

梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染 诊疗指南(2014)

中国疾病预防控制中心性病控制中心、中华医学会皮肤性病学分会性病组、
中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会

在国家卫生计生委疾病控制局的指导和安排下,由中国疾病预防控制中心性病控制中心、中华医学会皮肤性病学分会性病组、中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会组织专家讨论制定了《性传播疾病临床诊疗与防治指南》,供皮肤科医师、妇产科医师、泌尿科医师、预防医学医师和其他相关学科医师在性病临床诊疗实践及预防控制工作中参考。现将 4 种性传播疾病的诊疗指南公布如下。参加指南制定的专家有(以姓氏笔画为序):王千秋、王宝玺、尹跃平、冯文莉、田洪青、刘巧、刘全忠、齐淑贞、孙令、李文竹、李东宁、李珊山、苏晓红、何成雄、张建中、杨帆、杨斌、杨森、杨立刚、周平玉、陈祥生、郑和义、郑和平、段逸群、骆丹、涂亚庭、徐金华、梁国钧、龚向东、蒋娟、蒋法兴、韩建德、程浩、赖维。

梅 毒

梅毒(syphilis)是由苍白螺旋体引起的一种慢性、系统性的性传播疾病。可分为后天获得性梅毒和胎传梅毒(先天梅毒)。获得性梅毒又分为早期和晚期梅毒。早期梅毒指感染梅毒螺旋体在 2 年内,包括一期、二期和早期隐性梅毒,一、二期梅毒也可重叠出现。晚期梅毒的病程在 2 年以上,包括三期梅毒、心血管梅毒、晚期隐性梅毒等。神经梅毒在梅毒早晚期均可发生。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)。

一、诊断

1. 一期梅毒:(1)流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史。

(2)临床表现:①硬下疳:潜伏期一般 2~4 周。常为单发,也可多发。初为粟粒大小高出皮面的结节,后发展成直径约 1~2 cm 的圆形或椭圆形浅在性溃疡。典型的硬下疳界限清楚,边缘略隆起,创面平坦、清洁;触诊浸润明显,呈软骨样硬度;无明显疼痛或轻度触痛。多见于外生殖器部位;②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,质中,不化脓破溃,其表面皮肤无红、肿、热。

(3)实验室检查:①采用暗视野显微镜或镀银染色显微

镜检查法,取硬下疳损害渗出液或淋巴结穿刺液,可查到梅毒螺旋体,但检出率较低;②非梅毒螺旋体血清学试验阳性。如感染不足 2~3 周,该试验可为阴性,应于感染 4 周后复查;③梅毒螺旋体血清学试验阳性,极早期可阴性。

(4)诊断分类:①疑似病例:应同时符合临床表现和实验室检查中②项,可有或无流行病学史;或同时符合临床表现和实验室检查中③项,可有或无流行病学史;②确诊病例:应同时符合疑似病例的要求和实验室检查中①项,或同时符合疑似病例的要求和两类梅毒血清学试验均为阳性。

2. 二期梅毒:(1)流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史,或有输血史(供血者为早期梅毒患者)。

(2)临床表现:可有一期梅毒史(常在硬下疳发生后 4~6 周出现),病程 2 年内。①皮肤黏膜损害:皮损类型多样化,包括斑疹、斑丘疹、丘疹、鳞屑性皮损、毛囊疹及脓疱疹等,分布于躯体和四肢等部位,常泛发对称。掌跖部暗红斑及脱屑性斑丘疹,外阴及肛周的湿丘疹或扁平湿疣为其特征性损害。皮疹一般无瘙痒感。可出现口腔黏膜斑、虫蚀样脱发。二期复发梅毒皮损数目较少,皮损形态奇特,常呈环状或弓形或弧形;②全身浅表淋巴结可肿大;③可出现梅毒性骨关节、眼、内脏及神经系统损害等。

(3)实验室检查:①采用暗视野显微镜或镀银染色显微镜检查法,取二期皮损尤其扁平湿疣、湿丘疹,可查到梅毒螺旋体。口腔黏膜斑因不易与口腔中的其他螺旋体相鉴别,故不采用此法检查;②非梅毒螺旋体血清学试验阳性;③梅毒螺旋体血清学试验阳性。

(4)诊断分类:①疑似病例应同时符合临床表现和实验室检查中②项,可有或无流行病学史;②确诊病例应同时符合疑似病例的要求和实验室检查中①项,或同时符合疑似病例的要求和两类梅毒血清学试验均为阳性。

3. 三期梅毒:(1)流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史,或有输血史。

(2)临床表现:可有一期或二期梅毒史,病程 2 年以上。①晚期梅毒:a. 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,上腭及鼻中隔黏膜树胶肿可导致上腭及鼻中隔穿孔和马鞍鼻。b. 骨梅毒,眼梅毒,其他内脏梅毒,累及呼吸道、消化道、肝脾、泌尿生殖系统、内分泌腺及骨骼肌等;②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。

(3)实验室检查:①非梅毒螺旋体血清学试验阳性,极少

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2014.05.022

执笔者单位:210042 南京,中国医学科学院北京协和医学院皮肤病研究所、中国疾病预防控制中心性病控制中心(王千秋);天津医科大学总医院(刘全忠);复旦大学附属华山医院(徐金华)

通信作者:王宝玺,Email:wangbx@ncstdlc.org;张建中,Email:rmzjz@126.com

数晚期梅毒可呈阴性;②梅毒螺旋体血清学试验阳性。

(4)诊断分类:①疑似病例应同时符合临床表现和实验室检查中①项,可有或无流行病学史;②确诊病例应同时符合疑似病例的要求和两类梅毒血清学试验均为阳性。

4. 神经梅毒:(1)流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史,或有输血史。

(2)临床表现:①无症状神经梅毒:无明显的神经系统症状和体征;②脑膜神经梅毒:表现为发热、头痛、恶心、呕吐、颈项强直、视乳头水肿等;③脑膜血管梅毒:为闭塞性脑血管综合征的表现,如偏瘫、截瘫、失语、癫痫样发作等;④脑实质梅毒:可出现精神症状,表现为麻痹性痴呆,可出现注意力不集中、情绪变化、妄想,以及智力减退、判断力与记忆力、人格改变等;可出现神经系统症状,表现为震颤、言语与书写障碍、共济失调、肌无力、癫痫发作、四肢瘫痪及大小便失禁等。若梅毒螺旋体引起脊髓损伤,即为脊髓痨。可发生闪电样痛,感觉异常,触痛觉及温度觉障碍;深感觉减退及消失;位置觉和振动觉障碍等。

