疫情報導
TAIWAN EPIDEMIOLOGY BULLETIN
2019 年 12 月 3 日 第 35 卷 第 23 期
原著文章

2016 年大臺北地區新診斷愛滋病毒感染者辦理醫療卡時間與就醫情形分析

陳靜慈*、趙家珍、李依玲、董曉萍、顏哲傑

摘要

我國醫療院所發現愛滋病毒感染個案，皆須依法通報，再經由居住地衛生局（所）主動聯繫其辦理全國醫療服務卡。當個案持有該卡至衛生福利部愛滋病指定醫院就醫時，可獲得愛滋醫療相關費用的補助，藉以提供個案獲得妥適的醫療照護，亦能控制病情，提高生活品質。本研究分析大臺北地區 2016 年新診斷感染愛滋病毒且辦理全國醫療服務卡之 953 名個案，其中有 645 名個案在 7 日內辦理全國醫療服務卡。7 日內辦理全國醫療服務卡的個案中，有 97%個案在 2016 年 1 月 1 日至 2017 年 6 月 30 日期間，曾經至愛滋病指定醫院就醫、88.8%個案於診斷後 1 個月內就醫，且有 79.5%個案接受愛滋藥物治療，診斷至服藥所需平均日數約 32.8 天，另外有就醫個案中，89.8%個案持續就醫，皆較 7 日後辦卡之個案為佳。顯示衛生局（所）愛滋個管師若能及早聯繫個案辦理全國醫療服務卡，有助於個案及早至醫療院所接受治療，同時個案持續穩定就醫情形也越佳。

關鍵字：愛滋病、醫療卡、就醫、HAART

前言

我國為控制愛滋病之傳染及使感染者獲得妥適醫療照護，愛滋病毒感染個案於通報後，居住地衛生局會主動聯繫其進行疫調、衛教諮詢及評估個案需求狀況，並協助個案辦理「全國醫療服務卡」(簡稱醫療卡)，轉銜其至愛滋病指定醫院就醫。而當個案持醫療卡至愛滋病指定醫院就醫時，可補助愛滋醫療相關費用[1]。若感染者及早接受愛滋病毒藥物治療(Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART)，

衛生福利部疾病管制署臺北區管制中心
通訊作者： 陳靜慈*
E-mail：chintc@cdc.gov.tw
投稿日期：2017 年 12 月 20 日
接受日期：2018 年 07 月 10 日
DOI：10.6524/EB.201912_35(23).0001

則藥物能控制病情並降低發生伺機性感染和腫瘤的機會，增加其存活時間與提升生活品質。同時藥物能降低患者體內愛滋病毒量，亦可減少傳染他人的機率，達到「以治療為預防(Treatment as Prevention, TasP)」[2,3]。為鼓勵個案及早就醫及接受愛滋藥物治療，我國於 2016 年開始，調整國內治療準則與世界衛生組織治療指引同步，訂立一旦確診後即刻服藥的政策。並將三種三合一複方藥品列為第一線處方用藥[4]，除讓個案有更好的醫療照護，並期達成聯合國愛滋病規劃署(United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS)設定在 2020 年之 90-90-90（90%已感染者知道自己感染狀態，90%已知感染者接受服藥治療，90%服藥感染者的病毒量檢測不到）的第 2 及第 3 個 90 目標 [5]。

在個案通報至就醫期間，公衛端協助辦卡時間是輔導其至愛滋病指定醫院就醫之重要關鍵，透過縣市衛生單位之公衛個管師協助個案辦理醫療卡時，公衛個管師可對個案進行衛教，宣導就醫及服藥之重要性，且個案能儘早至愛滋病指定醫院進行愛滋相關治療。為瞭解公衛個管師協助個案辦理醫療卡之完成時間與個案就醫及服藥情形是否有關聯性，本研究將針對大臺北地區（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣及連江縣等 6 縣市）2016 年新診斷之本國籍愛滋病毒感染個案，分析其辦卡時間與其就醫情形及使用 HAART 藥物狀況，以了解兩者之間是否有相關。

材料及方法

本研究資料來源係運用 2016 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日大臺北地區（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣及連江縣等 6 縣市）新診斷本國籍愛滋病毒感染個案之資料，以及 2016 年 1 月 1 日至 2017 年 6 月 30 日之就醫資料，並以 Excel 2013 版本進行資料分析。

研究對象為本國籍且已辦理醫療卡之愛滋病毒感染個案（扣除通報前即死亡個案），並依據「愛滋病防治工作手冊」針對新診斷愛滋病毒感染個案，公衛個管師儘快於一週內聯絡個案，協助個案辦理醫療卡之規範，將個案的辦卡時間區分為「7 日內辦卡」及「7 日後辦卡」兩組[1]。同時研究變項包括個案基本資料（性別、年齡、感染危險因子、就學或教育程度、職業）、辦卡後之就醫情形（有就醫人數、診斷後 30 日內就醫人數[6]、診斷後至就醫所需日數、持續就醫情形[1]）、辦卡後之使用 HAART 情形（就醫且有服藥人數、診斷後 3 個月內服藥人數[6]、診斷後至服藥所需日數、最後一次病毒量測不到情形），以及愛滋病毒感染個案後續是否診斷為後天免疫缺乏症候群(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS)[7]及死亡診斷是否與 AIDS 相關等進行 Chi-square test 及 t test 統計分析，利用 Chi-square test 分析辦卡時間與性別、年齡、就醫及使用 HAART 等變相是否有關聯性，t test 分析辦卡時間與診斷後至就醫所需日數及服藥所需日數是否有差異。

結果

一、基本資料

大臺北地區 2016 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日止，新診斷本國籍愛滋病毒感染個案共 980 人，其中 2 人通報前即死亡，6 人通報後 1 個月內死亡，19 人未辦理醫療卡，953 人完成辦卡（辦卡平均日數為 13 日，中位數為 5 日），其中在 7 日內辦卡個案計 645 人（平均日數為 3.5 日，中位數為 4 日），7 日後辦卡個案計 308 人（平均日數為 32.9 日，中位數為 14 日）。

統計顯示，研究對象個案主要以男性(97.9%)居多，年齡多為 25–34 歲(43.4%)，感染危險因子以男男間性行為(91.1%)為主，就學或教育程度多數為大學或專科以上(77.6%)，多數個案從事服務業(45.2%)，又檢體來源以疾病管制署（以下簡稱疾管署）指定醫院(82.6%)為多（表一）。將 7 日內辦卡及 7

表一、2016 年大臺北地區新診斷愛滋病毒感染者基本資料 (N = 953)

	7 日內辦卡 (n = 645)		7 日後辦卡 (n = 308)		*P* 值
	個案數	%	個案數	%	
性別					0.823
男	631	97.8%	302	98.1%	
女	14	2.2%	6	1.9%	
年齡					0.980
15–24 歲	191	29.6%	92	29.9%	
25–34 歲	282	43.7%	132	42.9%	
35–44 歲	111	17.2%	55	17.9%	
45–54 歲	41	6.4%	21	6.8%	
55–64 歲	15	2.3%	5	1.6%	
65 歲以上	5	0.8%	3	1.0%	
感染危險因子					0.455
男男間性行為	586	90.9%	282	91.6%	
異性間性行為	56	8.7%	23	7.5%	
注射藥癮者	2	0.3%	3	1.0%	
不詳	1	0.2%	0	0.0%	
就學或教育程度					0.977
大學／專科以上	503	78.0%	237	76.9%	
國／高中	124	19.2%	62	20.1%	
國小／不識字	9	1.4%	5	1.6%	
不詳	9	1.4%	4	1.3%	
職業					0.489
服務業	294	45.6%	137	44.5%	
學生	86	13.3%	36	11.7%	
工／商	88	13.6%	48	15.6%	
專門技術／運輸業	54	8.4%	18	5.8%	
軍／公	19	2.9%	15	4.9%	
無業	73	11.3%	36	11.7%	
其他（含家管）／不詳	31	4.8%	18	5.8%	
檢體來源					0.002*
疾管署指定醫院	550	85.3%	237	76.9%	
非疾管署指定醫院**	95	14.7%	71	23.1%	

