

長期照護機構季節性流感（Seasonal Influenza）

感染管制措施指引

2017/6/15 訂定

壹、目的

流感病毒（Influenza virus）具有高度傳染力，常於長期照護機構中發生群突發事件，加上長期照護機構之服務對象多為流感併發症的高危險群，故特訂定感染管制指引，俾供各相關機構參考。

貳、流感病毒特性

流感病毒屬正黏液病毒科（Orthomyxoviridae），為單股負鏈的 RNA 病毒，具有外套膜，可分為 A、B、C 三型。A 型流感病毒（Influenza A）可依其表面之 18 種血球凝集素（Hemagglutinin）和 11 種神經胺酸酶（Neuraminidase）的組合而分成各種亞型，B 型和 C 型流感病毒沒有亞型之分。A 型和 B 型流感病毒常造成季節性（seasonal）流行，其中 A 型流感病毒變異性較大變異頻率高，容易造成全球（pandemic）大流行，至於 C 型流感病毒只會引起輕微的呼吸道症狀，通常不會引發流行。

參、流行病學與傳染途徑



流感為具有明顯季節性特徵的流行病，台灣因地處熱帶與亞熱帶地區，雖然全年皆會出現病例，但仍以秋、冬兩季較容易發生流行，高峰期多為每年 12 月至隔年 3 月。

流感病毒主要是藉由飛沫傳播，透過感染者咳嗽、打噴嚏、說話等產生的大顆粒飛沫，散播至鄰近者的鼻腔或口腔而傳染。另外也可藉由接觸而致病，例如：手接觸受病毒汙染的物體或環境表面後再碰觸眼、口或鼻。流感病毒可能產生微小的氣霧顆粒，但一般並不被認為是流感主要的傳播方式。

流感可發生在所有年齡層，感染後引起的症狀嚴重度與個體的免疫力、潛在性疾病和年齡等因素有關。小於 5 歲以下孩童（特別是 2 歲以下）、65 歲以上的老年人、懷孕婦女（包含產後 2 周內之婦女）、免疫功能不全者以及有慢性疾病患者（如：氣喘、慢性肺部疾病、心臟病、糖尿病、腎臟病、肥胖等）等為高危險族群，感染後有較大的可能發生流感併發症（如：中耳炎、支氣管炎、肺炎、腦炎、心肌炎等）而須住院治療，嚴重者甚至會死亡。據統計，長照機構中流感的侵襲率為 25% 至 70%。

肆、臨床症狀與診斷

流感潛伏期為 1 至 5 天，通常以 2 天最為常見。出現的主要症狀為：發燒（須注意並非所有感染者皆會發燒）或發熱/畏寒、咳嗽、喉嚨痛、流鼻水或鼻塞、肌肉或身體痠痛、頭痛、倦怠、嘔吐或腹瀉（較常見於孩童）。流感併發症多發生於病發後 1 至 2 週內。

可傳染期一般出現在症狀產生的前 1 天及發病後的 5 至 7 天，孩童可傳染期可達 7 天以上，而免疫功能不全者甚能排放病毒達數週或數月。另外感染後即便沒有任何症狀，仍能傳播病毒。

流感與一般感冒或呼吸道感染症狀有諸多雷同，一般可採鼻腔、鼻咽或咽喉拭子，以反轉錄聚合酶鏈鎖反應（RT-PCR）、免疫螢光染色法（Immunofluorescence straining assay）、病毒培養（viral culture）等方式進行檢驗。

伍、預防與治療

全球公認施打流感疫苗是防治流感最有效的方法，目前常見的流感疫苗有三價和四價不活化病毒流感疫苗，其係參考 WHO 每年預測可能流行之流感病毒株來配製。



孕婦與新生兒在感染流感後易造成嚴重的疾病，應加強其預防。故建議任何孕程的孕婦（可同時保護孕婦及胎兒）以及會與新生兒有親密接觸的產婦（因 6 個月以下的新生兒無流感疫苗可施打）施打流感疫苗。目前研究顯示，流感疫苗對於孕婦、胎兒以及哺餵母乳皆不會造成影響。

衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）建議接種流感疫苗者為：年滿 6 個月至 18 歲者、尤其未滿 5 歲幼兒為高危險群；50 歲以上成人；具有慢性肺病（含氣喘）、心血管疾病、腎臟、肝臟、神經、血液或代謝疾病者（含糖尿病）；免疫功能不全者；任何孕程懷孕婦女；居住於安養、養護等長期照護機構之受照顧者；肥胖者；醫療照顧者；與小於 5 歲幼兒、50 歲以上的成人或其他流感高危險族群同住或其照顧者，尤其 6 個月以下嬰兒之接觸者。疫苗注射後需約 2 周時間才能產生保護性抗體，故應於每年流感流行季來臨前施打。