(3)实验室检查:①非梅毒螺旋体血清学试验阳性,极少数晚期患者可阴性;②梅毒螺旋体血清学试验阳性;③脑脊液检查:白细胞计数 $\geq 5 \times 10^6/L$,蛋白量 $> 500 \text{ mg/L}$,且无引起异常的其他原因。脑脊液荧光螺旋体抗体吸收试验(FTA-ABS)和(或)性病研究实验室(VDRL)试验阳性。在没有条件做FTA-ABS和VDRL的情况下,可以用梅毒螺旋体明胶凝集试验(TPPA)和快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)/甲苯胺红不加热血清学试验(TRUST)替代。

(4)诊断分类:①疑似病例:应同时符合临床表现、实验室检查①、②、③中的脑脊液常规检查异常(排除引起异常的其他原因),可有或无流行病学史;②确诊病例:应同时符合疑似病例的要求和实验室检查③中的脑脊液梅毒血清学试验阳性。

5. 隐性梅毒(潜伏梅毒):(1)流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史,或有输血史。①早期隐性梅毒:病程 < 2 年:a. 在过去2年内有明确的高危性行为史,而2年前无高危性行为史。b. 在过去2年内,有符合一期或二期梅毒的临床表现,但未得到诊断和治疗者。c. 在过去2年内,性伴有明确的梅毒感染史;②晚期隐性梅毒:病程 > 2 年。无法判断病程者作为晚期隐性梅毒处理。

(2)临床表现:无临床症状与体征。

(3)实验室检查:①非梅毒螺旋体血清学试验阳性,少数晚期隐性梅毒可呈阴性;②梅毒螺旋体血清学试验阳性;③脑脊液检查无明显异常。

(4)诊断分类:①疑似病例:应同时符合实验室检查中①项,既往无梅毒诊断与治疗史,无临床表现者;②确诊病例:同时符合疑似病例的要求和两类梅毒血清学试验均为阳性。如有条件可行脑脊液检查以排除无症状神经梅毒。

6. 胎传梅毒:(1)流行病学史:生母为梅毒患者。

(2)临床表现:①早期胎传梅毒:一般 < 2 岁发病,类似获得性二期梅毒,发育不良,皮损常为红斑、丘疹、扁平湿疣、水疱-大疱;梅毒性鼻炎及喉炎;骨髓炎、骨关节炎及骨膜炎;

可有全身淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等;②晚期胎传梅毒:一般 > 2 岁发病,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、口腔周围皮肤放射状皲裂等);③隐性胎传梅毒:即胎传梅毒未经治疗,无临床症状,梅毒血清学试验阳性,脑脊液检查正常,年龄 < 2 岁者为早期隐性胎传梅毒, > 2 岁者为晚期隐性胎传梅毒。

(3)实验室检查:①显微镜检查:采用暗视野显微镜或镀银染色显微镜检查法,取早期胎传梅毒患儿的皮肤黏膜损害或胎盘标本,可查见梅毒螺旋体;②非梅毒螺旋体血清学试验阳性,其抗体滴度 \geq 母亲2个稀释度(4倍),或随访3个月滴度呈上升趋势有确诊意义;③梅毒螺旋体血清学试验阳性,其IgM抗体检测阳性有确诊意义,阴性不能排除胎传梅毒。

(4)诊断分类:疑似病例:所有未经有效治疗的患梅毒母亲所生的婴儿,或所发生的死胎、死产、流产病例,证据尚不足以确诊为胎传梅毒者。确诊病例:符合下列任何一项实验室检查和随访结果:①暗视野显微镜检查,或镀银染色在早期先天梅毒皮肤/黏膜损害及组织标本中查到梅毒螺旋体,或梅毒螺旋体核酸检测阳性;②婴儿血清梅毒螺旋体IgM抗体检测阳性;③婴儿出生时非梅毒螺旋体血清学试验滴度 \geq 母亲滴度的4倍,且梅毒螺旋体血清学试验阳性;④婴儿出生时非梅毒螺旋体血清学试验阴性或滴度虽未达到母亲滴度的4倍,但在其后随访中发现由阴转阳,或滴度上升有临床症状,且梅毒螺旋体血清学试验阳性;⑤患梅毒母亲所生婴儿随访至18个月时梅毒螺旋体抗原血清学试验仍持续阳性。

二、处理

1. 一般原则:①及早发现,及时正规治疗,愈早治疗效果愈好;②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;③治疗后要经过足够时间的追踪观察;④对所有性伴同时进行检查和治疗。

2. 治疗方案:(1)早期梅毒(包括一期、二期及病程 < 2 年的隐性梅毒)推荐方案:普鲁卡因青霉素G 80万U/d,肌肉注射,连续15d;或苄星青霉素240万U,分为双侧臀部肌肉注射,每周1次,共2次。替代方案:头孢曲松0.5~1g,每日1次,肌肉注射或静脉给药,连续10d。对青霉素过敏用以下药物:多西环素100mg,每日2次,连服15d;或盐酸四环素500mg,每日4次,连服15d(肝、肾功能不全者禁用)。

(2)晚期梅毒(三期皮肤、黏膜、骨梅毒,晚期隐性梅毒或不能确定病期的隐性梅毒)及二期复发梅毒推荐方案:普鲁卡因青霉素G,80万U/d,肌肉注射,连续20d为1个疗程,也可考虑给第2个疗程,疗程间停药2周;或苄星青霉素240万U,分为双侧臀部肌肉注射,每周1次,共3次。对青霉素过敏用以下药物:多西环素100mg,每日2次,连服30d;或盐酸四环素500mg,每日4次,连服30d(肝、肾功能不全者禁用)。

(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,注射青霉素,需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 1 天 10 万 U,1 次肌内注射;第 2 天 10 万 U,每日 2 次肌内注射;第 3 天 20 万 U,每日 2 次肌内注射;自第 4 天起按下列方案治疗:普鲁卡因青霉素 G,80 万 U/d,肌内注射,连续 20 d 为 1 个疗程,共 2 个疗程(或更多),疗程间停药 2 周;或苄星青霉素 240 万 U,分为双侧臀部肌内注射,每周 1 次,共 3 次。对青霉素过敏者用以下药物:多西环素 100 mg,每日 2 次,连服 30 d;或盐酸四环素 500 mg,每日 4 次,连服 30 d(肝、肾功能不全者禁用)。

