

朱蘇煜

台大醫院檢驗醫學部

尿液分析之檢驗，是臨床醫師評估病患腎臟健康狀態的第一個也是最重要的檢驗項目之一。然而，檢驗結果對於臨床診斷的幫助，有很大一部分取決於尿沉渣細胞鏡檢之報告內容，是否能提供評估腎臟損傷的相關證據與精確度。然而，這些因為涉及專業，甚至許多腎臟科醫師也未必了解其重要性。本次演講的目的是想藉此機會與大家一起「溫故知新」，重新認識尿沉渣細胞鏡檢之重要性。

尿液分析是一門很古老的技術，自西元 15 世紀起就有相關的文獻記錄。尿沉渣細胞在西元 1630 年才首次被觀察到，直到西元 1837 年才在巴黎被 Rayer 醫師正式導入臨床醫學的檢查。此項檢查一直未有標準化的作業程序，直到 1988 年，美國國會通過的 Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA'88) 法案，該法案規範實驗室的尿沉渣細胞鏡檢，必須由通過認證的實驗室專業人士才可以實施人工鏡檢。此後，各國陸續制訂尿液分析的標準作業指引：西元 1991 年，美國國家臨床實驗室標準委員會 National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) 發表尿液分析的標準作業指引(GP-16A)；西元 1995 年，日本國家臨床實驗室標準委員會 Japanese Committee for Clinical Laboratory Standards(JCCLS)發表尿液分析的標準作業指引(GP1-P2)；西元 2000 年，歐盟檢驗醫學會 European Confederation of Laboratory Medicine(ECLM)發表尿液分析的標準作業指引(EUG)。

然而，尿沉渣細胞鏡檢的報告內容，至今在許多國家仍尚未達到符合臨床診斷的需求。在美國的主要因素，源於醫療保險對於此項檢查的給付偏低，造成實驗室不願意投入資源。而檢驗自動化的導入，有迴避尿沉渣細胞鏡檢必須由通過認證的實驗室專業人士才可以實施之規定；同時為了降低人力支出，在美國完全仰賴機器之判讀。但是，自動化檢驗儀器對於評估腎臟損傷相關細胞的分類功能，有其限制，無法達到人工鏡檢之能力。

反觀，歐盟與日本的醫學實驗室對於尿沉渣細胞鏡檢之重視，除了在醫療保險的給付相對提高外，對於關於腎臟損傷之尿沉渣細胞分類與計數更是重視，並依此能力，將實驗室等級分類。

目前，臺灣的尿沉渣細胞鏡檢報告品質還有可以提升成長的空間，除了缺乏一致的標準作業程序外；有無執行尿沉渣細胞鏡檢，醫療保險都是給付相同點值，造成實驗室不願意花時間培育人才或投入設備資源，所以尿沉渣細胞鏡檢的品質尚待提升。

未來，臺灣應該以組織細胞學的分類基礎，發展尿沉渣細胞鏡檢的標準作業指引，使尿沉渣細胞鏡檢報告品質符合臨床診斷的需求。並且在提升報告品質的前提下，規劃合宜的醫療保險給付，促使各實驗室願意投入資源，增加尿液檢查對臨床診斷之附加價值訊息的提供，以此成果協助臨床醫師診斷，嘉惠國人 之健康守護，使慢性腎病的防治能獲得更好的成效。