

目 錄

- 756 總編輯的話
- 757 **疫調快報**
台中地區某精神科醫院之桿菌性痢疾群聚事件
- 764 國內首二例抗藥性H1N1 新型流感病例調查報告
- 775 2009年1至6月捐血中心通報愛滋個案捐血原因調查報告
- 782 影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討
- 795 呼吸道病毒與腸病毒實驗室監測結果
- 798 臺灣地區各類法定傳染病個案報告表
- 808 國內重要疫情摘要報告





總編輯的話

感謝各界對本刊的長期支持，疫情報導為使讀者更快速、適時地掌握重要疫情，將自 2010 年 1 月起改採電子刊物方式發行雙週刊，出刊日訂為每隔週之週二，屆時請讀者至本刊網站：<http://teb.cdc.gov.tw/main/main.aspx>，線上閱讀或下載當期內容，至於台灣地區各類法定傳染病統計等資料，則請連結至本局相關網站參考使用。

本期刊登疫調快報乙篇「台中地區某精神科醫院之桿菌性痢疾群聚事件」，專題報告三篇「國內首二例抗藥性 H1N1 新型流感病例調查報告」、「2009 年 1 至 6 月捐血中心通報愛滋個案捐血原因調查報告」、「影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討」，分別敘述：2009 年 11 月發生之某精神科醫院桿菌性痢疾群聚事件之疫情調查報告；台灣截至 11 月中旬已發現 5 例抗藥性 H1N1 新型流感病毒株，經調查結果顯示均屬於散發性個案，未造成社區傳播；針對 2009 年捐血中心通報愛滋感染陽性率有明顯增加之情形進行調查分析；及分析屏東地區主要照顧者決定施打幼兒流感疫苗之影響因素，俾供提升流感疫苗接種率之參考。

再次感謝各位讀者過去的支持與指導，使本刊得以成長茁壯，期望 2010 年新型態的出版方式，能增加出版即時性與閱讀方便性，更盼您一如以往的支持與寶貴意見。

恭祝 新年快樂，健康平安！

總編輯 賴明和

疫調快報

台中地區某精神科醫院之桿菌性痢疾群聚事件

魏高璽¹、邱乾順²、王任賢³、陳紅粧⁴、謝佳玲⁴
林杜凌¹、姚素卿¹、涂志宗¹、廖盈淑²、李翠鳳¹

- 1 衛生署疾病管制局第三分局
- 2 衛生署疾病管制局研究檢驗中心
- 3 台中市政府市政顧問
- 4 台中市衛生局

摘要

98年11月6日疾病管制局第三分局接獲台中市某醫院通報2例疑似桿菌性痢疾個案。這兩例個案是一家精神科醫院疑似食物中毒造成的腹瀉群聚轉診住院病例。疾管局三分局會同台中市衛生局展開疫情調查。該院共收治精神病患340人，自11月2日第一例病例出現開始，到11月20日最後一例病例發病，共有63例有腹瀉及發燒症狀，其中18例在直腸拭子或是糞便檢體分離出志賀氏痢疾桿菌B群血清型4a (*Shigella flexneri* 4a)。另由該院自行送驗發現部分食物檢體中有仙人掌桿菌(*Bacillus cereus*)。使用細食方式供餐的精神病患較正常方式供餐病患顯著較高的發病率(odds ratio: 9.0, 95%信賴區間: 4.3-19.4, $p < 0.001$)。脈衝電泳基因分型法分析5株 *Shigella flexneri* 菌株之基因指紋圖譜結果，顯示該群突發事件的分離株應屬於同源，但已有遺傳分化現象，推測該菌可能已在該院存在相當時間。

關鍵字：痢疾桿菌、桿菌性痢疾、群聚、精神科、仙人掌桿菌

- 西元2009年12月11日受理
- 西元2009年12月16日接受刊載
- 通訊作者：李翠鳳
- 聯絡地址：台中市文心南三路20號5樓
- e-mail: leetf@cdc.gov.tw



前言

精神科醫院收治的對象是無法自行生活的精神障礙病患，相較於一般醫院，各種腸胃道的群聚更有可能在精神科病房發生，且發生後疫情更難控制[1,2]。曾有報告發現在一精神科醫院中，桿菌性痢疾感染持續發生達兩年以上[1]。

98 年 11 月 6 日下午，台中市某醫院通報 2 例疑似桿菌性痢疾個案至疾病管制局第三分局(以下稱疾管局三分局)，2 個案皆為某精神科醫院轉診住院之病患。精神科醫院在 11 月 4 日前共有 24 人出現發燒、嘔吐、水瀉症狀，向台中市衛生局通報食物中毒案件。因事件發生地為精神科醫療機構，故疾管局三分局立即請台中市衛生局執行桿菌相關防治措施，以遏止疫情持續擴大。並對此一群聚事件展開調查。

疫情調查

疫情描述

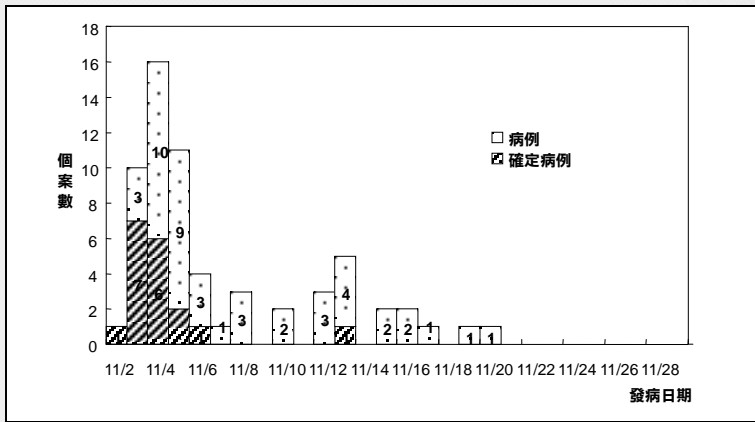
該醫院為精神科專科醫院，有病患 340 人，包括急性病患 44 人及慢性病患 296 人。工作人員含醫護人員 83 人、護安人員 12 人(本國籍 4 人、外籍 8 人)及行政人員 27 人。

本次調查的病例定義為居住於該機構之人員，且於 98 年 10 月 16 日以後出現發燒及腸胃道症狀(腹瀉、嘔吐)等一項症狀者。而確定病例為符合病例定義，且檢體經本局實驗室確認有志賀氏痢疾桿菌感染者。

本次群聚事件首例個案發病日為 11 月 2 日，最後一例發病日為 11 月 20 日，期間符合病例定義者共 63 人，發病人數最多在 11 月 4 日，共有 16 人(圖一)。這 63 名病例包含 62 名精神疾病住民及一名外籍護安人員。六個病房中皆有病例，且只有一個病房無確定病例發生。各病房中病例及確定病例的比例如表一所示。

在 11 月 4 日停止供餐前，總共有 340 位住民食用該廚房提供之餐

點，其中 79 人食用細食，261 人為正常飲食。停止供餐後三日(11 月 7 日)前，食用細食的 79 位中有 28 人(36%)，正常飲食的 261 人中有 15 人(6%)為病例，食用細食有顯著較高的發病勝算比(odds ratio: 9.0, 95% 信賴區間: 4.3-19.4, $p < 0.001$)。



圖一、台中地區某精神科醫院桿菌性痢疾群聚事件流行曲線圖

表一 各病房疑似病例與確定病例分佈表

病房別	總人數	疑似病例 (%)	確定病例 (%)
三病房	44	8 (18)	2 (5)
六病房	62	14 (23)	9 (15)
七病房	61	12(20)	3 (5)
八病房	52	3 (6)	1 (2)
九病房	62	4 (6)	0
十病房	59	3 (5)	3 (5)
外籍護安人員	12	1 (8)	0
總計	352	45 (13)	18 (5)

環境調查

該醫院為精神科專科醫院，病房在三樓及六到十樓，其中三樓為急性精神科病房、六到十樓為慢性精神科病房。該院每日上、下午各



安排一個病房的住民至一樓活動廣場活動，每週每一病房可下樓活動 2 次。不同病房不會同時共同活動。機構除廁所沖馬桶水為地下水外，其餘水源皆為含氯自來水。

三餐由該院廚房烹煮，廚房工作人員總共 12 人(廚工 4 人，病友 8 人)。在廚房工作之精神疾病住民協助洗菜、洗碗及推送便當工作。該院住民飲食分正常飲食及細食，細食部分係供應牙齒功能差的住民食用，處理過程由廚房將食物煮熟後以機器絞碎，再分裝成便當，由廚工推送至病房後分送給住民食用。自 10 月中旬以來廚房工作人員並未出現腹瀉或發燒症狀。

檢體驗驗結果

在這 63 名病例中，共有 18 名檢驗為桿菌性痢疾確定病例，致病菌皆為志賀氏痢疾桿菌 B 群血清型 4a (*Shigella flexneri* 4a)。另有糞便檢體 13 件進行阿米巴痢疾篩檢，結果全部是陰性。還有 4 件糞便檢體檢驗 Norovirus 和 Rotavirus，皆為陰性。

台中市衛生局採集 11 月 4 日食物送驗，並未分離出致病菌。但在 11 月 2 日及 11 月 3 日，該院曾自行採集部分食物檢體進行檢驗，這兩批的食物檢體皆分離出仙人掌桿菌(*Bacillus cereus*)。

疾管局依美國疾病管制中心對 *E. coli* O157: H7, *Salmonella* 及 *Shigella* 的標準化脈衝電泳(pulsed-field gel electrophoresis, PFGE)操作方法，針對本次群聚，隨機取本案五株志賀氏痢疾桿菌菌株作 PFGE 分析[3]，並與疾管局建立之志賀氏痢疾桿菌 PFGE 指紋圖譜資料庫比對後，並未發現資料庫與群突發分離株有相同圖譜者。然而，五株群突發分離株之 PFGE 圖譜相似度極高，但已經有基因圖譜差異化存在。

防治措施

因懷疑食物污染造成本群聚，台中市衛生局食品課及疾管課在 11

月 4 日時要求該院廚房停止供餐，4 名廚工且在當日採直腸拭子作細菌學檢驗，結果皆為陰性。該院廚房在 11 月 10 日複查通過後恢復供餐。恢復供餐前，12 名人員再複採直腸拭子作細菌學檢驗亦皆為陰性。在群聚期間，由機構感控人員每日監測醫療人員和病患發燒及腹瀉情況，請該院醫療人員每日詢問住民有無出現腹瀉等不適症狀，並加強體溫監測。

本次群聚期間，所有病例皆與未發病住民隔離，直到排除感染或是治療成功。在該院隔離的病患由院方安排另住隔離病房，使用專屬便器、馬桶。此外，病例在採檢送驗後，給予服用「日舒」(azithromycin) 治療 5 天。轉診住院治療之病患則由治療醫院隔離。確定病例在停止服藥後 24~48 小時，採檢兩次均為陰性(二次間隔 24 小時以上)，確認治療成功後即解除隔離。

病患出入病房時，要求需以酒精乾洗手液消毒。病房活動區、病室、餐桌，每天以漂白水稀釋 1:200 擦拭一次。因該院收治精神科病患，由院方加強宣導患者茶杯不共用、香菸不共抽。並由工作人員每八小時在每個馬桶倒入 250cc Lysol，靜置消毒可能存在便器的細菌。

本次群聚自 11 月 20 日最後一例病例發病，監測至 12 月 4 日共二週無新增病例而予以結案。

討論

在本次群聚中，各病房皆有病例，且發病時間集中，因此，我們研判應為共同感染源群聚事件，食物污染是最可能原因。另由流行曲線圖及桿菌性痢疾潛伏期研判，在廚房停止供餐後仍陸續有病例發病，不排除後續有接觸性傳染發生。本次疫調除了在 18 位病患分離出志賀氏痢疾桿菌外，亦在食物檢體分離出仙人掌桿菌，仙人掌桿菌已被確認為容易造成食物中毒群聚事件[4,5]。另雖然我們未在食物、廚



房環境或是廚房工作人員中分離出志賀氏痢疾桿菌，而志賀氏痢疾桿菌亦曾被報告為造成食物中毒群聚的原因[6,7]。因此，這次群聚可能為同時合併志賀氏痢疾桿菌和仙人掌桿菌的食物中毒群聚。此外，我們也因臨床症狀上的懷疑而安排部分病人接受輪狀病毒、痢疾阿米巴之檢驗，但結果皆為陰性。

在全球包含台灣在內，志賀性痢疾桿菌對 ampicillin, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) 等的抗藥性日漸盛行下，疾管局傳染病防治工作手冊及世界衛生組織皆建議成人桿菌性痢疾的經驗性用藥首選為 ciprofloxacin[8]。然而本次群聚使用 azithromycin 作為治療的主要抗生素。這樣的治療方式著眼於 azithromycin 在人體較長的半衰期(68-72 小時)可以確保對遵醫囑性及自我照顧能力較差的精神科病患提供更長效的抗生素治療。然而，本次群聚仍依疾管局傳染病防治工作手冊規定在停藥後 24-48 小時採檢複驗，則可能冒著 azithromycin 干擾檢驗結果造成偽陰性的情況。

在本次群聚中，PFGE 檢驗發現五株群突發分離株之 PFGE 圖譜相似度極高，但已經有基因圖譜差異化存在，可能該菌已在該院病患間流傳一段時間，菌株已出現遺傳分化現象。在一精神科醫院中，桿菌性痢疾的疫情可能持續發生達兩年以上[1]。但在本群聚事件之前至少兩年間，該院並未曾通報桿菌性痢疾個案。本次群聚提醒精神科醫療人員需高度警覺桿菌性痢疾在精神科病患間散佈的可能性，以提早發現並遏止疫情。

參考文獻

1. Lee YS, Liu MC, Ko CF, et al. Molecular epidemiology of *Shigella flexneri* in a long-stay psychiatric nursing center during 2001 to 2003. *J Clin Microbiol* 2005; 43:1353-60.
2. Su SB, Guo HR, Chuang YC, et al. Eradication of amebiasis in a large institution for adults with mental retardation in Taiwan. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:679-83.
3. Ribot EM, Fair MA, Gautom R, et al. Standardization of pulsed-field gel electrophoresis protocols for the subtyping of *Escherichia coli* O157:H7, Salmonella, and Shigella for PulseNet. *Foodborne Pathog Dis* 2006; 3:59-67.
4. Dierick K, Van Coillie E, Swiecicka I, et al. Fatal family outbreak of *Bacillus cereus*-associated food poisoning. *J Clin Microbiol* 2005; 43:4277-9.
5. Gaulin C, Viger YB, Fillion L. An outbreak of *Bacillus cereus* implicating a part-time banquet caterer. *Can J Public Health* 2002; 93:353-5.
6. Gaynor K, Park SY, Kanenaka R, et al. International foodborne outbreak of *Shigella sonnei* infection in airline passengers. *Epidemiol Infect* 2009;137:335-41.
7. Kuo HW, Kasper S, Jelovcan S, et al. A food-borne outbreak of *Shigella sonnei* gastroenteritis, Austria, 2008. *Wien Klin Wochenschr* 2009; 121:157-63.
8. Shigellosis: disease burden, epidemiology and case management. *Wkly Epidemiol Rec* 2005; 80:94-9.



