

名誉主编

殷大奎

主编

王 钊
吴明江

防治培训教材

性病 艾滋病

北京医科大学出版社

前 言

性病，又称性传播疾病，主要是通过性行为而传播的一组传染病，在世界范围内广泛流行，对人们的身心健康造成了严重威胁。各国政府和社会各界十分重视性病防治工作，并将其作为控制艾滋病传播的重要措施。我国性病防治工作已被纳入预防控制艾滋病中长期规划，并作为控制艾滋病的基本策略之一。

解放前，性病（主要是梅毒与淋病）曾经广为流行，危害甚大。中华人民共和国成立后，对性病采取了综合防治措施，到 60 年代初，全国除个别地区外，性病已基本被消灭。进入 80 年代以来，随着国内与国际旅游业的迅速发展，城乡人口大量流动，由于一些西方性解放思想的影响，使人们的性道德、性观念产生了较大的变化，卖淫嫖娼等社会丑恶现象死灰复燃，使得性病在我国再度流行，发病率逐年大幅度上升。近几年，在传染病构成排序中性病仅次于肝炎、痢疾，位居第三。与此同时，艾滋病问世并在全球迅速传播，自 1985 年 6 月我国发现首例艾滋病病例以来，感染者与日俱增，流行区域和波及的人群日趋扩大，形势十分严峻。性病是艾滋病传播的主要危险因素，加强性病防治工作，制止性病蔓延，减少艾滋病经性途径传播，保障人民身体健康，已是摆在我们面前的一项十分紧迫而又艰巨的任务。

性病病种甚多，包括艾滋病在内已达 20 余种，但在我国较为重要并被列为重点监测的性病目前只有 8 种，即：梅毒、淋病、艾滋病、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿。其中艾滋病、淋病和梅毒被列为乙类法定传染病进行管理。

性病的传播与蔓延是和诸多的社会因素与心理因素密切相关

的，因此，国家对性病防治工作提出了“预防为主、防治结合、综合治理”的方针。性病的防治工作应在政府的领导下，加强部门间的协作，结合社会主义精神文明建设、法制教育、治安管理、卫生检疫、社区保健等方面的工作进行开展。

性病的主要传染源是带有病原体的性病患者与感染者，特别是早期患者往往具有较强的传染性。因此，诊断与治疗是控制性病蔓延的一项关键性的技术措施。早期发现、及时诊断、规范治疗、密切观察并配合健康教育，追踪传染源应是卫生部门与医务人员的职责，这不仅能使患者获得良好的疗效，早日治愈，并且能防止性病的继续传播。

鉴于各种性病的症状与体征涉及临床各科，性病患者往往去相关科室治疗。因此，对性病的治疗与防治决不能单靠性病防治专业机构，综合医院的临床各科、社区医院及其他各类诊所都应具备规范的诊疗服务能力。由于我国医学院校曾在相当长时间里不设性病教学课程，对艾滋病的介绍也十分有限，许多医生在临床工作中不能提供正确的诊疗服务。在艾滋病流行的今天，性病医疗服务中又增加了许多新的内容，国际上推荐的在提供性病诊疗的同时要提供健康咨询服务，缩短病程以减少性病传播机会的病征处理方法等，也要不失时机地介绍给广大临床工作者。1998年11月份，国务院批准下发了《中国预防与控制艾滋病中长期规划》（1998～2010年），已明确要求在广大医疗卫生人员中开展性病艾滋病防治技术培训，这对于预防与控制性病、艾滋病的流行十分必要，也十分重要。为此，委托全国性病控制中心和健康报社组织编写本培训教材和配套的《性病艾滋病培训系列讲座专题录像片》，作为对各地、各级医务人员培训用的教材。这套培训教材的特点是：面向基层、侧重实用，以临床图像、操作演示、诊断要点、规范治疗为主，对艾滋病及重点监测的性病病因、传播途径、临床表现、检查方法、诊断治疗、防护措施以及当前我国性病流行情况与防治策略和有关法规等由性病学专家分别予以讲解，并配合文字讲义，力求简明扼

要，易学易懂，便于在今后的实际工作中掌握应用。

我们希望，通过这部教材的普及，能有助于提高基层医务人员对性病防治工作的认识和诊疗工作水平，为控制性病的蔓延作出应有的贡献。同时，也欢迎广大医务人员对这部教材的不足之处提出宝贵意见，使之更切合实际，日臻完善。

