

恩施市卫生和计划生育局文件

恩市卫计文〔2016〕148号

恩施市卫生和计划生育局关于印发 《恩施市预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播 项目实施方案》的通知

各乡镇卫生院、沐抚办事处卫生院、社区卫生服务中心，省、州、市属母婴医疗保健机构：

为贯彻落实国务院《艾滋病防治条例》和《湖北省艾滋病防治办法》，进一步做好我市预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作，根据湖北省卫计委《关于印发2015年妇幼健康相关重大公共卫生服务项目方案的通知》（鄂卫生计生办通〔2015〕39号）的相关要求，现将《恩施市预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目实施方案》印发给你们，请各单位认真贯彻执行。

恩施市卫生和计划生育局

2016年12月15日



恩施市预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目实施方案

为进一步规范预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作，全面落实预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播综合干预措施，实现最大限度地减少因母婴传播造成的儿童感染，根据省卫计委《关于印发2015年妇幼健康相关重大公共卫生服务项目方案的通知》（鄂卫生计生办通[2015]39号），结合我市实际，制定本实施方案。

一、工作目标

（一）总目标

为孕产妇及所生儿童提供预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播综合干预服务，最大程度地减少疾病的母婴传播，降低艾滋病、梅毒和乙肝对妇女儿童的影响，进一步改善妇女儿童生活质量及健康水平。

（二）具体目标

至2020年底，实现以下目标：

1. 孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测率达95%以上，孕期检测率达90%以上，提高孕早期检测比例。

2. 艾滋病感染孕产妇抗艾滋病毒用药率达90%以上，所生婴儿抗艾滋病毒用药率达90%以上。

3. 梅毒感染孕产妇梅毒治疗率达90%以上，所生儿童预防性治疗率达90%以上。

4. 乙肝感染孕产妇所生新生儿乙肝免疫球蛋白注射率达95%以上。

5. 艾滋病母婴传播率下降至 5%以下。
6. 先天梅毒报告发病率下降至 15/10 万活产以下。

二、项目范围

恩施市辖区孕产妇（包含流动人口）

三、服务内容

结合孕产期保健与儿童保健服务项目内容，为所有孕产妇及所生儿童提供全面、整合的预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播服务。主要服务内容如下：

（一）健康教育及健康促进

各级医疗卫生机构应当结合婚前保健、孕前保健、孕产期保健、青少年保健、性病防治、社区卫生服务等常规医疗保健服务开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的大众健康教育、知识宣传和咨询指导，提高育龄妇女及其家庭，特别是孕产妇对预防母婴传播的认知，促进健康行为。

（二）孕产妇检测与咨询服务

各级医疗卫生机构应当根据相关检测技术规范，为所有孕产妇（包括流动人口）主动提供艾滋病、梅毒和乙肝检测与咨询，尽早明确其感染状况。在孕早期或初次产前检查时，告知预防母婴传播及相关检测的信息，提供适宜、规范的检测，依据检测结果提供检测后咨询。对临产时才寻求助产服务的孕产妇，也要及时进行检测与咨询。

（三）感染孕产妇及所生儿童的保健服务

各级医疗卫生机构应当对感染孕产妇实行首诊负责制，将其纳入高危管理，遵循保密原则，提供高质量的保健服务。除常规

孕产期保健外，还要提供安全性行为指导、感染症状和体征监测、营养支持、心理支持、性伴告知与检测等服务。

给予感染孕产妇安全助产服务，提倡自然分娩，不应将感染作为剖宫产指征。实施普遍性防护措施，减少分娩过程中疾病的传播。帮助产妇及其家人制订适宜的生育计划，落实避孕措施、促进安全套使用，减少非意愿妊娠和疾病传播。

为感染孕产妇所生儿童提供常规保健与随访服务，强化生长发育监测、喂养指导、疾病综合管理、感染症状和体征监测等服务。

（四）预防母婴传播干预服务

1. 预防艾滋病母婴传播干预服务

一旦发现艾滋病感染孕产妇，无论其 CD4+T 淋巴细胞计数水平和病毒载量情况如何都应当及时为其提供免费抗病毒治疗，不具备抗病毒治疗能力的各级医疗卫生机构都应当为其提供转介服务，并做好转介过程的信息交流。在用药前和用药过程中，特别在用药初期以及孕晚期，要进行 CD4+T 淋巴细胞计数、病毒载量和其他相关检测，以评估感染状况及监测用药。在用药前和用药期间要持续给予用药依从性的咨询指导。

儿童出生后，及时提供免费抗病毒用药；给予科学的婴儿喂养指导，提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养；进行感染状况监测，提供艾滋病感染早期诊断检测和抗体检测服务；必要时进行转介。

2. 预防梅毒母婴传播干预服务

各级医疗卫生机构应当对孕早期发现的梅毒感染孕产妇（包

括既往感染者)在孕早期及孕晚期进行规范的青霉素治疗;对孕中、晚期以及临产发现的梅毒感染孕产妇,也要及时给予治疗。在治疗过程中要定期进行随访和疗效评价,对复发或再感染者应追加治疗。

所生儿童出生时即进行梅毒感染相关检测(如非梅毒螺旋体抗原血清学定量检测等),及时发现先天梅毒患儿。根据需要,为所生儿童实施预防性青霉素治疗。对出生时明确诊断的先天梅毒儿童及时给予规范治疗,并上报先天梅毒感染信息;对出生时不能明确诊断先天梅毒的儿童,应定期检测和随访,以及时诊断或排除先天梅毒;对随访过程中诊断的先天梅毒儿童及时给予规范治疗并上报先天梅毒感染信息。在没有条件或无法进行先天梅毒诊断、治疗的情况下应及时进行转诊。

3. 预防乙肝母婴传播干预服务

各级医疗卫生机构应当为乙肝感染孕产妇提供必要的实验室检测和辅助检查,密切监测肝脏功能情况,给予专科指导。必要时给予转介服务。

对乙肝感染孕产妇所生儿童,按要求及时注射乙肝免疫球蛋白,按照国家免疫程序接种乙肝疫苗。

(五) 感染孕产妇及所生儿童综合关怀与支持

医疗卫生机构、社区及其他相关组织应当根据自身服务的特点和能力,通过多种形式或渠道,为艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇、儿童及其家庭,提供预防母婴传播的相关咨询指导、心理支持、综合关怀及转介等医疗保健综合服务。

四、信息管理

各级医疗卫生机构应当指定专人负责信息管理工作，要在婚前保健、孕产期保健、产时保健、儿童保健等相关登记中记录有关信息。定期收集、整理、填报预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表及系列个案登记卡，及时进行数据信息的网络报告。同时，按照《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》等相关要求进行艾滋病、梅毒和乙肝疫情报告。市妇幼保健院应当按照要求进行相关数据信息的审核、管理、质量控制及分析利用，确保数据信息上报的及时性、完整性和准确性。

五、职责与分工

（一）卫生计生行政部门的职责与分工

市卫计局基妇科负责全市预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的组织协调与管理；市卫计局医政科负责协调艾滋病和梅毒感染孕产妇及其所生儿童的相关救治工作；市卫计局疾控科负责艾滋病、梅毒和乙肝相关检测、乙肝免疫球蛋白管理的组织协调工作；市卫计局财务科负责预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作经费的统筹安排和管理，提供必要的经费支持。建立健全以市妇幼保健院牵头，各职能部门密切配合的协作机制，抓好预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播各项工作的落实。

（二）医疗卫生机构的职责与分工

1、妇幼保健机构

市妇幼保健院要结合常规孕产期保健和儿童保健工作，开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的医疗技术服务。负责收集上报相关信息资料。为机构内所有孕产妇免费提供艾滋病、梅毒和

乙肝初筛检测和孕期末检测的产时快速检测与咨询,为机构内所有梅毒感染孕产妇免费提供规范治疗、为其所生儿童免费提供预防性治疗;为辖区乡镇卫生院(或社区卫生服务中心)所送孕产妇血样的免费艾滋病抗体初筛、梅毒初筛和乙肝相关检测;为辖区内所有艾滋病感染孕产妇及其所生儿童免费提供抗病毒药物应用喂养指导、儿童定期随访与检测、预防性应用复方新诺明、婴儿早期诊断的血标本采集送检等服务和干预措施;为辖区内所有梅毒感染孕产妇所生儿童免费提供随访、梅毒感染状况监测、诊断与治疗;为机构内所有乙肝表面抗原阳性的孕产妇所生儿童在出生后 24 小时内免费注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗。

