

THE LANCET

毒品使用者中的艾滋病毒传播， 2010年7月

www.thelancet.com

针对毒品使用者中的艾滋病毒传播：“我们希望看到：不适当的，侵略性的，国家支持的针对毒品使用者的敌对政策被换之以开明的，基于科学研究为基础的态度和更为公平的社会反映。”

毒品使用者中的艾滋病毒传播

吸毒人群中的艾滋病毒流行 - 七

是时间采取行动了：呼吁对患有艾滋病的吸毒人采取全面应对措施

Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Michel Sidibe, Steffanie A Strathdee

有关吸毒人员艾滋病毒传染问题的研究著作表明，吸毒人群中艾滋病流行而给全球带来的负担是可以减轻的。各国政府、多边组织、医疗卫生系统和个人对该问题采取的协同动作，将给家庭、社区和全社会带来巨大利益。我们将就此回顾证据并分析生物学、公共卫生以及人权之间的协同作用。一些低成本高效益的干预措施，包括针头和注射器交换方案、阿片类药物替代治疗和扩大艾滋病毒治疗护理范围等，应当基于公众医疗卫生和人权的考虑而得到支持。然而，全世界只有百分之十左右的吸毒人获得过此类帮助，其中大部分的吸毒者由于轻微犯罪而被监禁或不经审判而被拘留。为推动这一行动议程，我们需要承诺、倡议和政治勇气来改变现状。如果不这样做，将会加剧艾滋病的传播，破坏治疗方案并继续增加监狱等待治疗的病人数量。

导言

抗击毒品之战已经失败。拘留、强迫治疗和监禁吸毒人员并未奏效。然而与此相对的，在扩大预防、对该群体人权的影响和提供抗病毒治疗等的研究等则显示了一些引人注目的成就。但是，对使用麻醉药物而导致的艾滋病毒/艾滋病危机而采取的应对措施则不容乐观。在公共卫生政策方面，实证并未得到足够的重视，许多国家的政府、刑事司法系统和医疗机构歧视毒品成瘾者，限制他们的权利并采取过时或不足信的治疗方式，与此同时限制或完全禁止对该类人群采取循证治疗方法。

美国作为全球对艾滋病毒/艾滋病治疗

和研究提供最大资助的国家，直到2009年才对联邦政府对针头和注射器方案（NSPs）提供资金支持解除了禁令。然而，并没有什么措施在预防艾滋病传播方面比NSPs更简单，成本更低的了。^{1,2}

在那些一直以来对海洛因和其他阿片类成瘾的人的循证治疗，尤其是阿片替代治疗（OST）最需要的地区，例如，俄罗斯，部分中亚地区和英联邦独立国家联合体，对是否采取努力还处在犹豫不决之中。^{3,4}

该系列报告借鉴了那些有关促进个人、社区、卫生保健系统、政府和多边组织的联合行动，大幅减少吸毒人艾滋病感染而导致的全球负担的各类研究成果。³⁻⁸

这是关于吸毒人艾滋病问题系列的文献

美国马里兰州巴尔的摩，约翰·霍普金斯大学布隆博格公共卫生学院公共卫生和人权中心

（C Beyrer 教授，医学博士）；波兰华沙，开放社会研究所（K Malinowska-Sempruch）；马来西亚吉隆坡，马来亚大学（A

Kamarulzaman医学博士）；瑞士日内瓦，抗击艾滋病，结核和疟疾全球基金会，（M

Kazatchkine医学博士）；瑞士日内瓦，联合国艾滋病规划署（M Sidibe经济学硕士）；美国加州，加州大学圣地亚哥分校（S A Strathdee博士教授）。

通信地址：
Prof Chris Beyrer,
Department of
Epidemiology, Johns
Hopkins
Bloomberg School of
Public
Health, 615 N Wolfe
Street,
E 7152, Baltimore,
MD 21205, USA
cbeyrer@jhsph.edu

要旨

- 扩大针对各个国家的研究和监督，以便更好的为各国政府提供更多有关其国内与毒品相关的传染疾病问题的信息。
- 依靠现有的可行性策略就可以有效控制毒品使用人群中的艾滋病毒传播问题，并减轻其危害。我们所需要的仅仅是大规模提升针对艾滋病毒传播的预防，治疗和处遇措施。针对因使用毒品而导致的传播，该类措施至少应包括安全注射项目，阿片类药物替代治疗和抗逆转录病毒治疗。
- 毒品使用者能够普遍接受循证治疗是一项基本的健康权利，同时也是公共健康服务的当务之急。
- 有效和全面的危害减少政策，项目和服务是各国履行其实现公民健康权利的关键。高收入国家还应该提供基础服务之外的更多服务，仅有的试点项目是不够的。
- 对毒品使用人群需求的回避将引发更多危机，例如：艾滋病毒将在其他人群和地区继续传播；更为复杂的艾滋变体病毒将在各个层面流行；用于疼痛减少和临终安抚的鸦片类药物将更难获取；以及因为监禁和拘留而对个人，家庭，健康和社会造成的损失。
- 无论是医疗卫生行业还是司法监狱部门，都急需通过扩充能够为毒品使用者考虑的专业的医护人员来扩大和推进行动进程。这些专业的医护人员不应该附属于那些不以实际证据为出发点并侵犯人权的政策和项目。从提供服务到政策制定，各个层面都应该听取来自毒品使用人群的意见。
- 对司法系统的改革将是危害减少的一部分。我们呼吁对毒品使用者非犯罪化，要求对他们提供正当程序以及在各种形式的监禁和拘留场所内保证他们都能够获得医疗服务。

主题1：葡萄牙 - 人道主义和实用主义

1999年葡萄牙政府批准了第一项全国毒品战略，其包括一个在毒品个人消费的合法化框架下减少供应和需求的综合处理方法。

João Castel-Branco Goulão是提出这些建议的专家委员会委员之一，作为一名医生，他现为葡萄牙全国毒品协调组织毒品和毒品成瘾研究所（IDT）主席，并自2010年开始担任欧洲毒品和毒品成瘾监测中心管理委员会主席。在本文中Castel-Branco Goulão讲述了葡萄牙对毒品使用者进行治疗的历史。

“1974年前，葡萄牙是一个保守、排外和孤立的社会，与全球社会和文化运动几乎没有接触。经过军事政变（即康乃馨革命Carnation Revolution）后，我的国家成为一个半总统制立宪共和国，允许民主选举，并对公民开放信息。

自1970年代后期开始，毒品的使用和滥用在社会上日益兴起。鉴于人们将毒品与自由观念联系在一起，毒品使用在众多从新近独立起来的殖民地（比如安哥拉，莫桑比克和几内亚比绍等）归来的大规模外派军队和其他公民中蔓延开来。当时对年轻人来讲体验毒品几乎是义不容辞的，尽管他们对这种新情况尚未做好准备。海洛因也变得容易买到的，这迅速导致吸毒成瘾及包括艾滋流行在内的各种问题的泛滥。

（继续在下一栏）

令人鼓舞的是，生物医学、公共卫生和人权之间彼此存在着协同作用。为控制疾病蔓延而采取的正确行动同时也是保护人权必要举措。这些低成本高效率的举措同时也合乎情理，比如为有毒品成瘾者提供OST而不是由于歧视性政策和实践而监禁他们或拒绝他们得到抗病毒治疗（ART）。^{5,8} 证据证明，在全球范围内大规模采取干预措施，包括NSP、OST和ART是必要的。⁴ 为了在预防吸毒人艾滋病感染方面获得持久性效益，高覆盖率并持续的组合干预措施是必要的。⁴ 正如Strathdee和其同事的研究所表明的，这些组合干预措施需要根据各个国家具体环境以及疾病暴发特有的背景而进行调整，以使其发挥最大作用。⁵ 对于许多国家来说，需要制定基于国情的研究议程，以更好掌握毒品使用者间艾滋流行问题的特点（主题1）。对艾滋病的应对同时需要包括使药物依赖者普遍获得循证治疗的权利。³ 此类治疗是获取医疗

