



高等医学院校艾滋病防治
与禁毒课程创新教材

艾滋病

与药物滥用

主 编 李 燕 陆 林
副主编 李建华 张建萍 贾曼红

 云南出版集团
 云南人民出版社



高等医学院校艾滋病防治
与禁毒课程创新教材

艾滋病与药物滥用

主 编 李 燕 陆 林
副主编 李建华 张建萍 贾曼红

云南出版集团公司
 云南人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

艾滋病与药物滥用 / 李燕, 陆林主编. — 修订本. — 昆明: 云南人民出版社, 2013.5

ISBN 978-7-222-10857-8

I. ①艾… II. ①李… ②陆… III. ①获得性免疫缺陷综合征—医学院校—教材 IV. ①R512.91

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第086180号

策划组稿: 李银和

责任编辑: 冯 琰 王以富 陈 晨

装帧设计: 杨晓东

责任印制: 马文杰

书 名	艾滋病与药物滥用
作 者	李 燕 陆 林 主编 李建华 张建萍 贾曼红 副主编
出 版	云南出版集团 云南人民出版社
发 行	云南人民出版社
社 址	昆明市环城西路609号
邮 编	650034
网 址	www.ynpph.com.cn
E-mail	rmszbs@public.km.yn.cn
开 本	787 × 1092 1/16
印 张	19
字 数	470千
版 次	2010年2月第1版 2014年2月第2版第2次印刷
印 数	3001-7000册
排 版	云南福保东陆印刷股份有限公司
印 刷	云南华达印务有限公司
书 号	ISBN 978-7-222-10857-8
定 价	32.00元

编委会名单

主 编 李 燕 陆 林

副主编 李建华 张建萍 贾曼红

编 委 (按姓氏笔画数排序)

马艳玲 云南省疾病预防控制中心

马景孚 云南省疾病预防控制中心

王 珏 云南省疾病预防控制中心

方清艳 云南省疾病预防控制中心

邓 虹 昆明医科大学

劳云飞 云南省艾滋病关爱中心

闵向东 云南省疾病预防控制中心

张存敏 云南省药物依赖防治研究所

张建萍 昆明医科大学

张琬悦 云南省疾病预防控制中心

杨志芳 云南省疾病预防控制中心

李佑芳 云南省疾病预防控制中心

李建华 云南省药物依赖防治研究所

李 洪 云南省疾病预防控制中心

李培凯 云南省药物依赖防治研究所

李 燕 昆明医科大学

陆 林 云南省疾病预防控制中心 昆明医科大学

罗 健 云南省药物依赖防治研究所

周曾全 云南省艾滋病关爱中心

宝福凯 昆明医科大学

段 勇 云南省健康教育所

贾曼红 云南省疾病预防控制中心

童吉渝 云南省社会科学院

潘颂峰 云南省疾病预防控制中心

前 言

艾滋病是20世纪80年代初发现的新型传染病，医学名为“获得性免疫缺陷综合征”（acquired immunodeficiency syndrome, AIDS）。艾滋病是由艾滋病病毒（人类免疫缺陷病毒human immunodeficiency virus, HIV）引起的一种严重传染病，艾滋病病毒侵入人体后破坏人体的免疫力，使人体发生多种难以治愈的机会性感染和肿瘤，最终导致死亡。在过去的30余年里，艾滋病在全球迅速传播和蔓延，造成了上千万青壮年劳动力及妇女和儿童的死亡，严重制约了经济、社会的发展，成为当今首要的公共卫生问题。

1981年美国报告了首例艾滋病病例，据联合国艾滋病规划署和世界卫生组织联合公布，自2011年底，全世界累积存活HIV感染者/病人已达到3420万人；当年全球新增HIV感染者250万，有170万人死于与艾滋病有关的疾病。中国于1985年首次报告发现艾滋病病人，为输入性病例。1989年在云南省瑞丽市注射吸毒人群中一次检测出146例HIV感染者，标志着艾滋病病毒在我国流行的真正开始。至2011年12月31日，全国累计报告HIV感染者和艾滋病病人444712例，国家卫生部与联合国艾滋病规划署和世界卫生组织估计，截至2011年底，中国存活HIV感染者和艾滋病病人约78万人。

