

附件 1

预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播 指标定义与计算方法

一、孕产妇艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：接受艾滋病/梅毒/乙肝检测的孕产妇所占的比例。

分子：孕期和（或）产时接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的
产妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩
产妇数）

二、孕期艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：孕期接受至少一次艾滋病/梅毒/乙肝检测的孕产妇
所占的比例。

分子：孕期接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的产妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩
产妇数）

三、孕早期艾滋病/梅毒/乙肝检测率

定义：孕早期（孕 12⁺6 周以内）接受至少一次艾滋病/梅毒/
乙肝检测的孕产妇所占的比例。

分子：孕早期接受过艾滋病/梅毒/乙肝检测的产妇数

分母：同期分娩产妇总数（住院分娩产妇数+非住院分娩
产妇数）

四、艾滋病感染孕产妇抗艾滋病病毒用药率

定义：艾滋病感染孕产妇应用抗艾滋病病毒药物的比例。

分子：孕期和（或）产时应用抗艾滋病病毒药物的艾滋病感染产妇数

分母：同期艾滋病感染产妇总数

五、艾滋病感染孕产妇所生儿童抗艾滋病病毒用药率

定义：艾滋病感染孕产妇所生儿童应用抗艾滋病病毒药物的比例。

分子：艾滋病感染孕产妇所生儿童中应用抗艾滋病病毒药物的人数

分母：同期艾滋病感染产妇所生儿童数

六、梅毒感染孕产妇治疗率

定义：梅毒感染孕产妇接受梅毒治疗的比例。

分子：孕期和（或）产时接受过梅毒治疗的产妇数

分母：同期梅毒感染产妇总数

七、梅毒感染孕产妇所生儿童预防性治疗率

定义：梅毒感染孕产妇所生儿童接受过预防性治疗的比例。

分子：梅毒感染孕产妇所生儿童中接受过预防性治疗的人数

分母：同期梅毒感染产妇所生儿童数

八、乙肝感染孕产妇所生儿童首剂乙肝疫苗及时接种率

定义：乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童及时接种首剂乙肝疫苗的比例。

分子：出生后 12 小时内接种了首剂乙肝疫苗的乙肝感染产妇所生儿童数

分母：同期乙肝感染产妇所生儿童数

九、乙肝免疫球蛋白及时注射率

定义：乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童及时注射乙肝免疫球蛋白的比例。

分子：出生后 12 小时内注射了乙肝免疫球蛋白的乙肝病毒表面抗原阳性产妇所生儿童数

分母：同期乙肝感染产妇所生儿童数

十、艾滋病感染孕产妇所生儿童早期诊断检测率

定义：艾滋病暴露儿童中接受婴儿早期诊断检测服务的人数所占的百分比。

分子：某时期艾滋病感染产妇所生已满 3 月龄的儿童中接受过 HIV 核酸检测的人数

分母：同期艾滋病暴露儿童数

十一、艾滋病母婴传播率

定义：艾滋病感染产妇所生儿童中 18 月龄诊断为艾滋病病毒感染感染的比例。

艾滋病母婴传播率 = $(A+B+\text{年度死亡校正系数} \times C) / (D+E)$

A：艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的存活儿童中，18 月龄艾滋病抗体检测结果为阳性的人数

B：艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童中，婴儿早期诊断结果为阳性的人数

C：艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童中，未接受过婴儿早期诊断，或早期诊断结果不详的人数

D：艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的存活儿童中，在 18 月龄接受艾滋病抗体检测的人数

E: 艾滋病感染产妇所生已满 18 月龄的死亡儿童数

详细内容参见《妇幼司关于调整婴儿艾滋病感染早期诊断检测区域实验室和优化艾滋病母婴传播率算法的通知》（国卫妇幼妇卫便函〔2019〕53 号）

十二、先天梅毒报告发病率

定义：先天梅毒报告病例数占活产总数的比例。

分子：先天梅毒报告病例数（传染病疫情直报信息系统中的胎传梅毒数）

分母：同期活产总数（全国妇幼年报系统中的活产数）

十三、乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童 12 月龄内乙肝表面抗原（HBsAg）检测阳性率

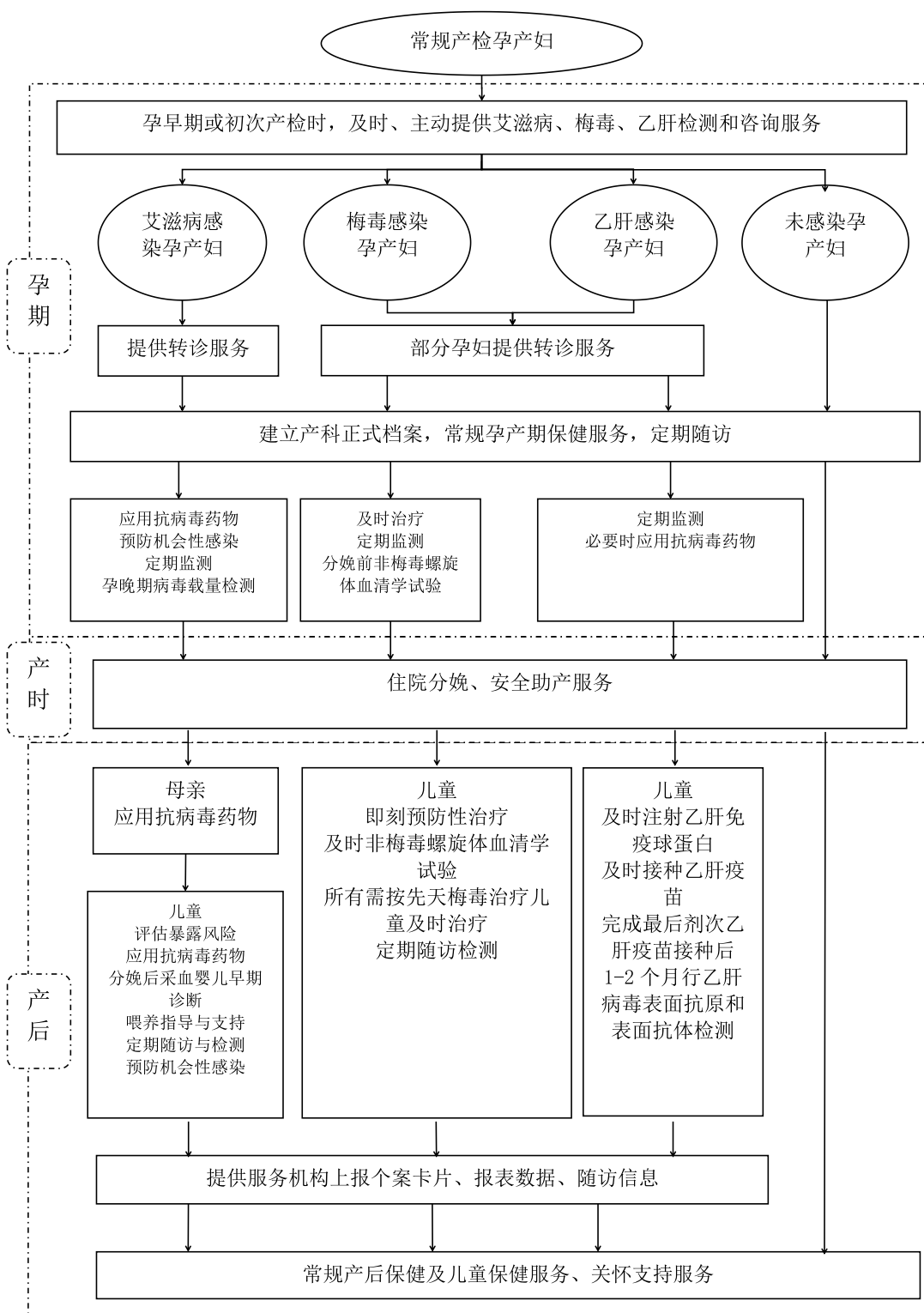
定义：乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内 HBsAg 阳性的比例。

