

打破障碍

——给注射吸毒者提供 **HIV** 治疗的经验

开放社会研究所（OSI）

2004 年 7 月出版

北京爱知行动项目

2005 年 6 月翻译

目录

介绍.....	3
巴西：提供注射吸毒者接受高效抗逆转录病毒疗法的机会以作为回应 HIV /AIDS 传播的手段.....	11
<i>特别报道：巴西先锋性质的艾滋病治疗</i>	
巴塞罗那：对吸毒成瘾和公共健康问题方法的改变.....	17
美国，巴尔的摩：吸毒及 HIV：疗护和抗逆转录病毒直接用药相结合的有效模 式.....	21
香港：建设大规模，低门槛的美沙酮项目.....	29
<i>特别报道：泰国的希望与现实</i>	
法国：满足治疗感染 HIV 的注射吸毒者的要求.....	37
纽约：针对存在多种问题的患者的抗逆转录病毒治疗.....	41
阿根廷：发展对注射吸毒者的有质量的治疗.....	45

世界范围内的案例研究表明，满足注射吸毒者要求的设计良好的支持项目 能够帮助吸毒者坚持抗逆转录病毒治疗，使其很好地利用降低毒品毒害作用的服务并提高患者的生命质量。

I 介绍

发现艾滋病病毒的 25 年来，这种疾病对生活在社会边缘的人群产生了最恶劣的冲击——这些生活在社会边缘的人群包括注射吸毒者（IDUs）、性工作者、难民、寻求庇护者、监狱犯人及与同性恋男子。这种趋势时至今日已遍及东欧、前苏联、中亚及东南亚国家，这些地区注射吸毒者激增，成为造成艾滋病病毒传播的元凶。包括俄罗斯、缅甸、中国、乌克兰在内的国家，感染艾滋病病毒的人群中绝大多数是注射吸毒者¹。在这些国家里艾滋病病毒感染者的人数还在继续增长。²

在世界上的其它国家，注射吸毒者面临者前所未有的健康危机和人权危机，这种状况尚没有好转的迹象。近期的预计表明，世界上新近感染 HIV 的人群中至少百 10%——要是包括非洲感染人数在内该数字则上升至 30%——为注射吸毒者。³

然而好消息也是有的。艾滋病病毒感染者，包括注射吸毒者的健康问题和未来已引起了全球更大的关注，使人们在这恶劣的趋势中看到了一线希望。在过去 10 年中，全球用于治疗 HIV 的基金大量增加。⁴ 同时，国际组织和活动者一直在积极有效地倡导跨国制药公司降低治疗艾滋病药物地价格，倡议撤销保护抗逆转录病毒(ARVs)的专利法，使发展中国家也能从普通制造商那里得到高质低价的抗逆转录病毒（ARVs）。

对包括阿根廷，巴西，法国，西班牙和美国等地不同的 HIV 传播状况和不同的健康护理体系的研究证实了几种有效对待 HIV 感染人群健康和生活所需的措施，这些措施不论生活在何处，何种生活方式的人都行之有效。这些案例研究，在本文中涉及了一部分，同时也表明治疗项目和当地，区域及国家水平结合起来也是很成功的。所有这些研究都为治疗 HIV 特别是感染 HIV 的注射吸毒者提供了有效措施。这些措施证明设计良好的支持性项目可以使 HIV 感染者得到抗逆转录病毒(ARVs)疗法，从降低毒品毒害服务中获利并提高生命的质量。

这些发展无疑是倡导者，政策制订者和感染艾滋病病毒的人和艾滋病患者的福音。但是需要注意的是“越来越多的基金”并不等同于“足够的基金”，即使在新项目基金增加的情况下，政府和其他提供服务者依然将就资源分配困难的问题做出很大努力。在很多国家里，注射吸毒者在很长时间内被忽视，不列入考虑范围或者其权益被侵害，在全球 HIV 治疗变得普及

的时候，注射吸毒者将得到最多的考虑。但是问题却不是这么简单。比如不论世界卫生组织的三五议案是否会像提议那样成功地执行，这个议案并没有提出注射吸毒者应该在治疗者中占相当的比例——虽然实际上注射吸毒者所需要的治疗在所有 HIV 感染者中占最多。

世界卫生组织对注射吸毒者的忽略很容易把注射吸毒者排除在很多治疗项目之外。政则制定者，倡导者，医护工作者必须抵制对注射吸毒者歧视性的态度和信仰，必须坚持要对所有 HIV 感染者提供治疗的态度，而不论患者的行为是否违法或者是否不被社会，政府或大多数人所接受。过去忽视易感染 HIV 人群的权利在事实上使 HIV/AIDS 得逞——关于 HIV 只会在边缘人群中传播的观点已被证明不仅是不人道的，而且是错误的。不管从何种角度来考虑，所有的人都应该得到平等的对待。

世界上多数的公共健康机构和私人护理所目前对疗护感染 HIV 的吸毒者都几乎没有什么经验，但是现在相关的数据和信息都不在缺少了。该报告中的案例研究提供了治疗模式，政则制定者应该采用这些模式以开始建立针对向所有需要者，特别是注射吸毒者和其他处在边缘群体的人们提供大规模治疗 HIV 的项目。这些项目目前各不相同，因为目前这些项目是根据不同地区的经济状况，文化和社会因素的因素而制定的。但是这些项目的共同点是他们的共同信仰是所有感染 HIV 的人群都应得到治疗或者低于标准规格的治疗，而不论他们的行为或是经济状况如何。

II. 分析问题

过去注射吸毒者感染 HIV 只占感染 HIV 所有人群的一小部分，所以他们的需要很容易被忽视，不论这种忽视是出于纯粹的歧视，对与吸毒者接触的不确定性只是忽略。现在，注射吸毒者感染 HIV 占感染 HIV 人数中越来越多的比例，特别是在前苏联和一些亚洲国家。现在对这些人的忽视所造成的影响甚至比几年前艾滋病传播本身更为有害。

注射吸毒而没有条件接受 HIV 治疗的人在一定程度上是由于他们总得来说没有能力接受医疗保健。⁵ 很多吸毒者（不仅仅是注射吸毒者）惧怕收到滋扰或者逮捕，不信任健康官员能为他们保守吸毒的隐私。鉴于很多国家的政策，他们这种惧怕也是可以理解的。很多国家的医院登记吸毒者的姓名，健康机构和法律执行机构间共享接受医疗者的信息。医生也经常反对为感染 HIV 的注射吸毒者提供治疗，他们错误地认为治疗不会有效果或者出于对注射吸毒者和吸毒行为的态度。出于所有这些原因，吸毒感染 HIV 者是患者中一个特殊的群体，人们可以其实他们而不受惩罚。由于专业健康人员不情愿满足感染 HIV 的注射吸毒者的需要，这些吸毒者经常面临着双重困难。

有吸毒史的人经常直接地被排除在治疗项目之外这种情况很常见。在俄罗斯，2002 年注射吸毒者感染 HIV 占 HIV 病例的 90%，在有艾滋病服务项目的圣彼得堡和莫斯科，据报告没有吸毒者使用抗逆转录病毒疗法⁶。在马来西亚吉隆坡，注射吸毒者感染 HIV 占 HIV 病例的 75%，但是只有 20%的注射吸毒者接受治疗⁷；由于马来西亚严厉的反毒品政策，没有一个现行吸毒者接受治疗。在乌克兰，2002 年 69%的吸毒者感染 HIV，这些感染者中只有 20%接受了三合一抗逆转录病毒疗法。乌克兰艾滋病治疗中心的管理者将吸毒者列为接受艾滋病治疗者中最后一位。⁸

这些行为和态度不仅从人权立场上看应受谴责，而且从长远来看，也不利于预防 HIV 的工

作。治疗 HIV 和预防 HIV 两者是相辅相成的，而不是彼此对立的。只有当全社会致力于治疗 HIV 并支持感染 HIV/AIDS 的人时，人们才会更主动地检测 HIV。强有力的证据表明，抗逆转录病毒疗法可以很好地减少垂直感染（母婴感染）和平行感染；⁹ 延长寿命，保存社会设施和经济生产力使其能够支持预防 HIV 的工作；抗逆转录病毒疗法还可以通过消除艾滋病明显地表象症状而减少对艾滋病患者地歧视。尽管一直不这样认为，但是证据还显示在资源匮乏地国家里对吸毒者进行治疗也是可行的。¹⁰

尽管注射吸毒感染艾滋病的传播将在多大程度上影响国家对治疗 HIV 的努力还不清楚，但是显然有过吸毒历史的人将接受次一级的治疗。例如，缅甸，中国和乌克兰这三个注射吸毒感染艾滋病问题严重的国家接受了全球艾滋病，结核病，疟疾（GFATM）基金以来支持治疗和防止 HIV。然而在已被批准的条款里有关于吸毒者将以怎样的方式包括在治疗 HIV 的工作中去。如果没有详细的措施保证注射吸毒者的权益，注射吸毒者很可能被排除在大规模的治疗项目之外或只提供次一级的治疗。

亚洲和前苏联地区 HIV 感染率远远高于其它地区，这种情况需要这些地区对注射吸毒者感染 HIV 的治疗问题给予亟切的重视。服务需要有怎样的改变？采取住院就医的方式还是吃药的方式？不同国家中的吸毒者应采取怎样不同的治疗措施？当不是每个人都能得到 HIV 治疗时除了“吸毒者最后得到治疗”之外应采取什么治疗顺序？在监狱中怎样的治疗最有效？怎样对待采用美沙酮疗法的人？怎样对待丙型肝炎患者？应采用怎样的政策改革来确保在艾滋病治疗中心和医院里吸毒者被包括在治疗对象范围内？如果没有对这些问题的足够重视和人道的准则，国际捐款者和国内政府将很有可能将大多数 HIV 感染者排除在治疗之外。

还有一个主要的因素阻止向注射吸毒这提供治疗和降低毒品毒害作用的服务，这既不是因为资金不足，也不是因为缺少有效的治疗模式，而是因为国际上对吸毒者的法律惩罚过于严厉而没有给予吸毒者健康需求足够的重视。为了成功地强调注射吸毒感染艾滋病的问题，世界各国的法律，不论是捐赠国还是接受捐赠国，发达国家还是发展中国家，必须做出相关改革。现有政策着重点在于戒毒，并对持有少量违禁药品的人判处徒刑，这样一来，吸毒者由于惧怕吸毒带来的严重后果，往往转入更为隐蔽的地下活动，反而限制了吸毒者寻求治疗的途径，便利了 HIV 的传播。在 HIV/AIDS 急速传播的年代，视吸毒者为患者还是罪犯将有着生与死的区别。

III. 拒绝对吸毒者采取抗逆转录病毒疗法：被驳倒的理由

几年来又很多观点试图证明将吸毒者，特别是现行吸毒者排除在到抗逆转录病毒疗法外是合理的。有些观点基于惩罚犯罪者，有些是因为被政策制定者和健康权威人士认为是“从实际出发的”行为。他们往往忽视了如没有治疗和不断增长的艾滋病病例和死亡率结果是保持不变的。

注射吸毒者不能也不会能通过 HIV 治疗成功。全世界的案例研究都证明了这个论断是错误的。像诸如单身母亲，偏远地区的农场劳动者，同性恋男子等其他 HIV 感染者的亚群体一样，如果采取一些措施，注射吸毒者会认为接受 HIV 治疗变得不那么困难了。这些措施包

括延长诊所开放时间，增加配药中心的数目，将吸毒者搬到易接受治疗的地方，提供代替疗法及接受 HIV 治疗的同事发放清洁注射器。并不是吸毒本身而是如惧怕当局，缺少社会，经济稳定性等伴随情况使得吸毒者难以有途径接受治疗。有资料显示，当现行吸毒者的需要和治疗模式结合在一起时，吸毒者能够也愿意接受到抗逆转录病毒治疗。

根据巴尔的摩和马里兰（见 p.TK）的发现，一种针对具有复杂社会问题，健康问题和经济问题的人群（如感染 HIV 的现行吸毒者，贫困人口及无家可归人群等）的综合性的治疗模式可以有效打破对待这些病人的传统的阻力。综合治疗的方法促使包括医护人员，心理学家等多方专家的合作。巴尔的摩研究显示，当诊所使用综合治疗时，治疗效果会大大提高。

有实例证明吸毒者可以克服地理，社会及经济困难坚持代替疗法项目。这些项目应扩大到一定规模使所有希望得到治疗的吸食鸦片者都可以得到治疗。巴塞罗那，香港和巴黎的成功案例都证明，美沙酮和 buprenorphine 都可以消除艾滋病相关症状，保持吸毒者在健康医疗系统的范围内以便使其和其他病人相比，能够接受相当的抗逆转录病毒治疗。

该报告中的巴黎案例研究注射吸毒者是怎样通过延长营业时间，提供诸如清洁用具等简单的救治设施及休息的地方等方式得到 HIV 治疗的。纽约 Jumpstar 案例（见 p.TK）发现，尽管多数无家可归者和精神病患者都不能接受 HIV 治疗，现行吸毒者则不然。在巴西，研究者发现，不能接受治疗的原因多数和缺少收入，教育水平，酗酒及对健康服务持负面态度，相比来说，吸毒并非不接受治疗的原因（见 p. TK）。

丙型肝炎影响抗逆转录病毒疗法的效果。经过培训的经验丰富的医生能够在病人同时感染丙型肝炎的情况下成功地治疗 HIV 感染；对丙型肝炎的治疗和对 HIV 的治疗应采取相互配合的方法，使用价格合理的治疗方式并确保公众对支持两者的治疗。由于通过注射吸毒感染艾滋病的人群中 90% 也同时感染丙型肝炎，所以对同时治疗 HIV 和丙型肝炎的能力的肯定是非常重要的。¹¹

预防比治疗更为重要。预防比治疗更重要这一广泛流传的观念不仅是十分不人道的，而且是基于错误的认识的。人为地把预防和治疗做比较是很不明智的，而且对公共健康的战略起着反作用。由于对治疗不报希望，很多人极力回避检查；如果只能束手无策的话又有什么必要知道坏消息呢？这种情况实际上增加了 HIV 传播的可能性因为在对自己的情况没有了解的情况下，人们不大会采取措施保护自己免受 HIV 的侵害。另外，当降低毒品危害项目包括提供疗护服务（包括接种肝炎疫苗，化验和抗逆转录病毒疗法）时，治疗和预防是互相促进的。¹² 简而言之，治疗起加强预防的作用。

除了从人权立场上看将治疗放在预防之前的做法是不正确的外，从经济上看，这种做法也是不明智的。首先，巴西的案例（见 p. TK）所表明，当像巴西那样抗逆转录病毒成为非专利药品时，抗逆转录病毒疗法的成本将降低。在泰国，政府生产的三合一疗法的成本也低至每年不到 400 美元（见 p.TK）。从长远来看，与抗逆转录病毒疗法相关的治疗的费用将降低住院率（通常是治疗花费最大的一项）及感染艾滋病病毒和艾滋病患者的机会性感染。

IV. 全球注射吸毒者感染 HIV 的估算

必须充分认识注射吸毒传播艾滋病这一情况。HIV 统计数据中注射吸毒感染艾滋病这一部分很不可靠。¹³ 世界上很多地方没有统计注射吸毒感染艾滋病的病例，很难估算出世界范围内注射吸毒者的数目。但是，感染 HIV 情况严重的地区的估算给我们展示了这个情况很不妙。联合国计划开发署估算单在俄罗斯就有一百五十万注射吸毒者，¹⁴ 据估算中亚有 500,000 注射吸毒者，¹⁵ 缅甸和泰国各有 250,000 个，中国有三百五十万。¹⁶

尽管 HIV 感染有很多可以辨认的趋势，但是在国际上和某个特定地区，注射吸毒感染艾滋病具有很多的同一性。在多数国家，注射吸毒者感染 HIV 主要存在与大城市或者毒品贸易的路径里，其它地区的感染则相对较少。但是这中看法也是不正确的。多数感染 HIV 的吸毒者并不了解自己的病情，当大量吸毒感染者开始发病并死去的时候，HIV 已经大量传播到其他地方去了，正如俄罗斯和中国的情况一样。

在俄罗斯和几乎所有前苏联国家，社会经济不稳定加之毒品的大量流入，吸毒者人数大大增加——压制毒品的政策促使 HIV 的大量传播。在东南亚，毒品和性交易是经济发展的主要动力也是 HIV 传播的主要原因。大量的移民涌入，低下的经济状况及政府不愿采取预防措施，所有这些都是该地区在 HIV 灾难中越陷越深。

2001 年报告显示在俄罗斯 HIV 感染者/艾滋病患者中有 90% 是注射吸毒者，这个比例在 2001 年后稍有下降。¹⁷ 同样，在中国，注射吸毒感染 HIV 也是 HIV 最常见的传播方式。¹⁸（中国有着低报 HIV 感染情况的前例，中国政府提供的数据很有可能是 inaccurate 的。）

如果目前的情况继续发展下去的话，包括暂时没有 HIV 病例的国家和已经成功在非注射吸毒者间降低 HIV 感染但还没有有效降低吸毒者感染率的很多国家将很快面临因注射吸毒引起的 HIV 的严重问题。

V. 目前关于对待注射吸毒和 HIV/AIDS 的策略

目前国际上还没有的对待注射吸毒和 HIV/AIDS 传播的详尽策略。国际上的相关政策在很大程度上不成系统，受到几个国际药物条约的影响，而这些药物公约的目标在于根除毒品的供应和需求，HIV/AIDS 的相关措施也是经常无视吸毒者的特殊要求，将吸毒者与高危问题人群归为一类。

国际药物条约依然被某些国家用于证明国家反毒品法是正确的依据，依据这些国家的反毒品法，大量的吸毒者被投入监狱，监狱中感染 HIV 的人数不断增加。在监狱中，对感染 HIV 的犯人提供的抗逆转录病毒疗法非常少，对感染 HIV 的吸毒者提供其他诸如代替疗法的治疗更是少之又少。不论在监狱里还是监狱外，带有恐吓性质的强制化验 HIV 的政策更使吸毒者不能得到适当的 HIV 治疗。例如在俄罗斯河马来西亚，吸毒者一进监狱就要被强制化

