



预防和控制性传播感染：全球战略草案

秘书处的报告

1. 在 WHA53.14 号决议中，卫生大会要求总干事制定卫生部门对艾滋病毒/艾滋病和性传播感染的流行作出反应的全球战略。在 2003 年，卫生大会通过了 WHA56.30 号决议，注意到全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略¹，并在第二年在 WHA57.12 号决议中认可了朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略。提交 2006-2015 年预防和控制性传播感染全球战略草案²是对 WHA53.14 号决议的要求作出回应的下一个步骤。
2. 通过所有区域由各国卫生部代表、非政府组织、联合国系统合作伙伴、私立卫生部门及其它关键性的利益攸关者参加的包容性的广泛磋商过程，制定了战略草案。该过程在 2002 年开始，确定了新战略关键内容的概况。在 2004 年下半年，每个区域在协商会上讨论了第一份草案，随后进行了全球协商以审议所有意见并编辑工作草案。由此产生的草案纳入了所有各次协商会以及世卫组织性别问题咨询小组和性传播感染（包括人类免疫缺陷病毒造成的感染）专家咨询团成员的建議，于 2006 年 2 月张贴在世卫组织网站上，供会员国讨论和提交意见。最后草案已考虑到收到的意见并对全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略进行了补充。如同朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略所提出的，它承认预防和控制性传播感染是性和生殖卫生的核心问题。
3. 有 30 多种细菌、病毒和寄生虫病原体，包括艾滋病毒，可以通过性接触传播。其中许多主要是通过性交进行传播的。有些还通过受污染的血液制品或组织移植传播，以及在妊娠、分娩和母乳喂养过程中由母亲传给婴儿。据世卫组织估计，在 15-49 岁的男女中全球每年会发生 3.4 亿多例常见的细菌和原动物性传播感染（即梅毒、淋病、生殖器衣原体感染和滴虫病）新病例。

¹ 内容提要见文件 WHA56/2003/REC/1，附件 5。

² 文件 A59/11 Add.2。

4. 性传播感染可无症状或仅出现轻微和短暂的症状，但这种感染可引起严重的远期后果，诸如不孕，异位妊娠、慢性病和过早死亡。在胎儿和新生儿中，衣原体感染、淋病和梅毒可产生严重和常常威胁生命的病情，包括先天疾病、肺炎和出生低体重。人乳头瘤病毒感染会加大形成宫颈癌的可能性，而这种癌是世界范围内妇女与癌症相关死亡的第二大病因，每年造成 24 万名妇女死亡¹。正确诊断性传播感染对提供适当和有效的治疗是至关重要的。

5. 对控制性传播感染的投资可产生四项基本益处。第一，其控制减少在资源紧张国家和发达国家由性传播感染通过对生活质量、性和生殖健康以及儿童健康的影响直接和通过对国家和个人经济的影响间接造成的巨大发病率和死亡率负担。第二，这是预防艾滋病毒感染的一种具有成本效益的干预措施；其它性传播感染会加强艾滋病毒的性传播：特别是生殖器疱疹，而且一般来说生殖器溃疡，可以在每次无保护的性交中使艾滋病毒传播的危险增加 50-300 倍。第三，它有助于预防严重的并发症，例如输卵管性不孕症、宫颈癌和孕产妇死亡。第四，它将减少不良妊娠结局，例如梅毒造成的死胎和围产期死亡以及淋球菌和衣原体感染造成的失明。

6. 如果具备了足够的政治意愿并调动了足够的资源来发起和在一个关键水平上维持活动，性传播感染是可以得到控制的。资源有限的不同环境（如泰国和乌干达）以及丹麦、瑞典和大不列颠及北爱尔兰联合王国等其它国家提供了一些成功的例子。现在已有与艾滋病毒/艾滋病流行进行斗争的新伙伴、资源、创新技术和大量经验。2001 年联合国大会通过《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》的决议²指出，包括性传播感染的早期和有效治疗在内的预防工作必须成为艾滋病毒感染和艾滋病应对措施的支柱。疫苗是另一方面的预防措施。已有针对乙肝的安全和有效的疫苗，将其纳入国家免疫规划使用，可预防乙肝病毒的性传播并降低随后的肝病发病率。针对人类乳头瘤病毒感染的候选预防性疫苗显示出了巨大的前景，必须考虑把成功的疫苗纳入国家免疫规划以保证保护性活跃前的青少年。必须把控制性传播感染作为一项关键性内容列入国家艾滋病毒预防和医疗战略。

7. 四个主要障碍阻碍了性传播感染的控制。第一，无知和信息缺乏形成了错误的概念和相应的污辱。后者转而导致患者不愿意寻求适当的治疗，难以通知性伴，并更愿意到私立部门寻求治疗，但这种治疗常常不够。这一问题在资源贫乏的环境和边缘人群中尤其存在。第二，由于多数性传播感染无症状并且缺乏筛检规划或迅速、廉价的诊断测试，所以遭受未被认识的慢性感染和未经治疗感染远期后果的人数众多。第三，在政策层面

¹ 《2004 年世界卫生报告：改变历史》。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

² 联合国大会第 S-26/2 号决议。

上，污辱、歧视和缺少对性传播感染疾病负担的了解造成对控制措施资助不够。最后，在私立部门参与的情况下为把性传播感染医疗纳入生殖卫生保健所作出的努力已证明比预计的更为复杂。

8. 战略草案提供了一个框架，通过两方面至关重要的操作内容，为预防和控制性传播感染指导全球加速应对：

(a) 技术部分概括了控制性传播感染的核心活动，其中涉及诸如青少年卫生、妇女的无症状感染以及向具有感染高度危险但很难获得卫生服务的人群提供服务等方面——战略的这一部分将需要在每个区域或国家进行调整；

(b) 宣传部分旨在通过全球和国家运动提高对性传播感染的认识并产生处理此问题的政治承诺。

9. 在可行性和可衡量投资回报的基础上，国家将选择实施或推广战略草案中建议的特定活动。这些活动可包括：通过在初级卫生服务点（具备或不具备实验室检测）的病症处理，扩大性传播感染诊断和有效治疗的获取面；对卫生保健工作人员进行面向用户的培训或再培训；引进符合国情的干预措施，针对感染危险加大的人群；通过教育和性健康咨询，提高青年人的认识和技能，以便预防感染；在服务点推广孕妇中梅毒的检测和治疗；加强二代艾滋病毒监测，包括对性传播感染的生物学监测和行为监测，以便监控此类感染和艾滋病毒/艾滋病的流行；以及结合服务提供情况调查进行数据收集和分析，以便监测应对情况和疾病负担。

10. 战略草案依赖于存在促进性的环境，即政府以及国家和国际合作伙伴的承诺；提供足够的资源；实施对文化、性别和污辱所造成障碍敏感的有效规划；以及协调一致的反应。在这一范围内，根据影响和可行性证据选择的一些优先重点干预措施已经列出以便予以扩充，并且已提出时限和具体目标。

卫生大会的行动

11. 请卫生大会考虑通过下述决议草案。

第五十九届世界卫生大会，

审议了预防和控制性传播感染全球战略草案¹；

忆及 WHA46.37 号决议，其中认识到其它性传播疾病在艾滋病毒传播中的作用；WHA53.14 号决议，它要求总干事制定卫生部门对艾滋病毒/艾滋病和性传播感染的流行作出反应的全球战略；WHA56.30 号决议，它注意到全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略；以及 WHA57.12 号决议，该决议认可朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略；

确认和重申，在 2005 年世界首脑会议（纽约，2005 年 9 月 14-16 日）上，世界各国领导承诺到 2015 年时实现普遍获得生殖保健服务，并把这项目标纳入各项战略，以实现国际商定的发展目标，包括《千年宣言》所载的目标，以及实现千年发展目标需要对性和生殖健康进行投资和作出政治承诺，其中包括预防和控制性传播感染²，

1. **认可**预防和控制性传播感染全球战略；

2. **敦促**会员国：

(1) 通过和利用这项战略以确保实现千年发展目标的国家努力包括符合地方流行病学状况的预防和控制性传播感染计划和行动，包括为此目的动员政治意愿和筹集财政资源；

(2) 将预防和控制性传播感染作为艾滋病毒预防以及性和生殖卫生规划的一个有机组成部分；

(3) 监测国家计划的实施以确保性传播感染危险加大的人群能获得预防信息和用品以及及时诊断和治疗；

¹ 文件 A59/11，附件。

² 联合国大会第 60/1 号决议。

3. **要求**总干事:

- (1) 与联合国系统其它组织合作，为在全球和区域级实施战略拟定一项确定重点、行动、时限和绩效指标的行动计划，并为国家级实施和监测控制和预防性传播感染国家计划提供支持；
- (2) 在会员国中间提高对拟定、促进和资助预防和控制性传播感染支持性法规、计划和战略重要性的认识；
- (3) 应要求向会员国提供支持，以与地方性传播感染流行病学相适宜的方式调整和实施战略并评价其影响和有效性；
- (4) 在 2009、2012 和 2015 年通过执行委员会向卫生大会报告实施战略方面的进展。

附 件

2006-2015 年预防和控制性传播感染全球战略草案

目 录

前言.....	9
信息一览.....	10
缩略语和缩写词.....	11
1. 性传播感染：一个公共卫生问题.....	12
1.1 全球负担.....	12
1.2 为什么目前要投资于性传播感染的预防和控制？.....	15
1.2.1 减少与性传播感染相关的发病率和死亡率.....	15
1.2.2 预防艾滋病毒感染.....	15
1.2.3 预防女性中的严重并发症.....	16
1.2.4 预防不良妊娠结局.....	16
1.3 加速应对的机会.....	17
1.3.1 艾滋病毒预防的一项经济有效干预措施.....	17
1.3.2 新的伙伴关系.....	17
1.3.3 加强应对的新技术.....	18
1.3.4 预防和控制性传播感染的公共卫生方法.....	19
1.3.5 促进高危行为人群和一般人群使用安全套.....	20
1.3.6 为控制性传播感染提供服务的障碍.....	21
2. 战略目标和范围.....	22
2.1 宗旨与目标.....	22
2.2 目标受众.....	23
2.3 指导原则.....	24
2.4 应对的主要内容.....	25
3. 技术策略：建立在性传播感染预防和控制成功的基础之上.....	26
3.1 性传播感染传播的动力学.....	26
3.2 性传播感染的预防与控制干预措施.....	27
3.2.1 促进健康的性行为.....	29
3.2.2 提供安全套和其它屏障方法.....	29
3.2.3 提供性传播感染预防和医疗.....	30
3.2.4 获得药物和适当的技术.....	34
3.2.5 推广.....	36

3.3	改进政策和规划发展的信息	36
3.3.1	监测.....	36
3.3.2	督导和评估.....	38
3.4	与其它规划和合作伙伴的结合	39
3.4.1	公共部门卫生规划.....	39
3.4.2	私立部门.....	45
3.4.3	社区参与.....	45
3.4.4	其它合作伙伴.....	46
3.5	加强卫生系统能力建设，有效提供服务.....	46
3.5.1	性传播感染服务的可及性.....	47
3.5.2	质量保证.....	48
3.5.3	筹资服务.....	50
3.5.4	发展人力资源.....	51
3.5.5	规划管理的实验室支持.....	51
3.5.6	采购和后勤管理.....	53
3.6	立即行动的优先内容	54
3.6.1	性传播感染病例管理质量.....	55
3.6.2	获得必要的用品和药物.....	56
3.6.3	高危人群与脆弱人群的干预.....	56
3.6.4	监测与资料收集.....	60
3.6.5	综合实施：共同的责任.....	60
4.	宣传策略：动员政治和社会领导层及财政资源	62
4.1	倡导	62
4.2	与媒体合作	62
4.3	建立有效的合作伙伴关系	63
4.4	动员财力资源	63
	参考文献	64

前言

每天有将近 100 万人获得性传播感染，包括人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）。感染所导致的后果包括出现急性症状、慢性感染和严重的远期后果，诸如不育、异位妊娠、宫颈癌和婴儿与成人过早死亡。患有其它性传播感染，例如梅毒、软下疳溃疡或单纯生殖器疱疹病毒感染，可以明显地增加人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）获得或传播的危险性。新近的研究表明，非常早期的艾滋病毒感染与其它性传播感染之间具有非常明显的相互作用。这种相互作用造成的感染占艾滋病毒传播的 40%或以上。尽管这一证据，由于在过去的 5 年中将工作的重点转向艾滋病毒治疗方面，因此，在控制性传播感染传播方面的工作一直缺乏动力。

性传播感染的预防和控制应是综合性的性和生殖卫生服务一个不可分割的组成部分，以有助于实现千年发展目标，并对 1994 年国际人口与发展会议行动纲领中提出的有关改善性健康和生殖健康的要求作出回应。

2006-2015 年预防和控制性传播感染全球战略草案有两个组成部分：技术和宣传。该战略的技术内容涉及到促进健康性行为的方法、保护性屏障方法以及有效和可及的性传播感染医疗服务和改进性传播感染控制规划督导和评估。对于加强卫生系统在实施这些规划的能力方面所需采取的步骤进行了解释。在这一部分，应该强调基于科学依据和成本效益的公共卫生方法。

该战略草案为将高质量的性传播感染防治服务更广泛地扩展到初级卫生保健、性和生殖卫生服务与艾滋病毒防治服务系统提供了充分理由。它强调了可以通过与其它政府部门和社区组织及私立提供者的合作来提高服务覆盖面的机会。

性传播感染在边缘人群中流行最为严重，而他们在卫生保健可及性方面存在着特殊的问题。虽然对这些人群确保一定的支持以提供有效的干预在公共卫生方面的收益是重要的，但面临着严重的挑战。

在本文件的倡导部分，针对如何在规划管理者中调动高层政府承诺的方法提出了建议，这将成为加速应对的重要基础。

虽然艾滋病毒有其它的传播方式，但是就全球而言，其主要传播方式为性传播，使之成为一种性传播感染。多年来，许多流行病学和生物学研究已提供证据表明，如果患有其它性传播感染，这些感染作为获得艾滋病毒或艾滋病毒传播的协同因素，导致常见陈述“性传播感染便利艾滋病毒的传播”。这可给人以艾滋病毒本身不是一种性传播感染的印象。

在本文件中，无论什么时候使用这一常见短语，即“性传播感染便利艾滋病毒的传播”，应将其理解为这是一些除艾滋病毒之外的其它性传播感染。在需要进一步澄清的地方，使用了“其它性传播感染”或“除艾滋病毒之外的其它性传播感染”等短语。一般而言，预防艾滋病毒传播的战略和干预措施也同样对其它性传播感染起作用。

信息一览

全世界每年有超过 3 亿 4 千万人新感染上性传播的细菌性和原虫性感染。

女性中未治疗的淋球菌和衣原体感染将会导致将近 40% 的患者发生盆腔炎症性疾病，其中四分之一的患者发生不育。

妊娠期间，未治疗的早期梅毒可以导致 25% 的死产和 14% 的新生儿死亡—总的围产期死亡率为 40% 左右。例如，在非洲孕妇中的梅毒患病率为 4% 至 15%。

针对人类乳头瘤病毒感染的新疫苗每年可以在资源贫乏的环境中避免大约 24 万女性由于宫颈癌而发生的过早死亡

全球每年由于母亲的淋球菌和沙眼衣原体感染未得到治疗所导致的新生儿眼部感染造成将近 4000 名新生儿失明。

缩略语和缩写词

AIDS	获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）
DALY	伤残调整寿命年
GFATM	抗艾滋病、结核和疟疾全球基金
GUD	生殖器溃疡性疾病
HBV	乙型肝炎病毒
HIV	人类免疫缺陷病毒（艾滋病病毒）
HPV	人类乳头瘤病毒
HSV	单纯疱疹病毒
MDG	千年发展目标
MSM	男男性接触者
MTCT	母婴传播
PDAS	计划、实施、评估与推广
PID	盆腔炎症性疾病
RTI	生殖道感染
STI	性传播感染
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNFPA	联合国人口基金
UNICEF	联合国儿童基金会
WHO	世界卫生组织

1. 性传播感染：一个公共卫生问题

1.1 全球负担

有 30 多种细菌、病毒和寄生虫病原体可以通过性接触传播 (1)。性传播感染最主要通过性接触传播，但也可以在妊娠和分娩过程中由母亲传给婴儿、通过血液制品或组织移植以及有时可以通过其他非性接触的方式传播。多年以来，性传播感染，包括可导致获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）的人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）感染已被认为是重要的公共卫生问题。一些最常见的性传播病原体及其引起的疾病见表 1。

在 15-49 岁的男女人群中，全球每年估计会发生 3 亿 4 千万例可治愈的性传播感染新病例，主要是由梅毒螺旋体（梅毒）、淋病奈瑟菌、沙眼衣原体和阴道滴虫引起的感染。在南亚和东南亚地区病例数最多，其次是撒哈拉以南非洲地区和拉丁美洲及加勒比海地区(2)。每年还会发生数百万病毒性的性传播感染，主要是艾滋病毒感染、生殖器单纯疱疹病毒感染、人类乳头瘤病毒和乙型肝炎病毒感染。从全球来看，性传播感染成为了巨大的健康和经济负担，特别是在发展中国家，在健康不良导致的经济损失中占 17%(3)。

