

性传播疾病

的预防与控制

——项目管理手册

——邵长庚 主编



科学出版社

性传播疾病的预防与控制

——项目管理手册

主编 邵长庚

科学出版社

2001

内 容 简 介

本书介绍了近年来国内外性病艾滋病流行情况,以及防治对策与措施,包括健康教育、医疗干预和有关防治的支持成分:监测、培训、实验室检测、科研,以及防治计划、实施和评价等内容。可供卫生工作者、从事性病艾滋病防治人员、社会工作者,特别是性病艾滋病防治项目的管理人员参考,也可作为性病艾滋病防治专业培训班的教材及大专院校学生的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

性传播疾病的预防与控制:项目管理手册/邵长庚,
王晓春著. —北京:科学出版社, 2001.2
ISBN 7-03-001016-7

I. 性… II. ①邵… ②王… III. 性病-防治-手册
IV. R759-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 08371 号

性传播疾病的预防与控制 ——项目管理手册

主 编 邵长庚
责任编辑 唐云江

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

北京建筑工业印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2001 年 2 月第 一 版 开本: 889 × 1194 1/16
2001 年 2 月第一次印刷 印张: 8.25
印数: 1—6 000 字数: 198 000

定价: 38.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

《性传播疾病的预防与控制——项目管理手册》

编委会

主 编: 邵长庚

副 主 编: 王晓春 张国成

主编助理: 陈祥生

编 著 者 (以姓氏笔划为序):

马鹏程 王千秋 王晓春 尹跃平

史威廉 叶顺章 吴 凡 邵长庚

陈祥生 张平平 杨 凭 周 华

赵鹏飞 夏 强 梁国钧 龚向东

编 著 说 明

目前性病在我国正迅速地蔓延。在1999年,全国31个省、自治区、直辖市上报的性病总数已达到837 357例,比1998年增长32.29%,继续保持快速上升趋势。但鉴于大量的无症状性病感染者的存在,一些性病患者到那些不做疫情报告的机构就医,如药店、个体诊所、一些医院的妇产科和泌尿科门诊、计划生育门诊和妇幼保健院门诊,以及一些公立性病门诊漏报和不报现象的存在,因而实际的性病病例数要大大高于目前的报告病例数。

鉴于性病在促使HIV传播上的重要作用,国家对性病的防治十分重视,已将防治性病作为控制艾滋病的重要干预措施。在《中国预防与控制艾滋病的中长期规划(1998~2010年)》的总目标中,要求“到2002年。力争把性病的年发病率增长幅度控制在15%以内。到2010年,实现性病的年发病率稳中有降。”为了实现这一目标,需要以下的综合策略作为保证,即(1)防止人们感染上性病和HIV;(2)确保每个性病患者都得到正确的治疗;(3)鼓励那些有潜在感染性病的人们寻求正确的治疗;(4)发现和治疗无症状的性病感染者。这表明,一个有效的性病防治项目,不应只是针对门诊中的性病患者,而是更要重视那些无症状或未求医的性病感染者,以及处于感染性病危险之中的人群。

为了帮助项目管理人员更好地开展性病防治工作,在中国-欧盟性病艾滋病防治培训项目的支持下,我们编写出版了这一项目管理手册。本手册的编排充分考虑了从事性病防治项目的人员在进行培训及项目的计划与实施时的需要。首先,在第1章介绍了国际和国内性病艾滋病流行状况,并提出了性病控制的目标和策略;在第2章,从流行病学、生物学和人群中干预性研究三个方面阐述了性病与艾滋病的关系,明确了性病防治对艾滋病控制的重要性;第3章和第4章是关于性病的一级预防,即通过在人群中开展健康教育与安全套推广使用,降低人群中性病的感染率;第5章至第8章是与性病的二级预防有关,从多方面阐明了如何向性病患者提供方便、有效和可接受的性病诊治服务。第9章和第10章介绍了性病防治工作中的支持性服务,监测和医务人员的培训;第11章强调了性病防治项目与生殖健康服务结合起来的必要性和重要性;在最后一章,详细介绍了一个有效的性病防治项目应该如何计划、实施与评价。

尽管编者在这一手册的编写过程中,仔细考虑了各个方面,尽力使其完善,但仍难免有不妥、遗漏或错误之处,真诚希望各位从事性病防治工作的同仁提出宝贵的意见,以便再版时加以修订。

王晓春
2001年2月于北京

序

进入80年代以来,性病在我国死灰复燃,且发病人数逐渐增多。1999年全国报告病例数为83.74万例,比1998年增加了32.29%,发病率达到67.64/10万。艾滋病自1985年传入我国,经历传入期、播散期,目前已进入快速增长期,感染人数急剧增加。据专家估计,1999年底我国艾滋病病毒实际感染人数已超过50万人,如果有的防治措施得不到加强,2010年我国艾滋病病毒实际感染人数将超过1000万。

党和政府对性病艾滋病的防治十分重视,将艾滋病列为我国重点控制的重大疾病,把预防控制性病作为控制艾滋病的重要干预措施。国务院成立了由国务院领导同志担任组长,34个部委负责同志担任固定成员的国务院防治艾滋病性病协调会的制度。制定了《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998~2010年)》,要求各地区各部门根据规划要求,结合实际情况,制定本地区本部门的计划和实施方案,并将其纳入国民经济和社会发展规划,切实加强领导,落实各项防治措施,保证规划目标和任务的如期完成。

