



You ! dirty ball ! Far away !

★ Oh!my god me too! ★

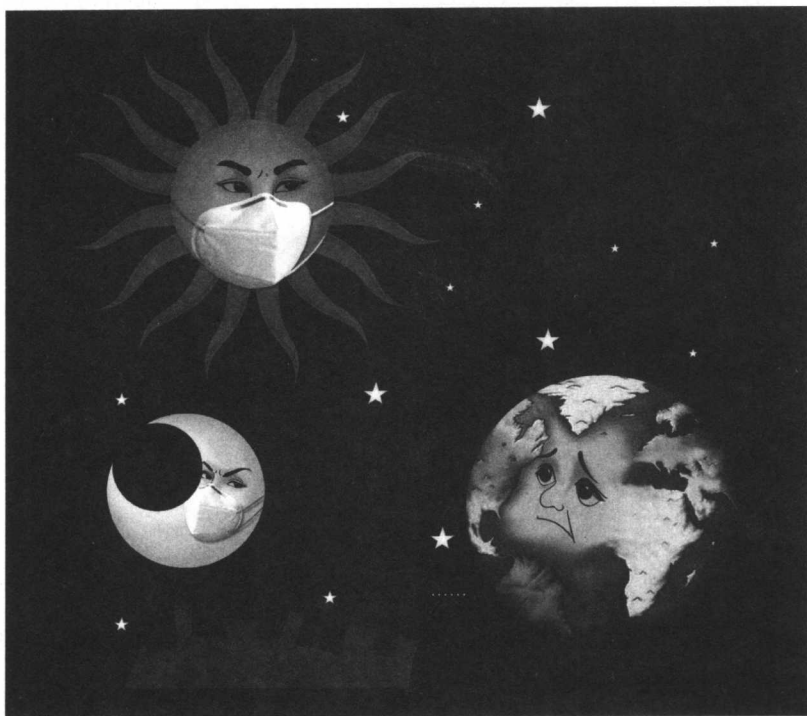


现代药学、预防医学及中医进展

PUBLIC HEALTH

公共卫生分册

主编：乌正赓



现代药学、预防医学及中医进展

公共卫生分册 / PUBLIC HEALTH

■ 主编：乌正赉

 科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代药学预防医学及中医进展·公共卫生分册/乌正赉主编. -北京:科学技术文献出版社,2006.10

ISBN 7-5023-5456-5

I. 现… II. 乌… III. ①药理学-进展 ②预防医学-进展 ③中医学-进展 ④公共卫生-进展 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 118810 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市海淀区西郊板井农林科学院农科大厦 A 座 8 层/100089

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 王大庆

责 任 编 辑 丁坤善 林静芳

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2006 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 889×1194 16 开

字 数 201 千

印 张 7.5

印 数 1~5000 册

定 价 25.00 元(总定价:100.00 元)

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

内容简介

公共卫生分册
PUBLIC HEALTH

本书由中华医学会全科医学分会主任委员，中国协和医科大学公共卫生学院乌正赉教授主编，约请全国十多位公共卫生领域专家编写而成。主要介绍近几年一些重点传染病预防控制方面的最新进展。加强预防和控制传染病，仍是我国卫生工作者面临的一项艰巨任务。因此本书的出版对广大医疗卫生工作者尤其是公共卫生领域的医务工作者很有指导意义。

本书除了介绍重点传染病防控的知识技能外，还包含了医疗工作中态度和素质培养方面的内容，着重介绍了医德医风在医疗工作中的意义，帮助医务工作者树立和保持高尚的职业道德，以加强我国的医德医风建设。

公共卫生分册 / PUBLIC HEALTH

编委 (以下排名不分先后)

汪宁 (中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心)

刘剑君 (中国疾病预防控制中心结核病预防控制中心)

姜庆五 (复旦大学公共卫生学院)

郭元吉 (中国疾病预防控制中心病毒病预防控制所)

