
江苏省疫苗接种方案（2021年版）

（征求意见稿）

为科学、有序地开展疫苗接种服务，根据《中华人民共和国疫苗管理法》《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明（2021年版）》《非免疫规划疫苗使用指导原则（2020年版）》等相关文件、疫苗使用技术指南和疫苗说明书规定，针对我省免疫规划疫苗和已纳入我省招标采购目录的非免疫规划疫苗，结合我省实际，制定本接种方案。

一、接种原则

（一）按疫苗接种程序及时接种的原则。接种起始年龄是指接种该剂次疫苗的最小年龄，不得提前。接种时应做到起始年月龄不提前、剂次间时间间隔符合要求，按免疫程序要求及时完成全程接种。免疫规划疫苗按照江苏省免疫规划疫苗免疫程序表（附表1）执行；非免疫规划疫苗按照本接种方案或国家非免疫规划疫苗使用指导原则、使用技术指南及说明书执行；紧急使用、附条件上市、群体性预防接种和应急接种所使用疫苗按照其接种方案执行。

儿童年龄达到相应剂次疫苗接种年龄时，按《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明（2021年版）》推荐的年龄完成国家免疫规划疫苗相应剂次的接种。儿童出生后建议：乙肝疫苗第1

剂应在出生后 24 小时内完成；卡介苗应在 3 月龄前完成；乙肝疫苗第 3 剂、脊灰疫苗第 3 剂、百白破疫苗第 3 剂、麻腮风疫苗第 1 剂、乙脑减毒活疫苗第 1 剂或乙脑灭活疫苗第 2 剂应在 12 月龄前完成；A 群流脑多糖疫苗第 2 剂应在 18 月龄前完成；麻腮风疫苗第 2 剂、甲肝减毒活疫苗或甲肝灭活疫苗第 1 剂、百白破疫苗第 4 剂应在 24 月龄前完成；乙脑减毒活疫苗第 2 剂或乙脑灭活疫苗第 3 剂、甲肝灭活疫苗第 2 剂应在 3 周岁前完成；A 群 C 群流脑多糖疫苗第 1 剂应在 4 周岁前完成；脊灰疫苗第 4 剂应在 5 周岁前完成；白破疫苗、A 群 C 群流脑多糖疫苗第 2 剂、乙脑灭活疫苗第 4 剂应在 7 周岁前完成。

（二）优先接种免疫规划疫苗的原则。免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗接种时间相同但未同时接种的，应优先接种免疫规划疫苗或者受种方自主选择的含免疫规划疫苗成分的非免疫规划疫苗；特殊情况下，应优先接种预防紧急疾病风险的非免疫规划疫苗(如人用狂犬病疫苗、破伤风疫苗或其他需紧急接种的疫苗)。

（三）知情自愿接种非免疫规划疫苗的原则。非免疫规划疫苗是居民自费并且自愿接种的疫苗，接种非免疫规划疫苗由受种方承担费用。各级疾病预防控制机构和接种单位可根据国家非免疫规划疫苗相关文件，以及本接种方案，结合辖区疾病防控需要，做好非免疫规划疫苗可预防疾病防治知识介绍和疫苗接种告知等工作，使受种方在知情同意情况下，自主选择接种非免疫规划

疫苗。

（四）免疫规划疫苗可替代的原则。受种方根据“知情、自愿、自费”的原则，选择接种含免疫规划疫苗成分的非免疫规划疫苗，可视为同效替代（不推荐使用同一生产企业同品种、同规格的非免疫规划疫苗替代同产品免疫规划疫苗），按国家非免疫规划疫苗使用指导原则（2020年版）和疫苗说明书完成全程接种后可视为完成相应免疫规划疫苗的免疫接种。其合格接种的判定参照《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序说明（2021年版）》执行。

（五）科学把握“同时接种”的原则。不同疫苗之间是否可同时接种，要依最新证据确定。现阶段的国家免疫规划疫苗均可按照免疫程序或补种原则同时接种。在有新的证据证明能否同时接种时，疫苗上市许可持有人应当及时更新产品说明书。同时接种两种及以上注射类疫苗应在不同部位接种，严禁将两种或多种疫苗混合吸入同一支注射器内接种，疫苗说明书有特殊规定的除外。

根据疫苗接种相关指导原则、技术指南和说明书，两种及以上注射类减毒活疫苗，如果可以但未选择同时接种、未明确可以同时接种或明确不建议同时接种的，其间隔均应不少于28天进行接种；灭活疫苗和口服类减毒活疫苗与其他种类疫苗（包括减毒和灭活）之间，如果可以但未选择同时接种，原则上对接种时间间隔不做限制；如果两种以上疫苗间无证据表明可以或明确不

建议同时接种的，建议其接种间隔不少于 14 天。如疫苗说明书中有特别说明的情况除外。

（六）准确运用“通知”“预约”“告知”的原则。各接种单位和接种人员（以下称接种方）应严格界定“通知”“预约”“告知”的不同含义，在实际工作中准确把握和运用。“通知”“预约”“告知”三者不可替代或混用，以保障受种方享有知情权和自主选择权。

“通知”是指接种方根据免疫规划疫苗免疫程序，通过某种方式将接种免疫规划疫苗的信息（疫苗的品种、剂次、接种时间和地点等）通知给受种方。受种方应按“通知”要求接种免疫规划疫苗。接种方不得用“通知”的形式开展非免疫规划疫苗接种服务。

“预约”是指接种方和受种方通过某种方式预先约定接种疫苗的品种、时间和地点。分为两种情形：一是受种方可以通过某种方式主动向接种方预约接种非免疫规划疫苗；接种方根据该疫苗供应等情况，确定接种时间，向受种方提供该疫苗的接种服务。二是受种方已自主选择接种多剂次的非免疫规划疫苗、且已完成首剂接种的，接种方可根据该疫苗免疫程序，为受种方预约后续剂次的接种服务。

“告知”是指接种方在日常工作中或在疫苗接种前通过多种方式向受种方介绍非免疫规划疫苗的品种、作用、免疫程序、禁忌、不良反应、费用负担、接种注意事项等情况，在日常工作中

的告知可称为广义告知。

(七) 流行季节疫苗接种的原则。免疫规划使用的疫苗均可按照免疫程序和接种方案的要求，全年（包括流行季节）开展常规接种，或根据需要开展补充免疫和应急接种。

(八) 及时开展疫苗补种的原则

免疫规划疫苗补种：未按照推荐年龄完成国家免疫规划疫苗规定剂次接种的小于 18 周岁的人群，应尽早进行补种，尽快完成全程接种，优先保证国家免疫规划疫苗的全程接种；对未曾接种某种免疫规划疫苗的儿童，根据儿童当时的年（月）龄，按照该疫苗的免疫程序，以及本方案中对该种疫苗的具体补种原则规定的疫苗种类、接种间隔和剂次进行补种。未完成疫苗规定剂次的儿童，只需补种未完成的剂次，无需重新开始全程接种；原则上建议使用同一疫苗上市许可持有人、同品种、同规格的疫苗完成全程接种。如遇无法使用同一疫苗上市许可持有人生产的疫苗完成全程接种情况时，可使用不同疫苗上市许可持有人生产的同品种疫苗完成后续接种（含补种）。疫苗说明书中有特别说明的情况除外。

非免疫规划疫苗补种：在优先安排国家免疫规划疫苗和含免疫规划疫苗成分的非免疫规划疫苗接种基础上，对因疫情流行、个人身体状况、疫苗供应等因素导致受种者未及时完成全程免疫的非免疫规划疫苗推迟接种者，建议按相关非免疫规划疫苗指导原则、技术指南和本方案相关具体规定，继续使用同一疫苗上市

许可持有人、同品种、同规格的非免疫规划疫苗完成后续剂次的接种。如后续剂次接种年龄已超出疫苗使用说明书规定年龄范围，除口服轮状病毒疫苗外，其他疫苗可在一定年龄范围内经受种方（指受种者或其监护人，下同）知情同意后，继续完成剩余剂次接种；如受种方不同意，则取消后续接种。

（九）常见特殊健康状态儿童接种原则。

1、早产儿与低出生体重儿。早产儿（胎龄<37周）和/或低出生体重儿（出生体重<2500g）如医学评估稳定并且处于持续恢复状态（无需持续治疗的严重感染、代谢性疾病、急性肾脏疾病、肝脏疾病、心血管疾病、神经和呼吸道疾病），按照出生后实际月龄接种疫苗。

2、过敏。所谓“过敏性体质”不是疫苗接种的绝对禁忌。对已知疫苗成分严重过敏或既往因接种疫苗发生喉头水肿、过敏性休克及其他全身性严重过敏反应的，禁忌继续接种同种疫苗。

3、人类免疫缺陷病毒（HIV）感染母亲所生儿童。接种免疫规划疫苗建议按照《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明（2021年版）》执行。免疫功能异常者（除HIV感染外的其他免疫缺陷或正在接受全身免疫抑制治疗者）可以接种灭活疫苗，原则上不予接种减毒活疫苗（补体缺陷患者除外）。

4、生理性和母乳性黄疸，单纯性热性惊厥史，癫痫控制处于稳定期，病情稳定的脑疾病、肝脏疾病、常见先天性疾病（先天性甲状腺功能减低、苯丙酮尿症、唐氏综合征、先天性心脏病）

和先天性感染（梅毒、巨细胞病毒和风疹病毒）不作为疫苗接种禁忌。对于其他特殊健康状况儿童，如无明确证据表明接种疫苗存在安全风险且相关疫苗指导原则、技术指南和疫苗说明书无特别禁忌的，原则上可按照免疫程序进行疫苗接种。

5、不能判断是否能够接种的其它特殊健康状况儿童，受种方可前往有资质的医疗机构预防接种咨询门诊进行评估咨询。

6、其它年龄常见特殊健康状况人群接种疫苗可参考《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明（2021年版）》及本方案相关原则执行。

（十）严格规范安全接种的原则。接种免疫规划和非免疫规划疫苗时，接种单位工作人员应严格按《预防接种工作规范》、《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明（2021年版）》、《非免疫规划疫苗使用指导原则（2020年版）》和本拉娇贵方案等相关要求，掌握疫苗说明书中有关接种禁忌、慎用症和注意事项，做好健康询问与接种前告知、落实“三查七对一验证”制度、扫码接种，确保疫苗接种全程可追溯，避免接种差错事故。多种疫苗同时注射接种（包括肌内、皮下和皮内注射）时，可在左右上臂、左右大腿等不同部位分别接种，卡介苗选择上臂。如遇接种某种疫苗有禁忌时，可推荐其它适合的同效疫苗开展接种。

（十一）应急和群体性预防接种的原则。疫苗针对性传染病疫情开始或有流行趋势时，应根据传染病自身特点、波及范围、人群免疫状态等因素开展风险评估，确定应急接种或群体性预防

接种方案，选择抗体产生快、免疫成功率高、安全性好、接种剂次少的适宜品种疫苗免费对目标人群及时开展应急接种和群体性预防接种，以控制疫情或传染病传播蔓延。

(十二) 遵循最新依据接种的原则。如遇免疫规划疫苗种类、适用年龄范围和免疫程序调整以及疫苗紧急接种等情况，按国家和我省最新规定执行；非免疫规划疫苗集中采购目录新增疫苗本方案尚未纳入的或疫苗说明书有变更，按其疫苗说明书执行。本接种方案未尽事宜，按照国家和省有关要求执行。

二、免疫规划疫苗接种方案

(一) 重组乙型肝炎疫苗（乙肝疫苗，HepB）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：按“0-1-6 个月”程序共接种 3 剂次，其中第 1 剂在新生儿出生后 24 小时内接种，第 2 剂在 1 月龄时接种，第 3 剂在 6 月龄时接种。

(2) 接种途径：肌内注射。

(3) 接种剂量：①重组（酵母）HepB：每剂次 10 μ g，无论产妇乙肝病毒表面抗原（HBsAg）阳性或阴性，新生儿均接种 10 μ g 的 HepB。②重组[中国仓鼠卵巢（CHO）细胞]HepB：每剂次 10 μ g 或 20 μ g，HBsAg 阴性产妇所生新生儿接种 10 μ g 的 HepB，HBsAg 阳性产妇所生新生儿接种 20 μ g 的 HepB。

2、其他事项

(1) 在医院分娩的新生儿由出生的医院接种第 1 剂 HepB, 由辖区接种单位完成后续剂次接种。未在医院分娩的新生儿由辖区接种单位全程接种 HepB。

(2) HBsAg 阳性产妇所生新生儿, 可按医嘱肌内注射 100 国际单位乙肝免疫球蛋白 (HBIG), 同时在不同 (肢体) 部位接种第 1 剂 HepB。HepB、HBIG 和卡介苗 (BCG) 可在不同部位同时接种。

(3) HBsAg 阳性或不详产妇所生新生儿建议在出生后 12 小时内尽早接种第 1 剂 HepB; HBsAg 阳性或不详产妇所生新生儿体重 < 2000g 者, 也应在出生后尽早接种第 1 剂 HepB, 并在婴儿满 1 月龄、2 月龄、7 月龄时按程序再完成 3 剂次 HepB 接种。

(4) 危重症新生儿, 如极低出生体重儿 (出生体重 < 1500g 者)、严重出生缺陷、重度窒息、呼吸窘迫综合征等, 应在生命体征平稳后尽早接种第 1 剂 HepB。

(5) 母亲为 HBsAg 阳性的儿童接种最后一剂 HepB 后 1~2 个月进行 HBsAg 和乙肝病毒表面抗体 (抗-HBs) 检测, 若发现 HBsAg 阴性、抗-HBs 阴性或 < 10mIU/ml, 可再按程序免费接种 3 剂次 HepB。

3、补种原则

(1) 若出生 24 小时内未及时接种, 应尽早接种。

(2) 对于未完成全程免疫程序者, 需尽早补种, 补齐未接种剂次。

(3) 第 2 剂与第 1 剂间隔应 ≥ 28 天，第 3 剂与第 2 剂间隔应 ≥ 60 天，第 3 剂与第 1 剂间隔 ≥ 4 个月。

(二) 皮内注射用卡介苗（卡介苗，BCG）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：出生时接种 1 剂。

(2) 接种途径：皮内注射。

(3) 接种剂量：0.1ml。

2、其他事项

(1) 严禁皮下或肌肉注射。

(2) 早产儿胎龄 >31 孕周且医学评估稳定后，可以接种 BCG。胎龄 ≤ 31 孕周的早产儿，医学评估稳定后可在出院前接种。

(3) 与免疫球蛋白者接种间隔不做特别限制。

3、补种原则

(1) 未接种 BCG 的 <3 月龄儿童可直接补种。

(2) 3 月龄 ~ 3 岁儿童对结核菌素纯蛋白衍生物（TB-PPD）或卡介菌蛋白衍生物（BCG-PPD）试验阴性者，应予补种。

(3) ≥ 4 岁儿童不予补种。

(4) 已接种 BCG 的儿童，即使卡痕未形成也不再予以补种。

(三) 脊髓灰质炎（脊灰）灭活疫苗（IPV）、二价脊灰减毒活疫苗（脊灰减毒活疫苗，bOPV）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：共接种 4 剂，其中 2 月龄、3 月龄

各接种 1 剂 IPV，4 月龄、4 周岁各接种 1 剂 bOPV。

(2) 接种途径：

IPV：肌肉注射。

bOPV：口服。

(3) 接种剂量：

IPV：0.5ml。

bOPV：糖丸剂型每次 1 粒；液体剂型每次 2 滴（约 0.1ml）。

2、其他事项

(1) 如果儿童已按疫苗说明书接种过 IPV 或含 IPV 成分的联合疫苗，可视为完成相应剂次的脊灰疫苗接种。如儿童已按免疫程序完成 4 剂次含 IPV 成分疫苗接种，则 4 岁无需再接种 bOPV。免疫规划 IPV 疫苗可与其它非免疫规划疫苗同时接种。

(2) 以下人群建议按照说明书全程使用 IPV：原发性免疫缺陷、胸腺疾病、HIV 感染、正在接受化疗的恶性肿瘤、近期接受造血干细胞移植、正在使用具有免疫抑制或免疫调节作用的药物（例如大剂量全身皮质类固醇激素、烷化剂、抗代谢药物、TNF- α 抑制剂、IL-1 阻滞剂或其他免疫细胞靶向单克隆抗体治疗）、目前或近期曾接受免疫细胞靶向放射治疗。

3、补种原则

(1) <4 岁儿童未达到 3 剂（含补充免疫等），应补种完成 3 剂； \geq 4 岁儿童未达到 4 剂（含补充免疫等），应补种完成 4 剂。补种时遵循先 IPV 后 bOPV 的原则。两剂次间隔 \geq 28 天。对

于补种后满 4 剂次脊灰疫苗接种的儿童，可视为完成脊灰疫苗全程免疫。

(2) 既往已有三价脊灰减毒活疫苗(tOPV)免疫史（无论剂次数）的迟种、漏种儿童，用 bOPV 补种即可，不再补种 IPV。

(3) 对 2016 年 5 月 1 日脊灰疫苗免疫程序调整后出生的儿童接种不足 2 剂 IPV（包括 IPV 的联合疫苗）的，应按程序补齐 2 剂 IPV。

(四) 吸附无细胞百白破联合疫苗（百白破疫苗，DTaP）、吸附白喉破伤风联合疫苗（白破疫苗，DT）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：共接种 5 剂次，其中 3 月龄、4 月龄、5 月龄、18 月龄各接种 1 剂 DTaP，6 周岁接种 1 剂 DT。

(2) 接种途径：肌肉注射。

(3) 接种剂量：0.5ml。

2、其他事项

(1) 如儿童已按疫苗说明书接种含百白破疫苗成分的其他联合疫苗，可视为完成相应剂次的 DTaP 接种。

(2) 根据接种时的年龄选择疫苗种类，3 月龄~5 周岁使用 DTaP，6~11 周岁使用儿童型 DT，≥12 周岁使用成人及青少年型 DT。

3、补种原则

(1) 3 月龄~5 周岁未完成 DTaP 规定剂次的儿童，需补种

未完成的剂次，前 3 剂每剂间隔 ≥ 28 天，第 4 剂与第 3 剂间隔 ≥ 6 个月。

(2) ≥ 6 周岁儿童补种参考以下原则：

①接种 DTaP 和 DT 累计 < 3 剂的，用 DT 补齐 3 剂，第 2 剂与第 1 剂间隔 1~2 个月，第 3 剂与第 2 剂间隔 6~12 个月。

②DTaP 和 DT 累计 ≥ 3 剂的，若已接种至少 1 剂 DT，则无需补种；若仅接种了 3 剂 DTaP，则接种 1 剂 DT，DT 与第 3 剂 DTaP 间隔 ≥ 6 个月；若接种了 4 剂 DTaP，但满 7 周岁时未接种 DT，则补种 1 剂 DT，DT 与第 4 剂 DTaP 间隔 ≥ 12 个月。

(五)麻疹腮腺炎风疹联合减毒活疫苗(麻腮风疫苗, MMR)

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：共接种 2 剂次，8 月龄、18 月龄各接种 1 剂。

(2) 接种途径：皮下注射。

(3) 接种剂量：0.5ml。

2、其他事项

(1) 如需接种包括 MMR 在内多种疫苗，但无法同时完成接种时，应优先接种 MMR 疫苗。

(2) 注射免疫球蛋白者应间隔 ≥ 3 个月接种 MMR，接种 MMR 后 2 周内避免使用免疫球蛋白。

(3) 当针对麻疹疫情开展应急接种时，可根据疫情流行病学特征考虑对疫情波及范围内的 6~7 月龄儿童接种 1 剂含麻疹

成分疫苗，但不计入常规免疫剂次。

3、补种原则

(1) 自 2020 年 6 月 1 日起，2019 年 10 月 1 日及以后出生儿童未按程序完成 2 剂 MMR 接种的，使用 MMR 补齐。

(2) 2007 年扩免后至 2019 年 9 月 30 日出生的儿童，应至少接种 2 剂含麻疹成分疫苗、1 剂含风疹成分疫苗和 1 剂含腮腺炎成分疫苗，对不足上述剂次者，使用 MMR 补齐。

(3) 2007 年扩免前出生的 <18 周岁人群，如未完成 2 剂含麻疹成分的疫苗接种，使用 MMR 补齐。

(4) 如果需补种两剂 MMR，接种间隔应 \geq 28 天。

(六) 乙型脑炎减毒活疫苗（乙脑减毒活疫苗，JE-L）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：共接种 2 剂次。8 月龄、2 周岁各接种 1 剂。

(2) 接种途径：皮下注射。

(3) 接种剂量：0.5ml。

2、其他事项

(1) 青海、新疆和西藏地区无乙脑疫苗免疫史的居民迁居我省或在乙脑流行季节前往我省旅行时，建议接种 1 剂 JE-L。

(2) 注射免疫球蛋白者应间隔 \geq 3 个月接种 JE-L。

3、补种原则

乙脑疫苗纳入免疫规划后出生且未接种乙脑疫苗的适龄儿

童，如果使用 JE-L 进行补种，应补齐 2 剂，接种间隔 \geq 12 个月。

(七) A 群脑膜炎球菌多糖疫苗 (A 群流脑多糖疫苗, MPSV-A)、A 群 C 群脑膜炎球菌多糖疫苗 (A 群 C 群流脑多糖疫苗, MPSV-AC)

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次: MPSV-A 接种 2 剂次, 6 月龄、9 月龄各接种 1 剂。MPSV-AC 接种 2 剂次, 3 周岁、6 周岁各接种 1 剂。

(2) 接种途径: 皮下注射。

(3) 接种剂量: 0.5ml。

2、其他事项

(1) 两剂次 MPSV-A 间隔 \geq 3 个月。

(2) 第 1 剂 MPSV-AC 与第 2 剂 MPSV-A, 间隔 \geq 12 个月。

(3) 两剂次 MPSV-AC 间隔 \geq 3 年, 3 年内避免重复接种。

(4) 当针对流脑疫情开展应急接种时, 应根据引起疫情的菌群和流行病学特征, 选择相应种类流脑疫苗。

(5) 对于 $<$ 24 月龄儿童, 如已按流脑结合疫苗说明书接种了规定的剂次, 可视为完成 MPSV-A 接种剂次。

(6) 如儿童 3 周岁和 6 周岁时已接种含 A 群和 C 群流脑疫苗成分的疫苗, 可视为完成相应剂次的 MPSV-AC 接种。

3、补种原则

流脑疫苗纳入免疫规划后出生的适龄儿童, 如未接种流脑疫

苗或未完成规定剂次，根据补种时的年龄选择流脑疫苗的种类：

(1) <24 月龄儿童补齐 MPSV-A 剂次。≥24 月龄儿童不再补种或接种 MPSV-A，仍需完成两剂次 MPSV-AC。

(2) ≥24 月龄儿童如未接种过 MPSV-A，可在 3 周岁前尽早接种 MPSV-AC；如已接种过 1 剂次 MPSV-A，间隔≥3 个月尽早接种 MPSV-AC。

(3) 补种剂次间隔参照本疫苗其他事项要求执行。

(八) 甲型肝炎灭活疫苗（甲肝灭活疫苗，HepA-I）

1、免疫程序与接种方法

(1) 接种对象及剂次：共接种 2 剂次，18 月龄和 24 月龄各接种 1 剂。

(2) 接种途径：肌肉注射。

(3) 接种剂量：0.5ml。

2、其他事项

如果接种 2 剂次及以上含 HepA-I 成分的联合疫苗，可视为完成 HepA-I 免疫程序。

3、补种原则

(1) 甲肝疫苗纳入免疫规划后出生且未接种甲肝疫苗的适龄儿童，如果使用 HepA-I 进行补种，应补齐 2 剂 HepA-I，接种间隔≥6 个月。

(2) 如已接种过 1 剂次 HepA-I，但无条件接种第 2 剂 HepA-I 时，可接种 1 剂 HepA-L 完成补种，间隔≥6 个月。

三、非免疫规划疫苗接种建议

(一) 含免疫规划疫苗成分的非免疫规划疫苗

1. 含乙型肝炎疫苗成分的疫苗

目前有酿酒酵母细胞（HepB-SC）、汉逊酵母细胞（HepB-HP）、中国仓鼠卵巢细胞（HepB-CHO）3种不同表达系统生产的多个品种、规格乙型肝炎（以下称乙肝）疫苗等。