验 HIV。一旦进入监狱，感染 HIV 的犯人将被隔离起来——但是却不提供任何治疗。在马来西亚戒毒所中，HIV 感染者也会被隔离起来。¹⁹

在马来西亚，在没有处方的情况下携带注射用品使违法的（这是亚洲最为严厉的反毒品法律），拥有甚至是一支针头都可能导致被判处长达 2 年的徒刑。拥有任何计量的违禁药物，包括印度大麻在内，都会导致鞭刑和不低于五年的徒刑。只要拥有 5 克的海洛因（10 天的计量）即可被判处终身监禁，拥有 15 克或以上的海洛因将量以毒品走私被判处死刑。²⁰

在过去的二十年中，中国的毒品法律也变得越来越严厉，中国政府将严厉的惩罚作为其法律的“突出特点”。²¹ 吸毒者可被警方拘留 15 天或被送至解毒作接受“再教育”。法律对拥有或生产 10 克海洛因（约三周的计量）的处罚包括不低于 7 天的拘留，生产或拥有 50 克以上的海洛因将被判处死刑。²²

2003 年 2 月，泰国政府发动了一场新的“反对毒品的战争”。从那以来，超过 43,000 的毒品“贩子”被投入监狱，230,000 的人被拘留在军事化的“治疗中心”里。在这场镇压中，约 2,600 的人死亡，这些死亡被人权观察者认为是在泰国政府默许下的非法律形式的谋杀。²³ 泰国唯一的注射器交换项目停止了，政府拒绝实施代替疗法项目。

在越南，警方有权拘留被查处拥有毒品的人并将其投入强制性戒毒所可长达 5 年之久。感染 HIV 的吸毒者发病时将不再接受戒毒项目。²⁴ 拥有注射针头可作为逮捕的依据，共用注射器被视为鼓励吸毒的行为，将被判处徒刑。缅甸认为吸毒成瘾本身就是犯罪行为，即使没有被发现拥有毒品也会受到处罚。使用违禁药物者被要求到有关部门注册并寻求治疗。不这样做将会被判处三至五年的徒刑。²⁵

对吸毒者的严厉的法律和惩罚性政策当然不仅限于亚洲和前苏联国家。在美国和加拿大，吸毒成瘾，无家可归，城市穷人造成了公共健康危机，这种危机在警方滥用“生活质量”法律的情况更加恶化了。吸毒者如果被怀疑犯下轻微罪行也会成为非法搜查、逮捕、侵扰的对象。²⁶

没有证据表明，和其他人群相比注射吸毒者对自己的健康关心的少，但是在对吸毒者严厉的政策下，不难理解中国，哈萨克斯坦，泰国，美国和其他地方的吸毒者很少就其 HIV 或其他由吸毒引发的疾病主动就医，接受降低毒品毒害作用的治疗。对吸毒者严厉的法律制裁，歧视政策不利于开展遏止全球 HIV/AIDS 流行的工作。

VI. 结论和几点建议

全球健康政策已经开始强调国际上对提供健康照护的努力。世界卫生组织关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供抗逆转录病毒的言论如下：

患者接受 HIV 治疗不应受政治或社会的限制。特别是不应将注射吸毒者排除在任何形式的治疗之外。所有达到要求并有治疗愿望的患者都应该接受治疗，包括注射吸毒者，性工作者和其他弱势人群。²⁷

在用于治疗 HIV 的资金有增多的情况下，国际组织这样的言论给包括注射吸毒者在内的艾

滋病病毒感染者和艾滋病患者带来了希望。治疗艾滋病病毒感染者和艾滋病患者已经有很多成功的政策和项目：现在需要有政治医院来仔细研究这些成功的先例并适当分配自愿。本书中的案例研究提供了如下成功的模式：

- 成功地通过 HIV 治疗、代替治疗及其他治疗方式相结合的综合治疗模式对注射吸毒者提供治疗。
- 通过 HIV 治疗的提供者和降低毒品毒害作用的项目的合作使患者更有条件接受治疗并使其能够坚持治疗。
- 改变社会上认为吸毒者即为罪犯的观念，用有效的预防吸毒的措施代替“对毒品说不”这样简单的口号。
- 即使在对吸毒者有偏见的医疗社区里也应该建立有效的治疗项目；
- 城市、州、国家通力合作，建立治疗感染艾滋病病毒和患艾滋病的吸毒者的项目。

除此以外，案例研究还指出：

- 吸毒和 HIV 的综合治疗能够提高治疗效果；
- 当欠发达国家致力于向所有人提供健康治疗时，这些国家能够建立不是很昂贵的代替治疗项目（如巴西和阿根廷）并向所有 HIV 患者提供治疗；
- 将 HIV 治疗和吸毒治疗，心理治疗，社会支持联系起来的方法很受参与者的欢迎，并可以促进 HIV 治疗者和吸毒治疗者之间的交流（美国约翰霍普金斯）。

最为重要的是，案例研究说明，当现行吸毒者的需要被包括在治疗项目中时，他们能够也愿意坚持复杂的抗逆转录病毒治疗项目。

几乎书中每页都有提及怎样做才能使治疗更好地进行。以下是案例研究中包含的主要的建议：

卫生健康

- 应开发考虑到感染艾滋病病毒的吸毒者和其他弱势人群的特别需要的新型治疗模式以使患者能够坚持抗逆转录病毒治疗。
- 用医疗研究来确定及评估抗逆转录病毒和其他最常见的违禁药物之间的潜在的相互作用。
- 鼓励所有社区采取用同伴支持的方法来倡导对所有吸毒者的公平治疗。
- 应保障注射吸毒者参与项目发展及实施的权利。政策制定者应该使他们了解他们的这项权利并运用该权利。
- 应保证使现行吸毒者了解及参与新型抗 HIV 药物的试验。
- 使所有吸毒者（并不仅限于感染艾滋病病毒的吸毒者和艾滋病患者）有条件得到适当的降低毒品毒害作用的措施如注射器交换项目和代替治疗法。

- 当小规模试点项目达到目标并成为治疗的一部分时应停止。因为 HIV 的感染是大规模的，所以治疗和预防的努力都应该是大规模的。

法律和法律的实施

- 应从医学角度而不是法律角度看待治疗吸毒和防止吸毒的问题。联合国应全力促使各国停止镇压性的对待毒品的“战争”。
- 毒品控制法律及其实施不应以丑化吸毒者或排挤吸毒者的方式妨碍预防艾滋病病毒传播的工作。
- 应撤销因携带少量毒品而被捕的法律。
- 美沙酮应被包括在世界卫生组织必要药物名单中去，并放宽对美沙酮的控制。
- 应停止对吸毒者的迫害和偏见以使它们能心无惧怕寻求艾滋病预防措施和接受治疗。
- 所有为吸毒者提供的项目应尽量得到法律和专业治疗人员的支持，以防治疗过程中患者利益受到侵害。

国际上的领导者，政策制定者，提供疗护者，活动者必须保证吸毒者被包括在所有现有和未来的 HIV/AIDS 项目中去。在新千年里，非洲之外所有的艾滋病感染都是由注射吸毒引起，这一趋势能够也应该被打破——不仅为了吸毒者，也为了所有相信能够战胜 HIV/AIDS 的人。

尽管巴西针对注射吸毒感染者中的预防和治疗 HIV 的公共健康服务和药物治疗还没有完全大规模应用，但是巴西政府所采取的降低毒品毒害作用和健康疗护相结合的措施成为该国有效控制 HIV 传播的主要因素

巴西：提供注射吸毒者接受高效抗逆转录病毒疗法的机会以作为回应 HIV /AIDS 传播的手段

作者：Fábio Mesquita

巴西政府支持对所有注射吸毒者提供高效抗逆转录病毒疗法（HAART）和降低毒品危害的服务，这个措施是巴西回应 HIV/AIDS 传播的重要手段。这些政策提高了 HIV 感染者的生活质量，降低了注射吸毒者中艾滋病的发病率，同时也起到了控制 HIV 传播的作用。尽管针对注射吸毒感染者中的预防和治疗 HIV 的公共健康服务和药物治疗还没有完全大规模应用，但是巴西政府所采取的降低毒品毒害作用和健康疗护相结合的措施成为该国有效控制 HIV 传播的主要因素。巴西这种以不很昂贵的治疗手段开展的大规模治疗和预防的成功案例为其他发展中国家树立了一个很好的榜样。

自 1982 年巴西发现第一例艾滋病以来，感染 HIV/AIDS 的患者中，注射吸毒者占很大比例。¹注射吸毒者和男同性恋者一直占巴西感染 HIV 人中的大多数。巴西一度被认为是可卡因交易的中转国，但是自 1980 年以来巴西成为消费产自秘鲁，玻利维亚和哥伦比亚的可卡因的重要市场。现在巴西的主要城市和沿海地区，25% 的 HIV 的病例被认为是通过注射吸毒感染的。²

与很多拉丁美洲国家一样，巴西也深受美国政策的影响，特别是于毒品相关的政策。自 1971 年美国总统理查德尼克松宣布毒品是“美国公众的头号敌人”，80 年代里根和布什开展的“反对毒品的战争”后，巴西也成为了与毒品做斗争的中心。联邦警察，部队，州警，宗教机构和大部分政治人物都赞成“反对毒品的战争”。另一方面，公众健康专家，活动者，激进派政治人物，律师和法官则支持与此不同的政策。在两方的争执之中，巴西的毒品政策只好将降低毒品毒害作用作为国家正式的公共健康政策，同时也将很多拥有毒品的吸毒者投入监狱，这种尴尬的双面政策姑且平衡了双方的争执。但是值得注意的是，巴西国会最近一项法案正力图推翻原有的仅因拥有毒品就被判刑的政策。

免费的全民健康治疗政策

巴西 1988 年章程确立了免费的全民健康医疗和必要的药疗政策,在结束军事独裁后 20 年的民主政治中一直采用这一政策。巴西国会于 1990 年采用了有机健康法,这有助于将章程原则投入实践中去。

1991 年,通过实践章程和有机健康法,Santos 市健康部第一个向艾滋病患者提供 Zidovudine。1996 年,Santo 市通过同样的方式向艾滋病患者提供高效抗逆转录病毒疗法。随后一专门保障全巴西所有艾滋病患者都能得到治疗的联邦法律加强了对该章程和有机健康法的实施。由于联邦政府要求制药厂降低高效抗逆转录病毒疗法的价格,并支持生产非注册药物,这样做大大节省了成本,使需要的人都有能力支付高效抗逆转录病毒疗法。

这一过程经过了一些激烈的斗争,其中最为有效的 2001 年世界贸易组织所起的作用,世贸组织所起的作用使巴西在生产治疗艾滋病非专利药物方面前进了一步。在世贸组织全体大会上,巴西获得了另一重大胜利,确定了把接受高效抗逆转录病毒疗法作为艾滋病患者的一项人权。巴西的新政策得到了国内外研究者,健康专家,政府,活动者和艾滋病患者的一致支持。

截至 2003 年底,128,000 名巴西人接受了政府付费的高效抗逆转录病毒疗法。2003 年,支付高效抗逆转录病毒疗法的费用占全年公共健康预算的 2.3%。1997 年,治疗一名患者的费用为每年 4860 美元;2004 年治疗一名患者的费用为每年 1000 美元,7 年来降低了 5 倍。³

起初,为了防止治疗 HIV 药物的抗体“超级病毒”的产生,巴西面向全民的免费高效抗逆转录病毒疗法受到了严厉的批评。这些批评来自如世界银行,世界卫生组织等国际组织,批评者认为在广大发展中国家里,人们没有能力接受如此复杂的治疗。今天,我们仍让能听到使用同样的理由来试图证明将吸毒者排除在治疗之外是正确的:由于吸毒者不愿,或不能坚持接受高效抗逆转录病毒疗法,有可能产生治疗 HIV 的药物的抗体。

圣保罗大学坚持治疗治疗研究

1999 年,圣保罗大学医学院的教授和研究者进行了名为“巴西圣保罗州公共健康系统中高效抗逆转录病毒疗法的演变的坚持实施”的一项研究,以此在医学基础上反驳吸毒者不能坚持接受治疗的说法。研究进行之时圣保罗艾滋病病例占全国的 50%。这项研究在 20 个城市 34 个治疗性病和艾滋病的公共健康机构进行。⁵

研究者对 1038 名 HIV 感染者进行采访,其中男性 673 名(64.8%),女性 365 名(35.2%)。多数被采访者(562 人,54%)接受过少于四年的正规教育。183 人(17.8%)接受过少于八年的正规教育,291 人(28%)接受过多于八年的正规教育。被采访者的平均年龄为 35 岁。17%的参与者没有收入来源,39%的参与者的收入为巴西最低收入标准的 3 倍(采访之时该标准为 70 美元),22%的参与者的收入为最低收入的 3—6 倍,21.8%的参与者的收入多于或等于最低收入标准的 6 倍。多数研究对象没有工作(57.4%),其余 42.6%的研究对

象与雇佣市场有一定关系。⁶

在这多方面的研究中，有四项因素与患者不能坚持治疗有关：

- 少于或等于四年的正规教育
- 没有收入来源
- 酗酒
- 患者对的治疗效果认识

吸毒与否在多方面的研究中并不构成患者是否能坚持高效抗逆转录病毒疗法的因素。

在这项研究中，80%或以上的患者能够与治疗步骤保持一致。最终结果证明 69%的患者能够坚持接受治疗。这一结果与其它国际性研究证明的能够坚持接受治疗的患者比例为 75%⁷, 78%⁸, 和 60%⁹, 的结果相类似。该研究结果还强调培训专业的健康专家的必要性，专业的健康专家的治疗能有效保证吸毒者坚持接受高效抗逆转录病毒疗法。

巴西降低毒品毒害作用项目的发展

1989 年，Santo 市健康部组织了巴西首次注射器交换项目（NEP）。Santo 市位于圣保罗沿海，是 拉丁美洲最大的海港，也是当时巴西艾滋病发病率最高的地方。针对注射器交换项目，州法律部门以巴西毒品法为依据对卫生部门提供诉讼：他们认为卫生部门向吸毒者提供清洁注射器无疑是方便了吸毒的行为，要求制裁注射器交换项目的工作人员和毒品贩子¹⁰。博士一道被告上了法庭。但是有很多人支持我们，包括 Santo 市高级官员，圣保罗州高级官员，联邦政府，很多 NGO 和政治人物，这一时刻成为巴西毒品政策的转折点。人们针对当时毒品政策做了持续不懈的努力，减轻了巴西上千 HIV/AIDS 患者的痛苦，同时也暴露了一个重要的，但是并不广为人知的健康问题，那就是注射吸毒问题。这一事件在巴西第一次使人们认可了吸毒者的人权和公民权。

1993 年，Santos 市一个由健康专业人士组成的非政府组织 IEPAS 发始了巴西第一个通过全国性病艾滋病控制项目¹¹得到联邦政府支持的方案。该方案是世界银行第一个为注射吸毒者间防止 HIV 感染投资的项目。这一具有先锋意义的方案促使联合国禁毒署（UNDCP）第一次在巴西采用降低毒品毒害作用项目控制 HIV/AIDS 的传播。这一项目使世界银行，巴西联邦政府，联合国禁毒署，州市政府和非政府组织联合起来，共同努力遏止 HIV/AIDS 的传播。

1994 年到 1996 年间，巴西政府支持一个与 IEPAS 合作的名为“巴西方案”的研究项目。“巴西方案”是一个涉及 8 个城市 4 个不同地区的到多个城市的综合研究。

1995 年，位于 Salvador 市的 Bahia 大学发起了巴西第一次完全合法的注射器交换项目¹³。随后，全国很多地方开始实施降低毒品毒害作用的项目，这一项目起初是秘密进行的。终于在 1998 年，在圣保罗举行第九届关于毒品危害的国际会议的开幕式上，圣保罗州长 Mario Covas 宣布了巴西第一个降低毒品毒害法。该法律授权圣保罗州卫生部购买和发放消毒针头和注射器，以遏止 HIV 的传播。¹⁴该法律是巴西对居高不下的 HIV 感染率做出的有利回应，注射器交换项目在巴西全国范围内得到了有利的政治支持。

图 2 是 Santos 和 Salvador 是两个时期的比较：1994/1996（降低毒品毒害作用项目很少的时候）和 1999/2000 年（降低毒品毒害作用项目在巴西有所增加时）。正如我们看到了，这两个城市注射吸毒者感染 HIV 的比例降低显著。两个城市里的研究小组得出如下结论：HIV 感染率降低的原因之一是降低毒品毒害作用项目（直接或间接）所带来的。¹⁵

目前，巴西共有 279 个降低毒品毒害作用的项目，其中大多项目提供注射器交换。卫生部在政治上和经济上支持这些项目。巴西注射器交换项目的发展国情请见图 1。据估计，该国 40 % 的注射吸毒者接受了降低毒品毒害作用的项目。¹⁶ 显然该项目应当扩大以使所有吸毒者都能接受该项目。但是这些项目没有被扩大的原因主要是没有当地的努力而不是缺少国家政策或资金支持。

现在，政府呼吁实施小型内部的注射器交换项目，以此提高控制注射吸毒者间感染 HIV 的能力及提高控制注射吸毒的可能性。巴西政府的一个重要步骤是颁布了关于降低毒品毒害作用的联邦法令。除了使国家范围内降低毒品毒害作用合法化以外，该法令还正式保证了对有治疗要求的吸毒者进行代替疗法，并倡议设立安全注射室。其中最显著的变化是将国家毒品机构从禁毒秘书处更名为国家公共毒品政策秘书处。

结论

巴西正逐步形成一个控制 HIV/AIDS 传播的独特体系，该体系基于全方位的视角以及强调控制 HIV/AIDS 的工作与公共健康相结合。关怀，预防和人权正是该体系的立脚点。

毒品政策改革逐一突破了法律和政治因素的阻挠。取得更好的政策经历了很长一段时间的斗争：承认吸毒者的存在，承认吸毒者有权接受治疗，预防，吸毒者和其他巴西公民一起接受公共健康项目。

然而，对于已取得的成果一定要尽力保护，而且还要采取以下措施继续深化控制 HIV/AIDS 和控制吸毒的工作：

- 延伸所有现有项目的覆盖面。
- 提高生命质量的方案必须伴随所有项目的拓展。
预防过量吸毒和预防肝炎的项目在巴西是降低毒品毒害作用项目中还是新的领域，应该将这两个领域包括在所有现有项目中。
- 降低毒品作用项目和对所有吸毒者采取高效抗逆转录病毒疗法必须包括在巴西全民公共健康体系中去。
- 对宣传安全性交的努力和宣传降低毒品毒害作用一样重要：安全套的使用和消毒注射器的使用同样至关重要！
- 在过去两年中建立的两个吸毒者协会和现阶段建立国家吸毒者组织的努力都是重要的，必须给予支持保证其发展。感染 HIV 的吸毒者现身说法的倡议是巴西毒品和 HIV/AIDS 政策和活动中最为激动人心的发展。

经过 16 年的努力，巴西毒品政策依然需要向现实人道的毒品及健康疗护政策方面发展。需要我们去做的事情还有很多，我们坚信，我们正朝着正确的方向努力。

鸣谢：感谢我的同事，圣保罗是公共卫生部性病艾滋病项目组 Regina Bueno 和 Daniela Piconez，感谢他们对这篇文章做出修改并提出建议。

作者为巴西圣保罗是公共卫生部，健康项目主任

图 1.

