



疫情報導

- 665 台灣地區 90~93 年山地鄉桿菌性痢疾防治成果報告
- 690 第二型豬鏈球菌 (Streptococcus suis type 2) 感染症
- 699 APEC 會員體因應全球流感因應大流行準備計畫之比較與評析
- 720 合約實驗室病毒檢驗結果趨勢圖
- 722 國內重要疫情摘要報告
- 727 國際疫情及新知
- 733 台澎金馬地區各類法定傳染病個案報告表

台灣地區 90~93 年山地鄉桿菌性痢疾防治成果報告

*余燦華¹、賴明和²、吳炳輝¹、林頂³

¹衛生署疾病管制局防疫組，²衛生署疾病管制局研究檢驗中心

³衛生署疾病管制局副局長

摘要

桿菌性痢疾在台灣部分山地鄉每年有許多病例發生，其發生率是非山地鄉的數十倍甚至百倍，為山地鄉重要傳染病之一。疾病管制局藉由實施 90~93 年之「加強山地鄉桿菌性痢疾防治四年計畫」，改善衛生支持環境及進行多種管道衛生教育宣導、改變住民衛生認知及培養健康行為、加強當地醫療院所人員在職訓練、建立嚴密的疾病監視系統、改善環境衛生及農業行為等方法，加強山地鄉桿菌性痢疾疫病防治。經 4 年的努力，在 93 年底，重點防治山地鄉桿菌性痢疾之病例數降低達前 5 年平均病例數 84%。台灣地區 86~93 年整體山地鄉桿菌性痢疾每 10 萬人口累積發生率/年，依次為 31.3、42.3、51.5、55.4、325.8、79.0、16.9、15.8，顯示山地鄉桿菌性痢疾流行業已受到良好控制。

關鍵字：台灣、山地鄉、桿菌性痢疾、防治計畫

前言

桿菌性痢疾是由痢疾桿菌感染所引起的一種細菌性腸道傳染病，人們受到感染後 1 至 3 天內會出現腹瀉、發燒及噁心症狀，也可能出現毒血症、嘔吐、痙攣及裏急後重等症狀。典型患者糞便中有血跡、黏液及細菌群落形成之膿，部份患者也有水樣下痢情形〔1〕。如同傷寒沙門桿菌一樣，痢疾桿菌在自然界中並沒有貯留宿主，主要是經由人與人間（通常是小孩）的直接接觸，或因食入受污染的食物造成感染傳播，桿菌性痢疾具有高接觸傳染性，只需不到 200 個菌落數就能造成感染〔2〕。先前的研究，非常強調經由接觸或昆蟲的小量污染就能造成此病之傳播〔3〕，據 Wharton 等〔4〕在許多聚集案件的研究推論，眾多繼發性病例都是由於不同程度的接觸感染者而遭受感染，而嬰幼兒和小孩子通常都是原感染源〔5〕。因此，桿菌性痢疾防治必須從個人衛生、飲水衛生、環境衛生、生活飲食習慣等，多方面共同努力改善，才能有效防治桿菌性痢疾之發生與流行。

台灣地區過去由於在公共衛生上的努力及推行各項防疫措施，同時由於環境衛生的改善及國人生活水準的提高，霍亂、傷寒、副傷寒、阿米巴痢疾、A 型肝炎等腸道傳染病已逐漸少見，但 A 型肝炎及桿菌性痢疾仍是山地鄉重要的傳染病，因此，衛生署於 80 年 6 月起，實施山地鄉 A 型肝炎疫苗接種計畫，結果自 86 年起病例數即明顯減少，至 87 年，山地鄉發生率甚至較非山地鄉為低，但國內部分山地鄉每年仍有極多的桿菌性痢疾病例發生，桿菌性痢疾已成為部分山地鄉重要的傳染病，其發生率始終居高不下，是非山地鄉的數十倍甚至數百倍。

桿菌性痢疾感染對整個社會、國家的影響是多層面的，它不僅是個人的健康問題，也是家庭、社區部落及國家的一項經濟負擔，因疾病所造成的腹瀉、發燒、嘔吐等不適症狀，將導致病人數日無法外出工作，影響家庭經濟

收入，病患如住院隔離治療，也會造成醫療負擔增加；其次，桿菌性痢疾對山地鄉的觀光事業也有重大影響，如果桿菌性痢疾無法消除，對觀光客的健康也將是一項威脅。此外，桿菌性痢疾疫情的發生也有損國家形象，因桿菌性痢疾常發生於環境衛生建設較差及個人衛生習慣不良的地區，尤其是在東南亞及非洲等落後地區流行，而台灣地區已晉升開發國家行列，年平均國民所得高達一萬四千多美金，若每年仍可發現如此多的桿菌性痢疾個案，實在有損國家的國際形象。因此，降低山地鄉桿菌性痢疾發生率，除了可以保障山地鄉居民的健康外，並可維護國家形象。

有鑒於此，疾病管制局於 89 年度即著手擬定「推動山地鄉桿菌性痢疾防治四年計畫」，並自 90 年度起與山地鄉所在地之衛生局共同開始執行這項防治工作，期望經由本項計畫之實行，減少山地鄉桿菌性痢疾之流行。

材料與方法

桿菌性痢疾確定個案定義

患者之糞便或肛門拭子檢體，經檢驗為桿菌性痢疾陽性者。

疫情分析（86~89 年）

臺灣地區於民國 86~89 年共報告 1632 例桿菌性痢疾病例（表一），依發生率及人口數分年分析，86~89 年山地鄉確定病例每 10 萬人口發生率分別為 31.3、42.3、51.5 及 55.4 人；非山地鄉確定病例每 10 萬人口發生率分別為 1.5、1.5、0.4 及 0.9 人。山地鄉人口數自 86~89 年佔台灣地區人口數之比率分別為 0.0095、0.0096、0.0097、0.0097，皆僅佔台灣地區人口數約 1/100，而山地鄉發生率較非山地鄉發生率之倍數分別為 21 倍、28 倍、120 倍、65 倍。由此可得知山地鄉桿菌性痢疾之發生情形明顯較非山地鄉嚴重（圖一、二、三、四）。

依年齡別分布百分比分年分析，86、87、88、89 年山地鄉桿菌性痢疾病

例主要發生在 0~4 歲，分別為 30 例、41 例、41 例及 51 例，佔當年所有病例之 46%、46%、37% 及 43%，而 87、88 及 89 年分別有 57 例、76 例及 85 例，佔當年所有病例之 64%、69% 及 71%。整體而言，山地鄉桿菌性痢疾病例主要發生在 14 歲以下之年齡層（表二、圖五）。

