



云南省健康与发展研究会
云南医疗改革与健康社会科学研究基地

降低社会歧视 扩大干预覆盖

——艾滋病应对中的健康社会科学视角



张开宁 杜娟 主编

降低社会歧视 扩大干预覆盖

——艾滋病应对中的健康社会科学视角

主 编：张开宁 杜 娟

副 主 编：王彦斌 张云刚 张瑞宏 郭 申

参编人员：王彦斌 杜 娟 张云刚 张瑞宏

郭 申 张开宁 严朝芳 余翠娥

邓 睿 张 桔 张源洁 扶 涛

图书在版编目 (CIP) 数据

降低社会歧视 扩大干预覆盖: 艾滋病应对中的健康社会科学视角/张开宁, 杜娟主编. —昆明: 云南大学出版社, 2013

ISBN 978 - 7 - 5482 - 1703 - 9

I. ①降… II. ①张… ②杜… 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 (2013) 第 229963 号

**降低社会歧视 扩大干预覆盖: 艾滋病应对中的
健康社会科学视角**

张开宁 杜娟 主编

责任编辑: 王翌沔

封面设计: 周 畅

出版发行: 云南大学出版社

印 装: 昆明研汇印刷有限责任公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 15.75

字 数: 303 千

版 次: 2013 年 10 月第 1 版

印 次: 2013 年 10 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5482 - 1703 - 9

定 价: 48.00 元

社 址: 昆明市翠湖北路 2 号云南大学英华园内

电 话: (0871) 65031071 65033244

网 址: <http://www.ynup.com>.

E-mail: market @ ynup.com

前 言

为了推动哲学社会科学的繁荣和云南经济社会的全面发展，云南省哲学社会科学规划办高瞻远瞩，在全省创建一批研究型、开放式的哲学社会科学研究基地。这是云南繁荣和发展哲学社会科学的需要，是云南全面建设小康社会的需要，也是加快构建社会主义和谐社会步伐的需要。2007年5月，由云南省哲学社会科学规划办公室组织专家进行评审、遴选，云南医疗改革与健康社会科学研究基地由省委宣传部审批正式挂牌成立，成为云南省首批成立的哲学社会科学研究基地之一。

云南医疗改革与健康社会科学研究基地成立以来，通过多种形式整合研究力量，特别注重吸收和充实从事医疗改革、医务管理与社会学等领域的专家，有针对性地开展健康社会科学研究。

2007年6月，基地根据云南省社会经济与卫生管理事业发展的需要，咨询了省委、省政府相关专家之后，遴选出三个本年度的科研项目，经省委宣传部哲学社会科学规划办组织并面向全省招标，经过省外专家匿名评审，云南省医疗改革与健康社会科学研究基地积极组织相关研究团队，认真设计课题，撰写立项申请书，结果囊括了基地的全部招标课题。其中，“云南艾滋病应对的健康社会科学研究”课题，拟针对我国艾滋病防治中的两个重大问题，即综合干预覆盖面过窄，以及与艾滋病相关的社会歧视严重，展开健康社会科学研究。

众所周知，艾滋病对人类健康和社会发展构成了巨大威胁，危及整个国家和民族的生存与发展，是一个全球性的公共卫生问题和社会问题。

单纯的生物医学视角不能解释在我国艾滋病防治实践中出现的上述两个重大问题。综合干预覆盖面过窄，以及与艾滋病相关的社会歧视严重，都具有显著的社会性，亟须从健康社会科学的视角来审视，进而挖掘其根源所在。从健康社会科学的视角综合研究艾滋病防治问题，把其置于社会、文化、心理的范畴中且与健康科学结合起来解析，是解决上述艾滋病防治中两大问题的要求，也是时代提出的一项颇具挑战性的任务。本课题就是在这样的背景下提出的，基地组织了多学科、跨学科的研究队伍，从理论和实证两方面开展深入的研究。

在课题设计之初，初拟的课题组成员主要为昆明医科大学人员。获得正式立项批准后，在云南省哲学社会科学规划办公室指导之下，在昆明医科大学、省社会科学院、云南师范大学、云南大学等机构的支持下，本基地又进一步遴选了课题专家，更多地邀请了本省知名的人文社会科学研究者，成立了阵容更强大的课题组。参与研究的机构也从原设计的2个增加到了6个，提高了课题组的研究实力。