（从上一栏接续）

尽管葡萄牙仍然是欧洲非法毒品消费水平最低的国家之一，但到1980年代时，我们已经成为毒品使用问题最严重的国家之一。在葡萄牙，毒品和吸毒成瘾已经成为一个巨大的社会、健康和政治问题。公众和非政府层面都开始对此进行预防和治疗工作，但该问题似乎并没有缓解的迹象。大多数吸毒者害怕参加戒毒方案，因为他们担心会被转交给刑事司法部门。

1997年，吸毒成瘾问题成为葡萄牙人民的最大忧虑。那时政府召集了一个专家小组，以评估问题并制定新战略。结果，1999年葡萄牙国家毒品和毒品成瘾战略获得批准。我们的战略基于人道主义和实用主义的原则，它是同时兼顾了减少供应和需求的方法，并在个人毒品消费非刑事化的框架中为在预防、治疗、减少危害和重新融入社会方面的综合应对措施提供具体建议。从此以后我们把毒品成瘾视为一种疾病，毒品成瘾者被视为病人而不是罪犯。

2000年，个人毒品消费和持有毒品被非犯罪化，相关法律从2001年7月执行。需要注意的是，超过平均10天消费量的毒品私藏仍然是犯罪。低于这一限额的持有（根据毒品品种而规定）或消费被看作一种行政犯规。为此建立了特别机构（毒品成瘾劝阻委员会）来实施行政处罚。事实上，它们是作为“第二防线”的预防措施而存在的，主要认为是评估从警方转交过来的吸毒者的个人情况，指导他们参与适当的应对项目（治疗或其他方案）。

在决策和综合战略实施10年后，所有数据都显示出积极的趋势。葡萄牙不仅没有成为吸毒人的‘避风港’和毒品圣地，而且一般人口调查显示，在青少年中（15-19岁）任一种毒品的使用率都从2001年的10.8%下降到2007年的8.6%，葡萄牙艾滋病患者中吸毒人相对比例从2001年的54%大幅下降到2007年的30%，受到吸毒成瘾治疗者的总数从2002年的32 000增加到2008年的38 500。

由于个人毒品使用非犯罪化和我们的战略的共同作用，葡萄牙在欧盟国家中在处理毒品问题上起着带头作用。可见人道主义和实用主义是可行的。葡萄牙并不需要大规模监禁，但在减少毒品消费，毒品成瘾和艾滋病毒感染方面仍然取得了显著成果。“

系列

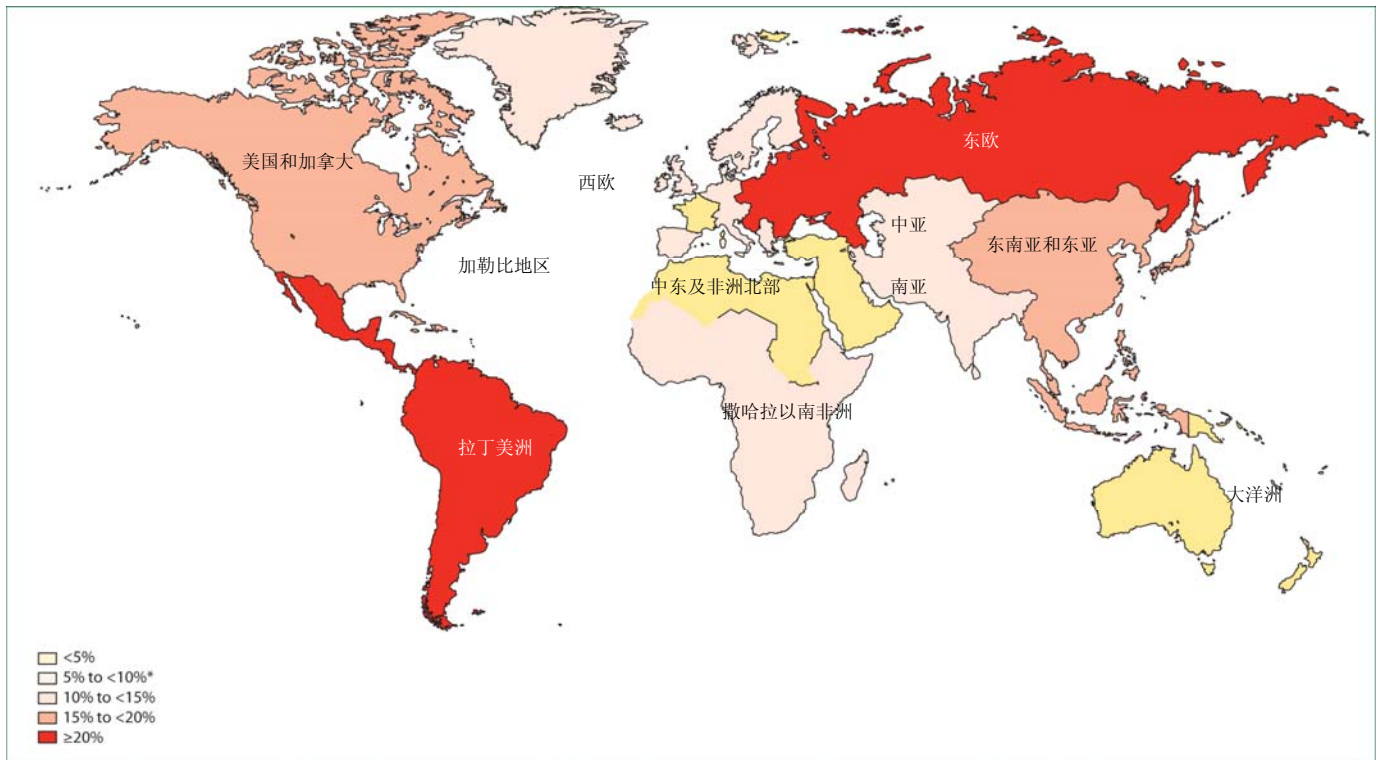


图1：2010年，注射吸毒者（IDUs）估计人数和地区注射吸毒者中的艾滋病流行率

*没有流行率在5%至<10%范围的国家

卫生的基本权利之一，同时也是公共卫生问题的当务之急。此外，正如Jürgens及其同事⁸所指出的，确保健康权是所有国家应尽的义务，对该项义务的履行要求各国具有并且实施有效的，综合性的危害减少方案和政策。⁹

为了推进本报告所述的行动议程：承诺、支持和政治勇气是必须的。证据显示，不采取行动将加剧艾滋病的流行、阻碍获取预防艾滋病和ART等服务、使需要治疗的监狱人口继续膨胀并且导致对人权的侵犯。

流行的规模和范围

据艾滋病和注射吸毒联合国研究小组估计，2007年全球大约有1590万人（1100到2120万人范围）是注射吸毒者（IDUs）。¹⁰图1显示2010年全球各区域注射吸毒者的数据以及其艾滋病感染率。几乎所有联合国成员国，无论收入水平高低，都出现注射吸毒导致的艾滋病病毒感染和丙型肝炎病毒（HCV）感染的病例。尽管非注射吸毒者的数据会因为所用毒品物质的不同、对使用方式定义的差异以及是否包括酒精物质而有所变化，但总体数据显示，非注射毒品的吸毒人群体比注射吸毒人群体要大得多。如Colfax和同事的

报告指出的，⁷ 在一些混杂的群体中，通过性接触和其他性行为而导致的艾滋传播十分显著，正如其在毒品注射者之间流行一样。

尽管如此，世界卫生组织、联合国艾滋病规划署和联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC，主题2）共同推荐的一揽子干预措施使IDUs中的艾滋病感染蔓延在许多国家得到了控制。在澳大利亚，¹¹ 英国，巴西，德国，¹² 香港，法国，¹³ 美国多个城市^{14,15} 容易接受到这些服务的IDUs群体中艾滋病发病率仍然很低，多年甚至几十年保持稳定。这些一致性的经验表明，公共健康措施能够比较容易地控制吸毒人群中艾滋病的爆发。但是，2010年在世界许多地方，IDUs中艾滋病依旧流行，而且在东欧、东亚、东南亚中亚以及南美洲的南部¹⁰，注射吸毒实际上是艾滋病流行的主要原因。尤其在这五个国家（中国，越南，俄罗斯，乌克兰和马来西亚），注射吸毒人群中的疾病流行被Wolfe和他同事³称为“巨大流行病”。这些国家艾滋病感染案例合计高达240万，该数字几乎是全球所有吸毒者感染艾滋人数的一半。^{3,10}

