

社会安全研究

毒品抑或药物

——基于社区美沙酮门诊维持治疗行动的实证研究

张 宁

(北京大学社会学系,北京 100086)

摘 要:在西北地区城乡开办的社区美沙酮维持治疗门诊运行过程中表现出复杂的医治博弈情境,一定程度上体现出美沙酮维持治疗行动在中国部分省区的现实境况。美沙酮具有毒品抑或药物的双重特性,以此所进行的维持治疗行动效果以利弊共存的方式呈现。研究发现:美沙酮维持治疗行动受所开设门诊地情境场域社会文化等诸多因素影响,随之产生的医疗技术的社会文化适应性问题值得注意;在服药人群中存在多次的自我矛盾的病痛叙述和维持治疗情境下派生出医患关系“亚类型”即“美沙酮门诊医患关系”。

关键词:毒品;药物;美沙酮维持治疗;甘肃省

中图分类号: D616

文献标识码: A

文章编号: 1008-2433(2018)02-0005-20

“将来人们会把犯罪看作一种疾病,由一批特殊的医生来医治这种病。医院将取代监狱。”维克多·雨果(Victor-Marie Hugo)《悲惨世界》(1862年) *Les Misérables*

一、问题意识:美沙酮维持治疗及其特殊的医治情境

美沙酮^①维持治疗是对海洛因成瘾者以口服盐酸美沙酮溶液方式进行戒毒治疗进而预防、监测、检测艾滋病、丙肝、梅毒等传染性疾病的

一种干预措施,直接目的是期望达到吸食海洛因成瘾者逐步放弃对海洛因的依赖转而以美沙酮替代并进行长期的服用治疗。依据美沙酮的药理学特性,其延伸出的现实作用包括禁阻艾滋病病毒在海洛因成瘾者间或成瘾者向一般人群传播和使坚持维持治疗的海洛因成瘾者减少对海洛因的需求及降低犯罪发生率并使成瘾者逐步恢复一些社会功能最终返回社会。一个并不复杂的医学技术,截止到当前却经历了五十多年的使用和争议过程且一直在使用中存争议,争议中在使用^[1]。涉及

收稿日期:2018-01-29

基金项目:中国博士后科学基金第54批面上—等资助项目“动员地方性知识促进美沙酮门诊维持治疗行动的人类学研究”(2013M540006)的研究成果。

作者简介:张宁(1982-),男,江苏溧阳人,北京大学社会学系博士后,主要研究方向:医学人类学。

①美沙酮(Methadone)为吗啡的衍生物,诞生于第二次世界大战中德国化学家的实验发明,被用来替代因同盟国对德国重要物资禁用过程中吗啡的短缺。战争结束后美沙酮及其发明者被美国军队获得和控制,在经历了几年的秘而不宣后于1949年由美国正式对外宣布一种叫美沙酮麻醉品的存在。因其具有镇痛功能被广泛应用于癌症的临床治疗中。二战后建立起来的世界卫生组织很快就将美沙酮列为受严格管制类的麻醉品,在其后1961年的《麻醉品单一公约》中再次确认。我国的相关法规和定期公布的《麻醉药品品种目录》也将其列为严格管制的麻醉品。美沙酮具有毒品与药物的双重身份,这也为美沙酮维持治疗的长期争议不断埋下了伏笔。

美沙酮维持治疗或替代治疗的议题时,所有已开展美沙酮治疗项目的国家均对这一敏感性戒毒治疗技术保持着高度的关注和不断的评估。

较早推行有美沙酮维持和替代治疗项目的国家和地区以美国、英联邦国家(英国、澳大利亚、加拿大等)和中国香港,也是依据各自的政治、经济、文化、社会等综合因素制定有关具体治疗规则且治疗行动是一个逐步摸索、认识、调整、改进的过程。肇始于20世纪50年代末期北美地区加拿大不列颠哥伦比亚省温哥华市和20世纪60年代初期美国纽约市的美沙酮维持治疗医学实验,把在瘾君子圈中美沙酮与海洛因之间的隐秘关系以一种循证医学治疗的方式呈现给了世人^[2]。受20世纪70年代初美国尼克松总统执政时期发起的“War on Drugs”运动的影响,在联邦政府层面开始全面推行美沙酮治疗海洛因成瘾项目^①,实质上完成了美沙酮维持治疗科学实验到大规模临床应用的转化医学形式;1926年著名的《罗伦斯顿报告》(Rolleston Report Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction)奠定了英国政府对毒品进行医学治疗的传统^[3],而20世纪90年代源起于英国的毒品减害(Harm Reduction)思潮可以看作是毒品医学治疗的2.0版,所以英国对美沙酮维持治疗持认可态度,香港也在20世纪70年代引进了美沙酮维持治疗项目。禁止美沙酮维持治疗的国家中以俄罗斯为例,对美沙酮维持治疗持不认同态度,不认可用一种毒品来克服另一种毒品的姑息治疗思路^[4]。在国际层面上世界卫生组织、联合国艾滋病规划署、联合国毒品与犯罪问题办公室三方基本形成了一定共识并制定了一致立场文件即《处理鸦片类物质依赖和预防艾滋病病毒/艾滋病方面的替代性维持疗法》(2004年),联合声明“由于没有任何一种疗法对所有鸦片类物质依赖者都能奏效,应该有多种多样的治疗选择

方案。替代性维持疗法是针对鸦片类物质依赖最有效的治疗方法之一。替代性维持疗法是注射毒品者中间控制鸦片类物质依赖和预防艾滋病病毒传播的社区方法中的关键组成部分”。

中国的戒毒治疗缘于20世纪80年代中后期西南边疆区域的毒品(海洛因)和艾滋病的快速传播之势,一些研究人员深入中缅边境毒情和疫情高发严重的云南省德宏州的陇川、瑞丽、潞西等县进行流行病学的调查^②。随着毒情向内地其他省份的扩散,对海洛因成瘾者的清洁针具交换和药物戒毒及医学治疗提上日程,在毒情严重省市的一些指定医疗机构开始进行美沙酮替代递减脱毒治疗。1993年卫生部出台了《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》,首选美沙酮进行戒毒(脱毒)治疗,并开始在部分地区的吸毒人群中开展美沙酮维持治疗试点工作。需要说明的是在20世纪后20年的时间里,美沙酮治疗使用仅限在专门的戒毒医疗机构中并针对海洛因成瘾者的脱毒治疗阶段,维持治疗没有进行大规模的正式的开展。2001年《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2001-2005年)》中首次正式提出“可以在社区医疗机构中进行吸毒人员药物治疗试点工作”。2006年《艾滋病防治条例》、2008年《禁毒法》、2011年《戒毒条例》、2014年《中共中央关于加强禁毒工作的意见》等都明确美沙酮维持治疗在禁毒防艾中的功能,2014年底国家卫计委、公安部、国家食药监总局三部委联合出台《戒毒药物维持治疗管理工作办法》标志美沙酮维持治疗的建制设计阶段性完成。在第二十八个国际禁毒日来临之际,国家卫计委发布的权威信息显示“截至2015年4月底,全国28个省(区、市)共设立767个戒毒药物维持治疗门诊,有19万人正在接受美沙酮维持治疗。10年来,已累计减少海洛因使用大约

①尼克松总统的“向毒品宣战”政策对美国禁毒和药物滥用政策的溢出效应非常广泛,推行美沙酮治疗项目是毒品宣战的支撑项目之一,标志是1972年国家食药管理局(The Food and Drug Administration, FDA)批准美沙酮作为药物正式用于海洛因成瘾治疗,为此美国学界产生了激烈争论。可参见: Methadone Approval Sparks Controversies. Nature. Vol. 236. April 14 1972. 322-323.

②参见吴尊友等《云南省某县男性青年吸毒现象调查》(《中华预防医学杂志》,1996年第6期,第327-329页),董勒弄,吴尊友《1982-1995年云南省陇川县吸毒情况变化》(《中国药物滥用防治杂志》,1997年第1期,第22-23页),董勒弄,柔克明,吴尊友《1982-1995年云南省陇川县吸毒情况分析》(《中国公共卫生》,1998年第3期,第175-176页),吴尊友等《云南省陇川县男性青年吸毒危险因素分析》(《中华流行病学杂志》,1999年第1期,第15-18页)。

100 吨,减少毒资交易约 650 亿元。通过戒毒药物维持治疗有效遏制了艾滋病病毒在阿片类物质成瘾者中的传播,治疗人员的艾滋病病毒新发感染比例从 2006 年的 0.95% 下降到 2014 年的 0.12%,共避免了约 1.5 万名阿片类物质成瘾者感染艾滋病病毒”^[5]。2017 年初颁布的《国务院办公厅关于印发中国遏制与防治艾滋病“十三五”行动计划的通知》(国办发[2017]8 号)提出“参加戒毒药物维持治疗人员年新发感染率控制在 0.3% 以下。保持禁毒工作的高压态势,进一步减缓新吸毒人员的增加速度,将艾滋病防治与禁毒工作紧密结合,减少注射吸毒传播艾滋病。对于适合戒毒药物维持治疗的吸毒人员,应当及时转介到戒毒药物维持治疗机构”。

参考世界卫生组织与有关联合国专门组织联合编写出版的《技术指南:对艾滋病预防、治疗及静脉注射吸毒者护理的全面可及国家目标制定》(2009 年)和澳大利亚政府资助出版并经北京大学中国药物依赖性研究所翻译的《美沙酮与丁丙诺啡治疗指导手册》(2010 年),结合我国卫生部门修订的《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》(2009 年)、《社区美沙酮维持治疗门诊吸毒人员艾滋病综合干预指导手册》(2011 年)、《戒毒药物维持治疗机构基本要求》(2015 年)、《戒毒药物维持治疗方案》(2015 年)的规定要求,在中国美沙酮维持治疗基本治疗情境要素包括具有资质的医疗承办机构、具有资质的医护人员、食药监部门配备的美沙酮口服液、符合维持治疗条件的海洛因成瘾者、公安机关对维持治疗人员信息的备案、开展对海洛因成瘾者艾滋病、丙肝、梅毒检测和心理干预行动等。

美沙酮维持治疗及其门诊所处的情境场域与一般卫生医疗及其场所具有较大差异,使得美沙酮维持治疗中的医患关系和病痛叙述呈现出一定的特殊性,这样的异质于传统医患关系和病痛叙述模式的医治情境基础上的美沙酮维持治疗行动,给学界讨论医患关系、医疗技术的社会文化适

应性等议题提供了新的纬度。基于上述背景,本研究以在中国西北毒品问题比较突出的甘肃省^①城乡地区开办的三家社区戒毒药物(美沙酮)维持治疗门诊作为研究对象,试图深入观察门诊的日常维持治疗行动的诸多细节,在此基础上探讨如门诊内的医患关系、影响门诊医治环境的社会文化背景、海洛因成瘾者的病痛叙述及维持治疗技术的社会文化适应性问题,并通过案例的研究对当前我国戒毒药物维持治疗的有关策略提出思考。

