



中华人民共和国卫生行业标准

WS 236—2003

生殖器疱疹诊断标准及处理原则

Diagnostic criteria and principles of management of genital herpes

2003-06-27 发布

2004-01-01 实施

中华人民共和国卫生部 发布

前 言

本标准第2章为强制性,其余为推荐性。

生殖器疱疹是一种常见性病,由单纯疱疹病毒(herpes simplex virus, HSV)感染所引起,容易复发。近年来,该病在我国的发病率迅速上升,成为最常见的性病之一。为了对生殖器疱疹患者提供可靠的诊断,进行合适的治疗,以及了解我国生殖器疱疹的流行状况和流行趋势,为防治工作提供可靠的依据,特制定本标准。

在制定本标准的过程中,认真研究了我国卫生部于2000年8月颁布的《性病诊疗规范和性病治疗推荐方案》,参阅了美国疾病控制和预防中心(CDC)于1996年9月修订的生殖器疱疹诊断标准,以及美国疾病控制和预防中心新近公布的《性传播疾病治疗指南》(1998年)的相关部分。

本标准的附录A为规范性附录。

本标准的附录B为资料性附录。

本标准由卫生部疾病控制司提出。

本标准起草单位:中国医学科学院皮肤病研究所、全国性病麻风病控制中心。

本标准主要起草人:赖伟红、邵长庚。

本标准由卫生部委托卫生部传染病防治监督管理办公室负责解释。

生殖器疱疹诊断标准及处理原则

1 范围

本标准规定了生殖器疱疹的诊断标准及处理原则。

本标准适用于全国各级性病防治机构、医疗保健机构和卫生防疫机构。

2 诊断标准

2.1 接触史

有非婚性接触史或配偶感染史。

2.2 临床表现

2.2.1 主要分为原发性和复发性两种临床类型。

2.2.2 原发性生殖器疱疹

2.2.2.1 潜伏期 2 d~20 d(平均 6 d)。

2.2.2.2 外生殖器或肛门周围有集簇的或散在的小水疱,2 d~4 d 后破溃形成糜烂或溃疡,自觉疼痛。

2.2.2.3 腹股沟淋巴结肿大,有压痛。

2.2.2.4 常常伴有发热、头痛、乏力等全身症状。

2.2.2.5 病程约 2 周~3 周。

2.2.2.6 以往从无类似发作史。

2.2.3 复发性生殖器疱疹

2.2.3.1 原发皮损消退后,皮疹可反复发作。与原发性生殖器疱疹相比,复发性生殖器疱疹的局部症状和皮损轻微,腹股沟淋巴结肿大少见,全身症状少见,病程较短。

2.2.3.2 起皮疹前,局部有烧灼感、针刺感或感觉异常等前驱症状。

2.2.3.3 外生殖器或肛门周围有集簇的小水疱,很快破溃形成糜烂或浅表溃疡,自觉症状较轻。

2.2.3.4 病程约 1 周~2 周。

2.2.3.5 以往曾有过类似发作史。

2.3 实验室检查

2.3.1 细胞学检查(Tzanck 涂片) 以玻片在水疱或溃疡基底部作印片,瑞特染色或姬姆萨染色,显微镜下可见到具有特征性的多核巨细胞或核内病毒包涵体。

2.3.2 病毒抗原检测 从皮损处取标本,以单克隆抗体免疫荧光试验(IFA)或酶联免疫吸附试验(ELISA)检测单纯疱疹病毒抗原。

2.3.3 病毒培养 从皮损处取标本作病毒分离培养,发现有单纯疱疹病毒引起的特征性细胞病变。

2.4 病例分类

2.4.1 临床诊断病例 具备 2.1 和 2.2 指标。

2.4.2 确诊病例 除了具备 2.1 和 2.2 指标外,还具备 2.3 指标中的任何一项。

3 处理原则

3.1 治疗原则

及时足量使用抗病毒药物,以减轻症状、缩短病程和控制疾病的传染与复发。

3.2 临床治愈标准

生殖器疱疹是一种不可治愈的病毒性疾病。治疗后,患处皮损完全消退,疼痛、感觉异常及淋巴结

肿痛消失,即为临床治愈。

3.3 管理与预防

3.3.1 管理 首次诊断的生殖器疱疹病例应报告。

3.3.2 预防 虽然生殖器疱疹的预防与其他性病有相似之处,但有自身的特点。目前尚无可临床应用的疫苗,因此生殖器疱疹的预防主要包括咨询和健康教育两个方面。

3.3.2.1 咨询 包括以下内容:

