

醫護人員預防 SARS 防塵口罩選用技術問答集

(中華民國九十二年六月四日)

(更多及最新 SARS 資料請上本局網站：<http://www.cdc.gov.tw>)

壹、口罩的選擇

Q：處於高暴露危險之醫護人員應佩戴何種口罩？

A：根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）之建議，醫護人員在對 SARS 病患進行診斷或照護時應該使用通過驗證而且等級屬於 N95（或等同）或以上之立體型防塵口罩，需注意的是並不是選擇了正確的口罩就能完全預防 SARS 的感染，還需其他如正確配戴以確保口罩與臉部接觸部位之密合、護目鏡、防護衣、防護手套等之使用、手部的清潔消毒、以及應讓 SARS 可能病患與疑似病患配戴沒有排氣閥且可防飛沫散布之口罩等措施的配合，才能將受感染的風險降至最低。（除拋棄式立體型防塵口罩外，另有更密合的半面體、全面體、或電動送風型呼吸防護具）

Q：佩戴口罩就完全保護醫護人員嗎？

A：口罩只是建議佩戴的各種防護具之一，除了口罩，也應該注意其他防護具及衛生習慣等防止感染的措施。防塵口罩是透過過濾及靜電吸附等作用，

將空氣中的病菌微粒捕集下來，讓乾淨空氣通過，藉以降低呼吸空氣中病菌微粒的濃度。病菌微粒在通過口罩時，其被捕集與否完全是「機率」的問題，除非完全不透氣，不然口罩不可能完全捕集（即使是最高等級（如 HEPA 級（high efficiency particulate air filter、P100 級）的防塵口罩，其捕集效率也只是 99.97%而已），因此也就是沒有所謂 100%的零風險，只是機率的大小而已，但是正確選用佩戴防塵口罩，一定可降低感染風險。再者，防護具一定要正確選用及佩戴，才能發揮防護具預期的功用，否則濾材捕集效率再高也是枉然，例如在佩戴不密合情形下，病菌會跟著氣流由洩漏處被吸入呼吸系統，佩戴不密合濾材捕集效率再高也是枉然。一般而言，呼吸阻力越大，越容易產生洩漏，越高捕集效率之防塵口罩，一般所產生的呼吸阻力可能越大，因此也越需要注意密合。

Q：何謂 N95 口罩？

A：N95 口罩是通過美國國家安全衛生研究所（NIOSH）根據 42CFR Part 84 方法驗證合格之防塵口罩的最基本等級。方法中不僅對口罩之捕集效率進行測試，而且還包括一定之程序及品質的確保，因此並不是有相同捕集效率就可自行標示 N95 等驗證符號，宣稱自己是 N95 口罩，重要的是一定要通過美國 NIOSH 之驗證（其他驗證制度也相同）。

Q：處於 SARS 高暴露風險之人員是不是只有 N95 口罩可選擇？

A：不是。N95 係因 WHO（世界衛生組織）最初參考美國防塵口罩驗證標準（42CFR Part 84）中之最基本的等級，換句話說，從防護的觀點而言，只要同等級或更高等級的口罩都可適用。WHO 也已於九十二年四月二十四日在「因應 SARS 醫院感染控制指引」一文中將 42CFR Part 84（其中將防塵口罩分為 N、R、P 三類，分別為 95%、99%以及 99.7%以上三個等級）中之所有等級 N95，N99，N100，R95，R99，R100，P95，P99，P100，以及歐盟 EN

149：2001 標準中之 FFP2，FFP3 等列為可選用的口罩，除此之外，對於等同上述標準之其他國家認證標準下所驗證合格之口罩也予以認同（N/R/P 95/99/100 or FFP 2/3 or an equivalent national manufacturing standard）。

Q：是不是口罩捕集等級越高越好？

A：原則正確，但前題是必須在正確使用且與人的臉型密合的情況之下。建議考慮風險概念，對於高暴露之醫療行為（如插管、抽痰等），採取捕集效率更高之口罩，甚至採取更密合之半面型、全面型、或電動送風型呼吸防護具（PAPR, Powered Air-purifying Particulate Respirator）。而對於捕集等級越高之口罩，要達到預期的防護效果，正確使用及密合的要求也就越高，等級越高之口罩雖然效率越好，但是在不正確的使用及沒有做好密合度測試之下，暴露的風險卻也可能上升，其次包括口罩供貨、價格等問題都應該適度取得平衡。WHO 用最基本等級建議，應該也是在考量可行情形下的一項初步折衷的建議，對於不同醫療作業，當更多研究後，應該會有不同之建議。

