

検査データの読み方

－臨床検査の総論的な読み方(その18)－

「臨床検査の総論的な読み方」について述べています。「検査データからの鑑別の挙げかた」として5段階の考え方を示し、これまでにアルブミン・尿素・クレアチニン・尿酸・血糖・HbA1c・アンモニア・ビリルビン・甲状腺ホルモンについての具体例を述べてきました。そして先月から「CKとその他の心筋マーカー」を取り上げています。

先月はCKとそのアイソザイムについて解説しましたので、今月はそれを例の5段階の考え方に当てはめてみます。CKをはじめとする、いわゆる逸脱酵素の異常は、主に「障害された細胞や組織から酵素が血中に流出する」ことによるので、5段階の中では「体内分布の異常」に含まれます。しかし勿論、先週述べました様に、それ以外の要素による異常も存在しますので、以下にまとめます。

摂取・吸収： 大きな影響はありません。
生合成： 腫瘍由来のCK-BB増加
体内分布： 骨格筋障害、心筋障害、血液脳関門を破壊する様な中枢神経障害など
消費： 大きな影響はありません。
排出： 免疫グロブリン結合性CK（通常よりも排出されにくいので高値になる）

さて、ここからは「CK以外の心筋マーカー」を取り上げていきたいのですが、今回は紙面が限られていますので項目のみを列挙して概説し、詳しい解説は次回以降とさせていただきます。

最近注目度の高い心筋マーカーとしてはトロポニンT、ミオシン軽鎖、H-FABP（心臓型脂肪酸結合蛋白）などがあります。これらは心筋への特異性が比較的高いものではありませんが、それだけに心筋障害を疑う場合に使用が限られることや、その特異性も完璧ではなく他の疾患でも上昇する可能性があることなどに注意が必要です。

一方で、通常測定される一般的な項目の中でも、LDやASTは心筋に比較的豊富に含まれていますので、心筋マーカーとして用いる事も可能です。これらの項目は測定しやすくコストも低いという利点があります。しかし、ご存知の様にこれらの項目は特異性が低いので結果解釈には工夫を要します。即ちCKの値と見比べることや、LD/AST比が極端に高かったり低かったりしないこと（心筋由来の場合、この比は概ね6～30の範囲内に収まります）などに留意した上で、心筋障害が疑われる場合には適宜、前段に記したその他の心筋マーカーと組み合わせて使用するのが良いでしょう。

内容に関するお問い合わせ・記事にして欲しい検査のご要望などはこちらへ

☎ 0263-32-8042 ✉ kensa@matsu-med.or.jp

松本市医師会検査健診センター 担当 五味

