

# 我国预防控制经性途径传播艾滋病的政策变迁及趋势分析

徐鹏<sup>1\*</sup> 韩琳<sup>2</sup> 曾刚<sup>1</sup> 马福昌<sup>1</sup> 刘康迈<sup>1</sup> 吕繁<sup>1</sup>

1. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心 北京 102206

2. 甘肃省人民医院 甘肃兰州 730000

**【摘要】**我国艾滋病流行模式由早期静脉注射吸毒传播为主,逐渐演变为吸毒和性传播并重,进而发展到目前经性途径传播为主。中国 20 多年防控经性途径传播艾滋病的工作主要可分为四个阶段,在不同阶段,针对疫情,结合社会环境,采取了不同的防治策略,从早期的道德宣传和国境防范,到主动干预和积极预防,再到政府主导和全民动员,发展到目前防治形式的多样性和科学性,突破意识形态局限的阶段,反映了疫情、认识和策略之间的相互影响。在综合分析流行模式、防治策略、干预思想和预防技术的基础上,本文分析了未来预防控制经性途径传播艾滋病的策略,包括改进健康教育形式、创新干预手段、减少家庭内传播、更大限度发现 HIV 感染者、重视性别因素在扩大感染中的作用、关注流动人口的桥梁作用、消除社会歧视等。

**【关键词】**艾滋病;性传播;策略;趋势

中图分类号:R183 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.07.011

## Prevention and control of sexually transmitted HIV/AIDS in China: Policy evolution and trends

XU Peng<sup>1</sup>, HAN Lin<sup>2</sup>, ZENG Gang<sup>1</sup>, MA Fu-chang<sup>1</sup>, LIU Kang-mai<sup>1</sup>, LV Fan<sup>1</sup>

1. National Center for STD/AIDS Control and Prevention, China Center for Disease Control and Prevention, Beijing 102206, China

2. Gansu Provincial Hospital, Gansu Lanzhou 730000, China

**【Abstract】**In China, The main HIV/AIDS transmission mode in China has evolved from the early stage of intravenous drug use (IDU) to the dual transmission of IDU and sexual transmission, and then to the current sexual transmission. During the past 20 years, the prevention of sexual transmitted HIV/AIDS has mainly included four stages: moral propaganda and border quarantine, active intervention and prevention, government leading and national mobilization, diverse and scientific preventive methods free from ideology. In each stage, different prevention strategies were adopted according to the severity of the epidemic, public awareness, and effectiveness of strategies. On the basis of a comprehensively analysis of epidemic modes, intervention, and prevention strategies and technologies, this paper has proposed some strategies, which mainly includes improving HIV/AIDS health education, devising innovative intervention methods, reducing domestic transmission, searching for HIV infected persons on a large scale, an emphasis on the factor of gender, and concern for the bridge role of migrant populations and the elimination of social discrimination.

**【Key words】**AIDS; Sexual transmission; Strategy; Trend

艾滋病的流行一般从有高危行为的人群(如吸毒者、卖淫者、嫖娼者、男男性行为者等)开始,然后通过性行为传播到一般人群,当性途径成为主要流

行模式时,传播速度将明显加快。<sup>[1]</sup>2011 年我国估计现存的 78 万艾滋病病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)感染者和艾滋病病人中,经异性传播的

\* 基金项目:国家自然科学基金(71003089);全球基金艾滋病项目重点问题研究(2012-51)

作者简介:徐鹏,男(1976 年—),博士,副研究员,主要研究方向为艾滋病防治政策。E-mail:xupeng2007@163.com

通讯作者:吕繁。E-mail:fanlv@vip.sina.com

占 46.5%，男男同性传播占 17.4%。<sup>[2]</sup>因此，预防控制经性途径传播艾滋病已经成为工作重点。<sup>[3]</sup>

## 1 我国艾滋病流行模式的变化及防控经性途径传播的政策变迁

艾滋病防控政策的制定是各类因素共同作用的结果：以对流行形势和趋势的判断为基础，同时，受到社会环境和认识水平的影响。综合分析，我国 28 年来防控经性传播艾滋病的工作主要分为四个阶段。

