

尿常规留取标本, 做错结果全白查

天峨县八腊乡中心卫生院 杨艳丹

尿常规是临床最基础、最常规的检查项目之一, 小小一杯尿液标本, 能直观反映肾脏、泌尿系统、肝胆代谢等多个身体系统的健康状况, 是排查炎症、结石、肾功能损伤、代谢疾病的重要依据。

很多人觉得留取尿液标本是件毫无技术含量的小事, 随意接取、存放就完事。但在临床检验中, 超过三成的尿常规结果偏差、检测失效, 都不是身体问题导致, 而是标本留取不规范造成的。错误的留取方式会让指标假性异常或全部正常, 误导医生判断, 白白浪费检查费用和时间。

一、认清尿液分段, 摒弃“随便接”的误区

人体排尿过程分为前段、中段、后段三个阶段, 不同阶段的尿液成分差异极大, 对应的检测价值也完全不同。很多人习惯一有尿意就直接接取初始尿液, 这是最常见的错误操作。前段尿液会流经尿道口, 容易沾染尿道口残留的细菌、皮屑、分泌物以及外界污染物, 检测后会出现白细胞、

细菌数假性升高, 让人误判存在泌尿系统炎症。后段尿液浓度偏高, 细胞、管型等成分容易浓缩, 无法客观反映体内真实代谢水平。临床唯一认可的检测标本是新鲜中段尿。排尿时先排出前一小段尿液, 冲刷干净尿道污染物后, 用无菌尿杯接取中间匀速排出的尿液, 末端尿液无需留存。中段尿液杂质最少、成分稳定, 能精准体现肾脏和尿路的真实健康状态, 是保证结果准确的基础。

二、把控留取时间, 避开尿液时效陷阱

不少患者会在家提前留好尿液, 放置一两个小时甚至更久再送到检验科, 这种标本基本完全失效。尿液是极易变质的液体, 离体后会快速发生成分变化, 室温下放置超过半小时, 就会出现细菌大量繁殖、红细胞破裂、白细胞分解、葡萄糖氧化等问题, 最终导致检测指标全面失真。正规尿常规检查, 要求标本离体半小时内送检, 最长不超过一小时。除此之外, 尿液留取的时段也有讲究。日常体检、常

规筛查优先选择清晨第一次晨尿。经过一夜的尿液浓缩, 晨尿中的细胞、管型、蛋白、胆红素等指标浓度稳定, 能精准捕捉轻微的病变信号, 适合排查早期肾脏损伤、隐匿性炎症。若是日间随机检查, 需保证憋尿四小时以上再留取, 不要大量饮水后立即排尿送检。短时间大量饮水会稀释尿液, 让轻微异常的指标被掩盖, 出现假性正常结果, 错过病情信号。

三、做好清洁防护, 杜绝标本污染源污染

标本污染是尿常规结果出错的核心原因之一, 男女患者的污染诱因不同, 需针对性做好清洁工作。女性患者尿道短且靠近生殖道, 留取标本前必须用清水清洗外阴, 避开经期、排卵期, 避免白带、经血、私处分泌物混入尿液, 否则会导致白细胞、红细胞、上皮细胞数值异常升高, 造成误诊。男性患者需清洁龟头及尿道口, 翻转包皮清理残留污垢, 避免包皮垢、分泌物污染标本。无论男女, 留取尿液时, 尿杯边缘不要接触皮肤、

毛发, 不要将尿液洒在杯外后倒入杯中, 杜绝二次污染。

四、规避饮食用药干扰, 保证检测真实性

很多人忽略饮食和药物对尿常规的影响, 检查前的不当摄入, 会直接改变尿液成分。检查前24小时内, 不宜大量食用甜食、高蛋白食物、辛辣刺激食物, 也不要饮酒。大量甜食会让血糖一过性升高, 高蛋白饮食可能导致尿蛋白假性异常, 酒精会影响肾脏代谢, 干扰多项指标。部分药物也会干扰检测结果, 比如维生素C、抗生素、利尿剂等。日常服用常备药物的人群, 检查前无需擅自停药, 但务必提前告知医生和检验人员, 方便工作人员结合用药情况, 甄别指标异常是病理原因还是药物干扰, 避免误判。

五、细节收尾不马虎, 避免最后一步出错

留取尿液的量也有明确标准, 并非越多越好, 也不能过少。常规检测只需留取5至10毫升尿液, 刚好覆盖试管检测刻度即可。尿量不足无法完成全套指标检测, 尿量过多容易在送检、转运过程中洒漏、污染。留取完成后, 立刻盖紧杯盖或试管盖, 不要敞口放置, 防止空气中的灰尘、细菌落入标本中。

临床器械预处理不到位, 会带来哪些院感隐患?

