

对艾滋病感染者和病人 关怀服务的起点

—— 中国艾滋病治疗及关怀服务文献检索报告

WHERE ARE WE NOW ?

*Report of Literature Review on Care and Support
for People Living With HIV/AIDS In China*



二〇〇一年九月·北京
September 2001 • Beijing

致 谢

本资料由中英性病艾滋病防治合作项目办公室组织北京大学儿童青少年卫生研究所的专家编写。参加本工作的项目成员有程峰研究员、毕力和张云。参加编写的有季成叶教授、马迎华副教授和博士生星一。

在此，我们还要特别感谢中国性病艾滋病防治协会会长戴志澄教授。戴教授详细审阅了该资料，对许多具体内容，尤其是有关政府政策、法律法规制定和我国艾滋病防治工作的宏观管理等，提出了许多宝贵的意见。

衷心感谢联合国艾滋病规划署的孙刚先生，中国欧盟性病艾滋病防治培训项目的张平平女士，中国性病艾滋病防治协会的董永坤研究员，中国预防医学科学院的曹韵贞教授、蒋岩博士，中国健康教育研究所的田本淳研究员，中国协和医科大学廖苏苏教授，北京地坛医院的张福杰教授，北京天坛医院的徐莲芝教授及其同事，北京大学第六附属医院王玉凤教授和北京大学公共卫生学院的吕姿之教授、曹卫华副教授、马军副教授在百忙中为该资料提供了大量线索和宝贵的建议。

感谢北京大学儿童青少年卫生研究所的杨先根老师、籍红老师、于学琴老师、张琳老师和王嘉老师不辞辛苦为本次综述搜集了大量宝贵的资料。

目 录

	页 号
1. 中国 HIV/AIDS 治疗、关怀护理工作综合报告	1
2. 中国政府有关 HIV/AIDS 的法律、法规和政策条例	8
3. 中国 HIV/AIDS 的流行状况和趋势分析	13
4. HIV/AIDS 临床表现和治疗情况	16
5. 临床医生 HIV/AIDS 防治技能培训	20
6. 中国对 PLWHAS 患者的关怀、护理现状	23
7. PLWHAS 的关怀护理模式	27
8. 附录 (略)	
• 附录 1: 期刊报纸文献目录	
• 附录 2: 网络新闻文献目录	

第一部分 中国艾滋病治疗及关怀护理工作综合报告

1. 文献检索的目的

通过对现有文献、报道、专家访谈等方式，对中国目前人体免疫缺损病毒（HIV）/获得性免疫缺损综合征（AIDS）防治工作的现状进行综述；对工作进展和成绩进行分析，发现存在问题；就今后在 HIV/AIDS 防治方面的具体措施提出建议；就艾滋病病人关怀护理模式提出建议。

2. 文献来源

- 政府颁布的各项法律、法规和政策文件；
- 北京各图书馆现有的中文期刊；
- 全国各地公开发行的报刊；
- Internet 网站与 HIV/AIDS 相关的报道，以对艾滋病病人（PLWHAS）的关怀、护理和权利维护等方面的内容为重点；
- 专家访谈，集中收集有关 PLWHAS 治疗、关爱的先进人物和事迹及临床医护人员的实际工作体会；
- 访问国际组织驻中国的代表机构，着重了解各自的工作策略、方向和动向；

3. 文献内容和数量

现已收集论文 476 篇，报章报道 66 篇，网络下载报道 164 篇，共计 705 篇。各种内容的文献内容及来源详见表 1-1。

表 1-1 不同文献内容及来源数目情况

文献内容	期刊报纸	网络新闻	合计
专家学者对法律法规的建议	72	51	123
流行状况和趋势分析	130	34	164
临床表现和治疗情况	243	24	267
关怀、护理现状	44	74	118
医务人员培训	33		33
合计	522	183	705

4. 中国政府有关 HIV/AIDS 的法律、法规和政策条例

收集的文献和报道共 123 篇。综述和分析重点为学者和 HIV/AIDS 防治工作者们对中国立法部门和各级政府制定的有关病人管理，关爱和护理等的法律、法规和相关政策的评述和建议。详细内容参见本报告第 2 部分。

4. 1 现状分析

立法工作大体分为两个阶段。

第一阶段大致从 1985~1994 年。HIV 感染在中国还没有大规模流行。制定政策的重点放在对病人实施管理、隔离治疗等强硬措施方面。对保障血液安全、防止医源性感染等方面的规定比较具体。这些政策和措施，对延缓 HIV/AIDS 在中国的蔓延起到了积极意义。

中国各级行政、立法部门在制定防治 HIV/AIDS 政策的早期，就强调要保护病人的权利、反对歧视，为病人保密等。但在当时缺乏成熟经验的情况下，很难提出各种具体和明确的措

施。自 1985 年我国出现第一例艾滋病病人以来 15 年的实践表明,对 PLWHAS 只管理而不提供保护、支持;只强调他们是传染源,忽视他们是有感情的人的做法,不能减少艾滋病传播。相反,许多病人由于社区环境和周围人的歧视,被迫转入地下,成为预防、宣传、教育等干预措施的空白。

第二阶段从 1995 年到目前为止。1995 年卫生部颁发的《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》是一个重要分水岭。各级政府开始关注 PLWHAS 的生存,保护病人的权利,采取措施帮助他们更好地生活,营造一个比较宽松的环境。

1997 年卫生部颁布的《全国艾滋病检测规范》提出建立和强化保密制度的具体措施;对检测阳性者在告知结果时,应同时做好法律、医学、生活咨询。

1998 年颁布的《预防艾滋病性病宣传教育原则》中,强调把握好预防宣教内容的科学性、准确性和政策性,避免造成不必要的恐慌,不得对 PLWHAS 进行歧视宣传。他们是无知和疾病的受害者,与其它病人一样,需要社会的人道主义关心和帮助。

