

**Guidelines for Diagnosis and Treatment of
Sexually Transmitted Diseases**

性传播疾病临床诊疗指南

(第2稿)

中国疾病预防控制中心性病控制中心
National Center for STD Control, China CDC

中国疾病预防控制中心性病控制中心

二〇〇六年八月

目 录

第 一 章 前

言.....

编写说明.....

第一二章 特定疾病.....

第一节 梅毒.....

第二节 淋病.....

第三节 生殖道沙眼衣原体感染.....

第四节 尖锐湿疣.....

第五节 生殖器疱疹.....

第六节 软下疳.....

第七节 性病性淋巴肉芽肿.....

第八节 阴道滴虫病.....

第九节 细菌性阴道病.....

第十节 生殖器念珠菌病.....

第十一节 阴虱病.....

第二三章 病征处理.....

第一节 男性尿道炎.....

第二节 阴道/宫颈炎.....

第三节 生殖器溃疡.....

第四节 阴囊肿胀.....

第五节 女性下腹痛.....

第 六 节 腹 股 沟 淋 巴 结 肿 大 横
痃.....

第七节 新生儿眼炎.....

第三四章 预防和健康教育

附录一 生殖道支原体感染

附录二 性病门诊规范化服务和管理标准

编审组成员

王千秋	尹跃平	乐嘉豫	刘全忠
张国成	张传福	邵长庚	李珊山
吴音	杨凭	杨斌	陈祥生
林伯滢	周华	周平玉	姜文华
骆丹	郑和义	徐文严	龚向东
梁国钧	韩国柱	蒋娟	

前 言

性传播疾病（以下称性病）在我国广泛流行，已成为严重的公共卫生问题。性病对人体健康的危害性大，传染性强，并能引起各种并发症和后遗症，如不孕、异位妊娠、早产、流产和死胎等，还可引起新生儿和儿童的感染等。性病也促进了艾滋病经性途径传播。

有效的诊断和治疗性病，可预防并发症和后遗症的产生，防止感染的进一步传播，同时也可利用诊疗服务的机会开展性病艾滋病的健康教育和咨询，预防艾滋病经性途径的传播。因此，性病的诊治是性病防治工作的重要组成部分。

我国卫生部于 1991 年颁布了《性病诊断标准与治疗方案（暂行）》，2000 年又委托卫生部专家咨询委员会进行了修订，形成了《性病诊断标准与处理原则》，涉及梅毒、淋病、尖锐湿疣、非淋菌性尿道炎、软下疳、生殖器疱疹、性病性淋巴肉芽肿和艾滋病等 8 种性病。除 1996 年发布实施的梅毒、淋病和艾滋病为国家标准外，其余性病为卫生部行业标准，于 2004 年 1 月 1 日起实施。这些技术标准对指导性病临床、监测以及防治工作起到了重要作用。在此后到目前，未再进行修订。

随着医学科学的发展，出现了许多新的实验诊断方法，分子生物学诊断方法也越来越多地性病诊断中得到应用；新的治疗药物也使临床应用增加了选择；某些性病病原体如淋球菌对抗生素产生耐药，使原先有效的药物治疗失败；不少地区存在性病诊断和治疗不规范的混乱状况。此外，即使已发布这些性病诊疗标准，由于宣传和培训不够，有些医生不知道这些标准，有些知道了也因种种原因并未遵照执行。

目前我国性病的诊疗还存在一些问题。某些性病如沙眼衣原体感染还缺乏简便、快速、准确的诊断方法。病毒性性病容易复发。从另一方面看，艾滋病也对性病的诊疗和防治产生不利的影响。如，HIV 感染者的梅毒血清学试验可出现假阴性；有 HIV 感染时，需采取不同的处理方法。

上述现象的存在，都要求对目前的诊疗标准进行修订，使其适应性病防治工作新的形势和需求。因此在卫生部疾病控制司的领导下，我们组织国内性病临床、健康教育和管理领域的专家，在广泛复习国内外文献的基础上，结合国内性病流行和防治的具体情况，对原先的诊疗方案进行补充和修改，形成一个更加完整、有系统的性病诊疗指南。

本指南旨在为性病的流行病学监测和疫情报告提供诊断依据，为在临床和防治工作中处理各种性病提供指导性建议。使用对象为从事性病艾滋病防治工作的管理者、防治人员以及各级各类医务人员等。希望各地加强本指南的宣传、培训和使用，并在实践中提出宝贵意见，以便今后进一步完善。

本指南在编写过程中，得到了国内众多性病防治工作者和专家的大力支持。除了中国疾病预防

控制中心和中国疾病预防控制中心性病控制中心的专家外，我们特别感谢上海市皮肤病性病医院、江苏省人民医院、北京协和医院、吉林大学第一医院、天津医科大学总医院、海南省皮肤性病防治中心、深圳市慢性病防治院、重庆市第四人民医院的专家所提供的支持。全球基金第五轮项目、世界银行贷款卫生九项目提供了资金援助，特致诚挚的谢意。

中国疾病预防控制中心性病控制中心

二〇〇六年十二月

目前性传播疾病（以下称性病）在我国流行日益广泛，成为严重的公共卫生问题。性病对人类健康的危害性很大，传染性很强，并能引起各种并发症和后遗症，如异位妊娠、不孕、死胎、早产等，还可引起新生儿和儿童的感染等。性病也可促进艾滋病的传播。

性病的诊疗目前还存在一些问题。某些性病如沙眼衣原体感染还缺乏简便、快速、准确的诊断方法。病毒性性病容易复发。从另一方面看，艾滋病也对性病的诊疗和防治产生不利的影 响。如，HIV 感染者的梅毒血清学试验可出现假阴性；有 HIV 感染时，需采取不同的处理方法。

有效的诊断和治疗性病，可预防并发症和后遗症的产生，防止感染的进一步传播，同时也可利用诊疗服务的机会开展性病艾滋病的健康教育和咨询。因此，性病的诊治是性病防治工作的重要组成部分。我国卫生部于 1991 年颁布了“性病诊断标准与治疗方案（暂行）”，2000 年又委托卫生部专家咨询委员会进行了修订，形成了“性病诊断标准与处理原则”，重点为梅毒、淋病、尖锐湿疣、非淋菌性尿道炎、软下疳、生殖器疱疹、性病性淋巴肉芽肿和艾滋病等 8 种性病。此性病标准，除 1996 年发布实施的梅毒、淋病和艾滋病为国家标准外，其余性病为卫生部行业标准，于 2004 年 1 月 1 日起实施。这些技术法规形成一整套性病诊疗标准，对指导性病临床、监测以及防治工作起到了重要作用。在此后到目前，未再进行修订。

随着医学科学的发展，出现了许多新的实验诊断方法，分子生物学诊断方法也越来越多地在性病诊断中得到应用；新的治疗药物也比老药疗效更好；某些性病病原体如淋球菌对抗生素产生耐药，而使得原先的有效的药物治疗失败；不少地区存在性病诊断和治疗不规范的混乱状况。此外，即使已发布这些性病诊疗标准，由于宣传和培训不够，医生不知道这些标准，知道了也并不遵照执行。这些现象的存在，都要求对目前的诊疗标准进行修订，使其适应性病防治新的形势和需求。因此我们组织国内性病领域的专家，在广泛复习国内外文献的基础上，结合国内性病流行和防治的具体情况，对原先的诊疗方案进行补充和修改，形成一个完整、有系统的性病诊疗指南。

关于性病的病种，考虑到在既往的临床工作中，“非淋菌性尿道炎”既指男性非淋菌性尿道炎，

又指女性尿道炎和宫颈炎，并且由于其病因复杂，临床诊断存在混乱，因此，我们在本指南中将与性传播相关的沙眼衣原体感染独立出来，称为“生殖道沙眼衣原体感染”，这也与国际上通常采用的定义相一致。而对传统的“非淋菌性尿道炎”中所包括的其他内容在“男性尿道炎”章节中加以描述。性病病征处理是世界卫生组织提出的性病诊治方法，其方案已经在国内进行了验证及扩大试点，证明其是一种可行的诊疗手段。在本指南中将介绍该方法的应用。对一些与性传播相关的疾病，如阴道滴虫病、外阴阴道念珠菌病、细菌性阴道病、阴虱病等本指南也作了相应的介绍。艾滋病虽属于广义上的性传播疾病，但由于我国对该病的诊疗标准另有规定，因此，本指南不再将其纳入。由于艾滋病可与其他性病合并感染，因此，本指南在各种性病的介绍中，对合并 HIV 感染者的处理有专门的建议方案。

本指南在编写过程中，得到了国内众多性病防治工作者和专家的大力支持。全球基金项目也提供了援助，特致谢忱。

编者

二〇〇六年八月三十日

编写说明

1、本指南系在 2000 年卫生部专家咨询委员会编写的《性病诊断标准与处理原则》的基础上修订而成。

2、关于性病的病种，考虑到在既往的临床工作中，“非淋菌性尿道炎”既指男性非淋菌性尿道炎，又指女性尿道炎和宫颈炎，并且由于其病因复杂，临床诊断存在混乱，因此，在本指南中将与性传播相关的沙眼衣原体感染独立出来，称为“生殖道沙眼衣原体感染”，这也与国际上通常采用的定义相一致。而对传统的“非淋菌性尿道炎”中所包括的其他内容在“男性尿道炎”章节中加以描述。

3、增加介绍了性病病征处理方案。

4、增加介绍了一些与性传播相关的疾病，如阴道滴虫病、生殖器念珠菌病、细菌性阴道病及阴虱病等。

5、艾滋病虽属于广义上的性传播疾病，但由于我国对该病的诊疗标准另有规定，因此，本指南不再将其纳入。但由于艾滋病可与其他性病合并感染，因此，本指南在各种性病的介绍中，对合并 HIV 感染的性病患者处理有专门的建议方案。

6、在临床实际工作中，医生为病人所提供的服务不仅是诊断和治疗，还包括健康教育、性伴通知和安全套促进等。因此，本指南中增加了在临床如何进行预防和健康教育的内容。此外，将性病门诊规范化服务的条件和要求作为附录介绍。

7、生殖道支原体感染是临床上常见的问题，但目前对支原体的致病性及处理方案等均存在争议。因此，本指南将其放在附录中讨论，而不列入正文。

第一章 特定疾病

第一节 C59

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS × × ×

- 2005



梅毒诊断标准

Diagnostic criteria for Syphilis (报批稿)

2005 - × × - × × 发布

2005 - × × - × × 实施

中华人民共和国卫生部 发布

WS ×××-2005

前 言

本标准是在 GB15974-1995 《梅毒诊断标准及处理原则》的基础上制定的，GB15974-1995 作废。

本标准的附录 A 为规范性附录。

本标准由全国传染病标准委员会提出。

本标准起草单位：中国医学科学院皮肤病研究所。

**本标准主要起草人：王千秋、陈志强、蒋娟、苏晓红、
龚匡隆、龚向东。**

WSXXX 2005

梅毒诊断标准（示例）

梅毒是苍白螺旋体所引起的一种慢性、全身性经典的性传播疾病，可侵犯全身各器官，并产生多种多样的症状和体征。另一方面，梅毒又可能很多年无症状而呈潜伏状态。可分为后天获得性梅毒和胎传梅毒（先天胎传梅毒）。获得性梅毒又分为早期和晚期梅毒。早期梅毒病程在 2 年以内，包括一期、二期和早期潜伏梅毒。晚期梅毒病程在 2 年以上，包括晚期良性梅毒、心血管和神经梅毒、晚期潜伏梅毒等。胎传梅毒又分为早期（出生后 2 年内发病）和晚期（出生 2 年后发病）胎传梅毒。梅毒主要通过性交传染，也可以通过胎盘传给下一代而发生先天梅毒。

1 范围

本标准规定了梅毒的诊断依据、诊断原则、诊断标准和鉴别诊断标准。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

2.1 梅毒 (Syphilis)

梅毒是苍白螺旋体（又名梅毒螺旋体）感染人体所引起的一种系统性、慢性经典的性传播疾病，可累及人体多系统脏器的损害，产生多种多样的临床表现，导致组织破坏、功能失常，甚至危及生命。

2.2 前带现象 (Prozone phenomenon)

非梅毒螺旋体抗原试验（如 RPR 试验）中，有时由于血清抗体水平过高，抗原抗体比例不合适，而出现弱阳性、不典型或阴性的结果，但临床上又有典型的二期梅毒体征，将此血清稀释后再做血清学试验，出现了阳性的结果，称为“前带现象”。

3 缩略语

下列缩略语适用于本标准。

3.1 VDRL Venereal Disease Research Laboratory 性病研究实验室（玻片试验）

3.2 USR Unheated serum reagin 血清不需加热的反应素（玻片试验）

3.3 TRUST Tolidine red unheated serum test 甲苯胺红血清不需加热试验

3.4 RPR Rapid plasma reagin 快速血浆反应素（环状卡片试验）

3.5 FTA-ABS Fluorescent treponemal antibody-absorption 荧光螺旋体抗体吸收（试验）

3.6 TPHA *Treponema pallidum* hemagglutination assay 梅毒螺旋体血凝试验

3.7 TPPA *Treponema pallidum* particle agglutination assay 梅毒螺旋体颗粒凝集试验

41 诊断依据

14.1 一期梅毒

14.1.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。

14.1.2 临床表现

硬下疳：潜伏期一般为 2~4 周。一般为单发，但也可多发；直径约 1cm~2cm，圆形或椭圆形浅在性溃疡，界限清楚、边缘略隆起，疮面清洁；触诊基底坚实、浸润明显，呈软骨样的硬度；无明显疼痛或触痛。多见于外生殖器部位。

腹股沟或患部近卫淋巴结肿大：可为单侧或双侧，无痛，相互孤立而不粘连，质硬，不化脓破溃，其表面皮肤无红、肿、热。

14.1.3 实验室检查：

14.1.3.1 暗视野显微镜检查：皮肤黏膜损害或淋巴结穿刺液可查见梅毒螺旋体（见附录 A）。

14.1.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：包括血浆反应素环状卡片（RPR）试验、甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）、性病研究实验室（VDRL）试验等。阳性。如感染不足 2~3 周，该试验可为阴性，应于感染 4 周后复查（见附录 A）。

14.1.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：包括梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）、梅毒螺旋体细胞凝集试验（TPHA）、荧光梅毒螺旋体抗体吸收试验（FTA-ABS）、梅毒螺旋体酶联免疫吸附试验（TP-ELISA）等。阳性，极早期少数可阴性（见附录 A）。

14.2 二期梅毒

14.2.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史，或有输血史（早期梅毒病人为供血者）。

14.2.2 临床表现：

可有一期梅毒史，病期在 2 年以内。

皮损呈多形性，包括斑疹、斑丘疹、丘疹、鳞屑性皮损、毛囊疹及脓疱疹等，常泛发对称。掌跖部易见暗红斑及脱屑性斑丘疹。外阴及肛周皮损多为湿丘疹及扁平湿疣。皮损一般无自觉症状，可有瘙痒。口腔可发生黏膜斑。可发生虫蚀样脱发。二期复发梅毒，皮损局限而不对称，数目较少，皮损形态奇特，常呈环状或弓形或弧形。

全身浅表淋巴结肿大。

可出现梅毒性骨关节、眼、内脏及神经系统损害等。

14.2.3 实验室检查：

14.2.3.1 暗视野显微镜检查：二期皮损的尤其扁平湿疣、湿丘疹及黏膜斑，易查见梅毒螺旋体（见附录 A）。

14.2.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性（见附录 A）。

14.2.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性（见附录 A）。

14.3 三期梅毒（晚期梅毒）

14.3.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史，或有输血史。

14.3.2 临床表现：

可有一期或二期梅毒史。病期 2 年以上。

14.3.2.1 晚期良性梅毒

—— 皮肤黏膜损害：头面部及四肢伸侧的结节性梅毒疹，大关节附近的近关节结节，皮肤、口腔、舌咽的树胶肿，上腭及鼻中隔粘膜树胶肿可导致上腭及鼻中隔穿孔和马鞍鼻。

—— 骨梅毒，眼梅毒，其他内脏梅毒，累及呼吸道、消化道、肝脾、泌尿生殖系、内分泌腺及骨骼肌等。

14.3.2.2 神经梅毒，可发生梅毒性脑膜炎、脑血管梅毒、麻痹性痴呆、脊髓痨等。

14.3.2.23 心血管梅毒，可发生单纯性主动脉炎、主动脉瓣闭锁不全、主动脉瘤等。

14.3.3 实验室检查：

14.3.3.1 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：大多阳性，亦可阴性（见附录 A）。

14.3.3.2 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性（见附录 A）。

14.3.3.3 脑脊液检查：白细胞计数 $=10\times 10^6/L$ ，蛋白量 $>500mg/L$ ，且无其他引起这些异常的原因。脑脊液 VDRL 试验阳性（见附录 A）。

14.3.3.34 组织病理检查：有三期梅毒的组织病理变化（见附录 A）。

1.4 神经梅毒

部分早期梅毒患者可发生无症状神经梅毒，脑脊液 VDRL 试验阳性。三期梅毒患者约 10% 在感染后 15~20 年发生有症状的神经梅毒。

1.4.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史，或有输血史。

1.4.2 临床表现：

1.4.2.1 无症状神经梅毒：无任何神经系统症状和体征，梅毒血清学试验阳性，脑脊液有异常变化。

1.4.2.2 脑膜神经梅毒：主要为梅毒性脑膜炎表现，如头痛、颈项强直和视乳头水肿等。

1.4.2.3 脑膜血管梅毒：主要为闭塞性脑血管综合征表现，如偏瘫、失语、癫痫发作、阿-罗瞳孔等。

1.4.2.4 脑实质梅毒 出现麻痹性痴呆和脊髓痨的各种临床表现。

1.4.3 实验室检查：

1.4.3.1 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.4.3.2 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。

1.4.3.3 脑脊液检查：白细胞计数 $=10 \times 10^6/L$ ，蛋白量 $> 500mg/L$ ，且无其他引起这些异常的原因。

脑脊液 VDRL 试验或 FTA-ABS 试验阳性。无条件做后两项试验时，可行 RPR 或 TPPA 试验。

14.54 隐性梅毒（潜伏梅毒）

14.54.1 流行病学史：有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史，或有输血史。

4.4.1.1 早期隐性梅毒：病期在 2 年内，根据下列标准来判断： 在过去 2 年内，有明确记载的非梅毒螺旋体抗原试验由阴转阳，或其滴度较原先升高达 4 倍或更高。 在过去 2 年内，有符合一期或二期梅毒的临床表现。 在过去 2 年内，有与疑似或确诊的一期或二期梅毒，或疑似早期隐性梅毒的性伴发生性接触史。

4.4.1.2 晚期隐性梅毒：病期在 2 年以上。无证据表明在既往 2 年中获得感染。无法判断病期者亦视为晚期隐性梅毒处理。

14.54.2 临床表现

早期隐性梅毒：病期在 2 年内，根据下列标准来判断： 在过去 2 年内，有明确记载的非梅毒螺旋体抗原试验由阴转阳，或其滴度较原先升高达 4 倍或更高。 在过去 2 年内，有符合一期或二期梅毒的临床表现。

晚期隐性梅毒：病期在 2 年以上。无法判断病期者亦视为晚期隐性梅毒处理。

无论早期或晚期隐性梅毒，均无任何梅毒的临床表现症状和体征。

14.54.3 实验室检查：

14.54.3.1 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。（见附录 A）

14.54.3.2 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性（见附录 A）。

14.54.3.3 脑脊液检查：无异常发现。

14.65 先天梅毒胎传梅毒

14.65.1 流行病学史：生母为梅毒患者。

14.65.2 临床表现：

14.65.2.1 早期先天梅毒胎传梅毒：一般在 2 岁以内发病，类似于获得性二期梅毒，发育不良，皮损常为红斑、水疱-大疱、丘疹、扁平湿疣、水疱-大疱；梅毒性鼻炎及喉炎；骨髓炎、骨软骨炎及骨膜炎；可有全身淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等。

14.65.2.2 晚期先天梅毒胎传梅毒：一般在 2 岁以后发病，类似于获得性三期梅毒。出现炎症性损害（间质性角膜炎、神经性耳聋、鼻或腭树胶肿、克勒顿关节、胫骨骨膜炎等）或标记性损害（前额圆凸、马鞍鼻、佩刀胫、锁胸关节骨质肥厚、赫秦生齿、腔口周围皮肤放射状皲裂等）。

14.65.2.3 隐性先天梅毒胎传梅毒：即先天梅毒胎传梅毒未经治疗，无临床症状，梅毒血清学试验阳性，脑脊液检查正常，年龄小于 2 岁者为早期隐性先天梅毒胎传梅毒，大于 2 岁者为晚期隐性先天梅毒胎传梅毒。

14.65.3 实验室检查：

14.65.3.1 暗视野显微镜检查：在早期先天梅毒胎传梅毒儿的皮肤黏膜损害或胎盘中可查到梅毒螺旋体（见附录 A）。

14.65.3.2 非梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性。该试验的滴度大于或等于母亲滴度的 4 倍者，高度提示先天梅毒（见附录 A）。其抗体滴度等于或高于母亲 2 个稀释度（4 倍）以上有确诊意义。

14.65.3.3 梅毒螺旋体抗原血清学试验：阳性（见附录 A）。其 IgM 抗体检测阳性有确诊意义。

1.7.5 诊断原则

应必须根据病史、临床症状、体检及实验室检查等进行综合分析，慎重作出诊断。

6.2 诊断标准分类

1.7.26.1 一期梅毒

26.疑似病例：应同时符合 14.1.2（临床表现），和 4.1.3 中的 14.1.3.2（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性），可有或无 14.1.1（流行病学史）。

26.1.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 4.1.3 中的 14.1.3.1（暗视野显微镜检查阳性）、项或 14.1.3.3（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）中的任一项。

1.7.26.2 二期梅毒

26.2.1 疑似病例：应同时符合 14.2.2（临床表现），和 4.1.3 中的 14.2.3.2（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性），可有或无 14.2.1（流行病学史）。4.4，4.2.3 中的 4

26.2.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 4.2.3 中的 14.2.3.1（暗视野显微镜检查阳性）、项或 14.2.3.3（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）中的任一项。

1.7.26.3 三期梅毒（晚期梅毒）

26.3.1 疑似病例：应同时符合 14.3.2（临床表现），和 4.1.3 中的 14.3.3.1（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性），可有或无 14.3.1（流行病学史）。4.4，4.2.3 中的 4

26.3.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 14.3.3 中的 14.3.3.2（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）和项或 14.3.3.3（脑脊液检查异常）项或 14.3.3.4（组织病理学异常）中的任一项。

1.7.4 神经梅毒

疑似病例：应同时符合 1.4.2（临床表现）和 1.4.3.1（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）和 1.4.3.2（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性），可有或无 1.4.1（流行病学史）。

确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 1.4.3.3（脑脊液检查异常）。

1.7.26.54 隐性梅毒（潜伏梅毒）

26.4.1 疑似病例：符合 44，和 4.4.3 中的 14.54.3.1（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）项和 4.4.3.3 项而无临床表现者。

26.4.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 4.4.3 中的 14.54.3.2（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）4 项，脑脊液检查无异常。

1.726.65 先天梅毒胎传梅毒

26.5.1 疑似病例：应同时符合 14.65.1（流行病学史），14.65.2（临床表现），和 4.5.3 中的 14.65.3.2（非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）项。

26.5.2 确诊病例：应同时符合疑似病例的要求和 4.5.3 中的 14.65.3.1（暗视野显微镜检查阳性）、项或 14.65.3.3（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性）中的任一项。

1.783 鉴别诊断

1.837.1 一期梅毒

1.8.73.1.1 硬下疳：需与软下疳、生殖器疱疹、性病性淋巴肉芽肿、糜烂性龟头炎、贝赫切特（Behçet）综合征白塞病、固定型药疹、癌肿、皮肤结核等发生在外阴部的红斑、糜烂和溃疡鉴别。

1.8.73.1.2 梅毒性腹股沟淋巴结肿大：需与软下疳、性病性淋巴肉芽肿引起的腹股沟淋巴结肿大，以及转移癌肿鉴别。

1.837.2 二期梅毒

1.8.37.2.1 梅毒性斑疹：需与玫瑰糠疹、银屑病、扁平苔藓、手足癣、白癜风、花斑癣、药疹、多形红斑、离心性环状红斑等鉴别。

1.8.37.2.2 梅毒性丘疹和扁平湿疣：需与银屑病、体癣、扁平苔藓、毛发红糠疹、尖锐湿疣等鉴别。

1.8.37.2.3 梅毒性脓疱疹：需与各种脓疱病、脓疱疮、脓疱、雅司等鉴别。

1.8.37.2.4 黏膜梅毒疹：需与传染性单核细胞增多症、地图舌、鹅口疮、扁平苔藓、麻疹、化脓性扁桃体炎等鉴别。

1.8.37.2.5 梅毒性脱发：需与斑秃鉴别。

1.8.37.3 三期梅毒

1.8.37.3.1 结节性梅毒疹：需与寻常狼疮、结节病、瘤型麻风等鉴别。

1.8.37.3.2 树胶肿：需与寻常狼疮、瘤型麻风、硬红斑、结节性红斑、小腿溃疡、脂膜炎、癌肿等鉴别。

37.3.3 神经梅毒：梅毒性脑膜炎需与结核性脑膜炎、隐球菌性脑膜炎、钩端螺旋体病引起的脑膜炎等相鉴别。脑膜血管梅毒需与各种原因引起的脑卒中相鉴别。麻痹性痴呆需与脑肿瘤、动脉硬

化、阿尔茨海默病（老年性痴呆）、慢性酒精中毒和癫痫发作等相鉴别。脊髓痨需与埃迪（Adie）综合征、糖尿病性假脊髓痨等鉴别。

1.837.3.43 心血管梅毒：梅毒性主动脉瘤需与动脉硬化症相鉴别。梅毒性冠状动脉病需与冠状动脉粥样硬化相鉴别。梅毒性主动脉瓣闭锁不全需与感染性心内膜炎、先天性瓣膜畸形等引起的主动脉瓣闭锁不全相鉴别。

1.8.4 神经梅毒

1.8.4.1 梅毒性脑膜炎：需与结核性脑膜炎、隐球菌性脑膜炎、钩端螺旋体病引起的脑膜炎等相鉴别。

1.8.4.2 脑膜血管梅毒：需与各种原因引起的脑卒中相鉴别。

1.8.4.3 麻痹性痴呆：需与脑肿瘤、动脉硬化、阿尔茨海默病（老年性痴呆）、慢性酒精中毒和癫痫发作等相鉴别。

1.8.4.4 脊髓痨：需与埃迪（Adie）综合征、糖尿病性假脊髓痨等鉴别。

42 处理

42.1 一般原则

4 及早发现，及时治疗。早期梅毒经充分足量治疗，大约 90% 以上的早期患者可以达到根治的目的，而且愈早治疗效果愈好。

4 剂量足够，疗程规则。不规则治疗可增多复发及促使晚期损害提前发生。

4 治疗后要经过足够时间的追踪观察。

4 对所有传染源及性伴应同时进行检查和治疗。

2.2 治疗的目的与要求

2.2.1 早期梅毒 要求症状消失，尽快消除传染性，争取血清阴转，预防复发和发生晚期梅毒。

2.2.2 晚期皮肤粘膜、骨、关节梅毒 要求症状消失，防止发生新的损害，功能障碍得到一定程度的恢复，防止发生心血管及神经系统梅毒，不一定要血清阴转。

2.2.3 早期胎传梅毒 要求症状消失，争取血清阴转。当患儿内脏损害多而严重时，首先要立足于挽救患儿的生命，小心谨慎地进行治疗，避免发生严重的吉海反应。

2.2.4 晚期胎传梅毒 要求损害愈合及预防新的损害发生，不一定要血清阴转。

2.2.5 潜伏病毒 主要为预防各种复发，防止病情进展和发生晚期梅毒，早期潜伏梅毒争取血清阴转，而对晚期潜伏梅毒不要求血清阴转。

2.2.6 心血管梅毒、神经梅毒与各种内脏梅毒 在用青霉素治疗前最好结合有关专科进行处理，并慎重地进行抗梅治疗，切忌在短时期内用大量抗梅药物的急速治疗，以免发生瘢痕收缩所引起的

重要脏器的严重功能障碍。

42.2.3 治疗方案

42.23.1 早期梅毒（包括一期、二期及病期在 2 年以内的潜伏梅毒）

推荐方案
普鲁卡因青霉素 G 80 万 U/d，肌内注射，每日 1 次，连续 15 d；或 苄星青霉素 G 240 万 U，分为二侧臀部肌内注射，每周 1 次，共 2~3 次。
替代方案
头孢曲松 1250~500mg，每日 1 次，肌内注射或静脉给药，连续 10 d。
对青霉素过敏者用以下药物
盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 15 d（肝、肾功能不全者禁用）；或 多西环素 100mg，每日 2 次，连服 15 d；或 米诺环素 100mg，每日 2 次，连服 15 d；或 盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 15 d（肝、肾功能不全者禁用）；或 红霉素 500mg，每日 4 次，连服 15 d。