卫生部疾病控制司

卫生部医政司

1999年3月

目 录

前 言	(1)
第一讲 我国性病艾滋病的流行情况及防治措施	(1)
第二讲 性病艾滋病病史的采集和体格检查	(18)
第三讲 淋病	(25)
第四讲 非淋菌性尿道炎	(45)
第五讲 梅毒	(60)
第六讲 尖锐湿疣	(90)
第七讲 生殖器疱疹	(103)
第八讲 软下疳	(113)
第九讲 性病性淋巴肉芽肿	(122)
第十讲 艾滋病	(133)
第十一讲 国家有关性病艾滋病防治的法规和政策	(156)
附录一 淋病的实验室诊断	(166)
附录二 艾滋病的实验室诊断	(179)
附录三 全国艾滋病哨点监测实施方案	(184)

第一讲

我国性病艾滋病的流行情况及防治措施

一、近年来我国性病与艾滋病的流行情况

80年代随着我国的改革开放，国内外人口流动增加，国内社会环境发生了很大变化，作为一公共卫生问题，性病在我国重新出现并开始流行。到80年代中期艾滋病也在我国出现。

根据1991年8月12日卫生部令第15号《性病防治管理办法》第一章第二条规定，性病包括：（1）《中华人民共和国传染病防治法》乙类传染病中的艾滋病、淋病、梅毒；（2）软下疳、性病性淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹。在上述8种性病中，艾滋病是一种新出现的病死率极高的严重传染病，目前还没有治愈的药物和方法，但是可以预防。就其传播途径而言，艾滋病可以作为性传播疾病的一种，就其防治措施而言，与其他性病的防治有同有异。

艾滋病在全球的迅速蔓延不仅威胁着世界各国人民的生命与健康，也给社会和经济的发展，特别是对发展中国家带来了严重的影响，已经成为举世瞩目的重大公共卫生问题和社会问题。基本的防治方针是：预防为主，宣传教育为主，标本兼治，综合治理；关键对策为：政府领导，多部门配合，全社会参与共同迎战艾滋病。有效地防治和管理其他性病是艾滋病预防和控制工作的基本对策，性病的监测、防治是艾滋病控制工作的重要措施，已纳入国家预防与控制艾滋病规划。

为了了解性病艾滋病问题的大小和流行趋势，我国建立了性病监测和艾滋病监测系统。从1987年开始到90年代逐步完善了报病系统。按照《中华人民共和国传染病防治法》，艾滋病、淋病和梅毒应作为法定传染病进行管理和疫情报告。艾滋病和其他性病又各自设立了监测专报系统。艾滋病专报系统通过各确证实验室和监测哨点，收集艾滋病病毒感染、艾滋病发病及其危险因素变化情况，由中国预防医学科学院汇总上报卫生部。其他性病专报系统通过各地性病防治机构和监测点收集性病发病情况及相关流行数据，由中国医学科学院皮肤病研究所（全国性病控制中心）汇总上报卫生部。

1977年再次出现淋病病例之后的4年仅有2~3个省报告少数病例，1980年全国仅报告48例，从1981年起报告病例的省份逐年增多，到1988年30个省市自治区均有性病新发病例的报告。1977~1990年全国共报告性病465 433例，1990年报告发病率为13.85/10万。《性病防治管理办法》公布之后，从1991~1997年全国性病报告例数如下（表1-1）：

表1-1 1991~1997年全国性病年发病例数

年份	淋病	梅毒	尖锐湿疣	NGU *	其他	合计
1991	114456	1870	42084	9905	7180	175495
1992	130655	1997	48529	15028	3524	199733
1993	161638	2016	51928	20292	4974	240848
1994	193632	4591	65259	32007	4977	300466
1995	204613	11336	83535	56129	7037	362654
1996	202620	20757	95682	68819	10634	398512
1997	224331	33668	104729	85904	12878	461510
合计	1231945	76235	491750	288084	51204	2139218

* NGU 为非淋菌性尿道（宫颈）炎

这一期间累计报告近214万病例，发病数每年增加，从1991

年的 17 万例增加到 1997 年的 46 万例 (年发病率为 37.3/10 万)。性病以南方发病率最高, 如广东 1997 年的发病率为 128.2/10 万。

