

疫情報導

151 高雄縣三民鄉A型肝炎流行調查

報告

163 漫談痢疾

169 國內、外疫情

173 台灣地區法定傳染病及報告傳染病

高雄縣三民鄉A型肝炎流行調查報告

一、前 言

民國82年3月4日衛生署防疫處接獲高雄縣衛生局報告，指出該縣三民鄉民生村山地部落81年12月至82年2月間約有十三名黃疸個案發生，年齡為3—9歲，其中已有五名患者陸續住院治療，有腹痛、嘔吐、發燒、黃疸等症狀。三民鄉衛生所對十七名疑似患者（含三名高醫住院個案）先行抽血，並將血清檢體送請衛生署預防醫學研究所檢驗，結果有十一例的IgM anti-HAV呈現陽性反應。為防止疫情擴大，並瞭解其感染源與感染途徑，衛生署預防醫學研究所流行病學訓練班即於民國82年3月8日配合衛生署防疫處前往調查及採取有效防疫措施。

二、背景說明

三民鄉位於高雄縣的東北方，全鄉共有民族、民權、民生（又分一、二村）三個村落，彼此距離各為5公里（民族村→民權村）、9公里（民權村→民生村）、900公尺（民生一村→民生二村）。全鄉居民大多為布農族山胞，彼此往來頻繁；民國82年全鄉總人口共計2,969人（民族村680人，民權村771人，民生村1,518人），十二歲以下人口836人（民族村194人，民權村193人，民生村449人）。全鄉居民以務農為主，但外出謀生的人數相當多，嗜酒習性繼續存在，而生活水準則以民權村最高，其次是民族、民生一、二村。至於給水系統方面，目前三民鄉除民權村仍全村飲用山泉水外（未設置簡易自來水廠），民族、民生一村（供給民生一、二村使用）均各設有簡易自來水廠，但大部分的居民又同時飲用山泉水，且有喝生水習慣。各村均開設有1

—3家餐飲店，衛生狀況尚可，且自民國81年11月以來，各村每個月至少舉行一次婚喪喜慶活動。民權村幾乎每戶都用化糞池式廁所，民族及民生村則僅約2/3住戶使用化糞池式廁所，其餘都用糞坑式廁所或無廁所裝置，但耕作時並無以糞便施肥的習慣。三民鄉目前設有民族、民權、民生三所小學及民族、民權、民生一村、民生二村四所托兒所，越村就學很少，各國小教學及衛生設施尚可；至於四個托兒所的衛生設備以民族托兒所稍好，其餘三個托兒所皆不甚理想，尤其是民生二村托兒所最差：空間狹小、無洗手及廁所設施、水管破裂年久失修斷水、常有共用茶杯喝水及共用一桶水洗手等情形發生。

三、材料與方法

(一)病例發現

為了尋找A型肝炎的病例，民國82年3月9日分別至高醫附設醫院及居民最常去看病的旗山博愛、重安、廣慈三家醫院詢問三民鄉居民最近三個月肝炎住院情形並調閱病歷，同時請三民鄉衛生所繼續做家戶及學校訪查，共發現七名（六名住民生村，一名住民族村）肝炎住院病例（三名住高醫附設醫院、一名住旗山重安醫院、一名住旗山博愛醫院、一名住左營海軍醫院、一名住高雄榮民醫院），其肝臟酵素SGOT、SGPT均明顯升高，並有茶色尿、腹痛、嘔吐、食慾不振、鞏膜發黃、黃疸等症狀。

(二)血清檢驗

由於此次十三名黃疸個案年齡為3—9歲且大部分是托兒所幼童，為了解此次傳染擴散情況及該鄉A型肝炎病毒的血清抗體盛行率，故於民國82年3月8日至3月11日就全鄉三個村所有小學（含）以下的孩童進行抽血檢驗，同時抽取三所國小老師、廚師、民生二村托兒所老師、飲食攤老闆血清檢體共計648件，並送衛生署預防醫學研究所採用固相酵素免疫分析法（solid phase enzyme immunoassay HEPAVASE MA及HEPAVASE A, General Biologicals Corporation, R.O.C 台灣普生公司）以偵測血清中二種A型肝炎抗體IgM anti-HAV和toatl anti-HAV。

(三)水質檢驗

三民鄉衛生所於82年民國82年3月6日共採取水檢體12件包括民生國小1件、飲食店用水2件、A型肝炎陽性個案家中用水7件及簡易自來水2件，並送請高雄縣衛生局第六課進行大腸菌類數（B. coliform M.P.N）檢驗。另台灣省環境保護處南區環境保護中心亦於民國82年3月12日至三民鄉採取水檢體8件包括山泉水2件、A型肝炎陽性個案家中用水5件、鄉公所用水1件，進行總

菌落數、大腸菌類數檢驗。

(四)問卷調查

依據血清檢驗結果，以 IgM anti-HAV 陽性者為病例組，而 IgM anti-HAV 及 total anti-HAV 二者皆為陰性者為對照組，至於選樣方式則以 1:1 方式選取與病例組同村同年級年齡相近者為對照組，進行病例對照調查研究，並依問卷內容逐戶訪視，完成問卷調查。問卷內容主要包括個人基本資料、發病日期、症狀、就醫情形、發病前接觸患者情況、有無參加聚餐喜宴、上廁所後及飯前（後）是否洗手、有無生食、喝生水習慣及其家中飲水來源、廁所型式、有無使用糞便施肥等項目。而統計方法則採取卡方檢定及多變項對數迴歸分析（Multiple logistic regression analysis），以了解三民鄉 A 型肝炎流行之潛在危險因子。

四、結果

(一)血清檢驗

1、採血率

由表一可知，在所有 648 件血清檢體中，小學以下抽血人數達 590 人，總採血率佔全部該年齡層總人數 70.57%，各村採血率分別為民族村 82.47%、民權村 66.32%、民生村 67.26%。

2、有感受性者

在全部血清檢體中有 321 名是 IgM anti-HAV 陽性或 anti-HAV 陰性，表示在 A 型肝炎未流行前，具可感受性的人口約佔 49.5%。

(1)最近受到病毒感染者

全部血清檢體中有 74 名（11.4%）是 IgM anti-HAV 陽性者，佔全鄉小學以下總採血人數之 12.54%，各村分別為民族村 11 人（陽性率 6.88%）、民權村 1 人（陽性率 0.78%）、民生村 62 人（陽性率 20.53%），以民生村最高。且在所有 74 名陽性個案中，以就讀托兒所的 3-6 歲幼童最多有 38 人（佔 51.35%）。

(2)尚未受到病毒感染，不具抗體者

648 件血清檢體中有 247 名（38.1%）是 IgM anti-HAV 抗體及 total anti-HAV 抗體皆為陰性者，佔全鄉小學以下總採血人數之 41.86%。

3、有抵抗力（已具抗體）者

全部血清檢體中有 327 名（50.5%）是 IgM anti-HAV 抗體陰性且 Total anti-HAV 抗體陽性者，表示過去曾經受到病毒感染，已具有免疫力。

而由圖一可知，8歲（二年級）以上已具抗體陽性率比7歲（一年級）以下之抗體陽性率顯著增加，故此次三民鄉A型肝炎的流行以7歲以下的幼兒為主要對象。

4、侵襲率

由表一可知，三民鄉小學以下A型肝炎總侵襲率為23.05%，各村分別為民族村13.41%、民權村1.09%、民生村42.18%，以民生村最高，而在民生村中又以就讀幼稚園、托兒所幼童的侵襲率較高，其中更以民生二村托兒所為甚（高達82.76%），至於民生一、二村彼此間的托兒所及未入學幼童的侵襲率（一村托兒所29.17%、未入學幼童7.14%，二村托兒所82.76%、未入學幼童44.44%）為何會如此懸殊的差異，是值得探討的。

(二)水質檢驗

三民鄉衛生所於82年3月6日採取12件水樣體經高雄縣衛生局檢驗結果：有6件IgM anti-HAV陽性個案家中用水及1件民生一村飲食店用水呈現大腸菌類數陽性反應（大於10 M.P.N），其餘水樣體均為陰性反應。

