尿定性試験紙	4000
	担当部署
ﾃｲｾｲｼｹﾝｼ	一般

検査オーダー

患者同意に関する要求事項		特記事項なし
オーダリング手順	1	電子カルテ→指示①→検査→*1.頻用→
	2	電子カルテ→指示①→検査→*5.尿・便・その他→
	3	
	4	
	5	
検査に影響する臨床情報		1）着色尿、混濁尿は偽陽性となることがある。 2）粘度の強い尿は、異常値の原因となることがある。 3）強アルカリ尿は蛋白が偽陽性に、強酸尿は蛋白が偽陰性となる。 4）アスコルビン酸は、糖、潜血、ビリルビン、亜硝酸塩の反応を阻害し、偽陰性となる。 5）薬剤によりビリルビン、ケトン体が偽陽性となることがある。 6）尿放置により、細菌繁殖、pH がアルカリ性になる。 7）膀胱貯留時間が４時間以下の尿は亜硝酸塩が偽陰性となる。 8）皮膚保護剤は食物残渣と同じ形態を示すものがある。
検査受付時間		8：15～16：00

検体採取・搬送・保存

患者の事前準備事項	中間尿を採取する
検体採取の特別なﾀｲﾐﾝｸﾞ	早朝尿が望ましい

検体の種類		採取管名	内容物	採取量	単位
1	新鮮尿	２３スピッツ	なし	10	mL
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

検体搬送条件	室温
検体受入不可基準	1）採尿後４時間以上経過した検体

	2）蓄尿 3）強度の着色尿 4）バーコードのない検体 5）量不足
保管検体の保存期間	保存不可（追加検査については検査室に要問合せ）

検査結果・報告

検査室の所在地	病院棟 3 階　中央検査部
測定時間	60 分（外来診察前優先して測定をするため、病棟検体では 60 分以上かかる場合がある．）
生物学的基準範囲	ウロビリノーゲン：0.03-0.97mg/dL 潜血：5 個/HPF 未満 蛋白質：30mg/dL 未満 ブドウ糖：2-20mg/dL ケトン体：2mg/dL 以下 ビリルビン 0.05mg/dL 以下 比重 1.005-1.030 白血球 12 個未満 pH4.5-7.5 EX 一般 144　ウロペーパーαIII'栄研'添付文書
臨床判断値	なし

基準値				単位	なし
共通低値	共通高値	男性低値	男性高値	女性低値	女性高値
設定なし	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし

パニック値	高値	該当なし
	低値	該当なし

生理的変動要因	1）蛋白：過激な運動(必発)、精神的ストレス、多量の肉食、熱い湯に入浴後、月経前などに一過性に増加することがある。起立性蛋白尿は起立時に出現し、静臥により消失するもので、若年者に比較的多くみられる（健常人の 0.5%くらい）。 2）糖：妊娠、生後 10～14 日以内は陽性となる。 3）潜血：激しい運動後、月経血混入（約 1 週間）
臨床的意義	尿蛋白は、健常人では 1 日 100 mg程度のごくわずかの蛋白しか排泄されない。その出現メカニズムは血漿蛋白の一部が糸球体でろ過されることによりもので、主体はアルブミンである。この量を超えた場合蛋白尿となるが、すべてが病的ではなく、起立時に生じ仰臥によって消失する起立性蛋白尿(若年者に多い)や過激な運動、精神的ストレス、入浴後に

	一過性に増加することがある。 尿糖（ブドウ糖）は健常人の尿中にも微量に存在し、その濃度は 2～20ｍｇ/ｄL、1 日排泄量は 30～130ｍｇ程度であり、通常の定性検査では証明できない。血漿中のブドウ糖は糸球体でろ過された後近位尿細管で再吸収され、その最大再吸収能は血漿中ブドウ糖濃度で 150～180ｍｇ/ｄL に相当する。尿中にブドウ糖が出現するのは、種々の原因によって血糖が上昇し原尿中のブドウ糖がこの再吸収閾値をを超えて再吸収しきれなかった場合か、血糖の上昇がなくとも尿細管での再吸収能が低下している場合である。 比重は尿中に溶解している物質(溶質)の重量(濃度)を示す指標である。腎臓の希釈力と濃縮力の評価に必要な検査であり尿量と併せて評価する。 pH は、健常人の尿は弱酸性で pH6.0～6.5 の間であることが多く、生理的な要因により pH5.0～8.5 の間を変動する。これは生体内の pH の恒常性を維持するため、腎臓で酸とアルカリを尿中に排出する量を調整することにより生じる。 ウロビリノーゲンは腸管内で腸内細菌の還元作用によってビリルビンから生成される。肝機能障害、体内ビリルビンの生成亢進、腸内容停滞などで増量、胆道閉塞などで減量する。 ビリルビン検査は黄疸をきたす疾患の鑑別、経過判定に重要である。閉塞性黄疸、肝細胞性黄疸では抱合型（直接）ビリルビンが尿中へ排泄される。溶血性黄疸で増加する間接ビリルビンは水に不溶で腎を通過しないので尿中には出現しない。 ケトン体は主と して肝で脂肪酸の酸化により生成され、通常アセトンとして尿中に排泄されるが検出されない。血中で増加するとアセト酢酸、βヒドロキシ酪酸が排泄される。重症糖尿病、飢餓、摂食障害、過脂肪食、嘔吐、下痢、脱水、妊娠悪阻、甲状腺中毒症、消化吸収障害、小児自家中毒などで増加する。 白血球は尿路の炎症（特に腎膿瘍、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、前立腺炎、腎結核など）で増加する。 亜硝酸塩は細菌（硝酸塩を還元する菌）の検出に用いられるが偽陰性も多い。 潜血は、腎・尿路の炎症、結石症、腫瘍、出血性素因、ナットクラッカー症候群、特発性腎出血などの場合にみられる。 尿の色調は腎において産生されるウロクロムによって淡黄色を呈するが、尿の濃縮度合いにより希釈尿では無色・淡黄色～濃縮尿では黄褐色・褐色まで、様々な色調を呈する。 混濁は、健常人では尿は透明であることが多いが、早朝尿や夏季等、排尿回数が少ないときは無晶性塩類が析出・沈殿して混濁を生じることがある。この無晶性塩類は、アルカリ性尿・中性尿の場合は無晶性リン酸塩、無晶性炭酸塩である。尿 pH のアルカリ化の因子には植物性の食物による要因があるが尿路感染症では細菌増殖もより生じることも多い。酸性尿では無晶性尿酸塩がある。 EX 共通 CL1141：「臨床検査法提要改訂第 35 版,2020」