



经济及社会理事会

Distr.
GENERAL

E/CN.7/1997/3
17 February 1997
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

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5*

非法药物需求

药物滥用世界形势

秘书处的报告

提 要

本报告试图说明药物滥用的世界形势以及各国政府根据《控制麻醉品滥用今后活动的综合性多学科纲要》确定的目标而开展的减少需求活动。报告主要是根据各国政府通过年度报告调查表提供的资料编写的。

目前，正在联合国国际药物管制规划署范围内对这些调查表进行审查。一般而言，安非他明、大麻和阿片类药物的滥用看来不断增加，而可卡因和致幻剂的滥用情况稳定，但仍很普遍。大麻是最经常报告的滥用药品，全世界所有区域均报告发现这种滥用。大麻似乎还是社会各阶层中滥用最流行的药品。大多数报告阿片剂滥用的国家还报告发现不断上升的趋势。一些国家报告年轻人药品滥用情况有所增加。还有迹象表明，第一次尝试吸毒的年龄比以前更早了。

从各国政府的减少需求报告来看，在学校开展活动是全世界防止吸毒的最普遍形式。虽然认识到街头儿童和辍学者是吸毒风险最高的人，但报告中提到的针对这些群体开展的活动却很少。

绝大多数答复年度报告调查表的国家都表示，它们没有明确的治疗政策。治疗是在不同条件下进行的。除服药解毒之外，有些国家还采用传统医疗办法和针灸治疗。总的来说，报告中论述最少的问题，似乎是减少需求所涉及的重新融入社会问题。

* E/CN.7/1997/1.

目 录

	段 次	页 次
导言	1	4
一. 世界药物滥用的程度和格局	2 - 254	4
A. 各类药物的滥用流行程度	2 - 17	4
B. 用注射方式滥用药物	18 - 25	8
二. 各区域正在形成的格局和趋势	26 - 55	12
A. 非洲	28 - 34	13
B. 美洲	35 - 40	14
C. 亚洲	41 - 45	16
D. 欧洲	46 - 48	17
E. 近东和中东	49 - 51	18
F. 大洋洲	52 - 55	19
三. 青少年与药物滥用	56 - 64	20
四. 对药物滥用的反应	65 - 93	22
A. 总的反应: 战略	65 - 68	22
B. 数据收集	69 - 75	22
C. 预防对策	76 - 83	23
D. 治疗、康复和重返社会对策	84 - 93	25
五. 药物滥用数据收集面临的挑战	94 - 106	27
六. 请麻醉药品委员会考虑的问题	107 - 109	30

示意图

1. 1995 年向联合国国际药物管制规划署提交报告的国家 和地区的地域分布情况	5
2. 1992 - 1995 年每百名居民滥用大麻情况	6
3. 报告注射用药情况和注射用药者染上艾滋病毒情 况的国家和地区	10

页次

图

一. 1992 - 1995 年摄取海洛因方式的变化趋势	11
二. 非洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	14
三. 美洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	15
四. 亚洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	16
五. 欧洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	17
六. 近东和中东: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	18
七. 大洋洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势	19
八. 挥发性溶剂 (吸嗅药): 1992 年 - 1995 年各区域滥用趋势	21
九. 现有治疗方案种类	26
十. 现有重返社会方案种类	27
表. 1992 - 1995 年药物滥用流行程度估计数, 按药物种类和国家或地区分列	8

导言

1. 国际药物管制条约的任何缔约国都承担向秘书长提供资料的条约义务。虽然非缔约国并不承担此种义务，但鼓励它们给予配合。年度报告调查表是关于药物滥用形势以及各个国家对此采取对策的资料的主要来源。另外还鼓励各国为补充其年度报告调查表而提供调查或其他研究的报告。本报告主要依据1996年下半年各国政府提交给麻醉药品委员会秘书处的1995年年度报告所载数据，并以其他可以获得的官方数据作为补充。

一. 世界药物滥用的程度和格局

A. 各类药物的滥用流行程度*

2. 1995年，192个收到调查表的国家中有90个国家提供了年度报告调查表中关于减少需求部分的资料，但只有37个国家提供了1995年药物滥用者的估计人数。为编写本报告，用1992年、1993年和1994年的数据补充了1995年的数字，因为估计这些年报告某种药物滥用情况的国家，除非说明发生变化，否则其1995年药物滥用的总人数可能大体相同。滥用流行率是根据报告的滥用年度报告调查表中列为药物**的人数以及联合国秘书处统计司提供的每一报告年总人口的数字计算出来的。¹示意图1表明1995年向联合国国际药物管制规划署（禁毒署）提供年度报告的国家和地区的地域分布情况。

3. 应当注意的是，这些数据并不是可以直接比照的。不同的国家采用不同的数据收集手段，并对问题的性质作出不同的假设，收集的数据也就不同。有些国家根据治疗系统提供的数字估算每年药物滥用的人数，有些国家则根据各种调查作出估算，而这些调查的结果已被用来推断人口中其余部分的情况。由于估算的依据不尽相同，提出报告的国家数目并非均匀分布在世界各

* “流行程度”一词在此用来表示药物滥用者在总人口中所占的百分比。

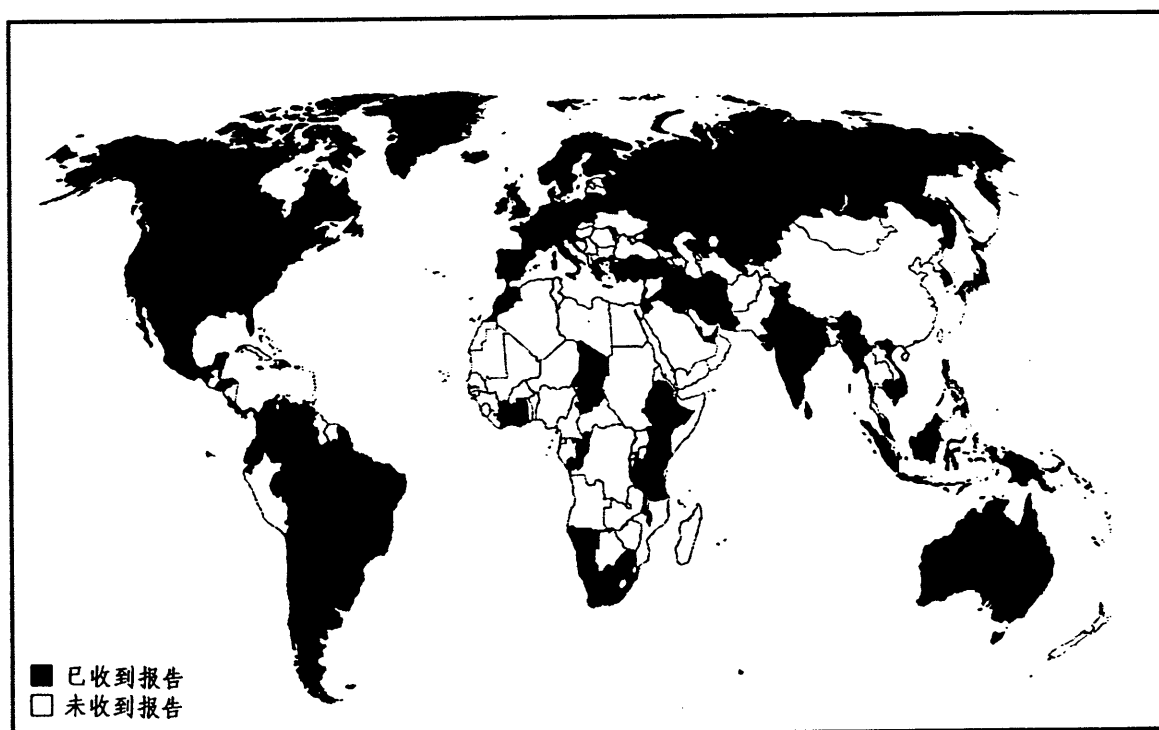
** 年度报告调查表所列药物如下：阿片剂类（鸦片、海洛因、吗啡、其他阿片剂、合成麻醉止痛药）；可卡因类（可卡因（碱和盐）、古柯糊）；大麻类；致幻剂；安非他明类（安非他明、甲基安非他明、其他安非他明）；镇静剂类（巴比土酸盐、苯并二氮杂革、其他镇静剂）；多种药品（如未列入上述各类）；挥发性溶剂（吸嗅药）。

区域，要从个别国家报告的数字来推断全球滥用程度是不可能的。

4. 就其性质而言，吸毒是一种极为隐秘的私人行为。因此，更有可能的是，对药物滥用人数的估计偏低而不是偏高。还可以这样假设，某种药物的滥用流行率高，表明这种药物的滥用实际上比报告的滥用率较低的药物更为普遍。由此似可得出这样的结论：虽然报告阿片剂滥用的国家更多，但滥用流行率（最高滥用流行率为 0.9-1.8%）表明，在社会各阶层中，阿片剂的滥用并不象镇静剂等药品的滥用那样普遍，镇静剂的最高滥用流行率为 5.5 - 25%。

5. 大麻类药物是指印度大麻脂和大麻烟之类的大麻产品。活性药物四氢大麻酚的浓缩程度大不相同，取决于所使用的大麻植物的部位和种植地。印度大麻脂是指大麻树脂，大麻烟通常是指大麻植物的干枯部分。

