

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1379—2026

HIV 感染儿童抗病毒治疗及随访管理规范

Specifications for antiretroviral therapy and follow-up
management of children living with HIV

2026 – 07 – 23 发布

2026 – 07 – 29 实施

广西标准化协会 发 布

目 次

前言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 缩略语 1

5 诊断 2

6 治疗前准备 2

7 抗病毒治疗 3

8 随访管理 4

9 档案管理 7

附录 A（资料性） 生长发育评估..... 9

附录 B（资料性） 儿童心理行为发育问题预警征象..... 11

附录 C（资料性） 儿童抗病毒治疗方案..... 12

附录 D（资料性） 抗病毒治疗随访及检测项目时间表..... 15

附录 E（资料性） 儿童抗病毒治疗失败后的调整方案..... 16

附录 F（资料性） 儿童疫苗接种建议..... 17

参考文献 18

前 言

本文件参照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。

本文件由广西预防医学会提出、归口并宣贯。

本文件起草单位：广西壮族自治区疾病预防控制中心、中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心、广西壮族自治区胸科医院、广西医科大学附属武鸣医院、广西壮族自治区妇幼保健院、香港城市大学、云南省传染病医院、南宁市第四人民医院、南宁市妇幼保健院。

本文件主要起草人：曾小良、赵燕、蒙晓宇、周洁超、张剑锋、许元龙、吴雨霏、于肖楠、阮玉华、刘美、彭振仁、岑平、罗静霞、卢海金、周信娟、鲁鸿燕、黄影、黄小昌。

HIV 感染儿童抗病毒治疗及随访管理规范

1 范围

本文件界定了HIV感染儿童抗病毒治疗及随访管理涉及的术语和定义以及缩略语，规定了HIV感染儿童抗病毒治疗及随访管理的诊断、治疗前准备、抗病毒治疗、随访管理、档案管理的要求。

本文件适用于未满18周岁的HIV感染儿童（以下简称儿童）抗病毒治疗及随访管理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

WS 293 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断

3 术语和定义

WS 293界定的术语和定义适用于本文件。

4 缩略语

WS 293界定的以及下列缩略语适用于本文件。

ABC: 阿巴卡韦 (Abacavir)

ART: 抗病毒治疗 (Antiretroviral Therapy)

AZT: 齐多夫定 (Zidovudine)

BMI: 体质指数 (Body Mass Index)

BIC: 比克替拉韦 (Bictegravir)

BIC/FTC/TAF: 比克替拉韦/丙酚替诺福韦/恩曲他滨 (Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide)

CAB: 卡替拉韦 (Cabotegravir)

CBCL: 儿童行为量表 (Child Behavior Checklist)

CDI: 儿童抑郁量表 (Children's Depression Inventory)

CMV: 巨细胞病毒 (Cytomegalovirus)

DDST: 丹佛发育筛查测试 (Denver Developmental Screening Test)

DST: 儿童智能发育测试 (Developmental Screening Test)

DTG: 多替拉韦 (Dolutegravir)

EFV: 依非韦伦 (Efavirenz)

EVG/c/FTC/TAF: 艾维雷韦/考比司他/恩曲他滨/丙酚替诺福韦 (Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide)

FTC: 恩曲他滨 (Emtricitabine)

GAD-7: 广泛性焦虑障碍量表 (Generalized Anxiety Disorder-7)

HAART: 高效抗逆转录病毒治疗 (Highly Active Antiretroviral Therapy)

IRIS: 免疫重建炎症综合征 (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome)

INSTI: 整合酶链转移抑制剂 (Integrase Strand Transfer Inhibitors)

LPV/r: 洛匹那韦/利托那韦 (Lopinavir/Ritonavir)

M-CHAT: 婴幼儿孤独症筛查量表 (Modified Checklist for Autism in Toddlers)

NNRTI: 非核苷类逆转录酶抑制剂 (Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors)

NRTI: 核苷类逆转录酶抑制剂 (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors)

NVP: 奈韦拉平 (Nevirapine)
PCP: 肺孢子菌肺炎 (Pneumocystis Carinii Pneumonia)
PI: 蛋白酶抑制剂 (Protease Inhibitors)
PHQ-9: 患者健康问卷-9 (Patient Health Questionnaire-9)
RAL: 拉替拉韦 (Raltegravir)
RPV: 利匹韦林 (Rilpivirine)
SCARED: 儿童焦虑性情绪障碍筛查表 (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)
SCL-90: 症状自评量表 (Symptom Checklist-90)
SDQ: 优势与困难问卷 (Strengths and Difficulties Questionnaire)
TAF: 富马酸丙酚替诺福韦 (Tenofovir Alafenamide Fumarate)
TDF: 替诺福韦 (Tenofovir Disoproxil Fumarate)
WHO-5: 世界卫生组织-5幸福感指数 (World Health Organization-Five Well-Being Index)
3TC: 拉米夫定 (Lamivudine)

5 诊断

应按WS 293、《中国艾滋病诊疗指南》《全国艾滋病检测技术规范》的要求执行。

6 治疗前准备

6.1 病史采集

包括儿童及家庭基本信息、主诉、现病史、既往史、出生史、喂养史、生长发育史、预防接种史、家族史等，重点采集 HIV 相关病史。

6.2 体格检查

记录体温、脉搏、心率、呼吸频率、血压、体重等；评估神志、精神、反应、面容、营养状况等。依次检查皮肤黏膜、浅表淋巴结、头颈部、胸部、腹部、脊柱及四肢、肛门及外生殖器、神经系统等。

6.3 生长发育及性发育评估

6.3.1 生长发育评估：体重、身长（2岁及以下）/身高（2岁以上）及头围、生长水平、体型匀称度及生长速度的综合判定见附录A。对于体格生长异常或营养相关问题者，应及时转介相应专科进行评估与干预。

