

为了预防、控制和消除性病的发生和蔓延，保护人体健康，根据《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定，中华人民共和国卫生部在2025年8月制定了《性病诊疗规范和性病治疗推荐方案》。它对性病的防治有指导和规范作用，各级性病防治人员应根据各地的具体情况，灵活使用。

中国卫生部性病诊疗规范和性病治疗推荐方案

(2025...)

非淋菌性尿道炎（粘液脓性宫颈炎）诊疗规范（试行）

尖锐湿疣诊疗规范（试行）

性病性淋巴肉芽肿诊疗规范（试行）

生殖器疱疹诊疗规范（试行）

软下疳诊断标准及处理原则

淋病诊断标准及处理原则

梅毒诊断标准及处理原则

HIV/AIDS 诊断标准及处理原则

附：[性病治疗推荐方案（2000年）](#)

梅毒治疗方案

淋病治疗方案

非淋菌性尿道炎（粘液脓性宫颈炎）的治疗方案

尖锐湿疣的治疗方案

软下疳的治疗方案

性病性淋巴肉芽肿的治疗方案

生殖器疱疹治疗方案

艾滋病的治疗方案

性病诊疗规范

非淋菌性尿道炎（粘液脓性宫颈炎）诊疗规范（试行）

(nongonococcal urethritis (mucopurulent cervicitis), NGU)(MPC)

1、诊断标准

NGU 及 MPC 的诊断应根据临床及实验室检查结果综合分析。

1.1 接触史 患者有非婚性接触史或配偶感染史。

1.2 临床表现

潜伏期平均为 1~3 周。男性病人表现为尿道炎，常有尿痛或尿道分泌物。尿痛的程度比淋病轻，有时仅表现为尿道的刺痛和痒。尿道分泌物常有浆液性或粘液脓性，较稀薄，量也较少。女性病人有尿急、尿痛等尿道炎症状，但主要为宫颈内膜炎。宫颈有充血、水肿、触之易出血、黄色粘液脓性分泌物增多以及下腹部不适等症状。但也有相当数量的病人症状轻微或无任何临床症状。

1.3 实验室检查

用涂片、培养检查，无淋病奈瑟菌的证据。男性尿道分泌物革兰染色涂片检查可见多形核白细胞，在油镜（1000 倍）下平均每视野 ≥ 5 个为阳性。晨起首次尿或排尿间隔 3~4 小时的尿液（前段尿 15ml）沉渣在高倍镜（400 倍）视野下，平均每视野 ≥ 5 个多形核白细胞有诊断意义。或者男性病人 < 60 岁，无肾脏疾病或膀胱感染、无前列腺炎或尿路机械损伤，但尿白细胞酯酶试验阳性者也可诊断为 NGU。女性宫颈粘液脓性分泌物，黄色，在油镜（1000 倍）下平均每视野多形核白细胞 > 10 个有诊断意义（但应除外滴虫感染）。

目前由于对衣原体的培养和诊断试剂盒的使用尚无条件或不够规范，临床实验室诊断中只需见到有炎症细胞（多形核白细胞）并排除淋球菌感染即可作出诊断。

1.4 病例分类

1.4.1 报告病例 具备 1.1、1.2 及 1.3 各项指标。

1.4.2 确诊病例 经实验室检查，可证实有沙眼衣原体或其他致病的病原体。

2 处理原则

2.1 治疗原则

2.1.1 早期诊断、早期治疗。

2.1.2 及时、足量、规则治疗。

2.1.3 不同病情采用不同的治疗方案。

2.1.4 同时治疗性伴。

2.2 判愈与预后 病人的自觉症状消失。男性病人无尿道分泌物，尿沉渣无白细胞；女性病人宫颈内膜炎临床表现消失。在判愈时，一般可不作病原体检查。

NGU(MPC) 经及时正规治疗，预后良好。如病人经治疗但症状持续存在，或症状消失后又出现，最可能的原因是其性伴未经治疗，发生再感染，或是由于引起尿道炎或宫颈炎其他原因的存在，应劝告病人复诊以查明原因。

