



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau

衛生局
Serviços de Saúde

技術指引

**Notifiable Communicable Diseases
Guidelines for Case-based Reporting**

Health Bureau, Government of Macao Special Administrative Region

**傳染病強制申報機制 -
個案申報的技術指引**

澳門特別行政區
傳染病強制申報機制

個案申報的技術指引

Macao SAR
Notifiable Communicable Diseases
Guidelines for Case-based Reporting

2008



澳門特別行政區政府衛生局
Health Bureau, Government of Macao Special Administrative Region

澳門特別行政區

**傳染病強制申報機制
個案申報的技術指引**

出版者:

澳門特別行政區政府衛生局

澳門若憲馬路

澳門郵政信箱 3002 號

電話：28533525 傳真：28533524

電郵地址：ndiv@ssm.gov.mo

網址：http://www.ssm.gov.mo

2008 年 7 月 第 1 版

印數：2000 冊

由澳門特別行政區政府衛生局疾病預防及控制中心制作
林松編寫 陳穗芬、李佩儀、陳彩環、劉雅文校閱

版權：澳門特別行政區政府衛生局

ISBN：??

Macao Special Administrative Region

**Notifiable Communicable Diseases
Guidelines for Case-based Reporting**

Published by

Health Bureau, Government of Macao SAR

Rua Visconde de S. Januário, Macao

PO Box 3002, Macao

Tel : 28533525 Fax : 28533524

E-mail : ndiv@ssm.gov.mo

Website : http://www.ssm.gov.mo

1st edition July 2008

Produced by

Center for Disease Control and Prevention, Health Bureau, Macao SAR

Prepared by Lam Chong, Proofread by Chan Soi Fan, Lei Pui I, Chan Choi Wan, Lao Nga Man

Copyright : Health Bureau, Government of Macao SAR

序

居住和生活條件的提高，以及防疫接種等疾病防控措施的廣泛應用，使許多傳染病在本澳和世界其它地區都得到有效控制乃至消滅。

然而，2003年“沙士”在世界多國傳播，以及近年來人類感染禽流感個案等新出現和再出現的傳染病不斷發生，對人類的健康和經濟造成了巨大的影響。這使人們認識到，傳染病的威脅仍不能被忽視。

傳染病的有效預防和控制，需要對這些疾病的流行模式和相關因素作充分掌握，並及早發現這些疾病的流行狀況。臨床醫生和化驗室及時和完整的申報，是傳染病監測系統最重要的基礎。

在社區內建立有效的傳染病監測系統，亦是《國際衛生條例(2005)》所要求的。

第2/2004號法律－傳染病防治法，規定了42種（類）的傳染病需要強制申報。而第15/2008號行政法規，對傳染病的強制申報機制作出了規範。在該法規中，傳染病的申報方式包括兩種－按個案申報和群案申報。按個案申報的傳染病的條件（懷疑、極可能或確診）載於該法規的附件中。為使臨床醫生和化驗室明確每種疾病的懷疑、極可能或確診病例的定義，衛生局特參考國際權威機構如世界衛生組織等的指引，並根據本地區的實際情況，制作了本指引以供臨床醫生參照。

二零零八年七月十七日

衛生局局長

李展潤醫生

目錄

序	i
目錄	iii
符號和縮寫 <i>Siglas e abreviaturas</i>	v
霍亂 (ICD-9 : 001 ; ICD-10 : A00)	1
傷寒、副傷寒 (ICD-9 : 002 ; ICD-10 : A01)	2
其它沙門氏菌病 (ICD-9 : 003 ; ICD-10 : A02)	3
志賀菌病(包括細菌性痢疾) (ICD-9 : 004 ; ICD-10 : A03)	4
由腸出血性大腸桿菌引起的感染 (ICD-9 : 008.04 ; ICD-10 : A04.3)	5
細菌性食物中毒 (ICD-9 : 005 ; ICD-10 : A05)	6
表一 常見的細菌性食物中毒的致病原和臨床-流行病學特徵 ⁽¹⁾	7
阿米巴病 (ICD-9 : 006 ; ICD-10 : A06)	8
輪狀病毒性腸炎 (ICD-9 : 008.61 ; ICD-10 : A08.0)	9
由諾沃克因子引起急性胃腸炎 (ICD-9 : 008.6 ; ICD-10 : A08.1)	10
結核病 (ICD-9 : 010-018 ; ICD-10 : A15-A19)	11
鼠疫 (ICD9 : 020 ; ICD10 : A20)	13
炭疽 (ICD9 : 022 ; ICD10 : A22)	14
鉤端螺旋體病 (ICD-9 : 100 ; ICD-10 : A27)	15
麻風 (ICD9 : 030 ; ICD10 : A30)	16
破傷風 (ICD9 : 037 及 771.3 ; ICD10 : A33-A35)	17
白喉 (ICD-9 : 032 ; ICD-10 : A36)	18
百日咳 (ICD9 : 033 ; ICD10 : A37)	19
猩紅熱 (ICD9 : 034.1 ; ICD10 : A38)	20
腦膜炎球菌感染 (ICD-9 : 036 ; ICD-10 : A39)	21
軍團菌病(退伍軍人病) (ICD-9 : 482.8 ; ICD-10 : A48.1)	22
梅毒 (ICD-9 : 090-096 ; ICD-10 : A50-53)	24
淋球菌感染 (ICD-9 : 098 ; ICD-10 : A54)	26
肛門生殖器單純疱疹感染 (ICD-9 : 054 ; ICD-10 : A60)	27
斑疹傷寒(包括恙蟲病) (ICD-9 : 080-081.2 ; ICD-10 : A75)	28
急性脊髓灰質炎 (ICD-9 : 045 ; ICD-10 : A80)	29

克雅二氏病(亞急性海綿狀腦病，簡稱CJD) (A81)	30
狂犬病 (ICD-9 : 071 ; ICD-10 : A82)	33
日本腦炎(流行性乙型腦炎) (ICD-9 : 062.0 ; ICD-10 : A83.0)	34
其它中樞神經系統病毒性感染 (ICD-9 : 062-064 ; ICD-10 : A83.1-A84)	36
登革熱 (ICD-9 : 061 , 065.4 ; ICD-10 : A90)	37
黃熱病 (ICD-9 : 060 ; ICD-10 : A95)	39
埃玻拉病毒病(伊玻拉病毒感染) (ICD-9 : 078.8 ; ICD-10 : A98.4)	40
漢坦病毒病 (ICD-9 : 078.6 ; 480.8 ICD-10 : A98.5)	41
水痘 (ICD-9 : 052 ; ICD-10 : B01)	42
麻疹 (ICD-9 : 055 ; ICD-10 : B05)	43
風疹[德國麻疹] (ICD-9 : 056 ; ICD-10 : B06)	44
先天性風疹 (ICD-9 : 771.0 ; ICD-10 : P35.0)	45
腸病毒感染(脊髓灰質炎病毒以外) (A85-87 , B08.4-B08.5)	46
甲型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.1 ; ICD10 : B15)	48
乙型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.3 ; ICD10 : B16)	49
丙型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.51 ; ICD10 : B17.1)	50
丁型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.52 ; ICD10 : B17.0)	51
戊型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.55 ; ICD10 : B17.2)	52
人類免疫缺陷病毒 (HIV) 感染 (ICD-9 : 795.8 ; ICD-10 : Z21)	53
人類免疫缺陷病毒病[愛滋病] (ICD-9 : 042 及 279.5 , ICD-10 : B20-B24)	54
流行性腮腺炎 (ICD-9 : 072 ; ICD-10 : B26)	59
急性出血性結膜炎 (ICD-9 : 077 ; ICD-10 : B30.3)	60
瘧疾 (ICD-9 : 084 ; ICD-10 : B50-B54)	61
嚴重急性呼吸綜合徵 (B97.2)	62
流行性感冒 (ICD10 : J10-J11)	64
流行性感冒，由H5N1引起者 (ICD10 : J10-J11)	65
流感嗜血桿菌腦膜炎 (ICD-9 : 320.0 ; ICD-10 : G00.0)	66
附件一 第15/2008號行政法規 傳染病強制申報機制	67
參考文獻	72

符號和縮寫 *Siglas e abreviaturas*

AIDS	後天性免疫缺陷病綜合徵	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CD4	T4 群淋巴細胞	T4 lymphocytes
DDO	強制申報疾病〔葡〕	Doenças de Declaração Obrigatória
DNA	脫氧核糖核酸	Deoxyribonucleic Acid
ELISA	酶聯免疫反應	Enzyme-linked immunoassay
FTA-ABS	螢光螺旋體抗體吸收	Fluorescent treponemal antibodies absorbed
ICD-9	國際疾病分類第九版	International Classification of Diseases, 9 th revision
ICD-10	國際疾病分類第十版	International Classification of Diseases, 10 th revision
HIV	人類後天性免疫缺陷病毒	Human Immunodeficiency Virus
MHA-TP	梅毒螺旋體微量血凝試驗	Microhemagglutination assay for <i>Treponema pallidum</i>
PCR	多聚酶鏈式反應	Polymerase chain reaction
RPR	快速血漿反應素	Rapid plasmatic reagin
RT-PCR	逆轉錄多聚酶鏈式反應	Reverse Transcriptase-Polymerase chain reaction
TPHA	梅毒螺旋體血凝試驗	<i>Treponema pallidum</i> hemagglutination assay
VDRL	性病研究試驗室（方法）	Venereal disease research laboratory

霍亂 (ICD-9 : 001 ; ICD-10 : A00)

病原體	已知致病的霍亂弧菌，包括 O1 和 O139 血清群，O1 血清群可分為古典生物型和埃托 (<i>El Tor</i>) 生物型，每種生物型又可分為彥島 (<i>Hirojima</i>)、稻葉 (<i>Inaba</i>) 和小川 (<i>Ogawa</i>) 三種血清群。
臨床表現	以不同程度的水樣腹瀉和嘔吐等為主要表現，一般無腹痛或發熱，少數病人可出現米泔樣便，嚴重者迅速出現脫水，循環衰竭及肌肉 (特別是腓腸肌) 痙攣等。
實驗室 診斷標準	在病人的糞便或嘔吐物中分離出 O1 型或 O139 型霍亂弧菌，或其近期感染的血清學證據。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例： <ul style="list-style-type: none"> ■ 非流行期間，水樣腹瀉並出現脫水或死亡的 5 歲以上病人，或 ■ 流行期間所有出現水樣腹瀉的病人，或 ■ 任何病人腹瀉並有和確診病人有流行病學關聯者。 ● 極可能病例：暫不適用。 ● 確診病例：臨床表現符合且經檢驗證實。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。如最初作出的申報以口頭進行，則須在 1 小時內補以書面申報。化驗室亦應立即申報符合實驗室診斷標準的個案，但毋須申報不致病的霍亂弧菌的個案。

傷寒、副傷寒 (ICD-9 : 002 ; ICD-10 : A01)

病原體	<p>傷寒是由傷寒沙門氏桿菌 (<i>Salmonella typhi</i>) 引起的。</p> <p>副傷寒由副傷寒沙門氏菌 (<i>Salmonella paratyphi</i>) (包括 A、B、C 三種血清型) 引起。</p>
臨床表現	<p>緩慢起病，持續發熱、頭痛、全身不適、噁心、脾腫大，相對緩脈為主要表現，有時出現腸道功能的改變 (腹瀉或便秘)，干咳，胸部皮疹。</p> <p>副傷寒的臨床特點和傷寒類似，但通常較輕，起病較急。</p> <p>當傷寒、副傷寒沙門氏菌的感染不引起全身症狀時，臨床上通常表現為胃腸炎 (參見“其它沙門氏菌病”部分)。</p>
實驗室診斷標準	<p>在血液、尿液或糞便樣本中分離到致病原。</p>
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合，且在流行暴發期間和確診病例在流行病學上相關聯。● 確診病例：臨床表現符合，且經實驗室檢查確定。
申報要求	<p>臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p>

其它沙門氏菌病（ICD-9：003；ICD-10：A02）

病原體	包括腸炎沙門氏菌 <i>Salmonella enteritidis</i> ，鼠沙門氏菌 <i>S. Typhimurium</i>
臨床表現	主要表現為嚴重胃腸炎（腹瀉、噁心及嘔吐），常伴有發熱和劇烈頭痛，可出現不同程度的脫水，兒童和老人特別嚴重；亦可表現為無症狀感染及腸外感染。
實驗室 診斷標準	在血液或糞便樣本中分離到沙門氏菌。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合，且在流行暴發期間和確診病例在流行病學上有關聯。● 確診病例：臨床表現符合，經實驗室檢查確定。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

志賀菌病(包括細菌性痢疾) (ICD-9 : 004 ; ICD-10 : A03)