根据健康社会科学的研究体系与理论框架，按照本课题最初的设计，来自社会学、人类学、伦理学、心理学、经济学和社会医学的研究者们组建了6个子课题小组，并形成了一个统一的课题组，展开合作研究。具有不同学科背景的研究者们集中进行理论学习，共同研讨，形成各子课题（分学科）的研究计划。各子课题采用了文献梳理、田野调查、理论研究等多种方法，分头进行研究。之后再行多学科团队的研讨，对各子学科的初步研究结果进行集体思考和讨论甚至争论，其后以大家的共识指导各子课题的进一步细化研究。最后，各子课题的研究小组又分别撰写论文和研究报告，并在此基础上形成了本书的初稿。

课题组成员认为，本研究体现4个特点：（1）前沿性强。健康社会科学是21世纪国际学术界的一个学术前沿，在全球范围内都是一门新兴学科，是医学与人文社会科学结合的产物。本课题研究过程显示，该研究难度较大，但这个领域的研究更能彰显健康社会科学的价值，也凸显了不同学科合作的价值和贡献。（2）现实性强。本研究密切结合我国当前的重大公共健康和社会公共利益问题。HIV/AIDS的流行正受到国际社会和各国政府的高度关注和重视，对HIV感染者和患者的歧视、综合干预覆盖面过窄是AIDS防治领域两个亟须解决的问题，人文社会科学和医学的联合攻关至关重要。（3）挑战性大。健康社会科学作为一个学科群，它所必需的跨学科合作谈起来容易，实际进行难度很大。人文社会科学与医学之间确实存在着理论体系、研究方法、操作手段等方面的区别，即使人文社会科学内部，也存在研究视角、研究方法的差异。（4）综合性强。健康社会科学作为一个学科群，其研究必须包括医学和社会学、人类学、伦理学、心理学、经济学和社会医学的视角和方法，故其研究有很强的综合性。

本书作为国内第一本将艾滋病应对和健康社会科学探索这两大热门话题联系在一起专著，对我国艾滋病防治实践中出现的上述两个重大问题进行了多视点、多层次、多侧面的讨论，旨在探索具有中国特色的艾滋病预防和控制战略，为有效应对艾滋病、促进人类健康尽一份绵薄之力。同时欲与广大同仁共同努力，在这一过程中更好地领悟健康社会科学的基本理论与研究方法，促进健康社会科学的理论研究与实践。

由于时间紧迫，书中的疏漏恐难避免，恳请广大读者不吝指教！

目 录

前 言	(1)
第一章 艾滋病、应对策略及其理论	(1)
第一节 艾滋病的生物医学特征	(1)
第二节 艾滋病的流行病学特征	(4)
第三节 艾滋病的社会医学特征	(9)
第四节 健康社会科学在艾滋病应对中的作用和地位	(14)
第二章 艾滋病应对中的结构与行为层面衔接问题	(20)
第一节 观点与方法	(20)
第二节 当前艾滋病应对的现状	(24)
第三节 当前艾滋病应对中存在的问题	(36)
第四节 有效应对艾滋病的对策建议	(39)
第三章 佤族社区中的艾滋病污名化及社会歧视	(45)
第一节 概 述	(45)
第二节 研究内容	(64)
第三节 结 论	(101)
第四节 对策建议	(103)
第四章 艾滋病防治的“危”和“机”	(110)
第一节 艾滋病的经济影响分析	(110)
第二节 艾滋病防治成本及最优的经济学分析	(115)
第三节 当前我国艾滋病应对的经济学思考	(120)

第五章 “公正”地回应艾滋病	(123)
第一节 艾滋病的伦理特性	(123)
第二节 研究背景	(129)
第三节 研究过程及方法	(130)
第四节 研究成果	(130)
第五节 结论和建议	(144)
第六章 艾滋病应对问题的医学心理学分析	(150)
第一节 学科描述	(150)
第二节 研究内容	(151)
第三节 研究方法	(153)
第四节 研究过程	(154)
第五节 研究的主要发现	(155)
第六节 研究的主要结论和建议	(156)
第七章 艾滋病脆弱性的“社会诊断”	(159)
第一节 研究背景和研究意义	(160)
第二节 研究方法和主要研究内容	(160)
第三节 主要发现和建议	(164)
第八章 应对艾滋病的实证研究案例	(183)
第一节 国内外研究案例	(183)
第二节 本子课题组案例研究	(210)
第九章 本研究的主要产出和对策建议	(225)
第一节 多学科合作的努力和尝试	(225)
第二节 本研究的若干观点和发现	(227)
第三节 对策和建议	(234)
第四节 课题产出、初步体会与未来展望	(241)