(4)神经梅毒、眼梅毒推荐方案:水剂青霉素 G 1 800 万 ~ 2 400 万 U 静脉滴注(300 万 ~ 400 万 U,每 4 小时 1 次),连续 10 ~ 14 d。必要时,继以苄星青霉素 G 240 万 U,每周 1 次肌内注射,共 3 次。或普鲁卡因青霉素 G,240 万 U/d,1 次肌内注射,同时口服丙磺舒,每次 0.5 g,每日 4 次,共 10 ~ 14 d。必要时,继以苄星青霉素 G 240 万 U,每周 1 次肌内注射,共 3 次。替代方案:头孢曲松 2 g,每日 1 次静脉给药,连续 10 ~ 14 d。对青霉素过敏者用以下药物:多西环素 100 mg,每日 2 次,连服 30 d;或盐酸四环素 500 mg,每日 4 次,连服 30 d(肝、肾功能不全者禁用)。

(5)早期胎传梅毒(< 2 岁)推荐方案:脑脊液异常者:水剂青霉素 G,10 万 ~ 15 万 U·kg⁻¹·d⁻¹,出生后 7 d 以内的新生儿,以每次 5 万 U/kg,静脉滴注每 12 小时 1 次,以后每 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⁻¹·d⁻¹,肌内注射,每日 1 次,10 ~ 14 d。脑脊液正常者:苄星青霉素 G,5 万 U/kg,1 次分两侧臀部肌内注射。如无有条件检查脑脊液者,可按脑脊液异常者治疗。对青霉素过敏者,尚无使用其他治疗方案有效的证据,可试用红霉素治疗。

(6)晚期胎传梅毒(> 2 岁)推荐方案:水剂青霉素 G,15 万 U·kg⁻¹·d⁻¹,分次静脉滴注,连续 10 ~ 14 d,或普鲁卡因青霉素 G,每日 5 万 U/kg,肌内注射,连续 10 d 为 1 个疗程(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)。脑脊液正常者:苄星青霉素 G,5 万 U/kg,1 次分两侧臀肌注射。替代方案:对青霉素过敏者,既往用过头孢类抗生素而无过敏者在严密观察下可选择:头孢曲松 250 mg,每日 1 次,肌内注射,连续 10 ~ 14 d。< 8 岁儿童禁用四环素。

(7)妊娠期梅毒:在妊娠期新确诊梅毒的孕妇应按相应梅毒分期治疗。治疗原则与非妊娠患者相同,但禁用四环素、多西环素,治疗后每月作一次定量非梅毒螺旋体血清学试验,观察有无复发及再感染。推荐对妊娠期梅毒患者在妊娠早 3 个月和妊娠末 3 个月各进行 1 个疗程的抗梅毒治疗。对青霉素和头孢类药物过敏者,由于妊娠期和哺乳期不能应用四环素类药物,可试用大环内酯类药物替代:红霉素 500 mg,每日 4 次,早期梅毒连服 15 d;晚期梅毒和不明病期梅毒连服 30 d。红霉素治疗梅毒的疗效差,在治疗后应加强临床和血清学随访。在停止哺乳后,要用多西环素复治。

(8)梅毒患者合并 HIV 感染的处理:①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;②常规的梅毒血清学检查无法确定诊断时,可取皮损活检,作免

疫荧光染色或银染色找梅毒螺旋体;③所有梅毒患者,凡合并 HIV 感染者,应考虑作腰椎穿刺检查脑脊液以排除神经梅毒;④梅毒患者合并 HIV 感染是否要加大剂量或疗程治疗梅毒仍不明确,对一期、二期及隐性梅毒建议检查脑脊液以排除神经梅毒,若不能实现,则建议用神经梅毒治疗方案来进行治疗;⑤对患者进行密切监测及定期随访。

淋 病

淋病(gonorrhea)是一种经典的性传播疾病,由淋病奈瑟菌(淋球菌)感染所致,主要表现为泌尿生殖系统黏膜的化脓性炎症。男性最常见的表现是尿道炎,而女性则为宫颈炎。局部并发症在男性主要有附睾炎和前列腺炎,在女性主要有子宫内膜炎和盆腔炎。咽部、直肠和眼结膜亦可为原发性感染部位。淋球菌经血行播散可导致播散性淋球菌感染(DGI),但临床上罕见。

一、诊断^[1-2]

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

2. 临床表现:(1)无并发症淋病:①男性无并发症淋病:淋菌性尿道炎为男性最常见的表现,约 10%感染者无症状。潜伏期为 2 ~ 10 d,常为 3 ~ 5 d。患者常有尿痛、尿道刺痒或尿急、尿频。患者尿道分泌物开始为黏液性、量较少,数日后出现大量脓性或脓血性分泌物。尿道口潮红、水肿,严重者可出现包皮龟头炎,表现为龟头、包皮内板红肿,有渗出物或糜烂,包皮水肿,可并发包皮嵌顿;腹股沟淋巴结红肿疼痛。偶见尿道瘘管和窦道。少数患者可出现后尿道炎,尿频明显,会阴部坠胀,夜间有痛性阴茎勃起。有明显症状和体征的患者,即使未经治疗,一般在 10 ~ 14 d 症状逐渐减轻,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,甚至发生并发症;②女性无并发症淋病:约 50%女性感染者无明显症状。常因病情隐匿而难以确定潜伏期。a. 宫颈炎:阴道分泌物增多,呈脓性,子宫颈充血、红肿,子宫颈口有黏液脓性分泌物,可有外阴刺痒和烧灼感;b. 尿道炎:尿痛、尿急、尿频或血尿,尿道口充血,有触痛及少量脓性分泌物,或挤压尿道后有脓性分泌物;c. 前庭大腺炎:通常为单侧性,大阴唇部位局限性隆起,红、肿、热、痛。可形成脓肿,触及有波动感,局部疼痛明显,可伴全身症状和发热;d. 肛周炎:肛周潮红、轻度水肿,表面有脓性渗出物,伴瘙痒;③儿童淋病:a. 男性儿童多发生尿道炎和包皮龟头炎,有尿痛和尿道分泌物。检查可见包皮红肿、龟头和尿道口潮红,有尿道脓性分泌物;b. 幼女表现为外阴阴道炎,有尿痛、尿频、尿急,阴道脓性分泌物。检查可见外阴、阴道、尿道口红肿,阴道及尿道口有脓性分泌物。

