

由近年來台灣登革熱之流行談臨床醫師在防治上的角色

一、前言

登革熱自從 1987 年在本島流行至今，已經進入第 7 年了，經過幾年來的經驗累積，對登革熱的流行和防治，已經有不少的心得。當 1987 – 1988 年登革熱在台灣大流行時，大家認為登革熱已在台灣生根，要根除它可能相當困難。鑑於像新加坡行政效率高，公共衛生做得很好的國家，撲滅登革熱得花上 14 年，台灣可能要花更長的時間。不過評估這幾年的成果，台灣對登革熱的防治，實在做得不錯。

二、1987 – 1992 年台灣登革熱之流行

根據這幾年的經驗，台灣登革熱之流行大都是先從國外將病·帶回來。假如及早發現，則只有一些散發病例，不會造成流行，就像 1989 年只有 35 位病例，1990 年只有 10 位，1992 年有 23 位，(表 1)。假如慢一點發現，就會造成小流行，像在 1991 年全島有 175 位病例。若更慢一點就造成中等度流行，就像 1987 年報告病例有 1,387 位。若更慢發現，加上沒有投入足夠的人力、物力的話。就會造成像 1988 年南台灣的大流行，報告病例有 10,420 位，引起相當大的震撼⁽¹⁻⁷⁾。

近幾年來台灣登革熱之流行，大體上是這樣的模式。預測，將來可能也是如此。

這幾年由於台灣經濟長足進步，觀光旅遊、國際貿易蓬勃發展，國人與東南亞國家來往頻繁。而東南亞幾乎整年流行登革熱，病毒很容易就從東南亞帶入⁽⁷⁾。不過現在到中國大陸觀光、探親和做生意的人很多，也要留意⁽⁸⁻⁹⁾。

在防疫方面，最重要是能夠早期發現病例。愈早發現，防疫工作做起來愈容易。最好是還在散發病例的時期，就能發現。否則，愈晚發現，防疫就愈困難。

茲再以觀察 1991 年高雄市登革熱流行之經驗，進一步說明⁽⁶⁾：

1991 年 5 月中旬，有位生意人到泰國商業考察，把病毒帶回來。而這位病人的臨床症狀不典型，只有發燒 2 天，沒有出疹或出血的現象，被認為一般感冒而已。這位病人體內的病毒藉著斑蚊的傳播，而傳給工廠內的其他人。很可惜的是，在前幾位的病例都有發燒、出疹子，但是在臨床上都沒有懷疑登革熱。甚至，有位病人還問醫師，是不是得了登革熱？醫師說：不是，是德國麻疹。一直到 6 月底，第 9 位病患才被懷疑是登革熱。等到 7 月初，血清學證實，然後開始做防治工作時，累積病例已經 16 位了。到了 7 月中旬，大規模對疫區作全面噴藥和清除滋生源時，累積病例已 26 位。此時登革熱經由連鎖傳染，疫情早已經傳開了，防疫工作做起來就費時費力了。1991 年高雄市登革熱流行，確定病例一共 113 人，全台灣有 175 位。倘若在前幾位病例就診斷出登革熱，根本就可馬上撲滅，不會造成流行。可見早期發現病例的重要性。

三、臨床醫師在防治登革熱的角色

早期診斷登革熱，要靠第一線的臨床醫師之細心診察，因為登革熱的病患通常先去找基層醫療的醫師，或大醫院的急診處。這幾年登革熱能好好控制，臨床醫師之早期診斷，貢獻良多。

分析 1991 年高雄市 113 位登革熱確定病例中，由臨床醫師報告者，有 72 人（佔 63.7%）。由疫情調查發現者，有 39 人（佔 34.5%）。所以，證明病例的發現，臨床醫師佔最重要的角色。但是，小心，約有 1/3 的病例被遺漏⁽⁶⁾。每年都有登革熱病毒悄悄地自國外帶進來，臨床醫師宜提高警覺。

診斷

1. 腦子裡要有這個病的概念。

2. 患者如果剛從東南亞或大陸登革熱疫區回來，有發燒，不論有否出疹子，都要抽血檢查。寧可多做抽血，也不要遺漏一個登革熱病人。

3. 病人有類似流行性感冒症狀，如發燒、頭痛、全身酸痛、食慾不振、虛弱無力等症狀；幾天後，燒退了出疹子，同時白血球也下降。於鑑別診斷時，一定要把登革熱考慮進去⁽²⁻⁴⁾。

4. 當臨床症狀不典型，鑑別診斷不容易時，宜抽血檢查。由衛生所轉送衛生署預防醫學研究所，做最後之確定。現在可用 ELISA 方法，測登革熱 IgM 抗體，能提早診斷。