药物滥用（drug abuse）一般是指违背了公认的医疗用途和社会规范而使用的任何一种药物。这种使用往往是自行给药，因而对用药者的健康和社会都会造成一定损害。药物滥用也称物质滥用，是国际通用术语。我国将滥用麻醉药品等称“吸毒”，是指大量反复使用与医疗目的无关的依赖性药物或物质，包括成瘾性及习惯性药物，引起身体依赖性和精神依赖性。

目前全球非法使用的成瘾性物质主要有阿片类、可卡因、大麻及苯丙胺类兴奋剂。根据联合国毒品和犯罪问题办公室2010年估计，如果包括只是尝试使用而不一定真正成瘾的话，全球估计有2.3亿使用非法成瘾性物质者。截至2011年底，中国累计登记在册吸毒人数为179.4万人。

毒品滥用与艾滋病感染紧密相关，药物依赖者采用注射方式使用毒品，使共用注射器注射毒品成为感染和传播HIV的重要渠道。2011年云南的监测数据表明，注射使用毒品人群中HIV感染率达到18.8%。

防治艾滋病与禁毒关系到人民身体健康，关系到民族素质和国家未来。艾滋病的预防、治疗与控制工作受到党和政府的高度重视。1988年，国家卫生部出台了《艾滋病监测管理的若干规定》，2003年，我国政府提出了“四免一关怀”政策，2006年国务院颁布了《艾滋病防治条例》等，建立了国务院防治艾滋病性病协调会议制度，对遏制艾滋病的传播和流行做出了一系列重大决策，采取了一系列重大措施。我国始终坚持综合防治、依法防治、科学防治，发挥专业人员和群防群治的作用，有力地控制了疫情上升的速度。



2004年10月，时任国家主席胡锦涛对云南毒品及艾滋病问题作出重要批示：“采取有效措施，帮助云南真正打一场禁毒、防治艾滋病的人民战争，确保取得实效。”2005~2007年云南省完成了第一轮禁毒防艾人民战争，有效遏制了艾滋病的流行蔓延，禁毒工作呈现“一升两降四遏制”的积极变化，即：境内毒品和境外易制毒化学品价格大幅上升；境外罂粟种植面积和该省参与毒品犯罪人数下降，境外大宗毒品、海洛因等传统毒品、境内新生吸毒人员、涉毒违法犯罪案件四个方面的上升势头得到有效遏制。为巩固成效，2008~2010年实施了第二轮禁毒、防艾人民战争，2011年再次启动第三轮禁毒、防艾人民战争。

本教材由云南省乃至全国在艾滋病预防、治疗、控制和禁毒方面有丰富教学、科研及实践经验的一线专家、教授，依据国际、国内艾滋病与药物滥用的流行特点、影响因素、危害及预防、控制成果，结合多年艾滋病防治与禁毒的实践经验和体会，分17章全面介绍了艾滋病与药物滥用的相关知识。关于艾滋病及其预防、治疗和控制部分，重点介绍了艾滋病流行病学、艾滋病与社会性别、艾滋病健康教育、高危人群行为干预、艾滋病的咨询检测、艾滋病/感染者综合服务、艾滋病的临床与治疗、预防艾滋病母婴传播、艾滋病职业暴露等内容；关于药物滥用部分，重点介绍了成瘾性物质、药物依赖的流行病学、药物依赖社会心理学原因、药物依赖的应对策略、药物依赖与艾滋病、减少危害的有效措施以及如何减少社会歧视和耻辱等内容。本教材还附有艾滋病防治与禁毒的主要法律、政策，并提供了国际、国内艾滋病防治与禁毒相关法律、政策的网站供读者查询。教材内容突出国际与本土相结合、前沿技术与基础知识相结合、理论与实践相结合，融合预防医学、临床医学、人文社会学、社会医学、行为医学、政治经济学及法律等多学科知识。教材编写既突出系统理论，又融入国内外最新的科研成果和现场工作经验，并提供了真实案例。

