

疫情報導

275 Methicillin抗藥性金黃色葡萄球菌感染之討論

281 侵入性A群鏈球菌感染症

284 由印度鼠疫談國內檢疫因應措施

286 國內、外疫情

290 台灣地區法定傳染病及報告傳染病

Methicillin抗藥性金黃色葡萄球菌感染之討論

前 言

當1959年開始使用methicillin治療盤尼西林抗藥性金黃色葡萄球菌引起的感染時，起初效果良好，但是在兩年後英國首先報導了從未使用過methicillin的地區，methicillin抗藥性金黃色葡萄球菌（Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA）的感染個案^(1,2)，所幸這些菌株只佔所有金黃色葡萄球菌的1%⁽³⁾。但是在60年代末期至70年代初期，此種抗藥性的菌株卻逐年增加，且在世界各地如澳洲、比利時及美國等地出現⁽⁴⁻⁶⁾。從70年代末期至80年代初期，MRSA幾乎在全世界各大洲均可發現，雖然依地區之不同，比例也不相同，但是其逐年增加的一致性，對臨床醫護人員卻是一嚴重的警訊。

MRSA是指金黃色葡萄球菌菌株對methicillin, oxacillin或nafcillin呈抗藥性者之統稱。MRSA在臨床上常造成菌血症、肺炎、骨髓炎及心內膜炎等病症，不僅使病人住院日數延長，並會使病人死亡率增加，造成醫療資源及人力的浪費。再者，MRSA在醫院通常引起新生兒加護中心、燒傷中心及嬰兒房的院內感染；一旦發生流行就很難加以完全控制，因為在這些單位的環境中，醫護人員和病人接觸極為頻繁，且病人常常使用很多的抗生素，而這些抗生素絕大部份對MRSA沒有抑制作用。因此，無論對病人或是醫護人員均造成極大的困擾。本文就MRSA感染之流行情形以及其致病特性、抗藥機轉和感染控制做較深入的分析與探討，希望對醫院相關人員有所助益。

MRSA之流行病學調查

美國疾病管制中心1992年發表一篇針對全美國各大小醫院進行長達17年

的研究調查發現，MRSA佔所有金黃色葡萄球菌的比例，從1975年的2.4%一路躍升至1991年的29%，特別是1985年以後增加幅度呈對數比例⁽⁷⁾。同時該研究調查也發現醫院愈大（大於500床），其MRSA增加的比例顯著比規模較小的醫院（介於200至499床和小於200床）來得大。

在國內，曾有報導由MRSA所造成的感染比例也在增加，根據統計在大型教學醫院約佔25%至30%之間⁽⁸⁾。由本院感染管制委員會的調查分析，自1985年至1989年，MRSA菌株佔所有金黃色葡萄球菌株約22%左右，比例尚與其他大型教學醫院接近。但是自1990年開始，則由33%增加至1992年的47%，其中1991年更高達58%，其增加幅度頗為驚人。至於由MRSA所造成的院內感染亦日益增加，根據本院的結果分析，過去三年來MRSA所造成的院內感染佔所有院內金黃色葡萄球菌感染的比值平均高達70.8%，特別是在院內血流感染這一項目，因此，身為醫院工作人員更應格外加以重視此一問題。

根據高雄醫學院所做的一項調查顯示，MRSA所造成的院內感染，確實明顯延長病人的住院天數，與社區MRSA感染比較其平均住院日數分別為48.6天比21.6天，超過後者2倍有餘⁽⁹⁾。至於感染部位，院內MRSA感染則以呼吸道（60%）及外科傷口感染（32%）為主。同時該調查分析也指出這可能與病患於住院中所進行的一些侵襲性醫療措施有關；特別是曾接受氣管內插管、氣管造口或手術治療，以及曾使用多種抗生素等危險因素有關。值得注意的是該調查發現有三株MRSA（一株為院內，兩株為社區感染）對vancomycin已產生抗藥性，惟此三株所謂的“VRSA”，並未以最低抑制濃度方法（MIC method）加以確認，而且，也未經衛生主管單位證實之，因此其正確性仍有待商榷。最後，該篇調查分析指出院內MRSA感染所造成的死亡率，確實比社區MRSA感染所造成的死亡率為高（51.4% VS 18.4%， $P < 0.001$ ）。針對以上調查發現，高雄醫學院張等人建議門診病人或慢性病人應減少不必要的抗生素使用⁽⁹⁾，針對住院病患應該建立良好的院內感染管制及監視工作，同時減少病患住院日數及侵襲性的醫療行為，以及使用合理有效的抗生素，如此應可以減少由MRSA所造成的高死亡率。

金黃色葡萄球菌之致病特性

金黃色葡萄球菌（*Staphylococcus aureus*）為人體皮膚、鼻腔、口腔、腸道之正常菌叢之一。特別容易遭受此菌感染的病人有：(1)體質衰弱的病人如糖尿病、癌症、酒精中毒者。(2)遭病毒感染的病人，例如麻疹和流行性感冒

者。(3)長期使用抗生素的病人，結果將殺死腸道之正常菌群，使金黃色葡萄球菌伺機增生，引起腸炎。

金黃色葡萄球菌的表面抗原如蛋白質A對宿主白血球之吞噬作用有抵抗性，是形成宿主感染的最初決定因素。此外，金黃色葡萄球菌尚可分泌以下各類酵素和毒素，藉以增強其致病力，(1)凝固酶（coagulase）：可將纖維蛋白原（即血液中的凝結原）分解成纖維素，使得血漿凝固，如此一來則保護菌體免受吞噬細胞及藥物殺死；(2)脂肪酶（lipase）：可分解脂肪和油脂，並協助菌體入侵正常表皮及下表皮，引起皮膚感染如毛囊炎；(3)琉璃醣酶（hyaluronidase）：約90% *S. aureus*會產生此酵素，以分解存在結締組織中之琉璃醣酸，助長細菌感染之蔓延。(4)青黴素酶（penicillinase）：能分解青黴素類抗生素，使其失去藥性；(5)葡萄球菌激酶（staphylokinase）為溶蛋白質性酶，能使宿主之纖維蛋白溶解，讓細菌易於擴散並侵犯其它部位。(6)核酸酶（nuclease）：約96% *S. aureus*會產生去氧核糖核酸酶以破壞宿主的去氧核糖核酸。(7)溶血素（hemolysis）： α -溶血素會破壞宿主的紅血球； β -溶血素則破壞宿主的髓脂素（sphingomyelin）。(8)白血球素（leukocidin）：破壞多形核白血球及吞噬細胞；(9)腸毒素（enterotoxin）造成人類食物中毒及偽膜性腸炎；(10)脫皮毒素（exfoliative toxin）：引起皮膚疾患，如全身性脫皮症（staphylococcal scalded skin syndrome）。