1998 年颁布的《预防艾滋病宣传教育知识要点》指出,关心、帮助和不歧视 PLWHAS 是预防、控制艾滋病的重要方面。

1998 年颁布的《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998~2010 年)》提出,正在制定和完善预防和控制 AIDS/STD 的相关法律、法规及规章,到 2000 年将全部完成;明确政府各部门、社会各方面在艾滋病控制中的责任;采取措施,保障 PLWHAS 的权利和义务;鼓励和支持社会团体和民间组织向病人提供护理和心理咨询服务。

部分省、市、区在向艾滋病病人提供社会支持、关爱和权利保障方面,走在全国前列。例如,上海市 1998 年颁布的《上海市艾滋病防治办法》在反对歧视,保障病人权利,包括治疗、医学指导、安排工作和保密等方面都有明确规定。

4. 2 存在问题

主要表现在以下 6 个方面:

1) 要求民政部门向生活困难的 PLWHAS 提供生活救助,但没有具体标准、规定和专项财政拨款。现实工作中很难操作。

2) 对经济困难者的医疗费用,没有规定主管部门,在目前也没有完善的医疗保障体系。只凭行政命令,在市场经济社会中运作困难。

3) 由于无知和“恐艾症”影响,有些地方作出了与法律、法规原则相违背的行政规定,其中有歧视病人的内容。

4) 在保障血液安全方面,立法和政策比较完善,尤其是随着《献血法》的颁布,规定无偿献血制度和血站的公益性质,措施明确、得力。但某些地方政府在采取措施打击非法采集和出售血液方面态度不坚决,惩治力度不足,致使这类违法活动在部分地区仍十分猖獗,是传播 HIV/AIDS 的重要途径。

5) 因输血造成感染者,必须依法赔偿。但没有详尽的法规、政策依据。

6) 在防治医源性感染的法规政策较为全面细致。从防止医院内感染和实验室感染、医疗器械的消毒处理、对病人的隔离治疗等方面,都有较明确的措施。但在许多地方,因没有相应的转运、接收、保密、监督机制配合,加上普遍存在的对艾滋病的无知和恐惧、歧视现象,造成许多病人流失,或转入地下。在这些方面如何制定更完善的法规、政策和措施,必将成为今后防治工作的重点。

4. 3 建议

针对上述存在的问题，分别提出以下建议：

1) 民政部门向生活困难的病人提供生活救助，作出具体规定。可在部分条件较成熟的省先行试点，取得较成熟的经验后全面推行。

2) 对经济困难者提供医疗援助。应明确立法主管部门和渠道，制定相应的操作程序和措施。将 HIV/AIDS 作为常规传染病，参照其它传染病管理模式，纳入社会医疗保障体系。

3) 参照国外经验，制定反对歧视、保障 PLWHAS 及其亲属权利的法律法规，具体内容有可操作性。

4) 按照目前实际情况，在保障血液安全方面强化对各项保障血液安全的法律法规的监督、执法措施。

5) 在试点的基础上，制定因输血给接受输血者健康造成损害的法规、政策，使依法赔偿制度有明确的法律依据。

6) 在防治医源性感染方面，建议采取综合措施，包括完善现有防止医院内感染和实验室感染、医疗器械的消毒处理等政策、措施；在现有隔离治疗方式的基础上，新建和完善对病人的转运、接收、保密、监督措施；参考国外经验，制定反对歧视的法规和政策；落实卫生部等中央部委有关“对 PLWHAS 的治疗、管理主要在社区进行”、“开设家庭病房”等政策。开展试点工作。本报告第 7 部分就是对开展试点工作的建议。

5. 中国 HIV/AIDS 的流行状况和趋势分析

收集的文献和报道共 164 篇。分析重点为中国 HIV/AIDS 的流行状况和趋势，不同高危人群的流行情况。对目前监测方面存在的问题进行评述，提出相关建议。详细内容见本报告第 3 部分。

5.1 现状分析

文献综述结果表明，我国已进入 HIV/AIDS 快速增长阶段，增长速度超过专家预计。我国对艾滋病的流行状况进行监测，主要依靠各省、市、区对高危人群的哨点监测。15 年来的实践表明，这种监测方式符合中国国情，工作有效，取得的资料为政府决策提供了重要依据。

静脉吸毒是迄今为止我国 HIV/AIDS 蔓延的主要方式。尤其是共用针管是最危险、最快的传播途径。2001 年年度报告经静脉吸毒感染人数 3 460 例，占全年报告感染者总数的 66.5%。

经血液传播是感染艾滋病病毒的重要途径。除了人们熟知的静脉吸毒外，不规范的采供血也同样会造成大面积感染。2001 年 8 月 23 日，我国政府首次发布了国内经血液感染艾滋病病毒的比率。截至 2001 年 6 月，虽然都是经采供血感染，中国实际上经临床输血而感染艾滋病病毒的人数很少，全国目前仅 276 人。而大量因采供血感染病毒的人都是到采浆站卖血的人，也就是说不是受血者。报告指出经非法采集血浆而感染艾滋病病毒的人数为 996 例，专家估算实际感染者为 3~5 万人。这两项统计分别占报告感染者和估计感染者总数的 6%。卫生部副部长殷大奎 2001 年 8 月 23 日在国务院新闻发布会上答各国记者问时说，1995 年前后，在我国中部的一些省份，一些地下采供血机构为了商业利益，用落后的技术手段违法采血浆，导致了约 3~5 万献血员感染了艾滋病病毒，其中以河南上蔡县的一些村庄为甚。目前实际发现河南上蔡县文楼村艾滋病病毒感染者 241 例，其中初筛 140 例，确诊 101 例。目前，文楼村有现症病人 38 例。据调查，从 1995 年以来共死亡 31 人，其中经确诊的艾滋病病人死亡 8 人，初筛阳性死亡 22 人。2001 年以来，全村死亡 5 人。