本书自2009年出版第一版以来，全球禁毒防艾工作发展迅速，修订工作十分必要。本版内容在全面修订的基础上，重点调整了病毒学章节，补充了减少和消除艾滋病社会歧视与耻辱的内容；在编辑中，将参考阅读部分调整成仿宋体小字。

《艾滋病与药物滥用》是一本适宜于医学生及相关专业学生学习的通适教材。培养对象主要为医学院校在校的医学及相关学科学生，培养目标是使医学生全面、系统地学习艾滋病的预防、治疗、控制和药物滥用与禁毒相关知识，建立防范意识，增强应对艾滋病和药物滥用的能力。教材可供医学及相关专业学生不同年级选择不同章节学习，突出学生对问题认知的阶段性。本书还为艾滋病预防、治疗、控制和禁毒的一线工作者、行政领导、社会工作者提供了一本知识系统、内容新颖、重点突出、操作性强的学习、工作参考书。

不当之处敬请批评指正。

编者
2013年2月

目 录

第一章 艾滋病流行病学 / 1

第一节 HIV的基本生物学特点 / 1

一 形态与结构 / 1

二 培养特性 / 2

三 抵抗力 / 2

第二节 艾滋病的传染源、传播途径和人群易感性 / 2

一 传染源 / 2

二 传播途径 / 2

三 非传播途径 / 3

四 人群易感性 / 3

第三节 全球艾滋病的流行状况 / 4

第四节 中国艾滋病的流行状况 / 5

一 艾滋病流行状况 / 5

二 艾滋病的主要流行因素 / 7

第五节 云南省艾滋病的流行状况 / 7

第六节 艾滋病流行的影响 / 9

一 艾滋病对个人的影响 / 9

二 艾滋病对家庭的影响 / 9

三 艾滋病对社会经济的影响 / 9

第二章 艾滋病与社会性别 / 12

第一节 社会性别与社会性别关系 / 12

一 社会性别概念 / 12

二 社会性别观念的形成是一个社会化过程 / 13

三 社会性别关系运作模式 / 15

四 社会性别敏感与倡导社会性别主流化 / 16

第二节 从社会性别视角分析妇女艾滋病问题 / 19

一 感染艾滋病病毒的性别差异 / 19

二 社会性别与艾滋病感染的易感性与脆弱性 / 19



- 三 在艾滋病防治中的社会性别分析工具 / 23
- 四 现实性社会性别利益和战略性社会性别利益 / 24

第三章 艾滋病健康教育 / 27

第一节 概述 / 27

- 一 健康教育的概念 / 27
- 二 艾滋病健康教育的意义 / 28
- 三 艾滋病健康教育的对象 / 28
- 四 艾滋病健康教育的主要目标 / 28

第二节 艾滋病健康教育的策略与措施 / 29

- 一 艾滋病健康教育实施原则 / 29
- 二 信息传播 / 31
- 三 社会教育与培训 / 34
- 四 社区发展与资源的开发利用 / 39
- 五 倡导与社会动员 / 40

第三节 公众艾滋病健康教育的主要对象、内容、方法 / 41

- 一 对普通公众的艾滋病健康教育 / 41
- 二 对党政领导干部的艾滋病健康教育 / 46
- 三 对医护人员的艾滋病健康教育 / 49
- 四 对青少年的艾滋病健康教育 / 50

