
ICS####

CCS C####

团 体 标 准

T/HARACM 00##—2025

河南省艾滋病中医诊疗指南

Henan Provincial Guidelines for Diagnosis and Treatment of HIV/AIDS with Traditional Chinese Medicine

2025-11-**发布

2025-11-**实施

河南省中医药研究促进会 发 布

目 录

前言.....1

引言.....2

1 范围.....3

2 规范性引用文件.....3

3 术语和定义.....3

4 中医病名与病因病机.....3

5 诊断.....4

6 治疗方法.....5

7 护理调摄、疾病管理及监测要点.....14

8 预防.....16

9 疗效评价.....16

参考文献.....18

前 言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由河南省中医药研究促进会提出并归口。

本文件起草单位:河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院、河南中医药大学第三附属医院、河南中医药大学、河南省中西医结合医院、郑州大学附属传染病医院、河南省疾病预防控制中心。

本文件起草顾问:李发枝、徐立然

本文件主要起草人:郭会军、许前磊、朱柯颖、王丹妮

本文件其它起草人:刘志斌、董新刚、刘亚楠、李鹏宇、陈莉华、袁君、李青雅、马秀霞、刘真、李杰、沈俊岭、朱彦争、陈建设、邵明义、魏征、张欣欣、陈守生、何慧芳、赵清霞、张国龙、何瑞丽。

引 言

艾滋病（acquired immunodeficiency syndrome,AIDS）是由人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus,HIV）引起的以免疫缺陷为特征的传染性疾病^[1]，该病仍是当今世界最严重的公共卫生和社会问题之一^[2]。随着抗反转录病毒治疗（anti-retroviral therapy,ART）的开展和不断优化，AIDS 的病死率成逐年下降的态势，AIDS 已经成为一种可防可控的慢性疾病^[3]。2004 年，国家中医药管理局启动了“中医中药治疗艾滋病试点项目”（以下简称“中医项目”），为 HIV 感染者/艾滋病患者提供免费的中医药治疗，经过二十多年的实践，取得了较好的成效^[4-7]。

为进一步促进中医艾滋病诊疗方案的规范化，提高中医药治疗艾滋病的效果，为艾滋病中医药治疗的临床实践提供循证依据，确保中医药治疗的安全性和有效性。在原有 2013 年颁布的《艾滋病中医诊疗指南》^[8]基础上，充分参考国际临床实践指南制订方法和流程，并在相关法律法规和技术文件指导下，结合河南省艾滋病具体发病情况，遵照循证医学的原则，形成《河南省艾滋病中医诊疗指南》，供中医药、中西医结合防治艾滋病的临床医师参考。

河南省艾滋病中医诊疗指南

1 范围

本文件规定了艾滋病的临床诊断、中医病名、病因病机、证候分类、中医辨证论治、常用中成药及医疗机构制剂、艾灸疗法、饮食疗法、护理调摄、疗效评价等内容。

本文件适用于艾滋病的诊断和治疗。

本文件适合中医科、传染病科等相关临床医师以及从事临床、教学、科研等工作使用。

本文件适合中医院、中西医结合医院、综合医院、基层医院等使用。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T1.1-2020 标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则

GB/T16751. 1-1997《中医临床诊疗术语 疾病部分》

GB/T 16751. 2-1997《中医临床诊疗术语 证候部分》

GB/T 16751. 3-1997《中医临床诊疗术语 治法部分》

《中国艾滋病诊疗指南（2024版）》^[1]

《艾滋病中医诊疗指南（2013版）》^[8]

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 艾滋病，获得性免疫缺陷综合征（acquired immunodeficiency syndrome,AIDS）

艾滋病是指由HIV感染引起的以人体CD4+ T淋巴细胞减少为特征的进行性免疫功能缺陷，可继发各种机会性感染、恶性肿瘤和中枢神经系统病变。

3.2 艾滋病病毒，人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus,HIV）

艾滋病病毒是导致艾滋病的病原体。

3.3 HIV 感染者（HIV infected person）

HIV 感染者即是感染 HIV 后尚未发展到艾滋病阶段的患者。

3.4 艾滋病患者（AIDS patient）

艾滋病患者即是感染 HIV 后发展到艾滋病阶段的患者。

4 中医病名与病因病机

4.1 中医病名

中医文献没有直接对艾滋病病名的论述，可将其归属于中医学的“虚劳”、“疫毒”、“伏气温病”、“阴阳易”等范畴^[10]。

4.2 中医病因病机

艾滋病是外毒（HIV）入侵，蛰伏体内，与正气交争，阻遏气机运行，扰乱气血津液正常代谢输布，内化为湿、痰（饮）及瘀，聚积成内毒（瘀毒），外毒与内毒叠加，脏腑（脾肺肾为主）虚损日益加重，正气亏虚与邪实交困相争，此消彼长，临床变症丛生，终至元气衰败，阴阳衰竭而亡^[11-13]。

4.3 中医病证治则

艾滋病病位以脾、肺、肾为主，病性以气虚、湿、热、毒、痰饮、阳虚为主，证型以湿热内蕴证、湿毒侵袭证、脾气虚弱证、肺脾气虚证、脾肾阳虚证为主，症状以乏力、发热、咳嗽、腹泻、腹胀、纳呆、消瘦、口腔溃疡、淋巴结肿大、皮疹为主。艾滋病临证表现不一，中医证候多样，治疗总以扶正祛邪为大法。扶正多用健脾、益气、养阴、补血、温阳等，祛邪多用化湿、解毒、清热等。

5 诊断

5.1 西医诊断标准

根据中华医学会感染病学分会艾滋病学组发布的《中国艾滋病诊疗指南（2024年版）》^[1]，结合流行病学史、临床表现和病原学检查作出诊断。

5.2 中医诊断标准

根据中华中医药学会防治艾滋病分会发布的《艾滋病中医诊疗指南（2013年版）》^[8]。将艾滋病的全过程分为急性期、HIV病毒携带期、艾滋病期。

5.2.1 急性期

症见发热神疲，咽喉肿痛，或乳蛾肿大，多发瘰疬，自汗盗汗，恶心呕吐，腹痛泄泻，头身疼痛，皮肤斑疹，鹅口疮，或口糜，舌红、苔白而燥或呈黑褐垢苔，脉细滑数。大多数症状轻微，持续 1-3 周后缓解。

