

目 录

2007 年 12 月 第 5 期 (总第 26 期)

编者按	1
[专家意见]	
中国美沙酮维持治疗与海洛因滥用	2
美于我国开展社区美沙酮维持治疗问题—刘志教授答记者问	4
[理论与实践]	
关于我国进行美沙酮维持治疗卫生经济学评价的探讨	7
美沙酮维持治疗及长期戒断的海洛因成瘾者脑内多巴胺转运蛋白功能的 PET 影像学研究	8
美沙酮维持治疗中受治者保持治疗的影响因素和实际验证	9
美沙酮维持治疗的法律与政策争议	10
社区美沙酮维持门诊的服务理念亟需深化	11
美沙酮剂量与维持率的关系	12
[经验介绍]	
关于美沙酮剂量的争议	13
上海美沙酮维持治疗情况介绍	14
十堰市健康门诊开展社区药物维持治疗存在的问题	15
美沙酮门诊在成瘾者眼中存在的问题	16
心理社会治疗对美沙酮维持治疗的影响	封三
[资料]	
国家公安部、卫生部、药监局社区药物维持治疗联合督导组、国家艾滋病防治综合督导	10
2007 年世界艾滋病日宣传主题	封三
[数据统计]	
我国关于社区美沙酮维持治疗文献统计	封底

编者按

2003年2月11日,国家卫生部、公安部及国家食品药品监督管理局联合下发了《关于印发“海洛因成瘾者社区药物维持治疗试点工作暂行办法”的通知》,2004年初,正式启动了我国社区药物(美沙酮)维持治疗工作。旨在通过开展社区美沙酮维持治疗(MMT),减少与毒品有关的犯罪和对艾滋病经吸毒感染和传播。三年来,我国社区美沙酮维持治疗工作取得了重要进展。截至2007年10月底,全国22个省、区、市共开设了397个美沙酮门诊,累计参加治疗的海洛因成瘾者已达88 313人,目前正在治疗的517 518人,患者年治疗保持率为64.5%。此外,各门诊治疗机构还对所有参加治疗人员提供定期免费的艾滋病检测和咨询服务。

国务院防治艾滋病工作委员会办公室主任助理、中国疾病预防控制中心性病艾滋病中心负责人韩孟杰近日透露:中国去年全面推进的吸毒人群美沙酮维持治疗已取得成效,接受治疗者注射吸毒的比例、违法犯罪行为明显下降、就业比例明显增加,家庭关系显著好转,超过94.7%的患者对维持治疗感到满意。同时,作为美沙酮维持治疗的补充,清洁针具交换工作在吸毒较重的地方逐步展开,全国有17个省的204个县区共建立了729个吸毒人群清洁针具交换点。2007年第三季度统计显示,参加清洁针具交换的注射吸毒者约有49 108人。

为了使广大从事社区美沙酮维持治疗的工作人员全面了解我国开展此项工作的情况,同时也希望使人们知晓目前社区美沙酮维持治疗所面临的困难和挑战,我们特组织了一期“社区美沙酮维持治疗专刊”,请有关专家、学者、社区美沙酮维持治疗医生、戒毒者围绕这一主题进行了集中报道。我们相信随着社区美沙酮维持治疗工作在全国的逐步展开,这一工作将为我国的禁毒、防艾和戒毒人员回归社会做出重要的贡献。

主 编 陆 林

顾 问 沈 洁 郑继旺 陈佳鼎 Ingo Ilja Michels

副主编 刘志民 赵成正(执行)

编 委(按姓氏拼音)

安玉泉 蔡燕强 陈 虹 陈佳鼎 程 峰 邓艳萍 高峻钰 郭 松 贺 雄

侯远高 Ingo Ilja Michels 金 俊 李 静 李建华 李晓东 连 智 梁建辉

刘 伟 刘彦红 刘志民 陆 林 吕 繁 吕宥祥 马元玺 明中强 沈 洁

时 杰 汤宜朗 王 萍 王 玥 王艳芳 王增珍 韦 丰 吴尊友 涂国柱

薛丽燕 曾 岚 张锐敏 赵 苓 赵 敏 赵成正 郑继旺

[专家意见]

中国美沙酮维持治疗与海洛因滥用

20 世纪 80 年代后期,中国的药物滥用人数量迅速增加,滥用的物质主要是海洛因。大多数海洛因滥用者采用静脉注射的方式用药,这大大增加了 HIV 感染的几率。在中国,大部分药物成瘾者仅接受短期的药物急性脱毒治疗,据有关资料显示,这些经过脱毒治疗的患者在一年内的复吸率高达 60%–95%,因此,如何降低复吸率已经成为世界性的难题。事实上,成瘾患者的治疗措施应该既有药物脱毒治疗,又有药物的维持治疗。自 2004 年以来,为了降低药物相关的危害,特别是降低 HIV 传播的风险,中国政府针对长期的海洛因依赖者开展了社区美沙酮维持治疗的试点工作。

中国的药物滥用和 HIV 感染现状

药物滥用的流行状况(1980 年-2006 年)

20 世纪 80 年代末期,随着改革开放政策的实行,药物滥用问题又在中国重现。90 年代起药物滥用迅速流行,城市吸毒人数增加,海洛因滥用逐渐成为最显著的社会问题。官方统计数据表示,截止到 2006 年底,中国登记在册的药物滥用者已达 116 万,而实际上估计的药物依赖者数量远不止于此。药物成瘾者主要是 30 岁以下单身青年男性,教育水平低并且没有稳定工作。其中海洛因依赖者约有 70 万,占药物滥用者总数的 78.3%。在云南,四川,广西和广东等毒品流行严重地区,海洛因成瘾的流行率甚至更高。使用最多的两种给药方式是静脉注射(50%–70%)和烫吸“追龙”(25%–50%)。尽管最初鼻吸和抽吸海洛因较为普遍,但后来通常转为注射。近年来,静脉吸毒者的比例在许多地区居高不下,特别是四川(西昌市),湖北,甘肃和广东(广州市)。90 年代末起,新型滥用药物的使用开始上升,主要是苯丙胺类兴奋剂(ATS)和其他类似合成药物,包括苯丙胺,甲基苯丙胺和致幻剂。近年来在东南沿海等地区的夜总

会 ATS 的使用普遍迅速提高。但海洛因仍然是最主要的滥用药物,并且造成严重的公共卫生和社会问题。

HIV/AIDS 的感染现状(1980 年-2006 年)

药物滥用导致了 HIV/AIDS 在中国的高发病率,HIV 在静脉吸毒者中迅速传播。自从中国首次发现 HIV/AIDS 病例以来,HIV/AIDS 的流行可分为三个时期。

传入期(1985 年–1988 年):中国于 1985 年发现首例 AIDS 患者,其后的三年里又相继发现 17 例 AIDS 患者。这一时期的感染者主要是外国人和海外华人。

播散期(1989 年–1993 年):1989 年云南省发现首例药物滥用相关的 HIV 感染,当年又在云南的药物滥用者中检测到了 146 例 HIV 阳性病例。这一时期 HIV/AIDS 主要在静脉吸毒者中传播。

上升期(1994 年–现在):HIV/AIDS 迅速从药物滥用者传播到一般人群。到 2006 年 11 月,中国共有 183 733 例 HIV 阳性感染者(包括 40 667 例 AIDS 患者)。据估计中国约有 100 万 HIV 感染者,其中有 8 万 AIDS 患者。

药物滥用与 HIV/AIDS 的联系

中国 HIV 感染率高主要与药物滥用的方式有关。最主要的传播方式是通过静脉吸毒和共用针具所致的血液传播。在 1997 年–1998 年对广东 3015 名感染 HIV 的海洛因成瘾者的调查结果显示 86.36% 的 HIV 阳性者是静脉吸毒者,这些静脉吸毒者中 89.4% 的人与他人共用针具。静脉吸毒者中的 HIV 感染高发率说明静脉吸毒是导致 HIV/AIDS 快速传播的重要因素。研究表明 70% 的药物滥用者是静脉吸毒者,这一比例在女性和少数民族地区中甚至更高。如果不采取有效的措施

