



艾滋病社区网格化管理

AIZIBING SHEQU WANGGEHUA GUANLI

常战军 许迎喜 石彩晓◎主编

 四川大学出版社



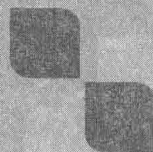


艾滋病社区网格化管理

AIZIBING SHEQU WANGGEHUA GUANLI



四川大学出版社



071500

责任编辑:龚娇梅
责任校对:杨 果
封面设计:严春燕
责任印制:王 炜

图书在版编目(CIP)数据

艾滋病社区网格化管理 / 常战军, 许迎喜, 石彩晓
主编. —成都: 四川大学出版社, 2018. 6
ISBN 978-7-5690-1921-6

I. ①艾… II. ①常… ②许… ③石… III. ①获得性
免疫缺陷综合征—防治 IV. ①R512.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 116860 号

书名 艾滋病社区网格化管理

主 编	常战军 许迎喜 石彩晓
出 版	四川大学出版社
地 址	成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行	四川大学出版社
书 号	ISBN 978-7-5690-1921-6
印 刷	成都市新都华兴印务有限公司
成品尺寸	170 mm×240 mm
印 张	12.5
字 数	235 千字
版 次	2018 年 8 月第 1 版
印 次	2018 年 8 月第 1 次印刷
定 价	46.00 元



版权所有◆侵权必究

- ◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。
电话:(028)85408408/(028)85401670/
(028)85408023 邮政编码:610065
- ◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回出版社调换。
- ◆网址:<http://www.scupress.net>



艾滋病是一种严重危害人类健康的传染性疾病。自 1981 年世界上发现第 1 例艾滋病病毒感染者以来，艾滋病便以其强大的力量侵袭全球，目前已经波及全球 200 多个国家和地区。中国自 1985 年首次报道艾滋病病例以来，艾滋病流行呈快速上升趋势，经历了输入散发期、局部流行期和广泛流行期三个阶段。性接触传播已成为目前我国艾滋病流行的主要传播途径，且有从高危行为人群向一般人群加速扩散的趋势，已覆盖我国 31 个省、自治区、直辖市。

艾滋病的产生、流行和蔓延不仅受到各种政治经济因素和社会文化传统的影响，而且还不断引起包括法律纠纷、社会歧视和伦理道德评判等在内的诸多社会问题。其已经不仅仅是一种生物学意义上的疾病，而是一个被社会加以定义的“问题”，且与人的行为、社会环境等诸多因素密切相关，对一个国家的经济发展、政治稳定与社会发展都有着重要的影响。三十多年来，中国的艾滋病防治工作一直以疾病预防控制机构为主导，大部分预防和干预活动是由各地疾病预防控制系统自上而下开展的应急式的工作。这种工作模式在目标人群的可及性和干预效果方面都面临着很大的挑战。随着艾滋病管理的人群越来越庞大，对艾滋病管理的质量要求也越来越高，迫切要求艾滋病防治工作关口前移，下沉到基层，以适应目前我国艾滋病的防治形势。因此，艾滋病的危险行为的干预模式研究显得极为迫切。

当今社会是一个信息社会、网络社会、舆情社会，艾滋病的网络结构（信息网络、服务网络、防控网络等）、艾滋病群体性活动的敏感与多发、艾滋病个体需求种类的多样化与层次的复杂化，这些都对艾滋病社会管理提出了新的挑战。实施艾滋病社区网格化管理是新的多元价值取向和利益诉求的客观要求。社区，作为人们生活的共同体，是人们经济、政治、文化等权益实现的重要社会基础，居住在社区的艾滋病病毒感染者和艾滋病患者，作为社区居民享有公民依法享有的权利。随着社会主义市场经济体制的逐步完善，社会主体的价值取向、思想观念、利益诉求等呈现新的变

