

tis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2010, 105(11): 2474 – 2484.

10 Araki H, Nishihara T, Matsuda M, et al. Adiponectin plays a protective role in caerulein-induced acute pancreatitis in mice fed a high-fat diet[J]. *Gut*, 2008, 57(10): 1431 – 1440.

11 张瑜红,唐国都,许志毅,等. 急性坏死性胰腺炎模型大鼠血清脂联素表达水平及意义[J]. *中国老年学杂志*, 2012, 32(10): 2074 – 2076.

12 Paek J, Kang JH, Kim HS, et al. Serum Adipokine Concentrations in Dogs with Acute Pancreatitis[J]. *J Vet Intern Med*, 2014, 28(6): 1760 – 1769.

13 Al-Azzawi HH, Ziegler KM, Swartz-Basile DA, et al. Does Adiponectin Upregulation Attenuate the Severity of Acute Pancreatitis in Obesity? [J]. *J Gastrointest Surg*, 2011, 15(8): 1394 – 1400.

14 Kennedy JI, Askelund KJ, Premkumar R, et al. Leptin Is Associated With Persistence of Hyperglycemia in Acute Pancreatitis: A Prospective Clinical Study[J]. *Medicine(Baltimore)*, 2016, 95(6): e2382.

15 Evans AC, Papachristou GI, Whitcomb DC. Obesity and the risk of severe acute pancreatitis[J]. *Minerva Gastroenterol Dietol*, 2010, 56(2): 169 – 179.

16 韩超群,杨 芬,刘 俊,等. 脂联素在重症急性胰腺炎脂肪组织中的表达及意义[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2015, 24(1): 75 – 77.

17 邱定周. 血浆 CRP/APN 比值与儿童急性胰腺炎 Ranson 评分的相关性[J]. *现代医学*, 2011, 11(9): 17 – 18.

18 Zyromski NJ, Mathur A, Pitt HA, et al. A murine model of obesity implicates the adipokine milieu in the pathogenesis of severe acute pancreatitis[J]. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2008, 295(3): G552 – G558.

19 薛乐宁,谭 勇,林 敏,等. 大鼠急性胰腺炎中脂肪细胞因子水平的变化及其可能意义[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2011, 31(11): 1600 – 1604.

20 董 波. 脂联素对重症急性胰腺炎的保护作用及其机制[J]. *临床急诊杂志*, 2016, 17(5): 371 – 374.

21 Tukiainen E, Kylanpaa ML, Ebeling P, et al. Leptin and adiponectin levels in acute pancreatitis[J]. *Pancreas*, 2006, 32(2): 211 – 214.

22 李千迅,杨文颖,杨 卓,等. 脂肪因子在评估急性胰腺炎预后价值中的探讨[J]. *中国实验诊断学*, 2010, 14(11): 1799 – 1801.

23 Buter A, Imrie CW, Carter CR, et al. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis[J]. *Br J Surg*, 2002, 89(3): 298 – 302.

24 Johnson CD, Abu-Hilal M. Persistent organ failure during the first week as a marker of fatal outcome in acute pancreatitis[J]. *Gut*, 2004, 53(9): 1340 – 1344.

25 Mofidi R, Duff MD, Wigmore SJ, et al. Association between early systemic inflammatory response, severity of multiorgan dysfunction and death in acute pancreatitis[J]. *Br J Surg*, 2006, 93(6): 738 – 744.

26 Yu P, Wang S, Qiu Z, et al. Efficacy of resistin and leptin in predicting persistent organ failure in patients with acute pancreatitis[J]. *Pancreatol*, 2016, 16(6): 952 – 957.

27 余鹏飞. 雨蛙素诱导胰腺炎模型的探索及脂肪因子预测持续性器官衰竭的临床初步研究[D]. 第四军医大学, 2015.

