

我国梅毒流行形势与控制对策探讨

龚向东 蒋娟 苏晓红

在 20 世纪 80 年代初,梅毒在我国死灰复燃。至 2013 年,我国梅毒报告发病率达 32.86/10 万,居全国甲乙类法定传染病发病排序第 3 位,已成为我国重要的公共卫生和社会问题之一^[1]。我国梅毒疫情的快速上升值得深思。梅毒可防、可治、可控,检测手段易于实施,医疗条件成熟,至今尚未发现耐青霉素的梅毒螺旋体,全国各地普遍开展梅毒血清检测,为什么我国梅毒疫情仍未得到有效遏制?现就此问题提出建议。

一、我国梅毒流行形势

根据我国梅毒流行特点,可大致分为 3 个阶段,每个阶段都有其相应的高危人群、脆弱人群及危险因素,且高危人群与脆弱人群的种类及亚组、数量规模和危险因素的成分与数量也在发生改变。

1. 1979—1993 年:为第一阶段,梅毒由沿海城市向内陆城市扩散,由大城市向中等城市扩散。表现为梅毒发病数逐渐增长,全国梅毒发病率保持在很低水平($< 0.20/10$ 万),梅毒病例呈散发,仅在高危人群中传播,临床上梅毒属于少见病。

2. 1994—2003 年:为第二阶段,梅毒由大中城市向中小城市蔓延,由城市向农村蔓延。至 2003 年全国梅毒报告发病率波动在 6/10 万左右。该阶段梅毒迅速传播,已由高危人群向脆弱人群和普通人群传播,胎传梅毒已出现并逐渐增多,三期梅毒开始出现。

3. 2004 年至今:为第三阶段,梅毒流行,全国各地均有梅毒病例报告,有的地区梅毒发病率高达 100/10 万至 300/10 万;在男男性接触者(MSM)和低档暗娼中呈高流行状态,其梅毒感染率高达 10%~30%^[2-5]。有的地区普通人群中也存在梅毒流行,孕产妇梅毒感染率高达 1.85%^[6]。梅毒引起的危害不断出现,如梅毒导致孕妇流产、死产、死胎、胎传梅毒逐渐增多^[7-8];晚期梅毒如梅毒性痴呆、内脏梅毒、梅毒性眼病等已有报道^[9-10]。

我国现阶段梅毒流行特点转变为不仅任何人

群均受影响,更多的是社会经济地位较低的弱势群体(如低档暗娼、民工等)和 MSM 人群;梅毒已成为常见传染病,给防治工作带来严峻的挑战。

二、存在的问题

为应对梅毒流行,国家采取了一系列防治措施,如颁布《性病防治管理办法》,出台梅毒控制规划,建立性病监测系统,开展病例报告,大力开展培训,打击卖淫嫖娼,开展宣传与健康教育等。这些措施取得了一定成绩。但仍存在一些问题。

1. 控制梅毒科学性不足:防与治分离,查与治分离。原由各地皮肤性病防治机构承担的梅毒防与治,转变为“防”由疾控机构负责,“治”由医疗机构负责,两者缺乏有效合作。在医疗机构对住院和手术患者、孕产妇筛查出的梅毒感染者,不能及时得到专业指导,包括有效治疗、健康教育和性伴追踪^[11-13]。

2. 梅毒监测和检测策略与管理机制存在不足,无法收集危险因素信息:现有的梅毒疫情报告管理机制只监管漏报,不监管准确性,导致发生错报和重报等误差^[14]。未系统地开展梅毒危险因素监测,从而影响科学决策。

3. 缺乏有效的梅毒预防干预工作:虽然各地疾控机构组建了高危人群干预队伍开展艾滋病的干预,但缺乏对梅毒的干预;无法满足目标人群对梅毒知识的需求。此外,由于干预工作不够深入,难以覆盖梅毒传播危险性更高的低档暗娼等人群^[15]。

4. 梅毒治疗注射用青霉素得不到充分保障,治疗不规范:部分医疗机构缺乏注射用青霉素药物,包括苄星青霉素、普鲁卡因青霉素、水剂青霉素。一些地区治疗梅毒不使用一线药物,而是使用二线替代药物,直接影响疗效。

