

計畫編號：DOH96-DC- 2031

行政院衛生署疾病管制局 96 年度科技研究發展計畫

研究報告

計畫名稱

症候群重症監視通報系統研究計畫

執行機構：行政院衛生署疾病管制局

計畫主持人：吳俊賢

協同主持人：曾淑慧 吳和生

研究人員：郭容杏 王淑卿

執行期間：96 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

目錄

摘要	2
中文摘要	2
Abstract.....	4
前言	6
研究目的	9
材料與方法	9
結果	16
通報個案基本資料分析	16
實驗室診斷結果	20
補強法定傳染病監視通報系統效益與時效評估	20
系統滿意度問卷調查結果:	22
討論	25
參考文獻	30
圖、表結果	33
附件	49
附件一	49
附件二	50
附件三	51
附件四	52
附件五	56

摘要

中文摘要

近十餘年來，國際間陸續發生伊波拉、漢他病毒肺症候群、立百病毒、SARS 等新興傳染病，或抗藥性金黃葡萄球菌等再浮現傳染病，對人類健康造成重大威脅。因傳統傳染病監視系統常受限於疾病名稱，未能監視到症狀類似的其他疾病；故世界衛生組織(WHO)在 1995 年 5 月提出症候群通報的理念，並自 1998 年開始在 22 個國家進行試辦。雖然症候群監視方式的特異性較低，但以臨床實際現象來處理，通報定義簡單、比疾病名單純；且有更廣泛的監視範圍及思維空間。為了監測新興及再浮現傳染病，同時彌補傳統傳染病監視系統之不足，本局於 2000 年 7 月開始以研究計畫方式在 5 家醫學中心試辦「新感染症症候群監視通報系統」，2001 年推廣通報範圍到 27 家醫院；自 2002 年回歸疾病管制局業務後，每年仍繼續以研究計畫方式執行，迄今已將全國區域級以上醫院納入通報體系，而地區級醫院則採志願通報方式，總計 182 家醫院參加通報。2006 年 1 月起，系統更名為「症候群重症監視通報系統」，並修改通報定義中之「嚴重病情」定義；同年 9 月 11 日起取消急性腹瀉症候群通報。目前系統受理急性出血熱、急性呼吸、急性神經、急性黃疸等四項症候群重症通報。

本項監視系統 2007 年度截至第 44 週(11/03)止共計通報 369 例病例，以急性呼吸症候群 159 例（佔 43.1%）為最多，其他依序為急性神經症候群 122 例（佔 33.1%）、急性黃疸症候群 80 例（佔 21.6%）、急性出血熱症候群 8 例（佔 2.2%）。若依個案居住地區來比較，以台北區（162 例）為最多，其次依序為北區（62 例）、南區（48 例）、高屏區（37 例）及中區（30 例）與東區（38 例）。通報個案男女性別比為 1.40：1，平均有 15.2%（56/369）的個案死亡。時效評估發現本計畫約可縮短 0.5 至 1.5 日之法定傳染病診斷時效。症候群通報個案經本局檢驗陽性率為 9.2%（34/369），各症候群檢驗陽性率分別為：急性出血熱症候群 25%（2/8）、急性呼吸症候群 13.8%（22/159）、急性神經症候群 7.4%（9/122）、急性黃疸症候群 1.25%（1/80）。以本年度各症候群通報而言，並未發現同一鄉鎮（區）於同一週發生二例以上由相同致病原所感染之個案，故推測並無聚集流行的情形發生。

中文關鍵詞：

新興傳染病

症候群重症監視通報

聚集流行

Abstract

In the past decades, the threatening emerging disease and infectious disease were constantly emerged and challenged our surveillance system which based only on disease reporting. Once the physician do not know what is the likely disease to report, the timelines and completeness will be harmed greatly. The notifiable reporting system although can enhance the correction rate of detecting pathogens, but it might be restricted to the origin of the disease type leading to inability of surveying disease with similar symptoms and the quality of specimen collecting and exam. In order to meet the preliminary goal of catching emerging infectious diseases at the earliest moment and participating in the global outbreak alert and response system, the syndromic reporting and surveillance system then established in year 2000 and practiced in five medical centers at the early stage. It was then practiced constantly and nationally in Taiwan. Currently, there are 182 regional and above hospitals involving in this program. The system classified the syndromes into four categories including acute hemorrhagic syndrome (AHS), acute respiratory syndrome (ARS), acute neural syndrome (ANS) and acute jaundice syndrome (AJS).

Up to 3rd of November (week44) 2007, the total of reported cases are 369, 267 cases were accepted, 90cases were excluded and 12 cases were under assessment. Most of the cases were reported as acute respiratory syndrome (ARS) with total of 159 cases. The reported cases for ANS, AJS and AHS are 122, 80 and 8 respectively. The sex ratio between male and female is

about 1.8:1, 15.2% death rate was noticed. The positive rate of pathogens from the lab result assay is around 9.2% (56/369). The diagnosis period of notifiable disease can be shortened approximately 0.5 to 1.0 days via time effect analysis. According to the surveillance report up to this year, there is no observation of 2 or more reported, infectious cases from the same region within one week. Thus, it might be predicted and concluded that there is no occurrence of aggregation.

前言

傳染病是經由人與人密切的接觸，或是經由媒介物將疾病的病原微生物傳遞給新的宿主，而導致的疾病¹。傳染病之發生必須具備三個要件：病原微生物的存在，適當的傳染途徑以及可染病的宿主。然而近年來因醫學科技的進步、環境衛生的改善、營養狀況的改良、衛生教育的普及，已使得傳染病對人類的危害大大降低。但交通的便利、全球性旅遊及貿易的頻繁、動植物及其相關製品的進出口量大幅增加、生態環境的改變等，使得傳染病散播速度跟著加快且不分國界。此外，為因應新興及再浮現傳染病的發生，必需時時提高警覺，做好防疫與監控，以便早期發現疫情，及時防止該疫情的流行。

我國目前的監視通報系統主要為法定傳染病監視通報系統、定點醫師監視通報系統、人口密集機構傳染病監視作業、學校傳染病監視通報系統、實驗室監視通報系統及全民傳染病通報專線等²。目前的傳染病監視通報系統多以疾病別為基礎來進行疫情監測的工作³，但卻可能受限於通報的疾病名稱未納入法定傳染病監視通報系統之分類，或醫師尚無法診斷其可能之疾病時，而未能給予其有效的監測與學術研究開始探討，致使衛生單位錯失防疫的先機，故國際間以症候群重症監視系統彌補法定傳染病監視通報系統於疫情監測上之不足¹⁴。

世界衛生組織在 1995 年 5 月於世界衛生大會中提出症候群通報的理念，並自 1998 年開始於 22 個國家試辦¹⁵⁻¹⁸。我國症候群重症監視系統源自於 2000 年，由各界專家學者依據國內外疫情現況、流行情形及具重大公共衛生衝擊、高疾病嚴重程度之症候群，並參照新版國際衛生條例所建議的六項通報症候群⁹，開始於 5 家醫學(準)中心試辦「新感染症候群監視通報」，並選定急性出血熱、急性呼吸、急性神經與急性黃疸等四項症候群。2001 年 7 月推廣至全國 17 家醫學中心、6 家軍醫院及 4 家區域級醫院。自 2002 年起，本系統回歸於疾管局辦理，並開放區域級及地區級醫療院所志願通報，同年 8 月將全國區域級醫院納入通報體系。系統建置期間曾於 2001 年 6 月因應花蓮漢他肺症候群事件增加噬血症候群、2002 年 1 月復增加急性腹瀉症候群，但因考量執行成效及與部份系統資源重疊可能造成之浪費，此兩項症候群通報，又分別於 2003 年 7 月及 2006 年 8 月停止辦理。2003 年 10 月 1 日起，為全面有效監視新興及再浮現傳染病，並確實掌握疫情，將通報權限開放至地區級教學醫院，目前共計已有 182 家醫院加入通報體系。2006 年 1 月起，為落實針對不明原因之嚴重症狀個案監視，修定通報定義為需同時符合重症與各症候群通報定義，系統更名為「症候群重症監視通報系統」，同年 9 月 11 日起，症候群重症監視通報系統整併至傳染病通報系統，其建置重點為：使其通報入口單一化，並可進行

即時資料分析及資訊共享。整併的優點為：當個案轉介後各相關衛生醫療單位皆可查詢及維護該通報個案資料，促成及時防疫，節省人力之效益。除此之外，資料均可藉由 BO 下載，可設定多樣化下載條件及欄位編排方式，以利即時統計分析與預測，提供防疫人員決策參考用之重要統計數據^{4、11}。

本研究預計成果主要分為三部份：1. 藉由彙整 2007 年截至 11/3 各項症候群總通報數，進一步探討與分析其症候群重症通報情形、執行成效及實驗室診斷結果。2. 探究本監視系統對補強法定傳染病監視通報系統之效益與時效評估。3. 統整今年度隨機抽樣予各醫療院所及縣市衛生局所之通報系統滿意度問卷調查，藉此了解此通報系統使滿意程度及未來改進之參考。

研究目的

1. 偵測可能發生之新興或再浮現傳染病。
2. 藉由監測症候群重症個案疫情補足法定傳染病監測之完整性。
3. 評估症候群監測之成效。

材料與方法

本研究計劃主要分為三部份：1. 藉由彙整 97 年度截至 11/3 各項症候群總通報數，進一步探討與分析其症候群重症通報情形及實驗室診斷結果。2. 透過本通報系統與法定傳染病監視通報系統之勾稽比對，探究本系統補強法定傳染病監視通報系統之效益與時效評估。3. 統整今年度隨機抽樣予各醫療院所及縣市衛生局所之通報系統滿意度問卷調查，藉此了解此通報系統使用上滿意程度及未來改進之參考。

(一)基本分析

症候群重症監視通報類別主要為：急性出血熱、急性呼吸、急性神經及急性黃疸症候群等四項。自 2006 年 1 月起修正後的通報定義⁶即

為傳染病並具嚴重病情，通報個案需到院且具備下列情形之一：循環衰竭、重要器官衰竭、意識障礙、死亡)。除此之外，通報個案同時須符合各類症候群之症狀定義。(附件一)

此通報系統主要作業流程(作業流程圖參考附件二)敘述如下：通報醫師及院內感控人員將符合上述通報定義之個案資料藉由網路通報至疾病管制局。醫院本身應於通報 24 小時內提供病患資料與就醫處方至轄區分局。並於同時採集個案檢體 2 套(檢驗項目及種類參考附件三)，一套送至本局昆陽實驗室進行套裝檢驗項目，另一套則由醫院本身保存作為自行檢驗其他可能致病源之用途。轄區衛生局於 24 小時內將完成之疫調單送至分局彙整，並於 48 小時內將資料送至委員進行收案。委員根據通報時醫院所提供的資料及疫調初步研判通報個案是否符合通報定義並加以決定是否收案。除此之外，可依個案之臨床症狀加以決定是否加驗其他項目。「收案研判」結果可分為收案(符合該症候群通報定義)及不收案(不符合該症候群通報定義，為其他器質性因素、非感染相關因素所致)。若委員判定不收案，則分局將疫調與研判意見回覆轄區衛生局與通報醫院後，將該個案歸為結案，衛生單位將不再追蹤後續採檢工作，也不送病例研判。若委員判定收案，則待各項套裝檢驗與建議加驗項目完成時，再由分局將檢驗結果與個案通報後續的病患資料一併提供委員進行「病例研判」。

「病例研判」結果可分為確定（有醫院或疾病管制局陽性檢驗結果，且與引起症候群疾病有相關因素）、排除（疾病病程中，發現是其他因素所致，如：藥物因素、其他疾病、其他非導致該症候群感染原所致）、病因未明（因為檢驗結果不全或檢驗結果皆呈陰性）及追蹤（無法進行疾病判定，委員建議需再進行其他檢驗，故續追蹤，再進行一次疾病判定）四種。病例研判完成後，分局需將研判意見回覆轄區衛生局與通報醫院，結束該案行政作業流程。若仍無法檢出病原及研判病情，可提各分區病例研討會討論。檢驗結果研判未明者，儲有檢體供以後研究。

