

性病在中国基本控制的经验和再出现的原因

王声湧

【作者简介】 王声湧, 1938 年生, 教授, 硕士生导师, 1961 年毕业于北京医学院卫生系。1961~1982 年任宁夏平罗县卫生防疫站卫生主管医师、站长, 1982 年至今执教暨南大学医学院, 任流行病学教研室主任、预防医学教研室主任、医学院副院长、暨南大学学术委员会委员。60~70 年代从事传染病和地方病防治, 80~90 年代从事性病、儿童高血压、肺癌和伤害流行病学研究。现任中华预防医学会常务理事、中华流行病学学会常务委员、广东预防医学会副会长、广东流行病学学会副主任委员;《中华流行病学杂志》常务编委、《预防医学文献信息》、《现代预防医学》、《癌症》和《疾病控制杂志》编委。英国皇家热带医学会会员。

旧中国的梅毒和淋病传播很广, 1949 年全国性病人数达 1 000 多万, 梅毒患病率城市为 5%~10%, 农村为 0.5%~4%。例如中国第一大城市上海市当年的性病患病率高达 10%, 有 49 万病人, 妓女中有 58.7% 患梅毒, 28% 患淋病, 0.8% 患性病性淋巴肉芽肿。性病是当时社会上一种常见病, 前上海医学院各附属医院病人中有 5%~10% 是梅毒病人。又如天津市自从 1860 年第二次鸦片战争后被辟为商埠, 成为通商口岸, 外国商人、军人、海员、侨民涌入天津, 使性病随之蔓延, 1946 年天津市花柳病防治所检查 2 351 名妓女, 发现梅毒 345 人、淋病 752 人、软下疳 139 人、性病性淋巴肉芽肿 84 人, 四类性病检出人数共 1 320 人, 占受检妓女人数的 56.1%。沿海城市性病肆虐, 内陆地区性病流行也同样猖獗, 如中原地区的河南省开封市, 性病检出率高达 70%。在少数民族地区

性病荼毒, 严重危害人民健康和人口繁衍。新疆 1953 年调查, 重点地区梅毒患病人数占受检人数的 34.7%, 普查中发现各期梅毒 8 万余人, 患病率为 4.9% (1.5%~23.3%); 性病造成不孕、流产、死胎和产后夭亡而致人口减少, 几乎近半数家庭没有后代^[1]。又如广西大瑶山地区性病患病率为 15%~17%, 有的村庄高达 30% 以上, 流行严重地区出现了“只见娘怀胎, 不见儿出世”的悲惨局面。少数民族地区因性病蔓延使人口数量减少, 质量降低^[2]。

新中国成立后, 人民政府十分重视性病防治工作, 制定了一系列防控措施, 并在 1956 年《全国农村发展纲要》中规定, 在一切可能的地方基本上消灭危害人民最严重的疾病。解放初期, 各地政府卫生部门开展了大规模的消灭性病运动:

——迅速关闭所有妓院, 通过职业培训并安排工作, 把妓女改造成为自食其力的公民;

——派出民族卫生工作队、防疫队、医疗队深入城乡开展性病防治工作(重点人群检查或重点地区普查, 同时免费治疗病人), 仅新疆 10 年中免费治疗了 12 万各期梅毒病人;

——成立皮肤性病防治机构, 组建专业队伍, 实行专业队伍与群众运动相结合的群防群治工作;

——开展轰轰烈烈的爱国卫生运动, 在全国掀起以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动;

——进行广泛深入的卫生宣传教育, 提倡讲卫生、讲文明、讲道德的社会主义新风尚;

——全面落实婚姻法, 严禁买卖婚姻和一夫多妻, 取缔嫖娼卖淫等非法行为。

经过 10 年的努力, 性病防治工作在全国各地取得了辉煌的成果: 新发病人逐年减少, 甚至绝迹, 现患病人陆续接受治疗并痊愈, 性病患病率在自然人群中大幅度下降, 梅毒病人中传染性梅毒所占比例锐减, 这些都是性病有效控制的指标。1964 年北京医学院院长兼北京皮肤性病研究所所长胡传揆教授郑重宣布: 中国基本消灭了性病! 我国性病防治成果举世瞩目, 国誉倍增^[3], 许多国家都把这些视为东方的奇迹。

