

读懂艾滋病规范管理： 早检测、早干预、早治疗

◎四川省宁南县艾滋病防治中心 鲁 南

艾滋病是危害公众健康的重大传染性疾病，大众对其仍存在认知误区与恐慌心理。早检测、早干预、早治疗是我国艾滋病规范管理的核心原则，也是遏制病毒传播、守护感染者生命健康的关键。

早检测：精准排查，打破隐形传播壁垒

人类免疫缺陷病毒（HIV）感染具有较强的隐蔽性，感染初期多数人无明显不适，潜伏期可长达数年，病毒却会持续复制、损伤免疫系统，成为隐匿的传播源头。早检测是艾滋病防控的第一道防线，也是落实规范管理的首要前提，能从根源上杜绝未知感染带来的传播风险。

很多人因恐惧、羞耻心理回避检测，导致病情延误、病毒扩散。事实上，HIV检测便捷、安全且隐私有保障，疾控中心提供免费匿名检测服务，医疗机构、社区卫生中心均可开展筛查，同时正规自测试

剂也能完成初步检测，阳性结果会通过专业机构复核确诊。根据防控规范，有高危行为人群建议2周、4周、6周分步筛查，普通人群每年常规筛查一次，高危重点人群每3个月检测一次。尽早排查、明确感染状态，既能让健康人群安心，也能为感染者争取最佳干预时机，彻底打破艾滋病“隐形传播”的困局。

早干预：科学阻断，守住健康防护底线

早干预是衔接检测与治疗的关键环节，涵盖暴露后阻断、行为干预、心理干预等多重举措，是降低感染概率、遏制疫情扩散的核心手段，也是艾滋病规范管理的重要支撑。不同于大众认知的“确诊后才干预”，科学干预贯穿风险暴露、疑似感染、确诊初期全流程。

对于发生高危暴露行为的人群，72小时内服用阻断药物是黄金补救方式，越早服

药阻断效果越好，规范服药后阻断成功率可达99%以上，能有效避免病毒定植感染。对于筛查确诊的早期感染者，及时开展行为干预，通过健康宣教纠正高危行为，督促性伴同步检测排查，可有效阻断人际传播。同时，心理干预必不可少，多数感染者确诊后会产生焦虑、自卑、绝望等负面情绪，专业的心理疏导、政策科普和社会帮扶，能帮助感染者摆脱心理困境，主动配合后续管理与治疗，避免因消极心态放弃干预，造成病情恶化和病毒传播。

早治疗：规范施治，重塑生命健康希望

长期以来，不少人将艾滋病等同于“绝症”，误以为确诊后无须治疗，这是典型的认知误区。现代医学证实，艾滋病已成为可防、可控的慢性传染病，早干预、规范治疗是延长患者寿命、提升生活质量的关键，也是我国艾滋病规范化管理的要求。

按照最新诊疗指南，HIV感染者一经确诊，无论免疫指标高低，均应立即启动抗病毒治疗。早期治疗可快速抑制体内病毒复制，降低病毒载量，保护CD⁴+T淋巴细胞，避免免疫系统持续受损，防止肺炎、肿瘤等严重机会性感染的发生。坚持规范服药、定期复查，感染者病毒载量可长期维持在检测

不到的水平，不仅能正常工作生活、结婚生育，还能实现“U=U”（检测不到病毒即不具备传染性），彻底阻断传播链条。反之，拖延治疗会导致免疫系统严重损毁，发展为艾滋病晚期，病死率大幅升高，大幅增加治疗难度和经济负担。

摒弃偏见，共建科学防控社会氛围

艾滋病规范管理的落地，不仅需要个人践行“三早”原则，更需要全社会破除歧视、科学认知。当前，仍有部分人群对艾滋病感染者存在偏见，导致很多人不敢检测、不愿就医，成为防控工作的难点。

艾滋病传播途径仅为性接触、血液和母婴传播，日常握手、共餐、共事等接触不会感染病毒。大众应摒弃恐慌与歧视心态，主动学习防艾知识，主动参与定期检测。同时，社会层面需完善防艾服务体系，普及检测、干预、治疗“一站式”服务，落实免费抗病毒治疗、帮扶救助等政策，为感染者营造包容的生存环境，让更多人敢于主动接受筛查、配合规范管理，构建全民防控的坚固防线。

“三早”原则是艾滋病科学防控的核心密钥，是守护个人健康、遏制疫情蔓延的关键。主动检测、积极干预、规范治疗，破除认知误区与社会偏见，方能以科学之力筑牢防艾屏障，守护全民健康。☺

