zz.iiyi.com

2018.12

爱爱醫

第十二期　　总NO. 107

Volume 9, number 12, Dec. 2018

刊首语

与秋别离，与冬相拥

作者：anne 医生
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3456331-1.html

曾是硕果的季节
令人艳羡
也是枯叶的季节
令人伤感
一来一往
秋季走了

曾是飘雪的季节
令人神往
也是孕育的季节
充满希望
生机无限
冬季来了

与秋别离
不愿停留在秋天里徘徊
让浮躁的情绪收敛沉淀
与冬相拥
只愿在冬天里放飞希望
让坚强的意志提升锤炼

责任编辑：yemengzhe

会　　长：陆德庆
执行会长：高立涛
主　　编：于竹梅
执行主编：倪广峰
副 主 编：康　晶　任忠林
制　　作：张常哲
顾　　问：杨俊标
编　　委：王颖健　刘延红　刘宇峰　刘现国
李照禄　张常哲　殷吉磊　韩希乾
蔡晓刚　柳权

《爱爱医》杂志
在线阅读：http://bbs.iiyi.com/zazhi
投稿信箱：463767990@qq.com
联系我们：爱爱医华人医学论坛
联 系 人：于竹梅
联系方式：463767990（QQ）
地　　址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号
康德莱国际医疗产业园 K 栋
邮　　编：519041
联系电话：400-6269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

目录

刊 首 语　与秋别离，与冬相拥 1
专家讲坛　中国艾滋病诊疗指南（2018 版） 1
关　　注　“基因编辑婴儿”震动学界，多部门回应 24
专业交流 西　医
封闭治疗结节性痒疹效果好 29
误诊的牙龈癌 30
慢性肾衰误诊 31
双子宫流产误诊 32
超声入门贴 654 胃窦癌 33
小儿肺炎的护理体会 35
影像典型病例 47：左膝关节疼痛 2 周（骨巨伴 ABC） 37
心电图读图第 87 期 41
专业交流 中　医
《伤寒论》部分方剂整理总结（三） 45
常用外敷方几则 48
有关“坐骨神经痛”的治疗小议 49
自拟治疗高血压经验方 51
慢性盆腔炎病案 52
扎后溪穴治疗手麻 53
顽固性网球肘一例 54
识 草 药　人参 56
叶子花 57
病例讨论　输血反应一例 59
眶区发作性疼痛伴复视 1 年 61
视物成双伴左眼疼痛 3 个月 62
医疗资讯　医疗资讯 63
医网情深　因为热爱 67
编读往来　编读往来 69
心电图读图第 86 期答案公布 69
杂志稿约　爱爱医杂志稿约 71

专家讲坛

中国艾滋病诊疗指南（2018 版）

作者：中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组等
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3458095-1.html

网络出版时间：2018-12-11 13:25:50
网络出版地址：http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5882.R.20181211.1325.010.html
协和医学杂志
Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital

·指南与共识·

中国艾滋病诊疗指南（2018 版）

中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组 中国疾病预防控制中心

通信作者：李太生[1]，王福生[2]，高 福[3]
[1] 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院感染内科，北京 100730，E-mail：litsh@263.Net
[2] 解放军第三〇二医院肝病生物治疗中心，北京 100039，E-mail：fswang302@163.com
[3] 中国疾病预防控制中心，北京 100050，E-mail：gaof@im.ac.cn

【摘要】艾滋病是中国重要的公共卫生问题。2005 年，中华医学会感染病学分会艾滋病学组制定了《艾滋病诊疗指南》第一版，并于 2011 年和 2015 年进行了更新。2018 版指南是在第三版的基础上，根据我国艾滋病临床诊疗实践和最新研究成果进行的更新，主要体现在机会性感染和人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus，HIV）相关肿瘤的诊治、抗反转录病毒治疗、HIV 暴露后预防和预防母婴传播方面的最新研究进展。2018 版指南首次介绍了 HIV 暴露后预防、首次提出了 HIV 感染全程管理的概念并详细介绍了如何做好 HIV 感染全程管理。本指南将根据最新的临床研究证据定期进行更新。

【关键词】艾滋病；人类免疫缺陷病毒；诊断；治疗；指南
【中图分类号】R512.91 【文献标志码】A 【文章编号】1674-9081(2019)01-0000-23
DOI：10.3969/j.issn.1674-9081.2019.01.000

Chinese Guidelines for Diagnosis and Treatment of HIV/AIDS (2018)

AIDS and Hepatitis C ProfessionalGroup, Society of Infectious Diseases, Chinese Medical Association; Chinese Center for Disease Control and Prevention

Corresponding authors: LI Tai-sheng[1], WANG Fu-sheng[2], GAO Fu[3]
[1] Department of Infectious Diseases, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China, E-mail: litsh@263.net
[2] 302 Military Hospital of China, Beijing 100050, China, E-mail: fswang302@163.com
[3] Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 100050, China, E-mail: gaof@im.ac.cn

【Abstract】Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is an important public health problem in China. In 2005, the first edition of the guidelines for the diagnosis and treatment of AIDS was formulated by the AIDS Professional Group of Society of Infectious Diseases of Chinese Medical Association, which was updated in 2011 and 2015, respectively. The fourth edition of the guidelines in 2018 is revised on the basis of the third edition and updated according to national clinical practice and the latest research results. The new research progress in opportunistic infections and human immunodeficency virus (HIV) associated cancers, antiretroviral therapy, HIV post-exposure prophylaxis, and prevention of mother to child transmission were updated in these guidelines. In the 2018 edition, pre-exposure prophylaxis is mentioned for the first time. The strategy of whole course management of HIV infection is put forward and how to do the whole course management of HIV infection is detailed in this version. These guidelines will be updated regularly according to the latest clinical evidence.

【Key words】acquired immunodeficiency syndrome; human immunodeficiency virus; disgnosis; treatment; guideline
Med J PUMCH, 2019,10(1):0-0

基金项目：基金项目：“十二五”国家科技重大专项（2012ZX10001003）；“十三五”国家科技重大专项（2017ZX10202101）；利益冲突：无

专家讲坛

艾滋病，即获得性免疫缺陷综合征（acquired immunodeficiency syndrome，AIDS），其病原体为人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus，HIV），亦称艾滋病病毒。目前，艾滋病已成为严重威胁我国公众健康的重要公共卫生问题。中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组牵头，于2005年制订了我国艾滋病诊疗指南第一版，2011年和2015年分别进行了更新[1]。本版指南由中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组和中国疾病预防控制中心共同组织相关专家在2015年第三版的基础上参照国内外最新研究成果和国内临床实践修订而成。

1 流行病学

1.1 流行现况

联合国艾滋病规划署估计，截至2017年底，全球现存活HIV/AIDS患者3 690万例，当年新发HIV感染者180万例，有2170万例正在接受高效联合抗反转录病毒治疗（highly active antiretroviral therapy，HAART，俗称“鸡尾酒疗法”，现在又称抗反转录病毒治疗）[2]。在继续推行综合、强化的干预措施基础上，提出“90-90-90策略”，即存活的HIV/AIDS患者90%被检测出，诊断的HIV/AIDS患者90%接受规范的HAART，治疗的HIV/AIDS患者90%达到病毒被抑制，并规划到2020年，将年新发感染人数控制在50万以下[3]。截至2017年底，我国报告的现存活HIV/AIDS患者758 610例，当年新发现HIV/AIDS患者134 512例（其中95%以上均是通过性途径感染），当年报告死亡30 718例[4]。

1.2 传染源

是被HIV感染的人，包括HIV感染者和艾滋病患者。HIV主要存在于传染源的血液、精液、阴道分泌物、胸腹水、脑脊液、羊水和乳汁等体液中。

1.3 感染和传播途径

经性接触（包括不安全的同性、异性和双性性接触）；经血液及血制品（包括共用针具静脉注射毒品、不安全规范的介入性医疗操作、文身等）；经母婴传播（包括宫内感染、分娩时和哺乳传播）。

高风险人群：主要有男男同性性行为者、静脉注射毒品者、与HIV/AIDS患者有性接触者、多性伴人群、性传播感染群体。

1.4 疫情报告

推行艾滋病自愿咨询和检测和医务人员主动提供艾滋病咨询和检测，对发现的HIV/AIDS患者应遵照《中华人民共和国传染病防治法》及时向所在地疾病预防控制中心报告疫情，并采取相应的措施。

1.5 医学管理

遵循隐私保密原则，加强对HIV/AIDS患者的随访，及时给予规范的综合治疗（包括抗病毒治疗和对症支持治疗），提供必要的医学和心理咨询（包括预防HIV/AIDS患者继续传播HIV的健康处方）等全程管理措施。

1.6 预防措施

正确使用安全套，采取安全的性行为；不吸毒，不共用针具；推行无偿献血，对献血人群进行HIV筛查；加强医院管理，严格执行消毒制度，控制医院交叉感染；预防职业暴露与感染；控制母婴传播；对HIV/AIDS患者的配偶和性伴者、与HIV/AIDS患者共用注射器的静脉药物依赖者，以及HIV/AIDS患者所生的子女，进行医学检查和HIV检测，为其提供相应的咨询服务。

2 病原学特征

HIV属于病毒科慢病毒属中的人类慢病毒组，为直径100~120 nm的球形颗粒，由核心和包膜两部分组成；核心由衣壳蛋白（p24）所组成，衣壳内包括两条完全一样的

病毒单股正链RNA、核壳蛋白和病毒复制所必需的酶类，含有反转录酶（p51/p66）、整合酶（p32）和蛋白酶（p10）；HIV最外层为包膜，来源于宿主细胞膜的膜质结构，其中嵌有外膜糖蛋白gp120和跨膜糖蛋白gp41；包膜结构之下的是基质蛋白（p17），形成一个病毒内壳。

HIV基因组全长约9.7 kb，含有3个结构基因（gag、pol和env）、2个调节基因（tat反式激活因子和rev毒粒蛋白表达调节因子）和4个辅助基因（nef负调控因子、vpr病毒蛋白r、vpu病毒蛋白u和vif病毒感染因子）。

HIV是一种变异性很强的病毒，各基因的变异程度不同，env基因变异率最高。HIV发生变异的主要原因包括反转录酶无校正功能导致的随机变异；病毒在体内高频率复制；宿主的免疫选择压力；病毒DNA与宿主DNA之间的基因重组；以及药物选择压力，其中不规范的HAART以及患者依从性差是导致耐药性的重要原因。

我国以HIV-1为主要流行株，已发现的有A、B（欧美B）、B′（泰国B）、C、D、F、G、H、J和K 10个亚型，还有不同流行重组型（CRFs），目前流行的HIV-1主要亚型是AE重组型和BC重组型。1999年起在我国部分地区发现有少数HIV-2型感染者。

HIV需借助易感细胞表面的受体进入细胞，包括第一受体（CD4，主要受体）和第二受体（CCR5或CXCR4等辅助受体）。根据HIV对辅助受体利用的特性将HIV分为X4和

R5毒株。R5型病毒通常只利用CCR5受体，而X4型病毒常常同时利用CXCR4、CCR5和CCR3受体。值得注意的是，在疾病的早期阶段HIV常利用CCR5作为辅助受体，而在疾病进程晚期时病毒常利用CXCR4作为辅助受体。

HIV在人体细胞内的感染过程包括：（1）吸附、膜融合及穿入：HIV-1感染人体后，选择性地吸附于靶细胞的CD4受体上，在辅助受体的帮助下进入宿主细胞；（2）反转录、入核及整合：胞质中病毒RNA在反转录酶作用下，形成互补DNA，在DNA聚合酶作用下病毒双链线性DNA在胞质完成合成。进入细胞核内，在整合酶的作用下整合到宿主细胞的染色体DNA中。这种整合到宿主DNA后的病毒DNA即被称为“前病毒”；（（3）转录及翻译：前病毒被活化而进行自身转录时，在细胞RNA聚合酶的催化下，病毒DNA转录形成RNA，一些RNA经加帽加尾成为病毒的子代基因组RNA；另一些RNA经拼接而成为病毒mRNA，在细胞核蛋白体上转译成病毒的结构蛋白（Gag、Gag-Pol和Env前体蛋白）和各种非结构蛋白，合成的病毒蛋白在内质网核糖体进行糖化和加工，在蛋白酶作用下裂解，产生子代病毒的蛋白和酶类；（（4）装配、成熟及出芽：Gag和Gag-Pol前体蛋白与病毒子代基因组RNA在细胞膜的内面进行包装，gp120和gp41转运到细胞膜的表面，与正在出芽的Gag和MA相结合，通过芽生从细胞膜上获得病毒体的包膜，形成独立的病毒颗粒。在出芽的中期或晚期，病毒颗粒中的Gag和Gag-Pol前体蛋白在病毒自身的蛋白酶作用下裂解成更小的病毒蛋白，包括Gag中的p17、p24、p7、p6以及Pol中的反转录酶、整合酶和蛋白酶。这些病毒蛋白与子代基因组RNA再进一步地组合，最后形成具有传染性的、成熟的病毒颗粒。

HIV在外界环境中的生存能力较弱，对物理因素和化学因素的抵抗力较低。一般对乙型肝炎病毒（hepatitis B virus，HBV）有效的消毒剂，如碘酊、过氧乙酸、戊二醛、次氯酸钠等，对HIV也都有良好的灭活作用。因此，对HBV有效的消毒和灭活方法均适用于HIV。除此之外，70%的酒精也可灭活HIV，但紫外线或γ射线不能灭活HIV。HIV对热很敏感，对低温耐受性强于高温。56 ℃处理30 min可使HIV在体外对人的T淋巴细胞失去感染性，但不能完全灭活血清中的HIV；100 ℃处理20 min可将HIV完全灭活。

3 实验室检查[5]

HIV/AIDS的实验室检测主要包括HIV抗体检测、HIV核酸定性和定量检测、$CD4^+$ T淋巴细胞计数、HIV耐药检测等。HIV-1/2抗体检测是HIV感染诊断的金标准，HIV核酸检测（定性和定量）也用于HIV感染诊断；HIV核酸定量（病毒载量）和$CD4^+$ T淋巴细胞计数是判断疾病进展、临床用药、疗效和预后的两项重要指标；HIV耐药检测可为HAART方案的选择和更换提供指导。

3.1 HIV-1/2抗体检测

包括筛查试验和补充试验。HIV-1/2抗体筛查方法包括酶联免疫吸附试验（enzyme linked immunosorbent assay，ELISA）、化学发光或免疫荧光试验、快速试验（斑点ELISA和斑点免疫胶体金或胶体硒、免疫层析等）、简单试验（明胶颗粒凝集试验）等。补充试验方法包括抗体确证试验（免疫印迹法、条带/线性免疫试验和快速试验）和核酸试验（定性和定量）。

筛查试验呈阴性反应可出具HIV-1/2抗体阴性报告，见于未被HIV感染的个体，但窗口期感染者筛查试验也可呈阴性反应。若呈阳性反应，用原有试剂双份（快速试验）/双孔（化学发光试验或ELISA）或两种试剂进行重复检测，如均呈阴性反应，则报告为HIV抗体阴性；如一阴一阳或均呈阳性反应，需进行补充试验。

补充试验：抗体确证试验无HIV特异性条带产生，报告HIV-1/2抗体阴性；出现条带但不满足诊断条件的报告不确定，可进行核酸试验或2～4周后随访，根据核酸试验或随访结果进行判断。补充试验HIV-1/2抗体阳性者，出具HIV-1/2抗体阳性确证报告。核酸试验：核酸定性检测结果阳性报告HIV-1核酸阳性，结果阴性报告HIV-1核酸阴性。病毒载量检测结果低于检测线报告低于检测线；>5000拷贝/ml报告检测值；检测线以上但≤5000拷贝/ml建议重新采

专家讲坛

样检测，临床医生可结合流行病学史、$CD4^+$、$CD8^+$ T淋巴细胞计数或HIV抗体随访检测结果等进行诊断或排除诊断。

3.2 $CD4^+$ T淋巴细胞检测

$CD4^+$ T淋巴细胞是HIV感染最主要的靶细胞，HIV感染人体后，出现$CD4^+$ T淋巴细胞进行性减少，$CD4^+/CD8^+$ T淋巴细胞比值倒置，细胞免疫功能受损。

目前常用的$CD4^+$ T淋巴细胞亚群检测方法为流式细胞术，可以直接获得$CD4^+$ T淋巴细胞数绝对值，或通过白细胞分类计数后换算为$CD4^+$ T淋巴细胞绝对数。

$CD4^+$ T淋巴细胞计数的临床意义：了解机体免疫状态和病程进展、确定疾病分期、判断治疗效果和HIV感染者的临床并发症。

$CD4^+$ T淋巴细胞检测频率：需根据患者的具体情况由临床医师决定。一般建议：对于$CD4^+$ T淋巴细胞计数>350个/μl（无症状）的HIV感染者，每6个月应检测1次；对于已接受HAART的患者在治疗的第一年内每3个月检测1次，治疗1年以上且病情稳定的患者可改为每6个月检测1次。对于HAART后患者体内病毒被充分抑制、$CD4^+$ T淋巴细胞计数长期处于稳定水平的患者，$CD4^+$ T淋巴细胞计数在300~500个/μl的患者，建议每12个月检测1次；>500个/μl的患者可选择性进行$CD4^+$ T淋巴细胞检测。对于发生病毒学突破患者、出现艾滋病相关临床症状的患者、接受可能降低$CD4^+$ T淋巴细胞治疗的患者则需再次进行定期$CD4^+$ T淋巴细胞检测。

$CD4^+/CD8^+$ T淋巴细胞比值倒置可在长期HAART后出现不同程度的改善，与患者起始治疗的时机和基础$CD4^+$ T淋巴细胞计数密切相关，其变化提示患者的治疗效果和免疫功能重建状态[6]。

3.3 HIV核酸检测

感染HIV以后，病毒在体内快速复制，血浆中可检测出病毒RNA（病毒载量），一般用血浆中每毫升HIV-RNA的拷贝数或每毫升国际单位（IU/ml）来表示。病毒载量检测结果低于检测下限，表示本次试验没有检测出病毒载量，见于未感染HIV的个体、HAART成功的患者或自身可有效抑制病毒复制的部分HIV感染者。病毒载量检测结果高于检测下限，表示本次试验检测出病毒载量，可结合流行病学史、临床症状及HIV抗体初筛结果作出判断。

测定病毒载量的常用方法有逆转录PCR、核酸序列依赖性扩增技术和实时荧光定量PCR扩增技术。病毒载量测定的临床意义为预测疾病进程、评估治疗效果、指导治疗方案调整，也可作为HIV感染诊断的补充试验，用于急性期/窗口期诊断、晚期患者诊断、HIV感染诊断和小于18月龄的婴幼儿HIV感染诊断。

病毒载量检测频率：如条件允许，建议未治疗的无症状HIV感染者每年检测1次、HAART初始治疗或调整治疗方案前、初始治疗或调整治疗方案初期每4~8周检测1次，以便尽早发现病毒学失败。HAART患者病毒载量低于检测下限后，每3~4个月检测1次，对于依从性好、病毒持续抑制达2~3年以上、临床和免疫学状态平稳的患者可每6个月检测1次，但如出现HIV相关临床症状或使用糖皮质激素或抗肿瘤化疗药物则建议每3个月检测1次HIV载量。

3.4 HIV基因型耐药检测

HIV耐药检测结果可为艾滋病治疗方案的制订和调整提供重要参考。出现HIV耐药，表示该感染者体内病毒可能耐药，同时需要密切结合临床情况，充分考虑HIV感染者的依从性、对药物的耐受性及药物的代谢吸收等因素进行综合评判。改变抗病毒治疗方案需要在有经验的医师指导下才能进行。HIV耐药结果阴性，表示该份样品未检出耐药性，但不能确定该感染者不存在耐药情况。

耐药检测方法包括基因型和表型检测，目前国内外多以基因型检测为主。

在以下情况进行HIV基因型耐药检测：HAART后病毒载量下降不理想或抗病毒治疗失败需要改变治疗方案时；进行HAART前（如条件允许）。对于抗病毒治疗失败者，耐药检测在病毒载量>400拷贝/ml且未停用抗病毒药物时进行，如已停药需在停药4周内进行基因型耐药检测。

4 发病机制

HIV主要侵犯人体的免疫系统，包括$CD4^+$ T淋巴细胞、单核巨噬细胞和树突状细胞等，主要表现为$CD4^+$ T淋巴细胞数量不断减少，最终导致人体细胞免疫功能缺陷，引起各种机会性感染和肿瘤的发生。

HIV进入人体后，在24~48 h到达局部淋巴结，5 d左右在外周血中可以检测到病毒成分，继而产生病毒血症，导致急性感染，以$CD4^+$ T淋巴细胞数量短期内一过性迅速减少为特点。大多数感染者未经特殊治疗，$CD4^+$ T淋巴细胞数可自行恢复至正常水平或接近

正常水平。由于机体免疫系统不能完全清除病毒，形成慢性感染，包括无症状感染期和有症状感染期。无症状感染期持续时间变化较大（数月至数十年不等），平均约 8 年，表现为 $CD4^+$ T 淋巴细胞数量持续缓慢减少（多为 800 个/μl 至 350 个/μl）；进入有症状期后 $CD4^+$ T 淋巴细胞再次快速地减少，多数感染者 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数在 350 个/μl 以下，部分晚期患者甚至降至 200 个/μl 以下，并快速减少。HIV 感染导致 $CD4^+$ T 淋巴细胞下降的主要原因包括：（1）病毒引起的 $CD4^+$ T 淋巴细胞凋亡或细胞焦亡；（2）病毒复制所造成的直接杀伤作用，包括病毒出芽时引起细胞膜完整性的改变等；（3）病毒复制所造成的间接杀伤作用，包括炎症因子的释放或免疫系统的杀伤作用；（4）病毒感染导致胸腺组织的萎缩和胸腺细胞的死亡等。HIV 引起的免疫异常除了 $CD4^+$ T 淋巴细胞数量减少，还包括 $CD4^+$ T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、单核巨噬细胞、自然杀伤（natural killer，NK）细胞和树突状细胞的功能障碍和异常免疫激活。

在临床上可表现为典型进展、快速进展和长期缓慢进展 3 种转归。影响 HIV 感染临床转归的主要因素有病毒、宿主免疫和遗传背景等。需要注意的是，我国男男性行为感染 HIV 者病情进展较快，感染后多数在 4~5 年进展到艾滋病期[7]。

人体通过固有免疫和适应性免疫应答对抗 HIV 的感染。黏膜是 HIV 侵入机体的主要门户，又是 HIV 增殖的场所，是 HIV 通过性途径传播的重要通道。女性宫颈、阴道和男性包皮上皮组织中有大量的朗格汉斯细胞，它们表达 HIV 识别的细胞表面受体 CD4 、CCR5 和不同模式识别受体。朗格汉斯细胞通过模式识别受体捕获 HIV 传递给 T 淋巴细胞，发挥“特洛伊木马”的作用。HIV 也能通过破损的黏膜组织进入人体，随即局部固有免疫细胞，如单核巨噬细胞、树突状细胞、NK 细胞和 γδT 细胞等进行识别、内吞并杀伤处理后将病毒抗原提呈给适应性免疫系统，之后2~12 周，人体即产生针对 HIV 蛋白的各种特异性抗体，其中（广谱）中和抗体和 Fcγ 受体介导的非中和抑制性抗体在控制病毒复制方面具有重要作用[8]。特异性细胞免疫主要有 HIV 特异性 $CD4^+$ T 淋巴细胞免疫反应和特异性细胞毒性 T 淋巴细胞反应。

绝大多数患者经 HAART 后，HIV 所引起的免疫异常改变能恢复至正常或接近正常水平，即免疫功能重建，包括 $CD4^+$ T 淋巴细胞数量和免疫功能的恢复。

5 临床表现与分期

从初始感染 HIV 到终末期是一个较为漫长复杂的过程，在这一过程的不同阶段，与 HIV 相关的临床表现也是多种多样的。根据感染后临床表现及症状、体征，HIV 感染的全过程可分为急性期、无症状期和艾滋病期；但因为影响 HIV 感染临床转归的主要因素有病毒、宿主免疫和遗传背景等，所以在临床上可表现为典型进展、快速进展和长期缓慢进展 3 种转归，出现的临床表现也不同。

5.1 急性期

通常发生在初次感染 HIV 后 2~4 周。部分感染者出现 HIV 病毒血症和免疫系统急性损伤所产生的临床表现。大多数患者临床症状轻微，持续 1~3 周后缓解。临床表现以发热最为常见，可伴有咽痛、盗汗、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、关节疼痛、淋巴结肿大及神经系统症状。

此期在血液中可检出 HIV-RNA 和 p24 抗原，而 HIV 抗体则在感染后 2 周左右出现。CD^4+ T 淋巴细胞计数一过性减少，$CD4^+/CD8^+$ T 淋巴细胞比值亦可倒置。部分患者可有轻度白细胞和血小板减少或肝功能异常。快速进展者在此期可能出现严重感染或者中枢神经系统症状体征及疾病。

5.2 无症状期

可从急性期进入此期，或无明显的急性期症状而直接进入此期。此期持续时间一般为 6~8 年。其时间长短与感染病毒的数量和型别、感染途径、机体免疫状况的个体差异、营养条件及生活习惯等因素有关。在无症状期，由于 HIV 在感染者体内不断复制，免疫系统受损，$CD4^+$ T 淋巴细胞计数逐渐下降。可出现淋巴结肿大等症状或体征，但一般不易引起重视。

5.3 艾滋病期

为感染 HIV 后的最终阶段。患者 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数多<200 个/μl，HIV 血浆病毒载量明显升高。此期主要临床表现为 HIV 相关症状、体征及各种机会性感染和肿瘤。

HIV 感染后相关症状及体征：主要表现为持续 1 个月以上的发热、盗汗、腹泻；体重减轻 10%以上。部分患者表现为神经精神症状，如记忆力减退、精神淡漠、性格改变、头痛、癫痫及痴呆等。另外，还可出现持续性全身性淋巴结肿大，其特点为：（1）除腹股沟以外有两个或两个以上部位的淋巴结肿大；（2）淋巴

专家讲坛

结直径≥1 cm、无压痛、无粘连；（3）持续3个月以上。

6 诊断标准

诊断原则：HIV/AIDS的诊断需结合流行病学史（包括不安全性生活史、静脉注射毒品史、输入未经HIV抗体检测的血液或血液制品、HIV抗体阳性者所生子女或职业暴露史等）、临床表现和实验室检查等进行综合分析，慎重做出诊断。

成人、青少年及18月龄以上儿童，符合下列一项者即可诊断：（1）HIV抗体筛查试验阳性和HIV补充试验阳性（抗体补充试验阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量大于5000拷贝/ml）；（2）HIV分离试验阳性。

