

中部地區學齡前幼兒主要照顧者對流感認知及 流感預防行為之調查研究

駱明潔^{1*}、蔡端慧²

摘要

近年來流感每年均造成國內不同規模的疫情，依據疾病管制署調查發現，各年齡層之類流感急診就診率以 0–6 歲幼兒最高。因此，本研究旨在探討中部地區學齡前幼兒流感疫苗接種之情形，以及主要照顧者對流感認知及流感預防行為之現況。研究設計以中部地區五縣市就讀於公、私立立案幼兒園之 3–6 歲幼兒主要照顧者為研究對象，採分層隨機抽樣法，共得有效樣本 944 份，以自編之調查問卷為測量工具，採用描述性統計進行資料分析。研究結果如下：（一）幼兒流感疫苗接種率為 63.0%。（二）會讓孩子接種流感疫苗的主要原因為「小孩抵抗力差，怕被傳染」（36.0%）、「流感正在流行」（24.0%）、「覺得疫苗有效」（11.4%）。（三）不讓孩子接種流感疫苗的前二項主要原因為「擔心會產生副作用」（48.4%）、「擔心流感疫苗成分不安全」（29.2%）。（四）幼兒主要照顧者最主要是經由「電視」獲得流感疫苗接種相關資訊（40.0%）。（五）主要照顧者「流感認知」得分略高於中等程度，整體得分為 68.2%，「流感預防行為」得分居於中上等程度，整體得分為 83.0%。建議幼兒主要照顧者應增進自我對流感的認知，幼兒園及政府相關單位可透過各種管道多加宣導，將有助於流感之防治。

關鍵字：主要照顧者；幼兒流感疫苗接種情形；流感認知；流感預防行為

¹ 國立臺中教育大學

投稿日期：2015 年 04 月 21 日

² 臺中市大元國民小學

接受日期：2015 年 05 月 07 日

通訊作者：駱明潔^{1*}

DOI：10.6524/EB.20151013.31(19).001

E-mail：mjlo@ms3.ntcu.edu.tw

前言

流感病毒透過染病者咳嗽或打噴嚏時產生的飛沫和微粒傳染，主要影響患者之鼻、喉、支氣管，並偶爾影響肺部。感染通常持續約一週，特徵是突發高燒、肌肉酸痛、頭痛和嚴重不適、乾咳、喉嚨痛和鼻炎。多數染病的患者在一至二週內可康復，但是，對於幼兒、老年人和患有其它嚴重疾病者，感染後易導致嚴重的併發症、肺炎甚至死亡[1]。依據衛生福利部疾病管制署（以下簡稱疾管署）之監測資料，國內各年齡層之類流感急診就診率以 0–6 歲幼兒最高，其次為 65 歲以上族群[2]。

接種流感疫苗可以有效的降低流感發病率以及致死率，是控制流感流行最重要的方法，也是最安全、經濟、有效的措施[3–5]。目前市面上正在使用的流感疫苗，分為「注射型非活性流感疫苗」及「鼻噴劑型活性減毒流感疫苗」（臺灣並未上市）兩種，兩者皆包含兩種 A 型流感病毒株(H1N1、H3N2)及一種 B 型流感病毒株之抗原的三價疫苗，由於流感病毒易產生變異而改變其組成成分，造成每年流感病毒株有所不同，此外因為注射型流感疫苗屬於非活性的免疫特性，無法產生持久免疫，故流感疫苗必須每年重新接種。除了上述三價疫苗外，國內核有上市許可證之流感疫苗產品還包括 4 種疫苗株（2 種 A 型、2 種 B 型）成分之不活化四價流感疫苗，但其只能使用於 3 歲以上幼兒及成人[6,7]，因此研究者想瞭解「幼兒流感疫苗接種情形」，以及幼兒主要照顧者對「流感認知」及「流感預防行為」之現況。

綜觀國內過去流感相關研究，曾有針對屏東縣幼兒主要照顧者[8]、雲林縣國小低年級學童家長[9]、全國 3 歲以下嬰幼兒照顧者[10]所做的調查研究。本研究針對中部地區學齡前 3–6 歲幼兒「流感疫苗接種之情形」、幼兒主要照顧者對流感認知及流感預防行為現況進行探討，以期能根據研究結果，作為政府相關衛生單位對流感認知宣導及制定相關防疫措施之參考，以達到防治流感的最大助益。

材料與方法

一、預試樣本選取與分佈

研究者以便利取樣方式，以中部地區五縣市（苗栗縣、臺中市、彰化縣、南投縣及雲林縣）立案之公、私立幼兒園之 3–6 歲幼兒主要照顧者為預試對象，以考驗問卷之信、效度。共計發出 130 份，回收 125 份，刪除填答不完全，有遺漏值之問卷，得到有效問卷 116 份，問卷可用率為 92.8%。

二、正式樣本的選取與分佈

正式樣本採分層隨機抽樣，以中部地區五縣市立案之公、私立幼兒園之 3–6 歲幼兒主要照顧者為研究對象，發出 1,010 份，回收 976 份，回收率達 96.6%，剔除無效問卷 32 份，得有效問卷 944 份。

三、研究工具之信效度分析

研究者參考相關文獻[3-4,8,10]後，編製「學齡前幼兒主要照顧者對流感認知及預防行為之調查問卷」初稿，函請 11 位具有醫療背景、健康領域、幼教領域之專家學者及實務工作者，針對問卷初稿進行審題，以建立內容效度。「主要照顧者對流感認知」量表屬於知識性量表，因此使用庫李信度分析，量表信度為.74；「主要照顧者對流感預防行為」量表之信度分析，採 Cronbach's α 係數，此量表內部一致性係數為.85。

結果

一、幼兒及主要照顧者之背景變項

中部地區幼兒主要照顧者與幼兒之關係，以「媽媽」人數最多；居住地區以「臺中市」的人數最多。幼兒主要照顧者之年齡以「31-35 歲」人數最多，教育程度以「大學/專科」人數最多達 64.5%，其次依序為「國中/高中職」、「研究所以以上」，人數最少的是「國小（含）以下」。在職業方面，以「工商服務」居多，其次依序為「家管」、「軍公教」、「其他」、「農林漁牧」。中部地區幼兒是否有慢性病史，「無」者，達 96.5%。孩子最近三個月內，是否因流感就診的人數，「無」者，達 76.3%（表一）。

表一、幼兒主要照顧者背景變項分析（n = 944）

背景變項	組別	人數	百分比
與幼兒之關係	媽媽	720	76.3%
	爸爸	122	12.9%
	叔、伯、姑、嬸	35	3.7%
	阿姨、舅舅	35	3.7%
	祖父母（外祖父母）	15	1.6%
	其他	17	1.8%
居住地區	苗栗縣	110	11.7%
	臺中市	450	47.7%
	彰化縣	132	13.9%
	南投縣	86	9.1%
	雲林縣	166	17.6%
年齡	20歲（含）以下	2	0.2%
	21至25歲	24	2.5%
	26至30歲	118	12.5%
	31至35歲	330	35.0%
	36至40歲	310	32.8%
	41至45歲	121	12.8%
	46至50歲	24	2.6%
	51歲（含）以上	15	1.6%
教育程度	國小（含）以下	9	0.9%
	國中/高中職	264	28.0%
	大學/專科	609	64.5%
	研究所（含）以上	62	6.6%
職業	工商服務	350	37.1%
	家管	258	27.3%
	軍公教	219	23.2%
	農林漁牧	19	2.0%
	其他	98	10.4%
孩子是否有慢性疾病	無	911	96.5%
	有	33	3.5%
孩子最近三個月內，是否因流感就診	無	720	76.3%
	有	224	23.7%

二、主要照顧者對幼兒流感疫苗接種情形之現況

(一) 幼兒流感疫苗接種率高於半數以上

中部地區孩子今年度「已接種流感疫苗」或「尚未接種，但改天會去」者共有 595 人(63.0%)，顯示出半數以上的幼兒主要照顧者會讓孩子接種流感疫苗。

(二) 幼兒接種流感疫苗的主要原因為「小孩抵抗力差，怕被傳染」

中部地區幼兒主要照顧者會讓孩子接種流感疫苗，最主要的原因，以「小孩抵抗力差，怕被傳染」人數為最多(36.0%)，其次為「流感正在流行」(24.0%)，第三為「覺得疫苗有效」(11.4%)，之後依序為「衛教宣導」、「聽從醫護人員的建議」、「可以免費接種」、「聽從老師建議」、「其他」。

(三) 不讓幼兒接種流感疫苗的前二項主要原因為「擔心產生副作用」與「擔心流感疫苗成分不安全」

中部地區幼兒主要照顧者不會讓孩子接種流感疫苗，最主要的原因，以「擔心會產生副作用」人數最多(48.4%)，「擔心流感疫苗成分不安全」(29.2%) 次之，第三為「其他」(9.7%)，其餘原因依序為「覺得小孩抵抗力好，不會被傳染」、「曾經接種過，但產生副作用」、「小孩生病中，等好了再去接種」、「小孩吃蛋會過敏」。

(四) 幼兒主要照顧者最主要是經由「電視」獲得流感疫苗接種相關資訊

中部地區幼兒主要照顧者最主要獲得流感疫苗接種的管道，以「電視」人數最多(40.0%)，「醫療院所」(23.6%)次之，第三為「幼兒園」(12.8%)，其他依序為「衛生所衛教傳單、海報」、「網路資訊」、「報章雜誌」、「收音機」、「其他」。

三、主要照顧者對「流感認知」之現況

幼兒主要照顧者在「流感認知」量表的得分愈高，表示其對流感的認知愈正確。量表的計分方式，答「對」得1分，答「錯」或「不知道」得0分，總分為12分，平均得分為8.18，標準差為2.09，整體答對率為68.2%。

中部地區幼兒主要照顧者之流感認知，平均得分以「流感病毒是經由飛沫和接觸傳染的」得分最高，其次為「流感患者在發病前 1 天到發病後 7 天都具有傳染力」，且由表三可知幼兒主要照顧者，對於流感「傳染途徑」、「傳染力」、「流感預防接種」與「急性感染病人的注意事項」的知識較為正確。而答對率低於 60% 之題目，依序為「預防流感最有效的方法是施打流感疫苗」、「流感病毒可以寄宿在其他動物身上並傳染給人體」、「施打流感疫苗可能會引發嚴重的副作用」、而「長期使用哮喘、高血壓、心臟疾病藥物的人，不應該接受流感疫苗注射」只達三成七。由此可知中部地區幼兒主要照顧者，對於「預防流感最有效的方法」、「流感病毒的宿主」、「施打流感疫苗之副作用」與「使用藥物治療的慢性病人可以接種流感疫苗」之知識較為缺乏。

表二、主要照顧者對幼兒流感疫苗接種情形之現況分析 (n = 944)

