

【编者按】 性传播疾病的流行对人类健康和社会发展构成了严重威胁，其有效防治是各个国家共同面临的难题。统一、规范的诊断和治疗指南将对性传播疾病的防治起到关键性作用。2015年5月，美国疾病控制中心在《Morbidity and Mortality Weekly Report》上刊登了2015版性传播疾病诊断和治疗指南，对阴道炎、盆腔炎、淋病、沙眼衣原体感染等多个性传播疾病的诊断和治疗指南进行了更新和完善，这对性传播疾病的进一步防治具有重要意义，同时对我国性传播疾病的诊断和治疗也具有重大参考意义。为此，本刊第一时间邀请北京大学深圳医院樊尚荣教授对其进行了翻译和解读。本刊18卷第25期和第26期分别对阴道炎及淋病、沙眼衣原体的诊断和治疗指南进行报道，本期则对生殖器疱疹、梅毒的诊断和治疗指南进行报道，其他几种疾病的诊断和治疗指南也将在随后几期陆续报道，敬请关注！

2015年美国疾病控制中心性传播疾病诊断和治疗指南（续） ——生殖器疱疹的诊断和治疗指南

CDC 2015 Guideline for the Diagnosis and Treatment of Herpes Genitalis

樊尚荣，郭雪冬（编译）

【关键词】 生殖器疱疹；诊断；治疗

【Key words】 Herpes genitalis; Diagnosis; Therapy

【中图分类号】 R 752.1 【文献标识码】 A doi: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.27.001

樊尚荣，郭雪冬（编译）. 2015年美国疾病控制中心性传播疾病诊断和治疗指南（续）——生殖器疱疹的诊断和治疗指南 [J]. 中国全科医学, 2015, 18 (27): 3257-3259. [www.chinagp.net]

Fan SR, Guo XD. CDC 2015 guideline for the diagnosis and treatment of herpes genitalis [J]. Chinese General Practice, 2015, 18 (27): 3257-3259.

生殖器疱疹（GH）是一种慢性终生性病毒感染性疾病。单纯疱疹病毒（HSV）1和HSV-2均能引起GH。大多数复发性GH由HSV-2引起。由HSV-1引起的肛门GH感染比例逐渐增加，这种现象在男-男性交及年轻女性中尤为突出。多数HSV-2感染未被诊断，轻型或未诊断的感染患者生殖道间断性排出病毒会导致无意识或无症状携带者传播GH，故更应重视生殖器HSV感染慢性病程的处理。

1 诊断

GH临床诊断缺乏敏感性和特异性。许多HSV感染缺乏典型痛性多发性水疱或溃疡性皮损。复发GH患者和亚临床GH患者排毒常为HSV-2感染。确定引起GH的疱疹病毒类型可影响对患者的预后预测和咨询。临床诊断GH时有必要进行实验室检测。根据病毒学或血清

学检测对疱疹病毒分型，确定对性传播疾病（STD）患者或STD高危患者的处理。

1.1 病毒学检测 通过对患者生殖器溃疡或其他黏膜与皮损处组织或细胞培养检测HSV，但培养敏感性低，对复发HSV感染者的培养敏感性更低。由损伤开始到治愈培养敏感性迅速下降。聚合酶链反应（PCR）检测疱疹病毒DNA更加敏感，可用于代替病毒培养，特别适用于诊断中枢神经系统HSV感染以及全身性HSV感染如脑膜炎、脑炎和新生儿疱疹等。由于HSV感染患者排毒为间歇性，培养或PCR检测阴性并不一定代表不存在感染。根据细胞涂片诊断疱疹病毒感染的灵敏度和特异度低，故其并非诊断HSV感染的可靠依据。

1.2 血清学检测 血清学抗体诊断疱疹病毒感染的灵敏度为80%~98%。血清学检测主要用于以下情况：（1）复发GH或不典型GH的疱疹病毒PCR检测或培养阴性；（2）临床诊断为GH，但无实验室证据；（3）性伴侣患有GH。多性伴侣、人类免疫缺陷病毒（HIV）