(二)補強法定傳染病監視通報系統之效益與時效評估時效分析

藉由與法定傳染病監視通報系統勾稽比對來比較兩系統在確診病例流程中之效益與通報時效上有無顯著之意義。症候群重症通報系統中急性呼吸症候群及急性神經症候群之通報條件及症狀，分別與法定傳染病監視通報系統中退伍軍人症及日本腦炎之通報條件及症狀相似，故本研究即以比對兩系統中不同症狀與相對應之疾病別，其發病日至診斷日、及診斷日至通報日之平均時效上是否有所不同，並以 t 檢定驗證是否有達到統計上的顯著差異 ($\alpha=0.05$)，藉此判定兩系統間之平均時效上是否有顯著差異，若症候群重症通報系統之時效等於或小於法定傳染病監視通報系統之時效，並達到統計上的顯著差異，則可斷定症候群重症通報系統之時效性是可被接受的。

效益分析：

因症候群重症通報系統中急性呼吸症候群及急性神經症候群之通報條件，分別與法定傳染病監視通報系統中退伍軍人症及日本腦炎之通報條件相似，故有許多個案是先由通報症候群重症通報系統後再陽轉至法定傳染病監視通報系統，亦或同時通報至兩系統中。本研究係以統計全年通報退伍軍人症及日本腦炎之總個案數，再篩選出其中有多少例個案是經由症候群重症通報系統陽轉至法定傳染病監視通報系

統，或是同時通報至兩系統，之後並計算其在總個案數中所佔百分比，
藉此評估症候群重症通報系統之效益。

(三)症候群系統滿意度問卷調查

系統滿意度問卷調查是採隨機抽樣方式分發給各縣市、衛生局所及醫療院所。本年度問卷調查主要分為兩個版本，內容分別針對一般使用者、通報醫師與感控人員所設計。

一般使用者版：

此版本(一般使用者版問卷請參考附件四)主要為各縣市、衛生局所感控及防疫人員所設計。目的在於了解症候群重症通報系統的作業流程、網路系統及系統資源回饋之滿意度等。除此之外，透過本問卷，進一步了解若取消現行網路通報系統，是否將造成通報醫療院所使用上之不便。

通報醫師版：

除了針對本系統的作業流程、網路系統及系統資料回饋之滿意度調查外，將特別針對通報醫師族群調查並藉以了解本系統使用上有無任何不便處，及其相關便利性與使用之頻率及其它建議。(通報醫師版問卷請參考附件五)。

醫師通報症候群個案時，應於通報後 24 小時內備妥個案相關病歷資料並述明通報緣由，送轄區疾病管制局分局辦理收案研判事宜。並

在個案出院或死亡後，提供個案後續檢驗結果、病程發展、治療情形等病歷資料供病例研判之用。同時對病患和家屬說明，已將其通報為症候群通報個案，預先告知衛生單位後續將進行疫調訪問及二次採檢等防治措施。若通報個案死亡，尤其是 3 日內猝死個案或特殊死亡案例，應協助勸說家屬冰存遺體，並儘速通知轄區分局或衛生局所。⁵ 上述通報時醫師所需配合事項也同時列入本問卷調查，藉以了解本局編印之工作手冊及舉辦的教育訓練是否有加強醫師對通報定義之認知。

結果

通報個案基本資料分析

以通報日分析，本年度截至第 44 週(11/03)止，總計通報症候群個案為 369 例，277 例收案、92 例不收案，略低於去年同期，為去年同期(95/1/1~11/03)通報病例數(432 例)的 85.4% (表一)。以通報症候群區分，96 年通報個案數以急性呼吸症候群為冠，其次為急性神經症候群及急性黃疸症候群。各症候群累積通報病例之性別分析，本年度與去年情形相似，各症候群通報病例數以男性居多，其中又以急性呼吸與急性神經症候群男女性別差異較為顯著。

以通報地區分析，除急性出血熱因病例數少且無明顯趨勢外(表二、圖二)，96 與 95 年各症候群通報數依然以台北區居冠，其次為北區，其他地區則無特定趨勢。台北區 96 與 95 年通報數百分比分別為 42.1%及 50.5%，本年度較去年減少約 8.4%。發病年齡層整體而言，近二年通報急性呼吸與急性黃疸症候群病例數皆有隨年齡上升之趨勢(表三、圖三)，其中又以 60 歲以上通報病例數最多；反觀急性神經通報病例的各年齡層較為相近，以 40-49 歲較少。

以通報月份分析，2007 年通報個案發生情形如(圖四 a)，2007 年急性出血熱症候群之每月通報個案數，較其他症候群通報個案數為低。急

性黃疸症候群通報個案數高峰分別出現於 3 月、5 月及 10 月，其通報數分別為 10 例、15 例及 15 例，其中以 5 月及 10 月為最高峰。急性神經症候群通報個案數分別於 5 月、7 月及 10 月出現高峰，其中以 7 月為最高峰，當月通報個案數高達 20 例。急性呼吸症候群每月的通報個案數高於其他症候群通報個案數，通報個案數分別於 5 月、7 月及 9 月出現高峰，並以 5 月為最高峰，其通報個案數高達 22 例。急性黃疸症候群及急性神經症候群共同於 10 月有一高峰期。急性神經症候群及急性呼吸症候群則共同於 7 月有一高峰期。2007 年與 2006 年通報情形比較(圖四 b)，發現去年急性出血熱症候群之每月通報個案數，較其他症候群每月通報個案數為低。急性黃疸症候群分別於 2 月、6 月及 8 月個案通報數較其他月份多，尤其以 8 月為最高峰。急性神經症候群分別於 1 月、3 月、5 月及 7 月其個案通報數較其他月份多，尤其以 7 月為最高峰，通報數當月高達 23 例。急性呼吸症候群每月平均通報個案數幾乎較其他症候群通報個案數略為多，其通報個案數分別於 3 月、6 月及 9 月有高峰，並以 6 月為最高峰、病例數高達 29 例。以各症候群重症通報情形同期比較發現急性呼吸症候群在各個症候群通報個案數中為最多，而急性出血熱症候群，其每月個案通報數，幾乎皆低於各個症候群每月之通報個案數。綜合觀之，2007 年各個症候群通報個案數，普遍少於 2006 年各個症候群之通報個案數。以各通報醫院之通

報個案數分析，截至 11 月 3 日止，通報個案數超過 10 例的醫院依序排列如表六。總通報數以台大醫院居冠（42 例），但各醫院間症候群通報個案的分布情形並無明顯之特定趨勢。

截至 11/3 日止，29 例(7.9%)在發病前曾有相關出入境旅遊史。最常前往的國家為中國大陸約佔 34.5%其次為泰國及馬來西亞。為了解通報個案有無相關出入境旅遊史與收案研判結果之關聯性，在分析上以交叉表（表七 a, b)分別針對「曾有旅遊史且收案」、「曾有旅遊史但未收案研」、「未曾有旅遊史且收案」、以及「未曾有旅遊史且未收案」。在獨立性卡方考驗結果中可得知， χ^2 值為 2.182，自由度為 1，p 值為 0.140，未達到.05 之顯著水準，表示「收案研判結果」與「旅遊史有無」二變項間為獨立，並無顯著的相關存在性。

通報個案中慢性病史有無與收案研判結果截至 11/3 止，有維護之疫調資料個數為 346 個（98%），空值為 7 個（2.0%）。因有效個數高達 98%，故此 346 筆個案數將納入為有效樣本數（表八 a）。為了解通報個案慢性病史有無與收案研判結果之關聯性，在分析上以交叉表（表八 b)分別針對「曾有慢性病史且具備收案研判結果」、「曾有慢病史但未具備收案研判結果」、「未曾有慢性病史但具備收案研判結果」、以及「未曾有慢性病史且未具備收案研判結果」。此外，在獨立性卡方考驗結果

中可得知， χ^2 值為 23.580，自由度為 1，p 值為 .000，已達到 .05 之顯著水準，表示「收案研判結果」與「慢性病史有無」二變項間並非獨立，有顯著的相關存在。為進一步了解「收案研判結果」與「慢性病史有無」二變項間相關性的強弱程度，藉由列聯相關係數檢定結果可知，係數值為 .253，已達到 .05 之顯著水準，表示「慢性病史有無與收案研判結果二變項之間是為弱度相關」。

實驗室診斷結果

症候群重症通報個案經本局檢驗陽性率為 9.2% (34/369)，各症候群檢驗陽性率分別為：急性出血熱症候群 25% (2/8)、急性呼吸症候群 13.8% (22/159)、急性神經症候群 7.4% (9/122)、急性黃疸症候群 1.25% (1/80)。各症候群檢驗陽性的病原體分布(圖五 a, b)以急性呼吸症候群驗出退伍軍人病陽性為最多，其次為披衣菌及黴漿菌。急性神經症候群以日本腦炎居冠 6 例，其次為 1 例單純性疱疹病毒，1 例腸病毒感染及 1 例登革熱。

補強法定傳染病監視通報系統效益與時效評估

本監視通報系統套裝檢驗項目下檢出法定傳染病陽性個案，系統將自動陽轉新增一筆法定傳染病通報。為探究本系統對補強法定傳染病監視通報系統之效益及時效評估，分別以退伍軍人病及日本腦炎為例。其中，退伍軍人病本年度截至 10/31 止，全國通報退伍軍人病共計 469 例，確定病例共計 51 例，其中 6 例(11.7%)是由症候群轉入或同時通報急性呼吸症候群。與 95 年度 10 月 31 日止之同期比較，全國通報退伍軍人病共計 513 例，確定病例共計 40 例，其中 4 例(10%)是由症候群轉入或同時通報急性呼吸症候群。日本腦炎本年度截至 10 月 31 日止，全國通報病例共計 240 例，確定病例共計 36 例，其中 6 例(16%)

是由症候群轉入或同時通報急性神經症候群。與 95 年度 10 月 31 日止之同期比較，全國通報伍軍人病共計 228 例，確定病例共計 26 例，其中 4 例(15.3%)是由症候群轉入或同時通報急性神經症候群。

為探究法定傳染病及症候群重症通報時發病日至診斷日及診斷日至報告日之時效上有無顯著之差異，亦以退伍軍人病與日本腦炎為例分析之。其中，退伍軍人病與急性呼性症候群中，發病日至診斷日平均數值差為 5.92 及 5.43，其診斷日至報告日平均數值差為 0.66 及 0.64。經由症候群重症通報之發病日至診斷日距約較法定傳染病監視通報縮短 0.5 日。由 t 檢定中可得知，其兩著之發病日至診斷日及診斷日至報告日之 p 值分別為 0.47 及 0.85，顯示此兩者平均數差皆未達統計上之顯著意義。以日本腦炎為例，其與急性神經症候群之發病日至診斷日平均數值差為 7.78 及 6.21；診斷日至報告日之平均數值差為 0.54 及 0.76。t 檢定中結果發現兩著之發病日至診斷日及診斷日至報告日之 p 值分別為 0.11 及 0.18，未達統計上之顯著意義。但經由症候群重症通報之發病日至診斷日距約較法定傳染病監視通報縮短約 1.5 日。

系統滿意度問卷調查結果：

一般使用者版回覆之問卷共計 658 份，其受訪者基本資料中，男性共計 72 人女性則為 571 人。年齡以 30 至 49 歲居冠，其執業年資以 5~10 年及 10~15 年為多。填寫問卷者之所屬單位具症候群重症通報權限者共計 213 份。自民國 94 年迄今曾協助通報症候群重症個案者共計 99 份，平均累計通報之案例約為 1~5 例。受訪者所屬之單位具通報權限且本身曾協助過通報個案者共計 96 人。故本次僅以此 96 筆資料作為本次症候群重症系統一般使用者滿意度調查分析之樣本。作業流程之滿意度調查中，約 46% 使用者對其作業流程滿意，42% 填寫尚可。網路系統滿意度調查中，約五成以上(55%) 使用者對此系統表示滿意，36% 使用者填寫尚可。系統資料回饋滿意度中，對此回饋度滿意與尚可者皆佔 45% (圖六 a、b、c)。