【乙肝疫苗，HepB】

(1) 作用：用于预防乙肝病毒感染引起的乙型肝炎。

(2) 接种对象：新生儿及其他未免疫、高危人群。

(3) 免疫程序：共接种3剂，第0、1、6月各接种1剂。

①重组乙肝疫苗（汉逊酵母）：10 μ g疫苗适用于乙型肝炎易感者，包括新生儿、儿童和成人。20 μ g疫苗适用于 ≥ 16 岁乙型肝炎易感者。

②重组乙肝疫苗（酿酒酵母）：10 μ g疫苗适用于16岁以下乙型肝炎易感者；20 μ g疫苗适用于16岁及以上人群接种。60 μ g疫苗只适用于16周岁及以上且全程接种乙肝疫苗后免疫功能低下、免疫无应答的人群，详见疫苗使用说明书。

③重组乙肝疫苗（CHO细胞）：一般易感者接种10 μ g/剂次或20 μ g/剂次。具体参照免疫规划疫苗。

(4) 接种建议：不同厂家、不同品种、不同规格的乙肝疫苗，其适用接种对象、年龄范围、剂量不完全相同，接种时应仔

细阅读疫苗说明书。一般情况下，不建议使用同厂家、同品种、同规格的非免疫规划疫苗替代免疫规划疫苗。

推荐以下重点人群使用乙肝疫苗：①存在性暴露感染风险的人群，包括男男行为者、多性伴者、性伴为 HBsAg 阳性者和性传播疾病患者。②存在职业暴露风险的人群，如医学院校学生、接触血液的医务工作者、救援（公安、消防、司法、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。③存在经皮肤和黏膜暴露血液风险的人群，包括注射毒品者、HBsAg 携带者或乙肝患者的家庭成员、易发生外伤者等。④其他人群：如其他慢性肝病患者、乙肝高发区的居住者和旅行者、免疫缺陷或功能低下者、HIV 阳性者、高校大学生，以及愿意接种乙肝疫苗者。

高风险人群接种第 3 剂 HepB1-2 个月后可进行 HBsAg 和抗-HBs 检测，若发现 HBsAg 阴性、抗-HBs < 10mIU/ml，按照 0、1、6 月免疫程序再接种 3 剂 HepB 或可接种 1 剂 60μgHepB（若接种 1 剂后，经采血确认其抗体水平仍未达到阳转者可考虑接种第 2 剂）。

2. 含脊髓灰质炎灭活疫苗（IPV）成分的疫苗

目前有吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗（DTaP-IPV/Hib）和脊髓灰质炎灭活疫苗（IPV）等。

【吸附无细胞百白破、灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗，DTaP-IPV/Hib】

(1) 作用：主要用于预防白喉、破伤风、百日咳、脊髓灰质炎（以下称脊灰）和 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性感染。

(2) 接种对象：2 月龄及以上婴幼儿。

(3) 免疫程序：2、3、4 月龄进行基础免疫，各接种 1 剂；18 月龄加强免疫 1 剂。完成 DTaP-IPV/Hib 全程接种后，4 岁时无需加强 bOPV。

(4) 接种建议：可替代免疫规划疫苗中的脊灰疫苗（IPV 或 OPV）和百白破疫苗。如受种方自主选择使用 DTaP-IPV/Hib 替代首剂 IPV，建议其使用 DTaP-IPV/Hib 完成全程接种。对 I + III 型脊灰减毒活疫苗（bOPV）有接种禁忌（如肛周脓肿等）、且对 IPV 或 DTaP-IPV/Hib 无接种禁忌的受种者，建议其使用 IPV 或 DTaP-IPV/Hib 完成全程接种。

【脊髓灰质炎灭活疫苗（IPV）】

(1) 作用：预防由 I 型、II 型和 III 型脊髓灰质炎病毒导致的脊髓灰质炎。

(2) 接种对象：2 月龄及以上婴幼儿和儿童。

(3) 免疫程序：基础免疫为 3 剂，从 2 月龄开始，连续 3 次，间隔至少 4 周；18 月龄加强免疫 1 剂。完成 IPV 全程接种后，4 岁时无需加强脊髓灰质炎减毒疫苗（bOPV）。

(4) 接种建议：可替代免疫规划疫苗中的 I + III 型脊灰减毒活疫苗（bOPV），与其他免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗可同时接种，疫苗说明书中有特别说明的情况除外。如受种方自主选

择使用非免疫规划 IPV 替代 bOPV，建议其使用非免疫规划 IPV 全程替代 bOPV。对 I+III 型脊灰减毒活疫苗 (bOPV) 有接种禁忌 (如肛周脓肿等)、且对 IPV 或 DTaP-IPV/Hib 无接种禁忌的受种者，建议其使用 IPV 或 DTaP-IPV/Hib 完成全程接种。

3. 含百白破疫苗成分的疫苗

目前有 DTaP-IPV/Hib、无细胞百白破-b 型流感嗜血杆菌联合疫苗等。

【无细胞百白破-b 型流感嗜血杆菌联合疫苗，DTaP-Hib】

(1) 作用：主要用于预防白喉、破伤风、百日咳和 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性感染。

(2) 接种对象：3 月龄及以上婴幼儿。

(3) 免疫程序：3、4、5 月龄进行基础免疫，各接种 1 剂；18~24 月龄加强免疫 1 剂。

(4) 接种建议：可替代免疫规划疫苗中的百白破疫苗。如受种方自主选择首剂使用 DTaP-Hib 替代接种，建议其使用 DTaP-Hib 完成全程免疫。

4. 含麻疹、风疹、腮腺炎疫苗成分的疫苗

目前有麻疹腮腺炎风疹联合减毒活疫苗、麻疹风疹联合减毒活疫苗、麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗、腮腺炎减毒活疫苗等。

【麻疹腮腺炎风疹联合减毒活疫苗，MMR】

(1) 作用：用于预防麻疹、风疹、腮腺炎病毒引起的感染性疾病。

(2) 接种对象：8 月龄及以上的麻疹、腮腺炎、风疹易感者。

(3) 免疫程序：接种 1 剂。

(4) 接种建议：MMR 作为非免疫规划疫苗，不得用于替代 8 月龄和 18 月龄接种的免疫规划疫苗 MMR。适用于国家免疫规划覆盖范围之外的易感者。

【麻疹风疹联合减毒活疫苗，MR】

(1) 作用：用于预防麻疹、风疹病毒引起的感染性疾病。

(2) 接种对象：8 月龄及以上的麻疹、风疹易感者。

(3) 免疫程序：接种 1 剂。

(4) 接种建议：MR 作为非免疫规划疫苗，不得用于替代 8 月龄和 18 月龄接种的免疫规划疫苗 MMR。适用于免疫规划适龄儿童以外的易感者接种，优先推荐育龄妇女孕前和大、中学生接种或加强接种 1 剂 MR。

【麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗，MM】

(1) 作用：用于预防麻疹、腮腺炎病毒引起的感染性疾病。

(2) 接种对象：8 月龄及以上的麻疹、腮腺炎易感者。

(3) 免疫程序：接种 1 剂。

(4) 接种建议：MM 作为非免疫规划疫苗，不得用于替代 8 月龄和 18 月龄接种的免疫规划疫苗 MMR。适用于免疫规划适龄儿童以外的易感者接种。

【腮腺炎减毒活疫苗，MuV】

(1) 作用：用于预防腮腺炎病毒引起的感染性疾病。

(2) 接种对象：8月龄及以上的腮腺炎易感者。

(3) 免疫程序：接种1剂。

(4) 接种建议：MuV作为非免疫规划疫苗，不得用于替代8月龄和18月龄接种的免疫规划疫苗MMR。适用于国家免疫规划适龄儿童以外的易感者，推荐既往未接种或只接种过1剂含腮腺炎成分疫苗的人群接种。

5. 含乙型脑炎疫苗成分的疫苗

乙型脑炎减毒活疫苗、乙脑灭活疫苗都可作为国家免疫规划疫苗。目前，江苏省确定乙脑减毒活疫苗为免疫规划疫苗，乙脑灭活疫苗作为非免疫规划疫苗。

【乙脑灭活疫苗，JE-I】

(1) 作用：用于预防乙脑病毒感染引起的乙型脑炎。

(2) 接种对象：8月龄~10周岁儿童和由非疫区进入疫区的儿童和成人。

(3) 免疫程序：①儿童：接种4剂次，8月龄接种2剂，间隔7~10天；2岁、6岁各1剂；②成人：基础免疫接种2剂，间隔7天；基础免疫后1个月至1年内加强免疫1剂，可根据当地流行情况在基础免疫后的3-4年再加强1次。

(4) 接种建议：可用于替代免疫规划疫苗中的乙脑减毒活疫苗。建议选择同一种类乙脑疫苗（减毒活疫苗或灭活疫苗）完成全程接种，不推荐乙脑减毒活疫苗和乙脑灭活疫苗在剂次间相

互替代。对于有免疫缺陷、免疫功能低下或者正在接受免疫抑制剂治疗以及其它有接种乙脑减毒活疫苗禁忌者，推荐接种乙脑灭活疫苗。

6. 含脑膜炎球菌疫苗成分的疫苗

目前有 AC 群脑膜炎球菌多糖结合疫苗、ACYW135 群脑膜炎球菌多糖疫苗、AC 群脑膜炎球菌多糖（结合）-b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗等。

【AC 群脑膜炎球菌多糖结合疫苗，MPCV-AC】

（1）作用：主要用于预防由 A 群、C 群脑膜炎球菌引起的脑膜炎球菌病。

（2）接种对象：3 月龄及以上婴幼儿、儿童。

（3）免疫程序：接种 1~3 剂，具体免疫程序详见疫苗使用说明书。

（4）接种建议：不同厂家、不同规格的 MPCV-AC，其适用的接种对象、年龄范围、剂量虽不同，但均可以替代免疫规划疫苗中 A 群脑膜炎球菌多糖疫苗的基础免疫或替代 3 岁、6 岁儿童接种的免疫规划 AC 群脑膜炎球菌多糖疫苗中的 1 个剂次。建议选择同一品种的脑膜炎球菌疫苗完成基础免疫，不推荐不同品种的脑膜炎球菌疫苗在剂次间相互替代。

【ACYW135 群脑膜炎球菌多糖疫苗，（MPV-ACYW135）】

（1）作用：用于预防 A 群、C 群、Y 群和 W135 群脑膜炎球菌引起的脑膜炎球菌病。

(2) 接种对象：2 周岁及以上儿童和成人中的高危人群。

(3) 免疫程序：2 岁及以上儿童接种 2 剂次，两剂次间隔不少于 3 年；成人接种 1 剂。如已接种过 1 剂次 MPSV-A，间隔 ≥ 3 个月尽早接种 MPV-ACYW135。第 1 剂 MPV-ACYW135 与第 2 剂 MPSV-A 间隔 ≥ 12 个月。

(4) 接种建议：可用于替代 3 岁、6 岁儿童接种的免疫规划疫苗 AC 群脑膜炎球菌多糖疫苗。优先推荐 2 周岁以上儿童及成人中的高危人群使用：①前往高危地区旅行或居住者，如非洲撒哈拉地区（A 群、C 群、Y 群及 W135 群脑膜炎球菌流行区）；②从事实验室或疫苗生产的工作人员；③根据流行病学调查，在不明确何种菌群引起的流行性脑脊髓膜炎流行时使用。

【AC 群脑膜炎球菌-b 型流感嗜血杆菌联合疫苗，MenAC-Hib】

(1) 作用：用于预防 A 群、C 群脑膜炎球菌和 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性疾病。

(2) 接种对象：2 月龄至 71 月龄的婴幼儿和儿童。

(3) 免疫程序：2~5 月龄接种 3 剂，6~11 月龄接种 2 剂，12~71 月龄接种 1 剂；各剂次应间隔 1 个月。

(4) 接种建议：可用于替代免疫规划疫苗中 A 群脑膜炎球菌多糖疫苗的基础免疫或替代 3 岁、6 岁儿童接种的免疫规划 AC 群脑膜炎球菌多糖疫苗中的 1 个剂次。建议按照疫苗说明书规定，12 月龄内完成基础免疫。不推荐不同品种的脑膜炎球菌

疫苗以及 DTaP-Hib 等在剂次间相互替代。

7. 含甲型肝炎疫苗成分的疫苗

目前有甲型乙型肝炎联合疫苗、甲型肝炎（以下称甲肝）减毒活疫苗、甲肝灭活疫苗等 3 个品种。甲肝减毒活疫苗、甲肝灭活疫苗都可作为国家免疫规划疫苗，江苏省确定甲肝灭活疫苗为免疫规划疫苗。

【甲型乙型肝炎联合疫苗，HepAB】

- (1) 作用：用于预防甲肝病毒、乙肝病毒的感染。
- (2) 接种对象：1 岁及以上甲肝、乙肝易感者。
- (3) 免疫程序：0、1、6 月各接种 1 剂。
- (4) 接种建议：可用于未接种过乙肝疫苗、甲肝疫苗的 1 岁以上儿童和成人，或接种疫苗后抗体阴性者的接种。不推荐用于已完成乙肝疫苗全程接种的儿童。不得用于替代婴幼儿免疫规划甲肝乙肝疫苗的接种。

【甲肝减毒活疫苗，HepA-L】

- (1) 作用：用于预防甲肝病毒感染引起的甲型肝炎。
- (2) 接种对象：18 月龄及以上甲型肝炎易感者。
- (3) 免疫程序：接种 1 剂。
- (4) 接种建议：可以用于替代免疫规划儿童接种的甲肝灭活疫苗。已接种过 1 剂 HepA-I 的，不建议用 HepA-L 替代第 2 剂 HepA-I。

【甲肝灭活疫苗，HepA-I】

(1) 作用：用于预防甲肝病毒感染引起的甲型肝炎。

(2) 接种对象：1 岁及以上甲型肝炎易感者。

(3) 免疫程序：接种 2 剂，至少间隔 6 个月。

(4) 接种建议：不得用于替代免疫规划疫苗中的甲肝灭活疫苗，以及入学、入托儿童的甲肝疫苗补种。建议用于国家免疫规划适龄儿童以外的易感者和高风险人群。

(二) 其它非免疫规划疫苗

8. 人用狂犬病疫苗

目前有地鼠肾细胞、Vero 细胞、鸡胚细胞、人二倍体细胞培养的 4 种人用狂犬病疫苗（以下称狂犬病疫苗）。

【狂犬病疫苗，RAB】

(1) 作用：用于预防狂犬病病毒感染引起的狂犬病。

(2) 接种对象：所有可能被狂犬病毒感染的风险人群，不分年龄和性别。

(3) 免疫程序：

① 暴露后免疫

4 针接种程序：首次就诊接种 2 剂，第 7、21 天各接种 1 剂。

5 针接种程序：第 0、3、7、14、28 天各接种 1 剂。

4 针法和 5 针法原则上不得混用。首次 III 级暴露者和免疫功能严重低下的 II 级暴露者，在接种狂犬疫苗的同时，需接种狂犬免疫球蛋白。如以前全程规范接种过狂犬疫苗者，此次暴露可以不需要接种狂犬免疫球蛋白。

②再次暴露后免疫

如再次暴露发生在免疫接种过程中，则继续按照原有程序完成全程接种，不需加大剂量。全程免疫后半年内再次暴露者一般不需要再次免疫；全程免疫后半年到1年内再次暴露者，应当于当天和第3天各接种1剂疫苗；在1~3年内再次暴露者，应于0、3、7天各接种1剂疫苗；超过3年者应当再次全程接种疫苗。

③暴露前免疫

0、7、21（或28）天各接种1剂。1年后加强1针次，以后每隔3-5年加强1针次。

（4）接种建议：建议Ⅱ级和Ⅲ级狂犬病暴露者为暴露后接种的首选受种者，包括被狂犬、疑似狂犬、其它疯动物以及不能确定是否患有狂犬病的宿主动物咬伤、抓伤、舔舐粘膜或破损皮肤处，或者开放性伤口、粘膜直接接触可能含有狂犬病病毒的唾液或组织者等。Ⅲ级暴露者在接种狂犬病疫苗的同时，需注射狂犬病人免疫球蛋白或者抗狂犬病血清。

推荐所有持续、频繁暴露于狂犬病病毒高风险环境下的个体均应进行暴露前预防接种，主要包括接触狂犬病病毒的实验室工作人员、兽医、动物驯养师、犬类屠宰人员以及经常接触动物的农学院学生等。推荐到高危地区旅游的游客（成人和儿童）、居住在狂犬病流行地区的儿童也应尽量接种。因职业原因存在持续、频繁暴露狂犬病病毒风险者（如接触狂犬病病毒的实验室工作人员和兽医等）应定期进行加强接种。

暴露前和暴露后接种过狂犬病疫苗者，再次暴露后的加强接种详见疫苗说明书。建议尽量使用同一品种狂犬病疫苗完成全程接种；若无法实现，可使用不同品种的合格狂犬病疫苗完成后续接种，就诊者不得携带狂犬病疫苗至异地接种。与其它疫苗接种有冲突时，建议优先保证暴露后狂犬病疫苗的接种。进行暴露后接种前，要按要求对伤口进行规范的清洗、消毒和处置。不推荐其他已完成暴露后全程接种者定期进行加强接种。

9. 流行性感疫苗

目前我国批准上市的流行性感疫苗（以下称流感）疫苗分为三价灭活流感疫苗(IIV3)、三价减毒流感疫苗(LAIV3)和四价灭活流感疫苗（IIV4），三价流感疫苗组份含有 2 种甲型流感病毒亚型和 1 种乙型流感病毒亚型，四价流感疫苗组份含有 2 种甲型流感病毒亚型和 2 种乙型流感病毒亚型。

（1）作用：用于预防疫苗针对性流感病毒毒株引起的甲、乙型流行性感。

（2）接种对象：6 月龄及以上易感者。

（3）免疫程序：

接种 1~2 剂。不同疫苗上市许可持有人的疫苗适用接种对象、年龄范围、剂量等不同，接种时参照该疫苗说明书执行。

（4）接种建议：不同厂家、不同规格流感疫苗的适用接种对象、年龄范围、剂量等不同。接种时应仔细阅读疫苗说明书。建议 6 月龄及以上易感者及易发生相关并发症的人群接种；重点

推荐 6 月龄以下婴儿的家庭成员和看护人员，以及体弱者、老年人、医务人员、慢性病患者（心血管疾病、慢性呼吸系统疾病、肝肾功能不全、血液病、神经系统疾病、神经肌肉功能障碍、代谢性疾病、患有免疫抑制疾病或免疫功能低下者等）、人口密集场所感染流感风险较高者接种。建议孕妇选择适合的流感疫苗接种。

10. 肠道病毒 71 型疫苗

目前有肠道病毒 71 型灭活疫苗（Vero 细胞）、肠道病毒 71 型灭活疫苗（人二倍体细胞）2 个品种。

（1）作用：用于预防肠道病毒 71 型（EV71）感染所致的手足口病。

（2）接种对象：6 月龄至 5 岁 EV71 易感者（不同上市许可持有人的适用年龄不同，以疫苗说明书为准）。

（3）免疫程序：接种 2 剂，至少间隔 1 个月。

（4）接种建议：建议 6 月龄及以上儿童尽早接种、并于 12 月龄前完成全程接种。推荐使用同一厂家、同一品种疫苗完成全程接种。

11. 水痘疫苗

【水痘减毒活疫苗，VZV】

（1）作用：用于预防由水痘-带状疱疹病毒感染引起的水痘。

（2）接种对象：12 月龄及以上的水痘易感者。

（3）免疫程序：接种对象在知情自愿的前提下，接种 2 剂

次。

12月-12周岁儿童：12-18月龄接种第1剂，4周岁接种第2剂，2剂间接种间隔不小于3年。已经接种过1剂的4-12岁儿童，应尽早接种第2剂，与前1剂间隔至少3个月。

13周岁及以上人群：建议第2剂，与第1剂接种间隔为8周以上（最短间隔4周）。

（4）接种建议：建议12月龄及以上的幼儿尽早接种。不推荐已感染过水痘-带状疱疹病毒的儿童接种水痘疫苗。VZV作为非免疫规划疫苗，不得用于替代部分地区群体性预防接种用VZV，适用于国家免疫规划覆盖范围之外的易感者。

12. 轮状病毒疫苗

目前有口服轮状病毒活疫苗、口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero细胞）等。

【口服轮状病毒活疫苗，ORV】

（1）作用：用于预防由A群轮状病毒引起的腹泻。

（2）接种对象：2月龄至3岁婴幼儿。

（3）免疫程序：每年应口服接种1次。

（4）接种建议：适龄婴幼儿接种。重点推荐卫生条件、卫生习惯较差的且存在较高感染风险的婴幼儿接种。

【口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero细胞）】

（1）疫苗作用：预防由轮状病毒血清型G1、G2、G3、G4、G9感染导致的婴幼儿轮状病毒胃肠炎。

(2) 接种对象：6周~32周龄婴儿。

(3) 免疫程序：全程接种3剂次，6~12周龄开始口服第1剂，每剂接种间隔4~10周，第3剂接种不应晚于32周龄。如与口服脊髓灰质炎减毒活疫苗同时接种，建议应间隔不少于30分钟。

(4) 接种建议：适龄婴幼儿接种。重点推荐卫生条件、卫生习惯较差的且存在较高感染风险的婴幼儿接种。

13. 肺炎链球菌疫苗

目前主要有13价肺炎球菌多糖结合疫苗、23价肺炎球菌多糖疫苗等2个品种。

【13价肺炎球菌多糖结合疫苗，PCV13】

(1) 作用：用于预防由肺炎球菌1、3、4、5、6A、6B、7F、9V、14、18C、19A、19F和23F血清型感染引起的侵袭性疾病。

(2) 接种对象：6周龄至5岁的婴幼儿和儿童。

(3) 免疫程序：

①13价肺炎球菌多糖结合疫苗（CRM197载体）：基础免疫接种3剂次（2、4、6月龄），每剂间隔4~8周，首剂可于6周龄接种；12~15月龄加强免疫1剂。原则上要求在5月龄前接种首剂，6月龄前完成3剂次基础免疫。但因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致未及时按程序完成基础免疫的婴儿，可经其监护人知情同意后，在婴儿12月龄内继续完成基础免疫

的后续剂次，基础免疫各剂至少间隔 4 周。

②13 价肺炎球菌多糖结合疫苗（TT 载体）：6 周龄～6 月龄的婴儿，基础免疫接种 3 剂次，每剂间隔 1 或 2 个月，12～15 月龄加强免疫 1 剂；7～11 月龄婴幼儿，基础免疫接种 2 剂次，间隔至少 2 个月，12 月龄后加强免疫 1 剂；12～23 月龄婴幼儿，接种 2 剂次，间隔至少 2 个月；2～5 岁儿童，接种 1 剂。

③13 价肺炎球菌多糖结合疫苗（TT/DT 载体）：6 周龄～6 月龄的婴儿，基础接种 3 剂次，每剂间隔 2 个月，12～15 月龄加强接种 1 剂；7～11 月龄婴儿，基础免疫接种 2 剂次，每剂接种间隔至少 1 个月，12 月龄以后加强接种 1 剂，与第 2 剂接种至少间隔 2 个月；12～23 月龄幼儿：接种 2 剂次，间隔至少 2 个月；2～5 岁儿童，接种 1 剂。

（4）接种建议：按疫苗说明书的要求进行接种。

【23 价肺炎球菌多糖疫苗，PPV23】

（1）作用：用于预防由肺炎球菌 1、2、3、4、5、6B、7F、8、9N、9V、10A、11A、12F、14、15B、17F、18C、19A、19F、20、22F、23F 和 33F 血清型感染引起的侵袭性疾病。

（2）接种对象：2 岁以上的易感者。

（3）免疫程序：通常接种 1 剂。其他特殊人群接种按照不同疫苗上市许可持有人的疫苗说明书执行。

（4）接种建议：优先推荐≥65 岁的老年人，以及 2-64 周岁患有慢性肺部疾病、慢性心血管疾病、糖尿病、慢性肾功能衰竭、

肾病综合征、慢性肝病（包括肝硬化）、酒精中毒、耳蜗移植、脑脊液漏、免疫功能低下、功能或器质性无脾者等接种。对上述人群不建议对免疫功能正常者进行复种，但年龄小于 65 周岁并伴有慢性肾功能衰竭、肾病综合征、功能性或器质性无脾及免疫功能受损者可以进行复种，2 剂 PPV23 至少间隔 5 年，首次接种年龄≥65 周岁者无需复种。

14. b 型流感嗜血杆菌疫苗

目前含 Hib 成分的疫苗有 Hib 疫苗、DTaP-Hib 联合疫苗、MenAC-Hib 联合疫苗、DTaP-IPV/Hib 联合疫苗等。

【b 型流感嗜血杆菌疫苗，Hib】

（1）作用：用于预防由 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性感染。

（2）接种对象：2 月龄婴幼儿至 5 岁儿童。

（3）免疫程序：接种 1~4 剂。不同年龄和不同疫苗上市许可持有人的疫苗需接种的剂次不同，接种时参照疫苗说明书执行。

（4）接种建议：不同厂家、不同规格含 Hib 成分疫苗适用的年龄范围、剂量等不同，接种时应仔细阅读疫苗说明书。建议 2 月龄及以上儿童选择适合起始月龄含 Hib 成分的疫苗尽早接种。推荐选择同一品种的疫苗完成全程接种。