Q：如何分辨 N95 真偽？

A：一般通過驗證之防塵口罩，驗證機構一般會要求在口罩本體上標示適當內容，一般有廠商（可能名稱或符號）、型號、認證標準或機構、認證等級，例如通過美國 NIOSH 驗證之防塵口罩有類似標示【3M 8246 R95 NIOSH】、【SH 2950 NIOSH N95】等等，通過歐盟 EN149（2001）驗證之防塵口罩有類似標示【Piccola FFP2-S CE93 0200 EN 149】、【SH 2930 V FFP3 EN149:2001 CE 0086】。依此原則可自行判斷，也可要求廠商提出驗證文件（要注意是否同廠牌、同型號、同驗證系統，已經有部份廠商拿通過歐盟之文件，而銷售標示美國 N95 的口罩）。另美國 NIOSH 網站也公佈通過驗證之各種產品型號，可上該網站查詢，本所網站（www.iosh.gov.tw/sars0.htm）也有整理資料，可供參考。

Q：測試 N95 口罩的粒徑大小為何？

A：理想上驗證規範會採取最難捕集但也可行的測試條件進行測試，因此一般測試微粒粒徑所代表的就是該規範認為最難捕集的粒徑大小（確保其他粒徑的捕集效率都會比此高，例如美國 NIOSH 就是選用數量中位粒徑（CMD） 0.075 ± 0.02 微米（ μm ），標準差（GSD）1.86 進行測試，此粒徑對於近年來發展之帶靜電濾材，一般被認為是最難捕集的粒徑），相同的其他測試規範也有此考量，因此對於病毒、細菌或其他微生物的捕集，均有驗證之效率。

Q：SARS 冠狀病毒粒徑那麼小可能被捕集？

A：可以的，如前面所說明，防塵口罩有所謂最難捕集的微粒粒徑大小，這是因為微粒在氣流中的運動特性影響，防塵口罩主要材質是很細的不織布纖維，當微粒隨著氣流通過這些纖維周圍，若碰到纖維就被捕集下來，較大粒徑微粒較不容易隨氣流改變方向，捕集效率較高，當微粒粒徑小到一定程度，因為擴散作用及靜電作用，捕集效率也會上升。細小粒徑的微粒本身會有隨意震動的特性（擴散作用，就像有機蒸氣在靜止的教室前面，慢慢擴散到教室後面），再者微粒粒徑越小相同質量下會有更大的表面積，容易產生靜電，且在帶相同靜電電荷下，靜電力作用會更明顯，這二個擴散及靜電作用，對於越細小粒徑之微粒都越強烈，因此捕集效率都會增加。由於對於較大粒徑微粒及較小粒徑微粒都有特定作用，因此會有一個捕集效率最差的微粒粒徑，雖然 SARS 冠狀病毒粒徑就在這範圍，但也仍能被捕集下來。防塵口罩的功用在於防止 SARS 病毒藉由呼吸道的途徑傳播或造成感染，雖然根據相關資料<<http://www.bamboo.hc.edu.tw/information/sars/>>指出：SARS 病毒的直徑是 80~140 奈米（nm）（即 0.08~0.14 微米），以 N95 口罩而言，其具有 95% 以上的捕集效率，但需要提醒的是：SARS 病毒在經由病患說話、咳嗽或打噴嚏而散布時，是會附著在粒徑較大之飛沫上，由於飛沫之大小遠大於濾材之最易穿透粒徑，因此反而更容易被口罩所捕集。

Q：拿到沒有通過驗證的口罩怎麼辦？

A：最好能在購買前就先行判斷，若不小心已購買或獲得贈送，依據上述原則無法明確判斷通過驗證之防塵口罩，建議照顧 SARS 病患之高風險醫護人員決不可使用。若是廠商宣稱有相當性能也能提供適當證明文件，您應考慮是否相同測試條件（不同粒徑、不同測試風速影響很大）、測試數據的可信度、生產的品質管制等問題，考慮驗證口罩取得容易與否、風險等因素，決定接受與否。若是廠商無法提出或是故意不實標示，建議您慎思，對於廠商故意不實標示，甚至可考慮要求法務機關協處理。

