

病毒啊~

我們到底做錯了什麼？

中央衛生單位

在腸病毒流行期間，台北市市議員陳雪芬公佈一份問卷結果顯示，九成民眾對於腸病毒感到害怕，更有近六成受訪民眾不滿衛生署此次處理腸病毒疫情的做法。的確，政府單位有值得檢討之處。

※早期即預警，衛生署不理會

在事件發生之初期，衛生署防疫處對疫情採取被動而隱瞞的態度，對疫情的定義與醫院相左，而未在醫界報與衛生署有腸病毒蔓延情形及醫學中心向媒體披露有致死病例之後，立即採取相應的緊急應變措施。直到事態嚴重，才消極出面解決，並指責醫院私自公佈疫情，打壓醫界不准

亂發佈疫情，在未將疫情透明化的情形下，造成各種小道消息盛行，媒體亂報新聞，引起社會極大的恐慌，此為行政主管不能推諉之責任，也是整個事件中最令人詬病的地方。

※嚴謹態度，延遲疫情發佈

防疫處堅持必須等「確認病毒」後才能發佈疫情，因而延誤了防治工作的動員。雖然說「確認病毒」、「統一口徑」是政府單位應有的嚴謹態度，但若得知疫情確實嚴重，只要「疑似」就需動員防治，不論病毒株為何。況且在該次流行之中，由臨床症狀即可確認病原菌是屬於腸病毒家族，因此防治工作皆相同，

87 年 4 月	根據各地定點醫師的通報，麻疹性咽峽炎及手足口病逐漸增加。
5 月 1-11 日	疫情更為厲害，其侵襲對象大都是 1、2 歲的幼兒。
5 月 12 日	北部、中部出現死亡個案。
5 月 13 日	達近 2000 個報告病例。
5 月 27 日	達近 7 千個報告病例，長庚、成大等醫院相繼分離出腸病毒 71 型。
5 月 29 日	衛生署預防醫學研究所綜合國內外疫情研判，腸病毒 71 型為導致此波流行的主因。
5 月 30 日	衛生署邀集多位小兒科感染專家研商，衛生署在專家指導下，正式對外公佈預防腸病毒感染方法，必要時，不排除讓幼稚園、托兒所等暫時停課。
5 月 31 日	因腸病毒 71 型死亡個案已近 20 人，衛生署副署長陳瑩霖邀集防疫處預防醫學研究所人員成立危機小組，每天交換疫情報導，研討腸病毒之流行動向，並定期向媒體宣布訊息。衛生署長詹啓賢並呼籲，新生兒如有必要使用免疫球蛋白，健保都將給付。
6 月 1 日	衛生署防疫處長王立信宣布，即日起任何臨床醫師發現特殊狀況，均可直接向防疫處報備，採取必要措施，建立完整之通報系統，其範圍包括非法定傳染病。



「確認病毒」的檢驗工作與防治工作的推動應可同時進行，不應以「避免民眾恐慌」為由，而欲遮掩事實真象。就這樣，疫情一直持續發燒，一直到去年底之後，才有危機小組、疫情中心的成立。

※防疫組織協調不良，猶如三頭馬車

台灣防疫體系的三大機構——衛生署、防疫處、檢疫總所及預防醫學研究所，此三單位協調不良行之有年。其中有太多業務重疊或分割，如疫情調查工作，目前分由檢疫總所各地疫病監視中心及預研所的流行病學專業人才訓練班負責。檢驗體系也缺乏有效統整，地方負責檢驗的衛生局，並非直屬預研所管理。在這種情況下，不僅人力、物力利用缺乏效率，也