现在已陆续出现母婴传播个案报告。预计受感染儿童人数还将以较快速度增加。

性传播方式目前位居第二，但受感染人数正在迅速增加。由于卖淫、嫖娼活动猖獗，婚

外性活动日益增加，预计性传播途径的感染比率还将不断增加，可能成为今后我国艾滋病流行的主要途径。

5.2 存在问题

1) 根据 HIV/AIDS 在我国的快速增长新趋势，现有以哨点监测为重点的监测体系将明显不足，它不能反映 HIV/AIDS 的感染正从高危人群逐步转向一般人群的变化；不能同时反映行为和社会特征方面的信息，对可造成流行的高危行为进行描述，起到诸如美国、欧洲各国、日本等那样对艾滋病流行的预警作用；不能及时反映干预效果，据此合理调整干预策略和措施，以取得最佳效果。因此，建议中国政府适时调整监测布局，增加常规监测，加强对来自医疗机构的疫情报告。

2) 某些省市，尤其中国的西部地区，监测布局不能适应高危人群的变化需要。

3) 各省、市、区的监测网点条块分割严重，彼此缺乏有机联系。

4) 不同监测哨点人员业务素质参差不齐。有些业务人员技术素质较差。加上 HIV/AIDS 病情复杂，容易造成误诊。

5) 少数监测人员缺乏保密意识和工作技巧，有意或无意造成泄密，人为增加管理难度。

5.3 建议

1) 中国政府适时调整监测哨点布局，在有条件的地区，应增加常规监测；还应加强来自医疗卫生防疫机构的疫情报告。

2) 各省市区应根据本地高危人群的变化，适当增加和调整监测哨点的布局。例如，云南、四川历来是吸毒人群为感染 HIV/AIDS 的高危人群。河南、山东、山西则以血液途径感染者较多。但这些地区近年来都有由性传播途径感染 HIV/AIDS 日益增多的现象。应动员这些地区增加在性高危人群中的哨点，更有效地对发病趋势进行监测。

3) 应打破不同地区条块分割的状况，加强中央监测机构的调控能力。可在不同省市区间增加横向联系，及时交流信息，提高监测效能。

4) 今后应有计划地加强培训，提供一线检查报告人员的技术水平，提高正确诊断率。本报告第 5 部分专门增加了培训的内容。

5) 加强临床医生的心理咨询技术培训，提高他们为 PLWHAS 提供心理、社会支持和咨询帮助的能力。

6. HIV/AIDS 临床表现和治疗情况

收集的文献和报道共 267 篇。分析重点为中国 PLWHAS 的临床表现特点、中、西医治疗情况，在使用天然中草药治疗 HIV 感染和 AIDS 方面取得的进展等。在此基础上，着重就如何对开发中西药治疗途径提供政策支持，提出建议。详细内容见本报告第 4 部分。

6.1 现状分析

1) 目前，在国外有多种西医治疗的方法，如鸡尾酒法、替代疗法和 MASC 疗法等。这些治疗方法都已在我国开展，其治疗效果、毒性副作用、耐药性等，也有越来越多的观察报告。

2) 对中药治疗 HIV/AIDS 的理论依据进行分析探讨的论文很多。学者认为，中草药治疗艾滋病，理论依据充分，应当开辟用中草药治疗的途径。也有学者主张中西治疗结合。还有的探讨了针灸治疗艾滋病机会感染的方法和疗效。

3) 已筛选出一批中草药制剂，如“艾滋 I 号”、806、809、中研 1、2、3 号、“克艾可”、“新世纪康保”等。现正在对这些药物的疗效进行观察。但近期观察报告多，远期疗效观察少。有些药物主要用于对机会性感染的治疗。

6. 2 存在问题

1) 大部分病人因多器官受累症状, 如发烧、咳嗽、皮肤病变等为主诉就诊。说明一般群众对 HIV/AIDS 的病情缺乏知识。一些病人隐匿病史延误治疗。

2) 大部分 HIV 感染者在就诊时, 已处于晚期感染阶段。初诊时间比发达国家晚得多, 其原因可能是经济困难, 也可能是医生的 HIV/AIDS 知识贫乏, 导致误诊和漏诊。

3) 许多病人因害怕歧视转入地下, 或因穷困不能及时就诊。生活质量差, 营养水平低下, PLWHAS 确诊后平均存活时间短。

4) 目前接受西药治疗的自费病人不足全部病人的 1%。其他多数接受西药治疗者属于药物试验对象, 多数病人无法承受利用西药治疗的经济负担。

5) 中草药虽有良好前景, 而且费用低, 毒副作用小。但多数研制单位缺乏资金和科研能力, 难以象国外大厂商那样, 进行长期、大规模的科学临床试验, 难以使研究成果得到世界同行的认可。病人也因害怕受到歧视, 转入地下, 或在经济上难以为继而中断治疗, 随访困难, 难以观察长期治疗的效果

6. 3 建议

1) 降低药物关税, 降低药物在市场上的批零差价, 从而降低药物价格。降低治疗成本, 使更多的人受益。

2) 将艾滋病作为一般传染病, 纳入医疗保险范围, 或向经济困难的病人提供经济支持, 减轻病人及其家庭的经济和精神压力。

3) 制定中草药审批、登记和注册的优惠政策, 进一步完善中草药的审批、检验标准, 为那些已初步具备条件的中草药制剂进入临床创造条件。

4) 本章第 7 部分, 遴选部分中草药进行治疗验证, 希望通过试点, 创出一条在社区环境中中西医结合进行治疗, 改善感染者和病人生存质量的新路。

7. 中国对 PLWHAS 关怀护理的现状

收集的文献和报道共 118 篇, 其中从网络下载的报道约占 2/3。提示对病人提供关怀、护理和社会支持的呼声, 在中国日益高涨。本部分主要综述分析内容如下:

7. 1 现状分析

1) 大量论述和事例表明 PLWHAS 日见增多的现实。他们也应享受作为一个公民而应享受的权利和义务, 同时还应提高他们的生活质量。为此, 向 PLWHAS 提供关怀、社会和情感支持是必要和人道的, 也是促使他们履行义务, 保护他人免受感染的必须途径。

2) 分析表明, 中国许多地方存在对 PLWHAS 歧视的现象, 甚至殃及家属子女。产生歧视现象的主要原因是认识上的无知造成的“恐艾症”; 一部分媒体的错误宣传也起了推波助澜式的作用, 歧视现象时有发生, 也会给社会带来巨大危害。

3) 随着时间推移, 人们对艾滋病有了深入的认识。一些政府、非政府组织和个人在重重压力之下开始了为艾滋病病人提供关怀、爱护和情感支持方面的工作。目前越来越多的单位和个人走入为 PLWHAS 提供关怀、爱护和情感社会支持的行列。实践表明, 向病人提供关爱不仅必要、可行, 而且产生了巨大的社会效益。

7. 2 存在问题

1) 虽然国家颁布法规、政策, 要求严禁歧视 PLWHAS, 但部分法规和政策缺乏可操作性, 需要及早修改和完善。

2) 在许多地方, 行政官员和管理者对艾滋病的严重性和可预防性认识不足, 是导致歧视

现象泛滥的重要原因。

3) 医务人员艾滋病防治知识水平低,或重视诊断、治疗,轻视心理咨询和社会支持技能,也是导致歧视现象的原因。

4) 许多地方的社会环境,还不具备向病人提供关怀、爱护、社会支持的条件。

5) 对 HIV 感染者和 AIDS 病人的心理-行为问题进行的社会学研究,在中国基本上是空白。

7. 3 建议

1) 广泛的社会动员和公正的社会舆论动员相结合,宣传歧视和不尊重 HIV/AIDS 病人权利的危害性,以及通过保障权利才能促使病人履行自身义务的必要性。

2) 有计划、有步骤地扩大全民健康教育,真正消除人们对艾滋病的无知和恐惧。

3) 对地方行政官员的培训应包括政策教育和知识教育两部分。

4) 在社区范围对感染者和病人进行管理,建立以“家庭病房”为主的治疗机制。

5) 在暂时不具备条件的地区和环境,建立对感染者和病人的保护机制。

6) 对 PLWHAS 提供关怀、护理、社会和情感支持,是本报告第 7 部分的主要内容。我们打算通过对试点地区的试验,得出比较成熟的经验,再大范围推广。

8. 临床医生 HIV/AIDS 防治技能培训

收集的文献和报道共 33 篇,其中从网络下载的报道约占 2/3。本部分综述、分析主要内容如下:

8. 1 现状分析

1) 艾滋病进入中国以后,中国政府通过组织对不同类型、层次医护人员的培训,培养了防治 HIV/AIDS 的骨干力量。以 1994 年开始的中国欧盟性病/艾滋病合作培训项目为标志,已形成了全国性的艾滋病培训网络。

2) 从 1995 年开始对 HIV/AIDS 临床咨询技能的培训。各省市先后开展了性病/艾滋病临床专业培训。受训者主要是治疗性病的医生和检验人员。

3) 从 1996 年开始,举办 HIV/AIDS 临床护理学习班。2000 年起为边远地区组织临床治疗/护理巡回训练。

4) 从 2000 年开始,组织抗 HIV 联合治疗检验技术训练班。

5) 从 2000 年开始,政府各部门和多个社会团体也积极参与培训工作。

6) 少数医院结合 HIV/AIDS 防治需要,组织本院全员培训。

通过上述培训工作,显著提高了临床、检验、咨询等专业人员的技术水平;及时学习了世界各国最新的技术和经验;推动了全民防治艾滋病/性病工作。

8. 2 存在问题

1) 许多地方政府在制定预防规划时,未能就培训医疗人员准备必要的经费支持。

2) 培训力度和规模上,存在严重的地区性不平衡。

3) 接受培训的人员,专业领域单一。许多基层医院的临床医生没有接受培训机会,“恐艾症”普遍存在,容易导致误诊和漏诊。

8. 3 建议

1) 卫生部等中央部门明确提出要求,各级地方政府要加强对医务人员进行专业培训的政策和财政支持力度。

2) 在师资、技术、教材、经费等方面采取切实措施,实现《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998~2010)》目标;到 2002 年使 85%的医疗卫生人员能够接受短期培训。

3) 加强对综合医院和基层卫生人员的艾滋病基本知识培训。

4) 培训内容除艾滋病知识教育外，还应有医德教育内容，增强医务人员对 HIV 感染者和 AIDS 病人的同情心。

5) 加紧制定法规、政策，保障医务人员免受感染。

本部分详细分析和改善策略、措施详见本报告第 4 部分。

第二部分 中国政府有关 HIV/AIDS 的法律法规和政策条例

在检索的文献中,有关中国各级政府在防治 HIV/AIDS 方面的法律、法规和政策条例等是重点内容,共收集有关文献 123 篇,集中在以下 3 个方面:(1) HIV 感染者和 AIDS 病人的管理和治疗;(2) 保障血液安全;(3) 防止医源性感染等。本部分按文件颁布顺序,分述文件的主要内容,并分析我国各级政府在防治艾滋病方面的立法进展。

1. HIV 感染者和 AIDS 病人的管理和治疗

1. 1 病人管理、权利和义务方面的法制建设进展

1) 1984 年起,我国开始艾滋病预防,并将艾滋病列入传染病进行管理。

2) 1987 年,卫生部颁布《全国预防艾滋病规划(1988~1991)》,强调加强对 HIV/AIDS 知识的宣传和教育,以及对医务人员的培训工作;要求加大疫情监测和对 HIV 感染者的检测力度;鼓励开展艾滋病发病机理及治疗手段研究,特别是中西医结合。