主题2: 注射吸毒人中艾滋病的综合性预防、治疗和护理 (IDUs) *

- 针头和注射器方案
- 阿片类药物替代疗法
- 自愿艾滋病咨询和检测
- 抗病毒治疗
- 预防性传播感染
- 为注射吸毒者及其性伴侣提供安全套方案
- 有针对性的提供信息、教育和交流
- 肝炎诊疗 (甲型、乙型和丙型肝炎) 和疫苗接种 (甲型和乙型肝炎)
- 结核病预防, 诊断和治疗

成年男子包皮环切与降低由于性接触感染艾滋病的风险之间是有关联的。虽然这不是世界卫生组织/联合国毒品和犯罪问题办公室/联合国艾滋病规划署的应对注射吸毒综合方法的一部分, 但这类干预行为对有性行为的男性吸毒者来讲, 可能是有效的。

艾滋病感染人数在包括阿富汗在内的中亚地区的IDUs中继续扩大。^{16,17} IDUs感染艾滋病的人数占白俄罗斯, 格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、摩尔多瓦、俄罗斯、乌克兰、塔吉克斯坦、乌兹别克斯坦、伊朗和印度尼西亚所有艾滋病毒感染人数的60%。¹⁸ 一揽子基本服务对该群体的覆盖不足, 全球每个IDU平均每月使用针头少于2个; 仅8%的阿片类毒品使用者接受阿片治疗, 只有4%的IDUs的艾滋病人接受ART。¹⁹ 根据全球预防工作组的调查结果显示, 对IDUs群体的治疗覆盖水平在所有有着艾滋病毒感染风险的群体中是最低的。²⁰

被动导致的危险

继续蔓延的艾滋病毒感染

在那些无法获得或视OST以及NSPs为非法的国家, 药物依赖者被当作罪犯对待。在吸毒人群中艾滋蔓延问题上的被动而导致的后果是严重的。首先是艾滋病毒感染继续蔓延。吸毒人性伴侣受到艾滋病毒威胁也应当受到重视。俄罗斯禁止OST, 大多数男性IDUs是其女性伴侣艾滋病毒感染攀升的主要原因。²¹ 包括中国、伊朗、越南和吉尔吉斯斯坦在内的一些国家采取了大胆的措施加强OST。¹⁹ 但治疗的质量, 而不仅仅是数量是成功的重要因素。⁷ 在许多国家, 替代治疗方案通常在戒毒中心里实施, 而这些中心往往采取强制戒毒治疗有时甚至是强制劳动。⁸ 戒毒拘留中心在预防吸毒方面的收效微弱并且复吸率很高。此外, 戒毒拘留中心可能提高艾滋病感染及其他相关风险、侵犯人权、破坏已证实的有效干预措施所取得的成效。

^{19,22,23}

新暴发

无论是现在或是未来, 如果未能应对新的艾滋病毒感染爆发将为此付出巨大代价。来自肯尼亚,²⁰ 马拉维, 纳米比亚和博茨瓦纳, 利比亚,²⁴ 坦桑尼亚、桑给巴尔,²⁵ 和南非¹⁰ 的证据表明越来越多的非洲人注射毒品, 艾滋病流行也随之而来。对于毫无准备的医疗卫生系统来说, 这样的现状是非常让人担忧的。非洲的医疗保健系统和医疗服务已经是世界上最糟糕的地区之一了, 而他们对毒品使用者的预防、治疗和护理更是少之又少。为了避免注射吸毒人的增加而导致艾滋疫情在非洲的恶化, 必须以培训和增加医疗供应为重点而采取行动。注射吸毒将促使艾滋病在中东和北非的一些地区流行。而正如在伊朗、马来西亚、印度尼西亚、中国西部⁵发生的那样, 穆斯林社群里的艾滋疫情也已经爆发。

对阿富汗、巴基斯坦和伊朗的影响

自上世纪90年代以来, 全球鸦片生产已经从东南亚转移到阿富汗, 现在全世界非法生产的鸦片超过九成来自于这里。²⁶ 其中超过600万千克鸦片是通过其邻国伊朗、巴基斯坦和中亚出口的。²⁷ 阿富汗的鸦片产量最近十年来大幅增加, 在过去10年内的增幅最明显 (图2)。

虽然欧洲仍然是阿富汗鸦片最大市场, 但如今其鸦片大部分出口到中国、中亚和俄罗斯, 最近在撒哈拉沙漠以南的非洲和美国也开始出现。这些新的贩毒路线不仅起到贸易渠道作用, 而且还带来了更多的吸毒人群。阿富汗有大概40%的贸易是过境伊朗的。据估计, 伊朗目前有100万阿片类吸毒者。而在德黑兰接受戒毒治疗的人中, 艾滋病爆发率为15%至23%。²⁹ 在过去十年中, 中亚报告的艾滋病病例以平均每年48%的速度增加, 这些病例主要由于吸食阿片类毒品和不安全注射所导致的。³⁰ 在一些穆斯林为主要的国家中, 这么多年轻人受到毒品的影响是一个悲剧。这同时表明, 要想通过充分实现伊斯兰教义和原则, 为有效实施危害减少提供有力的文化和宗教支持仍存在挑战。³¹

变化的分子流行病学

在那些吸毒人群中艾滋流行未被控制的环境下, 引起病毒流行的因素具有一些独特的分子学特征。在注射吸毒人中艾滋病毒流行的特点包括高重组, 二重感染和跨国传播等特点, 在一些情况下完全不同的病毒变体出现在吸毒者和其人际网中。^{32,33}



图2: 阿富汗鸦片产量 1980—2009年

数据来源于联合国毒品和犯罪问题办公室发表的世界毒品报告^{26,28}

HIV-1异体的遗传多样性是对人类免疫系统的挑战, 这将导致抵抗ART的可能性增加, 并使得艾滋病毒疫苗的开发更加复杂。正如Tee和他同事已在中国和中缅边境发现的, IDUs中艾滋病传播的一、二级预防工作的失败可能引起通过基因重组而导致遗传多样性的增加³²。初级免疫疫苗对那些曾经注射毒品的人并无作用的事实表明这可能并不仅仅是学术上的担忧。³⁴

基本上可以确定的是, 重复使用没有消毒的注射器具是导致IDUs中因基重组和二重感染而引发HIV-1遗传多样性的主要原因。在缅甸、印度东北部和泰国西南部注射吸毒人艾滋病的爆发是对这一现象最好的例证。在这里, Tee和同事鉴定“超重组”区域和新型重组体CRF07_B/C和CRF08_B/C的出现, 在中国、印度东北部和泰国北部它们已成为艾滋病毒的主要形态。^{17,32} Tovanabutra和同事^{33,35}表示, 在泰国IDUs里出现的变异体很快在流行病学上并无关联的性传播网络中蔓延开来, 并且导致泰国艾滋病毒遗传多样性的增加。^{33,35}