依性別發生率分年分析，男女每十萬人口累積發生率，86 年為 26 人（男）、37 人（女），男女性別比值為 1：1.4，87、88 及 89 年分別為男 33 人及女 52 人、男 47 人及女 56 人、男 42 人及女 69 人，男女性別比值分別為 1：1.6、1：1.2、1：1.7。如圖六所示，86~89 年各年齡組，女性在 0~14 歲好發年齡層外之病例，有較男性高發生的趨勢。

依地域別分年分析，如表三及圖七、八所示，山地鄉桿菌性痢疾病例慣常發生於宜蘭縣、桃園縣、新竹縣、南投縣、花蓮縣、台東縣等縣市之山地鄉。

依月別分年分析，86 年計 4、5、6、7、8、9、11 月份病例數超過當年月平均病例數，87 年計 5、7、8、9、11、12 月份病例數超過當年月平均病例數，88 年計 1、7、10 月份病例數超過當年月平均病例數，89 年計 6、9、11、12 月份病例數超過當年月平均病例數；86~89 年各月份大於當年月平均值計次百分比等於 50% 之月份，則為 5、6、8、12 月份，86~89 年各月份大於當年月平均值計次百分比等於 75% 之月份，則為 7、9、11 月份，歸納僅有 1、2、3、4、10 月份小於 50%，其餘 5、6、7、8、9、11、12 月份均大於 50%，換言之，山地鄉桿菌性痢疾病例在春季節有稍低發生之趨勢。

總而言之，山地鄉桿菌性痢疾之發生率遠高於平地鄉，慣常發生於宜蘭縣、桃園縣、新竹縣、南投縣、花蓮縣、台東縣等縣市之山地鄉，好發於 14 歲以下之年齡層，女性在 0~14 歲好發年齡層外之病例，有多於男性之趨勢，除了 1 至 4 月份較低發生外，其餘 5、6、7、8、9、11、12 月份均間有發生，而無明顯季節發生流行之現象（表四、圖九）。

問題分析

根據疾病管制局及地方衛生單位多年來在山地鄉實地進行疫情調查及防治工作之結果發現，桿菌性痢疾在部分山地鄉發生傳染流行，而部分山地鄉卻未發現病例之原因，與居民之生活文化、生存環境及經濟活動均有關係，例如：

- (一) 原住民的種族特性及生活習俗：因桿菌性痢疾的傳染性很高，只要吃入 10-100 個病原菌就可致病，因此如不注重個人衛生習慣，極易在家人及接觸者間相互傳染。歷年來發病率較高的山地地區大都集中於以泰雅族為主的社區，這可能與泰雅族原住民有生食及戶外共享食物的文化習俗有關，且常不使用餐具直接以手取食，而讓疾病在家族成員及原住民社區之間造成傳染。
- (二) 原住民本身對疾病有不適當的認知觀念：許多原住民同胞認為拉肚子無所謂，或有小孩子不拉肚子就長不大的錯誤觀念，往往因而延誤病情，造成疾病在家庭及社區、學校中散播。
- (三) 飲用水之衛生問題：依據民國 87 年統計資料顯示，山地鄉之自來水普及率為百分之 31.2，非山地鄉為百分之 90.6，部分山地地區雖有簡易自來水設備，但缺乏完善之管理，使用水質堪慮。且原住民本身因不習慣自來水之味道或因使用自來水需繳納水費等因素，仍習慣直接飲用未經煮沸的山泉水，故除提高自來水接管率及地方政府加強簡易自來水之管理，以維護飲用水品質及安全外，有關單位更應教育原住民飲用經煮沸之開水，以避免感染水媒傳播之傳染病。
- (四) 環境衛生問題：部分住家為出糞式廁所，缺乏化糞池及適當污水排放設備，未經處理之排泄物隨意排放，容易造成環境及水源的污染。甚至接引山泉水的水管即鋪設於排水溝內，飲水極易受到污染，且垃圾丟棄或堆置於住家附近，致蒼蠅病媒大量孳生，再加上無安裝紗門、

紗窗，可能使食物遭受污染。

- (五) 農業經濟活動：經濟作物以種植高冷蔬菜或水果為主，且因化學肥料價格較貴，故常購買未經發酵處理的生雞糞施肥，造成蒼蠅大量孳生，有利病原菌的傳播。又因工作地點常在山區離家很遠的地方，工作地點附近雖有工寮，但設備簡陋鮮少有廁所及洗手設備，因此隨地便溺，易造成水源污染或病菌散播。
- (六) 就醫及通報問題：民眾對疾病的認識不正確，往往認為拉肚子無所謂而未立即就醫，此外因山地交通不便、醫療資源不普及或部分原住民因無法負擔健保費用而未加入健保，因此影響其就醫意願，以及醫師對疾病認知不足或通報方面不夠積極，也影響疫情通報及防治工作處理時效。

執行期間

本防治計畫自民國 90 年 1 月 1 日起至民國 93 年 12 月 31 日止。

防治目標

至民國 93 年底，降低重點防治山地鄉桿菌性痢疾數達前五年平均病例 50 % 以上，消除重點防治山地鄉桿菌性痢疾之流行。

防治政策理念

- (一) 強化防治原鄉部落之高發生率疫病。
- (二) 照顧弱勢團體，保障原住民享有身體健康之權利。
- (三) 強化預防，減少後續醫療支出及整體防疫社會成本。
- (四) 強化原鄉部落發展觀光的條件，增進原住民之經濟生產日數。

防治成效過程指標：

1. 民國 90 年在重點防治地區之 13 個山地鄉，其桿菌性痢疾病例總發生數，

降低至前五年間平均數之 75 %以下。

2. 民國 91 年在重點防治地區之 13 個山地鄉，其桿菌性痢疾病例總發生數，降低至前五年間平均數之 65 %以下。
3. 民國 92 年在重點防治地區之 13 個山地鄉，其桿菌性痢疾病例總發生數，降低至前五年間平均數之 55%以下。
4. 民國 93 年在重點防治地區之 13 個山地鄉，其桿菌性痢疾病例總發生數，降低至前 5 年間平均數之 50 %以下。