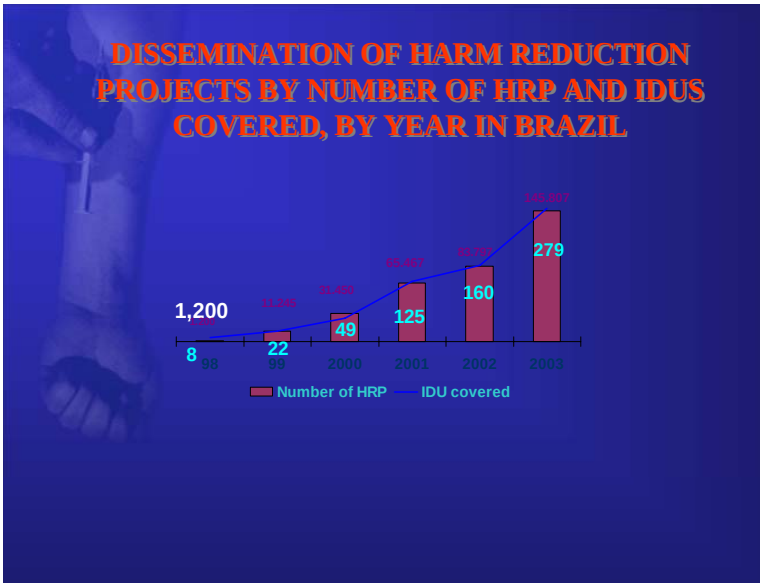
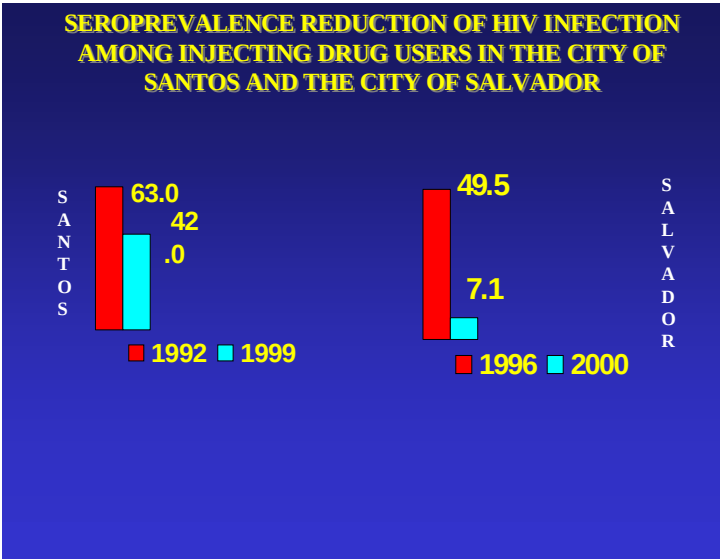


图 2.



巴西先锋性质的艾滋病治疗

Telma de Souza

那是 1991 年。我担任 Santos 市市长已有 2 年，那时候，Santos 市被认为是巴西艾滋病传播的中心。在全市所有艾滋病病例中，注射吸毒者感染艾滋病占 50%。1989 年底我们正确认识了这个问题，并实施了巴西第一个注射器交换项目，但是反对者将我们告上了法庭。

1991 年，巴西首次从英国进口叠氮胸苷（AZT）。以前只有一些有钱有势的病人能够从国外购得治疗艾滋病得药物，但是 Santos 政府决定出资使所有需要的艾滋病患者都能得到这种药物。基于这个理念，1996 年，当时由 David Capistrano Filho 领导的 Santos 市政府购买了巴西第一个高效抗逆转录病毒疗法。这些时巴西全民接受抗逆转录病毒疗法发展的最初几个步骤。

1996 年时我已经成为一名议员，我组织了一个由 Santos 市主管负责人（包括 Fabio Mesquita）和一些 HIV/AIDS 感染者的当地非政府组织组成的委员会，并组织该委员会成员与卫生部部长 Adib Jatene 会面，请求他将 Santos 市实施的政策普及到全国范围去。几个月后，原总统和当是的参议员 Jose Sarney 基于巴西宪法的原则，提出了一国家法律，确保了高效抗逆转录病毒疗法作为一项必要的健康权利。

在很长一段时间里，我们努力使吸毒者和其他任何患者一样拥有同样的权利和需要。吸毒者的利益完全被包括在我们的政策之中，Santos 市也在因其控制 HIV/AIDS 传播的政策闻名全国，在建立降低毒品毒害作用方面，Santos 市也起了先锋作用。

离任 Santos 市市长之前，我收养了两名艾滋病孤儿，对于特别是吸毒者免费接受高效抗逆转录病毒疗法的工作也更加深入——不单在巴西，而是在全世界范围内。现在，我作为一名代表圣保罗州的议员和巴西国会艾滋病委员会主任，我能够以个人的热情和政府资源，积极投身到 全民免费接受高效抗逆转录病毒疗法的事业中去！

巴西目前控制艾滋病的胜利归功与政治家的政治意志，公共健康专家的努力，非政府组织的工作以及巴西社会很多方面的合作（包括媒体，教堂，大学和在巴西工作的国际组织）。我本人也在帮助巴西控制艾滋病增长方面和做出了最初始的决定性的努力并使全国上千人都参与到这项工作之中。

本位作者是 Santos 市前市长，现任巴西国会成员，负责艾滋病委员会的工作。

在巴塞罗那，我们帮助注射吸毒者有条件得到疗护，降低吸毒的危害，确保需要的患者都能得到美沙酮维持疗法，把戒毒治疗中心和健康疗护系统结合起来。

巴塞罗那：对吸毒成瘾和公共健康问题方法的改变

作者：Joan R Villalbi, M Teresa Brugal, Patricia Garcia de Olalla, Joan A Cayla

介绍

当 70 年代末吸毒开始在巴塞罗那蔓延之时，巴塞罗那完全没有吸毒问题和治疗吸毒问题的专家。不仅吸毒是一个以往未知的问题，而且精神健康也是公共资助的健康系统中发展的最为缓慢的一个部分。在弗朗西斯哥弗朗哥的独裁统治下，对待精神健康问题的手段就是长期将患者关押在医院里。治疗成瘾问题的设施非常稀少，而且多集中在酗酒问题上。这种基于治疗和强戒而非疗护的模式被应用于对待吸毒成瘾的问题上。其他固定治疗中心很普遍，其中大多数与非政府组织有关。当时，公共健康设施面临很多问题，其中包括缺乏治疗和控制结核病和其他传染性疾病的议案。¹

吸毒的增多伴随者小偷小摸现象的增加。但是媒体却将吸毒者描绘成杀人放火的危险的罪犯，以至使吸毒者的形象在人们印象中定了型。对吸毒者进行逮捕或判刑的法律制裁这一政策的发展也是因为受到对吸毒的惧怕的影响。80 年代中期，监狱人数大量增加，狱中吸毒现象非常严重。

80 年代的医学研究估算，注射吸毒者中感染 HIV 的人数占 40—60%。艾滋病迅速传播开来，在一些贫困的地区，艾滋病成为头号杀手并开始降低人们的寿命。若将结核病作为显现的疾病包括在艾滋病的定义中，艾滋病的数量将上升到一个新的高度。

90 年代初，一个治疗吸毒的综合中心在全国范围内发展起来，有以流动形式出现的，也有固定的场所。然而，这些治疗中心是以治疗和强戒而不是疗护为治疗手段的，很多吸毒者开始治疗不久就会中断治疗。接受现有治疗的吸毒者人数一直很少，很多吸毒者和健康系统间没有建立规律性的联系。

对吸毒成瘾和公共健康问题方法的改变

80 年代末，巴塞罗那少数但是越来越多的治疗注射吸毒者的医务工作者感到有必要针对吸毒和毒隐问题建立一全新的公共健康视角。他们想建立一个与吸毒者保持联系的途径。这样

做的目的不是为了治疗毒隐，而是为了延长寿命，治疗结核病和 HIV 感染并提高感染 HIV 的吸毒者的生命质量。这一全新的公共健康的方法基于将度毒品毒害作用，其中主要是依靠美沙酮维持疗法（MMP）。

巴塞罗那医疗工作者想建立一个与荷兰等国家相似的美沙酮维持疗法项目，即治疗中心提供一个特殊的形式使吸毒者和治疗中心保持持续的联系。经过初始阶段后，吸毒者成了病人，逐渐失去了对钱和毒品的要求，取得了戒毒的成功。美沙酮维持疗法的患者重新与家人建立了联系，解决了他们的一些法律和社会问题，并使患者认真关注自己的 HIV，结核病和其他的健康问题。然而还有一些患者接受无毒治疗常达几个星期之久，我们发现，长期的美沙酮维持治疗的比例达到 70%，有的甚至持续两年之久。

没有接受美沙酮维持治疗并继续吸毒的的注射吸毒者——其中多数人吸毒的历史不长——我们需要和实施降低毒品毒害作用的机构及提供健康疗护的机构联系，使这些机构教会吸毒者如何降低风险。这些机构向注射吸毒者提供食物和其他生活设施（卫生间，淋浴设备及暖和的地方）。同时这些机构还提供保护设备（如安全套，清洁注射器等）。这些中心的注射器交换项目在提供清洁注射器的同时还回收使用过的针头，以免这些针头被在次使用，或者被丢弃在大街上危害其他人的健康。²

然而在 80 年代末的西班牙，这种项目还没有出现。抵制力量主要来自政治领域和资助强戒为基础疗法的专业组织。吸毒者被认为是有罪的，降低毒品毒害作用的项目被认为不但没有惩罚吸毒者反而更加鼓励吸毒的行为，因而一直受到排斥。多数公众和很多政策制定者没有意识到问题的严重性，反对项目的实施。这种情况使健康官员和医务人员的呼吁受到很大挑战。

进行变革的宣传

巴塞罗那的倡议者认为将官方对吸毒者的印象从罪犯转变为受害者这一步骤至关重要。他们通过坚持不懈地对政治组织，市政府成员，专业人士和市民做工作达到了这一思想的转变。这种转变建立了对待吸毒者的全新的认识，并于 1989 年一致由市委一致通过。

媒体也在这一过程中做了很大努力，转变了公众对吸毒者的印象。一个由记者组成的特别工作组在日报上刊登健康问题的文章，并鼓励人们帮助吸毒者及其家庭。工作组还向公众解释了怎样的控制措施才能有效减少与吸毒有关的社会问题。

这些努力在 1991 年有了回报。巴塞罗那的法律改革为更广泛地使用美沙酮疗法创造了条件，不久我们经营的四个治疗中心都使用了美沙酮疗法。当时全国只有少部分治疗中心也采取了这样的疗法。

不久，治疗结核病的直接督导疗法（DOT）被吸收到了美沙酮维持疗法中。包括治疗 HIV，接种乙型肝炎疫苗等健康问题都被吸收到治疗中心提供的疗护中去，治疗中心不再强调强戒的方法，而是向患者提供一整套健康疗护措施。

在专业会议上和文件上公开报道了这些治疗中心所取得的成果，其波及面影响到政治家，各市级组织及各大媒体。除了提高原注射吸毒者生命质量以外，这些治疗中心和健康改革继续对法律系统做出有利的影响，更深入的改革使人满为患的监狱中也能够开展美沙酮维持疗

法。

虽然取得了不断的成功，当患者数量超过 100 人时，公众对美沙酮维持疗法的容忍度开始降低。美沙酮维持疗法项目和公众健康改革倡议者采用了回家治疗的方法，降低了治疗中心每天接待的患者人数。流动治疗站的方法也开始得以推广，使身处边远地区的患者也能得到发放的美沙酮。一些药店也开始实施美沙酮维持疗法，针对有美沙酮维持疗法成功历史的高级阶段的患者。

在美沙酮维持疗法不断提高的同时，降低吸毒危害的措施也针对注射吸毒者发展起来，这包括市区内的晚间便利治疗中心，在吸毒问题严重地区开设流动的日间便利治疗中心，和一些在街道内开展的注射器交换项目。药店一度成为注射器交换的中心。目前，超过 100 家药店提供注射器交换服务。这些降低毒品危害的项目日益为一度生活在社会边缘的吸毒者服务。

取得的成果及出现的问题

最近的研究表明，巴塞罗那在降低 HIV 感染，控制结核病，提供 HIV 治疗方面取得了巨大的成果。一项研究表明，巴塞罗那 81% 的 HIV 感染者对自身的状况有明确的认识，而西班牙其它城市的这一比例只有 60%。

对高效抗逆转录病毒疗法的研究表明，感染 HIV 的注射吸毒者中只有 35% 采取过这种治疗，其中更是只有少部分人的治疗方法是正确的。虽然高效抗逆转录病毒疗法并不能治愈 HIV 感染，但这种治疗能在很大程度上延长患者寿命，提高生命治疗，并可以降低 HIV 的传播。

高效抗逆转录病毒疗法对注射吸毒者起着越来越重要的作用，给他们带来了健康的希望 and 机会。因注射针头感染艾滋病的死亡率比通过其他途径感染艾滋病的都要高⁴。在巴塞罗那，研究表明 60% 的注射吸毒者坚持治疗，虽然这个比例比其他患者稍微偏低，但是还是能证明治疗做出的努力是卓有成效的。⁵ 然而注射吸毒者中接受正确的高效抗逆转录病毒疗法的可能性却很低。与西班牙多数药物治疗不同，高效抗逆转录病毒疗法只能在医院中开展，多数吸毒者由于在很长一段时期内生活在健康治疗系统的边缘，他们接受正规治疗的可能性不大。

目前我们正在讨论在注射吸毒者间控制结核病的方法是否可以应用到高效抗逆转录病毒疗法中去，是否可以至少应用到美沙酮维持疗法中。首先，虽然这种方法可以降低 HIV 的传播，但是并不能治愈艾滋病。第二，高效抗逆转录病毒疗法的剂量并不能促使直接督导疗法。第三，治疗可能会有严重的副作用。最后，如果不接受稳定的治疗，有可能诱发产生高效抗逆转录病毒疗法抗体。对于在监狱中的注射吸毒者来说，虽然高效抗逆转录病毒疗法和直接督导疗法在狱中可以操作，但是当患者出狱时，两种治疗都不能继续下去，因为患者接受美沙酮维持疗法需要美沙酮，接受高效抗逆转录病毒治疗需要到医院进行。显然，需要把两种治疗方式结合起来。

在巴塞罗那，我们帮助注射吸毒者有条件得到疗护，降低吸毒的危害，确保需要的患者都能得到美沙酮维持疗法，把戒毒治疗中心和健康疗护系统结合起来。

巴塞罗那年轻的注射吸毒者正逐渐不再使用海洛因，而是越来越多地使用可卡因或是两者的混合毒品。⁶ 这些吸毒者也可以从降低毒品毒害作用的方法中获益。但是对于吸食可卡因成瘾，我们目前还没有找到像美沙酮维持疗法对待鸦片隐那样有效的方法。

从巴塞罗那得到的经验

从巴塞罗那我们得到的主要经验是现有公共健康机构在面对新问题时量化问题，分析控制方案，确认恰当方案，确定可行方案并实施方案的能力。新方案的成果加强了稳定的治疗过程，并激励我们探索更新更好的方案和政策。这种政策变革需要两个重要的步骤：确认真正的障碍，设计方案克服障碍。

美沙酮维持疗法项目成为变革的重要工具。我们的项目门槛很低，没有时间长短和美沙酮剂量的限制。没有对使用违禁药物的惩罚，60%的剂量不用经过监督。我们以糖浆的方式使用美沙酮，心理疗法，社会，教育的方法同时用于治疗之中以满足患者的需要。我们的治疗和项目增强注射吸毒者的健康并有效控制了注射吸毒者间结核病的发病率。随着时间的推移，出现了新的问题并需要新的解决方法。巴塞罗那在改变对吸毒治疗项目观点的成功使我们加强了有能力接受包括使注射吸毒者更有条件接受高效抗逆转录病毒疗法在内的一切挑战的信心。

作者为巴塞罗那公共健康机构成员。

在我们抗逆转录病毒直接用药的试点研究中，我们发现这种方式很受参与者欢迎，使提供 HIV 治疗者和吸毒专家有更好的交流机会，参与治疗的患者的遏止病毒率也很高。

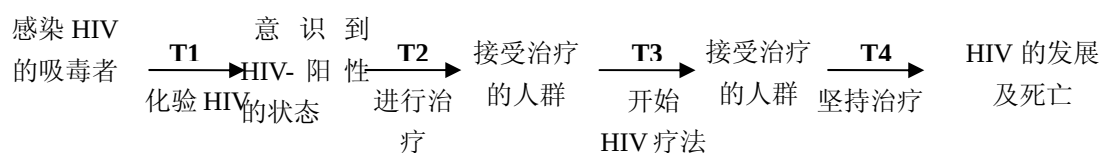
美国，巴尔的摩：吸毒及 HIV：疗护和抗逆转录病毒直接用药相结合的有效模式

作者：乔治·M·卢卡斯

作为综合治疗模式，直接督导 HIV 疗法与美沙酮维持疗法的结合——吸毒和 HIV 疗法相结合，心理疗护和社会支持服务相结合——治疗吸毒者感染 HIV 取得了很大的进步。

取得理想的治疗 HIV 的效果需要一系列步骤和过程（图 1）。吸毒及与吸毒有关的状态有可能成为阻碍该过程中各个步骤的顺利进行。

图 1. HIV 治疗过渡的概念模式



比如，以社区为基础的研究表明，只有非常少数的注射吸毒者采用抗逆转录病毒疗法，即使是一些 HIV 疗法比较普及的国家里情况也是如此。The AIDS Link to Intravenous Experience (ALIVE) 研究是一个以巴尔的摩，马里兰注射吸毒者为对象，以社区为基础的研究。Celentano 及其他研究发现在 1997 年中，只有 14% 可以接受治疗的 HIV 感染者接受过抗逆转录病毒综合疗法 (19)。研究显示，患者不能接受治疗最重要的原因是医疗护理没有固定来源 (OR, 6.9; 95 percent CI, 3.4–14.0) (46)。2 年后对 ALIVE 进行了后续研究，当时高效抗逆转录病毒在全美国已确立了牢固的地位，但是研究表明抗逆转录病毒在吸毒者中依然

