



W
I
B

共同合作为吸毒人群提供
结核病与艾滋病综合性防治服务的
政策指南



World Health
Organization



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

共同合作为吸毒人群提供
结核病与艾滋病综合性防治服务的
政策指南

世界卫生组织
联合国毒品与犯罪问题办公室
联合国艾滋病规划署

内容

缩略语	3
概述	4
目标	7
序言	8
方法	11
流行病学	14
联合计划	19
主要干预措施	23
采取感染控制措施预防结核病传播	23
加强结核病患者发现和艾滋病病毒检测	25
治疗	27
异烟肼预防性治疗预防结核病发病	29
预防艾滋病传播	31
克服障碍	33
提供服务的模式	33
监狱及其它监管场所	37
依从性	39
常见共患疾病	41
政策、指南和手册的链接网站	43
参考文献	45
附件 1 吸毒的界定	51
附件 2 方法	52
附件 3 研究的问题	57
附件 4 TB/HIV 感染控制措施的必要行动	60
附件 5 利益相关者的反馈	63

缩略语

AIDS	acquired immunodeficiency syndrome	获得性免疫缺陷综合征
DOTS	the internationally recommended strategy for TB control	国际推荐的结核病控制策略
HIV	human immunodeficiency virus	人类免疫缺陷病毒
TB	tuberculosis (unless otherwise specified, in this publication “TB” refers to TB disease and not TB infection with <i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	结核病（除非特别说明，本指南中的“TB”是指结核病，而不是结核菌感染）
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	联合国艾滋病规划署
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime	联合国毒品与犯罪问题办公室
WHO	World Health Organization	世界卫生组织

概述

在很多地方，吸毒问题与艾滋病和结核病的流行交织在一起。卫生系统应对这些问题通常制定单独的政策，并各自为政。这种做法对于个人和社区均无益处。

这一指南是为服务于吸毒方式引发的问题最多、感染艾滋病病毒和结核菌的危险性最大，尤其是注射吸毒人群的专业人员而制定。

吸毒人群的艾滋病病毒感染率很高，主要是由不安全的注射行为导致。无论吸毒者是否感染了艾滋病病毒，其结核菌的感染率也升高。艾滋病病毒的感染大大增加了由结核菌潜伏感染发展为活动性结核病的风险。

尽管目前还缺乏所有吸毒人群的艾滋病病毒感染率数据，但估计全球大约有250万注射吸毒者感染了艾滋病病毒。在以注射吸毒为主要传播途径造成艾滋病流行的国家，通常伴随着较高的耐多药结核病患病率。

吸毒人群通常属于社会边缘群体，他们有着各种各样的需要，却远离生命救助的医疗服务。因此，应根据吸毒人群的需求，更加协调统一地行动。在吸毒人群与医疗服务发生任何接触时，都应成为预防、治疗和关怀服务的切入点。这需要结核病防治机构、艾滋病防治机构，以及专业毒品控制机构和司法系统的共同计划与行动。

卫生服务机构尤其要向吸毒人群提供治疗依从性支持。其它伴随性疾病（例如肝炎）不应成为他们接受结核病和艾滋病治疗服务的障碍。患有结核病、艾滋病或毒品依赖的服刑人员，以及流浪、无家可归和被社会边缘化的吸毒人群，应当与普通市民一样，有同等的机会接受治疗和关怀服务。此外，卫生机构与羁押场所要做好医疗服务衔接工作。

主要建议如下：

联合计划

1. 在国家和地方各级应建立一个多部门协调机制来计划、实施和监控与吸毒人群有关的结核病和艾滋病服务。这一点尽可能通过现有机制来完成。

2. 国家结核病、艾滋病和毒品滥用的战略计划要明确与吸毒人群相关的各个

服务提供方的角色和责任，一定要对与吸毒人群有关的结核病和艾滋病服务进行监控评价，包括治疗结果。

3. 人力资源计划应确保人员数量充足。教育与培训的目的是建立一支可持续发展的、有效的队伍，以确保每个与吸毒者接触的工作人员都具备处理结核病、艾滋病和吸毒问题的相应技能。

4. 为吸毒人群提供结核病和艾滋病综合服务的所有利益相关方，应支持和鼓励开展 TB/HIV 实施性研究，为有效的实施 TB/HIV 联合行动提供依据。

主要干预措施

5. 在医疗服务、为吸毒人群提供其它服务和司法系统的人群聚集场所，应实施结核感染控制计划，并得到各个利益相关方的支持。该计划包含管理层面、环境控制层面，以及个人防护层面减少结核病传播的措施。

6. 为吸毒人群提供的所有服务都应包含结核病和艾滋病的病例发现规程。这样，工作人员就能够知道结核病和艾滋病的症状，确保吸毒者获得适当的结核病和艾滋病咨询检测，尤其是在吸毒人群首次接受就诊服务时。

7. 通过使用全球、区域和国家的临床指南，结核病、艾滋病防治机构和毒品控制相关机构要保证吸毒人群能够得到适当的治疗。这些机构应相互协作、以确保治疗监督的实施，并简化提供治疗的程序。

8. 一旦排除活动性结核病，所有的服务提供方应确保感染艾滋病病毒的吸毒者获得异烟肼预防治疗。

9. 所有与结核病可疑者、结核病患者、艾滋病病毒感染者和吸毒者接触的工作人员应能够评估艾滋病病毒感染和传播的危险因素，并应为他们提供综合的艾滋病防治信息和服务，以减少感染和传播的风险。工作人员也应当清楚如何保护自己，避免结核病和艾滋病的职业暴露。

克服障碍

10. 所有针对吸毒人群的服务提供方应与当地主要合作伙伴合作，以确保综合的结核病和艾滋病预防、治疗和关怀服务，以及针对吸毒人群的毒品依赖治疗服务全面可及。采取以病人为中心的模式，尽可能提高可及性和治疗依从性。例如，一个机构提供所有的服务。

11. 对患者进入诊疗系统时和随后所做的医学检验，要遵守国际医疗保密与关怀标准，对监狱服刑人员也应如此。监狱服刑人员应得到与普通居民一样的服务。在服刑人员转入及转出羁押场所时，应得到不间断的关怀服务。

12. 对吸毒人群应有一个特别有效的依从性支持措施，以确保结核病和艾滋病病毒感染者获得最佳的治疗结果，降低耐药的产生和向其他人传播的风险。

13. 医疗服务机构不应将包括病毒性肝炎（例如乙肝和丙肝）在内的其他伴随疾病作为拒绝向吸毒者提供结核病和艾滋病治疗的借口。同样，酒精依赖、吸毒和精神疾病也不应作为不提供治疗的理由。

目标

目的

本指南的目的是在吸毒高风险人群和他们的社区中提供一个战略性方法，以减少结核病和艾滋病相关的发病和死亡，促进全面和以患者为中心的服务模式。

目标人群

目标人群是依赖或者以伤害的方式使用阿片类、可卡因或安非他命类兴奋剂的人群，特别是通过注射使用的人群。

目标受众

目标受众包括：

- 国家级和地区级卫生政策制定者和决策人（卫生服务和监狱系统）
- 国家级和地区级结核病和艾滋病防治规划管理者（卫生服务和监狱系统）
- 为吸毒者提供毒品治疗服务和综合卫生服务的规划管理者（卫生服务和监狱系统）
- 吸毒者和代表他们的组织
- 服务于吸毒人群或从事结核病与艾滋病控制规划工作的倡议与沟通专家
- 服务于吸毒人群的开发组织、捐助人、非政府组织和以社区基础的机构
- 参与各种研究的人员，尤其是有关结核病、艾滋病和 TB/HIV 的实施性研究

序言

相关人群

本指南是为服务于吸毒方式引发的问题最多、感染艾滋病病毒和结核菌的危险性最大，尤其是注射吸毒人群的专业人员而制定。

这里提到的“引发问题的吸毒方式”是根据第 10 版国际疾病分类定义的⁽¹⁾（完整定义见附件 1）。

本指南主要关注人群是：

- 使用阿片类或兴奋药品，例如可卡因或安非他命类兴奋剂。这类药品几乎在所有的国家都是法律禁止买卖的（除非开具处方）；
- 以一种危害身心健康的方式用药；以及
- 对这类药品产生依赖。所谓依赖，定义为重复用药后产生的一系列行为的、认知的和生理的现象，通常包括强烈的药品使用欲望，难以自我控制，尽管产生伤害仍坚持使用；将药品使用作为最重要的事情，而不管其他事情和自己的责任；对药品的依赖程度增强，有时身体处于非常痛苦的状态。

除非特别说明，本指南提到的“吸毒人群”包含注射与非注射吸毒者。

尽管大家都知道，酒精、大麻和烟草依赖者常常同时吸食阿片类或安非他命类兴奋剂，但出于这个指南的目标，未将他们包含其中。排除他们的原因是因为对其（比如印度大麻）产生依赖的风险较低，且很少注射使用或与感染艾滋病病毒和结核菌风险的相关性不大。这也确保我们将注意力放在最脆弱和与被社会排斥的人群。

注射行为

主要关注的是注射吸毒者，他们是艾滋病发病率最高的人群⁽²⁾。虽然非阿片类毒品（例如，可卡因和安非他命类兴奋剂）依赖增加了感染艾滋病病毒的风险，尤其是注射用药时⁽³⁾，但最大的风险是注射阿片类毒品。其实风险不是与某一种特定的毒品相关，而是与不安全的共用注射器的行为相联系。

在任何社会中，吸毒者（不论是否为注射吸毒）通常都是最脆弱的、被社会排

斥的人群，因此他们也暴露于许多结核病的危险因素，如贫困、无家可归、拥挤和监禁。

为吸毒者提供的服务

“为吸毒者提供的服务”是指为吸毒者提供自愿帮助，是合法的或非政府组织的任何服务，且采取降低危害的办法。它包括毒品依赖性治疗服务、洁净针具交换、戒毒中心和外展服务。

结核病控制策略

有效和公平地获得卫生服务干预仍然是当前的一个挑战。**WHO** 建议在加强卫生系统的基础上⁽⁴⁾，进行战略性计划和筹资。这已成为全球解决结核病问题的日益重要的方法。

自 90 年代初以来，**DOTS** 策略得到广泛应用，它包含五个部分：政府承诺；有质量保证的细菌学方法发现病人；在监督和支持下结核病患者标准化治疗；有效的药品供应和管理系统；监控和评价系统，以及效果评价。

为了应对日益复杂的结核病流行状况，而且人们普遍认识到需要跨领域来解决问题，2006 年提出的遏制结核病策略⁽⁵⁾ 包含六个组成部分：追求高质量的 **DOTS** 扩展和加强；应对 **TB/HIV**、耐多药结核病和其他特殊的挑战；致力于加强卫生系统；动员所有服务提供者的参与；动员结核病人和社区的力量；开展和促进科学研究。

本指南的主要政策背景是世界卫生组织《**TB/HIV** 联合行动暂行政策》⁽⁶⁾。其中建议采取一系列行动，在艾滋病病毒感染者中减轻结核病负担，以及在结核病患者中减轻艾滋病负担（方块 1）。然而，该政策尚未涉及为吸毒人群提供全面的结核病和艾滋病预防、治疗和关怀服务的这一具体挑战。本指南的目的是强调这一缺憾，并针对吸毒人群尤为复杂的需要。

方块 1 推荐的 TB/HIV 联合行动

A: 建立合作机制

- 在各级建立有效运转的 **TB/HIV** 联合行动协调机构
- 在结核病人中监测艾滋病病毒感染率
- 共同制定 **TB/HIV** 防治计划

- 进行监控和评价

B：降低艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的结核病负担

- 加强结核病病例发现

- 开展异烟肼预防治疗

- 在卫生服务机构和人群聚集场所确保实施结核感染控制措施

C：降低结核病患者的艾滋病负担

- 提供艾滋病病毒检测与咨询

- 介绍预防艾滋病病毒感染的方法

- 提供复方新诺明预防性治疗

- 确保艾滋病的关怀和支持服务

- 提高抗病毒治疗

来源：改编自世界卫生组织《TB/HIV 联合行动暂行政策》⁽⁶⁾

方法

附件 2 方法框架和策略搜索

指导小组

2005 年，WHO 成立了指导小组，并于 2007 年扩展到包括了所有相关部门的代表，也包括联合国内的合作伙伴的代表：UNAIDS 和 UNODC。

范围

2005 年 6 月，WHO 指导小组撰写了注射吸毒和 TB/HIV 的讨论初稿，并将其分发给一个咨询小组成员征求意见。这个咨询小组包括控制结核伙伴关系 TB/HIV 工作小组的成员，以及 WHO 在毒品控制、结核病和艾滋病防治方面的工作人员和专家。

指南撰写组

指南撰写组成员包含指导小组成员和外部专家。指导小组对于外部专家的选择是基于 WHO 和 UNODC、UNAIDS 区域代表处的结核病、艾滋病和毒品控制方面专家的建议，以及来自其它机构的同事的建议。这个选择考虑到了区域代表性、性别平衡、专业领域（服务的提供，研究和政策制定）、专业主题（毒品滥用、艾滋病和结核病）和潜在利益相关者代表和民间团体。

指导原则

在提出建议时，指南撰写组制定和使用了指指导原则。

■ 公平性

吸毒者应公平地得到全部结核病和艾滋病预防、治疗、关怀服务，而免受逮捕、骚扰或虐待的威胁。这些原则在结核病关怀国际标准⁽⁷⁾和结核病关怀病人宪章⁽⁸⁾中得以加强。标准和宪章均指出患者有权获得卫生服务提供者和当局提供的治疗，而没有耻辱、偏见或歧视。

■ 可及性

服务应以人为中心，提高可及性和综合性，减少不必要的交叉转诊。例如，患者可以在一个地方接受所有应给予的服务（“一站式服务”）。服务应是免费的，而且

也应以最大限度地减少耻辱的方式来提供。

■ 卫生服务是一项公益事业

为吸毒人群提供高质量结核病和艾滋病预防及治疗服务也会影响他们的家庭和社区。从公共卫生的角度出发，解决吸毒者的卫生服务需求问题可能会避免对其周围人的危害。例如，使他们能够照顾自己的家庭，减少艾滋病病毒和结核病传播的风险，并尽可能降低社区中耐药结核病的风险。

■ 减低危害

这里使用的定义来自国际降低危害协会⁽⁹⁾：“为降低所有精神活性物质对吸毒者本人、他们的家庭和社区造成的健康危害，以及引起的社会和经济后果而制定的政策与规划”。

这是一个公共卫生的方法，包括政策（例如，制定支持性的立法和营造服务提供的环境）和实施，例如：

- 信息和教育，特别是有关通过外展服务来降低风险；
- 洁净针具交换；
- 毒品依赖治疗，尤其是阿片替代治疗；
- 为艾滋病病毒感染者提供自愿、保密的咨询和检测；
- 提供艾滋病治疗和关怀服务，包括抗病毒治疗；
- 预防经性传播艾滋病病毒，包括性传播疾病的治疗和安全套的使用；
- 初级卫生服务，包括诊断、治疗和直接相关的乙肝、丙肝疫苗接种，以及用药过量管理和身体或精神创伤的护理。

证据检索、评估和总结

本指南的制定使用了以下各种办法（附件 2 记录了详细的方法）。

- 检索已发表的文献（PubMed）；
- 2007 年 10 月，再次检索已发表的文献；
- 搜索灰色文献和相关网站；
- 来自已经参与本指南编写工作的 WHO 指导小组成员的专家意见；
- 来自 WHO 区域及国家代表处的证据；
- 2008 年 3 月，Frederick Altice 针对一个问题（依从性和吸毒者）进行了系