*：*P* 值小於 0.05

**：包含役男體檢、捐血中心篩檢、監所收容人員篩檢及衛生局等篩檢數

日後辦卡兩組個案進行比較，在檢體來源變項，兩組之間達統計上顯著差異，表示辦卡時間和是否於指定醫院就醫（檢體來源）相關，而且由資料中可知 7 日內辦卡個案由疾管署指定醫院檢驗通報個案比例較 7 日後辦卡個案高。

二、就醫及使用 HAART 藥物情形

（一）就醫情形

感染者辦卡後，94.5% (901/953) 曾至愛滋病指定醫院就醫（表二），其中在 7 日內完成辦理醫療卡的就醫個案比例為 97.2% (627/645)，7 日後辦卡個案之就醫比例為 89.0% (274/308)。另 7 日內辦卡個案中，在診斷後 30 日內就醫之比例有 88.8%(573/645)，相較 7 日後辦卡個案比例為 67.9%(209/308)，其中 7 日內辦卡個案在診斷後至就醫所需日數平均為 13.3 天，7 日後辦卡個案平均為 34.9 天。兩組之間就醫情形比較，皆達統計上顯著差異，表示辦卡時間和就醫情形是有相關性。

另外有就醫個案之持續就醫情形（表三），7 日內辦卡個案中有持續就醫之比例為 89.8% (563/627)，而 7 日後辦卡個案中有持續就醫之比例為 80.3% (220/274)，兩組比較有統計上顯著差異($p < 0.05$)，顯示辦卡時間與個案規律就醫有相關性。

表二、2016 年大臺北地區新診斷愛滋病毒感染者就醫及使用 HAART 情形 (N = 953)

	7 日內辦卡 (n = 645)		7 日後辦卡 (n = 308)		*P* 值
	分布或個案數	%	分布或個案數	%	
就醫情形					
就醫人數	627	97.2%	274	89.0%	0.000*
診斷後 30 日內就醫人數	573	88.8%	209	67.9%	0.000*
診斷後至就醫所需日數（平均值）	13.3 ± 22.0		34.9 ± 43.0		0.000*
使用 HAART 情形					
就醫且服藥人數	513	79.5%	209	67.9%	0.000*
診斷後 3 個月內服藥人數	467	72.4%	177	57.5%	0.000*
診斷後至服藥所需日數（平均值）	32.8 ± 46.6		54.3 ± 58.3		0.000*
AIDS 發病及死亡狀況					
AIDS 通報	195	30.2%	110	35.7%	0.090
AIDS 相關死亡	12	1.9%	7	2.3%	0.670

*：*P* 值小於 0.05

表三、2016 年大臺北地區新診斷愛滋病毒感染者持續就醫及病毒量測不到情形

	7 日內辦卡之就醫個案數 (n = 627)		7 日後辦卡之就醫個案數 (n = 274)		*P* 值
持續就醫個案數	563	89.8%	220	80.3%	0.000*
	7 日內辦卡之服藥個案數 (n = 513)		**7 日後辦卡之服藥個案數 (n = 209)**		
最後一次病毒量測不到 (<200)個案數**	499	97.3%	200	95.7%	0.274

*：*P* 值小於 0.05

**：最後一次病毒量檢測時間截至時間點為 2017 年 6 月 30 日止

（二）使用 HAART 情形

個案就醫後 75.8% (722/953)有使用 HAART 治療，其中在 7 日內辦卡之個案，有就醫且服藥之比例為 79.5% (513/645)，相較 7 日後辦卡個案比例為 67.9% (209/308)；又 7 日內辦卡個案在診斷後 3 個月內服藥之比例為 72.4% (467/645)，相較 7 日後辦卡個案比例則為 57.5% (177/308)，其中 7 日內辦卡個案在診斷後至服藥所需日數平均為 32.8 天，7 日後辦卡個案平均為 54.3 天。兩組之間服藥情形進行比較，7 日內辦卡個案皆較 7 日後辦卡個案組，在個案使用 HAART 藥物且及早接受藥物治療之比例上，達統計上顯著差異（表二）。

而在有服藥個案中，7 日內辦卡個案中，最後一次病毒量測不到之比例為 97.3% (499/513)，7 日後辦卡個案則為 95.7% (200/209)，兩組之間無統計上顯著差異，表示服用藥物個案，規則服藥情形無差異（表三）。

（三）AIDS 發病及死亡狀況

7 日內辦卡個案中 AIDS 發病比例為 30.2% (195/645)，相較 7 日後辦卡個案中發病比例為 35.7% (110/308)；另 7 日內辦卡個案中 AIDS 相關死亡比例為 1.9% (12/645)，相較 7 日後辦卡個案 AIDS 相關死亡比例為 2.3% (7/308)，兩組之間皆無統計上顯著差異（表二）。

討論

本研究結果顯示，2016 年新診斷本國籍愛滋病毒感染者中，公衛個管師及早聯繫個案辦理醫療卡，個案會較早轉銜至醫療體系並接受藥物治療，顯見公衛個管師在個案確診通報後，是協助個案銜接至醫療體系重要且關鍵的一環。另發現由疾管署指定醫院通報之個案，有較高比例在 7 日內辦理醫療卡，可能是感染者在指定醫院篩檢結果陽性、但西方墨點法尚未確定時，即有醫院愛滋個管師對其先行初步諮詢及說明，使感染者知道確診陽性後之通報處理流程及瞭解後續會有公衛個管師聯繫，或許是讓感染者能及早完成辦理醫療卡之原因。因此在感染者進行愛滋篩檢過程給予相關衛教諮詢，應是有助於提升感染者與公衛個管師聯繫。

7 日後辦卡之個案，其診斷後至辦卡平均所需日數為 32.9 天，而診斷後至就醫平均所需日數為 34.9 天。而個案未能及早辦理醫療卡，可能係個案在知道自己感染狀態後，尚需要時間進行自我心理及生理調適[8]。建議公衛個管師與這類個案聯繫時，適時關心個案狀況，並協助個案解決相關困難，後續加強追蹤及協助個案預約看診或陪伴就醫，促使個案及早轉銜至醫療體系。

此外，7 日內辦卡個案中，有 89.8%個案持續穩定就醫，而 7 日後辦卡個案則為 80.3%，顯見及早辦卡且有就醫者，透過指定醫院提供之愛滋感染者個案管理服務，個案有較高穩定回診率。研究結果亦顯示，在有接受治療之服藥個案，九成以上個案其最後一次病毒量測不到(< 200 copies/mL)，表示只要愛滋病毒感染個案透過規則穩定之藥物治療，其體內的病毒量可被有效抑制，進而提升個案生活品

質。因此建議公衛個管師對於新通報個案，應積極聯繫個案並協助個案辦理醫療卡，期能讓個案儘速接受治療。

由於本研究的追蹤時間較短，因此對於個案 AIDS 發病及死亡狀況，這兩項需要較長追蹤時間[9]之變項結果，造成研究上之限制，或許後續仍可進一步追蹤分析。又本研究尚有部分已辦理醫療卡但仍未就醫個案，以及未完成辦理醫療卡之個案，惟因系統資訊內容限制，未能進一步瞭解個案未辦卡或未就醫之原因。建議公衛個管師針對這類個案增加訪視頻率，或對於聯繫不到之個案，定期透過戶役政資訊系統、內政部出入境系統、健保就醫紀錄或電信相關協尋方式，以期主動接觸個案，瞭解個案有無協助之處，以提供相關服務，進而轉銜個案至醫療體系，讓所有愛滋病毒感染個案都能獲得妥適醫療照護。

