

## 台灣地區 B 型肝炎防治計劃

許多研究資料顯示肝細胞癌及肝硬化與 B 型肝炎慢性帶原密切相關：民國 72 年台灣地區十大死因之首，為惡性腫瘤，其死亡率高達 81.65/100,000，其中死於肝細胞癌者約佔 20%，為男性惡性腫瘤死亡之首因，女性惡性腫瘤死因的第二位；肝硬化亦居台灣地區十大死因第六位，死亡率為 17.11/100,000。

台灣為世界上 B 型肝炎表面抗原高帶原率地區之一，帶原率高達 15-20%。資料顯示愈年幼發生的感染，愈容易演變成高傳染力的 e 抗原陽性慢性帶原者。台灣地區，B 型肝炎帶原母親中約有 40% 為 e 抗原陽性者，此比率高於世界上其他 B 型肝炎流行地區。若母親為 B 型肝炎 e 抗原陽性帶原者，其所生之新生兒約有 90% 會成為帶原者，所幸上述母兒垂直途徑之感染大多發生於分娩時，新生兒可能因接觸母血而被感染，

只有極少數的新生兒可能在母體子宮內感染；因此新生兒在出生時注射 B 型肝炎疫苗，將可遏阻母兒垂直感染發生。

民國 70 年，畢氏等研究發現於新生兒出生時及出生後 3 個月和 6 個月時各注射一劑 0.5ml B 型肝炎免疫球蛋白(HBIG)，可達到 75 %的預防效益。民國 72 年，經兩項試種實驗證實注射疫苗及一劑 HBIG (B 型肝炎免疫球蛋白)則可達到 90 %的預防效益。這個重要的成果使台灣地區的 B 型肝炎防治邁入新的領域。

行政院於民國 70 年核定實施 B 型肝炎防治計畫，希望以截斷傳染途徑來減低 B 型肝炎之罹病率及相關的死亡率。此一防治計畫雖然包括建立肝炎患者資訊中心、加強衛生教育、督導輸血檢驗、發展自製檢驗試劑等，重點則在以預防接種防止母兒垂直感染的研究上。

民國 73 年 7 月，B 型肝炎預防注射實施計畫正式展開，台灣地區建立全面檢驗網為孕婦辦理 B 型肝炎檢驗，凡 B 型肝炎表面抗原帶原母親所生之新生兒，於出生後 1 週、5 週、9 週及第 12 個月各需注射 5  $\mu$ l g 巴斯德肝炎疫苗；若母親為 e 抗原陽性(或 HBs Ag 之 RPHA 效價  $\geq$  2560 )時，其新生兒除需依上述時間注射疫苗外，尚需於出生後立即注射一劑 0.5ml HBLG。

B 型肝炎帶原孕婦及接受預防注射的嬰兒資料均登錄於衛生署的肝炎患者資訊中心。檢驗陽性孕婦皆可獲得一本「嬰兒 B 型肝炎預防小冊」，內含注射卡，藉這些注射卡，新生兒可接受免費注射，而每次注射資料均填寫在注射卡上，由肝炎患者資訊中心登錄，以便追蹤接種情形及預防效益。

衛生署肝炎患者資訊中心也登錄肝病病人資料，這項登錄對肝炎研究可提供有價值之資料，惟該登錄僅包括 23 所醫院患者，不具有代表性的取樣，無法用以監視全人口之肝炎罹患率，故建立急性肝炎報告系統，對評估預防注射計畫及預測肝炎流行至為重要。

基於上述理由，衛生署防疫處建議把急性病毒肝炎列入報告傳染病，個案將由醫師暫以現有之傳染病報告單向地方衛生單位報告，其資料應包括個案姓名、年齡、性別、住址、主要症狀、診斷及實驗室相關資料。

由於在台灣地區常不易區分急慢性病毒性肝炎，所以報告的病例是指其肝功能檢查 SGPT (或 SGOT) 需為正常值 10 倍或 10 倍以上，最好再經血清學檢驗以區分為 A 型、B 型及非 A 非 B 型，如果無法經血清學檢驗區分以上三型，仍應報告。