分子：乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内 HBsAg 阳性的人数

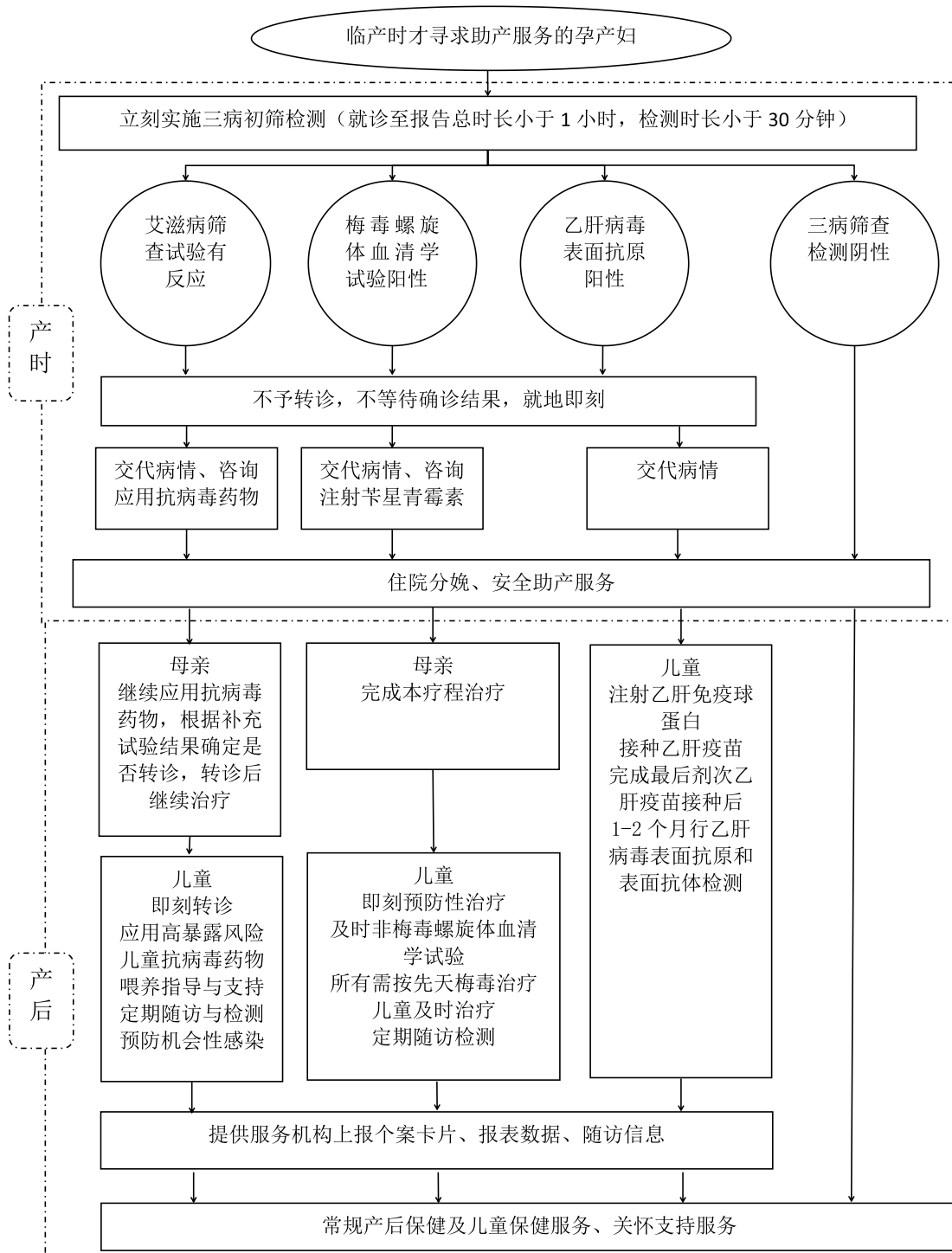
分母：同期乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生儿童中 12 月龄内接受 HBsAg 检测的人数

附件 2

常规产检孕产妇预防艾滋病、梅毒和乙肝 母婴传播服务流程



临产时才寻求助产服务的孕产妇预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播服务流程



孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝检测服务技术要点

一、艾滋病检测

参照《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断（中华人民共和国卫生行业标准 WS293-2019）》和最新版《全国艾滋病检测技术规范》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。

抗体筛查试验包括免疫凝集试验、免疫层析试验（ICA）、免疫渗滤试验（IFA）、酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、抗体抗原联合检测试验等。

补充试验包括抗体确证试验和核酸试验。抗体确证试验包括免疫印迹试验、条带/线性免疫试验、免疫层析试验、免疫渗滤试验及特定条件下的替代试验。核酸试验包括核酸定性试验和核酸定量试验。