乌正赉 (中国协和医科大学公共卫生学院)

阚枫 (中国疾病预防控制中心传染病预防控制所)

俞东征 (中国疾病预防控制中心传染病预防控制所)

曹务春 (军事医学科学院微生物流行病学研究所 病原微生物生物安全国家重点实验室)

张久松 (军事医学科学院微生物流行病学研究所 病原微生物生物安全国家重点实验室)

左曙青 (军事医学科学院微生物流行病学研究所 病原微生物生物安全国家重点实验室)

江佳富 (军事医学科学院微生物流行病学研究所 病原微生物生物安全国家重点实验室)

刘运喜 (军事医学科学院微生物流行病学研究所 病原微生物生物安全国家重点实验室)

梁浩材 (中山大学北校区公共卫生学院)

现代药学、预防医学及中医进展 公共卫生分册 / PUBLIC HEALTH



新中国成立以来，特别是改革开放以来，我国卫生事业有了很大发展。随着社会发展、科学技术进步、人民生活水平的逐步提高，卫生队伍已具规模，卫生服务体系基本形成，卫生科技水平迅速提高，医疗卫生服务条件改善，爱国卫生运动深入开展，我国传染病预防控制工作取得巨大成绩，大部分传染病已基本得到有效控制，传染病已列在我国居民死因的前10位之外。但传染病的危害依然存在，传染病的爆发、流行对国计民生的威胁也没有完全消除，许多地方形成传染病流行的条件还未得到根本改变，一些传染病的发病率仍然较高，如肺结核、病毒性肝炎等，特别是在经济欠发达的农村地区。虽然由于人口老龄化速度加快、疾病谱的改变，慢性病已成为威胁我国人民健康的主要危险，但是，我国的经济基础较薄弱，卫生资源有限，传染病防控工作的成效还不巩固，我国人民正承受着传染病和非传染病的双重负担，传染病防控任务依然十分繁重，稍有松懈，一些已经控制的传染病仍有可能复燃。此外，一些新出现的传染病也在威胁着我们，如艾滋病、人感染高致病性禽流感等。随着对外交往的增加，一些在境外发生的传染病可能传入我国，构成对我国社会发展和人民健康新的威胁，如疯牛病、西尼罗热等。还有一些传染病的流行规律尚未完全被揭示出来，如急性严重呼吸综合征。因此，加强预防和控制传染病，仍是我国卫生工作者面临的一项艰巨任务。做好传染病预防控制工作，首先应提高对传染病防控的认识，充分认识我国传染病防控工作的重要性和长期性。其次是应深入研究，进一步掌握传染病流行的规律及其防控知识，制定切实可行的对策和措施，以适应传染病防控的新形势，切实保障广大人民群众的健康和安全。

