

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
 平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
 このたび下記検査項目におきまして、検査内容を変更させていただきたく、
 ご案内いたします。
 何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬白

記

■ 実施日 2018年12月7日（金）ご依頼分より

■ 変更項目

検査項目	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	トキソプラズマ IgM 抗体
	HBV ゲノタイプ	TARC (Th2 ケモカイン)
	クロナゼパム	CD1
	ニトラゼパム	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)
	ピルシカイニド	Cu (銅)
	ペランパネル	コルチゾール
	ラコサミド	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)
	染色体 G-Banding	オステオカルシン
	脆弱X染色体 (脆弱X症候群)	
	単純ヘルペスウイルス IgG [固相法]	
	HTLV-I (ATLV) 抗体 [PA]	
	HTLV-I (ATLV) 抗体 [CLEIA]	

●変更一覧表

項目コード	検査項目	変更内容	新	現	備考
6485	総分岐鎖アミノ酸 /チロシンモル比 (BTR)	報告範囲 総分岐鎖 アミノ酸	4.0未満 4.0~9999999.9 μmol/L	23.0未満 23.0~9999999.9 μmol/L	測定試薬販売中止に 伴う試薬の変更、お よび報告範囲の変更
		チロシン	4.0未満 4.0~9999999.9 μmol/L	30.0未満 30.0~9999999.9 μmol/L	
3395	HBVゲノタイプ	検体量	0.6mL	0.5mL	機器自動化への変更 、および検体量、所 要日数の変更
		所要日数	2~4日	2~6日	
3572	クロナゼパム	基準値 (単位) <small>(治療濃度範囲)</small>	20~70 (ng/mL)	25~75 (ng/mL)	最新のガイドライン または医薬品インタ ビューフォームに基 づいた基準値(治療 濃度範囲)、および 採血時刻の変更
3573	ニトラゼパム	基準値 (単位) <small>(治療濃度範囲)</small>	20~200 (ng/mL)	200以下 (ng/mL)	
4282 5126	ピルシカイニド	基準値 (単位) <small>(治療濃度範囲)</small>	0.2~0.9 (μg/mL)	Peak濃度 0.2~0.9 (μg/mL)	
		採血時刻	次回投与直前 (Trough濃度)	経口： 投与後1~2時間	
—	ペランパネル	報告範囲 (単位)	20未満 20~99999999 (ng/mL)	20未満 20~99999999 (ng/mL)	報告範囲の変更
		所要日数	3~5日	4~10日	
4239	ラコサミド	所要日数	3~5日	3~9日	所要日数の短縮
—	染色体 G-Banding	所要日数	7~16日	7~17日	
—	脆弱X染色体(脆弱X症候群)	所要日数	14~16日	16~18日	
5030 7665	単純ヘルペスウイルス IgG (固相法)	備考欄	固相法 同時期の髄液と血清の双 方を同時測定することに より、髄液中の局所産生 抗体の証明が可能です。	固相法	単純ヘルペスウイル ス IgG (捕捉法) の 中止に伴う、案内書 備考欄の変更
5061	HTLV-I (ATLV) 抗体 (PA)	備考欄	検査結果が「陽性」であ った場合、ラインプロッ ト法による確認検査をお 勧めいたします。	検査結果が「陽性」であ った場合、ウエスタンブ ロット法またはラインブ ロット法による確認検査 をお勧めいたします。	
5060	HTLV-I (ATLV) 抗体 (CLEIA)	備考欄	検査結果が「陽性」であ った場合、ラインプロッ ト法による確認検査をお 勧めいたします。 測定対象は、 抗HTLV-I 抗体および 抗HTLV-II 抗体です。 型別の報告ではありません。	検査結果が「陽性」であ った場合、ウエスタンブ ロット法またはラインブ ロット法による確認検査 をお勧めいたします。 測定対象は、 抗HTLV-I 抗体および 抗HTLV-II 抗体です。 型別の報告ではありません。	HTLV-I (ATLV) 抗体〔ウエスタンブ ロット法〕の測定試 薬販売中止に伴う、 案内書備考欄の変更

