

# 广东省卫生厅

---

粤卫函〔2012〕665号

## 关于印发广东省乙型病毒性肝炎疫苗接种指引（试行）的通知

各地级以上市卫生局、深圳市卫生和人口计划生育委员会，佛山市顺德区人口和卫生药品监督局，省疾病预防控制中心：

现将《广东省乙型病毒性肝炎疫苗接种指引（试行）》印发给你们，请结合当地实际情况，参照执行。各地在执行过程中有何问题和建议，请径向省疾病预防控制中心反映。

联系人：王剑莉， 联系电话：020-83710654。



（信息公开形式：主动公开）

---

# 广东省乙型病毒性肝炎疫苗接种指引（试行）

乙型病毒性肝炎（以下简称“乙肝”）是由乙肝病毒（HBV）引起的以肝脏损坏为主要病变的传染病。乙肝大多呈慢性感染，少数病例可发展为肝硬化或肝细胞癌。世界卫生组织(WHO)估计全球每年至少有 20 亿人感染过 HBV。据 2006 年全国人群乙肝血清流行病学调查，我国 1~59 岁人群乙肝表面抗原（HBsAg）流行率为 7.18%，推算全国有 HBsAg 携带者 9300 万人，乙肝感染流行率为 34.28%，推算全国感染过乙肝病毒的有近 5 亿人。乙肝给我国社会和家庭带来了沉重的疾病负担，对社会稳定以及社会经济发展有着不可忽视的直接或间接影响。1992 年和 2006 年全国人群乙肝血清流调结果显示，我省人群 HBsAg 流行率分别排在全国的首位和第 2 位，控制乙肝流行已成为我省疾病防治工作的当务之急。

接种乙肝疫苗是迄今为止全球公认的预防控制乙肝最有效、最安全、最经济的措施。1992 年我省将乙肝疫苗纳入计划免疫管理，2002 年纳入儿童免疫规划。经过二十年的努力，我省乙肝防控工作取得显著成效，据 1992 年、2006 年两次乙肝血清流行病学调查结果显示，我省 1~14 岁儿童 HBsAg 流行率明显下降，从 1992 年的 19.9% 下降到 2006 年的 4.6%，其中 1~4 岁儿童 HBsAg 流行率从 1992 年的 16.7% 下降到 2006 年的 1.9%。

为进一步规范和加强我省乙肝疫苗接种工作，在参考国内外最新研究成果的基础上，制订本指引。

## 一、接种对象

所有未接种或者未全程接种乙肝疫苗或接种史不详者。

**重点人群：**新生儿、婴幼儿和青少年儿童。

**高危人群：**

（一）存在经皮肤和黏膜暴露血液风险的人群：包括静脉吸毒者、HBsAg携带者或乙肝患者的家庭成员、易发生外伤者、血液透析者及器官移植者。

（二）存在性暴露感染风险的人群：包括男同性恋者、多性伴者及性伴为HBsAg阳性者。

（三）存在职业暴露风险的人群：如医务工作者、经常接触血液的人员、医学院校学生、救援（公安、司法、消防、应急救援等）人员及福利院、残障机构和托幼机构等工作人员。

（四）其他人群：如乙肝以外的其他慢性肝病患者、HBV高发区的居住者及旅行者、免疫缺陷或免疫低下者、HIV阳性者。

## 二、接种程序

乙肝疫苗全程需接种3剂次，免疫程序为“0-1-6”，即接种第1剂次疫苗后，间隔1个月和6个月分别接种第2和第3剂次疫苗。

乙肝疫苗注射部位为上臂三角肌肌内注射。

为便于操作管理和接种反应观察，规定：新生儿卡介苗在左

上臂三角肌中部略下处皮内注射，乙肝疫苗在右上臂三角肌肌肉内注射，乙肝免疫球蛋白（HBIG）在大腿前外侧中部肌肉注射。HBIG 与卡介苗在不同部位同时接种不会降低卡介苗的免疫效果。

### 三、接种方案

乙肝疫苗接种对象必须严格按照疫苗说明书执行。

#### （一）新生儿。

孕妇分娩前应检测乙肝两对半，根据检测结果决定新生儿乙肝疫苗接种方案。为保证及时接种，新生儿首剂乙肝疫苗由接生单位接种。

##### 1.正常体重新生儿。

母亲 HBsAg 阴性，新生儿在出生后 24 小时内接种第 1 剂次 10 $\mu$ g 乙肝疫苗，间隔 1 个月和 6 个月分别接种第 2 和第 3 剂次 10 $\mu$ g 乙肝疫苗。