病原體	痢疾志賀菌 (<i>Shigella dysenteriae</i>)，宋內志賀菌 (<i>S. sonnei</i>)，鮑氏志賀菌 (<i>S. boydii</i>)，福氏志賀菌 (<i>S. flexneri</i>)
臨床表現	本病主要累及小腸下段及結腸，臨床表現輕重不一，可有急起腹瀉，通常為水樣便或黏液樣便，發熱、噁心、腹絞痛，里急後重等。“細菌性痢疾”為本病較嚴重的類型，腹瀉可呈黏液血性或膿血性。宋內志賀菌 (<i>S. sonnei</i>) 或鮑氏志賀菌 (<i>S. boydii</i>) 引起者亦可表現為無症狀感染。有遺傳性因素的病人，福氏志賀菌 (<i>S. flexneri</i>) 感染可引起賴特爾綜合徵 (<i>Reiter's syndrome</i> ，ICD-10 : M02.3)，為一種反應性關節病。
實驗室 診斷標準	由糞便樣本中分離到志賀菌。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合。● 極可能病例：臨床表現符合，且和確診病例在流行病學上有關聯。● 確診病例：臨床表現符合，經實驗室檢查確定。
申報要求	臨床醫生應對懷疑病例作進一步檢查以確定診斷，無條件作進一步檢查者應將病人轉介往具適當條件的醫療場所作進一步檢查。 臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

由腸出血性大腸桿菌引起的感染（ICD-9：008.04：ICD-10：A04.3）

病原體	腸出血性大腸桿菌，主要血清型為 O157：H7
臨床表現	臨床特點包括出血性腹瀉，劇烈的腹絞痛，但也可能是無症狀的。一般無發熱。5-10%的病人可出現溶血性尿毒綜合徵或血栓性血小板減少性紫癜等併發症。出血尿毒症候群通常發生於腹瀉開始後 3-10 天內，出現少尿、水腫、痙攣、全身出血現象，而可能導致慢性腎衰竭，甚至需要長期洗腎。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 從樣本中分離或檢測出大腸桿菌 O157：H7，或● 從臨床樣本中分離出志賀氏產毒大腸桿菌 O157：NM(註：為大腸桿菌 O157：H7 的其中一種菌株，已失去有鞭毛的 H 抗原，變成無運動性，命名為 NM)。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：急性腹瀉後出現溶血性尿毒綜合徵或血栓性血小板減少性紫癜的病例。● 極可能病例：臨床表現符合，並和確診病例在流行病學上有關聯或臨床標本中分離到未進一步鑒定出 H 抗原或產生的志賀毒素的 O157 大腸桿菌。● 確診病例：臨床表現符合，並為檢驗證實。
申報要求	<p>臨床醫生應對懷疑病例作進一步檢查以確定診斷，無條件作進一步檢查者應將病人轉介往具適當條件的醫療場所作進一步檢查。</p> <p>臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p>

細菌性食物中毒 (ICD-9 : 005 ; ICD-10 : A05)

本組疾病主要指的是由下列病原菌污染水或食物引起的疾病，其它由水和食物引起的胃腸炎在未能確定病原菌時亦歸入本組。

病原體 臘樣芽胞桿菌，肉毒芽胞桿菌，梭狀芽胞桿菌，金黃色葡萄球菌，副溶血弧菌

臨床表現 食物中毒是由於食物受污染引起的，其致病原有細菌、病毒、寄生蟲及化學物品等。在這些疾病中，細菌釋放的毒素是引起臨床表現的主要原因，而其中最為嚴重的是由肉毒桿菌引起的食物中毒。後者的臨床表現通常包括起病時吞嚥困難、發音困難、複視或視力模糊、嘔吐、腹瀉或便秘。該病特徵性的表現是雙側顱神經損害及下行性無力或癱瘓，可導致呼吸麻痺及死亡。表一列出了一些和 ICD-10 : A05 組的主要致病原有關的食物中毒的流行病學特徵。

**實驗室
診斷標準** 在臨床標本中分離到致病原。

病例分類

- 懷疑病例：臨床表現符合。
- 極可能病例：臨床表現符合，以集體形式出現，或和確診病例有流行病學關聯的病例。
- 確診病例：臨床表現符合，經實驗室檢查確定。

申報要求 本節提及的疾病均為強制申報疾病，所有臨床醫生須將極可能及確診病例向疾病預防控制中心申報，而化驗室需將符合實驗室診斷標準的病例申報。

懷疑食物中毒的病人應盡可能收集食物、嘔吐物和糞便樣本，並立即通知衛生局疾病預防控制中心。

表一 常見的細菌性食物中毒的致病原和臨床-流行病學特徵⁽¹⁾

細菌	潛伏期	臨床表現	病程	宿主	傳播方式 ⁽²⁾
臘樣芽胞桿菌	1-24 小時	噁心及嘔吐、腹痛、腹瀉	1-2 天	土壤、新鮮或乾的貝殼類食物	食物(如米飯)加熱或制作後數小時才食用。
肉毒芽胞桿菌	6-96 小時	吞嚥困難、發音困難、複視或視力模糊、嘔吐、腹瀉或便秘	3-7 天 (可達數月)	土壤及海底沉積物、陸生或水生動物的腸道	罐頭食物(尤其是肉類和蔬菜)及煙薰的食物(如臘腸、火腿、三文魚等)
梭狀芽胞桿菌	6-24 小時	腹痛、腹瀉、嘔吐	1-2 天	土壤及人、牛、豬、家禽、魚的腸道	生的食物，未經充分烹煮或加熱的食物(尤其是肉類)；食物交叉污染
金黃色葡萄球菌	½-8 小時	噁心、腹痛、嘔吐、腹瀉、低熱、低血壓	1-2 天	人、牛奶(偶然)	食物交叉感染；食物制作前未適當冷凍及/或充分加熱(肉、乳酪、三文治等)
副溶血弧菌	4-30 小時	腹瀉、腹痛、噁心、嘔吐、發熱、頭痛	1-7 天	海灣水體、海底沉積物、兩棲類及魚類	生的或未充分煮熟或加熱的魚和其它海產品；食物交叉感染

⁽¹⁾ 不包括在其他節提到的致病原/疾患(沙門氏菌感染、痢疾、傷寒等)

⁽²⁾ 常見導致病原菌傳播的食物

阿米巴病 (ICD-9 : 006 ; ICD-10 : A06)

病原體	溶組織內阿米巴
臨床表現	結腸感染，可無症狀或表現不同程度的急性腹瀉，如輕微的腹瀉至嚴重的痢疾，也可表現為腸外感染（如肝膿腫）或較為罕見的慢性腹瀉。
實驗室 診斷標準	<p><u>腸道阿米巴病：</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 糞便中發現溶組織阿米巴包囊或滋養體，或● 培養或組織病理學檢查發現滋養體（組織或潰瘍的活檢）。 <p><u>腸外阿米巴病：</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 在腸外組織中發現溶組織阿米巴滋養體。
病例分類	<p><u>腸道阿米巴病</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床症狀符合且血清學檢查顯示高濃度之溶組織阿米巴抗體，或糞便檢體鏡檢發現疑似痢疾阿米巴之囊體或活動體。● 確診病例：臨床表現符合，並經實驗室檢驗證實。 <p><u>腸外阿米巴病</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合。● 確診病例：腸外組織發現寄生蟲或在有症狀個體中發現溶組織內阿米巴特异性抗體（通過可信的免疫學檢測）。
申報要求	<p>臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p> <p>無症狀的溶組織內阿米巴腸道感染（攜帶者）毋須申報。</p> <p>對無症狀的個案，血清學檢驗呈陽性不一定表示存在腸外阿米巴感染。</p>

輪狀病毒性腸炎 (ICD-9 : 008.61 ; ICD-10 : A08.0)

病原體	引起人類腹瀉的輪狀病毒為輪狀病毒 A, B, C 三組
臨床表現	潛伏期為 24-72 小時，起病急。A 組病毒引起嬰幼兒發熱、嘔吐、水樣腹瀉、常致脫水，可致命。症狀通常較其它病原引起者重。B 組引起成人輕微的腹瀉。C 組病毒引起較大兒童的腹瀉。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 以 EM、ELISA、LA 等免疫技術在糞便樣本或直腸拭子中檢測到病毒。● 近期感染的血清學證據。● 以 PCR 方法在糞便樣本或直腸樣本中檢測到病毒。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：嬰幼兒腹瀉病人。● 極可能病例：懷疑病例經一種實驗方法證實。● 確診病例：懷疑病例經兩種實驗室方法證實。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

由諾沃克因子引起急性胃腸炎 (ICD-9 : 008.6 ; ICD-10 : A08.1)

病原體	諾沃克樣病毒(<i>Norovirus</i>)
臨床表現	潛伏期為 24-48 小時，以噁心、嘔吐、腹瀉、腹痛、肌痛、頭痛、低熱等為表現，症狀持續 24-48 小時。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 以 EM、RIA 或 RT-PCR 方法，在糞便中檢測到病毒。● 相隔 3-4 星期雙份血清樣本以 IEM、RIA 方法檢測到抗體回升。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：腹瀉病人、特別是以集體爆發形式出現者。● 確診病例：懷疑病例，經實驗室檢測證實者。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

結核病 (ICD-9 : 010-018 ; ICD-10 : A15-A19)

病原體	結核分枝桿菌 (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)，鳥分枝桿菌 (<i>M. Africanum</i>)，牛分枝桿菌 (<i>M. Bovis</i>)
臨床表現	本病是以肉芽腫形成為特徵的細菌性感染。感染開始時多無症狀，臨床表現取決於病灶所在的部位。常見的部位是肺；肺外結核可發生於任何器官及任何組織。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 在臨床樣本中分離到結核病分枝桿菌，或 ● 如不能進行培養，至少兩份痰液直接鏡檢陽性，或 ● 利用核酸放大技術在臨床樣本中檢測到結核分枝桿菌。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：具有提示為結核病的症狀和體徵，特別是長期咳嗽 (超過 2 星期) 者。 ● 極可能病例：細菌學確定或臨床醫生作出結核病診斷的病例；任何被處方作結核病治療的病例應視作臨床醫生已作出結核病診斷。 ● 確診病例：實驗室檢查確診的病例。
申報要求	<p>臨床醫生應對懷疑病例作進一步檢查，特別是痰液結核菌檢查，以確定診斷，無條件作進一步檢查者應將病人轉介往具適當條件的醫療場所作進一步檢查。</p> <p>臨床醫生須將確診病例，包括復發個案在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p> <p>申報時應對細菌學和組織學檢查結果，病灶部位和是否復發等作出說明，以便作出適當分類。</p>
附註	<p>病例按部位和是否復發作分類(根據世界衛生組織)：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 肺外結核 <p>可出現在肺以外的任何組織和器官 (胸膜、腦膜、周圍淋巴結、泌尿生殖器官、腹部、皮膚、關節及骨骼等) ；</p> <p>診斷肺外結核的根據是：至少一個肺外樣本的培養結果為陽性，或活動性結核 (不包括肺) 的組織學及／或臨床證據，並</p>

12 傳染病強制申報機制 – 個案申報的技術指引

導致實施抗結核病治療的決定。同時被診斷為肺外結核及肺結核的個案應被認定為是肺結核病例。

● 肺結核病

如有可能肺結核病的診斷一定要根據痰液細菌學檢查結果進行，肺結核病可分為：

痰塗片陽性肺結核：

- 至少兩次直接鏡檢陽性，或
- 一次直接鏡檢陽性，及一名醫生判斷為活動性肺結核的 X 光檢查，或
- 一次直接鏡檢陽性及一次培養陽性。

痰塗片陰性肺結核病：

- 症狀提示肺結核病及至少三次培養陰性，且 X 光片符合活動性肺結核病，並導致抗結核病處方的決定，或
- 直接鏡檢陰性，但三次培養陽性。

● 新病例

從未接受過抗結核治療或者接受肺結核治療不足四週者。

● 復發

曾被認為治癒，但其後重新出現細菌學檢查陽性。

鼠疫 (ICD9 : 020 ; ICD10 : A20)

病原體	鼠疫耶爾森氏菌 <i>Yersinia pestis</i> (plague bacillus)。
臨床表現	<p>潛伏期通常為 2 至 4 天，可短至 1 天或長至 7 天。以發熱、寒顫、劇烈頭痛、肌肉疼痛、虛弱、白細胞增多等表現為特點，臨床上可有下列一個或多個表現：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 痛性的局部淋巴結炎（腺鼠疫）； 2) 無淋巴腺炎的敗血症（敗血病型鼠疫）； 3) 咽炎及頸淋巴腺炎（咽鼠疫）； 4) 肺炎（肺鼠疫）。 <p>肺鼠疫是由吸入傳染性的飛沫（原發性肺鼠疫）或各種形式的鼠疫（包括敗血症）經血散播（繼發性的肺鼠疫）形成的。常伴有咳嗽，血痰，胸痛及呼吸困難。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 以免疫螢光法檢測到對鼠疫耶爾森氏菌 F1 抗原片段的血清抗體（擬診標準）； ● 在淋巴結、血液、痰液及腦脊液中分離到鼠疫耶爾森氏菌（確診標準）。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：臨床表現符合。 ● 極可能病例：臨床表現符合，實驗室檢驗符合“擬診”標準，或存在與實驗室確診病例流行病學上的關聯。 ● 確診病例：臨床表現符合並為實驗室檢驗（確診標準）證實。
申報要求	臨床醫生須將懷疑、極可能病例和確診病例在 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