另台灣省環境保護處南區環境保護中心所採取8件水樣體中，有2件山泉水檢驗結果不合格（1件總菌落數550個/ml，大腸菌類數 50 M.P.N/100ml；1件總菌落數88個/ml，大腸菌類數17 M.P.N/100ml），其餘水樣體均為大腸菌類數陰性反應。

(三)問卷分析：家戶訪視共完成148份問卷，分析結果如下：

1、A型肝炎陽性病例之分佈

三民鄉74名A型肝炎陽性病例為1至11歲的孩童，且大部分為7歲以下學齡前幼童，年齡中位數為5.41歲，其中15名病例（20.27%）無症狀出現，另有59名病例（79.73%）呈現症狀，而其症狀以發燒（56.76%）最多，其次是食慾不振（44.59%）、倦怠想睡（36.49%）、上腹部疼痛（35.14%）；而黃疸、茶色尿則約佔16.22%—24.32%。

A型肝炎病例之分佈有很明顯家戶聚集和鄰居接觸的現象，如民生二村大部分病例集中在一條秀嶺巷上，而民生一村亦局限於較擁擠、環境衛生差的地區；由表二可知，在所有三民鄉A型肝炎病例45個家戶中即有18戶（40%）出現二個病例以上，其中民生二村23個家戶中即佔有12戶（52%），民生一村13戶中只有3戶（23%），民族村8戶中有3戶（38%）出現二個病例以上情形發生。至於民生二村之家戶感染率（P）高達0.6522，且由表三可知其確實有家族性聚集（family aggregation）現象。

2、流行曲線

由於三民鄉肝炎陽性病例的症狀分佈以發燒最多，為避免罹患感冒與肝炎症狀二者混淆不清並充分了解此次A型肝炎流行曲線，故定義病例如下：凡有自覺不舒服的IgM anti-HAV陽性個案且有眼睛發黃、皮膚發黃、茶色尿等症狀之一者或發燒、倦怠想睡、食慾不振、全身無力、噁心想吐、頭昏、嘔吐、腹痛、腹瀉等症狀二種以上者。符合此條件者有44人，流行曲線如圖二、三。而由其發病日期來看，這次流行很可能於民國81年11月底從民生二村學齡前幼童開始，進而感染到學齡孩童，且於民國82年1月陸續擴散至民生一村、民族村，流行尖峰於82年2月中旬。

3、指標病例及感染途徑

由流行曲線圖可知，此次流行最早有症狀的肝炎病例是居住在民生二村，就讀民生二村托兒所的3歲小女孩，由於父母分別在甲仙、台南工作，此女孩經常來回台南、甲仙及三民鄉，其感染來源雖無法確認但在其發病前一個月奶奶曾帶至台南路邊攤飲食且父親又是肝硬化末期病人經常住院就醫，而其家中使用之山泉水又呈現大腸菌類數陽性反應，因此無法排除受感染的可能性。

第二位病例是一名住在指標病例對面鄰居的3歲半玩伴，其姊為有症狀的病例，就讀於民生國小二年級；而第三位病例則是與第一位病例就讀民生二村托兒所的4歲鄰居，其四個兄弟妹皆為有症狀的病例，其中三個就讀民生二村托兒所，一個1歲半最小的妹妹被民族村收養，雙方經常往來，幼童在一起玩要接觸，使民族村幼童可能受到感染。

至於民族村的第一位病例是一名5歲半的托兒所學童，由於與收養民生二村小孩的家庭係親戚關係，經常到他家遊玩，故不排除被感染的可能性。

民生一村的第一位病例則是一名6歲就讀民生國小幼稚園學童，其二個弟弟皆為有症狀的病例並就讀於民生一村托兒所，由於家境貧寒、居家衛生很差、父親殘廢酗酒、母親負擔家計，故經常托養於民生二村外婆家並與肝炎病例玩耍，有可能受到感染。

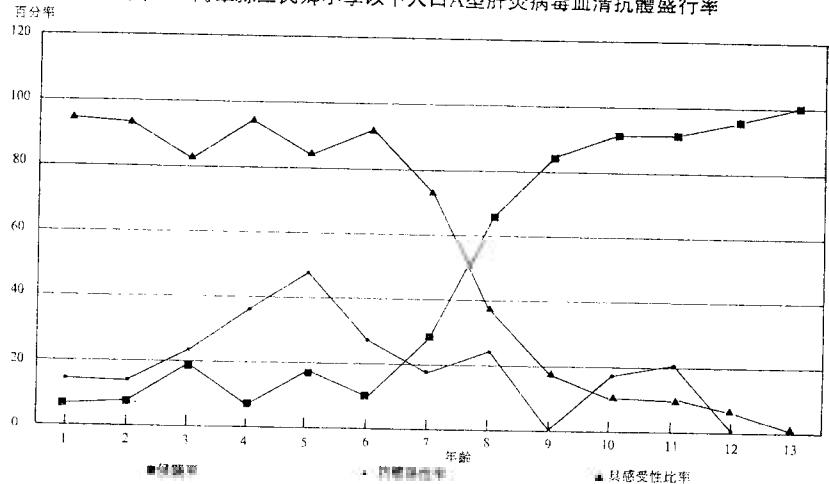
4、危險因子之探討

為進一步確定傳播疾病有關的潛在危險因子，以Epi-Info及SAS/PC進行統計分析結果如下：

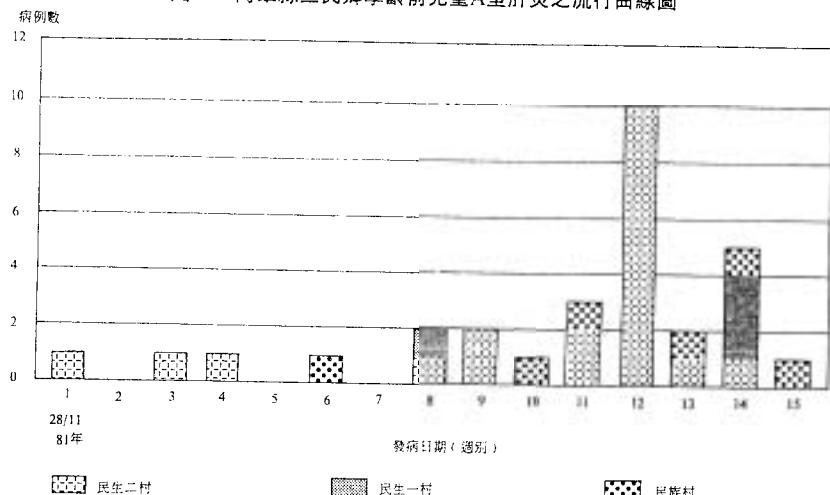
(1)單變項分析：由表四可知，疾病與是否就學、每天上學、與病例接觸等危險因子有統計上的顯著相關($p < 0.05$)，而與其餘因子則無統計上的顯著差異($p > 0.05$)。

(2)多變項分析：以三民鄉全部IgM anti-HAV當依變項，而以在

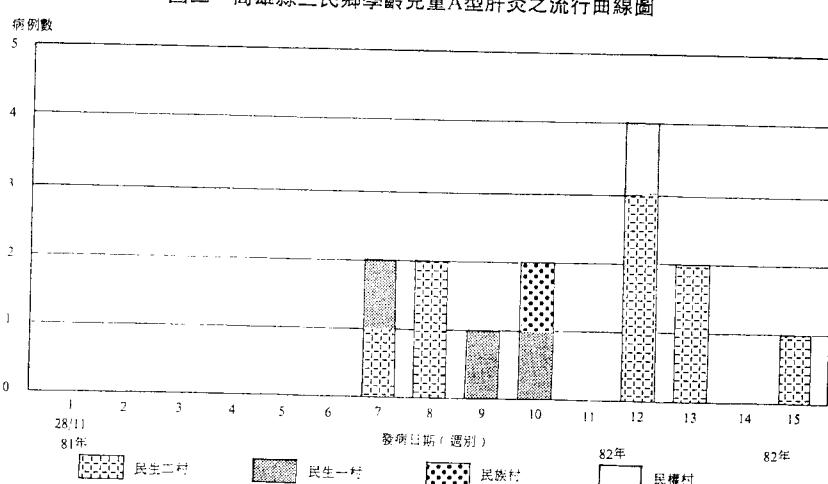
圖一 高雄縣三民鄉小學以下人口A型肝炎病毒血清抗體盛行率



圖二 高雄縣三民鄉學齡前兒童A型肝炎之流行曲線圖



圖三 高雄縣三民鄉學齡兒童A型肝炎之流行曲線圖



單變項分析有達統計上的顯著水準之危險因子當自變項，進行多變項對數迴歸分析結果發現：疾病只與病例接觸有統計上的顯著差異，因此推定病例接觸為本次A型肝炎流行之主要原因。而其最佳對數迴歸模式為：