麻醉医生如何 守护你的每一秒安心

◎禄丰市人民医院 杨 玲

手术室内，主刀医师专注于病灶切除、创伤修复，而麻醉医师则承担着维系患者生命体征稳定的职责。从麻醉诱导至术后苏醒，麻醉医师持续调控患者的心率、呼吸、血压、意识状态等生命体征使之平稳，贯穿全程、分秒不歇的守护，保障围手术期安全。

多项关键工作

很多人误以为麻醉只是简单打一针，实际上麻醉医生是手术室内守护患者生命安全的重要角色，贯穿手术全程开展多项关键工作。

持续监测患者的生命体征：从麻醉诱导至手术结束、患者苏醒，需实时监测监护仪上心率、血压、血氧饱和度、呼吸等数十项动态数据。任意指标异常，都暗藏生命风险，要求快速研判并及时干预。遭遇术中大出血、血压骤降、心律失常、药物过敏等突发险情，麻醉医生是首当其冲的应急处置

者，依托扎实的临床经验与高效处置能力，第一时间开展抢救，化解生命危机。

确保气道通畅：全身麻醉状态下，会暂时抑制患者的自主呼吸，麻醉医生依靠气管插管或喉罩等人工气道，连接呼吸机为患者提供通气支持。但更关键的是，麻醉医生需要持续评估气道是否通畅。一旦出现气道痉挛、导管移位或分泌物阻塞，麻醉医生必须完成紧急处理，否则患者将面临缺氧甚至生命危险。

精准调控麻醉深度：麻醉医生需要根据手术创伤大小、患者的个体差异以及实时监测数据，动态调整全麻药、镇痛药和肌松药的用量。麻醉医生借助脑电双频指数、肌松监测和伤害性刺激反应等指标，将患者的状态维持在完全无意识、无痛感的状态，同时保持各项生理功能稳定。

全程安全防护

手术麻醉的安全，不只是依靠术中应

急处置，更重在前置防范，通过全流程多重举措最大限度降低意外发生概率。

术前评估风险：麻醉安全，始于术前的精准预判。麻醉医生在手术前一日系统查阅病历、面对面问诊和体格检查。麻醉医生基于患者资料会分级评估患者情况，明确风险等级，并据此制订个体化的麻醉方案。对于高危患者，提前启动多学科会诊，优化术前用药，调整身体状态，完善必要的辅助检查。提前规避安全隐患，从源头上筑牢手术安全的第一道防线。

标准化预备麻醉设备：每一例手术开始前，麻醉医生按照操作规范系统检查麻醉机、监护仪、吸引器及气道管理工具。气管插管设备准备两套以上，确保首套操作不畅时无缝切换。急救药物严格按照标准配置，所有药物预先抽取并明确标注，置于随手可及的位置。

术中持续监测关键预警指标：麻醉医生在手术过程中持续关注的并非仅有血压和心率，还包含十余项具有预警价值的核心指标。麻醉医生依靠早期信号，在意外事件真正成形之前实施干预。

术后不适预防

术后疼痛、恶心呕吐、寒战等不适，并非只能被动承受，麻醉医生会在术中采取多项预防性手段，提升患者术后的舒适

度，助力术后恢复。

术中实施超前镇痛：麻醉医生依据手术类型与患者情况，制订个性化镇痛方案。在完成腹腔关闭操作或缝合皮肤前，可给予阿片类、非阿片类长效镇痛药物，也可在切口处做局麻药浸润，或是实施超声引导下区域神经阻滞。药物镇痛时效可覆盖术后数小时，实现术中麻醉向术后镇痛的平稳过渡。麻醉医生精准把控停药时机，逐步调整麻醉深度，使患者苏醒时体内镇痛药物达到有效浓度，保障苏醒过程平稳舒适。

联合使用止吐药物：术后恶心、呕吐是麻醉后常见的并发症，其困扰程度甚至超过疼痛。麻醉医生对于有既往术后恶心、呕吐史的患者，或高危患者，会在诱导阶段静脉注射地塞米松，并在手术接近结束时追加昂丹司琼或氟哌利多。这几种药物分别作用于不同的呕吐反射通路，联合使用可产生协同效应。

精确调控液体及体温：对于患者术后可能出现寒战、低血压等不良反应，麻醉医生也有相应的预防及处理措施。全身麻醉会抑制下丘脑的体温调节功能，术中主动采取保温措施，维持患者苏醒时体温稳定。麻醉医生依据手术创面等，将输液速度控制在合理范围内，确保患者苏醒时循环稳定。☺