5.2.2 HIV 病毒携带期

常无明显临床症状，但疾病呈缓慢持续进展，随着邪盛正虚，表现为易于感冒、发热、倦怠等非特征性症状且迁延难愈，舌象、脉象多有变化，如舌红苔薄腻，或舌淡暗苔白厚，脉细滑弱。时间较长，多持续 4-8 年不等。

5.2.3 艾滋病期

症见咳喘咯痰胸闷，纳呆恶心，呕吐痰涎，自汗，虚羸少气，头晕目眩，头痛隐隐，心悸失眠，遇劳加重，肢体麻木肿硬，痰核乳癖，神志恍惚，口唇干焦，四肢不温，淡漠呆滞，不思饮食，便秘或溏泻。舌质红或暗淡，常见瘀斑，舌体瘦无神，苔焦黄或腐腻或少苔或剥落，多有裂纹舌，脉细弱或滑或弦涩或脉微欲绝。

艾滋病合并肺部感染：症见咳嗽时作，咳而急剧，声重或咳声嘶哑，或咽痒，咳声低怯，常反复发作，病程长。

艾滋病合并消化道感染：症见泄泻和恶心、呕吐。泄泻主要表现为大便粪质稀溏，或完谷不化，或粪如水样，大便次数增多，每日三五次以至十数次以上，常兼有腹胀、腹痛、肠鸣、纳呆；艾滋病恶心、呕吐多属内伤，呕吐物不多，常伴精神萎靡，倦怠乏力，脉弱无力。

艾滋病合并皮肤病变主要包括蛇串疮、湿疮、皮肤瘙痒、瘰疬、口腔黏膜病变。蛇串疮症见红斑、水疱或丘疱疹，累累如串珠，排列成带状，沿一侧周围神经分布区出现，局部刺痛或伴淋巴结肿大；湿疮皮损症见呈对称分布，多形损害，剧烈瘙痒，有渗出倾向，反复发作，易成慢性；瘰疬症见累累如串珠状，好发于颈部的一侧或两侧，亦可延及缺盆、腋部；口腔黏膜病变症见在上腭、舌背、咽峡、附着龈，或两嘴角上的口腔黏膜反复发生溃烂。

艾滋病定义性肿瘤主要有非霍奇金淋巴瘤、卡波西肉瘤和宫颈癌。艾滋病合并肿瘤，属于中医“虚劳”“瘰疬”“癥瘕”“积聚”等范畴。症见 HIV/AIDS 相关症状如持续发热（>1 个月，无明显感染灶），伴显著消瘦，长期乏力、盗汗，反复感染（如口腔念珠菌病、肺炎、结核、带状疱疹等），慢性腹泻等。除艾滋病相关症状表现外，艾滋病合并卡波西肉瘤症见紫红色或棕红色斑块、结节，多见于面部、四肢、口腔黏膜，或伴有咳嗽、呼吸困难、咯血等肺部症状，或伴有腹痛、黑便、肠梗阻等消化道症状。非霍奇金淋巴瘤表现为淋巴结肿大，呈无痛性、快速增大的淋巴结（颈、腋下、腹股沟）。宫颈癌表现为阴道不规则出血、性交后出血，盆腔疼痛、恶臭分泌物^[9-11]。

6 治疗方法

6.1 治疗原则

早期治疗原则：对于本病，应早发现、早治疗，尽可能控制疾病发展。

分期治疗原则：急性期应尽快解表透邪外出；HIV 病毒携带期应扶正祛邪，一方面培补元气，另一方面清热解毒，利湿化浊；艾滋病期应针对病机，或扶正为主祛邪为辅，或祛邪扶正并重。

6.2 辨证论治

6.2.1 发热

（1）风热犯卫证：症见发热，头痛，咽喉红肿，或微恶风寒，或鼻塞流黄涕，或口渴，或微咳，或有汗而热不解，大便干或正常，舌质红，苔薄黄或薄白而燥，脉浮数。

治法：辛凉解表。

推荐方药：升降散合银翘散加减^[12]。

方药组成：僵蚕、蝉蜕、桔梗、前胡、炒牛蒡子、荆芥、金银花、玄参、浙贝母、芦苇根、柴胡、黄芩、甘草等。

(2) 风寒束表证：症见发热恶寒，头痛或身痛无汗，不渴，咽喉不红，或鼻塞流清涕，舌质红或稍淡，苔薄白而润，脉浮紧稍数。

治法：辛温解表。

推荐方药：荆防败毒散加减^[13]。

方药组成：荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、前胡、川芎、桔梗、枳壳、茯苓、党参、甘草等。

(3) 邪犯少阳证：症见恶寒发热，或寒热往来，口苦咽干，胸脘痞满，干呕，舌质红，苔薄白，脉弦数。

治法：和解少阳。

推荐方药：小柴胡汤加减^[14]。

方药组成：柴胡、黄芩、半夏、党参、甘草等。

(4) 湿热内蕴证：症见身热不扬、午后热甚，恶寒身重，面色淡黄，胸闷不饥，口不渴，舌质红，苔白腻或薄黄腻，脉濡缓或濡数。

治法：清热化湿。

推荐方药：三仁汤加减^[15]。

方药组成：薏苡仁、杏仁、白豆蔻仁、滑石、半夏、通草、厚朴等。

(5) 热毒侵袭证：症见发热微恶风寒，或有畏寒，咽红肿痛，口微渴，头痛身痛，乏力，或见皮疹，瘰癧结节。舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：清热解毒，凉血泻火。

推荐方药：清瘟败毒散加减。

方药组成：石膏、生地黄、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、连翘、玄参、甘草、牡丹皮、竹叶^[16]。