國內首二例抗藥性 H1N1 新型流感病例 調查報告

林慧真¹、陳美蓉²、張淑境²、劉銘燦³、吳和生³
莊人祥⁴、周志浩⁵、郭旭崧⁶、張上淳⁷

1. 衛生署疾病管制局第五分局
2. 衛生署疾病管制局第二分局
3. 衛生署疾病管制局研究檢驗中心
4. 衛生署疾病管制局疫情中心
5. 衛生署疾病管制局副局長室
6. 衛生署疾病管制局局長室
7. 衛生署副署長室

摘要

H1N1 新流感疫情於 2009 年 4 月在美、墨邊境爆發流行以來，隨即在六週內造成全球大流行，截至 11 月 15 日已導致至少 6,770 人罹病後死亡。幸運的是，目前流行的 H1N1 新型流感病毒株對各國為因應流感大流行所大量儲備的克流感(Tamiflu®)及瑞樂沙(Relenza®)皆仍具感受性。然而，自 7 月以來，各國陸續出現抗藥性 H1N1 新型流感病毒株之蹤跡，其 NA 基因序列皆發生 H275Y 突變，導致對克流感產生抗藥性，但對瑞樂沙仍具感受性。世界衛生組織分析這些病例資料，研判目前抗藥性 H1N1 新型流感病毒株均屬散發個案，仍未發現

• 西元 2009 年 12 月 9 日受理
• 通訊作者：周志浩
• e-mail : jchou@cdc.gov.tw

• 西元 2009 年 12 月 15 日接受刊載
• 聯絡地址：台北市中正區林森南路 6 號

有社區流行之跡象。國內截至 11 月 12 日亦已發現五例抗藥性 H1N1 新型流感病毒株，均採檢自 H1N1 新型流感住院病人，且均已痊癒，經流病調查結果顯示，此五例仍屬散發性個案，亦未造成社區傳播。本文主要敘述國內首二例抗藥性 H1N1 新型流感個案之調查報告，並建議臨床醫師應對 H1N1 新型流感病程較長之病患(尤其是服用免疫抑制劑病患或免疫功能低下者)在接受完一個療程或延長療程的抗病毒藥劑治療後，若症狀仍未緩解或併發重症發生，需提高警覺是否出現抗藥性。

關鍵字：抗藥性、H1N1 新型流感、抗病毒藥劑

前言

H1N1 新型流感疫情於 2009 年 4 月在墨西哥、美國、加拿大、英國等地區爆發流行[1]，並創紀錄地在短短六週內造成全球大流行[2]。疫情爆發初期，美國疾病管制預防中心即針對其中 13 位病患的新型流感病毒樣本作抗藥性試驗，發現所有病毒株對神經胺酸酶抑制劑(neuraminidase inhibitor)中之 oseltamivir (Tamiflu®，克流感)及 zanamivir (Relenza®，瑞樂沙)皆具感受性，但對另一類抗病毒藥劑之 amantadine (金剛胺)及 rimantadine(金剛乙胺)則具有抗藥性[3]。然而在 7 月初日本、丹麥、香港即相繼傳出於零星個案上分離出對克流感產生抗藥性的新型流感病毒株[4]。截至 2009 年 11 月 20 日為止，全世界共有 57 例 H1N1 新型流感病毒株被驗出具克流感抗藥性而被通報至世界衛生組織(World Health Organization, WHO)，這些國家包括丹麥、日本、加拿大、美國、英國、澳洲、中國(包括香港)、新加坡、越南、及我國等[5,6]。我國自 7 月 1 日起對國內所分離出之新型流感病毒株進行抗藥性監測，中央流行疫情指揮中心於 2009 年 10 月 20 日、10 月 27 日、11 月 17 日分別公布國內發現五例對克流感產生抗藥性之新型流感病



毒株[7-9]。本文將簡介全球及台灣 H1N1 新型流感病毒抗藥性監測情形並敘述國內首二例之調查報告與討論其意涵。

全球 H1N1 新型流感病毒抗藥性監測情形

WHO 自 2009 年 7 月接獲出現抗藥性 H1N1 新型流感病毒之報告，截至 2009 年 11 月 20 日為止，全世界共檢驗出 57 例 H1N1 新型流感病毒對克流感產生抗藥性[6]。根據已知的 32 例調查資料顯示[5]，16 例與服用克流感以治療新型流感有關(包括 7 例為服用免疫抑制劑病患或免疫功能低下者)、13 例為接受克流感預防性投藥患者(通常為已知確定病例之密切接觸者)，另 3 例則既未接受克流感治療亦未進行預防性投藥者。大致而言，目前抗藥性 H1N1 新型流感病毒株均屬散發個案，仍未發現有社區流行之跡象。

根據這些資料的分析，WHO 提醒臨床醫師應對以下兩種可能造成病毒對克流感發生抗藥性的高風險情勢加以提高警覺，並立即採檢檢驗抗藥性病毒是否存在與進行適當的感控措施以防止抗藥性病毒之散播[10]：

- 一、服用免疫抑制劑病患或免疫功能低下者其流感病程可能較長，在服用克流感後(尤以延長療程者)，證據顯示病毒仍持續複製者。
- 二、服用克流感以作預防性投藥但仍發病之患者。

當檢驗出抗藥性病毒後，WHO 亦建議應立刻進行流病調查以了解此抗藥性病毒是否發生持續散播的情形，並應加強社區 H1N1 新型流感病毒之抗藥性監測。

WHO 亦不建議將抗病毒藥劑作預防性投藥之用途，若有確定病例之接觸者且其亦為併發重症的高危險群患者，可採密切觀察的方式注意症狀是否發生，一旦發病時則立即給予抗病毒藥劑治療。

台灣 H1N1 新型流感病毒抗藥性監測情形

台灣 H1N1 新型流感病毒抗藥性之監測，使用方法為檢驗新型流

感病毒之神經胺酸酶(neuraminidase, NA)基因序列突變與測試 NA 酵素對 oseltamivir carboxylate 的感受性。而監測對象病毒來源主要有住院病例、社區病例、群聚感染三類，其中住院病例之分離病毒株採逐案追蹤、社區病例依時間與地理分布選取社區監測所收集之五分之一病毒株，群聚感染每一陽性群聚皆納入監測。累計至 2009 年 11 月 12 日，分析病毒數目 562 株病毒，包括住院病例 279 株、社區病例 134 株、群聚感染 149 株，其中 5 株屬抗藥性病毒株均係來自住院病例，NA 基因序列具 H275Y 突變，對 oseltamivir carboxylate 的 50%抑制濃度明顯增加，但不影響對 zanamivir 之感受性。經流病調查結果顯示，此五例抗藥性病例，均屬散發性個案，並未造成群聚及擴大之跡。

台灣首例個案調查報告

個案 A 為一名 20 歲居住在南部某縣市的無業男性，平時健康情形良好，除為中度智能發展遲緩外，並無其他特殊疾病，亦從未接種過季節流感疫苗，為莫拉克颱風災民，於 2009 年 8 月 16 日與家人一同入住某大型災民收容中心。收容中心安置期間之住宿為多人之大通舖，該收容中心於 8 月中發生上呼吸道感染群聚事件，經調查及實驗室檢驗證實為 H1N1 新型流感病毒感染群聚事件，當時多名有類流感症狀之災民亦接受克流感治療；該災民收容中心於 8 月 25 日解散後，個案與家人進一步轉置於南部某營區之安置場所，該安置場所之住宿情形為一家一戶，但於三餐用餐時，所有營區之住民於大餐廳中一起用餐，而該營區之安置場所於 8 月底亦發生 H1N1 新型流感病毒感染群聚事件。

個案 A 曾於 8 月 30 日參加安置場所舉辦之烤肉晚會後，於 9 月 1 日中午出現發燒及咳嗽等流感相關症狀，當晚由家人陪伴前往乙醫院急診室就醫，就醫後經醫師檢查發現，個案有呼吸道感染現象，白血球有明顯上升(WBC 14010/mm³)、胸部 X 光顯示兩側皆有浸潤情形，



診斷為有肺炎，經進一步流感快速篩檢，為 A 型流感陽性反應，由於高度懷疑為新型流感感染合併肺炎，急診室醫師立即採集一套咽喉拭子做病毒培養，並且在急診室便立即投予口服克流感治療，當晚安排其於該院之隔離病房住院。

病患於第一週住院過程中，照顧病患之醫師，由於懷疑肺部有繼發性細菌感染，故同時給予抗生素治療，照護醫師於 9 月 4 日通報衛生單位該病患為流感合併重症感染病例並採集一套咽喉拭子做病毒培養，至 9 月 6 日服用克流感共五天療程，其發燒情形仍持續未有改善，病人並於 9 月 6 日肺炎病情加劇、造成呼吸急促情形，因而轉入加護病房做進一步的醫療照護並進一步更改抗生素治療，病患於 9 月 8 日因呼吸衰竭接受插管治療，所幸於 9 月 11 日發燒情形改善，經治療後已於 9 月 21 日出院，個案於出院後每週皆回乙醫院門診追蹤，健康情形恢復良好。

病人於就醫期間，共送檢兩套咽喉拭子做病毒培養，第一套咽喉拭子為 9 月 1 日急診室就醫時，服用克流感治療前所採集之檢體，該院病毒實驗室分離出 A 型流感病毒，第二套咽喉拭子為 9 月 4 日於該院隔離病房住院時通報為流感合併重症感染病例，檢體送病毒合約實驗室，以 real-time RT-PCR 檢驗為 H1N1 新型流感病毒。

克流感治療後分離之 H1N1 新型流感病毒，送疾病管制局進行 NA 基因序列分析，發現具克流感抗藥性 H275Y 突變，後續分析克流感治療前之原檢體與分離病毒株，發現並無 H275Y 突變。而治療後之原檢體則呈現 275Y 與 275H 混和，顯示克流感治療四天內，造成抗藥性病毒的產生。

分析個案 A 此次發病前主要活動地點為災民收容中心及安置場所，由於災民收容中心及安置場所曾發生數起 H1N1 新型流感病毒群聚事件，但個案此次發病前，未曾因發燒或類流感症狀服用過克流感。

為進一步釐清該病毒株抗藥性表現的可能原因及來源為何，經疫調分析後，疾病管制局實驗室更進一步分析 9 株收集自個案曾待過災民收容中心及安置場所數起 H1N1 新型流感病毒群聚事件所得之 H1N1 新型流感病毒株，做克流感敏感性基因分型，病毒序列檢測其中 6 株病毒株仍具克流感感受性，另 3 件因病毒量較低，無法分析，初步排除災民收容中心及安置場所之前所發生之上呼吸道群聚事件之 H1N1 新型流感病毒為克流感抗藥性。

在個案 A 的接觸者調查上，則分以下四類進行：

- 一、同住家人：該名病患之 4 名同住家人有父親、母親、四姐與外甥，同住家人於病人發病前至病人回家同住期間，均未發現有類流感相關症狀，健康情形良好。
- 二、住院期間探病之親友：由於當時病患發病主要收治於醫院之隔離病房及加護病房，該醫院對前述兩單位之訪客人數限制，曾於病患住院期間探視個案之親友，僅為個案之父母及其他四位姐姐，未有其他親戚來訪，探病之親人至今未有類流感相關症狀，健康情形良好。
- 三、醫療照護機構之醫護人員：回溯於 9 月 1 日至 9 月 21 日期間曾經照護該個案之醫院單位有急診室、隔離病房、加護病房、感染科病房，此四個醫療單位之醫療、護理人員及非醫療工作人員(如工友)分別有 82 人、16 人、19 人、27 人，進行這些人員之健康情形調查，並進一步了解醫護照顧者與病患接觸情形，發現曾經直接照護該病患之醫護及工作等人員共有 45 名，並未有人員出現發燒或類流感症狀，而其他無直接照護該病患之醫護及工作等人員共有 99 名，有三名工作人員曾有上呼吸道感染症狀，但皆未發燒，其中一有症狀之急診室員工曾接受過流感快速篩檢，結果為陰性；另該醫療機構於 9 月初至 10 月 16 日，未曾發生上呼吸道