在性病病例中, 男性多于女性, 但女性病例的比例有所增加 (表 1-2), 男女之比由 1991 年的 1.60:1 变为 1997 年 1.42:1。

表 1-2 1991~1997 年性病病例的性别比

年份	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
男:女	1.60:1	1.65:1	1.69:1	1.64:1	1.48:1	1.42:1	1.42:1

性病病例以中青年为主, 20~49 岁年龄组占 92.8%, 但通过母婴传播及间接传播的 0~14 岁年龄组近年来发病也有较快的增加。

为了更好地掌握性病疫情, 特别是流行趋势, 我国在发病高的地区, 选择建立了性病监测哨点城市。这些地区领导重视, 管理上有统一的要求, 人员得到培训, 实验室条件较为完善。目前全国有 26 个哨点, 分布在全国 22 个省、市、自治区, 覆盖人群 3600 万 (图 1-1)。

从 1993~1997 年哨点监测的结果可以看出各种性病的发病趋势 (表 1-3)。

表 1-3 1993~1997 年全国性病监测哨点的发病率 (1/10 万)

性 病	1993	1994	1995	1996	1997
淋病	72.92	92.15	81.60	75.87	73.37
尖锐湿疣	25.39	30.69	35.24	41.03	47.15
非淋菌性尿道炎	3.99	13.11	25.69	32.29	38.79
梅毒	1.35	3.15	7.22	12.42	20.11
生殖器疱疹	1.12	1.34	2.01	3.75	4.41
软下疳	0.02	0.08	0.08	0.08	0.14
性病性淋巴肉芽肿	0.03	0.02	0.03	0.04	0.06
艾滋病	0.00	0.00	0.01	0.02	0.02
合计	104.81	140.53	151.88	164.49	184.18

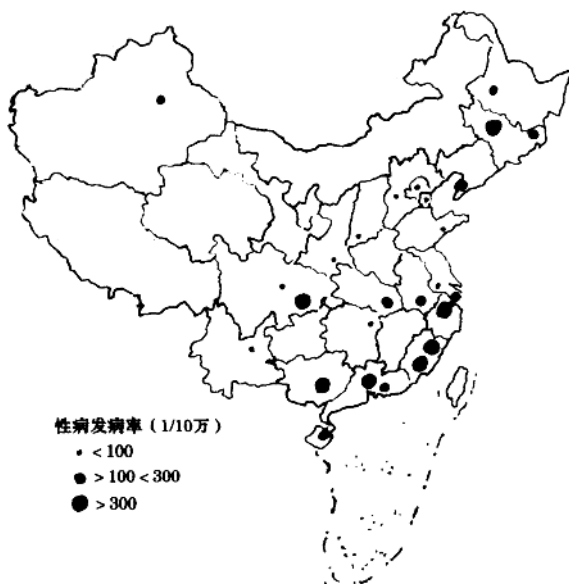


图 1-1 全国 26 个性病监测哨点分布及其发病率 (1996 年)

哨点的性病发病率逐年增加, 从 1993 年的 104.8/10 万增加到 1997 年的 184.2/10 万, 大约增加 56%。性病每年增加还表现出明显的季节特点, 一般第一季度发病率最低, 从第二季度开始上升, 到第四季度达到高峰 (图 1-2)。这些特点可能主要与人口流动有关。我国每年约有 8000 万民工从农村流向城市, 而且大多为青壮年正处于性活跃时期, 从而增加了卖淫服务的需求。

1997 年哨点报告性病 68116 例 (将近全国报病数的 1/7), 年发病率为 184.2/10 万, 男女病例之比为 1.21: 1; 14 岁以下儿童性病 704 例, 其发病率为 9.7/10 万, 可代表我国性病高发地区的流行情况。

