

中国艾滋病综合防治政策发展及影响因素分析

颜江瑛 陈秋兰 马彦民 索罗丹 Myron Cohen

在艾滋病的防治过程中,无论是联合国(UN)、世界卫生组织(WHO),以及发达和发展中国家,防治政策一直是处于不断的争论、修改、完善的过程,这也是政策的特性所决定^[1]。自 1985 年我国发现首例艾滋病病例以来,我国的艾滋病防治政策也在不断地发展和完善。为了进一步了解我国艾滋病政策的发展,以及影响政策制定和实施的主要因素,为今后的防治政策的制定提供建议,本文对我国艾滋病流行不同阶段中政策的发展及可能的影响因素进行分析。依据政策的概念及内容^[2,3],本次研究选取政策的标准为与艾滋病防治有关的国家级法律、法规及有关部委颁布的文件中涉及艾滋病或与艾滋病有关的预防、治疗与关怀等内容。为描述方便将本研究中所涉及到的法律、行政法规和有关部委文件统称为“政策文件”。本次研究收集的“政策文件”时间范畴为 1984-2005 年 3 月,所收集与艾滋病防治相关国家级的“政策文件”的总数为 217 件。

一、我国艾滋病政策发展的基本情况

1. 与艾滋病防治相关的“政策文件”颁布数量随时间分布的特点:自 1985 年我国报告首例艾滋病病例后,我国艾滋病流行经历了三个阶段,随着艾滋病流行的三个阶段的演变,从 1984-2005 年我国颁布艾滋病防治“政策文件”数量呈增加趋势:在艾滋病散发期(1985-1988 年)为 25 件,局部流行期(1989-1994 年)为 43 件,广泛流行期(1995-2005 年)为 129 件(图 1)。

2. 与艾滋病防治相关“政策文件”内容特点:根据《中华人民共和国立法法》将与艾滋病有关“政策文件”按性质分三类:法律类(6 件)、行政法规类(29 件)和部委级文件(182 件)。按照涉及的内容对“政策文件”分类:综合性防治规划、机构建设和人员培训、监测、检测和咨询、宣传和健康教育、控制传播途

径和行为干预、抗病毒治疗、社会关怀和救助、科学研究和对外交流合作以及多部门合作等。其中部分“政策文件”兼有其他类别特点的,则按其最主要的内容特点和实施目的归类(表 1)。

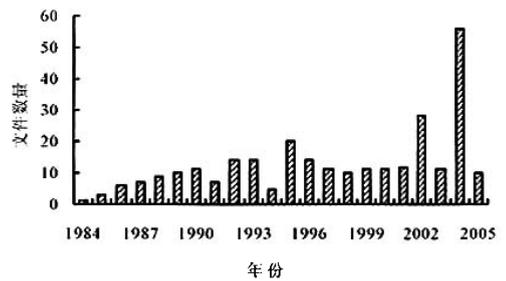


图 1 1984-2005 年我国艾滋病相关政策文件数量变化

表 1 我国国家部委颁布的与艾滋病防治相关的“政策文件”按照内容特点分类

类别	文件份数
综合性	34
机构建设和人员培训	19
监测	30
检测和咨询	32
宣传和健康教育	18
非法采供血及使用血制品	24
控制静脉吸毒传播	8
控制和干预经性传播	5
控制和干预母婴传播	7
预防控制职业暴露	2
抗病毒治疗	8
社会关怀、救助	3
科学研究和对外交流合作	19
多部门合作	8
合计	217

二、我国艾滋病防治政策发展变化分析

为了更好地分析我国艾滋病防治政策发展变化,我们将其发展分为四个阶段:第一阶段前期(1985 年前)、第二阶段初期发展阶段(1985-1988 年)、第三阶段中期发展阶段(1989-1994 年)和第四阶段即调整、加强和法制化阶段(1995-2005 年)。阶段的划分与我国艾滋病流行阶段划分相一致,便于理解和分析(表 2)。

作者单位:100050 北京,中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心(颜江瑛、陈秋兰、马彦民、索罗丹);University of North Carolina, USA(Myron Cohen)