感染群聚事件。

四、收容所及安置場所住民：目前該安置場所並無上呼吸道感染群聚事件，僅有零星災民有呼吸道感染現象。

台灣第二例個案調查報告

個案 B 為住北區之 44 歲男性，已婚，育有一子一女，職業為進出口倉儲調度員。因罹患風濕性心臟病導致僧帽瓣膜閉鎖不全，15 年前於 C 醫學中心接受僧帽瓣膜置換手術，並定期追蹤且服藥，長期服用 amiodarone、alprazolam、furosemide 及 digoxin 等心臟血管治療藥物，今年初隨醫師轉至另一 D 醫學中心追蹤。過去未曾接種過季節流感疫苗。

2009 年 8 月 27 日晚上 8 點值勤，約 11 時開始頸部僵硬、背痛、四肢酸痛及全身倦怠。因此於 8 月 28 日凌晨 1 點多請假先行返家休息，是日下午開始有發燒、畏寒且上述症狀持續，故至 E 診所就醫，體溫 39°C、主訴肌肉酸痛、流鼻水，A 型流感快篩檢驗呈陽性反應，醫師給予 5 天劑量的克流感治療。個案定時服用上述藥品，自述症狀自服藥後次日即顯著改善，8 月 29 日至 9 月 1 日在家自我隔離(戴口罩、單獨住家中電腦室)。9 月 2 日早上服完最後一劑藥後，回原診所複診，醫師診察有鼻涕倒流現象並診斷為上呼吸道感染，開立一般止咳及抗組織胺，當時個案已超過三日未發燒故未開立退燒藥。複診當天晚上開始發燒、劇烈咳嗽、頭暈且有痰增加(粉紅色帶血)等症狀，服藥及休息均未改善。

9 月 3 日到 C 醫院急診室就醫，醫師聽診發現肺部有些微氣喘音及濕囉音，胸部 X 光顯示兩側下肺葉浸潤；醫師診斷為肺炎、心室腫大、A 型流感經克流感治療。血液檢查發現：WBC：14720/uL，多核球佔 82%，疑似細菌性感染，因個案有心血管重大傷病、流感病史及胸部 X 光異常，於急診處置後立即給予抗生素 moxifloxacin 並送至負

壓隔離病房住院。其他檢查顯示：9月4日所收集的痰抹片檢查發現痰中充滿白血球，革蘭氏陽性球菌及革蘭氏陰性桿菌有2+。因於急診已使用抗生素故各項細菌培養皆為陰性。9月4日院方通報個案B為流感併發重症。檢體送病毒合約實驗室，以real-time RT-PCR檢驗為H1N1新型流感病毒。個案住院期間每日施打moxifloxacin，生命徵象穩定，並無使用退燒藥，含血痰液急遽減少，而且不再發燒。個案完成5天抗生素治療後因症狀已完全解除且病情穩定，於9月7日出院。9月10日回D醫學中心心臟外科追蹤複診無異常。9月13日恢復開始上班。分離之H1N1新型流感病毒，經疾病管制局進行NA基因序列分析，發現具克流感抗藥性H275Y突變。

個案B同住家人有三人，其5歲兒子於8月25日放學後開始有發燒及嘔吐症狀，8月26日至E診所就醫，院方給予症狀治療。案妻於8月28日因頭暈、喉嚨痛等不適症狀，當日與個案、其子一起至E診所就醫，院方給予症狀治療，當時服藥後隔日症狀即改善，兩位皆未接受流感快速篩檢。個案於C醫院住院期間，因住負壓隔離病房需限制會客時間，除了案妻送換洗衣物至醫院外，其餘家屬皆未來探病。

在個案B的接觸者調查上，則分以下四類進行：

一、個案接觸者調查：

(一)工作地點：公司員工約300人，其中同一辦公室之同仁有7人(採輪班制)，自8月1日至10月21日止，公司安全衛生小組表示無其他同仁因類流感症狀請假。該公司自個案發病日起開始要求員工每日需量測體溫並戴口罩上班，以避免其他同仁感染。10月23日早上至個案工作場所現場疫調，經瞭解個案一同工作密切接觸者7人均無症狀。衛生安全小組主任表示，公司持續執行公司內部流感防疫措施；經查近一星期有一員工仍有感冒症狀，經由疾病管制局醫師看診後給予採



檢送驗，結果為陰性；個案工作區域為開放式，評估群聚風險性不高。

(二)就診之醫療院所：E 診所有 2 位醫師及 5 位護理人員，目前無疑似症狀者，C 醫院與個案有接觸的醫護人員共 30 人(急診室：14 人、病房：16 人)，近一星期有一員工仍有感冒症狀，經由疾病管制局醫師看診後給予採檢送驗，結果為陰性。

二、案妻接觸者調查：因案妻仍有症狀，故於 10 月 23 日起案妻工作場所執行疫調與採檢。該公司員工共有 177 人，對於新型流感防治平時有制定防疫手冊，執行 H1N1 新型流感個人防疫調查表，並落實每日出入廠量測體溫，經查近一星期有二員工(其中一位為案妻)仍有感冒症狀，經由疾病管制局醫師看診後給予採檢送驗，結果為陰性。

三、案子接觸者調查：查訪案子就讀之幼稚園，學童 62 人、園長、老師和司機等工作人員 8 人。幼稚園於 8 月 1 日開學，翻閱學童出勤紀錄簿，8 月份未見因病請假之學童和老師，9 月份因類流感請假之學童有 5 位、老師 1 位，10 月上旬因類流感請假之學童有 2 位。針對七日內尚有請假或者服藥紀錄的幼童，請幼稚園提供資料聯繫家屬後予以採檢送驗，經查當時有 5 位學童類流感在校服藥中，其中 2 位請假先行回家，其他 3 位由疾病管制局醫師看診後給予採檢送驗。另有一位學童因九月底有類流感症狀，經快篩為陽性，雖症狀解除，也加入採檢行列，故共有 4 位學童被採檢，結果均為陰性。

四、社區調查：經查 6 月 19 日至 10 月 19 日個案居住之鄉鎮、診所附近社區及看診醫療院所共通報確診六位 H1N1 新型流感重症個案(含本個案)。經調查其他五位個案均無分離出抗藥性新型流感病毒株。

結 論

國內目前雖偵測出五例抗藥性 H1N1 新型流感病毒，經流病調查結果顯示，此五例仍屬散發性個案，亦未造成社區傳播，但需密切加以注意。由於 WHO 與中央流行疫情指揮中心均不主張對已知 H1N1 新型流感確定病例之密切接觸者進行克流感的預防性投藥，臨床醫師應對 H1N1 新型流感病程較長之病患(尤其是服用免疫抑制劑病患或免疫功能低下者)在接受完一個療程或延長療程的抗病毒藥劑治療後，若仍驗出流感陽性，需加以提高警覺，因這類患者成為抗藥性的風險較高，應立即採檢該患者的檢體送疾病管制局實驗室檢驗抗藥性病毒是否存在。若一旦檢驗出抗藥性病毒後，應立刻進行流病調查(包括接觸者追蹤與病毒檢驗)以了解此抗藥性病毒是否發生持續散播的情形，並應加強社區 H1N1 新型流感病毒之抗藥性監測。

參考文獻

1. CDC. Swine influenza A (H1N1) infection in two children--Southern California, March-April 2009. MMWR 2009; 58:400-2.
2. WHO. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 3: Changes in reporting requirements for pandemic (H1N1) 2009 virus infection. Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/index.html.
3. CDC. Update: drug susceptibility of swine-origin influenza A (H1N1) viruses, April 2009. MMWR 2009; 58:433-5.
4. WHO. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 1: Viruses resistant to oseltamivir (Tamiflu) identified. Wkly Epidemiol Rec 2009; 84:299-399.
5. WHO. Oseltamivir-resistant pandemic (H1N1) 2009 influenza virus. Wkly Epidemiol Rec 2009; 84:453-9.
6. WHO. Pandemic (H1N1) 2009 - update 75: Weekly update (Virological surveillance data) Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/laboratory20_11_2009/en/index.html.



7. Taiwan CDC. Three new tamiflu-resistant pandemic influenza A (H1N1) virus strains discovered in Taiwan; Central Epidemic Command Center urges H1N1 vaccination. Available at: <http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=26436&ctNode=960&mp=5>.
8. Chuang JH. Influenza pandemic (H1N1) 2009 (77): Taiwan oseltamivir resistance. Available at: <http://www.promedmail.org>, archive number: 20091027.3725.
9. Chuang JH, Huang SE. Influenza pandemic (H1N1) 2009 (73): Taiwan oseltamivir resistance. Available at: <http://www.promedmail.org>, archive number: 20091021.3626.
10. WHO. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 12: Antiviral use and the risk of drug resistance. Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_use_20090925/en/index.html.

2009 年 1 至 6 月捐血中心通報愛滋個案 捐血原因調查報告

劉佩伶、賴安琪、黃彥芳、楊靖慧

衛生署疾病管制局第三組

摘要

依據行政院衛生署疾病管制局(以下簡稱本局)愛滋病監測通報顯示, 2009 年 1 月至 6 月捐血中心篩檢出愛滋陽性率為十萬分之 4.88, 較去年同期十萬分之 2.52 為高, 顯示今年源自捐血中心通報之愛滋感染陽性率有明顯增加的情形, 大幅增加了愛滋病毒(HIV)經由血液傳播的風險, 實有必要對此一情形進行了解及分析, 以確保捐血血品之安全, 防範輸血感染愛滋病。調查顯示 48%的高危險群捐血人對於高危險群的自我意識不足, 其中以同性間性行為者佔多數。部份同性性行為者認為性行為有用保險套, 或有遵從單一固定性伴侶是安全無虞的, 因而想捐血救人。另外明知自己是高危險群的捐血人有 26%是礙於捐血車至學校或軍隊受同儕邀約而捐血等情形, 少數個案認為篩檢資源及匿名篩檢資源的可近性不足, 或不知道有篩檢資源可茲利用。

關鍵字：愛滋病、捐血、高危險群

前言

為了阻斷愛滋病毒經由血液傳播, 我國自 1988 年起, 即規定國內

- 西元 2009 年 10 月 30 日受理
- 西元 2009 年 11 月 9 日接受刊載
- 通訊作者：劉佩伶
- 聯絡地址：台北市忠孝東路一段 9 號 7 樓
- e-mail : pliu@cdc.gov.tw



所有捐血血品應進行愛滋病抗體檢驗，以維護用血人之安全。同時協請捐血機構加強宣導捐血人正確捐血觀念，制定捐血工作流程，提供捐血前面談及諮詢，確認捐血人是否為高危險群及其身體健康狀態。然而每年源自捐血中心的捐血血品中仍篩檢出為數不少的新通報愛滋陽性個案，2009年1月至6月捐血中心篩檢出愛滋陽性率為十萬分之4.88，較去年同期十萬分之2.52為高[1]，嚴重影響無償血液之安全與品質。

依我國「捐血者健康標準」[2]第4條規定，有後列情形之一者，應暫緩捐血，包括：1.懷疑自己感染愛滋病毒者或兩年內曾與可能感染愛滋病毒者發生性行為者；2.一年內曾經發生危險的性行為(與陌生人發生性行為、嫖妓、一夜情)或曾經罹患性病(梅毒、淋病、披衣菌、生殖器疱疹、軟性下疳、尖型濕疣等)者。第5條規定，有後列情形之一者，永不得捐血，包括：1.靜脈注射藥物成癮者、男性間性行為者或長期使用血液製劑者；2.曾經吸毒或慢性酒精中毒者；3.愛滋病毒第一型及第二型(HIV-I / HIV-II)抗體檢查經確認呈陽性反應者；4.曾為愛滋病(AIDS)患者；5.曾經從事性工作者。

美國紅十字會於合格捐血者準則中同時建議有罹患 HIV/AIDS 的徵象或症狀者不應捐血，其徵象與症狀如後：1.非預期的體重減輕(2個月內減輕 10 磅或更多)；2.夜間盜汗；3.口部或皮膚出現藍色或紫色斑點；4.口部出現白點或不尋常的潰瘍；5.頸部、腋下或腹股溝出現腫塊超過 1 個月；6.持續腹瀉；7.持續咳嗽或呼吸短促；8.體溫大於 38 °C 超過 10 天[3]。英國對於將男性間性行為者列為永久不得捐血者仍有爭議，一份英國的研究經過模擬測試後，認為取消有同性間性行為男性，從最後一次性行為後 12 個月不得捐血的限制，或完全移除這一項條件會提高捐贈血品中愛滋病毒進入英國血庫的機率大約 60%[4]。

因此依據捐血之標準作業程序，在捐血前應由採血人員提供篩檢

前面談及諮詢，以確認捐血人是否為高危險群及其身體健康狀態。然而檢視這些因捐血而被篩檢出感染愛滋病毒者，絕大部分是規定不得捐血之高危險群個案，顯示有必要針對這些對象進行調查，以瞭解其捐血的原因和情境，並評估捐血前面談之問題，作為未來執行策略修訂之參考。