示意图 1. 1995 年向联合国国际药物管制规划署
提交报告的国家的地域分布情况



注：本图中显示的边界和名称及使用的称呼并不意味着联合国正式认可或接受。

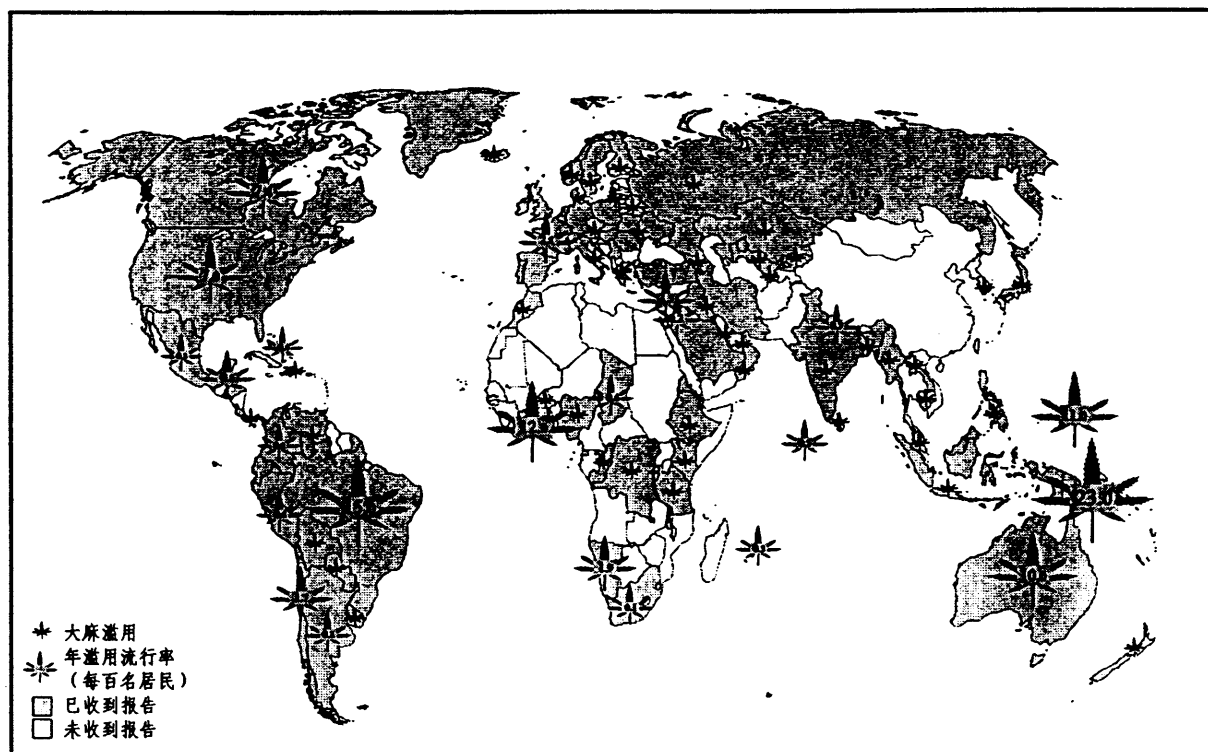
6. 大麻是最经常报告被滥用的药物，世界所有区域均报告发现这种药物的滥用。根据年度报告调查表的数据，73 个国家报告的滥用者估计有 4,850 万人。从每年大麻滥用流程度看，大洋洲是报告滥用流行率最高的分区域

(巴布亚新几内亚为 23.5 %，密克罗尼西亚联邦为 11.4%，澳大利亚为 10.3%)，东亚和东南亚的流行率最低(尼泊尔为 0.7%，马尔代夫为 0.2%)。荷兰位居前列，报告的月滥用流行率为 4.4 %。年滥用流行率高的其他欧洲国家是斯洛文尼亚(4%)、丹麦(3.3%)、瑞士(2.4%)、克罗地亚(1.9%)、捷克共和国(1.5%)、德国(1.2%)和葡萄牙(1%)。在中东，以色列报告的年滥用流行率较高(1.5%)。示意图 2 表明每百名居民的大麻滥用情况。

7. 根据年度报告调查表的分类，阿片类药物包括鸦片、海洛因、吗啡、其他阿片剂和合成麻醉止痛药，其中有陪替丁、度冷丁、美沙酮和芬太尼。阿片类药物可解除痛苦，镇静神经，还可减少饥饿痛苦，减轻恶心和呕吐，有些还可产生欣快感。合用注射器染上肝炎和艾滋病毒的危险，已是尽人皆知的事实。由于具有镇痛作用，阿片剂滥用还会掩盖病症，如发炎和感染等。

8. 阿片类药物是第二类最经常报告的被滥用药物，69 个国家报告的滥用者共有 120 万人。但应注意的是，尽管报告国家的数目较高，但几个主要的阿片类药物消费国根本没有提供本国滥用者的估计数。因此，可以假设，已报告的滥用人大大低于全世界的实际滥用人。

示意图 2.1992 - 1995 年每百名居民滥用大麻情况^a



来源：联合国国际药物管制规划署，年度报告调查表，第二部分，药物滥用，1992 - 1995 年。

注：本图中显示的边界和名称及使用的称呼并不意味着联合国正式认可或接受。

a 提供的最新数字。

9. 大多数报告滥用阿片类药物的国家还报告滥用趋势不断上升。除加勒比之外，世界上所有区域均报告阿片类药物滥用率高。美利坚合众国(1.8%)、巴西(1%)和葡萄牙(0.6%)报告的海洛因滥用流行率也很高。至于其他类型的阿片类药物，玻利维亚报告的合成麻醉止痛药每年滥用流行率达 0.9%，老挝人民民主共和国报告的每年和每日鸦片滥用流行率与此相同。

10. 镇静剂类药物是指巴比土酸盐、苯丙二氮杂草以及其他镇静剂，如甲喹酮等。巴比土酸盐使用过量会造成中毒死亡。各类苯丙二氮杂草比巴比土酸盐更受欢迎，如氟硝西洋（氟硝安定）、安定和氯氮草（利眠宁）。

11. 55个国家报告发现镇静剂的滥用，滥用人数量估计为 4,640 万人。许多报告非法消费镇静剂的国家发现这种消费渐趋稳定。年滥用流行率较高的国家是巴西(25%)和巴布亚新几内亚(22.9%)。其他滥用流行率较高的国家是洪都拉斯(7.6%)、智利(5.5%)、哥伦比亚(3.4%)、加纳(3%)、纳米比亚(2%)、玻利维亚(1.8%)、墨西哥(1.3%)、以色列和美国(均为 1%)。丹麦报告的每日滥用流行率为 2.7%。

12. 可卡因类药物是指可卡因（碱和盐）以及古柯糊。可卡因是一种中枢神经系统兴奋剂。它还是一种局部镇痛药。可卡因可以用鼻吸，也可直接注射或涂抹到粘膜上。过量使用可卡因会导致阵发性抽搐、心脏麻痹或高烧。

13. 51个国家报告可卡因滥用情况，滥用人数量估计为 1,090 万人。可卡因的消费量似乎趋于稳定。年滥用流行率较高的国家是阿根廷(4.4%)、巴西(2%)和美国(1.7%)。南亚和中亚没有报告可卡因滥用情况，但印度报告缉获可卡因。

14. 安非他明类药物是指安非他明、甲基安非他明（“冰片”）以及其他安非他明。它们是中枢神经系统兴奋剂和减食欲药。这种药物可以药片或胶囊服用，也可鼻吸或注射。长时间抑制饥饿感和疲倦感，会导致营养不良以及全面衰竭和虚脱，这是滥用此类药物的卡车司机和汽车司机发生交通事故的一个原因。亚甲二氧甲基安非他明（MDMA）（“迷魂药”）既有兴奋作用，又有致幻作用。

15. 在 37 个报告国家中，安非他明类药物的滥用人数量估计为 600 万人，欧洲区域居冠，其次是美洲。大多数国家报告，口服是最常见的服用方法，其次是注射。洪都拉斯(7.6%)、巴西(2%)和澳大利亚(1.7%)是在年度报告调查表中报告年滥用流行率最高的国家。

16. 麦角酰二乙胺（迷幻剂）等致幻剂可使人处于警觉状态，提高听觉和

(或)视觉能力。

17. 在 26 个报告国家中, 约有 290 万致幻剂滥用者, 这些国家分布在几乎所有区域, 但不包括西亚。滥用率较高的国家是澳大利亚(1.3%)、巴西和美国(均略低于 1%)。附表提供了报告本国 1992 到 1995 年期间上述各类药物至少有一种的滥用率 ≥ 0.1 的国家一览表。

B. 用注射方式滥用药物

18. 注射用药者是美洲和欧洲有染上艾滋病毒风险的第二大类群体。²注射用药做法不限于静脉注射, 还包括肌肉注射或皮下注射。因此, “注射用药”是一种统称, 据认为比较准确地反映了实际做法和行为。

19. 为了更为全面地反映这方面的情况, 用其他来源的数据对年度报告调查表中提供的数据作了补充。121 个国家和地区报告发现注射用药情况。其中 71 个国家报告在已确定的注射用药者中查出艾滋病毒阳性。示意图 3 表明报告注射用药情况的国家分布, 同时还标明报告在注射用药者中查出染上艾滋病毒者的国家。

表. 1992 - 1995 年药物滥用流行程度估计数,
按药物种类和国家或地区分列
(药物滥用者在总人口中所占的百分比)

国家/地区	阿片类 药物	可卡因 类药物	大麻 类药物	致幻剂	安非他明 类药物	镇静剂 类药物	挥发性 溶剂
非洲							
乍得	0.2	<	0.6	0.1	0.5	0.5	0.2
加纳	<	<	12.0	..	<	3.0	..
毛里求斯	0.3	..	0.3	..	..	..	..
纳米比亚	..	..	2.0	..	..	2.0	0.7
南非	<	<	0.1	<	<	<	..
美洲							
阿根廷	<	4.4	0.2	..	..	0.3	..
巴哈马	..	<	0.4	..	..	..	..
玻利维亚	0.9	0.2	..	<	..	1.8	2.8
巴西	<1.0	2.0	15.0	<1.0	2.0	25.0	5.0
加拿大	..	0.7	7.4	0.9	0.2	..	..
智利	0.2	0.4	1.8	<	0.7	5.5	<