6.3.2 性发育评估：采用 Tanner 分期标准评估，通过问诊及体检评估性征发育情况，筛查性早熟或青春期延迟。若发现异常迹象，应及时转诊至相应专科。

6.4 认知发育评估

治疗前，宜遵循儿童脑功能发展规律及不同年龄阶段的发育行为特征，至少选用以下一种方法进行认知发育评估：

- 儿童生长发育监测图（0~3岁）：监测8项儿童行为发育指标（抬头、翻身、独坐、爬行、独站、独走、扶栏上楼梯、双脚跳），了解儿童在监测图中相应月龄的运动发育情况。如果某项运动发育指标至箭头右侧月龄仍未通过，提示有发育偏异的可能；
- 预警征象（0~6岁）：根据儿童心理行为发育问题预警征象（见附录B），检查有无相应月龄的发育偏异。出现任何一条预警征象应及时登记并转诊；
- 标准化量表：使用全国标准化儿童发育筛查量表。0~6岁儿童可选择DDST、DST、0~6岁儿童神经心理发育量表（儿心量表-II）、GESELL发育诊断量表；≥6岁儿童可选择韦氏儿童智力测评等进行儿童认知发育情况的筛查评估。

6.5 心理健康筛查

可用自评量表和/或他评量表对儿童进行心理健康筛查，每次筛查可根据年龄与可实施性采用以下工具。

——自评量表包括但不限于：

- SCARED（8~18岁）；
- CDI（8~14岁）；
- SCL-90（>16岁）；
- SDQ自评版本（11~17岁）；
- WHO-5（有限使用于10~14岁，常规适用15岁及以上人群）；
- PHQ-9（12岁以上人群）；
- GAD-7（12岁以上人群）。

——他评量表包括但不限于：

- CBCL（2~3岁及4~16岁）；
- Conners量表（3~17岁）；
- M-CHAT（18~24月）；
- SDQ他评版本（4~17岁）。

6.6 家庭与社会支持评估

评估家庭成员构成、家庭经济状况、家庭成员对儿童病情的认知情况，主要照护者的身份与照护能力，照护者的情绪状态及长期照护态度，照护者对政策知晓与应用情况等。

6.7 宣传教育

应为儿童监护人/主要照护者提供宣传教育，内容主要包括：

- 艾滋病基础知识；
- 抗病毒治疗的必要性；
- 治疗方案；
- 药物不良反应的识别与应对；
- 服药技巧；
- 服药依从性教育与能力评估；
- 随访安排与治疗监测计划；
- 家庭护理与支持建议；
- 心理支持与社会资源介绍；
- 与监护人商定初步、个体化、分阶段的HIV感染病情告知计划。

6.8 基线检查

包括CD4⁺T淋巴细胞计数及百分比、HIV病毒载量、HIV基因型耐药检测（有条件时推荐）、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖、乙型肝炎病毒血清学标志物、丙型肝炎抗体检测、梅毒血清学检测、胸部X线检查、心电图、腹部超声等。

7 抗病毒治疗

7.1 签署知情同意书

经治医师应在启动抗病毒治疗前，向儿童的法定监护人告知治疗相关内容，填写《儿童艾滋病抗病毒治疗知情同意书》，并经该儿童的法定监护人签字。

7.2 启动时机

7.2.1 确诊HIV感染的儿童均应立即启动ART，无需根据其CD4细胞计数高低或临床分期情况。

7.2.2 合并机会性感染的儿童，ART启动时机应个体化评估：

- 合并结核病（无中枢神经系统受累）：宜在抗结核治疗后2周内启动ART；
- 合并PCP：针对非重症PCP，推荐在抗PCP治疗启动后2周内启动ART；针对重症PCP，宜在PCP治疗病情稳定后尽早启动ART；
- 合并CMV感染：宜在抗CMV治疗2周内尽早启动ART；

- 合并马尔尼菲蓝状菌病：宜抗真菌治疗 1~2 周内启动 ART；
- 合并弓形虫脑病：宜在抗弓形虫治疗 2 周内尽早启动 ART；
- 合并结核性脑膜炎：宜在抗结核治疗 4~8 周后，再考虑启动 ART；
- 合并隐球菌性脑膜炎：宜在抗隐球菌治疗至少 4~6 周，且脑脊液真菌学培养结果转阴后，可考虑启动 ART；
- 其他机会性感染或合并疾病：应控制急性期感染或合并疾病，在急性感染得到有效控制、病情稳定后，应尽早启动 ART，启动后需密切监测 IRIS。

7.3 治疗方案

宜采用2种核苷类药物联合第三类抗病毒药物。第三类药物可选择整合酶抑制剂、非核苷类药物或增强型蛋白酶抑制剂。根据儿童HIV抗病毒治疗药物的可及性情况，儿童抗病毒治疗方案见表C.1，现阶段我国儿童主要HIV抗病毒治疗药物见表C.2。

7.4 治疗方案调整

7.4.1 合并结核病方案调整

当儿童在接受ART期间出现活动性结核病时，应同时进行抗结核治疗与ART。含利福平方案调整、含利福布汀方案调整如下。

- 含利福平方案调整：若采用含利福平的抗结核方案，宜将抗病毒方案调整为依非韦伦或多替拉韦联合两种核苷类反转录酶抑制剂。使用多替拉韦时，应在保持单次给药剂量不变的基础上，将给药频率从每日一次调整为每日两次。
- 含利福布汀方案调整：若采用含利福布汀的抗结核方案，抗 HIV 治疗可优先选择基于多替拉韦的方案。同时应根据联合使用的抗 HIV 药物对利福布汀的剂量进行相应调整，具体方案如下：
 - 联合使用DTG：两种药物均按各自常规剂量给药，儿童剂量参照说明书根据体重确定；
 - 联合使用LPV/r：LPV/r按常规剂量给药，利福布汀需减量。体重 ≥ 40 kg的儿童，LPV/r按成人常规剂量给药，利福布汀需减量至150 mg每日一次；体重 < 40 kg的儿童联合用药，应在儿科感染专科医师监测下进行个体化治疗；
 - 联合使用EFV：EFV按常规剂量给药，利福布汀每日剂量应增加50%。若每周2~3次服用利福布汀，则利福布汀的剂量应加倍。儿童联合用药，应在儿科感染专科医师监测下进行个体化治疗。

7.4.2 合并其他机会性感染或特殊情况

ART 期间出现其他机会性感染或联合用药时，应评估药物相互作用，调整 ART 方案及药物剂量。

8 随访管理

8.1 随访频次

8.1.1 应对儿童进行终身随访监测，并提供持续的综合支持，具体随访及检测时间安排详见附录 D。随访频次应根据治疗阶段、病毒学应答水平及临床状况等进行个体化调整。