材料與方法

一、調查對象：

本次調查對象為 98 年 1 月至 6 月源自捐血中心檢出之新通報愛滋陽性個案，共計 46 名。

二、調查工具：

本次調查採用半結構式問卷，分就機構及個人因素等面向，試圖瞭解這些愛滋陽性個案之捐血原因，內容包括：調查對象之感染危險因子、捐血程序、捐血原因等資料，輔以傳染病個案通報系統之個案人口學基本資料進行分析。調查方式原則上由衛生局人員以電話訪問或當面訪視方式進行。

三、統計方法：

調查對象資料以 Microsoft Excel 軟體進行資料輸入，並與傳染病個案通報系統之個案基本資料串接後，進行樞紐分析。

結果與討論

檢視 46 名個案其通報來源共分佈 6 個縣市(台北市、台中市、台南市、高雄市、新竹縣、花蓮縣)，其中 4 名個案自通報後經衛生局數度追蹤訪視仍失聯，其餘 42 名個案透過地方衛生局(所)或個案管理人員以電訪和當面訪視收集資料。

一、調查對象人口學資料：



年齡層以 20-29 歲為大宗(31 人，佔 67.4%)(表 1)，感染愛滋之危險因子以同性間性行為佔多數(21 人，佔 45.7%)(表 2)，復查過去 2 年捐血中心通報愛滋個案之職業類別皆以服務業(不含性工作者)為主，約佔 30% 左右，而今年上半年度學生族群首次超越服務業(不含性工作者)，分佔 21.7% 及 17.4%(表 3)，此現象值得持續觀察與瞭解。

表一、年齡別

年齡分組	人數	百分比
10-19	2	4.4%
20-29	31	67.4%
30-39	7	15.2%
40-49	3	6.5%
50-59	2	4.4%
60-69	1	2.2%
總計	46	100.0%

表二、感染危險因子

危險因子	人數	百分比
不詳	5	10.9%
同性	21	45.7%
異性	15	32.6%
雙性	5	10.9%
總計	46	100.0%

表三、職業別

職業別	人數	百分比
學生	10	21.7%
服務業(不含性工作者)	8	17.4%
軍	7	15.2%
專門技術	5	10.9%
工	4	8.7%
無業	4	8.7%
商	3	6.5%
不詳	2	4.4%
公	2	4.4%
其它	1	2.2%
總計	46	100.0%

二、捐血原因探討：

(一)機構方面：

42名個案中有11名表達捐血機構(車)在篩檢前未提供面談及愛滋諮詢的程序，此11名個案捐血縣市為：高雄市、台中市、台南市、台北市及新竹縣等5縣市，但考量個案可能藉口推諉或少數捐血車諮詢程序僅流於讓個案自行填報捐血登記表等因素，此結果尚有待商榷。

明知自己是高危險群(同性、雙性及異性間危險性行為)仍捐血的個案共15名，其中3名認為衛生單位篩檢資源及匿名篩檢資源可近性不足，該3名個案居住之縣市分別為花蓮縣及宜蘭縣；有1名居住於台北縣的個案反應不知道有匿名篩檢資源可茲利用。

(二)個人方面：

42名個案中有27名捐血當時自認非為高危險群，單純想捐血救人，經檢視其愛滋之危險因子為同性、雙性間性行為者有13名仍自認為非高危險群(同性間性行為11名，雙性間性行為2名)(表4)。其中11名自認為非高危險群個案在捐血前有接受面談與諮詢，有一半的個案認為自己是單一固定性伴侶，或是有做好安全防護措施，故無感染HIV之虞而去捐血。另外值得注意的是42名個案中，有5名個案主動表達有定期捐血的習慣。

明知自己是高危險群卻仍捐血的個案計15名，其中10名個案捐血前有接受面談與諮詢，其中有3名個案沒有想過會感染愛滋，另有4名個案是捐血車至職場或親友邀約而捐血，僅有3名個案表示是想利用捐血檢驗是否感染愛滋病。

表四、捐血個案對高危險群的自我意識

類別	人數	全部個案	自我意識非高危險群	(%)
同性間性行為		23	11	(47.8)
雙性間性行為		4	2	(50.0)
異性間性行為		15	14	(93.3)
總計		42	27	(64.3)



結論與建議

一、透過本次調查發現部份捐血後被確認為有愛滋病毒感染的捐血人，確有同性間性行為或雙性間性行為，卻並不認為自己是高危險群者。換句話說，部份同志族群認為性行為有用保險套，或有遵從單一固定性伴侶是安全無虞的。但是保險套是否正確使用，與性伴侶從前或現在之性關係是否複雜，是影響同性間性行為及雙性間性行為者愛滋病毒傳播的重要因素。

根據本局於 2008 年針對國內男性進行的愛滋病防治與保險套使用民意調查結果顯示，國人最近一次性行為為固定性伴侶而未使用保險套的比率為 53.8%，非固定性伴侶者未使用保險套之比率為 29.3% [5]。顯示在固定性伴侶時，容易降低警戒心。另一個本局於 2006 年委託國立成功大學醫學院辦理之「防治性病、愛滋病之結構式介入措施應用在男同性戀三溫暖之成效評值計畫」中發現，肛交、口交持續使用保險套的比率分別為 69.7% 及 17.7% [6] 口交之保險套使用率偏低，所以在保險套使用的態度與行為上均有再加強的必要性。

因此如何加強高危險群衛生教育，及提高篩檢前面談及諮詢技巧是相當重要的課題。故本局在進行同志族群愛滋防治宣導時，需加強高危險行為與自我保護之宣導，即使是單一固定性伴侶仍要使用保險套，以及口交、肛交時亦應確實使用保險套，並主動提供其愛滋篩檢資源，以利其運用。

二、少數捐血人表達在該次捐血的程序中，並未接受篩檢前面談及諮詢，可能是個案藉口推諉，或少數捐血車諮詢程序僅流於讓個案自行填報捐血登記表等因素，此結果尚有待商榷。本局將請血液基金會檢視捐血前對捐血人面談及愛滋諮詢之流程，並加強宣導

正確捐血觀念，同時提升面談及諮詢品質。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，建議可於面談時加強「良心回電」之宣導。

三、針對愛滋篩檢資源可近性不足的區域(如：東部地區)，應增加篩檢點之提供及宣導，同時亦建議捐血機構(車)提供愛滋匿名篩檢，或主動提供(張貼)匿名篩檢場所資訊，以避免高危險群透過捐血管道進行篩檢。

四、對於高危險群應加強其捐血之法律責任宣導，不符捐血者健康標準而捐血者，恐觸犯刑法偽造文書罪，若進一步將愛滋病毒傳染他人，則恐涉及刑事過失傷害罪及民事損害賠償。自 1984 年迄 2009 年 9 月底止，國內已有 20 人經證實因接受輸血而感染愛滋。常言「捐血一袋，救人一命」，但是捐血者若於愛滋病空窗期捐血，恐造成受血者因此感染愛滋，故高危險群捐血者捐血前應慎思，以免救人美意導致他人無法彌補之傷害。

參考文獻

1. Taiwan CDC. Statistics of HIV/AIDS Monthly Report. Available at: http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=2215&mp=1&ctnode=1498#7
2. Criteria for Donor Selection. Available at: http://gazette.nat.gov.tw/EG_FileManager/eguploadpub/eg011173/ch08/type3/gov70/num1/Eg.htm
3. American Red Cross. Blood Eligibility Guidelines. Available at: <http://www.redcross.org/en/eligibility#hiv>.
4. Soldan K, Sinka K. Evaluation of the de-selection of men who have had sex with men from blood donation in England. Vox Sanguinis 2003; 84: 265-73.
5. Taiwan CDC. 2008 HIV prevention and condom use survey.
6. Ko NY. Evaluate the effect of HIV/STDs structural-level intervention on reducing risky behaviors in gay bathhouses. DOH95-DC-1017.



影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討

陳美芳^{1,3}、王瑞霞³、吳金雀¹、吳兆英²、呂孟倫²、康啟杰²
蕭文絜¹、周郁芳¹、彭若瑄¹、洪敏南¹、陳素琴¹、侯玉婷¹
陳美珠¹、黃啟泉¹、張朝卿¹、林立人¹

1. 衛生署疾病管制局第五分局
2. 屏東縣衛生局
3. 高雄醫學大學護理系

摘要

根據疾病管制局的統計，流感重症個案中，以年齡 0~9 歲族群所佔人數最多，而這些個案大部分並未施打流感疫苗。預防幼兒流感最主要的方式是接種流感疫苗，然而幼兒流感疫苗施打率不彰，故針對影響幼兒流感疫苗接種之因素作探討，進而發展有效策略以提升流感疫苗之施打率是很重要的。本研究採立意取樣，在屏東縣 33 個衛生所與 40 家合約醫療院所收案，有效問卷為 2778 份。其結果顯示施打幼兒流感疫苗前四個原因為衛生局/所的衛教宣導、醫師建議、小孩容易生病怕被傳染、疫苗有效。這些個案中，有 7.0% 個案有副作用產生。未施打幼兒流感疫苗前四個原因為害怕疫苗副作用、小孩生病、流感疫苗負面報導、不知道要施打。最後，本文提出提升幼兒流感疫苗施打率之五項建議：善用專業人員宣導、力求衛教內容的完整性與普及性、掌握重要訊息之宣導、妥善規劃公費疫苗與有效因應流感疫苗負

- 西元 2009 年 9 月 7 日受理
- 西元 2009 年 10 月 5 日接受刊載
- 通訊作者：林立人
- 聯絡地址：高雄市自由二路 180 號
- e-mail : gp.lin@cdc.gov.tw

面報導，俾供流感疫苗政策擬定之參考。

關鍵字：流感、幼兒、流感疫苗

前言

流感已造成全世界的問題，尤其對幼兒影響甚鉅。在澳洲每年約有 2100 人因流感而住院，尤其以小於 5 歲的幼兒為主，佔十萬分之 64.7[1]，在美國，於 2003 年，超過 50% 以上的流感住院個案發生在小孩，共花費 7 億 6 仟五百萬美金[2]，在台灣，根據國內文獻指出在 2003/2004 年流感季，流感重症是以 65 歲以上與小於 2 歲之年齡層分布居多，各佔 23.5%[3]，在 2006/2007 年流感季，流感重症共有 34 名流感重症確定個案，其中以年齡 0~9 歲族群為發病人數最多，佔 38.2%[4]。當幼兒感染到流感，常有發燒、疲倦、流鼻涕、喉嚨痛以及咳嗽等症狀，嚴重時會有肺炎併發症[5]，甚至死亡，可見流感的預防對幼兒的重要性。

預防幼兒流感最主要的方式是接種流感疫苗[6]，故美國兒科學會建議每年要將 6-59 個月小孩納入流感疫苗施打對象[7]。而國內於 2004 年，考量 2 歲以下年齡之嬰幼兒感染流感住院之比例不亞於 65 歲以上老人及其他流感高危險群，故將 6 個月以上 2 歲以下之幼兒納入接種實施對象[8]。然而根據疾管局 2008 年統計，幼兒的施打率不彰，尤其在南部地區，平均施打率約為五至六成，相較於其他幼兒常規疫苗（例如：B 型肝炎疫苗、白喉、百日咳與破傷風疫苗、日本腦炎疫苗等）的九成以上差距甚遠，且與其他族群比較，例如：醫護人員與國小兒童，其流感疫苗施打率皆較低，故影響施打幼兒流感疫苗的因素值得探討[9]。回顧國內外關於流感疫苗研究，大都著重探討流感疫苗的成效或探討老人[10-11]、醫護族群施打流感疫苗的影響因素[12]，然而對探討幼兒流感疫苗接種影響因素的研究卻較少，故本研究目的為探討主要照顧者決定施打幼兒流感疫苗之影響因素，進而作為制定提升



流感疫苗接種率介入措施之參考，以達到流感防治最大效益。

研究方法

本研究採立意取樣，以屏東縣 33 個衛生所，40 家疫苗合約醫療院所為蒐集場所，以結構性問卷訪問家中有幼兒之家長。該問卷是參考文獻所擬[10-11]，主要構面為主要照顧者及幼兒之基本資料、2008 年與之前施打情況、施打面向(施打原因、第二劑施打未完成之原因、副作用調查)、未施打面向(未施打原因)。其中施打原因、第二劑施打未完成之原因、未施打原因與副作用可複選，並經由 5 位專家審查後依建議修訂完成。收案對象為 2005 年 10 月 1 日至 2008 年 4 月 30 日出生幼兒之家長(該時間是依據 2008 年公費疫苗施打對象所設的年齡條件)，收案人數依據全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)之屏東縣 33 個鄉鎮幼兒數為主，人數超過 1000 位者之衛生所，收集 100 份問卷，介於 500 至 1000 位個案，收集 60 份問卷，人數低於 500 位者，收集 30 份問卷，合約醫療院所有 2 家個案數少，收取 20 位外，其餘收取 50 份問卷，預計收取 3300 位個案。此問卷採不記名方式，自願填答，所收集的資料以 EXCEL 2003 版輸入資料，在經由核對電腦輸入資料且與實際資料無誤後，以 EXCEL 2003 版與 SPSS 13.0 版進行分析。

結果

一、主要照顧者與幼兒之基本資料分析

本研究總填答人數為 3313 人，去除填錯或遺失數據，共 3153 人，達 4% 填答不完整率，而因為 375 人填題者並非是幼兒的主要照顧者，而只是帶幼兒來醫療院所，故刪除，剩下有效問卷 2778 份，其包含未施打個案 1100 份與施打個案 1678 份。而施打個案包含完成該年施打劑量者 991 人與應完成兩劑，但只完成一劑施打者 687 人(2007 年以