统的文献检索。

提出建议

在 2007 年 11 月的一个会议上，指南撰写小组考虑了这些证据，提出了建议草案，并进行了讨论。在这些证据中发现了一个欠缺，于是指南撰写小组要求针对依从性问题做进一步的文献检索。指南撰写小组随后同意了由电子信息支持的对依从性问题的建议。

这些建议不是新提出的，而是在现有 WHO、UNODC 和 UNAIDS 关于结核病与艾滋病预防、治疗和关怀的主要指南的建议基础上提出的。这些建议从吸毒人群的实际情况出发，并将其作为最重要的问题来对待。

指南的制定遵循 2007 年 WHO 的指南制定最低标准。

指南撰写小组的所有成员被要求申报任何利益冲突。

同行评审

根据指南撰写小组的建议对指南草案进行了修改，最终由撰写小组审定。之后发给了咨询小组审阅。在这一阶段已更广泛地纳入了更多感兴趣和相关的组织。

与利益相关者协商

最终的指南草案以电子邮件的方式分发给超过 500 个组织及个人，其中很大一部分是民间社团组织。

指南的结构

指南由以下几部分构成：

- 背景：解释这一领域的重要性；
- 关键问题：建议中涉及解决的主要问题；
- 结果：在制定建议时对所考虑证据的总结；
- 建议：由指南撰写小组通过对证据的考虑和基于价值、成本和优先性做出的判断而得出的建议

流行病学

吸毒

UNODC 指出，全球范围内主要的问题毒品仍然是阿片类（特别是海洛因），其次是可卡因⁽¹⁰⁾。

注射吸毒

据估计，全球有超过 1 300 万注射吸毒者，而且绝大多数（约 80%）生活在中低收入国家（东欧和中亚地区，310 万；南亚和东南亚，330 万；东亚和太平洋地区，230 万）⁽¹¹⁾。估计其中的 1 000 万注射吸毒者依赖于阿片类毒品，主要是海洛因，并主要集中在欧洲、北美、中亚、南亚地区和澳大利亚。在南美、东亚和东南亚，注射吸毒者主要是注射可卡因和安非他明类兴奋剂。

吸毒人群的艾滋病流行情况

UNAIDS/WHO2007 年艾滋病流行最新情况⁽²⁾ 阐述如下。

全球及区域的发展趋势表明艾滋病流行已形成两大格局：

- 在许多撒哈拉以南非洲国家，尤其是在南部非洲大陆的一般人群中持续广泛的流行；
- 在世界其他地方的主要集中在高危人群中的流行，如男男同性恋人群、注射吸毒人群、性工作者和他们的性伙伴。

在一些地区，注射吸毒是艾滋病病毒传播的主要方式，在非洲正成为一个新的关注焦点。据估计，可能有高达 10% 的艾滋病病毒新感染者是因为注射吸毒而感染的，大约 250 万曾经和正在通过注射方式吸毒的人群感染了艾滋病病毒^(12,13)。

在东欧和中亚，注射吸毒已经占到所有艾滋病病毒传播的 60% 和 80%^(14,15)。

在东亚和太平洋地区的许多国家，注射吸毒者在艾滋病病毒感染者中占据了很大比例，介于 38% 和 77% 之间^(11,16)。

因此，注射吸毒在一些地区是艾滋病病毒传播的主要方式，在非洲正成为一个关注的焦点。WHO 估计，15% 的 TB/HIV 双重感染者居住在撒哈拉南部非洲以外的地区⁽¹⁷⁾，其中许多感染者与注射吸毒有关。

在全部估计的 3 320 万（3 060 万~3 610 万）⁽²⁾ 艾滋病病毒感染者中，结核病是最常见的机会性感染之一和主要的死亡原因。

吸毒人群结核病流行情况

各个国家普通人群中结核病新发病例的估算数见图 1。

图 1 2006 年普通人群中结核病新发病例估算数

Fig. 1. Estimated number of new TB cases in the general population, 2006



吸毒与结核病发病率和感染率的上升有很大相关性。感染是指有证据表明结核杆菌的存在，但绝大多数结核菌感染者不会患病。结核菌可以在人体内潜伏多年，感染后的第一年发展为结核病的风险最大。艾滋病病毒的感染显著提高了由结核菌感染到发病这一进程的速度。只感染结核菌而未感染艾滋病病毒的人群，一生患结核病的风险为 5-10%，而艾滋病病毒感染者每年发展成为结核病的危险为 5-10%⁽¹⁸⁾。

20 世纪 70 年代初在纽约市，艾滋病病毒感染出现以前，吸毒人群的结核病发病率已经高于一般人群的 10 倍⁽¹⁹⁾。注射吸毒人群的结核感染率高于一般人群⁽²⁰⁾。一项研究表明，可卡因使用者的结核菌感染率与注射吸毒者的相同⁽²¹⁾。一个为期两年的前瞻性研究发现，感染了艾滋病病毒和未感染艾滋病病毒的注射吸毒者也有相近的结核菌感染率，甚至未感染艾滋病病毒的吸毒者发展为结核病患者的速度比普通人群快得多⁽¹⁸⁾。

吸毒人群中结核病发病率增高可能是其他导致结核病发病的危险因素所致，比如监禁、无家可归和贫困。例如，监狱的结核病发病率比监狱外高出 30 倍，耐药结核病患病率则高出 10 倍⁽²²⁾。

结核病是感染艾滋病病毒的注射吸毒者的主要死亡原因。感染艾滋病病毒的注射吸毒者的全因死亡率和结核病相关死亡率都高于其他艾滋病病毒感染人群很多倍^(23, 24)。

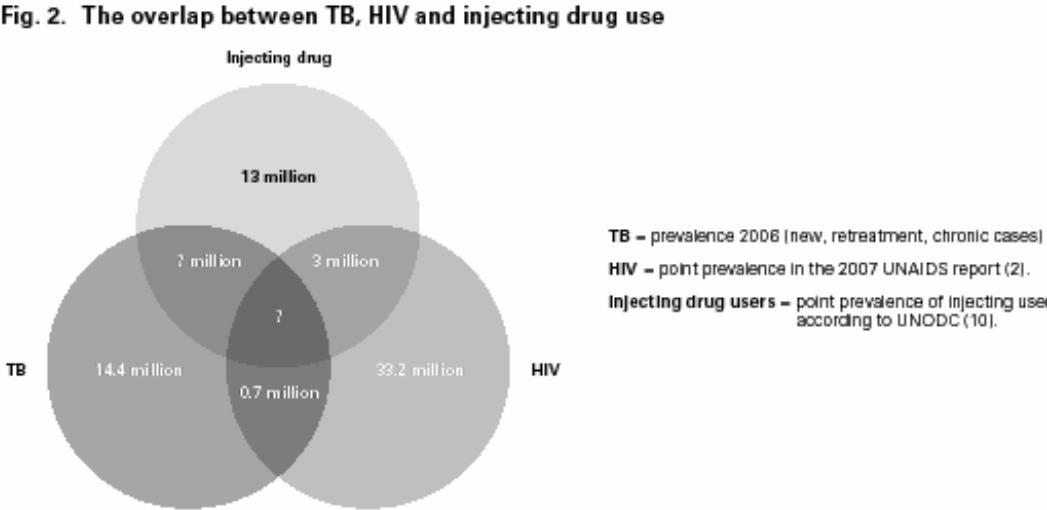
在拉脱维亚、马来西亚、泰国和美国，肺外结核在注射吸毒人群中比在一般人群中更常见⁽²⁵⁻²⁸⁾。

有证据表明，一些国家药多耐结核病的增加对于结核病控制造成威胁。独联体和东南亚国家的结核病耐多药率最高。例如，在结核病负担最重的两个国家-中国和印度，估计 8%和 5%的结核病例为耐多药结核病患者，而且目前所接受的治疗可能对他们无效。在东欧，估计每 5 例结核病患者中就有 1 例为耐多药结核病⁽²⁹⁾。

这些耐多药结核病高流行地区也是吸毒造成艾滋病流行的地区。这方面流行病学监测数据的缺乏，主要是由于缺少高质量的二线抗结核药药敏试验设施。然而，有迹象表明艾滋病病毒感染者患耐多药结核病的风险可能会更高。例如，来自拉脱维亚和乌克兰的顿涅茨克州的数据表明，艾滋病病毒感染与耐多药结核病之间具有显著关联⁽²⁹⁾。

对吸毒人群的耐多药结核病和艾滋病病毒感染之间的联系值得特别关注（图 2）。吸毒与较低的结核病治疗完成率（这是发展成为耐多药结核病的主要风险）相关联，而且吸毒者也更有可能在羁押场所（结核病耐多药率往往较高⁽²⁹⁾）暴露于耐多药结核病。

图 2．结核病患病、艾滋病病毒感染和注射吸毒之间的交互关系



性别与吸毒

虽然吸毒者中女性人数少于男性，但女性往往遭遇更大的健康和社会问题。性工作使女性感染艾滋病病毒的风险更高，进而患与艾滋病病毒感染相关的结核病的风险也更高。她们处在被边缘化和遭遇暴力的危险之中。妇女还有与怀孕和养育子女相关的具体需求，包括避孕或哺乳和儿童卫生保健。

监狱

全球约有 800~1000 万人被监禁。由于许多人只是短期被羁押，实际每年进出监狱的人数可能是这个数字的 4-6 倍。服刑人员通常住在拥挤、通风条件和环境卫生条件较差的地方，监狱提供的食物可能令人没有食欲和缺乏营养，也许没有卫生服务条件或条件十分薄弱，使用酒精和毒品，或发生性行为（自由或被迫）等非法行为可能在一段时间内不能被发现。这样的条件容易导致包括结核病和艾滋病在内的传染病的爆发。

在许多国家，吸毒者是被关押人员中的高危人群。研究表明，在被监禁前有注射吸毒史的服刑人员的比例为 11%~64%⁽³⁰⁾。注射毒品的行为会在监狱里发生。因为是秘密进行的，因此更有可能不安全地共用针具吸毒⁽³⁰⁾。在东南亚，来自印度、印度尼西亚和泰国的数据表明，1/10~2/3 的服刑人员可能是因为与毒品相关的原因被关押⁽³¹⁾。

在监狱系统，艾滋病病毒感染是一个严重的问题。有报告表明艾滋病病毒感染率高达 50%。在已有的研究中，监狱的艾滋病病毒感染率均比监狱外普通人群的感染率高出许多倍。在许多国家，这是注射吸毒人群感染艾滋病病毒的主要原因，因为许多吸毒者被关进监狱，其中一些人在监禁期间继续注射吸毒。在这些国家，高艾滋病病毒（以及乙肝和丙肝）感染率主要与在监狱内和监狱外共用注射器具吸毒有关。监狱的高艾滋病病毒感染率也可以由普通人群的高艾滋病病毒感染率所引起，这种情况主要是在非洲。

报告的羁押人群中患活动性结核病的水平比普通人群高出 100 多倍。一些监狱已出现较高的耐药结核病水平，已发现结核病耐药率最高达到所有患者的三分之一⁽³²⁾。一项来自俄罗斯联邦萨马拉地区的研究显示，监狱中结核病耐药率为 37%，是普通市民的两倍⁽³³⁾。由于诊断和治疗的延迟、艾滋病病毒感染和静脉吸毒、过

度拥挤、通风不良、服刑人员的高流转率、营养状况不良和精神压力，使得结核病高发病率的情况更加严重。

监狱的卫生医疗服务常常被遗忘或不予优先考虑。有关结核病、艾滋病和服刑人员健康的问题不应只作为监狱内的问题。社会必须关心监狱的卫生医疗服务，通过卫生系统协调，以确保服务的连续性和公平性。这也是出于实现个人获益和履行基本人权的目。

联合计划

背景

大多数国家都有分别应对吸毒和结核病、艾滋病预防、诊断和治疗的战略计划及工作机制。尽管一些国家有非常好的联合行动计划，但由于对吸毒人群的所有需求缺乏了解，提供服务的各个部门分别行动，而吸毒者在同一时间可能需要获得所有这些服务；尤其是戒毒治疗和减低危害服务，通常没有统筹考虑由同一个机构提供。

主要问题

当人们可以在合适的时间、地点获得所需的干预服务时，这样的服务供给才是成功的。对于吸毒人群，需要提供包括毒品成瘾性治疗、结核病和艾滋病的防治等相关服务，而且同样要应对他们被羁押、无家可归和贫困等问题。因此，应根据这些复杂的需求来制定服务计划，包括为吸毒人群主动提供外展服务和有计划的服务，以减少耻辱，并鼓励他们去获取这些服务。

为吸毒人群提供服务的主要障碍通常包括：对非法使用毒品的污名化和政府承诺不足。这会导致国家相应政策的缺乏和使吸毒人群处于易受侵扰和暴力的情形。

主要发现

WHO 出版的《TB/HIV 联合行动暂行政策》中概括了实施性研究的结果和专家的意见⁽⁶⁾，表明在各级建立 TB/HIV 协调机构开展工作是可行的，从而确保了对该项工作的承诺。

能否快速、有效地应对吸毒人群中结核病和艾滋病的流行，取决于吸毒人群最初接触到的服务机构工作人员的认识。这常常涉及不同的机构，例如急诊服务机构、初级卫生保健机构或司法机构。因此，结核病和艾滋病的专业服务有赖于这些机构及时识别并转诊患者。

高质量的监控与评价活动有助于获得行动的信息，对于提高绩效至关重要。WHO 出版的《TB/HIV 联合行动监控与评价指南》⁽³⁴⁾ 有助于对各个机构 TB/HIV 联合行动的评估。其中一些指标，尤其是评估艾滋病预防和咨询检测的指标，与减低危害规划的指标是一致的。

建议 1

国家和地方各级应建立多部门的协调机制，以便更好地计划、实施和监控为吸毒者提供的结核病和艾滋病服务。如有可能，应通过现有的机制来实现。

现有的结核病、艾滋病或为吸毒者提供服务的协调机制应特别关注吸毒者面临的结核病和艾滋病问题，应邀请其他组织的代表，以确保成员的广泛性。多部门的协调机制应包括卫生、刑事司法和社会组织，以及：

- 结核病防治规划的代表；
- 国家艾滋病防治规划的代表；
- 为吸毒者提供服务与减低危害机构的代表；
- 司法系统的代表；
- 社会关怀和心理支持机构的代表；
- 卫生保健机构的代表（例如急诊和初级卫生保健）；
- 吸毒人群的代表。

多部门的协调机制在倡导和交流方面应发挥领导作用。

目标应包括⁽³⁵⁾：

- 建立支持性环境，为吸毒人群提供整合的结核病与艾滋病预防、关怀和治疗服务，并将其作为提供毒品控制相关服务的主要渠道；
- 如果国家的法律与人权、询证实践和减低危害的原则相冲突，则倡导修改当地法律；
- 如果卫生保健的法规和服务提供的常规与人权、询证实践和减低危害的原则相冲突，则倡导进行相应修改；
- 减少决策者、政策制定者、卫生保健提供者、执法人员和大众人群对吸毒者的歧视；
- 向吸毒者提供艾滋病、结核病、减低危害和毒品依赖性治疗的信息；
- 倡导取消那些明确或含混的禁止为吸毒人员提供治疗，包括艾滋病、结核病和毒品依赖性治疗的有关条文；
- 确保能够认识并致力于满足妇女、儿童、流动人口和青少年等人群的特殊需求；
- 确保在监管场所内的吸毒者有同等机会接受卫生保健服务，尤其是艾滋病和结核病服务。

建议 2

国家结核病、艾滋病和吸毒控制战略规划应明确界定所有为吸毒者提供服务的有关机构的角色和职责，应确保对针对吸毒者开展结核病和艾滋病防治活动进行监控和评价，包括治疗的效果。