化。艾滋病社区管理工作必须充分考虑由于艾滋病病毒携带者个体身份分化而涌现的新社会群体的价值取向与利益诉求。因此,新时期艾滋病社区管理工作必须顺应新的多元价值取向和利益诉求,向时空一体化的多元目标体系发展。从时间上看,艾滋病社区管理工作目标涵盖了健康、疾病、死亡的全过程,因此要关心个体的预防、治疗、救助。从空间上看,艾滋病社区管理工作目标涵盖政治权益、经济利益、社会关怀、生活环境等方面。从实践过程看,艾滋病社区管理工作既要做好艾滋病管理,保持社会稳定,更要维护社会成员个体的健康。基层社区民主化进程的推进、基层社区管理实践的蓬勃发展,为艾滋病社区管理创新带来了新的机遇。艾滋病社区网格化管理是在新时代的历史使命下,适应新的时代背景、新的组织设计与管理技术、新的价值取向与利益诉求的一种崭新的艾滋病管理范式。因此,艾滋病社区网格化管理研究具有极重要的社会意义。

社区卫生服务中心(或乡镇卫生院)是中国艾滋病防控服务体系最基层的单位和重要组成部分。它们独特的地域优势和人际亲和力是县(区)级以上疾病预防机构和医疗部门无法比拟的。因此,各地都在积极探索社区艾滋病防控的有效模式,如四川省眉山市东坡区的“2·11”模式、江苏省苏州市的“MSM社会组织助力”模式、海南省澄迈县的“三位一体”戒毒模式、贵州省遵义市红花岗区的综合防控模式、云南省大理市的“一站式”随访管理模式等。郑州是第三轮全国艾滋病综合防治示范区试点城市,以社区为单位进行了艾滋病社区网格化管理探索实践,并将其列入了河南省科技发展计划项目“郑州市艾滋病高危人员危险行为网格化管理社区干预模式研究”,取得了一定成效。其做法是,以社区为基本单位,划分出若干网格单元,将各网格内的社区管理人员、卫生管理人员、卫生服务人员、艾滋病高危人员之间的联系、协作、支持等内容以制度的形式固定下来,将艾滋病的管理工作纳入社区卫生服务中心和乡镇卫生院的卫生服务工作中,开展健康教育和健康促进、咨询检测、早诊早治、疾病规范化管理,在社区形成艾滋病预防管理支持环境,提高目标人群综合干预(安全套使用和鼓励接受性病诊疗与生殖健康服务)覆盖率;同时实现社会卫生管理服务资源在基层社区的整合,形成政府主导、全社会参与的艾滋病社区网格化管理模式。

艾滋病涉及复杂多样的社会问题,对一个国家的经济发展、政治稳定与社会发展都有重要的影响。一方面,艾滋病社区网格化管理没有现成的理论和可以借鉴的成熟经验,另一方面,艾滋病所具有的社会学意义早已超出了医学科学的范畴,涉及社会学、公共卫生学、医学、经济学、政治学、管理学等不同学科理论和研究方法,需要融合不同学科理论和方法来

促进艾滋病研究向更高层次和更高水平发展。郑州市艾滋病社区网格化管理模式为艾滋病的管理及干预工作提供了有益经验和新的理论视角。为此,本书从相对宏观的社会分析的视角出发,以艾滋病社区网格化管理实践的过程为主线,通过政府主导、全社会参与、网格化社区综合干预模式,开展健康教育和健康促进、咨询检测、早诊早治和疾病规范化、精准化管理,在社区形成艾滋病预防管理支持环境,提高目标人群艾滋病综合干预覆盖率。同时,本书重点梳理艾滋病的社会文化起源和艾滋病社区网格化管理社会实践的理论,并思考其社会文化意义,旨在阐明推进艾滋病社区网格化管理进程是在中国社会解决艾滋病建构途径、机制与过程之中问题的一种有效方法和路径。