第一章 艾滋病、应对策略及其理论

艾滋病全称“获得性免疫缺陷综合征”(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS), 艾滋病即取上述英文缩写 AIDS 的谐音。艾滋病是一种传播隐蔽、病死率极高的传染病, 目前尚无根本治愈方法, 它在全世界的广泛流行已成为一个极其严重的公共健康问题和社会问题。艾滋病的高流行、高病死率与其诸多特征有关。

第一节 艾滋病的生物医学特征

一、艾滋病相关概述

(一) 艾滋病病毒

艾滋病病毒(HIV)是引发艾滋病的罪魁祸首。它是一种逆转录 RNA 病毒, 由单股 RNA 基因组、逆转录酶和蛋白质外壳组成, 专门攻击人体 CD4 细胞。逆转录 RNA 病毒侵入人体后即附着于 CD4 细胞表面, 在酶的作用下脱去蛋白质外壳, 以单股 RNA 为模板通过逆转录酶转录为双股 DNA, 并进入 CD4 细胞核, 随细胞的繁殖而繁殖。当细胞内的病毒达到一定数量时, 细胞破裂释放出病毒, 再侵袭其他 CD4 细胞。CD4 细胞是人体免疫系统的重要成员, 当其减少到一定程度时, 人体免疫系统遭到破坏, 人体的免疫力锐减且最终丧失, 随之反复发生一系列严重的机会性感染或恶性肿瘤, 最终导致感染者全身衰竭而死亡。

(二) 艾滋病传播途径

艾滋病病毒只能在人体活细胞内存活, 并主要存活在人体的血液、精液、阴道分泌物、乳汁等体液中。人类对艾滋病病毒普遍易感。感染艾滋病病毒的人是艾滋病唯一的传染源, 包括艾滋病病人与无症状的艾滋病病毒感染者。

艾滋病病毒的传染性强弱与感染者体内艾滋病病毒的载量、复制的活跃程度等有关。检测表明, 艾滋病病毒感染者或艾滋病患者的血液、精液、唾液、宫颈分泌物、脑脊液、眼泪、乳汁和尿液中均可分离出艾滋病病毒, 因此认为

艾滋病病毒感染者或艾滋病患者的各种体液均有传染性。但流行病学的证据显示：病毒主要是通过精液、宫颈分泌物和血液，经破损的皮肤或黏膜传播，其他体液因病毒载量极低，目前认为不具有传染性。研究证实，艾滋病病毒主要通过性、血液和母婴三条途径传播。首先是性传播。由于艾滋病病毒可存在于人体的精液和阴道分泌物中，因此在无防护性交（不使用安全套的性交）状况下，可能发生艾滋病病毒的传染或感染。其次是血液传播。血液中艾滋病病毒的含量最高，因此一旦污染的血液进入正常人体，受感染的可能性也最大。艾滋病病毒通过血液传播的形式包括输血、使用血液制品、器官移植、共用针具静脉吸毒等。若使用了未经彻底消毒的医疗器械进行手术、拔牙、针灸、文身（包括文眉、文眼线）等，也有可能感染艾滋病病毒。再次是母婴传播。母婴传播是 15 岁以下儿童受感染的主要途径，它可能发生在母亲怀孕期间、分娩以及哺乳时。如果艾滋病病毒感染者的母亲在孕产过程中不采取任何措施，她们的孩子中将会有近 40% 的人受到感染。其中约 2/3 是在怀孕和分娩过程中受到感染，1/3 则因为哺乳而被感染。

（三）艾滋病临床病理过程

从感染艾滋病病毒到发病有一个完整的自然过程，临床上将这个过程分为 4 期：急性感染期、潜伏期、艾滋病前期、典型艾滋病期。每个疾病阶段的患者在临床上都可以见到，但不是每个感染者都会完整地出现上述 4 期表现。4 个时期不同的临床表现是一个渐进的和连贯的病理发展过程。

急性感染期：指艾滋病病毒侵袭后对人体的刺激所引起的反应。病人可出现发热、皮疹、淋巴结肿大、腹泻、咽炎等症。症状常较轻微，容易被忽略。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。

潜伏期：潜伏期指从感染艾滋病病毒开始，到出现艾滋病临床症状和体征的时间。感染者可以没有任何临床症状。艾滋病潜伏期的长短差异很大，如因输入血液制品而感染的急性病例，其潜伏期仅 6 天左右；最长的潜伏期达 14 年；还有一些长期存活者，十几年都未发展为艾滋病。现在普遍认为艾滋病的平均潜伏期是 6 ~ 10 年。潜伏期不是静止期，更不是安全期。病毒在持续繁殖，具有强烈的破坏作用。