炭疽 (ICD9 : 022 ; ICD10 : A22)

病原體	炭疽桿菌 (<i>Bacillus anthracis</i>)
臨床表現	<p>急性起病，臨床表現為下列幾種形式：</p> <ol style="list-style-type: none">1) 皮膚：在 6 天的時間內丘疹轉變為水泡，再變為 X 陷的黑色乾痂，伴有周邊的輕重程度不同的水腫。2) 腸道：腹痛伴噁心、嘔吐、食慾不振和發熱。3) 吸入：先有短暫的上呼吸道感染表現，很快發展成缺氧，呼吸困難和高熱，X 光顯示為縱隔腔變寬。4) 腦膜：急起高熱，伴抽搐、意識障礙、腦膜炎體徵和症狀。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 在臨床樣本(如血液，病灶或排泄物)中分離到炭疽桿菌。● 顯微鏡染色檢查在水泡液、血液、腦脊液，胸水或糞便中檢測到炭疽桿菌。● 血清學(ELISA，Western blot，毒素檢測，色相分析，螢光抗體，PCR)陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合且與確定或懷疑感染的動物或污染的動物產品有流行病學上的關聯。● 極可能病例：懷疑的個案，且皮膚過敏試驗陽性。● 確診病例：懷疑個案，並經實驗室檢查確診。
申報要求	臨床醫生須將懷疑、極可能病例和確診病例在作出診斷後 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。。

鈎端螺旋體病 (ICD-9 : 100 ; ICD-10 : A27)

病原體	鈎端螺旋體(<i>Leptospira interrogans</i>)
臨床表現	潛伏期約 4-19 天，平均 10 天，以發熱、頭痛、寒顫、肌肉疼痛、結膜充血為主要臨床特徵，偶見腦膜炎，出疹，黃疸，腎功能不全。症狀可為雙相性的。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 從臨床樣本中分離出致病性鈎端螺旋體，或● 急性期和恢復期雙份血清樣本(相隔≥ 2 週和同一實驗室下檢驗)比較，致病性鈎端螺旋體凝集試驗滴度增加 4 倍或以上，或● 在臨床樣本中以免疫螢光方法檢出致病性鈎端螺旋體。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床診斷病例，並有血清學結果支持(如：在一份或以上血清樣本中檢出致病性鈎端螺旋體凝集試驗滴度≥ 200)。● 確診病例：臨床診斷病例並獲得實驗室確診。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

麻風 (ICD9 : 030 ; ICD10 : A30)

病原體	麻風分枝桿菌(<i>Mycobacterium leprae</i>)
臨床表現	<p>本病是一種可侵蝕皮膚、周圍神經及上呼吸道的細菌性疾病，以皮膚黏膜的萎縮，周圍神經麻痺及肌肉、骨骼的退化為特徵。可分為：</p> <ol style="list-style-type: none">1) 瘤型(多菌性)麻風：結節、丘疹、斑疹、彌漫性浸潤、雙側對稱，通常多發且廣泛；累及鼻黏膜時可導致結痂，阻塞呼吸和鼻出血，累眼及可導致虹膜炎及角膜炎。2) 結核樣型(少菌性 <i>paucibacillary</i>)麻風：單一或多部位皮膚損傷，且邊界明顯，累及周圍神經時，情況較嚴重，伴感覺缺失或低下，雙側不對稱。3) 界線型麻風呈雙相型態及更多變。4) 未定類麻風以邊界清楚退色素斑疹為特點，如不治療可發展為瘤型麻風，結核樣型麻風或界線型麻風。
實驗室 診斷標準	在皮膚損害處以切刮法找到抗酸桿菌。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合（未經檢驗證實），按世界衛生組織臨床病例分類標準，萎縮性病灶少於 5 個者可考慮為結核樣型（少菌性）麻風；多於 5 個者可考慮為瘤型（多菌性）麻風。● 確診病例：臨床表現符合且為實驗室檢查證實。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

破傷風 (ICD9 : 037 及 771.3 ; ICD10 : A33-A35)

病原體	破傷風桿菌 (破傷風梭狀芽胞桿菌 <i>Clostridium tetani</i>)
臨床表現	本病臨床上以咀嚼肌和頸肌的肌張力增強和痛性痙攣起病，隨後出現軀幹肌肉的痙攣等表現為特徵。包括新生兒破傷風 (ICD10 : A33)、產科破傷風 (ICD10 : A34) 及其它破傷風 (ICD10 : A35) 三種類型。新生兒破傷風的潛伏期平均為 6 天，可短至 3 天或長至 28 天，其它破傷風的潛伏期平均 14 天，可短至 1 天或長至 21 天，甚至達數月。
臨床病例 定義	急性起病的肌張力增強及/或痛性肌肉收縮 (通常是咀嚼肌或頸部肌肉) 及全身性的肌肉抽搐而無明顯的其他病因。
實驗室 診斷標準	實驗室檢查對確診的用處不大，因很少能在感染/入侵的部位分離到該病菌，亦不大可能檢測到抗體。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 極可能病例：暫不適用。 ● 確診病例：臨床表現符合 (毋須為化驗確定)。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

白喉 (ICD-9 : 032 ; ICD-10 : A36)

病原體	白喉桿菌
臨床表現	<p>本病為急性細菌性上呼吸道感染，以迅速出現的扁桃腺、咽部、喉和鼻腔黏膜灰白色點狀、片狀假膜為特點。病損偶見於其他部位的黏膜、皮膚，結膜乃至生殖器官。隱性感染比例顯著高於臨床病例。</p> <p>乳兒和幼兒發生白喉時病情較嚴重；而鼻白喉則病情較輕，可呈慢性，通常表現為單側鼻腔的糜爛和滲液。咽-扁桃腺白喉，或稱咽白喉，常伴有體積大且疼痛的頸淋巴結腫大，重症病例可出現頸部顯著腫脹。皮膚白喉表現為膿泡瘡（水泡紅斑）。白喉桿菌產生的外毒素可導致中毒性心肌炎及周圍神經炎，特別是顱神經炎。中毒性心肌炎是白喉致死的常見原因之一。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 分離到白喉桿菌，或● 組織病理學作出白喉的診斷，或● 檢測到抗體滴度升高至少 4 倍（血清樣本應在類毒素或抗血清均未施予時抽取）。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：不適用。● 極可能病例：臨床表現符合。● 確診病例：臨床表現符合，且經實驗室檢驗證實，或和確診病例在流行病學上有關聯。
申報要求	臨床醫生須將懷疑、極可能病例和確診病例在作出診斷後 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

百日咳 (ICD9 : 033 ; ICD10 : A37)

病原體	百日咳桿菌 (<i>Bordetella pertusis</i>)
臨床表現	潛伏期為 4-12 天。本病為急性細菌性上呼吸道感染，起病緩慢，開始時以持續性乾咳為主，1 至 2 星期後逐漸轉變為發作性痙攣性乾咳，發作性咳嗽常伴“雞啼樣”哮吼吸氣聲，反覆發作直到嘔吐。百日咳具有高度傳染性，嬰兒由百日咳所引起主要死因為繼發性肺炎。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 分離到百日咳桿菌 (<i>Bordetella pertusis</i>)，或● 百日咳桿菌 PCR (多聚酶鏈式反應) 呈陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合，但尚未被實驗室檢驗證實，且不存在和確診病例在流行病學上的關聯。● 確診病例：為實驗室檢驗證實，或臨床表現符合且和確診病例在流行病學上相關聯。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在作出診斷後 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

猩紅熱 (ICD9 : 034.1 ; ICD10 : A38)

病原體	A 組 β 型溶血性鏈球菌 (化膿性鏈球菌) 引起。
臨床表現	通常包括鏈球菌性咽扁桃腺炎，黏膜疹，草莓樣舌及針尖大小的皮疹。這些猩紅色的皮疹可出現在頸、胸、腋窩、肘窩和腹股溝以及大腿的內側，但不累及面部、手掌和腳掌。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 培養-分離到病原菌，或● 檢測到抗原。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：暫不適用。● 極可能病例：臨床表現符合，無實驗室檢驗證實。● 確診病例：臨床表現符合，實驗室檢驗證實。
申報要求	臨床醫生須將懷疑、極可能病例和確診病例在作出診斷後 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

腦膜炎球菌感染 (ICD-9 : 036 ; ICD-10 : A39)

病原體	腦膜炎球菌 (腦膜炎奈瑟菌 <i>Neisseria Meningitidis</i> ; A, B, C, W-135, X, Y, Z 的群)
臨床表現	<p>腦膜炎球菌感染或腦膜炎球菌病為急性細菌性感染疾病，一般表現為腦膜炎的症狀和體徵 (ICD-10 : A39.0) 或無腦膜炎的腦膜炎球菌敗血症 (ICD10 : A39.2-A39.4)。</p> <p>臨床特徵包括起病急驟，發熱、劇烈頭痛、頸項強直、噁心及嘔吐，並可迅速發展為全身性紫癍、休克及死亡。感染亦可只局限於鼻咽部。</p>
臨床病例定義	突然發熱(肛溫>38.5°C，腋溫>38.0°C 及下列一項或多項：頸項強直，意識改變，其他腦膜炎體徵或皮膚出血點或紫癍。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 血液樣本或腦脊液中培養分離出病原菌。 ● 在腦脊液中檢測到抗原。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：具有臨床病例定義所指的臨床表現，但未為實驗室確定者。 ● 極可能病例：具有臨床病例定義所指的臨床表現，並有腦脊液的改變或和確診病例有關聯者。 ● 確診病例：符合實驗室診斷標準，不論是否存在腦膜炎體徵。
申報要求	臨床醫生須將懷疑、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

軍團菌病(退伍軍人病) (ICD-9：482.8；ICD-10：A48.1)

- 病原體** 由軍團菌屬的細菌引起。90%在美國發生的軍團菌感染是由嗜肺軍團菌 (*Legionella pneumophila*) 引起的。在土壤和富含有機物的水中廣泛存在。在 35°C 時最易生長。在普通培養基中不生長，需在加有半胱氨酸和焦磷酸鐵的 Mueller—Hinton 培養基中生長，亦可在炭酵母浸液瓊脂中生長。
- 臨床表現** 軍團菌感染為急性的細菌性感染，可產生兩種臨床和流行病學均顯著不同的疾患：軍團病即“軍團肺炎”或稱“肺炎軍團病” (ICD-10：A48.1)，另一種為龐蒂亞克熱 (*Pontiac fever*) 或稱“非肺炎的軍團病” (ICD-10：A48.2)。
- 軍團病的潛伏期通常為 5 至 6 天 (可短至 2 天或長至 10 天)；可出現流行，且其死亡率甚高 (可達 40%)。軍團病的臨床表現通常包括超過 39°C 的發熱、肌痛、干咳、及局灶性肺炎，可發展成雙側性肺炎及產生呼吸衰竭。
- 龐蒂亞克熱發病機制尚未明確，推測是由非感染性的軍團菌引起的變態反應。潛伏期為 24 至 48 小時。龐蒂亞克熱為良性疾病，臨床表現為流感樣症狀，不併發肺炎，毋須治療，2-5 天內可自行康復。
- 實驗室診斷標準** 擬診標準：
- 在呼吸道分泌物中發現特異性抗體，或
 - 在呼吸道分泌物或肺組織樣本中以抗體直接螢光免疫方法檢測到細菌，或
 - 以有效的免疫血清的方法檢測到某一軍團菌 (除嗜肺軍團菌第一組外) 抗體滴度升高 4 倍以上。
- 確診標準：
- 在尿液中檢測到特異性抗體，或
 - 在呼吸道分泌物、肺組織樣本中、胸膜積液、血液或其它組織液中分離到細菌，或
 - 以間接免疫螢光或微凝方法檢測到對嗜肺軍團菌第一組的特異性抗體滴度升高 4 倍或以上。
- 病例分類** ● 極可能病例：臨床表現相符，且實驗室檢查符合擬診標準。

- 確診病例：臨床表現符合，實驗室檢查達到確診標準。

申報要求

臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

梅毒 (ICD-9 : 090-096 ; ICD-10 : A50-53)

