向を示す結果となった。原因として、各試薬の一次標準物質の違いや使用する抗体の反応性の違いが考えられた。

### 【まとめ】

FER-ラテックス RX「生研」の基礎性能は良好であり TAT の短縮が認められたことから、本試薬の院内導入は有用であった。また、今回の検討を通して試薬の基礎的検討及び、検査室での検証（ベリフィケーション）の重要性を再認識することができた。今後も、他の検査項目についても見直しを行い、検査室の品質向上に努めたい。

連絡先：096-341-5072（検体検査室）

(演題3)

小児の尿沈渣中にトスフロキサシン結晶を認めた2症例

◎森本 美羽<sup>1)</sup>、中山 梓<sup>1)</sup>、富田 遥加<sup>1)</sup>、河野 真吾<sup>1)</sup>、吉田 雅弥<sup>1)</sup>、山崎 卓<sup>1)</sup>  
熊本赤十字病院<sup>1)</sup>

【はじめに】トスフロキサシン(以下 TFLX)は、小児の肺炎や中耳炎に優れた効果を示すニューキノロン系抗菌薬であり、2017年よりマイコプラズマ肺炎にも適応が拡大された。一方で、小児における腎機能低下の報告があり、発熱や嘔吐による脱水で尿が濃縮され、析出した結晶が腎障害を引き起こすと考えられている。今回、小児の尿沈渣中に TFLX 結晶を認めた2症例を経験したので報告する。

【症例1】10歳女児。1か月ほど前からの反復性腹痛の精査のため紹介受診。数日前に副鼻腔炎に対し TFLX 等の処方があった。

[尿定性・尿沈渣] pH6.0、比重 1.017、糖(-)、蛋白(-)、潜血(-)、赤血球 1個/HPF 未満、白血球 50-99個/HPF、扁平上皮細胞 5-9個/HPF 未満、細菌(2+)、薬物結晶(1+)

[生化学]BUN 11.5mg/dL、Cre 0.55mg/dL

[結晶所見] 黄褐色でマリモ状針状の形態を示し、化学的性状は塩酸(+)、酢酸(-)、KOH(+ )であり、TFLX 結晶の性状と一致した。

[経過]尿蛋白・潜血ともに陰性であり、副鼻腔炎由来の炎症反応以外で有意な異常所見はなかったが、TFLX 結晶を認めたため、抗菌薬変更の対応となった。

【症例2】8歳男児。肉眼的血尿を主訴に当院受診。咳・鼻汁・軽度咽頭発赤のため、前医にて TFLX を処方され、4日間服用していた。

[尿定性・尿沈渣] pH6.0、比重 1.024、糖(-)、蛋白(1+)、潜血(3+)、赤血球 100個以上/HPF(非糸球体型)、白血球 5-9個/HPF、扁平上皮細胞 1個未満/HPF、細菌(-)、薬物結晶(1+)

[生化学]BUN 18.3mg/dL、Cre 0.40mg/dL

[結晶所見]症例1と同様、形態・化学的性状ともに TFLX 結晶と一致した。

[経過] 前日には服用を終了していたが、当日朝の尿検体で TFLX 結晶を認め、翌日には肉眼的血尿、該当結晶ともに消失した。

【考察】尿沈渣中に TFLX 結晶を疑う成分を認めた場合は、必ず該当抗菌薬の内服歴を確認し、速やかに臨床へ報告することが重要だと考えられる。また、症例2は、鏡検前に主治医より TFLX 結晶の有無について確認依頼があった例で、主治医と検査室が持ち合わせている情報を共有することも重要であると再認識することができた。

【まとめ】TFLX 結晶は、小児において腎障害を引き起こす可能性のある成分であるため、形態や化学的性状、内服歴等について主治医と情報共有を行い、速やかに臨床へ報告することが重要である。

連絡先：096-384-2111（内線 6372）

(演題4)

**Mitral arcade** を疑う先天性僧帽弁異常により重症僧帽弁狭窄症を呈した一例

◎角 華子<sup>1)</sup>、小原 将光<sup>1)</sup>、藤井 優紀奈<sup>1)</sup>、浅見河原 恵美<sup>1)</sup>、酒見 祐子<sup>1)</sup>、佐藤 幸治<sup>2)</sup>  
熊本市立熊本市市民病院中央検査部<sup>1)</sup>、熊本市立熊本市市民病院循環器内科<sup>2)</sup>

【はじめに】

Mitral arcade とは、乳頭筋に直接あるいは非常に短い腱索を介して僧帽弁尖が付着し、アーケード状の形態を呈する稀な先天性僧帽弁異常である。この形態異常により弁の可動性が制限され、僧帽弁狭窄を来すことが多い。また、僧帽弁閉鎖不全を合併する例も少なくない。今回、Mitral arcade を疑う症例を経験したので報告する。

【症例】

10代女性の留学生、20XX年に健康診断で心拡大を指摘され、前医を受診した。前医で先天性心疾患が疑われ、精査加療目的に当院へ紹介となった。前医での経胸壁心臓超音波検査では、右心系拡大、三尖弁閉鎖不全、僧帽弁開放制限などが認められた。自覚症状は認めなかった。

【検査所見】

胸部 X 線検査：CTR61%

心電図検査：完全右脚ブロック、左房拡大

経胸壁心臓超音波検査：僧帽弁は両弁尖ともに肥厚し、直接または短縮・肥厚した腱索を介して乳頭筋へ付着していた。この形態異常に伴い僧帽弁の開放制限を認め、重症僧帽弁狭窄を呈していた。僧帽弁閉鎖不全は軽症であった。また、中等症～重症の三尖弁閉鎖不全を認め、推定右室収縮期圧は 59mmHg と高値で肺高血圧が示唆された。