項目コード	検査項目	変更内容	新	現	備考
0898	トキソプラズマIgM抗体	備考欄	IgM抗体は長期間陽性が持続する場合がありますので、下記判定基準をご参照ください。	(なし)	
7958	TARC (Th2ケモカイン)	備考欄	血漿はデータ低下が見られますので避けてください。 トロンビン入り採血管は測定値に影響を与える恐れがあるため使用を避けてください。	血漿はデータ低下が見られますので避けてください。	データ影響に関する情報を案内書備考欄へ追加。
—	CD1	項目名称	CD1a	CD1	正確な名称へ変更
2351	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)	報告範囲 (単位)	1.5未満 1.5~99900000 (pg/mL)	2.0以下 2.1~99900000 (pg/mL)	報告範囲の変更、 データ影響に関する情報を案内書備考欄へ追加
		備考欄	ACTHはEDTA濃度増加により測定値が低下するため、容器の指定容量を採取してください。	(なし)	
0107	Cu (銅)	報告範囲 (単位)	尿量により変更 ~999000 (μg/day)	尿量により変更 ~999000.0 (μg/day)	報告範囲の変更
7495 2381	コルチゾール	報告範囲 (単位)	0.06未満 0.06~99900000 (μg/dL)	0.05以下 0.06~99900000 (μg/dL)	
3550	ヒト脳性ナトリウム 利尿ペプチド前駆体 N端フラグメント (NT-proBNP)	報告範囲 (単位)	5未満 5~34900 35000以上 (pg/mL)	5以下 6~34900 35000以上 (pg/mL)	
3588	オステオカルシン	報告範囲 (単位)	0.5未満 0.5~99900000 (ng/mL)	1.0未満 1.0~99900000 (ng/mL)	

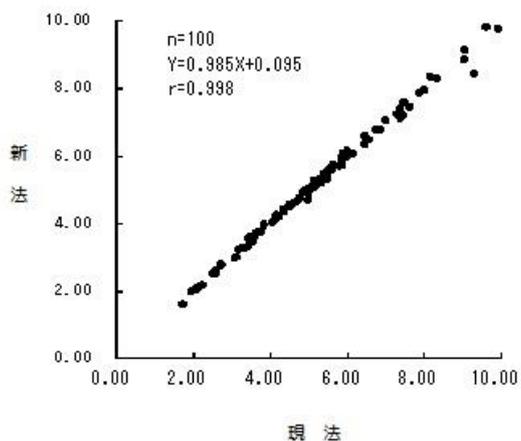
● 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)

試薬販売中止に伴い、同一メーカーの代替試薬へ変更いたします。
基準値など、項目要項の変更は一切ありません。

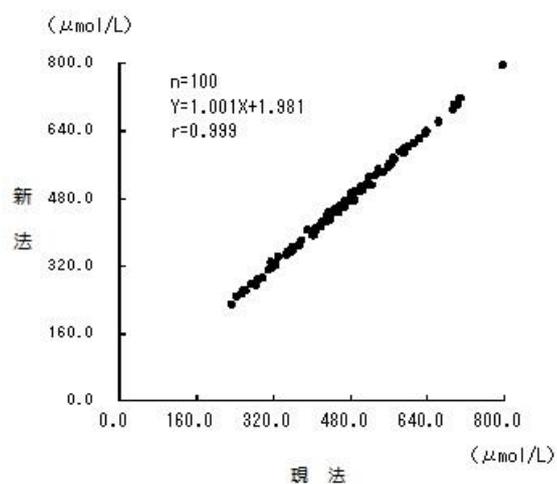
項目コード	検査項目	変更内容	新	現
6485	総分岐鎖アミノ酸 /チロシンモル比 (BTR)	総分岐鎖 アミノ酸	4.0 未満 4.0~999999.9 μmol/L	23.0 未満 23.0~999999.9 μmol/L
		チロシン	4.0 未満 4.0~999999.9 μmol/L	30.0 未満 30.0~999999.9 μmol/L