HIV 病毒将迅速从吸毒人群传播到其他人群。另一种常见的 HIV 传播方式是通过与药物相关的卖淫和无保护的性行为进行的性传播。在中国,多数药物滥用者有商业性行为,且许多性工作者注射毒品,这为 HIV 在大众中的传播提供了桥梁。另外,高危性行为在静脉吸毒者中很普遍,他们是 HIV/AIDS 感染的高危人群。与血液传播相似,HIV/AIDS 通常通过无保护的性行为从高危人群传播给普通人群。

中国的美沙酮维持治疗现状

政府对美沙酮维持治疗的政策

美沙酮维持治疗是一种抑制 AIDS 在药物滥用者中传播的有效方法。中国政府从 1993 年起实行美沙酮脱毒疗法。短期美沙酮治疗的经验一方面证明了美沙酮治疗在中国的安全性和有效性,另一方面也提出了引入长期维持治疗的要求,以减少海洛因滥用所造成的危害。近年来,由于药物滥用的困扰和 HIV 感染问题的严峻形势,以降低危害为主导思想的项目在逐渐扩大。在中国,美沙酮在治疗中应该处于何种地位一直存在争议。美沙酮维持治疗的积极效应(如预防 HIV 感染或其他药物成瘾相关危害)赢得了临床医生和研究者的支持,但反对者坚持认为美沙酮维持治疗只是以一种成瘾药物代替另一种,治疗的唯一目标应该是达到无药状态。另外,由于对药物成瘾本质的误解,美沙酮维持治疗通常很少为社区和公众所接受。

美沙酮维持治疗门诊的数量(2004 年 -2006 年)

2004 年初,中国政府决定在药物滥用情况严重的五省八市率先开展第一批美沙酮维持治疗门诊,到 2006 年底,已有 320 多家门诊为 36 000 多人提供了美沙酮维持治疗。截至 2007 年 8 月共有 47 427 例病例得到了治疗。为了控制 HIV/AIDS 在药物滥用者中的传播和其他吸毒引发的相关社会问题,我国计划在未来 5 年里建立 1000 家美沙

酮维持治疗门诊,将有 20 万药物滥用者接受治疗。美沙酮维持治疗的效果在中国海洛因滥用者中已经得到了初步的证明。研究结果表明美沙酮维持治疗可降低药物滥用者的药物注射和犯罪行为,改善其社会行为。对 102 名患者的研究证实其健康状态和生活质量得到了显著提高,药物依赖程度和抑郁的发生率明显下降,HIV 和丙肝感染率均无增加。但是,考虑到美沙酮本身具有依赖性特性,属于被管制的麻醉药品,使用美沙酮治疗成瘾在中国仍然受到严格的控制。

在中国开展美沙酮维持治疗的意义

尽管美沙酮维持治疗在中国取得了初步的成效,但该项目的推广还有很长的路要走。为了使大多数海洛因成瘾者能接受美沙酮维持治疗,政府各相关部门和公众需要进一步的合作和努力。

需要解决的问题之一是该疗法的疗效和安全性问题。研究发现患者在治疗中的留治时间越长,其毒品使用、犯罪行为和失业率的降低程度就越大。但是,由于缺少经验,中国美沙酮维持治疗的脱失率很高(约 30%-40%)。因此,各个门诊之间相互交流经验非常重要,应该借鉴香港的成功经验,进一步研究如何在中国特定环境下提高美沙酮维持治疗的疗效。另一个值得关注的问题是尽管在中央政府明确的支持下,一些美沙酮维持治疗项目能够成功开展,而该项目的推广却面临着不同层面上政策相互矛盾的尴尬局面,这是由于对降低危害的理解不同造成的。另外,有些地区对美沙酮维持治疗缺乏足够的财政支持也是限制美沙酮维持治疗全国性实施的重要因素之一。

总而言之,在生物和伦理两方面对美沙酮维持治疗项目态度的转变在我国美沙酮维持治疗推广中起关键的作用。尽管完全解决这些问题是困难的,时间会证明中国是否能成功地全面开展美沙酮维持治疗项目。

(陆林,北京大学中国药物依赖性研究所)

[专家意见]

关于我国开展社区美沙酮维持治疗问题

—刘志民教授答记者问

刘志民:首先,滥用包括海洛因在内的各种毒品都是违法行为,从医学角度看,因滥用毒品导致的成瘾则是一种病态。近年来的脑神经生物学研究和药物依赖临床治疗实践均表明,海洛因成瘾是一种慢性、具有复发倾向的脑病,临床表现为强迫性的、不可控制的、不顾后果的觅药和用药行为,并伴有明显的个人家庭功能和社会功能的损害以及法律后果等诸多方面的问题。

吸毒成瘾者一天要滥用若干次海洛因,如果一次不用,就会出现严重的戒断症状,使吸毒人员感受到极度的身体不适,这种戒断症状会使机体处于一种应激状态,这就驱使成瘾者必须定时地去寻找和滥用毒品,以弥补他血液中海洛因水平的下降,从而避免戒断症状的出现。而长期滥用海洛因等阿片类药物可造成大脑功能与结构的病理性改变。根据美国国家药物滥用研究所的研究显示,滥用海洛因、冰毒、摇头丸等毒品都可导致脑神经细胞形态上的病理变化,例如萎缩、变性、坏死,另外还有功能上的障碍,这种变化既有整体上的也有微观的细胞和分子水平上的变化,因此,海洛因成瘾现象是大脑神经细胞受损的结果。

美沙酮是一种治疗阿片类药物成瘾的药物

记者:对海洛因成瘾者的维持治疗为什么会选择美沙酮这种药物?美沙酮有哪些药理学特点?

刘志民:美沙酮是一种阿片受体激动剂,具有口服使用有效、作用时间长、药物滥用潜力低等特点。美沙酮最早是二战期间由德国研制和合成的,当时主要用于镇痛。20世纪60年代,研究人员发现美沙酮可以用于替代治疗阿片类(海洛因)依赖。我们说一个理想的替代维持治疗药应具有这样一些特点:一是作用时间比较长;二是药物滥用潜力比较低;三是可以口服给药。美沙酮就同时具备这三个特点。1972年,美沙酮作为一种治疗阿片类药物成瘾的替代药物通过美国FDA认证,随后在美国、欧洲、澳洲等地区开始了美沙酮维持治疗的研究和

广泛应用。当时实施美沙酮维持治疗的主要目的是减少因吸毒引发的犯罪等社会问题。近年来,随着对阿片类药物成瘾机制认识的深入和艾滋病流行的威胁,美沙酮维持治疗已在越来越多的国家得到应用,已成为全球阿片类药物依赖维持疗法中应用最为广泛的方式之一。

我国政府在借鉴国外经验的基础上,于2004年3月启动了社区海洛因成瘾者的药物维持治疗工作,国家工作组秘书处和CDC对前期试点的评估结果表明,基本上达到了我们的预期目标,也就是社区美沙酮维持治疗的开展降低了因吸毒引起的社会危害和HIV感染等公共卫生问题。

维持治疗不是“小毒代大毒”:美沙酮维持治疗有利于海洛因成瘾者的身心康复

记者:有人在介绍美沙酮与海洛因的区别时,将前者比喻为饿了要吃东西,只是一种身体依赖,而后者不仅是要吃,而且是非要吃他爱吃的那种东西,体现为一种心理依赖,对此您怎么看?

刘志民:医学上将药物依赖分为身体依赖和精神依赖,海洛因的精神依赖性主要表现为两方面:一是对毒品的心理渴求,二是强烈的寻药行为。吸毒者之所以会复吸,主要是因为对毒品的精神依赖在起作用。

而身体依赖是指长期使用某种物质(毒品)突然停用后,身体出现戒断症状。各种毒品表现出的戒断症状不尽相同,阿片类(海洛因)戒断症状往往在末次吸毒后4~6小时出现,表现为轻者打哈欠、流鼻涕、流眼泪、流口水等植物神经功能紊乱的症状,再发展的话就会出现鸡皮疙瘩、胃肠痉挛及腹痛、腹泻、呕吐、发热,严重的出现惊厥。美沙酮的药效作用主要是针对身体依赖,即通过用药不使其出现身体戒断症状。

记者:有人曾质疑美沙酮维持治疗是“小毒代大毒”,对此您怎么看?