(6) 气虚发热证：症见长期发热，时轻时重，消瘦，倦怠乏力，气短懒言，或汗出，或无汗，舌淡或正常，苔薄白，脉虚数或洪大无力。

治法：补中益气。

推荐方药：补中益气汤加减^[17]。

方药组成：党参、白术、黄芪、升麻、柴胡、陈皮、当归、炙甘草等。

(7) 气血两虚证：症见发热恶寒，少气懒言，体倦肢软，面色苍白，时有自汗，易于感冒，或伴心悸怔忡，健忘失眠，或月经过多，舌质淡或淡暗，脉虚弱或细弱。

治法：气血双补。

推荐方药：十全大补汤或归脾汤加减^[18-19]。

方药组成：党参、白术、炙黄芪、当归、川芎、白芍、熟地黄、肉桂、茯苓、炙甘草等。

6.2.2 咳嗽

(1) 风邪袭肺证：症见咳嗽喉痒，咯白黏痰或无痰，遇风则咳甚，舌质红，苔薄白，脉浮。

治法：宣肺祛风化痰。

推荐方药：止嗽散（《医学心悟》）加减^[21]。

方药组成：荆芥、防风、前胡、白前、桔梗、百部、紫菀、款冬花、米壳、甘草等。

(2) 风寒袭肺证：症见咳嗽声重，咽痒，咳痰稀薄色，常伴鼻流清涕，头痛，或恶寒微热，无汗等，舌淡红，苔白稍厚，脉浮紧。

治法：疏风散寒，宣肺止咳。

推荐方药：参苏饮（《太平惠民和剂局方》）加减^[22]。

方药组成：党参、苏叶、杏仁、桔梗、前胡、半夏、茯苓、陈皮、枳壳、葛根、甘草、生姜、大枣等。

(3) 风热犯肺证：症见咳嗽频剧，气粗或咳声嘶哑，喉燥咽痛，咳痰色黄，常伴流黄涕，发热头痛，身痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热，宣肺止咳。

推荐方药：桑菊饮（《温病条辨》）加减^[23]。

方药组成：桑叶、菊花、杏仁、薄荷、桔梗、连翘、芦根、甘草、黄芩、牛蒡子等。

(4) 痰湿蕴肺证：症见咳嗽反复发作，咳声重浊，痰多，因痰而嗽，痰出则咳平，痰黏腻或稠厚成块，色白或带灰色。或伴胸闷，脘痞，呕恶，食少，体倦，舌苔白腻，脉濡缓或滑。

治法：燥湿化痰，理气止咳。

推荐方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加减^[24-25]。

方药组成：半夏、陈皮、茯苓、苍术、厚朴、杏仁、紫苏子、莱菔子、白芥子、紫菀、款冬花等。

(5) 痰热壅肺证：症见咳嗽或喘，气粗，痰多黄稠或白黏，咯吐不爽，或咯血痰，或有身热，气粗，胸胁胀满，口干，烦躁不安，大便闭结，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，宣肺止咳。

推荐方药：苇茎汤（《备急千金要方》）合麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）加减^[26-27]。

方药组成：麻黄、杏仁、石膏、芦根、薏苡仁、桃仁、冬瓜仁、炙甘草等。

(6) 卫气亏虚，风寒袭肺证：症见咳嗽或喘，汗出恶风，咯清痰或黄痰，鼻塞流清涕或黄涕，遇风寒则咳甚，舌质红或稍淡，苔薄白，脉浮虚。

治法：益气固卫，祛风散寒。

推荐方药：御寒汤加减^[28]。

方药组成：黄芪、苍术、党参、羌活、白芷、防风、黄柏、黄连、升麻、陈皮、款冬花、甘草等。

6.2.3 泄泻

(1) 湿邪困脾证：症见泻下如水，身困，小便不利，口不渴，舌质稍淡，苔白腻，脉濡缓。

治法：健脾利湿。

推荐方药：胃苓汤（《世医得效方》）加减^[29]。

方药组成：苍术、白术、厚朴、陈皮、泽泻、猪苓、茯苓、桂枝、车前子、炙甘草等。

(2) 湿热蕴结证：症见泄泻腹痛，泻下急迫，或泻而不爽，下痢臭秽，肛门灼热，身热口干，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿。

推荐方药：葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）合芍药汤加减^[30-31]。

方药组成：葛根、黄芩、黄连、芍药、当归、木香、槟榔、薏苡仁、白术、陈皮、防风、甘草（炙）等。

(3) 脾胃虚弱证：症见大便时溏时泻，迁延反复，食少纳差，脘腹痞胀，稍进油腻食物，则大便次数增加，面色萎黄，神疲乏力，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：补脾健胃，化湿止泻。

推荐方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减^[32]。

方药组成：党参、白术、茯苓、陈皮、山药、白扁豆（炒）、薏苡仁（炒）、砂仁、肉豆蔻、莲子、炙甘草、大枣等。

(4) 脾肾虚寒证：症见黎明前脐腹作痛，肠鸣即泻，完谷不化，腹部喜暖，泻后则安，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

推荐方药：四神丸（《证治准绳》）加减^[33]。

方药组成：补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子、生姜、大枣等。

6.2.4 胃脘痛、腹胀

(1) 气滞血瘀证：症见胃脘胀满或疼痛，嗳气不舒，舌质红，苔薄白，脉沉。

治法：理气和胃。

推荐方药：丹参饮（《时方歌括》）加减^[34]。

方药组成：丹参、檀香、砂仁、乌药等。

(2) 脾虚气滞证：症见腹胀，午后加重，或倦怠乏力，或食欲不振，或便溏，舌正红或稍淡，苔薄白，脉缓。

治法：益气健脾。

推荐方药：香砂六君子汤（《古今名医方论》）加减^[35]。

方药组成：党参、白术、茯苓、半夏、砂仁、陈皮、广木香、大腹皮、炙甘草等。

(3) 中焦虚寒证：症见胃脘隐痛，按之痛减，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛缓，或烧心反酸，倦怠乏力，四肢不温，舌质淡或正常，苔白滑或白腻，脉沉细无力。