协助乡镇卫生院(或社区卫生服务中心)为辖区内所有艾滋病、梅毒感染孕产妇提供免费检测、孕产期保健和随访服务等工作,做好孕产妇的跟踪随访服务,动员孕妇尽早待产住院分娩,并将艾滋病感染孕产妇所生儿童纳入高危管理,于儿童满 1、3、6、9、12 和 18 月龄时,分别进行随访和体格检查,观察有无感染症状出现。按照《婴儿艾滋病感染早期诊断工作方案》的相关技术和时间要求,对所生儿童于出生后 6 周和 3 个月时,分别采集血标本,进行婴儿感染早期诊断。

2、疾病预防控制机构

市疾控中心负责孕产妇及其儿童的免费艾滋病初筛试验、梅毒、乙肝相关检测,并及时向送样单位和市妇幼保健院反馈结果和信息。对 HIV 抗体初筛阳性者,协调采样,送对口 HIV 抗体补充试验机构及时进行补充实验。对梅毒初筛阳性者(第一种梅毒检测实验阳性),要及时进行确认实验(第二种梅毒检测实验),

并将结果反馈至送样医疗保健机构和市妇幼保健院，由送样医疗保健机构结合其临床表现、流行病学史等进行诊断和后续治疗。承担本辖区艾滋病、梅毒疫情监测、感染孕产妇传染病随访管理，承担辖区内艾滋病、梅毒、乙肝相关检测的技术指导，配合开展感染孕产妇及所生儿童的诊断与治疗，提供预防艾滋病母婴传播抗病毒治疗孕产妇及婴儿用药，对确诊艾滋病孕产妇及儿童按照艾滋病患者进行规范化管理。

3、各级医疗机构

各级医疗机构参与并接受预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的相关技术指导和培训，负责收集、上报相关信息资料。结合常规孕产期保健和儿童保健工作，按首诊负责的原则开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的医疗和技术服务。为机构内所有孕产妇免费提供艾滋病、梅毒和乙肝采样送检及孕期末检测的产时快速检测与咨询；为机构内所有梅毒感染孕产妇免费提供规范治疗、为其所生儿童免费提供预防性治疗；为机构内所有乙肝表面抗原阳性的孕产妇所生儿童在出生后 24 小时内免费注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗；安全分娩医院在妇幼保健机构的指导下为辖区内所有艾滋病感染孕产妇及其所生儿童免费提供抗病毒药物应用、安全助产、喂养指导。

六、服务流程

采取市、乡（社区）、村三级妇幼保健网络层层负责，方便群众，共同服务的办法进行。其流程如下：

（一）检测流程

1、村级妇幼保健人员或村医生掌握辖区孕妇的动态，宣传

母婴传播的相关知识，动员孕妇在孕早期到乡、镇卫生院或社区卫生服务中心免费采集血样。

2、各乡镇卫生院或社区卫生服务中心在进行早孕检查时，负责采集血样，在采血时，做好知情同意工作，并在孕产妇保健手册上盖上“艾滋病、梅毒和乙肝已检”的印章，样品与受检人一一对应，做好表、册登记，在7个工作日内送市妇幼保健院检测。

3、市妇幼保健院负责直接接受早孕检查的孕妇采集样品检测，并在孕产妇保健手册上盖上“艾滋病、梅毒和乙肝已检”的印章；接受乡（镇、办）卫生院或社区卫生服务中心转送的标本，完成实验室检测。

4、市、州直及以上母婴医疗保健机构（包含亚菲亚妇产医院）在进行早孕检查时，负责直接采集样品检测，并在孕产妇保健手册上盖上“艾滋病、梅毒和乙肝已检”的印章。并按要求在“湖北省HIV、梅毒、乙肝检测情况登记本及结果登记本”上登记。

（二）检测结果管理

1、艾滋病、梅毒和乙肝初筛阴性结果。市妇幼保健院在收集到血清样品一个星期内将初筛结果反馈至各乡镇卫生院或社区卫生服务中心，由乡镇卫生院或社区卫生服务中心将检测结果通知受检者。市、州直及以上母婴医疗保健机构（含亚菲亚妇产医院）将检测结果直接通知受检者。

2、艾滋病、梅毒和乙肝初筛阳性结果。在未经确认之前不得告知受检者，不具备初筛实验室资质的医疗机构对HIV抗体初

筛阳性者及时将血样本送市疾控中心再次初筛，必要时由市疾控中心转送至州疾控中心确认；具备初筛实验室资质的医疗机构（市、州直及以上母婴医疗保健机构、亚菲亚妇产医院）对 HIV 抗体初筛阳性者，及时将血样本送州疾控中心确认。若确认 HIV 阳性，由市疾控中心告知受检者、送样医疗保健机构和市妇幼保健院。对梅毒初筛阳性者（梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性），要及时进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验确认，同时将结果告知受检者。

（三）治疗与随访管理

1、为做好艾滋病综合防治工作，根据《湖北省 2015 年预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目实施方案》的相关要求及属地管理原则确定州中心医院、州民族医院、湖北民族学院附属民大医院、市中心医院为艾滋病病毒感染孕妇安全分娩和治疗的定点医院。承担市、乡镇办事处和社区的艾滋病病毒感染孕妇终止妊娠、安全分娩、药物治疗等工作。

2、若产妇已临产，HIV 初筛为阳性（产时艾滋病抗体检测及服务流程见图 3），即视为 HIV 抗体阳性处理，应为孕产妇及其所生的儿童知情选择干预措施，及时应用抗病毒药物（含新生儿抗病毒药物阻断），并同时将信息报告市妇幼保健院和市疾控中心。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、市妇幼保健院在不具备提供相关医疗服务治疗条件时要及时转诊至定点医院，不适宜转诊的艾滋病患者和病毒感染者，由市卫计局组织定点医院相关医务人员到相应医疗机构开展医疗服务工作。

3、若艾滋病病毒感染（或疑似阳性）孕妇已在州直及以上

(含亚菲亚妇产医院) 医疗保健机构治疗及住院分娩, 应按首诊负责制的原则为其进行治疗并提供住院分娩, 若不具备诊疗条件的应转诊至安全分娩定点医院。

4、在医疗保健机构内确诊的梅毒感染孕产妇。结合常规孕产期保健和儿童保健工作, 按首诊负责制的原则为机构内所有梅毒感染孕产妇提供规范治疗、为其所生儿童提供预防性治疗。

5、在医疗保健机构内所有乙肝表面抗原阳性的孕产妇所生儿童在出生后 24 小时内注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗。

七、相关工作要求

(一) 加强组织领导

为做好预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作, 市卫计局成立预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目领导小组。具体成员如下:

组 长: 魏顺军 市卫计局局长
副组长: 陈仙琼 市卫计局副局长
余 舰 市中心医院院长
梁建华 市疾病预防控制中心主任
侯延贵 市妇幼保健院院长
成 员: 覃德荣 市中心医院工会主席
张 杰 市疾病预防控制中心副主任
邓孝军 市卫计局医政科科长
向绍富 市卫计局疾控科科长
刘 涛 市卫计局计财科科长
邱 啸 市卫计局基妇科科长

赵 敏 市妇幼保健院副院长

领导小组负责辖区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的组织、协调与管理，抓好各项工作的落实。领导小组办公室设在市卫计局基妇科，由陈仙琼同志任办公室主任，邱啸负责办公室日常工作。

（二）加强服务能力建设。

1、开设产科的母婴保健机构，要加强设备、设施、人员、技术等能力建设，加强医务人员的培训，提高综合医疗服务水平。定点医院要加强实验室建设，配备必要的检测设备和合格的检验人员，严格实验室室内和室间质量控制。

2、暂不具备对艾滋病病毒感染孕妇提供住院分娩条件的母婴保健机构，要切实做好医务人员艾滋病职业防护和医院感染控制工作，科学制定相关预案，以应对不适宜转诊的艾滋病感染孕妇，在医疗操作中遵循普遍性防护原则，执行有关消毒隔离制度，最大限度地避免医源性感染及医务人员的职业暴露。