8.1.2 启动治疗后 6 个月内：宜在启动治疗后第 0.5 个月、1 个月、2 个月、3 个月、6 个月进行随访。

8.1.3 治疗 6 个月后：儿童若治疗耐受性良好，且已实现并维持完全病毒抑制（病毒载量 < 50 拷贝/mL），可转入治疗稳定随访模式。宜每 3 个月随访 1 次。若出现临床不适、疑似治疗失败或依从性下降等情况，应及时增加随访频次。

8.2 随访管理机制

8.2.1 预约与提醒

建立个体化随访计划。在随访节点前，应通过电话、短信、网络等多渠道进行主动提醒。

8.2.2 治疗脱失追踪与干预

针对脱失病例，应立即启动个案追踪程序。由个案管理员，通过电话或家庭访视核实失访原因；必要时联动疾控中心实施干预，并协同社会组织提供心理支持及同伴教育。定期汇总分析脱失原因，形成分析报告。

8.3 随访内容

8.3.1 服药依从性

8.3.1.1 应建立服药依从性监测机制，综合运用药物计数、电子药盒、药房补药记录、量表评估、照护者报告及儿童自报等方式，每1~3个月进行一次定期评估。

8.3.1.2 对于监测中发现依从性不佳的儿童，应启动个案评估，分析其依从性差的风险因素及根源，据此采取优化服药方案、强化家庭支持等干预措施，并依据干预效果动态调整。

8.3.2 疗效评估

8.3.2.1 病毒学指标

8.3.2.1.1 抗病毒治疗24周后，HIV病毒载量应低于检测下限（ <50 拷贝/mL）。

8.3.2.1.2 病毒学抑制后，应终身监测病毒载量，宜每6~12个月检测1次。治疗失败或病毒学反弹时，应增加检测频率，并依据结果调整治疗方案。

8.3.2.2 免疫学指标

主要包括CD4⁺T淋巴细胞绝对计数、CD4⁺T淋巴细胞百分比，以及CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞比值等指标。其中CD4⁺T淋巴细胞绝对计数主要适用于5岁以上儿童；CD4⁺T淋巴细胞百分比则主要适用于5岁及以下儿童。HIV感染者的免疫缺陷程度根据CD4⁺T淋巴细胞检测结果，按WS 293执行。

8.3.2.3 临床监测指标

8.3.2.3.1 启动ART后，医师应密切监测并及时处理临床事件、机会性感染及IRIS等。

8.3.2.3.2 每次随访应测量身高、体重、头围等，评估生长发育及营养状况。

8.3.2.4 抗病毒治疗失败判定与处理

8.3.2.4.1 治疗失败判定

可从病毒学、免疫学及临床三个维度进行综合评估，其中病毒学指标（病毒载量）为首选判断依据。病毒学失败的判断依据：在接受抗病毒治疗24周后，连续两次（两次病毒载量检测间隔2~4周）血浆HIV RNA水平 ≥ 200 拷贝/mL。

8.3.2.4.2 治疗失败处理

8.3.2.4.2.1 全面评估与依从性核查：专科医师应首先全面评估影响治疗效果的因素，包括但不限于儿童服药依从性（漏服、中断、不规律）、服药规范性（剂量、时间、方法）、药品存储条件及有效期、药物不良反应、药物相互作用、吸收不良、IRIS、原发性耐药等。

8.3.2.4.2.2 病毒耐药性评估：在持续原方案治疗或停药4周内，尽快进行HIV基因型耐药检测。

8.3.2.4.2.3 调整治疗方案：确证耐药后，依据耐药检测结果及既往抗病毒治疗史，制定个体化新方案。新方案应包含至少2种完全敏感的活性药物，优先选用作用机制不同且具有高耐药屏障的药物组合（如增强型蛋白酶抑制剂或整合酶抑制剂）。新方案应综合考量药物可及性、儿童耐受性及药物相互作用等。具体调整方案详见附录E。

8.3.2.4.2.4 调整治疗方案后的评估：换药后前3个月内，监测血常规、肝功能、肾功能等指标，及时处理药物不良反应；调整方案3个月后复查病毒载量，评估新方案的治疗效果，后续持续监测以判断疗效维持情况。同时，为儿童及其家庭提供营养指导、心理支持以及依从性强化教育等综合干预。

8.3.3 药物不良反应

随访期间，应监测抗病毒药物短期及长期不良反应，早期识别，及时干预，并根据情况调整治疗方案或对症处理。

8.3.4 儿童病情告知

8.3.4.1 告知应由儿童的法定监护人主导，并在医师、心理咨询师、社会工作者等专业团队成员的指导下开展。

8.3.4.2 在告知病情前，应评估监护人对艾滋病相关知识、心理状态及对告知的态度。若发现监护人存在焦虑、内疚、病耻感或明确拒绝告知等情况，应优先提供针对性的心理支持与疏导。

8.3.4.3 综合评估儿童的年龄与认知水平等，由专业团队与监护人共同制定告知方案。

8.3.4.4 告知应在安全保护的环境，根据儿童身心发育的不同阶段，采用其能够理解的方式传递 HIV 相关知识，同时尊重儿童的情绪反应与认知发展节奏。

8.3.4.5 病情告知后，应持续跟进儿童及其家庭随访，提供心理支持。

8.3.5 性健康教育

8.3.5.1 应以专业医疗指导为基础，构建“家庭与专业机构（如疾控中心、医疗机构等）”协同支持体系。在尊重儿童权利、保护隐私、消除歧视的前提下，结合其身心发展阶段，实施系统化与个性化相结合的教育干预。

8.3.5.2 教育内容应包括：

- 科学认识青春期生理与心理特征；
- 正确认识艾滋病为可防可控的慢性传染病，未经规范治疗对身体健康的危害；
- 艾滋病的主要传播途径，强调坚持规范治疗，并维持病毒载量抑制状态，既能保护自身健康，也能降低传播风险；
- 坚持抗病毒治疗为根本，正确使用安全套为补充的双重保护策略；
- 学习建立尊重、平等的健康人际关系；
- 了解相关法律权益及可获取的社会支持资源等。

