資料來源：職業安全健康局

預防工作場所蚊子傳播疾病

寨卡病毒正在中美洲及南美洲肆虐，引起全球關注。香港位於亞熱帶地區，夏天炎熱且雨量多，加上有很多山林，非常適合蚊子繁殖。蚊子對人類的滋擾，除了會引致皮膚痕癢，敏感和失眠外，它們亦是很多傳染病的傳播媒介，例如登革熱、日本腦炎和瘧疾等。為免蚊患擴散及蚊子滋生，各行業工作場所積極參與防治蚊患甚為重要。本文將介紹多種香港常見蚊傳播疾病，以及預防病媒蚊滋生的措施。

要做到防蚊，首先要了解牠們的生活習性。

蚊子的生命週期

蚊子須要經過四個階段的蛻變，才可以由卵變為成蟲。蚊子先行產卵於水中，卵孵化為幼蛻變成蛹，最後變成蚊。

在氣候炎熱和潮濕的夏季，蚊子平均只需七天便可以由卵變為成蟲，雄蚊壽命約一至兩星期，而雌蚊則有兩至三星期。

蚊子的生活習慣和特徵

不同種類的蚊子各有不同習慣和特性，而一般的蚊子都有以下共同之處：

- 以夜行為主，但亦有在日間活動。一般會棲息在陰暗角落。所有蚊子主要以吸食花蜜或植物汁液為食糧，當中雌蚊產卵前須吸血。
- 蚊子根據人或動物的體味、皮膚的溫度和所呼出的二氧化碳含量追尋吸血目標。按蚊子的品種而異，吸血的雌蚊會選擇吸食兩棲類、爬蟲類、鳥類、哺乳類動物的血，部分則嗜人血。

UPM Finesse Classic Matt, 90 gsm

直至2016年2月5日，香港預防及控制疾病條例共列有四種法定須呈報與蚊子有關的傳染病。它們分別是登革熱、日本腦炎、瘧疾及近日肆虐的寨卡病毒。

根據呈報的資料顯示，大部分個案均為外地傳入。當中最受關注的是由伊蚊傳播的寨卡病毒和登革熱。

寨卡病毒是一種蚊媒傳染病，已在非洲、美洲、亞洲和太平洋地區爆發。病毒主要透過受到感染的伊蚊叮咬而傳染給人類。雖然香港並未發現主要傳播寨卡病毒的埃及伊蚊，但其他種類的伊蚊，如白紋伊蚊在香港非常普遍。由於國際旅遊頻繁，寨卡病毒傳入香港的風險一直存在。

香港衞生署衞生防護中心更指出，患者感染寨卡病毒後未必會出現病徵，但病毒短期內仍會留在血液中，如再被本地白紋伊蚊叮咬，病毒會在香港傳播。因此，建議外遊人士從受影響地區回港後14天內，即使沒有病徵，也應繼續使用驅蚊劑，避免被白紋伊蚊叮咬，減低病毒在港傳播的機會。

寨卡病毒已被證實與懷孕的不良影響（初生嬰兒出現小頭畸形）和其他神經系統及自身免疫性的併發症（如吉巴氏綜合症）有潛在關係。因此，懷孕婦女如非必要，應考慮延後到訪寨卡病毒持續傳播的地區。

按衛生署衛生防衛中心提供的傳染病統計數字，香港確診由蚊子傳播的疾病有上升趨勢，近年登革熱個案更逾百宗，令人憂慮登革熱病毒已植根香港。

傳染病統計數字／年份	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年（首兩個月）
登革熱	30	53	103	112	114	9
瘧疾	41	26	20	23	22	1
日本腦炎	1	3	6	5	2	0

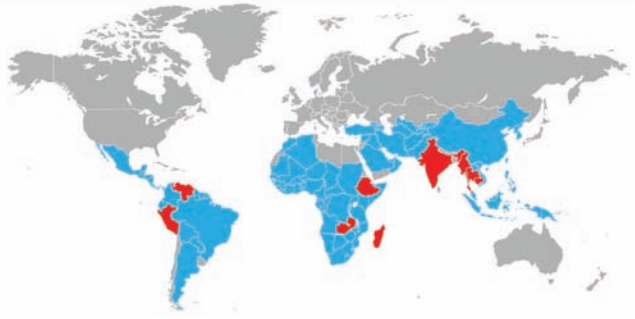
瘧疾

瘧疾是由瘧原蟲屬的寄生蟲引致，並由雌性受感染的按蚊叮咬而傳播，是一種可致命的嚴重疾病，常見於氣候溫暖的地區，如非洲、東南亞及南美洲等熱帶及亞熱帶地區。

估計全球97個國家及地區，共有32億人口正處於感染瘧疾和發病的風險。當中，12億人處於高風險（＞1/1000的機會感染瘧疾）。世界瘧疾2015年度的報告指出，去年全球共有2.14億宗的瘧疾病例及有438,000宗瘧疾死亡個案。

