

## 新型甲型流感 (H1N1) 预防接种须知

大流行新型甲型流感病毒 (H1N1) 引起的呼吸道疾病常常伴有急骤出现的症状。其中，**最常见症状**包括：**发烧、咳嗽、头痛、四肢疼痛、疲倦、没有食欲以及类似每年的季节性流感**。在有些人还会出现恶心、呕吐和腹泻。目前在大多数情况下，新型流感都还是自限性疾病，并且整个疾病进程并不比“常规”季节性流感更为严重。在患有慢性疾病时，例如呼吸道及心血管疾病，患有糖尿病时或妊娠期间，出现新型甲型流感严重病情的风险将会大大增高。与季节性流感不同，新型甲型流感更易感染年轻人群。

新型甲型流感 (H1N1) 的潜伏期时间与季节性流感类似。在疾病征兆即将出现前 ( 短于 24 小时 ) 开始具有传染能力，并且在此后可保持传染能力长达一周。

根据当前最新知识，针对季节性流感的预防接种并不能预防新型甲型流感 (H1N1)。

## 疫苗

对预防新型甲型流感 (H1N1) 的特种疫苗进行了研发。所使用的疫苗，是一种针对大流行病毒株的非活性疫苗 ( 已杀死病原 )。新型甲型流感 (H1N1) 疫苗的许可和应用，建立在几十年与季节性流感打交道所取得的经验上，以及建立在采用大流行病疫苗模型的临床研究之上。后者采用的是禽流感 H5N1 抗原。

这些研究表明，在两次接种之后，就已形成了足够的免疫能力。但从这些研究中也获得了这样的启示，即采用新型甲型流感 (H1N1) 的预防疫苗，对 10 至 60 岁年龄组的人群仅需一次接种，即可获得适当的免疫能力。因此可以先对这一年龄组的人群进行第一次接种，直到对其他更多临床研究的分析工作结束之后 ( 2009 年 11 月中旬 )，再决定是否进行第二次接种。

新型甲型流感 (H1N1) 预防疫苗的特征是应用了水包油型作用增强剂 ( 佐剂 )。通过这种佐剂，可增强身体的免疫反应，并更广泛地防止病毒发生改变。

德国疾病预防协会 ( STIKO ) 建议在没有出示更多数据之前，孕妇应采用未加佐剂的疫苗接种。但妊娠并不是接种含有佐剂的疫苗 ( 例如“Pandemrix” ) 的禁忌症。因此，在没有其他疫苗可供使用的情况下，尤其是在存在特别风险时 ( 例如慢性潜在性疾病、感染风险高 )，在经过个体咨询后，也可给孕妇接种含有佐剂的疫苗。

## 谁不应当接受预防接种？

原则上，应按照利益与风险评估进行预防接种。这尤其适用于那些慢性疾病患者、儿童和孕妇。针对这些人群，目前尚只有少量或根本就没有临床研究数据。

患有急性、需要治疗的**疾病并伴有发烧**的人，不应接受预防接种。但此后一旦情况允许，应尽早补种疫苗。

已证明患有鸡蛋蛋白**过敏**的人，不应接种从鸡蛋赢取的疫苗。同样，对疫苗中含有的其他成分有强烈过敏反应的

人，例如硫柳汞、硫酸庆大霉素、脱氧胆酸钠，也不能接种疫苗。

## 预防接种可能有的副作用

### ( 参见“Pandemrix”专业信息 )

人体对预防接种的耐受性普遍良好。由于应用了作用增强剂 ( 佐剂 ) ，因此与季节性流感疫苗相比，接种后出现局部或全身反应的频率要高一些。这些反应包括：

注射部位**发红和疼痛肿胀**、头痛、发烧、疲倦、关节和肌肉疼痛。时常 ( 出现比例为 $\geq 1/100$  至 $< 1/10$  ) 也可出现淋巴结肿大、瘙痒感或进针部位出血、出汗增多、寒颤或与普通流感类似的症状。有时 ( 出现比例为 $\geq 1/1000$  至 $< 1/100$  ) 也可观察到一些非特异性症状，例如寒冷、神智不清、手足麻木、嗜睡、失眠、恶心、皮疹、眩晕、一般性不适感、呕吐、腹泻或腹痛。

副作用通常是身体对疫苗产生正常反应的表现。大多数情况下，局部和全身反应都是暂时性的，并且以后会自行消失，不会产生任何危害。罕见和极罕见的副作用可能在临床研究中没有记录。从对季节性流感预防疫苗的应用观察中获知，在极其罕见的情况下，也可观察到皮肤与支气管系统的过敏反应；出现速发性过敏反应 ( 过敏性休克 ) 仅为个别报道。

同样，在极为罕见的情况下，也可出现脉管炎或血小板数目的暂时性减少。由于血小板数目影响着血液的凝结功能，因此血小板数目减少后，可出现出血。

仅在个别案例，可在接种流感疫苗后，观察到格林巴利综合症或其他神经病学损害。

## 新型甲型流感 (H1N1) 预防接种问卷及同意

### 声明

以上信息中，包括了有关预防接种可避免的疾病、疫苗和接种的主要说明，此外也还包括了有关接种反应以及可能出现的接种并发症的主要说明。

## 在实施接种前，请对以下内容予以说明：

1.) 您觉得您现在是否身体健康？

是↑ 否↑

2.) 您是否患有过敏症？

是↑ 否↑

如果是，是对什么过敏？\_\_\_\_\_

3.) 您以前接种后，是否曾出现过过敏现象、高烧或其他异常反应？

是↑ 否↑

如果是，是哪些？\_\_\_\_\_

4. 您是否怀孕了？

是↑ 否↑

5. 您是否正在服药 ( 如果是，是什么药 ) ？

是↑ 否↑

如果是，是什么药？\_\_\_\_\_

## 同意声明

实施新型甲型流感 (H1N1) 预防接种

受接种者姓名：

\_\_\_\_\_  
受接种者或监护人签名

\_\_\_\_\_  
实施宣传教育的医生签名

出生日期：

我已阅读并理解了本须知中的内容。已经告诉我如有其他问题，可通过接种医生获取信息。

我没有其他问题

我有其他问题，但这些问题已得到了解答

我同意接受推荐给我的

新型甲型流感 (H1N1) 预防接种

备注：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

地点，日期：\_\_\_\_\_