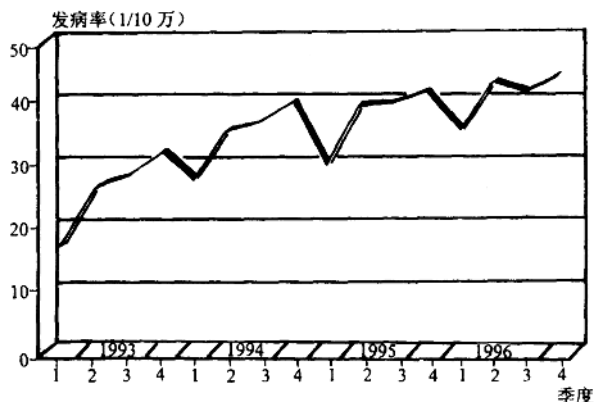


图 1-2 1993~1996 年全国性病监测系统性病季度发病率

在 8 种性病中，1997 年淋病居首位（约占 40%）。此病病期短，可以治愈，一年中某些人群有再感染的可能，从而增加了新发病例数，有高发病率的特点。多数女性淋病患者可以无症状或症状轻微而不就医。我国性病监测以被动监测为主，尽管认真地去收集报告资料，但还有一定的局限性，即发病率的资料受当地防治规划活动的影响。除了性病本身消长以外，增加或减少主动发现患者或改进患者就诊环境，以及主动监测的积极性都会影响发病率的变化，这在以淋病流行为主要病种的地区表现最为突出。估计目前我国很多女性淋病患者没有报告，应重视和加强有关筛查和主动发现淋病患者规划。直肠和咽部淋球菌感染尚很少报道，这些感染多无症状，医务人员尚未给予足够注意，但在男性同性恋者中直肠淋球菌感染却是一项可能促进性传播艾滋病病毒的重要指标，值得重视。另外，由于抗生素的广泛应用，我国已有耐药菌株的出现，以及合并沙眼衣原体及支原体等的感染增加，也增加了防治的难度。其发病率近 2 年来略有下降，是否与医疗干预有关，值得进一步证

实。

梅毒在过去是我国最主要的性病，以民族地区发病最高。中华人民共和国成立后，经过大力防治，到1964年全国曾达到了基本消灭，然而到80年代又有新病例报告，据23个省（市）38个大中城市专项调查，1990~1996年梅毒发病率逐渐增加，特别是近2年在沿海城市成倍增长（表1-4），而且男女发病差别逐年缩小。

表1-4 1990~1996年38个城市梅毒发病率（1/10万）

年份	总发病率	男性发病率	女性发病率	男女之比
1990	0.8	1.0	0.5	1.87:1
1991	0.7	0.9	0.5	1.70:1
1992	0.7	0.8	0.5	1.55:1
1993	0.8	1.0	0.7	1.48:1
1994	1.7	1.8	1.6	1.14:1
1995	3.9	4.2	3.6	1.16:1
1996	7.1	7.2	7.0	1.04:1

目前在我国流行的主要是早期梅毒，约占99%，但也有少数胎传梅毒和三期梅毒的报告。与梅毒发病率上升的同时，在收容教养的卖淫妇女中梅毒患病率也在增加，说明其流行和传染核心人群的传播有关。从全国26个哨点资料分析可见，男性病例比女性病例稍多，女性感染梅毒比男性稍年轻，大年龄组男性病例比女性病例要多，这很典型，说明梅毒主要是通过卖淫嫖娼途径传播（图1-3）。梅毒在我国通过男性同性恋传播的病例虽有报告，但例数不多，尚需进一步调查。

尖锐湿疣易于发现和诊断，其发病率占性病第二位，逐年稳步增长（表1-3）。此病为病毒所感染，目前经各种治疗后，复发率很高。发病率偏高与相当部分的累积病例重复报病有关。

生殖器疱疹也为病毒所感染，但发病率远较尖锐湿疣为低。在

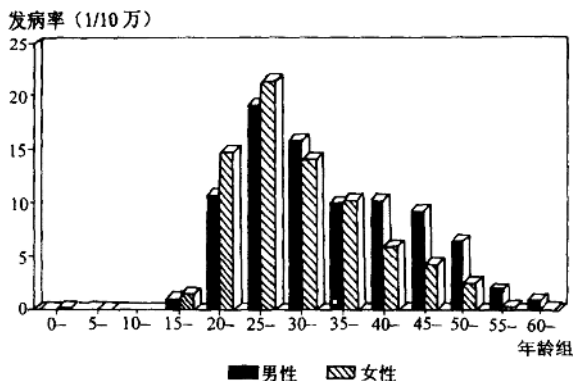


图 1-3 不同性别年龄组梅毒的发病率 (1995 年)

哨点此病逐年增加, 由于有症状而未识别或无症状患者不一定都去就医, 难以辨别是病例数实际增加还是患者和医生对此病的认识增加, 从而增加了诊断和报病数, 该病确切的流行情况尚不清楚。