42.32.2 晚期梅毒（三期皮肤、粘膜、骨骼梅毒，晚期潜伏梅毒或不能确定病期的潜伏梅毒）

及二期复发梅毒

推荐方案
普鲁卡因青霉素 G，80 万 U/d，肌内注射，每日 1 次，连续 20 d 为 1 疗程，也可考虑给第二疗程，疗程间停药 2 周；或 苄星青霉素 G 240 万 U，分为二侧臀部肌内注射，每周 1 次，共 3 次。
对青霉素过敏者用以下药物
盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或 多西环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或 米诺环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或 盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或 红霉素 500mg，每日 4 次，连服 30 d。

42.32.3 心血管梅毒

推荐方案

如有心力衰竭，首先治疗心力衰竭，待心功能可代偿时，可注射青霉素，但从小剂量开始以避免发生吉海反应，造成病情加剧或死亡。水剂青霉素 G，第 1d 10 万 U，1 次肌内注射；第 2 d 10 万 U，日 2 次肌内注射；第 3d 20 万 U，日 2 次肌内注射；自第 4 d 起按下列方案治疗：普鲁卡因青霉素 G，80 万 U/d，肌内注射，连续 15 d 为一疗程，总剂量 1200 万 U，共 2 个疗程（或更多），疗程间停药 2 周。不用苄星青霉素 G。

对青霉素过敏者用以下药物

盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或
多西环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或
米诺环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或
盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或
红霉素 500mg，每日 4 次，连服 30 d。

42.32.4 神经梅毒

推荐方案

水剂青霉素 G，1 800~2 400 万 u 静脉滴注（300 万~400 万 Uu，每 4h 1 次），连续 10~14d。继以苄星青霉素 G，每周 240 万 uU，肌内注射，共 3 次。或

普鲁卡因青霉素 G，240 万 Uu/d，分次 1 次肌内注射，同时口服丙磺舒，每次 0.5g，每日 4 次，共 10~14d。必要时，继以苄星青霉素 G，每周 240 万 Uu，肌内注射，共 3 次。

替代方案

头孢曲松，每日 2g，肌内注射或静脉注射，连续 10~14 天。

对青霉素过敏者用以下药物

盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或
多西环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或
米诺环素 100mg，每日 2 次，连服 30 d；或
盐酸四环素 500mg，每日 4 次，连服 30 d（肝、肾功能不全者禁用）；或
红霉素 500mg，每日 4 次，连服 30 d。

42.32.5 先天梅毒胎传梅毒

2.3.5.1 早期胎传梅毒（2 岁以内）

推荐方案

脑脊液异常者
水剂青霉素 G，10 万 U~15 万 U/(kg?d)，出生后 7 天以内的新生儿，以每次 5 万 U/kg，静脉注射每 12 小时 1 次；出生 7 天以后的婴儿每 8 小时 1 次，直至总疗程 10~14 d。或 普鲁卡因青霉素 G，5 万 U/(kg?d)，肌注，每日 1 次，疗程 10~14 d。
脑脊液正常者
苄星青霉素 G，5 万 U/kg，1 次注射（分两侧臀肌）。如无条件检查脑脊液者，可按脑脊液异常者治疗。

42.32.5.2 晚期先天梅毒胎传梅毒（2 岁以上）

推荐方案
普鲁卡因青霉素 G，每日 5 万 U/kg，肌肉注射，连续 10 d 为 1 疗程（对较大儿童的青霉素用量，不应超过成人同期患者的治疗量）。
替代方案
对青霉素过敏者，可用红霉素治疗，每日 7.5~12.5mg/kg，分 4 次口服，连服 30 d。8 岁以下的儿童禁用四环素。

8 岁以下的儿童禁用四环素。

青霉素是所有类型梅毒的首选和最有效治疗药物，梅毒螺旋体极少对青霉素耐药。只有在青霉素过敏的情况下，才考虑使用其他抗生素。各期梅毒的治疗需选择合适的青霉素剂型，早期梅毒和晚期树胶肿梅毒选用苄星青霉素 G、普鲁卡因青霉素 G，神经梅毒及心血管梅毒选用水剂青霉素 G。文献报告，应用苄星青霉素 G 治疗孕妇、免疫正常者及合并 HIV 感染者的梅毒病人，其失败率高于普鲁卡因青霉素 G。

四环素、多西环素、红霉素作为替代治疗药物，其疗效不及青霉素。因需要多次用药，病人的依从性是治疗成功与否的关键。红霉素的半衰期短，对脑脊液的渗透性差，且有梅毒螺旋体耐药的报告。应用这些药物治疗早期梅毒均有治疗失败的报道。

头孢曲松治疗梅毒有效，阿奇霉素对部分梅毒有效，但关于这些药物的现有资料及临床经验有限，其远期疗效不明确。已有报告发现梅毒螺旋体对阿奇霉素耐药的突变株，值得关注。

梅毒治疗后可发生吉海（Jarisch-Herxheimer）反应，又称疗后剧增反应，常发生于首剂抗梅毒药物治疗后数小时，并在 24 小时内消退。全身反应似流感样，包括发热、怕冷、全身不适、头痛、肌肉骨骼痛、恶心、心悸等。此反应常见于早期梅毒，反应时硬下疳可肿胀，二期梅毒疹可加重。在晚期梅毒中发生率虽不高，但反应较严重，特别是在心血管梅毒和神经梅毒病人中可危及生命。为减轻此反应，可于治疗前口服泼尼松，每日 30~40mg，分次给药，抗梅治疗后 2~4 d 逐渐停用。

此反应还可致孕妇早产或胎儿宫内窒息，应给予必要的医疗监护和处理，但不应就此不治疗或推迟治疗。

2.4 随访

梅毒经足量规则治疗后，应定期随访观察，包括全身体检和复查非梅毒螺旋体抗原血清学试验滴度，以了解是否治愈或复发。

2.4.1 早期梅毒 随访 2~3 年，第 1 次治疗后隔 3 个月复查，以后每 3 个月复查一次，1 年后每半年复查一次。如非梅毒螺旋体抗原血清学试验由阴性转为阳性或滴度升高 2 个稀释度（4 倍）以上，属血清复发；或有临床症状复发，均应延长疗程治疗倍（治疗 2 个疗程，疗程间间隔 2 周），还要考虑是否需要作腰椎穿刺进行脑脊液检查，以观察中枢神经系统有无梅毒感染。通常一期梅毒在 1 年内，二期梅毒在 2 年内，血清可阴转。

少数患者在正规抗梅治疗后，非梅毒螺旋体抗体滴度下降至一定程度（一般 1:8）即不再下降，而长期维持在低滴度（甚至终生），即为血清固定现象。对于这类病人，如因药物剂量不足或治疗不规则者应该补治一个疗程；进行全面体检，包括神经系统和脑脊液检查，以早期发现无症状神经梅毒、心血管梅毒。必要时作 HIV 检测。严格地定期观察，包括全身体检及血清随访。如滴度有上升趋势，应予复治。

2.4.2 晚期梅毒 需随访 3 年，第 1 年每 3 个月一次，以后每半年一次。对血清固定者，如临床上无复发表现，并除外神经、心血管及其他内脏梅毒，可不必再治疗，但要定期复查血清反应滴度，随访 3 年以上判断是否终止观察。

2.4.3 心血管梅毒及神经梅毒 需随访 3 年以上，除定期作血清学检查外，还应由专科医师终生随访，根据临床症状进行相应处理。神经梅毒治疗后 3 个月作第一次检查，包括脑脊液检查，以后每 6 个月一次，直到脑脊液正常。此后每年复查一次，至少 3 年。无症状性神经梅毒、梅毒性单纯性主动脉炎可完全治愈；但梅毒主动脉瓣闭锁不全、冠状动脉口狭窄、梅毒性主动脉瘤及有症状的神经梅毒等，虽经充分治疗，其症状和体征也难以完全改善。

2.5 判愈

梅毒的判愈标准分为临床治愈和血清治愈。

（1）临床治愈 一期梅毒（硬下疳）、二期梅毒及三期梅毒（包括皮肤、粘膜、骨骼、眼、鼻等）损害愈合消退，症状消失。以下情况不影响临床判愈：继发或遗留功能障碍（视力减退等）、遗留瘢痕或组织缺损（鞍鼻、牙齿发育不良等）。梅毒损害愈合或消退，梅毒血清学反应仍阳性。

（2）血清治愈 抗梅毒治疗后 2 年以内梅毒血清反应（非梅毒螺旋体抗原试验）由阳性转变为阴性，脑脊液检查阴性。

2.6 性伴的处理

梅毒患者的所有性伴都应通知，进行相应的检查和治疗。

对于一期梅毒病人，应该通知其近 3 个月内的性伴；二期梅毒，通知其近 6 个月的性伴；早期潜伏梅毒，通知其近 1 年的性伴；晚期潜伏梅毒，通知其配偶或过去数年的所有性伴；胎传梅毒，对其生母及后者的性伴进行检查。

如果性伴的梅毒血清学检查阳性，应该立即开始抗梅治疗。如果为阴性，推荐在 6 周后和 3 个月后再复查。如果不能保证其后的随访检查，建议进行预防性抗梅治疗。同样，如果性伴无法立即做血清学检查，也应进行预防性抗梅治疗。

早期梅毒的传染性强，因此，在 3 个月之内有过性接触者，无论血清学检查结果如何，都应考虑进行预防性抗梅治疗。

2.7 特殊情况的处理

2.7.15. 妊娠期梅毒

在妊娠早期，治疗是为了使胎儿不受感染；在妊娠晚期，治疗是为了使受感染的胎儿在分娩前治愈，同时也治疗孕妇。对曾分娩过早期胎传梅毒儿的母亲，虽无临床体征，血清反应也阴性，仍需进行适当的治疗。治疗原则与非妊娠病人相同，但禁用四环素及多西环素。

推荐方案

(1) 普鲁卡因青霉素 G，80 万 Uu/d，肌肉注射，连续 150d。或
苄星青霉素 G 240 万 Uu，分为二侧臀部肌肉注射，每周 1 次，共 3 次。

替代方案

(2) 对青霉素过敏者，用红霉素治疗（禁用四环素）。服法及剂量与非妊娠病人相同，但其所生婴儿应该用青霉素再治疗，因红霉素不能通过胎盘。或或用头孢曲松 250~500mg，肌肉注射，每天 1 次，连用 10d。

上述方案在妊娠最初 3 个月内，应用一疗程；妊娠末 3 个月应用一疗程。治疗后每月作一次定量 USR 或 RPR 试验，观察有无复发及再感染。

青霉素过敏者用上述方法治疗者，在停止哺乳后，要用多西环素复治。

早期梅毒治疗后分娩前应每月检查 1 次梅毒血清反应，如 3 个月内血清反应滴度不下降 2 个稀释度（4 倍），或上升 2 个稀释度（4 倍），应予复治。分娩后按一般梅毒病例进行随访。

对于梅毒孕妇所生婴儿的随访：

(1) 经过充分治疗的梅毒孕妇所生婴儿： 婴儿出生时，如血清反应阳性，且未超过母亲的血清滴度，应每月复查一次；8 个月时，如呈阴性，且无胎传梅毒的临床表现，可停止观察。 婴儿出生时，如血清反应阴性，应于出生后 1 个月、2 个月、3 个月及 6 个月复查，至 6 个月时仍为阴性，

且无胎传梅毒的临床表现，可除外梅毒。 在随访期间出现滴度逐渐上升，或出现胎传梅毒的临床表现，应立即予以治疗。

(2) 未经充分治疗或未用青霉素治疗的梅毒孕妇所生婴儿，或无条件对婴儿进行随访者，可对婴儿进行预防性梅毒治疗，对孕妇进行补充治疗。

2.6.2 合并(二)梅毒治疗的目的与要求

1. 早期梅毒(一、二期显发及复发梅毒) 要求症状消失，尽快消除传染性，血清阴转，预防复发和发生晚期梅毒。如为早期复发患者，治疗量应加倍。

2. 晚期皮肤粘膜、骨、关节梅毒 要求症状消失，功能障碍得到恢复，防止发生心血管及神经系统梅毒，不一定要血清阴转。

3. 早期先天梅毒 要求症状消失，血清阴转。当患儿内脏损害多而严重时，首先要立足于挽救患儿的生命，小心谨慎地进行治疗，避免发生严重的吉海反应。

4. 晚期先天梅毒 要求损害愈合及预防新的损害发生，不一定要血清阴转。先天梅毒的间质性角膜炎可同时口服泼尼松，并局部用皮质类固醇滴眼液。

5. 孕妇梅毒 在妊娠早期，治疗是为了使胎儿不受感染；在妊娠晚期，治疗是为了使受感染的胎儿在分娩前治愈，同时也治疗孕妇。对曾分娩过早期先天梅毒儿的母亲，虽无临床体征，血清反应也阴性，仍需进行适当的治疗。

6. 各类潜伏病毒 主要预防各种复发，应给足量的抗梅治疗，对晚期潜伏梅毒不要求血清反应阴转。

7. 心血管梅毒、神经梅毒与各种内脏梅毒 在用青霉素治疗前最好结合有关专科进行处理，并慎重地进行抗梅治疗，切忌在短时期内用大量抗梅药物的急速治疗，以免发生瘢痕收缩所引起的重要脏器的严重功能障碍。

8. 治疗开始时要避免发生吉海反应 此现象于首次用药后数小时至 24h(通常为 3~12h)出现流感样症状，体温升高(38~40℃)，全身不适，梅毒性损害可暂时加重，内脏及中枢神经系统梅毒症状显著恶化。通常发生于早期梅毒，可能由于螺旋体被杀死后，迅速释放其成分所致，可能代表急性免疫复合物反应。约 10%晚期梅毒可发生此反应，但心血管梅毒及神经梅毒患者可发生严重后果，甚至危及生命。如在冠状动脉口、主动脉瘤壁及脑，吉海反应可导放这些解剖部位的损害迅速愈合形成瘢痕，而危及生命。此现象称为“治疗矛盾”(therapeutic paradox)。

为了预防发生吉海反应，青霉素可由小剂量开始逐渐增加到正常量，对神经梅毒及心血管梅毒可以在治疗前给予一个短疗程泼尼松，每日 30~40mg，分次给药，抗梅治疗后 2~4 d 逐渐停用。皮质类固醇可减轻吉海反应的发热，但对局部炎症反应的作用则是不确定的。

(三) 制定梅毒治疗方案时需要考虑的几个问题

1.治疗的药物要能杀死梅毒螺旋体 青霉素最小杀螺旋体浓度为 0.0025 μ g/ml。

2.疗程要足够长 梅毒螺旋体的分裂时间较长，需 30~33 h。青霉素对繁殖期（分裂期）的梅毒螺旋体的作用远强于其在静止期时，因此治疗方案中青霉素要在较长的时间中持续保持较高的血浓度。早期梅毒的疗程至少要 7 天，以便清除机体中所有的螺旋体。

3.药物要能通过血脑及胎盘屏障 因为梅毒螺旋体可感染中枢神经系统，也可感染梅毒孕妇的胎儿，因此治疗这些病人时药物要能通过血脑屏障及胎盘屏障。

4.能治疗免疫受损（如感染 HIV）的梅毒患者。

（四）随访与复治

1.早期梅毒 经充分治疗的患者，应随访 2~3 年。疗后第一年内每 3 个月复查 1 次，包括临床与血清（非螺旋体抗原试验），以后每半年复查一次。随访期间严密观察其血清反应滴度下降与临床改变情况，如无复发即可终止观察。

早期梅毒治疗后，如有血清复发（血清反应由阴转阳，或滴度升高 2 个稀释度，如 RPR 或 USR 试验阴转后又超过 1:8 者），或临床症状复发，除应即加倍剂量进行复治外，还考虑是否需要作腰椎穿刺进行脑脊液检查，以观察中枢神经系统有无梅毒感染。如血清固定（不阴转）而无临床复发征象者，也应根据具体情况考虑检查脑脊液，以排除无症状性神经梅毒的可能性。

2.晚期梅毒与晚期潜伏梅毒患者 如疗后血清固定，需要随访 3 年以判断是否终止观察。

3.妊娠期梅毒 早期梅毒治疗后分娩前应每月检查 1 次梅毒血清反应，如 3 个月内血清反应滴度不下降 2 个稀释度，或上升 2 个稀释度，应予复治。分娩后按一般梅毒病例进行随访。

4.神经梅毒 治疗后 3 个月作一次临床、血清学及脑脊液检查，以后每 6 个月检查一次，直到脑脊液变化转为正常，此后每年复查一次，至少 3 年。

5.经过充分治疗的梅毒孕妇所生婴儿出生时如血清反应阳性，应每月检查一次血清反应，连续 8 个月。如血清反应阴转，且未出现先天梅毒的临床表现，则可停止观察。

出生时如血清反应阴性，应于出生后 1 个月、2 个月、3 个月及 6 个月复查，至 6 月时血清反应仍为阴性，且无先天梅毒的临床表现，可排除先天梅毒。

无论出生时血清反应阳性或阴性，在随访期间如血清反应滴度逐渐上升，或出现先天梅毒的临床表现，应立即予以治疗。未经充分治疗或未用青霉素治疗的梅毒孕妇所生婴儿，或无条件对婴儿进行临床及血清学随访者，应考虑对婴儿进行治疗。

（五）梅毒与 HIV 感染的处理及艾滋病

1.梅毒可促进 HIV 的传播，因梅毒有生殖器溃疡，其表皮或粘膜屏的完整性受到破坏，使 HIV 易于进入及排出，因此容易受到感染或传染给他人。而且感染了 HIV 的细胞受抗原（梅毒螺旋体）

刺激后，可使 HIV 活化，并增加排毒，增强了传播 HIV 的可能性。

2. 艾滋病与 HIV 感染使梅毒病程发生改变，表现为病程进展快，可出现不典型的皮肤损害，眼部病损的发生率增加，早期神经梅毒发生率增加。

3. 梅毒血清反应试验结果发生异常变化。在 HIV 感染的早期，由于激活多克隆 B 细胞使反应性增强，抗体滴度增高，甚至出现假阳性反应。在 HIV 感染的晚期，由于机体免疫力已明显降低，梅毒患者的梅毒血清反应可呈阴性即假阴性。

此外，同时感染 HIV 的患者梅毒血清反应试验（RPR，VDRL 等非螺旋体抗原血清试验）的滴度下降速度比较慢，在治疗后 6 个月内滴度不能下降 4 倍（2 个稀释度）或阴转。

4. 合并 HIV 感染时，由于免疫力受到损害，应用标准的治疗方案不能使之治愈。原因：经治疗后尚有极少量的活梅毒螺旋体隐藏于淋巴结、眼房水、主动脉、脊髓及肝等处。肌内注射苄星青霉素后在脑脊液中达不到杀灭螺旋体的浓度，其梅毒感染处于未治疗的状态。

5. 梅毒患者合并 HIV 感染的处理：所有 HIV 感染者应作梅毒血清学筛查；所有梅毒患者应作 HIV 抗体筛查。常规的梅毒血清学检查可能不能确定诊断时，可取活检，作免疫荧光染色或银染色找梅毒螺旋体。所有梅毒患者，凡有感染 HIV 危险者，应考虑作腰椎穿刺以排除神经梅毒。

对一期、二期及潜伏梅毒推荐用治疗神经梅毒的方案来进行治疗。对病人进行密切监测及定期随访。

附录 A

A1 梅毒螺旋体暗视野检查

(规范性附录)

A1.1 原理

暗视野映光检查是采用一个特殊的聚光器，分为干系和湿系两种，其中央均为黑漆所遮蔽，仅在圆周边留有光线斜角处，光线只可从其圆周边缘斜角射到载玻片上。梅毒螺旋体检查一般采用湿系聚光器。倘若斜射光线遇到载玻片上的物体，如螺旋体等，物体会发光显现。本法检查梅毒螺旋体对于梅毒有病原学诊断的价值。

A1.2 材料

暗视野显微镜、钝刀（刮勺）、载玻片、注射器、注射针头、无菌等渗盐水。

A1.3 取材

A1.3.1 皮肤黏膜损害取材：首先在载玻片（厚度为 1.0~1.2mm）上滴加 50~100 μ L 盐水备用。然后用棉拭子取无菌盐水轻轻擦去皮损上的污物。如皮损上有痂皮，可用钝刀小心除去。再用钝刀轻轻地刮数次（避免出血），取组织渗液与载玻片上的盐水混匀，加盖玻片置暗视野显微镜下检查。

A1.3.2 淋巴结取材：消毒淋巴结表面皮肤，用无菌干棉球擦干。用 1mL 无菌注射器配 12 号针头，吸取无菌等渗盐水 0.25~0.5mL，以无菌操作穿刺淋巴结并注入盐水，再吸入注射器内，反复 2~3 次后，取少量淋巴液于载玻片上，加盖玻片，置暗视野显微镜下检查。

A1.4 方法

A1.4.1 在暗视野聚光器（此法用湿系暗视野聚光器）上加一滴甘油缓冲液（甘油和 0.1mol/L PBS，pH 7.0 按 7:3 配制）。

A1.4.2 载玻片置载物台上，上升聚光器使甘油缓冲液接触载玻片，先用 10 倍物镜，使物像清晰，再用 40 倍物镜观察，寻找有特征形态和运动方式的梅毒螺旋体。

A1.5 结果及解释

A1.5.1 暗视野显微镜下，典型的梅毒螺旋体呈白色发光，其螺旋较密而均匀。运动规律，运动性较强，其运动方式包括 旋转式，围绕其长轴旋转； 蛇行式，全身弯曲如蛇行； 伸缩其螺旋间距

离而移动。观察其运动形式有助于与其他螺旋体相鉴别。

A1.5.2 未检出螺旋体不能排除梅毒的诊断，阴性结果可能说明：螺旋体数量不足(单次暗视野显微镜检查阳性率小于 50%)。患者已接受抗生素或杀灭梅毒螺旋体的药物治疗。损害接近自然消退。损害不是梅毒。

A2 梅毒血清学检查

(规范性附录)

当人体感染梅毒螺旋体后 4~10 周左右，血清中可产生一定数量的抗类脂质抗原的非特异性反应素（主要是 IgM、IgG）和抗梅毒螺旋体抗原的特异性抗体（主要是 IgM、IgG）。这些抗体均可用免疫学方法进行检测。血清学检查是辅助诊断梅毒的重要手段。

根据检测所用抗原不同，梅毒血清学试验分为两大类：一类为非梅毒螺旋体抗原血清试验，包括 VDRL 玻片试验、USR 玻片试验、RPR 试验、TRUST 试验，这些试验主要应用于梅毒的筛查和疗效观察。另一类为梅毒螺旋体抗原血清试验，包括 TPHA 试验、TPPA 试验、FTA-ABS 试验、ELISA 试验等。这些试验主要用于确证试验，不用于疗效观察。

A2.1 非梅毒螺旋体抗原血清试验

A2.1.1 原理

梅毒螺旋体一旦感染人体，人体迅速对被损害的宿主细胞以及梅毒螺旋体细胞表面所释放的类脂物质作出免疫应答，在 3~4 周产生抗类脂抗原的抗体（反应素）。这些抗体主要是 IgG 和 IgM 型混合抗体。非梅毒螺旋体抗原试验是使用心磷脂、卵磷脂及胆固醇作为抗原的絮状凝集试验。反应素与心磷脂形成抗原抗体反应，卵磷脂可加强心磷脂的抗原性，胆固醇可增强抗原的敏感性。心磷脂、卵磷脂遇水形成胶体溶液，胆固醇遇水形成结晶。当抗原与抗体（反应素）混合发生反应时，后者即粘附胶体微粒的周围，形成疏水性薄膜。由于摇动、碰撞，使颗粒与颗粒互相粘附而形成肉眼可见的颗粒凝集和沉淀，即为阳性反应。如遇到非梅毒血清，因体液中的白蛋白多于球蛋白，而白蛋白对胶体颗粒有保护作用，形成亲水性薄膜，即使同样摇动、碰撞，由于抗原颗粒周围没有粘附免疫球蛋白的作用，不能形成较大颗粒，无肉眼可见的凝集和沉淀，因此为阴性反应。VDRL、USR、RPR 和 TRUST 等试验均为此类试验，它们所采用的抗原成分相同，敏感性和特异性基本相似。

A2.1.2 VDRL 玻片试验

A2.1.2.1 材料

a. VDRL 试剂盒：含 VDRL 抗原(0.5mL)；VDRL 缓冲液，pH6.0±0.1，其配方为中性福尔马林 0.5 mL，Na₂HPO₄ 0.037g，KH₂PO₄ 0.17g，NaCl 10.0g，蒸馏水 1000mL；标准针头（60±1 滴/mL），直径 14mm

漆圈玻片；VDRL 试验结果图片。

b. 其他：0.85% NaCl 溶液（等渗盐水）；可调水平旋转器。

B1.2.2 VDRL 抗原配制方法：

a. 吸取 0.3mL VDRL 缓冲液置 30mL 小瓶；

b. 吸取 0.3mL VDRL 抗原迅速滴入小瓶内 VDRL 缓冲液中（约 4 秒钟），随后摇动 10 秒钟，使之混匀；

c. 立即加 2.4mL VDRL 缓冲液，盖上瓶盖，来回颠倒摇动小瓶 10 秒钟约 30 次，即为 VDRL 抗原，此抗原只能用 1 天。

A2.1.2.3 定性试验

a. 血清标本需 56℃ 灭活 30 分钟备用；

b. 吸取 0.05mL 血清放入玻片圈内，将血清涂开至整个圈内；

c. 用标准针头加入 1 滴抗原；

d. 将玻片置旋转器上摇动 4 min， 180 ± 5 次/min，立即置 10×10 倍显微镜下观察。

A2.1.2.4 定量试验

经 VDRL 定性试验为阳性、弱阳性，可疑反应或阴性但临床怀疑为梅毒者，需做定量试验，前者需明确抗体滴度，后者为排除“前带现象”。

a. 在反应板 1~8 孔各加等渗盐水 0.05 mL；

b. 吸取 0.05 mL 血清标本（血清已灭活）置第 1 孔与等渗盐水混匀，吸取 0.05 mL 稀释液至第 2 孔混匀，再吸取 0.05 mL 至第 3 孔，如此连续稀释至第 8 孔，弃 0.05 mL 稀释液。稀释度为原倍、1:2、1:4、1:8、1:16、1:32、1:64、1:128，必要时可稀释至更高倍数。

c. 每个稀释度加入抗原 1 滴；

d. 旋转速度和时间同定性试验。

A2.1.2.5 结果

大或中等大小的絮状物，液体清亮:	3+~4+	强阳性反应;
絮状物较小，液体较清亮:	2+	阳性反应;
絮状物较小，均匀分布，液体混浊	1+	弱阳性反应;
抗原颗粒稍粗，无凝集	±	可疑;
抗原颗粒均匀，针状细小:	-	阴性反应。

A2.1.3 RPR 环状卡片试验

A2.1.3.1 原理

RPR 试验是 VDRL 试验的一种改良方法。该法是在抗原中加入活性炭颗粒作为指示物，加入了氯化

胆碱，因此血清不需灭活。特制的白色纸卡替代了玻片。试验结果易于判断，肉眼即可观察。也可用血浆进行检测，试验结果可保存。抗原放 4℃ 冰箱可保存 1 年。

A2.1.3.2 材料

- a. RPR 试剂盒：含 RPR 抗原；直径为 18mm 圆圈的特制白色反应卡片；标准针头（ 60 ± 1 滴/mL）；RPR 试验结果图片。
- b. 其他：可调水平旋转器。

A2.1.3.3 定性试验

- a. 吸取 0.05 mL 血清或血浆加于卡片圈内，并均匀地涂布在整个圈内（每张纸卡有 10 个或 12 个反应圈）；
- b. 将抗原轻轻摇匀，用标准针头吸取抗原，每个标本加 1 滴抗原；
- c. 将卡片置水平旋转器旋转 8 min， 100 ± 5 转/min；
- d. 立即在明亮光线下观察结果。

A2.1.3.4 结果

中到大的黑色絮状物，液体清亮	3+~4+	强阳性
小到中的黑色絮状物，液体较清亮	2+	阳性
小的黑色絮状物，液体混浊	1+	弱阳性
仅见活性炭颗粒集于中央一点或均匀分散	-	阴性

A2.1.3.5 定量试验

RPR 定量试验的指证与 VDRL 试验相同。

- a. 在圈内加入 0.05 mL 等渗盐水（一般作 6~8 个稀释度），勿将盐水涂开；
- b. 吸取 0.05 mL 血清或血浆作系列稀释（1:2~1:64），当稀释到最后的第 6 孔时，弃去 0.05 mL 稀释液。从第 6 孔起将血清稀释液涂布整个圈内，再涂布第 5 孔，依此向前到第 1 孔。
- c. 滴加抗原，旋转时间、速度和观察结果同定性试验。

A2.1.4 TRUST 试验

A2.1.4.1 原理

TRUST 试验原理与 RPR 试验原理相同。唯 TRUST 试验的抗原中加入甲苯胺红颗粒代替活性炭颗粒指示物，使阳性结果出现红色絮状现象，阴性结果见红色颗粒集于中央或均匀分散。

