

现代中西医诊疗丛书

中 西 医 临 床
性 病 学

主编 欧阳恒 王明忠

中国中医药出版社

《现代中西医诊疗丛书》编委会

学术顾问 (按姓氏笔划为序)

王永炎 李振吉 陈士奎 吴咸中 沈自尹
尚炽昌 施 杞 唐由之 翁维良

总 编: 张文康

总 审: 陈可冀

主 编: 胡国臣 张年顺

执行主编: 张明理

副 主 编: 韦绪性 李佩文 洪家铁 彭 勃 韦绪怀
石效平 鹿道温

编 委 (按姓氏笔划为序)

王友和 王玉来 王自敏 韦绪怀 韦绪性
石学敏 石效平 田秀英 仝选甫 吕宏生
刘玉宁 刘 锋 杜 建 李巧凤 李国栋
李佩文 张明理 张年顺 杨毓华 吴运泉
欧阳恒 武维屏 周庚生 郝瑞福 胡国臣
洪家铁 倪世美 崔乃杰 鹿道温 彭 勃
焦增绵

前 言

随着社会的发展和科学技术的进步，我国医疗卫生事业取得了巨大成就。“西医、中医、中西医结合”医学为保障广大人民的身体健康做出了很大的贡献。无论是在基础研究，还是在临床诊疗方面，三者都有了很大的发展。尤其是中西医结合工作的大力发展，使其基本形成了一门较为独立的中西医结合学。中西医结合最大的优势是反映在临床诊疗方面。在临床工作中，应用中医和西医两套理论和诊疗方法，相辅相成，互为补充，取得了很好的临床疗效，并积累了大量宝贵的经验。在医疗实践中，西医努力学习和掌握系统的中医知识，中医学习和掌握系统的西医知识，对临床疗效的提高非常重要，现已成为广大医务人员的共识。但目前国内还未有一套系统的大型中西医诊疗丛书出版，广大中、西医临床医师及实习医师查阅及学习颇感不便。所以，系统总结我国当代西医、中医、中西医结合三方面诊疗经验，荟萃临床专家的诊治精华，努力反映临床各科中西医诊疗水平已成为迫在眉睫之事了。

鉴于以上原因及强烈的责任感，我们组织了我国数百位临床各科的西医、中医、中西医结合著名专家共同编写了1800余万字，20部的《现代中西医诊疗丛书》这套巨著。该书适合广大西医、中医、中西医结合专业人员参考使用，是广大基层医师的临床必读书，也是广大中、西医院校实习医师临床学习的重要参考用书。

本套丛书体例新颖，特色鲜明，突出临床，突出诊治，突出中西医并举及在临床治疗上的互参并用。从实际出发，客观介绍每一疾病的各种诊疗方法，围绕临床诊治，详略得当，重点突出。全书内容丰富，资料翔实，体现了科学性、实用性、系统性，反映了当代中西医诊疗水平。每一种书一般分总论和各论两部分，总论主要介绍本学科临床基本知识和技术，并对本学科临床诊疗中具有一般性的问题设专题进行介绍。各论主要介绍疾病的诊疗。以西医病名为纲，中西医内容分述。对每一疾病，均从西医、中医、中西医结合三方面论述其诊治。西医内容包括：〔概述〕、〔诊断要点〕、〔诊断标准〕、〔鉴别诊断〕、〔诊断提示〕〔治疗方法〕、〔治疗提示〕。中医内容包括：〔辨证纲目〕、〔辨证选方〕、〔专方验方〕、〔其它疗法〕、〔中成药〕、〔名医经验〕。中西医结合内容包括：〔治疗思路与方案〕、〔诊疗经验集要〕。

西医部分的〔诊断提示〕和〔治疗提示〕是本书重要特色之一。这部分内容重点对该病在发生、发展，以及诊治过程中有关诊断、治疗的重点、难点等诸多相关问题进行临床提示，集中反映了临床专家的诊治精华和实践经验。〔诊断标准〕重点介绍了本病目前最新统一的西医诊断标准，有重要的参考价值。

中医部分内容丰富，实用性强。既有辨证论治，又有专方验方的应用，及其他临床行之有效的方药、方法。中西医结合部分重点介绍疾病在治疗上的中西医方法协同作用，有机结合应用，既体现了当代中西医结合诊治的成果，又具有很好的学术及实用价值。

本套丛书共计 20 种，包括《中西医临床肿瘤学》、《中西医临床疼痛学》、《中西医临床骨伤科学》、《中西医临床皮肤病学》、《中西医临床儿科学》、《中西医临床妇科学》、《中西医临床外科学》、《中西医临床肛肠病学》、《中西医临床呼吸病学》、《中西医临床消化病学》、《中西医临床心血管病学》、《中西医临床肾病学》、《中西医临床血液病学》、《中西医临床神经病学》、《中西医临床急症学》、《中西医临床老年病学》、《中西医临床眼科学》、《中西医临床耳鼻喉科学》、《中西医临床精神病学》、《中西医临床性病学》。

本套丛书的编写工程浩大，各书主编及编写人员表现出了极大的责任心，付出了巨大的努力。同时又得到了许多学术界知名专家的指导及国家中医药管理局有关领导的关怀和支持，谨此致谢。

鉴于本套丛书涉及面较广，临床疾病诊疗又极具复杂性，又受编审时间和编者水平的限制，故书中不妥和疏漏之处在所难免，尚请广大读者批评指正，以便今后再版时修订和更新，使本套丛书成为广大医务人员的良师益友。