變項	組別	人數	百分比
孩子今年度是否已接種 流感疫苗	不會去接種	349	37.0%
	已經接種	335	35.5%
	尚未接種，但改天會去	260	27.5%
會讓孩子接種流感疫苗， 最主要的原因？	小孩抵抗力差，怕被傳染	214	36.0%
	流感正盛行	143	24.0%
	覺得疫苗有效	68	11.4%
	衛教宣導	53	8.9%
	聽從醫護人員的建議	52	8.7%
	可免費接種	48	8.1%
	聽從老師的建議	9	1.5%
	其他	8	1.4%
不會讓孩子接種流感疫苗 的最主要的原因？	擔心會產生副作用	169	48.4%
	擔心流感疫苗成分不安全	102	29.2%
	其他	34	9.7%
	覺得小孩抵抗力好，不會被傳染	17	4.9%
	曾經接種過，但產生副作用	12	3.4%
	小孩生病中，等好了再去接種	11	3.2%
	小孩吃蛋會過敏	4	1.2%
最主要是經由哪個管道 獲得流感疫苗接種的相 關資訊？	電視	377	40.0%
	醫療院所	223	23.6%
	幼兒園	121	12.8%
	衛生所衛教傳單、海報	116	12.3%
	網路資訊	47	5.0%
	報章雜誌	41	4.3%
	收音機	17	1.8%
	其他	2	0.2%

表三、幼兒主要照顧者對「流感認知」量表之各題目分析摘要表 (n = 944)

題號	題目	答 對 人 數	百 分 比 %	平 均 數	標 準 差
1	流感病毒是經由飛沫和接觸傳染的。	894	94.7	.95	.22
4	流感患者在發病前 1 天到發病後 7 天都具有傳染力。	808	85.6	.86	.35
9	每年流感的病毒株會有所不同，所以每年都應接種流感疫苗。	799	84.6	.85	.36
8	正處於急性感染病發中的病人，應該延遲注射流感疫苗。	783	82.9	.83	.38
3	流感好發於秋、冬季節。	746	79.0	.79	.41
10	目前慢性病正在急性發作中的病人，應該延遲注射流感疫苗。	698	73.9	.74	.44
5★	施打流感疫苗之後，隔天就可以達到預防的效果。	671	71.1	.71	.45
2	流感的病毒株分為 A、B、C 三型。	651	69.0	.69	.46
7	預防流感最有效的方法是施打流感疫苗。	498	52.8	.53	.50
12	流感病毒可以寄宿在其他動物身上並傳染給人體。	447	47.4	.47	.50
11★	施打流感疫苗可能會引發嚴重的副作用。	380	40.3	.40	.49
6★	長期使用哮喘、高血壓、心臟疾病藥物的人，不應該接受流感疫苗注射。	349	37.0	.37	.48
流感認知量表（共 12 題）		7724	68.2	8.18	2.09

註：★表示反向題；流感認知量表平均答對百分比計算方式：〔總平均數／總分（12 分）〕×100%。

四、主要照顧者對「流感預防行為」之現況

在「流感預防行為」量表方面，得分愈高，表示主要照顧者對幼兒流感的預防行為愈好。計分方式，採李克特四點量表計分，1 分表示「完全不符合」，2 分表示「大部份不符合」，3 分表示「大部分符合」，4 分表示「完全符合」。

中部地區幼兒主要照顧者在流感預防行為量表的各題平均值均位在中位數 2.5 以上，範圍介於 2.98 至 3.62 之間，平均值為 3.32，居中上程度，表示大多數幼兒主要照顧者對於流感能做出正向、積極的預防行為。其中以「孩子有呼吸道症狀時，我不會自行購買成藥給孩子服用」得分最高，其次「我會要求孩子不要有揉眼睛、挖鼻孔及將手指放入嘴巴等行為」，第三為「如果口罩沾到口鼻分泌物時，我會幫孩子立即更換」；表現較差的是「我會要求孩子每天做規律的運動，以提升抵抗力」平均數未達 3 分，表示幼兒主要照顧者在「要求孩子每天做規律的運動」方面較為不足。綜合上述，中部地區幼兒主要照顧者對「流感預防行為」量表之整體答對百分比為 83.0%，表示其對流感預防行為屬中上程度。

表四、幼兒主要照顧者對「流感預防行為」量表之各題目分析摘要表 (n = 944)

題號	題目	人數 (%)				平均數	標準差
		完全不符合	大部份不符合	大部分符合	完全符合		
11	孩子有呼吸道症狀時，我不會自行購買成藥給孩子服用	56 (5.9)	33 (3.5)	129 (13.5)	726 (76.2)	3.62	.81
10	我會要求孩子不要有揉眼睛、挖鼻孔及將手指放入嘴巴等行為	8 (0.8)	32 (3.4)	320 (33.6)	584 (61.3)	3.57	.60
13	如果口罩沾到口鼻分泌物時，我會幫孩子立即更換	12 (1.3)	51 (5.4)	299 (31.4)	582 (61.1)	3.54	.66
6	我會注重幼兒身體保健，以提升抵抗力	9 (0.9)	35 (3.7)	357 (37.5)	543 (57.0)	3.52	.62
2	我會要求孩子養成正確洗手(濕、搓、沖、捧、擦)的衛生習慣	12 (1.3)	42 (4.4)	344 (36.1)	546 (57.3)	3.51	.65
12	如果遇到有呼吸道症狀的人，我會要求孩子與他交談時，盡可能保持距離	11 (1.2)	80 (8.4)	403 (42.3)	450 (47.2)	3.37	.69
3	我會盡量避免帶孩子出入人潮擁擠的公共場所	17 (1.8)	81 (8.5)	435 (45.6)	411 (43.1)	3.31	.70
1	孩子如果有打噴嚏或咳嗽的情形，我會要求他戴口罩	15 (1.6)	95 (10.0)	449 (47.1)	385 (40.4)	3.28	.71
5	我會要求孩子打噴嚏或擤完鼻涕後，立即徹底清潔雙手	18 (1.9)	143 (15.0)	436 (45.8)	347 (36.4)	3.18	.75
4	如果孩子一有感冒的症狀時，我會讓他在家休息，並觀察是否需要就診	24 (2.5)	151 (15.8)	429 (45.0)	340 (35.7)	3.15	.78
7	我會要求孩子每天均衡攝取六大類食物，以提升抵抗力	14 (1.5)	159 (16.7)	478 (50.2)	293 (30.7)	3.11	.73
9	我會要求孩子每天至少有 10 小時以上的夜間睡眠，以提升抵抗力	29 (3.0)	168 (17.6)	473 (49.6)	274 (28.8)	3.05	.77
8	我會要求孩子每天做規律的運動，以提升抵抗力	23 (2.4)	215 (22.6)	462 (48.5)	244 (25.6)	2.98	.76
流感預防行為量表 (共 13 題)					百分比 83.0%	43.18	5.78

註：流感預防行為量表之百分比計算方式：〔總平均數／量表總分 (52 分)〕×100%

根據以上研究發現幼兒主要照顧者的「流感認知」整體答對百分比，低於「流感預防行為」的整體答對百分比，研究者推論可能是因為幼兒主要照顧者的流感認知來源大部分來自於電視新聞媒體的報導，因媒體的報導有時誇大其辭且非完整的概念，因此造成幼兒主要照顧者無法獲得完整且正確的流感認知，以至於「流感認知」的整體表現會低於「流感預防行為」。

討論

一、主要照顧者對幼兒流感疫苗接種情形之現況

陳美芳等人(2009)針對屏東地區主要照顧者決定幼兒接種流感疫苗的主因，前四項「衛教宣導」、「醫師建議」、「小孩容易生病怕被傳染」、「疫苗有效」[8]，與本研究所進行的研究結果，各項得分之次序，雖略有不同，但仍以「小孩抵抗力差，怕被傳染」、「覺得疫苗有效」及「衛教宣導」此三項之得分較高。

本研究發現，中部地區幼兒主要照顧者不會讓孩子接種流感疫苗，最主要的原因，以「擔心會產生副作用」人數最多，此結果與國內陳美芳等人(2009)針對屏東地區幼兒主要照顧者未讓幼兒接種流感疫苗的主因[8]、何麗莉等人(2012)針對全國3歲以下嬰幼兒照顧者未讓嬰幼兒接種流感疫苗的原因[10]，以及國外Sypsa等人(2009)針對希臘住戶不願意接種流感疫苗的主因[11]、Chen等人(2012)針對英國區域兒科中心醫護人員不願意接種疫苗的原因[12]，所進行的結果大致相同，得分最高皆為「害怕產生副作用」。

依據表二資料顯示，本研究與何麗莉等人(2012)研究全國3歲以下嬰幼兒主要照顧者獲得流感疫苗資訊的來源[10]，以及黃惠萍等人(2007)針對65歲以上的老人接種流感疫苗的訊息[13]、蔡宗益等人(2011)針對南台灣中老年健檢民眾流感資訊的獲得主要媒介[14]，所進行的研究結果一致，皆以「電視」得分最高，並與黃惠萍等人(2007)針對65歲以上老人接種流感疫苗的訊息第二高分之「醫療院所」[13]，研究結果相同。故建議政府相關單位應善用電視、報章雜誌或網路媒體，來宣導流感及流感疫苗接種的相關知識，亦可在醫療院所或幼兒園辦理各種大型宣導活動或提供宣導品，以利流感預防及流感疫苗正確相關知識的傳遞。

二、主要照顧者對「流感認知」之現況

研究結果顯示，幼兒主要照顧者對於「預防流感最有效的方法就是施打流感疫苗」、「流感病毒的宿主」、「施打流感疫苗之副作用」與「長期使用藥物的病人接種流感疫苗注意事項」之相關知識較為缺乏。因此建議幼兒主要照顧者可以多注意流感相關資訊，例如：多留意電視上有關流感的宣導短片或疾管署宣導有關於流感的宣傳單，也可以自行上「衛生福利部疾病管制署之流感防治網」查詢關於流感防治議題，或至醫療院所、衛生所詢問流感相關問題，可以增加本身對流感的正確認知。表三第8題「正處於

急性感染病發中的病人，應該延遲注射流感疫苗」，目前的概念認為輕度的感染是不須要延遲注射流感疫苗，如輕微傷風雖處於病發中，仍可接種。第 12 題「流感病毒可以寄宿在其他動物身上並傳染給人體。」，目前的概念認為流感病毒可以「感染」其它動物如禽類或豬隻等，並傳染給人類。而「寄宿」並非為精確的動詞，易產生誤解而造成幼兒主要照顧者回答「否」。因此，建議未來研究者在設計流感認知的題目時應該說明得更清楚及口語化，且專有名詞的引用需更加精確，避免造成填答者的誤解。

三、主要照顧者對「流感預防行為」之現況

研究結果顯示，幼兒主要照顧者對於「我會要求孩子每天做規律的運動，以提升抵抗力」方面表現較不理想，建議幼兒主要照顧者可以先從日常生活中多培養幼兒運動的習慣，例如：利用課餘時間與幼兒至學校操場或附近公園一起騎腳踏車、慢跑、打球或溜直排輪等運動 30 分鐘，既可達成強健身體之目的，又可以增進親子關係。