通報醫師版回覆之問卷共計 88 份，自民國 94 年迄今曾協助通報症候群重症個案者共計 35 份，此 35 筆資料將列入作為本次症候群重症系統滿意度調查之分析。通報醫師之基本資料中，男性共計 18 人，女性則為 17 人，男女性別比例較一般使用者平均。年齡主要以 30~39 歲及 40~49 歲為冠，其執業年資以 5~10 年為眾，其次為 10~15 年。平均累計通報過的案例為 1~5 例。此外，受訪的通報醫師中約有 24 人(69%)

本身即為感染科專科醫師。

作業流程之滿意度調查中(圖八 a)，約五成以上(55%)使用者對其作業流程滿意，31%表示尚可。網路系統滿意度調查中(圖八 b)，五成以上(54%)使用者對此系統表示滿意，34%使用者填寫尚可。系統資料回饋滿意度中(圖八 c)，對此回饋度滿意與尚可者皆佔 43%。

通報醫師將個案通報至症候群重症的主要原因及結果如圖四以「臨床表現符合症候群通報的嚴重病情個案，希望藉由疾管局檢驗結果與委員研判意見協助研判，是否因套裝檢驗項目所列之各項病原體所引起」為最多、「病患臨床表現特殊，初步排除病情係因個案本身潛在性疾病、已知的危險因子、或其他常見的感染所致」次之、「因懷疑個案由不明原因傳染性致病原導致嚴重病情，恐引發後續疫情，需要疾管局深入調查，協助釐清致病原」又次之；同時勾選上述兩者的人數佔有 20 人。

此外，通報醫師認為症候群重症通報的主要幫助結果認為「可提供不明原因傳染病重症個案的通報管道者」有 26 人(74.3%)、18 人(51%)認為「通報一項症候群就可以同時檢驗多項病原體，提升便利性」、17 人(48.6%)認為「委員回覆的意見有助於病患的診斷與治療」，其次為「套裝檢驗報告之提供」(14 人，40%)與「可得知台灣地區症候群重症通報的相關資訊」(10 人，28.6%)。

問卷調查之通報醫師中，超過七成(26 人，74%)認為若取消現行之症候群重症之通報方式，將會對通報疑似傳染病個案產生不便。僅有 9 人(25%)認為不會造成不便。在此問題中，分別有超過五成的通報醫師認為不便之處主要在於：「若遇到不明原因的個案，不知道該將病人通報至哪項傳染病」(48.5%)及「將失去疾管局現行於症候群系統提供的檢驗支援」(54.3%)。

討論

本系統建置之主要目的為監測新興及再浮現傳染病，其次則做為補足法定傳染病監視通報之機制。同時，早期掌握社區突發之某種傳染病，以便能早期發現致病原與及時做好防疫與監控，防止大規模疫情流行。為了確認有無新興及再浮現傳染病之發生，除需掌握個案詳細的臨床資料外，還需有實驗室的陽檢結果作為佐證⁸。自 2002 年系統回歸疾管局業務後，為避免通報氾濫增加系統成本之負擔，曾數度修正系統通報定義，且自 2006 年 1 月 1 日起，通報定義中的「嚴重病情」乙項修訂為「個案需到院」，且具下列情形之一：「循環衰竭、重要器官衰竭、意識障礙及死亡」，同時在分局對通報醫師辦理系統說明會、編訂工作手冊及加強醫師對通報定義認知下⁶，近 2 年來的通報個案數量已較往年減少。

本系統建置迄今，尚無檢出任何新興及再浮現傳染病病例，從歷年來的病原體檢驗結果來看，檢測出的多半都是一些常見的病原體。而 PAHO 與 WHO 症候群試辦結果顯示其敏感性常侷限於當地之流行或病因未名之疾病，同時缺乏相關法規同步配合防制措施等困境⁷。自 2004 年迄今，症候群通報平均陽性率約為 15%，且經本局套裝檢驗項目與審查委員建議加驗項目之陽性檢體，皆為已知致病源，後續並未

進行更廣泛之追蹤及檢驗，或對不明原因致病源進行分離與鑑定，造成大部分複審查結果多以病因未明而結案，難以發揮此系統之建置目的。

雖然症候群通報定義明確簡單且比疾病名單純，可即時上網通報⁸，且通報個案歷年來經本局檢出陽性檢體且陽轉至法傳者不在少數，確實能做為補足法定傳染病監視通報之機制。經本局分析近年來約有25-47%的日本腦炎確定病例是由症候群通報陽轉或同時通報症候群，近2年也有4成以上流感重症病例是經由症候群通報陽轉或同時通報症候群，顯示出在流行疾病初期此通報系統即偵測到病例出現且有達到警示的功效。就監視通報時效分析觀之，急性神經症候群與急性呼吸症候群約可縮短0.5~1.5日之通報日至診斷日距，輔以症候群重症委員之審查診斷處理與加驗之建議，有助於提升病患之診治與病因之探究。

此外，每年陽性個案中都會檢出2項或以上病原體個案，顯示症候群通報具更廣泛的監測範圍及思維空間¹²，但亦也有眾多個案經專家委員審查後，因檢體均呈陰性且致病源不明，最終仍以病因未明結案，其結案後檢體儲存之後續動作，例：是否送國內外合作之實驗室進行學術層面之研究，則待效益評估。症候群重症因其特異性低，包含範

圍較廣之特性，不適合納入法定傳染病之通報，衛生單位並未於個案通報後進行相關防疫做為，但若係通報個案之症狀明朗為傳染病個案，較易延誤防疫之黃金時機³。除此之外，症候群套裝檢驗項目執行時較耗時，例：通報急性呼吸症候群時，退伍軍人病二採需於四週後，鉤端螺旋體尿液培養至少需四個月，影響疾病研判之時效。審查結果完成時，個案可能已出院或死亡，導致審查意見及委員建議事項難以實質回饋於個案治療。

本年度為了解及調查本通報系統使用上之滿意度，用以評估此偵測系統之成效，特別針對一般使用者(即為各縣市衛生局所人員)與通報醫師(即為各醫療院所通報醫師及感控人員)分別設計出 2 種不同版本之問卷以進一步了解使用者對此系統之滿意程度及相關建議。

問卷調查結果中發現，多數使用者對此通報系統的作業流程、網路系統及回饋度認為滿意，部分使用者認為尚可。綜合一般使用者之意見與建議事項中，對作業流程不滿之使用者普遍認為此系統程序較為繁瑣、功能複雜、通報時需附太多紙本資料較費時，且需不定時進行資料之維護等。在網路系統滿意度項目中，僅有少數使用者認為系統易不定時當機、維修前不公告、維修速度緩慢、通報路徑複雜且檢體種類選擇困難等，而這些功能業已配合系統功能維護改進。同時發現

多數醫師將個案通報至症候群重症的主要原因為：因個案臨床表現符合通報定義中的嚴重病情個案，希望藉由疾管局檢驗結果與委員研判意見協助研判，藉此了解是否因套裝檢驗項目中的病原體所引起。除此之外，病患臨床表現特殊，經初步排除個案本身潛在之慢性疾病、危險因子、或其他常見感染等，因懷疑個案可能經由不明致病源導致嚴重病情，恐引發後續疫情及造成大規模流行，故希望疾管局深入調查，協助釐清原因。問卷調查結果顯示通報醫師中，超過七成使用者認為若取消現行之症候群通報方式，將會對通報傳染病疑似個案產生不便，僅有少數通報醫師認為不會造成影響。部份通報醫師認為若遇到疑似不明原因之個案，不知該將病人通報至哪項傳染病，同時認為將失去疾管局現行於症候群系統中所提供的檢驗支援，顯見此系統存在之重要性。

症候群重症監視通報系統執行成效主要在於偵測可能發生之新興或再浮現傳染病，補強法定傳染病監視，並協助醫師診斷臨床重症的個案。綜觀世界各國的監視通報系統，發現除了 PAHO 以外，並未見其他國家或衛生組織等將類似的症候群個案列為常規的通報項目，且 PAHO 執行方式只侷限於亞馬遜區域週邊生態特殊之地區^{10、13}。目前系統執行上的成效方向，主要偏向於提供通報醫院在臨床重症個案上的檢驗及專家審查之協助，遠超過對於公共衛生及疾病偵測上之貢獻。

未來本系統將朝與國內外實驗室合作、調整套裝檢驗項目、確認檢驗方向與深入探究釐清病因不明檢體之探討，以落實偵測新興及再浮現傳染病之願景。

參考文獻

1. Infectious Disease. McGraw-Hill Encyclopedia of Science and Technology. The McGraw-Hill companies, Inc. 2005
2. 林倩抒、蕭靜怡、吳宗樹、朱玉增、高全良、廖宜真、張助聿、江百善、朱韻瑾、金傳春，人類流行性感冒的流行病學與偵測系統，疫情報導 2007；23(5)
3. 行政院衛生署，傳染病防治法，中華民國九十四年六月
4. 行政院衛生署疾病管制局
5. 行政院衛生署疾病管制局
6. Global Health Security-Epidemic alert and responses. A54/9, 2 Apr
7. 4th Meeting of Surveillance networks for emerging and re-emerging disease in the Amazon regions, 2003/3/15-18
8. Stoto, M.A. Syndromic Surveillance. Issues in Science and Technology. 2005.

9.Revision of International Health Regulation. SEA/HSM/Meet. 9/3,15 Jul, 2004

10.WHO. Epidemic alert and verification: summary report 2005. Weekly Epidemiological Record, 2006; 81(38):357-362

11.吳宗樹、朱玉增、金傳春，症候群偵測-及早察覺「未預期」性的傳染病流行，疫情報導 2005；21(5):327-332

12.Debra P. Ritzwoller, K. Kleinman, T.Palen, A. Abrams, J. Kaferly, W. Yih, R. Platt, Kaiser Permanente Colorado. Comparison of Syndromic Surveillance and a Sentinel Provider System in Detecting an Influenza Outbreak- Denver, Colorado, 2003.

13.Meeting to Establish a Network of Laboratories for the Surveillance of Emerging Infectious Diseases (EID) in the Amazon Region, 1998/2/9-11

14.Michael A.Stoto. Syndromic Surveillance. Issues, 2005.

15.The revision of the International Health Regulations. WHA48.7. May 1995.

16.Revision and updating of International Health Regulations : progress report. December 1996.

17. Revision and updating of International Health Regulations : progress report. July 1997.

18. Revision of International Health Regulations : progress report. EB101/12, 22 Oct. 1997.

圖、表結果

表一、2002-2007 年症候群重症監視通報情形

通報年	急性出血熱		急性呼吸		急性神經		急性黃疸		急性腹瀉		總計
2002	46	12.30%	96	25.70%	119	31.90%	94	25.20%	18	4.80%	373
2003	32	5.90%	227	41.60%	141	25.80%	17	3.10%	29	5.30%	546
2004	101	11.40%	268	30.30%	230	26%	245	27.70%	41	4.60%	885
2005	75	7.60%	327	33.30%	283	28.80%	273	27.80%	24	2.40%	982
2006	9	2.10%	184	41.90%	126	28.70%	106	24.10%	7	1.60%	432
2007	8	2.20%	159	43.10%	122	33.10%	80	21.70%	0	0%	369

備註：以通報日分析，資料分析截止日：2007/11/3

急性腹瀉症候群自2006/9/11起停止通報

表二、2006 年與 2007 年症候群重症通報情形比較（依通報區別分）

通報區別	急性出血熱				急性呼吸				急性神經				急性黃疸				總計			
	2006		2007		2006		2007		2006		2007		2006		2007		2006		2007	
台北區	2	22.2%	1	12.5%	94	50.5%	67	42.1%	32	24.8%	56	45.9%	39	36.1%	38	47.5%	172	39.2%	162	43.9%
北區	2	22.2%	1	12.5%	33	17.7%	36	22.6%	19	14.7%	12	9.8%	31	28.7%	13	16.3%	86	19.6%	62	16.8%
中區	0	0.0%	1	12.5%	16	8.6%	11	6.9%	21	16.3%	11	9.0%	11	10.2%	7	8.8%	48	10.9%	30	8.1%
南區	1	11.1%	2	25.0%	15	8.1%	16	10.1%	16	12.4%	21	17.2%	5	4.6%	9	11.3%	37	8.4%	48	13.0%
高屏區	1	11.1%	1	12.5%	19	10.2%	18	11.3%	19	14.7%	7	5.7%	17	15.7%	11	13.8%	56	12.8%	37	10.0%
東區	3	33.3%	2	25.0%	9	4.8%	11	6.9%	22	17.1%	15	12.3%	5	4.6%	2	2.5%	40	9.1%	30	8.1%
總計	9	100.0%	8	100.0%	186	100.0%	159	100.0%	129	100.0%	122	100.0%	108	100.0%	80	100.0%	439	100.0%	369	100.0%