表2 中国、美国、UN 及 WHO 与艾滋病防治有针对性的工作

项 目	1981-1984 年	1985-1988 年	1989-1994 年	1995-2005 年
与 HIV/AIDS 有关的重要科技发展	1984 年发现 HIV	1985 年 HIV 抗体试剂在美国获准; 1987 年美国 FDA 批准 AZT	1994 年中国加入互联网协议	1995 年发明高效抗艾滋病治疗方法 1996 年美国开始病毒载量测定
UN、联合国艾滋病规划署 (UNAIDS) 和 WHO	1984 年 WHO 艾滋病会议备忘录	1988 年确定 12 月 1 日为世界艾滋病日	巴黎艾滋病首脑会议宣言	1997 年成立 UNAIDS 2000 年 9 月《千年发展目标》 2001 年 6 月 UNAIDS 特别大会
中国 流行情况	无艾滋病感染者和患者的报告	发现 19 例 HIV 感染者	1989 年在云南省发现吸毒者中艾滋病暴发 146 例, 至 1994 年底报告 HIV 感染者 1500 例, 患者 65 例	至 2004 年底报告感染者 91508 例, 患者 18362 例。估计有 83 万 HIV 感染者
里程碑事件	1984 年卫生部、经贸部、海关总署联合限制进口血液制品	1986 年成立中国艾滋病委员会; 1987 年颁布中国预防控制艾滋病规划; 1988 年成立中国第一个非政府组织——中国预防性病艾滋病基金会; 1989 年颁布《传染病防治法》; 部分地区开始 HIV 监测; 在原中国预防医学科学院流行病学微生物学研究所设立艾滋病监测室	1990 年与 WHO 共同制定中国艾滋病中期规划; 1990 年成立国家艾滋病预防和控制专家委员会; 1993 年成立中国性病艾滋病防治协会; 开始国际合作和人员培训, 包括监测、健康教育以及政策管理等	1996 年国务院成立性病艾滋病协调会议制度; 1998 年颁布《献血法》, 同年成立卫生部艾滋病预防与控制中心; 1998 年和 2001 年分别颁布《防治艾滋病中长期规划》和《行动计划》; 2003 年实施“四免一关怀”政策; 2003 年温家宝总理、吴仪副总理看望艾滋病患者; 2004 年胡锦涛总书记看望艾滋病患者; 2004 年中央财政艾滋病专项投入达 8.1 亿元; 2004 年颁布新修订的《传染病防治法》
美国 流行情况	1981 年 CDC 报告 3 例艾滋病患者; 1985 年底报告超过 16 458 例, 其中 8220 例死亡	1986 年底报告超过 30 000 例	1995 年报告 HIV 感染者 71 547	2003 年底报告 44 232 例感染者, 估计感染者为 405 926 例
里程碑事件	1981 年 CDC 首次报告艾滋病病例; 1982 年 NIH 拒绝开展确定是否妇女感染艾滋病研究; 1983 年第一次召开有关艾滋病国会听证会	1986 年里根总统第一次在公开场合提到艾滋病; 1987 年成立总统艾滋病委员会, 同年美国颁布拒绝 HIV 感染者移民 (PWAS); 1988 年公民权利委员会听证反对 PWAS 之歧视法案	1989 年国会成立国家艾滋病委员会; 1990 年 Ryan White 国家综合艾滋病资源紧急行动; 1993 年克林顿总统成立白宫国家艾滋病政策办公室, 并签署禁止 HIV 感染者移民; 1994 年艾滋病是美国 25~44 岁年龄组人群死亡的主要原因	1995 年第一届白宫艾滋病会议, 克林顿成立总统艾滋病顾问委员会; 1998 年最高法院裁定残疾人法, 包括无症状 HIV 感染者; 1999 年国家科学院医学所敦促监测全部孕妇; 2000 国会颁布全国艾滋病、结核救济法; 2002 年国务卿鲍威尔鼓励使用安全套预防艾滋病; 2003 年布什总统保证 150 亿美元抗击艾滋病

1. 我国艾滋病政策前期特点: 美国官方首次于 1981 年 6 月 5 日报告艾滋病, 这也是全球首次报道^[4]。1984 年 WHO 发布了对当时全球艾滋病形势评估的备忘录——1983 年 11 月 22-25 日 WHO 日内瓦艾滋病会议的纪要。备忘录中提到 1978 年艾滋病即已出现, 主要集中在同性恋人群、血友病患者和输血人群, 导致艾滋病的病原不明, 但极有可能是一种具有传染性的逆转录病毒。参加这次会议的 38 名代表中没有一名来自中国的专家^[5]。依据当时对艾滋病的认识及其流行特点, 1984 年 9 月 17 日, 我国颁布了第一个与艾滋病有关的“政策文件”, 由卫生部、经贸部和海关总署联合下发《关于限制进口血液制品防止艾滋病传入我国的联合通知》, 目的是阻止艾滋病由境外传入。在限制进口血液制品的同时提出为解决国内临床血液制品使用问题, 加大中国血液制品生产的能力。另一方面该政策要求严格观察使用国外血液制品的患者, 发现可疑病例及