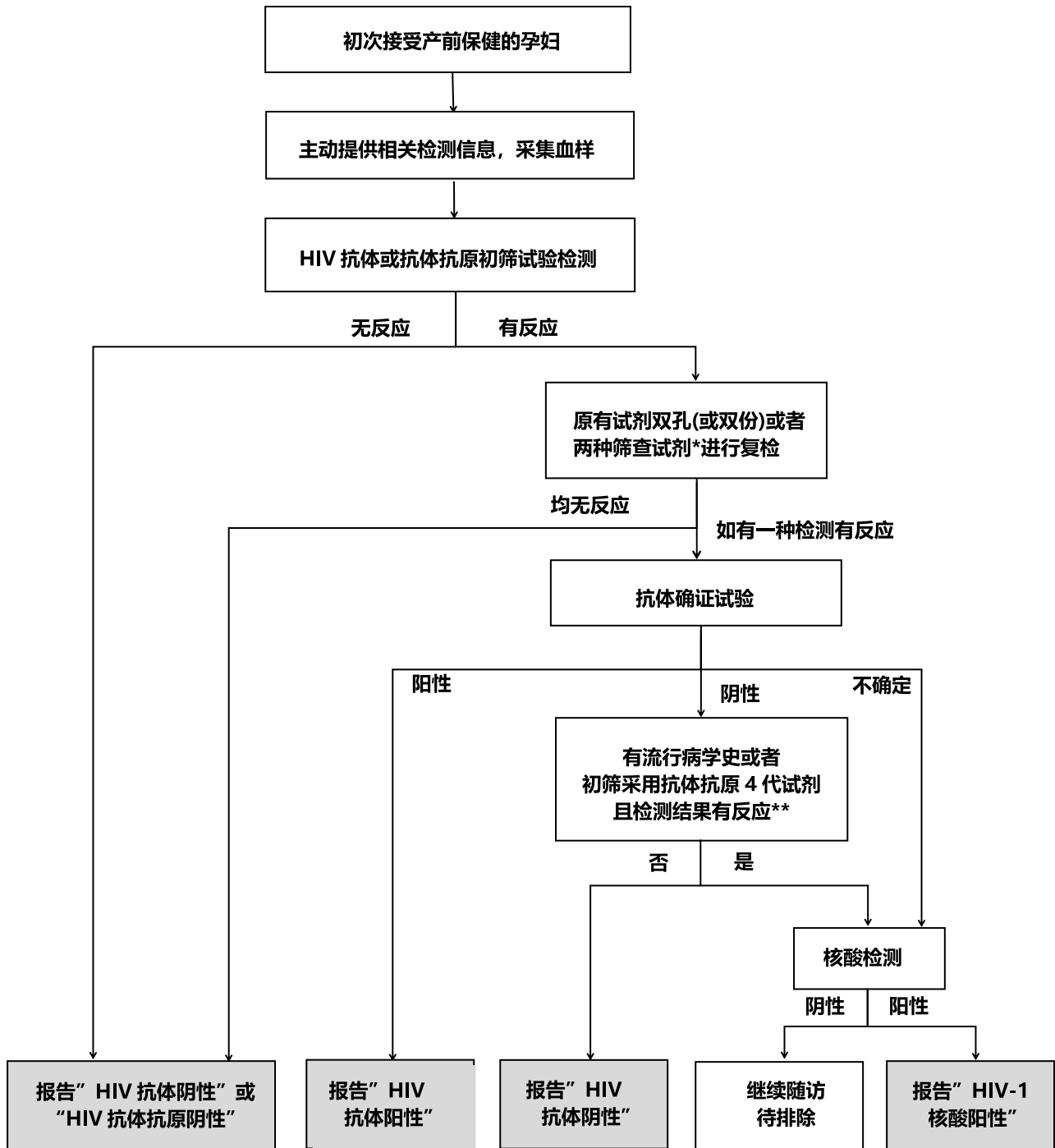
（二）检测流程

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当首先进行 HIV 抗体筛查试验。筛查试验按照流程分为初筛试验与复检试验。初筛试验结果无反应，依据检测方法出具 HIV 抗体或 HIV 抗体抗原阴性报告；初筛试验有反应者进入复检试验，复检试验均无反应出具 HIV 抗体或 HIV 抗体抗原阴性报告，复检试验有反应者尽快进行补充试验，并依据补充试验结果进行报告（详见图 1）。补充试验抗体确证试验不确定，或抗体确证试验阴性但有流行病学史或

者初筛采用抗体抗原 4 代试剂且检测结果有反应，应尽快行核酸检测。

对临产时才寻求孕产期保健服务、艾滋病感染状况不明确的孕产妇，尽快同时应用两种不同厂家或不同原理的检测试剂进行筛查（要求 30 分钟内出检测结果），根据筛查检测结果及时提供后续服务（详见图 2）。

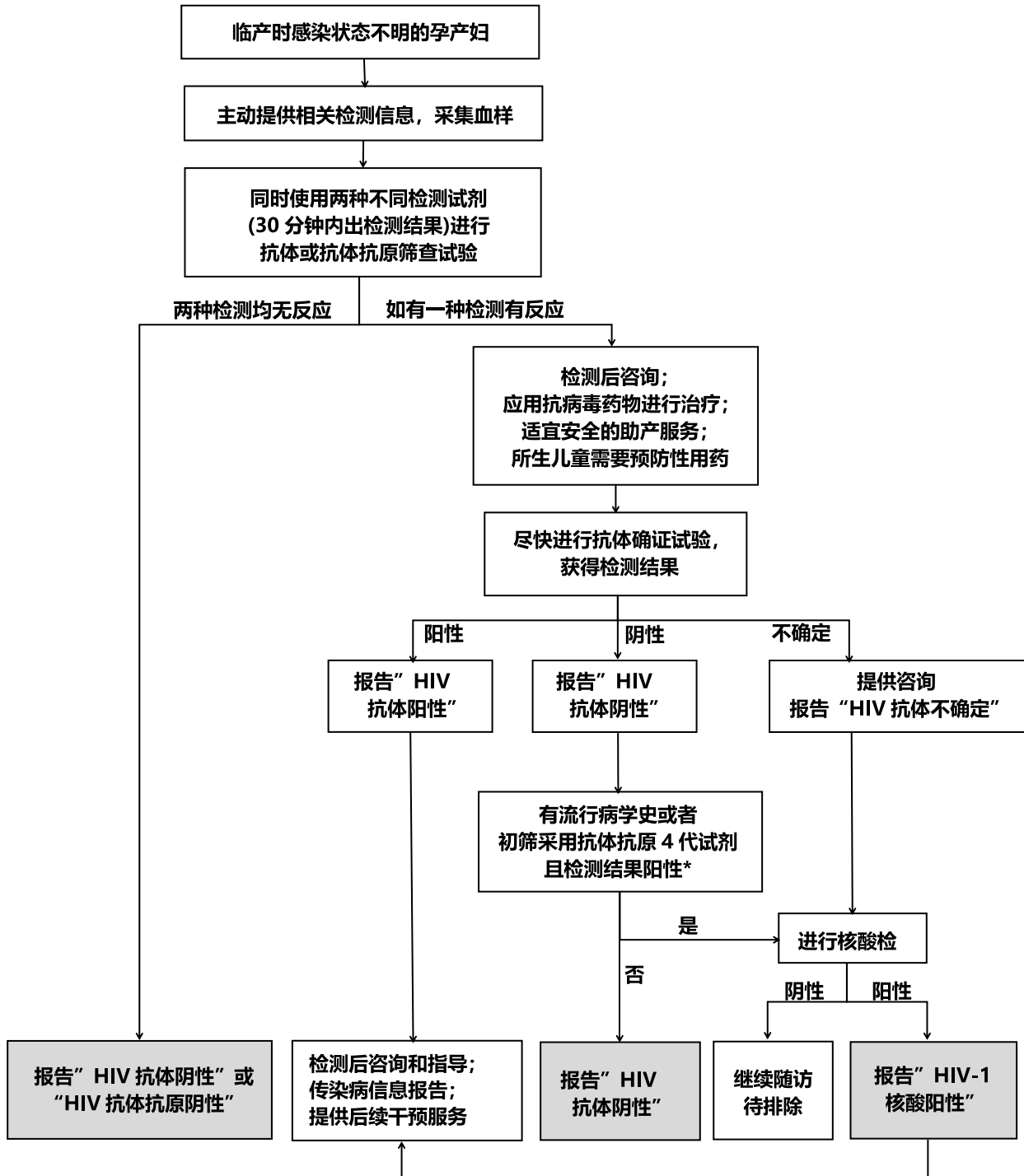
图 1 孕期艾滋病检测流程



注：*两种试剂可以是原有试剂加另一种试剂，也可以是两种不同试剂；

** “有流行病学史、筛查采取抗体抗原 4 代试剂且检测结果为有反应”：
两者有其一为“是”即为“是”，两者均为“否”才为“否”。

图 2 临产时艾滋病检测流程



注：* “有流行病学史、筛查采取抗体抗原 4 代试剂且检测结果为阳性”：
两者有其一为“是”即为“是”，两者均为“否”才为“否”。

二、梅毒血清学检测

（一）检测方法

梅毒血清学检测试验包括梅毒螺旋体血清学试验和非梅毒螺旋体血清学试验。

1. 梅毒螺旋体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）、化学发光免疫试验（CLIA）、快速检测（RT）等。