本书组织了我国从事传染病防控工作的一些专家联合编写，介绍几种重点传染病预防控制方面的一些进展，希望能对广大医疗卫生工作者有所帮助。

乌正赉（1941—），男，浙江宁波人。教授，中华医学会会员，中华预防医学会会员，中华医学会全科医学分会主任委员。享受国务院政府特殊津贴。

乌正赉

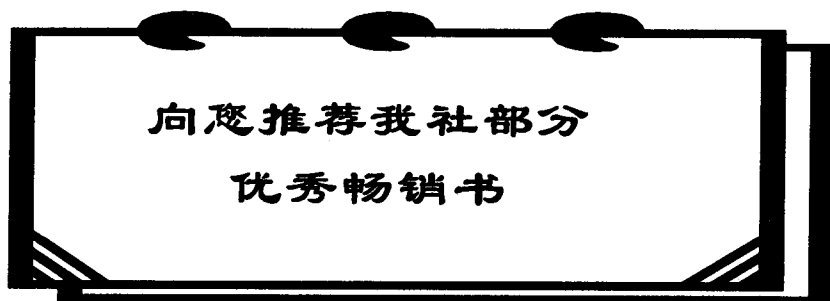
继续医学教育学分证书申请说明

从国际国内形势来看,继续医学教育是卫生技术人员的一项基本权利和义务,医学的不断发展要求卫生技术人员必须建立终身学习体系。为此,卫生部和全国继续医学教育委员会颁布了一系列政策法规,规定医务工作者每年获得的继续医学教育学分不少于25学分,继续医学教育合格是卫生技术人员聘任、技术职务晋升和执业再注册的必备条件之一。同时,我国继续医学教育在继续医学教育“九五”计划、继续医学教育“十五”计划和刚刚颁布的继续医学教育“十一五”规划的指导下快速发展,已全面建立起了有中国特色的继续医学教育体系。

继续医学教育的内容应以现代医学科学技术发展中的新知识、新理论、新技术和新方法为重点,注重先进性、实用性和针对性,其教育内容的开发直接决定了我国继续医学教育的质量,体现了我国医学技术发展的现状。为此,在卫生部科技教育司和全国继续医学教育委员会的领导下,《继续医学教育》杂志组织了国内约600名专家和各学科的带头人,历时8个多月,以年度学科进展报告的形式,编写了该系列图书,由科学技术文献出版社出版发行,以期反映各学科几年来的最新进展,具有较强的临床指导意义和学习价值,是我国至今出版的惟一一套学科最全的继续医学教育学习参考书,受到了广大读者的欢迎和卫生部、各省市卫生厅及继续医学教育委员会的认可,并作为各省市继续医学教育的推荐学习参考书。读者阅读该系列图书,每册答题后可授予卫生部和全国继续医学教育委员会认可的继续医学教育Ⅱ类学分10学分。杂志社收到学员登记表和答题卡后将会在30个工作日内完成学员的注册和阅卷工作,并将学习成绩和学分证明邮寄给学员。具体培训报名细则如下:

- 一、本培训适用于所有国家规定需要参加继续医学教育的各级各类卫生技术人员。
- 二、请根据需要自行选择本学科相关的培训教材。
- 三、认真填写学员信息及答题卡,寄至《继续医学教育》杂志社培训部,根据成绩获得相应Ⅱ类学分。
- 四、学分折算标准:考试满分为100分,答题成绩每10分换算为1个学分,最多可授予10学分。
- 五、培训费用:50元/人次(含报名、培训、阅卷、学分证书、邮寄等费用),学费自理。请学员将费用汇至《继续医学教育》杂志社培训部。
- 六、证书邮寄时间:收到答题卡后30个工作日。
- 七、接受团体报名。
- 八、《继续医学教育》杂志社地址:北京市宣武区红莲南路30号7层;邮编:100055;电话:010-63268156;传真:010-63497683; 培训咨询热线:800-810-9092。

《继续医学教育》编辑委员会



医 学 类

感染病特色治疗技术	78.00
血液病治疗学	96.00
肿瘤科疾病临床诊断与鉴别诊断	68.00
疑难外科病理的诊断与鉴别诊断	420.00
神经系统疾病鉴别诊断思路	60.00
实用传染科医师处方手册	78.00
实用儿科医师处方手册	76.00
实用内科医师处方手册	98.00
实用外科医师处方手册	86.00

注:邮费按书款总价另加 20%

向您推荐我社部分
优秀畅销书

医 学 类

麻醉科特色治疗技术	116.00
整形外科特色治疗技术	129.00
消化病特色诊疗技术	93.00
精神科特色治疗技术	42.00
口腔科特色治疗技术	126.00
小儿外科特色治疗技术	90.00
胸外科特色治疗技术	46.00
心血管内科特色治疗技术	120.00
烧伤科特色治疗技术	72.00

注:邮费按书款总价另加 20%

目录

training material/contents

Public health

第一篇 知识 / 技能篇	1
艾滋病	3
结核	11
血吸虫病	16
流感	25
人感染高致病性禽流感	31
霍乱	42
鼠疫	48
疯牛病	53
埃博拉出血热	58
西尼罗病毒感染	62
汉坦病毒肺综合征	67
猴痘	72