刘志民:我认为这种看法是错误的。吸毒或药

物滥用的定义是指非医疗用途而滥用药物,目的是体验这种药物产生的特殊精神效应。美沙酮的替代维持治疗属于医疗使用,不是滥用,不存在“小毒代大毒”的问题。当然,麻醉药品本身具有两重性,即正常医治疾病是药物,而如果管制不严,流入非法渠道则就成为毒品。应说明的是,虽然美沙酮会产生一定的药物依赖性,但这种依赖主要是身体依赖,不会使服用者产生显著的精神依赖问题。

此外,美国在20世纪60至80年代对美沙酮进行了大量的流行病学调查、临床观察,包括实验室研究,从这些结果来看,相对海洛因而言,美沙酮对海洛因成瘾者身心康复是有益的。举个例子,海洛因对人体免疫系统的损坏作用非常大,用美沙酮后,免疫系统的功能可以逐步地得到恢复;另外海洛因成瘾者的神经内分泌系统是处于紊乱状态的,服用美沙酮之后可以基本恢复阿片成瘾者神经内分泌系统功能,这无论是促进维持者的身心健康,还是对于维系其家庭的角色和社会职能都是有帮助的。当然,这不意味着服药就可以解决成瘾者同时存在的所有身心障碍,特别是精神卫生问题,对此,还需要医务人员在社区美沙酮维持治疗服药人员进行全面观察、诊断基础上,对有其他身心疾病的施以其他必要的医疗措施。

不是所有人都适合美沙酮维持治疗,受治者都曾多次戒毒但没能成功戒断

记者:我们在选择参加美沙酮维持治疗的吸毒人员时,有什么标准和原则?

刘志民:不是所有的人都适合美沙酮维持治疗。有些人没有戒毒治疗的主观动机,不愿意参加治疗,有些是没有必要参加。目前,国家工作组要求美沙酮门诊的受治者必须同时具备以下条件:经过多次戒毒仍不能成功戒断或多次复吸的阿片类药物成瘾者;年龄在20周岁以上;当地居民或在本地居住六个月以上的外地户籍公民;具有完全民事行为能力。对于已感染艾滋病病毒的阿片类药物成瘾者,可以放宽年龄限制。

对于那些药物依赖程度比较轻的海洛因成瘾者,我们还是希望通过戒毒治疗来使其脱毒康复,彻底摆脱毒品,让他们在无药的状态下回归社会。

记者:维持治疗人员选择参加美沙酮维持治疗后,他大概要负担多少费用?

刘志民:美沙酮成本比较低,目前,基本是由我

国政府提供这种药物,每天的治疗费用不超过十元钱,考虑到一些地区的具体问题,在一些经济欠发达地区仅收3-5元钱,不会给维持治疗人员带来太大经济负担。但由于维持治疗是一个长时间过程,对于一部分服药人员及其家庭,特别是无稳定经济来源的家庭,这笔费用也确实是一笔不小的开支。一些地区的调研表明,已出现个别服药人员因支付不起治疗费用而退出MMT造成脱失的问题。我认为对于这种情况要进行研究,针对不同情况给予合理解决。

记者:参加美沙酮维持治疗一段时间后,能不能逐步减少美沙酮用量以至实现无药?

刘志民:我们当然希望治疗中美沙酮用量可以逐步地递减,直至把药完全撤下来,这是理想目标,但实际上有相当一部分人很难达到的。参加维持治疗的人得有这样的心理准备,即可能需要一个长时间的维持治疗过程。

开展综合性的社会、心理、医学干预工作:不能把维持治疗视为每天给吸毒人员一点药就完成任务了

记者:据了解,有些参加维持治疗的或脱失人员因为偷吸海洛因脱失而被取消了治疗资格,在服用美沙酮人员中为什么会出现这种偷吸或脱失现象?

刘志民:这个原因是比较复杂的,首先是参加维持治疗的动机问题,申请者应该有一个强烈的想戒毒的主观愿望,如果没有这个基础,动机不纯,只是找不到海洛因时临时替代一下,这是肯定达不到理想的维持治疗的效果的。

另一个原因是可能存在的技术层面的问题。根据国外的经验,用药要因人而异,根据每个人的药物依赖程度决定给药方案和剂量,不能千篇一律都是一个剂量,也就是要实现美沙酮的“个体化用药”。理想的药量是可维持其一天中既不出现戒断反应,又不会导致过量中毒的合适剂量。如果受治者是长期吸毒人员,静脉注射海洛因剂量又比较大的,就应给他相对高剂量的美沙酮,这样一天下来,他才能不感到“饥饿感”,不出现戒断症状,从而减少偷吸毒品现象或脱失问题。

目前,国家工作组正在开展针对美沙酮维持治疗点医务人员的培训工作,指导他们更科学规范的给药。

记者:在您看来,目前的美沙酮维持治疗还有哪些方面需要改进?

刘志民: 我认为,要达到维持治疗的理想目标,主要还有以下工作需要进一步加强:

一是积极慎重地扩大覆盖面。在我国现有的 79.1 万登记在册吸毒人员中,绝大多数是海洛因成瘾者,美沙酮维持治疗不可能让每个吸毒人员都加入,但成瘾程度比较重的,多次复吸的,特别是静脉注射吸毒的和已感染 H I V 的,应该加入美沙酮维持治疗。近年来我国社区美沙酮维持治疗工作进展很快,取得了积极的阶段性成效,对美沙酮维持治疗的社会认知度和为社会接受的程度也在不断加大。但是从全国看社区美沙酮维持治疗工作发展不够平衡,一些地区海洛因成瘾者加入社区美沙酮维持治疗的比例还比较小,此外,已加入社区美沙酮维持治疗的服药人员中脱失率比较高。因此,如果要达到减少社会危害,控制艾滋病感染传播的目的,这个覆盖面还应进一步扩大,特别是毒品问题比较严重的及以注射方式为主滥用毒品的地区;此外,应对社区美沙酮维持治疗工作进行总结、分析,找出造成脱失的主要原因,并采取有效措施把脱失率降下来。

二是加强对维持点医务人员的专业培训工作,使我们的维持治疗工作更为科学和规范,这在一定程度上决定着维持治疗的健康顺利发展。

三是开展综合性的社会、心理、医学干预工作。

这是有待于解决的一个很重要的问题。应该认识到,美沙酮维持治疗不能解决一切问题,包括药物成瘾者普遍存在的心理、行为问题和生活、就业方面的困难。因此,在给药治疗的同时,应该针对不同参加维持治疗人员的具体情况,开展社会的心理的医学的干预和帮教,这里包括回归社会以后的继续帮教,社区监管,对维持人员进行定期的尿样检测,对同时存在的身心疾病给予必要的的医治,还有帮助落实就业,解决生活困难问题等,这才能视为一个完整的维持计划。只有这样,维持人员才能过上健康和正常人的生活,才能更好、更有效地实现我们开展维持治疗的社会期望目标。

四是应统一一些认识问题。社区药物维持治疗工作是我国政府为禁毒、防艾、减害而采取的一项重要举措。因此,我认为开展美沙酮维持治疗等降低危害同禁毒工作并不矛盾,是一个问题的两个方面,不能将二者分割甚至对立起来。从对前期工作的调查评估结果看,开展维持治疗以来,减少了因吸毒引发的犯罪以及黑市毒品交易,应该说这同我们开展创建无毒社区和禁毒工作以及社会和谐稳定的目标是一致的。

注:本采访曾发表于《人民公安报》,本编辑部经刘志民教授同意刊登于本期专刊。本人在原稿基础上进行了修改。

(刘志民,北京大学中国药物依赖性研究所)

[消息]

2007 年 11 月 29 日上午国务院防治艾滋病工作委员会办公室、卫生部、联合国艾滋病中国专题组联合举行《中国艾滋病防治联合评估报告(2007 年)》专题新闻发布会,卫生部部长陈竺;原卫生部副部长、中华预防医学会会长王陇德;联合国驻华系统协调代表马和励先生;联合国艾滋病规划署驻华代表施贺德先生,世界卫生组织等国际组织代表出席了本次会议。卫生部部长陈竺在会上发布了《中国艾滋病防治联合评估报告(2007 年)》的主要内容。