8.3.6 疫苗接种

8.3.6.1 应由儿科医师、感染科医师或疾控专家评估患儿的临床分期、CD4⁺T 淋巴细胞水平及抗病毒治疗效果等，共同制定个体化的疫苗接种方案。

8.3.6.2 儿童应尽早接种疫苗，建立基础免疫保护，具体疫苗建议见附录 F。出现严重症状者不宜接种疫苗。

8.3.6.3 对于无症状且符合特定免疫功能条件的儿童，可考虑接种部分减毒活疫苗，减毒活疫苗接种条件如下：

- 接种条件：无症状，且 CD4⁺T 淋巴细胞比例 $\geq 15\%$ （年龄 < 5 岁）或 CD4⁺T 淋巴细胞计数 ≥ 200 个/ mm^3 （年龄 ≥ 5 岁）的儿童，经医师评估后可接种麻疹-腮腺炎-风疹（MMR）三联疫苗、水痘疫苗等减毒活疫苗；
- 暂缓与补种：CD4⁺T 淋巴细胞参数低于上述阈值的儿童不应接种减毒活疫苗。待 HAART 使免疫功能恢复，达到上述阈值，且无症状，经医师评估后再予补种。

8.3.7 生长发育监测与干预

依据6.3.1的评估内容进行。

8.3.8 认知发育监测与干预

依据6.4的评估内容进行监测，每次随访时至少选用以下一种方法进行认知发育评估，并按照儿童发育行为疾病诊疗及转介转诊实施管理：

- 用生长发育监测图、DDST、DST、儿童心理行为发育问题预警征象联合 M-CHAT、Conners 问卷、儿童行为问卷等筛查量表进行认知发育以及可疑孤独症谱系障碍/注意缺陷多动障碍等发育行为疾病筛查，提示结果可疑或异常应转儿童保健/儿童发育行为/儿童康复等专科进行复筛；

- 用 0~6 岁儿童神经心理发育量表（儿心量表-II）、GESELL 发育诊断量表、韦氏儿童智力测评等量表进行认知发育诊断评估，提示阳性者应转儿童保健/儿童发育行为专科/儿童康复等专科进行相关康复综合治疗；
- 复筛无异常给予家庭早期发展干预方案进行家庭促进，复筛异常者即在专科医疗机构进一步行诊断性评估并制定个体化干预计划（康复治疗/家庭干预/家校协作等）。

8.3.9 心理健康监测与心理支持

8.3.9.1 依据 6.5 的评估内容进行监测，随访时按以下要求结合年龄与可实施性开展心理健康筛查，判断是否存在心理/行为问题风险及其对学习生活与治疗依从性的影响：

- SDQ 判定与处置：以总分进行风险判断，0~13 分为正常；14~16 分为边缘范围，提示存在一定心理行为问题倾向，需进一步评估症状持续时间及对学习、同伴关系、家庭关系等方面的功能受损程度，行为问题、睡眠与依从性情况，提供一般性心理支持与健康指导，并在 3~6 个月内复评；17~40 分提示心理行为异常风险，应评估各维度功能受损程度、症状持续时间及共病风险，提供针对性心理支持与随访复评，必要时转诊至儿童心理/精神专科进行进一步诊断与处置；
- WHO-5 判定与处置：按总分 0~25 计分，换算为百分制（总分 $\times 4$ ）。换算后 29~50 分提示心理幸福感偏低，应进行进一步评估； ≤ 28 分提示心理健康风险较高，宜结合 PHQ-9 和 GAD-7 等量表复筛并评估功能受损；
- PHQ-9 判定与处置：以总分进行抑郁症状程度判断，0~4 分为无/极轻；5~9 分为轻度；10~14 分为中度；15~19 分为中重度；20~27 分为重度。总分 ≥ 10 分提示抑郁筛查阳性，应评估症状持续时间、功能受损程度及共病风险，并提供心理支持与随访复评/转介；其中第 9 题（自伤/自杀想法）如非“从无”，应立即开展自杀风险评估与安全处置；
- GAD-7 判定与处置：以总分进行焦虑症状程度判断，0~4 分为无/极轻；5~9 分为轻度；10~14 分为中度；15~21 分为重度。总分 ≥ 10 分提示焦虑筛查阳性，应评估症状持续时间、功能受损程度、诱因及对依从性的影响，给予心理支持与复评。

8.3.9.2 对筛查提示异常者，给予以下建议：

- 无明显风险：心理健康宣教与支持，按随访周期复评；
- 轻度风险/边缘结果：开展简短心理支持与问题解决指导（睡眠、压力管理、同伴支持、减少污名化影响），加强依从性支持；宜 4~8 周内复评；
- 中度及以上风险或持续加重并影响功能/依从性：制定个体化干预计划（心理咨询/家庭干预/学校协作等），并尽快转诊至心理/精神专科；
- 高危情况（自伤/自杀风险、严重行为问题或精神症状、严重功能受损、疑似虐待/忽视、因心理问题导致持续拒药/停药等）：立即进行危机干预与安全管理，确保监护到位，紧急转诊至精神专科并启动社会支持。

8.3.10 家庭与社会支持

应对 6.6 的评估内容进行监测。

8.4 转介与转诊

8.4.1 儿童在治疗期间出现严重机会性感染、严重药物不良反应、合并复杂疾病、需手术治疗、神经精神或心理行为问题等情况时，应及时转诊至具备相应救治能力的上级医疗机构。待病情稳定后，可转回原医疗机构或其他定点医疗机构，进行后续随访与治疗。

8.4.2 转诊前，原医疗机构应与接收医疗机构进行沟通，填写转诊交接单及病情介绍。转诊决策应以保障儿童健康权益为根本原则，并在监护人知情、自愿同意的前提下进行。

9 档案管理

9.1 实施“一人一档”，由个案管理员全程负责档案的建立、整理、保管与维护。

9.2 遵守国家医疗保密法律法规及艾滋病信息管理相关规定，加强对儿童身份信息、诊疗记录和家庭资料的保密管理。未经授权禁止查阅、使用或泄露儿童档案信息。

9.3 档案内容应系统、连续地记录儿童从初次诊断、治疗启动、长期随访、疗效评估直至转介、转诊、脱失或死亡的全过程。所有诊疗操作、实验室结果、药物调整、不良反应及随访信息均应及时、准确、完整地录入与更新。

9.4 应建立电子健康档案系统，按要求填报“中国疾病预防控制中心信息系统”，同时保留关键纸质医疗文书作为必要备份。电子与纸质档案内容应保持一致，实现同步归档与更新。两类档案均应长期保存。

附录 A (资料性) 生长发育评估

A.1 体格测量

A.1.1 体重

A.1.1.1 测量前准备：每次测量体重前需校正体重秤零点。儿童脱去外衣、鞋、袜、帽，排空大小便，婴儿去掉尿布。冬季注意保持室内温暖，让儿童仅穿单衣裤，准确称量并除去衣服重量。