18月龄及以下儿童，符合下列一项者即可诊断：（1）为HIV感染母亲所生和HIV分离试验结果阳性；（2）为HIV感染母亲所生和两次HIV核酸检测均为阳性（第二次检测需在出生6周后进行）；（3）有医源性暴露史、HIV分离试验结果阳性或两次HIV核酸检测均为阳性。

6.1 急性期的诊断标准

患者半年内有流行病学史或急性HIV感染综合征、HIV抗体筛查试验阳性和HIV补充试验阳性。

6.2 无症状期的诊断标准

有流行病学史、结合HIV抗体阳性即可诊断。对无明确流行病学史但符合实验室诊断标准的即可诊断。

6.3 艾滋病期的诊断标准

成人及15岁（含15岁）以上青少年、HIV感染加下述各项中的任何一项，即可诊为艾滋病或者HIV感染，而$CD4^+$ T淋巴细胞数<200个/μl，也可诊断为艾滋病。

（1）不明原因的持续不规则发热38 ℃以上、>1个月；

（2）腹泻（大便次数多于3次/d）、>1个月；

（3）6个月之内体重下降10%以上；

（4）反复发作的口腔真菌感染；

（5）反复发作的单纯疱疹病毒感染或带状疱疹病毒感染；

（6）肺孢子菌肺炎（pneumocystis pneumonia，PCP）；

（7）反复发生的细菌性肺炎；

（8）活动性结核或非结核分枝杆菌病；

（9）深部真菌感染；

（10）中枢神经系统占位性病变；

（11）中青年人出现痴呆；

（12）活动性巨细胞病毒感染；

（13）弓形虫脑病；

（14）马尔尼菲篮状菌病；

（15）反复发生的败血症；

（16）皮肤黏膜或内脏的卡波西肉瘤、淋巴瘤。

15岁以下儿童，符合下列一项者即可诊断：HIV感染和$CD4^+$ T淋巴细胞百分比<25%（<12月龄），或<20%（12~36月龄），或<15%（37~60月龄），或$CD4^+$ T淋巴细胞计数<200个/μl（5~14岁）；HIV感染和伴有至少一种儿童艾滋病指征性疾病。

7 机会性感染[9-10]

7.1 肺孢子菌肺炎

7.1.1 诊断

（1）亚急性起病，呼吸困难逐渐加重，伴有发热、干咳、胸闷，症状逐渐加重，严重者发生呼吸窘迫；（2）肺部阳性体征少，或可闻及少量散在的干湿啰音，体征与疾病症状的严重程度往往不成比例[11]；（3）胸部X线检查可见双肺从肺门开始的弥漫性网状结节样间质浸润，肺部CT显示双肺毛玻璃状改变[12]，13%~18%的患者同时合并细菌或分枝杆菌感染，肺部影像学可有相应表现；（4）血气分析提示低氧血症，严重病例动脉血氧分压明显降低，常在60 mm Hg（1 mm Hg=0.133 kPa）以下；（5）血乳酸脱氢酶常>5000 mg/L；（6）确诊依靠病原学检查如痰液或支气管肺泡灌洗/肺组织活检等发现肺孢子菌的包囊或滋养体[13]。

7.1.2 治疗[14]

（1）对症治疗：卧床休息、给予吸氧、注意水和电解质平衡。（2）病原治疗：首选复方磺胺甲噁唑（SMZ-TMP），轻中度患者口服甲氧苄胺嘧啶（TMP）15~20 mg/(kg·d)，磺胺甲噁唑（SMZ）75~100 mg/(kg·d)，分3~4次用，疗程21 d，必要时可延长疗程。重症患者给予静脉用药，剂量同口服。SMZ-TMP过敏者可试行脱敏疗法。替代治疗：克林霉素600~900 mg，静脉滴注，每8小时1次，或450 mg口服，每6小时1次；联合应用伯氨喹15~30 mg，口服，1次/d，疗程21 d。氨苯砜100 mg，口服，1次/d；联

合应用 TMP 200～400 mg，口服，2～3 次/d，疗程 21 d。或喷他脒，3～4 mg/kg，1 次/d，缓慢静脉滴注（60 min 以上），疗程 21 d。（3）糖皮质激素治疗：中重度患者（动脉血氧分压 <70 mm Hg 或肺泡-动脉血氧分压差>35 mm Hg），早期（72 h 内）可应用糖皮质激素治疗，泼尼松 40 mg 口服，2 次/d，5 d，之后改为 20 mg 口服，2 次/d，5 d，20 mg，1 次/d，至疗程结束；静脉用甲泼尼龙剂量为上述泼尼松的 75%。（4）辅助通气：如患者进行性呼吸困难明显，可给予辅助通气。（5）HAART：尽早进行 HAART，通常在抗 PCP 治疗的 2 周内进行。

7.1.3　预防：（1）预防指征：$CD4^+$ T 淋巴细胞计数<200 个/μl 的成人和青少年，包括孕妇及接受 HAART 治疗者。（2）药物选择：首选 SMZ-TMP，一级预防为 1 片/d（1 片剂量 0.48 g），二级预防 2 片/d。若患者对该药不能耐受或者过敏，替代药品有氨苯砜。PCP 患者经 HAART 治疗使 $CD4^+$ T 淋巴细胞增加到>200 个/μl 并持续≥6 个月时，可停止预防用药。如果 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数又降低到<200 个/μl 时，应重新开始预防用药。

7.2　结核病

7.2.1　诊断[15]

结核病可发生在任何 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数水平的艾滋病患者。艾滋病合并结核病的诊断需要结合临床表现、辅助检查、病理学检查以及影像学检查结果来进行综合判断，尤其要注意的是，发生于 HIV 感染者的结核病在临床表现以及诊断方面有其自身特点，不能将一般结核病的诊断方法简单地套用于艾滋病合并结核病的诊断中，在进行诊断时应注意患者的免疫功能状态，$CD4^+$ T 淋巴细胞计数较高患者的表现与普通结核病患者类似，而 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数低的患者常表现为肺外结核病。抗酸染色涂片和培养仍是确诊结核病的主要方法。

7.2.2　治疗

艾滋病患者结核病的治疗原则与非艾滋病患者相同，但抗结核药物使用时应注意与抗病毒药物之间的相互作用及配伍禁忌。

治疗药物：异烟肼、利福平、利福布汀、乙胺丁醇、吡嗪酰胺，根据情况也可选用对氨基水杨酸钠、阿米卡星、喹诺酮类抗菌药物及链霉素等。药物剂量及主要不良反应见表 1。

如果结核分枝杆菌对一线抗结核药物敏感，则使用异烟肼+利福平（或利福布汀）+乙胺丁醇+吡嗪酰胺进行 2 个月的强化期治疗，然后使用异烟肼+利福平（或利福布汀）进行 4 个月的巩固期治疗。对抗结核治疗的反应延迟（即在抗结核治疗 2 个月后仍有结核病相关临床表现或者结核分枝杆菌培养仍为阳性）、骨和关节结核病患者，抗结核治疗疗程应延长至 9 个月。中枢神经系统结核患者，疗程应延长到 9～12 个月。

所有合并结核病的 HIV 感染者无论 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数水平均应接受 HAART。鉴于免疫炎性反应重建综合征（immune reconstitution inflammatory syndrome，IRIS）即便出现也很少导致死亡，目前主张尽早 HAART[9,16-18]。对于艾滋病合并结核病患者均建议先给予抗结核治疗，之后再启动 HAART。对于 $CD4^+$ T 淋巴细胞<50 个/μl 的严重免疫缺陷的患者，建议在抗结核 2 周内开始 HAART；对于 $CD4^+$ T 淋巴细胞≥50 个/μl 的患者，建议在 8 周内尽快启动 HAART。HIV 感染孕妇合并活动性结核病，为了母亲健康和阻断 HIV 母婴传播，HAART 也应尽早进行。如合并耐药结核病（包括多重耐药结核病或广泛耐药结核病），在确定结核分枝杆菌耐药使用二线抗结核药物后 2～4 周内开始 HAART。对于合并活动性结核病的儿童无论 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平多少均建议在抗结核后 8 周内尽

表 1　抗结核药物剂量及主要不良反应

药名	成人剂量（g）		儿童剂量（mg/kg）	主要不良反应
	体重<50 kg	体重≥50 kg		
异烟肼	0.30	0.30	10～15	肝毒性、末梢神经炎
链霉素	0.75	0.75	20～30	听力障碍、肾功能障碍、过敏反应
利福平	0.45	0.60	10～20	肝毒性、胃肠道反应、过敏反应
乙胺丁醇	0.75	1.00	–	视力障碍、视野改变
对氨基水杨酸钠	8.00	8.00	150～250	肝毒性、胃肠道反应、过敏反应
吡嗪酰胺	1.50	1.50	30～40	肝毒性、胃肠道反应、痛风
利福布汀	0.30	0.30	5	皮疹、胃肠道反应、中性粒细胞减少

“–”不推荐用于 13 岁以下儿童

专家讲坛

早启动 HAART。对于中枢神经系统结核病患者，早期启动 HAART 发生 IRIS 的风险较高，需注意严密观察，这类患者启动 HAART 的最佳时机尚未明确。

对于合并结核病的患者，需密切监测药物不良反应并注意药物间相互作用，必要时调整抗病毒或抗结核药物的剂量，进行血药浓度监测。

7.2.3 预防[9, 15, 19-20]

如患者结核潜伏感染相关检测结果为阳性，可用以下方案进行干预。优选方案：异烟肼 300 mg，1 次/d，口服，共 9 个月；或异烟肼，2 次/周，每次 900 mg，口服，共用 9 个月。联合使用维生素 B 6 可减少周围神经炎发生（25 mg/d，口服，用至预防用药疗程结束）。替代方案：利福平 600 mg，1 次/d，口服，连用 4 个月；或口服利福布汀，连用 4 个月（剂量依据 HAART 用药不同而具体调整）。在进行预防性化疗之前应注意排除活动性结核病的可能。

7.3 非结核分枝杆菌感染

艾滋病患者可并发非结核分枝杆菌感染，其中主要为鸟胞内分枝杆菌复合体（mycobacterium avium complex，MAC）感染。

7.3.1 诊断

MAC 感染的临床症状同活动性结核病相似，但全身播散性病变更为常见，可累及多脏器，表现为贫血、肝脾肿大及全身淋巴结肿大。确诊有赖于从血液、淋巴结、骨髓以及其他无菌组织或体液中培养出非结核分枝杆菌，并通过 DNA 探针、高效液相色谱法或生化反应进行菌种鉴定。胶体金法可用于临床非结核分枝杆菌的初步鉴定，采用 PCR 加基因测序的方法可对临床分离的常见分枝杆菌进行鉴定。粪便或活检组织的抗酸染色涂片与培养以及影像学检查等可协助诊断。

7.3.2 治疗

MAC 感染治疗的首选方案为克拉霉素 500 mg/次，2 次/d（或阿奇毒素 500 mg/d）+乙胺丁醇 15mg/(kg·d)，同时联合应用利福布汀（300~600 mg/d）。严重感染及严重免疫抑制（$CD4^+$ T 淋巴细胞计数<50 个/μl）患者可加用阿米卡星［10 mg/(kg·d)肌肉注射，1 次/d］或喹诺酮类抗菌药物如左氧氟沙星或莫西沙星，疗程至少 12 个月。其他分枝杆菌感染的治疗需根据具体鉴定的菌种以及药敏检测结果采取相应的治疗措施。在抗 MAC 治疗开始 2 周后尽快启动 HAART。

7.3.3 预防

$CD4^+$ T 淋巴细胞计数<50 个/μl 的艾滋病患者需要给予预防性治疗，方案是克拉霉素 500 mg/次，2 次/d；或阿奇霉素，1200 mg/周。如果患者不能耐受克拉霉素和阿奇霉素，可以选择利福布汀进行预防治疗，常规剂量为 300 mg，1 次/d。如患者经 HAART 使 $CD4^+$ T 淋巴细胞数增加到大于 100 个/μl 并持续≥3 个月时，可停止预防用药。一旦患者 $CD4^+$ T 淋巴细胞数<50 个/μl，就应再次给予预防性治疗。

播散性 MAC 感染者在完成治疗（12 个月以上）后，需要长期维持治疗（治疗方案与初始治疗方案一致）直至患者 $CD4^+$ T 淋巴细胞数增加到>100 个/μl，并持续≥6 个月时为止。

7.4 巨细胞病毒感染

巨细胞病毒（cytomegalovirus，CMV）感染是艾滋病患者最常见的疱疹病毒感染，可分为 CMV 血症和器官受累的 CMV 病。CMV 可侵犯患者多个器官系统，包括眼睛、肺、消化系统、中枢神经系统等，其中 CMV 视网膜脉络膜炎是艾滋病患者最常见的 CMV 感染。

7.4.1 CMV 视网膜脉络膜炎的诊断和治疗

典型的 CMV 视网膜脉络膜炎症状包括飞蚊症、漂浮物、盲点或外周视野缺损，患者常表现为快速视力下降，眼底检查表现为“番茄炒鸡蛋样”改变，沿血管分布的浓厚的黄白色视网膜损伤，伴或不伴视网膜内出血；确诊有赖于眼底镜检查。

治疗：更昔洛韦 5.0~7.5 mg/kg，静脉滴注，每 12 小时 1 次，14~21 d；然后 5 mg/(kg·d) 序贯维持治疗。也可使用膦甲酸钠 180 mg/(kg·d)，分 2~3 次用（静脉应用需水化），2~3 周后改为 90 mg/(kg·d)，静脉滴注，1 次/d。病情危重或单一药物治疗无效时可二者联用。CMV 视网膜脉络膜炎可球后注射更昔洛韦。

7.4.2 其他部位 CMV 感染的诊断和治疗

CMV 肺炎临床表现为发热、咳嗽、呼吸困难，X 线胸片表现为间质性改变。CMV 肺炎的诊断较为困难，主要依靠临床症状、影像学改变及病理结果（肺组织或细胞中见 CMV 包涵体），同时需排除其他常见肺炎有关的病原体；治疗建议静脉使用更昔洛韦、膦甲酸钠或联合治疗，疗程尚不明确。

CMV 食管炎或者肠炎：临床表现为发热、吞咽困难或者吞咽疼痛、腹泻（水样便或者血水样便），伴有腹痛。胃镜或者肠镜可见到黏膜溃疡，组织病理学可以见到 CMV 的包涵体。治疗药物同 CMV 视网膜脉络膜炎，疗程 3~4 周或症状体征消失后维持用药。

CMV 脑炎：临床表现为神经精神改变，昏睡、精

神错乱、意识模糊、迟钝、失语、视力障碍、无力、癫痫发作、面瘫等。诊断依赖于脑脊液或者脑组织PCR进行CMV-DNA的检测，敏感度为80%，特异度为90%。治疗上采用更昔洛韦联合膦甲酸钠治疗3~6周，剂量同CMV视网膜脉络膜炎的治疗剂量，维持治疗直至脑脊液CMV定量转阴，具体应个体化治疗。

7.4.3 HAART

在抗CMV治疗开始2周内尽快启动HAART。

7.4.4 预防

CMV感染不主张进行一级预防。对于$CD4^+$ T淋巴细胞计数<200个/μl的患者，可定期检查眼底。一旦出现CMV病，应积极治疗，在CMV视网膜脉络膜炎疾病控制

之后需序贯用药以预防复发，通常采用更昔洛韦（1.0 g，3次/d，口服）进行预防。在经HAART后$CD4^+$ T淋巴细胞计数>100个/μl且持续3~6个月可以考虑停止预防给药，而CMV肠炎、CMV肺炎、CMV神经病变不主张二级预防。

7.5 单纯疱疹和水痘带状疱疹病毒感染

7.5.1 诊断

依据临床表现常可明确诊断。

7.5.2 治疗

主要治疗药物包括阿昔洛韦、泛昔洛韦、伐昔洛韦和膦甲酸钠，不同部位和类型的感染，治疗疗程不同。

（1）口唇单纯疱疹：阿昔洛韦400 mg，3次/d，口服，或泛昔洛韦500 mg，2次/d，口服，疗程5~10 d。

（2）生殖器单纯疱疹：阿昔洛韦400 mg，3次/d，口服，或泛昔洛韦500 mg，2次/d，口服，疗程5~14 d。

（3）重型黏膜单纯疱疹：阿昔洛韦5 mg/kg，每8小时1次，静脉滴注，待黏膜损伤开始愈合后改阿昔洛韦400 mg，3次/d，口服，伤口完全愈合后停药。

（4）阿昔洛韦耐药的单纯疱疹：膦甲酸钠80~20 mg/kg治疗（分3次给药），直到治愈。

（5）局部皮肤带状疱疹：泛昔洛韦500 mg，3次/d，口服或伐昔洛韦1 g，3次/d，口服，疗程7~10 d。

（6）严重的皮肤黏膜病变：阿昔洛韦10 mg/kg，每8小时1次，静脉滴注，病情稳定后伐昔洛韦1 g，3次/d，口服，直到所有病变消失。

（7）急性视网膜坏死：阿昔洛韦10 mg/kg，每8小时1次，静脉滴注，病情稳定后伐昔洛韦1 g，3次/d，口服。

7.6 弓形虫脑病

7.6.1 诊断

临床表现为发热伴局灶或弥漫性中枢神经系统损害。头颅CT呈单个或多个低密度病灶，增强扫描呈环状或结节样增强，周围一般有水肿带。磁共振成像表现为颅内多发长T1和长T2信号。正电子发射扫描检测有助于临床诊断。确诊依赖脑组织活检。

7.6.2 治疗

（1）病原治疗：首选乙胺嘧啶（负荷量100 mg，口服，2次/d，此后50~75 mg/d维持）+磺胺嘧啶（1.0~1.5 g，口服，4次/d）。

（2）替代治疗：SMZ-TMP（3片，口服，3次/d）联合克林霉素（600 mg/次，静脉给药，每6小时给药1次）或阿奇霉素（0.5 g/d）。疗程至少6周。

（3）对症治疗：降颅压、抗惊厥、抗癫痫等。

7.6.3 预防

对无弓形虫脑病病史但$CD4^+$ T淋巴细胞数<200个/μl且弓形虫抗体IgG阳性的患者应给予预防用药，一般采用SMZ-TMP，2片/次，1次/d。对既往患过弓形虫脑病者要长期用乙胺嘧啶（25~50 mg/d）联合磺胺嘧啶（2~4 g/d）预防，直至$CD4^+$ T淋巴细胞增加到>200个/μl并持续≥6个月。一旦$CD4^+$ T淋巴细胞数下降到<200个/μl，需重新开始预防用药。

7.7 真菌感染

7.7.1 诊断

临床上常见的是假丝酵母菌感染和新型隐球菌感染，除此之外在南方或潮湿多雨地区马尔尼菲篮状菌也较常见，诊断依靠临床表现或感染部位培养或病理发现病原体。血或脑脊液隐球菌乳胶凝胶实验可辅助诊断新型隐球菌感染。隐球菌脑膜炎临床主要表现包括发热、渐进性头痛、精神和神经症状。颅内压增高往往比较常见，头痛、恶心呕吐较激烈。马尔尼菲篮状菌病主要发生于$CD4^+$ T淋巴细胞计数<50个/μl的患者，表现为发热、贫血、咳嗽、皮疹、全身淋巴结肿大及肝脾肿大，脐凹样皮疹具有辅助诊断意义；确诊依靠血液、骨髓及其他无菌体液中培养出马尔尼菲篮状菌。

7.7.2 治疗

7.7.2.1 念珠菌感染[21]

口腔念珠菌感染首选制霉菌素局部涂抹加碳酸氢钠漱口水漱口，疗效欠佳时选用口服氟康唑100~200 mg/d，共7~14 d。对于食管念珠菌感染，则氟康唑100~400 mg/d，口服，不能耐受口服者静脉注射氟康唑100~400 mg/d进行治疗，疗程14~21 d；或者伊

专家讲坛

曲康唑 200 mg，1 次/d，或伏立康唑 200 mg，2 次/d，口服，14~21 d。对于合并口腔真菌感染的患者应尽快进行 HAART，可在抗真菌感染的同时进行 HAART。

7.7.2.2 新型隐球菌感染

（1）隐球菌脑膜炎[22-23]

病原治疗原则：分诱导期、巩固期、维持期 3 个阶段进行治疗（参考“隐球菌性脑膜炎诊治专家共识”[22]）（表 2）。诱导期治疗经典方案为两性霉素 B+5-氟胞嘧啶。两性霉素 B 从 0.02~0.10 mg/(kg·d) 开始，逐渐增加剂量至 0.5~0.7mg/(kg·d)，两性霉素 B 不良反应较多，需严密观察。诱导期治疗至少 4 周，在脑脊液培养转阴后改为氟康唑（600~800 mg/d）进行巩固期治疗，巩固期治疗至少 6 周，而后改为氟康唑（200 mg/d）进行维持治疗，维持期至少 1 年，持续至患者通过抗病毒治疗后 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数>100 个/μl 并持续至少 6 个月时可停药。诱导期替代方案：氟康唑 800~1 200 mg，1 次/d，联合 5-氟胞嘧啶 100~150 mg/(kg·d)（每天分 4 次服）。

降颅压治疗：颅内压增高者需要积极降压治疗，常用降颅内压方法有药物降压、腰穿引流、腰大池置管引流、侧脑室外引流、脑室-腹腔分流术、留置 Ommaya 囊（贮液囊）等。

置管持续外引流降颅压需严格无菌操作，加强护理，防止继发感染。

（2）肺隐球菌感染

推荐使用氟康唑，400 mg/d 口服或静脉滴注，疗程 12 个月，如抗病毒治疗后 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数>100 个/μl，治疗 1 年后停止氟康唑维持治疗。

（3）隐球菌感染的抗病毒治疗

艾滋病合并隐球菌肺炎的患者应在抗隐球菌治疗 2 周内尽早进行 HAART。对于合并隐球菌脑膜炎的患者过早进行 HAART 可能会增加病死率，故 HAART 应考虑适当延迟，一般以正规抗隐球菌治疗后 4~6 周启动 HAART 为宜[9,24]。

7.7.2.3 马尔尼菲篮状菌病

抗真菌治疗：两性霉素 B 0.5~0.7 mg/(kg·d)，静脉滴注 2 周，需严密观察不良反应；然后改为伊曲康唑 200 mg 口服，2 次/d，10 周。轻型感染的治疗为伊曲康唑 200 mg 口服，2 次/d，8 周，而后改为伊曲康唑 200 mg 口服，1 次/d，至 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数>100 个/μl 且持续 6 个月。替代方案：（1）诱导期伏立康唑 6mg/(kg·d)，每 12 小时 1 次，静脉滴注，1 d，然后改为 4 mg/(kg·d)，每 12 小时 1 次，静脉滴注，至少 3 d；巩固期伊曲康唑 200 mg 口服，2 次/d，不超过 12 周。（2）伏立康唑 400 mg 口服，每 12 小时 1 次，1 d，然后改为 200 mg 口服，每 12 小时 1 次，12 周。

预防：二级预防口服伊曲康唑 200 mg，1 次/d，持续至患者通过抗病毒治疗后 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数>100 个/μl，并持续至少 6 个月可停药。一旦 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数<100 个/μl，需要再次给予预防性治疗。

8 抗反转录病毒治疗

8.1 治疗目标

降低 HIV 感染的发病率和病死率、减少非艾滋病相关疾病的发病率和病死率，使患者获得正常的期望寿命，提高生活质量；最大程度地抑制病毒复制使病毒载量降低至检测下限并减少病毒变异；重建或者改善免疫功能；减少异常的免疫激活；减少 HIV 的传播、预防母婴传播。

8.2 国内现有抗反转录病毒药物介绍

目前国际上共有 6 大类 30 多种药物（包括复合制剂），分别为核苷类反转录酶抑制剂（nucleoside reverse transcriptase inhibitors，NRTIs）、非核苷类反转

表 2 隐球菌性脑膜炎抗真菌药物治疗方案

病程	首选	次选	疗程
诱导期	两性霉素 B（0.5~0.7 mg/kg·d）+氟胞嘧啶（100 mg/kg·d）	两性霉素 B（0.5~0.7 mg/kg·d）+氟康唑（400 mg/d） 两性霉素 B（0.5~0.7 mg/kg·d） 氟康唑（600~800 mg/d）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d） 伊曲康唑注射液（第 1~2 负荷剂量 200 mg，12 h 1 次，第 3 天始 200 mg，1 次/d）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d） 伏立康唑（第 1 天负荷剂量 6 mg/kg，12 h 1 次，第 2 天始 4 mg/kg，12 h 1 次）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d）	≥4 周
巩固期	氟康唑（600~800 mg/d）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d） 两性霉素 B（0.5~0.7 mg/kg·d）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d）	伊曲康唑口服液（200 mg，12 h 1 次）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d） 伏立康唑片（200 mg，12 h 1 次）±氟胞嘧啶（100 mg/kg·d）	≥6 周
维持期	氟康唑 200 mg/d	伊曲康唑 400 mg/d	≥1 年

录酶抑制剂（non- NRTIs，NNRTIs）、蛋白酶抑制剂（protease inhibitors，PIs）、整合酶链转移抑制剂（integrase strand transfer inhibitors，INSTIs）、膜融合抑制剂（fusion inhibitors，FIs）及CCR5抑制剂。国内的抗反转录病毒治疗药物有NRTIs、NNRTIs、PIs、INSTIs以及Fis 5大类（包含复合制剂），见表3。