- a) 告诉患者此病的自然病程,强调其复发性、无症状排毒,无症状期间也可发生单纯疱疹病毒性的传播;
- b) 告诉患者此病的常见复发诱因,避免心理紧张、抑郁或焦虑等不良情绪,通过避免复发诱因可减少复发;
- c) 向所有育龄患者(包括男性患者)讲清胎儿和新生儿疱疹感染的危险性;
- d) 告诉原发性感染的患者,抗病毒治疗可缩短疾病复发的病程,抗病毒抑制疗法可减少或预防复发。

3.3.2.2 健康教育 对患者和高危人群应加强健康教育,促进其改变性行为,避免非婚性接触,提倡使用安全套。

附 录 A (规范性附录)

生殖器单纯疱疹病毒感染的实验室诊断

A.1 标本的采集

A.1.1 标本采集部位

生殖器疱疹的病损发生于生殖器、肛门及其周围。男性患者常见受累部位为包皮、冠状沟、龟头、阴茎干,少见部位为阴囊、肛周、阴阜、腹股沟、股臀部。女性患者常见受累部位为大阴唇、小阴唇、会阴、肛周、阴道口、宫颈,少见部位为阴阜、腹股沟、股臀部。在男性同性恋者中,常见肛门、直肠受累。原发性生殖器疱疹的病程为2周~3周,病毒排放的持续时间平均为12 d。复发性生殖器疱疹的病程为1周~2周,病毒排放的持续时间平均为4 d。取材时,应尽可能取疱液和溃疡,以提高检查的阳性率。取材后,将标本放入装有1 mL~2 mL病毒运送液或Hank's液的小瓶中送检(病毒培养),或直接涂片作细胞学检查或病毒的直接免疫荧光检查。

A.1.2 标本采集方法

A.1.2.1 疱液取材 用结核菌素注射器和25号(0.5 mm口径)针头从成熟水疱或脓疱中抽取疱液,注入到装有1 mL~2 mL病毒运送液或Hank's液的小瓶中,或者刺破水疱后用棉拭子或涤纶拭子取样。

A.1.2.2 溃疡取材 先将溃疡表面痂皮或污物去除,再用棉拭子或涤纶拭子用力擦拭或刮取溃疡基底部和未愈合部位,尤其是溃疡边缘部位的组织液或渗出液。

A.1.2.3 其他病损标本的采集 采集除水疱及溃疡外的其他皮损标本时,先用一棉拭子清除局部污物,再用另一棉拭子反复擦拭红斑丘疹部位取皮肤粘膜上皮细胞,或取痂皮及痂下组织液。采集男性尿道内标本时,将男用尿道拭子伸入尿道内2 cm~4 cm,捻转数圈停留10 s后取出。采集女性宫颈管标本时,先用一棉拭子擦去宫颈表面粘液,再用另一棉拭子插入宫颈管1 cm~2 cm,捻转数圈,停留10 s后取出。

A.1.3 标本运送

取材后,若不能立即进行检查,应尽可能将标本洗入病毒运送液中,弃去拭子,置冰浴或4℃送检。

A.1.4 标本保存

用于病毒培养的标本,如在取材当天(24 h内)接种,可暂时置4℃冰箱保存;如不能当天接种,应置-70℃低温冰箱保存。

A.2 细胞学检查

A.2.1 原理

HSV感染细胞后,可使细胞产生特征性细胞病变。取细胞作涂片,用显微镜观察细胞的变化,同时观察病毒包涵体形态,有助于诊断。

A.2.2 方法

A.2.2.1 涂片 用棉拭子或手术刀或刮刀在水疱或溃疡基底部取含有细胞的组织液,直接轻轻涂布于玻片上,制成涂片,室温干燥。

A.2.2.2 固定 皮肤粘膜标本,用甲醇固定5 min;宫颈标本,用95%乙醇固定15 min~60 min。

A.2.2.3 染色 标本固定后,对皮肤粘膜标本,用Tzanck涂片染色法检查,即用姬姆萨染液或瑞特-姬姆萨(Wright-Giemsa)染液染色15 min~30 min。对宫颈标本,用巴氏(Papanicolaou)染色法染色。