$\text{Logit}(P) = 1.9111 + 2.7461^* \text{ (病例接觸)}$ ，而勝算比(OR)為15.58。

五、討 論

本次高雄縣三民鄉肝炎的流行，由最初十一例血清學檢驗 IgM anti-HAV為陽性即可確定是A型肝炎病毒感染所造成的。而由血清檢驗結果可知，此次流行所侵襲的對象為1~11歲的孩童，且大部分發生於7歲（含）以下學齡前幼童，可能原因有三：

(一)在未流行前7歲以下幼童的A型肝炎病毒抗體陽性率低於27.7%，可感受性比率在72.3%以上，而8歲以上孩童則A型肝炎病毒抗體陽性率急劇上升至64.4%以上，可感受性比率低於35.6%所致。根據國內許多研究結果顯示^(1~6)，嬰兒自一歲以後，其A型肝炎抗體陽性率隨年齡的增加而遞增，反之年齡越小者，其可感受性比率亦較高。因此被A型肝炎病毒感染的機會則相對提高。

(二)三民鄉四個托兒所的衛生設備除民族托兒所稍好外，其餘三個托兒所皆不理想：空間狹小、普遍無洗手及廁所設施、學生共用茶杯喝水、共用一桶水洗手並有缺水現象，尤其是民生二村托兒所最差，由國外研究資料顯示^(7~8)：衛生設備不佳的托兒所很容易造成A型肝炎的傳染。故此次A型肝炎的流行以就讀托兒所最多達38人（約佔51.35%），而民生二村托兒所的侵襲率更高達82.76%。

(三)三民鄉三所小學自82年1月20日至82年2月17日放寒假，減少學童在學校彼此接觸機會，故此次A型肝炎流行即呈現以鄰居接觸及家戶間傳播為主，而國小學童則僅顯示出散發性流行，只有零星的病例。

其次就侵襲率而言，三民鄉全鄉小學以下人口A型肝炎總侵襲率為23.05%，各村中又以民生村最高42.18%、民族村13.41%次之、民權村最低1.09%，根據Szmuness等於1977年研究發現⁽⁹⁾：衛生環境不良的地方及社會經濟情況較差階層的人罹患A型肝炎的比例相對較高。由於三民鄉各村的生活水準以民權村最高，其次是民族村、民生一、二村，故A型肝炎在各村的侵襲率與其生活水準、環境衛生形成負相關。在民生村中又以二村的托兒所及未入學幼童受感染比率最高32人（佔43.24%），此可能和民生二村的生活水準及托兒所衛生設備簡陋有很大關係。至於為何民生一、二村托兒所的侵襲

率（一村托兒所29.17%，二村托兒所82.76%），會有如此懸殊的差異呢？經由實地查訪得知，民生一村托兒所的空間較大、學生每天來上學比例不高，雖然其衛生設備簡陋，但大部分學生可充分利用旁邊教會的衛生設施（使用簡易自來水及化糞池廁所），自然而然感染A型肝炎的機會相對減少；反觀民生二村托兒所空間狹小擁擠、每天來上課的學生比例很高、衛生設備很差，故當有某學生得病後，該托兒所即造成A型肝炎傳播的溫床。Stephen等於1977–1979年研究托兒所A型肝炎傳染的危險因子發現⁽⁷⁾：A型肝炎傳染與托兒所本身招生人數、年齡及每天開放時間長短有密切相關，凡托兒所招收小於2歲以下幼童的人數愈多且每天開放愈長，其傳染A型肝炎的比例愈高。因此民生二村托兒所有很高的侵襲率可能和其衛生設備及每天來上學的學生比例有顯著正相關。

至於本次三民鄉A型肝炎流行的類型，究屬共同感染流行(common source epidemics)或連鎖感染流行(propagated epidemics)，由三民鄉A型肝炎流行曲線可知，雖然此次A型肝炎流行時間長達四個月，已跨越了二次潛伏期且民國81年11月至82年1月間流行曲線呈現人對人的傳播型態，但由於有13名民生二村幼童（二村托兒所10名，民生國小3名）全集中於82年2月中旬流行尖峰發病，故由共同感染源所引起的突發流行仍有可能，而非純屬連鎖感染流行的人對人傳播型態。至於造成本次A型肝炎流行的可能感染途徑，茲討論如下：

(一)飲水來源

目前三民鄉除民權村仍全村飲用山泉水外，民族、民生村均各設有簡易自來水廠，但大部分的居民又同時使用山泉水並有喝生水習慣；而高雄縣衛生局和台灣省環境保護處南區環境保護中心所作的水質檢驗報告中，雖有8個A型肝炎陽性病例家中使用之山泉水呈現大腸菌類數陽性反應（表示受到糞便污染），但研究樣本中仍有35個陽性病例家中單獨使用簡易自來水者（大腸菌類數呈陰性反應）亦得病，而有51個單獨飲用山泉水的家戶並未得病，由表四可知，全鄉就是否飲用山泉水及是否生飲生水二項皆未達顯著差異($P>0.05$)，故水源可能不是造成本次A型肝炎流行的主因。然而由於當地居民經常自接山泉水飲用，部分家戶管線品質不佳，輸送過程中亦可能遭到糞便污染，而造成A型肝炎病毒感染。

(二)飲食

三民鄉自民國81年11月以來，各村每個月至少舉行一次婚喪喜慶活動，彼此往來頻繁，但由統計資料可知，有關最近有無參加喜宴或聚餐乙項全鄉並未達統計上之顯著差異($P>0.05$)，至於學校附近並無攤販設立，而各

村均開設有1~3家小吃餐飲店，衛生狀況尚可，同時三民鄉居民普遍無生食習慣（統計上未達顯著差異），故飲食似乎不是造成本次A型肝炎流行的原因。

(三)廁所型式

目前三民鄉除民權村幾乎每戶都用化糞池式廁所，民族及民生村則僅2/3住戶使用化糞池式廁所，其餘都用糞坑式廁所或無廁所裝置。由表四可知，就是否使用糞池式廁池式廁所乙項全鄉並未達統計上之顯著差異($P>0.05$)，同時三民鄉居民又無以糞便施肥的習慣，故廁所型式的不同在本調查中似乎不致造成本次A型肝炎的傳播。

(四)人對人之傳播

在可能造成三民鄉A型肝炎流行的危險因子中，經單變項分析發現，就是否就學、是否每天上學與病例接觸三個項目皆具統計上之顯著差異($P<0.05$)；而多變項對數迴歸分析則又發現疾病只與病例接觸有統計上之顯著差異($P<0.05$)，勝算比(OR)高達15.58，因此推定病例接觸應為本次A型肝炎流行主要原因。由於山地鄉幼童普遍上廁所後或飯前、後洗手的個人衛生習慣不甚理想，再加上托兒所的衛生設施簡陋、同學及鄰居家戶間幼童彼此的接觸傳染，致造成此次A型肝炎流行的發生。

為控制此次A型肝炎流行，衛生署提供免疫球蛋白由三民鄉衛生所對全鄉小學（含）以下孩童及可能接觸A型肝炎病例的成人注射，檢疫總所南檢站亦於民國82年3月18日至82年3月19日至該鄉實施飲水及廁所消毒，但由於免疫球蛋白保護效果短暫，在A型肝炎高感染地區如只單以其來預防感染並不切實際，而其主要目的仍只在控制流行而已，因此在A型肝炎疫苗仍未上市之前，對於山地鄉A型肝炎的控制，正如台灣其他地區，端賴基本的環境衛生和個人衛生的改善。