5. 梅毒防治的科研水平有待提高:我国梅毒防治的基础、临床、流行病学和干预等方面的研究均存在不足,研究水平不高,研究人才队伍不足,缺乏系统性研究,没有形成合力等。

三、建议

梅毒是一种传染病,经典传染病三级预防理论仍然适用于梅毒。梅毒也是一种典型的生物-心理

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2014.05.001

作者单位:210042 南京,中国医学科学院北京协和医学院皮肤病研究所

通信作者:龚向东,Email:gxchina@163.com

行为-社会医学模式的慢性传染病,因此有其特殊的防治规律。西方发达国家已基本控制梅毒流行^[16],20世纪60年代初,我国也曾经消灭了梅毒,均应用了这些理论和规律。近年提出“治疗就是预防”,是上述理论的深化。控制我国梅毒流行,更重要的是依靠强有力的政策和全社会力量,落实技术措施,应用和推广梅毒防治的新技术与新方法,科学防治。根据目前梅毒流行特点及存在的问题,提出以下建议。

1. 落实和完善现有的梅毒控制政策,构建全国梅毒防治体系,保障梅毒防治资金:梅毒流行是危害民族繁衍的问题,各地政府应将梅毒防治纳入到国民经济发展规划中;由各地政府主导落实《中国预防与控制梅毒规划(2010—2020)》,制定适宜当地的实施方案,循证决策;通过性病防治的纵向系统(皮肤性病防治系统、疾病控制系统),联合横向系统(妇幼系统、各医疗机构)构建梅毒防治体系,重视人才队伍建设,由中央和地方财政保障梅毒防治资金,确保防治体系的有效运转。

2. 制定和完善梅毒防治的技术标准、规范和指南:包括修改和完善现有的梅毒诊断标准、临床治疗方案和监测工作方案,制定梅毒检测技术规范,医疗机构和采供血机构梅毒筛查与处理指南,医疗机构梅毒临床防治工作指南,现场干预工作指南等,指导和规范各地开展梅毒的监测、检测、治疗和预防干预工作。

3. 加强梅毒危险因素监测与干预:加强梅毒报病,使用梅毒病例报告卡收集信息;加强不同人群梅毒血清学和危险因素监测,尤其是要针对低档暗娼、MSM人群、外出务工人员等开展监测;加强针对这些高危人群和高危因素的干预工作。

4. 系统性地开展梅毒筛查,加强病例管理:系统性地开展梅毒筛查是西方发达国家控制梅毒的一条根本措施,也是我国20世纪五六十年代基本消灭梅毒的重要历史经验^[17]。在一级预防措施(如推广安全套)效果不明显的情况下,系统地开展梅毒筛查作为二级预防措施应成为工作的核心,及早发现和消除传染源。对于梅毒高流行区和高发人群,实行普查和快检;对于核心传染源的高危人群建立预防性筛查制度;对于筛查体系不能覆盖的人群,尤其是社会经济地位低下的脆弱人群,定期开展外展现场查治。对梅毒筛查阳性者要加强病例管理,做好隐私保护和资料记录,建立信息系统,做好数据的分析与利用。

5. 推广应用梅毒防治的新技术、新方法和新策略:近年发展起来的梅毒防治新技术主要是在检测领域,包括梅毒快速检测方法、现场实时检测(point of care testing)^[18]、艾滋病与梅毒双检技术和一些早期诊断技术等。此外,梅毒的检测和诊断策略也有所发展。传统的梅毒筛查是先用非梅毒螺旋体血清试验,如快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)筛查阳性者再做梅毒螺旋体试验,如梅毒螺旋体明胶颗粒凝集试验(TPPA)确认。梅毒反向筛查是先行梅毒螺旋体血清试验,阳性者再用非梅毒螺旋体血清试验印证,结果不一致时用第二种梅毒螺旋体血清试验^[19-20];上述方法应根据检测目的、数量和人群进行选择。

