

從兒童肝炎疫苗 走向國際化的肝炎防治

◎新北市立土城醫院兒童胃腸肝膽科主治醫師 賴宏香



學歷

台北醫學大學醫學系

專長

兒童胃腸道及肝膽疾病、
兒童營養學、
兒童腹部超音波及內視鏡檢查

根 據世界衛生組織的統計顯示，目前約有 3 億 2 千 5 百萬的民眾與 B 型肝炎及 C 型肝炎共存，而其中約有 8 成的民眾缺乏適當的預防、檢測及治療，後續可能會造成慢性肝病、肝硬化及肝癌等問題。包含 A 型、B 型、C 型、D 型及 E 型肝炎在內的病毒性肝炎實乃國際化的公共衛生問題，因此世界衛生組織近年已發表希望能在 2030 年達成全球消除肝炎的目標。

台灣自 1984 年開始逐步推動新生兒全面接種 B 型肝炎疫苗，並提供母親為 B 型肝炎 e 抗原陽性之新生兒，接種公費 B 型肝炎免疫球蛋白，目前因母嬰垂直感染而造成慢性帶原的比率已大幅

下降。從 2019 年起，衛生福利部疾病管制署更修訂公費 B 型肝炎免疫球蛋白的實施對象，擴展至母親為 B 型肝炎表面抗原陽性之所有國內新生兒，均可在出生 24 小時內儘速接種公費的 B 型肝炎免疫球蛋白及第一劑 B 型肝炎疫苗，並在出生滿 12 個月時，接受 B 型肝炎表面抗原及表面抗體之檢測，期能及早採取追蹤及後續補接種等措施。

多數民眾如果已依照規定時程完成 B 型肝炎疫苗接種，即使數年後血清中的表面抗體檢測為陰性，其對於 B 型肝炎病毒感染仍具有細胞性免疫保護力，因此傳染病防治諮詢會預防接種組目前建議，一般民眾無須在單純因血清抗體檢測為陰性的情況追加接種 B 型肝炎疫苗，但若為 B 型肝炎感染的高危險群，如接受血液透析、器官移植、血液製劑治療者、免疫不全者；多重性伴侶、注射藥癮者；同住者或性伴侶為帶原者；身心發展遲緩收容機構之住民與工作者；可能接觸血液之醫療衛生等工作人員，可自費追加 1 劑疫苗，若 1 個月後抽血檢測之表面抗體仍為陰性（ $<10\text{mIU/mL}$ ），可以自費依照 0-1-6 個月的時程接續完成第 2 及第 3 劑 B 型肝炎疫苗接種，若採取 3 劑補接種措施後血清中仍無法驗出抗體存在，則無須再進行接種，但仍應採取相關之預防措施並接受定期追蹤。

有別於 B 型、C 型及 D 型肝炎通常需經由接觸感染者的血液或體液而感染，A 型及 E 型肝炎通常是病從口入，

經由吃進受到肝炎病毒污染的食物或水源而感染。即便絕大部分感染 A 型肝炎的民眾都可以自然痊癒，但其症狀的嚴重程度卻會隨著感染的年齡增長而加重，因此若能在兒童時期就採取良好的預防接種措施，即可達到很好的保護效力。

近兩年，台灣亦修訂公費 A 型肝炎疫苗接種的對象由原來限定實施地區（包含設籍於 30 個山地鄉、9 個鄰近山地鄉之平地鄉及金門連江兩縣等地區）之學齡前幼童（含 2016 年以前出生）全面擴展至國內所有於 2017 年（含）以後出生之幼兒，並自 2019 年 4 月起開放國小 6 年級（含）以下（2006 年 9 月 2 日以後出生）之低收入及中低收入戶兒童接受公費 A 型肝炎疫苗接種。第 1 劑公費 A 型肝炎疫苗的接種時程訂於出生滿 12 至 15 個月，而間隔 6 個月後可再接種第 2 劑以增強保護力；未符合公費接種 A 型肝炎疫苗的民眾則可以選擇自費接種疫苗。

隨著嬰幼兒常規預防接種的日漸完善，許多在過去讓人聞之色變的傳染性疾病都已鮮少在台灣發生。除了維持國內良好的飲食、飲水及環境衛生，個人衛生及安全性行為之宣導對於疾病的預防也是舉足輕重。若能從兒童時期開始好好地落實包含疫苗接種等各項預防及監測措施，並針對已感染的個案確實進行治療，依照台灣整體性的防疫措施及衛生政策，一定能夠逐步邁向國際化的肝炎防治。📍