附件1

**预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播整合服务流程**



图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. 产时艾滋病检测及服务流程

（适用于孕期未接受艾滋病检测的产妇）

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。



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）。

初次接受产前保健的孕妇

主动提供有关的检测信息

采集血样本

进行乙肝表面抗原检测\*

阳性反应

阴性反应

报告

“乙肝表面抗原阳性”

报告

“乙肝表面抗原阴性”

检测后咨询、指导常规孕产期保健

检测后咨询，提供后续干预服务

\*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0.75×109/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；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  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。 |
| ＜2500g  且≥2000g | NVP 10 mg（即混悬液1.0ml），每天1次 |
| ＜2000g | NVP 2 mg /kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次 |

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；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  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。 |
| ＜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 |

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、可持续性等条件的综合评估，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

各级医疗卫生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》。

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，分两侧臀部肌内注射，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，肌内注射，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，肌内注射或静脉给药，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次肌内注射（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≥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次肌内注射（分两侧臀肌）。



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

为乙肝病毒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。注射方法为肌内注射。注意必须与乙肝疫苗的注射部位不同，也不可与乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

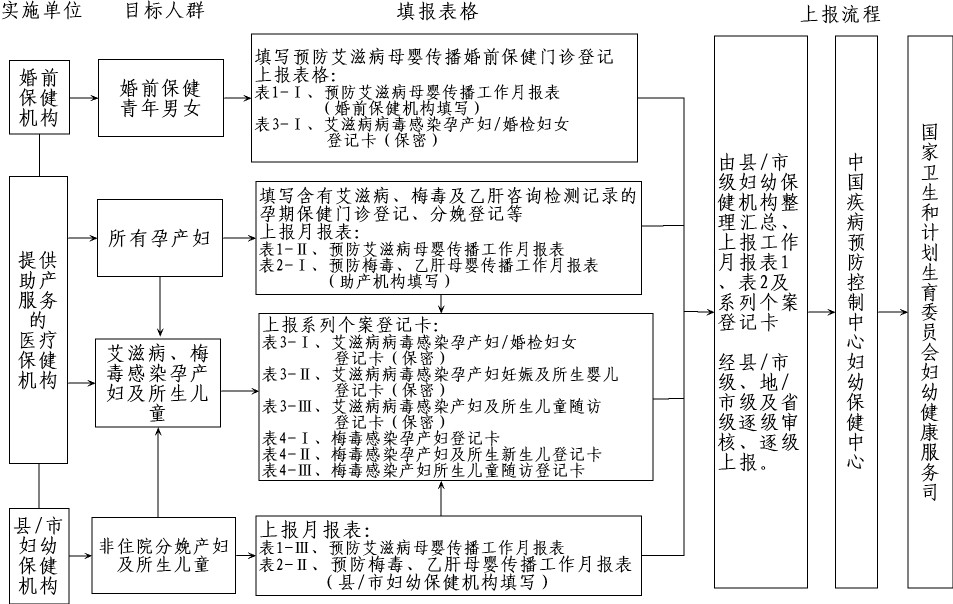
（二）乙肝疫苗接种。

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。

附件6

**预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报流程及要求**

一、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报流程



二、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关报表上报时限及要求

（一）预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表（表1、表1-Ⅰ、表1-Ⅱ、表1-Ⅲ，表2、表2-Ⅰ、表 2-Ⅱ）。

各级医疗卫生机构应每月初及时将上月预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作报表（本机构填写部分）上报至本辖区的县（市、区）级妇幼保健机构。各级妇幼保健机构负责收集、整理、汇总和审核后，形成“预防艾滋病母婴传播工作月报（汇总）表”（表1）及“预防梅毒、乙肝母婴传播工作月报（汇总）表（表2）”，并尽快完成网络报告。各省级妇幼保健机构应于每月15日前完成本省各类预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作月报表的逐级审核、汇总与网络报告，并上报至中国疾病预防控制中心妇幼保健中心。

（二）预防艾滋病、梅毒母婴传播系列个案登记卡。

艾滋病感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡（表3-Ⅰ）应于获得艾滋病感染孕产妇/婚检妇女补充试验阳性结果后5日内填写完成。对既往已确诊感染者，也应在本次了解其感染状态后5日内填写完成。

艾滋病感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡（表3-Ⅱ）应于艾滋病感染孕产妇产褥期（分娩至产后42日）后的5日内填写完成，对发生自然流产、人工终止妊娠、死亡或失访等其他情况的艾滋病感染孕产妇，应在确定其结局后的5日内填写完成。

艾滋病感染产妇及所生儿童随访登记卡（表3-Ⅲ）应分别于艾滋病感染产妇所生儿童满1、3、6、9、12、18个月后 5日内填写完成。

如艾滋病感染产妇所生儿童已满18月龄，在不了解其最终结局前，应在随后的3个月内连续随访3次，在仍无法得到该儿童的诊断结果及相关信息的情况下，可定义为儿童失访，同时应于最后一次随访后的5日内填写完成“艾滋病感染产妇及所生儿童随访登记卡”（表3-Ⅲ）。

梅毒感染孕产妇登记卡（表4-Ⅰ）应于梅毒感染孕产妇明确感染后的5日内填写完成。

梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡（表4-Ⅱ）应于梅毒感染孕产妇分娩后的5日内填写完成，在分娩时尚未完成本治疗疗程者，在完成疗程后的5日内填写完成。对发生自然流产、人工终止妊娠、死亡或失访等情况的梅毒感染孕产妇，应在确定其结局后的5日内填写完成。

为了解梅毒感染产妇所生儿童的生存状况及先天梅毒诊断情况，需要于儿童出生后的3、6、9、12、15、18月时提供随访及梅毒相关检测服务，并在每次随访后的5日内，及时填写“梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡”（表4-Ⅲ）。

如梅毒感染产妇所生儿童已满18月龄，在不了解其最终结局前，应在随后的3个月内连续随访3次，在仍无法得到该儿童的诊断结果及相关信息，可定义为儿童失访，同时应于最后一次随访后的5日内填写完成“梅毒感染产妇所生儿童随访登记卡”（表4-Ⅲ）。

各级医疗卫生机构应于各类个案登记卡的纸质版填写完成后5日内，完成网络报告或将纸质登记卡交由辖区妇幼保健机构完成网络报告。

各级妇幼保健机构和（或）卫生计生行政部门应对各级医疗卫生机构随时通过网络报告的各类“个案登记卡”，进行逐级网络审核，并于医疗卫生机构网络报告后的10日内完成省级终审。县级妇幼保健机构负责将相关的原始登记及系列个案登记卡留存备案。

（三）填报要求。

填写上述工作月报表与系列个案登记卡时，要求使用蓝色或黑色签字笔、钢笔，内容完整、准确，字迹清楚，填报人需签名，并加盖单位公章，及时上报。