六、結 論

本次A型肝炎的流行，在台灣地區山地鄉是第四個被報導出來的爆發流行，其主要侵襲對象仍如以往大部分為7歲以下學齡前幼童，而人對人的接觸傳染，則是很重要的傳播途徑。A型肝炎在幼童雖然是屬於極溫和的疾病，但在較年長的孩童及成年人卻可導致顯著的症狀。台灣近年來由於環境衛生、衛生設備及衛生習慣的改善，國民對A型肝炎的免疫力相對減低，特別是年幼、還未曾暴露且又開始向外活動的學齡前兒童，爆發流行的可能性將隨著增加。根據Hsu等人於民國73年對台北市1,200名6個月至14歲孩童所作的血清調查得知其A型肝炎抗體陽性率低於20%⁽¹⁰⁾，未來突發A型肝炎流行的

機會相對將增加，因此如何加強A型肝炎的監視系統、注重幼稚園、托兒所的管理及衛生教育工作，乃是控制A型肝炎流行根本之道。

撰稿者：謝淑芳¹、陳國東¹、許須美²、虞順光¹、戚以惠²

1. 行政院衛生署預防醫學研究所流行病學訓練班

2. 行政院衛生署防疫處

報告單位：行政院衛生署預防醫學研究所流行病學訓練班、預防醫學研究所血清組、行政院衛生署防疫處、高雄縣衛生局、三民鄉衛生所。

七、參考文獻

1. Wu TC, Hsieh KS, Wang HC, et al. Seroepidemiology of hepatitis A infection in children in Taiwan. *J Formosan Med Assoc* 1982;82:1012–1016.
2. Chen DS, Sung JL, Lai MY, et al. An outbreak of hepatitis A in junior college students verified by IgM hepatitis A antibody testing. *J Formosan Med Assoc*. 1983;82:1018–1027.
3. Hsu HM, Lin SR, Hsu ST, et al. An outbreak of hepatitis A in Lin-Ko, Taipei county in 1982. *J Formosan Med Assoc*. 1984;83:1222–1231.
4. Hwang LY, Beasley RP, Yang CS, et al. Incidence of hepatitis A virus infection in children in Taipei, Taiwan. *Intervirology*. 1983;20:149–154.
5. 行政院衛生署：宜蘭縣山地鄉A型肝炎流行調查報告。疫情報導 1991;7:31–34。
6. 行政院衛生署：宜蘭縣突發性A型肝炎流行調查報告。疫情報導 1985;1:81–86。
7. Stephen C, Hadler SC, Erben JJ, et al. Risk factors for hepatitis A in day-care centers. *J Infect Dis* 1982;145:255–261.
8. Black RE, Dykes AC, Anderson KE, et al. Handwashing to prevent diarrhea in day-care centers. *Am J Epidemiol* 1981;113:445–451.
9. Szmuness W, Dienstag JL, Purcell RH, et al. The prevalence of antibody to hepatitis A antigen in various part of the world: A pilot study. *Am J Epidemiol* 1977;106:392–398.
10. Hsu HY, Chang MH, Chen DS, et al. Changing seroepidemiology of hepatitis A virus infection in Taiwan – A study in children in Taipei. *J Med Virology* 1985;17:297–301.

表一 高雄縣三民鄉A型肝炎血清檢驗結果（依村別及就學別）

村 別	有 感 受 性 者					有 抵 抗 力 者		總 計	
	IgM anti-HAV (+)		IgM Anti-HAV(-) anti-HAV(-)		小 計	IgM anti-HAV(-) anti-HAV(+)		人 數	%
	人 數	侵襲率(%)	人	數		人 數	%		
民生村 國民小學									
六年級	0	0		2	2	6.1	31	93.9	33 100
五年級	1	100		0	1	4.0	24	96.0	25 100
四年級	0	0		3	3	8.6	32	91.4	35 100
三年級	2	50		2	4	11.8	30	88.2	34 100
二年級	3	42.86		4	7	24.1	22	75.9	29 100
一年級	10	33.33		20	30	83.3	6	16.7	36 100
幼稚園	6	46.15		7	13	86.7	2	13.3	15 100
托兒所									
一村	7	26.92		19	26	92.9	2	7.1	28 100
二村	24	82.76		5	29	90.6	3	9.4	32 100
未入學									
一村	1	7.14		12	14	82.4	3	17.6	17 100
二村	8	44.44		10	18	100	0	0	18 100
民生國小老師 (含廚師)	0	0		0	0	0	7	100	7 100
民生飲食攤	0	0		0	0	0	7	100	7 100
民生學生家長	0	0		0	0	0	11	100	11 100
小 計	62	42.18		85	147	45.0	180	55.0	327 100
民權村 國民小學									
六年級	0	0		1	1	8.3	11	91.7	12 100
五年級	0	0		4	4	33.3	8	66.7	12 100
四年級	1	25		3	4	36.4	7	63.6	11 100
三年級	0	0		5	5	62.5	3	37.5	8 100
二年級	0	0		17	17	85.0	3	15.0	20 100
一年級	0	0		11	11	91.7	1	8.3	12 100
托兒所	0	0		22	22	88.0	3	12.0	25 100
未入學	0	0		28	28	100	0	0	28 100
民權國小老師	0	0		0	0	0	12	100	12 100
小 計	1	1.09		91	92	65.7	48	34.3	140 100
民族村 國民小學									
六年級	0	0		0	0	0	15	100	15 100
五年級	0	0		1	1	5.9	16	94.1	17 100
四年級	0	0		0	0	0	14	100	14 100
三年級	0	0		4	4	23.5	13	76.5	17 100
二年級	1	12.5		7	8	50.0	8	50.0	16 100
一年級	1	6.25		15	16	84.2	3	15.8	19 100
托兒所	7	30.43		16	23	79.3	6	20.7	29 100
未入學	2	6.67		28	30	90.9	3	9.1	33 100
民族國小老師	0	0		0	0	0	9	100	9 100
三民鄉衛生所 工作人員	0	0		0	0	0	12	100	12 100
小 計	11	13.41		71	82	45.3	99	54.7	181 100
總 計	74	23.05		247	321	49.5	327	50.5	648 100

註：民生村小學（含）以下人口449人，抽血人數302人，採血率為67.26%，IgM陽性人數為62人，陽性率為20.53%。

民權村小學（含）以下人口193人，抽血人數128人，採血率為66.32%，IgM陽性人數為1人，陽性率為0.78%。

民族村小學（含）以下人口194人，抽血人數160人，採血率為82.47%，IgM陽性人數為11人，陽性率為6.88%。

三民鄉小學（含）以下人口836人，抽血人數590人，採血率為70.57%，IgM陽性人數為74人，陽性率為12.54%。

表二 高雄縣三民鄉A型肝炎病例家戶聚集情形

病例數 家戶 孩童數目	民族 村					民 權 村					民 生 一 村							
	一個	二個病例以上				小計	一個	二個病例以上				小 計	一個	二個病例以上				小計
		二個	三個	四個	小計			二個	三個	四個	小計			二個	三個	四個	小計	
六個小孩														1	1	1		
五個小孩		2			2	2							1			1		
四個小孩													1	2		3		
三個小孩	1					1	1						1	2		2		
二個小孩	2	1			1	3							4			4		
一個小孩	2				2								2			2		
總 計	5	3			3	8	1						1	10	2	1	3	13

表二（續）

病例數 家戶 孩童數目	民 生 二 村					三 民 鄉						
	一個	二個病例以上				小計	一個	二個病例以上				小計
		二個	三個	四個	小計			二個	三個	四個	小計	
六個小孩								1	1	1	1	
五個小孩	1			1	1	2	2		1	1	3	
四個小孩		2		3	5	5	1	6	3	9	10	
三個小孩	2	3	2		5	7	6	3	2	5	11	
二個小孩	5	1			1	6	11	2		2	13	
一個小孩	3				3	7					7	
總 計	11	6	2	4	12	23	27	11	3	4	45	

表三 高雄縣三民鄉民生二村A型肝炎感染戶數分佈之實際和期望值
(感染率 P = 0.6522)