15. 人乳头瘤病毒疫苗

目前有双价人乳头瘤病毒疫苗、四价人乳头瘤病毒疫苗（酿

酒酵母)、九价人乳头瘤病毒疫苗(酿酒酵母)等。

【双价人乳头瘤病毒疫苗】

(1) 作用: 用于预防 HPV16、18 型人乳头瘤病毒感染所致相关疾病。

(2) 接种对象: 9-45 岁的女性。

(3) 免疫程序: 共接种 3 剂, 第 0、1、6 月各接种 1 剂。第 2 剂可在第 1 剂之后的 1~2 月内接种, 第 3 剂可在第 1 剂后的 5~12 月内接种, 或按疫苗说明书执行。根据双价 HPV 疫苗(大肠杆菌)说明书, 针对 9-14 岁女性也可选择采用 0、6 月分别接种 1 剂次(间隔不小于 5 个月)的免疫程序。

(4) 接种建议: 建议 9-45 岁的女性尽早接种, 原则上要求在 46 周岁前完成 3 剂次接种。对于因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致在 46 周岁前未完成全程接种的, 可经受种方知情同意后, 在接种首剂后 1 年内完成 3 剂次接种。9-13 岁未发生初次性行为的女性或无 HPV 暴露者为首选接种人群, 其次为年龄较大的女性青年。接种该疫苗不能替代常规宫颈癌筛查和其它预防 HPV 感染和性传播疾病的措施。推荐用同一种疫苗完成全程接种, 暂不推荐不同品种的 HPV 疫苗互用。目前不推荐进行加强接种。

【四价人乳头瘤病毒疫苗(HPV)】

(1) 作用: 用于预防 HPV6、11、16、18 型人乳头瘤病毒感染所致相关疾病。

(2) 接种对象：用于 9-45 岁的女性。

(3) 免疫程序：共接种 3 剂，第 0、2、6 月各接种 1 剂。

(4) 接种建议：建议 9-45 岁的女性尽早接种，原则上要求在 46 周岁前完成 3 剂次接种。对于因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致在 46 周岁前未完成全程接种的，可经受种方知情同意后，在接种首剂后 1 年内完成 3 剂次接种。女性无 HPV 暴露者为首选接种人群。接种该疫苗不能替代常规宫颈癌筛查和其它预防 HPV 感染和性传播疾病的措施。推荐用同一种疫苗完成全程接种，暂不推荐不同品种的 HPV 疫苗互用。目前不推荐进行加强接种。

【九价人乳头瘤病毒疫苗（HPV）】

(1) 作用：用于预防因人乳头瘤病毒 6、11、16、18、31、33、45、52 和 58 型人乳头瘤病毒感染所致相关疾病。

(2) 接种对象：16~26 周岁女性。

(3) 免疫程序：共接种 3 剂，第 0、2、6 月各接种 1 剂。

(4) 接种建议：建议 16-26 岁的女性尽早接种，原则上要求在 27 周岁前完成 3 剂次接种。对于因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致在 27 周岁前未完成全程接种的，可经受种方知情同意后，在接种首剂后 1 年内完成 3 剂次接种。女性无 HPV 暴露者为首选接种人群。接种该疫苗不能替代常规宫颈癌筛查和其它预防 HPV 感染和性传播疾病的措施。推荐用同一种疫苗完成全程接种，暂不推荐不同品种的 HPV 疫苗互用。目前

不推荐进行加强接种。

16. 破伤风疫苗

【吸附破伤风疫苗】

(1) 作用：主要用于预防破伤风杆菌感染引起的破伤风。

(2) 接种对象：发生创伤机会较多的高风险人群。

(3) 免疫程序：

①无破伤风类毒素免疫史人员：接种 3 剂次，第 1、2 剂间隔 4~8 周，一年后接种第 3 剂；加强免疫一般每 10 年加强注射 1 剂，如遇特殊情况也可 5 年加强 1 剂。

②经全程免疫和加强免疫的人员：自最后 1 次注射后 3 年以内受伤时，不需注射本品。超过 3 年者，用本品加强注射 1 剂。严重污染的创伤或受伤前未经全程免疫者，除注射本品外，可酌情在另一部位注射破伤风抗毒素或破伤风人免疫球蛋白。

③妊娠期妇女：可在妊娠第 4 个月注射第 1 剂，6~7 个月时注射第 2 剂。

(4) 接种建议：建议育龄期和妊娠期妇女、从事有创伤风险职业的人员（包括建筑、野外施工、机械加工、医疗及实验室专业人员、救灾人员等），以及军队等相关人员接种。不得用吸附破伤风疫苗替代免疫规划百白破联合疫苗和白破疫苗；不得用于入学、入托儿童的疫苗补种。

17. 肾综合征出血热疫苗

【双价肾综合征出血热灭活疫苗】

(1) 作用：用于预防 I 型、II 型肾综合征出血热病毒感染引起的肾综合征出血热

(2) 接种对象：16 至 60 岁的高危人群。

(3) 免疫程序：基础免疫为 2 剂次，2 剂间间隔 14 天基础免疫后 1 年应加强免疫 1 剂。

(4) 接种建议：建议肾综合征出血热流行地区的居民和进入该地区的人员（如野外作业人员、农牧民、旅行者等）优先接种。推荐从事野外作业的人员、农牧民、军人、旅行者以及遭受自然灾害地区的人员等接种。

18. 其他肝炎疫苗

目前有重组戊型肝炎（以下称戊肝）疫苗。

【重组戊型肝炎疫苗，HepE】

(1) 作用：用于预防戊肝病毒的感染。

(2) 接种对象：16 岁及以上易感者。

(3) 免疫程序：按照 0、1、6 个月接种 3 剂。

(4) 接种建议：建议可能存在戊肝病毒感染的畜牧养殖者、餐饮从业人员、食品加工人员、老年人、学生或军人、育龄期妇女和疫区旅行者等高风险人群应优先选择接种。目前暂不推荐加强接种。

19. 霍乱疫苗

【重组 b 亚单位/菌体霍乱疫苗，rBS-WC】

(1) 作用：用于预防霍乱和产毒性大肠杆菌感染引起的腹

泻。

(2) 接种对象：2岁及以上的儿童、青少年和有接触或有传播危险的成人。

(3) 免疫程序：初次免疫者分别于0、7、28天口服，每次1粒。接受过该疫苗全程免疫的人员，可根据疫情在流行季节前加强免疫1次。

(4) 接种建议：建议卫生条件较差地区、受霍乱流行威胁地区的易感者以及旅行者、旅游服务人员、水上居民、水下作业和污水、粪便、垃圾处理人员、餐饮从业人员、食品加工人员、医务防疫人员、军人及野外作业人员、遭受自然灾害地区等重点人员接种。

20. 伤寒疫苗

【伤寒 Vi 多糖疫苗，TViPSV】

(1) 作用：用于预防伤寒沙门氏菌感染引起的伤寒。

(2) 接种对象：有感染风险和流行地区的应急接种人群。

(3) 免疫程序：接种1剂。

(4) 接种建议：建议卫生条件较差地区、伤寒暴发流行和受流行威胁地区的易感者以及旅行者、旅游服务人员、水上居民、水下作业和污水、粪便、垃圾处理人员、餐饮从业人员、食品加工人员、医务防疫人员、军人及野外作业人员、遭受自然灾害地区等高风险人员为重点接种人群。

21. 带状疱疹疫苗

【重组带状疱疹疫苗（CHO 细胞）】

（1）作用：适用于预防水痘-带状疱疹病毒感染引起的带状疱疹。

（2）接种对象：50 岁及以上成人。

（3）免疫程序：共接种 2 剂，第 2 剂与第 1 剂间隔 2 个月接种，如需改变免疫程序，第 2 剂在第 1 剂后 2~6 个月之内接种。

（4）接种建议：无论是否有水痘、带状疱疹患病史和水痘减毒活疫苗接种史，均可接种。接种重组带状疱疹疫苗仅用于预防用途，不适用于治疗已发生的临床疾病。

22.新冠病毒疫苗

按照国家有关政策、技术指南、疫苗说明书执行。

附件：1. 江苏省免疫规划疫苗免疫程序表

2. 江苏省非免疫规划疫苗免疫程序表

3. 各类疫苗接种方案 1-25

附件 1

江苏省免疫规划疫苗免疫程序表

可预防疾病	疫苗种类	接种途径	英文缩写	接种年龄														
				出生时	1月	2月	3月	4月	5月	6月	8月	9月	18月	2岁	3岁	4岁	5岁	6岁
乙型病毒性肝炎	乙肝疫苗	肌内注射	HepB	1	2						3							
结核病*	卡介苗	皮内注射	BCG	1														
脊髓灰质炎	脊灰灭活疫苗	肌内注射	IPV			1	2											
	脊灰减毒活疫苗	口服	bOPV					3								4		
百日咳、白喉、破伤风	百白破疫苗	肌内注射	DTaP				1	2	3				4					
	白破疫苗	肌内注射	DT															5
麻疹、风疹、流行性腮腺炎	麻腮风疫苗	皮下注射	MMR								1		2					
流行性乙型脑炎	乙脑减毒活疫苗	皮下注射	JE-L								1			2				
流行性脑脊髓膜炎	A 群流脑多糖疫苗	皮下注射	MPSV-A							1		2						
	A 群 C 群流脑多糖疫苗	皮下注射	MPSV-AC													3		4
甲型病毒性肝炎	甲肝灭活疫苗	肌内注射	HepA-I										1	2				

注：1.主要指结核性脑膜炎、粟粒性肺结核等。

附件 2

江苏省非免疫规划疫苗免疫程序表

序号	疫苗种类	接种年(月)龄																										
		出生	1月	1.5月	2月	3月	6月	8月	12月	15月	18月	2岁	3岁	5岁	6岁	9岁	12岁	15岁	16岁	18岁	26岁	45岁	50岁	60岁	>60岁			
1	重组乙型肝炎疫苗	一般接种3剂次(0、1、6月各1剂),60微克重组乙肝疫苗16岁以上接种1剂																										
2	脊髓灰质炎灭活疫苗				2、3、4月龄各1剂,18月龄加强1剂																							
3	DTaP-IPV/Hib联合疫苗				2、3、4月龄各1剂,18月龄加强1剂																							
4	DTaP-Hib联合疫苗				3、4、5月龄各1剂,18月龄加强1剂																							
5	含麻疹、风疹、腮腺炎疫苗成分疫苗						接种1剂																					
6	乙型脑炎灭活疫苗						儿童:接种4剂,8月龄接种2剂,间隔7-10天;2岁、6岁各1剂 成人:基础免疫接种2剂,间隔7天;基础免疫后1个月至1年内加强免疫1剂																					
7	AC群脑膜炎球菌-Hib联合疫苗				按说明书接种1-3剂																							
8	AC群脑膜炎球菌多糖结合疫苗				按说明书接种1-3剂																							
9	ACYW135群脑膜炎球菌多糖疫苗										2岁及以上儿童:接种2剂次,两剂次间隔不少于3年;成人:接种1剂																	
10	甲型乙型肝炎联合疫苗						接种3剂(0、1、6月各1剂)																					
11	冻干甲型肝炎减毒活疫苗						接种1剂																					
12	甲型肝炎灭活疫苗						接种2剂(0、6月各1剂)																					
13	人用狂犬病疫苗	暴露前:接种3剂次(0、7、21或28天各1剂) 暴露后:五针法(0、3、7、14、28天各1剂)或四针法(0天2剂,7、21天各1剂)																										
14	流行性感疫苗					接种1~2剂。不同疫苗上市许可持有人的疫苗适用接种对象、年龄范围、剂量等不同,接种时参照该疫苗说明书执行。																						
15	肠道病毒71型灭活疫苗				按说明书接种2剂(至少间隔1个月)																							
16	水痘减毒活疫苗					接种2剂,12月龄、4周岁各1剂。≤12周岁人群两剂至少间隔3个月,>12周岁人群两剂至少间隔4周。																						
17	口服轮状病毒活疫苗				每年应接种1剂																							

序号	疫苗种类	接种年(月)龄																												
		出生	1月	1.5月	2月	3月	6月	8月	12月	15月	18月	2岁	3岁	5岁	6岁	9岁	12岁	15岁	16岁	18岁	26岁	45岁	50岁	60岁	>60岁					
18	口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗			接种3剂,6周龄-12周龄 接种第1剂,各剂间隔4 周-10周;第3剂接种不 应晚于32周龄																										
19	13价肺炎球菌多糖结合疫苗(CRM197载体)			基础接种3剂次(2、4、6月龄), 每剂间隔4-8周,首剂可于6周龄接 种;12-15月龄加强1剂																										
20	13价肺炎球菌多糖结合(TT载体)和(TT/DT载体)疫苗			按疫苗说明书接种1-4剂,首剂可于6周龄接种																										
21	23价肺炎球菌多糖疫苗			接种1剂																										
22	b型流感嗜血杆菌(Hib)疫苗			按疫苗说明书接种1-4剂																										
23	双价人乳头瘤病毒疫苗													一般接种3剂(0、1、6月各1剂);双价 HPV疫苗(大肠杆菌)用于9-14岁可0、6 月各接种1剂(间隔不小于5个月)																
24	四价人乳头瘤病毒疫苗			按0、2、6月各1剂																										
25	九价人乳头瘤病毒疫苗													按0、2、6月各 1剂																
26	吸附破伤风疫苗			按疫苗说明书接种。																										
27	双价肾综合征出血热灭活疫苗													接种2剂次(0、14天各1剂), 1年后加强1剂																
28	重组戊型肝炎疫苗													接种3剂次(0、1、6月各1剂)																
29	重组b亚单位/菌体霍乱疫苗			接种3剂(0、7、28天各1剂),可于流行季节前加强1剂																										
30	伤寒Vi多糖疫苗			接种1剂																										
31	重组带状疱疹疫苗													接种2剂,间隔2-6 个月																

附件 3-1

江苏省乙型病毒性肝炎类疫苗接种方案

一、疾病介绍

乙型病毒性肝炎是由乙肝病毒引起的一组全身性传染病，属于嗜肝 DNA 病毒科。乙型肝炎病毒（HBV）包括众多抗原部分，包括乙肝表面抗原（HBsAg）、乙肝核心抗原（HBcAg）以及乙肝 e 抗原（HBeAg）。HBV 有较强的活性，环境表面的乙型肝炎病毒在室温下至少保持一个月以上的传染性。其临床表现为黄疸、厌食、恶心、呕吐、肝区疼痛发烧等，持续时间长短不一，通常 1~3 周。大多数成人急性乙肝可完全康复，但有 1%~2% 的人发生暴发性肝炎，其死亡率高达 63%~93%。在所有 HBV 感染者中约有 10% 转变成慢性，发生慢性乙肝病毒的风险随年龄增加而减少，新生儿及 1 岁以下婴幼儿的 HBV 感染慢性化风险为 90%。与 HBV 有关的疾病和死亡多数由慢性感染引起，包括慢性乙肝、肝硬化、肝坏死、肝细胞癌等。

二、流行病学

主要传染源为急、慢性乙型肝炎患者和病毒携带者。潜伏期为 1~6 月，平均 3 个月。主要经血和血制品、母婴、破损的皮肤和粘膜及性接触传播。未获得有效免疫的人群对 HBV 都具有易感性，另外 HBV 感染后个体反应差异显著，主要与感染者的年龄、性别、机体免疫功能等有关。乙型肝炎的发病主要以散发性为主，感染与发病表现出明显的家庭聚集现象，季节分布不明显，全球根据流行的程度分为低、中、高三种流行地区，我国属于中度流行区。

三、疫苗类别

含乙型肝炎成分疫苗包括重组酵母乙型肝炎疫苗（HepB）、重组 CHO（中国仓鼠卵巢巢细胞）HepB 和甲型乙型肝炎联合疫苗。其中酵母类 HepB 分为 10 μg、20 μg 和 60ug；CHO 类 HepB 分为 10 μg 和 20 μg；甲型乙型

肝炎联合疫苗中儿童剂型含灭活甲肝病毒抗原 250u、乙肝表面抗原 5ug，成人剂型含灭活甲肝病毒抗原 500u、乙肝表面抗原 10ug。国家免疫规划项目的 HepB 对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识；含乙型肝炎成分疫苗的非免疫规划疫苗，由居民知情、自愿并自费接种。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

1. 接种对象及剂次：按“0、1、6 个月”程序共接种 3 剂次，其中第 1 剂在新生儿出生后 24 小时内接种，第 2 剂在 1 月龄时接种，第 3 剂在 6 月龄时接种，上臂三角肌肌内注射。(1)重组（酵母）HepB：每剂次 10 μg，无论产妇乙肝病毒表面抗原（HBsAg）阳性或阴性，新生儿均接种 10 μg 的 HepB。(2)重组[中国仓鼠卵巢（CHO）细胞]HepB：每剂次 10 μg 或 20 μg，HBsAg 阴性产妇所生新生儿接种 10 μg 的 HepB，HBsAg 阳性产妇所生新生儿接种 20 μg 的 HepB。

（二）非免疫规划疫苗程序

1. 重组乙肝疫苗（汉逊酵母）

10 μg 疫苗适用于乙型肝炎易感者，包括新生儿、儿童和成人。20 μg 疫苗适用于 ≥16 岁乙型肝炎易感者。共接种 3 剂次，0、1、6 月各 1 剂次，接种剂量为 0.5ml，上臂三角肌肌内注射。

2. 重组乙肝疫苗（酿酒酵母）

10 μg 疫苗适用于 16 岁以下乙型肝炎易感者；20 μg 疫苗适用于 16 岁及以上人群接种。均接种 3 剂次，0、1、6 月各 1 剂次，接种剂量为 0.5ml 或 1.0ml（具体参照疫苗说明书），上臂三角肌肌内注射。

60 μg 疫苗只适用于 16 周岁及以上且全程接种乙肝疫苗后免疫功能低下、免疫无应答的人群，详见疫苗使用说明书。共接种 1 剂次，接种剂量为 1.0ml，上臂三角肌肌内注射。

3. 重组乙肝疫苗（CHO 细胞）

一般易感者接种 10 μg/剂次或 20 μg/剂次。共接种 3 剂次，0、1、6 月各 1 剂次，接种剂量为 0.5ml 或 1.0ml（具体参照疫苗说明书），上臂三角肌肌肉内注射。

4. 甲型乙型肝炎联合疫苗

共接种 3 剂次，0、1、6 月各 1 剂次，接种剂量为儿童（1-15 岁无免疫力和有感染甲型肝炎和乙型肝炎危险的婴幼儿和少年）剂型 0.5ml 或成人（无免疫力和有感染甲型肝炎和乙型肝炎危险的成人和 16 岁及以上青少年）剂型 1.0ml，上臂三角肌肌肉内注射。

（三）补种原则

1. 若出生 24 小时内未及时接种乙肝疫苗，应尽早接种。
2. 对于未完成乙肝疫苗全程免疫程序者，需尽早补种，补齐未接种剂次。
3. 乙肝疫苗第 2 剂与第 1 剂间隔应 ≥ 28 天，第 3 剂与第 2 剂间隔应 ≥ 60 天，第 3 剂与第 1 剂间隔 ≥ 4 个月。

（四）替代原则

含乙型肝炎成分疫苗的非免疫规划疫苗可以替代免疫规划乙肝疫苗，不推荐使用非免疫规划甲乙肝联合疫苗替代免疫规划乙肝疫苗。

五、接种禁忌

1. 已知对该疫苗所含任何成分，包括辅料以及甲醛过敏者。
2. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
3. 妊娠期妇女。
4. 患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

六、不良反应

常见不良反应有注射部位可能感到疼痛和触痛，多数情况下于2~3天内自行消失。常见和偶见的全身不良反应有发热、头晕、头痛、食欲下降、恶心、呕吐、腹泻、皮疹等。

七、接种建议

乙肝疫苗适用于未接种或未全程接种乙型肝炎疫苗或接种史不详者，尤其是高风险人群。推荐以下重点人群使用乙肝疫苗：

（一）存在性暴露感染风险的人群，包括男男性行为者、多性伴者、性伴为HBsAg阳性者和性传播疾病患者。

（二）存在职业暴露风险的人群，如医学院校学生、接触血液的医务工作者、救援（公安、消防、司法、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。

（三）存在经皮肤和黏膜暴露血液风险的人群，包括注射毒品者、HBsAg携带者或乙肝患者的家庭成员、易发生外伤者等。

（四）其他人群：如其他慢性肝病患者、乙肝高发区的居住者和旅行者、免疫缺陷或功能低下者、HIV阳性者、高校大学生，以及愿意接种乙肝疫苗者。在进行乙肝疫苗接种时，HBsAg阳性母亲所生新生儿，可按医嘱肌内注射100国际单位乙肝免疫球蛋白(Hepatitis B immunoglobulin, HBIG)，同时在不同肢体部位接种第1剂HepB。HepB、HBIG和卡介苗可在不同部位同时接种。HBsAg阳性或者不详母亲所生新生儿建议在出生后12小时内尽早接种第1剂乙肝疫苗，如所生的低体重儿<2000g者也应该在出生后24小时内尽早接种第1剂乙肝疫苗，在其满1月龄后再按0、1、6月程序完成全程接种。对于危重症的新生儿，如极低出生体重儿(出生体重<1500g者)、严重出生缺陷、重度窒息、呼吸窘迫综合征等，应在生命体征平稳后尽早接种第1剂HepB。

附件 3-2

江苏省卡介苗接种方案

一、疾病简介

结核病是由结核分枝杆菌引起的传染病，主要由肺结核排菌患者通过咳嗽、打喷嚏、吐痰等传播，可侵及全身多个脏器，以肺部结核感染最为常见。结核杆菌又称为抗酸杆菌，属放线菌目、分枝杆菌科、分枝杆菌属，对外界抵抗力较强，在干痰中可存活 6~8 个月，对人致病的主要为人型（标准株 H37Rv）。临床类型可分为原发型肺结核（I 型）、血行播散型肺结核（II 型）、继发型肺结核（III 型）、结核性胸膜炎（IV 型）和肺外结核（V 型），以肺结核最常见，主要病变为结核结节、浸润、干酪样变和空洞形成，多呈慢性过程，临床症状为长期低热、咳痰、咯血等。缺乏对结核病特异性免疫力的儿童一旦感染结核杆菌，结核杆菌可经血循环播散至全身，发生血行播散型肺结核。

二、流行病学

传染源是排菌的患者和动物（主要是牛），排菌的开放性肺结核患者是主要传染源。以空气传播为主。肺结核患者咳嗽、喷嚏排出的结核杆菌悬浮在飞沫核中播散，健康人吸入可致感染；痰干燥结核杆菌随尘埃吸入也可感染。人群对结核杆菌普遍易感，婴幼儿、青春后期及老年人发病率较高。患糖尿病、硅沉着病（矽肺）、恶性肿瘤以及过度劳累、妊娠等易诱发结核病。免疫抑制状态（如器官移植、艾滋病）患者尤其易好发结核病。在我国结核病仍是危害我国人民健康和生命的主要传染病，疫情十分严重。目前我国结核病年发病人数约为 130 万，占全球发病人数的 14%，位居全球第二位。近年来我国耐多药肺结核危害日益凸显，未来数年内可能出现以耐药菌为主的结核病流行态势，中西部地区、农村地区结核病防治形势严峻。

三、疫苗类别

卡介苗系用卡介菌经培养后收集菌体，加入稳定剂冻干制成，为白色疏松体或粉末，复溶后为均匀悬液。疫苗有效成分为卡介菌活菌体，辅料为蔗糖、谷氨酸钠、氯化钾、明胶。卡介苗为国家免疫规划疫苗，对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

出生后接种 1 剂。每次接种剂量为 0.1ml，在上臂外侧三角肌中部略下处皮内注射。

（二）补种原则

1. 未接种 BCG 的 <3 月龄儿童可直接补种。
2. 3 月龄~3 岁儿童对结核菌素纯蛋白衍生物（TB-PPD）或卡介菌蛋白衍生物（BCG-PPD）试验阴性者，应予补种。
3. ≥4 岁儿童不予补种。
4. 已接种 BCG 的儿童，即使卡痕未形成也不再予以补种。

五、接种禁忌

已知对该疫苗的任何成分过敏者；患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者；免疫缺陷、免疫功能低下或正接受免疫抑制剂治疗者；患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者；患湿疹或其他皮肤病患者。