应对疼痛、手术和安宁缓释医疗的阿片类药物减少

如果不能解决那些不必要的并且可治疗的疼痛, 这将对人类尊严的一种侵犯。

未能提供足够的缓解疼痛的途径, 是对健康权以及避免残酷的, 非人道待遇的权利的侵犯。^{36,37}那些为防止医疗机构滥用药物的法律法规是导致无法获取阿片类药物的主要原因。2009年, 人权观察的一份涉及接受疼痛治疗情况的报告对一些限制获取药物的因素做了阐释, 其中包括: 医师缺乏相关知识、没有足够的医疗卫生系统提供止痛药物、提供者和政府对止痛药导致依赖而心存担忧、有关进口和处方类阿片药物的法律不适宜并且过于严格。^{38,39} 在阿片类药物监管框架中的这些限制措施, 可以说是毒品战争的另一项隐性成本。世界卫生组织做出的指导方针表明, 在缓解疼痛和继续控制预防麻醉药品之间未能达到平衡。⁴⁰ 对大多数国家而言, 更倾向于毒品管制。2010年3月, 麻醉药品委员会第54次会议就此提出了改革的必要性。既然国际毒品管制公约确认麻醉药品在缓解疼痛方面的作用, 大会通过决议将展开对阻碍医疗用途的麻醉药物充足供应的因素进行调查。⁴⁰

监禁的成本

对于滥用药物的刑法和法制手段更重视监禁和处罚而非治疗和预防。这使得包括俄罗斯、美国和一些中亚国家的监禁比率大幅提高。2007年俄罗斯监禁率为每10万人口的670, 大约占有成年人口的1%, 仅次于美国每10万人口的702。⁴¹这一水平可以被大规

主题3：惩罚并不是治疗

“我的名字叫李伟，中国公民。我沉迷于海洛因几年后，非自愿的被送往中国的一个戒毒中心。从我进了强制戒毒中心那天开始，我从来没有得到任何药物甚至没有得到过安眠药以减轻我的压力。因为我无法吞咽，我在没有水或食物情况下度过了初期的身体排毒阶段。中心工作人员没有给我提供帮助或营养的食物或药品。当我被认为是‘脱毒’之后，中心很快安排我在一个封闭的工厂工作。

我每天进行16小时的高强度工作。如果未完成工作量，我将受到暴力殴打和各种体罚。有时候，他们命令我跪下然后踢我的胸部直到他们累了。有时候，在寒冷的冬天，他们让我脱光衣服站在冷水水龙头下，当水倾泻到我身上时，两个人站在两边用风扇吹我。这种惩罚方式每次会持续至少半个小时。

在这种境况下，我忍受了1年的非自愿戒毒。当我走出中心的时候，由于长期的艰苦劳动，我的健康状况已经下降到极低的水平。我只能步行约100米，然后就必须停下来休息。通常在完成戒毒后，身体应该远远比过去更好，但是当我离开中心时，有人问我是不是毒瘾恶化，因为我看起来像一个身患绝症的病人，而不像是刚刚完成戒毒的人。

(继续在下一栏)

模的监禁所反映，并且对那些被监禁的人和他们的社区带来大量的负面效应。

根据26个来自东欧和中亚国家的数据，Stuckler和他的同事⁴¹计算指出监禁率每百分点的增加（在控制肺结核基础结构、艾滋病发病率控制、经济和人口因素以后）让肺结核群体发病率增加0.34%（群体相关危险，95% CI 0.10-0.58; $p < 0.01$ ）。从1991年到2002年之间，大约有五分之三肺结核病例的增加是跟监禁人数的净增加相关的。研究者的结论是，监禁人数的减少将降低该地区普通群体肺结核和多重耐药（MDR）肺结核病发的危险。

美国也经历过监禁人数的空前增加，在1970年和2007年之间估计增加了500倍。⁴²这些比率表现出极端的种族差异。例如在2007年，每10万人当中监禁率分别为白种人412，西班牙语人群742，黑人2290。⁴²同是这一年，每9个年龄为25-29岁的黑人男子中就有一个

(继续从上一栏)

所谓的‘劳动教养’，在我看来不过是惩罚，我从来没有觉得我的健康在恢复，我相信其他人也有同感。由于毒品成瘾是一种疾病，我们应该得到治疗。如果我所接受的这种强制戒毒叫做治疗，我宁愿永远远离它。

而在某些国家，此类强制戒毒的方式仅仅对已被判刑的人实施。当全球医学界已经达成共识，吸毒成瘾是一种脑部疾病时，为什么吸毒者仍然受到这样的待遇？

从我个人的经验来说，我认为教育和就业机会有助于促进吸毒成瘾者康复。但强迫劳役不是促进康复之举。如果一味强迫吸毒者劳动，吸毒人对戒毒的回应将永远是恐惧和回避。我觉得，在非自愿戒毒中心采用美沙酮，可以带来积极效果。最后我想呼吁我周围的朋友们：如果你同意我的意见，那么请说出你的感受和需求，不仅为了自己，也是为受到这样的‘待遇’的所有其他人。”

*为确保隐私，姓名已做变更。

在监狱里。如果2007年的比率持续下去，黑人男子的三分之一会面临进监狱的风险。⁴²这一增长主要是由于严苛的法律判决导致的，其中尤与可卡因有关的法律为甚。在美国，由于触犯这些法律被判刑的人中，超过80%的为黑人。⁴³值得注意的是，就实际上的毒品使用者而言，美国麻醉药品使用数据中，并没有反映同一水平的种族差异。Khan和他的同事⁴⁴研究了在全美家庭成长抽样调查的危险性行为 and 他们的监禁历史之间的关系。他们发现，报告的非法吸毒与种族或收入水平并没有关联性。

监禁将IDUs置于危险的境地。Choopanya及其同事⁴⁵在艾滋病毒疫苗试验研究过程中，在泰国曼谷市跟踪了1209个未感染艾滋病毒的IDU男子。他们也跟踪随后被捕和被拘留的参与实验者。调查显示，艾滋病感染率很高，为5.8人每一百人每年（95% CI 4.8-6.8），但在监禁期间该比率大幅上升到每年每百人35个人。泰国监狱没有提供OST，但非法毒品随处可得而注射器却不是，这种情况在监禁场所中十分普遍。许多报告还表明，监禁与IDUs艾滋病感染风险之间有着独立的关系。^{7,46}

在中国、泰国、越南、老挝和柬埔寨，以治疗为名义的监禁引发人们了对任意拘留、无酬劳动及限制ART等问题的担忧。⁴⁷ 在越南和中国，吸毒人因行政指控可以被无期限的拘留，有报告说这些人被剥削强迫劳动。⁴⁷

监禁对毒品使用的影响极小，但是它对人体健康、人权、肺结核和艾滋病毒的感染却有着严重的负面影响。因此，应该向药物依赖者提供治疗，而非监禁，而那些已经被监禁或被拘留的人应该获得卫生医疗服务（主题3）。

呼吁采取行动

改变风险环境

在本系列第一份报告里，Strathdee及其同事⁵探讨了在三个非常不同的背景下吸毒人员所面临的风险：敖德萨（乌克兰）、卡拉奇（巴基斯坦）和内罗毕（肯尼亚）三个城市。他们调查的结果显示，为了了解艾滋病感染风险，不能仅限于对个体的研究，还应该评估对个体危险行为和易感性有关的结构性和环境性因素。这个更广泛的风险环境框架包括微观以及宏观的自然、社会、经济和政策因素而产生的传染艾滋病的危险性或保护性的环境。⁴⁸ Strathdee及其同事报告说，艾滋病在IDUs之间和从IDUs到非IDUs的传播方面，会有很大的不同：在敖德萨因不安全性行为发生的IDUs艾滋病传播风险为15-45%，但在卡拉奇和内罗毕该数值低于10%。如果提高60%的OST、NSPs和ART覆盖率，那么在敖德萨、卡拉奇和内罗毕，从2010年到2015年艾滋病发病率将分别减少41%、43%和30%。当地的艾滋病流行对不同类型和层次的结构变化很敏感：废除禁止OST的法律并随之将服务覆盖率扩大到80%，在内罗毕将防止14%的艾滋病感染；而在卡拉奇，预计8-12%的由注射转为非注射毒品将防止65-98%的艾滋病毒感染。在流行病迅速增长的地区（例如内罗毕），NSPs和OST的效力似乎比覆盖率更重要。⁵