表三、2006 年與 2007 年症候群重症通報情形比較（依年齡層分）

發病年齡層	急性出血熱				急性呼吸				急性神經				急性黃疸				總計			
	2006		2007		2006		2007		2006		2007		2006		2007		2006		2007	
0-9	1	11.1%	0	0.0%	8	4.3%	4	2.5%	24	18.6%	17	13.9%	5	4.6%	7	8.8%	38	8.7%	28	7.6%
10-19	0	0.0%	1	12.5%	13	7.0%	4	2.5%	14	10.9%	17	13.9%	2	1.9%	3	3.8%	30	6.8%	25	6.8%
20-29	2	22.2%	2	25.0%	10	5.4%	15	9.4%	13	10.1%	18	14.8%	7	6.5%	5	6.3%	33	7.5%	40	10.8%
30-39	2	22.2%	0	0.0%	20	10.8%	19	11.9%	17	13.2%	20	16.4%	17	15.7%	11	13.8%	57	13.0%	50	13.6%
40-49	1	11.1%	2	25.0%	29	15.6%	22	13.8%	16	12.4%	9	7.4%	15	13.9%	13	16.3%	62	14.1%	46	12.5%
50-59	0	0.0%	1	12.5%	26	14.0%	19	11.9%	9	7.0%	16	13.1%	30	2.8%	14	17.5%	66	15.0%	50	13.6%
60+	3	33.3%	2	25.0%	80	43.0%	76	47.8%	36	27.9%	25	20.5%	32	29.6%	27	33.8%	153	34.9%	130	35.2%
總計	9	100.0%	8	100.0%	186	100.0%	159	100.0%	129	100.0%	122	100.0%	108	100.0%	80	100.0%	439	100.0%	369	100.0%

表四 a、2007 年症候群通報個案研判情形分布

通報疾病	不收案	收案					小計	總計
		確定	病因未明	追蹤	排除	未知		
急性出血熱	2	2	3	0	0	1	6	8
急性呼吸	46	32	47	1	18	15	113	159
急性神經	21	32	52	1	10	6	101	122
急性黃疸	23	10	33	1	9	4	57	80
總計	92	76	135	3	37	26	277	369

表四 b、2007 年症候群通報個案研判情形分布（依通報區別分）

通報區別	收案研判結果		
	不收案	收案	總計
台北區	44	118	162
北區	14	48	62
中區	6	24	30
南區	8	40	48
高屏區	15	22	37
東區	5	25	30
總計	92	277	369

表四 c、2007 年症候群通報個案研判情形分布（依年齡層分）

發病 年齡層	收案研判結果		
	不收案	收案	總計
0-9	5	23	28
10-19	3	22	25
20-29	2	38	40
30-39	9	41	50
40-49	14	32	46
50-59	16	34	50
60+	43	87	130
總計	92	277	369

表五 a、2006 年症候群通報個案研判情形分布

通報疾病	不收案	收案					小計	總計
		確定	病因未明	追蹤	排除	未知		
急性出血熱	5	1	3	0	0	0	4	9
急性呼吸	66	48	51	4	17	0	120	186
急性神經	20	32	58	1	17	1	109	129
急性黃疸	29	15	49	0	15	0	79	108
總計	120	96	161	5	49	1	312	432

表五 b、2006 年症候群通報個案研判情形分布（依通報區別分）

通報區別	收案研判結果		
	不收案	收案	總計
台北區	50	117	167
北區	22	63	86
中區	4	44	48
南區	13	24	37
高屏區	21	35	56
東區	10	29	39
總計	120	312	432

表五 c、2006 年症候群通報個案研判情形分布（依年齡層分）

發病 年齡層	收案研判結果		
	不收案	收案	總計
0-9	2	36	38
10-19	4	25	29
20-29	9	23	32
30-39	12	44	56
40-49	19	42	61
50-59	18	47	65
60+	56	95	151
總計	120	312	432

表六、2007年症候群通報病例數前十名醫院

醫療院所名稱	急性出血熱	急性呼吸	急性神經	急性黃疸	總計
國立台灣大學醫學院附設醫院	0	14	17	11	42
財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	1	9	11	3	24
行政院衛生署桃園醫院	0	11	1	9	21
行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	1	10	4	1	16
財團法人佛教慈濟綜合醫院	2	7	5	2	16
財團法人恩主公醫院	0	11	2	3	16
財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院	0	4	4	6	14
馬偕紀念醫院台東分院	0	5	8	0	13
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	0	5	4	3	12
臺大醫院雲林分院	0	4	6	0	10

表七 a、收案研判結果/旅遊史摘要表

收案研判結果/旅遊史	有效值		遺漏值		總數	
	個數	%	個數	%	個數	%
	357	96.7	12	3.3	369	100

表七 b、收案研判結果/旅遊史 交叉表

收案研判結果		旅遊史			總合
		已收案	有	無	
已收案	個數	25	242	267	
	收案研判結果內%	9.4	90.6	100	
	旅遊史內%	86.2	73.8	74.8	
未收案	個數	4	86	90	
	收案研判結果內%	4.4	95.6	100	
	旅遊史內%	13.8	26.2	25.2	
總合	個數	29	328	357	
	收案研判結果內%	8.1	91.9	100	
	旅遊史內%	100	100	100	

表八 a、收案研判結果/慢性病史摘要表

收案研判結果/慢性病史	有效值		遺漏值		總數	
	個數	%	個數	%	個數	%
	346	98	7	2	353	100

表八 b、收案研判結果/慢性病史 交叉表

收案研判結果	已收案	慢性病史	慢性病史		總合
			有	無	
	已收案	個數	103	157	260
		收案研判結果內%	39.6	60.4	100
		慢性病史內%	63.2	85.8	75.1
	未收案	個數	60	26	86
		收案研判結果內%	69.8	30.2	100
		慢性病史內%	36.8	14.2	24.9
總合		個數	163	183	346
		收案研判結果內%	47.1	52.9	100
		慢性病史內%	100	100	100

表九 a、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果（急性出血熱）

居住區別	通報病例數	陽性病例數	檢驗項目		
			地方性斑疹傷寒	恙蟲病	鈎端螺旋體病
台北區	1	1		1	1
北區	1				
中區	1	1	1		
南區	2				
高屏區	1				
東區	2				
總計	8	2	1	1	1

表九 b、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果（急性呼吸）

居住區別	通報病例數	陽性病例數	檢驗項目					
			披衣菌	流行性感胃併發重症	退伍軍人病	黴漿菌	症候群-流感	鈎端螺旋體病
台北區	67	7	2	1	2	2	1	
北區	36	6	2		3	1		
中區	11	1	1					
南區	16	3	3		1		1	
高屏區	18	3			2	1		
東區	11	2			1			1
總計	159	22	8	1	9	4	2	1

表九 c、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果（急性神經）

居住區別	通報病例數	陽性病例數	檢驗項目			
			日腦	單純性疱疹病毒	腸病毒感染併發登革熱	
台北區	56	1	1			
北區	12	1		1		
中區	11	1			1	
南區	21	3	2			1
高屏區	7	0				
東區	15	3	3			
總計	122	9	6	1	1	1

表九 d、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果（急性黃疸）

居住區別	通報病例數	陽性病例數	檢驗項目
			鉤端螺旋體病
台北區	38	1	1
北區	13	0	
中區	7	0	
南區	9		
高屏區	11		
東區	2		
總計	80	1	1

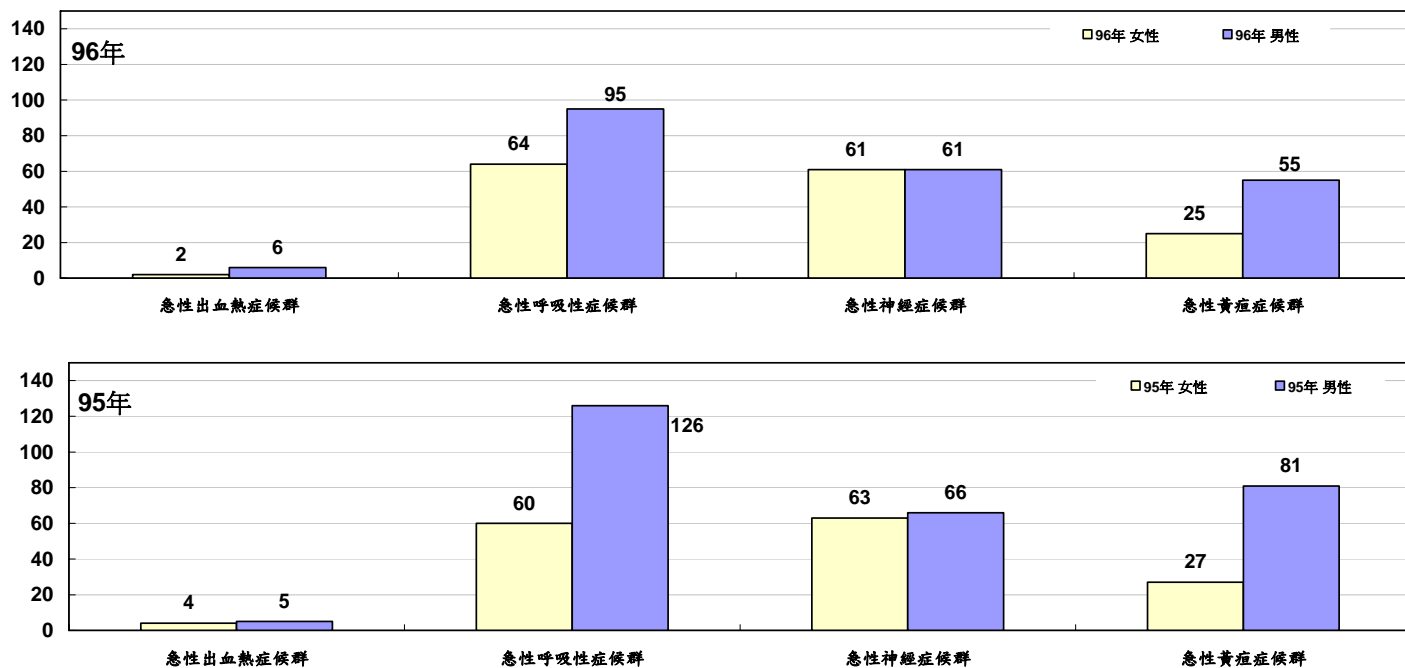
表十 a、2006-2007 年通報退伍軍人症之個案數及通報來源

同期比較(自 1/1 截至 10/31)		
	96年	95年
個案來源	通報數/確定數	通報數/確定數
醫院通報	418/45(10.8%)	470/36(7.7%)
症候群陽轉	6/6	4/4
症候群通報	159/6(3.7%)	186/4(2.2%)
其他	-	3/0
總計	469/51(10.8%)	513/40(7.8%)

表十 b、2006-2007 年通報日本腦炎之個案數及通報來源

同期比較(自 1/1 截至 10/31)		
	96年	95年
個案來源	通報數/確定數	通報數/確定數
醫院通報	232/28(12.1%)	224/22(9.8%)
症候群陽轉	6/6	4/4
症候群通報	122/6(4.9%)	129/4(3.1%)
其他	2/2	0/0
總計	240/36(15%)	228/26(11.4%)

