

# B 型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種作業計畫

108 年 11 月版

## 壹、計畫緣由

肝硬化與肝癌為我國主要死亡原因之一，且與 B 型肝炎慢性帶原者有密切關係。年幼時期的感染易演變成慢性帶原者，而母子間的垂直感染，是臺灣地區 B 型肝炎盛行的重要原因，40-50%的帶原者是經由此途徑傳染。而媽媽如果是高傳染性 B 型肝炎帶原者(e 抗原陽性)，所生的新生兒約有 90%會被感染成為帶原者。

早期的預防接種能有效預防 B 型肝炎的感染，我國首先於 73 年 7 月針對母親為 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)陽性之嬰兒接種 B 型肝炎疫苗，此外，若媽媽為高傳染性 B 型肝炎帶原者(e 抗原陽性)，嬰兒於出生後另儘速接種一劑 B 型肝炎免疫球蛋白(HBIG)。並自 75 年 7 月起，全面對嬰幼兒實施 B 型肝炎疫苗接種，首開全球先例。經由 30 多年之推行，我國 6 歲以下兒童之 B 肝帶原率已由政策實施前之 10.5%降至 0.8%以下，成效顯著。

但仍有約 10% e 抗原陽性媽媽所生幼兒成為慢性帶原者。為期能儘早發現該等幼兒之疫苗接種效果及 B 型肝炎感染狀況，自 99 年 9 月起推動「B 型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種作業計畫」，於該族群幼兒(民國 97 年 7 月 1 日(含)以後出生)滿 12 個月大時，提供 s 抗原及表面抗體等檢測，俾利及早進行相關追蹤檢查與疫苗追加接種等因應措施。之後配合[公費 HBIG 實施對象](#)調整，本項作業擴及 108 年 7 月 1 日(含)以後出生母親為 B 肝 s 抗原陽性之新生兒，為 B 肝帶原母親的幼兒提供最完善的健康保障。

## 貳、計畫目的

為及早發現母親為 B 型肝炎表面抗原陽性幼兒之 B 型肝炎預防接種成效與感染狀況，儘速採取後續補接種與追蹤措施，期能降低該等幼兒發生肝炎、肝硬化甚至肝癌之機率，積極維護幼兒健康。

### 參、實施對象：

自 108 年 7 月 1 日起提供以下幼兒於出生滿 12 個月大時，進行 B 型肝炎追蹤檢查及追加接種措施：

一、108 年 6 月 30 日(含)以前出生且母親為高傳染性 B 肝帶原(e 抗原陽性)者。

二、108 年 7 月 1 日(含)以後出生且母親為 B 型肝炎表面抗原(s 抗原)陽性者。

### 肆、追蹤檢查與相關因應措施

#### 一、追蹤檢查作業

- 幼兒應依時程完成 B 型肝炎預防接種(出生後儘速注射一劑 B 型肝炎免疫球蛋白(HBIG)及 B 型肝炎疫苗，愈早愈好，同時不要晚於 24 小時，並於滿 1 個月、6 個月按時程接種第 2、3 劑 B 型肝炎疫苗)。
- 建議父母或照顧者於幼兒滿 12 個月大時攜往具內、兒科之消化或感染專科醫師之健保特約醫院診所，進行 B 型肝炎 HBsAg、anti-HBs 等項目檢測(具有健保身分幼兒，該次之檢驗費由健保給付)。※Anti-HBc 非必要之檢測項目，由醫師評估後視需要執行。
- 執行檢測之醫院診所應將檢測結果登錄於「高危險群幼兒 B 型肝炎檢查登錄表(一式 3 聯)，如附件」，正本交付家長浮貼於預防接種紀錄表前一頁，另兩聯送交轄區衛生所/健康服務中心，俾供登錄 NIIS 留存及轉介戶籍所在衛生所/健康服務中心。

