

相談窓口対応事例一覧

No.	対象検査項目	現象	発見の発端	相談の種類	相談内容	委員会の見解・提案した解析手順etc	原因	発表
1	AMY	低値	単一項目のみ低値	結果解釈	AMYのみ低値だが、偽低値として問題ないでしょうか。考えられることはどのようなことでしょうか。	以下の解析を提案。 ・混合試験 ・異なる測定法で測定 ・マクロアミラーゼの検索（電気泳動・ウェスタンブロット）	不明 （解析状況は未確認）	
2	PSA	高値	希釈直線性の不良	解析方法	希釈直線性が得られない検体があるが、原因を特定することは可能でしょうか。	以下の解析を提案。 ・免疫グロブリンの吸収試験 ・ゲル濾過による分子量の再確認	不明 （解析状況は未確認）	
3	T-Cho	高値	検査結果の違和感	結果解釈	TCIは内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)施行前後で高値ですが、LDL-Cは施行前は低値、施行後は高値でした。リポタンパク質分画にて、IDLとVLDLが高値でしたが、どのように結果を解釈したらよいでしょうか。	以下の見解を提示。 ・臨床背景・電気泳動像の結果から、Lp(X)の可能性が高い。 ・ERCP施行前はほぼ完全な胆管閉塞があり、胆汁中のコレステロールが逆流し、LP(X)が血中に出現していたと考えられる。ERCP施行後は脂質（溜まっていたリポ蛋白）代謝が改善し、LDL-Cが合成されて上昇した可能性が考えられる。	Lp(X)	2021年日本臨床化学会年次学術集会
4	TSH	乖離	初検値と再検値で乖離	運用方法	初回値と再検値でTSHが大きく乖離しました。マイクロフィブリンを疑い、血漿を材料として測定も検討していますが、最適な方法はどのようにするべきか迷っています。	以下の見解を提示。 マイクロフィブリンの存在が最も考えられる。 今回の結果が偽低値であったことを検証するため、確実に血餅収縮させた検体を用いて再検査を推奨する。貴施設での運用は、全ての検体について十分な凝固時間の確保や2回過心などは現実的ではなく、採血管と試薬の性能を十分考慮して検討いただきたい。	マイクロフィブリンの可能性が高い （その後の状況は未確認）	
5	T-BiL	マイナス打ち	マイナス打ち	解析方法	T-BiLは自動分析装置でマイナス打ち、簡易型ビリルビンメーターで0.6mg/dLであり、反応タイムコースは異常でした。今回の現象がなぜ生じたか、本検体についてどのような対処が必要（有効）か教えて下さい。今後、同様の事象が発生した際に分析装置側で分析エラーとして検出できるようにしたいが、対策法を教えてください。	以下の見解と対策を提案。 ・希釈測定 ・異なる原理で測定 ・血清蛋白分画測定（M蛋白の検証） ・分析装置にて反応タイムコースを監視する機能を設定	M蛋白	2021年日本臨床化学会年次学術集会
6	Ca	高値	連続して高値	結果解釈	連続してCaが異常高値となり、再検査すると低下しました。試薬配列、洗浄方法などの運用は変更していませんが、考えられることを教えてください。	以下の見解を提示。 一時的かつ連続して発生していることから、装置または試薬由来と考えられる。 反応タイムコースは、第1試薬添加時の吸光度が高かったことから、第1試薬の試薬分注量が少なくなったことが原因の可能性もある。 また、第1試薬添加時のごきり状の吸光度波形からも、泡の発生または液量不足と考えられる。	気泡または液量不足の可能性が高い （その後の状況は未確認）	
7	LD	低値	時系列・他の検査項目と乖離	結果解釈	混合試験・LDアインザム分析の結果より、LD結合性免疫グロブリンが失活因子として働いていると考えているが、免疫混合法や免疫固定法を行うことは自施設ではできない。本結果から、「LD結合性免疫グロブリンが失活因子として働き、LD低値となった」とすることは難しいでしょうか。可能性として考えられる程度にした方がよいでしょうか。	以下の見解と解析を提案。 解析結果から、免疫グロブリンだと断定することはできない。 ・温度依存性の確認 ・免疫混合試験 ・NADH添加試験 ・還元処理	免疫グロブリン	2021年日本臨床化学会年次学術集会