在结核病与艾滋病联合行动计划中应包含与吸毒者有关的内容，或者在相关的结核病、艾滋病、吸毒、监狱卫生保健以及法律体制的国家计划中包含 TB/HIV 的内容。

在国家和地方各级，必须明确界定每一个规划在实施专项 TB/HIV 行动中的角色和职责。

计划应包括以下方面：

- 吸毒人群结核病与艾滋病疾病负担的联合需求评估；
- 作为针对吸毒人群提供所有服务的一部分，合作进行资源动员以实施或扩展 TB/HIV 联合行动；
- 联合制定人力资源发展和培训计划，以确保所有提供服务的一致性；
- 为最大限度地提供服务，针对国家有关法规中制约改革的因素开展联合评估；
- 在疫情严重地区开展联合督导，或在督导组中包含吸毒问题的专家；
- 共同确保监管场所的服刑人员有同等的机会享受全面可及的预防、治疗和关怀服务。

协调机制应致力于：

- 尽可能准确地估算吸毒人群的基数、其中患结核病的人数和感染艾滋病病毒的人数，以便更好地进行监控；
- 开展有代表性的结核病监测，如果结核病患者中有吸毒者，则应确保包含吸毒人群在内；
- 对 TB/HIV 联合行动的监控应尽可能与现有的监控系统整合，使用已有的指标，将吸毒人群治疗的效果与全人群的治疗效果进行比较，还可以进行更详细的分析和更深入的研究；
- 与吸毒人群的代表和/或倡导小组进行交流，了解他们在寻求关怀和接受治疗过程中的经验和遇到的障碍，以便更成功地进行监控和评价；
- 在整合服务的计划过程中和准确收集监测数据的过程中要做到有意义的社区参与。

建议 3

人力资源计划应确保有充足的人员数量、教育和培训规划要旨在建立高效、可持续的团队，以使得所有接触吸毒人群的工作人员都有足够的知识技能来处理结核病、艾滋病和吸毒人群的问题。

向吸毒人群提供综合的 TB/HIV 服务需要有足够数量和接受适当培训的工作人员。

培训对象应包括结核病与艾滋病防治人员、为吸毒人群提供相关服务的人员、负责“低门槛”（主要是指美沙酮治疗门诊入组的低要求）服务的人员，以及其他经常与吸毒人群接触的卫生保健机构人员。这些人员应当具备结核病和艾滋病的基本知识，而且结核病和艾滋病防治机构、一般医疗机构的工作人员应清楚吸毒行为带来的基本卫生问题。

这些知识包括：

- 认识到工作人员和服务的利用者都有可能是吸毒者；
- 以非歧视的方式确认吸毒者身份、吸食毒品的种类和使用方式；
- 如何用自然、非歧视的方式与吸毒者接触；
- 如何确保将这些人转诊到相关的结核病和艾滋病预防、治疗和关怀机构，以获得综合性关怀服务；
- 提供乙肝和丙肝的检测，转诊阳性者，向乙肝阴性者提供疫苗接种服务；
- 了解减低危害的政策和原则；
- 掌握结核病、艾滋病和毒品依赖治疗的知识，以及如何提高所有药物的治疗依从性。

建议 4

为吸毒人群提供 TB/HIV 联合服务的所有利益相关方应支持和鼓励开展 TB/HIV 的实施性研究，以便为更有效地开展 TB/HIV 联合行动提供证据基础。

指南编写组列出了研究的领域，为将来这些指南的发展提供更多证据基础。（见附件 3）

主要干预措施

采取感染控制措施预防结核病传播

背景

结核病是传染性疾病，通过空气中的飘浮的传染性微粒造成人与人之间的传播。降低传播风险的感染控制措施一直未被充分利用和得到重视。

主要问题

由于生活条件差、部分治疗中心和监管场所常常是人多密集，吸毒者特别容易感染传染性病原体。而监管场所和其他无卫生保健设施的机构通常不清楚基本的结核病和艾滋病感染控制措施，而事实上这些措施操作简单，花费少。

主要发现

结核病的传染源是肺部（肺结核）或喉部受结核菌侵害的患者，他们在咳嗽、打喷嚏、说话或唱歌时产生传染性的微粒。传播的风险取决于暴露时间的长短。通常认为，在有传染性微粒的密闭环境中长时间逗留或多次进入这种环境将使感染结核菌的风险大大增加。未被诊断和治疗的传染性患者或接受不充足治疗尚未失去传染性的患者，通常需要大约两周的充足治疗，经过两次痰涂片阴性来确认没有传染性⁽³⁶⁾。一个未经治疗的传染性肺结核患者，平均每年导致 10-15 人感染结核菌⁽³⁷⁾。

体内有结核菌存在说明处于感染状态，但大部分感染者并不发病。虽然在感染的第一年发病风险最大，但结核菌可在人体内潜伏多年，这种状态称为结核菌潜伏感染。但是，艾滋病病毒感染者通常会出现免疫系统功能降低，这种状况下会使潜伏的结核菌感染发展为活动性结核病⁽³⁶⁾。艾滋病病毒感染者中结核病发病的风险较普通人群高，但患传染性结核病的概率较小。在艾滋病病毒感染者了解其自身的艾滋病病毒感染状态之前，很可能已经发展成结核病。同样，医务人员和其他工作人员也面临结核病发病的风险，尤其是他们中间的艾滋病病毒感染者。

阳光直接照射 5 分钟就能够杀死结核菌，但在阴暗的环境里，结核菌可以存活更长时间，且一直悬浮在空气中⁽³⁶⁾。

WHO 正在制定结核病感染控制的指南。目前已有供资源有限且艾滋病高流行地区医疗卫生机构使用的指南⁽³⁸⁾。

简单的措施包括：

- 咳嗽时讲究卫生：咳嗽或打喷嚏时用布或纸巾遮住口鼻；
- 自然通风：开窗或设立户外诊室；
- 传染性结核病可疑症状者与周围人群隔离，尤其是在周围有儿童和艾滋病病毒感染者等脆弱人群的情况下；
- 及时诊断结核病并立即开始治疗，缩短传染期。

建议 5

在医疗卫生、毒品控制和刑事司法系统的所有人群密集场所都应制定结核病感染控制计划，并得到所有利益相关者的支持。该计划包含管理、环境和个体防护措施，用以降低结核病传播的风险。

结核病感染控制策略应基于以下三方面：

➤ 管理控制措施

包括感染控制计划的实施，确保相应措施能够保护工作人员，以及与结核病患者的潜在接触者。

➤ 环境控制措施

这些措施包括通风、空气过滤器和紫外线照射消毒。

➤ 个体防护设备

例如，结核病患者佩戴外科口罩和医务人员使用呼吸防护面具，用于呼吸道的防护。

特别强调：所有的工作人员都应清楚地知道结核病可疑症状，将已知或怀疑有传染性结核病的患者与普通人群隔离开，直至得到充分治疗而不具传染性。

无论是结核病高疫情还是低疫情的国家，所有人群密集场所都应遵照上述要求。

遏制结核病伙伴组织 TB/HIV 工作组提出了结核病感染控制措施（详见附件 4）。

加强结核病患者发现和艾滋病病毒检测

背景

由于吸毒人群在获得医疗服务过程中面临多重障碍，因而吸毒人群中的结核病和艾滋病的诊断往往处于延迟状况。

主要问题

尽早发现结核病和艾滋病病毒感染可减少传播和改善健康状况。由于许多吸毒者最早在“低门槛”服务机构或非医疗机构就诊，这就为提高结核病和艾滋病的病例发现提供了机会，甚至为患者同伴接受艾滋病病毒检测和接触者的追踪提供了机会。

主要发现

结核病患者发现

咳嗽超过 2-3 周、咳痰和体重下降是怀疑患有肺结核病的最重要症状。与未艾滋病病毒者相比，体重明显下降、腹泻和皮肤疾病多见于艾滋病病毒感染者⁽³⁶⁾。

在艾滋病病毒感染者中，加强结核病患者发现并给予抗结核治疗能够降低死亡率和阻断结核病的进一步传播（在家庭内、医院或诊所），同时也可以为艾滋病病毒感染者提供了结核病预防性治疗的机会⁽³⁵⁾。

经过培训的咨询员或其他医务人员至少也要会使用一个简短的结核病可疑症状问卷来筛查活动性结核病。美国在一个针具交换项目中开展结核病筛查的可行性已经得到证实^(39, 40)，但筛查的频率和最具成本-效益的结核病发现方法还需探索。

艾滋病病毒感染者患涂阴肺结核的风险上升 24-61%，患涂阴肺外结核的风险上升 4-40%，因此必须应用其他诊断方法⁽⁴¹⁾。其他的诊断方法取决于各地的政策和指南，包括胸部 X 线拍片和临床评估^(36, 42)。已知传染性肺结核患者的密切接触者 是结核病的高发人群。密切接触是指在有传染源存在的密闭环境中长期逗留和/或多次进入该环境。

结核病诊断

当怀疑某人患有结核病时，痰涂片镜检是首先、也是最具成本-效益的检查方法（如有可能，还应做痰培养）。为了最大程度地发现患者，要求至少收集和送检两个不同时间段的 2 份痰标本。大部分医疗机构都能做痰涂片检查，而只需要简单的

感染控制防护措施。

艾滋病病毒检测与咨询

每个人都有权知道自身的艾滋病病毒感染状态，这样才有可能接受挽救生命的预防、关怀和治疗服务。目前许多非卫生保健机构也能提供检测咨询服务。WHO、UNAIDS 和 UNODC 正在制定针对吸毒人群和羁押场所的检测咨询指南。然而，目前已有的全球自愿检测咨询指南^(43, 44)和在卫生保健服务机构医务人员主动提供的检测指南⁽⁴⁵⁾均没有针对吸毒人群的具体内容。

建议 6

所有为吸毒人群提供服务的机构都应该有结核病患者和艾滋病病毒感染者发现的操作规程。这样，工作人员就能够熟悉结核病和艾滋病病毒感染的症状，从而确保吸毒人群及时得到适当的结核病和艾滋病检测咨询服务，尤其是在他们首次就诊的机构。

通过充分的培训来满足工作人员提供这些服务的知识需求。关键是要能够提供一揽子的卫生保健服务以便为检测提供充分的理由。

服务机构应能够使用当地目前用于发现结核病患者的方法，这些方法可以调整供吸毒人群就诊的机构使用，例如“低门槛”服务机构或戒毒服务机构等非卫生机构。至少应包含一套简单的有关结核病症状和体征的问卷。

只要对工作人员进行有关咨询和实施步骤的培训，许多非卫生服务机构可以安全地提供用于结核病诊断的痰标本收集和用于艾滋病病毒感染诊断的血液检测服务。应当有安全的实验室和专门的结核病或艾滋病诊断治疗机构满足他们转诊的需求。所有服务机构的工作人员一定要对传染性肺结核患者的家庭密切接触者进行结核病筛查。

强调一点，所有服务机构的工作人员都应认识到吸毒人群是艾滋病病毒高感染率人群，应向所有吸毒者提供自愿艾滋病病毒检测，尤其是对有注射吸毒史者。

各国应尽可能扩大艾滋病病毒检测咨询服务的范围，同时要确保：

- 吸毒人群在接收艾滋病病毒检测前是知情的，并确实是自愿同意做艾滋病病毒检测；
- 确保受检者获得足够的检测前和检测后咨询信息；
- 保证对受检者的检测行为和检测结果保密。

治疗

背景

给予恰当的抗菌药物和管理，结核病是可以治愈的。高活性抗病毒治疗的引入，使得艾滋病病毒感染从一种进展性、致死性疾病过渡到一种慢性、可控制的疾病。

主要问题

出于对药物相互作用、不良反应（尤其是在患有病毒性肝炎的情况下），以及治疗依从性等因素的考虑，医疗机构通常不愿意向吸毒人群提供药物治疗。应关注治疗完成率低的问题，这也是导致耐药的危险因素。

主要发现

患者使用违禁药品可能会掩盖或改变结核病与艾滋病治疗的严重不良反应。然而，患者使用违禁药品不影响医务人员选择对结核病或艾滋病的治疗方案。

吸毒人群应当是预防、关怀和治疗干预的优先人群，因为他们自己本身面临更大的风险，而且从公共卫生角度他们有着潜在的更大影响。

结核病治疗

对于面临结核病风险的艾滋病病毒感染者来说，首先是通过抗结核治疗和预防性治疗来挽救生命和预防疾病，其次是阻断结核病的传播。标准化的抗结核治疗方案包括 2 个月的强化期治疗（尽可能在服药督导员直接面试下（DOTS）⁽³⁶⁾ 每日服用 4 种抗菌药物）和 4~6 个月的继续期治疗（至少服用 2 种抗菌药物）。在全球推荐的抗结核药物基础上，各国结核病防治规划有明确的可供选择的抗结核药物，但可能还需要考虑患者个体同时患有疾病的情况来调整治疗方案。除了需要使用利福平和避免间歇用药以外，艾滋病病毒感染者的抗结核治疗方案与未感染艾滋病病毒者没有区别。

耐多药结核病的治疗比较困难，需要静脉用药治疗。应按照 WHO 的指南开展治疗，疗程要持续 2 年⁽⁴⁶⁾。

艾滋病的治疗

WHO 推荐了艾滋病的公共卫生标准抗病毒治疗方案^(47, 48)。抗病毒治疗机构应选择一种一线治疗方案和几种二线治疗方案。同时进行抗结核和抗病毒治疗可能会出现药物间相互作用（特别是利福平与蛋白酶抑制剂、非核苷类逆转录酶抑制剂或异烟肼与核苷类逆转录酶抑制剂）。开始联合治疗后，还可能出现结核病症状和

体征恶化的危险状况（免疫重建综合症）⁽³⁶⁾。

多重治疗方案

在一些情况下，可能涉及多种治疗药物同时应用的局面，包括结核病和艾滋病、乙肝、丙肝的治疗，药物依赖性相关的其他感染和症状的治疗，以及药物依赖性本身⁽⁴⁹⁾。大部分治疗都需要相对长时间的管理。每种药物都可能有副作用。

因此，确实需要为吸毒人群选择最合理、最有效、副作用最少的治疗方案。

下面是有关吸毒人群中结核病和/或艾滋病的具体发现⁽⁵⁰⁾：

- 吸毒人群通常在艾滋病病毒感染晚期才被发现，因此常伴有严重疾病。
- 吸毒人群还常伴有其他血源性病毒感染，例如乙肝和丙肝，具有由于共患疾病和药物间相互作用而导致肝毒性的危险。
- 他们很可能患有机会性感染，例如假丝酵母菌感染、单纯疱疹病毒感染和卡氏肺孢子虫肺炎，以及结核病。
- 吸毒人群很可能有心理健康问题，例如抑郁和酒精依赖。
- 在抗结核药物、抗病毒药物、酒精、美沙酮、丁丙诺啡、一些非法药物和诸如丙肝等治疗药物之间具有潜在的药物相互作用。
- 由于吸毒者无家可归、持续使用非法药物和缺乏接受治疗的意愿等因素的影响，多个机构同时提供多个治疗方案将导致治疗依从性下降。

由于许多女性吸毒者很年轻，因此计划生育问题显得尤为重要。感染艾滋病病毒的妇女有权怀孕，但在她们需要时，应为她们提供避孕措施。早期诊断和进行抗病毒治疗能够降低艾滋病病毒母婴传播的风险⁽⁵¹⁾。

目前已经有成人和儿童的结核病、艾滋病、结核病合并艾滋病的综合性指南，其中包括处理注射吸毒者的各种情况^(49, 50, 52, 53)，但到目前为止还没有专门针对吸毒人群的 **TB/HIV** 指南（请参见相关政策、指南和手册的网页链接）。