第四节 艾滋病健康教育的策划与实施过程 / 55

第四章 艾滋病咨询检测 / 58

第一节 艾滋病自愿咨询检测概述 / 58

- 一 艾滋病自愿咨询检测 / 58
- 二 艾滋病自愿咨询检测的目的 / 58
- 三 艾滋病自愿咨询检测的作用 / 59
- 四 艾滋病自愿咨询检测原则 / 59
- 五 自愿咨询检测应遵循的伦理原则 / 60
- 六 艾滋病自愿咨询检测服务程序 / 61

第二节 艾滋病咨询的要求和技巧 / 61

- 一 咨询员的素质和价值观 / 61
- 二 咨询技巧 / 62

第三节 HIV抗体检测前咨询 / 67

- 一 HIV抗体检测前咨询的基本内容 / 67
- 二 咨询中的危险评估 / 68
- 三 危险评估的目的 / 69
- 四 评估某种行为感染HIV的可能性 / 69

五	危险评估应注意事项 / 69
六	HIV抗体检测前咨询注意事项 / 69
第四节	HIV抗体检测后咨询的基本内容 / 71
一	HIV抗体检测后咨询的基本内容 / 71
二	HIV抗体检测阴性结果告知 / 71
三	HIV抗体检测阳性结果告知 / 71
四	HIV抗体检测后咨询注意事项 / 72
五	获知HIV阳性结果后常见的心理反应 / 72
第五节	医疗卫生机构医务人员主动提供艾滋病检测咨询 / 76
一	概述 / 76
二	PITC的服务对象和实施单位 / 78
三	PITC的基本原则 / 79
四	PITC工作内容和流程 / 80
第五章	高危人群行为干预 / 85
第一节	行为干预的基本理论 / 85
一	行为改变理论 / 85
二	行为干预的基本概念 / 87
三	影响行为改变的因素 / 87
第二节	艾滋病高危行为 / 88
一	风险行为的概念与分级 / 88
二	艾滋病高危行为 / 88
三	高危人群 / 90
第三节	高危人群的行为干预 / 92
一	艾滋病高危行为干预应遵循的原则 / 92
二	女性性工作者行为干预 / 93
三	吸毒人群行为干预 / 102
四	男男性行为人群行为干预 / 104
五	流动人口行为干预 / 107
第六章	艾滋病监测 / 112
第一节	艾滋病疫情报告 / 112
一	疫情报告定义 / 113
二	疫情报告目的 / 113
三	责任报告单位和报告人 / 113
四	报告病例种类及标准 / 113
五	疫情报告内容 / 113
六	疫情报告方式和时限 / 114



- 七 报告数据统计和分析 / 114
- 八 疫情资料的保存 / 115
- 九 疾病预防控制中心在疫情报告中的职责 / 115
- 十 疫情报告的优缺点 / 115
- 第二节 艾滋病哨点监测 / 115
 - 一 哨点监测定义 / 115
 - 二 哨点监测目的 / 115
 - 三 哨点监测人群 / 116
 - 四 哨点设置原则 / 116
 - 五 监测内容 / 116
 - 六 监测方法 / 116
 - 七 哨点监测的优缺点 / 117
- 第三节 艾滋病专题流行病学调查 / 117
 - 一 定义 / 117
 - 二 目的 / 117
 - 三 调查对象 / 117
 - 四 样本量及抽样方法 / 117
 - 五 调查内容 / 118
 - 六 调查的优缺点 / 118
- 第七章 艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的综合服务与关怀 / 120
 - 一 目的 / 120
 - 二 原则 / 120
 - 三 措施 / 120
- 第八章 艾滋病的临床与治疗 / 126
 - 第一节 艾滋病的发病机制 / 126
 - 一 HIV损伤CD₄⁺T淋巴细胞 / 126
 - 二 其他免疫细胞功能异常 / 127
 - 第二节 艾滋病临床表现与分期 / 127
 - 一 急性期 / 127
 - 二 无症状期 / 128
 - 三 艾滋病期 / 128
 - 第三节 艾滋病的诊断标准 / 128
 - 一 诊断原则 / 128
 - 二 成人和青少年WHO HIV感染临床分期体系 / 129
 - 三 儿童 / 婴幼儿WHO HIV感染临床分期体系 / 131
 - 第四节 艾滋病抗反转录病毒药物治疗 / 132