[收稿日期 2017 – 10 – 30] [本文编辑 谭 毅 刘京虹]

新进展综述

腹腔镜低位直肠癌根治术的研究进展

谢桂生(综述), 董保国(审校)

作者单位: 530031 南宁,广西医科大学第三附属医院胃肠外科
作者简介: 谢桂生(1968 –),男,大学本科,学士学位,副主任医师,副教授,研究方向: 胃肠外科及微创外科疾病的诊治。E-mail: xgs2009xgs@163.com

[摘要] 随着腹腔镜设备和技术的迅速发展,手术经验的不断积累,应用腹腔镜治疗低位直肠癌根治效果好、安全性高,具有手术视野清晰、创伤小、生理干扰轻及术后正常活动恢复快的优势。为了探讨腹腔镜低位直肠癌手术的疗效,不断提高患者满意的肛门功能和生活质量,该文对近年来腹腔镜低位直肠癌根治术的研究概况进行综述。

[关键词] 低位直肠癌; 腹腔镜; 根治术; 保肛术

[中图分类号] R 735.37 [文献标识码] A [文章编号] 1674 – 3806(2018)08 – 0837 – 05
doi:10.3969/j.issn.1674 – 3806.2018.08.32

[Abstract] With the rapid development of laparoscopic equipments and techniques and the continuous accumulation of operation experience, laparoscopic surgery is safe and effective for low rectal cancer. It has advantages of clear vision, less trauma and physiological disturbance and quick recovery after operation. To explore the efficacy of laparoscopic surgery for low rectal cancer and improve the anal function and quality of life of the patients, we review the research progress of laparoscopic radical resection for low rectal cancer in this paper.

[Key words] Low rectal cancer; Laparoscope; Radical resection; Anus-preserving operation

直肠癌是我国常见的恶性肿瘤之一,低位直肠癌的治疗一直是外科临床的热点和难点问题,医生和患者始终面临着手术切除的根治性和最大限度地保留肛门功能的两难选择。近20年来,由于影像诊断学技术(如MRI和CT)、内镜技术和吻合器技术的发展,低位直肠癌的保肛手术率大为提高。为了探讨腹腔镜低位直肠癌手术的疗效,不断提高患者满意的肛门功能及生活质量,现将近年来腹腔镜低位直肠癌根治术的研究成果概述如下。

1 腹腔镜低位直肠癌根治术的优势及适应证

1.1 优势 直肠癌根治术采用直肠全系膜切除(total mesorectal resection, TME)原则,已获外科医师共识^[1,2]。在临床工作中,发现随着手术病例的增加和腹腔镜技术的不断完善,腹腔镜低位直肠癌根治术与传统开腹直肠全系膜切除手术相比,具有以下优势:(1)手术视野清晰,不受骨盆狭窄空间的限制,能清晰辨认骶前的解剖层面和重要的血管、神经等结构^[3],对盆腔筋膜疏松结缔组织间隙的判断和入路的选择更为准确;(2)超声刀的锐性分离进一步保障了手术视野清晰,沿盆腔筋膜间隙更完整切除直肠系膜,同时超声刀较电刀止血更为彻底,最大限度减少术中出血,使病人创伤减至最低;(3)腹腔镜可放大骨盆底部的解剖结构,使术者清晰识别盆腔自主神经,进而对该神经进行有效的保护,减少术后尿潴留、性功能障碍等并发症^[4];(4)手术过程中术者通过显示屏清晰地看到盆底的精细操作,增加了手术成功的自信,且手术过程可录像以供观摩学习,有助于手术技巧的提升和手术水平的提高。许多临床研究^[5-7]表明,腹腔镜低位直肠癌根治术是安全有效的,既达到肿瘤根治的要求,又提高了保肛率,有效提高了患者的生活质量。吴泽宇等^[8]将104例低位直肠癌行TME术的患者按数字表法随机分为开腹组和腹腔镜组各52例,对比观察两组患者术中出血量、术后肠道功能恢复时间、住院时间以及吻合口出血、吻合口漏、尿生殖功能障碍、排便功能紊乱等并发症的发生率。结果显示腹腔镜组患者术中出血量比开腹组显著减少($P < 0.01$),肠道功能恢

复时间和住院时间比开腹组明显缩短($P < 0.01$),并发症发生率比开腹组显著降低($P < 0.01$)。Yamaguchi等^[9]指出,腹腔镜低位直肠癌根治术能有效保护盆腔自主神经,术后性功能损害和排便功能紊乱的发生率比开腹手术显著降低($P < 0.01$)。有文献^[10]报道了腹腔镜和开腹TME的临床对比研究,结果在手术时间、标本长度、切缘距离和淋巴结清扫范围等比较两组差异无统计学意义,而术中出血量、肠道恢复和并发症等方面比较,腹腔镜组明显优于对照组(均 $P < 0.01$)。证明了腹腔镜手术能符合TME的治疗原则,同样达到根治的效果。