防治策略

為有效達成本防治計畫之防治目標，本局擬定下列防治策略：

1. 依據近年來台灣地區山地鄉桿菌性痢疾疫情之嚴重程度，於 90 年度選出六縣十三鄉（包括宜蘭縣南澳、大同鄉，桃園縣復興鄉，新竹縣尖石、五峰鄉，南投縣仁愛、信義鄉，花蓮縣秀林、卓溪、萬榮鄉及台東縣海端、達仁、蘭嶼鄉）為重點防治地區，並於 91 年度加列嘉義縣、高雄縣及屏東縣等轄區有零星病例數的山地鄉為加強防治地區。
2. 結合重點防治縣市成立「山地鄉桿菌性痢疾防治推動小組」，由相關單位依業務及權責分工，全面推動山地鄉桿菌性痢疾防治。
3. 配合部落健康營造計畫，訓練及動員山地社區志工辦理衛教宣導工作。
4. 辦理熱心團體投入衛教宣導工作。
5. 辦理家戶衛生競賽或社區觀摩會等相關活動，提高民眾清理及維護環境衛生之觀念。
6. 辦理機構（包括學校及長期照護機構）及衛生所防疫人員痢疾防治及飲用水衛生講習，以增進其對桿菌性痢疾防治之認知。
7. 辦理醫療院所人員衛教工作，全面掌控疫情，避免漏報病例，及早進行防治工作。
8. 落實從學校及社區之衛教生根工作，以徹底改變其生活習慣，避免不良生

活習慣引起疾病流行。

9. 建立完善之傳染病嚴密監視系統，全面掌控疫情，避免漏報病例，進行有效防治，以達到確實控制及消除之目標。
10. 建構重點防治地區之實驗室檢驗支援系統，早期偵測並就近追蹤病例及帶菌者，預防二次傳染及擴大流行之發生。
11. 按年分季定期辦理山地鄉桿菌性痢防治檢討會，適時討論及解決防治問題。
12. 辦理年度防治業務考評，發揮督導加強防治縣之辦理績效、發掘其防治困難及問題，鼓勵辦理防治績效良好之縣市，增加各縣市互相觀摩以為經驗及學習。

辦理工作

90~93 年辦理工作：

1. 於各重點防治鄉補助經費建造基礎衛生建設，如飲用水衛生、排水設施、家戶衛生改善設施及增建洗手設施等。
2. 成立縣級防治工作小組並分年定期召開業務檢討會及季檢討會。
3. 按季辦理全國性加強防治縣山地鄉桿菌性防治業務季檢討會及年終檢討會。
4. 動員志工參與防疫工作：
辦理宜蘭縣大同鄉、南澳鄉，桃園縣復興鄉，新竹縣尖石鄉、五峰鄉，南投縣信義鄉、仁愛鄉，花蓮縣秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉，台東縣蘭嶼鄉、海端鄉、達仁鄉，嘉義縣，高雄縣，屏東縣各山地鄉等桿菌性痢疾防治志工訓練及投入防治行列。
5. 生活環境、習慣、農業行為衛教宣導：
計辦理宜蘭縣、新竹縣、桃園縣、南投縣、嘉義縣、高雄縣、屏東縣、台東縣、花蓮縣等 4343 場次。

6. 加強醫療院所疾病通報講習：
計辦理宜蘭縣、新竹縣、桃園縣、南投縣、嘉義縣、高雄縣、屏東縣、台東縣、花蓮縣等 458 場次。
7. 於各重點防治山地鄉廣泛製作宣導旗幟、單張及海報及大型衛教看板。
8. 辦理南投縣、新竹及宜蘭縣實驗室支援系統。
9. 各加強防治縣市舉辦縣級山地鄉桿菌性痢疾防治繪畫比賽並將得獎作品於山地鄉製成大型衛教看板，融入原住民文化及特色，加強衛教宣導效果。
10. 分年辦理 91、92、93 年度加強防治縣市山地鄉桿菌性痢疾防治業務年終評比。

成果

「山地鄉桿菌性痢疾四年防治計畫」於 93 年底結束，93 年底九重點防治縣市山地鄉桿菌性痢疾總病例數計 36 例，與前 5 年平均病例數 223 例比較，降低重點防治山地鄉桿菌性痢疾之病例數達 84%（表五）。

整體山地鄉桿菌性痢疾個案至 93 年底降低至僅 38 例，86~93 年每十萬人口累積發生率/年，依次為 31.3、42.3、51.5、55.4、325.8、79.0、16.9 及 15.8 人，顯示山地鄉桿菌性痢疾流行業已受到良好控制（圖十）。

藉由實施加強山地鄉桿菌性痢疾防治計畫，透過多重管道的衛生教育宣導、改變住民的衛生認知及培養健康行爲、加強醫療院所人員在職訓練、建立嚴密的疾病監視系統，改善環境衛生及農業行爲等，全面改善山地鄉住民桿菌性痢疾疾病的發生，減少後續醫療支出及整體防疫社會成本，並使住民享有健康及不得病的天賦人權，降低因病休養而減少經濟收入的情形，增進山地鄉整體環境衛生，促進山地部落觀光，增進山地部落的經濟活動，進而增加經濟收入。同時因病原體於宿主貯留機會降低，進而對我國整體桿菌性痢疾防治發揮莫大助益。

討論

桿菌性痢疾易感染之危險因子與個人衛生習慣、環境衛生、衛生支持環境、用水情形、年齡、性別、季節可能均有相關。由於山地鄉居民之生活環境及衛生基礎建設與非山地鄉相較而言較差，加上原住民的種族特性及生活習俗、衛生習慣、對疾病錯誤的認知觀念、自來水、廁所普及率低及設置設備簡陋、排泄物及排水之處理設備差、住家病媒蚊防制環境、食物保存方式不佳、大量使用未經發酵處理的生雞糞施肥、居民對疾病的認識不正確、住民就醫障礙及醫師對疾病認知不足或通報方面不夠積極等等因素，使得山地鄉桿菌性痢疾防治工作是一項極富挑戰性工作。

徹底防治山地鄉桿菌性痢疾，首重居民衛生知識的建立、良好衛生習慣的養成、改善居住環境、飲水衛生及完善疫情監視與通報，故防治應從多方面著手，為使防治計畫能確實有效，本局在防治第一年採取改善衛生基礎建設、社區衛生議題建立、衛生宣導、結合當地資源取得共同防治共識的策略，而在後續第二、三、四防治年，則在第一年架設的基礎下，全力推展衛生宣導，運用不同衛教宣導管道，例如社區活動、教會、學校、醫療院所、志工徵募、熱心團體及學校社團等方式積極辦理衛教宣導活動，結合當地人文、地理、種族及習俗，設計不同種類、方式及介入衛教方式，全力改善民眾之生活及衛生習慣。同時，加強對公共衛生防疫人員及醫療院所醫護人員的辦理繼續教育，強化疫情監視、即時防治及提升醫療水準，是建立一項完善防治工作所必需的。

