

# 丙型腦膜炎疫苗 常見問題解答

**問：**什麼是腦膜炎？

**答：**丙型腦膜炎是一種不常見的感染，能導致生命危險。在任何時候，人群中都有大約10%的人在喉嚨後部或鼻子裡存在著這種病的致病細菌。

腦膜炎可以在一年裡的任何時間出現，不過在冬天或春天比較多一些。腦膜炎有多種類型。在澳大利亞，乙型和丙型腦膜炎最為普遍。超過一半的腦膜炎死亡病例，是由丙型腦膜炎引致的。

**還有其他類型的腦膜炎感染（例如，乙型腦膜炎）並不屬於這種疫苗的免疫範圍。**

到目前為止，澳大利亞還沒有對抗乙型腦膜炎的有效疫苗。

**問：**腦膜炎是怎樣擴散的？

**答：**腦膜炎是由細菌通過咳嗽、打噴嚏和唾液噴濺從鼻子和喉嚨傳播出去的。

**問：**腦膜炎有什麼體徵和症狀？

**答：**腦膜炎的體徵和症狀包括：

- 突然發燒
- 嚴重頭痛
- 昏昏欲睡、思維錯亂或昏迷
- 頸部僵硬、關節疼痛
- 紫紅色皮疹或瘀傷
- 畏光
- 嘔吐

**問：**腦膜炎是怎樣治療的？

**答：**有腦膜炎症狀的人士需在醫院接受抗生素治療。盡早使用抗生素是最有效的治療方法。

**問：**我的孩子需要接種預防疫苗嗎？

**答：**全國健康及醫學研究委員會建議尚未接種過腦膜炎疫苗的年青人或成年人接種一次劑量的腦膜炎疫苗。

**問：**疫苗是強制性的嗎？

**答：**不是。所有的父母或監護人將會收到一套資料。他們可以選擇是否要讓孩子接種疫苗。只有在他們填寫和簽署了同意書的情況下，孩子才會接種疫苗。

如果您不希望子女接種疫苗，請不要將本同意書交回。

**問：**疫苗的成份是什麼？

**答：**疫苗的成份有：N. 丙型腦膜炎低聚糖、白喉桿菌CRM蛋白質和磷酸鋁。這些成份對疫苗起輔助作用，或作為防腐劑。

**問：**打了疫苗後會終身免疫嗎？

**答：**丙型腦膜炎疫苗提供長期持續的保護。目前不建議再次接種。

**問：**如果我沒有保持紀錄，或記不起孩子以前是否接種過丙型腦膜炎疫苗，我該怎麼辦？

**答：**為了安全起見，可讓孩子再接再種一個劑量的丙型腦膜炎疫苗。

**問：**丙型腦膜炎疫苗有哪些副作用？

**答：**輕微的副作用包括疼痛、注射部位紅腫、發燒、過敏、胃口不佳和頭痛。在接種後可在疼痛部位用濕布冷敷，或使用撲熱息痛 (paracetamol)，以減輕不適。

**問：**什麼是過敏性休克？

**答：**過敏性休克是一種嚴重的過敏反應，如果沒有迅速治療的話，會導致不省人事和死亡。在注射疫苗後極少會出現這個症狀。

**問：**已經懷孕或認為可能懷孕的年輕婦女應接受注射嗎？

**答：**目前並沒有關於懷孕期間使用丙型腦膜炎疫苗的臨床研究數據。

**問：**如果我的孩子有哮喘，需要用吸入器來吸入可的松或潑尼松，該怎麼辦？

**答：**即使孩子需要用吸入器來治療哮喘，接種丙型腦膜炎疫苗仍然是安全的。

**問：**順勢療法 (homoeopathic) 制劑能夠預防丙型腦膜炎嗎？

**答：**不能。沒有證據表明順勢療法制劑能夠預防丙型腦膜炎。

**問：**我會收到孩子的接種紀錄嗎？

**答：**會的。您的孩子會有一份接種紀錄。如果沒有收到孩子的接種紀錄，就不能想當然地以為孩子已經接種了疫苗。您一定要把孩子已經接種疫苗的情況告訴孩子的全科醫生，因為大學、學院、工作場所或其他國家常常需要這項資料。

請把這份紀錄放在安全的地方，供今後參考。

**問：**在哪裡可以找到更多有關這種疫苗的資料？

**答：**澳大利亞免疫手冊（現有版本）提供了有關免疫的詳細資料。您可以在 [www.immunise.health.gov.au](http://www.immunise.health.gov.au) 找到。

**問：**如果我想得到更多資料，應該與誰聯絡？

**答：**請聯絡當地的公共衛生部：

**Greater Southern**

(9952 7122) (02)

Queanbeyan Office

或者

(5499 7051) (02)

Albury Office

**Greater Western**

(0701 7339) (02)

Bathurst Office

或者

(0079 7851) (02)

Dubbo Office

(1599 8080) (08)

Broken Hill Office

**Hunter New England**

(1877 5925) (02)