- 在发展中国家，单纯疱疹病毒 2 型（HSV-2）感染是生殖器溃疡性疾病（GUD）的首要原因。撒哈拉以南非洲地区的资料表明，女性感染率为 30%-80%和男性为 10%-50%。在中美和南美的妇女中，HSV-2 感染率在 20%-40%之间。在亚洲的发展中国家，一般人群的 HSV-2 感染率为 10%-30%。在美国，14-49 岁人群的 HSV-2 感染率为 19%(4)。世界各地的女性 HSV-2 血清阳性率都高于男性，并且随年龄上升(5)。HSV-2 在艾滋病毒感染的传播中发挥着重要的作用。坦桑尼亚联合共和国的姆万扎研究表明，男性艾滋病毒感染的 74%和女性感染的 22%与 HSV-2 有关(6)。
- 人类乳头瘤病毒（HPV）是另一个重要的性传播的病毒性病原体。该病毒每年导致约 50 万例宫颈癌和 24 万人死亡，主要在资源贫瘠的国家(7-9)。
- 乙型肝炎病毒（HBV）可以通过性传播和共用针具传播，也可以通过输血和母婴传播，导致每年大约有 3 亿 5 千万慢性肝炎和至少 1 百万例由于肝硬化和肝脏肿瘤而死亡的病例(10)。预防乙型肝炎并从而降低肝癌发病率的疫苗已经出现(11,12)。

鉴于社会、人口和移民的趋势，性传播感染的危险人群将不断地明显增加。发展中国家的性传播感染疾病负担最高，而工业化国家也可能会由于非治愈病毒性性传播感染的流行、性行为的趋势变化以及增加旅行而出现疾病负担的上升。性传播感染及其并发症所致的社会经济费用是巨大的。在许多发展中国家，性传播感染成为患者寻求医疗

保健的前 10 位原因，显著地消耗国家的卫生资源和家庭收入。针对宫颈癌的筛查和治疗、肝病的处理、不育的调查、围产期疾病保健、儿童失明、儿童肺病和女性慢性盆腔炎所开展的性传播感染后遗症保健在三级卫生保健中占很大的部分。性传播感染的社会代价包括性伴之间的冲突和家庭暴力。如果将其它性传播感染在艾滋病毒传播中的协同因素效应考虑进去，这种费用将会进一步上升。

表 1. 主要性传播感染病原体及其引起的疾病

病原体	临床表现和其他相关疾病
细菌性感染	
淋病奈瑟菌	淋病 男性: 尿道分泌物 (尿道炎)、附睾炎、睾丸炎、不育 女性: 宫颈炎、子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎性疾病、不育、羊膜早破、肝周炎 男女两性: 直肠炎、咽炎、播散性淋球菌感染 新生儿: 结膜炎、角膜疤痕和失明
沙眼衣原体	衣原体感染 男性: 尿道分泌物 (尿道炎)、附睾炎、睾丸炎、不育 女性: 宫颈炎、子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎性疾病、不育、羊膜早破、肝周炎; 通常无症状 男女两性: 直肠炎、咽炎、Reiter 综合征 新生儿: 结膜炎、肺炎
沙眼衣原体 (L1-L3 株)	性病性淋病肉芽肿 男女两性: 溃疡、腹股沟肿胀 (横痃)、直肠炎
苍白螺旋体	梅毒 男女两性: 一期溃疡 (下疳) 伴局部淋巴结肿大、皮疹、扁平湿疣、骨、心血管和神经系统损害 女性: 妊娠失败 (流产、死胎)、早产 新生儿: 死胎、先天梅毒
杜克雷嗜血杆菌	软下疳 男女两性: 疼痛性生殖器溃疡; 可能伴有横痃
克雷伯氏菌属 (肉芽肿荚膜杆菌)	腹股沟肉芽肿 (杜诺凡病) 男女两性: 腹股沟及肛门生殖器部位的结节性肿胀和溃疡性损害
生殖支原体	男性: 尿道分泌物 (非淋菌性尿道炎) 女性: 细菌性阴道病、可能有盆腔炎性疾病
解脲脲原体	男性: 尿道分泌物 (非淋菌性尿道炎) 女性: 细菌性阴道病、可能有盆腔炎性疾病
病毒性感染	
人类免疫缺陷病毒 (艾滋病毒)	获得性免疫缺陷综合征 (艾滋病) 男女两性: 艾滋病毒相关性疾病、艾滋病
单纯疱疹病毒 (HSV) 2 型	生殖器疱疹
单纯疱疹病毒 1 型 (较少见)	男女两性: 肛门生殖器水疱性损害和溃疡 新生儿: 新生儿疱疹 (往往是致死性的)
人类乳头瘤病毒 (HPV)	生殖器疣 男性: 阴茎和肛门疣; 阴茎癌 女性: 外阴、肛门和宫颈疣、宫颈癌、外阴癌、肛门癌 新生儿: 喉部乳头瘤
乙型肝炎病毒 (HBV)	病毒性肝炎 男女两性: 急性肝炎、肝硬化、肝癌
巨细胞病毒	巨细胞病毒感染 男女两性: 亚临床或非特异性发热、弥漫性淋巴结肿大、肝病等
传染性软疣病毒	传染性软疣 男女两性: 生殖器或泛发的脐状坚硬的皮肤结节
卡波希氏肉瘤相关疱疹病毒 (KSHV 或人类疱疹病毒 8 型)	卡波希氏肉瘤 男女两性: 在免疫抑制者中出现的侵蚀性肿瘤
原虫感染	
阴道毛滴虫	滴虫病 男性: 尿道分泌物 (非淋菌性尿道炎); 常无症状 女性: 具有大量呈泡沫状阴道分泌物的阴道病; 早产、出生低体重新生儿 新生儿: 出生低体重儿
真菌感染	
白色念珠菌	念珠菌病 男性: 阴茎龟头浅部感染 女性: 伴有粘稠、凝乳样阴道分泌物、外阴瘙痒或灼痛的外阴阴道炎
寄生昆虫侵袭	
阴虱	阴虱
疥螨	疥疮

1.2 为什么目前要投资于性传播感染的预防和控制？

1.2.1 减少与性传播感染相关的发病率和死亡率

除艾滋病毒之外的其它性传播感染直接通过对生活质量、生殖健康和儿童健康的影响并间接地通过在便利艾滋病毒性传播方面的作用以及在经济上对国家和个人的影响，在资源有限的国家和发达国家都造成巨大的发病率和死亡率负担。

健康后果从轻微的急性不适到引起疼痛并毁损外貌的损伤及心理疾病，范围很广泛。例如，感染淋病奈瑟菌会造成男人排尿疼痛，并造成妇女急性或慢性下腹部疼痛。梅毒感染虽然在早期无疼痛感，但如不进行治疗，可在以后造成神经、心血管和骨骼疾病，而且急性感染可使孕妇流产。软下疳可引起使人丧失能力的疼痛溃疡，如延缓治疗数天以上，可造成广泛的组织破坏，尤其是对免疫能力受损者。由于其反复性和疼痛性，感染生殖器疱疹可引起巨大的性心理痛苦，尤其是在青年人中。

此外，对个人和整个国家造成大规模的经济负担和生产损失。与性传播感染相关的费用包括用于医疗和非医疗方面防治与材料的直接费用以及当个人不能从事生产活动时（在就诊途中，在卫生设施候诊以及进行标本采集等程序时）生病所耗时间的间接费用。除艾滋病毒之外的其它性传播感染全球负担规模之大，使这些疾病应当单独作为一个公共卫生问题予以控制。

1.2.2 预防艾滋病毒感染

预防和治疗其它性传播感染可减少艾滋病毒性传播的危险，尤其是在性工作者及其客户等很可能有许多性伴的人群中。在感染者与未感染的性伴之间进行无保护的性接触期间，未治疗的炎症性或溃疡性性传播感染的存在可以增加艾滋病毒传播的危险(13)。其它性传播感染对艾滋病毒传播的协同因素效应似乎在溃疡性性传播感染中更高：目前的证据表明，大部分艾滋病毒的新感染与生殖器疱疹有关，并且 HSV-2 的抑制治疗可减少妇女生殖道脱落物中的艾滋病毒(14-16)。估计生殖器溃疡性疾病可以在每次无保护性的性接触中使艾滋病毒传播的危险性增加 50-300 倍(17)。

提供性传播感染医疗保健的服务是艾滋病毒预防的关键切入点之一。为性传播感染求医的患者是开展艾滋病毒预防性咨询和自愿保密检测的重要目标人群，他们可能需要艾滋病毒和艾滋病的保健服务。为性传播感染到卫生诊所求医的患者可能同时患有早期艾滋病毒感染，并且他们通常具有艾滋病毒高病毒载量。在马拉维，患淋球菌性尿道炎的男性，其精液中的艾滋病毒排毒量上升 6 倍。尿道炎治疗后，精液中的病毒载量下降到与没有尿道炎的艾滋病毒男性感染者相同的水平(18)。美国最近在 52 例艾滋病毒感染的一期或二期梅毒（其中 58%接受抗逆转录病毒治疗）患者中开展的一项研究表明，梅毒与艾滋病毒病毒载量显著增高及 CD4⁺细胞计数显著下降有关。梅毒治疗后使得免疫

力及生殖道艾滋病毒载量恢复到感染前的水平，强调了在艾滋病毒感染者中预防和及时治疗梅毒的重要性，不仅可以作为一种预防策略，而且还会改善艾滋病毒感染者的保健质量(19)。在这一人群中提供有效的预防信息，对任何其它性传播感染加以治疗和促进安全套的使用则会对艾滋病毒传播产生明显的影响。

千年发展目标 (MDG) 6 具体目标 7 要求各国遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。在坦桑尼亚联合共和国，使用非常科学的方法证明了治疗性传播感染可以非常经济有效地控制艾滋病毒的性传播；在姆万扎的社区干预试验中，改进的性传播感染病征处理可以使得艾滋病毒发病率降低 38%。姆万扎试验的结果可以推广到其他的人群，在这些人群中艾滋病毒是呈现集中流行且绝大多数艾滋病毒感染来自于临时性伴，以及可治愈性传播感染的患病率高。因此，治疗性传播感染是可行且有成本效益的干预之一，有助于实现千年发展目标 6 具体目标 7。

1.2.3 预防女性中的严重并发症

性传播感染是不育症最常见的可预防性原因。在衣原体感染后未接受治疗的女性中，10%-40%会发展为有症状的盆腔炎症性疾病 (PID) (20)。感染后的输卵管损害与 30%-40%的女性不育有关。再者，有盆腔炎症性疾病的女性异位（输卵管）妊娠发生率比无盆腔炎症性疾病者高 6-10 倍，40%-50%的异位妊娠可以归因于既往盆腔炎症性疾病(21)。

人类乳头瘤病毒感染每年引起大约 50 万例宫颈癌。在女性中，宫颈癌是继乳房癌之后第二最常见的肿瘤，每年导致 24 万人死亡，绝大多数发生在资源贫瘠的环境(7-9)。

千年发展目标 5 具体目标 6 试图到 2015 年底将产妇死亡率降低四分之三。盆腔炎症性疾病的预防将可以通过避免由于异位妊娠所导致的死亡而对该目标的实现做出贡献。人类乳头瘤病毒的预防可以减少女性由于宫颈癌的死亡人数。

1.2.4 预防不良妊娠结局

未治疗的性传播感染与新生儿的先天感染和围产期感染有关，特别是在那些性传播感染尚未得到控制的地区。

在患有未治疗的早期梅毒的孕妇中，妊娠中的 25%会发生死胎和 14%发生新生儿死亡—总的围产期死亡率大约为 40%。例如，非洲孕妇的梅毒患病率为 4%-15%(22)。在淋球菌感染未得到治疗的孕妇中，将近 35%发生自发性流产和早产，将近 10%发生围产期死亡(23)。在没有预防的情况下，母亲患有未治疗的淋病所生的婴儿中有 30%-50%、母亲患有未治疗的衣原体感染所生的婴儿中有将近 30%会发生新生儿眼炎，其可导致失明(24,25)。全世界每年有 1000-4000 例新生儿由于此病而失明(26)。

仅仅在非洲地区,普遍使用有效的预防措施来预防先天梅毒可每年避免大约 49 万 2 千例死胎和围产期死亡(27)。从费用-效果角度看,在坦桑尼亚联合共和国姆万扎地区,孕妇中活动性梅毒患病率为 8%,干预的费用估计为筛查一名妇女的花费为 1.44 美元、治疗一例妇女的花费为 20 美元,以及减少一个伤残调整生命年(DALY)的花费为 10.56 美元。所有梅毒筛查研究结果表明,挽救一个 DALY 所需的费用在 4 到 19 美元之间(26)。

1.3 加速应对的机会

1.3.1 艾滋病毒预防的一项经济有效干预措施

改善性传播感染的病例处理被科学证明是在一般人群中降低艾滋病毒感染发病率的干预措施之一(29-31)。如果该干预措施是针对具有高传播性可能的特定人群,那么将会有更加明显的费用效果(32)。

1.3.2 新的伙伴关系

全球继续决心控制艾滋病流行,这包括承诺将控制性传播感染视为一级预防策略。联合国关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言(2001 年 6 月)指出,医疗服务、支持和治疗是有效应对的基本要素,预防必须是艾滋病大流行应对措施中的支柱,包括早期、有效地治疗性传播感染。在国际发展舞台上已出现新的合作伙伴和资金来源。这些包括强有力的倡导者、有影响的网络、社区、非卫生部门合作伙伴、商业部门和慈善组织。可通过这些新的以及现有的资金来源筹集资金,以确保对包括艾滋病毒在内的性传播感染强化应对¹。

一系列不同干预措施,以及资源有限的不同环境(如泰国和乌干达)和其他国家(如丹麦、瑞典和大不列颠及北爱尔兰联合王国)的成功结果都表明,如果具备足够的政治愿望和广泛调动资源以开展并维持相关的活动,那么性传播感染是可以得到控制的。国家之间的合作以及与感兴趣机构的伙伴关系可促进共享信息和推广成功的经验。

预防艾滋病毒的母婴传播(MTCT)的干预措施能够与先天梅毒的预防工作相结合,避免出现婴儿虽然预防了艾滋病毒但死于梅毒的悲剧,正如海地的情况一样(33)。此外,这种结合进一步增强了干预的成本效益。

¹ 在国家级可获得的一些资源包括抗艾滋病、结核和疟疾全球基金、扩大获得抗逆转录病毒药物的战略和行动,总统艾滋病紧急援助计划,5 年内为抗击艾滋病毒/艾滋病大流行提供 150 亿美元(包括新供资 90 美元),重点为 15 个受影响最严重国家,以及世界银行多部门性传播感染/艾滋病毒/艾滋病预防项目。

1.3.3 加强应对的新技术

在性传播感染诊断、治疗和疫苗以及屏障方法方面的技术进展对性传播感染和生殖道感染（RTI）预防、治疗和监测的新认识、手段和方法提供了机会。

快速诊断试验

- 新的现场快速梅毒螺旋体试验使得基层卫生站能够进行梅毒筛查和及时提供治疗。
- 核酸扩增检测方法能够用来监控性传播感染趋势和指导治疗方案的调整。某些试验可以采用容易采集的标本，如尿液和自己采集的阴道拭子。
- 新一代用于衣原体感染的价廉、快速诊断试验正在开发中。

治疗

- 治疗性传播感染的部分药物已经在经济上具有更加可承受性，例如环丙沙星（在治疗有效的地方）以及阿昔洛韦。此外，诸如阿奇霉素、头孢克肟这些具有单剂量治疗优势的药物将随着它们的专利到期，以及采取集团购买的方式而使得价格更加便宜。青霉素对早期梅毒的治疗仍然有效，虽然需要注射给药，但可以单剂量治疗。

疫苗

- 针对致癌性人类乳头瘤病毒的预防性疫苗显示出了巨大的前景，很快将可提供。国际社会应与国家共同努力，为在国家免疫规划中实施和促进其使用计划和制定策略，以确保高覆盖率，尤其在青少年中，从而在人们成为性活跃之前保护他们(34,35)。
- 目前还没有针对 HSV-2 的有效疫苗，但有一种疫苗在既往无 HSV-1 或 HSV-2 暴露的女性中已经显示出前景(36)。需要在不同环境中进行更多的现场试验以评估其在不同流行病学情况下的应用。鉴于 HSV-2 感染的高患病率及其在增进艾滋病毒传播方面的重要性，一种在年轻时预防 HSV-2 传播的疫苗提供了最令人信服的希望。国际社会、科学家、供资机构和政府应联合起来，计划并朝着针对 HSV-2 感染开发有效疫苗迅速推动进展。

- 自 1982 年以来已可获得针对乙型肝炎的预防性疫苗，国家应制定预防乙型肝炎的计划并推广将现有疫苗纳入计划免疫规划，以确保各国所有儿童获得免疫接种，并且乙型肝炎感染高危的所有性活跃的成人能获得这种疫苗。

