



麻醉药品委员会

第四十届会议

1997年3月18日至27日，维也纳

临时议程项目 10\*

向吸毒上瘾者开具麻醉药品处方对个人、  
社会和国际药物管制的影响

秘书处的报告

提 要

经《1972年议定书》修正的1961年《麻醉品单一公约》确认，麻醉品在医药上用以减轻痛苦仍属不可或缺，必须作出适当规定以确保为此用途提供麻醉品，同时确认，麻醉品成瘾对个人构成严重危害，同时会给人类带来严重不利的社会和经济后果。《1961年公约》缔约国须采取必要的立法和行政措施，除其他目的外，将麻醉品的生产、制造、出口、进口、分销、交易、使用和拥有完全限制于医药和科学用途。各项国际药物管制条约没有对“医药和科学用途”一词作出任何界定。由于这些公约的缔约国都必须颁布各自的执行法规，对于合法的医药和科学用途的含义，各国有可能作出不同的结论。对各国目前开具麻醉品处方的做法的全面审查表明，开具此种药品是为了解决常年吸毒成瘾的老大难问题并对药品注射猛增作出反应。美沙酮是最常开具的药品。有些国家认为，美沙酮可以有效地改变吸毒成瘾者的行为。其他国家则怀疑此种做法的有效性，而侧重于旨在影响人们的行为、使其不致参与任何吸毒的政策。只有几个国家为吸毒成瘾者开具海洛因。

\* E/CN.7/1997/1.

## 目录

	段 次	页 次
导言 .....	1 - 2	1
一. 开具麻醉品处方和国际药物管制的变化过程 .....	3 - 14	3
A. 历史背景 .....	3 - 5	3
B. 国际药物管制公约规定的管制措施 .....	6 - 14	3
二. 世界卫生组织对海洛因医药用途以及有管制地向 上瘾者供应海洛因的意见 .....	15 - 16	5
三. 国际麻醉品管制局对有管制地向吸毒成瘾者销售 海洛因所持的立场 .....	17 - 18	6
四. 开具麻醉品处方的做法 .....	19 - 48	6
A. 向吸毒成瘾者开具麻醉品处方做法概览 .....	19 - 41	6
B. 报告的关于向吸毒成瘾者开具麻醉品处方的作 用 .....	42 - 48	12
表. 通过麻醉品处方方案治疗的吸毒成瘾者人数 .....		10

## 导言

1. 麻醉药品委员会在第三十八届会议上通过了禁止使用海洛因的 1995 年 3 月 23 日第 1(XXXVIII)号决议。在该决议中，麻委会回顾了 1978 年 2 月 23 日第 5(S-V)号决议和 1987 年 2 月 11 日第 2(XXXVIII)号决议，在这两项决议中，麻委会力促各国政府禁止对人使用海洛因。由于意识到赞成海洛因非医疗用途和有管制地向成瘾者供应海洛因的趋势日渐明显，麻委会请联合国国际药物管制规划署（禁毒署）执行主任征求国际麻醉品管制局和世界卫生组织（卫生组织）对于这个问题的意见，以便在麻委会第三十九届会议上审议。

2. 在第三十九届会议上，麻管局主席就此问题作了发言。卫生组织通知麻委会，卫生组织对于这个问题的意见，在交由药物致瘾问题专家委员会审议之后，将提交麻委会今后的届会。此后，麻委会作出决定，把关于向吸毒上瘾者开具麻醉药品处方对个人、社会和国际药物管制的影响的项目列入第四十届会议议程，同时请秘书处编写关于这个问题的报告。本报告就是根据这一请求编写的。