目录

training material/contents

Public health

第二篇 态度 / 素质篇	77
新公共卫生与后医学时代	78
医生是要重视医德的	81
学习为病人服务的艺术	85
要做一名合格的医生	87
做人、做事、做学问	89
医疗卫生行业中“红包”现象的社会史分析	93
禁止商业贿赂行为的有关法律问题	101
培训试卷	107

第一篇

知识 / 技能篇 公共卫生

PUBLIC HEALTH

t r a i n i n g

m a t e r i a l

艾滋病

Acquired Immunodeficiency Syndrome

汪宁 (中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心 100050)
WANG Ning

艾滋病全称获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS), 是一种由人类免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 感染引起的传染病。

我国从1985年发现首例AIDS病例和HIV感染者, 现已波及到全国31个省市, 疫情仍在不断上升, 进入了增长期。由于影响流行的各种社会经济因素不断增强, 如吸毒、卖淫、嫖娼现象的存在, 性观念的改变、性病人数的不断增加、流动人口剧增、经血传播, 尤其人们对预防HIV感染知识的缺乏等, 都成为我国艾滋病流行的因素。

1 病原学

1.1 特征

HIV属于逆转录病毒科慢病毒属中的人类慢病毒组, 为直径约100~120 nm的球形颗粒, 由核心和包膜两部分组成。核心包括两条单股RNA链、核心结构蛋白和病毒复制所必须的酶类, 含有逆转录酶 (RT, P51/P66), 整合酶 (INT, P32) 和蛋白酶 (P1, P10)。核心外面为病毒衣壳蛋白 (P24, P17)。病毒的最外层为包膜, 其中嵌有gp120 (外膜糖蛋白) 和gp41 (跨膜糖蛋白) 两种糖蛋白。

HIV基因全长约9.8 kb, 含有gag、pol、env共3个结构基因、2个调节基因 (tat反式激活因子、rev毒粒蛋白表达调节子) 和4个辅助基因 (nef 负调控因子、vpr 病毒 γ 蛋白、vpu 病毒 μ 蛋白和vif 毒粒感染性因子)。

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逆转录酶无校正功能导致的随机变异; 宿主的免疫选择压力; 不同病毒DNA的ARV、病毒DNA与宿主DNA之间的基因重组; 药物选择压力, 其中不规范的

抗病毒治疗是导致耐药性的重要原因。

1.2 亚型

根据HIV基因差异, 分为HIV-1型和HIV-2型, 两型间氨基酸序列的同源性为40%~60%。目前全球流行的主要是HIV-1。HIV-1可进一步分为不同的亚型, 包括M亚型组 (主要亚型组)、O亚型组和N亚型组, 其中M组有A、B、C、D、E、F、G、H、I、J、K共11个亚型。此外, 近年来发现多个流行重组型。HIV-2的生物学特性与HIV-1相似, 但其传染性较低, 引起的艾滋病临床进展较慢, 症状较轻。HIV-2型至少有A、B、C、D、E、F、G共7个亚型。

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、E、F和G共8个亚型, 还有不同流行重组型。1999年起在部分地区发现并证实我国有少数HIV-2型感染者。及时发现并鉴定HIV各种亚型对于追踪流行趋势、及时做出诊断、开发新的诊断试剂、新药研制和疫苗开发均具有重要意义。

1.3 致病性

1.3.1 病毒感染过程

HIV需借助于易感细胞表面的受体进入细胞, 包括第一受体 (CD4是主要受体) 和第二受体 (CCR5和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, 有时还利用CCR2b受体。

1.3.1.1 吸附及穿入: HIV-1感染人体后, 选择性地吸附于靶细胞的CD4受体上, HIV-1的外膜糖蛋白gp120首先与第一受体结合, 然后gp120再与第二受体结合, gp120构象改变, 与gp41分离, 最终导致HIV与宿主细胞膜融合进入细胞。

