

見實習醫學生伊波拉病毒知識、態度與行為調查

馬聖翔^{1,2}、陳孟妤^{1*}

摘要

2014 年西非伊波拉疫情造成全球公衛體系的緊張，在媒體的放送下，也造成臺灣社會極大的恐慌。見實習醫學生初入臨床，開始第一線接觸病人，對疫情不免感到緊張，也因為不了解，導致了過度的恐懼及擔憂。為了解見實習醫學生面對疫情的現況，本研究之主要目的為探討見實習醫學生對於伊波拉病毒的知識、態度和行為，採用自編之網路問卷進行調查，全國共有 131 名見實習醫學生完成填答。結果顯示醫學生關於伊拉病毒之資訊來源主要為網路(不含政府官方網站)和電視新聞，但對於這兩個資訊管道的信任度低；醫學生最信任的資訊來源依序為自行閱讀文獻及資料庫、學校教學活動及上課所獲得，再則為從政府相關網站獲得之資訊。大部分醫學生具有足夠的伊波拉病毒知識，但對於傳染期的知識較不足；又曾經參與過訓練課程與具有足夠知識呈現顯著正相關。醫學生對於臺灣出現疫情和公衛醫療體系的準備多持負面態度，但有參與過伊波拉病毒訓練課程者的態度較正向；大部分醫學生沒有因為伊波拉疫情有臨床行為上的改變。本研究建議政府機關除官方網站外，可多利用電視、社群網路等媒體管道提供正確資訊，畢竟這是醫學生最普遍獲得資訊的管道；醫院、學校則可增伊波拉防疫課程的質與量，以滿足學生的參與需求，除臨床知識外，亦可增加對防疫政策與感染控制的內容，讓醫學生更了解公衛醫療體系的準備和行動。

關鍵字：伊波拉；醫學生；知識；態度；行為

¹ 衛生福利部疾病管制署預防醫學辦公室

² 國立陽明大學醫學系

通訊作者：陳孟妤^{1*}

E-mail: mengyuchen@cdc.gov.tw

投稿日期：2014 年 12 月 31 日

接受日期：2015 年 1 月 30 日

DOI: 10.6524/EB.20150414.31(7).001

前言

至 2014 年年底，西非賴比瑞亞、幾內亞及獅子山三國伊波拉疫情仍未結束，此次疫情累計感染及死亡人數皆是歷年來最高[1]。除西非三國外，其他國家如塞內加爾、奈及利亞、美國和西班牙亦出現境外移入的個案，後三國甚至造成疫情在境內擴散。世界衛生組織於 2014 年 8 月 8 日宣布此次疫情為國際衛生關注的公共緊急事件（Public Health Emergency of International Concern, PHEIC）[2]，世界各國亦進行各項的應變作為，以防堵伊波拉境外移入。

許多報導指出，民眾對疾病的恐慌與誤解是此次疫情控制最大的挑戰之一[3][4]。疫情爆發開始，非洲當地有許多民眾拒絕就醫、或不願通報病患，造成疾病在社區傳播。在奈及利亞，有民眾因為聽信喝鹽水可以預防伊波拉的謠言，喝下過多的鹽水而死亡[5][6]，此死亡人數高於因為感染伊波拉病毒而死亡的人數[7]。目前針對民眾在伊波拉知識、態度、行為的研究並不多，在疫情最嚴重的獅子山共和國，國際組織 FOCUS 1000、UNICEF、Catholic Relief Services，與該國政府合作，進行一項全國性的知識、態度、行為的抽樣調查[8]，以協助該國在社區動員和民眾溝通相關策略的調整。調查結果發現，該國民眾主要資訊來源為廣播，對政府或醫療人員所給予的資訊信任度最高，對於伊波拉的知識完整性不足甚或有誤解（如洗鹽水澡可預防感染），多數民眾因此疫情而有行為上的改變（如避免與人身體接觸），對於接觸者或感染者具有偏見和歧視。該報告建議相關單位應加強謠言的澄清、教育民眾正確的預防措施、並在社區傳遞適當的訊息，使他們願意接納感染者。

臺灣和西非交流並不頻繁，但在媒體與網路的傳播下，仍造成社會大眾的恐慌。見實習醫學生初入臨床，開始第一線接觸病人，同時也暴露於感染症的風險之中。為了解見實習醫學生面對疫情的現況，本研究主要目的為調查臺灣見實習醫學生對於伊波拉的知識、態度及行為，並探討彼此間的相關性，期望此結果能作為相關單位制定下一階段策略之參考，進而強化我國防疫的準備。

材料與方法

一、研究工具

本研究使用自行製作之線上問卷（網址：<http://goo.gl/xlDwXh>；自 2014 年 12 月 2 日至 2014 年 12 月 10 日止）作為研究工具。問卷內容總共分成五大部分，分別為「個人基本資料」、「資訊來源」、「知識」、「態度」及「行為」，總共 42 個問題。其中包含 39 題必填的封閉式問題，以及 3 題可選擇填寫的開放式問題。問卷內容及收集的過程，並不具有可辨識的個人資料。問卷題目簡述如下：

- （一）個人基本資料：學校、年級、性別、年齡、目前身分（見習/實習醫學生）、學校或醫院是否提供伊波拉防疫課程、是否參與過伊波拉防疫課程。

- (二) 資訊來源：目前的主要資訊管道、對資訊管道的信任度、是否希望知道更多的資訊、有興趣的內容、是否有興趣參加醫院、政府或民間團體提供的課程。
- (三) 知識：總共有 9 題，包含病毒學、可傳染期、臨床表現、治療方式、預防方式等，答對大於 6 題（含），被視為具備足夠的伊波拉防疫知識。
- (四) 態度：對於臺灣出現伊波拉病毒個案的擔心程度、臺灣發生疫情公衛體系、醫院和個人的準備程度、照顧伊波拉感染者的意願、歧視與偏見的評估。此部分 14 題，均採用 Likert scale 五點量表，讓受試者選擇符合自己意向的態度，從「最擔心」、「完全準備好」、「非常有意願」或「完全可以接受」到「完全不擔心」、「完全沒有準備」、「完全沒意願」或「完全不能接受」，分別計分為 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分。
- (五) 行為：在疫情爆發後，個人的行為是否有改變？是那一方面改變？（增加接觸病人前後洗手的頻率、增加接觸病人戴口罩、手套、防護衣的頻率、增加相關知識的閱讀）。

二、研究流程

本研究抽樣為立意抽樣，對象為全國 12 校見實習醫學生（以下簡稱醫學生），由於各校學制不同，故在學年級為 5-8 年級不等。研究者利用社群網路 Facebook 做為平臺，經臺灣醫學生聯合會網絡聯繫全國 12 校醫學系同學，協助將問卷發布至各校 5-8 年級的網路公告空間。問卷開放時間從 2014 年 12 月 2 日開始，到 2014 年 12 月 10 日結束。問卷從 Google 表單收集資料完成後，下載成 Excel 表格。以 Epi-info 統計軟體進行描述性統計、卡方檢定等分析。

結果

一、見實習醫學生基本資料

本研究總共收集 131 筆資料，其中見習醫師 89 人（67.9%），實習醫師 42 人（32.1%），平均在醫院見實習時間為 10 個月，男女比為 1.6（男性 81 人，女性 50 人）。填答的樣本涵蓋全臺灣 12 個醫學系，以陽明大學最多（35 人，27%），以下依序為中山醫學大學（20 人，15%），中國醫藥大學（15 人，11%），高雄醫學大學（11 人，8%），臺北醫學大學（10 人，8%），長庚大學（8 人，6%），輔仁大學（8 人，6%），國防醫學大學（6 人，5%），慈濟大學（6 人，5%），臺灣大學（5 人，4%），馬偕醫學院（5 人，4%）及成功大學（2 人，2%）。