A.1.1.2 测量方法：测量时儿童不能接触其它物体。使用杠杆式体重秤进行测量时，放置的砝码应接近儿童体重，并迅速调整游锤，使杠杆呈正中水平，将砝码及游锤所示读数相加；使用电子体重秤称重时，待数据稳定后读数。记录时需除去衣服重量。体重记录以千克(kg)为单位，至小数点后1位。

A.1.2 身长(身高)

A.1.2.1 测量前准备：2岁及以下儿童测量身长，2岁以上儿童测量身高。儿童测量身长(身高)前应脱去外衣、鞋、袜、帽。

A.1.2.2 测量方法：

——测量身长时，儿童仰卧于量床中央，助手将头扶正，头顶接触头板，两耳在同一水平。测量者立于儿童右侧，左手握住儿童两膝使腿伸直，右手移动足板使其接触双脚跟部，注意量床两侧的读数应保持一致，然后读数；

——测量身高时，应取立位，两眼直视正前方，胸部挺起，两臂自然下垂，脚跟并拢，脚尖分开约60度，脚跟、臀部与两肩胛间三点同时接触立柱，头部保持正中位置，使测量板与头顶点接触，读测量板垂直交于立柱上刻度的数字，视线应与立柱上刻度的数字平行。儿童身长(身高)记录以厘米(cm)为单位，至小数点后1位。

A.1.3 头围

儿童取坐位或仰卧位，测量者位于儿童右侧或前方，用左手拇指将软尺零点固定于头部右侧眉弓上缘处，经枕骨粗隆及左侧眉弓上缘回至零点，女童应松开发辫，软尺紧贴头皮，避免下压。儿童头围记录以厘米(cm)为单位，至小数点后1位。

A.2 体格生长评价

A.2.1 评价指标

体重/年龄、身长(身高)/年龄、头围/年龄、体重/身长(身高)和BMI/年龄。

A.2.2 评价方法

A.2.2.1 数据表法

A.2.2.1.1 离差法(标准差法)：以中位数(M)为基值加减标准差(SD)来评价体格生长，可采用五等级划分法和三等级划分法(见表A.1)。

表A.1 等级划分法

等级	<M-2SD	M-2SD~M-1SD	M±1SD	M+1SD~M+2SD	>M+2SD
五等级	下	中下	中	中上	上
三等级	下	中			上

A.2.2.1.2 百分位数法：将参照人群的第50百分位数(P50)为基准值，第3百分位数值相当于离差法的中位数减2个标准差，第97百分位数值相当于离差法的中位数加2个标准差。

A.2.2.2 曲线图法

以横坐标的年龄或身长（身高）点做一与横坐标垂直的线，再以纵坐标的体重、身长（身高）、头围测量值或BMI值为点作与纵坐标垂直的线，两线相交点即为该年龄儿童体重、身长（身高）、头围、BMI 在曲线图的位置或水平，将连续多个体重、身长（身高）、头围、BMI的描绘点连线即获得该儿童体重、身长（身高）、头围、BMI生长轨迹或趋势。

A.2.3 评价内容

A.2.3.1 生长水平：指个体儿童在同年龄同性别人群中所处的位置，为该儿童生长的现况水平（见表A.2）。

表A.2 生长水平和匀称度的评价

指标	测量值		评价
	百分位法	标准差法	
体重/年龄	<P3	<M-2SD	低体重
身长（身高）/年龄	<P3	<M-2SD	生长迟缓
体重/身长（身高）	<P3	<M-2SD	消瘦
	P85~P97	M+1SD~M+2SD	超重
	>P97	≥M+2SD	肥胖
头围/年龄	<P3	<M-2SD	过小
	>P97	>M+2SD	过大

A.2.3.2 匀称度：包括体型匀称和身材匀称，通过体重/身长（身高）可反映儿童的体型和人体各部分的比例关系（见表A.2）。

A.2.3.3 生长速度：将个体儿童不同年龄时点的测量值在生长曲线图上描记并连接成一条曲线，与生长曲线图中的参照曲线比较，即可判断该儿童在此段时间的生长速度是正常、增长不良或过速。纵向观察儿童生长速度可掌握个体儿童自身的生长轨迹：

- 正常增长：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线与参照曲线平行上升即为正常增长；
- 增长不良：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线上升缓慢（增长不足：增长值为正数，但低于参照速度标准）、持平（不增：增长值为零）或下降（增长值为负数）；
- 增长过速：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线上升迅速（增长值超过参照速度标准）。

A.2.4 指导

A.2.4.1 喂养与营养：提倡人工喂养，指导家长进行科学的食物转换、均衡膳食营养、培养儿童良好的进食行为、注意食品安全。预防儿童蛋白质-能量营养不良、营养性缺铁性贫血、维生素D缺乏性佝偻病、超重/肥胖等常见营养性疾病的发生。

A.2.4.2 体格生长：告知定期测量儿童体重、身长（身高）、头围的重要性，反馈测评结果，指导家长正确使用儿童生长发育监测图进行生长发育监测。

附录 B

(资料性)

儿童心理行为发育问题预警征象

儿童心理行为发育问题预警征象筛查表见表B.1。

表B.1 儿童心理行为发育问题预警征象筛查表

年龄	预警征象		年龄	预警征象	
3月龄	1. 对很大声音没有反应	☐	6月龄	1. 发音少，不会笑出声	☐
	2. 逗引时不发音或不会微笑	☐		2. 不会伸手抓物	☐
	3. 不注视人脸，不追视移动人或物品	☐		3. 紧握拳松不开	☐
	4. 俯卧时不会抬头	☐		4. 不能扶坐	☐
8月龄	1. 听到声音无应答	☐	12月龄	1. 呼唤名字无反应	☐
	2. 不会区分生人和熟人	☐		2. 不会模仿“再见”或“欢迎”动作	☐
	3. 双手间不会传递玩具	☐		3. 不会用拇指对捏小物品	☐
	4. 不会独坐	☐		4. 不会扶物站立	☐
18月龄	1. 不会有意识叫“爸爸”或“妈妈”	☐	24月龄	1. 不会说3个物品的名称	☐
	2. 不会按要求指人或物	☐		2. 不会按吩咐做简单事情	☐
	3. 与人无目光交流	☐		3. 不会用勺吃饭	☐
	4. 不会独走	☐		4. 不会扶栏上楼梯/台阶	☐
30月龄	1. 不会说2~3个字的短语	☐	36月龄	1. 不会说自己的名字	☐
	2. 兴趣单一、刻板	☐		2. 不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏	☐
	3. 不会示意大小便	☐		3. 不会模仿画圆	☐
	4. 不会跑	☐		4. 不会双脚跳	☐
4岁	1. 不会说带形容词的句子	☐	5岁	1. 不能简单叙说事情经过	☐
	2. 不能按要求等待或轮流	☐		2. 不知道自己的性别	☐
	3. 不会独立穿衣	☐		3. 不会用筷子吃饭	☐
	4. 不会单脚站立	☐		4. 不会单脚跳	☐
6岁	1. 不会表达自己的感受或想法	☐			
	2. 不会玩角色扮演的集体游戏	☐			
	3. 不会画方形	☐			
	4. 不会奔跑	☐			
注：适用于0~6岁儿童。检查有无相应月龄的预警征象，发现相应情况在“□”内打“√”。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。					

