

## 検査データの読み方

### －臨床検査の総論的な読み方(その25)－

「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・CKとその他の心筋マーカーについて述べ、7月からは「肝疾患に対する検査」を取り上げています。

まず全体を俯瞰した後に個別の項目を述べています。先月までに「肝細胞障害の判定」と「肝線維化の判定」、そして「肝の合成能評価」のうち、アルブミン、トランスサイレチン、RBPについて述べてきました。そこで今回は、残ったChEについて述べます。

ChEには2種類あります。すなわちアセチルコリンのみを分解するもの（真のコリンエステラーゼ）と、アセチルコリンのみならず幅広くアシルコリンを分解するもの（偽性コリンエステラーゼ）であり、血清中のChEは65%が偽性ChEです。これらはいずれも主に肝で生合成されるため、肝の合成能を反映して変動します。その他の病態も含めて、いつもの5段階でChE低値の原因を考えてみましょう。

摂取・吸収：栄養低下により低値を示します

生合成：肝の合成能低下、抗ChE薬や先天性の産生障害など

体内分布：血液希釈（妊娠後期など）

消費：異化亢進

排出：大きな影響はありません

次に、低値に比べれば臨床的意義は少ないですが、高値に関しても考えてみます。

摂取・吸収：大きな影響はありません

生合成：ネフローゼ症候群などでアルブミン不足の際に代償性に増加します

体内分布：脂質異常症の際にリポ蛋白表面のChEが遊離して高値を示します

消費：大きな影響はありません

排出：大きな影響はありません

これらを全体的に見てみると、確かに肝での生合成に大きく左右されるのが解ります。しかしそれ以外にも、様々な要素で増減することに注意が必要です。

今回は「肝の解毒能評価」について述べます。

それでは皆様、よいお年を。

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](mailto:kensa@matsu-med.or.jp)