1.2 适应证 为了确保肿瘤根治和达到保肛手术目的,应严格掌握以下适应证^[1-3,10,11]:(1)肛门指检和肠镜检查明确肿瘤位于直肠内,病理检查为高、中分化腺癌,未浸透深肌层, $< 1/2$ 肠周径或 $> 1/2$ 肠周径,距齿状线1~2 cm以上;(2)黏液腺癌或低分化腺癌,未浸透深肌层, $< 1/2$ 肠周径,距齿状线3 cm以上;(3)CT或MRI影像学检查示肿瘤位于直肠腔内,无外侵、无远处转移的T1、T2的低位直肠癌;(4)患者术前肛门功能良好,且无肛门手术史;(5)患者保肛愿望强烈。而有限制腹腔镜手术的因素,如患者严重心肺功能不全、术前无法纠正的凝血障碍、孕妇、肝硬化门脉高血压症或其他重度系统性疾病等均为该手术的禁忌证。在临床工作中,直肠癌患者能否手术和如何手术应根据患者的具体病情,采取个性化的治疗方案。如经影像、病理等证实为低位直肠癌,且直肠经充分游离并切除肿瘤远端2 cm正常肠段后,肛管和肛管括约肌包括肛提肌仍保持完整的病例,可行腹腔镜直肠前切除术^[10]。在低位或超低位直肠癌病例中,对于直肠高或中分化腺癌,若肿瘤下切线距肛管直肠环近端 < 1 cm,且为T1、T2及肛门外括约肌未侵犯的T3病例者,可选择行经内外括约肌间切除术(intersphincteric resection, ISR)。若癌肿距肛缘 ≥ 4 cm,且局限于肠壁或直径 < 3 cm,占 $\leq 1/2$ 周肠壁,无膀胱、前列腺、阴道浸润,可选择行拖出式直肠癌切除术。

2 腹腔镜低位直肠癌根治术的手术方式

2.1 腹腔镜低位直肠前切除术 目前,该术式是低

位直肠癌根治术中根治效果和保留肛门控便功能最为理想的术式^[12]。根据 TME 原则,距离肿瘤 1~2 cm 的远端切断,保留 3~4 cm 的直肠和完整的肛管,确保肛门外括约肌和肛提肌的完整性。有文献^[10]指出,TME 手术过程中,游离直肠是最重要的。其难度依次为前方、侧方及后方。实际操作时应先后方,继而前方,最后侧方。因为前后方先游离后,两个侧方就会变得很薄,可以从容地处理侧韧带而不易损伤神经。游离完成后,对于高位直肠肿瘤需要在肿瘤下方 5 cm 切断直肠,在切断前需对直肠进行充分裸化,即采用超声刀先分离肠壁与系膜后再切断系膜,如直接切断系膜则可能在无意中损伤肠壁。曹振科^[13]将 TNM 分期 I~IV 期、肿瘤下缘距离肛缘 <10 cm、影像学检查排除远处转移的 90 例低位直肠癌患者随机分为腹腔镜组和开腹组各 45 例,观察两组术中出血量、术后排气时间、术后进食时间、术后住院时间、术后应用镇痛剂百分率(%) ; 肿瘤根治性(包括清扫淋巴结总数、近切缘距离、远切缘距离、环周切缘阴性率、远切缘阴性率) ; 术后并发症发生率;随访 3 年的局部复发率、远处转移率和总生存率。结果显示腹腔镜组术中出血量、术后应用镇痛剂百分率均比开腹组显著降低(P 均 <0.01) ; 术后排气时间、术后进食时间、术后住院时间均比开腹组明显缩短(P 均 <0.01) ; 术后并发症发生率比开腹组显著减少(P 均 <0.01) ; 两组肿瘤根治性、随访 3 年的局部复发率、远处转移率和总生存率比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。表明低位直肠癌采用腹腔镜手术可取得与开腹手术基本一致的根治效果,且术后并发症发生率低、患者康复快。近年来,随着腹腔镜设备和技术创新发展,3D 腹腔镜应用于低位直肠癌根治术取得了满意的疗效。与 2D 腹腔镜比较,3D 腹腔镜能获得立体空间的三维视野,清晰显示组织结构层次^[14],有助于准确分离解剖,提高操作精确度。于威等^[15]和孙光等^[16]的研究认为 3D 腹腔镜具有手术时间短、术中出血少、减少术中吻合器对接次数、术后并发症发生率低等优势。但 3D 腹腔镜设备费用较高,存在景深较深不易调节的问题(尤其在直肠癌盆腔解剖时明显),故临床应用仍有一定局限性。