国家/地区	阿片类 药物	可卡因 类药物	大麻 类药物	致幻剂	安非他明 类药物	镇静剂 类药物	挥发性 溶剂
哥伦比亚	<	0.3	0.8	..	0.2	3.4	0.3
洪都拉斯	<	0.9	2.1	..	7.6	7.6	..
墨西哥	<	0.1	0.3	<	0.3	1.3	0.2
秘鲁	..	0.3	0.6	..	..	..	0.8
美利坚合众国	1.8	1.7	7.1	0.9	0.9	1.0	0.8
亚洲							
香港	0.3	<	<	..	<	<	<
老挝人民民主 共和国	0.9 ^a	..	..	..	..	..	..
马来西亚	0.1	..	<	..	<	..	..
马尔代夫	0.6	..	0.2	..	..	0.1	..
尼泊尔	0.1	..	0.7	<	..	<	..
欧洲							
克罗地亚	0.2	<	1.9	<	<	<	0.1
捷克共和国	<	<	1.5	0.2	0.1	..	0.1
丹麦	0.3 ^a	0.3	3.4	..	0.6	2.7 ^a	0.3
芬兰	<	..	0.7	..	<	0.5	..
德国	<	0.1	1.2	<	0.1	..	..
列支敦士登	<	<	0.4	<	<	..	..
摩纳哥	<	<	0.3	<	<	..	..
荷兰	0.2 ^a	..	4.4 ^b	..	..	..	..
挪威	0.1	<	<	..	<	..	0.4
葡萄牙	0.6 ^a	<	1.0 ^a	..	<	0.2 ^a	..
圣马力诺	<	<	0.1	<	<	<	..
斯洛文尼亚	0.3	..	>4.0	..	..	..	..
瑞典	<	<	0.1	<	0.2	<	<
瑞士	0.3	0.4	2.4	..	..	..	..
乌克兰	0.3	..	..	..	..	..	<
近东和中东							
以色列	0.3	0.2	1.5	0.3	..	1.0	..
约旦	0.2	<	0.2	..	<	0.6	0.1
大洋洲							
澳大利亚	0.3	0.7	10.3	1.3	1.7	0.5	0.3
密克罗尼西亚 (联邦)	..	..	11.4	..	..	..	2.9
巴布亚新几内亚	..	<	23.5	..	..	22.9	<

来源：联合国国际药物管制规划署。

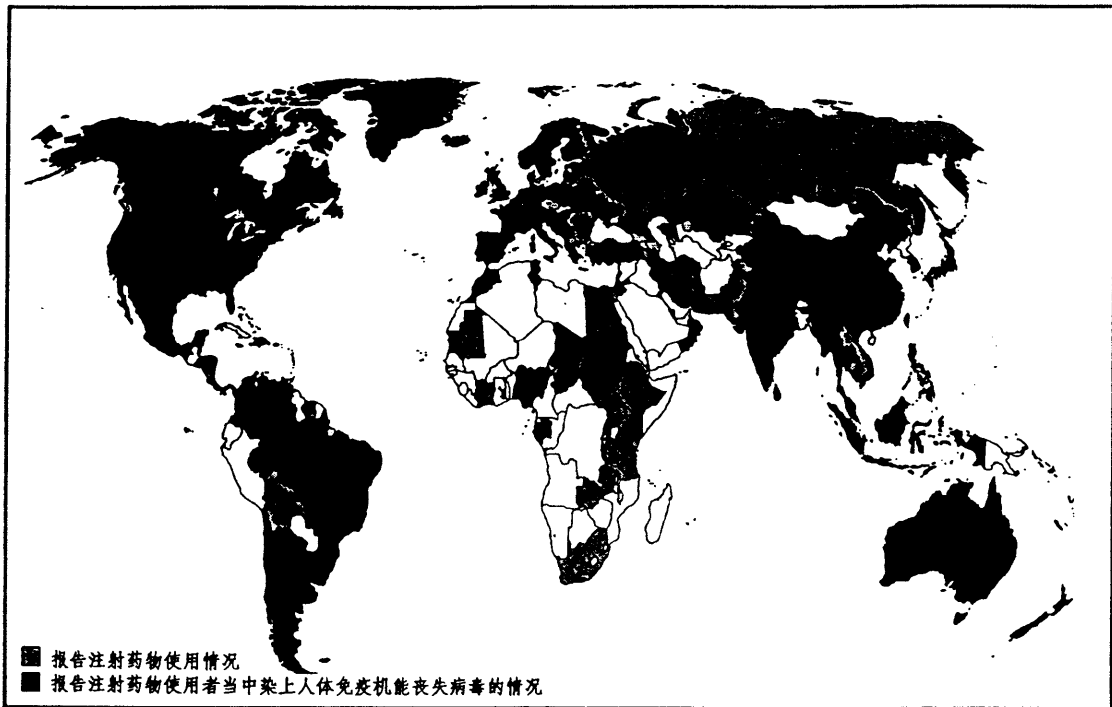
注：所有数字均舍入到小数点后最接近的一位小数；(<)表示小于0.1。

a 表示日滥用率。

b 表示月滥用率。

(..) 表示未获得数据。

示意图 3. 报告注射用药情况和注射用药者染上艾滋病毒情况的国家和地区^a



来源：联合国国际药物管制规划署，年度报告调查表，第二部分，药物滥用(E/NR/1995/2；1994年艾滋病，第8卷。

注：本图中显示的边界和名称及使用的称呼并不意味着联合国正式认可或接受。

^a 下述国家报告了注射用药滥用的情况，凡报告注射用药者染上艾滋病毒情况的国家均以楷体字表示：

非洲

- 乍得
- 科特迪瓦
- 埃及
- 埃塞俄比亚
- 加蓬
- 肯尼亚
- 毛里求斯
- 摩洛哥
- 尼日利亚
- 塞内加尔
- 南非
- 苏丹
- 突尼斯
- 乌干达
- 坦桑尼亚联合共和国
- 赞比亚

美洲

- 阿根廷
- 巴哈马
- 百慕大
- 玻利维亚
- 巴西
- 加拿大
- 智利
- 哥伦比亚
- 哥斯达黎加
- 多米尼加共和国
- 厄瓜多尔
- 萨尔瓦多
- 危地马拉
- 海地
- 洪都拉斯

美洲 (续)

- 牙买加
- 墨西哥
- 尼加拉瓜
- 巴拿马
- 波多黎各
- 苏里南
- 美利坚合众国
- 乌拉圭
- 委内瑞拉

亚洲

- 阿富汗
- 巴林
- 孟加拉国
- 中国
- 香港
- 印度
- 印度尼西亚
- 伊朗伊斯兰共和国
- 伊拉克
- 以色列
- 日本
- 约旦
- 哈萨克斯坦
- 科威特
- 吉尔吉斯斯坦
- 老挝人民民主共和国
- 澳门
- 马来西亚
- 缅甸
- 尼泊尔
- 阿曼
- 巴基斯坦

亚洲 (续)

- 菲律宾
- 卡塔尔
- 大韩民国
- 沙特阿拉伯
- 新加坡
- 斯里兰卡
- 阿拉伯叙利亚共和国
- 中国台湾省
- 泰国
- 土库曼斯坦
- 越南
- 阿拉伯联合酋长国
- 乌兹别克斯坦

欧洲

- 阿尔巴尼亚
- 奥地利
- 白俄罗斯
- 比利时
- 保加利亚
- 克罗地亚
- 塞浦路斯
- 捷克共和国
- 丹麦
- 爱沙尼亚
- 芬兰
- 法国
- 德国
- 希腊
- 匈牙利
- 冰岛
- 爱尔兰
- 意大利

欧洲 (续)

- 拉脱维亚
- 列支敦士登
- 立陶宛
- 卢森堡
- 马耳他
- 摩尔多瓦共和国
- 摩纳哥
- 荷兰
- 挪威
- 葡萄牙
- 罗马尼亚
- 俄罗斯联邦
- 圣马力诺
- 斯洛伐克
- 斯洛文尼亚
- 西班牙
- 瑞典
- 瑞士
- 土耳其
- 乌克兰
- 大不列颠及北爱尔兰联合王国
- 南斯拉夫

大洋洲

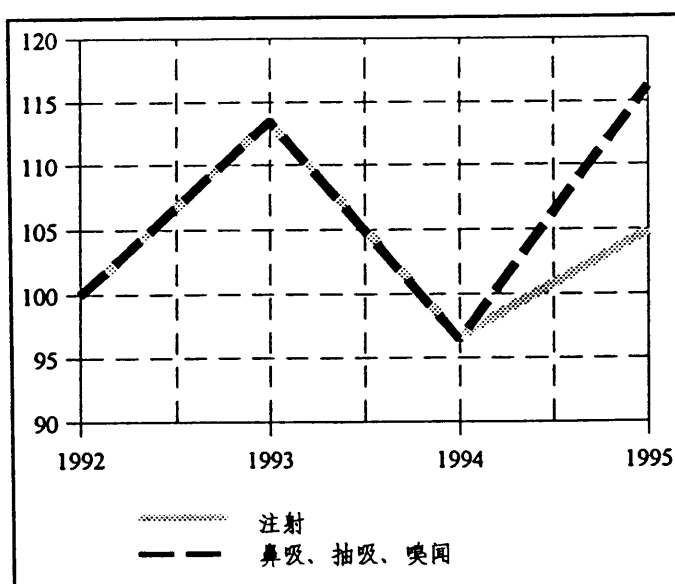
- 澳大利亚
- 斐济
- 关岛
- 密克罗尼西亚联邦
- 新西兰

20. 几乎所有报告注射用药情况的国家还报告了注射阿片类药物的情况(在121个国家中有118个国家)。非洲、东亚和东南亚、南美以及东欧和西欧均报告了可卡因和安非他明的注射情况。中亚也报告发现注射安非他明类药物的做法。东欧和南美报告了注射致幻剂的情况。

21. 根据联合国艾滋病毒/艾滋病联合及共同发起方案的统计,约5% - 10%的艾滋病毒感染是使用药物注射器所致。关于注射用药者染上艾滋病毒的确切程度,各个国家和各个区域都不一样。例如,在越南,注射用药者被当作艾滋病毒试验的对象,结果发现72%的注射用药者传染上艾滋病毒。⁴在乌克兰,1994年查出183起艾滋病毒案,到1996年5月至5,360起,其中70%被感染的人是注射药物滥用者。⁵

22. 减少开始注射药物的人数,可以在一定程度上控制艾滋病毒的传染。一旦艾滋病毒传染到当地注射用药者当中,就有可能极为迅速地蔓延。此外,这部分人还会变成异性传染和产期内传染艾滋病毒的来源:研究表明,在有不安全的性交行为的妇女当中,男性药物注射者的性交伙伴染上艾滋病毒的风险最大。⁶图一表明1992年到1995年期间摄取海洛因的方式的趋势。