1.3.4 预防和控制性传播感染的公共卫生方法

有效的性传播感染预防和医疗可以通过综合的应对措施加以实现。应该扩展性传播感染预防和医疗服务，使之成为公共卫生一揽子服务，包括如下内容：

- 安全性行为的促进。
- 早期求医行为的促进。
- 横向实施性传播感染预防和医疗，跨越所有初级卫生保健规划，其中包括性和生殖健康及艾滋病毒规划。性传播感染、艾滋病毒和结核控制的成功和经济有效的一体化规划已经在许多国家中得到证明。在初级卫生保健层次上，医疗服务往往是由相同的卫生保健人员提供。这样的方法既能够吸引患者又能够节省患者和卫生系统的开支。
- 性传播感染病例管理的综合方法包括：
 - 确定性传播感染的病征；
 - 对病征进行合适的抗菌药物治疗；
 - 避免性传播感染（包括艾滋病毒）危险的教育与咨询；
 - 促进安全套的正确和一贯使用；
 - 性伴通知（详见 3.2.3 节）。

干预方法和策略应该尽可能建立在循证的基础上。然而，通过创新性干预措施的实施和仔细地评估，可以为影响政策、规划和推广工作收集新的证据。因此，重要的是应用“PDAS”概念：计划(Plan)、实施(Do)、评估(Assess)，以及（如果成功的话）进行推广(Scale up)。某些能够采取这一过程创新性方法包括如下：

- 阶段性的推断性治疗。这是一项短期策略，在合适的环境针对特定人群时，该策略已经显示出能够控制某些性传播感染。

- 性传播感染控制用品的社会营销。对用于性传播感染治疗和预防的预先包装好的药物或安全套（与其正确和一贯使用方面的培训一起）采取社会营销已经在某些地区提高了性传播感染防治的可及性。
- 针对青少年的方便服务。经验显示如何使服务更能满足青少年的需要并更容易被他们接受。国家应利用这一知识和经验，增加适当修改的干预以适应各个国家或环境并普及到尽可能多的有需要的青少年。
- 男性参与、男性动员和针对男性的服务。针对男性的试点项目已经取得成功；获得的经验应与当地的情况相适合，并应相应增加活动。
- 第二代艾滋病毒监测中包括行为监测和性传播感染监测。这样的策略将可以针对控制艾滋病毒感染及其它性传播感染的合适干预措施为规划提供信息。

1.3.5 促进高危行为人群和一般人群使用安全套

有足够的证据表明，在正确和一贯使用时，安全套在预防男性和女性的艾滋病毒传播、减低男性淋病感染的危险方面是有效的。坚持正确和一贯使用安全套不仅与减低艾滋病毒传播及减少男性尿道感染有关，而且还与减少获得下列方面有关(37)：

- 男性和女性生殖器 HSV-2 感染；
- 男性和女性梅毒；
- 男性和女性衣原体感染；
- 女性淋病；
- 可能女性滴虫感染。

使用安全套还导致加快宫颈和阴茎部位人类乳头瘤病毒(HPV)相关损害的消退，以及在女性中加快生殖道 HPV 感染的消除。

基于这一事实，在一般人群和高危人群中评估艾滋病毒及其它性传播感染的严重程度是重要的。在那些一般人群和高危人群中艾滋病毒及其它性传播感染感染率都高的国家，必须作为一揽子措施向人群提供更安全性行为策略。此类策略包括促进正确使用男性和女性安全套及其分发、禁欲、延迟首次性行为 and 减少性伴数。在艾滋病毒及其它性传播感染集中流行于高危人群的环境中，应该首先考虑目标人群的干预，但并不排除对一般人群的教育及其它预防和医疗服务。

1.3.6 为控制性传播感染提供服务的障碍

尽管在艾滋病毒的传播上性传播感染具有作为协同因素的重要性，以及在全球范围内性传播感染是人群发病率和死亡率的直接因素，但在过去的5年中，对除艾滋病毒之外的其它性传播感染预防和控制的兴趣和资源都有所下降。艾滋病毒/艾滋病问题的倡导者已经将他们的重点和支持转移到抗逆转录病毒治疗和艾滋病毒的检测和咨询政策方面。

尽管1994年在开罗举行的国际人口与发展会议(ICPD)和1995年在北京举行的第四届世界妇女大会上的讨论和行动纲领，但是性和生殖健康倡导者对将性传播感染（包括艾滋病毒）的预防和医疗活动纳入其工作的热情并不高涨(38,39)。将性传播感染的预防和医疗纳入性和生殖卫生规划以扩大覆盖面已经证明要比预期的更加复杂。有关结合方面的经验喜忧参半；对于结合后的干预如何才能实现最佳配置，以及它们在预防感染和意外妊娠方面会产生什么样的影响还缺乏充分的了解(40)。

此外，对有阴道分泌物的妇女应用病征处理来发现与治疗宫颈感染，特别是在性传播感染低患病率的地区已经证明是存在问题的。迫切需要有价廉的快速性传播感染检测方法。对这些方法的开发缓慢，即使在能够提供的地区其价格对政府而言仍然过于昂贵，以致难以纳入国家性传播感染防治规划。

在努力促进性传播感染的预防性干预方面遇到了若干其它困难。性传播感染流行病学的决定因素是多方面的（包括性别不平等、贫穷和其他社会经济的不平等），预防性传播感染的干预工作对这些根本决定因素缺乏考虑。在医疗服务方面，至关重要的是确保性传播感染药物和安全套的不间断提供，这是卫生系统尚未成功解决的一个挑战。减少危险行为的咨询往往也是缺乏的。在控制性传播感染方面，不同部门、学科和社区（包括非政府和宗教组织）的合作伙伴广泛参与是必要的，但要实现这种广泛的参与仍然存在挑战，特别是在社区参与方面。

除了这些不足，下列基本因素也是造成性传播感染控制不力的原因。

- 对性传播感染的无知和信息缺乏，因而对这些疾病形成错误的概念和伴随而来的污辱。
- 许多性传播感染往往无症状，或者直到发生并发症和后遗症才被发现，特别是在女性中。
- 与性传播感染（以及与提供性传播感染服务的门诊）相关的污辱对于实施性传播感染预防和医疗干预措施构成了一个持续且巨大的障碍。

在个体和社区层面，污辱造成了：

- 患者不愿意寻求早期治疗；
- 患者更愿意到私立部门寻求治疗，不论这些服务是由合格的医务人员、药剂师、传统医生，还是由其他类型的人员提供，认为他们能够提供比公立部门更好的可及性、保密性，以及更少污辱的服务。
- 难以通知和治疗性伴中的性传播感染。

在政策和决策层面，下列因素起作用：

- 决策者和计划者将性传播感染控制放在较低的位置。与性传播感染相关的污辱和偏见以及对性传播感染在卫生和经济方面影响的重要性无知使得这种状况可能更加严重。
- 越来越多的捐助者采取全部门办法，而不是针对诸如性传播感染控制这样的特定项目来分配对整个卫生部门的援助。虽然这使卫生部能决定国家重点，但也意味着，那些过去由于污辱在卫生预算中对性传播感染一直不重视的国家可继续这样做。
- 对那些确定为特别易患性传播感染的人群，诸如年轻人和青少年，性工作者（男性和女性）及其嫖客、男男性接触者、变性者、吸毒者、犯人、流动人口（寻找工作或寻求娱乐）、街头儿童和年轻人、受冲突和内战影响的人不能提供合适的教育和服务。

2. 战略目标和范围

2.1 宗旨与目标

全球战略的宗旨是为指导加快全球应对以预防和控制性传播感染提供一个框架，从而实现国际发展目标。该战略将主要集中在下列目标的实现。

- 提高国家政府和国家及国际性传播感染预防和控制发展伙伴的承诺；
- 促进资金的筹集和资源的再分配，同时考虑到国家确定优先顺序的、面向结果的干预，从而确保援助效益、所有权、协调、结果和问责¹；

¹ 关于援助效果：所有权、协调、同步、结果和共同负责的巴黎宣言。巴黎，2005年3月。

- 确保与提供性传播感染防治有关的政策、法律和行动在当前社会文化环境中为非污辱性和对性别问题敏感；
- 利用所有伙伴的优势和能力以推广和维持性传播感染预防和控制干预。

全球性传播感染的应对将以两项战略内容为指导。

技术内容：在国家和区域级能适应的全球性传播感染技术策略，包括以可持续方式将性传播感染预防和控制的主要规划性内容作为整体提出和提供的办法。该策略将利用吸取的经验教训和需要推广的明确成功的行动。它将查明以下主要领域的不足：

- 对优先目标人群（如青少年和性工作者）的卫生保健服务可得性或可持续性；
- 无症状感染的诊断和治疗；
- 对管理不正常阴道分泌物采取病征处理方法；
- 性伴中性传播感染的管理；
- 卫生保健提供者的态度；
- 计划所需资料的可得性和可靠性。

该战略还将为与艾滋病毒/艾滋病及性和生殖卫生规划的结合以及私立部门的参与确定合适的机会。

宣传内容：全球性传播感染宣传运动以便在世界各地提高人们的认识和筹集资源。该运动将与其他行动，诸如消灭先天梅毒、控制和根除可治愈的生殖器溃疡性疾病、控制生殖器疱疹和生殖道人类乳头瘤病毒感染等运动一起进行。

2.2 目标受众

本战略概述性传播感染负担有效应对的基本要素，以及提供与这些要素相关的主要信息。它并非试图对如何开展和实施这些活动提供准则。

该战略的读者对象为下列人员：国家艾滋病毒/艾滋病/性传播感染及性和生殖卫生规划的管理人员；卫生部门利益攸关者，包括公立部门和私立部门卫生保健提供者；卫生部长；卫生部门政策制定者和其他决策人员；国际机构和非政府合作伙伴；其他政府部门和机构；以及捐助者。

2.3 指导原则

本战略以国际认可的伦理和人权框架为基础，确认人人享有可获得最高健康水准，包括性和生殖健康的权利。它符合涉及儿童和青少年生殖健康需要的立法框架，特别是有权避免受到强迫和虐待，包括性虐待。

本战略还以下列指导原则为基础：

1. 必须通过影响政治意愿和有关性行为及妇女地位的社会规范和态度的干预，处理性别不平等。在性传播感染预防和控制中，积极推进男性责任感和赋予女性权力是对性别问题敏感的有效应对措施的重要内容。
2. 性传播感染的预防和医疗之间应该是一个连续统一体。活动的平衡和多样性取决于性传播感染流行病学的地方决定因素、感染的类型和资源提供的情况。在各个环境，安全套和性传播感染药物的提供情况和可及性将构成充分有效应对的要素。
3. 性传播感染干预应该成为性和生殖健康综合服务的组成部分。在世卫组织朝着实现有关生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略框架内与性和生殖卫生规划密切合作对于性传播感染和生殖卫生战略的实施至关重要。
4. 性传播感染与艾滋病毒/艾滋病预防和医疗规划之间的密切合作对这种应对极其重要，不仅因为导致艾滋病毒感染和其它性传播感染的危险行为相同，而且性传播感染的预防和医疗仍然是艾滋病毒一级预防的关键内容，特别是在艾滋病毒低患病率的环境和人群中。结合两个规划的优势可以形成抗击艾滋病毒感染和其它性传播感染的协同作用。世卫组织 2003~2007 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略和世卫组织/联合国艾滋病规划署要尽可能接近实现普遍获得预防、护理和治疗这一目标的战略将是对这种合作有助益的框架。
5. 建立伙伴关系对于改善性传播感染的预防和医疗至关重要。多部门做法应包括卫生、教育、体育、旅游和运输等部委，军队和其他穿制服人员，以及私立和非正式部门。
6. 在干预措施和服务内容的设计、实施和评估中，社区（包括非政府和宗教组织）和脆弱人群作为合作伙伴的参与可丰富这样的过程，确保该过程及产出的所有权和文化敏感性，以及调动对实施的承诺。
7. 在个体和社会层次减少污辱和歧视是改善求医行为，以及改善提供性传播感染预防和控制相关卫生保健服务方面的关键内容。

2.4 应对的主要内容

在国家和区域级，性传播感染控制规划的关键战略内容已经很好确定，包括以下方面：

- 对涉及性传播感染的政策、法律和规章进行审查以确保它们不存在惩罚性和强迫性，并且有助于达到性传播感染预防和控制规划与服务的目标；
- 促进健康行为：更安全的性行为 and 求医行为、治疗的依从性、负责任的性伴通知和在性伴中管理性传播感染；
- 提供性传播感染医疗服务，包括产前发现梅毒和其他性传播感染病例的规划、新生儿出生时的眼病预防，以及针对乙型肝炎的免疫接种；
- 确保用于性传播感染预防和控制的安全有效、高质量和可负担得起的药物和用品的可靠供应，包括男性和女性安全套及其他有效的屏障方法；
- 加强支助部分，包括规范性准则改编、培训、信息网络、用品后勤保障、实验室支持、监测和研究。

需要探讨创新性的方法来组合和提供性传播感染预防和医疗的这些核心内容。挑战在于确定如何最佳完成如下工作：

- 利用现有的和新的手段和技术，从而使得那些最需要的人从中受益；
- 改善门诊的环境，使之更容易利用，方便患者和以患者为中心；
- 以当地语言传播明确的卫生信息，使得这些信息容易记住并更加有效；
- 与媒体建立强有力的关系和征募能够在难以渗透的社会网络中支持性传播感染事业的众代言人；
- 在非卫生部门，诸如法律和教育部门、旅游业和私立部门中促进有效的多部门应对；
- 为性传播感染的预防和控制发展公-私伙伴关系；

- 将国际机构、国家政府、私人慈善组织和商业利益团结在一系列重点性传播感染干预和行动的周围；
- 超越探索“神奇子弹”，进而开拓多方面干预，在众多部分和层次共同起作用并可在地方一级持续。

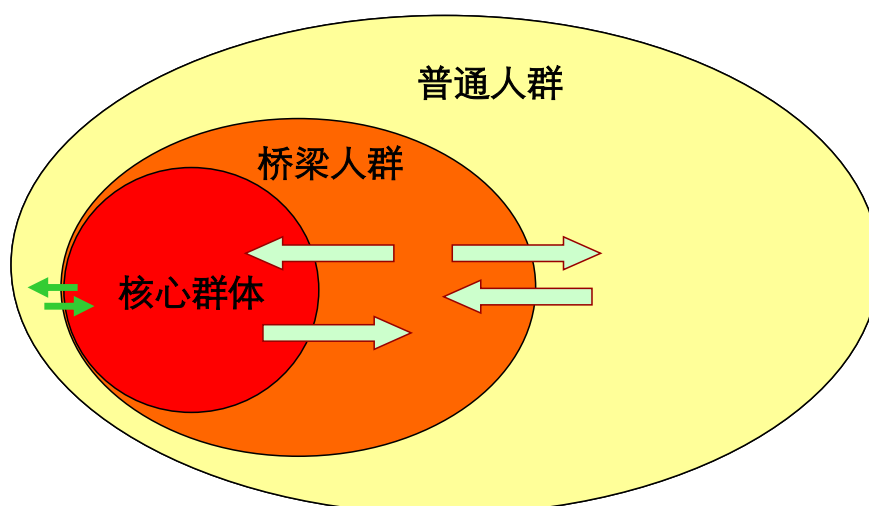
3. 技术策略：建立在性传播感染预防和控制成功的基础之上

3.1 性传播感染传播的动力学

在过去 20 年中，由于全球艾滋病毒的流行以及对其他性传播感染控制工作的加强，关于性传播感染传播动力学的知识已逐渐增加。数学模型和研究业已表明性网络在决定性传播感染传播方面的重要性。关于性传播感染传播动力学更加深刻的理解对制定战略性预防和控制干预具有影响。

在特定的人群中，性传播感染的分布不是静止的。随着时间的变化，性传播感染的流行经历了不同阶段的演变，这种不同阶段特征表现为在亚人群之内或不同亚人群之间，性传播病原体的蔓延与分布模式在发生变化(41)。一般来说，在流行的早期，或在某些地区，性传播感染病原体是容易在高感染率和频繁更换性伴的高危人群(核心群体)中和从这种高危人群开始发生传播。随着流行的进展，病原体传播到较低危人群(桥梁人群)，他们可能是核心群体与普通人群之间一个重要的性联系环节。某些人群的社会或经济条件可增加其获得或传播性传播感染的脆弱性，并将这种脆弱性带到该桥梁人群。性网络随着环境不同有所改变，但一般来说，高感染率个体的性伴(即桥梁人群)反过来又感染其他性伴，如他们的配偶或普通人群中的其他固定性伴。图 1 是人群中性传播感染传播动力学的简单模式。

图 1. 人群性传播感染传播动力学



由于宿主与病原体间不同的相互作用，情况将变得更加复杂，因为流行动力学也受到阈参数， R_0 (基础增殖数) 的支配。 R_0 是指在一个易感的人群中，由单个指示病例所产生的第二代病例的数量。 R_0 是 3 个变量的乘积，可用公式表示为 $R_0 = \beta \times D \times C$ ，其中 β 为每次性接触中病原体的传播效率(传染性)， D 为传染期， C 为性伴变化率(42)。一些病原体(如杜克雷嗜血杆菌)有很强的传染性，但传染期短；而其它的病原体如艾滋病毒和 HSV-2 的传染性较低，但传染期很长。另一方面，淋球菌、沙眼衣原体和梅毒螺旋体，其传染性和传染期介乎上述两种情况的中间(43,44)。因此，性传播感染的流行模式因人群—病原体之间相互作用不同而不同。在制定有效的性传播感染预防和控制规划时，可能的话，所有这些因素均应考虑进去。