Q：N95 口罩有沒有分醫療級或工業級？

A：驗證之防塵口罩產品沒有此分類，就防護顆粒狀病菌、灰塵等目的而言看，通過驗證之防塵口罩並無分別。市場上有廠商將通過防塵口罩測試之口罩類型，去登錄外科口罩（Surgical mask，目的在防止醫護人員飛沫影響病人健康，因此決不會有排氣閥），在區隔市場考量下，會使用不同名稱，因此就防塵目的而言，沒有所謂醫療級或工業級 N95 口罩分別。

Q：可不可以選用活性炭口罩或特殊機能口罩？

A：就防止吸入病菌等粉塵的目的，這些功能都不重要，只要確保防塵的功能，有無這些宣稱功能之口罩都可以。因此若是 N95（或同等級）等級以上口罩，不管有沒有添加活性炭或特殊功能，都是可選擇的口罩，只是應該考慮可能增加的呼吸阻力及價格問題。常見防塵口罩宣稱添加一些附加功能，最常見的就是 1.添加活性炭（活性炭主要目的在吸附有機溶劑蒸氣，對捕集顆粒狀病菌效果不大），2.添加奈米光觸媒（一般不織布纖維約 2-5 微米，無所謂奈米纖維，但有可能在纖維外層添加奈米光觸媒物質，一般接觸測試滅菌或抗菌之實驗，長時間下，奈米光觸媒有適當功能，而若病菌未被捕集，隨著氣流短時間通過口罩，有無此功效，值得擔心），3.抗菌材質（抗菌材質是

病菌不會繼續繁殖，而非殺死病菌，對於空氣中病菌若不能捕集，能不能阻止病菌繼續繁殖，似乎並沒有差別），這些都應該在有效捕集效率前提下，特殊功能才有意義。

Q：可不可使用帶有排氣閥的口罩？

A：排氣閥也是一項附加功能，只是有其特殊意義。排氣閥設計是一個單項的瓣膜，讓呼氣氣流容易排出，但不讓吸氣氣流通過，對於吸氣影響不大，但可降低呼氣的阻力。就防塵的目的而言影響不大，但是因為呼氣沒有經過口罩過濾，佩戴者呼氣也就未經過處理，若不希望佩戴者呼氣排出（如帶菌者、被隔離者）影響其他人，就不適用。就醫護人員而言，可否用有排氣閥的口罩，應該考慮所照顧的病人是否會因呼氣上的可能病菌影響病況（一般外科手術下，因為傷口怕感染，絕對不可以使用，其他情形可以依此原則判斷），以及若被感染後可能影響的層面等方面進行考慮。

貳、正確的口罩佩戴

Q：如何正確佩戴口罩？

A：佩戴或脫下口罩都應注意衛生，不可造成口罩污染，也要注意避免沾染口罩上病菌。一般口罩廠商應該會於包裝上或說明上告訴購買者如何正確佩戴，佩戴者應該依此原則佩戴，一般原則就在於能夠密合，口罩位置應該正確，鼻樑部有金屬片加強密合，採用頭帶方式加強固定並確保密合臉頰，帶子應該固定在適當地方，不可滑動（一般下頭帶先戴，固定在頸部頭髮下，上頭帶後戴，固定在後腦杓上方），佩戴後，應該調整金屬片密合鼻樑形狀，並確保密合（一般採用密合檢點，每次都要確定，用雙手蓋住口罩，吹一口氣，吹氣應該不會由與口罩接觸的臉頰部份漏出，若可行應要求醫院進行密合測試，使用儀器或味覺實際判讀是否有洩漏）。

Q：N95 口罩外戴一層醫用口罩或戴二層口罩好嗎？

A：最好不要，否則務必遵守「密合度好者在內，差者在外」之原則。一般戴二層口罩會破壞口罩的密合，也會增加呼吸的阻力，阻力越增加，越可能造成洩漏。但是因為每次進出隔離病房怕口罩被污染，應該每次更換 N95 口罩，在口罩缺乏的環境下，美國疾病管制局建議【在不影響密合情形下，可在 N95 口罩外戴一層外科口罩，進出隔離病房後，只更換外層的外科口罩】，如此可減少 N95 口罩的使用量，但別忘不破壞密合的前題。