本书是河南省科技发展计划项目“郑州市艾滋病高危人员危险行为网格化管理社区干预模式研究”(项目编号:132102310386)和郑州市第三轮全国艾滋病综合防治示范区试点城市实践和研究成果。郑州市疾病预防控制中心副主任、教授、博士生导师常战军博士,郑州卫生和计划生育委员会副主任许迎喜,郑州儿童医院护理部主任、副主任医师石彩晓主持了本书的编写。参加本书撰写的还有北京大学第三医院海淀区区李丹,四川大学华西第四医院副主任检验技师别明江博士,四川大学华西第四医院主治医师孙蕾博士,西藏大学医学院护理系主任、副教授、珠峰学者人才发展支持计划——杰出青年学者杨丽君硕士,新乡医学院公共卫生学院刘怡君硕士,郑州大学公共卫生学院何燕博士,郑州市卫生和计划生育委员会艾滋病防治办公室主任张良,郑州市疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制所所长、副主任医师刘征,郑州市疾病预防控制中心理化所所长、副主任技师洪月玲硕士、副所长陈彦哲硕士、赵雪蕾硕士、郭婷硕士、王萌硕士、杨西硕士和高级经济师李庆志,郑州市二七区疾病预防控制中心副主任、副主任医师王书敏,郑州市中医院主任医师董华丽、郑州市社会保险局主治医师周学军等。本书在编写过程中参考和引用了大量国内外同行的文献,在此一并表示感谢。

虽然本书的内容和观点经过了提炼,但由于笔者水平有限,难免有不足之处,敬请读者批评指正。

编 者

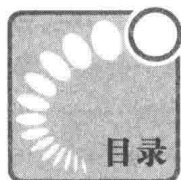
2017 年 7 月



常战军, 1962 年出生, 工学博士, 现任郑州市疾病预防控制中心副主任, 华中科技大学、北京工业大学、中南民族大学、武汉科技大学兼职教授、博士生导师。主要研究领域为社会学、公共卫生社会学、医学信息学。先后荣获河南省星火(科技)带头人、郑州科技名人、郑州市专业技术拔尖人才、郑州市“五一”劳动奖章、郑州市跨世纪学科学术带头人等荣誉称号。入选郑州名人档案库。主要学术成果: 主持和参与国家“十一五”“十二五”“十三五”国家科技重大专项 2 项和省、市级科研项目多项, 获得河南省发展研究奖和省、市级科技进步奖 10 余项。在国际和国内学术期刊上发表论文 40 余篇。出版大学教材 3 部, 学术专著 5 部。其中包括: 北京大学新编社会学系列教材《公共卫生社会学》(主编, 北京大学出版社, 2014 年), 北京大学新编公共行政与公共管理学系列教材《健康管理学教程》(主编, 北京大学出版社, 2015 年), 北京工业大学普通高等学校教材《医院信息化概论》(主编, 北京工业大学出版社, 2015 年)。

许迎喜, 1963 年出生, 管理学硕士, 现任郑州市卫生和计划生育委员会副主任。研究领域为公共卫生管理学。主要学术成果: 主持课题“基层部队心理应急干预机制”获得全军科技进步三等奖, 主持编写《训练伤防治手册》《卫生新装备训练教案》《心理疏导教育机制》等多项军队训练教材, 在国内专业学术期刊发表公共卫生管理学术论文 30 余篇。

石彩晓, 1969 年出生, 护理学学士, 现任郑州儿童医院护理部主任、副主任护师, 中华医学会儿科分会护理学组委员、福棠儿童医学发展研究中心护理专业委员会委员、河南省护理学会儿科专业委员会副主任委员、河南省医院品管圈联盟护理组副主任委员, 郑州市护理学会理事会副理事长、郑州市护理学会儿科专业委员会主任委员等。研究领域为护理管理学。主要学术成果: 主持和参与省部级科研课题 15 项, 获得河南省、市科学技术进步奖 5 项, 在国内专业学术期刊发表学术论文 30 余篇。