要讓一個跨九縣市行政區並包含不同山地鄉，不同種族及文化的防治計畫有效推展成功，我們認為其間的行政溝通協調是一項非常重要的事，為了能讓防治策略及指令能有效的傳達至防治第一線的衛生所防疫人員，讓第一線的防疫人員能將防治所遭遇的的困難，適時得到答案及解決，我們每三個月定期召開防治工作檢討會，各防治縣市代表除在會中將每季工作執行情形

報告外，並將轄區內所發生的案例或聚集流行案件提出共同討論，適時解決疑難及訂定防疫規範，使得防治工作能有所遵循，我們認為這能使計畫更加的順利推展。

由於此項計畫含括不同區域不同種族的原住民，因此地域的差異，是我們考慮的重點，爲了讓衛生教育宣導有效推行，我們的防治計畫秉持一個指導方針，就是衛生教育計畫宣導僅規範了各縣市衛生局施行的管道，例如，學校、教會、社區、醫療院所等管道，至於衛生教育宣導活動及內容，則由各地域的衛生機關充份結合當地文化、語言及民俗，將防治宣導主題帶入活動，經由目標族羣的參與，將宣導內容移植，在活動過程中能降低目標族羣對宣導主題的排斥性，有效增加宣導活動之順利性及成果。

如何讓各防治縣市之衛生局及第一線的衛生所工作同仁能全力以赴的共同參與這項四年防治計畫，削減人員對此項計畫執行的對抗，折損計畫施展的成效，是一項必須面對的問題與挑戰。因此，我們自 91 年起連續 3 年辦理包括衛教宣導辦理場次、衛教宣導活動創意性、民眾衛生教育宣導成效問卷調查、病例數降低率、防治志工業務及病例或聚集案件防治處理過程在內的山地鄉桿菌性痢疾年終業務考評，對防治表現績優縣市則於正式的全國防疫會議中頒發獎座，以示榮耀，提升地方衛生機關首長及主管對這項計畫的重視，同時並對表現績效良好的防疫人員敘獎及頒發獎金以示嘉勉。而在每年度計畫執行過程中，本局及各分局承辦同仁亦適時參與各縣市所辦理的各項防治活動，充份展現中央與地方同心對抗山地鄉桿菌性痢疾的決心，讓計畫執行防疫人員全力投入，展現十足的戰鬥力。

另外一項我們認為非常有趣的事，在每年的年終考評時，我們會徵召本局及各分局承辦該項防治業務人員共同前往九個加強防治縣市之山地鄉，進行國小學童及社區居民對於山地鄉桿菌性痢疾認知的問卷調查，這項舉動內含多重意義，例如，前往進行問卷調查的人員都是本局及北、中、南、東各

分局該計畫之承辦人員，他們的職責是督導及協助轄管縣市衛生局辦理該項計畫，由於在問卷調查過程中，他們將能實際及深入了解自己轄區山地鄉桿菌性痢疾防治的真實狀況，同時也能了解其他轄區山地鄉之問題，承辦人員在過程中，將能對山地鄉桿菌性痢疾防治有所感覺、發現及討論，我們認為這對本局防治人員是一種潛在的訓練、學習及交流，能更對防治問題實際掌握及增強防疫工作能力；對各加強防治縣市負責辦衛教宣導人員而言，將深切體會辦理衛教宣導活動，將不只是項目及場數多寡的呈現而已，他們必須承擔有效傳達衛生宣導主題予目標族羣的壓力，進而盡力辦理每次的衛教宣導活動，我們深信這些工作，對整體山地鄉桿菌性痢疾防治工作是一項重要的貢獻因子。而目標族羣對於桿菌性痢疾的衛生正確觀念的程度，我們在 91 年、92 年及 93 年分別對花蓮縣重點防治山地鄉之居民及國小學童進行桿菌性痢疾認知之訪視，其回答正確率，社區居民依序為 68%、68%、76%，國民小學 4~6 年級學童依序為 66%、87%、80%，數據顯示，普遍實施衛生宣導教育措施，對目標族羣疾病預防的正確認知增進是有效的。

另一方面，每年年終業務考評時都會擇定一場所，請各加強防治縣市將該年度所有辦理山地鄉桿菌性防治工作之資料呈現而辦理書面考評，由於在考評進行同時，本局、各加強防治縣市衛生局及第一線衛生所工作人員皆會參加，此時，更是重要參摩、學習、意見交流及討論的重要時間，由於該業務考評在性質及本質上屬於競爭的，但因在同一時間、同一場所、同一業務及相關防治人員同時呈現，對整體防治計畫而言，卻隱藏合作的涵意，因為大家在此活動中將為競爭而學習他人優點，如此，將對整體防治計畫帶來莫大助益。

結語

本項計畫在各縣市衛生局（所）、疾病管制局各分局、權責防治組、研究檢驗中心及長官的全力支持下，成功的達成一項極富挑戰的任務，我們體

驗到一項防治計畫要能順利推行成功，除了要有一完善的計畫及執行要點外，各級衛生防疫機關間的首長、主管及承辦人員的認同、支持，及組織間行政執行的順暢及協調，亦是重要的決定因素，當然計畫經費適當的滿足，更是不可或缺的決定性關鍵，所幸，本計畫能兼具上述要項，利用四年期間，圓滿在 93 年底降低重點防治山地鄉桿菌性痢疾之總發生病例數達前 5 年平均病例數 84%，達成台灣地區山地鄉桿菌性痢疾防治良好成果。

建議

徹底防治山地鄉桿菌性痢疾的治本之道，應持續性運用不同管道及方式深入社區進行衛教宣導，增進民眾優良衛生之知識、態度及行爲，改變居民不良生活習慣、改善居住環境及飲水衛生，才能有效抑止桿菌性痢疾在山地鄉流行，因此，未來山地鄉桿菌性痢疾衛生教育及宣導仍應持續辦理。

由過去病例資料顯示，山地鄉桿菌性痢疾病例主要發生在 14 歲以下之年齡層，因此，該年齡層爲首要衛教宣導的目標族群，由於該年齡層成員大部份皆有就學或爲托顧兒童，因此，學校及托兒所之衛生教育宣導是重要工作方向，若能持續經由該管道進行衛教扎根工作，普遍建立下一代良好衛生知識、態度及行爲，未來，下一代亦能將正確衛生知識傳遞於下一代，如此良性循環模式將能建立，相信未來，山地鄉住民將能遠離因不良衛生行爲而感染傳染病的威脅。