A2.1.4.2 方法

TRUST 试验方法及结果判断均与 RPR 试验相同。

A2.1.5 注意事项

- A2.1.5.1 实验环境温度应为 23~29℃，抗原应保存于 4℃ 冰箱，试验前应恢复到室温。抗原应防止

冻结，以免抗原被破坏。

A2.1.5.2 校准针头，VDRL、RPR 和 TRUST 等抗原为 60 ± 1 滴/mL。

A2.1.5.3 血液标本应防止污染，放置室温应在 24 小时内完成。如血清 56℃ 灭活或放 4℃ 保存，在试验前应恢复试验温度后再开始试验。

A2.1.5.4 试验完毕，应立即观察结果。

A2.1.6 临床意义

A2.1.6.1 非梅毒螺旋体抗原血清试验方法简便、快速，敏感性和特异性较好。对一期梅毒的敏感性为 74% ~ 87%，二期梅毒达 100%，三期梅毒 34% ~ 94%。特异性 96% ~ 99%。

A2.1.6.2 非梅毒螺旋体抗原血清试验适用于各期梅毒的诊断。早期梅毒经治疗后血清滴度可下降或转阴，故可用于疗效观察、判愈、判定复发或再感染。也适用于人群的筛查、产前检查及健康体检等。

A2.1.6.3 VDRL 试验适用于神经梅毒的脑脊液检查，特异性高，但敏感性低。

A2.1.6.4 非梅毒螺旋体抗原血清试验可在某些传染病及胶原病时出现假阳性反应，因此对阳性反应应结合临床进行鉴别，或作梅毒螺旋体抗原血清试验以进一步证实之。

A2.2 梅毒螺旋体抗原血清试验

采用梅毒螺旋体作抗原，为特异性抗原，检测血清中抗梅毒螺旋体 IgG 或 IgM 抗体，其敏感性和特异性均较高。

A2.2.1 梅毒螺旋体明胶颗粒凝集试验 (TPPA)

A2.2.1.1 原理

TPPA 试验用梅毒螺旋体致敏明胶颗粒，此致敏颗粒与人血清中的抗梅毒螺旋体抗体结合，产生可见的凝集反应。明胶颗粒为玫瑰红色，便于肉眼观察结果。

A2.2.1.2 材料

a. TPPA 试剂盒：含蒸馏水（标记 A），用于溶解致敏颗粒、未致敏颗粒和质控血清；标本稀释液（标记 B），用于稀释血清标本；致敏颗粒（标记 C），冷冻干燥品，用前 30 min 按规定量加 A 液溶解并混匀；未致敏颗粒（标记 D），冷冻干燥品，用前 30 min 按规定量加 A 液溶解并混匀；质控血清（标记 E），冷冻干燥品，用时按规定量加入 A 液。

b. 其他：U 型微量反应板；微量加样器（25 μ L）；微量滴管（C 和 D 管）；移液管（微量移液管和刻度滴管）；微量板振荡器。

A2.2.1.3 定性试验

试验前试剂应恢复到 15 ~30 。

- a. B 液加至微量反应板孔内，第 1 孔 25 μ L，第 2 孔 100 μ L，第 3、4 孔各 25 μ L；
- b. 取血清 25 μ L 加至第 1 孔，混匀后取 25 μ L 至第 2 孔，混匀后取 25 μ L 至第 3 孔，混匀后取 25 μ L 至第 4 孔，混匀后弃去 25 μ L。
- c. 第 3 孔加 D 液（未致敏颗粒）25 μ L，第 4 孔加 C 液（致敏颗粒）25 μ L；
- d. 将反应板置振荡器振荡 30 s；
- e. 置有盖湿盒，15 ~ 25 避光孵育 4 h 后，或放 4 冰箱过夜观察结果。

A2.2.1.4 定量试验

- a. 加 B 液至微量反应板孔，第 1 孔 ~ 第 4 孔与定性试验相同，第 5 孔 ~ 第 10 孔各加 25 μ L；
- b. 取血清 25 μ L 加至第 1 孔，如定性试验稀释方法，从第 2 孔 ~ 第 10 孔混匀，混匀后第 10 孔弃去 25 μ L；
- c. 第 3 孔加 D 液 25 μ L，第 4 孔 ~ 第 10 孔各加 C 液 25 μ L；
- d. 以后步骤同定性试验。结果以最高血清稀释度能产生阳性反应的稀释度为抗体滴度。

A2.2.1.5 结果

颗粒光滑覆盖整个孔底，有时边缘有折叠	阳性	4+
颗粒光滑覆盖大部分孔底	阳性	3+
颗粒光滑集聚覆盖孔底，周围有一颗环	阳性	2+
颗粒光滑集聚覆盖孔底，周围有一明显颗粒环	阳性	1+
颗粒沉集孔底，中央形成一小点	可疑	±
颗粒紧密沉积孔底中央	阴性	-

A2.2.1.6 报告方法

- a. 阳性报告：定性试验，血清在 1:80 以上稀释度与致敏颗粒发生凝集反应（1+或更强），与未致敏颗粒（第 3 孔）不发生凝集反应。定量试验则应报告发生阳性反应的血清最高稀释度，为血清滴度。
- b. 阴性报告：血清与致敏颗粒和未致敏颗粒均不发生凝集反应。

A2.2.1.7 注意事项

- a. 微量反应板要清洁干净，孔内无异物。
- b. 加入血清后，使用微量板振荡器振荡反应板，而不可使用水平旋转仪。
- c. 试剂盒不可置于 0 以下，防止冻结。不同批号试剂不可混合使用。
- d. 有些血清标本在血清低稀释度时可出现前带现象，此时可作定量试验；
- e. 如未致敏颗粒出现凝集反应，应将血清进行吸收处理后再进行试验，或改用其他试验方法。

A2.2.1.8 血清吸收处理

- a. 取 0.95 mL 已恢复体积的未致敏颗粒加入清洁的小试管内。
- b. 试管内加入 50 μ L 血清标本并充分混匀，置 15 ~ 25 20 min 或更长时间。
- c. 离心 2000 rpm，5 min，取 25 μ L 上清液（血清标本稀释 1：20）置第 3 孔，注意不要混入颗粒。
- d. 自第 4 孔 ~ 第 10 孔各加 25 μ L B 液。
- e. 自第 3 孔 吸 25 μ L 至第 4 孔，混匀后吸 25 μ L 至第 5 孔.....如此稀释至第 10 孔，弃去 25 μ L。
- f. 按定量试验法加入 D 液和 C 液，将反应板置微量板振荡器上振荡 30 秒钟，置湿盒内，15 ~ 25 孵育 2 小时观察结果。

A2.2.2 荧光螺旋体抗体吸收试验（FTA-ABS）

A2.2.2.1 原理

FTA-ABS 试验以完整形态的 Nichol 梅毒螺旋体作为抗原，加上经吸收剂（用 Reiter 株螺旋体制备而成）处理过的患者血清形成抗原抗体复合物，再加入荧光素（FITC）标记的抗人免疫球蛋白，与血清梅毒螺旋体抗体结合。在荧光显微镜下，螺旋体显示苹果绿色的荧光，即为阳性反应。

A2.2.2.2 材料

- a. 梅毒螺旋体抗原玻片，有直径 0.5 cm 涂布梅毒螺旋体的圆圈，在高倍镜下每视野不少于 30 条螺旋体，丙酮固定。
- b. 吸收剂（5 ml 冷冻干燥品），由体外培养的 Reiter 株螺旋体制备而成。使用前用无菌蒸馏水恢复原体积。
- c. 荧光抗体，用荧光素标记羊或鼠抗人免疫球蛋白。
- d. 血清稀释板。

A2.2.2.3 方法

- a. 将血清标本于 56 灭活 30 min，备用；
- b. 吸收剂加入 5 mL 无菌蒸馏水，用作血清的稀释；
- c. 血清标本和吸收剂按 1:5 ~ 1:20 稀释，混匀后置有盖湿盒内于 35 ~ 37 孵育 30 min；
- d. 将系列稀释的血清分别加到抗原片上（每孔不少于 30 μ L），放入有盖湿盒内，置 35 ~ 37 孵育 30 min；
- e. 用 0.01mol/L 的 PBS 冲洗抗原片，用磁力搅拌器低速以 0.01mol/L PBS 溶液洗涤抗原片，每 5 min 更换 PBS 液 1 次，共 3 次。最后一次用蒸馏水冲洗一遍，冷风吹干备用；
- f. 抗原片每个圈内加 30 μ L 荧光抗体（荧光抗体稀释为工作液），放湿盒 35 ~ 37 孵育 30 min。重复步骤 5 的洗涤和吹干；
- g. 抗原片加固封剂（甘油缓冲液）1 滴，覆以盖玻片。在荧光显微镜下观察。

h. 试验对照：每批次试验包括下列对照。

----- 4+阳性血清和 1+阳性血清对照，血清用 PBS 液和吸收剂分别按 1:5 ~ 1:20 稀释。

----- 非特异血清对照。

----- 染色对照：用 0.01 mol/L PBS 和吸收剂分别替代荧光抗体。

A2.2.2.4 结果

梅毒螺旋体均匀地发出中等或高强度的苹果绿色荧光	阳性
梅毒螺旋体均匀地发出弱苹果绿色荧光	弱阳性
梅毒螺旋体呈微弱黄色光或观察不到荧光	阴性

A2.2.3 梅毒螺旋体酶联免疫吸附试验（ELISA）

A2.2.3.1 原理

该试验是用经纯化及超声裂解处理的梅毒螺旋体为抗原包被固相板条，加上梅毒血清和辣根过氧化物酶标记的抗人 IgG 抗体，利用酶免疫法检测患者血清中的抗梅毒螺旋体特异性抗体。采用特异的梅毒螺旋体重组蛋白作为抗原，使试验更加敏感、特异。

A2.2.3.2 材料

a. ELISA 试剂盒：含包被梅毒螺旋体抗原的反应板（96 孔）；标本稀释液；洗涤液，使用前按说明书要求稀释；酶结合物；底物液（A 液和 B 液）；反应终止液；阳性对照血清；阴性对照血清。

b. 其他：酶标检测仪；洗板机。

A2.2.3.3 方法

a. 取标本稀释液 100 μ L 加到反应板孔内，再加入待检血清 10 μ L，同时作阳性和阴性对照，置 37 $^{\circ}$ C 孵育 30 min。

b. 洗涤液洗板 5 次，拍干；

c. 每孔加酶结合物 100 μ L，置 37 $^{\circ}$ C 孵育 15 min；

d. 洗涤液洗板 5 次，拍干；

e. 每孔加底物液 A 液、B 液各 1 滴（各 50 μ L），37 $^{\circ}$ C 避光孵育 15 min；

f. 每孔加终止液 1 滴（50 μ L）终止反应；

g. 置酶标检测仪 450 nm 波长测定光密度（OD 值）。

A2.2.3.4 结果判定

临界值（cut off）= 0.10 + 阴性对照平均 OD 值（阴性对照 OD 值 < 0.05 时按 0.05 计算）。标本 OD 值 < 临界值时，结果为阴性。标本 = 临界值，结果为阳性（或按各诊断试剂要求判定结果）。

A2.2.3.5 注意事项

- a. 试剂盒置 4~8 保存；
- b. 不同批号试剂不能混用；
- c. 严格按试剂盒说明书要求操作；
- d. 反应的温度和时间必须严格控制。

A2.2.4 临床意义

A2.2.4.1 梅毒螺旋体抗原血清试验的敏感性和特异性均高，一期梅毒的敏感性为 70%~100%，二期梅毒达 100%，三期梅毒 95%~98%，特异性 94%~100%。

A2.2.4.2 梅毒螺旋体抗原血清试验多用作证实试验，特别是隐性梅毒及一些非螺旋体抗原血清试验阴性而又怀疑为梅毒的患者。但不能用于观察疗效、判断复发及再感染。

A2.2.4.3 梅毒螺旋体抗原血清试验偶可出现生物学假阳性反应。

A3 梅毒的组织病理

(规范性附录)

梅毒的基本病理变化：a.血管特别是小动脉内皮细胞肿胀与增生。b.血管周围大量淋巴细胞和浆细胞浸润。二期梅毒晚期和三期梅毒常见上皮样细胞和多核巨细胞等组成的肉芽肿性浸润。

A3.1 一期梅毒

硬下疳：

- a. 损害边缘表皮棘层肥厚，海绵形成，淋巴细胞和中性粒细胞外渗。
- b. 近中心表皮变薄，出现水肿及炎症细胞浸润。病损中央可出现表皮缺损。
- c. 真皮乳头水肿，真皮血管特别是小动脉内皮细胞肿胀、增生、闭塞，周围有多量浆细胞与淋巴细胞浸润，常混有中性粒细胞。
- d. 银染色在真皮血管周围和表皮中可见梅毒螺旋体。

A3.2 二期梅毒

斑疹、丘疹和丘疹鳞屑性皮炎：

- a. 表皮增生，海绵形成，基底层空泡改变，淋巴细胞外渗，海绵状脓疱，角化不全。
- b. 真皮乳头水肿，真皮血管扩张，管壁增厚，内皮细胞肿胀，血管周围淋巴细胞、组织细胞和浆细胞浸润。浸润的炎症细胞围绕血管呈袖套状。
- c. 银染色约 1/3 的病例可见梅毒螺旋体。

扁平湿疣：

除上述表现外，有明显的表皮增生，表皮内微脓肿形成，含大量梅毒螺旋体。

A3.3 三期梅毒

真皮由上皮样细胞、淋巴细胞及浆细胞等构成的肉芽肿性浸润，其中含血管较多，并常有多核巨细胞存在。

结节型：浸润限于真皮，肉芽肿较小，干酪样坏死不广泛，甚或缺如。

树胶肿型：浸润侵及真皮和皮下组织，有大量浆细胞、淋巴细胞、上皮样细胞和多核巨细胞，病损中央有大块凝固性坏死。病变处弹性纤维被破坏，炎症愈重破坏亦愈重。

A3.4 内脏梅毒

病理变化为树胶肿性及弥漫性间质性炎症。

A3.5 胎传梅毒

无一期梅毒硬下疳的局部病变，其余皮肤病变与获得性各期梅毒相同。其不同者为早期胎传梅毒可有水疱-大疱病变。

- a. 其水疱顶部为 1~2 层疏松幼稚表皮细胞。
- b. 疱液内含多少不等单核及多形核白细胞及脱落表皮细胞。
- c. 真皮呈弥漫性急性炎症浸润，浸润细胞为多形核白细胞及淋巴细胞，无浆细胞。
- d. 银染色可在疏松的组织间隙中及疱液内可发现大量梅毒螺旋体。

第二节 淋 病

淋病是淋病奈瑟菌（淋球菌）感染所引起，其最常见的表现是泌尿生殖系统的化脓性炎症。在临床上，淋病包括有症状的、无症状的泌尿生殖系统的淋球菌感染，眼、咽、皮肤、直肠、盆腔等部位的感染，以及血行播散性感染。淋病是性传播疾病的主要病种之一，其潜伏期短、传染性强，如不及时治愈，可出现严重的并发症和后遗症，导致感染者生理上和心理上的不良后果。

1. 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。有与淋病患者密切接触史，儿童可有受性虐待史，新生儿的母亲有淋病史。

1.2 临床表现

1.2.1 无合并症并发症淋病

1.2.1.1 男性无合并症并发症淋病 潜伏期 2~10 d 天，常为 3~5 d 天。

出现尿痛，尿急，或尿道灼热、不适感。

尿道分泌物，开始为黏液性，以后出现脓性或脓血性分泌物。

出现包皮龟头炎者，龟头表面和包皮内板红肿，有渗出物，局部破溃。可并发包皮嵌顿。

严重者腹股沟淋巴结红肿疼痛。少数可发生尿道瘘管，瘘管包皮外开口处有脓性分泌物流出。

少数病人可出现后尿道炎，尿频明显，会阴部轻度坠胀，夜间常有痛性阴茎勃起。

部分病人症状可不典型，仅有少量稀薄的脓性分泌物。

有明显症状和体征的病人，即使未经治疗，一般在 10~14 d 后逐渐减轻，1 个月后症状基本消失，但并未痊愈，可继续向后尿道或上生殖道扩散，甚至发生合并症并发症。

1.2.1.2 女性无合并症并发症淋病 常因病情隐匿而难以确定潜伏期。

宫颈炎 白带增多、呈脓性，宫颈充血、红肿，宫颈口有粘液脓性分泌物，可有外阴刺痒和烧灼感。

尿道炎、尿道旁腺炎 尿频、尿急，排尿时有烧灼感。尿道口充血，有触痛及少量脓性分泌物。挤压尿道旁腺时尿道口有脓性分泌物渗出。

前庭大腺炎 多为单侧，大阴唇部位红、肿、热、痛，严重时形成脓肿，局部剧痛，有全身症状和发热等。

肛周炎 肛周红、肿、瘙痒，表面有脓性渗出物，局部可破溃。

1.2.1.3 儿童淋病

男性儿童多发生前尿道炎和包皮龟头炎，龟头疼痛，包皮红肿，龟头和尿道口潮红，尿道脓性分泌物。

幼女表现为外阴阴道炎，阴道脓性分泌物较多，外阴红肿，可有尿频、尿急、尿痛和排尿困难。

1.2.2 有合并症并发症淋病

1.2.2.1 男性有合并症并发症淋病

附睾炎 常为单侧，伴发热，患侧阴囊肿大，表面潮红，疼痛明显，触痛剧烈，同侧腹股沟和下腹部有反射性抽痛。

精囊炎 急性期可伴发热，有尿频、尿急、尿痛、终末尿浑浊带血，亦可有血精，有时可有下腹痛。慢性时自觉症状不明显。

前列腺炎 会阴部不适、坠胀感、放射性疼痛等。

系带旁腺(Tyson 腺)或尿道旁腺炎和脓肿 少见 (<1%),系带的一侧或两侧疼痛性肿胀,脓液通过腺管排出。

尿道球腺(Cowper 腺)炎和脓肿 少见,会阴部跳痛、排便痛、急性尿潴留,直肠指检扪及有触痛的肿块。

尿道周围蜂窝织炎和脓肿 罕见,脓肿侧疼痛、肿胀,破裂产生瘘管。体检可扪及有触痛的波动性肿块。常见于舟状窝和球部。

尿道狭窄 少见,因尿道周围蜂窝织炎、脓肿或瘘管形成而致尿道狭窄。出现尿路梗塞(排尿无力、困难、淋漓不尽)和尿频、尿潴留等。

1.2.2.2 女性有合并症并发症淋病 多为淋菌性宫颈炎未及时治疗,淋球菌上行感染而致,表现为淋菌性盆腔炎,包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎、盆腔脓肿等。其表现为:

月经后发作。

突发高热,体温常高于 38,伴有寒战、头痛、食欲不振、恶心、呕吐等。

脓性白带增多。

双下腹痛,以一侧为重,咳嗽或打喷嚏时疼痛加剧。

可有腹膜刺激症状,肠鸣音减弱,双侧附件增厚、压痛。

双合诊检查可在附件处或子宫后凹陷扪及肿物,有波动感,欠活动。

1.2.3 其他部位淋病

1.2.3.1 淋菌性眼炎 常为急性化脓性结膜炎,于感染后 2~21 d 出现症状。新生儿淋菌性眼炎多为双侧感染,成人多为单侧。表现为眼睑红肿,眼结膜充血水肿,有较多脓性分泌物;巩膜充血,呈片状充血性红斑;角膜浑浊,呈雾状,严重时发生溃疡,引起穿孔。

1.2.3.2 淋菌性直肠炎 主要见于肛交者,女性可由阴道分泌物污染引起。表现肛门瘙痒、疼痛和直肠充盈坠胀感。肛口有粘液性或脓性分泌物。重者有里急后重感。检查可见直肠粘膜充血、水肿、糜烂。

1.2.3.3 淋菌性咽炎 见于口-生殖器接触者,通常无明显症状,有症状者大多数只有轻度咽炎,表现咽干、咽痛和咽部不适。咽部可见潮红充血,咽后壁可有黏液样或脓性分泌物。

1.2.4 播散性淋病

1.2.4.1 成人播散性淋病

全身不适、食欲不振、高热、寒战等。

淋菌性关节炎 开始时以指、趾等小关节红肿为著,其后局限于膝、肘、腕、踝、肩等大

关节，关节外周肿胀，关节腔内积液，活动受限。

淋菌性败血症 病情重，可发生淋菌性心内膜炎、心包炎、脑膜炎、肺炎、肝炎等。

1.2.4.2 新生儿播散性淋病及淋球菌性头皮脓肿

少见，可发生败血症，关节炎，脑膜炎等。

头皮脓肿，由于使用头皮电极探头导致。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 取男性尿道分泌物涂片作革兰染色，镜检见多形核白细胞内革兰阴性双球菌为阳性。适用于男性急性尿道感染病例的诊断，不推荐用于口咽、直肠部位感染和女性淋菌性宫颈炎的诊断。

1.3.2 培养法 为淋病的确诊试验。适用于男、女性及各种临床标本的淋球菌检查。

1.3.3 核酸检测 聚合酶链反应（PCR）法等检测淋球菌核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认定的实验室开展。

1.4 诊断分类

1.4.1 无合并症并发症淋病

疑似病例：符合 1.2.1.1（男性临床表现）或 1.2.1.2（女性临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3.1（涂片检查阳性，只限于男性急性尿道炎病人）或 1.3.2（淋球菌培养阳性）或 1.3.3（核酸检测阳性）项。

1.4.2 儿童淋病

疑似病例：同时符合 1.1（流行病学史）和 1.2.1.3（儿童临床表现）项。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3.2（淋球菌培养阳性）或 1.3.3（核酸检测阳性）项。

1.4.3 有合并症并发症淋病

疑似病例：符合 1.2.2.1（男性临床表现）或 1.2.2.2（女性临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3.2（淋球菌培养阳性）或 1.3.3（核酸检测阳性）项。

1.4.4 其它部位淋病

疑似病例：符合 1.2.3（临床表现）中任 1 项，有或无 1.1（流行病学史）。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3.2（淋球菌培养阳性）或 1.3.3（核酸检测阳性）项。

1.4.5 播散性淋病

疑似病例：符合 1.2.4（临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）项。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3.2（淋球菌培养阳性）或 1.3.3（核酸检测阳性）项。

1.5 鉴别诊断

1.5.1 无合并症并发症淋病

1.5.1.1 男性淋菌性尿道炎 需与生殖道沙眼衣原体感染和其他原因引起的尿道炎相鉴别。

1.5.1.2 女性淋菌性宫颈炎 应与生殖道沙眼衣原体感染、生殖器念珠菌病念珠菌性阴道炎、阴道滴虫病滴虫性阴道炎及细菌性阴道病等相鉴别。

1.5.2 有合并症并发症淋病

1.5.2.1 淋菌性前列腺炎、精囊炎、附睾炎 需与急、慢性细菌性前列腺炎、精囊炎、附睾炎及由沙眼衣原体引起的前列腺炎、精囊炎、附睾炎相鉴别。淋菌性附睾丸还要与睾丸癌、附睾结核等相鉴别。

1.5.2.2 淋菌性盆腔炎 需与急性阑尾炎、子宫内膜异位症、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转或破溃等加以鉴别。

1.5.3 其它部位淋病

1.5.3.1 淋菌性眼炎 需与细菌性眼结膜炎、沙眼衣原体性眼结膜炎相鉴别。

1.5.3.2 淋菌性直肠炎 需与细菌性痢疾、阿米巴痢疾、直肠息肉等加以鉴别。

1.5.3.3 淋菌性咽炎 需与慢性咽炎、扁桃体炎、梅毒性咽黏膜斑相鉴别。

1.5.4 播散性淋病

1.5.4.1 淋菌性关节炎 需与急性细菌性关节炎、急性风湿性关节炎、类风湿性关节炎、性病性反应性关节炎相鉴别。

1.5.4.2 淋菌性败血症 需与各种菌血症、流行性脑膜炎球菌引起的脑膜炎、乙型脑炎、急性心肌炎、急性肝炎等加以鉴别。

2. 处理

2.1 一般原则

应遵循及时、足量、规则用药的原则，根据不同的病情采用相应的治疗方案。注意多重病原体感染，一般应同时用抗沙眼衣原体药物。性伴如有感染应同时接受治疗。治疗后应进行随访。

2.2 治疗方案

2.2.1 无合并症并发症淋病

2.2.1.1 淋菌性尿道炎、宫颈炎、直肠炎

推荐方案
头孢曲松 250mg，肌注，单次给药；或

<p>大观霉素 2g (宫颈炎 4g), 肌注, 单次给药; 或</p> <p>头孢噻肟 1g, 肌注, 单次给药。</p> <p>如果衣原体感染不能排除, 加上抗沙眼衣原体感染药物。</p>
替代方案
<p>头孢克肟 400mg, 口服, 单次给药; 或</p> <p>其他第三代头孢菌素类, 如已证明其疗效较好, 亦可选作替代药物。</p> <p>如果衣原体感染不能排除, 加上抗沙眼衣原体感染药物。</p>

根据近年来我国淋球菌耐药监测的资料, 我国淋球菌分离株对青霉素及四环素的染色体耐药性较为普遍, 青霉素类和四环素类目前已不作为治疗淋病的推荐药物。此外, 耐氟喹诺酮淋球菌已在我国较为普遍出现, 且耐药菌株比率逐年增高, 部分地区淋球菌分离株对该类药的耐药率达 75% ~ 99%, 在临床上亦常可见到喹诺酮类药物治疗淋病失败的病例。因此, 不推荐使用氟喹诺酮类药物治疗淋病。

2.2.1.2 儿童淋病 应禁用喹诺酮类药物, 年龄小于 8 岁者禁用四环素类药物, 体重大于 45kg 按成人方案治疗, 体重小于 45kg 儿童按如下方案。

推荐方案
<p>头孢曲松 125mg, 肌注, 单次给药; 或</p> <p>大观霉素 40mg/kg, 肌注, 单次给药。</p> <p>如果衣原体感染不能排除, 加上抗沙眼衣原体感染药物。</p>

2.2.2 有合并症并发症淋病

2.2.2.1 淋菌性淋菌性附睾炎、精囊炎、前列腺炎前列腺炎、精囊炎、附睾炎

推荐方案
<p>头孢曲松 250mg, 肌注, 每天 1 次, 共 10 d; 或</p> <p>大观霉素 2g, 肌注, 每天 1 次, 共 10 d; 或</p> <p>头孢噻肟 1g, 肌注, 每天 1 次, 共 10 d。</p> <p>如果衣原体感染不能排除, 加上抗沙眼衣原体感染药物</p>
替代方案
<p>头孢克肟 400mg, 口服, 每天 1 次, 共 10d。</p> <p>如果衣原体感染不能排除, 加上抗沙眼衣原体感染药物</p>

2.2.2.2 淋菌性盆腔炎

门诊治疗方案参照 2.2.2.1 的方案, 任选一种药物, 均需加甲硝唑 400mg, 口服, 每日 2 次,

共 14 d。住院治疗方案参见第二三章第五节女性下腹痛。

2.2.3 其他部位淋病

2.2.3.1 淋菌性眼炎

推荐方案

新生儿：头孢曲松 25mg ~ 50mg/kg (总量不超过 125mg)，单剂静脉或肌肉注射，每天 1 次，连续 7 d。或

大观霉素 40mg/kg，单剂肌肉注射，每天 1 次，连续 7 d。

成人：头孢曲松 1g，单剂肌肉注射，每天 1 次，连续 7 d。或

大观霉素 2g，单剂肌肉注射，每天 1 次，连续 7 d。

注：同时应用生理盐水冲洗眼部，每小时 1 次。新生儿的母亲如患有淋病，应同时治疗。新生儿如合并衣原体感染，应予抗沙眼衣原体药物治疗。

2.2.3.3 淋菌性咽炎

推荐方案

头孢曲松 250mg，肌注，单剂次肌肉注射给药。；或

头孢噻肟 1g，肌注，单剂肌肉注射次给药。

如果沙眼衣原体感染不能排除，加上抗沙眼衣原体感染药物。

大观霉素对淋菌性咽炎的疗效差，因此不推荐使用。

2.2.4 播散性淋病

2.2.4.1 新生儿播散性淋病及淋球菌性头皮脓肿

推荐方案

头孢曲松 25 ~ 50mg/kg/d，静脉注射或肌注，每天 1 次，共 7d；如有脑膜炎疗程为 14 d；或

头孢噻肟 25mg/kg，静脉注射或肌注，每天 1 次，共 7 d；如有脑膜炎疗程 14 d。

2.2.4.2 儿童淋菌性菌血症或关节炎

推荐方案

体重小于 45kg 儿童：头孢曲松 50mg/kg ((最大剂量 1g))，肌注或静脉注射，每天 1 次，共 7d；或大观霉素 40mg/kg，肌内注射，每天 1 次，共 7 d。

体重大于 45kg 儿童：头孢曲松 50mg/kg，肌注或静脉注射，每天 1 次，共 7d；或大观霉素 2g，肌内注射，每天 2 次，共 7 d。

2.2.4.3 成人播散性淋病

推荐住院治疗。需检查有无心内膜炎或脑膜炎。如果衣原体感染不能排除，应加上抗沙眼衣原

体感染药物。

推荐方案
头孢曲松 1g，肌注或静脉注射，每天 1 次，共 10 d 以上。
替代方案
大观霉素 2g，肌内注射，每天 2 次，共 10 d 以上；或 头孢噻肟 1g，静脉注射，每天 3 次，共 10 d 以上。