二、醫學生取得伊波拉病毒資訊的來源與需求

醫學生對於伊波拉病毒資訊主要來源為：網路（81%）、電視（57%）、醫學學術期刊或資料庫（44%）（表一），另外各約有 30% 的醫學生從醫院、學校或政府公開資訊取得相關資訊。對資訊來源的信任度方面，84% 的醫學生認為醫學學術期刊或資料庫是可靠的資訊來源、高於醫院教學活動（70%）和學校授課內容（53%）。僅分別有 22% 和 2% 的醫學生認為網路和電視為可靠的資訊

來源。

表一、見實習醫學生伊波拉病毒資訊的來源與信任度 (N=131)

	目前獲取伊波拉病毒資訊 的主要來源 (%)	那些伊波拉病毒的資訊 來源是可靠的 (%)
學校上課內容	32.8	52.7
醫院教學活動	30.5	70.2
電視新聞	57.2	2.3
政府機關網站、文宣、海報	32.1	42.7
網路資料 (網路新聞、臉書)	80.9	22.1
自行閱讀原文文獻、資料庫	44.3	84.0
同儕	29.8	4.6

有 72% 的醫學生有興趣知道更多資訊，其中最感興趣的主題包括：「在醫療場域中，如何避免感染到伊波拉病毒」(70%)、「伊波拉病毒的感染控制」(59%) 及「現階段對於伊波拉病毒的公衛防疫政策」(59%)。有 42% 的醫學生表示自己見實習的醫院有提供伊波拉病毒的相關課程，有 30% 的醫學生表示曾參與過醫院或學校提供的訓練課程。有 82% 的學生表示會對於醫院提供的課程有興趣，也有 53% 的學生表示對於政府或民間團體提供的課程訓練有興趣。

三、醫學生對伊波拉病毒知識現況

在評估伊波拉病毒知識的九個問題中，以「目前伊波拉病毒疫情僅出現在西非國家，其他都沒有，請問這個敘述是否正確？」答對率最高 (98%) (表二)；「感染伊波拉病毒痊癒後，能夠在體內偵測到病毒的最長時間為何？」答對率最低 (15%)。有 86 (66%) 位醫學生具有足夠的伊波拉病毒知識 (答對 ≥ 6 題)；見習醫師和實習醫師答對題數中位數皆為 6 題，具有足夠伊波拉病毒知識的比例各為 61% 和 76%，兩者並無統計上差異 ($P=0.08$)。「見實習單位及學校是否提供伊波拉病毒相關訓練課程」對知識程度沒有影響，但參與過伊波拉病毒相關課程及訓練者相較於未參與者，有較高比例具有足夠伊波拉知識 (80% vs 60%, $P=0.03$)。

表二、見實習醫學生伊波拉病毒知識答對情形 (N=131)

題目	答對率 (%)
1、伊波拉病毒有哪些傳染途徑？	75.6
2、目前伊波拉病毒疫情僅出現在西非國家，其他都沒有，請問這個敘述是否正確？	97.7
3、伊波拉病毒發病後才具有傳染力，請問這個敘述是否正確？	31.1
4、感染伊波拉病毒後是個可以治癒，請問這個敘述是否正確？	74.8
5、感染伊波拉病毒後最初的症狀為何？	92.4
6、假設你接觸到感染伊波拉病毒的患者，通常建議監控到接觸後幾天？	32.8
7、感染伊波拉病毒痊癒後，能夠在體內偵測到病毒的最長時間為何？	14.5
8、感染伊波拉病毒患者的治療為何？	92.4
9、您覺得下列哪些方法能夠預防伊波拉病毒的感染和傳播？	83.2
具有足夠伊波拉病毒知識 (答對 ≥ 6 題)	65.6

四、醫學生對伊波拉病毒態度現況

七成的醫學生對於臺灣出現伊波拉個案感到擔心（選 4、5 分者），55% 的醫學生對於自己接觸到伊波拉個案感到擔心（表三）。在準備情形方面，73% 的醫學生認為目前見實習醫院單位尚未準備好（選 1、2 分者），73% 的醫學生認為自己還沒準備好，有 79% 的醫學生認為臺灣的公衛體系尚未準備好。在提供充足的防護裝備與訓練的前提下，有 34% 的醫學生表示有意願加入伊波拉的照護團隊（選 4、5 分者）。與歧視與偏見相關的問題中，不論是「感染伊波拉患者是否能回到社區工作」、感染伊波拉的同事是否能回到醫院工作、或是「是否會和感染伊波拉痊癒的同事往來」，完全能接受者（選 5 分）皆超過 5 成，在本問卷結果中並沒有看到明顯的偏見問題存在。

表三、見實習醫學生伊波拉態度量表填答情形 (N=131) (%)

對於下列事件的擔心程度 1=非常不擔心，5=非常擔心					
	1	2	3	4	5
臺灣出現伊波拉個案	3.8	13.0	13.0	32.8	37.4
接觸到感染伊波拉病毒的個案	4.6	16.8	23.7	20.6	34.3
若臺灣爆發疫情，你覺得下列單位是否已經準備好了？ 1=完全沒有準備 5=完全準備好了					
	1	2	3	4	5
公衛體系	39.7	38.9	14.5	6.9	0.0
見實習單位醫院	38.2	35.1	16.0	10.0	0.7
你自己	36.6	36.6	21.4	5.3	0.0
今日你見實習的醫院出現感染伊波拉病毒的病例，醫院在招募團隊， 並允諾提供完整的防疫訓練，請問你是否有意願加入團隊 1=完全沒有意願，5=非常有意願					
	1	2	3	4	5
所有參與者	16.8	22.1	26.7	26.7	7.6
對於下列問題的接受程度 完全能夠接受=5，完全不能夠接受=1					
	1	2	3	4	5
伊波拉感染者痊癒後是否能回到社區工作	0.7	4.6	13.7	28.2	52.7
鄰居感染伊波拉痊癒後，是否能夠回到社區	1.5	2.3	16.8	26.0	53.4
你的同事感染伊波拉痊癒後，你是否會與他繼續來往	1.5	2.3	9.2	29.0	58.0
你的同事感染伊波拉痊癒後，他是否能回到醫院工作	1.5	6.9	14.5	22.9	54.2

在醫學生的基本資料和態度的關聯性分析上，結果發現實習醫師相對見習醫師對於醫院的準備信心較低 ($P=0.03$) (表四)，且對於接觸伊波拉患者的擔心程度較高 ($P=0.03$)；至於參與過伊波拉防疫相關課程的醫學生，其對於醫院和自己的準備信心皆較高 (P 值分別為 0.048 和 0.02)。將醫學生的知識和態度進行關聯性分析，結果顯示「是否具備足夠伊波拉病毒知識」對於臺灣出現伊波拉疫情的擔心、對於公衛體系、見實習單位及自己的準備信心、或是照護伊波拉感染者的意願等態度，都沒有統計上顯著相關。

表四、見實習醫學生基本資料與伊波拉態度的分析結果

	對於臺灣 出現伊波拉 患者的擔心 程度		是否擔心 接觸感染 伊波拉病毒 的患者		若臺灣爆發 疫情，你覺得 臺灣公衛體系 是否已經 準備好		若臺灣爆發 疫情，你覺得 見實習的醫院 是否已經 準備好		若臺灣爆發 疫情，自己 是否已經 準備好		充足訓練下 是否願意 照顧伊波拉 患者	
基本資料 變項	擔心 (4,5 分)		擔心 (4,5 分)		還沒 準備好 (1,2 分)		還沒 準備好 (1,2 分)		還沒 準備好 (1,2 分)		有意願 (4,5 分)	
	%	P 值	%	P 值	%	P 值	%	P 值	%	P 值	%	P 值
見習醫師 (n=89)	68.5	0.54	48.3	0.03*	76.4	0.37	67.4	0.03*	68.5	0.07	66.3	0.82
實習醫師 (n=42)	70.5		69.0		83.3		85.7		83.3		64.3	
有參與 課程 (n=39)	61.5	0.16	48.7	0.35	71.8	0.21	61.5	0.048*	59.0	0.02*	59.0	0.29
沒有參與 課程 (n=92)	73.9		57.6		81.5		78.2		79.3		68.5	