**報告者：**衛生署肝炎防治委員會及防疫處流行病學科。

## 參考文獻

1. Popper H , Gerber MA · Thung SN . The relationship of hepatocellular carcinoma to infection with hepatitis B and related viruses in man and animals .Hepatology 1982 ; 2 : 1S -9S .
2. 中華民國行政院衛生署：衛生統計(二)生命統計，1983，P33。
3. 中華民國行政院衛生署：衛生統計(二)生命統計，1983，PP40 -52。
4. Sung JL , Chen DS . Hepatitis B surface antigen and antibody in liver disease in Taiwan . Proc 5th ' Asian Pacific Congress of Gastroenterology 1976 : 265 -9 .
5. Beasley RP , Hwang LY , Lin CC , et al . Incidence of hepatitis B virus infections in preschool children in Taiwan . J Infect Dis 1982 ; 146 : 198 -204 .
6. Lin CC , Hsu LC . Liu JY , Lee TC . Prevalence rate of HBsAg and HBeAg in pregnant women in Taiwan , August 1982 -December 1983 , Proc 1984 International Symposium on Viral Hepatitis 1984 : 637 -8 .
7. Beasley RP , Hwang LY , Lin CC , et al . Hepatitis B immune globulin ( HBIG ) efficacy in the prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus carrier state . Lancet 1981 ; 2 : 388 -93 .
8. Stevens CE , Szmuness W . Vertical transmission of hepatitis B and neonatal hepatitis B . In : Bianchi L , G erok W , Sicklinger K , S talder GA , eds . Virus and the Liver . MTP Press 1980 : 285 -291 。
9. Beasley RP , Hwang LY , Lee GCY , et al . Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine 。
10. L0 KJ , T sai YT , Loe SD , et al . Combined passive and active immunization for interruption of perinatal transmission of hepatitis B virus in Taiwan . Hepato-Gastroenterol 1985 ( in press ) .

本調查總共完成訪視 221 人（佔 53%），其餘經多次訪視仍未遇者有 25%，已遷離原址者有 22%。各種疫苗的預防接種率如表 1，其中麻疹疫苗接種率（80%）是所有疫苗中最低者。

**報告者：**行政院衛生署防疫處傳染病科。

**編者註：**雖然麻疹通常是一種輕微而可自癒的病毒性疾病，但對嬰幼兒可能會引起相當嚴重的併發症而導致死亡。世界很多地方，麻疹是幼童主要死因之一。雖然台灣每年的麻疹死亡數較其他開發中國家為低，但為數仍相當可觀。

活性麻疹疫苗早在民國 57 年引進台灣後，於 67 年納入全台灣地區常規預防接種中。目前無法獲知麻疹年發病數，但由民國 50 至 72 年麻疹年死亡數的改變(如圖 2)顯示麻疹預防接種計劃的成效。

活性麻疹疫苗的效益可高達 90-95%，但尚約有 5-10%曾接種的幼童仍可感染。這是一種高傳染性疾病，尤其在患者出現前驅症狀期時的咳嗽、流鼻水及打噴涕，由飛沫經空氣傳染。由本調查的麻疹預防接種率僅 80%，再減去疫苗失效率約 5-10%，所以即使在最理想狀況下，台北市幼童亦只有 70-75%實際受到保護。

本調查只包括年齡在 12-23 個月的台北市幼童，而年齡較大及鄉村地區的預防接種率可能更低。且本次調查所完成訪視的家戶是在同一地址連續居住滿一年以上者，因此本調查所得之接種率僅可能代表一些居住穩定性較高的市民而言，這類世居的市民其幼兒常可獲得較好的預防接種照護。

綜合調查結果，我們認為以當前麻疹的預防接種率可能尚不足以防止麻疹的流行，尤其是人口密集的台北市更應繼續加強辦理之。

**建議事項：**

1. 希望各公私立醫療院所及衛生單位，人員應儘力輔導受其照護的幼童確實接種麻疹疫苗，對幼童的接種情形無法確定，則應再給予接種。
2. 麻疹即將納入報告傳染病中，各醫療院所應利用現有的傳染病報告單向轄區衛生局所報告。以下麻疹臨床診斷希望能提供您與其他出疹性疾病區分：
  - 一紅疹須為全身性並持續 3 天以上。
  - 一患病期間出現 38.3. C 以上的發燒。
  - 一具有下列三項症狀之一：咳嗽、流鼻水、結膜炎或流淚。