病原體	梅毒螺旋體
臨床表現	<p>本病可為急性或慢性，臨床特點包括 a) 原發性損害，或一期梅毒，主要表現為丘疹或硬下疳，平均潛伏期為三周，可短至 9 天或長至 90 天；b) 繼發性皮膚黏膜疹，或二期梅毒，主要表現為泛發性皮疹；c) 潛伏梅毒期及 d) 晚期損害，或三期梅毒，可累及中樞神經系統，心血管，皮膚骨骼及其他各種內臟器官。</p> <p>原發損害在暴露後約三周出現，局限於生殖器官、肛門和口腔；常有無痛性、質硬的衛星狀淋巴結腫大。若一期梅毒只侵犯子宮頸和直腸時，可無臨床表現。原發損害痊癒 4 至 6 周後，可出現特徵性泛發性的皮疹，累及手掌和腳掌，伴有淋巴結腫大。這些臨床表現持續時間不一，通常 2 至 6 周可自行消失。未經治療的病例，在經過一段長短不一（數周至數年）的潛伏期後，可進入第二期和第三期。其間梅毒皮損可能反覆出現。先天性梅毒 (ICD10 : A50) 是子宮內感染的結果，只有嚴重的病例可在新生兒期間表現出來。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 通過暗視野直接鏡檢在病損的滲出物或淋巴結抽取物樣本中檢測到梅毒螺旋體，或● 通過免疫螢光抗體法在病損的滲出物或淋巴結抽取物樣本中檢測到梅毒螺旋體，或● 梅毒的快速血漿反應素試驗 (RPR) 陽性，並為梅毒螺旋體血凝試驗 (TPHA) 確定，或● RPR 陽性，並為梅毒螺旋體微量血凝試驗 (MHA-TP) 所確定，或● 對梅毒的 RPR 陽性，並為螢光螺旋體抗體吸收試驗 (FTA-ABS) 所確定，或● 性病研究實驗室試驗 (VDRL) 陽性，並為 TPHA 所確定，或● VDRL 陽性，並為 MHA-TP 所確定，或● VDRL 陽性，並為 FTA-ABS 所確定。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 確診病例：實驗室檢驗證實的病例。● 接觸者(性伴侶): 在下列期間與患者有性接觸的人士：a) 原發病損出現前三個月內；b) 繼發病損出現前 6 個月內；c) 原發或繼發皮膚損害開始時間不詳者，或潛伏梅毒期開始前 12 個月內。

申報要求

臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

申報可只寫病人姓名的字母縮寫，性別和出生日期，不必填寫其他病人識別資料。

淋球菌感染 (ICD-9 : 098 ; ICD-10 : A54)

病原體	奈瑟氏雙球菌
臨床表現	<p>尿道生殖器炎 (ICD-10 : A54.0-54.2) 的潛伏期通常為 2-7 天，新生兒結膜炎 (ICD-10 : A54.3) 為 1-5 天。主要是由於感染部位的不同，形成了幾種不同的病理和臨床表現，包括尿道炎，附睪炎，宮頸炎，巴氏腺炎，輸卵管炎，子宮內膜炎，外陰陰道炎，直腸炎，咽炎和結膜炎。較為常見的表現為淋病，在男性以化膿性尿道炎為主，而女性則以宮頸炎為主。宮頸炎常無症狀，直腸炎和咽炎多見於成人，外陰陰道炎多見於嬰兒。結膜炎多見於感染母親的新生兒。淋球菌性菌血症較為罕見，可產生皮膚關節綜合徵，心內膜炎及腦膜炎；新生兒羊膜炎和毒性肝炎為罕見的併發症。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 革蘭氏染色直接鏡檢宮頸（擬診的女性）或尿道（男性）的分泌，或● 以抗原或核酸的方法在臨床標本中檢測到奈瑟氏雙球菌，或● 在陰道（宮頸、尿道中段、巴氏腺）分泌物或肛門—直腸分泌物在改良 Thayer-Master 氏培養基上作分離細菌培養。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：女性宮頸內分泌物標本以革蘭氏染色直接鏡檢發現氧化陽性的雙球菌，或由一名醫生作出臨床診斷。● 確診病例：實驗室檢查證實（男性直接鏡檢，或男性或女性分離細菌培養）。
申報要求	<p>臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p> <p>申報可只寫病人姓名的字母縮寫，性別和出生日期，不必填寫其他病人識別資料。</p>

肛門生殖器單純疱疹感染 (ICD-9 : 054 ; ICD-10 : A60)

病原體	單純疱疹病毒 II 型
臨床表現	可見的、疼痛的生殖器或肛門損害為特徵。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 從子宮頸、尿道或肛門生殖道損害中分離出單純疱疹病毒。● 應用抗原檢測從子宮頸、尿道或肛門生殖道損害的臨床樣本中檢出病毒。● 應用贊克氏塗片法，從肛門生殖道損害的刮屑中檢出多核巨細胞。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床相符病例：a) 具生殖器疱疹的臨床表現，但未經實驗室確診，或 b) 曾經有一或多次類似生殖器損害病史，並進行適當的血清學檢驗和暗視野顯微鏡排除一期和二期梅毒的可能性。● 確診病例：臨床相符病例並獲得實驗室確診。
申報要求	<p>臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p> <p>申報可只寫病人姓名的字母縮寫，性別和出生日期，不必填寫全名和通訊等識別資料。</p>

斑疹傷寒(包括恙蟲病) (ICD-9 : 080-081.2 ; ICD-10 : A75)

病原體	流行性斑疹傷寒(虱傳斑疹傷寒)由 <i>Rickettsia prowazekii</i> 引起，地方性斑疹傷寒(蚤傳斑疹傷寒)由 <i>Rickettsia mooseri</i> 引起，叢林斑疹傷寒(恙蟲病)由恙蟲病立克次體(<i>Rickettsia tsutsugamushi</i>)，又稱東方立克次體(<i>Rickettsia Orientia</i>)引起。
臨床表現	共同的臨床表現是發熱和皮疹。以本地區較常見的叢林斑疹傷寒(恙蟲病)為例，潛伏期約 9 至 12 天，特徵為在螫口處形成特有的無痛性洞穿式潰瘍性焦痂(<i>eschar</i>)。持續高熱(39°C 以上，甚至 40.5 °C)，若未治療高燒可持續約 14 天。局部淋巴腺發炎腫大。自發病日起 4-5 天開始，軀幹先出現紅疹，繼而擴至四肢及臉，約第 9-10 日間會消退。常伴有頭痛、出汗、結膜充血、昏迷、末期出現心臟衰竭、休克等症狀。本病的死亡率依地區、立克次體株、感染史與治療與否有關，有 1-60% 之差異，但若經正確診斷適當用藥則死亡率可低於 1%。
實驗室 診斷標準	<u>恙蟲病</u> <ul style="list-style-type: none">● 利用白老鼠接種病人血液以分離出恙蟲病立克次體(接種後的第一、二及四天分別以 Cyclophosphamide 0.2mg/g 腹腔內注射或肌肉注射為佳)。● 血清學：特異性 IgM 的檢測<ul style="list-style-type: none">■ 進行酶聯免疫分析(EIA)，其滴度為 1:100 或以上，或■ 進行 Immunoperoxidase，其稀釋為 1:32 或以上，或■ 進行間接免疫螢光試驗(IF)，其稀釋為 1:10 或以上。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床描述符合的個案。● 極可能病例：暫不適用。● 確診病例：得到實驗室證實的懷疑病例。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

急性脊髓灰質炎 (ICD-9 : 045 ; ICD-10 : A80)

病原體	脊髓灰質炎病毒，為腸病毒的一種。
臨床表現	以下肢馳緩性癱瘓為常見症狀，臨床表現多樣，超過 90% 的病例表現為隱性感染（無症狀或體徵）；小於 2% 的感染者出現癱瘓的症狀，4-8% 感染者表現為鈍挫型，1-2% 出現無菌性腦膜炎的表現。鈍挫型脊髓灰質炎感染無癱瘓表現，可有輕度發熱、咽炎、嘔吐、腹痛、全身不適及噁心等症狀。癱瘓和格林巴利綜合徵（Guillan-Barré）、創傷性神經炎、橫斷性脊髓炎、水電解質失衡、Pott 病、腦炎、腦膜炎引起者相似，如無適當的實驗室檢查支援，鑑別診斷是不可能的。
臨床病例定義	15 歲以下的兒童和青少年出現急性軟癱，或任何年齡的人士被懷疑為脊髓灰質炎。
實驗室診斷標準	在相隔至少 48 小時的兩份糞便標本內檢測到一個或以上的脊髓灰質炎病毒。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：符合臨床病例定義者，不論是否有其他診斷。 ● 極可能病例：符合臨床病例定義者，發病 2 個月後仍有殘留的癱瘓、死亡或失訪，無適當的樣本送檢者(發病 14 日內相隔至少 48 小時的兩份糞便標本檢查脊髓灰質炎病毒)，經專家小組研究不能排除脊髓灰質炎者。 ● 確診病例：符合臨床定義，且經實驗室檢驗證實。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例(包括所有急性軟癱的個案)和確診病例在 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。
附註	脊髓灰質炎是目前世界衛生組織致力在全球消滅的疾病，世界衛生組織已在 2000 年宣佈在西太區消滅該病。鑑於目前世界上部分地區仍存在脊髓灰質炎流行，已消滅的地區再次出現該疾病，屬於公共衛生緊急狀況。

克雅二氏病(亞急性海綿狀腦病，簡稱 CJD) (A81)

病原體 朊毒體(*prion*)，一種具傳染性的變性蛋白質，常規消毒方法並不能消除其傳染性。

臨床表現 參見病例分類。

實驗室
診斷標準 參見病例分類。

病例分類 CJD 及 CJD 亞型的推薦病例定義

散發性 CJD

● 懷疑 CJD

- 進行性癡呆，和
- 無或非典型腦電圖 (EEG)，和
- 病程 < 2 年，和
- 最少有下列 4 項臨床表現中的 2 項：肌陣攣，視覺或小腦障礙，錐體/椎體外系功能障礙，運動不能性緘默症 (*akinetic mutism*)。

● 極可能 CJD(常規檢查中未發現其他病因所致)

- 進行性癡呆，和
- 最少有下列 4 項臨床表現中的 2 項：肌陣攣，視覺或小腦障礙，錐體/椎體外系功能障礙，運動不能性緘默症 (*akinetic mutism*)，和
- 在疾病的任何臨床階段，有典型 EEG，和/或
- 腦脊液(CSF)的 14-3-3 檢驗陽性並且由出現臨床表現至死亡 < 2 年。

● 確診 CJD

- 神經病理學診斷證實，和/或
- 檢出抗蛋白的朊蛋白(PrP)(應用免疫組化或西方印漬方法)，和/或
- 存在“羊癩病相關纖維”。

醫源性 CJD

- 接受人屍體來源的垂體激素後出現進行性小腦症狀，或
- 散發性 CJD 有明顯的高危因素暴露史。

家族性 CJD

- 確診或高度懷疑 CJD 病人，加上一級親屬中有確診或高度懷疑 CJD 病人，和/或
- 神經精神障礙，加疾病特異性 PrP 基因突變。

註：監測時應包括吉-斯綜合徵(GSS)和致死性家族性失眠病(FFI)。

新變異型 CJD(nvCJD)

目前新變異型 CJD 的診斷並不能只依靠臨床標準。基於少數幾個神經病理學上確診的病例，診斷 nvCJD 必須考慮病人是否有進行性神經精神障礙和下列 6 項臨床表現中的 5 項的可能性：

- 1) 早期精神症狀；
- 2) 早期持續性感覺異常/感覺遲鈍；
- 3) 共濟失調；
- 4) 舞蹈病/張力障礙或肌陣攣；
- 5) 癡呆；
- 6) 運動不能性緘默症(*akinetic mutism*)。

當 nvCJD 懷疑病例合併下列因素時應進行監測：

- 1) 無潛在醫源性暴露史；
 - 2) 病程 > 6 個月；
 - 3) 發病年齡 < 50 歲；
 - 4) 無 PrP 基因突變；
 - 5) EEG 無顯示典型周期性表現；
 - 6) 常規檢查中未發現其他原因所致；
 - 7) 核磁共振(MRI)顯示在 T2 加權影像和/或質子密度加權影像枕部有異常雙側對稱性高訊號。
- 懷疑病例：病人如有進行性神經精神紊亂、上述 6 項臨床表現中的 5 項及剛列出的所有懷疑因素，應考慮為 nvCJD 的懷疑病例，進行監測。

- 極可能病例：暫不適用。
- 確診病例：神經病理學是診斷 nvCJD 的重要依據，除非能達到明確診斷和治療目的，否則在活人身上進行腦活檢是不允許的。任何 CJD 的懷疑病例應進行屍體解剖(或當屍體解剖不容許時，進行死後腦活檢)。

申報要求

臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

狂犬病 (ICD-9 : 071 ; ICD-10 : A82)