* $P < 0.05$

五、醫學生因伊波拉病毒疫情行為改變現況

在行為的部分，有 34% 的醫學生表示在伊波拉疫情爆發後，自己有行為上的改變。其中以閱讀更多伊波拉病毒的相關資料比例最高 (84%)，其次依序為增加接觸病人時戴口罩的頻率 (79%)、增加接觸病人後洗手的頻率 (76%)、增加接觸病人前洗手的頻率 (49%)。將醫學生的基本資料和行為進行關聯性分析，結果顯示「目前為見習或實習醫學生」，或是「是否參與伊波拉防疫相關課程」對於行為的改變沒有達到統計上的相關 (P 值分別為 0.57 和 0.06)。

討論

目前醫學生接收伊波拉病毒資訊的主要管道為網路資料和電視，然而醫學生對於這些管道的信任低；醫學生較信任的管道包括原文文獻、資料庫、醫院和學校

提供的訓練課程，但醫學生的使用率並不高，顯示較具信任的管道使用率低，較不受信任的管道卻使用率高。建議政府或學術單位可多利用電視及網路媒體，主動提供他們正確的資訊，一方面可提高取得正確資訊的可近性，另一方面也增加電視、網路媒體資訊可信度。

本次調查發現僅有 42% 學生報告該所屬醫院或學校有提供伊波拉相關課程、32% 的學生有參與過相關課程，但 82% 的學生表示對於相關課程訓練有興趣，顯示在醫院、學校伊波拉防疫課程的相當的需求性。醫學生有興趣的主題包括個人預防方法、院內感染控制、及臺灣目前對於伊波拉病毒的公共衛生政策，建議醫院學校除增開相關的課程或教育訓練以滿足學生的需求外，亦可參考上述主題做為後續訓練教材的重點。

大部分的見實習醫學生大都對伊波拉有足夠的知識，但對於傳染期相關的知識較為不足。本次調查發現，有參與過伊波拉病毒訓練課程者，具有足夠伊波拉病毒知識的比例較高，亦對於醫院和自己的準備信心顯著較高，但此相關性不足以推論兩者的因果關係；有可能有意願參與課程者，本來就具有較多的相關知識，或對自己的準備信心較高。因此，建議未來可進一步了解醫學生參與訓練課程的動機、或在訓練課程時進行前後測的評量，以釐清參與訓練課程對於學生知識和態度面向的效益。

在態度方面，大部分的見實習醫學生會對臺灣疫情感到擔心，也認為公共衛生體系、見實習醫院單位和自己還沒有準備好面對伊波拉的疫情。進一步詢問擔心的原因為何，發現不少醫學生提到 SARS 的封院事件，也很擔心在沒有足夠的裝備及訓練下被推到第一線照顧病人。儘管 SARS 風暴已經過了 10 年，當時的陰霾仍然籠罩在現在的醫學生上，也持續造成醫學生對於公共衛生和醫院的不信任感。雖然伊波拉疫情臺灣的風險相當低，但見實習醫學生初入臨床，經驗少，屬於較容易讓自身暴露於風險中的族群。建議相關單位除疾病知識外，亦可增加醫學生對伊波拉公衛防疫政策、與感染控制的認識，藉由正確了解預防方法而將不必要的恐慌減至最低。

本研究雖然全國各校都有醫學生填答，但各校的參與人數並不平均，因此可能會有樣本代表性不足的限制。另外使用網路問卷為研究工具，填答者可能是較常接觸網路資訊的醫學生，其與不常使用網路的醫學生可能會有差異性。建議未來研究可合併使用其他蒐集問卷的方式，以減少選樣偏差（selection bias）。在評估態度的量表中，醫學生擔心疫情的比例高，對病患歧視的比例低，後者雖然有禮貌偏差（courtesy bias）的可能性，但由於此調查為匿名且由受試者自行於網路填答，應可減少偏差的程度。調查結果發現有改變行為的學生比例並不高，推測是因為臺灣目前沒有疫情，故影響性不高；但也可能是因為此次問卷的設計上，缺乏量化指標，故鑑別性不足，未來可將行為指標量化（如洗手次數），以提升資料的客觀性。

結語

了解見實習醫學生對伊波拉病毒的資訊來源、知識、態度和行為，有助於政府、醫院和學校了解醫學生的需求與想法，作為政策研擬的參考。建議政府單位可利用電視、網路媒體等多元管道，增加資訊的可近性；醫院、學校應增加伊波拉防疫課程的質與量，以提升醫學生對於感染控制和預防的知與能，減少錯誤的認知與不必要的恐慌。

誌謝

感謝衛生福利部疾病管制署給予作者實習的機會，並感謝所有防疫醫師在這段期間的指導，最後感謝全國各校填答問卷的醫學生，協助此次研究的完成。

參考文獻

1. WHO. Ebola virus disease. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>.(accessed Dec 26 2014).
2. WHO. WHO Statement on the Meeting of the International Health Regulations Emergency Committee Regarding the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>. (accessed Dec 18 2014)
3. Gonsalves G, Staley P. Panic, Paranoia, and Public Health — The AIDS Epidemic's Lessons for Ebola. *N Engl J Med* 2014; 371:2348-9.
4. To KK, Chan JF, Tsang AK, et al Ebola virus disease: a highly fatal infectious disease reemerging in West Africa. *Microbes Infect.* 2014 Nov 29. [Epub ahead of print]
5. WHO. Ebola: Experimental therapies and rumoured remedies. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/15-august-2014/en/>.(accessed Dec 18 2014)
6. Neporent L, Nigerian Ebola Hoax Results in Two Deaths. ABC News. Available at: <http://abcnews.go.com/Health/nigerian-ebola-hoax-results-deaths/story?id=25842191>. (accessed Dec 26 2014)
7. Alao O, Mohammed A, Abah H, Akinola F. Ebola: More deaths from ‘salt therapy’ than virus. *Weekly Trust*. Available at: <http://www.dailytrust.com.ng/weekly/index.php/features/17359-ebola-more-deaths-from-salt-therapy-than-virus>. (accessed Dec 30 2014)
8. Catholic Relief Services, Focus 1000 & UNICEF. Study on Public Knowledge, Attitudes, and Practices related to Ebola Virus Disease (EVD) prevention and medical care in Sierra Leone. Available at: http://newswire.crs.org/wp-content/uploads/2014/10/Ebola-Virus-Disease-National-KAP-Study-Final-Report_-final.pdf. (accessed Dec 26 2014)

臺中市某山地鄉居民潛伏結核感染之治療意願調查

李碩芳¹、魏嵩璽²、蔡韶慧²、王碧蘭³、陳幼菁²、
李悅綾²、張瓊文²、林明誠²、陳禹潔⁴、柯靜芬^{2*}

摘要

臺灣山地鄉結核病發生率高於平地鄉，政府投入大量資源進行山地鄉結核病防治。潛伏性結核感染的治療是降低結核病發生率的策略之一，但山地鄉居民對於結核病與潛伏結核感染的認知，迄今很少有人進行分析。

本研究收案對象為中部某山地鄉部落，參加 X 光篩檢的 20 歲以上居民。問卷內容包含基本資料，結核病認知和對潛伏結核感染的診斷和治療的態度與實務。

總共有 123 人參與並納入研究，對結核病有正確認知者共 29 人(24%)。103 人(84%)同意結核病是傳染性疾病。84 人(68%)瞭解一次 X 光檢查正常不代表以後不會得到結核病。74 人(60%)同意在無特殊潛在疾病及抗藥性下，規則服抗結核病藥物 6-9 個月可根治結核病。86 人(69.9%)同意若不規則服藥則易產生抗藥性。108 人(87.8%)表示一旦得了結核病，願意以都治模式接受治療。66 人(53.7%)對皮膚結核菌素測驗和丙型干擾素檢驗同樣信任，6 人(4.9%)較相信皮膚結核菌素檢驗的結果，51 人(41.5%)較相信丙型干擾素檢驗結果。一旦診斷為潛伏結核感染，116 人(94.3%)同意接受傳統 isoniazid 的治療，100 人(81.3%)同意接受 isoniazid 合併 rifapentine 的治療，兩者的接受度有顯著的差異($p < 0.001$)。