### 1.1 严防传入、监测为主阶段(1985—1988 年)

#### 1.1.1 艾滋病疫情特点

1985—1988 年为我国艾滋病传入期，艾滋病病例呈零散分布状态。<sup>[4]</sup>1985 年我国报告首例艾滋病病人，这一年全国只报告 19 例 HIV 感染者，疫情仅发生在 7 个省份；1988 年之前，我国发现的 HIV 感染者主要是外籍公民，中国国籍感染者也与境外有密切关系，例如报告的 4 例血友病病人皆因使用进口凝血因子而被感染。<sup>[5]</sup>

#### 1.1.2 预防控制艾滋病的思想

这一时期，几乎所有人都认为艾滋病是同西方生活方式相联系的，是从境外进来的，因此，只要守住国门就能杜绝，于是，形成了所谓“御敌于国门之外”的策略。

#### 1.1.3 主要政策内容

1985 年 12 月，卫生部向国务院提交了《关于加强监测，严防艾滋病传入》的研究报告，强调艾滋病主要是通过性接触传播的传染病，与外籍人员有性关系的人员需检测。1986 年，卫生部实施《性病监测工作试行方案》，其中要求对艾滋病加强监测。1986 年，国家教委和卫生部《关于对外国留学生进行艾滋病检查的通知》要求，在华居留期限一年以上的外国留学生和外国学者必须进行 HIV 检测。1986 年的《外国人入境出境管理办法实施细则》和 1989 年的《国境卫生检疫法实施细则》规定，禁止患有艾滋病的外国人入境。1987 年，卫生部和公安部发文要求来华外国人提供“健康证明”，对查出的 HIV 感染者实行隔离。1987 年，《全国预防艾滋病规划 1988—1991》提出严厉禁止卖淫、嫖娼、同性恋和吸毒。1988 年，六部委发布《艾滋病监测管理的若干规定》，规定外籍 HIV 感染者不准入境。

这一阶段防治政策特征主要表现为严把国境关：注重国境监测、严防传入；同时，强调道德宣传，严惩卖淫、嫖娼等行为。此时，对艾滋病综合干预的思想（如推广使用安全套）还未诞生，预防手段显示出明显的意识形态和依靠强硬的行政手段的特点。这一时期，国家加强了机构和组织建设，1986 年成立了全国性病防治中心；同年 10 月，成立了国家艾滋病预防和控制工作组；1988 年建立了中国预防性病艾滋病基金会。

### 1.2 强化宣传、主动预防阶段(1989—1998 年)

#### 1.2.1 艾滋病疫情特点

1989—1998 年，我国艾滋病进入广泛流行期。31 个省（直辖市、自治区）都发现了 HIV 感染者，全国累计报告 12 639 例 HIV 感染者和病人，其中静脉吸毒 8 776 例（占 69.4%），经性传播 834 例（占 6.6%）。<sup>[6]</sup>

#### 1.2.2 预防控制艾滋病的思想

1989 年，在云南边境地区的吸毒人群中集中发现 146 例 HIV 感染者，<sup>[7]</sup>引起人们的震惊，开始反思“严防传入”策略的局限性：在日趋开放的社会里，能否通过封闭的方式解决公共卫生问题？经过争论与探讨，艾滋病防控策略开始向主动预防转变，对一些干预工作开展探索性的试点。