图一. 1992 - 1995年摄取海洛因方式的变化趋势



来源: 秘书长收到的年度报告调查表。

注: 按每年提交报告的国家 and 地区数目调整。

23. 从图中可以看出，鼻吸、抽吸或嗅闻方式比注射方式略有增加。造成这种情况有若干因素。研究表明，随着更加了解注射用药造成的健康危险，如艾滋病毒或肝炎，一些注射者已改用非注射方式使用海洛因。此外，那些开始滥用海洛因的人开始时倾向不采用注射方法。因此，非注射方法的增加实际上可能反映了全世界阿片类药物滥用的不断增加。所有这些因素加在一起，可能造成了数据中所反映出来的 1995 年之前的趋势。

24. 禁毒署/世界卫生组织（卫生组织）对 13 个城市药物注射行为和艾滋病毒传染的研究：1994 年多城市药物注射和艾滋病毒研究表明，注射用药者的确根据有关艾滋病毒/艾滋病的资料以及在获得改变行为的手段的情况下而改变其行为。但是，扭转注射用药者染上艾滋病毒的形势，看来比防止一场流行病更为困难。50 个已报告发现注射用药、但未报告注射用药者当中有艾滋病毒感染的国家和地区，应当视为高风险地区，并应制定适当的战略防止艾滋病毒在药物滥用者当中蔓延。

25. 除艾滋病毒/艾滋病之外，肝炎和肺结核是注射用药者当中最主要的传染病。乙型肝炎的急性发作（其传染性比艾滋病毒约高出 10 倍），长期以来被看作是注射用药发生情况的间接指示数，最近，注射用药者当中出丙型肝炎已引起关注。丙型肝炎会造成慢性肝炎、肝硬化和肝癌。丙型肝炎病毒与艾滋病毒有许多共同之处。染上丙型肝炎的人也容易受其他感染，但至少也要过九个月才能通过实验室化验证实。筛分检查方法已研制出来，但费用昂贵，特别受影响的发展中国家实际上无法提供这种检查办法。

二. 各区域正在形成的格局和趋势

26. 在报告非法吸毒趋势的国家中，大约 60 % 都报告说这种趋势增加或大幅度增加，另外 30 % 则报告说形势稳定，而剩余的 10 % 则报告说趋势下降或大幅度下降。各种毒品的情况各有不同。总的来说，滥用安非他明、大麻和阿片类药物的现象似乎正在增加，而滥用可卡因和致幻剂的现象则基本保持稳定。

27. 除少数例外情况，报告缉获毒品的国家通常还报告有非法消费同类毒品的现象。一个例外是苯并二氮杂草和巴比土酸盐类镇静剂，许多南美国家都报告说有非法消费这类毒品的现象，但没有相应地报告缉获这类毒品。原因可能是其中有些毒品是本国制造的，但也可能是未充分执行处方法规的结果。

A. 非洲

28. 非洲各国对吸毒情况的定期监测工作特别不平衡。在提交报告的国家中，总的状况是吸毒现象普遍增加，只有可卡因和致幻剂可能例外，这方面的状况彼此差别较大。图二列出按毒品种类划分的 1992 - 1995 年非洲报告的吸毒趋势。

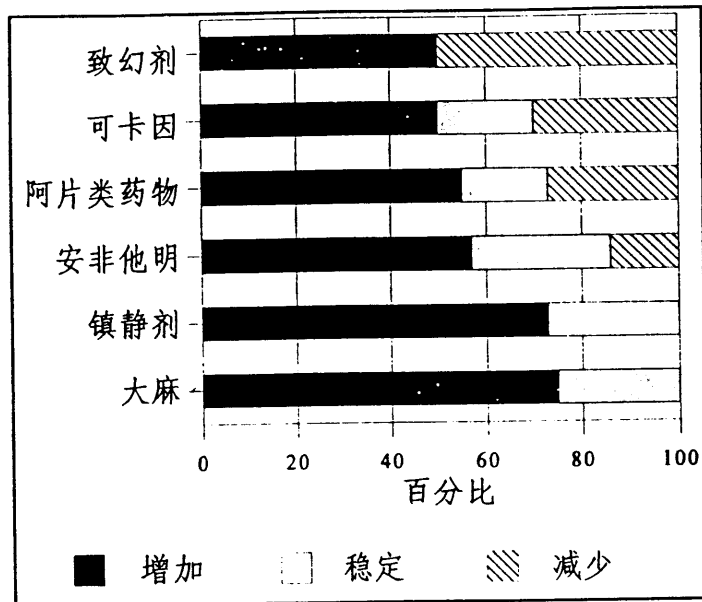
29. 在许多非洲国家，大麻是野生的，同时也有人工种植的。埃塞俄比亚、摩洛哥和南非是大麻的主要生产国，东部和南部非洲的海港常常被用于转运从亚洲贩往欧洲或北美洲的大麻树脂。大麻消费在非洲所有分区域都十分普遍。1995 年，乍得、刚果和肯尼亚报告说大麻消费大量增加。毛里求斯、摩洛哥和南非也报告说大麻消费不断增加。报告滥用流行率高的国家有加纳（12.2%）和纳米比亚（2%）。没有国家报告说滥用情况减少，但一些非洲国家报告说情况保持稳定。

30. 对医药供应系统缺乏有效管制和存在医药制品销售的非法街头市场，为精神药物的供应提供了方便。乍得和肯尼亚都报告说 1995 年镇静剂的消费量大量增加，而摩洛哥和南非则报告说有所增加。1995 年没有国家报告镇静剂滥用现象减少。南非报告了注射非法用药情况。加纳报告的苯并二氮杂草非法消费每日（1.1%）和全年度（2.9%）流行率相当高，但基本保持稳定。纳米比亚报告 1995 年甲喹酮非法消费的每日（1.3%）和全年度（1.9%）的比率也相当高，但基本保持稳定。但是，据了解在本区域一些国家，甲喹酮滥用现象十分普遍。

31. 报告安非他明非法消费现象增加的国家有乍得、刚果、科特迪瓦、尼日利亚和南非。南非报告了注射安非他明类药物的现象。乍得报告说大幅度增加，1995 年的年度非法消费量达到 0.5%。

32. 滥用致幻剂的趋势各有不同。大约有一半的国家报告减少，而另一半则报告增加。乍得报告这种滥用现象正在增加，1995 年的年度流行率估计为 0.13%。南非也报告说 1995 年致幻剂滥用现象增加。

图二. 非洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势



来源: 秘书长收到的年度报告调查表。

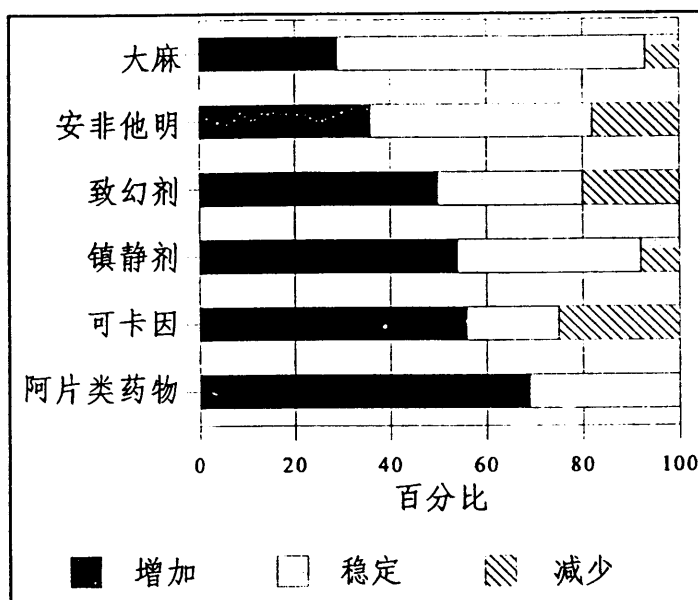
33. 海洛因和生鸦片及加工过的鸦片从西南亚、东亚和东南亚被运往非洲海港和空港, 然后接着向欧洲和北美洲转运。布基纳法索、乍得、加纳、肯尼亚、毛里求斯、摩洛哥、纳米比亚、尼日利亚和南非报告阿片类药物的非法消费现象增加。非洲报告的非法使用的阿片类药物包括海洛因、阿片、吗啡和合成麻醉止痛剂。乍得、埃塞俄比亚、毛里求斯、摩洛哥和南非报告了海洛因注射现象, 其中乍得 (0.2%) 和毛里求斯 (0.3%) 报告的年度流行率与西欧报告的相等。摩洛哥和尼日利亚报告了注射用药者当中艾滋病毒的感染现象。

34. 虽然近年来可卡因贩运不断扩散, 从南美洲途经东部、南部和西部非洲运往欧洲, 但这方面的消费趋势并不统一。半数国家报告可卡因滥用减少或保持稳定, 但也有同样数量的国家报告增加。报告可卡因和快克非法消费现象增加的有刚果、加纳、摩洛哥、纳米比亚、尼日利亚和南非, 而乍得则报告可卡因消费现象大量减少。南非报告了可卡因注射现象。

B. 美洲

35. 在美洲, 最突出的特点是阿片类药物滥用现象增加, 同时大麻的滥用情况基本稳定。图三列出按药物种类划分的 1992 - 1995 年美洲报告的滥用趋势。

图三. 美洲: 1992 - 1995 年药物滥用趋势



来源: 秘书长收到的年度报告调查表。

36. 1988年首次发现大规模鸦片生产。拉丁美洲占全球鸦片产量2%以上。报告阿片类药物滥用现象增加的有阿根廷、玻利维亚、哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、墨西哥和美国。报告阿片类药物滥用现象全年度流行率高的国家是美国(1.8%)、巴西和玻利维亚(接近1%)。除美国之外,阿根廷和哥伦比亚也报告有海洛因注射现象。

37. 关于大麻, 1995年的全年度流行率从15%(巴西)到0.008%(乌拉圭)不等。1995年, 诸如美国(流行率7.1%)等流行率高的国家报告大幅度增加。洪都拉斯(流行率2.1%)也报告1995年大麻消费增加。除格林纳达外, 其他国家都未报告大麻消费有任何减少。

38. 可卡因滥用现象在哥斯达黎加、厄瓜多尔、洪都拉斯、巴拉圭和美国继续增加, 但据报告在加拿大、多米尼加共和国和巴拿马基本稳定, 而在巴哈马、伯利兹、哥伦比亚和格林纳达则甚至逐渐减少。阿根廷报告了可卡因注射现象。

