

2015 年美国疾病控制中心性传播疾病的 诊断和治疗指南 (续)

——沙眼衣原体感染的诊断和治疗指南

CDC 2015 Guideline for the Diagnosis and Treatment of Chlamydia Trachomatis

樊尚荣, 周小芳 (编译)

【关键词】 沙眼衣原体; 诊断; 治疗

【Key words】 Chlamydia trachomatis; Diagnosis; Treatment

【中图分类号】 R 374.1 【文献标识码】 A doi: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.26.002

樊尚荣, 周小芳 (编译). 2015 年美国疾病控制中心性传播疾病的诊断和治疗指南 (续) ——沙眼衣原体感染的诊断和治疗指南 [J]. 中国全科医学, 2015, 18 (26): 3132-3133. [www.chinagp.net]

Fan SR, Zhou XF. CDC 2015 guideline for the diagnosis and treatment of chlamydia trachomatis [J]. Chinese General Practice, 2015, 18 (26): 3132-3133.

1 青少年和成人沙眼衣原体 (CT) 感染

1.1 诊断 泌尿生殖道 CT 感染是美国最常见的传染性疾病, 在 ≤24 岁人群中发病率最高。泌尿生殖道 CT 感染在妇女中可通过测试尿液或宫颈管或阴道拭子诊断。男性 CT 尿道感染可通过测试尿液或尿道拭子诊断。对有肛交的患者直肠 CT 感染可通过直肠拭子诊断。

核酸扩增试验 (NAATs) 是美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准用于尿液或阴道拭子最敏感的诊断 CT 感染的方法。在一些已达到临床实验室改进修正案 (CLIA) 要求的实验室中, NAATs 可用于检测 CT 直肠拭子标本。有研究表明患者自取样直肠标本与医生取样直肠标本在使用 NAATs 法检测时结果一致, 且更易被接受。患者自取样直肠标本可作为医生取样直肠标本的替代方法。FDA 已批准某些 NAATs 检测液基细胞学标本 CT。对 CT 感染患者还应测试其他性传播疾病 (STD), 如人类免疫缺陷病毒 (HIV)、淋病和梅毒感染。

1.2 治疗 治疗被感染的患者可预防并发症和防止 CT 传播到性伴。治疗性伴有防止患者再感染和感染其性伴。CT 常常和淋病奈瑟菌 (NG) 感染同时出现。对妊娠妇女需要防止 CT 传播到新生儿。一旦发现衣原体阳性, 必须立即予以治疗。

1.2.1 推荐方案 阿奇霉素 1 g, 单次顿服或多西环素 100 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d。一项随机试验显示多西环素缓释片 200 mg, 口服, 1 次/d, 共 7 d, 其疗效与

多西环素 100 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d 相同, 且胃肠道反应更少, 但花费较高。在治疗泌尿生殖道 CT 感染时多西环素缓释片 200 mg, 口服, 1 次/d, 共 7 d 可作为多西环素 100 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d 的选择方案。

1.2.2 替代方案 红霉素碱 500 mg, 口服, 4 次/d, 共 7 d 或琥乙红霉素 800 mg, 口服, 4 次/d, 共 7 d 或氧氟沙星 300 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d 或左氧氟沙星 500 mg, 口服, 1 次/d, 共 7 d。

1.2.3 随访 除怀疑治疗依从性差、症状持续存在或再感染者外, 不推荐对应用推荐方案或替代方案治疗的患者在完成治疗 3~4 周后进行随访评价疗效, 不推荐在完成治疗 3 周内用 NAATs 检测衣原体。CT 感染者应该在治疗后 3 个月复查。如不能在治疗后 3 个月复查, 则应在初步治疗后 12 个月内患者再次就诊时复查 CT。

