**腸病毒**

|  |
| --- |
| **◎認識腸病毒****（一）疾病概述（Disease description）**      腸病毒臨床上可以引起多種疾病，其中很多是無症狀，有些則只有發燒或類似一般感冒症狀，但有些則會出現特殊的臨床表現，如手足口病（hand-foot-mouth disease）、泡疹性咽峽炎（herpangina）、無菌性腦膜炎、病毒性腦炎、肢體麻痺症候群、急性出血性結膜炎（acute hemorrhagic conjunctivitis）、嬰兒急性心肌炎及成人心包膜炎、流行性肌肋痛、急性淋巴結性咽炎（acute lymphonodular pharyngitis）、發燒合併皮疹（febrile illness with rash）等。1.泡疹性咽峽炎：由A族克沙奇病毒引起。特徵為突發性發燒、嘔吐及咽峽部出現小水泡或潰   瘍，病 程為4至6天。病例多數輕微無併發症，少數併發無菌性腦膜炎。2.手足口病：由A族克沙奇病毒及腸病毒71型引起，特徵為發燒及身體出現小水泡，主要分布   於口腔黏膜及舌頭，其次為軟顎、牙齦和嘴唇，四肢則是手掌及腳掌、手指及腳趾。常因口   腔潰瘍而無法進食，病程為7～10天。3.嬰兒急性心肌炎及成人心包膜炎：由B族克沙奇病毒引起，特徵為突發性呼吸困難、蒼白、發   紺、嘔吐。開始可能誤以為肺炎，接著會又明顯心跳過速，快速演變成心衰竭、休克、甚至   死亡，存活孩子會復原得很快。4.流行性肌肋痛：由B族克沙奇病毒引起，特徵為胸部突發陣發性疼痛且持續數分鐘到數小時，   合併發燒、頭痛及短暫噁心、嘔吐和腹瀉，病程約1週。5.急性淋巴結性咽炎：由A族克沙奇病毒引起。特徵為發燒、頭痛、喉嚨痛、懸雍垂和後咽壁有   明顯白色病灶，持續4至14天。6.發燒合併皮疹：與各類型克沙奇及伊科病毒都有關，皮疹通常為斑丘疹狀，有些會出現小水   泡。**（二）致病因子（Infectious agent）**      腸病毒屬於小RNA病毒科（Picornaviridae），為一群病毒的總稱，在1997年以前，已知而被分類的腸病毒共有小兒麻痺病毒（Poliovirus）共3型（1至3型）、克沙奇病毒（Coxsackievirus），含23種A型（A1至A22型，A24型）及6種B型（B1-B6型）、伊科病毒（Echovirus）共30型（1至33型，但8、10及28型除外）及腸病毒（Enterovirus）（68型～）等60餘型，近年來又陸續發現多種型別，依據基因序列分析結果將之重新歸類，分為人類腸病毒A、B、C、D（Human enterovirus A、B、C、D）型，其中腸病毒71型被歸類於人類腸病毒A型。      在所有腸病毒中，除了小兒麻痺病毒之外，以腸病毒71型（Enterovirus Type 71）最容易引起神經系統的併發症，此病毒是在1969年美國加州的一次流行中首次被分離出來，當時引起很多無菌性腦膜炎與腦炎的病例。此後包括澳洲、日本、瑞典、保加利亞、匈牙利、法國、香港、馬來西亞等地都有流行的報告，台灣在十幾年前也曾經流行過，可見此型腸病毒的分布是全世界性的。      比較特別的是，雖然世界各地的報告大多發現，感染腸病毒71型後，發生神經系統併發症的比率特別高，但是嚴重程度各有不同，有的只出現腦膜炎、輕微腦炎、肢體麻痺等非致命性的併發症，有的則像1998年台灣的流行一樣出現死亡病例，包括保加利亞、匈牙利、馬來西亞、日本都有過類似的情形，其可能的危險因子尚待進一步的探討與研究。**（三）發生情形（ Occurrence）**        腸病毒適合在濕、熱的環境下生存與傳播，臺灣地處亞熱帶，全年都有感染個案發生，所以腸病毒感染症儼然已是台灣地區地方性的流行疾病之一。依據臺灣地區歷年監測資料顯示，幼童為感染併發重症及死亡之高危險群體，重症致死率約在3.8%至25.7%之間。引起腸病毒感染併發重症之型別以腸病毒71型為主，克沙奇病毒居次；一般腸病毒感染主要常見症狀為手足口病或泡疹性咽峽炎。       由全國五百餘個定點醫師監視系統資料顯示，腸病毒疫情每年約自3月下旬開始上升，於5月底至6月中達到高峰後，即緩慢降低，而後於9月份開學後再度出現一波流行。以年齡層分析，患者以5歲以下幼童居多，約佔所有重症病例90%；在死亡病例方面，以5歲以下幼童最多。**（四）傳染方式（Mode of transmission）**      人類是腸病毒唯一的傳染來源，主要經由腸胃道（糞-口、水或食物污染）或呼吸道（飛沫、咳嗽或打噴嚏）傳染，亦可經由接觸病人皮膚水泡的液體而受到感染。