六、不良反应

常见不良反应有一过性发热，局部红肿浸润，若随后化脓，形成小溃疡，一般 8~12 周后结痂。局部脓肿和溃疡直径超过 10mm 及长期不愈（大于 12 周），应及时诊治。接种侧腋下淋巴结可出现轻微肿大，一般不超

过 10mm，1~2 个月后消退。罕见、极罕见不良反应有严重淋巴结反应、骨髓炎、过敏性皮疹和过敏性紫癜。

七、接种建议

出生 3 个月内的婴儿或用 5IUPPD 试验阴性的儿童（PPD 试验后 48~72 小时局部硬结在 5mm 以下者为阴性）、早产儿胎龄>31 孕周且医学评估稳定后，可以接种 BCG。胎龄≤31 孕周的早产儿，医学评估稳定后可在出院前接种。与免疫球蛋白者接种间隔不做特别限制。

附件 3-3

江苏省脊髓灰质炎类疫苗接种方案

一、疾病介绍

脊髓灰质炎是由脊髓灰质炎病毒引起的急性肠道传染病，一般多感染 5 岁以下小儿，俗称“小儿麻痹症”。脊髓灰质炎病毒分为 I 型、II 型、III 型共 3 个血清型，型间无交叉免疫，所有型别均能引起麻痹。在脊灰疫苗问世之前，几乎所有儿童都会感染脊灰病毒。人体感染脊髓灰质炎病毒后，病情轻重不一，超过 90% 的感染者表现为隐性感染。4%~8% 的感染者可出现上呼吸道感染、胃肠道功能紊乱、流感样感染等症状；病毒如侵入中枢神经系统，还可出现体温较高、头痛加剧、呕吐、烦躁不安或嗜睡、全身肌肉疼痛、皮肤感觉过敏、颈背肌痛、颈强直等神经系统症状。1%~2% 感染者出现累及脊髓前角灰质、脑及脑神经的病变，导致肌肉麻痹，留下终生残疾甚至死亡。

二、流行病学

主要传染源为病人、隐性感染者和病毒携带者。潜伏期为 3~35 天，一般 5~14 天。以粪-口感染为主要传播方式，病毒随粪便排出，粪便带毒时间可长达数月之久，通过苍蝇、污染的水、食物以及日常用品使之播散。在发病早期咽部排毒可经飞沫传播。人群对本病普遍易感，感染后可获得对同型病毒的持久免疫力。使用疫苗前，本病遍及全球，多见于温带，在普种疫苗地区发病率明显下降，少有流行。2000 年我国已经实现了无脊髓灰质炎的目标，进入到消灭该病的后期阶段。目前与我国接壤的周边国家地方性传播仍在继续，我国仍面临脊灰野病毒输入的风险，输入疫情一旦扩散，还可能引起大年龄组儿童甚至成人发病。

三、疫苗类别

接种脊灰疫苗是预防脊灰的有效手段，含有脊灰疫苗成分的疫苗有口服 I 型和 III 型脊髓灰质炎减毒活疫苗（bOPV）、脊灰灭活疫苗（IPV）、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗（DTaP-IPV/Hib）。IPV 系脊髓灰质炎病毒 I、II、III 型分别接种于 Vero 细胞培养并收获病毒，经浓缩、纯化后用甲醛灭活，按比例混合后制成的 3 价液体疫苗。bOPV 系用脊髓灰质炎病毒 I、III 型减毒株分别接种于人二倍体细胞，经培养、收获病毒液后制成二价液体疫苗或固体糖丸。DTaP-IPV/Hib 包含脊髓灰质炎灭活疫苗、吸附无细胞百日咳疫苗、白喉和破伤风类毒素、b 型流感嗜血杆菌疫苗成分，可预防以上 5 种病原体引起的相应疾病。

bOPV 为免疫规划疫苗；政府免费向公众提供的 IPV 属于免疫规划疫苗，我省对适龄儿童提供 2 剂次免费的 IPV；居民自费并且自愿受种的 IPV 疫苗属于非免疫规划疫苗；DTaP-IPV/Hib 为非免疫规划疫苗。免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识，非免疫规划疫苗具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

共接种 4 剂次，其中 2 月龄、3 月龄各接种 1 剂 IPV，4 月龄、4 周岁各接种 1 剂 bOPV。IPV 接种剂量为 0.5ml，肌内注射。注射部位上臂外侧三角肌处。bOPV 糖丸剂型每次 1 粒；液体剂型每次 2 滴（约 0.1ml），口服。

（二）非免疫规划疫苗程序

1. IPV

共接种 4 剂次，2、3、4 月龄进行 3 剂基础免疫；第 18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，肌内注射。

2. DTaP-IPV/Hib

共接种 4 剂次，在 2、3、4 月龄或 3、4、5 月龄进行 3 剂基础免疫；第 18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，肌肉注射。对婴儿推荐最佳接种部位为大腿前外侧中部肌肉注射

（三）补种原则

1. <4 岁儿童未达到 3 剂（含补充免疫等），应补种完成 3 剂；≥4 岁儿童未达到 4 剂（含补充免疫等），应补种完成 4 剂。补种时遵循先 IPV 后 bOPV 的原则。两剂次间隔≥28 天。对于补种后满 4 剂次脊灰疫苗接种的儿童，可视为完成脊灰疫苗全程免疫。

2. 既往已有三价脊灰减毒活疫苗 (tOPV) 免疫史 (无论剂次数) 的迟种、漏种儿童，用 bOPV 补种即可，不再补种 IPV。

3. 对 2016 年 5 月 1 日脊灰疫苗免疫程序调整后出生的儿童接种不足 2 剂 IPV（包括 IPV 的联合疫苗）的，应按程序补齐 2 剂 IPV。

（四）替代原则

若受种者（监护人）主动要求接种含 IPV 成分的非免疫规划疫苗，建议其继续选择同品种疫苗完成全程接种。2016 年 5 月 1 日以后出生的儿童可享受 2 剂免疫规划 IPV 疫苗接种机会，非免疫规划 IPV 可替代 4 月龄、4 周岁各接种 1 剂的 bOPV；DTaP-IPV/Hib 可替代免疫规划疫苗中的脊灰疫苗和百白破疫苗。如儿童已按疫苗说明书或本接种方案完成 4 剂 IPV 或含 IPV 成分的联合疫苗全程接种，可视为同效替代，完成免疫规划疫苗的全程接种。

（五）应急免疫

发现脊灰野病毒病例、循环的疫苗衍生脊髓灰质炎病毒 (cVDPVs) 病例、脊灰疫苗高变异株循环病例，以及在环境或健康人群中发现脊灰野病毒，尽快开展应急免疫工作。开展至少 2 轮应急免疫。应急接种应使用脊髓灰质炎灭活疫苗。应急接种儿童年龄原则上为 2 月龄—5 岁，可根据后续风险评估结果适当扩大免疫年龄组及范围。

五、接种禁忌

(一) 已知对该疫苗的任何组分过敏者。

患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。

(三) 患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制剂治疗者、妊娠期妇女禁止接种 bOPV。

(五) 对任何生产工艺中的痕量残留物(戊二醛、新霉素)或对百日咳疫苗(无细胞或全细胞百日咳)过敏,以前接种百日咳疫苗(无细胞或全细胞百日咳疫苗)后 7 天内患过脑病者禁止接种 DTaP-IPV/Hib。

六、不良反应

常见的全身不良反应包括异常哭闹、腹泻、呕吐、易激怒、嗜睡、食欲下降和发热等,偶见皮疹。接种 IPV、DTaP-IPV/Hib 常见注射部位不良反应包括触痛、红斑、肿胀等,偶见硬结。口服 bOPV 极罕见引起脊髓灰质炎疫苗相关病例。

七、接种建议

1. IPV 和 bOPV 适用于 2 月龄及以上婴幼儿;DTaP-IPV/Hib 适用于 2 月龄~24 月龄的婴幼儿。当遇到无法使用同一厂家同种脊髓灰质炎疫苗完成后续接种时(含补种),可使用不同厂家的同种疫苗完成后续接种。

2. 如受种者注射免疫球蛋白应间隔 ≥ 3 个月以上方可接种 bOPV。

3. 如果儿童已按疫苗说明书接种过 IPV 或含 IPV 成分的联合疫苗,可视为完成相应剂次的脊灰疫苗接种,并建议其全程使用该疫苗完成全程接种。如儿童已按免疫程序完成 4 剂次含 IPV 成分疫苗接种,则 4 岁无需再接种 bOPV。

4. 以下人群建议按照说明书全程使用 IPV:原发性免疫缺陷、胸腺疾病、HIV 感染、正在接受化疗的恶性肿瘤、近期接受造血干细胞移植、正在使用具有免疫抑制或免疫调节作用的药物(例如大剂量全身皮质类固醇

激素、烷化剂、抗代谢药物、TNF- α 抑制剂、IL-1 阻滞剂或其他免疫细胞靶向单克隆抗体治疗)、目前或近期曾接受免疫细胞靶向放射治疗。

5. 非免疫规划脊髓灰质炎疫苗与其他免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗可同时接种, 疫苗说明书中有特别说明的情况除外。

附件 3-4

江苏省百日咳类疫苗接种方案

一、疾病介绍

百日咳是由百日咳杆菌感染引起的急性呼吸道传染病，因病程可迁延数月，所以称为“百日咳”。患者可表现为阵发性痉挛性咳嗽，且伴有深长的“鸡鸣”样吸气性吼声，严重者会引起死亡。百日咳杆菌侵入患者呼吸道后，附着在喉、气管、支气管黏膜上皮细胞的纤毛上繁殖并释放毒素，导致上皮细胞变性以及功能障碍，从而导致疾病。患者在感染百日咳杆菌后，病程可分为 3 个阶段：卡他期、痉咳期和恢复期。该病以抗菌药物治疗为主，辅以一般治疗、对症治疗和针对并发症的治疗等。百日咳传染性很强，接种百白破疫苗可有效预防该病。

二、流行病学

百日咳患者、隐性感染者和带菌者为本病传染源。潜伏期 2~21 天，平均 7~10 天。人群对百日咳普遍易感，5 岁以下小儿发病率较高。以呼吸道飞沫传播为主要传播方式。患者或潜伏感染者在打喷嚏或咳嗽时喷出的飞沫中含有病原菌，病原菌会随飞沫快速传播，易感人群吸入带菌飞沫后被感染。百日咳杆菌在体外生存力弱，间接传播的可能性小。百日咳分布遍及全世界，多见于寒带及温带。全年均可发病，但以冬季和春季为高发。我国自实施免疫规划以来，发病率已明显降低。但近些年，青少年和成人百日咳杆菌感染率呈现上升趋势，这些人群感染后多数症状轻微或无症状，成为重要的传染源。

三、疫苗类别

含有百日咳疫苗成分的疫苗有：吸附无细胞百白破联合疫苗 (DTap)、无细胞百白破 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗 (DTap-Hib)、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌(结合)联合疫苗(DTaP-IPV/Hib)。

DTap 为国家免疫规划疫苗，对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识；DTap-Hib、DTaP-IPV/Hib 为非免疫规划疫苗，由居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

DTaP 共接种 4 剂次，基础免疫分别于 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18~24 月龄加强 1 剂。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处或臀部。

（二）非免疫规划疫苗程序

1. DTaP-Hib

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18~24 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为吸附无细胞百白破联合疫苗和 b 型流感嗜血杆菌结合疫苗各 0.5ml，混合后接种，接种途径为肌肉注射，推荐接种部位为婴儿的臀部外上方 1/4 处上臂外侧三角肌处。

2. DTaP-IPV/Hib

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 2、3、4 月龄或 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，对婴儿推荐最佳接种部位为大腿前外侧中部。

（三）补种原则

3 月龄~5 周岁未完成 DTaP 规定剂次的儿童，需补种未完成的剂次，前 3 剂每剂间隔 ≥ 28 天，第 4 剂与第 3 剂间隔 ≥ 6 个月。

如儿童已按疫苗说明书接种含百白破疫苗成分的其他联合疫苗，可视为完成相应剂次的 DTaP 接种。

（四）替代原则

若受种者（监护人）主动要求接种含百日咳成分的非免疫规划疫苗，建议其继续选择同品种疫苗完成全程接种。DTap-Hib 可替代免疫规划疫

苗中的DTap，如自主选择首剂使用DTap-Hib替代接种DTap，建议其使用DTap-Hib完成全程免疫。DTaP-IPV/Hib可替代免疫规划疫苗中的脊灰疫苗和DTap，如自主选择首剂使用DTaP-IPV/Hib替代脊灰疫苗和DTap，建议使用DTaP-IPV/Hib完成全程免疫。

五、接种禁忌

以下人群禁止接种APCV：

- (一) 已知对该类疫苗的任何成分过敏者。
- (二) 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
- (三) 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。
- (四) 以往接种过含相同组分的疫苗出现过严重不良反应者。

六、不良反应

常见不良反应：一过性发热、红肿、疼痛、发痒，疲倦、头疼或全身疼痛等；罕见不良反应有局部硬结、过敏性皮疹；极罕见不良反应：过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿和神经系统反应。

七、接种建议

DTap推荐人群为3月龄到5周岁儿童；DTap-Hib推荐人群为3~24月龄婴幼儿；DTaP-IPV/Hib推荐人群为2~24月龄婴幼儿。

附件 3-5

江苏省白喉类疫苗接种方案

一、疾病介绍

白喉 (diphtheria) 是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病，白喉杆菌产生的外毒素为致病主要因素。根据病变侵犯部位分为四种类型：咽白喉、喉白喉、鼻白喉、其他部位白喉，其中咽白喉最常见，占发病人数的 80% 左右；原发性喉白喉、鼻白喉少见，多为咽白喉扩展所致；其他部位的白喉少见，皮肤、眼结膜、耳、外阴、新生儿脐部、食管等处偶尔可发生白喉。呼吸道白喉临床特征为咽、喉部不易剥离的白色或灰白色假膜和全身毒血症症状。咽白喉根据病情轻重分为轻型、普通型、重型、极重型 4 型，重型、极重型除有咽部症状和全身症状外，颈部有明显的软组织肿胀，称为“牛颈”，可并发心肌炎和周围神经炎，病死率极高。

二、流行病学

人类是白喉杆菌已知的唯一宿主，病人和有毒菌株的带菌者为唯一的传染源，患者在潜伏期即有传染性，不典型和轻型患者容易误诊，所以在传播白喉中的危害性更大。潜伏期为 1~7 天，一般 2~4 天。白喉主要通过呼吸道飞沫传播，也可以通过污染的器具和食物传播，外伤性感染主要通过破损的皮肤或呼吸道以外的黏膜感染。一年四季均可发生，但秋冬季发病较多。白喉主要为儿童传染病，1~5 岁发病率最高。广泛推行白喉疫苗免疫预防后，患者年龄构成向大年龄推移并呈高度散发的趋势。

三、疫苗类别

接种白喉类相关疫苗是预防白喉的有效手段，含有白喉类疫苗成分的疫苗有吸附白喉破伤风联合疫苗 (DT)、吸附无细胞百白破联合疫苗 (DTaP)、无细胞百白破 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗 (DTaP-Hib)、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌 (结合) 联合疫苗

(DTaP-IPV/Hib)。DT 和 DTaP 为国家免疫规划疫苗，对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识；DTaP-Hib 和 DTaP-IPV/Hib 为非免疫规划疫苗，居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

(一) 免疫规划疫苗程序

1. DTaP

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18~24 月龄加强 1 剂。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处或臀部。

2. DT

共接种 1 剂次，6 周岁儿童接种。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

(二) 非免疫规划疫苗程序

1. DTaP-Hib

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18~24 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为吸附无细胞百白破联合疫苗和 b 型流感嗜血杆菌结合疫苗各 0.5ml，混合后接种，接种途径为肌肉注射，推荐接种部位为婴儿的臀部外上方 1/4 处上臂外侧三角肌处。

2. DTaP-IPV/Hib

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 2、3、4 月龄或 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，对婴儿推荐最佳接种部位为大腿前外侧中部。

(三) 补种原则

1. 3 月龄~5 周岁未完成 DTaP 规定剂次的儿童，需补种未完成的剂次，前 3 剂每剂间隔 ≥ 28 天，第 4 剂与第 3 剂间隔 ≥ 6 个月。

2. ≥ 6 周岁儿童补种参考以下原则：

(1) 接种 DTaP 和 DT 累计 < 3 剂的, 用 DT 补齐 3 剂, 第 2 剂与第 1 剂间隔 1~2 个月, 第 3 剂与第 2 剂间隔 6~12 个月。

(2) DTaP 和 DT 累计 ≥ 3 剂的, 若已接种至少 1 剂 DT, 则无需补种; 若仅接种了 3 剂 DTaP, 则接种 1 剂 DT, DT 与第 3 剂 DTaP 间隔 ≥ 6 个月; 若接种了 4 剂 DTaP, 但满 7 周岁时未接种 DT, 则补种 1 剂 DT, DT 与第 4 剂 DTaP 间隔 ≥ 12 个月。

(3) 如儿童已按疫苗说明书接种含百白破疫苗成分的其他联合疫苗, 可视为完成相应剂次的 DTaP 接种。

根据补种时的年龄选择疫苗种类, 3 月龄~5 周岁使用 DTaP, 6~11 周岁使用儿童型 DT, ≥ 12 周岁使用成人及青少年型 DT。

(四) 替代原则

若受种者(监护人)主动要求接种含白喉成分的非免疫规划疫苗, 建议其继续选择同品种疫苗完成全程接种。DTaP-Hib 可替代免疫规划疫苗中的 DTaP, 如自主选择首剂使用 DTaP-Hib 替代接种 DTaP, 建议使用 DTaP-Hib 完成全程免疫。DTaP-IPV/Hib 可替代免疫规划疫苗中的脊灰疫苗和 DTaP, 如自主选择首剂使用 DTaP-IPV/Hib 替代 DTaP, 建议使用 DTaP-IPV/Hib 完成全程免疫。

五、接种禁忌

- (一) 已知对该疫苗的任何成分过敏者。
- (二) 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
- (三) 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。
- (四) 使用白喉或破伤风类毒素发生神经系统反应者。

六、不良反应

(一) 常见不良反应: 接种部位局部出现红肿、疼痛、发痒; 全身性反应可有低热、哭闹等。

(二) 罕见不良反应：烦躁、厌食、呕吐、精神不振、重度发热反应、局部硬结等。

(三) 极罕见不良反应：局部无菌性脓肿、过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿、神经系统反应等。必要时应及时与接种单位联系，由后者给予处置指导。

七、接种建议

DTaP 适用于 3 月龄到 5 周岁儿童；DTap-Hib 推荐人群为 3~24 月龄婴幼儿；DTaP-IPV/Hib 推荐人群为 2~24 月龄婴幼儿；儿童型 DT 适用于 6~11 周岁儿童， ≥ 12 周岁使用成人及青少年型 DT。

附件 3-6

江苏省破伤风类疫苗接种方案

一、疾病介绍

破伤风病原为破伤风梭状芽胞杆菌（破伤风杆菌），属于梭菌属，革兰染色阳性，细菌呈鼓槌状。破伤风杆菌严格厌氧。芽孢在干燥的土壤和尘埃中可存活数年，在 100℃ 持续 1 小时才可被完全破坏。破伤风杆菌的芽孢侵入人体组织，在缺氧环境中发育为增殖体，并大量繁殖，释放痉挛毒素时，就会引发破伤风。破伤风杆菌产生两种外毒素：破伤风溶血毒素和破伤风痉挛毒素，后者是引起破伤风临床表现的主要致病物质。破伤风痉挛毒素属于神经毒素，毒性极强，对人的致死量小于 1 μg。破伤风痉挛毒素可引起以全身骨骼肌持续强直性收缩和阵发性痉挛为特征的急性、特异性、中毒性疾病。重症患者可发生喉痉挛、窒息、肺部感染和器官功能衰竭，在无医疗干预的情况下，病死率接近 100%，即使经过积极的综合治疗，全球范围病死率仍为 30%~50%，是一种极为严重的潜在致命性疾病。

二、流行病学

动物和人的粪便中均可含破伤风梭状芽胞杆菌，随粪便排出体外后，以芽孢状态广泛分布于自然界，尤以土壤中为常见。潜伏期通常为 3~21 天，可短至 1 天，罕见可长达半年以上。主要通过污染的伤口感染。可以发生在选择性外科手术、烧伤、深部穿刺伤口、挤压伤、中耳炎（耳感染）、牙齿感染、动物咬伤、分娩或流产等。人群普遍易感。破伤风分为新生儿破伤风和非新生儿破伤风。我国已于 2012 年消除了新生儿破伤风，但非新生儿破伤风仍是一个严重的公共卫生问题。估计全世界每年的破伤风发病数量约为 100 万例，死亡人数为 30 万例~50 万例。我国尚缺乏非新生

儿破伤风流行病学监测和报告体系,非新生儿破伤风多散发于乡镇和农村地区,且误诊率和漏诊率较高,因此报告发病率可能存在较严重低估。

三、疫苗类别

破伤风类疫苗有效成分是破伤风类毒素。含有破伤风疫苗成分的疫苗有:吸附无细胞百白破联合疫苗(DTap)、白破二联疫苗(DT)、无细胞百白破b型流感嗜血杆菌联合疫苗(DTap-Hib)、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和b型流感嗜血杆菌(结合)联合疫苗(DTaP-IPV/Hib),以及破伤风疫苗(TT)。吸附破伤风类疫苗系用破伤风杆菌菌种,在适宜的培养基中培养产生的毒素经精制、甲醛脱毒,并加入氢氧化铝佐剂制成,有效成分为破伤风类毒素。

DTap、DT为国家免疫规划疫苗,对适龄儿童免费提供,免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识;DTap-Hib、DTaP-IPV/Hib和TT为非免疫规划疫苗,由居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

(一) 免疫规划疫苗程序

1. DTaP

共接种4剂次,基础免疫分别于3、4、5月龄各接种1剂,18~24月龄加强1剂。接种剂量为0.5ml,接种途径为肌肉注射,接种部位为上臂外侧三角肌处。

2. DT

共接种1剂次,6周岁儿童接种。接种剂量为0.5ml,接种途径为肌肉注射,接种部位为上臂外侧三角肌处。

(二) 非免疫规划疫苗程序

1. DTaP-Hib

共接种4剂次,基础免疫分别于3、4、5月龄各接种1剂,18~24月龄进行1剂加强免疫。接种剂量为吸附无细胞百白破联合疫苗和b型流

感嗜血杆菌结合疫苗各 0.5ml，混合后接种，接种途径为肌肉注射，推荐接种部位为婴儿的上臂外侧三角肌处。

2. DTaP-IPV/Hib

共接种 4 剂次，基础免疫分别于 2、3、4 月龄或 3、4、5 月龄各接种 1 剂，18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，对婴儿推荐最佳接种部位为大腿前外侧中部。

3. TT

无破伤风类毒素免疫史者，接种 3 剂次，第 1、2 剂间隔 4~8 周，1 年后接种第 3 剂；加强免疫一般每 10 年加强注射 1 剂，如遇特殊情况也可 5 年加强 1 剂。经全程免疫和加强免疫的人员自最后 1 次注射后 3 年以内受伤时，不需注射本品。超过 3 年者，用本品加强注射 1 剂。严重污染的创伤或受伤前未经全程免疫者，除注射本品外，可酌情在另一部位注射破伤风抗毒素或破伤风人免疫球蛋白。妊娠期妇女可在妊娠第 4 个月注射第 1 剂，6~7 个月时注射第 2 剂。接种剂量 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（三）补种原则

1. 3 月龄~5 周岁未完成 DTaP 规定剂次的儿童，需补种未完成的剂次，前 3 剂每剂间隔 ≥ 28 天，第 4 剂与第 3 剂间隔 ≥ 6 个月。

2. ≥ 6 周岁儿童补种参考以下原则：

（1）接种 DTaP 和 DT 累计 < 3 剂的，用 DT 补齐 3 剂，第 2 剂与第 1 剂间隔 1~2 个月，第 3 剂与第 2 剂间隔 6~12 个月。

（2）DTaP 和 DT 累计 ≥ 3 剂的，若已接种至少 1 剂 DT，则无需补种；若仅接种了 3 剂 DTaP，则接种 1 剂 DT，DT 与第 3 剂 DTaP 间隔 ≥ 6 个月；若接种了 4 剂 DTaP，但满 7 周岁时未接种 DT，则补种 1 剂 DT，DT 与第 4 剂 DTaP 间隔 ≥ 12 个月。