时报告, 要求医学情报部门密切注意该病在国外的动态并及时宣传。

2. 我国艾滋病政策发展的初期阶段: 这一时期艾滋病政策的特点是防止“传入”为主。1986 年 12 月 3 日发布的《中华人民共和国外国人入境出境管理办法实施细则》和 1989 年 3 月 6 日发布的《中华人民共和国国境卫生检疫法实施细则》中规定, 禁止艾滋病、性病的外国人入境。另有政策进一步限制血液制品进口, 封存了 1985 年 10 月以前国外没有开展 HIV 抗体检测的进口人血丙种球蛋白。同时, 卫生部着手对血液制品生产进行管理, 1988 年 4 月在《关于整顿血液制品生产管理的通知》中要求对血液制品的血源进行监测, 必须对献血员检测艾滋病病毒抗体, 要求各血液制品生产单位努力创造条件, 逐步开展献血员的艾滋病病毒抗体检测工作。1987 年颁发了《全国预防艾滋病规划》的目标是防止艾滋病的传入、发生和蔓延, 对宣传教育和培训、监测、检

疫、科研和国际合作提出工作要求。规划中提出由国家设立艾滋病防治经费,要求地方提供经费用于当地的艾滋病监测控制。根据国务院批准发布的《艾滋病监测管理的若干规定》,1988 年开始对外宾、归国人员、暗娼及性病患者、宾馆服务人员、边境居民等 8 类重点人群监测;要求不得歧视艾滋病患者、感染者及其家属,不得将艾滋病患者的姓名、住址等有关情况公布或传播;开展了监测和检测专业技术人员的培训;在原中国预防医学科学院成立了艾滋病监测室和检测室^[6]。1989 年《中华人民共和国传染病防治法》颁布,将艾滋病列入乙类传染病管理,要求对艾滋病患者采取隔离措施,并送到卫生部门指定的医疗单位治疗。在艾滋病的宣传教育方面,还仅局限在 12 月 1 日和在重点旅游、开放城市。这一时期,除上海市外,地方政府几乎没有出台有关艾滋病防治的“政策文件”。

在组织机构上,针对我国部分地区重新出现性病流行及报告病例数大幅度上升,1986 年成立了全国性病防治中心,在监测性病的同时关注艾滋病的发病情况;1986 年 10 月,成立了国家艾滋病预防和控制工作组;1988 年建立了非政府组织——中国预防性病艾滋病基金会。

依据当时艾滋病流行的特点和对其科学的认识,当时的“政策文件”已经涉及到预防控制的几个关键环节和重点监测人群,但是基本上以防“传入为主”。在我国开始实行改革开放后,国际交流不断扩大,在全球经济化、一体化的趋势下,艾滋病的防治政策以防“传入为主”这种比较被动的方式,只能在极短的时间内发挥有限的作用。同时“政策文件”集中在国家层面,地方政府较少有行动。

3. 我国艾滋病政策发展的中期阶段:此期特征为我国局部地区出现艾滋病聚集性流行,主要是集中在云南省边境的静脉吸毒人群,同时性病报告病例数量呈快速上升趋势^[7,8]。1990 年卫生部与 WHO 共同制定了《中国预防和控制艾滋病中期规划》(“1990 年规划”),并要求部分省制定省级规划。在当时流行情况和科技发展水平下,“1990 年规划”是一个涉及面比较广的工作规划。依此要求开始规范监测、检测工作,建立了监测哨点和部分省级艾滋病确认实验室以及检测实验室,培训了部分监测、检测、健康教育和干预、临床治疗人员;开展与 WHO、UNDP 等国际组织和其他国家的合作。这一时期,部分地方政府根据中央政府的要求开始制定

针对当地特点的艾滋病防治政策。

在打击卖淫嫖娼同时,要求对卖淫嫖娼者强制进行性病检测、治疗;在打击贩毒、吸毒的同时,对吸毒人员进行强制性戒毒。但是,当时对这两类高危人群开展干预的政策制定和实施有一定的阻力,所以干预工作直到 1996 年才开展^[6]。