3、医疗保健机构要按照《医疗机构管理条例》和《艾滋病防治条例》有关要求，严格落实首诊（问）负责制。对门诊、急诊、住院和自愿咨询检测过程中发现的艾滋病感染孕妇，要积极、科学、妥善地做好接诊和相关处置工作，不得以任何理由推诿或者拒绝诊治。在不具备相关诊疗条件时，由首诊医疗保健机构转诊至定点医院，保障途中救治与转诊措施的延续及孕产妇的安全，力求一次转诊到位，不适宜转诊的，市卫计局组织定点医疗机构相关医务人员到首诊医疗机构开展医疗服务工作。

（三）规范信息管理

各医疗保健机构在门诊为孕产妇血样采集和检测时应详细登记“湖北省孕产妇 HIV、梅毒、乙肝检测情况登记本（门诊）”，孕期未检测，在住院分娩时检测者登记“湖北省孕产妇 HIV、梅毒、乙肝检测情况登记本（病房）”，同时分别登记“湖北省孕产妇 HIV、梅毒、乙肝检测结果登记本（保密）”，每月 5 号前根据登记情况向市妇幼保健院填报母婴传播工作月报表。各医疗助产服务机构对发现确认的梅毒感染孕产妇，按照“谁发现谁上报”的原则填写个案登记卡上报市妇幼保健院；要对艾滋病感染孕产妇实行首诊负责，一旦发现艾滋病感染孕产妇，应当及时将艾滋病感染孕产妇的疫情信息报告市疾控中心，市疾控中心将艾滋病感染孕产妇相关信息转介市妇幼保健院，纳入预防艾滋病母婴传播管理。市妇幼保健院对辖区相关数据进行信息的审核、管理、质量控制，确保数据信息上报的及时性、完整性和准确性。

- 附件:**
1. 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程
 2. 孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点
 3. 预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点
 4. 预防梅毒母婴传播干预服务技术要点
 5. 预防乙肝母婴传播干预服务技术要点

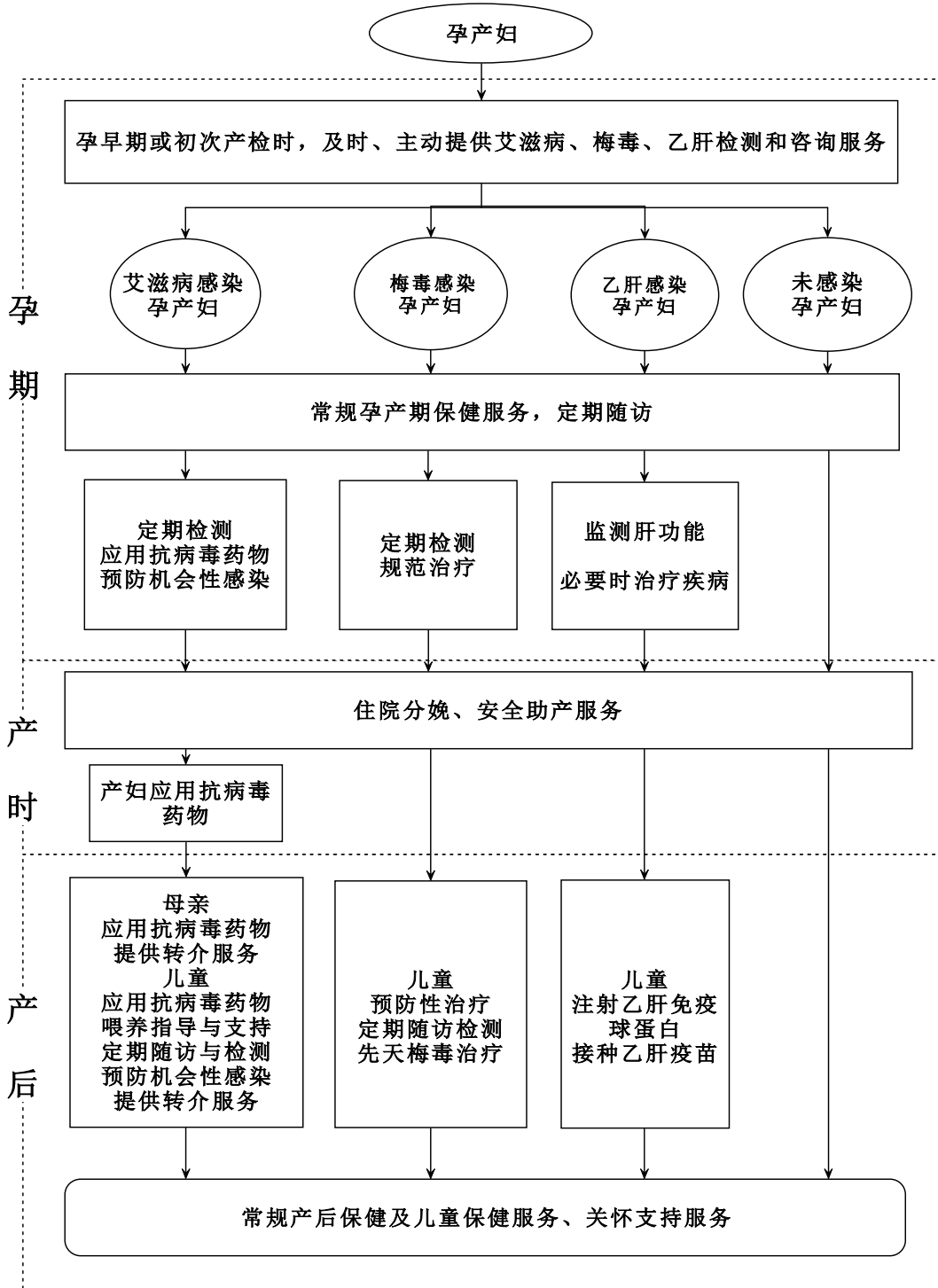
抄送：州卫生和计划生育委员会。

恩施市卫生计生局办公室

2016 年 12 月 15 日印发

附件 1:

预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程



附件 2:

孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点

一、孕产妇艾滋病检测

参照《全国艾滋病检测技术规范（2014 年修订版）》中临床诊断相关的检测策略进行孕产妇艾滋病检测。

（一）检测方法

孕产妇艾滋病检测方法包括抗体筛查试验和补充试验。

抗体筛查试验包括快速检测（RT）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、明胶颗粒凝集试验（PA）等。

补充试验包括抗体补充试验和核酸补充试验等。建议首选抗体补充试验，如蛋白免疫印迹试验（WB，原确证试验）、条带/线性免疫试验（RIBA/LIA）。

（二）检测流程

孕产妇初次接受孕产期保健时，首先进行艾滋病抗体筛查试验。筛查试验结果有反应者，使用原有试剂和另外一种筛查试剂进行复检，也可使用原有试剂双份进行复检。根据复检结果，确定是否进行补充试验。依据补充试验结果，判定感染状况（详见图 2）。