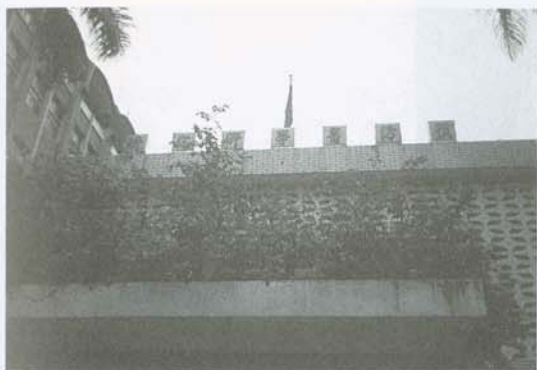
造成三單位各行其是，爭功諉過，延宕疫情處理時效。以該去年腸病毒流行為例，不難看出防疫處與檢疫總所對疫情發佈的認知態度不一，主掌定點醫師通報系統的檢疫總所將基層醫師通報視為至寶，做充分解讀，但防疫處卻對此資訊採保留態度。又如在前年的霍亂甲魚事件，防疫單位和檢疫總所各自指揮地方調查疫情，弄得工作人員不知主管為誰，兩單位接獲的疫情也不盡相同。

※國寶級實驗室地位不獲醫界肯定

流行之初有預研所不接受非法定或報告傳染病的問題，之後針對病理解剖檢驗，官方和醫院檢驗結果不同，官方對於腸病毒 71 型的檢出率遠低於醫院，其原因可能與檢體採樣技術、時機等種種條件有關。然而這種現象透露出了學術發表的競爭，也顯露了預研所和醫界再度針鋒相對。直至去年 7 月 5 日預研所才與醫學中心達成共識，在未來醫學中心進行重症病

6 月 2 日	至目前為止，共有 122 名病童住院治療，而死亡病例已達 25 名。衛生署召集各大醫院感染科專家、衛生局相關人員，商研腸病毒疫情流行情況及防疫措施。衛生署防疫處長王立信表示，未來定點醫師通報特殊病例，要先直接向防疫處報告，由防疫處統籌後，向媒體發布新聞，以免造成民眾恐慌。衛生署長詹啓賢指出，將成立「全國防疫政策諮詢委員會」，未來將統籌處理國內所有防疫工作，可隨時針對重大疫情，緊急應變。
6 月 3 日	成立疫情中心，由防疫處結合預防醫學研究所及檢疫所等單位，對疫情進行統籌瞭解與控制。並提供腸病毒諮詢電話，供各單位及民眾諮詢。疫情快速向中南部蔓延，台南縣宣布停課。
6 月 4 日	至目前為止，住院病例增為 132 例，致死病例增為 26 例。衛生署八位流行病專家分析疫情，且與美國疾病管制中心〔CDC〕取得聯繫，將派專家前來。另外，彰化基督教醫院採限水的方式，結果病情有較好轉的現象。
6 月 5 日	病例已增至九千餘人，疫情不如衛生署預期樂觀，預估這波流行可能持續至 9 月。東部出現首例。台北市建立每日監測系統，並協助疑似患者採檢，送至檢疫總所。
6 月 6 日	衛生署呼籲死者家屬捐贈遺體，以找出病因，將提供十五萬元的補助。

病毒看我的厲害



例檢體轉檢時，必須同時將檢體送至預防醫學研究所，同步進行檢驗。

※通報系統不夠周延

因為腸病毒原非法定或報告傳染病，所以疫情的監視與通報全依賴常態性設置的「定點醫師通報系統」。此系統主由開業醫師或地區醫院醫師所組成，在八百多位成員中，只有七位醫學中心的醫師參與，故在監測教學醫院或醫學中心的疫情方面有所缺漏。因而在流行之初，儘管定點醫師通訊系統有發揮相當的作用，但就整體而論，仍無法及時反應完整疫情，甚至出現有醫學中心疫情資料無人蒐集之問題。對於通報系統的疏漏，檢疫總所於去

年5月28日架設另一醫學中心及區域醫院有關腸病毒死亡及重病住院之監視系統，以與「定點醫師通報系統」相輔相成。未來，對於法定傳染病，乃至於非法定傳染病但卻具有重大震撼潛力疾病的通報方式，應徹底檢討改進。