二、文献回顾

(一) 病痛叙述研究

“医学人类学家从疾病的生物学和生态学角度、疾病的文化背景以及文化通过何种方式达到预防和治疗疾病目的等方面着手,来观察和描述不同的文化以及不同文化下的疾病观点。”^[6]医学人类学自二战结束后在美英两国得到了快速发展,现有主要理论模型均来自两国学者提出,包括:健康信念模式、理性行为理论、健康创新扩散理论、健康促进的 PRECEDE(predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation) 模式即“在教育诊断和评价中应用倾向因素、促成因素及强化因素”、跨理论模式、解释模式即谈判协商模式。解释模式中病痛叙述(Illness Narratives) 理论模型最具代表性,由美国医学人类学家凯博文(Kleinman) 提出,是医学人类学哈佛学派中重要的一个理论模型^②。解释模式来源于哈佛学派另一位学者古德(Good) 的意义中心疗法^[7]。这个方法包括意义系统的互相解释,解释的目的是理解病人的观点。解释模式及病痛叙述模式主要是指在病患治疗过程中所有参与者对病患和治疗的解释,每个参与者交流与沟通的对疾病的阐释模式,对于组织和选择病患治疗的行动方案是至关重要的。基于阐释模式理论,凯博文还提出了对长期慢性病人治疗的方法论,其主要要素为“移情的聆听”、“转译”和“詮

①参见邵秦《略谈近年中国禁毒问题》(《社会学研究》,1994 年第 5 期,第 113 - 116 页);刘敏《中国西部毒品蔓延的现状和特点》(《甘肃社会科学》,1991 年第 5 期,第 36 - 42 页)。

②参见(美)凯博文《苦痛和疾病的社会根源:现代中国的抑郁、神经衰弱和病痛》(郭金华译,上海三联书店 2008 年版);(美)克莱曼《疾病的故事:苦难、治愈与人的境况》(方菽丽译,上海译文出版社 2010 年版)。

释”。总的来说,凯博文通过做小型民族志的描述、简短生活史的追记与诠释、阐释模式及其磋商,以建立一种有效的、人道的和平等的医疗合作关系,为重振患者的道德精神提示多种特定的目标和办法。国内学人研究成果主要是在学习借鉴应用凯博文(Kleinman)病痛叙述理论模型基础上,针对不同疾病患者的病痛叙述进行分析阐释。郇建立^①对北京肿瘤医院乳腺癌患者研究和于娟案例的分析以及深入内蒙古D县X医院妇产科患者的考察都是通过细致地收集患者的病痛叙述经历展现患者真实病痛情况从而提出对患者的社会支持体系建设和健康教育对策;还有对冀南沙村考察乡村慢性病患者的患病经历中,提出关于长照的思考对策^②。余成普^③在广州S医院对糖尿病患者的病痛叙述进行的深入分析,揭示出病痛的社会关联,整体性呈现病痛苦难的生物和社会因素。王建新^[8]在兰州、乌鲁木齐、西宁、银川四地医院对患者病痛叙述收集和从患者视角观察出医患关系问题。

(二) 医患关系研究

医患关系(Doctor-patient relationship)研究中最具代表性的理论解释模型包括:哈佛大学帕森斯(Talcott Parson)的“病人角色”,认为疾病就是越轨并建立起对医学的功能分析;贝克尔(Howard Becker)的“标签理论”,认为越轨是社会群体创造出来的,理解越轨的关键变量是社会大众;戈夫曼的“污名理论”,认为如果病人或残疾人的病患如他们的外表、气味或行为令其他人不快,他们就可能被污名化。托马斯·萨兹(Thomas Szasz)和马克·霍兰德(Marc Hollender)的互动的理论模型,

认为患者症状的严重程度是医患互动的决定因素,根据症状的严重程度,医患互动可被归入三个可能模型“主动-被动”、“指导-合作”以及“双向参与”。国内研究主要在中国社会转型的大时代背景下,通过区域性的案例考察分析医患关系遇到的问题。房莉杰在考察了中部地区乡村社会农村医患关系中村民对村医和乡镇卫生院医生两种信任逻辑后,提出“中国农村医患关系的影响因素兼具了传统性、现代性甚至后现代性的多重影响,未来需要思考的是如何将传统性因素融合进未来的社会制度中,使其发挥积极作用”^[9]。苏春艳以网络空间上“未知病毒感染者”传播事件为分析对象,提出在新媒体环境中医生和患者的关系发生了新的变化,医患关系被赋予了更多变量因素,患者的病痛叙述与医生叙事需要对话合作^④。学人对医患关系中国内医患信任状况研究进行了全面检讨,归纳为“医患间的关系信任取向明显,医生被赋予高角色期待,不同科室、不同等级医院及城乡医疗机构的医患信任水平差异显著。近年来我国医患信任水平持续下滑,具体表现为医患纠纷与暴力事件的发生频次上升、对医疗服务满意的患者比例减少、医患彼此的评价及信任度降低等方面。已有研究集中于患者人口统计特征、心理契约、医务工作者的人格特质等个体因素对医患信任的影响,注意到医患信任具有影响医患双方态度与行为以及临床疗效的功能”^[10]。

(三) 戒毒和美沙酮维持治疗行动的社会文化视角

戒毒治疗行动伴随吸毒顽疾一直是社会学、人类学应用研究的一个重要方向,美国社会学界

^①参见郇建立,孙静《产后抑郁症患者的社会支持研究——基于内蒙古D县X医院妇产科患者的个案访谈》(《妇女研究论丛》2010年第1期,第23-31页),郇建立《大众流行病学与乳腺癌的起源——基于于娟“癌症日记”的分析》(《思想战线》2015年第5期,第11-16页),郇建立,梅雪峰《乳腺癌患者的心理体验与社会支持——以北京肿瘤医院的乳腺癌患者为个案》(《石家庄铁道学院学报(社会科学版)》2007年第2期,第56-60页)。

^②参见郇建立《乡村慢性病患者的生存策略——基于冀南沙村的田野考察》(《思想战线》2014年第3期,第35-41页),郇建立《乡村慢性病患者的生活世界——基于冀南沙村中风病人的田野考察》(《广西民族大学学报(哲学社会科学版)》2012年第2期,第69-77页)。

^③余成普,姚麟《糖尿病人的临床境遇、家庭伦理与依从性问题》(《广西民族大学学报(哲学社会科学版)》2016年第5期,第90-97页),余成普《糖尿病的生物社会性》(《思想战线》2016年第5期,第10-16页),余成普,廖志红《甜蜜的苦难:1型糖尿病人的患病经历研究——兼论慢性病的人类学研究路径》(《开放时代》2016年第4期,第206-223页)。

^④苏春艳《病痛的重量:一项对“未知病毒感染者”的人类学考察》(《北方民族大学学报(哲学社会科学版)》2014年第6期,第86-91页),苏春艳《当“患者”成为“行动者”:新媒体时代的医患互动研究》(《国际新闻界》2015年第11期,第48-63页)。

和人类学界对此开展了先驱和开拓式的研究。“围绕毒品形成的街头文化,以及美沙酮维持治疗引起了人类学家的兴趣。人类学研究表明,吸毒行为具有其深刻的社会文化背景,它甚至是社会网络建构、群体身份认同的重要手段之一。”^[11]“疾病与健康的毒品人类学大致采取批判医学人类学的社会与文化视角,强调疾病既是生物性的,也是社会性的,所以,注重深度理解社会与生物的联结,深刻剖析有关文化、行为、环境、社会结构与健康之间的复杂关系。”^[12]一些学人通过综述类论文^[13]对美国社会学、人类学、民族学关于戒毒行动研究进行全面梳理回顾,重点分析了民族学、人类学及社会学研究方法在戒毒治疗中的应用和影响;吸毒、戒毒行为的社会文化背景情况等。印第安纳大学社会学教授阿尔弗雷德·林德史密斯(Alfred R. Lindesmith)详细阐述鸦片类物质成瘾理论,认为鸦片类物质成瘾是基于个人心理和动机状态的巨大转变所造成的^[14]。耶鲁大学医学院社会医学史教授戴维·马斯托(David F. Musto)在其大作《美国禁毒史》(*The American Disease: Origins of Narcotic Control*)^[15]中对美国上百年的麻醉品使用、管制、治理进行了系统梳理,阐释了美国麻醉品治理的经验教训以及政治、经济、社会文化等众多因素如何影响治理的效果。康涅狄格大学人类学系教授莫瑞·辛格(Merrill Singer)关于对静脉吸毒人群社会文化背景的研究^[16],对开展针对性的戒毒行动和理解吸毒人群亚文化有重要启示。青年研究者墨菲(Jennifer Murphy)的新著^[17]在2016年第6期的《美国社会学杂志》(*American Journal of Sociology*)受到推介^[18],其运用医学社会学和犯罪学的理论在毒品法院和戒毒诊所的田野调查中发现关于成瘾的观点充满了混淆和模糊,还发现毒品法院和戒毒诊所的合作是有经济利益的一种体制安排,还分析了成瘾标签论对于成瘾者生活和戒毒过程中的影响,通过分析和调查回应成瘾是疾病还是越轨的研究主题。

国内戒毒行动社会学、人类学研究在进入21世纪后成果丰富,其特点是注重实证研究,关注吸毒人群的背景与吸毒经历,深入分析解释产生吸毒成瘾的社会文化原因,并在此基础上提出具有

针对性和操作性强的戒毒干预建议。如:将传统毒品与新型毒品进行比较研究,发现社会转型大背景也深刻影响到了中国毒品亚文化的转向^[19];在破解吸毒人员高复吸率的实证研究中,发现围绕吸毒者的各种关系冲突产生吸毒者的被排斥感和合成毒品带来的被接纳感^[20];在彝族聚居地区地方性知识结构组织依然有强大影响力,借此结构组织开展禁毒防艾取得实在成效^[21];通过对中国青少年吸毒经历的调查,发现“朋友圈”在青少年初次接触毒品和复吸毒品过程中扮演重要角色,分析了“朋友圈”形成的社会文化背景^[22];在云南昆明远郊呈贡的戴托普戒毒社区开展人类学调查,描述戴托普社区表象的各个方面,进而提出社区中刻意建构出来的规则或文化有着隐秘深刻的意涵^[23]。