一	治疗目标 / 132
二	开始ART的指征和时机 / 132
三	成人及青少年几种推荐用药方案 / 133
四	治疗失败的确定 / 134
五	婴幼儿和儿童抗反转录病毒治疗的指征和时机 / 135
第五节	中国现有抗艾滋病反转录病毒药物 / 138
第六节	艾滋病抗病毒治疗常见药物副反应和推荐处理方法 / 142
一	常见药物副反应和推荐处理方法 / 142
二	一线抗病毒治疗方案的潜在毒性和WHO推荐的替换用药 / 143
第七节	艾滋病抗病毒治疗的依从性 / 143
第八节	艾滋病抗病毒治疗失败的原因与二线治疗方案 / 144
一	抗病毒治疗失败的原因 / 144
二	判断治疗失败后的二线药物更换标准及方案 / 146
三	成人 / 青少年二线治疗方案 / 146
四	其他注意事项 / 148
五	婴幼儿和儿童治疗失败的判断 / 148
第九节	艾滋病常见机会性感染的诊治与预防 / 149
一	肺孢子菌肺炎(PCP) / 149
二	结核病 / 150
三	非结核分枝杆菌感染 / 150
四	巨细胞病毒(CMV)视网膜脉络膜炎 / 151
五	弓形虫脑病 / 151
六	真菌感染 / 152
第十节	艾滋病免疫重建综合征 / 153
一	免疫发病机制 / 153
二	流行病学 / 154
三	临床表现 / 154
四	诊断要点 / 154
五	治疗原则 / 155
六	预防措施 / 155
第九章	预防艾滋病母婴传播 / 159
第一节	艾滋病母婴传播与危险因素 / 159
一	艾滋病母婴传播的概念 / 159
二	HIV母婴传播的危险因素 / 160
第二节	预防艾滋病母婴传播 / 161
一	预防婴幼儿HIV感染综合策略 / 161
二	为艾滋病感染孕产妇及所生儿童提供的干预措施 / 165



第三节 HIV感染孕产妇及所生儿童的保健服务 / 173

- 一 HIV感染或感染结果不明孕产妇保健 / 173
- 二 HIV感染孕产妇所生儿童保健 / 175

第四节 预防艾滋病母婴传播服务职业防护与消毒隔离措施 / 179

- 一 HIV职业防护 / 179
- 二 消毒隔离措施及要求 / 179

第十章 艾滋病职业暴露 / 183

第一节 HIV职业暴露的危险 / 183

- 一 发生职业暴露常见的职业 / 183
- 二 HIV职业暴露常见的情况 / 183
- 三 HIV职业暴露的风险 / 184
- 四 不会导致HIV感染的暴露 / 184

