



欧洲性传播疾病处理指南

中英性病艾滋病防治合作项目编译

2002年9月

欧洲性传播疾病处理指南



中英性病艾滋病防治合作项目编译

2002年9月

致谢

本书由中英性病艾滋病防治合作项目办公室组织有关专家翻译而成。《欧洲性传播疾病处理指南》摘自《国际性病艾滋病杂志》2001年第12卷第3期增刊。参加此书编译工作的专家有陈祥生、尹跃平、程峰、毕力、陈虹、蒋娟、宋彪、姚煦、徐敏和刘爱英。

特别感谢中国疾病预防控制中心沈洁副主任和英国国际发展部 Jane Haycock 在本书编译过程中给予的大力支持与帮助。

虽然本书译者确有精益求精之态度，但囿于水平，译文中仍恐有不妥之处，敬希广大读者给予指正。

欧洲性传播疾病处理指南

目 录

第一章	绪 论	1
第二章	咨询的组织	4
第三章	HIV 感染的检测	9
第四章	梅毒的处理	18
第五章	淋病的处理	38
第六章	衣原体的处理	43
第七章	生殖器疱疹的处理	50
第八章	肛门生殖器疣的处理	58
第九章	乙肝和丙肝病毒感染的处理	68
第十章	疥疮的处理	77
第十一章	阴虱病的处理	81
第十二章	尿道炎的处理	83
第十三章	龟头包皮炎的處理	90
第十四章	阴道分泌物的处理	98
第十五章	热带生殖器溃疡性疾病的处理	105
第十六章	盆腔炎与肝脏周围炎的处理	112
第十七章	附睾-睾丸炎及急性阴囊肿胀病征的处理	117
第十八章	性获得性反应性关节炎的处理	124

欧洲性传播疾病处理指南

第一章：绪论

一、为什么要制定这些指南？

最简单的答案是希望通过这些指南的出版和发行有助于欧洲国家改进性传播疾病(STI)的处理，具体借助于下列方面得到实现：

- 向医务工作人员提供有依据的建议；
- 向尚未制定本国/地区指南的国家和地区提供有关指南开发方面的帮助；
- 为本科生和研究生教育提供教材；
- 提出目前在证据方面存在的空白，以便指导将来研究的优先领域；
- 为卫生工作决策者和赞助商提供信息资源。

大多数的医务工作者认为，如果他们的医疗服务是基于现有的最佳证据之上，那么对患者的医疗服务将有改善。然而，一些欧洲国家已经由国家级医疗部门开发了这样的指南，但大多数国家还没有。

至于为什么说在欧洲范围内尝试开发这样的指南时机已经成熟，有以下原因几方面的原因：

首先，我们工作、生活和学习的世界已经日趋全球化。在欧洲，这一点表现得尤为明显，欧共体的政治和经济重要性不断提高，在欧共体形成的中期阶段其规模会有明显的增加。

第二，由于东欧国家，以及由前苏联形成的独联体国家(NIS)1990年以来的 HIV 和 STD 流行情况。尽管从 1996/1997 年以后，梅毒流行已经有一定程度的减少，但 HIV 流行并没有减少。大量的流行病学资料证明了这些流行情况。例如，俄联邦国家 2000 年间的新 HIV 感染者人数比以往各年的总和还多。尽管大多数病例是由于静脉吸毒所致，但业已提示可能会发生更加广泛性传播，以及这种传播在现在和将来都存在。其它 STD 也一样，1988-1996 年间俄国梅毒的发病率上升了 62 倍，1998 年的发病水平估计比西欧国家高 200-500 倍。之后，NIS 的报告发病率趋于稳定或有所下降，但这也许在很大程度上或更有可能是由于患者从公立医疗部门治疗转入私立机构，导致病例报告的可信性下降¹⁰，而不是感染发生率的真正下降。这些高感染率的 STD 不仅本身是一个重要的公共卫生问题，也是这些国家 HIV 性传播的一个潜在重要协同因素。因此，显然需要采取合适的措施，包括在 STD 处理中推广采用国际上的最佳实践。希望本指南能够为此作出贡献。

二、这些指南是如何开发的？

1998年，在瑞典歌德堡举行的第15届欧洲 IUSTI STD 和 AIDS 大会上，IUSTI 欧洲分会和 WHO 的欧洲办事处采纳了 Voost Vader 博士（《荷兰 STD 指南》主编，1997）的建议，提出开发欧洲 STD 处理指南。Radcliffe 博士（《英国 STD 指南》主编，1999）同意作为合作主编，后来以主编参与该项目。