血液検査：BNP320pg/mL

【経過】

超音波検査所見より Mitral arcade が疑われ、この形態異常に伴う重症僧帽弁狭窄と診断された。明確な自覚症状がなく無症候性の重症僧帽弁狭窄であるが、BNP 高値および肺高血圧合併例であるため、2020年

改訂版弁膜症治療のガイドラインに基づき、外科的手術または PTMC の適応（推奨クラスIIa）と判断された。患者本人の意向により、日本での精査・治療を希望されたため、高次医療機関へ紹介となった。

【結語】

Mitral arcade を呈する先天性僧帽弁異常は稀であり、成人例はさらに少ない。本症例は自覚症状に乏しく、留学生という背景も相まって医療環境や超音波検査の普及の差により診断が遅れた可能性が示唆された。成人の僧帽弁疾患においても、弁下組織を含めた弁形態異常の有無を念頭に超音波検査を行い、先天性病変の鑑別をすることが重要である。また、僧帽弁狭窄および僧帽弁閉鎖不全の有無・重症度を適切に評価することが求められる。

〈連絡先〉

TEL:096-365-1711(内線 2100)

(演題5)

トレッドミル運動負荷検査にて ST 上昇を認めた 2 症例

◎井手 悠華<sup>1)</sup>、加藤 沙織<sup>1)</sup>、山口 清正<sup>1)</sup>、兼崎 太輔<sup>1)</sup>、石崎 留美<sup>1)</sup>、山崎 卓<sup>1)</sup>  
熊本赤十字病院<sup>1)</sup>

【はじめに】

運動負荷心電図検査は心筋虚血の存在診断に用いられ、心筋虚血陽性と考えられる症例に対し、冠動脈血行再建術を考慮し、冠動脈造影(CAG)が施行される。今回、トレッドミル運動負荷心電図検査(トレッドミル検査)にて ST 上昇を認め、緊急 CAG が施行された 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】

60 代男性。1 ヶ月前より労作時胸痛を自覚し、当院受診。来院時の心電図は ST-T 変化なく、経胸壁心エコー法(TTE)においても壁運動異常は認めなかった。トレッドミル検査を実施したところ、6.6METs 負荷時に胸部絞扼感の出現とともに V1、V2 誘導で ST 上昇を認めた。緊急 CAG が施行され、左前下行枝近位部に 90%狭窄を認め、不安定狭心症(UA)と診断、経皮的冠動脈形成術が施行された。

【症例 2】

60代男性。半年前より労作時の息苦しさを自覚し、当院受診。来院時の心電図は ST-T 変化なく、TTE では以前より下壁および中隔基部に壁運動異常を認めており、新規の壁運動異常は認めなかった。トレッドミル検査を実施したところ、4.5METs 負荷時に息苦しきの出現とともに V1～V3 誘導で ST 上昇を認め、緊急 CAG が施行された。冠動脈に有意狭窄なし、エルゴノビン負荷試験で冠攣縮は誘発されず、運動誘発性冠攣縮性狭心症(運動誘発性 CSA)と推察された。

【考察】

本症例は安静時心電図および TTE で虚血を示唆する所見を認めなかったが、トレッドミル検査にて ST 上昇を認め、CAG の結果、UA の診断および運動誘

発性 CSA の推察に至った。ST 上昇は責任冠動脈の完全閉塞による貫壁性虚血を示唆し、再灌流療法の適応を決定する重要な所見である。症例 1 は ST 上昇を認めた誘導と冠動脈の責任病変部位が一致しており、症例 2 はエルゴノビン負荷試験では冠攣縮が誘発されず、運動負荷試験にて誘発することができた。エルゴノビン等を用いた冠攣縮誘発試験は、感度・特異度ともに 80～90%と高いが、冠攣縮の活動性の低い患者では、冠攣縮が誘発されないことがある。以上より、トレッドミル検査が診断の一助になったと考える。また、UA を含む急性冠症候群では発症早期に持続性心室頻拍、心室細動を生じることが多く、運動誘発性 CSA では完全房室ブロックや心室頻拍が出現することがある。ST 上昇を認めた場合は、直ちに負荷を中止し、患者の状態や血圧の変動にも十分注意し、急変を想定した迅速な対応が重要である。

【結語】

トレッドミル検査が診断に有用であった 2 症例を経験した。運動負荷により誘発される ST 上昇の病態を的確に把握し、迅速な対応ができるよう理解を深めていきたい。

連絡先：096-384-2111

## 血管迷走神経反応低減を目的とした多面的対策の検討

◎有田 翔平<sup>1)</sup>、松永 由紀子<sup>1)</sup>、山口 勝利<sup>1)</sup>、古閑 日菜<sup>1)</sup>

日本赤十字社 熊本健康管理センター<sup>1)</sup>

【目的】当センター巡回健診では、年間約4万件の採血を臨床検査技師が行っている。採血に伴う合併症の一つとして血管迷走神経反応（以下VVR）がある。これは疲労、不眠、ストレスなどの身体的・精神的要因や、人混み、不慣れな空間などの環境的要因から発生する。またVVRは全年齢層に起こりうるものの、特に採血の経験が少ない若年層に多い傾向がみられる。そこで当センター巡回健診におけるVVRについて2024年度より発生率の低下を目指すべく以下の対策を行い若干の知見を得たので報告する。

<対策>①臥位採血実施場所の確保（簡易ベッド）  
②事前問診と検査施行順番の変更 ③採血困難者への看護職の応援体制 ④採血研修会の開催

【方法】2022年度から2025年度までの巡回健診にて採血を行った受診者158,333名（男性98,963名、女性59,370名）を対象とした。VVR発生率について、対策導入前（2022-2023年度）と対策導入後（2024-2025年度）で比較検討した。さらに、VVR発生者の年齢分布、男女差についても検討した。加えて、過去にVVR発生率が高かった事業所を対象に臥位採血実施割合とVVR発生率について比較検討した。