誌謝

感謝國立臺中教育大學予以研究經費補助（研究計畫編號 NTCU102402），促使本研究得以順利完成。

參考文獻

1. World Health Organization•Health topics –Influenza – update. Available at: <http://www.who.int/topics/influenza/en/>。
2. 衛生福利部疾病管制署。世衛組織幹事長提警告「反疫苗情結令人擔憂」；面對流感季，疾管局疫苗及用藥兩大策略嚴陣以待，呼籲民眾認識風險做好個人防護，以遠離威脅，2012 年 12 月 25 日，取自 <https://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=a59c545d09b7af24&tid=21374272F983B94B>。
3. 劉清泉、何宗憲：認識流感疫苗－教學手冊。台北市：衛生署疾病管制局，2011；1-40。
4. 郭秀娥、林惠賢、周心寧等：醫療機構工作人員對流感與流感疫苗的認知、態度及接種流感疫苗行為之探討。感染控制雜誌 2009;2(19): 69-80。
5. 衛生福利部疾病管制署。因應流感大流行執行策略計畫第三版，2013 年 3 月 12 日，取自 <http://www2.cdc.gov.tw/public/data/112129285071.pdf>。
6. 黃璫寧：季節性流感疫苗。台灣醫學 2011;3(15):273-81。
7. 衛生福利部疾病管制署。季節性流感疫苗 Q & A 疫苗篇，2015 年 5 月 1 日，取自 <https://www.cdc.gov.tw/qa.aspx?treeid=5784355bfd011a1c&nowtreeid=db3cd706fd404a01>。

8. 陳美芳、王瑞霞、吳金雀等：影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討。疫情報導 2009;12(25):782-93。
9. 許淑雲、廖宏恩、洪百薰等：國小低年級學童家長對其子女接種流感疫苗醫意向之轉變情形及其相關因素分析—以雲林縣學童家長為例。台灣衛誌 2010;29(4):326-336。
10. 何麗莉、陳秋美、趙偉翔等：全國 3 歲以下嬰幼兒照顧者決定攜子女接種流感疫苗之影響因素探討。疫情報導 2012;3(28):33-44。
11. Sypsa V, Livanios T, Psichogiou M, et al. Public perceptions in relation to intention to receive pandemic influenzaluenza vaccination in a random population sample : Evidence from a cross-sectional telephone survey. Euro Surveillance 2009;14(49): 1-5.
12. Chen SC, Hawkins G, Aspinall E, et al. Factors influenzaluenza uptake of influenzaluenza A (H1N1) vaccine amongst healthcare workers in a regional pediatric centre: lessons for improving vaccination rates. Vaccine 2012;30(2):493-7.
13. 黃惠萍、趙偉翔、何麗莉等：2007 年老人流感疫苗預防接種意向電話調查報告。疫情報導 2007;12(23):683-92。
14. 蔡宗益、賴寧生、郭淑慧等：南台灣中老年健檢民眾接種 H1N1 疫苗的意願和其相關因素調查。志為護理 2011;3(10):73-82。

提審法修正施行對傳染病隔離治療措施之影響

林欣柔*

摘要

依新修正之提審法，不論人民是否因犯罪嫌疑而遭法院以外機關逮捕、拘禁，若其他法律未提供人民向法院請求即時救濟之機制，人民即得依提審法規定向法院聲請提審。傳染病防治措施中涉及逮捕、拘禁等剝奪人身自由之手段，將受此部保障人民人身自由之重要法令影響，特別是目前實務上運用機會最為頻繁的結核病隔離治療。為使公衛人員瞭解防治實務應如何因應新提審法之要求，本文簡介新提審法的內容，分析何種傳染病防治手段受提審法拘束，並對公衛人員應如何在執行隔離治療時踐行相關義務提出建議。

關鍵字：隔離治療；人身自由；提審法

我國提審制度概說

所謂提審，顧名思義即是「提來審」，我國的提審制度源自於英美的人身保護令狀制度(Writ of Habeas Corpus)[1]，目的在於保障人民未經法院裁判而遭剝奪人身自由時，能向法院請求聽審，由法院介入審查警察或行政官員剝奪人民人身自由之合法性。因此，提審制度本質上是司法權對行政權之制衡機制，人民遭法院以外之機關剝奪人身自由時，可藉由提審聲請，由法院向逮捕、拘禁機關要求移送該人民至法院接受訊問。

拘禁是對人民自由權利的重大限制，因為喪失人身自由實質上等於喪失其他重要的諸多自由權利，包括言論自由、隱私權等。我國憲法十分重視對人身自由之保障，在所有保障人民自由權利的條文中，第 8 條有關人身自由的規定不僅文字上最為詳盡，內容要求上亦十分周密。憲法中涉及提審制度的規範在於第 8 條第 2 項及第 3 項。憲法第 8 條第 2 項規定「人民因犯罪嫌疑被逮捕拘禁時，其逮捕拘禁機關應將逮捕拘禁原因，以書面告知本人及其本人指定之親友，並至遲於二十四小時內移送該管法院審問。本人或他人亦得聲請該管法院，於二十四小時內向逮捕之機關提審。」同條第 3 項規定「法院對於前項聲請，不得拒絕，並不得先令逮捕拘禁之機關查覆。逮捕拘禁之機關，對於法院之提審，不得拒絕或遲延。」此外，有關聲請提審的要件、方式、流程則另定於提審法中。

長庚大學醫務管理學系

通訊作者：林欣柔*

E-mail：shinrou@mail.cgu.edu.tw

投稿日期：2014 年 08 月 11 日

接受日期：2014 年 09 月 19 日

DOI：10.6524/EB.20151013.31(19).002

提審法的歷史悠久，甚至早於憲法之施行，這部法律是在民國 24 年 6 月 21 日由國民政府制定公布，自民國 35 年 3 月 15 日施行。然而，不論是一般大眾或是法律專業人員，都不熟悉這部法律，主因在於過去司法實務狹隘解釋提審法的適用範圍。過去司法實務上多認為，依照憲法第八條第二項規定，提審對象應限於「因犯罪嫌疑而被逮捕拘禁」者，因此非因犯罪嫌疑被逮捕拘禁而向法院聲請提審者，多數遭法院裁定駁回。然而，司法院統計自民國 87 年至 102 年 166 件聲請案中有五件聲請提審成功案例，分別涉及外國人收容及大陸人士留置事由聲請提審，法院認為提審有理由而當庭釋放，足見司法實務上有部份法官認為提審法不應僅適用於因犯罪嫌疑而被逮捕拘禁。

除了司法實務上有法官認為提審範圍不限於「因犯罪嫌疑而被逮捕拘禁」者外，民國 98 年 12 月 10 日公布施行之「公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法」第 2 條規定，前述兩公約所揭示保障人權之規定，自民國 100 年 12 月 10 日起施行，具有國內法律之效力。公民與政治權利國際公約第 9 條第 4 項，明文規定「任何人因逮捕或拘禁而被剝奪自由時，有權聲請法院提審，以迅速決定其拘禁是否合法，如屬非法，應即令釋放」，其所謂「因逮捕拘禁而被剝奪自由」，適用於不論任何原因而被逮捕、拘禁之任何人。因此，不論是因為涉及刑事案件或精神疾病、藥癮、遊蕩、吸毒，抑或是為教育目的、管制移民等情形，均得聲請法院提審。

此外，司法院大法官於民國 102 年 2 月 6 日做成釋字第 708 號解釋，解釋理由書闡明：「入出國及移民法第三十八條第一項之收容，係嚴重干預人民身體自由之強制處分，依憲法第八條第一項規定意旨，自須踐行必要之司法程序或其他正當法律程序。基於上述憲法意旨，為落實及時有效之保障功能，對上述處分仍應賦予受暫時性收容之外國人有立即聲請法院審理決定之救濟機會。」司法院大法官雖未提及「提審」二字，但認為「非因犯罪嫌疑」而被嚴重干預人民身體自由之處分，依憲法第 8 條第一項實質正當法律程序之意旨，應賦予受拘束人有立即聲請法院審查決定之救濟機會，所謂救濟機會實質上與聲請提審無異。

基於前揭實務上運作現況、國際人權公約內國法化之影響以及司法院大法官解釋意旨，民國 103 年初提審法修正時特別於修正理由中明確表示，不論是否「因犯罪嫌疑」而被逮捕或拘禁，均有提審法之適用。根據此修正說明，提審法第 1 條規定「人民被法院以外之任何機關逮捕拘禁」，文義解釋上提審法適用之範圍明確及於非因犯罪嫌疑而被逮捕拘禁者。換言之，只要符合「以強制力將人之身體自由予以拘束」或「拘束人身之自由使其難於脫離一定空間」之逮捕、拘禁定義，即有提審法之適用。

一、提審法重要內容

提審法共 12 條條文，規範聲請提審的資格、要件與審理程序，重要內容如下：

(一) 誰可以向法院聲請提審？

人身自由是普世公認的基本人權，是所有自由權利之根本，因此我國憲法第 8 條關於人身自由之保障，應不分國籍及於任何人，提審法第 1 條所稱得向法院聲請提審之「人民」，亦應包括本國人及外國人。

(二) 向法院聲請提審之要件為何？

人民被法院以外之任何機關以強制力拘束其身體自由，或其人身自由遭拘束、難於脫離一定空間時，即符合提審法第一條所謂「逮捕、拘禁」之定義，因此，不論法律的用語是什麼，是「拘留」、「收容」、「留置」、「管收」或其他，只要客觀上實際剝奪人身或行動自由的程度符合上述內涵，就是逮捕、拘禁。詳言之，只要是將人拘束於特定空間內，包括完全排除身體之活動、限制停留在特定處所，例如羈押、收容、管收、刑罰執行等，使其人身自由達到被剝奪狀態，即屬拘禁。但若尚未達一定空間之拘束程度，僅是移動自由的限制，例如限制出境，則尚未達拘禁之程度。

提審制度的目的是給予人民立即請求法院聽審、由法院介入審查的機會，若人民可以依照其他法律之規定，聲請即時由法院審查，換言之，若有其他法律要求逮捕、拘禁機關於人民表示不服時應即於二十四小時內將被逮捕、拘禁人移送法院迅速決定是否予以逮捕、拘禁時，該即時司法救濟程序較提審制度更為快速，憲法保障人民得聲請法院即時救濟之目的已經實現，自然無進行提審程序之必要。

(三) 機關執行逮捕、拘禁後應盡之義務：告知與通知

提審法第 2 條要求實施逮捕、拘禁之機關，應對人民踐行告知義務。「人民被逮捕、拘禁時，逮捕、拘禁之機關應即將逮捕、拘禁之原因、時間、地點及得依本法聲請提審之意旨，以書面告知本人及其指定之親友，至遲不得逾二十四小時。」人民或其親友亦得向逮捕、拘禁機關請求為上述之告知；若有不通曉國語之情形，逮捕、拘禁機關之書面告知內容中，應附記本人或其親友所理解之語文，若因為該語文過於罕見而有不能附記之情形時，亦應另以其所理解之語文進行告知。

(四) 法院處理流程

受提審聲請之法院，原則上應於繫屬後二十四小時內簽發提審票（第 5 條第 1 項前段），任何地方法院均應受理提審案件，不得以無管轄權裁定駁回；法院審查後，認為不應逮捕、拘禁者，應即裁定釋放，機關不得聲明不服；認為應予逮捕、拘禁者，以裁定駁回之，並將被逮捕、拘禁人解返原解交之機關。

(五) 人民聲請提審後逮捕、拘禁機關之義務：解交

逮捕、拘禁之機關於收受提審票後，原則上應在二十四小時內將被逮捕、拘禁人解交法院。但若有特殊情況使得解交或迎提困難，且被逮捕、拘禁人所在與法院間有聲音及影像相互傳送之設備而得直接訊問，在此情形經法院認為適當者，得例外以該設備訊問，逮捕、拘禁之機關免予解交。