注：淋菌性关节炎者，除髌关节外，不宜施行开放性引流，但可以反复抽吸，禁止关节腔内注射抗生素。淋菌性脑膜炎上述治疗的疗程约 2 周，心内膜炎疗程要 4 周以上。

2.3 随访

无合并症并发症淋病患者经推荐方案规则治疗后，一般不需复诊作判愈试验。治疗后症状持续者应进行淋球菌培养，如分离到淋球菌，应做药物敏感性试验，以选择有效药物治疗。经推荐方案治疗后再发病者，通常是由再感染引起，提示要加强对患者的教育和性伴的诊治。持续性尿道炎、宫颈炎或直肠炎也可由沙眼衣原体及其它微生物引起，应进行针对性检查，以作出判断，并加以治疗。部分淋菌性尿道炎经规则治疗后，仍有尿道不适者，查不到淋球菌和其它微生物，可能是尿道感染受损后未完全修复之故。

淋菌性眼炎患儿应住院治疗，并检查有无播散性感染。淋菌性附睾炎经治疗后，若 3 天内症状无明显改善，则应重新评价诊断与治疗。按推荐方案治疗后，若睾丸肿胀与触痛仍持续，则应作全面检查，以排除其它疾病。淋菌性盆腔炎的随访(见第三章第五节“女性下腹痛”)。淋菌性脑膜炎、心内膜炎如出现合并症并发症，应请有关专家会诊。

2.4 性伴的处理

成年淋病患者就诊时，应要求其性伴来进行检查和治疗。在症状发作期间或确诊前 2 个月 60 天内与患者有过性接触的所有性伴，都应作淋球菌和沙眼衣原体感染的检查和治疗。如果患者最近一次性接触是在症状发作前或诊断前 2 个月 60 天之前，则其最近一个性伴应予治疗。应教育患者在治疗未完成前，或本人和性伴还有症状时避免性交。

感染淋球菌新生儿的母亲及其性伴应根据有关要求作出诊断，并按成人淋病治疗的推荐方案来治疗。淋菌性盆腔炎患者出现症状前 2 个月 60 天内与其有性接触的男性伴应进行检查和治疗，即便其男性伴没有任何症状，亦应如此处理。

2.5 特殊情况的处理

2.5.1 过敏和不能耐受

对头孢菌素过敏或对喹诺酮类药物不能耐受者，应以大观霉素治疗，必要时，可选择其它类药物治疗。若为淋菌性咽炎，且对头孢菌素过敏对氟喹诺酮类药物不能耐受，一般不用大观霉素治疗，

应选择其它类且疗效较好的药物治疗。

2.5.2 孕妇的处理

孕妇禁用氟喹诺酮类和四环素类药物。对推断或确诊有沙眼衣原体感染的孕妇，推荐用红霉素或阿莫西林治疗。

推荐方案

头孢曲松 250mg，肌注，单次给药；或

大观霉素 4g，肌注，单次给药。

如果衣原体感染不能排除，加上抗沙眼衣原体感染药物。

2.5.3 男性同性性行为者的处理

男性同性性行为者感染淋球菌，常发生淋菌性直肠炎，其治疗无特殊要求，由于男男性同性性行为接触者具有感染 HIV、其它病毒性和细菌性传播疾病的高度危险，因此医生应做好预防咨询，以减少其感染 HIV 和其它性传播疾病的危险性。应建议男男性同性性行为接触者至少每年作一次全面的性传播疾病检测。

2.5.4 合并 HIV 感染的处理

同时感染淋球菌和 HIV 者的治疗与 HIV 阴性者相同。淋菌性盆腔炎、附睾炎同时感染 HIV 者，如其免疫功能已受抑，治疗时要注意其可能合并念珠菌及其它病原体感染，并进行针对性治疗。

第三节 生殖道沙眼衣原体感染

生殖道沙眼衣原体感染是常见的性病。沙眼衣原体引起的疾病范围广泛，可累及眼、生殖道和其他脏器，也可导致母婴传播。因而，沙眼衣原体感染的防治具有十分重要的公共卫生意义。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。新生儿感染者其母亲有沙眼衣原体感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 男性感染

1.2.1.1 尿道炎 潜伏期 1~3 周。出现尿道粘液性或粘液脓性分泌物，并有尿痛、尿道不适、尿道内瘙痒等症状。

1.2.1.2 附睾炎 如未治疗或治疗不当，少数病人可进一步引起附睾炎。表现为附睾部位疼痛，触诊附睾肿大，有触痛。炎症明显时，阴囊表面的皮肤充血、潮发红、水肿。

1.2.1.3 关节炎 (Reiter 综合征) 为少见的合并症并发症。常在尿道炎出现 1~4 周后发生。为发生于下肢大关节及骶关节等的非对称性关节炎。Reiter 综合征则指除上述病变外，还有眼 (结膜炎、葡萄膜炎) 皮肤 (龟头炎、掌跖角皮症) 粘膜 (上腭、舌及口腔粘膜溃疡) 等损害。

1.2.2 女性感染

1.2.2.1 宫颈炎 可有阴道分泌物异常，非月经期或性交后出血。体检可发现宫颈接触性出血 (“脆性增加”)、宫颈管黏液脓性分泌物、宫颈红肿、充血。拭子试验阳性 (将白色棉拭子插入宫颈管，取出后肉眼可见变为黄绿色)。

1.2.2.2 尿道炎 出现排尿困难、尿频、尿急。可同时合并宫颈炎。

1.2.2.3 盆腔炎 如未治疗或治疗不当，部分病人可上行感染而发生盆腔炎。表现为下腹痛，深部性交痛，阴道异常出血，阴道分泌物异常等。体检可发现下腹部压痛，附件压痛，宫颈举痛，发热等。病程经过通常为慢性迁延性。远期后果包括输卵管性不孕、异位妊娠和慢性盆腔痛。

1.2.3 男女性感染

1.2.3.1 直肠炎 男性多见于同性性行为者。轻者无症状，重者有直肠疼痛、便血、腹泻及粘液性分泌物。

1.2.3.2 眼结膜炎 出现眼睑肿胀，睑结膜充血及滤泡，可有粘液脓性分泌物。

1.2.3.3 无症状感染 男性尿道、女性宫颈沙眼衣原体感染多数为无症状感染。

1.2.4 婴儿及儿童感染

1.2.4.1 新生儿结膜炎 由患病的孕妇传染所致。在生后 5~12 天发生。表现为轻重不等的化脓性结膜炎，出现粘液性至脓性分泌物，眼睑水肿，睑结膜弥漫性红肿，球结膜炎性乳头状增生，日久可致瘢痕、微血管翳等。

1.2.4.2 新生儿肺炎 常在 3~16 周龄发生。表现为间隔时间短、断续性咳嗽，常不发热。伴有鼻塞、流涕。呼吸急促，可闻及湿啰音。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 涂片姬姆萨染色、碘染色或帕氏染色直接镜检可发现沙眼衣原体包涵体。只适用于新生儿眼结膜刮片的检查。

1.3.2 培养法 沙眼衣原体细胞培养阳性。

1.3.3 抗原检测 酶联免疫吸附试验、直接免疫荧光法或免疫扩散试验检测沙眼衣原体抗原阳

性。

1.3.4 抗体检测 血清抗体水平升高 ($>1:64$), 见于沙眼衣原体性附睾炎、输卵管炎。新生儿衣原体肺炎中沙眼衣原体 IgM 抗体滴度升高。

1.3.5 核酸扩增试验检测 聚合酶链反应法等检测沙眼衣原体核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认定的实验室开展。

1.4 诊断分类

确诊病例：同时符合 1.2 (临床表现) 和 1.3 (实验室检查) 中任一项者, 有或无 1.1 (流行病学史) 项。

无症状感染：符合 1.3 (实验室检查) 中任一项, 且无症状者。

1.5 鉴别诊断

1.5.1 沙眼衣原体性尿道炎：需要与淋球菌、其他病原体引起的尿道炎等鉴别。

1.5.2 沙眼衣原体性附睾炎：需要与淋球菌、大肠杆菌、铜绿假单胞菌等引起的附睾炎、睾丸扭转等鉴别。

1.5.3 沙眼衣原体性直肠炎：需要与淋球菌、肠道细菌 (志贺菌、沙门菌等)、原虫 (蓝氏贾第虫、溶组织阿米巴、隐孢子虫)、病毒 (巨细胞病毒、腺病毒) 等引起的直肠炎鉴别。

1.5.4 沙眼衣原体宫颈炎：需要与淋球菌性宫颈炎鉴别。

1.5.5 新生儿沙眼衣原体性结膜炎：需要与淋球菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、化脓性链球菌引起的结膜炎鉴别。

1.5.5 新生儿沙眼衣原体性肺炎：需要与病毒 (呼吸道合胞病毒、巨细胞病毒、腺病毒和流感病毒)、细菌 (链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、流感杆菌、肺炎球菌) 等引起的肺炎鉴别。

2 处理

沙眼衣原体感染的治疗目的是防止产生合并症并发症, 阻断进一步传播, 缓解症状。由于沙眼衣原体具有独特的生物学性质, 要求抗生素具有较好的细胞穿透性, 所用的抗生素疗程应延长或使用半衰期长的抗生素。

2.1 一般原则

早期诊断, 早期治疗。及时、足量、规则用药。根据不同的病情采用相应的治疗方案。性伴应该同时接受治疗。治疗后进行随访。

2.2 治疗方案

2.2.1 成人沙眼衣原体感染

推荐方案

阿奇霉素 1g，单剂口服，或 多西环素 100mg，每日 2 次，共 7~10 d。
替代方案
米诺环素 100mg，每日 2 次，共 10 d，或 四环素 500mg，每日 4 次，共 2~3 周，或 米诺环素 100mg，每日 2 次，共 10 d，或 红霉素碱 500mg，每日 4 次，共 7~10d，或 四环素 500mg，每日 4 次，共 7~10 d，或 罗红霉素 150mg，每日 2 次，共 7~10 d，或 克拉霉素 250mg，每日 2 次，共 7~10 d，或 氧氟沙星 300mg，每日 2 次，共 7~10 d，或 左氧氟沙星 500mg，每日 1 次，共 7~10d，或 司帕沙星 200mg，每日 1 次，共 10 d。

四环素类药物均有较好的疗效。多西环素与四环素相比，优点在于每日服药次数减少，耐受性稍好，半衰期长，即便漏服 1 次也有效，同等剂量下抗沙眼衣原体的作用更强。米诺环素是第二代半合成的四环素类药物，具有高度的亲脂性和较强的组织穿透性，在泌尿生殖道的浓度高于有效治疗浓度，因而疗效较高。

阿奇霉素的血浆和组织半衰期长，一次标准剂量口服，在组织中能达到较高的治疗浓度，在炎症部位保持不少于 5 天。其优点是只需单次应用，尤其适用于对治疗依从性差的患者。红霉素由于其胃肠道副作用常常影响患者对治疗的依从性，因此其疗效比阿奇霉素或多西环素差。其它大环内酯类药物如罗红霉素、克拉霉素及交沙霉素等也可用于临床治疗，初步研究表明这些药物对沙眼衣原体感染具有较好的疗效。

新型氟喹诺酮类药物氧氟沙星、左氧氟沙星、司帕沙星、莫西沙星等的疗效与阿奇霉素或多西环素相当。左氧氟沙星为氧氟沙星的左旋体，作用强一倍，而不良反应更少。司帕沙星、莫西沙星司帕沙星的半衰期较长，可每日 1 次给药，故患者依从性相对较好。司帕沙星有光敏现象，给药时应注意。18 岁以下者忌用此类药物。

2.2.2 婴儿和儿童沙眼衣原体感染

2.2.2.1 新生儿沙眼衣原体眼炎和肺炎

推荐方案
红霉素干糖浆粉剂，50mg/kg/d，分 4 次口服，共 14 d。如有效，再延长 1~2 周。

2.2.2.2 儿童衣原体感染

推荐方案

推荐方案

体重<45kg 者：红霉素碱或红霉素干糖浆粉剂 50mg/kg/d，分 4 次口服，共 14 d。

8 岁以上儿童或体重 ≥45kg 者：同成人的阿奇霉素治疗方案。

红霉素治疗婴儿或儿童的沙眼衣原体感染的疗效约 80%，可能需要第 2 个疗程。

2.3 随访

以阿奇霉素或多西环素治疗的患者，在完成治疗后一般无需进行微生物学随访。有下列情况时考虑作微生物学随访：症状持续存在；怀疑再感染；怀疑未依从治疗；无症状感染；红霉素治疗后。

判愈试验的时间安排：抗原检测试验为疗程结束后的 2 周；核酸扩增试验为疗程结束后的 3~4 周。

对于女性患者，建议在治疗后 3~4 个月再次进行沙眼衣原体检测，以发现可能的再感染，防止盆腔炎和其他并发症的发生。

2.4 性伴的处理

在患者出现症状或确诊前的 2 个月内的所有性伴均应接受检查和治疗。病人及其性伴在完成疗程前（单剂量方案治疗后的 7 日内，或 7~10 日治疗方案完成前）应避免性行为。

2.5 特殊情况的处理

2.5.1 孕妇感染

推荐方案

红霉素碱 0.5g，每日 4 次，共 7d，或。

阿莫西林 0.5g，每日 3 次，共 7d

替代方案

红霉素碱 0.25g，每日 4 次，共 14 d，或

阿奇霉素 1g，单剂口服

妊娠期忌用四多西环素类及氟喹诺酮类药物氧氟沙星。红霉素 2g/d 的疗法治愈率 84%~94%，但半数以上的患者出现严重胃肠道副作用，而不能完成治疗。1g/d 的疗法较能耐受，但疗效差。阿莫西林的疗效与红霉素相似。阿奇霉素可作为妊娠期沙眼衣原体感染的治疗药物，初步的临床资料显示其是安全、有效的。由于妊娠期所用药物的疗效相对差，故应作判愈试验，其时间安排参见“2.3 随访”。

2.5.2 合并 HIV 感染的处理

合并 HIV 感染的沙眼衣原体感染者的治疗与 HIV 阴性者相同。

第四节 尖锐湿疣

尖锐湿疣是由人类乳头瘤病毒（HPV）引起并主要通过性传播的良性疣状病变。可感染肛周生殖器部位的常见的 HPV 有 30 多型，多数 HPV 感染无症状或为亚临床感染状态，临床可见的尖锐湿疣 90% 以上由 HPV 6 或 11 型引起。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。或有与尖锐湿疣患者有密切的间接接触史，或新生儿的母亲为 HPV 感染者。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期 1~8 个月，平均 3 个月。

1.2.2 症状与体征

男性好发于龟头、冠状沟、阴茎、龟头、冠状沟系带、阴茎、尿道口、肛周和阴囊等，女性为大小阴唇、尿道口、阴道口、会阴、肛周、尿道口、阴道口、阴道壁、宫颈等，被动肛交男性同性性行为者可发生于肛周、肛管和直肠，口交者可出现在口腔。

皮损初期表现为局部出现多个丘疹，逐渐发展为乳头状、鸡冠状、菜花状或团块状的赘生物。可为单发或多发，常为 5~15 个皮损，直径 1~10mm。色泽可从粉红色至深红色（非角化性皮损）、灰白色（严重角化性皮损），乃至棕黑色（色素沉着性皮损）。少数病人因免疫功能低下或妊娠而发生大体积疣，可累及整个外阴、肛周以及臀沟。

病人可自觉痒感、异物感、压迫感或灼痛感，常因皮损脆性增加而出血或继发感染。女性可有阴道分泌物增多。但约 70% 的病人无任何自觉症状。

1.2.3 临床类型

典型尖锐湿疣 皮损为柔软、粉红色、菜花状或乳头状赘生物，大小不等，表面呈花椰菜

样凹凸不平。常见于潮湿且部分角化的上皮部位，如包皮内侧、尿道口、小阴唇、阴道口、阴道、宫颈、肛门，但也可见于擦烂部位如腹股沟、会阴等部位。

丘疹状疣 皮损为圆形或半圆形丘疹状突起，非菜花状，直径 1~4mm，见于完全角化的上皮部位。

扁平状疣 皮损稍高出皮面，或呈斑丘疹状，表面可呈玛瑙纹蜡样光泽，有时可见微刺。可见于生殖器任何部位，易被忽略。

亚临床感染 暴露于 HPV 后，亚临床感染或潜伏感染可能是最常见的后果。亚临床感染的皮肤粘膜表面外观正常，如涂布 5% 醋酸（醋酸白试验），可出现境界明确的发白区域。

少数人因免疫功能低下或妊娠可发生较大的疣损害。这些大疣在罕见情况下可发生局部侵袭性、破坏性但非转移性损害，称为巨大尖锐湿疣（Buschke-Löwenstein 肿瘤），一般与 HPV 6 型感染相关。

1.2.4 醋酸白试验 用 3%~5% 醋酸溶液湿敷或涂布于待检的皮损处以及周围皮肤黏膜，在 3~5 分钟内，如见到均匀一致的变白区域为阳性反应。该试验并非 HPV 感染的特异性试验，但其敏感性和特异性尚不清楚不高。局部有炎症、表皮增厚或外伤等时可出现假阳性。醋酸白试验阴性也不能排除 HPV 感染。临床上较典型尖锐湿疣及 HPV 检查阳性的损害中有 7%~9% 为醋酸白试验阴性。

1.2.5 阴道镜检查 可发现点状血管、血管袢，以及结合醋酸白试验发现微小、纤细尖锐湿疣疣体。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 通过 Pap 涂片发现宫颈鳞状上皮内的损害。

1.3.2 病理学检查 符合尖锐湿疣的病理学征象。

1.3.3 抗原检测 免疫组织化学法检测标本 HPV 抗原阳性。

1.3.4 核酸扩增试验检测 聚合酶链反应法等检测可疑损害标本中 HPV 核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认定的实验室开展。

1.4 诊断分类

临床诊断病例：符合 1.2（临床表现），有或无 1.1（流行病学史）项。

确诊病例：同时符合临床诊断病例的要求和 1.3（实验室检查）中（除 1.3.1 外）的任 1 项。

1.5 鉴别诊断

需与阴茎珍珠状丘疹、阴茎系带旁丘疹、绒毛状小阴唇、汗管瘤、皮脂腺异位症、光泽苔藓、扁平湿疣（二期梅毒疹）、鲍恩样丘疹病、上皮内瘤变、生殖器鳞状细胞癌等鉴别。

2 处理

2.1 一般原则

以去除疣体为主要目的，但采用一般去除疣体的疗法，，尽可能地消除疣体周围的亚临床感染以减少或预防复发，包括新发皮损在内，本病的复发率约为仍有约 20% ~ 30%的病人复发。同时也应对其性伴进行检查及治疗。患者治疗和随访期间应避免性行为。任何外用药物治疗治疗方法都可能发生皮肤粘膜反应包括瘙痒、灼热、糜烂以及疼痛。

2.2 治疗方案

2.2.1 患者自己用药

男女两性外生殖器部位可见的中等以下大小的疣体（单个疣体直径 < 5mm，疣体团块直径 < 10mm，疣体数目 < 15 个），一般可由在患者自己外用药物治疗。

推荐方案

0.5%足叶草毒素酊（或 0.15%足叶草毒素霜） 每日外用 2 次，连续 3 d，随后，停药 4 d，7 d 为一疗程。脱落处产生糜烂面，因此，脱落处需立即停药。如有必要，可重复治疗达 4 个疗程。

替代方案

5%咪喹莫特（imiquimod）霜 用手指涂药于疣体上，每隔日天 1 次晚间用药，1 周 3 次，用药 10 h 小时后，以肥皂和水清洗用药部位，最长可用至 16 周。

0.5%足叶草毒素酊（或 0.15%足叶草毒素霜）适用于治疗直径 10mm 的生殖器疣，临床治愈率可达 90%左右。用药疣体总面积不应超过 10cm²，日用药总量不应超过 0.5ml。用药后应待局部药物自然干燥。副作用以局部刺激作用为主，可有瘙痒、灼痛、红肿、糜烂及坏死。另外，此药有致畸作用，孕妇忌用。

5%咪喹莫特霜治疗尖锐湿疣，疣体的清除率平均为 56%。该疗法的优点为复发率低，约为 13%。出现红斑不是停药指征，出现糜烂或破损需要停药并，创面愈合后复诊，由医生决定处理创面及决定是否继续用药，副作用以局部刺激作用为主，可有瘙痒、灼痛、红斑、糜烂。妊娠期咪喹莫特的安全性尚未确立，孕妇忌用。

2.2.2 医院内应用

推荐方案

CO₂ 激光治疗；或
液氮冷冻治疗，或
高频电治疗；或
液氮冷冻微波治疗。

替代方案

80%~90%三氯醋酸或二氯醋酸 疣损害上涂少量药液，待其干燥，此时见表面形成一层白霜。在治疗时应注意保护周围的正常皮肤和粘膜，如果外用药液量过剩，可敷上滑石粉，或碳酸氢钠(苏打粉)或液体皂以中和过量的、未反应的酸。如有必要，隔1~2周重复1次，最多6次。或复方硝酸溶液 用涂药棒将药液涂于疣体的表面及根部，至疣体变成灰白色或淡黄色为止，如未愈，3~5天后可再次治疗。或外科手术切除。

CO₂激光和高频电治疗适用于不同大小及各部位疣体的治疗，液氮冷冻可适用于较多的体表部位，但禁用于腔道内疣，以免发生阴道直肠瘘等。缺点是复发率高，疼痛明显，皮下组织疏松部位治疗后可致明显水肿。

80%~90%三氯醋酸或二氯醋酸和复方硝酸溶液(硝酸、醋酸、草酸、乳酸与硝酸铜的复合制剂)不能用于角化过度或较大的、多发性以及面积较大的疣体。不良反应为局部刺激、红肿、糜烂等。

外科手术切除适用于大体积尖锐湿疣的治疗，对药物或CO₂激光的治疗表现较为顽固且短期内反复发作的疣体也应可考虑外科手术切除。

此外，以往在临床使用的10%~25%足叶草脂安息香酊，因其可因药物吸收而发生系统性副作用，长期应用有潜在致癌性。有鉴于此，已不推荐该药在临床使用。干扰素具有广谱抗病毒和免疫调节作用。因对其疗效尚缺乏确切的评价，且系统性治疗的费用较高，一般不推荐常规应用。有报告干扰素用于疣体基底部注射，每周3次，共4~12周有一定疗效。

2.2.3 治疗方法选择

男女两性外生殖器部位可见的中等以下大小的疣体(单个疣体直径<0.5cm，疣体团块直径<1cm，疣体数目<15个)，一般外用药物治疗。

男性的尿道内和肛周，女性的前庭、尿道口、阴道壁和宫颈口的疣体；或男女两性的疣体大小和数量均超过上述标准者，建议用物理方法治疗。

对于物理疗法治疗后，体表尚有少量疣体残存时，可再用外用药物治疗。

无论是药物治疗或物理治疗，必须作醋酸白试验，尽量清除疣体包括亚临床感染在内的损害，以减少复发。

2.2.4 亚临床感染的处理

对于无症状的亚临床感染尚无有效的处理方法，一般也不推荐治疗，因为尚无有效方法将HPV清除出感染细胞，且过度治疗反而引起潜在不良后果。处理以密切随访及预防向他人传染为主。对于醋酸白阳性的可疑感染部位，可视具体情况给予相应治疗(如激光、冷冻)。

2.3 随访

尖锐湿疣治疗后的最初 3 个月，应嘱咐病人每 2 周随诊 1 次，如有特殊情况（如发现新发皮损或创面出血等）应随时就诊，以便及时得到恰当的临床处理。同时应告知病人注意皮损好发部位，仔细观察有无复发，复发多在最初的 3 个月。3 个月后，可根据病人的具体情况，适当延长随访问隔期，直至末次治疗后 6 个月。

2.4 判愈与预后

尖锐湿疣的判愈标准为治疗后疣体消失，目前多数学者认为，治疗后 6 个月无复发者，则复发机会减少。尖锐湿疣的预后一般良好，虽然治疗后复发率较高，但通过正确处理最终可达临床治愈。

2.5 性伴的处理

患者的所有性伴都应接受检查和随访，同时提供有效的咨询服务。男性尖锐湿疣患者的女性性伴可作宫颈细胞学筛查。

2.6 特殊情况的处理

2.6.5.1 妊娠

妊娠期忌用咪喹莫特、足叶草脂和足叶草毒素。由于妊娠期疣体易于增生，脆性增加，孕妇的尖锐湿疣在妊娠早期应尽早采用物理或手术治疗。虽然需要告知患尖锐湿疣的孕妇，HPV 6 和 11 可引起婴幼儿的呼吸道乳头瘤病，患尖锐湿疣的妇女所生新生儿有发生该病的危险性，如无其它原因，没有足够的理由并不应草率地建议患尖锐湿疣的孕妇终止妊娠，人工流产可增加患盆腔炎症性疾病和 HPV 上行感染的危险性。患尖锐湿疣的孕妇，在胎儿和胎盘完全成熟后，在羊膜未破前可考虑行剖宫产，产后的新生儿避免与 HPV 感染者尖锐湿疣患者接触；在临近分娩仍有皮损者，如阻塞产道，或阴道分娩会导致严重出血，最好在羊膜未破前行剖宫产；必要时需请妇产科和性病科专家联合会诊。产后约 50% 的患者尖锐湿疣可自行消退。

2.6.5.2 合并 HIV 感染者

由于 HIV 感染或其它原因使免疫功能受抑制的患者，常用疗法的疗效不如免疫正常者，疗后也更易复发。这些病人更容易在生殖器疣的基础上发生鳞癌，或类似于疣的鳞癌，因而常需作活检来确诊。

2.6.5.3 频繁复发的病例

少数患者尖锐湿疣皮损会多次复发，其原因可能是：原发损害治疗不彻底，如激光烧灼过浅；原发损害周围亚临床感染蔓延；原发损害附近及阴肛部位的 HPV 潜伏感染；部分患者尿道内（60%）或阴囊（22%）是 HPV 贮存库，是外阴 HPV 的散布源；与已感染的性伴再次接触，造成再感染；患者局部免疫状态低下，如 HIV 感染、糖尿病、妊娠或器官移植者；未去除不良因素，如男性包皮过长，女性阴道炎或宫颈炎。对于尖锐湿疣频繁复发的患者，目前尚无明确有效的疗法。

使用激光治疗时应注意及早发现亚临床感染，治疗范围超过皮损 2mm，深度达真皮浅层。去除可能的病因，如同时存在的其它感染。在广泛、彻底去除疣体后，使用一些可调节机体免疫状态的药物，如干扰素、白介素-2、胸腺肽等，但这些药物的预防复发的效果尚未确定。

第五节 生殖器疱疹

生殖器疱疹是由单纯疱疹病毒（HSV）感染泌尿生殖器及肛门部位皮肤粘膜而引起的性传播疾病。导致生殖器疱疹的单纯疱疹病毒有两种类型：HSV-2 和单纯疱疹病毒 1 型（HSV-1）和单纯疱疹病毒 2（HSV-2）型。多数生殖器疱疹是由 HSV-2 引起。生殖器疱疹经常呈慢性反复发作的过程。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 初发生殖器疱疹

1.2.1.1 原发性生殖器疱疹 既往无 HSV 感染，为第一次感染 HSV 而出现症状者。

潜伏期 2~20 天（平均 6 天）。

男性好发于包皮、冠状沟、龟头、阴茎体等；女性好发于大阴唇、小阴唇、会阴、肛周、阴道等。男性同性性行为者常见肛门、直肠受累。

初起为红斑和丘疱疹，很快发展为集簇的或散在的小水疱，2~4 天后破溃形成糜烂或溃疡，自觉疼痛、瘙痒、烧灼感。病程多持续 2~3 周。

常伴发热、头痛、肌痛、全身不适或乏力等全身症状。可有尿道炎、膀胱炎或宫颈炎等表现。腹股沟淋巴结可肿大，有压痛。

1.2.1.2 非原发的初发生殖器疱疹 既往有过 HSV-1 感染（主要为口唇或颜面疱疹），又再次感

染 HSV-2 而出现生殖器疱疹的初次发作。

与上述的原发性生殖器疱疹相比，自觉症状较轻，皮损较局限，病程较短，全身症状较少见，腹股沟淋巴结多不肿大。

1.2.23 复发性生殖器疱疹 首次复发多出现在原发感染后 1~4 月。复发频率的个体差异较大，平均每年 3~4 次，有达 10 数次者。

多在发疹前数小时至 5 d 天有前驱症状，表现为局部瘙痒、烧灼感、刺痛、隐痛、麻木感和会阴坠胀感等。

皮损数目较少，为集簇的小水疱，很快破溃形成糜烂或浅表溃疡，分布不对称，局部轻微疼痛、瘙痒、烧灼感。病程常为 6~10 d 天，皮损多在 4~5 d 天内愈合。

全身症状少见，多无腹股沟淋巴结肿大。

1.2.43 亚临床感染 指无临床症状和体征的 HSV 感染。但存在无症状排毒，可有传染性。

1.2.54 不典型或未识别的生殖器疱疹

不典型损害可为非特异性红斑、裂隙、硬结（或疖肿）、毛囊炎、皮肤擦破、包皮红肿渗液等。

1.2.65 特殊类型的生殖器疱疹

疱疹性宫颈炎 表现为粘液脓性宫颈炎。出现宫颈充血及脆性增加、水疱、粘膜脱落糜烂，甚至坏死。

疱疹性直肠炎 多见于男性同性性行为者，表现为肛周水疱或溃疡，肛门部疼痛、里急后重、便秘和直肠粘液血性分泌物，常伴发热、全身不适、肌痛等。

1.2.7 新生儿疱疹

可分为局限型、中枢神经系统型和播散型。常在生后 3~28 30d 天出现症状，侵犯皮肤粘膜、内脏和中枢神经系统。表现为吃奶时吸吮无力、昏睡、发热、昏睡、吃奶时吸吮无力、抽搐、惊厥或发生皮损，可出现结膜炎、角膜炎，可伴有黄疸、紫绀、呼吸困难、循环衰竭以至死亡。