參考文獻

1. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病防治工作手冊。取自：https://www.cdc.gov.tw/File/Get/KRh_V0f0ioRQvHZjsBLiQg。
2. WHO. Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_tasp/en/.
3. 楊家瑞：愛滋病毒防治之新思維：以治療為預防。愛之關懷 2016；96：5–9。
4. 杜韻如：響應世界愛滋病日 共同支持愛滋防治。衛福 2016；11：26–9。
5. UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Available at: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90.
6. 衛生福利部疾病管制署：106 年愛滋病指定醫院服務品質提升計畫。臺北市：衛生福利部疾病管制署，2017。
7. 衛生福利部疾病管制署：人類免疫缺乏病毒通報定義。取自：https://www.cdc.gov.tw/File/Get/AAc-FaAhAVOZEGkFmOe6qA。
8. 紀秉宗、賴安琪、黃彥芳等：愛滋病個案管理師計畫及個案行為改變分析。疫情報導 2010；26(16)：222–6。
9. 衛生福利部疾病管制署：人類免疫缺乏病毒感染。取自：https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/3s96eguiLtdGQtgNv7Rk1g。

2011–2016 年血液機構通報臺灣中部 HIV 陽性個案分析

林敏琮[1]、王功錦[1]、賴珮芳[1]、柯靜芬[1,2*]、劉碧隆[1]

摘要

血液傳染是感染人類免疫缺乏病毒(human immunodeficiency virus, HIV)的途徑之一。累計至 2016 年底，臺灣總計 33,428 例本國籍 HIV 陽性個案，其中 1,335 例(4.0%)由血液機構通報。為瞭解個案捐血原因，本研究蒐集 2011 至 2016 年間，居住臺灣中部的 71 位 HIV 陽性個案問卷資料進行分析。結果發現，以男性居多(97.2%)，不分性別的年齡層以 20–29 歲最多(67.6%)，教育程度以大學以上(54.9%)最多，職業別前 2 名為服務業(不含性工作者)33.8%、軍人 28.2%，感染危險因子以男性間不安全性行為為主(71.8%)。研究結果也顯示，所有的個案皆不是為了檢驗愛滋或了解身體健康狀況而捐血，但有 68.1%個案並不符合捐血者健康標準。雖然 31.9%個案自我認知未具有愛滋高風險行為，但其中 40.9%個案有男性間不安全性行為並不符合捐血者健康標準。2 位已婚女性非性工作者，其感染途徑皆是丈夫曾經有高風險行為，因為性行為被感染。血液安全需要民眾與相關單位齊心維護，建議教育單位應督導各級學校落實愛滋病認知與血液安全教育授課，血液機構持續加強捐血前預防措施外，也應向一般民眾加強衛教宣導，避免民眾利用捐血檢驗 HIV。建議宣導民眾只要曾經發生性行為，都應該透過捐血以外方式定期檢驗 HIV，並且誠實面對自身健康狀況，有高風險行為就不捐血，才不枉費「捐血一袋、救人一命」。

關鍵字：血液傳染、HIV、捐血

前言

血液傳染是感染人類免疫缺乏病毒(human immunodeficiency virus, HIV)的重要途徑之一[1]。我國的血液機構（以下簡稱捐血中心）為了確保血品安全，捐血者在捐血前必須先填寫捐血登記表，接受捐血中心醫護人員的面談後，瞭解是否為高危險群及身體健康狀態，合格者才給予捐血。完成捐血後，醫護人員會提供貼有捐血人血袋號碼的「良心回電」衛教單張，提醒自認不適合捐血者，在 5 小時內以電話取消捐血，未被取消的捐血品，才會進行後續檢驗篩除有問題或不適用血液。為避免捐血品帶有 HIV，捐血中心於 1988 年 1 月起全面篩檢捐血人的 HIV-1 抗體，1995 年 7 月增加 HIV-2 抗體檢驗。為縮短檢驗空窗期，2013 年 2 月起

[1] 衛生福利部疾病管制署中區管制中心
[2] 慈濟大學公共衛生系
通訊作者： 柯靜芬[1,2*]
E-mail：koko@cdc.gov.tw

投稿日期：2017 年 11 月 22 日
接受日期：2018 年 05 月 16 日
DOI：10.6524/EB.201912_35(23).0002

全面實施病毒核酸擴增檢驗（Nucleic Acid Amplification Tes, NAT）[2]。累計至 2016 年底，臺灣有 33,428 例本國籍 HIV 陽性個案，其中捐血中心通報 1,335 例(4.0%)，因為接受輸血而感染 HIV 有 77 例(0.2%)，最近一例是 2013 年 4 月通報[3]。

2009 年 1 月至 6 月捐血中心 HIV 篩檢陽性率較 2008 年同期上升，疾病管制署（改制前為衛生署疾病管制局，以下簡稱疾管署） 因此進行捐血原因調查，發現具有高危險行為的捐血人對於高危險群的自我意識不足，以男性間不安全性行為者佔多數。有少數明知自己是高危險群的捐血人，因學校或軍隊的同儕邀約而參與捐血，也有少數認為篩檢資源及匿名篩檢資源的可近性不足，或不清楚篩檢資源而利用捐血檢驗 HIV[4]。

2011 年起，為瞭解捐血中心通報 HIV 陽性個案之捐血行為，並加強個案管理，疾管署請衛生局防疫人員必須在捐血中心通報後一個月內完成問卷調查，內容包含捐血行為及動機。本文章以 2011 年至 2016 年間捐血中心通報臺灣中部 HIV 陽性個案資料進行分析，期望瞭解其捐血行為，提供防治策略參考。

材料與方法

一、資料來源及定義：

(一) 資料來源：疾管署「慢性傳染病追蹤管理—愛滋及漢生病子系統」，通報年介於 2011–2016 年之本國籍 HIV 陽性個案。

(二) 定義：

1. 管理縣市為臺中市、彰化縣與南投縣。
2. 檢體來源為捐血中心。

二、資料分析：擷取個案資料與捐血行為問卷，均不含姓名、身分證字號、電話、地址等具個人專屬且足以辨識個別身分之資料。運用 Excel 軟體統計百分比，比較性別、年齡、婚姻、管理縣市、教育程度、職業等人口學資料之捐血行為與動機的差異。

結果

人口學分析

2011 至 2016 年臺灣中部共 2,271 位本國籍 HIV 陽性個案（表一）。HIV 陽性個案人數於分析期間有逐年增加的趨勢，其中捐血中心通報 71 位。

捐血中心的 71 位個案中，以 2011 年占該年度感染人數比例 4.3%最高，2016 年 2.1%最低。性別分布除 2014、2015 年分別有一位 42 歲與 37 歲女性外，其餘均為男性（表二）。年齡層分佈以 20 至 29 歲 48 位(67.6%)最多，沒有 16 歲以下或 50 歲以上的個案。未婚者 62 位(87.3%)；曾結婚或已婚者 7 位(9.9%)中含 2 位女性；不詳 2 位(2.8%)。各縣市人數以臺中市 56 位(78.9%)最多、彰化縣 10 位(14.1%)次之、南投縣 5 位(7.0%)最少。大學以上教育程度 39 位(54.9%)最多；專科高中 28 位(39.4%)次之；國中學歷 4 位 (5.6%)最少，但皆是 2014 年以後通報，其中 1 位為