临产时才寻求助产服务的孕产妇，需同时应用两种不同的快速检测试剂进行筛查，根据筛查检测结果，及时提供后续服务（详见图 3）。

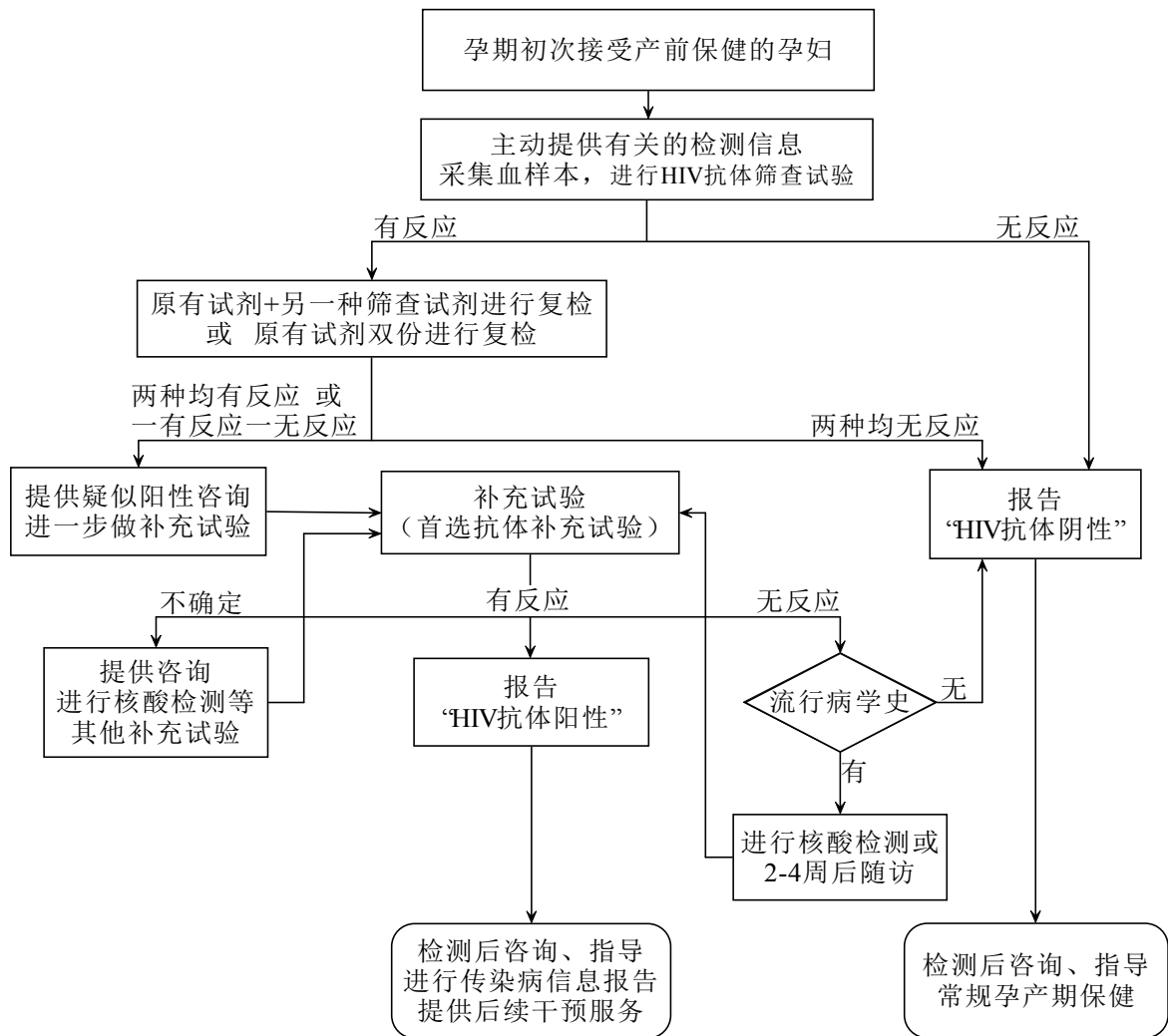


图2 孕期艾滋病检测及服务流程

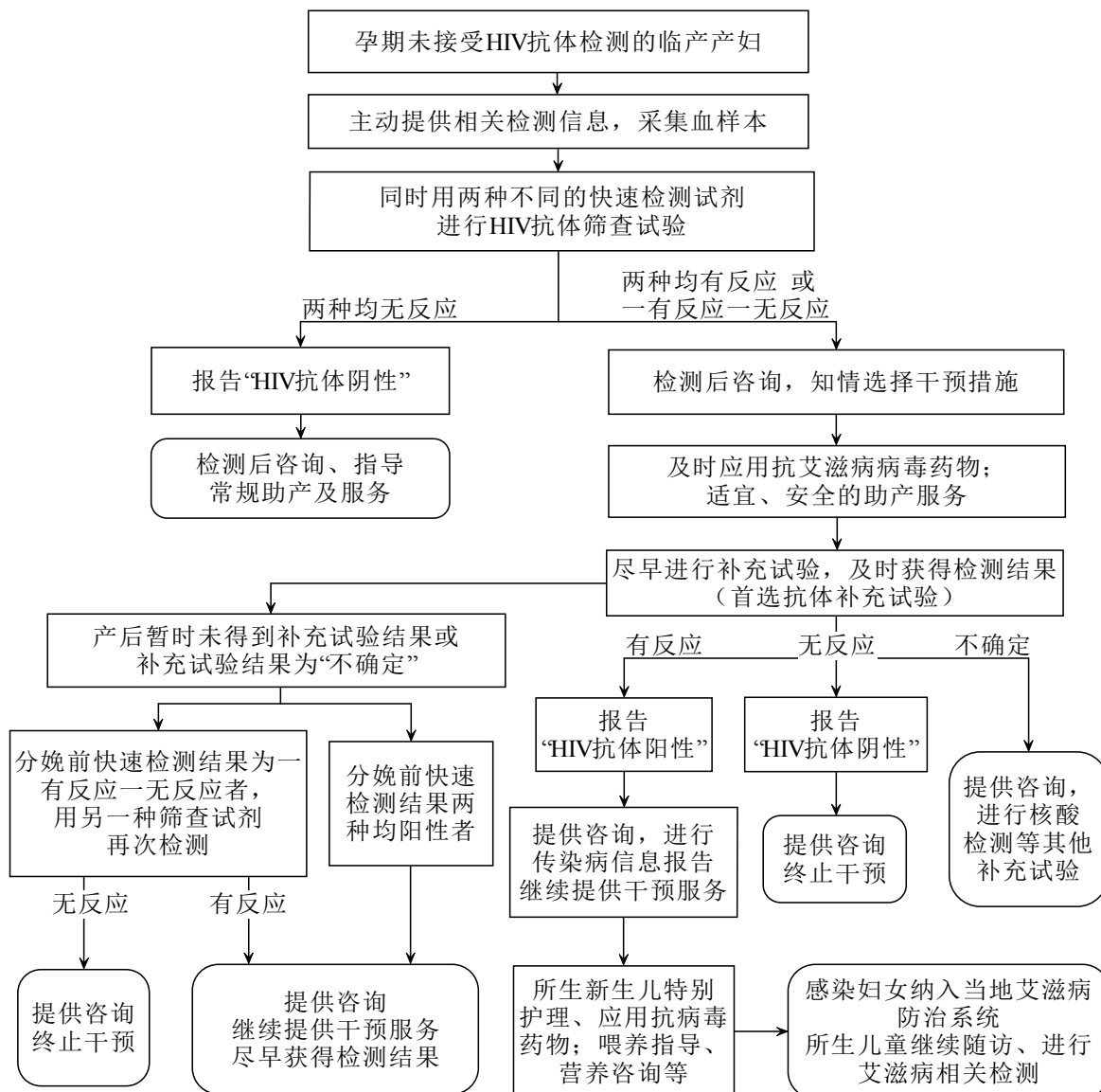


图3 产时艾滋病抗体检测及服务流程
(适用于孕期末接受 HIV 检测的产妇)