第一章 艾滋病的流行情况	1
第一节 国外艾滋病流行情况	1
一、艾滋病概述	1
二、艾滋病流行概况	4
三、艾滋病社区管理概况	5
第二节 我国艾滋病流行情况	9
一、艾滋病流行概况及特点	9
二、艾滋病管理概况	10
第三节 中国各地艾滋病防控特色经验	14
一、四川省眉山市东坡区：“2·11”农村艾滋病防治模式	15
二、江苏省苏州市：MSM 社会组织助力模式	15
三、海南省澄迈县：“三位一体”戒毒模式	16
四、贵州省遵义市红花岗区：综合防控模式	16
五、云南省大理市：“一站式”随访管理模式	17
六、河南省郑州市：网格化管理模式	18
第二章 社区网格化管理理论和研究方法	20
第一节 社区网格化管理的基本概念	20
一、社区理论	20
二、社区管理	21
三、网格概述	22
四、网格化管理	23
第二节 社区网格化管理现状	27
一、网格化管理产生的背景	27
二、网格化管理研究现状	28
第三节 社区网格化管理研究方法	30
一、社区网格化管理工作流程	30
二、社区网格化管理理论	33

第三章 艾滋病报告管理	36
第一节 传染病信息报告管理规范	36
一、艾滋病防控的原则	36
二、艾滋病综合管理的内容	36
第二节 传染病疫情报告相关制度	48
一、组织领导	48
二、传染病报告信息实时监控制度	48
三、艾滋病报告卡审核、查重、订正制度	49
四、艾滋病报告信息分析与应用制度	49
五、疫情报告与管理工作督导检查制度	49
六、疫情数据安全管理制度	50
七、疫情管理及直报系统维护技术指导制度	51
八、节假日疫情值班制度	51
第四章 艾滋病社区综合管理	52
第一节 社区艾滋病综合管理要求	52
一、建立工作网络	52
二、治疗、随访工作指标	53
第二节 社区艾滋病综合管理内容	54
第三节 社区随访与管理	55
一、组织实施	55
二、追踪管理	56
三、定期随访和管理	56
四、开展 CD4 ⁺ 细胞检测	56
五、预防机会性感染	56
六、提供转介服务	56
第四节 药品管理	57
第五节 转 诊	57
第六节 督导评估	58
一、组织管理	58
二、日常技术支持和督导	58
第五章 社区艾滋病检测	59
第一节 社区艾滋病自愿咨询检测	59
一、艾滋病自愿咨询检测服务对象	59
二、艾滋病自愿咨询检测服务目的	60
三、艾滋病自愿咨询检测服务内容	60

四、艾滋病自愿咨询检测服务要求	62
第二节 艾滋病社区快速检测	66
一、快速检测试剂	67
二、样本采集	68
三、检测策略及流程	69
四、实验记录	72
五、结果报告与告知	73
六、快速检测质量控制	75
七、生物安全与个人防护	76
第三节 艾滋病确证实验室监测	77
一、样品的采集和处理	77
二、艾滋病病毒抗体检测	80
三、HIV-1 抗原检测	91
四、艾滋病病毒核酸检测	93
五、HIV-1 耐药检测	103
六、CD4 ⁺ T 和 CD8 ⁺ T 淋巴细胞检测	107
七、实验室生物安全	112
第六章 艾滋病社区高危干预	122
第一节 高危行为干预基线调查	122
一、基线调查的目的	122
二、基线调查的内容与方法	122
三、组织工作程序	124
四、进程计划	124
五、数据收集、录入、整理和传输	125
六、质量控制	126
七、伦理学问题	126
第二节 高危行为干预工作方案	127
一、实施原则	127
二、职责任务	127
三、干预策略	128
四、信息管理	131
五、经费保障	131
六、督导评估	131
第七章 社区艾滋病患者健康教育	132
第一节 健康教育管理的基本内涵	132