【結果】対策導入前のVVR発生率は0.042%、導入後は0.035%となり、低下を認められたが統計学的有意差は認めなかった（ $p=0.47$ ）。VVR発生者における30歳未満の割合は2022年度66.7%、2023年度56.3%、2024年度57.1%、2025年度69.7%でありいずれの年度も全体の半数以上を占めていた。一般的には女性が多いとされるが、当センター巡回健診では男性の発生率0.042%、女性が

0.030%と、発生件数および発生率ともに男性で高い傾向を認めた。以前よりVVR発生が多かった事業所では、2025年度に臥位採血件数の増加を認め、VVR発生率は前年度よりも減少していた。

【考察】VVRは若年層に多いとされており、本検討でも発生者の多くが30歳未満であり同様の傾向を認めた。対策導入前後でVVR発生率は低下傾向を示したが、統計学的有意差は認めなかった。しかし、2024年度より導入した臥位採血環境の整備、事前問診によるリスク把握、採血体制の強化、手技教育といった多面的対策により、例年VVR発生が多かった事業所においては、臥位採血実施件数増加に伴い、VVRの発生率は低下した。このことから、リスクが高い受診者に対する適切な対応として、取り組みが発生率低減に寄与した可能性が示唆された。一方で一般的にVVRは女性に多いとされているが、本検討では男性に多い傾向を認めた。この要因として、健康状態や心理的・社会的要因といった受診者背景や年齢構成の違いに加え、男性は緊張、不安を我慢する、あるいは見栄を張るといった傾向から申告のしづらさに影響している可能性などが考えられる。さらに当センターでは臥位採血を申告しやすい環境が整備されているため、男性より女性のVVR発生の回避につながったと考える。今後は若年者やVVR既往者への対応に加え、再採血で数回穿刺し、採血に時間がかかるといったVVR発生の可能性が上昇するパターンへの対策を講じるため、引き続き採血時間、回数、環境などを分析する予定である。また不安軽減のための声掛けや説明の工夫など、個々の受診者に応じた対策をさらに検討し、今後より効果的な対策の確立を図りたい。

連絡先 096-384-3100 内線（8419）

## O型RhD陰性患者に抗Jr<sup>a</sup>の保有が示唆された一症例

◎牧本 望玖<sup>1)</sup>、吉丸 希歩<sup>1)</sup>、渡辺 琴乃<sup>1)</sup>、西山 陽香<sup>1)</sup>、福岡 星夜<sup>1)</sup>、古閑 有咲<sup>1)</sup>、吉田 雅弥<sup>1)</sup>、山崎 卓<sup>1)</sup>  
熊本赤十字病院<sup>1)</sup>

【はじめに】抗Jr<sup>a</sup>とは日本人で最も頻りに検出される高頻度抗原に対する抗体であり、Jr(a-)は日本人でおよそ3000人に1人の割合で認められる。輸血や妊娠などの感作により産生されるが、妊娠によるものが多い。今回、我々はO型RhD陰性患者に抗Jr<sup>a</sup>の保有が疑われた症例を経験したため、報告する。

【症例】50歳代女性。輸血歴はなく、妊娠歴あり。転倒による右大腿骨転子部骨折のため救急外来を受診。翌日、手術のためRBC4単位の依頼があり、血液型検査と不規則抗体スクリーニングの検査を行った。

【結果】全自動輸血検査装置Erytra(以下：Erytra)での不規則抗体スクリーニングにて、全てのスクリーニング赤血球で2+の凝集を認めた。生食法及びPEG-IAT法は陰性。試験管法によるLISS-IAT法では、全てのスクリーニング赤血球でw+の凝集を認めた。Erytraでの不規則抗体同定検査にて、自己対照を含む全てのパネル赤血球で1+～2+の凝集を認めたが、特異性はみられず、酵素法(パパイニン2段法)では全ての赤血球で2+の凝集を認めた。直接抗グロブリン試験はカラム凝集法で1+、試験管法で陰性となり、酸解離後の上清を使用したPEG-IAT法は陰性であった。抗菌薬等の投与歴はなく、自己抗体を疑ったが、他の同種抗体の存在も否定できなかった。患者の主要な抗原情報から疑われる抗体はなく、当施設で過去に抗体同定され凍結保存していた患者血清を用いてJr<sup>a</sup>の抗原検査を行ったところ、凝集がみられなかったため、自己抗体に加えて抗Jr<sup>a</sup>を保有する可能性が示唆された。また、Erytraにて実施した抗体価はIgG:2,048倍であり、±の凝集は32,768倍まで認められ、HTLA(High-Titer,Low-Avidity)抗体のような特徴がみられた。

【経過】手術中に輸血を行う可能性があり、血液センターへ製剤の在庫状況を確認したところ、O型RhD陰性かつJr(a-)の血液製剤は九州管内には無く、解凍赤血球となるため、当日中の準備が難しいことを伝えられた。依頼医と話し合った結果、手術の延期は出来な

いため、Jr<sup>a</sup>抗原陽性のO型RhD陰性を準備することとなった。幸い、手術中の出血は少量であったため、輸血をすることなく終了し、そのまま退院された。

【考察】全てのパネル赤血球及び自己対照が陽性の場合、主に自己抗体が考えられるが、本症例では自己対照よりもパネル赤血球の方で凝集が強かったため、他の同種抗体の可能性を考えた。間接抗グロブリン試験においては、LISS-IAT法のみで凝集がみられたことから、抗Jr<sup>a</sup>はIgG4のサブクラスではないかと考えられる。

製剤選択に関しては、抗Jr<sup>a</sup>保有患者への不適合輸血による溶血性輸血反応の重症例は報告されていないが、軽度から中程度のものはあるため、赤血球型検査ガイドラインでは、抗原陰性血が望ましいと表記されている。ただし、本症例はRhD陰性であるため、抗D産生が生涯のリスクとなることを考え、RhD抗原陰性の製剤を優先して準備を行った。