由于我国限制了血液制品的进口,各地的血液制品生产单位和生产量增加。据“1990 年规划”分析 1990 年全国有 95 家血液制品生产单位向卫生部报告情况,当时我国每年全血总采集量达 2 080 000 人次,总采血浆约 700 000 人次。与美国 4 家血液制品生产企业控制全美的血浆及血液制品的生产相比^[9],我国当时的血液制品生产单位数量不少。每次献血前献血员均进行包括乙型肝炎表面抗原在内的实验室检测,仅有少数的献血员进行了 HIV 抗体检测,但一直未发现阳性者,“1990 年规划”中提到由于目前我国 HIV 感染率低,不需要花费大量经费去检查每一名献血员,而应根据对献血员进行哨点监测的结果确定是否需要进行献血员的 HIV 常规筛选。这一政策与 1988 年颁布的《关于整顿血液制品生产管理的通知》中要求必须对献血员进行艾滋病病毒抗体检测相悖。同时,由于血液制品生产单位数量大,原料血需求市场大,出现了非法地下血站。

1990 年 9 月在原国家艾滋病预防和控制工作组的基础上,成立了国家艾滋病预防和控制专家委员会,增加了专家对政策制定建议作用和对全国的技术指导、审评。1993 年建立了中国性病艾滋病防治协会。

这一时期,我国艾滋病防治核心策略已从防止传入转为控制艾滋病在国内蔓延,减少艾滋病和 HIV 感染相关的发病、死亡,减少艾滋病和 HIV 感染的社会影响,并且已经认识到多部门参与和全社会动员对防治艾滋病的重要性,与第一阶段相比防治政策涉及的面增加。但也存在一些问题,部门间政策不协调,如干预政策;也有政策的执行力等问题,如对献血员进行 HIV 检测政策。

4. 艾滋病政策的调整和加强阶段:在这一时期,全国报告 HIV 感染者人数迅速上升,一方面由于云南省吸毒人群中 HIV 感染流行地区明显扩大至全省各州,且迅速传入新疆、广西及四川等地。另一方面 1995 年起在我国中部一些地区的有偿供血员中发现为数不少的 HIV 感染者;经性传播的感染者人

数亦在不断增加^[6]。这一时期的政策变化主要表现为:政府高层对艾滋病的危害认识逐步加深,特别是 2003 年以来,政策更为主动,立法成分加大,1996 年成立国务院防治性病艾滋病协调会议制度,2004 年在此基础上成立了防治艾滋病工作委员会由国务院吴仪副总理任主任。1997 年颁布的《中华人民共和国献血法》、《血液制品生产管理实施条例》等系列血液安全管理法律和法规,使得血液及血制品安全大大改善。我国无偿献血占临床用血的比例由 1998 年的 22% 上升到 2004 年的 88%^[10]。1998 年和 2002 年制定和下发的《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998-2010 年)》和《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2001-2005 年)》是我国防治艾滋病的主要法规,确定了我国艾滋病防治工作的目标、策略和工作措施。修订的《中华人民共和国传染病防治法》和《对艾滋病感染者和艾滋病病人管理办法》等法律和规定中修改了原来针对艾滋病感染者和患者的不科学规定,如取消了隔离艾滋病感染者和患者禁止结婚等条款,法律和伦理的协调更趋理性。抗高效艾滋病病毒治疗是全球艾滋病防治一个重要的突破,而我国 2003 年颁布的“四免一关怀”政策又使这一突破能够在我国得以更广泛地实施。1995 年颁布的《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》虽然要求在宾馆、酒店、发廊及娱乐场所积极宣传使用避孕套,但当时我国高危人群干预还没有很好的政策环境。2001 年制定的《行动计划》,特别是 2004 年我国对高危人群干预政策有了很大的改善,包括对吸毒人员开展清洁针具交换、针具市场营销、美沙酮替代治疗、100% 安全套推广政策。2004 年调查暗娼最近一次商业性行为安全套使用率达 90%,该人群性病(衣原体感染)感染率下降幅度在 34% (湖北省项目点)和 88% (海南省项目点)之间^[10]。