A. 2.3 结果

标本染色后,在光镜(油镜)下观察结果。感染细胞呈气球样变或出现胞浆空泡,感染细胞可相互融合成多核巨细胞,有时见核内包涵体。

A. 2.4 注意事项

原发性生殖器疱疹时,细胞学检查容易成功,皮损早期取材效果较好。具有特征性细胞病变的 HSV 感染细胞在水疱或溃疡基底数量最多,随着皮损的愈合其数量减少。

A. 2.5 临床意义

检查到细胞有特征性病变或见到病毒包涵体,有助于诊断。但这种检查的敏感性为抗原检测法、DNA 检测法或病毒培养法的 50%~70%,而且不具有特异性,其他疱疹病毒(如水痘-带状疱疹病毒)感染也可引起类似的细胞病变。

A. 3 抗原检测

A. 3.1 总述

用免疫学方法检测 HSV 抗原是目前最常用的快速诊断方法。这些方法以抗 HSV 抗体(单克隆抗体或多克隆抗体,常用单克隆抗体)为基础,包括直接免疫荧光法、免疫酶染色和酶联免疫吸附试验(ELISA)。其中直接以免疫荧光法应用较多,现以之为例作一阐述。

A. 3.2 原理

先将异硫氰酸(FITC)和罗丹明等荧光素与特异性抗 HSV 抗体结合,在一定条件下,再与标本中的相应 HSV 抗原结合,形成有荧光的抗原-抗体复合物,通过荧光显微镜观察,可看到复合物发出的荧光,即表示标本中存在 HSV 抗原。

A. 3.3 方法

A. 3.3.1 涂片 方法与细胞学检查法相同。

A. 3.3.2 固定 用丙酮或甲醇固定标本 10 min。

A. 3.3.3 漂洗 用 PBS(pH 7.2)漂洗 3 次,每次 1 min。

A. 3.3.4 干燥 37℃或自然干燥。

A. 3.3.5 染色 滴加异硫氰酸(FITC)标记 HSV 荧光单克隆抗体工作液,置 37℃湿盒中,结合 30 min~1 h。

A. 3.3.6 漂洗 用 PBS(pH 7.2)漂洗 3 次,每次 5 min,再用双蒸水洗 1 次。

A. 3.3.7 干燥 37℃或自然干燥。

A. 3.3.8 封片 用封片液(由 90%甘油和 10%的 PBS 组成)1 滴封片。

A. 3.3.9 结果观察 在透射或落射荧光显微镜下(紫外线波长 495 nm)观察结果。结果记录方法:一为无荧光;±为极弱可疑荧光;+为荧光较弱,但清晰可见;++为荧光明亮;+++~++++为荧闪亮,且范围广泛。

A. 3.4 结果

HSV 抗原阳性时,上皮细胞的细胞浆和细胞核内可见亮绿荧光;而阴性时,上皮细胞则复染成橙红或暗红色,无亮绿色荧光。

A. 3.5 注意事项

A. 3.5.1 由于组织细胞中存在自然荧光,易出现非特异性结果,每次试验均应设置已知阳性和阴性标本对照。

A. 3.5.2 要选择特异性好、质量可靠的抗体,最好选用单克隆抗体。

A. 3.6 临床意义

免疫荧光法的敏感性是病毒分离培养法的 70%~90%。由于方法简单、敏感性和特异性好等优点,免疫荧光试验是目前临床 HSV 检测的常用方法。

A.4 病毒培养

A.4.1 原理

通过组织培养法分离培养 HSV, 每天观察病毒对敏感细胞的细胞病变(cytopathic effect, CPE), 初步确定病毒的存在。CPE 通常是 HSV 感染的特征性改变, 但其他疱疹病毒如水痘-带状疱疹病毒(VZV)、巨细胞病毒(CMV)感染也可引起类似的 CPE, 因而需要通过免疫学方法(如免疫荧光法、免疫酶法、酶联免疫吸附试验等)和分子生物学方法(如 DNA 限制性内切酶图谱、DNA 探针分子杂交技术)来鉴定和证实病毒的存在, 并进行病毒的分型。

A.4.2 材料

A.4.2.1 细胞 多采用贴壁生长的细胞系或原代细胞, 如非洲绿猴肾细胞(Vero)、宫颈癌细胞(HeLa)、人胚肺纤维细胞(MRC-5)、乳地鼠肾细胞(BHK)、原代兔肾细胞(PRK)、人胚包皮细胞(HFF)等。各实验室可根据自己的条件和习惯来选择合适的敏感细胞系。