8	TSH	高値	臨床症状・他の検査結果と乖離	解析方法	マクロTSHを疑いますが、他施設でPEG処理等の精査を行うことは可能でしょうか。	系列病院にて以下の解析を提案。 ・異なる試薬で測定 ・添加回収試験 ・抗血清による免疫混合試験	不明 （解析状況は未確認）	
9	AST	低値	24時間後の再検値が極端に低下	結果解釈	経時的にAST活性が低下するが、どのようなことが考えられますでしょうか。	以下の解析を提案。 ・免疫グロブリンの吸収試験 ・対照検体との混合試験	免疫グロブリン	2022年日本臨床化学会年次学術集会

No.	対象検査項目	現象	発見の発端	相談の種類	相談内容	委員会の見解・提案した解析手順etc	原因	発表
10	D-Bil	乖離	初検値と再検値の乖離	結果解釈	新生児のD-Bilを再検査すると高くなる症例が見られます。考えられることは何でしょうか。	以下の解析を提案。 ・光による分解と異性体の測り込みの可能性が考えられるため、遮光と照射射体による測定値の比較	光による分解と異性体の測り込み	2022年日本臨床化学会年次学術集会
11	C3, C4, CH50	乖離	CH50、C3、C4のアンバランス	結果解釈	C4欠損症かC4異常値かを調べたいが、確認方法や解析方法を教えてください。	以下の確認を提案。 ・C3も少し低値傾向であり、古典経路が活性化されるような病態の有無	不明 (確認状況は未確認)	
12	色調	血漿の褐色化	色調変化	結果解釈	レボレード投与患者で血清が黒褐色を呈している。発作性夜間ヘモグロビン尿症などの血管内溶血があった場合、褐色尿のような色調が血清にも認められることはありますでしょうか。	以下の解析を提案。 ・溶血の有無を他の検査項目 (LD, AST, K, ALD, Hp, Hb, 網赤血球, ウロビリニン体など) で確認 ・吸収スペクトルの確認	レボード (エルトロンボバグ)	
13	Na,K	Na, Kの変動	Na, Kの違和感	結果解釈	24時間室温保存後、Naが高くなり、Kが低くなりました。室温保存ではあまり変動がないとされているが、どのようなことが考えられるでしょうか。	以下の見解を提示。 全血放置後のカリウム変動は、室温保存では一時的に低下し、その後上昇へ転じることが報告され、赤血球膜のNa-K ATPaseによりカリウムの能動輸送とされています。クレンジング動作や駆血帯の状況によってもカリウム (クレンジング動作、駆血帯の長時間圧迫) などの電解質は変動します。 このため、採血状況が影響した可能性も考えられる。	不明 (その後の状況は未確認)	
14	リパーゼ	測定異常	分析装置のエラー (リニアリティ異常)	結果解釈	シアテストの沈殿物除去、免疫吸収によりLip活性を推測することができたが、真値と考察して良いでしょうか。	以下の見解を提示。 反応タイムコースから、28ポイント以降で吸光度変化量を測定すれば、原理的にリパーゼ活性の測定は可能と考えられる。 本検体は、正常検体 (23 U/L) の傾きよりわずかに傾き小さいことから、リパーゼ活性はおおよそ20 U/L以下と考えられる。 シアテスト適心上清のタイムコースに問題が無ければ、参考値として報告して良いと考えられる。	IgM型M蛋白の可能性が高い (その後の状況は未確認)	
15	ALT	測定異常	反応タイムコース異常	結果解釈	ALTの反応タイムコースにて吸光度上昇を伴う異常反応を示した検体がありました。他項目でも異常波形が認められ、希釈測定値と乖離した項目もありました。どのようなことが考えられるでしょうか。	以下の解析を提案。 ・希釈血清での免疫電気泳動、免疫固定法によるM蛋白の確認 ・シアテストの確認 ・抗IgM血清による吸収試験と測定値の確認 ・希釈系列の作成	不明 (解析状況は未確認)	