因此，金黃色葡萄球菌確實是一種強而有力的致病菌，由於它的致病特性，使得它可以順利穿越宿主的層層保護及免疫障礙。此菌不但對penicillin及methicillin（國內是使用oxacillin）先後產生抗藥性，目前此菌也開始對vancomycin產生抗藥性，在此，特籲請相關人員應及早謀求對策，以免病人一旦得到“VRSA”的感染，則死亡率將會再次提高。

MRSA之抗藥機轉

引起methicillin抗藥性的機轉，並不是經由乙內醯胺酶（ β -lactamase）破壞抗生素的結構，而是經由內因性抗藥機轉所引起的，即細菌本身染色體已經帶有這種抗藥基因，並不是從其他細菌轉移而來。雖然所有methicillin抗藥性菌株均帶有同質性（homogeneous）的抗藥基因，但是大部份菌株是以異質性（heterogeneous）來表現其抗藥特性⁽¹⁰⁾；這也就是說，在含有 10^4 至 10^8 個細菌的菌落中，會有1個細菌表現出高度的抗藥性，使其在含有 $50\mu\text{g/ml}$ methicillin的培養基中仍然能夠生長⁽¹¹⁾。造成同質或是異質抗藥性的機轉，目前仍未完全了解⁽¹²⁾，異質性的抗藥菌株在不同生長環境下，其抗藥性的表

現會受到溫度、滲透度、酸鹼值、光度及離子濃度等的影響而不相同。例如，生長在30℃或加入氯化鈉，均可使異質抗藥性增強⁽¹³⁾，而在43℃或是pH 5.2時反而使抗藥性消失⁽¹⁴⁾，因此，微生物檢驗室必須特別注意感受性試驗所設定的環境條件，以免將具有抗藥性的菌株誤判為感受性菌株，而延誤治療時間，同質性抗藥菌株則不受以上環境的影響。

乙內醯胺類抗生素之作用機轉乃抑制合成細菌細胞壁所需要的酶，如transpeptidase, endopeptidase或是carboxypeptidase等，這些酶主要存於細菌的細胞膜上，其功用是使細胞壁上的肽糖聚合物（peptidoglycan polymer）形成交叉的網狀結構，以維持細胞壁的硬度，並且是細菌生長及分裂不可或缺的物質。這些能與乙內醯胺類抗生素結合的酶，即稱為盤尼西林結合蛋白質（penicillin-binding proteins. PBPs），PBPs對於細菌的生長及存活最為重要。而MRSA與methicillin感受性金黃色葡萄球菌主要的不同就是它PBPs的成份不同⁽¹²⁾。到目前為止，已知的抗藥機轉為PBP2a的產生，因為在methicillin感受性金黃色葡萄球菌並無PBP2a的產生。PBP2a的分子量約為78KD，對乙內醯胺類抗生素具較低的親和力，這是造成methicillin抗藥性的主要機轉，因此，PBP2a是造成methicillin抗藥性機轉的主要原因。而methicillin抗藥基因（mec）已經被選殖出，並且已知其分子量（帶有 37×10^3 去氧核糖核酸鹽基）及整個基因圖，而合成PBP2a的基因為mec基因的一部份，只有 2.1×10^3 去氧核糖核酸鹽基⁽¹⁵⁾，因此在mec基因上必定還帶有其它的基因，例如控制PBP2a合成的管制基因及使mec基因能插入染色體中的跳躍因子酶基因（transposase gene）等。除了PBP2a造成金黃色葡萄球菌對methicillin產生抗藥性外，經由同質性或異質性菌株的表現方式來看，必定還有其它未知的機轉，例如細菌自動分解酶系統，而這些能控制分解酶合成的基因，是經由何種機轉，使某些金黃色葡萄球菌能避免被分解，則是未來研究的可行方向。

MRSA的感染管制

目前對於MRSA的感染唯一百分之百有效的抗生素是vancomycin，在美國由於MRSA之感染比例逐年提高，使得vancomycin的使用量也跟著增加，如此一來卻造成了許多腸球菌及凝固酶陰性葡萄球菌對vancomycin也開始產生抗藥性⁽¹⁶⁻¹⁷⁾、雖然至1991年為止，美國疾病管制中心尚未正式接到各醫院對vancomycin產生抗藥性的金黃色葡萄球菌感染個案。但是一旦發生，即使在美國也沒有新藥可提供其治療，因此，MRSA的感染確實需要嚴謹的監視

與控制，否則一旦在醫院蔓延開來，則很難加以控制。

目前，適於各醫院用來監視與管制MRSA感染的措施有(1)審閱住院病患之微生物檢驗報告；(2)定期調查高危險群可能受MRSA的感染資料；(3)一旦有MRSA菌叢的病患住院需予以適當隔離及於病歷上標示清楚；(4)醫院相關醫護人員應帶手套處理病患，特別是接觸病人之分泌物時應加強洗手；(5)一旦發現有MRSA感染的病患需移入單人房，並施予分區（cohort）護理；(6)MRSA帶菌者應迅速予以出院。(7)可能暴露於MRSA病患與環境之醫院相關人員應該做微生物培養，檢驗結果呈陽性者應立即予以治療並繼續追蹤之。

Boyce針對美國醫院流行病學協會分佈於各醫院的360名會員所進行的一項調查研究發現，大部份學員均認同審閱住院病患的微生物檢體檢驗結果，醫護人員使用手套處理病患之分泌物和加強洗手，感染MRSA病患移入單人房，以及若非需要進一步治療則予以病人迅速出院等管制措施應該用於MRSA高感染率單位或病房，以有效遏止MRSA交互感染的散播⁽¹⁸⁾。

醫院一旦遇到MRSA感染的流行，一般除了可利用傳統控制院內感染的方法，包括病患隔離，加強洗手，強調無菌技術，以chlorhexidine替新生兒洗澡；病患、醫護人員及環境帶菌偵測外，尚可使用mupirocin軟膏塗在帶菌者的鼻腔，如此應可以逐漸控制由MRSA所引起的群突發。當然，若能使用分子生物方法調查及追蹤引起群突發的菌株，以確定是否醫院內存有一流行菌株，則更助於院內感染群突發之調查及早日斷絕之⁽¹⁹⁻²⁰⁾。