#### 二、幼兒經檢測後之因應措施

- 具有 B 型肝炎表面抗體(anti-HBs)者：代表已有保護力。
- 經檢測為 B 型肝炎帶原(HBsAg 陽性)者：如其肝功能正常，原則建議每 6-12 個月追蹤一次；如肝功能異常，則由醫師決定其肝功能及超音波複檢時間。
- 經檢測未產生 B 肝表面抗體亦未成為 B 肝帶原者：

- ◆ 可免費追加一劑 B 型肝炎疫苗，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性(< 10 mIU/ml)，後續可於 1、6 個月提供公費疫苗接續完成第 2、3 劑。如經此補種仍無法產生抗體者，則無需再接種；但仍應採取 B 型肝炎之相關預防措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)之變化。

※少數幼兒如經檢測未產生 B 肝表面抗體亦未成為 B 肝帶原者，依計畫可免費追加一劑 B 型肝炎疫苗，1 個月後再抽血檢驗等特殊情形，其檢驗費按現行健保相關規定申請給付。

- ◆ 接種紀錄及全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)登錄：  
完成上述追加接種者，由接種單位比照幼兒常規接種，將資料登載於兒童健康手冊之預防接種時程及紀錄表之空白列，並上傳至全國性預防接種資訊管理系統。

**伍、追蹤檢查與追加接種應攜帶證件及費用：**(詳見次頁附表)

附表

B型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種應攜帶證件及費用

| 項目 \ 相關作業 | 追蹤檢查                                                                                                                                                                                                                                                                           | 追加接種                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地點        | 建議至具內、兒科之消化或感染專科醫師之健保特約醫院診所                                                                                                                                                                                                                                                    | 全國辦理預防接種之衛生所及縣市之合約醫院診所。<br>※預防接種服務單位，可撥打各縣市衛生局/所查詢。                                                                                                                                                                                                                       |
| 攜帶（應備）證件  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 幼兒母親之B型肝炎產前檢查結果證明資料</li> <li>◆ 幼兒之兒童健康手冊及健保IC 卡。</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 幼兒之B型肝炎檢查登錄表。</li> <li>◆ 幼兒之兒童健康手冊及健保IC 卡，初次赴該單位接種者，請同時攜帶戶口名簿，以利幼兒接種資料之登錄。</li> </ul>                                                                                                                                            |
| 費用        | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>具有健保身分之幼兒</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 第一次追蹤檢查之檢驗費，請執行檢測之醫院診所依健保給付作業流程向健保署申請。</li> <li>※含少數經檢測未產生ant-HBs亦未成為B肝帶原之幼兒，其追加接種1劑B肝疫苗，1個月後再檢測等特殊情形之檢驗費。</li> </ul> </li> <li>◆ 掛號及耗材等醫療相關費用得依據各縣市所訂之收費標準酌收費用。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 具有中華民國國民身分之幼兒其疫苗由政府免費提供（如為外籍人士，父母任一方需具有健保身分或持有居留證）。</li> <li>◆ 疫苗免費，處置費由疾病管制署補助接種之合約院所每劑100元，合約院所不再向民眾收取接種診察費。</li> <li>◆ 掛號及耗材等醫療相關費用得依據各縣市所訂之收費標準酌收費用。</li> <li>◆ 如幼兒同時接種兩項以上疫苗或因其他看診或實施預防保健健康檢查已申請健保給付者，則該掛號費不再另加。</li> </ul> |

# B型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查登錄表

正本

負責督導單位

衛生所/健康服務中心

## 一、基本資料

※字體務必清晰

| 幼兒姓名     | 出生日期               |   |   | 身分證統一編號<br>(護照號碼) | 母親姓名 | 電話  |    |
|----------|--------------------|---|---|-------------------|------|-----|----|
|          | 年                  | 月 | 日 |                   |      | 區域碼 | 號碼 |
|          |                    |   |   |                   |      |     |    |
| 戶籍<br>地址 | 縣 鄉市 村<br>市 鎮區 里 鄰 |   |   |                   |      |     |    |
|          | 路 街 段 巷 弄 號之 (樓)   |   |   |                   |      |     |    |
| 通訊<br>地址 | 縣 鄉市 村<br>市 鎮區 里 鄰 |   |   |                   |      |     |    |
|          | 路 街 段 巷 弄 號之 (樓)   |   |   |                   |      |     |    |