20–29 歲，3 位為 40–49 歲。職業別以服務業 24 位(33.8%)最多、軍人 20 位(28.2%)、學生 6 位(8.5%)；2 位女性個案並非性工作者。以年度分析，2012 年、2013 年與 2016 年，軍人的人數超過服務業。危險因子為注射藥癮者 1 位(1.4%)、不詳者 2 位(2.8%)，其餘 68 位(95.7%)是性行為感染，以男性間不安全性行為 37 位(52.1%)居多；若將雙性間不安全性行為一併統計，則人數增加至 51 人(71.8%)。雖然如此，男性間不安全性行為人數於 2012 年起明顯減少，而異性間不安全性行為於 2014 與 2015 年明顯人數增加。捐血中心以西方墨點法檢驗陽性通報有 25 位(35.2%)，以 NAT 檢驗陽性通報為 46 位(64.8%)；自 2014 年起的個案，均是 NAT 檢驗陽性通報。

表一、2011–2016 年臺灣中部 HIV 陽性個案人數及檢體來源 (N = 2,271)

檢體來源	2011年		2012年		2013年		2014年		2015年		2016年		2011-2016年	
	n=304	%	n=370	%	n=372	%	n=394	%	n=405	%	n=426	%	n=2271	%
指定醫院	190	62.5	254	68.6	258	69.4	284	72.1	269	66.4	323	75.8	1578	69.5
捐血中心	13	4.3	12	3.2	11	3.0	13	3.3	13	3.2	9	2.1	71	3.1
役男體檢	15	4.9	18	4.9	19	5.1	29	7.4	16	4.0	6	1.4	103	4.5
監所收容人	11	3.6	11	3.0	19	5.1	14	3.6	30	7.4	26	6.1	111	4.9
其他	75	24.7	75	20.3	65	17.5	54	13.7	77	19.0	62	14.6	408	18.0

表二、2011–2016 年捐血中心通報之臺灣中部 HIV 陽性個案人口學分析 (N = 71)

人口學特徵		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年		2016年		2011-2016年	
		n = 13	%	n = 12	%	n = 11	%	n = 13	%	n = 13	%	n = 9	%	n = 71	%
性別															
	女	-	-	-	-	-	-	1	7.7	1	7.7	-	-	2	2.8
	男	13	100.0	12	100.0	11	100.0	12	92.3	12	92.3	9	100.0	69	97.2
年齡															
	17-19	2	15.4	3	25.0	1	9.1	1	7.7	-	-	-	-	7	9.9
	20-29	8	61.5	7	58.3	9	81.8	8	61.5	7	53.8	9	100.0	48	67.6
	30-39	1	7.7	2	16.7	1	9.1	-	-	4*	30.8	-	-	8	11.3
	40-49	2	15.4	-	-	-	-	4*	30.8	2	15.4	-	-	8	11.3
婚姻															
	未婚	11	84.6	12	100.0	11	100.0	11	84.6	9	69.2	8	88.9	62	87.3
	曾已婚	1	7.7	-	-	-	-	2*	15.4	4*	30.8	-	-	7	9.9
	不詳	1	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11.1	2	2.8
管理縣市															
	台中市	10	76.9	10	83.3	10	90.9	10*	76.9	9*	69.2	7	77.8	56	78.9
	彰化縣	1	7.7	2	16.7	1	9.1	1	7.7	4	30.8	1	11.1	10	14.1
	南投縣	2	15.4	-	-	-	-	2	15.4	-	-	1	11.1	5	7.0
教育程度															
	大學以上	4	30.8	10	83.3	8	72.7	6	46.2	6	46.2	5	55.5	39	54.9
	專科高中	9	69.2	2	16.7	3	27.3	5*	38.5	6*	46.2	3	33.3	28	39.4
	國中	-	-	-	-	-	-	2	15.4	1	7.7	1	11.1	4	5.6
職業															
	服務業（不含性工作者）	8	61.5	2	16.7	3	27.3	3	23.1	7	53.8	1	11.1	24	33.8
	軍	1	7.7	6	50.0	4	36.4	3	23.1	2	15.4	4	44.4	20	28.2
	學生	1	7.7	2	16.7	2	18.2	1	7.7	-	-	-	-	6	8.5
	其他	2	15.4	2	16.7	2	18.2	6*	46.2	3*	23.1	3	33.3	18	25.4
	無業	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7.7	-	-	1	1.4
	不詳	1	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11.1	2	2.8
感染危險因子															
	同性間不安全性行為	6	46.2	8	66.7	7	63.6	7	53.8	4	30.8	5	44.4	37	52.1
	雙性間不安全性行為	3	23.1	4	33.3	3	27.3	1	7.7	3	23.1	-	-	14	19.7
	異性間不安全性行為	3	23.1	-	-	1	9.1	5*	38.5	5*	38.5	3	33.3	17	23.9
	注射藥癮者	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7.7	-	-	1	1.4
	不詳	1	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	22.3	2	2.8
HIV確認檢驗方法															
	西方墨點法	13	100.0	10	83.3	2	18.2	-	-	-	-	-	-	25	35.2
	分子生物學核酸檢測	-	-	2	16.7	9	81.8	13	100.0	13	100.0	9	100.0	46	64.8

*含一名女性個案

捐血行為問卷分析

2 位個案通報後失聯，未能完成調查，其餘 69 位個案中，64 位(92.8%)表示最近一次捐血時，捐血車（站）有提供面談與諮詢，並填寫捐血登記表（表三）。回答最近一次捐血時，捐血車（站）有提供「良心回電」資訊者有 55 位(79.7%)；固定捐血習慣有 13 位(18.8%)；回答以前有做過愛滋檢驗 27 位(39.1%)。2 位女性個案對於捐血前面談、捐血登記表內容與良心回電措施等問題的回答都是正面的；對於捐血登記表中提醒捐血人填寫內容必須屬實，若隱匿致他人感染愛滋病毒，將負民事及刑事責任的字句，53 位(76.8%)回答有印象。

表三、2011–2016 年捐血中心通報之臺灣中部 HIV 陽性個案之捐血行為分析 (N = 69)