由於各山地鄉具有特殊的地理、氣候、環境及種族，因此各山地鄉皆有不同人文、風俗、文化信仰及經濟行爲，因此實施山地鄉衛生教育宣導，宜配合當地特色，運用多重管道實施，例如，搭配宗教或信仰活動、社區性文化活動、傳統習俗活動或慶典等，運用當地熟悉的語言及能接受且願參與的形式介入，將能有效增加衛生教育的效果。

山地鄉桿菌性痢疾之防治，除需由衛生單位積極辦理衛教宣導改善民眾之生活及衛生習慣外，更須其他政府部門的密切配合，從環境及飲水衛生的

硬體設施改善，乃至居民文化習俗及生活習慣之改變來努力，才能根本解決山地鄉桿菌性痢疾傳播流行的問題，例如，提高山地鄉自來水普及率，或興建簡易自來水供應水塔及公共引用水設施，來改善其飲用水質，避免疾病之感染及傳播。闢建簡易垃圾場，解決垃圾清運問題，改善生活環境，避免環境不潔引起疾病流行。建造沖水式廁所、修築排水溝渠，改善衛生基礎建設，阻斷疾病之感染及傳播。輔導住民以化學肥料或經發酵之堆肥取代雞糞使用之農業行為改變，阻遏蒼蠅等昆蟲媒介傳染病發生及流行。因此，有效結合原住民委員會、環境保護署、農業委員會、內政部、教育部、經濟部等各相關政府部門之資源與力量，相信山地鄉桿菌性痢疾乃至其他腸道傳染性問題，必能有效解決。

致謝

謹以此文，向參與此防治計畫的宜蘭縣衛生局、桃園縣衛生局、新竹縣衛生局、南投縣衛生局、嘉義縣衛生局、高雄縣衛生局、屏東縣衛生局、台東縣衛生局、花蓮縣衛生局、疾病管制局所有長官及工作伙伴，致上最深的謝意。

參考文獻

1. James Chin, MD, MPH. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition 2000;451.
2. DuPont HL, Hornick RB, Snyder MJ, Libonati JP, Formal SB, Gangarosa EJ. Immunity in shigellosis. II. Protection induced by oral live vaccine or primary infection. J Infect Dis 1972;125:12-6.
3. Davison WC. A bacteriological and clinical consideration of bacillary dysentery in adults and children. Medicine (Baltimore) 1922;1:389-580.
4. Wharton M, Spiegel RA, Horan JM, et al. A large outbreak of antibiotic-

resistant shigellosis at a mass gathering. *J Infect Dis* 1990;162:1324-8.

5. Lewis JN, Gangarosa EJ. Shigellosis. In: Top FH Sr, Wehrle PF, eds. *Communicable and Infectious Diseases*. St. Louis: C.V. Mosby, 1972 ; 585-91.

表一

86~89年台灣地區桿菌性痢疾病例發生一覽表

	發病年份(民國)				總計
	86	87	88	89	
通報病例	494	487	271	380	1632
確定病例	405	426	210	321	1362
境外移入確定病例	14	14	6	13	47
山地鄉確定病例	65	89	110	120	384
非山地鄉確定病例	326	323	94	188	931

表二

86~89年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾年齡別分布表

年齡分組	發病年份(民國)				總計
	86	87	88	89	
0~4	30(46%)	41(46%)	41(37%)	51(43%)	163(42%)
5~9	6(9%)	12(13%)	24(22%)	28(23%)	70(18%)
10~14	4(6%)	4(4%)	11(10%)	6(5%)	25(7%)
15~19	3(5%)	0(0%)	5(5%)	2(2%)	10(3%)
20~24	3(5%)	2(2%)	2(2%)	3(3%)	10(3%)
25~29	2(3%)	4(4%)	2(2%)	1(1%)	9(2%)
30~34	1(2%)	1(1%)	5(5%)	2(2%)	9(2%)
35~39	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(3%)	3(1%)
40~44	3(5%)	3(3%)	1(1%)	1(1%)	8(2%)
45~49	1(2%)	3(3%)	0(0%)	0(0%)	4(1%)
50~54	0(0%)	1(1%)	3(3%)	2(2%)	6(2%)
55~59	1(2%)	5(6%)	2(2%)	3(3%)	11(3%)
60~64	2(3%)	4(4%)	2(2%)	4(3%)	12(3%)
65~69	2(3%)	6(7%)	4(4%)	6(5%)	18(5%)
70~74	2(3%)	0(0%)	4(4%)	1(1%)	7(2%)
75~79	5(8%)	1(1%)	1(1%)	4(3%)	11(3%)
80~	0(0%)	2(2%)	3(3%)	3(3%)	8(2%)
總計	65(100%)	89(100%)	110(100%)	120(100%)	384(100%)

表三

86~89年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾地域別分布表

居住縣市	居住鄉鎮	發病年份(民國)			
		86	87	88	89
高雄縣	桃源鄉	1(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
高雄縣小計		1(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
台中縣	和平鄉	2(3%)	1(1%)	0(0%)	0(0%)
台中縣小計		2(3%)	1(1%)	0(0%)	0(0%)
桃園縣	復興鄉	0(0%)	6(7%)	0(0%)	0(0%)
桃園縣小計		0(0%)	6(7%)	0(0%)	0(0%)
台東縣	延平鄉	1(2%)	0(0%)	0(0%)	5(4%)
	金峰鄉	1(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	海端鄉	1(2%)	0(0%)	1(1%)	4(3%)
	達仁鄉	1(2%)	0(0%)	1(1%)	0(0%)
	蘭嶼鄉	1(2%)	2(2%)	0(0%)	1(1%)
台東縣小計		5(8%)	2(2%)	2(2%)	10(8%)
新竹縣	五峰鄉	0(0%)	0(0%)	4(4%)	0(0%)
	尖石鄉	1(2%)	10(11%)	10(9%)	1(1%)
新竹縣小計		1(2%)	10(11%)	14(13%)	1(1%)
宜蘭縣	大同鄉	3(5%)	8(9%)	35(32%)	17(14%)
	南澳鄉	1(2%)	2(2%)	7(6%)	8(7%)
宜蘭縣小計		4(6%)	10(11%)	42(38%)	25(21%)
南投縣	仁愛鄉	35(54%)	30(34%)	25(23%)	11(9%)
	信義鄉	4(6%)	1(1%)	6(5%)	6(5%)
南投縣小計		39(60%)	31(35%)	31(28%)	17(14%)
花蓮縣	秀林鄉	12(18%)	11(12%)	18(16%)	49(41%)
	卓溪鄉	0(0%)	6(7%)	3(3%)	9(8%)
	萬榮鄉	1(2%)	12(13%)	0(0%)	9(8%)
花蓮縣小計		13(20%)	29(30%)	21(19%)	67(56%)
總計		65(100%)	89(100%)	110(100%)	120(100%)