(2)有并发症淋病:①男性有并发症淋病:a. 附睾炎:常为单侧,附睾肿大、疼痛明显,同侧腹股沟和下腹部有反射性抽痛。检查可见一侧阴囊肿大,阴囊皮肤水肿、发红、发热,触

诊附睾肿大、触痛明显,尿道口可见脓性分泌物;b. 精囊炎:急性期有发热、尿频、尿急、尿痛,终末血尿,血精,下腹疼痛。直肠检查可触及肿大的精囊并有剧烈的触痛;c. 前列腺炎:急性期有畏寒、发热,尿频、尿急、尿痛或排尿困难,终末血尿或尿道脓性分泌物,会阴部或耻骨上区坠胀不适感,直肠胀满、排便感。直肠检查示前列腺肿大,有触痛。重者可并发急性性尿潴留、前列腺脓肿等;d. 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;e. 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;f. 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;g. 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;②女性有并发症淋病:淋菌性宫颈炎上行感染可导致淋菌性盆腔炎,包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢囊肿、盆腔腹膜炎、盆腔脓肿,以及肝周炎等。淋菌性盆腔炎可导致不孕症、异位妊娠、慢性盆腔痛等不良后果。a. 盆腔炎:临床表现无特异性,可有全身症状,如畏寒、发热($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$),食欲不振,恶心、呕吐等。下腹痛,不规则阴道出血,异常阴道分泌物。腹部和盆腔检查可有下腹部压痛、宫颈举痛、附件压痛或触及包块,宫颈口有脓性分泌物;b. 肝周炎:表现为上腹部突发性疼痛,深呼吸和咳嗽时疼痛加剧,伴有发热、恶心、呕吐等全身症状。触诊时右上腹有明显压痛,X 线胸透可见右侧有少量胸腔积液。

(3)其他部位淋病:①眼结膜炎:常为急性化脓性结膜炎,于感染后 2~21 d 出现症状。新生儿淋菌性眼结膜炎常为双侧,成人可单侧或双侧。眼结膜充血、水肿,有较多脓性分泌物;巩膜有片状充血性红斑;角膜混浊,呈雾状,重者可发生角膜溃疡或穿孔;②咽炎:见于有口交行为者。90%以上感染者无明显症状,少数患者有咽干、咽部不适、灼热或疼痛感。检查可见咽部黏膜充血、咽后壁有黏液或脓性分泌物;③直肠炎:主要见于有肛交行为者,女性可由阴道分泌物污染引起。通常无明显症状,轻者可有肛门瘙痒和烧灼感,肛门口有黏液性或黏液脓性分泌物,或少量直肠出血。重者有明显的直肠炎症状,包括直肠疼痛、里急后重、脓血便。检查可见肛管和直肠黏膜充血、水肿、糜烂。

(4)播散性淋病:临床罕见。①成人播散性淋病:患者常有发热、寒战、全身不适。最常见的是关节炎-皮炎综合征,肢端部位有出血性或脓疱性皮炎,手指、腕和踝部小关节常受累,出现关节痛、腱鞘炎或化脓性关节炎。少数患者可发生淋菌性脑膜炎、心内膜炎、心包炎、心肌炎等;②新生儿播散性淋病:少见,可发生淋菌性败血症、关节炎、脑膜炎等。

3. 实验室检查:①显微镜检查:取男性尿道分泌物涂片作革兰染色,镜检多形核细胞内见革兰阴性双球菌为阳性。适用于男性无合并症淋病的诊断,不推荐用于咽部、直肠和女性宫颈感染的诊断;②淋球菌培养:为淋病的确诊试验。适用于男、女性及所有临床标本的淋球菌检查;③核酸检测:用 PCR 等技术检测各类临床标本中淋球菌核酸阳性。核酸检测

应在通过相关机构认定的实验室开展。

4. 诊断分类:应根据流行病学史、临床表现和实验室检查结果进行综合分析,慎重作出诊断。①疑似病例:符合流行病学史以及临床表现中任何一项者;②确诊病例:同时符合疑似病例的要求和实验室检查中任何一项者。

二、处理^[1-4]

(一)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不同的治疗方案;治疗后应进行随访;性伴应同时进行检查和治疗。告知患者在其本人和性伴完成治疗前禁止性行为。注意多重病原体感染,一般应同时用抗沙眼衣原体的药物或常规检测有无沙眼衣原体感染,也应作梅毒血清学检测以及 HIV 咨询与检测。

(二)治疗方案:

1. 无并发症淋病^[5-9]:①淋菌性尿道炎、宫颈炎、直肠炎推荐方案:头孢曲松 250 mg,单次肌内注射;或大观霉素 2 g(宫颈炎 4 g),单次肌内注射;如果衣原体感染不能排除,加抗沙眼衣原体感染药物。替代方案:头孢噻肟 1 g,单次肌内注射;或其他第 3 代头孢菌素类,如已证明其疗效较好,亦可选作替代药物。如果衣原体感染不能排除,加抗沙眼衣原体感染药物;②儿童淋病:体重 $> 45\text{ kg}$ 者按成人方案治疗,体重 $< 45\text{ kg}$ 者按以下方案治疗。推荐方案:头孢曲松 25~50 mg/kg(最大不超过成人剂量),单次肌内注射;或大观霉素 40 mg/kg(最大剂量 2 g),单次肌内注射。如果衣原体感染不能排除,加抗沙眼衣原体感染药物。

2. 有并发症淋病:(1)淋菌性附睾炎、前列腺炎、精囊炎推荐方案:头孢曲松 250 mg,每日 1 次肌内注射,共 10 d;或大观霉素 2 g,每日 1 次肌内注射,共 10 d。如果衣原体感染不能排除,加抗沙眼衣原体感染药物。替代方案:头孢噻肟 1 g,每日 1 次肌内注射,共 10 d。如果衣原体感染不能排除,加抗沙眼衣原体感染药物。