艾滋病性病的流行是一个严重的公共卫生问题和社会问题,预防和控制艾滋病是一项长期、复杂而又刻不容缓的艰巨任务,需要各级政府、各有关部门和全社会,尤其是医疗卫生系统的积极参与。在当前,尤要普及性病艾滋病的预防知识,规范性病艾滋病的诊疗行为。在《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998~2010年)》工作目标中,要求“到2002年,85%以上的医疗卫生人员接受过性病专业知识的短期培训,85%以上的县(区)级以上的医疗机构能为性病病人提供规范的诊断、治疗、咨询等医疗保健服务”。为此,我们特请全国性病麻风病控制中心的专家——叶顺章、徐文严和邵长庚三位教授分别主编了《性传播疾病的实验室诊断》、《性传播疾病的临床管理》和《性传播疾病的预防与控制》三部教材,各有侧重,融为一体,成为一套系列教材,供全国从事性病艾滋病防治工作的人员学习参考,以保证各地培训工作的开展。感谢中国-欧盟性病艾滋病防治培训项目执行办公室在教材编写和出版过程中给予的各项支持和援助。希望本书的出版有助于我国性病艾滋病防治工作的开展。

卫生部疾病控制司

2001年2月

前 言

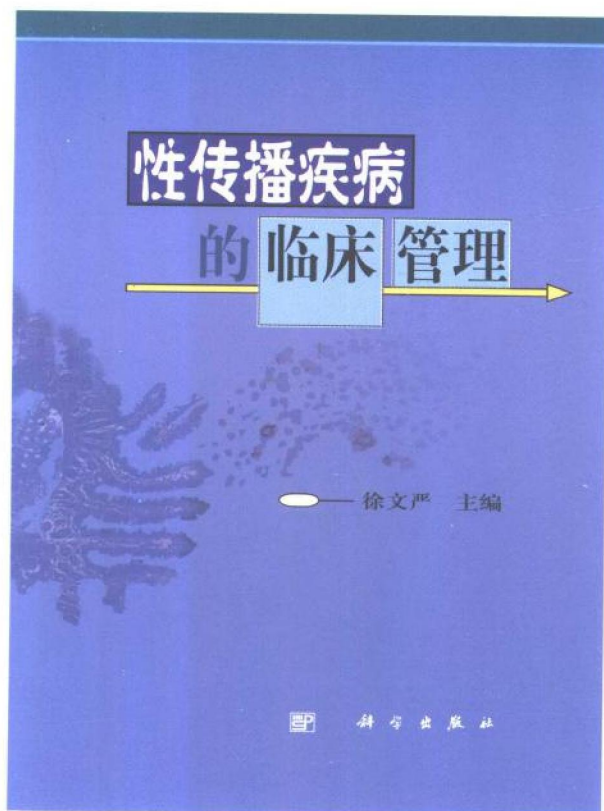
目前，性传播疾病（STD）已成为世界上最严重的公共卫生问题之一，这不仅是因为其具有的高发病率，更因为其在促使艾滋病病毒传播上起着重要的作用。

在中国，STD 和 HIV 感染的病例数正在急剧地增加，积极有效的性病艾滋病控制项目已变得越来越急需。在1995年至2000年期间，中国－欧盟性病艾滋病防治培训项目培训了大量从事性病艾滋病防治工作的医疗卫生专业人员。而这些接受了培训的人员作为师资又培训了更多的人。为了促使培训工作的进一步开展，项目最初编写了性病艾滋病临床管理和实验室诊断两本教材。然而，性病的控制并不是仅仅通过对性病病人提供诊治服务便可达到的，而是应包括多方面的工作。性病防治项目的管理者应充分了解这一防治项目的各个方面。因此我们编写了这一本教材，以作为国家培训项目的一个部分，本手册强调了各级性病防治项目管理者在设计和实施性病防治项目时必须要考虑的所有问题，如预防性服务、临床管理、流行病学、监测、项目评估、培训以及应用性研究等。

这本手册的大部分内容是根据由 AIDSCAP 和 FHI 出版的一本书，《性传播疾病的控制：项目设计和管理手册》编写的，但在所有内容中都根据中国的具体情况作了修改。希望这本手册将有助于制定有效的防治项目，从而控制性病艾滋病在中国的流行。

中国－欧盟性病艾滋病防治培训项目
欧方项目协调员

胡安妮 博士



《性传播疾病的临床管理》

主 编 徐文严

副主编 乐嘉豫 王晓春 王千秋

根据我国的具体国情和性病医疗服务设施的状况，本书首次系统的介绍了世界卫生组织推荐的性病病征处理方法，以适合我国各级专业和非专业性病医疗机构使用。书中共介绍了尿道分泌物增多等7种主要病征的临床治疗方案，配以简单明了的流程图，从而使得实验室检测设备缺乏的基层单位的医务人员也能及时有效的治疗性病，并可达到非常好的治疗效果。

另外书中详细介绍了梅毒、淋病、HIV感染和艾滋病等8种主要性病的临床诊断和治疗方案，以及其他10余种性传播疾病的诊断和治疗。书中还列举了若干与性病相似的非性病症状，以便医生对比作出正确的诊断和治疗。