由于全球和当地IDUs艾滋病流行病有极端差异性，因此要进行有针对性的干预措施，就需要研究当地艾滋病毒传染的决定因素并综合分析不同影响水平的风险。Strathdee及其同事⁵的报告证明了为什么结构性的艾滋病毒干预措施需要成为任何组合处理方法的关键组成部分。同时也表明，基于循证和人权为基础的组合干预措施，即对注射毒品者提供OST和艾滋预防和治疗服务将对当地艾滋流行途径产生显著的、可测量的影响。

临床护理和并发感染

Altice及其同事⁶回顾了针对感染艾滋病的吸毒者的治疗和护理所面临的挑战。大多数情况下，跟其他艾滋病患者相比，患有艾滋病的吸毒人员的发病率和死亡率有着很大的差异性，Altice和他的同事，提议除了药物依赖之外向该人群提供医学和精神病学上的综合性的、多角度的干预措施，如：病毒性肝炎、肺结核、细菌感染等。要对阿片类依赖者提供有效的医疗护理，OST必不可少。Altice和他的同事把它称作“药物辅助治疗”，该治疗将OST与ART相结合。⁶ 药物辅助治疗会提高ART依赖性，改善并发症的治疗效果，提高护理保留率以及减少艾滋病毒传播有关的行为，提供二级预防效益。⁴⁹⁻⁵³ ART和OST的组合会降低HIV-1病毒载量。⁵³

HIV / HCV同时感染对于医疗护理而言仍然是重大挑战。开发新的和经济型丙型肝炎抗病毒药物将是紧迫的研究目标，同时还需要继续努力减少现有HCV治疗的有关费用。医疗服务供应者和那些同时感染这两种病毒的患者都热切期望这一点。⁶

一些并发感染的毒品使用者不仅需要临床解决方案。所有艾滋病患者都存在着患肺结核的危险。但吸毒人员的患病风险更高，因为他们处在监狱、戒毒治疗中心、拘留中心等环境中，这些场所往往过度拥挤、通风不足、无法提供足够营养、难以获得医疗保健和抗病毒药物等，而这些都将会大幅增加肺结核的感染和传播以及与肺结核有关的发病率和死亡率。俄罗斯、中国和印度都报告了MDR肺结核流行与下列因素有关：是否吸毒，是否扩大了有效的肺结核治疗面，是否减少关押率，是否将其作为公共卫生的优先考虑项目。

接受治疗和护理

Wolfe及其同事³对吸毒人员获得基本服务及其障碍进行了评估。跟Strathdee及其同事⁵一样，他们敦促，在ART依从性方面应该重视系统性和结构性而非个别的障碍，并指出应该根据提供者的态度、吸毒人记录、是否禁止将OST跟肺结核和艾滋病毒治疗组合、是否任意拘留吸毒人以及其他结构性现实来评估治疗。

主题4：呼吁行动

政府

- 减少获取危害减少项目服务和NSPs、OST、ART治疗的法律、法规和制度性障碍
- 确保吸毒人在所有形式的监狱和拘留所里获得全面的、循证的预防、治疗和护理服务
- 关闭强制戒毒中心和拘留中心，用循证的和以人权为基础的毒品治疗服务来取代它们
- 改革法律和政策，将毒品使用非犯罪化
- 扩大吸毒治疗和服务，以提供普遍的、循证的毒品依赖治疗服务
- 扩大危害减少方案以实现健康权，并给予被歧视的吸毒人有效的保护
- 为警务人员（以及法官和检察官）提供危害减少的相关培训并把危害减少纳入到执法战略，以停止对吸毒者的骚扰、任意拘留、虐待和酷刑

医疗卫生部门

- 大幅度提高ART、OST、NSPs治疗及其组合的覆盖率，并坚持实施有效方案
- 降低吸毒人接受护理的障碍，包括在因接受治疗而受到耻辱、不合适的治疗、明文的或内部规定的禁止给吸毒人提供治疗、隐藏费用或附加费用，要求多项提供治疗的前提条件
- 对艾滋病、肺结核、丙型肝炎病同时感染的病人提供整合治疗和护理
- 开展符合本国实际情况的研究以及收集毒品有关的流行病战略性信息
- 支持以社区为基础、周围人群所支持的戒毒治疗和护理模式
- 实施预防方案，以减少注射吸毒人之间、从注射吸毒人到非注射性伴侣的性传播

捐赠者

- 考虑到处理应对吸毒人艾滋病需要的资金不足：按照联合国艾滋病规划署的建议，全球面向吸毒人的预防支出应该在现有的1%的基础上增加20倍，即占全球资源的20%^{54,55}
- 提高对那些由世界卫生组织、联合国毒品和犯罪问题办公室以及联合国艾滋病规划署赞同的、循证的，综合性的针对注射吸毒人群的艾滋病预防和治疗的支持（主题2）
- 在呼吁关闭强制戒毒中心的同时，应用道德准则来采取拯救生命的干预措施

(继续在下一页)

治疗，非法关押毒品使用者，以及其他相关因素来评估治疗失败的风险。Wolfe和他同事呼吁要多关注包括法律援助、吸毒人非犯罪化以及替代拘留和制度化等人权保护和刑事司法领域改革带来的积极作用，因为这些举措是艾滋治疗是否为成功的抗转录和替代治疗的关键。他们还呼吁把非犯罪化范围扩大到其他目前被犯罪化的群体中，包括性工作者和与男性发生性关系的男子。³

对毒品使用者的综合预防措施

Degenhardt及其同事⁴评估了综合措施对预防吸毒人艾滋病感染的影响。以阿片注射和性接触引发的艾滋病感染风险为重点，他们调查了综合干预措施的全覆盖数据，然后将未来5年和20年扩大预防方案的效果模型化。目前有关覆盖范围的数据是对公共卫生努力结果的控诉：Degenhardt和他的同事估计，只有5%的注射时使用的无菌器具是由安全注射方案所提供的；仅有10%的需求者能够接受到NSPs、OST和抗病毒药的基本服务项目；在每100位被艾滋病感染的IDUs当中只有4个人接受ART。借助一个假设的模型，他们估计通过单独地提高减少危害措施的覆盖率，至多也只能减少约20%的艾滋病毒发病率。然而，Strathdee及其同事对某地流行情况进行调查⁵的结果显示，包括抗病毒药的组合处理方法可以实现艾滋病发病率的大幅降低⁴。对此应该做出的回应是，迅速扩大预防艾滋病感染和扩大吸毒人接受抗病毒治疗干预措施组合的规模。

兴奋剂有关的挑战

在流行病学方面，毒品使用正在发生变化。除了植物类的阿片、可卡因和大麻之外，各种各样对精神起作用的合成物质越来越多，包括安非他明类物质以及在俱乐部中流行的摇头丸、克他命、γ-羟丁酸等毒品。这些介质通过性行为而非体外暴露而影响艾滋病的传染风险。上述当中一些毒品可以在性交往时跟其它具有促进勃起作用的物质和酒一起使用。Colfax及其同事⁷回顾了这些混合的安非他明类物质有关的现有证据，并对以治疗这种毒品组的依赖性为目的的行为干预措施的有效性进行了分析，结果发人深省。虽然安非他明类物质所产生的问题正在全球不断增大，然而除了美国、澳大利亚和一些其它的发达国家之外，应对该问题所做的工作却非常少。到目前为止，这方面的研究只显示，针对安非他明使用的行为干预，对危险性行为的作用有限，对艾滋病感染率没有影响。如果兴奋剂使用和危险性行为之间的联系要打破的话，这种状况需要改变，而且需要迅速改变。

缺乏应对安非他明类物质依赖的药物学的处理方法，类似可供选择的可卡因替代疗法的缺乏仍然是研究的挑战，同时也是面向感染艾滋病的兴奋剂使用者获取药物辅助ART治疗的障碍。我们需要应用类似美沙酮的药物来应对兴奋剂依赖，我们还需新的途径来降低吸毒者（包括偶尔吸毒者）因性行为感染艾滋病的风险。毫无疑问，采取循证的、符合文化背景的，面向已经感染艾滋病或具有感染风险的毒品依赖者的药物治疗和护理，对兴奋剂使用者也同样重要。