事隔 10 年之后, 1973 年乌鲁木齐市确诊了 2 例传染性梅毒, 翌年又发现 1 例早发先天梅毒, 调查结果证实这 3 例病人均源于新疆维吾尔自治区境内; 1977 年湖南省长沙市报告了 3 例淋病患者, 以后各地接二连三有性病报告。

性病在我国再出现有以下两种类型:

1. 沉渣泛起: 60 年代初期我国基本消灭了性病, 但并未绝迹, 个别地区仍然绵延不断, 到 70 年代末期沉渣泛起, 死灰复燃。据田世瑞报告^[4], 1963 ~ 1983 年对新疆 24 个市县进行梅毒普查和抽查的 281 029 人中, 发现梅毒 13 847 例, 占受检人数的 4.09%, 说明梅毒在该地区长期以来并未被控制。与新疆毗邻的甘肃省亦属 50 年代性病重点防治地区, 性病患病率大幅度下降, 但流行并未完全终止, 1980 ~ 1985 年先后在夏河县的两次普查中, 共确诊 61 例梅毒病人 (5.71%), 其中藏族占 56 例。

2. 国外输入: 全国性病防治研究中心曾对 21 个大中型开放城市或旅游城市的性病首发报告病例进行调查, 21 例首发病例中梅毒 8 例, 淋病 13 例, 发病时间最早是 1979 年 5 月, 最晚 1987 年 3 月, 中位数是 1982 年 12 月。因此, 我国性病从国外输入的时间应是 80 年代初。传染来源中 11 例是暗娼, 4 例外籍人, 3 例香港居民, 另 3 例来历不明。已查明传染来源的 7 例首发病人均可确定是境外

输入型, 其余 11 例暗娼的传染来源亦不能排除来自于外籍嫖客传染的可能^[5]。

1987 ~ 1989 年全国 16 个性病监测点共报告性病 80 857 例, 年平均发病率为 50.13/10 万。3 年中大多数监测点的疫情呈增长趋势, 南方沿海城市、北方和长江流域城市、少数民族地区城市和各地农村均有病人发生, 性病在全国再出现并形成了流行的局面。截至 1996 年底全国的性病累积报告人数为 2 143 171 人, 其中 90 年代所报告的占 78.3%。年发病率 1987 年为 6.64/10 万; 1991 年为 15.48/10 万; 1996 年为 34.6/10 万, 比 1991 年增长了 1.2 倍, 10 年中性病的年发病率增长了 6.5 倍。1991 ~ 1996 年我国性病以每年 20% 的速度递增。据各地对性病漏报情况的调查, 医院漏报率为 20% ~ 80%, 如按漏报率为 50% 计算, 1995 年和 1996 年每年的订正发病人数应是 60 万左右。另外还有许多性病病人到私人诊所诊疗或自购药物, 没有去医院就诊。WHO 估计, 由于漏诊、漏查和漏报使报告的性病病例数只有实际发病数的 20% ~ 25%。以此估计 1995 年和 1996 年我国每年实际发生的性病新病人数应在 180 万以上, 年发病率不低于 150/10 万。

毫无疑问, 性病防治工作的辉煌成就, 应归功于社会主义制度的优越性。然而人们以为有了社会主义制度这道“屏障”, 卖淫嫖娼的丑恶现象将永远不复存在, 性病也将是一去不复返了。因此, 性病防治机构逐渐被撤销, 医院中也不再开设性病专科, 性病检测项目和监测工作也从医疗与防疫中取消了, 医学院校也不再讲授性病知识。性病这个概念在老一代人中已渐成历史, 在中青年中则十分陌生, 连皮肤科、泌尿科和妇产科医生从没见过, 更不懂得性病的临床和治疗。此外, 50 年代的大规模普查普治工作中难免有“漏网之鱼”; 一些地区应用那些疗效不肯定的药物(如“轻粉”或“三仙丹”等), 病人没有被彻底治愈; 加上性病防治机构撤除, 思想上对性