#### 1.2.3 主要政策内容

1989 年，我国通过了《传染病防治法》，将艾滋病列为乙类传染病。1990 年，《中国预防和控制艾滋病中期规划（1990—1992）》强调把性病门诊病人、暗娼、同性恋者等人群作为宣传重点。1990 年，卫生部、公安部下发《进一步加强全国艾滋病检测和血清学检测的通知》，进一步加强了艾滋病检测工作。1991 年，全国人民代表大会常务委员会发布《关于严禁卖淫嫖娼的决定》，对卖淫、嫖娼者一律强制进行性病检查。1991 年的《性病防治管理办法》规定，艾滋病是性病的一种，必须加强预防和管理。1991 年，卫生部、公安部下发《对卖淫嫖娼人员强制进行性病检查治疗有关问题》，对卖淫嫖娼者强制进行性病检测和治理。1994 年，中国政府在《巴黎宣言》上签字，体现了对艾滋病防控工作的政府责任。1995 年，我国建立了国家哨点监测系统，对性病门诊病人、暗娼进行主动监测。1995 年，卫生部下发《关于加强预防

和控制艾滋病工作的意见》，要求在高危人群中推广使用避孕套。1996年修改《预防艾滋病性病宣传教育提纲(试行)》，强调艾滋病是可以预防的，强化宣传要点知识。1998年，国务院颁布的《关于印发中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998—2010年)》，这是第一次由国务院发文对艾滋病防治做出部署，规划指出，要加强性健康教育，积极推广使用安全套。

这一阶段防治政策的特征主要表现为：反思严守国境的简单策略，开始采取积极预防、主动干预的策略，例如，强调艾滋病是能够通过干预措施预防的，一些综合干预办法开始试点并部分推行。在这一时期，1996年，我国成立了国务院防治艾滋病性病协调会议制度；1998年，成立了卫生部艾滋病预防控制中心。

### 1.3 政府主导、全民动员阶段(1999—2005年)

#### 1.3.1 艾滋病疫情特点

截至2004年底，在估计存活的84万例HIV感染者和病人中，注射吸毒占43.9%，异性性传播占19.8%，男男性传播占11.1%。<sup>[8]</sup>经性途径传播达到30.9%，较前一阶段上升明显。

#### 1.3.2 预防控制艾滋病的思想

经过2003年SARS的冲击，政府已经认识到要解决公共卫生事件，必须全社会参与和多部门合作。政府从民族兴衰和国家发展的高度认识艾滋病流行的严重性、紧迫性，出台了一系列强有力的防治政策，进入综合防治阶段。

#### 1.3.3 主要政策内容

1999年，卫生部下发《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理意见》，要求感染者应防止传播给他人。2001年，国务院出台《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2001—2005年)》，提出在公共场所设置安全套自动售货机。2002年，卫生部制订了《艾滋病性病综合监测指南(试行)》，将艾滋病和性病监测相结合，形成艾滋病综合监测系统。2004年，国务院下发《关于切实加强艾滋病防治工作的通知》，要求安全套经营企业利用网络开展安全套公益宣传。2004年7月，6部委联合出台《关于预防艾滋病推广使用安全套的实施意见》，明确相关部门在安全套推广方面的工作职责。2004年8月，全国人大常委会

对《传染病防治法》进行修订。2004年3月，国务院《关于切实加强艾滋病防治工作的通知》明确了关怀救助政策；4月，卫生部、财政部印发《艾滋病抗病毒治疗和自愿咨询检测的办法》，包含了关怀的具体内容；5月，民政部下发《关于加强对生活困难的艾滋病患者、患者家属和患者遗孤救助工作的通知》；7月，温家宝总理发表《全社会共同参与有效预防控制艾滋病》，强调了中国综合防治艾滋病的方针和策略。

这一阶段的防治政策集中体现了政府的主导作用，这是对防治SARS经验的总结，国务院出台防治计划，部委联合出台文件，而“四免一关怀”政策的实施，则标志着我国艾滋病防治进入了政府主导、全民动员的综合防治阶段。2001年，我国成立性病艾滋病预防控制中心，作为全国的技术指导机构；2004年，国务院将艾滋病协调会议制度改为国务院防治艾滋病工作委员会，由一名副总理任主任。在经费投入方面，从1998年起，中央财政设立了艾滋病防治专项经费，2003年为3.9亿元，2005年达到8亿元。<sup>[9]</sup>