2.3 管理及预防：要加强防治性病的宣传教育，早期发现患者并给予有效治疗。加强性伴通知，在高危人群中进行筛查，发现和治疗患者。

加强对患者的管理。在患病期间不从事可能扩散疾病的职业，如保育员、护理及浴室工作等。在医院及托儿所等处如发现工作人员患病及入托幼儿有外阴阴道炎，要注意观察。为防止间接传染应分开使用体温表，对浴室、毛巾及床单应进行消毒。

为预防感染，性伴任何一方染有本病未彻底治愈之前，应避免性生活，并应严格分开使用毛巾、脸盆、床单等可致传染的物品；污染物可煮沸消毒。

个人预防可用避孕套。

尖锐湿疣诊疗规范（试行）

(condyloma acuminatum)

1、诊断标准

1.1 接触史 有非婚性接触史、配偶感染史或间接感染史。

1.2 临床表现

1.2.1 男性及女性在生殖器、会阴或肛门周围，偶见口腔、乳房等处出现多个粉红色、灰白色或灰褐色丘疹或乳头状、鸡冠状或菜花状高起的赘生物。少数呈乳头瘤样增殖的巨大型尖锐湿疣，即 Buschke-Loewenstein 巨大型尖锐湿疣。

1.2.2 症状 自觉有痒感、异物感、压迫感或疼痛，常因皮损脆性增加而出血。女性可有白带增多。

1.2.3 女性患尖锐湿疣应与假性湿疣（绒毛状小阴唇），男性应与珍珠样阴茎丘疹相区别。男性及女性还要与扁平湿疣、鲍温样丘疹病、生殖器汗管瘤等相鉴别。

1.2.4 用 5% 醋酸液涂抹皮损处，3~5 分钟后变白。

1.3 实验室检查

1.3.1 皮损活检 有 HPV 感染的特征性凹空细胞的组织病理学变化特点。

1.3.2 必要时在皮损活检中用抗原或核酸检测显示有 HPV 。常见的是 HPV6 、11 型，少见为 HPV16 、18 型。

1.4 病例分类

1.4.1 报告病例 具备 1.1 及 1.2 指标

1.4.2 确诊病例 具备 1.1、1.2 及 1.3 中的任何一项指标。

2 处理原则

2.1 治疗原则

2.1.1 注意患者是否同时有淋球菌、衣原体、支原体、滴虫、霉菌等病原体感染，如有，应同时治疗。

2.1.2 患者配偶与性伴若有尖锐湿疣或其他性病，应同时治疗。

2.1.3 治疗期间避免性生活。

2.2 判愈及预后

判愈标准是去除增生疣体，尖锐湿疣预后一般良好，但复发率较高。

2.3 管理及预防

2.3.1 尖锐湿疣每例患者只应报告一次。过去未曾诊断的患者首次诊断时应报告。

2.3.2 尖锐湿疣患者应避免性生活，或使用避孕套，以防传染给配偶。

2.3.3 患者应及早治疗。

2.3.4 严格遵守一夫一妻制是预防本病的最佳方法。

性病性淋巴肉芽肿诊疗规范（试行）

(lymphogranuloma venereum, LGV)

1、诊断标准

1.1 接触史 有非婚性接触史或配偶感染史。

1.2 临床表现

本病由沙眼衣原体 L1、L2、L3 型引起。

1.2.1 潜伏期 5~21 天，平均 7~10 天。

1.2.2 早期有初疮，在外生殖器部位出现单个（偶有多个）小丘疹、糜烂、溃疡，数日后自愈。

1.2.3 1~4 周后出现单侧腹股沟淋巴结肿大、压痛。它可被腹股沟韧带上下分隔形成“沟槽征”。破溃形成瘰管似“喷水壶状”，愈后遗留瘢痕。可有发热、关节痛、肝脾肿大、结节性红斑等。

1.2.4 晚期发生直肠狭窄、生殖器象皮肿。

1.3 实验室检查

1.3.1 在感染 4 周后用衣原体作补体结合试验呈阳性，1:64 以上有诊断意义。或作微量免疫荧光血清学试验。

1.3.2 肿大的淋巴结作病理检查有星状脓疡，周围有上皮细胞栅状排列。淋巴结抽取物中的白细胞用免疫荧光法显示有包涵体。有条件可作沙眼衣原体培养。

1.4 病例分类

1.4.1 报告病例 具备 1.1 及 1.2 各项指标。

1.4.2 确诊病例 具备 1.1、1.2、1.3 各项指标。

2 处理原则

2.1 治疗原则 诊断必须明确；治疗越早效果越好；治疗必须规则足量，完成规定疗程；治疗后要经过足够时间定期追踪观察；性伴必须同时接受检查治疗；治疗前及治疗期间避免性生活。