3) 1988 年,卫生部等 7 个部委颁布《艾滋病监测管理的若干规定》,强调对 PLWHAS 的管理,切实保障病人的权利;第二十一条规定,任何单位和个人不得歧视艾滋病病人、病毒感染者及其家属;不得将病人和感染者的姓名、住址等情况公布或传播。

4) 1989 年,卫生部颁布《中华人民共和国传染病法》,将艾滋病列入乙类传染病,规定进行隔离治疗;各省、市、自治区、直辖市制定了相应的 PLWHAS 管理办法,其中大部分只强调对性病/AIDS 病人的监督、管理、隔离治疗等措施,只有少部分省市提及病人的权利。1990 年吉林省颁布《吉林省性病防治管理办法》规定,性病防治人员在工作中应履行的义务,包括尊重病人人格,不歧视、申斥病人;实行革命人道主义,精心诊治;不向无关人员散播性病病人的有关情况;开展咨询服务,宣传卫生防病知识。1995 年,黑龙江省哈尔滨市颁布《哈尔滨市性病防治管理条例》,要求对病人的情况进行保密。

5) 1995 年 9 月,卫生部颁布《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》,明确指出,对 HIV 的检测、感染者的安置管理、AIDS 病人治疗等都是政策性很强的社会工作;要求在开展对 HIV/AIDS 的防治工作中,要把依法管理和教育、动员群众积极参与相结合;保护广大群众免受感染和维护感染者及病人的合法权益相结合,教育人们把不歧视 AIDS 病人和教育 HIV 感染者改变不良行为、不危害他人相结合。

6) 1997 年,卫生部公布《全国艾滋病检测规范》,再次强调保密制度;要求在对 HIV 抗体检测阳性者告知检测结果的同时,做好法律、医学、生活等方面的咨询工作。

7) 1998 年,卫生部、宣传部、国家教委等 9 个部委颁布了《预防艾滋病性病宣传教育原则》,要求在宣传中,把握好预防艾滋病宣传教育内容的科学性、准确性和政策性,避免造成不必要的恐慌;防止对 PLWHAS 的歧视性宣传,指出感染者是无知和疾病的受害者,他们与其它病人一样,需要人们和社会给予人道主义的关心和帮助。

8) 1998 年 10 月,卫生部公布《预防艾滋病宣传教育知识要点》,指出关心、帮助和不歧视 AIDS 病人和 HIV 感染者是预防与控制艾滋病的重要方面;强调预防 AIDS 是全社会的责任。

9) 1998 年 10 月,卫生部、国家计委、科技部和财政部下发了《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998~2010 年)》,要求在 2002 年前,制定和完善预防和控制艾滋病、性病的相关法律、法规及规章;明确了政府各部门、社会各方面在艾滋病控制中的责任;对 PLWHAS

的权利和义务作了更具体的规定；要求在行动中增加有关鼓励和支持社会团体和民间组织开展对艾滋病病人的家庭护理和心理咨询服务等内容；开展针对高危人群的预防宣传教育活动，尽可能为 AIDS 病人和 HIV 感染者提供帮助；要求各级政府在减少对 PLWHAS 及其亲属的社会歧视方面发挥积极作用。

但是，中长期规划没有明确指出采取哪些具体措施，反对对 PLWHAS 的歧视，以及如何对他们实施关怀和护理。

部分省在对 PLWHAS 的关怀、照顾方面也走在了全国的前列。如上海市 1998 年 12 月颁布的《上海市艾滋病防治办法》，就如何反对歧视 PLWHAS 的权利，包括治疗、医学指导、工作安排、保密等，作了明确规定。

10) 1999 年 4 月，卫生部颁布《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人管理的意见》，从管理原则、方式和措施等 3 个方面，阐述了 PLWHAS 的权利、义务和责任；要求通过法制教育和道德教育，加强医疗照顾，提供社区服务，鼓励社会与家庭关怀相结合等方式，对 PLWHAS 进行管理；对 PLWHAS 的管理主要在社区内进行。社区要为他们营造一个友善、理解、健康的生活环境，鼓励他们采取积极的生活态度，改变高危行为，积极配合治疗，延长他们的生命并提高生活质量。

1. 2 病人管理、权利和义务方面存在的问题

上述法律法规建设在实践中经历了一个逐步完善的过程。它反映了中国各级政府对 HIV 感染者和 AIDS 病人进行管理，保障他们的权利和义务方面的积极态度。1999 年颁布的《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人管理的意见》(管理意见)为 HIV 感染者和 AIDS 病人的生存环境，奠定了较好基础，为对 HIV 感染者/AIDS 病人提供关怀、护理铺平了道路。但在具体执行意见上，还有许多有待完善之处。

1) 民政部门向生活有困难的艾滋病病人或艾滋病病毒感染者提供适当生活救助的问题，在现实中很难解决。

2) 由于受对艾滋病的恐惧影响，有些地方提出了与《管理意见》原则相违背的规定。如《成都市性病艾滋病防治管理条例(草案)》中规定艾滋病病人不能结婚、不能到游泳池游泳等。

1. 3 PLWHAS 治疗的法制进展

1) 1987 年《艾滋病监测管理的若干规定》规定，凡 HIV/AIDS 外国人病人不准入境；民政、公安、司法等行政部门，发现有可能传播 AIDS 者，应立即送卫生部进行艾滋病病毒检查。对 AIDS 病人应立即采取隔离措施，并送卫生行政部门指定的医疗单位治疗；对艾滋病病毒感染者应当根据预防需要，对其实施部分或全部措施：留验、限制活动范围、医学观察、定期或不定期访视。

2) 1989 年《中华人民共和国传染病防治法》规定，对艾滋病病人进行隔离治疗。

3) 1991 年《中华人民共和国传染病防治法实施办法》规定，对艾滋病病人隔离治疗，直至医疗保健机构证明其不具有传染性时，方可恢复工作。

4) 自 1994 年《巴黎宣言》公布以后，作为缔约国之一，中国对 PLWHAS 的关怀、护理要求更加具体、明确。如在治疗费用规定上，《管理意见》要求，经济有困难的 HIV 感染者和 AIDS 病人，可由接收医疗单位向当地政府报告，再由政府有关方面协商解决。