1.3.1.2 环化及整合: 病毒RNA在逆转录酶作用下, 形成cDNA, 在DNA聚合酶作用下形成双股DNA, 在



汪宁 (1959-), 男, 江苏人, 教授, 博士生导师, 公共卫生与流行病学, 中国疾病预防控制中心, 性病艾滋病预防控制中心副主任。

整合酶的作用下,新形成的非共价结合的双股DNA整合入宿主细胞染色体DNA中。这种整合的病毒双股DNA即前病毒。

1.3.1.3 转录及翻译:前病毒被活化而进行自身转录时,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和非结构蛋白,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。

1.3.1.4 装配、成熟及出芽:Gag蛋白与病毒RNA结合装配成核壳体,通过芽生从胞浆膜释放时获得病毒体的包膜,形成成熟的病毒颗粒。

1.3.2 抗HIV免疫反应

以特异性免疫反应为主:(1)特异性体液免疫:HIV进入人体后2~12周,人体免疫系统即产生针对HIV蛋白的各种特异性抗体,其中仅中和性抗体具有抗病毒作用。(2)特异性细胞免疫:主要有特异性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(CTL)。

感染HIV后体内CD4⁺T淋巴细胞数量不断减少,急性感染期以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;无症状感染期以CD4⁺T淋巴细胞数量持续缓慢减少为特点,此期持续时间变化较大,平均持续约8年左右;进入有症状期后,CD4⁺T淋巴细胞再次较快速地减少,多数感染者CD4⁺T淋巴细胞数在350/mm³以下,部分晚期病人CD4⁺T淋巴细胞数甚至降至200/mm³以下,并快速减少。同时、还有CD4⁺T淋巴细胞功能障碍。

1.4 抵抗力

HIV在外界环境中的生存能力较弱,比乙型肝炎病毒(HBV)的抵抗力低得多。因此,对HBV有效的消毒和灭活方法均适用于HIV。HIV不耐酸,较耐碱;酒精具有良好的灭活作用,75%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分钟可使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;世界卫生组织推荐100℃20分钟可将HIV完全灭活。

2 流行病学

艾滋病自发现至今仍在全球肆虐,截止2005年底,估计已造成6 200万人感染,其中2 500万人已死亡。艾滋病在1985年传入我国。

2.1 传染源

HIV感染者和AIDS病人是本病的唯一传染源。

2.2 传播途径

HIV感染者的血液、精液、阴道分泌物、乳汁等都带有HIV病毒。因此,HIV的传播主要通过以下3种途径。

2.2.1 性接触(包括同性、异性和双性性接触)传播是最常见的传播途径,全世界的HIV感染约75%是经性途径传播的。同性恋者、异性恋者和双性恋者均可因性接触HIV感染者而相互传染。肛交是最危险的性接触传播途径。HIV的传播与许多因素有关,如性伴数、性伴的感染情况、是否患有梅毒等其他性病以及生殖器官是否有损害、性交的方式、性交时是否采用了保护性措施以及性伴是否吸毒等。

2.2.2 通过血液及血制品(包括共用针具静脉吸毒、介入性医疗操作等)传播,HIV通过血液和血液制品传播具有很高的传播概率,几乎达到了100%。输血感染与受血者的年龄、受血量有密切关系。我国目前的感染者中,因共用注射器而感染HIV的吸毒者占感染者总数的1/3左右。HIV感染者的组织和器官的血液、淋巴细胞中都带有HIV。因此,对献血员和组织器官捐献者进行血液检测是杜绝输血和器官移植传播HIV最有效的办法。

2.2.3 通过母婴(包括产前、产中和产后)传播,感染了HIV的妇女,在怀孕时HIV可以通过胎盘使宫内胎儿感染,分娩时HIV可以通过产道感染婴儿,婴儿也可以通过母乳喂养而感染HIV。

