

我国药物滥用防治工作现状分析及未来策略思考

张锐敏^{1,2}

(1. 中国药物滥用防治协会药物维持治疗专业委员会, 昆明 650228;

2. 云南省药物依赖防治研究所, 昆明 650228)

doi:10.3969/j.issn.1006-902X.2013.02.002

从上个世纪90年代初开始,毒品问题在我国死灰复燃。源于“金三角”的海洛因途经云南流向内地,在全国呈现蔓延之势,至今形势依然严峻。特别是2000年以来,合成毒品(新型毒品)滥用问题也主要以同样的途径和方式在全国蔓延。由于合成毒品的制作与滥用人特点均有别于阿片类,故对其的诊治也更具挑战性。与此相应的是,20余年来我国在禁毒戒毒的法律层面和治疗模式方面也与时俱进,不断实践,取得了巨大成就。然而,我国的禁毒戒毒形势依然任重而道远。根据国家禁毒部门公布的数据,截至2010年6月底,我国登记在册的吸毒人数为143.7万余人,其中滥用阿片类毒品104.5万余人,占72.7%;滥用冰毒、氯胺酮等合成毒品37万余人,占25.8%。这些数字进一步说明,我们除了要面对阿片类物质滥用的老问题外,还要面对苯丙胺类物质滥用的新问题,而对后者我们还缺乏治疗经验和模式。

1 我国禁吸戒毒工作现状

1.1 完善和颁布了禁毒戒毒相关的法律法规,如:《中华人民共和国禁毒法》、《戒毒条例》、《吸毒成瘾认定办法》、《吸毒检测程序规定》、《戒毒医疗服务管理暂行办法》、《医疗机构戒毒治疗科基本标准(试行)》和《戒毒医院基本标准(试行)》、《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》、《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》和《氯胺酮依赖诊断治疗指导原则》等。这些法律法规的实施,使我国的禁毒戒毒工作走上了法制化和依法戒毒的轨道。

1.2 建立和健全了相当规模各类戒毒机构,如:

经过20余年的发展和调整,我国目前有公安和司法强制隔离戒毒所约有700余个,床位约24万余张;卫生部门开设的自愿戒毒机构仅存100余个,床位不足3000张。

1.3 开设了大量以防治艾滋病为主要目的美沙酮维持治疗门诊,如:除黑龙江省和西藏自治区外,全国共有700余个门诊,每天接受治疗的病人约15万人。

1.4 研制和开发了品种众多的合法戒毒药物和方法,西药类如美沙酮、丁丙诺啡、丁丙诺啡/纳洛酮、纳曲酮等;中药类如济泰片、参附胶囊等30余个。

1.5 形成了较为成熟的戒毒模式和经验:如公安强制戒毒的脱毒和康复模式,司法的劳教戒毒模式等。

2 现存戒毒模式和理念面临的挑战

从法律层面讲,目前我国关于禁毒戒毒的法律法规和政策虽然较为完善和系统,但在戒毒实践中其戒毒模式、戒毒方法和戒毒经验等仍存在有一些空白和不足,面临诸多的挑战,如:

2.1 重治疗显性吸毒者而轻治疗隐性吸毒者

一般而言,吸毒成瘾者可分为显性和隐性两类,二者保守的比例通常为1:4以上。我国目前登记在册的吸毒者为143.7万,按此推算全国应有吸毒者约600万,而全国目前包括强制隔离戒毒、自愿戒毒和美沙酮维持治疗同期在治人数仅为43.9万人,占登记在册人数的44.9%,还有55%的在册吸毒者和估计近500万隐性吸毒者难于得到科学的、正规的和有效地治疗。可见,我国的戒毒医疗服务的覆盖面和能力是远远不足和不够的。

作者简介:张锐敏(1960.03-),男,汉族,云南省药物依赖防治研究所副所长,主任医师,从事药物滥用防治临床研究工作22年;主编有专著《海洛因等阿片类药物依赖的临床与治疗》和《戒毒社会工作基础》(戒毒社会工作丛书第一册),发表过十数篇专业论文;主要研究方向:药物滥用治疗与干预研究与药物滥用防治临床药理研究。

2.2 强调成瘾后的惩治而忽视成瘾前的干预

吸毒成瘾一般可分为开始(尝试)、发展(滥用)、成瘾(依赖)和复发(复吸)几个阶段,而公安和卫生现行的戒毒治疗模式所强调和所覆盖的主要是成瘾阶段及复吸(复发)阶段的吸毒者,实际上这仅占毒品使用者中很小的一个部分。可见,这种做法忽视了大部分处于滥用和成瘾前阶段且需要治疗和干预的毒品使用者。事实上,我国目前就没有针对毒品成瘾前病人提供药物滥用治疗和干预的医疗机构,只能任病人自然发展为成瘾者后才可能得到戒毒机构的戒毒治疗。