捐血行為問卷		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年		2016年		2011-2016年	
		n = 12	%	n = 12	%	n = 11	%	n = 13	%	n = 13	%	n = 8	%	n = 69	%
最近一次捐血時，捐血車(站)是否有提供面談與諮詢服務	是	11	91.7	12	100.0	10	90.9	11	84.6	12	92.3	8	100.0	64	92.8
	否	1	8.3	-	-	1	9.1	2	15.4	1	7.7	-	-	5	7.2
最近一次捐血，捐血車(站)是否有提供「良心回電」的資訊	是	9	75.0	9	75.0	9	81.8	11	84.6	9	69.2	8	100.0	55	79.7
	否	3	25.0	3	25.0	2	18.2	2	15.4	4	30.8	-	-	14	20.3
過去是否有固定捐血的習慣	是	2	16.7	1	8.3	3	27.3	2	15.4	4	30.8	1	12.5	13	18.8
	否	10	83.3	11	91.7	8	72.7	11	84.6	9	69.2	7	87.5	56	81.2
做過愛滋檢驗	是	3	25.0	6	50.0	6	54.5	7	53.8	4	30.8	1	12.5	27	39.1
	否	9	75.0	6	50.0	5	45.5	6	46.2	9	69.2	7	87.5	42	60.9
對捐血登記表中，提醒捐血人填寫內容必須屬實，若隱匿致他人感染愛滋病毒，將負民事及刑事責任的字句是否有印象	是	10	83.3	8	66.7	8	72.7	10	76.9	10	76.9	7	87.5	53	76.8
	否	2	16.7	4	33.3	3	27.3	3	23.1	3	23.1	1	12.5	16	23.2
高風險行為評估															
懷疑自己感染愛滋病毒	是	-	-	2	16.7	2	18.2	-	-	1	7.7	1	12.5	6	8.7
	否	12	100.0	10	83.3	9	81.8	13	100.0	12	92.3	7	87.5	63	91.3
男性間不安全性行為	是	5	41.7	8	66.7	8	72.7	7	53.8	4	30.8	5	62.5	37	53.6
	否	7	58.3	4	33.3	3	27.3	6	46.2	9	69.2	3	37.5	32	46.4
曾經發生危險的性行為	是	1	8.3	7	58.3	3	27.3	4	30.8	3	23.1	4	50.0	22	31.9
	否	11	91.7	5	41.7	8	72.7	9	69.2	10	76.9	4	50.0	47	68.1
曾經罹患性病	是	1	8.3	-	-	-	-	2	15.4	1	7.7	-	-	4	5.8
	否	11	91.7	12	100.0	11	100.0	11	84.6	12	92.3	8	100.0	65	94.2
曾經吸毒或慢性酒精中毒或靜脈注射藥物成癮	是	-	-	1	8.3	-	-	1	7.7	2	15.4	-	-	4	5.8
	否	12	100.0	11	91.7	11	100.0	12	92.3	11	84.6	8	100.0	65	94.2
兩年內曾與可能感染愛滋病毒者發生性行為	是	-	-	3	25.0	1	9.1	2	15.4	1	7.7	-	-	7	10.1
	否	12	100.0	9	75.0	10	90.9	11	84.6	12	92.3	8	100.0	62	89.9
長期使用血液製劑	是	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7.7	-	-	1	1.4
	否	12	100.0	12	100.0	11	100.0	13	100.0	12	92.3	8	100.0	68	98.6
曾經從事性工作	是	1	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.4
	否	11	91.7	12	100.0	11	100.0	13	100.0	13	100.0	8	100.0	68	98.6
符合幾項高風險行為	未符合	7	58.3	2	16.7	2	18.2	4	30.8	5	38.5	2	25.0	22	31.9
	1-2次	4	33.3	6	50.0	7	63.6	7	53.8	8	61.5	6	75.0	38	55.1
	3-4次	1	8.3	4	33.3	2	18.2	2	15.4	-	-	-	-	9	13.0

高風險行為評估結果，懷疑自己感染 HIV 者有 6 位(8.7%)；男性間不安全性行為 37 位(53.6%)；一年內曾經與陌生人發生不安全性行為、嫖妓、一夜情等危險性行為 22 位(31.9%)；曾經罹患梅毒、淋病、披衣菌、生殖器疱疹、軟性下疳、尖形濕疣等性病 4 位(5.8%)；曾經吸毒或慢性酒精中毒或靜脈注射藥物成癮 4 位(5.8%)；兩年內曾與可能的 HIV 陽性個案發生性行為 7 位(10.1%)；長期使用血液製劑 1 位(1.4%)長；曾經從事性工作 1 位(1.4%)。若將每位個案的感染高風險行為合併分析，有 47 位(68.1%)至少有 1 項高風險行為，不符合捐血者健康標準。但是疫調發現，其他 22 位(31.9%)回答沒有高風險行為的個案，其中 9 位(40.9%)有男性間不安全性行為。2 位女性個案中，1 位曾經罹患性病，另 1 位則表示無高風險行為。

關於最近一次捐血動機，69 位(100%)都否認是為了檢測 HIV 或為了解自己的健康狀況才捐血（表四）；因為捐血車至團體（例如：軍警、學校、公司等）宣導捐血 18 位(26.1%)；回答正好經過捐血車，一時興起 19 位(27.5%)；有計畫要捐血，特地至就近的捐血車捐血 6 位(8.7%)；親友或同事邀約捐血 21 位(30.4%)；僅 11 位(15.9%)的動機是為了捐血救人。2 位女性個案其中 1 位的動機是親友邀約捐血，另 1 位是為了捐血救人。

表四、2011–2016 年捐血中心通報之臺灣中部 HIV 陽性個案之捐血動機分析 (N = 69)

捐血動機		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年		2016年		2011-2016年	
		n = 12	%	n = 12	%	n = 11	%	n = 13	%	n = 13	%	n = 8	%	n = 69	%
檢測是否有愛滋病	是	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	否	12	100.0	12	100.0	11	100.0	13	100.0	13	100.0	8	100.0	69	100.0
捐血車至團體宣導捐血	是	-	-	5	41.7	5	45.5	3	23.1	2	15.4	3	37.5	18	26.1
	否	12	100.0	7	58.3	6	54.5	10	76.9	11	84.6	5	62.5	51	73.9
正好經過捐血車，一時興起	是	4	33.3	4	33.3	3	27.3	1	7.7	6	46.2	1	12.5	19	27.5
	否	8	66.7	8	66.7	8	72.7	12	92.3	7	53.8	7	87.5	50	72.5
有計畫要捐血，特地至就近的捐血車捐血	是	1	8.3	-	-	-	-	2	15.4	1	7.7	2	25.0	6	8.7
	否	11	91.7	12	100.0	11	100.0	11	84.6	12	92.3	6	75.0	63	91.3
捐血後可以收到檢驗報告單，了解自己的健康狀況	是	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	否	12	100.0	12	100.0	11	100.0	13	100.0	13	100.0	8	100.0	69	100.0
親友或同事邀約捐血	是	4	33.3	5	41.7	4	36.4	6	46.2	2	15.4	-	-	21	30.4
	否	8	66.7	7	58.3	7	63.6	7	53.8	11	84.6	8	100.0	48	69.6
捐血救人	是	3	25.0	1	8.3	3	27.3	-	-	2	15.4	2	25.0	11	15.9
	否	9	75.0	11	91.7	8	72.7	13	100.0	11	84.6	6	75.0	58	84.1

討論

防止血液傳染病藉由捐血輸血救人途徑傳播，一直是重要的公共衛生議題。一篇針對 2009 年捐血中心篩檢愛滋感染陽性率有明顯增加的報告[4]，已建議血液機構檢視捐血前對捐血人面談及愛滋諮詢流程，並宣導正確捐血觀念。對於捐血車至團體（如:軍隊、職場、學校）宣導捐血時，需考量因同儕壓力而捐血之情形，建議面談時加強「良心回電」宣導。雖然衛生主管機關已有警覺，民眾可能利用捐血檢驗愛滋，且已陸續進行相關防治作為，2010 年監察院以捐血把關機制及愛滋防治宣導有疏漏，提出糾正[5]。為此，衛生主管機關後續啟動更多的愛滋病防治宣導措施，並協助推動捐血中心於 2013 年 2 月全面實施 NAT 檢驗技術，縮短檢驗空窗期[2]。也定期安排具血液使用臨床醫學與醫事檢驗經驗之專家小組查核捐血中心[6,7]。捐血中心也致力加強捐血者面談機制與技巧，為血液安全把關。本次分析顯示民眾捐血動機均不是想檢驗愛滋病，與先前調查有少數人想利用捐血檢驗愛滋的現象比較，已有所改善。這樣的結果可能與疾管署增加匿名篩檢的管道（匿篩醫院、衛生局所、同志健康中心與民間團體）、捐血中心捐血前的衛教宣導，及在捐血車（站）張貼匿篩地點訊息海報，使得有需要篩檢的民眾，無需利用捐血檢驗愛滋有關。