译者单位：518036广东省深圳市，北京大学深圳医院妇产科（樊尚荣）；北京大学医学部（郭雪冬）

感染和男-男性交等 HIV 感染高危患者所做的 STD 检测应包括 HSV 检测。不需要在普通人群进行 HSV-1 筛查和 HSV-2 筛查。

2 治疗

抗病毒治疗对大多数有临床症状的 GH 患者有益，是处理 GH 的主要方法，在 GH 发作期有控制症状和体征的作用，对复发 GH 有预防作用。全身抗病毒药物用于临床首发 GH 和复发 GH 治疗，或用于日常抑制性抗病毒治疗，能控制部分 GH 发作的症状和体征。这些抗病毒药物不能根除潜在的病毒，停药后 GH 易复发，抗病毒治疗对复发频率及严重程度无明显影响。3 种抗病毒药物阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦治疗 GH 均有效。伐昔洛韦是阿昔洛韦的缬氨酸酯，口服吸收率增高，泛昔洛韦口服生物药吸收率也很高。抗病毒药物局部治疗作用较小，不提倡应用。

2.1 首发 GH 治疗 首发 GH 会引起持久临床症状，包括严重生殖器溃疡形成和神经系统损害。首发 GH 患者初次临床表现并不严重，但逐步出现严重持久的临床症状。所有首发 GH 患者应给予抗病毒治疗。

推荐方案：阿昔洛韦 400 mg，口服 3 次/d（7~10 d）；或阿昔洛韦 200 mg，口服 5 次/d（7~10 d）；或伐昔洛韦 1 g，口服 2 次/d（7~10 d）；或泛昔洛韦 250 mg，口服 3 次/d（7~10 d）。若经过 10 d 治疗后未完全治愈，可以适当延长疗程。

2.2 复发 GH 治疗 抑制性抗病毒治疗可降低 GH 复发率（ ≥ 6 次/年），70%~80% 的患者反复发作，许多患者接受这样的治疗经历了无症状病情报道。这种治疗对不常复发 GH 的患者在预防复发方面同样有效，并能改善患者的生活质量。随着时间推移，患者对疾病的心理适应也可能随之改变，很多患者 GH 复发率会降低，可与患者讨论并改变治疗周期（如 1 次/年）。

推荐方案：阿昔洛韦 400 mg，口服 2 次/d；或伐昔洛韦 1 g，口服 1 次/d；或伐昔洛韦 500 mg，口服 1 次/d；或泛昔洛韦 250 mg，口服 2 次/d。对 GH 复发率较高的患者（ ≥ 10 次/年），改用伐昔洛韦 500 mg，口服 1 次/d 的疗效低于伐昔洛韦或阿昔洛韦方案。阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦间断治疗 GH 的效果是相等的，但泛昔洛韦某些时候抑制性抗病毒治疗的效果较差。

2.3 复发 GH 发作期治疗 对复发 GH 患者在出现复发发病损第 1 天就开始治疗，对缩短病程和缓解病情有效，对这些患者要长期备药以便在发作后及时治疗。

推荐方案：阿昔洛韦 400 mg，口服 3 次/d（5 d）；

或阿昔洛韦 800 mg，口服 3 次/d（2 d）；或伐昔洛韦 500 mg，口服 2 次/d（3 d）；或伐昔洛韦 1 g，口服 1 次/d（5 d）；或泛昔洛韦 125 mg，口服 2 次/d（5 d）；或泛昔洛韦 1 000 mg，口服 2 次/d（1 d）；或泛昔洛韦 500 mg，口服 1 次/d（1 d），之后 250 mg，口服 2 次/d（1 d）。