(2)淋菌性盆腔炎门诊治疗方案:头孢曲松 250 mg,每日 1 次肌内注射,共 10 d;加口服多西环素 100 mg,每日 2 次,共 14 d;加口服甲硝唑 400 mg,每日 2 次,共 14 d。住院治疗推荐方案 A:头孢替坦 2 g,静脉滴注,每 12 小时 1 次;或头孢西丁 2 g,静脉滴注,每 6 小时 1 次,加多西环素 100 mg,静脉滴注或口服,每 12 小时 1 次。注意:如果患者能够耐受,多西环素尽可能口服。在患者情况允许的情况下,头孢替坦或头孢西丁的治疗不应 < 1 周。对治疗 72 h 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,并继以口服多西环素 100 mg,每日 2 次,加口服甲硝唑 500 mg,每日 2 次,总疗程 14 d。住院治疗推荐方案 B:克林霉素 900 mg,静脉滴注,每 8 小时 1 次,加庆大霉素负荷量(2 mg/kg),静脉滴注或肌内注射,随后给予维持量(1.5 mg/kg),每 8 小时 1 次,也可每日 1 次给药。注意:患者临床症状改善后 24 h 可停止肠道外治疗,继以口服多西环素 100 mg,每日 2 次;或克林霉素 450 mg,每日 4 次,连续 14 d 为 1 个疗程。多西环素静脉给药疼痛明显,与口服途径相比没有任何优越性;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。

3. 其他部位淋病:(1) 淋菌性眼结膜炎推荐方案: 新生儿: 头孢曲松 25 ~ 50 mg/kg(总量不超过 125 mg), 静脉或肌内注射, 每日 1 次, 连续 3 d。儿童: 体重 > 45 kg 者按成人方案治疗, 体重 < 45 kg 的儿童: 头孢曲松 50 mg/kg(最大剂量 1 g), 单次肌内注射或静脉滴注。成人: 头孢曲松 1 g, 单次肌内注射。或大观霉素 2 g, 每日 1 次肌内注射, 共 3 d。应同时应用生理氯化钠溶液冲洗眼部, 每小时 1 次。新生儿不宜应用大观霉素。新生儿的母亲应进行检查, 如患有淋病, 同时治疗。新生儿应住院治疗, 并检查有无播散性感染。

(2) 淋菌性咽炎推荐方案: 头孢曲松 250 mg, 单次肌内注射; 或头孢噻肟 1 g, 单次肌内注射。如果衣原体感染不能排除, 加抗沙眼衣原体感染药物。注意: 因大观霉素对淋菌性咽炎的疗效欠佳, 不推荐使用。

4. 播散性淋病:(1) 新生儿播散性淋病推荐方案: 头孢曲松 25 ~ 50 mg·kg⁻¹·d⁻¹, 每日 1 次静脉滴注或肌内注射, 共 7 ~ 10 d; 如有脑膜炎疗程为 14 d。

(2) 儿童播散性淋病: 体重 > 45 kg 者按成人方案治疗, 体重 < 45 kg 的儿童按如下方案治疗。推荐方案: 淋菌性关节炎: 头孢曲松 50 mg/kg, 每日 1 次肌内注射或静脉滴注, 共 7 ~ 10 d; 脑膜炎或心内膜炎: 头孢曲松 25 mg/kg, 肌内注射或静脉滴注, 每日 2 次, 共 14 d(脑膜炎), 或 28 d(心内膜炎)。

(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, 应加抗沙眼衣原体感染药物。推荐方案: 头孢曲松 1 g, 每日 1 次肌内注射或静脉滴注, 共 ≥ 10 d。替代方案: 大观霉素 2 g, 肌内注射, 每日 2 次, 共 ≥ 10 d。淋菌性关节炎者, 除髋关节外, 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。淋菌性脑膜炎经上述治疗的疗程约 2 周, 心内膜炎疗程 > 4 周。

5. 妊娠期感染推荐方案: 头孢曲松 250 mg, 单次肌内注射; 或大观霉素 4 g, 单次肌内注射。如果衣原体感染不能排除, 加抗沙眼衣原体感染药物, 禁用四环素类和喹诺酮类药物。

参 考 文 献

- [1] 王千秋, 张国成. 性传播疾病临床诊疗指南 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007.
- [2] 刘全忠, 王千秋. 性传播疾病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [3] Centers for Disease Control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010[J]. MMWR, 2010, 59(RR-12): 1-108.
- [4] Bignell C, Unemo M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults [J]. Int J STD AIDS, 2013, 24(2): 85-92.
- [5] Bignell C, FitzGerald M. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011[J]. Int J STD AIDS, 2011, 22(10): 541-547.
- [6] Deguchi T, Yasuda M, Yokoi S, et al. Treatment of uncomplicated gonococcal urethritis by double-dosing of 200mg cefixime at a 6-h interval[J]. J Infect Chemother, 2003, 9(1): 35-39.
- [7] Bolan GA, Sparling F, Wasserheit JN. The emerging threat of untreatable gonococcal infection[J]. N Engl J Med, 2012, 366(6): 485-487.
- [8] 吴兴中, 郑和平, 李燕娃, 等. 淋球菌对头孢克肟等 6 种抗生素敏感性及其耐药质粒分型研究 [J]. 皮肤病学杂志, 2012, 19(6): 52-55.

- [9] 韩燕, 尹跃平, 戴秀芹, 等. 2008 年中国淋球菌临床分离株耐药性的流行病学研究 [J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44(7): 472-475.

生殖器疱疹诊疗指南

生殖器疱疹 (genital herpes) 是单纯疱疹病毒 (herpes simplex virus, HSV) 感染外阴、肛门生殖器皮肤黏膜引起的性传播疾病。导致生殖器疱疹的单纯疱疹病毒有 HSV-1 型和 HSV-2 型。多数生殖器疱疹由 HSV-2 引起。HSV 进入人体后, 可终生潜伏, 潜伏的病毒在一定条件下可再度活跃而复发, 因此, 生殖器疱疹常呈慢性反复发作的过程。HSV 除可引起生殖器疱疹外, 还可在分娩时经产道传给新生儿, 引起新生儿 HSV 感染。