《现代中西医诊疗丛书》编委会

一九九六年三月二十八日

编写说明

过去民间习称的花柳病,即性病或性传播疾病(STD)在我国本早已消灭,但近年随着国际旅游业的迅速发展和人员交往的庞杂与增多,在我国死灰复燃,并且日趋流行和蔓延,由南向北,东西窜染,被重新列为国家公共卫生之一大问题。作为具有稳定国情的重要医疗体系,我国适时积极地开展了中医、西医、中西医结合临床性病防治的研究。在性病病源学、性病实验诊断学、性病药物动力学等方面,取得了长足的发展和进步。尤其是中西结合,在继承性、实用性、兼容性、创新性以及开拓性诸多方面,将以强大的生命力,为性病的防治工作开创一种全新的学科而为世界所瞩目。

全书共分总论和各论两篇。第一篇总论设五章,以基础理论和预防医学、实验医学为主体,采取专题的形式,阐述当今国内外性病流行病学与防治对策、诊断标准及治疗规范,突出中医、西医、中西结合对性病防治的新动态、新进展。第二篇各论部分共四章69节,以国内法定性病、其他性传播疾病、性病并发症及后遗症、与生殖器有关的皮肤科疾病诊断与治疗为主。检索常用的中西医内外用药目录等。

我们寄望于该书的出版发行,能对我国性病防治工作起到一定的促进作用,更具体一点是有裨益于从事中医、西医和中西医结合的广大同行,那就是对我们的最大欣慰。由于编写是书涉及中医、西医、中西医结合三方面的内容,意欲达到其有机的整体性,毕竟还是一种尝试,书中缺陷肯定很多,希读者惠予指正。

最后,承蒙全国性病防治中心、中国医学科学院皮肤病研究所邵长庚教授的大力支持和亲自组稿,武汉市第一医院、江苏、湖南、湖北、广东、山东等省市同行的齐心协力,中国中医药出版社张明理主任的具体策划,在此一一表示诚挚的感谢。

欧 阳 恒

1997.6 于湖南长沙

目 录

| | |
|--------------------------------|-------|
| 第一篇 性病学总论 | (1) |
| 第一章 概述 | (1) |
| 第一节 中西医临床性病学范围及其基本内容 | (1) |
| 第二节 当前国内外性病流行状况 | (2) |
| 第三节 性病监测 | (6) |
| 第四节 国内外性病的诊断标准及治疗方案 | (10) |
| 第五节 现代医学防治性病的对策及其新进展 | (25) |
| 第六节 中医性病学研究及其发展前景 | (38) |
| 第七节 中西医结合性病治疗学研究动态及发展规律 | (42) |
| 第八节 中西医临床性病科医师应具备的基本素质 | (48) |
| 第九节 性病专科基本条件 | (49) |
| 第二章 性病流行病学及其分类 | (50) |
| 第一节 性病流行病学 | (50) |
| 第二节 性病分类 | (57) |
| 第三章 性病诊断学及中医性病辨证学 | (60) |
| 第一节 男女生殖器官的解剖及生理特点 | (60) |
| 第二节 性传播疾病的检查方法 | (66) |
| 第三节 性传播疾病的实验室诊断 | (68) |
| 第四节 中医性病辨证 | (104) |
| 第四章 性病治疗学 | (110) |
| 第一节 常用内服药物 | (110) |
| 第二节 常用外用药物及制剂 | (151) |
| 第三节 常用外治疗法 | (177) |
| 第五章 性病预防学及护理 | (197) |
| 第一节 社会综合治理与性教育 | (197) |
| 第二节 性保健与性卫生 | (201) |
| 第三节 性病监测 | (206) |
| 第四节 性心理护理 | (208) |
| 第二篇 性病学各论 | (217) |
| 第一章 中国法定性病 | (217) |
| 第一节 淋病 | (217) |
| 第二节 梅毒 | (225) |
| 第三节 艾滋病 | (233) |
| 第四节 软下疳 | (246) |
| 第五节 性病性淋巴肉芽肿 | (252) |
| 第六节 非淋菌性尿道炎 | (257) |

| | | |
|------|-------------|-------|
| 第七节 | 尖锐湿疣 | (265) |
| 第八节 | 生殖器疱疹 | (273) |
| 第二章 | 其它性传播疾病 | (280) |
| 第一节 | 腹股沟肉芽肿 | (280) |
| 第二节 | 生殖器念珠菌病 | (284) |
| 第三节 | 细菌性阴道病 | (291) |
| 第四节 | 阴道毛滴虫病 | (296) |
| 第五节 | 阴虱病 | (301) |
| 第六节 | 疥疮 | (304) |
| 第七节 | 传染性软疣 | (309) |
| 第八节 | 生殖器阿米巴病 | (312) |
| 第九节 | 淫肠综合征 | (317) |
| 第十节 | 梨形鞭毛虫病 | (322) |
| 第十一节 | 病毒性肝炎 | (326) |
| 第三章 | 性病常见并发症及后遗症 | (336) |
| 第一节 | 前列腺炎 | (336) |
| 第二节 | 精囊炎 | (341) |
| 第三节 | 睾丸炎 | (345) |
| 第四节 | 附睾炎 | (349) |
| 第五节 | 前庭大腺炎 | (353) |
| 第六节 | 输卵管炎 | (355) |
| 第七节 | 子宫颈炎 | (359) |
| 第八节 | 子宫内膜炎 | (364) |
| 第九节 | 盆腔结缔组织炎 | (368) |
| 第十节 | 外阴癌 | (372) |
| 第十一节 | 阴道癌 | (378) |
| 第十二节 | 子宫颈鳞癌 | (381) |
| 第十三节 | 阴茎癌 | (388) |
| 第十四节 | 尿道狭窄 | (394) |
| 第十五节 | 肛门直肠狭窄 | (398) |
| 第十六节 | 阳痿 | (400) |
| 第十七节 | 早泄 | (407) |
| 第十八节 | 性病恐怖症 | (410) |
| 第十九节 | 男性不育症 | (414) |
| 第二十节 | 女性不孕症 | (419) |
| 第四章 | 与生殖器官有关的皮肤病 | (425) |
| 第一节 | 生殖器非特异性溃疡 | (425) |
| 第二节 | 化脓性肉芽肿 | (427) |
| 第三节 | 硬化性淋巴管炎 | (428) |
| 第四节 | 外阴粘膜白斑 | (430) |
| 第五节 | 扁平苔藓 | (432) |
| 第六节 | 外阴外伤性溃疡 | (435) |

