

番号	日時	質問	回答	分類
1	2019年1月21日	<p>白血球数、血色素量、血小板数の判定区分（2018年4月1日）と学会監修の「人間ドック健診の実際」での判定に違いがあります。</p> <p>どちらを適応したらいいのかご教授いただければ幸いです。</p>	<p>書籍（2017年4月発行）の記載は、2016年時点のものです。</p> <p>学会HPが最新であります。</p> <p>なお血球検査はいずれ（書籍，HP）も同一の担当委員であります。</p>	血球

番号	日時	質問	回答	分類
2	2020年8月27日	<p>本日は2020年改訂版血色素量の男性B判定についてお尋ねします。2016年真性多血症診断基準が改訂になっています。男性16.5女性16.0に引き下げられています。ドック学会基準では、特に男性はB判定に納まってしまいます。真性多血症が見逃されてしまいます。ヘマトクリットで独自に拾い上げるしかないというのも問題です。改訂の予定はありますでしょうか？</p>	<p>まず2020年の判定区分の改定は、尿沈渣の追加のみです。血色素量の判定区分は変更していません。健常者を対象にして基準範囲を作成しますと、人間ドック受診者の血色素の基準範囲は下記文献で男性13.7～16.3g/dL女性12.0～14.5g/dLとされています。</p> <p>https://www.jstage.jst.go.jp/article/ningendock/31/4/31_603/_article/-char/ja/</p> <p>ただし、判定区分の基準範囲表（男性13.1～16.3g/dL女性12.1～14.5g/dL）では、下限値をWHOならびに、厚生労働省の特定健診の判定値を採用しています。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf 2-52ページ参照</p> <p>また病院等で使用される共用基準範囲は男性13.7～16.8g/dL女性11.6～14.8g/dLとされています。</p> <p>http://www.jccls.org/techreport/public_20190222.pdf</p> <p>両者のわずかな差異は、後者では、BMI25～28kg/m²や、喫煙1日20本未満者が除外されていないなどによるものです。</p> <p>ご指摘のように2017年に刊行されたWHO分類では、大基準は1. ヘモグロビン増加（男性:>16.5 g/dL, 女性:>16.0 g/dL）、ヘマトクリット増加（男性:>49%, 女性:>48%）、または循環赤血球量増加（平均予測正常値より25%増加）があること、2. 骨髄生検で三系統の血球増加を伴う過形成髄であること、3.JAK2 V617FまたはJAK2 exon12 変異が存在すること、小基準は血清エリスロポエチン値が正常範囲以下であること、とされています。</p>	血球

番号	日時	質問	回答	分類
2		つづき	<p>このうち、大基準3つ、または大基準の最初の2つと小基準を満たした場合に真性多血症と診断されます。2008年のWHO分類とは異なり、基本的にはPVの診断に骨髓生検が必須となりました。</p> <p>多血症を目的に、上記の大基準での血色素あるいはヘマトクリット値以上を要精査とすると、全国の間ドック受診者200万人を解析したデータから見ると、50歳未満の男性では10%の人が該当します。</p> <p>https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/2016dockdata-No1.pdf (表18-A (男性))</p> <p>一方、真性赤血球増加症の年間発症頻度は、人口10万人あたり2人程度と推定され、極めて頻度の少ない疾患です。(小松則夫, 病態と治療 真性赤血球増加症 日本内科学会雑誌 2007 ; 96 : 1382-1389.)</p> <p>上記の間ドック受診者データ分布と年間発症者の比較は少々乱暴ですが、50歳未満男性10万人のうち、血色素新基準該当者10% = 1万人を精査に回して、骨髓生検しても2名しか見つからない計算になります。また真性赤血球増加症では赤血球だけでなく、血小板や白血球も増加し、自覚症状も現れやすいので、これらの情報から拾い上げることを推奨します。</p> <p>http://product.novartis.co.jp/jak/tool/JAK00065GG0006.pdf</p> <p>すなわち血色素の高値のほとんどがストレス、脱水が原因である相対的多血症です。以上より、真性赤血球増加症の診断基準を判定区分に導入することは考えておりません。</p>	血球