没有大量应用 (20)。Strathdee 及其同事在英属哥伦比亚的一社区为基础的研究中发现类似的情况，只有 17% 的感染 HIV 的注射吸毒者采用综合疗法 (21)。很多研究指出，没有在 CD4+ count < 200 cells/mm³ 降低之前采用综合抗逆转录病毒疗法是造成 HIV 病情发展和死亡的主要因素 (22;23)。因此，延误治疗可直接导致患者的发病率和死亡率。吸毒者和非吸毒者间使用抗逆转录病毒疗法的不同之处在美国 (19;20;24) 和其它有普遍 HIV 治疗的国家 (3;21;25;26) 都有所报道，仅资金困难并不是造成这种不同的原因。

霍普金斯 HIV 临床研究评估了吸毒对 HIV 发展，治疗，治疗及治疗效果所起的影响 (27)。我们的小组对霍普金斯 HIV 治疗所中 273 名开始第一轮综合抗逆转录病毒治疗的感染 HIV 的患者的治疗结果做了病毒学和免疫学上的评估 (28)。治疗 3—7 个月间，控制 HIV 在 RNA < 500 c/ml 的比例达到 44%，治疗 7—14 个月，该比例达到 37%。在单项因素的分析中，统计学上一年内不能控制病毒载量明显的因素包括有注射吸毒历史的人 (27%，非吸毒者该比例为 47%)，非洲裔美国人 (31%，白人患者中该比列为 54%)，之前坚持治疗 (缺诊率大于 20% 的患者中该比例为 23%，缺诊率小于 20% 的患者中该比率为 61%)。在多因素逻辑控制中，只有以前坚持治疗的这一因素与一年内不能控制艾滋病病毒载量有关。该研究突出了在市中心诊所就医未经选择的 HIV 感染者中控制病毒比例的低下。这一结果指出，不能坚持治疗是病毒学上高效抗逆转录病毒疗法最为重要的因素，不能坚持治疗这一原因解释了吸毒者和非吸毒者之间治疗效果的不同。

为了区分现行吸毒者和以往吸毒者使用抗逆转录病毒疗法效果的不同，我们的工作小组对约翰·霍普金斯治疗所中 764 名依据治疗方针接受高效抗逆转录病毒疗法并完成保密的调查的患者进行了跨项分析 (29)。这项调查采取音频电脑协助的个人采访形式，被采访者要求说明其在过去六个月内的吸毒量，目前抗逆转录病毒的使用及是否坚持接受治疗的情况。我们对被调查者分为 3 类：1) 非吸毒者：没有使用海洛因和可卡因的历史，2) 以往吸毒者：有过吸毒历史，但是在接受调查前的六个月没有使用毒品，3) 现行吸毒者：在接受调查的前六个月中使用过毒品。多数以往吸毒者和现行吸毒者目前没有接受戒毒治疗。坚持接受治疗指接受调查前 2 个星期中据个人报告有少于两次的缺诊。

表 1. 吸毒状况和抗逆转录病毒疗法，坚持治疗与否和 HIV 治疗效果的关系

结果变项	非 吸 毒 者 (N=189)	以往吸毒者 (N=376)	现行吸毒者 (N=199)	P 值 (现行吸毒者 vs. 非吸毒者)
目前使用抗逆转录病毒综合疗法 %	82	78	56	<0.001
坚持抗逆转录病毒疗法 *, %	76	83	66	0.05
HIV RNA < 400 copies/ml*, %	46	44	32	0.02
CD4 在过去的最低点的增长*, 细胞/mm ³	116	122	65	0.003

*该分析限于接受卢卡斯及其他改编的采访的接受抗逆转录病毒疗法的参与 (29) 。

该研究显示现行吸毒的行为与不能很好进行治疗有很大关系，对于没有坚持治疗的患者来

说,进行治疗时在病毒学上和免疫学上没有发现对包括戒毒治疗和社会支持的支持坚持治疗的回应。值得注意的是,非吸毒者和以往吸毒者在 HIV 的治疗方法和效果上都有惊人的相似之处。这些发现显示,对吸毒者使用综合的和互相协助的治疗方法能够提高 HIV 治疗效果。

从以上数据可以看出,有必要为接受高效抗逆转录病毒疗法的注射吸毒患者找到一种使其有效坚持治疗的方法。现在可以提供的戒毒治疗,特别是针对 opioid 的治疗被证明对抑制 HIV 的传播起到了很好的作用。例如, Metzger 及其同事 (33) 发现,在费城吸毒者感染 HIV 迅速增加的时候,进入美沙酮维持治疗所接受治疗的吸毒者的感染率却大大降低。其他的研究将治疗依赖 opiate 的药物疗法和促进坚持接受高效抗逆转录病毒疗法联系起来(34)。例如, Moatti 及其同事 (35) 最近报告了法国吸毒者使用抗逆转录病毒的有关情况,在研究的对象地区, buprenorphine 作为流动的毒品维持疗法,是医生开具的常见药。他们发现,年轻的吸毒者,经常喝酒的人和现行吸毒者常不能坚持治疗,而使用 buprenorphine 却大大地增加了坚持治疗的时间。

治疗综合症患者人群的综合疗法

治疗诸如感染 HIV 的吸毒者的针对综合症患者人群的综合疗法出于一个原因有重要的战略意义。首先,综合疗法可以打破患者的障碍:患者可以采取“一站式”治疗。第二,综合疗法可以促使医务工作者,心理治疗者和吸毒问题专家间的合作,打破各个领域间的孤立状态。第三,随机得到的试验结果数据表明,单一站点的综合治疗可以提高治疗效果。

例如, Umbricht-Schneiter 及其他 (36) 随机研究了 51 名在位于距美沙酮疗法诊所两个街区的另一个诊所就診接受美沙酮维持疗法的患者 (A 群) 或在美沙酮疗法诊所接受治疗的人群 (B 群)。73% 的 B 群患者有 2 次或多于 2 次的就診次数,而该比例在 A 群中的患者只有 4 %。在对于接受治疗的酗酒者人群的综合治疗报告中也发现了类似的情况(37)。McLellan 及其同事 (38) 发现, 综合治疗的模式也可以提高戒毒治疗的效果。接受美沙酮维持疗法的 Opioid 依赖者被随机使用最低美沙酮疗法 (MMS) — 仅使用替代美沙酮疗法的治疗; 标准美沙酮治疗 (SMS) — MMS 加治疗咨询; 或美沙酮加强疗法 (EMS) — SMS 加上现场治疗和心理治疗, 工作和家庭服务。美沙酮在所有试验组中都使用同一剂量。EMS 组中 55% 的被试验者在 16 周里尿样转阴, SMS 组中的比例为 28%, MMS 组里的比例为 0 (38)。

在治疗结核病的过程中也有类似的发现。Chau1k 及其同事 (39) 查阅了有关治疗结核病方法的英语文献, 他们发现治疗强度的不断加大与治疗的成功率有关。直接督导疗法治疗的成功率高于非督导疗法 (表 2)。“经修改的直接督导疗法”指一些药物剂量的比例与标准比例有所出入的的疗法。“加强的直接督导疗法”指在有完善的社会及坚持治疗为支持体系的有完全直接督导疗法的综合治疗模式 (例如, 案例管理, 将社会, 心理, 戒毒治疗结合起来等)。

表 2. 不同治疗方法治愈结核病的比率

治疗方法	研究数目	治愈的比率
非督导疗法	9	61. 4
经修改的直接督导疗法	2	80. 6
直接督导疗法	4	85. 7

加强的经修改的直接督导疗法	12	90.2
---------------	----	------

根据 Chaulk 及其他修改。（39）

美沙酮疗法中的抗逆转录病毒直接用药

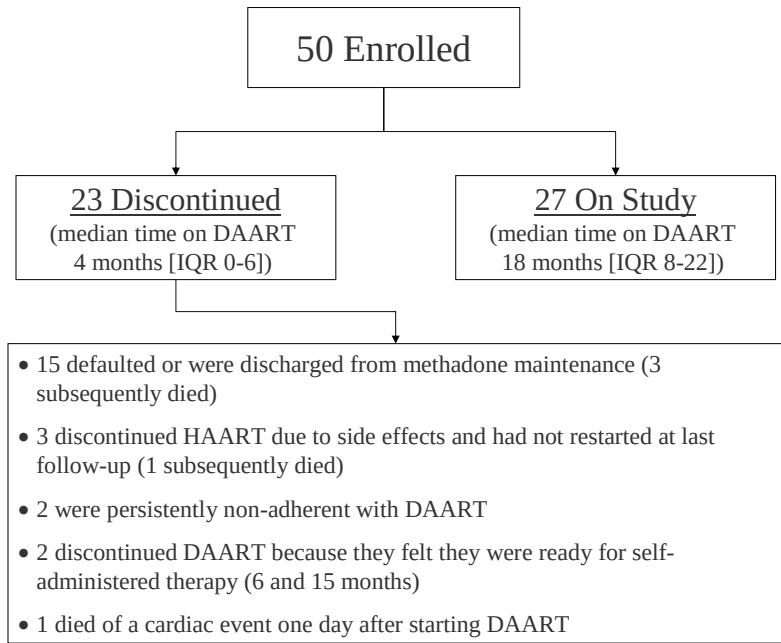
2001 年 4 月，我们工作小组在一个美沙酮维持疗法治疗所开始了一项试点研究，这项研究是为了确定抗逆转录病毒直接用药（DAART）的可接受性和可行性。初步的试点研究结果已在先前介绍过（40）。在约翰·霍普金斯附属治疗所接 HIV 治疗的感染 HIV 者，接受过多于 30 天的美沙酮治疗的患者，初次使用高效抗逆转录病毒治疗的患者，重新开始治疗或者由于治疗失败改变抗逆转录病毒治疗的患者都可以参与该试验。不能参与该试验的标准是对现有三种抗逆转录病毒抗体的患者或每日需要多于 2 次抗逆转录病毒剂量的患者。参与者需要有书面同意意见医疗人员需口头同意。参与者采用何种抗逆转录病毒疗法由医疗人员决定。药物一个单位的剂量由参与研究的药方提供并做出标记。在参与者及其医疗人员的同意下，预防机会性感染或其他医疗和心理上的情况都与抗逆转录病毒疗法配套使用。

参与者采用美沙酮治疗的当天接受一个剂量的抗逆转录病毒疗法。护士或医疗助理观察在美沙酮服用窗口或附近的私人办公室中观察这些剂量被参与者吸收的情况。大患者喜欢在私人办公室中接受观察因为在那里有更多的时间服用药物并且有更多的私人空间。DAART 医疗人员同时向 DAART 患者提供 HIV 有关知识的教育，如告诉患者他们将面临的困难，方便患者与提供初级治疗者的交流，帮助患者得到相关医疗和社会服务。新近加入美沙酮项目的患者要求每周七天到美沙酮治疗所。

根据美沙酮治疗所的协定，将符合在家治疗条件的患者作为戒毒治疗的目标已经达到。晚上抗逆转录病毒疗法的剂量（需要时）和回家治疗的剂量在患者接受治疗前就交给了患者，患者可根据自身需要使用。接受试验时，我们也交给患者三日之需的“紧急供应”药物，以备患者在因无法预料的情况下缺药之用。这些供应将随着研究的发展根据需要添加。不提供经济鼓励等鼓励手段。

在参与的 50 人中，预计保持 3 个月治疗的占 78%（95%CI 63%—87%），保持 12 个月治疗的占 54%（95% CI 38%—67%）。23 名停止 DAART 的人（图 3）中，15 人（65%）的退出是由于缺席或出院，5 人（22%）停止治疗是由于副作用而没有接受最后一轮治疗，2 人被选出实施自我治疗（接受 DAART40—48 周后），1 人开始接受试验后不久死于突发心脏病。重要的是，没有人因为觉得接受治疗是屈辱或没有作用而停止试验。主观地说，我们发现 DAART 改变了美沙酮治疗所中的 HIV“文化”，这包括患者与医护人员就 HIV 及其治疗的交流增多了，提供戒毒治疗者和提供医疗者之间的合作增多了。

图 2. DAART 参与者的安排



虽然这个试验项目并非随机性的研究，我们还是将其和 2 个随机选择的在约翰·霍普金斯 HIV 治疗所中接受标准治疗的人群进行了对比，该治疗所 2000 年 1 月后开始改变高效抗逆转录病毒疗法：1) 吸毒的美沙酮群体 (DU-美沙酮) ——接受美沙酮维持疗法的有吸毒历史的患者。该群体有意和 DAART 群体的社会行为尽量保持一致；2) 非吸毒者群体 (非-DU) ——没有吸毒历史的患者。该群体的治疗方法和 DAART 参与者一样，但是该群体的患者治疗时不会受到吸毒问题的阻碍。这项比较根据性别和先前是否有抗逆转录病毒疗法的经历进行。

表 3. 比较的基本特征

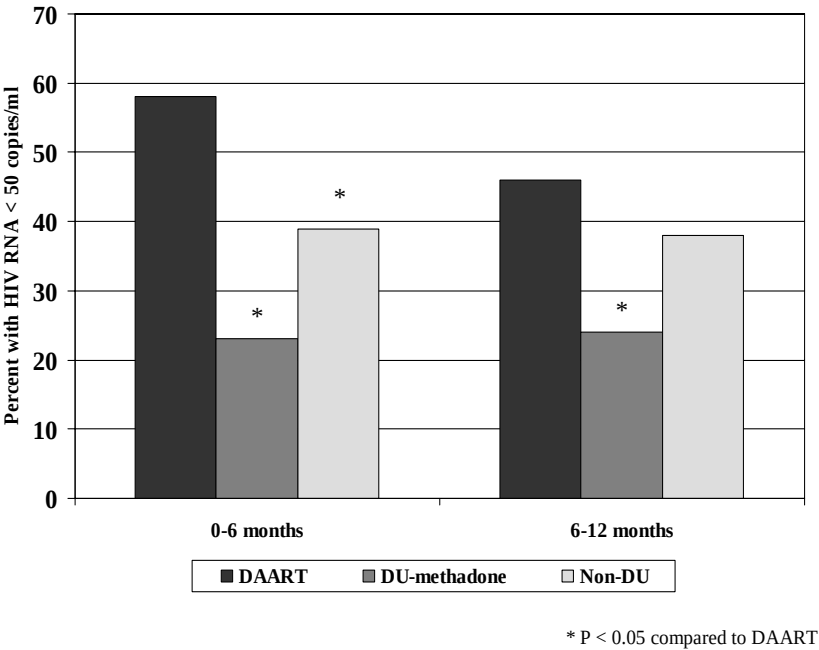
特征	DAART (N=50)	DU- 美 沙 酮 (N=90)	非-DU (N=146)
女性 ^a , %	64	61	68
年龄, 平均年龄 (IQR)	42 (37-47)	44 (38-48)	39 (33-44) ^b
非洲裔美国人, %	88	86	72 ^b
没有接受过抗逆转录病毒疗法 ^a , %	34	46	40
初次接受或再次接受抗逆转录病毒疗法的时间, 平均时间	2002 年 5 月	2001 ^b 2 月	2001 ^b 3 月
CD4 ⁺ count (细胞数/mm ³), 平均值 (IQR)	140 (40-247)	155 (32-280)	192 (52-382)
HIV RNA (copies/ml), 平均值 (IQR)	4.9 (4.3-5.4)	4.8 (4.3-5.4)	4.6 (2.6-5.3)

^a Variables used in frequency match with the DAART group

^b P<0.05 compared to DAART

抗逆转录病毒疗法开始以来 3 个月后的最后一轮试验里，45 名 DAART 参与者（90%），90 名吸毒的美沙酮患者（100%）和 145 名非吸毒的美沙酮患者（99%）：这些人被包括在 6 个月治疗的分析中。类似地，最后一轮治疗的最后一天，开始治疗的 9 个月后，有 37 名（95%）DAART 参与者，86 名吸毒的美沙酮患者（96%），及 139 名（95%）非吸毒的美沙酮患者：这些人被包括在 12 个月的治疗分析中。

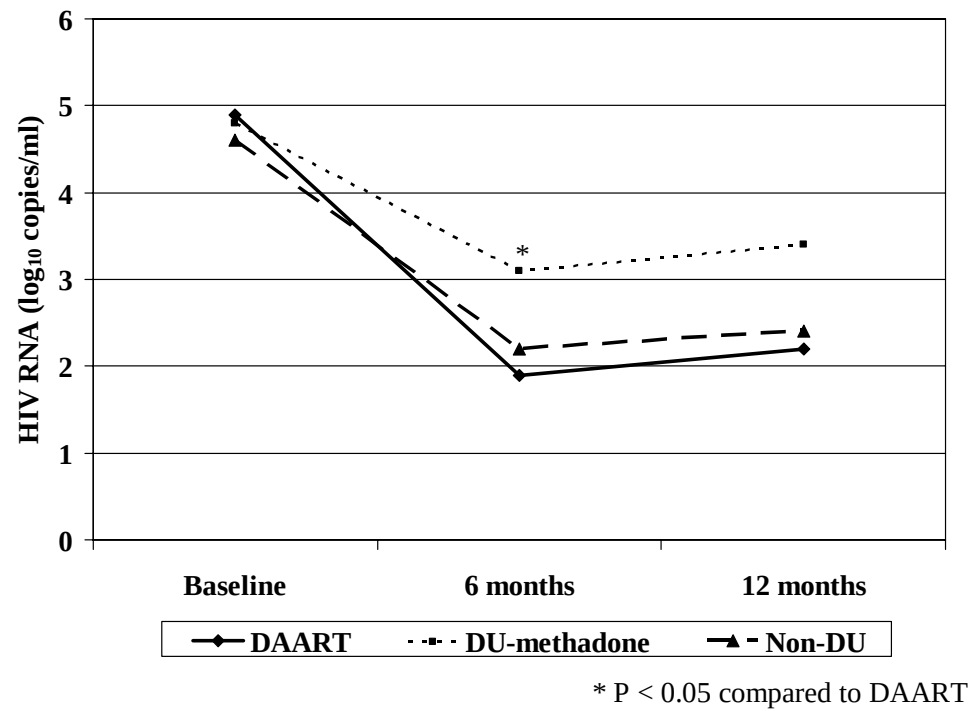
图 3. 接受抗逆转录病毒直接用药的患者，与 2 个时间段内达到 HIV RNA < 50 copies/ml 的对比患者的比例