前未施打，2008 年需施打兩劑)。總樣本特性見表一。

表一、幼兒主要照顧者基本資料(N=2778)

基本資料		總人數	百分比
主要照顧者	父親	340	12.2
	母親	2218	79.8
	祖父或祖母	144	5.2
	阿姨或姑姑	44	1.6
	褊母	32	1.2
婚姻狀況	同居	69	2.5
	已婚	2659	95.7
	離婚	35	1.3
	喪偶	15	0.5
教育程度	不識字	58	2.1
	國小	142	5.1
	國中	217	7.8
	高中	1083	39.0
	專科	722	26.0
宗教信仰	大學以上	556	20.0
	無	162	5.8
	佛教	880	31.7
	道教	1187	42.7
	基督教	321	11.6
	天主教	97	3.5
職業狀況	其他(一貫道、回教)	131	4.7
	無	1416	51.0
	有	1342	48.3
	退休	20	0.7
您是哪裡人	閩南人	1930	69.5
	客家人	318	11.4
	外省人	99	3.6
	原住民	372	13.4
	外籍新娘	59	2.1
	小孩疾病史	無	2529
	氣喘	57	2.1
	異位性皮膚炎	81	2.9
	先天性心臟病	14	0.5
	過敏性鼻炎	83	3.0
	兩種以上慢性病	14	0.5
住院史	無	2000	72.0
	有	778	28.0
是否曾被診斷流感	否	2039	73.4
	是	471	17.0
	不知道	268	9.6



二、施打方面

(一)主要照顧者決定幼兒施打流感疫苗原因

在施打原因方面，2008 年施打幼兒流感疫苗的前 4 個原因為衛生局/所的衛教宣導、醫師建議、小孩容易生病怕被傳染、疫苗有效(見表二)。

表二、主要照顧者決定幼兒施打流感疫苗原因(n=1678)

排序	施打流感疫苗原因	總人數
1	衛生局/所衛教宣導	875
2	醫師建議	645
3	小孩容易生病，怕被傳染	522
4	疫苗有效	481
5	流感流行時	451
6	完全免費(包含掛號費)	357
7	電視新聞/報紙廣告	202
8	政府官員代言	47

(二)幼兒未完成第二劑疫苗施打之原因

2008 年需完成 2 劑，但只施打 1 劑共 687 位，其前 4 個主要原因包括不知道要施打兩劑或不知道第二劑何時施打、覺得打一劑就有效、忘記了、沒有公費疫苗可以施打(見表三)。

表三、需要施打 2 劑，但只施打 1 劑的原因(n=687)

排序	原因	人數
1	不知道要施打兩劑或不知道第二劑何時施打	210
2	覺得打一劑就有效	196
3	忘記了	150
4	沒有公費疫苗可以施打	63
5	第一劑後產生副作用	48
6	個案生病	20
7	時間未配合	10
8	施打其他疫苗	5

(三)副作用調查

2008 年施打人數 1678 人，無副作用 1272 人(75.8%)，未填答人數

達 288 人(17.2%)，而有副作用共 118 人(7.0%)，其中以肌肉痛副作用最常見，佔 27.5%(見表四)。

表四、流感疫苗副作用人數統計(n=1678)

副作用	總人數(%)
發生與否	
無	1272(75.8%)
未填答	288(17.2%)
有	118(7.0%)
種類	
肌肉痛	38(27.5%)
發燒	32(23.2%)
接種處紅或腫	30(21.7%)
倦怠	26(18.8%)
頭痛	6(4.4%)
流鼻水	5(3.6%)
情緒起伏大	1(0.7%)
副作用量	
一種副作用	101(85.6%)
兩種副作用	15(12.7%)
三種或以上的副作用	2(1.7%)

三、未施打者方面

2008 年主要照顧者未讓幼兒施打流感疫苗的前 4 個主要原因為害怕疫苗副作用、小孩生病、流感疫苗負面報導、不知道要施打(見表五)。

表五、主要照顧者不讓幼兒施打流感疫苗原因(n=1100)

排序	不施打原因	總人數(n)
1	害怕疫苗副作用	495
2	小孩生病	285
3	流感疫苗負面報導	198
4	不知道要施打	168
5	覺得疫苗沒有效	130
6	太忙，沒有時間	117
7	覺得小孩不會罹患流感	53
8	害怕孩子打針會痛	43
9	需要付掛號費	23
10	過敏	3
11	剛接種其他疫苗	1



討論與建議

一、善用專業人員宣導

本研究幼兒施打流感疫苗的前兩個主要原因為衛生局/所衛教宣導與醫師建議。從以上結果可知道主要照顧者對公共衛生專業人員與醫師專業的信任。故由衛生局/所公衛人員與醫師作為流感疫苗宣導人員是最好不過了。而 Nowalk 等人(2006)的研究發現有接受醫師建議施打疫苗與疫苗接種率呈正相關，也就是有接受醫師建議個案比較會施打疫苗[13]。國內高雄市衛生局的研究也顯示民眾對於由專家學者來代言認同度最高達 85.6%[14]。因此，本文建議合約流感疫苗院所不是只是提供疫苗而已，衛生局所人員與醫師應該主動負起建議主要照顧者讓幼兒施打流感疫苗的責任。

二、力求衛教內容的完整性與普及性

幼兒不施打流感疫苗的第 4 個原因與未完成第 2 劑施打的主要原因皆是不知道要施打或不知道施打時間，可見要讓民眾知道施打這件事是很重要的。故完整的衛教內容應包含疫苗施打時間、施打地點、施打對象、施打劑量、流感疫苗的成效、疫苗施打後之注意事項與副作用之因應之道等。而這些宣導內容可善用資源讓衛教更普及，例如：在平日兒童就醫或施打其他常規疫苗時，可藉由兒童健康手冊「預防接種時程及記錄表」內的空白欄紀錄流感疫苗施打時間、施打劑量，作為主要照顧者之參考，以減少不知或忘記的情況。另外，我國疾管局在首頁設置「預防接種」主題，其包含「我國現行預防接種時程」、「各項預防接種間隔時間一覽表」、「疫苗概論」、「預防接種合約醫院」等相關流感疫苗訊息，也開闢了「流感防治網」放置流感疫苗宣傳短片、衛教手冊、單張、海報與貼紙，可提供專業人員與民眾下載參閱。而醫療院所可放置流感疫苗橫布條提醒民眾施打[9,15]。

此外，疫苗有效是幼兒施打流感疫苗的第 4 個主要原因，而覺得

疫苗無效是不施打流感疫苗的第 5 個主要原因，故加強流感疫苗成效的宣導是很重要的。根據文獻，流感疫苗在兒童對預防流感的有效性達 60-90%，並可減少流感所引起之併發性，例如呼吸道疾病、肺炎與死亡[16-17]。基於疫苗對兒童的保護力，2009 年公費流感疫苗實施對象將擴大 3-6 歲兒童納入施打，故兒童施打年紀從出生 6 個月至國小 4 年級皆可施打。而世界衛生組織指出大部分的族群暴露於流感機率高，所以對流感已有些免疫力，故只需施打一劑即可，但對 8 歲以下兒童，若從未施打流感疫苗，應該要施打 2 劑，以確保疫苗對個案的保護力。而本研究發現未完成第二劑施打原因的第三名為覺得打一劑就有效，故專業人員須澄清主要照顧者對流感疫苗的誤解。另外，2008 年副作用調查中，未填答人數達 288 人，其中探究原因大部分主要照顧者不知道如何分辨流感疫苗的副作用，由於幼兒還小，有許多幼兒無法把不舒服的情況明白告知主要照顧者，為了讓主要照顧者安心，施打院所應該要對主要照顧者詳細說明疫苗施打後的注意事項與處置方法，讓主要照顧者瞭解並因應，才不致讓主要照顧者產生不知所措等負面感覺。

三、掌握重要訊息之宣導

(一) 流感流行消息的釋放

流感由於在大流行時，有 10-50% 民眾皆會得病，故取其名[15]。而本研究發現幼兒施打流感疫苗的第五個原因為流感流行時。故在流感疫苗開打時，掌握國內外流感流行的訊息，釋放流感流行消息是提升施打率一項策略。另外，Nowalk 等人(2006)的研究發現有「沒施打流感疫苗容易得流感」的信念個案比較會去施打流感疫苗[13]。而今年流感流行季時，可同步強化「流感疫苗是流感最佳預防措施」的宣導，進一步提高接種率。

(二) 多發布「幼兒流感易罹患性與嚴重性」之訊息



本研究發現幼兒施打流感疫苗的第 3 個原因為小孩容易生病，怕被傳染。故可藉由幼兒之「流感易罹患性」、「流感之嚴重性」之宣導，提高接種率。在國內，黃等人針對 65 歲以上老人的研究也發現會施打流感疫苗的主因為「害怕得到流感」，故宣導策略為多發布「老人罹患流感、流感重症的可能性高」之訊息[10]。本研究與此文獻相呼應。另外，幼兒未施打流感疫苗的第二個原因為小孩生病故無法施打，故衛生局所人員可藉由提醒家長等幼兒生病好時，再來施打流感疫苗以增加幼兒對流感的抵抗力。

四、妥善規劃公費疫苗的運用

未完成第二劑施打的第 4 個原因為沒有公費疫苗可以施打。故需妥善規劃公費疫苗的運用。衛生局可藉由瞭解每個鄉鎮幼兒數及歷年施打情況來合理分配流感疫苗數量至各流感疫苗合約醫療院所，並可運用流感疫苗資訊系統即時掌握各醫療院所疫苗接種情形與疫苗剩餘量，且藉由 NIIS 資訊管理系統掌握幼兒施打情況，即時調撥疫苗，避免疫苗短缺所造成幼兒無法完成第二劑施打之遺憾。

五、有效因應流感疫苗負面報導

未施打幼兒流感疫苗的第 4 個原因為流感疫苗負面報導，若要有有效因應負面報導，首先要瞭解負面報導的內容為何，回顧過去新聞，流感疫苗負面報導可分為流感疫苗之副作用與含汞議題，故以下針對兩項作分析：

在疫苗副作用方面：不活化的流感疫苗是在 1940 年代被發展，而在 1976 年，流感疫苗已被證實是安全的[16]。基於疫苗的安全性與有效性，世界衛生組織為了預防流感的群聚與大流行，每年依據全球所偵測之流感病毒，決定疫苗成份並建議施打[18]。流感疫苗的主要成分為被殺死的非活性病毒，所以接種並不會引起流感，接種後可能會產生局部反應，例如：注射部位疼痛、紅腫，但很少產生全身性反應，

例如：發燒，但一般均於接種後 1、2 天內恢復[19-20]。而從本研究施打個案副作用之統計，有副作用個案佔 7.0%，大都是肌肉痛，且可復原，與文獻相呼應。而在本研究另一發現 2008 年主要照顧者不願讓幼兒施打流感疫苗的主要因為害怕疫苗副作用，故就如其他常規疫苗一樣，建議專業人員要向主要照顧者說明流感疫苗所產生的副作用與施打後注意事項，讓主要照顧者能瞭解並因應疫苗所產生之副作用而減少害怕之負面感覺。另外，雖流感疫苗的副作用很少見，但為避免接種後發生極低可能的過敏性休克反應，醫護人員應讓幼兒於接種後在該單位休息及觀察 30 分鐘後再離開，並衛教若接種後有持續的發燒及任何嚴重的不適，應盡速就醫，並告知最近有接種過疫苗，作為醫師診斷的參考。

在含汞議題方面：流感疫苗中所含的汞為硫柳汞(Thimerosal)，是為了不讓疫苗受微生物污染的保存劑，其皆在安全劑量範圍內，所有疫苗皆均依公定基準進行檢驗，且經國內藥政主管單位審查核准上市。此種汞並不會在人體累積且可被代謝。在國外，McMahon 等人針對 2 歲以下的小孩，探討施打含汞與非含汞流感疫苗所產生之副作用，結果發現無論是長疹子、注射部位反應或感染等副作用，兩者皆無顯著差異，表示流感疫苗含汞與否與產生的副作用無相關[21]。Thompson 等人研究也證實含汞疫苗與小孩神經心理功能沒有因果關係[22]。而世界衛生組織為監測疫苗安全性，於 1999 年成立全球疫苗安全諮詢委員會(The Global Advisory Committee on Vaccine Safety; GACVS)，該組織也指出幼兒注射有限量含汞流感疫苗是安全的[23]；在國內，自開始對嬰幼兒施打含汞疫苗之常規預防注射以來，至今亦並未發生有關疫苗中汞傷害之事件[24]。故可以告知主要照顧者以上訊息，使其安心施打。