| | |
|---------------------|-------|
| 第七节 鲍温氏病 | (438) |
| 第八节 龟头银屑病 | (440) |
| 第九节 糜烂性龟头炎 | (443) |
| 第十节 固位性药疹 | (444) |
| 第十一节 外阴多形红斑 | (447) |
| 第十二节 急性女阴溃疡 | (450) |
| 第十三节 生殖器疖肿 | (454) |
| 第十四节 坏疽性脓皮病 | (457) |
| 第十五节 天疱疮 | (460) |
| 第十六节 阴茎结核疹 | (465) |
| 第十七节 阴茎珍珠样丘疹 | (468) |
| 第十八节 女阴假性湿疣 | (469) |
| 第十九节 皮脂异位症 | (470) |
| 第二十节 汗管瘤 | (471) |
| 第二十一节 龟头包皮炎 | (472) |
| 第二十二节 阴部脂溢性皮炎 | (475) |
| 第二十三节 阴部血管角皮瘤 | (478) |
| 第二十四节 大汗腺痒疹 | (479) |
| 第二十五节 大汗腺炎 | (480) |
| 第二十六节 帕哲氏病 | (482) |
| 第二十七节 白塞氏综合征 | (484) |
| 第二十八节 瑞特氏病 | (488) |
| 第二十九节 阴部带状疱疹 | (490) |
| 第三十节 扁平疣 | (495) |
| 附录一 常用方剂检索 | (499) |
| 附录二 常用西药外用制剂 | (505) |
| 附录三 常用中药外用制剂 | (508) |
| 附录四 中西英文病名对照 | (511) |
| 附录五 参考书目 | (513) |

第一篇 性病学总论

第一章 概 述

第一节 中西医临床性病学范围及其基本内容

性病在现代社会已被人们所重视，特别在医学界，已成为世界范围内研究的一组传染性疾病。实质上性病是人类社会最古老、研究历史最悠久的疾病。西方的《圣经》和中医典籍《黄帝内经》、《千金要方》、《本草纲目》、《霉疮秘录》等，都有关于性病诊治的记载。中医没有“性病”这个专用名称。但从诸多的古籍医学文献中，中医对性病的认识与现代医学对性病的认识有着许多共同之处。比如“淋证”，西医淋病、非淋菌性尿道炎就是其中之一。“下疳”，西医硬下疳、软下疳均为其所属。“杨梅疮”，即西医梅毒。“带下病”，包括了西医念珠菌性阴道炎、滴虫性阴道炎和淋菌性阴道炎。“疥”通疥疮。“疣”包括骚痒为尖锐湿疣。扁瘡与扁平疣，软瘡与传染性软疣等。“横痃”与淋巴肉芽肿、腹股沟肉芽肿相似。“阴部热疮”即生殖器疱疹等等，就能明确说明中、西医在性病方面的共同点和相互关系。而现代性病防治机构所设的性病科（或性病专科）就与中医古代的“花柳科”（或称花柳专科）同出一辙，所谈及的性乱，也就表现在以“寻花问柳”为主要的传染途径。中医在性病治疗方面具有很多的特点、特色，内容丰富多彩，疗效确切，值得深入研究和整理。

中西医临床性病学所研究的范围，用一句简单的话来说，就是用两种学科知识去研究同一类疾病。这两门学科就是中医和西医，同一类疾病就是指性病。性病的基础研究，在许多性病专著中都介绍的非常详细，而该书的重点是突出中西医临床性病学研究，以临床为主要内容，具体临床性病包括的基本内容按照现代医学的标准，分述如下：

一、性病范围

西医对性病的认识有两个概念，一种是传统概念，认为性病是指一组由性交直接传染，并具有明显的生殖器官损害症状的全身性疾病。包括范围为梅毒、淋病、软下疳及性病性淋巴肉芽肿，通常称之为“四大经典性病”。后来又把腹股沟肉芽肿列入性病范畴，称之为第五性病。

近年来，随着医学科学的发展，社会的不断变革，现代人性观念、性道德、性卫生的改变，国外对性病的概念有了新的发展。1975年世界卫生组织常任理事会决定，将各种可通过性行为或类似性行为而传播的疾病，统称为“性传播疾病”（STD）。STD包含了由各种性行为（正常的、非正常的、病态的、同性恋的）所致的直接或非直接接触的传染病，从而替代了传统的经典性病的概念，人们习惯将STD仍统称为性病。目前致病菌30多种，除了传统的五种经典性病外，还包括非淋菌性尿道炎，传染性软疣、念珠菌性阴道炎、滴虫性阴道炎、阴