治法：扶正补虚，温里祛寒。

推荐方药：黄芪建中汤（《金匮要略》）加减^[36]。

方药组成：炙黄芪、桂枝、白芍、藿香、半夏、延胡索、炙甘草等。

(4) 肝胃阴虚证：症见脘胁疼痛，心烦口干，或烧心反酸，食服辛燥之品则痛甚，舌红，无苔或少苔，脉弦细。

治法：养阴和胃，柔肝止痛。

推荐方药：一贯煎（《续名医类案》）加减^[37]。

方药组成：沙参、麦冬、白芍、川楝子、延胡索、枸杞子、乌梅、甘草等。

(5) 脾胃虚寒兼气滞证：症见胃脘疼痛，饮冷或食生冷食物则痛甚，暖气不舒，舌淡，苔白，脉细弦。

治法：温胃散寒理气。

推荐方药：砂半理中汤加减^[38]。

方药组成：人参、白术、干姜、甘草、半夏、砂仁、香附、高良姜、枳实等。

6.2.5 口疮

(1) 心火上炎证：症见口腔黏膜的任何部位均可出现单个或多个大小不等溃面，溃烂周围红肿突起，中央凹陷，灼热疼痛，或见牙龈红肿疼痛，龈缘呈火红色线样改变，龈根附有灰黄色腐物，口气臭，易出血，或心烦口渴，小便黄赤，大便干结，舌质红，苔黄，脉数。

治法：清泄心火。

推荐方药：大黄黄连泻心汤加减^[39]。

方药组成：大黄、黄芩、黄连、五倍子、薄荷等。

(2) 脾胃湿热证：症见口腔黏膜无明显诱因反复出现点状、片状白色或黄色腐物，拭去后呈红色创面或渗血，随后复生，多发生在上腭、舌背、咽峡、附着龈，或两口角湿烂结痂，皴裂粗糙，伴见腹胀便溏，小便短赤，舌质红或稍黄，

苔白黄厚腻，脉滑数。

治法：健脾和胃，清热燥湿。

推荐方药：甘草泻心汤加减^[40]。

方药组成：甘草、半夏、黄芩、黄连、干姜、党参、大枣等。

(3) 脾胃虚寒证：症见口腔黏膜反复发生溃烂，溃面大而深，疮色淡白，疼痛不明显，经久不愈，或口腭、舌背、颊黏膜呈现红色斑片，萎薄而干，口干少唾，或舌缘出现白色、灰白色斑块，甚可蔓延至舌腹，呈垂直皱褶、毛茸状，不能被擦去，伴头晕耳鸣，形寒肢冷，神疲乏力，舌质淡，苔白滑，脉沉弱。

治法：温中祛寒，补气健脾。

推荐方药：理中汤加减^[41]。

方药组成：党参、白术、干姜、肉桂、茯苓、黄连、炙甘草等。

6.2.6 湿疮、皮肤瘙痒

(1) 风热蕴肤证：症见瘙痒突发、瘙痒剧烈、遇热加重，皮肤发红或有红色疹块、或有风团，伴口干、口渴，舌红苔黄，脉浮数或滑数。

治法：疏风清热，凉血止痒。

推荐方药：消风散加减^[42]。

方药组成：荆芥、防风、蝉蜕、苦参、知母、石膏、当归、生地、胡麻仁等。

(2) 湿热内蕴证：症见瘙痒伴水疱、渗液（如湿疹），局部皮肤发红、发热，边界不清，触之有湿润感，多发于下肢、外阴。病情迁延，时轻时重，尤其在梅雨季节或进食辛辣后加重。舌红苔黄腻，脉滑数或濡数。

治法：清热利湿，解毒止痒。

推荐方药：龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤^[43]。

方药组成：龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、车前子、当归、萆薢、薏苡仁、黄柏、赤茯苓、丹皮、泽泻、滑石、通草等。

(3) 气滞血瘀证：症见瘙痒部位固定，夜间加重，抓后无明显风团或渗液，皮肤干燥、粗糙、增厚，可见抓痕、血痂，或色素沉着、苔藓样变，舌质暗红或有瘀斑，舌下络脉迂曲，脉弦涩或沉涩。

治法：活血化瘀，通络止痒。

推荐方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）合消风散加减^[44]。

方药组成：熟地黄、当归、白芍、川芎、桃仁、红花、荆芥、防风、蝉蜕、苦参、知母、石膏等。

(4) 血热生风证：症见红色丘疹、斑疹、灼热感明显，遇热及夜间加重，瘙痒抓破后血痕明显，面赤、口干、心烦易怒、小便黄赤、大便干结。舌质深红或绛，苔少或黄。脉弦数或滑数。

治法：凉血祛风。

推荐方药：犀角地黄汤加减^[45]。

方药组成：水牛角、生地、丹皮、赤芍等。

（5）血虚风燥证：症见皮肤粗糙、皲裂，常见于四肢伸侧、腰背部，夜间加重，抓后无渗液，可见白色皮屑飞扬，皮肤可见细密抓痕、血痂，甚至苔藓样变。伴面色苍白或萎黄，唇甲色淡，头晕眼花，心悸失眠，口干咽燥，大便干结，舌淡少津，舌质淡，苔薄白或少苔，脉细或弦细。

治法：养血润燥。

推荐方药：当归饮子加减^[46]。

方药组成：当归、川芎、白芍、生地、防风等。

6.2.7 蛇串疮

（1）肝经湿热证：症见皮肤簇集性水疱，色鲜红，红斑水疱明显，疱壁紧张，排列成带状，多发生于肝、胆经脉循行部位，灼热刺痛，伴口苦咽干，烦躁易怒，便秘溲赤，或有发热，舌质红，苔黄或黄腻，脉弦滑数。

治法：清泻肝热，利湿解毒。

推荐方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减^[47]。

方药组成：龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、甘草、大青叶、板蓝根、紫草、马齿苋、延胡索、赤芍、白芍、滑石。