病原體	本病病原體是彈狀病毒科 (<i>Rhabdoviridae</i>)，狂犬病病毒屬 (<i>Lyssavirus</i>) 的狂犬病病毒 (<i>rabies virus</i>)。
臨床表現	本病潛伏期通常為 3 至 8 星期，可短至兩星期或長至數年。急性病毒性腦膜腦炎，通常是致命的。其臨床表現有頭痛，發熱，全身不適，恐水，興奮及非特異性的神經系統改變，常和動物咬傷史有關。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 在臨床樣本(最好在腦組織)以直接螢光抗體(FA)檢測到抗原 (死後)，或 ● 在皮膚、角膜的樣本中以直接螢光抗體檢測到抗原 (生前)，或 ● 將腦組織、唾液或腦脊液作細胞培養，鼠或乳小鼠培植後發現螢光抗體陽性，或 ● 未接種的病人在腦脊液中檢測到狂犬病中和抗體，或 ● 在唾液、中樞神經系統組織或腦脊液樣本中分離培養到狂犬病病毒，或 ● 在腦組織或皮膚、角膜、唾液樣本中以多聚酶鏈式反應 (PCR) 檢測到各種抗原。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：臨床表現符合的病人。 ● 極可能病例：臨床表現符合，且懷疑有被動物咬傷的病人。 ● 確診病例：臨床表現符合，且經實驗室檢查確定。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。
附註	為預防狂犬病，被可能感染狂犬病動物傷及的個案，應向民政總署報告以便捕捉有關動物進行觀察。

日本腦炎(流行性乙型腦炎) (ICD-9 : 062.0 ; ICD-10 : A83.0)

病原體 日本腦炎病毒(*Japanese Encephalitis Virus, JEV*)所引起的，曾被稱為 *Japanese "B" Encephalitis Virus*，目前內地仍延用流行性乙型腦炎病毒的名稱。日本腦炎病毒是一種黃病毒科(*Flavivirus*)病毒。

臨床表現 潛伏期為 3 至 5 日。日本腦炎是一種病毒性感染，可能引致不同程度的發熱，並伴隨神經系統症狀，輕者可能只有頭痛，重則有腦膜炎或腦炎。臨床症狀包括頭痛、發熱、腦膜刺激、神智不清，定向障礙、昏迷、震顫、肌肉無力（全身性），低張和不協調。在臨床上，這種腦炎和其他中樞神經系統的感染難以區別。死亡率約 10%，但約 30% 的生存者會有神經系統的併發症。

**實驗室
診斷標準**

極可能的標準

- 透過以下其中一個方法偵測出一個急性期的抗病毒抗體反應：
 - 透過 ELISA、血凝抑制或病毒中和測試中，血清中有滴度升高且穩定的日本腦炎病毒的特異抗體；或
 - 血清中有抗日本腦炎病毒的 IgM 抗體。

確診的標準

- 透過免疫化學、免疫螢光或聚合酶鏈式反應 (PCR)，在組織、血液或其他體液中偵測到日本腦炎的病毒、抗原或基因組，或
- 在腦脊髓液 (CSF) 中有日本腦炎病毒特異的 IgM 抗體，或
- 在近期沒有黃熱病疫苗接種史的病人身上，且已完全排除和其他黃病毒 (*Flaviviruses*) 有可能的交叉反應之條件下，透過 IgM/IgG、ELISA、血凝抑制或病毒中和測試，在雙份血清中（急性期與恢復期）日本腦炎病毒的特異抗體滴度有 4 倍或以上的升高。

備註：日本腦炎病毒的感染是常見的，且大部分是無徵狀的，日本腦炎可能和其他中樞神經系統的感染同時發生，因此即使有血清學的證據顯示最近曾有過日本腦炎的感染，仍未能指示疾病的主因就是日本腦炎。

病例分類 ● 懷疑病例：和臨床定義相符的個案。

- 極可能病例：已滿足極可能的實驗室診斷條件的懷疑個案。
- 確診病例：已滿足確診的實驗室診斷條件的極可能個案。

申報要求

臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

其它中樞神經系統病毒性感染 (ICD-9 : 062-064 ; ICD-10 : A83.1-A84)

病原體	本節主要指日本腦炎以外的蟲媒病毒性腦膜炎，亦可能包括原因不明確的病毒性腦炎。
臨床表現	蟲媒病毒感染可導致發熱性疾病，其神經症狀的嚴重程度可輕至頭痛，重至無菌性腦膜炎或腦炎。蟲媒病毒性腦炎在臨床上難以與其他中樞神經系統感染性疾病分辨。症狀可包括頭痛、精神紊亂或其他感覺中樞的改變、噁心和嘔吐。體徵可包括發熱、假性腦膜炎、顱神經麻痺、輕癱或癱瘓、感覺障礙、反射改變、抽搐、異常運動和不同程度的昏迷。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 血清抗體滴度 4 倍或以上增高，或● 從組織、血液、腦脊液(CSF)或其他體液中分離出病毒或檢出病毒抗原或基因序列證實，或● 在 CSF 或血清中進行酶聯免疫分析(EIA)檢出特異性 IgM 抗體，確診血清 IgM 抗體應獨立進行其他血清分析(如中和試驗或血凝集素抑制試驗)以檢出 IgG 抗體。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：任何臨床表現符合，或臨床醫生診斷為病毒性腦炎，但未能確定病原者。● 極可能病例：臨床診斷病例，並有相應的單份血清學支持者● 確診病例：臨床表現符合並獲得實驗室確診。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

登革熱 (ICD-9：061，065.4；ICD-10：A90)

病原體	登革病毒，包括 1, 2, 3, 4 共四型。
臨床表現	<p>本病為以驟起劇烈頭痛、頸痛、肌肉痛、關節痛、發疹以及出血、血小板減少和白細胞減少為特徵的發熱性疾病。嚴重者可出現登革出血熱和登革休克綜合徵 (ICD-9：065.4；ICD-10：A91)，雖不常見但可能是具致死性的。</p> <p>登革出血熱可表現為不同程度的血液濃縮 (血細胞壓積大於 20%)，或血管通透性增加的臨床徵象(胸水、腹水等)。</p> <p>登革休克綜合徵除了登革出血熱的臨床-實驗室表現外，尚有低血壓，收縮舒張壓差降低 (通常小於 20mmHg) 等。</p>
臨床病例定義	發熱及有下列兩項或以上之病徵：頭痛、眼眶後痛、肌痛、關節痛、皮疹、出血表現，白細胞減少。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 由患者的血清、血漿、血細胞及／或屍檢的組織樣本中分離出病毒，或 ● 雙份血清樣本特異性 IgG 或 IgM 抗體滴度增加 4 倍或以上，或 ● 以免疫組織病理學及免疫螢光方法在屍檢組織中，或以酶聯免疫方法在血清樣本中發現登革熱病毒抗原，或 ● 以 PCR(多聚酶鏈式反應)方法在屍檢組織、腦脊液或血清中檢測到各種遺傳物質產物。
病例分類	<p><u>登革熱：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：臨床表現符合，但未經實驗室檢驗證實。 ● 極可能病例：臨床表現符合，並具備下列一項或以上的情況： <ul style="list-style-type: none"> ■ 血清學檢查符合 (IgG 抗體滴度等於或超過 1/1280 或在晚急性期或恢復期檢測到 IgM 抗體)； ■ 與被確診的病例在空間和時間上有關聯。 ● 確診病例：臨床表現符合並經實驗室檢驗證實。 <p><u>登革出血熱：</u></p> <p>登革熱的臨床表現 + 血液濃縮 (血細胞壓積大於 20%)，或血管通透性增加的臨床徵象(胸水、腹水等)。</p>

登革休克綜合徵：

登革出血熱 + 低血壓，收縮舒張壓差降低（通常小於 20mmHg）。

申報要求

臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

已申報的典型登革熱病人若出現登革出血熱及/或登革休克綜合徵均應再次申報。

黃熱病 (ICD-9 : 060 ; ICD-10 : A95)

病原體 黃熱病病毒

臨床表現 潛伏期通常為 3-6 天。本病為起病急驟的發熱性疾病，通常表現為寒顫，頭痛，腰痛，全身肌肉痛，虛弱，噁心，黃疸及蛋白尿等。本病還可表現為全身性出血（鼻血，牙齦出血，嘔血黑便）及肝和/或腎功能衰竭。死亡率高。

實驗室
診斷標準

- 分離出黃熱病病毒，或
- 以免疫組織化學方法在活組織中檢測到特異性抗原，或
- 在血液樣本或活組織中用 PCR（多聚酶鏈式反應）方法檢測到黃熱病病毒基因物質，或
- 存在特異性 IgM 抗體或急性/恢復期雙份血清 IgG 抗體濃度升高 4 倍以上，或
- 在屍檢肝組織中組織病理學陽性發現。

病例分類

- 懷疑病例：臨床表現符合，但未經檢驗證實。
- 確診病例：臨床表現符合，並經檢驗證實。

申報要求

臨床醫生須將懷疑病例和確診病例在 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

埃玻拉病毒病(伊玻拉病毒感染) (ICD-9 : 078.8 ; ICD-10 : A98.4)

病原體	伊玻拉病毒
臨床表現	以急性發熱，腹瀉(可為血性)，嘔吐起病。頭痛，噁心和腹痛常見，眼結膜充血，吞嚥困難和出血症狀如鼻出血，牙齦出血，嘔血，血便以及紫癍亦可發生。有些病人可在軀幹部位出現斑丘疹。當疾病發展時會出現脫水和嚴重消瘦。終末期常會累及神經系統，表現為嗜睡，譫妄或昏迷。病死率由 50% 至 90%。(WHO)
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 支持標準：血清抗體陽性 (ELISA for IgG and/or IgM)。● 確診標準：分離到病毒(只可在生物安全四級的實驗室內進行，或皮膚血檢陽性(免疫組織化學方法)或 PCR 陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：符合臨床描述的個案。● 極可能病例：在流行期間，a) 任何人和臨床個案有接觸而表現為急性發熱，或 b) 任何人有急性發熱及下列症狀中的三種：頭痛，嘔吐/噁心，食欲不振，腹瀉，嚴重的虛弱，腹痛，全身或關節痛，吞嚥困難，呼吸困難，打嗝或 c) 任何不能解釋的死亡。● 確診病例：任何得到實驗室證實的懷疑或極可能個案。● 接觸者：在流行期間，任何無症狀的人士在過去 21 天內曾和一個確診或極可能的病例或其分泌物有物理上接觸(如照顧病人，參加喪禮，處理可能受感染的實驗室樣本)。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 1 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

漢坦病毒病 (ICD-9 : 078.6 ; 480.8 ICD-10 : A98.5)

病原體	漢坦病毒
臨床表現	潛伏期為 5-46 天，一般為 1-2 周。其他見臨床病例定義。
臨床病例 定義	<p>漢他病毒出血熱：有相關流行地區旅遊史、動物排泄物或分泌物等致病原暴露史，且符合下列部分或全部臨床描述者：突然發燒且持續 3 至 8 天，虛弱、背痛、頭痛、腹痛、厭食、嘔吐；發病後第 3 至 6 天出現結膜充血、咽部與軟顎黏膜充血、皮膚有散狀或條狀或簇狀分布的出血點；後有蛋白尿、低血壓現象；腎病變可能輕微，但亦可進行至急性腎衰竭且維持數週。</p> <p>漢他病毒肺症候群：有相關流行地區旅遊史、動物排泄物或分泌物等致病原暴露史，且符合下列部分或全部臨床描述者：1)原本健康的人於住院 72 小時內演變成呼吸困難，需藉助呼吸器供給氧氣，發燒高於 38.3°C，兩側肺部瀰漫性水腫，X 光片顯示類似急性呼吸窘迫症候群；2)不明原因呼吸性疾病致死，經屍體解剖發現非已知潛在性疾病所引起的非心源性肺水腫者。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 血清學抗體檢驗陽性（IgM 抗體陽性或採血間隔恰當之成對血清檢體的 IgG 抗體效價上升\geq4 倍者），或 ● 臨床樣本 PCR 檢測陽性，或 ● 組織切片免疫化學染色陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：符合臨床病例定義的個案 ● 極可能病例：符合懷疑病例定義，且與確定病例有流行病學上關聯。 ● 確診病例：懷疑病例或極可能病例經實驗室檢驗確定者。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

水痘 (ICD-9 : 052 ; ICD-10 : B01)

病原體	水痘-帶狀疱疹病毒
臨床表現	潛伏期為 2-3 周，通常為 14-16 天，本病為具有高度傳染性的急性病毒性疾病，以全身性的皮膚丘疱疹，急起低熱而無其它明顯原因為特徵性表現。疹為單房，結痂呈粒狀痂皮，不同時期的皮疹損害可同時出現，皮疹在身體非暴露部位，如軀幹較多見，皮疹也可在頭皮、腋下出現，亦可在結膜、口腔、上呼吸道出現黏膜疹。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 在臨床樣本中分離到水痘-帶狀疱疹病毒，或● 以免疫血清方法，檢測到特異性 IgG 抗體滴度顯著升高。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 極可能病例：臨床表現符合的病例。● 確診病例：實驗室檢查確定，或臨床表現符合，且和確定病例在流行病學上有關聯。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

麻疹 (ICD-9 : 055 ; ICD-10 : B05)