病诊断的麻痹大意和放弃必要的检测、监测与追踪,使零星分散的病人流散于社会而没有被发现和管理。这些人作为局部地区性病隐匿型流行的传染源,维持了性病地方性存在的条件。

性病在我国再出现,除了与上述的历史背景有关外,主要在于对已经基本控制的传染病还应该采取哪些策略与措施缺乏认识。一种传染病的消长,有其自身的生物学规律,也受社会因素和居民的心理、行为等所影响。

1. 生物学因素:性病的病原体种类繁多,人群普遍易感,既无先天免疫,也无持久的获得性免疫,因而可反复感染,也可以同时感染多种性传播疾病病原体;可反复发作,也可能迁延不愈,时隐时现,间歇排菌;至今尚无人工免疫方法,也无化学预防办法,这些都是性传播疾病在全球绵延不断、发病率居高不下的生物学基础。例如淋球菌的生物学特性,导致淋病的临床表现十分复杂,50%~80%淋病感染者为轻型或不典型病人,由于无明显临床症状而易被漏诊和漏报,估计我国每年淋病新发病人不下30万人。近年来淋球菌耐药菌株的出现和逐年增多,给淋病的蔓延和诊疗又带来许多新问题。淋球菌能获得多重药物抗性决定因子,不断出现新的抗微生物抗性类型,并迅速传播,使淋球菌的流行呈增长趋势。产青霉素酶淋球菌(PPNG)和染色体介质的耐药菌株(CMRNG)的出现,可能使病人因青霉素或其他抗生素治疗失败或无效而成为最危险的传染源。这种潜在失控,将导致淋病广泛传播并引起地方性流行或爆发。目前淋病在各种法定报告传染病中发病率仅次于痢疾和肝炎,而居第三位^①。广州市1996年淋病报告例数首次超过肝炎,居各种传染病的首位。

2. 社会因素:经济迅速发展,城市化进程加快了人口流动。高密度的人口和大量流动人口为性病传播提供了机会。我国每年有0.8亿~1.2亿流动人口,主要向人口密集的地区集中,而且流动人口中大部分是性活跃

人群。经济发展的不均衡造成地区间贫富差距扩大。城市结构改变,第三产业和个体经济发展,大量服务行业和个体工商业的出现,形成了一个经济比较富足而文化素质不高的社会阶层,这是性病传播的社会基础。

国际旅行是性传播疾病蔓延的运河。旅行的含义已经远远超出了传统的概念,凡是跨国的人员移动(公务、经商、学习、探亲或旅游等)都称之为“国际旅行”。世界上每年跨国旅行者达4.5亿,其中包括至少110万HIV感染者,其他性传播疾病患者人数更无法估计。

嫖娼卖淫和吸毒禁而不止是性病蔓延的主要社会条件。暗娼和嫖客的性病检出率很高(17.0%~84.2%,平均为39.9%)。在性病患者中暗娼和嫖客所占比例1994年为51.2%,1996年为57.2%。60%的梅毒病人是因嫖娼卖淫而感染。吸毒者的性病检出率为32.5%,仅次于暗娼和嫖客。

性病医疗市场混乱。一些性病病人怕暴露身份,不愿意到医院就诊,而到个体医生甚至江湖医生处就医。这些非专业医生多无行医执照,又未受过专门培训;有些医疗单位把性病诊治交给私人承包,他们打着国家医疗机构的招牌,乱诊治,乱收费,不报疫情,严重扰乱了医疗市场,使许多病人不能得到正规、有效治疗,使性病长期不愈,产生耐药菌株,这些病人长期在社会上起传染源作用,造成性病蔓延。

医疗检验技术、检测试剂和设备跟不上需要。有关性病的健康教育,特别是对高危人群的宣传教育不够。人群对如何自我保护和什么是安全性生活等的卫生知识和自我防范意识都很差。

3. 心理学因素:性传播疾病的发生和流行有一定的生物学基础,为一定的社会因素所制约,而且受到心理、态度和行为所影响。目前我国15~34岁性活跃期人群有4.5亿(60年代为2.1亿,80年代为3.6亿),随着年青一代性成熟生理年龄提前,社会观念的变