2.2 腹腔镜低位直肠前切除、经肛门括约肌间切除术(intersphincteric resection,ISR) 该术式将直肠尽可能游离至齿状线水平,若肿瘤下缘距齿状线 ≥ 2 cm,可对齿状线上方的直肠黏膜选择环形切口行内括约肌部分切除术。若肿瘤下缘距齿状线 <2 cm,可采

取两种方式处理,一是在癌肿近端 15 cm 处切断乙状结肠,将直肠近端经肛门翻转至会阴部,直视下距癌肿下缘 1~2 cm 处闭合切断,将残端还纳,完成吻合;二是经会阴入路切断肠管完成手工结肛吻合^[18]。这样的处理既保证了手术的切除范围,又能减少手术风险和降低手术难度。黄颖等^[18]指出在括约肌间沟分离过程中,遇到直肠壁界限不清时,可让一名助手将食指插入肛门,轻柔地拨动分离侧肠壁,有助于显示肠壁的范围和界限。黄胜辉等^[19]比较观察了 148 例腹腔镜经腹 ISR(腹腔镜组 74 例)和开放经腹 ISR(开放组 74 例)近期疗效及肛门功能,结果显示两组均无围手术期死亡病例;腹腔镜组术中出血量平均 50 ml(10~200 ml)比开放组平均 100 ml(20~400 ml)显著减少($P<0.01$),住院时间(7.8 ± 2.4)d 比开放组(10.5 ± 6.9)d 明显缩短($P<0.01$),肺部感染发生率 4.1%(3/74)比开放组 13.5%(10/74)减少($P<0.05$),但手术时间(236 ± 45)min 比开放组(200 ± 46)min 延长($P<0.01$);两组患者术后肛门控粪良好。认为 ISR 安全可行,具有创伤小、恢复快的优点,可达到开腹手术相似的近期肿瘤学疗效。裘永波等^[20]将 70 例患者随机分为腹腔镜下 ISR 手术组(腹腔镜组)和开腹 ISR 手术组(对照组)各 35 例,比较观察两组治疗效果。结果显示腹腔镜组手术时间、术中出血量和住院时间均低于对照组(均 $P<0.05$),两组术后并发症发生率和肛门控便率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。提示腹腔镜组的治疗效果优于对照组。张弛等^[21]对 14 例低位直肠癌患者行腹腔镜 ISR 手术(ISR 组),均未行临时性结肠造口,对 44 例患者行腹腔镜下低位直肠前切除、骶前吻合术(LAR 组),对比观察两组手术时间、术中出血量、淋巴结清扫数及术后并发症发生率,并于手术后 6、12 个月随访,采用 Kirwan 分级和 Wexner 评分系统^[22]评价排便功能。结果显示 ISR 组手术时间(280 ± 25)min 明显长于 LAR 组(200 ± 25)min($P<0.01$),两组术中出血量、术后并发症发生率、术后住院时间、淋巴结清扫数比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$),ISR 组术后 6 个月排便次数明显多于 LAR 组($P<0.01$),排便功能评分明显高于 LAR 组($P<0.01$),术后 12 个月 ISR 组的排便次数和排便功能评分与 LAR 组比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$),指出 ISR 不造临时性造口是安全可行的。

2.3 腹腔镜低位直肠前切除、经肛门外翻吻合术(改良 Parks 术) 采用 TME 原则,腹腔镜下将直肠游

离到肛提肌平面,使用切割闭合器距肿瘤 10 ~ 15 cm 的近端切断肠管,将肿瘤肠管从肛门拖出外翻,直视下在肿瘤远切缘切断肠管,将直肠残端还纳至盆腔,再用吻合器行结直肠或结肠肛管端端吻合。该术式具有以下优点:(1)经肛门将肿瘤肠段拉出体外,不需要做腹部切口,既减少了手术创伤,又消除了腹壁切口肿瘤种植的机会;(2)直视下定位肿瘤下缘,确保肿瘤远端肠管切缘阴性;(3)保留了直肠末段黏膜及括约肌,保障了肛门正常排便功能;(4)手术费用较吻合器下结肠储袋成形术偏低,易于临床推广^[23]。吴超等^[24]对 83 例低位直肠癌患者采用腹腔镜下改良 Parks 术、经肛门结肠肛管吻合,观察术后肛门控便、排尿及性功能变化,并随访 2 ~ 4 年。结果:术后 6 个月、1 年、2 年肛门控便率分别是 60.2% (50/83)、73.5% (61/83)、84.3% (70/83);术后 1 个月出现排尿功能障碍 8 例(9.6%),2 个月后排尿功能恢复正常;出现性功能障碍 50 例,其中勃起功能障碍 9 例,射精功能障碍 13 例;30 例女性患者术后 3 个月对性生活满意率 66.7% (22/33)。认为低位直肠癌行腹腔镜下改良 Parks 术可获得良好的根治效果、安全性高,术后患者可获得满意的控便、排尿及性功能。