1.2.68 并发症 少见。

中枢神经系统并发症，包括无菌性脑膜炎、自主神经功能障碍、横断性脊髓炎和骶神经根病。

播散性 HSV 感染，包括播散性皮肤感染、疱疹性脑膜炎、肝炎、肺炎等。

1.3 实验室检查

1.3.1 培养法 细胞培养 HSV 阳性。

1.3.2 抗原检测 酶联免疫吸附试验或免疫荧光试验检测 HSV 抗原阳性。

1.3.4 核酸检测 聚合酶链反应法等检测临床标本中的 HSV 核酸阳性。核酸检测应在通过相关

机构认定的实验室开展。

此外，型特异性血清学试验可检测到针对不同 HSV 型别的血清抗体，可用于复发性生殖器疱疹病人皮损愈合时的诊断。但不同试剂的敏感性和特异性相差较大，因此血清学检查结果需结合临床综合分析。

1.4 诊断分类

临床诊断病例：符合 1.2（临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）项。

确诊病例：同时符合临床诊断病例的要求和 1.3（实验室检查）中的任 1 项。

1.5 鉴别诊断

需与硬下疳（一期梅毒）、软下疳、贝赫切特（Behçet）综合征及其他皮肤病如带状疱疹、接触性皮炎、固定型药疹、脓皮病、Reiter 病、念珠菌病等鉴别。

2 处理

2.1 一般原则

无症状或亚临床型生殖器单纯疱疹病毒感染无需药物治疗。有症状者的治疗包括全身治疗和局部处理两方面。全身治疗主要是抗病毒治疗和治疗合并感染，局部处理包括清洁创面和防止继发感染。

由于生殖器疱疹极易复发，常给患者带来很大的心理压力，引起心理紧张、抑郁或焦虑等不良情绪，而心理因素又可影响该病的自然病程。因此，应在患病早期及时给予医学咨询、社会心理咨询、药物治疗等综合处理措施，以减少疾病复发。

2.2 治疗方案

2.2.1 系统性抗病毒治疗

2.2.1.1 初发生殖器疱疹（包括原发性生殖器疱疹）

推荐方案
阿昔洛韦 200mg，口服，每天 5 次，共 7~10 d；或 阿昔洛韦 400mg，口服，每日 3 次，共 7~10 d；或 伐昔洛韦 300mg，口服，每天 2 次，共 7~10 d；或 泛昔洛韦 250mg，口服，每天 3 次，共 7~10 d。

2.2.1.2 疱疹性直肠炎、口炎或咽炎

适当增大剂量或延长疗程至 10~14 d。

2.2.1.3 播散性 HSV 感染

指原发感染症状严重和损害广泛者，可给予阿昔洛韦 5~10mg/kg，静脉滴注，每 8 小时 1 次，

疗程为 5~7 d 或直至临床表现消失。

2.2.1.4 复发性生殖器疱疹

发作时的抗病毒治疗，最好在出现前驱症状或皮损出现 24h 内开始用药。

推荐方案

阿昔洛韦 200mg，口服，每天 5 次，共 5 d；或
阿昔洛韦 400mg，口服，每日 3 次，共 5 d；或
伐昔洛韦 300mg，口服，每天 2 次，共 5 d；或
泛昔洛韦 125~250mg，口服，每天 3 次，共 5 d。

2.2.1.5 频繁复发（每年复发 6 次）者，可采用长期抑制疗法。

推荐方案

阿昔洛韦 400mg，口服，每天 2 次；或
伐昔洛韦 300mg，口服，每天 1 次；或
泛昔洛韦 125mg~250mg，口服，每天 2 次。
需长期持续给药，疗程一般为 4 个月~1 年。

2.2.1.5 新生儿疱疹

对新生儿疑有 HSV 无疱疹感染者，应作认真评估。在既往有生殖器疱疹复发史的孕妇和妊娠前半程早期获得感染的孕妇，将 HSV 传播给传播给新生儿获得疱疹感染的危险性较低（<13%）；相反，在近分娩时感染生殖器疱疹孕妇，将 HSV 传播给传播给新生儿新生儿获得疱疹感染的危险性较高（30%~50%）。另外，妊娠时的 HSV 疱疹病毒培养，并不能预测分娩时的排毒情况。因此，预防新生儿疱疹的关键是：预防孕妇在妊娠后期获得生殖器 HSV 的感染。对于易感的孕妇来说，在妊娠期间，应该避免与有 HSV 感染疱疹感染或疑似感染感染状态不明的性伴有无保护的生殖器及口腔的性接触。

由于在妊娠后期，特别是分娩前 6 周内感染 HSV 孕妇所生的新生儿，发生新生儿获得疱疹感染的可能性很大，专家建议考虑行剖宫产以及可以作阿昔洛韦预防性治疗。方法是：阿昔洛韦 30mg~60mg/(kgd)，静脉滴注，疗程为 10~21 d。

2.2.2 局部处理

皮损局部可采用生理盐水或 3% 硼酸溶液清洗，要保持患处清洁、干燥。可外用 3% 阿昔洛韦霜、1% 喷昔洛韦乳膏等，但单独局部治疗的疗效远逊于系统性用药。

2.3 随访和预后

对无 HIV 感染及其他合并症者，治疗后一般无需随访。经治疗后，全身症状消失，皮损消退，局部疼痛、感觉异常及淋巴结肿大消失，即为临床痊愈。本病易复发，尤其在原发感染后 1 年内复

发较频繁。生殖器 HSV-2 感染较 HSV-1 感染者易复发。随着病程的推延，复发有减少的趋势。有临床发作的患者均存在亚临床或无症状排毒，生殖器疱疹的性传播和垂直传播大多数发生在亚临床或无症状排毒期间。生殖器疱疹的复发频率还与诱发因素有关，饮酒、辛辣食物、疲劳、感冒、焦虑、紧张、性交、月经等是常见诱因。规律的生活习惯，适当体育锻炼，良好的心理状态和避免诱发因素是减少和预防复发的重要措施。

2.4 性伴的处理

对患者的性伴可视具体情况给予相应的治疗或预防性用药。

2.5 特殊情况的处理

2.5.1 妊娠期生殖器疱疹

在孕妇中，阿昔洛韦等药物的使用尚有争议，如需使用，应权衡利弊并征得病人的知情同意。目前主张，孕妇初发生殖器疱疹患者可口服阿昔洛韦治疗；有严重并发症而可能危及生命者，应静脉滴注阿昔洛韦治疗。对于频繁复发或新近感染的孕妇生殖器疱疹患者，在妊娠最后 4 周近足月时，可通过持续的阿昔洛韦治疗以减少活动性损害的出现，从而降低剖宫产率。对于既往有复发性生殖器疱疹病史，但近足月时无任何复发迹象的孕妇，可不进行阿昔洛韦治疗。对于有活动性皮炎或有发作前驱症状的孕妇，在无禁忌症的前提下，可于破膜之前进行剖宫产术，但剖宫产术并不能完全防止新生儿疱疹的发生。对无活动性皮炎的孕妇患者，可从阴道分娩，但分娩后要对其新生儿是否出现发热、昏睡、吃奶时吸吮无力、抽搐或发生皮损进行密切监测，以便及时处理。

2.5.2 免疫缺陷者或 HIV/AIDS 感染者的生殖器疱疹

合并 HIV 感染的生殖器疱疹有以下特点：(1) 症状重或不典型，皮损持续时间长，可表现为广泛、多发、慢性坏死性溃疡，痛剧。(2) 临床复发和亚临床复发（有病毒复活和排毒，但无症状）频繁，排毒时间长。(3) 并发症多且严重，常合并细菌和白念珠菌感染，易发生疱疹性脑膜炎及播散性 HSV 感染，引起多器官损害。(4) 治疗较困难，治疗时间长，常需作抗病毒抑制治疗，且对阿昔洛韦易产生耐药性。可适当增加药物的剂量，持续给药直至临床缓解。用阿昔洛韦 400mg 口服，一日 3~5 次。如使用阿昔洛韦治疗后，皮损或症状持续存在，除了要排除可能存在的其他感染（如梅毒）外，应怀疑 HSV 对阿昔洛韦耐药。所有耐阿昔洛韦的 HSV 毒株均对伐昔洛韦耐药，大多数也对泛昔洛韦耐药。可改用膦甲酸钠静脉滴注治疗，剂量为 40mg~60mg/kg，每 8 小时 1 次，直至临床缓解。

2.5.3 男性同性性行为者

该人群获得 HSV 感染的机会较大，更多的是引起疱疹性直肠炎、口炎和咽炎。治疗时应适当增加剂量和延长疗程。

第六节 软下疳

软下疳是由杜克雷嗜血杆菌感染所致的生殖器部位疼痛剧烈、质地柔软的化脓性溃疡，常合并腹股沟淋巴结化脓性病变。主要通过性接触传播。我国尚未发现经实验室确诊的软下疳病例。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期 3~14 天 d，平均 4~7 d 天。

1.2.2 临床表现

接触病原体 3 d 日至 2 周后，感染部位出现一个小炎性丘疹或脓疱，24~48 h 小时后迅速变为脓疱，3~5 d 日后损害继续侵蚀患处形成疼痛剧烈的深溃疡。

溃疡多呈圆形或卵圆形，直径多为 0.2~2cm。质地柔软，易出血，边缘粗糙不整齐，呈潜蚀性。表面覆有恶臭的黄灰色渗出物，去掉表面分泌物，溃疡基底部可见颗粒状肉芽组织增生。溃疡周围有炎性红斑。可出现多个溃疡。

男性好发部位有冠状沟、包皮、包皮系带、龟头、阴茎体、会阴部以及肛周等处，

女性为小阴唇、大阴唇、阴唇系带、前庭、阴蒂、子宫颈、会阴部以及肛周等处。也有报告溃疡见于乳房、大腿内侧、手指及口腔内。

软下疳横痃 原发损害出现后的 1~2 周内后，约 30%~60% 的患者出现痛性的腹股沟化脓性淋巴结炎即软下疳横痃，常为单侧，也可双侧受累。约 25% 的患者的软下疳横痃可继续进展，淋巴结进一步化脓、肿大、表面皮肤发红。肿大的淋巴结常有波动感，可自然破溃流脓，形成溃疡和窦道。尤其是窦道开口呈“鱼口样”非常具有特征性。

合并症并发症 包括包皮炎、嵌顿包茎、尿道瘘、尿道狭窄、阴茎干淋巴管炎、阴囊或阴唇象皮肿以及溃疡的继发其它感染等。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 直接涂片检查发现革兰染色阴性杜克雷嗜血杆菌。此法敏感性差。

1.3.2 培养法 杜克雷嗜血杆菌培养阳性。

1.3.3 病理学检查 有符合软下疳溃疡的组织病理表现。组织切片中有时可找到杜克雷嗜血杆菌。

1.3.4 核酸检测 聚合酶链反应法等检测杜克雷嗜血杆菌核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认定的实验室开展。

1.4 诊断分类

疑似病例：符合 1.2（临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）项。；

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3（实验室检查）中除 1.3.1 外的任 1 项。

1.5 鉴别诊断

需与扁平湿疣、生殖器疱疹、性病性淋巴肉芽肿、腹股沟肉芽肿以及其他生殖器部位有溃疡表现的皮肤病相鉴别。

2 治疗

2.1 治疗原则

应遵循及时、足量、规则用药的原则。在患者发病前 10 日内的性伴，无论其有无症状，均应同时接受治疗，治疗后应进行随访。

2.2 治疗方案

推荐方案

头孢曲松 250mg，单次肌注。或

阿奇霉素 1g，单次口服。或

环丙沙星 500mg，口服，每日 2 次，共 3 d（孕妇及哺乳期妇女和小于 18 岁者禁用）。或

红霉素 500mg，口服，每日 4 次，共 7 d。

头孢曲松和阿奇霉素的优点是单次给药。在世界范围内，已有环丙沙星或红霉素中度耐药菌株的报告。18 岁以下者忌用环丙沙星。

2.3 随访

在治疗开始后 3~7d 日应进行复查。如治疗有效，在 3d 日内溃疡症状好转，在 7d 日内客观体征也改善。如临床无明显改善，医生应考虑： 诊断是否正确； 患者是否同时合并其它性病； 患者是否合并 HIV 感染； 未按要求用药；或 杜克雷嗜血杆菌菌株对所用抗菌药物耐药。完全愈合的时间随溃疡大小而定，大的溃疡可能需 2 周以上。此外，未经环切的患者，如果溃疡位于包皮下，愈合较慢。已化脓、有波动感的淋巴结肿大临床消退慢于溃疡，尽管治疗有效，可能还需作穿刺或切开引流。用针头抽吸比较简便，但切开引流更为可取，因为以后无需多次引流。

2.4 性伴的处理

软下疳患者的性伴，如果在患者出现症状之前 10d 天内，与患者有过性接触，不论其有无此病的症状，都必须进行检查和治疗。

2.5 特殊情况的处理

2.5.1 妊娠

头孢曲松和或红霉素用于孕妇和哺乳期妇女较为安全，而阿奇霉素用于孕妇和哺乳期妇女的安全性和疗效尚未确定，只有在利大于弊时考虑使用。环丙沙星在妊娠及哺乳期禁用。至于软下疳对妊娠结局的不利影响，尚未见报告。

2.5.2 HIV 感染

软下疳合并 HIV 感染者应作密切观察，因为这类患者治疗失败的可能性较大，且溃疡愈合更慢。合并 HIV 感染的软下疳比 HIV 阴性者需要更长的疗程，且用任何方案都可能发生治疗失败。所推荐的头孢曲松和阿奇霉素对合并 HIV 感染的患者疗效如何，资料还很有限，因此，这些方案仅适用于能保证随访的患者。

第七节 性病性淋巴肉芽肿

性病性淋巴肉芽肿是沙眼衣原体（血清型 L1、L2、L2a 或 L3）引起所引起的一种慢性性传播疾病。我国尚未发现经实验室确诊的性病性淋巴肉芽肿病例。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期 为 3~30 天 d，平均 7~10d 天。

1.2.2 临床表现 根据临床过程可分为三期。

1.2.2.1 早期

出现原发性损害，又称初疮，包括无痛性小丘疹，小的疱疹样皮损，溃疡或糜烂，非特异性尿道炎等。常在 1 周内自行愈合。

好发于男性的冠状沟、包皮系带、包皮、阴茎、尿道及阴囊，女性的阴道后壁、阴唇、阴唇系带、宫颈及外阴。

1.2.2.2 中期 常在初疮出现 2~6 周后发生，也可更晚发生。

腹股沟综合征 多为单侧受累，腹股沟和股淋巴结出现肿大和疼痛（腹股沟横痃）。少数出现“沟槽征”，是由于腹股沟韧带上方的腹股沟淋巴结和下方的股淋巴结均肿大，使皮肤呈现沟槽状。肿大、坏死的淋巴结可发生波动和破溃，出现多个瘻管，似“喷水壶”状，愈后遗留瘢痕。少数女性患者病变累及髂窝淋巴结及直肠周围淋巴结，引起盆腔粘连，出现下腹痛和腰痛。

肛门直肠生殖器综合征 多见于女性病例或男性同性恋者。由于直肠结肠炎及直肠周围淋巴组织炎，出现肛门瘙痒、直肠疼痛、腹痛、腹泻及里急后重，脓血便或便中带血，或腹泻和便秘交替出现。

全身症状可出现发热、头痛、关节痛等。有时会发生结节性红斑或硬红斑。

1.2.2.3 晚期 经数年或 10 余年病程后发生。

图 -4 肛周直肠瘻

表现为肛周直肠瘻，肛周可见多个瘻管口，其中 3 个瘻口仍处于活动状态，有脓血性渗液流出。

直肠狭窄

由于长期慢性直肠炎或直肠周围炎，及瘢痕形成，导致直肠狭窄。通常发生在肛门上 3~5cm 厘米处。病人常有腹痛或阵发性腹部绞痛，排出的大便呈铅笔状。

生殖器象皮肿

由于长期的淋巴结及淋巴管慢性炎症，淋巴回流障碍，淋巴水肿，最终导致阴囊及外阴象皮肿，广泛性破坏。

1.3 实验室检查

1.3.1 血清学试验 可采用补体结合试验、微量免疫荧光（MIF）试验、单一包涵体免疫荧光试验和酶联免疫吸附试验等。高滴度的衣原体抗体（补体结合试验滴度 1:64，MIF 滴度 1:512），或者间隔 2 周以上前后 2 次的抗体滴度相比有 4 倍增加对本病有诊断意义。

1.3.2 培养法 沙眼衣原体细胞培养阳性。

1.3.3 组织病理学检查 有符合本病的组织病理改变。

1.3.4 核酸检测 聚合酶链反应法等检测沙眼衣原体核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认定的实验室开展。

1.4 诊断分类

疑似病例：符合 1.2（临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）项。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3（实验室检查）中的任 1 项。

1.5 鉴别诊断

本病早期有生殖器溃疡表现者，需与梅毒、生殖器疱疹、软下疳，以及一些非性传播疾病如创

伤、固定性药疹等进行鉴别。出现腹股沟淋巴结病时，需与梅毒、生殖器疱疹、软下疳、结核病、下肢感染等引起的腹股沟淋巴结肿大鉴别。晚期并发症需与丝虫病、直肠癌、皮肤肿瘤等鉴别。

2 处理治疗

2.1 治疗原则 及时治疗；足量、规则用药；不同病情采用不同的治疗方案；治疗期间应避免性行为；性伴应接受检查和治疗；治疗后应进行随访和判愈。

及时、有效的抗生素治疗可以治愈现症感染，缓解临床症状，阻止进一步的组织损伤，缩短病程，消灭传染性。但晚期患者组织损伤严重时可遗留后遗症。

2.2 治疗方案

推荐方案

多西环素 100mg, 口服, 每日 2 次, 共 21 d ;

米诺环素 100mg, 口服, 每日 2 次, 共 14 ~ 21 d ;

红霉素 500mg, 口服, 每日 4 次, 共 21 d ;

四环素 500mg, 口服, 每日 4 次, 共 21 ~ 28 d。

以上推荐方案主要适用于无合并症并发症的感染。对慢性感染者可采用一个以上疗程，交替使用上述抗生素。

对横痃可行穿刺术抽吸脓液，一般不主张外科切开引流。对出现瘻管或窦道者可行外科修补术或成形术，对直肠狭窄可行扩张术，对生殖器象皮肿可行整形术。在对有合并症并发症患者行外科手术前，应给予足量的抗生素治疗。

2.3 随访

对患者应作治疗后随访，直至临床症状和体征缓解。

2.4 性伴的处理

在患者出现症状之前 30 d 天内，凡与本病患者有过性接触的的性伴，不论其有无此病的症状，都必须进行检查和治疗。

2.5 特殊情况的处理

2.5.1 妊娠

孕妇和哺乳期妇女应以红霉素方案治疗。孕妇或哺乳期妇女禁用四环素、多西环素或米诺环素。

2.5.2 合并 HIV 感染者

本病合并 HIV 感染者的治疗方案应与 HIV 阴性者相同，但需延长疗程。其症状消退也缓慢。

第八节 阴道毛滴虫病

阴道滴虫病是由阴道毛滴虫引起的一种炎症性疾病。其主要传播途径是性行为，也可通过间接接触感染。因该病的发病率高，可引起妇女妊娠不良结局以及增加 HIV 感染的危险性，近年来人们逐渐认识到滴虫病是重要的性传播疾病之一。阴道毛滴虫也可引起男性的尿道炎。

1 诊断依据

1.1 流行病学史 好发于所有年龄段的性活跃的妇女。可有多性伴及个人卫生习惯差。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期 4~28d 天，平均 7 天 d。

1.2.1.1 急性感染

症状：外阴瘙痒、不适、刺痛感，尿频、尿痛。严重者可出现下腹痛。阴道分泌物增多，或有异味。

体征：外阴水肿或红斑；阴道充血、分泌物增多，从少量、稀薄到大量、稠厚不等，10%~30% 女性患者出现典型的大量泡沫状黄绿色分泌物并常有臭味；宫颈充血、水肿，少数感染者(2%~5%) 宫颈上皮广泛糜烂、点状出血，称为草莓状宫颈。

1.2.1.2 慢性感染

症状：较轻，可有瘙痒和性交痛，阴道分泌物量较少，常混有粘液。

体征：阴道充血，出现黄绿色分泌物等。

1.2.1.3 无症状感染

10%~50% 的女性感染者可无任何临床症状。但 50% 的无症状携带者可在半年内出现临床症状。

1.2.1.4 其他部位的感染 女性尿道、前庭大腺、尿道旁腺偶可受到滴虫的感染。

1.2.1.5 并发症

子宫附件炎、输卵管积脓、子宫内膜炎和不孕症等。

与妊娠合并症并发症相关，可引起胎膜早破、早产、低出生体重儿等。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 阴道分泌物盐水湿片，见到滴虫。

1.3.2 培养法 阴道分泌物滴虫培养阳性。

1.4 诊断分类

疑似病例：符合 1.2 (临床表现) 项，有或无 1.1 (流行病学史) 项。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3（实验室检查）中的任一项。

1.5 鉴别诊断

需与细菌性阴道病、外阴阴道念珠菌性病、淋球菌或沙眼衣原体性宫颈炎相鉴别。

2 处理

2.1 治疗原则

对滴虫检查阳性的病人不论有无症状均应进行治疗。应同时治疗男性感染。

2.2 治疗方案

推荐方案

甲硝唑 2g，一次顿服；或
替硝唑 2g，一次顿服；或
奥硝唑 1.5g，一次顿服；或
甲硝唑 400mg~500mg，口服，每日 2 次，疗程 7d；或
奥硝唑 500mg，口服，每日 2 次，疗程 5d。

单剂量的优点是患者的依从性好，但复发率较高。甲硝唑治疗期间及治疗后 48 小时应避免饮酒，防止出现戒酒硫样反应。治疗期间避免性行为。

2.2.2 治疗失败或复发的治疗

治疗失败的常见原因有未遵医嘱用药、再感染或耐药。近年来甲硝唑耐药病例国外时有报道，耐药菌株的阳性率尚不清楚，人群中的估计耐药率为 5%。有报道对甲硝唑耐药或不能耐受的病人用替硝唑治疗获得良好效果。对治疗失败或复发的病人可通过增加甲硝唑的剂量或换用替硝唑进行治疗。

推荐方案

甲硝唑 500mg，口服，每日 3 次，疗程 7 d。同时阴道内应用甲硝唑栓剂 500mg，每天 1 次，疗程 7 d；或
甲硝唑 2g，口服，每日 1 次，疗程 3~5 d。

2.2.3 局部治疗

甲硝唑栓剂 500mg，阴道内用药，每晚 1 次，疗程 7~10 d。或
奥硝唑栓 500mg，阴道内用药，每晚 1 次，疗程 7 d。甲硝唑片剂 200mg，阴道内用药，每晚 1 次，疗程 10 d。

由于局部用药难于在尿道或阴道周围腺体内达到有效的治疗水平，不能彻底根治滴虫感染，停药后易复发，因此不主张单独应用局部治疗。

2.3 特殊情况的考虑

2.3.1 孕妇的治疗

妊娠期及哺乳期妇女均可应用甲硝唑。有症状的孕妇应该给予治疗以减轻症状。尽管现有资料表明甲硝唑无致畸胎作用，但妊娠头 3 个月应慎用。妊娠早期采用局部治疗可缓解症状，如克霉唑栓剂 100 mg，阴道内用药，1 日 1 次，疗程 7 d。哺乳期用甲硝唑 2g 顿服疗法应中断哺乳 24 小时。

2.3.2 合并 HIV 感染者

合并 HIV 感染者的治疗，与无 HIV 感染者的治疗相同。

第九节 生殖器念珠菌病

生殖器念珠菌病包括女性外阴阴道念珠菌病和男性念珠菌性龟头炎。两性可通过性接触的方式互相传播。病因主要是由白念珠菌，其次为光滑念珠菌和热带念珠菌等。念珠菌是一种条件致病菌，机体抵抗力下降是发病的内因，念珠菌的毒力或致病性是外因。

1 诊断依据

1.1 流行病学史 可有性伴感染史，本人可有应用大量广谱抗生素、糖皮质激素、雌激素含量高的口服避孕药，妊娠，糖尿病及阴道灌洗等。

1.2 临床表现

1.2.1 女性

1.2.1.1 症状和体征

外阴瘙痒、灼痛，尿痛、阴道内疼痛或刺激感，浅表性交痛。体检可见外阴潮红水肿，散在抓痕或表皮剥脱，慢性感染者外阴皮肤肥厚呈苔藓样变。

阴道粘膜充血，红肿或糜烂，阴道内有白色凝乳状或豆渣样分泌物，阴道壁附着有白色薄膜状物。阴道分泌物 pH 值一般正常。

1.2.1.3 复发性外阴阴道念珠菌病 少数妇女 (<5%) 可发生，原因尚不清楚。外阴阴道念珠菌病的症状每年复发 4 次或 4 次以上，并经病原学证实。

1.2.1.4 分类

参见表 1-9-1。

表 1-9-1 外阴阴道念珠菌病的分类

	无合并症并发症外阴阴道念珠菌病	有合并症并发症外阴阴道念珠菌病
临床表现	非经常发生，病情轻至中度	复发性外阴阴道念珠菌病，病情较严重
主要病因	白念珠菌	非白念珠菌
机体的免疫状况	良好，	常伴有糖尿病、免疫抑制或妊娠等
治疗效果	对常规抗真菌治疗有效	常复发
比例	占 90% ~ 95%	5% ~ 10%

1.2.2 男性

包皮、龟头等处出现弥漫性潮红、红斑、粟粒大小丘疹、脱屑，包皮内侧及冠状沟处附有白色奶酪样分泌物。少数患者可出现急性水肿性炎症，包皮龟头水肿、浅表糜烂、小溃疡，伴疼痛、刺痒。

1.3 实验室检查

1.3.1 显微镜检查 阴道分泌物盐水湿片或 10%KOH 湿片或革兰染色涂片，见到假菌丝或芽生孢子。

1.3.2 培养法 念珠菌培养阳性。

1.4 诊断分类

疑似病例：符合 1.2（临床表现）项，有或无 1.1（流行病学史）项。

确诊病例：同时符合疑似病例的要求和 1.3（实验室检查）中的任一项。

1.5 鉴别诊断

女性病人需与细菌性阴道病、阴道毛滴虫病、淋球菌或沙眼衣原体性宫颈炎相鉴别，男性病人需与其他原因引起的包皮龟头炎相鉴别。

2 处理

2.1 一般原则

2.1.1 对有外阴阴道炎症状且显微镜检查或真菌培养阳性者需要进行治疗。

2.1.2 对念珠菌培养阳性但无症状者不需治疗。

2.2 治疗方案

荟萃分析表明，经短期和长期随访，口服与阴道局部应用抗真菌药物二种给药方法在治疗无合并症外阴阴道念珠菌病中的疗效相当，即两者在临床治愈率与真菌治愈率上无显著性差异。

推荐方案

阴道内局部用药

克霉唑阴道片剂 100mg，每晚 1 次，用 7d；或 200mg，每晚 1 次，用 3 d；或 500mg，单次阴

道内用药；或 咪康唑阴道栓剂 100mg，每晚 1 次，用 7 d，或 200mg，每晚 1 次，用 3 d；或 制霉菌素阴道栓剂（10 万单位），1~2 个，每晚 1 次，连用 14 d。
口服用药 氟康唑 150mg，顿服；或 伊曲康唑 200mg，口服，每日 2 次，用 1d。

全身治疗往往不能立即缓解症状，尤其在治疗的头 48 小时，需局部辅助治疗。女性外阴炎和男性包皮龟头炎可外用咪康唑霜或益康唑霜，每日 2 次外搽，2~3 周。

2.2.3 复发性外阴阴道念珠菌病的治疗

先用短期口服或外用唑类药物控制症状，再继以抗真菌维持治疗。

控制症状治疗
口服氟康唑 150mg，3 天 d 后重复治疗一次，或采用阴道局部用药治疗，适当延长用药时间（如 7~14 d）。
抑制性抗真菌维持疗法
克霉唑阴道片剂 500mg，每周 1 次，连用 6 个月；或 氟康唑 100~150mg，口服，每周 1 次，连用 6 个月；或 伊曲康唑 200mg，口服，每日 2 次，每月应用 1d，连用 6 个月。

采用抑制性抗真菌维持疗法可有效控制临床症状的发作，但停止治疗后有 30%~40% 的患者可复发。可能是因为所用的抗真菌抑制疗法不能彻底清除病原体，或因宿主的因素而发生黏膜耐受使得残留的真菌持续存在。在复发性外阴阴道念珠菌病中耐药不是主要原因。