A.4.2.2 细胞生长培养基 含 10% 小牛血清的 RPMI 1640 培养基。成分: RPMI 1640 16.4 g, 庆大霉素 50 U/mL, 二性霉素 B $2 \mu\text{g/mL}$, 新生牛血清 10%, 万古霉素 $25 \mu\text{g/mL}$, HEPES $0.025 \times 10^{-3} \text{ mol/L}$, 碳酸氢钠 3.0 g, L-谷氨酰胺 $2 \times 10^{-4} \text{ mol/L}$ 。配制时, 双蒸水加至 1 000 mL, 用碳酸氢钠调节 pH 至 7.2, 正压过滤除菌, 4°C 或 -20°C 保存备用。

A.4.2.3 细胞维持培养基 含 2% 小牛血清的 RPMI 1640 培养基。配制时, 在细胞生长培养基的基础上, 将胎牛血清的浓度由 10% 改为 2%。

A.4.3 方法

A.4.3.1 标准的病毒分离培养法

A.4.3.1.1 单层细胞的准备 将冻存的细胞从液氮中取出, 置 37°C 水浴中迅速融化后, 将其加入已含有细胞生长培养基的培养瓶中, 置 37°C 孵育 8 h, 待细胞贴壁后换新鲜生长培养基, 继续培养 2 d~3 d。细胞融合成单层后, 弃培养基, 用适量胰蛋白酶溶液于 37°C 消化细胞单层 4 min~5 min, 让细胞完全离散后加入生长培养基, 用吸管吹打细胞使之均匀混悬。用血球计数器计数细胞, 再以生长培养基作稀释, 使其达到所需细胞浓度(大约 $10^5/\text{mL}$)。然后分装于 24 孔培养板中, 每孔加入 0.5 mL 细胞悬液。在 5% 二氧化碳(CO_2)、 37°C 及湿润空气环境下培养 1 d~2 d, 待细胞基本长成单层(约 80% 的细胞汇合)后, 即可用于标本接种。

A.4.3.1.2 标本接种 将临床标本在旋涡振荡器上振荡混匀, 如果是冻存标本, 则从 -70°C 取出后立即置 37°C 水浴迅速融化, 然后混匀。将细胞单层的培养基吸去, 每孔加入标本 0.2 mL~0.5 mL, 每份标本接种 1 孔~2 孔。在 5% 二氧化碳(CO_2)、 37°C 环境中孵育 1 h~2 h(病毒将吸附到细胞上), 吸去标本液, 加入维持培养基, 每孔 0.5 mL, 然后在 5% 二氧化碳(CO_2)、 37°C 及湿润空气环境下培养 3 d~7 d。对阴道、宫颈、尿道及脑脊液标本, 应每天更换培养基(注意: 所有待检标本均应保留部分标本, 以便在培养污染或操作失误时重做。)

A.4.3.1.3 细胞病变的观察 接种标本后, 通过观察 CPE 来判断初步培养结果。作病毒培养时, 应每天观察 CPE。对培养结果阴性或可疑阳性者, 应观察至第 7 d; 或者收集细胞及上清液, 重新接种于新鲜细胞(盲传)。CPE 记录方法: 0 为无 CPE, 1+ 为 25% 以下的细胞出现 CPE, 2+ 为 25%~49% 的细胞出现 CPE, 3+ 为 50%~74% 的细胞出现 CPE, 4+ 为 75% 以上的细胞出现 CPE。

A.4.3.1.4 病毒传代 至少 50% 以上细胞出现 CPE 后, 收集培养物, 再次接种至新鲜细胞中。当培养至 50% 细胞出现 CPE 后, 收集感染细胞及上清液。1 200 g 离心 10 min 后弃上清, 用新鲜维持培养基将沉淀物混悬, 然后用于 HSV 鉴定及分型, 或置 -70°C 低温冰箱保存。

A.4.3.1.5 病毒临床分离株的鉴定和分型 常用单克隆抗体免疫荧光法进行分型, 此法精确且简单。取细胞悬液涂片, 每个标本均为双份, 以作 HSV 鉴定和分型。操作方法参见 HSV 抗原检测(直接免疫荧光法)。