2. 非梅毒螺旋体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。

（二）检测流程

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当采用梅毒螺旋体血清学试验进行初筛。初筛结果呈阳性反应者，应用非梅毒螺旋体血清学试验进行检测，同时进行定量检测，确定其是否为梅毒感染孕产妇（详见图 3）。

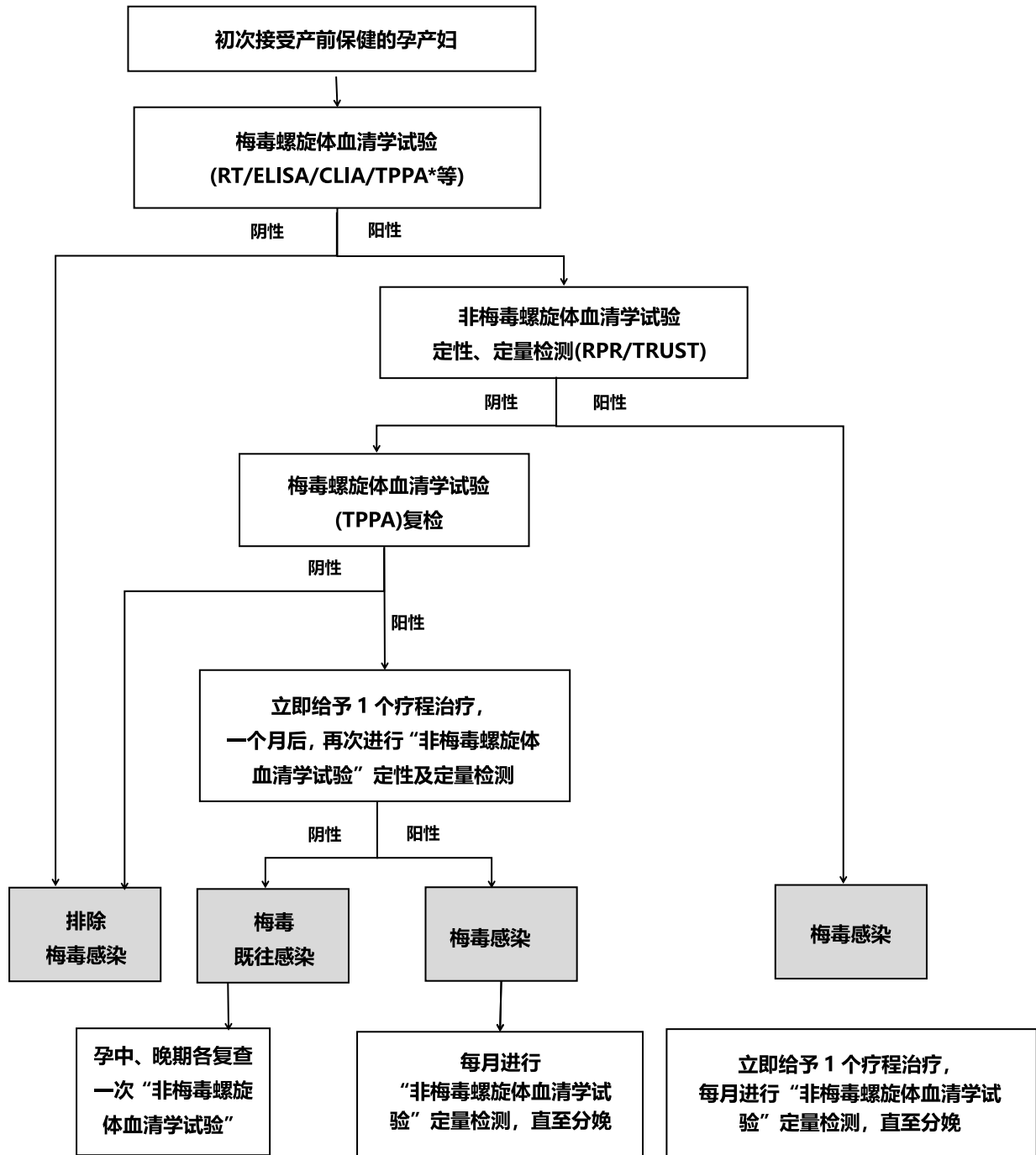
对临产时梅毒感染状态未知的孕产妇，有条件的地区应当同时采用梅毒螺旋体血清学试验和非梅毒螺旋体血清学试验两类检测方法进行筛查（详见图 4）（要求 30 分钟内出检测结果）。根据筛查检测结果及时提供后续服务。