2.3 性伴的处理

性伴需同时接受检查和治疗。

2.4 特殊情况的处理

2.4.1 孕妇感染

妊娠期妇女禁用口服疗法。推荐局部应用唑类药物或制霉菌素阴道栓剂治疗，疗程 7~14 d。

2.4.2 合并 HIV 感染的处理

包括外阴和阴道在内的不同部位的念珠菌病是 HIV 感染者/艾滋病病人常见的机会性感染。病情常较严重且易于复发。可按复发性外阴阴道念珠菌病的处理原则，延长疗程，或采用抑制性抗真菌维持疗法。

第十九节 细菌性阴道病

细菌性阴道病是由于阴道正常菌群的生态平衡发生紊乱，优势菌群产过氧化氢的乳酸杆菌减少或消失，其他微生物过度生长，引起的以阴道分泌物增多伴有鱼腥样气味为特征的一种临床综合征。与细菌性阴道病相关的病原体包括阴道加特纳菌、厌氧菌如解脲类拟杆菌、具核梭杆菌、链球菌、游动钩菌属及人型支原体等。细菌性阴道病的属内源性感染，发病与多性伴、阴道冲洗等相关，一般认为其属内源性感染，而不属于性传播感染的范畴。

1 诊断

1.1 临床表现

阴道分泌物增多，有鱼腥样气味。一般不伴有外阴阴道疼痛、瘙痒或刺激症状。约 50% 的患者无自觉症状。

阴道口有灰白色分泌物流出；阴道内、阴道壁表面有稀薄而均匀一致的灰白色分泌物。阴道壁无明显炎症。

1.1.3 并发症：

细菌性阴道病与非衣原体性、非淋菌性上生殖道感染如盆腔炎、子宫内膜炎有关；孕妇患有细菌性阴道病时，发生早产、胎膜早破、低出生体重儿及产后子宫内膜炎相关。

1.2 实验室检查

1.2.1 阴道分泌物 pH 测定 pH 值 >4.5 。

1.2.2 阴道分泌物嗅试验（又称胺试验） 阳性；

1.1.3 显微镜检查 阴道分泌物盐水湿片或涂片革兰染色，线索细胞阳性。

1.3 诊断依据

细菌性阴道病的诊断主要根据临床特征，以下 4 个指标中满足 1.3.4 和其他任何 2 个指标即可诊断细菌性阴道病。

1.3.1 阴道壁上附有稀薄而均匀一致的白色分泌物；

1.3.2 阴道分泌物的 pH 值 >4.5 ；

1.3.3 阴道分泌物嗅试验（胺试验）阳性；

1.3.4 阴道分泌物镜检线索细胞阳性。

1.4 鉴别诊断

需与外阴阴道念珠菌病、阴道毛滴虫病、淋球菌或沙眼衣原体性宫颈炎相鉴别。

2. 处理

2.1 治疗原则：对有症状患者和有早产危险（以前有早产/流产史）的孕妇应进行治疗；在实施宫内操作手术前应进行细菌性阴道病的筛查和治疗。

2.2 治疗方法

推荐方案
甲硝唑 400mg，口服，每日 2 次，共 7 d；或 0.75%甲硝唑凝胶 5g，阴道内给药，每晚一次，共 5 d。
替代方案
甲硝唑 2g 一次顿服； 克林霉素 300mg，口服，每日 2 次，共 7 d。
孕妇的治疗
甲硝唑 2g 一次顿服；或 甲硝唑 400mg，口服，每日 2 次，共 7 d；或 克林霉素 300mg，口服，每日 2 次，共 7 d。 甲硝唑不推荐用于妊娠头 3 个月。

细菌性阴道病治疗后可以达到 80% 以上的治愈率，但在 1 年内可有 80% 的复发率，不主张对男性性伴进行常规治疗。关于细菌性阴道病的高复发率以及在细菌性阴道病高患病率人群中开展细菌性阴道病治疗，要考虑到细菌性阴道病相关性病原体的耐药性，甲硝唑不能根除所有的阴道加特纳菌，对游动钩菌及人型支原体也不敏感，可以考虑其他方法如克林霉素治疗。

2.3 特殊情况的处理

孕妇感染

孕妇的治疗
甲硝唑 2g 一次顿服；或 甲硝唑 400mg，口服，每日 2 次，共 7 d；或 克林霉素 300mg，口服，每日 2 次，共 7 d。 甲硝唑不推荐用于妊娠头 3 个月。

第十一节 阴虱病

阴虱病是由阴虱叮咬而引起的瘙痒性皮肤病，通常经过密切的性接触而发生传播。阴虱病也可通过患者所用的床单、衣物、毛巾等间接传播。阴虱具有宿主特异性，通常寄生在人体阴部或肛周的体毛上，偶可侵犯腋毛、睫毛和眉毛。阴虱通过吸食人体血液生存。阴虱病患者常伴发其它性传播疾病，因此对于阴虱病患者要同时检查其它性传播疾病。

1 诊断

1.1 流行病学史 有多性伴，不安全性行为，或性伴感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 潜伏期：无明确的潜伏期，感染阴虱后不久就可出现症状。

1.2.2 症状：侵袭部位因阴虱叮咬皮肤而出现不同程度的瘙痒，或只有轻微的不适、叮刺感，也可无任何症状。

1.2.3 体征：肉眼或用放大镜在阴毛根部或毛干上可见 1mm 大小的阴虱、0.8mm×0.3mm 大小的虱卵，侵袭部位皮肤可见发红色斑点、丘疹、血痂、抓痕或继发毛囊炎或脓疱，贴身衣服上可见血痂样物质皮。可有腹股沟淋巴结肿大。有的患者可见青斑，直径约 0.5cm，无痒感，压之不褪色，常见于股内侧和腹部，可持续存在数月。

1.2.4 合并症并发症：有的患者在侵袭部位可出现继发性感染，或出现低热、全身不适等。

1.3 实验室检查：一般无需实验室检查，必要时用放大镜直接检查侵袭部位的阴虱成虫或虱卵，或取材在低倍显微镜下观察。

1.4 诊断依据

肉眼或用放大镜在侵袭部位查见阴虱成虫或虱卵即可做出诊断。

1.5 鉴别诊断

需与疥疮、脂溢性皮炎、接触性皮炎、脓疱病、股癣等进行鉴别。

2 处理

2.1 一般原则

及时、足量、规则用药。治疗期间避免性行为。性伴应该同时接受检查和治疗。病人还应作其他性传播疾病的检查。

2.2 治疗方案

推荐方案

1%扑灭司林 (permethrin) 霜涂于患处, 10 分钟后洗去; 或
1%林丹 (lindane) 香波或霜, 涂于患处 4 分钟, 然后彻底洗去 (孕妇、哺乳期妇女和小于 2 岁的儿童忌用); 或
50%百部酊, 每日外搽 2 次, 连续 3 d; 或。
5% ~ 10%硫磺软膏, 局部涂搽, 每日 2 次, 连用 10 d 为一疗程; 或。
25%苯甲酸苄酯乳, 涂于患处, 8 小时后洗去; 或。
1%扑灭司林 (permethrin) 霜涂于患处, 10 分钟后洗去。

2.3 随访

如果患者症状持续, 应于 1 周后复诊。如果在毛发和皮肤交界处发现成虱或虫卵, 则需重复治疗。如果推荐的治疗药物无效, 应更换治疗方案。

2.4 性伴的处理

1 个月内的性伴应按上述方案治疗。患者和性伴在复查判愈后方可发生性接触。

2.5 特殊注意事项

2.5.1 妊娠

孕妇和哺乳期妇女应该使用扑灭司林, 或硫磺软膏治疗。忌用林丹。

2.5.2 HIV 感染

HIV 感染者合并阴虱病的治疗方案与 HIV 阴性者相同。

2.5.3 其他处理事项

所推荐的药物不可用于眼部。睫毛虱病可在眼睑边缘涂以封包性眼膏, 每日 2 次, 共 10 d。患者使用过的床单和衣物必须清洗干净 (热循环机器洗涤或干洗), 或离体 72 小时以上。生活区无需熏蒸。

第二章 病征处理

控制性病的基本要求之一是早期发现、及时早期治疗，最好是患者首次第一次就诊时就能得到及时治疗。在我国，由于资源的限制，很多地区的实验室检查条件缺乏，难以做出病原学诊断；即使在那些有条件进行实验室检查的门诊单位，由于需较长时间才有结果，可能会延误治疗。而且，除了患者得不到有效的及时治疗外，患者会失访，感染仍可继续传染他人。由于各种性病的表现多样，病人缺乏知识除了去，他们可能去综合医院皮肤性病科看病，也可能去泌尿科、妇科或外科就诊，或去初级医疗保健机构就诊，有的患者甚至更愿意去私人诊所就诊，而不常去专门的性病防治机构。因此，有效的性病防治策略需要一种快速、价廉、简便和相对、准确的诊疗手段，能够为专业水平不同的医务工作者在广泛范围内使用。

性病的病征处理正是为广大的医务工作者提供了这样一种实用的诊疗方法，它使得医务工作者无需等待耗时、耗费的实验室检查结果，可在无实验室检查或在最简单的实验室检查的条件下，即可根据患者的病征或辅以危险因素评估、最简单的实验室检查结果进行诊断和治疗。除治疗外，有关性病的预防、性伴通知及鼓励安全套使用等方面的咨询工作也是病征处理的重要组成部分。在非洲的研究表明，开展病征处理的性病综合防治规划可以使社区的 HIV 感染率出现大幅度下降。

所谓病征，是将患者所述的症状及医生体检时发现的体征进行归纳，每一类症状和体征即称为一种病征。不同的病原体可导致相同的病征，如男性尿道炎、阴道宫颈炎及生殖器溃疡，等等。

在病征处理过程中，流程图是引导医生正确处理患者的主要工具。对某一病征的处理均设计了相应的流程图，它呈树枝状结构，引导医生循序渐进，做出一系列诊疗预防的决定和行动。

病征处理，则是根据性病患者的病征，利用相应的流程图，来对患者进行诊断、治疗、健康教育及性伴通知等综合处理。治疗时针对所有能引起此种病征的性病，而不是针对某一种特定的性病。

常见的 7 种病征是：男性尿道炎（男性尿道分泌物）；阴道/宫颈炎（阴道分泌物异常）；生殖器溃疡；女性下腹痛；阴囊肿胀；腹股沟淋巴结肿大（腹股沟横痃）；新生儿结膜炎。

病征处理的特点是：

1. 病征处理使病人在第一次就诊时就能得到及时有效的性病治疗。这样做的好处是由于治疗及时，减少了并发症和后遗症的发生；并防止感染的进一步传播。
2. 病征处理主要适合于初级医疗保健机构。病征处理无需昂贵的或操作繁琐的实验室诊断试验，易于为基层医务人员所掌握。
3. 病征处理注重最常见的、可治愈的性病，并注重多重感染的处理。这些性病包括梅毒、淋病、

沙眼衣原体感染、软下疳（在某些国家常见，在我国少见）以及其他生殖道感染如阴道滴虫病及念珠菌病等。

4. 病征处理操作方便易学易用，能提供为病人所接受的、及时的、有效的医疗服务，这样病人的满意程度也会大大提高。

5. 病征处理提倡对病人进行全面的性病医疗服务，包括对病人的健康教育、咨询、鼓励使用安全套避孕套及鼓励病人的性伴来作检查和治疗，这对预防以后的再感染非常重要。

6. 病征处理支持治疗方案的标准化，并要求对治疗方案的定期修订，这样可降低抗生素耐药性的产生。

然而，对于女性阴道宫颈炎病征，病征处理的敏感性和、特异性和阳性预期值均不理想。尤其在淋病及沙眼衣原体流行率较低的人群中（如妇科门诊就诊者）其阳性预期值较低，低阳性预期值意味着可能出现较多的假阳性，即将非性病感染者误诊为感染者，因而造成不必要的治疗等后果。因此，如何通过简便易行的方法来提高诊断的准确性仍是一个值得关注的问题。

综合考虑，病征处理的利大于弊。它已经在全世界范围内，包括发达国家，配合病原学诊断、临床诊断的同时，根据条件，作为一种病例处理方法，也得到了广泛应用。在我国开展性病病征处理是必要的，可行的，但还需对病征处理方案进行有效性评估，使其进一步完善，适合我国的国情。在我国通过试点证明开展性病病征处理是必要的，可行的，但还需要在进一步总结经验的基础上，对病征处理方案进行适当调整，使其进一步完善，适合我国的国情。

第一节 男性尿道炎

尿道炎，指尿道因各种原因导致炎症，出现尿道分泌物、尿痛或尿道不适等症状。病人常以尿道分泌物（尿道流脓）为主诉而就诊。

1. 病因

主要病因：淋球菌，沙眼衣原体。

其他病因：生殖支原体，解脲支原体，生殖支原体，阴道毛滴虫等。

2. 临床表现

2.1 症状

尿道分泌物：呈黏液性，或黏液脓性，或脓性，甚或脓血性。可为少量可少可多，或大量。

尿痛，或尿频、尿道刺痒和不适感。有时觉阴茎体局部疼痛。

非特异性症状，如全身不适、下腹坠胀及腰酸等。

2.2 体征

尿道口红肿，充血。

从尿道内流出脓性、或粘液脓性、或粘液性分泌物。如果分泌物极少，可嘱要求患者从阴茎根部向前挤压，则可见看是否有分泌物。

3. 实验室检查

对于因尿道分泌物而就诊的男性病人，在具备普通显微镜的门诊可进行尿道分泌物革兰染色后简单实用的显微镜检查，这样可有助于判断有无尿道炎的诊断，并可进一步判断有无淋球菌感染。

3.1 多形核白细胞内见到革兰阴性双球菌，对判断淋球菌感染具有重要意义。

3.2 仅有多形核白细胞而无细胞内革兰阴性双球菌，可按由沙眼衣原体或支原体引起的非淋菌性尿道炎处理。

附：尿道炎的显微镜检查判定标准为：

尿道分泌物涂片：多形核白细胞 5 个/1000X 视野。

尿液沉渣涂片：多形核白细胞 15 个/400X 视野。

对于无明显尿道分泌物的患者，可在早晨未排尿之前，从尿道取材；或者在禁尿至少 2 h 小时后取材。在取材前，要从阴茎根部向前反复挤压数次。作尿液检查，也最好在禁尿 2 小时后取尿，通常取前段尿 10~15mL，离心后，沉渣涂片镜检。

多形核白细胞内见到革兰阴性双球菌，对判断淋球菌感染具有重要意义。

4. 处理

4.1 病征处理过程

在处理病人时，首先应确定其是否确有尿道分泌物。如检查未发现，则应从阴茎根部向前挤压尿道，再作检查。然后根据男性尿道炎病征处理流程图，做或不做（无显微镜条件或情况不许可时）分泌物的革兰染色和显微镜检查，从而决定如何治疗。

第一种流程图(见图 2-1-1)为使用显微镜检查时的处理方法。取尿道分泌物作革兰染色检查，看多形核白细胞内是否有革兰阴性双球菌，以确定是否存在淋球菌感染。多形核白细胞内有革兰阴性双球菌，这时需同时治疗淋球菌和沙眼衣原体感染，否则只需治疗沙眼衣原体感染。如果患者在来就诊前已用过任何药物，则无论是否查到细胞内革兰阴性双球菌，均应给予针对这两种病原体的治疗。

第二种流程图（见图 2-1-2）适合不使用显微镜检查的情况。在证实患者确有尿道分泌物后，即可予淋球菌和沙眼衣原体感染的治疗。对沙眼衣原体感染有效的药物对生殖支原体或解脲支原体亦也有效。

淋病和沙眼衣原体感染的具体治疗方案可参见本指南相关章节。如果在给予抗淋球菌及沙眼衣原体治疗后，仍有症状，就应该考虑再予抗阴道毛滴虫的治疗。

对阴道毛滴虫的推荐治疗方案：甲硝唑 400mg，口服，每日 2 次，共 7 d。

4.2 随访

要求患者在完成治疗后复诊，尤其是症状仍持续或复发时。复诊的目的在于了解性伴通知情况；加强健康教育；评估治疗的依从性及疗效；必要时进行判愈试验（尿道分泌物涂片或病原学检查）以确定治愈。

4.3 性伴的处理

病人最近 32 个月内的性伴应接受检查和治疗。

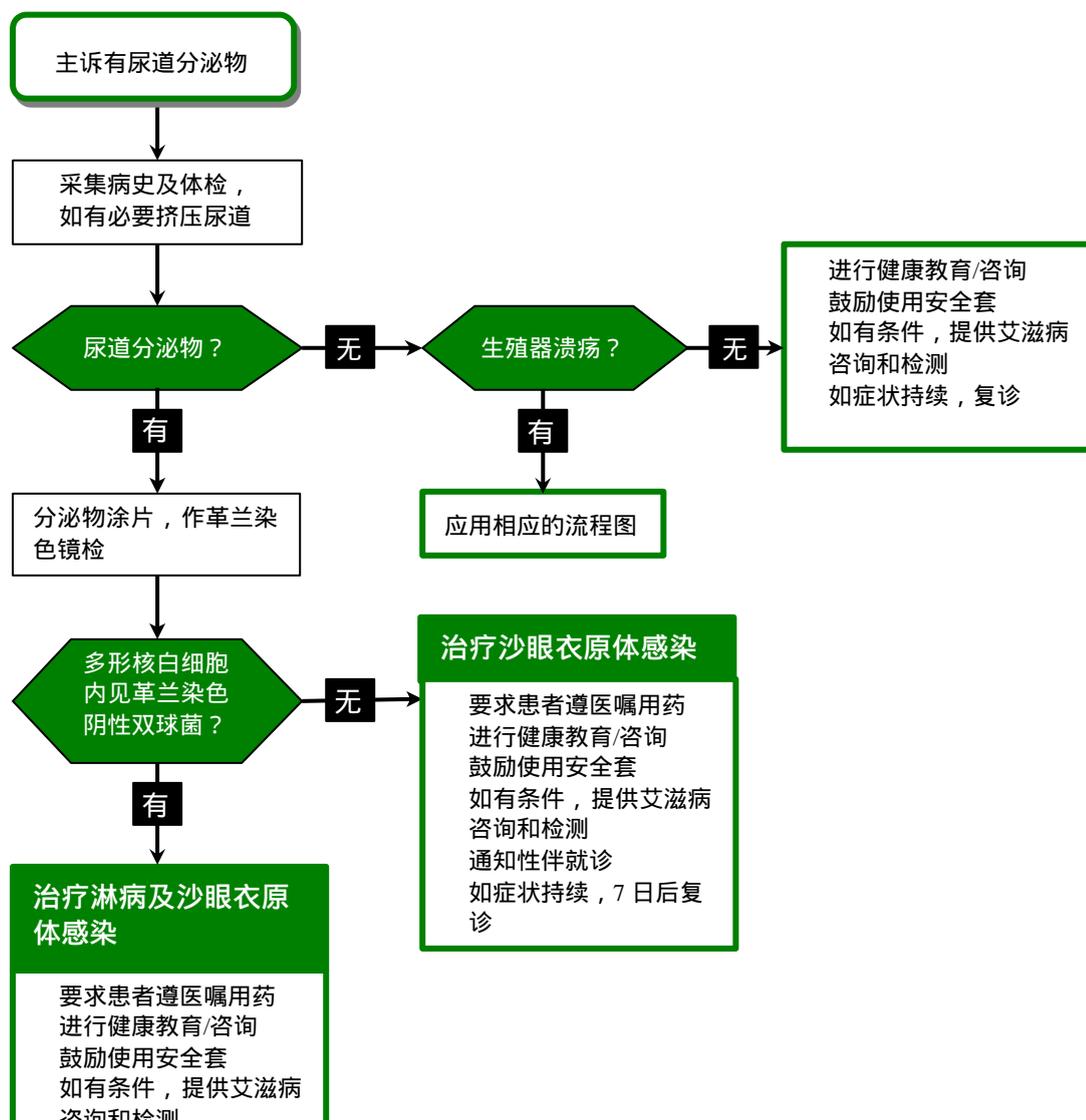


图 2-1-1 男性尿道炎病征处理的流程图
(使用显微镜检查)

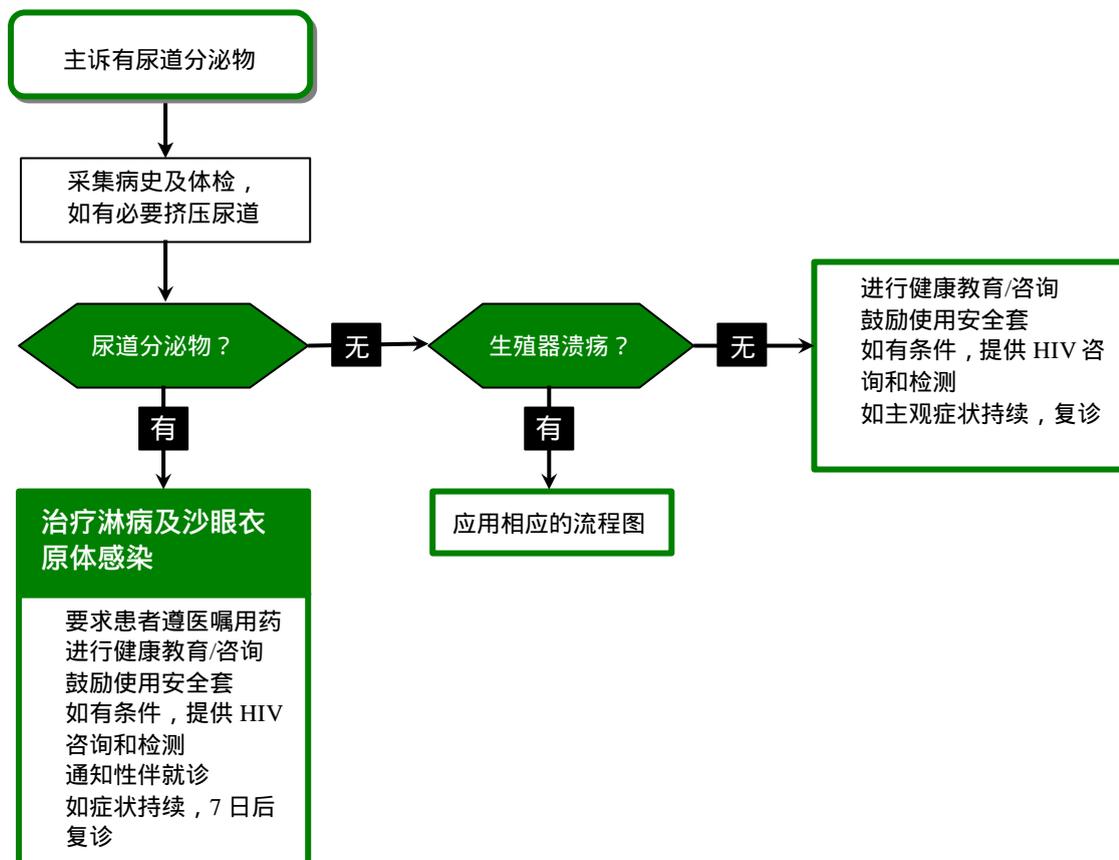


图 2-1-2 男性尿道炎病征处理的流程图
(不使用显微镜检查)

第二节 阴道/宫颈炎

阴道/宫颈炎的主要特征性表现是阴道分泌物异常。阴道分泌物异常是指女性阴道分泌物在数量、色泽以及气味上发生的变化，同时可能伴有外阴瘙痒、疼痛、刺激、排尿困难或尿痛、性交痛等症状。

1. 病因

阴道炎(阴道感染)：细菌性阴道病，白念珠菌和阴道毛滴虫感染。

宫颈炎(宫颈感染)：淋球菌，沙眼衣原体感染。

这些病原体也常发生混合感染。阴道感染最为常见，但较少发生合并症并发症。宫颈感染主要是淋病和沙眼衣原体感染引起，虽然较为少见，但常引起合并症并发症和后遗症，对身心健康影响更大。所以区别这两类感染是十分重要的。阴道感染也可与宫颈感染合并存在。

2. 临床表现

2.1 症状

轻重不等的外阴部不适、瘙痒、激惹感，阴道的肿痛及异味，有的出现性交痛，下腹痛等。可伴有尿痛、排尿困难、尿频、尿急等。

阴道分泌物异常。其性状可为稀薄至稠厚，清澈至脓性、血性，少量至大量，色泽为白色、黄色、黄绿色，可有异味。

2.2 体征

外阴可潮红、肿胀，严重者可出现糜烂、渗出。

阴道分泌物增多，根据不同原发病可呈不同的性状，如黄绿色泡沫样(阴道滴虫病)，灰白色均质稠厚样(细菌性阴道病)或白色豆渣样(外阴阴道念珠菌病)。

宫颈可充血、肿胀、糜烂、脆性增加，宫颈口可见粘液脓性分泌物。

3. 实验室检查

阴道分泌物盐水湿片或染色显微镜检查，用于检测阴道毛滴虫、线索细胞、念珠菌的芽生孢子及假菌丝，可有助于对这类病人阴道感染的诊断和处理。而对于宫颈感染(如：淋球菌，沙眼衣原体)，可通过危险因素评估(见下述)来判断，这是因为目前尚缺乏适于基层医疗单位使用的快速、简便、准确的实验室诊断方法。

4. 处理

4.1 危险因素评估

在阴道宫颈炎病征处理过程中，为判断病人是否有宫颈感染，对其与宫颈感染相关的病史，特别是性行为状况和性伴病征状况史进行评估回顾，对这些“危险因素”赋予一定的分值，当病人的总评分达到规定的分值时，即认为病人可能有宫颈感染。具体的评分标准如下：

性伴有尿道分泌物/尿道炎，2分；

年龄 < 25 岁，1分；

最近 3 个月内有新性伴，1分；

最近 3 个月内有 1 个以上的性伴，1分。

当危险因素评分 2 分时，考虑可能有宫颈感染，并给予相应的治疗。

4.2 病征处理过程

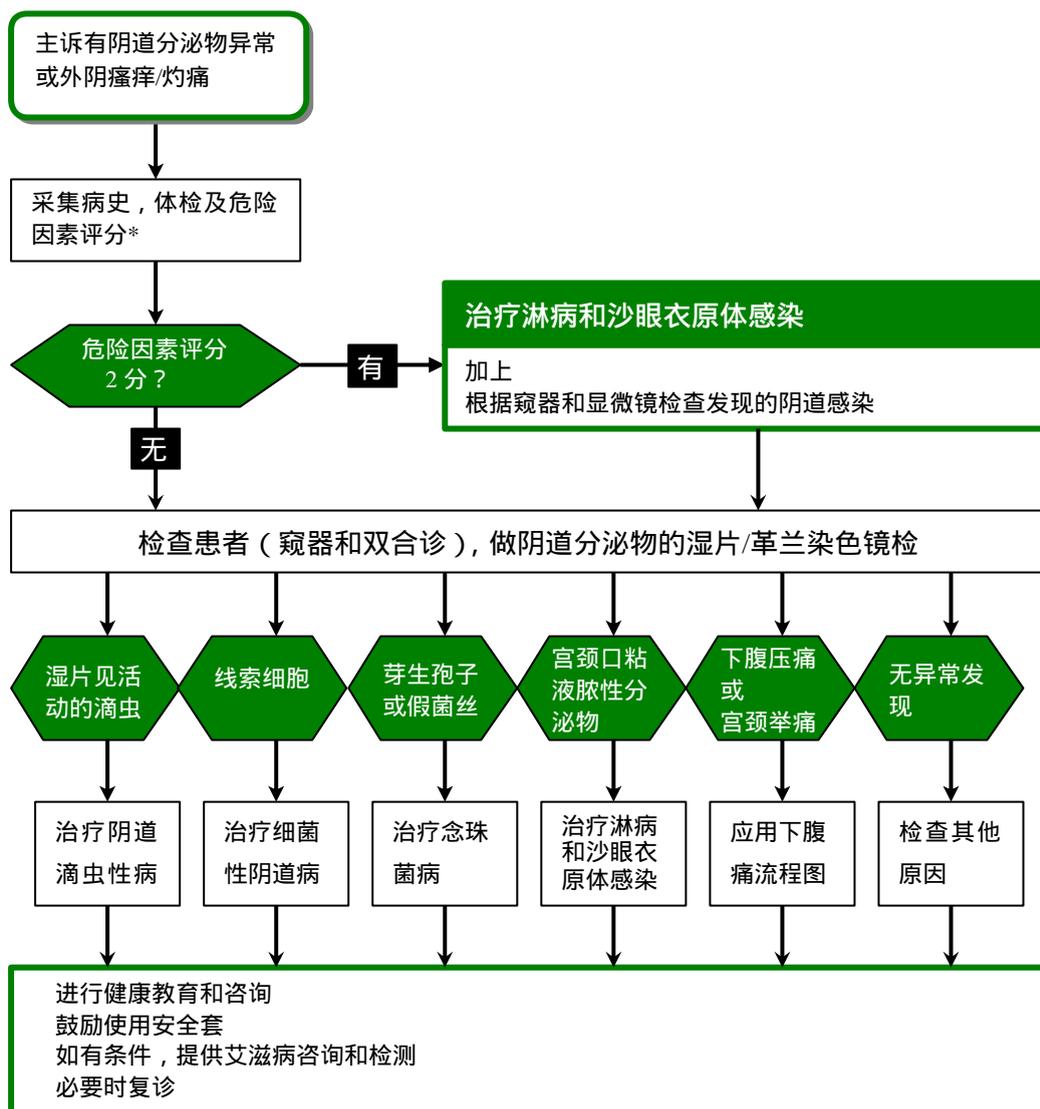
对于阴道宫颈炎病征，有 2 种不同的流程图，适应于不同的场合，即有显微镜检查条件和无显微镜检查条件，见图 2-32-1 和图 2-42-2。