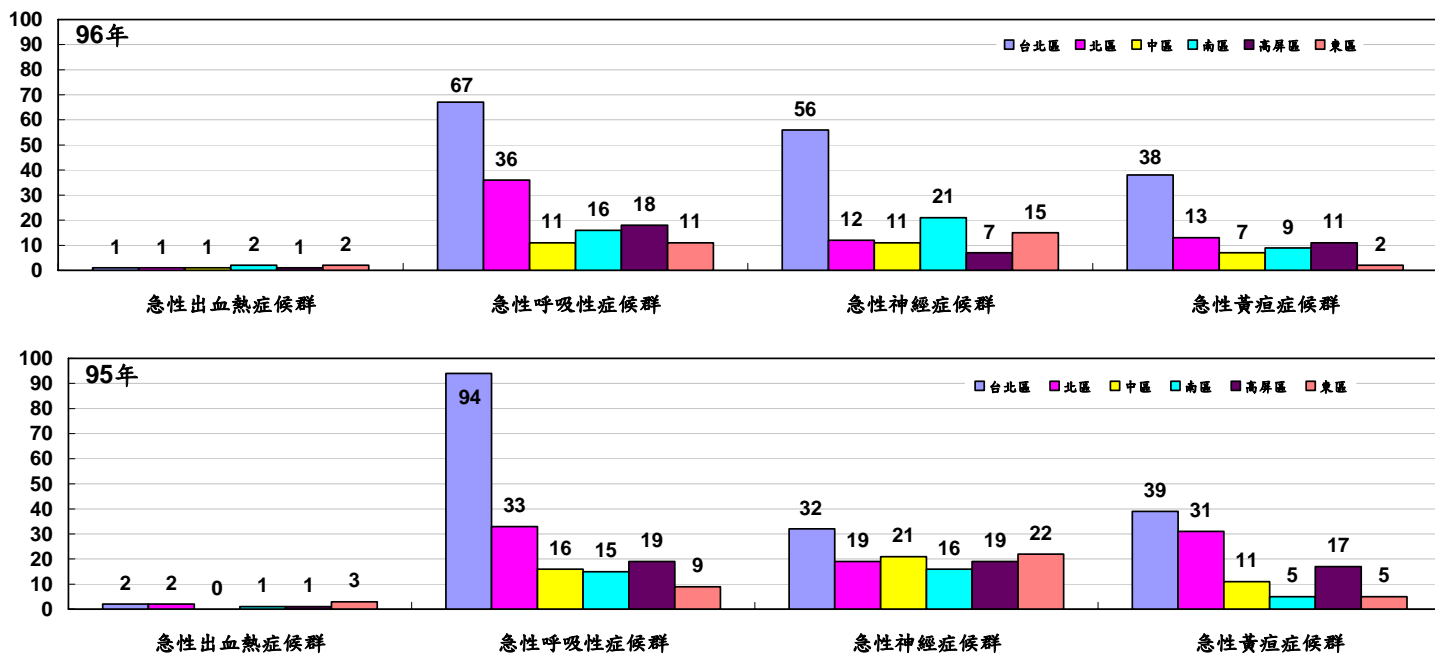
圖一、2006-2007 年症候群累積通報病例比較- 性別



註：以通報日為分析基準

台灣地區95年與96年同期至11月03日各症候群累積通報病例比較--性別

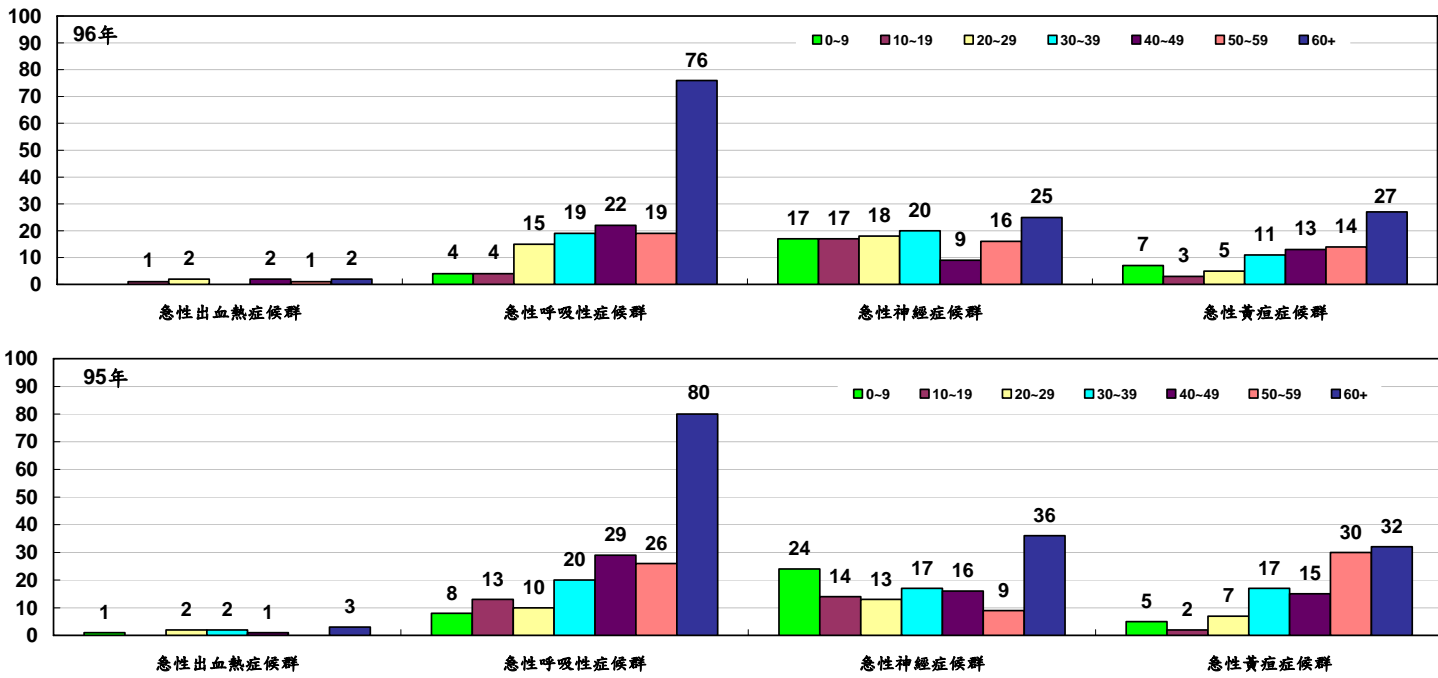
圖二、2006-2007 年症候群累積通報病例比較-通報地區



註：以通報日為分析基準

台灣地區95年與96年同期至11月03日各症候群累積通報病例比較--區別

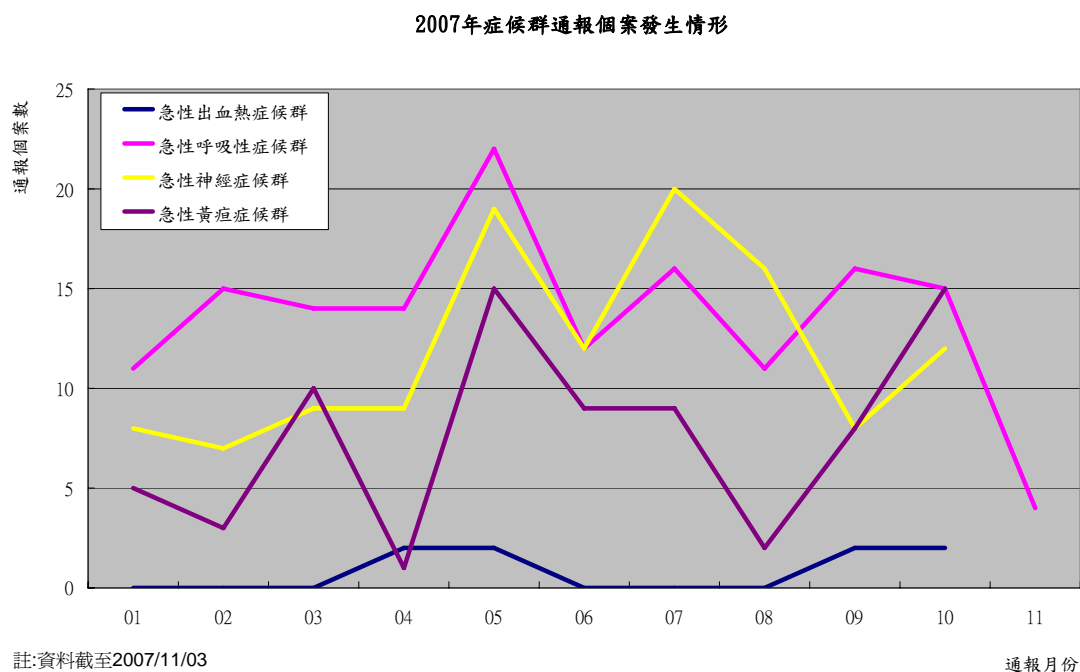
圖三、2006-2007 年症候群累積通報病例比較-發病年齡