病原體	麻疹病毒
臨床表現	潛伏期通常為 10 天，可短至 4 天或長至 18 天。本病為急性病毒感染，以高熱（38°C 以上），口腔黏膜疹（Koplik 氏斑）、全身性的皮膚斑丘疹（超過 3 天），結膜炎，流涕和咳嗽等表現為特徵。通常皮疹首先出現於面部，持續 4-7 天，常有白細胞減少。麻疹具有很高的傳染性。成人和幼兒患者病情較嚴重。
臨床病例 定義	符合下列全部的病人： <ul style="list-style-type: none"> ● 發熱超過 38°C，及 ● 全身性皮膚斑丘疹（非疱疹），及 ● 咳嗽、流涕或結膜炎。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 在臨床樣本中分離到麻疹病毒，或 ● 存在 IgM 特異性抗體，或 ● 用免疫血清方法檢測到 IgG 特異性抗體顯著升高（上升至少 4 倍）。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：臨床表現為發熱及皮膚斑丘疹，被任何臨床醫生懷疑為麻疹。 ● 極可能病例：臨床表現符合“臨床病例”的定義，但未經實驗室確定，亦不存在和確診病例在流行病學上的關聯。 ● 確診病例：實驗室檢查確診的病例(排除疫苗接種引起者)，或臨床表現符合“臨床病例”的標準並和確診的病例有流行病學上的關聯。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

風疹[德國麻疹] (ICD-9 : 056 ; ICD-10 : B06)

病原體	風疹病毒
臨床表現	以皮膚彌漫性點狀斑丘疹為特徵，皮疹有時類似麻疹或猩紅熱。急性起病，病程短，伴有關節痛或關節炎（多見於女性）、淋巴結腫大及結膜炎。成人患者可有低至中度發熱（高於 37°C 但通常低於 38.5°C）；兒童患者不發熱。可有淋巴細胞減少和血小板減少。皮疹通常始於面部，一天內即遍及全身。面部及軀幹的皮疹分別在第二天和第三天消退。耳後、枕部及頸後部淋巴結腫大為本病重要的臨床特徵。過半數的感染呈隱性。
臨床病例定義	<ul style="list-style-type: none">● 皮膚彌漫性斑丘疹，急性起病，病程為三天或少於三天，及● 耳後、枕部及頸後部淋巴結腫大，及● 關節痛/關節炎或結膜炎。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 在臨床樣本中分離到風疹病毒，或● 檢測到各種特異性 IgM 抗體，或● 檢測到血清特異性 IgG 抗體滴度由急性期到恢復期顯著升高。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現為皮膚彌漫性斑丘疹，急性起病，未經實驗室檢驗證實。● 極可能病例：臨床表現符合“風疹病例”的標準，但未經實驗室檢驗證實，且和確診病例無關聯。● 確診病例：經實驗室檢驗證實，或臨床表現符合“風疹病例”的標準，且和確診病例有關聯。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

先天性風疹（ICD-9：771.0；ICD-10：P35.0）

病原體	風疹病毒
臨床表現	先天性風疹綜合症為孕期（尤其是首三個月）感染的後遺症，表現為先天性畸形，通常為多發性。
臨床病例定義	具下列 a) 項之兩個 + b) 項之一個： a) 先天性白內障、先天性青光眼、色素性視網膜病變、失聰、先天性心臟病（常見開放性動脈導管及周邊肺動脈狹窄）。 b) 紫斑症、閉塞性黃疸（24 小時內發生）、脾腫大、小腦症、心智發育遲緩、腦膜腦炎或長骨放射線透度異常。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 在臨床樣本中分離到風疹病毒，或 ● 檢測到特異性 IgM 抗體，或 ● 胎兒體內抗體效價持續超過胎傳抗體存在的時間（抗體未如預期隨著時間逐月減半）。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：具有某些臨床表現但未符合極可能病例的診斷。 ● 極可能病例：臨床表現符合臨床病例定義。 ● 確診病例：臨床病例定義並經實驗室檢驗證實。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

腸病毒感染(脊髓灰質炎病毒以外) (A85-87, B08.4-B08.5)

- 病原體** 腸病毒群屬小 RNA 病毒 (*Picornavirus*)，除小兒麻痺病毒外，尚有柯薩奇病毒 (*Coxsackieviruses*) type A1-A22, A24, type B1-B6、埃可病毒 (*Echoviruses*) type 1-33，但 type 10、type 28 除外，腸病毒 (*Enterovirus*) type 68-71。
- 臨床表現** 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*)、疱疹性咽峽炎 (*herpangina*)、無菌性腦膜炎、病毒性腦炎、肢體麻痺綜合徵、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*)、發熱合併皮疹 (*febrile illness with rash*)。潛伏期為 1-10 天，平均 3-5 天。
- 疱疹性咽峽炎：由 A 族柯薩奇病毒引起。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 4-6 天。病例多數輕微無併發症，少數併發無菌性腦膜炎。
- 手足口病：為 A 族柯薩奇病毒及腸病毒 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。
- 嬰兒急性心肌炎及成人心包膜炎：B 族柯薩奇病毒引起，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。
- 流行性肌肋痛：B 族柯薩奇病毒引起，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，病程約一週。
- 急性淋巴結性咽炎：由 A 族柯薩奇 (A10) 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 4-14 天。
- 發燒合併皮疹：與各類型柯薩奇及埃可病毒都有關，皮疹通常為斑丘疹狀，有些會出現小水泡。

實驗室
診斷標準

- 在糞便或呼吸道分泌物中分離到病毒或以 PCR 方法檢測到病毒基因，或
- 雙份血清特異性抗體陽轉或 4 倍升高。

病例分類

- 極可能病例：臨床表現符合疱疹性咽峽炎、手足口病者。
- 確診病例：臨床表現符合並得到實驗室證實。

申報要求

臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

甲型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.1 ; ICD10 : B15)

病原體	甲型 (A 型) 肝炎病毒(HAV)
臨床表現	潛伏期約 28-30 天 (可短至 14 天, 長至 50 天), 通常表現為急性肝炎, 黃疸、茶色尿、噁心、全身不適、倦怠、腹部不適 (右上腹) 及血清轉氨酶升高。
實驗室 診斷標準	甲型肝炎: 血清抗甲型肝炎病毒 IgM 抗體陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例: 臨床表現符合。● 極可能病例: 不適用。● 確診病例: 臨床表現符合, 並經實驗室檢驗證實 (對所有類型的感染而言); 或臨床表現符合, 但在流行病學上與一個或多個經實驗室證實的病例有關。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心, 而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

乙型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.3 ; ICD10 : B16)

病原體	乙型 (B 型) 肝炎病毒(HBV)
臨床表現	潛伏期通常為 60-90 天(可短至 45 天，長至 180 天)，多呈慢性隱性感染，急性感染時表現為黃疸、茶色尿、噁心、全身不適、倦怠、腹部不適 (右上腹) 及血清轉氨酶升高。
實驗室 診斷標準	乙型肝炎：血清 a) 抗乙型肝炎病毒表面抗原及／或 b) 抗乙型肝炎核心抗原 (c 抗原) IgM 抗體陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合。● 確診病例：臨床表現符合，並經實驗室檢驗證實 (對所有類型的感染而言)。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

丙型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.51 ; ICD10 : B17.1)

病原體	丙型(C型)肝炎病毒
臨床表現	潛伏期通常為 40-60 天 (可短至 14 天或長至 180 天)，臨床上通常表現為黃疸、茶色尿、噁心、全身不適、倦怠、腹部不適 (右上腹) 及血清轉氨酶升高。丙型肝炎病者的傳染主要通過皮膚接觸受污染的血液或血液劑品 (輸血)。病人和攜帶者的管理包括血液和性關係方面(使用避孕套)的預防措施。
實驗室 診斷標準	血清抗 C 型肝炎病毒抗體陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合。● 確診病例：臨床表現符合，並經實驗室檢驗證實 (對所有類型的感染而言)。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

丁型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.52 ; ICD10 : B17.0)

病原體	丁型(D型)肝炎病毒
臨床表現	潛伏期通常為 14-60 天，傳播的方式和乙型肝炎類似，通常通過血液或性關係傳播。D 型肝炎只在乙型肝炎存在的情況下出現（共同感染或重複感染），控制感染或接觸者的方法可參考上述乙型肝炎的方法。
實驗室 診斷標準	丁型肝炎：血清 a) 抗乙型肝炎表面抗原及抗 D 型肝炎抗體陽性，及／或 b) 血清抗乙型肝炎核心抗原 IgM 抗體及抗 D 型肝炎核心抗原陽性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合。● 確診病例：臨床表現符合，並經實驗室檢驗證實。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

戊型病毒性肝炎 (ICD9 : 070.55 ; ICD10 : B17.2)

病原體	戊型(E型)肝炎病毒
臨床表現	潛伏期通常為 25-40 天 (可短至 14 天或長至 60 天)。黃疸、茶色尿、噁心、全身不適、倦怠、腹部不適 (右上腹) 及血清轉氨酶升高。
實驗室 診斷標準	血清抗戊型肝炎 IgM 抗體陽性及抗甲型肝炎病毒 IgM 抗體陰性。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合。● 極可能病例：臨床表現符合，和確診病例存在流行病學關聯。● 確診病例：臨床表現符合，並經實驗室檢驗證實，或雖沒有實驗室證實，但在流行病學上與一個或多個經實驗室證實的病例有關聯。
申報要求	臨床醫生須將極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

人類免疫缺陷病毒（HIV）感染（ICD-9：795.8；ICD-10：Z21）

病原體	HIV 為逆轉錄病毒，包括流行病學特徵相似的兩種類型：HIV-1 和 HIV-2。
臨床表現	HIV 攜帶者（無症狀人類免疫缺陷病毒感染狀態）的發現完全依靠實驗室檢驗的結果。
實驗室 診斷標準	<p><u>成人、兒童和 18 個月以上幼兒</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● HIV 血清學檢驗（如 ELISA）陽性，且經另一血清學檢驗（如 Western Blot 檢驗）所確定，或 ● 下列病毒學檢測之一陽性： <ul style="list-style-type: none"> ■ HIV 核酸(DNA 或 RNA)檢測(如 DNA-PCR 或血清 HIV-1 RNA)。 ■ HIVp24 抗原測試。 ■ 分離到 HIV(病毒培養)。 <p><u>18 個月以下嬰幼兒</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以兩個不同樣本(不包括臍帶血)進行的下列病毒學檢測陽性 <ul style="list-style-type: none"> ■ HIV 核酸(DNA 或 RNA)檢測(如 DNA-PCR 或血清 HIV-1 RNA)。 ■ HIVp24 抗原檢測。 ■ 分離到 HIV(病毒培養)。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 極可能個案：一種血清學檢測陽性。 ● 確診病例：檢驗確定的病例。
申報要求	<p>本病為強制申報疾病，所有臨床醫生須將確診病例向疾病預防控制中心申報，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例申報。</p> <p>無條件進行確定實驗的化驗室應將樣本轉送衛生局公共衛生化驗所作進一步檢驗。</p>

人類免疫缺陷病毒病[愛滋病] (ICD-9：042 及 279.5， ICD-10：B20-B24)

病原體 HIV 為逆轉錄病毒，包括流行病學特徵相似的兩種類型：HIV-1 和 HIV-2。

臨床表現 本病的潛伏期不一，從感染到發展成愛滋病的期間可由數月至十年以上不等。約百分之五十的成年人在感染後十年內發展成愛滋病。兒童的潛伏期中位數比成年人短。HIV 感染常導致免疫系統及其他器官系統，尤其是中樞神經系統，出現嚴重的、進行性和不可逆的改變。

臨床病例 成人或 13 歲以上青少年

定義

有下列情形任一者：

- 氣管、支氣管或肺念珠菌病；
- 食道念珠菌病；
- 子宮頸浸潤癌；
- 播散性或肺外球孢子菌病；
- 肺外隱球菌病；
- 腸道慢性隱球菌病；
- 巨細胞病毒視網膜炎；
- 巨細胞病毒病(肝、脾或淋巴結以外)；
- HIV 腦病；
- 單純疱疹、慢性潰瘍、支氣管炎、肺炎、食道炎；
- 播散性或肺外組織漿菌病；
- 腸道慢性等孢球蟲病；
- 卡波西 (Kaposi's) 肉瘤；
- 伯基特氏(Burkitt's)淋巴瘤；
- 免疫母細胞性淋巴瘤；
- 原發性腦淋巴瘤；
- 播散性或肺外鳥型分枝桿菌病或堪薩斯(kansasii)分枝桿菌病；
- 結核病-肺外、肺或淋巴結型(僅在 CD4 < 200/uL)；
- 其他分枝桿菌-播散性或肺外；

- 播散性青黴菌病；
- 卡氏肺囊蟲肺炎；
- 反覆發作的肺炎；
- 漸進性多病灶腦白質病；
- 反覆發作的沙門氏菌敗血症；
- 腦弓漿蟲病；
- HIV 引起的消瘦綜合徵。