1.2.4 性伴管理 对患者开始出现症状或诊断 CT 感染的前 60 d 内接触的性伴进行检查和治疗 CT 感染。在患者和其性伴治愈前避免性接触。最后与患者接触的性伴, 即使在 60 d 前接触, 也应给予检查和治疗。对不能来院检查的性伴, 可提供给其抗生素进行流行病学治疗。但这种流行病学治疗原则不适用于男男同性性行为 (MSM) 人群。对 CT 感染患者, 应书面告知衣原体阳性要面临的问题、治疗的重要性及出现药物过敏或并发症 (如男性睾丸痛或女性下腹痛) 时就诊。并告知性伴在治疗后 7 d 内禁止性生活。CT 感染患者治疗时携性伴就诊是确保性伴治疗的另一方法。

2 妊娠期 CT 感染

2.1 推荐方案 阿奇霉素 1 g, 单次顿服。

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); 安徽医科大学 (周小芳)

2.2 替代方案 阿莫西林 500 mg, 口服, 3 次/d, 共 7 d 或红霉素碱 500 mg, 口服, 4 次/d, 共 7 d 或红霉素碱 250 mg, 口服, 4 次/d, 共 14 d 或琥乙红霉素 800 mg, 口服, 4 次/d, 共 7 d 或琥乙红霉素 400 mg, 口服, 4 次/d, 共 14 d。在妊娠期间禁用多西环素、氧氟沙星、左氧氟沙星和依托红霉素。在妊娠期应用阿奇霉素治疗 CT 感染是安全和有效的。

2.3 随诊 在治疗完成 3~4 周后复查评价疗效, 所有确诊衣原体感染的孕妇需 3 个月后复查。

2.4 HIV 感染 HIV 阳性患者治疗方案与 HIV 阴性患者相同。

3 新生儿和儿童 CT 感染

3.1 新生儿 CT 眼炎 出生 <30 d 的新生儿结膜炎应考虑 CT 感染, 如果母亲有 CT 感染史更提示新生儿眼炎由 CT 感染引起。尽管红霉素眼膏预防新生儿 CT 眼炎的疗效尚不清楚, 但可有效预防 NG 眼炎的发生, 应当使用。

3.1.1 诊断 诊断 CT 眼炎的敏感方法包括培养和非培养测试 (例如直接免疫荧光法 (DFA), 酶联免疫法 (EIA) 和 NAATs)。标本必须包含结合膜细胞, 而不仅仅是分泌物。诊断为 CT 感染不仅要治疗新生儿, 也提示需要治疗患儿母亲和其性伴。标本需同时检测 CT 和 NG。DFA 是 FDA 批准的唯一一项用于结膜拭子标本 CT 感染的非培养测试方法。

3.1.2 推荐方案 红霉素碱或琥乙红霉素 $50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 分 4 次口服, 共 14 d。

3.1.3 替代方案 阿奇霉素混悬剂 $20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 口服, 1 次/d, 共 3 d。不主张单独局部采用抗生素治疗 CT 眼炎。应用全身治疗者不需要再局部用药。

3.1.4 随诊 红霉素有效率约 80%, 可能需要第 2 个疗程治疗。有报道称, 以红霉素治疗周龄 <6 周的婴儿, 口服红霉素与婴儿肥大性幽门狭窄 (IHPS) 的发生有相关性。应对用红霉素治疗的婴儿进行随诊, 观察有无 IHPS 的症状和体征。尚无证据表明阿奇霉素治疗新生儿眼炎的疗效, 因此需随诊以确定疗效。同时也需要考虑 CT 肺炎可能。

3.1.5 管理母亲和其性伴 对 CT 感染新生儿的母亲和其性伴也应该给予评价。

3.2 新生儿 CT 肺炎 新生儿 CT 肺炎通常发生在 1~3 个月婴幼儿, 是一种亚急性肺炎。对年龄在 1~3 个月所有怀疑有肺炎的婴幼儿进行 CT 检测。新生儿 CT 肺炎主要表现包括: (1) 重复发生的短促咳嗽和呼吸促迫; (2) X 线检查显示肺充气过度和弥漫性浸润。嗜酸粒细胞增多 (≥ 400 个细胞/ mm^3)。患儿气促罕见, 通常无典型发热。