3 结语

随着腹腔镜设备和技术的不断创新和发展以及外科医师腹腔镜手术经验的不断积累,在严格掌握手术适应证的前提下,实施腹腔镜低位直肠癌根治术是安全可行的,既可达到肿瘤根治性的要求,又提高了保肛率,改善了患者的生活质量。与传统开腹手术相比,具有手术视野清晰、创伤小、生理干扰轻及术后正常活动恢复快的优势^[25]。近年来,3D 腹腔镜已应用于低位直肠癌根治术并取得了满意的疗效。与目前临床上普遍使用的 2D 腹腔镜相比,具有清晰的三维视野,提高操作精确度,缩短手术时间,有效降低术后并发症。但 3D 腹腔镜设备费用较高,并存在景深较深不易调节的问题,限制了临床的推广应用。总之,随着新器械设备及技术的不断发展,手术经验越来越丰富,腹腔镜低位直肠癌根治术将具有更广阔的应用前景。

参考文献

- 施塞尔(奥)主编,王振军,钱群,译.低位直肠肿瘤内括约肌切除[M].北京:人民卫生出版社,2014:111-122.
- 宋纯,张庆彤.腹腔镜低位直肠癌根治的规范化与要求[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2015,9(3):166-170.
- 黄庆录,李鸿飞.腹腔镜低位直肠癌保肛手术的研究进展[J].中

- 国微创外科杂志,2015,15(1):80-82.
- 廖陈,唐辉蓉,唐浩然,等.腹腔镜 Dixon 直肠癌根治术 132 例临床分析[J].微创医学,2017,12(3):338-339.
- 陈文轩,蒋伟忠,刘星,等.腹腔镜与开腹中低位直肠癌根治术后并发症比较的 Meta 分析[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(12):1174-1179.
- Bonjer HJ,Deijen CI,Abis GA,et al. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer[J]. N Engl J Med,2015,372(2):1324-1332.
- 蒋波,谢小亮,李恒.腹腔镜与开腹全直肠系膜切除术治疗直肠癌疗效的 Meta 分析[J].宁夏医科大学学报,2014,36(12):1395-1397.
- 吴泽宇,卢晓裕,杜嘉林,等.低位直肠癌腹腔镜与开腹根治术的疗效比较[J].实用医学杂志,2012,28(9):1450-1452.
- Yamaguchi T,Kinugasa Y,Shiomi A,et al. Robotic-assisted laparoscopic versus open lateral lymph node dissection for advanced lower rectal cancer[J]. Surg Endosc,2016,30(2):721-728.
- 李世拥.实用结直肠癌外科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:231-241.
- Chi P,Huang SH,Lin HM,et al. laparoscopic transabdominal approach partial intersphincteric resection for low rectal cancer; surgical feasibility and intermediate-term outcome[J]. Ann Surg Oncol, 2015,22(3):944-951.
- 应敏刚,叶青,黄峰.腹腔镜低位直肠癌保肛手术新进展[J].中国肿瘤临床,2014,41(14):881-884.
- 曹振科.低位直肠癌腹腔镜与开腹手术疗效比较[J].中国现代普通外科进展,2017,20(3):230-232.
- 池畔,陈致奋.腹腔镜不同途径与方法行全直肠系膜切除质量控制评价[J].中国实用外科杂志,2016,36(1):28-33.
- 于威,刘铜军,李春生,等.3D 与 2D 腹腔镜直肠癌根治术的对比研究[J].中华普通外科杂志,2015,30(4):297-299.
- 孙光,彭勃,徐超,等.3D 腹腔镜在超低位直肠癌保肛手术中的应用[J].海南医学,2017,28(13):2198-2200.
- Dumont E,Mariani A,Elias D,et al. Surgical strategy for low rectal cancers[J]. J Visc Surg,2015,152(1):23-31.
- 黄颖,池畔.低位直肠癌行腹腔镜内括约肌切除术技巧与要领[J].中国实用外科杂志,2017,37(6):695-698.
- 黄胜辉,池畔,林惠铭,等.腹腔镜与开放经腹括约肌间切除术治疗低位直肠癌的近期疗效比较[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(8):923-927.
- 裘永波,应晓江.腹腔镜下 ISR 在超低位直肠癌保肛手术中的临床应用研究[J].中国现代医生,2014,52(27):107-110.
- 张驰,胡祥,刘永宁,等.腹腔镜下不做临时性造口的经括约肌间直肠切除术手术技巧及短期预后[J].中国医科大学学报, 2016,45(9):829-834.
- Ryu Y,Akagi Y,Yagi M,et al. Fecoflowmetric analysis of anorectal motor function in postoperative anal-preserving surgery patients with low rectal cancer comparison with the wexner score and anorectal manometry[J]. Int Surg,2015,100(1):29-37.
- 黄勇波,张成雷,洪新凯,等.无腹部辅助切口腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术治疗超低位直肠癌的临床疗效[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(1):105-106.