本研究發現山地鄉接受 X 光篩檢的居民對結核病的認知仍有改善的空間，民眾對丙型干擾素的信賴度和接受度高於皮膚結核菌素測驗；對 isoniazid 及 rifapentine 合併治療潛伏結核感染的接受度仍不及傳統的 isoniazid 治療方式，主要的擔心是劑量太高。

關鍵字：潛伏結核感染；山地鄉；結核菌檢測；結核病藥物

前言

結核病防治是臺灣重要的防疫政策，在醫療和公共衛生界的努力下，結核病發生率與抗藥性都已逐漸降低[1-2]。山地鄉是臺灣地區結核病高發生率的地區[2-3]，山地鄉結核病高發生率的因素，可能與山地鄉的住民組成、歷史及生活習慣等有關[2]。山地鄉居民以原住民為主，曾有研究指出，原住民的結核菌株與在歐洲流行的結核菌株有關，因此推論部分原住民的結核菌可溯源自荷蘭統治期間，自歐洲傳入[4]。

¹ 慈濟大學公共衛生學系

² 衛生福利部疾病管制署中區管制中心

³ 臺中市政府衛生局

⁴ 臺灣大學公共衛生學系

投稿日期：2013 年 11 月 12 日

接受日期：2014 年 10 月 02 日

通訊作者：柯靜芬^{2*}

E-mail：koko@cdc.gov.tw

DOI：10.6524/EB.20150414.31(7).002

相較於臺灣其它地區，山地鄉的結核病防治工作困難度較高。山地鄉的交通不便，居民對於公共衛生和醫療資源的可近性較低，延誤結核病診斷時機的可能性較高，造成社區傳染的機會也因此增加。此外，公共衛生人員進行結核病患的都治工作或宣導結核病防治，都需花費比非山地鄉地區更多的人力和物力。雖然政府已投入大量的資源進行山地鄉的結核病防治，山地鄉居民對於結核病的治療與傳染防治的知識、態度與實務，卻很少有人進行分析[5]。

治療潛伏性結核感染是降低結核病發生率的重要策略之一，臺灣自 2008 年開始推行在密切接觸者小於 13 歲族群進行潛伏性結核感染治療，建議處方為每天服用 isoniazid 單一藥物，持續 9 個月。除了公費給予治療藥物外，亦提供都治關懷服務，每日由當地衛生所人員送藥至個案住處服用。目前的潛伏結核感染治療政策已有條件擴大至 1986 年次以後出生族群[6]，部分縣市甚至擴大到全年齡族群的密切接觸者。然而山地鄉的交通不便，利用都治關懷人員進行潛伏結核感染治療的人力資源需求龐大，是推行潛伏結核感染治療的瓶頸。

潛伏結核感染的治療，除了 isoniazid 使用 9 個月的策略外，實務上另有其它的藥物與治療期間組合。Sterling 等人曾進行以 isoniazid 和 rifapentine 藥物，每週一次持續 3 個月的策略，進行臨床試驗，發現預防結核病發病的成效不亞於 isoniazid[7-8]。這個策略大幅降低服用藥物的次數，也可大幅降低所需的都治關懷人力物力，減少山地鄉都治關懷不易的困難，是未來山地鄉推行潛伏結核感染治療可行的方案之一，但因每次服藥的種類及劑量較高，可能的藥物副作用是需要考慮的議題。然而，山地鄉居民對潛伏結核感染治療的接受度迄今還沒有人進行瞭解。因此，本研究利用疾病管制署（簡稱疾管署）常規的肺部 X 光篩檢的機會，在中部某山地鄉的兩個山地部落進行居民對結核病防治及潛伏結核感染治療策略的知識、態度與實務問卷，進行初步的探討，希望可以提供未來結核防治策略制定的參考。

材料與方法

一、研究情境與收案對象

本研究分兩天於中部某山地鄉的兩個部落進行，這兩個山地部落居民以泰雅族為主，種植水果等農業是主要的謀生方式；我們自當地衛生所取得部落人口數、性別與年齡分布。本次問卷的對象為年滿 20 歲，參與 X 光巡檢的部落居民。

二、問卷設計：問卷內容由作者群撰寫後，經疾管署中區管制中心的結核病工作人員審核及修改後再進行實地訪問。問卷共 26 題，說明如下：

- (一) 第一部分為受訪者基本資料，含性別、年齡、學歷、職業、家庭年收入、潛在疾病、種族、結核病史等。其中家庭年收入分為不滿 25 萬、26 萬以上至 100 萬、101 萬以上。

- (二) 第二部分為結核病知識、態度和實務，包含結核病傳播模式、治療結核病態度等，共 5 個題目，包含：(1) 結核病為傳染性疾病；(2) 一次的 X 光檢驗正常代表以後都不會得結核病；(3) 一般情況下，規則服藥 6-9 月可根治結核病；(4) 不規則服藥易產生抗藥性；(5) 一旦得了結核病，願意以都治模式治療。每一題目都分為「非常不同意」、「大體不同意」、「大體同意」和「非常同意」四個選項。其中「非常不同意」和「大體不同意」在資料分析階段歸類為「不同意」；而「非常同意」和「大體同意」則歸類為「同意」。正確認知包含同意第(1)、(3)、(4)、(5)題，不同意第(2)題。同意結核病為傳染性疾病者，再詳細詢問受試者對傳染途徑的認知，如空氣或飛沫，食物或糞便，及血液接觸傳染等。
- (三) 第三部分評估受訪者對潛伏結核感染診斷、治療處方的態度與實務，問卷題目詢問民眾對於診斷潛伏結核感染的皮膚結核菌素測驗及丙型干擾素測驗法的接受度，也詢問民眾對於不同處方(服用 9 個月 isoniazid、3 個月 isoniazid 與 rifapentine)的接受度。我們假設一般民眾可能不清楚潛伏結核感染的概念、診斷方式及治療方式，在第三部分問卷前由訪員依以下文字向受訪者說明：
1. 潛伏結核感染是指人體暴露到結核菌後，結核菌潛藏在人體的組織中(大部分的情況是在肺部中)，潛伏數日到數十年後，可能造成人體結核病。潛伏結核感染的診斷包含皮膚結核菌素測試及抽血檢驗方式。其中皮膚結核菌素測試是將結核菌素打在左手前臂，2 天到 3 天後，如果紅腫結節>1 公分，代表有潛伏結核感染。抽血檢驗則是由醫療人員抽血後進行檢驗。
 2. 說明潛伏結核感染的概念及診斷方式後，詢問受訪者對於潛伏結核感染診斷方式的接受度，再分別以下述文字向受訪者說明潛伏結核感染的治療方式並詢問治療意願：「如果檢驗結果證明您有潛伏結核感染，政府要幫您進行潛伏結核感染的治療，方式是每天服藥，連續 9 個月，您接受的意願如何呢?」；「除了傳統的每天服藥，連續 9 個月療程的方式，如果政府引進新的藥物，您只需每週一次，連續 3 個月的治療即可，但藥物的劑量較大，您接受的意願如何呢?」