▼現法と新法の比較

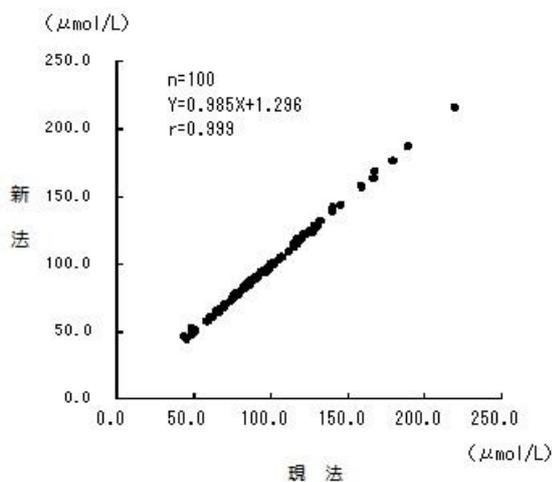
総分岐鎖アミノ酸/チロシン比



総分岐鎖アミノ酸



チロシン



●検査方法参考文献 中村 俊之, 他:臨床病理 37:911~917, 1989.

● HBV ゲノタイプ

機器自動化により、検体量の変更および所要日数の短縮をいたします。

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
3395	HBV ゲノタイプ	検体量	0.6mL	0.5mL
		所要日数	2~4日	2~6日

▼現法と新法の比較

(n=60)

ゲノタイプ		現法				判定 保留
		A	B	C	D	
新法	A	9				
	B		13			
	C			16		
	D				7	
	判定 保留					15

一致率：100%

●検査方法参考文献 田中 靖人, 他:臨床病理 57 (1) :42~47, 2009.

● クロナゼパム、ニトラゼパム、ピルシカイニド

最新のガイドラインおよび医薬品インタビューフォームに基づいた基準値（血中濃度範囲）に変更いたします。

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
3572	クロナゼパム	基準値 (単位) (治療濃度範囲)	20~70 (ng/mL)	25~75 (ng/mL)
3573	ニトラゼパム	基準値 (単位) (治療濃度範囲)	20~200 (ng/mL)	200 以下 (ng/mL)
4282 5126	ピルシカイニド	基準値 (単位) (治療濃度範囲)	0.2~0.9 (μ g/mL)	Peak 濃度 0.2~0.9 (μ g/mL)
		採血時刻	次回投与直前 (Trough濃度)	経口： 投与後1~2時間

● ペランパネル、ラコサミド、染色体 G-Banding、脆弱X染色体（脆弱X症候群）

所要日数を短縮いたします。

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
—	ペランパネル	所要日数	3~5日	4~10日
4239	ラコサミド	所要日数	3~5日	3~9日
—	染色体 G-Banding	所要日数	7~16日	7~17日
—	脆弱X染色体（脆弱X症候群）	所要日数	14~16日	16~18日

● HTLV-I (ATLV) 抗体 [PA]、HTLV-I (ATLV) 抗体 [CLEIA]

ウエスタンブロット法の検査試薬販売中止に伴い、案内書備考欄の内容を変更いたします。

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
5061	HTLV-I (ATLV) 抗体 [PA]	備考欄	検査結果が「陽性」であった場合、 ラインプロット法による確認検査をお勧めいたします	検査結果が「陽性」であった場合、 ウエスタンブロット法またはラインプロット法による確認検査をお勧めいたします。
5060	HTLV-I (ATLV) 抗体 [CLEIA]	備考欄	検査結果が「陽性」であった場合、 ラインプロット法による確認検査をお勧めいたします。 測定対象は、抗 HTLV-I 抗体および抗 HTLV-II 抗体です。型別の報告ではありません。	検査結果が「陽性」であった場合、 ウエスタンブロット法またはラインプロット法による確認検査をお勧めいたします。 測定対象は、抗 HTLV-I 抗体および抗 HTLV-II 抗体です。型別の報告ではありません。