6. 确保青霉素药物供应:从国家层面明确注射青霉素(包括苄星青霉素、普鲁卡因青霉素、水剂青霉素)不受医疗机构抗生素品种限制,是每个相关医疗机构必备的药品。

7. 临床多学科合作,跨学科培训:由于梅毒侵犯人体各器官和各系统,医疗机构各个科室均可能遇到梅毒。梅毒的诊断、治疗处理需要多学科的合作,也需要跨学科的培训,在各个不同学科,如神经科、精神病科、眼科、骨科、妇产科、儿科、肛肠科等培训时加入梅毒的内容。在国家层面、各专业学会、协会制定相应的计划。

8. 加强科研和国际合作,指导梅毒防治工作:开展以问题为导向的科研,切实解决有关梅毒发病机制、诊断、治疗、传播和干预等方面的重大和关键问题。如近年研究发现,头孢曲松治疗梅毒具有良好效果^[21],可用于对青霉素过敏而对该药不过敏的梅毒患者,但该药治疗梅毒的剂量和疗程尚未得到统一,需进一步研究。其他亟需解决的防治问题,如梅毒快速检测方法和实时检测试剂的研制、梅毒早期诊断IgM试剂的研制、梅毒基因检测技术与分子分型、不同检测策略与技术方法的评估、梅毒治疗的判愈、血清固定的原因、隐性梅毒的传染性;神经梅毒、眼梅毒、心血管梅毒的诊断与治疗,人群免疫水平对梅毒流行的影响,梅毒在MSM人群中传播的社会网络结构特征等。同时,开展梅毒防治的国际合作,包括与世界卫生组织、国外研究机构和大学的合作,引进先进的防治方法和技术,提高我国梅毒防治水平。

总之,只要共同努力,大力开展梅毒筛查与治疗,尽最大可能发现病例,及时有效治疗,消除传染源,就能达到控制我国梅毒流行的目标。

参 考 文 献

- [1] 龚向东, 岳晓丽, 滕菲, 等. 2000—2013 年中国梅毒流行特征与趋势分析[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(5): 310-315.
- [2] Gao L, Zhang L, Jin Q. Meta-analysis: prevalence of HIV infection and syphilis among MSM in China [J]. Sex Transm Inf, 2009, 85: 354-358.
- [3] 徐金水, 还锡萍, 刘晓燕, 等. 江苏省 3348 名男男性接触人群艾滋病和梅毒感染状况分析[J]. 现代预防医学, 2013, 40(9): 1678-1680.
- [4] 杨凭, 王千秋, 彭华, 等. 中低档场所女性工作者梅毒艾滋病感染调查[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2009, 25(3): 174-176.
- [5] 范和发, 张择榕, 郑纪文. 不同娱乐场所 975 名女性工作者梅毒感染情况调查分析[J]. 海南医学, 2013, 24(4): 596-598.
- [6] 张荣莲, 陈烈平, 陈起燕, 等. 福建省 38418 例妊娠期梅毒血清流行病学调查[J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28(8): 749-752.
- [7] 邱莉霞, 刘兵, 许宗严. 妊娠梅毒患者流产、死胎、死产 15 例分析[J]. 岭南皮肤病性病科杂志, 2006, 13(5): 370-371.
- [8] 谭中荣, 谭文立. 妊娠梅毒致死胎 20 例临床分析 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23(3): 167-168.
- [9] 付新征, 冯丽, 王建, 等. 麻痹性痴呆型神经梅毒 18 例临床分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(12): 865-866.
- [10] 朱丽, 宋艳萍, 陈晓, 等. 梅毒性葡萄膜炎 32 例临床分析[J]. 中华眼底病杂志, 2013, 29(4): 388-391.
- [11] 孙晓燕, 刘波, 党倩丽, 等. 2008—2010 年住院患者隐性梅毒的调查与分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(2): 135-136.
- [12] 陈颖, 陈惠明, 刘茁, 等. 303 086 例住院患者梅毒及人类免疫缺陷病毒感染检出情况分析 [J]. 中华传染病杂志, 2013, 31(5): 305-307.
- [13] 郭晓凌. 妇幼保健院住院患者梅毒的筛查与分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(2): 169-170.
- [14] 李旺华, 彭国平, 杨芳, 等. 湖北省医疗机构梅毒病例报告准确性和增长原因调查 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(4): 280-281.
- [15] 周月姣, 沈智勇, 唐振柱, 等. 广西低档场所暗娼人群梅毒感染及危险因素分析[J]. 中国健康教育, 2013, 29(7): 627-630.
- [16] Centers for Disease Control and Prevention. Summary of notifiable diseases - United States, 2011 [J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2013, 60(53): 97-100.
- [17] Cohen MS, Henderson GE, Aiello P, et al. Successful eradication of sexually transmitted diseases in the People's Republic of China: implications for the 21st century [J]. J Infect Dis, 1996, 174(Suppl 2): 8223-8229.
- [18] Benzaken AS, Sabidó M, Galban E, et al. Field performance of a rapid point-of-care diagnostic test for antenatal syphilis screening in the Amazon region, Brazil [J]. Int J STD AIDS, 2011, 22(1): 15-18.
- [19] 郭大文, 方秀菊, 李坤, 等. 梅毒反向筛查方法应用评价[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(6): 557-559.
- [20] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Discordant results from reverse sequence syphilis screening --five laboratories, United States, 2006—2010[J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2011, 60(5): 133-137.
- [21] 门佩璇, 龚向东. 头孢曲松治疗早期梅毒疗效的系统评价与 Meta 分析[J]. 中华皮肤科杂志, 2013, 46(12): 892-895.