### 1.4 依法防治、强化落实阶段(2006年至今)

#### 1.4.1 艾滋病疫情特点

2007年估计存活的HIV感染者和病人约70万人中，异性性传播占40.6%，男男性传播占11.0%，注射吸毒占38.1%。<sup>[10]</sup>2009年估计现存的74万感染者和病人中，异性性传播占44.3%，男男性传播占14.7%，静脉吸毒占32.2%。<sup>[11]</sup>2011年估计现存的78万感染者和病人中，异性性传播占46.5%，男男性传播占17.4%，静脉吸毒占28.4%。<sup>[2]</sup>

#### 1.4.2 预防控制艾滋病的思想

这一时期，法规不断健全，干预措施逐渐被社会接受，艾滋病防治逐步实现了依法防治和多部门共同参与，防艾宣传范围不断扩大，预防措施得到拓展，进入到一个强化落实的新阶段。

#### 1.4.3 主要政策内容

2006年，国务院出台《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2006—2010年)》，要求在高危人群中推广使用安全套，在公共场所设置安全套发售装置，到2010年实现高危人群安全套使用率达到90%以上的目标。2006年，国务院颁布《艾滋病防治条例》，明确了“预防为主、防治结合”的工作方针，强调了各级政

府的责任,要求相关部门组织推广使用安全套,建立安全套供应网络。2010 年 4 月,国务院通过了《国务院关于修改〈国境卫生检疫法实施细则〉的决定》和《国务院关于修改〈外国人入境出境管理法实施细则〉的决定》,取消了对外籍 HIV 感染者/病人的入境限制。2010 年 12 月,国务院《关于进一步加强艾滋病防治工作的通知》指出,由于性传播艾滋病方式隐蔽,要充分认识到防治工作的长期性和艰巨性,要扩大防治工作覆盖面。2012 年 1 月,国务院印发《中国遏制与防治艾滋病“十二五”行动计划》,对防治工作出现的新问题,如性传播成为主要传播途径,要提高防控工作的针对性和有效性,这决定了未来几年内我国艾滋病防治工作的方向。

这一阶段的防治政策,就是按照法规要求,以防治效果衡量防治工作,将国内外研究或实践中有效的措施不断推广和落实,防治形式趋于多样化,不再局限于社会意识形态;总体上看,政策体现了“政府组织领导、部门各负其责、全社会共同参与”的机制。在经费投入方面,建立了以政府投入为主、分级负担、多渠道筹资的经费投入机制,总量大增,2012 年中央财政投入艾滋病防治专项经费达到 23.9 亿元。

## 2 防控经性途径传播艾滋病的思想和技术

### 2.1 防控经性途径传播艾滋病的干预思想

在不同的性行为方式下,HIV 经性传播几率差异很大。<sup>[12]</sup>一般来讲,性伴的数量、地区分布、是否静脉吸毒者、是否男男性行为者、是否妓女或嫖客,以及性行为的频率、使用安全套与否、是否患有性病(如梅毒),都对经性传播几率有显著的影响。在实际生活中,让人们不发生性行为(禁欲)是不可能的;保持一夫一妻的性关系在一部分人(如暗娼)中也难以实现。但可以通过减少不安全性行为来降低被传染艾滋病的可能性,所以,如何减少或杜绝不安全性行为就是预防艾滋病经性传播的关键。<sup>[13]</sup>

### 2.2 防控经性途径传播艾滋病预防技术的研究进展

从预防效果上,疫苗无疑是控制 HIV 的最佳措施<sup>[14]</sup>,但已完成的临床试验均以失败而告终<sup>[15]</sup>,研究进展表明,在未来若干年内,艾滋病防控仍要在健康教育和行为干预上下功夫。每次性行为都正确使用安全套可明显降低感染性病和艾滋病的风险<sup>[16]</sup>,