16	ALT	マイナス打ち	反応タイムコース異常	解析方法	ALTを測定したところ活性値がマイナスとなり、タイムコースにて第2反応区間で山なりの吸光度上昇が認められました。 γ-GTとTGでも第1反応区間で吸光度上昇が認められました。 このような事例の対処法や解析方法を教えてください。	以下の解析を提案。 ・患者血清と他の患者血清 (高ALT活性) の混合試験 ・免疫混合試験 ・リボ蛋白分画電気泳動 ・他試薬での測定	IgM	2023年日本臨床化学会年次学術集会 医学検査, 73(4) 831-841 2024
17	Ca	低値	希釈再検時の高値化	解析方法	ALT、TP、HDLにおいて反応タイムコース異常が発生しました。 反応タイムコースに異常が疑われたため、全項目を生理食塩水で希釈測定したところ、Caの偽低値を疑っています。 解析方法についてアドバイスいただけます。	以下の見解と解析を提案。 Lp(x)に含まれるリン脂質が発色基質と結合 (ホスホリパーゼが消費されている) 可能性が考えられる。 ・リボ蛋白分画電気泳動 ・他試薬での測定 ・添加 (レシチン) 回収試験	Lp(X)	2024年日本臨床化学会年次学術集会 医学検査, 74(4) 772-781 2025
18	CK	高値	主治医の気づき (アインザイムのExtraband)	解析方法	CKアインザイムではCKMMがほとんどでしたが、Extrabandも認めマクロCPKが疑われました。 今後の本児の検査の進め方などについて、アドバイスをいただきたいです。	以下の見解と解析を提案。 マクロCKが考えられるが、その他の可能性もある。 ・免疫混合試験 ・アインザイム分析の再考察	不明 (解析状況は未確認)	
19	TC, TG, HDL-C, LDL-C	項目間乖離	検査担当者の気づき (脂質項目のアンバランス)	結果解釈	脂質項目 (TC, TG, HDL-C, LDL-C) のバランスがおかしい検体に遭遇しました。 どういったことが考えられますでしょうか。 教えてください。	以下の見解と確認を提案。 HDL-C、LDL-Cの反応タイムコースが異常の可能性があり、A/G比が小さいことからM蛋白による影響も考えられる。 ・リボ蛋白電気泳動や他の脂質成分測定にて、脂質のプロファイルの確認 ・他社試薬で測定し、測定値と反応タイムコースの確認 ・免疫グロブリンの定量および蛋白分画によりM蛋白の有無の確認	不明 (確認状況は未確認)	
20	尿Cre, UA	測定異常	反応タイムコース異常	解析方法	尿生化学検査にてCRE、UAにて異常反応タイムコースを認めました。 文献調査したところ、メサラジンの影響を疑っていますが、検討方法などご教示いただきたいです。	以下の解析を提案。 メサラジン (5-アミノサリチル酸) の添加実験	メサラジン (5-アミノサリチル酸)	2025年日本臨床化学会年次学術集会
21	尿β2-MG	低値	再検後の低値化	結果解釈	尿β2-MGが1060μg/Lであったため、再検を行ったところ、865μg/Lであった。再度、測定すると685μg/Lであった。 測定する度に低下傾向を示している原因は何が考えられるでしょうか。	以下の見解を提示。 酸性プロテアーゼによる分解が考えられる。	pH (酸性尿)	
22	CRE	測定異常	反応タイムコース異常	解析方法	M蛋白によりCREの反応タイムコースに異常が認められました。生理食塩水にて希釈再検を10倍まで実施したが、タイムコースは異常反応を示しています。他に対応方法と、具体的なやり方を教えていただきたいです。	以下の見解と解析を提案。 疾患背景からIgM型のM蛋白による影響が可能性が考えられる。 ・DTTによる還元処理	不明 (解析状況は未確認)	