(3)如儿童已按疫苗说明书接种含百白破疫苗成分的其他联合疫苗,可视为完成相应剂次的DTaP接种。

未完成百白破疫苗免疫程序的儿童,3月龄~5周岁使用DTap,6~11周岁使用儿童型DT,≥12周岁使用成人及青少年型DT。TT不得用于入学、入托儿童的疫苗补种。

(四)替代原则

若受种者(监护人)主动要求接种含破伤风成分的非免疫规划疫苗,建议其继续选择同品种疫苗完成全程接种。DTaP-Hib可替代免疫规划疫苗中的DTaP,如自主选择首剂使用DTaP-Hib替代接种DTaP,建议使用DTaP-Hib完成全程免疫。DTaP-IPV/Hib可替代免疫规划疫苗中的脊灰疫苗和DTaP,如自主选择首剂使用DTaP-IPV/Hib替代脊灰疫苗和DTaP,建议使用DTaP-IPV/Hib完成全程免疫。

不得用TT替代免疫规划DTaP和DT。

(五)外伤后免疫

外伤后破伤风疫苗和被动免疫制剂的使用,应结合伤口性质与既往免疫史综合判断,原则如下:

全程免疫且最后一次注射后的5年内,所有类型伤口,均不推荐使用含破伤风类毒素疫苗(TTCV)、破伤风人免疫球蛋白(HTIG)或马破伤风球蛋白/破伤风抗毒素(F(ab')₂/TAT)。

全程免疫最后一次注射后≥5年,但不足10年,清洁伤口不推荐使用TTCV、HTIG或F(ab')₂/TAT。不洁伤口及污染伤口应加强接种1剂TTCV,不推荐使用HTIG和F(ab')₂/TAT。

全程免疫最后一次注射已≥10年,部分患者体内抗体水平降至保护水平以下,所有类型伤口均应接种1剂TTCV,以快速提高体内抗体水平,不推荐使用HTIG和F(ab')₂/TAT。

免疫接种史不详或 TTCV 接种不足 3 剂次，清洁伤口仅需全程接种 TTCV。不洁伤口和污染伤口在全程接种 TTCV 的同时应注射 HTIG 或 F(ab')₂/TAT。

五、接种禁忌

以下人群禁止接种 TTCV：

- (1) 已知对该类疫苗的任何成分过敏者。
- (2) 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
- (3) 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。
- (4) 注射 TTCV 后发生神经系统反应者。

六、不良反应

常见不良反应：一过性发热、红肿、疼痛、发痒，疲倦、头疼或全身疼痛等；罕见不良反应有局部硬结、过敏性皮疹；极罕见不良反应：过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿和神经系统反应。

七、接种建议

1. DTap 推荐人群为 3 月龄到 5 周岁儿童；DTap-Hib 推荐人群为 3 月龄及以上婴幼儿；DTaP-IPV/Hib 推荐人群为 2 月龄及以上婴幼儿。

2. 儿童未完成国家免疫规划规定剂次接种 TTCV 者，应尽早进行补种。3 月龄~6 岁儿童使用 DTap，6~11 岁使用 DT。

3. 既往无破伤风免疫史的高危人群，如军人、警察、军校和警校等院校在校学生、建筑工人、野外工程作业人员（石油、电力、铁路等）及厨师等，建议尽早完成全程接种。

4. 外伤者建议按照外伤后免疫原则完成接种。

附件 3-7

江苏省麻疹类疫苗接种方案

一、疾病介绍

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。麻疹病毒只有一个血清型，抗原性稳定。此病毒抵抗力不强，对日光及一般消毒剂均敏感，随飞沫排出的病毒在室内空气中保持其传染性约 2 小时，尤其是在流通的空气中或阳光下半小时即失去活力。主要临床表现为发热、咳嗽、流涕等上呼吸道卡他症状及眼结膜炎，口腔麻疹黏膜斑及皮肤斑丘疹。

二、流行病学

患者为唯一传染源。麻疹潜伏期为 7~21 天，平均 10~14 天。发病前 2 天至出疹后 5 天均有传染性。患者咳嗽、喷嚏时，病毒随飞沫排出，直接到达易感者的呼吸道或眼结膜而致感染。亦可经污染病毒的手传播，通过第三者或衣物间接传播很少见。人群对麻疹普遍易感，该病传染性强，易感者直接接触后 90% 以上可患病。通常 6 个月至 5 岁小儿发病率最高，6 个月以下的婴儿具有母传免疫力，很少发病。接种麻疹疫苗后可获有效免疫力，但抗体水平可逐年下降，因此如再接触传染源还可发病。广泛预防接种以后，发病年龄有增大趋势，隐性感染者也普遍存在。本病目前多为散发，但如传染源进入易感者居住集中的地区，则可致局部暴发或流行。四季均可发病，流行多发生于冬春两季。

三、疫苗介绍

接种麻疹疫苗是预防麻疹的有效手段，含有麻疹疫苗成分的疫苗有麻疹减毒活疫苗（MV）、麻疹风疹联合减毒活疫苗（MR）、麻疹风疹腮腺炎联合减毒疫苗（MMR）、麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗（MM）。麻疹减毒活疫苗系由麻疹病毒减毒株接种原代鸡胚细胞，经培养、收获病毒液，加入稳定剂冻干制成。麻疹风疹联合减毒活疫苗系由麻疹病毒减毒株接种原代鸡

胚细胞和风疹病毒减毒株接种人二倍体细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。麻腮风疫苗系由麻疹病毒减毒株和腮腺炎病毒减毒株，风疹病毒减毒株接种二倍体细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗系由麻疹、腮腺炎病毒减毒株分别接种原代鸡胚细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。

政府免费向公众提供的 MMR 属于免疫规划疫苗；居民自愿受种的 MV、MR、MM、MMR 疫苗属于非免疫规划疫苗。免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识，非免疫规划疫苗具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

1. 麻疹风疹腮腺炎联合减毒疫苗

共接种 2 剂次，8 月龄、18 月龄各接种 1 剂。接种途径为皮下注射，接种剂量为 0.5ml，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（二）非免疫规划疫苗程序

非免疫规划使用的 MV、MR、MM、MMR

共接种 1 剂次，8 月龄以上易感人群可接种 1 剂次，接种途径均为皮下注射，接种剂量为 0.5ml，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（三）补种原则

1. 自 2020 年 6 月 1 日起，2019 年 10 月 1 日及以后出生儿童未按程序完成 2 剂 MMR 接种的，使用 MMR 补齐。

2. 2007 年扩免后至 2019 年 9 月 30 日出生的儿童，应至少接种 2 剂含麻疹成分疫苗、1 剂含风疹成分疫苗和 1 剂含腮腺炎成分疫苗，对不足上述剂次者，使用 MMR 补齐。

3. 2007 年扩免前出生的 <18 周岁人群，如未完成 2 剂含麻疹成分的疫苗接种，使用 MMR 补齐。

4. 如果需补种两剂 MMR，接种间隔应 ≥ 28 天。

（四）替代原则

不推荐使用非免疫规划疫苗替代 8 月和 18 月龄接种的免疫规划 MMR 疫苗。

（五）应急免疫

当针对麻疹疫情开展应急接种时，可根据疫情流行病学特征考虑对疫情波及范围内的 6~7 月龄儿童接种 1 剂含麻疹成分疫苗，但不计入常规免疫剂次。在未做出实验室诊断前开展应急接种的，建议采用含麻疹风疹成分的联合疫苗。

六、接种禁忌

1. 已知对该疫苗所含任何成份，包括辅料成份以及硫酸庆大霉素过敏者。

2. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。

3. 妊娠期妇女。

4. 免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。

5. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

七、不良反应

常见不良反应：在注射部位可出现疼痛和触痛，多数情况下于 2-3 天内自行消失；接种疫苗后 1-2 周内，可能出现一过性发热反应；12 天内可能有轻微皮疹出现，出疹时间一般不超过 2 天。另外，MMR、MM 接种后可有轻度腮腺和唾液腺肿大，一般在 1 周内自行好转。

罕见、极罕见不良反应：重度发热、过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、出现血小板减少性紫癜；另 MMR 接种后极罕见不良反应还有感觉神经性耳聋和急性肌炎。

八、接种建议

目前含麻疹成分的国家免疫规划疫苗适用于8月龄及以上婴幼儿。儿童满8月龄、18月龄应尽早完成1剂次的MMR接种。如与其他国家免疫规划疫苗同时接种时，应在不同部位；如需接种多种疫苗但无法同时完成接种，则优先接种MMR，若未能与其他注射类减毒活疫苗同时接种，则需间隔 ≥ 28 天。注射免疫球蛋白者应间隔 ≥ 3 个月接种MMR，接种MMR后2周内避免使用免疫球蛋白。

附件 3-8

江苏省风疹类疫苗接种方案

一、疾病介绍

风疹是由风疹病毒引起的急性呼吸道传染病。风疹病毒属于披膜病毒科风疹病毒属，患者是风疹唯一的传染源。风疹病毒的抗原结构相当稳定，现知只有一个血清型。风疹病毒对紫外线和脂溶剂敏感。风疹病毒不耐热，56℃30 分钟，37℃1.5 小时均可将其杀死，对寒冷和干燥环境有一定的耐受力。临床特征为低热、轻度上呼吸道炎症，耳后、枕后淋巴结肿大及全身性皮肤斑丘疹，怀孕妇女在孕期感染风疹造成婴儿的先天性风疹综合症（CRS）。先天性风疹主要临床表现为低出生体重，先天性心脏病，白内障/青光眼，视网膜病，神经性耳聋；血小板减少性紫癜，溶血性贫血，再生障碍性贫血，脾肿大、黄疸、精神发育迟缓，小头畸形，脑膜脑炎，X 线骨质异常。

二、流行病学

患者、隐型感染者为主要传染源。风疹潜伏期 12~23 天，平均 18 天，出疹前后 5 天均有传染性，起病当天和前一天传染性最强。先天性风疹患儿在生后数月内仍有病毒排出，具有传染性。患者口、鼻、咽部分泌物以及血液、大小便等中均可分离出病毒。主要由飞沫经呼吸道传播，也可经接触传染和垂直传播。胎儿被感染后可引起流产、死产、早产或有多种先天畸形的先天性风疹。一般多见于 5~9 岁的儿童，6 个月以下小儿因母体来的被动免疫故很少患病，一次患病后大多有持久免疫。风疹四季均可发病，多见于冬春季，可在幼儿园、学校、军队中流行。母亲孕期原发感染可导致胎儿宫内感染，其发病率和致畸率与感染时的胎龄密切相关，以孕早期为最高。

三、疫苗介绍

目前含有风疹疫苗成分的疫苗麻疹风疹联合减毒活疫苗（MR）和麻疹风疹腮腺炎联合减毒疫苗（MMR）。MR 系由麻疹病毒减毒株接种原代鸡胚细胞和风疹病毒减毒株接种人二倍体细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。MMR 系由麻疹、腮腺炎病毒减毒株分别接种原代鸡胚细胞，风疹病毒减毒株接种二倍体细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。

政府免费向公众提供的 MMR 属于免疫规划疫苗；居民自愿受种的 MR、MMR 疫苗属于非免疫规划疫苗。免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识，非免疫规划疫苗具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

1. MMR

共接种 2 剂次，8 月龄、18 月龄各接种 1 剂。接种途径为皮下注射，接种剂量为 0.5ml，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（二）非免疫规划疫苗程序

非免疫规划使用的 MR、MMR，8 月龄以上易感人群接种 1 剂次，接种途径均为皮下注射，接种剂量为 0.5ml，接种部位为上臂三角肌。共接种 2 剂次，8 月龄、18 月龄各接种 1 剂。接种途径为皮下注

（三）补种原则

1. 自 2020 年 6 月 1 日起，2019 年 10 月 1 日及以后出生儿童未按程序完成 2 剂 MMR 接种的，使用 MMR 补齐。

2. 2007 年扩免后至 2019 年 9 月 30 日出生的儿童，应至少接种 2 剂含麻疹成分疫苗、1 剂含风疹成分疫苗和 1 剂含腮腺炎成分疫苗，对不足上述剂次者，使用 MMR 补齐。

3. 2007 年扩免前出生的 <18 周岁人群，如未完成 2 剂含麻疹成分的疫苗接种，使用 MMR 补齐。

4. 如果需补种两剂 MMR，接种间隔应 \geq 28 天。

（四）替代原则

不推荐使用非免疫规划疫苗替代 8 月和 18 月龄接种的免疫规划 MMR 疫苗。

（五）应急免疫

为有针对性控制疫情，在未做出实验室诊断前开展应急接种的，建议采用含麻疹风疹成分的联合疫苗。在疫情经实验室确诊后，可使用相应单价疫苗或联合疫苗，在条件允许的情况下优先考虑使用联合疫苗。

六、接种禁忌

1. 已知对该疫苗所含任何成份，包括辅料成份以及硫酸庆大霉素过敏者。
2. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
3. 妊娠期妇女。
4. 免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。
5. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

七、不良反应

常见不良反应：在注射部位可出现疼痛和触痛，多数情况下于 2-3 天内自行消失；接种疫苗后 1-2 周内，可能出现一过性发热反应；12 天内可能有轻微皮疹出现，出疹时间一般不超过 2 天。另外，MMR 接种后可有轻度腮腺和唾液腺肿大，一般在 1 周内自行好转。

罕见、极罕见不良反应：重度发热、过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、出现血小板减少性紫癜；另 MMR 接种后极罕见不良反应还有感觉神经性耳聋和急性肌炎。

八、接种建议

目前含风疹成分的国家免疫规划疫苗适用于 8 月龄及以上婴幼儿。满 8 月龄、18 月龄儿童应尽早完成 1 剂次的 MMR。如与其他国家免疫规划疫

苗同时接种时，应在不同部位；如需接种多种疫苗但无法同时完成接种，则优先接种 MMR，若未能与其他注射类减毒活疫苗同时接种，则需间隔 ≥ 28 天。注射免疫球蛋白者应间隔 ≥ 3 个月接种 MMR，接种 MMR 后 2 周内避免使用免疫球蛋白。

附件 3-9

江苏省流行性腮腺炎类疫苗接种方案

一、疾病介绍

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病。腮腺炎病毒属副粘病毒科副粘病毒属的单股 RNA 病毒。呈球形，大小悬殊，直径在 85~300nm 之间。该病毒抗原稳定，只有一个血清型。但依据 S 抗原基因变异已发现 12 种基因型。腮腺炎病毒抵抗力低，暴露于紫外线下迅速死亡。对甲醛、乙醇敏感，加热至 55~60℃ 时 10~20 分钟即可灭活，但耐寒，在 4℃ 时活力能保持 2 个月，在 -70℃ 可存活数年。临床以腮腺非化脓性炎症、腮腺区肿痛为临床特征，腮腺肿大 2~3 天后达到高峰，持续 4~5 天后逐渐消退。

二、流行病学

患者、隐型感染者为主要传染源。腮腺炎潜伏期 8~30 天，平均 18 天，传染期从腮腺肿大前 7 天到肿大后 2 周均有传染性。病毒主要通过呼吸道飞沫传播，也能通过接触被病毒污染的物品传播。妊娠早期可经胎盘传染至胚胎导致中儿发育畸形。人类普遍易感，主要为 <15 岁儿童和青少年，其中最常见于 5~9 岁的小儿，小于 1 岁的婴儿少见，感染后可获得持久免疫力。四季均可发生，以冬春季节为主。无免疫力的成人亦可发病，病后可获得持久免疫。

三、疫苗介绍

目前含有腮腺炎疫苗成分的疫苗有腮腺炎减毒活疫苗 (MuV)、麻疹风疹腮腺炎联合减毒疫苗 (MMR) 和麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗 (MM)。MuV 系由腮腺炎病毒减毒株接种原代鸡胚细胞，经培养、收获病毒液，加入适宜稳定剂冻干制成。MMR 系由麻疹、腮腺炎病毒减毒株分别接种原代鸡胚细胞，风疹病毒减毒株接种二倍体细胞，经培养、收获病毒液，按比

例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。麻疹腮腺炎联合减毒活疫苗系由麻疹、腮腺炎病毒减毒株分别接种原代鸡胚细胞，经培养、收获病毒液，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。

政府免费向公众提供的 MMR 属于免疫规划疫苗；居民自愿受种的 MuV、MMR、MM 疫苗属于非免疫规划疫苗。免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识，非免疫规划疫苗具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

1. 麻疹风疹腮腺炎联合减毒疫苗

共接种 2 剂次，8 月龄、18 月龄各接种 1 剂。接种途径为皮下注射，剂量为 0.5ml，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（二）非免疫规划疫苗程序

非免疫规划使用的 MuV、MMR、MM，8 月龄以上易感人群接种 1 剂次，接种途径均为皮下注射，剂量为 0.5ml，接种部位为上臂三角肌。

（三）补种原则

1. 自 2020 年 6 月 1 日起，2019 年 10 月 1 日及以后出生儿童未按程序完成 2 剂 MMR 接种的，使用 MMR 补齐。

2. 2007 年扩免后至 2019 年 9 月 30 日出生的儿童，应至少接种 2 剂含麻疹成分疫苗、1 剂含风疹成分疫苗和 1 剂含腮腺炎成分疫苗，对不足上述剂次者，使用 MMR 补齐。

3. 2007 年扩免前出生的 <18 周岁人群，如未完成 2 剂含麻疹成分的疫苗接种，使用 MMR 补齐。

4. 如果需补种两剂 MMR，接种间隔应 ≥ 28 天。

（四）替代原则

不推荐使用非免疫规划疫苗替代 8 月和 18 月龄接种的免疫规划 MMR 疫苗。

（五）应急免疫

为有针对性控制疫情，在未做出实验室诊断前开展应急接种的，建议采用含麻疹风疹成分的联合疫苗。在疫情经实验室确诊后，可使用相应单价疫苗或联合疫苗，在条件允许的情况下优先考虑使用联合疫苗。

六、接种禁忌

1. 已知对该疫苗所含任何成份，包括辅料成份以及硫酸庆大霉素过敏者。
2. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
3. 妊娠期妇女。
4. 免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。
5. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

七、不良反应

常见不良反应：在注射部位可出现疼痛和触痛，多数情况下于2~3天内自行消失；接种疫苗后1~2周内，可能出现一过性发热反应；12天内可能有轻微皮疹出现，出疹时间一般不超过2天。另外，MuV、MMR、MM接种后可有轻度腮腺和唾液腺肿大，一般在1周内自行好转。

罕见、极罕见不良反应：重度发热、过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、出现血小板减少性紫癜；另MuV接种后极罕见不良反应还有睾丸炎；MuV、MMR接种后极罕见不良反应还有感觉神经性耳聋和急性肌炎。

八、接种建议

目前含腮腺炎成分的国家免疫规划疫苗适用于8月龄及以上婴幼儿。满8月龄、18月龄儿童应尽早完成1剂次的MMR。如与其他国家免疫规划疫苗同时接种时，应在不同部位；如需接种多种疫苗但无法同时完成接种，则优先接种MMR，若未能与其他注射类减毒活疫苗同时接种，则需间隔 ≥ 28 天。注射免疫球蛋白者应间隔 ≥ 3 个月接种MMR，接种MMR后2周内避免使用免疫球蛋白。

附件 3-10

江苏省乙型脑炎疫苗接种方案

一、疾病介绍

流行性乙型脑炎（简称乙脑）又称日本脑炎，是由乙型脑炎病毒引起的以脑实质炎症为主要病变的中枢神经系统急性传染病，属自然疫源性疾。病例主要集中在 10 岁以下儿童。人体感染乙型脑炎病毒后，多数呈隐性感染，显性与隐性感染之比为 1:（300—2000），感染后可获得较持久的免疫力。少数感染者出现中枢神经系统症状，临床分为轻型、普通型、重型和极重型（暴发型）。本病起病急，发热、头痛、喷射性呕吐，发热后可出现不同程度的意识障碍，重型患者可出现全身抽搐、强制性痉挛或瘫痪等中枢神经症状，极重型病例出现脑疝、中枢性呼吸衰竭，病死率高。5%~20%的重型病例留有后遗症，主要有失语、肢体瘫痪、意识障碍、精神失常及痴呆等，经积极治疗后可有不同程度的恢复。癫痫后遗症有时可持续终身。

二、流行病学

乙脑是人畜共患的自然疫源性疾，人和许多动物（猪、牛、马、羊、鸡、鸭、鹅等）都可成为本病的传染源，其中猪的感染率最高，是本病的主要传染源。本病潜伏期为 4-21 天，一般为 10-14 天。主要通过蚊叮咬而传播。三带喙库蚊是主要传播媒介。人群对本病普遍易感，感染后可获得对病毒的持久免疫力。使用疫苗前，本病流行于东南亚和西太平洋地区。在普种疫苗地区发病率明显下降。在我国，除青海、新疆和西藏外，其它各地均有乙脑病例发生。且发病有明显的季节性，集中在 7、8、9 三个月。集中发病少，呈高度散发性。发病农村多于城市。近几年，成人发病呈上升趋势。

三、疫苗类别

接种乙脑疫苗是预防乙型脑炎的有效手段，目前我国上市的可预防乙型脑炎的疫苗有：乙型脑炎减毒活疫苗（JE-L）和乙型脑炎灭活疫苗（JE-I）。JE-L系乙型脑炎病毒减毒株接种原代地鼠肾细胞，经培养、收获病毒液，加适宜稳定剂冻干制成。JE-I系用乙型脑炎病毒（P3株）接种Vero细胞，经培养、收获病毒、浓缩、灭活、纯化后，加入适宜稳定剂制成。

JE-L为免疫规划疫苗；JE-I为非免疫规划疫苗；我省对适龄儿童提供2剂次免费的JE-L。免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识，非免疫规划疫苗具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

JE-L共需接种2剂次，分别于8月龄、2周岁各接种1剂。接种剂量为0.5ml，接种途径为皮下注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（二）非免疫规划疫苗程序

JE-I可用于8月龄~10周岁儿童和由非疫区进入疫区的儿童和成人。

①儿童：接种4剂次，8月龄接种2剂，间隔7~10天；2岁、6岁各1剂；②成人：基础免疫接种2剂，间隔7天；基础免疫后1个月至1年内加强免疫1剂，可根据当地流行情况在基础免疫后的3-4年再加强1次。接种剂量为0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（三）补种原则

1. 对于乙脑疫苗迟种、漏种儿童，补种相应剂次即可，无需重新开始全程接种。

2. <18周岁人群，未接种乙脑疫苗者，如果使用JE-L进行补种，应补齐2剂，接种间隔 ≥ 12 个月。如果使用JE-I进行补种，应补齐4剂，第1剂与第2剂接种间隔为7~10天，第2剂与第3剂接种间隔为1~12个月，第3剂与第4剂接种间隔 ≥ 3 年。

（四）替代原则

JE-I 可用于替代免疫规划疫苗中的 JE-L。建议选择同一种类乙脑疫苗（减毒活疫苗或灭活疫苗）完成全程接种，不推荐乙脑减毒活疫苗和乙脑灭活疫苗在剂次间相互替代。

五、接种禁忌

已知对疫苗所含的任何成分，包括辅料以及抗生素过敏者；发热、患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和体质衰弱者；对药物或食物有过敏史者；患脑病、未控制的癫痫和其他神经系统疾病者；妊娠期妇女。同时庆大霉素过敏者以及先天性免疫缺陷者，近期或正在进行免疫抑制剂治疗者禁止接种乙型脑炎减毒活疫苗。

六、不良反应

常见不良反应为接种疫苗后 24 小时内，可出现一过性发热反应，一般持续 1-2 天后可自行缓解，接种部位可出现疼痛、触痛，偶有散在皮疹出现，一般不需特殊处理。接种乙型脑炎灭活疫苗后可能会出现罕见不良反应有重度发热；极罕见不良反应可能出现过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜等。

七、接种建议

均适用于 8 月龄-10 岁儿童及由非疫区进入疫区的儿童和成人。对于有免疫缺陷、免疫功能低下或者正在接受免疫抑制剂治疗以及其它有接种乙脑减毒活疫苗禁忌者，推荐接种乙脑灭活疫苗。青海、新疆和西藏地区无乙脑疫苗免疫史的居民迁居我省或在乙脑流行季节前往我省旅行时，建议接种 1 剂 JE-L。注射免疫球蛋白者应间隔 ≥ 3 个月接种 JE-L。