虱病、疥疮、非特异性阴道炎、阿米巴病、乙型肝炎和获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）等。

1991年卫生部颁发了《性病防治管理办法》，规定艾滋病（艾滋病病毒感染）、淋病、梅毒、尖锐湿疣、非淋菌性尿道（宫颈）炎、软下疳、生殖器疱疹，性病性淋巴肉芽肿等8种疾病为必须报告的性病。因此目前我国就按照8种性病列入监测范围。

二、性病研究的基本内容

性病医学研究随着性病学范围的不断扩大、病种增多、诊疗技术和医学检测手段的日趋完善，从普及型逐渐过渡到高科技、高水平、高速度的发展阶段。

主要包括：

1. 性病的流行病学及病原菌分类。
2. 性病诊断学包括实验室诊断、鉴别诊断和中医辨证。
3. 性病的治疗包括中医理、法、方、药和传统治疗方法。
4. 性病的预防与性病后遗症，并发症的康复医疗及护理。

（王明忠）

第二节 当前国内外性病流行状况

性传播疾病（STD）由于其传播速度快，影响范围广，并能引起并发症和后遗症，已成为世界上最常见的公共卫生问题之一。STD的流行对人们的身心健康、家庭的幸福和社会的稳定都构成了严重的威胁。如梅毒不早期及时治疗，到晚期会导致心血管和中枢神经系统的严重损害；淋病可引起盆腔炎和菌血症，导致关节炎、心内膜炎和皮肤损害，以及不孕症和不育症。而近年来在全世界流行的艾滋病则是一种病死率极高的严重疾病，被人们形容为“超级癌症”，迄今为止尚无有效的治疗方法。这些都说明了性病流行对社会、经济和人类的影响。

目前就全世界范围来说，STD的发病率较高，世界卫生组织估计目前全世界每年有新发性病病例2.5亿，包括5000万例衣原体感染、3000万例生殖器疣、2000万例生殖器疱疹、1.2亿滴虫病、2500万例淋病、350万例梅毒和200万例软下疳病例。1995年估计有270万，而1996年将约有310万新的HIV感染者。预测到2000年，全球HIV感染者可达几千万至1亿例。另外还有大量不确切数字的细菌性阴道病以及在性伴之间可以通过性传播的其他疾病。

我国在建国前，性病曾猖獗流行，据估计当时约有性病病人近一千万人。性病的流行不仅严重摧残广大劳动人民的身心健康，殃及子孙后代，而且威胁到中华民族的繁荣昌盛。建国后，在党中央、国务院和各级政府的领导下，采取了多项的防治措施，在全国人民的大力支持下，性病防治工作者经过十余年的艰苦努力，终于在1964年取得了在全国基本消灭性病的伟大创举，受到世界各国的瞩目。

自80年代起，随着对外开放、对内搞活发展国民经济总方针的实施，旅游事业的迅速发展，国内外人口流动量的剧增，性病又死灰复燃，并在全国各地迅速蔓延。1981年全国报告性病病例仅166例，但到1995年，全年性病报病数已达362654例，发病率为30.73/10万。特别是我国自1985年发现首例艾滋病病人后，病例数也在逐年增加。估计目前我国已有5万~10万HIV感染者，艾滋病的出现和流行又给性病防治工作提出了新的挑战。

STD由于病原体的不同，其流行特征也有所不同，现将国内外几种主要性病的流行情况

分述如下:

一、淋病

淋病是一种经典性性病,也是目前最常见性病之一。该病病期短,可以治愈。但由于人体对淋病无有效的自然免疫力和获得性免疫力,所以某些人群的再感染率很高。由于多数女性患者可以无症状或症状轻微而不就医,所以造成了部分病例的漏查和漏报。

在60~70年代,淋病在国外发病率较高,且增长速度很快。美国1960~1975年淋病病例数增加了286%,男女患者之比为2.1:1。但到80年代和90年代初,淋病的发病数有了下降的趋势,特别在欧洲下降很快,如该病在瑞典和德国已不再流行;而在北美淋病发病率下降要慢得多,主要是受教育人群及少数民族明显不同所致。中上层人群淋病发病率类似于欧洲,而低层人群(内地城市和黑人)则类似于发展中国家。美国1979年淋病发病率高达459/10万,以后呈逐年下降趋势。1994年美国报告了淋病病例418068例,发病率继续从1993年的173.8/10万下降到1994年的168.4/10万。男性淋病发病率在1994年继续下降,但女性淋病发病率从1993年的147.1/10万增加到153.7/10万。在这两年中,美国15~19岁青少年的淋病患者增加了3%。在发展中国家淋病更为常见,非洲妊娠妇女中淋病感染率为2%~20%,在肯尼亚的内罗毕淋病发病率估计为7000/10万。可以致盲的新生儿淋菌性眼炎在西方得到了控制,但在非洲没有采取措施的地区1/20婴儿有这种眼炎发生。

我国50年代淋病发病占第二位(次于梅毒),到60年代中期,随着梅毒的基本消灭,淋病也已绝迹。目前淋病在报告性病中居首位(构成比为50%左右)。1995年全国26个性病哨点报告淋病29579例,发病率为81.6/10万,该病仍为性病的优势病种,影响着整个STD的发病率。在儿童性病中,淋病也占绝大多数。有作者复习近9年来国内有关病例报告,在885例儿童性病中,淋病约占80%。由于淋病的增长速度缓慢或减少,所以其构成比例有逐年下降的趋势,全国性病监测系统1995年淋病病例数比1994年下降了9.84%。