本研究顯示捐血中心通報之臺灣中部 HIV 陽性個案人口學特徵，仍以 20–29 歲年齡層的男性佔多數，主要危險因子是男性間不安全性行為。雖然這樣的結果和先前報告相似[4]，但研究發現，男性間（含雙性）不安全性行為人數於 2012 年以後有通報逐年遞減趨勢，異性間不安全性行為人數卻於 2014–2015 年期間較往年增加。推測可能是異性間性行為者，比較不清楚 HIV 篩檢管道或防治愛滋病的觀念。因此在這次捐血診斷出來前，較少有接受 HIV 篩檢的經驗。這樣的狀況，可從 2 位非性工作者的已婚女性發現，捐血前皆自認無高風險行為，得知感染 HIV 釐清感染危險因子時，才得知丈夫曾有高風險行為（嫖妓或靜脈注射藥癮），自己是因為性行為受感染。在臺灣，女性接受 HIV 篩檢的時機為婚後孕前健康檢查與孕婦篩檢。雖然目前部分縣市政府有給予經費補助婚後孕前健康檢查，但還需要努力推廣提升民眾利用率。孕婦篩檢則是疾管署為了預防愛滋母子垂直感染，於 2005 年 1 月 1 日起推動「孕婦全面篩檢愛滋計畫」，鼓勵醫師於懷孕婦女性於第一孕期安排孕婦接受 HIV 篩檢，並由疾管署定期與健保申報資料勾稽。對於未受檢的孕婦，另請衛生局進行追蹤篩檢，以杜絕母子垂直感染的病例發生。因此，一般女性若曾在上述時機接受 HIV 篩檢為陰性，當然很合理認為自己是合格的捐血者。因為社會多元化的因素，我們建議不論男女，只要曾經有性行為，都應該透過捐血以外的管道定期檢驗 HIV，了解自身健康狀況。本次分析的 71 人均有接受國中以上的教育，顯示校園的愛滋防治教育仍有努力空間。故我們建議教育單位除了將愛滋病疾病認知與傳染途徑納入課程教材，更應督導各級學校落實授課及血液安全衛教宣導，使血液安全衛教從小扎根。

本研究另外顯示個案之職業類別比重，在某些年度軍人族群比重超越居於首位的服務業（不含性工作者）。細探軍人族群的動機，是以捐血車到團體宣導為主，可能受同儕壓力或先前兵役體檢篩檢 HIV 陰性，致使個案可能明知自己是高危險群仍然捐血。囿於同儕壓力而捐血，對血液安全來說是重要的威脅，尤其明知自己未符合捐血者健康條件，以會被同儕認定有問題的心態捐血，將可能因此提高傳播風險。因此，建議血液機構進行團體捐血作業前，應進行團體衛教宣導，強調「不得捐血之條件」、「不當捐血造成別人感染之刑責」與「良心回電機制」等觀念。或者可思考改變捐血環境，規劃個人捐血空間，顧慮捐血者的隱私，讓每位民眾無法目視誰能捐血、誰不能捐血，從提升捐血環境隱密性著手，使民眾願意承認其未符合捐血條件，並能安心的下車（離開捐血站），以降低捐血品檢驗不合格的比例。

我國捐血中心的捐血流程比照英美等先進國家，在捐血前會進行捐血者身分文件查驗、填寫捐血登記表與面談後，再進行捐血[8,9]。若捐血者能誠實回答問題，面談者就能察覺異樣，以捐血標準篩選捐血者，避免不合格的血液進入後續血品檢驗流程。本研究調查個案，多數表示捐血車（站）有提供面談與諮詢服務，卻都能通過捐血前面談，也表示捐血車（站）有提供「良心回電」的資訊，對於提醒捐血人填寫捐血登記表內容必須屬實，若隱匿致他人感染愛滋病毒，將負民事

及刑事責任的字句，僅少數個案表示無印象，不免讓人對捐血前面談的成效感到困惑。

公衛人員並非於捐血中心通報後，能在第一時間和個案面談，並且完成捐血行為問卷調查，因此不能排除個案記憶偏差，或者已確診為愛滋病，擔心需要承擔相關法律責任，所以對相關問題未能確實回答或避重就輕。另外，問卷題目設計，並未詢問是否第一次捐血，且未取得個案捐血登記表以核對相關問題之回應，皆是本報告的研究限制。

根據國外文獻，捐血前面談應該採取何種模式，有不同的看法。採取面對面的面談，可能導致捐血者擔心隱私暴露而否認有危險行為，因此建議使用電腦輔助問卷，讓捐血者減輕為了收集敏感的健康資訊所產生的心理障礙，以提高回答資料可靠性[10]。雖然使用電腦輔助問卷有其優點，但是有其他文獻表示捐血者的性行為調查結果正確性與捐血前問卷面談模式，沒有統計學相關，且電腦輔助問卷對於較年長或比較少使用電腦的捐血者來說，接受度較差[11]。因此，捐血者自我填答問卷時，若經由受過專業訓練的工作人員說明問卷調查目的（例如向對方說明，您的血液可能傳播愛滋病），讓捐血者確實了解高風險行為定義，回答詳實答案，加上適當與足夠的會談時間，可以有效增進捐血者提供性行為資料的可信度，降低提供錯誤答案的可能性[11]。我國捐血中心資料顯示，為了提升捐血前面談成效，已陸續於各種型態的捐血設施設置「私密性面談空間」，讓捐血人可在私密環境下，誠實回答問卷及相關問題，另外也持續聘請專業講師，辦理提昇血液安全在職教育訓練，提升採血人員對高危險群的面談篩檢技巧，並進行神秘客稽核調查，減少可能影響用血安全情形的血品捐入[2]。

血液檢驗是輸血作業的最後一道重要防線，2013 年 2 月起，臺灣和歐美先進國家一樣全面實施 NAT 檢驗捐血品，將檢驗空窗期由 21 天縮短至 11 天，使得 2013 年 4 月以後，臺灣沒有出現接受輸血感染 HIV 的個案，但是國外的經驗，提醒我們血液安全仍不能過於依賴 NAT 檢驗。美國於 1999 年對捐血品進行 NAT 檢驗後，還是出現輸血感染 HIV 的個案，經過調查發現，都是有定期捐血習慣的捐血人，在捐血當時都有接受捐血問卷及面談，且自認為沒有感染 HIV 的危險行為[12–14]。

若要建立民眾「不是每一個人都能捐血」的觀念，需要相關單位共同努力。由此次研究分析發現有民眾皆曾接受學校教育，故建議教育單位除了將愛滋病疾病認知與傳染途徑納入課程教材，更應督導各級學校落實授課血液安全衛教宣導，使血液安全衛教從小扎根。血液機構除了持續加強捐血前預防措施，更應向一般民眾加強血液安全衛教宣導，避免民眾利用捐血檢驗 HIV。並在團體捐血時提供個人捐血空間，避免民眾因同儕壓力而一定要捐血。疾管署目前持續推動 HIV 篩檢多元化，除了將匿名篩檢的機構型態擴增至醫院、衛生局所、民間團體與同志健康中心等，也積極推動歐美國家施行已久之在家唾液篩檢，提升篩檢普及性。我們呼籲，不管是男性或女性，只要曾經發生性行為，都應該透過捐血以外的方式定期