表四

86~89年台灣地區各月份大於當年月平均值彙整表

發病月份	發病年份(民國)				小計	百分比
	86	87	88	89		
1	0	0	1	0	1	25%
2	0	0	0	0	0	0%
3	0	0	0	0	0	0%
4	1	0	0	0	1	25%
5	1	1	0	0	2	50%
6	1	0	0	1	2	50%
7	1	1	1	0	3	75%
8	1	1	0	0	2	50%
9	1	1	0	1	3	75%
10	0	0	1	0	1	25%
11	1	1	0	1	3	75%
12	0	1	0	1	2	50%

註記:

"1" 代表該月份之病例數大於當年月平均值

"0"代表該月份之病例數小於當年月平均值

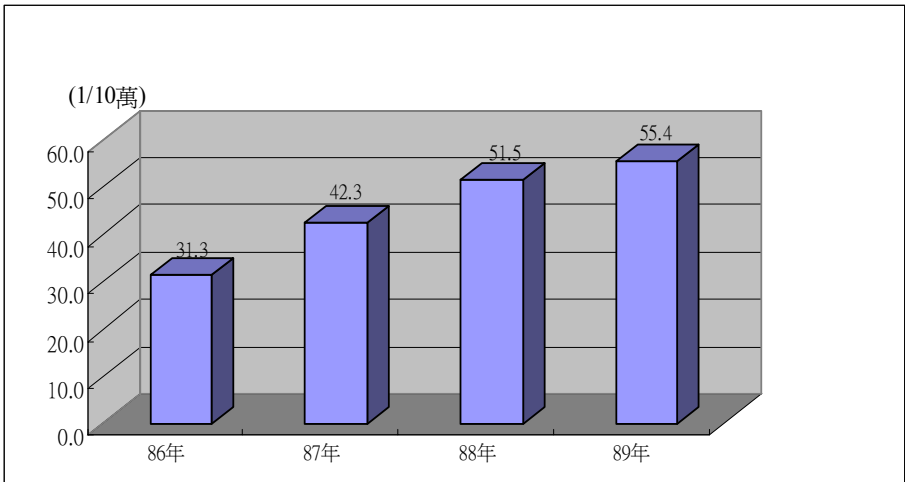
小計欄表示86~89年該月份大於當年月平均值之計次

百分比欄表示86~89年該月份大於當年月平均值計次百分比,公式=(小計欄值/4)*100

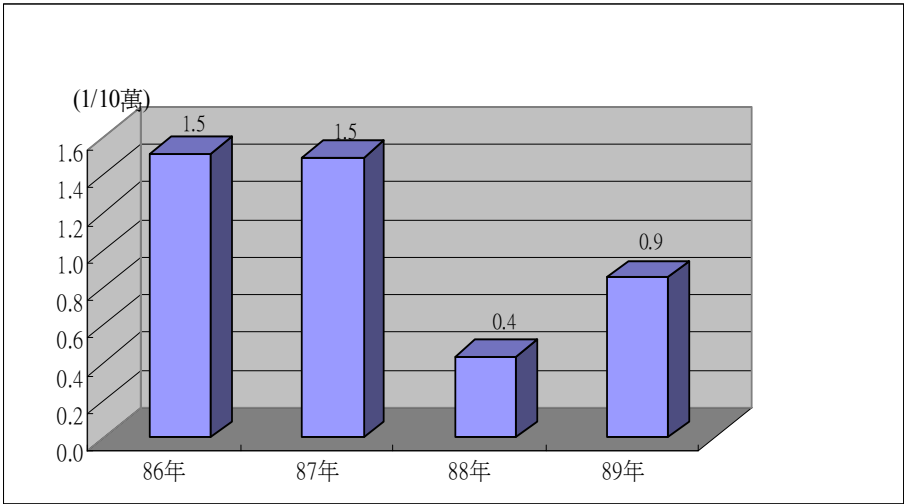
表五

88~93年台灣地區九縣市重點防治山地鄉桿菌性痢疾病例數一覽表

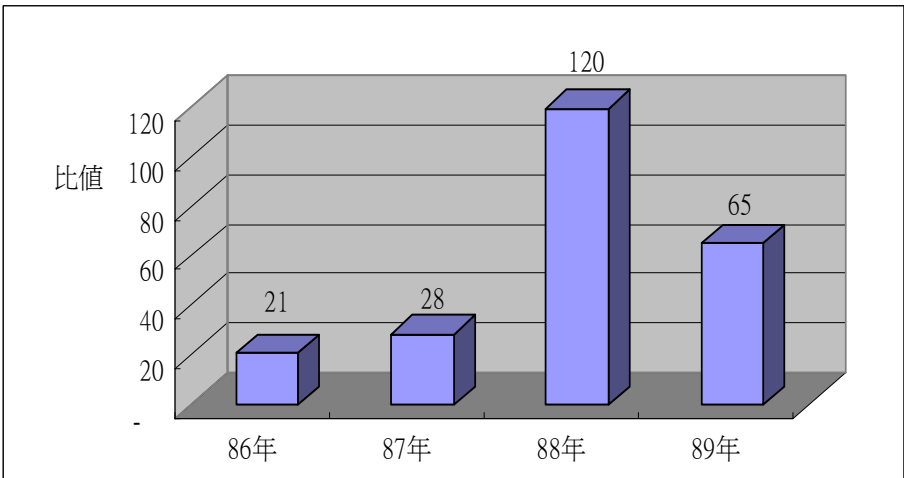
居住縣市	居住鄉鎮	發病年份(民國)						總計	88~92年平均病例數
		88	89	90	91	92	93		
高雄縣	桃源鄉	0	0	0	1	3	0	4	1
台東縣	海端鄉	1	4	1	1	0	0	7	1
	達仁鄉	1	0	0	0	0	0	1	0
	蘭嶼鄉	0	1	0	0	0	0	1	0
嘉義縣	阿里山	0	0	25	0	0	0	25	5
桃園縣	復興鄉	0	0	32	3	0	0	35	7
新竹縣	五峰鄉	4	0	2	1	0	0	7	1
	尖石鄉	10	1	42	10	15	2	80	16
花蓮縣	秀林鄉	18	49	131	19	2	3	222	44
	卓溪鄉	3	9	13	5	4	17	51	7
	萬榮鄉	0	9	9	4	0	2	24	4
南投縣	仁愛鄉	25	11	88	73	11	0	208	42
	信義鄉	6	6	72	21	1	1	107	21
宜蘭縣	大同鄉	35	17	212	22	1	10	297	57
	南澳鄉	7	8	64	1	0	1	81	16
總計		110	115	691	161	37	36	1150	223