二、梅毒

梅毒是一种危害较大的STD,由于它潜伏期长,几乎可侵犯全身各个器官,产生多种多样的症状和体征,可以多年无症状呈潜伏状态,也会通过胎盘传播给下一代,所以这种疾病在流行病学上有着重要的意义。尽管梅毒的危害较大,但只要做到早期发现和早期规则治疗,是可以得到控制的。

从70年代起,欧洲早期梅毒的发病率一直很低(<10/10万)。瑞典从1982年起梅毒发病开始下降,但男女患者的比例上升到6.5:1;美国早期梅毒发病率为10~20/10万,1979年男女患者比例>3,这主要是受男性同性恋的影响。80年代由于艾滋病的流行和防治,男性同性恋注意了防护,男女患者的比例开始下降。但在80年代末,美国早期梅毒病例又开始增加,主要是发生在城市的年轻人,特别是在黑人中。如1992年早期梅毒报告有33973例,其中黑人占84.20%。而且先天性梅毒病例上升到100/10万(活产),反映出育龄妇女早期梅毒的增加,其中70%为未婚母亲,她们很少去作产前检查。在1993~1994年间,美国早期梅毒的发病率从10.4/10万下降到了8.1/10万,先天性梅毒的发生率也已从80.7/10万(活产)下降到55.6/10万(活产)。和发达国家不同,发展中国家此疾病的感染率很高,如孕妇患病率高达1%~20%。赞比亚一项调查发现,某医院出生的婴儿中近1%有先天梅毒的表现,而

40%的死产是由先天梅毒所致。

梅毒在50年代是我国最主要的性病,以少数民族地区发病最多,如内蒙地区普查发现梅毒患病率高达48%。而我国目前流行的梅毒主要是早期梅毒,占94.7%,三期梅毒和胎传梅毒则很少报告。1995年全国梅毒的发病率为0.96/10万,性病监测系统为7.22/10万。近年来,南方沿海及旅游城市梅毒发病率有明显的增高趋势,如福州市此病的发病率从1990年的0.57/10万上升到1994年的52.15/10万,增长达91倍之多。该地区性乱人群中该病的患病率也从1993年的9.3%增加到了1994年的18.1%和1995年的22.8%,说明病例的增加可能与核心人群的传播有关。

三、沙眼衣原体感染

沙眼衣原体感染在国外是一种常见的疾病,虽然此病的发现要比淋病晚20年,但到80年代已成为欧美最为流行的STD,其发病率超过了淋病。沙眼衣原体感染常发生于较高层的白人妇女,但现今其发病似乎正在下降。在瑞典的孕妇中,沙眼衣原体的感染率从1984~1985年的19%降低到1988年的2.4%。从1984~1994年,美国沙眼衣原体的报告发病率从3.2/10万增加到188.4/10万,发病率的增加主要是由于加强了筛查、无症状病例的检出(主要是妇女)和改善了报病,而不是真正该病的增长。美国1994年报告了448984例衣原体感染病例,首次超过了淋病的报告数(418068例)。女性的发病率(265.3/10万)大大高于男性(46.2/10万),这主要是由于在筛查中增加了对无症状妇女的检测。男性的低发病率说明部分女性沙眼衣原体感染者的性伴未诊断和报告,另外诊断为非淋菌性尿道炎的男性也未能进一步作衣原体检测,尽管他们大多可能是由于衣原体感染所致。这种疾病在发展中国家的发病率与西方国家差不多或偏低,如新加坡在14%准备流产的妇女中分离到了沙眼衣原体。非洲与欧美一样,沙眼衣原体感染多见于年轻人。另外一个有意义的现象是高危妇女和当地低危妇女同样有低的患病率,这种高危人群低感染率,如除外诊断问题和使用过四环素,则可能与产生了相对的免疫力有关。

在我国由于实验室检测手段所限,大多基层单位尚不能作沙眼衣原体的检测,诊断只根据临床非淋菌性尿道炎(NGU)的症状作综合诊断。1995年我国NGU报告病例有较大幅度的增长,在全国性病监测系统报告了9311例,比1994年(4667例)增长99.51%,NGU主要由沙眼衣原体和支原体所引起,少数可由其它微生物所致。在我国泌尿生殖道沙眼衣原体感染已有流行,据调查估计在一般人群中,因地区不同患病率大致为0.01%~10%。考虑目前发达国家的发病情况,估计沙眼衣原体感染,包括NGU的报告病例在未来有超过淋病的可能性。

四、尖锐湿疣

尖锐湿疣是一种病毒性STD,由于目前任何治疗都不能根除此病毒的感染,特别对亚临床感染无有效的治疗方法,也不能清除传染的危险性,因此该病属于高患病率的疾病。由于尖锐湿疣在不少国家不属于法定报告的疾病,其流行的状况并不清楚。但据一些调查的结果表明,目前尖锐湿疣也是欧美国家最常见的STD之一。近10年来,该病在美国的发病数增加了5倍,英国自1975~1979年此病的发病率从41.91/10万上升到65.43/10万。

尖锐湿疣在我国50年代仅偶尔见于皮肤科,但到80年代随着STD的再次流行,此病开

始增多,而且有较快的增长幅度,目前报告病例数在STD中仅次于淋病而占第二位。1995年全国性病监测系统报告的发病率为35.2/10万,患者主要为年轻人,绝大多数的传染与性行为有关,但也有少数儿童尖锐湿疣的报告。此病和其他STD不同,女性患者多于男性,1995年男女患者之比为0.83:1。这可能与女性妊娠、口服避孕药增加了病毒感染的流行强度有关。