性传播感染(包括艾滋病毒感染)的危险因素随性别不同而不同，并且妇女与其所生婴儿受到特别严重的影响。脆弱性与后遗症的不同可以归因于生物易感性和性别间的差异，如权力不平等和行为因素，包括性行为、求医行为以及在某些环境中缺少获得医疗和教育程度低。

3.2 性传播感染的预防与控制干预措施

鉴于上文概述的传播动力学，需要有合适的性传播感染预防和控制战略，以便产生最大的影响与收益。规划需要了解以下情况：

- 哪些人群处于最高危险；
- 是什么行为或环境使这些人群处于危险之中；
- 阻断传播链的最好方法和干预是什么；
- 如何确定干预的优先顺序，如何推广和维持干预。

在一些地区和国家，普通人群的性传播感染率很高，而在其它地区，性传播感染高发病率仅见于特定人群。对高感染率人群、脆弱人群和普通人群的性传播感染水平、性行为(如性伴数和性伴变化率)、预防行为(如安全套的正确和一贯使用)和健康相关的行为(如求医行为)采用绘制地理分布图的方法，能够提供性传播感染传播动力学方面有价值的信息，并有助于决定哪种干预措施在产生控制影响方面将会是最成功的。有针对性的干预措施应根据需要、可行性和资源的可获得性确定优先顺序。

不同地区、不同国家人群的行为与脆弱性是不同的，需要对此进行分析，以便尽可能采取有针对性的干预措施。其中常见的需要采取针对性干预措施的人群有：

- 性工作者(女性、男性和变性者)及其嫖客，他们与其固定性伴可能有或没有性行为；
- 流动人口，如长途卡车司机、渔民、船员和移民工人，主要由于他们的流动性和高危性接触而感染的危险性增加；
- 多性伴且具有无保护性肛交行为的男男性接触者；
- 与女性有性行为的男男性接触者(即双性恋的男性)；
- 吸毒者，尤其是那些通过卖淫或性交易来维持吸毒，或与非吸毒人群有性接触者；
- 被监禁的人员，尤其是被监禁的青少年；
- 国外和国内的难民，以及流离失所人员；
- 穿制服人员，包括军人与警察；
- 旅游者，尤其是寻求娱乐的性旅游者；
- 经历过性暴力和针对性别的暴力的女性或男性；
- 街头儿童和年轻人，以及那些受虐待者或孤儿。

青少年特别处于性传播感染（包括艾滋病毒）的危险之中，因为他们在性成熟过程中可能缺乏信息，没有技能，得不到所需的卫生保健和支持。他们的性关系趋向于无计划的和偶然发生的，并且在许多情况下是由于压力或强迫，或为了收留或财力帮助而发生的。尤其是青少年女性，由于生物、社会和经济方面的原因，对性传播感染较男性更为易感。在一些文化环境中，青少年，尤其是女孩，在很年轻时就结婚，国家规划必须认识到，即使由于结婚，年轻女孩被视为成人，但是由于上述社会和生物因素仍然适用于她们，可能面临性传播感染的危险增加。在年轻人中性传播感染（包括艾滋病毒）的预防与医疗，需要来自于多个不同部门一系列适合年龄的干预。卫生部门本身将通过卫生系统的一系列合作伙伴来承担许多这样的干预。一些针对青少年的这类活动领域的内容将在 3.4.1 节中讨论。

但是，所有有针对性的干预必须在普通人群及目标人群性传播感染和其它卫生需求的有效服务范畴内提供。

3.2.1 促进健康的性行为

性传播感染的有效应对可从预防开始，提供关于安全性行为的准确和明确信息，包括正确和一贯使用男性和女性安全套，以及禁欲，推迟首次性行为时间，保持一个性伴或减少性伴数。除预防性干预外，必须提供卫生保健服务以便及早有效治疗性传播感染。

性行为改变的信息交流是与社区结合的、多层次的、互动过程中的一部分，旨在使用多种渠道发展合适的信息与方法。它应是性传播感染预防工作中不可缺少的组成部分，而且应纳入到关怀与支持活动中。它能提高知识，激励社区内对话，促进重要的态度改变，减少污辱和歧视，产生对信息和卫生保健服务的需求，倡导合适的政策与法律，促进预防、医疗和支持方面的干预，以及提高技能和自尊(45)。

在选择性行为改变信息的交流渠道时，了解什么样的渠道能够最有效地接近目标人群是十分重要的。有针对性干预的一个成功渠道是通过同伴教育者和舆论导向人员。通过机构或人际间网络、小组讨论或其它一对一的方法进行健康讨论，也证明是有效的。基于学校的适合年龄的规划将有助于接近就学的年轻人群，但对于校外人群需要采用其它渠道，如同伴教育。

无论选择的交流渠道是什么，使用当地易于理解的语言是重要的。应注意，信息对于性别和文化是敏感的，它们对任何现有的可能会推动性传播感染蔓延的行为标准不要起到推波助澜的作用。预防活动的设计应当针对特定人群，考虑到人群的状况、脆弱性和特殊需要。

应当采用能提高对性传播感染高质量服务需求的创新性策略，如以市场为导向的方法来消费者的意识，了解什么才是他们期望从卫生服务提供者那里得到的正确和高质量治疗。这种方法有赖于一个前提，即需求的增加会影响卫生保健服务的提供。提出不能得到满足的高期望，可能会不利于取得成功。

对感染者和非感染者的性传播感染健康教育与咨询，包括艾滋病毒的自愿咨询和保密检测，应是性传播感染任何卫生服务的有机组成部分，因为通过咨询过程可使感染者和未感染者产生改变性行为的动机。任何性传播感染的教育与咨询信息也应强调必须通知和合理管理性伴，以避免再次感染。

3.2.2 提供安全套和其它屏障方法

男性乳胶安全套是可获得的单一最有效率的技术以减少艾滋病毒和其它性传播感染的性传播。虽然女性安全套是有效和安全的，但是由于其较高成本，尚未在国家规划中发挥其充分潜力。男性安全套与女性安全套一起，是综合预防策略的关键组成部分，

并且都应容易和始终如一地向所有需要者提供，以便减少包括艾滋病毒在内的性传播感染的性接触危险(46)。

目前正在进行试验以评估子宫帽安全套在保护子宫颈避免艾滋病毒和其它性传播感染方面的有效性。杀微生物剂和子宫帽安全套一起为妇女可控制的预防手段提供了最佳前景。目前有一些新的杀微生物剂正在进行现场试验(13)。如果这些预防性传播感染的新方法中的任何一种证明是有效的，将需要制定策略以促进其在不同地区和人群中采用。

为了确保全国性的需求能够得以不断地满足，计划工作极其重要。一旦采购，就应通过公立和私立部门，在临床和非临床环境中推广和分发安全套。妇幼保健和计划生育门诊是推广安全套的另一个很好途径，使可能具有性传播感染危险的妇女能够得到安全套。社会市场营销规划业已显示，这种方法对于确保人们在需要安全套的情况下，可以通过传统和非传统的销售点获得高质量、可负担提起的安全套是特别有效的。通过基于社区的安全套分发和对目标人群的外展服务，也能使安全套的分发得到补充。

3.2.3 提供性传播感染预防和医疗

提供性传播感染医疗服务的目的是对已感染性传播感染的人群进行远期并发症和后遗症的预防，防止其将感染进一步传播到未感染的性伴、胎儿或新生儿。

性传播感染预防和医疗的策略选择

在任何一个人群，都存在着性传播感染已感染者和未感染者。其中一部分人由于性传播感染相关的症状（无论是否被感染），或其它非性传播感染而去求医。与此同时，在社区中，有许多感染性传播感染的有症状的人因这样或那样的原因而不去求医；而另外一些人虽没有症状但已被感染。需要针对社区层次和卫生中心层次上出现的各种情况确定策略并加以实施。

图 2 是以图表方式表示这种情况。左边为已感染的人群，右边为未感染的人群。表的上半部分代表有症状者(具有或不具有性传播感染)，下半部分代表无症状者。左上四分之一部分代表真正有症状的感染者，左下四分之一部分代表无症状的感染者。挑战在于如何在这些已感染但无症状的人中检测出感染。右上四分之一部分代表无感染但提示有感染症状者。这组人群不需要性传播感染治疗，但需要提供信息，解除其忧虑，并治疗引起这些症状的病痛；对于这组人群，挑战在于如何排除感染。右下四分之一部分代表的是既无感染又无症状的人群。这是一组健康人群，需要获取信息和知识以保持不被感染。此类信息可在社区内或在这些人来卫生中心时提供。提供综合的性传播感染预防

与医疗规划可选用的方案及所需的用品，将在下面从传播动力学和卫生保健机构就诊人员的不同类型方面进行讨论。

性传播感染规划应促进可及、可接受和有效的干预措施，为感染性传播感染的人提供综合的病例管理，以预防进一步的感染及其许多并发症和远期后遗症。此类管理的内容(47,48)包括如下：

- 根据病征或实验室诊断做出正确的诊断；
- 提供有效的治疗；
- 通过适合年龄的教育与咨询减少或预防危险行为的进一步发生。
- 推广和提供安全套，提供正确和一贯使用的明确信息；
- 适用时，确保性伴得到性传播感染通知和治疗。

图 2. 人群中性传播感染/生殖道感染临床表现和服务需求

		普通人群					
临床 表现	有 症 状	患性传播感染者 (已感染)		无性传播感染者 (未感染)		有 症 状	
		感染且有症状		未感染但有症状			
		不寻求治疗	寻求治疗	不寻求治疗			
		必须治疗		避免不必要的治疗			
		标准化病例管理 健康教育与咨询 行为改变交流(BCC)提高对 性传播感染/生殖道感染症状的 认识并改进求医行为		BCC 以提高认识, 进行生殖健康和 个人卫生的教育			
	无 症 状	性传播感染(包括艾滋病毒)的预 防信息		性传播感染(包括艾滋病毒)的预防信息		无 症 状	
		感染但无症状		未感染且无症状			
		不求医	因非性传播感染或生殖道感染的 原因到卫生机构求医	不求医			
		必须治疗		无须治疗			
		病例发现和筛查 纳入快速性传播感染诊断方法 定期推断性治疗 提高认识的运动		BCC 以提高认识, 进行生殖健康和 个人卫生的教育			
	性传播感染(包括艾滋病毒)的预 防信息		性传播感染(包括艾滋病毒)的预防信息				

只要诊断有感染或怀疑有感染, 均应立即提供有效的性传播感染治疗, 以避免并发症和切断传播链。患者应接受有关治疗依从性、性伴通知和性伴中性传播感染的治疗、降低危险和正确一贯使用安全套方面的教育和咨询。需要时, 应对存在的并发症或后遗症提供转诊。

性传播感染的病征处理

在传统上, 性传播感染的诊断是通过单独的临床表现(通常不准确), 或通过实验室

检测来进行的，但后者复杂且昂贵，并且通常由于需要等待检测结果而延误治疗。即使实验室检测是值得的，但实验室诊断常常受到限制，尤其是在资源短缺的环境，由于维持实验室运转、供应检测试剂和确保质量控制都需要费用。由于这些原因，世卫组织推荐对那些出现与简单流程图上列出的征候和症状相一致的性传播感染患者采用病征处理，这种流程图方法可以在初级保健门诊中使用¹。

病征处理是基于查明与明确的病原体感染相关的一组症状和易于识别的体征。各种病征的治疗直接针对本地区引起该病症的主要病原体。已显示出，病征处理的方法对男性尿道炎与附睾炎、男性与女性生殖器溃疡病征的处理很有效，对于婴儿的新生儿眼结膜炎的病征处理效果也好。应该注意到，阴道分泌物病征对预测淋球菌、衣原体或其它宫颈感染既不特异也不敏感；然而，如果主要目标是治疗阴道炎，如细菌性阴道病或阴道毛滴虫感染所致，则在各种环境中下病征处理方法都是有益的，且经济有效(49,50)。

性传播感染常常没有症状，尤其在女性中。检测和处理这些无症状感染要求采用不同的策略。一些策略是开展病例发现或筛查，为性传播感染病例管理加强使干预措施普及到性伴，以及提高对个人危险性的知识与意识。病例发现指对由于性传播感染以外其它原因的求医者进行检测。病例发现很重要的应用是在产前门诊、妇幼保健与计划生育门诊中提供性传播感染防治服务。病例发现常见的例子是在产前门诊为孕妇提供常规梅毒检测。

筛查是指对非直接求医的个体进行检测。例如，对献血人员检测梅毒、艾滋病毒感染和乙型肝炎病毒感染标记是筛查很重要的应用。在以社区为基础的筛查是可行和可接受的，且考虑了保密性及人权情况下，这种筛查是发现与治疗无症状性传播感染患者的有效手段。对处于高危感染的人群进行有针对性筛查可以提高筛查规划的成本效益。

病例发现与筛查的策略不仅需要开发快速的性传播感染诊断方法，而且在能够获得这样的快速诊断试验时将更为可行。在各种情况下，应注意患者的保密、咨询与治疗(51)。

性伴通知策略

性伴通知是性传播感染病例管理的组成部分，该过程是指向诊断为性传播感染患者的性伴告知他们存在感染的暴露，以便他们寻求筛查和治疗。性伴通知的目的是预防指示病例的再感染和减少性传播感染的传播。主要采用 3 种方法：

- 由第三方（通常为卫生保健人员）通知性伴；

¹ 世卫组织制定的方案中包括 7 种病征：阴道分泌物、尿道分泌物、生殖器溃疡、下腹痛、阴囊肿胀、腹股沟横痃和新生儿结膜炎(47)。

- 由指示患者通知其性伴，或由患者将药物转给其性伴(52)；
- 由指示患者同意通知其性伴，条件是由医务人员通知那些在规定的时间内未治疗的性伴。

应对所有最近的性伴进行流行病学治疗（治疗与指示患者相同的病原体或病征）。性伴的性传播感染管理是最难完成的干预措施之一，但也是性传播感染控制的重要内容。在早期阶段和并发症发生前，它提供了识别和治疗无症状感染者（尤其是女性）的重要的机会。性伴中的性传播感染管理不应当是强制性的，但由于对性伴的影响因其性别及其性道德与社会规范而不同，应特别注意为患者保密，并考虑到性别问题。

这 3 种方法或各种策略中患者选择的相对效果方面没有很强的或一致性的证据。患者通知只需要较小的费用，加上适当的教育与咨询会更有效(53)。需要更多的业务研究，尤其在发展中国家，以评估在可接受性、来门诊接受检查的性伴数、对指示患者再感染率和性传播感染发病率影响方面对不同的性伴通知方法进行评价。此外，无论采用何种性伴通知方法，对费用和该过程有关的潜在伤害需要进行监测和记录。

3.2.4 获得药物和适当的技术

性传播感染的治疗药物

不间断地获得合理的性传播感染治疗药物是性传播感染控制规划成功所必需。及时和有效的性传播感染治疗可切断传播链，预防并发症与远期后遗症的发生。治疗性传播感染的多数药物是不昂贵的，费用并不是药物可及性的障碍。但是，一些较新的药物和改进的配方是昂贵的，需要采取一些采购机制来确保政府和患者能够负担得起。与可负担性有关的因素可包括国家、区域和国际上的一些特性，如专利、数量有限、竞争不多、进口税与关税、地方税和因批发、销售和分发所附加的费用。

性传播感染的合理治疗药物应当是高效的，而且出现的毒副作用是可接受的、不会产生耐药性或延迟耐药性、能够口服、最好是单剂治疗，以及对孕妇或哺乳期妇女无禁忌。两级药物政策，即在基层医疗卫生机构提供疗效较低的药物，而最有效的药物（通常较贵）仅在转诊机构提供，可能导致难以接受的治疗失败率、并发症和转诊，更快地产生药物耐药性，损害卫生服务的信誉。

为了确保能不间断地提供安全有效的性传播感染治疗药物，国家需要有可持续的采购策略，可确保最低的 60 天的贮备。采购策略将在 3.5.6 节讨论。

性传播感染的诊断试验

全球性传播感染的疾病负担约 80%-90% 发生在发展中国家，那里性传播感染的诊断方法是有限的或难于得到。需要开发快速的性传播感染诊断试验，从而能在资源缺乏的环境中提高对患者的医疗质量和诊断水平。尤其迫切需要在艾滋病毒呈地方性流行的地区改进性传播感染的诊断方法，因为某些性传播感染是艾滋病毒感染传播的重要协同因素。

疫苗

由于对危险人群进行免疫通常是控制感染性疾病高效的方法，寻找抗性传播感染（包括艾滋病毒感染）的有效疫苗有着强烈的吸引力。抗性传播感染疫苗对已有的性传播感染预防技术是很重要的补充。目前仅乙型肝炎疫苗是可获得的预防性传播病原体的有效疫苗。