本书既可作为医务人员的性病诊疗手册，也可用于医务人员的培训和自学教材，以及供医学大专院校学生参考。

本书已于2001年2月由科学出版社出版，大16开，全彩色精致印刷，定价78.00元。

《性传播疾病的实验室诊断》

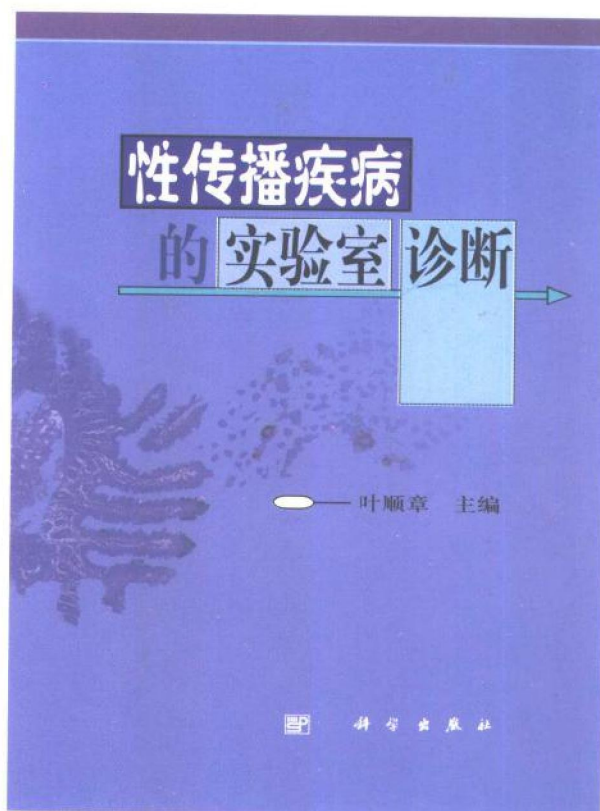
主 编 叶顺章

副主编 尹跃平 苏晓红 赖伟红

性传播疾病的诊断应根据疾病的流行病学、临床表现和实验室诊断结果进行综合分析、慎重作出。本书对10余种主要性传播疾病，梅毒、淋病、HIV感染、生殖道衣原体和支原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、细菌性阴道病、阴道念珠菌病、疥疮和阴虱等病的实验室诊断做了详细介绍；每种方法又分别从原理、材料方法、结果、注意事项和临床意义进行了阐述，以供选择使用。本书内容既有新进展、新方法，又具实用性，为性病防治机构和综合医院的检验人员提供了有效的检测手段，也为医学院校、科研院所的教学、培训和研究工作提供了有用的参考资料。

本书既可作为医务人员的性病诊疗手册，也可用于医务人员的培训和自学教材，以及供医学大专院校学生参考。

本书已于2001年2月由科学出版社出版，大16开，全彩色精致印刷，定价75.00元。



目 录

编著说明

前 言

序

第1章 性病流行状况及其控制的目的与策略	1
第2章 性病与HIV感染的关系	8
第3章 性病艾滋病健康教育和健康促进	13
第4章 安全套的推广使用	23
第5章 性病医疗服务的提供	30
第6章 性病病征处理工作的开展	38
第7章 性病药物的合理使用及管理	43
第8章 实验室检测在性病控制中作用	51
第9章 性病的监测	56
第10章 医务人员培训工作的开展	65
第11章 妇女生殖健康和性病防治	70
第12章 性病防治项目的计划	75
附 录	
附录一 病征处理流程图	84
附录二 性病流行病学现状评估	88
附录三 性病的诊疗规范及治疗推荐方案	93
附录四 预防艾滋病性病宣传教育原则	104
附录五 预防艾滋病宣传教育知识要点	106
附录六 中国预防与控制艾滋病中长期规划（1998～2010年）	108
附录七 中英文对照性传播疾病词汇表	112
主要参考文献	121

第 1 章

性病流行状况及其控制的目的与策略

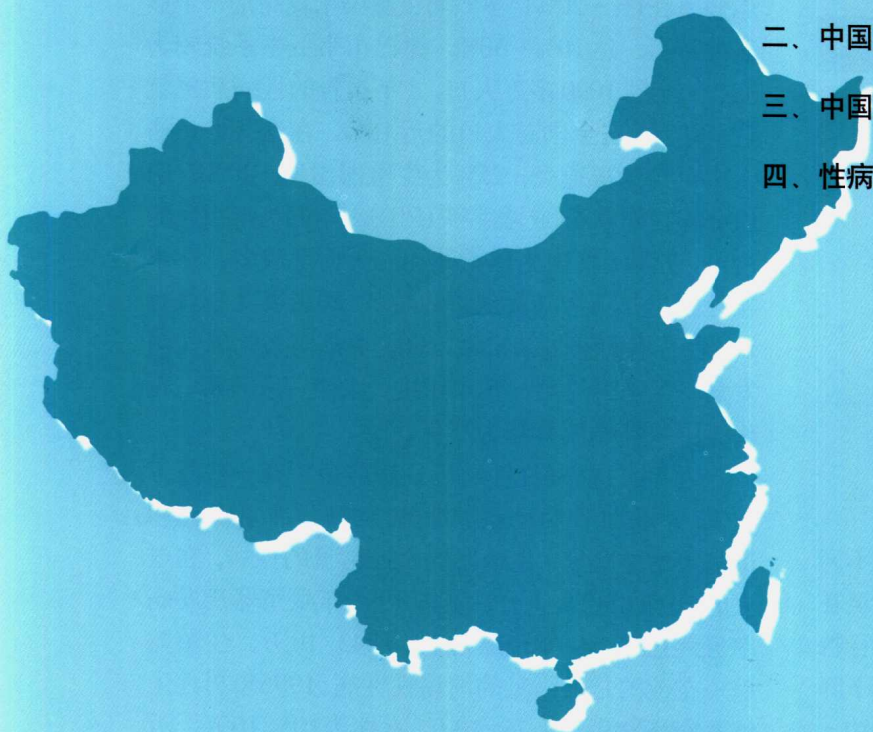
龚向东 邵长庚

一、全球性病艾滋病流行状况

二、中国性病流行状况

三、中国艾滋病流行状况

四、性病控制的目的与策略



性传播疾病（简称性病）在全球是一个重大的公共卫生和社会问题，其广泛流行已对成千上万的男性、女性和儿童造成了严重的医学和心理损害，不仅如此，它还对一个国家和民族的发展产生严重的威胁。在发展中国家性病已成为主要的疾病负担，在某些发展中国家还是主要的死亡原因之一，期望寿命因之缩短。