截至 2007 年 10 月底,全国累计报告艾滋病病毒感染者和艾滋病病人 223 501 例,其中艾滋病病人 62 838 例,死亡报告 22 205 人。

截至 2007 年底我国现存艾滋病病毒感染者和病人约 70 万,全人群感染率为 0.05%,其中艾滋病病人 8.5 万人,2007 年新发艾滋病病毒感染者 5 万,因艾滋病死亡 2 万人,在 5 万新发感染者中,异性性传播占 44.7%,男男性传播占 12.2%,注射吸毒传播占 42%,母婴传播占 1.1%。

男男性行为人群干预工作在试点的基础上逐步扩大和深入,针对吸毒人群的美沙酮维持治疗工作在全国稳步推进。

(资料来源:http://news.sohu.com/20071129/n253697564_2.shtml)

[理论与实践]

关于我国进行美沙酮维持治疗 卫生经济学评价的探讨

尽管大量的研究已经证明,与许多其他医疗卫生干预措施相比,美沙酮工作的推广能够以较少的投入获得较大的产出。但从我国美沙酮维持治疗工作的现状来看,依然存在着一些具体问题需要通过卫生经济学评价寻找答案。

首先,随着我国美沙酮维持治疗试点工作的快速推进,费用管理和投资决策将成为管理者亟需解决的问题。这需要我们建立一套完善的管理报表体系;了解并掌握美沙酮维持治疗门诊在筹建和运营过程中工作流程各环节实际的费用发生情况;并根据各环节功能需要,分析所发生费用的合理性,科学地设定工作人员数量、设备配置种类、用房面积、工作时间等各主要费用发生项目的参考标准。这是规范和合理化美沙酮维持治疗工作投入的基础,但我国至今尚未有这方面的研究报告。

第二,进行评价时,应根据我国国情和各地具体情况,从国家禁毒和药物滥用预防、艾滋病预防的宏观角度进行全面、深入的分析,并积极地研究、制定相关政策,在诸如“维持”所要达到的目的和定位、实施范围和地区选择标准、实施对象的条件和标准、维持的具体用量、辅助治疗种类的遴选(分析并比较各辅助治疗方案的优劣)以及可能出现的药品流失等问题上进行必要的探讨、规范和指导。

第三,要继续探索并建立衡量美沙酮维持治疗工作效果的指标体系。生命质量指标的出现从理论上解决了人群健康水平综合评价问题,但如果我们找不到一个在理论上得到认可的、尤其是针对吸毒人群的参数估计方法,所得到的生命质量指标就不能够真实地反映吸毒者的社会价值,决策的科学性就不可能实现。更重要的是,鉴于吸毒

者的特殊性决定了美沙酮工作所产生的效益决不仅仅局限于受治者乃至全人群健康水平的改善的事实,我们需要对美沙酮相关效果指标做进一步的挖掘,不仅要在控制 HIV/HCV 的传播方面,更要在服药人员家庭和社会功能的改善方面、在由于毒资的减少而为辑毒工作和社会治安带来的巨大贡献方面,寻找能够说明美沙酮工作成效的证据,为更加客观、全面地体现美沙酮维持治疗工作的效果、为决策者的科学决策提供数据支持。

第四,尽管成本效果分析肯定了美沙酮维持治疗的经济价值,但我们更应看到,美沙酮之所以受到相关专家和学者的青睐,核心还是其有别于其他药物的独特的药理学作用:对海洛因的交叉耐受、控制戒断症状,以及不便注射使用等优点,正是这些优势决定了美沙酮的潜在经济价值。同样,美沙酮也有其药理学局限性:(1)美沙酮本身的成瘾潜力决定了它有滥用的可能,及其由此带来的其他社会问题和可能的非法流失问题;(2)长期使用的毒副作用;(3)美沙酮不能解决所有问题,对于近年来世界范围愈演愈烈的其他麻醉品及精神药品滥用问题是解决不了的。因此我们的成本效果分析不能只看到美沙酮好的一面,更要客观地分析它的不足以及可能带来的负面影响。我们的目的是控制药物滥用、预防艾滋病传播,美沙酮维持治疗仅仅是实现这一目标的一种手段。卫生经济学评价应该服务于总目标,在美沙酮无法解决“新型毒品”滥用问题而影响到总目标的实现时,肩负起发现并推广其他有效干预手段的重任。

(刘克军,卫生部卫生经济研究所)

美沙酮维持治疗及长期戒断的海洛因成瘾者 脑内多巴胺转运蛋白功能的 PET 影像学研究

据 2006 年 UNODC 报道, 全球 160 万阿片类药物依赖者中, 海洛因依赖者占 70%(约 110 万)。海洛因依赖已经成为危害日益严重的全球性公共卫生问题, 尤其是海洛因导致的神经系统损害已引起医学界的重视和关注。目前, 已经有大量的临床证据证明美沙酮维持治疗可以有效地降低海洛因依赖者对药物的渴求以及药物滥用的相关危害。但是, 对于美沙酮维持治疗对神经可塑性的改变却知之甚少。神经影像学的方法为研究药物依赖者脑内神经功能的改变提供了可能, 也就为探索药物依赖者强迫用药和复吸的机制提供了工具。多巴胺转运蛋白(DAT)位于神经元突触前膜, 参与多巴胺的再摄取, 可以反映突触间隙多巴胺的水平。已有研究证明多巴胺转运蛋白与认知功能具有相关性。但是对于美沙酮维持治疗是否可以改变海洛因依赖者脑内的多巴胺转运蛋白的水平尚无研究。本研究通过正电子发射计算机断层扫描(PET)的神经影像学方法, 对接受美沙酮维持治疗的海洛因依赖者、戒断相同时间未接受药物治疗的海洛因依赖者和正常受试者, 进行脑部 PET 扫描, 对海洛因依赖者的渴求程度和焦虑程度进行评分, 并对脑内纹状体多巴胺转运蛋白的密度与渴求程度和焦虑程度进行相关性分析。

参与试验的受试者中, 海洛因依赖者 21 名(接受美沙酮维持治疗 10 名, 戒断后未接受治疗者 11 名), 均符合 DSM-IV 阿片类物质的诊断标准, 年龄在 18-45 岁之间, 海洛因依赖至少三年, 平均日用量 1 克以上, 并无其他的精神、神经系统疾病以及

其他的躯体疾病; 正常受试者 10 名, 在年龄、性别、受教育程度等基本情况与海洛因依赖者相匹配。所有受试者均进行脑 PET 扫描, 海洛因依赖者还需进行渴求和焦虑程度的 VAS 评分, 结果发现美沙酮维持治疗可以降低海洛因依赖者的药物渴求程度, 但未发现能改善其焦虑状况。神经影像学的结果表明, 接受美沙酮维持治疗组双侧尾状核和壳核多巴胺转运蛋白功能与正常受试者相比明显下降。长期戒断组, 其双侧壳核多巴胺转运蛋白功能与正常受试者相比也明显下降。与长期戒断组相比, 美沙酮维持治疗组其双侧壳核多巴胺转运蛋白功能明显下降。此外, 美沙酮维持治疗组焦虑程度与双侧尾状核多巴胺转运蛋白功能成正相关, 左侧壳核多巴胺转运蛋白功能与焦虑程度存在相关的趋势。

临床观察发现, 海洛因依赖者停药后数月乃至数年, 虽然戒断症状早已消失, 但对曾经用药所引起的欣快感或奖赏效应的顽固记忆和心理渴求却持续存在, 使得脱毒者在康复期出现极高的复吸率。本研究通过观察长期海洛因依赖者脑内纹状体多巴胺转运蛋白的情况, 发现长期海洛因依赖者尽管戒断很长时间, 但是吸毒导致的神经元功能的损伤长期存在。美沙酮维持治疗可以降低海洛因依赖者对药物的渴求, 但是并不能改善这种损伤, 而戒断有利于神经元功能损伤的恢复。

(时杰, 赵励彦, 张肖丽, 陆林, 北京大学中国药物依赖性研究所)

[理论与实践]

美沙酮维持治疗中受治者保持治疗的影响因素和实际验证

我国自 2004 年开始对海洛因成瘾者进行美沙酮维持治疗以来,美沙酮的治疗效果得到肯定,但在美沙酮维持治疗项目中保持治疗率是一个值得关注的问题。美沙酮维持治疗门诊工作人员了解影响保持治疗率的因素十分必要。