表3 国内现有主要抗反转录病毒（ARV）药物介绍

药物名称	缩写	类别	用法与用量	主要不良反应	ARV药物间相互作用和注意事项	备注
齐多夫定（zidovudine）	AZT	INSTIs	成人：300 mg/次，2次/d 新生儿/婴幼儿：2 mg/kg，4次/d 儿童：160 mg/m²，3次/d	（1）骨髓抑制、严重的贫血或中性粒细胞减少症；（2）胃肠道不适：恶心、呕吐、腹泻等；（3）CPK和ALT升高；乳酸酸	不能与司他夫定（d4T）合用	进口和国产药
拉米夫定（lamividine）	3TC	INSTIs	成人：150 mg/次，2次/d或300 mg/次，1次/d 新生儿：2 mg/kg，2次/d 儿童：4 mg/kg，2次/d	不良反应少，且较轻微，偶有头痛、恶心、腹泻等不适	–	进口和国产药
阿巴卡韦（abacavir）	ABC	INSTIs	成人：300 mg/次，2次/d 新生儿/婴幼儿：不建议用本药 儿童：8 mg/kg，2次	（1）高敏反应，一旦出现高敏反应应终身停用本药；（2）恶心、呕吐、腹泻等	有条件时应在使用前查HLA-B＊5701，如阳性不推荐使用	进口和国产药
富马酸替诺福韦二吡呋酯片（tenofovir-disoproxil）	TDF	INSTIs	成人：300 mg/次，1次/d，与食物同服	（1）肾脏毒性；（2）轻至中度消化道不适，如恶心、呕吐、腹泻等；（3）代谢如低磷酸盐血症，脂肪分布异常；（4）可能引起酸中毒和/或肝脂肪变性		
齐多夫定/拉米夫定	AZT/3TC	INSTIs	成人：1片/次，2次/d	见AZT与3TC	见AZT	进口和国产药
恩曲他滨/富马酸替诺福韦二吡呋酯片	FTC/TDF	INSTIs	1次/d，1片/次，口服，随食物或单独服用均可	见FTC与TDF	进口药	
恩曲他滨/丙酚替诺福韦片	FTC/TAF	INSTIs	成人和12岁及以上且体重至少35 kg的青少年患者，每日1次，每次1片 （1）200 mg/10 mg（和含有激动剂的PI联用） （2）200 mg/25 mg（和NNRTIs或INSTIs联用）	腹泻、恶心、头痛	利福平、利福布汀会降低丙酚替诺福韦的吸收，导致TAF的血浆浓度下降。不建议合用	进口药
拉米夫定/富马酸替诺福韦二吡呋酯片	3TC/TDF	INSTIs	1次/d，1片/次，口服	见3TC与TDF		国产药
奈韦拉平（nevirapine）	NVP	NNRTIs	成人：200 mg/次，2次/d 新生儿/婴幼儿：5 mg/kg，2次/d 儿童：<8岁，4 mg/kg，2次/d；>8岁，7 mg/kg，2次/d 注意：NVP有导入期，即在开始治疗的最初14 d，需先从治疗量的一半开始（1次/d），如果无严重的不良反应才可以增加到足量（2次/d）	（1）皮疹，出现严重的或可致命性的皮疹后应终身停用本药；（2）肝损害，出现重症肝炎或肝功能不全时，应终身停用本药	引起PI类药物血浓度下降	国产药
奈韦拉平/齐多夫定/拉米夫定	NVP/AZT/3TC	INSTIs+NNRTIs	1次1片，2次/d（推荐用于NVP 200 mg，1次/d 2周导入期后耐受良好患者）	见NVP/AZT/3TC		国产药

专家讲坛

续表 3

药物名称	缩写	类别	用法与用量	主要不良反应	ARV 药物间相互作用和注意事项	备注
依非韦伦（efavirenz）	EFV	INSTIs	成人：体重>60 kg，600 mg/次，1 次/d；体重<60 kg，400 mg/次，1 次/d；儿童：体重 15～25 kg：200～300 mg，1 次/d；体重 25～40 kg：300～400 mg，1 次/d；体重 >40 kg：600 mg，1 次/d 睡前服用	（1）中枢神经系统毒性，如头晕、头痛、失眠、抑郁、非正常思维等；可产生长期神经精神作用；可能与自杀意向相关；（2）皮疹；（3）肝损害；（4）高脂血症和高甘油三酯血症		进口和国产药
利匹韦林（rilpivirine）	RBV	INSTIs	25 mg/次，1 次/d，随进餐服用	主要为抑郁、失眠、头痛和皮疹	妊娠安全分类中被列为 B 类，与其余 ARV 药物无明显相互作用；不应与其他 NNRTI 类合用	进口药
洛匹那韦/利托那韦（lopinavir/ritonavir）	LPV/r	PIs	成人：2 片/次，2 次/d（每粒含量：LPV 200 mg，RTV 50mg）；儿童：7～15 kg，LPV 12 mg/kg 和 RTV 3 mg/kg，2 次/d；LPV 15～40 kg，10 mg/kg 和 RTV 2.5 mg/kg，2 次/d	主要为腹泻、恶心、血脂异常，也可出现头痛和转氨酶升高		进口药
达芦那韦/考比司他（darunavir/cobicistat）	DRV/c	PIs	成人：每次 800 mg 达芦那韦/150 mg 考比司他（1 片），1 次/d，口服。随餐服用，整片吞服，不可掰碎或压碎	腹泻、恶心和皮疹	尚未在妊娠期女性中开展充分、良好对照的研究	进口药
拉替拉韦（raltegravir）	RAL	INSTIs	成人：400 mg/次，2 次/d	常见的有腹泻、恶心、头痛、发热等；少见的有腹痛、乏力、肝肾损害等		进口药
多替拉韦（dolutegravir）	DTG	INSTIs	成人和 12 岁以上儿童：50 mg/次，1 次/d，服药与进食无关	常见的有失眠、头痛、头晕、异常做梦、抑郁等精神和神经系统症状，和恶心、腹泻、呕吐、皮疹、瘙痒、疲乏等，少见的有超敏反应，包括皮疹、全身症状及器官功能损伤（包括肝损伤），降低肾小管分泌肌酐	当与 EFV、NVP 联用时，按每日两次给药	
阿巴卡韦/拉米夫定/多替拉韦（ABC/3TC/DTG）		INSTI+NRTIs	成人和≥12 岁且体重≥40 kg 的青少年：1 片/d（每片含 ABC 600 mg，3TC 300 mg，DTG 50 mg）	见 ABC、DTG 和 3TC	如果条件允许，建议对即将使用包含 ABC 治疗方案的 HIV 感染者在治疗前进行 HLA-B * 5701 的筛查；HLA-B * 5701 阳性的 HIV 感染者不应使用含有 ABC 的方案	进口药
丙酚替诺福韦/恩曲他滨/艾维雷韦/考比司他（TAF/FTC/EVG/c）		INSTI+NRTIs	成人及年龄为 12 岁及以上且体重至少为 35 kg 的青少年，1 片/次，1 次/d，随食物服用（每片含 150 mg 艾维雷韦，150 mg 考比司他，200 mg 恩曲他滨和 10 mg 丙酚替诺福韦）	腹泻、恶心、头痛	不建议和利福平、利福布汀合用	进口药
艾博韦泰（albuvirtide）		长效 FIs	160 mg/针，1 周静脉滴注 1 次，1 次 2 针（320 mg）	血甘油三酯、胆固醇升高、腹泻等	由于不经细胞色素 P_{450} 酶代谢，与其他药物相互作用小	国产药

“–”无相关数据；NRTIs 为核苷类反转录酶抑制剂；NNRTIs 为非核苷类反转录酶抑制剂；PIs 为蛋白酶抑制剂；INSTIs 为整合酶抑制剂；FIs 为膜融合抑制剂；CPK 为磷酸肌酸激酶；ALT 为丙氨酸转氨酶；服用方法中 2 次/d=每 12 小时服药 1 次，3 次/d=每 8 小时服药 1 次

8.3 成人及青少年抗病毒治疗时机与方案[16-18, 25-26]

8.3.1 成人及青少年开始抗反转录病毒治疗的时机

一旦确诊HIV感染，无论$CD4^+$ T淋巴细胞水平高低，均建议立即开始治疗。在开始HAART前，一定要取得患者的配合和同意，教育患者保持良好的服药依从性；如患者存在严重的机会性感染和既往慢性疾病急性发作期，应参考前述机会性感染控制病情稳定后开始治疗。启动HAART后，需终身治疗。

8.3.2 成人及青少年初始HAART方案

初治患者推荐方案为2种NRTIs类骨干药物联合第三类药物治疗。第三类药物可以为NNRTIs或者增强型PIs（含利托那韦或考比司他）或者INSTIs；有条件的患者可以选用复方单片制剂。基于我国可获得的抗病毒药物，对于未接受过HAART的患者推荐及替代方案见表4。

表4 推荐成人及青少年初治患者抗病毒治疗方案

2种NRTIs	第三类药物
推荐方案	
TDF（ABC[a]）+3TC（FTC） TAF+FTC	+NNRTI：EFV、RPV或+PI：LPV/r、DRV/c或+INSTI：DTG、RAL
单片制剂方案	
TAF/FTC/EVG/c[b]	
ABC/3TC/DTG[b]	
替代方案	
AZT+3TC	+EFV或NVP[c]或RPV[d]或+LPV/r

TDF为替诺福韦；ABC为阿巴卡韦；3TC为拉米夫定；FTC为恩曲他滨；TAF为丙酚替诺福韦；AZT为齐多夫定；NNRTI为非核苷类反转录酶抑制剂；EFV为依非韦伦；PI为蛋白酶抑制剂；INSTI为整合酶抑制剂；LPV/r为洛匹那韦/利托那韦；RAL为拉替拉韦；NVP为奈韦拉平；RPV为利匹韦林；[a]用于HLA-B*5701阴性者；[b]单片复方制剂；[c]对于基线$CD4^+$ T淋巴细胞>250个/μl的患者要尽量避免使用含NVP的治疗方案，合并丙型肝炎病毒感染的避免使用含NVP的方案；[d]RPV仅用于病毒载量<10^5拷贝/ml和$CD4^+$ T淋巴细胞>200个/μl的患者

8.4 特殊人群抗病毒治疗

8.4.1 儿童[18]

HIV感染儿童应尽早开始HAART，如果没有及时HAART，艾滋病相关病死率在出生后第1年达到20%~30%，第2年可以超过50%。

8.4.1.1 HIV感染儿童抗病毒治疗时机与方案：见表5、6。

8.4.1.2 HIV感染儿童的抗病毒治疗效果监测：（1）病毒载量是衡量HAART效果的首要检测指标，治疗6个月后，每年或怀疑治疗失败时检测；（2）$CD4^+$ T淋巴细胞可作为监测HAART效果的另一项有益的指标，每3~6个月检测1次，但其本身不能确定治疗成功或失败；（3）临床监测是儿童抗病毒治疗效果监测的必要部分，每次随访都应进行身高、体重、生长发育标志检测及依从性监测。

8.4.1.3 儿童初治失败的处理：（1）初治NNRTI方案失败，换用多替拉韦（DTG）或含激动剂的PI+2 NRTIs［含激动剂的PI首选洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）］；（2）初治LPV/r方案失败，换用DTG+2

表5 儿童及青少年开始抗反转录病毒治疗的时机

年龄（岁）	推荐意见
10~18	所有患者不论WHO临床分期及$CD4^+$ T淋巴细胞计数水平均应进行HAART，对于WHO临床分期为3和4期患者或$CD4^+$ T淋巴细胞<350个/μl患者应优先尽快启动HAART
<10	不论WHO临床分期及$CD4^+$ T淋巴细胞计数水平均应进行HAART，对于以下情况应优先尽快启动HAART：（1）≤2岁的儿童；（2）<5岁的儿童，WHO临床分期为3和4期或$CD4^+$ T淋巴细胞≤750个/μl或$CD4^+$ T淋巴细胞百分比<25%；（3）≥5岁的儿童，WHO临床分期为3和4期或$CD4^+$ T淋巴细胞≤350个/μl

WHO为世界卫生组织；HAART为高效联合抗反转录病毒治疗

表6 儿童抗病毒治疗方案

年龄（岁）	推荐方	备选方案	说明
<3	ABC或AZT+3TC+LPV/r	ABC+3TC+NVP AZT+3TC+NVP	（1）由于年龄非常小的婴幼儿体内药物代谢很快，且其免疫系统功能尚未发育完全，使感染不易被控制，体内病毒载量含量很高，因此婴幼儿治疗需要非常强有力的方案；（2）AZT或ABC作为一个NRTI使用（首选ABC）；（3）曾暴露于NNRTI药物的婴幼儿选择LPV/r；（4）TDF不能用于该年龄段儿童
3~10	ABC+3TC+EFV	AZT/TDF+3TC+NVP/EFV/LPV/r	
>10	TDF+3TC+EFV	ABC/AZT+3TC+NVP/EFV/LPV/r	美国已批准TDF使用于3岁以上儿童

ABC为阿巴卡韦；AZT为齐多夫定；3TC为拉米夫定；LPV/r为洛匹那韦/利托那韦；EFV为依非韦伦；NVP为奈韦拉平；TDF为富马酸替诺福韦二吡呋酯片；NRTI为核苷类反转录酶抑制剂；NNRTI为非核苷类反转录酶抑制剂

专家讲坛

NRTIs、DTG 不可及时，则换成拉替拉韦（RAL）+2 NRTIs；如果 DTG 和 RAL 均不可及，3 岁以下儿童则维持原方案并进行依从性指导，3 岁以上儿童可改为 NNTRI+2 NRTIs，NNTRI 首选依非韦伦（EFV）；（3）治疗失败后 NRTIs 的替换，阿巴卡韦（ABC）或富马酸替诺福韦二吡呋酯片（TDF）更换为齐多夫定（AZT），AZT 更换为 TDF 或 ABC。

8.4.2　孕妇

参见“HIV 母婴垂直传播阻断及单阳家庭生育”部分。

8.4.3　哺乳期妇女

母乳喂养具有传播 HIV 的风险，感染 HIV 的母亲应尽可能避免母乳喂养。如果坚持要母乳喂养，则整个哺乳期都应继续 HAART。治疗方案与怀孕期间抗病毒方案一致，且新生儿在 6 个月龄之后立即停止母乳喂养。

8.4.4　合并结核分枝杆菌感染者

有关抗病毒治疗的时机参见“机会性感染”章节中“二、结核病”部分中相关内容。艾滋病合并结核病患者推荐的一线抗病毒治疗方案是：TDF（AZT）+拉米夫定（3TC）［恩曲他滨（FTC）］+EFV，也可选择含 INSTIs 的 HAART 方案，正在接受 DTG 或 RAL 治疗的 HIV 合并结核感染患者，如果合并使用利福平，则需要增加 DTG 的剂量（50 mg，2 次/d）；使用 RAL 合并使用利福平的，可考虑增加 RAL 剂量（800 mg，2 次/d）或维持原剂量（400 mg，2 次/d[16-17]。利福布汀对肝酶的诱导作用较弱，使用 DTG 或 RAL 治疗的 HIV 合并结核感染患者可以考虑使用利福布汀替代利福平，无需调整剂量。如果患者使用利福布汀抗结核治疗，也可选择含 PIs 的 HAART 方案。

8.4.5　静脉药物依赖者

美沙酮维持静脉药物依赖者开始 HAART 的时机与普通患者相同，但应注意毒品成瘾性会影响患者的服药依从性，故在开始抗病毒治疗前应充分向患者说明依从性对治疗成败的重要性，并尽量采用简单的治疗方案、固定剂量联合方案，有条件者可考虑首选含 RAL 或 DTG 的 HAART 方案。持续监督药物分发可有效提高依从性。另外，应注意抗病毒药物与美沙酮之间的相互作用。

8.4.6　合并 HBV 感染者

8.4.6.1 治疗和检测

不论 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平如何，只要无抗 HIV 暂缓治疗的指征，均建议尽早启动 HAART。（1）HIV/HBV 合并感染者应同时治疗两种病毒感染，包括两种抗 HBV 活性的药物，HAART 方案核苷类药物选择推荐 TDF 或丙酚替诺福韦（TAF）+3TC 或 FTC（其中 TDF +FTC 及 TAF+FTC 有合剂剂型）。（2）治疗过程中需对 HBV 相关指标，如 HBV-DNA、肝生化、肝脏影像学等进行监测。（3）对于 HIV/HBV 合并感染者不建议选择仅含有 1 种对 HBV 有活性的核苷类药物（TDF、3TC、恩替卡韦、替比夫定、阿德福韦）的方案治疗乙型肝炎，以避免诱导 HIV 对核苷类药物耐药性的产生。

需要注意[27]：（1）肾功能不全患者：①如肌酐清除率小于 60 ml/min，不能选择 TDF 或调整 TDF 剂量；②肌酐清除率小于 50 ml/min 而大于 30 ml/min，可考虑选择包含 TAF+（FTC 或 3TC）的方案。TAF 尚未批准应用于估算的肾小球滤过率（eGFR）< 30 ml/(min·1.73 m^2)患者；③不能使用 TDF/TAF 时，在 HAART 方案的基础上应加用恩替卡韦。

（2）妊娠期妇女：如 HIV/HBV 合并感染者为妊娠期妇女，建议使用包含 3TC（FTC）+TDF 在内的用药方案，TAF 尚未批准用于妊娠期妇女。

8.4.6.2　对于 HIV 感染者接种乙肝疫苗建议

（1）在 HBV 表面抗原（HBsAg）、表面抗体（抗-HBs）阴性的 HIV 感染人群，无论 HBV 核心抗体（抗-HBc）情况，需尽早接种乙肝疫苗。$CD4^+$ T 淋巴细胞 <200 个/μl 的人群乙肝疫苗接种的成功率低于 HIV 阴性人群及 $CD4^+$ T 淋巴细胞更高的 HIV 感染者，但仍建议注射乙肝疫苗。

（2）乙肝疫苗注射建议：0、1、6 个月 3 次法或 0、1、2、6 个月 4 次法。

（3）针对单独抗-HBc 阳性，而抗-HBs、HBsAg 阴性人群，建议在注射 1 剂次乙肝疫苗 1 个月后复查抗-HBs，如抗-HBs 滴度小于 100 IU/ml，则需按照 0、1、2、6 个月 4 次法接种乙肝疫苗。

（4）如在全程疫苗注射后 1~2 个月，复查抗-HBs 仍阴性，则属于无应答情况，可进行如下处理：①按 0、1、2、6 个月 4 次法重新注射乙肝疫苗。②待 HAART 后 $CD4^+$ T 淋巴细胞提升后再给予重新注射乙肝疫苗。③重新注射疫苗时，剂量应加倍。

8.4.7　合并丙型肝炎病毒感染者

HIV/丙型肝炎病毒（hepatitis C virus，HCV）合并感染患者 HAART 的治疗方案可参考单纯 HIV 感染者；但需注意以下几点：（1）HAART 药物宜选择肝脏毒性较小的药物。有条件者可考虑首选含有 INSTIs

［RAL或DTG或艾维雷韦/考比司他（EVG/c）］的HAART方案。（2）合并HCV感染均建议抗HCV治疗。如确已开始抗HIV治疗基础上需要抗HCV治疗，药物选择方面需考虑两种治疗方案药物毒副作用的累加以及药物代谢的相互影响；建议根据丙型肝炎治疗药物更换无药物相互作用的HAART方案，可考虑短期更换INSTIs（RAL或DTG或EVG/c）。（3）$CD4^+$ T淋巴细胞数<200个/μl推荐先启动HAART，待免疫功能得到一定程度恢复后再适时开始抗HCV治疗；如因为各种原因暂时不能抗HCV，也需要尽早启动HAART。

抗HCV治疗方案和疗程与单纯HCV感染者治疗方案相同，总体治疗效果相当。推荐使用直接抗病毒药物（direct-acting antiviral agents，DAAs）方案，应根据选择DAAs的不同，注意与HAART药物间的相互作用。EFV和LPV/r因与一些DAAs药物存在药物相互作用，应用DAAs前需详细评估药物相互作用对DAAs治疗的影响。如DAAs药物需与HAART药物同时使用，建议查询相关药物相互作用以合理选择用药。

需要注意：HIV/HBV/HCV三重感染患者，在DAAs药物治疗过程中有诱发HBV活动进而导致肝衰竭的报道，故（1）三重感染患者必须在包含抗HBV活性的HAART稳定后再开始丙型肝炎的DAAs治疗；（2）HCV/HIV合并感染者应用DAAs治疗前应进行常规HBV标志物筛查。

8.5 抗病毒治疗监测

在抗病毒治疗过程中要定期进行临床评估和实验室检测，以评价治疗的效果，及时发现抗病毒药物的不良反应，以及是否产生病毒耐药性等，必要时更换药物以保证抗病毒治疗的成功。

8.5.1 疗效评估

HAART的有效性主要通过病毒学指标、免疫学指标和临床症状三方面进行评估，其中病毒学指标为最重要的指标。

（1）病毒学指标：大多数患者抗病毒治疗后血浆病毒载量4周内应下降1个log以上，在治疗后的3~6个月病毒载量应达到检测不到的水平。

（2）免疫学指标：在HAART后1年，$CD4^+$ T淋巴细胞数与治疗前相比增加了30%或增长100个/μl，提示治疗有效。

（3）临床症状：反映抗病毒治疗效果的最敏感的一个指标是体重增加，对于儿童可观察身高、营养及发育改善情况。机会性感染的发病率和艾滋病的病死率可以明显降低。在开始HAART后最初的3个月出现的机会性感染应与IRIS相鉴别。

8.5.2 病毒耐药性检测

病毒耐药是导致抗病毒治疗失败的主要原因之一，对抗病毒疗效不佳或失败者可行耐药检测。

8.5.3 药物不良反应观察

抗病毒药物的不良反应及耐受性影响患者的服药依从性，进而影响抗病毒治疗的成败，所以适时监测并及时处理药物的不良反应对于提高治疗效果至关重要（表7）。

8.5.4 药物浓度检测

特殊人群（如儿童、妊娠妇女及肾功能不全患者等）用药在条件允许情况下可进行治疗药物浓度监测（therapeutic drug monitoring，TDM）。

8.6 换药标准和治疗失败患者的抗病毒治疗[16-18, 25]

病毒学失败的定义：在持续进行HAART的患者中，开始治疗（启动或调整）48周后血浆HIV-RNA持续>200拷贝/ml；或病毒学反弹：在达到病毒学完全抑制后又出现HIV RNA≥200拷贝/ml的情况。

出现病毒学失败时应首先评估患者的治疗依从性、药物-药物或药物-食物相互作用；尤其依从性是治疗成败的决定因素。

治疗失败患者方案的选择原则是更换至少2种，最好3种具有抗病毒活性的药物（可以是之前使用的药物种类中具有抗病毒活性的药物）；任何治疗方案都应包括至少一个具有完全抗病毒活性的增强PIs加用一种未曾使用过的药物（如INSTs、FIs）。

8.7 药物相互作用

常见抗病毒治疗药物因为其药物代谢途径、毒副作用等特点，与很多其他种类药物产生药物相互作用。临床中要密切关注患者合并用药情况，并参考其他相关指南或药物说明书及时调整药物方案或调整药物剂量。

9 免疫炎性反应重建综合征

9.1 诊断

IRIS是指艾滋病患者在HAART后免疫功能恢复过程中出现的一组临床综合征，主要表现为发热、潜伏感染的出现或原有感染的加重或恶化。多种潜伏或活动的机会性感染在HAART后均可发生IRIS，如结核病及非结核分枝杆菌感染、PCP、CMV感染、水痘-

专家讲坛

表 7 抗反转录病毒药物常见毒副反应及处理措施

药物	常见的毒副反应	危险因素	建议处理措施
AZT	贫血，中性粒细胞减少	CD 4 + T淋巴细胞计数低于200个/μl	用TDF或ABC替代；使用低剂量的AZT
	乳酸酸中毒或肝脂肪变性引起的肝大	BMI>25 kg/m^2（或体重>75 kg）	用TDF或ABC替代
	脂肪萎缩；脂肪代谢障碍；肌病	长期使用核苷类药物	
TDF	慢性肾损害	潜在肾脏疾病	用ABC或TAF或AZT替代；
	急性肾损害、范可尼综合征	BMI<18. 5 kg/m^{2}或低体重（<50 kg），女性 明显未治疗的糖尿病及高血压 合并使用其他肾损害药物或蛋白酶抑制剂	TAF避免用于eGFR<30 ml/（min·1. 73 m^2）的患者
	骨密度减少	成人软骨病、儿童佝偻病或骨折病史 存在骨质疏松或骨密度减少的高危因素 维生素D缺乏	
	肝脂肪变引起的肝大	长期暴露于核苷类药物 肥胖 肝脏疾病	
ABC	超敏反应	HLA-B*5701阳性	避免用于HLA-B*5701阳性的患者；用AZT或TDF替代
3TC	副作用小；但在合并HBV感染患者中，停用3TC可致急性肝衰竭		
EFV	中枢神经系统毒性（头晕、失眠、多梦等）或精神症状（焦虑、抑郁或精神错乱）	具有抑郁症或精神疾病病史者	晚上服药；减少剂量为400 mg/d； 如减少剂量无效，可用LPV/r替代 有经济条件患者可以选择INSTIs
	肝毒性	潜在肝脏疾病；合并使用其他肝毒性药物	经济条件允许，患者可以选择INST
	皮疹或超敏反应	不详	
	男性乳房发育	不详	考虑LPV/r，有经济条件患者可以选择INSTI
NVP	肝毒性	合并HCV感染；合并使用其他肝毒性药物基线CD4$^+$ T淋巴细胞计数>250个/μl者	如出现轻度肝损伤可选用EFV替代（包括3岁以上儿童）；如重度肝损伤或超敏反应，或3岁以下儿童，选用其他种类药物（整合酶或蛋白酶抑制剂）
	皮疹及超敏反应，包括Stevens-Johnson综		
LPV/r	心电图异常（PR和QRS间期延长）、尖端扭转型室性心动过速	既往存在心脏传导系统疾病者；同时使用其他引起长PR或QRS间期的药物；先天性长QT间期综合征；低钾血症	存在上述高危因素者应谨慎使用LPV/r
	胰腺炎	AIDS进展期；酗酒	
	血脂异常	心血管危险因素，如肥胖及糖尿病等	考虑降脂治疗； 或者更换为其他PI，具体参考相关疾病指南
	腹泻		考虑止泻的治疗；或者更换为其他PI
RAL	横纹肌溶解、肌病或肌痛	合并使用其他具有增加横纹肌溶解或肌病风险的药物，包括他汀类药物	使用其他类别抗HIV药物替代（如PIs）
	肝炎、肝衰竭	肝炎、肝衰竭	
	皮疹及超敏反应		
DTG	肝毒性、超敏反应、中枢神经系统毒副作用	合并HBV或HCV感染，其他肝脏疾病 妊娠早期和未采取有效避孕的育龄期女性 应避免使用包含DTG的方案	改用其他INSTI或PI

AZT为齐多夫定；TDF为富马酸替诺福韦二吡呋酯片；ABC为阿巴卡韦；3TC为拉米夫定；EFV为依非韦伦；NVP为奈韦拉平；LPV/r为洛匹那韦/利托那韦；RAL为拉替拉韦；DTG为多替拉韦；TAF为丙酚替诺福韦；BMI为体重指数；HBV为乙型肝炎病毒；HCV为丙型肝炎病毒；eGFR为估算的肾小球滤过率；PI为蛋白酶抑制剂；INSTI为整合酶抑制剂；RPV为利匹韦林

带状疱疹病毒感染、弓形虫病、新型隐球菌感染等，在合并HBV及HCV感染时IRIS可表现为病毒性肝炎的活动或加重。IRIS多出现在抗病毒治疗后3个月内，需与原发或新发的机会性感染相鉴别。除了机会性感染，其他疾病如结节病和卡波西肉瘤也可出现IRIS。IRIS诊断的参考标准[9,15]：（1）艾滋病患者接

受HAART后，结核病或隐球菌脑膜炎等机会感染的临床症状出现恶化。在患者对HAART产生应答的同时，伴随着过度炎性反应，结核病病情加重及病灶扩大或新出现病灶，隐球菌脑膜炎患者出现头痛加重、颅内压升高等。（2）这种临床症状加重与新的机会性感染、HIV相关肿瘤、药物不良反应、耐药或治疗失败无关。（3）HAART后HIV载量下降和/或CD4+ T淋巴细胞计数增加。