結 論

MRSA感染，不論是社區感染或是院內感染，均可造成嚴重的後果，甚至提高住院患者的罹患率和死亡率。而且根據國內外的調查報告，MRSA在臨床分離菌和院內感染致病菌之比例均大幅增加，再者，MRSA之抗藥性機轉非常複雜，其表現方式也很特殊，具有同質性及異質性兩種，同時也有待進一步研究該細菌自動分解系統，以明瞭是經由何種機轉控制分解酶合成的基因，使得某些金黃色葡萄球菌能避免被宿主之免疫系統所分解。

儘管如此，醫院感染管制相關人員，應該建立一套監視系統以早期偵測是否有MRSA感染之流行，並速謀對策將其控制下來，當然平時若能及早發現有MRSA帶菌或感染的患者，適時給予適當的管制措施，不但有助於減少此菌在醫院各單位之交互感染，而且可以有效降低MRSA所造成的罹患率及死亡率。同時，醫院相關單位也應該對抗生素加以管制，特別是vancomycin，否則一旦vancomycin抗藥性金黃色葡萄球菌菌株大量出現，則患者的罹

患率和死亡率必定會有所增加。值得醫院相關單位警惕之。

撰稿者：林金絲、楊祖光、王志堅、陳依雯（三軍總醫院內感染管制委員會）

參考文獻

- 1.Barber M. Methicillin-resistant *Staphylococci*. J Clin Pathol 1961; 14: 385–93.
- 2.Dowling HF. The newer penicillins. Clin Pharmacol Ther 1961; 2: 572–80.
- 3.Paker MT, Hewitt JH. Methicillin resistance in *Staphylococcus aureus*. Lancet i: 1970: 800–4.
- 4.Rountree PM, Beard MA. Hospital strains of *Staphylococcus aureus* with particular reference to methicillin-resistant strains. Med J Aust 1968; 2: 1163–8.
- 5.Jaffe HW, Sweeney HM, Weinstein RA, et al. Structural and phenotypic varieties of gentamicin-resistance plasmids in hospital strains of *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative staphylococci. Antimicrob Agents Chemother 1982; 21: 773–9.
- 6.Barrett FF, McGehee RF, Finland M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at Boston City Hospital: bacteriologic and epidemiologic observations. N Engl J Med 1968; 279: 441–8.
- 7.Panililo AL, Culver DH, Gaynes RP, et al. methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in US hospitals, 1975–1991. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 582–6.
- 8.Ho LJ, Wu HH, Chu ML. Plasmid profiles of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* isolated in Taiwan. Annual meeting Chin Soc Microbiol 1988, Taipei. 1988, CM-10: 16.
- 9.張桐榮, 黃高彬, 江秉誠等：比較社區與住院病人感染ORSA的危險因子，醫療行為與預後。行政院衛生署院內感染控制通訊1993; 3 (3)：1–4.
- 10.Lacey RW. Genetic control in methicillin-resistant Strains of *Staphylococcus aureus*. J Med Microbiol 1972; 5: 497–508.
- 11.Lyon BR, Skurray R. Antimicrobial resistance of *Staphylococcus aureus*: Genetic basis. Microbiol Rev 1987; 51: 88–134.
- 12.Hackbarth CJ, Chambers HF. Methicillin-resistant *staphylococci*: Genetics and mechanism of resistance. Antimicrob Agents Chemother 1989; 33: 991–4.
- 13.Chambers, HF Hackbarth CJ. Effect of NaCl and nafcillin of penicillin binding protein 2a and heterogeneous expression of methicillin resistance in *Staphylococcus aureus*. Antimicrob Agents Chemother 1987; 31: 1982–8.
- 14.Sabath LD, Wallace SJ, Gerstein DA. Suppression of intrinsic resistance to methicillin and other penicillins in *Staphylococcus aureus*. Antimicrob Agents

- Chermother 1972; 2: 350 – 5.
15. Matsuhashi M, Song MD, Ishino F, et al. Molecular cloning on the gene of a penicillin-binding protein supposed to cause high resistance to beta-lactam antibiotics in *Staphylococcus aureus*. J Bacteriol 1986; 133: 1919 – 29.
 16. Schwalbe RS, Stapleton JT, Gilligan PH. Emergence of vancomycin resistance in coagulase-negative *staphylococci*. N Engl J Med 1987; 316: 927 – 8.
 17. LeClercq R, Derlot E, Duval J, et al. Plasmid-mediated resistance to vancomycin and teichoplanin in *Enterococcus faecalis*. N Engl J Med 1988; 319: 157 – 9.
 18. Boyce JM. Should we vigorously try to contain and control methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Infect Control Hosp Epidemiol 1991; 12: 46 – 54.
 19. Neu HC. The use of mupirocin in controlling methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Infect Control Hosp Epidemiol 1990; 11: 11 – 2.
 20. Murray-Leisure KA, Geib S, Graceley D, et al. Control of epidemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Infect Control Hosp Epidemiol. 1990; 11: 343 – 50.

侵入性A群鏈球菌感染症

英國格洛斯特鎮（Gloucestershire）於今年五月傳出7個侵入性A群鏈球菌（噬肉鏈球菌）所引發之壞死性筋膜炎並造成三人死亡⁽¹⁻²⁾。此後，美國加州、佛羅里達等州、我們之鄰國日本及國內之醫院亦有案例傳出⁽³⁻⁴⁾。一夕之間，A群鏈球菌感染症成爲全球醫學上熱門之話題，重新喚起醫療衛生界對此菌潛在危險性加以重視。

其實A群鏈球菌長久以前即已被查覺與咽炎、產褥熱、猩紅熱、菌血症、丹毒、壞死性筋膜炎、壞死症及肌炎等疾病有關。然而，此感染症很奇特地於1980年代前在發生率（incidence）與嚴重性（severity）方面曾有明顯減弱的現象⁽⁵⁾。80年代後期本菌引起的毒性休克症（toxic shock-like syndrome）被發現⁽⁶⁾，此症乃相當嚴重，患者之年齡爲20 – 50歲之間（以往發

生以年幼及老年人為主），且身體之免疫狀況亦相當健全，就醫以前無明顯之其它疾病。因此，在90年代初已有專家學者認為A群鏈球菌感染症有捲土重來之跡象，其嚴重性提高、發生年齡層普遍化給人們產生深刻的印象。近年來此菌之發病過程，從區域性感染、多器官衰竭（multiorgan failure）而至死亡（致命率約30%），進展快速之特性為其它細菌無法與之相比⁽⁷⁾。