24 吴超,汪全新,卢晓明,等.腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术
切除低位直肠癌保肛手术的临床疗效分析[J].临床外科杂志,
2016,24(6):437-439.

25 朱信强,张明,丁闯,等.腹腔镜下超低位直肠癌术式选择及
术后生活质量观察[J].中华结直肠疾病电子杂志,2017,6(1):
46-51.

[收稿日期 2017-12-25][本文编辑 谭毅 吕文娟]

新进展综述

艾滋病病毒母婴传播阻断的综合防治策略
研究进展

莫增奎(综述), 田 矛(审校)

作者单位: 546200 广西,忻城县妇幼保健院内儿科
作者简介: 莫增奎(1971-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:全科医学。E-mail:mzl452231@163.com

[摘要] 艾滋病母婴传播是新生儿感染人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus,HIV)的主要方式。母婴传播阻断是一项复杂的社会工程,社会、家庭、感染者、医务人员等都必须各司其职、各尽其责、共同参与,才能有效降低婴幼儿感染 HIV 的几率。该文从孕妇感染 HIV 的现状、高危人群、社会机构、流动人口管理、医疗干预等综合防治措施对 HIV 母婴传播阻断进行综述。

[关键词] 人类免疫缺陷病毒; 母婴传播; 高危人群; 综合措施; 防治

[中图分类号] R 512.91 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2018)08-0841-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.08.33

Research progress of the comprehensive measures of preventing HIV transmission from maters to infants
MO Zeng-luan, TIAN Mao. Department of Pediatrics, Maternal and Child Hospital of Xincheng County, Guangxi 546200, China

[Abstract] The transmission of human immunodeficiency virus(HIV) from maters to infants is the main source of infants infected with HIV virus. The prevention and control of the maternal-neonatal transmission is a complicated societal program which needs the efforts of the related people including different departments, social organizations and individuals to work together to reduce the HIV infection rate in infants. In this paper, we summarize the comprehensive measures in different aspects, such as the situation in pregnant women who infected with HIV, high risk groups, social organizations, the managements of floating population and medical treatment.

[Key words] Human immunodeficiency virus(HIV); Maternal-neonatal transmission; High risk groups; Comprehensive measures; Prevention and control

艾滋病全称为获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome,AIDS),由人类免疫缺陷病毒(HIV)感染引起,是一种传播速度快,目前无法治愈的慢性进行性疾病。其主要的传播途径有三种:经性接触传播、经血传播、母婴传播。母婴传播指感染 HIV 的母亲,可以在妊娠期间、分娩过程中或产后哺乳将 HIV 传染给下一代^[1],是婴幼儿感染 HIV 的最主要途径。做好母婴传播阻断、避免婴幼儿感染是全社会的共同责任。本文对艾滋病病毒母

婴传播阻断的组织机构、人口管理、防治人员、医疗干预等方面的综合防治措施作一综述。

1 广西及其他部分省市孕产妇感染 HIV 现状

近年来,随着务工人员流动增多,艾滋病向边远、贫困地区蔓延的趋势已得到有关部门的高度重视,由于经济发展、文化背景等差异,孕产妇 HIV 感染率的各地差异较大。据资料报道,2009~2010 年广西 31 个 HIV 监测点孕产妇 HIV 阳性率为 0.094%(533/569 061)^[2];南宁市 2009~2011 年孕产妇 HIV