2.2.4 日常生活接触不会传播HIV/AIDS。根据世界卫生组织的标准观点,如一般性的身体接触、握手、拥抱、礼节性亲吻、同吃同饮,共用厕所和浴室,共用办公室、公共交通工具、娱乐设施等日常生活接触不会传

播艾滋病。

2.3 易感人群

人群普遍易感。HIV感染与人类的行为密切相关,男性同性恋者、静脉药物依赖者、与HIV感染者经常有性接触者以及经常输血(特别是未经严格检测的血液和血制品)者(如血友病人)都属于高危人群。

2.4 我国AIDS流行现状及趋势

截止2005年底,专家估计我国现存活的HIV感染者约65万,其中AIDS病人7万。疫情已覆盖全国所有省、自治区、直辖市,流行范围广,面临艾滋病发病和死亡高峰期,我国的艾滋病已由吸毒、暗娼等高危人群开始向一般人群扩散。

2.4.1 地区分布

随着经济快速发展、人口流动的增加、地区间发展的不平衡以及部分地区存在经输血感染方式等因素,增加了HIV传播机会。我国HIV/AIDS感染的情况,以云南、河南、广西、广东、新疆等省份较严重。

2.4.2 时间分布

HIV的感染无明显的季节性。HIV/AIDS疫情随着主要流行因素的变化而变化。

2.4.3 人群分布

总体上,男性感染者多于女性。以青壮年为主,由于该年龄组人群正处于性活跃期,且又是主要的劳动力,感染了HIV后,对家庭和社会经济都将带来极大的影响和损失。

2.5 主要的流行因素

2.5.1 高危行为人数的增加

目前共用注射器的静脉吸毒者是我国HIV感染的最主要途径,有调查表明,超过50%注射毒品者共用注射器具;从事卖淫活动以及男性同性恋人群在危险性行为中,坚持使用安全套的比例仍处于较低水平,由此增加了性传播的危险。

2.5.2 知识缺乏和社会歧视

社会公众,尤其是脆弱人群严重缺乏艾滋病相关知识;仅有14%~30%的人知道安全套可以用来预防HIV的感染;75%被调查者表示将躲避HIV感染者及AIDS病人;45%的人认为感染HIV是道德败坏的结果;知识缺乏和误解是造成对HIV感染者和AIDS病人

歧视的重要原因之一,同时也加剧了艾滋病的流行。

2.5.3 经输血和其他医源性感染

边远地区卫生条件差、医疗器械消毒不彻底、医务人员消毒不严格、操作不规范等情况时有发生,在注射、输血、分娩等过程中存在不安全医疗操作,也是艾滋病等疾病传播的原因。

2.5.4 人口流动

经济的发展、城市化的促进,加快了人口的流动,而这些流动人口多为性活跃人群,人口的大量迁移和流动,也为HIV/AIDS的传播提供了机会。

3 实验室检测

HIV/AIDS的实验室检测方法包括HIV抗体、病毒载量、CD4⁺ T淋巴细胞、P24抗原检测等。HIV-1/2抗体检测是HIV感染诊断的金标准,病毒载量测定和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。小于18月龄的婴儿HIV感染诊断可以采用核酸检测方法,以2次核酸检测阳性结果作为诊断的参考依据,18月龄以后再经抗体检测确认。

3.1 HIV-1/2抗体检测

包括筛查试验(含初筛和复测)和确认试验。HIV 1/2抗体筛查检测方法包括酶联免疫试验(ELISA)、快速检测(快速试纸条和明胶颗粒凝集试验)等。ELISA是常用的抗体筛查方法,但随着自愿咨询检测(VCT)工作的开展,也可采用快速检测。HIV抗体确认试验常用的方法是免疫印迹法(WB)。