Q：口罩內塞衛生紙或紗布好嗎？

A：最好不要，在口罩缺乏下，有各式各樣特殊延長口罩使用期限作法，考慮因素就如同戴二層口罩一樣，可能會破壞口罩的密合，也會增加呼吸的阻力，若是不會破壞密合，也會造成摩擦臉部或臉部有異物不舒服。因此若要如此做，一定要確保不破壞密合，而且不能因忍受阻力增加、摩擦等不舒服而不正確佩戴。

Q：如何保管口罩？

A：理想上口罩應該單次使用，脫下口罩將繼續使用，應注意適當保管，建議放在乾淨通風的環境保管，應避免被病菌等附著污染，也可讓口罩上溼氣乾燥，甚至透過天然紫外光殺菌，但在下列情形不應繼續使用：有被污染之虞、破損、變形、骯髒、異味、呼吸阻力增加等。

Q：可否消毒？

A：理想上口罩應該單次使用，然而在口罩較為缺乏情形下，不得不較長時間使用，有人建議採取高溫蒸氣、噴酒精、消毒水等激烈的方式來消毒殺菌，這種激烈方式並不恰當，因為高溫及酒精、消毒水可能會使一般不織布纖維材質（非布質）變形破壞，也可能雖然外觀不變，但已破壞口罩內部不織布

纖維的帶電性，這些都會降低口罩的捕集效率。若真的需要消毒，建議多花些時間採取比較溫和的陽光曝曬或是自然通風晾乾方式。

Q：口罩佩戴有方向性嗎？

A：一般而言，拋棄式口罩材質的順序並不會影響口罩對微粒的捕集效率，在實際使用時建議應參考製造商之佩戴說明，以確保與臉部之密合，例如鼻樑金屬片要壓注口罩確保密合（最重要），若可行帶子也應在口罩外避免影響密合，最後也需考慮與臉頰接觸的舒適性、口罩美觀、吸水防水等因素，以避免因為違反廠商所建議之配戴方式而引起的其他問題。

Q：脫下口罩應注意哪些事項？

A：如同戴口罩一樣，脫下口罩也應注意衛生，避免污染口罩，也避免口罩上污染病菌，透過手的觸摸而散佈。建議脫下口罩前、後最好都能透過洗手或消毒，徹底清潔手部。若是要拋棄有被病菌污染之虞的口罩時，應注意避免造成病菌散佈的可能，衛生署建議將可能被污染一面往內摺，丟入塑膠袋內密封。

本問答集係葉文裕組長、張靜文博士、黃盛修博士、陳春萬副研究員、于台珊助理研究員，與來電之醫護人員討論有關口罩相關的問題後整理，提供各界參考，並此感謝各界及研究同仁之協助。

「嚴重急性呼吸道症候群」治療建議

(衛生署 SARS 防疫疾病治療組審訂 92 年 5 月 30 日)

SARS 藥物治療指引

抗病毒藥物治療 (Antiviral therapy)

一、口服給藥 Ribavirin (200mg/cap, Rebetol ; Schering-Plough Ltd, or Roche)

1. 使用時機：

a. 疑似病例 (可能性高者)：

與 SARS 病患親密接觸者。

不明原因發燒 ($>38^{\circ}\text{C}$)，全身肌肉酸痛，腹瀉。

WBC 數值正常或偏低、淋巴球偏低、CRP 增高、GOT/GPT/CPK/Na 等數值不正常。

b. 可能病例：

疑似病例，且併有下列條件：

胸部 X 光有異常浸潤，或

SARS 冠狀病毒檢驗陽性。

註：親密接觸者—指照顧者、一同居住的家人及有直接接觸疑似及可能 SARS 病患呼吸道分泌物或體液的醫護人員。

2. 給藥劑量：起始劑量一次給予 2000mg；之後十天的維持劑量：體重超過 75kg 者每日 1200mg (一天兩次，每次 600mg)，體重不超過 75kg 者每日 1000mg (上午劑量 400mg 下午劑量 600mg)。