鏈球菌屬為革蘭氏陽性（Gram-positive），已命名之菌種達29種以上⁽⁸⁾，其中以化膿性鏈球菌（*St. pyogenes*）及肺炎鏈球菌（*St. pneumoniae*）與人類之感染最為密切⁽⁹⁾。在血液平板培養時，鏈球菌屬呈三種溶血性（hemolysis）反應；(A) β -溶血性，菌落之周圍有一透明環，此乃表示培養基中之紅血球完全被溶解，化膿性鏈球菌屬此類。(B) α -溶血性，菌落之周圍通常有一草綠色環，培養基中之紅血球僅部份被溶解，肺炎鏈球菌屬之。(C) γ -溶血性，菌落之周圍無明顯之變化，培養基中之紅血球沒被溶解。1930年代經Lancefield氏之研究， β -溶血性鏈球菌亦可經由細胞壁不同之抗原性可再區分成各種血清群如A、B、C、D至H，及K、L至V等群，其中以A、B、C、D、F與G群最常從人體中分離出來⁽⁹⁻¹⁰⁾。以醫學上之觀點而言， β -溶血性A群鏈球菌最受人重視。

A群鏈球菌從M-蛋白質之抗原性又可分成80多種不同血清型，但仍有些鏈球菌無法分型。英國格洛斯特鎮所分離出之鏈球菌計四種，屬於M1⁽²⁾，M3, M5及無法分型者。然此血清型之檢驗試劑於市面上無法購得，僅由專門之衛生單位來執行。近年來，市面上能購得之血清型檢驗試劑係依據細胞壁中之T-蛋白質抗原⁽¹¹⁾製成並把A群鏈球菌分成19種血清型，此T-抗原與M-抗原並無直接之關係⁽¹²⁾。T-抗原之血清型檢驗試劑組費用昂貴且須有專人負責，故一般實驗室很少從事此菌之分類工作。總之，A鏈球菌屬為一群相當龐大且複雜之菌屬，截至目前為止，本屬之分類系統尚未完全令人滿意。

根據美國疾病管制中心⁽²⁾從收集的A群鏈球菌加以分析後，其資料顯示本菌之毒力因子（virulent factors）有如下三種：(A)M-蛋白質：此蛋白質位於細菌之細胞壁中具有抗拒宿主白血球之吞噬作用，而使本菌具有侵入性（invasiveness）。(B)蛋白質酶（protease activity）：此酶與壞死性筋膜炎有明顯之相關，(C)熱原性外毒素（pyrogenic exotoxin, or erythrogenic toxin）：此外毒素與猩紅熱之皮疹有關並具有細胞毒性（cytotoxicity）、化膿性（pyrogenicity）及內毒素致命性（lethal effect of endotoxin）等之功能。此外，外毒素能促使患者免疫體系產生有關之因子而引發發燒、組織壞死、

毒性休克症狀等。至於宿主有關之危險因子為外傷、外科手術傷口、糖尿病或其它導致宿主防禦功能降低的治療或疾病。

A群鏈球菌所引發之疾病，其臨床症狀可從常見、溫和的膿疱症（*impetigo*）、咽炎而至少見、嚴重性高的壞死性筋膜炎、多器官衰竭、毒性休克症等。近年來此感染症來勢兇猛，對青年與中年患者亦會構成生命上之威脅，此現象是否代表流行病學上之改變頗值得注意。由於目前正值此菌捲土重來之際，其致病機制（*mechanism*）仍待重新探討與釐清。今後國內醫療單位應請多留意此感染症之動態，並與有關之衛生主管單位或預防醫學研究所保持密切之連繫。

撰稿者：李智隆、黃華州、林秀穗、潘子明（衛生署預防醫學研究所細菌組）

參考文獻

1. Communicable Disease Surveillance Centre. Invasive group A streptococcal infection in Gloucestershire. *CDR* 1994; 4(21): 27.
2. Centers for Disease Control. Invasive group A streptococcal infection—United Kingdom. *MMWR* 1994; 43: 401–2.
3. 五十嵐英夫・軟部組織の壞死筋膜炎を伴う劇症型A群レンサ球菌感染症の流行の兆候・病原微生物検出情報 1994; 3: 75–6。
4. Chen YM, Tarng DC, Wan LS. Necrotizing fasciitis with toxic shock syndrome, *Chin Med J (Taipei)* 1990; 46: 117–20.
5. Stevens DL. Invasive group A *streptococcus* infections. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 2–13.
6. The Working Group on Severe Streptococcal Infections: Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome *JAMA* 1993; 269: 390–1.
7. Hoge CW, Schwartz B, Talkington DF, Breiman RF, MacNeill EM, Englender SJ. The changing epidemiology of invasive group A streptococcal infection and emergence of streptococcal toxic shock—like syndrome. *JAMA* 1993; 269: 384–9.
8. Rotta J. Pyogenic hemolytic *Streptococci*, In: *Bergey's Manual of Systematic Bacteriology*. Vol 2. Sneath PHA (ed), Williams & Wilkins, Maryland, 1986; 1047–71.
9. Bisno A. *Streptococcus pyrogenes*. In: *principles and Practice of Infectious*

- Diseases. 3rd Edition, Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (ed), Churchill Livingstone, New York, 1990; 1519–25.
10. Facklam RR, Washinton JA. *Streptococcus* and related catalase–negative gram–positive cocci. In: Manual of Microbiology. 7th edition. Balow EA (ed), American Society for Microbiology, Washington, D. C. 1991; 238–57.
 11. Colman D, Tanna A, Efstratiou A, Gaworzewska ET. The serotypes of *Streptococcus pyogenes* present in Britain during 1980–1990 and their association with disease. J Med Microbiol 1993; 39: 165–178.
 12. Johnson DR, Kaplan EL. A review of the correlation of T–agglutination patterns and M–protein typing and opacity factor production in the identification of group A *Streptococci*. J Med Microbiol 1993; 38: 311–315.