保持治疗率是一个受多因素影响的指标,在不同国家不同地区进行的保持治疗率的研究显示出不同的结果,6-12 月的保持治疗率变化在 29%-90%。文献报道的常用的研究保持治疗的理论模式有两种。

1 行为模式

Deck 和 Carlson 根据 Andersen 的行为模式和他们对其他研究的文献回顾,发展出自己的保持治疗影响因素的概念框架。在他们的概念框架中,影响受治者保持治疗的因素主要有三方面:受治者的个性特征、治疗系统的特点和治疗提供者的特点。(1)受治者的个性特征:包括:年龄、性别、种族、吸食阿片类药物年数、是否是静脉吸食、过去 30 天内阿片类药物用量、多药物滥用、治疗史、精神状态、婚姻状态、居住状态、收入、稳定的医疗、违法犯罪历史等。(2)治疗系统特点:美沙酮剂量、健康状况、精神状态、社会服务状态、受治者对治疗提供者的满意度情况等。(3)系统特点:美沙酮治疗站点地理位置、治疗站点的分布、管理状态、是否治疗有经济支持等。

2 治疗进程模式

Magura 等人用治疗进程划分影响因素,包括治疗前和治疗后的影响因素。治疗前影响因素包括:性别、种族、年龄、就业状况、教育水平、婚姻状态、居住状态、是否需要照顾子女、犯罪状况、拘留或监狱时间、吸食毒品的年龄、是否多药物滥用、吸毒方式、精神状态、美沙酮治疗史等。治疗中影响因素包括:受治者在治疗中的问题、治疗站点对受治者问题的反应、治疗的强度、美沙酮剂量、是否继续吸食海洛因或可卡因等。

3 实践验证

2006 年 6 月至 2007 年 5 月,在贵州部分美沙酮门诊进行的一项调查显示,女性、年龄大于 35 岁、进入治疗时就打算终身服用美沙酮的受治者比男性、年龄小于 35 岁,进入治疗时打算过一段时间要戒断美沙酮的受治者有较高的保持治疗率。不同美沙酮门诊的保持治疗率也存在明显的差异,8 个门诊 12 月的保持治疗率在 23.2%-70.1%,差异非常大。从初步的研究结果看,美沙酮受治者对美沙酮治疗的认识、理解,以及美沙酮门诊的内部管理直接影响到受治者的保持治疗率。这些结果于文献报道的结果有相似之处。

加强进入美沙酮门诊治疗前受治者的教育,使其理解美沙酮的作用特点,加强美沙酮门诊的管理,是提高美沙酮受治者保持治疗率的有效方法。

(梁涛,中国协和医科大学护理学院)

[消息]

云南自开展美沙酮维持治疗以来,测算减少毒品需求约 894 公斤,降低了毒品的需求,萎缩了毒品的消费市场。由于美沙酮门诊入组人数和平均在治人数的增加,极大地缓解了公安部门收戒吸毒者的压力,降低了各地政府投入到强制戒毒中的成本。以云南一年平均在治的病人数 4082 人计算,国家一年可以减少需要承担的强制戒毒人员生活费用 587.8 万元。

(资料来源:<http://www.pbh.yn.gov.cn/content.2008-1-7>)

[理论与实践]

美沙酮维持治疗的法律与政策争议

美沙酮维持治疗能否在中国实行,从准备实施起就存在争议。因为美沙酮不仅是戒毒药,同时也是被管制的麻醉药品。目前,有关法律、法规,如联合国《1961年麻醉品单一公约》、《麻醉药品管理办法》、《中华人民共和国药品管理办法》、《戒毒药品管理办法》、《关于开展美沙酮维持治疗试点工作有关问题的通知》等都规定了美沙酮为被管制的麻醉药品。使用美沙酮维持治疗存在道德和法律的争议。从我国的法律规定来看,吸毒是违法行为,而对吸毒者实施美沙酮替代和维持治疗,有纵容吸毒之嫌。由此可见,如何看待吸毒行为是解决这一问题的关键。目前,在医学界普遍承认“麻醉品成瘾是一种慢性和反复发作的脑疾病”,因此,对其实施药物治疗就是顺理成章的事。同时,美沙酮维持治疗有有效控制艾滋病的传播作用,也正是降低危害政策重要意义的体现。这一认识也逐渐被公安、药监及社会所接受。国务院发布的《中国遏制与防治艾滋

病行动计划(2001-2005年)》明确规定在吸毒人群中进行治疗试点,也可以说是毒品政策的一次重大变化。2006年3月1日起正式施行的《艾滋病防治条例》也在这方面做了可贵的探索。该条例第27条规定:县级以上人民政府应当建立艾滋病防治工作与禁毒工作的协调机制,组织有关部门落实针对吸毒人群的艾滋病防治措施。省、自治区、直辖市人民政府卫生、公安和药品监督管理部门应当互相配合,根据本行政区域艾滋病流行和吸毒者的情况,积极稳妥地开展对吸毒成瘾者的药物维持治疗工作,并有计划地实施其他干预措施。这就使艾滋病防治工作有了法律保障,也使得美沙酮维持疗法等艾滋病行为干预措施的实施有了法律依据。

然而,为了更有效和扩大美沙酮维持治疗的开展,需要在政策和法律、法规问题上做进一步的探讨,理顺关系。

(王玥,北京大学医学部公共教学部)

[资料]

国家公安部、卫生部、药监局社区药物维持治疗联合督导组、国家艾滋病防治综合督导

2007年12月19-24日,由国家公安部、卫生部、药监局和中国疾病预防控制中心性病艾滋病中心有关领导及专家共7人组成的社区药物维持治疗工作督导组对云南省社区药物维持治疗工作进行了督导检查。国家社区药物维持治疗工作督导组深入到大理州的巍山县和大理市、德宏州的瑞丽市和潞西市等4个县(市、区)对6个美沙酮维持治疗门诊、2个戒毒所、1个流动服药车和乡级服药点进行了现场检查,听取了腾冲县美沙酮工作情况汇报,召开州、县级现场座谈会7次。

(资料来源:<http://www.pbh.yn.gov.cn/content.2008-1-7>)

社区美沙酮维持门诊的服务理念亟需深化

社区美沙酮维持治疗门诊是为阿片类成瘾者提供了一个以社区为基础的治疗场所,以便让该人群顺利回归正常的社会生活。自社区美沙酮门诊开诊以来已取得了显著的社会成效,但美沙酮门诊是刚刚兴起的特殊医疗救助机构,也缺乏相应的经验。本人长期从事成瘾者的戒毒康复工作,经过长期大量的临床实践,发现美沙酮门诊在戒毒康复的功能上还需进一步完善。笔者认为,为了进一步推进美沙酮门诊的工作进展,以人为本的服务理念需要进一步深化。应该实事求是地解决一些目前存在的问题,并采取相应的措施。

首先,需要明确的是,在成瘾者脱毒治疗以后,引发复吸的原因非常复杂。往往是因为成瘾者在工作 and 家庭生活方面遇到了很多压力,这些压力得不到及时缓解而决堤最终导致他们的复吸行为发生。在门诊为他们建立一个规范的心理康复小组,能够起到防复吸的作用。但美沙酮门诊目前的功能仅仅停留在美沙酮药品的管理和发放上,这使得针对服药者的服务功能显得较单一。如果在美沙酮门诊开设心理干预的康复小组,引进有临床经验的心理专家和社会工作者参与到康复小组中来,去帮助服药者克服工作和生活中遇到的各种心理问题,无疑能够帮助他们更好地操守,降低复吸率,这样一来,美沙酮门诊的社会功能就能从单纯给药进一步延伸到康复的环节。

其次,在帮助服药者戒毒康复的过程中,家属的配合工作也是极其重要的。在本人的工作实践过程中发现,绝大部分家属并不懂得戒毒康复过程的长期性和艰巨性,他们都想当然地认为只要服药者坚持服用美沙酮,就能够戒断毒品。而且很多家属