三、問卷進行方式

問卷版本確定後，選定作者群中的 3 人為問卷訪員，包含 2 位男性與 1 位女性。訪員在進行問卷工作前先進行訪員訓練，就訪問內容，說明語氣等進行討論與統一，以減少不同訪員訪問結果的差異性。問卷進行方式由 X 光巡檢工作人員或 3 位訪員隨機詢問完成 X 光篩檢的民眾，若民眾同意受訪，則請受訪者至固定座位區由 3 位訪員其中之一進行問卷。問卷方式為訪員與受訪者面對面訪問，訪員依問卷內容向受訪者說明並完成問卷填寫。訪問進行後，由訪員贈送受訪者小禮物，包含手機吊飾或檔案夾等。

四、資料分析與統計

本研究以紙筆完成問卷後，以 Epi Info 3.5.3 軟體完成資料輸入。描述性統計分析軟體為微軟 Office 2010 版，類別性資料的統計以卡方檢定或二項式分佈檢定(雙尾)進行。統計軟體為 Stata 11 版。P≤0.05 視為具有統計的顯著性。

結果

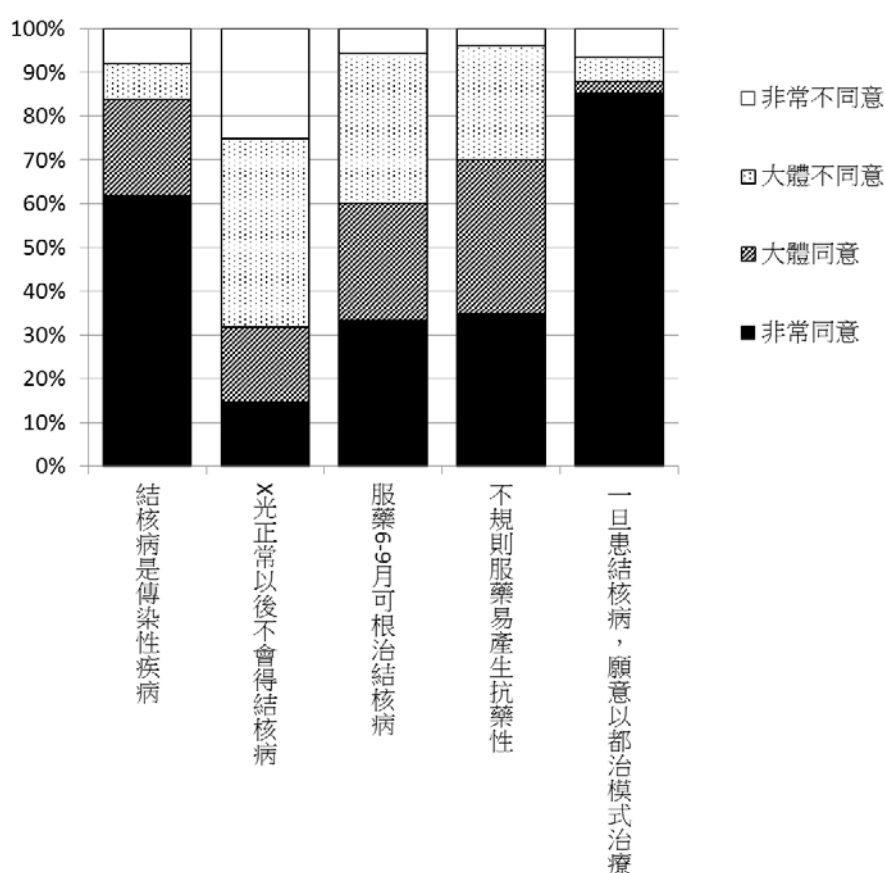
總計 2 天的 X 光篩檢活動，參與民眾共 140 人。其中接受問卷訪問的民眾共 128 人，排除未滿 20 歲的民眾有 5 人，實際樣本為 123 人(如表)。本次訪問受訪者男性及女性各為 62(50.4%)與 61(49.6%)人；20-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上者分別有 41(33.3%)、63(51.2%)及 19(15.4%)人。受訪者來自當地兩個部落，總共居民為 3,044 人，其中男性與女性分別為 1,674 (55.0%)與 1,370(45.0%)人；當地居民年齡層在 20-44、45-64 及 65 歲以上者分別有 1,026、1,034 與 459 人。本次受訪者與當地民眾的性別與年齡層組成無顯著差異。當地受訪者以原住民為主(83 人，64.5%)。受訪者教育程度比例最高為國中畢業以下(60 人，48%)；受訪者家庭年收入逾半在 25 萬以下(65 人，52.8%)；22 人(17.9%)平日獨居；共 64 人(52.0%)自述有潛在疾病，最常見的潛在疾病是高血壓(39 人，31.7%)、其次是糖尿病(10 人，8.1%)。123 人中，有 6 人(4.9%)曾患有結核病；另有 21 人(17.1%)有家人或朋友曾得過肺結核。

表、中部某山地鄉受訪民眾人口學特性分析 (N= 123)

特性	結核認知完全正確(n= 29)	結核認知不完全正確(n= 94)	ρ
性別			0.06
男	19 (31)	43 (69)	
女	10 (16)	51 (84)	
年齡			0.64
20-44 歲	11 (27)	30 (73)	
45-64 歲	15 (24)	48 (76)	
≥65 歲	3 (16)	16 (84)	
種族			0.27
原住民族	22 (27)	61 (73)	
漢族	7 (18)	33 (83)	
教育程度			0.96
國中以下	14 (23)	46 (77)	
高中職	11 (23)	37 (77)	
專科以上	4 (27)	11 (73)	
家庭年收入			0.96
25 萬以下	16 (25)	49 (75)	
26-100 萬	10 (22)	35 (78)	
101 萬以上	3 (23)	10 (77)	
獨居			0.65
是	6 (27)	16 (73)	
否	23 (23)	78 (77)	
潛在疾病			0.37
有	13 (20)	51 (80)	
無	16 (27)	43 (73)	
結核病史			0.68
有	1 (17)	5 (83)	
無	28 (24)	89 (76)	
家人朋友結核病史			0.27
有	3 (14)	18 (86)	
無	26 (25)	76 (75)	

在結核病的知識、態度和實務地分析結果(圖一)，有正確認知者共 29 人(24%)。103 人(84%)同意(包含「非常同意」和「大體同意」)結核病是傳染性的疾病；84 人(68%)不同意(包含「非常不同意」和「大體不同意」)一次 X 光檢查正常以後即不會得到結核病；74 人(60%)同意在無特殊潛在疾病及抗藥性下，規則服抗結核病藥物 6-9 個月可根治結核病；86 人(69.9%)同意若不規則服藥則易產生抗藥性；108 人(87.8%)表示一旦得了結核病，願意以都治模式治療。

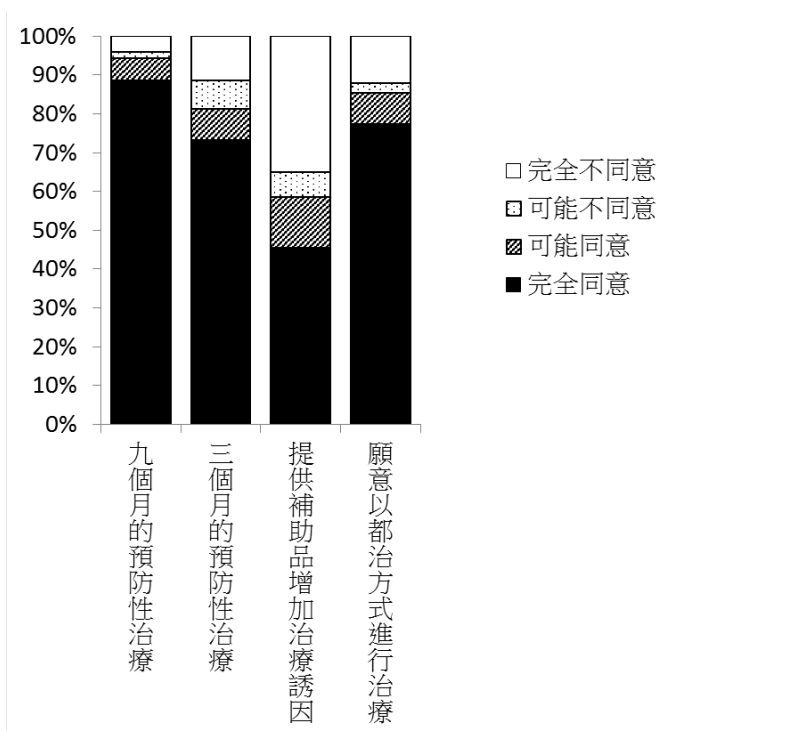
在 103 位同意結核病是傳染性疾病的民眾中，對於結核病可能的傳染途徑，有 102(99%)的民眾認為結核菌可透過空氣飛沫散播傳染；也有 93 人(90%)認為結核病可能透過糞口(食物或糞便)傳染；50 位(49%)居民認為結核菌會透過血液傳染。