## 一. 开具麻醉品处方和国际药物管制的变化过程

### A. 历史背景

3. 十九世纪末叶和二十世纪初, 人们愈益认识到以往普遍用于解除病痛的麻醉品、特别是含鸦片制剂带来的危险。当时, 许多国家纷纷限制销售这种药品, 但允许用于医药和科学目的。1909年, 13个国家组成了鸦片委员会, 并缔结了《国际鸦片公约》, 这个公约于1912年1月23日在海牙签署。此后, 国际联盟设立了鸦片及其他危险药品贩运咨询委员会, 就药品贩运问题提出建议并制定有关的国际法规。1925年2月19日在日内瓦签订的《国际鸦片公约》加强了对麻醉品贸易的监督。1931年7月13日在日内瓦签订的《限制麻醉品制造及管制麻醉品运销的公约》补充了以前公约的规定。《1931年公约》缔约方同意, 只能在各自国家制造并进口数量有限的麻醉品。

4. 第二次世界大战后联合国成立, 受权履行以往根据麻醉品条约赋予国际联盟的职责。在联合国第一届会议上, 经济及社会理事会设立了麻醉药品委员会, 取代国际联盟的鸦片及其他危险药品贩运咨询委员会。

5. 经《1972年议定书》<sup>2</sup>修正的1961年《麻醉品单一公约》<sup>1</sup>旨在统一以前订立的有关麻醉品的各种多边条约, 简化国际管制机构。《1961年公约》将中央鸦片常设局与药物监管机构合并为一个机构, 即国际麻醉品管制局。除《1961年公约》之外, 目前生效的其他药品管制公约还有1971年《精神药物公约》<sup>3</sup>和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》。<sup>4</sup>

### B. 国际药物管制公约规定的管制措施

6. 《1961年公约》序言阐明了允许麻醉品用于医药和科学用途, 但防止其有害使用的政策, 其规定如下:

“确认麻醉品在医药上用以减轻痛苦仍属不可或缺, 故须妥为规定俾麻醉品得以供此用途,

“确认麻醉品成瘾于个人为害之烈, 对人类在社会上及经济上的危险亦巨,

“深感同有预防及消除此项弊害的责任,

“...

“意欲缔结普遍均可接受的一项国际公约，以替代现行各项麻醉品条约，将麻醉品限于供医药及科学用途，…”

7. 海洛因（二乙酰吗啡）列入了《1961年公约》表一和表四中，凡适用于该《公约》所列麻醉品的管制措施，均适用于海洛因。这一管制制度的主要特点包括：将麻醉品贸易（包括麻醉品制造、国内和国际贸易）以及麻醉品拥有和使用的各个方面限制于医药和科学用途；规定各国政府可批准在本国进行合法的麻醉品贸易，对某些个别的国际交易需具体审批；保持详细的记录；对个人供应或发放受管制麻醉品需凭医生处方；建立起把每个国家制造或进口的此种麻醉品的数量限制于医药和科学用途所需量的制度。

8. 此外，《1961年公约》缔约方需对附表四所列麻醉品采取它们认为必要的任何特别管制措施，同时需注意到这些麻醉品的特别危险性质（第2条，第5(a)款）。第2条第5(b)款还规定：

“缔约国如鉴于其国内当时一般情况，认为为保护公共卫生与福利计，以禁止任何此种麻醉品的生产、制造、输出、输入、贸易、持有或使用最为适宜时，应予禁止，但专供医药及科学研究所需的份量，包括供缔约国直接监督管制下所作或受其直接监督管制的诊疗试验之用者，不在此限。”

9. 这种保护公共健康和福利的特别措施可包括某些规定，例如，制造商应提醒医生注意药品的危险性质、对药品治疗用途的限制或禁止措施。只有当缔约方认为此种特别措施确属必要时，缔约方才负有义务采用此种特别措施。一般来说，对于缔约一方在这个问题上的意见，另一方不能提出质疑，但同其他条约规定一样，这条规定必须秉诚执行。<sup>5</sup>在某种国内形势下或许适合采用禁止措施，例如，在医疗专业人员正在不适当地广泛使用表四所列药品或开具此种药品的处方，而公共管理当局采取的诸如发出警告之类的其他不大激烈的措施已证明无效时。根据第2条第5款，是否采取禁止措施，由缔约各方来判断，虽然从理论上讲并非由其裁量。