在發病前數天，喉嚨部位與糞便就可發現病毒，此時即有傳染力，通常以發病後一週內傳染力最強；而患者可持續經由腸道釋出病毒，時間長達8到12週之久。**（五）潛伏期（Incubation period）**       腸病毒潛伏期為2到10天，平均約3到5天。腸病毒可以引起多種疾病，其中多數感染者（約50﹪至80﹪）沒有症狀，有些則只有發燒或類似一般感冒的症狀，少數會出現一些特殊的症狀，包括手足口病、疱疹性咽峽炎、無菌性腦膜炎、病毒性腦炎、肢體麻痺症候群、急性出血性結膜炎、心肌炎等。**（六）病例定義（Case definition）**詳見「台灣法定傳染病病例定義」http://www.cdc.gov.tw/lp.aspctNode=2415&CtUnit=1404&BaseDSD=7&mp=1。 **◎預防保健**（一）腸病毒的傳染力極強，但可透過簡單的衛生保健動作，有效降低感染的機會（二）腸病毒的預防方法：1.勤洗手，養成良好的個人衛生習慣。2.均衡飲食、適度運動及充足睡眠，以提昇免疫力。3.生病時，應儘速就醫，請假在家多休息。4.注意居家環境的衛生清潔及通風。5.流行期間，避免出入人潮擁擠，空氣不流通的公共場所。6.儘量不要與疑似病患接觸，尤其是孕婦、新生兒及幼童。7.新生兒可多餵食母乳，以提高抵抗力。8.兒童玩具（尤其是帶毛玩具）經常清洗、消毒。 9.幼童之照顧者或接觸者應特別注意個人衛生。 （三）腸病毒消毒方法： 1.消毒方法的選用：(1)腸病毒對酸及許多化學藥物具抵抗性，如抗微生物製劑、清潔消毒劑及酒精，均無法殺   死腸病毒。(2)醛類、鹵素類消毒劑（如市售含氯漂白水）可使腸病毒失去活性。(3)腸病毒於室溫可存活數天，4℃可存活數週，冷凍下可存活數月以上，但在50℃以上的    環境，很快就會失去活性，所以食物經過加熱處理，或將內衣褲浸泡熱水，都可減少腸    病毒傳播。(4)乾燥可降低腸病毒在室溫下存活的時間。(5)紫外線可降低病毒活性。2.含氯漂白水之使用方法（使用時請穿戴防水手套並注意安全）：(1)一般環境消毒，建議使用500ppm濃度之漂白水。(2)針對病童分泌物或排泄物污染之物品或表面，建議使用1000ppm之漂白水。(3)以泡製500ppm含氯漂白水為例：a. 取巿售家庭用漂白水（濃度一般在5到6%）5湯匙（一般喝湯用的湯匙，約15至20cc）。b. 加入10公升的自來水中（大寶特瓶每瓶容量1,250cc，8瓶即等於10公升），攪拌均勻即可。3.環境消毒重點：(1)不需要大規模噴藥消毒。(2)只需對於常接觸物體表面（門把、課桌椅、餐桌、樓梯扶把）、玩具、遊樂設施、寢具   及書本做重點性消毒。(3)清洗完畢的物體可移至戶外，接受陽光照射。（四）其他參考資料： 1. 腸病毒感染併發重症前兆病徵自我檢查表(doc檔案)2. 預防腸病毒感染注意事項(doc檔案) 3. 醫療院所嬰兒室感染預防措施(doc檔案) 4. 托兒所、幼稚園及小學教（托）育人員腸病毒防治手冊 **◎防治政策**      本著預防重於治療之基本精神，結合所有可用之資源，參考美國CDC對於腸病毒感染症之防治策略，包括加強監測及蒐集資料、加強個人衛生等方法，同時結合傳染病三段五級的預防概念來研訂防治策略，包括規劃辦理衛教宣導（初段預防）、進行相關研究及技術發展（次段預防），以及提昇醫護品質（末段預防）等，俾提供全民專業防疫服務，快速而正確的提供疫病資訊，有效地進行疫病的預防、撲滅及控制，使全民能免於疫病威脅的恐懼，進而保障全民的健康。（腸病毒防治工作指引(pdf檔案)）（一）初段預防：1.規劃辦理衛教宣導：充實一般民眾、教（保）育人員、學校護理人員及醫護衛生防疫人員之   防治知能，宣導重點包括「腸病毒之流行季節與病毒簡介、傳染途徑、臨床症狀等相關知   識」、「個人保持良好衛生習慣」、「正確洗手觀念養成及落實強調大人及小孩正確洗手的   觀念」、「腸病毒感染重症前兆病徵」等。2.適時發布新聞稿，或召開記者會，提醒民眾注意防範。3.修訂腸病毒防治相關手冊，灌輸教（保）育人員之腸病毒防治知識，強化防疫人員防治知   能。4.透過多元資訊管道，如本局英文網頁、國際疫情網站、或電子郵件等，與國外相關機構及單   位進行疫情資訊交流。（二）次段預防：1.進行腸病毒感染併發重症前兆指標、生物特性及血清流行病學等研究。2.積極宣導腸病毒感染併發重症前兆病徵。3.維持「區域性病毒檢驗標準實驗室」運作，掌握國內腸病毒之流行趨勢及其流行血清型別之   變動情形，提昇總體實驗室之診斷水準。（三）末段預防：1.建置諮詢管道，聘請醫療學術界專家擔任諮詢委員，提供專業諮詢。2.辦理醫師專業講習訓練，提昇腸病毒醫護品質，降低腸病毒重症致死率。3.適時更新腸病毒後送醫院建議名單，提供轉診參考。 |