由印度鼠疫談國內檢疫因應措施

印度上次鼠疫大流行發生於1898年間，初期平均每年大約奪走了50餘萬人生命，隨後之數十年間鼠疫發生率逐年下降，並於1967年後未再有個案發生之報告，然事隔28年，又再度爆發區域性的流行。而此次於1994年8月26日開始爆發腺鼠疫及肺鼠疫流行，首例病例發生在中部孟買東方300公里的Beed district (Maharashtra State)，9月22日孟買北方200公里的Surat(Gujarat State)也報告出肺鼠疫病例，到了9月26及27日孟買及加爾各答也出現病例，首都新德里附近的德里也在9月27日發現病例，累計至10月9日止，印度11個州及德里地區共報告6,372例疑似病例及56例死亡病例，主要分布在中南及西南部，其中Maharashtra State（包括孟買）3,173例（50%）、Gujarat State（包括Surat）1,549例（24%）德里1,025例（16%）、其他9州共報告625例（10%），至10月14日止，血清學確定病例共有730例（11%）；56例死亡病例中52例報告自Surat。

鼠疫又名黑死病（Black Death），為國際主要檢疫疾病之一，係由鼠疫桿菌所引起，臨床上可將鼠疫分為腺鼠疫（bubonic plague）、肺鼠疫（pneumonic plague）及敗血性鼠疫（septicemic plague）三種，其藉由印度鼠蚤為媒介，感染後的潛伏期，腺鼠疫2~6天、肺鼠疫2~4天，主要症

狀為發高燒、咳嗽、咳出血痰、以及局部淋巴結發炎腫大，尤其腹股溝淋巴結最明顯。

肺鼠疫乃病原菌經血流進入肺臟，引起肺部大量出血、咳出血痰、呼吸困難，可藉由飛沫傳染，快速蔓延肆虐，不易遏止，若未加治療死亡率可達100%。

衛生署對於印度爆發鼠疫疫情，極為重視，已採各種必要防疫措施，內容包括：

- 一、迅速透過各種管道，隨時掌握印度鼠疫疫情發生情形：(一)隨時掌握世界衛生組織有關印度鼠疫疫情報導。(二)目前離開印度的國際航線班機及其貨品，都將於離開印度時實施蒸燻，並檢查是否有齧齒類動物存在。(三)離開印度之旅客，空中服務人員需經檢查，沒有任何鼠疫症狀才可登機。如果被懷疑有感染鼠疫症狀者，該旅客將被送往隔離治療。
- 二、衛生署及所屬檢疫單位於本年9月26日即依我駐外單位傳真之電報資料，全國加強檢疫，以防杜鼠疫入侵。
- 三、在人員檢疫方面：(一)在入境通道設置中英文「敬告海報」，以呼籲由印度入（過）境來台及回國旅客，主動接洽檢疫。(二)確實查詢並掌握自印度或途經印度來台旅客，以利檢疫。(三)發布新聞提醒國人注意並函交通部觀光局轉知旅行公會，在印度鼠疫流行期間務必暫停出國到印度。(四)對印度來台之旅客，採行醫學檢查，問卷調查及預防投藥，並分發出國旅遊健康手冊及傳染病警告卡；對健康狀況良好之旅客，衛生署檢疫單位並繼續進行國內疫病追蹤監視十二天，以確實掌握其健康情況；若發現有疑似鼠疫症狀者，即採取隔離治療措施。
- 四、在船舶檢疫方面：(一)凡自印度啓航或航程經印度抵埠之船舶，均實施錨地登輪檢疫，若發現有鼠跡，即須完成蒸燻除鼠才能靠岸。(二)要求進港船舶，一律懸掛防鼠盾，並加強港區之防疫措施。
- 五、在貨品檢疫方面：為遏止印度鼠疫傳入，本署檢疫總所所屬各檢疫分所經與港口各有關單位配合，在印度鼠疫流行期間，對自該地區進口之黃豆粉、棉花、草繩、棉麻類製品及舊衣物等貨品，加強衛生檢查，必要時並採取蒸燻消毒等滅鼠滅蚤作業，以維護國內防疫安全。

國內、外疫情

台灣地區

瘧疾疫情：

民國83年至10月29日止，台灣地區共有26例瘧疾病例，均屬境外移入。
第24～26例之個案資料如後：

編號	性別 年齡	國籍或 縣 別	在 台 發病日期	感染地	瘧原蟲別	治療藥物	旅遊及就醫經歷
24	47	高雄市	83.10.8	大 陸 廣 東	間日瘧	Chloroquine Primaquine	83.9.5赴大陸廣東惠州縣，10.3返台，10.8發病，10.16至高雄市立民生醫院住院，10.17採血檢查確定為間日瘧。
25	50	彰化縣	83.9.25	奈 及 利 亞	惡性瘧	Quinine Mefloquine	經常往返奈及利亞，在該國曾感染瘧疾。本次於83.7.12赴奈及利亞，9.23返台，9.25發病。10.21至衛生所採血檢查確定為惡性瘧。
26	23	印 尼	83.10.15	印 尼	間日瘧	Chloroquine Primaquine	係印尼外籍勞工，於82.5.22來台，10.15發病，於10.28住院省桃，診斷採血檢查為間日瘧，個案已回印尼。

[行政院衛生署防疫處 提供]

登革熱疫情：

民國83年至10月29日止，台灣地區共有217例登革熱確定病例，其中境外移入20例，本土性197例。

本土性病例197例中，高雄市有149例，高雄縣17例，台南市27例，台南縣2例，台東縣1例，台中市1例。病毒分離有二十三株為登革病毒第三型，一株為登革病毒第一型。發病日期自7月14日至10月19日。

大陸地區（摘錄）

霍亂：

浙江省截至7月14日已有24個縣市出現病例，累計發病641例，病例主要集中在溫州市，佔全省報告病例數的92%，初步分析，591例病人中，外地人員佔25~30%，流行菌型為小川型（Ogawa）。廣東省截至7月15日共報告427例，死亡6例，病例分布在12個市的35個縣、區，病例較多的市有湛江（237例）、揭陽（54例）、佛山（50例）及陽江（42例）。廣西省截至7月19日共報告56例，主要病例分布在宜州市，經實驗中室鑑定為小川型。[疾病監測 1994; 9(8): 202]

傷寒：

雲南省1994年6月報告病例數為1,125例，死亡4例，與去年同期相比，發病率上升65%，病例分布于16地、州、市的80個縣區。四川省南部的筠連縣截至6月底共報告1,700餘例，疫情仍持續發生，流行病學調查顯示，流行的主要原因為：(1)疫情報告不及時；(2)水源污染嚴重；(3)傷寒疫苗接種工作緩慢；(4)疫情暴發後未能及時採取有效的防治措施，大量的傳染源未得到正規的隔離治療。[疾病監測 1994; 9(8): 202]