五、艾滋病

自1981年美国首次报道艾滋病以来,至今已在全世界蔓延。至1996年6月,全球已有193个国家和地区报告发现了艾滋病病例和HIV感染者。各国累计报告艾滋病病人139万例,其中美洲69万,非洲50万,欧洲17万,亚洲3万,大洋洲近1万。但据专家估计,全球艾滋病病例至少有770万,其中成人约为610万,儿童160万;有580万艾滋病病人已死亡。估计目前全世界累计HIV感染者有2790万(包括艾滋病病人),其中尚存活的HIV感染者2180万人。从发展趋势看,全球HIV/AIDS疫情上升势头未减,预计到本世纪末,亚洲将成为感染率最高的地区;另外,全球工业化国家HIV/AIDS感染人数趋于稳定和略有下降,而多数发展中国家感染人数仍在持续快速增长。

我国在1985年发现首例艾滋病病人为来华旅游的外宾,继后每年报告数例HIV感染者或艾滋病病人;1989年在云南西南边境地区静脉吸毒人群中发现146例HIV感染者,以后几年在此地区HIV感染略有上升,但尚未引起全国性的流行,同时期全国各地在性病患者、卖淫妇女、归国人员、同性恋、应用血液和血制品者中也发现了HIV感染者。总的来说,我国自1985年至1993年的近10年期间,HIV感染的流行还处于低水平阶段;从1994年和1995年开始,HIV感染者在全国流动人口、有偿供血者、性病患者、卖淫妇女及吸毒人群中有较大的增长。截止1995年底,全国累计报告HIV感染者3341例,包括艾滋病病人117例,死亡82例。HIV感染者中,外国人376例,海外华人52例,大陆居民2913例,疫情分布于27个省、自治区和直辖市。

六、其他STD

软下疳和性病性淋巴肉芽肿均为经典STD,主要流行于热带或亚热带地区,在东南亚和拉丁美洲国家发病率较高,多发生于经济贫困、生活条件差的人群中。黑人中患病率较高,肯尼亚到STD门诊就诊的患生殖器溃疡的妓女中,最常见的STD是软下疳。在西欧和美国这些疾病并不多见,但有局部地区的爆发。美国自1988年以来软下疳呈逐年下降的趋势,1994年报告软下疳病例1349例,发病率为0.3/10万。

在我国建国初期,这些疾病较为常见,如在上海医院门诊中,软下疳占性病病例的1.6%;1941年北京在妓女中检查性病性淋巴肉芽肿的患病率高达28.7%;60年代后的近20年来未再发现这些疾病,而90年代初一些地区又有了个别病例报告,但多为临床诊断,未经实验室检测证实。软下疳在我国邻近国家发病较高,传入我国极有可能,估计目前临床上也有着漏诊和漏报的情况。

(梁国钧)

第三节 性病监测

疾病监测是一种十分系统、完整、连续和规则地观察某些疾病在某些地区或人群分布动态的方法，并调查其影响因素，考核评价防治效果，将监测结果及时传达给一切应该知道的人员，以便采取正确的防治对策和措施，它也是对致病因子、宿主和环境动态过程的流行病学研究。

如果把有限的资源集中在几个地区的选择人群，特别是性病高危人群中进行监测，将提供有关性病流行的详细资料，用以补充常规疫情报告的不足。这就是哨点监测 (sentinel surveillance)。单个的哨点监测能够得到该地性病发病、分布和流行趋势的重要资料，它提供的信息虽不能推广到整个人群或地区，但是把有代表性的不同哨点收集的资料综合在一起时，就可以提供一个国家或地区性病疫情的可靠信息，这样可以补充常规疫情报告系统的不足。

一、监测的类型

根据所需资源和对监测的不同要求，可将监测分为几种不同的类型。

(一) 哨点监测

是指通过某些观察哨点，对哨点中性病的发生和发展情况进行监测，哨点可以选择医院、实验室等。

1. 以医院为基础的哨点监测系统：选定一些有代表性的的医院作为监测点，长期观察这些医院中性病的发生、增减趋势和病种的分布。这种方法能取得相对准确的资料，仅需少量的人力和资源，不足之处是只能估计出性病问题的相对大小及发病趋势，同时需要有较好的性病实验室支持。

2. 以实验室为基础的哨点监测系统：国外以实验室为基础的监测是传染病监测的一个重要组成部分，性病流行的信息常需要通过这个系统得到。该系统发挥效能的一个关键问题在于检验结果能否按常规上报、交流和反馈。

(二) 人群的监测

可分为总人群的监测和整群监测。总人群的监测是指对一个地区或一个国家全体人群进行监测。整群监测是通过将人群分成一定范围的小区，选择部分居民区，整群抽样进行监测。但如选择一地区的所有人群则应包括该人群所有医院的病人，即结合了以医院为基础，并长期观察该人群中性病的流行和分布。这种监测系统的优点是可以得到较为完整且精确的资料，并且资料的可比性强。但需要花费较多的财力和人力，要求素质较高的监测负责单位和监测人员，同时也需要较好的实验室支持。