【まとめ】今回の症例を通して、指定血を取り寄せる必要がある場合には、速やかに血液センター及び担当医と情報共有を行い、今後の方針について検討することが重要だと感じた。

また、複数抗体の可能性を常に念頭において検査を行うことで、見落としを防ぎ、より安全な輸血の実施に繋げることができる。今後もあらゆる可能性を想定しながら検査に取り組んでいきたい。

連絡先：096-384-2111 (内線：6371)

## 維持透析中で汎血球減少を契機に発見された急性前骨髄球性白血病 (APL) の 1 例

◎若松 弘透<sup>1)</sup>、赤迫 友太<sup>1)</sup>、松本 翔太<sup>1)</sup>、木下 まり<sup>1)</sup>  
独立行政法人地域医療機能推進機構 熊本総合病院<sup>1)</sup>

【はじめに】急性前骨髄球性白血病 (以下 APL) は、急性骨髄性白血病(AML)の一病型で、WHO (第 5 版) では芽球比率が 20%未満であっても、PML::RARA 融合遺伝子が陽性であれば APL と診断される。全 AML 症例の 10~15%を占め、30~50 歳代に好発し、DIC による強い出血傾向や、骨髄においてアウエル小体の束を有する前骨髄球 (ファゴット細胞) が特徴である。今回、末梢血データからは AA や MDS などが鑑別に挙げたが、骨髄検査で APL と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。既往歴：2 型糖尿病、腎不全 (維持透析中)。現病歴：2 か月程前から汎血球減少が進行してきたため、当院腎臓内科から血液内科へ紹介となった。上下部消化管内視鏡では出血病変は考えにくいとの所見あり。

【検査所見】WBC： $1.77 \times 10^3/\mu\text{L}$ (NEUT34.4%、LYMPH61.6%、MONO1.7%、EO2.3%、BASO0.0%)、RBC： $2.77 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb：9.0g/dL、MCV：90.3fL、MCH：32.5pg、MCHC：36.0%、PLT： $75 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、Ret%：1.2%、LD：215U/L、PT(%)：48.5%、D ダイマー：2.22 $\mu\text{g/mL}$

【骨髄検査】○形態所見 細胞密度：やや低形成、有核細胞数：26,000/ $\mu\text{L}$ 、巨核球数：6/ $\mu\text{L}$ 、M/E 比:1.74、異常細胞：ファゴット細胞やアズール顆粒を豊富に含んだ異常前骨髄球 44.8%

○フローサイトメトリー検査：CD13+、CD33+、CD34-、HLA-DR-

○染色体検査 G-band：  
46,X,-Y,t(15;17)(q24.1;q21.2)

【経過・診断】CBC では汎血球減少を呈していたが、末梢血液像では目立った異形成などは認められな

かった。しかし、アズール顆粒を含んだ細胞が全視野に 1 個認められたため、主治医へ報告した。その後、骨髄検査が施行され、骨髄塗抹標本においてアズール顆粒を豊富に含んだ細胞やファゴット細胞が 44.8%認められた。それらの細胞はミエロペルオキシダーゼ染色で強陽性であり、形態学的には APL を強く疑った。骨髄塗抹標本の所見を至急医師へ報告し、翌日 PML::RARA mRNA 定量検査を追加したところ、 $3.9 \times 10^4$  コピー/ $\mu\text{gRNA}$  検出され、APL の診断となった。その後、ATRA による治療が開始され、約 1 年で遺伝学的完全寛解を達成した。

【まとめ】血液検査では AA や MDS を疑ったが、骨髄検査で特徴的な形態学的所見を臨床へ速やかに伝えることで遺伝子検査へとつながり、APL と診断できた症例を経験した。広い視野で様々な疾患を推定し、骨髄検査へとつなげることの重要性および緊急性のある疾患の形態学的所見を臨床へ報告することによって、早期の治療につなげる重要性を再確認した。

JCHO 熊本総合病院倫理委員会の承認を受けています (承認番号 265)

連絡先:0965-32-7111(内線 371)

## 画像診断に苦慮した閉塞性黄疸を伴った腹部結核性リンパ節炎の1例

◎牛島 僚太<sup>1)</sup>、佐々木 恵亮<sup>1)</sup>、赤星 佑喜<sup>1)</sup>、當麻 康弘<sup>1)</sup>、田上 圭二<sup>1)</sup>、工藤 康一<sup>2)</sup>、神尾 多喜浩<sup>3)</sup>  
社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院<sup>1)</sup>、社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 消化器内科<sup>2)</sup>、社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 病理診断科<sup>3)</sup>

【はじめに】結核性リンパ節炎は肺外結核の一つで頸部や鎖骨上窩に多いが、腹部発症は比較的稀である。今回われわれは、閉塞性黄疸を主訴に受診し診断に至った腹部結核性リンパ節炎の1例を経験したので報告する。

【症例】20代男性。インドネシアからの技能研修生（約2年前より来日）。既往歴：特記事項なし。

現病歴：1ヵ月前から黄疸に気付き、食思不振と嘔気が出たため、前医を受診した。黄疸と胆管拡張・胆嚢腫大を認め、当院に紹介受診となった。

【血液検査】AST 219IU/l, ALT 208IU/l, ALP 446IU/l,  $\gamma$ -GTP 302IU/l, T-Bil 7.6mg/dL, D-Bil 5.2mg/dLと肝胆道系酵素の上昇を認めた。また、CRP 0.56mg/dlと軽度炎症反応の上昇を認めた。HBs抗原、HCV抗体は陰性であった。

【腹部超音波検査】肝門部と臍頭部に接して57×31mm大の腫瘤を認めた。腫瘤の形状は不整形、境界は明瞭で輪郭は整、内部エコーは不均一で、低い低エコー腫瘤が集簇する像として観察された。血流信号は乏しく、周囲にリンパ節腫大を多数認めた。総胆管は遠位胆管で腫瘤に圧排され肝門部で径15mmに拡張し、肝内胆管は径5mmに拡張していた。鑑別として悪性リンパ腫や肝門部のリンパ節炎、臍頭部の腫瘍性病変などを考えたが、超音波検査での診断は困難であった。