2.3 治疗对象主要以阿片类物质成瘾者为主

我国的戒毒治疗机构,无论是公安和司法的强制隔离戒毒所,还是医疗卫生部门的自愿戒毒机构,以及美沙酮维持治疗门诊,其治疗对象均为阿片类物质成瘾者。目前,全国仅有少数强制隔离戒毒所收戒合成毒品成瘾者,而少数精神病医院收治的也大多为滥用合成毒品所致精神障碍的病人。可见,我国目前的戒毒模式是难于应对我国严峻的毒品滥用和戒毒治疗形势的。

2.4 缺乏针对合成毒品滥用的治疗机构和干预模式及方法

从2000年开始,我国合成毒品滥用问题日趋严重。截止2010年6月底,我国登记在册吸食冰毒、氯胺酮等合成毒品人数已达37万余人,占全国登记在册吸毒者人数的25.8%。进一步的调查显示,除此之外还存在有人数众多的隐性合成毒品成瘾者和滥用人群,该人群既不是强制隔离戒毒的对象,也不是精神病医院收治的病人,而现实是我们目前既没有针对合成毒品滥用者的治疗机构,也没有治疗干预的模式和经验。实际上,该群体是处于求治无门和无人问津的状态,因而有必要加强这方面的工作,以满足其需求。

2.5 现有强制隔离戒毒容量和覆盖面有限

强制隔离戒毒是我国的主要戒毒模式,已经形成了较大的规模和趋于稳定,同期可接纳21.2万吸毒者戒毒,仅占登记在册人数的21.7%,收戒对象也主要为阿片类物质成瘾者,故其容量和覆盖面均极为有限。

2.6 医疗戒毒机构趋于萎缩

我国医疗戒毒机构最多时达到了600余家,但由于种种原因目前仅存100余家,而仍在正常运转的不足30家。究其原因,一是业务范围狭窄,仅限

万方数据

于阿片类物质成瘾;二是治疗对象单一,仅治疗阿片类物质成瘾者;三是治疗方法和规范不统一,如夸大治疗效果和收费混乱;四是缺乏政策的支持和专业指导,多处于自生自灭状态。

2.7 美沙酮维持治疗作用单一和覆盖面有限

我国的美沙酮维持治疗门诊主要是以防治艾滋病为主要目的而建立起来的,收治的病人也主要是以静脉使用毒品为主的显性海洛因成瘾者,并不包括隐性海洛因成瘾者和合成毒品滥用者,因而其治疗覆盖面也是十分有限的。

2.8 社区戒毒和社区康复有待探索

虽然《禁毒法》和《戒毒条例》对社区戒毒和社区康复进行了相关的规定,但在实际操作过程中仍有许多工作要做或需要完善,如戒毒医疗服务和药物滥用治疗干预与社区戒毒及社区康复工作的如何整合和资源共享,怎样才能充分发挥医疗机构在社区戒毒和社区康工作中的重要作用等。

2.9 地下戒毒场所和非法戒毒药物泛滥

目前我国的戒毒治疗模式覆盖面有限和治疗人群单一。实际上包括强制隔离戒毒、自愿戒毒和美沙酮维持治疗等仅覆盖了143.7万登记在册吸毒人数的30.5%,仍有近70%的显性成瘾者和以百万计的隐性病人需要治疗和有治疗需求。这就为地下戒毒和非法戒毒药物提供了非常巨大的市场,也就是其泛滥的原因。

2.10 研究创新欠缺、队伍建设不足和学术水平低下

近年来,随着自愿戒毒业务量的萎缩,国家对药物滥用领域的重视程度、政策支持、财政扶持、人才培养、科学研究和学术水平提升等也相应减少,这就造成目前我国药物滥用防治领域队伍不稳定、人才流失、青黄不接,以及学术及研究水平偏低的现状。这也将是影响和制约我国药物滥用防治工作未来发展不可忽略的因素,有必要给予高度的重视。

3 病人特点与治疗需求分析

药物滥用防治的目标人群是药物滥用者,广义而言,包括非治疗目的使用或滥用精神活性物质的人群和精神活性物质成瘾(依赖)以及物质滥用所致精神障碍的人群。药物滥用(成瘾)是一种慢性复发性脑病的理念已被世界所公认,对其的治疗也应遵循生物-社会-心理的医疗模式,做到科学治