（2）气滞血瘀证：症见皮疹消退后，疼痛仍不止，影响睡眠及日常生活，舌质暗红，苔薄，脉弦细涩。

治法：活血化瘀。

推荐方药：桃红四物汤或血府逐瘀汤加减^[48-49]。

方药组成：丹参、赤芍、白芍、当归、桃仁、红花、延胡索、香附、王不留行、三棱、莪术、磁石、生牡蛎、珍珠母、甘草等。

（3）脾虚湿蕴证：症见皮肤簇集性水疱，水疱数量较多，色淡红，疱壁松弛，排列成带状，口中黏腻不渴，脘闷食少，腹胀便溏，舌质淡红，苔薄白而腻，脉沉缓或濡或滑缓。

治法：健脾利湿。

推荐方药：胃苓汤（《丹溪心法》）加减^[50]。

方药组成：苍术、白术、茯苓、厚朴、陈皮、桂枝、泽泻、猪苓、生姜、大枣、甘草等。

6.2.8 瘰癧、积聚

（1）气滞痰凝证：瘰癧初起如豆，单个或数个串生，不热不痛，皮色不变，推之能动，舌苔白，脉弦。

治法：疏肝养血，理气化痰。

推荐方药：逍遥散合二陈汤加减。

方药组成：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜、半夏、陈皮等。

(2) 气滞血阻证：腹部积块质软不坚，固定不移，胀痛不适，舌苔薄，脉弦等。

治法：理气消积，活血散瘀。

推荐方药：柴胡疏肝散合失笑散加减。

方药组成：柴胡、青皮、川楝子、丹参、延胡索、蒲黄、五灵脂等。

(3) 瘀血内结证：腹部积块明显，质地较硬，固定不移，隐痛或刺痛，形体消瘦，纳谷减少，面色晦暗黧黑，面颈胸臂或有血痣赤缕。女子可见月事不下，舌质紫或有瘀斑瘀点，脉细涩。

治法：祛瘀软坚，扶正健脾。

推荐方药：膈下逐瘀汤合六君子汤加减。

方药组成：当归、川芎、桃仁、三棱、莪术、香附、乌药、陈皮、人参、白术、黄精、甘草等。

(4) 痰瘀毒蕴证：瘰癧累累如串珠，皮核相亲，或融合成块，渐感疼痛，推之不移，或液化成脓，按之复指，舌苔薄黄，脉弦数。

治法：解郁化痰，托毒透脓。

推荐方药：内托生肌散加减。

方药组成：生黄芪、当归、丹参、乳香、没药、甘草等。

(5) 气阴两虚证：结核溃破，脓水清稀，久则成瘰，经久不愈，低热盗汗，咳嗽，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴降火，益气养血。

推荐方药：香贝养营汤合六味地黄汤加减。

方药组成：人参、白术、茯苓、当归、白芍、熟地黄、川芎、香附、贝母、桔梗、陈皮、甘草、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻等。