在国外美沙酮维持治疗(Methadone Maintenance Treatment, MMT)行动的研究中,一部在美国佛罗里达州对女性海洛因成瘾者的实证调查研究专著^[24]具有典型代表性,2002年第3期的《美国社会学杂志》(*American Journal of Sociology*)曾刊有对此书的评介^[25],研究者对生长在佛罗里达州20世纪50-60年代的白人、富人、穷人、少数族裔等37位吸食海洛因成瘾女性参加美沙酮维持治疗的民族志描述,深刻揭示出吸食毒品、戒毒与种族、阶级、性别压迫之间的关系,从这些女性的吸毒戒毒经历中分析社会制度因素所产生的影响。

国内美沙酮维持治疗研究随着禁毒防艾行动的深入推进,引起了众多学人的关注,比如张小军在主持的《美沙酮疗法戒毒的社会学和生理学综合评估指标研究》课题中与北京市朝阳区疾控中心合作在有关美沙酮门诊开展调查;张剑源对美沙酮维持治疗行动的法律人类学思考^[26];“全球进行的严禁政策从来就不能解决毒品问题。与此同时,为了解决当前流行的毒品问题,经由政治立法、医学辩论与药商利益的折冲,不同的新兴药品也被推出成为合法的戒毒毒品,由美沙酮替代疗法引起的争辩可见一斑。”^[27]。比较有代表性的实证研究案例包括:兰林友在四川省攀枝花市对美沙酮门诊的田野调查中提出“三位一体的干预

模式”^[28]；韩丹对南京市两家美沙酮门诊维持治疗行动的调查，提出用一种社区戒毒模式来有效干预和治疗海洛因成瘾人群^[29]；耿柳娜在对南京市金山和白下两家美沙酮门诊的问卷调查后，讨论“社会因素对个人吸毒成瘾行为的影响”的问题^[30]。

三、研究方法、研究思路建构及研究准备

(一) 研究方法

参与观察法，是对三家美沙酮门诊维持治疗行动运用的最为主要的研究方法，是研究者观察“他者”组织行动细节的最直接获取大量信息的手段。对在维持治疗行动涉及的医患关系、行动策略等问题都需要研究者通过观察进行研判和体认，是从“主位”的视角进行研究活动。

深入访谈法，是对三家美沙酮门诊中的“服药者”和“医护者”通常需要进行比较细致、耐心的谈话和了解，以“他者”的眼光或话语，体现美沙酮维持治疗行动的过程和环节，是从“客位”的视角进

行研究活动。

小组座谈会，是从服药者和医护者中进行对比和求同查异的研究方法。研究者在服药者和医护者中都组织有对维持治疗行动中相同问题的讨论，研究者从座谈式的互动谈话中获得启发和对研究对象更加深入的认识。

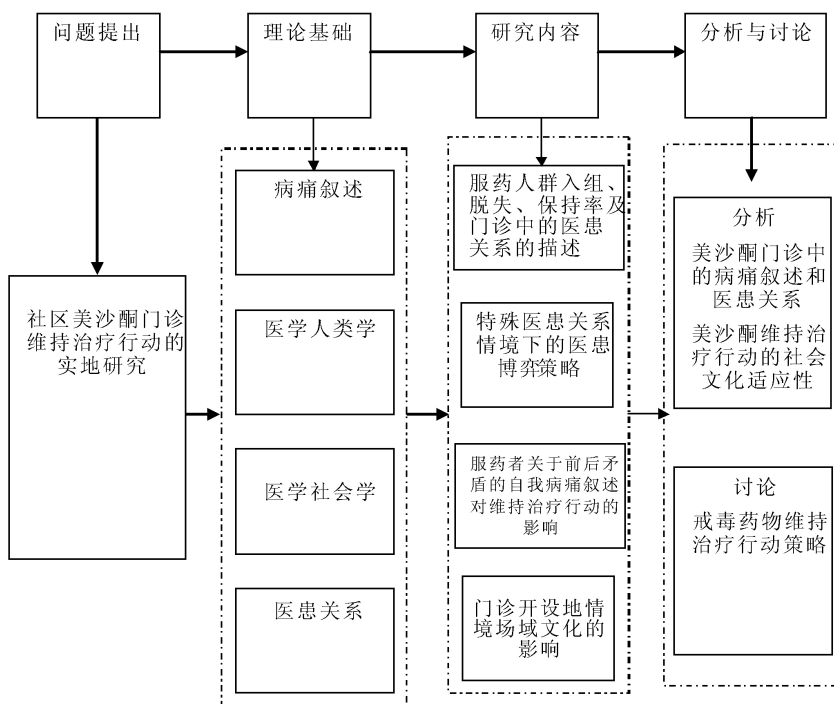
田野文献资料收集法，目的是在对三家美沙酮门诊进行调查时尽可能多地搜集调查对象在维持治疗行动中所产生的各种资料，用来印证和补充官方资料的不足。

调查问卷法，主要考虑从研究者设计的一些研究量化目标进行比证，而对服药者和医护者进行的同一设计问题的考察，目的是全方位了解三家门诊在维持治疗行动中所达到的实际效果情况。

(二) 研究思路建构

多个案研究

个案 1	个案 2	个案 3
兰州市 H 区美沙酮 第一门诊	临夏州 X 市 美沙酮门诊	临夏州 G 县 美沙酮门诊



研究思路

(三) 进入田野的过程、时间

在申请并获得甘肃省卫计委、临夏州委有关领导同志和省卫计委疾控处暨戒毒药物维持治疗工作甘肃省工作组办公室、甘肃省疾控中心、甘肃

省公安禁毒总队的支持指导下，在中国博士后科学基金资助下，研究者在三个门诊开展调查工作时均以实习医生的角色进入田野。

门诊名称	门诊所在市州	门诊所在区市县的防艾禁毒背景及简况
H 区疾控中心美沙酮维持治疗门诊	兰州市	该区为第一轮全国第二批艾滋病综合防治示范区、原甘肃省禁毒重点整治地区
X 市疾控中心美沙酮维持治疗门诊	临夏回族自治区	该市为原甘肃省禁毒重点整治地区
G 县中西医结合医院美沙酮维持治疗门诊	临夏回族自治区	该县被列为第一轮全国第二批艾滋病综合防治示范区 原全国禁毒重点整治地区

实地研究工作时间大致分为:

2012 年 12 月至 2013 年 1 月初次开展调查工作,赴 3 家美沙酮门诊了解情况;

2013 年 7 月-9 月再次赴 3 家美沙酮门诊调查工作,期间对有关门诊进行了问卷和访谈工作;

2013 年 12 月-2014 年 2 月第三次赴三家美沙酮门诊进行调查工作;

2014 年 7 月对三家门诊进行了回访和补充调查。

四、城市社区中和乡土寺坊间的美沙酮维持治疗行动

(一) 都是谁来? ——服药人群素描

根据美沙酮维持治疗行动和美沙酮门诊运行的特点,我们从三家美沙酮门诊中选取了 36 位在 2013 年 7 月 11 日至 8 月 10 日和 29 位 2014 年 1 月 17 日至 2 月 16 日之间参加维持治疗的服药者进行了深入访谈和问卷调查工作。选取这样两个时间段的服药者进行调查,一是 65 位服药者均按照美沙酮维持治疗标准规程要求在一个月未出现脱失状况且服药行为基本遵医嘱;二是参加美沙酮维持治疗的人群存在较大不稳定性和流动性,所以考虑抽取这样两个时间段(保证完整的一个月)对相对稳定的参加服药者(尽可能增加被调查者的案例数)进行有关调查工作。

65 位服药者人口学统计表

	性别	民族	年龄	职业	婚姻状况	文化程度	经济收入或来源
H 区疾控中心美沙酮门诊	男	汉族	<20 岁	个体	未婚	小学以下 5 人	家庭供给
(16 人+12 人=28 人)	23 人	15 人	0 人	6 人	7 人	小学	7 人
	女	回族	21-30 岁	在职	已婚	3 人	固定收入
	5 人	8 人	9 人	3 人	13 人	初中	3 人
		东乡	31-40 岁	务农	离婚	13 人	临时收入
		2 人	12 人	4 人	8 人	高中	18 人
		其他	41-50 岁	无业		4 人	其他
		3 人	5 人	15 人		中专	0 人
			51-60 岁			2 人	
			2 人			大专以上 1 人	
			>60 岁				
			0 人				
X 市疾控中心美沙酮门诊	男	汉族 6 人	<20 岁	个体 6 人	未婚 4 人	小学以下 6 人	家庭供给 4 人
(13 人+8 人=21 人)	19 人	回族 14 人	1 人	在职 1 人	已婚 8 人	小学 5 人	固定收入 1 人
		东乡 1 人	21-30 岁	务农 5 人	离婚 9 人	初中 8 人	
		其他 0 人	5 人				
			31-40 岁				
			10 人				
	女		41-50 岁	无业 9 人		高中 2 人	临时收入 16 人
	2 人		4 人			中专 0 人	其他 0 人
			51-60 岁			大专以上 0 人	
			1 人				
			>60 岁				
			0 人				
G 县中西医结合医院美沙酮门诊	男	汉族 2 人	<20 岁	个体 8 人	未婚 2 人	小学以下 8 人	家庭供给 5 人
(7 人+9 人=16 人)	16 人	回族 11 人	21-30 岁	在职 1 人	已婚 9 人	小学 3 人	固定收入 2 人
		东乡 3 人	6 人	务农 7 人	离婚 5 人	初中 5 人	
		其他 0 人	31-40 岁				
			8 人				
	女		41-50 岁	无业 0 人		高中 0 人	临时收入 9 人
	0 人		2 人			中专 0 人	其他 0 人
			51-60 岁			大专以上 0 人	
			0 人				
			>60 岁				
			0 人				

65 位服药者参加维持治疗人群涉及吸毒有关问题统计表(一)

门诊	吸毒方式	毒品种类	吸毒费用	既往病史
H 区疾控中心美沙酮门诊 (16 人 + 12 人 = 28 人)	口吸 9 人	海洛因 28 人	<50 元 2 人	有 22 人
	静注 6 人	吗啡 0 人	50 - 150 元 18 人	无 6 人
	混合 13 人	非鸦片类 0 人	150 - 300 元 5 人 >300 元 3 人	
X 市疾控中心美沙酮门诊 (13 人 + 8 人 = 21 人)	口吸 16 人	海洛因 21 人	<50 元 0 人	有 18 人
	静注 2 人	吗啡 0 人	50 - 150 元 17 人	无 3 人
	混合 3 人	非鸦片类 0 人	150 - 300 元 3 人 >300 元 1 人	
G 县中西医结合医院美沙酮门诊 (7 人 + 9 人 = 16 人)	口吸 15 人	海洛因 16 人	<50 元 1 人	有 12 人
	静注 0 人	吗啡 0 人	50 - 150 元 14 人	无 4 人
	混合 1 人	非鸦片类 0 人	150 - 300 元 1 人 >300 元 0 人	
合计: 28 + 21 + 16 = 65 人	口吸 40 人	海洛因 65 人	<50 元 3 人	有 52 人
	静注 8 人	吗啡 0 人	50 - 150 元 49 人	无 13 人
	混合 17 人	非鸦片类 0 人	150 - 300 元 9 人 >300 元 4 人	