9.2 治疗[9]

IRIS出现后应继续进行HAART。表现为原有感染恶化的IRIS通常为自限性，不用特殊处理而自愈；而表现为潜伏感染出现的IRIS，需要进行针对性的抗病原治疗；严重者可短期应用糖皮质激素或非甾体类抗炎药控制。糖皮质激素避免用于卡波西肉瘤患者以及不确定的结核病IRIS患者（即不能排除治疗无效的情况）。CMV感染患者慎用糖皮质激素，如需要使用，应当采取短程口服治疗。

9.3 发生的危险因素

首次进行HAART、基线病毒载量高及基线CD4+ T淋巴细胞数较低为IRIS发生的危险因素[9]。此类患者在HAART后应警惕IRIS的发生。有效控制急性期机会性感染后再进行HAART或HAART前积极发现潜在的机会性感染可降低IRIS的发生率。

10 艾滋病相关肿瘤[17,28]

艾滋病相关肿瘤主要有非霍奇金淋巴瘤和卡波西肉瘤，也需关注非HIV定义性肿瘤如肝癌、肺癌、肛周肿瘤等的筛查、诊治和处理。肿瘤的确诊依赖病理活检。治疗需根据病情给予个体化综合治疗，包括手术、化疗、介入和放疗（具体请参考相关指南）。所有的艾滋病合并肿瘤的患者均建议尽早启动HAART，需要注意抗病毒药物和抗肿瘤药物之间的相互作用，尽量选用骨髓抑制作用和药物间相互作用小的HAART方案，如含INSTIs的方案。肿瘤的诊治不应因感染HIV而降低要求，应提倡多学科诊治模式的应用，应与肿瘤科、介入科、外科等专家一同制定诊治方案。治疗中注意预防各种并发症尤其是感染的发生。

11 HIV母婴垂直传播阻断及单阳家庭生育

预防艾滋病母婴传播应该综合考虑3个原则：（1）降低HIV母婴传播率；（2）提高婴儿健康水平和婴儿存活率；（3）关注母亲及所生儿童的健康。预防艾滋病母婴传播的有效措施为：尽早服用抗反转录病毒药物干预+安全助产+产后喂养指导。

11.1 抗反转录病毒药物干预

所有感染HIV的孕妇不论其CD4+ T淋巴细胞计数多少或临床分期如何，均应终生接受HAART。

首选方案：TDF/FTC（或TDF+3TC或ABC/3TC或ABC+3TC）+LPV/r（或RAL）。

在使用ABC前应检测HLA-B*5701，ABC只能用于HLA-B*5701阴性者，使用时应密切观察ABC的超敏反应。在肌酐清除率小于60 ml/min时应避免使用TDF；对于合并乙型肝炎的患者，应使用含有TDF+3TC或FTC的方案。LPV/r临床用药经验多，但消化道反应可能比较明显，RAL的孕妇临床使用经验相对较少，但疗效显著，可快速降低病毒载量。

替代方案：TDF/FTC（或TDF+3TC或ABC/3TC或ABC+3TC或AZT/3TC或AZT+3TC）+EFV或DTG或利匹韦林（RPV）或奈韦拉平（NVP）。

早先的动物研究和个案报道中发现早孕期妇女暴露于EFV引起神经管畸形的风险升高，但后来的研究中并未发现这个问题，所以目前认为EFV可以应用于妊娠各个阶段。由于有研究发现早孕期妇女暴露于DTG引起神经管畸形的风险升高，目前不推荐在妊娠8周内使用DTG。所以对那些有怀孕意愿的或者不采取避孕措施的妇女，应选用不含DTG的其他抗病毒治疗方案。NVP不良反应较多，而且只可以用于CD4+ T淋巴细胞<250个/μl的女性。RPV不能用于HIV病毒载量>100 000拷贝/ml和CD4+ T细胞计数<200个/μl的患者。

HIV感染母亲所生儿童应在出生后尽早（6~12 h内）服用抗病毒药物。对于母亲已接受HAART，依从性较好，且达到长期病毒学抑制者，可给予4周AZT或NVP进行预防；对于孕期抗病毒治疗没有达到长期病毒学抑制、治疗不满4周或产时发现HIV感染的孕产妇所生儿童应使用AZT或NVP 6~12周，具体详见“预防艾滋病、梅毒和乙型肝炎母婴传播工作实施方案（2015年版）”[29]。HIV阳性孕产妇急产的新生儿，国内外共识是应用三药治疗（但是一定要配备相关的感染科和儿科医生，承担儿童并发症的诊疗）。

为了预防PCP，所有HIV感染母亲所生的婴儿在完成4~6周HIV预防治疗后应进行PCP预防，除非已排除HIV感染。

专家讲坛

11.2 安全助产

对于已确定 HIV 感染的孕妇，主动提供预防艾滋病母婴传播咨询与评估，由孕产妇及其家人在知情同意的基础上做出终止妊娠或继续妊娠的决定。

对于选择终止妊娠的 HIV 感染孕妇，应给予安全的人工终止妊娠服务，应尽早手术，以减少并发症的发生。对于选择继续妊娠的孕妇，应给予优质的孕期保健、产后母乳喂养等问题的咨询，并采取相应的干预措施。

应当为 HIV 感染孕妇及其家人提供充分的咨询，告知住院分娩对保护母婴安全和实施预防 HIV 母婴传播措施的重要作用，帮助其及早确定分娩医院，尽早到医院待产。医疗保健机构应当为 HIV 感染孕产妇提供安全的助产服务，尽量避免可能增加 HIV 母婴传播危险的会阴侧切、人工破膜、使用胎头吸引器或产钳助产、宫内胎儿头皮监测等损伤性操作，减少在分娩过程中 HIV 传播的概率。

11.3 产后喂养指导

应当对 HIV 感染孕产妇所生儿童提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养。医务人员应当与 HIV 感染孕产妇及其家人就人工喂养的接受性、知识和技能、负担的费用、是否能持续获得足量、营养和安全的代乳品，及时接受医务人员综合指导和支持等条件进行评估。对于具备人工喂养条件者尽量提供人工喂养，并给予指导和支持；对于因不具备人工喂养条件而选择母乳喂养的感染产妇及其家人，要做好充分的咨询，指导其坚持正确的纯母乳喂养，且在整个哺乳期间必须坚持抗病毒治疗，喂养时间最好不超过 6 个月。同时，应为 HIV 感染孕产妇所生儿童提供常规保健、生长发育监测、感染状况监测、预防营养不良指导、免疫接种、艾滋病检测（包括抗体检测和早期核酸检测）等服务。

11.4 HIV 阳性孕妇所生儿童的随访

应在出生后 6 周以及 3 个月进行 HIV 核酸检测，进行 HIV 感染早期诊断。HIV 抗体检测在出生后 12 个月和 18 个月进行。核酸检测阴性而 18 个月时抗体阳性的 HIV 暴露儿童需在出生后 24 个月再进行一次 HIV 抗体检测。为了检测服用预防感染药物的安全性，出生后需进行血常规及肝功能检查作为基线评估的依据，之后监测的时间间隔取决于基线时肝功能和血常规的数值、孕龄、新生儿的临床状况、AZT 或 NVP 的剂量，以及其他药物的使用情况。

11.5 单阳家庭的生育选择

在男阴女阳家庭，在女方接受 HAART 且病毒载量已经控制的情况下可选择体外授精。在男阳女阴家庭选择捐赠精子人工授精可以完全避免 HIV 传播的风险。如果不接受捐赠精子，也可以在男方进行 HAART 达到持续病毒抑制后，可考虑在排卵期进行自然受孕。这种情况下夫妻间传染的概率极低[30]。

HIV 阳性的男方未达到病毒抑制而试图自然受孕时，HIV 阴性的女方应在排卵期无套性交前、后各服用 TDF/FTC（或者 TDF+3TC）1 个月进行暴露前和暴露后预防。

阳性一方接受 HAART 且病毒载量达到持续抑制是 HIV 单阳家庭备孕的关键，另外，为了提高受孕成功率，准确计算排卵期非常重要，可以寻求妇产科医生的帮助。

如果病毒载量检测受限或不可及的情况下，建议进行 HAART 半年以上再进行受孕。这种情况下，建议寻求专家建议。

12 HIV 暴露处理与预防阻断[31-32]

HIV 暴露分为职业暴露和非职业暴露。

12.1 职业暴露

HIV 职业暴露是指卫生保健人员或人民警察在职业工作中与 HIV 感染者的血液、组织或其他体液等接触而具有感染 HIV 的危险[33-34]。

12.1.1 暴露源及其危险度

确定具有传染性的暴露源包括血液、体液、精液和阴道分泌物。脑脊液、关节液、胸水、腹水、心包积液、羊水也具有传染性，但其引起感染的危险程度尚不明确。粪便、鼻分泌物、唾液、痰液、汗液、泪液、尿液及呕吐物通常认为不具有传染性。

暴露源危险度的分级：（1）低传染性：病毒载量水平低、无症状或高 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平；（2）高传染性：病毒载量水平高、艾滋病晚期、原发 HIV 感染、低 $CD4^+$ T 淋巴细胞水平；（3）暴露源情况不明：暴露源所处的病程阶段不明、暴露源是否为 HIV 感染、以及污染的器械或物品所带的病毒载量不明。

12.1.2 职业暴露途径及其危险度

发生职业暴露的途径包括暴露源损伤皮肤（刺伤或割伤等）和暴露源沾染不完整皮肤或黏膜。如暴露源为 HIV 感染者的血液，那么经皮肤损伤暴露感染 HIV 的危险性为 0.3%，经黏膜暴露为 0.09%，经不

完整皮肤暴露的危险度尚不明确，一般认为比黏膜暴露低。高危险度暴露因素包括：暴露量大、污染器械直接刺破血管、组织损伤深。

12.1.3 HIV职业暴露后局部处理原则

（1）用肥皂液和流动的清水清洗被污染局部；（2）污染眼部等黏膜时，应用大量等渗氯化钠溶液反复对黏膜进行冲洗；（3）存在伤口时，应轻柔由近心端向远心端挤压伤处，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动的清水冲洗伤口；（4）用75%的酒精或0.5%碘伏对伤口局部进行消毒、包扎处理。

12.1.4 HIV职业暴露后预防性用药原则

（1）治疗用药方案：首选推荐方案为TDF/FTC+RAL或DTG等INSTIs；根据当地资源，如果INSTIs不可及，可以使用PIs如LPV/r和DRV/r；对合并肾脏功能下降者，可以使用AZT/3TC。（2）开始治疗用药的时间及疗程：在发生HIV暴露后尽可能在最短的时间内（尽可能在2 h内）进行预防性用药，最好不超过24 h，但即使超过24 h，也建议实施预防性用药。用药疗程为连续服用28 d。

12.1.5 HIV职业暴露后的监测

发生HIV职业暴露后立即、4周、8周、12周和6个月后检测HIV抗体。一般不推荐进行HIV p24抗原和HIV RNA测定。

12.1.6 预防职业暴露的措施

（1）进行可能接触患者血液、体液的诊疗和护理工作时，必须佩戴手套；（2）在进行有可能发生血液、体液飞溅的诊疗和护理操作过程中，医务人员除需佩戴手套和口罩外，还应带防护眼镜；当有可能发生血液、体液大面积飞溅，有污染操作者身体的可能时，还应穿上具有防渗透性能的隔离服；（3）医务人员在进行接触患者血液、体液的诊疗和护理操作时，若手部皮肤存在破损时，必须戴双层手套；（4）使用后的锐器应当直接放入不能刺穿的利器盒内进行安全处置；抽血时建议使用真空采血器，并应用蝶型采血针；禁止对使用后的一次性针头复帽；禁止用手直接接触使用过的针头、刀片等锐器；（5）公安人员在工作中注意做好自身防护避免被暴露。

12.2 非HIV职业暴露

指除职业暴露外其他个人行为发生的HIV暴露。暴露评估及处理原则尤其是阻断用药与职业暴露相似。尤其注意评估后阻断用药是自愿的原则及规范随访，以尽早发现感染者。

12.3 合并HBV感染的暴露者注意事项

对合并HBV感染的暴露者，注意停药后对HBV相关指标进行监测。

12.4 暴露前预防

暴露前预防的定义：当人面临很高的HIV感染风险时，每天服用药物以降低被感染的概率的措施行为。暴露前预防可降低高危人群感染HIV的风险。成人中，对于不持续使用安全套，可能感染HIV的高危人群应进行暴露前预防。

13 HIV感染的全程管理

抗病毒治疗的出现和应用将艾滋病变为一种可以治疗但目前尚难以彻底治愈的慢性疾病，HAART导致HIV相关机会性感染和相关性肿瘤大大减少，随着艾滋病患者生存期的延长，各种非HIV定义性疾病（non-AIDS-defining diseases，NAD）如代谢综合征、心脑血管疾病、慢性肝肾与骨骼疾病以及非艾滋病定义性肿瘤的发病率呈上升趋势，这些疾病已经成为后HAART时代影响HIV感染者生存质量和预后的主要原因[35-38]。HAART带来疾病谱的变化也相应改变着HIV感染者的诊治和关怀模式。HIV感染的全程管理是指HIV感染者在确诊后，多学科合作团队为其提供的一种全程综合诊治和服务关怀管理模式。全程管理的关

注环节主要包括：（1）HIV感染的预防和早期诊断；（2）机会性感染的诊治和预防；（3）个体化抗病毒治疗的启动和随访，服药的依从性教育和监督；（4）NAD的筛查与处理；（5）社会心理综合关怀。全程管理的诊治模式是一种以感染科医生主导的多学科诊治模式。

13.1 HIV感染的预防和早期诊断

为高危人群提供预防HIV感染的咨询服务，包括安全性性行为指导、暴露前预防和HIV暴露后预防的应用、为HIV感染者早期启动HAART等。推荐早期检测，提供包括核酸检测在内的检测咨询服务。

13.2 机会性感染的诊治和预防

见机会感染部分。

13.3 个体化抗病毒治疗的启动和随访

服药依从性是决定抗病毒治疗成功的最关键因素，所以，任何情况下，均要先做好依从性教育再启动HAART。HIV感染者无论$CD4^+$ T淋巴细胞计数水平的高低均推荐接受HAART，目前国内外指南尽管对

专家讲坛

HAART 的应用进行了规范，但在临床实践中部分 HIV 感染者抗病毒治疗后并未能取得预期效果。随着科学技术的发展，人们逐渐提出了个体化抗病毒治疗的概念。研究发现同一抗病毒药物在不同个体内血药浓度差异很大，有研究表明 EFV 每日 600 mg 的剂量情况下，有 22%的患者的血药浓度仍不在治疗窗之内，这些患者出现抗病毒治疗失败或不良反应的风险升高[39]；有研究认为中国艾滋病人群尤其是体重低于 60 kg 的患者服用 EFV 400mg 就可达到治疗效果[40]。近年来，越来越多的降低抗病毒药物常用剂量的研究显示，降低剂量的抗病毒治疗方案在保留抗病毒疗效的同时降低了不良反应的发生率[41]。WHO 抗病毒指南把 300 mg TDF + 300 mg 3TC + 400 mg EFV 作为 HAART 选择方案之一[18]。尽管目前国外抗病毒治疗指南并没有强力推荐临床实践中需要进行个体化 HAART，但是越来越多的研究显示其临床应用的价值和必要性。

临床实践中应根据患者的病情、有无合并感染和肿瘤、基础疾病状况、药物之间相互作用、患者依从性、病毒耐药特点（尤其是当地人群中 HIV 耐药状况）、药物可及性、药物耐药屏障及不良反应尤其是长期的不良反应等情况综合考虑后来制定 HAART 方案。目前临床常用的实施方法就是进行 TDM，根据血药浓度来调整药物剂量，尽管目前并不推荐临床实践常规进行 TDM，对于存在以下情况的患者建议进行 TDM [16]：存在明显药物之间相互作用的治疗方案；存在明显的肝肾功能损害的患者；存在剂量相关性不良反应；药物剂量进行了调整的患者；依从性良好而抗病毒疗效差的患者；HAART 风险高的孕妇。

在治疗随访过程中，要注意观察药物的长期不良反应并根据情况来调整 HAART 方案或采取相应处理措施。全新作用靶点的 INSTIs 因其高效低毒，在临床广泛应用后表现出了良好的疗效和安全性，已成为国际艾滋病治疗指南中的首选推荐，有助于减少长期并发症如骨骼并发症、肝肾损害、代谢综合征等的发生。

对于部分患者，可根据病情采用简化治疗，一般而言，如果患者在当前的抗病毒方案上达到病毒学抑制，不建议随意进行治疗方案的调整。在某些特定情况下可考虑进行方案调整，如：（1）通过减少药片数量和给药频率，简化治疗方案；（2）改善耐受性、减少短期或长期的毒性；（3）预防或减轻药物相互作用；（4）在妊娠期或者在可能发生妊娠的患者中，对 HAART 进行优化；（5）降低治疗费用。转换治疗应当以维持病毒抑制为基础，并且不对未来的药物选择构成威胁。多个研究支持将以 NNRTIs 或 PIs 为基础的治疗方案转换至以 INSTIs 如 DTG、RAL 或 EVG/c 为基础的方案时可以继续维持抗病毒疗效。两药简化治疗目前数据尚不充分，不推荐常规采用，国际指南目前仍推荐三药治疗为标准治疗方案，仅用于一些少见的临床情况，如对于病毒学成功抑制，无法耐受药物毒副作用的情况下，如存在 TDF 肝肾毒性、ABC 超敏反应或者心血管风险等的患者，可以考虑选择含有 INSTIs 的两药方案，但应密切加强监测。目前有一定研究数据或临床经验支持的含 INSTIs 和 PIs 的简化方案有[16]：（1）DTG+RPV；（2）DTG+3TC；（3）DRV/r +RAL；（4）PIs（ATV/r、LPV/r、DRV/r）+3TC。

13.4 非 HIV 定义性疾病的筛查与处理

HAART 的应用把艾滋病变成一种慢性病，应该按照慢性病管理模式来进行随访和管理，随访中应注意评估和筛查 NAD，并根据评估结果给予相应预防或治疗措施。HIV 患者中各种慢性疾病如高血压、糖尿病、血脂紊乱、冠心病、脑血管疾病、非 HIV 相关肿瘤（尤其是肝癌、肺癌、乳腺癌、前列腺癌、结肠直肠癌等）、慢性阻塞性肺疾病（COPD）、非酒精性脂肪肝、骨骼疾病等均需按照 HIV 阴性者一样建立慢病管理档案并按照相关指南进行筛查和预防处理[17,38]。随着 HIV 患者生存期的延长，应把对老年综合征的评估纳入 HIV 综合关怀之中[42]。在每次随访中，应该对患者是否存在老年综合征进行评估，尤其应该对其心理精神状况、肾功能、心功能、骨骼、社会适应能等进行综合评估。应根据这些慢性疾病特点和分级诊疗要求来进行诊治，鼓励患者在综合医院相应专科门诊接受诊治。

13.5 社会心理综合关怀

为患者提供综合的关怀和服务[17]：心理健康筛查；健康生活方式指导（如戒烟）；生育指导；疫苗接种指导；HIV 相关的神经认知功能障碍的筛查；旅行健康指导；舒缓医疗服务。均应按照相关指南或规范来进行。

撰写组成员（以姓氏笔画为序）

马　萍（天津市第二人民医院感染二科）

王　敏（长沙市第一医院艾滋病研究所）

王　辉（深圳市第三人民医院感染一科）

王福生（解放军第三〇二医院肝病生物治疗中心）

王福祥（深圳市第三人民医院感染三科）
石　荔（西藏自治区人民医院感染科）
卢洪洲（上海市公共卫生临床中心感染与免疫科）
叶寒辉（福建医科大学孟超肝胆医院感染科）
白　浪（四川大学华西医院感染科）
吕　玮（北京协和医院感染内科）
朱　彪（浙江大学医学院附属第一医院感染科）
刘水青（贵阳市公共卫生临床中心感染一科）
刘燕芬（南宁市第四人民医院感染科）
江建宁（广西医科大学第一附属医院感染病科）
孙永涛（空军军医大学唐都医院感染科）
孙丽君（首都医科大学附属北京佑安医院感染中心）
李太生（北京协和医院感染内科）
李　勇（广西壮族自治区龙潭医院感染科）
李惠琴（云南省传染病专科医院感染科）
吴　昊（首都医科大学附属北京佑安医院感染中心）
何　云（深圳市第三人民医院感染一科）
何　艳（中南大学湘雅二医院感染科）
何盛华（成都市公共卫生临床医疗中心感染科）
汪　宁（中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防中心）
沈银忠（上海市公共卫生临床中心感染与免疫科）
宋玉霞（新疆维吾尔自治区第六人民医院感染科）
张　彤（首都医科大学附属北京佑安医院感染中心）
张福杰（首都医科大学附属北京地坛医院感染中心）
陈谐捷（广州市第八人民医院感染病中心）
陈雅红（福建医科大学孟超肝胆医院感染科）
陈耀凯（重庆市公共卫生医疗救治中心感染科）
林　锋（海南省人民医院感染科）
赵红心（首都医科大学附属北京地坛医院感染中心）
赵清霞（河南省传染病医院感染一科）
徐小元（北京大学第一医院感染科）
徐　哲（解放军第三〇二医院感染病中心）
郭　威（华中科技大学同济医学院附属同济医院感染科）
高　福（中国疾病预防控制中心）
唐小平（广州市传染病研究所）
蒋卫民（复旦大学附属华山医院感染科）
蒋　岩（中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防中心参比实验室）
喻剑华（浙江中医药大学附属西溪医院感染科）
谢敬东（上海交通大学医学院附属瑞金医院感染科）
蔡卫平（广州市第八人民医院感染病中心）
魏洪霞（南京市第二医院感染科）

学术秘书

吕玮、何云、沈银忠、陈谐捷

参 考 文 献

[1] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南第三版（2015版）[J]. 中华临床感染病杂志，2015，8：385-401.

[2] World Health Organization. WHO HIV update: global epidemic and progress in scale up and policy uptake [EB/OL]. http://www.who.int/hiv/data/en/.

[3] World Health Organization. Global scientific leaders explore strategies to achieve the 90-90-90 targe [R/OL]. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150722_90-90-90-target.

[4] 吴尊友. 我国艾滋病经性传播新特征与防治面临的挑战[J]. 中华流行病学杂志，2018，39：707-709.

[5] 全国艾滋病检测技术规范（2015年修订版）[J]. 中国病毒病杂志，2016，6：401-427.

[6] 荆凡辉，吕玮，李太生. HIV感染者免疫功能重建新视角：CD4/CD8比值[J]. 中国艾滋病性病，2018，24：643-646.

[7] Li Y, Han Y, Xie J, et al. CRF01_AE subtype is associated with X4 tropism and fast HIV progression in Chinese patientsinfected through sexual transmission [J]. AIDS, 2014, 28: 521-530.

[8] Su B, Moog C. Which antibody functions are important for an HIV vaccine? [J]. Front Immunol, 2014, 5: 289.

[9] Panel on opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America [S/OL]. http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf.

[10] 卢洪洲. 艾滋病及其相关疾病临床路径[M]. 第2版. 上海：上海科学技术出版社，2015.

[11] Selwyn PA, Pumerantz AS, Durante A, et al. Clinical predictors of Pneumocystis carinii pneumonia, bacterial pneumonia and tuberculosis in HIV-infected patients [J]. AIDS, 1998, 12: 885-893.

[12] Hidalgo A, Falcó V, Mauleón S, et al. Accuracy of high-resolution CT in distinguishing between Pneumocystis carinii pneumonia and non-Pneumocystis carinii pneumonia in AIDS patients [J]. Eur Radiol, 2003, 13: 1179-1184.

专家讲坛

[13] Roger PM, Vandenbos F, Pugliese P, et al. Persistence of Pneumocystis carinii after effective treatment of P. carinii pneumonia is not related to relapse or survival among patients infected with human immunodeficiency virus [J]. Clin Infect Dis, 1998, 26: 509-510.

[14] Safrin S, Finkelstein DM, Feinberg J, et al. Comparison of three regimens for treatment of mild to moderate Pneumocystis carinii pneumonia in patients with AIDS. A double-blind, randomized, trial of oral trimethoprim-sulfamethoxazole, dapsone-trimethoprim, and clindamycin-primaquine. ACTG 108 Study Group [J]. Ann Intern Med, 1996, 124: 792-802.

[15] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组, 中华医学会热带病与寄生虫学分会艾滋病学组. HIV 合并结核分枝杆菌感染诊治专家共识 [J]. 中华临床感染病杂志, 2017, 10: 81-90.

[16] Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents living with HIV. Department of Health and Human Services [S/OL]. http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf.

[17] European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines (Version 9.0) [S/OL]. http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf.

[18] World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach-2nd ed [S/OL]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf; jsessionid=B2870D2288B92D29DBD1158E8D25E207?sequence=1.

[19] Chen J, Zhang R, Wang J, et al. Interferon-gamma release assays for the diagnosis of active tuberculosis in HIV-infected patients: a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2011, 6: e26827.

[20] Chen J, Sun J, Zhang R, et al. T-SPOT. TB in the diagnosis of active tuberculosis among HIV-infected patients with advanced immunodeficiency [J]. AIDS Res Hum Retroviruses, 2011, 27: 289-294.

[21] Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America [J]. Clin Infect Dis, 2016, 62: e1-e50.

[22] 刘正印, 王贵强, 朱利平, 等. 隐球菌性脑膜炎诊治专家共识 [J]. 中华内科杂志, 2018, 57: 317-323.

[23] World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children [S/OL]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260399/9789241550277-eng.pdf; jsessionid=222011AFAADA560E12029F954CA43BCD?sequence=1.

[24] Boulware DR, Meya DB, Muzoora C, et al. Timing of antiretroviral therapy after diagnosis of cryptococcal meningitis [J]. N Engl J Med, 2014, 370: 2487-2498.

[25] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心. 国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册 [M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

[26] Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [M]. Geneva: World Health Organization, 2017.

[27] 李航, 张福杰, 卢洪洲, 等. HIV 感染合并慢性肾脏病患者管理专家共识 [J]. 中国艾滋病性病, 2017, 23: 578-581.

[28] 张仁芳, 沈杨, 卢洪洲, 等. AIDS 相关性淋巴瘤诊治专家共识 [J]. 中国艾滋病性病, 2017, 23: 678-682.

[29] 国家卫生和计划生育委员会办公厅. 国家卫生计生委办公厅关于全面开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的通知 [S]. 2015-04-09.

[30] Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United State [S/OL]. http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf.

[31] World Health Organization. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidance [S/OL]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273632/WHO-CDS-HIV-18.18-eng.pdf?ua=1.

[32] U. S. Public Health Service Working Group. Updated U. S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for post exposure prophylaxis [S/OL]. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409a1.htm.