2.2 判愈及预后 经正规治疗后，患者活动性症状和体征消失。早期治疗预后良好，晚期可发生直肠狭窄、象皮肿等后遗症。

2.3 管理及预防 避免非婚性接触，最近与患者有性接触者应作预防性治疗。可参考其他性病有关措施。

生殖器疱疹诊疗规范（试行）

(genital herpes)

1 诊断标准

1.1 接触史 有非婚性接触史或配偶感染史。

1.2 临床表现

本病由单纯疱疹病毒引起，可分为原发性和复发性两种临床表现。

1.2.1 原发性生殖器疱疹

1.2.1.1 潜伏期 3~14 天

1.2.1.2 外生殖器或肛门周围有群簇或散在的小水疱，2~4 天后破溃形成糜烂或溃疡，自觉疼痛。

1.2.1.3 腹股沟淋巴结常肿大，有压痛。

1.2.1.4 患者常发热、头痛、乏力等全身症状。

1.2.1.5 病程约 2~3 周。

1.2.2 复发性生殖器疱疹

原发皮损消退后皮疹反复发作，复发性生殖器疱疹较原发性全身症状及皮损轻，病程较短。

1.2.2.1 起疹前局部有烧灼感，针刺感或感觉异常。

1.2.2.2 外生殖器或肛门周围群簇小水疱，很快破溃形成糜烂或浅溃疡，自觉症状较轻。

1.2.2.3 病程 7~10 天。

1.3 实验室检查

有条件必要时作下列检查。

1.3.1 细胞学检查 (Tzanck 涂片)

以玻片在疱底作印片，Wright 染色或 Giemsa 染色，显微镜下可见到具特征性的多核巨细胞或核内病毒包涵体。

1.3.2 检测病毒抗原 从皮损处取标本，以单克隆抗体直接荧光法或酶联免疫吸附法 (ELISA) 检测单纯疱疹病毒抗原。

1.3.3 病毒培养 从皮损处取标本作病毒培养，发现有单纯疱疹病毒和细胞病变。

1.4 病例分类

1.4.1 报告病例 具备 1.1, 1.2 指标

1.4.2 确诊病例 具备 1.1、1.2 指标及 1.3 任何一项指标。

2 处理原则

2.1 治疗原则 及时足量使用抗病毒药物，减轻症状、缩短病程和控制疱疹的传染和复发。

2.2 判愈与预后 患处疱疹损害完全消退，疼痛、感觉异常以及淋巴结肿痛消失。虽易复发，但愈后好。

2.3 管理与预防 首次诊断的生殖器疱疹病例应报告。其余可参考尖锐湿疣的管理与预防。

中华人民共和国卫生部行业标准

软下疳诊断标准及处理原则

(Diagnostic criteria and principles of management of chancroid)

1 诊断标准

软下疳必须根据病史、体检和实验室检查结果进行综合分析，慎重作出诊断。

1.1 接触史

有非婚性行为史及性伴感染史，对来自流行区的感染者更应询问性接触史。

1.2 临床表现

本病为杜克雷嗜血杆菌(*Haemophilus ducreyi*)感染而引起，潜伏期 3~7 天。病损主要发生于性接触中组织易损伤的部位，男性多在冠状沟、包皮、龟头、会阴等处；女性多在小阴唇、大阴唇和后联合处。生殖器外可见于肛门、大腿上部、口腔和手指部。初发为外生殖器部位的炎性小丘疹，1~2 天后迅速变为脓疱，破溃形成疼痛性溃疡，溃疡呈圆形或卵圆形，边缘不整，可潜行穿凿，周围皮肤潮红。溃疡基底柔软，为肉芽组织，易出血，覆以脓性分泌物。单个溃疡 3~20mm 大小，也可发生多发的卫星状溃疡，伴有不同程度的疼痛，有时发生于女性阴道和宫颈部位的溃疡可以不痛。约 50% 的患者发生急性、疼痛性腹股沟淋巴结炎(横痃)，表面皮肤红肿，可破溃。由于自身接种，感染也可播散到身体其他部位的皮肤和粘膜。