随后成立了编辑委员会和国际顾问委员会，从欧洲数个国家中推选专家们并委托他们撰写本指南的初稿。根据编委会和顾问委员会提出的意见，对初稿进行了修改，并通过编委会的会议讨论，达成一致意见，形成第二初稿。后来，这些初稿于 2001 年 2 月至 4 月间被放入 IUSTI 的网页（www.iusti.org）上，让读者提建议，并可以将意见通过网页反馈给编委会。通过 IUSTI 欧洲分会中各国现有的网络广泛征求意见。此外，对针对具体指南提出的意见又主动征求该领域很有建树专家们及 Meheus 博士的意见，后者是 WHO 的 STD 专家委员会成员。指南的最后版本经第二次编委会讨论通过。

本指南目前是以《国际性病艾滋病杂志》增刊的形式刊登。该组织的每个成员都会受到本指南，此外，还有部分是经过 IUSTI 欧洲分会和 WHO 欧洲办事处进行发放。该指南也可以在 IUSTI 的网页[www.iusti.org]和 WHO 的网页[www.who.dk]上查阅。

该指南的内容并不代表有关这些疾病处理的最终观点。尽管我们尽可能避免，但是错误和遗漏在所难免。而且，如果考虑该指南长期使用的话，它们需要根据新的知识和进展不断加以复习和更新。编委会欢迎各方面的改进意见。

总之，我们对所有参加制定这项计划的作者和委员会成员们表达感谢，其中许多人是使用非本国语言进行工作。同时也特别感谢 IUSTI 网络管理者 C Miller 博士、3M 药品公司和 Stiefel 通过慷慨地提供教育基金而解决该出版物的经费问题，以及最后(但并非最不重要)要 Radcliffe 博士的秘书 S Daisley 女士重要的行政和事务性支持。

三、附件

主编：K W Radcliffe 博士（英国伯明翰）。

编委会：P C Van Voorst Vader 博士（荷兰哥罗宁根），J D C Ross 博士（英国伯明翰），R Patel 博士（英国南安普敦），MA Gomberg 博士（俄联邦莫斯科）和 A Poder 博士（爱沙尼亚 Tartu）。

国际顾问委员会：J S Bingham 博士（IUSTI 主席，英国伦敦），D Freedman 博士（爱尔兰都柏林），A Gromyko 博士（HIV/AIDS 和 STD 地区顾问，WHO 欧洲办事处，丹麦哥本哈根），G von Krogh

助教（财务主管，IUSTI 欧洲办事处，瑞典斯得哥尔摩），A Meheus 博士（WHO STD 专家委员会委员，比利时安特卫普），A Stary 博士（IUSTI 欧洲办事处主任，奥地利维也纳）和 M A Waugh 博士（IUSTI 前任主席，英国里兹）。

*致谢：*编委会对下列人员作出的贡献表示谢意：O P Bleker 博士教授（荷兰），J-M Bohbot 博士（法国），M Domeika 博士（瑞典），G-B Lowhagen 助教（瑞典），A F Luger 博士、教授（奥地利），G Luzzi 博士（英国），D Petzoldt 博士教授（德国），D Pillay 博士（英国），M Skerlev 博士、教授（克罗地亚），B Schmidt 博士（奥地利）和 A-M Worm 博士（丹麦）。

参考文献

欧洲性传播疾病处理指南

第二章 咨询的组织

本部分需要结合其他具体感染和症状的欧洲指南内容一起阅读。

人员

开展性传播疾病(STD)的咨询可能需要的人员:

- ◆ 行政管理人員;
- ◆ 护理人员;
- ◆ 医学 — 各学科, 包括: 妇科学, 泌尿学, 综合医疗实践/家庭医学, 以及皮肤性病/泌尿生殖医学的人员。此外, 在发生性侵犯的情况下, 出于法律的缘故可能还需要取得法医学资格和有经验的医生参与;
- ◆ 实验室人员;
- ◆ 其他负责接触者追踪/性伴通知和健康促进干预的人员。

组织上的考虑

以下问题需要考虑:

- ◆ 收集和记录病人特有的信息, 以便能够通过临床系统对患者进行追踪, 从而确保调查的结果能够与具体的患者联系起来, 如姓名、出生日期、联系信息(地址, 电话号码)、通常就诊的保健医生。详细准确的资料依赖于私立诊所和国家医疗保健系统的组织状况;
- ◆ 财政 — 医疗保健(包括处方开出的药物)是: 完全免费, 补贴或从个人保险金中返还。这一点显然是依赖于国家卫生保健体制。

