

 Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	Leistungsverzeichnis	Version: 10 gültig ab: 10.03.2025 Revision: 10.03.2026
	LV_URCA	Intranet Seite 1 von 3

1. Klinische Indikation

Analyt: Harnsäure

Harnsäure ist das Endprodukt des Purinstoffwechsels. Die Höhe des Harnsäurepools ist die Bilanz aus Bildung und Elimination. Eine Hyperurikämie kommt primär als Symptom der Gicht vor, tritt aber auch sekundär mit Risikofaktoren der Artherosklerose und bei Zuständen mit vermehrtem Zellumsatz auf.

Indikationen:

- Feststellung bzw. Ausschluss eines Gichttrisikos
- Monitoring der Therapie der Gicht
- Nierensteinanamnese
- Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas und Störungen des Glucosemetabolismus
- Zytostatika-Therapie

2. Anforderung / Befundmitteilung

Anforderung	Elektronisch mittels Lauris Laboranforderungssystem
DKGNT-Nummer /-Punkte	3583 / 40
Probenart, -volumen	Lithium-Heparin Plasma, Monovette orange, mind. 1 ml.
Versand	ungekühlt bis 1 Tag
Nachforderung nach Probengewinnung	3 Tage
Häufigkeit der Untersuchung	tägl. 24 h
Befundmitteilung	taggleich nach Validation über KAS und / oder Netzdruck

	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Name	Sabrina Söntgen	Matthias Hentschel	Ramona Dolscheid
Datum	07.03.2025	07.03.2025	10.03.2025

 universitäts klinikumbonn Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	Leistungsverzeichnis	Version: 10 gültig ab: 10.03.2025 Revision: 10.03.2026
	LV_URCA	Intranet Seite 2 von 3

3. Anforderungen an das Untersuchungsgut

3.1 Anforderung an die Patientenvorbereitung

Die Blutentnahme sollte möglichst am nüchternen Patienten erfolgen. Keine körperliche Aktivität vor der Blutentnahme.

3.2 Entnahme, Transport

Die Dauer der Stauung sollte 30-60 Sekunden nicht übersteigen. Nach erfolgreicher Punktion ist die Stauung zu lösen und das Blut ohne zu schnelles Aufziehen zu entnehmen.

Bei einer Blutentnahme von Serum-, EDTA-, Citratröhrchen muss das Serumröhrchen immer als erstes abgenommen werden, um eine Kontamination mit den Inhaltsstoffen der anderen beiden Röhrchen zu vermeiden.

Blutentnahmen aus Kathetern und Venenverweilkanülen sollten vermieden werden. Muss aus einem Katheter abgenommen werden, wird der Katheter zweimal mit je 5 ml physiologischer Kochsalzlösung durchgespült, 2 ml Blut sind zu verwerfen und erst dann kann die Blutentnahme für die Analytik erfolgen.

Die Proben sind schnellst möglich in das Labor zu transportieren.

4. Prinzip des Untersuchungsverfahrens

4.1 Methode, Prinzip und Kurzbeschreibung der Ergebnisberechnung

Messverfahren: VIS- Photometrie

Enzymatischer Farbtest

Harnsäure wird durch Uricase in Allantoin und Wasserstoffperoxid gespalten. In Gegenwart von Peroxidase wird 4- Aminophenazon durch Wasserstoffperoxid zu einem Chinondiiminfarbstoff oxidiert. Die Farbintensität des gebildeten Chinondiimins ist direkt proportional zur Harnsäurekonzentration und wird durch Messung der Extinktionszunahme bestimmt.

Auskünfte zur Messunsicherheit erteilen wir auf Anfrage, damit die medizinische Interpretation labordiagnostischer Ergebnisse sinnvoll und patientenorientiert erfolgen kann. (siehe Homepage, Rubrik Qualitätsmanagement)

Reagenz: UA2, Roche Diagnostics

Gerät: cobas® c703, Roche Diagnostics

4.2 Mögliche Störfaktoren und Fehlerquellen

Calciumdobesilat, Levodopa und Methyldopa können zu falsch niedrigen Harnsäurewerten führen. Hohe Homogentisinsäurekonzentrationen in Urinproben führen zu falschen Ergebnissen. Dicynone (Etamsylat) in therapeutischen Konzentrationen kann zu falsch niedrigen Werten führen. Acetaminophen, Acetylcystein und Metamizol werden schnell abgebaut. Aus diesem Grund sind durch diese Wirkstoffe verursachte Störungen

 universitäts klinikumbonn Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	Leistungsverzeichnis	Version: 10 gültig ab: 10.03.2025 Revision: 10.03.2026
	LV_URCA	Intranet Seite 3 von 3

unwahrscheinlich, können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Für diagnostische Zwecke sind die Ergebnisse stets im Zusammenhang mit der Patientenvorgeschichte, der klinischen Untersuchung und anderen Untersuchungsergebnissen zu werten.

5. Referenzbereiche

0- 16 Jahre M/W: <6,1 mg/dl

17- 99 Jahre M: 3,5- 7,2 mg/dl

17- 99 Jahre W: 2,6- 6,0 mg/dl

Quelle: Guder W.G. Nolte J. Das Laborbuch für Klinik und Praxis: Urban und Fischer 2005, S.734; Beipackzettel des Herstellers