(6) 正虚瘀结证：久病体弱，积块坚硬，隐痛或剧痛，饮食大减，肌肉瘦削，神倦乏力，面色萎黄或黧黑，甚则面肢浮肿，舌质淡紫，或光剥无苔，脉细数或弦细。

治法：补益气血，活血化瘀。

推荐方药：八珍汤合化积丸加减。

方药组成：人参、白术、茯苓、甘草、当归、白芍、地黄、川芎、三棱、莪术、阿魏、瓦楞子、五灵脂、香附、槟榔等。

6.3 常用中成药及医疗机构制剂

6.3.1 唐草片

主要成分：老鹳草、瓜蒌、柴胡、香薷、黄芪、木棉花、鸡血藤、糯稻根、诃子、白花蛇舌草、马齿苋、黄连、全蝎。

功效：清热解毒，活血益气。

临床应用的适用范围：HIV/AIDS 毒蕴阴虚夹瘀证的患者^[51]。

用法：口服，每日 3 次，每次 8 片，规格：0.4g/片，疗程 6 个月。

6.3.2 益艾康胶囊

主要成分：人参、黄芪、炒白术、茯苓、当归、川芎、白芍、黄芩、地黄、麦冬、防风、甘草等。

功效：健脾益气养血，化湿清热祛风。

临床应用的适用范围：HIV/AIDS 肺脾气虚证的患者^[52]。

用法：口服，每日 3 次，每次 5 粒，规格：0.5g/粒，疗程 6 个月。

6.3.3 扶正排毒片：

主要成分：西洋参、黄芪、白术、防风、白花蛇舌草、女贞子、山茱萸、南沙参、紫草、连翘、甘草等。

功效：扶正固本，祛邪排毒。

临床应用的适用范围：HIV/AIDS 气阴两虚兼毒蕴证的患者^[53]。

用法：口服，每日 3 次，每次 5 片，规格：0.37g/粒。

6.3.4 泻痢康胶囊：

主要成分：大蒜、肉豆蔻、五倍子、白鲜皮、枯矾、艾叶等。

功效：健脾补肾、涩肠温中、止泻止痢。

临床应用的适用范围：HIV/AIDS 脾肾阳虚证的腹泻患者^[54]。

用法：口服，每日 3 次，每次 5 粒，规格：0.5g/粒。

6.4 其他治法

6.4.1 艾灸疗法

6.4.1.1 肺脾两虚证

取穴：太渊、肺俞、关元、脾俞、肾俞、神阙、气海，交替选用。

操作方法：点燃艾条，距离穴位 0.5~1cm，灸至皮肤潮红为度；每次 20~30 分钟，每日 1 次，10 天为 1 疗程，连续 2~3 个疗程。

6.4.1.2 气阴两虚证

取穴：肺俞、膻中、太溪，命门、肾俞、足三里、涌泉，交替选用。

操作方法：同上。

6.4.1.3 脾肾阳虚证

取穴：关元、气海、足三里、三阴交，内关、百会、膈俞、脾俞、肾俞，交替选用。

操作方法：20 天为 1 疗程，其他同上。

6.4.2 饮食疗法

6.4.2.1 饮食宜忌

宜少食多餐易消化食物。咳嗽痰多者，少食甜腻；皮肤疮疹者，忌食蟹虾；咽喉干燥者，忌食辣椒、大蒜等辛辣之品。

6.4.2.2 推荐药膳

咳嗽、气喘：苏子粳米粥（苏子、粳米、生姜、陈皮、白果、大枣），芡实山药粥（芡实、山药、薏苡仁、白萝卜、核桃仁）。

痰核、瘰疬：紫菜豆腐海蜇汤（紫菜、豆腐、海蜇、生姜）。

呕吐、胃痛：参苓橘姜粥（党参、橘皮、茯苓、生姜、粳米）。

腹痛、腹泻：莲子马齿苋汤（莲子、马齿苋、瘦猪肉、大蒜）。

口疮：洋参莲子羹（西洋参、莲子、绿豆、冰糖）。

皮疹：当归赤豆羹（当归、赤小豆、薏苡仁、扁豆、马齿苋、防风）。

自汗、盗汗：黄芪浮小麦羹（黄芪、浮小麦、薏苡仁、绿豆、黑豆）。

7 护理调摄、疾病管理及监测要点

7.1.1 发热的护理措施

每 4h 监测体温 1 次，保持室内空气流通，鼓励患者食流质饮食，多饮温开水，给予物理降温（温水或酒精擦浴、冰敷），必要时根据医嘱给予药物降温。

7.1.2 腹泻的护理措施

卧床休息，肛周皮肤涂凡士林保护，每天 1% 温盐水或 1: 5000 高锰酸钾溶液坐浴，每次便后用 1% 温盐水清洗。记录出入量，观察排便的颜色和性质，必要时送标本检查，鼓励患者多进食稀饭、清淡的菜汤、新鲜果汁。

7.1.3 恶心呕吐的护理措施

呕吐时采取坐位或侧位，头偏向一侧，避免患者将呕吐物误吸入气管。先禁食 2h，再鼓励患者进食稍干、清淡的食物，如馒头、米饭。恶心想吐时给予额头冷敷，调节呼吸，听轻音乐，做一些感兴趣的事来放松自己，或餐前 30min 给予止吐药，呕吐频繁者注意水电解质平衡。

7.1.4 咳嗽和呼吸困难的护理措施

保持气道通畅，按医嘱给予抗菌消炎、镇咳，痰液黏稠难排出时给予化痰、雾化处理。每 2h 观察呼吸 1 次，当出现呼吸困难时给 2~3L/min 氧气吸入，给患者以前倾前曲坐位，两肘支于膝盖或小桌上，卧床患者把床头抬高 45° 平卧或左侧卧位，给患者以鼓励或安慰，以减少焦虑，平稳情绪，对缓解呼吸困难有积极

的作用，定时给患者拍背，以利于痰液的排出。

7.1.5 疼痛的护理措施

确定疼痛的部位，观察疼痛的性质和并发病状，及时与医生沟通，给予止痛。

7.1.6 皮肤护理措施

保持皮肤清洁干燥，严格消毒隔离制度，避免医源性感染，护理完一个患者后，要更换手套、洗手。皮肤瘙痒时用棉花或软布、棉纸轻擦，不要擦伤皮肤。感染伤口清洗后，给予暴露不包扎，有疱疹时尽量暴露，用 0.05% 碘伏溶液清洗、湿敷。鼓励患者多离床活动，卧床不起者督导每 2~4h 翻身 1 次。保持床铺清洁平整。

7.1.7 口腔护理措施

每天早晚及饭后均用 1% 温盐水漱口，霉菌感染时用 2%~3% 苏打水漱口，溃疡面涂制霉菌素粉，口周疱疹涂龙胆紫以利疮面愈合。

7.1.8 心理护理

HIV/AIDS 患者心理健康状况低于一般人群，普遍存在人际关系敏感、焦虑、抑郁、敌对、偏执等多种心理问题。家庭和朋友的关心关爱能够减少患者内心的痛苦。

7.2 艾滋病相关管理

7.2.1 ART 管理

需特别关注脆弱人群抗病毒治疗和随访的相关问题，脆弱人群主要包括：年龄超过 50 岁的患者；儿童患者；孕妇；晚确诊的患者；具有多种基础疾病的患者；免疫高度抑制的患者如 CD4⁺T 淋巴细胞计数 < 50 个/ μ l；ART 后免疫功能重建不全的患者。这类患者要更为积极地进行 ART，积极治疗基础疾病，注意多学科协作^[1]。

7.2.2 艾滋病相关慢性疾病管理

随着寿命的延长，HIV 病毒的慢性感染以及 ART 治疗的长期不良反应给患者生活质量带来了新的问题。其中，以心血管疾病、骨质疏松及认知功能障碍方面患病风险最为突出^[57]。

7.2.3 艾滋病相关工作者的人员管理

建立完善科学的医疗管理模式，规范事故性暴露后的应急措施，减少护理人员的职业暴露和对艾滋病的恐惧；强调护理人员进行艾滋病症状护理、患者心理支持、对家属的咨询和指导在艾滋病治疗中的重要作用^[58]。

7.3 艾滋病相关病情监测

及时、准确的病情检测，是早期发现问题，防止病情恶化，挽救患者生命的关键。

8 预防

8.1 艾滋病高危人群的预防

艾滋病的流行一般从有高危行为的人群（如吸毒者、卖淫者、嫖娼者、男男性行为者等）开始，然后通过性行为传播到一般人群^[58]。坚持洁身自爱，不卖淫、嫖娼等进行高危性行为。使用安全套、不使用不正规来源的静脉注射器，进行婚前检查避免配偶隐瞒病情，导致感染。育龄女性积极进行婚前孕前检测，如果确诊感染在医生的指导下正确采取母婴阻断措施，同时医院做到“逢孕必检，逢阳必阻”，能较大概率减少母婴传播的发生。

8.2 艾滋病相关工作者的预防

医务人员在医疗操作中应该严格按照正规程序进行操作与检查，防止职业暴露。若是出现职业暴露的情况，应保持冷静心态，积极处理，联系咨询艾滋病治疗专家评估是否服用艾滋病阻断药物，如果需要服药，最好在职业暴露 2 小时内服用，72 小时是职业暴露预防治疗的最佳时间，越早阻断效果越好，如果在 3 天以上，也建议预防性用药，连续服用 28 天，同时做好后期随访监测。