医保背后的医疗编码逻辑

◎桂林市社会福利医院 朱 勇

医疗服务背后存在一套稳定运行的编码体系，用于把疾病和诊疗行为转化为统一的数字表达形式。ICD-10（《国际疾病分类》第10版）和ICD-9-CM-3（《国际疾病分类》第九版），为医疗信息提供了统一的标准表达方式，使复杂的临床记录能够被清晰识别。在此基础上，医保清单审核依托上述编码数据展开规则化处理，通过拆解编码信息实现费用项目同诊疗行为的匹配核查，为医疗管理和费用结算提供数据支撑，保障医保支付和管理的一致性。

标准编码，定义疾病分类

ICD-10疾病编码是一套专门用来描述疾病的方法，可以理解为给每一种疾病设定统一的“名称代码”。同一种疾病在不同医生口中可能存在不同的表达方式，而ICD-10是利用统一的规则把这些表达转化为固定编码，以准确记录疾病信息。ICD-10编码由字母和数字组成，不同字母代表不同疾病系统，再通过数字进一步细化疾

病类型，使每一种疾病都有清晰的位置，此方式可以让疾病信息不再依赖文字描述，而是通过标准编码进行表达。在实际应用中，ICD-10不仅用于病历记录，还用于统计分析和医保结算，编码是否准确会影响医保报销范围和费用归类，若编码出现偏差可能会导致费用无法正常结算，因此它不仅是记录工具，也是医疗信息管理的重要基础。

统一标记，记录医疗操作

ICD-9手术编码主要用于记录各类医疗行为，涵盖临床开展的手术、检查及各项治疗操作，核心作用是将繁杂的医疗处置过程转换为标准化编码，实现医疗行为的统一记录。不同医疗机构对同一类手术的文字描述往往存在表述差异，容易干扰医疗数据统计的一致性，而ICD9编码依托统一编制规则，可将多样化的临床表述归集为固定编码，消除描述层面带来的数据偏差。在医保运行体系内，手术编码直接关联医疗费用结算，不

同操作对应差异化支付标准。一旦编码填报与实际开展的医疗操作不匹配，不仅会造成医保费用结算出现偏差，还可能诱发重复计费、不合理收费等风险，影响医保基金使用与患者权益。

逐项核验，开展清单审核

医保清单审核是在患者出院后，逐项检查全部医疗费用的过程，主要目的是确认费用是否合理、编码是否准确、诊疗是否必要，是规范使用医保基金的环节。审核内容主要包括三个方面：一是编码是否正确，核对疾病编码和实际病情是否一致，手术编码是否同病历记录相符。二是费用是否合理，检查收费项目是否在医保目录范围内，是否存在重复收费或超标准收费情况。三是诊疗是否必要，根据临床规范判断检查和治疗是否合理，避免不必要的医疗行为。审核方式通常分为人工审核和规则审核两类，人工审核适用于复杂病例，需专业人员结合病历判断；规则审核则依靠系统对费用和编码展开快速筛查，提高审核效率。

体系联动，规范医疗收费

ICD-10疾病编码、ICD-9手术编码和

医保清单审核之间关系密切，共同构成医疗费用管理的基础体系，编码负责把疾病信息和医疗行为转化为统一且规范的标准表达方式，使原本复杂的临床内容以清晰的数字形式呈现。ICD-10侧重疾病本身的分类与记录，ICD-9则侧重医疗操作过程的表达，两者共同为医疗信息提供结构化基础，审核则在编码基础上对相关信息展开管理，重点检查编码同病历是否一致、费用是否合理、项目是否符合规范要求，保障数据真实准确，费用使用符合标准。在医院内部，编码是整理病历和统计数据的重要工具，有助于提高医疗信息的分析效率；在医保支付环节，审核依托编码信息对费用进行判断，可使结算过程更加清晰透明，减少费用偏差发生概率；在患者层面，该体系能够降低因信息不一致或记录偏差带来的费用争议，提高报销准确性，同时减少不必要的经济负担，使医疗费用更加清楚可控。

医疗编码和医保审核共同构成医疗费用管理的基础环节，利用标准化编码表达和规范化审核流程，使医疗信息更加清晰准确，费用结构更加合理透明。此体系在保障医保基金安全运行的同时，也可以提升医疗服务管理水平和患者费用结算的确定性，为医疗体系稳定运行提供支撑。☺