筛查试验呈阴性反应可出具HIV-1/2抗体阴性报告。筛查试验呈阳性反应,不能出具阳性报告,只可出具“HIV抗体待复查”报告。经确认试验HIV-1(或HIV-2)抗体阳性者,出具HIV-1(或HIV-2)抗体阳性确认报告,并按规定做好咨询、保密和报告工作。

3.2 HIV病毒载量测定

病毒载量一般用血浆中每毫升HIV-RNA的拷贝数(c/ml)来表示。病毒载量测定的临床意义包括预测疾病进程、提供开始抗病毒治疗依据、评估治疗效果、指导治疗方案调整,也可作为HIV感染早期诊断的参考指标。

3.3 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细胞比值倒置现象。目前常用的CD4⁺ T淋巴细胞亚群检测方法为流式细胞术。

CD4⁺ T淋巴细胞计数的临床意义是：了解机体的免疫状态和病程进展、确定疾病分期和治疗时机、判断治疗效果和HIV感染者的临床合并症。

4 临床

4.1 临床表现与分期

4.1.1 急性期

通常发生在初次感染HIV后2~4周左右。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症状。大多数病人临床症状轻微，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抗体则在感染后数周才出现。CD4⁺ T淋巴细胞计数一过性减少，同时CD4/CD8比率亦可倒置。部分病人可有轻度白细胞和血小板减少或肝功能异常。

4.1.2 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、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，同时具有传染性。

4.1.3 艾滋病期

此为感染HIV后的最终阶段。病人CD4⁺ T淋巴细胞计数明显下降，多 $<200/\text{mm}^3$ ，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、各种机会性感染及肿瘤。

4.1.3.1 HIV相关症状：主要表现为持续一个月以上的发热、盗汗、腹泻；体重减轻10%以上。部分病人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）淋巴结直径 ≥ 1 厘米，无压痛，无粘连；（3）持续时间3个月以上。

4.1.3.2 各系统常见的机会性感染及肿瘤：（1）呼吸系统：卡氏肺孢子虫肺炎（PCP）、肺结核、复发性细菌、真菌性肺炎；（2）中枢神经系统：隐球菌脑膜炎、结核性脑膜炎、弓形虫脑病、各种病毒性脑膜脑炎；（3）消化系统：白色念珠菌食道炎，及巨细胞病毒性食道炎、肠炎；沙门氏菌、痢疾杆菌、空肠弯曲菌及隐孢子虫性肠炎；（4）口腔：鹅口疮、舌毛状白斑、复发性口腔溃疡、牙龈炎等；（5）皮肤：带状疱疹、传染性软疣、尖锐湿疣、真菌性皮炎和甲癣；

（6）眼部：巨细胞病毒性及弓形虫性视网膜炎；（7）肿瘤：恶性淋巴瘤、卡波氏肉瘤等。

4.1.3.3 需要注意的是：艾滋病期的临床表现呈多样化，并发症也不尽相同，所发疾病与当地流行率密切相关。

4.2 诊断

4.2.1 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、输入未经抗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，慎重作出诊断。诊断HIV/AIDS必须是HIV抗体阳性（经确认试验证实），而HIV RNA和P24抗原的检测有助于HIV/AIDS的诊断，尤其是能缩短抗体“窗口期”和帮助早期诊断新生儿的HIV感染。

4.2.2 诊断标准

有流行病学史、实验室检查HIV抗体阳性，加上述各项中的任何一项，即可诊断为艾滋病。或者HIV抗体阳性，而CD4⁺ T淋巴细胞数 $<200/\text{mm}^3$ ，也可诊断为艾滋病。

4.3 抗逆转录病毒治疗（ART）

4.3.1 成人及青少年开始ART的指征和时机

急性感染期无论CD4细胞计数为多少，推荐ART。无症状感染期如CD4细胞计数 $>350/\text{mm}^3$ ，无论血浆病毒载量的值为多少，推荐定期复查，暂不ART；如CD4细胞计数在 $200\sim350/\text{mm}^3$ 之间，定期复