附件 3-11

江苏省流行性脑脊髓膜炎类疫苗接种方案

一、疾病介绍

流行性脑脊髓膜炎（简称流脑），是由脑膜炎奈瑟菌引起的急性化脓性脑膜炎。脑膜炎奈瑟菌共有 13 个血清群，均可致病。主要临床表现为突发发热、剧烈头痛、频繁呕吐、皮肤粘膜瘀点、瘀斑及脑膜刺激征，严重者可有败血症休克和脑实质损害，常可危及生命。按照临床表现分为普通型、暴发型、轻型和慢性型。90%的病例是普通型，按病情进展分为上呼吸道感染期、败血症期、脑膜炎期和恢复期；暴发型少数病例起病急骤，病情变化迅速，病势凶险，如不及时治疗可于 24 小时内危及生命，病死率高，儿童多见；轻型患者多见于流脑流行后期，病变轻微，临床表现为低热，轻微头痛及咽痛等上呼吸道症状，可见少数出血点；慢性型不多见，成人患者较多，病程可迁延数周甚至数月，常表现为间歇性发冷、发热，每次发热历时 12 小时后缓解，相隔 1~4 天再次发作。

二、流行病学

带菌者和流脑患者是本病的传染源，人是本菌唯一的天然宿主。潜伏期一般为 1~2 天，最短 1 天，最长 7 天。病原菌主要经咳嗽、打喷嚏借飞沫由呼吸道直接传播。因本菌在外界生活力极弱，故间接传播的机会较少，但密切接触对 2 岁以下婴幼儿的发病有重要意义。人群普遍易感，本病隐性感染率高。人群感染后仅约 1% 出现典型临床表现。新生儿自母体获得杀菌抗体而很少发病，5 岁以下儿童尤其是 6 个月~2 岁的婴幼儿发病率最高。人感染后产生持久免疫力，各群间有交叉免疫，但不持久。我国曾先后发生多次全国性大流行，流行菌株以 A 群为主，带菌率达 50% 以上，自 1985 年开展 A 群疫苗接种之后，发病率持续下降，未再出现全国

性大流行。近几年有上升趋势，尤其是 B 群和 C 群有增多的趋势，在个别省份先后发生了 C 群引起的局部流行。

三、疫苗介绍

含有流脑疫苗成分的疫苗有 A 群脑膜炎球菌多糖疫苗 (MPSV-A)、A 群 C 群脑膜炎球菌多糖疫苗 (MPSV-AC)、ACYW135 群脑膜炎球菌多糖疫苗 (MPSV-ACYW135)、AC 群脑膜炎球菌多糖结合疫苗 (MPCV-AC) 和 AC 群脑膜炎球菌多糖(结合)-b 型流感嗜血杆菌(结合)联合疫苗 (MPCV-AC/Hib)。

MPSV-A 系 A 群脑膜炎奈瑟菌培养液，经提取获得的荚膜多糖抗原，纯化后冻干制成。MPSV-AC 系分别提取和纯化 A 群和 C 群脑膜炎球菌荚膜多糖抗原，灭活后混合冻干制成。MPSV-ACYW135 系用 A、C、Y、W135 群脑膜炎球菌培养液，经提取获得的荚膜多糖抗原，纯化后加入适宜稳定剂冻干制成。MPCV-AC 系用 A 群和 C 群脑膜炎奈瑟菌培养液，经提取获得的荚膜多糖抗原，与破伤风类毒素共价结合后，按一定配比，加入适宜稳定剂纯化后冻干制成。MPCV-AC/Hib) 系用 A 群、C 群脑膜炎球菌多糖，b 型流感嗜血杆菌多糖，分别与破伤风类毒素共价结合、纯化，添加氢氧化铝佐剂吸附制成，接种后可预防 A 群、C 群脑膜炎球菌及 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性疾病。

MPSV-A 和 MPSV-AC 为国家免疫规划疫苗，对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识；MPSV-ACYW135、MPCV-AC 和 MPCV-AC/Hib 为非免疫规划疫苗，居民自费并且自愿接种。

四、免疫程序

(一) 免疫规划疫苗程序

共接种 4 剂次：MPSV-A 接种 2 剂次，分别于 6 月龄、9 月龄各接种 1 剂，间隔 ≥ 3 个月。MPSV-AC 接种 2 剂次，分别于 3 周岁、6 周岁各接种 1

剂，两剂次间隔 ≥ 3 年，接种剂量均为 0.5ml，接种途径均为皮下注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（二）非免疫规划疫苗程序

1. MPCV-AC：6 月龄开始接种 2 剂次，或 3 月龄开始接种 3 剂次（具体见疫苗说明书），两剂间隔 1 个月，接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

2. MPCV-AC-Hib：2~5 月龄接种 3 剂次，6~11 月龄接种 2 剂次，12~71 月龄接种 1 剂次，两剂间隔 1 个月，接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

3. MPSV-ACYW135：适用 2 周岁以上儿童及成人的高危人群，①2 岁及以上儿童：接种 2 剂次，两剂次间隔不少于 3 年。可用于分别替代 3 岁、6 岁儿童接种的免疫规划疫苗 AC 群脑膜炎球菌多糖疫苗。②成人：接种 1 剂。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂外侧三角肌处。

（三）补种原则

≤ 18 周岁儿童，未接种流脑疫苗或未完成规定剂次，根据补种时的年龄选择流脑疫苗的种类：

1. < 24 月龄儿童补齐 MPSV-A 剂次。 ≥ 24 月龄儿童不再补种或接种 MPSV-A，仍需完成两剂次 MPSV-AC。

2. ≥ 24 月龄儿童如未接种过 MPSV-A，可在 3 周岁前尽早接种 MPSV-AC；如已接种过 1 剂次 MPSV-A，间隔 ≥ 3 个月尽早接种 MPSV-AC。

（四）替代原则

建议选择同一品种的脑膜炎球菌疫苗完成基础免疫，不推荐不同品种的脑膜炎球菌疫苗在剂次间相互替代。MPCV-AC 和 MPCV-AC-Hib 可以替代 MPSV-A，MPSV-ACYW135 可以替代 3 岁或者 6 岁儿童接种的 MPSV-AC。

（五）应急接种

当社区、集体单位或人群等发生流脑暴发时，应开展脑膜炎球菌疫苗应急接种，充分考虑疫情扩散范围、涉及人群、疫苗接种率、引起暴发的菌群和流行病学特征等多种因素，选择适当疫苗尽快开展。

五、接种不良反应

1. 常见不良反应：疼痛、触痛、局部红肿、一过性发热。
2. 罕见不良反应：严重发热、局部重度红肿。
3. 极罕见不良反应：过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿及变态反应性神经炎、变态反应剥脱性皮炎。

六、接种禁忌

1. 对疫苗中任何组分过敏者，对破伤风类毒素过敏者不应接种MPCV-AC和MPCV-AC-Hib；
2. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病等患者；
3. 中度或重症的急性疾病，无论是否发热，接种疫苗应谨慎。
4. 具体各疫苗禁忌依照产品说明书

七、接种建议

MPSV-A和MPSV-AC，分别适用于6月龄和2岁以上儿童，MPCV-AC、MPCV-AC-Hib和MPSV-ACYW135，分别适用于3月龄（或6月龄）、2~71月龄和2岁以上人群。当遇到无法使用同一厂家同种流脑疫苗完成后续接种时（含补种），可使用不同厂家的同种疫苗完成后续接种。

附件 3-12

江苏省甲型肝炎类疫苗接种方案

一、疾病介绍

甲型病毒性肝炎（简称甲肝）是由甲型肝炎病毒（HAV）引起的急性肠道传染病。甲型肝炎病毒属于核糖核酸病毒科嗜肝病毒属。甲型肝炎病毒为同一血清型，可分为 7 个基因型，不同毒株基因组之间的核苷酸序列差异为 5%~10%。甲型肝炎临床分为三期：黄疸前期、黄疸期和恢复期。大多急性起病，典型患者有发热畏寒、厌食纳减，乏力，恶心，呕吐，关节酸痛及上腹不适等症状，持续数日至 2 周。大约发病 1 周，尿色加深，巩膜、皮肤出现黄染，黄疸期持续时间为 2 周以上。如非典型患者，症状不明显，也不出现黄疸。甲型肝炎患者恢复快，病程一般在 3 周~4 周，大多于 3 个月恢复健康，一般不转为慢性。

二、流行病学

甲型肝炎传染源包括临床患者和亚临床型感染者，急性患者排毒量大，尤其在黄疸出现之前传染性最强，虽然亚临床型感染者的排毒量不及临床患者，但因其活动不受限制，前者与后者的比例为（3~10）:1。甲型肝炎病毒潜伏期为 14~49 天平均为 30 天。传播途径主要是粪口途径，通过日常生活接触、水和食物三种方式传播。日常生活接触传播是维持一个地区甲型肝炎地方性流行的方式，水和食物传播 HAV 在我国西南地区较常见，常引起不同程度的暴发流行，我国东部和沿海地区出现食用不洁贝类水生动物而造成的暴发流行。人群对甲型肝炎病毒普遍易感，幼年儿童的亚临床型感染比例要比成年人高，甲型肝炎病毒感染后可获得持久免疫力。

三、疫苗类别

接种含甲型肝炎疫苗成分的疫苗是预防甲型肝炎的有效手段，含甲型肝炎疫苗成分的疫苗有甲型肝炎灭活疫苗（HepA-I）、甲型肝炎减毒活疫苗（HepA-L）、甲型乙型肝炎联合疫苗（HepAB）。甲肝灭活疫苗系用甲型肝炎病毒株接种人二倍体细胞，经培养、收获、病毒纯化、灭活和铝吸附后制成。甲肝减毒活疫苗系用甲型肝炎病毒减毒株接种人二倍体细胞，经培养、收获、提取病毒后，加入适宜稳定剂冻干制成。甲乙肝联合疫苗系用甲型肝炎病毒抗原与重组酿酒酵母表达的乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）分别经铝佐剂吸附后，按比例混合制成，用于预防甲型肝炎病毒和乙型肝炎病毒的感染。

我省甲肝灭活疫苗为免疫规划疫苗，对适龄儿童免费提供，免疫规划疫苗最小外包装标有“免费”字样和“免疫规划”标识；甲肝减毒活疫苗、甲乙肝联合疫苗为非免疫规划疫苗，由居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

（一）免疫规划疫苗程序

甲肝灭活疫苗共接种 2 剂次，18 月龄和 24 月龄各接种 1 剂。接种剂量为 0.5ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂三角肌。

（二）非免疫规划疫苗程序

1. 甲肝减毒活疫苗

接种对象为 1 岁半以上的甲型肝炎易感者，共接种 1 剂，接种剂量为 0.5ml 或 1.0ml，接种途径为皮下注射，接种部位为上臂外侧三角肌附着处。

2. 甲乙肝联合疫苗

接种对象为 1 岁以上甲型肝炎和乙型肝炎易感者。共接种 3 剂，分别在 0、1、6 月接种。1~15 岁人群接种儿童剂量，16 岁及以上人群接种用成人剂量，每次接种 1 剂。儿童接种剂量为 0.5ml，成人接种剂量为 1.0ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂三角肌。

3. 甲肝灭活疫苗 1

接种对象为 1 岁以上甲型肝炎易感者，共接种 2 剂，两剂间隔 6 个月，接种剂量为 0.5ml 或 1.0ml，接种途径为肌肉注射，接种部位为上臂三角肌。

（三）补种原则

1. 甲肝疫苗纳入免疫规划后出生且未接种甲肝疫苗的适龄儿童，如果使用甲肝灭活疫苗进行补种，应补齐 2 剂甲肝灭活疫苗，接种间隔 \geq 6 个月。

2. 如已接种过 1 剂次甲肝灭活疫苗，但无条件接种第 2 剂甲肝灭活疫苗时，可接种 1 剂甲肝减毒活疫苗完成补种，间隔 \geq 6 个月。

（四）替代原则

如儿童已按疫苗说明书或本接种方案完成 1 剂甲肝减毒活疫苗接种，或 2 剂次及以上含甲肝灭活疫苗成分的联合疫苗接种，可视为同效替代，同效完成免疫规划疫苗的全程免疫。不得使用非免疫规划甲肝灭活疫苗及甲乙肝联合疫苗替代免疫规划甲肝灭活疫苗。

五、接种禁忌

已知对疫苗所含任何成分，包括辅料、甲醛以及抗生素过敏者。妊娠期妇女。患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制剂治疗者禁用甲肝减毒活疫苗。

六、不良反应

常见不良反应：局部疼痛、红肿，一过性发热。罕见不良反应：局部硬结、皮疹。极罕见不良反应：过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜。

七、接种建议

可推荐甲肝灭活疫苗和甲肝减毒活疫苗用于国家免疫规划适龄儿童以外的易感者和高风险人群。对于有免疫缺陷、免疫功能低下或者正在接受免疫抑制剂治疗以及其它有接种甲肝减毒活疫苗禁忌者,推荐接种甲肝灭活疫苗。甲乙肝联合疫苗可用于未接种过甲肝疫苗、乙肝疫苗的人群。

附件 3-13

江苏省人用狂犬病疫苗接种方案

一、疾病介绍

狂犬病是由狂犬病毒（Rabies virus, RV）引起的急性传染病，一旦引起发病，病死率达 100%。狂犬病毒属于弹状病毒科狂犬病毒属。狂犬病的潜伏期一般为 2 周~8 周，极少数可长达 1 年以上。狂犬病毒通过破损皮肤或粘膜入侵人体，经外周神经系统，沿轴突向中枢神经系统“向心性”移行，最终引起发病。根据狂犬病临床表现特点，狂犬病分为狂躁型和麻痹型（哑狂犬病）两型。狂躁型是最常见的临床类型，主要表现为：在愈合的伤口及其神经支配区有痒、痛、麻及蚁走等异常感觉，之后出现高度兴奋、恐水、怕风，阵发性咽肌痉挛和交感神经兴奋症状，如流涎、吐沫、多汗、心率加快、血压增高等，逐渐发生全身弛缓性瘫痪，最终因呼吸衰竭，循环衰竭而死亡。

二、流行病学

几乎所有的哺乳动物都对狂犬病毒易感，都可能作为人狂犬病的传染源，犬、猫、猪、牛、马及野生动物（蝙蝠、浣熊、臭鼬、狼、狐狸等）是主要传染源。人感染狂犬病主要是由于破损的皮肤和（或）粘膜接触了带狂犬病毒动物的唾液、分泌物和排泄物所引起，如被带毒动物咬伤或抓伤皮肤、或其唾液污染未愈合的伤口或黏膜而感染；亦有通过呼吸道粘膜和移植狂犬病患者的器官感染狂犬病毒而发病的报道。人类对狂犬病毒普遍易感，接触狂犬病毒后影响发病的因素很多，如皮肤或粘膜受伤的程度、受伤部位、伤口的处理和预防性治疗措施是否及时规范等。狂犬病一年四季均可发生，夏秋季居多。全球每年约有 6 万人死于狂犬病，是致死人数最多的动物源性传染病，我国狂犬病的发病人数在全球仅次于印度。

三、疫苗类别

目前有基于地鼠肾细胞、Vero 细胞、鸡胚细胞、人二倍体细胞培养的 4 种人用狂犬病疫苗（以下称狂犬病疫苗）。狂犬病疫苗是用狂犬病毒接种适宜培养的细胞，收获病毒液经灭活、纯化、浓缩，制成的疫苗。用于预防狂犬病毒感染引起的狂犬病。狂犬病疫苗属于非免疫规划疫苗，由受种者自愿自费受种。

四、接种程序

接种对象：所有可能被狂犬病毒感染的风险人群。

（1）暴露前预防免疫程序：

基础免疫程序为 0、7、21（或 28）天各接种 1 剂量狂犬病疫苗。持续暴露于狂犬病风险者，全程完成暴露前基础免疫后，在没有动物致伤的情况下，1 年后加强 1 针次，以后每隔 3-5 年加强 1 针次。每剂 0.5ml 或 1.0ml（具体参照产品规格或产品说明书）。肌内注射，2 岁及以上儿童和成人于上臂三角肌注射；2 岁以下儿童于大腿前外侧肌注射。

（2）暴露后预防免疫程序：

5 针法程序：第 0、3、7、14 和 28 天各接种 1 剂，共接种 5 剂；“2-1-1”程序：第 0 天接种 2 剂（左右上臂三角肌各接种 1 剂），第 7 天和第 21 天各接种 1 剂，共接种 4 剂（此程序只适用于我国已批准可以使用“2-1-1”程序的狂犬病疫苗产品）。

每剂 0.5ml 或 1.0ml（具体参照产品规格或产品说明书）。肌内注射，2 岁及以上儿童和成人在上臂三角肌注射；2 岁以下儿童可在大腿前外侧肌注射。禁止在臀部注射。

（3）再次暴露后预防免疫程序

一般情况下，全程接种狂犬病疫苗后体内抗体水平可维持至少 1 年。如再次暴露发生在免疫接种过程中，则继续按照原有程序完成全程接种，不需加大剂量；全程免疫后半年内再次暴露者一般不需要再次免疫；全程免疫后半年到 1 年内再次暴露者，应当于 0 和 3 天各接种 1 剂疫苗；在

1-3年内再次暴露者，应于0、3、7天各接种1剂疫苗；超过3年者应当全程接种疫苗。

(4) 不同的狂犬病疫苗产品适用不同的接种程序，如需了解更多接种程序信息，详见产品说明书，如产品说明书的内容发生变更，相关内容从其规定。

五、接种禁忌

暴露前预防免疫：已知对该疫苗的所含任何成分，包括辅料以及抗生素过敏者；患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者；患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

暴露后预防免疫：由于狂犬病是致死性疾病，暴露后接种疫苗无任何禁忌。

六、不良反应

常见不良反应：一般接种疫苗后24小时内，注射部位可出现红肿、疼痛、发痒。全身性反应可有发热、无力、头痛、眩晕、关节痛、肌肉痛、呕吐、腹痛等。**罕见不良反应：**过敏性皮疹、过敏性休克、

过敏性紫癜、血管神经性水肿和神经系统反应。

七、接种建议

暴露前预防免疫：推荐所有持续、频繁暴露于狂犬病毒高风险环境下的个体进行暴露前预防接种，主要包括接触狂犬病病毒的实验室工作人员、兽医、动物驯养师、犬类屠宰人员等；推荐到狂犬病高危地区旅游的游客、居住在狂犬病流行地区的儿童应尽量接种。

暴露后预防免疫：II级和III级狂犬病暴露者为主要受种者，包括被狂犬、疑似狂犬、其它疯动物以及不能确定是否患有狂犬病的宿主动物咬伤、抓伤、舔舐粘膜或破损皮肤处者；开放性伤口、粘膜直接接触可能含有狂犬病病毒的唾液或组织者等。III级暴露者在接种狂犬病疫苗的同时，需注射狂犬病人免疫球蛋白。

建议尽量使用同一品种狂犬病疫苗完成全程接种；若无法实现，可使用不同品种的合格狂犬病疫苗完成后续接种。与其它疫苗接种有冲突时，优先保证暴露后狂犬病疫苗的接种。进行暴露后接种前，要按要求对伤口进行规范的清洗、消毒和处置。

附件 3-14

江苏省流行性感疫苗接种方案

一、疾病介绍

流行性感（简称流感），是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。根据流感病毒核蛋白（NP）、M1 蛋白抗原性和基因特性的不同分为甲（A）、乙（B）、丙（C）三型。流感病毒的特点是容易发生变异，其中甲型流感病毒最容易发生变异，为人类流感的主要病原；乙型流感病毒变异较少；丙型较稳定。人感染流感病毒后临床表现为急起高热、畏寒、头痛、头昏、浑身酸痛、乏力等中毒症状及咽痛、干咳等呼吸道症状，少数病例有食欲减退，伴腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等消化道症状以及可并发鼻窦炎、中耳炎、喉炎、支气管炎、肺炎等。流感能加重潜在的疾病（如心肺疾患）、引起继发细菌性肺炎或原发流感病毒性肺炎，老年人以及患有各种慢性病或者体质弱者患流感后容易出现严重并发症，病死率较高。

二、流行病学

主要传染源为流感患者和隐性感染者。从潜伏期末到发病的急性期都有传染性，其中病初 2~3 天传染性最强。潜伏期为数小时至 4 天，一般为 1~3 天。主要通过近距离空气飞沫传播（即流感患者在讲话、咳嗽或打喷嚏的过程中，将含有流感病毒的飞沫排放到空气中被周围人群吸入而引起传播），也可通过口腔、鼻腔、眼睛等处粘膜直接或间接接触传播。

人群普遍易感，病后有一定的免疫力，三型流感之间、甲型流感不同亚型之间无交叉免疫，可反复发病。甲型流感常引起暴发流行，甚至是世界大流行，约 2~3 年发生小流行 1 次，一般 10~15 年发生一次大流行，全球已发生过 4 次大流行。乙型流感呈暴发或小流行，丙型以散发为主。流感四季均可发生，我国北方地区流行高峰一般发生在冬春季，而南方地

区全年流行，高峰多发生在夏季和冬春季。接种流感疫苗是预防流感的有效手段。

三、疫苗类别

目前流感疫苗有流感灭活疫苗和流感减毒活疫苗。我国已上市的流感疫苗包括成人剂型三价流感灭活疫苗、儿童剂型三价流感灭活疫苗、成人剂型四价流感灭活疫苗和三价流感减毒活疫苗。

成人及儿童剂型三价流感灭活疫苗系用 WHO 推荐的甲型和乙型流感病毒株，分别接种鸡胚，经培养，收获病毒液，病毒灭活、浓缩、纯化、裂解后制成。有效成分为甲 1、甲 3 和一种乙型（Victoria 型或 Yamagata 型）血凝素。

成人剂型四价流感灭活疫苗系用 WHO 推荐的甲型和乙型流感病毒株，分别接种鸡胚，经培养，收获病毒液，病毒灭活、浓缩、纯化、裂解后制成。有效成分为甲 1、甲 3 和两种乙型（Victoria 型和 Yamagata 型）血凝素。

三价流感减毒活疫苗系用 WHO 推荐的甲型和乙型流感病毒制成的减毒株，分别接种 SPF 鸡胚，经培养、收获病毒液、纯化后，按比例混合配制，加入适宜稳定剂冻干制成。有效成分为甲 1、甲 3 和一种乙型（Victoria 型或 Yamagata 型）血凝素。为鼻用制剂。

以上四种流感类疫苗均为非免疫规划疫苗；居民自费并且自愿受种，具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

1. 成人剂型三价、四价流感灭活疫苗

接种对象为 ≥ 36 月龄儿童及成人，接种 1 针，接种剂量为 0.5ml，上臂外侧三角肌肌肉内注射或深度皮下注射，具体详见各疫苗说明书。

2. 儿童剂型三价流感灭活疫苗

接种对象为 6 月龄-35 月龄儿童，按照不同上市许可持有人的疫苗说明书接种 1 或 2 剂次，接种剂量为 0.25ml，肌内注射。

3. 三价流感减毒活疫苗

接种对象为 36 月龄-17 岁的儿童和青少年，接种 1 剂次，接种剂量为每侧鼻孔 0.1ml，共 0.2ml，鼻内约 0.5cm 处喷雾接种。适用于 3~17 岁人群。

五、接种禁忌

已知对鸡蛋或对疫苗所含任何成分(具体详见各疫苗说明书)过敏者；患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、感冒和发热者；未控制的癫痫和患有其他进行性神经系统疾病患者，如格林巴利综合征病史者，禁止接种流感灭活疫苗和流感减毒活疫苗。家族和个人有惊厥史、患慢性疾病者、有癫痫病史者、过敏体质者慎重接种流感灭活疫苗和流感减毒活疫苗。使用阿司匹林或含阿司匹林药品治疗的 Leigh 综合征患者；免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者、鼻炎患者，禁止接种流感减毒活疫苗。

六、不良反应

注射后常见发热、头晕、疲劳乏力、肌痛、关节痛、咳嗽、腹泻或注射部位红肿、疼痛、硬结、瘙痒，多数情况下于 1~2 天内自行消失。罕见一过性感冒、淋巴结肿大、过敏性皮疹、血管性水肿、过敏性紫癜及过敏性休克等。

七、接种建议

成人剂型三价、四价流感灭活疫苗适用于成人及 3 岁以上儿童，儿童剂型三价流感灭活疫苗适用于 6 月龄至 3 岁儿童，三价流感减毒活疫苗适用于 3~17 岁人群。流感疫苗可每年接种一次，流感灭活疫苗于流感流行季节前期或期间进行接种，流感减毒活疫苗于流感流行季节前期进行接种。推荐临床救治人员、公共卫生人员、卫生检疫人员等医务人员，型活

动参加人员和保障人员，养老机构、长期护理机构、福利院等人群聚集场所脆弱人群及员工，托幼机构、中小学校的教师和学生，监所机构的在押人员及工作人员等重点场所人群，60岁及以上的居家老年人、6月龄-5岁儿童、慢性病患者、6月龄以下婴儿的家庭成员和看护人员等优先接种流感疫苗。