【造影CT検査】臍頭部から肝門部に接して59×32mmの小リンパ節が集簇した腫瘤を認めた。ダイナミック造影でリンパ節辺縁に造影効果を認めた。総胆管は腫瘤に取り囲まれ狭窄し、肝内胆管は径7mmに拡張していた。

【病理検査】超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行し腫瘤より組織を採取した。好中球を伴った壊死を背景に、組織球が集簇性に増生していた。一部では類上皮細胞肉芽腫を形成し、わずかに多核巨細胞が出現

していた。明らかな悪性像はみられず、結核性リンパ節炎が強く疑われた。

【臨床経過】追加検査でT-SPOT検査を行い陽性であった。胃液抗酸菌検査では、塗抹顕微鏡検査・培養検査・結核LAMP法はいずれも陰性であった。肺のCT検査で右肺上葉に楔状石灰化結節を認めた。活動性の肺結核は否定的で排菌もなかった。抗結核薬による外来治療を開始し、1か月ごとに腹部超音波検査で経過観察したところ、肝門部の腫瘤は縮小し、黄疸も改善した。6ヶ月後も採血や画像検査の経過は良好で抗結核薬は終了となった。

【まとめ】腹部結核性リンパ節炎では腹部の腫大したリンパ節は集簇傾向を示しやすく、超音波検査では、低～等エコーを呈する集簇性多発性の腫瘤として認めることが多い。本症でも低エコー腫瘤の集簇像を認め、リンパ節が集簇していたと考えられる。鑑別として悪性リンパ腫や転移性腫大が挙がるが、結核性リンパ節炎は多様なエコー像を呈し、超音波検査での鑑別は困難といわれている。造影CT検査では乾酪壊死を反映したリング状の増強パターンが特徴で悪性リンパ腫や転移性リンパ節との鑑別に有用である。しかし、本症の様に積極的な肺病変を伴わない場合、診断は困難であり、確定診断には病理組織学的診断が必須である。超音波検査での診断は難しいが、腹部結核性リンパ節炎の検出および経過観察には有用であった。腹部超音波検査で、腹部に集簇性多発性のリンパ節腫大を認めた場合、結核性病変の可能性も検討すべきである。厚生労働省によると近年は若年の外国人の新登録結核患者割合が増加しており、20-29歳の新登録結核患者の9割を占めている。今後、外国人の受診の増加が予想されるため、日本人では比較的稀な疾患も念頭において検査業務に取り組む必要がある。

連絡先：済生会熊本病院（096-351-8000）

## 【一般演題4】《13：30～13：56》

(演題10)

### 検診で発見された腎癌の検討

◎小嶋 志歩<sup>1)</sup>、小山 大樹<sup>1)</sup>、奥村 彰太<sup>1)</sup>、石橋 圭輔<sup>1)</sup>、阪本 美紀<sup>1)</sup>、田中 信次<sup>1)</sup>、大竹 宏治<sup>1)</sup>、高澤 英人<sup>1)</sup>  
日本赤十字社 熊本健康管理センター<sup>1)</sup>

【はじめに】腎癌は癌取り扱い規約でも7cmまでがI期と、比較的大きな腫瘍で発見しても生存率の変わらない予後良好な悪性疾患としても知られている。しかしながら、大きな腫瘍であると開腹手術による体への負担や、腎臓を一部また全摘することによる腎機能の低下や損失という問題がある。そこで正常な腎臓を可能な限り残すことを原則として小径腎癌と言われる4cm以下の腫瘍に対して腹腔鏡による部分切除やさらにながの病巣を凍結させ治療する腎凍結療法が行われている。今回、当センターにおける腎臓スクリーニングの走査方法を示し、発見された腎癌の発見契機とカテゴリー分類をすることにより、検診で発見される腎癌の特徴を明らかにし、その有効性を検証した。

【方法】2019年から2022年に当センターで発見された腎細胞がんについて検診時の腹部超音波所見とカテゴリー分類を集計した。腎癌を示唆する所見およびカテゴリー分類は腹部超音波検診判定マニュアル改訂版(2021年)に記載してあるものを使用した。

【結果】発見された腎細胞がんは71例で腫瘍サイズは20mm以下19例、21～40mm37例、40mm以上15例であった。超音波画像所見とカテゴリー分類は充実性病変68例、嚢胞性病変3例で、充実性病変では境界明瞭・輪郭平滑な病変が63例、内部無エコーが62例と多くの所見を占めた。カテゴリー分類はカテゴリー5が59例、カテゴリー4が11例、カテゴリー3が1例とカテゴリー5が大部分を占めた。嚢胞性病変では充実部分(嚢胞内結節・壁肥厚・隔壁肥厚)および内容液の変化(内部の点状エコーなど)を3例すべてに認めた。

【考察】当センターでの腹部超音波検査時の腎描出方法として多方向からの観察と体位変換での観察を必ず行っている。これに呼吸調節と圧迫を加え限りなくクリアに描出できるように工夫している。今回

発見された腎癌の大きさは40mm以下が約80%でそのほとんどを小径腎癌(4cm以下)で発見できている。その画像所見の特徴は内部無エコーを高頻度に認め、境界明瞭、輪郭平滑な円形腫瘍でカテゴリー5と判断できるものが多かった。また内部エコー輝度についてはCEC(central echo complex)よりやや低エコーの高輝度な腫瘍であることも特徴的であり、鑑別が必要なAMLとは内部エコー輝度と輪郭が不整な点で異なる。そのCECよりやや低エコーという特徴もあり、CECと重なり判断が難しい場合もあるので注意が必要である。