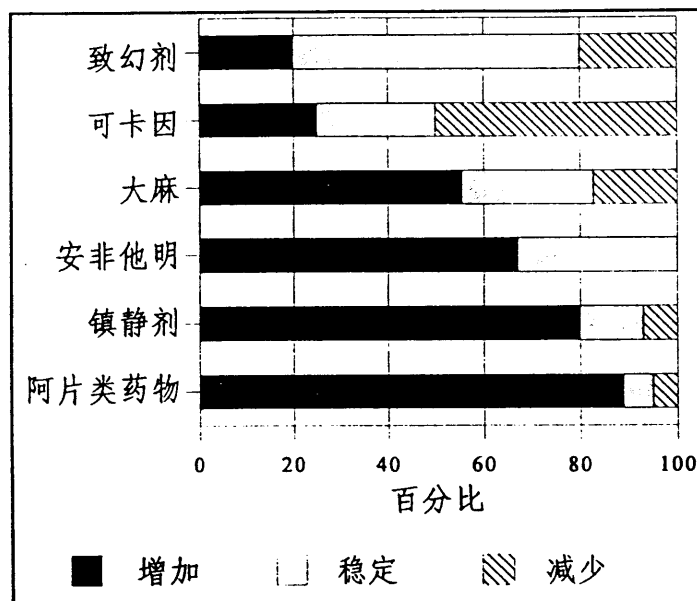
39. 洪都拉斯和巴拿马报告1995年镇静剂消费情况稳定, 而阿根廷和美国则报告消费量增加。

40. 阿根廷、洪都拉斯和巴拿马报告安非他明类兴奋剂消费稳定, 而哥伦比亚、巴拉圭和美国则报告消费量增加。

C. 亚洲

41. 亚洲的整个趋势是除可卡因和致幻剂之外所有其他药物的滥用现象普遍增加。阿片类药物和镇静剂的滥用现象增加特别明显，不过后者的流行率数字较低。含有麻醉药品或精神药物的医药制剂在整个亚洲仍然是无需医生处方即可普遍得到。图四列出按药物种类划分的 1992 - 1995 年亚洲报告的滥用趋势。

图四. 亚洲： 1992 - 1995 年药物滥用趋势



来源：秘书长收到的年度报告调查表。

42. 大麻和罂粟非法种植、鸦片生产、海洛因制造和大规模的阿片类药物非法贩运是亚洲的主要毒品问题。亚洲仍然是非法鸦片的主要供应地区，约占全球产量的 95 %。虽然吸食鸦片和海洛因仍然是主要滥用方法，但独立国家联合体（独联体）成员国报告的注射罂粟草提液现象增加。印度、印度尼西亚、马来西亚、菲律宾、斯里兰卡和乌兹别克斯坦在其年度报告调查表中报告了海洛因注射现象。报告注射用药的国家有一半还报告了注射用药者当中艾滋病毒的感染现象（见图三，第 10 页）。

43. 非法使用镇静剂，主要是巴比土酸盐和苯并二氮杂草，似乎正在增加，这种长期存在的现象可以说与缺乏处方管制有关。这种状况还表现为滥用含有可待因的咳嗽糖浆现象继续存在。

44. 据报告，滥用可卡因现象基本稳定。只有印度尼西亚、新加坡和菲律宾

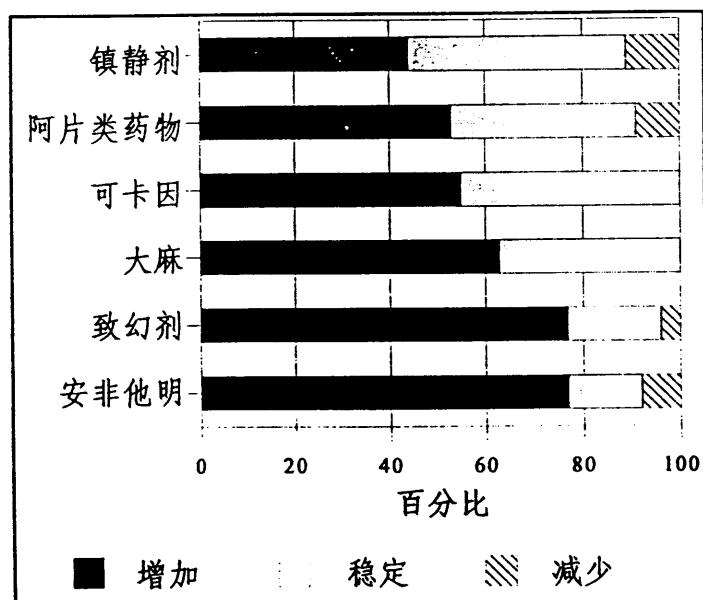
例外，印度尼西亚和新加坡报告可卡因滥用现象增加，而菲律宾则报告大量减少。

45. 安非他明滥用现象在香港、印度、印度尼西亚、日本、菲律宾、大韩民国和泰国继续增加。在远东，最经常滥用的兴奋剂是甲安非他明。在菲律宾，据报告甲安非他明（shabu）已取代大麻成为最广泛滥用的物质。

D. 欧洲

46. 中欧和东欧、独联体成员国和波罗的海国家的迅速转型，促成本区域药物滥用现象增加。欧洲的主要趋势是安非他明（包括亚甲二氧基甲基安非他明）和致幻剂的滥用现象增加，其次是大麻、可卡因和阿片类药物。图五列出按药物种类划分的 1992 - 1995 年欧洲报告的吸毒趋势。

图五. 欧洲： 1992 - 1995 年药物滥用趋势



来源：秘书长收到的年度报告调查表。

47. 在西欧，安非他明的滥用现象继续存在。据报告，增长率最快的是亚甲二氧基甲基安非他明。受害最严重的是大不列颠及北爱尔兰联合王国和丹麦（全年度流行率 0.6 %），其次是荷比卢国家、瑞典（0.2 %）和德国（0.1 %）。比利时、德国、冰岛、列支敦士登、立陶宛和摩纳哥报告安非他明滥用现象大量增加。另一种合成强效药物——氧化纳（ γ -羟基丁酸盐（GHB），也称作“X 液体”或“幻想剂”），正开始在欧洲出现。1995

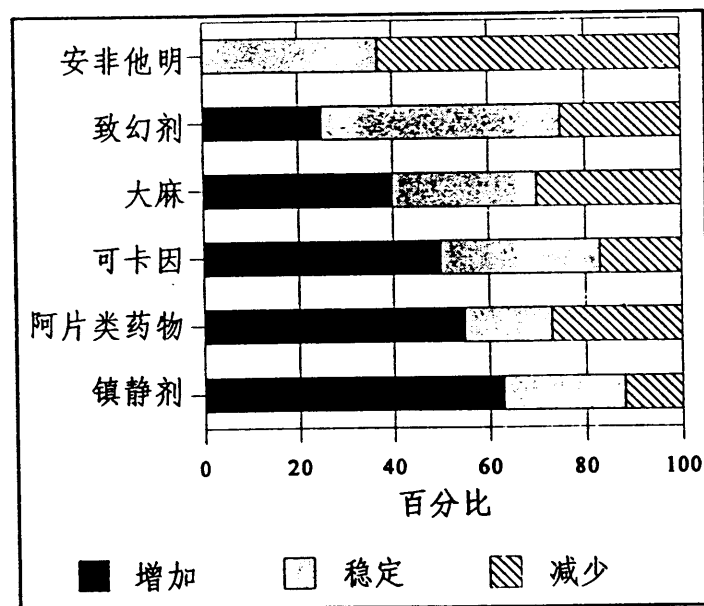
用现象大量增加的国家有白俄罗斯、比利时、立陶宛和摩尔多瓦共和国。

48. 在年度报告调查表中报告海洛因注射现象的有白俄罗斯、比利时、捷克共和国、丹麦、法国、意大利、列支敦士登、卢森堡、挪威、葡萄牙和瑞士。报告可卡因注射现象的有捷克共和国、法国、列支敦士登、卢森堡和瑞士。报告安非他明类药物注射现象的有白俄罗斯、比利时、捷克共和国、法国、立陶宛、卢森堡、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、瑞典和瑞士。

E. 近东和中东

49. 这一区域报告的药物滥用情况非常粗略。阿片类药物和非阿片类药物镇静剂似乎是本区域滥用的两大类药物，其次是大麻和可卡因。据报告，阿片类药物和镇静剂都在继续增加，可卡因和大麻消费趋势各不相同。图六列出按药物种类划分的 1992 - 1995 年近东和中东报告的滥用趋势。

图六. 近东和中东：1992 - 1995 年
药物滥用趋势



来源：秘书长收到的年度报告调查表。

50. 报告海洛因滥用现象的有伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、以色列、约旦、阿曼、阿拉伯叙利亚共和国和阿拉伯联合酋长国。估计的全年度流行率是伊朗伊斯兰共和国 0.5%，约旦 0.2%。以色列、约旦、卡塔尔、土耳其和阿

拉伯联合酋长国报告了注射用药现象。

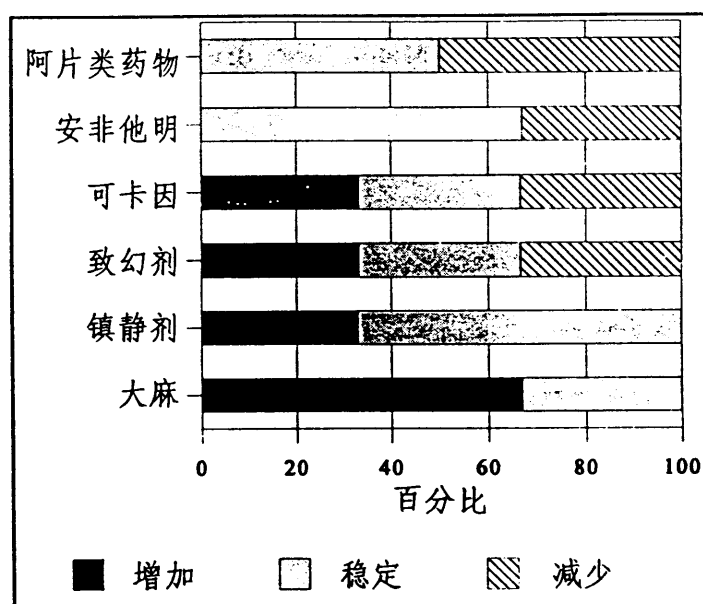
51. 报告可卡因滥用现象增加的有以色列、阿拉伯叙利亚共和国和土耳其。没有国家报告安非他明非法消费增加。