65 位服药者参加维持治疗人群涉及吸毒有关问题统计表(二)

门诊	首次吸毒年龄	吸毒数量(海洛因)	最后一次使用毒品时间	治疗史
H 区疾控中心美沙酮门诊 (16 人 + 12 人 = 28 人)	<15 岁 3 人	<0.5 克/天 9 人	<24 小时 0 人	劳教戒毒 5 人
	16 - 25 岁 22 人	0.5 - 1 克/天 13 人	2 - 5 天 0 人	强制戒毒 14 人
	26 - 35 岁 3 人	1 - 2.5 克/天 4 人	6 - 10 天 0 人	自愿戒毒 9 人
	>36 岁 0 人	>2.5 克/天 2 人	11 - 20 天 0 人 21 - 30 天 0 人 1 - 3 月 3 人 >3 月 25 人	自己治疗 0 人
X 市疾控中心美沙酮门诊 (13 人 + 8 人 = 21 人)	<15 岁 4 人	<0.5 克/天 6 人	<24 小时 0 人	劳教戒毒 4 人
	16 - 25 岁 15 人	0.5 - 1 克/天 10 人	2 - 5 天 0 人	强制戒毒 12 人
	26 - 35 岁 2 人	1 - 2.5 克/天 2 人	6 - 10 天 0 人	自愿戒毒 5 人
	>36 岁 0 人	>2.5 克/天 3 人	11 - 20 天 0 人 21 - 30 天 0 人 1 - 3 月 1 人 >3 月 22 人	自己治疗 0 人
G 县中西医结合医院美沙酮门诊 (7 人 + 9 人 = 16 人)	<15 岁	<0.5 克/天 6 人	<24 小时 0 人	劳教戒毒 3 人
	16 - 25 岁 13 人	0.5 - 1 克/天 9 人	2 - 5 天 0 人	强制戒毒 8 人
	26 - 35 岁 3 人	1 - 2.5 克/天 1 人	6 - 10 天 0 人	自愿戒毒 5 人
	>36 岁 0 人	>2.5 克/天 0 人	11 - 20 天 0 人 21 - 30 天 0 人 1 - 3 月 3 人 >3 月 13 人	自己治疗 0 人
合计: 28 + 21 + 16 = 65 人	<15 岁 7 人	<0.5 克/天 21 人	<24 小时 0 人	劳教戒毒 12 人
	16 - 25 岁 50 人	0.5 - 1 克/天 32 人	2 - 5 天 0 人	强制戒毒 34 人
	26 - 35 岁 8 人	1 - 2.5 克/天 7 人	6 - 10 天 0 人	自愿戒毒 19 人
	>36 岁 0 人	>2.5 克/天 5 人	11 - 20 天 0 人 21 - 30 天 0 人 1 - 3 月 7 人 >3 月 58 人	自己治疗 0 人

从上面两个表中可以归纳出 65 位服药者涉及吸毒行为和吸毒史背景,需要说明的是最后一次使

用毒品时间的统计仅作为参考。

为了便于描述来自三个美沙酮门诊服药者的案

例报告,我们对案例报告编号进行了统一处理,英文字母 a、b、c... 代表服药者,阿拉伯数字 1、2、3 分别代表 H 区疾控中心美沙酮门诊、X 市疾控中心美沙酮门诊、G 县中西医结合医院美沙酮门诊,如服药者 a1 表示来自于 H 区美沙酮门诊的服药者。

服药者 a1. 男性,43 岁,无业,汉族,高中文化程度,甘肃兰州人,海洛因成瘾者,混合吸毒,从 2010 年 12 月起参加美沙酮维持治疗,截至访谈当天之前未曾出现脱失状况,在服药之前曾在 2009.3 - 2010.10 期间接受强制戒毒,强戒后归为社区戒毒人员,经家人和社区禁毒专干联系于 2010 年 12 月自愿申请参加社区美沙酮维持治疗,首次服药剂量为 30ml,当前服药剂量维持在 45ml - 60ml 之间。(访谈整理时间 2013.8.22)

服药者 b1. 男性,54 岁,无业,汉族,初中文化程度,甘肃兰州市人,海洛因成瘾者,混合吸毒,2008 年 11 月参加美沙酮维持治疗,自称为兰州市第一批吸食海洛因人群,曾三次接受强制戒毒,两次医疗戒毒,首次吸食海洛因年龄为 25 岁,首次服药剂量为 40ml,当前服药剂量维持在 55ml - 65ml 之间,最高服药剂量达到过 80ml。(访谈整理时间 2013.8.22)

服药者 c1. 男性,29 岁,无业,回族,初中文化程度,甘肃临夏市人,海洛因成瘾者,静脉注射吸毒,2013 年 2 月参加美沙酮维持治疗,首次吸食海洛因年龄为 28 岁,首次服药剂量为 30ml,当前服药剂量维持在 30ml - 35ml 之间。(访谈整理时间 2013.8.22)

服药者 d2. 男性,24 岁,无业,回族,小学辍学,甘肃和政县人,海洛因成瘾者,静脉注射吸毒,在云南做生意时与朋友一起吸毒,2012 年 11 月自愿参加美沙酮维持治疗,首次吸食海洛因年龄为 21 岁,首次服药剂量为 30ml,当前服药剂量维持在 30ml - 35ml 之间。(访谈整理时间 2013.8.26)

服药者 e2. 女性,32 岁,无业,回族,初中辍学,甘肃积石山县人,海洛因成瘾者,混合吸毒,受家人影响一起吸毒,2011 年 2 月至 2013 年 1 月在兰州市女子监狱服刑,2013 年 5 月经自愿申请参加美沙酮维持治疗,首次吸食海洛因年龄为 29 岁,首次服药

剂量为 30ml,当前服药剂量维持在 30ml - 40ml 之间。(访谈整理时间 2013.8.26)

服药者 f3. 男性,46 岁,在职(在三甲集镇政府打扫卫生),回族,小学文化程度,甘肃广河县人,海洛因成瘾者,口吸,首次吸食海洛因年龄为 31 岁,2011 年 12 月开始参加美沙酮维持治疗,自愿申请(属隐形吸毒人员),首次服药剂量为 35ml,当前服药剂量维持在 45ml - 50ml 之间。(访谈整理时间 2013.9.6)

服药者 g3. 男性,35 岁,务农,东乡族,小学以下文化程度,甘肃东乡县,海洛因成瘾者,口吸,1999 年在兰州染上吸毒,2003 年 6 月 - 2004 年 5 月在青海省西宁市戒毒所强制戒毒,2009 年 4 月至 2011 年 1 月在平凉市强戒所戒毒,2012 年 3 月参加美沙酮维持治疗,首次吸食海洛因年龄为 20 岁,首次服药剂量为 30ml,当前服药剂量维持在 45ml - 50ml 之间。(访谈整理时间 2013.9.6)

上述选取的 7 个服药者案例是从 20 世纪 80 年代、90 年代和进入 21 世纪至今各时间段开始吸食海洛因人群的代表性案例,大致可以总结为如下特点:吸食时间长短影响毒瘾程度,吸毒时间越长者,毒瘾也就越重,在美沙酮门诊的服药剂量也随之较大;7 个案例中静脉注射和混合吸毒行方式较口吸方式多;7 个案例中吸食海洛因者有 5 人有过在公安司法机构的戒毒经历。

(二) 何以脱失? ——维持治疗效应几何

美沙酮维持治疗的设计理念之一就是要通过对美沙酮的适量服用以达到海洛因成瘾者对海洛因的替代作用及长期以口服美沙酮溶液克服戒断症状从而逐步恢复成瘾者的诸多社会功能。而在现实美沙酮维持治疗行动中服药者的操守情况直接影响到是否脱失的问题,在国家 2011 年 10 月印发的《社区美沙酮维持治疗门诊吸毒人员艾滋病综合干预指导手册》中对因“特殊原因”退出维持治疗的界定范围包括:与毒品无关的违法犯罪、疾病/怀孕、死亡等三种情况。下图我们以甘肃省社区药物维持治疗工作组提供的全省一定时期内关于参加维持治疗服药者退出原因的统计作为研究参考。

2012 - 2013 年甘肃省社区药物维持治疗病人退出原因统计表

退出原因	2012 人数		2013 人数	
	人数	构成比%	人数	构成比%
因偷吸而被强制隔离戒毒	288	9.6	390	10.6
违反门诊规章制度	0	0.0	0	0.0
自认为戒断,不再需要服用美沙酮	9	0.3	2	0.1
不明原因,无法联系	68	2.3	53	1.4
无故 7 天未治疗	274	9.1	112	3.0
认为美沙酮效果不好,转用其他戒毒方式	0	0.0	4	0.1
害怕被抓	96	3.2	83	2.3
家人不支持	4	0.1	0	0.0
交通不方便	1	0.0	1	0.0
服药时间不方便	1	0.0	6	0.2
其他	9	0.3	19	0.5
因与毒品无关的违法犯罪被抓	1391	46.3	1721	46.8
主动退出	0	0.0	16	0.4
外出打工/出差/做生意/移居/出国	211	7.0	120	3.3
去外地居住、出国(改变生活环境)	0	0.0	4	0.1
经济困难	0	0.0	0	0.0
疾病/怀孕	625	20.8	1112	30.2
死亡	28	0.9	23	0.6
药物副作用/过敏	0	0.0	13	0.4
合计	3005	100.0	3679	100.0

上图表明近两年全省美沙酮维持治疗行动中“与毒品无关的违法犯罪”占到全部退出原因的近 47% ,偷吸而被强制戒占到 9% - 近 11% 区间,因疾病

或怀孕占 20.8% - 30% 左右。

具体到本项研究关注的三个美沙酮门诊的脱失情况又是怎样,我们以列表方式呈现如下:

2013 年三个门诊服药者退出维持治疗情况统计表

退出原因	H 区疾控中心美沙酮门诊		X 市疾控中心美沙酮门诊		G 县中西医结合医院美沙酮门诊	
	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比
因偷吸而被强制隔离戒毒	105 人	36%	13 人	36%	22 人	59%
因与毒品无关的违法犯罪被抓	18 人	6%	2 人	6%		
疾病/怀孕	5 人	2%	4 人	10%	1 人	3%
死亡						
外出打工/出差/做生意/移居/出国	48 人	16%	3 人	8%	14 人	38%
去外地居住、出国(改变生活环境)	1 人	0%				
无故 7 天未治疗	49 人	17%				
违反门诊规章制度						
自认为戒断,不再需要服用美沙酮						
不明原因,无法联系	18 人	6%	5 人	14%		
认为美沙酮效果不好,转用其他戒毒方式	1 人	0%				
害怕被抓	39 人	14%	2 人	6%		
家人不支持						
交通不方便						
服药时间不方便						
主动退出	1 人	0%	2 人	6%		
经济困难						
药物副作用/过敏	2 人	1%	2 人	6%		
其他	6 人	2%	3 人	8%		
合计	293 人	100%	36 人	100%	37 人	100%