[33] 国家卫生和计划生育委员会办公厅. 国家卫生计生委办公厅关于印发职业暴露感染艾滋病病毒处理程序规定的通知 [S]. 2015-07-08.

[34] 国家卫生和计划生育委员会, 人力资源社会保障部, 安全监管总局, 等. 国家卫生计生委等4部门关于印发《职业病分类和目录》的通知 [S]. 2013-12-23.

[35] Smith CJ, Ryom L, Weber R, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: A: D): a multicohort collaboration [J]. Lancet, 2014, 384: 241-248.

[36] Lebrun D, Hentzien M, Cuzin L, et al. Epidemiology of auto-

immune and inflammatory diseases in a French nationwide HIV cohort [J]. AIDS, 2017, 31: 2159-2166.

[37] Worm SW, De Wit S, Weber R, et al. Diabetes mellitus, preexisting coronary heart disease, and the risk of subsequent coronary heart disease events in patients infected with human immunodeficiency virus: the data collection on adverse events of Anti-HIV drugs (D: A: D Study) [J]. Circulation, 2009, 119: 805-811.

[38] Bower M, Palfreeman A, Alfa-Wali M, et al. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2014 [J]. HIV Med, 2014, 15: 1-92.

[39] Meng X, Yin K, Wang J, et al. Effect of CYP2B6 gene polymorphisms on efavirenz plasma concentrations in Chinese patients with HIV infection [J]. PLoS One, 2015, 10: e0130583.

[40] Guo F, Cheng X, Hsieh E, et al. Prospective plasma efavirenz concentration assessment in Chinese HIV-infected adults enrolled in a large multicentre study [J]. HIV Med, 2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hiv.12607. [published ahead of print].

[41] Carey D, Puls R, Amin J, et al. Efficacy and safety of efavirenz 400 mg daily versus 600 mg daily: 96-week data from the randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority ENCORE1 study [J]. Lancet Infect Dis, 2015, 15: 793-802.

[42] Guaraldi G, Palella FJ. Clinical implications of aging with HIV infection: perspectives and the future medical care agenda [J]. AIDS, 2017, 31: S129-S135.

（收稿日期：2018-12-05）

责任编辑：kangjing_dr

“基因编辑婴儿”震动学界，多部门回应

内容来源：人民日报、北京日报、红星新闻、@知识分子、人民网、南方都市报、上观新闻、界面新闻、第一财经、澎湃新闻、新京报、果壳网等

11 月，一则消息震惊了学术界。据人民网报道，“世界首例免疫艾滋病的基因编辑婴儿”出生了。

报道称，11 月 26 日，来自中国深圳的科学家贺建奎在第二届国际人类基因组编辑峰会召开前一天宣布，一对名为露露和娜娜的基因编辑婴儿于 11 月在中国健康诞生。这对双胞胎的一个基因经过修改，使她们出生后即能天然抵抗艾滋病。这是世界首例免疫艾滋病的基因编辑婴儿，也意味着中国在基因编辑技术用于疾病预防领域实现历史性突破。

据悉，这次基因手术修改的是 CCR5 基因（HIV 病毒入侵机体细胞的主要辅助受体之一），使用的基因编辑技术为“CRISPR/Cas9”技术。

媒体四问基因编辑婴儿

消息一出，质疑声不断，科技日报对此提出了四点疑问——

1. CCR5 这个靶点是不是已经公认的会感染 HIV？敲除这个靶点有没有其他潜在威胁？会导致其他疾病？

2. 如何能够证明这对双胞胎婴儿能够天然抵抗艾滋病？因为也不可能现在就让婴儿接触艾滋病传染，这是有悖伦理道德的。如果这对双胞胎一生都没有经历过可能感染艾滋病的环境或行为，又如何证明她们天然抵抗艾滋病？

3. 对试管婴儿进行基因编辑是否有悖伦理道德，经过什么部门审批？一个民营医院就能做这样的实验吗？

4. 此前我国有没有过基因编辑手段用于人体的实验？

业界声音：此事后果不可预测

“这事件已经远远超出了技术问题的范畴，后果不可预测，一定是伦理争论的焦点。即使技术是 100%可靠，人类是否可以或应该编辑自己的生殖细胞和胚胎，（看

到这个消息）绝大多数人肯定大脑一片空白，包括我自己。”清华大学艾滋病综合研究中心常务副主任张林琦对第一财经记者表示。

会有什么后果？果壳网用更通俗的话语做了表述：

CRISPR 作为基因编辑工具虽然强力，但是会有很多“脱靶”——错误地编辑了不该编辑的地方。它的脱靶率依然是一个争议中的话题。

在有些领域，脱靶不是大问题，比如如果我要编辑一个农作物，那很简单，编辑完了之后养养看，不断检测各种指标，如果出了问题，扔掉重来就是了。

但是在人类胚胎编辑里，脱靶就是大问题了，因为你只有一个检测窗口——那就是胚胎早期。等到胚胎发育起来再发现问题那就晚了，你总不能把一整个活人给扔掉。

而且，这个人长大成人之后还要结婚生子的，脱靶带来的错误编辑还会传给后代。

当然研究者肯定知道脱靶的风险，相信他们一定尽了一切努力来测序筛查防止脱靶的出现，但是目前的技术毕竟是有限度的，对人类胚胎进行操作，风险还是太大了。

涉嫌违反卫生部规定

观察者网注意到，贺建奎的这项研究可能违反了我国卫生部的相关规定。

卫生部在 2003 年发表《卫生部关于修订人类辅助生殖技术与人类精子库相关技术规范、基本标准和伦理原则的通知》，其中附件一中第三条第九款明确表示，“禁止以生殖为目的对人类配子、合子和胚胎进行基因操作。”

（八）禁止人类与异种配子的杂交；禁止人类体内移植异种配子、合子和胚胎；禁止异种体内移植人类配子、合子和胚胎；

（九）禁止以生殖为目的对人类配子、合子和胚胎进行基因操作；

（十）禁止实施近亲间的精子和卵子结合；

（十一）在同一治疗周期中，配子和合子必须来自同一男性和同一女性；

（十二）禁止在患者不知情和不自愿的情况下，将配子、合子和胚胎转送他人或进行科学研究；

观察者网 www.guancha.cn

图片来源观察者网

该项试验未向深圳市卫生计生委报备

新京报从深圳市卫生计生委医学伦理专家委员会获悉，该项试验进行前并未向该部门报备，正开会研究此事。

深圳和美妇儿科医院否认与此事有关

深圳卫计委 26 日发布关于《世界首例免疫艾滋病的基因编辑婴儿在中国诞生》声明称，根据“医疗卫生机构应当在伦理委员会设立之日起 3 个月内向本机构的执业登记机关备案”，经查，深圳和美妇儿科医院医学伦理委员会这一机构未按要求进行备案。

深圳市医学伦理专家委员会已于 11 月 26 日启动对该事件涉及伦理问题的调查，对媒体报道的该研究项目的伦理审查书真实性进行核实，有关调查结果将及时向公众进行公布。

11 月 26 日下午，上个月刚刚从深圳和美妇儿科医院离职的医务部主任秦苏骥对南都记者表示，根据申请书显示的时间，其当时还在医院任职，同时他也是伦理委员会成员，**但是他并没有印象，医院开过这个会议。作为伦理委员会成员，他的签名没有在申请书上**。

秦苏骥介绍，他特地去找了上面有签名的前同事了解情况。**几名前同事表示，自己并没有签过这张申请书，也没有印象召开过有关这个项目的会议，签名可能是伪造。**

“我一点不知道这是怎么发生的。”秦苏骥表示，以他当时在和美妇儿科医院的职务，如果有这个事情，他应该要知晓的。同时，医院伦理委员会除了医院内部人员，还有法律界人士、社会界人士共同组成，但是这张申请书上，并没有看到法律界人士、社会界人士成员的签名。

深圳和美妇儿科医院总经理程珍介绍，**这个实验不是在和美妇儿科医院做的，孩子也不是在和美妇儿科医院出生的**，至于网上流传的那张申请书，医院也不了解情况，目前正在调查核实。

不过，相对于深圳和美方面的回应，记者通过中国临床试验注册中心网站却发现相关试验的备案文件，其项目名为“HIV 免疫基因 CCR5 胚胎基因编辑安全性和有效性评估”，即本次通过基因编辑诞生的免疫艾滋病婴儿项目，而在伦理委员会一栏上，记者看到批准本研究的伦理委员会，是“深圳和美妇儿科医院伦理委员会”。

网传百余科学家联合声明：疯狂！谴责！

@知识分子 微博发布百余科学家联合声明，表示这项所谓研究的生物医学伦理审查形同虚设。直接进行人体实验，只能用疯狂形容。作为生物医学科研工作者，坚决反对！强烈谴责！

最新回应

南方科技大学回应：贺建奎已停薪留职，研究工作学校不知情

南方科技大学发布“关于贺建奎副教授对人体胚胎进行基因编辑研究的情况声明”：

今日，有媒体报道贺建奎副教授（已于 2018 年 2 月 1 日停薪留职，离职期为 2018 年 2 月—2021 年 1 月）对人体胚胎进行了基因编辑研究，我校深表震惊。在关注到相关报道后，学校第一时间联系贺建奎副教授了解情况，贺建奎副教授所在生物系随即召开学术委员会，对此研究行为进行讨论。根据目前了解到的情况，我校形成如下意见：

一、此项研究工作为贺建奎副教授在校外开展，未向学校和所在生物系报告，学校和生物系对此不知情。

二、对于贺建奎副教授将基因编辑技术用于人体胚胎研究，生物系学术委员会认为其严重违背了学术伦理和学术规范。

三、南方科技大学严格要求科学研究遵照国家法律法规，尊重和遵守国际学术伦理、学术规范。我校将立即聘请权威专家成立独立委员会，进行深入调查，待调查之后公布相关信息。

深圳市医学伦理专家委员会：已启动调查

深圳市卫生和计划生育委员会官方微博**@健康深圳**发布声明称，深圳市医学伦理专家委员会已启动对深圳和美妇儿科医院伦理问题的调查。

国家卫健委：高度重视，立即核查

11 月 26 日，有媒体就“免疫艾滋病基因编辑婴儿”进行报道。我委高度重视，立即要求广东省卫生健康委认真调查核实，本着对人民健康高度负责和科学原则，依法依规处理，并及时向社会公开结果。

关于“基因编辑婴儿”有关报道的回应

健康中国 今天

11月26日，有媒体就“免疫艾滋病基因编辑婴儿”进行报道。我委高度重视，立即要求广东省卫生健康委认真调查核实，本着对人民健康高度负责和科学原则，依法依规处理，并及时向社会公开结果。

来源：国家卫生健康委员会官网

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

封闭治疗结节性痒疹效果好

作者：huangdez
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-2315965-1.html

患者男性，60 岁，干部，河南人。多年来一直在汕头工作。

自诉两小腿丘疹伴瘙痒半年多。痒的厉害时就用热水洗，然后涂无极膏，感到很舒服，一直未就医。元旦放假回家探亲，因瘙痒剧烈而就医。

平时身体良好，无不良嗜好。无糖尿病及高血压病史。

检查：血压：140/80mmHg。神志清，扁桃体无肿大，心肺（—），肝脾未及。

皮损情况见图片（治疗前）。因瘙痒剧烈，部分丘疹已被挠破。

诊断：结节性痒疹。

给予如下治疗：2%利多卡因 5ml+曲安奈德 1ml+维生素 B_{12} 1ml，皮损部位封闭，10 天一次，共 3 次。口服西咪替丁 0.4g，赛庚啶 4mg，每晚一次顿服，连服 6 天。

患者第 2 次来诊时，瘙痒症状已基本缓解，3 次封闭治疗后，皮损已基本恢复正常。后两幅图片是第 3 次治疗后的第 5 天所拍。

治疗前右小腿：

治疗前右小腿

治疗后右小腿

治疗前左小腿

治疗后左小腿

误诊的牙龈癌

作者：螃蟹

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-938374-3.html（70 楼）

误诊经过：有一患者偶发黑便，于 2006 年 5 月份来我处就诊。患者自诉未饮酒，也未用过口服药，平时亦无腹痛及发烧，查体也没有异常。遂嘱咐患者查大便常规+隐血试验，结果是阳性（++）。患者自诉平时爱吃猪血汤，且两天前吃过。针对此情况，嘱患者在检查前四天避免进食肉食和血制品，亦不能服消炎痛、布洛芬、阿司匹林等可能损伤胃肠道的药物，包括 vit-C，因可掩盖真相。患者听后，表示配合，第一次就诊就这样结束了。

第二次就诊是在一个礼拜以后。患者大便隐血试验仍是阳性，于是我立即开了急诊胃镜单，因为隐血试验阳性或便（呕）血 24 小时内做急诊胃镜检查，80%以上可发现出血病变，以后时间越长，阳性发现率就急剧下降。这一次可谓是方法对头，自己觉得很有把握能发现问题。结果报告提示：食管、胃及十二指肠降部以上未见异常。患者看出我很为难，于是主动提出去大医院看看，就这样这次就诊也没能查出问题。

大约过了半个月，他把检查结果带来找我，说大医院的教授表示认可已做的检查，且提出补充肠镜检查。教授告诉患者说，某些较高部位的结肠病变，如出血量不多，也可以出现这种表现，况且现在正是阳性，是检查的好时机。患者于是做了全结肠镜检查，结果仍无异常发现。经过这么多的检查，患者知道诊断自己的病有相当的难度，主动向我提出手术探查。我一听头都蒙了，这应该从哪里开始探查？于是我领着患者找到了外科主任，并进行了会诊，建议做血管造影。三天后血管造影提示：血管结构

分布均无异常！此时我自己也是六神无主了！就在这时，患者提出喉咙痛，发烧。于是我拿手电给患者做了个检查，看到咽扁桃体充血，左下方第二磨牙的牙龈处有一处不规则溃疡，直径约 1.6cm，且有轻度渗血，而患者不觉疼痛。我想问题就应该在这里。于是我介绍给口腔科刘主任看了看，刘主任说是一个小小的癌变（牙龈癌），手术后患者恢复了正常！

真是无奇不有，而自己又做了全面检查，还是出现了误诊！发上来以供爱友参考！

慢性肾衰误诊

作者：修竹临风

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-938374-4.html（91 楼）

今天是邻居一位大娘去世半年的日子。我看到她的老伴整日行单影孤时，心里就很不是滋味，老人原不应该那么早去世的。这也是我见过的一个误诊病例，希望对大家有所帮助。

误诊经过：患者，女性，63 岁。主诉周身乏力 2 年多，厌食 6 个月，浮肿 1 个月，呼吸困难 1 周。患者自 2 年前开始，无明显诱因出现全身乏力，去医院检查诊断为贫血，给予补血药物口服后，稍有缓解，没有继续治疗。6 个月前出现厌食，食欲明显减退。又到医院做了胃镜检查，诊断为慢性萎缩性胃炎。回家后口服中药治疗，间断治疗，停药后即出现食欲下降。1 个月前患者开始出现双下肢浮肿，为凹陷性，休息后可减轻，但进行性加重。1 周前出现呼吸困难，活动后加剧，逐渐加重至不能行走。既往有心脏病史。发病以来体重没有明显下降（考虑为浮肿所致），食欲减退。查体：精神萎靡，重度贫血貌，全身高度水肿。肺部听诊无异常，心脏听诊心音减弱，肾区无叩击痛。因为患者确诊的疾病很多，一直以为所有症状皆为心脏病和萎缩性胃炎所致，一直采取对症治疗，头痛医头，脚痛医脚，始终也没有进行系统的检查和治疗。记得曾经化验过一到两次尿常规，没有明显的改变，未引起重视。直到一次输液后不舒服找我诊治（患者的一个亲戚据说是懂些医道，不知在哪里弄的氨基酸注射液回家输液），我看到患者病情很重，急忙要求转院，送至医院后即收入院。全面检查后确诊为慢性肾功能衰竭，已经到达尿毒症期。因为治疗不及时，加之我们这里的医院条件有限，不能进行透析治疗，患者住院仅 3 天就死亡。

误诊分析：该患者就住在我的诊所附近，也曾多次找我咨询，我都没有为其进行详细的体检，只是片面地相信医院的诊断，认为患者疾病比较多，所出现的症状是疾

病发展的必然趋势，对于慢性肾功能衰竭这一疾病认识不足，患者诸多症状体征根本没有向这个方向考虑，可以说是眼见患者一步步走向死亡。这都是知识掌握不牢，对这一常见病缺乏应有的重视所致，也忽视了一些必要的检查。现在由于多种因素，慢性肾功能衰竭这一疾病已经是一种常见病，多发病，应该引起足够的重视。作为一名医生，分析疾病要有整体观点，不能头痛医头，脚痛医脚，只有综合分析，才能减少误诊，让这样的悲剧不再重演。

双子宫流产误诊

作者：彩色的风

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html（28 楼）

几年前的一个病例。

患者，女性，42 岁。因停经 40 天，阴道流血 7 天入院。平素月经尚正常，此次停经 40 天，7 天前开始出现阴道流血，有血块，量时多时少，未注意是否有肉样物排出，伴有轻度下腹部胀痛及腰骶部坠胀感，无其他不适反应。就诊后门诊医生进行妇科检查示：子宫增大如孕 7 周，质软，轻压痛，双附件区未触及包块，有轻压痛，无反跳痛。尿 HCG+，B 超示宫内混合性回声约 2×3×1cm，双附件无异常回声。即诊为不全流产。行清宫术，清出物中有少许膜样组织，无明确绒毛样组织物。予送病检（因本院无病检条件，需送外院检查，2 周后方有结果回报）。当时考虑胚胎已排出。术后 4 天仍有少许淡红色阴道流血伴下腹胀痛，考虑子宫复旧不良。再次 B 超示一侧附件有大小约 3×5×4cm 包块，内有少许混合性回声，未见胚芽及胎心搏动，子宫未见异常回声，子宫直肠陷凹内有积液约 2cm，提示宫外孕可能。据其临床表现及上次清宫术中所见及此次 B 超提示，符合宫外孕诊断条件，即向患者及家属说明病情，都同意行剖腹探查术。术中却见双侧输卵管及卵巢无异常，子宫稍呈心型，宫底为鞍状，表面光滑，盆腔组织亦无粘连。考虑为双子宫畸形。术后向患者及家属说明术中情况，患者及家属未有异议。术后约 4 天，腹术口无碍后行腹式 B 超检查（当时尚未购进阴式 B 超）。因为临床提示，此次超声检查方查出患者为完全纵隔性子宫，第二次 B 超所示附件包块，即为较小一侧宫腔。所幸患者及家属均未追究我方责任。

思考：类似此类病例，除非有双阴道或双宫颈的双子宫，阴窥检查即可明确，否则主要还是依靠 B 超来确诊。有时这类误诊难免会有发生。在妇科方面，有些疾病的诊断 B 超等辅助检查也还是有其重要性的。

此外，有一例肝脏异位妊娠破裂患者，入院时因已出现休克症状，故在后穹窿穿刺到了不凝血，尿 HCG 阳性的情况下未做 B 超检查即考虑为附件异位妊娠而急行手术，开腹后见双附件形状无异常，盆腔亦未见有异常包块及出血点。急请外科医师上台，向上查找后在肝脏处发现已经破裂了的妊娠囊，所幸其附着破裂处未伤及较大血管。

超声入门贴 654 胃窦癌

作者：songjunrui

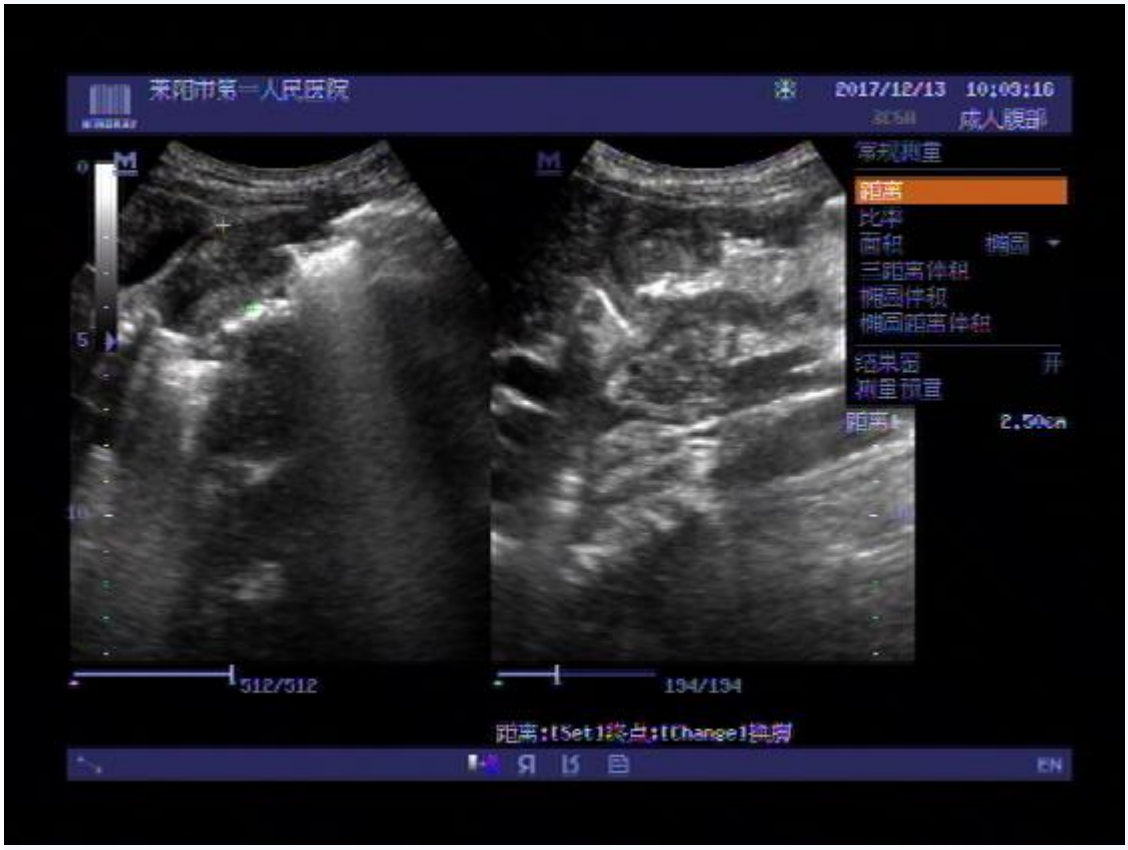
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3424977-1.html

患者，男性，71 岁。

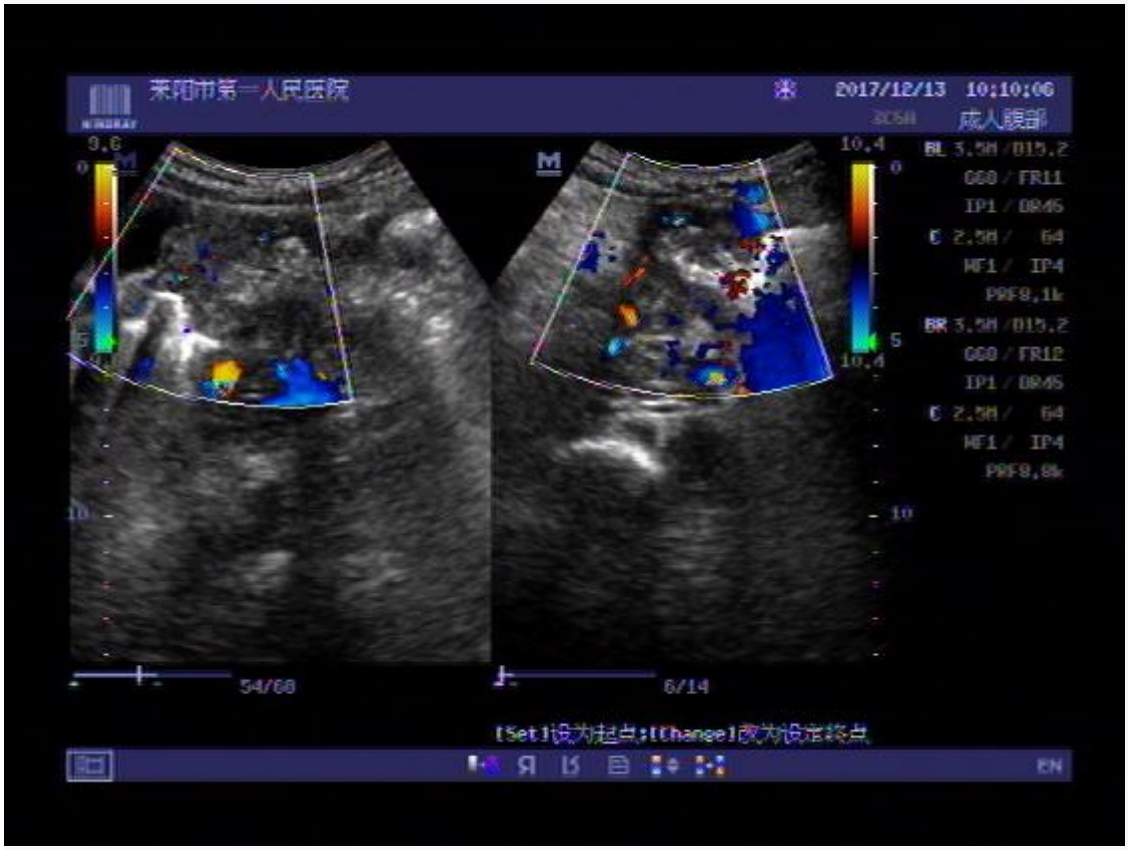
超声可见：胃窦部胃壁弥漫增厚，回声减低，层次紊乱，CDFI 可见杂乱丰富线样血流，胃窦部胃腔狭窄，患处胃壁蠕动波消失，排空延迟。

超声提示：考虑：浸润性胃窦癌并胃腔狭窄（等待病理，建议胃镜活检）。

随访：今天出病理结果：胃窦部管状腺癌。



茶陵市第一人民医院
2017/12/13 10:11:25
成人腹部
常规测量
距离
比率
面积
椭圆
三距离体积
椭圆体积
椭圆距离体积
结果留
开
测量预置
距离1
2.34cm
距离2
5.72cm
360/360
154/154
距离:[Set]终点;[Change]换测
EN


茶陵市第一人民医院
2017/12/13 10:10:06
成人腹部
54/68
6/14
[Set]设为起点;[Change]改为设定终点
EN

小儿肺炎的护理体会

作者：木易王点

链接：https://article.iiyi.com/detail/411138.html

肺炎是婴幼儿时期常见病，就全球而言，肺炎占五岁以下小儿死亡总数的 1/4～1/3，占我国住院小儿死亡的第一位，是我国儿童保健重点防治“四病”之一。肺炎一年四季均可发病，以冬春季者多见，所以在合理治疗的基础上，临床护理的恰当与否直接影响小儿肺炎的康复。