圖一、中部某山地鄉受訪民眾對結核病的知識、態度和實務分析

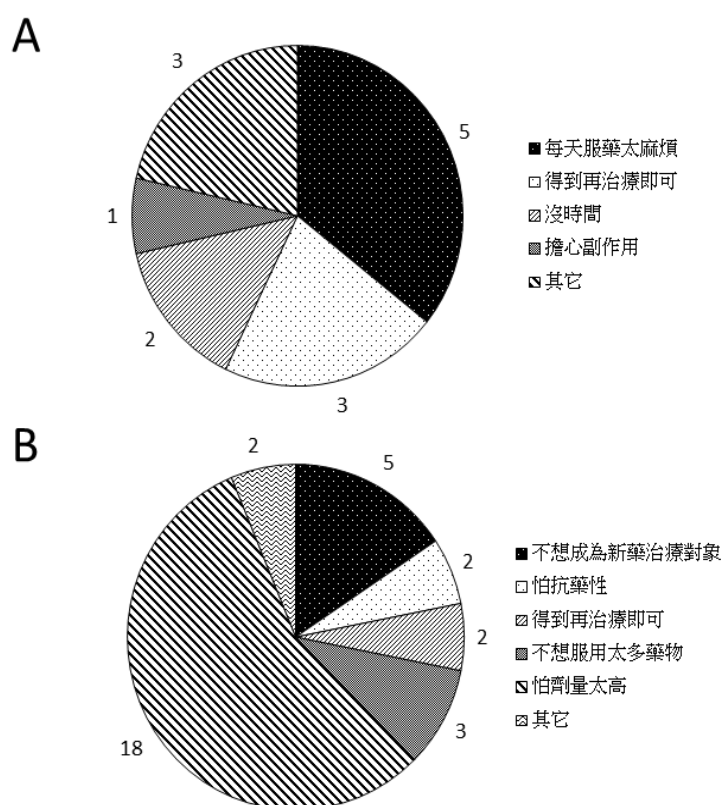
在評估民眾對潛伏結核感染的診斷部分，66 人(53.7%)對兩種檢驗結果同樣信任；6 人(4.9%)較相信皮膚結核菌素檢驗的結果；51 人(41.5%)較相信丙型干擾素檢驗結果，丙型干擾素的信賴度高於皮膚結核菌素測驗。一旦受訪者將接受潛伏結核感染檢驗，75 人(61.0%)希望同時接受兩種檢驗方式，最後再來決定要依哪種檢驗方式的結果來確診；6 人(4.9%)希望以皮膚結核菌素檢驗結果為依據；42 人(34.1%)希望以丙型干擾素檢驗結果為依據，丙型干擾素的接受度高於皮膚結核菌素測驗。

民眾接受潛伏結核感染的治療意願部分(圖二)，當檢驗結果證實有潛伏結核感染，109 人(88.6%)完全同意接受 9 個月的 isoniazid 藥物潛伏結核感染治療，共計 116 人(94.3%)完全或可能同意接受 9 個月的治療。而進一步調查民眾對於新處方的接受程度，90 人(73.2%)完全同意接受 isoniazid 合併 rifapentine 作 3 個月潛伏結核感染治療，共計 100 人(81.3%)完全或可能同意接受 3 個月的療程。以同意(含「完全同意」或「可能同意」)的比例分析，9 個月潛伏感染治療處方的接受度顯著高於 3 個月的處方($p<0.001$)。除了同意接受 3 個月潛伏結核感染治療的比例在老年族群(≥ 65 歲)顯著較低外，其餘 9 個月及 3 個月同意接受潛伏結核病感染治療的比例在性別、教育程度、受訪者結核病史、家人朋友結核病史的分層中無顯著的差異(3 個月的潛伏結核感染治療在 44 歲以下，45-64 歲及 65 歲以上的同意比例分別為 80.5%，88.9%，57.9%)。如果政府提供米、泡麵等生活補助品，72 人(58.3%)同意會增加接受潛伏性感染治療的意願。如果接受潛伏結核感染治療，105 人(85.4%)同意以都治模式進行。有 24 人提供對都治疑慮的原因，最常見的原因是覺得沒有時間和衛生所人員約見面(7 人)、覺得以都治方式服藥太麻煩(7 人)。



圖二、中部某山地鄉受訪民眾對潛伏結核感染治療意願分析

最後針對民眾對潛伏結核感染治療疑慮的原因分析(圖三)，民眾對於 9 個月潛伏結核感染治療的治療意願，回覆內容為「完全同意」以外的 14 人，最常見原因為每天服藥太麻煩(5 人)。對於 3 個月療程的治療意願，回覆內容為「完全同意」以外者共 33 人，共 32 人填寫疑慮原因，最常見的原因是怕劑量太高(18 人)，其次是不想成為新藥治療對象(5 人)。



圖三、中部某山地鄉受訪民眾對潛伏結核感染治療疑慮的原因分析，
A 為對 9 個月 isoniazid 治療疑慮的分析，B 為對 3 個月 isoniazid
合併 rifapentine 治療疑慮的原因分析

討論

這分研究分析山地鄉接受 X 光結核篩檢民眾對結核病的認知及潛伏結核感染診斷、治療的認知。接受 X 光篩檢的民眾是罹患結核病的高發生率族群。瞭解這個族群對結核病和潛伏結核感染的認知，有助於未來擬定適當策略，增加受檢民眾對於未來結核防治策略的接受度與完成率。雖然文獻上已有少數結核病高發生率族群的結核病認知研究[9-12]，就我們所知，在山地鄉高發生率族群接受 X 光篩檢群眾進行結核病認知研究仍很罕見。

對結核病本質不正確的觀念可能讓感染者忽略了咳嗽禮節等感控措施，增加結核病的傳播風險。我們的分析發現只有 60% 的受訪者同意規則服抗結核藥物 6-9 個月可以完治結核病；在傳染模式中，有高達 93 人認為結核病會透過食物或糞便傳染，受訪者不正確的觀念可能會加深結核病患被標籤化的可能性。因此，在山地鄉衛教結核病的正確觀念與防治措施，應可減少結核病的傳播，同時引導民眾以健康的心態面對結核病人。

皮膚結核菌素測驗與丙型干擾素檢驗都是潛伏結核感染的檢驗方法，以往的政策制定主要著眼於兩種檢驗方法的成本與技術特性，如丙型干擾素可以避免 BCG 疫苗干擾等，較少著墨於民眾接受度。以往的研究曾發現依據丙型干擾素檢驗結果可以增加治療潛伏結核感染的意願[13]，我們的研發發現超過一半的民眾對兩種檢驗方法都能信賴，但丙型干擾素檢驗的信賴度及接受丙型干擾素檢驗的意願，高於皮膚結核菌素測驗。

以 isoniazid 和 rifapentine 合併治療潛伏結核感染可以減少服藥次數及期間，是克服山地鄉交通不便的解決方法之一。但我們的研究發現民眾對這種新的治療方式接受度不如原有的 isoniazid 單一藥物治療，特別是在老年族群。受訪者最主要的擔心來自於怕劑量太高，未來一旦計畫在山地鄉推行這種治療模式，應提供更充分的藥物安全性資料，以解除接受治療民眾的疑慮。