化和某些文艺、影视对性的误导,使原来的社会价值体系的控制作用被减弱,人们的性观念、性心理及对性的态度和性行为发生了变化,同性恋、嫖娼卖淫和性罪错是这种变化的突出表现;性乱交、非婚性生活、未成年者的性体验和毫无防护的不安全性行为都是性传播疾病的潜在危险因素。

从 80 年代以来,年轻人的性观念开始发生改变,据中国性学研究中心调查,70% 的大学生认为婚前性行为是正常的。上海 50 所大学三年级以上大学生中,有性行为者男生为 18%,女生为 17%。北京某宾馆服务员中 3.4% 有多个性伴侣,出租车司机 13.6% 有多个性伴侣。同性恋人数也有增加趋势,如某大学 7.5% 学生有同性恋倾向。广州市 80% 的大学生认为与恋人性生活“不一定是道德的”^[7]。

以淋病和梅毒为主的古典性病死灰复燃,而且越燃越烈,使性病发病率迅速上升,性传播疾病在传染病中的构成已由 1990 年的 16% 上升到 1995 年的 24%^[8]。21 世纪我国将进入以性传播和血源传播的疾病为主要传染病病种时期。预测到 2006 年淋病和梅毒两种性病的发病数将占 24 种法定甲、乙类传染病的 50% 以上^[9],届时我国传染病预

防和控制工作的总体战略决策必定要就此作出相应的改变。

参 考 文 献

- 1 石得仁,田惠玉,甘恒芳,等.新疆地区梅毒的历史回顾.见:性传播疾病综合防治.北京:中国科技出版社,1991.679—683.
- 2 张洪银,梁建秀,莫应坚.广西性病防治策略探讨.见:性传播疾病综合防治.北京:中国科技出版社,1991.690—692.
- 3 王声湧.性传播疾病.见:连志浩主编.流行病学.第 3 版.北京:人民卫生出版社,1994.258—268.
- 4 全国梅毒流行病学调查协作组.1991—1994 年全国 38 个监测点梅毒流行病学调查报告.见:性传播疾病诊疗与预防.广州:广东科技出版社,1996.700—704.
- 5 姜文华,邵长庚,杨凭,等.部分开放城市、旅游城市的首例性病调查.见:性传播疾病综合防治.北京:中国科技出版社,1991.128—131.
- 6 王声湧,王淑芬,唐大让.中国性传播疾病流行的现状分析.见:叶干运主编.性传播疾病诊疗与预防.广州:广东科技出版社,1996.569—571.
- 7 王淑芬,王声湧,秦辉.大学生性观念和性心理的调查研究.暨南大学学报,1995,16:23—28.
- 8 王声湧.我国疾病预防和控制的主要问题分析.预防医学文献信息,1997,3:301.
- 9 曾光,张经坤,张毅.中国跨世纪的传染病防治.中华流行病学杂志,1997,18:106—108.

(收稿:1998—2—15)

齐河县 823 名乡村医生乙肝病毒表面抗原携带情况调查

刘 强 郑化义 郭 伟

1997 年 8 月,对齐河县 823 名乡村医生的乙肝病毒表面抗原(HBsAg)携带情况进行调查。结果:总阳性率为 3.89% (32/823); 男性阳性率为 4.17% (28/671), 女性为 2.63% (4/152), 男女差异有高度显著性($u=53.09, P<0.01$)。30 岁以下人群阳性率为 2.03% (4/197), 31~40 岁人群为 1.82% (2/110), 41~50 岁为 5.51% (21/381), 50 岁以上人群阳性率为 3.70% (5/135), 差异无显著性($\chi^2=5.78, P>0.05$)。从事乡医工作 10 年以下人群阳性率为

2.03% (4/197); 10 年以上人群阳性率为 4.47% (28/626), 差异无显著性($\chi^2=2.39, P>0.05$)。

本次调查乡医 HBsAg 阳性率较低,且男性高于女性,随年龄的增加和从业时间的延长而升高。这提示:乡医 HBsAg 携带情况是一个不容忽视的问题。因此,应加强对乡村医生健康状况的管理,强化预防措施。这对提高乡村医生的身体素质、保证基层队伍的稳定,减少医源性传播,以及贯彻新时期卫生工作方针,进一步搞好农村卫生工作都具有重要意义。