疗。因此,有必要认识、分析和了解该人群病人的特点和需求,以便更好地为他们提供医疗服务。

3.1 处于不同阶段的药物滥用者均需要治疗

一般来讲,药物滥用可分为尝试、滥用、成瘾(依赖)、操守和复发(复吸)5个阶段,不同阶段的病人其特点和治疗需求是不尽相同的,如:

①尝试阶段:病人需要门诊药物滥用专业咨询和心理行为干预,是药物滥用治疗的最早时间。目前我国尚无这类门诊和专业人员提供服务,有待建立。

②滥用阶段:此阶段病人的躯体、个人功能、家庭功能和社会功能等开始出现损害,大部分病人开始寻求门诊专业咨询、门诊医疗干预和心理行为治疗,是药物滥用治疗的最好时间。目前我国也尚无这类门诊和专业人员提供服务(特别是针对合成毒品滥用者),故有待探索和建立新的治疗方法和模式。

③成瘾阶段:此阶段病人的躯体、个人功能、家庭功能和社会功能等受到严重损害,但大多数病人尚未暴露,仍为隐性吸毒病人,他们主要寻求的是门诊脱毒治疗和住院脱毒治疗,仅少数的显性吸毒病人则选择药物维持治疗和被强制隔离戒毒。目前我国尚无对隐性药物滥用者提供门诊治疗的模式和方法,尚有待于探索和建立,特别是适用其它药物维持治疗如赛宝松(丁丙诺啡/纳洛酮)维持治疗和纳曲酮维持治疗的方法和经验等。针对合成毒品滥用者和成瘾者,无论是住院治疗还是门诊治疗,我国还基本处于空白状态,更有待于探索和发展。

④操守阶段:此阶段的病人主要处于个人职业功能、家庭功能和社会功能恢复时期,需要恢复和重建病人的个人支持系统、家庭支持系统和社会支持系统,包括预防复发(吸)、行为改变、改变生活模式和就业指导等,其治疗需求主要是药物维持治疗、心理行为治疗、社会支持干预等综合性的。目前的药物维持治疗仅有美沙酮是远远不够的,还应更广泛的开展赛宝松(丁丙诺啡/纳洛酮)维持治疗、纳曲酮维持治疗等,以提高病人的操守率。

⑤复发阶段:复发是药物滥用治疗过程中的客观存在,实际上大多数病人均处在反复治疗的状态。因此,需要进行反复的门诊和住院脱毒治疗、药物维持治疗、心理行为治疗、社会支持干预和强制隔离戒毒等治疗。

3.2 大量隐性药物滥用者需要治疗

我国的相关法律规定,吸毒是违法行为,吸毒者是违法者,这就决定了隐性药物滥用者和成瘾者治疗选择的取向。为了不被暴露和家丑不被外扬,绝大多数病人都选择了自己戒毒和地下戒毒,而这种戒毒方式既不科学也不规范,更无安全性可言。因此,针对隐性药物滥用者大量存在的治疗需求,应该研究探索和开发建立相应的,以医疗性质为主的治疗方法和治疗模式,特别是针对合成毒品滥用和成瘾者门诊治疗模式,以满足他们的治疗需求。

3.3 大多数药物滥用者需要长期和反复的治疗

复发(复吸)是成瘾性疾病的特点之一,据统计全国巩固3年以上未复吸的吸毒人员达6.7万人,即104.5万登记在册的阿片类物质成瘾者中仅有6.4%的保持3年以上操守,可见其复吸率高达90%以上,而复吸者也是需要治疗的,并且需要反复的和长期的治疗。对此,《禁毒法》和《戒毒条例》虽然提到出社区康复的概念,但以什么方法和何种模式实施还有待探索。