另外，過去流感疫苗負面報導，有些個案是因施打前未詳細評估，



導致施打後所產生症狀，例如：肺炎，就認為是流感疫苗所致；有些是因時間巧合，與疫苗無關的症狀，例如：心肌梗塞，被媒體拿來炒作。這些問題皆會影響民眾對流感疫苗接種意願，而影響流感疫情的防治，故以下提出解決方案。首先，醫師應加強評估個案情況再決定個案施打與否，以避免民眾施打疫苗後產生不良反應。蕭等人針對醫療院所工作人員探討施打後不良反應的研究也發現若有過敏情形與接種前有感冒症狀，流感疫苗施打後，其產生副作用的比例顯著較高，故施打流感疫苗前需要詳細身體評估[12]。第二：與媒體建立良好關係，讓媒體負起正確報導的責任，並避免不必要的炒作。何等人的研究也指出媒體的正面報導，不但可以增加知名度，更可增加政策的認同度，而提高流感疫苗之施打率[14]。最後，政府機關需要有因應媒體負面報導之策略，其包括：(1)建立緊急應變及發言人機制：面對危機，宜立即建立緊急應變機制及發言人機制，發言人的選擇必須兼顧對議題的專業程度、善於溝通、抗壓性高、被充分授權、並能隨時掌握最新最正確的訊息，避免發言出錯；(2)誠信為本：與媒體相處必須講誠信，欺騙媒體等於欺騙公眾，失信媒體等於失信天下。對媒體有些話可不說，但不可瞎說；(3)主動溝通：對於錯誤報導，應直接與記者及其主管連繫要求立即更正。「傳染病防治法」第九條規定：「各醫事機構、學術或研究機構及其所屬人員發表之傳染病訊息或傳播媒體報導流行疫情，有錯誤或不實，經主管機關通知其更正者，應立即更正」。「傳染病防治法」第六十三條也規定：「傳播不實之流行疫情消息，足以生損害於公眾或他人者，科新臺幣五十萬元以下罰金。」[25-27]。

致 謝

本文感謝屏東縣衛生局、醫療院所醫護人員與本局公關室及第四

組的協助，使研究得已順利完成。

參考文獻

1. Brotherton J, Wang H, Schaffer A. Vaccine preventable disease and vaccination coverage in Australia 2003 to 2005. *Commun Dis Intell* 2007; 31: 1-50.
2. Hassan F, Lewis TC, Davis MM, et al. Hospital utilization and costs among children with influenza. 2003. *Am Prev Med* 2009; 36:292-6.
3. Chang CW, Wu KB, Huang TM, et al. Influenza activity in Taiwan: 2005/2006 season. *Taiwan Epidemiol Bull* 2006; 23: 489-504.
4. Chang CW, Chuang JH, Wu KB, et al. Epidemiological analysis of seasonal influenza epidemic in Taiwan in 2006/2007. *Taiwan Epidemiol Bull* 2008; 24: 895-907.
5. WHO. Influenza 2009. Available at: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index1.html
6. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, et al. Seasonal influenza in adults and children-diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48: 1003-32.
7. Committee on Infectious Diseases Pediatrics. Prevention of influenza: recommendations for influenza immunization of children, 2007-2008. *Am Acad of Pediatr* 2009; 121: 1016-31.
8. Taiwan CDC. Influenza vaccine plan 2008.
9. Taiwan CDC. Vaccination 2009. Available at: <http://www.cdc.gov.tw/np.asp?ctNode=38&mp=1>
10. Huang HP, Tzau WS, Ho LL, et al. Taiwan elderly people's willingness to receive government promoted and funded flu shots - results of a 2007 telephone survey. *Taiwan Epidemiol Bull* 2007; 23: 683-92.
11. Tabbarah M, Zimmerman RK, Nowalk, MP, et al. What predicts influenza vaccination status in older Americans over several years? *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1354-9.
12. Hsiao HH, Suen HJ, Yan JJ. Adverse reactions of influenza vaccination among healthcare professionals. *Taiwan Epidemiol Bull* 2005; 23:618-31.
13. Nowalk MP, Zimmerman RK, Tabbarah M, et al. Determinants of adult vaccination



- at inner-city health center: a descriptive study. *BMC Fam Pract* 2006; 7:2.
14. Ho CG, Li YJ, Lin YJ, et al. Research reports of Kaohsiung City in 2007. Available at: http://w4.kcg.gov.tw/~cadc01/web/file.php?file=../programs/files/file_10399556009.pdf
 15. Taiwan CDC. Plans for Influenza vaccines: Q & A in 2007. Available at : <http://www.cdc.gov.tw/public/data/811418165471.pdf>
 16. Palache B. New vaccine approaches for seasonal and pandemic influenza. *Vaccine* 2008; 26: 6232-6.
 17. Couch RB. Seasonal inactivated influenza virus vaccines. *Vaccine* 2008; 26: 5-9.
 18. WHO. Recommendations for influenza vaccines 2009. Available at: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/vaccinerecommendations/en/>
 19. WHO. Vaccine-preventable diseases and vaccines (chap 6). In: International travel and health 2009. Available at <http://www.who.int/ith/ITH2009Chapter6.pdf>
 20. Vajo Z, Kosa L, Szilvasy I, et al. Yearly licensing studies from 1997 to 2007 of the inactivated whole virus seasonal influenza vaccine fluvax - a useful approach to pandemic vaccine development even in less well developed countries? *Influenza Other Respi Viruses* 2008; 2: 221-8
 21. McMahon A W, Iskander J K, Haber P, et al. Inactivated influenza vaccine(IIV) in children<2 years of age: examination of selected adverse events reported to the vaccine adverse event reporting system(VAERS) after thimerosal-free or thimerosal-containing vaccine. *Vaccine* 2008; 26: 427-9.
 22. Thompson WW, Price C, Goodson B. Early thimerosal exposure and neuropsychological outcomes at 7 to 10 Years. *The NEJM* 2007; 357: 1281-92.
 23. WHO. Global advisory committee on vaccine safety, 20–21 June 2002. Available at: http://www.who.int/vaccine_safety/reports/june_2002/en/.
 24. Taiwan CDC. Influenza vaccine plan 2009.
 25. Guo MC. How to cope with mass media 2007. Available at: <http://media.people.comcn/BIG5/40628/6521576.html>
 26. Wu YC. Standardized operation process for communication with mass media during disease outbreaks: based on experiences from SARS. *Taiwan J Public Health* 2007. 26:3:241-69.
 27. Taiwan DOH. Communicable disease prevention act 2009. Available at: <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0201.asp>

呼吸道病毒與腸病毒實驗室監測結果

1. 檢體來源：

- (1) 全國 10 家合約實驗室所在醫學中心的門診、急診或住院病人。
- (2) 定點採檢點之門診病人。符合本局類流感或腸病毒病例定義者。

2. 實驗室監測結果 (資料截至第 48 週 2009 年 11 月 28 日)：

- (1) 呼吸道病毒：近 6 週流感病毒以檢出 Novel H1N1 最多；其他呼吸道病毒則以 HSV1 最多。

呼吸道病毒定點採檢點實驗室監測結果統計

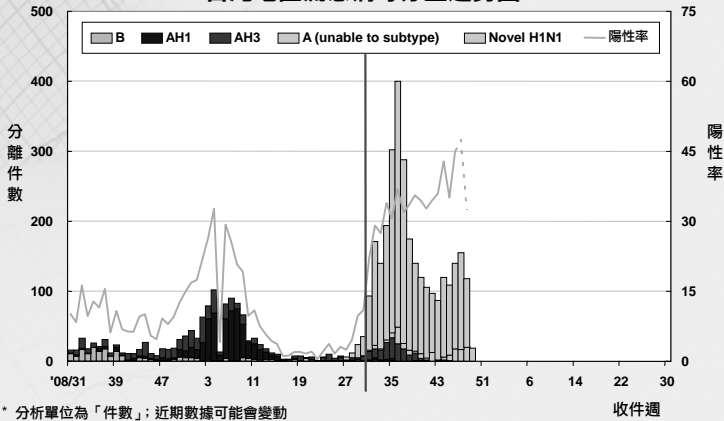
病毒分型	2008 1/1-12/31	2009 10/18-10/24 (43 週)	2009 10/25-10/31 (44 週)	2009 11/1-11/7 (45 週)	2009 11/8-11/14 (46 週)	2009 11/15-11/21 (47 週)	2009 11/22-11/28 (48 週)	2009 累計
Novel H1N1	0	85	114	100	122	138	98	2697
Inf AH1	366	0	0	0	0	0	0	521
Inf AH3	380	1	2	0	0	0	0	393
Inf A untype	2	1	4	8	18	17	20	156
Inf B	414	0	0	1	0	0	0	56
Adeno	1311	1	6	3	2	5	4	1019
RSV	87	0	0	2	0	0	0	71
Parainf 1	167	1	0	0	0	0	0	119
Parainf 2	21	8	2	1	1	1	0	112
Parainf 3	166	0	0	0	0	0	0	174
Parainf 4	0	0	0	0	0	0	0	1
CMV	230	0	0	1	1	0	0	88
HSV1	843	4	11	8	12	5	8	628
HSV2	5	0	0	0	0	0	0	4
總陽性件數(A)	3941	101	139	124	156	166	130	6004
總檢體件數(B)	13062	242	280	310	311	326	364	17218
陽性率(A/B)	30.2	41.7	49.6	40.0	50.2	50.9	35.7	34.9

2008 年有 51 件檢體分離出 2 種呼吸道病毒。

2009 年有 34 件檢體分離出 2 種呼吸道病毒。



台灣地區流感病毒分型趨勢圖

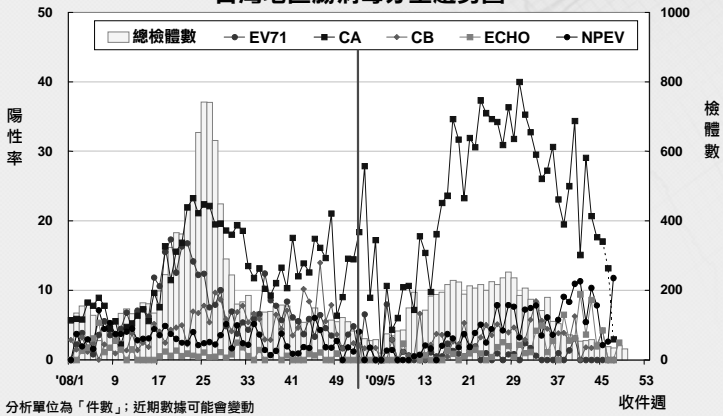


(2)腸病毒：近 6 週檢出前 3 名依序為 CA4、CA6、CA10。

腸病毒定點採檢點實驗室監測結果統計

病毒分型	2008	2009		2009	2009	2009	2009	2009 累計
	1/1-12/31	10/18-10/24 (43週)	10/25-10/31 (44週)	11/1-11/7 (45週)	11/8-11/14 (46週)	11/15-11/21 (47週)	11/22-11/28 (48週)	
CA2	1200	0	0	0	0	0	0	5
CA3	0	0	1	0	0	0	0	23
CA4	94	6	4	2	0	1	0	274
CA5	58	0	0	1	0	0	0	110
CA6	54	1	2	5	1	0	0	630
CA9	35	1	0	0	0	0	0	8
CA10	126	3	2	0	2	0	0	568
CA16	142	1	0	0	2	0	0	29
CA24	10	0	0	0	0	0	0	5
CA untype	10	0	0	0	0	0	0	10
CB1	144	1	0	1	0	0	0	189
CB2	7	0	0	0	0	0	0	2
CB3	3	0	0	0	0	0	0	0
CB4	381	0	0	1	0	0	0	7
CB5	50	0	1	0	0	0	0	7
CB untype	0	0	0	0	0	0	0	1
ECHO4	15	0	0	0	0	0	0	8
ECHO6	11	0	0	0	0	0	0	3
ECHO9	6	0	0	0	0	0	0	13
ECHO11	0	5	1	2	0	0	1	42
ECHO30	53	0	0	0	0	0	0	15
ECHO untype	0	0	0	0	0	0	0	0
EV71	975	0	0	0	0	0	0	58
NPEV	322	6	4	1	1	4	0	262
POLIO1	5	0	0	0	0	0	0	13
POLIO2	14	0	0	0	0	0	0	2
POLIO3	9	0	0	0	0	0	0	5
總陽性件數(A)	3724	24	15	13	6	5	1	2289
總檢體件數(B)	11150	58	51	47	38	34	40	6456
陽性率(A/B)	33.4	41.4	29.4	27.7	15.8	14.7	2.5	35.5

台灣地區腸病毒分型趨勢圖





臺灣地區第一類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別

資料期間：2009 年 11 月 01 日至 2009 年 11 月 28 日 (2009 年 45 週至 48 週)

縣市別	天花			鼠疫			嚴重急性呼吸道症候群			狂犬病			炭疽病			H5N1 流感		
	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
台北市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台北縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0
台南縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0
台南市	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0
連江縣	0	0	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	0	0
總計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」、2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告及 2009 年 6 月 19 日華總一義字第 0980000829 號函公告修正「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

臺灣地區第二類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(I)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日 (2009年45週至48週)

縣市別	白喉			傷寒*			登革熱*			登革出血熱/登革休克症候群			流行性腦脊髓膜炎			副傷寒			小兒麻痺症			急性無力肢體麻痺			
	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	
台北市	0	0	0	0	18	5	0	28	62	0	0	1	0	0	4	0	1	2	0	0	0	0	0	3	
高雄市	0	0	0	0	1	0	249	470	330	5	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	18
台北縣	0	0	0	1	15	4	3	28	58	0	0	0	0	0	5	0	3	0	0	0	0	0	0	6	9
宜蘭縣	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
桃園縣	0	0	0	0	9	7	4	31	28	0	0	0	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	4	7
新竹縣	0	0	0	0	2	3	0	7	9	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3
苗栗縣	0	0	0	0	2	1	0	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
台中縣	0	0	0	0	2	0	2	11	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
彰化縣	0	0	0	1	3	1	2	22	6	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
南投縣	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	4	1	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
台南縣	0	0	0	0	2	1	0	2	13	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
高雄縣	0	0	0	0	1	0	49	86	94	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	10
屏東縣	0	0	0	0	1	0	37	67	10	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	5
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
基隆市	0	0	0	0	4	1	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
新竹市	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
台中市	0	0	0	0	3	2	0	12	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
嘉義市	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台南市	0	0	0	0	1	1	3	12	28	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	2	0	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	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	0	0	0	0	0	0	0
總計	0	0	0	2	71	30	349	803	679	6	9	4	0	2	19	0	3	11	0	0	0	0	0	40	70