3. 藥物劑量以 200mg 為單位，依體重計算後取較接近的整數，建議用餐後服用。

4. 需告知使用此藥物的病患在停藥六個月內不能懷孕，因為此藥物對於懷孕及胚胎生長會有所影響，機轉不明。

5. 副作用：噁心、貧血、心搏過慢等。

二、靜脈給藥 Ribavirin (1200mg/vial, ICN)

- 1.給藥劑量：起始劑量 30-33 mg/kg IV (最大劑量 2 gm)，之後四天維持劑量 16 mg/kg (最大單次劑量 1 gm) 每六小時一次，再之後三到六天維持劑量 8 mg/kg (最大單次劑量 500 mg) 每八小時一次。
- 2.藥物以靜脈輸液 > 30 分鐘方式給予。(可稀釋於 distilled water、dextrose water 或 saline)
- 3.使用時機：嚴重感染及對口服藥物的耐受性不佳。
- 4.注意心搏過慢和其他的藥物毒性。
- 5.需合併使用其它抗微生物製劑作經驗性治療，此抗微生物製劑之抗菌譜應涵蓋治療一般典型及非典型社區肺炎之病原菌。

免疫調節製劑 (Immunomodulating agents)

一、類固醇

在抗病毒療法後使用類固醇之時機仍有爭議，臨床上，須視病例情況而選擇用藥。

- 1.不要在開始使用 Ribavirin 的 48 小時內使用，通常在發病(指開始發燒) 7 天後開始使用。
- 2.在使用 Ribavirin 後，若病程仍持續惡化則考慮使用。(病程惡化係指持續發燒併多葉肺炎，加上多種實驗室檢查異常，如低血鈉、CRP 激增、CPK、GOT、GPT、LDH 升高、或使用氧氣導管 5L/min 下 SpO₂ 仍 < 95%)。
- 3.若原本已降下之 CRP 出現彈升(一般在發病後 9±2 天)，伴隨體溫再度升高，臨床症狀(如腹瀉、咳嗽)之惡化，血氧飽和濃度持續降低，放射線影像惡化時，應考慮類固醇之使用。此時仍應設法排除續發性感染之可能。
- 4.建議劑量：methylprednisolone：2mg/kg/day 使用五天，1mg/kg/day 使用

五天，之後十天內逐次減量至停用，若使用時間過長有產生續發性細菌感染之疑慮。類固醇減量時可能發生反彈（rebound）現象，此時應再回到初始劑量，重新開始。當使用建議劑量之類固醇治療時，臨床症狀（尤其是發燒、呼吸急促與血氧飽和度）、肺部浸潤、與淋巴球低下（三者有二）持續惡化時，可考慮類固醇脈衝治療（pulse steroid therapy）methylprednisolone 0.5g-1g/day，連續三天，再回到建議劑量。

二、靜脈免疫球蛋白療法

在抗病毒療法後使用靜脈免疫球蛋白之適應症與時機仍有爭議，臨床上，須視病例情況而選擇用藥。

1. 臨床觀察發現，免疫球蛋白療法用在臨床上顯示有噬血症候群（如進行性白血球減少、血小板減少、貧血併鐵蛋白增加）的病患可能有效。
2. 建議劑量：1gm/kg/day 持續靜脈輸注兩天（建議預先給予抗組織胺藥物以減少過敏反應）。

SARS 的呼吸照護

一、氧氣治療：

1. 當病患呼吸空氣時， $SpO_2 < 95\%$ 或 $PaO_2 < 80 \text{ mmHg}$ 時，即需要給予氧氣。
2. 使用氧氣鼻導管或非再吸入型面罩(Non-rebreathing mask)維持 $SpO_2 \geq 95\%$ 或 $PaO_2 \geq 80 \text{ mmHg}$ 。使用氧氣鼻導管時，不需使用潮濕瓶。
3. 絕對禁用會產生霧氣或水滴的氧氣治療措施，如 Multi-purpose (All-purpose) nebulizer、aerosol inhalation therapy 等任何增加 SARS 病毒散佈環境及感染危險的裝置。也不建議使用高流量氧氣裝置，如 Facetent、tracheal mask、T-piece。
4. 病患出現血氧飽和度降低、氧氣需求量增加、胸部 X 光影像惡化等現象時，應即會診胸腔專科醫師尋求協助。