当梅毒螺旋体血清学试验未采用梅毒螺旋体颗粒凝集试验且结果为阳性、非梅毒螺旋体血清学试验结果阴性时，需采用梅毒螺旋体颗粒凝集试验进行复检。

梅毒感染孕产妇（包括梅毒既往感染孕产妇）在治疗随访过程中，特别是孕晚期或分娩前，应进行非梅毒螺旋体血清学试

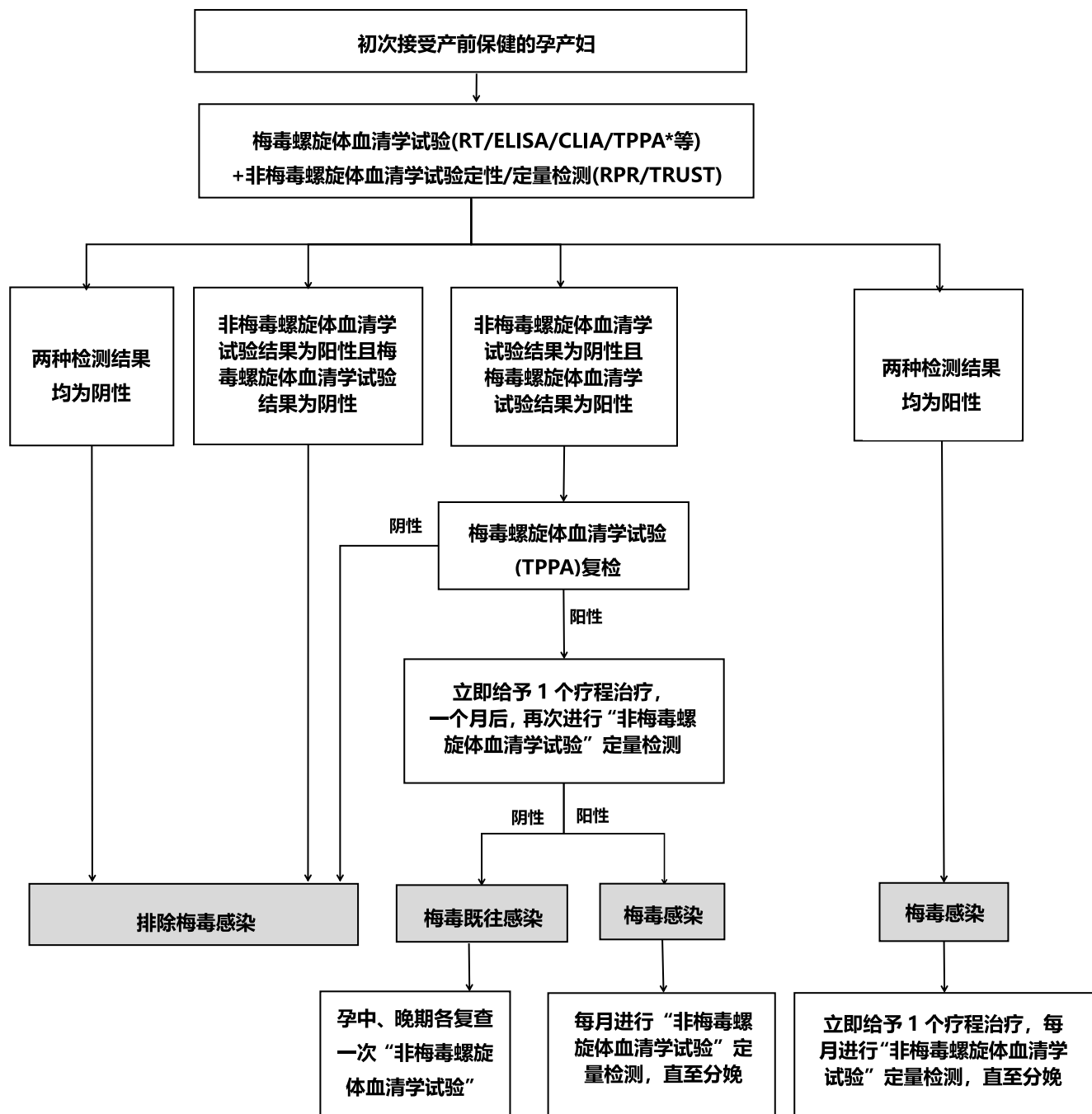
验定量检测，作为治疗效果评价和诊断所生儿童先天梅毒的依据。

图 3 孕产妇梅毒检测流程一



注：*若用 TPPA 进行初筛阳性,不需要再复检。

图 4 孕产妇梅毒检测流程二



注: *若用 TPPA 进行初筛阳性,不需要再复检。

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包括：乙肝病毒表面抗原（HBsAg）、抗乙肝病毒表面抗体（抗-HBs）、乙肝病毒 E 抗原（HBeAg）、乙肝病毒 E 抗体（抗-HBe）、抗乙肝病毒核心抗体（抗-HBc）。

检测方法包括：酶联免疫吸附试验（ELISA）、化学发光免疫试验（CLIA）、胶体金标记免疫分析等。

推荐使用酶联免疫吸附试验为孕产妇进行检测。

（二）检测流程

对初次接受孕产期保健的孕产妇，应当为其提供乙肝病毒感染血清学标志物（乙肝五项）检测，并出具检测报告。有条件的机构，需要为乙肝病毒表面抗原阳性的孕产妇提供 HBV DNA 定量检测，不具备检测能力的初筛机构，应将孕妇转诊至辖区内具有检测能力的助产机构或北京市传染病专科医院完成检测。

临产时才寻求助产服务的孕产妇，需按要求及时行乙肝表面抗原检测（要求 30 分钟内出检测结果），根据筛查检测结果，及时提供后续服务。

艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇 转诊工作要求

一、艾滋病感染孕产妇

对于常规产检发现的艾滋病感染孕产妇，应立即转诊至传染病专科医院。

二、梅毒感染孕产妇

不具有实施预防梅毒母婴传播综合干预措施能力的医疗机构，对常规产检发现的梅毒感染的孕产妇，可以转诊至传染病专科医院。

三、乙肝感染孕产妇

对常规产检发现的乙肝感染的孕产妇，应根据血清 HBV DNA 定量检测结果、肝功能和是否服用抗病毒药物等情况，确定是否转诊。

（一）HBV DNA 低于检测下限、且肝功能正常、且未服用抗病毒药物的感染孕妇不建议转诊，可以在首诊医院产检分娩。

（二）检测下限 $<$ HBV DNA $<2\times 10^5$ IU/mL、且肝功能正常、且未服用抗病毒药物的感染孕妇，若接诊助产机构具有抗病毒治疗及儿童随访能力，可在接诊机构产检、监测 HBV DNA 和肝功能，若 HBV DNA 定量检测结果升高至 $\geq 2\times 10^5$ IU/mL，孕妇及时开始抗病毒治疗，分娩后需完成儿童随访。

若不具有上述能力的助产机构，需结合监测肝功能与血

清 HBV DNA 能力，设立本机构转诊标准，并对此类孕妇是否转诊至传染病专科医院做出机构内规范，若有转诊需要，需及时转诊。若孕妇未转诊，产检医疗机构需定期为感染孕产妇行肝功能和血清 HBV DNA 定量检测（检测频率不低于每 2 月一次）。若出现 HBV DNA 定量检测结果上升趋势或肝功能异常，应及时转诊。

（三）HBV DNA $\geq 2 \times 10^5$ IU/mL，或正在服用抗病毒药物，或肝功能异常的感染孕产妇，若接诊助产机构具有孕妇抗病毒治疗及儿童随访能力，可在接诊机构产检、治疗、分娩、儿童随访，若不具有上述能力，建议及时将孕产妇转诊至传染病专科医院。

附件 4

艾滋病、梅毒和乙肝感染孕产妇妊娠风险 分级详情及北京市妇幼信息系统分类

一、“紫色”妊娠风险分级

1. 艾滋病感染孕产妇和梅毒感染孕产妇
2. 乙肝感染孕产妇，且诊断为慢性乙型肝炎

高危因素

- 基本情况
 - 基本情况 (年龄)
 - 基本情况 (BMI)
 - 基本情况 (不良孕产史)
- 孕产期合并症 (心血管疾病-心脏病)
- 孕产期合并症 (心血管疾病-妊娠期高血压疾病)
- 孕产期合并症 (呼吸系统疾病)
- 孕产期合并症 (消化系统疾病)
- 孕产期合并症 (泌尿系统疾病)
- 孕产期合并症 (内分泌系统疾病-糖尿病)
- 孕产期合并症 (内分泌系统疾病-甲状腺疾病)
- 孕产期合并症 (内分泌系统疾病-垂体泌乳素瘤)
- 孕产期合并症 (内分泌-尿崩症)
- 孕产期合并症 (嗜铬细胞瘤)
- 孕产期合并症 (血液系统疾病)
- 孕产期合并症 (神经系统疾病)
- 孕产期合并症 (免疫系统疾病)
- 孕产期合并症 (性传播疾病)
- 孕产期合并症 (肿瘤)
- 孕产期合并症 (精神系统疾病)
- 孕产期合并症 (吸毒)
- 孕产期合并症 (智力障碍)
- 孕产期并发症 (多胎妊娠)
- 孕产期并发症 (胎盘异常)
- 孕产期并发症 (瘢痕子宫)
- 孕产期并发症
- 其他 (需手工填写高危因素)

传染性疾病

- ☐ 结核病
- ☒ 如病毒性肝炎
- ☒ 梅毒
- ☒ HIV感染及艾滋病
- ☐ 重症感染性肺炎
- ☐ 特殊病毒感染 (H1N7、寨卡等)