伦理上的考虑

以下问题需要考虑:

- ◆ 对每个自己怀疑有 STD 而就诊的患者, 保密是非常重要的。所有门诊都应该具备明确的保密政策, 并被所有工作人员所了解。对任何在保密方面附加的限制都必须让患者知道。保密在不同的国家有所不同, 取决于卫生保健系统的要求、立法系统, 以及已达成协议的职业伦理标准;

- ◆ 在上述患者中所有的检查、问诊和处理都应该在得到患者本人知情同意后才能进行。这就需要以一种适当的方式向患者提供有关收益与风险的信息。如果这种知情同意无法进行，如在儿童、智力障碍者中，需要保证采取的干预措施只有在使患者能够得到直接收益的情况下才能开展。

伦理考虑不可避免的受到不同国家立法系统、职业道德标准、文化规范的影响。然而，许多欧洲国家也是欧洲人权和生物医学会议理事委员会的签约国，这保证了患者的知情同意(第 5 和 6 条)和隐私权(第 10 条)，并认识到“在公共安全利益，预防犯罪，保护公共健康或保护他人自由和权利”(第 26 条)方面，对这些权利的限制有时也许是必要的。

既往史

包括：

- ◆ 身体症状；
- ◆ 既往 STD 病史；
- ◆ 性接触史，包括：近期性伴的详细信息，性接触采用的方式，是否坚持和正确采用屏障式保护方式；
- ◆ 性伴的症状和诊断；
- ◆ 过去的一般健康状况；
- ◆ 目前服药治疗情况；
- ◆ 已知的药物过敏史；
- ◆ HIV 和乙型肝炎病毒感染的危险因素状况；
- ◆ 女性中其他信息：生育史、月经史、避孕情况，以及如有必要则询问宫颈细胞学筛查情况。

进行 STD 检查和筛查的指征

- ◆ STD 诊断，包括：肛门生殖器疣、生殖器/生殖器周围的传染性软疣、疥疮、阴虱、HIV 感染、乙肝病毒感染；
- ◆ STD 感染的危险行为，尤其是与近期新性伴、多个性伴、有多种性关系的性伴、近期诊断患有 STD 的性伴及具有 STD 症状的性伴发生无保护性插入式性交的情况（见下文）；

- ◆ 参与商业性的性行为，无论是充当妓女还是嫖客；
- ◆ 被认为有性乱或性侵犯者；
- ◆ 存在提示可能患有 STD 的症状和体征：

妇女中：

- 上生殖道症状提示可能有盆腔感染：盆腔疼痛，月经异常，性交疼痛；
- 阴道分泌物；

男性中：

- 尿道分泌物；
- 排尿困难；
- 环状龟头炎；
- 睾丸疼痛；

男女性中：

- 生殖器溃疡；
- 直肠疼痛或流脓（与被动肛交史有关）；
- 单个/少数关节的关节炎；
- 结膜炎；
- ◆ 与上述症状者的性接触；
- ◆ 在考虑女性进行宫颈仪器检查，特别是进行引产，以及在考虑植入宫内节育器和计划进行体外受孕之前需要进行筛查。

体格检查

包括：

- ◆ 男女肛门生殖器部位的检查；
- ◆ 女性窥器检查；
- ◆ 在有上述生殖道症状的妇女中进行盆腔双合诊检查；
- ◆ 在有症状和性接触史指征时，进行男女直肠镜检查；
- ◆ 如有提示症状，必要时进行其他系统检查。

实验室检查

常规检查：

- ◆ 沙眼衣原体；
- ◆ 奈瑟氏淋球菌；
- ◆ 梅毒；
- ◆ HIV 感染；

当有症状、性接触史、体检指征时，检查：

- ◆ 细菌性阴道炎；
- ◆ 白色念珠菌病；
- ◆ 阴道毛滴虫病；
- ◆ 生殖器疱疹；
- ◆ 疥疮；
- ◆ 阴虱；
- ◆ 软下疳；
- ◆ 性病性淋巴肉芽肿；
- ◆ 腹股沟肉芽肿；
- ◆ 乙肝病毒感染。