在对治疗失败的患者的分析中，58%的接受抗逆转录病毒直接用药的患者在 0—6 个月的时间里到达 HIV RNA < 50 copies/ml，吸毒的接受美沙酮治疗患者中(P<0.001)的比例为 23%，不吸毒的患者(P=0.039)中该比例为 39%（图 4）。在 6—12 个月的时间里，接受抗逆转录病毒直接用药的患者中的 46%抑制的病毒，吸毒的接受美沙酮治疗的患者中(P=0.021)这一比例为 24%，不吸毒的患者中(P=0.45)的比例为 38%。

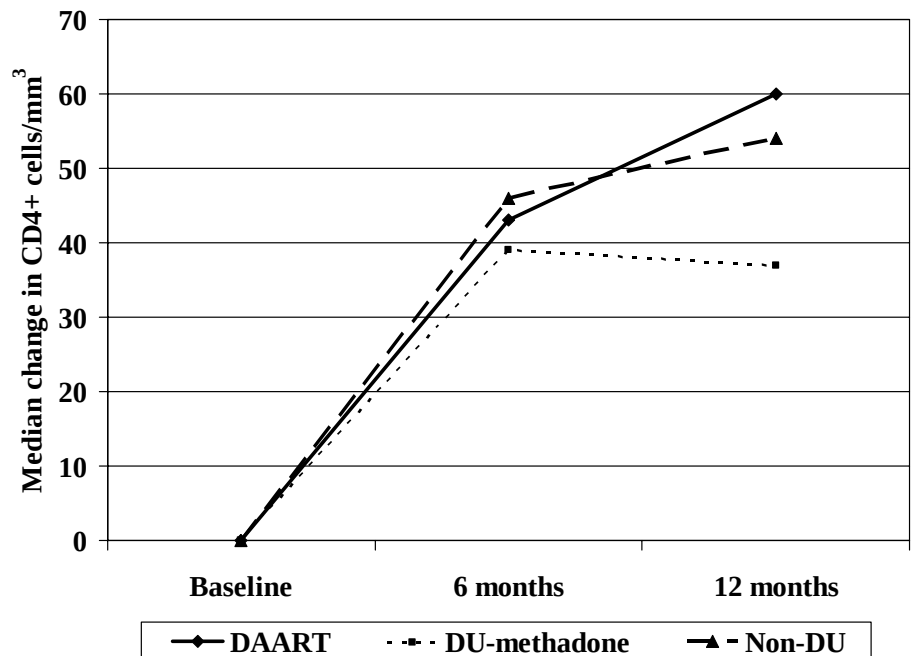
图 5 所示一段时间后中值 HIV RNA 及图 6 所示一段时间后 CD4+细胞数的中值改变情况

图 4. 接受抗逆转录病毒直接用药的患者一段时间后中值 HIV RNA 的变化



6 个月后，接受抗逆转录病毒直接用药的患者中中值 HIV RNA 远远低于吸毒的接受美沙酮治疗的患者，但是 HIV RNA 其他指标没有明显的不同。接受这两中治疗的患者中的 CD4+细胞没有明显的不同。

图 5. 一段时间内接受抗逆转录病毒直接用药的患者和其对比患者中值 CD4+ cell 细胞数的变化



结论

比起其他人群，艾滋病病毒感染者经常被强调他们吸毒的行为和其他心理紊乱等因素。包括我们的研究在内的涉及不同人群的研究表明，现行吸毒者而不是以往吸毒者与高效抗逆转录病毒治疗，坚持治疗和治疗的临床效果有很明显的联系。我们同时也观察到，巴尔的摩感染艾滋病病毒的患者中现行吸毒常与不能坚持治疗、病毒和免疫状况的恶化联系在一起；非现行吸毒常与重新接受、坚持高效抗逆转录病毒治疗和病情好转联系在一起。将 HIV 治疗和吸毒，心理和社会支持资源联系在一起是有临床研究依据的。在我们抗逆转录病毒直接用药的试点研究中，我们发现这种方式很受参与者欢迎，使提供 HIV 治疗者和吸毒专家有更好的交流机会，参与治疗的患者的遏止病毒率也很高。这种小规模试点研究需要变成大规模的治疗方式。Buprenorphine 在美国现在已被允许成为依赖 opioid 的患者的维持治疗代替药物。这提供了 HIV 治疗，吸毒治疗和除美沙酮维持治疗外的另一种治疗方式。

任何试图解释为什么我们不能给吸毒这提供治疗的理由都不能作为借口，道理很简单，这样做会严重影响吸毒者的生命质量，甚至是以他们的生命为代价的。

香港：建设大规模，低门槛的美沙酮项目

作者：罗伯特·纽曼*

介绍

全世界对吸毒 opiate 成瘾的回应既有好消息也有坏消息；从好的方面来说，我们了解到有可能在很大程度上减轻痛苦，降低成本，尽量避免吸食 opiate 的伴随物—HIV—艾滋病，结核病，其他传染性疾病，及由吸食 opiate 带来的犯罪现象和死亡。通过很多有效的手段可以起到预防作用，这包括教育，提供清洁注射器，发放安全套，提供安全注射室，普及化验 HIV 等。这些预防手段的显著特点是不需要很多资源：这些手段在发达国家和发展中国家均已引入，操作者不需要很高的教育水平和很专业的培训，也不需要很多的专业设施（在有些情况下，不需要任何设施）。这种预防方式唯一的阻力就是根本不致力于这方面的工作，不顾感染者的人权和顽固地拒绝接受实施“基于事实的治疗”。特别是当吸毒者寻求这方面的帮助时，提供便利与否在很大程度上决定的患者的生死问题。总而言之，我们可以做的事情很多，不去做的借口很少。

那么，坏消息又是什么呢？“吸毒问题”一个重要的方面在于很多吸毒者并不是仅想找到一个更安全，更好的吸毒方法，而是想要彻底摆脱毒品。而降低毒品毒害作用的活动家和 顽固的禁毒者常常忽视这些吸毒者的需要。吸毒者希望得到治疗，彻底摆脱毒品或降低对毒品的依赖，对这种情况的吸毒者的数目的不同估计之间有很大出入，但是可以肯定的是，这种情况占很大比例。

显然，不是每个希望得到治疗的吸毒者都下决心彻底地，永远地摆脱毒品。一些人只是希望减少其吸毒量，降低毒品对其身体的危害。从根本上说，这些人希望有一种高度的自主权——摆脱毒品对自己控制。对于坚信不接受治疗就不能达到戒毒目标的吸毒者来说，他们这样的想法是不理性的，或者更直接地说，是没有诚意的。然而，悲观的和有时虚无的观点认为，没有治疗就没有希望，这也反应出很多吸毒者个人经历过多次试图摆脱对毒品依赖而终以失败告终的事实。实际上，还是有少部分人在既没有帮助又没有把自己孤立起来的情况下成功地摆脱了对毒品的依赖。

必须强调的是，并不是说有一种精神上的优越性可以做到想要戒毒就能够戒毒。吸毒与否并不能够说明吸毒者罪恶与否，不应该将他们投入监狱，也并不是说吸毒者一定会感染疾病甚至死亡。同样的道理，并不是说有戒毒的决心就是神圣的。但

是，不论出于怎么的原因，如果吸毒者想改变其生活方式，想摆脱对毒品的依赖，我们应该帮助他们，使他们有更多的机会得到帮助，更容易地得到帮助。这同样适用于降低毒品毒害作用的项目：就是说，并没有不可逾越的障碍阻止我们向希望得到治疗的人提供治疗。

治疗的有求必应：一个可以达到的目标

向要求得到治疗的人提供及时的治疗，又很多突出的事例证明我们可以做到这一点。首先，70年代初期，纽约市卫生部有这样一个例子：几乎一夜之间，美沙酮维持疗法项目建立了44个治疗所，24个月内有12,000名患者得到治疗。与此同时，其他治疗吸毒的项目从12,450个增加到43,000个，无毒服务的增加和美沙酮维持疗法同步增长。¹ 80年代中期，澳大利亚新南威尔士州的治疗能力成几何增长，随后昆士兰州，维多利亚州和其他州的治疗能力也有很增长；注册治疗人数从1985年的1,900人增长到1993年的11,600人——2001年该数字达到32,517人。² 欧洲也开始这样做，直到80年代末期，美沙酮在德国都被视为违法；到1992年，接受治疗的患者人数达到1000人，1995年的人数为13,500人，到2001年，人数超过45,000。到2004年，接受包括美沙酮疗法，buprenorphine和长效可待因等“代替疗法”的人数超过60,000人。³ 接着克罗地亚在其独立后迅速出现了吸毒问题，克罗地亚根据患者需要和要求使用美沙酮代替疗法。目前，预计克罗地亚约有15,000人依赖opiate，几乎一半接受了美沙酮疗法，其中绝大部分治疗是由以社区为基础的医疗人员提供的(2400名全科医师中，1000人可提供美沙酮疗法)。⁴ 最近法国重新制定了规范和政策，允许“代替疗法”的数量从1995年的仅52个到新千年伊始时增长到80-85,000个。⁵

但是也许没有哪个国家“有求必应”的治疗比香港做的更好¹。香港的禁止鸦片已有几十年之久——二战后英国殖民政府即颁布了禁毒法——后来海洛因成为吸毒者使用的主要毒品。⁶ 这个问题在70年代初期变得尤为严重。一项卓有成效的反毒运动大大地提高了毒品的价格降低了毒品的纯度。但是这却使犯罪率激增，而且导致很多吸毒者使用注射吸毒代替吸食吸毒，威胁了健康和生命。

1974年年底，香港开始了一些小规模의无毒项目，开设了一个试点性美沙酮治疗所。这些项目所能容纳的患者不过500人，但当时吸食海洛因者却估计至少有40,000人。在这种危机面前，政府不仅决定尽最大努力打击毒品走私，而且尽可能地多开设治疗所，以降低吸毒者对毒品的需求。

三名权威的医学专家被派往美国和欧洲观察这些国家治疗吸毒者的方法，并研究了这些欧美国家的治疗方法是否可以应用到香港。该小组由香港医药卫生服务部领导带领，其他两名专家分别是一名受政府雇用的医生和一名著名的医生。该小组得出的结论是，欧美的治疗方式都应该得到支持并鼓励其开展下去，但是由于香港吸毒问题的严重性，香港主要还需要依靠美沙酮疗法治疗吸毒。该小组特别选择了美国纽约市健康部的项目模式，该项目实施不久但是发展迅速，24个月内接纳12,000人（见上）。纽约市卫生部所面临的问题在很多方面与香港卫生部门所面临的问题极为相似：两个城市都没有治疗吸毒的基础设施，在吸毒问题上没有管理和医学经验，也没有相关政策，更没有美沙酮疗法。

¹ The following description of the development of methadone treatment is an abbreviated version of an account published previously in the Journal of Public Health Policy 6(4):526-538, 1985.

必须强调的是，香港当时正面临着严重的经济危机，各方面的专家都很缺乏。在这种情况下，香港决定依靠直觉，不依赖以专业人员为主要形式的治疗所，也不依靠像美国那样有法律保证的“必要”标准。1975年至1977年之间，香港成立了28个美沙酮治疗所。当时的政策也实施方法几乎一致沿用至今。

香港的美沙酮治疗机构

大部分治疗所由医药卫生服务部操作，提供社区所需的各种健康治疗护理。需求量最大的地区的6个治疗所整天开放，营业时间为早上7点到晚上10点。所有治疗所做到全年每天开放（在台风到来时会把所有患者集中到一个事先指定的中心治疗所使患者能够继续接受治疗）。美沙酮治疗的形式十分简单，只需一张桌子即可进行治疗，没有任何隔离医生和患者的方式。每次治疗只需一个港元（约15美分）；由于香港所有政府卫生服务机构都需象征性收取一定费用，如果不收取这样的费用患者会对其治疗项目有所怀疑。

开处美沙酮也很方便。医生了解患者的吸毒史后开始简单的检查，随后致电登记中心确认患者没有在其他治疗所就诊后即可处出第一剂美沙酮。整个过程不超过半个小时，患者立即可以接受治疗。自1975年第一个美沙酮项目实施以来，从来没有出现过存在“候诊名单”的情况。

每个治疗所每日接待的患者从50人到1,000人不等。但是回家自行治疗是不被允许的——这个政策给患者造成了小小的麻烦，或许这正是因为治疗所治疗的时间长，范围广的原因。

很多治疗人员都是兼职者，仅接受过医药卫生服务部有限的培训。治疗所几乎没有被雇用的护士，一个类似国家药物监督性质的机构，辅助药物服务部负责药物方。治疗所工作人员包括推销员，银行职员，家庭主妇，教师等从事各行各业的人。他们志愿在治疗所服务，拿很少的薪水。治疗所有很少一部分社会工作是按指定的，另有少部分员工有治疗所“顾问”的称号。

支持服务（医疗上的支持和社会上的支持）基本上由患者本人提供，一般不要求助于医生和社会工作者。没有正式的“治疗计划”。医生逐渐接受患者的需要开处更大剂量的药物。所有治疗所都要收集尿样，但重要的是，尿样化验结果从不作为“惩罚”或“奖励”患者的标准。

香港模式的经验

国际上很多“学者”批评香港的美沙酮治疗模式，因为香港模式与其他地方实施的有指导的“项目”这个深入人心的前提是矛盾的。研究香港经验的益处在于香港经验给我们提供审视关于治疗吸毒这个问题最基本的观念。

香港取得巨大成功的事实是无可争辩的，也不可忽视。不可否认，我们也需要训练有素的员工，但这决不是一个必不可少的条件。综合的医疗服务也社会服务于美沙酮的作用也是如此：我们希望有这些条件，但是正像香港的经验所证明的那样，没有这些条件，*香港模式可以也*

能够取得成功。

对于在美国联邦和州级立法机构和其他国家政府对美沙酮治疗所提出的种种限制，香港并不置可否，也没有表示支持或反对。但是如果这些限制的存在可能减少治疗所中的就诊者人数时，香港就会对其表示关心。专家对这每一个限制的必要性进行讨论是件很好的事情，但是专家必须明确认识到他们的结论会导致街头吸毒者在因为众多限制，为数不多的治疗所在人满为患时无法就诊，这种情况在学术上和事实上都无法解释得通。换言之，控制机构的意思实际上是，维持非法存在，危害社会，有害健康的对海洛因的依赖要好于建立没有足够护士，顾问没有相关学历，条件不尽如人意，地点离学校，教堂，住宅区或购物区太近的美沙酮治疗所。事实如此，这就是这些限制条件的后果，是不容逃避的事实。

香港的不同之处在于香港接受了这个事实。实际上，这只是香港官员和其美国或其他地方同行们不同的看法。在香港没有人争论说社会工作人员和顾问在治疗吸毒患者上是不必要的。没有人偏偏喜欢兼职的，没有接受过正式培训的辅助医务人员。没有人认为在一个治疗所向超过 1000 名之多的患者提供美沙酮治疗是一个有点。但是香港政府和医务人员明确了一条优先于其他任何考虑的底线：这种不很正规的治疗是现在可以有条件实施的，被证明是安全的，被证明是有效的——因此，每一个寻求治疗的吸毒者都应有条件接受治疗。

在美国和其他很多国家，对吸毒者化学治疗的反对者和支持者经常打得火热，他们争论说药物治疗是治疗的一小部分；药物治疗是微不足道的因此法律必须禁止其使用。反对者认为香港这种与其他国家截然不同的模式必须给予禁止。在如美国等国家，海洛因依赖者因需购买价格高昂的毒品经常有小偷小摸的行为，有感染 HIV/艾滋病，肝炎蜂窝织炎的危险，每次注射都有过量的危险，他们的父母，伴侣，子女，邻居都深受其吸毒行为的威胁，当这些吸毒者决定申请美沙酮治疗时，却往往发现他们要等上几个星期才能轮到治疗。与此不同的是，香港几十年来一直通过大众传媒鼓励吸毒者积极接受治疗！显然，前者的做法是多么不合逻辑，而香港模式的正确却是显而易见的。

有数量、有效果

显然，接受香港的成功模式的关键是要相信提供的治疗无论如何都是会有效的。也应该考虑到香港的治疗所体系是在一定特定情况下建立的。

也许对有效与否最有发言权的是患者本身，其效果也不难测出。在美国和几乎所有提供美沙酮治疗的国家，需要这种治疗的人数非常多，但是提供的服务却非常少。1974 年底，也就是美沙酮治疗开始发展起来之前，约有 500 名患者接受治疗。美沙酮治疗发展起来后，接受治疗的患者一下子增加到 2000 人。1976 年，美沙酮治疗又经历了一次发展，接受治疗的患者又增加了 10,000 人。然而，美沙酮治疗还尚未代替其他主要的治疗项目，只是对其他治疗项目进行补充（表一）。

表一：香港接受戒毒治疗的人数，1969-1981

年份	监狱中的治疗中心	自愿接受治疗的患者	接受美沙酮治疗的患者
1969	1,054	865	—
1974	1,960	2,337	1,480
1975	2,037	2,551	3,392
1976	2,160	2,413	10,400
1977	2,269	2,594	9,834
1978	1,999	2,767	10,291
1979	1,655	2,254	10,782
1980	1,518	2,592	8,046
1981	1,675	2,706	9,997

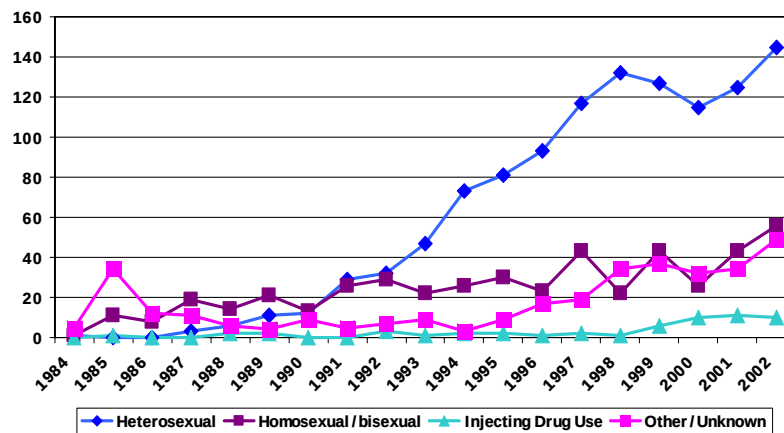
当然，有的患者会中断治疗——这也是医生开处美沙酮剂量偏低的结果（近年来，特别是近5—10年中，医生越来越愿意给病人开处较高剂量的美沙酮）。然而，对于约8000名每天坚持到治疗所坚持治疗的患者（这一数字约占所有患者的五分之三）来说，坚持治疗的益处对患者本人及其社区都是巨大的。更为直观的是，能够坚持每天接受治疗的患者如果不能说是彻底摆脱了对毒品的依赖的话，对毒品的需要也是大大降低了。