尖锐湿疣和生殖器疱疹目前为监测的性病, 在诊断后进行报病时, 应将首次发病及复发病例分别报告。只有首次新发病例的总数才可用于统计当年的发病率。

非淋菌性尿道炎 (宫颈炎) 的报告病例有较大幅度的增加 (表 1-3), 此病主要由沙眼衣原体引起, 在女性感染宫颈, 无症状者较多, 易被漏诊和漏报。随着实验室检测手段的完善可能有更多的沙眼衣原体感染发现。考虑到发达国家的发病情况, 如淋病得到控制, 此病包括男性的其他病原体 (如解脲支原体) 引起的非淋菌性尿道炎有超过淋病发病的可能。

其他性病 (软下疳、性病性淋巴肉芽肿) 90 年代开始有报告, 目前仍属少见, 但有漏诊和漏报的可能。

关于性病患者的传染来源, 据哨点调查来自暗娼者约占 1/3 以上, 其次为配偶之间的传播。

人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染已传入我国, 从 1985 年 6 月首例艾滋病在我国大陆报告以来, 至 1996 年底全国 29 个省、自治区、直辖市累计报告 HIV 感染者 5990 例, 其中艾滋病患者 155 例 (见表 1-5)。

表 1-5 1985~1997 年全国上报卫生部 HIV 感染和艾滋病发病数

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
HIV 感染	4	1	7	7	171	297	213	256	251	502	1515	2611	3217
艾滋病	1	0	2	0	0	2	3	5	23	29	52	38	126

近几年, 艾滋病传播速度明显加快, 形势十分严峻。到 1997 年底累计报告 HIV 感染者已增加到 9333 例 (其中包括艾滋病 281 例), 30 个省、自治区、直辖市皆有报告, 然而这只占实际发生病例的一小部分。据专家估计, 到 1997 年底实际感染人数约为 20 万~25 万例。HIV 感染者以 20~39 岁年龄组人数最多, 男女比为 6:1。从职业分布来看, 农民和无业者占感染者的绝大多数。传播途径以静脉吸毒为主, 多数发生在云南、新疆地区, 输血 (血制品) 及母婴传播也有报告, 值得注意的是性传播比例逐年上升。香港 1984 年首次报告艾滋病病例, 目前通过性传播已成为主要传播途径。到 1997 年底, 共报告 HIV 感染者 957 例 (其中艾滋病 309 例), 经性传播的有 790 例。因性病能促进艾滋病的传播, 特别要重视艾滋病与其他性病的防治结合。

我国性病艾滋病增长因素及今后的流行趋势: 首先, 我国跨世纪时期人口特点是低增长率, 但由于人口基数大, 人口增长的绝对数大, 而且此种局面很难有大的改变。由于 60 年代到 70 年代中期, 我国处于高生育期, 因此 90 年代 15~34 岁 (性活跃期) 年龄组人口已超过 4 亿, 占总人口的 1/3, 该年龄组是性病的高发年龄组, 约占性病发病及艾滋病感染者的 80% 以上, 也是发生性病高危行为及性病感染的庞大基础。其次, 外来文化和市场经济对性病艾滋病流行发生的影响也不容忽视, 具体表现在:

1. 社会由封闭型转向开放型, 促进了人口的迁移流动, 缩小

了城乡的差别，加快了人口城市化的进程。

2. 改革开放使一些地区的经济发展加快，率先富裕起来，加大了地区和人群间贫富的差别。

3. 改革开放推动了交通、通讯和服务业的发展，外来文化的影响使人们传统的价值观起了变化，性道德多元化倾向及对不同生活方式表现向往与追求，婚姻关系的不稳定将增加，独身现象在增加，性生活中有多个性接触者现象（包括卖淫嫖娼）也在增加。除了社会因素外，生物学因素如无症状患者的传染性，耐药菌株的不断出现也增加了防治性病的困难。

因此，如无正确的引导，合适的性病艾滋病防治规划和对策以及强有力的干预措施，包括健康教育及医疗服务，则性病患者必然增多，性病传播和艾滋病的蔓延将更为广泛。

二、防治措施

性病艾滋病防治的主要目的是：预防性病及其并发症和严重后果；中断性病的继续传播；减少艾滋病感染的危险。为了达到上述目的，需要加强组织领导，制订防治规划，提供资源，建立专门的性病艾滋病防治机构，培训干部，进行性病及艾滋病监测、宣传教育、医疗干预，组织科学研究和制订必要的法规。这些对策和措施是相互联系和彼此促进的。据此开展的活动基本属于预防医学范畴，但性病艾滋病又是一个与临床医学密切相关的社会问题，必须与临床、社会医学紧密结合，单靠防疫人员是不可能成功地开展这些活动的（图1-4）。