其他产时产后并发症

确定 关闭

二、“黄色”妊娠风险分级

乙肝感染孕产妇且不符合慢性乙型肝炎诊断（例如：诊断为非活动性 HBsAg 携带者、慢性 HBV 感染等）应为黄色妊娠风险等级。

高危因素

- 基本情况
- 基本情况（年龄）
- 基本情况（BMI）
- 基本情况（不良孕产史）
- 孕产期合并症（心血管疾病-心脏病）
- 孕产期合并症（心血管疾病-妊娠期高血压疾病）
- 孕产期合并症（呼吸系统疾病）
- 孕产期合并症（消化系统疾病）
 - ☒ 肝炎病毒携带（表面抗原阳性、肝功能正常）
 - ☐ 原因不明的肝功能异常（转氨酶升高2倍及以上并持续）
 - ☐ 仅需要药物治疗的肠梗阻
 - ☐ 仅需要药物治疗的消化道出血等
 - ☐ 肝硬化
 - ☐ 重型肝炎
 - ☐ 严重消化道出血
 - ☐ 急性胰腺炎
 - ☐ 肠梗阻影响孕产妇生命的疾病
- 孕产期合并症（泌尿系统疾病）
- 孕产期合并症（内分泌系统疾病-糖尿病）
- 孕产期合并症（内分泌系统疾病-甲状腺疾病）
- 孕产期合并症（内分泌系统疾病-垂体泌乳素瘤）
- 孕产期合并症（内分泌-尿崩症）
- 孕产期合并症（嗜铬细胞瘤）
- 孕产期合并症（血液系统疾病）
- 孕产期合并症（神经系统疾病）
- 孕产期合并症（免疫系统疾病）
- 孕产期合并症（性传播疾病）
- 孕产期合并症（肿瘤）
- 孕产期合并症（精神系统疾病）
- 孕产期合并症（吸毒）
- 孕产期合并症（智力障碍）
- 孕产期并发症（多胎妊娠）
- 孕产期并发症（胎盘异常）
- 孕产期并发症（瘢痕子宫）
- 孕产期并发症
- 其他（需手工填写高危因素）

确定 关闭

附件 5

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

（一）治疗方案

1. 对于孕期发现艾滋病感染孕产妇，应当立即给予抗病毒治疗，可选择以下三种方案中的任意一种：

方案一：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）；

方案二：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）；

方案三：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）。

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。如病毒载量小于 50 拷贝/ml，可保持原治疗方案不变；否则，酌情调整抗病毒治疗用药方案。

3. 对于孕晚期（孕 28 周之后）发现的艾滋病感染孕产妇，使用：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）/恩曲他滨（FTC）+整合酶抑制剂。

（二）注意事项

1. 在分娩结束后，艾滋病感染产妇无需停药，继续进行抗病毒治疗。

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 前需进行肾脏功能评估。

3. 整合酶抑制剂应当选择可应用于孕产妇的整合酶抑制剂。

具体治疗方案参见最新版《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》、《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

4. 孕产妇临产时一种或两种 HIV 筛查试验有反应，应及时用抗病毒药物。

（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检测，评估孕产妇感染状况，确定用药方案和监测治疗效果。

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

2. 用药过程中：按规定进行 CD4+T 淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

3. 孕晚期：进行 1 次病毒载量检测，在分娩前获得检测结果。

4. 孕产妇用药前、用药期间进行耐药检测，根据耐药结果调整抗病毒治疗方案。

二、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/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产，避免紧急剖宫产。

产前检查和分娩过程中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、宫内胎儿头皮监测、使用胎头吸引器或产钳助产等。应严密观察并积极处理产程。尽可

能减少新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间和机会。

三、艾滋病感染孕产妇所生儿童母婴传播风险评估

对所有的艾滋病感染孕产妇及所生儿童进行母婴传播风险评估，以确定儿童预防治疗方案。风险评估依据孕产妇抗病毒治疗、实验室检测等情况，将所生儿童分为高暴露风险儿童和普通暴露风险儿童。

符合以下条件之一的孕产妇所生儿童为艾滋病高暴露风险儿童，其他为普通暴露风险儿童。

1. 感染孕产妇孕晚期 HIV 病毒载量 >50 拷贝/ml；
2. 感染孕产妇无孕晚期 HIV 病毒载量检测结果，孕期抗病毒治疗不足 12 周；
3. 孕产妇临产时或分娩后 HIV 初筛试验阳性。

四、儿童抗病毒用药方案

（一）普通暴露风险儿童

儿童应当在出生后 6 小时内尽早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 1 和表 2）。如选择母乳喂养，应当首选 NVP 方案。

表 1 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：奈韦拉平（NVP）

出生体重	用药剂量	用药时间
$\geq 2500\text{g}$	NVP 15mg（即混悬液 1.5ml），每天 1 次	婴儿应服药至出生后 4 周
$< 2500\text{g}$ 且 $\geq 2000\text{g}$	NVP 10 mg（即混悬液 1.0ml），每天 1 次	
$< 2000\text{g}$	NVP 2 mg /kg（即混悬液 0.2ml/kg），每天 1 次	

表 2 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：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	婴儿应服药至出生后 4 周
<2500g 且 ≥2000g	AZT 10mg（即混悬液 1.0ml），每天 2 次	
<2000g	AZT 2mg/kg（即混悬液 0.2ml/kg），每天 2 次	

（二）高暴露风险儿童

儿童应在出生后 6 小时内尽早开始服用三联抗病毒药物至出生后 6 周（详见表 3）。

出生后 2 周内：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+奈韦拉平（NVP）

出生 2 周后至 6 周：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）

表 3 高暴露风险儿童预防用药建议剂量

	AZT		3TC		NVP	LPV/r
年龄 体重	胎龄<35 周 (2mg/kg)	胎龄>35 周 (4mg/kg)	<4 周龄 (2mg/kg)	>4 周龄 (4mg/kg)	<2 周龄 (6mg/kg)	>2 周龄 (16/4mg/kg)
每天 2 次，每次用药剂量						
2kg-	1ml	2ml	1ml	-	2ml	1ml
3kg-	1ml	2ml	1ml	-	3ml	1ml
4kg-	2ml	3ml	2ml	3ml	3ml	1ml
5kg-	2ml	3ml	2ml	3ml	-	1.5ml
6-6.9kg	2ml	4ml	-	3ml	-	1.5ml

注：应根据胎龄、儿童周龄和体重变化及时更换药物和调整药物剂量。

（三）儿童抗病毒药物副反应监测

对于艾滋病感染孕产妇所生高暴露风险儿童，应当在其服药后2周及4周时进行血常规、肝功能和肾功能检测。发现异常者，及时进行处理。

五、婴儿喂养咨询与指导

医务人员应当根据艾滋病感染孕产妇及其家人对婴儿喂养的知识和技能、可接受性、可负担性、可持续性、获得专业指导的可及性等条件进行综合评估，给予科学的喂养指导，保障婴儿健康饮食和营养充足。