參考文獻：

- 1. Henderson RH, Sunoaresan T. Cluster sampling to assess immunization cover - age : a review of exPerience with a simplified sampling method . Bull WHO 1982 ; 60 : 253 -60 .
- 2. Hopkins DR , Koplan JP , Hinman AR , Lane JM . The case for global measles eradication , Lancet 1982 ; 1 : 1396 - 8 。
- 3. AC 1 P. M easles pfevention · MMWR 1982 ; 31 : 217 -24 , 229 -31 。

表 1 民國 74 年 1 月台北市 221 名年齡 12 - 23 個月幼童之各種疫苗預防接種率

預防接種項目	接種人數	百分比
卡介苗	197	89.1
(三合一／小兒麻痺)第 1 劑	200	90.5
(三合一／小兒麻痺)第 2 劑	197	89.1
(三合一／小兒麻痺)第 3 劑	189	85.5
麻疹	177	80.1

圖 1 民國 71 年 6 月至 73 年 11 月，台北市 3 家醫院麻疹病例數分佈圖

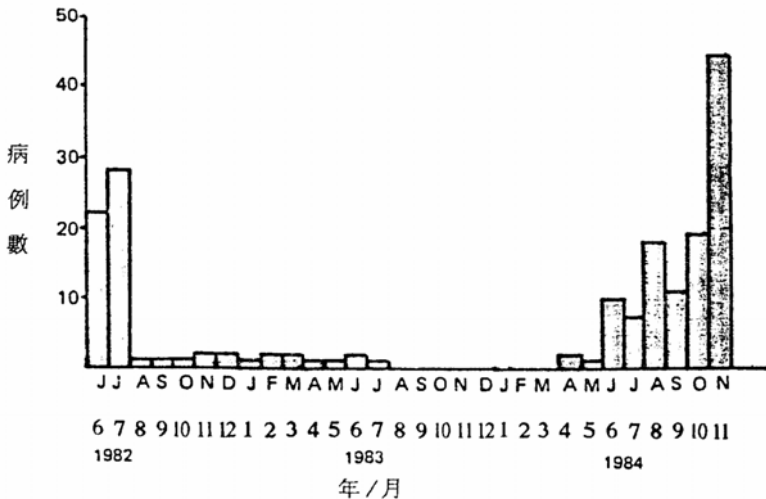
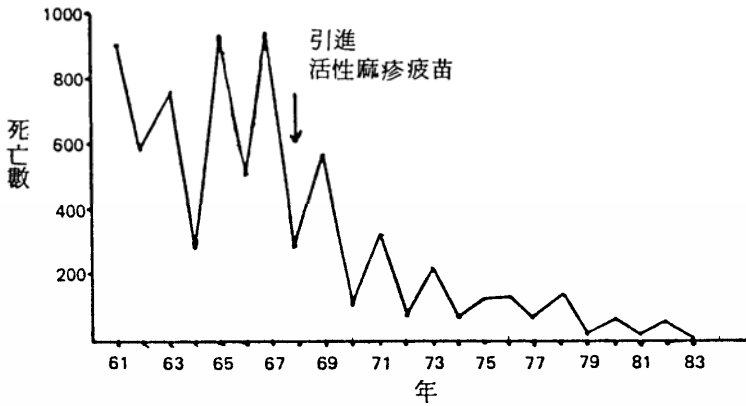


圖 2 民國 50 年至 72 年台灣地區年麻疹死亡數分佈圖



資料來源 (1) 葉金川：台灣地區之麻疹現況。姚克明、譚文海（編），公共衛生叢書 4：傳染病防治，第一輯第三版，1976，P. 20。

(2) 中華民國行政院衛生署：衛生統計(二)生命統計，1974 - 1983。