附 录 C
(资料性)
儿童抗病毒治疗方案

儿童抗病毒治疗方案见表C. 1, 现阶段我国儿童主要HIV抗病毒治疗药物见表C. 2。

表C. 1 儿童抗病毒治疗方案

年龄段	核苷类药物	整合酶抑制剂或非核苷类 或增强型蛋白酶抑制剂	备注
从出生至 3 岁 内儿童	ABC (或 AZT) +3TC	DTG 或 LPV/r	曾因母婴阻断暴露于非核苷类反转录酶抑制剂 (NNRTI) 抗病毒药物的儿童不选择 EFV。 单片复方制剂 BIC/FTC/TAF
3~12 岁儿童	ABC (或 AZT) +3TC	DTG 或 EFV 或 LPV/r	
12~17 岁儿童	ABC (或 AZT 或 TDF 或 TAF)+3TC	DTG 或 EFV 或 LPV/r	
	单片复方制剂 EVG/c/FTC/TAF		
注1: ABC: 8 mg/kg/次, 每日2次 (最大不能超过每次300 mg)。AZT: 180 mg/m²/次~240 mg/m²/次, 12 h/次。3TC: 4 mg/kg次, 每日2次。NVP: 导入剂量: 160 mg/m²/次~200 mg/m²/次, 每日1次, 连续14日, 之后改为维持剂量: 160 mg/m²/次~200 mg/m²/次, 每日2次。EFV: 15 mg/kg, 每日临睡前1次 (不适用于体重小于10 kg或年龄小于3岁的儿童剂量)。LPV/r: 10 mg/kg/次~16 mg/kg/次, 每日2次。TDF或TAF: 可用于年龄≥12岁且体重≥35 kg 儿童。DTG分散片 (5 mg/片) 可用于年龄≥4周且体重至少3 kg儿童: 3 kg~6 kg者, 5 mg/次; 6 kg~10 kg者, 15 mg/次; 10 kg~14 kg者, 20mg/次; 14 kg~20 kg者, 25 mg/次; ≥20 kg者, 30 mg/次; 均为每日1次。DTG薄膜衣片 (10 mg/片、25 mg/片): 可用于年龄≥6岁且体质量≥14 kg的儿童: 6~12岁且体重14 kg~20 kg者, 40 mg/次; 年龄≥12岁且体重≥20 kg的儿童, 50 mg/次; 均为每日1次。DTG片剂 (50 mg/片): 可用于年龄≥12岁且体重≥20 kg的儿童, 50 mg/次, 1次/d。 注2: 单片复方制剂艾考恩丙替片 (EVG/c/FTC/TAF): 可用于年龄≥12岁且体重≥35 kg儿童, 1片/次, 1次/d。 注3: 单片复方制剂比克恩丙诺片 (BIC/FTC/TAF): 目前国内获批上市的比克恩丙诺片 (BIC 50 mg/FTC 200 mg/TAF 25 mg) 说明书核准适应症为18岁以上成人。美国食品药品监督管理局已批准该药用于体重≥14 kg的儿童: 体重14 kg~25 kg者, 使用低剂量片剂 (BIC 30 mg/FTC 120 mg/TAF 15 mg), 1片/次, 1次/d; 体重≥25 kg者, 使用BIC 50 mg/FTC 200 mg/TAF 25 mg, 1片/次, 1次/d; 上述儿童剂型及适应症目前在国内均尚未获批。 注4: 药品剂型根据儿童体重和药品说明书药物要求选择。国家免费艾滋病抗病毒药物的使用, 参照《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册 (第五版)》附录十“儿童抗病毒治疗用药体重剂量表”。			