因此,安全套依然是预防经性途径传播 HIV 的主要方法,但是,安全套的使用会受男性意愿的影响,导致坚持使用率较低。暴露前预防用药策略目前尚处于临床试验阶段,有人对此怀有信心,但是,如果使用不当,可能带来伦理学、资源浪费和耐药性的问题。<sup>[17]</sup>杀微生物剂可以由女性自主掌握使用<sup>[18]</sup>,动物试验表明其对预防 HIV 感染有一定作用<sup>[19-20]</sup>。有研究证实,男性包皮环切能减少约 60% HIV 感染的危险,而且成熟、简便的技术也为实施该策略提供了可能<sup>[21]</sup>,但由于受到文化风俗的影响,还不能作为一项预防措施广泛推广。阴道隔膜作为杀微生物剂的载体,两者一同使用对预防性病有显著的保护作用<sup>[22]</sup>,但对艾滋病的预防作用还需要进一步研究<sup>[23]</sup>。在国际上,有研究表明,无症状的 HIV 感染者早期接受抗病毒治疗可降低传播几率,治疗即预防的思想得以提出,但也会造成医疗资源的浪费和毒副反应的增加。<sup>[24]</sup>所有的研究进展都表明,任何预防技术均有其适用性和局限性。

## 3 政策去向分析下的预防控制经性途径传播艾滋病的策略

政策去向是指政策施行后的归宿,主要分为延续、调整、法律化和终结四类。鉴于艾滋病防治工作的复杂、长期和系统性,防控经性途径传播艾滋病的策略也是不断发展的,前后的政策文件也是评价、检讨、组合和创新的过程<sup>[25]</sup>。

分析我国艾滋病防控政策可以看到一条清晰的脉络:随着疫情发展、社会开放程度、认识水平提高,防控政策受意识形态影响的力度逐渐减轻,针对性和务实性愈发明显。总体上看,我国防控经性途径传播艾滋病的政策是符合工作实际的,在政策指引下,业务机构、经费配置、队伍建设等保障措施随即跟上,没有滞后于实践需要,这也是目前全国艾滋病疫情依然呈低流行态势的根本原因;同时,也要看到,我国防控经性途径传播艾滋病的政策或策略也存在若干问题,例如:政策中群众运动式应急的痕迹依然很重、多部门合作的机制不健全、政策全面性较强但操作性不足、疾病预防控制机构承担了过多不应该承担也不可能做好的任务等,这些政策的后遗症或弊端需要后续政策加以纠正。结合疫情特点、

预防思想发展、政策变迁、技术进程和工作现状,本文提出我国防控经性途径传播艾滋病的策略。

### 3.1 健康教育不能放松,依然是防控艾滋病的基础

艾滋病开始流行时,感染者都存在于高危人群中(如吸毒、男男性行为者、暗娼等),很难引起社会主流的重视,当在一般人群中流行时,情况已经严重。在性传播成为主要流行模式、生物预防技术存在局限、预防知识还是行为改变的前提下,防控艾滋病的首选仍是通过健康教育来减少不安全性行为<sup>[26]</sup>,需要继续通过组织宣传教育活动、改进宣传方式,对一般人群和高危人群广泛开展健康教育。

### 3.2 创新干预手段,降低艾滋病通过男男性行为人群的传播

男男性行为人群由于感染率高和上升速度快而备受关注。<sup>[27]</sup>此外,多数男男性行为者迫于家庭和社会的压力,最终会选择结婚,不会告诉其配偶自己的性取向,并且继续发生无保护的性行为,以掩饰其身份,就增加了其配偶感染 HIV 的风险<sup>[28]</sup>,需要加大对这一人群的干预力度,提供适宜的预防措施,降低其本人及配偶的感染风险。

### 3.3 减少家庭内传播,加强感染者配偶的告知和检测

对感染者的配偶进行告知和及时检测<sup>[29]</sup>,有助于减少家庭内传播(如夫妻间传播或者母婴传播),防止侵害配偶的知情权和健康权,也有利于感染者本人的治疗和关怀等<sup>[30]</sup>。当感染者本人不愿意告知其配偶时,医务人员有权告知<sup>[31]</sup>,所以,需完善相关政策,支持配偶告知和检测工作,从而减少家庭内传播。