小兒麻痺：

河北省1994年6月報告7例，病例分布在5個縣，其中保定市的清苑縣及衡水地區的安平各縣報告2例。[疾病監測 1994; 9(8): 202]

痢疾：

天津市從5月份開始進入流行季節，比去年提早一個月，6月共報告1,818例，比5月上升2.6倍，18個區縣皆有病例發生，流行原因為：今年氣溫高，雨水多，市場內餐廳多且衛生條件差。[疾病監測 1994; 9(8): 202]

其他地區（轉錄）

登革熱及登革出血熱：

寮國從1994年1月開始出現散發性病例，直到6月爆發大流行，至7月26日止共報告375例及死亡3例，流行主要發生在首都永珍市（365例），病例年齡分布：0-5歲佔26%，6-10歲佔45%，11-15歲佔27%。共分離出4株病毒，第一型及第二型各2株，寮國衛生當局宣導民衆白天使用蚊帳，並展開全面斑蚊滋生源清除。寮國上次的大流行發生在1987年，報

告病例約有1萬例，其中5千例以上發生在永珍市，流行季節從5月至9月，今年雨季比往年早開始。[WER (WHO) 1994: 69(36): 202]

霍亂：

俄羅斯聯邦達克斯共和國的霍亂流行已逐漸受到控制，至8月22日止共報告634例及死亡18例。[WER (WHO) 1994; 69(35): 263]

南歐阿爾巴尼亞9月左右曾向WHO報告該國西南部可能有霍亂流行，並請求援助，經WHO細菌學家調查證實為O1霍亂，WHO已派出流行病學家協助調查。[WER (WHO) 1994; 69(37): 280]

菲律賓今年至6月27日止累計報告1,564例及死亡76例，新感染地區為：Davao市、General Santos市及Cotabato市。[CDI (Australia) 1994: 18(18): 435]

白喉：

俄羅斯聯邦及前蘇聯共和國的白喉疫情持續上升，WHO估計1994年將達32,000例，至8月底止流行已擴散到其他共和國，包括塔吉克（499例）、亞塞拜然（195例）、哈薩克（180例）、烏茲別克（164例）、白俄羅斯（95例）、拉脫維亞（90例）、吉爾吉斯（79例）、喬治亞（50例）、摩爾多瓦（29例）、亞美尼亞（28例）、土庫曼（17例）及立陶宛（11例）。保加利亞、芬蘭、德國、挪威及波蘭皆發現來自前蘇聯共和國的境外移入病例。[CDR(UK) 1994; 4(41): 191]

[行政院衛生署預防醫學研究所 提供]

勘誤表（第十卷第十期）

更正頁次	錯 誤	更 正
252頁，討論第五行	曲狀球菌	曲狀桿菌

國際檢疫疾病感染地區一覽表

洲別	國家	霍亂	黃熱病	鼠疫	國家	霍亂	黃熱病	鼠疫
非洲	安哥拉	▲	▲		馬利	▲	▲	
	貝南	▲			茅利塔尼亞	▲		
	布吉那法索	▲			莫三鼻克	▲		
	蒲隆地	▲			尼日	▲		
	喀麥隆	▲	▲		奈及利亞	▲	▲	
	查德	▲			盧安達	▲		
	象牙海岸	▲			聖多美及普林西比	▲		
	吉坡地	▲			獅子山	▲		
	甘比亞		▲		索馬利亞	▲		
	迦納	▲	▲		蘇丹		▲	
	幾內亞	▲	▲		史瓦濟蘭	▲		
	肯亞	▲			坦尚尼亞	▲		▲
	賴比瑞亞	▲			多哥	▲		
	馬達加斯加			▲	烏干達	▲		▲
	馬拉威	▲			薩伊	▲	▲	▲
尚比亞	▲							
亞洲	阿富汗	▲			寮國	▲		
	不丹	▲			馬來西亞	▲		
	柬埔寨	▲			緬甸	▲		
	中國大陸	▲			尼泊爾	▲		
	印度	▲		▲	菲律賓	▲		
	印度尼西亞	▲			斯里蘭卡	▲		
	伊朗	▲			越南	▲		▲
伊拉克	▲							
美洲	阿根廷	▲			瓜地馬拉	▲		
	貝里斯	▲			蓋亞那	▲		
	波利維亞	▲	▲	▲	宏都拉斯	▲		
	巴西	▲	▲	▲	墨西哥	▲		
	智利	▲			尼加拉瓜	▲		
	哥倫比亞	▲	▲		巴拿馬	▲		
	哥斯大黎加	▲			秘魯	▲	▲	▲
	厄瓜多爾	▲	▲		蘇利南	▲		
	薩爾瓦多	▲			委內瑞拉	▲		
法屬圭亞那	▲							
歐洲	阿爾巴尼亞	▲			俄羅斯	▲		
	烏克蘭	▲						
大洋洲	吐瓦魯	▲						

合計：66個國家地區為霍亂疫區，14個國家地區為黃熱病疫區，9個國家地區為鼠疫疫區。

附註：1. 世界衛生組織發布至1994年10月13日之資料。

2. ▲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
民國八十三年十月份（自10月2日至10月29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 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計
臺灣省	0	2	0	5	59	237	0	214	331	23	153	122	0	10	8	0	0	0
臺北縣	0	0	0	0	5	10	0	52	5	5	43	16	0	0	2	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	1	9	15	0	7	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	4	5	0	6	0	2	13	15	0	1	2	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	1	3	0	6	0	1	5	1	0	0	1	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	3	0	0	5	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	5	16	0	35	42	0	15	12	0	2	1	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	2	0	0	4	1	2	7	2	0	1	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	3	3	0	9	2	8	19	11	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	1	2	0	0	6	1	0	3	2	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	9	0	0	0	0	0	0
台南縣	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	4	6	0	2	0	0	0	0
高雄縣	0	2	0	1	2	9	0	2	3	0	3	5	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	5	4	0	1	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	2	6	12	0	6	5	1	1	5	0	1	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	11	23	0	22	9	0	0	11	0	0	2	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4	3	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	2	138	0	50	258	2	16	4	0	0	0	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
台南市	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	0	1	0	0	0	0
台北市	0	0	0	0	9	3	0	39	1	2	32	10	1	1	0	0	0	0
高雄市	0	0	0	0	1	9	1	3	1	0	10	5	0	0	1	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	11	7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
其 他	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺閩地區	0	2	0	5	81	256	1	256	333	26	197	137	1	11	9	0	0	0
確定病例	0	*2	0	2	43	196	0	151	296	*7	40	33	0	4	7	0	0	0