問卷施行前，已先請疾管署中區管制中心的結核病工作人員進行審核及修改，希望藉由疾管署結核病實務工作專家的修改減少可能的偏誤；我們也力求訪問人員的說明方式與語氣一致性，以減少因不同的訪問者產生不同的結果，惟本研究仍有些不足的地方，雖然已盡可能減少研究偏誤，研究產出的結果仍定位為初步結論。且本次問卷的有效樣本只有 123 份，可能因樣本數較小而無法產生具代表性的結論；另，問卷對象限於中部山地鄉某兩個部落接受 X 光巡檢的居民，所得的結果可能無法代表臺灣山地鄉居民的認知。雖然受訪者和這兩個部落的性別及年齡層組成並無顯著差異，我們仍無法排除選擇性偏誤的可能性，因為本研究的收案對象是參與 X 光篩檢的民眾，參與 X 光篩檢者的認知不一定能代表所有的部落居民。未參與 X 光篩檢的族群，是現行結核防治工作的盲點，未來若能分析這些民眾未接受篩檢的原因及對結核病的認知並加以改善，將有助於增加結核病防治工作的成效。最後，潛伏結核感染及其治療的概念在民眾間可能並不是很普及的常識，我們在訪問相關題目雖然已提供初步的介紹，仍無法排除民眾因為認知不足產生錯誤的判斷，如我們並未詳細說明治療潛伏結核感染的益處與可能的風險等資訊。

結論

本次研究目的主要了解山地鄉居民對結核病的認知與接受潛伏結核感染檢驗與治療的程度，我們的研究提供了迄今臺灣學者較少觸及的結核病認知分析。研究發現，山地鄉接受 X 光篩檢的居民對結核病的認知仍有改善的空間，民眾對丙型干擾素的信賴度和接受度都高於皮膚結核菌素測驗。民眾對 isoniazid 及 rifapentine 合併治療潛伏結核感染的接受度仍不及傳統的 isoniazid 治療方式，主要的擔心來自怕劑量太高。

參考文獻

1. Chen, Y.T., et al., Effective interventions and decline of antituberculosis drug resistance in Eastern Taiwan, 2004-2008. *PLoS One*, 2012; 7(2): p. e31531.
2. Chang, Y.M., et al., Burden of tuberculosis among aboriginal and non-aboriginal Taiwanese, 1996-2006. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2011; 15(4): p. 471-7.
3. Yeh, Y.P., et al., Incidence of tuberculosis in mountain areas and surrounding townships: dose-response relationship by geographic analysis. *Ann Epidemiol*, 2005; 15(7): p. 526-32.
4. Chuang, P.C., et al., Spoligotypes of *Mycobacterium tuberculosis* isolates of a high tuberculosis burden aboriginal township in Taiwan. *Infect Genet Evol*, 2008; 8(5): p. 553-7.
5. Wu, S.J., et al., [Tuberculosis patient disease knowledge, attitudes and behavioral intentions: the impact of individualized counseling]. *Hu Li Za Zhi*, 2011; 58(6): p. 44-53.
6. Chan, P.C., C.H. Yang, and F.Y. Chang, Scaling up of latent tuberculosis infection treatment for close contacts of tuberculosis in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 2011; 110(12): p. 733-6.
7. Mirsaeidi, M., Rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis. *N Engl J Med*, 2012; 366(15): p. 1447-8; author reply 1448.
8. Sterling, T.R., et al., Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. *N Engl J Med*, 2011; 365(23): p. 2155-66.
9. Clague, J.E., et al., Screening for tuberculosis: current practices and attitudes of hospital workers. *Tubercle*, 1991; 72(4): p. 265-7.
10. Wieland, M.L., et al., Perceptions of tuberculosis among immigrants and refugees at an adult education center: a community-based participatory research approach. *J Immigr Minor Health*, 2012; 14(1): p. 14-22.
11. O'Donnell, M.R., et al., Acceptance of interferon-gamma release assay by a high-risk urban cohort. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2011; 15(10): p. 1334-9.
12. Colson, P.W., et al., Acceptance of treatment for latent tuberculosis infection: prospective cohort study in the United States and Canada. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2013; 17(4): p. 473-9.
13. Sahni, R., et al., Does the implementation of an interferon-gamma release assay in lieu of a tuberculin skin test increase acceptance of preventive therapy for latent tuberculosis among healthcare workers? *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2009; 30(2): p. 197-9.

世界健康日

衛生福利部疾病管制署急性傳染病組

4月7日是世界衛生組織（WHO）所訂的世界健康日（World Health Day）。原本1948年第一屆世界衛生大會決議的世界健康日是「世界衛生組織組織法」通過的日期7月22日，但因7月是多數國家的學校假期，不便對青少年進行衛生宣導，所以自1950年起改為該法生效的4月7日，且開始每年公布一個公共衛生主題，由各國進行宣傳活動，而今（2015）年的宣導主題是「食品安全（Food Safety）」。

依據WHO發布的資料，每年有200萬人的死亡與不安全食品有關，其中多數是兒童。食品受到細菌、病毒、寄生蟲或化學物質污染可導致從腹瀉到癌症等200多種疾病。近年食品安全的新威脅不斷浮現，因為食品的產製、運送和消費流程改變、環境改變、新病原浮現及抗微生物藥物耐藥性等問題，對食品安全系統帶來挑戰，而旅行和貿易頻繁亦提高污染食品國際散播的可能。WHO因此以食品安全為主題，倡導從農場到餐桌（From Farm To Table）的食品安全管理。

食品安全是疫病控制重要的一環，即便國內衛生環境改善，國人健康意識提升，仍有許多病原經由不潔飲食而傳播，如常見的腸炎弧菌、沙門氏桿菌、病原性大腸桿菌、金黃色葡萄球菌等。有些病原會導致大規模的群聚事件，如諾羅病毒在今年初導致多起發生於旅館、餐廳及學校的爆發流行，數起群聚就影響千人以上。近年政府機關已透過加強農畜產品源頭管控、食品衛生管理及疾病監視等措施，期降低食媒性疾病發生風險，另也謀求疫病控制技術的改進，如A型肝炎因潛伏期長，原本不易追溯飲食史找出病源，而疾病管制署在去(2014)年就首度以基因定序及疫情調查發現生食貝類造成的群聚事件，及時提醒民眾注意預防。除政府機關應積極任事外，每一個人也都可以響應世界健康日，餐飲旅宿業者應加強自主衛生管理，醫護人員如發現疑似疫情，請依規定通報，以便衛生機關及時介入找出病因，防止更多人受害，而一般民眾則應落實飲食衛生習慣。每一個人都可以發揮力量，共同促進食品安全的提升。