二、傳染病防治法中涉及逮捕、拘禁之防疫手段：隔離及檢疫

新提審法修正施行後，凡符合逮捕、拘禁定義之防疫手段，都要踐行提審法之要求，但究竟哪些防疫手段會符合逮捕、拘禁定義而有提審法之適用？要回答這個問題，必須全面檢視傳染病防治法的規範內容。從公共衛生學及世界衛生組織所制定的國際衛生條例(International Health Regulations)來看，涉及剝奪人身自由的防治措施有隔離(isolation)及檢疫(quarantine)兩種。所謂隔離，指的是對於確認已感染（例如有檢驗結果或有臨床症狀）的病人，為防止感染擴散及提供治療，而將病人與他人分離，因此實施隔離的最佳場所應是醫療院所中的負壓隔離病房；至於檢疫，則是對尚未確認感染、無症狀、但因曾暴露於感染源、有可能處於潛伏期之人，為觀察其是否感染及避免在潛伏期中感染他人，而在潛伏期內將其與他人分離的手段，由於檢疫對象尚未確認感染，檢疫的實施方式可能有很多態樣，包括居家檢疫（病人在家觀察，不得外出）、工作檢疫（活動區域限於工作場所及家中兩定點，例如照顧傳染病病人的醫護人員可採取此種限制方式）等。

(一) 傳染病防治法第 44、45 條之隔離治療

以隔離及檢疫這樣的分類為準據來審視傳染病防治法的內容可以發現，第 44、45 條的「隔離治療」明確針對「傳染病病人」，並限制其身體自由於隔離治療機構內，顯屬前揭分類中的「隔離」(isolation)手段，且病人人身自由遭剝奪的程度，亦符合「拘束人身自由於一定空間、使其難以脫離」之拘禁內涵，因此以傳染病防治法第 44、45 條為依據所實施的隔離治療，有提審法之適用。

(二) 傳染病防治法第 48 條之留驗、遷入、管制或隔離

除此之外，傳染病防治法第 48 條第 1 項規定「主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。」本條文係針對曾暴露於感染源但尚未確認感染者進行人身自由拘束，屬於前揭分類中「檢疫」的手段，且其中所稱之「留驗」、「遷入指定之處所」、「指定特定區域實施管制」、「隔離」等措施，從實際執行之客觀情狀觀察，亦涉及不論人民之意願而將其行動自由拘束於一定空間，符合拘禁之定義。

(三) 傳染病防治法第 58 條之檢疫或隔離

另外，傳染病防治法第 58 條第 1 項規定「主管機關...得.....對自感染區入境、接觸或疑似接觸之人員、傳染病或疑似傳染病病人，採行居家檢疫、集中檢疫、隔離治療或其他必要措施。」本條文同樣主要針對無症狀的潛在感染者，雖然條文中所稱「居家檢疫、集中檢疫、隔離治療或其他必要措施」並無具體定義規定，但由「檢疫」、「隔離」等文字之文義解釋，可知該條項授權之手段從客觀情狀上觀察可能與拘禁之定義相符，因此以傳染病防治法第 58 條第 1 項規定為法源所實施之防疫措施，若客觀上達到剝奪人身自由之程度，即有提審法之適用。

綜言之，經檢視傳染病防治法的規範內容，以傳染病防治法第 44、45 條為法源之隔離治療，及以第 48 條和第 58 條為法源之檢疫手段，因符合逮捕、拘禁之定義而有提審法之適用。

三、公衛人員執行隔離治療時如何遵循提審法之要求？

(一) 權利告知

依前揭提審法之規範內容，提審法課予逮捕、拘禁機關之義務主要有三：第一，執行逮捕、拘禁時應即時以書面進行權利告知；第二，應依被逮捕、拘禁者之指定，通知其親友；第三，若人民聲請提審，應依法院所發提審票之內容解交人民至法院。此三項義務中最為重要的是前階段的權利告知與親友通知。提審法第 2 條第一項要求執行逮捕、拘禁機關必須即時地、至遲不得超過二十四小時，以書面告知被逮捕、拘禁人及其指定之親友法定事項，包括 1.逮捕、拘禁之原因 2.時間 3.地點及 4.得依提審法聲請提審之意旨。本條項規定的二十四小時時限，並不是指可以在二十三小時五十九分時再為書面告知即可，而是指二十四小時時限內的合理期間，換言之，執行人員必須盡合理努力，即時地為書面權利告知及親友通知。理論上，本人在行政機關為逮捕、拘禁時，其身體自由就已經在行政機關的實力掌握下，因此原則上行政機關在逮捕、拘禁人民的同時就應該給予書面的權利告知。至於通知親友義務，則需視人民是否指定，若人民不指定，逮捕、拘禁機關即無通知義務，若人民指定親友，逮捕、拘禁機關應盡合理努力，在二十四小時時限內通知其親友。由於考量到有可能發生二十四小時內無法以書面送達指定親友之情形，未來法院也可能傾向以「發信主義」來審查逮捕、拘禁機關是否盡其通知義務，換言之，逮捕、拘禁機關至少必須在二十四小時內發出書面通知。但以目前通訊設備的方便性及保障人民提審權利言，逮捕、拘禁機關可盡量先以較簡便快速的方式通知親友，例如電話、電子郵件、傳真等，使該親友能盡早獲悉資訊。

(二) 權利告知之內容

為踐行提審法之要求，公衛人員對病人實施結核病隔離治療時，應於人民身體自由受拘束的同時給予提審權利告知書，內容必須包括 1.逮捕、拘禁之原因 2.時間 3.地點及 4.得依提審法聲請提審之意旨。但目前傳染病防治法第 44 條第 2 項又規定「地方衛生機關應於施行隔離治療後三日內」送達病人或家屬隔離治療通知書，因此衛生人員還必須送達隔離治療通知書，內容包括病人的基本資料、指定隔離治療機構、法源依據等。由於提審權利之應告知事項與隔離治療通知書的內容多有重疊，為簡化第一線公衛人員之執行流程，俾利公衛人員運用防疫手段時更有效率，建議地方衛生機關可利用新版隔離治療通知書範本，該範例已結合提審法之要求及原本的隔離治療通知書內容，可避免衛生人員填寫兩張通知書、送達兩次及病人簽收兩次的繁瑣。另外，提審法對於指定親友之人數並無規範，但在解釋上應以合理人數為限，故目前範例中允許病人至多指定兩位親友，但若有例外情形，衛生人員可以具體情狀判斷是否允許病人指定多位親友。

(三) 時限之起算點

由於提審法權利告知有二十四小時之時限要求，此二十四小時的起算點可能影響衛生人員之執行是否符合提審法之要求，特別是目前結核病隔離治療可分為由醫療院所（醫師）所發動及由地方衛生人員發動兩種途徑，依這兩種途徑所實施的隔離治療，是從哪個時點開始起算二十四小時？理論上，提審法所規定的二十四小時時限，是從人民的人身自由被剝奪時起算，因此，當結核病隔離治療程序是由衛生人員發動時，自衛生人員向病人表達依法實施隔離治療之意時起，病人的身體自由實質上已在衛生機關的掌握之中，不論之後病人是自願隨同衛生人員至醫院或需仰賴對其身體施以強制力始將其送醫，病人人身自由受拘束的程度已經符合逮捕、拘禁的內涵。因此，至遲從送醫之時起，即已起算二十四小時時限。比較有疑義的是當隔離治療係由醫師發動時，要從什麼時間點開始起算？這個問題涉及目前實務上會發生由醫師填寫建議單至地方衛生局時，病人實際上已由醫師收治入院，其後始由地方衛生局審核建議單後核發隔離治療通知書之情形[2]。這樣的運作實況雖可理解，但混淆了醫、病及衛生機關三方間的法律關係。按病人接受醫師建議、同意住院，則病人與醫師、醫院間形成醫療上的契約關係，由醫院及醫師依其專業照護標準提供醫療服務，此時不涉及衛生機關公權力之行使，亦不涉及以強制力剝奪病人的人身自由，沒有逮捕、拘禁可言；同時，由於病人同意醫師建議、住院治療，病人對公眾健康並無重大風險，此時衛生機關並沒有實施隔離治療之必要，無須做成隔離治療的行政處分、開立隔離治療通知書。故在上述情形，既然沒有逮捕、拘禁的事實，

當然也沒有適用提審法的問題。但若要遷就實際狀況，勉強將地方衛生局同意醫師建議單、開立隔離治療通知書的行為解釋為符合「逮捕、拘禁」之內涵，那麼權利告知與通知親友的二十四小時時限理論上應從地方衛生局做成實施隔離治療之決定、並將此決定的意思對外表達時起算，參照疾病管制署於民國 103 年 7 月修正之「法定傳染病病患隔離治療及重新鑑定隔離治療之作業流程」，最遲應從地方衛生局做成書面隔離治療通知書時起算。

四、結語

不論是傳染病防治法第 44、45 條所授權實施之隔離治療，或是第 58 條對入出國人員所實施之檢疫或後送就醫，都是第一線公衛人員每天面對的工作，這些手段一方面是防疫的最後手段，一方面也會對病人構成嚴重的自由侵害，如何在適當執行防疫工作與保護個人權利間取得平衡，仰賴明確的法令與工作指引，更需要公衛人員嫻熟相關法令之要求。新修正之提審法適用於法院以外任何機關所實施的「逮捕、拘禁」，而傳染病防治法所授權之防疫手段中，有多處符合「逮捕、拘禁」之定義，特別是目前經常性執行的結核病隔離治療，由於傳染病防治法並未提供受拘束人民即時救濟管道，因此公衛人員運用採取這些防疫措施時，必須踐行提審法的告知、通知及解交義務。公衛人員有必要瞭解如何適當遵循提審法之要求，避免因為不理解法令而怯於在必要時運用適當的防疫手段。此外，新修正提審法之施行代表人身自由保障法制上之進步，主管機關除應確保公衛人員遵行提審法相關要求外，亦應積極檢討傳染病防治措施上涉及剝奪人身自由侵害之手段，強化實施及解除隔離或檢疫措施之規範明確性，並落實此等侵害手段之最後手段性，實現憲法第 8 條保障人民人身自由之宗旨。

參考文獻

1. 司法院釋字第 392 號解釋理由。
2. LIN, Shin-Rou, A Costly Illusion?: An Empirical Study of Taiwan's Use of Isolation to Control Tuberculosis Transmission and its Implications for Public Health Law and Policymaking. *Asian-Pacific Law & Policy Journal* 2013; 14. 3: 107-166.