Newcastle Office

或者

(8130 7676) (02)

Tamworth Office

**North Coast**

(2750 7588) (02)

Port Macquarie Office

或者

(7500 7720) (02)

Lismore Office

**Northern Sydney & Central Coast**

(9500 9577) (02)

Hornsby Office

或者

(5850 5359) (02)

Gosford Office

**South Eastern Sydney & Illawarra**

(8333 9382) (02)

Randwick Office

或者

(2500 5255) (02)

Wollongong Office

**Sydney South West**

Camperdown Office

(9520 9015) (02)

**Sydney West**

(3603 9850) (02)

Parramatta Office

或者

(2022 5735) (02)

Penrith Office

或者訪問：

[www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)

## 有關丙型腦膜炎和疫苗的資訊

腦膜炎	腦膜炎的危害	腦膜炎疫苗的副作用
腦膜炎是由一種名為腦膜炎奈瑟菌 ( <i>Neisseria meningitidis</i> ) 引起的。病毒通過呼吸道分泌物傳染，潛伏期 1 至 10 天，但通常受感染後 4 天內病發。	病毒可導致腦膜炎 (腦膜感染發炎) 或敗血症 (血液感染) 或兩者皆有之。很少情況下還可能導致其他局部性感染。症狀包括頭疼、發燒、噁心、嘔吐、懼光 (對強烈光線敏感)、脖子僵硬、類似感冒症狀，有時會伴有皮疹 (但不一定)。腦膜炎發病猛烈，即使是身體健康的人一旦被感染，也可能致命。	注射丙型腦膜炎疫苗後通常出現的副作用包括疼痛、注射部位紅腫、低燒、過敏、厭食和頭疼。通常不會引起嚴重症狀。

### 接種疫苗後出現反應該怎麼辦？

在疼痛部位敷冷毛巾可舒緩痛楚，也可服用撲熱息痛止痛，多喝水。

若反應難受或讓您覺得擔心，請找醫生。

## 丙型腦膜炎防疫注射同意書

Consent for Meningococcal C Vaccination

尊敬的家長/監護人

受過專門培訓的註冊護士將會到學校為學生免費接種丙型腦膜炎疫苗。

腦膜炎病毒可能感染任何年齡的人。目前提供的疫苗只對預防丙型腦膜炎有效，其他類型的腦膜炎不在本疫苗免疫範圍之內。

護士會在注射當日檢查你的孩子，如果發現患有急性病或發燒，則不能接種。

如果您對接種丙型腦膜炎疫苗或本表格有任何問題，請聯絡您當地的公共衛生部 (Public Health Unit)，聯絡電話請參閱《家長資訊》中的常見問題解答部分。

### 注意：

請用藍色或黑色筆填寫表格。

請勿使用表格複印件。

如果您希望子女接種疫苗，請填寫本同意書所有欄目，然後在 1 星期內 交回學校。

如果您不希望子女接種疫苗，請不要將本同意書交回。

## 丙型腦膜炎防疫注射同意書

Meningococcal C Vaccination Consent Form

### 由家長/監護人填寫

學生姓氏	<input type="text"/>		
學生名字	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
學校名稱	<input type="text"/>		
年級/班	<input type="text"/>		

本人已閱讀並瞭解以上所提供的資訊，知悉丙型腦膜炎疫苗的作用和可能出現的副作用。本人同意我的子女，即上文所列學生，接種疫苗

本人聲明，本人的兒子/女兒/受監護人：

- (a) 從未對任何疫苗產生過敏反應。
- (b) 上一次接種丙型腦膜炎疫苗後沒有出現過敏。
- (c) 沒有對丙型腦膜炎疫苗中任何成份(《家長資訊》中的常見問題解答部分列出)產生嚴重異常過敏反應。
- (d) 沒有懷孕。

家長/監護人姓名	<input type="text"/>		
家長/監護人簽名	<input type="text"/>		
住址	<input type="text"/>		
區	<input type="text"/>	郵編	<input type="text"/>
電話	家 <input type="text"/>	工作 <input type="text"/>	
	手機 <input type="text"/>	日期 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

### 部門專用 – 本部份由護士填寫及保留

簽名	<input type="text"/>	蓋章	
疫苗批號	<input type="text"/>		
左臂	<input type="text"/>	右臂	<input type="text"/>

## 丙型腦膜炎防疫注射記錄

Meningococcal C Record of Vaccination

### 由家長/監護人填寫

學生姓氏	<input type="text"/>
學生名字	<input type="text"/>
學校名稱	<input type="text"/>

### 部門專用

左臂	<input type="text"/>	右臂	<input type="text"/>
疫苗批號	<input type="text"/>		
新州衛生處/日期 蓋章	<input type="text"/>		
護士簽名	<input type="text"/>		

### 請注意：

請妥善保存本份免疫記錄，供日後提供資訊之用。

請把接種本疫苗的日期告訴您的普通科醫生，以便更新您的子女的健康記錄。