感染流感病毒後，大多數患者可自行痊癒，而針對流感併發症患者的治療，一般以支持療法為主或經評估後給予抗流感病毒藥物治療。抗流感病毒藥物最好的使用時機為剛出現症狀的 48 小時內，然而對於症狀嚴重或可能併發重症的高危險群，

即使超過 48 小時給藥仍具有效益。目前抗流感病毒藥物主要包含兩大類，一類為 M2 蛋白抑制劑，另一類為神經胺酸酶抑制劑。近年流行的 A 型流感病毒已對於 M2 蛋白抑制劑類的 Amantadine 和 Rimantadine 這 2 種藥物有高程度的抗藥性，故不再建議使用。一般建議使用神經胺酸酶抑制劑類的錠劑 Oseltamivir（克流感，Tamiflu）和乾粉吸入劑型 Zanamivir（瑞樂沙，Relenza）等，但於長期照護機構使用時應考量部分服務對象並不適用吸入劑型的藥物。

陸、感染管制相關措施

一、預防感染措施

(一)一般預防措施

1. 機構內應設有充足洗手設備（包括洗手台、肥皂或手部消毒劑、酒精性乾洗手液）。
2. 勤洗手，使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液搓洗雙手至少 20 至 30 秒，尤其是在進食或服藥前、處理食物前、接觸抵抗力弱之族群（老人、嬰幼兒）前、如廁後和接觸感染者後。

3. 不同服務對象間不可共用灌食用具，用具並應維持清潔乾燥。

4. 流感病毒能於硬物、光滑表面（例如：輪椅、桌面等）存活 24 至 48 小時，而在有孔洞的表面（例如：衣物、紙張）可存活 8 至 12 小時。平時應針對環境中經常碰觸的器物表面（例如：門把、扶手等）定期進行清潔消毒，並維持環境通風。

5. 在流感流行期間：

(1) 避免出入人多、空氣不流通的場所。

(2) 機構內應減少舉辦非必要性的團體或大型活動，或是限制活動的人數，以免因人群聚集而交互感染。但所限制之活動應考量到健康服務對象的權益。

(3) 機構內應張貼海報或標語，來推廣勤洗手、咳嗽禮節、呼吸道衛生及有症狀者應戴口罩等防疫重點措施。

(二) 特殊預防措施

施打流感疫苗是預防流感的有效方法，在長期照護機構中流感疫苗能達到流感的預防效率可達 58%、

流感相關住院的預防效率為 45% 以及因流感或肺炎死亡的預防效率為 42%。

目前政府提供公費流感疫苗給長期照護機構之服務對象及機構中之直接照顧工作人員施打，除非有醫療上的禁忌，機構應有鼓勵服務對象與工作人員接種流感疫苗之策略與作為，並建立服務對象與工作人員的疫苗接種紀錄，其內容應包含姓名、接種之合約醫療院所名稱、接種日期、接種情形和未施打疫苗之原因等。

二、接觸感染者與感染物的感染管制措施

(一) 工作人員預防保護

1. 勤洗手，使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液搓洗雙手至少 20 至 30 秒，除應遵守洗手五時機（接觸服務對象前、執行清潔/無菌技術前、暴露服務對象血體液風險後、接觸服務對象後、接觸服務對象周遭環境後）外，另在處理食物前、清理遭污染的環境或物品的環境後、如廁後等亦須洗手。

2. 應於每年流感流行季前注射流感疫苗，以保護自身健康和預防流感傳播。工作人員疫苗施打率較低時較易導致機構中的流感群突發事件。
3. 應注意工作人員請假情形及監測有無流感症狀，若有發燒及呼吸道感染症狀應停止工作，直至未使用解熱劑且不再發燒 24 小時後才可恢復工作。
4. 應採取標準防護措施與飛沫防護措施：
 - (1) 飛沫防護措施須確實執行至感染者流感發病 7 天後或發燒及呼吸道症狀緩解 24 小時後，並以較長的防護期間為準。對於感染的嬰幼兒或免疫功能不全者，由於排放病毒的時間較長，須依據其臨床狀況採取更長的防護期間。
 - (2) 在進入感染者房室時應配戴口罩，並於離開房室後脫除口罩。
 - (3) 需接觸感染者的呼吸道分泌物或有潛在感染風險的物體表面時，應配戴手套。
 - (4) 當工作人員衣物有受感染者的呼吸道分泌物污染之虞時，應穿著隔離衣。