10. 在1961年1月24日至3月25日于纽约召开的联合国通过一项麻醉品单一公约的会议上，对于禁止包括海洛因在内的表四所列危险药品的措施，是强制执行还是只能建议执行的问题，成为一个有争议的问题，在通过早先的各项药物管制条约时，情况也是如此。早在1928年，国际联盟鸦片及其他危险药品贩运咨询委员会就提出了取缔海洛因使用的建议。在1924 - 25年和1931年于日内瓦举行的分别通过了上文第3段中提到的1925年和1931

年公约的会议上，又提出了这种建议，但没有获得通过。1931年的会议以妥协方式将第10条包括在《1931年公约》中，对海洛因国际贸易采用特别限制制度，根据这一规定，禁止出口二乙酰吗啡及其制剂，但对不制造此种药品的国家的运货不在此限，而且只是进口国的医药和科学用途所需量不在此限。这次会议还通过了一项建议(VI)，其大意是，各国政府应当与医疗界一道，审查取缔或限制海洛因使用的可能性。<sup>6</sup>

11. 《1961年公约》规定的其他管制措施包括第4条，该条规定缔约各方须采取必要的立法和行政措施，将药品的生产、制造、出口、进口、分销、贸易、使用和拥有完全限于医药和科学用途。

12. 此外，根据《1961年公约》，除其他职责外，麻管局实行一种估算制度，借以将药品的种植、生产、制造、贸易和分销限制在医药和科学用途需要的适当数量内，并确保这种用途的供应量。

13. 必须结合《1961年公约》和《1971年公约》来考虑《1988年公约》的规定。《1988年公约》的各缔约方都须采取必要的措施，在国内法中将某些行为确定为刑事罪。这种刑事罪主要与《1961年公约》和《1971年公约》禁止的行为有关，如非法制造、分销或销售麻醉药品或精神药物。由于《1961年公约》明文规定经批准后可以作为医药或科学用途提供和使用包括海洛因在内的药品，《1988年公约》也允许为此目的这样做。

14. 各项国际药物管制公约没有对“医药和科学用途”一词作出任何界定。由于这些公约的缔约国都必须制定本国的执行法规，对于合法的医药和科学用途的含义，各国有可能得出不同的结论。例如，在少数国家中，作为治疗或保持方案的一部分或为研究目的，允许医生为上瘾者开具海洛因和吗啡处方，而其他国家则禁止此类处方。此外，许多国家都使用吗啡为绝症病人解除病痛，但使用海洛因的国家则为数甚少。

## 二. 世界卫生组织对海洛因医药用途以及 有管制地向上瘾者供应海洛因的意见

15. 1953年5月，第六次世界卫生大会通过了一项关于二乙酰吗啡（海洛因）的决议(WHA6.14)。大会认为，从医药治疗的需要来看，海洛因并非不可取代，因此建议尚未取缔海洛因进口和生产的会员国将其取缔。这次大会还建议开展活动，使医生和各国政府确信，在医药治疗中海洛因并非不可取代。

16. 麻委会在其第 1(XXXVIII)号决议中请执行主任就赞成海洛因非医药使用以及有管制地向吸毒成瘾者供应海洛因的呼声越来越高的问题向卫生组织征求意见。禁毒署还在征求卫生组织意见的正式请求中说明，卫生组织还应对有管制地向成瘾者供应海洛因可是否解释为此种药物的医药用途发表意见。卫生组织总干事将这些问题提交给药物成瘾问题专家委员会 1996 年 10 月 14 日至 18 日举行的第三十次会议，征求其看法。专家委员会的意见于 1997 年 1 月报告给卫生组织执行委员会，但在编写本报告时尚未正式收到卫生组织的意见。在收到卫生组织有关这一问题的任何正式文函后，将之作为本报告增编提请麻委会注意。

### **三. 国际麻醉品管制局对有管制地向 吸毒成瘾者销售海洛因所持的立场**

17. 根据麻委会第 1(XXXVIII)号决议，麻管局主席向麻委会第三十九届会议作了一次发言。麻管局主席说，国际药物管制系统是以下述共识发展起来的：为非医药用途自由、不受限制地供应麻醉药品，导致普遍滥用，造成严重的公共健康后果。在有些国家中，把海洛因完全限制在医药和科学用途范围内的意愿似乎在削弱，但是，极端自由观点的泛滥以及在尽量减少危害的幌子下使药物非医药使用合法化的做法，是站不住脚的。他认为，虽然在某些情况下可能显示出对个人损害有所减少，但此种政策对整个社会造成的损害可能是极为明显的。