自 1985 年我国出现第 1 例艾滋病病人以来 15 年的实践表明，对 PLWHAS 只讲管理而不提供保护、支持，只强调他们是传染源，而忽视他们是有感情的人的做法不能减少艾滋病的传

播。相反，这些病人由于社区环境和周围人的歧视，被迫转入地下。预防宣传等干预措施不能达到他们。因此，可以看出单纯的强制措施不能抑制艾滋病的传播。从《管理意见》开始，各级政府已开始认真考虑对病人提供治疗方面的帮助，是一个非常明显的进步。

1. 4 PLWHAS 治疗存在的问题

1) 《管理意见》提出，对有经济困难的病人，可由各级政府部门协商，提供治疗资助。但对由谁来出这笔费用没有明确规定。目前我国尚无完善的医疗保障体系。只凭行政命令，在市场经济的条件下很难实行。

2) 我国还是一个穷国，各地经济发展不平衡。许多地方政府财政拮据，而 HIV 感染者和 AIDS 病人人数越来越多，单靠政府负担很难解决问题。如何动员社会各界伸出援手，或寻求国际援助，是一个不可回避的问题。有必要在上述法律条文的基础上，制定出更完善、更切实可行的法律、法规。

2. 保障血液安全和预防医源性感染

2. 1 保障血液安全的法制建设

1) 1984 年卫生部、对外经济贸易部、海关总署下发《关于限制进口血液制品防止艾滋病传入我国的联合通知》，要求对 6 种血液制品进口严加控制。这是在艾滋病流行早期，为防止通过血液和血液制品传染艾滋病而采取的一项重要措施。

1986 年卫生部规定下发了《卫生部关于禁止进口Ⅷ因子制剂等血液制品的通告》，通告规定了除人血清白蛋白(Human Serum Albumin)以外，其它所有品种的血液制品均禁止进口，有关经营、进口单位及个人一律不准办理进口、邮寄或携带入境。

2) 1987 年卫生部颁布了《卫生部关于加强进口血液制品管理的通知》，进一步强调了上述规定。

3) 1987 年，卫生部颁布《艾滋病监测管理的若干规定》，规定血液和血液制品必须进行艾滋病病毒抗体监测；禁止 HIV 感染者捐献人体组织、器官、血液和精液；

4) 1991 年卫生部颁布《中华人民共和国传染病防治法实施办法》，规定血站(库)、生物制品生产单位，必须严格执行卫生部门有关规定，保证血液、血液制品质量，防止因输入血液、血液制品引起病毒性肝炎、艾滋病、疟疾等发生；任何单位和个人不准使用卫生部门禁止进口的血液和血液制品；各地传染病、性病艾滋病管理部门，均有以上类似规定。

5) 1995 年颁布的《关于预防和控制艾滋病工作的意见》，提出积极开展无偿献血的宣传教育，对供血者定期进行有关血液知识的健康教育，并按规定在献血前进行检查、检测；对医疗机构进行合理、安全用血宣传。

6) 1996 年 12 月 6 日国务院发布《血液制品管理条例》，规定国务院卫生行政部门对全国的原料血浆的采集、供应和血液制品的生产、经营活动实施监督管理。县级以上地方各级人民政府卫生行政部门对本行政区域内的原料血浆的采集、供应和血液制品的生产、经营活动，依照本条例第三十条规定的职责实施监督管理。

国家实行单采血浆站统一规划、设置的制度。单采血浆站必须对供血浆者进行健康检查；检查合格的，由县级人民政府卫生行政部门核发《供血浆证》。供血浆者健康检查标准，由国务院卫生行政部门制定。单采血浆站必须使用单采血浆机械采集血浆，严禁手工操作采集血浆。采集的血浆必须按单人份冰冻保存，不得混浆。严禁单采血浆站采集血液或者将所采集的原料血浆用于临床。

单采血浆站必须依照《传染病防治法》及其实施办法等有关规定，严格执行消毒管理及

疫情上报制度。

血液制品生产单位不得向无《单采血浆许可证》的单采血浆站或者未与其签订质量责任书的单采血浆站及其他任何单位收集原料血浆。血液制品生产单位不得向其他任何单位供应原料血浆。

血液制品生产单位在原料血浆投料生产前，必须使用有产品批准文号并经国家药品生物制品检定机构逐批检定合格的体外诊断试剂，对每一人份血浆进行全面复检，并作检测记录。原料血浆经复检不合格的，不得投料生产，并必须在省级药品监督员监督下按照规定程序和方法予以销毁，并作记录。原料血浆经复检发现有经血液途径传播的疾病的，必须通知供应血浆的单采血浆站，并及时上报所在省人民政府卫生行政部门。国务院卫生行政部门负责全国进出口血液制品的审批及监督管理。

7) 1997 年 12 月，全国人民代表大会颁布了《中华人民共和国献血法》，规定国家实行无偿献血制度。血站是公益性组织。血站应当为献血者提供各种安全、卫生、便利的条件。

血站对献血者必须免费进行必要的健康检查。血站采血必须严格遵守有关操作规程和制度，由具有采血资格的医务人员进行，一次性采血器材用后必须销毁，确保献血者的身体健康。

血站对采集血液进行检测。未经检测或者检测不合格的血液，不得向医疗机构提供。

对非法采集血液的血站、医疗机构出售无偿献血的血液的，非法组织他人出卖血液的，由县级以上地方政府卫生部门予以取缔，没收违法所得，可以并处十万元以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