※ 表確定病例方列入統計。

* 霍亂病例為境外移入。

* 含副傷寒病例2名。

註：個案報告表之分析基準以衛生局收到日。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份（自10月2日至10月29日）

報告地區	法 定 傳 染 病															
	※ 鼠 疫			猩 紅 熱			※ 斑 疹 傷 寒			※ 回 歸 熱		※ 狂 犬 病		※ 黃 熱 病		
	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	去年 同期	本期	去年 同期	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	累計		
臺灣省	0	0	0	19	463	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺北縣	0	0	0	1	82	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	12	141	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	48	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	16	3	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
台南縣	0	0	0	0	20	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	1	7	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
台南市	0	0	0	2	43	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台北市	0	0	0	5	51	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	0	0	1	17	3	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
連江縣	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
臺閩地區	0	0	0	25	531	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
確定病例	0	0	0	11	181	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 表確定病例方列入統計。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份（自10月2日至10月29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 去年同期	去年 同期	本期	本年 去年同期	去年 同期	本期	本年 去年同期	去年 同期	本期	本年 去年同期	去年 同期
	本期	本年 累計	總 累計	本期	本年 累計	總 累計												
臺灣省	6	35	88	10	98	380	0	0	0	2	12	10	4	40	44	12	137	133
臺北縣	0	12	38	3	38	162	0	0	0	1	3	1	1	20	14	1	44	33
宜蘭縣	1	1	1	2	3	7	0	0	0	0	1	0	0	3	4	0	3	1
桃園縣	2	8	12	3	15	49	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	11	11
新竹縣	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	3
苗栗縣	0	1	1	0	2	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
台中縣	0	0	1	0	4	21	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	8	11
彰化縣	0	0	5	0	2	17	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	12	17
南投縣	1	1	2	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1
雲林縣	0	1	2	0	2	4	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	5	5
嘉義縣	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	3
台南縣	1	4	4	0	5	13	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	7	4
高雄縣	0	0	3	0	2	9	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	5	10
屏東縣	1	1	4	0	5	13	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	7	7
台東縣	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2	3	5	0	1	4
花蓮縣	0	3	3	0	2	8	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	9	4
澎湖縣	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
基隆市	0	0	1	0	2	10	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3
新竹市	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0
台中市	0	0	2	1	7	23	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	4	7
嘉義市	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
台南市	0	3	5	0	3	12	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	5
台北市	2	16	45	4	37	221	0	0	0	0	2	1	0	5	8	0	36	18
高雄市	0	6	11	0	9	34	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	13	12
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
其他	1	0	7	3	28	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺閩地區	9	58	151	17	172	712	0	0	0	2	14	11	4	45	54	13	187	164
確定病例							0	0	0	0	0	0	1	6	4	2	13	10

※ 表確定病例方列入統計。

註：後天免疫缺乏症候群之其他欄包含外籍人士及資料不詳者。

含發病數。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份(自10月2日至10月29日)

報告地區	報 告 傳 染 病																
	※瘧疾		恙蟲病				急 性 病 毒 性 肝 炎										
							A 型		B 型		C 型		D 型				
	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計	去年 同期 累計	本期	本年 累計
臺灣省	2	17	20	29	168	156	17	123	42	13	161	79	21	61	4	0	0
臺北縣	0	5	3	3	28	10	7	33	5	7	50	26	15	24	0	0	0
宜蘭縣	0	0	1	3	5	1	1	43	4	1	8	3	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	6	0	2	2	0	0	4	0	2	1	1	2	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	9	1	8	0	0	0
台中縣	0	3	2	0	5	2	0	3	0	1	7	3	0	1	0	0	0
彰化縣	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	3	3	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	1	2	2	0	1	2	1	1	20	15	1	2	0	0	0
雲林縣	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	1	2	4	0	1	2	1	4	2	0	1	0	0	0
台南縣	0	1	2	1	3	2	0	2	2	0	8	3	1	7	3	0	0
高雄縣	0	1	0	0	1	1	0	4	15	0	4	2	0	2	0	0	0
屏東縣	0	0	0	1	15	32	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
台東縣	0	1	0	9	51	45	3	4	0	1	20	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	7	28	14	5	20	2	0	5	3	0	1	1	0	0
澎湖縣	0	0	0	1	16	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	1	0	1	2	4	0	6	1	0	3	3	2	4	0	0	0
新竹市	1	2	1	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0
台中市	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0
台南市	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	19	2	0	1	0	0	0
台北市	0	6	6	4	31	11	1	28	6	12	37	14	1	10	1	0	0
高雄市	1	3	4	0	12	5	0	6	0	1	10	1	0	1	0	0	0
金門縣	0	0	0	2	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	19	8	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
臺閩地區	3	26	30	35	245	195	18	157	48	26	208	94	22	72	5	0	0
確定病例	3	*26	30	22	85	50	13	108	2	15	132	0	17	49	0	0	0

※表確定病例方列入統計。
* 瘧疾病例均為境外移入。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份(自10月2日至10月29日)

報告地區	報 告 傳 染 病																	
	急性病毒性肝炎						麻 疹				結 核 性 腦 膜 炎				※ 肺 結 核		登 革 熱	
	E 型			未 定 型			本 年		去 年		本 年		去 年		本 年		去 年	
	本 期	本 年 同 期	去 年 同 期	本 期	本 年 同 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期	本 期	去 年 同 期
累 計		累 計		累 計		累 計		累 計		累 計		累 計		累 計		累 計		
臺灣省	0	0	0	14	82	66	4	92	39	3	24	15	786	6661	7049	183	429	93
臺北縣	0	0	0	6	25	7	0	9	11	0	4	6	134	926	979	5	30	13
宜蘭縣	0	0	0	3	9	5	0	2	0	0	2	1	28	177	187	1	6	3
桃園縣	0	0	0	0	0	2	0	44	1	2	4	0	55	397	372	3	7	3
新竹縣	0	0	0	0	0	6	0	1	0	0	1	0	13	114	113	0	4	0
苗栗縣	0	0	0	0	1	1	1	3	3	0	0	1	18	159	149	2	7	0
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	1	3	32	421	531	2	5	4
彰化縣	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	55	452	575	1	12	5
南投縣	0	0	0	0	10	13	0	2	1	0	0	0	18	283	262	3	8	3
雲林縣	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	57	410	383	3	7	3
嘉義縣	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	41	318	251	2	11	4
台南縣	0	0	0	2	14	12	1	3	2	1	2	1	56	469	536	18	37	6
高雄縣	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	2	72	578	619	69	151	20
屏東縣	0	0	0	0	2	0	0	7	6	0	0	0	72	573	609	25	54	11
台東縣	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	15	200	161	5	6	1
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	1	7	2	0	1	0	30	226	199	2	7	2
澎湖縣	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	20	27	0	2	1
基隆市	0	0	0	0	6	4	0	2	1	0	0	0	15	161	198	2	4	5
新竹市	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	7	94	101	0	1	2
台中市	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	3	0	23	327	297	3	9	3
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	89	117	4	6	2
台南市	0	0	0	2	10	9	0	1	5	0	1	0	31	267	383	33	55	2
台北市	0	0	0	2	14	14	0	5	18	0	1	0	87	1572	1327	7	29	28
高雄市	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	39	326	486	155	420	25
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	38	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	1	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	16	97	80	4	101	58	3	25	16	913	8577	8900	346	878	146
確定病例	0	0	0	0	5	0	0	33	1	2	18	12	913	8577	8900	64	*217	12