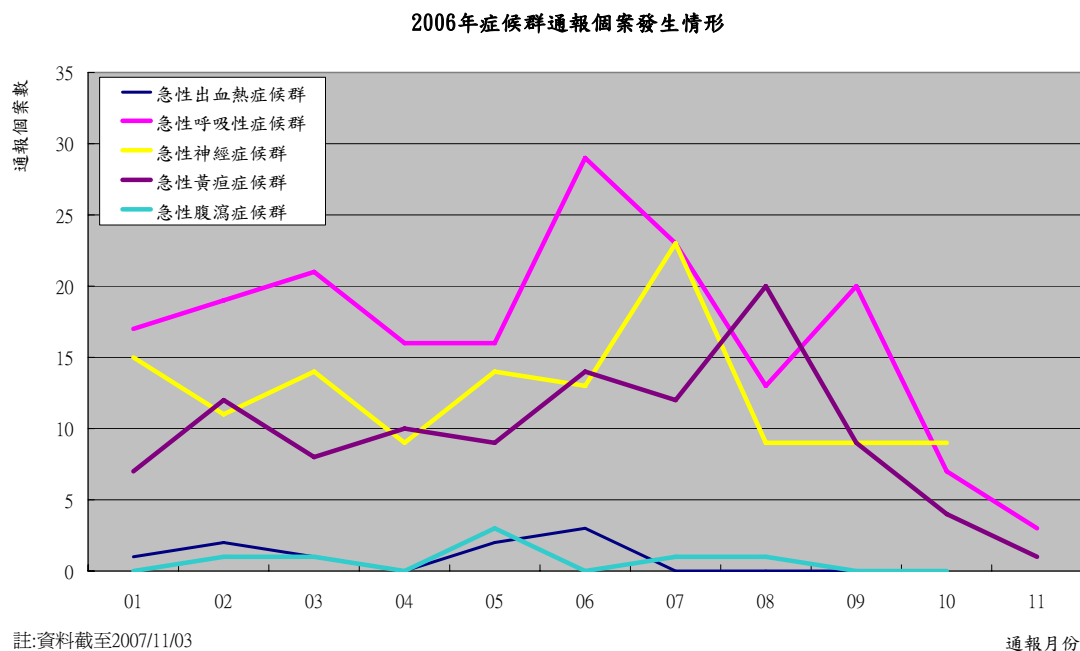
台灣地區95年與96年同期至11月03日各症候群累積通報病例比較--年齡別

註：以通報日為分析基準

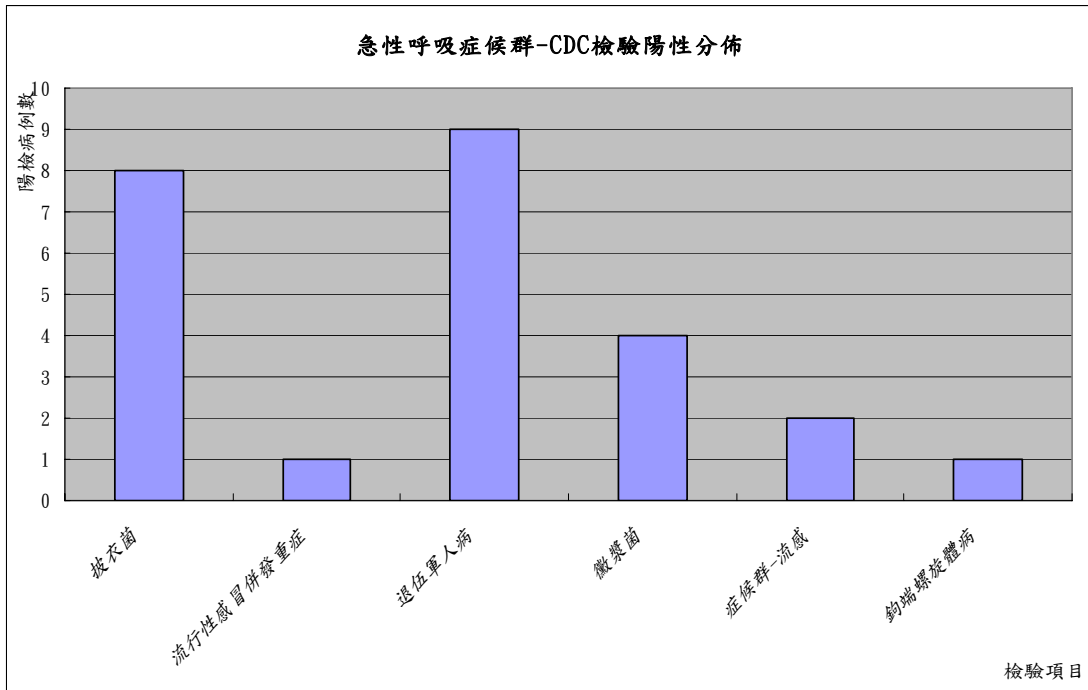
圖四 a、2007 年症候群通報個案發生情形（通報月份別）



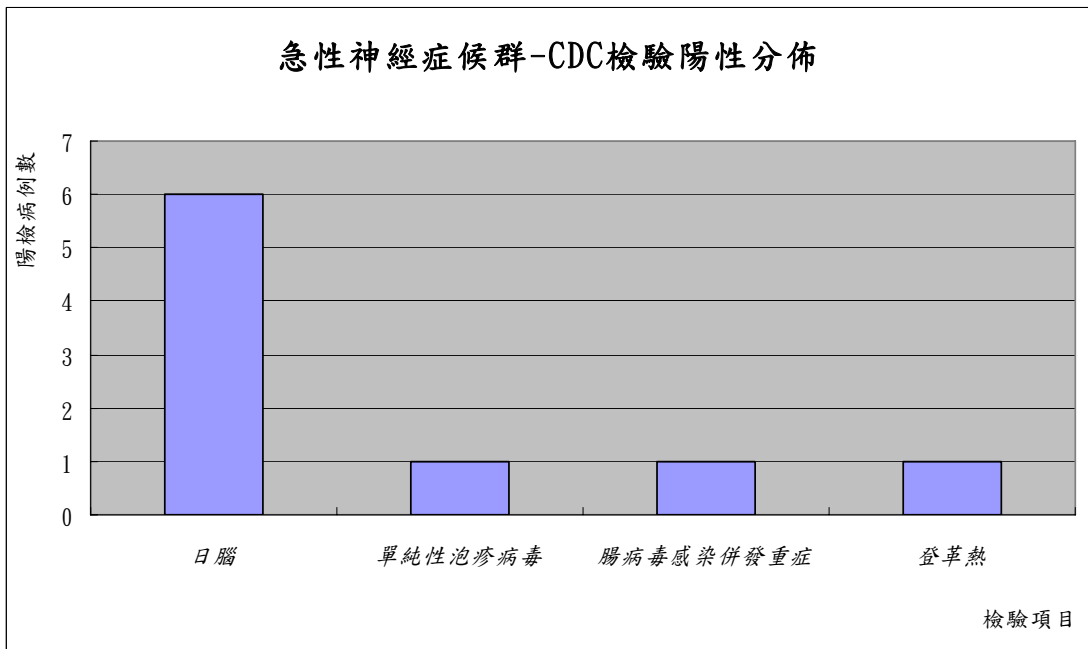
圖四 b、2006 年症候群通報個案發生情形（通報月份別）



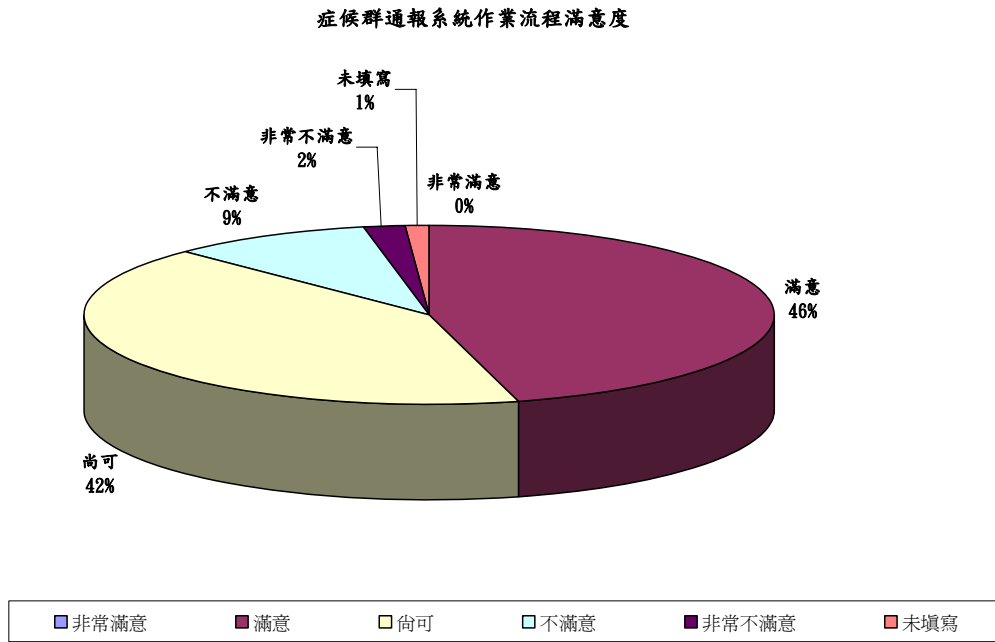
圖五 a、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果分布（急性呼吸）