4 应对策略与方法

4.1 转变治疗理念

药物成瘾是一种慢性复发性脑病的观念已被世界所公认,通过治疗可以改变病人行为,防止和减少复发,使病人能够或基本能够像正常人一样生活、工作和学习。

①宣传和普及药物成瘾是一种慢性复发性脑病的观念,提倡用治疗疾病的方法治疗药物滥用病人的理念,充分发挥医疗技术在科学戒毒中的重要作用。

②变以惩戒为主为以治疗为主,使更多的隐性药物滥用者能有机会获得相应的治疗,而不是成瘾后才被治疗。

③变单一住院脱毒治疗模式为多元化的门诊治疗模式,各类药物滥用者和不同阶段的药物滥用者都能够获得相应的治疗,扩大治疗的覆盖面。

④变一次性根治为长期治疗,根治是困难的,治疗时可能的,强调在治疗过程中恢复病人的职业功能、家庭功能和社会功能,做正常人和过正常人的生活。

4.2 整合政策法规

法律、政策和法规是我们在各个层面上开展禁毒和戒毒工作的保障,将不同的部门和不同职业的

人员整合起来,资源共享和扬长避短是将来药物滥用治疗工作的发展方向。

①在实际工作中,将《禁毒法》和《戒毒条例》中的自愿戒毒、社区戒毒和社区康复的概念,结合我国实际与药物滥用治疗的特点,探索多部门工作整合,形成新的治疗模式。

②卫生部制定下发的《医疗机构诊疗科目名录》中,已将药物滥用防治列为精神科药物依赖专业(代号:15.03),应该充分利用该诊疗范围扩充治疗服务内容,延伸服务对象,如增加药物滥用治疗门诊开设等。

4.3 整合医疗资源

药物滥用(成瘾)是一种疾病,药物滥用者大多同时患有其它躯体疾病和精神疾病,常见的躯体疾病如艾滋病、肝炎、性病等;精神科疾病如抑郁、焦虑、心境障碍、睡眠障碍、人格障碍等。只有在医疗机构中才可能得到科学的、系统的和综合性的治疗,如可在有条件的医疗机构开设药物滥用治疗门诊,共享医疗资源,对病人进行全方位医疗服务。

4.4 创新治疗模式

借鉴国外经验,结合我国实际,针对目前医疗戒毒模式单一,治疗对象局限,治疗方法和管理不规范等情况,有必要研究、探索、创新、建立和推广更多符合我国国情的新的药物滥用治疗模式和治疗方法。

4.4.1 开设药物依赖专科门诊 医疗戒毒有别于强制隔离戒毒,其治疗对象主要包括大量的处于药物成瘾前、成瘾早期和隐性成瘾病人,特别是滥用合成毒品的病人。该群体除药物滥用问题外,大多数人还同时伴有躯体疾病(如艾滋病、肝炎、性病等)和精神科障碍(如抑郁、焦虑、睡眠障碍、心境障碍等)。因此,在条件适合的医疗机构内设立药物滥用治疗门诊是一项可行的尝试。这既可以弥补现有医疗戒毒模式单一、治疗对象局限和治疗覆盖面狭窄等不足,又可以充分共享其它医疗资源,真正做到科学的、系统的、综合的和长期的治疗。门诊可设在国立和私立的精神病专科医院、综合医院、社区医疗服务点等,最好按毒品种类不同分设专科门诊,如合成毒品滥用治疗专科、阿片类物质滥用治疗专科等。阿片类物质滥用治疗门诊可引入赛宝松(丁丙诺啡/纳洛酮)维持治疗和纳曲酮维持治疗等方法,以弥补美沙酮维持治疗仅针对显性成瘾者的不足。

万方数据

4.4.2 建立区域性药物滥用治疗技术指导中心

改变现有药物滥用治疗各自为阵和知识技术不能共享的局面,依托有能力的药物滥用研究和治疗机构,建立有中国药物滥用防治协会统一管理的,区域性的业务技术和学术队伍,为当地药物滥用防治工作提供技术支持和开展学术活动,培养人才和提高学术水平。

4.4.3 云南省药物依赖防治研究所的前期工作及经验

云南省药物依赖防治研究所成立于1993年,是长期从事药物滥用防治研究及艾滋病防治研究的专业机构,拥有一支从素质和较高的专业研究队伍,具有全国一流的理论水平和丰富的实践经验。研究所为中国药物滥用防治协会药物维持治疗专业委员会办公地点,还设有国家级美沙酮维持治疗培训中心,负责全国美沙酮维持治疗门诊工作人员的业务培训和技术支持与指导工作,专业技术力量雄厚。

4.4.3.1 阿片类物质依赖治疗门诊的经验

从1996年开始,研究所便开始探索针对阿片类物质滥用病人的治疗门诊,治疗对象中大多数为隐性海洛因滥用者,包括国家机关工作人员、商人、公司白领等。目前,仍有一些隐性病人在门诊接受治疗。实践证明,这种治疗模式是切实可行的。

4.4.3.2 合成毒品(新型毒品)滥用治疗门诊的尝试

2009年,研究所通过项目合作的方式,与一家民营综合医院合作开设一个合成毒品滥用治疗门诊,进行合成毒品(新型毒品)滥用治疗干预和流行病学的研究。研究发现,合成毒品滥用问题十分严重,在不到半年的时间里通过病人间相互介绍的方式,找到了303名新型毒品滥用病人,几乎包括所有的职业,其中有30%现场尿检(冰毒)阳性,60%符合成瘾的诊断标准,约10%的病人出现精神症状,可见其治疗需求是大量存在的。调查重病人反映的共同问题是他们不知道找谁咨询,到何处治疗等。