对给献血者健康造成损害的，应当依法赔偿，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

8) 1997 年颁布的《预防与控制艾滋病中长期规划（1998~2010 年）》更好地贯彻执行了《献血法》的有关规定。

我国在预防艾滋病早期就采取了对国外血液制品的检测和控制等果断措施，明显延缓了艾滋病在我国的蔓延过程。其后，逐渐开展了对国内血液制品检测，禁止不合格血液进入医疗领域。1995 年提出无偿献血的方针，强调合理、安全用血。1997 年的《献血法》强化了无偿献血制度，规定了血站的公益性质，并对非法采集和组织卖血，更是从根本上杜绝了不安全供血的因素。因此，中国政府在保障血液安全方面采取的措施是成功的，对预防艾滋病在中国蔓延，起到了非常重要和积极意义。

2. 2 保障血液安全方面存在的问题

尽管我国政府在保障血液安全方面颁布了一些法律法规，但在一些地区，违反规定和操作规程，采集人体血浆导致血液传播艾滋病的现象还很突出。主要原因有对无偿献血的宣传力度不足，许多人对献血存在错误认识，无偿献血制度的推行还困难重重。一些地方对违法采血、卖血的行径认识不足，惩罚力度不够，在客观上怂恿了违法分子的气焰，违法采血、卖血的现象在这些地方十分严重。如何依据颁布的法律、法规，强化和保障血液安全，还要做大量工作。

3. 预防医源性感染

3. 1. 预防医源性感染

我国对医源性感染的防治一直比较重视。在上述法律、法规中都有非常明确的要求和措施。

1) 《中华人民共和国传染病防治法实施办法》中规定, AIDS 病人必须住院隔离治疗。对凡可能造成传染病的医源性感染、医院内感染、实验室感染和致病性微生物扩散感染的, 由县级以上卫生行政部门责令限期改正。可处 5 000 元以下罚款。情节较严重的, 处以 5 000~20 000 罚款。对主管人员和直接责任者由所在单位或上级机关给予行政处分

2) 各省市都在上述法规基础上, 对预防医源性感染作出相应规定:

1991 年《沈阳市性病防治管理条例》要求, 各级医疗卫生机构, 在医疗工作中应严格执行卫生部颁发的《消毒管理办法》, 严格各项管理制度和技术操作规程, 对供血员、血液及血液制品、生物制品严格检查、检疫, 防止性病的医源性感染和医院内感染。

许多省、市规定, PLWHAS 不能隐瞒病情, 应到指定医疗单位就诊。凡进行艾滋病血清学检查, 须使用一次性注射器, 其他治疗器材应严格消毒, 杜绝医源性感染。

部分省市规定, 婚前检查应包括 HIV 抗体检测。在深圳市, 青年在结婚前自愿接受 HIV 抗体检测已成为一种风尚。

3) 《艾滋病监测管理的若干规定》中明确规定卫生、医疗和保健机构发现 PLWHAS 时, 应立即隔离, 送到卫生部门指定的医疗单位接受治疗; 上述机构发现 HIV/AIDS 病人时, 应根据预防需要, 对其实施以下部分或全部措施: (1) 留验; (2) 限制活动范围; (3) 医学观察; (4) 定期或不定期访视; 对 PLWHAS 的分泌物、排泄物及所接触过的、可能造成污染的用品和环境, 卫生防疫机构应监督指导单位或个人进行消毒, 必要时由卫生防疫机构实施消毒。

4) 《预防性病艾滋病宣传原则》规定, 避免不必要的输血和注射, 使用血浆代用品和自身血液是安全用血的措施之一。要严格执行各项消毒规章制度。儿童预防注射, 要使用一次性注射器。如没有条件, 须做到一人一针一管一消毒。

5) 《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人管理的意见》规定, 对 HIV 感染者的管理主要在社区内进行; 对 AIDS 病人实行住院隔离治疗。在病程缓解期或因其它原因无法住院隔离治疗的, 设立“家庭病床”。由收治单位指定 1~2 名医务人员在保密的情况下, 定期进行访视并给予家庭护理指导。

6) 《血液法》明确规定, 应对受血者提供安全供血保障。

7) 《传染病防治法》规定, 各级医疗机构应有预防医源性感染措施。

3. 2 预防医源性感染存在的问题

随着 PLWHAS 人数增多, 如何预防医源性感染将成为我国社会面临的重大课题。目前存在的主要问题有:

1) 没有完善的转送、移交措施。AIDS 病人和阳性感染者常转入地下, 使监测机构失去追踪目标, 不能实施有效的隔离治疗。

2) 许多病人经济困难, 医疗机构没有专项经费, 很难发现可疑者和落实留验、限制活动范围、医学观察和访视等措施。

3) 文献报道许多地方仍存在不安全输血和注射问题。农村医院不严格执行消毒规章制度的问题尤其突出。

4) 部分地区对儿童进行体检和预防注射, 未按要求使用一次性注射器, 也没有相应严格的消毒制度。

5) 部分地方对医源性感染造成的个案进行赔偿。但没有相应的全国性法规, 使因输血而导致患病的赔偿有法律和规章可循。

第三部分 中国 HIV/AIDS 的流行状况和趋势分析

1. 中国 HIV/AIDS 的流行状况

1. 1 早期流行状况回顾

1985 年 6 月, 陕西西安市发现第 1 例艾滋病病人(外国人)。1985 年 9~12 月, 浙江省发现 4 例因使用美国进口的 IV 因子而感染艾滋病的血友病病人。1989 年起, 在云南省吸毒人群中发现大批 HIV 感染者, 至此艾滋病在我国进入流行阶段。

1990 年后, 在沿海及大城市出现零星的经性传播途径感染的 HIV 感染者和 AIDS 病人。

1. 2 流行现状

1998 年底, HIV/AIDS 已在大陆 31 个省、自治区、直辖市中发现。1999 年 9 月底, 国家卫生部提供的信息表明, 中国已报告 HIV 感染者 15 088 例, 其中病人 477 例, 死亡 240 例。当时估计的 HIV 感染实际人数超过 40 万。