1.3 实验室检查

1.3.1 涂片：从溃疡或横痃处取材涂片作革兰染色，镜下可见革兰阴性短杆菌，呈长链状排列，多条链平行，似“鱼群状”，可考虑为 *H. ducreyi* 但涂片的敏感性大约为 50%。另外溃疡中其他革兰阴性菌可造成假阳性。

1.3.2 培养：标本在选择性培养基上培养，可出现典型菌落，取典型菌落作细菌涂片，可见到革兰阴性杆菌。细菌经分离鉴定，可明确为 *H. ducreyi*

临床诊断：根据 1.1、1.2 进行，1.3.1 只作参考，但应符合：①发生在 7 天以上的溃疡，用暗视野显微镜检查溃疡组织液查不到梅毒螺旋体，或梅毒血清学试验阴性；②临床上排除溃疡为单纯疱疹病毒 (HSV) 感染，或 HSV 培养阴性。

2 治疗原则

应遵循及时、足量、规则用药的原则，根据不同的病情采用相应的治疗方案。注意在未排除梅毒硬下疳之前不要应用能掩盖梅毒诊断的药物。治疗期间应避免性生活，如性伴有感染的可能，应同时接受治疗。疗后应进行随访判愈。

3 临床治愈

判愈时，应根据临床和病原学检查，一般两者是一致的，如病原体持续存在应判未愈。临床上开始治疗后 7~14 天，溃疡疼痛减轻、脓液消失，一般在 28 天内上皮再生完全愈合。横痃的愈合需时稍长。少数患者由于病原体存在，在治疗 10 天内原损害部位可有复发。而再感染一般发生在新的性接触之后，通常损害发生在新的部位。

4 管理及预防

加强性病防治宣传教育，减少传染及播散。早期发现病人给予合理治疗并注意耐药菌株的出现。要追踪病人的传染源及接触者，对患者发病前 10 天内的性接触者，不论其有无症状，均应同时接受治疗。特别要注意在高危人群中发现病人。在软下疳多发地区，可开展生殖器溃疡的病征处理。在疾病未彻底治愈之前，除避免性生活外，注意个人卫生，分开使用毛巾、面盆、浴盆、床单等可致传染的媒介物品，污染物可煮沸消毒。个人预防可使用避孕套。

中华人民共和国卫生部行业标准

淋病诊断及处理原则

(Diagnostic criteria and management of gonorrhoea)

1 诊断标准

淋病必须根据病史、体检和实验室检查结果进行综合分析，慎重作出诊断。

1.1 接触史

有婚外或婚前性行为，性伴感染史，或与淋病患者共用物品史，或新生儿的母亲有淋病史等。淋病潜伏期 1~10 天，平均 3~5 天。

1.2 临床表现

1.2.1 男性：尿痛、尿道口红肿、溢脓，可有尿急、尿频及伴有全身不适。

1.2.2 女性：白带增多、脓性；有腰痛、下腹痛、子宫颈红肿、宫颈口糜烂、有脓性分泌物。前庭大腺部位可发生红肿及疼痛。可有较轻的尿急、尿频、尿痛、尿道口红肿及脓性分泌物。幼女可有外阴阴道炎、外阴及肛门周围皮肤粘膜红肿，阴道溢脓。

1.2.3 有合并症的淋病，男性可出现前列腺炎、精囊炎、附睾炎、尿道狭窄；女性可出现输卵管炎、盆腔炎；严重时发生播散性感染，表现为寒战、高烧、皮疹、关节炎、心包炎、心内膜炎等全身症状。

1.2.4 其他部位淋病

淋菌性眼结膜炎：结膜充血水肿，有大量脓性分泌物。新生儿淋菌性结膜炎大部分是分娩时经患淋病的母亲产道所感染，多为双侧。成人结膜炎常是患者自身或性伴的泌尿生殖道淋球菌感染的分泌物，通过手指或毛巾等污染眼睛被感染，多为单侧。