在和服药者相处的日常生活中,并不懂得如何帮助服药者克服心瘾的困扰,还有的家属因为长期受到服药者吸毒带来的负面行为的影响,在和服药者沟通的过程中出现了很多的障碍,这些都为服药者复吸行为的产生起到了不可忽视的负面作用。所以,在美沙酮门诊开设帮助服药者戒毒的家属互助小组,对他们的问题进行有针对性的培训,让有经验的家属来推广经验,这样就能够及时解决家属面临的各种问题。

此外,由于社会对服药者的歧视现象仍然存在,所以在服药者中存在着亚文化圈的现象,致使很多服药者对正常的人群并不太信任。本人就曾经遇到过类似的现象,同样和一个有服药经历的人交流,说话的内容相同,但对方却更容易接受有吸毒经历的人对他们说类似的内容。因为他们在潜意识中会认为正常人群不能理解他们戒毒的感受和难处。对此,美沙酮门诊可以在有戒毒经验的成瘾者中挑选操守得比较好的人,让他们参与到门诊的康复小组中来分享自己的戒毒经验,发挥他们同伴教育的功能。这往往能够起到事半功倍的效果。

最后,为了达到以上的工作目标,顺利开展康复工作,在管理上需要设立专门的管理机制,对各个工作的组织环节进行安排和协调,并制定相关的组织原则和运作机制,才能顺利组织起有效的工作流程。所以从总体上看,美沙酮门诊的社会功能完全可以做进一步的开拓,关键是要有以人为本的服务理念,并找到可执行的科学工作方法。

(张刃,北京市禁毒教育基地)

[理论与实践]

美沙酮剂量与维持率的关系

对我国首批美沙酮维持治疗(MMT)门诊病人的初步调查评估结果显示,MMT在减少因吸毒造成的公共卫生和社会危害方面取得了显著成效。但是总体讲我国MMT仍处于初始阶段,因此在不断总结经验基础上进一步完善MMT对于MMT的健康发展具有重要作用。其中,MMT患者中较高的脱失率已成为影响MMT成效的重要因素。调查显示首批8个门诊6个月及12个月的平均维持率分别为63%和48%,有研究表明给药剂量偏低可能是造成脱失的重要因素,而我国国家工作组秘书处的统计资料表明,我国MMT平均日用剂

量约为40 mg。

我国所面临的MMT维持率较低的问题同样也是其他国家引入MMT计划最初阶段遭遇的主要问题之一。来自于设计良好的随机临床对照试验、前瞻性的流行病学的随访研究,以及将上述科学研究的荟萃分析的证据表明:美沙酮的给药剂量是影响MMT维持率的重要因素,高剂量组比低剂量组相比有较高的维持率。近几年来一些学者根据循证医学的原则进行荟萃分析的结果(详见表1)显示,在相似的随访期较高美沙酮剂量组的操守维持率是较低剂量组维持率的1.19-5.36倍。

表1 不同美沙酮剂量与维持率关系的 Meta 分析结果汇总

作者	纳入研究对象数	纳入研究数	剂量 (mg/天)	RR, 95% 可信区间 (CI)
Farre M, 2002	890	13	> =50 vs. <50	1.25 (0.94 - 1.67)
Faggiano F, 2003	496	5	60 - 109 vs. 1 - 39	1.36 (1.13 - 1.63)
	560	3	60 - 109 vs. 40 - 59	1.23 (1.05 - 1.45)
	80	1	>100 vs. 40 - 59	1.67 (1.05 - 2.66)
	166	1	40 - 59 vs. 1 - 39	1.26 (0.91 - 1.75)
Amato L, 2005	712	3	65 - 110 vs. <30	5.36 (3.62 - 7.93)
	575	2	30 - 59 vs. <30	1.77 (1.40 - 2.25)
	614	2	65 - 110 vs. 30 - 59	1.19 (1.06 - 1.33)

上述证据显示了高剂量美沙酮在保持操守、维持率方面的作用。但事实上采用相对的较高剂量还是较低剂量美沙酮维持治疗经历了一个不断认识的过程,早期MMT方案的创始者Dole医生提出的美沙酮给药量原则是应用能控制戒断症状的最低维持剂量,根据这一指导思想,早期(20世纪60-70年代)MMT的平均剂量大约为60 mg/天,随着研究和认识的不断深入,1997年美国国立卫生研究院专家组会议推荐使用60 mg/天以上的相对高

的维持剂量,此后英国卫生部也于1999年提出60-120 mg/天为美沙酮维持治疗中的推荐剂量。在该标准出台后,美国科学家对美国从1988到2000年12年间的美沙酮维持治疗的情况进行总结发现,平均维持剂量从1988年的45 mg/天增加到1995年的59 mg/天,维持剂量的上限从79 mg/天增加到93 mg/天,而维持量不足60 mg/天的患者比例从1998年的79.5%下降到2000年的35.5%。

关于高剂量美沙酮的安全性问题:研究显示高的维持剂量可能会导致一些个体因过量用药而引起的呼吸抑制、心脏毒性、甚至中毒死亡等问题,但不同国家该数据差异很大。另外,从初期的剂量调整阶段到维持阶段,剂量的需求随着个体的生理、心理、社会环境状况变化而改变。研究还表明在最初的剂量调整阶段发生过量致死的机率是维持阶

段的 7 倍,因此初期剂量调整阶段需要非常谨慎,要根据个体的毒品滥用、依赖状况及个体生理、同时存在的疾病情况,遵循从小剂量开始、缓慢加量的原则。表 2 中列出一些国家公布的 MMT 引入初期的指导原则。

表 2 不同国家引入剂量原则(调整阶段)

国家	美沙酮初始给药剂量
美国 (2001)	引入阶段日给药剂量不高于 30 mg,第一天一般不超过 40 mg
英国 (1999)	初始引入阶段,对于没有或轻度阿片耐受的个体日给药剂量为 10 - 20 mg,对于有显著阿片耐受的个体日给药剂量为 25 - 40 mg
欧洲 (2000)	初始引入阶段,对于没有或轻度阿片耐受的个体日给药剂量为 10 - 20 mg,对于显著阿片耐受的个体日给药剂量为 25 - 40 mg
加拿大 (2001)	引入阶段 1 - 3 天每日给药剂量为 15 - 30 mg
澳大利亚 (2000)	初始引入阶段日给药剂量为 20 - 40 mg,根据接受治疗前 3 天的毒品使用情况和对阿片的耐受程度调整

除剂量外,还有很多社会、心理干预等其他一些影响美沙酮维持率的因素。我国的美沙酮维持治疗仍处于发展阶段,临床医生和流行病学家要及时对我国美沙酮维持治疗的影响因素进行总结,根据我国人群的特点,寻找适合维持患者的最佳维持剂

量和治疗方案,提高我国美沙酮维持率和覆盖率,同时借鉴国外的经验,为我国的美沙酮维持治疗的健康发展和 HIV/AIDS 预防提供依据。

(鲍彦平,刘志民,北京大学中国药物依赖性研究所)

[经验介绍]

关于美沙酮剂量的争议

自美沙酮维持治疗实施以来,美沙酮的剂量一直是一个有争议的问题。大多数的研究支持使用高剂量的美沙酮,认为使用较高剂量的美沙酮,病人在治疗中的保持时间也较长。比如 Watters 和 Price 总结了美国 44 项美沙酮维持治疗的研究后发现,剂量在 80 mg/天以上组的保持率显著高于低剂量组。意大利拉齐奥区卫生局的研究显示,高剂量组(≥ 60 mg/天)、中剂量组(30-59 mg/天)、低剂量组(< 30 mg/天)病人的 1 年保持率分别为 54%、40%和 23%。虽然高低剂量的划分标准不一样,但是这些研究都提示,较高剂量的美沙酮有利于病人保持在治疗中。还有部分的研究显示,低剂量的美沙酮有时也能达到与高剂量类似的“良好”效果。例如 Craig 的研究结果表明,给予 30 mg/天的美沙酮随访一年后,与较高剂量相比,虽然保持率不如高剂量好,但也能明显的降低海洛因的使用,并能显著的提高就业率。