(三) 专项调查

尽管临床医生的性病病例报告是一种提供可持续得到监测资料的相对价廉的方法，但由于哨点医院的主要工作不是提供监测资料，因此如果要求收集太多的资料，监测工作者可能会感到负担太重而影响工作的积极性。可取的方法是通过开展一些灵活的专项调查来补充常规收集的监测资料。专项调查可以获得临床报告所不能常规提供的信息，一般把调查的重点放在产前妇女、卖淫妇女、学校的学生或其它感兴趣的人群。专项调查提供一种不仅可以了解性病流行临床表现的疾病谱，而且可以了解常见病原学详细情况的机会。这些调查可提高

临床诊断和报病的可信性,从而给予患者更加有效的处理。但这类调查应谨慎设计,并确定样本的大小、抽样方法和提出适当的资料收集的方法。

二、监测方法的选择

监测方式的选择与监测目的是紧密相联系的,如果采用不同的方法均能达到目的时,就要考虑所谓的监测效益了。监测效益是由监测费用与效益比提出的一个概念,达到监测目的所花费的人力和物力越多,则监测效益越小,反之则大。当用于监测的资源有限时,自然要选择花费少、较容易的方式进行。

由于监测的目的、监测疾病的特点以及所涉及的人群文化背景和社会习俗的差别,因而所采取的监测方式也是不同的,而对于性病监测又更有它不同的特点,主要表现为:

1. 大多性病患者是由于婚外性交所感染,故患病后心理压力大,多希望采取匿名求医或自己买药的方式治疗。
2. 一些患者虽然就医,但医务人员诊断后,认为报病是负担,并未主动报病。
3. 除了性传播的主要途径外,某些疾病还可通过胎盘、密切接触或医源性等途径传播。因此这类疾病的监测还应包括对孕妇、新生儿、家庭聚集性以及医源性传播的监测。
4. 由于这类疾病是社会性疾病,所以除了对性病流行的趋势进行监测外,还应该对人群危险行为的情况进行监测。
5. 某些疾病的确诊比较困难,或无临床表现,需要有较好性病实验室的支持。

鉴于性病的监测有以上的特点,所以在选择监测方法时,应充分考虑疾病的特点来选定。显然采取整个人群的监测方式,由于漏诊和漏报较为严重,可能得不到较为精确的资料,且不利于保护病人。而选定的人群监测(监测点监测),可通过小样本的人群监测,得到性病流行的准确资料。目前我国性病监测点监测系统就是采用这一监测方式,但这种方法需要投入一定的物力和人力。而对于性病防治工作基础较差,可利用资源有限的地区,哨点监测则是首选的方式,也就是通过选择一些哨点(性病门诊、医院和实验室)进行性病流行趋势的监测,可得到事半功倍的效果。因此各地可根据不同的监测目的、人力和资源情况以及实验室的水平来选定监测类型,在进行全国或全省的性病监测时,也应根据各地的不同情况,选择不同的监测方法而进行分级管理。

三、目前国内外性病监测的介绍

(一) 国外的性病监测

在国外由于资源、人力等方面的原因,在性病监测中常采用医院监测的方法,通过专项调查,以得到性病监测的资料,以下介绍在美国开展的几项监测活动。

1. 淋球菌对抗生素的耐药监测。从80年代开始,美国淋球菌耐药监测规划在26个性病诊所开展,近几年的监测结果如下表(表1)所示。

由监测结果可见,在1991年~1994年间,由质粒介导的淋球菌耐药菌株的比例从19.2%下降到14.3%;相反,由染色体介导的耐药菌株从13.9%增加到16.2%。在1994年,有30.5%的淋球菌菌株对青霉素和/或四环素耐药,其中产青霉素酶淋球菌菌株(PPNG)占6.1%;耐四环素淋球菌菌株(TRNG)占6.5%;PPNG/TRNG占1.7%,无耐药菌株占69.5%。监测结果也发现,虽然淋球菌对目前常用的治疗药物尚未产生耐药,但其敏感性已

有下降的趋势。

表 1 美国淋球菌耐药监测规划监测结果

| 年份 | 检测菌株数 | 质粒介导耐药 | | 染色体介导耐药 | |
|------|-------|--------|-------|---------|-------|
| | | 耐药数 | 率 (%) | 耐药数 | 率 (%) |
| 1991 | 5118 | 983 | 19.2 | 710 | 13.9 |
| 1992 | 5328 | 957 | 18.0 | 847 | 15.9 |
| 1993 | 5265 | 792 | 15.0 | 810 | 15.4 |
| 1994 | 5000 | 715 | 14.3 | 812 | 16.2 |

2. 妇女和儿童性病的监测。从 1988 年开始,美国疾病控制中心 (CDC) 开始在妇女中进行沙眼衣原体的筛查规划,到 1994 年已有 46 个州参加了这项活动,并已完善了沙眼衣原体的法定报告。监测结果可见,在 1993~1994 年间,妇女衣原体感染的报告发病率从 249.7/10 万增加到 265.3/10 万,但此仅反映了筛查的趋势而不是疾病发病率的趋势。这是因为:①妇女的衣原体感染大部分无症状,仅可通过筛查发现;②报告的病例既包括患病率的病例,也包括发病率的病例。尽管存在着漏报,但在许多州妇女衣原体的发病率已超过了淋病。通过长期筛查规划可减少妇女中衣原体感染的患病率已在此项干预规划实施多年的地区证实,如在某些地区的计划生育门诊中,自 1996 年以来,衣原体的感染率在逐年下降。