18. 麻管局主席指出，使用海洛因的临床实验或治疗方案的扩大危及到国际药物管制系统，因为合法化的支持者会利用这种实验达到自己的目的。他补充说，任何国家的政府都不应支持这种实验的扩散。

### **四. 开具麻醉品处方的做法**

#### **A. 向吸毒成瘾者开具麻醉品处方做法概览**

19. 为了协助编写本报告的这一章节，禁毒署向会员国发出了一份调查表，收集关于正在进行的、已中断的和计划进行的为保持目的而向吸毒成瘾者供应或发放麻醉品的方案的资料。调查表还要求提供作出开始实施或中止实施

此种方案的决定的理由，以及不向吸毒成瘾者供应麻醉品的原因。共有 61 个国家答复了这一调查表。

20. 二十六个国家和二个地区报告，没有向吸毒成瘾者提供麻醉品的方案，它们是：阿根廷、阿塞拜疆、比利时、佛得角、乍得、哥伦比亚、古巴、多米尼加、多米尼加共和国、福克兰群岛（马尔维纳斯）、加纳、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、牙买加、日本、黎巴嫩、马尔代夫、密克罗尼西亚联邦、纽埃岛、巴基斯坦、菲律宾、卡塔尔、俄罗斯联邦、圣卢西亚、斯洛伐克、泰国、突尼斯和土耳其。

21. 三十一个国家和一个地区报告，设立了向吸毒成瘾者提供麻醉品的方案，它们是：澳大利亚、奥地利、巴林、加拿大、克罗地亚、塞浦路斯、丹麦、芬兰、德国、危地马拉、香港、冰岛、爱尔兰、意大利、吉尔吉斯斯坦、拉脱维亚、立陶宛、马耳他、墨西哥、摩纳哥、摩洛哥、荷兰、挪威、阿曼、巴拿马、葡萄牙、斯洛文尼亚、西班牙、斯里兰卡、瑞典、瑞士和大不列颠及北爱尔兰联合王国。此外，还有十二个未对秘书处发出的调查表作出答复的国家在 1995 年年度报告调查中报告，它们采用了替代方案或保持方案，它们是：捷克共和国、法国、希腊、洪都拉斯、印度、以色列、约旦、卢森堡、毛里求斯、巴拉圭、摩尔多瓦共和国和新加坡。美沙酮是用于保持疗法的主要药物。据了解，只有两个国家（瑞士和联合王国）向吸毒成瘾者提供海洛因。

22. 在没有设立向吸毒成瘾者提供麻醉品的保持疗法方案的国家当中，大多数国家（17 个）报告，这个问题不是因不存在鸦片剂成瘾问题而从未在本国境内提出，就是范围极为有限，或者无须特别注意。然而，另一个理由是，这个问题未被看作当务之急，眼下还有其他更为紧迫的问题。一般来说，已经采用的预防和治疗手段据认为是足够的。

23. 其他国家（11 个）根据政策决定未批准向吸毒成瘾者开具麻醉品处方的做法。对此提出的理由主要包括：政府采取“完全不容忍办法”（阿根廷）；“务必改变人民的行为，以使其不参与任何吸毒”（日本）；考虑到与其他治疗方法相比服用美沙酮和其他鸦片剂无效（黎巴嫩）；“向吸毒成瘾者开具麻醉品处方会加剧吸毒”（俄罗斯联邦）；难以确定为保持疗法开具麻醉品处方会产生什么长期影响；转移用途的问题（斯里兰卡）。

24. 十三个国家报告，没有考虑向吸毒成瘾者销售麻醉品的方案，要么是因为这个问题不存在，要么是因为治疗需要和服务尚处于早期阶段，注射用药还没有成为重大问题（佛得角、牙买加、菲律宾和突尼斯）。黎巴嫩对这些