尽管面临一些挑战，但没有一个上述提到的治疗问题是 **TB/HIV** 标准治疗方案和吸毒人群相关治疗的禁忌症。

建议 7

在全球、区域性和国家的临床指南指导下，结核病防治、艾滋病防治和吸毒者相关服务机构应确保吸毒人群得到恰当的治疗，共同开展治疗督导，并简化治疗服务程序。

应协调各个机构提供结核病和艾滋病的治疗关怀服务，尽可能在同一个机构提供，而不是相互转诊。

结核病的治疗，尤其是开展直接面试下的督导治疗，需要与艾滋病的关怀和治疗干预（例如复方新诺明预防性治疗）、阿片类替代治疗及其他治疗捆绑成一个服务包，这样吸毒人群不需要反复多次去多个机构接受治疗，从而提高治疗的可及性。

培训医务人员，使其能够处理与药物依赖相关的情形，包括处理 TB/HIV 并同时给予多个治疗时的药物间相互作用和副作用。

应根据吸毒人群的需求提供 TB/HIV 关怀服务，至少应等同于向其他人群提供的服务水平。

异烟肼预防性治疗预防结核病发病

背景

异烟肼预防性治疗是让结核菌感染者，尤其是同时感染了艾滋病病毒者，服用单一的抗结核药（异烟肼）6-9 个月，以防止其从潜在结核菌感染发展为结核病的过程。

主要问题

尽管异烟肼预防性治疗极有可能降低艾滋病病毒感染者的结核病负担，但目前还未被广泛应用于预防结核病，尤其是对吸毒人群。

主要发现

在结核病高疫情国家，成人艾滋病病毒感染者每年有 2.4%-7.5% 的概率发展为活动性结核病。而结核菌素试验阳性的成人艾滋病病毒感染者，每年发展为活动性结核病的概率上升为 3.4%-10%⁽⁵⁴⁾。异烟肼预防性治疗对于预防 TB/HIV 双重感染者发展为活动性结核有着显著的效果，并且对异烟肼低耐药地区的吸毒人群中的艾滋病病毒感染者同样有效⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾。

系统评价⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾显示，异烟肼能够降低 60%的结核病发病。WHO/UNAIDS 推荐向艾滋病病毒感染者提供异烟肼预防性治疗⁽⁵⁴⁾。WHO 有关 TB/HIV 联合行动的政策也推荐一旦合理地排除了结核病，就应提供异烟肼预防性治疗，并作为对艾滋病病毒感染者的治疗关怀服务的一部分。一个针对筛查结核分支杆菌潜伏感染益处的文献综述⁽⁶¹⁾也表明，注射吸毒人群是需要筛查和预防性治疗的数量最少的人群之一，可以预防发病（21~439 人）和死亡（103~4650 人）。

每日服用异烟肼，自我管理治疗 6-9 个月，剂量为 5 毫克/公斤体重，最大剂量为 300 毫克/日。每个月到医疗机构随访一次，每次给予一个月的药量。为了提高治疗依从性，可以额外给半个月应急药量，以避免患者延迟随诊导致中断治疗。

耐异烟肼的结核菌感染者服用异烟肼无效（例如耐多药结核菌）。抗病毒治疗能够降低高达 80%的结核病发病。因此，感染了艾滋病病毒的吸毒者在服用抗病毒药时也能有效地预防活动性结核病的发生，同时再服用异烟肼有叠加效应⁽⁶²⁾。

建议 8

所有卫生服务机构应确保感染艾滋病病毒的吸毒者在排除活动性结核病后能够获得异烟肼预防性治疗。

具备以下条件时开展异烟肼预防性治疗：

- 在全人群结核菌感染率大于 30%的地区或在结核病高危人群中（例如医务人员、传染性肺结核患者的家庭接触者、服刑人员、矿工或其他容易感染和传播结核的被选人群），应开展异烟肼预防性治疗⁽⁶³⁾。
- 应考虑应用异烟肼预防性治疗预防感染了艾滋病病毒的吸毒人群的结核病发病。
- 在给予异烟肼预防性治疗前，必须按照国家的指南开展临床和实验室检查，合理排除患有活动性结核病的患者。
- 应采取措施（例如直接面试下治疗）确保治疗依从性，直至完成疗程。
- 异烟肼预防性治疗的开展应与其他一些治疗相结合，例如可以在提供阿片类替代治疗的机构提供异烟肼预防性治疗。

预防艾滋病传播

背景

通过注射行为和高危性行为，吸毒人群面临越来越高的艾滋病病毒感染风险。

主要问题

艾滋病病毒感染是导致吸毒人群并发结核病的主要危险因素。

主要发现

感染结核菌但未感染艾滋病病毒的吸毒者一生中有 5~10% 的风险发展为活动性结核病，而感染结核菌同时感染了艾滋病病毒的吸毒者每年有 5-10% 的风险发展为活动性结核病⁽¹⁸⁾。因此，预防艾滋病病毒感染可以降低结核病发病率。

不安全地共用注射针具感染艾滋病病毒的最大风险因素。注射吸毒者的生活方式通常很混乱，因此具有更多患结核病的危险因素，例如贫穷、入狱和居住拥挤。

经性也是服刑人员、有注射吸毒史的性工作者和那些以卖淫换取毒品或金钱的吸毒者感染艾滋病病毒的途径之一^(64, 65)。

在各级开展精心设计的倡导和交流行动都非常重要和有效的。可以向决策者提供充足可靠的有关减低危害原则和他们获得的益处等信息⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾。

建议 9

所有为结核病可疑症状者、结核病患者、艾滋病病毒感染者和吸毒人群提供服务的工作人员都应当具备对艾滋病病毒感染和传播进行风险评估的能力，向就诊者提供全面的艾滋病预防信息和服务，最大程度地降低感染风险。同时工作人员也应当知道如何保护自己，预防结核病和艾滋病的职业暴露。

全球、各区域和各个国家都有大量的艾滋病预防指南。UNAIDS、WHO 和 UNODC 推荐了一个针对注射吸毒人群的艾滋病预防信息包^(65, 70, 71)，包括以下要点：

- 针具交换规划；
- 阿片类替代治疗；
- 艾滋病病毒自愿咨询与检测；
- 抗病毒治疗和关怀服务，包括吸毒人群性伴的暴露后预防；
- 预防和治疗性传播疾病；
- 为注射吸毒人群及其同伴提供男用和女用安全套；
- 针对注射吸毒人群及其性伴提供目标人群明确的信息、教育和交流；
- 肝炎的诊断治疗（甲肝、乙肝和丙肝）和疫苗预防接种（甲肝和乙肝）；
- 结核病的预防、诊断和治疗；
- 创造一个安全、无歧视的环境，吸毒人群在不担心环境和法律困扰的情况下获得信息和服务；
- 集中满足女性吸毒者和吸毒者的女性伙伴的需求，提供有针对性的生殖健康和阻断母婴传播的服务。

克服障碍

吸毒人群的健康状况会比一般人群的差得多。如果治疗组织管理得当的话，能够有助于弥补健康状况的差距。与之相反，治疗不规范以及忽视了吸毒人群而促使传染源持续存在等因素，都将导致艾滋病或者结核病控制策略的失败，并且会促使耐药病人的出现。

吸毒者通常很难获得卫生服务，如果他们感染了艾滋病病毒会比非吸毒人群获得抗病毒治疗服务的机会更少。在一些地方，甚至可能不愿将吸毒者登记在本区的结核病患者登记本上，不愿为其活动性结核提供治疗。更好地发现吸毒人群中的患者和有较好的治疗依从性这两个方面都是可行的。结核病和艾滋病控制规划将其纳入是十分必要的。

提供服务的模式

背景

在卫生服务提供过程中，特别是在结核病和艾滋病防治服务中，通常会遇到一部分吸毒人群。同样，涉及到为吸毒者提供服务以及司法系统也会接触到部分艾滋病病毒感染者和/或结核病患者。

需要满足吸毒人群多种服务需求成为解决吸毒人群治疗问题的一个障碍。当前在很多国家，结核病和艾滋病的相关服务，以及为吸毒者提供的其他服务都是相对独立的，尚未进行应有的整合。

主要问题

许多国家在为注射吸毒人群提供艾滋病防治服务方面制定了完善的政策和策略，而在结核病防治服务中却不多见。因为吸毒人群的 TB/HIV 双重负担呈现的问题直到最近才被人们所认识。

然而，除了注射吸毒行为以外，对吸毒引发的问题尚未进行很好的研究和制定相应的策略。

由于这些情况复杂地缠绕在一起，因此所提供的满足需求的服务也必须是灵活的、综合的。综合关怀服务的定义是“以满足患者需求为导向，以为患者全面考虑为基础，寻求提供不间断的、持续的关怀服务的有组织的协调过程⁽⁷²⁾”。

主要发现

吸毒人群在接受预防与关怀服务时存在众多社会和卫生服务方面的障碍，这些足以导致他们在寻求卫生服务时过于迟滞。由于患者的治疗依从性差，使得关怀服务的效果变得进一步复杂化。

每天吸食毒品、酗酒和精神抑郁，这些相互关联的因素可以导致治疗和关怀服务陷入困境。在医务人员、执法人员和社会工作者中存在的对吸毒人群的歧视也会导致治疗和关怀效果不佳⁽⁷³⁾。例如，在许多国家的强制性戒毒规划中，强迫吸毒者进行登记。女性注射吸毒者寻求医疗服务比男性注射吸毒者更延迟⁽⁷⁴⁾。美国的一项研究显示，注射吸毒人群获得艾滋病关怀服务率可能很低或不理想，而且可能比其他人群更少得到抗病毒治疗服务⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾。

政策⁽⁶⁾和实践⁽⁷⁷⁾的证据支持在艾滋病高流行地区提供结核病和艾滋病联合治疗服务。TB/HIV 防治服务进行整合、协同服务的优势，特别是针对注射吸毒人群，已经得到了观察和回顾⁽²³⁾。

UNAIDS 对 7 个低收入和中等收入地区开展的一项艾滋病预防项目进行了研究，该项目成功地取得对注射吸毒人群的高覆盖率⁽⁷⁸⁾，研究结果表明其主要做法包括：

- 以减低危害为原则制定当地规划；
- 以倡导为先导，保障足够的人员和资金支持；
- 发挥执法作用对成功至关重要；
- 不同地区采取不同的服务方式和方法吸引注射吸毒人群参加服务。
- 一个规划可以被其它地区（省、市和区）采用，以满足当地注射吸毒人群的需求。
- 获得服务的便利性；
- 注射吸毒人群的参与。

表 1 提供了吸毒者在首次接触的服务机构可以获得的 TB/HIV 防治活动的建议内容。

表 1 治疗服务应确保在最容易达到、没有歧视和方便吸毒者的场所提供，并更好提高依从性

	一般的卫生服务（监狱、医院、初级保健、性传播疾病服务）	结核病相关服务	艾滋病相关服务	为吸毒者提供的服务
	确保在最容易到达和方便吸毒者的场所提供治疗服务，更能够提高依从性。			
预防	鉴别有害的或依赖性药物的使用	鉴别有害的或依赖性药物的使用	鉴别有害的或依赖性药物的使用	毒品信息与咨询
	基本药物和艾滋病信息	基本药物和艾滋病信息	基本药物和艾滋病信息	
	针具交换规划	针具交换规划	针具交换规划	针具交换规划
	男用和女用安全套	男用和女用安全套	男用和女用安全套	男用和女用安全套
	结核病感染控制措施	结核病感染控制措施	结核病感染控制措施	结核病感染控制措施
	保持空气流通	保持空气流通	保持空气流通	保持空气流通
	隔离结核病可疑者	隔离结核病可疑者	隔离结核病可疑者	隔离结核病可疑者
关怀	根据需要，确保获得暴露后的预防性治疗和预防母婴传播的服务	根据需要，确保获得暴露后的预防性治疗和预防母婴传播的服务	根据需要，确保获得暴露后的预防性治疗和预防母婴传播的服务	根据需要，确保获得暴露后的预防性治疗和预防母婴传播的服务
	艾滋病病毒检测与咨询	保持结核病登记	结核病患者发现	艾滋病病毒检测与咨询
	结核病患者发现	结核病确诊	艾滋病确诊	结核病患者发现
治疗	确保获得艾滋病和结核病的治疗服务，以及共患疾病的管理	确保艾滋病的治疗服务，以及共患疾病的管理	确保结核病的治疗服务，以及共患疾病的管理	确保获得艾滋病和结核病的治疗服务
	提高依从性的措施	开始并在督导下的结核病治疗	开始并在督导下的艾滋病治疗	开始并在督导下的阿片类依赖替代治疗或戒毒治疗
	督导下的结核病和艾滋病治疗	督导下的艾滋病治疗	结核病治疗	
	阿片类依赖替代治疗	开始并在督导下的异烟肼预防性治疗和复方新诺明预防性治疗	开始并在督导下的复方新诺明预防性治疗	提高依从性的措施
	阿片类依赖替代治疗	阿片类依赖替代治疗	阿片类依赖替代治疗	

建议 10

所有为吸毒者提供服务的机构应与当地的主要伙伴合作，以确保对综合的结核病与艾滋病预防、治疗和关怀服务的普遍可及，并以全面的，以人为本的方式，最大限度地确保吸毒者获得相应服务并保持依从性：如有可能，应在一个地方提供所有服务。

由于歧视问题是吸毒者寻求卫生保健服务和坚持治疗的一个障碍，因此为吸毒者提供服务的工作人员应该敏锐的意识到需要采取一种适宜的、中立的、公平的态度。

很多的吸毒者不会主动寻求结核病和艾滋病的相关服务，而且最初的筛查和随后诊断，以及结核病与艾滋病的治疗服务应尽可能地被整合到首诊机构。

应尽可能在同一个场所为患者提供所有的服务，而不应将患者交互转诊。

当吸毒者接受常规的卫生服务时，应通过例如在同一场所提供治疗和治疗监控等措施，来相互合作地提高患者的治疗依从性。

结核病相关服务

结核病服务机构可能是艾滋病病毒感染者或吸毒者最先接触的机构。结核病规划应执行 WHO 暂行政策中有关 TB/HIV 联合行动⁽³⁵⁾ 的相关建议，包括：

- 结核病控制规划应针对性传播、静脉注射传播和母婴传播制定和实施综合的艾滋病预防策略，或应与艾滋病防治规划就上述问题建立一个转诊机制。
- 对到结核病门诊就诊的每一例患者都应使用一个简单的问卷或其它推荐的方法筛查性传播疾病。筛查出的带有性传播疾病症状的患者应该得到治疗或被转诊到相关机构接受治疗。
- 结核病控制规划应具备识别和管理吸毒者和/或注射吸毒者中结核病患者的能力，或应为吸毒者提供上述服务而建立一个转诊机制。
- 结核病控制规划应将感染了艾滋病病毒的孕妇转诊到提供预防艾滋病母婴传播的机构而确保预防艾滋病的母婴传播。

在一个吸毒者服务包中，结核病服务应促进关怀服务的连续性，包括艾滋病的治疗和戒毒治疗，例如阿片类依赖替代治疗。

艾滋病相关服务

艾滋病的相关服务应包括：

- 想办法找到那些最近未接受服务的感染了艾滋病病毒的吸毒者；
- 应具备识别和管理吸毒者和/或注射吸毒者中艾滋病病毒感染者的能力，或应建立为吸毒者提供其他相关服务的转诊机制；
- 开展加强结核病患者发现工作，尤其感染了艾滋病病毒的吸毒者是结核病的高危人群；
- 在所有感染艾滋病病毒的吸毒者中筛查结核病，并且对非活动性结核病患者提供异烟肼预防性治疗（参照异烟肼预防性治疗章节）；
- 在所有服务机构实施感染控制计划，以降低艾滋病病毒感染者和工作人员感染结核病的危险；
- 在针对吸毒者的一揽子服务中，促进关怀服务的连续性，包括结核病治疗和戒毒治疗，例如阿片类物质依赖替代治疗。