一、健康教育对象	132
二、健康教育目的	134
三、健康教育要求	134
四、健康教育内容	134
五、健康教育流程	135
六、健康教育方法	135
第二节 郑州市社区健康教育实践	139
一、开辟一个宣传阵地	139
二、实施一个工程	141
三、培育一支队伍	142
四、推广一种用品	142
五、开展一项活动	142
六、建设一个网络	142
七、实施一项策略	142
第八章 艾滋病社区网格化管理——郑州模式	143
第一节 郑州市艾滋病疫情流行现状	143
一、郑州市基本情况	143
二、郑州市艾滋病流行情况	144
三、郑州市艾滋病防治情况	145
四、郑州市艾滋病数据来源及分析方法	145
第二节 郑州市艾滋病社区网格化模式	146
一、郑州市艾滋病社区网格化模式的提出	146
二、郑州市艾滋病网格化管理“一二六三”模式	148
三、郑州市艾滋病网格化管理内容	150
四、郑州市艾滋病网格化管理制度	152
五、郑州市艾滋病网格化管理效果	152
第三节 郑州市艾滋病社区网格化管理创新	153
一、管理方式创新	154
二、组织结构创新	155
三、工作流程创新	156
四、运行机制创新	157
五、社会管理创新	157
第九章 艾滋病社区干预实践的思考	160
第一节 社区理论与艾滋病社区干预实践模式	160
一、艾滋病社区支持理论	160

二、艾滋病社区支持模式	160
第二节 艾滋病社区干预实践路径面临的困境	162
一、政府“单中心”主导型社区实践困境	163
二、艾滋病的社区文化推动型社区实践困境	164
三、艾滋病的社区居民参与社区实践困境	165
第三节 艾滋病社区干预实践的对策	167
一、构建服务型政府	167
二、提升社区文化认同	168
三、促进社区居民参与	169
第十章 艾滋病问题的社会建构及社会文化意义	171
第一节 艾滋病“问题”的社会文化分析	171
一、社会建构理论视角	171
二、社会文化的视角	172
三、社会学的视角	172
四、经济学视角	173
五、艾滋病的社会阶层选择	174
六、艾滋病的社会性别选择	174
七、艾滋病的民族文化生存选择	175
八、艾滋病的社会歧视	175
第二节 艾滋病问题的社会建构及意义	176
一、艾滋病的政治定位	176
二、艾滋病的理论建构	177
第三节 艾滋病问题推进中国社会重组进程	178
一、政治层面的社会重组	179
二、社区层面的社会重组	179
三、民间组织的社会重组	180
四、“流动人口”的社会重组	180
五、青少年群体的社会重组	180
附表	181
参考文献	183

第一章

艾滋病的流行情况

艾滋病是一种严重危害人类健康的传染性疾病。自 1981 年世界上发现第 1 例艾滋病病毒感染者以来, 艾滋病便以其强大的力量侵袭全球。1985 年艾滋病传入中国, 经历了输入散发期、局部流行期和广泛流行期三个阶段, 我国 31 个省、自治区、直辖市均有报告艾滋病病毒感染者; 血液传播、性接触传播及母婴传播三种主要传播途径均已存在, 性接触传播已成为目前我国艾滋病流行的主要传播途径, 其中大部分患者有婚外同性和异性不安全性行为, 且有从高危行为人群向一般人群加速扩散的趋势。因此, 本章对艾滋病感染和流行现状进行分析, 以期制定预防控制策略提供理论依据。

第一节 国外艾滋病流行情况

一、艾滋病概述

艾滋病, 医学全名为“获得性免疫缺陷综合征”(acquired immune deficiency syndrome, AIDS), 是人免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, 艾滋病病毒)侵入人体, 破坏人体免疫功能, 进而引起各种机会性感染的慢性致死性传染病。虽然艾滋病病毒本身并不会引发任何疾病, 但是艾滋病病毒终生传染, 它把人体免疫系统中最重要 $T4^+$ 淋巴细胞作为攻击目标, 大量破坏、吞噬 $T4^+$ 淋巴细胞, 从而破坏人体的免疫系统, 导致其崩溃, 使人体因丧失对各种疾病的抵抗能力而导致各种感染, 如带状疱疹、肺结核、口腔霉菌感染, 特殊病原微生物引起的肠炎、脑炎、肺炎等, 后期常常引发恶性肿瘤, 最终因长期消耗导致患者全身器官衰竭而亡。