一、全球性病艾滋病流行状况

1. 全世界性病估计数

据世界卫生组织（WHO）估计，全球每天约有100万人感染可治愈的性病（如淋病、梅毒、沙眼衣原体生殖道感染、软下疳、滴虫病等），每年约有3.4亿新发病例（表1-1）。这些估计数还未包括生殖器疣、生殖器疱疹、HIV感染等病毒性感染，而且尚未包括由于无症状而未被诊断和报告的病例。另外性病引起的并发症，如流产、死胎、低体重新生儿、盆腔炎、不育症、围产期感染及肿瘤，亦未包括在内。估计全球每年新发性病病例及其引起的相关并发症，约占全世界人口的7%~10%。

表1-1 WHO估计的每年新发性病病例数

病 种	病例数（万）
可治愈性病	
阴道毛滴虫病	17 000
生殖道衣原体感染	8 900
淋病	6 200
梅毒	1 200
软下疳	700
病毒性性病	
生殖器疣	3 000
生殖器疱疹	2 000
HIV感染	500

（注：资料来源于WHO，1995年）

2. 全球性病流行的特点

性病在全球的分布差别很大，不同国家、不同地区、不同时期，性病流行情况很不相同，甚至在同一国家的不同地区，也不相同。全球性病流行特点如下：（1）北欧和西欧淋病和梅毒发病率下降较大，如瑞典在1960年前淋病发病率维持在10~20/10万，1970年报病数急剧上升，报告淋病病例

为4万例，而1992年仅报告了500例，为1970年的1.25%，1993年淋病发病率为4.6/10万，梅毒发病率为1.1/10万。衣原体感染是最常见的细菌性性病。很长一段时间，由于诊断技术缺乏，衣原体发病率被明显低估。如瑞典衣原体感染病例数是淋病的50~80倍。（2）东欧各国性病发病率呈上升趋势，有的国家上升很快。可能与这些国家社会动荡有关，如前苏联解体出现了性病发病率上升的现象，淋病的发病率在150/10万以上，梅毒的发病率在20/10万以上，1997年达到277.3/10万。（3）北美情况很复杂，多数地区和人群中性病发病率下降，发病水平较低；但也有些地区和人群中性病流行严重，尤其是在城市中心的少数民族地区和黑人居住地。美国自1995年开展生殖道衣原体感染病例的报告工作，其发病率高达180/10万以上。（4）中南美洲性病发病率呈上升趋势，有些地区性病流行较为严重。（5）非洲是全球性病流行最为严重的地区，绝大多数国家性病发病率呈上升趋势，且性病的并发症较为常见。有些国家，由于控制艾滋病工作的开展，在一些地区和人群中性病开始呈下降趋势。非洲淋菌感染的患病率在2%~20%不等，为西方国家的10~20倍。衣原体感染率与西方国家相当，或低于西方国家。多项研究表明，孕妇梅毒患病率在1%~20%。孕妇滴虫感染率较高是一个显著的特点，达10%~30%。津巴布韦卫生系统较为完善，全国1000多万人口，1年报告的性病病例就达100万，占全国总人口的近10%。在这些性病病人中40%为尿道炎，25%为生殖器溃疡，20%有阴道分泌物异常和（或）盆腔炎（PID）。孕妇梅毒引起的流产、死胎、低出生体重儿和先天梅毒较多。在未实行新生儿药物滴眼预防的地区，20名婴儿中就有1名患有淋菌性眼结膜炎。（6）亚洲多数国家性病发病率呈上升趋势，其中印度、泰国、柬埔寨、越南等国家性病流行较为严重。

近年来，病毒性性病已日趋增多。在一些西方国家，病毒性性病已超过细菌性性病，如在美国和英国等西方国家，生殖器疣是最常见的性病，在过去的10年中稳步上升，英国1995年生殖器疣发病率男性达到319/10万，女性为243/10万。生殖器疱疹在英国是最常见的溃疡性性病，1995年男性生殖器疱疹发病率为76/10万，女性为105/10万。近年在美国其发病率也连续上升。

3. 全球 HIV 感染和艾滋病的流行状况

艾滋病(AIDS)是病毒性性病中最严重的一种,在 20 世纪 80 年代初,艾滋病鲜为人知,但经过短短的十几年时间,已迅速传遍全世界,造成广泛的流行。几乎所有国家均报告发现HIV感染者。据估计,截至1999年底,全球共有3 430万人感染了HIV或患艾滋病,全球分布状况见表 1-2,其中成人

3 300 万(包括妇女1 570 万),15 岁以下儿童130 万。在1999 年一年中,有540 万人感染了HIV,其中成人470 万(包括妇女230 万),15 岁以下儿童62 万;280 万人死于艾滋病,其中成人230 万(包括妇女120 万),15 岁以下儿童50 万。自艾滋病在全球流行以来,共有1 880 万人死于艾滋病,其中成人1 500 万(包括妇女770 万),15 岁以下儿童380 万,除外还有1 320 万儿童成为了孤儿。

表 1-2 全球 HIV 感染和艾滋病流行情况及病例数的分布 (截至 1999 年底)