5. 能細心，才不會遺漏病例。

五、鑑別診斷

登革熱要和流行性感冒、德國麻疹、麻疹、藥物過敏、腸病毒感染、急性扁桃腺炎、川崎氏症、甚至瘧疾等做鑑別診斷。由詳細問病史，病理學檢查，觀察病情變化，簡單之白血球以及血液抹片檢驗，應可鑑別診斷⁽⁴⁾。若困難區分時，只好抽血做血清學和病毒學檢查，以確定之。

六、附記

出血性登革熱，以往的死因大都是由於休克沒有及早處理，和大量出血引起⁽¹⁰⁾。近來，泰國和印尼方面的報告，有些病人會併發腦部病變，或急性肝存衰竭，死亡率相當高，值得注意⁽¹¹⁻¹⁴⁾。希望台灣防治登革熱的好成績，能繼續保持下去。

表一：台灣登革熱流行之分析（1987 - 1992）

初發病例	散發病例	小流行	中流行	→ 大流行
病毒來源				
東南亞	1990年(10)	1991年(175)	1987年(1,387)	
東南亞+本地	1989年(35)			
東南亞+本地	1992年(23)			1988年(10,420)*
防疫工作	最容易	吃力	困難	很困難

註：括號內的數字表示病例數

*：1988 之大流行，其病毒來源主要是 1987 年傳下來

撰稿者：韓明榮醫師（高雄市韓內兒科）

編者註：作好疾病監視是有效防治登革熱的方法之一，依據衛生署 81 年 5 月印製的「傳染病防治工作手冊」，登革熱疑似病例定義如下：

- ①不明原因發燒（38°C 以上）。
- ②激烈頭痛、後眼窩痛、骨頭關節或肌肉痛。
- ③發燒三至四天後身上呈現紅疹。
- ④發病期間全身發癢。

以上四項若有第①項，並有②、③、④項中任一項者就認為是疑似病

醫院若發現疑病例，請即填寫傳染病個案報告單寄出。若醫師能協助採血更佳，採血 3~5 西西，放室溫約 30 分鐘使血液凝固後，即移放普通冰箱下層冷藏。若已採血，請連絡轄區衛生所來拿取傳染病個案報告單及血液檢體，作免費的實驗室檢驗。

參考文獻

1. 葛應欽：登革熱流行病學－登革熱在台灣的流行。高雄醫誌 1989；5：1—11。
2. 劉宏文、何鐵樑、黃忠信等：1987 年台灣南部登革熱流行中 59 位經病毒學證實為登革熱病人之臨床觀察。高雄醫誌 1988；5：42—49。
3. 黃高彬、蘇淑娟、江季動：小兒登革熱之臨床觀察。高雄醫誌 1989；5：50—57。
4. 韓明榮：1987 年至 1988 年高雄地區流行的登革熱之臨床研究。高雄醫誌 1989；5：58—65。
5. Chuang CH：Dengue Epidemics in Taiwan，1981—1990. World Health Organization Dengue Newsletter 1991；6：31。
6. 韓明榮、江英隆、田美珠等：1991 年高雄市登革熱之流行與防疫。台灣醫誌 1993；5：58—65。
7. 行政院衛生署：台灣地區登革熱確定病例統計分析。疫情報導 1993；9：35—36。
8. Li FS，Yang FR，Song JC，et al：Etiologic and serologic investigations of the 1980 epidemic of dengue fever on Hainan island，China. Am J Trop Med Hyg 1986；35（5）：1051—1054。
9. Qiu FX，Chen QO，Ho QY，et al：The first epidemic of dengue hemorrhagic fever in the People's Republic of China. Am J Trop Med Hyg 1991；44（4）：364—370。
10. 張鑲松、韓明榮、Nimmannitya S：15 位泰國登革出血熱病童之臨床觀察。高雄醫誌 1990；6：131—136。

- 11 . Nimmannitya S 、 Thisyakorn U 、 Hemsrichart V : Dengue Hemorrhagic fever with unusual manifestations . Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth 1987 ; 18 (3) : 398 – 406 .
- 12 . Thisyaykul C 、 Mitrakul C 、 Chumdermpadetsuk S : Dengue infection with unusual manifestations . Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth 1990 ; 21 (4) : 693 .
- 13 . Hadinegoro SR 、 Nathin MA : The changing patterns of clinical manifestations in dengue hemorrhagic fever : 10 years observations . Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth 1990 ; 21 (4) : 694 .
- 14 . Innis BL 、 Myint KSA , Nisalak A et al : Acute liver failure is one important cause of fatal dengue infection. Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth 1990 ; 21 (4) : 695 .