【結語】今回当センターで発見された腎細胞がんの特徴を報告した。体位変換や多方向からの観察をすることにより効率的なスクリーニングが出来ていると判断した。

連絡先 096-384-3100 (内線 8419)

## 超音波検査で遭遇した精巣悪性リンパ腫の一例

◎ 栃原 将大<sup>1)</sup>、高橋 絢巳<sup>1)</sup>、山本 俊介<sup>1)</sup>、園田 夕子<sup>1)</sup>  
国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院<sup>1)</sup>

### 【はじめに】

精巣悪性リンパ腫は稀な疾患であるが、高齢者における精巣腫瘍では頻度が高いといわれている。今回、超音波検査（以下 US）で精巣腫瘍と精巣上体の変化を認め、精査にて精巣悪性リンパ腫と診断された症例を経験したので US を中心に報告する。

### 【症例】

70代 男性

### 【現病歴】

20XX年1月頃、1カ月前より陰囊の無痛性腫脹を自覚し他院受診。CTにて右精巣腫瘍を疑われ、当院泌尿器科に紹介となった。診察時に発熱はなく、右精巣の腫脹と硬結を認めたが、陰囊皮膚の発赤や疼痛は認めなかった。

### 【超音波所見】

右精巣の大きさは56×31mmと腫大を認めた。形状は一部不整、境界は不明瞭で、白膜は描出不良であった。精巣内は境界不明瞭な低エコー域がまだら状に散見され、不均一なエコー像を認めた。カラードプラでは精巣内の血流信号亢進を認めた。右精巣上体は著明に腫脹し、精巣上体頭部と精巣の境界は一部不明瞭であった。内部は精巣内と酷似した境界不明瞭な低エコー域を不均一に認め、血流信号の亢進を認めた。左精巣の大きさは32×15mmと腫大は認めず、境界明瞭、内部エコー均一であり、精巣上体を含めて異常所見は認めなかった。

US所見より右精巣腫瘍と精巣上体の浸潤が疑われた。精巣上体の変化の鑑別として精巣上体炎も考えられた。

### 【経過】

精査加療目的で入院となり、その後施行されたCTでは右精巣に腫瘍性病変が指摘された。またMRIでは右精巣腫大、T2WI低信号、DWI高信号、ADC低値、精巣外浸潤が認められた。これらの所見や年齢

から精巣悪性リンパ腫が疑われ、右高位精巣摘除術が施行された。病理組織診断では精巣および精巣上体、周囲脂肪組織に大型異型リンパ球様細胞のびまん性浸潤を認め、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。

### 【考察】

精巣悪性リンパ腫が精巣腫瘍に占める割合は約5%と稀だが、高齢者には好発するといわれている。また報告により、比較的多くの症例で精巣上体へ進展するとされている。

本症例では右精巣の内部にまだら状の低エコー域を認めた。また精巣上体との境界は一部不明瞭で、精巣上体内は精巣内と酷似した低エコー域を認めた。これらは病理組織診断にて確認されたびまん性浸潤に相当する所見と考えられる。

USでは精巣上体浸潤との鑑別には精巣上体炎もあげられた。これらは腫脹、血流信号亢進、内部不均一など類似した所見を認めることがある。USのみでの評価は困難な場合があるが、本症例を経て、精巣腫瘍と酷似したエコー像や、精巣との境界が不明瞭な所見を認めた場合、より強く精巣上体への浸潤を疑う手掛かりになりうると考えた。

### 【まとめ】

精巣悪性リンパ腫と精巣上体浸潤を認めた症例を経験した。USでは精巣腫瘍と精巣上体の変化を認め、病理組織診断にてびまん性浸潤が確認された。精巣腫瘍を認めた際には、精巣上体を含む周囲構造を十分に観察することが、病変の広がりや早期に把握する上で重要であると考えられた。

連絡先 096-370-3111（内線 2504）

(演題12)

迅速発育抗酸菌の検出における WYO $\alpha$  培地の有用性

◎米倉 すす<sup>1)</sup>、林 秀幸<sup>1)</sup>、山本 景一<sup>1)</sup>、福吉 葉子<sup>1)</sup>、森 大輔<sup>1)</sup>、田中 靖人<sup>1)</sup>  
熊本大学病院 中央検査部<sup>1)</sup>

【背景及び目的】

*Mycobacterium abscessus* (以下、*M. abscessus*) は迅速発育菌群 (Rapidly growing mycobacteria : RGM) に分類される非結核性抗酸菌である。今回、従来の抗酸菌培養では検出が困難であったが、*Nocardia* 属の検出を目的とした WYO $\alpha$  培地 (栄研化学) にて *M. abscessus* を検出し得た 2 症例を経験した。本報告では、RGM 検出における WYO $\alpha$  培地の有用性について検討を行った。

【方法】

*Nocardia* 属疑いの 2 症例に対し、WYO $\alpha$  培地を用いて 5%炭酸ガス培養を実施した。

〈症例 1〉：50 歳代女性。前医の喀痰検査で *M. abscessus* が検出され、精査目的で当院受診。当院での喀痰抗酸菌塗抹検査は陽性 (蛍光染色 2+) であり、抗酸菌培養では、*Mycobacterium intracellulare* のみ発育を認めた。

〈症例 2〉：60 歳代女性。前医の気管支洗浄液より *M. abscessus* が検出され、精査目的で当院受診。当院での喀痰抗酸菌塗抹及び培養検査はともに陰性であった。

【結果】

両症例とも 1 週間の培養後、WYO $\alpha$  培地にしわ状の白色コロニーを認め、VITEK MS (バイオメリュー) にて *M. abscessus* と同定された。なお、症例 1 では、WYO $\alpha$  培地で *Nocardia* 属の発育も認めた。