二、插管適應症：

- 1.絕對適應症：PaO₂/FiO₂ < 100，或使用 Non-rebreathing mask 後 PaO₂ < 80 mmHg。
- 2.相對適應症：PaO₂/FiO₂ < 200 且 PaCO₂ > 50 mmHg 或是 pH < 7.25（呼吸性酸中毒）及血流動力狀態不穩定。
- 3.絕對禁止使用非侵襲性面罩式、非密閉式呼吸器（如 BiPAP、CPAP、NIPPV 等），任何增加 SARS 病毒散佈環境及感染危險的裝置。
- 4.在治療人員有適當的防護措施下（詳見 SARS 感控原則），若病患病情一旦惡化，建議提早插管照護。
- 5.所有插管病患，均應與胸腔科醫師偕同照護。

三、插管後呼吸照護：

環境保護措施

- 1.呼吸器使用拋棄式管路。吐氣端出口加裝細菌過濾器，或加裝 Scavenging 裝置，並接負壓系統將病患的廢氣抽出。
- 2.禁用加熱型潮濕器，改用高效能過濾功能之人工鼻（Bacterial/viral removal efficiency > 99.99% HMEF），每兩天更換一次。
- 3.禁用任何目的（如吸入性給藥、濕化痰液）之噴霧治療，盡量以口服及注射給藥。
- 4.使用密閉式抽痰管路系統，每兩天更換一次。
- 5.原則上盡量避免擠甦醒器、痰液採檢等增加病患呼吸道黏液直接暴露空氣中之危險動作。若需使用甦醒器，需加裝 Filter。
- 6.非必要應減少管路 Disconnect 的機會，若無法避免之時，機器端需接上過濾器及試驗肺袋(或類似替代品，如空手套)，以防管路內氣霧噴出。

病患照護措施

- 1.以 ARDS 病患治療原則進行：呼吸器設定選擇合適的呼吸模式；在 ARDS 病患大多以壓力為目標的呼吸模式（如 PC、PRVC、Auto-flow）較能

符合病患的需求，以適當的氧氣濃度及 PEEP 值維持病患之氧合作用，潮氣量維持 6-8 ml/kg，氣道高原壓力維持在 < 30-35 cmH₂O。

2. 一般其他支持療法，如白蛋白輸液及體液輸出入負平衡，和俯臥姿式或許有助於氧合的改善。
3. 呼吸過喘而與呼吸器 Fighting 的病患，建議提早使用適當的鎮靜劑及肌肉鬆弛劑，以免增加氧氣需求，及呼吸器管路接頭鬆開的危險。
4. 當發生氣胸需要胸腔引流時，無菌胸瓶內胸腔引流液須避免與空氣接觸而造成病毒氣霧飛散，應採用 two-bottle system，胸瓶中裝 1：10 漂白水。

四、呼吸器脫離原則

1. 使用 pressure support mode 漸減法，不嘗試 T 型管自然呼吸試驗 (T-Piece)。
2. 拔管原則：沒有使用升壓藥及鎮靜劑，PaO₂ / FiO₂ > 200，PEEP ≤ 5 cmH₂O，抽痰有咳嗽反應；呼吸器設 CPAP ≤ 5 cmH₂O，pressure support level < 5-8 cmH₂O，無呼吸困難。
3. 拔管方法：採負壓拔管方式，關閉呼吸器，鬆氣囊，直接連同密閉式痰管抽吸方式拔管。

醫院外簡易帳篷發燒篩檢站設置注意事項

I. 篩檢站相關設施

- A. 必須有洗手台設施或提供手部清潔消毒之產品。
- B. 病人進入發燒篩檢站 4 步驟: 1.徹底洗手 2.戴上口罩 3.體溫測量 4.詢問病史填寫問卷。
- C. 需備有 X 光機(可移動式)。
- D. 若選擇組合屋模式, 須有適當的空氣流動/排氣負壓裝置。
- E. 若設置開放式帳篷(如新加坡與高雄長庚醫院模式)之發燒篩檢站應選擇遠離人群聚集處, 於空氣可流動之開放空間。