为吸毒者和其他首次获得服务者提供的服务

为吸毒者和其他首次获得服务者提供的服务应包括：

- 应该意识到吸毒人群感染艾滋病和结核病的危险因素，以及如何降低这些危险，例如提供清洁针具和注意咳嗽卫生；
- 知晓艾滋病和结核病的症状，以及如何进行检查诊断；
- 知晓当地的卫生服务，并利用各种方法使吸毒者公平地获得他们需要的服务；
- 在所有的服务机构实施感染控制计划，以减少艾滋病病毒感染者和工作人员感染结核病的危险（附件 4）；
- 采取积极的方式提高吸毒者对艾滋病和结核病治疗的依从性。

监狱及其它监管场所

背景

吸毒者通常都有在监狱或者其它监管场所（包括强制戒毒康复中心）被监禁的经历。因为几乎在所有国家，使用非处方的阿片类麻醉剂和安非他明类的兴奋剂都是违法的，而且获取非法药物即为犯罪行为。

主要问题

监狱和其它监管场所是人群聚集的地方，一些最为脆弱的吸毒者在这样的环境下暴露于结核病和艾滋病感染的高危险之中，而这里的卫生服务资源常常极为短缺。在政策承诺和投资方面常常得到最少的资源投入。

主要发现

服刑人员具有很高的结核病传播和艾滋病感染的风险，同时 TB/HIV 双重感染率也很高^(22, 79, 80)，其原因有^(22, 32, 80-82)：

- 被关押的人员有可能已经患有结核病和/或感染了艾滋病病毒。
- 由于过于拥挤、没有自然通风、营养状况差和感染控制措施有限，服刑人员更易于感染结核病。
- 服刑人员很少得到预防和治疗方面的卫生服务。
- 因为注射吸毒和性行为，服刑人员处在艾滋病病毒感染的高风险环境中。

服刑人员的高周转率和不断释放出狱、每年数百万次的家人探访，以及监狱工作人员的流动等因素，在服刑人员和大众人群之间建立起多重联系。因此，感染可以任何方式传播。在转入、转出监管场所，以及在监管场所之间的衔接上存在治疗中断的风险。然而，监狱也能够成为开始和提供有效抗病毒治疗的一个重要地方⁽⁸³⁾。

在一些国家，监狱内的耐多药结核病可能更为常见，尤其是在独联体国家。那里的结核病耐多药率是全球最高的，在服刑人员中更高⁽²²⁾。

WHO 的几个指南和手册已经对服刑人员的结核病⁽³²⁾和艾滋病⁽³⁰⁾预防、治疗提出了建议。

建议 11

遵照国际上普遍认可的医疗信息保密和关怀标准，应为所有服刑人员提供入监体检和随访服务。服刑人员应该获得与普通公民同等的卫生服务，并且在他们转入和转出监管场所时关怀服务应连续。

卫生服务提供者应知晓服刑人员在有吸毒和精神健康问题的情况下，艾滋病和结核病的危险会持续存在。因此，应针对这些危险提供常规的筛查和卫生服务。

现有的监狱艾滋病和结核病服务指南适用于监狱中的所有吸毒者，而且特别考虑到吸毒者比其他服刑人员具有更高的患病危险。

感染控制尤为重要，所有的监管场所内应有感染控制计划，包括通风、筛查和隔离患有传染性结核病服刑人员等政策。

应将监狱的卫生服务视为公共卫生服务体系的一部分。

应当有适当的机制，以确保服刑人员在转入和转出监管场所，以及在监管场所和社会卫生服务机构之间获得服务的公平性和连续性。

国家的结核病和艾滋病防治规划应覆盖监管场所。特别是应该将国家的戒毒方案和疾病预防策略完全整合到监狱的卫生系统中⁽⁸⁴⁾。

应该将监狱的卫生服务整合到更为宽泛的社区卫生服务结构中，并将其管理和提供监狱卫生服务的责任分配到与为普通人群提供服务的相同部委、司局和机构中去。如果这一做法在短期内不能实现，应采取行动来明显地改善与监狱卫生服务的合作。

依从性

背景

结核病和艾滋病的治疗作用是非常有效的，但吸毒人群尚未从中获益。不能获益与吸毒者本省的生活方式问题和医生预知吸毒者依从性较差而勉强开始为其提供治疗有关。越来越多的证据显示，针对吸毒者的依从性干预可以使其达到与其他人群一样好的治疗完成率。依从性差会导致耐药的产生，这很快又会导致治疗失败。主要不是由吸毒者导致的，而是由卫生系统没有提供适当的依从性干预导致的。

主要问题

我们普遍认为吸毒者不能坚持治疗，但态度积极的吸毒者没有正当的理由拒绝接受治疗和关怀服务。然而，尽管知道必须有为吸毒者提供支持的规划，但事实并非如此。例如，有时必须在确认吸毒者未患结核病的情况下，才能给予戒毒康复治疗；同样，在结核病医院可能不允许结核病患者吸食毒品（且对出现毒品戒断症状者常常不能提供帮助），这就对治疗依从性造成威胁（2008年5月在美国纽约社会开放研究所，指南咨询的个人交流）。

主要发现

为了发现有关吸毒者接受艾滋病、结核病药物治疗和阿片类药物替代治疗的

依从性研究，进行了文献检索（检索策略见附件 2）。

特别是在注射吸毒人群中，患病、死亡和抗病毒治疗药物耐药，以及获得较差的卫生服务和较差的抗病毒治疗⁽⁸⁵⁾和结核病治疗⁽⁸⁶⁾依从性的危险升高^(23, 84)。

吸毒者在有经验的工作人员的稳定关怀和足够支持下，他们能够坚持长期治疗，且能够达到与非吸毒者相当的临床治疗效果。

在不同服务机构之间，依从性的障碍不同。因此，服务提供者应首先与吸毒者和他们的代表进行商讨，找到克服障碍的最有效方式和最适合当地的解决问题的办法。有证据显示了如下方法的有效性：包括治疗提示器、治疗依从性咨询、不可预见情况管理、督导治疗、阿片类依赖替代治疗和辅助性服务。

治疗提示器通常价格不贵，有呼叫器、警告器、定时器和时钟、版式包装、药盒和日历。这对那些主要是因为“忘记”而漏服药的人可能会有帮助，但效果甚微。

有关治疗依从性咨询的效果和持久性的证据是混杂的，原因之一是干预措施的不同，包括从专业人员提供的高成本的认知行为干预到同伴支持⁽⁸⁷⁻⁹⁰⁾。

不可预见情况管理意思是参与者因积极的健康行为而受到奖励，因消极的健康行为被给予强制性制裁。这样的干预措施可采取直接经济补偿的方式、代金券（例如优惠券）、积极的强化药物治疗（最通常的是美沙酮），以及物质激励（如公共汽车代用币或电子产品）。提供现金激励的以社区为基础的直接面视下异烟肼预防性治疗显示了 89% 的治疗完成率⁽⁹¹⁾。尽管这一方法还存在相关的伦理（付费买药）和可持续性问题，但在美国和加拿大，使用经济激励的确明显提供了吸毒人群接受结核病筛查和结核病治疗的依从性^(92, 93)。成本通常较高，效果可能是短暂的^(94, 95)。

督导治疗：一个前瞻性观察研究显示，对注射吸毒人群实施直接面视下异烟肼预防性治疗降低了潜在结核菌感染者的结核病发病率⁽⁹⁶⁾。美国的一项随机临床试验显示，对异烟肼预防性治疗提供督导服务可使治疗完成率达到 80%⁽⁹⁷⁾。在自愿戒毒所可以看到，阿片类依赖替代治疗可以改善阿片类药物的复吸，降低持续吸毒，提高艾滋病病毒感染者抗病毒治疗的依从性，以及降低艾滋病病毒感染的危险行为^(89, 98, 99)。

潜在结核菌感染者在接受直接面视下异烟肼预防性治疗的同时服用美沙酮，同时又接受治疗依从性咨询者比未接受咨询者的异烟肼治疗完成率提高 4 倍⁽⁵⁵⁾；

为结核菌潜伏感染者提供异烟肼预防性治疗，且在美沙酮维持治疗门诊接受直接面视下的治疗，已经显示这是预防结核病的一个符合成本效益的方法^(100, 101)。

辅助性服务：复杂的因素，诸如社会稳定性、教育、住房状况和社会经济学状况都可能会影响依从性。辅助性服务可以包括初级卫生保健、社会服务或公众的友善关系，以及社会支持等，有助于提供一定水平的生活方式稳定性，其可能会改善依从性。在美国，特别为吸毒人群提供的多重服务的协同定位，已经显示出健康状况的改善^(57, 102)。在泰国和纽约，社会支持与改善直接面视下的结核病治疗转归相关^(103, 104)。

建议 12

针对吸毒人群应该有专门的依从性支持措施，以确保其获得最佳可能的结核病和艾滋病治疗效果，并降低产生耐药和传播他人的危险。

常见共患疾病

背景

吸毒者时常处在辱骂和犯罪的环境中而导致的耻辱感，可能会促使卫生服务机构将共患疾病作为一个理由，而不为吸毒者提供挽救生命的治疗服务。其实这些治疗也可以防治将疾病传播给他人。

主要问题

特别是丙型肝炎感染导致不愿为吸毒人群提供治疗。

主要发现

很多研究证实，注射吸毒人群的共患疾病率很高，特别是乙型病毒性肝炎和丙型病毒性肝炎的患病率。在许多国家（例如巴西、加拿大、中国和美国），注射吸毒人群丙型肝炎患病率接近 100%⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁸⁾。

尽管在吸毒人群中有关艾滋病和结核病合并感染与乙肝或丙肝流行方面的数据有限，但预计共患疾病发生率很高，尤其是在注射吸毒人群中。为了应对共患疾病的潜在挑战，已经开展了一些研究。例如，一项在合并感染丙型病毒性肝炎患者中的异烟肼相关肝毒性研究显示，没有增高转氨酶水平和停药的危险⁽¹⁰⁹⁾。

在合并乙肝或丙肝的吸毒者中，抗结核治疗和抗病毒治疗都不是禁忌症⁽³⁶⁾。

50, 53, 110)。在出现急、慢性肝炎时，现有的 WHO 指南对治疗方案的调整和监控提出了建议^(50, 110)。

建议 13

包括病毒性肝炎（例如乙肝和丙肝）在内的共患急疾病，不应成为吸毒人群接受艾滋病和结核病治疗的禁忌症。嗜酒、吸毒和精神健康问题不应成为拒绝提供治疗的原因。

共患疾病有很多形式，例如精神健康问题、肝炎以及持续使用非法药物，这可能需要增加卫生服务的督导，且在管理共患疾病时应遵循全球的、区域的以及国家的临床指南。

政策、指南和手册的链接网站

标题	网页链接
WHO: 遏制结核病策略	http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html
WHO: 结核病治疗: 国家规划指南	http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en
WHO: 《TB/HIV 联合行动暂行政策》	http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en
WHO: 《TB/HIV 联合行动监督与评估指南》: 现场测试版	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en
WHO: TB/HIV 联合行动的管理: 国家和地方各级管理者的培训	http://www.who.int/tb/publications/who_hm_tb_2005_359/en/index.html
WHOL: 资源有限地区卫生服务机构的结核病预防指南	http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html
WHO 和美国疾病预防控制中心: 在艾滋病治疗和关怀服务扩展阶段结核病的感染控制。WHO 资源有限地区卫生服务机构的结核病预防指南附录	http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html
遏制结核病全球合作伙伴组织 TB/HIV 工作组和 UNAIDS/WHO 全球艾滋病/性传播疾病监测工作组: 结核病患者中艾滋病监测指南	http://www.who.int/hiv/pub/tb/guidelines/en/index.html
WHO 和国际红十字会: 监狱的结核病控制: 规划管理者手册	http://whqibdoc.who.int/hq/2000/who_cds_tb_2000.281.pdf
WHO 监狱卫生项目 (WHO 欧洲区办公室)	http://www.euro.who.int/prisons
WHO 欧洲区办公室: 监狱与结核病的现状报告	http://www.euro.who.int/prisons/publications/200506101
WHO: 艾滋病与监狱网站	http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html
WHO: TB/HIV 合作管理的结核病关怀服务	http://www.who.int/hiv/capacity/tbhiv/en/index.html
WHO: 耐药结核病的规划管理指南	http://www.who.int/tb/publications/2006/who_hm_tb_2006_361/en/index/html
WHO 药物滥用管理指南	http://www.who.int/substance_abuse/en/index.html
WHO: 注射吸毒人群的艾滋病预防和关怀政策与规划指南	http://www.who.int/hiv/pub/idu/iduguide/en
WHO: 资源有限地区成人和青少年艾滋病病毒感染者的抗病毒治疗: 实现全面可及。对一个公共卫生方法的建议	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html
WHO: 婴幼儿和儿童艾滋病病毒感染者的抗病毒治疗: 实现全面可及。对一个公共卫生方法的建议	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en

WHO 和 UNAIDS: 卫生服务机构医务人员主动提供艾滋病病毒检测与咨询指南	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pitc2007/en/index.html
WHO: 针对艾滋病和注射吸毒者的系列行动证据-5 个政策摘要和 7 个技术报告	http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html
WHO 关于注射吸毒和监狱的艾滋病预防、治疗和关怀网页	http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index/html
WHO: 扩大的艾滋病病毒检测与咨询服务: 规划管理者的工具箱	http://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/en
Eramova I, Matic S, Munz M 等 (WHO 欧洲区办公室): 艾滋病治疗与关怀: WHO 欧洲区临床草案。 13 个草案, 包括 TB/HIV 双重感染的管理, 注射吸毒人群艾滋病的治疗与关怀, 以及丙型肝炎和艾滋病病毒合并感染的管理。	http://www.euro.who.int/informationresources/publications/catalogue/20071121_1
UNAIDS: 加强预防艾滋病病毒感染的 应用性指南: 实现全面可及	http://data.unaids.org/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf
在高危险国家注射吸毒人群的艾滋病病毒感染预防-一个证据的评估	美国医学研究所, 高危险国家注射吸毒人群的艾滋病病毒感染预防委员会; 美国科学院出版社

参考文献

1. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth revision. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/classifications/icd/en>, accessed 27 June 2008).
2. *2007 AIDS epidemic update*. Geneva, UNAIDS/WHO, 2007 (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007>, accessed 27 June 2008).
3. Tyndall MW et al. Intensive injection cocaine use as a primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*, 2003, 32:522–526.
4. *Everybody's business: strengthening health systems to improve outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 27 June 2008).
5. *The Stop TB Strategy*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html, accessed 27 June 2008).
6. *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en>, accessed 27 June 2008).
7. *International standards for tuberculosis care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006 (<http://www.who.int/tb/publications/2006/istc/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
8. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care*. Saint Denis, France, World Care Council, 2006 (<http://www.who.int/tb/publications/2006/istc/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
9. About IHRA [web site]. London, International Harm Reduction Association, 2008 (<http://www.ihra.net/AboutIHRA>, accessed 27 June 2008).
10. *World drug report, 2007*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2007 (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2007.html>, accessed 27 June 2008).
11. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2004, 18:2295–2303.
12. *Towards universal access by 2010: how WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/universalaccess/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
13. Mathers B et al. *The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. [submitted for publication]. *Lancet*, 2008.
14. Aceijas C et al. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the "Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy" ("3 by 5"). *Addiction*, 2006, 101:1246–1253.
15. Ladnaya NN. The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. "Mapping the AIDS Pandemic" meeting, 30 June 2007, Moscow, Russian Federation.
16. *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China*. Beijing, State Council AIDS Working Committee Office and United Nations Theme Group on AIDS in China, 2007.
17. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing – WHO report 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/download_centre/en/index.html, accessed 27 June 2008).
18. Selwyn PA et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320:545–550.
19. Reichman LB, Felton CP, Edsall JR. Drug dependence, a possible new risk factor for tuberculosis disease. *Archives of Internal Medicine*, 1979, 139:337–339.
20. Portu JJ et al. Tuberculin skin testing in intravenous drug users: differences between HIV-seropositive and HIV-seronegative subjects. *Addiction Biology*, 2002, 7:235–241.
21. Malotte CK, Rhodes F, Mais KE. Tuberculosis screening and compliance with return for skin test reading among active drug users. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:792–796.
22. *Status paper on prisons and tuberculosis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 27 June 2008).