2000 年 9 月 30 日国家卫生部提供的信息表明, 中国已报告 HIV 感染者 20 711 例, 其中病人 741 例, 死亡 397 例。2000 年的感染报告人数, 比 1999 年同期增加 37.3%, 超过了专家们估计的 30% 的增长速度。

截至 2001 年 6 月底, 全国累计报告艾滋病病毒感染者 26 058 例, 其中艾滋病病人 1 111 例, 死亡 584 例。2001 年上半年, 全国共报告艾滋病病毒感染者 3 541 例, 较去年同期的 2 115 例增加了 67.4%, 报告艾滋病病人 231 例, 较去年同期的 60 例增加 2.85 倍。我国艾滋病病毒感染者以 15~49 岁的青壮年为主, 性别以男性为主, 男女比例为 5: 1。感染者主要分布在农村地区; 男女比例约为 5.2: 1。青壮年是艾滋病的主要人群, 其中 20~29 岁占 56.9%, 30~39 岁占 24.1%。

1. 3 流行过程和感染途径

1) 四阶段流行过程

1985~1988 年(第一阶段)传入期。检出者主要是来华外国人和海外华人。

1989~1993 年(第二阶段)散播期, 主要为云南省局部地区的吸毒者。

1994~1998 年(第三阶段)增长期。初期 HIV 感染主要从云南省开始, 沿毒品贩运路线扩散; 伴有因输血或卖血浆造成的 HIV 感染。其后, HIV 感染的传播超越了云南省, 在四川省、新疆维吾尔自治区、广西壮族自治区的吸毒人群中陆续大量出现。与此同时, 全国的 HIV 感染者报告数量以 30% 的速度上升,

1999 年迄今(第四阶段)为快速增长阶段。其中, 2000 年的 HIV 感染报告人数比 1999 年同期增加 37.3%, 表明目前中国的 HIV/AIDS 流行不仅仍在蔓延, 而且进入快速增长阶段。

2) 感染途径

目前, 经血液传播、性传播和母婴传播 3 种途径在我国大部分地区都同时存在。静脉吸毒传播的 69.8%; 经性接触传播的 6.9%; 从 1998 年至今经采、供血传播的占同期感染总数的 6%。

不安全行为活动模式, 包括不安全的性行为、共用未消毒注射器和吸毒等, 导致感染率急剧上升, 感染途径多样化的主要原因。

3) 相对高发地区

目前在中国 31 个省中, HIV 感染者数量居前 4 位的依次为云南省、新疆维吾尔自治区、广西壮族自治区、广东省。

4) 病毒类型

目前, 中国共有 8 种类型的 HIV 病毒流行, 是世界上 HIV 病毒类型最多的国家之一。

2. 不同高危人群流行情况

以省为单位, 在高危人群中设立哨点, 是中国目前进行 HIV/AIDS 流行状况监测的主要手段。以下有关各省哨点近年来的监测报告, 对分析和预测中国 HIV/AIDS 的发病趋势和特点, 起着重要作用。

2.1 若干省的戒毒所监测哨点报告

1995 年哨点监测, 无明显流行。

1998 年, 半数以上戒毒所哨点发现 HIV 感染者, 表明 HIV 感染传播的危险在吸毒者中广泛存在。新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市、广西壮族自治区、广东省、四川省西昌地区都发现, 吸毒者中静脉注射毒品和共用注射器的比例都较高。这是我国 HIV 传播的最主要高危人群。如不采取措施, HIV 将在该人群大规模流行, 并波及其他人群。

2.2 云南省监测资料

静脉吸毒传播仍是 HIV 流行的优势模式。1989 年西部边境地区静脉吸毒人群中首先发现 HIV 感染者, 1994 年底波及西部 3 个地区, 1995 年向中部扩散。

静脉吸毒者的平均流行率逐年上升。1993~1995 年为 5.3%~6.8%; 1996 年达峰值, 22.4%; 1999 年进一步达到 27.8%。相关回归分析表明, 2000 年该平均流行率将达到 29%, 2001 年为 31.1%, 2005 年将达 40.7%。

初期感染者以吸毒者为主, 称“瑞丽模式”。随着吸毒者的配偶陆续发病, 卖淫嫖娼者中经性传播途径而感染的比例也逐年增高, 使该模式发生变化。经性传播途径感染者, 1993 年首次在男性性病门诊发现, 1993~1995 年男性性病病人 HIV 流行率为 0.1%~0.2%, 1996 年为 1.6%, 1999 年为 1.8%。预测 2000 年为 2.54%, 2001 年为 3.01%, 2004 年将达到 5%。

卖淫人群的流行率 1992~1994 年为 0, 1995 年为 0.5%, 1996 年为 1.5%, 1998 年为 2.4%, 预测 2000 年可达 2.37%, 2001 年为 3.12%, 2003 年将达 5.40%。

嫖客人群中流行率 1995~1997 年为 0, 1998 年为 0.3%, 1999 年为 1.1%。

2.3 四川省哨点监测资料

HIV 流行以吸毒人群为主, 向暗娼和性病病人加速蔓延。重灾区是凉山彝族自治州部分市县, 波及区域逐年扩散。

2.4 湖南省哨点监测资料

吸毒现象日趋严重, 感染率为 2.8%, 占全省已发现感染数的 23%。共用注射吸毒比例高达 45.8%。83.7% 感染者有不良性行为, 71.6% 有多个性伴, 80.3% 在性生活中不使用避孕套。在经济状况较好的人群中, 共用针头人数显著较低。

2.5 广西壮族自治区吸毒哨点监测

吸毒人群中 HIV 感染率为 35.7%, 其中有静脉吸毒史占 85.8%。与别人共用注射器者占 76.7%, 其中 HIV 感染率为 40.9%。

2.6 广东省监测系统资料

HIV 流行具全国代表性, 分 4 个时期。1986~1989 年为传入前期, 主要为境外人员; 1990~1994 年为传入期, 主要途径为境外性接触传播; 1995~1996 年为增长期, 主要途径为性