0 至 12 歲兒童 輕度症狀

下列兩種或以上症狀：

- 淋巴結腫大($\geq 0.5\text{cm}$ ，超過兩個部位，雙側按一個部位計算)、肝腫大；
- 脾腫大；
- 皮炎；
- 腮腺炎；
- 反覆或持續的上呼吸道感染、鼻竇炎或中耳炎。

0 至 12 歲兒童 中度症狀

下列任何一項表現，且考慮為 HIV 感染引起者：

- 貧血($< 8\text{ gm/dL}$)，中性粒細胞減少症($< 1,000/\text{mm}^3$)，或血小板減少症($< 100,000/\text{mm}^3$) 持續 $\geq 30\text{ days}$ ；
- 細菌性腦膜炎，肺炎，或敗血症(發病一次)；
- 持續($> 2\text{ months}$)發生於 > 6 歲的兒童的念珠菌感染，口咽部的鵝口瘡；
- 心肌病；
- 出生一個月內發病的巨細胞病毒感染；
- 反覆性或慢性的腹瀉；
- 肝炎；
- 反覆性(一年內發作超過兩次)的單純疱疹病毒性口腔炎；
- 在出生一個月內發病的單純疱疹病毒性支氣管炎、肺炎，或食道炎；
- 至少發病兩次或發病時超過一個皮節的帶狀疱疹；
- 肌肉瘤；

- 淋巴間質性肺炎或複合性的肺淋巴樣增生；
- 腎病；
- 諾卡爾氏菌病；
- 持續性的發熱(>1 個月)；
- 在出生一個月內發病的弓形蟲病；
- 播散性水痘。

0 至 12 歲兒童 重度症狀

有下列任何一項，且考慮為 HIV 感染引起者：

- 在兩年內患者有下列兩種或兩種以上的培養確定的細菌性感染(多次或反覆發作)：敗血症、肺炎、腦膜炎、骨或關節感染，或臟器、體腔膿腫(不包括中耳炎、表皮、黏膜膿腫或播管相關感染)；
- 食道或肺(氣管、支氣管或肺)的念珠菌感染；
- 播散性球孢子菌病(除肺、皮膚、子宮頸或肺門淋巴結以外的一個部位或這些部位同時感染)；
- 播散性組織胞漿病(除肺、皮膚、子宮頸或肺門淋巴結以外的一個部位或這些部位同時感染)；
- 持續腹瀉一個月以上的隱孢子球蟲或等孢子球蟲病；
- 症狀出現在 1 個月齡以上的巨細胞病毒疾病(在肝，脾或淋巴結以外)；
- 腦病(下列漸進的且持續至少 2 個月的病徵中至少一種，這些病徵須為無 HIV 感染以外併存疾病可解釋的)：
 - 經發展量表或神經心理測驗證實為未能達到或失去已達到智能發展之里程碑；
 - 經頭圍測量證實具有腦部發育受損或後天性小頭畸形，或經由電腦斷層掃描或核磁共振影像證實有腦萎縮現象(2 歲以下的兒童需要系列影像檢查)；
 - 有下列其中兩個或兩個以上的對稱的後天性運動缺陷表現：癱瘓、病理性反射、共濟失調，或步態紊亂。
- 持續 1 個月以上的由單純疱疹引起的黏膜潰瘍，或在 1 月齡以上兒童引起的支氣管炎、肺炎，食道炎(不論持續多長時間)；
- 播散性組織漿菌病(除肺、子宮頸或肺門淋巴結以外的部位或與這些部位同時感染的部位)；
- 卡波濟氏肉瘤；

- 原發性腦淋巴瘤；
- 小非分裂(*Burkitt's*)、免疫母細胞淋巴瘤；B 細胞性或未知免疫學表型性大細胞淋巴瘤；
- 由結核桿菌引起的播散性或肺外結核；
- 結核桿菌外其他或未明的分枝桿菌引起播散性分枝桿菌病(除肺、皮膚、子宮頸或肺門淋巴結以外的部位或與這些部位同時感染的部位)；
- 播散性或肺外鳥型分枝桿菌病或堪薩斯(*kansasii*)分枝桿菌病(除肺、皮膚、子宮頸或肺門淋巴結以外的部位或與這些部位同時感染的部位)；
- 卡氏肺囊蟲肺炎；
- 漸進性多病灶腦白質病；
- 反復發作的非傷寒性沙門氏菌屬敗血症；
- 1 月齡以上的腦弓漿蟲病；
- 消瘦綜合徵 - 在沒有 HIV 感染以外的合併疾病可以解釋的下列發現：
 - 持續的體重減輕，且減輕幅度為大於基準的 10%；或
 - 大於等於 1 歲的兒童，在體重對年齡之生長曲線上，其數值至少下降到其中兩條百分位線(即第 95 百分位、第 75 百分位、第 50 百分位、第 25 百分位、第 5 百分位)；或
 - 相隔至少 30 天連續兩次測量身高體重曲線上第五百分位，且伴有：a) 慢性腹瀉(每天至少兩次不成形大便，且持續 30 天以上)，或 b) 有記錄的發熱(多於 30 天，間歇性或持續性)。

實驗室
診斷標準

成人和年齡 13 歲或以上青少年

- CD4+T 淋巴細胞低於 200/uL，或
- CD4+T 淋巴細胞在所有淋巴細胞中的比例低於 14%。

0 至 12 歲兒童

免疫類別	兒童年齡					
	<12 月		1-5 歲		6-12 歲	
	uL	(%)	uL	(%)	uL	(%)
1: 無免疫抑制	≥1,500	(≥25)	≥1,000	(≥25)	≥500	(≥25)
2: 中度免疫抑制	750-1,499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
3: 重度免疫抑制	<750	(<15)	<500	(<15)	<200	(<15)

病例分類

成人或 13 歲以上青少年

- 確診病例：具 HIV 感染確診證據，且伴有一項或以上臨床病例定義或實驗室診斷標準。

0 至 12 歲兒童

- 確診病例：具 HIV 感染的確診證據，且伴有一項臨床病例定義中重度免疫抑制的臨床病例定義或實驗室診斷標準。

申報要求

臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

申報可只寫病人姓名的字母縮寫，性別和出生日期，不必填寫其他病人識別資料。

曾經申報為 HIV 感染的個案，在出現免疫抑制後仍需再次申報。

無條件進行確定實驗的化驗室應將樣本轉送衛生局公共衛生化驗所作進一步檢驗。

流行性腮腺炎（ICD-9：072；ICD-10：B26）

病原體	腮腺炎病毒（副黏液病毒屬， <i>paramyxovirus</i> ）
臨床表現	潛伏期通常為 18 天，可短至 12 天或長至 25 天。俗稱“痄腮”，以發熱，一個或多個唾液腺（通常為腮腺）腫大等臨床表現為特點。可併發睪丸炎（男性）、卵巢炎（女性）及無菌性腦膜炎（罕有後遺症）。
臨床病例 定義	<ul style="list-style-type: none"> ● 急起發熱，及 ● 邊界清楚的單側或雙側，一個或多個的唾液腺腫大，及 ● 以上體徵無明顯的其他病因，病程 2 日或以上。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 在臨床樣本中分離到腮腺炎病毒，或 ● 檢測到 IgM 特異性抗體，或 ● 從急性期到恢復期特異性 IgM 抗體明顯升高。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：臨床表現符合流行性腮腺炎病例的定義，但未為實驗室證實且和確診病例無關聯。 ● 確診病例：實驗室檢查證實的病例，或臨床表現和流行性腮腺炎病例相符，且和確診的病例在流行病學上有關聯的病例。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

急性出血性結膜炎 (ICD-9 : 077 ; ICD-10 : B30.3)

病原體	以腸病毒 70 型 (<i>Enterovirus 70</i>) 和柯薩奇病毒 A24 型變種 (<i>Coxsackieviruses A24v</i>) 為主。
臨床表現	臨床特徵為眼內異物刺激感或燒灼和癢感，隨之發生眼部刺痛或劇烈疼痛，畏光流淚。眼分泌物增多，大多數為水樣或漿液性。眼部常有彌漫性瞼球結膜充血，繼而球結膜下出血。起病多為單眼，很快波及對側，一般無全身症狀。潛伏期 12 小時-3 天。一般症狀 2-3 天全部出現，7-12 天可完全恢復。
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 在眼部或呼吸道分泌物中分離到病毒。● 抗原檢測：進行免疫螢光試驗檢出眼細胞中的病毒抗原。● 急性期血清可檢出病毒 IgM，眼分泌物中檢出 IgA 抗體；恢復期血清中病毒 IgG 抗體滴度比急性期有 4 倍以上升高或抗體陽轉。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：臨床表現符合，無其他病因者。● 極可能病例：懷疑病例和確診病例在流行病學上有關聯。● 確診病例：臨床表現符合，經實驗室確診者。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

瘧疾（ICD-9：084；ICD-10：B50-B54）

病原體	惡性瘧原蟲、間日瘧原蟲，三日瘧原蟲及卵形瘧原蟲
臨床表現	<p>惡性瘧、間日瘧和卵形瘧的潛伏期一般為 7-14 天。三日瘧的潛伏期為 7-30 天。四種瘧疾的主要臨床表現是發熱，常伴有寒顫、頭痛、嘔吐、腹瀉、咳嗽、肌痛、腰痛和大量出汗等症狀。</p> <p>最為嚴重的一種是惡性瘧原蟲瘧疾，或惡性間日瘧（ICD-10：B50），臨床表現多樣，可包括發熱、寒顫、大量出汗、咳嗽、腹瀉、頭痛、呼吸抑制、黃疸、凝血功能改變、休克、腎肝功能不全、急性腦病、肺水腫和腦水腫等，並可迅速發展成昏迷或死亡。</p> <p>其他人類瘧疾有間日瘧原蟲瘧疾（ICD-10：B51），三日瘧原蟲瘧疾（ICD-10：B52）及卵形瘧原蟲瘧疾，通常症狀不嚴重（除了在乳兒、青少年、老人及免疫功能低下者外），多呈慢性遷延的趨勢，特別是三日瘧原蟲瘧疾。臨床上以週期性發熱，寒顫及大汗為主要表現，可每日或隔日或每二日發作一次。</p>
實驗室 診斷標準	用厚血片法在血液樣本中檢測並鑒定到瘧疾寄生蟲。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：未經實驗室檢查證實，但臨床表現提示且有最近到流行地區旅行/居住的歷史。 ● 確診病例：實驗室檢查確定（有或無相關的臨床表現）。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

嚴重急性呼吸綜合徵 (B97.2)

病原體	沙士冠狀病毒 (SARS-CoV)
臨床表現	潛伏期為 2-10 天，平均 5 天。早期（第一周）急起高熱（ $>38^{\circ}\text{C}$ ），可伴有不適，肌肉痛，頭痛，畏寒等；幾乎所有病例均有發熱；個別患者初期臨床症狀不明顯；其他症狀（如流鼻涕）少見。進展期（第二周）表現為乾咳、氣促、腹瀉、呼吸困難、低氧血症等，10~20% 病人病情嚴重須使用機器輔助呼吸。死亡率為 0-50% 不等。年老，伴有慢性心肺疾病和糖尿病的患者死亡率高。患病早期 X 光可出現肺部浸潤。
臨床病例 定義	任何人有如下情況： <ul style="list-style-type: none">● 發熱($\geq 38^{\circ}\text{C}$)，及● 一或多個下呼吸道疾病症狀（咳嗽、呼吸困難、氣促），及● 符合肺炎或呼吸窘迫綜合徵的肺部浸潤的影像學證據，又或符合肺炎或呼吸窘迫綜合徵的病理的屍檢發現而沒有可確定的原因，及● 沒有其他診斷可以完全解釋。
實驗室 診斷標準	<p><u>核酸測試</u></p> <p>經下列認證的 RT-PCR 檢測方法檢測到 SARS-CoV 陽性：</p> <ul style="list-style-type: none">● 至少兩種不同樣本（如鼻咽分泌物和大便），或● 在病程中至少兩個不同時間採集的同種樣本(如鼻咽抽取液)，或● 同一樣本應用兩種不同測定法或抽取新的 RNA 提取物重複進行測定，或 <p><u>ELISA 或 IFA 檢測陽轉</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 並行測試時急性期血清抗體陰性而恢復期陽性，或● 恢復期血清抗體滴度比急性期上升 4 倍或以上。 <p><u>病毒分離</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 從任何樣本的細胞培養中分離出 SARS-CoV 並由經認證的 RT-PCR 方法確定。