洲或地区	HIV 流行开始时间	病例数 (万)	成年病例数 (万)	成年感染率 (%)	妇女病例数 (万)	儿童病例数 (万)
①次撒哈拉非洲	70 年代末、80 年代初	2450	2340	8.57	1290	100
②东亚及太平洋地区	80 年代后期	53	53	0.06	6.6	0.52
③澳大利亚、新西兰	70 年代末、80 年代初	1.5	1.5	0.13	0.1	0.019
④南亚及东南亚	80 年代后期	560	540	0.54	190	20
⑤东欧及中亚	90 年代初	42	41	0.21	11	1.5
⑥西欧	70 年代末、80 年代初	52	52	0.23	13	0.41
⑦北非及中东	80 年代后期	22	21	0.12	4.2	0.8
⑧北美	70 年代末、80 年代初	90	89	0.58	18	1.1
⑨加勒比海地区	70 年代末、80 年代初	36	35	2.11	13	0.96
⑩拉丁美洲	70 年代末、80 年代初	130	120	0.49	30	2.8
全球		3430	3300	1.07	1570	130

(注: 资料来源于 UNAIDS, 2000 年)

二、中国性病流行状况

1. 流行趋势

70 年代末, 性病在我国重新出现, 并迅速蔓延。1977 年我国再次出现淋病后的4 年仅有2~3 个省份报病, 1980 年全国仅报告 48 例性病, 从1981 年起报告病例的省份逐年增多, 至1988 年的短短10 年间, 全国30 个省(市、自治区) 均有性病报告。1989 年以前性病报病数增长迅速, 如1981~1988 年年均增长124.31%。1989~1997 年性病增长速度较为稳定, 增长范围在10%~25% 之间。近两年性病增长速度又开始加快, 在30% 以上, 如1998 年全国报告性病632 949 例, 较1997 年增长36.87%; 1999 年报

告性病837 357 例, 较1998 年增长32.29%(图1-1)。

近年来, 梅毒增长幅度明显加快。自1979 年再次报告梅毒后, 报病数逐年增多, 特别是1993 年后, 全国许多地区梅毒呈现大幅上升, 至1999 年全国梅毒报病数为80 406 例, 是1993 年的40 倍。

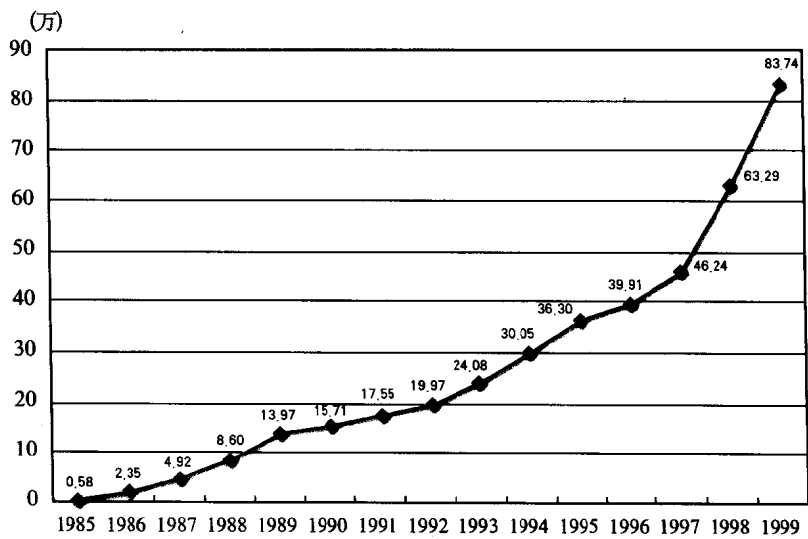


图 1-1 全国性病病例报告数 (1985~1999 年)

1979~1987年全国每年梅毒报告病例数不超过1000例;1988~1992年间每年报病数不超过2000例(1990年除外);1993~1999年则成倍增长(图1-2),年均增长85%。有的地区如福州市、厦门市,梅毒发病率超过150/10万,足见其严重性。近年东北地区梅毒也迅速增长,必须引起注意。

由于各种原因,全国各地存在着大量的性病漏诊和漏报,一部分性病患者自行购药,也有一部分或很大一部分性病患者症状很轻或无症状,所以,实际患病人数要比报告数多得多。我国专家估计,实际性病数是报告数的6~10倍或以上。

2. 性病的病种构成

在我国性病病人中,病种以淋病为主,依次为尖锐湿疣、非淋菌性尿道炎(NGU)、梅毒和生殖器疱疹等。但由于淋病发病的增长速度逐渐减小,有的地区已出现负增长,而NGU、梅毒、尖锐湿疣和生殖器疱疹增长幅度较大,因此淋病所占比例逐渐减少,后4种性病则逐渐增加。已有部分省市非淋菌性尿道炎的报病数超过淋病,位居第一位,反映出性病流行病谱在逐渐发生改变,要求我们根据本地性病流行病谱的变化对卫生资源及时调整和重新配置。

3. 人群分布

性活跃人群为性病的危险人群,20~49岁青壮年占全部性病病例数的90%以上。全国性病监测点1999年20~29岁年龄组性病报告发病率为636.75/10万,30~39岁组为584.47/10万。

1993~1996年全国26个性病监测点调查结果表明,性乱人群性病患病率最高,在5.2%~15.96%(图1-3)。1999年在全国性病监测点对6810例性乱人群开展了淋病和梅毒的患病率调查,结果

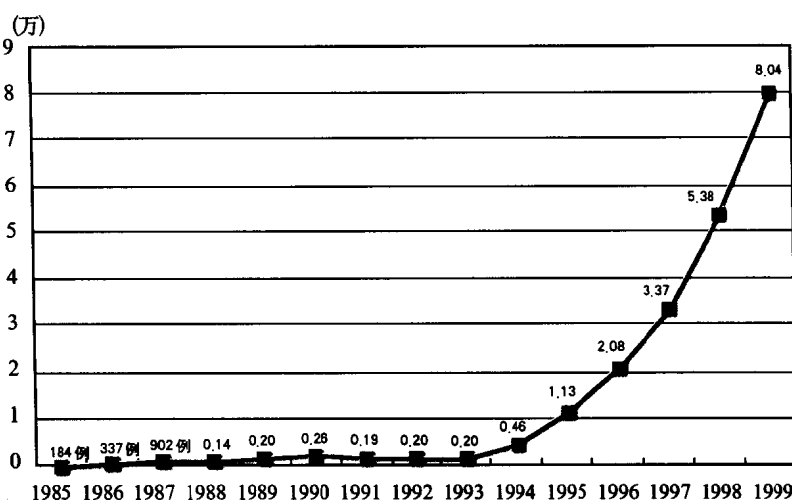


图1-2 全国梅毒病例报告数(1985~1999年)