23. Sylla L et al. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:306–312.
24. Kourbatova EV et al. Risk factors for mortality among adult patients with newly diagnosed tuberculosis in Samara, Russia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006; 10:1224–1230.
25. Tansuphasawadikul S et al. Clinical presentation of hospitalized adult patients with HIV infection and AIDS in Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1999, 21:326–332.
26. Jones JL, Fleming PL, Ward JW. Tuberculosis among AIDS patients in the United States, 1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 12:293–297.
27. Nissapatorn V et al. Extrapulmonary tuberculosis in Peninsular Malaysia: retrospective study of 195 cases. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2004, 35:39–45.
28. Morozova I et al. Impact of the growing HIV-1 epidemic on multidrug-resistant tuberculosis control in Latvia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:903–906.
29. WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tb/features_archive/drsreport_launch_26feb08/en/index.html, accessed 27 June 2008).
30. Evidence for Action Series (E4A) (web site). Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idu-policybrief/en>, accessed 27 June 2008).
31. Sharma M. HIV, TB and IDU in the prisons of South East Asia: a situation assessment. *International Harm Reduction Association 19th Annual Conference, Barcelona, Spain, 11–15 May 2008*.
32. WHO and the International Committee of the Red Cross. *Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf, accessed 27 June 2008).
33. Ruddy M et al. Rates of drug resistance and risk factor analysis in civilian and prison patients with tuberculosis in Samara Region, Russia. *Thorax*, 2005, 60:130–135.
34. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: field test version*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en, accessed 27 June 2008).
35. *Interim policy on TB/HIV collaborative activities*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en>, accessed 27 June 2008).
36. *TB/HIV: a clinical manual*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/tb/publications/who_htm_tb_2004_329/en/index.html, accessed 27 June 2008).
37. What is TB? How is it spread? (web site). Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/features/qa/08/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
38. WHO and United States Centers for Disease Control and Prevention. *Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment. Addendum to WHO Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html, accessed 27 June 2008).
39. Brassard P et al. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8:988–993.
40. Rubinstien EM, Madden GM, Lyons RW. Active tuberculosis in HIV-infected injecting drug users from a low-rate tuberculosis area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 11:448–454.
41. Getahun H et al. Diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in people with HIV infection or AIDS in resource-constrained settings: informing urgent policy changes. *Lancet*, 369:2042–2049.
42. *Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents: recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv_recommendations.pdf, accessed 27 June 2008).

43. *HIV testing and counselling: the gateway to treatment, care and support*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/3by5/publications/briefs/hiv_testing_counselling/en/index.html, accessed 27 June 2008).
44. *Scaling-up HIV testing and counselling services: a toolkit for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/en>, accessed 27 June 2008).
45. WHO and UNAIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health care facilities*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pitc2007/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
46. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tb/publications/2006/who_hm_tb_2006_361/en/index.html, accessed 27 June 2008).
47. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2006 revision*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
48. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en>, accessed 27 June 2008).
49. WHO, UNAIDS and UNODC. *Policy brief: antiretroviral therapy and injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/arvidu.pdf, accessed 27 June 2008).
50. Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1, accessed 27 June 2008).
51. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, accessed 27 June 2008).
52. *Tuberculosis care with TB-HIV co-management*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/capacity/TBHIV/en/index.html>, accessed 27 June 2008).
53. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/arvguidelines/en>, accessed 27 June 2008).
54. WHO and UNAIDS. Preventive therapy against TB in people living with HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 1999, 74:385–400.
55. Batki SL et al. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, 66:283–293.
56. Graham NM et al. Effect of isoniazid chemoprophylaxis on HIV-related mycobacterial disease. *Archives of Internal Medicine*, 1996, 156:889–894.
57. Scholten JN et al. Effectiveness of isoniazid treatment for latent tuberculosis infection among human immunodeficiency virus (HIV)-infected and HIV-uninfected injection drug users in methadone programs. *Clinical and Infectious Diseases*, 2003, 37:1686–1692.
58. Woldehanna S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD000171.
59. Wilkinson D, Squire SB, Garner P. Effect of preventive treatment for tuberculosis in adults infected with HIV: systematic review of randomised placebo controlled trials. *British Medical Journal*, 1998, 317:625–629.
60. Bucher HC et al. Isoniazid prophylaxis for tuberculosis in HIV infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *AIDS*, 1999, 13:501–507.
61. Rose DN. Benefits of screening for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1513–1521.
62. Golub JE et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuber-

- culosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 2007, 21:1441–1448.
63. WHO and UNAIDS. *Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV: report of a meeting held in Geneva 18–20 February 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/tb/publications/1998/en/index2.html>, accessed 27 June 2008).
 64. Injecting drug use [web site]. Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime, 2008 (<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/injecting-drug-use.html>, accessed 27 June 2008).
 65. *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu-guide/en>, accessed 27 June 2008).
 66. *Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, accessed 27 June 2008).
 67. *Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, accessed 27 June 2008).
 68. *Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, accessed 27 June 2008).
 69. *Policy brief: reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, accessed 27 June 2008).
 70. Donoghoe MC et al. Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): towards consensus and improved guidance. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19(Suppl 1):S5–S14.
 71. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access*. Geneva, UNAIDS, 2007 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf, accessed 27 June 2008).
 72. Mur-Veeman I et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public–private boundaries. *Health Policy*, 2003, 65:227–241.
 73. Nyamathi A et al. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. *Journal of Community Health*, 2004, 29:483–497.
 74. Kohli R et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical and Infectious Diseases*, 2005, 41:864–872.
 75. Wood E et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:656–661.
 76. Wood E et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2005, 19:1189–1195.
 77. Coetzee D et al. Integrating tuberculosis and HIV care in the primary care setting in South Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9:A11–A5.
 78. Burrows D. *High coverage sites: HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries – case studies*. Geneva, UNAIDS, 2006 (UNAIDS Best Practice Collection; <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers>, accessed 27 June 2008).
 79. Drobniewski FA et al. Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *European Respiratory Journal*, 2005, 26:298–304.
 80. Martin V et al. *Mycobacterium tuberculosis* and human immunodeficiency virus co-infection in intravenous drug users on admission to prison. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:41–46.
 81. Niveau G. Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*, 2006, 120:33–41.
 82. Springer SA et al. Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-infected prisoners. *HIV Clinical Trials*, 2007, 8:205–212.
 83. UNODC, WHO and UNAIDS. *Prevention, care, treatment and support in prison settings: a*

- framework for an effective national response. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2006 (<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>, accessed 27 June 2008).
84. Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:255–261.
 85. Altice FL et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. *Clinical and Infectious Diseases*, 2004, 38(Suppl 5):S376–S387.
 86. Wobeser WL, Yuan L, Naus M. Outcome of pulmonary tuberculosis treatment in the tertiary care setting – Toronto 1992/3. Tuberculosis Treatment Completion Study Group. *Canadian Medical Association Journal*, 1999:789–794.
 87. Broadhead RS et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:235–246.
 88. Knobel H et al. [Adherence to highly active antiretroviral therapy: impact of individualized assessment.] *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 1999, 17:78–81.
 89. Lucas GM et al. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a nonrandomized comparative study. *Clinical and Infectious Diseases*, 2004, 38:S409–S413.
 90. Purcell DW et al. Results from a randomized controlled trial of a peer-mentoring intervention to reduce HIV transmission and increase access to care and adherence to HIV medications among HIV-seropositive injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2007, 46:S35–S47.
 91. Lorvick J et al. Incentives and accessibility: a pilot study to promote adherence to TB prophylaxis in a high-risk community. *Journal of Urban Health*, 1999, 76:461–467.
 92. Perlman DC et al. Impact of monetary incentives on adherence to referral for screening chest X-rays after syringe exchange-based tuberculin skin testing. *Journal of Urban Health*, 2003, 80:428–437.
 93. FitzGerald JM et al. Use of incentives to increase compliance for TB screening in a population of intravenous drug users. Vancouver Injection Drug Use Study Group. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:153–155.
 94. Sorensen JL et al. Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: a randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88:54–63.
 95. Chaisson RE et al. A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:610–615.
 96. Graham NM et al. Effect of isoniazid chemoprophylaxis on HIV-related mycobacterial disease. *Archives of Internal Medicine*, 1996, 156:889–894.
 97. Chaisson RE et al. A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:610–615.
 98. Palepu A et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 84:188–194.
 99. Palepu A et al. 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, 99:361–368.
 100. Snyder DC et al. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics. Effectiveness and cost-effectiveness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1999, 160:178–185.
 101. Perlman DC et al. Cost-effectiveness of tuberculosis screening and observed preventive therapy for active drug injectors at a syringe-exchange program. *Journal of Urban Health*, 2001, 78:550–567.
 102. O'Connor PG et al. Human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users: a model for primary care. *American Journal of Medicine*, 1992, 93:382–386.
 103. Lertmaharit S et al. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in

- Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2005, 88:149–156.
104. Davidson H et al. Patient satisfaction with care at directly observed therapy programs for tuberculosis in New York City. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1567–1570.
 105. Hallinan R et al. Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2005, 20:1082–1086.
 106. Oliveira ML et al. Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1999, 32:1107–1114.
 107. Zhang C et al. High prevalence of HIV-1 and hepatitis C virus coinfection among injection drug users in the southeastern region of Yunnan, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2002, 29:191–196.
 108. Wood E et al. Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility. *Public Health*, 2005, 119:1111–1115.
 109. Sadaphal P et al. Isoniazid preventive therapy, hepatitis C virus infection, and hepatotoxicity among injection drug users infected with *Mycobacterium tuberculosis*. *Clinical and Infectious Diseases*, 2001, 33:1687–1691.
 110. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*. 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en, accessed 27 June 2008).

附件 1 吸毒的界定

根据国际疾病分类第十修订版对吸毒进行的定义

F.11 有害使用

使用一种精神活性物质而导致健康的损害。损害可能是身体上的（例如因自己静脉注射精神活性物质而导致的肝炎），也可能是精神上的（例如大量饮酒后的抑郁性精神障碍）。

F.12 依赖性综合征

反复多次药物滥用后出现的一系列行为、认知和精神症状。典型症状包括强烈的吸毒愿望、难以自控地吸食毒品、不计后果地坚持吸毒、与其它活动和责任相比更优先选择吸毒、机体耐受药量增加以及有时出现身体的戒断症状。

依赖性综合征可能因使用一种特定的精神活性物质（例如烟草、酒精或安定）或一类物质（例如阿片类毒品）或一个更宽泛的药理上不同的精神活性物质而出现。

慢性酒精中毒

饮酒狂

药物成瘾性

上述两个定义还包括如下分组：

- 由于使用阿片类药物而导致的精神和行为障碍
- 由于使用可卡因而导致的精神和行为障碍
- 由于使用致幻剂而导致的精神和行为障碍
- 由于使用多种毒品和其他精神活性物质而导致的精神和行为障碍

当已知包括两个或更多的精神活性物质时，就应使用上述这个分类，但不可能知道哪个物质引起的机体障碍。当不能确切识别使用的某些或甚至全部精神活性物质时，也应使用这个分类，因为许多吸食多种毒品的人常常不知道自己吸食毒品的种类。

包括：药品误用（不另做规定）

附件 2 方法

指导组

WHO 于 2005 年成立了指导组，并于 2007 年加以扩大，包括了各相关部门的代表，同时也包括了联合国内部合作伙伴，如 UNAIDS 和 UNODC 的代表。

范围

指导小组回顾了所有原始文献检索（在下面进行了描述）得到摘要，并选出他们认为最相关的文章，撰写了注射吸毒和 TB/HIV 的最初讨论稿。这一文稿也综合了参考文献组的意见；参考资料组又包括了遏制结核病伙伴关系 TB/HIV 工作组成员、WHO 在吸毒、结核病和艾滋病领域的工作人员和专家。指导组从现有的网络中确定成员。

最初的文献检索是使用 PubMed 系统通过如下关键词进行的：“结核病或 TB 和静脉注射人群或 IDUs”，“HIV 或 HIV/AIDS 或 AIDS 和静脉注射人群或 IDUs”，“结核病或 TB 和 HIV 或 HIV/AIDS 或 HIV 和静脉注射人群或 IDUs”。主要的检索范围以及对所检索到的文献以如下主题进行进一步分类总结，同时这也是最初讨论稿的框架。与来自 WHO 遏制结核病处和艾滋病处的人员经过一系列商讨后，一致通过并得出以下主题：

（1）注射吸毒人群的艾滋病、结核病和 TB/HIV 双重感染流行情况：

- 注射吸毒人群的艾滋病流行情况
- 注射吸毒人群的结核病流行情况
- 注射吸毒人群的 TB/HIV 双重感染情况
- 注射吸毒人群中艾滋病、结核病和 TB/HIV 双重感染的危险因素

（2）注射吸毒人群 TB/HIV 双重感染的发病机理和临床表现：主要的表现和特性；

（3）为下列人群提供预防、治疗和关怀等专门服务的现有证据：

- 注射吸毒人群
- 结核病患者
- 艾滋病病毒感染者
- 艾滋病合并结核病患者

(4) 特殊的关注领域:

- 注射吸毒人群中的耐多药结核病
- 注射吸毒人群的结核病预防性治疗
- 注射吸毒人群中的丙肝、乙肝和结核病
- 聚集场所与注射吸毒人群中的结核病和艾滋病
- 注射吸毒人群结核病和艾滋病治疗的依从性

基于参考资料组的反馈,指导组的成员得到扩充,并在原有检索范围基础上加以更新和扩展。然后,指导组回顾了所有摘要,选择出最为相关的研究获取其全文。

提出的问题:

需要做哪些工作才能使注射吸毒人群在接受结核病治疗/异烟肼预防性治疗/高活性抗病毒治疗(抗病毒治疗)时得到良好的依从性和成功的治疗结果。(注释:已知的包括激励机制、直接面视下治疗、协同联合服务、与替代治疗结合在一起)

2007 年 10 月 23 日(星期二) 08:09:35 进行如下检索:

“异烟肼 Isoniazid”(Mesh 词表)或“异烟肼 Isonicotinic (All Fields 所有字段)”或“异烟肼 Isonex”(All Fields 所有字段)或“异烟肼 Phthivazide”(All Fields 所有字段)或((“异烟肼 Isoniazid”(TIAB 检索标题和摘要)而非 Medline (SB 子集, PubMed 下属的 Medline 数据库))或“异烟肼 Isoniazid”(Mesh 词表))或“异烟肼 Tubazide”(All Fields 所有字段))和“结核病/预防和控制(Mesh 词表)”或(“结核病/饮食 治疗”(Mesh 词表))或“结核病/药物 治疗”(Mesh 词表)”或“结核病/放疗”(Mesh 词表)或“结核病/康复”(Mesh 词表)或“结核病/治疗”(Mesh 词表))和(“Substance Abuse, Intravenous 药物滥用, 静脉内的”(Mesh 词表)或“注射吸毒 Intravenous Substance Abuse”(All Fields 所有字段)或“注射吸毒 Parenteral Drug Abuse”(All Fields 所有字段)或“注射吸毒 Intravenous Drug Abuse”(All Fields 所有字段)或“注射吸毒人群 IV Drug Users”(All Fields 所有字段)或“吸食海洛因者 Heroin users”(All Fields 所有字段)和“人类 Humans”(Mesh 词表)。