在决定进行何种检查时也应考虑：

- ◆ 当地的流行病学状况；
- ◆ 临床条件。

诊断和预防

- ◆ 在可行的情况下，诊断和预防最好是基于实验室检查的结果，其原因为：
 - 无症状的感染是常见的，只有通过适当的实验室检查才能排除；
 - 诊断：为了提高诊断的可靠性，由于感染会给患者及其性伴和/或子女带来严重后果；
 - 治疗：为了选择更加合适的治疗，尤其是在能够开展抗生素耐药检测的情况下；
 - 随访：以决定是否进行随访检测（所谓的‘判愈试验’）；
 - 流行病学：使得病例报告，以及流行病学资料向公共卫生机构的反馈更加准确
- ◆ 在开始阶段，也许可以通过使用显微镜或其他“靠近患者”的检测方法来提供基于显微镜方法的诊断；
- ◆ 如果检测结果为弱阳性或阴性，应该告知患者任何检测都有其局限性；
- ◆ 就作出的诊断，应该向患者提供适当和充分的解释，并给予他们提问题的的机会；

- ◆ 在任何可能的情况下，通过提供高质量的书面信息来加强解释工作；
- ◆ STD 的诊断提供了开展健康促进的机会，以减少将来 STD 重复感染的可能性。

治疗

- ◆ 在下列情况下，应该在初诊时给予治疗：
 - 能够在就诊当日作出诊断；
 - 性伴诊断的结果提示可以给予流行病学治疗；
- ◆ 如可行，在诊所内医生的监督下接受单剂量的治疗，最大可能地提高患者的依从性；
- ◆ 在存在有可能传播感染和发生再感染的情况下，都应该建议患者避免无保护性的性交；
- ◆ 对已知怀孕或哺乳的妇女，以及那些不能排除妊娠状况的妇女应给予特殊的照顾。

性伴通知

- ◆ 对所有确诊的 STD 患者都应加以考虑；
- ◆ 确定需要通知哪个性伴依赖于可能的潜伏期和性接触史；
- ◆ 可由医疗保健人员通知或由患者本人通知；
- ◆ 必须符合具体国家的立法和职业伦理框架。

随访

- ◆ 应该考虑对所有的病例；
- ◆ 可通过多种形式，如复诊、打电话；
- ◆ 以下原因可能需要随诊：
 - 向患者通知实验室检测结果；
 - 评估治疗依从性；
 - 询问治疗可能发生的副作用；
 - 评估治疗结果，包括需要进行“判愈实验”；
 - 性伴通知的随访；
 - 加强健康促进信息。

参考文献

欧洲性传播疾病处理指南

第三章 HIV 感染的检测

HIV 检测始于 1985 年，开始作为供血中的 HTLV-3，后来被称为人类免疫缺陷病毒（HIV）的检测方法。HIV 检测是在个体中由卫生部门推荐或由被检测者自己要求所开展的检测 HIV 抗体（或 HIV 抗原/HIV-RNA）的血清学方法。

HIV 检测是在个体或人群水平上用来控制 HIV 感染的最重要的单一措施之一。

在 HIV 感染治疗上的最新进展已经使得人们对高效抗逆转录病毒的治疗寄予希望。然而，不管将来对实施抗逆转录病毒治疗的建议如何改变，开展 HIV 感染的早期诊断仍然是最重要的。

检测前后的保密和咨询必须成为检测过程中的一部分，并且在进行 HIV 检测之前必须得到患者的知情同意。

检测的主要目标是：

- ◆ 为临床干预或筛查目的以确证 HIV 感染的患者；
- ◆ 为处于 HIV 传播危险中的 HIV 阴性者，以及为 HIV 阳性者避免将病毒传给他人所开展的检测前后咨询；
- ◆ 为 HIV 阳性者的性伴提供性伴通知与咨询，以及提供向预防部门的转诊服务。

一、HIV 检测的指征

1. 诊断性 HIV 检测

- ◆ 可能存在 HIV 感染症状和临床体征的患者。有 HIV 感染的症状，但很少是能够明确诊断的。然而，一些症状和体征可使临床医生考虑到早期 HIV 感染的可能性，如发热、淋巴结病、充血、粘膜溃疡形成、肌痛和关节炎。在这些情况下，尽管认为低水平的 HIV-RNA(<10000 拷贝/ml)也许为假阳性，但是，血液 HIV P24 抗原或 HIV-RNA 检测对作出快速诊断是有所帮助的。所有病例都需要进行 HIV 抗体检测的随访；
- ◆ 其他晚期症状也许是患者寻求医疗帮助的原因，其体征可在就诊过程中或住院期间被医务人员所察觉。许多 HIV 感染者根本无症状。