自2000年以來，瘧疾病例和死亡個案減少37%和60%。世界衛生組織估計瘧疾在非洲區域非常嚴重，佔整體瘧疾死亡個案的90%，當中五歲以下兒童的死亡人數佔三分之二以上。

瘧疾傳播風險（2000年至2015年）



● 高風險
● 有潛在風險

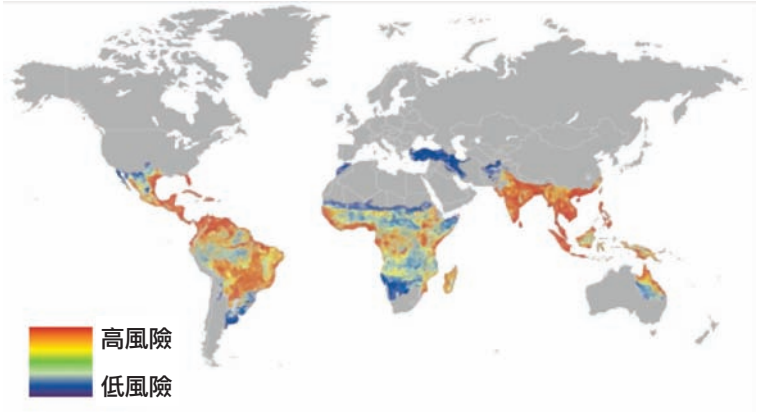
登革熱

登革熱是一種由登革熱病毒引起的急性傳染病，常見於熱帶和亞熱帶地區。有研究指出每年估計有五億人口感染登革熱，傳播區域橫跨大約100個國家，而且有進一步傳播開去的傾向。

香港的病媒是白紋伊蚊，登革熱雖然未成為當地的風土病，但香港仍不時錄得由外地傳入的零星登革熱個案，當中有些更是從情況相當嚴重的東南亞國家傳入。

登革熱是透過帶有登革熱病毒的雌性伊蚊叮咬而傳染給人類。登革熱病毒共有四種不同血清型，每一型均可引致登革熱及重症登革熱（又稱為登革出血熱）。第一次感染登革熱的病情一般都較輕，病癒後對該類型病毒會產生免疫力，但若隨後感染其他類型的登革熱病毒時，出現重症登革熱的機會則較高。重症登革熱是一種由登革熱所引起的併發症，病情比較嚴重，可導致死亡。登革熱患者康復後，身體會產生免疫能力，可預防同一血清型病毒的感染，卻不會有針對其他三種血清型病毒的防禦能力。

登革熱傳播風險（2012年）



日本腦炎

日本腦炎又稱為流行性乙型腦炎，是由日本腦炎病毒所引起的疾病。主要流行於亞洲及西太平洋地區的郊外及農村。因為疫苗有效控制疾病傳播，日本、韓國、中國的部分地區、尼泊爾、斯里蘭卡、泰國及越南均錄得日本腦炎個案數字下降。孟加拉、印度及巴基斯坦的一些地區、柬埔寨、老撾及菲律賓仍然錄得日本腦炎個案。

東南亞地區的日本腦炎個案主要發生於雨季，但在熱帶氣候區則全年發生。而在中國、日本、朝鮮半島和俄羅斯東部地區的溫帶地區，日本腦炎個案則發生於夏季和秋季。在香港，日本腦炎並不是流行病，只要保持環境清潔，防治蚊患，染病的機會不高。