日期:2015 年第 11-13 週(2015/3/15-2015/4/4) DOI:10.6524/EB.20150414.31(7).004

疫情概要：

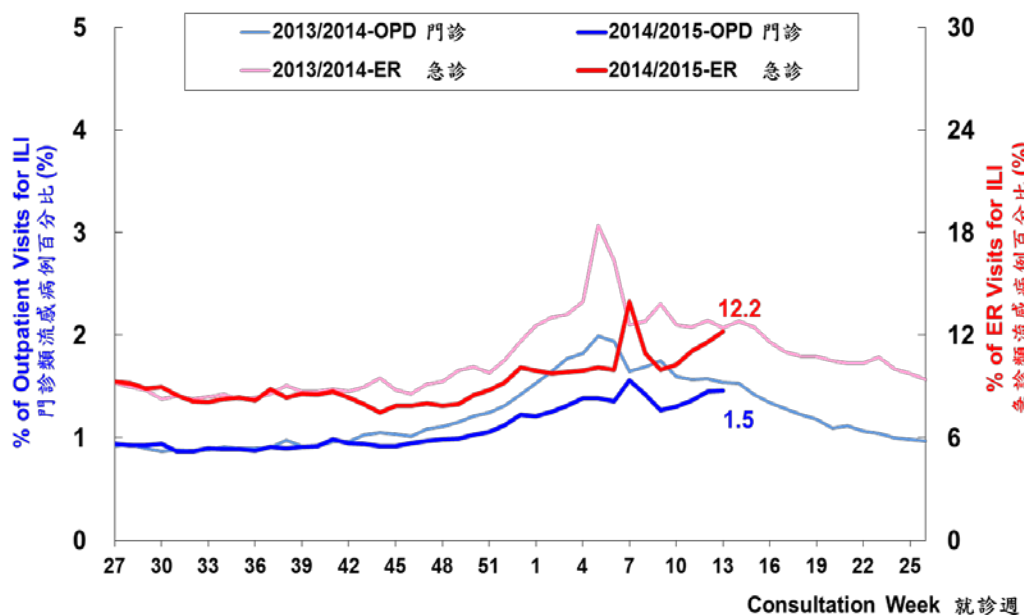
國內流感疫情處於流行高峰期，社區流行病毒以 H3N2 為主，B 型有增加趨勢。近期高雄市出現散發登革熱本土病例，疫情呈零星發展，顯示社區有孳生源及潛在病例；境外移入病例較近 5 年同期為高，感染國別以東南亞國家為多，呼籲民眾持續清除孳生源，有疑似症狀即就醫。

國際疫情部分，中國大陸北方流感疫情呈現反升，日本、美國、加拿大及歐洲均呈下降趨勢，另中國大陸持續傳出 H5N1 及 H7N9 流感病例，請民眾前往流行地區勿走私及接觸禽鳥，並落實洗手等個人衛生習慣。西非幾內亞伊波拉病毒感染疫情呈上下波動，獅子山則呈下降、賴比瑞亞無新增病例。

一、流感

(一)國內疫情

1. 2015年迄4/6累計244例流感併發重症(37例H1N1、180例H3N2、2例A未分型、25例B型)，其中34例死亡。
2. 2015年第11週社區流感病毒陽性率為32.9%，近2週呈上升，檢出病毒以H3N2為主，B型流感病毒有增加趨勢。無抗藥性病毒株出現。
3. 2015年第13週急診類流感就診病例百分比較前一週上升。



圖一、2014-15 年門診及急診類流感病例百分比趨勢

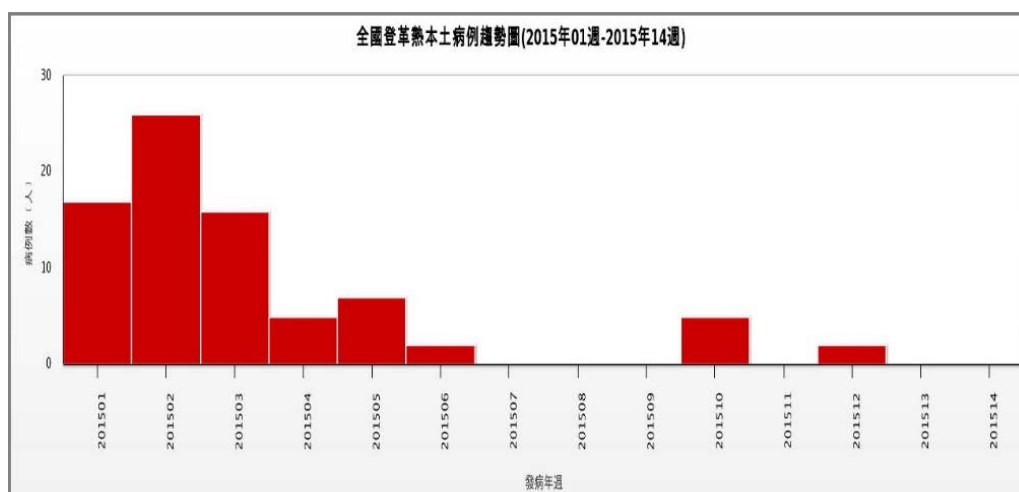
(二)國際疫情

- 1.中國大陸：中國大陸南、北方省份皆過流行高峰，惟北方省份近期持續反升，南、北方省份皆以 B 型為主。
- 2.日本：流感活動續降，流行病毒以 H3N2 為主，B 型有增加趨勢。
- 3.加拿大：流感活動續降，流行病毒以 B 型為主。
- 4.美國：流感活動續降，流行病毒以 B 型為主；門診類流感就診百分比已降至基準值(2%)。
- 5.歐洲：流感活動緩降，仍處相對高點，流行病毒以B型為主。

二、登革熱

(一)國內疫情

- 1.本土病例：3月起出現散發病例，居住地均為高雄市；2015年迄4/6累計96例。
- 2.境外移入病例：2015年迄4/6累計58例，感染國別以印尼、馬來西亞及越南為多。



圖二、2015年登革熱確診病例趨勢

(二)國際疫情

- 1.新加坡：疫情呈上下波動，截至第12週累計逾2,000例登革熱，較去年同期下降39%，為近5年同期平均的2倍。
- 2.馬來西亞：疫情持續，截至4/5累計通報逾3萬4千例，101例死亡，高於近5年同期平均。

三、新型 A 型流感

(一) H5N1 流感：中國大陸雲南省 4/3 新增 1 例，楚雄州楚雄市 6 歲男童，3/23 發病，3/25 就診，4/2 確診，已治癒；該國今年迄 4/6 累計 5 例，分別為雲南省 3 例、江蘇省及四川省各 1 例。

(二) H7N9 流感：

1. 中國大陸：浙江省嘉興市 3/27 新增 1 例，發病前曾接觸家禽；上海市 4/4、4/6 新增 2 例，其中 1 例自江蘇省移入，住院中。

2. 全球：去年入秋(2014/10/1)以來累計 189 例；2013 年迄 2015/4/6 累計 642 例，包含中國大陸 622 例、香港 13 例、臺灣 4 例、加拿大 2 例、馬來西亞 1 例，WHO 於 3/3 更新 227 例死亡。

四、伊波拉病毒感染

世界衛生組織(WHO)4/2 更新西非三國累計病例數 25,228 例，10,462 例死亡，其中醫護人員 861 例，495 例死亡。

(一) 幾內亞：疫情呈下上波動，近 1 週新增 57 例，其中逾 5 成為已掌握之接觸者；該國於 45 天內採限制西部地區移動外，暫關閉檢出伊波拉患者之私人醫療院所、僅近親可參加喪禮及所有遺體均須經病毒檢驗等措施。

(二) 獅子山：疫情持續下降，近 1 週新增 25 例，其中近 7 成為已掌握之接觸者。另該國近期結束為期 3 天全國禁閉措施，家戶走訪發現數百名疑似病例，現檢驗中。

(三) 賴比瑞亞：無新增病例。

五、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 新疆維吾爾自治區、 江蘇省、浙江省、 廣東省、福建省、 上海市、江西省、 雲南省、貴州省、 安徽省、山東省、 湖南省、四川省	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2014/10/18- 2015/3/17
	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	2013/6/28
	埃及	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2014/12/9

(續上頁表格) 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
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、越南			2014/1/21-4/10
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(MERS-CoV)	沙烏地阿拉伯	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2014/4/23
	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	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2014/5/30-2015/1/20
伊波拉病毒感染	幾內亞、獅子山、賴比瑞亞	第三級 警告(Warning)	避免所有非必要旅遊	2014/8/1
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、以色列、伊拉克、喀麥隆、赤道幾內亞、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	2014/5/7

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

發行人：郭旭崧

出版機關：衛生福利部疾病管制署

總編輯：李翠鳳

地址：臺北市中正區林森南路 6 號

執行編輯：陳倩君、劉繡蘭

電話：(02) 2395-9825

網址：<http://www.cdc.gov.tw/>

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