HIV 感染的自然过程，包括 HIV 感染症状出现前的时间，以及所表现出的症状和体征都依赖于个体特征（年龄、性别、遗传、既往健康状况、传染时间、传染方式等）和病毒状况（毒株、是否为多核体病毒、患者病毒载量和 CD4 淋巴细胞水平、病人是否接受了抗病毒治疗等）。

至于 HIV 感染具体症状的描述不在本指南的范围之内。

2. 自愿 HIV 检测

当患者认为自己可能暴露于 HIV 时，他们自己可能会要求 HIV 检测或由医务人员提出这样的检测。

对以下人员应该提供 HIV 检测：

- ◆ 多性伴者；
- ◆ 寻求性传播感染（STI）诊断和治疗的患者，尤其在 STI 诊断后，认为其感染与 HIV 传播危险性增加有关（如非保护性的性交史）；
- ◆ 不常见的 STI 表现（如慢性溃疡性肛周生殖器疱疹）；
- ◆ 对性病治疗效果不佳者；
- ◆ 过去或现在有静脉吸毒史者；
- ◆ 上述人群的性伴，包括通过性伴通知发现的性伴；
- ◆ 从 HIV/AIDS 高流行区返回的人员，要求做 STI 检查者及其性伴；
- ◆ 由于针刺外伤或粘膜或破溃皮肤以外接触到可能含有/不含有 HIV 病毒的体液，如血液、带血的液体或其他有传染性的液体或组织，如精液和阴道分泌物的医务人员或其他人员；
- ◆ 罪犯行凶的受害者，如被强奸或性虐待者；
- ◆ 与已知 HIV 阳性患者有过性接触者，并具有可给予抗逆转录病毒药物预防性治疗的人员；
- ◆ 输入未经 HIV 抗体检测的血液或其他血制品的人（许多国家在 1985 年前）；
- ◆ 孕妇，尤其是暴露于以上一项或多项危险因素孕妇。

二、筛查

筛查指在无症状人群中进行诊断性检测，目的在于早期诊断以助于改善疾病的结局和预防疾病的传播。

自从 1985 年开始提供 HIV 检测以来，这项旨在减少输血所致 HIV 传播的计划其指导原则是对所有捐献的血液进行 HIV 抗体检测。献血前的问卷调查已经滤筛了一部分自上次献血以来具有不安全性行为的人，避免他们在窗口期献血（见下文）。这样可显著减少通过输血导致的 HIV 感染的传播。

在操作方面，HIV 筛查是 HIV 检测方法在下列人群中的系统应用：

- ◆ 所有血液、器官、精液、乳汁和其他组织的捐献者都应进行 HIV 抗体筛查；
- ◆ 所有孕妇应尽可能在怀孕的初期进行 HIV 检测，这一点可列为国家筛查计划的一部分，也可以作为一种个人筛查的行为；
- ◆ 其他相关的目标人群应该做 HIV 检测。

在特殊人群方面，世界卫生组织在其报告中明确指出了 HIV 筛查项目的标准，这种项目的价值必须与其潜在的危害加以认真的权衡。

任何筛查项目应符合的标准在于：检测方法的有效性、可靠性、敏感性、特异性（获得能够接受的阳性或阴性预测值）。阳性 HIV 检测结果必须得到确证，患者得到通知，以及必要时提供治疗。

三、实验室检测

1984 年，在 HIV 病毒被证实后，出现了第一个 HIV 检测方法。通过检测病毒抗体或病毒抗原、核酸、病毒培养来证实 HIV 感染。标准化的检测是 HIV 抗体的血清学检测。有两种类型的 HIV：HIV1 和 HIV2，两者之间有 40-60%氨基酸同源性。HIV1 分为 2 组（M 和 O），M 组又可分为亚型 A 和 I。

1.HIV 抗体试验

- ◆ ELISA/ELA（酶联免疫吸附试验）。最常应用于检测病人血清中 HIV IgG 抗体的试验是 EIA 试验。在酶存在的情况下，病人的 HIV 抗体与 HIV 抗原结合，使无色底物显色，然后用分光光度计检测。该试验普及且价廉。建议对起初阳性的标本再用病毒抗原做第二次检测和/或进行分型以确诊，然后再报告确诊阳性的结果；
- ◆ 蛋白印迹试验。此试验用来检测抗 HIV1 抗体。此外，此试验可以通过电泳方法确定与抗体特异性结合的抗原。尽管对蛋白印迹试验的阳性标准仍有争论，但是该方法已经广泛应用于阳性 EIA 试验的确证，虽然这种检测被认为并不必要。EIA 筛查检测，以及对 EIA 阳性标本进行蛋白印迹试验确证后的敏感性和特异性超过 99.9%。