UPM Finesse Classic Matt, 90 gsm

	登革熱	虐疾	日本腦炎	寨卡病毒
病媒蚊（香港）	 伊蚊（白紋伊蚊）	 微小按蚊；日月潭按蚊（又稱雜普爾按蚊）	 三帶喙庫蚊子	 埃及伊蚊（香港未有發現）伊蚊如白紋伊蚊亦被視為可能的病媒
傳播途徑	登革熱患者被病媒蚊叮咬後，病媒蚊便會帶有病毒，若再叮咬其他人，便有機會將病毒傳播。	雌性按蚊叮咬了瘧疾患者後，蚊子會受到感染，並在叮咬另一人時傳播瘧疾。	日本腦炎病毒在鳥類及豬隻體內繁殖，未帶病毒的蚊媒，叮咬了帶有病毒的家禽家畜後，蚊子吸入病毒，病毒便在蚊子的細胞內增加，再移到體腔進入血液。如再叮人，人類就會受感染。	主要透過受到感染的伊蚊叮咬而傳染給人類。另外，寨卡病毒亦可透過血液或性接觸傳染。
活躍時間	日間（尤其是日落前兩小時）	午夜（晚上十一時至凌晨二時）	晚間（入黑後一小時）	不詳
潛伏期	三至 14 日，最常見四至七日	七至 30 日，可達數月或更長	四至 14 天	二至七天
病徵	突發的高燒、嚴重頭痛、眼窩後疼痛、肌肉及關節痛、食慾不振、嘔心及出疹。 重症登革熱的患者初時會出現發高燒、面部發紅，以及與登革熱相關的一般病徵。高溫可持續二至七天，而體溫甚至高達攝氏 40 至 41 度。及後，患者或會有出血的症狀。最嚴重的情況會導致血液循環系統衰竭、休克及死亡。	間歇性發燒、發冷、冒汗、頭痛、疲倦、胃口欠佳及肌肉疼痛等徵狀。 典型病例中，患者最初會發燒，接著熱度會消退一至三日，其後發燒、退燒情況會循環出現。併發症包括貧血、肝臟及腎臟衰竭、痙攣、神志不清及昏迷，如未能及早醫治，可引致死亡。	輕微者除發燒及頭痛外，一般不會有其他顯著病徵。 病情嚴重者則較快病發，並出現頭痛、發高燒、頸部僵硬、神志不清、昏迷、震顫、抽搐（尤其是兒童）及癱瘓等症狀。	大部分寨卡病毒感染並沒有病徵。 輕微的病徵包括發燒、皮疹、結膜炎、肌肉或關節疼痛和疲累。這些症狀一般及持續數天。
治療藥物	X	✓	X	X
治療方法	患者一般都會自行痊癒，而症狀療法可助紓緩不適。重症登革熱患者則須接受適時的支援性治療，而治療的主要目的是保持血液循環系統的運作。	醫生會處方抗瘧疾藥物和其他支援性治療，患者須根據醫生的吩咐完成整個抗瘧疾藥物的療程，以確保將體內的瘧原蟲徹底根除。	醫生一般對患者施以支援性治療。此病的死亡率為 5% 至 35%，康復者可能有神經系統的後遺症。	醫生一般透過症狀療法以紓緩不適及預防脫水。
疫苗／預防藥物	X	✓（預防藥物）	✓（疫苗）	X

杜絕蚊子的方法

由於現時尚未有疫苗可有效防治登革熱和寨卡病毒，因此防控病媒是防治蚊子傳播疾病的唯一方法。

為防止蚊子滋生，工作場所應採取一系列滅蚊和預防措施。滅蚊的重點不在於消滅成蚊，因為牠們可以到處飛，難以用殺蟲劑根絕。蚊卵在未孵化成蚊前要經過蚊卵、幼蜕及蚊蛹三個階段，而且均在水中進行，因此滅蚊的重點在於消除蚊卵及清除積水，在蚊卵未孵化成蚊前把牠滅絕，才是最有效的滅蚊方法。

■ 如發現滋生蚊蟲的積水，應盡快清除。若有需要，應適當施用對環境安全的殺幼蟲劑。

■ 1. 把所有貯水容器蓋好，以防蚊子飛進產卵。
2. 清除器皿中的積水。

■ 1. 經常巡視數工作場所，確保沒有滋生蚊蟲。
2. 適當棄置空罐和空飯盒。

■ 為防止蚊蟲滋生，應最少每星期將洞穴、窪地及坑道的積水抽乾，經沉澱後排放到雨水渠。

此外預防蚊子傳播疾病的最佳方法是避免被蚊子叮咬，預防措施如下：

1. 應穿著寬鬆、淺色長袖上衣及長褲，並於外露的皮膚及衣服上，塗上含避蚊胺 NN-Diethyltoluamide（DEET）成分的有效蚊怕水或蚊怕膏，在有需要時重覆使用。成年人使用的（DEET）濃度，應不超過 35%。
2. 如休息地方沒有空調設備，應裝置蚊帳或防蚊網。

如曾被蚊叮咬，及後出現病徵的話，或曾經到過由蚊子傳播疾病流行地區而回港後一個月內生病，尤其是發熱，應盡快尋求醫生治理。■

參考資料：

1. 衞生署衞生防護中心 2014，預防蚊子傳播的疾病
2. 衞生署衞生防護中心 2015，傳染病統計數字
3. 衞生署衞生防護中心 2015，傳染病
4. 衞生署旅遊健康服務 2016，旅遊相關疾病
5. 食物環境衞生署 2015，蚊蟲及其防治
6. 食物環境衞生署 2012，齊心協力除積水杜絕蚊患保健康刊物
7. World Health Organization（WHO）2011, 2013, Information for travelers
8. Simmons CP et al（2012）Dengue, New England Journal of Medicine, 366:1423-1432