广西科技大学第二附属医院 易碧艳

复用医疗器械预处理是临床使用后、消毒供应中心(CSSD)集中处置前的第一道院感防控关卡, 也是极易被忽视的关键质控环节。依据WS 310.2-2016《医院消毒供应中心 第2部分: 清洗消毒及灭菌技术操作规范》及T/WSJD 83-2025《医院消毒供应中心感染防护规范》行业标准, 临床器械使用后需及时清除污物、规范保湿、限时转运, 杜绝违规存放与简易处置。临床预处理操作缺失、流程不规范、时效不达标, 会直接破坏清洗灭菌闭环, 滋生多重院感隐患, 引发患者交叉感染、职业暴露、器械二次污染等风险。

一、器械预处理不规范的核心院感隐患

结合2025新版院感防护规范, 预处理疏漏引发的风险并非单一污染问题, 而是贯穿诊疗、器械处置、人员防护的系统性安全隐患, 主要分为四大类。

(一) 生物膜滋生, 导致灭菌失效风险: 1. 核心成因: 器械残留的血液、组织液、分泌物等有机物, 在使用后

60分钟内会快速干结变性, 形成致密细菌生物膜。生物膜可抵御高温高压灭菌及消毒剂渗透, 常规清洗工艺无法彻底清除。2. 院感危害: ①残留致病菌持续存活, 直接导致器械灭菌不合格, 患者术中、术后接触后易引发切口感染、深部组织感染; ②生物膜长期蓄积, 可造成反复隐性感染, 增加久治不愈的诊疗风险。

(二) 交叉感染与耐药菌传播: ①多器械混放预处理、污染器械无密闭存放, 会造成污物扩散、细菌交叉传播, 引发科室内部器械批量污染; ②耐药菌株可附着于器械缝隙、管腔死角持续存活, 极易造成病区耐药菌聚集, 提升院感暴发概率; ③血源性污染物残留未及时清理, 存在乙肝、丙肝等血源性疾病传播隐患。

(三) 医护人员职业暴露风险升高: 1. 操作隐患: 预处理缺失导致锐器残留、污物外露, 医护转运、分拣器械时, 易发生针刺伤、黏膜接触污染等职业暴露。2. 合规要求: 2025新版规范明确, 临床预处理包含锐器防

护、污染隔离等防护操作, 缺失相关操作属于院感高危违规行为。

(四) 器械损伤诱发持续性感染隐患: 干结污物破坏器械钝化膜引发锈蚀菌藏, 形成污染恶性循环, 加重院感防控压力。

二、常见预处理违规操作及对应风险、合规要求

临床高频违规行为、潜在院感风险与新版标准要求如下: 1. 器械使用后干放超60分钟未保湿: 污物干结形成生物膜, 灭菌失败率显著升高; 超时器械需湿纱布覆盖或喷涂专用保湿剂。2. 仅表面擦拭, 未清理管腔、咬合缝隙: 死角残留污物, 诱发术后隐匿感染; 管腔器械即时冲洗, 缝隙、咬合处单独去污。3. 污染器械敞口存放、混装转运: 污物扩散、交叉污染, 加速耐药菌传播; 使用密闭污染容器存放, 分类分区转运。4. 特殊感染器械按普通器械处理: 烈性致病菌扩散, 引发聚集性院感; 特殊污染器械立即密闭隔离, 单独转运、专项处理。

三、院感隐患标准化防控对策

1. 严守60分钟黄金处置时效。术后第一时间完成基础去污, 无法及时转运的器械立即保湿, 从源头阻止生物膜生成, 消除基础感染隐患。2. 实施分级差异化预处理。普通器械完成去污保湿; 精密管腔器械重点冲洗管腔、清理缝隙死角; 特殊感染器械单独隔离处置, 杜绝统一简化操作。3. 搭建临床科室与消毒供应中心双向质控闭环。落实器械交接核查制度, 预处理不合格器械直接退回科室重新处理, 杜绝污染器械进入清洗、灭菌流程。4. 开展常态化规范培训考核。组织全体医护人员学习2025新版院感规范, 摒弃凭经验操作的习惯, 明确预处理禁忌、风险要点, 强化全员院感防控意识。

器械预处理是医院器械相关院感防控的源头环节, 看似简单的前端操作, 直接决定全院复用器械诊疗安全。绝大多数器械相关院内感染事件, 根源均与预处理细节疏漏、流程执行不到位。各临床科室必须严格落实WS 310.2-2016与T/WSJD 83-2025两项行业标准, 标准化落实预处理全流程, 筑牢前端院感防线, 有效规避交叉感染、职业暴露、灭菌失效等安全隐患, 同步保障患者诊疗安全与医护人员执业安全。

肠痿凶险易感染: 早期识别信号, 把握救治关键期

广西壮族自治区人民医院 刘岸林

在普外科危重症中, 肠痿致死率居高不下, 却极少被民众熟知。它发病隐匿, 早期症状和普通肠胃炎高度相似, 超六成患者会误判为消化不良, 错失救治时机。临床明确肠痿发病七十二小时内为黄金窗口期, 窗口期内规范干预, 感染扩散风险可大幅下降, 一旦延误, 极易诱发全身性感染、多器官衰竭, 治疗难度和周期都会成倍增加。想要规避风险, 需要读懂肠痿本质与早期预警信号。