在主诉有阴道分泌物异常，或外阴瘙痒或灼痛的病人就诊后，应认真地询问病史，尤其是相关的性行为史；作仔细的体格检查。然后，作危险因素评估。如果危险因素评分 2 分；或者危险因素评分虽低于 2 分，但宫颈口见到黏液脓性分泌物，就应该治疗淋病加沙眼衣原体感染。危险因素评分低于 2 分，宫颈口也无黏液脓性分泌物，就无需治疗淋病及沙眼衣原体感染。阴道感染的处理，根据有无显微镜检查条件而定。湿片检查结果可有助于确定治疗方法，如，查到线索细胞就治疗细菌性阴道病。若无显微镜检查条件，则根据有关临床表现治疗相应的感染，一般都应接受细菌性阴道病和阴道滴虫病的治疗，如发现外阴红肿和瘙痒明显，或发现有豆渣样阴道分泌物，增加治疗阴道念珠菌病。

阴道滴虫病、细菌性阴道病、外阴阴道念珠菌病、淋菌性宫颈炎、沙眼衣原体性宫颈炎的治疗方案可参见相关章节。

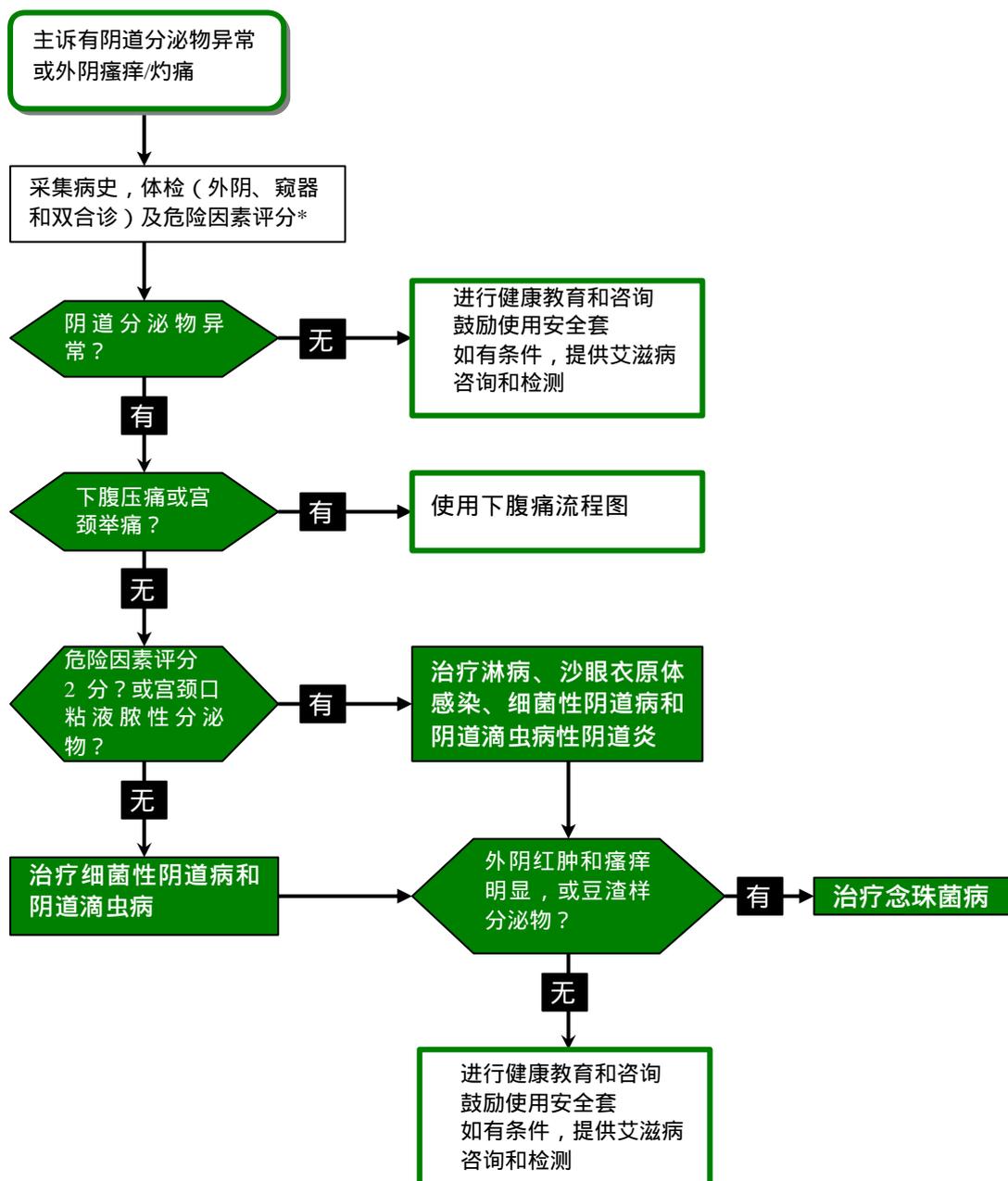
4.3 性伴的处理

对于细菌性阴道病患者，其性伴可无需治疗。对复发性外阴阴道念珠菌病患者，治疗其性伴对于降低复发有意义。对于其他患者，均应通知在 23 个月之内有过性接触的所有性伴前来进行检查和治疗。



*危险因素评分标准：性伴有尿道分泌物/尿道炎，2分；年龄<25岁，1分；最近3个月内有新性伴，1分；最近3个月内有1个以上的性伴，1分。

图 2-32-1 阴道宫颈炎病征处理流程图
(有显微镜检查条件)



*危险因素评分标准：性伴有尿道分泌物/尿道炎，2分；年龄 < 25岁，1分；最近3个月内有新性伴，1分；最近3个月内有1个以上的性伴，1分。

图 2-42-2 阴道宫颈炎病征处理流程图
(无显微镜检查条件)

第三节 生殖器溃疡

生殖器溃疡，为生殖器部位皮肤或粘膜上皮由病原微生物引起破损、继而形成的开放性损害，在某些情况下，腹股沟淋巴结可肿大，并且常见溃疡和腹股沟淋巴结肿大同时出现。有的病人可仅表现为多发性水疱或浅表糜烂，也将其归为生殖器溃疡病征。

1. 病因

常见病因：苍白螺旋体（一期梅毒硬下疳）、单纯疱疹病毒（生殖器疱疹）。

其他病因：杜克雷嗜血杆菌（软下疳），在我国罕见。

2. 临床表现

2.1 症状

损害部位可有疼痛、不适，亦可无自觉症状。

2.2 体征

溃疡 典型的梅毒硬下疳无疼痛或压痛，直径 1~2cm，圆形，数目通常仅 1 个，软骨样硬度；生殖器疱疹的表现多样，典型表现为集簇簇性水疱、脓疱、溃疡和结痂。

可发生单侧或双侧腹股沟淋巴结肿大，有或无疼痛或压痛。

3. 实验室检查

生殖器溃疡病人可做梅毒快速血清学检查（如：RPR），阳性者对于一期梅毒的诊断有帮助，但阴性者不能排除梅毒，因为血清阳转于感染后 6 周才出现，应于 6 周后复查。

4. 处理

4.1 病征处理过程

必须详细询问病史及体格检查。根据损害的性状，如果是多发性水疱或糜烂，或者是疼痛性复发性溃疡，应治疗生殖器疱疹；否则，治疗梅毒。由于生殖器疱疹与梅毒可混合感染，在治疗梅毒的同时，提醒有生殖器疱疹的可能，但不必给予药物，可密切随访。嘱病人若皮损在 7 日内未完全恢复即复诊，若临床症状恶化应提前复诊。参见图 2-53-1。

梅毒和生殖器疱疹的具体治疗方案参见本指南相关章节。

4.2 性伴的处理

应通知在 3 个月之内的所有性伴进行检查和治疗。

【附：生殖器溃疡的鉴别诊断】

生殖器溃疡--性病性？非性病性？

生殖器溃疡有可能由其他非感染性因素引起，包括固定性药疹、龟头炎和女阴炎、鳞状细胞癌、化脓性感染、外伤、刺激性（化学性）皮炎等。如何鉴别是临床上比较棘手的问题。在鉴别时要注意以下几点：

1. 如果病人有婚外性行为史，或者其性伴有类似的生殖器溃疡损害，则感染梅毒或生殖器疱疹的可能性较大。
2. 如果病人在服用某些药物（磺胺药、四环素、解热镇痛药等）后在生殖器部位迅速发生浅表糜烂，要警惕是否为固定性药疹。
3. 鳞状细胞癌多见于 50 岁以上的患者，除了溃疡常有皮下硬块。溃疡边缘高起，呈卷状外翻，基底有浸润。腹股沟淋巴结可肿大。如果有怀疑时作组织病理检查可明确诊断。
4. 龟头炎的病因复杂，包括包皮垢和局部物理因素刺激、各种感染因素等。临床表现多种多样，从轻度红斑、脱屑到片状糜烂不等。少数情况下，会发生糜烂性龟头包皮炎，出现一些圆形表浅糜烂。严重者发生崩蚀性或坏疽性龟头炎。应注意鉴别。
5. 外伤引起的损害有动作过猛的性行为、剧烈搔抓、自伤等病史。刺激性皮炎有局部应用刺激性化学药物的病史。
6. 化脓性感染表现为毛囊炎或疖肿，当脓排出后留有小溃疡。

生殖器溃疡的病征处理中为什么没有加以有梅毒快速检测（RPR）时的流程图？WHO 曾经讨论过有关有 RPR 检测时的流程图。

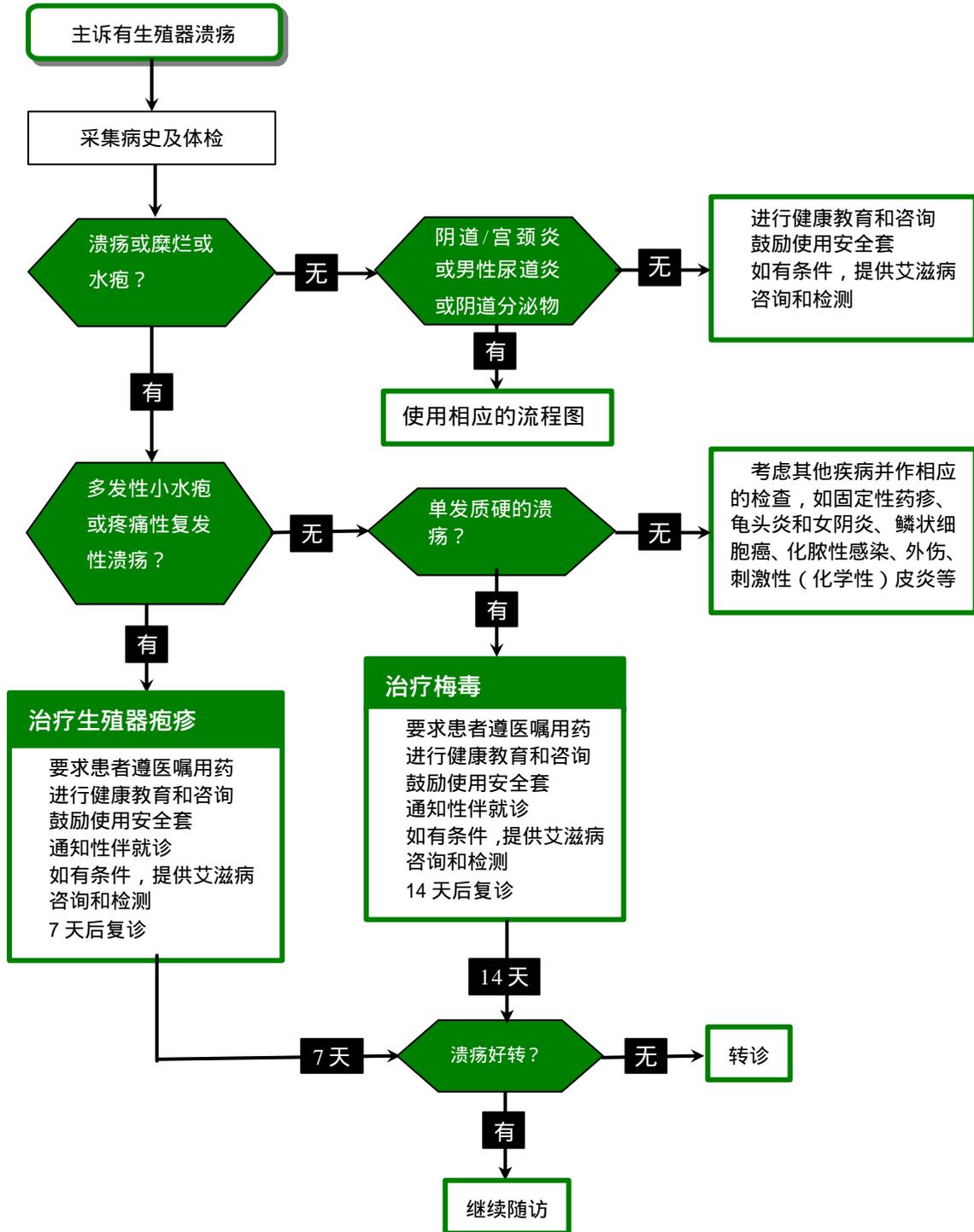


图 2-53-1 生殖器溃疡病征处理流程图

第四节 阴囊肿胀

阴囊肿胀可由附睾炎或外伤、肿瘤、睾丸扭转或附睾炎等多种原因引起。在处理这类病人时应注意鉴别。现主要叙述附睾炎的处理。

1. 病因

与性传播性尿道炎相关的附睾炎：淋球菌，沙眼衣原体。

其他原因引起的附睾炎：结核杆菌、大肠杆菌及腮腺炎病毒等。

2. 临床表现

2.1 症状

患侧阴囊肿胀、疼痛，可放射至下腹部、腹股沟区及腰区，行动或站立时疼痛加重。严重时伴全身不适、寒战、发热等。由感染因素引起的急性附睾炎还常伴有近期的尿频、尿急和尿痛等尿路刺激症状甚至全身发热。

2.2 体征

患侧阴囊表面红肿、红斑，附睾可触及肿胀，与睾丸界限清楚，压痛明显，严重时炎症可蔓延至睾丸。患侧精索增粗、压痛。

由感染因素引起的急性附睾炎常伴有尿道炎体征，如尿道分泌物。

3. 实验室检查

可作尿道拭子涂片革兰染色，显微镜下检查，有无多形核白细胞和细胞内革兰阴性双球菌。初始尿和中段尿分析以检查白细胞和细菌。

4. 处理

4.1 病征处理

对于有单侧阴囊肿胀及疼痛的就诊者，首先通过病史询问和体检排除外伤。如有下列情况，应高度怀疑睾丸扭转：(1) 突然发生；(2) 剧痛；(3) 年龄小于 20 岁；(4) 睾丸提升。此时应立即转泌尿外科，作必要的检查，以决定是否行急诊手术。

如睾丸扭转可能性不大，则可根据下列情况考虑附睾炎：(1) 年龄小于 35 岁；(2) 新近有尿道炎病史或体检发现有尿道炎；(3) 无泌尿生殖道其他的潜在疾病史（如：前列腺炎，新近插管或其它泌尿科器械操作）。

疑为大肠杆菌或绿脓杆菌感染者常有下列情况：(1) 年龄大于 35 岁；(2) 有泌尿生殖道其他潜在疾病史；(3) 新近有泌尿道器械操作史；(4) 以往无尿道炎的病史。

若证实睾丸扭转、提升或有外伤史，应将患者转诊到综合医院外科或泌尿科。若未证实此三者，则将患者拟诊为由性传播病原体引起的附睾-睾丸-附睾炎并实施治疗。参见图 2-64-1。

淋球菌和沙眼衣原体感染的治疗方案可参见本指南有关章节。辅助治疗包括卧床休息，以阴囊托抬高阴囊，给予止痛剂等。

4.2 性伴处理

凡与患者在症状出现前 23 个月内有性接触的性伴，都应通知前来检查和治疗。

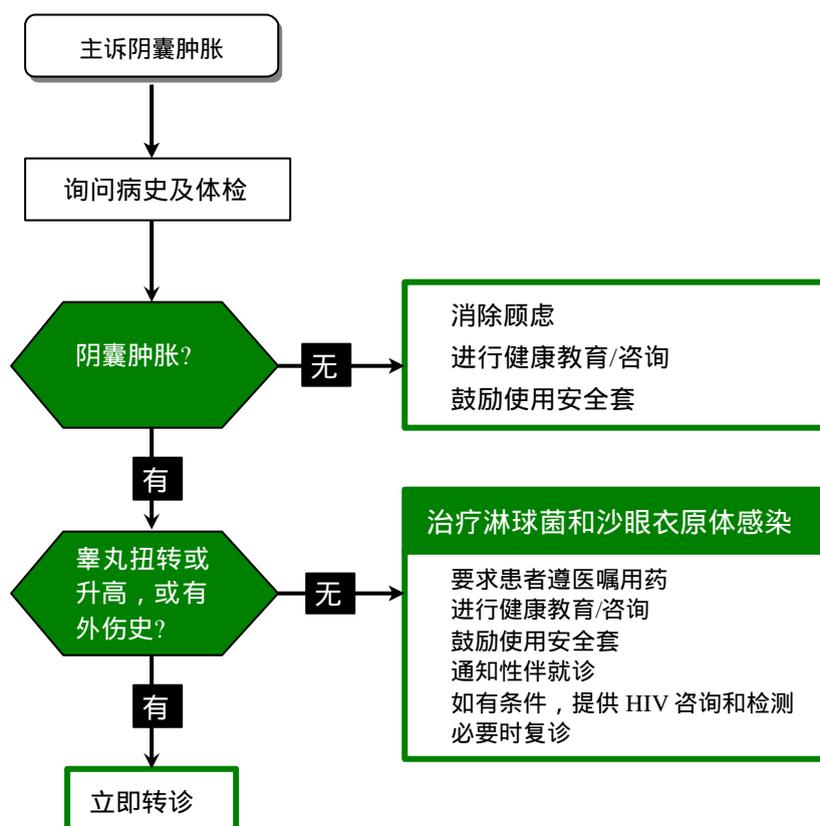


图 2-64-1 阴囊肿胀处理的流程图

第五节 女性下腹痛

女性下腹痛是盆腔炎的常见表现之一。盆腔炎是子宫、输卵管、卵巢或盆腔等上生殖道的感染。常由宫颈感染上行导致。盆腔炎在临床上较难判断，但作出早期诊断十分重要，因为这样可以降低不孕育、异位妊娠等并发症的危险性。

1. 病因

主要病因：淋球菌、沙眼衣原体、厌氧菌、需氧菌及兼性革兰阴性菌等。

常为多种病原体的混合感染。

2. 临床表现

2.1 症状

下腹部疼痛（最为常见，可常为双侧性）。

深部性交痛；尿痛；后背痛。

阴道脓性分泌物。

阴道不规则、少量、异常出血。

发热，有时恶心、呕吐。

2.2 体征

附件或宫体压痛；

宫颈举痛；

一侧或双侧附件输卵管肿大；

下腹部反跳痛。

3. 实验室及相关辅助检查

有条件可行相关辅助检查，如血常规、血沉、C 反应蛋白；宫颈和阴道分泌物盐水湿片检查或革兰染色检查等。准确的病原学诊断十分困难，因此，治疗方案须对多种病原体都有效。

4. 处理

4.1 病征处理

所有处于性活跃期的妇女若出现下腹痛，应认真询问病史，有无高危性行为史及既往性病史，仔细检查是否有盆腔炎体征。在体检时，应特别注意有无下腹部的肌卫、反跳痛、肿块及阴道出血等情况。如果有这些情况提示病人可能有妊娠并发症、腹膜炎、输卵管卵巢脓肿或外科急症。应将病人立即转诊至有妇产科及外科手术条件的医疗机构。在处理下腹痛患者之前，必须确定所面临的不是外科或妇产科急症〔有条件可行 -人绒毛膜促性腺素（hCG）尿/血检测，以排除早孕、异位妊娠等〕。

在排除上述急腹症后，可按照盆腔炎进行处理。通常，对于盆腔炎病人，除下腹痛外，还有其他相关表现，如阴道分泌物异常、发热、宫颈举痛等。如果病人只是主诉有下腹痛，而无任何其他异常，可考虑为功能性疼痛，可密切随访而暂不予抗生素处理；如疼痛仍持续，应在 3 天后复诊检查。

盆腔炎的治疗要求同时治疗需氧菌如淋球菌、沙眼衣原体及厌氧菌感染。参见图 2-75-1。

门诊治疗推荐方案	
头孢曲松 250mg，肌注，每日 1 次，共 10 ~ 14 d；或 大观霉素 2g，肌注，每日 1 次，共 10 ~ 14 d；或 其它第三代头孢菌素(如：头孢唑肟、头孢噻肟)肠道外给药。	
加	
多西环素 100mg，口服，每日 2 次，共 14 d。或 四环素 500mg，口服，每日 4 次，共 14 d，或 红霉素 500mg，口服，每日 4 次，共 14 d。	
加	
甲硝唑 500mg，口服，每日 2 次，共 14 d。	

注：服用甲硝唑治疗者严禁饮酒。妊娠最初3个月内应避免使用甲硝唑。

急性盆腔炎患者出现下列情况时应考虑住院治疗：(1) 无法排除外科急症时，如阑尾炎或异位妊娠；(2) 疑有盆腔脓肿；(3) 无法在门诊处理的严重疾病；(4) 孕妇；(5) 青少年；(6) 病人不方便在门诊治疗或不能耐受门诊治疗；(7) 门诊治疗无效。

表 5.5 盆腔炎住院推荐治疗方案

住院治疗推荐方案 A	
头孢替坦 2g，静脉注射，每 12 小时 1 次；或 头孢西丁 2g，静脉注射，每 6 小时 1 次， 加 多西环素 100mg，静脉注射或口服，每 12 小时 1 次。	
注意：如果患者能够耐受，多西环素应尽可能口服。在患者情况允许的条件下，头孢替坦或头孢西丁的治疗不应短于 1 周。对治疗 72 小时内临床症状改善者，在治疗 1 周时酌情考虑停止肠道外治疗，并继之以口服多西环素治疗 100mg，每日 2 次，加甲硝唑 500mg，口服，每日 2 次，总	

疗程 14 d。

住院治疗推荐方案 B

克林霉素 900mg，静脉注射，每 8 小时 1 次，

加

庆大霉素负荷量(2mg/kg)，静脉注射或肌注，随后给予维持量(1.5mg / kg)，每 8 小时 1 次。

也可每日 1 次给药。

注意：病人临床症状改善后 24 小时可停止肠道外治疗，继以口服治疗，即多西环素 100mg，口服，每日 2 次；或克林霉素 450mg，口服，每日 4 次，连续 14 d 为一疗程。

a 多西环素应缓慢静脉给药疼痛明显，当病人可以经口服药时，它与口服途径相比没有任何优越性。

b 孕期或哺乳期妇女禁用四环素、多西环素。妊娠头 3 个月内应避免使用甲硝唑。

c 使用庆大霉素需注意肾、耳毒性。

随访 盆腔炎门诊病人应在开始治疗 72 小时内进行随访（有发热症状患者在 24 小时内随访），若病情没有改善则收入院。病人应在 3 日内出现明显的临床好转（退热、腹部压痛减轻、子宫、附件和宫颈举痛减轻）。3 日内无好转的病人可能需入院治疗，进行其他诊断检查或外科会诊。

4.3 性伴处理

在盆腔炎患者出现症状前 2 个月内与其有性接触的男性伴应进行检查与治疗。

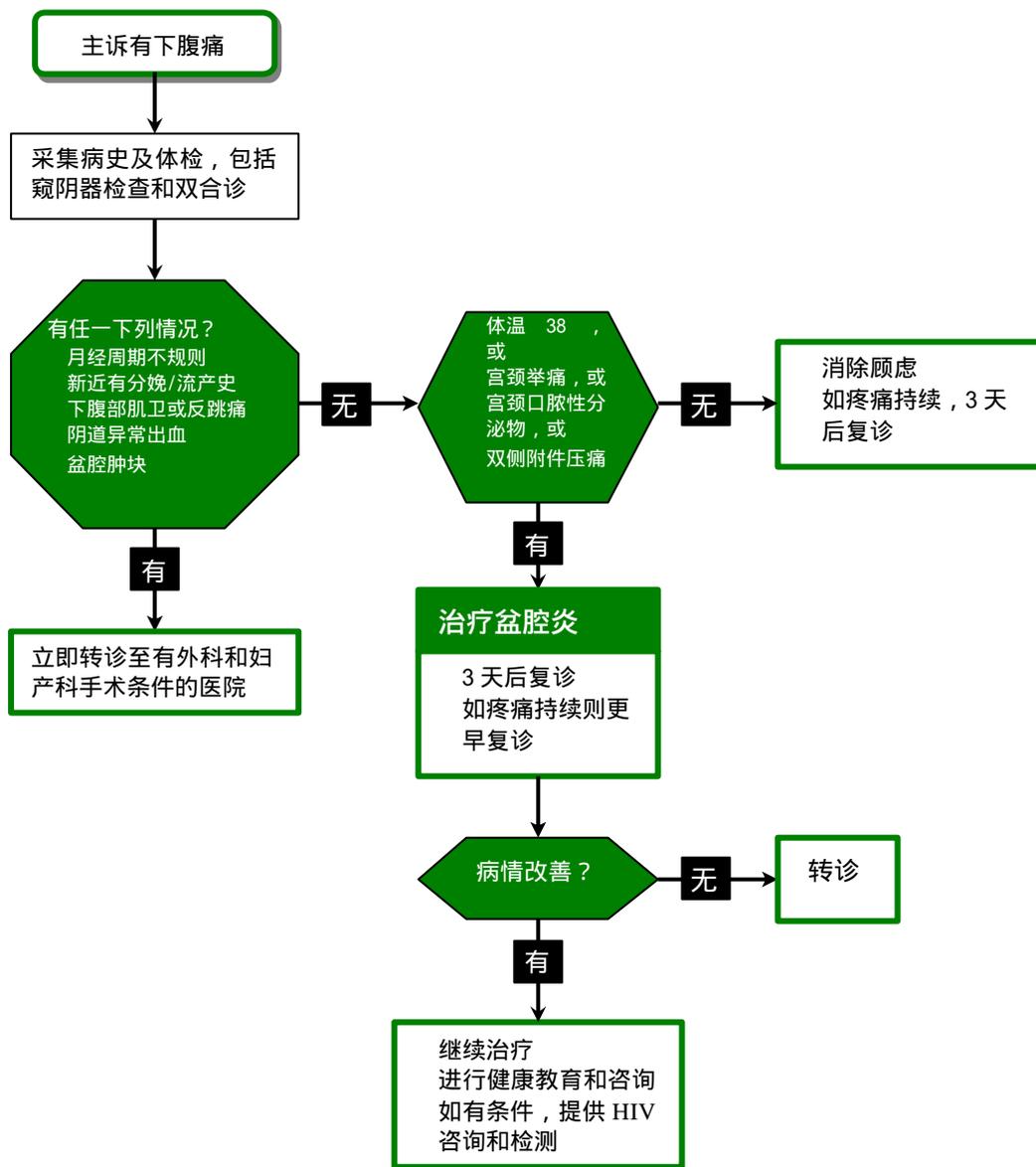


图 2-75-1 女性下腹痛病征处理的流程图

第六节 腹股沟淋巴结肿大横痃

腹股沟淋巴结肿大是指患者腹股沟淋巴结的疼痛性或无痛性的肿胀。病理表现为腹股沟淋巴结炎。患者可伴发生殖器部位的溃疡，或具有最近发生过生殖器溃疡的病史。腹股沟横痃是位于腹股沟部位疼痛性的淋巴结肿大，也可能有波动感。它是一种急性化脓性腹股沟淋巴结炎。性传播或非性传播感染均可引起腹股沟横痃。梅毒和 HIV 感染亦可有腹股沟淋巴结肿大，但一般无触痛，因此并非属于横痃。

1. 病因

性传播感染：沙眼衣原体 L₁、L₂和 L₃型（引起性病性淋巴肉芽肿），杜克雷嗜血杆菌（引起软下疳）。

非性传播感染：下肢感染、结核性淋巴结病等。

2. 临床表现

2.1 症状

腹股沟淋巴结部位疼痛，但有时疼痛亦不明显。

2.2 体征

单侧或双侧腹股沟部位淋巴结肿大，单个或多个，有压痛，表面皮肤潮发红。

肿大的淋巴结可有波动感，破溃流脓，形成溃疡和窦道或瘘管。

可伴多发性生殖器溃疡。

3. 实验室检查

如有条件，可根据不同的病因进行相应的实验室检查。如，性病性淋巴肉芽肿可作沙眼衣原体培养、抗原检测或血清学试验。

4. 处理

4.1 病征处理过程

对于主诉有腹股沟淋巴结肿大横痃的病人，需作认真的病史询问和体检。如果病人同时有生殖器溃疡，则应使用生殖器溃疡病征处理流程图。软下疳虽可导致腹股沟淋巴结肿大横痃，但其主要表现为生殖器溃疡，且该病在我国十分少见。因此，腹股沟淋巴结肿大横痃病人主要给予性病性淋巴肉芽肿的治疗。病征处理流程图参见图 2-86-1。