※民眾冀求政府持「人溺己溺」之心

衛生署常以「死亡率零點零零幾」來強調死亡率之低，雖說此為實情，但在民眾眼裡看來實在不能忍受，因為我們所談論的是「人」，是小孩全國性的持續死亡病例，而不是談豬瘟或是雞瘟。政府官員應以「同理心」去感受家長們的哀痛與恐慌，更要有「責任心」

6月7日	首例捐贈遺體個案，美國疾病管制中心(CDC)三名防疫專家抵台。
6月8日	美國疾病管制中心(CDC)專家前往衛生署檢疫總所初步瞭解疫情。
6月9日	死亡人數增為30人，台北市及宜蘭出現死亡病例。衛生署流行病學專家研判，基隆、宜蘭、雲林及東部地區將為下一波流行警戒區。中央健保局也放寬免疫球蛋白之使用，不再侷限於新生兒。
6月10日	死亡人數增為31人，部分地區之疫情已有下降趨勢，而花東地區正要開始流行。行政院長蕭萬長強調，防疫工作猶如消防，因此要求衛生署在現階段先成立「疫情處理小組」，並就防疫架構進行長遠規劃。省議會砲轟詹啓賢下令醫界封口。
6月11日	日本國立感染症研究所(NIZD)獲知台灣腸病毒疫情表示關切，且與衛生署聯繫，準備派兩名感染症專家來台協助調查。
6月12日	防疫處處長王立信將轉調預防醫學研究所副所長，由疫情處理小組發言人許國雄替代。
6月19日	連日來，衛生署與美國疾病管制中心(CDC)專家研討，初步判定認為，在心肌炎個案中，心臟切片標本為正常，而腦部卻檢出腸病毒71型，所以因心肌炎致死的患者可能是腦幹中支配心臟的神經受到侵襲，導致心臟衰竭而死。



積極動員防治。

醫院

腸病毒感染並無特殊的治療方式，只能採支持療法，且對於致死機轉遲遲無法確定，實在令國人質疑國內的醫療水準。雖說這是腸病毒的生物特性使然，非醫生之過，然而在整個事件中，醫界仍有多處需要改進的地方。

- 在疫情新聞資訊未建立統一蒐集與發佈的模式下，對外發言尤其要謹慎。該波腸病毒的流行，在長庚兒童醫院率先「揭發」死亡病例後，各大醫院明星醫師爭先恐後提供記者最新疫情與各種推論，知無不言，言無不盡，以增加醫院的曝光率，然而未曾

考慮過這些具有爭議性的論點，透過媒體的傳播後，將增加疫情的複雜性。且畢竟醫院的病患限於地區性，故只能就個案說明病情，不能只因一院有病例增加的情形，就說它是流行。

- 去年 10 月曾出現阿司匹靈與腸病毒死亡相關性的爭議，雖然因果關係無法確立，但卻暴露出國內仍有醫生使用阿司匹靈給無特殊症狀的小孩治療退燒。研究報告顯示，小孩感染流行性感冒病毒、水痘病毒時，若使用阿司匹靈退燒，發生雷氏症候群的機會高出十六倍，故衛生署可仿效英國，限制醫師對十五歲以下的小孩使用阿司匹靈退燒，特殊情形除外，如川崎

6 月 20 日	衛生署以快報方式印製「腸病毒感染簡介」，提供民眾正確之防治觀念。經兩週的調查與研究，國內外專家指出，目前腸病毒死亡原因還是個謎，此波疫情複雜多變，是醫學界從未有過的經驗。
6 月 21 日	嚴重併發症已達 239 例，死亡個案亦達 50 例。衛生署希望各項兒童夏令活動停辦或順延。
6 月 23 日	台灣地區腸病毒流行，引起外國駐華使節高度關切，部份旅台外僑已考慮把小孩撤離台灣。
6 月 24 日	宜蘭縣長陳守成表示，將停辦國際兒童節。
6 月 26 日	衛生署要求安親班每班不得超過 30 人，且每天實施衛生教育及完善的洗手、擦手方式。若有二人患病，就必須立即停班。
6 月 27 日	衛生署初步鑑定，此次台灣之病毒株異於去年馬來西亞的病毒。
6 月 28 日	台大醫院小兒科名譽教授李慶雲認為，目前已確定此疫情除了病毒威脅外，應該還有環境因素，個人因素或二種病毒感染的可能，原因較為複雜。
7 月 1 日	衛生署指出，由流行曲線可明顯看出 6 月 8 日為最高峰，隨後疫情有下降趨勢，陸續於國內二十六家中英文報紙刊登廣告，提供諮詢專線，腸病毒的預防方式以及正確洗手的方式。
7 月 3 日	衛生署預防醫學研究所至目前已完成 108 例類似腸病毒病例之病毒培養，計有 16 例培養出腸病毒，其中有 12 例為腸病毒 71 型，包括 4 例死亡病例。