人权

对于面向吸毒者的艾滋病毒/艾滋病的方案和政策中，循证方法和以人权为基础的方法之间存在强有力的联系。如Jürgens及其同事⁸的研究所显示的那样。研究数据还表明侵害吸毒人权利的处理方法是无法被吸毒者本身所接受的，这样的处理方法同时还可能对其健康产生负面影响。Strathdee及其同事⁵发现在乌克兰的奥德萨，减少警察暴力可使艾滋病感染缩减19%，这表明人权不仅是道德或伦理上的义务而已，人权还是决定艾滋病感染风险的社会因素。Wolfe及其同事³指出，对吸毒人另一个重要权利及其与保健的交互作用，则是耻辱和歧视对毒品使用者接受护理和治疗所产生的影响。报告显示，2008年在吸毒人群艾滋感染最严重的5个国家，IDUs占了艾滋病病例的67%，但只占到了获得抗病毒药的25%。我们所提倡的结构性改革将致力于解决那些由艾滋病感染方式不同而系统性减少某类人群获取抗病毒药机会的障碍。

决策发生变化

在这里我们有一个雄心勃勃的但可实现的议程，她可以挽救吸毒人生命、预防艾滋病感染、减少因使用麻醉药物而产生的社会危害、保护人权并且节省资金（主题4）。问题在于，这些议程如何以及由谁来实施？

各国政府

各国政府在处理建设性因素而产生积极或消极环境方面扮演着重要角色。减少危害的有效措施仍然要面对政策和立法上的障碍。最明显的例证之一就是在俄罗斯依然反对美沙酮、丁丙诺啡或其他替代疗法的实施。如Wolfe及其同事³已经证明，许多国家需要破除对于有药物依赖史的人员的歧视，使他们能够获取ART治疗。在葡萄牙和许多其他

(继续从上一页)

服务提供者

- 采取行动以在医疗保健机构减少对毒品依赖者的歧视和侮辱
- 把药物辅助治疗（在面向阿片类药物依赖患者的阿片类替代疗法协助下的ART）视为治疗的基本要素
- 努力寻找吸毒人中的肺结核病例
- 为患有肺结核的吸毒者提供持续的支持、直接观察治疗和整合性保健服务，以巩固疗效并降低发病率和死亡率
- 在卫生保健系统和刑事司法系统里作为毒品依赖病人的辩护人
- 避免参与非循证的或侵犯人权的方案和政策

研究者

- 将各种预防毒品使用者艾滋传播的方法进行优化组合，并且探讨应对艾滋病感染、毒品依赖以及共发病症的更有效的战略和治疗方法
- 对减少吸毒人群间的艾滋病传播有效的干预手段进行成本效益研究
- 研发为治疗阿片类药物依赖所需要的类似美沙酮和丁丙诺啡的安非他命和可卡因替代剂
- 开展对兴奋剂和安非他命类药物依赖的预防和治疗的多学科之间的研究
- 扩大对吸毒人群中未病发前的预防的研究议程
- 确保包括艾滋病毒疫苗在内的新的预防方法的研究，研究还需要包任何层面的因皮下注射而具有感染风险的人群
- 将毒品使用者纳入到所有的研究进程中，并听取他们的意见建议

吸毒人

- 要求吸毒者的人权和尊严在毒品政策和艾滋病等方面获得提升、保护和实现
- 组织和参加应对吸毒人艾滋病感染各个方面的工作
- 倡导扩大包括NSPs、OST和ART在内的综合服务的范围
- 参与以社区为基础的、同僚介绍的替代拘留和其他强制方式的治疗

NSPs=针头和注射器方案，OST=阿片类替代疗法，ART=抗病毒治疗，IDU=注射吸毒者。

司法管辖区，已经将个人持有毒品非犯罪化（主题1），这应当成为讨论昂贵、无效、惩罚为基础的政策的路径。禁令和禁毒有关法律的执法应继续成为任何国家毒品问题方案的重要组成部分，但这应与公众保健工作求得平衡。

法律执行、公共卫生和医护部门应该更紧密地合作，以确保吸毒人接受循证治疗并确保资源用于控制犯罪，而不是管理药物依赖患者。在Wood及其同事⁵⁶的评论里称2010年的维也纳宣言描述的呼吁重新审视拘禁毒品依赖者的做法。我们强烈支持这一呼吁。

我们呼吁所有政府努力实现毒品使用者普遍获得循证治疗的目标，将此作为拯救生命、减少毒品需求并尊重人权的承诺。在那些已经采取该类途径的地区，使得毒品供应量减少并且使得相关犯罪情况改善。

	估计注射吸毒人数*	估计感染艾滋病毒的 IDUs 人数†	每 100 个艾滋病病毒阳性的 IDUs 当中接受 ART 的估计人数‡	携带艾滋病毒的 IDU 人数/接受 ART 的 IDU 人数的比例§ (比率)¶	100 个 IDU 当中接受 OST 的人数‡‡	NSP 每年给每个 IDU 发放的针头和注射器§§	被监禁的吸毒者人数
中国	2 350 000	289 000 (143 000–557 000)	3	38.5/10.7 (28)	3	32 (1–84)	330 000
马来西亚	205 000	21 000 (18 000–25 000)	9	70/25 (36)	2**	9 (7–13)	50 305
欧罗斯	1 825 000	678 000 (400–1 751 000)	1	83/20–30 (24–36)	0	4 (3–5)	62 200–366 700††
乌克兰	325 000–425 000‡‡	94 000‡ (2000–244 000)	9	60.5/24 (40)	2	32 (23–43)	57 800§§
越南	135 000	49 000 (3000–89 000)	4	44/6.3 (14)	1	183 (107–323)	约 100 000¶¶
美国	1 857 000	308 000 (113–580 000)	NA	NA	13	22 (15–31)	州判处囚犯人数的 19.5% (2005 年), 联邦判处囚犯人数的 53% (2007 年)¶¶¶

IDU=注射吸毒者 ART=抗病毒治疗 NSPs=针头和注射器方案 NA=不提供 *这些估计数据取自 Mathers 等。¹⁰ 详细数据请查阅原文。†注意: IDU 中艾滋病病毒呈阳性人数仅供参考。它指的是该国 IDU 人群中艾滋病发病率的中位数, 并且是基于该国注射毒品人数的平均估计。这些估计均存在不确定性, 详情请参见参考 10。‡这些估算由 Mathers 等¹⁹ 报告的。详细的原始估计请查阅论文。§这些估算是 Wolfe 等³ 关于报告的来源和估计方法在该论文中有详细报告。¶1:0 比例表示, 有注射吸毒历史的人, 跟面对其他感染风险的人基本上有同等的机会接受 ART 的。世界卫生组织欧洲西部 28 成员国综合比率为 89。||美沙酮和丁丙诺啡或两者之一的覆盖率。 **据估计, 2009 年马来西亚有大约 1 万人接受民营提供者提供的 OST 服务, 这些人并未包括在该公共部门的评估数据内。 ††俄罗斯的估计基于 Stuckler 等 (每 10 万人当中 670)⁴¹ 和 Dolan 等 (每 10 万人当中 532)⁶⁷ 监禁率的平均数值, 以及来自于 Dolan 等⁶⁷ 8.43% 的拘禁人数估算值。 ‡乌克兰的数据来自于艾滋联盟的 2006 的调查⁶⁸ § §对乌克兰监禁率的估计是基于 Dolan 等⁶⁷ 和美国国会作出的乌克兰国家概况⁶⁹ ¶¶。 ¶¶越南的估计来自世卫组织 2009 年报告。²² ¶¶美国 2007 年被监禁人数为 229.3 万人, 吸毒者的监禁率因州和联邦判决不同而有所差异。^{60–62}

表 6 六个特定国家应对注射吸毒人员艾滋病问题采取的措施: 评估矩阵, 2008–10^{3,4,20}

实现该目标的进展可以在未来数年内得到检测并在 2015 年得以评估, 届时各成员国将再次审视毒品政策和包括与卫生保健在内的千年发展目标 (MDGs) 的有效性。²⁷