3.2.1 诊断 从鼻咽部采集标本检测 CT。培养法是诊断 CT 肺炎的金标准。非培养法诊断鼻咽部 CT 感染的灵敏度低于眼部 CT 感染。美国 FDA 仅批准 DFA 测试用于鼻咽部 CT 感染, 但其灵敏度及特异度均较培养法低。如果采集到气管吸出物或肺活检标本, 均应检测 CT。

3.2.2 推荐方案 红霉素碱或琥乙红霉素 $50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 分 4 次口服, 共 14 d。

3.2.3 替代方案 阿奇霉素 $20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 1 次/d, 共 3 d。

3.2.4 随诊 红霉素有效率约 80%, 可能需要第 2 个疗程治疗。推荐对新生儿随诊以确定肺炎是否治愈, 一些 CT 肺炎患儿在儿童期可能出现肺功能异常。

3.2.5 管理母亲和其性伴 对 CT 感染患儿的母亲和其性伴也应该给予评价和按推荐的方案治疗。

3.2.6 CT 感染母亲分娩的新生儿 未治疗的 CT 感染母亲其新生儿有感染 CT 的高危因素, 但并不推荐对这些新生儿应用抗生素预防, 应严密监测和在症状发展时治疗。

3.3 儿童 CT 感染 围生期 CT 感染鼻咽部、泌尿生殖器官和直肠后, 感染可持续 2~3 年。对性虐待儿童也应考虑 CT 感染的可能。

3.3.1 诊断 NAATs 可用于女童阴道和尿液标本检测, 但不推荐用于男童和性器官以外的部位 (直肠和口咽)。培养法仍是检测男童和性器官以外的部位 (直肠和口咽) CT 感染的首选方法。不推荐使用非培养法, 如 DFA 用于儿童 CT 感染的诊断。

3.3.2 推荐方案 患儿体质量 <45 kg: 红霉素碱或琥乙红霉素 $50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 分 4 次口服, 共 14 d。有关阿奇霉素治疗体质量 <45 kg 的 CT 感染患儿的疗效及最佳剂量的研究资料有限。患儿体质量 $\geq 45 \text{ kg}$, 年龄 <8 岁: 阿奇霉素 1 g, 单次顿服。患儿体质量 $\geq 45 \text{ kg}$, 年龄 ≥ 8 岁: 阿奇霉素 1 g, 单次顿服或多西环素 100 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d。

3.3.3 随诊 必须在治疗 2 周后通过培养法确定疗效。

译者点评:

2015 年版指南对沙眼衣原体感染的诊断和治疗推荐更新较少。继续推荐 NAATs 作为金标准检测 CT 感染患者的部分标本。继续推荐患者在标准方案治疗后, 无需在完成治疗 3~4 周后评价疗效, 强调在完成治疗后 3 个月内复查 CT。新增多西环素缓释片 200 mg, 口服, 1 次/d, 共 7 d 方案, 其疗效与多西环素 100 mg, 口服, 2 次/d, 共 7 d 相似, 可作为选择方案。妊娠期 CT 感染治疗中, 将推荐方案中的阿莫西林治疗方案更改为替代方案, 强调对所有确诊的 CT 阳性孕妇在治疗完成 3~4 周后复查评价疗效, 同时在 3 个月内复查 CT。治疗新生儿 CT 眼炎和肺炎的替代方案中增加了阿奇霉素的方案。新增儿童 CT 感染必须在治疗 2 周后通过培养法确定疗效。

(原文见《中国全科医学》杂志官网: <http://www.chinagp.net>)

(收稿日期: 2015-08-11)

(本文编辑: 贾萌萌)