发现淋病452例(阳性率6.64%)、梅毒294例(阳性率4.32%);对7003例产前妇女进行了淋病筛查,发现淋球菌感染者25例,感染率0.36%;对7797例产前妇女进行了梅毒筛查,发现梅毒6例,感染率0.08%。在1999年对昆明市卖淫妇女调查发现,沙眼衣原体感染率、淋病患者率和梅毒抗体阳性率分别高达58.6%、36.4%和9.3%。

4. 地区分布特点

各地性病发病率均呈上升趋势;沿海开放地区高于内地,经济发达地区高于经济落后地区;城市高于农村,绝大部分性病病人集中在城市,尤其大中城市和经济发展较快、交通便利的城市;全国性病发病率较高的地区有珠江三角洲、长江三角洲、京津地区和东北三省。

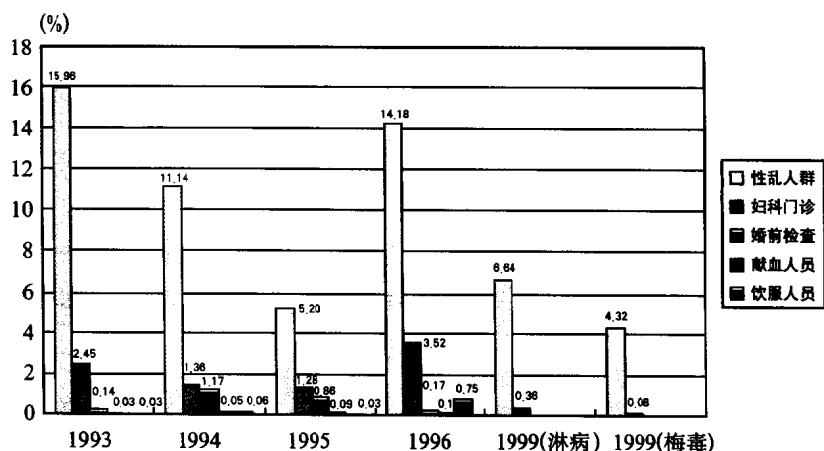


图1-3 1993~1996、1999年全国性病监测点五组人群性病筛查结果

三、中国艾滋病流行状况

1. 流行趋势

从1985年我国发现第一例艾滋病病例以来,截至1999年底,全国共累计报告 HIV 感染者 17 316 例,其中包括 647 例艾滋病病人,死亡 356 人,逐年分布情况见图 1-4。31 个省、自治区及直辖市已全有 HIV 感染者病例报告,这些病例主要分布在农村地区, HIV 感染者中三分之二为吸毒者,在性病患者、暗娼、嫖客等高危人群中均已发现 HIV 感染者。据专家估计,到 1999 年底全国 HIV 感染者实际人数已超过 50 万。

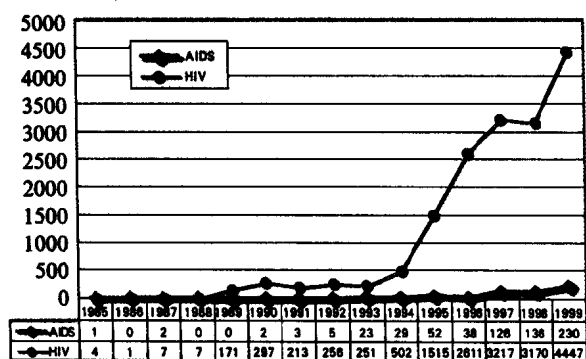


图 1-4 1985 ~ 1999 年全国 HIV 感染和艾滋病报告病例数

2. 艾滋病流行的发展阶段

我国艾滋病流行的发展可分为 3 个阶段:

第一阶段: 为传入期 (1985 ~ 1988 年), 有 7 个省报告了 HIV 感染和艾滋病病例。除 4 例血友病病人为国内感染者外其他均为外国人或海外华人。

第二阶段: 为扩散期 (1989 ~ 1993 年), HIV 感染和艾滋病扩散到 21 个省。发现的大多数感染者是在沿海省和大城市, 在云南的静脉吸毒者亦发现感染者, 在回国人员、性病病人、暗娼及同性恋者中发现少数感染者。

第三阶段: 为增长期 (1994 ~ 现在), 31 个省均有 HIV 感染和艾滋病的病例发现和报告。25 个省报告在静脉吸毒者中发现 HIV 感染和艾滋病病例, 大部分省报告了经性接触传播的 HIV 感染和艾滋病病例, 并且已有母婴传播的病例。

3. 传播方式

在全国累计报告的 17 316 例 HIV 感染和艾滋病病例中, 以注射毒品传播最为常见, 占 72.4%; 其次为经异性性传播、血液 / 血液制品传播、同性性传播和母婴传播, 分别占 6.6%、0.4%、0.2%、0.1%; 传播途径不详者占 20.4%。

四、性病控制的目的与策略

我国控制性病、艾滋病的基本防治方针是: 预防为主, 防治结合, 综合治理。性病的防治是控制艾滋病的重要措施, 已纳入国务院 1998 年印发的《中国预防与控制艾滋病中长期规划》(1998 ~ 2010 年)。