二、孕产妇梅毒血清学检测

(一) 检测方法

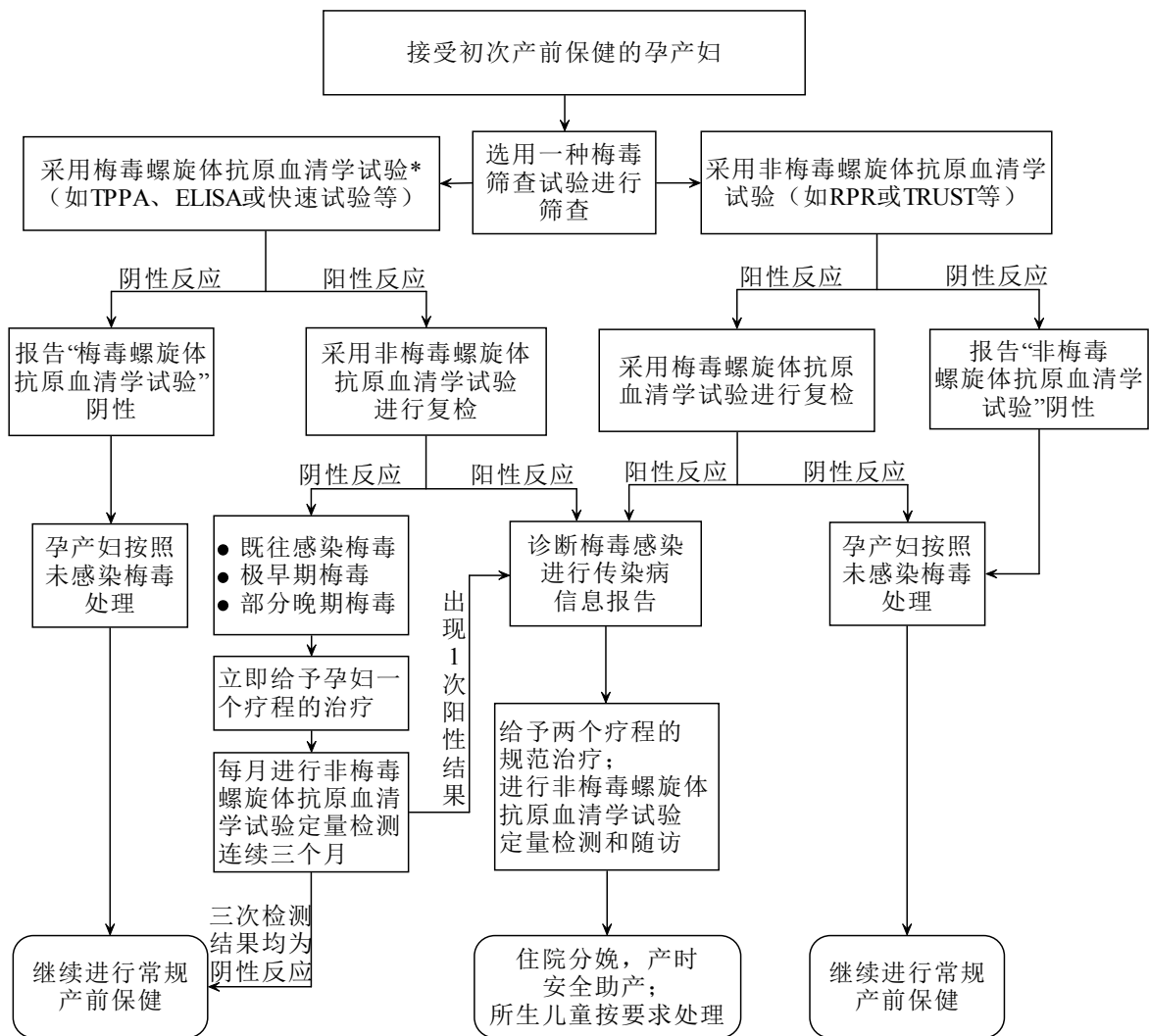
梅毒血清学检测方法包括非梅毒螺旋体抗原血清学试验和梅毒螺旋体抗原血清学试验。

1.非梅毒螺旋体抗原血清学试验常用方法包括甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）、快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）等；

2.梅毒螺旋体抗原血清学试验常用方法包括梅毒螺旋体颗粒凝集试验（TPPA）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、免疫层析法-快速检测（RT）、化学发光免疫试验（CLIA）等。

(二) 检测流程

孕产妇初次接受孕产期保健时，即采用任意一类梅毒血清学检测方法进行梅毒筛查。筛查结果呈阳性反应者，需用另一类检测方法进行复检，确定其是否为梅毒感染（详见图4）。在有条件地区，建议首选梅毒螺旋体抗原血清学试验进行筛查。



*说明：有条件地区首选梅毒螺旋体抗原血清学试验进行筛查。

图4 孕产妇梅毒检测及服务流程

三、孕产妇乙肝检测

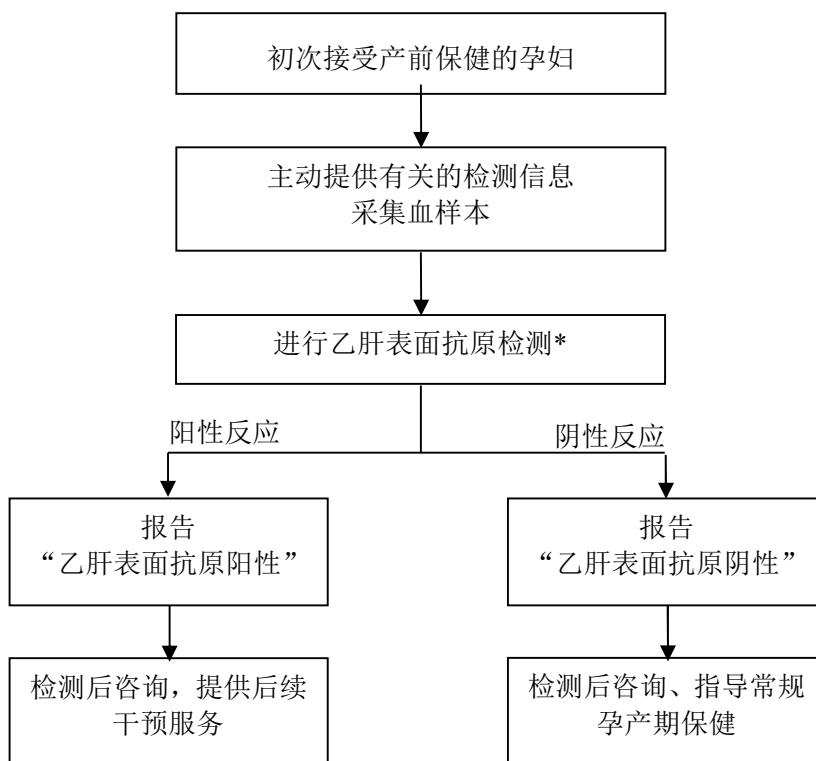
(一) 检测方法

乙肝病毒感染血清学标志物检测方法包括酶联免疫吸附试验 (ELISA)、金标记免疫分析 (胶体金)、化学发光免疫试验 (CLIA) 等。推荐使用酶联免疫吸附试验进行检测。根据需要可进行单一乙肝表面抗原检测, 或乙肝病毒感染血清学标志物 (两对半) 检测。

(二) 检测流程

孕产妇初次接受孕产期保健时, 提供乙肝表面抗原检测。检测结果阳性, 报告“乙肝表面抗原阳性”, 确定乙肝病毒感染, 继而进行乙肝病毒感染血清学标志物 (两对半) 等相关检测。有条件的地区, 可在筛查时直接进行乙肝病毒感染血清学标志物 (两对半) 检测 (详见图 5)。

乙肝病毒感染血清学标志物 (两对半) 包括表面抗原 (HBsAg)、表面抗体 (抗-HBs)、e 抗原 (HBeAg)、e 抗体 (抗-HBe) 和核心抗体 (抗-HBc)。



*有条件的地区，可在筛查时直接进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测

图5 孕产妇乙肝检测及服务流程

附件 3:

预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点

一、孕产妇抗病毒治疗方案

(一) 推荐方案

1. 孕期或临产发现感染、尚未接受抗病毒治疗的孕产妇，应即刻给予抗病毒治疗。治疗方案推荐选择以下两种方案中的任意一种，也可根据实际情况进行调整。

方案一：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r），或

方案二：替诺夫韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）

表 1. 常用抗病毒药物剂量及使用方法

药物	单次剂量	使用方法
AZT	300 mg	1 天 2 次
3TC	300 mg	1 天 1 次
LPV/r	200mg/50mg/片，2 片	1 天 2 次
TDF	300mg	1 天 1 次
EFV	600mg	1 天 1 次

2. 孕前已接受抗病毒治疗的孕产妇，根据病毒载量检测结果进行病毒抑制效果评估。如果病毒抑制效果理想（即病毒载量小于最低检测限），可保持原治疗方案不变；否则，调整抗病毒治疗用药方案。

(二) 注意事项

1. 一旦发现艾滋病感染孕产妇，无论其是否进行 CD4+T 淋巴细胞计数和病毒载量检测，也无论其检测结果如何，都要尽快开始抗病毒治疗。在分娩结束后，无论采用何种婴儿喂养方式，均无需停药，尽快将其转介到抗病毒治疗机构，继续后续抗病毒治疗服务。特别强调，对于选择母乳喂养的产妇，如因特殊情况需要停药，应用抗病毒药物至少要持续至母乳喂养结束后一周。

2. 当孕产妇血红蛋白低于 90g/L 或中性粒细胞低于 $0.75 \times 10^9/L$ ，建议不选或停用 AZT。应用 TDF 前，须进行肾脏功能评估。

具体参见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》及《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