人体从感染艾滋病病毒到发病有一个完整的自然过程，临床上将该过程分为四个时期：急性感染期、无症状感染期（潜伏期、窗口期）、艾滋病前期、典型艾滋病期（林鹏，2004年）。并不是每个感染者都会出现完整的四个时期表现，但每个疾病阶段的感染者在临床上都可以见到。四个时期不同的临床表现组成一个渐进和连贯的病程发展过程。艾滋病病毒在人体内的潜伏期平均为12~13年，在发展成为艾滋病患者以前，艾滋病病毒感染者/携带者外表看上去正常，他们可以没有任何症状地正常生活和工作很多年。

- 急性感染期是艾滋病病毒侵袭人体后对机体刺激而引起反应的一段时期。艾滋病患者会出现发热、皮疹、淋巴结肿大、全身乏力、出汗、恶心、呕吐、腹泻、咽炎等症状。有的患者还会出现急性无菌性脑膜炎，表现为头痛、神经性症状和脑膜刺激征。末梢血检查，白细胞总数正常或淋巴细胞减少、单核细胞增加。处于急性感染期时，患者症状常较轻微，容易被忽略，当这种发热等周身不适症状出现后5周左右，血清艾滋病病毒抗体可呈现阳性反应。此后，临床上出现一个长短不等的、相对健康的、无症状的潜伏期。

从受到艾滋病病毒感染，到体内产生艾滋病病毒抗体，这一段时间称为窗口期。在窗口期，艾滋病病毒感染者的血液检测查不到艾滋病病毒抗体，结果呈阴性。窗口期的长短有个体差异，一般为6周到6个月，平均为3个月。

感染者在潜伏期可以没有任何临床症状，但潜伏期不是静止期，在这段时间内，他们体内有足够的T细胞抵抗病毒。但当机体抵抗力下降或机体遭到疾病侵袭或创伤时，他们体内的T细胞就会不断减少，减少到一定程度就会开始发生疾病。很多艾滋病病毒感染者没有任何症状可能长达10年以上，这对早期发现患者及开展预防都造成很大困难。

艾滋病前期是指潜伏期后开始出现与艾滋病有关的症状和体征，直至发展成典型艾滋病的一段时间。对这个时期，有很多命名，包括艾滋病相关综合征、淋巴结病相关综合征、持续性泛发性淋巴结病、艾滋病前综合征等。这时，患者已具备了艾滋病的最基本特点，即细胞免疫缺陷，只是症状较轻而已。

艾滋病主要的临床表现：①淋巴结肿大，主要是浅表淋巴结肿大，发生的部位多见于头颈部、腋窝、腹股沟、颈后、耳前、耳后、股淋巴结、颌下淋巴结等，一般至少有两处部位，有的多达十几处，肿大的淋巴结对一般治疗无反应，常持续肿大超过半年以上，约30%的患者临床上只有浅表淋巴结肿大，而无其他全身症状。②全身症状，患者常有病毒性疾病的

全身不适和肌肉疼痛等症状,约50%的患者有疲倦无力及周期性低热,常持续数月,1个月内夜间盗汗多于5次,约1/3的患者体重减轻10%以上,这种体重减轻不能单纯用发热解释,即使补充足够的热量也不能控制这种体重减轻,有的患者出现头痛、抑郁或焦虑,有的患者出现感觉神经末梢病变,可能与病毒侵犯神经系统有关,有的患者可出现反应性精神紊乱。3/4的患者可出现脾大。③各种感染,此期除了上述的浅表淋巴结肿大和全身症状外,患者经常出现各种特殊或复发性非致命性感染。反复感染会加速病情的发展,使疾病进入典型的艾滋病期。约有半数患者有比较严重的脚癣,通常为单侧,对局部治疗缺乏有效的反应,患者的腋窝和腹股沟部位常发生金黄色葡萄球菌感染,引发大疱性脓疱疮,患者的肛周、生殖器、负重部位和口腔黏膜常发生尖锐湿疣和寻常疣病毒感染,口唇单纯疱疹和胸部带状疱疹的发生率也较正常人群明显增加,口腔白念珠菌(白假丝酵母)也很常见,主要表现为口腔黏膜糜烂、充血、有乳酪状覆盖物。④其他常见的感染有非链球菌性咽炎,急性和慢性鼻窦炎及肠道寄生虫感染。许多患者排便次数增多,稀便,带有黏液,这可能与直肠炎及多种病原微生物对肠道的侵袭有关。此外,口腔可出现毛状白斑,毛状白斑是早期诊断艾滋病的重要线索。