2.4 HSV 严重感染治疗 HSV 严重感染或伴有并发症〔例如播散性感染、肺炎、肝炎或中枢神经系统并发症（例如脑膜炎）〕者需要住院治疗。以上患者需要静脉应用阿昔洛韦治疗，推荐剂量为 5~10 mg/kg，1 次/8 h，静脉滴注，2~7 d 或直到临床症状改善，随后予以口服抗病毒药物治疗，总疗程至少 10 d。HSV 感染性脑炎需要静脉治疗 21 d，根据肾功能损害情况调整阿昔洛韦剂量。

3 性伴侣的治疗

对 GH 患者性伴侣进行评价和咨询服务，对有临床症状和体征的性伴侣进行评价及治疗。询问无症状性伴侣既往有无 GH 病史，并做血清学检查。

4 特别考虑

4.1 药物过敏、不耐受和不良反应 阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦过敏罕见。阿昔洛韦过敏者可进行脱敏处理。

4.2 合并 HIV 感染 免疫功能抑制患者的 GH、肛门周围疱疹或口唇疱疹的病程更长、病情更严重。HIV 感染患者的 HSV 感染更常见，病情更严重和不典型。合并 HIV 感染的 GH 患者更易间歇性排毒。抗反转录病毒治疗可以降低患者的严重性和复发率，然而其仍会间歇性排毒。口服抗病毒药物治疗常有效，包括 HSV 感染发作期治疗和 HSV 感染非发作期抑制性抗病毒治疗。HIV 感染者应行 HSV 血清学检测。合并 HIV 感染人群进行抑制性抗病毒治疗并未降低易感性伴侣 HIV 和 HSV-2 传播的风险。

发作期治疗推荐方案：阿昔洛韦 400 mg，口服 3 次/d（5~10 d）；或泛昔洛韦 500 mg，口服 2 次/d（5~10 d）；或伐昔洛韦 1.0 g，口服 2 次/d（5~10 d）。

抑制性抗病毒治疗推荐方案：阿昔洛韦 400~800 mg，口服 2~3 次/d；或泛昔洛韦 500 mg，口服 2 次/d；或伐昔洛韦 500 mg，口服 2 次/d。

免疫缺陷住院治疗的患者使用推荐剂量的阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦是安全的。对疱疹病毒严重感染的患者，开始治疗时应用阿昔洛韦 5~10 mg/kg，静脉滴注，1 次/8 h。如果在应用过程中疱疹病毒反复感染，应怀疑病毒耐药，所有对阿昔洛韦耐药的患者对伐昔洛韦也耐药，对大部分泛昔洛韦也耐药。对阿昔洛韦

耐药的患者对磷甲酸常有效，剂量为 40 ~ 80 mg/kg，静脉滴注，1 次/8 h，抗病毒治疗应持续到临床症状消除。西多福韦 5 mg/kg，1 次/周静脉注射也有效。咪喹莫特乳膏是一种局部药物，和 1% 西多福韦凝胶一样，市场上没有销售，必须在药房配制。将局部药物涂抹于皮损处，1 次/d，共 5 d。

5 妊娠合并 GH

GH 患者在分娩期感染新生儿的危险是 30% ~ 50%，妊娠期 GH 反复发作的孕妇感染胎儿的危险 < 1%。预防新生儿疱疹的核心包括预防妊娠期胎儿感染和预防分娩时新生儿感染。劝告已知未患 GH 孕妇在晚孕期避免与 GH 性伴侣或怀疑 GH 的性伴侣发生关系，已知未患口唇疱疹孕妇在晚孕期避免与感染口唇疱疹病毒或怀疑感染口唇疱疹病毒的性伴侣口 - 生殖器接触。血清学检测有助于识别 HSV 感染高危孕妇和咨询有关危险。当孕妇性伴侣发生 HSV 感染时，这些检测对咨询就更为重要。