二、婴儿抗病毒用药方案

婴儿应在出生后尽早（6~12 小时内）开始服用抗病毒药物，可以选择以下两种方案中的任意一种（详见表 2 和表 3）。婴儿若接受母乳喂养，应首选 NVP 方案。

表 2 婴儿预防用药建议剂量：奈韦拉平（NVP）

出生体重	用药剂量	用药时间
≥2500g	NVP 15mg（即混悬液 1.5ml），每天 1 次	母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后 4~6 周；
<2500g 且≥2000g	NVP 10 mg（即混悬液 1.0ml），每天 1 次	母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用 6~12 周。
<2000g	NVP 2 mg /kg（即混悬液 0.2ml/kg），每天 1 次	母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后 1 周。

表 3 婴儿预防用药建议剂量：齐多夫定（AZT）

出生体重	用药剂量	用药时间
≥2500g	AZT 15mg（即混悬液 1.5ml），每天 2 次	母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后 4~6 周；
<2500g 且≥2000g	AZT 10mg（即混悬液 1.0ml），每天 2 次	母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用 6~12 周。
<2000g	AZT 2mg/kg（即混悬液 0.2ml/kg），每天 2 次	母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后 1 周

三、孕产妇抗病毒治疗的相关检测

孕产妇抗病毒用药前、用药过程中应进行相关的检测，并结合临床症状对孕产妇感染状况进行评估，以便确定用药方案和监测治疗效果。

用药前，进行 CD4⁺T 淋巴细胞计数、病毒载量检测及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）。

用药过程中，每三个月进行 1 次 CD4⁺T 淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

孕晚期，进行 1 次病毒载量检测，并在分娩前获得检测结果。

四、安全助产服务

孕期提供充分的咨询，帮助感染孕妇及其家人尽早确定分娩医院，及时到医院待产。

艾滋病感染不作为实施剖宫产的指征。对于孕早、中期已经开始抗病毒治疗、规律服用药物、没有艾滋病临床症状，或孕晚期病毒载量 < 1000 拷贝数/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产。

分娩过程中应严密观察并积极处理产程，尽量避免可能增加母婴传播危险的损伤性操作，包括会阴侧切、人工破膜、使用胎头吸引器或产钳、宫内胎儿头皮监测等。新生儿出生后应及时使用流动的温水进行清洗，用洗耳球清理鼻腔及口腔粘膜，缩短新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间。清理过程操作手法应

轻柔，避免损伤皮肤和黏膜。

医务人员实施普遍性防护措施，加强个人防护，减少职业暴露。

五、婴儿喂养咨询与指导

提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养。

医务人员应对艾滋病感染孕产妇及其家人进行婴儿喂养方式的可接受性、知识和技能、可负担性、可持续性条件的综合评估，给予技术指导。

对选择人工喂养者，指导正确冲配、器具清洁消毒等。对选择母乳喂养者，要做好充分的咨询，强调喂养期间母亲或婴儿坚持服用抗病毒药物，指导正确的纯母乳喂养方式和乳房护理。告知母乳喂养时间最好不超过 6 个月，同时积极创造条件，尽早改为人工喂养。

六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

各级医疗保健机构应将艾滋病感染孕产妇所生儿童纳入高危管理，于儿童满 1、3、6、9、12 和 18 月龄时，分别进行随访和体格检查，观察有无感染症状出现。

按照《婴儿艾滋病感染早期诊断工作方案》的相关技术和时间要求，对所生儿童于出生后 6 周和 3 个月时，分别采集血标本，进行婴儿感染早期诊断。详见图 6 婴儿艾滋病感染早期诊断检测及服务流程。