艾滋病前期：指潜伏期后开始出现与艾滋病有关的症状和体征，直至发展成典型的艾滋病的一段时间。这个时期，有很多命名，包括“持续性泛发性淋巴结病”“艾滋病前综合征”等。病人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。主要的临床表现有：淋巴结肿大、全身症状、出现各种特殊性或复发性的非致命性感染等。

典型艾滋病期：有的学者称其为致死性艾滋病期，是艾滋病病毒感染的最

终阶段，病程一般 1.5~2.5 年。此期症状较典型，多表现为综合征，具有三个基本特点：严重的细胞免疫缺陷、发生各种致命性机会性感染、发生各种恶性肿瘤。在这一时期由于免疫系统受到严重破坏，患者往往发生一些罕见的疾病，如肺孢子虫肺炎、弓形体病、非典型性分枝杆菌与真菌感染等。并发恶性肿瘤，如卡波西氏肉瘤、淋巴瘤等恶性肿瘤等。约 30% 的艾滋病病人出现中枢神经系统症状，如头痛、意识障碍、痴呆、抽搐等。艾滋病的终期，患者免疫功能全面崩溃，病人出现各种严重的综合征，直至死亡。

二、艾滋病相关的生物医学特征

艾滋病成为一种严重影响人类健康的传染性疾病，与其诸多特征是有关系的。这些特征往往也为艾滋病危机的管理提供了机会，同时提出了挑战。从生物医学的角度来看，艾滋病具有以下特点：

（一）病毒直接攻击人类免疫系统

艾滋病特异性地破坏辅助性 T 淋巴细胞，造成机体细胞免疫功能严重受损，导致患者的免疫系统瘫痪。临床上由无症状病毒携带者发展为持续性全身淋巴结肿大综合征和艾滋病相关综合征，最后并发严重机会性感染和恶性肿瘤。

（二）感染者病死率极高

由于目前尚没有根本治愈艾滋病的药物，艾滋病患者的病死率极高，接近 100%。

（三）病毒特异性强，结构简单，抵抗力弱

艾滋病病毒为单股 RNA 病毒，结构简单。艾滋病病毒在体外的存活力较差，不耐酸碱，对普通消毒剂、去污剂等化学制剂及热均敏感。

（四）艾滋病病毒传播途径明确

艾滋病病毒主要通过性、血液和母婴三条途径传播。除此以外，一般的日常生活和工作接触不会传染艾滋病病毒。因此，对艾滋病的预防控制可以有的放矢。

（五）艾滋病病毒感染检测存在窗口期

艾滋病病毒检测的“窗口期”大约为 2 周至 3 个月。此时感染者体内已有艾滋病病毒，而且具有传染性，但血中检测不到艾滋病病毒抗体。如果输入“窗口期”感染者的血液或是和他人共用一个注射器，则有被艾滋病病毒感染的危险；与“窗口期”感染者发生无防护性接触，同样也可能感染艾滋病病毒。“窗口期”人群是隐匿的，也是最危险的艾滋病病毒传播人群。

（六）感染者存在长期无症状的潜伏期

处于潜伏期的病人毫无症状但具有传染性。潜伏期的长短可影响疾病的流行特征。一般短潜伏期传染病来势猛，停息快，常呈爆发型，如非典型性肺炎；而长潜伏期的传染病流行持续较久。艾滋病属于长潜伏期的传染病，长期流行，病人出现相对感染有滞后性。

第二节 艾滋病的流行病学特征

流行病学在研究艾滋病的过程中可发挥重要的作用。通过流行病学研究方法对艾滋病流行现状、分布特点进行描述——包括不同时间、不同地区及人群（年龄、性别、种族、职业等）中 HIV/AIDS 的发生率、现患率或死亡率，可提示发病因素的不同。同时根据其分布特点，研究探讨各种影响散发、爆发或流行的因素，提出预防方法，从心理、社会等方面制定应对措施。基于流行病学研究结果的艾滋病预防与控制对策，能最迅速、最有效、最经济地使艾滋病在一个地区得到控制，为医疗、卫生、保健服务的决策和评价提供证据，确实可取得明确的效果。从流行病学的角度，对艾滋病的研究和认识主要有以下几方面：

一、艾滋病全球流行病学特征

自 1981 年首次发现艾滋病以来，短短 30 多年时间，艾滋病已迅速发展成为殃及人类的第一疫症。艾滋病病毒的迅速蔓延，很快形成了全球大流行。2010 年，全世界大约有 270 万人新感染艾滋病病毒，约有 3400 万人携带艾滋病病毒。2001 年至 2010 年期间，东欧和中亚艾滋病死亡人数增加了 11 倍以上，从大约 7800 人增至 9 万人，东亚艾滋病死亡人数增加了 1 倍多，从 2.4 万人增至 5.6 万人。