【考察】

両症例において、抗酸菌培養では *M. abscessus* は検出されなかったが、一般細菌検査の WYO $\alpha$  培地を用いることで検出が可能であった。抗酸菌培養で不検出となった要因として、前処理の影響が考えられる。抗酸菌培養における NALC-NaOH 処理は雑菌処理に不可欠だが、*M. abscessus* などの RGM はアルカリ処理により死滅しやすく、非処理時と比較して

*M. abscessus* の生存率が 87%低下するとの報告がある<sup>1)</sup>。

一方、WYO $\alpha$  培地を用いた検査では、スプタザイム処理後の喀痰を直接塗布するため、前処理のダメージを回避できたと考えられる。また、本培地は *Legionella* 属の選択培地であり、選択剤としてバンコマイシン、アムホテリシン B、ポリミキシン B などの抗菌薬を含有している。これにより口腔内常在菌の発育を抑制し、*M. abscessus* を選択的に検出できたと示唆される。近年、海外では非処理検体を直接塗布する NTM Elite 培地 (バイオメリュー) の有用性が報告されている<sup>2)</sup>が、同様に複数の抗菌薬を含む WYO $\alpha$  培地も、RGM 検出において有用な選択肢となる可能性が考えられた。

【結語】

RGM は、抗酸菌培養における NALC-NaOH などの前処理工程で死滅しやすく、検出が困難となる場合がある。そのため、前処理を行わずに WYO $\alpha$  培地で培養することは、RGM の検出向上に寄与する可能性が示唆された。今後、RGM 検出における WYO $\alpha$  培地の有用性について従来法との比較検討を実施予定である。

参考文献

- 1) Microorganisms. 2021 Jul 27;9(8):1597
  - 2) Microbiol Spectr. 2024 Oct 3;12(10):e0273623
- 連絡先：096-373-5696

(演題13)

血液培養にて *S. Typhi* を検出し、早期に腸チフスの診断に至った一例

◎土橋 朱音<sup>1)</sup>、境 大飛<sup>1)</sup>、稲葉 美香<sup>1)</sup>、永田 邦昭<sup>1)</sup>  
地方独立行政法人 くまもと県北病院<sup>1)</sup>

【はじめに】

*Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar *Typhi* (以下 *S. Typhi*) は感染症法で三類感染症に定められている腸チフスの原因菌である。世界では衛生水準の低い発展途上国で蔓延しており、特に南アジアなどからの報告が多い。今回、入院時に採取した血液培養より *S. Typhi* を検出し早期に診断・治療し得た症例を経験したので報告する。

【症例】

患者：インドネシア人 20 歳代男性で外国人労働実習生として働いていた。  
主訴：発熱、顎下・頸部リンパ節腫脹、咳嗽、下痢、嘔吐、食欲不振  
現病歴：インドネシアから帰国後、発熱、右下顎部リンパ節が腫大し前医を受診。来院 2 日前にはリンパ節腫大の残存、38℃台の発熱が持続するため前医を再診。精査目的で当院へ紹介受診となった。  
入院後経過：CTRX 2g/day 14 日投与、入院 14 日目に軽快退院。

【微生物学的検査】

熱源精査目的で入院時に採取した血液培養 2 セット 4 本から、培養 1 日目にグラム陰性桿菌が分離され、質量分析装置 MALDI Biotyper™ (BRUKER) にて、*Salmonella* sp. と同定された。サルモネラ免疫血清「生研」(デンカ生研)を用いて菌体抗原型別検査を行った結果、O 抗原(-)、Vi 抗原のみ(+)であった。莢膜の影響を取り除くためオートクレーブ処理(121℃、20 分)後の菌液を用い再検査を行った結果 O9 群に凝集が認められた。翌日便培養も提出され、O9：(+) Vi：(+) で *S. Typhi* 疑いの菌が 3+ 検出された。TSI 培地(極東)培養 1 日目で-/A、ガス産生陰性、硫化水素陰性であった。培養を延長した結果、培養 2 日目

で高層と斜面の接合点部分に少量の硫化水素を認めた。*S* タイプ/XM-EHEC 培地(島津ダイアグノスティクス)上では乳糖非分解のコロニーが発育し、培養延長しても硫化水素の産生は認めなかった。熊本県保健環境科学研究所における PCR 検査でも *S. Typhi* と同定され、発生届が受理された。

【考察】

腸チフスはチフス菌に汚染された食品、水などの摂取が原因となり生じる全身感染症である。確定診断には臨床材料からの *S. Typhi* の検出が不可欠である。今回、血液培養が抗菌薬開始前の段階で適切に採取されていたこと、質量分析装置を用い速やかに菌種同定ができたことで早期発見、適切な治療に至った。外国人労働者や海外渡航歴のある患者の場合、輸入感染症の可能性を念頭に置いて必要な検査、感染症対策を行うこと、感染を上げないためにも迅速な報告が重要だと考えられる。

【結語】

日本の外国籍労働者は国内の労働力不足を補うためさらに増加していくものと予想される。出身国はアジア諸国が多く、本症例もインドネシア出身であったが、このような国々では結核をはじめとする多くの感染症を発症する頻度も高い。外国人労働者や海外渡航歴のある患者からの検体では、稀な菌種や耐性菌が検出されることがあるため、注意が必要である。適切な治療、感染拡大防止のために臨床との連携、迅速な情報共有の大切さを改めて認識させられた症例であった。

連絡先：0968-73-5000(内線 263)