1. 临床表现

本病多见于三岁以下婴幼儿，大多起病较急，主要表现为发热，咳嗽和气促。发热热型不一，咳嗽较频，初为刺激性干咳，以后有痰，呼吸急促，可有鼻翼煽动，唇周发绀。患儿常有食欲不振，恶心，吐泻等消化道症状。肺部可听到较固定的中、细湿啰音，以肺底和脊柱旁为多。

2. 治疗要点

治疗以抗感染和对症治疗为主。细菌感染，根据不同病原体选用敏感药物控制感染，重症者宜早期、联合、足量、足疗程并静脉给药。病毒感染，尚无特效药物，宜采用对症治疗，中药治疗，支持治疗等综合措施。对有明显中毒症状或严重喘憋，感染性休克，呼吸衰竭的患儿，在使用有效抗生素的同时，可应用肾上腺皮质激素。根据需要进行氧气疗法，改善缺氧状态。注意纠正酸碱平衡紊乱，维持体液平衡。

3.护理措施

3.1 基础护理

①保持病室环境清洁、舒适、宁静。室内空气新鲜、流通，病室温度在 18℃～22℃，相对湿度应维持 55%～60%为宜。尽量使患儿安静，避免哭闹，以减少氧消耗，减轻缺氧。不同病原体患儿应分室居住，以防交叉感染。

②饮食宜给予易消化、营养丰富的流质、半流质饮食，防止蛋白质和热量不足而影响疾病的恢复。要多喂水，摄入足够的水分，可防止发热导致的脱水，并保证呼吸道粘膜的湿润和粘膜病变的修复。增加纤毛运动的能力，避免分泌物干结，影响痰液排出，同时防止发热导致的脱水。少量多餐，避免过饱影响呼吸。哺乳时应耐心，哺母乳者应抱起喂，每两小时一次。注意发生呛咳和溢奶。拒乳、溢奶和呛咳严重，应给予鼻饲，每次 10～30ml，每两小时一次。喂奶后轻轻叩背，使胃中的气体排出，以免发生溢奶。

③置患儿于有利于肺扩张的体位，并经常更换，或抱起患儿，以减少肺部淤血和防止肺不张。

④正确留取标本，以指导临床用药。

3.2.专科护理

①保持呼吸道通畅：帮助患儿取合适的体位，抬高床头 30°～60°，以利用呼吸运动和上呼吸道分泌物的排出，及时清除口鼻分泌物，分泌物粘稠者应用超声雾化和蒸汽吸入，分泌物过多影响呼吸时，应用吸引器吸痰。指导患儿进行有效的咳嗽，排痰前协助转换体位。翻身拍背，可五指并拢，稍向内含掌呈空心状，由下向上，由外向内的轻叩背部，边拍边鼓励患儿咳嗽，以促进肺泡和呼吸道的分泌物借助于重力和震动而易于排出，防止坠积性肺炎。按医嘱给予祛痰药，指导和鼓励患儿进行有效的咳嗽。

②改善呼吸功能：有缺氧症状，如呼吸困难、气促、口唇发绀、烦躁、面色灰白等情况，应立即给与鼻导管和或面罩给氧，改善低氧血症。一般采用鼻导管吸氧，氧

流量为 0.5～1ml/min，氧浓度不超过 40%。氧气应湿化，以免损伤呼吸道黏膜。缺氧明显者可给面罩吸氧，氧流量为 2～4ml/min，氧浓度 50%～60%。如果出现呼吸衰竭，在面罩和鼻导管给氧下仍不能纠正低氧血症时，可考虑给予机械通气，定时评估治疗效果并记录。

③维持体温正常：发热者应注意体温的监测，警惕高热惊厥的发生，婴儿不要包裹太紧以利于散热。当体温在 38℃左右或以上时，可采用头部冷湿敷和酒精擦浴的方法物理降温。体温超过 39℃，需给予退热药，但应防止使用退热药而致出汗过多，发生虚脱和脱水热。

④警惕并发症的发生：密切观察病情，发现异常及时与医生取得联系，当患儿出现烦躁不安，面色苍白，气喘加剧，并有心率加快（>160～180 次/min），以及肝脏在短时间内急剧增大，提示合并心力衰竭，应及时报告医生，并吸氧，限制输液速度，准备强心，利尿药物，配合医生抢救。若患儿口吐粉红色泡沫痰，提示肺水肿，可给予 20%～30%酒精湿化的氧气，酒精能降低泡沫的表面张力，使泡沫破裂消散，以改善肺泡气体交换。迅速减轻缺氧症状，但每次不宜超过 20 分钟。观察腹胀、肠鸣音是否减弱或消失，是否便血，以便及时发现中毒性肠麻痹。必要时给予禁食，胃肠减压。

3.心理护理

患儿因对医院环境生疏，再加上医师、护士穿着白色工作服，会引起患儿恐惧而哭闹不止，条件允许时应让家长陪伴患儿，促进母子情感连结，使患儿有安全感，依恋感，适应医院环境，消除不良情绪，利于疾病的康复。

结论

系统、全面的综合护理，可及时了解患儿病情，防止并发症的发生，有效缩短患儿的治疗时间，提高临床疗效在临床值得推广。

影像典型病例 47：左膝关节疼痛 2 周（骨巨伴 ABC）

作者：ngf1978

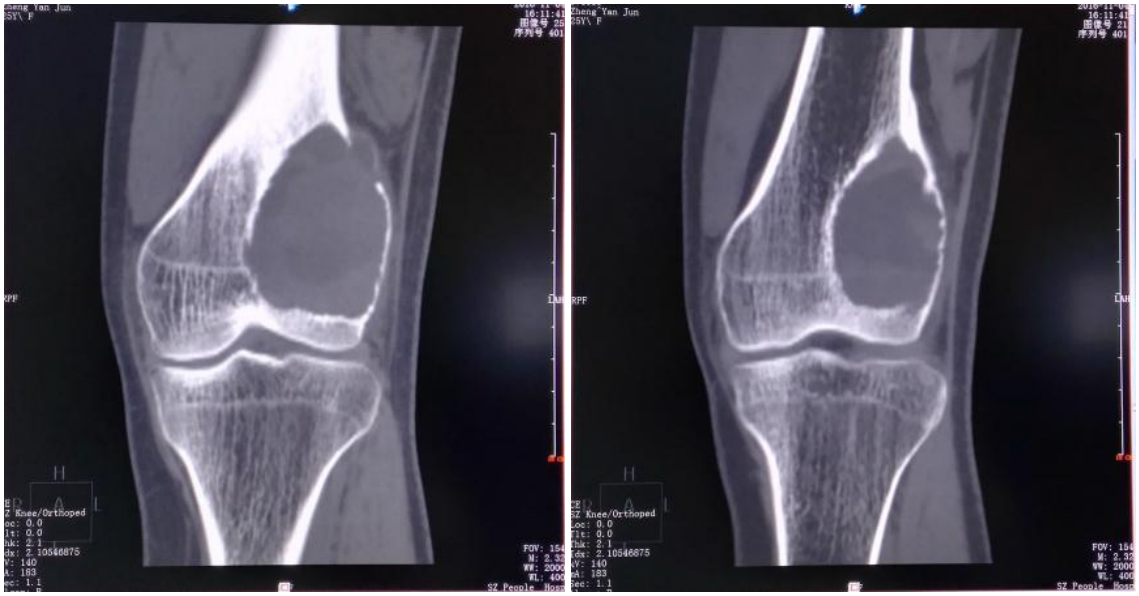
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3391471-1.html

左膝关节疼痛 2 周（有病理）。

先给出 X 光片：

接着上传 CT 图像。大家仔细看征象。

Z Knee/Orthoped
Z Knee/Orthoped


Z Knee/Orthoped
Z Knee/Orthoped

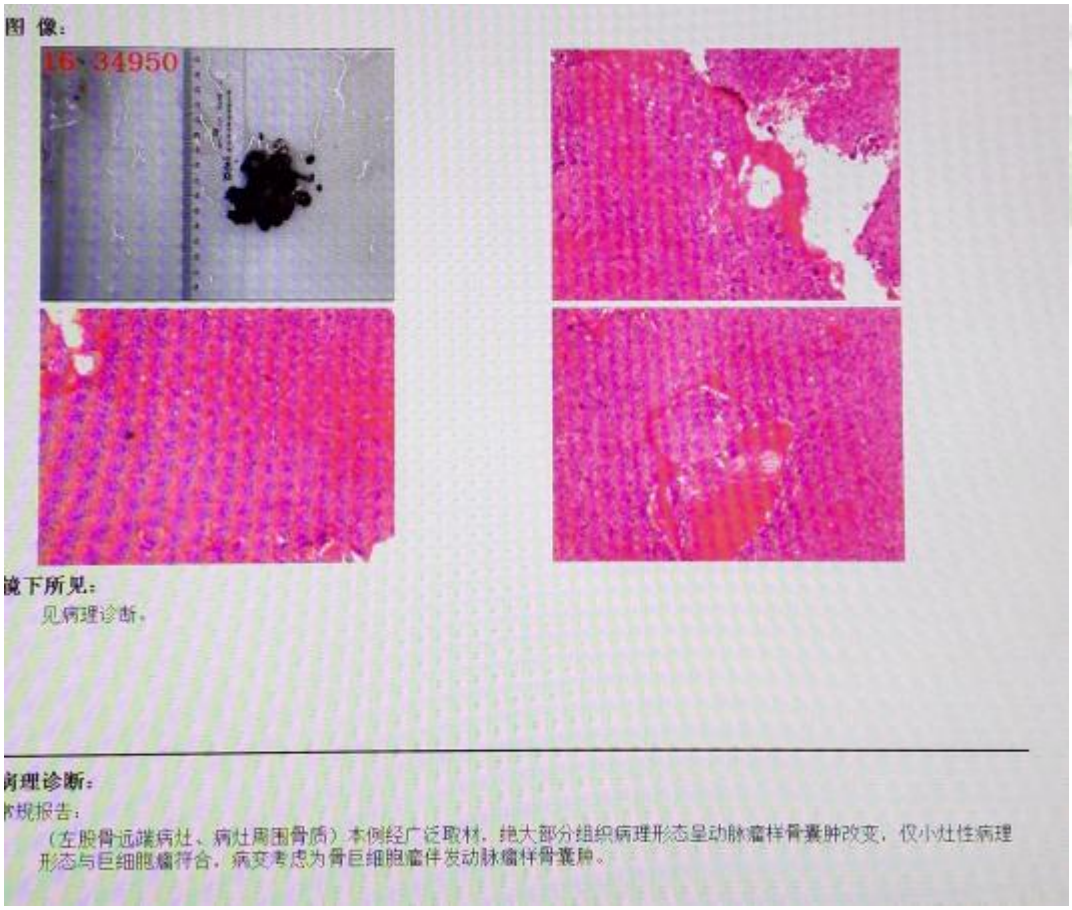
X 光示：左侧股骨远端外侧溶骨性膨胀性骨破坏，呈多房性改变，骨壳菲薄，骨破坏区与正常骨交界尚清，局部骨皮质稍模糊，疑似不连续，未见明显硬化边形成，邻近骨膜反应不明显。余骨质尚可。左膝关节面光滑，关节间隙正常。

结论：左侧股骨远端异常改变，考虑骨巨细胞瘤可能性大。

CT 示：左侧股骨远端外侧溶骨性膨胀性骨破坏，骨壳菲薄并多发残存骨棘，其内可疑多发液平，骨破坏区与正常骨交界尚清，局部骨皮质不连续，局部可见硬化边形成，邻近骨膜反应不明显。余骨质尚可。左膝关节面光滑，关节间隙正常。

CT 结论：左股骨远端占位（局部破裂），性质待定，多考虑骨巨细胞瘤，不除外并发动脉瘤样骨囊肿可能。

病理如下，请浏览：



心电图读图第 87 期

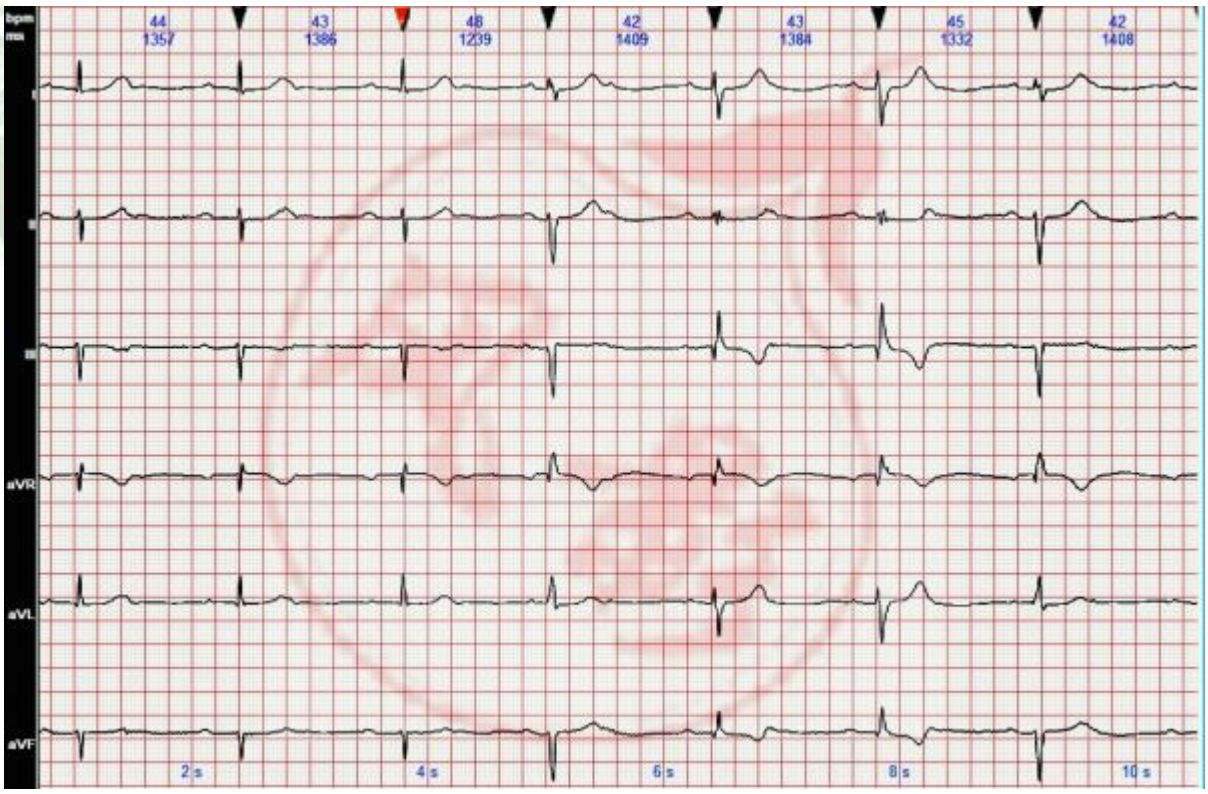
作者：htchb

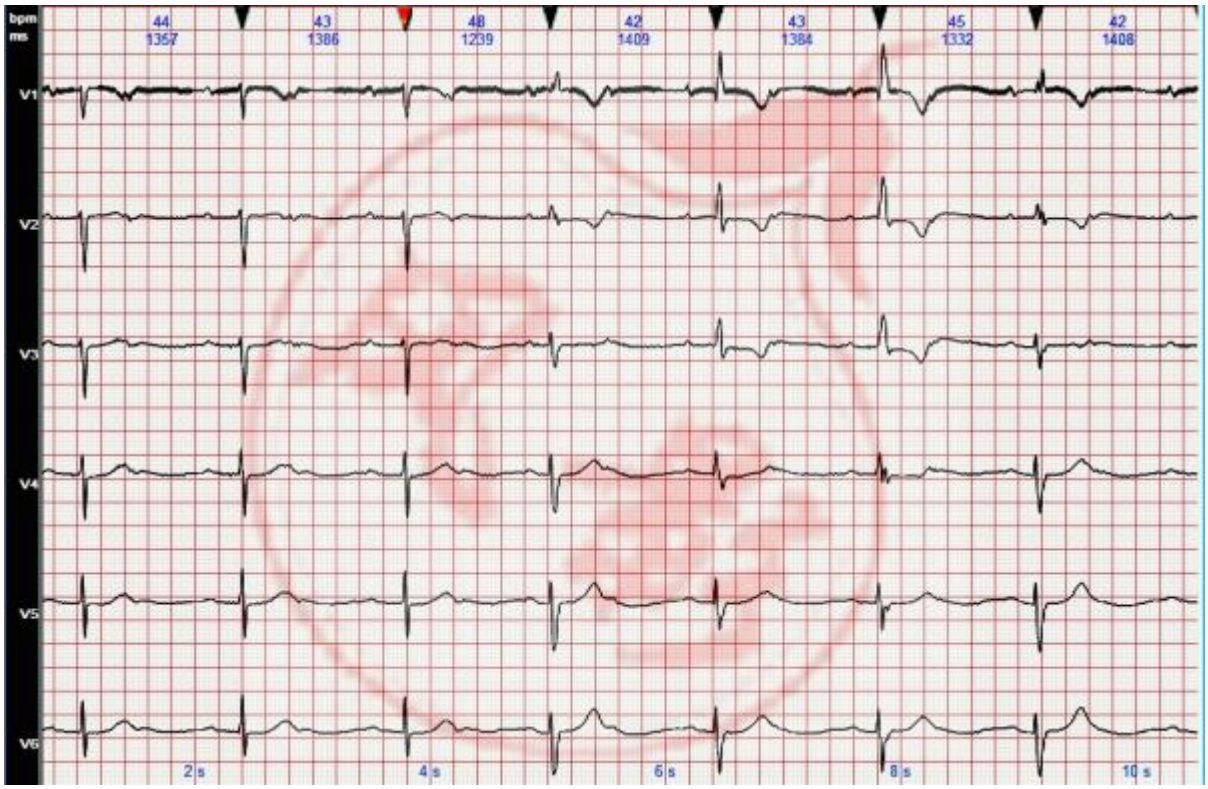
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3457590-1.html

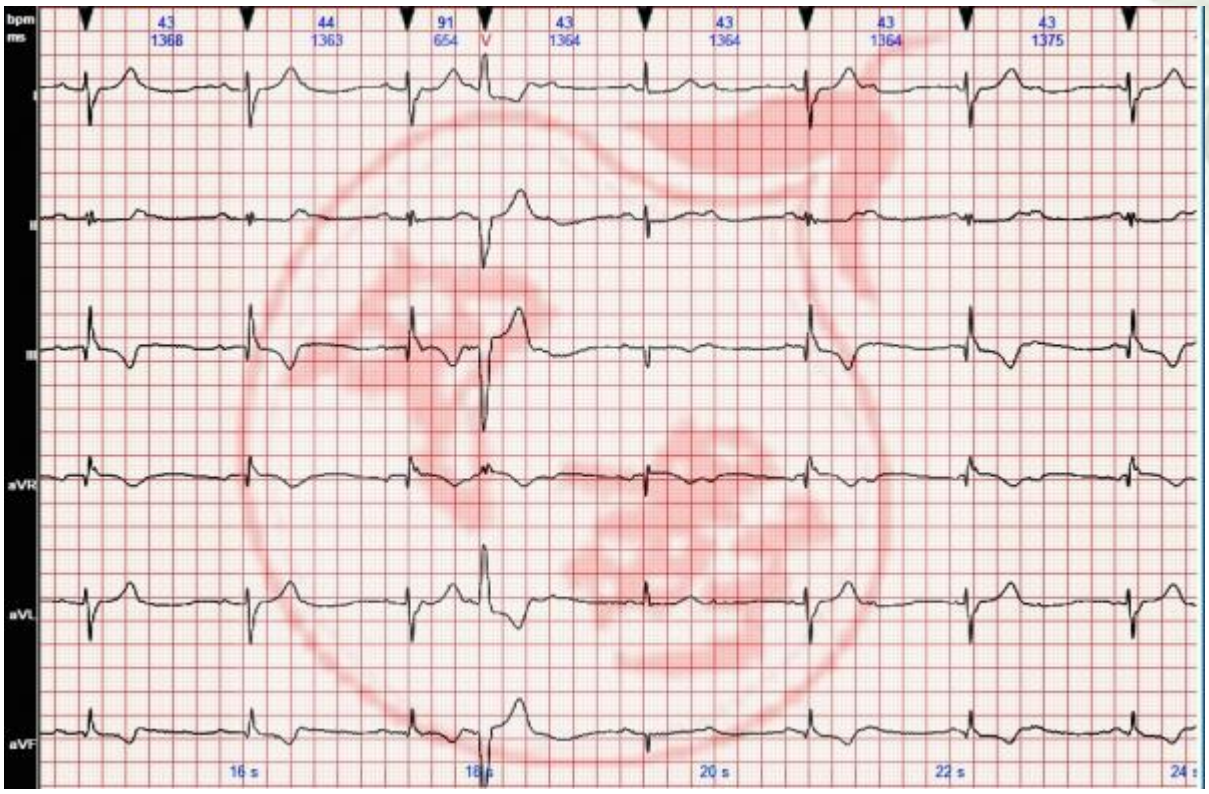
请大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

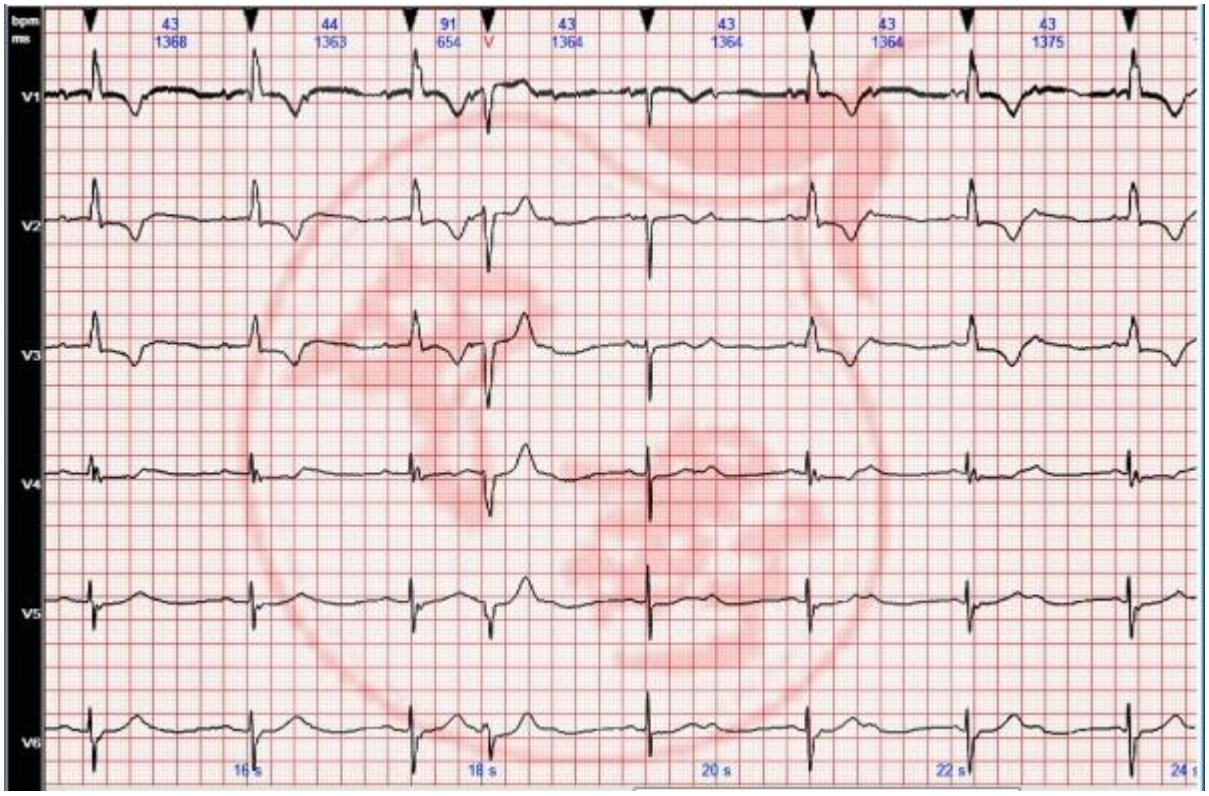
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者女性，70 岁，请对图进行分析并画出梯形图加以说明。


bpm
ms
44
1357
43
1386
48
1239
42
1409
43
1384
45
1332
42
1408
I
II
III
aVR
aVL
aVF
2 s
4 s
6 s
8 s
10 s


bpm
ms
44
1357
43
1386
48
1239
42
1409
43
1384
45
1332
42
1408
V1
V2
V3
V4
V5
V6
2 s
4 s
6 s
8 s
10 s


bpm
ms
43
1368
44
1363
91
654
V
43
1364
43
1364
43
1364
43
1375
I
II
III
aVR
aVL
aVF
16 s
18 s
20 s
22 s
24 s


bpm
ms
43
1368
44
1363
91
654
V
43
1364
43
1364
43
1364
43
1375
V1
V2
V3
V4
V5
V6
16 s
18 s
20 s
22 s
24 s

责任编辑：寒　冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

《伤寒论》部分方剂整理总结（三）

作者：tjqtxc
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-1084847-1.html

柴胡桂枝干姜汤

当代伤寒名医说过一句话：“你能应用此方，那你也是半个伤寒通了”。

此话说得一点也不假，搞懂此方，就要首先搞懂桂枝汤、小柴胡汤、白虎汤、半夏泻心汤、乌梅丸。

此方历史争论最多。各方面总结如下：

从方药组成看，本方证属半表半里的上热下寒证。从病位分析，本方属半表半里阴证，从六经提纲看从临床治验看本方皆属厥阴病范畴，因此此方多归属为厥阴病类方中，临床应用以《伤寒论》条文所述症状运用本方，广泛应用于胃肠道 、感冒 、肝炎、冠心病、内分泌、妇科病、慢性肾病、前列腺炎等等。

应用指征：

1.本方属于治疗柴胡体质的寒热错杂剂，这时的“热”是指肝胆郁热，“寒”是指脾脏的虚寒。所以临床即可见口苦，口干，口中粘腻或口臭等热象，又可见肠鸣或便秘或便溏或腹胀等太阴脾虚的寒象。便溏见于大便次数增多，食冷物时更甚。便秘需与阳明病的便秘相区别，虽大便多日末解，但腹中无所苦，舌苔未见黄厚或燥干之象，腹胀需与用厚朴的半夏厚朴汤、厚朴生姜半夏甘草人参汤相区别，虽胀却觉饥而不影响进食，胀而有失气，腹胀并不因失气而明显缓解。

2.腹诊可见腹软，心下部有振水音，脐旁或脐下或脐上有悸动。

3.与半夏泻心汤同属于寒热错杂剂，半夏泻心汤以呕，痞为主证，柴胡桂枝干姜汤主证中一般没有呕证。

4.方中有瓜蒌牡蛎散。其方证的界定是“渴不差者” 所以有的患者渴感明显，饮不解渴，甚则喜冷饮，渴饮无度。临床上有时易与石膏证相混淆，鉴在于本方之渴，唇舌多不干，口中不呼热气。