然而，我们也没有必要只依靠直觉来记录美沙酮治疗的效果。比如，1979年的前五个月，每天接受治疗的患者人数平均是6,550，同年6月，由于香港海洛因的供应地“金三角”地区发生干旱，香港市场毒品匮乏，毒品价格上涨，这种情况导致接受美沙酮治疗的病人数目激增，同年7月，在医务人员数量没有增加的情况下，患者人数达到8,000。如果在这个时候没有方便的美沙酮治疗的话，不难想象会造成怎样的后果：犯罪率将迅速上升，社会将出现混乱。1982年和1984年由于海关捕获大量海洛因，出现了同样的情况。每次出现这样的情况时，海洛因供给不足，接受美沙酮治疗的人数激增。这样，美沙酮作为社会和吸毒者的“安全网”的价值就变得显而易见了。即使没有出现海洛因供给不足的情况，自愿接受治疗的患者数量也不断增加。

对所有需要美沙酮治疗的吸毒者提供治疗的好处还表现在犯罪率的降低。在美沙酮治疗开始发展的头五年里，被判处徒刑的吸毒者下降了70%。不但与吸毒相关的犯罪有很大减少，与吸毒无关的犯罪也有很大减少。⁷

亚洲和世界上其他国家相比，香港抑制HIV-AIDS传播的经验非常成功。从表2可以看出，人类免疫缺陷病毒已经被降低到了最小程度。⁸

Risk of HIV Infection in Hong Kong (1984-2002)



Source: HIV Surveillance Report 2002 Update (Dept of Health, Hong Kong S.A.R., Nov 2003)

Continuum
Health Partners

The Baron Edmond de Rothschild
Chemical Dependency Institute

结论

一个有名的谚语说道“不用的力量既是滥用的力量”。这句话很适合这种提高生命质量的力量，减少死亡率的力量，不仅是拯救某些人而是拯救整个社会的力量。给所有有需要的吸毒者提供有效的治疗，这种救助的益处是不可估算的。任何试图解释为什么“我们不能这样做”，“不能在这里这样做”，“现在不能这样做”或“不能像我们设想的那样做”的理由都不能作为借口，道理很简单，这样做会严重影响吸毒者的生命质量，甚至是以他们的生命为代价的。

与其他现代社会所面临的问题不同，我们可以解决而且可以成功地解决“吸毒问题”。我们一定要以我们的能力面临现有的挑战。

* 作者为 纽约 The Baron Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute, Beth Israel 医疗中心主任。

泰国的希望与现实

作者：Paisan Suwannawong

泰国现在约有 20,000 人通过政府项目接受免费的抗逆转录病毒治疗。同时给狱中患者（现 500 人），居住在泰国的非泰国公民和移民提供抗逆转录病毒治疗的试点项目也正在进行。从操作上来说，对于以往的吸毒者提供治疗并不成问题，但是卫生体系中还对有过吸毒历史的人有很大的偏见。现行吸毒者面临着更大的问题。直到最近，泰国治疗方针还强调说现行吸毒者必须戒毒。提供治疗者虽然不把现行吸毒与否作为一个治疗的标准，但是操作起来，吸毒者还是面临很大困难，因为卫生体系中没有帮助吸毒者接受抗逆转录病毒治疗并取得治疗成功的途径。同样重要的是，对于现行吸毒者，医生没有对其开处不同剂量的抗逆转录病毒或使用综合治疗的知识，也缺乏对待丙型肝炎同时感染的知识。

根本的问题是对现行吸毒者的支持，特别是对艾滋病患者的治疗。治疗的提供者和医生都认为注射吸毒者因为吸毒的原因不能坚持接受治疗。美沙酮可以稳定需要 HIV 治疗的吸毒者，也可以帮助希望减少或彻底摆脱对毒品依赖的吸毒者。在曼谷，美沙酮治疗在一定程度上是免费提供给吸毒者的，但是在泰国其他地方，需要付费治疗。即使是在曼谷，美沙酮也是作为解药而不是维持性药物开处的，因此，开处美沙酮的剂量及病人需要治疗的疗程都是很有有限的。

即使在治疗中心，也很难找到关于 HIV 和肝炎的信息。泰国政府的政策完全没有把注射吸毒者作为目标对象，没有相应的预防措施，吸毒者也几乎没有条件接受治疗。虽然泰国在遏制 HIV 的传播方面取得了成功并给很多人提供免费抗逆转录病毒治疗，但是最近世界卫生组织指出泰国政府给注射吸毒者提供的治疗和预防服务上是“没有力度的，没有效果的”。

我所举的例子很好地说明了在泰国 HIV 感染者和医生都缺乏必要的知识。五年前我的艾滋病医生试图开始给我治疗。虽然我觉得我的 HIV 已经得到了控制，但是医生认为我患有丙型肝炎所以给我进行抗逆转录病毒疗法。我当时受不了抗逆转录病毒治疗 (AZT 3TC indinavir and ritonavir), 2 个月后就停止了治疗。

最近我去了一趟美国才发现我的丙型肝炎变得更严重了。那里的医生说我应该进行活组织检查并接受治疗。一个也患有丙型肝炎的朋友告诉我应该注射抗甲肝和乙肝的疫苗。但是在泰国，我从来没有听说果应该采取怎样的措施保护自己。

回到泰国，我的艾滋病医生推荐我去看一名肝病医生——泰国的艾滋病医生没有多少治疗同时感染的经验——但是在我们的卫生体系中，我得排队等上几个月。后来我终于轮到我看那个肝病医生，他说病毒载量和亚类型化验需要大约 7,000 泰铢（和 170 美元）。现在我还在等待化验得结果，但是我了解到每年治疗得费用将在 300,000—400,00 泰铢左右（合 9,800 美元，是约在泰国一年得收入），我将无礼支付治疗得价格。泰国政府得全民医疗项目包括除了艾滋病和慢性肝炎外的所有疾病，这影响到泰国广大吸毒者的利益。

希望这些问题能随着现在泰国艾滋病治疗项目的迅速发展得以解决。目前，卫生部艾滋病司

视察了提供治疗的情况，提出在 2005 年前像 70,000 人提供抗逆转录病毒治疗（主要由泰国政府出资，部分由全球基金出资），计划在 800 个政府医院提供抗逆转录病毒治疗，到 2004 年底建立 200 个新型“连续治疗中心”。每个连续治疗中心都由医生，护士，顾问，药剂师，实验室工作人员和 3 名艾滋病毒感染者/艾滋病患者组成。这些人将接受培训，给每个与艾滋病毒感染者/艾滋病患者一同生活的人提供相关信息，决定是否可以使用抗逆转录病毒治疗，进行上门门诊，保证患者每两个月到连续治疗中心就诊。HIV 感染者和艾滋病患者的参与至关重要，尽管患者在全球基金的支持上起到了重要的作用，但是这 800 个医院是否都能得到资助却还是个问题。

目前，政府制药企业生产的固定剂量混合‘GPO-vir’ (d4T/3TC/NVP) 是 HIV 治疗的标准，80% 的符合使用标准的患者每月花费 1,250 泰铢（合每年 370 美元）。政府正与主要企业协商，每年进口这些药物，同时也认真地考虑到主要药物的必要许可问题。

还有很多问题需要解决。艾滋病项目是否应当包括到国家卫生体系中去呢？怎样保证私人医院标准呢？药物自愿是否应该集中管理以协调全国不同地区的不同需要呢？怎样改变医务人员对 HIV 感染者和艾滋病患者的偏见，并使其掌握治疗艾滋病的知识呢？怎样才能将医务人员挽留在农村工作呢？

泰国现在有很好的机会改变现状，发展艾滋病项目治疗吸毒者，降低新的注射吸毒者的数量，对有需要的患者提供治疗。吸毒者需要更多的信息使其了解怎样保护自己，怎么更有效地得到社区的支持。我们必须立即和所有卫生部门联手，在全国范围内开发降低毒品毒害作用的项目。我们必须使注射吸毒者真正有条件得到 HIV 和肝炎的治疗，而不是让我们的健康状况和社会其他方面脱节。还有，当然如果我们强调吸毒者容易犯罪的话，谁又会觉得前来就诊是安全的呢？如果我们依然认为吸毒者是坏人，不配接受任何治疗和拥有任何权利的话，吸毒者又怎么会信任我们所提供的治疗呢？

在艾滋病泛滥，全面开展反毒战争的时候，我们应该得到更多的信息，支持我们的同伴，积极参与制定政策和提供服务。只有这样，我们才能得到真正符合我们需要的项目。

作者为泰国艾滋病治疗行动小组主任，泰国吸毒者网络成员

法国的经验告诉我们，如果注射吸毒者得到必要的社会和医疗支持的话，他们能和其他人一样坚持接受 HIV 治疗。

法国：满足治疗感染 HIV 的注射吸毒者的要求

作者：Michel Kazatchkine *，France Lert **

介绍

80 年代末期以来，HIV/AIDS 的传播致使法国药物政策有了很大的改变，形成了治疗吸毒和吸毒者感染 HIV 的综合治疗体系。1986—7 年首次进行的监狱化验发现，50% 的注射吸毒者感染了 HIV。由于法国社会安全系统能够保证给需要的人提供免费的 HIV 治疗，法国的患者 1996 年起就有条件接受高效抗逆转录病毒治疗。同时，1996 年 2 月开始，可以在药店买到商标为 Subutex 的 buprenorphine，也允许开处 buprenorphine 作为毒品维持治疗（DMT）的药物。从那以后 buprenorphine 成为法国毒品维持治疗的主要药物，据估算，84,000 名患者接受了 buprenorphine 治疗，9,600 名患者接受了美沙酮治疗（OFDT, 2003）。

法国毒品维持治疗

80 年代末期，一些全科医师开始开处小剂量的 buprenorphine 和缓释吗啡硫酸盐治疗吸食海洛因的患者，这一行为在当时是非法的。这种治疗方法是通过艾滋病倡导者和吸毒者要求得到代替治疗的努力，以及国际上对降低毒品毒害左右的支持开始实施的。1994 年开始增加对 1000 名患者美沙酮代替药物的供给。但是，这种供给最初并不是以使用为目的的，而在很大程度上是为了使患者到治疗中心就医的强行规定。

1995 年三月允许大剂量使用 buprenorphine 后，开设了 buprenorphine 治疗和美沙酮治疗两种不同的治疗所。从那时起，和其他国家相比，法国提供的代替疗法有三个特点：1) buprenorphine 疗法成为比美沙酮疗法更为正规的治疗，2) 全科医生在此起了重要的作用，3) 吸食鸦片的患者可匿名登记接受治疗。

自 1996 年 2 月起，商标为 Subutex 的 buprenorphine 开始有售，有三种剂量（0.4 mg, 2mg, or 8mg），每盒七片。治疗所或者私人诊所都可开处 Subutex，可从药店买来自行使用。使用者开始接受治疗或治疗期间不需要化验尿样，最多可以买到 28 天的药量。然而自 1999 年以来，由于发现黑市上有 Subutex 出售，该药被限制最多可以买到七天的剂量。

法国的毒品治疗体系：治疗中心，全科医生及监狱

在毒品治疗中心，家庭卫生所，监狱卫生服务所和巴黎和马赛的美沙酮大巴（1998 年开始）里都有代替治疗。毒品治疗中心可以开处 Subutex，同时也提供社会心理治疗。在毒品治疗中心的治疗是免费的，可以应患者的要求匿名治疗。

每个全科医生都可以开处 buprenorphine 和美沙酮。咨询是免费的，所开的药物和全部或部分包括在医疗保障内。大部分吸毒者可以接受治疗并免费得到药物。公共资助的一小部分用于鼓励全科医生建立治疗网络，通过不同方面治疗吸毒。网络用于培训治疗所工作人员，提供更方便更高质的治疗。

1994 年狱中健康卫生法提出，监狱中的患者应和其他所有患者一样得到医疗和心理治疗。狱中健康治疗服务现在是地方医院工作的一部分，是监狱管理不可缺少的组成部分。根据这个原则，代替治疗和其他治疗一样，不会因为患者入狱而中断。吸毒者可以接受无毒治疗或者 buprenorphine 或美沙酮代替治疗。接受代替疗法的患者释放出狱时会得到 3 天的药物剂量。

综合方法治疗感染 HIV 的注射吸毒者

在巴黎 European Georges Pompidou 医院实施的模式和其他项目中，我们都采取在 HIV 治疗项目中治疗注射吸毒者的方法，而不是将治疗 HIV 包括在治疗注射吸毒者的项目中去。这一方法的重要原则是：

- 治疗所中有有能力开处代替疗法药物的医生，并保证这些医生与 HIV/AIDS 专家就管理同时接受抗逆转录病毒治疗和毒品维持治疗的患者的相关问题开展合作。
- 最大限度地优先考虑一个地区的治疗所的服务（包括比如皮肤病专家，心理学家，专业护士，非政府组织的志愿者）
- 调整非住院诊所的营业时间，尽可能地满足患者的需要，比如开设晚间营业时间。

最重要的一点是包括医学专家，护士，代表降低毒品毒害作用小组的志愿者和代表注射吸毒者群体的志愿者在内的所有相关人员应定期会面，交换意见。这样有利于更好地了解患者的需要并及时发现为注射吸毒者提供的 HIV 治疗中的问题。

1988 年，European Georges Pompidou 医院开设夜间门诊，当时社会对感染艾滋病病毒者和艾滋病患者抱有很大偏见。开设夜间门诊的目的是使有症状的患者在不打乱其正常工作生活的前提下得到治疗（这样可以解决患者白天误工的情况）。但是这样做的代价是所有在候诊室里等候治疗的人都能知道在此候诊的人都是 HIV 感染者。而且，出于种种原因，相对于白天在得知其血清呈阳性出现种种不理智行为的患者来说，在夜间安静的环境下，这种不理智的行为要更加明显。

尽管如此，夜间门诊的数量还是不断增加。在晚上 6 点到 11 点的时间里，四、五名医生与一名眼科，一名心理学家，一名皮肤病医生一起工作。来自欧洲最大的艾滋病服务组织 AIDES 的志愿者自始对患者提供了宝贵的服务。医生在晚间的额外工作得不到额外的收入——这种工作被认为是艾滋病科一种正常的工作。

支持坚持高效受抗逆转录病毒治疗：Buprenorphine 维持治疗

治疗所的经验说明毒品维持治疗在对注射吸毒者提供治疗方面起到很到作用，并且对患者坚持治疗，恢复其社会和心理角色方面起着至关重要的作用。HIV 感染者接受美沙酮治疗的同时接受叠氮胸苷治疗和结核病预防疗法时，能坚持治疗的比率很高。不少试验证明，对于接受高效抗逆转录病毒治疗的注射吸毒者来说，同时接受美沙酮治疗在患者能够坚持治疗的问题的起了重要作用。

Buprenorphine 在法国开处方便，比起严格开处的美沙酮来，有很大的现在益处。MANIF 研究（2000）评估了用 buprenorphine 进行毒品维持治疗对注射吸毒者坚持治疗的作用，肯定了其作用。164 名感染 HIV 的注射吸毒者中，107（65%）能坚持高效抗逆转录病毒治疗——这一数字接近法国人口中接受抗逆转录病毒治疗的感染艾滋病病毒和艾滋病患者的比率。与医生的偏见相反的是，接受 buprenorphine 治疗的注射吸毒者坚持治疗的人数和目前不再吸毒的以往吸毒者几乎一样多（见表一）。

表一：MANIF 2000 研究中不能坚持高效逆转录病毒治疗的人数（n=164）

	总人数 N=164	不能坚持治疗者 N=57 {1}	坚持治疗者 {2} N=107	OR (95% CI) {1} vs. {2}
I. 吸毒和毒品维持治疗		%	%	
接受 buprenorphine 毒品维持治疗者	32	21.9	78.1	1.0
以往注射吸毒者	113	34.5	65.5	1.9 (0.7 - 5.28)
接受毒品维持治疗的现行吸毒者	19	57.9	42.1	4.9 (1.2-20.8)

不能坚持治疗的主要原因现在还不是很明确，除了吸毒本身外，还包括多样的社会原因和经济原因，比如没有经济来源，法律问题，住房问题，年龄小，酗酒。这说明我们要重视注射吸毒者的生活的物质环境和社会环境对其是否能坚持治疗都是很关键的。

结论

从法国的经验我们可以看到，如果注射吸毒者得到必要的社会和医疗支持的话，他们能和其他人一样坚持接受治疗。因此，不能够坚持治疗不应成为拒绝给注射吸毒患者提供治疗的借口。

Buprenorphine 疗法已被证明是使用高效抗逆转录病毒治疗治疗注射吸毒者的有利工具，也是帮助患者坚持治疗的有利工具。黑市上出现大量 Buprenorphine 干扰了其作为标准疗法的地位，但是医生和患者可以视美沙酮为 Buprenorphine 之外的选择。

治疗艾滋病的机构应满足注射吸毒患者的需要，应该让患者走进来时充满信息，相信他们有条件得到所有需要的服务（包括全方面的 HIV 治疗，代替治疗，心理咨询，社会支持和社会

服务)。我们需要包括医生，护士，心理学家和顾问在内的治疗人员打破社会障碍和治疗机构里常见的对注射吸毒患者的歧视。

发展综合治疗也同样需要：我们需要心理治疗的配合以提高治疗效果，也需要以个人或社区为基础的社会工作以帮助我们给注射吸毒者提供住房和工作。

降低毒品毒害在满足感染 HIV/AIDS 的患者的需要方面非常有效。但是还需要进一步提高——我们还需要更高效的预防和治疗服务，继续改变毒品亚文化，实施保证全社会利益和吸毒者利益的新政策。

为每个注射吸毒者量身定做的治疗措施，对接受高效抗逆转录治疗的吸毒者成功地应用代替疗法，确保灵活的治疗体制——特别是通过顾问和教育者——这些都是保证治疗吸毒者的重要的有效方式。是否能坚持治疗的问题并不能作为拒绝给吸毒者提供治疗的借口。

* Européen Georges Pompidou 医院免疫学科主任； 法国 Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) 研究所主任.