该系列报告的参与者建议使用评估矩阵, 其中包括得到抗病毒药、OST 以及 NSPs 的覆盖和被行政拘留的吸毒人群人数等 (表)。这项评估将用于评价未来两年内全球针对吸毒人艾滋病感染问题而采取的措施。我们欢迎所有对此有意向的人员能够参与这项评估工作并进一步改进评估标准。其他现有义务评估方法包括后续的 2001 年联合国大会艾滋病问题特别会议, 关于指标变化的报告。这在 2010 年将包含历史上最多的国家 (在 3 月底时 169 个, 个人通信, Hankins C, UNAIDS, 日内瓦, 瑞士)。世界卫生组织, 联合国毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋规划署的技术指南将用于设定 IDUs 普遍接受艾滋病预防、治疗和护理的目标。⁶³

捐赠者

就目前的覆盖率而言, 系统性的应对吸毒人群中艾滋流行问题依然欠缺。为有效、循证的艾滋病控制工作提供的资金支持需要大幅度增加, 以满足这些未解决的需求。为了实现我们所呼吁的大规模扩大 NSPs、OST 和抗病毒药的使用和覆盖, 我们既需要政府, 也需要捐赠者的支持。有证据表明, 在艾滋病毒预防、疫情控制方面的较大进展以及大幅减少麻醉物质使用有关的其他人类和社会危害等目标都是可以达到的。

此外, 捐赠者需要仔细检查, 目前的援助在多大程度上被积极有效的实行, 因为有的项目至多无效, 有的则可能是有害的。人权观察最近呼吁立即关闭中国所有强制吸毒拘留中心, 因为没有证据证明其能提供有效的戒毒治疗, 同时其还侵犯中国国内和国际人权相关法律。⁴⁷ 我们认为, 缺乏正当程序的强制拘留作为戒毒治疗的手段是不能接受的。我们同时呼吁捐赠者协助各国政府迅速开发替代上述方式的, 有效的、可负担的和符合人道主义的方法。被拘留的吸毒者需要有效的毒品治疗和干预以预防艾滋病感染以及诊断、治疗和护理艾滋病感染和肺结核病, 对此已经有着广泛的共识。捐赠者在帮助满足医护需要的同时也需要通过支持替代拘留措施来解决一些基本问题。此外, 捐赠者应该采取行动纠正权力的滥用, 比如无正当程序, 无上诉权, 无法获得医护治疗或法律援助等。仅仅因为使用毒品而拘禁, 无论是经过还是未经过审判, 都不是循证的、基于权力保护的方式, 捐赠者不应该为此类项目提供资金。

服务提供者

对于有吸毒史的艾滋病人的治疗和护理, 服务提供者需要了解其服务应该涵盖的医疗和精神疾病的范围, 包括病毒性肝炎, 肺结核, 细菌感染以及精神疾病。

提供如何进行药物辅助治疗的培训，是提高提供服务者能力的重要环节。向患者提供适量的药物，这种疗法可以提高患者对抗病毒药物和其他药物的依赖性、减少艾滋病毒引发的危险行为，并降低HIV-1的病毒载量。⁶但是，服务提供者他们的专业组织要做的不仅仅是治疗病人，他们需要提倡以循证的管理方式来对待吸毒患者，他们应当反对惩罚性的方式来强迫管理和拘留患者。Wolfe和他的同事所使用的比较法可以简单地衡量抗病毒药的应用范围³。该比较法可用来评估因吸毒引发的艾滋病感染的比例，以及吸毒人群中使用抗病毒药的比例。这些比例应当是相当的。如果患者中使用药物治疗的人数不够多，服务提供者应当积极推动药物治疗，将使用药物治疗的权利视作健康权和人权的一部分。服务提供者不仅需要在卫生保健领域，而且在刑事司法领域也要积极推动药物治疗。服务提供者不应成为那些非循证的或者违反人权的计划和政策制定者的同谋。

研究人员

关于吸毒人中艾滋病的研究课题是广泛的和引人注目的。这表明减少危害方法的有效性方面的研究很重要，并且在某些情况下，已经成为其他艾滋病应对措施有关研究的基准。但是，在全球关于吸毒人群艾滋病的研究中，仍然存在被忽视的部分。如今迫切需要开展的是关于如何提高组合方法以预防吸毒人群中艾滋病感染以及如何改善对艾滋病、毒品依赖和共发病症的治疗。同时，研究人员也应当开展关于使用兴奋剂和安非他明类物质的预防和治疗的研究。感染前预防试验有关资料被公开时，⁶⁴ 研究人员可能需要调查如何向吸毒者提供预防措施。包括艾滋病毒疫苗在内的一些新的预防方法方面的研究必须因注射而引发感染风险的人群。否则的话，疫苗对于那些风险群体的有效性会下降。⁶⁵

吸毒者

吸毒者在联系其他吸毒者方面，包括那些没有接受治疗和护理的人群，往往是最有见地和技巧的。⁶⁶ 他们可以互相照顾和互相支持，并成功地伸张自己的权利和尊严。⁶⁷ 我们需要建立吸毒人群的网络，让吸毒人参与到解决艾滋病的工作中来，并且我们应当将吸毒人当作合作伙伴来看待。使当事人参与到与他们人生有关的应对措施中是一种人权和人道主义上的义务。在许多情况下，吸毒人自己是唯一能够真正提供服务的人，通常他们承担了个人风险。国际吸毒者网络

(INPUD) 的出现提供了一个如何发起和动员吸毒人群的范例：该网络最近加入了联合国艾滋规划署方案协调委员会非政府组织(NGO)代表团。⁶⁸ INPUD呼吁结束对毒品的战争：“被教条驱动的不良政策，直接导致了艾滋病和丙型肝炎的蔓延，以及成千上万的人被监禁。国际吸毒者网络(INPUD)呼吁停止对人类的战争，呼吁一个和平与智慧公开辩论的新时期”。⁶⁸

结论

为了实现在本系列中提出的目标，单靠公共卫生手段是不够的。如果缉毒和执法部门没有参与进来，那么减低危害的方案将无法进行下去，几乎没有人会去替代诊所，接受ART和预防干预措施的吸毒人将很少。缉毒部门和执法机构是全球艾滋病管理领域中的重要组成部分。毒品控制部门和执法机构已经取得了令人瞩目的成功并开始采取全面的行动。如果我们能够实施循证、确保人权的政策，拒绝惩罚性和滥用权力的失败政策，那么我们可以控制艾滋病毒在吸毒人群中的蔓延，能够向有需要的人成功地提供治疗并且减低社会危害。

参与人

CB, KMS, AK, MK, MS和SAS对本文的文献检索，审查以及撰写均做出了贡献。

督导委员会

本文是关于吸毒人群中艾滋病问题研究的The Lancet系列报告之一。该系列由Chris Beyrer（公共卫生和人权，美国约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院，巴尔的摩，马里兰，美国）；Steffanie Strathdee（加州大学圣地亚哥分校，加州，美国）；Adeeba Kamarulzaman（马来亚大学，吉隆坡，马来西亚）；和Kasia Malinowska-Sempruch（开放社会研究所，药物政策方案，华沙，波兰）共同发起和合作完成的。

利益冲突

MK是国际艾滋病疫苗倡议的董事会成员，同时受雇于全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金会。所有其他作者宣称，对此没有利益冲突。

鸣谢

该系列的研究资助得益于开放社会研究所全球毒品政策研究项目授予CB属于的美国马里兰州巴尔的摩约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院公共卫生和人权中心的科研经费资助以及来自美国国家药物滥用研究所DA027772项目研究基金，该基金授予给了美国加州圣地亚哥加州大学全球卫生计划的SAS研究项目。我们感谢Chiara Bucello、Bradley Mathers、Louisa Degenhardt以及联合国艾滋病病毒和注射吸毒感染小组成员提供图1、Ralf Jürgens和Daniel Wolfe的周密审查，Andrea Wirtz（公共卫生和人权中心）对该报告自始以来提供的帮助。