发现 96 篇文献。

给予异烟肼预防性治疗可以降低所有注射吸毒人群或其中的艾滋病病毒感染者和非感染者、结核菌素阳性和阴性者的结核病发病率，那证据又是什么？

2007 年 10 月 23 日（周二）07:59:24 进行如下检索：

（“Substance Abuse, Intravenous 药物滥用， 静脉内的”（Mesh 词表）或“注射吸毒 Intravenous Substance Abuse”或“注射吸毒 Parenteral Drug Abuse”或“注射吸毒 Intravenous Drug Abuse”或“注射吸毒人群 IV Drug Users”或“吸食海洛因者 Heroin users”）和（“发病率”（Mesh 词表）和“结核病”（Mesh 词表）或“结核病/流行病学”（ Mesh 词表）和（“异烟肼 Isoniazid”（Mesh 词表）或“Acid Hydrazide Isonicotinic”或“异烟肼 Isonex”或“异烟肼 Phthivazide”或“异烟肼 Ftivazide”或“异烟肼 Tubazide”）

发现 17 篇文献。

通过如下方式又得到更多的文献和资料：

1. 通过搜索灰色文献和相关网页；
2. 来自已经参与本指南编写工作的 WHO 指导小组成员的专家意见；
3. 来自 WHO 区域及国家代表处的证据；
4. 2008 年 3 月，Frederick Altice 对依从性和吸毒者进行了文献检索：
 - a. 在 PubMed、Google Scholar、PsychInfo、OVID 以及 Scopus 数据库进行了检索；
 - b. 检索了艾滋病、结核病以及吸毒者阿片类依赖药物治疗的依从性研究；
 - c. 以不同排列组合的检索词进行检索，包括：吸毒人群、依从性、依从、药物使用、药物使用者、吸毒、吸毒者、非法药物使用、注射吸毒、注射吸毒人群、艾滋病、结核病、阿片类药物依赖、阿片类药物使用；
 - d. 研究期间，通过回顾找到的其他相关文献、查询得到的官方文件和政府网站，进行补充检索；
 - e. 所含标准包括：在 PICOT 检索研究（研究人群、干预、对照、研究的结果和类型）框架中进行了描述：1）检索的研究人群：可以是全球任何研究中的吸毒人群，但吸毒者要满足国际疾病分类第十版中

涉及的非法药物有害使用的定义；2）依从性干预即在一些规划或策略中描述的，旨在改善艾滋病、结核病和阿片类依赖药物治疗的依从性；3）对照组：由相同的界定条件下的吸毒人群组成，得到一些其它的干预措施或不进行干预（随机对照试验，非随机对照试验，纵向队列研究）；4）研究结果至少包括一项对依从性的客观的测量结果或者一项相关的生物学结果；5）进行干预后至少三个月作为一个周期。此外，研究还要求在干预组至少有 20 个受试者，并且要求以英文发表于同行评议的期刊上。

结合参考资料组的反馈做了进一步修改后，并对发表的文献进行了最新的回顾，指导组给出了初步建议。

指南撰写组

指南撰写组成员包含指导小组成员和外部专家。指导小组对于外部专家的选择是基于 WHO 和 UNODC、UNAIDS 区域代表处的结核病、艾滋病和毒品控制方面专家的建议，以及来自其它机构的同事的建议。选择考虑到了区域代表性、性别平衡、专业领域（服务的提供，研究和政策制定）、专业主题（毒品滥用、艾滋病和结核病）和潜在利益相关者代表和民间团体。

指南撰写组于 2007 年 11 月汇聚在丹麦的哥本哈根。

建议的形成

在 2007 年 11 月的会议上，指南撰写组将所有的资料进行了回顾和总结，提出了建议草案，并进行了讨论。在提供的参考文献的支持下，建议被明确地与每一章节的资料相联系。

指南撰写组回顾建议草案，并提出如下建议：

- 是否这些建议能够满足政策的需求；
- 应提出哪些额外的问题；
- 哪些重要的和/或有争议的建议需要进一步对文献资料进行回顾和分析。

在这些证据中发现了一个欠缺，于是指南撰写组要求针对依从性问题做进一步的文献检索（如上所述）。指南撰写组随后同意了由电子信息支持的对依从性问题的建议。

同行评审

根据指南撰写组的建议对指南草案进行了修改，最终由撰写小组审定。之后

发给了参考文献组审阅。

利益相关者的协商

最终的指南草案以电子邮件的方式分发至下列邮件清单中的个人和组织：

- WHO 艾滋病服务支持中心；
- UNAIDS 国家级工作人员和个人网络；
- 遏制结核病伙伴关系 TB/HIV 工作组成员；
- UNODC 邮件清单；
- WHO 药物滥用部门的个人网络；
- WHO 艾滋病部门危害减低领域的个人网络；
- 所有国家的结核病防治规划管理者。

这大约包括了 500 多个人和组织。虽然在此过程中涉及到大量人员和组织，但不知道有多少人能收到。其中很大一部分是民政部门。

收到了 30 多个回复；附件 5 是回复的摘要。

2008 年 6 月，指导组一致通过了指南的最后版本。这一指南作为 UNODC、WHO 和 UNAIDS 的联合出版物发行。

附件 3 研究的问题

为更新这一指南需要加强的证据而确定的研究问题

认识到在这些领域需要收集新的证据，2005 年 2 月 14-15 日 WHO 撰写了资源有限地区 TB/HIV 研究优先领域的专家咨询报告。这一报告明确了将注射吸毒人群的 TB/HIV 作为实施性研究的一个特殊领域，并提议了以下优先研究的领域：

- 包括替代治疗在内的减低危害规划中 TB/HIV 服务的提供；
- 在异烟肼原发耐药和乙型、丙型肝炎高流行地区，对注射吸毒者异烟肼预防性治疗的提供；
- 对 TB/HIV 双重感染的注射吸毒人群抗病毒治疗的管理；
- 在注射吸毒人群感染 TB/HIV 的情况下，应对由此导致的相关的耻辱感；
- 对监管场所内注射吸毒人群 TB/HIV 双重感染的治疗和关怀服务的提供；
- 抗结核药物、抗病毒药物以及非法药物和替代品之间存在着复杂的药物间相互作用，尤其是在合并感染了乙型和丙型肝炎的情况下，包括建立识别和管理这些药物间相互作用的知识和技能，来提高对目标人群的治疗；
- 目前还没有对感染了艾滋病病毒，同时又感染了结核菌或患有活动性结核病的注射吸毒人群抗病毒治疗的资料；而且对于 TB/HIV 双重感染的注射吸毒者，尤其是合并乙型或丙型肝炎者的抗病毒治疗安全性也需要得到一些证据；
- 在异烟肼原发耐药率高的地区（>10%）异烟肼预防性治疗的提供；
- 对合并乙型和/或丙型肝炎的注射吸毒人群异烟肼预防性治疗的提供；
- 利用激励机制提高接受结核病筛查的比率和治疗依从性，以及对其他人群提供服务的效果；
- 被视为服务提供障碍的耻辱感和减少耻辱感的方法。

指南撰写组对进一步研究也提出了一些问题。

流行病学

在下列因素中，哪个是结核病的相关危险因素：

- 非注射吸毒人群？

- 快克、可卡因和阿片类吸食者？
- 所有产生问题的吸毒者？
- 艾滋病病毒感染者和非感染者？

混杂的因素是什么：

- 无家可归？贫困？精神健康问题？

不同国家的特点是什么：

- 印度、巴基斯坦、尼泊尔；TB/HIV 双重感染高流行，且注射吸毒人群不断增长的其它亚洲大国？

吸毒者中的结核病对大众人群有什么影响？

确定注射吸毒人群的分母：

- 吸毒人群的基线数据；
- 注射吸毒的基线率；
- 全人群和吸毒人群中结核病和艾滋病的感染率。

耐多药结核病

- 相对于全人群而言，吸毒者中的结核病耐多药率和结核病严重耐多药（即对异烟肼、利福平、任一氟喹诺酮类药物和至少三个二线注射药（卷曲霉素、卡那霉素和丁胺卡那霉素）中的一个同时耐药）率是多少？
- 在耐多药结核病高流行地区，吸毒者的治疗依从性更低吗？
- 吸毒与耐多药结核病之间有联系吗？
- 监狱内吸毒者和监狱外社会大众的耐多药结核病比例分别是多少？

服务的提供

有关卫生服务提供模式的证据是什么？

- 女性吸毒者有什么特殊的障碍或问题？
- 在不同的服务提供系统中？
- 在不同的机构内，例如刑事司法体系？

针对释放出狱、很可能消失在社会人群中的吸毒者，采取的最好方式是什么？

依从性

提高依从性最有效的和最具成本-效益的方法是什么？

- 现有证据来自高收入国家；其他国家的情况如何呢？

结核病的传播

- 当在人群聚集场所内，持续重复暴露于危险因素时会发生什么？
- 危险因素和解决办法是什么？
 - 在卫生服务机构中？
 - 为吸毒人群提供服务时？
- 在监管场所内，艾滋病、结核病和吸毒的累加效应是什么？
- 再暴露时，再次感染的几率有多大？
- 有导致超级感染的结核病特殊菌株吗？
- 保护卫生服务机构和刑事司法场所的医务人员和其它工作人员的最有效方法是什么？

早期结核病研究的现有数据和资料：

- 在其中能找到有价值的答案吗？

什么是最有效的倡导干预？

监狱内最好的政策和实践方法是什么？

- 在入监和释放出狱或被转移到其它监管场所时，吸毒人群坚持治疗的比例是多少？
- 为 TB/HIV 双重感染的吸毒者提供可选择的强制戒毒治疗的最佳做法是什么？
- 随访和完成治疗的比例是多少？治疗的效果如何？（结核病诊断应是公平可靠的，在监狱里是否存在诊断不足呢？）
- 为释放出狱的吸毒者提供服务的最佳做法是什么？即应如何将 TB/HIV 防治规划和为吸毒人群提供的各项服务最好地整合？
- 在监狱内是一个良好的治疗机会，但如何确保连续性？
- 如果服刑人员患有重病，目前的做法是什么？如果控制死亡率是否会鼓励释放服刑人员

附件 4 结核病感染控制措施

遏制结核病伙伴关系

TB/HIV

世界卫生组织

安全无耻辱感的有效结核病感染控制的必要活动*

在卫生服务机构和社区中，结核病的传播是一个公认的危险，尤其在资源有限的地区，由于缺乏结核病感染控制措施而促进了结核病的传播。由于人类免疫缺陷病毒（艾滋病病毒，HIV）流行的影响、不断增加的耐多药结核病的重要性和严重耐多药结核病的始料未及，已使得人们对结核病的传播更为关注，并增强了对结核病的感染控制的紧迫感。应立即采取以下十项必要的行动，来防止结核病在卫生服务机构和社区中的传播。

1. 将患者和社区纳入倡导运动

应在社区中开展结核病感染、预防和控制的教育。患者应知晓他们的结核病患病状况，他们可能符合异烟肼预防性治疗（IPT）的标准，他们有权得到快速的结核病诊断和治疗。他们应知道结核病可以通过咳嗽传播，并希望卫生服务机构和社区服务要求人们在咳嗽时遮掩口鼻。他们应知道有时医务人员可能会采取个人呼吸道防护措施，或要求他们佩戴口罩以保护他人。目标应该是安全而没有耻辱感——不应对被要求戴口罩、在室外或在一个通风良好的房间留取痰标本而有耻辱感，这是为每个人提供安全就诊的一部分。确保患者和医务人员的安全可能还包括在社区接受卫生服务，而避免到卫生服务机构的不必要就诊。信息、教育和交流（IEC）应包括的主题有：“我们的社区是结核病安全社区”或“我们的卫生服务机构为遏制结核病提供服务”。

2. 制定感染控制计划

所有的机构都应有一个感染控制计划，并有具体的工作人员或团队负责感染控制工作。该计划应明确结核病传播的高危险区域，并提供医务人员和患者的结核病和艾滋病患病率信息。计划应提供包括实验室在内的特殊区域感染控制建议，这些区域应有其各自专门的标准化安全措施。

3. 确保安全的痰标本采集

采集和处理痰标本是结核病诊断过程中的一个重要环节。痰液采集过程对医务人

员和其他患者存在潜在危险 — 医务人员应向患者解释，安全而没有耻辱感是良好的结核病感染控制目标，而且如果可行或有必要，则应在户外或在经过特殊设计、通风良好的房间内采集痰标本。

4. 促使正确的咳嗽方式和咳嗽卫生

每个机构，至少在门诊候诊区、住院部和急诊部应张贴结核病感染控制和正确咳嗽方式内容的海报。应指导患者在咳嗽时用手、手帕、干净的布、纱布或纸质口罩遮掩口鼻部位。所有工作人员都要为安全负起责任，并共同帮助患者坚持这一做法。

5. 结核病可疑症状者通过“快速通道”优先就诊或隔离就诊

所有因慢性咳嗽（例如持续时间超过 2-3 周）、发热、体重减轻、盗汗、咳血或接触结核病患者来就诊的患者都应接受结核病筛查。医务人员应向所有的就诊者解释，安全而没有耻辱感是我们的目标，筛查是高质量关怀服务的一部分。患者应知晓他们的艾滋病病毒感染状况，他们可能符合异烟肼预防性治疗（IPT）的标准，他们有权得到快速的结核病诊断和治疗。结核病可疑症状者应通过“快速通道”得到快速的诊断和关怀服务，或应要求其在有敞开窗户或与普通候诊室隔离的较为舒适的区域候诊（可能的情况下在户外）。只要有可能，应鼓励采用以社区为基础的治疗模式。在住院部，应将结核病可疑症状者安置在一个与普通病房隔离的房间或区域。应经已知或怀疑的耐多药结核病患者与其他病房的患者和结核病可疑症状者隔离。

6. 确保快速的诊断和启动治疗

应对结核病可疑症状者优先给予各种服务，并进行迅速的结核病诊断。应避开其他人采集痰标本，并送到有质量保证的实验室进行抗酸杆菌涂片检查，在可能的情况下做痰培养。从收到痰标本做抗酸杆菌涂片检查到获得涂片结果的时间不应超过 24 小时。一个“患者通道”系统确保抗酸杆菌涂片检查结果为阴性的结核病可疑症状者尽可能快地接受其他额外的服务（例如拍摄 X 线胸片和转诊）或治疗。一旦诊断为结核病就应立即开始直接面试下的抗结核治疗，并制定一个确保坚持治疗的计划。艾滋病感染者中，所有的非结核病可疑症状者即符合开始接受异烟肼预防性治疗的条件。

7. 改善房间的空气流通

患者的候诊区应是敞开的，并保持良好通风。在可能的情况下应保持门窗敞开，尽可能地使空气流通。适当地安装简易风扇能够帮助通风。在天气允许的地方，建议在户外使用有屋顶（为患者遮阳挡雨）的棚子所作为候诊区。患者不应在狭窄、通风不畅的走廊里候诊。为耐多药结核病患者提供服务的医院应为患者提供隔离的病房或

房间，且保持适宜、良好的通风。新建或改建建筑物时，应将结核病感染控制作为建设计划的一部分来考虑。

8. 保护医务人员

医务人员应熟知结核病的症状，至少每年接受包括结核病和艾滋病筛查在内的健康体检。应鼓励所有医务人员知晓他们的艾滋病感染状况，对那些艾滋病病毒感染者应尽可能减少其暴露于结核病患者机会，例如变更工作岗位。作为基本的艾滋病治疗和关怀服务的一部分，感染艾滋病病毒的医务人员应接受异烟肼预防性治疗的筛查。应为工作在结核病传播高风险岗位（例如支气管镜检查室）的医务人员提供适当的个人防护。

9. 能力建设

结核病感染控制实践培训应与医院和卫生机构更为广泛的感染控制培训（例如洗手、其它呼吸道和血源性感染控制培训）结合在一起。在没有这似培训的地方，应开发经空气传播的结核病感染控制实践。感染控制实践需要一个全面系统的方法，各级医务人员都应接受培训，并应用于改善其自己和患者的安全中。