2015 年臺北區愛滋感染者感染急性病毒性 A 型肝炎疑似本土群聚事件

洪美蘭^{1*}、陳思璇²、張家瑜³、蔡玉芳¹、蘇迎士⁴、吳俊賢¹、顏哲傑¹

摘要

今(2015)年6月中旬起疾病管制署臺北區管制中心陸續接獲自所轄區醫療所通報疑似本土急性病毒性 A 型肝炎中比對出個案有愛滋病毒(HIV)感染之病史者，截至 2015 年 7 月 26 日止共計 6 例，均為正值性活躍期之男性，經疾病管制署研究檢驗中心檢驗結果均為 A 型肝炎陽性且基因分型相似度 94.5%–99.5%，故疾病管制署臺北區管制中心初步研判均為本土個案且有疑似群聚現象，由個案過去感染 HIV 之危險行為因子推估，不排除此次傳染模式係由人與人之間接觸傳染或不安全性行為所感染。衛生機關對於此波疫情之掌握需跨單位共同合作，即早介入相關防治措施並宣導未具 A 型肝炎抗體者，建議接種兩劑 A 型肝炎疫苗（兩劑間隔 6–12 個月），以降低感染風險。

關鍵字：A 型肝炎；愛滋病毒感染；性行為傳染

事件緣起

今(2015)年6月中旬起疾病管制署臺北區管制中心(以下簡稱臺北區管制中心)陸續接獲轄區醫療所通報疑似急性病毒性 A 型肝炎(以下簡稱 A 型肝炎)個案，經疾病管制署研究檢驗中心(以下簡稱研究檢驗中心)進行檢驗結果均為 A 型肝炎陽性且基因分型相似度 94.5%–99.5%，截至 2015 年 7 月 26 日止共計 6 例，均有愛滋病毒(HIV)感染之病史，經臺北區管制中心初步研判均為本土個案且有疑似群聚現象。

¹ 衛生福利部病管制署臺北區管制中心

通訊作者：洪美蘭^{1*}

² 臺北市政府衛生局

E-mail：lend_pig33@cdc.gov.tw

³ 新北市政府衛生局

投稿日期：2015 年 08 月 10 日

⁴ 衛生福利部病管制署預防醫學辦公室

接受日期：2015 年 08 月 30 日

DOI：10.6524/EB.20151013.31(19).003

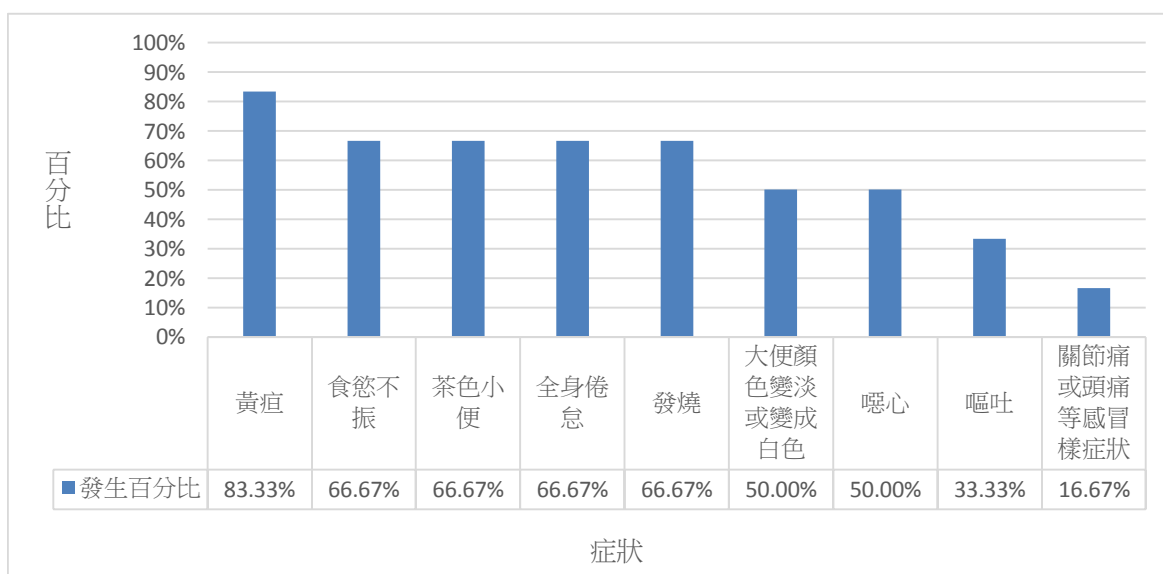
疫情調查

一、基本資料概述

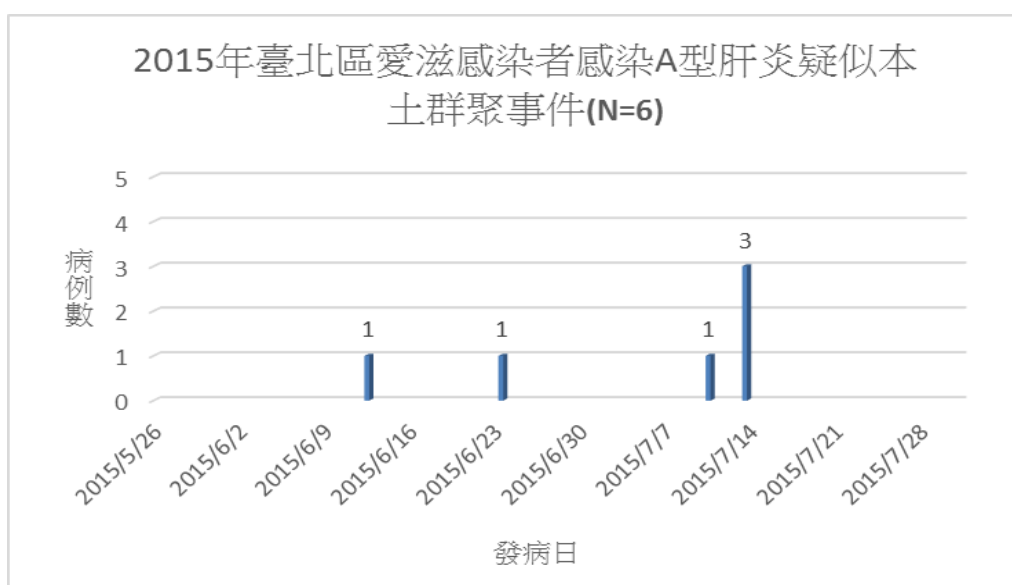
此次臺北區疑似本土 A 型肝炎群聚事件計 6 名確診個案，且有 HIV 感染之病史，基本資料（表一）顯示年齡介於 24–32 歲性活躍之男性族群，出現症狀頻率依序主要為黃疸、茶色小便、全身倦怠、食慾不振及發燒。可能受感染期之國內外旅遊史調查，計有 4 名無國內外旅遊史，1 名曾與同性友人前往泰國自助旅行，另 1 名則長期於中國大陸上海工作並定居該地，其曾於可能受感染期期間返台 1 週。依發病日之流行曲線圖（圖二）顯示傳染模式為人傳人。該 6 名皆有 HIV 感染或性病等病史，倘有不安全性行為易增各種傳染病感染之風險[1]。

表一、2015 年臺北區愛滋感染者感染 A 型肝炎疑似本土群聚事件個案基本資料

案號	案 1	案 2	案 3	案 4	案 5	案 6
性別	男	男	男	男	男	男
年齡	26	24	32	30	28	27
居住地	新北市 新店區	臺北市 內湖區	臺北市 萬華區	新北市 土城區	新北市 板橋區	新北市 三重區
職業	活動企劃	待業中	廣告設計	賣衣服	百貨專櫃 人員	銀行人員
發病日	2015/6/12	2015/6/23	2015/7/13	2015/7/10	2015/7/13	2015/7/13
通報日	2015/6/15	2015/6/25	2015/7/17	2015/7/20	2015/7/20	2015/7/22
通報來源	A 醫院	B 診所	C 醫院院區	D 醫院	D 醫院	A 醫院
旅遊史	無	無	長期居住上海 2015/6/1-6 返台	無	2015/6/24-29 泰國	無
疫苗接種情形	無	無	無	無	無	無



圖一、2015 年臺北區愛滋感染者感染 A 型肝炎疑似本土群聚事件個案症狀分布



圖二、2015 年臺北區愛滋感染者感染 A 型肝炎疑似本土群聚事件流行曲線圖

二、飲水來源、飲食史及其他危險行為因子調查

地方衛生單位針對個案可能受感染期期間之飲水來源、飲食史及其他危險行為因子方面進行疫情調查：1、飲水來源方面：6 名個案表示皆飲用煮沸之自來水或包裝水。2、飲食史方面：6 名個案表示偶而在家用餐及曾於小吃攤或外購買便當食用，但無食用可疑食品，均無參加聚餐或婚喪喜慶等大型活動；另外，其中 4 名有生食習慣，2 名曾食用連鎖便利商店之生菜沙拉及 2 名曾生食海鮮類食物。3、其他危險行為因子：1 名個案表示曾與同性友人有不安全性行為、其餘 5 名均表示無不安全性行為；另其他危險因子調查（如游泳或戲水），6 名個案均表示無上述情形。經初步疫調顯示，未發現共通餐飲、水源或公共場所之暴露。

三、接觸者追蹤

A 型肝炎的潛伏期 15 至 50 天，平均為 28–30 天。感染力最強的時間在潛伏期的後半期，持續到出現黃疸之後 7 天；無黃疸現象之病人，則為 SGOT、SGPT 上升至最高峰之後 7 天。大多數的病患在出現黃疸症狀後 1 週即不具感染力[2]。關於密切接觸者追蹤方面，3 名個案表示獨居無密切接觸者，另 3 名個案之同住與非同住接觸者計追蹤 9 人，其中 7 名接觸者均無症狀，另 2 名接觸者（案 1 之同住胞弟及同性友人）分別於 2015 年 7 月 7 日及 2015 年 7 月 15 日發病並經研檢中心檢驗確診 A 型肝炎，推估同住胞弟可能與確診個案共同生活遭受感染，而同性友人則曾與個案發生不安全性行為，故不排除因接觸及不安全性行為所造成之次波感染。

四、感染源推估及研判

依據現有資料顯示 6 名個案皆有 HIV 感染或性病等病史，因性行為屬高度隱私問題，故面對疫情調查時可能刻意隱瞞、提供錯誤資訊[3]，導致無法釐清其感染來源，經研檢中心進一步執行基因型別比對，6 名確診個案及 2 名確診陽性接觸者均屬 IA cluster 1，相似度將近 94.5%–99.5%，顯示為共同暴露之群聚事件，由其危險行為因子及表一之流行曲線推估，此次非共同食物中毒案件，不排除傳染模式係由人與人之間接觸傳染或不安全之口肛接觸所感染。

防治作為與因應措施

本案經臺北區管制中心研判為疑似本土 A 型肝炎群聚事件，疾病管制署（以下簡稱疾管署）與地方衛生機關共同採行防治措施如下：

- 一、地方衛生機關接獲轄區醫療院所通報後，依傳染病防治工作手冊進行疫情調查及相關防治作為。
- 二、為阻斷疫情之擴散，臺北區管制中心協請轄區衛生局及臺北市政府衛生局防疫專案組轉知醫院端及公共衛生端愛滋個案醫師協助疫情之調查，呼籲臨床醫師於診治性活躍年齡之男性族群出現肝炎及腸胃不適等症狀時，應審慎評估相關感染危險因子，適時進行通報並給予相關衛教；並透過愛滋病指定醫院診療醫師及愛滋民間團體及各同志健康中心（站）等網路發布相關疫情與衛教宣導。
- 三、持續追蹤確診個案後續健康情形，並針對其相關接觸者及居住區域進行傳染病通報監測。
- 四、疾管署發布預防 A 型肝炎之新聞稿，並建議未具 A 型肝炎抗體者可自費接種，提醒國人平日應養成良好之飲食及個人衛生習慣，避免不安全之口肛接觸，以降低感染風險。