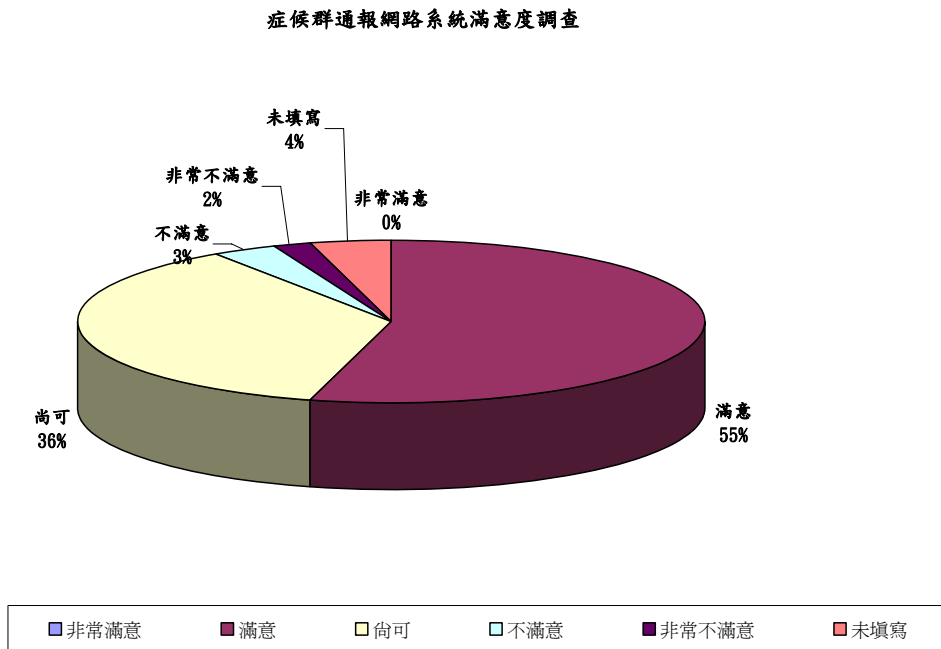
圖五 b、2007 年症候群通報個案疾管局陽性檢驗結果分布（急性神經）



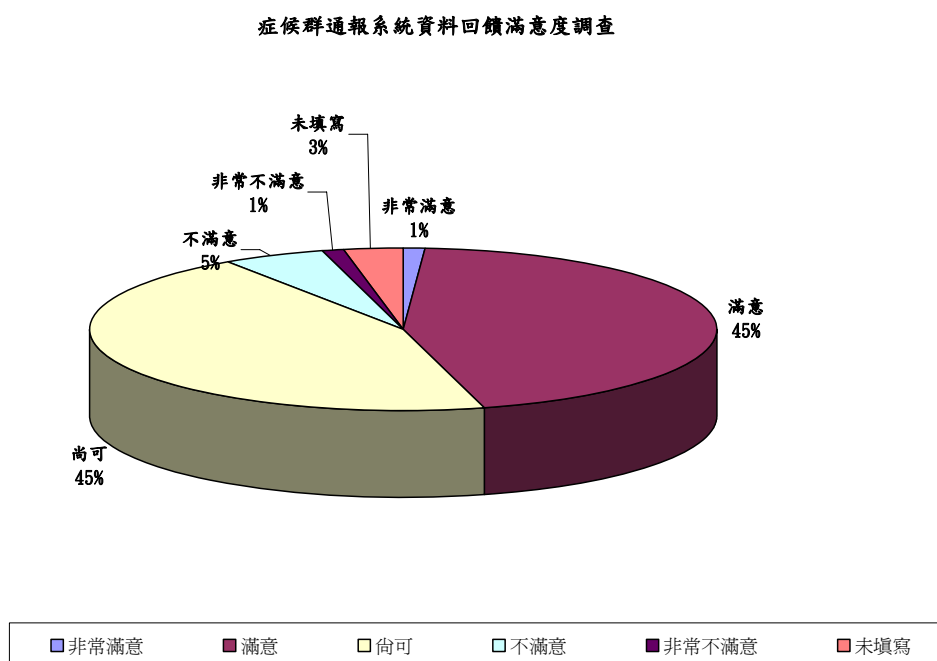
圖六 a、症候群重症作業系統滿意度調查結果（一般使用者）



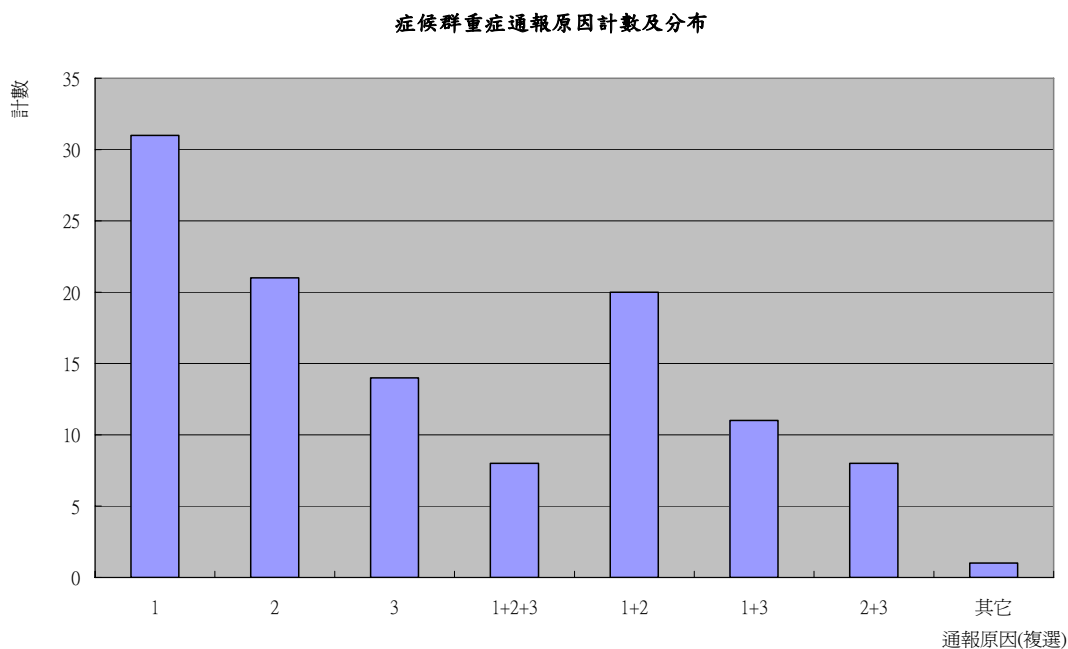
圖六 b、症候群重症網路系統滿意度調查結果（一般使用者）



圖六 c、症候群重症系統資料回饋度調查結果（一般使用者）



圖七、症候群重症通報原因計數及分布



備註：

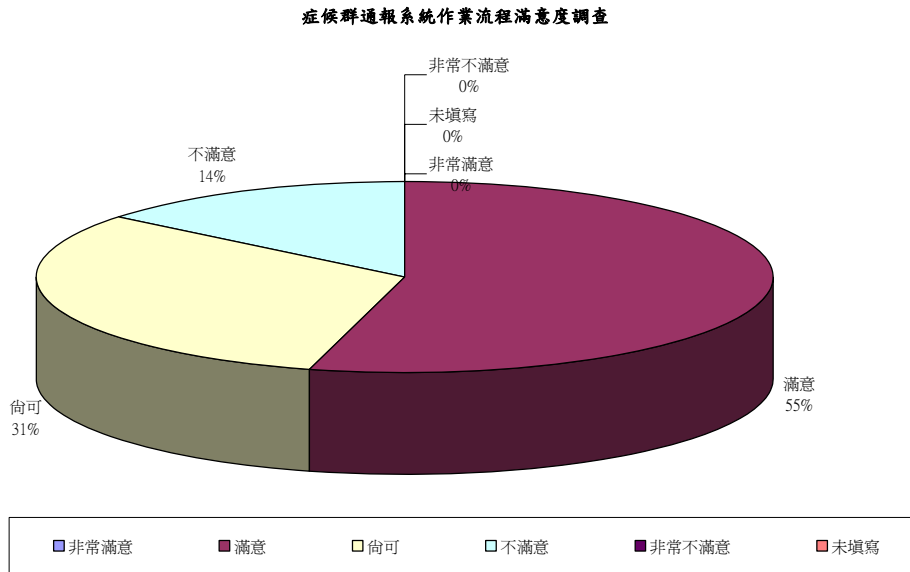
1= 臨床表現符合症候群通報的嚴重病情個案，希望藉由疾管局檢驗結果與委員研判意見協助研判，是否因套裝檢驗項目所列之各項病原體所引起。

2=病患臨床表現特殊，初步排除病情係因個案本身潛在性疾病、已知的危險因子、或其他常見的感染所致。因懷疑個案由不明原因傳染性致病原導致嚴重病情，恐引發後續疫情，需要疾管局深入調查，協助釐清致病原。

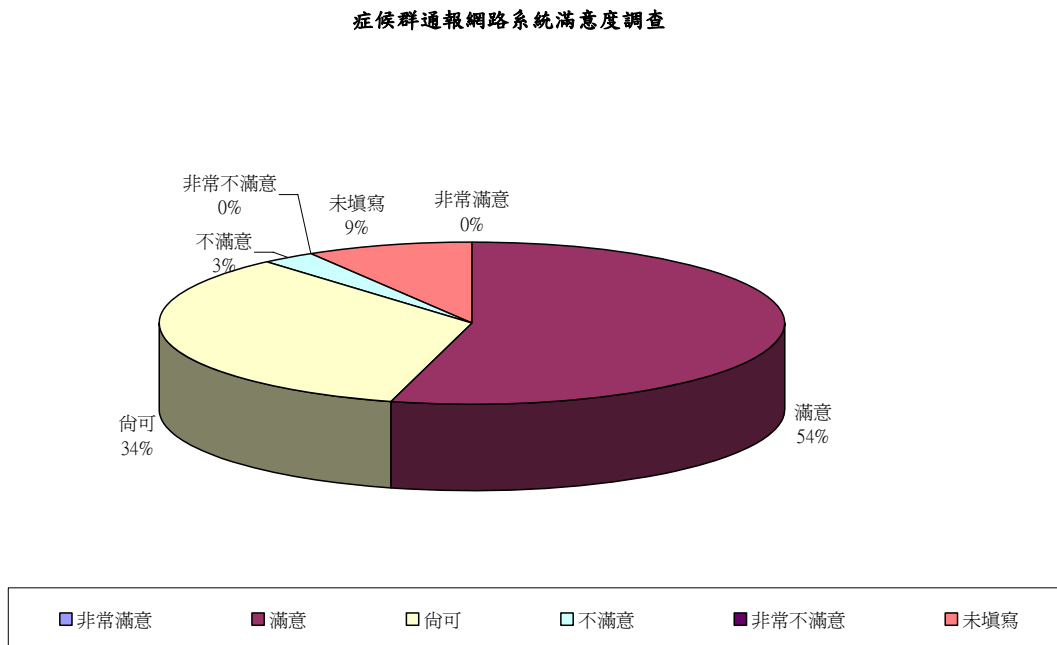
3=不一定是嚴重病情個案，但希望藉由疾管局檢驗結果與委員研判意見協助研判，病患此次生病原因是否因套裝檢驗項目所列之各項病原體所引起。

其它=許多檢驗非醫院自身所能檢驗，但因臨床高度懷疑，判能盡早得知結果，盡早治療。

圖八 a、症候群重症作業系統滿意度調查結果（通報醫師版）

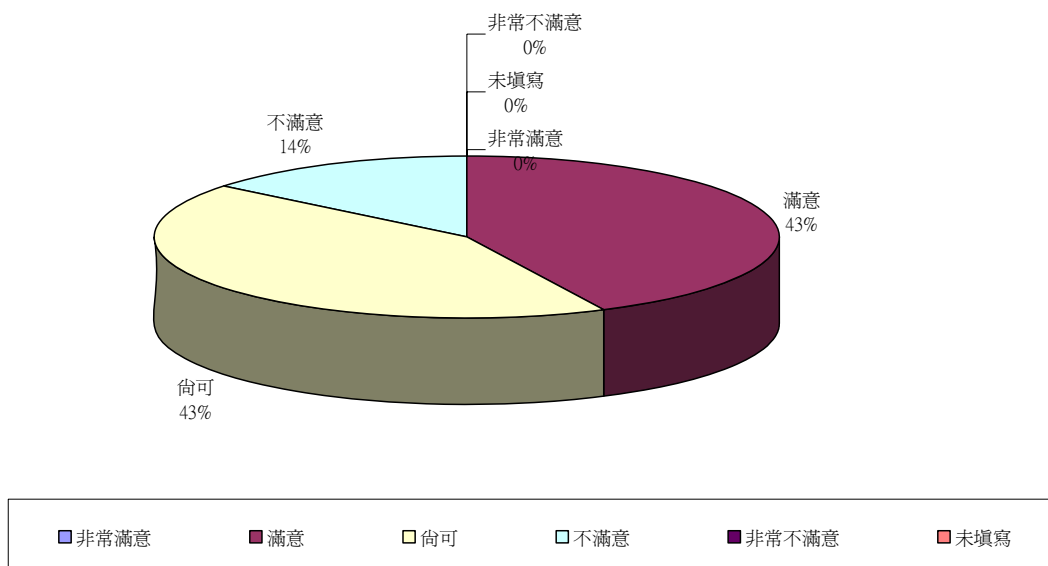


圖八 b、症候群重症網路系統滿意度調查結果（通報醫師版）



圖八 c、症候群重症系統資料回饋度調查結果（通報醫師版）

症候群通報系統資料回饋滿意度比例



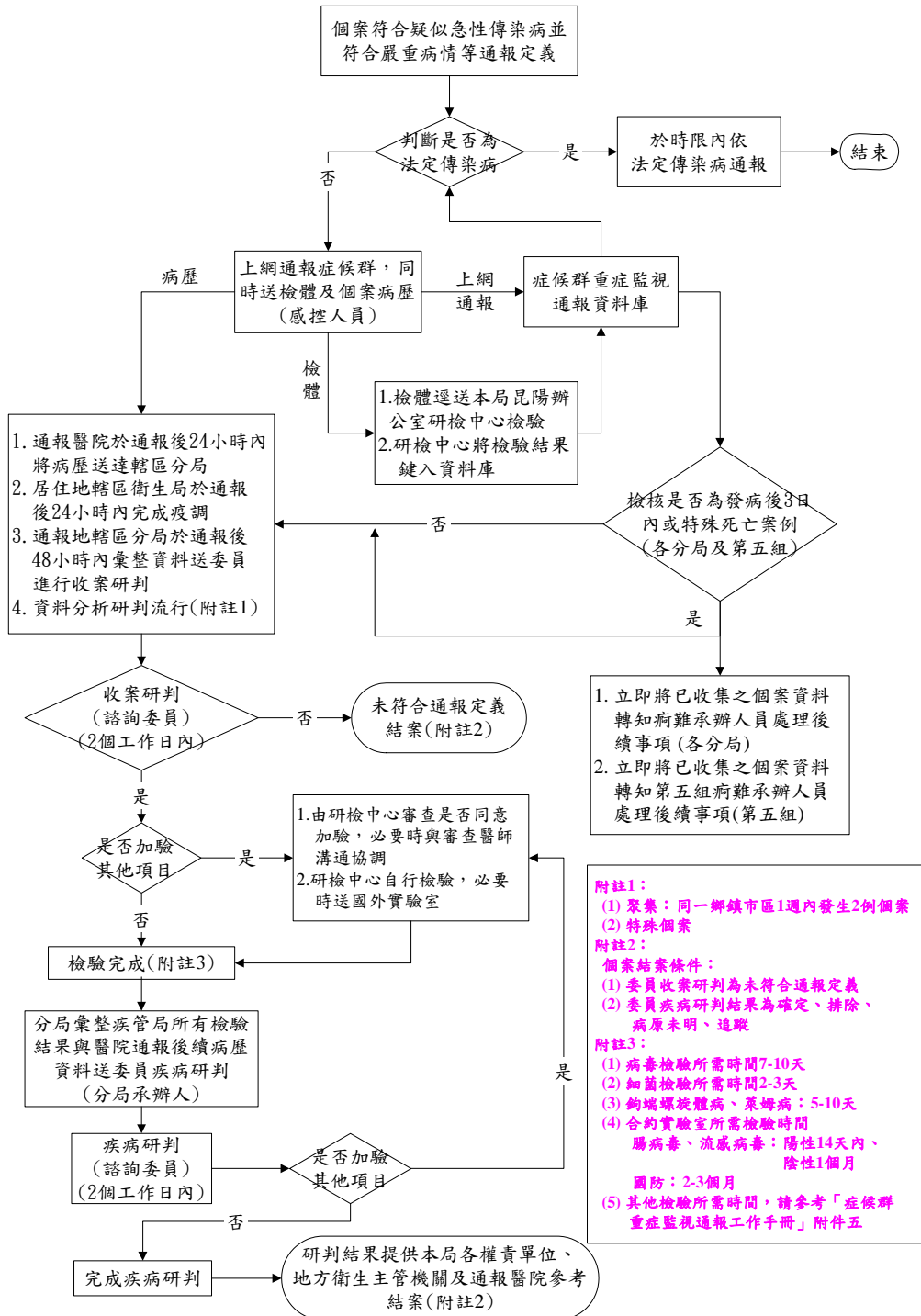
附件

附件一

- 1.急性出血熱症候群：開始急性發熱小於3週，致病因不明並至少有以下情形之2者：出血或紫斑疹、鼻出血、咳血、血便、其他出血症狀。
- 2.急性神經症候群：任何一項急性神經症狀：急性精神功能惡化(記憶衰退、行為反常、意識減退)、急性麻痺癱瘓、抽搐驚厥、不自覺動作(舞蹈症、顫抖、肌肉痙攣)、其他認為屬神經系統功能失常，病情嚴重者。
- 3.急性呼吸症候群：3週內在社區發生不明原因之急性咳嗽，呼吸困難或非心因性肺水腫，病情嚴重。
- 4.急性黃疸症候群：3週內發作之非阻塞性急性黃疸，伴有嚴重病情。