(5)照護不同服務對象時應更換手套、隔離衣，並確實進行手部衛生。

(6)當執行照護工作中可能產生血液、體液、分泌物、排泄物噴濺時，應配戴面罩或護目鏡。

(7)更換或脫除之拋棄型的個人防護裝備應依據廢棄物處理法棄置；若為可重複使用者，則應置於感染性汙衣籃/桶內。

(二)感染者照護處置

1. 住房安排：感染者應優先安置於隔離室/單人房內，若隔離室/單人房有限，則可將感染者集中照護，並應盡量維持至少 1 公尺以上的床距，並以床簾做區隔。

2. 轉房/轉介處理：應避免有症狀的感染者新入住、轉房或轉介至其他機構。若仍需要轉房或轉介，應盡可能要求感染者配戴口罩，注意相關感控原則，並將感染者的相關資訊與狀況事先提供給接送人員與接收機構。

3. 工作人員配置：應盡量安排由固定工作人員進行照護，或限制照護感染者之工作人員與其他健康服務對象之接觸，以避免交互感染。

4. 照護重點：

(1)若感染者有侵入性裝置，照護人員於執行鼻胃管護理、灌食、氣切照護等容易接觸到呼吸道黏膜或分泌物之照護工作時，須加強落實手部衛生。

(2)感染者為長期臥床者時，應定時翻身、拍背，並協助擺位，以協助排出痰液，避免疾病發展為肺炎。

(3)若感染者之衣物或床、被單上沾有口鼻分泌物，應隨時更換。

(4)照護儀器或設備（例如：血壓計、聽診器等）應專用或安排感染者最後使用，使用完後應清潔消毒。

5. 感染者自我管理

(1)除非無法戴口罩（例如：因為年齡太小或是呼吸道系統狀態的惡化），否則應配戴口罩以減少病毒傳播，口罩如有髒污、破損、潮濕或是變形，即應立即更換，並落實呼吸道衛生與咳嗽禮節。

- (2)應經常洗手，特別是接觸到呼吸道分泌物後務必要洗手，除能以肥皂和清水洗手外，若手部無明顯可見的污染物時，亦可以酒精性乾洗手液洗手。
- (3)咳嗽或打噴嚏時應以衛生紙掩住口鼻，並將使用後的衛生紙直接丟入垃圾桶內，若使用手帕或衣袖代替遮住口鼻，其手帕、衣物應經常更換清洗。
- (4)感染者應盡可能待在房室內避免至公共區域、學校、工作場所等人口密集處，並盡量與他人保持至少 1 公尺以上的距離，以避免病毒傳播。
- (5)不與他人共用餐具和茶杯等，機構應盡量送餐至房室，並請其於房室內用餐。
6. 新生兒因免疫力尚未健全，且感染流感病毒後易併發重症，因此若母親感染流感，建議應暫時與新生兒區隔，直到母親完全符合下列條件為止，條件包括：已使用抗流感病毒藥物治療達 48 小時以上、未使用解熱劑且未發燒達 24 小時以上以及能夠控制咳嗽和呼吸道分泌物。若只能維持母嬰同室，建議母嬰應保持至少 1 公尺以上的距離並採取隔簾等物理性阻隔，並

由其他健康的照護者照顧嬰兒。若母親仍須接觸新生兒時，應配戴口罩及穿著隔離衣，並徹底執行手部衛生，至少持續到發病 7 天後。母親如要哺餵母乳，應執行手部衛生後將母乳擠出，由其他健康的照護者哺餵新生兒。

7. 限制訪客：

(1) 應於機構出入口張貼明顯的流感防範警示海報和相關訪客探視規定。

(2) 機構應限制有發燒、咳嗽等呼吸道症狀的訪客探視服務對象或要求須配戴口罩和洗手，並做紀錄。

(3) 老人、兒童等免疫力較低者和孕婦應避免探視感染者。

(4) 訪客若欲探訪之服務對象為感染者，應配戴口罩，並於探視後確實執行手部衛生。

(三) 器物與環境處理

1. 消毒溶劑：

(1) 漂白水：經濟性佳，且具有一定程度的消毒效果

。一般消毒擦拭應用濃度 0.05%（500 ppm）之漂

白水^註；若為血體液、排泄物或嘔吐物等污染物，小於 10 毫升時應以 0.05%（500 ppm）漂白水處理，大於 10 毫升則以 0.5%（5000 ppm）漂白水^註處理。但須注意高濃度（>500 ppm）的漂白水會造成金屬的腐蝕作用。