典型的艾滋病期,有的学者称其为致死性艾滋病,是艾滋病病毒感染的最终阶段。此期具有三个基本特点:①严重的细胞免疫缺陷;②发生各种致命性机会性感染;③发生各种恶性肿瘤。艾滋病的终期免疫功能全面崩溃,患者出现各种严重的综合征,直至死亡。所以,及时发现并积极治疗对于控制病程的发展和提高生存质量至关重要。

艾滋病病毒感染者/携带者和艾滋病患者是本病的传染源,艾滋病病毒主要存在于感染者和患者的血液、精液、阴道分泌物、胸腹水、脑脊液和乳汁中,人群对艾滋病病毒普遍易感。基于其生物学方面的特征,艾滋病必将会给个体及整个社会带来严重的影响。

艾滋病传播途径主要有以下三种:

(1) 性行为传播。与已感染的伴侣发生无保护的性行为。当与同性、异性和双性发生性行为时,生殖器的皮肤、黏膜会轻微擦伤,而我们往往感觉不到,肉眼也看不见,此时,如果一方感染艾滋病病毒,在没有使用安全套的情况下,就会通过含有艾滋病病毒的精液、阴道分泌物或者血液感染对方。

(2) 血液传播。静脉注射毒品时,与艾滋病病毒感染者或者艾滋病患者共同使用用过的、未经消毒的注射器;输入被艾滋病病毒污染的血或血制品,以及类似情况下的介入性医疗操作等(如皮肤移植和器官移植);

注射器和针头消毒不彻底等。

(3) 母婴传播。已受艾滋病病毒感染的孕妇在孕期可通过胎盘,或在分娩时通过产道,或通过产后哺乳将艾滋病病毒传染给婴儿。

二、艾滋病流行概况

艾滋病起源于非洲,后由移民带入美国。1981年6月5日,美国亚特兰大疾病控制中心在《发病率与死亡率周刊》(*Morbidity and Mortality Weekly Report*, MMWR)上首次介绍了洛杉矶5例艾滋病患者的病史(褚坚,2008年),这些患者都是同性恋者,其中2人死亡(UNAIDS, 2011年)。病例描述为“与一般暴露相关的细胞免疫功能失调”和“通过性接触获得的疾病”,这是第一次关于艾滋病的记载。这份报告发表后,纽约、圣弗朗西斯科和其他城市也出现了类似病例报告。1981年6月,美国疾病控制与预防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)组成了一个调查队来鉴别危险因子和确定全国监测的病例定义。流行病学专家调查研究了18个月,在《发病率和死亡率周报》上公布了艾滋病的主要危险因子——艾滋病病毒,证实艾滋病由艾滋病病毒引起。1983年3月,美国疾病控制与预防中心发布了建立在早期流行病学研究基础上的预防艾滋病通过性、毒品和相关职业途径传播的建议。不久,艾滋病迅速蔓延到各大洲,艾滋病的时代开始了。据联合国艾滋病规划署(The Joint United Nations Programme on AIDS, UNAIDS)统计,截至2014年年底,全球约有3690万人携带艾滋病病毒,75%的艾滋病病毒感染者集中在15个国家,中国位列其中。其中260万感染者是15岁以下的儿童,每天有700个儿童成为新增艾滋病病毒感染者,有500个儿童死于艾滋病并发症。如果得不到治疗,出生时已感染艾滋病病毒的儿童半数会在2岁时去世,大多数会在5岁前去世。尽管得到艾滋病抗病毒治疗的人数在逐渐增多,但可救命的抗反转录病毒药物仍然无法满足全球超过2200万人的迫切需求。值得重视的是,当前有1900万人不知道自己已感染艾滋病病毒。