<p>病例分類</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例: 符合臨床病例定義者 ● 初步陽性病例: 具 SARS 的臨床證據及在衛生局公共衛生化驗所內測試結果符合實驗室診斷標準者 ● 極可能病例: <ul style="list-style-type: none"> ■ 具 SARS 的臨床證據且和初步陽性病例或確診病例有流行病學上的關聯; ■ 無法驗證病例和初步陽性病例或確診病例有流行病學上的關聯; ● 確診病例: 任何人有提示 SARS 的臨床表現, 並符合一種或多種實驗室診斷標準。 ● 無法驗證病例: <ul style="list-style-type: none"> ■ 具 SARS 的臨床證據但最初的實驗室檢查陰性, 且又失訪者。 ■ 生前的病史符合 SARS 的死亡者, 且 <ul style="list-style-type: none"> a) 屍檢發現和肺炎或呼吸窘迫綜合徵相符但 SARS-CoV 檢測沒有進行或不完整, 或 b) 屍檢或實驗室檢查沒有進行。
<p>申報要求</p>	<p>臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心, 而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。</p>
<p>附註</p>	<p>上述定義和要求適用於非流行期。</p>

流行性感冒 (ICD10 : J10-J11)

病原體	流行性感冒病毒，簡稱流感病毒，可分為甲、乙及丙三型。
臨床表現	發燒、流涕、咳嗽、咽痛、倦怠、肌肉痛、頭痛等症狀，病程約一星期。患有慢性病，年幼，年老的病人較易出現併發症。
臨床病例定義	急起發熱超過 38°C，伴有咳嗽或咽痛，不診斷為其他疾病。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 由懷疑病例的拭子或抽吸物分離到病毒分離，或● 直接檢測到流感病毒抗原，或● 早期和恢復期雙份血清抗體 4 倍升高。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：符合臨床定義者。● 確診病例：符合臨床定義者，經實驗室檢查確定。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

流行性感冒，由 H5N1 引起者 (ICD10 : J10-J11)

病原體	流行性感冒病毒 H5N1
臨床表現	發燒、流涕、咳嗽、咽痛、倦怠、肌肉痛、頭痛等症狀，病程約一星期。患有慢性病，年幼，年老的病人較易出現併發症。
臨床病例定義	急起發熱超過 38°C，伴有咳嗽或咽痛，無其它診斷。
實驗室診斷標準	<ul style="list-style-type: none"> ● 由懷疑病例的拭子或抽吸物分離到病毒分離，或 ● 直接檢測到流感病毒抗原，或 ● 早期和恢復期雙份血清抗體 4 倍升高。
病例分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑病例：患者有急性呼吸道疾病，包括發熱($\geq 38^{\circ}\text{C}$)和咳嗽和/或咽喉痛，並有在傳染期時與甲型流感 H5N1 確診病例有接觸，或近期(一週內)到過已知有高致病性禽流感(HPAI)爆發的農場，或是處理懷疑感染 HPAI 的人類或動物樣本的實驗室工作人員。 ● 極可能病例：符合懷疑病例條件，和有限的實驗室證據顯示為甲型流感 H5N1(如採用 H5 單克隆抗體 IFA+)，或無證據顯示由其他病因所致。 ● 確診病例：甲型流感 H5N1 病毒培養陽性，或甲型流感 H5N1 的 PCR 陽性，或 H-5 特異性抗體滴度 4 倍升高。
申報要求	臨床醫生須將懷疑病例、極可能病例和確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

流感嗜血桿菌腦膜炎 (ICD-9 : 320.0 ; ICD-10 : G00.0)

病原體	b 型流感嗜血桿菌(<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib))
臨床表現	<p>流感嗜血桿菌可產生兩種不同類型的感染 a) 侵襲性疾病：病情嚴重，通常伴有菌血症，可表現為腦膜炎、肺炎、會厭炎、骨髓炎、關節炎及或蜂窩組織炎；及 b) 與鼻咽部相連的部位的感染，表現為中耳炎，鼻竇炎，結膜炎及/或支氣管肺炎。嚴重的病患在 0-5 歲的小兒中更常見。</p> <p>細菌性腦膜炎表現為急起發熱，頭痛和頸項強直。流感嗜血桿菌引起的腦膜炎和其它細菌性腦膜炎並無特異性分別，無法通過臨床表現加以分別。</p>
實驗室 診斷標準	<ul style="list-style-type: none">● 由正常情況下應無菌的臨床樣本中(如腦脊液或血液中)培養到病原菌，但不包括咽部樣本中培養到的細菌，（檢測抗原的檢驗不可作為診斷依據）。● 在正常情況下應無菌的臨床樣本中檢測到抗原。
病例分類	<ul style="list-style-type: none">● 懷疑病例：任何表現為細菌性腦膜炎的兒童病例。● 確診病例：符合實驗室診斷標準的個案。
申報要求	臨床醫生須將確診病例在 24 小時內以個案形式申報予衛生局疾病預防控制中心，而化驗室須將符合實驗室診斷標準的病例作出申報。

附件一 第 15/2008 號行政法規 傳染病強制申報機制

澳門特別行政區

第 15/2008 號行政法規

傳染病強制申報機制

行政長官根據《澳門特別行政區基本法》第五十條（五）項及第 2/2004 號法律第十三條、第十八條和第三十三條的規定，經徵詢行政會的意見，制定本行政法規。

第一章

強制申報機制

第一條

目的

- 一、本行政法規旨在建立傳染病的強制申報機制，並規定相應的行政處罰。
- 二、本行政法規所指的傳染病為第 2/2004 號法律第一條第二款所指的傳染病。

第二條

申報主體

公共或私人醫療機構的負責人，或者作出首次診斷或填寫死亡證明書的醫生和作出實驗室診斷的技術人員有義務在法定期間內向衛生局申報其在履行職務時所發現的傳染病個案。

第三條

申報類型

- 一、傳染病的強制申報分為個案申報和群案申報。
- 二、以個案形式申報列於附件的傳染病，附件為本行政法規的組成部分。
- 三、以群案形式申報未列入本行政法規附件但載於第 2/2004 號法律附件中的傳染病。

第四條

申報條件

- 一、以個案形式申報傳染病的條件載於附件。
- 二、以群案形式申報傳染病的條件由衛生局以技術指引訂定。

第五條

申報期間

- 一、應在下列傳染病具備申報條件後一小時內作出申報：

(一) 載於附件的霍亂、鼠疫、黃熱病、埃玻拉病毒病、嚴重急性呼吸道綜合徵、炭疽、急性脊髓灰質炎和狂犬病；

(二) 緊急爆發或流行的其他傳染病。

二、應在附件中的其他傳染病具備申報條件後二十四小時內作出申報。

三、群案申報期間由衛生局以技術指引訂定。

第六條

申報方式

一、申報資料得以口頭、郵寄、傳真或電子方式送達衛生局；口頭申報後最長一小時內提交書面申報資料。

二、由衛生局免費提供的申報資料的表格式樣由行政長官以批示核准，並公佈於《澳門特別行政區公報》。

三、衛生局根據監測傳染病的工作需要，可要求申報者提供申報表格以外的其他資料。

第七條

合作

醫療機構及其屬下的醫務人員應與衛生局合作，及時、準確、充分地提供傳染病資料和檢測樣本，以確保澳門特別行政區的傳染病狀況得到持續有效的監測。

第八條

保密

所有接觸申報資料和參與申報過程的人員應確保申報文件的安全和保密，並不得向任何人泄露其所知悉的申報內容，但法律另有規定者除外。

第二章

行政處罰

第九條

職權

一、衛生局應採取有效措施，保障和監督傳染病強制申報機制的實行，並有權對違反本行政法規和有關技術指引的醫療機構或醫務人員作出罰款的行政處罰。

二、上款所指的行政處罰不排除其他可能的紀律責任。

第十條

罰款

一、未在群案申報期間內提交申報資料者，或違反第五條第二款規定者，科以澳門幣伍佰元至澳門幣貳仟元的罰款。

二、違反第五條第一款規定者，科以澳門幣壹仟元至澳門幣肆仟元的罰款。

三、未在申報期間內提交申報資料，並引起傳染病擴散者，科以澳門幣肆仟元至澳門幣壹萬元的罰款。

四、未在申報期間內提交申報資料，並引起他人健康嚴重受損或死亡者，科以澳門幣捌仟元至澳門幣貳萬元的罰款。

五、自最近一次罰款科處日起一年內作出相同違法行為者，罰款的最低限額提高四分之一，最高限額不變。

六、罰款應自接到有關行政處罰通知書或公示通知之日起三十日內繳清。

第三章

最後規定

第十一條

補充適用

行政上的違法行為的一般制度和程序補充適用於本行政法規。

第十二條

廢止

廢止十一月八日第 397/99/M 號訓令。

第十三條

生效

本行政法規自公佈之日起三十日後生效。

二零零八年五月二十九日制定。

命令公佈。

行政長官 何厚鏞

附件

國際疾病分類第十版編碼	疾病	申報條件*
A00	霍亂	懷疑、極可能或確診個案
A01-A02	傷寒、副傷寒及其他沙門氏菌感染	極可能或確診個案
A03	志賀菌病（包括細菌性痢疾）	極可能或確診個案
A04.3	由腸出血性大腸埃希氏菌引起的感染	極可能或確診個案
A05	細菌性食物中毒	極可能或確診個案
A06	阿米巴病	極可能或確診個案

70 傳染病強制申報機制 – 個案申報的技術指引

國際疾病分類第十版編碼	疾病	申報條件*
A08.0	輪狀病毒性腸炎	確診個案
A08.1	由諾沃克因子引起的急性胃腸炎	確診個案
A15-A19	結核病	確診個案，包括復發個案
A20	鼠疫	懷疑、極可能或確診個案
A22	炭疽	懷疑、極可能或確診個案
A27	鉤端螺旋體病	極可能或確診個案
A30	麻風	極可能或確診個案
A33-A35	破傷風	極可能或確診個案
A36	白喉	懷疑、極可能或確診個案
A37	百日咳	極可能或確診個案
A38	猩紅熱	懷疑、極可能或確診個案
A39	腦膜炎球菌感染（有或無腦膜炎）	懷疑、極可能或確診個案
A48.1	軍團菌病[軍團病]	極可能或確診個案
A50-A53	梅毒（所有種類）	確診個案
A54	淋球菌感染	極可能或確診個案
A60	肛門生殖器疱疹	極可能或確診個案
A75	斑疹傷寒（包括恙蟲病）	懷疑、極可能或確診個案
A80	急性脊髓灰質炎	懷疑（包括所有急性軟癱的個案）或確診個案
A81	克雅二氏病（亞急性海綿狀腦病）	懷疑、極可能或確診個案
A82	狂犬病	懷疑、極可能或確診個案
A83.0	日本腦炎	懷疑、極可能或確診個案
A83-87	其他中樞神經系統病毒性感染	懷疑、極可能或確診個案
A90-A91	登革熱	懷疑、極可能或確診個案
A95	黃熱病	懷疑或確診個案

國際疾病分類第十版編碼	疾病	申報條件*
A98.4	埃玻拉病毒病	懷疑、極可能或確診個案
A98.5	流行性出血熱（漢坦病毒病）	極可能或確診個案
B01	水痘	極可能或確診個案
B05	麻疹	懷疑、極可能或確診個案
B06, P35.0	德國麻疹[風疹]，包括先天性德國麻疹	極可能或確診個案
B08.4-5	腸病毒感染	手足口病、疱疹性咽峽炎的極可能或確診個案；與手足口病、疱疹性咽峽炎有流行病學相關的腦炎、急性軟癱、心肌炎、嬰兒全身性感染症或其他需加護醫療的嚴重病症
B15-B19	病毒性肝炎	急性甲型或急性戊型的極可能或確診個案；經實驗室確診的急性乙型個案；丁型或經實驗室確診的急性丙型個案
B20-B24, Z21	人類免疫缺陷病毒[HIV]感染	確診個案，包括有症狀和無症狀者
B26	流行性腮腺炎	懷疑或確診個案
B30.3	急性流行性出血性結膜炎	確診個案
B50-B54	瘧疾	懷疑或確診個案
B97.2	嚴重急性呼吸道綜合徵	懷疑、極可能或確診個案
J10-J11	流行性感冒	由 H5N1 病毒引起的懷疑、極可能或確診個案，又或由其他流感病毒引起的確診的個案
G00.0	流感嗜血桿菌腦膜炎	確診個案

* 所有傳染病的死亡個案均須申報。

* 所有出現爆發或群發的傳染病的懷疑個案均須申報。

* 已申報過的個案如果出現診斷變化、併發症或死亡，應重新申報。

參考文獻

David L. Heymann (ed). Control of communicable diseases manual. 18th ed. Washington: American Public Health Association, 1995.

Centers for Disease Control and Prevention. Nationally Notifiable Infectious Diseases, United States 2008 - . Available on <http://www.cdc.gov/ncphi/diss/nndss/phs/infdis2008.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1993;41(RR-17).

Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1997;46 (RR-2).

World Health Organization. WHO Recommended surveillance standards. WHO/EMC/DIS/ /97.1, 1997

北京協和醫院世界衛生組織疾病分類合作中心·疾病和有關健康問題的國際統計分類 第十次修訂本 北京 人民衛生出版社 1996 年