性病控制的主要目的包括:

- 阻断性接触感染;
- 预防性病及其并发症和后遗症;
- 减少 HIV 感染的危险。

90 年代以后, 我国 HIV 感染进入快速增长期, 形势严峻, 其中经性传播的例数也有增加的趋势。根据国际上的经验, 进一步强调了性病防治工作的重要性。例如, 美国 80 年代初期出现艾滋病之后, 重视其防治而放松了对梅毒防治的投入, 一度成为梅毒疫情上升的原因之一, 实际上更促进了艾滋病的传播。又如泰国 1984 年发现第一例艾滋病患者, 10 年来先是在静脉吸毒人群中出现 HIV 感染者, 到 1989 年发现在妓女中传播, 随后出现大量性传播的 HIV 感染者 (性病患者中 HIV 感染达到 15% ~ 20%)。泰国防治艾滋病忽视了很重要的一点, 是其在 1989 年以前, 当时性传播的 HIV 感染不到 30%, 一直把注意力放在吸毒人群上, 而未及早预防其经性传播, 按其专家的说法是“失去了 5 年的时间”。我国 1985 年发现第一例艾滋病患者, 随后感染者主要是应用进口血制品的血友病病人, 1989 年开始在云南边境地区的吸毒人群中流行, 成为 HIV 感染的主要人群, 也曾有人错误认为艾滋病不是性传播疾病。但在 90 年代以后, 逐渐吸取了国际上的经验, 强调了性病与艾滋病的防治结合 (见第 2 章)。

性病控制的目的可以通过降低疾病发病率的一级预防 (健康教育、保护高危人群、减少致病危险因素) 而实现, 也可以通过开展降低疾病的患病率, 从而减少并发症和后遗症的二级预防 (早发现、早

治疗)而实现。

近年来防治性病的策略进展着重表现在:性病与艾滋病的防治结合,更加重视行为干预,改进医疗干预和扩大防治队伍等方面。这些策略的变化必然要涉及到防治措施,包括监测、宣传教育、培训、立法和科研等的改进,如发挥性病和艾滋病监测系统的灵活性,性病与艾滋病的宣传教育、培训和防治规范的结合,以及强调应用性研究为主等,将形成一个完整的、有联系的防治系统。

长期以来,虽然人们已经知道,不安全的性行为是性病传播的主要媒介,但由于及时治疗可治愈的性病(如淋病、梅毒等),缩短传染期,消除传染源、停止其传播相对容易做到,特别是医疗条件好的发达国家能够控制此类性病,而且已取得显著成效。因此,多年来对行为干预、健康教育(包括咨询)和性行为改变(采取安全性行为)等防病措施重视不够。当性病的病谱有了改变,一些慢性不易治愈的性病,包括耐药菌株引起的性病和病毒性性病,如尖锐湿疣、生殖器疱疹等不断增加,特别是对艾滋病目前没有治愈的方法,对行为干预的研究,才受到严重的关注。

人们一直认为,性行为的改变在性病防治中是一长期目标,因为行为涉及到社会环境,后者是行为的决定因素,比较复杂,往往难于控制。行为干预的努力尽管进行,但成效甚微,特别是在人群水平上进行健康教育,所取得的效果较难评价。近10多年来,对行为干预和行为理论的认识逐渐深入,虽然还不够满意,但已有了较多的进展。

首先要明确行为干预的主要人群,如卖淫嫖娼、非婚性行为和男性同性恋人群,以及如何改变此类人群的理论。根据有关的行为理论,人们改变行为的意向和行动的过程取决于以下因素:(1)认识到个人患病的易感性,即有了风险意识;(2)相信改变行为的正面后果大于负面后果,即有了改变行为的积极态度;(3)对社会规范的理解,包括周围人的支持,以及其他同类人正在改变行为,即能从善如流;(4)个人的自身效能,即在环境中意志坚强,能克服困难采取安全的行为。为了帮助个人改变行为,可以针对其改变过程的阶段,考虑其认识、态度、对社会规范的理解及自身能力,进行咨询和健康教育。

特别是近10年,对行为干预积累了经验,也包

括将行为监测提到防治议事日程。另外,也将行为干预引进到性病医疗服务中,随着病征处理,提出4个要素(4C),即遵照医嘱(compliance)、咨询与健康教育(counselling/health education)、接触者追踪(contact tracing)和使用安全套(condom using)。这些要点使医疗服务规范化,起到提高疗效和防止疾病蔓延的效果。

近年来,为了便于对性病艾滋病防治对策概念的理解,Anderson等提出了有关性病艾滋病在人群中传播的决定因素公式: $R_0 = \beta cD$ 。此公式中 R_0 为增殖率,代表从1例患者感染性病后所传播病例的平均数,如果 R_0 超过1,则感染将扩散,发病率将增加。 R_0 受 β 、 c 和 D 三个决定因素的影响。 β 代表性病的传播率,各种性病有不同的传播概率,如淋病在一次性接触中,男性患者传给女性健康人的概率为60%,而女性患者传给男性健康人的概率为30%,这是由于男女的泌尿生殖道的解剖不同而决定。 c 代表性伴的变化率,即在单位时间内的平均新性伴数。 D 代表性病的传染期(各种性病也有所不同)。这一公式表明,针对决定因素采取措施能控制性病的增殖率(R_0)。如促进安全套的使用可降低传播率(β);进行健康教育减少性伴数或固定性伴,从而影响性伴变化率(c);而积极治疗患者便可缩短性病传染期(D)。所有这些措施都将影响 R_0 ,如 $R_0 \leq 1$ 时,性病流行将被控制。因此用这一公式对预防措施有针对性地进行分类,更为明确,有其实用价值(表1-3)。