A. 4.3.2 改良的病毒分离培养法

标准的病毒分离培养法通常需时 2 d~4 d,可长达 14 d。为了缩短检测时间和提高检测的敏感性,人们对标准的病毒分离培养法作了改良,通过改良的培养法的检测时间可缩短至 16 h~48 h。改良的病毒分离培养法有两类:一类方法是将培养与免疫学技术(通常为免疫荧光技术)相结合;另一类方法是在接种临床标本后,通过离心来增加病毒感染细胞的机会和效率。可两类方法同时应用。

A. 4.4 结果

A. 4.4.1 病毒培养时,多数 HSV 临床株引起的 CPE 在标本接种后 2 d~4 d 内出现。HSV 引起的 CPE 具有一定的特征性,典型的 CPE 表现为在初始时细胞浆颗粒增粗,细胞变圆,继而细胞肿胀,气球样变,可见融合细胞或多核巨细胞。早期 CPE 呈局灶性,但标本中病毒量多者 CPE 一开始即呈弥漫性。

A. 4.4.2 HSV 在多数敏感细胞系中复制一次需 12 h~18 h,细胞病变的出现可早至接种后 16 h~24 h,CPE 出现时间取决于所选用的细胞系和所接种的病毒量(滴度或毒力)。50%以上的 HSV 临床毒株的 CPE 出现在接种后 24 h~48 h,80%~90%阳性标本的 CPE 出现于接种后的 3 d~4 d,而 95%以上在 7 d 以内出现 CPE,仅有 5%左右的标本需 7 d 以上才出现 CPE。

A. 4.4.3 单克隆抗体的免疫荧光鉴定和分型时,阳性细胞的细胞浆和细胞核内可见亮绿荧光;而阴性细胞则复染成橙红或暗红色,无亮绿色荧光。

A. 4.4.4 出现典型 CPE 时,可报告为“HSV 初步培养阳性”。当用免疫学方法或其他方法鉴定或证实后,可报告为“HSV 培养阳性”,同时报告相应的 HSV 类型。

A. 4.5 注意事项

A. 4.5.1 HSV 对不同细胞的敏感性不同。应尽量选择敏感细胞系进行病毒培养,而且细胞应为活力强的幼龄细胞。

A. 4.5.2 临床标本可以来自皮损、尿道内、宫颈或宫颈管。取材前不要使用消毒剂,取材时不要使用润滑剂。如使用藻酸钙拭子,因藻酸钙对病毒有毒,不能让其保留在运送培养基中,而应将标本洗于培养基后将拭子丢弃。

A. 4.5.3 接种的标本中含有活病毒(感染性病毒颗粒)。临床标本的获取部位及疾病不同病期均影响 HSV 培养的敏感性,应尽量取水疱液或脓疱液进行接种培养。

A. 4.5.4 正确的标本取材、运输和保存。标本取材后应尽快接种,不能在 24 h 内接种的标本应在 -70℃ 冻存,而不要只放于普通冰箱中。

A. 4.5.5 标本接种时,注意无菌操作,避免细菌和真菌污染。

A. 4.6 临床意义

细胞培养是 HSV 检测的“金标准”,对病毒分离敏感、特异,标本中只要有 1~10 个感染性病毒颗粒就可检出。生殖器疱疹患者的斑丘疹、水疱、脓疱、溃疡、结痂性皮损标本作 HSV 分离培养的敏感性分别为 25%、94%、87%、70%和 27%。

附录 B

(资料性附录)

生殖器疱疹的处理和治疗方案

B.1 治疗目的

生殖器疱疹的治疗要视具体情况而定,治疗的目的在于:

- a) 减轻症状、促进皮损愈合、缩短排毒时间、减轻传染性、缩短病程;
- b) 预防或减少并发症;
- c) 预防复发或减少复发。

B.2 处理和治疗原则

B.2.1 无症状或亚临床型生殖器单纯疱疹病毒感染无需药物治疗。有症状者的治疗包括全身治疗和局部处理两方面。全身治疗主要是抗病毒治疗和治疗合并感染,局部处理包括清洁创面和防止继发感染。

B.2.2 由于生殖器疱疹为一终生的复发性疾病,尚无彻底治愈方法,这常给患者带来很大的心理压力,引起心理紧张、抑郁或焦虑等不良情绪,而心理因素又可影响该病的自然病程。因此,应在患病早期及时给予医学咨询、社会心理咨询、药物治疗等综合处理措施,以减少疾病复发。