建議與討論

A 型肝炎於國內列為第二類法定傳染病，是由 A 型肝炎病毒感染所引起的疾病，台灣民眾在中年以前感染率即達 85% 以上[4]，主要是經由糞口途徑傳播，在低度開發國家，因環境衛生條件較差，A 型肝炎感染多發生在嬰幼兒時期，且通常為無症狀的感染，成年人則多半已具有免疫力；而在已開發國家，則以青少年及年輕的成人為 A 型肝炎主要的感染族群，然群聚感染經常透過人傳人的模式發生，除此之外也可能散發於托兒機構、同性間性接觸及曾至 A 型肝炎流行地區旅遊者[4–5]。

以往調查病例之相關接觸及飲食史時，因此疾病潛伏期長，往往受限於個案難以憶完整的飲食經歷，而無法釐清感染來源，迥異於以往食物共同感染源之流行曲線模式，近期於大臺北地區發現 HIV 族群感染 A 型肝炎疑似群聚事件，

因性行為屬高度隱私問題，此高危險族群可能刻意隱瞞暴露風險，更提升衛生機關即時發現感染源並阻斷傳播之困難及挑戰性，臺北區管制中心建議衛生局將個案轉介給愛滋個管師，先與個案建立信任與支持的管道，再協助疫調、接觸者之採檢與衛生教育，避免過多公衛人員打擾個案而致使個案躲避治療，進而造成 A 型肝炎在愛滋感染族群中持續傳播。此次疑似群聚事件傳染模式不排除係由人與人之間接觸傳染或不安全之口肛接觸等性行為所感染，此一情形與歐洲、丹麥所發生於同性間性行為者之 A 型肝炎群突發流行事件模式雷同[6-8]。建議臨床醫師提高警覺於診治患有腸胃道、肝炎症狀病患時，應多方考量病患年齡及性別及其他相關資訊等，排除可能之傳染病。

另文獻指出 A 型肝炎的致死率低（約千分之二）；造成死亡的情形多半為猛爆型肝炎，通常發生於老年患者，或患有慢性肝病患（包括慢性 B 型、C 型肝炎病毒感染者）致死的風險亦較高。HIV 感染族群較非愛滋病毒感染者有較高的 A 型肝炎病毒感染盛行率，因此，A 型肝炎疫苗接種有其必要性[9-10]。

依據疾管署疫情監測資料顯示，國內今(2015)年 7 月 28 日止共計 52 例 A 型肝炎確定病例（過去兩年同期病例數：65 例、88 例），其中 17 例為境外移入病例，35 例本土病例有增加的趨勢。另外，回溯歷年資料，國內過去愛滋病毒感染者感染 A 型肝炎之案例極為少見，僅於 2001 及 2007 年各發現 1 例[11]。近期短時間於大臺北生活圈密集發生 6 例 HIV 感染者罹患 A 型肝炎，故藉此提出警告，關於這個新出現的現象可能會威脅著 HIV 高危險族群。衛生機關對於 A 型肝炎疫情之掌握，需跨單位共同合作，持續追蹤並落實相關防治措施，加強衛教及宣導，以提升民眾自我健康之保護，並教育高危險族群應採取安全的性行為及養成良好的衛生習慣以降低感染風險。建議若未具 A 型肝炎抗體者，加強自費接種疫苗之宣導，接種兩劑 A 型肝炎疫苗（兩劑間隔 6-12 個月），以預防可能感染及傳播。

誌謝

感謝臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、衛生署福利部疾病管制署研究檢驗中心、衛生署福利部疾病管制署急性傳染病組、衛生署福利部疾病管制署預防醫學辦公室、衛生署福利部疾病管制署公關室及相關防疫工作人員的協助。

參考文獻

1. 洪健清、稽達德、羅一鈞等：男同性性行為者、愛滋病毒感染與阿米巴原蟲感染。愛之關懷 2008；64：12-23。
2. 行政院衛生福利部疾病管制署。疾病介紹：A 型肝炎。Available at: <http://www.cdc.gov.tw/professional/themanet.aspx?did=644&treeid=F6A75B7E8EBD8AC2&nowtreeid=F6A75B7E8EBD8AC2>。

3. 高心藝、郭洪國雄：回首來時路：台灣愛滋防治工作三十年整理與回顧。性學研究 2013；4（2）：55-74。
4. 民國 85-100 年臺灣地區公共衛生發展史（六）-（八）。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/SubjectDetail.aspx?kind_no=2&f_list_no=16&fod_list_no=591&subject_no=4。
5. 王家英、蘇韋如、林瓊芳等：2010-2013A 型肝炎流行病學分析及防治政策探討。疫情報導 2014；230（14）：285-9。
6. Mazick A, Howitz M, Rex S, et al. Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. Euro Surveill. 2005 May;10（5）：111-4.
7. Sfetcu O, Irvine N, Ngui SL, et al. Hepatitis A outbreak predominantly affecting men who have sex with men in Northern Ireland, October 2008 to July 2009. Euro Surveill. 2011 Mar;16（9）：11-16.
8. Spada E, Genovese D, Tosti ME, et al. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. J Hepatol. 2005 Dec;43（6）：958-64.
9. 曾御慈、孫幸筠、洪健清：A 型肝炎病毒與 A 型肝炎疫苗簡介。愛之關懷 2009；66：6-18。
10. 洪健清、曾御慈：愛滋病毒感染者 A 型肝炎與 A 型肝炎病毒疫苗介紹。愛之關懷 2013；83：8-15。
11. 行政院衛生福利部疾病管制署。傳染病倉儲系統。Available at：<http://nidss.cdc.gov.tw/ch/SingleDisease.aspx?dc=1&dt=2&disease=0701>。

2015 年台南市本土登革熱與 2013 年新加坡登革熱疫情比較

羅一鈞*、洪敏南

摘要

2015 年台南市登革熱個案致死率較新加坡為高，部分原因為個案年齡層差異，新加坡個案絕大部分為 15–54 歲，台南市個案則有 40% 年齡超過 55 歲。經年齡校正後，可由 0.4% 降為 0.12%，但仍較新加坡為高。新加坡已累積多年登革熱疫情處理經驗，包括臨床分級、快篩運用、基層院所與急診室處置、民眾就醫習慣等，均有台灣可資借鏡之處，以利於早期診斷，透過標準化的追蹤與治療方式，台灣亦有望如新加坡的經驗，逐步降低登革熱個案致死率至 0.1% 以下。

關鍵字：登革熱

前言

2015 年台灣登革熱疫情規模較往年為大，自入夏以來至 9 月 30 日，全國登革熱本土病例已達 18,879 例，台南市個案占 16,211 例(86%)、高雄市 2,356 例(12%)、屏東縣 79 例(0.4%)。全國累計經審查與登革熱相關死亡人數為 56 人，包含台南市 50 人、高雄市 5 人及屏東縣 1 人。台南市今年主要登革病毒型別為第二型，登革熱個案致死率(case-fatality rate)為 0.31%。

新加坡為登革熱流行國家，每年確定個案數由三千例至兩萬兩千例不等，呈週期性流行趨勢，主要流行病毒型別為第一型和第二型，常是登革病毒第一型流行後，接著流行第二型，第三型和第四型侷限於小規模流行。登革熱個案致死率介於 0.03% 至 0.32%，尤其自 2012 年起，無論主要流行型別為第一型或第二型，個案致死率均明顯降低至 0.03% 至 0.04%（表一）[1]。

因台灣和新加坡之公衛及醫療水準相近，登革熱個案致死率卻差異十倍，引起國人關注。本文就新加坡疫情規模最大之 2013 年，與今年台南市登革熱疫情，就年齡進行比較，並概述新加坡臨床處置，以解釋個案致死率之差異。

衛生福利部疾病管制署預防醫學辦公室

通訊作者：羅一鈞*

E-mail: loyichun@cdc.gov.tw

DOI: 10.6524/EB.20151013.31(19).004

表一、新加坡登革熱每年主要病毒型別、個案數、死亡數及個案致死率

年度	主要病毒型別	個案數	死亡數	個案致死率
2005	第一型	14209	25	0.18%
2006	第一型	3127	10	0.32%
2007	第二型	8826	24	0.27%
2008	第二型	7031	10	0.14%
2009	第二型	4497	8	0.18%
2010	第二型	5363	6	0.11%
2011	第二型	5330	6	0.12%
2012	第二型	4632	2	0.04%
2013	第一型	22318	8	0.04%
2014	第一型	18335	5	0.03%

材料與方法

以 Google 和 PubMed 搜尋引擎，鍵入 Singapore 合併 Dengue 關鍵字，另參考本署洪敏南醫師於 2015 年 9 月 8 日至 10 日赴新加坡陳篤生醫院考察登革熱病患診治報告內容，以收集 2013 年新加坡登革熱相關統計資料和文獻，及新加坡登革血清盛行率資料。台南市本土登革熱統計資料，係自疾病管制署（以下簡稱疾管署）傳染病個案通報系統及疫情資料倉儲 BO 系統下載通報日為 2015 年 5 月 1 日至 9 月 30 日之確定個案、居住地為台南市、且研判非境外移入個案，收集其年齡及死亡資料，與新加坡資料進行描述性統計分析。

結果

一、年齡比較

根據新加坡衛生部 2014 年 11 月公布的傳染病監測年報，2013 年新加坡登革熱個案年齡中位數為 25–34 歲。15 至 54 歲個案，佔所有個案的 80%。55 歲以上個案，佔所有個案的 14% [2]。2013 年新加坡登革熱死亡個案共 8 例，其中 4 例死亡個案有年齡資料公布，分別為 35 歲、52 歲、53 歲、66 歲，中位數為 52 歲。

自 2015 年 5 月 1 日至 9 月 30 日，台南市本土個案年齡中位數為 48 歲，15 至 54 歲個案，佔所有個案的 52%。55 歲以上個案，佔所有個案的 40%。2015 年 5 月 1 日至 9 月 30 日台南市登革熱死亡個案共 50 例，年齡中位數為 77 歲，除三例未滿 65 歲（分別為 37 歲、52 歲、55 歲），其餘 47 例均為 65 歲以上。新加坡與台南市登革熱個案年齡比較整理如表二。

表二、新加坡 2013 年登革熱確定個案與台南市 2015 年 5 月至 9 月本土登革熱確定個案年齡比較

年齡（歲）	新加坡	台南市
確定個案年齡中位數	25–34	48
確定個案年齡層		
55 歲以上	14%	40%
15–54 歲	80%	52%
小於 15 歲	6%	8%
死亡個案中位數	52	77

二、致死率比較

新加坡 2013 年的登革熱個案為 22,318 名，個案年齡層分佈如表二，其中死亡個案為 8 名，致死率為 0.04%。台南市 2015 年入夏至 9 月 30 日為止，本土登革熱個案共 16,211 名，死亡個案為 50 名，致死率 0.31%，其中 55 歲以上個案致死率為 0.74%（共 48 名死亡），15–54 歲個案致死率為 0.02%（共 2 名死亡），小於 15 歲個案致死率為 0%。