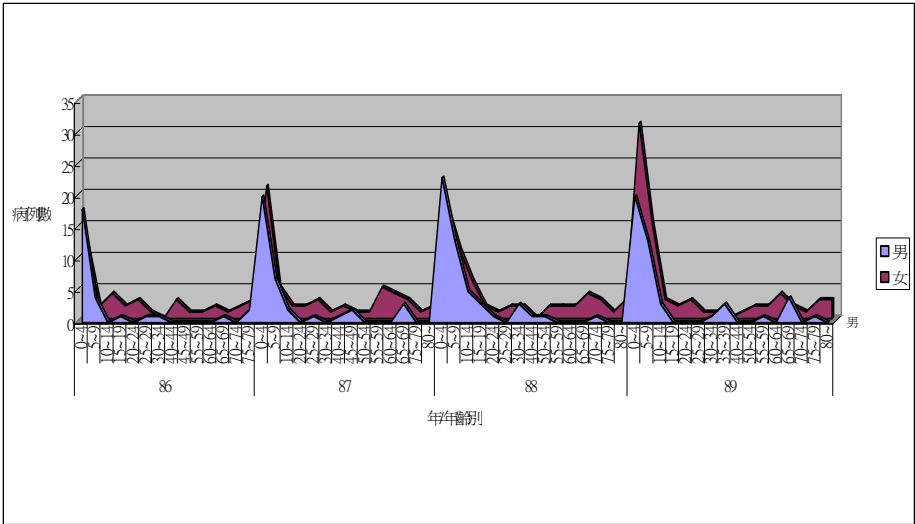
圖一、86~89年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾



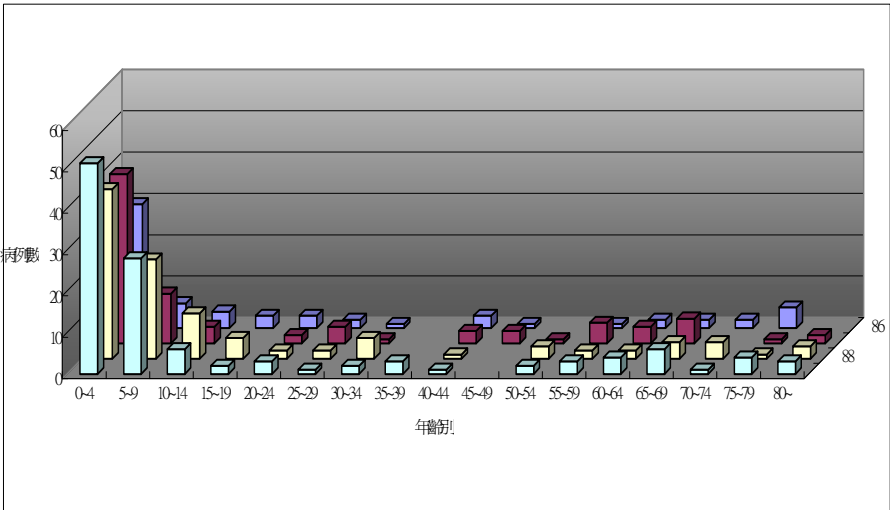
圖二、86~89 年台灣地區平地鄉桿菌性痢疾



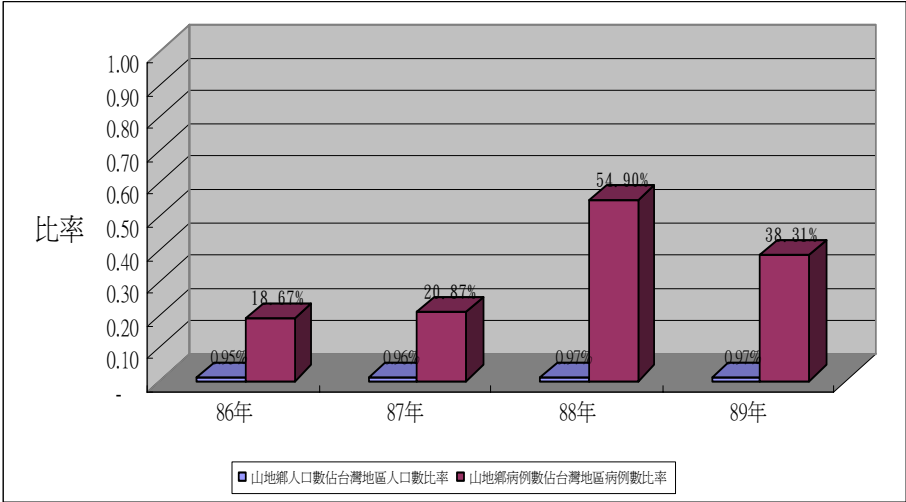
圖三、86~89 年台灣地區非山地鄉和山地鄉桿菌性痢疾



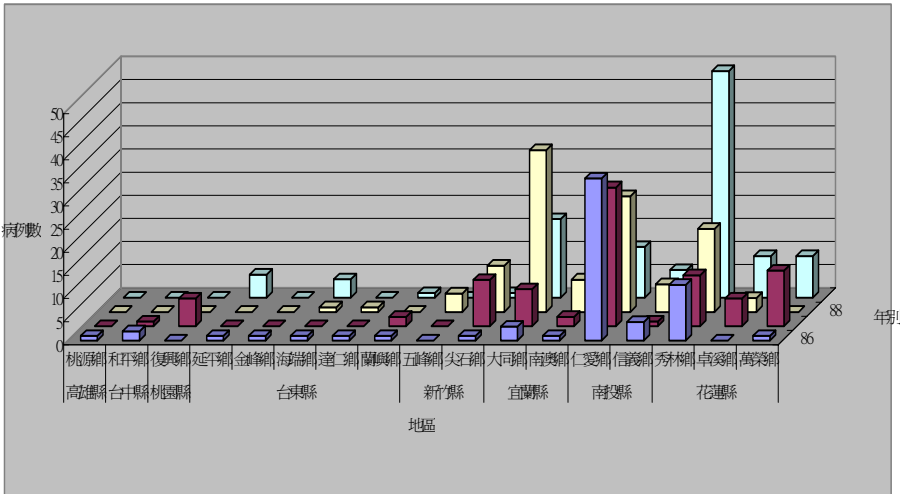
圖四、86~89 年台灣地區平地鄉與山地鄉人口數及病例



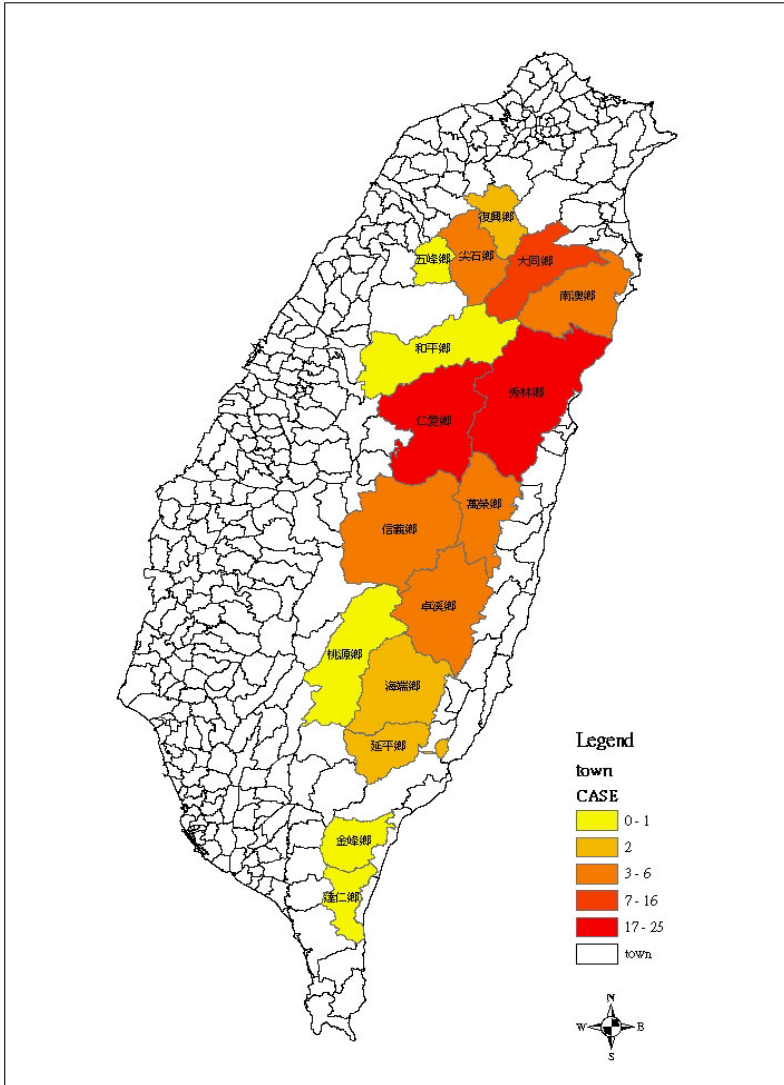
圖五、台灣地區 86~89 年桿菌性痢疾年齡別分佈



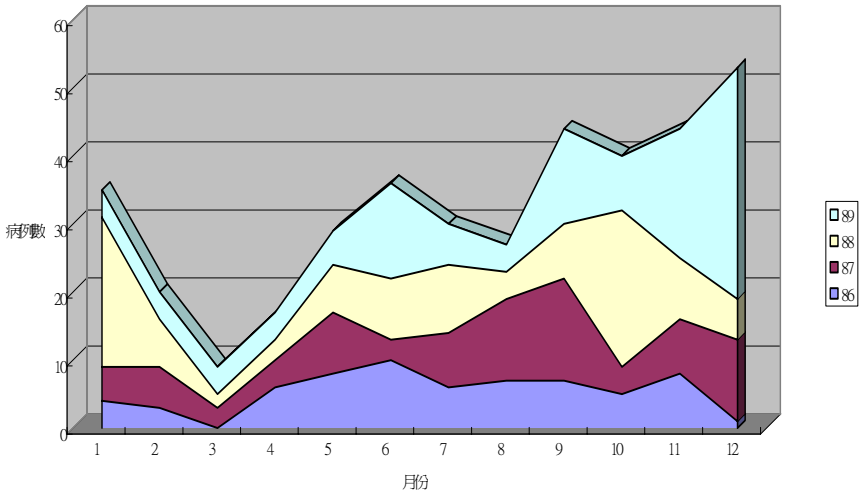
圖六、86~89 年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾年齡別與性別分布



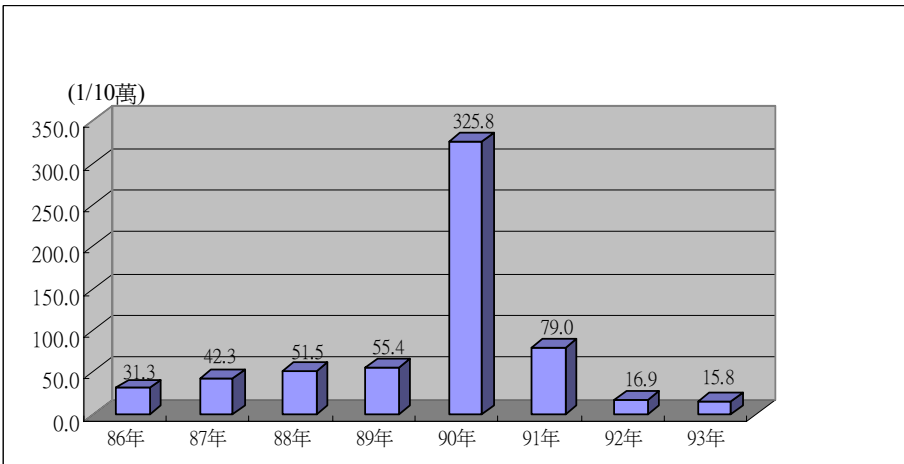
圖七、86~89 年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾病例地區分布



圖八、86-89 年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾年平均病例地理分布



圖九、86~89 年台灣地區山地鄉桿菌性痢疾病例月分布



圖十、台灣地區 86~93 年山地鄉桿菌性痢疾發生率比較