5.有人与乌梅丸比较，皆是厥阴剂。寒热错杂使用。

6.小柴胡汤解半表半里之热。而柴胡桂枝干姜汤解半表半里之寒。此方为小柴胡汤加栝蒌汤的变剂 。

栀子豉汤

栀子豉汤由栀子，淡豆豉二味药组成。

病因：为感受外邪，或情志所伤或饮食劳倦三个方面

病机：是热扰胸膈，心神不宁

病位：是胸膈，其次是肺、心。主要见症是：心烦、失眠、发热、纳呆、尿黄、舌质红，苔薄黄或黄腻，脉数，滑，弦，浮。

参考指标：心中懊恼或胸中痞闷，心中结痛，腹满，呕吐。

治疗原则：清热除烦。

具体运用时多辅以健脾开胃，疏肝理气之品。

主要针对疾病：

1.神经系统疾病：如神经官能症、植物神经功能紊乱、精神失常。

2.循环系统：如心肌炎，心包炎。

3.呼吸系统：如肺炎。

4.消化系统：如食道炎、慢性胃炎等。

5.泌尿系统：如慢性肾炎、膀胱炎等。

6.妇科疾病：如功血。

总而言之，是热扰胸膈，心中懊恼则必用栀子豉汤。

桂枝汤

桂枝汤其功有六：

1.解肌治太阳中风证：此方不是发汗剂，而是调营卫解肌。发汗与解肌是完全不同的两个概念。此点大家都知道不详说了。《伤寒论》上有明示，若用于解表就必然要借谷气与温覆“以助药力”方可汗病愈。这就是桂枝汤用于解表时在服药方法上有其特殊所在。以是我早年用此方解表无效之原因。

2.温中补虚。

桂枝汤在《伤寒论》中有三禁：一、太阳伤寒的麻黄学习制度下不可用之。二、内有温热的“酒家”不可用之。三、素有里热之人不可服。特别是后二禁，说明桂枝

汤有温中补虚之功。由桂枝汤衍生小建中汤，当归建中汤诸方，用于治虚劳诸疾，即是温中补虚之明证。

3. 和脾胃。

在妊娠恶阻上，《伤寒论》上有“妇人得平脉，阴脉小弱，其人渴，不能食，无寒热。名妊娠，桂枝汤主之。于法六十日有此证。”此句重点说出无寒热，名妊娠。也就是说无表证用于治恶阻，其意是调脾胃。

4. 滋补气血。

桂枝与芍药等量用之，一为气分药，一为血分药，两药等量用之，阴阳相济，气血相和，通敛相适。大可滋壮气血而补虚。如《伤寒论》中“发汗，身疼痛脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之”这是无表邪，表证的气血营阴不足之正虚身痛证。临床上用于此方治周身疼痛，或全身关节疼痛，但无红肿，无明显寒热之象，而见舌淡，脉沉无力之人。

5. 调理阴阳。

调和营卫，大而言之，即是调理阴阳，调和气血。《金匮要略•血痹虚劳脉证治》中“夫失精家少腹弦急，阴头寒，眩发落，脉虚极芤迟，为清谷，亡血失精，脉得之诸芤微紧，男子失精，女子梦交，桂枝龙骨牡蛎汤主之”如此气血皆虚又兼阴阳失于交泰之候。仲景却弃参芪归地不用，专取桂枝汤实其阴阳气血之虚，再加龙牡潜阳摄纳，使阴阳交泰。这充分表明桂枝汤确具有补而不峻，温而不燥，缓图之功。更为慢性虚损劳极之所宜。

6. 调血治血。

桂枝汤加入血分药即为调血治血。如《伤寒论》中，“手足厥冷，脉微欲绝者，当归四逆汤主之 。”此方即是桂枝汤加味而成。《金匮要略•妇人杂证脉证并治》中温经汤主治妇人血虚且瘀所致之漏证。以是桂枝汤加血分药而成。

总而言之，桂枝汤可表可里，可气可血，实为良方，如能加减变化，可治内外妇儿各科疾患。所涉极广，但有规律所循。一是：桂芍的比例，二是：除用于表症外，凡治里症，终不离温，补之情。

桂枝汤是《伤寒论》经典之要剂，在仲景书中。此方加减有二十六首之多。占五分之一的方量。此方的份量即可想而之。

常用外敷方几则

作者：接骨草
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-2129606-1.html

中医骨伤治疗是以手法和外敷药为主，各门各派历来都是自己组方配药。我前后拜师十三位，都是以骨伤为主的，成都的四大流派都有涉猎。各派有各派的特长，但也有不足之处。临床日久常常会有不如意之感，故而自己组方配药。我临床的外敷方都是自己配的，渐渐也略有体会，取效于临床。

今将我临床自己的一些外敷方道出，望同仁参考指正。

通络消肿散

组方：归尾 250g、赤芍 250g、槟榔 250g、生地 250g、骨碎补 200g、桃仁 50g、红花 100g、生乳香 100g、生没药 100g、土鳖 100g、地龙 100g、姜黄 100g、枳壳 100g、香附 100g、生甘遂 250g、阿魏 250g、雄黄 150g、白芥子 50g。

我配此方时的构想依据：人生之中，气血最贵，气者阳也，血者阴也，气伤痛，形伤肿，此阴阳伤也。气须流行，血要温通，气滞则胀，血滞则瘀，此瘀血之由因也。气血遇寒则滞，血遇温则行，故瘀肿之疾，药亦温通，此用药之大法也。世间之疾，湿最难医，迁延绵长，粘滞之故也。辛具开泄，又具发散，此治湿用辛之因也。久病之疾，比夹气血痰湿之瘀，故用药辛温为大法，兼以行气、活血、化痰、祛湿之剂，佐以虫蚁通络搜滞之品。此立此方之大义也。

主治：关节的滑囊炎，痛风，新旧伤软组织肿胀者均可运用。

用法：上方打成极细粉末，临证时用蜂蜜调敷患处。

此方是我前几年觉得膝关节滑囊炎效果不佳时自己思考多日组的方，当时发现膝关节的滑囊炎的治疗反复无常，时好时发，颇觉头痛。思之良久，觉得滑囊炎还是以湿邪为主，兼夹气虚、血瘀、痰凝。故而配此方。后临床发现此方不论新旧伤之肿胀效果均佳。临床我曾经用此方外敷治疗二年骨折后遗关节肿胀不消者，一月痊愈。关节肿痛者不知其数。

五黄散

组方：黄连 200g、黄柏 200g、黄芩 200g、生大黄 200g、雄黄 200g、冰片 30g、薄荷脑 15g。

功效：镇痛消炎

主治：新伤红肿热痛，亦可用于疮靡所致的红肿疼痛。

用法：打细粉用蜂蜜调敷患处。

加减：在外伤初期，其损伤均为气血，有偏于气肿的，有偏于血肿的，有气血肿者。对于不同的肿胀，可以临床随证加药。偏于气肿者加枳壳、薤白。偏于血肿者加三七。气血肿者，加土鳖、枳壳、桃仁、红花。

痛风散

痛风中医有“白虎历节”之称，疼痛严重者真有虎咬骨之感，剧痛难耐。我认为此病以湿为主，属于湿邪下注，淤而为热，兼夹气虚痰瘀，阻塞经络，至经气不痛，不通则痛。自配外敷中药《痛风散》，疗效显著。

组方：七叶一枝花 30g、黄柏 20g、黄连 20g、黄芩 20g、生大黄 20g、雄黄 20g、土鳖虫 20g、地龙 20g、阿魏 20g、枳壳 15g、红花 10g、冰片 10g、白芥子 10g。

用法：上方打成细粉，用时用蜂蜜调敷患处。隔日一次。一般 2 小时即可见明显效果。轻者 1-2 次即愈。重者 3-5 次即可肿消痛止。

临床诊治严重病人时我常常配合内服中药，以清代名医鲍相璈《验方新编》中的四神煎为基础方加减。

有关“坐骨神经痛”的治疗小议

作者：jxcph

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-1297003-1.html

“坐骨神经痛”这个词,大家一般都很熟悉,但要真正去认识和理解它也不容易。下面我把在临床上多年来的见解和治疗情况介绍给大家。

一、病因：

根据解剖学来说，坐骨神经起于腰部，由腰丛及骶丛神经组成，它们经梨状肌上、下孔出现于臀部。经梨状肌上孔出骨盆的有臀上神经和臀上动脉，主要分布于臀中、

小肌。经梨状肌下孔出骨盆的有臀下神经和臀下动脉，分布于臀大肌。臀下血管和神经的外侧，有股后神经和坐骨神经，其内侧有阴部内动脉和阴部神经，分布于外生殖器和会阴。坐骨神经等的投影，相当于坐骨结节与大转子连线的中、内 1/3 交界处。坐骨神经经梨状肌下孔后向下至国窝上角分为胫神经和腓总神经，胫神经沿腘窝中线下行，经腓肠肌深面进入小腿，腓总神经紧靠股二头肌腱内侧下行，在股二头肌和腓肠肌外侧头间离开国窝，绕过腓骨小头后方入小腿此二神经在股部还发出肌支和皮支；腓总神经行于腓骨小头前方时，分为腓浅神经和腓深神经。腓浅神经支配腓骨肌，腓深神经支配与胫前动脉伴行，支配前群肌肉。腓总神经绕过腓骨颈处，位置表浅，易受损伤引起足部伸肌和外翻肌的瘫痪而致足下垂。

二、病机：

坐骨神经痛在临床上不是一种疾病，而是一种临床症状。主要由腰椎间盘突出及腰椎骨质增生等腰椎损伤后压迫神经根或炎症刺激神经根所引起的疾病。影响工作及学习，严重者生活不能自理，故在临床上要引起重视。

三、治疗：

这种症状一般不会自行缓解，可通过牵引、推拿、针灸、理疗等非药物治疗，也可用止痛类及激素类药物，中药的内服外用，包括新近的骶管疗法等来缓解症状。在保守治疗无效的情况下，可采用手术治疗。敝人继承父业，采用中药穴位外敷的方法，在临床 10 余年的工作中取得了较满意的效果。中药穴位外敷是一种传统的治疗方法，在临床上已不多见，通过穴位用药使药物的气味持续渗透到皮内,沿着经脉的传导,疏通经脉,调节经气，直达病所,使气血贯通,血脉得和.就是说通过穴位用药可以把腰椎间盘突出或骨质增生所压迫的神经根分开，使局部的炎症消退，临床症状消失，而使疾病痊愈。

现在我把这几年的治疗情况归纳如下：

配方：秦艽、防风、白芷、桑寄生、肉桂、丁香、羌活、独活、麝香、冰片、当归等中药研成粉末备用。

选穴：环跳、秩边、阳陵泉、委中、绝谷、承山、三阴交、腰阳关等穴。

用药方法:将上述配方药粉适量与止痛消炎膏调匀后外敷至穴位上，10 天一次，一般单侧 4-5 次为一疗程，双侧 7-8 次为一疗程。建议患者睡硬板床，患侧保暖，不能用冷水洗脚；注意休息，保护腰部，不能多走、多站、多坐、弯腰及拿重物；也不能使用止痛及激素类药物；疗程结束后还需注意休息 4 个月。

四、疗效：

通过医患双方配合,合理的配穴治疗,一般 1~2 个疗程后临床症状基本消失。疗程结束后 4 个月复查,穴位反射均正常，自觉症状也消失，可以正常的工作学习及生活。有效率在 90%以上,在江、浙、沪等地有良好的声誉。

五、点评：

目前人们对腰椎间盘突出症及骨质增生的认识还存在误区,认为有腰突症和骨质增生（骨刺）必需手术解决，其实不尽然,手术治疗的风险相对较大,费用昂贵,而且远期效果不是太理想，中药穴位外治之法是简而易之法，不损伤皮肤，患者容易接受，而且费用低廉，疗效较好,不易复发，无毒副作用,在临床上具有一定的实用价值。

自拟治疗高血压经验方

作者：半空雪

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-1586084-1.html

自拟《银龙降压汤》

组方：银杏叶 20g、丹参 15g、红花 12g、车前子（包煎）20g、泽泻 15g、牛膝 15g、龙骨（先煎）30g、决明子 20g、茯苓 20g、远志 15g、枣仁（炒）15g。

用法：每日一剂，水煎服，一日二次。

方解：1.活血化瘀（扩血管降压）：丹参、红花、牛膝；2.利水化湿（利尿降压）：车前子、泽泻、茯苓；3.清热化痰（降脂降压）：决明子、银杏叶；4.安神（阻滞剂）：龙骨、枣仁、远志；

加减：1.头晕——1）肝火：夏枯草、黄芩、生地；

2）血虚：鸡血藤、白芍、川芎；

2.恶心，呕吐---姜半夏、代赭石；

3.头痛---细辛、川芎；

4.四肢麻木、无力、腰痛---杜仲、寄生；

5.耳鸣---菖蒲；

病例：任某，女，54 岁，教师。

主诉：头晕 7 年，加重 3 天。

现病史：该患者于 7 年前诊断为“高血压”，曾服过多种降压药（具体不详），效果不佳。现症见：头晕，身乏力，夜不寐，目赤，易怒，心慌（既往冠心病史）BP：

175/100mmHg，脉弦数，舌红。

方药：《银龙降压汤》加减；

效果：4 付症状基本消失，17 付治愈,现已停药一年半，从未服西药和其他药品，血压控制在高压 130～120mmHg，低压 85～80mmHg，冠心病症状基本消失。

慢性盆腔炎病案

作者：绿衣

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-1703633-1.html

一、患者丁某，女，34 岁。

主诉：小腹痛伴腰痛 2 年。

病人 2 年前一次劳累过后，首次发生小腹疼痛，伴腰酸痛，白带量多，色黄有味，经医院 B 超检查被诊断为“盆腔炎”。用抗生素治疗缓解，但不到半月又复发，不得不继续用抗生素，如此反复近 2 年，如今抗生素已经无效果，病人也怕久用抗生素的不良后果，遂来我门诊，求中药治疗。病人神情憔悴，面色萎黄，乏力气短，小腹坠胀疼痛，腰酸，白带量多，色黄有味，舌红苔薄白，脉濡数。

诊断：慢性盆腔炎。

方药：苦参 20g、红藤 30g、败酱草 20g、蒲公英 50g、升麻 30g、虎杖 20g、土鳖虫 20g、川牛膝 20g、柴胡 15g、白芥子 10g、白僵蚕 20g、黄芪 100g。

5 剂后，症状大减，继服 15 剂，至今 2 年，未再复发。

病人体弱易感，过劳后更显，湿热毒邪趁虚而入，又因正虚而邪恋，故成久病，湿热滞留盆腔，势必内生痰瘀，阻滞经络，因其性粘滞固定，又与湿热毒邪胶结，故久治不愈。于是取苦参，红藤，败酱草，蒲公英，升麻，虎杖清热利湿，解毒排脓，土鳖虫，虎杖，川牛膝活血，祛其恶血，白芥子，白僵蚕化痰散结，土鳖虫，白僵蚕为虫药，善化痰瘀，取其搜剔之性，破其壁垒，动摇其根，损其顽固之性，盆腔位居下焦，走肝经，故用柴胡，牛膝引药直达病所，柴胡又善疏肝理气，调畅气机，与黄芪，升麻起补中益气之用来治疗小腹坠痛，大剂量黄芪扶正，鼓邪外出，扭转正虚邪恋的局面，其性温，补脾胃，又防其它药寒凉过度，伤及脾胃。

湿热毒邪与痰瘀胶结加上正气不足为此病久治不愈的主要原因，如今一一攻破，故久病获愈。

二、吴某，女，44 岁。

主诉：小腹痛伴白带过多 5 年，加重半月。

病人 5 年前，因一次淋雨出现小腹痛症状，同时白带清稀，量多，在医院就诊时被诊断为“盆腔炎”，并输液治疗得以暂时缓解，此后常常不定期发作，诱因多与受冷，食凉，劳累等有关，每次都靠输液缓解，近半月症状明显加重，小腹冷痛，带下量多清稀，影响正常生活，经输液一周无效，遂求中药治疗。病人平时肢冷畏寒，易乏力腰酸，时而尿频，月经色暗，有血块，现小腹冷痛，得温痛减，白带清稀无味，量很多，舌淡，脉沉无力。

诊断：慢性盆腔炎。

方药：黄芪 50g、苍术 20g、茯苓 30g、淫羊藿 30g、菟丝子 20g、小茴香 20g、桂枝 15g、乌药 20g、香附 15g、半夏 20g、乌贼骨 30g、土鳖虫 20g、当归 20g。

5 剂后，症状几乎消失，继服 10 剂，基本治愈。

病人阳虚体质，又复感寒湿之邪而邪客胞宫，从而阴寒内盛，寒湿内阻，故腰腹冷痛，寒凝血瘀，故月经色黑，有血块，带下清稀量多为阳虚湿盛之象，方中黄芪，苍术，茯苓健脾运化水湿，淫羊藿，菟丝子温肾蒸化水湿，与小茴香，桂枝温通经脉，暖胞宫，使离空当照，阴霾消散，乌药，香附理气散寒止痛，半夏，乌贼骨燥湿止带，土鳖虫，当归活血通脉，全方温药居多，因为此病寒得温则除，湿得温则化，虚得温则补，滞得温则通，此为我治疗阴寒内盛的基本思路。

此病虽然称之为炎症，但不用任何清热解毒药，反用温热药，却获显效，证明中医的精髓是辨证论治，切不可一见炎字，就用清热解毒，一派寒凉，本人早年曾经犯过这样的错误，病人不但治疗无效，反而加重，今日旧事重提，并例举此案，就是希望大家不要误入歧途，衷中参西可取，但中药西用可不行。

扎后溪穴治疗手麻

作者：海天

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-2080527-1.html

后溪穴治疗手麻，早已经有很多朋友这样去治疗。

我在做的过程中慢慢的探索、完善，现分享如下：

1．适应症：单手/双手，1 个手指或者多个手指的手麻，只要不是 24 小时都麻的那种，就可以使用。

2．操作要点：

（1）一般同侧取穴。双手都手麻的，双侧同时取穴或者轮流使用单侧也行。

（2）一般隔日一次，据病程长短病情轻重设置 3、5、10 次为一疗程。

（3）后溪定位：微握拳，在第 5 掌指关节后尺侧，掌横纹头赤白肉际处。

（4）持物进针。

（5）选用 7 号或者 8 号一次性注射器针头，针头斜面贴骨膜进针。

（6）快速进针即可，尽量做到无痛。

（7）留针 25 分钟以上，不行针。

3．疗效评价：优于毫针。

4．可以配合手法，处理手部蚓状肌/颈 3 到 7 椎棘突旁。

5．一疗程下来，好转但不彻底者，休息 3-5 日可以重复下一个疗程治疗。两个疗程无效者，请换思路，改用其他方法。

6．典型病例：

姚某某，男，48 岁，左手手麻 2 年多。经上述治疗 10 次 1 疗程，3 次改善，7 次症状消失，巩固做完 10 次。随访 1 年，疗效可。

附上今天用后溪治手麻的病人的照片。

顽固性网球肘一例

作者：野雪

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-1493708-1.html

某女，41 岁，调酒师。3 年前患网球肘，于外院进行封闭疗法，好转十余天，后复发，复行封闭疗法，无效。四处寻医未果。来我院就诊。

刻诊：痛苦面容，右肘动则剧痛，晨起尤胜。右肘局部触之灼热。

取穴：灵骨（患侧）、大白（患侧）、肘痛穴（健侧）。

下针 10 分钟后病情依旧。浮针自手三里向痛点进针，扫扇 3 分钟，患者自觉似有好转。笔者以为通络止痛之力不足，复在患者右上肢自上而下打入浮针，扫扇 3 分钟。患者的左手已能轻轻触摸右肘。疗效虽不尽人意，但已经见效。

准备取针时患者诉说疼痛大减，但现在感觉局部的筋络抽动疼痛。笔者恍然大悟，急取两侧阳陵泉（注意，是两侧不是健侧），随咳进针，针毕筋络抽动疼痛感立减。留针 30 分，治疗结束。第二日复诊，患者喜笑颜开，自诉晨起时还很痛，但现在只是隐隐作痛，已无大碍。笔者遂取艾条于阳陵泉灸之。

5 天后来电，诉说一切正常，临床治愈。

体会：上述病例笔者认为疗效的取得是综合疗法的结果，但起关键因素的应该是阳陵泉穴。因为该穴不仅是八会穴之筋会，且具有强健作用。患者病似属实症，但病久而虚，致病久难愈。所以笔者第二次治疗时以灸益之。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

人参

别　名：白参、山参、林下参。

来　源：五加科植物人参的干燥根，栽培者为“园参”，野生者为“山参”，分布于我国辽宁东部、吉林东半部和黑龙江东部，现吉林、辽宁栽培甚多，河北、山西有引种。苏联、朝鲜和日本也有分布。

形　态：多年生草本，芦头短，直立或斜上，不增厚成块状。主根肥大，纺锤形或圆柱形。地上茎单生，高 30-60 厘米，有纵纹，无毛，基部有宿存鳞片。叶为掌状复叶，3-6 枚轮生茎顶，幼株的叶数较少，叶柄长 3-8 厘米，有纵纹，无毛，基部无托叶，小叶片 3-5，幼株常为 3，薄膜质，中央小叶片椭圆形至长圆状椭圆形，长 8-12 厘米，宽 3-5 厘米，最外一对侧生小叶片卵形或菱状卵形，长 2-4 厘米，宽 1.5-3 厘米，先端长渐尖，基部阔楔形，下延，边缘有锯齿，齿有刺尖，上面散生少数刚毛，刚毛长约 1 毫米，下面无毛，侧脉 5-6 对，两面明显，网脉不明显，小叶柄长 0.5-2.5 厘米，侧生者较短。伞形花序单个顶生，直径约 1.5 厘米，有花 30-50 朵，稀 5-6 朵；总花梗通常较叶长，长 15-30 厘米，有纵纹；花梗丝状，长 0.8-1.5 厘米；花淡黄绿色；萼无毛，边缘有 5 个三角形小齿，花瓣 5，卵状三角形，雄蕊 5，花丝短，子房 2 室，花柱 2，离生。果实扁球形，鲜红色，长 4-5 毫米，宽 6-7 毫米。种子肾形，乳白色。

栽　培：人参喜冷凉湿润气候，耐寒。喜斜射及漫射光，忌强光和高温。对土壤选择较严，适宜排水良好，富含腐植质的砂质壤土及壤土栽培。

性味功能：味甘、微苦，性平；大补元气、复脉固脱、补脾益肺、生津安神。

用　　途：用于体虚欲脱，肢冷脉微，脾虚食少，肺虚喘咳，津伤口渴，内热消渴，久病虚羸，惊悸失眠，阳痿宫冷；心力衰竭，心原性休克。

用法用量：内服 3~9 克，入煎剂宜后下；另煎兑入汤剂服；野山参若研粉吞服，一次 2 克，一日 2 次。不宜与藜芦同用。

经验鉴别：本品以须根稀疏，长约为主根的 1~2 倍，柔韧不易折断，有明显的疣状突起珍珠点。全体呈淡黄白色，皮细、光润者为佳。

叶子花

别　名：紫三角、紫亚兰。

来　源：紫茉莉科植物叶子花的干燥花朵，原产热带美洲，我国福建、广东、海南、广西、云南等地亦有分布。

形　态：藤状灌木。枝、叶密生柔毛；刺腋生、下弯。叶片椭圆形或卵形，基部圆形，有柄。花序腋生或顶生；苞片椭圆状卵形，基部圆形至心形，长 2.5-6.5 厘米，宽 1.5-4 厘米，暗红色或淡紫红色；花被管狭筒形，长 1.6-2.4 厘米，绿色，密被柔毛，顶端 5-6 裂，裂片开展，黄色，长 3.5-5 毫米；雄蕊通常 8；子房具柄。果实长 1-1.5 厘米，密生毛。花期冬春间。

栽　培：叶子花喜温暖、湿润和强光环境。土壤要求富含腐殖质的肥沃土壤。以扦插为主。

性味功能：味苦，涩、性温；活血调经；化温止带。

用　　途：用于血瘀经闭；月经不调；赤白带下。

用法用量：内服 9-15 克。

经验鉴别：本品以花完整，色暗红色或紫色，气清香者为佳。

编　　辑：王 颖 健

责任编辑：金陵一剑

输血反应一例

作者：ww2sxy520

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3411548-1.html

●**病例摘要**

一般情况：男性，62 岁，农民。

主诉：呕血 3 小时

现病史：患者入院前 3 小时进食虎皮辣椒后自觉上腹部疼痛不适，呈持续性疼痛，并有泛酸、恶心，无发热、盗汗，无胸闷、心悸、气短，继之出现呕吐，开始为胃内容物，后逐渐转为鲜红色血液，随即家人开车急送我院，来我院途中仍有呕血，总量约 1000ml。

既往史：无吸烟饮酒史，有乙肝病史 20 余年。

查体：体温 36℃，脉搏 122 次/分，呼吸 28 次/分，血压 80/40mHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神极差，问答切题，查体合作。全身皮肤、黏膜苍白湿冷，浅表淋巴结无肿大。眼睑无水肿，巩膜略黄染，结膜苍白，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物，口唇甲床苍白，咽部无充血，扁桃体无肿大。颈软无抵抗，颈静脉无充盈，甲状腺不大，气管居中。双侧胸廓对称，胸骨无压痛，无胸壁静脉曲张。双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，叩诊心浊音界无扩大，心律齐，心率 122 次/分，P_2无亢进。腹部平坦，腹壁静脉无显露，腹肌软，上腹有压痛，无反跳痛，肝脏肋缘下未触及，脾脏肋缘下 2 横指，移动性浊音阴性，肠鸣音 5 次/分。双下肢无水肿。

入院急查血常规：WBC：10.2×10^9/L，HGB：72g/L,PLT：53×10^9/L。

患者入院完善检查后诊断考虑：失血性休克；食管胃底静脉曲张破裂出血;失血性贫血；乙肝；肝硬化；脾大。入院后立即给与输注血浆、红细胞混悬液、抗休克等治疗，同时进行介入止血治疗，经过上述治疗后消化道出血停止。测心率 98 次/分，呼吸 22 次/分，血压 105/55mmHg，介入治疗后继续进行输注红细胞混悬液，输血过程中患者自觉口唇、手指麻木，头晕、恶心、心悸、胸闷，呕吐 1 次，为胃内容物，无视物模糊、大小便失禁，无胸痛。