* * Research Director, INSERM U 88, Saint Maurice, France.
法国 INSERM U 88, Saint Maurice 研究主任

对贫困患者，吸毒者和有社会心理问题的患者使用我们强化促使坚持治疗项目的成功率说明这些项目应该成为治疗的一部分。

纽约：针对存在多种问题的患者的抗逆转录病毒治疗

作者：Jay Franklin Dobkin

介绍

本文描述了在纽约 Columbia-Presbyterian 医疗中心发起的“Jumpstar”治疗项目。该项目的特点是特别注重就患者坚持抗逆转录病毒治疗提供支持和教育。该项目的主要针对边缘患者，包括接受 HIV 和结核病治疗的吸毒者。

以下的治疗病例指出接受 Jumpstar 治疗的患者和实施治疗的医务人员所面对的重要问题。同时也指出其他可能出现的解决方法。

Jumpstar 案例研究

DA 是一个五十多岁的男子，有很长一段时间的吸毒历史。二十多年来他一致注射海洛因，也许正因为此他感染了艾滋病病毒。几年来他一致接受美沙酮维持治疗，有一份还算不错的工作。DA 四十多岁的时候开始使用不同形式的可卡因，并开始酗酒。这种情况导致了一系列家庭暴力事件的发生，DA 被捕入狱，最终失去了工作。他的 HIV 治疗很不规律，效果也不佳。最后，他被推荐采用 Jumpstar 项目，卫生教育者给他进行了仔细的评估，同伴教育者给他上了一系列教育课程。DA 被评估定位为聪明博学，有动力战胜疾病的人。然而他却坚持认为自己吸毒酗酒对治疗不成问题，自己可以“解决”它。该坚持项目要求 DA 每周到诊所领取药物，但是他经常不能按时领药，治疗经常中断。他拒绝解释理由或者埋怨妻子或其他人。后来，他一连几个月没有出现。当他再次前来诊所时他解释道由于家庭暴力他被判了徒刑，但是由于害怕受到歧视，他没有将自己的状况告诉监狱的卫生系统。他再次接受治疗时发现了机会性感染并住进了医院。在这种情况下，他承认自己吸毒的行为导致了健康问题和其他问题，并同意接受吸毒治疗以便重新开始 HIV 疗法。接下来的治疗效果显著，虽然他承认偶尔也会吸毒喝酒，但 HIV 还是得到了有效控制，病毒载量两年低于 50。DA 的例子说明患者认识到吸毒会给自己生活带来恶劣影响是多么重要。DA 愿意与吸毒问题做出斗争并愿意接受这方面的帮助，这使他控制了病情。由于他就医不规律的时候受到严格的指导，他避免了使用耐多种药物的方法，这可能阻止其治疗达到了良好效果。

Jumpstar：治疗的综合举措

为了达到治疗的效果需要严格的坚持治疗对多数 HIV 领域内的医务工作者来说都很正常，但是这样做的难度却非常大。八十年代末期，纽约结核病的爆发提醒我们对这种疾病采取多角度的治疗是取得成功治疗多种传染病不可缺少的部分。但是采用大规模直接督导治疗看起来是遏止了那场结核病的方法。这个经验几年后在能够采用有效而复杂的 HIV 治疗时启发了我们治疗中心。HIV 疗法和结核病疗法有几个相似之处：需要几种药物结合使用以确保成功；和结核病一样，艾滋病病毒能很快得到抗药性——特别时不规律使用药物或以此只使用一种药物时当几种结核病或艾滋病病毒药物同时正确使用时，可以避免抗药性并可以治愈（结核病）或控制（艾滋病）。

最初，我们诊所的工作人员试图向患者提供教育，咨询服务并力图满足患者的需要。但是护士及时发现了一个重要的情况：患者不能管理他们需要的大量药物。多数患者服用三种抗逆转录药物，每日三次（10—20 片），同时还要服用集中遏止或防止机会性感染的药物（3—5 次），有心理问题或其他问题的患者此外还要服用另外集中药物。有些患者不会英文，有的甚至不能看懂任何语言，有的有智力上的缺陷，不能自行服药，还有很多患者只是受不了这么多的条条框框。

护士对患者使用药物的能力产生了置疑并开始帮助不能自理用药的人。包括用图标的形式写下应该如何用药。

不久之后，我们得到了两个帮助渠道，以建立更完善的项目。通过美国艾滋病国家治疗项目 Ryan White 治疗法案，我们得以建立对初次接受 HIV 治疗或坚持治疗有困难的患者提供教育项目。感染艾滋病病毒的同伴教育者三次为时一小时的一对一的课程，讲述艾滋病病毒的生命周期，人体生物学，药物的作用和副作用及治疗成功的要求。另一项来自纽约州的帮助使我们能够使我们将这些部分融合在一个我们称之为“Jumpstar 坚持治疗项目”的综合项目中去。

Jumpstar 有四个组成部分

1. **评估：**每个接受该项目的患者都会与一位卫生教育者面谈，教育者确定患者可能出现的不利于坚持治疗的障碍。
2. **教育和咨询：**根据语言，性别，或 HIV 背景，将同伴教育者和患者结成对子。进行三次教育课程，同时进行家访。
3. **小组测评：**由 Jumpstar 项目工作人员，社会工作者和诊所护士组成的多学科小组每两星期与医务工作者开一次会，回顾患者的治疗情况。在这种小组会议上经常能发现平时治疗无法发现的问题。根据小组的意见，医务人员将决定何时开始抗逆转录病毒治疗并选择治疗方式。通常三至四个星期可以完成一个病例。如果发现的问题可能导致治疗失败（如现行吸毒或心情沮丧），他们会推迟治疗开始的时间并努力解决这些问题。解决问题的方法包括戒毒、帮患者找到固定的住处、帮助并鼓励患者向其亲属承认其感染 HIV 的情况，或者进行心理治疗。

配发指导药物：一旦患者采用 Jumpstar 项目治疗，项目工作人员会每周配发药物。当患者每周来去药的时候，工作人员会询问其使用情况，并发现患者坚持治疗与否

及药物副作用等情况。治疗顺利进行时，取药的时间会减少到每两周一次或每月一次。最终患者可以完成治疗项目。

在过去的五年中，二百名患者接受了 Jumpstar 项目治疗。总体看来，新近接受治疗项目和至少前一个治疗期失败的患者的人数一样多。

总体来看，治疗的成功率还是很高的。与接受过治疗的人相比，没有接受过治疗的患者更有可能完成一个不被发现的病毒载量并通过一至两年的时间控制它。在接受 Jumpstar 项目治疗的患者中，98%的患者在第一年的治疗过程中完成至少一个不能发现的病毒载量。一年后，所有患者中只有一个（41/42）还在接受积极治疗，86%的患者的病毒载量一直不被发现。在控制人群中 52 人中的 37 人仍在诊所中，其中 28%是在接受高效抗逆转录病毒治疗。28 人中只有 17 人（61%）一直得到遏止。

现在将患者分为两组，如果任何人以任何原因停止治疗，治疗就算失败。对各组患者的分析结果更为明显：在 Jumpstar 治疗项目组的患者 86%完成了治疗，以往控制方法的组中只有 33%的患者完成了治疗。另外，Jumpstar 治疗项目组中的患者完成治疗的时间比另一组短很多。

管理高效抗逆转录治疗失败过的患者更为困难。除了导致治疗失败的因素之外，通常还包括不能或不规律地进行控制艾滋病病毒的治疗，经常出现抗药性。更为严重的是，当治疗失败时，一方面患者低估了坚持治疗是导致失败的原因，另一方面医生也只是简单地开处另一种药物，而不是追究失败的原因所在。

Jumpstar 治疗项目的方法有彻底的不同：如果先前的治疗失败，该项目会详尽地评估治疗失败的原因，找出失败原因时该项目会努力帮助患者克服问题所在。只有在这种情况下才会开始治疗，而且治疗的全过程会受到严格的指导，特别关注可能导致治疗失败的问题。

接受过治疗的患者身上出现的结果指出重要的两点：1) 很多患者对坚持治疗有困难；2) 除了包括患者中常见的吸毒问题的心理社会问题外，救助治疗一年后的成功率很高。救助治疗是为治疗多次失败和有抗药性的患者特别设计的。

坚持治疗的困难在接受 Jumpstar 治疗项目的 97 名以前接受过治疗的患者身上也有所体现。19 名患者在救助治疗开始的评估阶段就停止了治疗，20 多名患者在开始高效抗逆转录救助治疗开始的一年内停止了治疗。没有固定住所是停止治疗的一个原因：和 29%的停止治疗的患者相比，坚持治疗的患者中只有 5%没有固定住所。

注射吸毒感染艾滋病病毒影响治疗的因素不是很显著（16%vs13%）。我们用接受救助治疗一年后有不被发现的病毒载量作为成功与否的标准，78 名坚持治疗的患者中的 66%取得了治疗的成功。没有固定住所和精神疾病都会影响患者不能取得治疗成功。但是现行吸毒却没有和治疗失败联系在一起。

评估艾滋病病毒救助治疗结果有一定困难，因为即使患者很好坚持治疗的话，他们自身的抗药性也会影响治疗的成功。只是检测抗药性也不能完全说明治疗效果因为患者的抗药性可能是通过以往的治疗产生的，现有的检测手段无法查出。即使这样，很显然还是有很多患者因为先前不能坚持治疗进入救助治疗阶段。所以我们必须找到克服患者先前不能坚持治疗的原

因所在，帮助这些患者坚持治疗并克服他们对药物产生的抗体。

我们的经验告诉我们强化工作可以使治疗取得成功，也许因为患者的先前治疗实在是太没有规律了，他们产生的抗药性比预期的小的多。在贫穷，吸毒，有心理社会问题的患者群中使用强化治疗取得的成功说明强化治疗应当成为治疗的一部分，特别是对这些患者群进行治疗时。我们估算，这种治疗的成本比抗逆转录治疗的成本多不到 10%。这是劳动密集型的模式，主要依靠同伴教育者和其他非医务人员，因此适合在发展中国家开展。虽然不是为吸毒者特别设计，但是我们提供的强化的，多方面的服务对患者坚持治疗，成功治疗将有很大帮助。

作者为 Director, AIDS Program, Columbia University Medical Center; Associate Professor of Clinical Medicine, Columbia University College of Physicians and Surgeons.

综合有效的对付艾滋病的方法同时需要与预防、治疗及
对弱势个人和群体的人权的尊重相结合。

阿根廷： 发展对注射吸毒者的有质量的治疗

作者： Mario Pecheny*

这些（治疗肝炎）的药物很有效，我是说我一致追求最好的；比如，我曾经说，最时兴的俱乐部是哪个？我一直想去，所以……你知道，在药物方面也是一样的：最好的药是什么？……对于疾病我也这样做。为了治好病我会问，最好的医院是哪个？

——Marcos，31 岁，吸毒者，以往注射吸毒者，HIV 阴性，成功地完成乙肝病毒和甲肝病毒的治疗

介绍

对于身患艾滋病的人来说，1996 年高效抗逆转录病毒疗法的发明是一个转折点，2002 年，世界卫生组织估计，六百万在中低收入国家的人群需要高效抗逆转录病毒疗法。然而，只有 230,000 人有条件接受该治疗，这其中 170,000 的人在拉丁美洲。¹

通过各种手段，南美洲国家，特别是在巴西，乌拉圭和阿根廷，已经做到提供免费高效抗逆转录病毒疗法长达五年之久了。从政府的角度来看，至少有两个支持高效抗逆转录病毒疗法的观点：第一，使用这种疗法可以减少死亡率，第二，这种治疗方法可以大量减少机会性疾病的住院人数和治疗成本。更进一步讲，高效抗逆转录病毒疗法可以大大减少母婴传染，并降低病毒载量从而减少垂直感染。²

HIV 和毒品

泛美卫生组织预计，34.3%的累加艾滋病病例发生在“南美锥”国家（即阿根廷、智利、巴拉圭、乌拉圭），其中巴西病例中的 23.7%的患者是注射吸毒者。³

阿根廷在南美是继巴西和墨西哥之后，艾滋病病例第三高的国家，该国共有 27,000 例艾滋病病例，其中 36.3%是注射吸毒者。⁴ 在阿根廷，注射吸毒者间感染 HIV 的比例高达 27%—80%。⁵ 并发感染，特别时丙型肝炎病毒感染（HCV）十分之高，在感染 HIV 的注射吸毒者中高达 80%—92.3%。⁶

90 年代期间，注射吸毒这是艾滋病的主要感染人去，这促使非政府组织和南美卫生官员终于面对了这个现实。该地区的毒品使用情况很复杂，不同的吸毒方式，不同的吸毒者，他们的面对的问题和需要各不相同。

在阿根廷，拥有违禁药物会受法律制裁。因为社会对吸毒者有很大的偏见，吸毒者除了受到法律制裁外还会遭受社会舆论的谴责。阿根廷法律虽然严格，但有其模糊之处。例如，被查出携带毒品的人，即使携带只供个人使用的少量毒品的人也会被逮捕。但是只要承认有与毒品相关的健康问题或心理问题，这些人便可被关在一种临时的监狱中。⁷

社会对吸毒有很深的偏见。吸毒者会遭到社会的排斥，甚至是医生的排斥。有时吸毒者自己也会认为这种偏见是公正的：例如，在所采访的 400 名注射吸毒者中，70% 的人承认，他们是“造成 HIV 病毒传播的主要原因”。⁸

根究该研究，80% 的注射吸毒者共用过注射器，其中 94% 的人知道共用注射器是感染 HIV 的高危行为。显然，这些人有理论上的知识，但是却采取欠考虑的高危行为。其实的态度和排斥的做法实际上增加了吸毒者危害自身健康和他人健康的行为。

九十年代期间，阿根廷艾滋病病例不断增加。与此同时，政府实施了一项严格以“治疗为手段”的政策。很少有非政府组织和政府部门对高危人群开展预防项目。九十年代末期出台了一项解决方案，卫生部主要负责治疗，非政府组织和其他住址负责预防工作。

八十年代和就是年代之间，毒品政策变得更为严厉。面对艾滋病的传播，明确阿根廷以治疗为主的模式及其严厉的政策变得很有必要了。

降低毒品毒害作用

在阿根廷，降低毒品毒害作用的项目能有效被城市治疗中心中的注射吸毒者有效使用。该项目最初由非政府组织实施，主要的对象是几乎或完全与治疗服务和社会服务没有联系的注射吸毒者。逐渐，诸如布宜诺斯艾利斯、罗萨里奥和圣达非等城市的公共卫生官员批准降低毒品毒害作用的项目作为其艾滋病政策的重要方面。¹⁰ 最终于 2003 年，卫生部自身也出台了一项降低毒品毒害作用和艾滋病预防的项目。

阿根廷和其他南美洲国家普遍不支持毒品的合法化和其他激进的措施。然而，考虑到艾滋病传播的情况，从实用角度上考虑以及考虑到以往降低毒品毒害作用项目的效果，各国政府开始对这一预防措大力支持。除了对吸毒，艾滋病和肝炎的关注本身之外，非政府组织和公共卫生官员也经常像吸毒者提供有寡居法律和吸毒者权利的信息和建议。

和预防本身同等重要的是项目实施者的态度和姿态。吸毒者一直受到各个机构（如警方，监狱系统，卫生服务等）的负面对待，只有遇到尊重他们人权的专业人士才能得到安抚。尽管面临挑战，项目降低毒品毒害作用项目得工作人员经常谈到当受到项目得益者的感激时，他们认为自己的工作有所回报。¹¹

吸毒者对信息和公共卫生服务反应理智。人种学和社会学研究表明注射吸毒者完全了解注射吸毒的危险和害处，包括死亡 (Pecheny et al 2002; Epele 2003)。吸毒个人必须了解他们可以选择降低毒品危害预防措施。在吸毒者中，照顾自己和照顾他人的行为很常见，比如，妇女采取避孕措施和育前护理，吸毒者接种防乙型肝炎疫苗，领取 HIV 化验结果的人 (in Jorrat et al 2004' s sample, 209 名注射吸毒者中的 91% 这样做)。¹³

对于现行吸毒者和以往吸毒者来说，同伴之间的教育和咨询，注射器交换和发放，安全套的

发放，包括具有更多技术含量的工作如检测和评估则更为有效。使用项目受益人的“本地知识”对项目的成功至关重要，这一点在制定坚持性项目时应该考虑到这一点。使用者的参与本身是使项目与社会相结合的工具，对于一些项目来说，则是其存在的关键。

预防和治疗

二十年的艾滋病传播历史证明预防和治疗密不可分。¹⁴ 在阿根廷，在国家艾滋病项目和其他卫生系统部门（例如社会安全和保险等部门）的支持下，抗逆转录病毒药物的发放已经开始实施。专门法律保证对对艾滋病病毒感染者、艾滋病患者进行免费、统一的治疗，不得歧视因何种途径感染艾滋病的患者。¹⁵ 2003 年阿根廷约 23,000 名患者接受高效抗逆转录病毒治疗，其中多数是通过国家艾滋病项目得到治疗的。现行和以往吸毒者、其伴侣、子女组成了高效抗逆转录病毒治疗接受者的重要组成部分。

以下是拉丁美洲关于注射吸毒者接受抗逆转录病毒治疗的两篇报告。第一个是我在布宜诺斯艾利斯进行的关于在艾滋病病毒感染者、艾滋病患者和/或丙型肝炎患者间疾病管理的社会学研究。第二个是以医院为基础的研究，该研究由布宜诺斯艾利斯著名卫生专家进行，内容关于其治疗感染艾滋病病毒的注射吸毒者的经验。这两项研究表明，吸毒可能是影响 HIV 管理和治疗的重要因素。

艾滋病病毒携带者/艾滋病患者和/或丙型肝炎患者的日常生活

2001—2002 年，在布宜诺斯艾利斯大学，我进行了一项关于艾滋病病毒携带者/艾滋病患者和/或丙型肝炎患者的日常生活的研究。¹⁶ 我采访了 HIV 化验结果呈阳性的人，感染丙肝患者或两者并发感染的人，包括不同渠道感染的感染者。我们发现，一旦患者开始接受治疗，无论患者通过性交感染或注射吸毒感染，他们在对治疗的态度，是否坚持治疗和其他与治疗有关的方面上非常相似。