### 3.4 强化规范治疗,改变性病医疗市场混乱的状况

感染了性病(如梅毒、生殖器疱疹)的人在发生无保护性行为时,更容易感染和传播 HIV,因此,性病门诊病人应作为预防艾滋病的重点人群。目前,很多地方的性病门诊往往重治疗、轻预防,受经济利益的驱动,诊疗行为不规范,所以,必须规范性病医疗市场,取缔非法行医,严格审批和检查。

### 3.5 完善检测策略,更大限度发现 HIV 感染者

检测策略在及时发现感染者方面发挥了重要作用<sup>[32]</sup>;然而,目前仍有超过 50% 的感染者没有被发现,成为危险的传染源,因此,需要更大限度地发现感染者。在控制经性途径传播艾滋病方面,需要加

强检测的重点人群为异性传播人群(暗娼和嫖客)、注射吸毒者(经性传播的桥梁)和男男性行为人群;检测途径包括自愿咨询检测点、性病门诊、感染者的阴性配偶检测等。<sup>[33]</sup>

### 3.6 重视性别因素,防止女性受到更大的艾滋病威胁

在生理上女性较男性更加容易被 HIV 感染,一些社会因素(如男尊女卑等)也是造成女性感染风险上升的重要原因。<sup>[34]</sup>一些研究发现,HIV 阴性配偶发生阳转的主要原因是其丈夫不能坚持使用安全套;因此,社会性别与艾滋病经性传播的关系值得关注,并应采取措施降低女性被感染艾滋病的风险。<sup>[35]</sup>

### 3.7 关注流动人口,加强“桥梁人群”的预防工作

我国流动人口的规模大,近年来流动人口中经性途径感染 HIV 的人数不断上升<sup>[36-37]</sup>,而感染 HIV 的流动人口又进一步加速了传播<sup>[38]</sup>。目前预防流动人口感染艾滋病的干预活动不够深入和持久,内容针对性不强,宣传教育流于形式<sup>[39]</sup>;应兼顾流出地和流入地两方面,针对不同类别流动人口的特征制定策略<sup>[40]</sup>。

### 3.8 消除社会歧视,加强对 HIV 感染者的管理

由于艾滋病与一些不道德或者违法的行为相关,因此,社会对艾滋病不可避免的怀有歧视,目前,歧视已经成为防控艾滋病的主要障碍之一<sup>[41]</sup>;但歧视无助于艾滋病防控,既不能缩小流行范围也不能降低传播速度,因此,必须消除歧视。同时,对感染者也要加强管理,对其进行法律宣传,传递出感染者违法犯罪也要接受法律惩罚的坚定态度;在执法实践中,要坚决依法打击 HIV 感染者的违法犯罪。<sup>[42-43]</sup>

### 3.9 扩大抗病毒治疗,降低病死率和新发感染

早期治疗可以延缓发病和预防性伴感染,降低艾滋病病死率和新发感染数,这一观点已为国内外艾滋病防治专家所接受,但在实施中还需要诸多配套条件。首先,要促进感染者的可接受性,加强早期治疗的动员和宣传教育;其次,要提高感染者的依从性,减少或延缓耐药性的出现,体现出更好的治疗效果;第三,要培训医务人员,节约防艾资源,提高其处理抗病毒治疗毒副反应的能力,减少毒副反应发生的比例;第四,研究并制定符合早期治疗的条件,不能一刀切,不能对任何感染者都采取早治疗的措施。