一、诊断

1. 流行病学史: 有不安全性行为, 多性伴或性伴感染史。
2. 临床表现:(1) 初发生殖器疱疹: 是指第 1 次出现临床表现的生殖器疱疹。初发可以是原发性生殖器疱疹, 也可以是非原发性感染。①原发性生殖器疱疹: 既往无 HSV 感染, 血清 HSV 抗体检测阴性, 为第 1 次感染 HSV 而出现症状者。是**临床表现最为严重的一种类型**。潜伏期 1 周(2 ~ 12 d)。男性好发于龟头、冠状沟、阴茎体等, 女性好发于大小阴唇、阴道口、会阴、肛周等。少见的部位包括阴囊、阴阜、大腿、臀部等。有肛交行为者常见肛门、直肠受累。最初的表现有红斑、丘疹或丘疱疹, 很快发展为集簇或散在的小水疱, 2 ~ 4 d 后破溃形成糜烂和溃疡。局部可出现瘙痒、疼痛或烧灼感。病程持续约 15 ~ 20 d。常伴发热、头痛、肌痛、全身不适或乏力等症状。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**; ②非原发性生殖器疱疹: 既往有过 HSV 感染**(主要为口唇或颜面疱疹)**, 血清 HSV 抗体检测阳性, **再次感染另一型别的 HSV 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**。

(2) **复发性生殖器疱疹**: 首次复发多出现在原发感染后 1 ~ 4 个月。个体复发频率的差异较大, 平均每年 3 ~ 4 次, 有达 10 数次者。多在发疹前数小时至 5 d 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, 皮损多在 4 ~ 5 d 内愈合。全身症状少见, 多无腹股沟淋巴结肿大。

(3) **亚临床感染**: 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**。

(4) 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。

(5) 特殊类型的生殖器疱疹: ①疱疹性宫颈炎: 表现为黏液脓性宫颈炎。出现宫颈充血及脆性增加、水疱、糜烂, 甚至坏死; ②疱疹性直肠炎: 多见于有肛交行为者, 表现为肛周水

疱或溃疡,肛门口疼痛、里急后重、便秘和直肠黏液血性分泌物,常伴发热、全身不适、肌痛等;③新生儿疱疹:为妊娠期生殖器疱疹的不良后果。可分为局限型、中枢神经系统型和播散型。常在生后 3~30 d 出现症状,侵犯皮肤黏膜、内脏和中枢神经系统。表现为吃奶时吸吮无力、昏睡、发热、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;④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。

3. 实验室检查:①培养法:细胞培养 HSV 阳性;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;③核酸检测:PCR 等检测 HSV 核酸阳性。核酸检测应在通过相关机构认证的实验室开展;④抗体检测:HSV-2 型特异性血清抗体检测阳性。此外,型特异性血清学诊断试验可检测不同 HSV 型别的血清抗体,可用于复发性生殖器疱疹患者无皮损期的辅助诊断,也可用于对患者性伴的 HSV 感染状况的判断及不典型生殖器疱疹的辅助诊断。在血清中检出不同型别的 IgM 抗体,表明有该型 HSV 的首次感染,且只出现在近期感染时。而 IgG 抗体持续存在的时间更长,其阳性则更能提示 HSV 感染,尤其对无明显皮损患者的辅助诊断。但不同试剂的敏感性和特异性相差较大,该试验检测结果目前不能作为确诊病例的依据。

4. 诊断分类:临床诊断病例:符合临床表现,有或无流行病学史。确诊病例:同时符合临床诊断病例的要求和实验室检查中的任 1 项。

二、处理

(一)一般原则:无症状或亚临床型生殖器 HSV 感染者通常无需药物治疗。有症状者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,常给患者带来心理压力,引起紧张、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。所有感染生殖器疱疹的患者都应接受梅毒及 HIV 检测。

(二)治疗方案:

1. 系统性抗病毒治疗:(1)初发生殖器疱疹推荐方案:口服阿昔洛韦 200 mg,每日 5 次,共 7~10 d;或阿昔洛韦 400 mg,每日 3 次,共 7~10 d;或伐昔洛韦 500 mg,每日 2 次,共 7~10 d;或泛昔洛韦 250 mg,每日 3 次,共 7~10 d。

(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。

(3)播散性 HSV 感染:阿昔洛韦 5~10 mg/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。肾脏功能受损的患者,阿昔洛韦的用量应根据肾损程度调整。

(4)复发性生殖器疱疹的间歇疗法:用于病情复发时,可减轻病情的严重程度,缩短复发时间,减少病毒排出。间歇疗法最好在患者出现前驱症状时或症状出现 24 h 内使用。推

荐方案:口服阿昔洛韦 200 mg,每日 5 次,共 5 d;或阿昔洛韦 400 mg,每日 3 次,共 5 d;或伐昔洛韦 500 mg,每日 2 次,共 5 d;或泛昔洛韦 250 mg,每日 3 次,共 5 d。

(5)生殖器疱疹频繁复发(每年复发超过 6 次):可采用长期抑制疗法。推荐方案:口服阿昔洛韦 400 mg,每日 2 次;或伐昔洛韦 500 mg,每日 1 次;或泛昔洛韦 250 mg,每日 2 次。需长期持续给药,疗程一般为 4~12 个月。

(6)妊娠期生殖器疱疹:在孕妇中,阿昔洛韦等药物的安全性尚未明确,如需使用,应权衡利弊并征得患者的知情同意。目前认为,孕妇初发生殖器疱疹患者可口服阿昔洛韦;有并发症者,应静脉滴注阿昔洛韦。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,近足月时无复发迹象的孕妇,可不进行阿昔洛韦治疗。对于有活动性皮损或有发前驱症状的孕妇,在无禁忌证的前提下,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。对无活动性皮损的孕妇患者,可从阴道分娩,但分娩后对其新生儿是否出现发热、昏睡、吃奶时吸吮力、抽搐或发生皮损进行密切监测,以便及时处理。妊娠末期原发性生殖器疱疹发生母婴传播的机会是复发性生殖器疱疹的 10 倍,因此对于血清学抗体阴性的孕妇,即从来没有感染过疱疹病毒的孕妇,应预防孕妇在妊娠末期感染原发性生殖器疱疹。预防措施包括在妊娠晚期戒欲,避免口交,或在性生活中全程使用安全套。

2. 局部处理:皮损局部可采用生理氯化钠溶液或 3% 硼酸液清洗,要保持患处清洁、干燥。可外用 3% 阿昔洛韦乳膏或 1% 喷昔洛韦乳膏等,但单独局部治疗的疗效远逊于系统用药。