考量新加坡與台南市個案年齡層差異大，應校正年齡干擾才能合理比較。若將台南市個案致死率，依新加坡 2013 年登革熱個案年齡分佈進行校正，年齡校正後的個案致死率為 0.12%，仍為新加坡個案致死率(0.04%)的三倍（表三）。

表三、新加坡 2013 年登革熱與台南市 2015 年 5 月至 9 月本土登革熱個案致死率比較

變項	新加坡	台南市
個案總數	22318	16211
死亡人數	8	50
個案致死率	0.04%	0.31%
依新加坡登革熱年齡分佈校正後的個案致死率	0.04%	0.12%

三、新加坡臨床處置概述

台南市今年的登革熱流行疫情嚴峻，導致急診、門診、住院、重症加護等各方面醫療負擔沉重。新加坡也曾於 2005 年發生登革熱大流行，病患擠滿醫院，為了減輕醫療住院負擔，所以在疫情之後經過多年的努力，逐步建立門診追蹤制度，並且發展臨床分級指標，以協助醫師找出何種病患確實需要住院[3]。

登革熱快篩有助於早期診斷，在新加坡近五年來已廣為使用。至於快篩費用，如果是公立醫院，因為有部分負擔補助，約只要 10 元新幣而已。只需簡單一滴血，即可於 20 至 30 分鐘內獲得結果，基層診所提供此服務，方便民眾就醫診斷，以達到分流目的[3]。

新加坡傳染病與流行病學研究所(Institute of Infectious Diseases and Epidemiology)每年都會與診所醫師開會，由該單位制定登革熱病況追蹤建議，並且與相關醫學會合作，共同推廣病患門診追蹤作法。民眾於診所看病、快篩檢驗後，醫師視狀況，讓病患回家或轉診。即使回家追蹤，除了給衛教單張外，仍建議每天必須自行監測病況，必要時每天回診抽血與臨床評估。通常診所早上抽血後，下午報告出爐，再由醫師通知病患，若有異狀就會轉到醫院門診或急診。而門診評估也有制式表單，以免遺漏重要評估指標[3]。

以新加坡陳篤生醫院為例，急診處檢傷分類人員，可視狀況直接請病患抽血與開立登革熱快篩，等病患到醫師診間時，報告已經出來，以增加病患看診速度，避免急診壅塞。急診一般的抽血檢驗與登革快篩，平日上班時間由醫院的中央實驗室進行，下班後的登革快篩則由急診室旁邊二十四小時運作的實驗室操作[3]。

關於登革熱病患的住院條件，新加坡陳篤生醫院非全盤接受世界衛生組織的分級建議，而是透過不斷的研究來調整住院建議條件。除了處置方式的分類外，也強調分級醫療，對於基層醫療門診無法處置者，才是建議轉診至醫院門診或直接建議轉急診住院，這跟台灣眾多病患直接湧向醫學中心門急診有著很大差異[3]。

討論

本分析顯示，年齡即可解釋約 61% 的個案致死率差異。台南市個案平均年齡遠較新加坡為高，可能是新加坡長年流行登革熱，導致成人大多在青壯年期即已感染過登革熱，至老年時已對主要流行型別均免疫所致。此論點可由新加坡和台南市登革熱血清流行病學調查結果獲得佐證（表四）[1, 3]。

新加坡的各個成人年齡層血清陽性率都比台南市高，55 歲以上成人更高達 90% 可測到登革熱血清抗體，顯示在步入老年前，大多數都已在青壯年時感染過登革熱，而且可能因為居住在流行地區反覆暴觸，能刺激免疫系統持續製造登革熱抗體，維持在能被檢驗到的濃度。相較之下，台南市 55 歲以上成人的血清盛行率僅 36%，顯示老年人仍有高比例為登革熱易受感染族群，且血清陽性個案當中尚有 36% 為初次感染，後續若感染其他型別，則有較高風險可能引起登革重症。老年人的慢性疾病與合併症較多，也是致死率較高的重要因素[3]。

表四、新加坡與台南市登革熱血清盛行率調查比較

登革血清盛行率	新加坡 2010 年	台南市 2007 年
所有成人	55%	20%
18-24 歲	17%	6%
25-34 歲	29%	4%
35-44 歲	42%	9%
45-54 歲	71%	4%
55-74 歲	90%	36%*

*再次感染僅發現於 55 歲以上，佔 55 歲以上血清陽性個案 64%。

雖然兩國病患的人口學特質不相同，台灣的老年病患相對較多，但經過年齡校正後的死亡率，新加坡仍低於台南市，值得探究。因為登革熱已經是新加坡地方疾病，基層醫師願意以門診追蹤登革熱病患，發揮很大功用。除了利用回診提醒病患外，還能透過嚴密追蹤，及早發現需要轉診的病患，減少病況發展為重症才到醫院就醫的情境。不但可減少住院支出，也提早診斷潛在重症病患。

推廣臨床路徑治療方式，將可促進醫師標準化的處置方式。台灣可參考新加坡的經驗，與相關醫學會合作制訂標準化的治療流程、並在各級醫療院所普遍推行，是登革熱在南部縣市本土化之後，必須嚴肅面對的議題。

本分析的限制包括：未將環境病媒控制、氣候條件、法規及行政管理等因素列入比較[4]。此外，登革熱再次感染(secondary infection)發生重症和致死率較高，特別是再次感染的型別為第二型時，嚴重預後的比例更顯著。因此再次感染與否，亦是病況嚴重程度的重要評估指標，有賴疾管署研究檢驗中心進一步針對台南市此次疫情的樣本，進行再次感染相關的血清學分析。

2015年台南市登革熱個案致死率較新加坡為高，主要原因為個案年齡層差異，新加坡個案絕大部分為15–54歲，台南市個案則有40%年齡超過55歲。經年齡校正後，可由0.4%降為0.12%，但仍較新加坡為高。新加坡已累積多年登革熱疫情處理經驗，包括臨床分級、快篩運用、基層院所與急診室處置、民眾就醫習慣等，均有台灣可資借鏡之處，以利於早期診斷，透過標準化的追蹤與治療方式，台灣亦有望如新加坡的經驗，逐步降低登革熱個案致死率至0.1%以下。

參考文獻

1. 洪敏南。疾病管制署出國計畫報告：赴新加坡實地訪查登革熱個案診治。民國104年9月21日。Available at http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report_detail.aspx?sysId=C10403225
2. Singapore Ministry of Health. Communicable Diseases Surveillance in Singapore 2013 Annual Report. 13 November 2014. Available at https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/Reports/2014/communicable-diseases-surveillance-in-singapore-2013.html
3. 黃智雄等。行政院衛生署疾病管制局九十六年度科技研究發展計畫：台灣南部地區（台南市）登革熱血清流行病學調查研究。Available at <https://www.cdc.gov.tw/uploads/files/beda37f9-827c-497a-ab84-5b855abe2d05.pdf>
4. Struchiner CJ, Rocklöv J, Wilder-Smith A, Massad E. Increasing dengue incidence in Singapore over the past 40 years: Population growth, climate and mobility. PLoS One. 2015 Aug 31;10(8):e0136286.

日期:2015 年第 37–39 週(2015/9/13–2015/10/3) DOI:10.6524/EB.20151013.31(19).005

疫情概要:

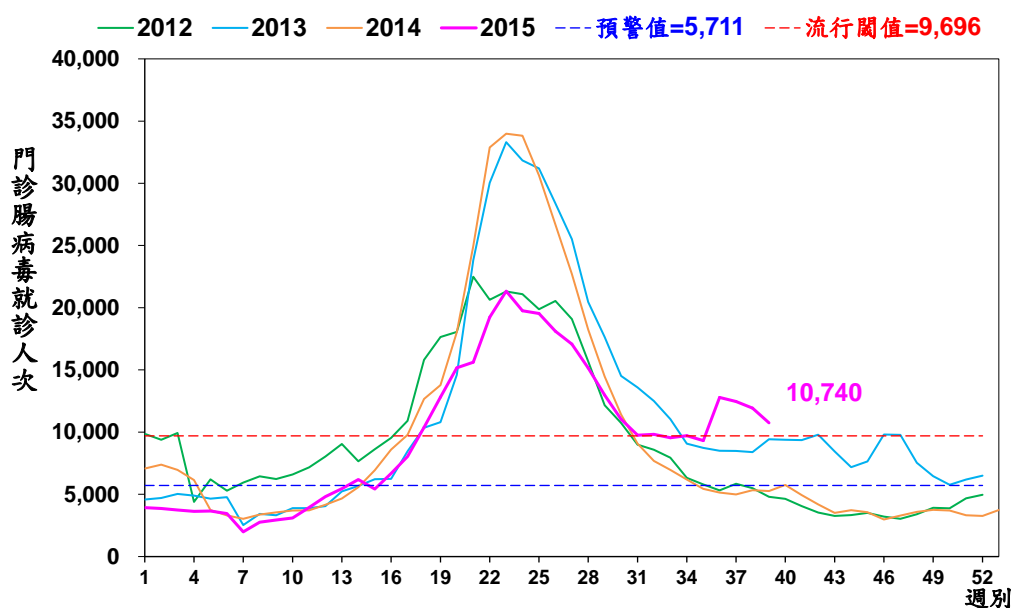
腸病毒疫情處於流行期，第 39 週急診千分比略升，門診人次亦為近 4 年同期最高。台南市登革熱疫情趨緩，惟目前為流行高峰期，呼籲民眾及醫師務必對登革熱症狀保持警覺及清除孳生源，以確保防疫成果。依歷年腹瀉疫情趨勢顯示，全國急診腹瀉就診病例百分比及就診人次均於中秋假期起明顯上升，持續監測疫情。

香港腸病毒疫情仍處高點。東南亞登革熱疫情呈上升或持續。中國大陸浙江省發生入秋以來第 1 例 H7N9 流感病例，提升旅遊疫情建議至警示(Alert)。沙烏地阿拉伯 MERS 疫情持續趨緩，另約旦新增 4 例，均為院內感染。幾內亞、獅子山伊波拉病毒感染疫情穩定；WHO 表示幾內亞及獅子山尚存 2 個無法掌握活動傳播鏈，仍符合國際間公共衛生緊急事件(PHEIC)。

一、腸病毒

(一)國內疫情

1. 第 39 週腸病毒門急診就診人次較前一週略升。
2. 第 37 週社區腸病毒陽性率 30.8%，較前一週下降，主要流行克沙奇 A 型病毒(CA)。近期社區輕症監測檢出 2 件腸病毒 71 陽性檢體；持續監測及流行病毒株變化。
3. 今年累計 4 例腸病毒重症個案(感染型分別為 2 例 CB5，2 例 CA16)，2 例死亡。