8.3 全社会的艾滋病预防

对广大人群进行艾滋病相关知识的持续性宣传教育，针对不同的年龄、性别、民族、边远贫困地区实施不同的方法；避免直接与艾滋病患者的血液、精液、乳汁接触；不借用或共用牙刷、剃须刀、刮脸刀等个人行为；不擅自输血和使用血制品；献血、献器官、组织及精液应做 HIV 检测。

8.4 增加监测哨点

建立高效、准确的高危行为监测系统，加快抗体检测初筛实验室和确认实验室的建设。

9 疗效评价

9.1 疾病疗效评价

参照中华医学会感染病学分会艾滋病学组发布的《中国艾滋病诊疗指南（2024 年版）》^[1]执行。ART 的有效性主要通过以下三方面进行评估：病毒学指标、免疫学指标和临床症状，其中病毒学的改变是最重要的指标。

9.1.1 病毒学指标

启动 ART 后患者血浆病毒载量 4 周内应下降 1 个 lg 以上，在治疗后的 3~6 个月病毒载量低于检测下限。

9.1.2 免疫学指标

启动 ART 后 1 年内 CD4+T 淋巴细胞计数与治疗前相比增加 30%或增长 100 个/ μ l。

9.1.3 临床症状

ART 后患者机会性感染的发病率和 AIDS 的病死率显著降低。对于儿童可观察身高、营养及发育改善情况。

9.2 中医证候评价

参照国家中医药管理局中医药防治艾滋病工作组织协调小组办公室的《11 省中医药治疗艾滋病项目临床技术培训资料》的疗效标准和《中药新药临床研究指导原则》的判定方法。症状积分按尼莫地平法计算：

改善比 = (治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分 × 100%

根据改善比，疗效等级分为显效、有效、无效三个等级。

显效：改善比 ≥ 30%；

有效：改善比 ≥ 10%；

无效：改善比无变化。

症状体征出现频率改善率采用以下公式计算：

改善率 = (疗前频率 - 疗后频率) ÷ 疗前频率 × 100%

d = 疗前频率 - 疗后频率 (d 为治疗前后频率差)

注：凡治疗前症状体征积分为 0 者，不适合用尼莫地平法计算改善比，若治疗后积分不变视为有效，若治疗后积分增加，视为无效。

9.3 安全性评定

I 级：安全，无任何不良反应；

II 级：比较安全，不良反应较轻，不需做任何处理，可继续给药；

III 级：不良反应较明显，做处理后可继续给药；

IV 级：因不良反应中止治疗。

参考文献

- [1] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组,中国疾病预防控制中心.中国艾滋病诊疗指南(2024版)[J].协和医学杂志,2024,15(06):1261-1288.
- [2]UNAIDS.Global HIV AIDS statistics fact sheet [EB/OL].(2023-08-31)[2023-09-01].
- [3] 张福杰,赵燕,马烨,等.中国免费艾滋病抗病毒治疗进展与成就[J].中国艾滋病性病, 2022, 28(1):6-9.
- [4] Liu ZB,Yang JP,Xu LR.Effectiveness and safety of traditional Chinese medicine in treating acquired immune deficiency syndrome:2004–2014[J].Infect Dis Poverty,2015,4:59.
- [5] Xu QL,Guo HJ,Jin YT,et al.Advantages of Chinese medicine for patients with acquired immunodeficiency syndrome in rural central China[J].Chin J Integr Med,2018,24 (12) :891-896.
- [6] Jin YT,Liu S,Yuan J,et al.Prevalence trend and risk factors for anemia among patients with HIV infection receiving antiretroviral therapy in rural China[J].J Tradit Chin Med,2019,39 (1) :111-117.
- [7] 高国建, 赵玉凤, 刘颖, 等. 中医药防治艾滋病临床疗效与评价方法研究现状[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(10):4814-4818.
- [8]谢世平,郭会军,王健.艾滋病中医诊疗指南(2013 版)[J].中医学报,2014,29(05):617-620.
- [9]李静茹,马秀兰,张颖,等.艾滋病中医病位证素分布规律及其与年龄的相关性研究[J].中华中医药杂志,2021,36(02):1061-1063.
- [10]吴少天,邱荃,李亮平,等.艾滋病中医病因病机研究进展[J].中医研究,2019,32 (06) :77-80.
- [11]杨倩倩.6095 例艾滋病住院病人临床特点与中医证候学特点研究[D].河南中医药大学,2018.
- [12]陈银灿. 升降散合银翘散加减治疗小儿急性扁桃体炎肺胃热盛证 43 例疗效观察[J]. 中医儿科杂志, 2015, 11 (03): 31-34.
- [13]方力维. 荆防败毒散加味在风寒感冒治疗中的临床疗效分析[J]. 北方药学, 2022, 19 (11): 82-84.
- [14]李澳薛,周唯唯,常珍银,等. 李旭成教授应用小柴胡汤辨治外感热病之少阳证经验[J/OL]. 环球中医药, 1-5[2025-04-22].
- [15]曾庆福. 三仁汤加减治疗上呼吸道病毒感染湿热证的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2012.
- [16]王健, 黄世敬 主编. 艾滋病中西医结合临床治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [17]范琼,段清克,梁健,等. 补中益气汤治疗艾滋病发热 40 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2014, 29 (01): 38-39.
- [18]石业飞,余汪洋,吴伟山,等. 归脾汤治疗老年全髋关节置换术后血虚发热临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22 (23): 87-89.
- [19]倪敏,戴西湖. 十全大补汤治疗化疗引起的骨髓抑制及感染性发热的临床研究[J]. 中国肿

瘤临床与康复, 2003, (05): 68-69.

[20]郝晓宇,齐文升. 从李东垣阴火理论论治不明原因发热案 1 例[J]. 北京中医药, 2023, 42 (10): 1142-1144.

[21](清)程国彭著; 闫志安, 徐文兵校注. 医学心悟[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996.07.85

[22]贾皇超,许前磊,金艳涛,等. 艾滋病咳嗽中医诊疗方案的临床验证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28 (05): 752-756+761.

[23]郑新远. 桑菊饮加味治疗咳嗽风热犯肺证疗效观察[J]. 河南中医, 2023, 43 (04): 572-575.

[24](宋)宋太医局编. 太平惠民和剂局方[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020.01.112,

[25](明)韩菼著; 丁光迪点校. 韩氏医通[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989.10.30.