儿童的先天性梅毒与妇女早期梅毒的发病趋势密切相关,先天性梅毒的发病高峰通常是在妇女早期梅毒发病高峰的后一年。美国先天性梅毒的发病高峰是在 1991 年,其发病率为 107.6/10 万活产儿,而妇女早期梅毒的发病高峰是 1990 年,发病率为 17.3/10 万。1994 年儿童先天性梅毒和妇女早期梅毒发病率已分别降低到 55.6/10 万活产儿和 7.6/10 万。

得到淋病和衣原体感染引起的盆腔炎 (PID) 以及输卵管性不育症发病情况的准确资料是困难的,由于疾病的诊断的复杂和侵入性 (例如腹腔镜、剖腹产、输卵管开放性探查),所以大多 PID 的治疗是在临床诊断的基础上,并在个体间有较大的差异。另外,提供的治疗在不同的时期有很大的变化,如在 80 年代需要住院治疗的 PID 病人,在 90 年代仅在门诊进行处理,这些原因使 PID 的监测十分困难。从 80 年代到 90 年代初住院 PID 患者的趋势已稳步下降。然而这些趋势更好的反映了住院率的变化,而不是真正的疾病趋势的变化。

近期监测资料表明与异位妊娠有关的卫生服务在 80 年代末和 90 年代初已经有了改变。在此之前,异位妊娠患者通常需要到医院处理,因此住院率的统计通常可用于监测异位妊娠的趋势。从 1990 年开始,异位妊娠患者住院开始减少,门诊监测的资料表明,几乎有一半的异位妊娠者在门诊治疗。1992 年美国对异位妊娠总数的估计是 108800 例 (或 19.7/1 千妊娠者),这也是近 20 年以来发病的最高水平。

(二) 我国的性病监测

我国在建国后面对性病流行的状况,政府采取了一系列防治性病的措施,如在民族地区和农村作梅毒筛查,在现场及门诊观察性病的消长趋势,选择可行和有效的检查和诊断方法,当时虽然没有监测这一概念,但实际上已开展了有关的监测活动。经过了 15 年的防治工作,到 1964 年性病 (主要是梅毒) 在全国范围内达到了基本消灭。可以肯定,这些监测活动是非常必要的。

但在 80 年代初期,STD 在我国重新流行,随着改革开放,我国社会环境发生了很大的变化,面对性病流行的新形势,由于经验不足,无可借鉴的成功经验,因此开展监测存在许多

困难。为了摸清 STD 流行的现状和发展趋势,探索在新形势下开展性病防治工作的经验,评价防治措施的效果,补充大疫情报告的不足,我国从 1987 年起在卫生部的领导下,选择了以人群为基础的监测方法,开展了性病监测工作。

近 10 年来,我国探索性病监测主要经历了三个阶段:

第一阶段(1987~1988 年):1987 年卫生部选择了 16 个性病高发城市作为试点,培训了技术干部,建立了性病实验室。每个监测城市建立了性病疫情报告网络,收集性病疫情资料,通过全国性病防治中心加以汇总、整理和分析,报告给卫生部。试点城市取得了被动监测的经验后,从 1988 年起将经验推广到全国。

第二阶段(1989~1992 年):由于各监测城市报病系统的建立及报病并非同步,报告的病种也不统一,所以很难区分病例是实际增加,还是报病的积极性提高所致,各地发病率的高低也难于加以比较,因此对性病的被动监测有必要加强管理和统一要求。在性病监测的第二阶段,随着《中华人民共和国传染病防治法》和《性病防治管理办法》的颁发,制定了对 8 种性病监测和管理的要求,这就对性病报病系统有了统一的要求。

第三阶段(1993~1996):为了节省有限的资源,较快地对性病的流行状况作出评价,特别是得到较为准确的流行趋势资料,为决策部门提供制定防治规划的可靠数据,卫生部以原有的 16 个监测城市为基础,加以调整,增加了 10 个监测点,建立了一个覆盖全国 77% 的省、市、自治区(3512 万人口),包括农村和少数民族地区的 26 个点的性病哨点监测系统。该系统主要有以下特点:

1. 重新制定了性病监测点监测方案。以科学、准确、全面、规范和可比的要求对原有的监测方案进行改进,通过反复论证和试点后于 1993 年在整个监测系统开展;
2. 统一了在监测系统使用的疫情报告卡片和各种统计表格;
3. 制定了一整套的监测工作技术标准、操作规范和管理制度;
4. 建立了以全国性病控制中心、省性病防治负责单位为基础的多级管理和督导的体系;
5. 在监测系统开展主动监测和主动发现病人工作,如各监测点每年进行医院性病疫情漏报调查,在五类人群(性乱人群、妇科门诊、供血员、婚前检查和饮服行业)中进行性病筛查;
6. 开展了监测信息的反馈。每季度出版《性病监测情况交流》和每年出版《中国性病监测资料集》,将疫情信息等有关的监测资料及时反馈给有关人员;
7. 每年根据性病防治工作的需要开展专项调查,如健康教育的效果评价、历年对淋球菌耐药的监测等;
8. 为了保证监测资料的可靠性,每年进行疫情资料的质量控制和性病实验室的检测的质量控制。

我国 10 年来的监测工作的经验可见,哨点监测的优点在于性病监测哨点人员得到培训,实验室检测水平相对较高,有严格的管理体系,有较好的敏感性和阳性预期值,得到的监测资料更为可靠和全面。尽管我国性病监测工作刚刚起步,与国外的先进水平相比有较大的差距,监测资料的准确性和监测工作的质量还有待于提高,但我国性病监测系统以科学的工作方法和较好的监测效益在性病防治工作中起着非常重要的作用。

(梁国钧)