10. 监控感染控制的实施

应将感染控制实践的督导作为每次督导的一部分。督导应包括现场检查感染控制工作的实施情况和所有必要的感染控制物资的获得情况。最基本的是：机构应有一个感染控制计划。在可行的地方，每年监控医务人员中结核病的发病情况也能够提供有关机构内结核病传播的有用信息。在医务人员中的结核病监测另一个评估方法。此外，现场评价还包括检查抽取的结核病患者病历，查看从就诊到怀疑结核病的时间间隔，从怀疑结核病到要求患者做痰检的时间，从要求患者采集痰标本、痰标本采集到报告检查结果的时间、到开始治疗和与患者面谈（通过讨论使其理解感染控制、安全性和耻辱感）的时间。

* 这十个必要行动是基于目前的 WHO 政策。在等待 WHO 修订的结核病感染控制政策出台（将在 2008 年底）的过程中，发布现有政策有助于机构实施感染控制干预。浏览以下网页可以获得更多信息 <http://www.who.int/tb/en/>，[http:// www.who.int/topic/hiv_aids/en/](http://www.who.int/topic/hiv_aids/en/) 和 http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/tbics.asp。

由全球 TB/HIV 工作组结核病感染控制小组与世界卫生组织艾滋病处和遏制结核病处合作制定

附件 5 利益相关者的反馈

征求利益相关者的意见

指导组的两名成员回顾了反馈的意见。意见经澄清后，对指南的正文进行了调整，且指导组于 2008 年 6 月一致通过了指南最终版。指南中提出的建议没做任何修改。联系了每一位提出反馈意见者，向他们解释：他们所提出的意见将有助于指南的执行过程，也将在 WHO 指南评估委员会建议于 2012 年对指南进行回顾评价时被使用。

总体意见

该指南提出了一个重要问题，而且是非常必要的。但仍需要在内容和文字方面加以改进。
这是一个有用的、综合而全面的指南。该指南涉及了监狱环境方面应得到加强。它强调了将监狱的卫生服务作为公共卫生的一部分，TB/HIV 患者在释放出狱后的关怀服务质量和秩序性问题。应将 WHO 卫生与监狱项目的《监狱与结核病状况报告》作为一种资源加以利用和提及。
这正是一个适当的政策文件，在最佳时机填补了对注射吸毒人群的关怀服务空白。
对组织开展减少吸毒人群感染结核病和艾滋病活动是一个很有帮助的指南。
具有可读性、很好的结构和较高的质量。 刑事司法和监狱问题恰当地穿插于其中。
在此，注射吸毒人群和 TB/HIV 双重感染问题得到了研究并可从中获取信息。
1. 提出了监狱中结核病、艾滋病和吸毒者问题的显著性，建议将这一话题从后面提到全文的前面，并在“流行病学”章节中概括监狱的情况。 2. 在艾滋病病毒感染者中结核病患者的首要诊断步骤是检测，建议增加有关艾滋病和结核病诊断的指导内容，包括艾滋病病毒检测结果可以明确地诊断艾滋病病毒感染。
1. 大学很高兴有机会对 WHO、UNODC 和 UNAIDS 就“为注射吸毒和其他吸毒者提供结核病和艾滋病联合服务政策指南”草案联合征求意见给予反馈。 2. 总体上我们非常支持该指南，但感觉它可能更适合其他一些国家的情况。

由于某些毒品尚未包括在内，因而没有很好的记述或证实。至少烟草已经被包括在内，还有确实能导致药物依赖的其他毒品。如果不能证实某些毒品的依赖与 HIV/TB 无关（例如大麻，如果是这样的情况），那么就要有可接受的理由来排除它们。

该指南似乎确实想要针对注射吸毒人群，所以只涉及这一点会更清晰，而不要试图包罗万象却不能为排除某些毒品和使用方式提供充足的证据。

此外，吸毒与药物使用紊乱混合在一起，我相信这使得指南更宽泛。这需求非常清楚，且在任何可能的情况下都适用。吸毒也不是一个诊断性的分类，如果这样提出会引起指南目标人群的其它误解。

这不仅仅是范围的问题；在这一版中，需要澄清某些概念。“吸毒”不只是意味着以依赖或有害的方式使用毒品，因为这与 WHO 在过去五十年一直持有的说法不一致。事实上，在 WHO 的框架中，吸毒本身不是一个问题，所以我们不能用同一个名词确切地表达相对立的毒品过度的消耗...

指南对于目标人群将会有帮助。然而，如果我们考虑监狱的条件，我认为在监狱的卫生服务中心与社区卫生服务之间建立良好的合作非常重要，且应依据法律法规在国家级层面上实施。在地区一级，指南同样有作用。一个组建团队，为狱警培训艾滋病和结核病防治知识的计划将非常有用，也可以在地区一级实施。

就我而言，我认为出台这样一个指南非常好。

它提供了一些很多好的范例。而且如果换成其他题目而不是“建议 1 到 X”，并给予更特别的大字标题，则这一出版物将更具可读性。

如果能够指名负责某一地区的人或团体（例如，监狱的卫生计划由卫生部和司法部负责），则非常好，至少提到谁将负责；否则，这一文件会有点模糊。

有什么原因要忽略乙型肝炎和丙型肝炎预防吗？有其它关于病毒性乙型和丙型肝炎的指南？

（我认为 WHO 是一个有能力找到综合、全面方法的机构。）如果已经有了另外一个涉及到肝炎的文件，应该提供链接。

该指南很一般，绝大部分建议在许多国家已经现存。没有新的或特别之处能让许多国家使用该指南。很难看出对注射吸毒人群的建议与对其它吸毒者的特别之处或差别。

非常感谢邀请我们对如此重要和有帮助的政策指南提出反馈意见。 与先前的版本相比有了很大改进，但仍有一些地方涉及得不够充分。
易于读者理解，厚薄适宜，封面设计很好。
感谢有此机会为“注射吸毒人群和其他吸毒者 TB/HIV 联合服务政策指南”草案提出反馈意见。 国家毒品研究所（NDRI）承认需要这样的政策指南，例如其中关于降低注射吸毒人群和其他吸毒者中与 TB/HIV 双重感染相关的发病率和死亡率的建议。我更同意需要共同合作，为注射吸毒人群提供与普通公众同等的可获得的预防、治疗和关怀服务。 庆幸的是澳大利亚是世界上结核病登记率最低的国家之一(4.4 例/10 万)，同时注射吸毒人群的艾滋病病毒感染率也很低(<2%)。同样幸运的是澳大利亚有一个非常成熟的结核病监测机制，它能够监控新发和复发的结核病患者，包括对耐多药结核病患者的鉴别。尽管本土的澳大利亚人结核病菌感染率很高，但被诊断的大部分都是 50 岁及以上的老年人，并与居住条件差、环境拥挤和营养状况差等因素有关，而非注射吸毒。 我们赞同 WHO、UNODC 和 UNAIDS 出台这一指南，并同意它所包含的建议的原则。然而，鉴于澳大利亚结核病患病率低、注射吸毒人群艾滋病病毒感染率低的情况，NDRI 不适于给予更多的评论。 这个指南非常受欢迎，其中的建议是明智的、适用于规划且以实施为基础。我很高兴看到在监管场所内广泛引入提供清洁针具的建议。
我非常感谢你们完成了一项巨大工程。这确实是非常有帮助的指南，尤其适用于低收入和缺乏预防规划的国家（如阿尔巴尼亚）。我希望尽快保持联系。指南草案是一个针对注射吸毒人群的策略性文件，对卫生服务提供者和 TB/HIV 防治规划相关人员将非常有用。
我发现这个草案特别适用于我在越南的工作。在越南，绝大部分艾滋病病毒感染者（及随后的绝大部分 TB/HIV 患者）来源于注射吸毒人群。因此，我仔细阅读了，并用修订模式标注了我的意见。 我以前在意大利是一名传染科医生，这使我曾接触注射吸毒人群。我在那家医院

工作期间，同时也作为州属监狱的传染病顾问，处理最多的是因贩卖毒品而被拘留的注射吸毒的年轻人，且大部分已感染了乙型和丙型肝炎，而感染艾滋病病毒者较少。 我的结核病经验要追溯到 1995 年，为一个覆盖约四百万人口的意大利结核病项目，我在埃塞俄比亚工作了 4 年。 我于 2002 年作为卫生官员为 WHO 工作，负责结核病。我在阿富汗工作了 2 年，之后在乌干达工作了 2 年零 2 个月，从 2007 年 1 月至今，工作在越南。 感谢你们的倡导引起大家的兴趣，并经你们的努力，许多工作在一线的人员得以参与其中。
这是一个相关性的文件。我发现它非常有帮助，尤其是涉及到了卫生服务的横向联合。
将复杂的信息和建议很好地撰写出来，容易阅览。
一个有用的文件，一个非常好的开端，事实上这是一个值得进一步关注的领域；然而，指南的意图需要更加清楚，目标人群应更明确。很难制定一个文对管理者和吸毒者都有用的文件。“发现”这一标题有误导性。这些是基于专家们的观点、常识还是文献回顾中提到的证据？这一点不清楚，应在“方法”部分提及。另一方面，一些建议太概括了，可影响到其他任何结核病和艾滋病高危人群。遗憾的是此文件未提供已实践的国家的经验；然而，它对吸毒和注射吸毒人群中有关 TB/HIV 预防和控制领域未知的东西进行了一个很好的总结。显而易见，评论远比撰写容易得多；但此文件在能够被称为指南之前还需要进一步的修改完善。
我认为该这一指南对注射吸毒高负担国家的 TB/HIV 管理非常重要。

本文读起来有些吃力，而且我对结核病专业了解不多。然而，从更全面的角度，我对此文件批注如下： 1. 此文件称是从全局角度或以人为中心的方法撰写的，但这一点确实需要详细清楚地说明，因为不清楚是如何做的。当然不是从吸毒人群的观点出发。 2. 提到的目标人群太宽泛，几乎包括了所有人，从政策制定者到吸毒者！或许在将文件中提到的目标人群中设定优先顺序会更好一些，因为可以更好地满足优先人群的需求。例如，显然吸毒者需要一些短的、准确的、醒目的、与使用者更加友好的有关 TB/HIV 和吸毒的链接。
--

3. 我认为此文件还需做一点剪切工作。有时用“有问题的药物使用”，然后又用“药物误用”。个人认为举例提到的这些用法需要保持一致。
4. 此文件暗示的真正关键问题是医务人员，尤其是艾滋病和结核病医生，他们需要在如何积极地开展工作和有建设性地为混乱的吸毒者（尤其是注射吸毒者）提供服务方面接受培训和指导。这一点需要更具体的建议加以明确。
5. 一个大问题 — 此文件要翻译吗？翻译成哪几种语言？如果不翻译，则将失去部分主要目标人群。
6. 更大的问题 — 此文件提供了一些非常好的、积极而有建设性的想法，但如何在一个像阿富汗这样资源匮乏的卫生服务系统或真正地在大部分发展中国家实施呢？我感觉这类文件不总是能够认识到在这样的情况下每天工作面临的实际困难。一些建议或信息不同类型或资源有限的卫生服务系统可能是有帮助的。
7. 许多打字的错误需要再修正。

评论者及隶属单位

Odorina Tello Anchuela
Directora del Centro Nacional de Epidemiología
Institute of Health “Carlos III”
Madrid
Spain

Maureen Baker
Honorary Secretary of Council
Royal College of General Practitioners
United Kingdom

Arian Boci
Executive Director
Stop AIDS Association
Tirana
Albania

Dave Burrows
Director
AIDS Projects Management Group
Sydney
Australia

Pedro Cahn
Fundacion Huesped
Buenos Aires
Argentina
and
President
International AIDS Society
Geneva
Switzerland

Saulius Caplinskas
Director, Lithuanian AIDS Centre
Ministry of Health
Vilnius
Lithuania

Susan Carruthers
Research Fellow
National Drug Research Institute
Curtin University of Technology

Masoud Dara
KNCV Tuberculosis Foundation
The Netherlands

Lois Eldred
Project Director, CREATE
Assistant Professor, Johns Hopkins School of
Medicine
Baltimore, Maryland
United States of America

Andrew Fraser, Director of Health and Care,
Scottish Prison Service and WHO Health in
Prisons
Project Collaborating Centre
Scotland
United Kingdom

Malcolm Goodwin
Laboratory Manager
Department of Diagnostic Virology
Imperial College Healthcare NHS Trust
London
United Kingdom

Nii Nortey Hanson-Nortey
TB/HIV Focal Person
National TB Control Programme
Accra
Ghana

Stephen Heller-Murphy, Addiction Policy
Development Manager, Scottish Prison Service
Headquarters
Edinburgh
Scotland
United Kingdom
David Macdonald
International Drugs and Development Advisor (re
Afghanistan)
Scotland
United Kingdom

Australia	Giampaolo Mezzabotta Medical Officer, Stop TB/Leprosy Elimination WHO Country Office for Viet Nam Hanoi Viet Nam
Knud Christensen Chief Physician Copenhagen Prisons Copenhagen Denmark	Dragan Milkov Senior Consultant in General Practice Head of correctional and medical staff Directorate for Enforcement of Penalties Ministry of Justice Serbia
Maristela G. Monteiro Senior Advisor on Alcohol and Substance Abuse Pan American Health Organization Washington, DC United States of America	Payam Tabarsi Mycobacteriology Research Center National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease Tehran Islamic Republic of Iran
Mohammad Naim Project Coordinator – Drug Demand Reduction UNODC Country Office for Afghanistan Kabul Afghanistan	Zaza Tsereteli International Technical Advisor Expert Group on Prison Health Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being Tallinn Estonia
Policy department, policy development unit Ministry of Justice National Agency of Correctional Institutions The Netherlands	Liisa Uusitalo Project coordinator, Health Education and Peer Support Project for Drug Users in Prison 2005–2008 Probation Foundation Helsinki Finland Together with the Criminal Sanctions Agency, Health Services Unit, Ministry of Justice, Sirpa Hakameli
Doris Radun Department for Infectious Disease Epidemiology, HIV/AIDS and STI Robert Koch Institute Berlin Germany	Joost van der Meer Executive Director AIDS Foundation East-West (AFEW) Amsterdam
Rauni Ruohonen Chief Physician FILHA (Finnish Lung Health Association) Member of the Prison Health Expert Group of the Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing Finland	
Mukta Sharma Technical Officer, Harm Reduction HIV/AIDS Unit WHO Regional Office for South-East Asia	

New Delhi, India

Ivan Solovic

National Institute for TB, Lung Diseases and
Thoracic Surgery

Vysne Hagy

Slovakia

Joseph K. Sitienei

Division of Leprosy, TB and Lung Disease

Ministry of Health

Nairobi

Kenya

The Netherlands

Daniel Wolfe, International Harm Reduction
Development Program

Matt Curtis, International Harm Reduction
Development Program

Cynthia Eyakuze, Public Health Watch

Emily Bell, Public Health Watch

Erin Howe, Public Health Watch

Open Society Institute

New York, NY

United States of America

注释

（封底）

如需进一步的信息，请联系：

世界卫生组织遏制结核处

地址：20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland

电子邮箱：tbdocs@who.int

网址： <http://www.who.int/tb/publications/2008/en/index.html>

艾滋病处

电子邮箱：hividu@who.int

网址： <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html>

如需进一步的信息，请联系：

世界卫生组织遏制结核处

地址：20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland

电子邮箱：tbdocs@who.int

网址：http://www.who.int/tb/publications/2008/en/index.html

艾滋病处

电子邮箱：hividu@who.int

网址：http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html

ISBN 978 92 4 159693 0



9 789241 596930