病毒看我的厲害

氏症及風溼性心臟病。

■ 一直以來，各醫院常受限於本位主義或保有某科權威之考量，一些資訊難以互通。以這次腸病毒來說，花東地區傳出疫情之前，西部的醫院如彰基、長庚早有治療經驗，若醫師可摒除本位主義，互相支援不排斥，則花東疫情應可以更早、更有效的加以撲滅。

媒體

媒體的職責除了傳遞訊息，另一個最大的功能就在於守望環境與輿論監督。然而在這次事件中，媒體炒熱了新聞，但對於傳遞正確的訊息、發揮教育的功能上卻貢獻有限。為此我們採訪了「中天頻道台灣新聞生活組」記者林慧珍小姐。

她指出目前的醫藥記者約有一半不是醫學院出身，故專業性不夠，容易出現斷章取義、引用詞彙錯誤、因果互換的現象。再加上截稿壓力及新聞性考量，資料

來源沒去查證，提供給無知的大眾，造成大眾認知的偏差。對於此點，仍需靠記者的自我期許，如修些醫學課程來提升過濾新聞的功力。當問及若是採用有醫學院背景的醫藥記者，林小姐表示他們必須學習新聞的呈現方式，而不能採一般學術論文的寫法，且必須時常提醒自己不能太主觀。

此外林小姐亦提及，疫情報導雖然最重要的目的是提供警訊，但亦有其新聞性的考量，不會百分之百和民眾的需求相符。至於採取誇大的標題，乃是為了引起大眾的注意，在誇大、聳動的背後，仍提供了有用的資訊。她認為其實最需負責的應是衛生署，他們在疫病流行的早期就應該將疫情以公開的管道發佈出來，但在去年腸病毒流行時顯然沒有，就連現在，雖然防疫處處長換掉許多人，但對於疫情的發佈仍持保守態度。（感謝林慧珍小姐撥冗接受採訪）

7月5日	衛生署預防醫學研究所與醫學中心達成共識，為監測國內疫情，在未來醫學中心進行重症病例檢體轉檢時，必須同時將檢體送至預防醫學研究所，同步進行檢驗。
7月7日	重症病例已達 277 例，52 例死亡。衛生署邀集小兒醫學專家所訂定的手足口症合併重症病人之檢查流程及診斷治療綱要，已經由健保語音傳真系統發至 525 家地區級以上醫院，以供各醫院參考。
7月14日	腸病毒疫情漸緩。
9月	9月初患者即有增加的趨勢，尤以南部地區較為嚴重，卻直到有重症及死亡病例出現，媒體追蹤報導，才逐漸引起官方注意，延至9月底公開證實，官員反應仍是太慢。
10月3日	衛生署要求各縣市醫療院所恢復6、7月時曾施行的每日通報疫情之制度。
10月5日	中秋過後，疫情急劇上升。
10月11日	達到新一波疫情高峰。
88年11月	疫情漸緩。根據衛生署資料顯示，自去年4月起至11月底，台灣地區通報腸病毒群感染有十萬名病例，其中重症患者共有397例，占千分之四的比例，死亡病例多達73名，占萬分之七的比例。
2月3日	出現今年度腸病毒重症死亡病例。
2月13日	至今共有四名腸病毒重症案例，其中兩例已死亡。