附件 3-15

江苏省肠道病毒 71 型灭活疫苗接种方案

一、疾病介绍

肠道病毒 71 型 (Enterovirus type 71, EV71) 是人类肠道病毒的一种。EV71 感染可引起多种疾病, 其中以手足口病 (Hand, foot and mouth disease, HFMD) 最为常见。由于该病毒具有脊髓前角神经组织嗜性, 因而可以引起中枢神经系统感染。2007 年以来, EV71 感染相关 HFMD 在我国婴幼儿人群中持续流行, 发病率高, 并导致一定比例的患儿死亡。由于 EV71 主要通过接触传播, 儿童普遍易感且隐性感染比例高, 常规卫生学预防措施依从性差、防控效果差。EV71 感染有不同的临床表现, 其中以 HFMD、疱疹性咽峡炎和神经系统感染最常见。少数病例 (尤其是小于 3 岁者) 病情进展迅速, 在发病 1~5 天左右出现脑膜炎、脑炎 (以脑干脑炎最为凶险)、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等, 极少数病例病情危重, 可致死亡, 存活病例可留有脊髓灰质炎样麻痹等后遗症。

二、流行病学

HFMD 全年均有发生, 冬春季为主要流行季节。病人和隐性感染者均可成为本病的传染源, 易感者主要通过接触传染源的粪便、呼吸道分泌物和疱疹液及被其污染的物品而感染。潜伏期 3~7 天, 多数突然起病。病人出现症状前数天, 血液、鼻咽分泌物和粪便中均已存在病毒, 因此, 潜伏期也具有传染性。通常以发病后一周内传染性最强。HFMD 主要发生在 5 岁以下儿童, 其中 1 岁组发病水平最高, 2 岁组次之, 年龄别发病率随年龄增长而下降。6 月龄以下婴儿因母传抗体保护和暴露机会较少, 其发病水平相对较低。HFMD 发病率和病情严重程度均无明显的性别差异。

三、疫苗类别

目前有 EV71 灭活疫苗（Vero 细胞）和 EV71 灭活疫苗（人二倍体细胞）两种疫苗。本疫苗可刺激机体产生针对 EV71 的免疫力，用于预防 EV71 感染所致的疾病。本疫苗为非免疫规划疫苗，居民自愿自费接种。

四、接种程序

EV71 灭活疫苗（Vero 细胞、人二倍体细胞）适用于 6 月龄~5 岁易感者（不同上市许可持有人的适用年龄不同，以疫苗说明书为准）。基础免疫程序为 2 剂次，间隔 1 个月。每 1 人次剂量为 0.5ml，上臂三角肌肌肉内注射。

五、接种禁忌

- （一）已知对本疫苗任何一种成分及庆大霉素过敏者。
- （二）发热、急性疾病期患者及慢性疾病急性发作者。
- （三）严重慢性疾病、过敏体质者禁用。

六、不良反应

注射后一般反应轻微，少数接种该疫苗的儿童可出现接种局部轻度疼痛、瘙痒、硬结等，或者一过性轻度发热、腹泻、食欲下降等不良反应，一般可自行缓解。

七、接种建议

建议 6 月龄及以上儿童尽早接种、并于 12 月龄前完成全程接种。推荐使用同一厂家、同一品种疫苗完成全程接种。

附件 3-16

江苏省水痘减毒活疫苗接种方案

一、疾病介绍

水痘是由水痘-带状疱疹病毒初次感染引起的急性呼吸道传染病。水痘-带状疱疹病毒属疱疹病毒科。水痘发病较急，前期有低热、头痛、乏力、咽痛、咳嗽、恶心、食欲减退等症状，持续 1~2 天后出现皮疹。皮疹首先见于躯干和头部，以后延及面部及四肢。病程中在同一部位可见斑丘疹、水疱和结痂同时存在，后期出现的斑丘疹可未发展成水疱即隐退。该病多为自限性疾病，但也可出现严重并发症。儿童中常见的并发症是继发细菌感染；成人中最常见的并发症是病毒性肺炎。在极罕见的情况下，除皮肤症状外，水痘还会出现小脑共济失调及脑炎等中枢神经系统症状，预后较差。

二、流行病学

患者是唯一的传染源。病毒存在于患者上呼吸道和疱疹液中，发病前 1~2 天至皮疹完全结痂为止均有传染性。水痘潜伏期为 10~24 天，以 14~16 天多见。主要通过呼吸道飞沫和直接接触传播，亦可通过接触被污染的用具传播。本病传染性极强，人群对水痘普遍易感。易感儿童接触后 90% 发病，6 个月以下婴儿较少见，主要为 2 岁~10 岁的儿童发病。病后可获持久免疫，二次感染发病者极少见，但以后可发生带状疱疹。本病一年四季均可发生，以冬、春季为高。

三、疫苗类别

水痘减毒活疫苗是水痘-带状疱疹病毒减毒株（Oka 株）接种人二倍体细胞（2BS 株），经培养、收获病毒液，加适宜稳定剂冻干制成。用于预防由水痘-带状疱疹病毒感染引起的水痘。本疫苗属于我省非免疫规划

疫苗，由受种者自愿自费接种。部分地区开展辖区适龄儿童水痘疫苗群体性预防接种，属于免疫规划疫苗。

四、接种程序

接种对象在知情自愿的前提下，满 12 月龄接种第 1 剂次，满 4 周岁接种第 2 剂次。 ≤ 12 周岁人群两剂至少间隔 3 个月， >12 周岁人群两剂至少间隔 4 周。每人次接种剂量为 0.5ml，上臂外侧三角肌处，皮下注射。

五、接种禁忌

- (一) 已知对该疫苗所含任何成分过敏者。
- (二) 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
- (三) 妊娠期妇女。
- (四) 免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。
- (五) 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

六、不良反应

常见的不良反应有局部红肿疼痛、一过性发热和皮疹，极罕见不良反应有过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜。

七、接种建议

建议 12 月龄及以上的幼儿尽早接种。不推荐已感染过水痘-带状疱疹病毒的儿童接种水痘疫苗。水痘减毒活疫苗作为非免疫规划疫苗，适用于国家免疫规划覆盖范围之外的易感者，不得用于替代部分地区群体性免费预防接种用水痘减毒活疫苗。

附件 3-17

江苏省轮状病毒疫苗接种方案

一、疾病介绍

轮状病毒肠炎是病毒性胃肠炎中最常见的一种。轮状病毒秋冬季检出率最高，故又称“秋季腹泻”。轮状病毒耐酸耐碱，不能被胃酸破坏；耐寒冷，在室温下可存活数月，在粪便中存活数日至数周，在人手上存活至少 4 个小时。轮状病毒按照抗原性可分为 A-G 七组，其中 A、B、C 组和人类疾病有关。轮状病毒 A 组和 C 组主要感染儿童，尤其是 2 岁以下的婴幼儿。主要表现为腹泻和呕吐，腹泻每日十到数十次不等，大便为水样便或黄绿色稀便，无粘液无脓血。可有轻至中度发热和（或）呼吸道症状，严重患者常伴有脱水及代谢性酸中毒，常并发肺炎、心肌炎、脑炎和病毒血症。目前没有特效的抗轮状病毒治疗药物，重症病例治疗不及时可导致死亡。6~24 月龄小儿临床症状重，而较大儿童或成年人多为轻型或亚临床感染。轮状病毒是全球 5 岁以下儿童严重的脱水性腹泻的主要致病原因，全世界因急性胃肠炎而住院的儿童中，50%~60%是轮状病毒感染引起的。轮状病毒胃肠炎每年造成 44 万~60 万儿童死亡，主要集中在发展中国家。

二、流行病学

主要传染源为患者和无症状携带者。本病具有高度传染性，感染剂量低至 10-100 个病毒颗粒。潜伏期大约为 2~3 天。以粪-口感染为主要传播方式，也可经接触和呼吸道传播。人群普遍易感，无论在发达国家或在发展中国家，儿童在 3 岁以前几乎都被感染过。我国<5 岁腹泻患儿中，轮状病毒检出率>30%，住院轮状病毒胃肠炎儿童，逾 50%发生在 1 岁前，91%发生在 2 岁前。轮状病毒有 14 种 G 血清型、26 种 P 血清型，主要流行的血清型会发生变化。近年来，我国及我省流行的主要是 G9P8 血清型。改善水及卫生不能减少轮状病毒腹泻，用普通肥皂洗手不能有效预防轮状

病毒感染，常用的消毒剂也不能完全灭活轮状病毒。儿童可通过接种轮状病毒疫苗降低感染率。

三、疫苗类别

目前轮状病毒疫苗有口服轮状病毒活疫苗和口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero 细胞）。

口服轮状病毒活疫苗系用轮状病毒减毒株（LLR 株、血清型 G10P）接种新生小牛肾细胞，经培育、收获病毒液后加入蔗糖和乳糖保护剂制成。

口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero 细胞）为包含 5 种人-牛轮状病毒重配株的口服五价减毒活疫苗，以 Vero 细胞培养获得。其中 4 种重配轮状病毒分别表达人轮状病毒亲本株外衣壳蛋白 VP7（血清型 G1,G2,G3 或 G4），及牛轮状病毒亲本株黏附蛋白 VP4（血清型 P7）。第 5 种重配病毒表达人轮状病毒亲本株黏附蛋白 VP4（血清型 P1A），及牛轮状病毒亲本株外衣壳蛋白 VP7（血清型 G6）重配株混悬于稳定缓冲剂中。

以上两种疫苗均为非免疫规划疫苗，居民自费并自愿受种，具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

1. 口服轮状病毒活疫苗

每年接种 1 剂次，剂量为 3.0ml，口服。

2. 口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero 细胞）

全程免疫共 3 剂：6~12 周龄时开始口服第 1 剂，每剂接种间隔 4~10 周；第 3 剂接种不应晚于 32 周龄。接种剂量为 2.0ml，口服。

五、接种禁忌

患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者，对疫苗任何成分过敏者，免疫缺陷、免疫功能低下或正接受免疫抑制剂者，肠套叠既往史等禁止接种该两种轮状病毒类疫苗，对存在胃肠道功能紊乱史的婴儿，包括活动性急性胃肠道疾病、慢性腹泻和生长发育迟缓，以及先

天性腹部异常和腹部手术史婴儿需谨慎接种。家族和个人有惊厥史、患慢性疾病者、过敏体质者需谨慎接种。

六、不良反应

口服后一般无不良反应；偶有低热、呕吐、腹泻、皮疹等轻微反应，多为一过性，一般无需特殊处理，必要时给予对症治疗。极罕见肠套叠、过敏性休克、过敏性紫癜等不良反应。

七、接种建议

口服轮状病毒活疫苗适用于2月~3周岁的婴幼儿。

口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero细胞）适用于6周~32周龄婴幼儿。口服五价重配轮状病毒减毒活疫苗（Vero细胞），如果因某种原因未能给予足够本品剂量（如疫苗被婴儿吐出），不建议给予补充接种。应按照后续免疫程序完成剩余剂次的接种。

附件 3-18

江苏省肺炎球菌疫苗接种方案

一、疾病介绍

肺炎链球菌疾病 (pneumococcal disease, PD) 由肺炎链球菌 (streptococcus pneumoniae, Spn) 引起。Spn 是革兰氏阳性双球菌, 有荚膜多糖扩原和菌体抗原。外覆荚膜多糖是血清分型依据, 已鉴定出 90 余种血清型。荚膜多糖是肺炎链球菌致病的重要毒力因子, 也是制备肺炎链球菌疫苗的最主要抗原。根据 Spn 感染部位不同, 肺炎链球菌性疾病可分为侵袭性肺炎链球菌性疾病 (invasive pneumococcal disease, IPD) 和非侵袭性肺炎链球菌性疾病 (non-invasive pneumococcal disease, NIPD) 两大类。IPD 指 Spn 侵入原本无菌的部位和组织所引发的感染, 常见的有菌血症性肺炎、胸膜炎和脑膜炎; NIPD 即 Spn 感染到原本与外环境相通的部分所引起的疾病, 如中耳炎、鼻窦炎和非菌血症性肺炎等。慢性病患者、HIV 感染者、哮喘和吸烟人群侵袭性肺炎球菌疾病发病风险较高, 2 岁以下婴幼儿发生侵袭性疾病的危险性最高, 而 50 岁以上人群社区感染获得性肺炎患者多数为肺炎链球菌感染所致。

二、流行病学

肺炎链球菌广泛分布于自然界, 除大猩猩外, 人类是其唯一自然宿主。它是一种条件致病菌, 可长期定植于人的鼻咽部而不引起临床疾病。一旦机体抵抗力下降时, 它便透过黏膜防御体系发生侵袭性感染。肺炎链球菌在人与人之间传播, 一般经由呼吸道飞沫传播或由定植菌导致自体感染, 婴幼儿和老年人感染的危险性相对较高, 肺炎链球菌性疾病的发病在冬季和春季较为常见。疫苗使用前, PD 是 < 5 岁儿童和 > 65 岁老人以及有基础疾病人群的常见疾病, 也是导致这些人群死亡的重要原因, 其危害已成

为严重的公共卫生问题。因此，WHO 把 PD 和疟疾列为需“极高度优先”使用疫苗预防的疾病。

三、疫苗类别

目前主要有 13 价肺炎球菌多糖结合疫苗、23 价肺炎球菌多糖疫苗等 2 个品种，本疫苗为非免疫规划疫苗，由居民自费并且自愿接种。

(一) 13 价肺炎球菌多糖结合疫苗 (13-Valent Pneumococcal Polysaccharide Conjugate Vaccine, PCV13)：系由 13 种血清型荚膜多糖与 CRM197 载体蛋白或破伤风类毒素 (TT) 载体或 (和) 白喉类毒素 (DT) 载体蛋白结合后吸附于磷酸铝佐剂制成，用于预防由肺炎球菌 1、3、4、5、6A、6B、7F、9V、14、18C、19A、19F 和 23F 血清型感染引起的侵袭性疾病，不能预防由其它血清型肺炎球菌引起的侵袭性感染。

(二) 23 价肺炎球菌多糖疫苗 (23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine, PPV23)：系由 23 种纯化肺炎球菌荚膜多糖制成。用于预防由肺炎球菌 1、2、3、4、5、6B、7F、8、9N、9V、10A、11A、12F、14、15B、17F、18C、19A、19F、20、22F、23F 和 33F 血清型感染引起的侵袭性疾病。不能预防由其它血清型肺炎球菌引起的侵袭性感染。

四、接种程序

(一) PCV13:

1. CRM197 载体 PCV13：主要应用于 6 周龄至 15 月龄婴幼儿。推荐常规免疫接种程序：2、4、6 月龄各接种 1 剂，12~15 月龄加强免疫 1 剂。基础免疫首剂最早可以在 6 周龄接种，之后各剂间隔 4~8 周。接种剂量为每次 0.5ml，接种途径为肌肉注射，首选接种部位婴儿为大腿前外侧(股外侧肌)，幼儿为上臂三角肌。

2. TT 载体 PCV13：主要应用于 6 周龄至 5 岁婴幼儿和儿童。接种剂量为每次 0.5ml，接种途径为肌肉注射，首选接种部位婴儿为大腿前外侧(股外侧肌)，幼儿及儿童为上臂三角肌。

(1) 2~6 月龄（最小满 6 周龄）婴儿：共接种 4 剂。基础免疫接种 3 剂，每剂次接种间隔 1 或 2 个月；12~15 月龄时加强接种第 4 剂。

(2) 7~11 月龄婴儿：基础免疫接种 2 剂，接种间隔至少 2 个月；于 12 月龄以后加强接种 1 剂。

(3) 12~23 月龄幼儿：接种 2 剂，接种间隔至少 2 个月。

(4) 2~5 岁儿童：接种 1 剂。

3. TT/DT 载体 PCV13：主要应用于 6 周龄至 5 岁婴幼儿和儿童。接种剂量为每次 0.5ml，接种途径为肌肉注射，首选接种部位婴儿为大腿前外侧（股外侧肌），幼儿及儿童为上臂三角肌。

(1) 2~6 月龄婴儿：共接种 4 剂。推荐首剂在 2 月龄（最小满 6 周龄）接种，基础免疫接种 3 剂，每剂接种间隔 2 个月；于 12~15 月龄加强接种 1 剂。

(2) 7~11 月龄婴儿：共接种 3 剂。基础免疫接种 2 剂，每剂接种间隔至少 1 个月；于 12 月龄以后加强接种 1 剂，与第 2 剂接种至少间隔 2 个月。

(3) 12~23 月龄幼儿：接种 2 剂，接种间隔至少 2 个月。

(4) 2~5 岁儿童：接种 1 剂。

(二) PPV23：主要应用于 2 岁以上的易感者，通常接种 1 剂；特殊情况下可再次接种，需与第 1 剂间隔 5 年。接种剂量为每针次 0.5ml，接种途径为皮下或肌肉注射（详见疫苗说明书），接种部位为上臂三角肌。

五、接种禁忌

已知对疫苗所含任何成分过敏者。患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者暂缓接种。

六、不良反应

常见不良反应：疼痛、红肿、硬结，一过性发热等。罕见不良反应：头痛、不适、虚弱乏力，淋巴结炎、过敏样反应，血清病，关节痛，肌痛，皮疹，荨麻疹，可致特发性血小板减少性紫癜者复发，神经系统异常等。

七、接种建议

（一）PCV13

1. CRM197 载体 PCV13 适用于 6 周龄至 15 月龄婴幼儿。原则上要求在达 7 月龄前完成 3 剂次基础免疫。达 5 月龄前已开始接种，但因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致未及时按程序完成基础免疫的婴儿，可经其监护人知情同意后，在婴儿 12 月龄内继续完成基础免疫的后续剂次，基础免疫各剂至少间隔 4 周；如其监护人不同意，则取消后续接种。加强免疫与基础免疫最后 1 剂至少间隔 8 周。

2. TT 载体 PCV13 和 TT/DT 载体 PCV13 适用于 6 周龄至 5 岁婴幼儿和儿童。在任何情况下，其中的破伤风/白喉类毒素不能代替常规破伤风/白喉类疫苗。

（二）PPV23

优先推荐 ≥ 65 岁的老年人，以及 2-64 周岁患有慢性肺部疾病、慢性心血管疾病、糖尿病、慢性肾功能衰竭、肾病综合征、慢性肝病（包括肝硬化）、酒精中毒、耳蜗移植、脑脊液漏、免疫功能低下、功能或器质性无脾者等接种。对上述人群不建议对免疫功能正常者进行复种，但年龄小于 65 周岁并伴有慢性肾功能衰竭、肾病综合征、功能性或器质性无脾及免疫功能受损者可以进行复种，2 剂 PPV23 至少间隔 5 年，首次接种年龄 ≥ 65 岁周岁者无需复种。

附件 3-19

江苏省 b 型流感嗜血杆菌类疫苗接种方案

一、疾病介绍

流感嗜血杆菌 (*Hemophilus influenzae*, Hi) 是嗜血杆菌属中最常见的对人有致病性的细菌, 可引起原发性化脓性感染和呼吸道继发感染。根据荚膜多糖化学成分的不同, Hi 可分为 6 个血清型: a、b、c、d、e 和 f, 其中 b 型 (Hib) 致病力最强, 约 95% 的侵袭性 Hi 疾病由 Hib 型引起。Hib 在鼻咽部定植后可通过感染进入血液, 继发传播至其他部位, 引发脑膜炎、菌血症性肺炎、菌血症、蜂窝组织炎、会厌炎、化脓性关节炎、骨髓炎和心包炎等 (统称为侵袭性 Hib 疾病); 鼻咽部定植的 Hib 也可经邻近部位直接传播, 导致非菌血症性肺炎、中耳炎、鼻窦炎和结膜炎 (统称为非侵袭性 Hib 疾病)。Hib 是引起儿童严重细菌感染的主要致病菌, 能引起脑膜炎、肺炎、菌血症、会厌炎、蜂窝织炎、关节炎等疾病。

二、流行病学

人类是 Hib 的唯一宿主, 主要传染源为病人和鼻咽部 Hib 携带者。Hib 是人体常见寄生菌, 鼻咽部 Hib 携带者是该菌的重要传播者, 健康人群鼻咽部 Hib 携带率是侵袭性 Hib 疾病发生的重要影响因素。本病主要通过鼻咽部和呼吸道分泌物形成的飞沫直接传播。人群普遍易感, 主要感染 5 岁以下的儿童, 尤其是 2 岁以下的幼儿, 其中 2/3 的感染发生在 18 月龄以下的婴幼儿。6 月龄至 5 岁的儿童自然抗体水平最低, 为 Hib 感染的高危人群。接种 Hib 类疫苗是预防 Hib 疾病的有效手段。使用疫苗前, 本病遍及全球。在普种疫苗地区侵袭性 Hib 疾病的发病率下降了 90% 以上, 人群 Hib 鼻咽部定植率也大大降低。

三、疫苗类别

含有 Hib 疫苗成分的疫苗有 b 型流感嗜血杆菌结合疫苗（简称 Hib 疫苗）、无细胞百白破 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗（简称 DTaP-Hib 或四联苗）、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗（简称 DTaP-IPV/Hib 或五联苗）、AC 群脑膜炎球菌多糖（结合）-b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗（简称 MPCV-AC/Hib）。

Hib 疫苗为纯化后的 b 型流感嗜血杆菌荚膜多糖与破伤风类毒素共价结合而成。用于预防由 Hib 引起的侵入性感染。DTaP-Hib 包含吸附无细胞百日咳疫苗、白喉和破伤风类毒素、Hib 荚膜多糖，可预防以上 4 种病原体引起的相应疾病。DTaP-IPV/Hib 包含 I、II、III 型脊髓灰质炎灭活疫苗、吸附无细胞百日咳疫苗、白喉和破伤风类毒素、Hib 荚膜多糖，可预防以上 5 种病原体引起的相应疾病。MPCV-AC/Hib 为纯化的 A 群、C 群脑膜炎球菌多糖、Hib 荚膜多糖，分别与破伤风类毒素共价结合、纯化，添加氢氧化铝佐剂吸附后制成。用于预防 A 群、C 群脑膜炎球菌及 Hib 引起的感染性疾病。

以上四种 Hib 类疫苗均为非免疫规划疫苗；居民自费并且自愿接种，具体费用详见接种单位公示。

四、接种程序

（一）免疫程序

1. Hib 疫苗

接种 1 剂~4 剂，不同年龄需接种的剂次不同：2~6 月龄婴儿，自 2 月龄或 3 月龄开始，每间隔 1 个月或 2 个月接种 1 次，共 3 次，在 18 月龄时进行加强接种 1 次。6~12 月龄儿童，每间隔 1 个月或 2 个月接种 1 次，共 2 次，在 18 月龄时进行加强接种 1 次。1~5 周岁儿童，仅需接种 1 次。接种剂量 0.5ml，大腿前外侧（中间 1/3 处）或上臂外侧三角肌处，肌肉注射。具体详见各疫苗说明书。

2. DTaP-Hib

共接种 4 剂次，3、4、5 月龄进行基础免疫，18~24 月龄加强免疫（与第 3 剂接种至少间隔 6 个月）。接种剂量 1ml，肌肉注射，推荐臀部外上方 1/4 处。

3. DTaP-IPV/Hib

共接种 4 剂次，在 2、3、4 月龄或 3、4、5 月龄进行 3 剂基础免疫；第 18 月龄进行 1 剂加强免疫。接种剂量为 0.5ml，上臂外侧三角肌或大腿前外侧中部，肌肉注射。

4. MPCV-AC/Hib

接种 1 剂~3 剂，不同年龄需接种的剂次不同：2~5 月龄接种 3 剂，6~11 月龄接种 2 剂，12~71 月龄接种 1 剂，间隔 1 个月。接种剂量为 0.5ml，臂外侧三角肌，肌肉注射。

（二）替代原则

1. DTaP-Hib 可替代免疫规划疫苗中的吸附无细胞百白破联合疫苗。如受种者（监护人）自愿选择首剂使用 DTaP-Hib 替代接种，建议其使用 DTaP-Hib 完成全程免疫。

2. DTaP-IPV/Hib 可替代免疫规划疫苗中的吸附无细胞百白破联合疫苗和脊髓灰质炎疫苗。如受种者（监护人）自愿选择首剂使用 DTaP-IPV/Hib 替代脊髓灰质炎疫苗接种，建议其使用 DTaP-IPV/Hib 完成全程免疫。

3. MPCV-AC/Hib 可用于替代免疫规划疫苗中 A 群脑膜炎球菌多糖疫苗的基础免疫。如受种者（监护人）自愿选择首剂使用 MPCV-AC/Hib 替代接种，建议其使用 MPCV-AC/Hib 完成基础免疫。

五、接种禁忌

- （一）患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。
- （二）已知对该疫苗的任何成分过敏者，特别对破伤风类毒素过敏者。
- （三）以往接种百日咳、白喉、破伤风和 Hib 疫苗有过敏反应者禁用。