References

- 1 Guinness L, Vickerman P, Quayyum Z, et al. The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh. *Addiction* 2010; **105**: 319–28.
- 2 Vickerman P, Kumaranayake L, Balakireva O, et al. The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006; **33** (suppl 10): S89–102.
- 3 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60832-X.
- 4 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60742-8.
- 5 Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60743-X.
- 6 Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60829-X.
- 7 Colfax G, Santos G-M, Chu P, et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
- 8 Jürgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60830-6.
- 9 Backman G, Hunt P, Khosla R. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; **372**: 2047–85.
- 10 Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, et al, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; **372**: 1733–45.
- 11 Kwon J, Iversen J, Maher L, Law M, Wilson D. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; **51**: 462–69.
- 12 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; **102**: 1454.
- 13 Le Vu S, Le Strat Y, Pillonel J, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 36LB.
- 14 Wood E, Kerr T, Marshall B, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009; **338**: b1649.
- 15 Santibanez S, Garfein R, Swartzendruber A, Purcell D, Paxton L, Greenberg A. Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States. *J Urban Health* 2006; **83**: 86–100.
- 16 Todd C, Abed A, Strathdee S, et al. HIV, HCV, and HBV infections and associated risk behavior in injecting drug users, Kabul, Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2007; **13**: 1327–31.
- 17 Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009; **25**: 853–60.
- 18 UNAIDS. AIDS epidemic update, 2009. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> (accessed March 8, 2010).
- 19 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al, for the 2009 Reference to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; **375**: 1014–28.
- 20 Gelmon L, Kenya P, Oguya F, Cheluguet B, Haile G. Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis. March, 2009. http://www.unaidsrsta.org/files/u1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_Report_22Mar09.pdf (accessed April 15, 2010).
- 21 Nicolai LM, Shcherbakova IS, Toussova OV, Kozlov AP, Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *J Urban Health* 2009; **86** (suppl 1): 131–43.
- 22 WHO. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles. 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html (accessed March 8, 2010).
- 23 Grover A. The right to health, the rights-based approach, towards decriminalization (Oct 27, 2009). International Conference on Realising the Rights to Health and Development for All; Hanoi, Vietnam; Oct 26–29, 2009.
- 24 Baral S, Trapence G, Motimedi F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One* 2009; **4**: e4997.
- 25 Johnston L, Dahoma M, Holman A, et al. HIV infection and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania. XVII International AIDS Conference; Mexico City, Mexico; Aug 3–8, 2008. Abstract WEPE742.
- 26 UNODC. World drug report 2009. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (accessed March 8, 2010).
- 27 UNODC. Addiction, crime, and insurgency: the transnational threat of Afghan opium. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf (accessed March 8, 2010).
- 28 UNODC, Anti-Narcotics Force. Afghanistan opium survey 2009. http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2009_summary.pdf (accessed March 8, 2010).
- 29 Kheirandish P, Seyedalinaghi S, Hosseini M, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among male injection drug users in detention in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; **53**: 273–75.
- 30 UNODC, Regional Office for Central Asia. Illicit drug trends in central Asia: April, 2008. http://www.unodc.org/documents/regional/central-asia/Illicit%20Drug%20Trends_Central%20Asia-final.pdf (accessed May 4, 2010).
- 31 Kamarulzaman A, Saifuddeen SM. Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; **21**: 115–18.
- 32 Tee K, Pybus O, Li XJ, et al. Temporal and spatial dynamics of human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant forms 08_BC and 07_BC in Asia. *J Virol* 2008; **82**: 9206–15.
- 33 Tovananbutra S, Kijak G, Beyrer C, et al. Identification of CRF34_01B, a second circulating recombinant form unrelated to and more complex than CRF15_01B, among injecting drug users in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007; **23**: 829–33.
- 34 Michael N. RV 144 update: Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thai adults (oral presentation, session 23). 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 74.
- 35 Tovananbutra S, Beyrer C, Sakkhachornphop S, et al. The changing molecular epidemiology of HIV type 1 among northern Thai drug users, 1999 to 2002. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; **20**: 465–75.
- 36 Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med* 2010; **8**: 8.
- 37 WHO. Access to Controlled Medications Programme. Improving access to medications controlled under international drug conventions. 2009. <http://www.eapcnet.org/download/forOrganisations/PSM.AccessToControlledMedications.pdf> (accessed March 8, 2010).
- 38 Human Rights Watch. Human Rights Watch interview with Dr Weru of Nairobi Hospice, Nairobi, Kenya. "Please, do not make us suffer any more...". In: Human Rights Watch, ed. Access to pain treatment as a human right. New York: Human Rights Watch, 2009.
- 39 Pain and Policy Studies Group. WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Opioid availability: eastern Europe and central Eurasian. Palliative care in cancer. Budapest, Hungary: Open Society Institute; 2005. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/monograp/hungary05.pdf> (accessed April 5, 2010).
- 40 UNODC. Commission on Narcotic Drugs Report on the fifty-third session (2 December 2009 and 8–12 March 2010). Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2010.

- 41 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; **105**: 13280–85.
- 42 Mauer M, King R. Uneven justice: state rates of incarceration by race and ethnicity. Washington DC: The Sentencing Project, 2007.
- 43 Anon. Bad science and bad policy. *New York Times* (New York), March 3, 2010.
- 44 Khan MR, Doherty IA, Schoenbach VJ, Taylor EM, Epperson MW, Adimora AA. Incarceration and HIV-risk sex partnerships among men in the United States. *J Urban Health* 2009; **86**: 584–601.
- 45 Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and risk for HIV infection among IDU in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; **29**: 86–94.
- 46 Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)* 2008; **30**: 126–32.
- 47 Amon J. Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labor as drug rehabilitation in China. New York: Human Rights Watch, 2010.
- 48 Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005 2005; **331**: 220–23.
- 49 Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, McCaul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. *Clin Infect Dis* 2006; **42**: 1628–35.
- 50 Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004; **99**: 361–68.
- 51 Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006; **84**: 188–94.
- 52 WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 2000. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.htm> (accessed April 25, 2010).
- 53 WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (accessed March 10, 2010).
- 54 Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low and middle income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor Governments. 2008. <http://www.unaids.org/uploads/group%20of%20eight%20funding%20for%20hiv.pdf> (accessed March 10, 2010).
- 55 UNAIDS. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf (accessed March 10, 2010).
- 56 Wood E, Werb D, Kazatchkine M, et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010; published online July 20, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60958-0
- 57 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2008; **7**: 32–41.
- 58 Balakiryeva O, Gusak L, Dovbakh H, et al. Evaluation of the size of most-at-risk populations vulnerable to HIV infection in Ukraine: analytic report based on the research results. Kyiv: International Charitable Foundation “International HIV/AIDS Alliance in Ukraine”, 2006.
- 59 US Department of State. Background note: Ukraine. 2009. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3211.htm> (accessed May 14, 2010).
- 60 Sabol WJ, West HC. Prisoners in 2007. Washington DC: US Bureau of Justice, 2008.
- 61 Mumola C, Karberg J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington DC: US Department of Justice, 2006.
- 62 Walmsley R. World prison population list. London: Q2 International Centre for Prison Studies, King's College, 2009.
- 63 WHO, UNODC, UNODC. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> (accessed March 10, 2010).
- 64 CDC. CDC trials of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/prep/resources/factsheets/index.htm> (accessed June 11, 2010).
- 65 Beyrer C, Baral S, Shaboltas A, et al. The feasibility of HIV vaccine efficacy trials among Russian injection drug users. *Vaccine* 2007; **25**: 7014–16.
- 66 Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995; **25**: 599–626.
- 67 Wood E, Kerr T, Spittal P, Small W, Tyndall M, O'Shaughnessy M. An external evaluation of a peer-run “unsanctioned” syringe exchange program. *J Urban Health* 2003; **80**: 455–64.
- 68 International Network of People Who Use Drugs. Press Release: Give peace a chance, stop the failed war on drugs. 2009. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/images/INPUDPressReleaseCND.pdf> (accessed March 9, 2010).