历年来的数据显示，进入 21 世纪，艾滋病病人与艾滋病病毒感染者已出现在世界各个国家和地区，但洲际间和国家间的感染率差别悬殊。艾滋病病毒感染者和患者人数最多的地区为撒哈拉以南的非洲，其次为东南亚及拉丁美洲，均为发展中国家所在的地区。亚洲是艾滋病发展最快的地区之一，以南亚和东南亚国家感染最高。发达国家如北美、西欧、澳大利亚和新西兰，艾滋病病毒感染者和患者人数呈下降趋势。从疾病的流行强度上看，艾滋病在不同地区都存在不同程度的散发、流行、爆发。某些国家出现流行、爆发的情况时有发生，例如 20 世纪 90 年代，由于不安全采供血，使得因被污染的血液制品导致的艾滋病病毒感染在中国某些省份流行和爆发，使艾滋病病毒感染占全国感

染总数的比例高达 9.7%。从疾病的传播途径上看,在全球所有感染了艾滋病病毒的人群中,70%~80%的人是经性途径受到感染的,其次是经血液或母婴传播,而经血液传播中,最主要的原因是共用针具吸毒。

二、中国艾滋病流行病学特征

中国政府近年来不断加大防治艾滋病的工作力度,掌握了中国艾滋病流行的基本情况(见表 1-1),截至 2011 年底,估计中国存活艾滋病病毒感染者和艾滋病病人(PLHIV)78 万人(62 万人~94 万人),女性占 28.6%,全人群感染率为 0.058% (0.046%~0.070%);其中艾滋病病人 15.4 万人(14.6 万人~16.2 万人)。估计 2011 年当年新发艾滋病病毒感染者 4.8 万人(4.1 万人~5.4 万人),艾滋病相关死亡 2.8 万人(2.5 万人~3.1 万人)。

表 1-1 2005—2011 年中国艾滋病疫情估计主要结果

	2005	2007	2009	2011
PLHIV 人数 (万人)	65 (54~76)	70 (55~85)	74 (56~92)	78 (62~94)
AIDS 病人数 (万人)	7.5 (6.5~8.5)	8.5 (8.0~9.0)	10.5 (9.7~11.2)	15.4 (14.6~16.2)
艾滋病相关死亡人数(万人)	2.5 (2.0~3.0)	2.0 (1.5~2.5)	2.6 (2.2~3.0)	2.8 (2.5~3.1)
HIV 新发感染人数(万人)	7.0 (6.0~8.0)	5.0 (4.0~6.0)	4.8 (4.1~5.5)	4.8 (4.1~5.4)
全人群 HIV 感染率(%)	0.050 (0.042~0.058)	0.054 (0.042~0.065)	0.057 (0.043~0.071)	0.058 (0.046~0.070)

数据来源:中国艾滋病性病,2012 年 1 月第 18 卷第 1 期,《2011 年中国艾滋病疫情估计》

中国艾滋病流行呈现如下特征:

(一) 全国艾滋病疫情依然呈低流行态势,部分地区疫情严重

从疫情估计结果来看,截至 2011 年底,估计我国现有 PLHIV 78 万人(62 万人~94 万人),全人群感染率为 0.058% (0.046%~0.070%),仍属于低流行国家。PLHIV 估计数超过 5 万人的省份有 5 个,占全国估计总数的 60.0%;低于 5000 人的省份有 12 个,占全国估计总数的 4.8%。