檢驗 HIV，並且誠實面對自身健康狀況，有高風險行為就不捐血，才不枉費「捐血一袋、救人一命」。

誌謝

感謝曾經進行 HIV 個案疫情調查的臺中市、彰化縣、南投縣衛生局與疾病管制署同仁的努力。

參考文獻

1. WHO. HIV/AIDS. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/.
2. 社團法人中華捐血運動協會、醫療財團法人台灣血液基金會：傳愛 40 有你真好臺灣捐血事業 40 周年紀念。初版。臺北市：社團法人中華捐血運動協會，2014。
3. Taiwan CDC. Statistics of HIV/AIDS. Available at: https://www.cdc.gov.tw/En/Category/MPage/kt6yIoEGURtMQubQ3nQ7pA.
4. 劉姵伶、賴安琪、黃彥芳等：2009 年 1 至 6 月捐血中心通報愛滋個案捐血原因調查報告。疫情報導 2009；25(12)：775–81。
5. 監察院：人權保障主題網：人權調查報告。取自：https://humanrights.cy.gov.tw/HumanRightsTreaties.aspx?n=340&_Query=1abea297-4629-45f1-9355-4b42f9a1f919。
6. 周思丞、周清邦、陳映樺等：103 年度捐血機構管理現況調查。食品藥物研究年報 2015；414–19。
7. 衛生福利部食品藥物管理：「放心捐、安心用，供血品質有把關」新聞稿。取自：https://www.mohw.gov.tw/cp-16-38115-1.html。
8. American Red Cross. The Blood Donation Process. Available at: https://www.redcrossblood.org/donate-blood/blood-donation-process/donation-process-overview.html.
9. NHS Blood and Transplant. The donation process. Available at: https://www.blood.co.uk/the-donation-process/.
10. de Almeida-Neto C, Goncalez TT, Birch RJ, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection among Brazilian blood donors: a multicentre case–control study using audio computer-assisted structured interviews. Vox Sang 2013; 105: 91–9.
11. Raimondo M, Facco G, Regine V, et al. HIV-positive blood donors unaware of their sexual at-risk behaviours before donation in Italy. Vox Sang 2016; 110(2): 134–42.
12. CDC. HIV Transmission Through Transfusion-Missouri and Colorado, 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010; 59(41): 1335–9.

13. Delwart EL, Kalmin ND, Jones TS, et al. First report of human immunodeficiency virus transmission via an RNA-screened blood donation. Vox Sang 2004; 86(3): 171–7.
14. Phelps R, Robbins K, Liberti T, et al. Window-period human immunodeficiency virus transmission to two recipients by an adolescent blood donor. Transfusion 2004; 44(6): 929–33.

2019 年世界愛滋病日—發揮社區力量 共創愛滋 3 零

蔡筱芸*

每年的 12 月 1 日為世界愛滋病日，全球各國政府組織或民間團體無不共同響應，喚起社會大眾對愛滋防治的重視以及對愛滋感染者的支持與關懷。今(2019)年世界愛滋病日主題為「Communities make the difference（發揮社區力量 共創愛滋 3 零）」，強調社區動員，解決社區提供服務的障礙，讓社區發揮強而有力的倡導作用，共同終結愛滋。

愛滋的防治工作亟需仰賴社區中各公私團體共同合作，衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會邀集法律、醫療公衛等專家學者、民間團體、感染者等各方代表組成，實質參與策略擬定並凝聚共識。愛滋防治工作需靠不同社群扮演重要角色，提供以人為本之服務網絡，國內有許多長期持續協助愛滋防治工作及參與政策推動的社區團體與不同專業服務組織，包括提供感染者支持處遇、諮詢輔導、權益保障等服務，或針對年輕族群、藥癮者、性交易者、育齡女性等不同群體，辦理符合其需求之衛教宣導與篩檢諮詢服務，愛滋病指定醫事機構與個案管理師提供感染者照護服務，以及社區指定藥局提供便利之領藥服務，提升醫療照護之可近性，讓感染者能穩定服藥達到病毒量測不到，降低傳播機會。

聯合國愛滋規劃署 2020 年「90-90-90」目標（即 90%感染者知道自己病況、90%知道病況者服用藥物、90%服用藥物者病毒量成功抑制），我國於 2018 年達成「84-88-94」，同時，2018 年新增愛滋感染數 1,992 人，為 2009 年以來首次下降，2019 年截至 9 月新增感染數為 1,360 人，亦較 2018 年同期下降。顯示在各界共同努力下，愛滋防治已見成效，惟仍約有 16%感染者未知自身感染狀態，因此未來仍需持續結合社區力量辦理去歧視衛教宣導、多元篩檢及健康諮詢等服務，期盼愛滋疫情能持續下降，達到 2030 年愛滋 3 零（零新增、零死亡、零歧視）願景。

衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組
通訊作者：蔡筱芸*
E-mail：evalyn@cdc.gov.tw
DOI：10.6524/EB.201912_35(23).0003

日期：**2019 年第 46–47 週(2019/11/10–11/23)** DOI：10.6524/EB.201912_35(23).0004

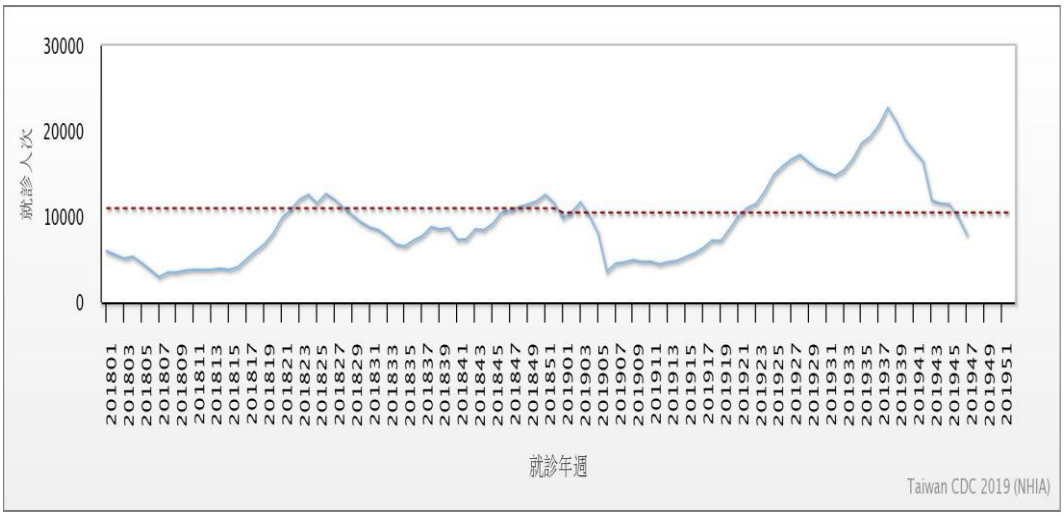
疫情概要：

我國腸病毒門急診就診人次連續兩週低於流行閾值，已脫離流行期，惟仍可能出現零星重症病例。登革熱本土疫情趨緩，目前僅高雄市鳳山區監測中；鄰近東南亞/南亞國家及中國大陸疫情仍處高峰或流行期，境外移入風險持續。國內首現發熱伴血小板減少綜合症(SFTS)病例，個案曾有山區活動史，感染源待釐清。鄰近部份國家及美國、加拿大流感疫情上升，其中日本、韓國及美國已高於基準值。

一、腸病毒

(一) 國內疫情

1. 腸病毒就診人次：今(2019)年第 47 週全國門急診就診人次計 7,945 人次，連續 2 週低於流行閾值（10,500 人次)，脫離流行期。
2. 腸病毒感染併發重症：新增 6 例，其中 4 例感染腸病毒 71 型（EV71 型），另 2 例感染克沙奇 A6 型。今年累計 63 例（含 2 例死亡)，以感染 EV71 型為多（49 例)，其他感染型別包含克沙奇 A6 型（4 例），腸病毒 D68 型、克沙奇 A10 型（各 2 例)，克沙奇 A2 型、克沙奇 A4 型、克沙奇 A5 型、克沙奇 A9 型、克沙奇 B5 型及伊科病毒 11 型（各 1 例)。
3. 近 4 週社區腸病毒檢出型別以克沙奇 A 群為多，EV71 型持續於社區活動；今年累計 430 例 EV71 型個案，高於 2016 至 2018 年同期。