(收稿日期: 2014-03-02)
(本文编辑: 吴晓初)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中华皮肤科杂志》和《国际皮肤性病学期刊》2014 年参考文献著录格式变化

基本参照执行 GB/T 7714-2005《文后参考文献著录规则》, 采用顺序编码制。与以往不同的是: 在题名后要标注文献类型标志, 文献类型和电子文献载体标志代码参照 GB 3469-1983《文献类型与文献载体代码》。①文献类型和标志代码: 普通图书: M; 会议录: C; 汇编: G; 报纸: N; 期刊: J; 学位论文: D; 报告: R; 标准: S; 专利: P; 数据库: DB; 计算机程序: CP; 电子公告: EB; ②电子文献载体和标志代码: 磁带(magnetic tape): MT; 磁盘(disk): DK; 光盘(CD-ROM): CD; 联机网络(Online): OL。注: 专著、论文集析出文献类型[A], 其他未说明的文献类型[Z]。

近年, 电子期刊和以电子版优先发表的文献逐渐增多, 对此类文献的著录格式如下:

主要责任者. 题名[文献类型标志/文献载体标志]. 刊名, 年, 卷(期): 起页-止页[引用日期]. 获取和访问路径.

举例:

- [1] Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role [J/OL]. Am J Nurs, 2002, 102 (6): 23 [2002-08-12]. <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.
- [2] 莫少强. 数字式中文全文格式的设计与研究[J/OL]. 情报学报, 1999, 18(4): 1-6[2001-07-08]. <http://periodical.wanfangdata.com.cn/periodical/qhxb/qhxb99/qhxb9904/990407.htm>.
- [3] 何文, 胡向东, 郭冬芳, 等. 超声引导下皮穿刺微波凝固治疗周围型肺癌的临床研究[J/CD]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2005, 2(2): 10-12.
- 以电子版优先发表的文献, 也要注明引用日期和访问路径, 最后注上电子版发表日期, 格式如下:
- [1] Kurth T, Gaziano JM, Cook NR. Unreported financial disclosures in a study of migraine and cardiovascular disease[J/OL]. JAMA, 2006, 296: E1 [2006-09-08]. <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/296/3/283/DC1/1>. [published online ahead of print July 18, 2006].

论文中有关实验动物的描述

根据 1988 年颁布的中华人民共和国国家科学技术委员会令第 2 号《实验动物管理条例》和卫生部 1998 年颁布的《医学实验动物管理实施细则》, 论文中有关实验动物的描述, 要求写清楚以下事项: ①品种、品系及亚系的确切名称; ②遗传背景或其来源; ③性别、年龄、体重; ④质量等级及合格证编号; ⑤饲养环境和实验环境; ⑥健康状况; ⑦对实验动物的处理方式。医学实验动物分为四级: 一级为普通级, 二级为清洁级, 三级为无特定病原体(SPF)级, 四级为无菌级。卫生部级课题及研究生毕业论文等科研实验必须应用二级以上的实验动物。