致癌性人乳头瘤病毒的预防疫苗在不久的将来可以获得，因为近来的试验证实，疫苗能有效地预防 HPV-16 和 HPV-18 宫颈感染的发生和持续存在(35)。在世卫组织的主持下已多次进行讨论，以确定评价人乳头瘤病毒疫苗的合适终点指标，以及在国家级引起人们将人乳头瘤病毒感染作为公共卫生问题来对待。在实施此类免疫接种规划时，世卫组织鼓励各国考虑在本国规划中引进这些疫苗的好处并探索可接受性和可行性的问题(34)。

临床试验发现，与安慰剂相比，抗 HSV-2 疫苗高度有效，但仅对女性有效，对男性无效，而且仅对以前未感染过 HSV-1 的女性有效(36)。随着更多的研究和临床试验继续对 HSV-2 疫苗进行研究，国家规划的管理者应该组织有关在不同流行病学情况下开展 HSV-2 疫苗试验的讨论，以评价其应用性、可接受性和可行性，同时加强研究和实施的能力。

任何疫苗策略的成功实施，需要仔细地确定目标人群，且应确保疫苗的可接受性，尤其是对那些可能并不认为自己处于感染性传播感染危险的人群。一旦确定了目标人群，且动员其接受疫苗，为该人群（可靠地和不间断地）提供有效的疫苗是十分重要的，以确保免疫策略得到成功。可从一些预防感染性疾病的疫苗接种规划中吸取经验教训，如可以从目前尚未得到广泛应用的预防乙型肝炎病毒性传播的乙肝疫苗使用中获取经验教训。

3.2.5 推广

小规模 and 试点规划仅提供有限的地理和人群覆盖面，无法期望对性传播感染疾病负担产生有意义的影响。许多性传播感染规划倾向于在小规模的试点地区开展干预，虽然能产生良好结果，但无法达到更广泛的人群，因而无法产生更大的影响。为了取得更大的效果，应对性传播感染预防保健干预的技术内容进行评价，对那些有效的措施应当推广。推广的目标是确保有效的干预能到达需要服务的人群。这意味着更广的地理覆盖面和更多的目标人群能够得到服务，将规划扩展到其他目标人群，拓宽规划所提供的干预范围。

如果将重点放在优先的目标人群(即对性传播感染传播动力学最有显著影响的人群)，推广将会产生最大的效果，且在这些人群中应尽可能地覆盖更多的个体。推广也需要特别重视：

- 服务的质量，因为可能存在平衡协调工作质量和力度以覆盖更多人群的危险；
- 吸收能力，即确保能够提供充足的资源，以支持推广；
- 可持续性：在推广前，应建立可持续提供防治服务的机制。

3.3 改进政策和规划发展的信息

3.3.1 监测

为了开展倡导、规划设计、督导与评估，以及患者医疗保健的目的，需要在国家、区域以及全球级加强性传播感染的监测。需要加强的性传播感染监测的基本内容包括如下：

- 按性别与年龄分组的病例报告（病征还是病原学病例取决于诊断检测是否能够提供；普遍病例报告还是哨点病例报告取决于国家是否存在功能健全的法定传染病报告系统，以及性传播感染服务是如何提供和组织的）；
- 患病率调查和监控以在特定人群中确定和追踪（症状性和无症状性）性传播感染的疾病负担；
- 性传播感染的病原学评价；

- 抗菌药物的耐药性监测；
- 专题研究，例如使用假扮性病患者进行医疗质量的评估。

上述活动内容是相互补充的，其中每项工作的开展都取决于现有的性传播感染监测基础设施和已经成为综合性疾病监测一部分的报告系统。国家艾滋病毒流行状况也会影响到性传播感染监测活动和优先领域(54,55)。

艾滋病毒二代监测

性传播感染监测与艾滋病毒的二代监测密切相关，并且在其中发挥特殊的作用；除了艾滋病毒监测与艾滋病病例报告外，还包括行为监测以监测在一段时间内发生的高危行为和性传播感染监测以监测艾滋病毒高危人群中的其它性传播感染流行情况。例如，HSV-2 研究可以用来作为艾滋病毒脆弱性的指标。因此，加强性传播感染监测是艾滋病毒二代监测的重要组成部分。

性传播感染监测应与行为监测紧密相联，尤其要与性行为、性传播感染流行决定因素、求医行为及其与性传播感染漏诊漏报相关性的调查相联系。监测对于评估哪些人群应获得有针对性的干预也很重要。

需要定期开展对常规病例报告或患病率调查以外其它性传播感染监测问题的专题研究。这些研究可包括对特定性传播感染爆发的调查，例如在某些人群和地区发生的梅毒、性病性淋巴肉芽肿和软下疳爆发。

应尽可能把私立部门包括在报告系统内，尽管往往遇到不愿意向公共卫生行政部门报告性传播感染病例的情况，原因涉及到个人隐私、污辱、漠视或认为从报病过程中并没有任何受益。在很多国家，性传播感染患者直接到药房或不正规的私人诊所寻求治疗，而不是首先去寻求临床医师诊断。这可能是发生大量漏报的原因，因此专项研究可能是必要的，以便确定这种情况的程度及漏报的数量。应考虑以激励机制来鼓励报病，其中可包括认证或授权。

当前的监测系统需要通过改善实验室设备、用材和人员及强化报病机制（尤其是诊断条件具备的情况下）等方面来加强。因为目前的监测系统更多的不足在于对无症状感染引起性传播感染负担的低估，所以筛查和病例发现的相关策略需要到位。

为支持倡导提供资料

需要及时收集可靠的资料来评估性传播感染负担以及它们的并发症及其经济影响。反过来，这些信息又可以为加强政策关注，以及为国家、区域及全球各级的资源配置提供依据。

为指导规划设计和监督提供资料

规划管理同样需要及时、可靠的性传播感染资料。不同人群的性传播感染患病率研究有助于评估性传播感染的分布，确定优先目标人群以及估计无症状性传播感染在社区范围的负担。性传播感染流行趋势资料可以用来评估疾病控制规划和干预措施的效果和影响，也可以作为不安全性行为趋势的生物学指标。

为指导患者治疗提供资料

耐药性使得那些花费几十年时间才开发出的常用药物继续丧失效果。耐药性的产生，很大程度上是因为不加选择和过度使用药物。因为对治疗的不依从或贫困，患者不能坚持完成全程治疗，使得药物使用不当。贫困常常迫使卫生保健人员和患者选择低剂量处方药，或便宜的、效果不好的药物，以节省费用。讽刺的是，一旦便宜的药物无效，则必须更换更加昂贵的药物。

卫生行政部门有必要开展常规监测，并检测与当地性传播感染病征有关的病原体相对患病状况和性传播感染治疗药物耐药性出现的情况，以便随时更新治疗准则和国家基本药物清单。开展特别预警监测的性传播微生物包括细菌类的淋病奈瑟菌和杜克雷嗜血杆菌及病毒类的 HSV-2。

由于国家间耐药程度大不相同，世卫组织不推荐单一使用任何一线药物治疗淋病。相反，每个国家必须根据本国的耐药类型进行决策——为难的是如果很多国家没有实力开展监测，那么就必须依靠邻国收集的代用资料或使用区域估计数。

3.3.2 督导和评估

需要对规划实施的进展进行监督，以保证规划能根据计划按时开展且在预算范围内执行，并评估规划是否达到预期的结果或效果。执行层次缺乏资料就难以准确评估各种传播感染干预措施的有效性和成本效益。这些资料非常重要，可为确定优先领域、制定策略计划和进行资源分配提供依据。要建立资料收集和分析程序以按照标准的方法测量以下各项指标：

- 提供服务的状况（如服务的患者数、对梅毒进行筛查并得到治疗的孕妇数，安全套发放量，接受自愿咨询检测人数）。
- 提供医疗的质量（例如采用标准指标如优先预防指标按照国家准则治疗的患者比例）。
- 员额配置类型是否合适（如病患工作量）；
- 患者的反应及满意度（如接受服务的患者总数，首诊与复诊或回访人数，将医疗机构作为寻求医疗服务首先选择的患者比例）；
- 规划资本成本和经常性费用，用以评估效率和成本效益。

此外，十分重要的是这些监督（可限于业务研究）的结果与项目执行状况有关，且很有意义。结果应用于评估和改进正在进行的规划和用来设计新的规划。应进行更多的业务研究，用于确定在特定的环境下何种干预是最佳的，还应进行与妇女的性和生殖健康相关的研究，以指导制定对性别问题敏感的策略和干预措施。

3.4 与其它规划和合作伙伴的结合

3.4.1 公共部门卫生规划

性传播感染与青少年卫生、计划生育、妇女卫生、母亲安全、免疫、儿童生存和艾滋病毒预防有关的规划相关。这些规划相互依赖，同时在战略上必须进行结合或整合。这些规划相互结合势在必行，以便扩大人群性传播感染干预覆盖面，以及减少预防、发现和治疗性传播感染的机会丧失。同时，为了提高质量和扩大覆盖，它还应加强公立与私立卫生部门的合作。然而，这种结合或一体化由于需要向已有的规划分配额外的任务而显得困难，特别在新任务的卫生目标与现有服务机构的卫生目标不一致时。这也许需要额外的监督、财务和管理支持。只有在上述问题都得到了解决，才能认为实现了一体化。虽然结合和一体化有利于提高人群的覆盖面和卫生保健的可及性以及管理计划，但是这些在开始时并不容易做到且花费不小。只有在经历最初困难和费用之后，才能感觉和认识到其益处。

艾滋病毒/艾滋病

艾滋病毒和其它性传播感染的主要传播方式是性传播，两者的其它传播途径包括注射毒品使用、血液和血液制品、捐赠的器官或组织，以及从母亲到胎儿或新生儿的垂直

传播。许多预防艾滋病毒和其它性传播感染性传播的方法是相同的，干预的目标对象和人群也是一样的。

某些性传播感染在存在的情况下会促进艾滋病毒的传播。一些研究已经证实，溃疡性和非溃疡性病原体均有不同程度的相对危险，范围为 1.5-8.5（见表 2）。单次性行为艾滋病毒感染传播概率的上升度可能比队列研究中所观察到的相对危险还要高，因为在随访期间参与者不是一直患有性传播感染。虽然溃疡性疾病的协同因素效应似乎要更高，但非溃疡性感染由于其发病率和患病率高，在某些人群中可能更为重要。最近，干预性研究增添了有关性传播感染/艾滋病毒协同因素效应的信息和重要性的认识。

在坦桑尼亚联合共和国姆万扎地区进行的以社区为基础的随机对照试验表明，通过现有的初级卫生保健门诊利用病征处理，加强对有症状患者的性传播感染病例管理，可以减少 38% 的艾滋病毒发病率。在马拉维 HIV-1 血清阳性的男性中开展的一项研究表明，有尿道炎的男性精液中的 HIV-1 RNA 水平比艾滋病毒抗体阳性而没有尿道炎的男性高 8 倍(18)。伴有淋病的患者精液中 HIV-1 的浓度最高。尿道炎患者接受针对性传播感染的抗菌药物治疗后，精液中 HIV-1 RNA 浓度在 2 周时显著减少。血浆中病毒 RNA 浓度没有改变。两个星期中，对照组精液中的 HIV-1 RNA 水平没有显著差异。这些结果提示，治疗尿道炎可以减少 HIV-1 感染男性的传染性，这进一步提供了证据，说明艾滋病毒/艾滋病控制规划在已经感染 HIV-1 的患者中发现和治疗其它性传播感染，可有助于控制该病的流行。

从性传播感染作为发病率一个严重原因和艾滋病毒预防干预措施这两方面来说，通过国家投资来治疗性传播感染是一项经济有效的选择。因此，鉴于艾滋病毒与其它性传播感染之间有协同相互作用，两者的预防又相同，就应在性传播感染规划和艾滋病毒规划间建立和维持强有力的联系并使其努力相互补充。在世界上许多地区和国家，性传播感染规划和艾滋病毒规划已经通过联合计划而全部或部分结合或协调起来。

两种规划的合作领域包括宣传倡导、政策制定、培训、规划设计和评估、监测和研究。性传播感染和艾滋病毒规划不仅应该合作，而且还应在计划和实施这些活动时共享资源。它们可以在以下方面一起工作：

- 在卫生中心层次和社区对患者进行有关危险行为和预防知识方面的教育，这涉及到公立和私立部门；
- 提供艾滋病毒咨询服务和自愿保密检测，使每个人了解他们的艾滋病毒状况并适当地进行评估以便进行抗病毒治疗；

- 提供针对已确定的其它性传播感染的有效治疗，提高艾滋病毒感染者生活质量并减少传染性；
- 制定和实施策略，促进以可负担得起的价格获得适当安全有效药品和高质量安全套；
- 保证国家在卫生系统基础设施和用品分发系统方面的投资，以提高性传播感染（包括艾滋病毒）防治服务的质量和可及性；
- 确保综合性的产前保健服务，包括性传播感染(如艾滋病毒和梅毒)的筛查。

表 2 性传播感染作为艾滋病毒传播危险因素的研究

参考文献	研究人群	研究性传播感染	相对危险度	比值比
(56) Plummer, 1991	肯尼亚女性性工作者	衣原体感染		3.6
(57) Laga, 1993	刚果民主共和国女性性工作者	衣原体感染 淋病 滴虫病		3.6 4.8 1.9
(58) Kassler, 1994	美国队列异性恋人群	淋病		2.5
(59) Craib, 1995	加拿大队列 MSM	直肠淋病		3.18
(60) Cameron, 1989	肯尼亚异性恋男性	主要为软下疳	4.7	
(61) Telzak, 1993	美国异性恋男性	GUD、软下疳	3.0	
(62) Limpakarnjanarat, 1999	泰国女性性工作者	梅毒 GUD 和疱疹		3.7 2-2.4
(63) Mbizvo, 1996	津巴布韦产前保健妇女	GUD+PID		5.8
(64) Bollinger, 1997	印度性传播感染保健就诊者	GUD		4.2
(65) Stamm, 1988	美国 MSM	疱疹、梅毒	3.3-8.5	
(66) Holmberg, 1988	美国 MSM	疱疹	4.4	
(67) Darrow, 1987	美国 MSM	梅毒	1.5-2.2	

MSM, 男男性接触者; GUD, 生殖器溃疡性疾病; PID, 盆腔炎症性疾病。

性和生殖健康

性传播感染与性和生殖卫生服务之间的相互作用是很广泛的。性传播感染和生殖卫生保健的目的是提高生活质量，特别是提高所有女性和男性的性及生殖生活。性传播感染与性和生殖卫生服务相互作用的关键领域如下：

- 提高性传播感染服务的可及性。由于产前、妇幼卫生和计划生育门诊为广大的育龄妇女服务，它们形成了一种卫生设施网络，具有将性传播感染防治扩大覆盖到很大一部分普通女性人群的潜力，而这些人群往往不能被性传播感染专科门诊和综合治疗性医疗服务所覆盖。以提供针对性传播感染及其危险因素为内容、适合年龄的健康教育和咨询服务可予以提供和有助于进一步预防感染。通过建立系统性筛查的规划，无症状的性传播感染妇女可以被发现和治疗，同时，可以避免许多未治疗的性传播感染所造成的不良妊娠结果。
- 提高妇女健康。由于性传播感染和生殖道感染可以增加女性不孕、异位妊娠、宫颈癌、自发性流产和艾滋病毒感染的危险，显著地影响妇女的健康。因此，性传播感染预防、发现和早期治疗成为妇女卫生服务的重要组成部分。
- 保证避孕方法的选择和安全性。由于某些性传播感染或生殖道感染的存在会限制女性对多种类型避孕方法的应用，同时由于避孕者可能将性传播感染或生殖道感染的症状归因为某种避孕方法的副作用（导致对避孕方法接受性的下降和中断使用避孕方法），筛查和治疗性传播感染，同时提供双重保护方面的咨询是确保避孕方法选择和安全的组成部分。
- 处理性和基于性别的暴力。对妇女施暴会对妇女生殖健康有着严重的后果，包括获得性传播感染。必须提供强奸后性传播感染的治疗，以及艾滋病毒暴露后预防性治疗。针对性传播感染患者性伴通知需要探讨考虑到对性别敏感的方法，从而避免暴力的发生。必须查明不同文化环境中针对性传播感染的成功性伴通知案例研究，同时发起业务研究以了解如何以更可接受的方式跨越不同社会文化和宗教环境开展性伴通知。
- 性传播感染的筛查和治疗。性传播感染的筛查和治疗可以改善流产后的健康结果，因为流产时下生殖道感染的存在对流产并发症来说是一个危险因素(68)。因此，流产前性传播感染的处理是预防流产后感染的重要措施。
- 纳入对性别敏感的方法。性传播感染与性和生殖卫生服务两者在使用性别敏感方法时面临类似的挑战，特别是涉及到男性人群、接近边缘化或其它被忽视的人群（如性工作者、物质使用者、城市和农村的贫困人群、移民人群、流离失所者和难民），以及在应对青少年特殊需求方面。
- 预防生殖道感染。不通过性传播的生殖道感染通常有一些症状可能被误认为是性传播感染。内源性的生殖道感染，即细菌性阴道病和念珠菌病是妇女生殖道内保护性菌群失衡的结果。细菌性阴道病是世界上最流行的生殖道感染，同时也是发展中国家