淋菌性咽炎和直肠淋病与淋病患者有口交或肛交行为而感染。

1.3 实验室检查

1.3.1 涂片：取尿道或宫颈分泌物涂片作革兰染色，镜下可见大量多形核白细胞。多个多形核白细胞内可见数量多少不等的革兰阴性双球菌。此法对女性患者检出率低，可有假阴性，必要时应作培养。

1.3.2 培养：标本在选择性培养基上培养，可出现典型菌落。氧化酶试验阳性。取典型菌落作细菌涂片，可见到革兰阴性双球菌。

诊断：根据 1.1~1.3 进行。

如标本取自生殖器以外部位，儿童或在法医学上有重要意义时，则必须对培养的菌株经糖发酵试验，荧光抗体试验进一步鉴定确证。

2 治疗原则

应遵循及时、足量、规则用药的原则，根据不同的病情采用相应的治疗方案。性伴如有感染应同时接受治疗。疗后应进行随访判愈。

3 临床治愈

治疗结束后两周内，在无性病接触史情况下，符合如下标准为治愈：a.症状和体征全部消失；b.在治疗结束后 4~8 天内从患病部位取材，作涂片和培养均阴性。

4 管理及预防

首先要进行社会一级预防，加强性病防治宣传教育。要重视二级预防，早期发现病人给予合理治疗。可在高危人群中进行筛查，以及追踪病人的传染源及接触者。同时加强对淋病患者的管理。在患病期间不能从事可能扩散疾病的职业，如保育员、护理及浴室工作人员等。在

医院及托儿所等如发现工作人员患有淋病及入托幼儿有外阴阴道炎，要严加注意，例如规定分用体温表，浴盆、毛巾及床单应消毒等。

淋病属常见病之一，根据民政部有关规定，患有性病尚未治愈者，暂不予以登记结婚。

为预防感染，性伴任何一方染有淋病未彻底治愈之前，应避免性生活，并应严格分开使用毛巾、面盆、浴盆、床单等可致传染的媒介物品；污染物品可煮沸消毒。

个人预防可用避孕套或避孕套与杀精剂合用。在性接触后不滥用抗生素，因为可能发生耐药菌株及对抗生素过敏等问题。为预防新生儿发生淋菌性眼炎，应在出生后 1h 以内用抗生素或硝酸银眼药水滴眼。推荐应用：1% 硝酸银眼药水或 1% 四环素眼药膏，或 0.5% 红霉素眼药膏点眼 1 次。

中华人民共和国卫生部行业标准

梅毒诊断标准及处理原则

(Diagnostic criteria and management of syphilis)

1 诊断标准

梅毒诊断必须根据病史、临床症状、体检和实验室检查结果进行综合分析，慎重作出诊断。

1.1 接触史

应注意感染史、婚姻史、妊娠史、生育史等。对胎传梅毒应了解生母梅毒病史。

1.2 体格

应作全面体格检查，注意全身皮肤、粘膜、骨骼、口腔、外阴、肛门及表浅淋巴结等部位，必要时进行心脏血管系统及其他系统检查及妇科检查等。

1.3 实验室检查

1.3.1 暗视野显微镜检查梅毒螺旋体。

1.3.2 梅毒血清学试验：非梅毒螺旋体抗原结合试验，如 VDRL、RPR、USR 试验等，为筛查试验。梅毒螺旋体抗原结合试验，如 TPHA、FTA-ABS 试验等，为证实试验。

1.3.3 组织病理检查。

2 梅毒分期诊断标准

2.1 一期梅毒

2.1.1 病史：有感染史，潜伏期一般为 2~3 周。

2.1.2 临床表现

a.典型硬下疳：一般单发，1~2cm 大小，圆形或椭圆形，稍高出皮面，呈肉红色的糜烂面或潜在性溃疡。创面清洁，分泌物少，周边及基底浸润明显具软骨样硬度，无痛。多发生于外生殖器，也可见于肛门、宫颈、口唇、乳房等部位。