(2)酒精：酒精能溶解病毒外套膜上之脂質，進而產生消毒殺菌之作用，因流感病毒具有外套膜，故亦可以酒精進行清潔消毒，一般而言 70%之酒精溶液^註是強效且廣效的殺菌消毒劑。

2. 感染物的處理：

(1)沾有感染者口、鼻或呼吸道分泌物之衛生紙等，應丟棄於有蓋的垃圾桶內，垃圾桶應經常清潔消毒，避免病毒暴露於環境中而散布。

(2)衣物、床單、被褥等應先行移除其固體汙染物後再清洗。若是以具有熱水供應系統的機器清洗，應以 70°C 的溫度清洗至少 25 分鐘；若為手洗，則需穿戴手部防護裝備（例如：橡膠手套）後以肥皂或清潔劑與水清洗，再浸泡於 0.05%（500 ppm

) 漂白水 20 至 30 分鐘，最後再用清水洗淨。

3. 環境與器物的清消

(1) 器械及物品：一般器材及物品應隨時保持清潔，

若有遭受污染之虞時，應消毒後方可使用。可重覆使用之醫材用後應先清洗，再行消毒或滅菌處理。

(2) 周遭環境：每日清潔消毒住床、床旁桌椅、廁所

、浴室，感染者經常接觸的範圍如床欄、輪椅、電話、電視遙控器、叫人鈴按鈕、門把、呼吸器等物

體表面需加強清潔及消毒，應經常使用稀釋之

0.05% (500 ppm) 漂白水擦拭；有大於 10 毫升血

體液、嘔吐物、排泄物污染之虞時，則以 0.5% (

5000 ppm) 漂白水處理，且均應至少作用 10 分鐘

。

註：

1. 濃度 0.05% (500 ppm) 之漂白水，係以市售

漂白水 5.25% 稀釋 100 倍

2. 濃度 0.5% (5000 ppm) 之漂白水，則以市售

漂白水 5.25% 稀釋 10 倍。



3. 濃度 70%之酒精，係以 3 份市售之 95%酒精

加 1 份蒸餾水或煮沸過冷水稀釋。

三、群突發事件處理原則

(一)機構應每日監測服務對象及工作人員（含流動工作人員

）之健康狀況，如出現發燒（含突然發燒^註、不明原因發燒）、咳嗽、喉嚨痛、呼吸急促、流鼻涕、肌肉痠痛、頭痛或極度倦怠感等上呼吸道感染或類流感症狀，應依「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」進行通報。

註：突然發燒指耳溫超過 38°C，若為慢性病患或長期臥床者，則指耳溫量測超過 37.5°C 者。

(二)當服務對象或工作人員有相同症狀且具人、時、地關連性，疑似發生群突發事件時，應配合衛生主管機關進行疫情監測調查。

(三)疫情監測調查：依據傳染病及流行病學原理，確定病例定義，選定調查範圍與方法，採集人員或環境檢體並收集相關資料輔助分析調查。

(四)感染源與感染鏈的阻斷：

1. 依據前述「陸、感染管制措施、二、接觸感染者與感
染物的感染管制措施」辦理。
2. 應限制感染區域與非感染區域人員的跨區移動。
3. 應配合主管機關進行接觸者追蹤、疫情監測或預防性
投藥等防治工作，以降低疫情擴散。

柒、參考資料

1. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Influenza Outbreak Management in Long-Term Care Facilities, 2017.
2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Influenza from <http://www.cdc.gov/flu/index.htm>.
3. Philip W. Smith et al: SHEA/APIC guideline: infection prevention and control in the long-term care facility, Am J Infect Control.2008 September; 36(7), 504-535.
4. Infection Control Guidelines for Intermediate Long Term Care Sector (ILTCs), Singapore MOH, 2014.
5. Sherif B. Mossad et al: Influenza in long-term care facilities: Preventable, detectable, treatable, Cleveland Clinic Journal of Medicine.2009 September; 76(9), 513-521.
6. U.S. Department of Health & Human Services (HHS).2015 Influenza from :www.flu.gov
7. WHO. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. 2014.
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2006; 55(RR 10), 1-42.
9. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 Guidance for the Prevention and Control of Influenza in the Peri- and Postpartum Settings from



<http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/peri-post-settings.htm>.

- 10.衛生福利部疾病管制署：季節性流感防治工作手冊。衛生福利部疾病管制署 2017。
- 11.衛生福利部疾病管制署：醫療機構感染管制手冊彙編。衛生福利部疾病管制署 2014:26-150。