未进行婴儿早期诊断检测或婴儿早期诊断检测结果为阴性的儿童，应于 12、18 月龄进行艾滋病抗体筛查及必要的补充试

验，以明确艾滋病感染状态。儿童抗体检测及服务流程见图7。

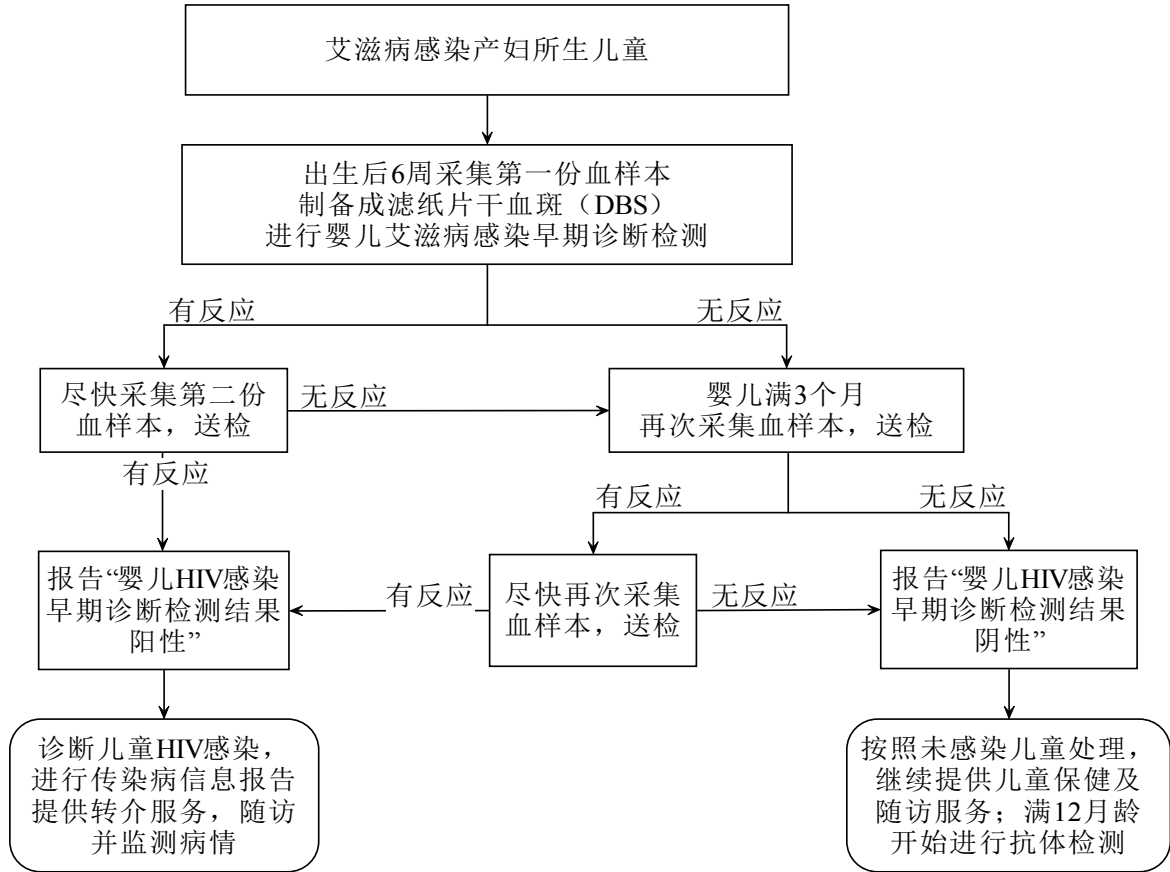


图6 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病感染早期诊断检测及服务流程

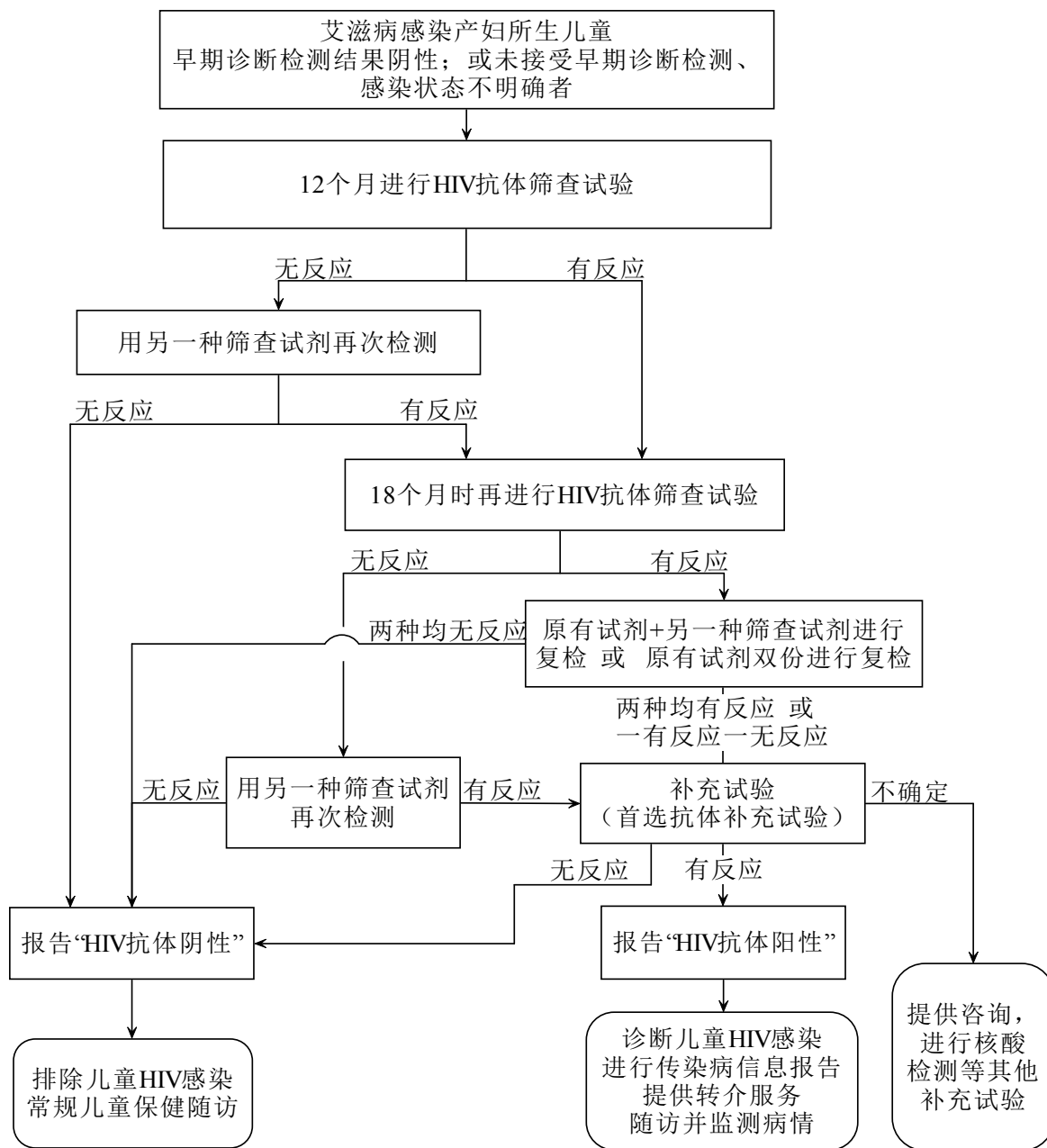


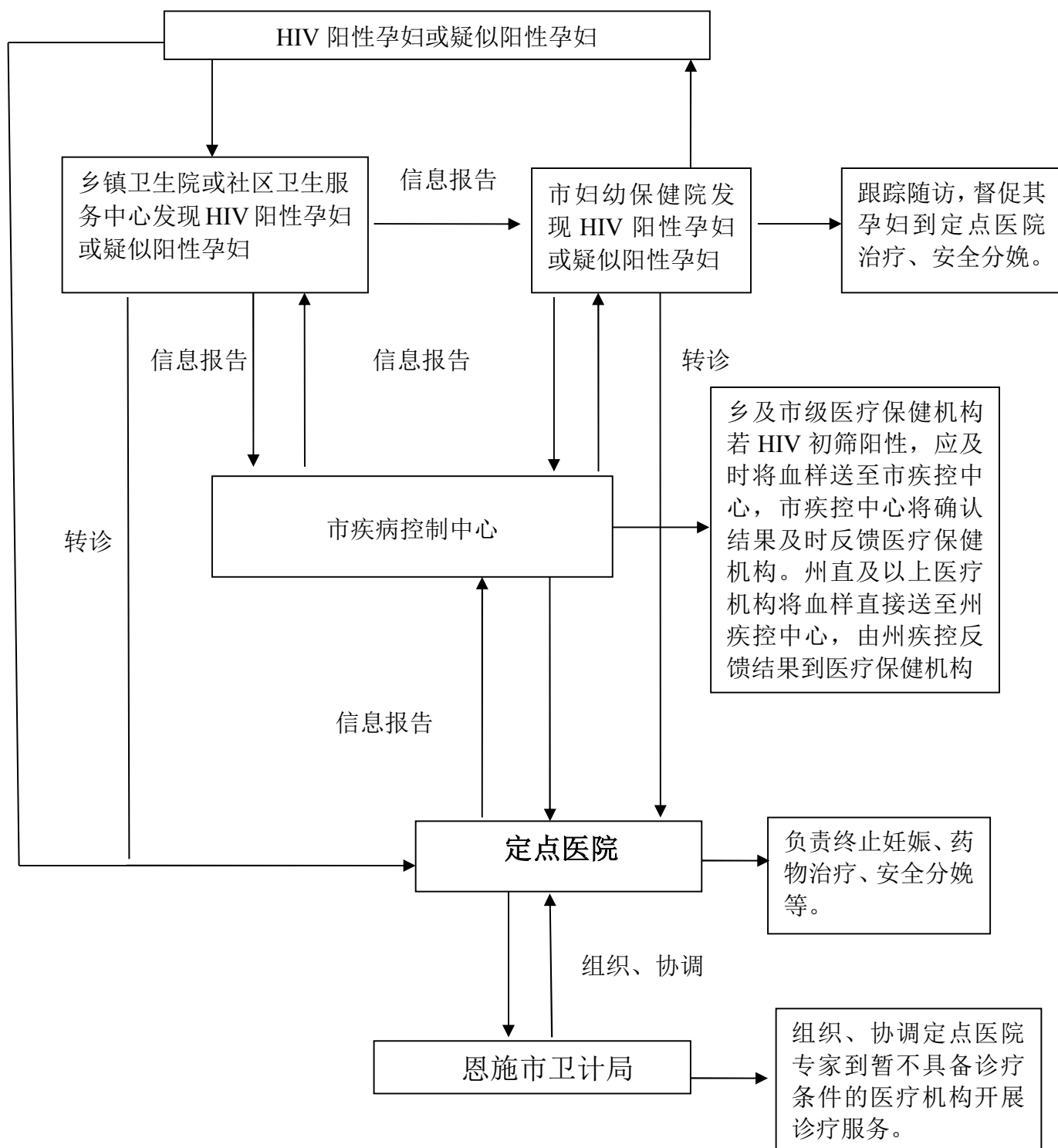
图7 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病抗体检测及服务流程

七、应用复方新诺明预防机会性感染

应用对象包括：**CD4⁺T** 淋巴细胞计数<200 个细胞/mm³ 的艾滋病感染孕产妇和 **CD4⁺T** 淋巴细胞百分比<15%的艾滋病感染儿童。

复方新诺明用药方法、停药指征及注意事项等详见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》。

HIV 阳性孕妇或疑似阳性孕妇救治转诊流程图



附件 4:

预防梅毒母婴传播干预服务技术要点

一、梅毒感染孕产妇治疗方案

(一) 推荐方案

一旦发现感染，即刻开始治疗，可选择以下任意一种药物。

1. 苄星青霉素240万单位，分两侧臀部肌肉注射，每周1次，连续3次为1个疗程。

2. 普鲁卡因青霉素G，80万单位/日，肌肉注射，连续15日为1个疗程。

(二) 替代方案

1. 若没有青霉素，可用头孢曲松，1g/日，肌肉注射或静脉给药，连续10日为1个疗程；

2. 青霉素过敏者：可用红霉素治疗（禁用四环素、多西环素），红霉素每次500mg，每日4次，口服，连服15日为1个疗程。

(三) 治疗时期

1. 孕早期发现的感染孕妇，应于孕早期和孕晚期各进行1个疗程的治疗，共2个疗程。

2. 孕中、晚期发现的感染孕妇，应立刻给予2个疗程的治疗，2个治疗疗程之间需间隔4周以上（最少间隔2周），第2个疗程应当在孕晚期开始，最好在分娩前一个月完成。

3. 临产时发现的感染孕产妇，也要立即给予1个疗程的治疗。

4. 治疗过程中复发或重新感染者，要追加1个疗程的治疗。

5.既往感染的孕产妇，也要及时给予1个疗程的治疗。

(四) 注意事项

1.同时满足以下条件为规范治疗：①应用足量青霉素治疗；②孕期进行2个疗程治疗，2个疗程之间需间隔2周以上；③第2个疗程在孕晚期进行并完成。

2.苄星青霉素治疗期间，若中断治疗超过1周，或采用其他方案进行治疗时，每个疗程治疗期间遗漏治疗1日或超过1日，要从再次治疗开始时间起重新计算治疗疗程。

3.治疗期间应当定期随访。每月做1次非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，观察滴度变化，判断有无复发或再感染。随访过程中，如果非梅毒螺旋体抗原血清学试验滴度上升或结果由阴转阳，则判断为再次感染或复发，应当立即再开始1个疗程的梅毒治疗。

