

一般 1

ディスポーザブル血球計算盤「f スライド (FR Grid)」の基礎的検討

◎西 沙智圭¹⁾、畑 諒祐¹⁾、石川 佳那¹⁾、神楽所 みほ¹⁾、小林 一三¹⁾、佐藤 信浩¹⁾
日本赤十字社 大阪赤十字病院¹⁾

【はじめに】

脳脊髄液（以下髄液）の細胞数算定は、従来のガラス計算盤を用いた方法では計算盤の取り扱いが煩雑であり、クロイツフェルト・ヤコブ病などの強い感染性を有する検体を扱った際の処理に問題が生じる。今回、ディスポーザブル血球計算盤（Finggal Link 社、以下ディスポ計算盤）の性能を検討する機会を得たので報告する。

【方法】

- ①品質確認：顕微鏡カメラを用いて最小区画の1辺の長さを計測した（各4区画×20枚）。
- ②同時再現性：全血から分離した白血球を生理食塩水に再浮遊させた擬似検体（細胞数約10/ μ L）で細胞数算定を行った（N=10）。
- ③相関性：ディスポ計算盤とガラス製のフックスローゼンタール計算盤（サンリード硝子有限会社、以下ガラス計算盤）との細胞数を比較した（N=72）。
- ④視認性確認：細胞鑑別に支障がないか確認した。
- ③④は当院検査室に提出された髄液検体を対象とした。

【結果】

- ①平均：縦 250.52 μ m、横 250.41 μ m。CV%：縦 0.08%、横 0.10%。
- ②CV%：ガラス計算盤 12.9%、ディスポ計算盤 12.7%。
- ③総細胞数： $y=1.05x-1.89$ 、 $r=0.9995$ 。単核球数： $y=1.06x-1.61$ 、 $r=0.9998$ 。多形核球数： $y=0.97x-0.04$ 、 $r=0.9998$ 。
- ④細胞鑑別に支障はなかった。

【考察】

検討結果より、ディスポ計算盤はガラス計算盤の代用として十分な性能を有していた。また、髄液細胞の基準範囲を5/ μ L以下とした場合、判定に影響を及ぼしたのは72検体中1件のみであった。作業の簡略化・感染対策の観点からもディスポ計算盤の使用は有用と思われる。

連絡先：06-6774-5111（内線 2734）

当院で経験した寄生虫感染症 2 症例

◎江殿 彩¹⁾、八木 優太¹⁾、金高 茂弘¹⁾、村住 敏伸¹⁾
神戸赤十字病院¹⁾

【はじめに】寄生虫感染症には症状が軽微なものもあり、感染から治療まで時間を要する場合もある。今回、長期にわたって寄生されていたと思われる症例を 2 例経験したので報告する。

症例 1：50 代女性。8 年程前より間欠的に食後心窩部痛出現。4/1 嘔吐、下痢、2 週間前から心窩部から左側腹部にかけて腹痛あり。救急搬送され CT 検査で小腸の一部に浮腫壁肥厚が見られ、腸炎の診断で入院。

症例 2：30 代カンボジア人男性。カンボジアで寄生虫感染の自覚あったが、不十分な診察・治療により改善が見られないまま、2020 年 8 月来日。来日後は自己判断にて 3 ヶ月に 1 回パモキサニ錠内服していたが、排便時に虫体を認める為 6/11 当院受診。

【結果】症例 1：血液検査では白血球数や炎症反応含め正常、好酸球数高値を示し、原因特定の為、食物アレルギー検査と虫卵検査を施行。4/5 虫卵検査の結果、回虫卵を検出。4/6 イベルメクチン内服開始、翌日退院。

症例 2：7/14 提出された虫体の体節の形態、各片節に生殖

孔が確認される事から無鉤条虫もしくは有鉤条虫と考えられた。セロファンテープ法による虫卵検査も施行したが陰性。また 7/14 に便の検体も提出されたが、直接塗抹法、ホルマリン・エーテル法ともに陰性。8/12 再度便検体提出され虫体を確認。体節が 1 片節ごとに分離された状態で排出されており、運動性も認めたことから無鉤条虫であると診断された。8/19 入院、翌日プラジカンテルにて駆虫。頭節部の排出を認め、翌日退院。

【まとめ】衛生環境の整った日本で寄生虫を目にする機会は減少したが、海外渡航や有機野菜の生食による寄生虫感染は身近なところで起こっている。今回、症状がありながら適切な検査がなされず、回虫症の診断・治療までに時間を要した症例と、来日の 1 年程前から自覚症状のあった、輸入感染症である無鉤条虫症の 2 例を経験した。寄生虫感染症は他者への感染源になりうることから、早期発見・治療が重要である。近年、わが国において寄生虫感染症は稀となったが、外国人労働者の増加もあり、鑑別診断として念頭におく必要がある。 連絡先 231-6006 内線 2155

巣状分節性糸球体硬化症治療経過時の高タンパク尿の原因が乳び尿と考えられた一例

◎中島 和希¹⁾、眞城 里奈¹⁾、中村 真佐徳¹⁾、駒井 隆夫¹⁾
兵庫県立尼崎総合医療センター¹⁾

【はじめに】 乳び尿の報告は、尿路とリンパ管の交通を示唆するため重要である。また、乳び尿は、乳びリンパ液由来のタンパク成分が尿に混入し、高タンパク尿を認める場合がある。その際は、我が国での報告は稀だが不要な腎生検・治療が行われる場合がある。今回我々は、巣状分節性糸球体硬化症(以下 FSGS)の経過観察中に乳び尿を認め、経過中のタンパク尿の原因が乳び尿と考えられた症例を経験したため報告する。

【症例】 60歳台男性。既往歴：フィラリア症。2000年に糸球体腎炎疑いで当院腎臓内科を受診。IgA腎症疑いのため、PSL+MZBにて治療したが経過観察中にドロップアウト。2000年+X年に尿タンパク(3+)を認め近医を受診。治療経過中に尿タンパクの改善が見られず、当院腎臓内科に紹介。腎生検の結果 FSGS と診断され PSL+CyA で治療を開始した。難治性の治療経過中に一般検査室から乳び尿を報告した。

【乳び尿報告時の検査所見】 生化学検査：TP6.7g/dL ALB 4.1g/dL BUN 16.2mg/dL CRE 0.85mg/dL 尿検査：尿タンパ

ク(4+) 尿潜血(3+) 尿白血球(-) RBC 100以上/HPF WBC 30-49/HPF U-TP 14.33g/g・cre 尿沈渣中の白血球はリンパ球主体、エーテル添加により乳びが消失したため、乳び尿疑いと報告した。

【経過】 その後、尿中 TG が 399mg/dL であり、乳び尿と診断。非典型的な治療経過であり、尿タンパクの主な漏出の原因は、乳びリンパ液の混入であることが推測され、PSL,MZB を減量し、最終的に中止した。そして現在も投薬なしで経過観察中である。

【考察】 尿タンパクと尿 TG が同様の推移であったことから、乳びリンパ液由来のタンパク尿と考えられた。本症例は、腎生検で FSGS と診断されていることから、乳び尿と FSGS の合併と考えるが、乳び尿単独の可能性も否定できない。高タンパク尿を呈する乳び尿では、乳びリンパ液性タンパク尿の可能性を念頭に置くことが重要である。

【まとめ】 高タンパク尿を呈する乳び尿の報告は、乳びリンパ液性のタンパク尿の可能性を示唆し、治療薬中止への一助となるため有用である。連絡先 06-6480-7000(2014)