第二节 HIV职业暴露的预防 / 185

- 一 普遍性防护原则 / 185
- 二 HIV的消毒 / 185
- 三 如何避免职业暴露 / 186

第三节 HIV职业暴露后的处理 / 186

- 一 HIV职业暴露发生后应遵循的处理原则 / 187
- 二 HIV职业暴露评估及操作 / 188

第十一章 药物滥用概述 / 198

第一节 药物的概念和分类 / 198

- 一 与药物相关的重要概念 / 198
- 二 药物的分类 / 199

第二节 药物滥用的危害 / 201

- 一 药物滥用对健康的危害 / 201
- 二 药物滥用所致社会问题 / 204

第三节 依赖的神经生理和神经心理机制 / 206

- 一 快感—戒除反应理论 / 206
- 二 条件化理论 / 206
- 三 诱因—易感化模型 / 207

第十二章 药物依赖的流行病学 / 209

第一节 药物依赖的历史 / 209

第二节 全球药物依赖流行情况 / 210

- 一 阿片类药物 / 210
- 二 苯丙胺类兴奋剂 / 212

三	可卡因 / 213
四	大麻 / 214
第三节	中国药物依赖流行态势 / 214
一	阿片类 / 214
二	苯丙胺类兴奋剂 / 216
第十三章	药物依赖的社会心理学原因 / 218
第一节	药物依赖的理论解释 / 218
第二节	药物依赖的个人原因 / 219
一	心理和精神因素 / 219
二	生活技能缺乏 / 220
三	行为及其他原因 / 221
第三节	药物依赖的家庭特征 / 222
一	家庭缺少管理 / 222
二	父母、家庭成员使用药物 / 222
三	家庭关系紧张、冲突, 负性的沟通模式 / 223
四	家庭不良教养方式 / 223
第四节	药物依赖的社会环境 / 224
一	药物的可获得性 / 224
二	社会生活的变迁 / 224
三	社会对药物具有宽容性 / 225
四	缺医少药 / 225
第十四章	药物滥用的应对策略 / 227
第一节	减少供应、减少需求和减少危害 / 227
一	减少供应 / 227
二	减少需求 / 227
三	减少危害 / 230
第二节	药物滥用的社会心理康复及预防复发 / 233
一	药物滥用的社会心理康复概述 / 233
二	预防复发 / 235
第十五章	药物滥用与艾滋病 / 247
第一节	药物滥用人群中易感染艾滋病病毒的高危险行为 / 247
一	注射使用毒品、共用注射器 / 247
二	不安全性行为 / 248
第二节	药物滥用人群行为相关疾病 / 249
一	性传播疾病 / 249



- 二 丙型肝炎病毒 / 250
- 三 艾滋病病毒 / 250

第十六章 减少危害的有效措施 / 253

第一节 药物替代维持治疗 / 253

- 一 美沙酮维持治疗 / 253
- 二 其他药物维持治疗 / 259

第二节 清洁针具交换 / 260

- 一 清洁针具交换的定义 / 260
- 二 清洁针具交换的目的 / 260
- 三 清洁针具交换项目的类型 / 260
- 四 清洁针具交换的步骤 / 261
- 五 清洁针具交换的效果 / 261

第三节 安全套促进使用 / 262

- 一 安全套促进使用项目的目的 / 262
- 二 实施安全套促进使用项目的步骤 / 262
- 三 安全套的可及性 / 262

第十七章 减少和消除艾滋病社会歧视与耻辱 / 266

第一节 与艾滋病相关的社会歧视与耻辱 / 266

- 一 艾滋病社会歧视与耻辱的定义 / 266
- 二 艾滋病社会歧视与耻辱产生的原因 / 269
- 三 卫生保健领域艾滋病社会歧视与耻辱的表现 / 271

第二节 尊重和维护艾滋病病毒感染者 / 病人的合法权益 / 274

- 一 艾滋病病毒感染者 / 病人与健康相关的权利 / 274
- 二 侵害艾滋病病毒感染者 / 病人权益的法律责任 / 277
- 三 减少和消除社会歧视与耻辱, 维护艾滋病病人合法权益的策略与建议 / 278

附录一 艾滋病预防与控制的相关法律、法规及政策 / 282

附录二 英汉名词对照表 / 284



二 培养特性

将病人自身外周或骨髓中淋巴细胞经PHA刺激48~72小时作体外培养（培养液中加IL2）1~2周后，病毒增殖可释放至细胞外，并使细胞融合成多核巨细胞，最后细胞破溃死亡。亦可用传代淋巴细胞系如HT-H9、Molt-4细胞作分离及传代。