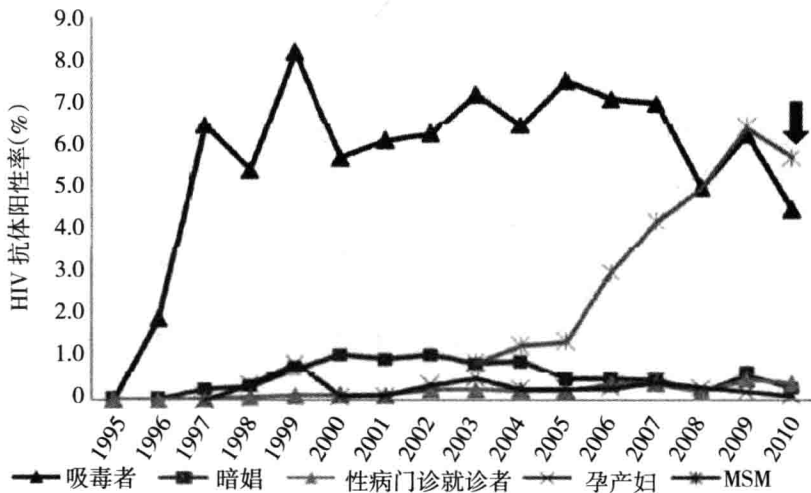
从病例报告情况来看,截至2011年9月底,全国31个省(自治区、直辖市)均有疫情报告,有93.0%(2869/3085)的县(区)报告该地区有艾滋病病毒感染者或艾滋病病人。不同省份的疫情报告数差异较大,累计报告艾滋病病毒感染者和艾滋病病人数排在前6位的省份(依次为云南、广西、河南、四川、新疆和广东),报告人数占全国报告总数的75.8%;累计报告艾滋病病毒感染者和艾滋病病人数排在后7位的省份(区、市)(西藏、青海、宁夏、内蒙古、甘肃、海南和天津),报告人数约占全国报告总数的1.2%。累计报告艾滋病病毒感染者和艾滋病病人数排名在前20位的县(区、市)均分布在云南、广西、新疆、河南和四川。

各类人群的艾滋病病毒感染率差异也较大,吸毒人群(特别是注射吸毒者)艾滋病病毒感染率最高,有明显的地域差异。哨点监测结果显示,感染水平较高的哨点仍集中在云南、新疆、四川、广西、贵州、广东等省份(区)。大多数地区暗娼艾滋病病毒抗体阳性率仍处于较低水平,检出率超过1%的暗娼哨点主要集中在云南、新疆、广西、四川、贵州5省(自治区)吸毒较为严重的局部地区。在存在吸毒与卖淫交叉的暗娼人群中艾滋病病毒感染率相对较高。在艾滋病流行严重地区,孕产妇中艾滋病病毒感染水平相对较高(个别达到或超过1%),全国其他多数地区的孕产妇哨点未检出艾滋病病毒抗体呈阳性者。

(二) 艾滋病病毒感染者和艾滋病病人数继续增加,但新发感染人数保持在较低水平

疫情估计结果显示,2011年存活的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人仍在增加,与2009年疫情估计结果相比,存活的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人总数增加4万人,艾滋病病人由2009年的10.55万上升为2011年的15.4万,但新发艾滋病病毒感染者控制在较低水平,2007年为5.0万人,2009和2011年均均为4.8万人。

哨点监测数据显示,除男男性行为人群艾滋病病毒抗体阳性率上升趋势明显外,吸毒者哨点艾滋病病毒抗体阳性率自2005年后就呈现下降趋势,暗娼、性病门诊男性就诊者、孕产妇人群的艾滋病病毒抗体阳性率一直保持较低水平(如图1-1)。



注：图中箭头所指的 MSM 人群感染率在 2010 年出现的下降与该人群在 2010 年哨点增加有关

数据来源：中国艾滋病性病，2012 年 1 月第 18 卷第 1 期，《2011 年中国艾滋病疫情估计》

图 1-1 1995—2010 年我国艾滋病哨点监测人群 HIV 抗体阳性率变化趋势

（三）既往感染艾滋病病毒者陆续进入发病期，艾滋病发病和死亡率增加

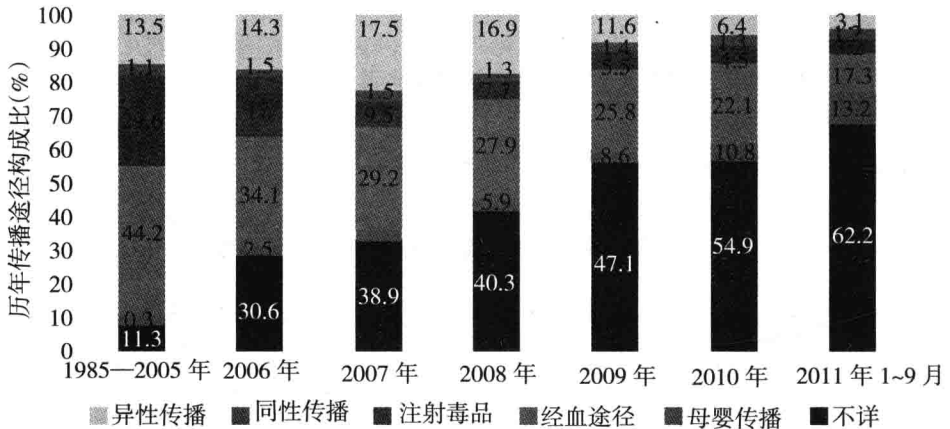
艾滋病疫情估计结果显示，2005—2011 年存活艾滋病病人数量逐年增加，4 次疫情估计中艾滋病人数分别为 7.5 万、8.5 万、10.5 万和 15.4 万，艾滋病病人占当年估计 PLHIV 总数的比例由 2005 年的 11.5%、2007 年的 12.1% 和 2009 年的 14.2% 上升为 2011 年的 19.7%。由于艾滋病病人数的增加，艾滋病相关死亡人数也呈现上升趋势，4 次疫情估计结果分别为 2005 年 2.5 万、2007 年 2 万、2009 年 2.6 万和 2011 年 2.8 万。