(四) 患脑病、未控制的癫痫、抽风和其他进行性神经系统疾病者。

(五) 以前接种百日咳疫苗(无细胞或全细胞百日咳疫苗)后7天内患过脑病者禁止接种DTaP-IPV/Hib和DTaP-Hib。

(六) 对任何生产工艺中的痕量残留物(戊二醛、新霉素等)过敏禁止接种DTaP-IPV/Hib。

六、不良反应

注射后一般反应轻微,局部不良反应常见注射部位发红、肿胀、硬结、疼痛,偶见注射部位硬结、肿胀或红斑直径大于3cm,偶见水泡、瘙痒。全身不良反应常见发热、烦躁、腹泻、厌食、呕吐、嗜睡、异常哭闹、乏力、皮疹等。

七、接种建议

Hib疫苗适用于2月龄婴儿至5周岁儿童。DTaP-Hib适用于3月龄及以上婴幼儿。DTaP-IPV/Hib适用于2~24月龄的婴幼儿。MPCV-AC/Hib适用于2月龄婴儿~71月龄儿童。

附件 3-20

江苏省人乳头瘤病毒疫苗接种方案

一、疾病简介

人乳头瘤病毒（HPV）有 200 多个基因型，根据其诱导癌症的潜力，分为高危基因型组和低危基因型组。高危基因型组持续感染可引起子宫颈、阴道、外阴、肛门、阴茎、头颈等部位的癌前病变，病变可最终发展为浸润性癌。国际癌症研究机构确定，高危基因型

（16/18/31/33/45/39/45/51/52/56/58/59/66/68 等）可引起宫颈癌及癌前病变，其中 16/18 型是最常见的 HPV 型别，引起全球约 70% 的宫颈癌；90% 的宫颈癌与 HPV16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 型感染相关，低危基因型（HPV6/11）可引起 90% 的皮肤及生殖器疣。早期宫颈癌常无明显症状和体征，宫颈可光滑或难与宫颈柱状上皮异位区别。颈管型患者因宫颈外观正常易漏诊或误诊。随病变发展，可出现阴道流血、阴道排液，晚期根据癌灶累及范围出现不同的继发性症状，如尿频、尿急、便秘、下肢肿痛，尿毒症等。目前宫颈癌已成为中国 15-44 岁女性癌症死亡的第二大原因。

二、流行病学

HPV 的传染源是患者及病毒感染者，尤其是在患者的生殖器皮肤或粘膜内含有 HPV，可通过性接触而传染给配偶或性伴侣，也可在同性恋者中互相传染。传播途径主要有性传播、母婴传播、皮肤粘膜接触传播。年轻的性活跃女性为 HPV 感染高危人群。此外人类免疫缺陷病毒、沙眼衣原体和奈瑟菌等微生物感染，及性生活过早、多性伴、多孕多产、吸烟等行为因素是高危因素。我国子宫颈正常女性中 HPV 感染率是 11.2%，HPV 感染随年龄变化有两个感染高峰：<25 岁和 41~45 岁。据统计，我国宫颈癌发病率呈逐年上升趋势，2018 年中国宫颈癌新发病例近 11 万例，死亡近 5 万例，分别约占全球发病和死亡总数的 20% 和 16%。

三、疫苗类别

目前有双价 HPV 疫苗、四价 HPV 疫苗和九价 HPV 疫苗，均为非免疫规划疫苗，居民自费并且自愿接种。

双价 HPV 疫苗有两种：双价 HPV 疫苗（大肠杆菌）由大肠杆菌表达的 HPV 16 和 18 型的 L1 结构蛋白经纯化、重组装成非感染性的病毒样颗粒（VLP），加入铝佐剂制成；双价 HPV 疫苗（重组杆状病毒）由昆虫细胞表达的 HPV 16 和 18 型的 L1 结构蛋白经纯化、重组装成非感染性的 VLP，加入 AS04 佐剂系统制成。

四价 HPV 疫苗（酿酒酵母）由重组酿酒酵母分别表达的重组 HPV6、11、16、18 型 L1 病毒样颗粒（VLP），经纯化，添加铝佐剂制成的四价疫苗。

九价 HPV 疫苗（酿酒酵母）由重组酿酒酵母（菌株 1895）分别表达的重组 HPV6、11、16、18、31、33、45、52 和 58 型 L1 病毒样颗粒（VLP），经纯化，添加铝佐剂制成的九价疫苗。

四、接种程序

每次接种 0.5ml，肌内注射，首选接种部位为上臂三角肌。

（1）双价 HPV 疫苗适用于 9~45 岁女性。推荐于 0、1 和 6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂。第 2 剂可在首剂后 1~2.5 个月之间接种，第 3 剂可在首剂后 5~12 个月之间接种。双价 HPV 疫苗（大肠杆菌），根据其产品说明书，针对 9~14 岁女性可选择采用 0、6 月分别接种 1 剂次（间隔 5 个月）免疫程序。

四价和九价 HPV 疫苗：四价 HPV 疫苗适用于 9~45 岁女性，九价 HPV 疫苗适用于 16~26 岁女性。推荐于 0、2 和 6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂。首剂与第 2 剂的接种间隔至少 1 个月，第 2 剂与第 3 剂的接种间隔至少为 3 个月，所有 3 剂应在 1 年内完成。

五、接种禁忌

(一) 对疫苗的活性成分或任何辅料成分有超敏反应者。

(二) 注射后有超敏反应症状者，不应再次接种。

六、不良反应

(一) 十分常见不良反应：疲乏、肌痛、头痛、发热及注射部位反应疼痛、发红、肿胀。

(二) 常见不良反应：注射部位硬结、关节痛、胃肠道症状（包括恶心、呕吐、腹泻和腹痛）、咳嗽、瘙痒、荨麻疹和皮疹等超敏反应。

(三) 偶见不良反应：头晕、局部感觉异常和淋巴结病等。必要时应及时与接种单位联系，由后者给予处置指导。

七、接种建议

建议 9-45 岁的女性尽早接种，原则上要求在 46 周岁前完成 3 剂次接种。对于在 45.5 岁前已完成首剂接种，但因疫情流行、个人身体、疫苗供应等因素导致未完成全程免疫的，可经受种方知情同意后，在接种首剂后 1 年内完成 3 剂次接种。如受种方不同意，则取消后续接种。9-13 岁未发生初次性行为的女性或无 HPV 暴露者为首选接种人群，其次为年龄较大的女性青年。接种该疫苗不能替代常规宫颈癌筛查和其它预防 HPV 感染和性传播疾病的措施。推荐用同一种疫苗完成全程接种，暂不推荐不同品种的 HPV 疫苗互用。目前不推荐进行加强接种。9-14 岁女孩（性活跃之前）是宫颈癌疫苗的首要目标人群，15 岁以上女性是宫颈癌疫苗的次要目标人群。在首次性行为之前接种疫苗，效果最佳。

妊娠期间应避免接种本品。若女性已经或准备妊娠，建议推迟或中断接种程序，妊娠期结束后再进行接种。哺乳期妇女接种本品时应谨慎。本疫苗不能预防所有高危型 HPV 感染所致病变。不适用于治疗已发生的 HPV 相关病变。与其他疫苗一样，在受种者患有急性严重发热疾病时应推迟接种本品。任何凝血功能障碍患者接种本品需谨慎。

附件 3-21

江苏省肾综合征出血热疫苗接种方案

一、疾病介绍

肾综合征出血热(hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS), 又称流行性出血热, 是由汉坦病毒引起的一种自然疫源性疾病, 简称“出血热”。汉坦病毒属布尼亚病毒科, 至少有 20 个以上血清型, 在我国流行的主要是 I 型和 II 型病毒。本病的主要病理变化是全身小血管和毛细血管广泛性损害, 发热是本病早期必有的症状, 发热同时, 即可出现全身中毒症状, 多表现为头痛、眼眶痛和腰痛(三痛)、全身肌肉关节酸痛等。此外还伴有毛细血管损害征, 如出血、渗出和充血现象, 皮肤充血潮红主要见于颜面潮红、颈潮红和胸部潮红(三红), 典型病例以发热、充血出血、低血压休克和肾脏损害为其主要表现。典型病程分为发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期。

二、流行病学

主要宿主动物是啮齿类, 其他动物包括猫、猪、犬和兔等。在我国以黑线姬鼠和褐家鼠为主要宿主动物和传染源。林区以大林姬鼠为主。潜伏期为 4~46 天, 一般 7~14 天。主要传播途径为动物源性传播, 其中吸入带病毒宿主排泄物或分泌物所形成的气溶胶经呼吸道感染是最易实现的传播方式。其他的传播方式还有消化道传播、接触传播、垂直传播和虫媒传播等。人群对本病普遍易感, 感染后大部分呈隐性感染, 仅部分人发病。

本病流行范围广泛, 危害严重, 遍及世界各地, 主要分布在亚洲, 其次为欧洲和非洲, 已经成为一个全球性的公共卫生问题。我国每年的出血热病例占世界病例总数的 90% 以上, 是受汉坦病毒危害最严重的国家, 除青海和新疆外, 均有病例报道。

三、疫苗类别

疫苗系用 I 型和 II 型出血热病毒株分别接种 Vero 细胞（或原代地鼠肾细胞/原代沙鼠肾细胞），经培养、收获、病毒灭活、纯化，混合后加入稳定剂和氢氧化铝佐剂制成。有效成分是灭活的 I 型和 II 型肾综合征出血热病毒。可刺激机体产生针对 I 型和 II 型肾综合征出血热病毒的免疫力，能同时预防 I 型和 II 型肾综合征出血热。省级储备出血热疫苗为免疫规划疫苗，对重点地区重点人群实行免费接种。居民自愿自费选择接种的出血热疫苗属于非免疫规划疫苗。

四、免疫程序

免疫规划疫苗程序

接种对象为 16~60 岁的高危人群。基础免疫为 2 剂次，于 0 天、14 天各接种 1 剂，剂量为 1.0ml，上臂外侧三角肌处肌肉注射。基础免疫后 1 年应加强免疫 1 剂。

（二）应急免疫

在肾综合征出血热出现暴发疫情的地区及遭受自然灾害的疫区，充分考虑疫情波及范围、涉及人群，对适宜人群接种肾综合征出血热疫苗以控制疾病发生。

五、接种禁忌

（一）过敏性疾病，或已知对该疫苗所含任何成分，包括辅料及抗生素过敏者。

（二）患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、感冒和发热者。（三）患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

妊娠及哺乳期妇女。

不良反应

注射后一般无反应，个别有发热、头晕、皮疹者应注意观察，必要时给予适当治疗。因疫苗含有氢氧化铝佐剂，少数人在注射后局部可出现硬

结、轻度肿胀和疼痛，一般在1~3天内自行消退。罕见局部反应为淋巴结肿大，晕厥，眩晕，胃肠道功能紊乱，出血、关节炎、肾功能障碍。

七、接种建议

建议肾综合征出血热流行地区的居民和进入该地区的人员（如野外作业人员、农牧民、军人、旅行者等）优先接种，主要为16—60岁的高危人群。

附件 3-22

江苏省戊型肝炎疫苗接种方案

一、疾病介绍

戊型病毒性肝炎(Hepatitis E, Hep E)是由戊型肝炎病毒(Hepatitis E viral, HEV)引起的急性传染病。HEV 共分 1、2、3、4 四个基因型。感染 HEV 后临床表现为黄疸多见,可伴有发热、乏力、食欲减退、肝区痛、肝脾肿大、关节痛等症状。一般人群中戊肝的病死率为 0.1%~4%,而孕晚期孕妇中戊肝病死率可达 10%~50%。已有慢性肝病的患者感染戊型肝炎病毒后更易发展为重型肝炎,免疫抑制人群或由其他原因引起的严重免疫缺陷患者,感染 HEV 后具有发展为慢性戊肝的风险。戊肝在世界范围内引起暴发或散发,全球每年戊肝发病数约 340 万例,死亡约 7 万例。目前对急性戊肝尚无有效的治疗方案,接种戊肝疫苗是预防和控制戊肝的主要措施之一。

二、流行病学

戊肝属于人畜共患传染病,戊肝患者、无症状感染者及猪等动物宿主是主要传染源。潜伏期一般为 15~60 天,平均 40 天。以粪口传播、母婴传播、血液传播、日常生活接触传播为主。任何年龄组均可感染戊型肝炎病毒,儿童、青少年以亚临床感染为主,临床病例主要见于青壮年、中老年人。人感染戊型肝炎病毒后能产生一定免疫力,持续时间尚不清楚。我国是 HEV 高流行国家,自 1997 年戊肝纳入法定传染病报告以来,中国戊肝发病率逐年上升,不同地区差异显著。2017 年中国戊肝报告发病数为 29 014 例,发病率为 2.1/10 万,其中以 65~69 岁年龄组发病率最高(2012—2017 年为 5.22/10 万)。从 2012 年起,戊肝年发病数已经连续多年超过甲肝,占急性病毒性肝炎首位。戊型肝炎发病率随着

年龄增长而呈上升趋势，男性发病率高於女性。暴发的发生常是通过水源传播引起，食品从业人员如感染戊型肝炎病毒可引起食源性戊肝暴发。

三、疫苗类别

重组戊型肝炎疫苗（大肠埃希菌）系在基因工程大肠埃希杆菌中表达的戊型肝炎病毒结构蛋白，经过提纯、透析、复原，随后用凝胶过滤和高效液相层析进一步提纯，并加铝佐剂混合后制成，含纯化重组戊型肝炎病毒抗原 30 微克。

重组戊型肝炎疫苗为非免疫规划疫苗，居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

（一）接种程序

16 岁以上人群按“0、1、6 月”接种方案共接种 3 剂次，第 1 剂接种后 1 个月接种第 2 剂，第 1 剂接种后 6 个月接种第 3 剂。接种剂量为 0.5ml，上臂三角肌肌肉内注射。

（二）应急免疫

发生戊肝暴发疫情后，戊肝患者周围的易感者可开展应急接种。

五、接种禁忌

对本品任何成分过敏者；有接种其它疫苗过敏史者；患血小板减少症或其它凝血障碍者；对卡那霉素或其它氨基糖甙类药物有过敏史者；患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者；未控制的癫痫和患其他进行性神经系统疾病者；注射免疫球蛋白者应至少间隔 1 个月以上接种本疫苗。

六、不良反应

局部反应主要为接种部位疼痛、肿和瘙痒；全身反应主要为发热、疲倦无力和头痛。

七、接种建议

推荐用于 16 岁及以上易感人群。16 岁及以上易感者，建议可能存在戊肝病毒感染的畜牧养殖者、餐饮从业人员、食品加工人员、老年人、学生或军人、育龄期妇女和疫区旅行者等高风险人群应优先选择接种。目前暂不推荐加强接种。

附件 3-23

江苏省霍乱疫苗接种方案

一、疾病介绍

霍乱 (cholera) 是由霍乱弧菌引起的烈性肠道传染病。霍乱弧菌有 200 多个血清群, 但仅有 O1 和 O139 血清群可引发流行。霍乱发病急、传播快、波及范围广, 能引起大范围乃至世界的大流行, 属于甲类传染病。霍乱患者典型的临床表现为: 起病急, 腹泻剧烈, 多伴呕吐, 并由此所致脱水、肌肉痉挛。轻型霍乱患者出现无痛性腹泻, 可不伴有呕吐, 常无发热和里急后重表现。中、重型病例腹泻次数频繁或剧烈, 水样便, 伴有呕吐, 迅速出现脱水、循环衰竭及肌肉痉挛 (特别是腓肠肌) 等休克表现。中毒型病例比较罕见, 无泻吐或泻吐较轻, 无脱水或仅轻度脱水, 但有严重中毒型循环衰竭。

二、流行病学

主要传染源为病人和带菌者。潜伏期大多数为 1~2 天, 可短至数小时或长达 5~6 天。病人和带菌者的粪便和排泄物污染水源和食物后可引起霍乱暴发流行。日常生活接触和苍蝇等亦可起到传播作用。人群普遍易感, 本病隐性感染较多。病后可获得一定免疫力, 能产生抗菌抗体和抗肠毒素抗体, 但再感染的可能性也存在。我国霍乱流行季节为夏秋季, 以 7~10 月份为多。流行地区主要是沿海一带如广东、广西、江苏、上海等省份为多。近 10 多年, 由于加强饮水、饮食卫生管理, 发病率已经处于较低水平。

三、疫苗类别

接种重组 B 亚单位/菌体霍乱疫苗 (rBS-WC) 可以预防霍乱以及产毒性大肠杆菌等细菌性腹泻。重组 B 亚单位/菌体霍乱疫苗系用工程菌制备重组霍乱弧菌素 B 亚单位, 与灭活的霍乱弧菌菌体, 经冷冻干燥成干粉,

与适量乳糖，硬脂酸镁混合成分浅黄色或浅褐色均匀粉末后，制成肠溶胶囊。重组 B 亚单位/菌体霍乱疫苗（rBS-WC）为非免疫规划疫苗，居民自费并且自愿接种。

四、接种程序

免疫对象为 2 周岁以上人群。初次免疫者共接种三剂次，分别于 0、7、28 天，每次 1 粒，口服。已接种者可视疫情情况于每年流行季节前加强 1 剂。疫苗应于餐后 2 小时口服，服苗后 1 小时勿进食。

五、接种禁忌

（一）发烧者，患严重高血压、心、肝、肾脏病者以及患严重传染病（获得性免疫缺陷综合征及活动性结核）者。

（二）孕妇及 2 岁以下婴幼儿。

（三）对本制剂过敏或服后发现不良反应者，停止服用。

六、接种不良反应

口服本品后一般无反应，有时可有轻度腹痛、荨麻疹、恶心、腹泻等，一般不需要处理，可自愈。如有严重反应，应及时诊治。

七、接种建议

建议在 2 岁以上的下列人员中使用：卫生条件较差的地区、霍乱流行和受流行感染威胁地区的人群；旅游者、旅游服务人员，水上居民；饮食业与食品加工业、医务防疫人员；遭受自然灾害地区的人员；军队执行野外战勤任务的人员；野外特种作业人员；港口、铁路沿线工作人员；下水道、粪便、垃圾处理人员。

附件 3-24

江苏省伤寒疫苗接种方案

一、疾病介绍

伤寒是由伤寒沙门菌引起的急性肠道传染病。伤寒沙门菌属沙门菌属 D 组，革兰染色阴性，具有脂多糖、菌体抗原和鞭毛抗原，可刺激机体产生特异性、非保护性 IgM 和 IgG 抗体，该菌还具有多糖毒力抗原（Vi 抗原），其抗原性较弱，当伤寒沙门菌从人体中清除，Vi 抗体也随之消失。伤寒沙门菌不产生外毒素，其菌体裂解所释放的内毒素在发病机制中起重要作用。伤寒的临床表现主要以持续发热、表情淡漠、相对缓脉、玫瑰疹、肝脾肿大、白细胞减少为特征，典型患者的病程可达 4~5 周，主要并发症为肠出血、肠穿孔，中毒性肝炎、中毒性心肌炎等。根据机体的免疫状态、伤寒沙门菌的感染量和毒力等，除典型伤寒外，临床类型还有轻型、暴发型、迁延型、逍遥型。

二、流行病学

带菌者和患者是伤寒的唯一传染源，典型伤寒患者在病程 2~4 周排菌量最大，传染性强。潜伏期为 3~60 天，通常为 7~14 天。伤寒沙门菌通过粪-口途径传播，水源被污染是本病最重要的传播途径，常可引过暴发流行。食物被污染是传播伤寒的主要途径，有时可引起食物型的暴发流行。日常生活接触是伤寒散发流行的传播途径。苍蝇和蟑螂等媒介可机械携带伤寒杆菌引起散发。未患过伤寒和未接种过伤寒菌苗的个体均为伤寒易感者，发病后可获得较稳固的免疫力，第二次发病少见。饮食服务、供水管理、保育等重点职业人群中的带菌者传播的危险性更大。本病在一年四季均可发生，但夏秋季节为发病高峰。学龄前儿童和青年是本病的高发人群。气候（降雨量、气温、湿度）、自然灾害（洪涝、台风、地震、海啸）、风俗习惯、战争等因素均对伤寒的流行具有重要影响。

三、疫苗类别

伤寒 Vi 多糖疫苗 (TViPSV) 系用伤寒沙门菌培养液纯化的 Vi 多糖, 经用磷酸缓冲盐溶液 (PBS) 稀释制成, 为无色澄明液体。有效成分为伤寒沙门菌 Vi 多糖。接种本疫苗后, 可使机体产生免疫应答, 用于预防伤寒沙门氏菌感染引起的伤寒。

伤寒 Vi 多糖疫苗为非免疫规划疫苗, 居民自费并且自愿接种。

四、免疫程序:

(一) 疫苗程序

接种 1 剂次, 接种剂量为 0.5ml, 上臂外侧三角肌肌内注射。

(二) 应急免疫

必要时对疫区的易感人群及毗邻地区的重点人群开展伤寒疫苗的免疫接种, 以提高人群免疫力。

五、接种禁忌

已知对该疫苗的任何成分过敏者; 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者; 妊娠期妇女。

六、不良反应

常见不良反应: 可出现短暂低热, 局部稍有压痛感, 一般可自行缓解, 不需特殊处理。极罕见不良反应: 过敏性皮疹, 一般接种疫苗后 72 小时内出现, 应及时就诊。

七、接种建议

有感染风险和流行地区的人群。主要用于部队、港口、铁路沿线的工作人员, 下水道、粪便、垃圾处理人员, 饮食行业、医务防疫人员及水上居民或有本病流行地区的人群。

附件 3-25

江苏省带状疱疹疫苗接种方案

一、疾病介绍

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒 (varicella-zoster virus, VZV) 原发感染后潜伏于神经节内再次被激活引起的感染性皮肤病。典型临床表现为：发疹前轻度乏力、低热、纳差等全身症状，患处皮肤自觉灼热感或者神经痛，触之有明显的痛觉敏感，持续 1~3 天，亦可无前驱症状即发疹。皮损沿某一周围神经呈带状排列，多发生在身体的一侧，一般不超过正中线。病程一般 2~3 周，老年人为 3~4 周。水疱干涸、结痂脱落后留有暂时性淡红斑或色素沉着。病毒感染可致严重并发症：病毒侵犯三叉神经眼支，可发生眼带状疱疹，如发生角膜溃疡可致失明。病毒侵犯脑神经，可出现面瘫、听力丧失、眩晕、咽喉麻痹等。在极罕见的情况下，还可发生播散性带状疱疹，伴有高热和毒血症，甚至发生带状疱疹肺炎和脑膜脑炎，病死率高。

二、流行病学

主要传播途径为直接接触水痘或带状疱疹患者的疱疹液，吸入水痘患者呼吸道分泌物的飞沫等，原发感染主要引起水痘。带状疱疹总体发病率呈逐年上升趋势，发病率和严重程度随着年龄增长而增长，50 岁以后尤为明显，儿童也可出现带状疱疹，但相对罕见。到 85 岁时，约半数人有 ≥ 1 次带状疱疹发病史。老年人以及患有免疫功能低下疾病的患者罹患带状疱疹的风险最高。女性带状疱疹患病率高于男性。

三、疫苗类别

目前我国批准上市的为重组带状疱疹疫苗。重组带状疱疹疫苗中水痘带状疱疹病毒糖蛋白 E (gE) 系通过 DNA 重组技术在中国仓鼠卵巢 (CHO) 细胞中转染截短水痘带状疱疹病毒糖蛋白编码序列，表达特异性抗原，经

纯化、冻干制成。重组带状疱疹疫苗用于预防带状疱疹，不适用于预防原发性水痘。本疫苗为非免疫规划疫苗，居民自愿自费接种。

四、接种程序

接种对象为 50 岁及以上成人，免疫程序为接种 2 剂，每剂 0.5ml，第 2 剂与第 1 剂间隔 2 个月接种。如需改变免疫程序，第 2 剂在第 1 剂后 2~6 个月之内接种。首选接种部位为上臂三角肌外侧处，肌肉注射。

五、接种禁忌

- (一) 对疫苗所含活性成分或任何辅料成份过敏者。
- (二) 急性严重发热疾病时应推迟接种。
- (三) 妊娠期及哺乳期妇女应避免接种。

六、不良反应

少数人可出现局部红肿疼痛、肌痛、疲乏、头痛、寒颤、发热和胃肠道症状等。

七、接种建议

无论是否有水痘、带状疱疹患病史和水痘减毒活疫苗接种史，均可接种。接种重组带状疱疹疫苗仅用于预防用途，不适用于治疗已发生的临床疾病。