2019 年第 43 週健保資料未完整

圖一、2018–2019 年腸病毒門急診就診人次趨勢

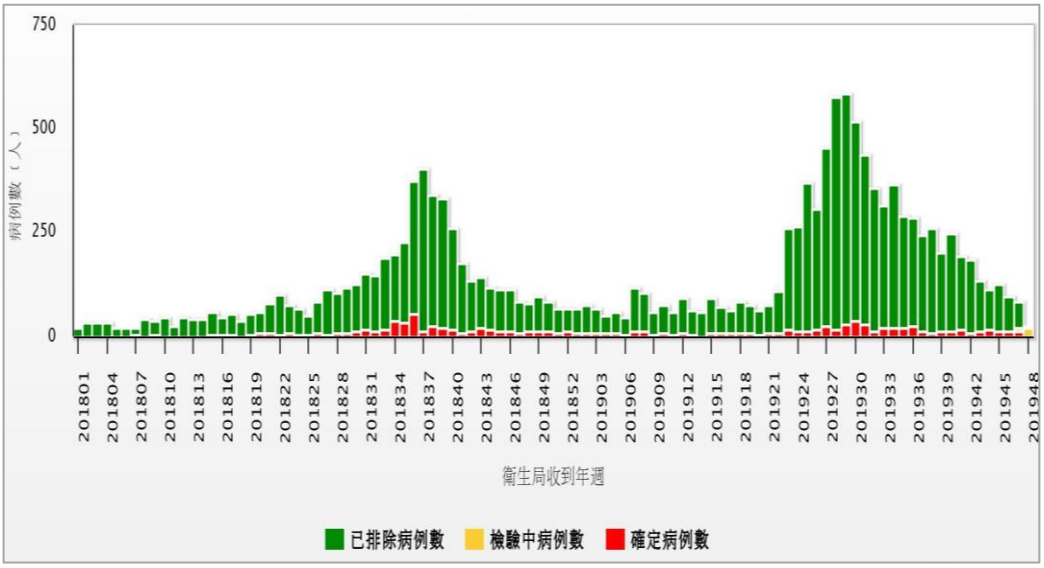
(二) 國際疫情

累計數 / 國家	疫情趨勢	2019年		備註 (近一週病例數與往年相比)
		截止點	報告數(死亡數)	
香港	處流行期	11/16	急診就診千分比:1.8	高於2017-18同期
泰國	下降	11/18	63,168(1)	高於2017同期
韓國	處相對低點	11/16	門診就診千分比3.1	高於2017-18同期
日本	處相對低點	11/17	定醫平均報告1.16	高於2018同期
馬來西亞	高於平均值	11/16	48,635(0)	
新加坡	低於閾值	11/16	日平均病例數:17	

二、登革熱

(一) 國內疫情

1. 本土病例
   (1) 無新增病例。今年累計 100 例，分布於 6 個縣市，分別為高雄市 58 例、臺南市 31 例、新北市 7 例、臺北市 2 例、桃園市及臺中市各 1 例。
   (2) 本土疫情趨緩，目前餘高雄市鳳山區監測至 11 月 30 日。
2. 境外移入病例：今年累計 497 例，90%以上感染地為東南亞國家；近一個月新增個案感染國家以越南為多，其次為柬埔寨、印度及泰國。



圖二、2018–2019 年登革熱病例通報趨勢

(二) 國際疫情

趨勢 / 國家	疫情趨勢	2019年		備註 (近一週病例數與往年相比)
		截止點	報告數(死亡數)	
斯里蘭卡	上升，處高峰	11/25	76,413(逾80)	高於2010-18同期
越南	處高峰	10/31	近250,000(50)	高於去年同期
中國大陸	下降，處高峰	10/31	20,282(2)	高於2015-18同期
寮國	處流行期	11月上旬	約37,700(74)	高於2013-18同期
菲律賓	下降，處流行期	11/2	387,254(1,452)	
馬來西亞	下降，處流行期	11/25	117,666(158)	高於去年同期
泰國	下降，處流行期	11/18	116,462(125)	高於2016-18同期
柬埔寨	下降，處流行期	11/8	65,961(約40)	高於2014-18平均
新加坡	下降，處流行期	11/25	14,735	高於2015-18同期

1. **巴基斯坦**：疫情持續，今年累計近 50,000 例，其中 79 例死亡，病例數為近 10 年最高，惟死亡數較往年少，病例分布以信德省(Sindh)及伊斯蘭瑪巴德(Islamabad)為多，其次為旁遮普省(Punjab)。
2. **馬爾地夫**：今年截至 11/12 累計 4,500 餘例，為 20 年來最高。

三、發熱伴血小板減少綜合症(SFTS)

我國首例；北部 70 多歲男性，近期未出國，常至山區活動，因陸續出現發燒、嘔吐等，多次至診所就醫，其後因出疹及意識改變收治住院及通報；檢驗結果顯示 SFTS 病毒序列與日韓流行株相近；因個案發病前有山區活動史，研判曾遭蜱叮咬之可能性高，將進一步釐清感染源。

四、國際流感疫情

趨勢 / 國家	2019-2020流感季			
	活動度	週別	監測值	近期流行型別
日本	上升，高於基準值	第46週	定醫平均報告數：1.84	H1N1
美國	上升，高於基準值	第46週	陽性率：7.31%	B
韓國	高於基準值	第46週	門診就診千分比：8.2‰	H1N1
新加坡	上升	第46週	陽性率：24.4%	H1N1
加拿大	上升，低於流行閾值	第46週	陽性率：4.1%	H3N2
中國大陸	略升，處低水平	第46週	陽性率：南方8.5%、北方2.3%	H3N2
香港	低於基準值	第46週	陽性率：1.84%	H1N1
歐洲	處低水平	第46週	定點陽性率：6.6%	B、H3N2

四、旅遊疫情建議等級

疫情	國家／地區	等級	旅行建議	更新日期
新型 A 型流感	中國大陸 廣東省、安徽省、福建省、北京市、廣西壯族自治區、江蘇省、湖南省、雲南省、內蒙古自治區	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2019/4/5
	中國大陸其他省市，不含港澳 尼泊爾、阿曼	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2019/5/6
登革熱	中國大陸雲南省、廣東省、 江西省 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 南亞地區 3 個國家：斯里蘭卡、 馬爾地夫、印度	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2019/11/6
麻疹	亞洲：中國大陸、菲律賓、越南、 泰國、印尼、緬甸、紐西蘭、 印度、哈薩克、以色列、土耳其 非洲：剛果民主共和國、 奈及利亞、幾內亞、馬達加斯加 歐洲：義大利、羅馬尼亞、 烏克蘭、英國、法國、喬治亞、 俄羅斯、波蘭、北馬其頓共和國	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2019/9/12
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	2015/6/9
	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	2015/9/30
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、奈及利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2015/11/30
茲卡病毒感染症	亞洲 7 國、美洲 21 國／屬地、大洋洲 3 國／屬地、非洲 2 國	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2019/8/2
	亞洲 5 國、美洲 28 國／屬地、非洲 11 國、大洋洲 10 國	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2019/8/2
拉薩熱	奈及利亞、貝南共和國	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2018/2/13
黃熱病	巴西、奈及利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2019/10/7
霍亂	葉門、索馬利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2017/8/15

粗體字：建議等級調整

(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	更新日期
白喉	印尼、葉門	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2017/12/26
伊波拉病毒感染	剛果民主共和國	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2018/5/15
德國麻疹	中國大陸	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2019/11/6
屈公病	緬甸	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2019/8/26
	泰國、印度、馬爾地夫	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2019/8/26

粗體字：建議等級調整

創刊日期：1984 年 12 月 15 日　　**發 行 人**：周志浩
出版機關：衛生福利部疾病管制署　　**總 編 輯**：林詠青
地　　址：臺北市中正區林森南路 6 號　　**執行編輯**：陳學儒、李欣倫
電　　話：(02) 2395-9825　　**網　　址**：http://www.cdc.gov.tw/
文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2019;35:[inclusive page numbers].[DOI]