病例报告数据显示，我国每年新发现的艾滋病病人以及由艾滋病病毒感染者转化为艾滋病病人的人数均呈现上升趋势，2007 年至 2011 年 1~9 月每年发现的艾滋病人数（包括由艾滋病病毒感染者转化为艾滋病病人）分别为 10742、14509、20056、34188 和 27695 例（若按前 9 个月数据校正，换算为全年数据，则 2011 年发现的艾滋病人数约为 36927 例）。每年报告的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人死亡人数也逐年上升，2007 年至 2011 年 1~9 月分别为 5544、9748、12287、18987 和 14435 例（若按前 9 个月数据校正，换算为全年数据，则 2011 年报告的艾滋病相关死亡人数约为 19247 例）。

(四) 传播途径以性传播为主，所占比例继续增高

2011 年估计的 78 万 PLHIV 中经性传播者达到 63.9%，比 2009 年的 59.0% 增加 4.9 个百分点，其中异性传播从 2009 年的 44.3% 上升为 2011 年的 46.5%，同性传播由 2009 年的 14.7% 上升为 2011 年的 17.4%。在异性传播中，约 1/4 为配偶间性传播，3/4 为非配偶间性传播。2011 年估计的 4.8 万新发感染者中，经性传播的构成比由 2009 年的 75.7% 上升到 2011 年的 81.6%，其中，经异性传播者占 52.2%，比 2009 年的 42.2% 多 10 个百分点，同性传播者占 29.4%，比 2009 年的 32.5% 少 3.1 个百分点。

历年报告病例中经同性和异性传播的构成比均呈逐年上升趋势，经性途径传播所占比例从 2006 年的 33.1% 上升到 2011 年 1~9 月的 75.2%，其中同性传播比例从 2006 年的 2.5% 上升到 2011 年 1~9 月的 13%（图 1-2）。



数据来源：中国艾滋病性病，2012 年 1 月第 18 卷第 1 期，《2011 年中国艾滋病疫情估计》

图 1-2 历年新报告 HIV 感染者/AIDS 病人传播途径构成

(五) 感染人群多样化，流行形势复杂化

2011 年疫情估计结果显示，全国现有 78 万 PLHIV，而截至 2011 年 9 月底累计报告 PLHIV 约 34.3 万人，提示仍有大量的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人尚未被发现，存在进一步传播的危险。

艾滋病监测资料显示，艾滋病流行的危险因素仍然广泛存在：25% 的注射吸毒者仍在共用注射器；有 32% 的暗娼不能坚持每次使用安全套；有 87% 的男男性行为者最近 6 个月与多个同性性伴发生性行为，只有 44% 的男男性行为者在肛交时坚持使用安全套。虽然注射吸毒的情况有所遏制，但使用新型毒品的现象愈显流行，多性伴（异性性伴和同性性伴）现象仍在蔓延。

同时, 艾滋病感染人群多样化。病例报告数据显示, 2000—2011 年 1~9 月, 50 岁及以上年龄组人群报告数增加明显, 65 岁及以上年龄组人群报告数占总报告数的构成比在 11 年间增加约 20 倍, 从 0.34% 上升到 7.0%。此外, 2006—2011 年 1~9 月, 报告职业为学生的艾滋病病毒感染者和艾滋病人数也呈逐年上升趋势, 占当年病例报告总数的比例从 2006 年的 0.96% 上升至 2011 年 1~9 月的 1.64%。在当年报告职业为学生的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人中, 20~24 岁年龄组所占比例从 2006 年的 20.3% 上升至 2011 年 1~9 月的 49.0%。同时, 感染艾滋病病毒的学生中, 经同性传播所占比例从 2006 年的 8% 上升为 2011 年 1~9 月的 55.5%, 经异性传播所占比例从 4% 上升到 19.3%。