(三)随访和预后:对于初发生殖器疱疹患者,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。但本病易复发,尤其在初发感染后 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发生在亚临床或无症状排毒期间。生殖器疱疹的复发与一些诱发因素有关,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。随访的目的是向患者提供进一步的健康教育及咨询,同时可考虑随访时向患者提供下一次治疗的药物,以便患者在前驱症状或发作 24 h 内能及时服药。

(四)预防:生殖器疱疹的预防有其自身的特点,要强调咨询和健康教育。

1. 咨询:①解释本病的自然病程,强调其复发性 and 无症状排毒的可能性,无症状期间也可发生 HSV 性传播;②告诉患者本病复发的常见诱因,避免心理紧张、抑郁或焦虑等不良情绪,通过避免复发诱因可减少复发;③告知育龄期患者(包括男性患者)有关胎儿和新生儿 HSV 感染的危险性;④告诉初发患者,抗病毒治疗可缩短病程,抗病毒抑制疗法可减

少或预防复发;⑤取得患者对治疗的积极配合,以减少疾病的传播。

2. 健康教育:①强调将病情告知其性伴,取得性伴的谅解和合作,避免在复发前驱症状或皮损出现时发生性接触,或更好地采用屏障式避孕措施,以减少 HSV 传染给性伴的危险性;②提倡安全套等屏障式避孕措施,安全套可减少生殖器疱疹传播的危险性,但出现皮损时性交,即使使用安全套也可能发生 HSV 性传播;③改变性行为方式,避免非婚性行为,杜绝多性伴,是预防生殖器疱疹的根本措施。

生殖道沙眼衣原体感染

生殖道沙眼衣原体感染(genital chlamydial infections)是常见的性传播疾病。沙眼衣原体引起的疾病范围广泛,可累及眼、生殖道、直肠等多个脏器,也可导致母婴传播。因而,沙眼衣原体感染的防治具有重要的公共卫生和临床意义。

一、诊断¹⁻³

1. 流行病学史:有不安全性行为,多性伴或性伴感染史。新生儿感染者的母亲有泌尿生殖道沙眼衣原体感染史。

2. 临床表现:(1)男性特有的表现:①尿道炎:潜伏期 1~3 周。表现为尿道不适、尿痛或有尿道分泌物。尿痛症状比较轻,有时仅表现为尿道的轻微刺痛和痒感,尿道分泌物为黏液性或黏液脓性,较稀薄,量较少;②附睾炎:如未治疗或治疗不当,少数患者可引起附睾炎。表现为单侧附睾肿大、疼痛、水肿、硬结,局部或全身发热,硬结多发生在附睾的曲细精管,可触及痛性的附睾硬结。有时睾丸也可累及,出现睾丸肿大、疼痛及触痛、阴囊水肿等;③前列腺炎:患者既往有衣原体尿道炎的病史或现患衣原体尿道炎。表现为会阴部及其周围轻微疼痛或酸胀感,伴有直肠坠胀感,可伴有排精痛。体检时前列腺呈不对称肿大、变硬或有硬结和压痛。尿中可出现透明丝状物或灰白色块状物;④关节炎(Reiter 综合征):为少见的合并症。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、非侵蚀性关节炎。Reiter 综合征则除上述病变外,还有眼(结膜炎、葡萄膜炎)、皮肤(环状包皮龟头炎、掌跖角化病)、黏膜(上腭、舌及口腔黏膜溃疡)等损害。

(2)女性特有的表现:①宫颈炎:常呈无症状感染,难以确定潜伏期。有症状者可有阴道分泌物异常,非月经期或性交后出血及下腹部不适。体检可发现宫颈充血、水肿、接触性出血(脆性增加)、宫颈管黏液脓性分泌物,阴道壁黏膜正常;②尿道炎:可出现尿痛、尿频、尿急,常同时合并宫颈炎。体检可发现尿道口充血潮红,微肿胀或正常,可有少量黏液脓性分泌物溢出;③盆腔炎:如不治疗或治疗不当,部分患者可上行感染而发生盆腔炎。表现为下腹痛、腰痛、性交痛、阴道异常出血、阴道分泌物异常等。急性发病时伴有高热、寒战、头痛、食欲不振等全身症状。病情较轻时,下腹部轻微疼痛,血沉稍快。体检可发现下腹部压痛、宫颈举痛,可扪及增粗的输卵管或炎性肿块。病程经过通常为慢性迁延性。远期后果包

括输卵管性不育、异位妊娠和慢性盆腔痛。

(3)男性和女性共有的表现: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、腹泻及黏液性分泌物;②眼结膜炎:出现眼睑肿胀,睑结膜充血及滤泡,可有黏液脓性分泌物。

(4)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。

(5)新生儿感染:①新生儿结膜炎:由患病的母亲传染所致。在生后 5~12 d 发生。轻者无症状,有症状的新生儿表现为轻重不等的化脓性结膜炎,出现黏液性或黏液脓性分泌物,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;②新生儿肺炎:常在 3~16 周龄发生。表现为鼻塞、流涕,呼吸急促,特征性的(间隔时间短、断续性)咳嗽,常不发热。体检发现呼吸急促,可闻及湿啰音。

3. 实验室检查^{1-2,4-5}: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;②培养法:沙眼衣原体细胞培养阳性;③抗原检测:酶联免疫吸附试验、直接免疫荧光法或免疫层析试验检测沙眼衣原体抗原阳性;④抗体检测:新生儿衣原体肺炎中沙眼衣原体 IgM 抗体滴度升高,有诊断意义;⑤核酸检测:PCR、RNA 实时荧光核酸恒温扩增法(SAT)、转录介导核酸恒温扩增法(TMA)等检测沙眼衣原体核酸阳性。PCR 检测应在通过相关机构认证的实验室开展。

4. 诊断分类:①确诊病例:同时符合临床表现和实验室检查中的任一项者,有或无流行病学史;②无症状感染:符合实验室检查中的任一项(主要为培养法、抗原检测和核酸检测),且无症状者。

二、处理^{1-2,6-13}

沙眼衣原体感染的治疗目的是杀灭沙眼衣原体、消除症状、防止产生并发症、阻断进一步传播。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,可采用延长抗生素疗程,或使用半衰期长的抗生素等方法,提高疗效。