4.4.3.3 美沙酮维持治疗人员培训和门诊开设的经验

研究所国家级美沙酮维持治疗培训中心从2004年以来共为全国700余家美沙酮维持治疗门诊培训医护人员3000余人,这些人绝大部分属于公卫系统,从来没有接触过药物滥用病人,也没有药物滥用方面的专业知识,一切从零开始,但经过2周的短期集中培训,目前已能顺利的开展维持治疗

(下转第75页)

2853-2855

- [3] 王达平,徐健雄,黄雄,等. 社区美沙酮维持治疗者心理健康状况及对保持治疗的影响 第一部分:社区美沙酮维持治疗患者心理健康状况的动态研究[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2011,17(6):311-313.
- [4] 张明园主编. 精神科评定量表手册[M]. 第2版. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:17-27.
- [5] Mullen L, Barry J, Long J, et al. A National Study of the Retention of Irish Opiate Users in Methadone Substitution Treatment [J]. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2012, 38(6):551-558.
- [6] Brady TM, Salvucci S, Sverdklov LS, et al. Methadone dosage and retention: an examination of the 60mg/day threshold[J]. Journal of Addictive Diseases, 2005, 24(3):23-47.
- [7] 徐金水,陈国红,李雷,等. 吸毒者美沙酮维持治疗保持时间及影响因素[J]. 中国公共卫生, 2009, 25(7):779-780.
- [8] Gonzalez JS, Psaros C, Batchelder A, et al. Clinician-Assessed Depression and HAART Adherence in HIV-Infected Individuals in Methadone Maintenance Treatment [J]. Ann Behav Med, 2011, 42:120-126.
- [9] Pud D, Zlotnick C, Lawental E. Pain depression and sleep disorders among methadone maintenance treatment patients[J]. Addictive Behaviors, 2012, 37: 1205-1210.
- [10] 王文伶,林海,陆秋娟. 综合心理干预对美沙酮维持治疗患者抑郁症状的疗效观察[J]. 中国药物依赖性杂志, 2012, 21(2):141-143.
- [11] 李建芬,鲁文兴,李光华,等. 人际团体辅导对美沙酮维持治疗者焦虑、抑郁的干预效果[J]. 中国药物依赖性杂志, 2012, 21(2):137-140.

(收稿日期:2013-02-03)

(上接第71页)

工作了。实践说明,同样的经验也适用于在全国推广药物滥用治疗门诊工作的开展。

4.5 澳大利亚墨尔本模式介绍

澳大利亚在药物滥用防治方面有许多理念和经验是可以借鉴的,如:

4.5.1 药物滥用治疗业务开设 从下往上有私人诊所、社区医院、精神病医院、综合医院内开设的专科。特定的区域有专门为药物滥用者提供综合治疗的中心,负责药物滥用治疗和相关区提及精神疾病的治疗。接受美沙酮维持、赛宝松维持或者丁丙诺啡维持治疗的病人甚至可凭医生处方在经过授权的药店服药,同时按需要定期到药物滥用治疗中心接受心理行为和社会支持等治疗。

4.5.2 药物滥用防治人员培训 在墨尔本,政府授权一个叫做“Turning Point”的药物滥用防治研究机构,负责墨尔本的药物滥用防治人员的培训工作,每年由政府下达指标和经费,针对诊所、社区和医院的医生,也针对药店药剂师等进行定期的药物滥

用专业培训。这种培训既保证了药物滥用治疗工作的全面开展和服务质量,也提高了药物滥用病人治疗的可获得性。

总之,就药物滥用和成瘾性疾病的发生、发展和转归的特点而言,药物滥用者的治疗需求是多元化的和永久性的,且各个不同阶段的治疗需求也不尽相同的。因此,药物滥用的治疗也应该以满足不同病人的需求为目的,以新的理论和策略为指导,借鉴国外成功的经验和模式,应用新的方法和药物,开发、建立和推广适合于不同类型和不同阶段病人的治疗方法和治疗模式,为病人提供多元化的医疗服务。就医疗卫生部门而言,目前我们所能提供的治疗方法和治疗模式仅为形式单一和数量有限的住院脱毒治疗,其治疗对象也仅限于少数已经成瘾的病人,而大量的尚未成瘾的病人和隐性成瘾病人却被忽视了,致使他们得不到科学、规范、合理和有效的治疗。故此,希望我国的医疗卫生部门应该改变观念,拓展服务范围,提供多元化的和长期的药物滥用治疗服务。

(收稿日期:2013-01-30)

欢迎投稿 欢迎订阅 欢迎批评