HIV动物感染范围窄，仅黑猩猩和长臂猿，一般多用黑猩猩做实验。用感染HIV细胞或无细胞的HIV滤液感染黑猩猩，或将感染HIV黑猩猩血液输给正常黑猩猩都感染成功，连续8个月在其血液和淋巴液中可持续分离到HIV，在3~5周后查出HIV特异性抗体，并继续维持一定水平。但无论黑猩猩或长臂猿感染后都不发生疾病。

三 抵抗力

HIV对热敏感。56℃30分钟失去活性，但在室温保存7天，仍保持活性。不加稳定剂病毒-70℃冰冻失去活性，而35%山梨醇或50%胎牛血清中-70℃冰冻3个月仍保持活性。对消毒剂和去污剂亦敏感，0.2%次氯酸钠0.1%漂白粉，70%乙醇，35%异丙醇、50%乙醚、0.3% H_2O 、20.5%来苏尔处理5'能灭活病毒，1%NP-40和0.5%triton X-100能灭活病毒而保留抗原性。对紫外线、 γ 射线有较强抵抗力。

（宝福凯）

第二节 艾滋病的传染源、传播途径和人群易感性

一 传染源

艾滋病病人和艾滋病病毒感染者是本病的唯一传染源，从感染病毒到死亡的全过程都可以通过体液交换将艾滋病病毒传播给他人。处于艾滋病急性感染阶段的感染者和艾滋病发病期的病人，体内艾滋病病毒大量复制，病毒载量较高，传染性较强。

因艾滋病从感染到发病的潜伏期较长，潜伏期内无临床症状，难以发现和识别，感染者活动范围较广，加之绝大多数的感染者为处于性活跃期的青壮年人群，因此从流行病学的角度来看，无症状的艾滋病病毒感染者是本病最重要的传染源。

二 传播途径

（一）艾滋病病毒传播的基本条件

有效的艾滋病病毒传播必须同时具备以下四个基本条件：

1. 排出：艾滋病病毒必须从艾滋病病毒感染者/艾滋病病人身体内以血液、精液、阴道分泌液或伤口渗出液等体液方式排出体外。
2. 存活：排出的体液内艾滋病病毒必须是活的。
3. 足量：排出的体液内必须有足够数量的能引起感染的病毒。
4. 进入：艾滋病病毒必须经破损皮肤或黏膜进入到其他人的体内。

（二）艾滋病的传播途径

艾滋病病毒主要存在于艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的血液、精液、阴道分泌物、伤口渗出液、组织液和乳汁等体液中，任何能够引起体液交换的行为，都有传播艾滋病病毒的可能。已经证实的传播途径有以下三种。

1. 性接触传播。男女异性性接触以及男男同性性接触传播是目前全球艾滋病传播的主要途径，全球大约70%~80%的感染者是通过性接触传播，在我国经性接触传播艾滋病的比例在逐渐上升。

艾滋病性接触传播的几率与许多因素有关，如性伴数、性伴的感染状态、性交方式、生殖道炎症及性行为过程中是否有保护性措施等（如是否使用安全套）。一般来说，性伴数越多，感染的几率越大；性伴处于艾滋病感染早期和发病期有更高的传染性；肛交是最危险的性接触行为，因为直肠黏膜由单层柱状上皮细胞组成，较脆弱，易发生破损，且呈弱碱性环境，利于艾滋病病毒存活。性行为的被动方（即接受精液的一方）受感染的几率大于主动方（即插入方）；患有性病，尤其是造成生殖器溃疡的性病如梅毒、生殖器疱疹、软下疳等可使单次性接触的危险性增加2~10倍。

2. 血液传播。输入污染了艾滋病病毒的血液或血液制品（如第Ⅷ因子）、移植或接受了艾滋病病毒感染者的器官/组织或精液、与注射吸毒者共用未经消毒的针具都有感染艾滋病病毒的较高危险。目前共用注射器吸毒是我国艾滋病的主要传播途径之一。