上表中三个门诊退出原因最多的就是偷吸被强制、外出打工、无故 7 天未治疗、害怕被抓等也是退出的原因。

脱失意味着维持治疗行动中服药的停止且在下一年不参加维持治疗,脱失的影响因素很多除“特殊原因”中规定的三种原因以外,其他原因的脱失在计算维持治疗保持率时是不计入的。

我们在描述脱失者案例情况时,主要从两种方法即通过留存在各个门诊服药者的病历档案中搜集;另一种就是与门诊的医护者交谈时获取服药者的一些脱失案例。

脱失者 a1. 男,汉族,甘肃兰州人,2009 年开始吸食海洛因,静脉注射,首次服药时间为 2013 年 5 月,同年 7 月停止给药,原因为违反门诊规章制度,多次偷吸,不遵医嘱。

脱失者 b1. 男,汉族,宁夏固原人,1999 年来兰务工,2000 年开始吸食海洛因,混合,首次服药时间为 2007 年 10 月,2008 年 5 月脱失,原因为违法犯罪被公安机关抓获进监狱。

脱失者 c2. 男,回族,甘肃康乐人,2003 年开始吸食海洛因,混合,首次服药剂量 40ml,2009 年 3 月首次服药,2010 年 5 月脱失,原因为迁居外地做生意。

脱失者 d2. 女,回族,甘肃临夏人,2008 年开始吸食海洛因,口吸,首次服药剂量 30ml,2008 年 5 月首次服药,2011 年 6 月脱失,原因为被公安机关强制戒毒。

脱失者 e3. 男,回族,甘肃广河人,2000 年开始吸食海洛因,口吸,首次服药剂量 30ml,2006 年 12 月 6 日首次服药,同年 12 月 20 日脱失,原因为被公安机关强制戒毒。

脱失者 g3. 男,回族,甘肃广河人,2001 年开始吸食海洛因,静脉注射,首次服药剂量 30ml,2011 年 4 月 4 日首次服药,同月 24 日脱失,原因为 HIV 检测结果为阳性需转甘肃省专门收治艾滋病患者的兰州市肺科医院进行抗艾治疗。

医护者 a1. (原 H 区疾控中心党委书记,主任医师,从事戒毒药物治疗工作近 30 年,是兰州市最早的戒毒治疗医疗机构之一的参与者;直接参与了 H 区 2006 年美沙酮门诊和 2010 年第一门诊的组建工

作,2010 年退休后继续返聘一直在门诊工作。)

“我从 20 世纪 80 年代就在治疗海洛因成瘾者,你访谈的服药者中就有那时候被治疗过的。怎么说呢,戒毒药物维持治疗也是重点在维持治疗上做文章。至于服药者的脱失,我个人认为每个门诊都存在脱失现象,关键是脱失的比例有多高。我个人总结了门诊至今几个主要脱失原因包括:服药者在维持治疗期间存在的多药物滥用即偷吸时被警察抓,服药者从事不涉毒案件时被警察抓,服药者的自身健康状况出现问题这样几种情况。美沙酮治愈的情况,在我的从医经历中几乎没有,在一个相当长的维持治疗时间段内,坚持治疗对这些人(指服药者)来说,难度可想而知。再加上这些人(指服药者)大多数身上背负着污名,出现脱失的概率自然会高。”(访谈时间 2013.7.23)

医护者 b2(X 市疾控中心美沙酮门诊主任,主治医师,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“X 市的美沙酮门诊从创建至今我一直在这里工作,之前我从部队退伍后转业分配到市疾控中心工作,从事行政工作。2007 年疾控中心领导找我谈话,让我负责美沙酮门诊工作,可能当时因为我的军人背景对管理美沙酮门诊有点帮助吧,毕竟来吃药的都是些吸毒的;另外这项工作还需要与公安人员打交道,当时疾控中心搞专业的都是女的,在我们这个地方,不喜欢让女的出来,就这样我就干上了这项工作。几年来接触工作多了,对有关治疗还是了解的。说到脱失问题,原因太多了,可以说在我这维持治疗过又脱失的服药者中因违法犯罪而退出治疗的情况最多。服药者的特殊性决定了必然会出现脱失情况,这个是没有办法的。”(访谈时间 2013.9.25)

医护者 c3(G 县中西医结合医院内科主治医师兼美沙酮门诊主任,回族,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“我从事美沙酮治疗工作是因为县里的疾控中心不做,说三甲集镇是全县、全州吸毒人员最多的地方,又毗邻东乡族自治县那边,把美沙酮门诊放到三甲集的县中西医结合医院做。就这样医院领导领了任务后就安排到我们内科做,说这个门诊的工作上边非常重视,每年都会给经费,能为医院解决些经费

问题,就这样我进入了这一块工作。刚建立时一个服药者都没有,省上、州上、县里想了很多办法找吸毒人员往我这送,在这个门诊首次服药的时间为2006年12月7日,就两个人,12月20日就脱失了一个,到2007年一年累积服药人数才9个人,其中脱失了4个人。针对门诊运行的情况,省上说G县的门诊不要收十元的治疗费了,这一块费用由省上直接补给门诊,就是这样还是没多少人来喝药。2007、2008、2009年不知到我这来了多少领导、专家调研门诊艰难运行的情况。为此省上领导专门在门诊开现场办公会解决问题。我归纳了几点脱失原

因:门诊刚开始运行时,公安就天天派人在门诊附近蹲守,搞的吸毒的怕抓不来了,开现场办公会后情况好点,但名声已经在外;另外就是三甲集的人在外做生意的特别多,我们与公安一起作过统计就是在册的吸毒人员在家的较少,多数都在兰州、新疆、云南,特别是在兰州的最多。”(访谈时间2013.9.27)

(三) 至关重要的保持率! ——数据背后的医 治博弈

根据2011年10月印发的《社区美沙酮维持治疗门诊吸毒人员艾滋病综合干预指导手册》中关于维持治疗行动保持率的统计方法:

$$\text{保持率} = \frac{\text{正在治疗人数}}{\text{最近一年所有参加过治疗人数} - \text{同期因特殊原因退出人数}} \times 100\%$$

我们对三个美沙酮门诊2013年的保持率统计形成下表:

2013年三个美沙酮门诊维持治疗保持率表

门诊	正在治疗人数	最近一年所有参加过治疗人数	同期因特殊原因退出人数	保持率
H区疾控中心美沙酮门诊	588	875	23	69%
X市疾控中心美沙酮门诊	169	205	6	84.9%
G县中西医结合医院美沙酮门诊	47	84	1	56.6%

国家社区药物维持工作组对维持治疗规定保持率要达到70%,从而来评估每个美沙酮门诊的维持治疗工作开展的情况。从2013年的三个门诊的保持率统计来看,只有临夏市疾控中心美沙酮门诊达到了70%以上这个保持率要求。按照保持率公式的算法,一年内所有治疗人数中因特殊原因退出人数越少对保持率提高越有帮助。

抓工作紧时,对服药者的掌控力就强,服药者也能听进些医生的话;若赶上老主任生病和退休,新主任未能实质性到岗,也就是未完全进入工作状态的这段时间内,治疗的效果特别是服药者的退出就增多或者是违反治疗规定的行为就特别多。”(访谈时间2013.7.23)

医护者b1(H区美沙酮门诊主任,主治医师,2014年1月调入现岗位,2013年1-12月在H区疾控中心第二门诊工作。)

“我是2014年1月接替王主任的,门诊去年的保持率低于规定的基本率。说明去年门诊的维持治疗工作有许多需要加强的地方,我是临危受命主持第一门诊的工作,可能是个过渡,因现在两个门诊租用的场地费用太高,可能年内两个门诊又得合并在一起搬回区疾控中心。”(访谈时间2014.7.28)

医护者a1(H区疾控中心原党委书记,主任医师,从事戒毒药物治疗工作近30年,是兰州市最早的戒毒治疗医疗机构之一的参与者;直接参与了H区2006年美沙酮门诊和2010年第一门诊的组建工作,2010年退休后继续返聘一直在门诊工作。)

医护者c1(H区疾控中心主任,主任医师,从2006年起领导、组建全区的美沙酮门诊和维持治疗工作,是省、市两级社区药物维持治疗工作组成员,有着丰富的美沙酮维持治疗督导工作经验。)

“保持率是考核美沙酮门诊工作最直接的指标,所以门诊的压力就是这个保持率。每年年初省上公布出各门诊的上年保持率排名情况。2010年没有分建第一、第二门诊时,我们门诊的保持率每年都居全省最高,分建了第二门诊后带走了半数服药者,加之门诊内部的一些人员调整(新老主任交接班)等方面因素都影响了门诊的治疗工作。治疗工作中医生与服药者的关系很微妙,以前老主任

“我们在美沙酮维持治疗工作上下了很大功夫的,曾好几年获得国家和省里的褒奖,是全省的标杆门诊。美沙酮维持治疗工作是一个长周期见效慢的活,又是一个特殊医患直接面对面的关系,可以说保持维持治疗的较好效果非常困难。有医生的影响因素、有服药者的影响因素、咱们国家受政策不断调整和领导指示的影响也在内,所以门诊保持率想保持在一个较高水平不容易。”(访谈时间2014.10.30)

医护者 d2(X 市疾控中心美沙酮门诊主任,主管医师,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“想办法增加服药人的数量,同时控制住较多脱失,稳定住维持治疗人员是保持率增高的最理想状态了。而现状是跟吸毒人员打交道没有那么简单。特别是吸毒人员之间瞎传一些谣言,对服药者的影响很大,比如一些吸毒人员对来我们门诊喝药的病人讲,喝美沙酮比吸食海洛因后的成瘾更大,副作用更多,是慢性自杀。这样瞎传就影响了好多服药者,脱失就成为必然。而且医护人员说再多的话,也抵不住吸毒圈内的一句谣言。想了许多办法来提高保持率,如奖励减免服药等办法。我个人认为保持率是考核门诊工作的一个重要指标,但门诊应付不了维持治疗方方面面的问题。”(访谈时间 2013.9.25)

医护者 e3(G 县中西医结合医院内科主管医师兼美沙酮门诊主任,回族,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“门诊自开设以来保持率上不去,年年都被省