F. 大洋洲

52. 本分区域最经常报告的滥用药物是大麻。没有报告消费减少。非阿片类药物镇静剂的情况也是如此。图七列出按药物种类划分的 1992 - 1995 年大洋洲报告的滥用趋势。

53. 密克罗尼西亚联邦、巴布亚新几内亚、斐济和新西兰报告大麻消费不断增加。估计年度吸毒流行率是澳大利亚 10.3%，密克罗尼西亚联邦 11.4%，巴布亚新几内亚 23.5%。澳大利亚和新西兰都报告说可卡因消费稳定，而巴布亚新几内亚则报告 1992 - 1995 年消费逐年增加。

图七. 大洋洲： 1992 - 1995 年药物滥用趋势



来源：秘书长收到的年度报告调查表。

54. 在澳大利亚，安非他明仍然是排在大麻之后的最常滥用的非法毒品。据报告，参加“喧闹夜总会”的人当中普遍使用迷魂药。

55. 澳大利亚是本区域报告滥用阿片类药物现象的唯一国家。但是，大洋洲作为亚洲生产国与美洲市场之间贩毒转运点的地理位置造成了防不胜防的局面。

三. 青少年与药物滥用

56. 《儿童权利公约》（大会第 44/25 号决议，附件）对儿童的定义是年龄在 18 岁以下者。这一定义承认正在成长中的青少年在生理和心理上容易受到不良影响。儿童和青少年需要受到保护，避免受到可损害其健康和成长的条件影响，如童工和可产生依赖性的物质。《公约》第 33 条规定：

“缔约国应采取一切适当措施，包括立法、行政、社会和教育措施，保护儿童不致非法使用有关国际条约中界定的麻醉药品和精神药物，并防止利用儿童从事非法生产和贩运此类药物。”

57. 青少年滥用药物的现象似乎在世界上大多数地方都在增加。许多欧洲国家都报告说大麻的滥用现象增加。例如，美国报告说 1992 - 1995 年期间 11 年级和 12 年级学生中间用大麻的现象呈上升趋势，在同一时期里，8 年级学生中间的流行率翻了一倍。⁷ 虽然难以获得实际数字，但非洲和大洋洲国家政府报告说，除传统上年纪较大者滥用大麻之外，青少年滥用这种毒品的现象也日益增加。

58. 阿片类药物滥用现象正在世界上几乎所有区域增加，特别是在欧洲和北美洲。例如，斯洛伐克报告 1990 年以来海洛因滥用现象迅速增加，特别是在青少年当中。⁵ 中亚的一些国家报告说阿片类药物滥用现象正在增加，尤其是在青少年当中，在那些国家里，注射罂粟草提液是普遍流行的滥用形式。在美国，8 年级学生当中海洛因滥用流行率从 1992 年的 0.7 % 上升到 1995 年的 1.4 %。⁷

59. 有一大批安非他明类兴奋剂“娱乐”使用者，而且其人数正在不断增加，这种现象的流行率在男女当中基本相同。在泰国，安非他明滥用人数量估计为 260,000 人，青少年当中滥用安非他明的现象不断增加正在引起国家当局的关切。⁵

60. 从全球来看，药物的供应更多了，同时品种也进一步增加。药物滥用行为的特征在全世界正变得日趋统一。通过电台、音乐会、电视、录像、青年杂志和信息技术等媒介，世界上很大一部分青年人口正受到更加容忍吸毒现象的文化熏染。再也不能说吸毒现象只发生在少数青少年中间或主要是在西方工业化世界了。

61. 另外，有迹象表明，初次吸毒的年龄大都比过去提前。除可卡因和镇静剂的情况外，要求接受吸毒问题治疗的人越来越年轻。这一趋势在要求接受阿片类药物吸毒问题治疗的人当中特别明显：1995 年期间，接受治疗的 15

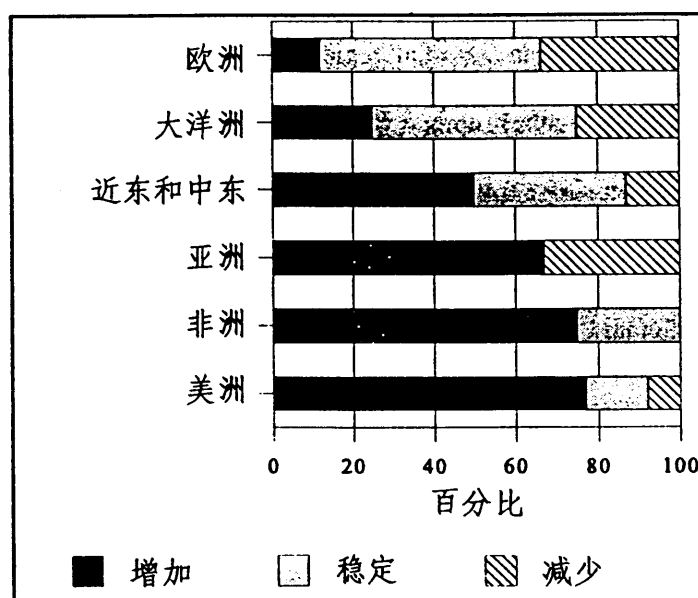
- 19岁年龄组青少年人数超过1992 - 1994年这三年的总和。在美国，1995年要求接受治疗的迷魂剂滥用者当中近三分之二的人年龄在20岁以下。⁵

62. 在西欧、北美和东欧及东亚和东南亚的一些国家，甲安非他明、迷魂药和其他安非他明类兴奋剂等药品日益流行，令人感到特别关切。在有些国家，这些药品与“喧闹夜总会”或跳舞场面密切相关，这种场面对青少年具有特别吸引力。虽然这些药品可以造成伤害，包括滥用迷魂药造成的一些死亡案件，但一种令人矛盾的现象是，这些药物的形象比植物类兴奋剂良好。

63. 据说，安非他明类兴奋剂日益流行是有某些特别因素的，如社会上的竞争加剧，更加需要前所未有的高度兴奋刺激；家庭联系减少；传统信仰体系衰落。失业率的不断增加使青年人与老一辈进一步疏远。显然，预防战略需要考虑到这些因素，青年人本身需要在制定和实施预防措施方面发挥中心作用，以便确保这些措施有的放矢，收到预期效果。

64. 挥发性溶剂（鼻吸剂）不受国际管制措施的管制，但可诱使人们滥用麻醉药品和精神药物的一种途径，尤其是在处境特别困难的少年儿童当中，如街头儿童。例如在联合王国，溶剂的滥用主要限于12 - 17岁的青少年，十四五岁者人数最多。据估计，全球青少年中间挥发性物质滥用现象终身流行率为4 - 24%。图八列出按区域划分的1992 - 1995年报告的挥发性溶剂（鼻吸剂）滥用趋势。

图八. 挥发性溶剂（吸嗅药）：1992 - 1995年
各区域滥用趋势



来源：秘书长收到的年度报告调查表。

四. 对药物滥用的反应

A. 总的反应: 战略

65. 大会在其 1987 年 12 月 7 日第 42/112 号决议中敦促各国政府在制定打击麻醉品滥用和非法贩运的方案时适当考虑到《管制麻醉品滥用今后活动的综合性多学科纲要》⁸。在 1990 年 2 月 23 日大会 S - 17/2 号决议通过的并作为该决议附件的《全球行动纲领》第 15 段中, 大会请秘书处每年 12 月 31 日之前向各国政府发出一份简单扼要的调查表, 要求提供与为实现《综合性多学科纲要》第一章规定的七个目标而采取的行动有关的详细情况, 包括数据收集和预防活动。自 1992 年采用的经修订的年度报告调查表第二部分包括上述问题以及有关麻醉药品委员会列入《综合性多学科纲要》的七个治疗目标方面的问题。

66. 本章介绍了各国政府通过年度报告调查表报告的对《综合性多学科纲要》各项建议的反应。各国政府没有提供很多具体情况。其中原因之一可能是实施减少需求活动的责任往往下放到地方一级, 而且民间组织也开展这类活动。但通过对这些反应的审查可以看出不同的国家在预防、治疗和康复方面的某些趋势。

67. 《综合性多学科纲要》坚定地强调对非法需求、供应和贩运必须采取综合治理的方式。这意味着国家政府机构的许多部门、高等院校、研究部门及其他学术部门乃至私营部门组织都要参与进来。

68. 通过年度报告调查表所提供的信息表明, 许多国家都设有药物滥用和管制事项协调机构。但是, 拥有明确的兼顾药物供应和需求两个方面的国家禁毒战略的国家却不多。据许多国家报告, 即使有国家药物管制协调机构, 但由于预算及人力资源紧张, 使他们的任务面临挑战。

B. 数据收集

69. 《综合性多学科纲要》的目标 1 和 2 涉及评估药物滥用的程度以及组织全面收集和评估数据的系统。《纲要》建议那些尚未建立药物滥用程度评估系统的国家可分阶段开发这类系统, 设立数据收集和分析人员培训方案。《纲要》还建议, 各国利用警方记录、死亡登记、医院急诊室、戒毒中心、监狱、

精神病院、心理诊所、社会保障和福利组织等系统地收集有关药物滥用人数的数据。

70. 在答复年度报告调查表的90个国家中，29个国家报告说建立了某种形式的药物滥用数据登录或某种形式的中央或国家药物滥用数据收集系统。其中西欧和中欧国家14个，亚洲国家7个，美洲国家5个。两个近东和中东国家以及一个非洲国家报告说有这类药物滥用数据系统。

71. 那些设有国家药物滥用数据收集系统的国家在资源和能力方面存在很大差异。有些国家有一支骨干队伍，而且拥有计算机设施；而另外一些国家则资金短缺，无法进行人员培训，使他们掌握维持这样一个基本系统的基本技能。大多数国家报告说，有必要加强提供数据的各个不同部门之间的协调。有证据表明，负责收集药物滥用数据的不同机构之间和掌握数据的各个不同部分的不同机构之间缺乏交流。结果导致现有国家系统所包括的数据残缺不全。

72. 有些国家没有全国性药物滥用数据收集系统，其中原因多种多样。一些国家报告说，它们不存在药物滥用问题，因此没有药物滥用数据收集系统。另一些国家认为有必要，但是缺乏建立这类系统所需要的资源。