对选择人工喂养的，指导其正确冲配奶粉和清洁消毒器具。对选择母乳喂养的，要做好咨询指导，强调喂养期间母亲应当坚持服用抗病毒药物，指导正确的母乳喂养和乳房护理。

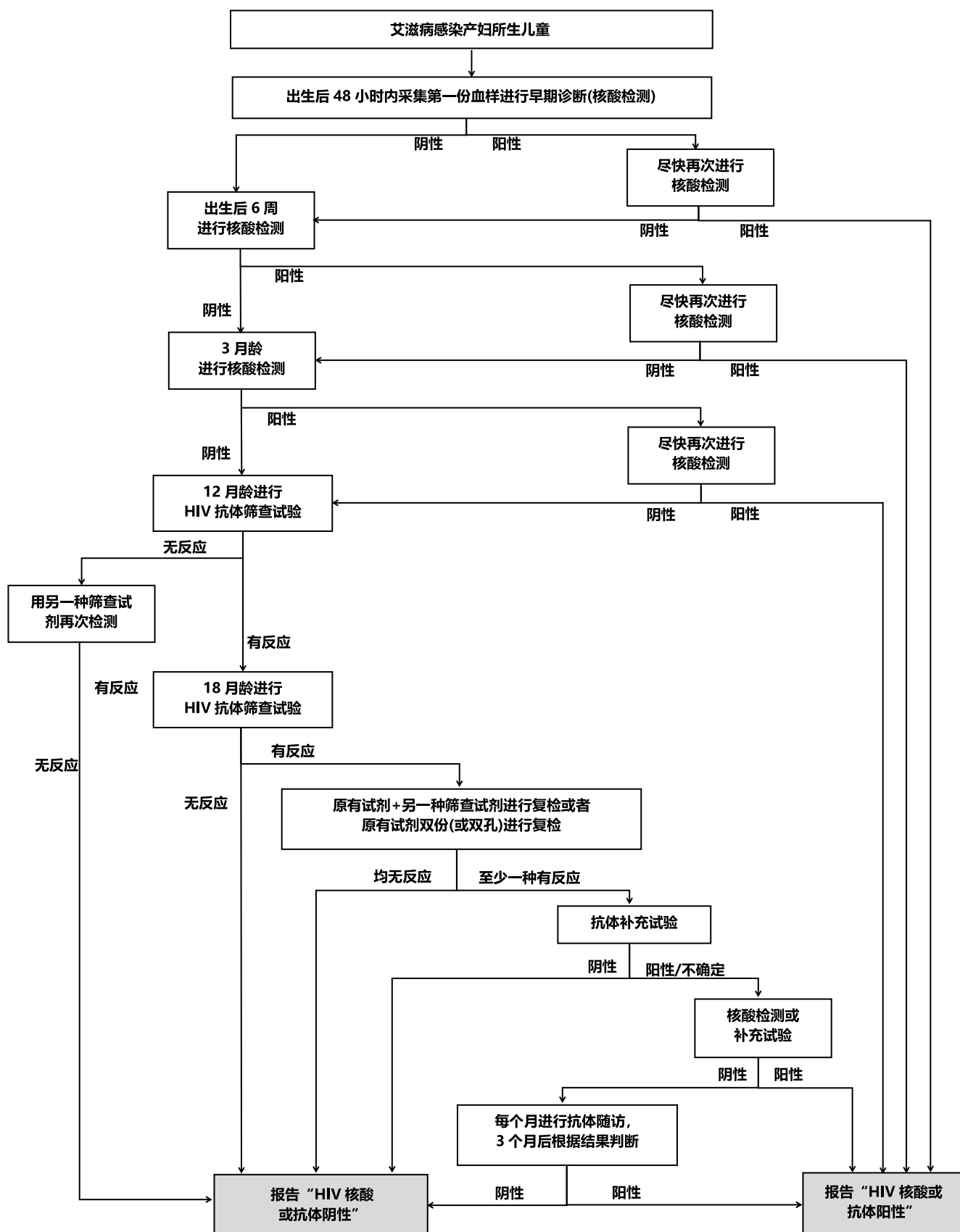
六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

对所生儿童于出生后48小时内、6周和3个月时，分别采集血标本，进行婴儿艾滋病感染早期诊断检测（核酸检测）。两次核酸检测结果阳性，可诊断为艾滋病病毒感染。早期诊断检测结果为阴性或未进行早期诊断检测的儿童，应于12月龄时进行HIV抗体筛查，筛查结果阴性者，排除艾滋病感染；筛查结果阳性者，应随访至满18月龄，并再次进行HIV抗体检测，如抗体检测结果仍为阳性者应及时进行补充实验，明确艾滋病感染状态。儿童艾滋病感染早期诊断与HIV抗体检测服务流程详见图1。

艾滋病感染孕产妇所生儿童都应纳入高危儿管理，在儿童满1、3、6、9（8）、12和18月龄时，分别进行随访和体格检查。

对于发现的艾滋病病毒感染儿童进行传染病报告，尽快进行转介和治疗。

图 1 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病早期诊断与 HIV 抗体检测
服务流程



附件 6

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

(一) 推荐方案

孕产妇一旦发现梅毒感染，即刻开始治疗，可选择以下任意一种方案。

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，80 万单位/日，肌肉注射，连续 15 日为 1 个疗程。

(二) 替代方案

若青霉素过敏，在无头孢曲松过敏史的情况下使用头孢曲松，1g/日，肌肉注射或静脉点滴，连续 10 日为 1 个疗程。

若青霉素过敏且不能使用头孢曲松时，使用红霉素口服（禁用四环素、多西环素），每次 500mg，4 次/日，连服 15 日为 1 个疗程。

(三) 注意事项

1. 规范治疗的定义：①使用青霉素治疗；②按照治疗方案要求全程、足量治疗；③治疗应在分娩前 1 个月完成。

2. 临产时发现的感染孕产妇（包括梅毒螺旋体血清学试验阳性，分娩前尚未完成非梅毒螺旋体血清学试验的孕产妇），应立即启动并完成 1 个疗程的治疗。

3. 治疗结束后应当定期随访。梅毒感染孕产妇每月进行 1 次

非梅毒螺旋体血清学试验定量检测，若 3-6 个月内非梅毒螺旋体血清学试验滴度未下降 4 倍（2 个稀释度），或滴度上升 4 倍（2 个稀释度），或检测结果由阴转阳，应当立即再给予 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血清学试验定量检测，以便与所生新生儿非梅毒螺旋体血清学试验定量检测结果进行比较，以此作为后续诊治的依据。

5. 对于母亲孕期未接受治疗所生的儿童，应按照先天梅毒治疗方案给予相应的治疗。

6. 孕期用红霉素治疗的孕妇，在分娩后应使用多西环素复治（多西环素，100mg，2 次/日，连服 15 日），治疗期间不能哺乳，所生的儿童应按照先天梅毒治疗方案给予相应的治疗。

7. 对于母亲孕期未接受规范治疗，且非梅毒螺旋体检测阳性的儿童，应按照先天梅毒治疗方案给予相应的治疗。

8. 梅毒螺旋体血清学试验阳性、非梅毒螺旋体血清学试验阴性的孕产妇，应给予 1 个疗程的治疗，一个月后，再次进行非梅毒螺旋体血清学试验检测，检测结果为阳性，诊断为梅毒感染，后按照梅毒感染孕产妇要求复查非梅毒螺旋体血清学试验定量检测。检测结果仍为阴性，孕妇为梅毒既往感染，孕中期及孕晚期复查非梅毒螺旋体血清学定量检测，检测结果由阴转阳，应当立即再给予 1 个疗程的梅毒治疗，治疗后按照梅毒感染孕产妇要求复查非梅毒螺旋体血清学试验定量检测。

9. 苄星青霉素治疗期间，若中断治疗超过 1 周；或采用其他药物（普鲁卡因青霉素、头孢曲松或红霉素）治疗期间，遗漏治

疗 1 日或超过 1 日，均应重新开始计算疗程并继续治疗。

二、儿童预防性治疗

(一) 治疗对象：所有梅毒感染孕产妇所生的新生儿及无法明确排除梅毒感染孕产妇所生新生儿。

(二) 治疗方案：苄星青霉素，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（详见附图）。

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病原学检查阳性（病原学检测方法包括：暗视野显微镜、镀银染色镜检和核酸扩增试验）；
2. 出生时梅毒螺旋体 IgM 抗体检测阳性；
3. 出生时非梅毒螺旋体血清学试验定量检测结果阳性，滴度大于等于母亲分娩前滴度的 4 倍（2 个稀释度），且梅毒螺旋体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血清学试验结果由阴转阳或上升 4 倍滴度（2 个稀释度），且梅毒螺旋体血清学试验阳性；
5. 18 月龄前未能诊断先天梅毒的儿童，18 月龄后梅毒螺旋体血清学试验仍阳性。