不同地区的艾滋病防控存在显著差异。撒哈拉以南的非洲地区是艾滋病病毒感染率最高的地区,约有680万艾滋病病毒感染者,占全球艾滋病病毒感染者总数的70%,死亡率占77%。在全球疾病死因顺位中,艾滋病名列第4位。艾滋病是全球范围内导致青少年死亡的第二大原因,而在非洲则是青少年的头号杀手,在所有新增艾滋病病毒感染的15~49岁的人群中,15~24岁的年轻人几乎占了40%。乌干达、肯尼亚和坦桑尼亚是20世纪80年代最早确认艾滋病流行的国家,博茨瓦纳是世界上艾滋病流行

率最高的国家，有 36% 的成年人感染艾滋病。紧随南非之后的是亚洲和太平洋地区。南亚及东南亚有 600 万，拉丁美洲有 150 万，东亚及太平洋地区有 120 万。由于亚洲拥有全球 60% 的人口，因此，该地区艾滋病流行的增长幅度将会给全球艾滋病流行带来巨大的影响。

非洲撒哈拉地区报告的 90% 艾滋病病例通过异性传播，病例中女性占 50%。在亚洲、拉丁美洲、北非、中东报告中，异性传播是普遍的，女性病例占 40% 以上。目前在工业化国家中异性传播，同性恋、双性恋传播，以及静脉药物使用传播机会均等。在工业化国家和东欧，男性病例占 80%。大多数国家报告的艾滋病病例年龄在 15~49 岁，其中高峰在 25~35 岁。非洲撒哈拉地区报告的艾滋病病例显示两个明显的高峰，一是年龄为 0~4 岁组，主要由母婴传播造成。二是年龄为 25~39 岁组，主要由异性性行为传播造成。

艾滋病抹杀了许多国家在延长期望寿命方面的希望。在撒哈拉以南非洲地区，人们的平均期望寿命为 47 岁，如果没有艾滋病的影响，期望寿命可达 62 岁。在非洲患病率最高的 3 个国家，人均期望寿命迅速下降，而在艾滋病病毒感染率明显较低的国家，人们的期望寿命呈稳定增长趋势。在受影响最严重的国家，艾滋病是儿童能否存活的主要影响因素。在撒哈拉以南非洲地区的 7 个国家中，5 岁以下儿童死亡率因艾滋病增加了 20%~40%。

经过国际社会多年的共同努力，新的艾滋病病毒感染案例以及艾滋病相关死亡案例数量都在急剧减少，疫情开始减弱。截至 2015 年，约 210 万人感染艾滋病病毒，110 万人死于艾滋病相关疾病。相比 2000 年，新的艾滋病病毒感染案例数量已经下降了 35%（而新的儿童艾滋病病毒感染案例数量下降了 58%），同时，艾滋病相关死亡数量相比 2004 年高峰阶段，也下降了 42%。越来越多的人开始接受抗反转录病毒治疗，他们能够活得更长久且健康。截至 2015 年 6 月，已有 1580 万名携带者开始接受治疗。相比 2000 年千年发展目标刚刚设定之时，已经成功地减少了 3 000 万例新艾滋病病毒感染案例，以及 780 万艾滋病相关死亡案例。

三、艾滋病社区管理概况

从全球视野看，每个国家或地区在应对艾滋病的挑战中都会形成各自的社会预防模式。例如，美国（改变同性或双性恋男性不安全性行为）、澳大利亚（开展针具交换和市场营销）、坦桑尼亚（改进性病护理，治疗性病患者）、泰国（推广使用安全套）、巴西（最大限度治疗患者）和中国香港（美沙酮替代和脱瘾疗法）都探索出一些比较成功的艾滋病社会预防