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

※包含境外移入病例：傷寒 1 例及登革熱 15 例為境外移入。



臺灣地區第二類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(II)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	桿菌性*痢疾			阿米巴性*痢疾			瘧疾**						麻疹			急性病毒性* A 型肝炎			陽道出血性大腸桿菌感染症		
	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
							本土	境外	本土	境外	本土	境外									
	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計	本土	境外	本土	境外	本土	境外	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
台北市	2	10	12	0	25	25	0	2	0	3	0	1	0	0	1	5	41	39	0	0	0
高雄市	1	4	1	0	3	10	0	0	0	0	0	1	0	6	4	1	10	11	0	0	0
台北縣	0	15	22	5	23	28	0	0	0	1	0	1	0	13	1	7	53	54	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	5	0	0	0
桃園縣	0	2	21	1	10	9	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	18	26	0	0	0
新竹縣	0	2	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	6	0	0	0
苗栗縣	0	5	10	0	5	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	7	3	0	0	0
台中縣	0	7	5	0	8	8	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	13	12	0	0	0
彰化縣	0	4	0	1	7	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	8	0	0	0
南投縣	0	1	3	0	2	2	0	0	0	3	0	0	0	4	0	0	2	2	0	0	0
雲林縣	0	2	1	1	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0
嘉義縣	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	1	0	0	0
台南縣	0	2	2	0	5	8	0	0	0	0	0	2	0	7	0	0	4	4	0	0	0
高雄縣	0	1	1	0	3	7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	7	7	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4	3	0	0	0
台東縣	0	0	1	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
花蓮縣	0	0	1	3	15	64	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	8	0	0	0
新竹市	1	4	1	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0
台中市	18	20	4	1	23	14	0	0	0	0	0	0	4	0	1	9	9	0	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
台南市	0	2	1	1	4	5	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	10	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0
總計	22	81	87	13	159	208	0	2	0	10	0	16	0	48	12	22	201	223	0	0	0

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

*台灣於 1965 年 12 月，已獲 WHO 宣佈為瘧疾根除地區，故其病例數皆為境外移入。

**包含境外移入病例：桿菌性痢疾 2 例、阿米巴性痢疾 4 例、瘧疾 2 例及急性病毒性 A 型肝炎 1 例為境外移入。

臺灣地區第二類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(III)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	漢他病毒症候群						霍亂		德國麻疹		多重抗藥性結核病			屈公病 [#]			西尼羅熱			流行性斑疹傷寒				
	漢他病毒出血症			漢他病毒肺炎候群																				
	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期	本期	本年累計	去年同期			
台北市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	2	10	9	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	9	1	2	0	0	0	0	0	0	0
台北縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	8	2	26	31	0	1	1	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	0	10	6	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2	13	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6	4	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	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台南縣	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	6	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	9	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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台南市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	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	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	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	0	0	0	0	0	0
總計	0	0	1	0	0	0	3	1	0	21	33	14	132	174	1	7	6	0	0	0	0	0	0	0

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 096000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

※多重抗藥性結核以疾病管制局登記日統計。

包含境外移入病例：本期屈公病 1 例為境外移入。



臺灣地區第三類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(I)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	百日咳			破傷風*			日本腦炎			結核病*						先天性德國麻疹症候群			急性病毒性B型肝炎			急性病毒性C型肝炎			
	痰塗片陽性		其他		本期	本年累計	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期	去年同期		
	本期	本年累計	去年同期	去年同期																				去年同期	去年同期
台北市	0	12	8	0	0	0	0	0	0	0	42	397	409	35	619	691	0	0	0	1	22	30	0	16	14
高雄市	0	0	0	0	0	0	0	2	2	36	353	400	27	451	539	0	0	0	1	4	17	0	9	9	
台北縣	0	21	20	1	1	0	0	2	0	65	772	764	59	1124	1200	0	0	1	2	41	49	0	23	21	
宜蘭縣	0	4	0	1	1	0	0	1	0	13	98	114	5	162	224	0	0	0	1	3	5	0	2	3	
桃園縣	2	9	6	0	0	3	0	0	1	27	331	366	43	504	558	0	0	0	0	14	28	1	7	9	
新竹縣	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9	83	63	12	140	114	0	0	0	0	2	9	0	5	0	
苗栗縣	0	3	0	0	1	1	0	1	0	5	84	76	11	132	154	0	0	0	0	4	3	0	5	6	
台中縣	0	1	0	0	2	1	0	1	0	16	236	234	23	474	539	0	0	0	0	4	7	0	8	9	
彰化縣	0	1	3	0	1	1	0	1	2	35	412	388	27	452	510	0	0	0	1	5	5	1	6	4	
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	0	2	24	169	135	13	200	220	0	0	0	0	3	1	0	1	2	
雲林縣	0	25	0	0	0	3	0	0	2	18	214	223	16	315	307	0	0	0	0	2	3	0	4	8	
嘉義縣	0	0	0	0	0	1	0	0	1	10	115	133	12	200	196	0	0	0	0	0	6	0	2	5	
台南縣	0	0	0	0	1	2	0	0	2	25	247	274	18	339	432	0	0	0	0	8	4	0	5	2	
高雄縣	0	0	2	0	0	1	0	0	1	41	419	383	27	496	574	0	0	0	0	6	10	2	6	6	
屏東縣	0	0	0	0	1	3	0	1	1	26	316	333	23	390	471	0	0	0	0	3	4	0	3	4	
台東縣	0	0	2	0	0	0	0	1	1	19	109	90	5	127	121	0	0	0	0	2	1	0	2	0	
花蓮縣	0	2	0	1	1	1	0	6	1	9	149	167	13	187	163	0	0	0	0	5	3	1	2	2	
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9	2	15	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
基隆市	0	2	0	0	0	0	0	0	1	7	98	118	9	108	135	0	0	0	0	3	6	0	3	4	
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	48	41	10	86	86	0	0	0	0	0	7	0	2	1	
台中市	0	8	0	0	0	0	0	0	0	14	145	174	15	311	361	0	0	0	0	2	6	0	3	6	
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	55	47	7	71	80	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
台南市	0	0	0	0	2	0	0	0	0	7	171	171	19	210	267	0	0	0	0	6	6	0	3	1	
金門縣	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	9	10	3	12	13	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	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	0	0	0	0	0	0	
總計	2	89	41	3	12	17	0	17	17	466	5036	5122	434	7128	7978	0	0	1	6	139	210	5	121	118	

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 096000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

*破傷風僅包含報告病例。

*結核病病例以通報建檔日統計。

臺灣地區第三類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(II)

資料期間：2009 年 11 月 01 日至 2009 年 11 月 28 日 (2009 年 45 週至 48 週)

縣市別	急性病毒性 D 型肝炎			急性病毒性 E 型肝炎			急性病毒性 肝炎未定型			流行性* 腮腺炎			退伍 軍人症			侵襲性 b 型 嗜血桿菌感 染症			梅毒*		
	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	本期	本年 累計	去年 同期 累計
台北市	0	0	0	0	1	3	0	2	2	13	177	203	1	13	12	0	0	0	68	838	787
高雄市	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	84	73	0	1	4	0	0	0	25	359	388
台北縣	0	0	0	0	2	6	0	2	2	13	185	197	2	15	13	0	0	1	114	1320	1222
宜蘭縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	31	24	0	0	1	0	0	0	9	205	164
桃園縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	90	84	1	4	2	0	0	1	42	597	562
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	23	32	0	2	1	0	1	0	15	83	105
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	30	0	0	0	0	0	0	5	85	86
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	57	54	0	4	2	0	1	0	23	290	318
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	41	38	0	9	2	0	5	0	24	269	221
南投縣	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	29	33	0	1	4	0	0	0	9	104	74
雲林縣	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	16	25	0	0	1	0	1	1	12	143	150
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	13	0	0	1	0	0	0	12	96	109
台南縣	0	0	2	0	0	1	0	2	2	0	13	15	0	5	5	0	0	1	15	198	171
高雄縣	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	53	63	0	2	3	0	0	0	22	340	390
屏東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	43	40	0	2	2	0	0	0	16	241	238
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	24	21	0	0	0	0	0	2	2	55	62
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	25	0	2	3	0	1	0	13	91	108
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6	0	0	1	0	0	0	1	14	11
基隆市	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	27	20	0	0	0	0	1	1	11	122	110
新竹市	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	17	0	1	1	0	0	0	9	95	109
台中市	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	36	43	0	3	1	0	1	0	16	347	395
嘉義市	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	3	44	58
台南市	0	0	1	0	0	0	0	6	3	1	14	11	0	7	1	0	0	1	14	119	99
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	2	7	8
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
總計	0	0	4	0	9	14	0	15	20	65	1005	1074	4	71	60	0	11	8	482	6062	5948

備註 1：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病之統計數字以本法公布實施後始納入統計。

備註 2：依據署授疾字第 0970001187 號公告修正「腮腺炎」名稱為「流行性腮腺炎」自 2008 年 11 月 1 日起生效。

※流行性腮腺炎僅包含報告病例。

*梅毒以診斷日統計。



臺灣地區第三類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(III)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	淋病*			新生兒破傷風			腸病毒感染併發重症			人類免疫缺乏病毒感 染			後天免疫* 缺乏症候群			漢生病*		
	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
台北市	43	434	295	0	0	0	0	2	5	24	231	262	6	110	144	0	1	0
高雄市	10	74	41	0	0	0	0	2	22	17	123	134	5	53	71	0	0	2
台北縣	57	572	468	0	0	0	0	6	18	26	371	364	11	174	155	0	0	0
宜蘭縣	5	14	6	0	0	0	0	1	1	2	10	17	1	3	8	0	0	0
桃園縣	21	217	178	0	0	0	0	3	18	8	128	128	7	103	69	0	1	2
新竹縣	7	61	42	0	0	0	0	0	6	2	13	22	1	11	13	0	0	1
苗栗縣	6	40	22	0	0	0	0	0	7	1	18	13	0	6	6	0	0	1
台中縣	6	88	50	0	0	0	0	1	23	6	89	76	4	47	56	0	0	0
彰化縣	2	24	18	0	0	0	0	2	50	4	53	58	6	34	28	0	2	0
南投縣	2	13	12	0	0	0	0	0	8	1	26	26	0	10	17	0	0	0
雲林縣	1	43	30	0	0	0	0	1	19	4	44	53	7	36	16	0	0	0
嘉義縣	3	19	27	0	0	0	0	1	13	0	18	16	0	16	7	0	0	0
台南縣	2	41	32	0	0	0	0	1	50	3	39	39	1	57	28	0	0	1
高雄縣	5	40	44	0	0	0	0	1	39	10	96	136	5	42	34	0	0	0
屏東縣	4	47	26	0	0	0	0	1	24	6	55	39	0	30	31	0	0	0
台東縣	1	7	1	0	0	0	0	0	3	1	5	9	0	10	5	0	0	0
花蓮縣	1	19	21	0	0	0	0	0	4	1	9	9	0	5	8	0	0	0
澎湖縣	0	3	0	0	0	0	0	0	5	1	3	3	1	3	0	0	0	0
基隆市	1	34	44	0	0	0	0	0	1	3	32	71	2	12	6	0	0	0
新竹市	4	36	25	0	0	0	0	1	2	1	34	27	1	18	16	0	0	1
台中市	8	57	35	0	0	0	0	1	19	6	97	93	3	53	51	0	0	0
嘉義市	1	14	11	0	0	0	0	5	2	1	9	8	0	5	2	0	0	0
台南市	7	40	20	0	0	0	0	0	27	7	35	31	2	25	13	0	1	0
金門縣	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
總計	197	1938	1448	0	0	0	0	29	366	136	1542	1638	63	864	784	0	5	8

備註 1：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 096000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病其統計數字以本法公布實施後始納入統計。

備註 2：依據中華民國 2008 年 8 月 13 日總統華總一義字第 09700153211 號令制，公布「漢生病病人權保障及補償條例」辦理，將「癩病」更名為「漢生病」。

備註 3：依據署授疾字第 0970001187 號公告增列「人類免疫缺乏病毒感染」乙項為第三類傳染病，自 2008 年 11 月 1 日起生效。

※淋病、人類免疫缺乏病毒感染、後天免疫缺乏症候群及漢生病以診斷日統計。

臺灣地區第四類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(I)

資料期間:2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	疱疹性B病毒 毒感染症			鉤端 [#] 螺旋體病			類鼻疽			肉毒桿菌 中毒			侵襲性肺炎 鏈球菌 感染症			Q熱			地方性斑 疹性傷寒		
	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	本期	本年 累計	去年 同期 累計
台北市	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	2	38	49	0	1	0	0	1	2
高雄市	0	0	0	0	6	3	1	14	13	0	0	0	2	28	37	0	10	7	0	6	4
台北縣	0	0	0	2	14	11	0	0	3	0	1	0	8	88	103	0	1	0	1	2	2
宜蘭縣	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	2	5	0	1	0	0	0	0	2	43	49	0	1	2	0	2	1
新竹縣	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	18	10	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	8	13	0	2	3	0	0	1
台中縣	0	0	0	0	5	1	0	0	1	0	0	0	6	58	48	0	3	1	0	4	4
彰化縣	0	0	0	0	9	1	0	0	0	0	0	0	2	34	44	0	5	7	0	10	1
南投縣	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	1	16	20	0	0	4	0	1	0
雲林縣	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	25	17	0	3	1	0	1	3
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21	15	0	0	1	0	0	0
台南縣	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	3	28	32	0	10	15	0	2	1
高雄縣	0	0	0	0	15	2	0	9	13	0	0	4	1	40	38	0	24	22	0	5	4
屏東縣	0	0	0	0	127	6	0	4	3	0	0	0	6	39	42	0	16	17	0	4	6
台東縣	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8	13	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	17	22	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	19	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	18	14	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	3	4	29	29	0	0	1	0	0	0
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	9	0	0	1	0	0	0
台南市	0	0	0	0	1	2	0	8	1	0	0	0	1	23	31	0	4	5	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
連江縣	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0
總計	0	0	0	3	198	43	1	41	41	0	1	11	47	618	674	0	80	88	1	38	30