（二）先天梅毒治疗

有条件的地区应进行脑脊液检查，包括常规检查及脑脊液梅毒血清学试验，以判断是否有神经系统损害。

1. 脑脊液正常者。同预防性治疗方案，即苄星青霉素，5 万单位/千克体重，1 次肌肉注射（分两侧臀肌）。已接受过预防性治疗的先天梅毒患儿不须重复治疗。

2. 脑脊液异常者。可选择以下任意一种方案：

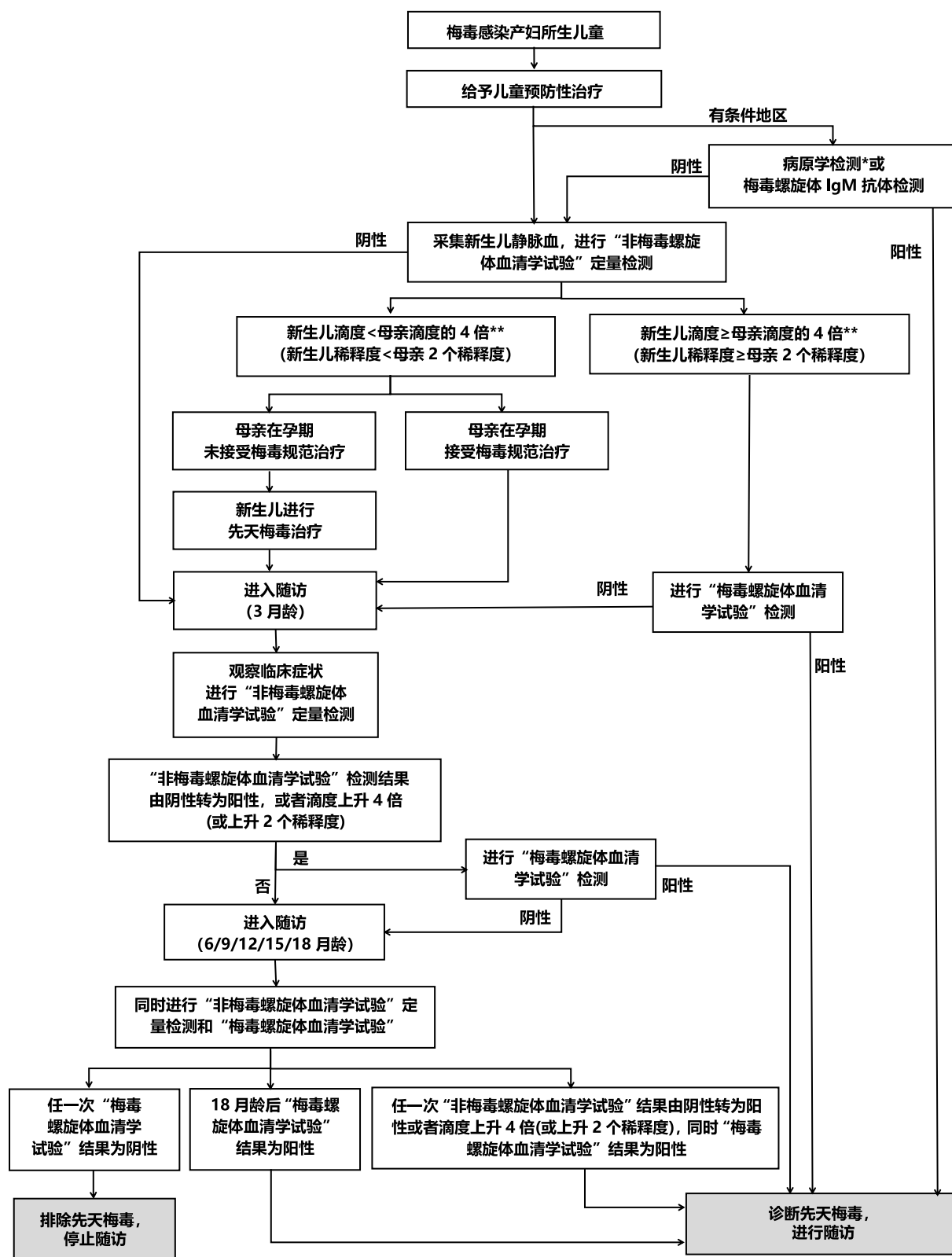
（1）青霉素，每次 5 万单位/千克体重，每 8 小时 1 次（7 日内新生儿，每 12 小时 1 次），静脉滴注，连续 10-14 日。

（2）普鲁卡因青霉素，每次 5 万单位/千克体重，每日 1 次，肌肉注射，连续 10-14 日。

治疗期间如果遗漏治疗 1 日或超过 1 日，需重新计算治疗疗程，再次开始治疗。

3. 如无条件检查脑脊液，按脑脊液异常者治疗。

梅毒感染孕产妇所生儿童随访及监测流程



注：*病原学检测方法包括暗视野显微镜、镀银染色镜检和核酸扩增试验；

**若母亲滴度未知，应尽快进行“非梅毒螺旋体血清学试验”定量检测。

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

乙肝病毒表面抗原阳性的孕产妇需进行肝功能检测和 HBV DNA 定量检测。依据感染孕产妇血清 HBV DNA、转氨酶水平和肝脏疾病严重程度，在医生的指导下进行抗病毒治疗或转诊。

若孕产妇孕中、晚期血清 HBV DNA $\geq 2 \times 10^5$ IU/ml，建议与感染孕产妇充分沟通，在知情同意的基础上，于孕 28 周开始抗病毒治疗；对于 HBV DNA $> 2 \times 10^9$ IU/ml 的孕产妇可于孕 24 周开始抗病毒治疗。若不能进行 HBV DNA 检测或无检测结果，可依据乙肝病毒 E 抗原阳性结果于孕 28 周开始抗病毒治疗。

推荐药物为替诺福韦（TDF）。患有肾病或严重骨质疏松的孕产妇，可应用替比夫定（LdT）治疗。孕产妇用药后中途不建议停药，分娩后应立即停药。应加强产后监测，复查肝肾功能，进行 HBV DNA 定量检测。

二、乙肝感染孕产妇所生儿童干预

（一）接种乙肝疫苗

所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照最新版《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，于出生后 6 小时内尽早接种首剂乙肝疫苗，并按规定完成乙肝疫苗全程接种。

（二）注射乙肝免疫球蛋白

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 6 小时内尽早注射乙肝免疫球蛋白 100 国际单位。注射方法为肌肉注射，注意应与乙肝疫苗的接种部位不同，也不可与乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

（三）儿童喂养

乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇可以进行母乳喂养。

（四）儿童随访和检测

儿童在完成最后剂次乙肝疫苗接种后 1-2 个月，应进行乙肝病毒表面抗原和表面抗体检测，明确母婴传播干预效果。检测方法首选酶联免疫吸附试验或化学发光免疫试验，不具备条件的地区也可采用胶体金标记免疫分析法。

按要求上报所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇及其所生新生儿产时的个案信息和部分儿童 12 月龄内的随访及检测情况。部分儿童指孕中、晚期血清 HBV DNA $\geq 2 \times 10^5$ IU/ml 或 HBeAg 阳性（未按要求行 HBV DNA 定量检测）母亲所生儿童。