2.HIV 抗原检测

- ◆ HIV P24 抗原试验。该试验是测定血浆或组织培养上清液中游离病毒抗原（P-24）的量，以及用于在 HIV 感染发病晚期进行的重复检测。

3.病毒培养技术

- ◆ PBMC（外周血单个核细胞）与分离的 HIV1 共同培养。组织培养过程价格昂贵、耗时、劳动强度大和不易成功，故不用于感染的诊断。

4.PCR（聚合酶链反应）

- ◆ PCR 开始于 80 年代末，在许多疾病，包括 HIV 感染的诊断上显现巨大优势。这种高效的技术是通过一系列的复制循环对很少量（少到每 10 万个细胞中 1 个 HIV 拷贝）的靶 DNA 或 RNA 进行扩增；
- ◆ 然而，PCR 扩增的主要问题也是它最大的优势，即敏感性非常之高。一旦不小心污染了试剂或靶 DNA，可导致假阳性的结果。但如果在实验室里由具有经验的人员合理的应用，该技术可以在发生血清学反应之前就能够早期检测到感染；
- ◆ 定量 PCR 测定病毒载量已经成为疾病分期和监测抗逆转录病毒治疗效果的标准方法。该方法也可用于早期 HIV 感染的诊断，尽管使用时需要加以注意（见前面的诊断性 HIV 试验）。

5.准确性

- ◆ 新的和更加敏感性的检测方法可缩短窗口期至 3-4 周，但是 HIV 血清学方法还是很好的，报告的结果为阳性、阴性和不确定。阳性的标准为：ELISA 试验重复阳性，之后蛋白印迹的结果也为阳性。不确定结果最常见于 EIA 和蛋白印迹的一条带，通常是 P-24 阳性。出现不确定结果的原因主要是血清状况的改变和不同抗体或自身抗体的交叉反应；
- ◆ 从未感染过 HIV-1 或 HIV-2 的来自低危人群出现不确定结果，3-12 周后应进行重复检测加以随访。

6.窗口期

- ◆ 从 HIV 传染到血清阳性这一段延迟期，通常小于 3 个月（见上）。偶尔，有些病例具有较长的窗口期。

7.HIV-2

- ◆ HIV2 最初发现于西非国家。EIA 试验中含 HIV-2 抗原，如患者感染上 HIV-2，该试验可为阳性。

8.假阳性 HIV 试验

- ◆ 临床和实验室管理上的错误（如样本或表格的错误编号）可造成向 HIV 检测的患者提供错误的结果。因此，建议对所有 HIV 抗体阳性的患者再抽一份血样进行同样的 HIV 抗体检测；
- ◆ HIV 试验假阳性意味着 EIA 和蛋白印迹试验结果均为阳性。在低感染率人群中筛查时假阳性发生率为 0.0004-0.0007%；
- ◆ 出现假阳性结果的最常见原因为疫苗接种。然而，已有病例报告，出现在系统性红斑狼疮和晚期肾病患者中；
- ◆ 用血浆 HIV-RNA 方法筛查患者也会出现假阳性的结果，需要常规血清学试验加以证实。

四、HIV 检测的管理

进行 HIV 抗体试验最常见的原因有：

- ◆ 医务人员建议进行 HIV 试验；
- ◆ 患者自己要求进行 HIV 试验。一般只要患者提出，都应进行检测，除非在 HIV 检测被列为减低危害策略的一部分，而避免患者重复进行检测的情况下；

所有的检测都应该以自愿为基础，并提供匿名检测的机会（见提供附加检测）。任何 HIV 检测方法都必须遵循以下原则：

- ◆ 保密；
- ◆ 知情同意；
- ◆ 检测前/后的咨询。

1.保密

医患之间的保密不是绝对的，然而考虑到 HIV 检测情况，必须受到一定的保护从而使患者能够获得最佳照顾，以及达到鼓励人们寻求检测和咨询的目的；

保密的提供依赖于具体国家的法律框架。如何提供应该与患者进行讨论，如果由于保密原因而使患者拒绝接受检测，则应提供匿名检测。

2.知情同意

- ◆ 作为常规，患者同意是进行任何医疗治疗的必要条件。否则，个人的完整性和隐私会