## 二、幼兒B型肝炎血清標誌檢驗

☐ 第 次檢驗

| 抽血日期        |   |   | 採檢體單位 | (請蓋醫院十碼代碼章)                                           |                                                       |                                                       |
|-------------|---|---|-------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 年           | 月 | 日 |       | 檢驗方法                                                  | HBsAg<br>(表面抗原)                                       | anti-HBs<br>(表面抗體)                                    |
| (請蓋醫院十碼代碼章) |   |   | RIA   | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |
|             |   |   | EIA*  | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |
|             |   |   | 其他    | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |

\*：酵素免疫分析法：含括如MEIA、CMIA、ECLIA等酵素免疫分析法或化學冷光免疫分析法之檢驗，均登錄此欄位。

### 親愛的家長請注意：

- 寶寶之B型肝炎血清標誌檢驗結果若為HBsAg (－) 及anti-HBs (－) 者，請務必記得儘速持本登錄表及兒童健康手冊與健保IC卡帶寶寶追加1劑B型肝炎疫苗，並依建議進行後續檢測、補接種或追蹤等措施。
- 若為HBsAg (＋) 者，請依內、兒科之消化或感染專科醫師建議進行相關追蹤檢查，以維護寶寶健康。



衛生福利部疾病管制署 關心您

107.1 印製

正本：由家長妥為保管並黏貼於兒童健康手冊

副本：兩份送交轄區衛生所(健康中心)登錄留存及轉介用

# B型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查登錄表

副本

負責督導單位

衛生所/健康服務中心

## 一、基本資料

※字體務必清晰

| 幼兒姓名 | 出生日期               |   |   | 身分證統一編號<br>(護照號碼) | 母親姓名 | 電話  |    |
|------|--------------------|---|---|-------------------|------|-----|----|
|      | 年                  | 月 | 日 |                   |      | 區域碼 | 號碼 |
|      |                    |   |   |                   |      |     |    |
| 戶籍   | 縣 鄉市 村<br>市 鎮區 里 鄰 |   |   |                   |      |     |    |
| 地址   | 路 街 段 巷 弄 號之 (樓)   |   |   |                   |      |     |    |
| 通訊   | 縣 鄉市 村<br>市 鎮區 里 鄰 |   |   |                   |      |     |    |
| 地址   | 路 街 段 巷 弄 號之 (樓)   |   |   |                   |      |     |    |

## 二、幼兒B型肝炎血清標誌檢驗

☐ 第 次檢驗

| 抽血日期        |   |   | 採檢體單位 | (請蓋醫院十碼代碼章)                                           |                                                       |                                                       |
|-------------|---|---|-------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 年           | 月 | 日 |       | 檢驗方法                                                  | HBsAg<br>(表面抗原)                                       | anti-HBs<br>(表面抗體)                                    |
| (請蓋醫院十碼代碼章) |   |   | RIA   | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |
|             |   |   | EIA*  | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |
|             |   |   | 其他    | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |

\*：酵素免疫分析法：包括如MEIA、CMIA、ECLIA等酵素免疫分析法或化學冷光免疫分析法之檢驗，均登錄此欄位。

### 親愛的家長請注意：

- 寶寶之B型肝炎血清標誌檢驗結果若為HBsAg (－) 及anti-HBs (－) 者，請務必記得儘速持本登錄表及兒童健康手冊與健保IC卡帶寶寶追加1劑B型肝炎疫苗，並依建議進行後續檢測、補接種或追蹤等措施。
- 若為HBsAg (＋) 者，請依內、兒科之消化或感染專科醫師建議進行相關追蹤檢查，以維護寶寶健康。



衛生福利部疾病管制署 關心您

107.1 印製

正本：由家長妥為保管並黏貼於兒童健康手冊

副本：兩份送交轄區衛生所(健康中心)登錄留存及轉介用