## 参 考 文 献

- [1] 吴尊友. 大力开展我国艾滋病行为干预研究[J]. 疾病控制杂志, 2000, 4(1): 4-8.
- [2] 卫生部, 联合国艾滋病规划署, 世界卫生组织. 2011 年中国艾滋病疫情估计工作报告[R]. 2011.
- [3] 吴尊友. 中国艾滋病防治面临新形势与新挑战[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(12): 1505-1507.
- [4] 曾毅. 艾滋病的流行趋势、研究进展及遏制策略[J]. 中国公共卫生, 2001, 17(12): 1061-1062.
- [5] 曾毅, 王必瑞, 汤得骥, 等. 血友病患者血清中淋巴腺病毒/人 T 细胞 III 型病毒抗体检测[J]. 病毒学报, 1986(2): 97-99.
- [6] 郑锡文. 我国艾滋病流行形势及预防与控制成就[J]. 中华流行病学杂志, 1999, 20(3): 131-134.
- [7] 马瑛, 立祖正, 张开祥, 等. 首次在我国吸毒人群中发现艾滋病病毒感染者[J]. 中华流行病学杂志, 1990, 11(3): 184-85.
- [8] 国艾办, 联合国艾滋病规划署, WHO. 2004 年中国艾滋病防治联合评估报告[R]. 2004.
- [9] 卫生部, 联合国艾滋病规划署, WHO. 2005 年中国艾滋病疫情与防治工作进展[R]. 2005.
- [10] 国艾办, 联合国艾滋病规划署, WHO. 2007 年中国艾滋病防治联合评估报告[R]. 2007.
- [11] 国艾办, 联合国艾滋病规划署, WHO. 2009 年中国艾滋病防治联合评估报告[R]. 2009.
- [12] 王陇德. 艾滋病防治工作手册[M]. 北京: 北京出版社, 2006.
- [13] 吴尊友. 如何科学开展健康教育和行为干预工作[J]. 中国健康教育, 2004, 20(11): 990-993.
- [14] 洪坤学, 邵一鸣. 艾滋病疫苗研究进展[J]. 公共卫生与预防医学, 2007, 18(2): 1-4.
- [15] 中国科学院生命科学和医学学部. 关于我国艾滋病疫苗研发策略的建议[J]. 中国科学院院刊, 2006, 21(5): 391-394.
- [16] 吴尊友, 祁国明, 张家鹏. 艾滋病流行与控制[M]. 北京: 科学出版社, 1999.
- [17] Paxton L A, Hope T, Jaffe H W. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection: what if it works? [J]. Lancet, 2007, 370(9581): 89-93.
- [18] Elias C, Heise L. Challenges for the development of female-controlled vaginal microbicides[J]. AIDS, 1994, 8(1): 1-9.
- [19] Short M B, Perfect M M, Auslander B A, et al. Measurement of microbicide acceptability among U. S. adolescent girls[J]. Sexually Transmitted Diseases, 2007, 34(6): 362-366.
- [20] Weeks M R, Mosack K E, Abbott M, et al. Microbicide acceptability among high-risk urban U. S. women: experiences and perceptions of sexually transmitted HIV prevention[J]. Sexually Transmitted Diseases, 2004, 31(11): 682-690.
- [21] 冯楠, 吕繁, 曾刚, 等. 四川省凉山地区彝族男青年对包皮环切可接受性及影响因素分析[J]. 中华流行病学杂志, 2010, 31(3): 281-285.
- [22] Harvey M, Branch M, Thorburn S, et al. Exploring diaphragm use as a potential HIV prevention strategy among women in the United States at risk[J]. AIDS Education and Prevention, 2008, 20(2): 135-147.
- [23] Stein Z, Glymour M. Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV[J]. Lancet, 2007, 370(9583): 1823.
- [24] Cohen S M, Chen Q Y, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy[J]. The New England Journal of Medicine, 2011, 365(6): 493-505.
- [25] Wu Z Y, Sullivan G S, Wang Y, et al. Evolution of China's response to HIV/AIDS[J]. Lancet, 2007, 369(9562): 679-690.
- [26] 吴尊友. 行为干预是目前预防艾滋病的有效疫苗[J]. 中国艾滋病性病, 2000, 6(4): 221-223.
- [27] 许娟, 韩德琳, 刘征, 等. 中国四座城市男男性行为人群 HIV 感染状况及其危险因素[J]. 中华预防医学杂志, 2010, 44(11): 975-980.
- [28] 丁贤彬, 冯连贵, 徐静, 等. 1000 名男男性接触者性行为状况调查[J]. 热带医学杂志, 2007, 7(10): 1011-1013.
- [29] 李化荣, 王哲, 杨磊. 河南地区影响 HIV 夫妻间性传播危险因素研究[J]. 中国艾滋病性病, 2008, 14(1): 39-41.
- [30] 段松, 项丽芬, 叶润华, 等. 德宏州 HIV 感染者家庭安全套推广使用后配偶 HIV 感染状况分析[J]. 中国艾滋病性病, 2006, 12(5): 457-457.
- [31] 徐鹏, 刘康迈, 吕繁. 艾滋病病毒感染者/艾滋病病人配偶告知工作现状分析[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(10): 55-59.
- [32] Wu Z Y, Sun X H, Sullivan G S, et al. HIV Testing in China[J]. Science, 2006, 312(9): 1475-1476.
- [33] 岳清, 徐鹏, 宁镇, 等. 最大限度发现 HIV 感染者的策