73. 国家药物滥用数据收集系统是经常性收集药物滥用数据的方法之一。29个国家报告说，进行定期或一次性研究来补充空缺的数据，或弥补常规性数据收集系统的不足之处。据报告，曾进行过调查的一共有13个欧洲国家、8个美洲国家、4个近东和中东国家、3个非洲国家和1个亚洲国家。

74. 关于药物滥用的定性或说明性研究是仅次于上述研究的一种最常见的研究类型，这类研究试图说明人或状况，而不是将注意力放在数字或统计上。一共有20个国家报告说进行了这类药物滥用研究，其中欧洲国家9个、美洲国家6个、非洲国家4个和亚洲国家1个。17个国家报告说进行了有关一般人或目标群体态度的调查，其中欧洲国家9个、美洲国家4个、非洲国家3个以及近东和中东国家1个。

75. 4个国家报告说进行了关于药物滥用对社会和个人造成的经济代价的研究，欧洲国家2个，美洲国家1个和亚洲国家1个。

C. 预防对策

76. 《综合性多学科纲要》的目标3至7涉及预防问题。《纲要》特别建议

为各级学校制定药物滥用预防课程和教材，建议强调健康的、不沾染毒品的生活方式的好处。认为对教师的教育和调动教师的积极性是至关重要的。《纲要》还建议地方政府当局促进诸如不沾染毒品文化和体育活动之类的业余活动。民间团体，特别是与青年直接有关的团体，应当宣传药物滥用的危害性，执法机构应尽可能参与宣传活动。《纲要》还进一步建议，请志愿组织提供预防性教育、咨询、指导、治疗和康复。

77. 关于工作场所预防毒品问题，《综合性多学科纲要》建议开办监督人员、方案制定人员及其他人员的培训讲习班，在工作场所宣传药物滥用的危害性。雇主和工人组织应当制定联合行动方案，阻止药物滥用。

78. 另外，《纲要》还建议举办传播媒介人员讲习班和情况介绍会，增加他们对药物滥用问题的了解，以行为准则的方式提供报导涉及药物滥用问题时应遵守的指导方针。

79. 从年度报告调查表所提供的数据来看，学校，特别是中学的活动似乎是全世界最普遍的预防形式。据报告，所采取的各种方法都以那些会导致吸毒的因素或可保护年轻人不沾染毒品的因素为重点。各国在报告中所举的预防性活动的例子包括研讨会、讲习班、展览、散发印刷品、音像-影像宣传；作文比赛和角色榜样方案。据报告，以开展业余活动作为预防手段的极少，但是一些国家报告说，开展体育和音乐活动作为替代性业余活动。

80. 尽管人们承认街头儿童和辍学的中小學生滥用毒品的危险性最大，但据报告只开展了极少数以这些群体为对象的活动，例如提供住宿和开办娱乐活动中心。凡有街头儿童方案的地方，都提供了替代性活动和咨询。关于辍学中小學生，提到非正规教育方案，也提到假期康复和咨询。

81. 到目前为止，家长-教师协会以及已戒毒者自助团体是社区一级预防药物滥用的最活跃的民间团体。有时，执法机构与民间组织合作开展这类活动。有几个国家报告说，实施了报告会及研讨会形式的方案，使家长敏感地意识到药物滥用问题。其他主题包括有效的家庭教育和预防方法。民间团体也开展了针对青少年的预防性活动，例如青少年领导人员培训、预防性教育、社区活动和同龄人咨询。

82. 与小企业相比，雇员 500 人以上的大企业有工作场所预防性方案的可能性更大，但各国政府在报告中很少提及这类方案，尽管据了解，某些国家制定了工作场所预防性方案。一些国家查明以下类别的工人具有药物滥用的高度危险性：出租车司机、长途汽车司机、建筑工人、包括餐馆和饭店的工人

在内的旅游业工人、酒吧、夜总会和迪斯科舞厅的工作人员、外籍和移民工人、矿工、商人、家庭妇女、难民、性工作者、工厂工人、鱼贩和码头工人。

83. 关于传播媒介作用，据报告，在非洲、美洲、亚洲、西欧和近东及中东国家，政府各部、医务人员——有时还包括执法机构——以正式的或非正式方式与媒介合作，提供信息，接受电视台或电台采访。在南亚、北美以及近东和中东地区，还有少数私人公司和非政府组织与媒介合作开展预防药物滥用宣传。

D. 治疗、康复和重返社会对策

84. 《综合性多学科纲要》指出，治疗政策应当包括咨询、指导、鼓励、医学意义上的治疗、康复和重返社会，最理想的是使药物上瘾者最终重新过上不染毒品的生活。重点特别放在多学科方面。

85. 目标 29 至 33 和 35 涉及治疗和康复问题，目标 34 涉及刑事司法和监狱系统药物上瘾罪犯的治疗问题。《纲要》建议国家有关当局尽可能考虑建立一个全国性协调机构，负责协调和指导综合性全国药物上瘾治疗方案的制定和维持。一旦通过一项治疗政策，应当列出一份现有治疗设施清单，以便进行监测。《纲要》还建议对不同的治疗方法的有效性进行评估。治疗方案应当“个性化”，针对药物上瘾者的问题所在，尽可能使其家庭也参与到方案中来。应为特定的专业人员群体、志愿者和社区负责人提供培训。应当建立“过渡性”机构，对已戒毒者进行培训，使他们过上正常的生活。青年运动、体育俱乐部和宗教组织应当为康复和重返社会作出贡献。公共卫生部门应当收集有关吸毒者所患各种不同传染性疾病、传播方式及制止传染的各种手段的数据。应当请专家研究采取不会助长药物滥用的可能的预防性措施。

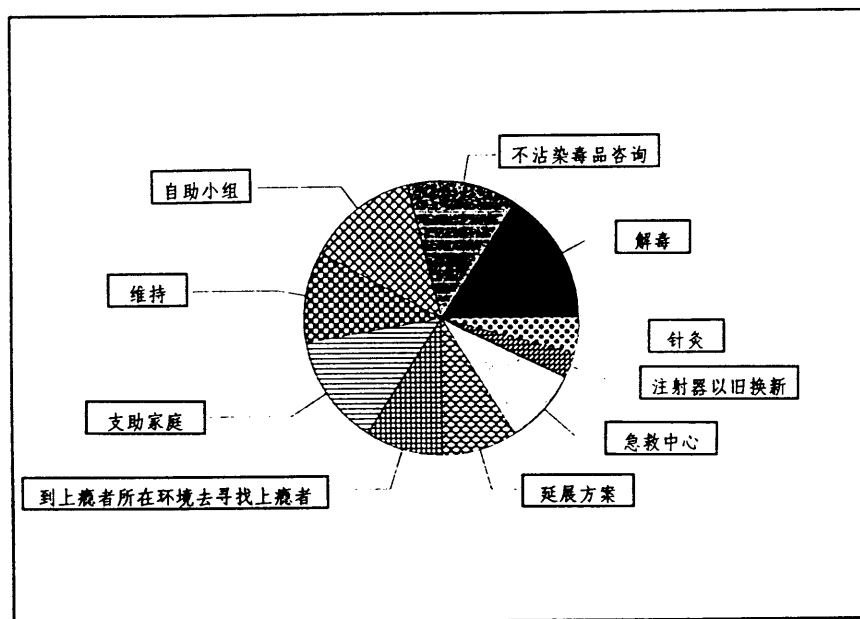
86. 对年度报告调查表作出答复的大部分国家称没有明确的治疗政策。药物滥用的治疗是在心理医院、普通医院和寄宿治疗中心进行的。有些国家提供流动式精神保健服务，还有日照料中心、24 小时急救中心及重返社会训练所。除了用药物进行的解毒治疗以外，有些国家还使用传统的药物。东欧和西欧、亚洲、美洲的某些国家以及近东和中东的私人医院和一个非洲国家提供针灸治疗。图九表明各国政府在年度报告调查表中所报告的各类治疗方案的分布情况。

87. 尽管某些国家有治疗中心，但是发展趋势——特别是在南欧——是缩短

住宿治疗时间、更加专业化、个性化的疗法以及更加强调帮助人们作好准备，在治疗后能够独立生活。

88. 在回答 1995 年年度报告调查表的 90 个国家中，以下 20 个国家报告制定了替代或维持方案：比利时、加拿大、哥伦比亚、捷克共和国、丹麦、多米尼加、法国、希腊、洪都拉斯、印度、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、爱尔兰、以色列、意大利、约旦、立陶宛、卢森堡、毛里求斯、挪威、巴拿马、巴拉圭、葡萄牙、莫尔多瓦共和国、新加坡、瑞士、联合王国和美国。

图九. 现有治疗方案种类



资料来源：秘书长收到的年度报告调查表。

89. 禁毒署最近的一项调查查明制定了某种维持方案的还有以下 21 个国家和地区：澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、克罗地亚、波兰、德国、危地马拉、香港、冰岛、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、安曼、斯洛文尼亚、西班牙和瑞典。到目前为止美沙酮是最常开的维持药物。其他用于维持的药物有丁丙诺非、可待因、双氢可待因、海洛因、1 - 阿醋美沙朵、吗啡和陪替丁。

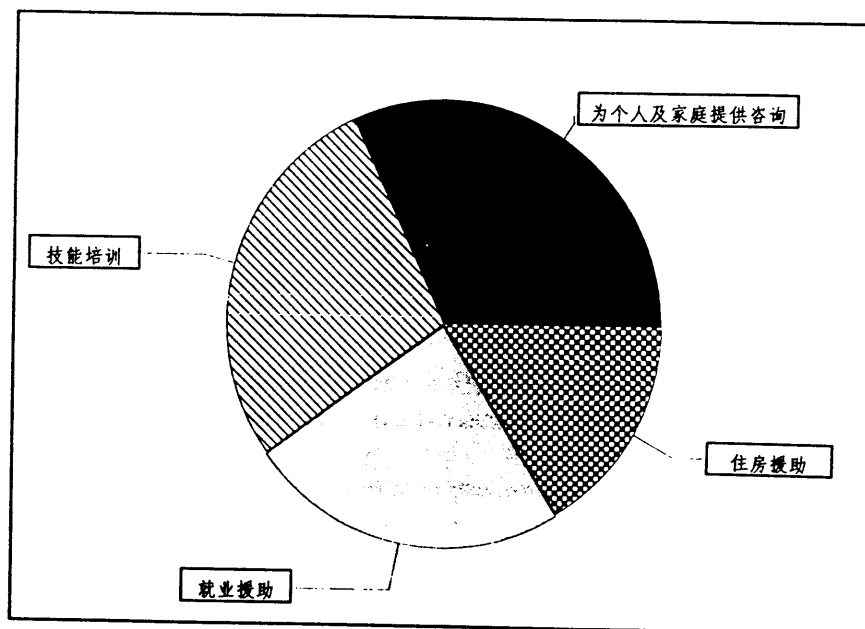
90. 在通过提供洁净的注射器减少传染病的传播方面，各国采取了不同的政策。一共有 11 个国家在调查表中报告说，他们实行了注射器和针头以旧换新方案，其中欧洲国家 7 个，美洲国家 2 个，亚洲国家 2 个。

