

# 台灣登革熱的流行現況

文/感染科 盧敏吉 主任

登革熱是種經由病媒蚊叮咬，傳播給人類的急性病毒傳染病。2015年入夏以來登革熱疫情大爆發，本土病例至12月底仍每天新增近3百個病例。

根據中央流行疫情指揮中心統計資料顯示，2015年總計已超過4萬3千病例，遠超過2014年的1萬5千餘病例；而2015全年裡台南市已逾2萬2千病例、高雄市逾1萬9千病例。

累計登革熱相關的死亡病例超過2百人，其中多數個案為WHO標示的高危險族群，如合併高血壓、糖尿病、心臟病、中風等的多重慢性疾病與老年患者。

除了本土病例外，境外移入登革熱病例亦有3百多例，主要來源有：馬來西亞、新加坡、泰國、菲律賓與越南等疫情緊張的東南亞國家；醫療院所的同仁需要提高警覺，若有病人近期內進入這些流行地區，應將登革熱列為可能的疾病鑑別診斷。而民眾在前往疫情地區要做好防蚊準備。

此外亞洲、澳洲北部、中南美洲、非洲及太平洋島嶼區域，位於熱帶及亞熱帶地區，有埃及斑蚊及白線斑蚊分布的國家，也可能有登革熱的流行。民眾旅遊時應重視自身的防蚊保護措施，尤其在日出後1至2小時及日落前2至3小時，是戶外蚊子叮咬人的高峰，住家環境則要清除蚊子棲息地的積水容器。

總而言之，醫療人員應針對到過疫區且發高燒有症狀的病人，提高警覺鑑別診斷登革熱與併發症。疫區的民眾則採取消除病媒蚊孳生的措施，避免發生群聚感染事件。而慢性病與高重症風險者更應從預防被病媒蚊叮咬著手，避免流行季節去疫區旅遊。



# 登革熱的診治注意事項

如何能辨識並診斷嚴重的登革熱病人，及時住院治療，以期減低病人重症死亡率，並適時通報主管機關，是臨床照護的重點。

登革病毒有 I、II、III 及 IV 型共四種不同的血清型，受不同的型別病毒感染都能致病。雖然被某一型別登革病毒感染過的病人，就會對那一型的病毒產生終身免疫力，但是對其他型別的登革病毒只有 2 至 9 個月的短期免疫，而且過了免疫期再重複感染其他型別時，更容易導致登革出血熱重症，死亡率可逾 20%。

感染登革熱的潛伏期約為 3 至 8 天，最長可達 14 天。其發病的典型症狀包括超過 38°C 的高燒、頭痛尤其是後眼窩痛、四肢疼痛及關節與肌肉痛等症狀；還可能有腹痛、噁心想吐、食慾不振、虛弱及全身倦怠等。因感覺骨頭痛到像要斷掉，故稱「斷骨熱」。

發病約第 5 天將退燒時，有些病人會出現全身暗紅色斑疹，可能伴隨全身癢感，局部輕壓此皮疹會短暫消失。在發燒後期可能會出現出血斑點，常見於下肢。患者的檢驗報告大多呈現白血球與血小板低下、肝功能指數上升。但臨床上多數的病人都以輕症表現，有些感染者甚至無症狀。

登革熱整體的致死率少於 1%，但下述病人是死亡風險大幅增加的高危險族群：

- (1) 重複感染不同型別、
- (2) 年齡 60 歲以上、
- (3) 有高血壓、糖尿病、心臟病、中風、慢性腎病等慢性疾病。

臨床診治的要點是迅速辨識「登革出血熱」或呈現低血壓、生命徵象不穩定的「登

革休克症候群」感染病人。下述為可能發生重症的危險徵象，應盡速送醫以鑑別為登革熱重症：

明顯的倦怠、四肢冰冷、臉色蒼白、持續性的嘔吐、嚴重的腹痛、呼吸困難、尿量明顯減少、出血徵兆如吐血或吐出咖啡色的嘔吐物、皮膚有瘀青出血點、大便黑色等；病情可能突然加劇，如發生劇烈疼痛、抽搐、意識不清甚至昏迷、及血壓改變等。

登革熱的臨床表現可以是輕微到非常嚴重死亡，確立診斷須依靠實驗室檢驗，包括臨床檢體分子生物學核酸檢測陽性，血清學抗原 NS1 檢測陽性與血清登革病毒特異性 IgM 或 IgG 抗體等。

## 臨床照護方面：

- (1) 早期診斷是重要的：病人發病前 1 天至發病後 5 天是「可感染期」，即為病毒血症期，此時斑蚊叮咬病人，會使斑蚊有終生傳染病毒的能力，所以在此時期的病人須與病媒蚊隔離，包括裝設紗窗、紗門與掛蚊帳都是有效的措施。
- (2) 然而最需要醫療關注的時間點是發病約第三天後，不僅登革熱檢驗比前 2 天較不會呈現偽陰性的結果，且這個時間點是疾病進入出血熱或休克的轉折點，可以進行血液與生化等項目的檢查，區分需要特殊照護的病人。
- (3) 登革熱與其併發症尚無疫苗和有效抗病毒治療藥物，重症病人採用支持性補充療法，能夠有效地將登革出血熱死亡率從 20% 以上降至低於 1%。