表 1-3 针对感染增长率的决定因素预防性病艾滋病的基本对策

针对 D	缩短传染期, 预防感染进一步传播和并发症 早期发现 积极治疗
针对 c	减少容易感染者暴露于已感染者 改变容易感染者的行为 改变已感染(特别是持续感染)者的行为 改变可能被感染者的行为
针对 β	如果容易感染者有暴露时, 减少其感染的传播效率

这一公式是性病防治对策概念的一个突破,使我们明确:(1)减少性病艾滋病传播的综合性对策;(2)根据这些对策开展有效的干预活动,特别是行为干预;(3)实施这些干预所需的公共卫生资源,以及为了使干预有效而应针对高危人群。

在进行医疗干预时, 对患者的处理必须和其他防治措施密切配合。性病主要发生在性活跃人群, 其中有高危行为的个体感染性病后产生症状而求医。传统上, 性病的防治重点是放在医疗单位的诊断和治疗, 实际上这只能覆盖到一小部分患者, 而大多数患者存在于社会中未被发现, 或发现后没有寻求医疗单位的诊治, 仍然造成性病的继续传播。因此, 需要开展人群的健康教育, 使人们知道患性病后可能会没有任何症状。另外, 虽然患者有症状或感到有患病的危险, 但由于各种原因讳疾忌医, 自己购药治疗, 或求助于江湖郎中, 上当受骗, 使性病得不到及时和正确的治疗。此外, 还必须看到由于部分医疗机构服务不规范或业务水平差, 导致漏诊误诊、治疗方案不规范、服务态度差等现象时常发生, 明显影响性病的治疗效果。患者的遵医行为也直接影响患者的治愈 (图 1-5)。

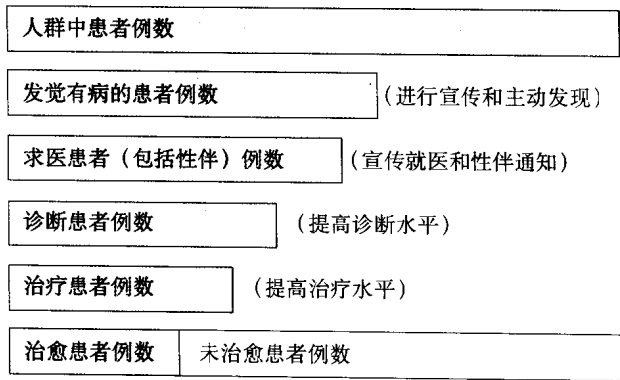


图 1-5 从感染性病到治愈之间各阶段的例数*

* 各地治愈和未治愈患者的比例不同, 这与当地患者的行为和医疗服务在每一阶段采取的措施有关。图中括号中为改进防治性病服务措施, 可增加患者中治愈的例数。

为了改进医疗干预, 近 10 多年对性病病征处理 (syndromic approach) 的方法进行了评价 (见第六章)。此法可称为“霰弹性病治疗” (shotgun STD treatment), 属于一种预防性治疗, 如应用得当, 能快而不漏地治疗患者, 可以认为是性病治疗一大进展。此法可能在患病率高而缺乏实验室条件的人群中 useful, 人群中患病率高, 则此法阳性预

期值高, 患病的可能性大, 误诊率低。必须考虑具体一种病征的漏诊和误诊的后果的重要性。一般而言, 应针对不同的性病权衡漏诊和误诊的利弊。如下腹疼痛 (盆腔炎) 的后果严重, 采用盆腔炎的最低诊断标准 (双侧下腹疼痛, 子宫附件触痛及宫颈举痛三项指标) 进行病征诊断比较合适。部分病征处理方案, 不可避免地会造成过度治疗, 但过分的过度治疗则会导致医疗资源不必要的浪费。所以要根据人群的患病率加以考虑。病征处理时采用的病征诊断一般不作性病诊断, 以免因误诊而造成的负面影响。

病征处理并不排斥病原学诊断, 在有一定实验室设备的条件下, 有人采用改良的病征处理方法, 即在患者首诊时, 按病征诊断处理, 但同时采取标本供之后的检测, 当患者复诊时, 可根据检测的结果明确诊断, 或纠正误诊的现象, 达到快速、准确和有效的治疗目的。如要扩大防治队伍, 应加强横向系统对性病的防治工作, 将垂直系统与横向系统相结合。

我国计划生育部门开展生殖道感染 (RTI, 包括性病感染) 干预有其优势 (见第 11 章), 因为我国拥有遍及城乡的计划生育网络, 工作可以深入社区和家庭, 其对象是 RTI 的人群, 而且可涉及到男性性伴的服务, 符合资源合理利用的原则。但是, 计划生育工作与性病防治工作的范围和方式不同, 计划生育人员的服务能力尚不能满足性病患者的需求。因此, 有必要对计划生育工作者开展必要的培训, 包括健康教育、咨询、性病筛查、诊治和转诊等, 以及对性病服务的提供机构和人员进行必要的规范 (见第 5 章)。

总之, 国务院印发的《中国预防与控制艾滋病中长期规划 (1998 ~ 2010 年)》已充分体现了艾滋病与性病防治结合, 重视宣传教育, 规范医疗干预和加强防治队伍建设的精神, 相信在各级政府的统一领导下, 对规划活动的实施进行监督和落实, 充分发挥医疗、教育和法规的作用, 一定能完成这一紧迫而长期的性病艾滋病防治的历史使命。

第 2 章

性病与 HIV 感染的关系

王晓春 邵长庚

一、流行病学研究

二、生物学研究

三、干预性研究