91. 总的来说，根据所收到的资料，重返社会问题似乎是减少需求中谈的最

少的一方面。在报告设有重返社会方案的国家中，干预行动可按照这些服务的普及性分为以下四类：(a)为接受治疗的药物依赖者及其家庭提供咨询；(b)培训；(c)协助寻找工作；(d)协助得到住房。图十表明各国政府报告的现有重返社会方案类型的分布情况。

92. 根据经《1972年议定书》¹⁰修订的1961年《麻醉品单一公约》⁹（第36条第1(b)款和第38条第1款）以及1971年《精神药物公约》¹¹（第20条第1款第22条第1(b)款）的规定，缔约国应考虑为药物滥用者提供治疗、教育、疗后护理、康复和重返社会的机会，或以此代替定罪或处罚，或作为处罚的补充。

图十. 现有重返社会方案种类



资料来源：秘书长收到的年度报告调查表。

93. 针对有涉毒问题的囚犯的减少需求方案和治疗支助尚不多见。另外，对刑事司法、教养院及执法人员如何进行有效地与药物依赖者打交道的培训也不普遍。针对这类人员的明确的政策、程序或指导方针则更少见。

五. 药物滥用数据收集面临的挑战

94. 国际药物滥用评估系统的历史可以追溯到八十年代。当时认为这样可以更好地利用会员国根据义务向联合国提交的资料。另外，还有必要提高资料

的质量。在 1987 年 6 月 17 日至 26 日于维也纳召开的麻醉品滥用和非法贩运问题国际会议讨论了这个问题，会议认为应当制定对药物滥用的流行程度和趋势进行比较性评估的方法，并建立有关的系统。

95. 《全球行动纲领》（大会 S/17-2 号决议，附件）第 13 段也提到这个问题，该段指出，各国应建立和促进全国性评估药物滥用的程度并收集有关药物滥用趋势的数据系统。大会要求前麻醉药品司建立一个关于国际一级药物滥用性质和程度的数据库。

96. 建立国际药物滥用评估系统是为了收集和分析现有的数据。因此，该系统靠的是各国政府通过年度报告调查表提供的资料或通过各国政府提供的有关本国进行的调查和研究结果的补充性报告的资料。目前调查表的第二部分是一个国际专家小组专门为该系统设计的，经 1991 年 5 月召开的麻醉药品委员会第三十四届会议核准。其答复率令人失望：1992 年至 1995 年期间，答复率从未超过 50%，对各项问题的答复率也不相同。

97. 答复率低可能有几方面的原因。各国在收集药物滥用资料方面的能力不同。许多国家根本就没有国家药物滥用数据收集系统，有些国家可能有统计系统或登记制度，可以确定某些间接的指标，但是缺乏充分的协调，无法统一系统地提供药物滥用情况的全貌。

98. 但是，调查表本身显然复杂，难于填写。麻醉药品委员会认识到这点，在 1994 年 7 月 20 日的第 1994/3 号决议中要求审查并合并所有的年度报告调查表，利用现代通信和表述技术，对格式进行必要的改动，实现最佳程度的可接受性，便于使用。禁毒署目前正在对调查表进行审查，成立了一个工作组，负责：

(a) 评估拟通过调查表满足的信息要求；

(b) 审查调查表是否适于满足上述要求；

(c) 审查调查表的格式以及目前的分段和分节方法；

(d) 审查所提出的每个问题以及所使用的药物管制术语是否贴切、清楚；

(e) 为改进系统和争取收到更多的答复和质量更高的数据提出必要的建议。

99. 简化年度报告调查表势在必行，但要扩大国际药物滥用评估系统的覆盖范围和质量，仅仅采取这一步骤是不够的。只有少数几个国家拥有能够查明并有效地处理药物滥用问题的监测系统。为了改善这种状况，禁毒署协助各

国进行快速评估研究，作为制定方案的基础。自从 1992 年以来，在以下国家进行了这类研究：孟加拉、玻利维亚、喀麦隆、智利、捷克共和国、厄瓜多尔、埃塞俄比亚、肯尼亚、缅甸、尼泊尔和越南。事实证明，快速评估方法对制定方案极有帮助，提供了全面了解特定时期药物滥用问题及解决这一问题的实际和潜在资源的手段。但这种方法并不能代替对一个国家药物滥用状况的系统监测。

100. 《综合性多学科纲要》目标 1 和 2 建议那些尚未建立评估药物滥用程度系统的国家建立这样的系统。不断进行研究或调查有其价值，但对监测药物滥用的趋势和格局来说，往往代价昂贵。利用根据卫生、社会福利或执法部门常规统计数字确立的间接指标也可以对上述趋势进行监测。

101. 一方面，该领域的能力建设和其他领域一样必须适应具体情况，应当根据各国机构和立法方面的要求来进行能力建设。另一方面，在制定国家监测系统时，应适当考虑到本国不同系统之间以及不同国家的系统之间兼容性问题。

102. 世界上大部分地区都有区域及国家流行病学家和流行病工作组网络——例如亚洲流行病工作组——讨论一些共同关心的问题、举办培训、有时还拟定用于共同报告的文书。其中有些网络通过国际药物滥用流行病学网络连在一起。

103. 《综合性多学科纲要》建议区域组织对各自区域的药物滥用格局进行比较研究，设立流行病学调查人员培训方案。这样作的国家日益增多。在欧洲一级，欧洲理事会蓬皮杜小组于 1981 年决定建立一个流行病学专家工作组，因为有必要获得不论是在欧洲各国国内还是各国之间均具有可比性的有效数据，以便确定政策。蓬皮杜小组制定了新的研究手段并改进了现有的研究手段。该小组还建立了一个多城市监测网络，为城市一级收集、校对和评估药物滥用数据提供了一个共同的方法基础。禁毒署与蓬皮杜小组合作将网络扩大到东欧城市，实行快速评估方法的参与性数据制作技术。

104. 在里斯本成立了欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心，为欧洲联盟和欧洲委员会成员国提供欧洲一级的有关麻醉品、麻醉品成瘾及其后果的客观、可靠及具有可比性的信息。为了提高数据的可比性和质量，该中心建议确立主要指标和核心数据。这项工作首先将对欧洲使用的各种有关定义和关键术语的可比性进行深入审查。禁毒署与该中心达成协议，加强相互协调，以便提高数据收集的成本效益，提高这两个机构所收集的数据的可比性。

105. 在美洲,美洲国家组织的美洲药物滥用管制委员会最近开发了一个统一的统计系统和软件,从全区域诸如治疗中心和急诊室之类的不同来源收集信息。另外,还建立了中美洲药物滥用流行病监测系统。拉丁美洲的一些国家目前正在实施这个系统的某些构成部分。

106. 应将国际药物滥用评估系统看作是一个综合性系统,国家、区域和国际各级的投入都具有同样的重要性。如果该系统的某个环节薄弱,将影响到整个系统。为了使其更好地运作,必须在所有三级都采取行动。

六. 请麻醉药品委员会考虑的问题

107. 本报告查明了与国际药物滥用评估系统这个用于编纂、分析和报告现有数据及各国政府提供的资料的系统的运作有关的问题。年度报告调查表的答复率令人失望。对某些问题所掌握的资料之间存在差距,例如每天都滥用药物的药物滥用人数估计、治疗数据和注册死亡人数。除政府提供的数据以外,还有大量流行病数据。但数据的科学质量有高有低,而且常常不知道数据的质量如何。

108. 除了流行病数据以外,年度报告调查表还收集有关根据《综合性多学科纲要》建议开展的减少需求活动的资料。尽管一般来说情况不会经常变化,但仍然要求会员国每年都回答有关收集、预防、治疗和康复数据方面的问题。

109. 因此,请麻醉药品委员会就以下事项发表看法:

- (a) 利用替代性信息资源补充年度报告调查表信息;
- (b) 提交《综合性多学科纲要》目标实施情况报告的周期。

注

¹ 《统计数字每月公报》,第50卷,第7号(1996年7月)。

² A. R. Moss 与其他人合著,“旧金山静脉药物滥用者艾滋病病毒血清转化,1985-1990年”,《艾滋病1994年》,第8卷,第223-231页。

³ 《艾滋病1994年》,第8卷,第1745-1756页,《欧洲的艾滋病病毒/艾滋病监测》,1996/2。

⁴ “越南非法药物生产、贩运和滥用指示性统计数字”,联合国国际药物

管制规划署，1996年10月。

⁵ 《国际麻醉品管制局1996年报告》（联合国出版物，出售品编号E.97.XI.3），第216段和第333段。

⁶ “妇女与药物滥用”（E/CN.6/1994/BP.1，1994年2月），第10页。

⁷ 美利坚合众国，卫生与公众服务部，公众健康处，国家卫生研究所，《根据监测今后研究得出的有关药物使用情况的全国调查结果，1975 - 1995年》，第1卷，“中等学校学生”（NIH出版物96 - 4139），华盛顿哥伦比亚特区，1996，第112页。

⁸ 见《药物滥用和非法贩运问题国际会议的报告，1987年6月17日至26日，维也纳》（联合国出版物，出售品编号：E.87.I.18），第一章，A节。

⁹ 联合国，《条约集》，第520卷，第7515号。

¹⁰ 同上，第976卷，第14152号。

¹¹ 同上，第1019卷，第14956号。