上点名批评。我们本来对吸毒和吸毒人员已非常反感,当年在开设门诊时,一些宗教人士和县里领导就不愿意。但因为卫生部定下 G 县为艾滋病防治示范区,对吸毒人员的防艾探索工作是重要任务,所以后来在三甲集开了美沙酮门诊。期间州上、县里在禁毒大会上每次都讲门诊的作用,县卫生、公安、宗教等部门也经常联系,我们还去附近清真寺里宣传、说明美沙酮戒毒的原因。”(访谈时间 2013.9.27)

(四) 无奈与不满! ——复杂且特殊的医患关系

根据研究需要,我们设计了关于美沙酮门诊医患关系调查问卷,问卷对象包括三个门诊的 65 位服药者和 15 位医护者。问卷时间为 2013 年 7 月 11 日至 8 月 10 日和 2014 年 1 月 17 日至 2 月 16 日期间的维持治疗的 65 位服药者;对医护人员的问卷调查分别在 2013 年 9 月 24 日的 H 区疾控中心美沙酮门诊、2013 年 8 月 26 日的 X 市疾控中心美沙酮门诊、2013 年 9 月 6 日的 G 县中西医结合医院美沙酮门诊。

三个门诊针对服药者的医患关系问卷事项统计表

	给药量情况	偷带情况	了解自己病情情况	与医护发生口角	配合治疗情况	参加后期干预情况
H 区疾控中心 美沙酮门诊 (16 人+12 人=28 人)	较多 0 合适 8 不够 20	经常 4 偶尔 18 从不 6	了解 12 说不清 14 不了解 2	经常 11 偶尔 16 从不 1	愿意 14 不好说 8 不愿意 6	经常 3 偶尔 9 从不 16
X 市疾控中心 美沙酮门诊 (13 人+8 人=21 人)	较多 0 合适 7 不够 14	经常 6 偶尔 13 从不 2	了解 15 说不清 5 不了解 1	经常 5 偶尔 15 从不 1	愿意 11 不好说 8 不愿意 2	经常 0 偶尔 3 从不 18
G 县中西医结合 医院美沙酮门诊 (7 人+9 人=16 人)	较多 0 合适 5 不够 11	经常 3 偶尔 12 从不 1	了解 3 说不清 13 不了解 0	经常 2 偶尔 13 从不 1	愿意 10 不好说 6 不愿意 0	经常 0 偶尔 0 从不 16

在上表统计中,给药量认为不够的有 45 人;认为自己存在偷带情况的有 56 人;对自己病情说不清和不知道的有 35 人;有过与医护人员发生口

角的有 62 人;配合治疗情况方面有 35 人愿意配合,有 8 人不愿意;参加后期干预情况方面只有 3 人经常参加。

三个门诊针对医护者的医患关系问卷事项统计表

	遵医性情况	发现偷带情况	发现偷吸情况	职业危险性程度	从事工作时间
H 区疾控中心 美沙酮门诊(7 人)	好 1 一般 3 不好 3	经常 3 偶尔 4 没有 0	经常 5 偶尔 2 没有 0	危险 7 一般 0 不危险 0	一年内 4 三年内 2 三年以上 1
X 市疾控中心 美沙酮门诊(5 人)	好 0 一般 4 不好 1	经常 1 偶尔 4 没有 0	经常 3 偶尔 2 没有 0	危险 5 一般 0 不危险 0	一年内 1 三年内 3 三年以上 1
G 县中西医结合 医院美沙酮门诊(3 人)	好 1 一般 1 不好 1	经常 0 偶尔 3 没有 0	经常 0 偶尔 3 没有 0	危险 3 一般 0 不危险 0	一年内 2 三年内 0 三年以上 1

从上表可以看出,在遵医性统计中三个门诊中有 8 人认为“一般”5 人认为“不好”;在发现偷带和偷吸情况统计中 15 人都认为两偷行为的普遍存在;在职业危险性程度上 15 人都认为从事职业的危险;在从事工作时间内三年内占了 12 人,其中一年内就有 7 人。

服药者 1a. 男,无业,甘肃定西人,汉族,2011 年 4 月参加门诊维持治疗,未脱失。

“我觉得医生给药量总是不够,多要肯定是不给的。硬要的话就让我先做尿检,我嫌费事就喝完走了。服务态度不好,我是来这花钱喝的。”(访谈时间:2013.8.22)

服药者 2a. 男,个体,甘肃兰州人,汉族,2012 年 8 月参加门诊维持治疗,未脱失。

“药管得太严了,不让带出去喝,有时候要出去几天办事,问门诊给带些药,被拒绝。”(访谈时间:2014.8.22)

服药者 3b. 男,无业,甘肃永靖人,汉族,2013 年 1 月参加门诊维持治疗,未脱失。

“这个药的劲没白粉爽,但现在甘肃能搞到的白粉杂质太多,吸了对身体伤害大,被抓就更惨。只能到这来喝,还不能多喝。为了少吵架留在这喝药就凑合着吧。”(访谈时间:2013.8.26)

服药者 4b. 男,无业,甘肃临夏人,回族,2011 年 9 月参加门诊维持治疗,未脱失。

“在门诊遇到吵架是常事,就是为了多给些药喝。医生总是不相信我。”(访谈时间:2013.8.26)

服药者 5c. 男,农民,甘肃广河人,回族,2013 年 2 月参加门诊维持治疗,未脱失。

“门诊主任如果出差不在,我就让护士给我多加些,反正护士不会为这事去问主任的。主任在家时要提出加药,可麻烦了。”(访谈时间:2013.9.6)

医护者 a1.(原 H 区疾控中心党委书记,主任医师,从事戒毒药物治疗工作近 30 年,是兰州市最早的戒毒治疗医疗机构之一的参与者;直接参与了七里河区 2006 年美沙酮门诊和 2010 年第一门诊的组建工作,2010 年退休后继续返聘一直在门诊工作。)

“在美沙酮门诊里的医患关系主要集中在给药量和服药者偷带美沙酮液体这两个问题上,给药量问题又引起服药者和我们之间关于服药的认识问题。服药者对在服药期间发生的多药滥用行为存在侥幸心理,只是觉得自己舒服就行,他们(服药者)喜欢把海洛因比作是手抓羊肉,把美沙酮比作洋芋,有条件时吸食海洛因,没钱时就到门诊里喝美沙酮。这种不顾及自身生命的偷吸行为在维持治疗期间是普遍现象。有经验的医生可以在问诊时判断是否有偷吸嫌疑并要求进行尿样检测。偷带美沙酮液体在我们门诊偶尔会发生,如果决定强行制止可能会引来服药者与医护者的口角,可惜门诊聘请的保安发挥作用比较有限,所以一旦发生制止偷带行为时,都是让人非常紧张的时刻。”(访谈时间:2013.7.23)

医护者 b1.(H 区美沙酮门诊主任,副主任医师,2014 年 1 月调入现岗位,2013 年 1-12 月在七里河区疾控中心第二门诊工作。)

“我理解的医患关系在美沙酮门诊中,主要是服药人群的特殊性,长期吸食海洛因的人,有着几种面孔,他们可以这一分钟听进去医生讲的话,下一分钟可能就会翻脸破口大骂医护人员。专家说吸食海洛因是一种脑病,我看没错。因为医生没法对服药者将会做出怎样的举动作出预判,只能凭自己的经验在服药者还算正常时进行有关问诊,在这种情况下还得细心判断服药者所说的病况的真伪。这决定我们给他们开药的剂量,如果发生我们开药量大而他们出现死亡的话(多药滥用过量),责任就在门诊了。有时我们感到无奈和无助。”(2014.7.29)

医护者 c2.(X 市疾控中心美沙酮门诊主任,主管医师,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“我经常为了维护门诊正常的治疗秩序与服药者打架,他们这些人中有的人是老老实实来喝药的,有的人不听从医嘱,无理取闹。表现好的服药者,我们都会关照他的,比如家住在积石山的,每三天来这里喝一次药,距离远不方便,就提出喝一些再带一些第二天再喝的要求,我们就根据他

的服药表现情况同意他将喝剩下的药液带回去再喝,但前提是如果发现出现药液外露给其他人的话,就不会再同意他外带药液了。”(2013.9.25)

医护者 d2. (X 市疾控中心副主任,分管美沙酮门诊工作。)

“服药者能否如实按照美沙酮维持治疗门诊所签署的协议要求服药是治疗取得效果的关键。协议要求遵医嘱、不偷吸、不偷带,但实际治疗中以上三个要求是最难处理的。一些服药者与我们斗智斗勇,精确地计算怎样安全避尿检阳性的方法和时间。反映在治疗中就是服药者对医生说的不是真实的病况,或者有时说的话难以自圆其说,自我矛盾的。”(2013.9.26)

医护者 e3. (G 县中西医结合医院内科主管医师兼美沙酮门诊主任,从 2007 年以来一直从事美沙酮维持治疗工作。)

“在我们这里医患关系意味着医生要是认真执行门诊规章制度,服药者就会不满意,突出地反映在定期给服药者做尿检判断其有无偷吸。这时有的服药者就会以各种理由躲避检查,比如在我们不注意的情况下偷换尿样或干脆就不来门诊做尿检。我就得从他们的话语里分析和初步判断后根据他们的服药历史情况,综合作出下一步的治疗计划。”(2013.9.27)

五、分析与讨论

(一) 服药者前后自我矛盾的病痛叙述及以此展开的治疗策略

通过上述三个门诊维持治疗行动中服药者和医护者的访谈描述,在此基础上可以对维持治疗中服药者的病痛叙述作初步分析。在本项研究中服药者前后自我矛盾的病痛叙述,主要是指服药者因吸食海洛因成瘾后心理和身体均形成了依赖性。美沙酮可以替代海洛因暂时减弱或阻断因吸食海洛因成瘾引起的戒断症状,但是美沙酮毕竟不是海洛因,没有海洛因给吸食者带来的心理和身体上特有的舒适感。这就引起了服药者在参加美沙酮维持治疗期间出现的隐瞒偷吸(多药滥用)行为及在给药量上产生争执的现象,表现在医疗

行动中就是服药者对医护者自我矛盾的病痛叙述,从而影响医护者的用药剂量和治疗决策。“世界卫生组织的专家委员会对药物依赖性(Drug Dependence)所做的解释是:药物依赖性是一种精神状态,有时也包括身体状态,它表现出一种强迫性地连续或定期用该药物的行为和其他反应,为的是感受它的精神效应,或是为了避免由于断药所引起的不舒适。”^[31]对服药者来说由于吸食致依赖性极强的海洛因,使人产生一种欣快的感觉,并且在精神上驱使吸食海洛因者表现为一种连续吸食的渴求和强制性吸食海洛因行为,以获得心理上的满足、避免精神上的不适,避免一旦断药所带来的难以忍受的痛苦即戒断症状。故此,服药者为了摆脱对海洛因的依赖就得克服心理和身体的两种依赖性,而摆脱海洛因依赖又是极其不容易的。百年来人类克服海洛因成瘾的经验证明了这一事实,这对于在美沙酮门诊服药者来说同样是一个最大问题。