母亲 HBsAg 阳性，新生儿在出生后 12h 内注射 HBIG（剂量  $\geq 100$ IU），同时在不同部位接种 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗，间隔 1 个月和 6 个月分别接种第 2 和第 3 剂次 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗。新生儿在出生 12 h 内注射 HBIG 和乙型肝炎疫苗后，可接受 HBsAg 阳性母亲的哺乳。建议 HBsAg 阳性母亲所生新生儿在 9~12 月龄时（完成乙肝疫苗全程免疫 1 个月后）检测 HBsAg 和抗-HBs，如果没有产生保护性抗体，再按“0-1-6”程序接种 3 剂次 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗。

如果孕妇分娩前 HBsAg 情况不明，应尽快抽血进行化验。当测试结果未知时，新生儿在出生后 12h 内接种第 1 剂次 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗，暂不注射 HBIG。一旦化验结果证实母亲为 HBsAg 阳性，新生儿应在出生后 7d 内尽早注射 HBIG（剂量 $\geq$ 100IU）。间隔 1 个月和 6 个月分别接种第 2 和第 3 剂次 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗。

## 2. 体重 < 2kg 新生儿。

母亲 HBsAg 阴性，出生体重低于 2kg 的新生儿在 1 个月龄或体重超过 2kg 时开始接种第 1 剂次 10 $\mu$ g 乙肝疫苗，间隔 1 个月和 6 个月分别接种第 2 和第 3 剂次 10 $\mu$ g 乙肝疫苗。

母亲 HBsAg 阳性或 HBsAg 的情况未知时，出生体重低于 2kg 的新生儿可在出生后 12h 内注射 HBIG（剂量 $\geq$ 100IU），同时在不同部位接种 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗，然而，在出生时接种的疫苗剂次不应计算在必须的 3 剂次程序内。在 1 个月龄时按“0-1-6”程序重新接种 3 剂次 10 $\mu$ g 酵母或 20 $\mu$ g CHO 乙肝疫苗，即 1 月龄、2 月龄和 7 月龄分别接种第 1 剂次、第 2 和第 3 剂次乙肝疫苗。

## （二）青少年儿童。

对未接种或接种史不详的青少年儿童按“0-1-6”程序补种 3 剂次 10 $\mu$ g 及以上剂量乙肝疫苗，未全程接种的只需用 10 $\mu$ g 及以上剂量乙肝疫苗补种未完成的剂次。

## （三）成人。

按照“0-1-6”程序接种 20 $\mu$ g 及以上剂量乙肝疫苗。

#### 四、意外暴露后HBV感染的预防

在意外接触HBV感染者的血液和体液后，可按照以下方法处理：

（一）血清学检测：应立即进行HBsAg、抗-HBs等乙肝标志物、ALT和AST检测，并建议在3个月和6个月内复查。

（二）主动和被动免疫：如已接种过乙肝疫苗，且已知抗-HBs $\geq$ 10 IU/L者，可不进行特殊处理。如未接种过乙肝疫苗，或虽接种过乙肝疫苗，但抗-HBs $<$ 10 IU/L或抗-HBs水平不详，应立即注射HBIG 200 ~ 400 IU，并同时在不同部位接种1剂次20 $\mu$ g乙肝疫苗，于1个月和6个月后分别接种第2和第3剂次20 $\mu$ g乙肝疫苗。

#### 五、接种前和接种后检测

接种前不需血清学筛查。乙肝疫苗的成分分析和对各类人群乙肝疫苗免疫实践证明，接种乙肝疫苗前不筛查是安全的。美国免疫实施咨询委员会指出对感染过和未感染过HBV者接种乙肝疫苗都是安全的。国内外多项研究证明不筛查是安全的。WHO不建议常规接种前进行血清学检测。建议成人接种按照“知情同意，自愿接种”原则，接种前可不进行血清学筛查。

常规接种后免疫力检测是没必要的。一般人群不需要在接种后进行抗-HBs检测，但对高危人群建议进行抗-HBs检测，如抗-HBs $<$ 10IU/L，建议再全程接种3剂次乙肝疫苗。以下人群应考

考虑开展接种后检测:(一)因职业原因可能感染 HBV 的人群;(二) HBsAg 阳性母亲所生的婴儿;(三)长期血液透析患者、HIV 感染者和其他免疫功能低下者;(四) HBsAg 阳性的性伴侣或针头共用者。

## 六、接种后无应答的处理

全程接种乙肝疫苗后,绝大多数接种者体内可产生高滴度的保护性抗体。但由于免疫功能低下或其他原因,少数接种者对疫苗接种无应答(抗-HBs < 10IU/L)。对无应答者,应增加疫苗的接种剂量和剂次;对 3 剂次免疫程序无应答者可再接种 3 剂次,并于第 2 次接种 3 剂次乙肝疫苗后 1-2 个月检测血清中抗-HBs,如仍无应答,成人可接种一剂次 60 $\mu$ g 重组酵母乙肝疫苗。

**主题词：疾病预防 疫苗 预防接种 通知**

抄送：各地级以上市疾控中心。

---

校对：疾控处 王剑莉

(共印 10 份)