然而也有不少的研究显示,剂量与保持时间并没有确定的关系。Farre 等 2002 年 meta 分析的结果发现,高剂量组(≥ 50 mg/天)保持率虽然略高于低剂量组(< 50 mg/天),但检验结果没有显著性差异。Blaney 等的研究则提示,问题的关键不在于剂量的高低,而在于剂量是否适合每个病人。另外,20 世纪 80 年代末对美国 113 个美沙酮门诊的调查结果提示,个体化给药的方法有更好的保持率。

(杜存,北京大学中国药物依赖性研究所)

[经验介绍]

上海美沙酮维持治疗情况介绍

我国自 2004 年启动了海洛因成瘾者社区美沙酮维持治疗(MMT)计划,2005 年起上海被纳入国家第二批试点城市,试点单位设在长宁区精神卫生中心,包括长宁区所辖 9 个街镇。2005 年 5 月-2006 年 6 月上海市长宁区 9 个街镇参加社区美沙酮维持治疗的海洛因成瘾者共 115 例,因各种原因脱失 29 例。入组条件为:(1)吸食、注射海洛因成瘾,经多次戒毒并复吸的;(2)年龄在 25 周岁以上;(3)试点区居民,有固定住所或持居住证一年以上,且居住试点区的来沪人员;(4)具有完全民事行为能力。已感染艾滋病病毒的海洛因成瘾者,具备(3)、(4)项条件即可接受治疗。

上海市社区美沙酮维持治疗试点工作运行一年来的疗效观察显示:通过探索对海洛因成瘾者进行社区药物维持的策略、管理办法和技术措施,坚持社区美沙酮维持治疗人员断绝或减少了海洛因非法使用和相关的艾滋病传播危险行为及违法犯罪活动,恢复正常生理功能、家庭功能和社会功能成效明显,其可行性已经得到初步验证,并受到了维持治疗人员及其家属的普遍欢迎,社会上对此虽然尚有争议,但总体上还是给予了积极的评价。

目前还存在的问题和困难:

(1)脱失率高达 25.22%。从原因分析,除涉及制度过严等因素外,社会和服药者及其家属对维持治疗的认识存在误区,是一个重要的方面。脱失人员中不少抱着戒毒的目的参加治疗,认为美沙酮更难戒断,效果不佳,缺乏长期服用的心理准备,因此宣传

力度亟需加强并要尽快建立脱失预警干预机制。

(2)针对参加美沙酮维持治疗期间存在偷吸毒品这一难点问题,管理方对此存在分歧较大,如何客观地看待并找到问题症结,采取严管、严教与教育疏导相结合的办法有效解决参加维持治疗者的偷吸毒品问题是我们需要探索研究的重要方面。

(3)现有的工作条件和能力与工作任务不相适应,致使门诊对受治者的社会心理辅导、干预支持不足,这在一定程度上影响维持治疗的效果,面对这一薄弱环节,培训一支社区医生、禁毒社工心理干预的专业队伍已成为当务之急。

(4)目前上海市参加社区美沙酮维持治疗人员有 100 多人,如此低的覆盖率影响社区美沙酮维持治疗工作的社会效果。对此,如何尽快将“试点工作”在其他区(县)推广、探索建立集社区美沙酮维持治疗复发预防和社会心理干预为一体的综合性戒毒康复模式,是我们面临而且需要尽快解决的一个重大课题。

下一步我们研究的内容:①进一步扩大社区美沙酮维持治疗覆盖面;同时针对前期开展社区美沙酮维持治疗中脱失率高等问题,进行社会心理干预在社区美沙酮维持治疗中的作用和影响维持用药的技术因素研究;②探索得以长期维持治疗的方法、家庭干预以及适合“维持者”的心理治疗方法;③寻求“维持者”回归社会的途径,通过建立互助站、就业指导中心等方式为服药人员回归社会创造条件。

(薛丽燕,上海市精神卫生中心)

[消息]

中国首个美沙酮药物维持治疗门诊的监测管理网络平台近日在云南建成,通过这个平台的信息管理系统,云南药物依赖性研究所可以对全省所有美沙酮门诊的工作进行实时监测和管理,并及时掌握与分析参加维持治疗人员的情况。

目前,云南省已开设 52 个美沙酮维持治疗门诊和 1 个流动服务车,年底前还将开设 8 个治疗门诊和增加 7 个流动服务车。

(资料来源:新华社,2007-10-12)

[经验介绍]



开展社区药物维持治疗存在的问题

艾滋病的防治是全球关注的重大公共卫生问题和社会问题,也是我国重点控制的传染病。在国家累计报告艾滋病病情感染者的病例中,因注射吸毒感染的占 39.5%。为了控制艾滋病的传播流行,国家开展了社区药物维持治疗工作。十堰市健康门诊是全国第四批,湖北省第二批阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗单位。自 2006 年 9 月 21 日在十堰市红十字会正式开诊以来,在国家、省、市工作组领导的关怀和支持下,认真贯彻落实《艾滋病防治条例》,实施综合管理、建章立制、明确职责,加强业务培训和医疗质量及信息化管理,对病人实行人性化服务,加强综合治疗和行为干预及病人家属随访,提高了患者对治疗的依从性和可信性,推动了健康门诊工作的健康发展。门诊开诊 1 年来收治病人 75 人,经过美沙酮维持治疗和心理康复治疗,病人的生理功能、家庭功能、社会功能逐渐回复,生存质量普遍得到改善,大部分病人家庭关系逐渐修复,开始回归社会从事正当职业、自食其力;病人的精神和经济压力显著缓解,滥用毒品的量和频次大幅度降低,违法犯罪频次明显减少。这对维护社会治安,构建和谐发挥了积极作用。由于社区药物维持治疗是一项系统的社会工程,需要社会各界的支持和各部门的协作,同时,开展此项工作也受多方面因素的影响,需要对当前工作中存在的问题与对策进行探讨。

1 存在问题

1.1 宣传力度不够,使部分有关领导和社会各界及社区群众对国家社区药物维持治疗的意义认识不足,知晓率不高。

1.2 病人入组增幅缓慢,尤其是未经公安掌握(强制-劳教)的隐匿性吸毒人员及亲属对接受美沙酮治疗的目的和作用认识不够,对吸毒危害性的认

知度低,害怕因接受治疗曝光而不感到门诊参加治疗。造成门诊入组治疗率低的现象。

1.3 入组治疗病人中尿检、体检不够配合。各种违法犯罪行为和偷吸毒品现象时有发生,且有极少数人开始尝试新型毒品而导致被动脱失,加上社会人群对吸毒人群的认可度不高和吸毒者缺乏生活技能,使其回归社会后找不到适合工作造成支付治疗费上存在经济困难,形成门诊病人治疗脱落率上升。

1.4 门诊在治病人主动提出治疗的人员有增加趋势,主要是随着治疗时间延长,病人的基本社会功能恢复,可以外出谋生。

1.5 影响门诊安全运行危险因素增加,如毒贩在门诊周边找病人推销毒品,治疗病人出现以贩养吸现象,个别病人不按医生治疗计划进行,无理吵闹,威胁工作人员等。

1.6 接受培训的医务人员少,对海洛因成瘾者的特征缺乏深入了解和沟通交流的技巧,特别是缺乏对病人进行行为干预与心理治疗的经验。

1.7 门诊消毒设施不完善,存在医源性感染疾病的危险因素。

1.8 与公安、民政、街道办事处和社区等多部门配合,对吸毒人员进行跟踪帮教,综合救助工作有待进一步加强。

2 对策

加大宣传力度,采取多种形式普及国家社区药物维持治疗知识,争取有关部门领导和社会各界及社区的支持,为更多吸毒者提供医疗救助和健康人生的平台。

(赵久刚,施淑丽,十堰市红十字医院健康门诊)

[经验介绍]

美沙酮门诊在成瘾者眼中存在的问题

虽然,中国对阿片类药物成瘾者的美沙酮维持治疗起步较晚,还没有被社会和阿片类药物成瘾者完全认可和接受,但有几点是毋庸置疑的,那就是美沙酮维持治疗在降低毒品伤害,减少艾滋病传播、减少毒品犯罪等几方面发挥了极其重要的作用。但是,在各地开展的美沙酮维持治疗对阿片类药物成瘾人群开展治疗的过程中,或多或少还是暴露出了一些阻碍美沙酮维持治疗深入开展且不能再忽视的问题。