表C.2 现阶段我国儿童主要 HIV 抗病毒治疗药物

序号	药物名称	缩写	类别	剂型	用法用量
1	齐多夫定	AZT	核苷类反转录酶抑制剂	10 mg/mL 口服液、100 mg 片剂、300 mg 片剂	180 mg/m ² /次~240 mg/m ² /次, 2 次/d; 体重≥30 kg 的儿童: 300 mg/次, 2 次/d
2	阿巴卡韦	ABC	核苷类反转录酶抑制剂	20 mg/mL 口服液、300 mg 片剂	8 mg/kg/次, 2 次/d; 体重≥25 kg 的儿童: 300 mg/次, 2 次/d 或 600 mg/次, 1 次/d
3	拉米夫定	3TC	核苷类反转录酶抑制剂	10 mg/mL 口服液、150 mg 片剂、300 mg 片剂	4 mg/kg/次, 2 次/d; 体重≥25 kg 的儿童: 300 mg/次, 1 次/d 或 150 mg/次, 1 次/d
4	替诺福韦	TDF	核苷类反转录酶抑制剂	300 mg 片剂	年龄≥12 岁且体重≥35 kg 儿童, 300 mg/次, 1 次/d
5	奈韦拉平	NVP	非核苷类反转录酶抑制剂	10 mg/mL 口服液、200 mg 片剂	导入剂量: 160 mg/m ² /次~200 mg/m ² /次, 1 次/d, 共 14 日; 维持剂量: 160~200 mg/m ² /次, 2 次/d 体重≥30 kg 儿童导入剂量: 200 mg/次, 1 次/d, 共 14 日; 维持剂量: 200 mg/次, 2 次/d
6	依非韦伦	EFV	非核苷类反转录酶抑制剂	50 mg、200 mg 片剂	可用于>3 岁儿童, 每次剂量根据体重进行调整, 1 次/d
7	洛匹那韦/利托那韦	LPV/r	蛋白酶抑制剂	80 mg LPV/20 mg RTV 口服液、100 mg LPV/25 mg RTV 片剂、200 mg LPV/50 mg RTV 片剂	10~16 mg/kg/次, 2 次/d; 体重≥40 kg 或体表面积大于 1.4 m ² 的儿童: 500 mg/次, 2 次/d
8	齐多夫定/拉米夫定	AZT/3TC	核苷类反转录酶抑制剂复方制剂	300 mg AZT+150 mg 3TC, 单片复方制剂	体重≥30 kg 的儿童: 450 mg/次, 2 次/d, 体重 21 kg~30 kg 的儿童: 早半片, 晚 1 片, 体重 14 kg~21 kg 的儿童: 每次半片, 2 次/d
9	依非韦伦/拉米夫定/替诺福韦	EFV/3TC/TDF	核苷类和非核苷类反转录酶抑制剂复方制剂	400 mg EFV+300 mg 3TC+ 300 mg TDF, 单片复方制剂	可用于体重至少 35 kg 儿童, 1000 mg/次, 1 次/d
10	富马酸丙酚替诺福韦	TAF	核苷类反转录酶抑制剂	25 mg 片剂	可用于年龄≥12 岁且体重≥35 kg 儿童, 25 mg/次, 1 次/d
11	多替拉韦	DTG	整合酶抑制剂	5 mg 分散片、10 mg、25 mg 薄膜衣片、50 mg 片剂	DTG 分散片 (5 mg/片) 可用于年龄≥4 周且体重≥3 kg 儿童: 3 kg~6 kg 者, 5 mg/次; 6 kg~10 kg 者, 15 mg/次; 10~14 kg 者, 20 mg/次; 14 kg~20 kg 者, 25 mg/次; ≥20 kg 者, 30 mg/次; 均为 1 次/d DTG 薄膜衣片 (10 mg/片、25 mg/片): 可用于年龄≥6 岁且体重≥14 kg 的儿童: 6~12 岁且体重 14 kg~20 kg 者, 40 mg/次; 年龄≥12 岁且体重≥20 kg 的儿童, 50 mg/次; 均为 1 次/d; DTG 片剂 (50 mg/片): 可用于年龄≥12 岁且体重≥20 kg 的儿童, 50 mg/次, 1 次/d
12	拉替拉韦	RAL	整合酶抑制剂	400 mg 片剂、100 mg 干混悬剂	片剂可用于体重大于 25 kg 的儿童, 400 mg/次, 2 次/d 干混悬剂用于大于 4 周龄且体重 3 kg~20 kg 儿童, 给药剂量详见说明书
13	卡替拉韦	CAB	整合酶抑制剂	30 mg 片剂, 2 mL: 0.4 g 注射液, 3 mL: 0.6 g 注射液	片剂和注射液均可用于 12 岁及以上儿童 (体重≥35 kg), 用法用量详见说明书 30 mg 片剂: 12 岁及以上儿童 (体重≥35 kg): 30 mg/次, 1 次/d

表C.2 现阶段我国儿童主要HIV抗病毒治疗药物（续）

序号	药物名称	缩写	类别	剂型	用法用量
14	利匹韦林	RPV	非核苷类反转录酶抑制剂	25 mg 片剂, 2 mL:0.6 g 注射液, 3 mL:0.9 g 注射液	片剂和注射液均可用于 12 岁及以上且体重 ≥ 35 kg 的儿童, 用法用量详见说明书 25mg 片剂: 12 岁及以上且体重 ≥ 35 kg 儿童: 25mg/次, 1 次/d
15	阿巴卡韦/拉米夫定/多替拉韦	ABC/3TC/DTG	核苷类反转录酶抑制剂和整合酶抑制剂的复方制剂	600 mg ABC+300 mg 3TC+50 mg DTG, 单片复方片剂	可用于 12 岁以上儿童(体重至少为 40 kg), 1 片/次, 1 次/d
16	艾维雷韦/考比司他/恩曲他滨/丙酚替诺福韦	EVG/c/FTC/TAF	核苷类反转录酶抑制剂和整合酶抑制剂的复方制剂	150 mg EVG+150 mg cobi+200 mg FTC+10 mg TAF, 单片复方片剂	可用于年龄 ≥ 12 岁且体重 ≥ 35 kg 儿童, 1 片/次, 1 次/d
17	多替拉韦/拉米夫定	DTG/3TC	核苷类反转录酶抑制剂和整合酶抑制剂的复方制剂	50 mg DTG+300 mg 3TC, 单片复方片剂	可用于 12 岁以上且体重 ≥ 40 kg 的儿童, 1 片/次, 1 次/d
18	恩曲他滨/替诺福韦	FTC/TDF	核苷类反转录酶抑制剂复方制剂	200 mg FTC+300 mg TDF, 单片复方片剂	可用于年龄 ≥ 12 岁且体重 ≥ 35 kg 的儿童, 1 片/次, 1 次/d
19	恩曲他滨/丙酚替诺福韦(II)	FTC/TAF	核苷类反转录酶抑制剂复方制剂	200 mg FTC+25 mg TAF, 单片复方片剂	可用于年龄 ≥ 12 岁且体重 ≥ 35 kg 的儿童, 1 片/次, 1 次/d
20	恩曲他滨/丙酚替诺福韦(I)	FTC/TAF	核苷类反转录酶抑制剂复方制剂	200 mg FTC+10 mg TAF, 单片复方片剂	可用于年龄 ≥ 12 岁且体重 ≥ 35 kg 的儿童, 1 片/次, 1 次/d
注1: 以上为现阶段我国儿童主要HIV抗病毒治疗药物清单, 药物信息将依据国家最新诊疗指南及药品上市情况动态更新。 注2: 国家免费艾滋病抗病毒药物的使用, 参照《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册(第五版)》附录十“儿童抗病毒治疗用药体重剂量表”。 注3: 用药详情请参照药品说明书。 注4: 医师开具处方须严格遵守国家卫生主管部门颁布的《处方管理办法》。					

附录 D

(资料性)