- 略及其循证决策[J]. 中华预防医学杂志, 2010, 44(11): 230.
- [34] Navarro I H, Alastrue I, del Amo J, et al. Differences between women and men in serial HIV prevalence and incidence trends[J]. European Journal of Epidemiology, 2008, 23(6): 435-440.
- [35] 俸卫东, 韦启后, 张英霞, 等. 社会学领域中探讨妇女艾滋病防制策略[J]. 实用预防医学, 2007, 2(14): 603-606.
- [36] 吕繁, 傅继华, 张睿孚, 等. 艾滋病疫情与流动人口分析[J]. 传染病信息, 2006, 19(5): 259-261.
- [37] 徐鹏, 王文杰, 陈曦, 等. 我国部分地区流动人口艾滋病预防控制状况分析[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(2): 48-52.
- [38] 汤后林, 吕繁. 桥梁人群在艾滋病病毒传播中的作用[J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28(2): 192-194.
- [39] 李小宁, 陈连生, 陈潇潇, 等. 流动人口不同方式艾滋病健康教育的效果评价[J]. 中国健康教育, 2006, 22(9): 650-653.
- [40] 徐鹏, 陈曦, 林鹏, 等. 多部门协作开展流动人口艾滋病防治工作的问题和策略研究[J]. 中国艾滋病性病, 2009, 15(3): 257-259.
- [41] 严谨, 肖水源. 艾滋歧视研究进展[J]. 中国临床心理学杂志, 2007, 15(1): 102-104.
- [42] 徐鹏, 曾刚, 刘康迈, 等. HIV感染者和AIDS病人违法犯罪现象的分析及政策建议[J]. 医学伦理学, 2010, 23(1): 9-10.
- [43] 王陇德. 艾滋病与法律[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010.
- [收稿日期:2013-03-26 修回日期:2013-06-26]  
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

## 世界卫生组织发布艾滋病治疗新指南

近日,世界卫生组织发布了《使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒合并指南》。报告指出,及早开始使用安全、可负担和易于管理的药物治疗,能够保持艾滋病毒感染者的身体健康,降低血液中的病毒数量,进而降低艾滋病的传播风险。

报告鼓励所有国家对CD4细胞计数等于或低于500个/立方毫米的艾滋病毒感染的成人启动治疗,并为所有5岁以下艾滋病毒感染的儿童、所有艾滋病毒感染孕妇和哺乳妇女、所有患活动性结核病或乙肝的艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗。同时

建议为所有开始接受抗逆转录病毒治疗的成人提供每天一次、每次一片的固定剂量合剂。该合剂更容易服用,比以前建议的其它制剂组合更安全,而且适用于成人、孕妇、青少年和大龄儿童。

世界卫生组织还鼓励各国加强艾滋病毒诊疗服务的提供,将该服务与其它卫生服务紧密结合,如结核病、孕产妇和儿童健康、性和生殖健康以及药物依赖治疗服务等。

(来源:世界卫生组织网站)