“海洛因成瘾者的自身特点与一般患者不同,海洛因成瘾者一般存在一定的心理问题,并伴随着不良行为表现,例如恐惧、忏悔、自卑、绝望等不良心理以及说谎等不良行为。”^[32]上述研究指出,海洛因成瘾者的说谎行为的潜在特质影响了其在维持治疗期间的病痛叙述过程,为了最大限度地获得身心舒适感,不顾身体实际状况而改变自己真实的病痛叙述向医护者报告。“有经验的医生有较大把握判断出服药者关于自己病情陈述的真假,只要是服药者在一段稳定服药期内突然提出要加药量,这可能有两种可能,一是服药者偷吸后对美沙酮的需求量增加,另一种情况就是自己身体真的需要。此外还存在服药者多要药液从而进行偷带行为的。”(H 区美沙酮门诊医护者 a 2014.3.13)

这里的服药者的病痛叙述出现了与病痛叙述理论模型中患者为了维护自身健康所进行的病痛叙述相反的叙述,因为美沙酮门诊场域中的患者所需治疗的病痛与传统病痛治疗的范围与意义不同,美沙酮服药者身上所携带的病痛具有两重含

义即因产生依赖性出现心瘾和生理戒断反映等不适,需要替代药物对其阻止或减缓;另一方面因低剂量的美沙酮药液对服药者克服心瘾和戒断症状存在有限性,使得服药者发生需求药量大而不顾身体实际健康状况的矛盾复杂心理和病痛状态。

“喝美沙酮总是感觉不够劲,多喝的话,医生总是怕我喝多中毒出事。我们一起来喝药的都遇上这样的问题。”(H区美沙酮门诊服药者a,2013.3.13)

“对我们来说,处理病人多喝药的情况,摸索了一些经验。第一观察病人整体精神状态;第二查看近十天至一个月内左右的服药病历和服药剂量;第三做一些常规检查措施;最后决定是否加药;这是常规加药做法。特殊处理办法就是我们在吃不准的情况下,要求有加药需求的病人现场做尿检,如果病人没有在外边偷吸或有其他不正常想法,他们会非常配合我们的工作;如果病人存在偷吸或有其他不正当需求,被要求做尿检时,他就会躲跑了。另外我们这也出现过偷吸病人在做尿检时偷换尿检标本的情况,总之病人想掩盖自己多加药的真实目的。”(H区美沙酮门诊医护者a,2014.3.13)

所以在慢性病痛患者管理中出现了具有自我矛盾意义的病痛患者类型,这种病痛患者与常规的病痛患者所处的自身病痛体验和病痛治疗环境都有巨大差异性。当然这为研究药物成瘾人群参加长期维持治疗行动提供了一个研究解释模型。

凯博文教授的病痛叙述模型针对传统慢性病患者的病痛叙述研究是建立在病痛患者处在单线的病痛状态下,不存在自我矛盾的病痛体验。而针对美沙酮门诊中这种特殊的处在自我矛盾病痛体验状态下的病痛患者的病痛叙述就出现了非单线的病痛叙述内容,其病痛叙述内容充满了复杂性和自我矛盾性。但是这种复杂的自我矛盾的病痛叙述也是患者病痛体验的真实表达,是医护者处理治疗海洛因成瘾人群普遍需要面对的现实情况。

美沙酮门诊中服药者的自我矛盾的病痛叙述可以看作是类似患病人群病痛体验的真实表达,围绕这一病痛叙述医护者采取了相对应的治疗行

动策略。美沙酮的毒品抑或药物的双重性和特殊性决定了门诊这一特定场域中的特殊功能,即防止美沙酮中毒情况,预防多药滥用行为,防止美沙酮被以任何方式偷带出门诊这样三个功能。而门诊的功能与美沙酮服药者的病痛体验表达存在一定冲突,调解的焦点集中在给药量。国内有关研究认为“门诊普遍在给药量上不足,提高门诊的给药量达到60ml是比较合理的。”^[33]给药量是美沙酮门诊病患双方博弈的焦点,但其背后反映出服药者自我矛盾的真实病痛体验和维持治疗中无奈的病痛表达之间的一种特殊类型的病痛叙述模式。

依此特殊类型的病痛叙述模式而采取的治疗策略其实质上体现出门诊规避治疗风险的理性决策行动,而决定这一理性决策行动的根源就是美沙酮的毒品抑或药物的双重特质,这也是美沙酮维持治疗一直存在争议的地方。

(二) 美沙酮门诊情境下的特殊医患关系

萨兹-霍兰德理论模型提出“患者症状的严重程度是医患互动的决定因素。根据症状的严重程度,医患互动可被归入三个可能模型:主动-被动”、“指导-合作”以及“双向参与”。保蒂斯理论模型在萨兹-霍兰德理论模型基础上提出“重点关注患者修正医生嘱咐的治疗措施的方式。”^[34]根据我们对门诊医患关系的描述并结合萨兹-霍兰德理论模型和保蒂斯理论模型,对美沙酮门诊情境下的医患关系作如下分析:

目前国内的大多数美沙酮门诊在开展后期干预治疗行动这一块还有许多不足或者有些门诊没有条件进行后期干预行动,故造成“门诊治疗单一,覆盖面小”^[35],在本次研究中三个门诊不同程度存在上述问题。

“我来这里就喝药,喝完就走,跟门诊的人没有什么交流的。”(H区美沙酮门诊服药者b,2013.9.6)

“我听说过后期干预,外省的门诊有,我转诊外地时参加过,这里没有。”(G县美沙酮门诊服药者c,2013.9.26)

“门诊里除了主任,其他人总在换,我跟主任交流还多些,其他人也没什么技术。”(X市美沙酮

门诊服药者 d (2013.9.27)

“以前老主任在时,我喜欢跟他交谈,让根烟抽抽,后来老主任生病又要退休了,门诊里医护人员都是女的,就很少有以前那样了。老主任在时经常组织我们坐坐喝茶聊天,谈谈喝药的情况,现在没有了。”(H区美沙酮门诊服药者 e, 2013.11.3)

“美沙酮门诊这个工作,全靠门诊主任的能力,再加上有一两个得力的医生,是可以做好的。”(X市美沙酮门诊主任, 2013.9.27)

上述访谈资料部分地反映出美沙酮门诊中医患关系的一些现状。医生的技术水平、医生的组织协调沟通能力、医护者的工作稳定性、医生对服药者的态度和看法等内容上是服药者最为关心看重的。

有研究指出“求医行为不单是生了病找医生,它背后有着复杂的生理、心理和社会动因^[36]。”上述访谈资料说明服药者对门诊提供更多服务充满期待而不单单是为来喝药而喝药。在美沙酮门诊中喝药的动机除了解除病痛外,对于心理和情绪上治疗也同时存在,当然这就给美沙酮门诊提高了维持治疗的要求和挑战。

综上所述,当前三家美沙酮门诊的医患关系参考萨兹-霍兰德理论模型中的“双方参与”型及保蒂斯塔理论模型“重点关注患者修正医生嘱咐的治疗措施的方式”。在门诊中的医患关系呈现出一种混合了萨兹-霍兰德理论模型中的“双方参与”型及保蒂斯塔理论模型“重点关注患者修正医生嘱咐的治疗措施的方式”的特殊医患关系模

式——有限条件下的互动参与修正性医患关系。

有限条件是指美沙酮门诊关于治疗服药有关剂量的给取标准,这就决定了医护者不能无限制地按照服药者的要求给药,同时还须在排除美沙酮中毒可能、防止多药滥用、防止偷带美沙酮液体等前提下进行医患之间的给服药行动。

互动参与是指服药者将自己的病痛叙述表达出后在医护者的监督和指导下共同完成每次的服药。服药者要提供病痛体验表达,医护者负责来判断这一病痛体验表达的真实性,从而决定给药的剂量的互动参与过程。

修正性是指医护者根据自己的治疗知识和经验来判断、修正对服药者每次服药剂量的适合程度。这种针对美沙酮门诊情境下呈现的特殊医患关系若考虑加进后期干预行动变量,可能会呈现出更为复杂的医患互动关系,这也是未来美沙酮门诊医患关系需要给予研究和关注的。

(三) 美沙酮维持治疗行动的社会文化适应性分析

人类学“整体论”或“整体观”强调既要见树又要见林,就是全面整体地考虑应对事务的方式,美沙酮的毒品抑或药物的特性决定了美沙酮用做戒毒药物治疗时被赋予比一般药物更多的治疗内涵和特定治疗条件。显然美沙酮维持治疗行动不是简单的一个给药和服药的动作,维持治疗背后反映对海洛因成瘾者这样特殊病患治疗的比较高的难度。在特殊病痛叙述和复杂医患关系以及维持治疗行动的社会文化适应性等建构下,共同影响了门诊维持治疗的效果。见下图所示:



“对医学人类学而言,整体论的意义在于将所探讨的问题放在一个多重因素的范畴加以对待,既要关注共时性问题,也关注历时性问题,既要分析生物或生理的因素,也要分析社会文化因素。”^[37] 前述在三个门诊涉及“至关重要的保持率”描述时,相关访谈门诊负责人谈到了维持或提高保持率的影响因素很多,包括门诊医师的职业素养、门诊医护人员的职业稳定性、门诊经营开办持续性、服药者的操守性、服药者之间相互影响、政策调整和领导指示、门诊所在地社区文化对门诊的认可接纳情况等。开办在民族聚居地区的门诊与当地社区民族宗教文化惯习的关系更为突出。G县门诊主任提到自己所在门诊在开办初期,应诊人员少得可怜,后采取宣传动员和转介等措施,收治人员才逐步增加。还提到“门诊开办在民族聚居地区,因初期对美沙酮门诊了解和认识不深入,宗教人士和部分县领导比较反感。后来在全县持续的禁毒防艾工作的推进和宣传中,门诊自己也组织去附近宗教场所宣传、解释美沙酮治疗的意义等,不断改善门诊所在社区对门诊的认识和接纳程度。”说明门诊维持治疗效果暨保持率与美沙酮维持治疗行动的社会文化适应性有着密切的关联,在美沙酮服药者自我矛盾的病痛叙述和门诊有限条件下的互动参与修正性医患关系