病例數	實際戶數(0)	期望戶數(E)	0 - E	(0 - E) ²	(0 - E) ² / E
0	10	0.48	9.52	90.6304	188.81
1	11	3.62	7.38	54.4644	15.05
2	6	10.19	- 4.19	17.5561	1.72
3	2	12.74	- 10.74	115.3476	9.05
4	4	5.97	- 1.97	3.8809	0.65
總計	33	33.00	0		215.28

自由度 df(5 - 1) × (2 - 1) = 4, X² = 215.28, p < 0.01

表四 高雄縣三民鄉A型肝炎傳染的危險因子分析

危險因子	病 例 組			對 照 組			OR	OR 95%信賴區間	P值
	有	無	百分率	有	無	百分率			
有無到學校或托兒所上學	65	9	87.84	53	21	71.62	2.86	1.13-7.42	<0.05
是否每天上學	53	21	71.62	39	35	52.70	2.26	1.09-4.75	<0.05
是否與病例接觸	73	1	98.65	30	44	40.54	107.07	14.69-2184.5	<0.001
是否飲用山泉水	39	35	52.70	51	23	68.92	0.50	0.24-1.04	ns*
是否生飲生水	57	17	77.03	51	23	68.92	1.51	0.68-3.35	ns*
是否生食	21	53	28.38	15	59	20.27	1.56	0.68-3.57	ns*
每次上廁所後是否洗手	9	65	12.16	4	70	5.41	2.42	0.64-9.89	ns*
每次吃東西前後是否洗手	6	68	8.11	4	70	5.41	1.54	0.36-6.87	ns*
是否使用化糞池式廁所	46	28	62.16	52	22	70.27	0.70	0.33-1.46	ns*
家人是否到外地工作或旅遊	26	48	35.14	22	52	29.73	1.28	0.61-2.71	ns*
最近是否參加喜宴	39	35	52.70	28	46	37.84	1.83	0.90-3.72	ns*

註：*表卡方檢定未達顯著差異 ($p>0.05$)

漫談痢疾

本題所謂痢疾是「桿菌性痢疾之簡稱」，也有人稱之為「細菌性痢疾」(Bacillary dysentery)，又因為是「志賀菌」(Shigella)感染所引起的急性病變，故又稱為「志賀菌病」(shigellosis)，主要臨床表現為發燒、腹瀉、腹部疼痛、裏急後重，和伴有血、粘液與膿便，輕度的感染往往只有短暫的腹瀉，或有些腸胃症狀者。本病多發生在環境衛生落後的地區，個人衛生習慣不良者容易受感染。

病 因

志賀菌首先於西元1876年日本的一次痢疾流行時被志賀氏(Shiga)由病人的排泄物中分離出來而命名，它是一種革蘭氏陰性桿菌，無活動力，後來證明具致病性，1900年Flexner研究菲律賓的痢疾，發現一種近似志賀菌的細菌，稱之為副痢疾志賀菌(*S.flexneri*)，到目前已發現四群，亦有稱為四屬者；A屬：痢疾志賀菌(*S.dysenteriae*)；B屬：副痢疾志賀菌(*S.flexneri*)；C

屬：鮑氏志賀菌(*S.boydii*)；D屬：宋內志賀菌(*S.sonnei*)，四群中，痢疾志賀菌是唯一可以產生外毒素者，通常會引起較嚴重的臨床病變，有時也會引起症狀輕微的病例，宋內志賀菌之臨床表現較輕，副痢疾志賀菌感染則介於兩者之間。

流行病學

在美國，三十年前的報告顯示副痢疾志賀菌的病例數約相等於宋內志賀菌，但在1969年以後則以宋內志賀菌感染的發生率較高，英格蘭的報告甚至有高達90%是宋內志賀菌。痢疾在已開發國家如歐洲及美國甚為罕見，位於熱帶和亞熱帶地區之落後國家包括中國大陸，痢疾仍是常見而且嚴重的傳染病，它可侵犯各個年齡層的人，但嚴重的病例多發生於嬰幼兒及年老、體質虛弱者；任何季節均可發生感染，最盛行於溫暖的月份，一般5月份開始上升，8~9月達到高峰，10月以後開始下降。感染後可獲得某些程度的免疫力，但不同群和血清型之間並無交互免疫，故可多次感染發病。

傳播途徑主要有四，(一)日常生活接觸，手是主要媒介；(二)經水傳播，水源的污染可爆發流行；(三)食物傳播；(四)蒼蠅媒介傳播，蒼蠅污染食物造成傳播。

病理學及致病機轉

志賀菌附著在腸上皮細胞，穿過粘膜增殖，接著感染鄰近的細胞，造成腸粘膜破壞和潰瘍，潰瘍部位出血即是血便的原因；大腸粘膜呈現腫脹，血管擴張，出現點狀出血，顯微鏡下可見粘膜和粘膜下層隱窩處(crypts)含有多形核和單核球等腸粘膜炎症反應，可引起固有層小血管循環障礙，因病變極少超越粘膜下層，入侵的病菌被巨噬細胞吞噬，故罕有敗血症發生。慢性的患者腸壁增厚，潰瘍邊緣有息肉狀增生，癒合後形成疤痕，會導致腸腔狹窄。

臨床表徵

痢疾之潛伏期可短至幾個小時，亦可長達七天，大多數為1~3天；病人一般為突然發病，高燒、腹痛、嘔吐和食慾減退、腹瀉（水瀉）、糞便為綠色或黃色，含有粘液及未消化的食物或含有膿和血，每天約7~12次，並伴隨著腹痛和裏急後重。大量的排泄導致脫水，電解質的流失和酸中毒，嚴重者可因而死亡。

也有人將痢疾的臨床表現分為急性和慢性兩期，若病程超過2個月即稱為慢性痢疾，導致慢性痢疾的原因有五(一)未及時以抗生素治療或抗藥菌感染，(二)營養不良，(三)腸內寄生蟲感染，(四)胃酸低，(五)慢性膽囊炎等。

診 斷

典型急性病人可根據臨床表徵即可診斷，糞便的特徵和顯微鏡檢查亦可幫助診斷，乙狀結腸鏡檢查可見到粘膜發炎及出血，也可見到灰白色壞死或潰瘍。確立診斷需靠糞便、肛門或乙狀結腸拭子培養出志賀菌，培養時應使用特殊培養基。血清學的檢查亦可做回顧性的診斷。

鑑別診斷

下列疾病需要做鑑別診斷：

- 1.沙門氏菌感染
- 2.阿米巴痢疾：病程慢，低度發燒，少見裏急後重。
- 3.腸套疊：腹部有硬塊，沒有發燒。
- 4.急性闌尾炎。
- 5.腸系膜腺炎，腦膜炎等。

併發症

現已少見，可能見到的是中耳炎、肺炎和腎盂腎炎，非化膿性關節炎和營養缺乏是晚期的併發症，曾有報告併發非化膿性腦炎和腸套疊，但甚罕見。腦病變可以發生在下痢之前或之後病人會有抽筋、頭痛、嗜睡、意識不清、頸部僵硬、幻覺等症狀，其原因目前尚未知，過去一直以為是Shigatoxin的神經毒性所致，這種併發症現在相當少見。最常見的併發症是脫水和其導致腎衰竭的危險傾向，甚至可因此致死。而小孩和營養不良者可能併發敗血症和散播性血管內凝固(DIC)。

治 療

1.抗生素治療：抗生素之投予應考慮其感受性及吸收之情形。台灣目前已發現對Ampicillin 和Trimethoprim – Sulfamathoxazole具抗藥性，美國亦是如此，但對Nalidixic acid之抗藥性則少見，或人可以選擇Quinolone來治療。臨牀上，尚未知抗生素之敏感性之前，一般建議先使用Trimethoprim – Sulfamathoxazole，假若敏感性試驗顯示Ampicilin有效時，Ampicilin也被建議使

用。第一代和第二代口服頭孢菌素並不適用取代上述的幾種藥物。對於 Ampicilin 敏感的菌株，Ampicilin 的效果優於 Amoxicillin，又因 Amoxicillin 口服的吸收高達百分之九十，留在腸腔內的量太少。所以，Amoxicillin 並不被用來治療痢疾。