此外，使用未经严格消毒的手术器械、针具等可造成医源性传播。医护人员在提供医疗服务时，意外被艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的血液/体液污染皮肤/黏膜时，或被污染的针头刺破，也有感染艾滋病病毒的危险性。

3. 母婴传播。感染艾滋病病毒的母亲，通过妊娠、分娩和哺乳，有可能把艾滋病病毒传染给胎儿/婴儿。在未采取预防措施的情况下，母婴传播率为20%~45%。

三 非传播途径

在日常生活中，与艾滋病病毒感染者/艾滋病病人握手、拥抱、共同进餐、共用办公用品、钱币、劳动工具等不会感染艾滋病。艾滋病不会经马桶、电话机、餐饮具、卧具、游泳池、浴池等公共设施传播。咳嗽和打喷嚏不传播艾滋病。蚊虫叮咬不会感染艾滋病。

四 人群易感性

不同种族、年龄及性别的人均对艾滋病病毒易感。但根据人们暴露艾滋病病毒的机会，可将人群划分为高危人群和一般人群。高危人群主要包括注射吸毒者、男男性接触者、多性伴者、卖淫嫖娼者、艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的配偶或性伴、接受被艾滋病病毒污染的血液及血制品者，以及感染艾滋病病毒母亲所生的婴儿等。



第三节 全球艾滋病的流行状况

1981年美国报告了首例艾滋病病例，两年后的1983年，法国和美国的研究人员分别分离出导致该疾病的病毒—人类免疫缺陷病毒。之后，艾滋病在全球迅速蔓延，据世界卫生组织（WHO）和联合国艾滋病规划署（UNAIDS）公布的数字，截至2011年底，由于抗病毒治疗，艾滋病死亡人数减少，全球存活艾滋病病毒感染者/艾滋病病人较以往多，达到 3420万（3180万~3590万）。近年来，由于各国广泛开展预防和抗病毒治疗，全球每年新增感染人数和艾滋病死亡人数有所下降。

全球2011年当年新感染人数为250万（220万~280万），较2001年下降20%，15~24岁年轻人占成人新感染人数的比例达到40%。2011年死于艾滋病的人数为170万（160万~190万），较2005年下降24%。每天超过6800人感染上艾滋病病毒，4600人死于艾滋病。

表2-1 全球艾滋病疫情地区分布(截至2011年底)			
地区	感染者人数 (万人)	当年新感染数 (万人)	当年死亡数 (万人)
亚撒哈拉非洲	2350 (2220~2470)	170 (160~190)	120 (110~130)
中东和北非	33 (25~45)	3.9 (2.9~6)	1.4 (0.86~2.8)
南亚和东南亚	420 (310~470)	30 (22~34)	27 (14~60)
东亚	83 (62~96)	8.9 (4.4~17)	6 (4.2~8.3)
大洋洲	5.3 (4.7~6)	0.29 (0.22~0.38)	0.13 (0.1~0.18)
拉丁美洲	140 (110~170)	8.6 (5.2~14)	5.7 (3.5~8.6)
加勒比海	23 (20~25)	1.3 (0.97~1.6)	1.0 (0.8~1.2)
东欧和中亚	150 (130~180)	17 (11~22)	9 (7.4~11)
西欧和中欧	86 (78~96)	3 (2.1~4)	0.93 (0.83~1)
北美	140 (110~200)	5.8 (2.1~13)	2 (1.6~2.7)
合计	3420 (3180~3590)	250 (220~280)	170 (160~190)

亚撒哈拉南部地区一直是全球艾滋病流行最为严重的地区，艾滋病位居当地死因之首，许多非洲国家，特别是南部非洲国家的一般人群中艾滋病呈现广泛流行（generalized epidemic），其余国家和地区艾滋病的流行主要集中在男男性接触人群、注射吸毒者、性工作者和嫖客等高危人群集中流行（concentrated epidemic）。