这一时期我国政策的重点已转到预防为主,全民参与,标本兼治,综合治理。对高危人群干预有了很好政策支持环境。同时,防治经费投入大幅度增加。

三、影响我国艾滋病政策制定与实施的主要因素

在艾滋病流行过程中,无论是美国还是欧洲都由不知所措,到逐步认识,经过近二十多年的努力,艾滋病的流行率下降,保持在一个相对稳定的水平^[11]。

从上述对我国政策制定及相关内容特点分析,

不难看出,在艾滋病流行的散发期和局部流行期,我国的艾滋病防治政策的制定涉及到阻止艾滋病传播的有关方面,而近期更是有了实质性的突破。在宏观政策制定层面,在艾滋病不同流行形势下,我国政策制定表现出相对的积极性(表 2)。但是,什么因素导致我们防治政策在早期和中期有的目标和措施并没有很好地实现呢? 这些因素对现在政策会有什么影响? 目前我们正面临着艾滋病从高危人群向一般人群扩散的紧急防治时期,必须要减少不利的影响因素,否则将失去这最后的防治机会。

1. 政策的执行力:要达到政策的目标或实现其目的,包括四个部分:计划、实施、评估和改进,这是一个循环过程。实施是其中的最基本的部分,是将政策的纸上的蓝图规划转变为具体的行动。如果这一过程的实施力度不够,就会使一项很好的政策达不到预期的目的,这方面各国都有很多深刻的教训^[12]。自我国第一个艾滋病防治政策颁布以来,有关血液安全的政策实施力度应该给我们很深的教训,如 1988 年 4 月卫生部下发《关于整顿血液制品生产管理的通知》中要求对献血员进行艾滋病检测,这一措施没有得到落实。

2. 利益相关者关系:利益相关者是指与政策有直接或间接关系的团体或个人,可以影响政策的制定、实施和评估^[13]。每一项政策都有不同的利益相关者,一个理想的政策是各个利益相关者互相促进,共同受益。但在实际中,每一项政策都会有受益方和受损方。协调各相关利益方以保证政策的实施有多种办法,可以通过法律手段强制执行;可以通过经济补偿保障执行;可以通过宣传教育促进执行。如干预政策中卫生部门与公安部门的关系;血液政策中血站、医院、献血员和“血头”等之间的关系。目前,出台的艾滋病及常见机会性感染免、减费药物治疗的政策,各利益相关者的关系存在潜在的问题,医疗机构与疾病预防控制机构在药品分发和采购上关系,中央经费未支持地区的地方政府与中央政府的关系;感染者和患者如果要享受免、减费需要某些部门出具证明,感染者和患者为自身保密着想会放弃治疗。所以与政策有关的政府部门、专业人员、非政府组织、感染者和患者、企业、媒体等方面在政策的制定和实施中都有不同的正性和负性作用,对达到政策的目标有很大影响,这就需要在政策制定和实施过程中分析利益相关者对政策的影响,运用不同的手段平衡和制约以减少其不良影响。

3. 人力资源和地方的主动性:在我国艾滋病防治过程中,人力资源是很重要的影响因素,在落实“四免一关怀”政策方面,医疗机构对艾滋病治疗的能力严重不足,目前我国有能力提供抗病毒和机会性感染治疗的县级医疗机构分别占 1.9% 和 4.7%^[12]。2004 年 8 月卫生部下达的关于在各级疾病预防控制中心成立高危行为干预工作队的政策,更是对我国基层人力资源极大的挑战。非政府组织参与艾滋病防治是一个很成功的经验,而我国非政府组织的人力资源和能力严重不足。同时,影响政策实施另一个极为重要的因素是实施者的主动性,我国地方的主动性在艾滋病防治上并不理想,仅就制定艾滋病防治规划而言,到目前有的省份还没有落实。

4. 经费的筹资渠道:2003 年实施的“四免一关怀”政策,从优先策略分析,这一政策对防止艾滋病在我国流行起到了极为重要的作用。但是,随着艾滋病流行经性传播比例的加大,人口学特征会出现变化,不包括在“四免一关怀”范围内的感染者和患者如何面对治疗的负担。而城镇基本医疗保险覆盖的人群又极为有限,2004 年 12 月底人数仅为 12 386 万人^[14]。同时,我国 18 家商业保险公司,没有一家设立有艾滋病的险种^[15]。美国最大的一家健康保险公司 Empire Blue Cross and Blue Shield 于 1986 年制定了艾滋病的保险条款^[16]。我国政府需要通过制度建设,从一个无限的政府逐步向有限政府转变,建立由政府、社会、保险公司和个人等多种防治的筹资渠道,以保证防治政策的可持续性发展。