随着流动人口的不断增加, 异地或者异国婚姻造成的外来媳妇引起的输入性艾滋病病毒感染者也在一些地区出现。对山东、山西、吉林、安徽、江苏等省部分地区外来媳妇的调查显示, 这些输入性病例造成了配偶间的性传播以及母婴传播。

第三节 艾滋病的社会医学特征

社会医学是从社会学角度研究医学和健康问题, 同时也是适应医学模式转变而发展起来的新兴交叉学科。从 20 世纪 70 年代美国纽约州 Rochester 大学精神病和内科教授恩格尔 (Engle) 提出生物心理社会医学模式以来, 医学模式正在经历着由生物医学模式向生物、心理、社会模式的转变, 卫生管理模式由经验管理型向科学管理型转变。社会医学理论在指导全球卫生策略方面发挥了重要的指导作用。它研究社会因素对个体和群体健康、疾病的作用及其规律, 制定各种社会措施, 保护和增进人们的身心健康和社会活动能力, 提高生活质量。

艾滋病相关的社会医学问题集中表现在艾滋病相关的羞辱与歧视。严重的社会歧视也是加剧艾滋病流行的原因之一, 在艾滋病这一流行病得到确认 30 年后, 侵害人权现象仍然妨碍对艾滋病毒难题进行开放地讨论, 阻碍感染者或者病人寻求所需的服务, 使个人更易受到伤害。

一、艾滋病相关的社会歧视问题

2010 年, 一项对艾滋病病毒感染者的国际调查发现, 超过 1/3 的艾滋病病毒感染者经历过失业、治疗遭拒、受到社会或职业排斥和 (或) 遭到非自愿披露。全球各国政府多把污名化称作加快艾滋病防治进度的最大障碍。2009

年由中央党校社会发展研究所、玛丽斯特普“积极对话”项目和联合国艾滋病规划署共同完成《中国艾滋病感染者歧视状况调查报告》。这几个机构调查了中国 2000 多名艾滋病病毒感染者，调查显示，中国艾滋病病毒感染者受到羞辱和歧视的情况比较严重。多数艾滋病病毒感染者为保护自己选择不向最亲近的人披露自己的感染状况。1/3 的受访者表示，他们的感染状况在未经其许可的情况下被暴露给他人。在朋友或邻居知晓感染状况的受访者中，一半以上的人表示，其朋友或邻居的知晓是在未经其允许的情况下发生的。近 1/6 的人称，有医护人员未经许可将其感染情况告知他人。这是对艾滋病病毒感染者权利的明显侵犯，并且违背了中国的相关政策及国际经验中关于保护个人隐私的原则。感染者的身份一旦被暴露，其周围人群的态度通常随之而改变。令人关注的是相当比例的医务工作者（26.0%）、政府工作人员（35.3%）和教师（36.2%）在得知感染者的身份后表现出“歧视”或“非常歧视”的态度。改善这种情况的工作刻不容缓。缺乏对艾滋病感染情况的保密性会降低感染者对支持和服务系统的信任。如果公众不去进行检测，没有得到预防所需的信息，相关的护理和支持就无法及时惠及需要帮助的人群。

《中国艾滋病感染者歧视状况调查报告》显示，超过 40% 的受访者称自己曾遭受艾滋病相关的歧视。2/3 的受访者表示其家人曾因自己的感染状况而遭受歧视。1/6 的感染者因感染艾滋病病毒而失业或被拒绝就业。在有子女的受访者中，接近 1/10（9.1%）称其子女（不一定是感染者）由于家长的感染状况被迫离开学校。诸如此类的制度性歧视需要受到严重关切。调查显示，36.2% 的受访者表示有教师在得知感染者的身份后表现出“歧视”或“非常歧视”的态度。

该报告称，超过 12% 的受访者在获知感染情况后有过至少一次被拒绝就医的经历。在很多情况下，艾滋病病毒感染者无法从主流医院获得治疗，只能在指定医院接受治疗。即使在这些指定的诊疗部门，通常也无法得到各项专科治疗或手术服务。在生殖健康权利方面，调查显示，超过 10% 的女性受访者（有效回答人数）受到过医务人员建议其终止怀孕的压力。

二、艾滋病相关的社会医学观点

（一）艾滋病问题与现代医学模式

医学模式（Medical Model）是在医学实践的基础上产生的，是人类在与疾病抗争和认识自身生命过程的无数实践中得出的对医学的总体认识。在人类与疾病的长期斗争中，医学模式经历了由生物医学模式（Biomedical Model）逐渐演变为生物—心理—社会医学模式（Bio-psycho-social Medical Model）这