備註：依據 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病其統計數字以本法公布實施後始納入統計。

包含境外移入：本期鉤端螺旋體病 1 例為境外移入。



臺灣地區第四類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別(II)

資料期間：2009年11月01日至2009年11月28日(2009年45週至48週)

縣市別	萊姆病			兔熱病			恙蟲病			水痘*			貓抓病			弓形蟲感染症			流感併發重症			庫賈氏病*			
	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	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計	
台北市	0	0	1	0	0	0	0	17	22	124	237	520	74	0	2	4	0	0	2	25	162	2	0	0	0
高雄市	0	0	1	0	0	0	0	11	12	29	449	663	0	0	1	0	0	0	6	36	2	0	0	0	
台北縣	0	0	0	0	0	0	0	13	18	121	248	248	0	3	5	0	1	0	51	254	5	0	0	0	
宜蘭縣	0	0	0	0	0	0	0	9	9	10	164	302	0	1	0	0	2	1	3	12	0	0	0	0	
桃園縣	0	0	0	0	0	0	0	8	9	32	887	1011	0	3	2	0	0	0	12	59	1	0	0	0	
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	1	3	19	287	268	0	3	1	0	0	0	11	25	0	0	0	0	
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	4	12	12	311	363	0	0	0	0	0	0	15	57	2	0	0	0	
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	2	7	13	389	467	0	0	1	0	0	0	11	37	1	0	0	0	
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	5	9	21	441	426	0	2	3	0	2	0	10	34	0	0	0	0	
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	19	24	9	149	174	0	0	1	0	0	0	3	9	0	0	0	0	
雲林縣	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	112	177	0	0	1	0	0	0	13	28	0	0	0	0	
嘉義縣	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	108	109	0	1	1	0	0	0	3	13	0	0	0	0	
台南縣	0	0	0	0	0	0	0	3	10	5	181	208	0	1	2	0	0	0	9	18	0	0	0	0	
高雄縣	0	0	0	0	0	0	1	19	24	8	342	430	0	1	1	0	0	0	3	37	0	0	0	0	
屏東縣	0	0	0	0	0	0	0	9	15	15	193	259	0	1	0	0	0	0	6	38	1	0	0	0	
台東縣	0	0	0	0	0	0	4	47	29	7	143	115	0	1	2	0	0	0	0	6	0	0	0	0	
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	2	40	35	6	250	220	0	1	0	0	0	0	25	88	0	0	0	0	
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	29	92	1	66	51	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	
基隆市	0	0	0	0	0	0	1	2	4	8	165	173	0	2	0	0	0	0	2	18	0	0	0	0	
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	1	4	12	200	320	0	0	2	0	0	0	4	9	0	0	0	0	
台中市	0	0	0	0	0	0	0	4	5	11	300	377	0	1	1	0	0	0	4	22	0	0	0	0	
嘉義市	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	70	41	0	0	0	0	0	0	2	13	0	0	0	0	
台南市	0	0	0	0	0	0	0	1	9	17	144	154	0	0	0	0	0	0	10	20	1	0	0	0	
金門縣	0	0	0	0	0	0	0	47	66	0	85	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	8	17	0	3	21	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
總計	0	0	2	0	0	0	8	300	443	489	10294	10850	0	23	28	0	5	3	229	1000	15	0	0	0	

備註：依據民國2007年7月18日華總一義字第09600091011號令修正公布「傳染病防治法」及民國2007年10月9日署授疾字第096000892號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病其統計數字以本法公布實施後始納入統計。

※水痘僅包含報告病例。

*庫賈氏病以診斷日統計。

臺灣地區第五類法定傳染病確定病例同期比較--縣市別

資料期間：2009 年 11 月 01 日至 2009 年 11 月 28 日 (2009 年 45 週至 48 週)

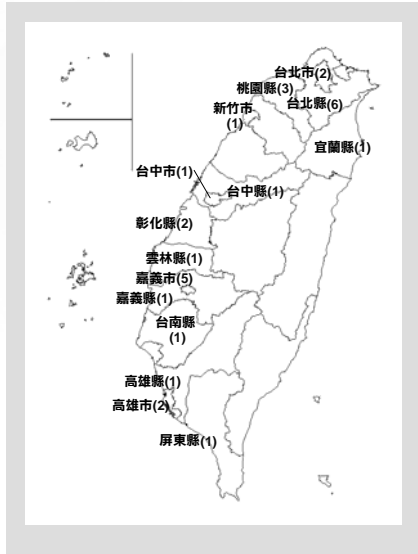
縣市別	裂谷熱			馬堡病毒出血熱			黃熱病			伊波拉病毒出血熱			拉薩熱		
	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計	本期	本年累計	去年同期累計
台北市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台北縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
彰化縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	0	0	0	0	0	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
台南縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	0	0	0	0	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
台南市	0	0	0	0	0	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
連江縣	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
總計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

備註：依據民國 2007 年 7 月 18 日華總一義字第 09600091011 號令修正公布「傳染病防治法」及民國 2007 年 10 月 9 日署授疾字第 0960000892 號公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」辦理。新增傳染病其統計數字以本法公布實施後始納入統計。

國內重要疫情摘要報告

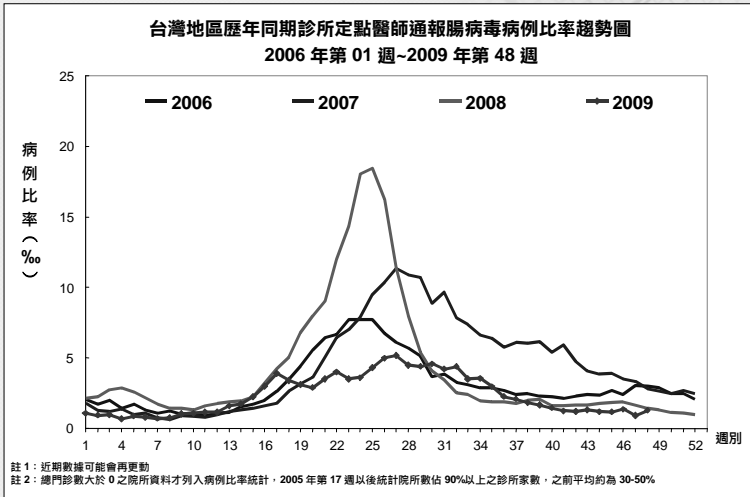
腸病毒 (資料截至 2009 年 11 月 30 日)

1. 2009 年 1 月 1 日至 11 月 30 日止，全國各醫療院所共通報 96 例腸病毒感染併發重症病例，經研判後 29 例確定，含 2 例確定死亡病例。確定病例檢驗結果如下表：
24 例為 EV71(其中血清、RT-PCR、病原分離均陽性者 13 例；血清及 RT-PCR 陽性者 4 例；僅血清陽性者 6 例；僅 RT-PCR 陽性者 1 例)，另 3 例 CB1，1 例 CA5，1 例



EV71&CA10；居住地分布如下圖。去年(2008)同期累計 507 例通報病例，366 例確定病例(其中 14 例死亡)。

2. 依據最新的定點醫師監視通報資料(資料截至 2009 年 11 月 28 日(第 48 週))：近期腸病毒疫情呈現微幅波動趨勢。歷年同期之流行趨勢如下圖：



國內新型流感疫情 (資料截至 2009 年 11 月 28 日)

1. 第 46 週至 48 週共檢驗 625 件呼吸道檢體, 其中 318(51%)件為流感病毒陽性, 287(46%)件為 H1N1 新型流感病毒陽性。H1N1 新型流感病毒佔所有已分型 A 型流感病毒 100%(95%信賴區間為 99%到 100%)。
2. 自 2009 年 7 月 1 日起累計 H1N1 新型流感住院病例共 709 例, 其中 31 例死亡。第 48 週共新增 67 例 H1N1 新型流感住院病例。
3. 第 47 週死因提及肺炎及流感之死亡病例數 206 例, 低於基準值(225 例)。
4. 門診類流感每週就診人數約為 128,468 人, 就診率為 2.70%, 較上週(2.39%)上升 13%。
5. 急診類流感就診率為 18.94%, 較上週(18.38%)上升 3%。

病毒監視

過去 3 週及 2009 年 6 月 1 日起合約實驗室病毒檢驗結果整理如下表。



	第 46 到 48 週	2009/6/1 起累積資料
總檢驗檢體數	625	10,444
陽性檢體數(%)	318 (51)	2,955 (28)
陽性檢體病毒分型		
A 型流感	318 (100)	2,943 (100)
新型流感 H1N1	287 (90)	2,608 (89)
季節流感 H3	0 (0)	196 (7)
季節流感 H1	0 (0)	21 (<1)
無法分型	31 (10)	118 (4)
尚未分型	0 (0)	0 (0)
B 型流感	0 (0)	12 (<1)

有關 H1N1 新型流感詳細資料請至本局網站「H1N1 新型流感專區」
台灣流感速訊連結查詢
(<http://www.h1n1.gov.tw/np.asp?ctNode=821&mp=150>)。

腹瀉群聚事件 (資料期間：2009 年 11 月 1-30 日)

1. 高雄市衛生局 11/06 通報 1 起腹瀉群聚事件，高雄市楠梓區莒光國小自 11/14 起有個案出現腸胃道症狀，截至目前通報 4 例，採檢 4 例，檢出 2 例諾羅病毒陽性及 1 例金黃色葡萄球菌陽性。
2. 雲林縣衛生局 11/10 通報 1 起腹瀉群聚事件，雲林縣虎尾鎮諾瑟醫院呼吸照護中心自 11/8 起有個案出現腸胃道症狀，截至目前通報 5 例，採檢 5 例，檢出 5 例諾羅病毒陽性。
3. 高雄市衛生局 11/17 通報 1 起腹瀉群聚事件，高雄市鼓山區康姓家庭自 11/14 起有個案出現腸胃道症狀，截至目前通報 8 例，採檢 6 例，檢出 4 例諾羅病毒陽性。
4. 苗栗縣衛生局 11/20 通報 1 起腹瀉群聚事件，苗栗縣造橋鄉造橋國小自 11/11 起有個案出現腸胃道症狀，截至目前通報 3 例，採檢 3

例，檢出 3 例諾羅病毒陽性。

5. 桃園縣衛生局 11/28 通報 1 起腹瀉群聚事件，桃園縣楊梅鎮啟智技藝訓練中心自 11/23 起有個案出現腸胃道症狀，截至目前通報 2 例，採檢 2 例，檢出 2 例諾羅病毒陽性。



疫情報導 月刊

發行人：郭旭崧

總編輯：賴明和

執行編輯：劉繡蘭

出版機關：行政院衛生署疾病管制局

地址：台北市中正區林森南路 6 號

電話：(02) 2395-9825

網址：<https://teb.cdc.gov.tw/main/main.aspx>

印刷：順隆印刷廠

出版年月：2009 年 12 月 25 日

創刊年月：1984 年 12 月 15 日

定價：每期新台幣 85 元

長期訂戶一年十二期新台幣 1020 元(郵資另計)，長期訂閱請洽各展售門市

展售處：

■台北

國家書店松江門市 地址：(104)台北市松江路 209 號 1 樓 電話：(02)2518-0207

誠品信義旗艦店 地址：(110)台北市信義區松高路 11 號 電話：(02)8789-3388

三民書局 地址：(100)台北市重慶南路一段 61 號 電話：(02)2361-7511

■台中

五南文化台中總店 地址：(400)台中市中山路 2 號 電話：(04)2226-0330

沙鹿店 地址：(433)台中縣沙鹿鎮中正街 77 號 電話：(04)2663-1635

逢甲店 地址：(407)台中市逢甲路 218 號 電話：(04)2705-5800

嶺東書坊 地址：(408)台中市南屯區嶺東路 1 號 電話：(04)2385-3672

■高雄

五南文化高雄一店 地址：(800)高雄市中山一路 290 號 電話：(07)235-1960

復興店 地址：(800)高雄市復興一路 42 號 電話：(07)226-5968

■屏東

五南文化屏東店 地址：(900)屏東市民族路 104 號 2 樓 電話：(08)732-4020

■網路書店

五南網路書店 網址：<http://www.wunanbooks.com.tw/>

誠品網路書店 網址：<http://www.eslitebooks.com/>

博客來網路書店 網址：<http://www.books.com.tw/>

國家網路書店 網址：<http://www.govbooks.com.tw/>

GPN：2007300023

ISSN：1021-3651(平裝)

請尊重智慧財產權，欲利用內容者，須徵求本局同意或書面授權。

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第 771 號

臺灣郵政台北字第 3264 號執照登記為(雜誌)交寄