圖一、2007-15 年腸病毒門診就診人次趨勢

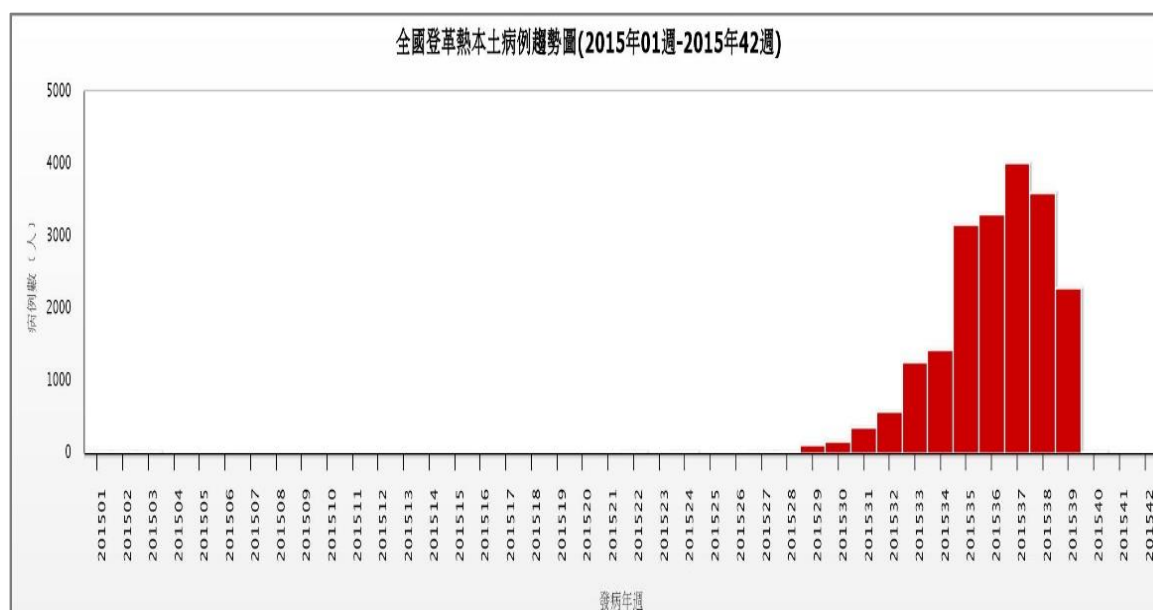
(二)國際疫情

- 1.香港：疫情仍處高點，截至 10/1 累計 50 例腸病毒 71 型感染個案及 305 起人口密集機構疫情，高於去年同期，且今夏疫情高峰期較去年延長；已分型病毒以腸病毒 71 型為主。
- 2.新加坡：疫情持平，截至 9/19 累計逾 21,000 例，分別較去年同期及近 5 年同期上升 30%、10%。
- 3.日本：疫情趨緩，截至 9/20 累計逾 34 萬例，為近 10 年同期最高；疫情集中東北部；病毒型別以 CA16 為主。
- 4.中國大陸：疫情趨緩，截至 9/6 累計逾 144 萬例，逾 8 千例重症，105 例死亡，均低於去年及近 3 年同期平均；疫情主要集中於東部、中部及南部省份；分型病毒以腸病毒 71 型為主。

二、登革熱

(一)國內疫情

- 1.本土病例：台南市疫情下降，其中北區病例數最多。高雄市疫情呈微幅上升。屏東縣屏東市持續新增病例，其他地區仍有零星病例。入夏以來累計死亡 56 人。
- 2.境外移入病例：今年迄 10/5 累計 246 例，感染國別以印尼、菲律賓、馬來西亞及越南為多。



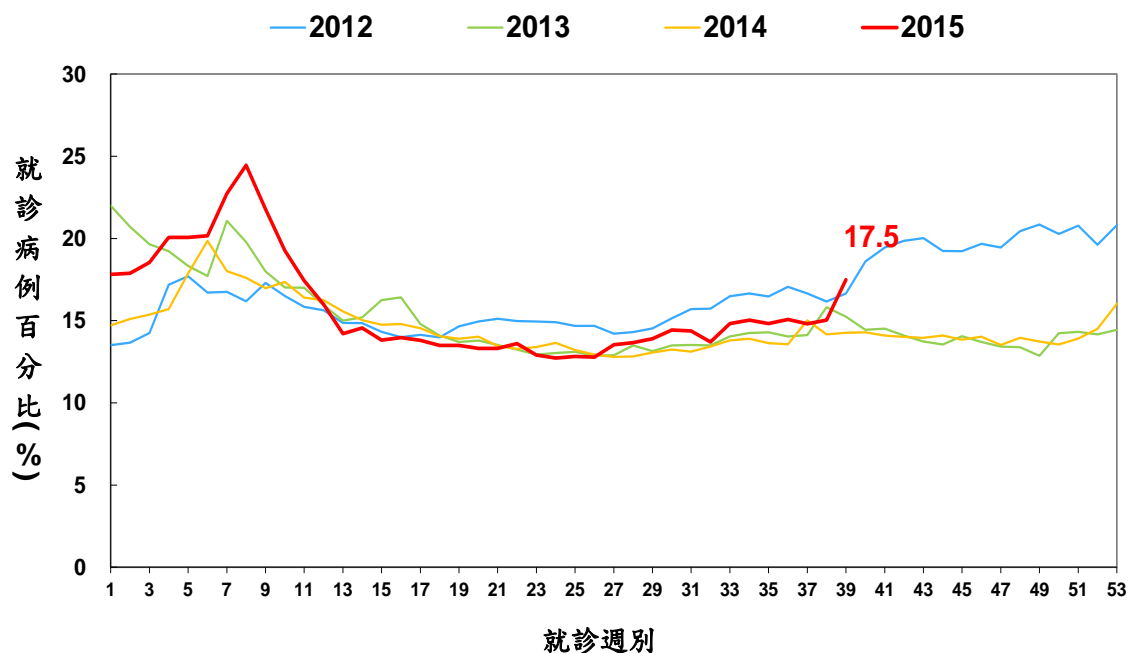
圖二、2015 年登革熱本土確定病例趨勢

(二)國際疫情

1. **泰國**：疫情上升，截至 9/28 累計約 8 萬 1 千例(82 例死亡)，病例數及死亡數均約為去年同期的 3 倍；當局表示正值雨季，病例將持續增加。
2. **緬甸**：疫情持續，截至 9 月累計約 3 萬 6 千例，約為去年全年總數的 2.5 倍，因今年發生嚴重水災致使疫情嚴峻。
3. **越南**：疫情持續，今年迄今累計約 4 萬 3 千例，近期南部地區及北部河內等省市病例數據增；目前正值流行高峰期。
4. **馬來西亞**：疫情趨緩，截至 10/4 累計約 9 萬 2 千例(219 例死亡)，病例數及死亡數均高於去年同期，其中西南部雪蘭莪州約占五成五病例。
5. **新加坡**：疫情上下波動，截至 9/26 累計逾 7,300 例，約較去年同期下降五成二，為近 5 年同期平均的 2 倍
6. **中國大陸**：廣東省疫情持續，截至 9/29 累計約 1,060 例，較去年同期下降 94%，逾九成本土病例集中於潮州市。

三、腹瀉

2015 年第 39 週急診腹瀉就診病例百分比達 17.5，較前一週明顯上升；各年齡層發生率均呈上升趨勢，以 0-6 歲兒童發生率最高。



圖三、歷年急診腸胃道就診病例百分比—同期

四、H7N9 流感

- (一) **中國大陸**：浙江省紹興市 10/2 新增 1 例，為嵊州市 62 歲女性，發病前二週具禽類接觸史，此為今年入秋(2015/10/1)以來首例。提升浙江省旅遊疫情建議至警示(Alert)。
- (二) **全球**：自 2013 年迄今累計 678 例，包含中國大陸 658 例、香港 13 例、台灣 4 例、加拿大 2 例、馬來西亞 1 例，WHO 於 9/4 更新 275 例死亡。

五、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(MERS)

- (一) **沙烏地阿拉伯**：疫情持續趨緩；該國迄今累計 1,251 例(536 例死亡，43%)，其中 38% 為原發病例、33% 為醫院病患、12% 為醫院工作者、13% 為家居接觸者。
- (二) **約旦**：世界衛生組織(WHO) 9/30 公布該國首都安曼市新增 4 例(1 例死亡)，均為院內感染。該國自 2012 年迄今共 27 例(9 例死亡)，以今年累計 16 例最多。
- (三) **韓國**：10/1 公布最後一名病例兩次檢驗均呈陰性，此波疫情共計 186 例(含中國廣東 1 例)，36 例死亡，目前仍有 5 例(含上述病例)住院治療；依據 WHO 自最後 1 例病例第二次檢驗陰性起算兩個潛伏期 28 日標準，可望於 10/29 宣布疫情結束。
- (四) **沙烏地阿拉伯朝覲活動**已於 9 月底結束，請醫療院所診治病患時應主動詢問其旅遊史、接觸史、職業別與群聚情形(TOCC)，如病患近期曾從事朝覲活動或具阿拉伯半島等疫情高風險地區旅遊史，應提高警覺並加強通報。
- (五) **菲律賓**：據報導 10/3 公布 1 例疑似病例，63 歲沙烏地阿拉伯籍男性，9/17 抵達菲國，9/26 出現症狀，9/28 送醫，9/29 死亡；目前掌握 100 餘名接觸者，15 名有症狀者醫院隔離，其中 12 名醫護人員初步檢驗呈陰性。
- (六) **全球**：WHO 於 10/1 更新累計 1,593 例，568 例死亡；另依據各國官網公布數，截至 10/5 共計 1,598 例。

六、伊波拉病毒感染

- (一) **幾內亞、獅子山**：疫情穩定，近一週新增 4 例，均來自幾內亞且為同個案之接觸者；獅子山連續 2 週無新增病例；西非地區自七月底起每週通報病例皆少於 10 例，且侷限於部分地區，WHO 指現處第 3 期因應階段，著重傳播鏈的確認及管理，以期盡早結束疫情。
- (二) WHO 於 10/5 公布第 7 次公共衛生緊急事件會議結論，表示疫情控制雖有進展，惟於幾內亞及獅子山尚存 2 個無法掌握活動傳播鏈，各國仍需持續加強各項措施，故仍持續符合國際間公共衛生緊急事件(PHEIC)。
- (三) WHO 於 10/5 公布西非三國累計 28,417 例，11,297 例死亡，其中醫護人員 881 例，513 例死亡。

七、國際間旅遊疫情建議等級表

疫情	國家/地區		等級	旅行建議	發布日期
人類禽流感	中國大陸	浙江省	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2015/10/6
		其他省市, 不含港澳	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/8/18
	埃及		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/12/9
登革熱	東南亞地區 9 個國家： 印尼、泰國、新加坡、馬來西亞、菲律賓、寮國、越南、柬埔寨、緬甸		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2013/7/15
麻疹	中國大陸、菲律賓、剛果民主共和國、蒙古				2014/1/21-9/1
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(MERS)	沙烏地阿拉伯		第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2014/4/23-6/9
	中東地區通報病例國家： 阿拉伯聯合大公國、約旦、卡達、伊朗、阿曼、科威特		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/5/30- 2015/9/30
伊波拉病毒感染	幾內亞、獅子山		第三級 警告(Warning)	避免所有 非必要旅遊	2014/8/1
	賴比瑞亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/9/8
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、索馬利亞、奈及利亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/8/25

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地 址：臺北市中正區林森南路 6 號

電 話：(02) 2395-9825

發行人：郭旭崧

總編輯：黃婉婷

執行編輯：陳學儒、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2015;31:[inclusive page numbers].[DOI]