家阴道分泌物最流行的原因。撒哈拉以南非洲地区多达 50% 以上的孕妇发现有细菌性阴道病。细菌性阴道病被认为是早产、低出生体重、羊膜早破、产后脓毒症和自发性流产的一个原因(69)。细菌性阴道病同样与艾滋病毒感染的传播相关(70)。预防生殖道感染及其并发症的教育需要采用与生殖卫生保健机构中性传播感染控制服务共同的方法。

- 促进经宫颈手术的安全性。例如，在置入子宫内避孕器或终止妊娠前，需要检查或治疗患者的内源性感染或性传播感染，这是为了避免细菌上行感染上生殖道。选择宫内节育器的妇女如果认为自己暴露于某种性传播感染的危险中时，必须鼓励她们选择其它不同的避孕方法(71)。
- 加大提供现有和潜在疫苗以预防生殖器癌症和肝癌以及某些性传播感染。在国家免疫规划内性传播感染与性和生殖卫生规划之间的合作和联合计划将便利推广现有和潜在疫苗，例如乙型肝炎和人乳头瘤病毒疫苗，并为引进任何新的疫苗提供一个现成的渠道。

此外，性和生殖卫生服务是最适合与性传播感染规划合作以确保妇女、新生儿和儿童的健康。因此，性和生殖卫生服务应确保下列方面：

- 开展健康教育以预防艾滋病毒感染和其它性传播感染，包括其长期后遗症，例如盆腔炎症性疾病、不育、异位妊娠和生殖器癌症。性别不平等、文化构建的角色以及生物因素都是造成妇女和年轻人对感染易感性的原因。承认种族、文化、性倾向、地理位置（城市、农村或难以接近的偏远地区）、年龄和不同生活技能的影响对于更好地确定和适应对性传播感染及其并发症和远期后遗症负担的应对极其重要。
 - 预防先天性梅毒。有效预防先天性梅毒首先依赖于预防孕妇梅毒。如果不能做到这一点，则需要开展包括妊娠期梅毒筛查并为孕妇及其性伴提供适当治疗的二级预防。由于先天性梅毒造成的社会和经济代价高，以及梅毒流行病学可能会发生变化，采取产前梅毒筛查及随后对血清阳性者进行治疗是一项非常经济有效的干预措施，以预防先天性梅毒以及在父母中由于梅毒未经治疗而引起的并发症，在患病率低于 1% 的环境中也是如此。
- 孕妇在首次产前就诊时应该接受常规筛查，最好是在妊娠 28 周前(72)。在先天性梅毒危险较高的社区，应考虑实施在 36 周或分娩时作第二次筛查的政策。需要制定明确的针对母婴临床和血清学随访的国家准则。

- 应开展有关治疗性伴的性传播感染的讨论，并应对再感染危险进行评估和采取适当措施。
- 如同其它性传播感染一样，应为患有梅毒的孕妇提供艾滋病毒自愿咨询和保密检测。在艾滋病毒感染率高的环境中，应向所有孕妇提供自愿咨询和检测。
- 预防新生儿失明。在孕妇的淋病患率为 1%或更高的地方，对新生儿眼炎进行预防性治疗已经显示出很好的成本效益(24)。
- 为受性侵犯和虐待的儿童提供性传播感染保健。儿童和青少年受性侵犯和虐待被认为是一个严重的社会问题，需要引起决策者、教育家，以及在怀疑有受性侵犯和虐待时提供社会和卫生保健以及基本社会服务的各类专业人员的关注。复查和排除性传播病原体，包括艾滋病毒，应由经过培训的儿科临床医师遵照地方确定的程序和准则进行。管理怀疑受性虐待儿童和青少年的性传播感染的标准方法非常重要，这是因为感染可能是无症状的(47)。针对这些年轻患者的全面管理应该包括心理和社会支持。

青少年卫生服务

性传播感染是所有性活跃青少年的主要健康危险¹。每年，20 个青少年中就有 1 个感染细菌性性传播感染，同时获得感染的年龄正不断趋于年轻化(74)。大部分改进青少年生殖健康项目集中在性健康咨询和计划生育，而忽视了在为他们提供服务的目标中包括性传播感染防治。让父母和适当成熟年龄的年轻人参与计划和实施针对他们的干预措施对于影响他们行为至关重要。性传播感染规划，包括作为初级卫生保健一部分的性和生殖卫生服务，至少应制定和提供以下基本干预：

- 在青少年和年轻人中加强性传播感染监测。性传播感染资料需要按年龄和性别进行分层，使能进行适当的规划评估和作出反应，以满足青少年的需求。
- 提高青少年在性传播感染及其并发症以及如何进行预防方面的意识和知识。应向所有需要者提供适宜的性教育和不间断获得男性和女性安全套以及关于正确一贯使用的明确信息。这将导致共同的目标，即改善青少年的性健康和幸福(45)。
- 改进青少年获得性传播感染服务。一种模式的提供性传播感染防治能够满足所有青少年需求是不可能的。服务可建立在现有服务的基础上，包括：通过卫生保健提供者的专门培训使成人卫生门诊方便青年使用；针对青少年的性和生殖卫生门诊；年

¹ 世卫组织定义青少年为 10–19 岁年龄组人群，青年人定义为 15–24 岁年龄组人群，“年轻人”是结合了两个重叠的人群组，它覆盖了 10–24 岁年龄组的人群(73)。

年轻人可以获得所有卫生保健服务的“一站式服务中心”；卫生中心；以及基于学校或与学校相关、适合年龄的服务(75)。然而，可能需要一些创新的形式，如流动门诊来覆盖绝大多数易感年轻人，包括性工作者和街头儿童，特别是在主要节日和活动期间。

3.4.2 私立部门

虽然在大多数资源匮乏的国家，公立部门也提供免费的服务，但它们可能并不总是被患者所接受，或者并不总是能够保证有合适的卫生工作人员或必要的药物。私立部门或传统医生以及非正式的提供者经常是性传播感染患者的最先就诊地方，甚至那些认为政府卫生诊所技术更好的人也是如此。不论是否有医学资格，私立提供者对很多人来说都更加容易接受，因为人们普遍认为他们具有更好的可及性和保密性，并且与公立部门机构相比有着更少出现污辱问题的声誉。从药剂师、药商和药品零售点直接购药进行自我治疗也很常见。

在这种情况下，公共政策和干预有必要包括私立和非正式部门，同时在提供性传播感染防治方面必须建立公立和私立之间的伙伴关系。政府必须采取有效和适当的管理措施以确保私立部门性传播感染服务的技术质量和责任心。在国家一级必须对合作和质量控制的策略进行检查。这些策略可包括对药剂师和私人从业者进行有关性传播感染病例管理和国家准则的培训。政府应探索如何根据情况和主要的政策、法律和规章，建立与药剂师联盟、传统医生协会和其它服务提供者的正式关系以促进适当的性传播感染防治。这些活动必须与社区一起合作进行。

3.4.3 社区参与

社区参与对他们的健康产生影响的决策过程是非常重要的，并且性传播感染控制规划需要建立机制，通过适当的民间社会代表得到整个社区的投入。这可以通过与非政府组织、宗教组织、以社区为基础的组织 and 私立部门形成合作伙伴关系来实现。应对社区进行关于性传播感染医疗不同类型提供者的可获得性、优缺点方面的教育。可以建立消费者倡导小组，了解情况和有分辨能力的患者同样有助于改进保健。鼓励消费者使用那些遵守预先确定、一致同意和广为宣传的质量标准的提供者。社区参与的策略包括下列方面：

- 提供信息以提高社区对问题的认识和增加社区对干预和服务的需求；
- 保持与社区磋商；

- 社区参与干预的设计和实施;
- 与社区分担规划结果的问责和责任;
- 使地方政治领导和舆论导向人员,包括传统和宗教领袖参与倡导性传播感染预防和医疗。

以宗教和信仰为基础的组织常常在形成信仰追随者和社区的舆论、态度和行为方面是有作用的。在许多地方,他们处于独特的地位,可通过甚至到达最边远村庄和社区的广泛网络提供关于艾滋病毒及其它性传播感染的健康教育。在促进预防、咨询、家庭护理、临床医疗、甚至先进治疗以及减少污辱和歧视方面,这些以社区为基础的组织可以是至关重要的伙伴。因此,在讨论性、性别和性传播感染,包括艾滋病毒时,应邀请他们参加,以促进和加强讨论这些问题的开放环境。加强与这些组织合作及提高它们的能力对于确保它们在预防和控制性传播感染方面更有效地与政府和其它方面合作至关重要。

3.4.4 其它合作伙伴

根据情况,在应对性传播感染的活动中还应该包括其它一些合作伙伴和利益攸关者。这些可能包括政府其他部门,如教育和劳动、体育和文化部门、警察和边境控制官员,以及一些私营公司,如运输和旅游公司等。可与他们一起探讨针对性传播感染预防和控制的不同策略,包括在教育部门和其它工作场所进行性传播感染预防和医疗。应建立机制来鼓励各组织对防治性传播感染负责。在某些情况下,需要通过跨境合作开展干预,如对跨境商人、临时或永久移民、流离失所人员以及从事流动工作的人群。

3.5 加强卫生系统能力建设,有效提供服务

要建立、提供及监督本文件讨论的性传播感染规划及其效果,卫生系统是不可或缺的先决条件。从广义来说,卫生系统应包含所有从事卫生行动的组织、机构和资源。各国性传播感染规划是否能提供高质量保健,覆盖最广的地区,到达贫困人群及目标人群,从而在预防新感染发生的同时对降低性传播感染及其他生殖道感染负担产生重要影响,这在很大程度上取决于卫生系统的能力。提供公平服务的能力是一个需要考虑的重要问题,特别鉴于围绕性传播感染一级预防和治疗存在的污辱。在许多资源缺乏的环境,卫生系统过度紧张,经费不足,设备陈旧,不能适应目前及将来的保健需求。在加强卫生系统的能力时,应特别强调资金提供,以确保可持续性(包括资源的筹集、集中、分配和支付)、管理工作和强化管制(保证质量和公平性)、公私伙伴关系,使规划达到最广泛的覆盖。

在进行卫生体制改革的国家，应努力在该过程中确保考虑到性传播感染服务。用以选择初级保健一揽子基本卫生干预的重点确定过程应反映性传播感染导致的生殖健康不良负担。改革的目的（改善服务质量、公平性和对患者的反应能力 - 以及可持续性和效率）还必须将性传播感染卫生保健提供者考虑在内。尤其应利用私立部门的供资和有效参与以扩大性传播感染防治的可及性。

卫生系统对于性传播感染的应对，必须基于对性传播感染流行病学、危险性行为、脆弱性、求医行为模式、卫生保健提供者的技能及态度等方面的分析。在分析结果基础上，应制定覆盖所有需要干预的人群的综合性传播感染防控规划。应根据干预对象的具体需求确定适宜的提供保健的策略。该规划应该是一个包含性传播感染防控各方面的整体规划，包括健康促进，预防活动及技术，诊疗服务，与计划生育、性和生殖卫生、免疫、艾滋病毒/艾滋病及其他服务的结合等。作为多部门应对，应该扩大包括公立和私立部门在内的不同伙伴之间的合作。

性传播感染规划还应包括监督干预实施影响的计划。及时提供有关规划执行和影响资料，有助于为补充活动获得资源，并为以后规划方向提供证据基础。

3.5.1 性传播感染服务的可及性

在大多数国家，患者可以自己选择到什么机构去治疗性传播感染。公立提供者与其他许多合格的和不合格的私立提供者，以及传统医药从业者存在着竞争。无论是公立还是私立部门，性传播感染防治的潜在资源包括性传播感染专科诊所、医院的其他专科门诊（如妇产科、皮肤科或泌尿科）、防治所、初级卫生保健中心、计划生育、妇幼保健、以及产前保健门诊。是通过初级保健中心，还是通过专科门诊提供性传播感染服务，其利用程度取决于性传播感染流行状况、组织及资源情况，并应考虑到不同亚人群的求医行为和个人喜好。

在许多环境中，问题在于不能满足对优质保健的需求。通过公立部门提供性传播感染保健并不一定能够提高对优先人群的覆盖面，尽管这种服务技术优良，甚至是免费服务。应该考虑保健可及性的其它影响因素，所有机构都应以患者为中心。制订服务计划时尤其应注意性别平等、青少年、贫穷和边缘化人群。应使性传播感染服务更方便患者，改善缩短与居所的距离、卫生保健人员的职业道德、保护隐私、保密和缩短候诊时间等因素。私立部门包括药剂师及其他药品供应商也必须参与，并承诺提供优质服务，包括管理监督和控制措施。对社区群众和消费者应进行一般卫生问题的教育，尤其是性传播感染方面的教育，强调由经过正规培训的卫生专业人员进行性传播感染诊疗的重要性。对某些人群来说药物和安全套的价格或可获得性可能是获得性传播感染服务的障碍。可能需要改变政策，以提高药物的可及性并考虑多种选择，如对贫困者给予补助，给各类

人群普遍发放安全套，健康保险计划中包括诊疗费用，以及转送上级医疗机构的转诊机制等。如有必要，可开展外展服务以使那些难以覆盖的人群得到服务。

3.5.2 质量保证

医疗机构的分散化和私有化是政府对卫生部门改革的部分内容。对于政府部门来说面临的一个主要挑战是确保迅速增长的广大私立部门的质量，对此信息甚少。政府部门必须充分发挥核心公共管理职能，并采取步骤以保障公立和私立部门都能向全体人口提供优质的保健。

国家性传播感染病例管理准则

为促进优质病例管理，应制订针对确定类型感染和疾病的准则，并发放到所有性传播感染保健提供者。准则的制订、实施、发放应有来自公立和私立部门的代表人员参与。应对公立部门卫生工作者和私立部门卫生保健提供者进行国家准则的内容和应用方面的培训。

实施性传播感染管理的病征处理，可克服许多障碍以保证提供优质、有效的性传播感染管理，尤其是——但不仅仅是——在资源贫乏的环境。性传播感染的病原学诊断方法尽管很理想，但在许多资源贫乏环境不能开展。应咨询国家一级的专家和委员会，就最合适的性传播感染管理策略提供建议，使所有需要性传播感染保健的人群受益。可根据可利用的财政、人力、技术资源和疾病负担情况制订精心计划和实施的综合性方案。

执业许可、认证和认可

对专业人员发放执业许可和对机构的认证可有助于保障优质、安全和分布合理的卫生保健服务。执业许可和认证不仅适用于卫生服务行业，也适用于药品和健康保险行业。通过这些执行机制能有效发挥政府部门的职能，与私立部门加强联系或其广泛参与将更为有效。行业协会及其他自治团体与政府部门合作，或者独立行使职能，也是管理和质量控制的重要组成部分。

对医疗机构的营业资质进行认可，是证明该机构符合某些标准的一项程序，常与健康保险计划的医疗检查覆盖有关。由行业协会进行执业许可和机构资质认证，以及在社区用当地语言进行居民健康教育宣传，有助于确保执行保健质量的标准。对上岗前和在职培训规划进行认可十分重要，这些培训规划有助于保证服务质量（包括对继续医学教育的培训课程和要求进行监督）。

如果监督和执行规章的能力有限或缺乏（在许多资源有限的环境常见），国家和地

方决策者需要考虑奖优激励。对提供优质、价格合理的性传播感染综合防治的私立部门给予资质认可或与支付方式相关的其他形式的认定（包括允许进入健康保险项目）(76)是可采取的一种奖励措施。奖励支付可以与定期向卫生当局提供医疗资料、参与继续医学教育、自愿接受行业检查等挂钩。其他激励机制不联系到支付款项，但有经济性质，可包括获得补贴药物或其他用品（如安全套市场营销项目），获得诊断和转诊服务，加入特许或合约服务项目，如预先给就诊者优惠券或其他形式的预付。可以通过下列措施加强遵守规章，如对管理机构提供足够的资源，明确管理者与被管理者的各自职责，成立患者的维权组织等。

同行评议和自律

在实行有效管理机制的环境，政府部门和私立部门行业协会通过不同的形式开展经常性对话。行业协会和提供者网络组织可以与政府部门合作，发挥同行约束，促进自律。例如，他们可以让其成员参加讲座或培训班，更新其知识，并授予继续教育学分，使得这些人员能够提供优质性传播感染服务。然而，一些随机对照研究发现继续医学教育如果未与经济激励机制或改善工作条件挂钩的话，就很难做到改进服务(77)。

支持性督导和监督

对卫生机构定期进行督导和监督是确保持续提供优质保健，并保持提供者士气和动力的一项重要内容，这已在坦桑尼亚的姆万扎试验中有所证明。这类督导不一定仅限于公立部门。经过改进的督导也适用于私立部门，用于保障优质服务，提供继续教育，并作为维系公立和私立部门协作关系的纽带。督导应作为一种促进手段，不能被卫生保健提供者视为一种威胁，而应是鼓励的源泉，使卫生保健提供者跟上时代和不断改进保健质量。对督导员的培训十分重要，使他们的技能得到重新组织，从而更具支持性，而不是评判和挑错。