性病性淋巴肉芽肿的治疗方案可参见本指南有关章节。如横痃有波动感，可用粗针头从正常皮肤处进针，抽吸脓液，每隔 2~3 日 1 次，直至抽不出为止来。切勿切开引流。

4.2 性伴的处理

应通知患者在 32 个月之内有性接触的所有性伴前来进行检查和治疗。

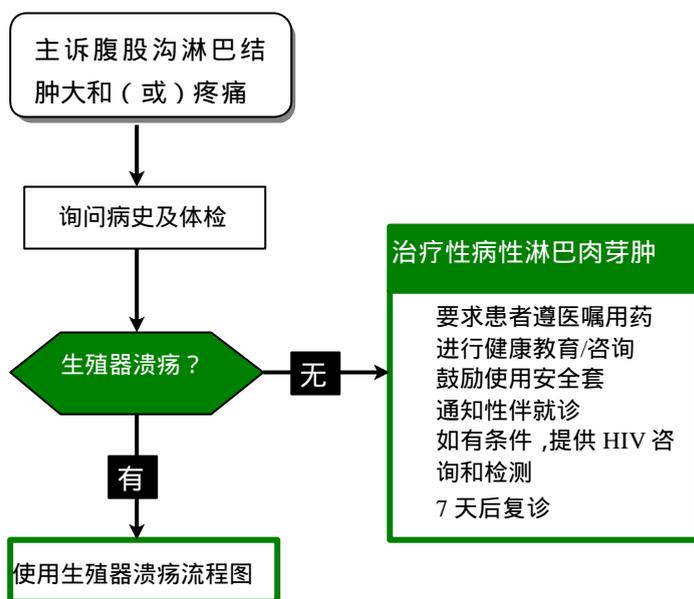


图 2-86-1 腹股沟淋巴结肿大横痃病征处理的流程图

第七节 新生儿眼结膜炎

新生儿眼炎是指新生儿产后在 4 周内出现一侧或双侧眼部化脓性炎症，包括从轻微的眼结合膜炎、角膜炎以及到眼球深部组织的感染，但通常是指眼结膜炎。若未得到及时处理，将导致眼球部前房粘连、全眼球炎甚至失明。

1. 病因

性传播病原体：淋球菌，沙眼衣原体。

其他病因：金黄色葡萄球菌，肺炎链球菌，嗜血杆菌，假单胞菌。

2. 临床表现

2.1 症状

新生儿眼睑红肿或“糊眼”，或眼部有分泌物。

2.2 体征

单侧或双侧眼睑红肿，粘液脓性分泌物或大量脓性分泌物，或出现结膜伪膜。病情发展，可致角膜穿孔。

3. 实验室检查

取眼部脓性分泌物革兰涂片显微镜检查有无多形核白细胞内革兰阴性双球菌，或作淋球菌培养，或作沙眼衣原体抗原检测。

4. 处理

4.1 病征处理过程

对于患有眼结膜炎的新生儿，应治疗患儿及其父母的淋球菌和沙眼衣原体感染。要求其父母在48小时后复诊，看患儿及父母本人的症状有无好转。如患儿在第二次复诊时病情改善，可嘱其父母继续完成整个疗程的用药。如病情仍未改善，需将患儿转诊至儿科或眼科作进一步处理。新生儿眼结膜炎的病征处理流程图参见图 2-97-1。

新生儿眼结膜炎均应同时治疗淋球菌与沙眼衣原体感染，因为有可能两者混合感染。其治疗方案如下。局部以灭菌生理盐水冲洗。

推荐方案

头孢曲松 25 ~ 50mg/kg，肌注或静脉注射（一日量不超过 125mg），每日 1 次，连续 7d；或
大观霉素 40mg/kg，肌注，每日 1 次，连续 7 d。

头孢曲松 25mg ~ 50mg/kg（总量不超过 125mg），单剂静脉或肌内注射。或

大观霉素 40mg/kg，单剂肌内注射。

加

红霉素 50mg/kg/d，口服，分 4 次，共 14 d。

随访 治疗 48 个小时后应及时随访，检查病情是否改善。如果病情改善，则继续完成整个疗程；如病情未改善或加重，需将患儿转诊到儿科或眼科做进一步处理。

4.2 预防

淋球菌性和沙眼体性眼结膜炎可通过及时使用药物进行预防。所有新生儿出生后，应立即仔细清洁，可使用 0.5% 红霉素眼液 1% 硝酸银滴眼液或 0.5% 1% 四环素眼膏。新生儿出生前应询问母亲的性行为史、性病感染史，并进行淋病和衣原体感染的检查与治疗。

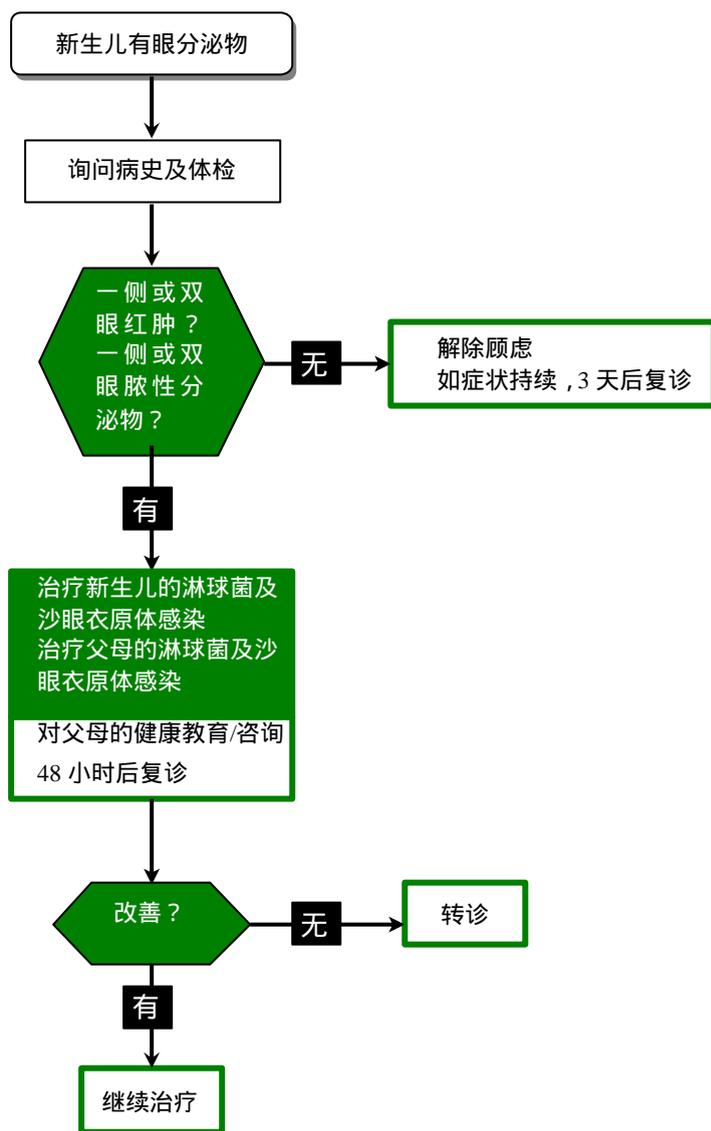


图 2-97-1 新生儿眼结膜炎病征处理流程图

第三章 临床服务中的预防和健康教育

1 临床工作中提供预防服务的意义

性病的发生、流行与人们的社会行为密切相关，即使是性病治愈者，如不改变多性伴、频繁更换性伴等危险行为，将会再次感染，并在人群中进一步扩大传播。因此，要加强对性病艾滋病的预防控制，除了医疗干预（及时、规范治疗性病）外，还需要加强预防服务（行为干预（对临床医生来说主要是结合临床服务提供预防服务，包括向病人提供健康教育、咨询和宣传使用安全套等行为干预）。目前国家已将性病预防服务纳入性病门诊规范化服务内容，并作为规范化服务考核标准之一。

2 预防服务的内容

临床工作提供预防服务的内容主要有以下几点：

2.1 解释性病治疗，提高依从性，提供性病预防信息等。

2.2 鼓励改变危险行为。要向病人解释什么是危险行为，并与其讨论如何改变危险行为。

2.3 开展性伴通知。医务人员应告知性病病人动员自己近3个月内的所有性伴到医院检查治疗，需要时发放性伴通知卡、联系卡或医生名片等。当性伴来就诊时，医生应按照原先病人的诊断，无论性伴有无症状，都需要治疗。如果性伴通知确实难以作到，可给病人开双份药（其中一份给性伴）治疗。注意性伴通知要遵循“保密”和“自愿”原则。

2.4 发放健康教育处方和有关宣传材料。医务人员应在临床处理前后或在服务过程中，结合病人感染及治疗情况，向病人及其家属发放性病艾滋病健康教育处方和有关宣传材料。必要时还可展示一些图片或放有关录像等，但不要恐吓病人，以免增加病人的心理负担，甚至造成心理障碍。

2.5 宣传使用安全套。医务人员要针对每个病人的具体情况进行安全套使用的宣传指导，鼓励其使用。要重点讲解安全套的防病作用，正确使用方法和注意事项，强调每次性行为时都正确使用。

2.6 提供艾滋病检测方面的咨询。医务人员应主动向性病门诊就诊者提供有关艾滋病检测方面的咨询，如果就诊者愿意接受艾滋病检测，医务人员应为其安排相关事宜，并提供检测后面对面的咨询，注意作到“知情同意”和“保密”。

3 提供预防服务的形式

3.1 在候诊区设性病艾滋病防治宣传栏、橱窗、展板等并定期更换，有条件的可放映有关宣传录象。还可放置一些宣传折页、传单、小册子等让门诊就诊者自取。

3.2 在门诊或附近适当地点安放安全套自动售套机，或采取其他方法让就诊者可以在门诊很方便地购得安全套，但应注意保护门诊就诊者的购买隐私。

3.3 医生结合诊疗服务，在单独空间，（以利与病人一对一交流），向病人提供简短（5分钟以上）

的性病艾滋病健康教育与咨询服务。

3.4 有条件的单位可设专门的咨询室（单独房间、环境安静、通风好、保密等），由受过性病艾滋病咨询培训的医务人员（咨询员），针对病人特点与需求向其提供咨询服务。

3.5 有必要和有条件时可适当延长门诊开放时间，方便病人就医。

3.6 有条件时可开设咨询电话。

4 开展健康教育与咨询的有关方法

4.1 耐心倾听病人的述说，用各种自然方式表现出对对方的关注，如：目光接触、偶尔点头、不时作出回应等，采取非歧视态度。

4.2 恰当运用开放式提问（如你有什么需要帮助？）和引导式提问（你想到使用安全套了，对吧？），启发和帮助病人思考。

4.3 提出几种病人能够采用的方法供其选择，并帮助其分析每种方法的利弊。

4.4 举出范例，举出与病人有相同情况的其他人，在采用了所推荐的行为后是如何获得成功的，启发病人学习和自愿采取安全性行为。

4.6 挑选重点信息。一般以一次向病人传递 3~4 个最有价值的信息为宜。

4.7 用简明通俗的语言交流，必要时可使用当地语言，以增进亲切感。

5 有关注意事项

5.1 注意选择恰当的健康教育内容

为取得好的健康教育效果，宣传材料内容应根据宣传目的、受众特点与需求进行选择。有关重点信息应做到：

科学性和完整性，不能提供错误、片面的信息；

政策性，符合现有法律法规、相关政策和我国国情；

时效性，信息、内容要新；

文字简明，通俗易懂，不应有较多专业术语和生僻字；

内容与性病病人密切相关，符合病人需要，能引起他们的兴趣；

主题明确，一次内容/信息不能太多，方便阅读与记忆；

形式新颖、生动，吸引人，图画与文字匹配；

不要过分恐吓等。

此外，张贴宣传画、设宣传栏等还要注意：

选择地点便利，门诊就诊者经常通过又易于驻足观看的地方；

高低适宜，挂贴的高度以成人看阅不必过于仰头为宜；

定期更换，包括更新信息；

注意维护和保管，发现破损及时修补、更换。

5.2 注意医务人员的服务态度

向病人提供健康教育、咨询等预防服务必须建立在良好医患关系的基础上，否则很难全面采集性接触史和进行有关个人危险行为评估、性伴通知等讨论。医务人员必须注意在交流中保持良好的服务态度，避免有评判性、歧视性语言。

5.3 注意为病人的隐私保密

在与性病病人交流中往往会涉及到病人的个人隐私，医务人员应注意为其保密，凡涉及谈论个人隐私问题应选择单独的场所、适当的时间，有关资料（病历、化验单等）应妥善保管，尤其不能将病人资料做为与他人闲聊的话题在公开场所议论，以免引起病人反感甚至拒绝接受服务。

5.4 掌握谈论敏感话题的技能

在与病人分析危险行为，评估感染性病艾滋病风险等问题时，往往会涉及到一些敏感话题，医生要选择保护隐私的场所讨论。要说明谈论目的与感染疾病的关系，用平静、自然的口气先从一般话题谈起，然后再过度到敏感话题。医务人员应避免自己有禁忌心理与尴尬感觉，否则会引起病人的反感、阻抗（拒绝交流下去）。

5.5 注意发放安全套的质量与备有演示工具

向性病病人发放过期或质量很差安全套会给病人造成不良影响，因此，医务人员必须注意发放安全套的质量。并注意选择恰当的演示工具（如备有演示模型），根据病人需要及特点进行讲解与演示。

附录一 生殖道支原体感染

支原体是大小和结构介于细菌和病毒之间、能在无生命培养基中生长、增殖的最小微生物。已知有 16 种支原体寄生于人类。从人泌尿生殖道分离出的支原体有 6 种，其中人型支原体、解脲脲原体和生殖支原体与泌尿生殖系统疾病密切相关。

不同人群生殖道支原体的分离率不同。性成熟无症状妇女宫颈或阴道人型支原体为 20%~50% 的解脲脲原体分离率为 40%~80%，人型支原体为 20%~50%；而正常男性尿道的两者的分离率分别为 34%~50% 和 20~50%。儿童和无性经历的成年人支原体定植率不到 10%，在青春期后随着性活动而增加。

1. 与支原体相关的疾病

1.1 非淋菌性尿道炎和黏液脓性宫颈炎

解脲脲原体和生殖支原体是沙眼衣原体阴性的非淋菌性尿道炎的病原体。与男性非淋菌性尿道炎相关的解脲脲原体主要为生物 2 群（血清型 2、4、5、8、9 等），而生物 1 群（血清型 1、3、6 和 14）可能是尿道正常定植的菌群。生殖支原体与非淋菌性尿道炎有独立相关性，其阳性使罹患该病的危险性增加了 5.5 倍。研究表明，黏液脓性宫颈炎与生殖支原体感染的相关性较无生殖支原体感染者高 3.3 倍，提示生殖支原体可能是黏液脓性宫颈炎的病因之一。人型支原体与非淋菌性尿道炎无明显相关，但可能是细菌性阴道病的病原体之一。

1.2 前列腺炎和附睾炎

慢性无菌性前列腺炎有生殖支原体感染的迹象，附睾炎病人的尿道和附睾吸出物可检出解脲脲原体，提示这些支原体的可能的致病作用。

1.3 不育和不孕

解脲脲原体可改变精子细胞形态，或出现不成熟的精子，阻碍精子运动。输卵管性不孕妇女中的生殖支原体抗体阳性率升高。说明这两种支原体可能与不育和不孕相关。

1.4 盆腔炎

盆腔炎病人中生殖支原体和人型支原体的检出率明显增高，且检出人型支原体特异性抗体，因此，这两种支原体可能是盆腔炎的原因之一。

1.5 其他

急性肾盂肾炎偶可与人型支原体有关。生殖支原体与妊娠不良结局的相关性还存在争议。解脲脲原体可能与绒毛膜羊膜炎相关。人型支原体可能是某些流产后及产后发热的原因。

2. 实验室检查

2.1 培养法 用于解脲支原体、人型支原体和生殖支原体的检测。但生殖支原体需培养数周，

分离培养极为困难。

2.2 核酸检测法 PCR 法主要用于生殖支原体的检测，但目前尚无商品化试剂。

3. 诊断

由于支原体在无症状人群中的分离率很高，在人类泌尿生殖道中处于共生状态，因此对支原体感染的诊断宜慎重。支原体的感染性取决于机体激素水平、局部免疫状况、手术创伤、是否初次感染支原体及感染特定型别的支原体等因素。通常根据高危性行为史、典型临床表现及支原体培养等结果作出综合判断。支原体的半定量培养结果对于判断其致病性有一定参考价值，但非唯一可靠的依据。

4. 处理

治疗方案

多西环素 100mg，每日 2 次，共 10~14 天；或
米诺环素，100mg，每日 2 次，共 10~14 天；或
交沙霉素，200mg，每日 4 次，共 10~14 天；或
红霉素，500mg，每日 4 次，共 10~14 天；或
阿奇霉素，1g，1 次顿服，饭前 1 h 或饭后 2h 服用；或
克林霉素 150~300mg，每日 3 次，共 10~14 天；或
氧氟沙星 300mg，每日 2 次，共 10~14 天；或
司帕沙星 200mg，每日 1 次，共 10~14 天

由生殖支原体引起的感染可能持续或反复，一些作者认为可采用长疗程 (>1 个月) 的四环素或大环内酯类药物治疗，但使用长疗程抗生素需注意其副作用。

妊娠期间建议用红霉素或阿奇霉素。儿童可用红霉素 50 mg/kg/d，每日分 4 次口服。

附录二 性病门诊规范化服务和管理标准

1. 门诊人员及设施基本要求

1.1 医务人员的配备

门诊医务人员：编制要求至少 4 名，其中高级技术职称至少 1 名，中级 2~3 名，包括临床医师、护士、咨询和疫情管理兼职人员等。

实验室检验人员：编制要求至少 2 名，中级以上技术职称人员至少 1 名。

1.2 医务人员培训上岗

提供性病诊疗服务的医务人员(包括临床医生、护士、检验人员和咨询员)必须经过省级以上相应专业培训(上述人员至少每 3 年接受培训 1 次)。

门诊医生人手一册《性病临床诊疗指南》，实验室检验人员人手一册《性病实验室诊断技术指南》。

1.3 有能保护患者隐私的诊疗空间

1.3.1 医师与患者有一对一的诊疗空间，能保护患者的隐私(男医生检查女病人的生殖器时有女医务人员在场)。

1.3.2 有检查室、治疗室、注射室、咨询室、实验室(独立科室或在医院检验科内有固定工作区域)药房和候诊厅(区)。

1.3.3 为了方便患者就医，诊断、治疗、检验和咨询服务相对集中。

1.3.4 门诊环境卫生、整洁、通风。

1.4 各室(区)的布局和基本设备要求

1.4.1 诊室：医生办公桌、共用的血压计、听诊器、体温表，各种化验单，联系卡，健康教育处方，传染病报告卡及相关信息副卡，演示用安全套和相应的演示图解。

1.4.2 检查室：包括女检查床、一次性窥阴器、一次性床单、一次性棉拭子、一次性塑料及乳胶手套；石蜡油、3%~5%醋酸溶液、新洁尔灭、2%碘酊、生理盐水；检查灯、污物桶、消毒桶、紫外灯、排风扇。

1.4.3 咨询室：在性病门诊建立的咨询室应符合以下要求：

1.4.3.1 地点安静、较隐蔽，但应距离诊室、化验室较近。门口的标志既要避免敏感，又要利于求询者寻找。

1.4.3.2 室内清洁卫生，通风好，座椅舒适，摆放恰当，能够做到一对一咨询，有窗帘或其他遮挡物能保护求询者的面部不被外人看到，门口有“正在咨询中”的提示牌，以防外界干扰。

1.4.3.3 有加锁的文件柜保存资料。

1.4.3.4 备有一定的健康教育材料（健康教育处方、宣传小册子、有关录像带等）；演示用的安全套、演示用具/操作图及有关安全套销售信息。

1.4.3.5 有专门的咨询登记表、咨询病历，并妥善保管。

1.4.3.6 备有其他性病服务、转诊、社区支持网络信息（联系电话、地址、服务时间和行车路线等）。

1.4.4 实验室：性病实验室应根据开展的检测方法合理布局，包括开展常规化验、细菌培养（含无菌室）、血清生化检验的功能分区（室），以及工作人员活动的清洁区（室）。应有合适亮度的照明，室温保持在 20 ~ 25 ，保持通风，内外环境整洁。

1.4.5 治疗室：包括治疗床、检查灯、CO₂激光或其它用于尖锐湿疣治疗的物理治疗仪；急救箱、氧气袋；污物桶、消毒桶、紫外灯、排风扇。

1.4.6 注射室：包括一次性注射器、消毒剂；急救箱、氧气袋；污物桶、消毒桶、紫外灯、排风扇。

1.4.7 药房：应根据卫生部颁布的性病治疗推荐方案，具备以下药物。并注意药品的有效期和存放条件，并从正规渠道进货。

头孢菌素类：头孢曲松等；

氨基糖甙类：大观霉素；

喹诺酮类：氧氟沙星、左氧氟沙星等；

青霉素类：苄星青霉素、普鲁卡因青霉素、青霉素钠等；

大环内酯类：阿奇霉素、克拉霉素、红霉素等；

四环素类：多西环素、四环素、米诺环素等；

抗病毒类：阿昔洛韦、伐昔洛韦或泛昔洛韦等；

磺胺类：复方新诺明等；

抗滴虫类：甲硝唑、替硝唑等；

抗真菌类：氟康唑、伊曲康唑、咪康唑栓剂等；

治疗尖锐湿疣的药物：足叶草毒素、咪喹莫特等。

1.4.8 候诊厅（区）：有性病艾滋病宣传栏、宣传材料、导医台（咨询台）、候诊椅、性病咨询电话号码、意见箱、投诉电话号码、各种性病检验、治疗和药品价目表、安全套自动售货（套）机。

1.5 消毒隔离和污物处理制度

1.5.1 器械消毒应按照“去污染—清洗—消毒灭菌”的程序进行。根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。用过的一次性器具用消毒液浸泡或毁形后统一处理，用过的一次性帽子、口罩、床单焚烧处理；物体表面、地面用消毒液擦拖，室内空气紫外线消毒。

1.5.2 医护人员在临床工作中必须严格遵守消毒灭菌制度和无菌技术操作规程，使用一次性手套、口罩、帽子。在各种操作前，应用皂液流动水冲洗双手。进行各种操作后，应进行手的卫生消毒。

1.5.3 医院设有消毒供应室。备有《医院感染管理办法》和《消毒技术规范》。

2. 临床服务

2.1 按照卫生部颁布的诊断标准和处理原则诊断和处理性病，参照卫生部性病治疗推荐方案治疗性病。

2.2 有门诊工作制度（包括诊察室、治疗室和注射室工作制度），有性病门诊日志制度、性病患者隐私保密制度。

2.3 实行首诊医师负责制，提供规范的诊疗服务，要求：

2.3.1 病史采集完整，体格检查规范。

2.3.2 病历书写合格、完善，并有专人妥善保管。

2.3.3 诊断准确。

2.3.4 检验项目选择合理。

2.3.5 治疗及时、规范。

2.4 性病通知。要求：临床医生有医嘱，病历上有性病通知记录，发放性病通知联系卡。

2.5 提供必要的咨询与健康教育服务，发放健康教育处方。

2.6 宣传安全套的使用。

2.7 提供艾滋病检测前后的咨询服务。

3. 实验室检测

3.1 组织管理

3.1.1 建立实验室有关工作制度。

3.1.2 实验室有负责人，实验人员分工明确。

3.1.3 实验室人员应定期参加培训。

3.1.4 制定常规实验室标准操作程序（SOP）。

3.2 实验室设备要求

根据要求配备性病实验室检测必需的设备。

3.3 开展的基本项目

	检测项目
梅毒	梅毒螺旋体暗视野检查 非梅毒螺旋体血清抗体试验（RPR 或 TRUST） 梅毒螺旋体血清抗体试验（TPHA 或 TPPA）
淋病	涂片革兰染色镜检 淋球菌培养（包括氧化酶初步鉴定试验）
生殖道沙眼衣原体感染	沙眼衣原体抗原检测
尿道炎/宫颈炎	尿道、宫颈分泌物涂片检查白细胞
HIV 感染	血清抗体初筛试验
阴道滴虫病	湿片镜检
念珠菌病	10%KOH 湿片镜检
细菌性阴道病	线索细胞检查

3.4 质量管理

3.4.1 仪器、设备：实验室所有使用仪器都有使用、校准、保养及维修的记录，有温控的仪器需每天记录温度。

3.4.2 培养基及试剂：

3.4.2.1 严格按配方及技术要求配制相关培养基及试剂。

3.4.2.2 对配制的培养基及试剂应有质量检验。

3.4.2.3 购买试剂盒应为经国家有关部门检验合格的产品（附有关证明）。

3.4.2.4 所有培养基及试剂的保存都应符合要求。

3.4.3 质量控制：

3.4.3.1 室内质控：对每项检测项目建立室内质控方法，包括使用阳性对照和阴性对照质控品。

3.4.3.2 室间质控：定期参加由相关部门开展的性病艾滋病检测外部质控或实验室能力验证。

3.5 结果报告及资料保存

3.5.1 结果记录格式合理。

3.5.2 检测结果报告完整。

3.5.3 更改数据或文字规范。

3.5.4 妥善保存相关资料（2年以上）。

4. 疫情管理

4.1 规章制度健全

4.1.1 有性病疫情登记、报告制度。

4.1.2 有性病疫情漏报调查制度。

4.1.3 有性病疫情管理制度。

4.2 有疫情报告卡、登记簿和统计报表

4.2.1 门诊有《中华人民共和国传染病报告卡》，性病监测点所在县（区）的性病医疗机构同时有《相关信息附卡》。

4.2.2 有性病门诊日志。

4.2.3 有性病患者登记簿；

4.2.4 有性病门诊量统计表（包括性病病例按月份和病种统计表）。

4.3 疫情管理工作达到要求

4.3.1 性病疫情管理工作有专人负责。

4.3.2 门诊医生认真填写门诊日志，对首次诊断的性病填写《传染病报告卡》，性病监测点所在县（区）的性病医疗机构同时填写《相关信息附卡》。

4.3.3 疫情管理人员做好性病患者登记的同时，将《传染病报告卡》和《相关信息附卡》在 24 小时内报出。

4.3.4 每月进行一次性病门诊量、性病病例按月份和病种统计。

4.3.5 每月进行一次疫情漏报自查和报告卡质量分析。

5. 健康教育和咨询

5.1 健康教育

5.1.1 候诊区有性病艾滋病宣传栏/橱窗/展板（至少每半年更换 1 次）。

5.1.2 有性病艾滋病防治宣传材料、健康教育处方等，并能免费发放。

5.1.3 候诊室有导医/咨询台。

5.1.4 不定期上街或到社区向社会大众宣传性病艾滋病防治知识。

5.1.5 每年为报纸、电台、网络等大众传媒撰写性病艾滋病防治科普文章 3 篇以上，或向大众传媒提供有关性病艾滋病防治信息资料。

5.1.6 诊治病人时，医生应提供至少 5-10 分钟健康教育和咨询。内容包括：遵医嘱治疗、预防性病艾滋病知识、有关咨询（尤其是 HIV 检测前后必须提供咨询）、性伴通知和宣传使用安全套。发现有心理负担较重等需要接受专门咨询者，可转介到咨询室或相应咨询机构。

5.1.7 门诊应安装安全套自动售套（货）机，保证正常运转，或提供在门诊销售安全套的条件。

5.2 咨询服务

5.2.1 提供面对面咨询服务

5.2.1.1 咨询室有受过咨询专业培训的不同性别咨询员值班。

5.2.1.2 向门诊就诊者作好宣传，动员他们自愿接受咨询。

5.2.2 提供电话等咨询服务

5.2.2.1 应设有性病艾滋病咨询专线电话，并有受过培训的咨询员负责接听。

5.2.2.2 有条件时可开展网上咨询。

5.2.2.3 结合外展服务开展社区咨询服务。

5.3 临床医务人员应具备基本的性病艾滋病健康教育和咨询的技能

5.3.1 门诊的临床医生和护士应掌握健康教育、咨询和性病艾滋病基本知识和技巧。

5.3.2 临床医务人员应能够鉴别安全套的质量和具有演示正确使用安全套的技能。

5.4 开展艾滋病自愿咨询检测

应在性病门诊就诊者中积极开展艾滋病自愿咨询检测。如没有实验室检测条件，可以开展咨询、采血与转介服务。

5.5 外展服务

医务人员定期或不定期到高危人群、流动人口聚集地提供包括健康教育、咨询、安全套促进、性病检查治疗和生殖健康服务等在内的外展服务。