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。性伴应同时接受治疗。治疗后进行随访。

2. 治疗方案:(1)成人沙眼衣原体感染推荐方案:阿奇霉素 1 g,单剂口服,或多西环素 0.1 g,每日 2 次,共 7~10 d。替代方案:米诺环素 0.1 g,每日 2 次,共 10 d,或四环素 0.5 g,每日 4 次,共 2~3 周,或红霉素碱 0.5 g,每日 4 次,共 7 d,或罗红霉素 0.15 g,每日 2 次,共 10 d,或克拉霉素 0.25 g,每日 2 次,共 10 d,或氧氟沙星 0.3 g,每日 2 次,共 7 d,或左氧氟沙星 0.5 g,每日 1 次,共 7 d,或司帕沙星 0.2 g,每日 1 次,共 10 d,或莫西沙星 0.4 g,每日 1 次,共 7 d。有研究显示,阿奇霉素顿服方案对某些患者疗效欠佳,而 3~5 d 疗程的方案可能更好。但确切的疗效评价及最适宜治疗方案待进一步研究。

(2)新生儿沙眼衣原体眼炎和肺炎推荐方案:红霉素干糖浆剂,50 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分 4 次口服,共 14 d。如有效,再延

长 1~2 周。

(3) 儿童衣原体感染推荐方案: 体重 < 45 kg, 红霉素碱或红霉素干糖浆粉剂 50 mg·kg⁻¹·d⁻¹, 分 4 次口服, 共 14 d。 > 8 岁或体重 ≥ 45 kg 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。

(4) 妊娠期生殖道沙眼衣原体感染推荐方案: 阿奇霉素 1 g, 单剂口服, 或阿莫西林 0.5 g, 每日 3 次, 共 7 d。替代方案: 红霉素碱 0.5 g, 每日 4 次, 共 7 d, 或红霉素碱 0.25 g, 每日 4 次, 共 14 d。

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: ①症状持续存在; ②怀疑再感染; ③怀疑未依从治疗; ④无症状感染; ⑤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第 2 周; 核酸扩增试验为疗程结束后第 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。

执笔者 王千秋、刘全忠、徐金华

参 考 文 献

- [1] 刘全忠, 王千秋. 性传播疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [2] 王千秋, 张国成. 性传播疾病临床诊疗指南[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007.
- [3] 杨立刚. 直肠部位淋球菌及沙眼衣原体感染的诊治 [J]. 中华

- 皮肤科杂志, 2011, 44(7): 532-533.
- [4] 尹跃平. 性传播疾病实验室诊断指南 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007.
- [5] 刘志超, 刘原君, 冯斌, 等. 四种检测泌尿生殖道沙眼衣原体方法的比较与评价[J]. 中国皮肤性病学期刊, 2011, 25(8): 641-643, 647.
- [6] Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 [J]. MMWR Recomm Rep, 2010, 59(RR-12): 1-110.
- [7] Lanjouw E, Ossewaarde JM, Strydom A, et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections[J]. Int J STD AIDS, 2010, 21(11): 729-737.
- [8] Schwebke JR, Rompalo A, Taylor S, et al. Re-evaluating the treatment of nongonococcal urethritis: emphasizing emerging pathogens—a randomized clinical trial[J]. Clin Infect Dis, 2011, 52(2): 163-170.
- [9] Steedman NM, McMillan A. Treatment of asymptomatic rectal Chlamydia trachomatis: is single-dose azithromycin effective?[J]. Int J STD AIDS, 2009, 20(1): 16-18.
- [10] Drummond F, Ryder N, Wand H, et al. Is azithromycin adequate treatment for asymptomatic rectal chlamydia? [J]. Int J STD AIDS, 2011, 22(8): 478-480.
- [11] Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials[J]. Sex Transm Dis, 2002, 29(9): 497-502.
- [12] Handsfield HH. Questioning azithromycin for chlamydial infection [J]. Sex Transm Dis, 2011, 38(11): 1028-1029.
- [13] 薛耀华, 郑和平, 杨斌, 等. 沙眼衣原体临床分离株的抗菌药物敏感性及其基因分型研究 [J]. 中华皮肤科杂志, 2010, 43(5): 309-311.

(收稿日期: 2013-12-13)

(本文编辑: 尚淑贤 吴晓初)

2014 年全国皮肤外科及美容治疗学习班通知

为推动我国皮肤外科及美容治疗学的发展, 中国医学科学院皮肤病医院定于 2014 年 6 月 11 - 15 日在江苏省苏州市举办全国皮肤外科及美容学习班, 届时将邀请皮肤美容外科领域知名专家就皮肤美容外科进行系统的讲座, 并有丰富精彩的临床病例展示。学习内容涉及皮肤肿瘤、瘢痕与瘢痕疙瘩、形体雕塑(吸脂及脂肪移植)、色素性皮肤病、注射微美容、激光、光动力技术的应用等。学习结束经考核合格后, 颁发中国医学科学院皮肤病医院皮肤外科学班结业证书, 并授予国家级一类继续医学教育 10 学分。报名网址: <http://jjxmglt.pumc.edu.cn/ci/web/temp.index.do> (点击中国医学科学院北京协和医学院→教育教学→继续教育→继教项目管理系统→项目报名→皮肤外科及美容治疗学习班报名), 联系方式: 南京市蒋王庙街 12 号(邮编 210042)中国医学科学院皮肤病医院皮肤外科杨赓, 手机 15850566390, Email: pfwkchina@aliyun.com; 苏州市东吴北路 61 号(邮编 215128)吴中人民医院皮肤科陆振中, 手机 13706210546, Email: enigmaago@163.com。

危急重皮肤病救治进展学习班通知

南京医科大学第一附属医院皮肤科定于 2014 年 9 月 25 - 28 日举办第二期“危急重皮肤病救治进展”国家级继续教育学习班。邀请国内皮肤科、内科、急诊医学领域知名专家针对重症皮肤病, 如重症药疹、大疱性皮肤病、重症银屑病、发热伴皮疹、自身免疫病的诊治进展等; 皮肤病合并其他严重疾病以及皮肤病治疗过程中出现的其他科并发症的救治处理等进行专题讲座。培训对象: 各级皮肤性病科临床医师、综合医院临床医师以及在读研究生等。学习结束、考核合格后, 授予 I 类学分 8 分。联系人: 周炳荣, Email: bingrong.2002@163.com。报到地址: 江苏省南京市广州路 300 号江苏省人民医院皮肤科, 邮编 210029, 请尽量电邮联系。学习班交纳资料费 900 元, 住宿自理。欢迎各级医生踊跃参加。