II. 管理控制

A. 一般

- 1. 教育醫療工作人員、病患及探病者關於 SARS 傳染與感染控制之預防措施。
- 2. 定期監測相關醫療人員是否接受 SARS 感染控制之預防措施。
- 3. 在發燒篩檢站, 針對所有病人、訪客與醫療人員都必須建立記錄。
- 4. 當病人被診斷為可能或疑似 SARS 時, 必須馬上通報醫院感染控制人員及公共衛生人員。

B. 病人

- 1. 病人在前來接受檢查是否罹患 SARS 時, 應被告知除非必要, 避免與家人同來, 以減少感染。
- 2. 發燒或/與有呼吸道症狀之病人必須戴上外科用口罩。
- 3. 所有到發燒篩檢站的病人在候診區座位上(chairs)或擔架(病床)上每個病人必須至少相距 2 公尺以上。
- 4. 疑似或可能的 SARS 病人, 應被安排到一個隔離的地區。

C. 醫療人員

1. 醫療照護工作者應該嚴格遵守手部清潔衛生規則，在與病人接觸之前與之後都必須清潔手部。
2. 當評估疑似 SARS 病人時，醫療人員必須戴手套、戴 N-95 口罩，眼臉保護(面罩與眼罩)與穿戴隔離衣。

本文係由美國疾病管制局專家 Dr. Soju Chang 之建議。台灣疾病管制局另有組合屋式之發燒篩檢站，有別於本文帳篷開放式之設置。各單位可參考應用。

停診補償 Q&A

行政院已依據「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」第十四條第三項規定，於 92.5.15 訂定發布「受嚴重急性呼吸道症候群影響而停診之醫療機構補償辦法」（以下簡稱本辦法），並自 92.3.1 施行，醫療機構如果有受嚴重急性呼吸道症候群（SARS）影響而停診之情形，可以依本辦法規定申請補償。

Q1：哪些停診之醫療機構可以申請補償？

A：醫療機構如因執行 SARS 防治工作而停診，未實際執行醫療業務，且未申報領取醫療費用者，即可申請補償。

* 停診係指具下列情形之一：

- (1) 經衛生主管機關通知停診，而完全停止所有門、住、急診服務者。
- (2) 其負責醫師、醫事人員遭強制隔離而必須停止所有診療服務者。

Q2：為何要給予停診之醫療機構補償？

A：為了落實 SARS 工作，減少傳布疫情之機會，且為了保障配合防疫政策而暫時停止診療業務之醫療機構之營運及收入，故給予其基本人事費及維持費之補償，以使停診之醫療機構得以維持基本運作，不致使醫療機構遭受重大損失。

Q3：可以申請補償之費用有哪些？

A：可以申請補償之費用包括在停診原因存續期間內所必須支出之基本人事費及維持費，由中央衛生主管機關核實給予補償（如上開費用已編列公務預算支應部分，應予扣除，不予補償）：

- (1) 基本人事費：係指停診前已任職而於停診期間仍留任之員工基本薪資，不包含加、值班費及各項獎勵金。

(2) 維持費：係指醫療機構於停診期間應負擔之水費、電費、電話費、瓦斯費、租金、管理費、清潔費、各類社會保險之保險費及其他為維持基本運作所需之必要費用。

Q4：員工基本薪資如何認定？

A：所謂員工基本薪資係以醫療機構停診前三個月之員工基本薪資平均計算，如無法提供薪資證明文件，則以參加全民健康保險之投保金額計算。

Q5：如果已接受基本人事費之補償，可否再請領員工受強制隔離給予公假期間之工資補貼？

A：不行。如果醫療機構已接受基本人事費之補償，即不再適用「受嚴重急性呼吸道症候群影響發生營運困難產業及醫療（事）機構紓困辦法」之規定，請領員工受強制隔離給予公假期間之工資補貼。

Q7：應於多久內提出申請？又應該向那個單位提出申請？

A：醫療機構應於停診原因消滅後二個月內向中央衛生主管機關提出申請。但如果停診期間連續滿三十日者，得自滿三十日之翌日起，先申請發給該期間之補償。

Q8：申請補償時要提出哪些文件？

A：醫療機構應填具申請書，並提出領據、員工薪資證明文件、各項維持費之證明文件（如：水費、電費、電話費.....等各項收據）及其他經中央衛生主管機關指定之相關證明文件，俾供受理單位審核。