※表確定病例方列入統計。

*登革熱本年217名中，其中20名為境外移入，其餘為本土感染。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份（自10月2日至10月29日）

報告地區	報 告 傳 染 病																	
	風 濕 熱			肉 毒 桿 菌 中 毒			德 國 麻 疹		※ 先 天 性 德 國 麻 疹 症 候 群		腮 腺 炎		※ 癩 病					
	本 期	本 年 同 期 累 計	去 年 同 期 累 計	本 期	本 年 同 期 累 計	去 年 同 期 累 計	本 期	本 年 同 期 累 計	去 年 同 期 累 計	本 期	本 年 同 期 累 計	去 年 同 期 累 計	本 期	本 年 同 期 累 計	去 年 同 期 累 計			
臺 灣 省	0	1	0	0	1	2	7	130	1090	0	1	10	8	201	345	0	4	4
臺 北 縣	0	0	0	0	1	0	0	41	259	0	0	2	3	83	112	0	0	1
宜 蘭 縣	0	0	0	0	0	0	1	6	14	0	0	0	3	29	16	0	0	0
桃 園 縣	0	0	0	0	0	0	0	6	80	0	0	1	0	4	19	0	1	1
新 竹 縣	0	0	0	0	0	0	0	1	26	0	0	0	0	0	0	0	0	1
苗 栗 縣	0	1	0	0	0	1	0	10	5	0	0	0	0	12	6	0	0	0
台 中 縣	0	0	0	0	0	0	0	8	126	0	0	1	0	9	37	0	0	0
彰 化 縣	0	0	0	0	0	1	0	3	26	0	0	2	0	11	11	0	0	0
南 投 縣	0	0	0	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	3	5	0	0	0
雲 林 縣	0	0	0	0	0	0	0	0	72	0	0	0	0	7	0	0	0	0
嘉 義 縣	0	0	0	0	0	0	2	5	5	0	1	0	0	4	0	0	1	0
台 南 縣	0	0	0	0	0	0	0	2	113	0	0	1	1	5	38	0	0	0
高 雄 縣	0	0	0	0	0	0	0	2	29	0	0	0	0	3	4	0	0	1
屏 東 縣	0	0	0	0	0	0	0	1	28	0	0	0	0	4	24	0	1	0
台 東 縣	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0
花 蓮 縣	0	0	0	0	0	0	2	11	39	0	0	0	0	8	27	0	0	0
澎 湖 縣	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	4	0	0	0
基 隆 市	0	0	0	0	0	0	1	16	70	0	0	0	0	12	22	0	0	0
新 竹 市	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	3	0	2	2	0	0	0
台 中 市	0	0	0	0	0	0	0	3	25	0	0	0	0	1	4	0	0	0
嘉 義 市	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
台 南 市	0	0	0	0	0	0	1	4	129	0	0	0	1	4	9	0	0	0
台 北 市	0	0	0	0	0	0	0	36	237	0	0	0	12	114	313	0	0	1
高 雄 市	0	0	0	0	0	0	0	6	54	0	0	1	2	11	4	0	0	0
金 門 縣	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連 江 縣	0	0	0	0	0	0	0	3	7	0	0	0	1	3	2	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	1	0	0	1	2	7	176	1389	0	1	11	23	329	664	0	4	5
確 定 病 例	0	0	0	0	0	0	0	5	57	0	1	11	0	6	11	0	4	5

※表確定病例方列入統計。

臺閩地區法定傳染病及報告傳染病個案報告表
民國八十三年十月份（自10月2日至10月29日）

報告地區	報 告 傳 染 病											
	※淋病			※梅毒			※新生兒破傷風			急性無力肢體麻痺症		
	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
	累計	累計		累計	累計		累計	累計		累計	累計	
臺灣省	5	53	102	190	1888	1517	0	0	0	4	41	0
臺北縣	3	30	66	42	398	428	0	0	0	0	10	0
宜蘭縣	0	3	6	7	99	19	0	0	0	1	2	0
桃園縣	0	2	6	11	241	101	0	0	0	0	4	0
新竹縣	2	6	3	1	20	44	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	1	0
台中縣	0	0	0	0	14	42	0	0	0	1	4	0
彰化縣	0	1	0	0	106	176	0	0	0	0	2	0
南投縣	0	0	0	4	15	19	0	0	0	0	2	0
雲林縣	0	0	3	4	17	78	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	12	89	43	0	0	0	0	3	0
台南縣	0	0	0	6	134	53	0	0	0	0	3	0
高雄縣	0	0	0	75	126	63	0	0	0	0	1	0
屏東縣	0	0	0	0	27	61	0	0	0	1	2	0
台東縣	0	0	0	0	27	2	0	0	0	0	3	0
花蓮縣	0	3	9	0	72	66	0	0	0	1	1	0
澎湖縣	0	0	2	0	30	52	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	2	3	1	18	22	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	1	1	9	61	11	0	0	0	0	1	0
台中市	0	2	0	0	219	113	0	0	0	0	1	0
嘉義市	0	0	1	2	45	41	0	0	0	0	1	0
台南市	0	3	2	16	125	78	0	0	0	0	0	0
台北市	11	149	315	7	656	795	0	1	0	0	12	0
高雄市	2	19	27	0	119	147	0	0	0	1	2	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臺閩地區	18	221	446	249	2663	2459	0	1	0	5	55	0
確定病例	18	221	446	249	2663	2459	0	1	0	0	11	0

※表確定病例方列入統計。