附件二

症候群重症監視通報系統作業流程



附件三

症候群檢體送驗說明（以症候群別套裝檢驗疾病分類）				
症候群種類	檢驗疾病	檢體種類	檢體送驗	備註
急性出血熱症候群	恙蟲病	血清、全血	1、血清 6 管-紅頭管 (血清總量 3 cc) 2、全血 2 管-紫頭管 3、尿液 1 管	
	地方性斑疹傷寒	血清、全血		
	登革熱	血清		
	漢他病毒出血熱	血清		
	鉤端螺旋體病	血清、尿液		
急性神經症候群	日本腦炎	血清、腦脊髓液	1、病毒咽喉拭子 2 支	1、血清量包含加審檢驗 2、檢體採檢送驗專線 (02) 27850513 轉 805
	腸病毒感染併發重症	病毒咽喉拭子、腦脊髓液	2、血清 2 管-紅頭管 (血清總量 3 cc)	
	流行性感冒	病毒咽喉拭子、腦脊髓液	3、腦脊髓液 3 管 (總量 1.5 cc)	
急性呼吸症候群	退伍軍人病	血清、尿液、痰、呼吸道分泌物	1、病毒咽喉拭子 1 支 2、血清 4 管 (血清總量 3 cc) 3、尿液 4、痰或呼吸道分泌物。	
	漢他病毒肺症候群	血清		
	披衣菌	血清		
	嚴重急性呼吸道症候群	病毒咽喉拭子		
	流行性感冒	病毒咽喉拭子		
	腺病毒 3,7	病毒咽喉拭子		
急性黃疸症候群	急性病毒性肝炎 E 型	血清	1、血清 3 管-紅頭管 (血清總量 3 cc) 2、尿液	
	鉤端螺旋體病	血清、尿液		

附件四



傳染病通報管理資訊系統

使用情形調查問卷

【一般使用者版】

傳染病通報系統三期已於 95/9/11 正式上線使用，內容包含：

- (1) 法定傳染病通報系統功能增修

- (2) 症狀通報系統改版

- (3) 症候群通報系統整併至法定傳染病通報系統

為了解各通報系統使用現況，擬針對各通報系統進行使用情形調查，作為未來系統成效評估之參考：

「法定傳染病通報系統」、「症狀通報系統」、「症候群通報系統」

感謝您撥冗填寫此份問卷，您的寶貴意見是系統更趨完善的原動力。請於填寫完後將問卷傳真至(02)2394-5312，[或回復至 yajine@cdc.gov.tw](mailto:yajine@cdc.gov.tw)，或郵寄至台北市 100 中正區林森南路 6 號 8 樓『衛生署疾病管制局第五組』。如有任何相關問題，請撥(02)2392-5201。

填寫者資料(請務必填寫)

填寫日期：民國 96 年 月 日

1. 單位性質：醫療院所 衛生所 衛生局 疾管局分局 疾管局總局
2. 任職機構名稱(單位/科別)：_____
3. 職稱：_____
4. 業務性質：_____
5. 執業年資： <5 年 5-10 年 10-15 年 15-20 年 >20 年
6. 性別： 男 女
7. 年齡： 25-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲 >59 歲

一、「法定傳染病通報系統」

1. 您是否曾使用過「法定傳染病通報系統」？
是 否
2. 您負責此項業務有多久時間？
一個月內 一~六個月 七~十二個月 一年以上
3. 您對本系統通報作業之操作便利性：
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
若您勾選「不滿意」或「非常不滿意」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

4. 本局將針對本系統之通報畫面與流程進行全面改版，為確實達到以使用者為導向之目的，請提出您的寶貴建議，作為規劃系統功能之參考：

5. 您是否曾使用「問題反應子系統」提出問題？

是 否

6. 您對本局「傳染病通報系統單一窗口」針對所提問題之回覆效率與處理情形：

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

若您勾選「不滿意」或「非常不滿意」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

7. 您認為本功能「問題反應」可以有效解決『系統使用相關問題』的比例為：

大部分(六成以上) 普通(四~六成) 尚可(二~四成) 偏低(二成以下)

若您勾選「尚可」或「偏低」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

二、「症狀通報系統」

1. 您對「症狀通報系統」網路通報連線速度滿意嗎？

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

2. 您對「症狀通報系統」通報之便利性感到滿意嗎？

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

3. 您對「症狀通報系統」通報查詢作業流及操作介面程滿意嗎？

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

4. 您對「症狀通報系統」資料庫運用滿意嗎？

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

5. 您對本局及分局「症狀通報系統」承辦人員與您的互動情形滿意嗎？

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

6. 您對「症狀通報系統」之建議：

三、「症候群通報系統」

1. 請問 貴院是否具備「症候群重症監視通報系統」通報權限？

是

否（以下關於症候群通報部分之問題無須作答）

2. 請問您自民國 94 年迄今，是否曾經協助通報症候群重症個案？

是，累計通報過約幾例？ 1 例 <5 例 5-10 例 >10 例

否（跳答第 4 題）

3. 症候群重症通報系統滿意度調查：

* 您對症候群通報系統作業流程滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

原因：_____

* 您對症候群通報「網路系統」滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

原因：_____

* 您對症候群通報系統資料回饋滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

原因：_____

4. 若本局取消現行之症候群重症通報方式，您認為是否將造成 貴院執行傳染病疑似個案通報上的不便？

否，可節省通報所花費的時間

可自選檢驗項目

可避免引起病患及家屬的反彈

其它_____

是，因為：麻煩，須自行決定檢驗項目，較費時

若遇到不明原因的個案，不知道該將病人通報至哪項傳染病

將失去疾管局現行於症候群系統提供的檢驗支援

其他_____

5. 您對症候群通報系統的建議？

附件五



傳染病通報管理資訊系統 使用情形調查問卷 【通報醫師版】

傳染病通報系統三期已於 95/9/11 正式上線使用，內容包含：

- (1) 法定傳染病通報系統功能增修
- (2) 症狀通報系統改版
- (3) 症候群通報系統整併至法定傳染病通報系統

為了解各通報系統使用現況，擬針對各通報系統進行使用情形調查，作為未來系統成效評估之參考：

「法定傳染病通報系統」、「症狀通報系統」、「症候群通報系統」

感謝您撥冗填寫此份問卷，您的寶貴意見是系統更趨完善的原動力。請於填寫完後將問卷傳真至(02)2394-5312，[或回復至 yajine@cdc.gov.tw](mailto:yajine@cdc.gov.tw)，或郵寄至台北市 100 中正區林森南路 6 號 8 樓『衛生署疾病管制局第五組』。如有任何相關問題，請撥(02)2392-5201。

填寫者資料（請務必填寫）

填寫日期：民國 96 年 月 日

8. 任職機構縣市：_____

9. 任職機構名稱（單位/科別）：_____

10. 職稱：醫師

11. 執業年資： <5 年 5-10 年 10-15 年 15-20 年 >20 年

12. 性別： 男 女

13. 年齡： 25-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲 >59 歲

一、「法定傳染病通報系統」

1. 您是否曾使用過「法定傳染病通報系統」？

是 否

2. 您負責此項業務有多久時間？

一個月內 一~六個月 七~十二個月 一年以上

3. 您對本系統通報作業之操作便利性：

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

若您勾選「不滿意」或「非常不滿意」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

4. 本局將針對本系統之通報畫面與流程進行全面改版，為確實達到以使用者為導向之目的，請提出您的寶貴建議，作為規劃系統功能之參考：

5. 您是否曾使用「問題反應子系統」提出問題？

是 否

6. 您對本局「傳染病通報系統單一窗口」針對所提問題之回覆效率與處理情形：

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

若您勾選「不滿意」或「非常不滿意」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

-
7. 您認為本功能「問題反應」可以有效解決『系統使用相關問題』的比例為：
- 大部分(六成以上) 普通(四~六成) 尚可(二~四成) 偏低(二成以下)
- 若您勾選「尚可」或「偏低」，請詳述原因：

您對於改善上述現象有何建議：

二、「症狀通報系統」

1. 您對「症狀通報系統」網路通報連線速度滿意嗎？
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
2. 您對「症狀通報系統」通報之便利性感到滿意嗎？
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
3. 您對「症狀通報系統」通報查詢作業流及操作介面程滿意嗎？
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
4. 您對「症狀通報系統」資料庫運用滿意嗎？
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
5. 您對本局及分局「症狀通報系統」承辦人員與您的互動情形滿意嗎？
非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意
6. 您對「症狀通報系統」之建議：

三、「症候群通報系統」

1. 請問您由何處得知「症候群重症監視通報系統」相關訊息？
 - 沒聽過這個系統
 - 我知道這個系統，訊息來源為：(可複選)
 - 疾管局全球資訊網頁
 - 疾管局出版品 (傳染病通報指引 症候群通報簡介/工作手冊
 - 傳染病統計暨監視年報 其他 _____)
 - 本院(感控同仁告知 院內網頁訊息 院內教育訓練/晨會

其他_____)

演講活動 (學會舉辦 症候群病例研討會/說明會

其他_____)

其他_____

2. 請問您自民國 94 年迄今，是否曾經通報過症候群重症個案？

否 (請接第三題)

是，累計通報過約幾例？ 1 例 <5 例 5-10 例 >10 例

(請跳答第 4 題)

3. 您未曾通報過症候群重症監視系統的原因是：

沒有聽過這個系統

還沒有碰過不明原因的傳染病重症個案需要通報

通報程序太麻煩，例：費時，使用上有困難

避免引起病患或家屬的反彈

其他：_____ (請跳答

第 9 題)

4. 您將病例通報至症候群重症監視系統的原因是：(可複選)

臨床表現符合症候群通報的嚴重病情個案，希望藉由疾管局檢驗結果與委員 研判意見協助研判，是否因套裝檢驗項目所列之各項病原體所引起。

病患臨床表現特殊，初步排除病情係因個案本身潛在性疾病、已知的危險因 子、或其他常見的感染所致。因懷疑個案由不明原因傳染性致病原導致嚴重病情，恐引發後續疫情，需要疾管局深入調查，協助釐清致病原。

不一定是嚴重病情個案，但希望藉由疾管局檢驗結果與委員研判意見協助研 判，病患此次生病原因是否因套裝檢驗項目所列之各項病原體所引起。

其他：_____

5. 您通報症候群重症個案之前，是否曾照會感染症專科醫師會診？

通報醫師本人即為感染症專科醫師

沒有，因為： 本院沒有感染症專科醫師 不認為需要照會

需花費太多時間 其他：_____

有，頻率約為： 每次（100%） 經常（>50%） 偶而（<50%）

其中有幾次未照會的原因是： 不認為需要照會 需花費太多時間

其他 _____

6. 請問您認為症候群重症通報給您最大的幫助在於（可複選）：

提供不明原因傳染病重症個案的通報管道

通報一項症候群就可以同時檢驗多項病原體，比較方便

提供套裝檢驗報告

委員回覆的意見有助於病患的診斷與治療

得知台灣地區症候群重症通報的相關資訊（常見的可能致病原…等）

目前為止，不覺得有任何實質幫助

其他：_____

7. 就您所知，醫師通報症候群個案，應配合下列哪些事項：

必須於通報後 24 小時內備妥個案相關病歷資料並述明通報緣由，送轄區疾病管制局分局辦理收案研判事宜。

在個案出院或死亡後，須提供個案後續檢驗結果、病程發展、治療情形等病歷資料供病例研判之用。

對病患和家屬說明，已將其通報為症候群通報個案，預先告知衛生單位後續將進行疫調訪問及二次採檢等防治措施。

若通報個案死亡，尤其是 3 日內猝死個案或特殊死亡案例，應協助勸說家屬冰存遺體，並儘速通知轄區分局或衛生局所。

為確實了解個案情形，針對委員評定之特殊案例，需配合參加病例研討會進行個案報告。

以上皆是

8. 症候群重症通報系統滿意度調查：

* 您對症候群通報系統作業流程滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

* 您對症候群通報「網路系統」滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

* 您對症候群通報系統資料回饋滿意度：

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

9. 若本局取消現行之症候群重症通報方式，對您通報傳染病疑似個案是否造成執行上的不便？

否，因為：可節省通報所花費的時間

可自選檢驗項目

可避免引起病患及家屬的反彈

其它

是，因為：麻煩，須自行決定檢驗項目，較費時

若遇到不明原因的個案，不知道該將病人通報至哪項傳染病

將失去疾管局現行於症候群系統提供的檢驗支援

其它

10. 您對症候群通報系統的建議？