●讨论：目前输血过程中表现考虑？鉴别？进一步治疗措施？

●临床讨论：

东方蓝色天空：查心电图、胸部 CT，以明确有无肝肺综合征、肝心综合征。查血氨，看一下有无肝脑情况。

一夜雨 11LLL：

患者的症状出现在输血过程中，说明还是与输血反应有关。由于患者大量输注红细胞混悬液，呕吐，体液呈碱性，发生离子反应，会置换出氨，血氨在体内增多，诱发肝性脑病。

鉴别：脑血管意外，大量血容量丢失，血小板低，肝硬化，凝血因子合成不足，无视物模糊无诱因（诊断中无高血压）。

首先查血气，血氨，尿常规，肝肾功，凝血，心电图，头颅 CT。

邱薛：

急性溶血性输血反应，红细胞血型不合引起的溶血性输血反应属急发性免疫性输血反应,轻者仅有发热,可自愈。而输血达几十毫升以上的重者若抢救措施不及时,可引起患者急性肾衰,直至死亡。症状一般有寒战、发热烦躁、腹背痛、面潮红、呼吸困难、低血压、休克、出血和血红蛋白尿等。诊断不难,可直接比较患者输血前后的血清(浆)的游离血红蛋白的含量，也可由抗人球蛋白试验阳性证明血型不合。一旦诊断成立,立即停止输血,保留静脉输液。防止肾衰措施有:

(1)快速静滴 20%甘露醇 250ml,20min 左右滴完,以促进肾血流,维持尿量,但 24h 的甘露醇用量不超过 150g。

(2)输血浆或低右,补充血容量,防止肾血管痉挛及微血栓形成。

(3)输适量苏打碱化尿液,防止 Hb 沉积,损伤肾小管。

(4)如果发生肾衰,立即透析。抗休克(用苄胺唑啉 10～20mg/次,加 5%葡萄糖 250～500ml,与阿拉明、多巴胺合用效果更好)。防止 DIC(可依需要用肝素、血小板或凝血酶原复合物)。另外还须注意对症治疗,维持酸碱平衡。输入同型红细胞由于保存不当,破坏过多,也可引起症状较轻的非免疫性溶血反应。预防此类输血反应的措施就是准确作好血型鉴定和交叉配血试验。

●结论

ww2sxy520：

本患者是因为大量输血后因为体内抗凝剂枸橼酸盐蓄积导致的低钙血症，立即急查电解质，并给与葡萄糖酸钙静脉注射后症状逐渐缓解，电解质回报提示:钙离子 1.4mmol/L。

眶区发作性疼痛伴复视 1 年

作者：杯酒清茶

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3457499-1.html

●病例摘要

基本资料：女性，21 岁。

主诉：眶区发作性疼痛伴复视 1 年

现病史：1 年来，病人诱因不明地出现双侧眶区发作性疼痛，多呈闪电样，并逐渐加重，其后发作间歇期亦有局部胀痛感，左右交替发作，伴视物成双，有时头昏乏力，视力减退，无其它伴随症状。

既往史：健康。

查体：神志清楚，语言正常，视力左 J0.05、右 J0.1，眼底正常，左眼内收差，上视受限，左三叉神经第一支分布区痛觉减退，左角膜反射消失，右眼外展略受限，其余颅神经正常，四肢肌力正常，腱反射适中，病理征未引出。

辅助检查：CT 扫描 眶区球后 0.6X0,8cm 软组织肿胀影，边缘清晰，增强后呈轻度强化。

眼科会诊：左眼球后非特异性肉芽肿。

●临床诊断：Tolosa-Hunt 综合征。

●疾病特点：

Tolosa-Hunt 综合征亦称痛性眼肌麻痹，首先为 Tolosa 于 1954 年报告，其后 Hunt 在 1961 年相继报告此病，故此得名。本病病因为颈内动脉虹吸段周围炎或海绵窦局限性硬膜炎，也可以为海绵窦前部、眶上裂、眶尖的肉芽肿性血管炎，而 Mathew 和 Chandy 二氏推测本病可能与免疫有关，因为应用激素治疗有效。其发病与性别无关，青壮年多发，其次为老年，最常见表现为动眼神经损伤，其次为第Ⅳ、Ⅵ对眼运动神经，三叉神经亦常受累，均伴有眶区疼痛，可呈发作性类似三叉神经痛表现，亦可持续性钝痛或胀痛，不到半数病人有视神经损害，全部症状可自行缓解，极易复发，多为单侧，极少两侧，部分病人有左右交替现象。治疗首选激素，明显有效，疼痛重时可镇痛治疗，非特异性炎症形成肉芽肿时需要手术治疗。

视物成双伴左眼疼痛 3 个月

作者：杯酒清茶

链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3456721-1.html

●病例摘要

基本资料：男性，27 岁。

主诉：视物成双伴左眼疼痛 3 个月

现病史：三个月前病人诱因不明地出现视物成双，左眼不适感，继而左眼部疼痛，但其后并无明显加重或减轻趋势，无发热、头痛、呕吐及肢体瘫痪，不伴抽搐和意识障碍，尿便无异常。

既往史：半年前曾因左耳部疼痛诊断为“乳突炎”。

查体：左侧乳突深压痛阳性。神经系统检查：神志清楚，语言正常，左眼外展受限，角膜缘距外眦角 2mm，向左注视 300 以上即有复视，面部感觉正常，左侧角膜反射缺失，右侧正常，咬肌及颞肌有力，额纹对称，口角不歪，伸舌居中，四肢肌力正常，全身感觉正常，腱反射适中，病理征未引出，无脑膜刺激征。

辅助检查：脑脊液细胞学检查：淋巴细胞活性轻度升高。头部 CT、MRI 未见异常，头颅平片及其它化验正常。

●临床诊断：双侧性岩尖综合征

●疾病特点：

双侧性岩尖综合征是指双侧的单纯外展神经和三叉神经同时损伤时的特有临床体征，由于它仅见于岩尖部病变，故成为神经系统一个独立疾病。本病并不罕见，预后良好。临床表现为一侧外直肌瘫痪而出现复视，并有眼部疼痛和眼部不适感，应与 Tolosa-Hunt’s 综合征鉴别。本病病因为乳突炎、岩下窦血栓性静脉炎，病理变化是由乳突炎引起的慢性岩尖部局限性脑膜炎。治疗除抗炎外，应给予大剂量 B 族维生素治疗，多数病人可在数月至二年内恢复，少数遗有复视。

责任编辑：绿漫天涯

编　　辑：刘 现 国

医疗资讯

百度被约谈：复大医院利用百度排名冒充复旦附属医院

央视日前报道，上海复大医院利用百度竞价排名，冒充上海复旦大学附属医院，引诱患者就医，骗取钱财。近日，上海市卫监机构约见百度上海分公司及医疗版块负责人，了解百度搜索整改进展。百度表示：已下线违规内容，并组织团队对搜索关键词把关，一旦发现违规立即予以屏蔽或切断链接。同时，对违规单位进行警告、屏蔽，直至终止合作。

急诊医生冬夜跳入冰河，勇救落水女孩

11 月 29 日凌晨 1 时许，菏泽市中医医院接到急救任务，一名 19 岁女孩不慎落水，急诊医生安顺龙与急救小组迅速驱车前往，安顺龙立即脱掉外套跳入水中，13 分钟后将落水女子救出，经短暂处置，该女子被转至医院抢救，直至生命体征平稳。“当时情况比较紧急，也来不及多想，只想着赶紧把女孩救上来，上岸之后，王美亚护士就将她身上的外套赶紧给我披上了。”安顺龙说，救人时并不感到害怕，但由于怕家人担心，回家后也没敢说。

安徽医疗反腐继续：两名干部被开除党籍

12 月 4 日，安徽纪检监察网发布两则卫生系统处分，两人分别是安庆市立医院原副院长陈新生，安庆市卫计委原党组书记、主任储艳云。经查，陈新生不如实报告个人事项，非法收受他人巨额财物，为他人谋取利益，涉嫌受贿犯罪，决定给予其开除党籍、取消有关退休待遇处分。涉嫌犯罪问题已移送检察机关。经查，储艳云对抗组织审查，不如实报告个人财产状况，收受礼金，默许亲属谋取私利，违规向药品供应商摊派费用，涉嫌受贿犯罪，决定给予其开除党籍、开除公职处分，涉嫌犯罪问题已移送检察机关。

中国知名消化病学家陆汉明逝世，享年 96 岁

11 月 28 日凌晨 3 时许，我国消化病学专家、终身教授陆汉明因病在上海交通大学医学院附属新华医院逝世，享年 96 岁。12 月 4 日，遗体告别仪式在上海市宝兴殡

仪馆举行。陆汉明 1922 年出生，1945 年毕业于国立上海医学院，是国务院首批特殊津贴获得者、首批博导、上海交大医学院附属新华医院消化内科创建人，在消化医学领域造诣深厚。

“出生医学证明”更新换代，明年元旦起启用

日前，卫健委发布公告，由原卫计委制发的出生医学证明（第五版）签发截至 12 月 31 日，自明年 1 月 1 日起，启用由国家卫健委统一制发的出生医学证明（第六版）。

芬太尼：我国已列管 22 年，非法贩卖不足 1 克可获刑

11 月 27 日，外交部发言人耿爽称，截至目前中国已列管 25 种芬太尼类物质、2 种芬太尼前体。查阅资料发现，其实早在我国 1996 年版的麻醉药品目录中，12 种芬太尼类物质就已被列管。中国裁判文书网显示，从 2014 年至今约有 49 起制贩卖芬太尼类物质的刑事判决，56 人获刑，其中近 30 人非法贩卖芬太尼、曲马多等不足 1 克，仍获刑 6—9 个月不等。据了解，在医疗上，芬太尼是效果卓著的麻醉剂，但在毒品行业，它后来居上，成为了新型毒品之王，芬太尼的药效是海洛因的 50 倍、吗啡的 100 倍。

山东 3 岁女童患乳腺癌，半世纪以来全球第三例

网人们印象中，乳腺癌往往发生于成年女性，但 12 月 3 日记者从江苏省人民医院获悉，一名山东的 3 岁女童妍妍（化名）被确诊为乳腺癌，经专家团队诊治已于 3 日痊愈出院。乳腺外科专家唐金海教授介绍，妍妍所患疾病为分泌性乳腺癌，又称幼年性乳腺癌，但 3 岁患者极为罕见，此前全世界仅有 2 例报道，包括 JAMA1966 年、Journalof Pediatric Surgery 1985 年的报道。小妍妍是此型乳腺癌目前年龄最小的患者。

罕见病治疗药艾美赛珠单抗我国获批上市

日前，国家药监局批准艾美赛珠单抗注射液（英文名：Emicizumab Injection）进口注册申请，用于治疗存在凝血因子Ⅷ抑制物的 A 型血友病患者。艾美赛珠单抗注射液由罗氏公司研发，是一种重组人源化、双特异性单克隆抗体，可使凝血酶的生成

显著增加，使 FⅧ功能障碍或完全缺乏 FⅧ的 A 型血友病患者出血部位达到止血。此前，该药被纳入优先审评程序加快审评审批。

美国将启动一基因编辑人体临床试验，不涉伦理风险

12 月 1 日，美国 Editas 基因编辑公司宣布，FDA 接受该公司为 EDIT-101 递交的申请，允许开展使用 CRISPR 基因编辑手段治疗 Leber 先天性黑朦 10 型患者（LCA10）的临床试验。该公司由我国著名学者张锋创建。新闻稿称此疗法“有望成为世界上第一款在人体内使用的 CRISPR 疗法。”由于基因编辑对象是患者眼睛中的感光细胞，为体细胞而非生殖细胞，不会遗传给下一代，因此不涉及伦理道德风险。

广东知名儿科医生谭建新过劳猝死

11 月 30 日，广东省知名儿科医生谭建新因过劳突然离世，年仅 52 岁。两天前，他还对同事说：我血压有点高了，有时也会感到胸闷、头晕，还有桥本氏甲状腺炎，抗体很高。谭医生倒下后，8 个多小时的抢救依然未能将他救回。据同事反映，只要是谭主任出诊的时间，诊室门口总是有一堆早早等待抱着小孩加号的患儿家长，虽然永远有看不完的患儿，但善良又心软的谭主任还是一个一个的答应给他们加号。医院为谭主任加号的问题想过很多办法，最终都未奏效。

首家便利店可卖药：需配备药师指导用药

12 月 1 日，北京工体东路的京客隆便利店新增了三个货架，上面放着 60 多种非处方药品和 30 多种医疗器械，包括感冒药、医用酒精、板蓝根颗粒等常见药品。这是首个获批经营药品、医疗器械的便利店，从政策出台到开业仅 30 余日。可在便利店销售的药品范围为乙类非处方药、二类医疗器械，且需配备药师对消费者进行指导。

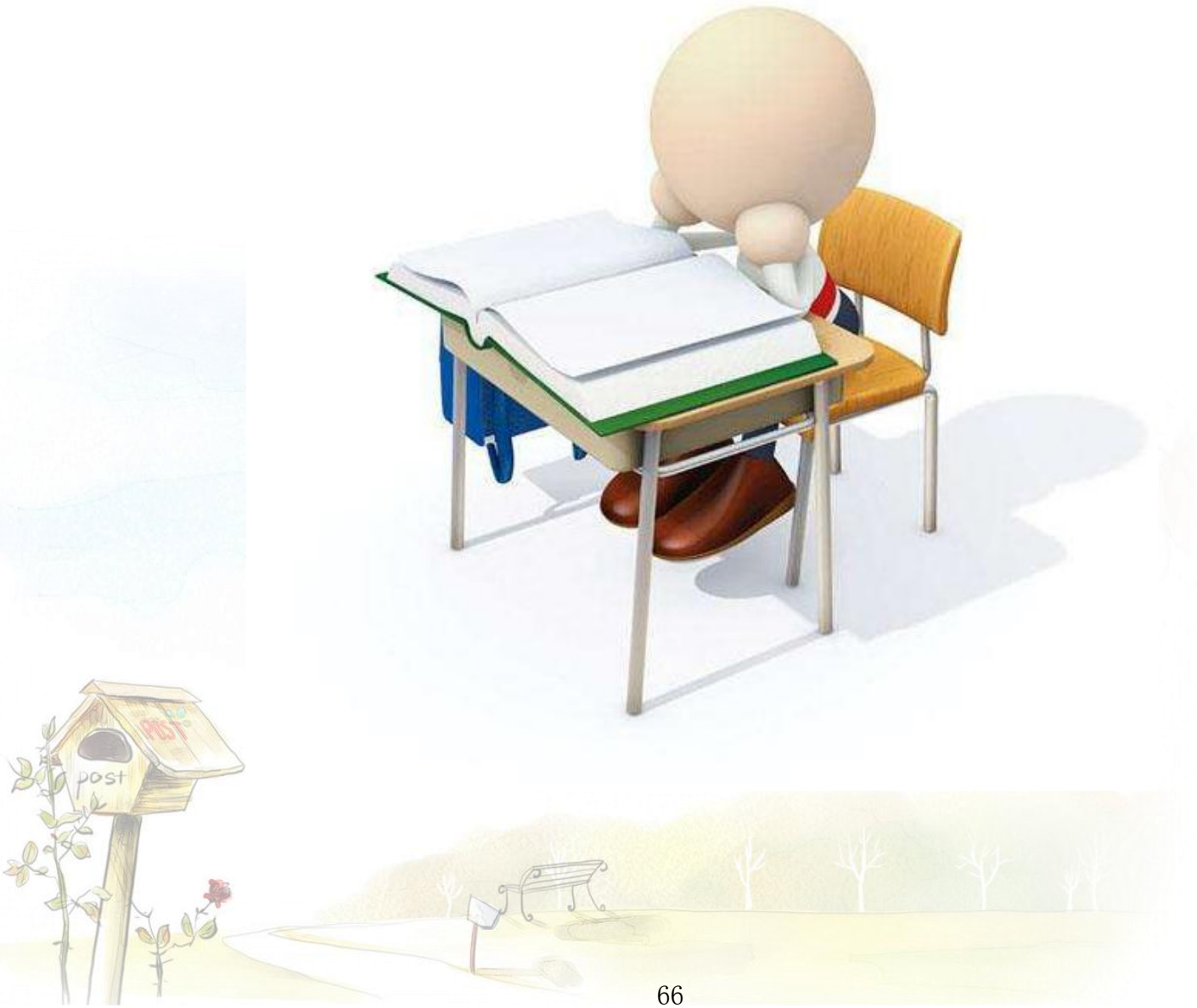
药监局：特酚伪麻片、特洛伪麻胶囊全国停用、停产

11 月 30 日，国家药监局发布《关于停止生产销售使用特酚伪麻片和特洛伪麻胶囊的公告》称：因特酚伪麻片和特洛伪麻胶囊存在心脏毒性不良反应，使用风险大于获益，决定：自即日起停止特酚伪麻片和特洛伪麻胶囊在我国的生产、销售和使用，撤销相关药品批准证明文件。已上市的药品需由生产企业于 12 月 31 日之前召回完毕，并由所在地药监部门监督销毁。

卫健委、科技部等多部委发声，彻查“编辑婴儿”

“基因编辑婴儿”始作俑者贺建奎 28 日公开露面，出席第二届国际人类基因编辑峰会。同日，广东省卫健委发布公告称，广东省、深圳市已成立联合调查组。28 日，国家卫健委、科技部、中国医学科学院、中国工程院接连就事件发布公告，强调开展科研和医疗活动，必须按照有关法律法规和伦理准则进行，对违法违规行为坚决予以查处。

责任编辑：永恒流星



因为热爱

作者：Helen 医生
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3457175-1.html

我的从医之路说来话长，最初的动力来源于爱，对父亲深深的爱。

爸爸一直都有胃病，有一天终于病倒了。每当回想起来，那一刻还历历在目。记得那年我 10 岁，爸爸因为胃大部切除术在县医院住院治疗。我们姐妹几个走了十几里路到医院看爸爸，看见爸爸躺在病床上，因为麻醉刚刚复苏过来，斗大汗珠一直从额头往外冒，硬挤着笑容对我们说“没事，没事”。

我的泪水夺眶而出，忍不住嚎啕大哭了起来。虽然事情已经过去了几十年，他那痛苦而强装笑脸的表情，永远印在我的心里。写到这里我依然难忍，不禁潸然泪下，不得不起来走走……

那时小小的我就在心里暗下决心：长大后我一定要去当医生救我的爸爸。

我从小学习就好，小学、初中、高中都很顺利。直到高考，我的高考志愿清一色都填了医学院，我也如愿以偿地考进了医学院就读。毕业后成了一名医生，回到了家乡的城市工作，以方便照顾父亲。

父亲自从那次手术后留下了后遗症，不能大量吃流质食物像稀饭等，学医后我知道那叫“倾倒综合症”。

说来说去，热爱到底是什么？是我们对一些事物有真挚的感情，做它时身心愉悦。其实那时的我并不知道我是这样热爱我的职业，直到工作以后，每当我去上班时，我就很高兴，每当我看到一个个生命在我的帮助下解除病痛，我就无比的欣慰。

一年 365 天几乎天天去病房，周末不是我值班，我还是要去查房，风雨无阻。更神奇的是十几个病人的化验单，各种检查报告，前一天看了，我能过目不忘，第二天我纠正实习生们，经常让他们大吃一惊，而一些生活琐事我却记不得。

我更热衷于钻研业务，总结经验，书写论文，在国际、国内医学杂志发表。做这一切都是那么自然、愉快，我知道我是爱上了医学事业。就像有些人爱唱歌，爱跳舞，爱旅游等等。

我是多么的幸运，能把自己的热爱变成了自己的职业，而且一路高歌猛进，三十出头就晋升了高级职称。然而，生活总会在不经意的时候给你当头一棒，父亲的身体每况愈下，最后查出了肺癌。

记得前一天还跟爸爸通了电话，他说他还好，等我回家过年。然而第二天却接到家里电话，说爸爸脑转移昏迷了。那时我还在北京学习，急急忙忙赶回家，父亲再也没有醒来……

那通等我回家过年的电话，是父亲在这个世界上留给我最后的话。行医这么多年，总想着治病救人，我却救不了自己的父亲，这是我心中永远的痛！

父亲离开了我们，我也离开了家，远渡重洋。虽然我在异国他乡，却从来没有放弃我热爱的事业，依然从事医疗行业。每当看到国际先进的医疗技术、治疗方法，总想把它们介绍到中国去。工作之余，查找英文资料，翻译成中文或自己写成文章，然后发往中国，每每工作到深更半夜。老公有时开玩笑说“你那么卖力，又没有工资”，我说“我喜欢，我愿意”。如果我写的东西，哪怕有一个人看到，对治病能有所帮助，我便会乐此不疲。

因为热爱，所以坚持不懈；因为热爱，所以无怨无悔！与利益无关，也与旁人无关。

我喜欢在多伦多大学学习问诊的第一句话“我能帮到你吗？”自从父亲走了以后，我就不爱用“治病救人”这个词了。我想还是“治病帮人”比较好。作为一个医生，我不一定能救到你，只要能帮到你，我会竭尽全力。

谨以此文，献给我亲爱的父亲！

责任编辑：yemengzhe

编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越办越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

心电图读图第 86 期答案公布

作者:nikkive

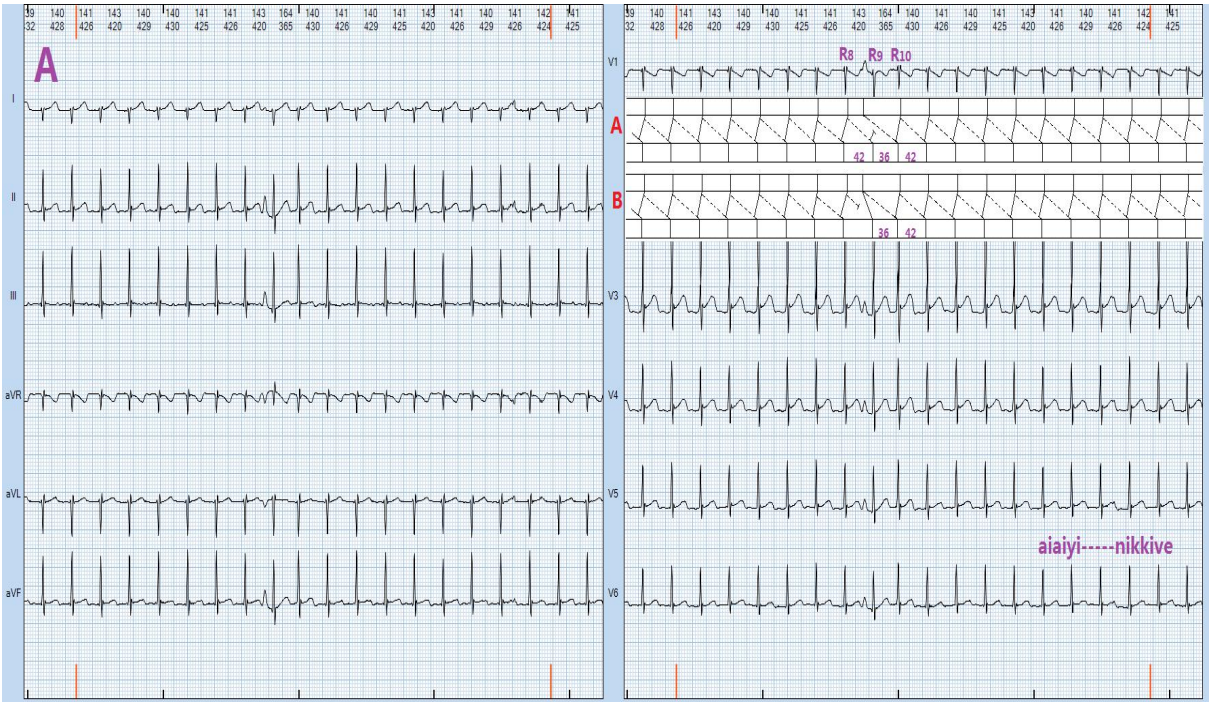
链接：https://bbs.iiyi.com/thread-3455897-1.html

心电图诊断：慢快型房室结折返性心动过速　房性早搏（或窦性心搏）

诊断依据：A 图结合 B 图不难看出 A 图 V1 存在假性 r’波，故此 r’波考虑为逆行 P 波，RP’＜P’R，RP’＜70ms，考虑为慢快型房室结折返性心动过速。图 A 中 R9 前可见一 P 波（I II V1 V5-6 直立，AVR 倒置），全程动态心电图只出现 1 次，不太好确定窦性还是房性，只是这次激动来源于窦房结周围（右房上部）。从梯形图上看 R8-R9=420ms，R9-R10=360ms，略不齐，R9 中未见假性 r’波（R8，R10 可见假性 r’波），那么 R9 前这次心房激动夺获了心房并使心动过速重整，考虑为通过慢径路下传 R10，而 R9 是否为这次心房波下传而形成 1：2 下传？通过间期比较，考虑为梯形图 A 图可能性大。若 R9 也为房性 P 下传，那么间期会相对提前，而 R8-R9=420ms 与心动过速 RR 间期相等，说明在此时未重整心动过速。

鉴别诊断：比较典型 S-F AVNRT，与房速，交界性心动过速等等相鉴别。

临床意义：比较典型 S-F AVNRT，突发突止，射频消融成功率较高。



责任编辑：ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 400～500 字。

二、专家讲坛：主要针对近 2 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 2000 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 800～1000 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

七、专业论文或综述：要求必须原创，严禁剽窃抄袭。如有发生，将于核实后的下期杂志中通报批评。 按照正规论文格式要求，欢迎提供英文摘要。有理有据，论点充分，参考文献尽量选用北大核心或 medline 收录的文献，提倡引用高质量英语文献。

八、医疗资讯：要求短小精悍，搜集最新最有代表性的一句话医疗新闻，让爱友们了解最新医疗动态。

九、爱医热点：要求标题简明扼要，直叩主题，选择论坛最具有代表性的热点活动及病例，可以给出主题后附上论坛帖子链接地址。

十、关注：内容主要是关注与医生有关的行业热点话题、医改动向、医疗法律、医院发展等。要求有一定的代表性和社会关注度。字数 1000 字左右。

十一、问卷调查：要求在论坛以调查帖的形式发出，参与人数比较多，有代表意义，最好附上相关评论。评论字数不少于 200 字。

十二、医网情深：要求必须是贴近医生生活的原创的心情文字，内容积极，文字优美，最好配有插图。字数每期 1200 字左右。可以独立成篇，也可以长篇连载。

十三、精品展示：内容主要是来源于论坛各专业版面精品伯乐推荐整理的精品帖，要求帖子内容有广泛的指导意义，而且附有伯乐的推荐理由。

注:

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

2.中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1.请爱友参考《爱爱医》杂志版（http：//zz.iiyi.com ）置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

2.也可以直接投稿到463767990@qq.com。稿件以word格式附件发送。爱爱医编辑将在7个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

● 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。

● 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。

● 推荐他人文章如果被杂志采用，送花10朵。

● 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。

● 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除2个爱爱医积分。