方案的作用提出质疑，并对麻醉品处方有可能滥用和转移用途表示担心。

25. 德国虽然报告设立了一个执行中的美沙酮方案，但指出还不具备制定法律、允许向特定的成瘾者群体开具海洛因处方和销售海洛因的先决条件，因为这种项目不符合“公共利益”。但是，1996年荷兰作出一项原则性决定，开始进行小规模实验，“完全根据医疗需要向其身体状况和社会状况均已毫无希望的重病成瘾者”供应海洛因。

26. 少数国家报告正在考虑实行美沙酮方案（斯洛伐克和土耳其）。此外，巴基斯坦报告，正在考虑凭注册从业医师的处方销售麻醉药品和精神药物的做法。印度尼西亚和密克罗尼西亚联邦可能考虑允许实施保持疗法方案，以减少与吸毒有关的犯罪，如果鸦片剂的滥用明显增加（印度尼西亚）或未来的情况发生变化（密克罗尼西亚联邦）的话。

27. 只有五个国家（伊朗伊斯兰共和国、意大利、荷兰、阿曼和瑞典）据了解已中断保持疗法方案，伊朗伊斯兰共和国取缔美沙酮保持疗法，是因为“根据法律，吸毒成瘾构成犯罪”。在意大利，从1980年到1985年允许为治疗鸦片剂成瘾者而试用注射吗啡。大多数已接受吗啡治疗的成瘾者，都请求改为美沙酮治疗。意大利虽允许用美沙酮糖浆治疗鸦片剂成瘾者，但同时中断了一些保持疗法方案，据认为，提供保持疗法方案，不但会使人们低估把逐渐停止吸毒作为治疗最终目标的必要性，而且会忽视其他支助服务，如心理、社会和教育方面的咨询。1983年，在阿姆斯特丹发起了一个为期两年的小型（37位病人）吗啡施药方案，允许那些美沙酮治疗不奏效的“极为顽固的成瘾者”接受每日口服美沙酮和注射吗啡的治疗。这一试验的目的是减轻成瘾者自我伤害的程度，改变他们的生活方式。对于身心健康问题、住房、收入管理、日常时间安排等问题，分别制定了具体的目标。总的来看，通过吗啡施药试验情况有所好转的人比情况恶化的人更多。然而，有些病人的好转相当有限。至于对多种药物滥用所产生的影响，尿样分析表明，虽然接受治疗的人使用海洛因的情形似乎有所减少，但安非他明的使用似乎随着时间的推移而有所增加。这个方案对于阿姆斯特丹的其他药物干预方案没有明显的不利影响。

28. 阿曼报告已中止其美沙酮方案，据认为，这个方案适得其反，“不过是用一种合法供应的麻醉品取代另一种非法麻醉品而已”。从1965年到1967年，向斯德哥尔摩的156名吸毒成瘾者合法开处中枢神经系统兴奋剂和鸦片剂（吗啡）药方。这一试验的主导思想是，限制药物滥用对社会以及对个别



吸毒成瘾者造成的伤害。通过提供合法处方的药物，吸毒成瘾者还可得到护理，他们的医疗和社会状况会有所改善。参加这一项目的医生采取的是所谓的“自由处方”做法，这就是说，病人自己选择药物和药量。采访调查和登记数据分析表明，虽然试验期间与吸毒有关的犯罪几乎完全停止，但其他犯罪有所增加。实际上，每个人的犯罪次数略有增加。这一试验已经中止，部分是因为合法处方药物大量流入非法市场。

29. 共有 44 个国家和地区报告，它们对吸毒成瘾者实行了保持疗法方案。那些填写特别调查表的国家和地区提供了更为详尽的资料，该调查表要求提供编写本报告所需要的资料（32 个国家和地区）。

30. 报告中举出一些发起保持疗法方案的理由，似可将其分为以下三大类：

(a) 吸毒成瘾者中的特定部分形成长期、大量吸毒的习性。除了极少数例外情形，看来这是有着长期滥用药物和注射药物历史的国家的特点（加拿大、丹麦、爱尔兰、葡萄牙、瑞士和联合王国）；