2.症狀療法：水份和電解質之平衡最為重要，酸中毒之處理亦相當迫切，不一定需要止瀉的藥物。

預後

抗生素的使用及水份電解質等之平衡已使死亡率降至很低，但嬰幼兒、年老者和抵抗力低者仍應多加注意，避免感染。

預防措施

預防的方法有下列七點：

- 1.糞便的消毒。
- 2.水源的淨化及防護。
- 3.牛奶及乳製品之消毒。
- 4.食品製造和供應之消毒管理。
- 5.避免蒼蠅污染食物。
- 6.養成嬰幼兒之良好衛生習慣。
- 7.病人之隔離。

撰稿者：黃高彬（高雄醫學院一般小兒科主任及寄生蟲學科副教授）

台灣地區桿菌性痢疾報告病例統計（1990年至1992年）

台灣地區近三年來的桿菌性痢疾報告病例發病月份別分佈情形如附表，顯示台灣地區一年十二個月皆有報告病例，且以8、9月份為流行高峰，81年8月的30名病例中，7名為高雄縣病例，5名為高雄市病例，在開發中國家個人的衛生教育是最重要的預防工作，只要民衆能養成正確的洗手習慣，國家有健全的污水處理系統，應可避免流行的爆發。

(附表)

台灣地區桿菌性痢疾報告病例月份別統計表

月份別 年別	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一	十二	合計
七十九年	5	6	5	5	8	6	7	9	14	4	5	5	79
八十年	7	7	6	7	11	8	8	6	12	12	6	6	96
八十一年	8	2	8	8	7	5	8	30	11	7	3	2	97
合計	18	15	19	20	26	19	23	45	37	23	14	13	272

資料來源：檢疫總所傳染病個案報告單資料庫

(行政院衛生署檢疫總所 提供)

近年來國內痢疾桿菌（Shigella）之狀況及型別之分析（1988年1月至1993年4月底）

桿菌性痢疾為法定傳染病，故地方衛生單位因疫情所採集之防疫檢體與醫療單位從患者所分離出之菌株均委由衛生署預防醫學研究所進行檢驗或確認工作。

自1988年至1993年4月底，在本省北、中、南、東各地區所檢出而經確認之痢疾桿菌數為341件，其型別分屬B、C、D三個亞群，B與D亞群為本省歷年來較常見之流行菌型。此兩亞群之出現，依年別不同而稍有差異，如表一，表二所示。1988年，B與D亞群之檢出率很似；而1989年時，D亞群檢出率則較高。但自1990年後，B亞群之出現反較D亞群為多，A與C亞群多年來，一直都無檢出之記錄，但C亞群在1992年，因追縱北部地區某餐廳檢出一次（病患4名，分屬不同家庭，在同一餐廳飲食後被感染，經流行病學之調查，感染來源仍不明）。由此推論，A與C亞群並非本省之流行菌型。

1992年地方衛生機關為徹底消滅痢疾桿菌之潛在感染源，特別加強宜蘭及花蓮縣山地鄉接觸者之採檢及送驗。同年，高雄某寺廟之夏令營活動，引發下痢等症狀而檢出痢疾桿菌病患14名，因之，當年檢出數較往年高，一般而言，各地區平時仍有少數散發病例發生。

表一 歷年來衛生署預防醫學研究所分離或鑑定之痢疾桿菌及型別統計表 @

型別	1988	1989	1990	1991	1992	1993	合計
Subgroup A	0	0	0	0	0	0	0
(<i>S. dysenteriae</i>)					*		
Subgroup B	27(51%)	28(33%)	29(85%)	36(67%)	66(72%)	21(95%)	207
(<i>S. flexneri</i>)					**		
Subgroup C	0	0	0	0	4(4%)	0	4
(<i>S. boydii</i>)					***		
Subgroup D	26(49%)	58(67%)	5(15%)	18(33%)	22(24%)	1(5%)	130
(<i>S. sonnei</i>)							
合計	53	86	34	54	92	22	341

@：統計期間：自1988年1月至1993年4月底，檢體來源：地方衛生局（所）及醫療單位。

*：宜蘭縣爆發流行，患者及接觸者有33個陽性。

**：北部地區某餐廳檢出，4個陽性。

***：高雄縣某夏令營爆發案件有14個陽性。

(%)：為該年之比率。

表二 歷年來國內北、中、南、東各區域所分離出之痢疾桿菌統計表 January

型別	1988				1989				1990				1991				1992				1993 *				合計
	北	中	南	東	北	中	南	東	北	中	南	東	北	中	南	東	北	中	南	東	北	中	南	東	
Subgroup A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(<i>S. dysenteriae</i>)																									
Subgroup B	4	5	0	18	4	5	0	19	5	5	1	18	10	3	2	21	55	0	1	10	13	0	1	7	207
(<i>S. flexneri</i>)																									
Subgroup C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
(<i>S. boydii</i>)																									
Subgroup D	12	1	0	13	26	0	28	4	0	0	1	4	4	2	6	6	3	0	15	4	0	0	1	0	130
(<i>S. sonnei</i>)																									
合計	16	6	0	31	30	5	28	23	5	5	2	22	14	5	8	27	62	0	16	14	13	0	2	7	341

* 詳細說明見表一。

（行政院衛生署預防學研究所 提供）

國內、外疫情

台灣地區：

一、後天免疫缺乏症候群（愛滋病）：

民國82年7月份，台灣地區共發布11例愛滋病帶原者新案，其中有3名已發病為愛滋病患，為國內第74~76例愛滋病患。截至民國82年7月31日止，台灣地區共發現愛滋病帶原者462例（包括本國籍人士426例，外籍人士36例），其中76例已發病為愛滋病患（包括本國籍人士70例，外籍人士6例），在76例愛滋病患中，已有51例死亡，3例離境。

二、瘧疾：

台灣地區本(82)年截至7月底止，共有22例瘧疾病例發生，均屬境外移入。其中7月份共有3例，第一例係一位緬甸女性華僑，於5、6月間至泰國及緬甸探親，6月25日返台前，曾住宿於緬甸鄉村約7天之久。6月30日開始發病，曾多次就醫未癒，及至7月5日病情嚴重，送省立桃園醫院，經採血檢查後證實為罹患惡性瘧。第二例為一位宜蘭縣男性，今年3月至海南島經商，7月間返國後發病，數次就醫未癒，於7月27日至羅東聖母醫院急診，經採血檢查後證實為感染間日瘧。第三例為一位瓜地馬拉籍男性，7月初來台洽公，7月27日至三總求診，經採血檢查後證實為罹患間日瘧，該例曾於一年前在瓜地馬拉感染瘧疾。三位病患目前已經痊癒，但仍須每個月持續追蹤一年。

（行政院衛生署防疫處 提供）

大陸地區（轉錄）

麻疹：青海省從去年開始流行麻疹，至今不斷擴大，本年3月份共有39個單位報告1238例，死亡2例，流行主要原因为疫苗接種率不高及5~10歲兒童群體免疫力低。湖南省3月份報告1346例，比去年同期（258例）增加4.2倍。雲南省西雙版納州少數民族基諾族，28年來未出現過麻疹病例，去年底出現外來病例後，至今年1月中旬共發生麻疹237例，罹患率高達21%，發病最小年齡2個月，最大30歲，5歲以下兒童僅佔5.8%。廣西省3月份疫情持續上升達2814例，死亡12人，致死率為

0.43%，以百色、河池和柳州等地較嚴重。

[疾病監測 1993:8(5):114]

小兒麻痺：廣東省今年至4月14日止共報告疑似病例46例，其中4月份有16例，無死亡病例，流行的主要原因是疫苗接種未落實，其次是疫情報告不及時，造成疫情蔓延。

[疾病監測 1993:8(5):114]

其他地區（轉錄）

登革熱：非洲馬達加斯加西北方的島國葛摩(Comoros)從2月中旬開始爆發登革熱流行，病毒學檢驗證實為登革第I型病毒，血清流行病學調查發現5歲以上登革IgM抗體盛行率為23.9% (106/442)。

[Weekly Epidemiological Record 1993; 68(26): 191]