4.感染孕产妇分娩前必须进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，以便与所生新生儿非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果进行比较，作为后续诊治的依据。

二、儿童预防性治疗

1.治疗对象：孕期未接受规范性治疗，包括孕期未接受全程、足量的青霉素治疗，或接受非青霉素方案治疗或在分娩前1个月内才进行抗梅毒治疗的孕产妇所生儿童；孕期接受过规范性治疗，出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性、滴度不高于母亲分娩前滴度的4倍的儿童。

2.治疗方案：苄星青霉素 G，5 万单位/千克体重，1 次肌肉注射（分两侧臀肌）。

三、儿童梅毒感染状况监测和随访

梅毒感染孕产妇所生儿童自出生时开始，定期进行梅毒血清学检测和随访，直至排除或诊断先天梅毒。详见图8。

四、先天梅毒的诊断与治疗

（一）先天梅毒诊断

梅毒感染孕产妇所生儿童符合下列任何一项，可诊断为先天梅毒：（1）儿童的皮肤黏膜损害或组织标本暗视野显微镜（或镀银染色）检测到梅毒螺旋体；

（2）梅毒螺旋体 IgM 抗体检测阳性；

（3）出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果阳性，滴度 \geq 母亲分娩前滴度的 4 倍，且梅毒螺旋体抗原血清学试验结果阳性；

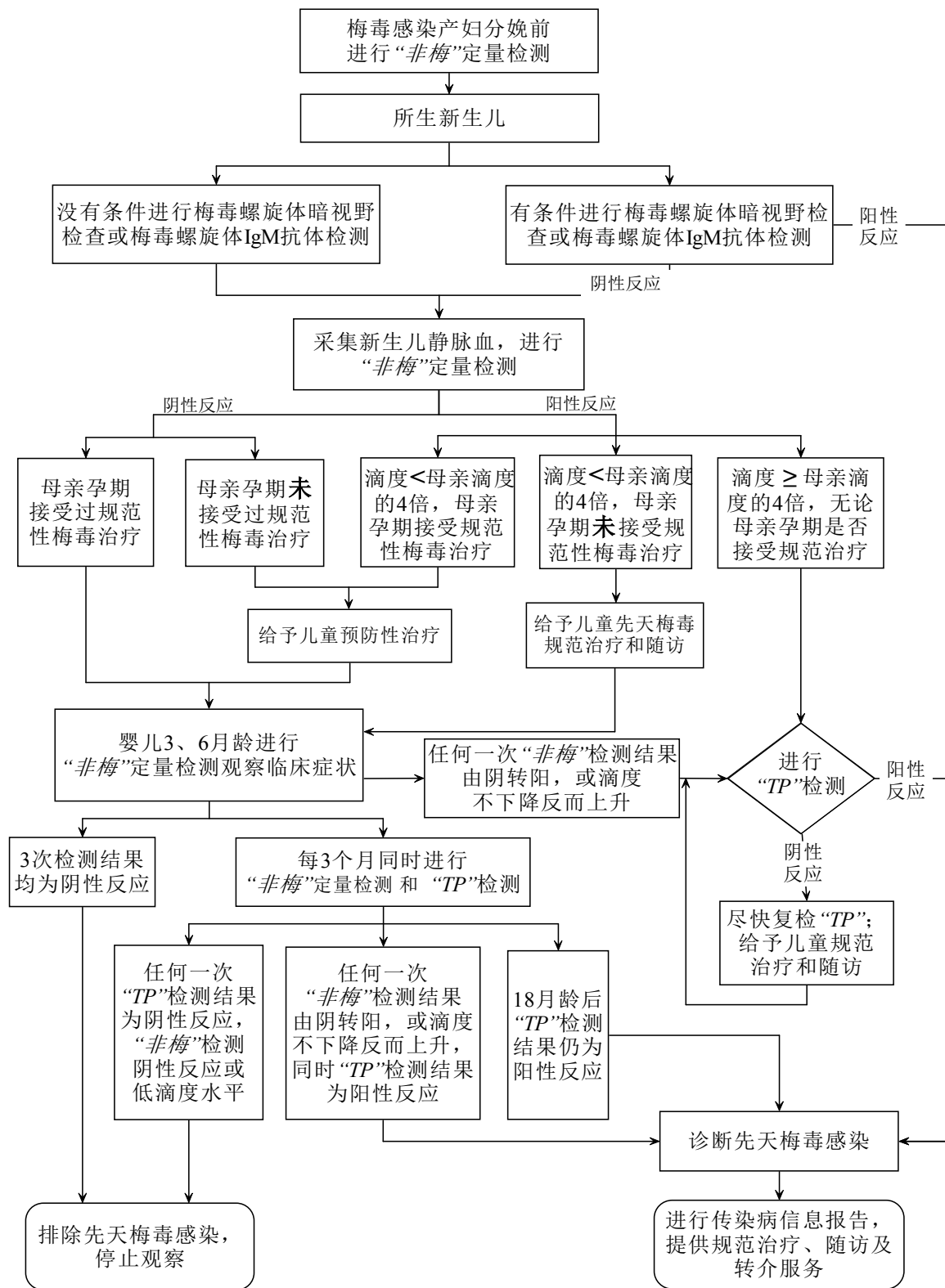
（4）出生时不能诊断先天梅毒的儿童，任何一次随访过程中非梅毒螺旋体抗原血清学试验由阴转阳或滴度上升且梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性；

（5）18 月龄前不能诊断先天梅毒的儿童，18 月龄后梅毒螺旋体抗原血清学试验仍阳性。

（二）先天梅毒患儿的治疗方案

1.脑脊液正常者。

苄星青霉素 G，5 万单位/千克体重，1 次肌肉注射（分两侧臀肌）。



说明：图中“非梅”指“非梅毒螺旋体抗原血清学试验”
 “TP”指“梅毒螺旋体抗原血清学试验”

图 8. 梅毒感染孕产妇所生儿童随访及先天梅毒感染状态监测图

2.脑脊液异常者。

可选择以下任意一种药物。

(1) 水剂青霉素 G，每次 5 万单位/千克体重，每 8 小时 1 次（7 日内新生儿，每 12 小时 1 次），静脉注射，连续 10~14 日。

(2) 普鲁卡因青霉素 G，每次 5 万单位/千克体重，每日 1 次，肌内注射，连续 10~14 日。

治疗期间遗漏治疗 1 日或超过 1 日，则从再次治疗开始时间起重新计算治疗疗程。

3.如无条件检查脑脊液，按脑脊液异常者治疗。

附件 5:

预防乙肝母婴传播干预服务技术要点

一、乙肝感染孕产妇干预

为乙肝表面抗原阳性的感染孕产妇提供乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）和肝功能检测，有条件的地区可进行乙肝病毒载量（HBV DNA）检测，必要时转介至传染病专科接受相应的诊疗服务。孕产妇注射乙肝免疫球蛋白没有预防母婴传播作用。

二、乙肝感染孕产妇所生儿童干预

（一）乙肝免疫球蛋白注射

所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应于出生后 24 小时内（最好是 12 小时内，越早越好）注射乙肝免疫球蛋白 100 国际单位。注射方法为肌肉注射。注意必须与乙肝疫苗的注射部位不同，也不可于乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

（二）乙肝疫苗接种

所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照《预防接种规范》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，完成 3 剂次乙肝疫苗接种。有条件的地区，在完成第 3 剂次乙肝疫苗接种后 1~6 个月，即儿童 7 月龄至 1 周岁期间，可进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测，判断免疫效果。