诊断

我们采访到的每个人在接受诊断时都对艾滋病有着全面的认识，但是几乎没有人对丙型肝炎有所了解。艾滋病病毒和丙型肝炎感染者了解其已被感染的途径类似。多数患者当自己或其伴侣出现症状时，或者当其伴侣化验结果呈阳性时发现自己也被感染。一些妇女在其怀孕期间或怀孕后发现自己被感染。还有一些患者是在治疗其他疾病时发现被感染。并发感染的受访者一般首先发现其感染艾滋病病毒的情况，通过随后的化验，有时是在几年之后，才发现自己同时感染丙型肝炎。

艾滋病病毒感染者，丙型肝炎病毒感染者或两种病毒同时感染者对化验结果反应各不相同。艾滋病病毒感染者的最初反应与死亡和罪恶感相联系。虽然几年来对艾滋病传播的态度有所改变，但多数人还是将艾滋病与不可避免的死亡，无望，恐惧，歧视联系在一起，患者得到其化验结果的反应正是与这个大环境有关。不过，当受访者得知治疗艾滋病的信息后，态度有所转变。对患者来说，减轻他们最初将艾滋病与死亡相联系观念至关重要。否则，将无法进行任何治疗，包括个人治疗和专业治疗。另一方面，面对感染丙型肝炎的诊断，患者通常显得迷惑，表示对这种疾病不甚了解。得到相关知识和治疗后对丙型肝炎（与甲型肝炎不同）有了更完整的认识，有时会导致患者绝望的心理。

所有通过注射吸毒感染艾滋病病毒或同时感染丙肝病毒的患者在化验前能依稀感觉到自己会被感染，注射吸毒者的性伴侣也有同样的感觉。相反，现行或以往注射吸毒者往往对只感染丙肝病毒的化验结果表示惊讶。这可能是由于相对与艾滋病病毒来说，患者较缺乏对丙肝病毒的认识造成的。在注射吸毒者当中，患艾滋病似乎是预料之中得事，但患丙肝却是意料之外的。对于通过与非吸毒异性性交感染艾滋病病毒的非吸毒者，和一例通过输血感染的患者来说，化验结果往往很另其惊讶。同性恋者对化验结果往往没有一个统一的反应。

诊断之后，感染艾滋病病毒的患者或艾滋病病毒和丙肝病毒的同时感染者来说，他们往往经历一段否认自己已被感染的时期，但是最终都去寻求治疗。有一些人会经历很长一段不安的状态，耽误了治疗。还有一些人直到出现可视的症状才相信治疗的必要性。

治疗

在阿根廷，卫生系统的不同部门都可以实施抗逆转录病毒治疗。虽然治疗会因为一些原因中断，或有区域困难，但是患者都可以免费接受治疗。我们已经研究过治疗是如何深入患者的日常生活，与其生活环境保持一致的。多数情况下，诊断结果并不直接促使患者寻求治疗，而是患者或多或少出现症状的时候才前往就诊。症状出现前就寻求治疗的患者都是对治疗信息有更好了解的人。知识并不与患者所受教育相关，而是与观察疾病的第一经验有关——如通过感染艾滋病病毒的熟人，接受治疗的朋友或家人，或与专业非政府组织有所接触。

我们发现少之又少的患者在开始治疗后中断治疗。总的来说，当病人意识到他们的疾病时，坚持治疗的可能性非常高。据患者说，他们与医生的关系是促进坚持治疗与否的重要因素。如果遇到“尊重他们人格”“认真聆听他们需要”的医生时，患者往往能很好地持服药，进行血样化验，接受其他治疗。一些受访者特别指出，有些医生能以性别的优势设身处地地为患者着想。一旦患者觉得与医生相处愉快，医患关系就变得亲切了。医生是否友好，服务是否贴心会在艾滋病病毒感染者，艾滋病患者之间广为传播，特别是在吸毒者，同性恋者和变性者间传播。

通过研究，我们的结论是在继续吸毒的情况下，坚持治疗也是有可能的。坚持治疗本身能降低吸毒带来的危险，有时还能使患者放弃吸毒的行为。尽管如此，我们在第二阶段采访到的大多数卫生专家还是认为注射吸毒者不能坚持治疗，这些人在患者中占很大比例。

卫生专家认为吸毒者是充满矛盾的患者。卫生专家会说他们多数同事不愿意治疗吸毒者，又承认自己缺乏治疗吸毒者的特殊技巧。根据我们的受访者，一个重要的因素是所谓的吸毒者不能遵守治疗准则的问题。这是对吸毒者的一种偏见，实际上吸毒者有可能很好地遵守行为准则。

这一研究阶段的初步结果显示了卫生专家间不同的态度。态度的不同与工作（医生，护士，社会工作者，药剂师，管理人员）、年龄，与患者工作的经验有关。年轻的受过良好培训的专家能够理解违禁药物的不同使用及如法律、社会、文化等吸毒的衍生物（cf. preliminary results in Alonso et al 2003）。¹⁸

其他的治疗接受显示，在同样的深灰经济条件下，吸毒者和非吸毒者一样能够坚持治疗。¹⁹通过这些发现，实施了一些项目来培训卫生专家，训练他们如何对待吸毒者，克服自己的偏见以更好地服务于吸毒人群。

压力和副作用是中断治疗最多被提及的原因——通常是中断很短一段时间。坚持治疗的动力首先归功于医生营造出的信任，其次归功于有效的治疗结果。如果治疗看起来有效，患者就会坚持服药。然而，有效的治疗结果也能带来不太正面的结果：患者可能会认为治疗起到了效果而停止治疗，特别是服用药物已经很多年的患者。似乎每个患者都有这种情况，而不分他们致病的途径。

最后，患者常抱怨药物的提供时常会中断（政府有时会因为经济或运输的困难中断某些药物的供应；在这种情况下，社会的流动性和个人的诉讼有助于政府稳定提供抗逆转录病毒的工作）。事实上，药物提供的中断是阿根廷坚持抗逆转录病毒治疗的主要障碍之一。另外，患者还需忍受在得到药物时会遇到的令人失望的官僚管理。这些组织机构的因素也会给坚持治疗带来困难。

患者的“专业化”

在与医生的交往中，患者逐渐对其自身状况有专业的了解，这能使壮大患者的力量。个人从属于直接或间接受艾滋病影响的社会网络，也就是同性恋者，以往或现行吸毒者，艾滋病患者之间的网络。

专业化指病人对其疾病有更多的了解。这种学习过程包括很多方面，如症状，化验结果，治疗，服药，医学术语的使用，对实验室的了解，法律上的权利，与其他人（包括卫生专家）的交往，接受供给的方法，医院及专家等。患者甚至还学到护理的技巧：在家进行护理，降低干扰，使患者过上更“正常”的生活。

以往吸毒者有特别的技巧能用在治疗上——比如注射抗丙肝药物。吸毒者对注射器，针头和药物有着一定的 *savoir-faire*（“智慧”）。然而，有些患者对使用注射器——和他们注射可卡因同样的注射器——表达了复杂的感受。有一例病人表示她不能面对注射器而停止了丙型肝炎的治疗。

对药物的了解指指导药物的成分、作用、禁忌征象、使用方法、价格及如何得到该药物/或以最低的价格买到这种药物。医药术语开始出现在日常用语中。我们采访的人称他们十分关注药物技术方面的进步和发展。

专业化研究的一个重要方面是研究具有相同病症的人群（以往或现行吸毒者，同性恋者）网络在诊断之前和之后的作用。非政府组织和自助的人群在专业化过程中起了重要的作用，在诊断过程中的危机点和后来的“正常化”之间提供了支持。

当家庭受同样病症的影响时，正常化过程似乎会加快。当受访者需要谈到个人问题或要求帮助疾病管理时，很多人谈及家庭成员。受访者描述了家庭成员间不同关系的转变；诊断时，他们时常面临家庭的指责，自己深感内疚，但多数人最终得到家庭的帮助。支持通常来自患者的母亲，姊妹及亲密的朋友。很多时候当患者遇到治疗困难企图停止治疗时，这些亲属常帮助他们克服危机、坚持治疗。

在有些情况下，患者得不到亲属们感情上的支持。有些人有着吸毒历史，他们感染艾滋病病毒的情况也不能缓解其与家人的紧张关系。这些人常从朋友和专业人士处寻求感情上的支持。有些注射吸毒者的艾滋病病毒诊断起着与家人关系转折点的作用，诊断的结果重新打开了患者与家人沟通的渠道。在这种情况下，受访者说感染艾滋病病毒也有“好的”一面，因为他们摒弃了不良行为，重新融合到家庭之中。

大部分患者得到感情上的支持，然而很少得到经济上的支援。得到经济支援的患者从总的来说都来自社会中上层，不能得到经济支援的多来自社会底层。从 2001 年开始，当地一些艾滋病项目向需要的患者发放食物或餐券。这些项目提高的患者坚持治疗的数量，同时提高了艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的生活质量。没有感染艾滋病病毒的丙型肝炎患者则不是这些项目的救助对象。

以上发现证明了吸毒者一旦能对其情况负责，并在遇到严重的社会危机和个人问题时得到帮助，他们就能够坚持治疗这一观点。然而，多数吸毒者要克服危机，在当前的社会和经济情况下还很困难。²¹

为了面对经常出现的困难，应采取一种综合治疗措施。在设计治疗项目时必须考虑个人状况和社会条件——包括吸毒。卫生专家深知这样做有很大困难，特别是在拉丁美洲的公立医院自愿非常有限。然而，成功的例子还是有的。

布宜诺斯艾利斯医院中吸毒者的研究

Graciela Moscatello 医生，Patricia Campello 医生和 Jorge A. Benetucci 医生在 F. J. Muñoz 博士传染病医院工作，这是阿根廷治疗艾滋病的一个重要的医院。以下是他们于 2003 年发表的关于使用综合治疗法治疗注射吸毒者的成功经验的报告。

1983—2001 年间，共有 12,292 人前往该医院艾滋病病毒感染科化验 HIV。其中 27%（3319 人）是注射吸毒者。诊断最常见的结果是血液感染，性传播性病和结核病。分布情况是：80% 感染艾滋病病毒，92% 感染丙型肝炎，73% 感染乙型肝炎。在这期间科里 1472 例治疗中，65%（957 人）是注射吸毒者。35%（957 人中的 515 人）被诊断为结核病。

作为一贯将注射吸毒者排除在卫生体系之外的回应，Moscatello et al. 实施了一项可使其诊断与吸毒有关的紧急情况的“调查行动的战略构架”，以便对注射吸毒者采取适宜的治疗方法。该研究历时 21 个月（2000 年四月—2001 年十二月），研究对象包括 108 名感染艾滋病病毒的注射吸毒者（73 名男性和 35 名女性）。

作者根据一名为 TMSP 的分数将研究对象进行四个阶段（A-D）的研究，允许应患者要求对个人进行优先治疗，允许选择特定治疗方法，随后的治疗及研究期间的医疗检查。

A 阶段检测了患者初次使用毒品的年龄（56% 的患者 11—15 岁之间开始吸毒，26% 的患者 16—20 岁之间开始吸毒，11% 的患者 21—25 岁之间开始吸毒，7.5 的患者大于 26 岁时开始吸毒）；注射吸毒的时间（46% 大于十年，26% 六至十年，25% 少于六年）。这一阶段同时显

示，最常见的毒品或混合毒品是可卡因，benzodiazepines 和大麻，饮用烈酒在患者中也很常见。80%的患者有犯罪记录。

B 阶段检查了随后的治疗情况，并表明 56%的患者已经了解到其感染艾滋病毒的情况。然而，这些人并没有接受任何随后的治疗。38%的患者偶尔中断治疗或停止随后的治疗，这些人没有进行乙型肝炎或丙型肝炎的化验。研究过程中，60%的患者乙型肝炎化验结果呈阳性，81%的患者丙型肝炎化验结果呈阳性，43%的患者感染结核病（只有一例感染耐多种药物的结核病）。

C 阶段检查了家庭和社会状况。患者中没有工作的比例很高，55%的人没有工作，只有 12%的人有稳定工作。约三分之一的患者临时工作，不在社会安全系统内。从住房的角度看，29%的患者有固定住处，56%的患者居住在边缘地区，12%的患者露宿街头，不到 3%的患者在监狱中。63%的患者接受过或正在接受审判，28%的患者因抢劫几次入狱。

D 阶段研究提供了心理评估，发现 70%的患者没有严重的人格变化；23%的患者有轻微的人格变化；6%的患者有严重的人格变化。

研究之初，108 名患者中只有 7 人问题较为严重，但是 21 个月后研究接近尾声的时候，40%的患者问题较为严重 ($p < .0001$)。下表显示在研究不同阶段患者问题较为严重的分布 (p. S345)：

阶段	研究之初	研究结束时
A (低)	7	40
B	58	40
C	33	18
D (高)	10	10

根据作者的报告，“40 名最终变为 A 阶段（轻微严重阶段）的患者中，30 人根据当时的状况使用了抗逆转录病毒治疗。接受抗逆转录病毒疗法并能坚持治疗的患者，使用对神经起特殊作用的药物的程度比以往略有减少”。(S345)

91 名被分在中度严重阶段（B 阶段和 C 阶段）的患者中，33 人（总人数的 31%）降低了他们 TMSP 分数，被转入 A 阶段。这是一个显著的提高，特别是与先前他们被排除在卫生体系之外的情况相比。这是通过改变社会因素达到的。居高不下的无业率，没有收入和住房，饱受偏见等情况是患者很难保持与治疗中心的关系。试验者找到了反驳吸毒者必须先戒毒再接受治疗的观点。与此相反，我们主要的目的是帮助注射吸毒者清除促使他们吸毒的社会环境。

“两个重要因素的结合，也就是提高对应社会问题的能力和消毒戒毒的压力是患者被夸大了的健康危险减小了。这意味着，患者可以在没有戒毒的压力下与医院共同努力达到降低毒品危害的目的”（S345）。这些发现与患艾滋病的患者和吸毒者的视点保持一致。

在该科室工作的专家采用多种方法解决注射吸毒者面临的种种问题：

- 他们在布宜诺斯艾利斯当地有关部门的支持下，努力为无家可归的注射吸毒者寻找免费住所。
- 他们帮助需要食物的注射吸毒者联系提供食物的不同社区和社会服务组织等。
- 为注射吸毒者争取到免费公共交通，以便是他们能够前往医院进行治疗（交通费用是不能前往医院就诊的主要障碍）
- 努力使国家艾滋病项目包括注射吸毒者，这些项目提供高效抗逆转录病毒治疗，机会感染的预防药物，测量病毒载量和 CD4 细胞量。

作者的结论是“对处理社会事务的支持和对很难迅速自愿达到的缓解戒毒压力的支持可以显著地加强注射吸毒者和卫生体系间的关系，从而改善医院条件及提高降低毒品毒害的效果。同时还可以减少个人、家庭和社会暴力。”

Ben Linas 和 Marcelo E. Vila 医生在布宜诺斯艾利斯艾滋病委员会的一本出版物中提出这样的问题：“用高效抗逆转录病毒疗法治疗吸毒者是否可能？”他们的回答是肯定的。艾滋病委员会和公共医院及非政府组织一道促进降低毒品毒害作用的项目和患者接受治疗的机会。

根据 Linas and Vila²²，“很多社会和行为的因素影响患者坚持高效抗逆转录病毒治疗。因为，在开始治疗前了解这些因素非常重要。了解除吸毒以外的影响因素也非常重要。吸毒者不能坚持治疗的观点是错误的，这种观点没有考虑到吸毒者处于社会边缘的影响，如贫穷、家庭暴力、心理失调、恶劣的医患关系等。当然并不是每个吸毒者的生活都是一团糟的。如果我们能降低医疗上的一些障碍，我们可以让患者更好地坚持治疗。我们的战略是采取特别的措施保证患者坚持治疗，培训医生、护士和相关工作人员，同伴间咨询，医疗指导以及激发患者本身的治疗动力。”如果有条件的话，注射吸毒者很愿意改善其健康状况。比如他们的研究中发现，174 名主动前来咨询并接受艾滋病病毒化验的现行注射吸毒者中，90% 都能前来领取化验结果，80% 的人接种了三剂量的乙型肝炎疫苗。²³

艾滋病委员会的研究²⁴提出了以下结论：

- 很多吸毒者能够坚持抗逆转录病毒治疗。
- 主动接受治疗并能够坚持训练的有素的医疗人员的治疗的感染艾滋病病毒的人和艾滋病患者取得的疗效和其他患者类似。
- 社会因素和个人因素影响患者坚持抗逆转录病毒治疗。
- 把不能很好坚持治疗的影响因素孤立看待是不可取的。
- 为弱势群体特别涉及的方案能够促使这些人坚持治疗。
- 开始或推迟高效抗逆转录病毒治疗前一定要考虑到患者的治疗背景和社会背景。

在罗萨里奥，艾滋病市级项目²⁵的研究得出类似的结论：

- 设计合理、亲切友善的服务很受吸毒者的欢迎。如果吸毒者得到恰当的信息、方法和支持的话，他们对待健康问题的态度对改善。
- 如果医务人员得到正确培训的话，他们的目的将从戒毒转变为降低毒品毒害作用。
- 吸毒者和医务人员的关系能够也应该变得融洽。
- 很多吸毒者为了防止怀孕才使用安全套，安全套的作用应从避孕工具转变为有效的健康卫生工具。

结论

这些关于为注射吸毒者提供 HIV 治疗的讨论对我们来说已经很熟悉了。这些讨论与如何对贫困国家贫穷的人实施 HIV 治疗，如何克服偏见的讨论是相同的。得到的经验也是相同的：综合有效的对付艾滋病的方法同时需要预防、治疗及对弱势个人和群体人权的尊重。

拉丁美洲的经验²⁶说明在正确的环境和政治的支持下，发展中国家可以为病患者提供有质量的治疗。然去区域覆盖率的问题却很复杂，巴西和其他拉美国家及加勒比地区国家向*所有艾滋病病毒感染者和艾滋病患者*提供抗逆转录病毒治疗。面临的挑战还有树立*向所有需要的人*提供治疗的例子。如果向所有有需要的人提供治疗，人们将更愿意接受化验，弱势群体和边缘人群也将有机会接受治疗，也可以减少社会对艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的偏见。目前我们的受益人群还很少，我们面临的任务是要扩大我们受益人群。”

* 作者为布宜诺斯艾利斯大学，CONICET 大学教授。哥伦比亚大学拉美学院访问教授。

本报告英文版，请参考：

http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/arv_idus_20040715