中,在门诊的社区嵌入性程度和门诊周遭社会文化环境的综合影响下,共同作用生产出了美沙酮门诊的治疗效果,保持率是服药病人、门诊、社会环境三者互动的结果。

六、结语

通过地方性的美沙酮门诊维持治疗案例的实地研究,对我国戒毒药物维持治疗行动策略提出思考也是本项研究的政策意义。本项研究所关注的门诊中存在的特殊医患关系问题、病人的病痛叙述问题以及门诊与周遭社会文化场域适应问题等均是门诊维持治疗质量高低的重要影响因素。国家禁毒委员会办公室发布的《2017年中国禁毒报告》中提到“截至2016年底,全国共设立789个戒毒药物维持治疗门诊(含29辆流动服药车)、600余个延伸服药点,在治人员16.2万人。”我国美沙酮门诊规模已经如此庞大,对门诊的日常经营和管理,对参加戒毒药物治疗人员的综合干预工作,都是未来戒毒药物维持治疗行动可持续性开办的利害攸关问题。2014年12月31日国家卫生和计划生育委员会、公安部、国家食品药品监管总局三部委联合出台了《戒毒药物维持治疗管理工作办法》(国卫疾控发[2014]91号),提出门诊综合干预能力的六个工作内容。见下表:

美沙酮门诊综合干预能力的六个工作内容

开展禁毒和防治艾滋 病法律法规宣传	开展艾滋病、丙型肝炎、梅毒等传染病防治和禁毒知识宣传	提供心理咨询、心理 康复及行为矫治等 工作	开展艾滋病、丙型肝炎、梅毒和毒品检测	协助相关部门对艾 滋病病毒抗体阳性 治疗人员进行随访、 治疗和转介	协助食品药品监管部 门开展治疗人员药物 滥用的监测工作
----------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------	--	-----------------------------------

六个综合干预能力反映了卫生、公安、药监等部门对美沙酮维持治疗行动中各自工作分工的安排,强调了门诊所担负的综合干预的责任,特别是突出“提供心理咨询、心理康复及行为矫治”等涉及对参加服药的海洛因成瘾者的深度干预问题,这样的制度设计安排方向无疑对美沙酮维持治疗行动中存在的自我矛盾病痛叙述和特殊医患关系的应对处理起到了调适和引导作用,是值得肯定的。对海洛因成瘾者服药期间的深度干预越有效,美沙酮维持治疗的效果才能有保障,美沙酮门诊的开办质量也就越高。配备专业的社工队伍也

成了美沙酮门诊除了加强专业医护人员力量外最为重要的任务,门诊未来的发展趋势将朝更为综合性、专业性的社区大型戒毒药物干预治疗中心集中,对海洛因成瘾者的干预治疗将更为精细化、分工化,按照一人一病例一议的情况来处理应对短期、中期、长期的维持治疗病况。

参考文献:

- [1] Herbert D. Kleber. “Methadone Maintenance 4 Decades Later”. JAMA. November 2008. p. 2303 - 2305.
- [2] J. E. Peachey, T. Franklin. “Methadone Treatment of Opiate Dependence in Canada”. British Journal of Addiction.

- September 1985. p. 291 – 299. Vincent P. Dole , Marie Nyswander. 1965. “A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride”. JAMA. Vol. 193 , 23 August , p646 – 650. Vincent P. Dole , Marie Nyswander. 1966. The Treatment of Heroin Addiction. JAMA. Vol. 195 , 14 March , p972. Vincent P. Dole , Marie Nyswander , Alan Warner. 1968. “Successful Treatment of 750 Criminal Addicts”. JAMA. Vol. 206 , 16 December , p2708 – 2711. Vincent P. Dole . 1971. “Methadone Maintenance Treatment for 25000 Heroin Addicts”. JAMA. Vol. 215 , 15 February , p1131 – 1134.
- [3] Edited by J. Mott. 2002 Heroin Addiction Care and Control: the British System , 1916 – 1974. London: Drug-Scope. Stimon GV , Oppenheimer E , 1982 Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain. London: Tavistock Publications. Strang J , Gossop M , eds. 1994 Heroin Addiction and Drug Policy: The British System. Oxford. Oxford University Press.
- [4] Evgeny Krupitsky. et al. “Addiction treatment in Russia”. Lancet. Vol. 376 , 2 October 2010. p1145. Ed Holt. “Russian injected drug use soars in face of political inertia”. Lancet. Vol. 376 , 3 July 2010 , p13 – 14. Erin Finnerty. “Opiate substitution treatment in the former Soviet Union”. Lancet. Vol. 368 , 23 September 2006 , p1066.
- [5] 国家卫计委. <http://www.nhfp.gov.cn/zhuz/zxfb1/201506/f2bd445f5ec04085adb9b84d995cb22b.shtml> 2015 - 6 - 26.
- [6] (美) 默森 (Merson , M. H.) , (美) 布莱克 (Black , R. E.) , (美) 米尔 (Mills , A. J.) . 国际公共卫生: 疾病 , 计划 , 系统与政策 [M]. 郭新彪 , 译. 北京: 化学工业出版社 2009: 42.
- [7] (美) 古德. 医学、理性与经验: 一个人类学的视角 [M]. 吕文江 , 余晓燕 , 余成普 , 译. 北京: 北京大学出版社. 2010: 56.
- [8] 王新建 , 赵璇. 疾病叙事中的话语策略与人格维护——基于病患主位的医学人类学研究 [J]. 西北师范大学学报(社会科学版) 2016(4) : 31 – 38.
- [9] 房莉杰 , 梁小云 , 金承刚. 乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例 [J]. 社会学研究 2013 (2) : 75.
- [10] 汪新建 , 王丛. 医患信任关系的特征、现状与研究展望. [J]. 南京师范大学学报(社会科学版) 2016(2) : 102.
- [11] 张有春. 人类学与公共卫生: 理论与实践 [J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版) 2007(1) : 52.
- [12] 兰林友. 毒品社会学的民族志研究: 高危行为的知识生产 [J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版) , 2017 (4) : 36.
- [13] Rober G. Carlson , Merrill C. Singer , Claire E. Sterk. “Reflections on 40 Years of Ethnographic Drug Abuse Research: Implications for the Future”. Journal of drug issues. 2009(12) : 1046 – 1058. Merrill Singer. “Anthropology and addiction: an historical review”. Addiction. 2012. Vol. 107: 1747 – 1755.
- [14] Alfred R. Lindesmith . Addiction and Opiates. New York. Aldine Publishing Company. 1968.
- [15] (美) 马斯托. 美国禁毒史 [M]. 周云 , 译. 北京: 北京大学出版社. 1999: 79.
- [16] Merrill Singer (Ed.) . New Drugs on the street: Changing Patterns of Illicit Consumption. New York. Haworth Press. 2005. Merrill Singer. Something Dangerous: Emergent and Changing Illicit Drug Use and Community Health. Long Grove , IL: Wave Land Press. 2006.
- [17] Jennifer Murphy. Illness or Deviance? Drug Courts , Drug Treatment , and the Ambiguity of Addiction. Philadelphia. Temple University Press. 2015.
- [18] Craig Reinerman. “Illness or Deviance? Drug Courts , Drug Treatment , and the Ambiguity of Addiction by Jennifer Murphy. ” American Journal of Sociology. 2016(6) . 1969 – 1971.
- [19] 夏国美 , 杨秀石. 社会学视野下的新型毒品 [J]. 上海: 上海社会科学院出版社 2009: 89.
- [20] 潘绥铭 , 侯荣庭 , 高培英. 信任重建与社区再融入: 社区戒毒长效机制研究 [J]. 山西师大学报(社会科学版) , 2014(3) : 59.
- [21] 庄孔韶 , 杨洪林 , 富晓星. 小凉山彝族“虎日”民间戒毒行动和人类学的应用实践 [J]. 广西民族学院学报(哲学社会科学版) 2005(2) : 38 – 47.
- [22] 景军. 中国青少年吸毒经历分析 [J]. 青年研究 , 2009 (6) : 74 – 84.
- [23] 戴月 , 戴托普. 医学人类学视野下的毒品、艾滋病与边疆社会 [M]. 昆明: 云南大学出版社. 2010: 260 – 290.
- [24] Jennifer Friedman , Marixsa Alicea. Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics. Gainesville. University press of Florida. 2001.
- [25] Kathryn Fox. “Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics by Jennifer Friedman , Marixsa Alicea. ” American Journal of Sociology. 2002 (3) : 710 – 713.

- [26]张剑源. 法律管控、行为干预还是伦理重建? ——在高危人群中开展有效艾滋病防治的路径选择 [J]. 云南大学学报(法学版) 2014(5):130-139.
- [27]刘绍华. 从珍品到毒品——鸦片类物质的道德经济学. 中国饮食文化 [J]. 2010(1):55.
- [28]兰林友. 本土的解说 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2012: 77.
- [29]韩丹. 吸毒与艾滋病问题的社会学研究 [M]. 北京: 中国社会科学出版社 2011: 68.
- [30]耿柳娜. 毒瘾透视——吸毒人群心理研究 [M]. 合肥: 安徽人民出版社 2011: 16.
- [31]施红辉, 李荣文, 蔡燕强. 毒品成瘾矫治概论 [M]. 北京: 科学出版社 2009: 11.
- [32]余英琴, 奕小敏. 医患沟通在美沙酮维持治疗中的应用 [J]. 当代医学 2013(35):20.
- [33]谢小敏. 提高美沙酮维持治疗患者服药依从性的研究综述 [J]. 中国药物依赖性杂志 2013(3):174.
- [34] [美] 考克汉姆. 医学社会学(第11版) [M]. 高永平, 杨勃彦, 译. 北京: 中国人民大学出版社 2011: 127.
- [35]李力, 邱泽奇. 求医行为及其社会影响因素分析 [J]. 重庆医学 2014(2):232.
- [36]景军. 穿越成年礼的中国医学人类学 [J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版) 2012(2):39.

(责任编辑: 王利宾)

Narcotics or Drug

——Study on Methadone Maintenance Treatment in Gansu Province of China

ZHANG Ning

(Department of Sociology , Peking University , Beijing 100086 , China)

Abstract: In the northwestern urban and rural areas of China , the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in outpatient operation process shows a complex healing situation. To some extent , it reflects the reality of MMT in some provinces of China. Methadone has the dual characteristics of narcotics or drugs , which results in the maintenance effect of the operation both positive and negative. The study found that MMT was influenced by the social and cultural factors in the context of the outpatient field , and we should pay attention to the social and cultural adaptability of the resulting medical technology. At the same time , in the medication population , there are many times the self - contradictory state of the narrative and maintain the treatment of the situation derived the doctor - patient relationship " subtype" , namely , " methadone outpatient relationship. " Based on the field study of the drug addiction treatment strategy , we need depth thinking.

Key words: narcotics; drug; methadone maintenance treatment; Gansu Province