通过规划中的社会一级预防，减少新病例的发生，特别是对艾滋病感染要设法保护有高危行为的人群，减少致病因素，免受病毒感染最为现实和重要；通过二级和三级预防，处理现患病例，缩短其感染期，消除传染源，同时也减少发生并发症及严重后果的可能性。在一级预防中宣传洁身自爱，忠实一个性伴，实行安全性行为，包括使用避孕套作为个人防护。在二级预防中进行宣传教育，

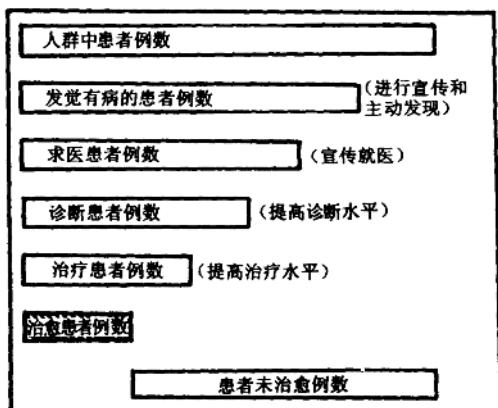


图 1-5 从感染性病到治愈之间各阶段的例数

注：括号中为改进防治性病服务的措施，可增加患者中治愈的例数

有效地进行教育和法制管理，控制这些传染源不再继续传染他人。

以下对一些防治措施加以说明：

(一) 性病艾滋病监测

性病艾滋病监测是对一定人群的发病情况及其有关因素进行长期的、连续的调查。当性病流行情况明了时，可以针对情况及时采取有效措施。

根据《中华人民共和国传染病防治法》及卫生部《性病防治管理办法》，艾滋病、淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（宫颈炎）、尖锐湿疣及生殖器疱疹等 8 种为监测的重点性病。

根据选择人群的不同，性病监测方式可分以下几类：

1. 总人群监测：对全国或一个地区全体人群进行监测。建立报病系统，开展被动监测。患者就诊时，发现重点性病及艾滋病感

染者，则按诊断标准依法报病，可以得到期间发病率的资料。据此能粗略估计性病艾滋病的发病及其趋势，从而安排防治资源。但此方式不可能避免存在低诊断和低报告的问题，其流行病学价值受到限制。

为克服此种方式的不足，可选择一些有代表性的地区作为哨点，加强管理，使哨点地区所有诊治性病艾滋病的医疗单位进行报病，对医务人员进行培训，提高诊断水平，并强调主动监测（为收集疫情主动与报病单位联系），克服医院漏报，从而得到更为可靠的发病资料。此种方式可称为加强的哨点被动监测。

2. 选择人群的定期监测：对一定的人群如供血人员、孕妇、军人、特殊人群、婚前检查人群等定期抽样检查性病和艾滋病。主动发现病人，可得到该检查人群的性病艾滋病患病率，从而估计该人群的患病情况，包括发病趋势，而且可以结合检查采取干预措施。此种方式要有较好的实验室支持，可选择哨点开展。但如果估计地区的性病艾滋病问题的大小，此方式的抽样代表性可能不足。

艾滋病的哨点血清监测更强调在固定地点、固定时间内连续收集特定人群中艾滋病病毒感染流行状况及相关信息，可以快速获得艾滋病病毒感染的流行趋势，其方法见《全国艾滋病哨点监测实施方案》。

3. 以医院为基础的监测：选择一代表性和有条件的医院，定期观察就诊性病及艾滋病感染患者的情况。此种监测结果虽不代表当地的发病率，但能看出不同时期性病艾滋病活跃程度与消长趋势，适于在低流行地区开展。

4. 专项调查：上述监测所得资料仍显不足时，可通过专项调查加以补充。如为了解对治疗淋病不利的耐药菌株产生的情况，取得实验室支持，可定期开展淋球菌的药敏测定，以便指导临床用药。又如为了解发病有关因素，对高危人群进行其行为变化的调查，此种变化可直接影响性病艾滋病的发生。对性病艾滋病根据专项调查的性质，可选择相应的调查方法，包括流行病学、分子流行