(b) 有必要处理药物注射滥用、与吸毒有关的死亡、或艾滋病毒感染流行程度意外增加的问题，面对这一问题，保健部门几乎或完全束手无策（巴林、克罗地亚、吉尔吉斯斯坦、立陶宛、墨西哥和挪威）；

(c) 保持疗法方案被看作是对付药物滥用战略的一部分，而且是以其他国家的经验为根据的（塞浦路斯、危地马拉、香港、拉脱维亚和斯洛文尼亚）。

31. 报告中提到的另一个原因是公共健康的担忧，尤其是担心药物注射滥用者当中艾滋病毒迅速蔓延。另外，犯罪和暴力增加，也被看作是影响关于这些方案的决定的因素。不使用药物的治疗方案的失败以及重犯次数的增加，使有些国家确信，有必要向其他方案不能奏效的常年吸毒者提供麻醉品。在其他一些情况下，由于诊治设施不提供无药物治疗，促使政府部门批准开具麻醉品处方，以应付吸毒成瘾者人数不断增加的局面。其他国家的经验也影响了就方案的执行作出决定。

32. 几乎所有方案都开具美沙酮。其他处方药物是丁丙诺啡（瑞士和联合王国）、可待因（德国和瑞士）、双氢可待因（德国）、海洛因（瑞士和联合王国）、L-阿醋美沙朵（葡萄牙）、吗啡（危地马拉、墨西哥和瑞士）和陪替丁（危地马拉）。

33. 在瑞典和联合王国（1966 年）以及瑞士（1975 年），美沙酮保持疗法方案的实施已有较长的时间，而防止过量或不适当开具处方或转移用途的管制措施则是后来才实施的。此后，美沙酮保持疗法方案又在巴林（1985

年)和奥地利(1987年)开始实施。最近,芬兰(1990年)、克罗地亚(1991年)、墨西哥(1993年)、挪威(1994年)、立陶宛(1995年)和拉脱维亚(1996年)也开始执行这种方案。

34. 在详细报告本国的保持疗法方案的国家和地区中,约一半(15个)会长期或无限期地继续执行下去。有些国家指出,这些方案是向吸毒成瘾者提供的一系列治疗服务的一个组成部分(丹麦和斯洛文尼亚),有些国家则指出,研究已证明美沙酮治疗作为一种基本办法的效能(澳大利亚和加拿大)。还有些国家则指出,“只要有必要”,这一方案将继续下去。有些国家报告说,在可以获得资金(拉脱维亚)的情况下,或者在作出立法和政治决定(摩纳哥、吉尔吉斯斯坦和瑞士)或专家作出科学判断(芬兰)之前,这些方案将继续下去。

35. 下表概括了那些提供接受保持疗法治疗人数的国家所作出的反应。大多数国家都提供了目前参加保持疗法方案的人数或已参加一年者的人数。

表. 通过麻醉品处方方案治疗的吸毒成瘾者人数

国家或地区	治疗人数
澳大利亚	17 356
巴林 <sup>a</sup>	1 700
加拿大	3 278
克罗地亚 <sup>a</sup>	1 500
芬兰 <sup>a</sup>	20
德国	30 000
危地马拉 <sup>a</sup>	4
香港	10 000
爱尔兰	1 650
吉尔吉斯斯坦 <sup>a</sup>	2 136
拉脱维亚	32
立陶宛	213
马耳他	64
墨西哥	280
荷兰	12 500
挪威	100
阿曼	50
巴拿马 <sup>a</sup>	100
葡萄牙	1 500
瑞典	475
瑞士	16 000
联合王国	20 000

<sup>a</sup> 保持疗法方案实施以来治疗者累积人数。

36. 这些方案的收容标准通常需兼顾以下各点:

(a) 药物上瘾。鸦片剂、特别是海洛因严重上瘾(在澳大利亚,对于诊断为鸦片类上瘾者,需根据经核可的美沙酮处方评价是否适合治疗)。被收容者一定要有较长的上瘾史(在瑞典至少要有四年静脉注射滥用鸦片剂的时间,才能收容接受美沙酮治疗;在瑞士,需有两年上瘾时间才能收容接受海洛因保持治疗),而且一定是采用注射药物的方式;