抗病毒治疗随访及检测项目时间表

抗病毒治疗随访及检测项目时间表见表D.1。

表D.1 抗病毒治疗随访及检测项目时间表

内容/检测项目	基线	0.5月	1月	2月	3月	6月	9月	12月	15月	18月
常规随访	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
体重	√		√	√	√	√	√	√	√	√
身高	√		√	√	√	√	√	√	√	√
头围	√		√	√	√	√	√	√	√	√
血常规	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
尿常规	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
肝功能	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
肾功能	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
血糖	√				√	√	√	√	√	√
血脂	√				√	√	√	√	√	√
乙型肝炎病毒血清学标志物	√									
丙型肝炎抗体检测	√									
梅毒血清学检测	√									
HIV 基因型耐药检测	√									
CD4 ⁺ T 淋巴细胞	√					√		√		√
病毒载量	√					√		√		√
胸部 X 线检查	√									
B 超	√									
心电图	√									
皮疹	√	√	√	√	√					
神经和精神状态	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
ABC	HLA-B*57:01	√								
注1：“√”表示随访或检测项目。 注2：CD4 ⁺ T淋巴细胞和病毒载量检测见推荐时间点。治疗1年后每6~12个月检测1次，必要时可增加。 注3：HIV基因型耐药检测、HLA-B*57:01有条件时推荐检测。										

附 录 E
(资料性)

儿童抗病毒治疗失败后的调整方案

儿童抗病毒治疗失败后的调整方案见表E. 1。

表E. 1 儿童抗病毒治疗失败后的调整方案

初始方案失败类型	处理建议	调整方案
NNRTI 类药物失败	1. 评估并优化服药依从性 2. 进行 HIV 基因型耐药检测 3. 根据耐药结果调整，有条件的优先换用 INSTI 方案	根据耐药结果换用含 DTG 或 LPV/r+2NRTI 的方案
LPV/r 类药物失败	1. 优先、重点排查依从性，全面评估其他影响因素 2. 排除依从性问题后进行耐药检测 3. 根据耐药结果调整，换用高耐药屏障药物	根据耐药检测结果更换敏感药物。可换用 DTG+2NRTI
NRTI 类药物失败	根据耐药结果，在新方案中替换 NRTI 以减少交叉耐药	1. ABC 或 TDF→更换为 AZT 2. AZT→更换为 TDF 或 ABC
注1：建议尽快进行耐药检测以指导用药。 注2：初始治疗失败后调整方案依据当地药物可及性、儿童年龄、体重及不良反应情况选择。 注3：替换时需综合考虑儿童耐药结果、骨髓抑制、肾功能及过敏史等情况。		

附 录 F
(资料性)
儿童疫苗接种建议

儿童疫苗接种建议见表F.1。

表F.1 儿童疫苗接种建议

疫苗名称	有症状或有免疫抑制	无症状和无免疫抑制	疫苗种类	接种时间
乙肝疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗	0、1、6月龄各接种1剂
卡介苗	×	×	国家免疫规划疫苗	
脊髓灰质炎灭活疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗	2、3月龄各接种1剂
脊髓灰质炎减毒活疫苗	×	×	国家免疫规划疫苗	
百白破疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗	2、4、6、18月龄、6岁各接种1剂
麻腮风疫苗	×	√	国家免疫规划疫苗	8、18月龄各接种1剂
乙脑灭活疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗 (部分省份)	8月龄接种2剂，间隔7d~10d，2周岁、6周岁各接种1剂
乙脑减毒活疫苗	×	×	国家免疫规划疫苗	
A群流脑多糖疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗	6、9月龄各接种1剂
A群C群流脑多糖疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗	3周岁、6周岁各接种1剂
甲肝减毒活疫苗	×	×	国家免疫规划疫苗	
甲肝灭活疫苗	√	√	国家免疫规划疫苗 (部分省份)	18、24月龄各接种1剂
肺炎链球菌结合疫苗	√	√	非免疫规划疫苗	6周龄以上，至少接种1剂PCV13，推荐结合疫苗
流感嗜血杆菌疫苗	√	√	非免疫规划疫苗	2月龄以上，每隔1~2个月接种1剂，基础免疫3剂，18月龄加强1剂
人乳头瘤病毒疫苗	√	√	非免疫规划疫苗	9岁接种，接种2剂，间隔6个月
水痘疫苗	×	√	非免疫规划疫苗	1岁后尽早接种，12~24月龄接种1剂，4~6岁接种1剂
轮状病毒疫苗	√	√	非免疫规划疫苗	6周龄~3岁之间，接种3剂
流感疫苗	√	√	非免疫规划疫苗	6月龄以上，每年流感季前，推荐接种灭活疫苗
注1：“√”表示建议接种，“×”表示不建议或禁忌接种。 注2：接种时间仅供参考，具体接种程序请遵循当地疾控部门或接种单位的指导。 注3：部分疫苗存在多种剂型或接种程序，实际接种时请以疫苗说明书和医师建议为准。 注4：免疫规划疫苗为国家免费提供，非免疫规划疫苗为自愿自费接种。				

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]. 中国预防医学杂志, 2024, 25(12):1469-1497.
- [2] 中国疾病预防控制中心. 全国艾滋病检测技术规范(2025年修订版)[S/OL]. (2025-10-24).
- [3] 儿童健康检查服务技术规范(卫办妇社发[2012]49号)[J]. 中国儿童保健杂志, 2012, 20(10):956-958.
- [4] 国家卫生和计划生育委员会. 儿童心理保健技术规范[EB/OL]. (2013-04-15)[2026-02-27]. <https://www.nhc.gov.cn/fys/s3585/201304/bfb996a2b8b3456da76d6ad6edb39d76.shtml>.
- [5] 儿童发育行为心理评定量表第2版. 人民卫生出版社: 202304. 杨玉凤. 儿童发育行为心理评定量表[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2023.
- [6] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心. 国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2023.
- [7] Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. Disclosure of HIV Status Toolkit for Pediatric and Adolescent Populations[EB/OL]. (2019-01-24)[2026-05-31]. <https://pedaids.org/resource/disclosure-of-hiv-status-toolkit-for-pediatric-and-adolescent-populations/>.
- [8] 广东省医师协会儿科医师分会. 特殊状态儿童预防接种(广东)专家共识[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, 35(06):401-410.
- [9] 国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明(2021年版)[J]. 中国病毒病杂志, 2021, 11(04):241-245.
-

中华人民共和国团体标准
HIV感染儿童抗病毒治疗及随访管理规范
T/GXAS 1379—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究