5. 政策的监督和评估的及时性:任何国家都不可能有很多时间、金钱和智力资源去无休止地争论以达到制定最理想的政策的目的。这就有可能出现一个新的政策出台伴随着一个或几个新的问题的出台,这也是政策发展的动力学,需要我们不断地评估政策的实施过程和结果,为下一个政策的制定提供证据。从 1984 年到 2002 年我国一直没有对各项艾滋病防治政策进行全面的监督和评估,这势必会影响到政策的制定、实施。直到 2003 年我国第一次进行了艾滋病防治中期评估。近期我国颁布了较多的政策,我们亟需对一些政策执行情况进行督导以确保政策的落实,开展评估以发现问题及时调整。最近,为了更快地发现 HIV 感染者和艾滋病患者,美国疾病预防控制中心等 4 个卫生部门和 36 个社区机构经过 2 年的时间花费 2600 万经费,对防治政策

在目前流行形势下效果进行了研究和评估,从而发展了 4 个新的艾滋病防治策略,其中之一是将 HIV 检测作为医学常规项目,这在 VCT 基础上是一个重大进步;二是发展新的 HIV 感染院外的诊断方法,便于个人自我检测;三是通过与 HIV 感染者和其性伴共同工作防止新 HIV 感染者出现;四是减少围产期感染^[17]。

6. 国际合作思路:我国目前艾滋病防治国际政策主要是如何争取国际合作项目,而且成功地开展中英、中美及以全球基金等多个重大的项目,对我国艾滋病防治起到了很重要的作用。随着我国与周边国家边境贸易的增加、人口的流动增加、毒品交易增加、商业性活动日益频繁和非法移民进入我国,艾滋病的跨境传播危险性一直存在,且还会增加。在这一领域,我们还没有与东南亚、东北和西部等边境贸易国家共同就艾滋病防治开发有关政策。

四、结论

综上所述,从以上三个阶段对我国艾滋病防治政策变化特点进行分析,从中可以看出以下几个特点:①政策的制定与当时流行情况紧密结合,体现出我国政策制定遵循了一定的优先策略;②政府决策层从没有认识到或不愿承认艾滋病的威胁发展到现在的高度关注;③政策发展经历了从宏观到微观,操作性增强,更利于实施;④政策制定注重人权和伦理,考虑艾滋病感染者和患者的需求,同时高危行为干预政策有了很大的改善。需要注意的是自 2003 年至 2004 年艾滋病防治政策改善速度加快,艾滋病防治有了很好的政策环境。由于我国艾滋病目前流行形势非常严峻^[18],我国的艾滋病防治工作要取得成效必须认识到目前影响政策的因素,尽快颁布“中国艾滋病管理条例”等法律,加强艾滋病政策的执行力,政策制定时要考虑到与艾滋病防治利益相关者的关系,真正形成多部门合作和全社会参与协调发展的局面;必须尽快培训队伍,包括非政府组织,解决防治队伍人力不足的问题,以保证政策的实施。同时,从不同的层次对不同的艾滋病政策进行督导和评估,及时解决影响政策实施中的问题,也为政策的制定和调整提供依据;改善艾滋病防治经费的筹资渠道,形成政府、保险业、社会和个人共同参与的筹资模式;调整艾滋病防治的国际政策思路,与周边国家共同合作,进一步推动我国预防和控制工作的成效。

参 考 文 献

1 Patricia DS. AIDS and the policy struggle in the United States. Georgetown University Press, Washington, D. C., 2002. 1-18.

2 John WK. Agendas, alternatives, and public policies. Longman, 2003. 166-168.

3 Deborah S. Policy paradox: the art of political decision making. New York; W. W. Norton, 1997. 261-264.

4 Center for Diseases Control and Prevention. Pneumocystic pneumonia-Los Angeles. MMWR, 1981, 30: 250-252.

5 WHO. Acquired immunodeficiency syndromes—an assessment of the present situation in the world: memorandum from a WHO meeting. Bull WHO, 1984, 62: 419-432.

6 郑锡文, 朱棣, 杨功焕, 等. 中国 1985-1988 年艾滋病监测报告. 中华流行病学杂志, 1989, 10: 65-67.

7 郑锡文, 田春桥, 杨功焕, 等. 云南省瑞丽县 225 例吸毒者吸毒行为及 HIV 感染危险因素初步调查分析. 中华流行病学杂志, 1991, 12: 12-14.