[26](唐)孙思邈撰. 备急千金要方[M]. 中版集团数字传媒有限公司, 2020.12.

[27](清)张隐庵注释; (清)高士宗纂集; 吴颢昕笺注. 伤寒论集注[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2021.09.41.

[28]闫磊,郭会军. 李发枝教授运用御寒汤治疗艾滋病气虚感寒证经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29 (11): 3465-3466.

[29]聂伟,丁金玲,陶明. 胃苓汤加减治疗脾虚湿滞型抗生素相关性腹泻临床研究[J]. 新中医, 2019, 51 (02): 90-92.

[30](清)张隐庵注释; (清)高士宗纂集; 吴颢昕笺注. 伤寒论集注[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2021.09.29.

[31]郑守谦,林宏洋,黄心洁等. 近代名医珍本医书重刊大系 内科杂病综古[M]. 天津:天津科学技术出版社,2023.06.

[32]艾滋病相关慢性腹泻中西医协同治疗专家共识[J]. 家庭医学(下半月), 2021, (06): 62-63.

[33]杨巧红. 理中汤合四神丸加减治疗艾滋病相关腹泻 38 例[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37 (07): 1268.

[34]尹欢,辛雨,易依柳,等. 丹参饮加味治疗消化性溃疡临床疗效的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38 (10): 129-134.

[35]尤玉玲. 香砂六君子汤合平胃散加减治疗脾虚湿阻型胃脘痛临床效果[C]// 南京康复医学会. 第七届全国康复与临床药学学术交流会议论文集(四). 临沂市河东区九曲街道社区卫生服务中心,; 2024: 51-54.

[36]刘旺华. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃痛患者的效果研究[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35 (15): 2247-2249.

[37]廖志远. 加减一贯煎治疗胃阴亏虚型慢性糜烂性胃炎临床观察[D]. 湖北中医药大学, 2017.

[38]赵明辉,吴士月,阮子倩,等. 针刺联合砂半理中汤加减治疗气阴两虚型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 山西中医药大学学报, 2025, 26 (01): 58-62.

- [39]崔永华,樊德春. 益艾康胶囊合大黄黄连泻心汤治疗艾滋病口腔溃疡 30 例[J]. 山东中医杂志, 2006, (08): 521-522.
- [40]杨晓霞,李超锋,王炳恒,等. 甘草泻心汤对艾滋病难治性口腔溃疡患者口腔菌群的影响[J]. 亚太传统医药, 2020, 16 (10): 160-162.
- [41]刘亚娟,宋康,王小玉,等. 理中汤加味结合针刺对复发性口腔溃疡免疫功能及 IL-17、Smad7、TGF- β 1 的影响[J]. 四川中医, 2024, 42 (12): 176-179.
- [42]杨晓霞. 消风散治疗艾滋病并发皮疹患者的近期随访研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30 (10): 33-34.
- [43]张予晋,王军文,王江蓉,等. 加减龙胆泻肝汤治疗艾滋病皮肤瘙痒湿热内蕴证的疗效及机制研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42 (04): 680-684.
- [44]李茜,吴景东,张小卿,等. 桃红四物汤治疗皮肤科疾病的药理作用及临床应用进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37 (08): 65-68.
- [45]张云璧,范欢,陶甜甜. 犀角地黄汤在皮肤科的应用[J]. 中国医学文摘(皮肤科学), 2017, 34 (02): 211-218+7.
- [46]薛盼盼,梅慧,纪春艳,等. 当归饮子加减治疗皮肤瘙痒症的 Meta 分析[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41 (07): 17-21.
- [47]段晨晨,王奎鹏,李强,等. 基于网络药理学探究龙胆泻肝汤加减治疗艾滋病相关带状疱疹及其后遗症的作用机制[C]// 中华中医药学会. 中华中医药学会防治艾滋病分会 2020 年学术年会论文集. 河南中医药大学;河南中医药大学第一附属医院;河南省病毒性疾病中医药防治重点实验室,; 2020: 200-208.
- [48]杨小珍,林道强,李仕妹,等. 桃红四物汤治疗带状疱疹后遗症神经痛疗效及对 Th1/Th2 细胞因子的变化研究[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42 (02): 60-63.
- [49]付静,兰艳,刘兴瑞. 血府逐瘀汤联合更昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2025, 34 (02): 296-299.
- [50]邱岳东. 围刺法联合除湿胃苓汤加减治疗带状疱疹脾虚湿蕴证临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59 (03): 267.
- [51]邵宝平,黄艳春,石海皖,等. 唐草片缓解 ART 毒副作用的相关应用[C]// 中华中医药学会. 中华中医药学会防治艾滋病分会 2021 年学术年会论文集. 上海百岁行药业有限公司,; 2021: 97-101.
- [52]邓博文,张清燕,刘真,等. 中药益艾康治疗艾滋病现状分析[J]. 国医论坛, 2021, 36 (04): 73-75.
- [53]姜枫,顾侦芳,李政伟,等. 扶正排毒片对无症状人类免疫缺陷病毒感染者干扰素 α 的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32 (12): 1700-1701.
- [54]姜琦,许前磊,郭会军,等. 泻痢康胶囊介导肠道菌群调控 TNFR1/RIP1/ComplexI 信号通路

治疗 HIV/AIDS 腹泻的机制探析[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39 (08): 4272-4276.

[55]傅亮.艾滋病临床护理实践指南的构建研究[D].复旦大学,2014.

[56]绳宇,徐晓华.艾滋病护理研究进程及面临挑战[J].护理管理杂志,2016,16(12):843-846.

[57]杨帆,王福祥,李春兰,范文慧,王媛媛,林元龙,宋波.护理人员艾滋病歧视相关因素调查及对护理人员综合培训效果研究[J].中国临床研究,2015,28(10):1377-1380.

[58]徐鹏,韩琳,曾刚,马福昌,刘康迈,吕繁.我国预防控制经性途径传播艾滋病的政策变迁及趋势分析[J].中国卫生政策研究,2013,6(07):64-70.

团体标准公示板