

加强对新生儿以外人群乙型肝炎疫苗免疫

庄辉

在五型病毒性肝炎中,以乙型肝炎(乙肝)对我国人民健康危害最为严重。急性乙肝易发展成慢性,其中一部分可演变为肝硬化和原发性肝细胞癌(肝癌)。因此,接种乙肝疫苗不仅可预防乙肝,也可预防由乙肝病毒(HBV)感染引起的肝硬化和肝癌。由于丁型肝炎病毒必须在 HBV 感染的基础上才能感染,因此,接种乙肝疫苗还可预防丁型肝炎。自 1991 年世界卫生组织(WHO)提出将乙肝疫苗纳入计划免疫后,至今已有 90 余个国家达到 WHO 提出的目标。我国于 1992 年将乙肝疫苗纳入计划免疫管理,并于 2002 年正式纳入计划免疫。由于新生儿感染 HBV 后,约 90% 将成为慢性携带者,并在成年后易发展成肝硬化和肝癌。母婴围产期传播是我国乙肝的主要传播途径之一,在我国人群中约 35%~40% 乙肝表面抗原(HBsAg)携带者是由母婴围产期传播引起的,因此,给所有新生儿全程接种乙肝疫苗是预防和控制乙肝的重要措施。

自 1992 年我国将乙肝疫苗纳入计划免疫管理后,各省(市、自治区)的新生儿乙肝疫苗接种率有明显提高,但各地差别较大,东部地区高于西部地区,城市高于农村。据 1999 年调查,有 26 个省(市、自治区)新生儿于出生 24 h 内及时接种率和 3 针全程接种率低于 35%,提示我国有相当一部分儿童未接种或未及时全程接种乙肝疫苗。即使是在 2002 年后,虽然我国已将乙肝疫苗正式纳入计划免疫,但由于种种原因,仍有一部分新生儿未接种或未及时全程接种乙肝疫苗,尤其是在边远和贫困地区。全国病毒性肝炎血清流行病学调查显示,我国人群 HBV 感染率随年龄增长而上升,提示除母婴传播外,还存在水平传播。如在新生儿时期未接种乙肝疫苗,今后仍有可能感染 HBV。因此,除对新生儿进行乙肝疫苗计划免疫外,还应对其他人群接种乙肝疫苗,以预防水平传播。目前世界上不少国家,在实施新生儿乙肝疫苗计划免疫同时,对其他人群(包括儿童、青少年、成人及高危人群等)也进行乙肝疫苗接种。在实施上述免疫策略后,人群 HBsAg 携带率、急性

乙肝发病率和 HBV 感染率均明显下降。

我国是乙肝高流行区,传染源众多,存在多种传播途径,特别是近年来,静脉内滥用毒品、性乱等活动明显增多,HBV 通过不安全注射、性接触等途径传播有上升趋势。目前我国一般人群的 HBsAg 携带率仍较高,提示单独实施对新生儿乙肝疫苗免疫策略,不能完全控制 HBV 在人群中传播。因此,必须对新生儿及新生儿以外人群同时实施乙肝疫苗免疫,只有这样,才能真正预防 HBV 的传播。目前,我国每年乙肝疫苗的生产量约为 6000 万~8000 万支,并有潜力再增加产量,以满足新生儿及其他人群乙肝疫苗免疫的需要。同时,近年来,由于广大人民群众的生活水平和自我保健意识不断提高,他们对医疗卫生服务的需求增加,主动要求接种乙肝疫苗。新生儿乙肝疫苗接种已纳入计划免疫,各省(市、自治区)正在有计划、有步骤地实施该项免疫策略。因此,现在是时机提出,在加强新生儿乙肝疫苗计划免疫同时,实施对新生儿以外人群的乙肝疫苗免疫策略。

新生儿以外人群的乙肝疫苗免疫对象包括重点人群和高危人群。重点人群是指 2~13 岁未接种或未全程接种乙肝疫苗的儿童,以及托幼机构和饮食行业的工作人员。高危人群包括中、高等医学院校学生及各级医务人员,HBsAg 携带者或乙肝患者的家庭成员,经常接触血标本的检验和科研人员,静脉内滥用毒品者,男同性恋及性乱者,经常输血或血制品的患者,器官移植患者,免疫功能低下者(如癌症和透析患者)等。为了落实新生儿以外人群乙肝疫苗的免疫策略,还应制订相应政策及具体的实施方案,如乙肝疫苗的接种剂量和程序以及接种费用等。北京市自 1988 年开始,在对新生儿普种乙肝疫苗的同时,对学龄前儿童和中、小学生也接种乙肝疫苗。2002 年 5~9 岁儿童的乙肝发病率由 1990 年的 18.67/10 万降至 1.32/10 万,下降 92.9%。因此,如果我国在加强新生儿乙肝疫苗免疫的同时,实施对新生儿以外人群的乙肝疫苗免疫,HBV 感染率和乙肝发病率将明显下降。

(收稿日期 2004-01-05)

(本文编辑:尹廉)