笔者作为一个有成瘾经历的人,就基层对注射毒品者人群开展同伴教育所发现的美沙酮维持治疗中公安部门、卫生部门等治疗机构、维持治疗者家庭和维持治疗者等几个方面存在和暴露出来的诸多问题作一的阐述。

从美沙酮维持治疗的目的来看,完全与公安部门的禁毒工作没有冲突,无非是工作的方法和策略不同而已,但是现实之中并非如此。面对日夜繁重的禁毒任务,一些地方的公安机关把强制收戒纳入民警的考核指标,因此部分民警在任务和指标的重压下,往往在任务下来以后会光顾美沙酮维持治疗门诊的治疗人员,对那些间歇性使用毒品的维持治疗人员进行打击收戒的现象并不少见。

其次,美沙酮维持治疗试行过程中,很多地方的治疗入组的条件过于苛刻,例如有些地方的入组条件是:(1)年满 20 岁以上;(2)强制戒毒 2 次以上或劳教 1 次以上;(3)本地户口且有固定住所;(4)具有完全民事行为能力。已感染 HIV 的海洛因成瘾者,只需具备(3)、(4)两个条件即可。笔者留意到,截至 2006 年 10 月 16 日《西安晚报》报道部分地区的人组条件基本上就是上面提到的人组条件。

包括云南在内的许多静脉注射毒品者人群普遍都有反映入组门槛(条件)过高的问题。比如:条件(2):强制戒毒 2 次以上和劳教一次以上,条件(3)、本地户口且有固定住所等等,这些都限制了药物成瘾者的入组治疗。后来在不同层面的共同呼吁下,

到 2006 年 6 月云南部分地区的人组条件有所放宽。对于第二条修改为:经多次戒毒治疗仍不能戒断毒瘾的滥用阿片类物质成瘾者,强制戒毒 1 次就可以申请入组治疗。这对于那些想加入维持治疗之列的本地阿片类物质成瘾者无疑是听到了福音。使过去不能够入组治疗的一部分阿片类药物成瘾者加入到了维持治疗之列。

但是,条件(1)“年满 20 岁以上”仍然限制了那些未满 20 周岁的青少年阿片类药物成瘾者入组治疗。众所周知,造成药物成瘾的因素是非常复杂的,阿片类药物的依赖性也是非常严重的。因此,现实之中不乏存在着年龄较小的阿片类药物成瘾者,笔者过去所在的机构在对 IDU 人群开展外展服务时,就曾碰到过想入组而年龄偏小的案例。我们不妨试想一下,如果继续把小于 20 周岁以下的阿片类药物成瘾者拒之于治疗的“门坎”之外,此部分青少年就会继续危害社会,而药物滥用和艾滋病又将给他们带来怎样的伤害和威胁?后果显然是不堪设想的。

此外,由于种种原因,异地戒毒的情况在 IDU 人群中是非常普遍的。因为药物滥用在中国具有违法性,因此他们对到公安机关办理暂住的相关手续本身就心存芥蒂,担心自己的背景会被公安机关“盯上”甚至强制收戒。其次是社会对于药物滥用者还存在十分严重的歧视现象,有的派出所和民警严重到不给外来的阿片类药物成瘾者办理暂住证明的地步。这些主观和客观的因素,致使他们一直没能加入到暂住地的美沙酮维持治疗入组之列,至今还徘徊在治疗门槛(条件)和继续使用海洛因之间。全国许多大中城市就有这样一些来自新疆自治区的维吾尔族和其他地区的药物成瘾者加入不了治疗之列,他们之中有些人是希望入组治疗的。而针对异地戒毒,相关部门却没有出台一套完善的执行法规,这些都是需要我们业内人士来关注和思考。

(王文,戒毒者)

[经验介绍]

心理社会治疗对美沙酮维持治疗的影响

美沙酮维持治疗产生和发展于阿片类药物依赖人群众多的美国。20 世纪 60 年代,为了控制美国纽约地区日益严重的毒品滥用及随之产生的一系列社会问题和公共卫生问题,美国科学家 Dole 和 Nyswander 首次提出了美沙酮维持治疗的方法。随后 10 年,美沙酮维持治疗对于改善药物依赖带来的社会和公共卫生问题的效果得到了肯定。

研究表明,美沙酮维持治疗辅以心理社会治疗,包括通过对美沙酮维持治疗者进行抑郁和焦虑相关障碍的治疗,以及对家庭关系和就业情况的干预,可以改善其社会功能,提高生活质量。随着美沙酮维持治疗的发展,心理社会治疗的重要性得到研究者的关注。Woody 等曾对美沙酮维持治疗患者进行分组治疗(仅处理美沙酮治疗相关的基本问题,附加支持-表达心理治疗,附加认知行为治疗),对每位患者的精神症状、成瘾程度指数、美沙酮及辅助的精神药物等各项指标进行测定。经过 7 个月的研究发现,两组加有心理治疗的患者,大量的指标比单纯药物治疗组

都有改善。其中加有支持-表达心理治疗组的就业状况和精神症状改善明显,加有认知行为治疗对涉及法律问题的作用明显。结果表明,在美沙酮药物治疗的同时加上心理治疗,可以提高吸毒人员美沙酮维持治疗效果。

美沙酮维持治疗加上多种形式的心理行为干预,在提高操守率,减少偷吸现象,改善吸毒者的毒品依赖程度,改善吸毒患者的精神心理状况,降低吸毒人员导致的各种社会心理问题,控制艾滋病在吸毒人群的传播等方面,都明显优于单纯的药物治疗(美沙酮维持治疗)。心理行为治疗与美沙酮维持治疗的结合,是美沙酮维持治疗发展的重大转折,为治疗药物依赖,降低复吸提供了更完善的手段。

(资料来源:Potik D, Adelson M, Schreiber S. Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. Psychol Psychother. 2007 Jun;80(Pt 2):311-325. 张肖丽,赵励彦译,中国药物依赖性研究所,)

[资料]

2007 年 12 月 1 日是第 20 个世界艾滋病日,今年的宣传主题是:

遏制艾滋,履行承诺。

Stop AIDS; Keep the Promise – Leadership

[数据统计]

我国关于社区美沙酮维持治疗文献统计

截至 2007 年 12 月 15 日,中国期刊全文数据库(CNKI)共收录社区美沙酮维持治疗相关的文献 87 篇。文献发表年代分布:1992 年 1 篇、1993 年 1 篇、1994 年 1 篇、1998 年 1 篇、2000 年 1 篇、2001 年 2 篇、2002 年 1 篇、2003 年 3 篇、2004 年 5 篇、2005 年 9 篇、2006 年 29 篇、2007 年 34 篇。

文献刊登在 36 种杂志上。其中刊登文献 3 篇及 3 篇以上的有:《中国药物依赖性杂志》21 篇、《中国药物滥用防治杂志》15 篇、《中国艾滋病性病》8 篇、《皮肤病与性病》4 篇、3 篇的杂志是:《地方病通报》、《卫生软科学》、《实用预防医学》、《中国心理卫生杂志》。

作者单位:发文 3 篇及 3 篇以上的单位是:云南

省药物依赖防治研究所 11 篇;中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心 7 篇、4 篇的单位是:新疆维吾尔自治区疾病预防控制中心性病艾滋病防治中心、云南省疾病预防控制中心、中国协和医科大学;3 篇的单位是:云南警官学院、广西柳州市疾病预防控制中心。

文献作者的地理位置分布:北京 24 篇;云南省 21 篇;浙江省 7 篇;新疆维吾尔自治区 6 篇;湖南省 5 篇;广西省 5 篇;广东省 3 篇;上海市 2 篇;湖北 2 篇;贵州 2 篇;陕西 2 篇;其他省 8 篇。

(刘彦红,北京大学中国药物依赖性研究所)

联系地址:北京海淀区学院路 38 号、北京大学医学部
单 位:北京大学中国药物依赖性研究所
邮政编码:100083
电 话:(010)82801341/62032625
传 真:(010)62032624
网 址:<http://www.nidd.ac.cn>
电子邮件:cjdd1992@bjmu.edu.cn

本刊发表的文章,仅代表作者的观点,不代表编辑部的观点。

感谢美国开放社会研究院 FOSI 国际降低危害项目的资助