应询问所有孕妇有无 GH 病史，分娩时更需要询问孕妇有无 GH 症状（包括前驱征兆），无疱疹病损者和前驱征兆者可经阴道分娩。为防止新生儿感染疱疹病毒，对分娩时存在复发 GH 病损者应选择剖宫产。但剖宫产不能完全排除疱疹病毒传播给新生儿的风险。全身应用阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦治疗孕妇的安全性尚未完全确定。和一般人群比较，早孕期应用阿昔洛韦未增加出生缺陷。对妊娠期首发 GH 患者或严重的复发 GH 患者可采用口服阿昔洛韦治疗。HSV 严重感染的患者可采用静脉给药。为防止新生儿感染 HSV，对妊娠晚期首发 GH 患者应选择剖宫产终止妊娠。妊娠晚期应用阿昔洛韦可减少妊娠期间 GH 的复发从而降低剖宫产率。尚无资料支持对无 GH 病史的 HSV 感染孕妇应用抗病毒治疗有益。复发 GH 的推荐治疗包括：阿昔洛韦 400 mg，口服 3 次/d；伐昔洛韦 500 mg，口服 2 次/d。推荐在妊娠 36 周时开始治疗。

6 新生儿疱疹

通过病毒学检测或通过临床观察推测新生儿分娩时已接触 HSV，对这些新生儿要严密随访，且对这些新生儿可做病毒学检测，以便在临床症状出现前发现 HSV 感染。也有专家建议对这些新生儿应用阿昔洛韦治疗。对所有存在新生儿疱疹病毒感染症状的患儿应及时评估，并对患儿应用阿昔洛韦治疗（20 mg/kg），静脉滴注，1 次/8 h，如感染散播到中枢神经系统，疗程应为

21 d；如感染限于皮肤黏膜，疗程为 14 d。

7 咨询

以下内容推荐用于生殖器 HSV 感染患者的咨询：（1）让 GH 患者了解 GH 自然病史，强调复发的可能性，了解无症状排毒和性传播的危险。（2）告知首发 GH 患者可以进行抑制性抗病毒治疗和发作期抗病毒治疗，以上治疗有利于防止复发和缩短病程。（3）鼓励 GH 患者将其疾病状态如实告诉性伴侣。（4）GH 患者无症状时期也可以通过性接触传染。（5）HSV - 2 感染比 HSV - 1 感染更容易发生性接触传染，在感染后前 12 个月内 HSV - 2 排毒率最高。（6）对 HSV - 2 感染者应用伐昔洛韦可减少性接触传播风险。正确和坚持应用乳胶安全套可以减少 GH 性接触传播风险。（7）告知患者和其性伴侣，即使其没有 GH 征兆，也可能已被感染，血清学检测有利于发现无症状 HSV 感染。（8）向患者包括男性解释新生儿可能感染 HSV 的可能。感染 HSV 的孕妇有必要将其病情告知所有在其妊娠期间和妊娠后照顾其婴儿的医务人员。（9）未感染 HSV 的孕妇在妊娠晚期应避免与感染疱疹病毒的性伴侣发生性关系（包括口交）。（10）经血清学分型试验诊断为 HSV - 2 感染的无症状患者，应接受与有感染症状患者相同的信息咨询。此外，应对这些患者进行 GH 相关临床表现的宣教。（11）当暴露于 HIV 中，血清 HSV - 2 反应阳性的患者感染 HIV 的风险增加。应告知患者，抑制性抗病毒治疗并不能降低 HIV 因感染 HSV - 2 的易感性。咨询的目标：（1）帮助患者应对感染；（2）防止性接触和围生期传播。

译者点评：

2015 年版指南有以下更新：（1）不再推荐复发 GH 患者发作期阿昔洛韦 800 mg，口服 3 次/d，共 2 d 方案。（2）HSV 感染性脑炎需要静脉抗病毒治疗 21 d。（3）耐阿昔洛韦的患者应用磷甲酸剂量改为 40 ~ 80 mg/kg。（4）合并 HIV 感染人群进行抑制性抗病毒治疗并未降低 HIV 和 HSV - 2 传播给易感性伴侣的风险。（5）在妊娠合并 GH 中增加了复发 GH 的推荐方案。

（原文见：中国全科医学官网：<http://www.chinagp.net/>）

（收稿日期：2015 - 08 - 11）

（本文编辑：李婷婷）