B.3 治疗药物和治疗方案

B.3.1 全身治疗的药物主要为开链鸟苷衍生物,包括阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦和更昔洛韦。治疗耐阿昔洛韦毒株所致生殖器疱疹的药物有膦甲酸、西多福韦(cidofovir)。这些抗病毒药物治疗能减轻症状、缩短病程、减少排毒、抑制复发、减轻传染性,但并不能消除潜伏感染。

B.3.2 抗病毒治疗

B.3.2.1 初发生殖器疱疹(包括原发性生殖器疱疹)

B.3.2.1.1 阿昔洛韦 200 mg,每天 5 次;或伐昔洛韦 300 mg,每天 2 次;或泛昔洛韦 250 mg,每天 3 次。均为口服,疗程 7 d~10 d。

B.3.2.1.2 对于有疱疹性直肠炎及口炎、咽炎表现者,可适当增大剂量或延长疗程至 10 d~14 d。

B.3.2.1.3 对于播散性 HSV 感染或有肺炎、肝炎和脑膜炎等严重并发症的生殖器疱疹,可给予阿昔洛韦 5 mg/kg~10 mg/kg,静脉滴注,每 8 h 1 次,疗程为 5 d~7 d 或直至临床表现消失。

B.3.2.2 复发性生殖器疱疹

发作时的抗病毒治疗,最好在出现前驱症状或皮损出现 24 h 内开始用药。可给予:阿昔洛韦 200 mg,每天 5 次;或伐昔洛韦 300 mg,每天 2 次;或泛昔洛韦 125 mg~250 mg,每天 3 次。均为口服,疗程为 5 d。

B.3.2.3 复发频繁(每年复发 ≥ 6 次)或心理负担极重的复发性生殖器疱疹

可采用抗病毒长期抑制疗法:阿昔洛韦 400 mg,每天 2 次;或伐昔洛韦 300 mg,每天 1 次;或泛昔洛韦 125 mg~250 mg,每天 2 次。需长期持续给药,疗程一般为 4 个月~1 年。

B.3.2.4 免疫缺陷者或 HIV/AIDS 感染者的生殖器疱疹

可适当增加药物的剂量,持续给药直至临床缓解。如使用阿昔洛韦治疗后,皮损或症状持续存在,应怀疑 HSV 对阿昔洛韦耐药。所有耐阿昔洛韦的 HSV 毒株均对伐昔洛韦耐药,大多数也对泛昔洛韦耐药。可改用膦酸钠静脉滴注治疗,剂量为 40 mg/kg~60 mg/kg,每 8 h 1 次,直至临床缓解。

B.3.2.5 妊娠期生殖器疱疹

在孕妇患者中,阿昔洛韦等药物的使用尚有争议。目前主张,孕妇初发生殖器疱疹患者可口服阿昔洛韦治疗;有严重并发症而可能危及生命者,应静脉滴注阿昔洛韦治疗。对于频繁复发或新近感染的孕妇生殖器疱疹患者,在近足月时,可通过阿昔洛韦治疗以减少活动性损害的出现,从而降低剖宫产率。对于既往有复发性生殖器疱疹病史,但近足月时无复发迹象的孕妇,可不进行阿昔洛韦治疗。对于有活动性皮损或有发作前驱症状的孕妇,在无禁忌症的前提下,可于破膜之前进行剖宫产术,但剖宫产术并不能完全防止新生儿疱疹的发生。对无活动性皮损的孕妇患者,可从阴道分娩,但分娩后要对其新生儿是否出现发热、昏睡、吃奶时吸吮无力、抽搐或发生皮损进行密切监测,以便及时处理。