23	Lip	測定異常	反応タイムコース異常	結果解釈	リパーゼの原倍でリニアリティ異常が発生、5倍希釈希釈でもリニアリティ異常が発生し、さらに10倍希釈を実施しました。10倍希釈ではリニアリティ異常はなく、原倍:64、10倍希釈:234と測定値に大きな乖離があったが、反応過程を確認し、10倍希釈の値を報告しました。 前回値より高値かつアミラーゼの上昇なく、この値の報告で正しかったか、お伺いしたいです。	総蛋白と血清蛋白分画から得られる絶対量と免疫グロブリン (IgM, IgA, IgG) 量と乖離が認められることから、以下の解析を提案。 ・吸収試験 ・還元処理 ・正常検体を用いた添加回収試験	不明 (解析状況は未確認)	

No.	対象検査項目	現象	発見の発端	相談の種類	相談内容	委員会の見解・提案した解析手順etc	原因	発表
24	IgG	測定異常	極端値	結果解釈 解析方法	IgGを測定したところ初検値1mg/dL、再検値-1mg/dLという結果になりました。 2,4,6,8,10,50,100倍希釈測定でも同様の結果で、シアテスト陰性。RFは>700IU/mLで、関節リウマチの既往はなし。IgM-κ型M蛋白(κ型9.5mg/l、λ型7.9mg/l)が検出され、原発性マクログロブリン血症疑いです。 外注検査でIgGは51mg/dLでした。患者由来か試薬由来か結果の解釈に非常に迷っています。何かすべきことがあれば教えていただけないでしょうか。	以下の見解と解析を提案。 冷蔵にて混濁し、37℃加温でクリアーになったことから、クリオグロブリンが疑われる。 ・試薬と検体の混合試験 ・シアテスト ・蛋白分画泳動 ・免疫吸収試験	不明 (解析状況は未確認)	
25	K	装置間差	検査担当者の気づき	結果解釈	血清K:5.2mmol/Lとヘパリン加静脈血液K:3.1mmol/Lの測定値の乖離について、原因として何か考えられることはありませんでしょうか？	以下の確認を提案。 ・クレンチング(パンピング) ・駆血時間 ・採血管の順序 ・家族性高K血症の可能性	不明 (確認状況は未確認)	
26	AST	高値	検査担当者の気づき	解析方法	ASTのみが前回値17U/Lに比べ、172U/Lと高くなった。希釈すると希釈倍数が増加するほど、換算値は上昇した。メーカーへ反応過程、希釈直線性、他の生化学データを見てもらったが、試薬測定上問題ないと回答があった。このASTのみが上昇した理由が分からず、ご意見を伺いたい。	以下の見解と解析を提案。 免疫グロブリンが結合している可能性が考えられる。 ・吸収試験 ・アインザイム分析	不明 (解析状況は未確認)	
27	HbA1c	高値	検査担当者の気づき	結果解釈	糖尿病治療中の高齢の患者で、HbA1c:8.5%、Hb:15g/dL、GA:20%、Alb:4.5g/dLであった。GAの結果から、HbA1cが実際よりも高値になっている可能性は考えられるでしょうか？ HbA1cはクロマトグラフィ法でクロマトグラムに異常はありませんでした。	以下の追加検査提案・病態解説・文献紹介。 ・空腹時血糖、尿糖、CGM+GMIなどの追加検査によるHbA1c・GAの結果妥当性確認 ・GA低値またはHbA1c高値となる病態の解説 ・GAとHbA1cの相関に関する文献・事例の紹介	不明 (その後の状況は未確認)	
28	Glu	高値	検査担当者の気づき	結果解釈	光糖液を点滴中の入院患者で、Gluが500mg/dL、HbA1cが7.0%であった。点滴液混入を疑い、ルートと逆の腕で再採血しても、同様であった。 本患者は本当にGluが500mg/dLと解釈して良いのでしょうか？	以下の見解と追加検査を提案。 抗がん剤「オプシーボ」投与患者では、劇症型1型糖尿病を発症する事例が報告されているが、本事例は該当しない。 ・OGTT	不明 (その後の状況は未確認)	