6. 学会開催地・学会長名

	年次	開催地	学会長		年次	開催地	学会長
第1回	昭和38年	熊本市	石田 弘	第31回	平成11年	久木野村	佐藤 正人
第2回	昭和39年	八代市	石田 弘	第32回	平成12年	熊本市	上田 和夫
第3回	昭和39年	熊本市	石田 弘	第33回	平成13年	山鹿市	寺崎 玲子
第4回	昭和40年	熊本市	大藪 藤雄	第34回	平成14年	熊本市	武藤 勝
第5回	昭和41年	熊本市	大藪 藤雄	第35回	平成15年	八代市	村上 隆昭
第6回	昭和43年	熊本市	大藪 藤雄	第36回	平成16年	熊本市	高森 祐二
第7回	昭和48年	熊本市	蔵元 虎蔵	第37回	平成17年	天草市	松岡 碩
第8回	昭和49年	熊本市	蔵元 虎蔵	第38回	平成18年	熊本市	林 眞三
第9回	昭和50年	熊本市	蔵元 虎蔵	第39回	平成19年	玉名市	徳山 正博
第10回	昭和51年	熊本市	蔵元 虎蔵	第40回	平成20年	熊本市	杉内 博幸
第11回	昭和53年	八代市	林田 寿幸	第41回	平成21年	人吉市	小田 文生
第12回	昭和54年	熊本市	林田 寿幸	第42回	平成22年	熊本市	上原 正信
第13回	昭和55年	熊本市	林田 寿幸	第43回	平成23年	玉名市	西田 吉一
第14回	昭和56年	八代市	林田 寿幸	第44回	平成24年	熊本市	瀧口 巖
第15回	昭和57年	熊本市	林田 寿幸	第45回	平成25年	八代市	佐藤 泰彦
第16回	昭和58年	熊本市	林田 寿幸	第46回	平成26年	菊池市	三牧 司佳
第17回	昭和59年	熊本市	林田 寿幸	第47回	平成27年	天草市	平井 義彦
第18回	昭和61年	八代市	林田 寿幸	第48回	平成28年	熊本市	坂口 司
第19回	昭和62年	荒尾市	林田 寿幸	第49回	平成29年	山鹿市	山住 浩介
第20回	昭和63年	熊本市	林田 寿幸	第50回	平成30年	熊本市	増永 純夫
第21回	平成元年	熊本市	林田 寿幸	第51回	令和元年	水俣市	麻生 靖子
第22回	平成2年	荒尾市	古閑 光人	第52回	令和2年	熊本市	横山 俊朗
第23回	平成3年	人吉市	星野 一徳	第53回	令和3年	天草市	磯崎 将博
第24回	平成4年	熊本市	藤井 昭夫	第54回	令和4年	熊本市	松本 珠美
第25回	平成5年	本渡市	後藤 義隆	第55回	令和5年	熊本市	廣瀬 里子
第26回	平成6年	熊本市	藤井 勝	第56回	令和6年	熊本市	富田 文子
第27回	平成7年	玉名市	松岡 勝基	第57回	令和7年	人吉市	永井 香代子
第28回	平成8年	熊本市	岡峯 公士朗	第58回	令和8年	熊本市	田中 信次
第29回	平成9年	水俣市	中村 孟				
第30回	平成10年	熊本市	中尾 昇一郎				

## 7. 令和 8 年度 熊本県臨床検査技師会 賛助会員一覧

賛助会員の皆様のご協力や、ご支援に心より感謝申し上げます。

株式会社 アステム  
関東化学株式会社  
極東製薬工業株式会社  
デンカ株式会社  
株式会社 ケミカル同仁  
株式会社 日立ハイテク  
アークレイマーケティング株式会社  
チェスト株式会社  
バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社  
堤化学株式会社  
アイ・エル・ジャパン株式会社  
**KM** バイオロジクス株式会社  
正晃株式会社  
学校法人銀杏学園熊本保健科学大学  
ラジオメーター株式会社  
株式会社 シノテスト  
**PHC** 株式会社  
シスメックス株式会社  
オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社  
株式会社 ミズホメディール  
株式会社 キューメイ研究所  
株式会社 カイノス  
ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社  
キヤノンメディカルダイアグノスティックス株式会社  
シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス株式会社  
島津ダイアグノスティックス株式会社  
富士フイルム和光純薬株式会社  
九州東邦株式会社  
ニッターボーメディカル株式会社  
株式会社 アイディエス  
ビオメリユー・ジャパン株式会社  
アッヴィ合同会社  
サクラファインテックジャパン株式会社  
株式会社 テクノメディカ

(令和 8 年 4 月 23 日 順不同 敬称略)

## 8. 第58回 熊本県医学検査学会実行委員

### 【実行委員】

学 会 長	田中 信次	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
実行委員長	松永 由紀子	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
副実行委員長	小鷹 多美	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
学 術 部 長	兼崎 太輔	(熊本赤十字病院)
総 務 部 長	黒川 朱子	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
企 画 部 長	大町 佳子	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
施 設 部 長	山口 勝利	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
経 理 部 長	加藤 沙織	(熊本赤十字病院)
広 報 部 長	奥村 彰太	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
県技師会学術部長	小山 大樹	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
県技師会総務部長	野中 喜久	(熊本保健科学大学)

### 【実務委員】

委 員	福山 翔大	(済生会熊本病院)
委 員	宮本 麻希	(済生会熊本病院)
委 員	笹尾 光由妃	(済生会熊本病院)
委 員	合志 彩名	(熊本中央病院)
委 員	栃原 将大	(熊本中央病院)
委 員	中村 百音	(熊本大学病院)
委 員	濱寄 彩香	(熊本大学病院)
委 員	出口 佑衣	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
委 員	松本 直三	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
委 員	石元 留美	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
委 員	松田 優衣	(日本赤十字社熊本健康管理センター)
委 員	中山 梓	(熊本赤十字病院)
委 員	井上 佳那子	(熊本赤十字病院)

(順不同・敬称略)

公式 LINE はじめました!

熊本県臨床検査技師会では、2025 年 4 月 1 日(火)から、熊臨技ホームページの更新情報や研修会の最新情報を LINE で配信しています!

本サービスの利用を希望される会員様は、友だち登録をお願いします。



- ・QR コードをスキャンすると LINE の友だちに追加されます。
- ・QR コードをスキャンするには、LINE アプリのコードリーダーをご利用ください。

熊本県臨床検査技師会