B. 3. 2. 6 新生儿疱疹

阿昔洛韦 30 mg/(kg·d)~60 mg/(kg·d),静脉滴注,疗程为 10 d~21 d。

B. 3. 3 局部处理

皮损局部可采用生理盐水或 3% 硼酸溶液清洗,要保持患处清洁、干燥。可外用 3% 阿昔洛韦霜、1% 喷昔洛韦乳膏等,但局部治疗的疗效远逊于系统性用药。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部卫生防疫司. 性病防治手册. 第二版. 南京: 江苏科技出版社. 1998. 65-71
- [2] 赖伟红, 韩国柱. 生殖器疱疹的预防和控制——问题和对策. 国外医学皮肤性病学分册, 1997. 23(2): 69-72
- [3] 赖伟红, 叶顺章. 生殖器疱疹临床研究的某些新进展. 国外医学皮肤性病学分册, 2000, 26(3): 162-166
- [4] 邵长庚, 王千秋. 美国最近修订的性病诊断标准. 国外医学皮肤性病学分册, 1998, 24(1): 41-44
- [5] 赖伟红, 邵长庚. 生殖器疱疹的流行病学及危险因素. 国外医学皮肤性病学分册, 1996, 22(5): 261-265
- [6] 赖伟红, 叶顺章. 性传播生殖器溃疡性疾病与人类免疫缺陷病毒感染. 国外医学皮肤性病学分册, 1998, 24(5): 282-285
- [7] 龚向东, 叶顺章, 张君炎, 等. 1991~2001 年我国性病流行病学分析. 中华皮肤科杂志, 2002, 35(3): 178-182
- [8] 唐家琪, 陶开华, 李越希, 等. 已婚育龄妇女 HSV 感染的分子流行病学调查. 中华流行病学杂志, 1993; 14: 223-226
- [9] 叶顺章, 张木有. 现代性传播疾病实验诊断技术. 广州: 广东科技出版社. 1999. 82-92
- [10] 赖伟红, 韩国柱, 王千秋, 等. 万乃洛韦和阿昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹. 中华皮肤科杂志. 1999. 32(1): 64-65
- [11] 赖伟红, 韩国柱, 王千秋, 等. 盐酸伐昔洛韦和阿昔洛韦治疗初发生殖器疱疹的对比研究. 中国皮肤性病学杂志. 2000; 14(1): 34-36
- [12] CDC. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR, 1998, 47 (No, RR-1): 18-41
- [13] Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1999. 269-283, 285-312
- [14] Shubladze AK, Huang ZS. Study on antigenic properties of herpes virus (Russ.). Prob Virology, 1959, (1): 80-85
- [15] Huang ZS. An experimental study of herpes simplex virus (Russ.). Prob Virology, 1959, (3): 355-362
- [16] Mindel A. Public and personal health implications of asymptomatic viral shedding in genital herpes. Sex Transm Inf, 1998; 74: 387-389
- [17] Corey L. The current trend in genital herpes: progress in prevention. Sex Transm Dis, 1994; 21: S38-S44
- [18] Dada AJ, Ajayi AO, Diamondstone L, et al. A serosurvey of *Haemophilus ducreyi*, syphilis, and herpes simplex virus type 2 and their association with human immunodeficiency virus among female sex workers in Lagos, Nigeria. Sex Transm Dis, 1998; 25: 237-242
- [19] Ross JD, Smith IW, Elton RA. The epidemiology of herpes simplex type 1 and 2 infection of the genital tract in Edinburgh 1978—1991. Genitourin Med, 1993; 69: 381-383
- [20] Safrin S, Shaw H, Bolan G, et al. Comparison of virus culture and the polymerase chain reaction for diagnosis of mucocutaneous herpes simplex virus infection. Sex Transm Dis,

- 1997; 24:176-180
 - [21] Pereira FA. Herpes simplex; evolving concepts. J Am Acad Dermatol, 1996; 35:503-520
 - [22] Ashley R L, Corey L. HSV type specific antibody tests: patients are ready, are clinicians? Genitourin Med, 1997; 73:235-236
 - [23] Ashley RL. Laboratory techniques in the diagnosis of herpes simplex infection. Genitourin Med, 1993; 69:174-183
 - [24] Vesanen M, Piiparinen H, Kallio A, Vaheri A. Detection of herpes simplex virus DNA in cerebrospinal fluid samples using the polymerase chain reaction and microplate hybridization. J Virol Methods, 1996; 59:1-11
 - [25] Peeling RW, Sparling PF. *Sexually transmitted diseases: methods and protocols*. New Jersey:Humana Press, 1999:71-79
 - [26] Conant MA, Berger TG, Coates TJ, et al. Genital herpes; an integrated approach to management. J Am Acad Dermatol, 1996; 35:601-605
 - [27] Cowan FM, Munday P. Guidelines for the management of herpes virus infection in pregnancy. Sex Transm Inf, 1998; 74:93-94
 - [28] Nader SN, Prober CG. Herpesvirus infections of the vulva. Semin Dermatol, 1996; 15:8-16
 - [29] Memar O, Tying SK. Cutaneous viral infections. J Am Acad Dermatol, 1995; 33: 279-281
 - [30] Memar OM, Tying SK. Antiviral agents in dermatology: current status and future prospects. Int J Dermatol, 1995; 34:597-606
-