(b) 健康危险。艾滋病毒阳性和药物上瘾怀孕者;

(c) 其他治疗办法无效。例如,在瑞士,需在治疗方案或其他替代方案两次均证明不奏效之后,才能收容接受海洛因保持治疗。其他例子包括:把短期解毒治疗和无药物治疗办法的失败记录在案;以及未能达到戒毒要求;

(d) 行政和管制标准。年龄(在克罗地亚,接受美沙酮保持治疗需年满18岁,在瑞士接受海洛因保持治疗需年满21岁);作为国立诊所的病人收容(拉脱维亚);自愿请求和知情同意;为检查其他物质和控制戒毒进行体液检查(奥地利、丹麦和墨西哥);吊销驾驶执照和查看刑事档案(瑞士)。

37. 开具处方的程序各不相同。在有些国家,只能由认可的精神病医生在诊治环境下并在受管制的情况下开具麻醉品处方(巴林、克罗地亚、危地马拉、挪威、阿曼、巴拿马和瑞典)。在其他一些国家和地区,经认可的普通从业人员或医师可以向符合主管当局确定的标准的吸毒上瘾者开具麻醉品处方(奥地利、加拿大、香港、冰岛、爱尔兰、拉脱维亚、立陶宛、墨西哥、摩纳哥、荷兰、葡萄牙和瑞士)。有些吸毒成瘾者还可凭普通医师根据其临床诊断开具的处方以拿回家服用为条件获得药品(在联合王国为美沙酮)。

38. 联合王国自二十年代以来即允许向鸦片剂上瘾者开具海洛因处方。传统上,海洛因保持疗法被当作一种对治疗无效的成瘾者的善意治疗,在定期向其提供海洛因时,这些上瘾者应能过着比较正常的生活。在大多数情况下,他们定期从家庭医生那里拿到处方。1968年以来,海洛因和可卡因处方在法律上受到限制,只有内政大臣为此目的特许的医生才能开具这样的处方。目前约150人可拿到海洛因或可卡因处方,而接受美沙酮治疗的人则有20,000多人。

39. 1992年,瑞士部长理事会批准了向吸毒上瘾者开具麻醉品处方的为期三年的试验。1994年1月开始实施第一批项目,为250名吸毒上瘾者提供可注射海洛因,为250名上瘾者提供可注射吗啡,为200名上瘾者提供可注射美沙酮。自那以来,对这种方式作了修改,为其提供可注射海洛因的人数

增加到 800 人。截至 1996 年 10 月，约有 800 名上瘾者接受海洛因，200 名上瘾者接受美沙酮（静脉注射），约 40 名上瘾者接受丁丙诺啡（口服），约 39 名上瘾者接受吗啡（静脉注射或口服）。没有提供接受可待因上瘾者的人数。除上述数字之外，在美沙酮方案中注册登记的约有 13,800 人，主要采用口服方式。

40. 对于那些 1996 年 6 月之前在该方案注册的人来说，开具海洛因处方的做法可望延续到 1998 年。是否继续执行这一方案和收容新的病人，取决于最后评价的结果和政府的决定。

41. 应瑞士政府以及国际麻醉品管制局的请求，由卫生组织协调，对瑞士的向吸毒上瘾者开具麻醉品处方的研究报告进行了评价。在编写本报告时尚未得到评价结果。

## **B. 报告的关于向吸毒成瘾者开具麻醉品处方的作用**

42. 大多数实行保持疗法方案的国家都报告正在进行或已完成评价，但向秘书处提供评价报告的国家寥寥无几。美沙酮保持疗法方案因收容标准、治疗期、剂量、与其他治疗方法的结合等因素不同而相异。许多因素影响到结果，特别是实施保持疗法方案的普遍的保健和社会福利条件。因此，会员国提供的评价结果不能直接加以比照。