肠痿通俗来讲就是肠道管壁出现破损, 肠道内的粪便消化液细菌穿过破损处, 流入腹腔或者体腔外部。按照发病原因主要分为两类, 一类是术后继发性肠痿, 占临床病例的八成, 多见于胃肠手术阑尾手术腹腔外伤术后, 手术缝合部位愈合不良、局部供血不足、术后腹腔轻微炎症都会导致肠痿裂开。另一类是自发性肠痿, 除克罗恩病、重度肠道溃疡外, 长期熬夜、暴饮暴食、反复严重腹泻也会缓慢侵蚀肠壁, 诱发自发性微小瘘口, 这类患者没有手术史, 误诊概率更高。很

多人误以为肠痿一定会出现体表流脓, 这是最大的认知误区。小肠液、胰液腐蚀性极强, 流出肠道后会持续腐蚀腹腔血管、内脏, 轻则形成腹腔积液, 重则引发腹腔内大出血。同时肠道内大量致病菌会随消化液侵入无菌腹腔, 从局部腹膜炎快速演变为弥漫性腹膜炎, 细菌入血后诱发脓毒症、感染性休克, 这也是肠痿死亡率高的核心原因。

肠痿的致命风险主要来自外泄消化液和继发感染。小肠液、胰液腐蚀性极强, 流出肠道后会持续腐蚀腹腔血管、内脏, 轻则形成腹腔积液, 重则引发腹腔内大出血。同时肠道内大量致病菌会随消化液侵入无菌腹腔, 从局部腹膜炎快速演变为弥漫性腹膜炎, 细菌入血后诱发脓毒症、感染性休克, 这也是肠痿死亡率高的核心原因。

区分普通肠胃不适和早期肠痿, 依靠四项非特异性早期信号, 全部无需专业设备, 普通人可自行观测。

第一是持续性阵发性腹痛, 区别于肠胃炎绞痛, 肠痿腹痛不会随排便排气缓解, 疼痛位置固定在腹部某一点, 按压后痛感加剧, 平卧时疼痛轻微加重, 弯腰屈膝才能稍微舒缓。

第二是不明原因低热伴随心率加快, 早期腹腔隐性感染不会引发三十九摄氏度以上高热, 大多维持在三十七点五到三十八摄氏度, 同时安静状态下心率持续超过每分钟九十次, 服用普通退烧药无效, 这是腹腔隐性炎症刺激身体的应激反应。

第三是食欲断崖式下降伴随恶心反酸, 患者没有进食不洁食物, 却连续两天以上无法进食, 呕吐物没有发酵异味, 单纯为黄绿色消化液, 不存在胃潴积表现。

第四是术后异常腹胀, 腹部术后三到七天是肠痿高发节点, 正常术后腹胀会随排气逐步消退, 肠痿引发的腹胀会在排气后持续加重, 腹部触感紧绷硬。日常居家可以简单自测, 平躺后缓慢深呼吸, 若腹痛随深呼吸明显加重, 大概率提示腹腔存在隐性刺激, 需要立刻警惕。

把握七十二小时黄金救治期, 要分清院前应急与院内治疗。腹痛时切忌自行吃止痛药, 会掩盖病情, 也不要盲目完全禁食, 削弱肠黏膜自愈能

力。院前只需停止固体饮食、少量喝温水, 保持屈膝平卧缓解腹痛, 立刻前往有普外科重症能力的医院, 主动告知手术史与肠道基础病史。院内早期救治核心为三项: 依靠腹部CT定位隐匿瘘口、做腹腔引流排出腐蚀性消化液、通过肠内营养减少肠道蠕动, 助力瘘口自行愈合, 无需盲目二次开刀。

三类人群属于肠痿高危群体: 胃肠腹腔镜术后三个月内患者、克罗恩病与重度溃疡性结肠炎患者、反复腹腔感染人群。高危人群每半年复查一次腹部薄层CT, 日常少吃笋干、硬坚果等粗糙食物, 避免划伤肠黏膜, 同时杜绝滥用抗生素, 防止肠道菌群失调破坏肠壁防护屏障。

总而言之, 肠痿本身并非绝症, 凶险大多来自大众认知误区和识别延迟。多数早期肠痿不会出现体表流脓, 牢记固定点腹痛、不明低心率加快、无诱因恶心呕吐三大信号, 搭配深呼吸自测判断, 72小时内尽早及时就医, 就能避开致命感染风险, 以保守治疗实现痊愈。临床数据显示, 规范早期干预的肠痿患者治愈率超过百分之九十二, 远高于延误救治后的救治成功率。