流行性感冒：紐西蘭北島的中部及南部從五月上旬開始出現流行性感冒流行，大量的A型(H3N2)病毒已被分離出來。此外，在威靈頓市一所警察學校的流行中，從10個病例中，分離出3株B型病毒。

[Weekly Epidemiological Record 1993; 68(26): 191-192]

漢潭病毒感染(hantavirus infection)：美國西南部從五月開始報告未知病因的急性傳染病流行，病患的主要症狀為發燒、肌痛、頭痛、咳嗽、並急速併發呼吸衰竭，流行地區包括新墨西哥州、亞利桑那州、科羅拉多州及猶他州，為了進行病例調查，衛生當局將偵側病例定義為：(1)X光診斷出現不明原因雙側肺組織間隙浸潤並有低血氧現象（動脈血溶氧<90%）；或是(2)屍體解剖發現不明原因非心因性肺充血。初步實驗診斷證實病原體為以鼠類為媒介的漢潭病毒。本年1月1日起至6月30日為止，16個臨床病例已證實為漢潭病毒感染，其中12人已死亡，此外另有25例臨床疑似病例正進行實驗診斷中，其中10人也已經死亡。鼠類調查發現，流行地區的主要鼠類為麋鼠類(deer mouse)佔63%，初步結果顯示，鼠血漢潭病毒抗體陽性率為23%。至於漢潭病毒確實的傳染途徑仍然未知，可能的途徑包括鼠尿汽化飛沫傳染，食物受到鼠類污染，或是與鼠類直接接觸；因此，對於流行控制，美國衛生當局初步建議如下：(1)避免與鼠類接觸的活動；(2)食物適當貯存，避免受到鼠類污染；(3)食物及殘渣適當處理，避免吸引鼠類。

[Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42(22):421-424, 42(23):441-443, 42(24):477-479, 42(25):495-496, 42(26):517-519]

腎臟症候群出血熱(Haemorrhagic fever with renal syndrome,HFRS)：此病也是由漢潭病毒所引起，蘇聯從1978年開始列入報告病例，至1992年為止共報告68,612病例，主要分布在20—45歲年齡群、男女比例6比1，亞洲領域的病例致死率高達10~15%，流行高峰在11~12月；歐洲領域的病例致死率僅1~2%，流行高峰在9~11月，此外，流行區域從1985年的42%(37/89)逐漸擴增到1992年的67%(60/89)，隨著國際交流頻繁，值得世界各國警戒。

[Weekly Epidemiological Record 1993; 68(25): 189~191]

(行政院衛生署預防醫學研究所 提供)

國際檢疫疾病感染地區一覽表

洲 別	國 家	霍 亂	黃 热 病	鼠 瘟	國 家	霍 亂	黃 热 病	鼠 瘟
非 洲	安 哥 拉	▲	▲		馬 利	▲	▲	
	貝 爾	▲			茅 利 塔 尼 亞	▲		
	布 吉 那 法 索	▲			莫 三 鄉 克	▲		
	蒲 隆 地	▲			尼 日	▲		
	喀 麥 隆	▲	▲		奈 及 利 亞	▲	▲	
	查 德	▲			盧 安 達	▲		
	象 牙 海 岸	▲			聖 多 美	▲		
	甘 比 亞		▲		蘇 丹		▲	
	迦 納	▲			坦 尚 尼 亞	▲		▲
	幾 內 亞	▲	▲		多 哥	▲		
	肯 亞	▲	▲		烏 干 達	▲		▲
	賴 比 瑞 亞	▲			薩 伊	▲	▲	▲
	馬 達 加 斯 加			▲	辛 巴 威	▲		
	馬 拉 賴	▲			史 瓦 浦 蘭	▲		
	尚 比 亞	▲						
亞 洲	不 丹	▲			伊 拉 克	▲		
	高 棉	▲			馬 來 西 亞	▲		
	中 國 大 陸	▲			寮 國			
	印 度	▲			伊 胡	▲		
	印 尼	▲						
	尼 泊 爾	▲						
	越 南	▲		▲				
美 洲	貝 里 斯	▲			瓜 地 馬 拉	▲		
	波 利 维 亞	▲	▲	▲	藍 亞 那	▲		
	巴 西	▲	▲	▲	宏 都 拉 斯	▲		
	智 利	▲			墨 西 哥	▲		
	哥 倫 比 亞	▲	▲		尼 加 拉 瓜	▲		
	哥 斯 達 莱 加	▲			巴 拿 馬	▲		
	厄 瓜 多 爾	▲	▲		秘 魯	▲	▲	▲
	薩 瓜 多	▲			蘇 利 南	▲		
	圭 亞 那	▲			阿 根 廷	▲		
	委 內 瑞 拉	▲						
歐 洲	烏 克 蘭	▲						
大洋洲	吐 瓦 魯	▲						

附註：1. 世界衛生組織發布至1993年7月15日之資料

2. ▲ 發生地區

3. (▲) 新發生地區

(行政院衛生署檢疫總所 提供)

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表

民國八十二年七月份（自6月27日至7月31日）

報告地區	法定傳染病																	
	霍亂		桿菌性痢疾		阿米巴性痢疾		傷寒及副傷寒		流行性腦脊髓膜炎		白喉							
	本期	本年 同期	本年 本期	去年 同期	本期	本年 同期	本期	本年 同期	本期	本年 同期	本期	本年 同期	本期	本年 同期				
	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計				
臺灣省	0	0	0	7	37	39	4	15	29	13	69	62	0	6	3	0	0	0
臺北縣	0	0	0	0	2	6	0	4	3	0	7	6	0	1	3	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	3	5	10	0	0	0	1	3	5	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	1	5	3	0	0	1	4	8	11	0	2	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	5	5	0	1	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	12	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	0	0	0	0	0	0
臺南市	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	8	4	0	0	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	2	13	12	1	3	19	1	9	2	0	1	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	3	5	0	0	0	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺南市	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0
台北市	0	0	0	0	2	1	0	1	7	0	4	7	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	0	0	2	6	1	1	1	0	0	2	6	1	1	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺閩地區	0	0	0	*9	51	41	*5	17	36	*13	75	75	1	7	4	0	0	0

*: 本期確定病例：桿菌性痢疾5名，阿米巴性痢疾2名，傷寒2名。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表

民國八十二年七月份（自6月27日至7月31日）

報告地區	法定傳染病																	
	猩紅熱			鼠疫			斑疹傷寒			回歸熱			狂犬病			黃熱病		
	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計
臺灣省	1	23	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺北縣	1	11	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺南市	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺南市	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台北市	0	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺閩地區	*1	31	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*：本期確定病例：猩紅熱1名。

臺灣地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十二年七月份（自6月27日至7月31日）

報告地區	法定傳染病					報告傳染病												
	後天免疫缺乏症候群					小兒麻痺症			破傷風			百日咳			日本腦炎			
	發病數		帶原者數 [*]			本期	本年累計	總累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期	本年累計	去年累計	本期
	本期	本年總累計	本期	本年總累計	本期													
臺灣省	2	11	42	8	33	237	0	0	0	4	8	7	1	23	41	26	97	101
臺北縣	1	7	22	1	14	110	0	0	0	0	0	1	0	5	6	4	27	29
宜蘭縣	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
桃園縣	0	1	2	2	3	23	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	7	5
新竹縣	0	1	2	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
苗栗縣	0	0	0	0	3	5	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	1
台中縣	0	0	1	1	2	14	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	8	6
彰化縣	0	0	5	1	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	11	12
南投縣	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	5
雲林縣	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	5	5
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	3	0
台南縣	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2
高雄縣	0	0	1	1	1	8	0	0	0	1	2	0	0	2	0	5	8	13
屏東縣	0	0	2	1	1	6	0	0	0	1	1	1	0	2	1	0	4	8
台東縣	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	5	1	4	1
花蓮縣	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0	17	0	4	3
澎湖縣	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
基隆市	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
新竹市	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
台中市	0	1	2	1	1	13	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
臺南市	0	0	1	0	2	8	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	4
台北市	1	2	24	2	12	162	0	0	0	0	1	2	0	2	2	3	13	6
高雄市	0	0	4	1	5	18	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	8	9
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	6	0	5	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺灣地區	3	10	73	11	55	462	0	0	0	4	9	9	1	26	44	*32	118	116