b.腹股沟或患部近卫淋巴结可肿大，常为数个，大小不等，质硬，不粘连，不破溃，无痛。

2.1.3 实验室检查

a.暗视野显微镜检查：皮肤粘膜损害或淋巴结穿刺液可见梅毒螺旋体。

b.梅毒血清学试验：梅毒血清学试验阳性。如感染不足2~3周，非梅毒螺旋体抗原试验，可为阴性。应于感染4周后复查。

疑似病例：具备2.1.1及2.1.2为疑似病例。

确诊病例：疑似病例如加2.1.3任何一项为确诊病例。

2.2 二期梅毒

2.2.1 病史：有感染史，可有二期梅毒史，病期2年以内。

2.2.2 临床表现

a.皮疹为多形态，包括斑疹、斑丘疹、丘疹、鳞屑性皮炎及脓疱等，常泛发对称；掌、跖易见暗红斑及脱屑性斑丘疹；外阴及肛周皮疹多为湿丘疹及扁平湿疣等，不痛但瘙痒。头部可出现虫蛀样脱发。二期复发梅毒，皮损局限，数目较少，尚可见环形皮疹。

b.口腔可发生粘膜斑，尚可出现眼损害、骨损害、内脏及神经系统损害等。

c.全身可出现轻微不适及浅表淋巴结肿大。

2.2.3 实验室检查

a.暗视野显微镜检查：二期皮疹尤其扁平湿疣、湿丘疹及粘膜斑，易查见梅毒螺旋体。

b.梅毒血清学试验（非梅毒螺旋体抗原试验及梅毒螺旋体抗原试验）为强阳性。

疑似病例：具备2.2.1及2.2.2为疑似病例。

确诊病例：疑似病例加2.2.3任何一项为确诊病例。

2.3 三期梅毒（晚期梅毒）

2.3.1 病史：有感染史，可有二期或三期梅毒史。病期2年以上。

天将降大任于斯人也，必先苦其心志，劳其筋骨，饿其体肤，空乏其身，行拂乱其所为。——《孟子》

2.3.2临床表现：常见结节性皮疹、近关节结节及皮肤、粘膜、骨骼树胶肿等。心脏血管系统受累以单纯性主动脉炎、主动脉瓣闭锁不全和主动脉瘤多见，中枢神经系统病变以梅毒性脑膜炎、脊髓痨和麻痹性痴呆多见。

2.3.3实验室检查

a.梅毒血清学试验：非梅毒螺旋体抗原试验大多阳性，亦可阴性，梅毒螺旋体抗原试验为阳性。

b.组织病理检查：有三期梅毒的组织病理变化。

c.脑脊液检查：神经梅毒：淋巴细胞 $\geq 10^6/L$ ，蛋白量 $>50\text{mg/dL}$ ，VDRL 试验阳性。

疑似病例：具备 2.3.1及 2.3.2为疑似病例。

确诊病例：疑似病例加 2.3.3任何一项为确诊病例。

2.4 潜伏梅毒（隐性梅毒）

2.4.1有感染史，可有一期、二期或三期梅毒病史。

2.4.2无任何梅毒性的临床症状和体征。

2.4.3非梅毒螺旋体抗原试验 2 次以上阳性或梅毒螺旋体抗原试验阳性（需排除生物学假阳性）。脑脊液检查阴性。

2.4.4病期 2 年内为早期潜伏梅毒，2 年以上为晚期潜伏梅毒。

2.5 先天梅毒（胎传梅毒）

2.5.1生母为梅毒患者。

2.5.2临床表现

a.早期先天梅毒（2 岁以内）：相似获得性二期梅毒，但皮损常有红斑、丘疹、糜烂、水疱、大疱、皲裂和软骨骨炎、骨炎及骨膜炎，可有梅毒性鼻炎及喉炎、淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等。

b.晚期先天梅毒（2 岁以上）：相似获得性三期梅毒，但以间质性角膜炎、赫秦生齿、马鞍鼻、神经性耳聋等较常见的特征，还可出现皮肤、粘膜树胶肿及骨膜炎等。

c.先天潜伏梅毒：除感染源于母体外，余同获得性潜伏梅毒。

2.5.3实验室检查

a.早期先天梅毒皮肤及粘膜损害中可查到梅毒螺旋体。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/517143125014010023>