43. 随意选择造成一些道德问题。据秘书处了解，只进行了几次涉及不接受治疗的对照组的实验性替代研究。<sup>7、8、9</sup> 还没有发现对通过随意选择向吸毒上瘾者提供替代治疗或无药物治疗进行研究。

44. 三次试验性研究显示出类似的结果：美沙酮替代疗法比镇静剂治疗或完全不治疗更为有效，对减少海洛因使用量和参与犯罪活动更为有效，但病人须接受长期治疗，方可见效。

45. 关于海洛因保持疗法，对七十年代末在伦敦进行的一次对照试验作了评价。<sup>10</sup> 从九十六名已查出的海洛因上瘾者中随意选出接受海洛因保持治疗的人，对未被选中的人则提供口服美沙酮。在随意挑选之前采访了所有病人，此后又跟踪观察 12 个月。

46. 几乎所有海洛因病人都继续定期注射。大多数病人除处方之外还继续获得非法药品，不过数量一般较小或不太多。其他药品的使用，如巴比土酸盐和兴奋剂，未显示出什么全面变化。许多病人的生活方式只发生极小的质的

变化。大多数病人仍与其他药物使用者保持联系，参与同吸毒有关的活动，但程度通常比以前减弱。大多数人继续进行某种犯罪活动，但以犯罪作为收入来源的人不足一半。虽然一年当中犯罪活动的程度有所减少，但在试验治疗年中遭逮捕的比例，与加入治疗方案之前未得到处方的一年当中的遭逮捕比例一样。

47. 那些未被海洛因保持疗法方案接受的病人，通常在一些方面走向两个极端。一方面，他们更有可能完全或几乎完全戒毒，另一方面，那些确实继续使用和注射海洛因的病人则获取非法海洛因，数量超过获准得到海洛因处方的人。从社会行为来看，他们要么停止与其他吸毒者的交往，不再进行与吸毒有关的活动，要么深深地陷入吸毒活动。那些不再参与吸毒活动的人，更有可能找到工作，以犯罪作为主要收入来源的可能性也小得多。在另一个极端，那些定期、大量注射毒品的病人，几乎无一找到工作，基本上都靠犯罪维持生计。他们的健康状况与那些得到海洛因的人没有什么差别。

48. 调查结果表明，在法律上允许开具海洛因处方，就其本身而言不可能促使生活方式或社会行为发生任何根本的变化。尤其重要的是，虽然这种做法有可能在某种程度上减少上瘾者的犯罪活动，但完全杜绝是不可能的，那些在滥用海洛因之前从小就开始犯罪的人，更是如此。

#### 注

<sup>1</sup> 联合国，《条约集》，第 520 卷，第 7515 号。

<sup>2</sup> 同上，第 976 卷，第 14152 号。

<sup>3</sup> 同上，第 1019 卷，第 14956 号。

<sup>4</sup> 《联合国通过一项禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约会议正式记录，1988 年 11 月 25 日至 12 月 20 日，维也纳》，第一卷（联合国出版物，出售品编号：E.94.XI.5）。

<sup>5</sup> 《对 1961 年麻醉品单一公约的评注》（联合国出版物，出售品编号：E.1973.XI.1），第 65 页。

<sup>6</sup> 同上，第 66 页。

<sup>7</sup> V.P.Dole 及他人所著“对随意挑选出来的吸毒成瘾犯罪者进行的美沙酮治疗”，《新英格兰医学杂志》，第 280 卷，1969 年，第 1372 - 1375 页。

<sup>8</sup> R.G.Newman 和 W.B.Whitehall 所著“对香港麻醉品上瘾者的美沙酮和

镇静剂保持治疗的双盲比较”，Lancet,1979年9月9日，第495 - 488页。

<sup>9</sup> L.Gunne 和 L.Grönbladh 所著“瑞典美沙酮保持疗法方案：对照研究”《药物和酒精致瘾》，第7卷，1981年，第249 - 256页。

<sup>10</sup> Hartnoll 及他人所著“从对照试验看海洛因保持疗法”，《普通精神病学档案》，第37卷，1980年8月，第877 - 884页。