转诊中心

建立国家和区域性转诊中心，作为复杂病例会诊和确诊的中心，可改善质量控制。转诊方案应说明何时、何地转诊，且应该成为针对所有提供性传播感染服务制定的标准管理方案的一部分。转诊患者的高退出率是很常见的(78)。要注意不要让患者花很多钱、长途跋涉到并不能提供任何额外服务的转诊中心。

通过病例反馈及正规在岗培训活动积极开展督导及继续医学教育，可有助于建立不同中心之间的相互联系。卫生中心和转诊中心之间通过访问和通讯联系进行磋商和交流，也有助于增进职业信任和信心。

然而，最为重要的是在地区一级制订规划，有一致认可的目标和目的、标准方案、执行情况指标，以及年度或半年一次的审评会议。这样，与转诊中心的联系可更为全面、互动，由此工作人员之间建立更为有意义和有互动力的关系。

3.5.3 筹资服务

筹资和款项的支付是任何卫生保健系统的核心功能，它包括4个方面的功能：资源募集，资源集中，资源分配，支付和购买。尽管每个卫生系统都行使这些功能，但是具体组织各不相同，反映了体制结构、社会期望及管理体制方面的差别。卫生系统筹资对规划覆盖面、公平性和卫生结果有重要影响。

性传播感染服务的资源募集必然与艾滋病毒/艾滋病项目的资源募集相联系。确保在整个艾滋病毒/艾滋病资金中有足够的经费用于其它性传播感染的预防和控制，这是国际和国家筹资决策中的重要内容，特别是现有的性传播感染控制干预需要推广的情况下。鉴于性传播感染预防和控制是艾滋病毒资金的重要部分，涉及性传播感染和艾滋病毒保健的使用者付费政策应是相同的。

通过实行使用者付费，将资金募集的责任转移到服务提供点，必须包括贫困人群得到费用减免的方案。建立预付系统，如健康保险或社会健康保险，而不是全部依赖于使用者付费，才能做到全面覆盖。随着国家朝着建立或扩大健康保险系统（公费，以就业为基础或私人购买的保险计划，以及社区集资计划）迈进，性传播感染规划必须确保在一揽子受益计划中包括医疗检查。在许多资源有限的国家，药品开支是个人或一个家庭最大的现金开销（由患者自己而不是卫生系统或健康保险支付）(79)。在撒哈拉以南非洲，所有药物的现金开支占总药品支付总额的65%，在亚洲则占81%(80)。在工业化国家则很少会超过20%(81)。

在卫生系统的不同层次，足够的或适度足够的资金流动可改善性传播感染服务提供的反应性和有效性。在此类决定权力下放的国家，资金分配通常在地方一级作出，这就需要性传播感染规划管理者具有阐明和实施工作计划方面有效的游说风采和技能。一般来说，在资源有限的国家，公立卫生保健诊所资金缺乏，设备落后，导致工作人员士气低落。因此应该鼓励根据当地具体情况，采取灵活的办法，制订和实施不同的支付和采购方案。可尝试需求方（如优惠券）及供给方（如工资外的奖金）等方案。

由于许多国家政府和捐款机构采用全部门办法向卫生部门提供援助，从而向性传播感染规划提出挑战，以确保治疗和预防活动在确定部门目的和目标时得到重视。全部门办法是指将经费投入整个卫生部门，而不是给某个特定的卫生项目，并由卫生部确定卫生部门内的优先重点。尽管这种办法旨在提高效率，但存在一种危险，历史上在发展中国家卫生预算之中处于低优先地位的性传播感染服务的资金可能会进一步削减。

3.5.4 发展人力资源

关于与国家性传播感染/生殖道感染规划管理相关的领导、管理、战略性计划、倡导、物品管理、卫生信息系统及其他功能领域培训的讨论超出本战略的范围。这些应在更广泛的卫生部门发展人力能力策略的范畴内进行。本节着重在提供性传播感染防治的卫生人员培训。

预计性传播感染服务的人力需求可以在一定程度上通过保留和再培训现有卫生人员和部分通过招募和培训补充人员而得到满足。性传播感染规划组成员需要培训以明确其在规划不同领域管理方面各自的职责。卫生人员需要在其各自的职能领域接受培训。例如，如果产前保健和计划生育门诊的卫生保健提供者预期提供性传播感染医疗，他们的培训应反映这一点。同样，如果医生预期向患者提供教育和咨询，就应该扩大对他们的培训以包括这些技能。

医学院和其他三级教育机构需在性传播感染综合性培训中发挥更大作用，培训内容包括预防、诊疗和咨询等所有方面，对象为接受基础培训的医生、护士、实验室工作人员、药剂师、公共卫生人员。培训课程还应包括病征处理及其在性传播感染防治方面的应用、科学原理和优缺点等。性传播感染也应该是公共卫生研究生医学培训课程的重要内容之一。

对卫生保健团队的所有人员都应进行在职或在岗培训，包括临床医生、药剂师和一线人员，如办事员和接待员。培训不应只局限于性传播感染管理的生物学方面，也必须处理提供者的态度和信念。应探索创新手段，如远程教育和计算机辅助教育。

行业协会可在提供继续医学教育和技能更新，尤其向私立部门提供者提供方面发挥重要作用。这可通过培训班、会议、杂志论文、寄送简报和自学手册等予以实现。

工作人员的继续再培训（复训）应基于性传播感染控制和工作人员发展规划的督导评估结果。应通过加强能力和提高认识，增强其他部门及社区内的性传播感染防治技能。在存在社区卫生工作者的地方，应研究他们在性传播感染管理方面的作用。

尽管由于资源紧张而常常受到忽视，但是随访和督导是培训和确保保健质量至关重要的方面。

3.5.5 规划管理的实验室支持

实验室耗材、试剂盒的费用和不能持续提供，以及专业能力的不足在许多社区严重影响了性传播感染实验室检测工作的开展。有时尽管可获得此类资源，但性传播感染患

者多，鉴定某些性传播感染病原体较为困难，且常有混合感染，这使得许多环境采用以实验室为基础的临床病例管理不现实，也不可靠。此外，大多数实验室检测耗时长，这样可导致延误治疗，或患者失访。由于不同厂家对相同微生物生产的试剂盒性能有所差异，且其可靠性还受检测人员的经验、标本的采集技术、保存、转运等因素的影响，这样使得问题更为复杂。考虑到上述限制，只有在规划管理和临床处理中实验室成为十分必要的情况下，才考虑实验室支持的问题。

如果需要作出实验室支持的诊断，无论是为了具体患者感染的诊断，或者是为了支持病征处理，应建立优质实验室系统。所有实验室人员应进行适当培训，并有明确的准则，指导采用哪些实验室检测，如何解释实验结果，预计所需要的时间等。应制订内部质控准则并严格遵循，鼓励参加外部质量保证的规划。

有效的性传播感染控制战略需要有适当的实验室支持，并要有详细的准则明确哪些实验室设施需要加强，有什么用途。要建立和加强国家级和地区级实验室，如有可能，可建立地方实验室。这样形成实验室网络，协同工作，以加强性传播感染服务。为了有最好的成本效益，网络需要明确作用及职责，推荐意见如下。

国家级

- 开展流行病学、哨点及病原学调查，以监测疾病流行趋势和干预效果。
- 验证及改进病征处理建议和准则中的流程图方案。
- 建立国家性传播感染实验室诊断技术考核和质控系统。
- 举办性传播感染实验室诊断培训班。
- 评价新诊断试剂的性能和成本效果。
- 比较抗菌药敏感性资料并提出建议。
- 在转诊中心，开展必要的实验室检测以诊断病征处理失败的病例和涉及法医问题的病例（如强奸和性虐待案例）。
- 开展或加强筛查规划，如有可能对无症状的淋球菌和衣原体感染进行筛查，尤其在目标人群中，如性活跃的年轻男性和女性。

地区级

- 开展病原学调查以监测疾病流行趋势和干预效果。
- 监测抗菌药物敏感性。
- 支持本地区的性传播感染实验室诊断技术考核和质控系统。
- 举办性传播感染实验室诊断培训班。

地方级

- 支持哨点调查。
- 对孕妇开展常规梅毒血清学检测。

3.5.6 采购和后勤管理

为方便工作，医务人员应得到药品和消耗品（手套，注射器，实验室耗材等）、安全套、医疗设备（检查床，检查灯，屏风，窥器，消毒设备等）。这些基本物品的后勤保障有以下 4 个方面：

- 选择需要采购的药品和物品（需要与国家政府基本药品规划协调，以保证所需要的药品和物品得到国家管理当局许可并包括在国家基本药品和物品清单内）；
- 制订采购方案，以公开透明的过程保证所采购的物品竞价最低；
- 物流系统，以保证物品定期分发到现场（要认识到，治疗性传播感染的大多数药物也可治疗其他感染）；
- 物品管理系统，以保证物品的及时采购、分发和补充。

在许多发展中国家，对性传播感染药物的可及性存在问题，受到许多因素，如经济承受力、持续的提供资金、不定期采购等的影响，导致其经常短缺。大多数性传播感染药物为非专利药物，价格也不是贵得付不起，但在大多数发展中国家费用仍然是重要的阻碍因素。事实上，许多性传播感染药物并非专门用于性传播感染，也可用来治疗其他疾病。需要对性传播感染管理的药物不能持续提供的原因进行分析，寻找解决问题的对

策。增加各类性传播感染药物的可及性，其策略可包括使用安全优质非专利药物，批量采购以获得最低价格，差别定价，筹资策略，药物处方合理化（如，推荐采用标准化性传播感染管理方案）。

也可以研究考虑建立其他辅助支持机制，以促进获得性传播感染药物，这些机制在不同国家和地区有所不同，可能涉及制订政策、创新和管理机制。除其它外，应考虑的问题可包括：

- 建立一个授权的多学科国家机构，负责协调药品使用政策，推行强制的管理条例；
- 在区县和医院中建立药物和治疗委员会；
- 在大学本科课程中促进针对问题的药物疗法培训；
- 开展持续的在职医学教育，作为颁发许可证的一项要求；
- 以地方语言促进药物的公众教育；
- 向开处方者提供独立的药物信息，而不只是从制药业获得信息；
- 开处方者的监督、审计和反馈；
- 充足的政府开支以确保获得药物和工作人员；
- 避免制药业在开处方者使用某些药品时给予经济奖励。

3.6 立即行动的优先内容

作为一项重点，在已具有充足知识以及影响和可行性证据的若干关键领域，国家必须实施或加大提供性传播感染防治（表 3，优先活动 1）。许多地方通过适度增加人力和财力资源实施了这些干预措施，但尚未得到足够的推广以便在国家级产生尽可能大的影响。有些组成部分将在“计划、行动、评估、推广”（PDAS）的概念下实施，以便在提供服务的同时汇集更多的信息，获得更多的知识和收集数据。对可能需要大量额外人力和财力资源的干预措施，应当制定计划，在获得资源的时候以阶梯式的方式予以实施（表 3，优先活动 2）。在本国存在的各种卫生机构中，性传播感染患者可能是有症状或无症状的，故每个部分都必须考虑性传播感染传播的动力学、性网络、脆弱人群及服务提供等。

3.6.1 性传播感染病例管理质量

性传播感染病例的综合管理至少包括以下部分：

- 作出正确诊断；
- 提供有效治疗；
- 关于避免和减少性传播感染（包括艾滋病毒）危险的健康教育与咨询；
- 促进和提供安全套及关于其正确一贯使用的信息；
- 确保性伴得到通知与治疗。

有足够证据表明，性传播感染病征处理是有效的，并且在许多保健机构中对性传播感染的流行产生了影响。例如，在科特迪瓦、塞内加尔、南非等若干国家，以及在布基纳法索和肯尼亚的性传播感染门诊，通过病征处理、包括性工作中间环节的干预等控制策略的实施，已观察到性传播感染流行率的下降(50,82)；在社区层次上，乌干达（马萨卡）和坦桑尼亚联合共和国（姆万扎）的研究已显示影响(83,84)。病征处理对男性尿道分泌物和男女生殖器溃疡性疾病尤其有效(85-91)。

尿道分泌物与生殖器溃疡性疾病的病征处理可在至少 90%的初级卫生服务点和有此类病征的患者中推广。下列方面对于实施工作至关重要：

- 药物后勤系统；
- 卫生人员培训；
- 保密性；
- 定期验证流程图，使之适应当地性传播感染流行病学模式；
- 性伴通知策略，包括：卫生保健提供者通知性伴；适用时由患者带药给性伴治疗；适用时利用因特网；以及性伴、尤其是有症状男性的性传播感染推定性治疗。

3.6.2 获得必要的用品和药物

获得一揽子基本药物和用品对于性传播感染的管理、预防和医疗至关重要，并且应该得到维持和不断改进。每一个提供性传播感染控制服务的卫生保健机构应保持至少 60 天的必要用品贮备。

3.6.3 高危人群与脆弱人群的干预

干预必须到位，而且应该推广，使高危人群和脆弱人群（取决于当地确定的标准并对当地文化价值敏感），除其他外，包括年轻人、性工作者、男男性接触者、注射毒品使用者增加获得性传播感染防治服务。最近一项有关艾滋病毒预防干预方法的循证比较研究将针对女性性工作者的干预措施排列为在有效比与效果大小方面第一，在费用和对卫生系统的依赖性方面最低(93)。基于目前关于哪些最起作用的知识并顾及一些领域内创新措施，建议国家优先行动领域如下：

- 至少 90% 被确认为性工作者的个人(男性或女性)及当地确定的其他重点脆弱人群能获得信息和性传播感染干预。
- 学校中适合年龄的综合性教育，包括审查、发展和提供以证据和技能为基础的艾滋病毒及其它性传播感染预防教育。
- 开发并实施适合不同年龄的以传媒为基础的教育干预（性与关系、性教育、正确一贯使用安全套等），使所有年轻人和社区都能获得这些干预（通过因特网聊天室、大众传媒、广告、招贴画、邮票、剧场，重点在于改进性行为，等等）。
- 通过对卫生保健提供者的复训及实施以患者为中心提供卫生保健的政策，确保尤其是青少年获得适合年龄、方便患者的卫生保健服务。
- 认可和支持通过梅毒与生殖器溃疡性疾病综合控制策略，努力控制细菌性生殖器溃疡性疾病和消灭先天性梅毒，同时铭记：
 - 在国家一级实施消灭先天性梅毒已变得较为容易；
 - 软下疳在很多国家已经下降，但在软下疳依然流行的地区，还需要更多的资料和做出更大的努力；
 - 降低生殖器溃疡性疾病的患病率涉及对艾滋病毒传播至关重要的多种干预措施。

- 有针对性的健康教育与咨询，以预防艾滋病毒和其他性传播感染的进一步传播，包括：
 - 对艾滋病毒感染者的咨询和对其他性传播感染患者开展自愿艾滋病毒咨询与检测；
 - 将梅毒筛查与母婴传播规划结合起来，有可能的话筛查其他性传播感染，以确保在艾滋病毒防治的同时发挥发现和治理先天性梅毒的潜力，从而降低儿童死亡率（千年发展目标 4，具体目标 5）。
- 便利、支持和促进乙肝疫苗接种的普遍提供，尤其是性传播感染患者和高危人群，还要为即将研发出的疫苗，如 HPV 疫苗和 HSV-2 疫苗制定策略。
- 建立实施性传播感染战略的伙伴关系，将性传播感染干预实施与性传播感染/艾滋病毒控制、性和生殖健康、其他初级卫生保健服务等横向结合起来，包括制定政策及横向实施的业务框架。
- 从联合国及其他机构争取更多的技术和财政援助，以便实现目标和维持医疗服务质量。

表 3 可立即实施的行动干预概要

优先活动 1	指标	国家级目标
1. 建立于成功之上：推广性传播感染的诊断与治疗。 (在诊断资源有限的地方使用病症处理)	1a) 为出现症状的性传播感染提供综合性病例管理的初级医疗服务点比例。 1b) 在选定的卫生设施根据国家准则得到适当诊断、治疗和咨询的性传播感染患者比例。	1a) 到 2015 年,90%的初级医疗服务点提供性传播感染综合性防治。 1b) 到 2015 年, 卫生保健设施有 90% 的性传播感染男女患者得到适当的诊断、治疗和咨询。
2. 控制先天性梅毒, 作为消灭该病的一个步骤。	2) 在产前诊所就诊的 15-24 岁孕妇血清化验呈梅毒阳性的比例。	2a) 年龄为 15-24 岁的初次接受产前保健者有 90%以上进行梅毒筛查。 2b) 到 2015 年, 使 90%以上的血清化验梅毒阳性妇女得到适当治疗。
3. 推广针对艾滋病毒阳性者的性传播感染预防战略和规划	3) 艾滋病毒阳性的性传播感染患者得到综合医疗(包括关于安全套的使用和性伴通知的咨询意见)的比例。	3a) 到 2010 年, 已具备艾滋病毒阳性者性传播感染干预战略和准则。 3b) 90%的初级医疗服务点为艾滋病毒感染者提供有效的性传播感染医疗。
4. 在艾滋病毒二代监测的前提下加强性传播感染监测。	4a) 每 3-5 年(在哨点或哨点人群中)定期开展的流行情况调查次数。 4b) 报告的性传播感染(病症或病因报告)年发病率。	4a) 到 2015 年至少已开展两轮流行情况调查。 4b) 到 2015 年已建立性传播感染常规报告制度并至少已维持连续 5 年。
5. 控制细菌性生殖器溃疡病(GUD)	5a) 生殖器溃疡病患者中已确诊为细菌性生殖器溃疡病的病例比例。 5b) 在产前诊所就诊的 15-24 岁孕妇血清化验呈梅毒阳性的比例。	5a) 到 2015 年, 在生殖器溃疡病患者中查出的软下疳病例数为零。 5b) 在 15-24 岁的产前保健就诊者中, 使血清化验呈梅毒阳性的比率下降到 2%以下。