8 宋薇, 梁国钧. 1977-1993 年我国性病流行病学分析. 疾病监测, 1995, 2: 57-60.

9 Patricia DS. Blood policy in the age of AIDS. AIDS and the policy struggle in the United States. Georgetown University Press,

Washington, D. C., 2002. 44.

10 国务院艾滋病工作委员会办公室. 中国艾滋病防治联合评估报告. 2004.

11 Rolf R, Doris S. The AIDS policy cycle in Western Europe from exceptionalism to normalization. Wissenschaftszentrum Berlin Fur Sozialforschung, 1999.

12 Arnold L. Implementation evaluation. 2nd ed. Handbook of Practical and Program Evaluation, 2004. 63-65.

13 John WK. Agendas, alternatives, and public policies. Longman Classics in Political Science, 2003. 46-52.

14 中国医疗保险行业分析报告-研究报告-市场研究报告. <http://www.chinabgao.com/reports/5628.html>

15 医疗保险险种简介 http://www.ebao.com/product/health/intro_se01.shtml

16 Leslie S. A health insurer's perspective on AIDS. Public Health Dimensions AIDS. United Hospital Fund of New York, 1987. 230-235.

17 United States CDC. AHP demonstration projects overview. http://www.cdc.gov/hiv/partners/AHP/DemoProject_Overview.htm

18 汪宁. 我国艾滋病预防控制的形势与面临的挑战. 中华预防医学杂志, 2004, 38: 291-293.

(收稿日期: 2005-09-08)
(本文编辑: 张林东)

· 疾病控制 ·

宁夏回族自治区固原市农村回、汉族人群婚育现状调查

王桂珍

为了解宁夏回族自治区固原市近亲婚育情况, 改变群众落后观念, 于 2003 年 8 月份进行了农村回、汉族人群婚育现状调查。在固原市 4 县 1 区 102 个乡(镇)中随机抽取 1 个回族居住集中的乡和 1 个汉族居住集中的乡, 每个乡随机抽取 3 个行政村, 每个行政村调查 2000 年以前结婚的夫妻婚配状况及其对子代健康的影响。由固原市妇幼保健院抽出具有医师以上职称的专业技术人员, 调查前统一培训, 然后分组, 在相同时间内按调查表挨门逐户逐项调查填写。

1. 婚配结果对子代健康的影响: 从表 1 得知, 近亲结婚的子代早亡与非近亲结婚相比差异有统计学意义($\chi^2 = 16.70, P < 0.01$); 近亲结婚的先天性疾病与非近亲结婚相比差异也有统计学意义($\chi^2 = 99.22, P < 0.01$), 近亲结婚子代早亡率、先天性疾病患病率明显高于非近亲结婚者。

2. 回、汉族近亲婚配率比较: 从表 2 得知, 固原市农村近亲婚配率高, 汉、回族间差异有统计学意义($\chi^2 = 97.92, P < 0.01$), 即回族近亲婚配率明显高于汉族, 是汉族的 6.8 倍。近亲结婚类型, 仅查出姑表亲和姨表亲, 姑表亲占 69.75%, 姨表亲 30.25%, 回、汉族在近亲结婚类型上差异无统计学意义($\chi^2 = 0.004, P > 0.05$)。

表 1 固原市农村回、汉族人群婚配现状对子代健康的影响

婚配现状	婚配 对数	子代 人数	子代早亡		子代先天性疾病	
			例数	死亡率 (%)	例数	患病率 (%)
近亲	162	792	170	21.46	35	4.42
非近亲	1862	7697	1218	15.82	52	0.68
合计	2024	8489	1388	16.35	87	1.02

表 2 固原市农村回、汉族人群近亲婚配调查结果

民族	婚配 对数	近亲婚配类型			
		对数	婚配率(%)	姑表亲对数	姨表亲对数
回	1007	141	14.00	100	41
汉	1017	21	2.06	13	8
合计	2024	162	8.00	113	49

近亲结婚的危害表现在子代早亡和子代患先天性疾病, 这是由于表兄弟、姐妹之间有 1/8 的基因可能是相同的, 致病基因携带率高, 近亲婚配时子女中隐性传染病的患病率就大为增高了。固原市尤其是回族近亲婚配率高, 这与回族居住相对集中, 接受现代科学知识教育机会少有关。

(收稿日期: 2005-04-28)
(本文编辑: 张林东)