

媽媽！我的皮膚怎麼變紅了？

◎吳聰賢醫師

民國八十七年「腸病毒」大流行，當年造成七十八位小朋友死亡，以後幾年來，腸病毒不曾真正的遠離台灣，大家談它仍色變。臨床上，感染腸病毒時，主要以手足口症、疱疹性咽峽炎兩種疾病來表現，它屬於夏季的傳染病，其流行有兩個高峰，四月至六月，以及九月至十月。沒想到汗流浹背的日子裡，我們嚴整以待腸病毒的蹤跡，結果卻等到「猩紅熱」。

今年七月下旬，南彰化偏遠鄉間，第一家醫院通報就讀某幼稚園五歲的猩紅熱病例後，隔了幾天，不同的鄉鎮不同的醫院又通報另一猩紅熱病例，衛生單位疫情調查發現就讀相同的幼稚園，緊接著第三家醫院又通報另一猩紅熱病例，此三歲的小朋友有姊姊也就讀此幼稚園，而且都是相同的班級，此時，我們有不祥的預兆，有狀況要發生了。

不幸地，「說曹操，曹操就到」，疾病管制局的檢驗報告很快陸續進來，證實都是猩紅熱陽性病例。傳染病在校園聚集爆發，這是何等大代誌，衛生單位當然即刻介入，衛教宣導、病患隔離、校園消毒、學童篩檢、疫情追蹤等樣樣俱全。縱然校園連著兩次大消毒，不盡病患禁止上學，凡有發燒等症狀的小朋友也立刻轉介就醫，但是，仍有病例再通報進來，最後，只好仿效「腸病毒」的停課機制，八月上旬，配合教育局宣布該班停課。

不包括三歲未就學的小朋友，此波幼稚園疫情，醫療院所總共通報五名病例。當宣布停課那天，園方包括董事長、園長、老師、廚師、工友等所有教職員工，以及班上沒發病的學童，全部作喉頭拭子採樣送驗（Throat swab test），在三十八件檢體中，意外發現兩例陽性小朋友，屬於沒有臨床症狀的帶菌者（Carrier）。馬上轉介醫院，給予十天的投藥。

疫情由誰最先引爆？是指標病例（Index case）還是帶菌者（Carrier）？因為沒有進一步作分子生物學分析，如限制酶片段長度多型性分析（Restrictor Fregment Length Polymorphism, RFLP）、基因序列分析（Gene Frequency）、基因分型（Genotype）等，故無從得知。其實，沒有比撲滅疫情，保護學童健康更重要的事情了。

猩紅熱屬於第三類法定傳染病，九十二年全國通報病例數1163人，其中確定病例數642人。以台灣目前的醫療水準，猩紅熱不是要命的疾病。猩紅熱致病原是A群（Group A）β溶血性（Beta Hemolysis）鏈球菌（Streptococcus pyogenes），它會分泌一種可溶性的發紅毒素（Erythrotoxic toxin），患者軀幹、四肢之皮膚會變紅，尤其是頸部、腋窩、手肘、鼠蹊部等皺摺處特別明顯，故有猩紅熱之名。

猩紅熱好發於十五歲以下的小孩，潛伏期一至三天，主要症狀包括：發燒、喉嚨痛、噁心、嘔吐、草莓舌、皮膚紅疹、皮膚脫皮等，治療的首選藥物是盤尼西林（Penicillin）。猩紅熱有抗生素可以治療，它並不可怕，唯擔心少部分患者會併發急性腎絲球腎炎（Acute glomerulonephritis）、風濕性關節炎（Rheumatic arthritis）、風濕性心臟病（Rheumatic heart disease）、薛登漢氏舞蹈病（Sydenham's chorea）等疾病，這是猩紅熱受重視之原因。

猩紅熱主要經由飛沫與親密接觸來散播，鼻咽、喉頭等分泌物特別含高濃度的細菌，所以保持良好個人衛生習慣、空氣流通、常洗手是基本防範之道。衛生單位在此要懇請所有家長配合，凡小朋友有發燒等病徵，就醫後，請在家休養，以免傳染病在校園擴散。

（本文作者現任本局疾病管制課 課長）