(表 3 续)

优先活动 2	指标	国家级目标
6. 建立于成功之上：在高危人群及脆弱人群中实施有针对性的干预措施。	6a) 已确定重点高危人群及脆弱人群的卫生需求并为他们制定和实施国家性传播感染（包括艾滋病毒）控制计划。	6a) 到2010年，已审查卫生需求、政策、立法和规定，已有计划并已实施适当的符合国情的有针对性干预措施。
7. 开展有年龄针对性的性健康综合教育和服务。	6b) 在性传播感染诊断化验期间发现患有性传播感染的年轻人（15-24岁）比例。	6b) 到 2015 年，在高危行为人群以及年轻人中已至少开展两轮流行情况调查。
8. 促进性伴治疗和预防再次感染。	7) 至少有一名教师可提供以生活技能为基础的艾滋病毒及其它性传播感染预防教育的学校百分数。	7a) 到 2007 年已完成政策审查和有年龄针对性的学校培训和信息材料。 7b) 到 2015 年已增加受过以生活技能为基础的艾滋病毒（包括其它性传播感染）参与式教育的教师人数。
9. 支持大量生产有效的疫苗（HBV，HPV 及最终 HSV）。	8) 性伴转诊接受治疗的性传播感染患者比例。	8a) 到 2010 年，已制定性伴通知的计划和材料，并已有卫生保健提供者培训。 8b) 使带动性伴接受治疗或为其提供治疗的患者比例增加一倍。
10. 促进制定和实现在性传播感染患者中普遍使用的可选择退出的艾滋病毒自愿咨询和检测。	9a) 普遍接种乙肝疫苗的政策和计划。 9b) 使用 HPV 和可能使用 HSV-2 疫苗的政策审查工作与战略。	9a) 到 2008 年，已有乙肝疫苗接种计划。 9b) 到 2010 年已启动试点疫苗接种规划并正在取得进展。
	10) 接受性传播感染评估的患者中按常规获得咨询并提供艾滋病毒保密检测的比例。	10a) 到 2015 年，在提供性传播感染医疗的所有服务机构中都已能获得艾滋病毒检测和咨询。 10b) 使接受艾滋病毒自愿咨询和检测的性传播感染患者比例增加一倍。

3.6.4 监测与资料收集

国家需要通过对性传播感染流行状况和对疾病负担与需求应对情况进行评估，获得战略信息供其使用。准确的资料使能开展战略性计划工作并为干预的倡导和确定优先顺序提供信息。由于艾滋病毒及其它性传播感染的二代监测越来越可行，国家应建立包含危险行为监测的监测系统。应收集来自不同人群的信息与资料，包括校内外的青少年和穿制服人员，例如军队和警察等。

3.6.5 综合实施：共同的责任

为加快人群对服务的可及性，卫生系统各层次不同学科合作实施活动非常必要。表 4 概述艾滋病毒/性传播感染与性和生殖卫生规划以及教育和劳动部之间可以相互合作开展的主要活动。在国家级可以招募若干卫生执行者参与这一合作方式以预防和控制性传播感染，地方上可根据具体情况进行适当调整。这些卫生执行者可包括妇女团体、俱乐部、社区协会和宗教机构。

表 4 性传播感染预防与控制干预合作实施指南

规划	基本、优先的核心活动	合作活动
艾滋病/艾滋病	<ul style="list-style-type: none"> • 艾滋病毒/性传播感染预防与医疗 • 推广安全套 • 积极预防 • 艾滋病毒自愿咨询检测 • 有性传播感染指标的二代监测 • 督导与评估 • 业务研究 	<ul style="list-style-type: none"> • 性健康 • 艾滋病毒及性传播感染预防与医疗有针对性的干预 • 推广性传播感染病征处理
性传播感染规划	<ul style="list-style-type: none"> • 准则，课程开发和整合，培训，质量保证 • 性传播感染门诊的性传播感染病征处理 • 性伴治疗的指导与计划 • 推广安全套 • 性传播感染监测 • 性传播感染预防与控制有针对性的干预 • 督导评估 • 业务研究与 PDAS 周期 	<ul style="list-style-type: none"> • 艾滋病毒感染者的性传播感染预防 • 产前梅毒筛查 • 二代监测 • 性传播感染服务中的自愿咨询检测
性和生殖健康	<ul style="list-style-type: none"> • 产前梅毒预防和治疗 • 推广安全套以产生双重保护 • 适合年龄的性健康准则 • 生殖卫生机构中的性传播感染治疗 • 督导与评估 • 业务研究与 PDAS 周期 	<ul style="list-style-type: none"> • 二代监测
教育与青年部	<ul style="list-style-type: none"> • 开展适合不同年龄的综合性健康教育与服务，包括以地方语言制作信息材料 	<ul style="list-style-type: none"> • 可行时建立学校卫生中心
劳工、旅游等部门	<ul style="list-style-type: none"> • 同伴教育及信息交流的工作场所干预 • 性传播感染筛查与治疗 	<ul style="list-style-type: none"> • 具备性传播感染筛查与治疗能力的卫生诊所

4. 宣传策略：动员政治和社会领导层及财政资源

4.1 倡导

任何好的技术和干预，如果没有政治意愿和资源来支持其实施，则对全体人口毫无益处。对性传播感染的污辱阻止了公众对防治性传播感染问题的讨论和社区的参与。罹患某种性传播感染仍然不能被社会所接受，只有很有限的性传播感染患者组织为性传播感染相关规划进行舆论倡导或游说。倡导必须着眼于国家和全球级，使性传播感染的控制列入重要卫生议程项目。而且，需要有坚强的领导（包括民间社会的支持），清楚的前景和明确的信息、策略和干预措施（具有可靠的科学依据）以激励行动。倡导工作应当包括：

- 从战略角度记录描述形势和整合信息；
- 确定可影响政策和资源分配的关键支持者；
- 创建多学科和多部门联盟及网络以影响决策者。

在国家级，倡导工作应促进有利的政策和立法。对现有的规章和法规应当加以审查，评估它们在性传播感染防治政策、目的和目标方面的效用和促进作用。应当考虑按照可靠的科学依据修订阻碍性传播感染防治目标的政策和法规(51)。

倡导工作可利用其它成功的宣传运动吸取的经验教训，如免疫规划、根除脊髓灰质炎、控止结核、遏制疟疾和无烟草行动。

4.2 与媒体合作

公共卫生已成为新闻热点，当今的媒体又以前所未有的方式报导卫生问题和疾病威胁。性传播感染领域不仅需要吸引媒体的更积极报导，而且需要更有预见地与媒体接触。强调积极成就的成功故事是有效交流的关键部分。应该制定策略培育与主要媒体代表的关系，以促进该项行动的目标，包括：

- 建设媒体人员的能力，编写具有积极作用的信息；
- 提高公众对预防、控制和治疗性传播感染的认知；
- 帮助动员政治意愿；

- 帮助影响社会和社区，以减少污辱；
- 交流预防信息，提高对性传播感染和其它生殖道感染破坏性后果的认识。

4.3 建立有效的合作伙伴关系

应当采纳使众多合作伙伴和部门参与的广泛方针，因为只有通过联合力量才能达到控制性传播感染的目标。因此，在私立与公立部门、多边与双边援助机构、联合国机构、制药企业、媒体、专业与民间社会组织、学术界与其它机构间建立战略联盟和联合具有重要意义。通过联合各个方面、共同协作、减少不必要的重复劳动，合作伙伴关系可以增进性传播感染防治工作的地位、动力和有效性。

使合作伙伴联合在一起的具体领域与问题包括：

- 控制特定的性传播感染及其并发症，如消灭先天性梅毒、控制和消灭软下疳；
- 提高性传播感染防治适宜技术的可及性和应用范围，如性传播感染快速诊断、疫苗以及用于女性控制的屏障方法，包括杀菌剂；
- 确保治疗性传播感染的安全有效优质药物及其它基本物品的可及性，且其价格可以承受；
- 补充干预措施，如预防艾滋病毒和梅毒的母婴传播，以确保婴儿出生时免于感染艾滋病毒和梅毒(33)。

发展区域间合作、区域专长和经验网络、提供区域援助和建立与加强区域“杰出中心”，都是加强国家规划的重要和相关策略。

4.4 动员财力资源

为了贯彻执行本战略，需要有动员额外资源的机制。对发展中国家或资源有限的国家来说，有许多资源可以考虑，如与抗艾滋病、结核和疟疾全球基金相关的一些资源；各国应把握机遇，向全球基金提交包括控制性传播感染策略在内的项目建议。在全球级，国际机构应加强讨论，促进通过此类机制为控制性传播感染提供资金。还有许多其它的机会，例如，关注性传播感染总体控制或特定群体或干预的基金会。在国家级，在全部门办法已经成为得到批准的资助机制的地方，应该为性传播感染规划能够获得适当的资源分配制定宣传倡导策略。

参考文献

1. Holmes K et al., Eds. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York, McGraw-Hill, 1999, xxi.
2. *Global prevalence and incidence of curable STIs*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10).
3. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174-182.
4. Weinstock H, Berman S, Cates W. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2004, 36:6-10.
5. Weiss H. Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world. *Herpes*, 2004, 11(Suppl. 1):24A-35A.
6. Pujades Rodriguez M et al. Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania. *AIDS*, 2002, 16:451-462.
7. Ferlay J. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004 (GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base No. 5. version 2.0).
8. *State of the art of new vaccines: research and development*. Geneva, World Health Organization, Initiative for Vaccine Research, 2003.
9. *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
10. *Hepatitis B*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2).
11. Montesano R. Hepatitis B immunisation and hepatocellular carcinoma: The Gambia Hepatitis Intervention Study. *Journal of Medical Virology*, 2002, 67:444-446.
12. Chang MH et al. Hepatitis B vaccination and hepatocellular carcinoma rates in boys and girls. *JAMA*, 2000, 284:3040-3042.
13. *AIDS epidemic update: December 2005*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2005 (UNAIDS/05.19E).
14. *Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000.
15. Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:45-52.
16. Nagot N et al. *Effect of HSV-2 Suppressive therapy on HIV-1 genital shedding and plasma viral load: a proof of concept randomized double-blind placebo controlled trial (ANRS 1285 Trial)*. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 33LB, 2006.
17. Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA. The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1995, 98:1-8.

18. Cohen MS et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*, 1997, 349:1868–1873.
19. Buchacz K et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*, 2004, 18:2075–2079.
20. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:80–87.
21. Westrom L et al. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 138:880–892.
22. Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourinary Medicine*, 1987, 63:320–325.
23. Gutman L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes K et al., eds. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York, McGraw-Hill, 1999:1145–1153.
24. Laga M, Meheus A, Piot P. Epidemiology and control of gonococcal ophthalmia neonatorum. *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67:471–478.
25. Whitcher JP, Srinivasan M, Upadhyay MP. Corneal blindness: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:214–221.
26. Schaller U, Klaus V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:262–266.
27. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:402–409.
28. Terris-Prestholt F et al. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa? *Sexually Transmitted Infections*, 2003, 79:375–381.
29. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.
30. Manhart LE, Holmes KK. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191(Suppl. 1):S7–S24.
31. Gilson L et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
32. Creese A et al. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review. *Lancet*, 2002, 359:1635–1642.
33. Peeling R et al. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*, 2004, 364:1561–1563.
34. Pagliusi SR, Aguado MT. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction. *Vaccine*, 2004, 23:569–578.

35. Harper DM et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:1757–1765.
36. Corey L et al. Recombinant glycoprotein vaccine for the prevention of genital HSV-2 infection: two randomized controlled trials. *JAMA*, 1999, 282:331–340.
37. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:454–461.
38. *Population and Development, I: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5–13 September 1994*. New York, United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1995.
39. *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4–15 September 1995*. New York, United Nations, 1995.
40. Shears KH. Family planning and HIV service integration, potential synergies are recognized. *Network*, 2004, 23:4–8.
41. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic typology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *Journal of Infectious Diseases*, 1996, 174(Suppl. 2):S201–S213.
42. May MM, Anderson RM. Transmission dynamics of HIV infection. *Nature*, 1987, 326:137–142.
43. Brunham RC, Plummer FA. A general model of sexually transmitted diseases and its implication for control. *The Medical Clinics of North America*, 1990, 74:1339–1352.
44. Blanchard JF. Populations, pathogens, and epidemic phases: closing the gap between theory and practice in the prevention of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 2002, 78(Suppl. 1):i183–i188.
45. *Behavior change communication for HIV/AIDS*. Washington, DC, Family Health International, 2002.
46. *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2005 (UNAIDS/05.18E).
47. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva, World Health Organization, 2003.
48. *The public health approach to STD control*. Geneva, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998 (UNAIDS Technical Update).
49. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions, and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11.
50. Vuylsteke B. Current status of syndromic management of sexually transmitted infections in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:333–334.

51. *Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 1999 (UNAIDS/01.11E).
52. Golden MR et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhoea or chlamydial infection. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:676–685.
53. Faxelid E et al. Individual counseling of patients with sexually transmitted diseases: a way to improve partner notification in a Zambian setting? *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:289-292.
54. *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance*. Geneva, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1999 (WHO/CHS/HSI/99.2; WHO/CDS/CSR/EDC/99.3; UNAIDS/99.33E).
55. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000 (UNAIDS/00.03E; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).
56. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991,163:233-239.
57. Cameron DW et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet*, 1989, 2:403–407.
58. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7: 95–102.
59. Kassler WK et al. Seroconversion in patients attending sexually transmitted disease clinics. *AIDS*, 1994; 8: 351–55.
60. Craib KJ et al. Rectal gonorrhoea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of homosexual men. *Genitourinary Medicine*, 1995, Oct;71(5):335–6.
61. Telzak EE et al. HIV-1 seroconversion in patients with and without genital ulcer disease. A prospective study. *Annals of Internal Medicine*, 1993;119:1181–6.
62. Stamm WE et al. The association between genital ulcer disease and acquisition of HIV infection in homosexual men. *The Journal of the American Medical Association*, 1988, 260:1429–1433.
63. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75: 30–35.
64. Mbizvo MT et al. Trends in HIV-1 and HIV-2 prevalence and risk factors in pregnant women in Harare, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 1996, Vol 42(1); 15–23.
65. Bollinger RC et al. Risk factors and clinical presentation of acute primary HIV infection in India. *The Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:2085–2089.
66. Holmberg D et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. *The Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:1048–1050.

67. Darrow WW et al. Risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) infections in homosexual men. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:479–483.
68. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
69. Mullick S et al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:294–302.
70. Taha TE et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. *AIDS*, 1998, 12:1699–1706.
71. *Iatrogenic infections of reproductive tract*. New York, Population Council, 2004 (Fact sheet, 1 July 2004).
72. Watson-Jones D et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 186:948–957.
73. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO/FHE/ADH/95.4).
74. *Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO Technical Report Series, No. 886).
75. Dehne KL, Riedner G. *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva, World Health Organization and Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 2005.
76. Brugha R, Zwi AB. Sexually transmitted disease control in developing countries: the challenge of involving the private sector. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:283–285.
77. Thomson O'Brien MA et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001 (1:CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030).
78. Grosskurth H et al. Operational performance of an STD control programme in Mwanza Region, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:426–436.
79. *Selected topics in health reform and drug financing*. Geneva, World Health Organization, 1998.
80. Gray A. Drug Pricing. In: *South African health review 2000*. Durban, Health Systems Trust, 2000.
81. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
82. Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16:251–258.

83. Mayaud P et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:1873–1880.
84. Kamali A et al. Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 2003, 361:645–652.
85. Htun Y et al. Comparison of clinically directed, disease specific, and syndromic protocols for the management of genital ulcer disease in Lesotho. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S23–S28.
86. Chapel TA et al. How reliable is the morphological diagnosis of penile ulceration? *Sexually Transmitted Diseases*, 1977, 4:150–152.
87. Dangor Y et al. Accuracy of clinical diagnosis of genital ulcer disease. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:184–189.
88. O'Farrell N et al. Genital ulcer disease: accuracy of clinical diagnosis and strategies to improve control in Durban, South Africa. *Genitourinary Medicine*, 1994, 70:7–11.
89. Ndinya-Achola JO et al. Presumptive specific clinical diagnosis of genital ulcer disease (GUD) in a primary health care setting in Nairobi. *International Journal of STD and AIDS*, 1996, 7:201–205.
90. Djajakusumah T et al. Evaluation of syndromic patient management algorithm for urethral discharge. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S29–S33.
91. Moherdau F et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S38–S43.
92. Jha P et al. Reducing HIV transmission in developing countries. *Science*, 2001, 292:224–225.

= = =