* 含發病數。

註 後天免疫缺乏群之其他欄包含外籍人士及資料不詳者。

* 本期確定病例：日本腦炎4名。

臺灣地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表

民國八十二年七月份(自6月27日至7月31日)

報告地區	報 告 傳 染 病																	
	瘧 疾		恙 蟲 病		急 性 痘 毒 性 肝 炎													
	A 型		B 型		非 A		非 B		未 定 型									
	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期	去年 同期	本年 本期			
	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計			
臺灣省	2	15	14	29	117	51	6	42	25	6	65	50	0	0	12	4	47	15
臺北縣	0	2	3	1	7	5	1	6	6	2	23	22	0	0	5	0	5	4
宜蘭縣	1	1	0	0	0	0	1	4	1	0	3	0	0	0	0	0	5	0
桃園縣	1	6	2	0	0	0	1	4	1	0	1	2	0	0	0	0	2	0
新竹縣	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	3	1
苗栗縣	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	9	0	0	0	0	0	0	3
台中縣	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1
彰化縣	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	13	1	0	0	0	0	6	1
雲林縣	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	1	0	0	0	1	2	0
台南縣	0	2	1	0	2	0	0	2	0	0	2	8	0	0	3	1	9	1
高雄縣	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0
屏東縣	0	0	1	14	29	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	5	35	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	11	13	1	3	3	0	3	3	0	0	0	0	0	1
澎湖縣	0	0	0	9	27	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
基隆市	0	0	1	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	4	0
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2
台中市	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺南市	0	1	2	0	1	0	0	0	3	0	0	5	0	0	2	1	6	1
台北市	1	6	5	1	6	2	0	5	11	0	8	21	0	0	2	0	6	4
高雄市	0	1	4	0	4	2	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0
金門縣	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺灣地區	3	*22	23	*38	135	55	6	47	37	6	74	72	0	0	16	4	53	19

* 瘧疾病例均為境外移入。

** 本期確定病例：恙蟲病5名。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十二年七月份（自6月27日至7月31日）

報告地區	報 告 傳 染 痘																	
	麻 瘡		結 核 性 腦 膜 炎		* 肺 結 核		登 革 热		風 濕 热		肉 毒 梠 菌 中 毒							
	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期	本年 本期	去 年 同期				
	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計	累計				
臺灣省	7	39	175	2	10	2	1081	5274	5855	17	70	104	0	1	1	2	3	
臺北縣	2	10	39	1	5	1	128	811	877	1	9	15	0	0	0	0	0	
宜蘭縣	0	0	1	0	0	0	29	136	161	0	2	0	0	0	0	0	0	
桃園縣	0	1	11	0	0	0	47	317	305	0	3	3	0	0	1	0	0	
新竹縣	0	0	1	0	0	0	16	74	85	0	0	0	0	0	0	0	0	
苗栗縣	1	3	10	0	1	0	20	107	118	0	0	0	0	0	0	1	0	
台中縣	2	3	18	1	2	0	72	423	396	1	2	1	0	0	0	0	0	
彰化縣	0	0	8	0	0	0	96	410	256	0	5	2	0	0	1	1	2	
南投縣	0	1	6	0	0	0	42	178	224	0	3	4	0	0	0	0	0	
雲林縣	0	0	4	0	0	0	64	271	568	2	3	3	0	0	0	0	0	
嘉義縣	0	0	1	0	0	0	48	165	294	2	3	7	0	0	0	0	0	
台南縣	0	2	21	0	1	0	91	371	554	1	3	11	0	0	0	0	0	
高雄縣	0	0	10	0	1	0	104	483	500	6	15	22	0	0	0	0	0	
屏東縣	1	6	3	0	0	0	110	458	468	1	9	15	0	0	0	0	0	
台東縣	0	1	5	0	0	0	31	124	141	0	1	0	0	0	0	0	0	
花蓮縣	0	2	15	0	0	0	26	148	164	1	2	3	0	0	0	0	1	
澎湖縣	0	0	1	0	0	0	2	19	37	1	1	1	0	0	0	0	0	
基隆市	1	1	7	0	0	0	21	130	111	1	4	5	0	0	0	0	0	
新竹市	0	0	2	0	0	0	16	77	60	0	2	0	0	0	0	0	0	
台中市	0	4	3	0	0	0	37	198	161	0	1	2	0	0	0	0	0	
嘉義市	0	0	3	0	0	0	22	82	91	0	1	0	0	0	0	0	0	
臺南市	0	5	6	0	0	1	59	292	284	0	1	10	0	0	0	0	0	
台北市	0	15	43	0	0	1	105	822	697	2	23	21	0	0	0	0	0	
高雄市	0	1	4	0	1	0	44	361	470	2	18	41	0	0	0	0	1	
金門縣	0	0	0	0	0	0	31	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
臺閩地區	7	55	222	**2	11	3	1230	6488	7029	**21	*111	168	0	0	1	1	2	4

* 表確定病例方納入統計。

** 登革熱本年確定病例累計為10名，均為境外移入。

** 本期確定病例：結核性腦膜炎1名，登革熱1名。

臺灣地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十二年七月份（自6月27日至7月31日）

報告地區	報 告 傳 染 病																	
	德國麻疹		先天性德國 麻疹症候群		腮 腺 炎		癩 痘		淋 痘		梅 毒							
	本期	本年 同期	去年 同期	本期	本年 同期	去年 同期	本期	本年 同期	去年 同期	本期	本年 同期	去年 同期	本期	本年 同期	去年 同期	本期		
	本期	累計	累計	本期	累計	累計	本期	累計	累計	本期	累計	累計	本期	累計	累計	本期		
臺灣省	101	987	6941	1	6	4	26	271	938	0	3	9	14	75	112	262	855	578
臺北縣	24	237	1505	0	1	0	13	86	306	0	1	1	13	53	72	73	284	245
宜蘭縣	1	11	33	0	0	0	0	14	9	0	0	1	0	1	1	2	13	14
桃園縣	12	72	463	0	1	0	0	10	80	0	1	0	0	5	4	11	70	56
新竹縣	5	15	50	0	0	0	0	0	9	0	1	0	0	1	1	3	14	4
苗栗縣	1	5	304	0	0	1	0	6	48	0	0	0	0	0	1	0	6	1
台中縣	23	110	799	1	1	1	4	33	118	0	0	0	0	0	2	21	27	15
彰化縣	1	22	502	0	2	0	2	11	3	0	0	0	0	2	0	26	82	2
南投縣	1	6	196	0	0	0	0	4	11	0	0	0	0	0	0	9	18	17
雲林縣	1	72	241	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	3	1	30	51	30
嘉義縣	0	3	115	0	0	0	0	0	9	0	0	1	0	0	0	2	26	26
台南縣	4	103	403	0	0	0	1	33	54	0	0	1	0	0	0	6	28	32
高雄縣	3	25	774	0	0	0	0	4	26	0	0	1	0	0	0	0	20	7
屏東縣	2	26	145	0	0	0	1	19	15	0	0	2	0	0	0	7	36	18
台東縣	1	3	75	0	0	1	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0
花蓮縣	5	36	224	0	0	0	1	16	86	0	0	0	0	6	10	7	34	43
澎湖縣	0	17	76	0	0	0	1	4	21	0	0	0	0	0	0	49	51	8
基隆市	9	65	252	0	0	0	1	14	13	0	0	0	0	1	3	6	14	2
新竹市	1	9	78	0	1	1	3	1	21	0	0	0	1	2	3	1	10	9
台中市	3	23	391	0	0	0	0	3	86	0	0	0	0	0	0	0	14	1
嘉義市	0	3	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5
臺南市	4	124	283	0	0	0	0	8	13	0	0	2	0	1	14	9	51	43
台北市	23	216	1905	0	0	0	28	227	250	0	1	0	21	230	244	92	453	574
高雄市	1	54	576	0	1	0	0	4	14	0	0	2	1	10	49	14	84	113
金門縣	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	3	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺灣地區	128	1263	9423	1	7	4	54	503	1202	0	4	11	36	317	405	368	1392	1265

* 表確定病例方納入統計。