联合国 E/CN.7/2004/2

经济及社会理事会

Distr.: General
15 January 2004

Chinese
Original: English

麻醉药品委员会
第四十七届会议
2004 年 3 月 15 日至 22 日，维也纳
临时议程*项目 5(c)
减少毒品需求：药物滥用的世界形势

药物滥用的世界形势

秘书处的报告

目 录

	段次	页次
一、导言	1-5	2
二、1998 至 2002 年期间有关药物滥用和趋势的世界形势概况	6-75	3
A．大麻	7-29	3
B．阿片	30-43	9
C．可卡因	44-66	14
D．安非他明类兴奋剂	67-75	19
三、进展情况衡量	76-90	24
A．两年期报告调查表：减少需求活动和方案的进展情况	79-80	24
B．年度报告调查表：药物滥用形势方面的进展情况	81-90	24
附件		
一、大麻滥用：2002 年趋势与报告情况		29
二、阿片滥用：2002 年趋势与报告情况		31

* E/CN.7/2004/1。

V.04-50226

一、导言

1．麻醉药品委员会在其题为“促进交流有关药物使用新特点和所用精神活性物质的信息的措施”的第 46/7 号决议中，要求执行主任向麻委会第四十七届会议报告该决议的执行情况。经济及社会理事会在 2003 年 7 月 22 日第 2003/41 号决议中，请联合国国际药物管制规划署与世界卫生组织协作，就有关大麻的新趋势提出报告。本报告以收到的会员国对年度报告调查表第二部分的答复为基础，概括介绍了 1998 至 2002 年期间世界各区域有关这些物质滥用的趋势。按照经社理事会第 2003/41 号决议，关于对各主要药物类别的分析的本报告载有一节，对各区域的大麻使用情况逐个进行分析。报告还讨论了在评价朝着实现大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》（大会 S-20/2 号决议，附件）和《实施减少毒品需求指导原则宣言的行动计划》的目标取得进展方面的难题。麻委会似宜就可能采用的办法和选择提供指导。

2．有 106 个国家和领土按照国际药物管制条约所规定的义务，在 2003 年 12 月 16 日前填写并交还了 2002 年年度报告调查表第二部分，本报告所载分析以它们的答复为基础。按照麻委会的一致意见，[1] 延续过去几年采取的做法，还用其他来源的信息作为来自年度报告调查表的数据的补充。向 194 个国家和领土分发了经修订后第二次使用的调查表；2002 年总体答复率为 55%。1998 至 2002 年期间趋势概况以每年的答复数量为基础，答复数量在 40%至 60%之间不等。[2]

3．同一区域不同国家之间药物滥用特点常常不同，这突出说明需要在区域背景下了解各国的药物滥用趋势。每年都要求会员国在年度报告调查表中分五个档次（大幅增加、少许增加、无大变化、少许减少、大幅减少）报告其普通人口（15 至 64 岁者）中不同药物类别滥用情况增加、稳定或减少的趋势。这种信息以专家意见为基础，尽管有其局限性，但却是几年来多数国家相对连贯地提供的信息。因此，这是目前唯一可用来进行某种中期分析的信息。年度报告调查表中要求的其他信息并不是每年都有，或者可能难以用于比较。麻委会需要认真考虑这个问题；本报告第三节将进一步讨论这个问题。

4．利用几年来从会员国收集到的趋势信息，设计了一种新的分析工具，称为“药物滥用趋势加权分析”，这种工具使我们可以对区域药物滥用趋势进行更准确的估计，其中考虑到各区域内各国不同的人口规模。本报告对 1998 至 2002 年间的答复进行了分析。1998 年被作为衡量在实现大会第二十届特别会议商定目标和指标方面取得的进展的基准。因此，进行本分析时利用了会员国在本国专家所能得到的信息基础上每年提供的有关本国药物滥用形势的信息。[3]

5．然而，在解释结果时需要考虑到一些局限性，因为信息是作为专家意见提供的。首先，不能假设药物滥用趋势的各种程度之间（如“少许增加”与“大幅增加”之间）的差异在不同国家（流行率较低国家的大幅提高对区域趋势的影响也许不及流行率较高国家的少许增加的影响），甚至在相同国家的不同报告年份有相同的意义。其次，考虑到用来估计每个区域的趋势的计算与区域人口有关，在区域之间直接进行趋势比较是不可能的。再者，同类药物中各种物质滥用趋势不同（例如，使用二亚甲基双氧安非他明（通称迷幻药）的趋势上升，而使用安非他明的趋势下降），可能使滥用某类药物，如安非他明类兴奋剂的报告趋势产生偏差。还应当指出，本报告所以有局限性，是因为它只提供会员国所报告的有关主要药物类别的一般性指导，不可避免地导致泛泛而谈；因此需要更加针对具体药物的趋势分析，以支持报告的结论。

二、1998 至 2002 年期间有关药物滥用和趋势的世界形势概况

6．通过对所报告的趋势进行分析可以知道，自 1998 年以来全球药物滥用趋势如下：

(a) 多数国家的大麻滥用有所增加（见附件一）。在流行率较高并做出长期预防努力的国家，流行率似乎趋于稳定，甚至在下降（例如澳大利亚），即使流行率仍处于相对高的水平；

(b) 据报告多数区域的阿片滥用有所增加，而大洋洲是最值得注意的例外情况（见附件二）。在不同区域内部也存在很大差别。在欧洲区域，东欧增加幅度较大，而西欧的形势已经稳定或正在下降；

(c) 自 1998 年以来，所有区域的安非他明类兴奋剂滥用都有所增加。增加的幅度有所不同，可能涉及安非他明类兴奋剂中的不同物质，但有无可辩驳的证据表明，安非他明类兴奋剂已成为所有区域的首选主要药物；

(d) 可卡因滥用仍不太普遍，尽管在主要消费区域（美洲）略有增加，而整个欧洲使用程度的提高令人担忧。在非洲，1990 年代末期报告的可卡因滥用增加势头已经停止；在亚洲，报告有很少量的增加；在大洋洲，情况是稳定的。快克可卡因在某些地区仍是一个严重问题。

A．大麻

7．在 1998 至 2002 年的五年期间，大麻仍是全世界滥用最多的药物。多数地理区域受到影响，有一种意见认为，大麻是滥用最广泛的非法物质，现在有更多

的国家确实如此。大麻流行率常常远高于其他药物。此外，承认定期使用大麻的人数常常要高得多。

8．据负责答复年度报告调查表的国家协调中心报告，1998 年以来多数区域的大麻滥用总体趋势明显上升；不同区域之间可能有某种差别，但趋势线总体上是向上的。在一些发达国家，大麻滥用仍稳定在相对高的流行率水平，但在发展中国家，大麻滥用有所增加，多数是在较低基准线的基础上。

9．这种增加部分归因于一个事实，即对滥用大麻的危险的认识似乎减弱了。造成这种情况的部分原因在于，特别是在一些发达国家（但不排除其他国家），为了将大麻作为一种有明显的医疗效果、副作用相对较小的药物推介，开展了一系列行动，发表了一系列媒体信息和公共声明。某些社会阶层也似乎对滥用大麻持较为宽容的态度。

10．报告的大麻滥用总体趋势上升反映了 1998 至 2002 年期间各国报告的更具体的流行病学信息。非洲和欧洲的趋势线坡度较大。在亚洲，2001 至 2002 两年间上升趋势似乎增加了势头。美洲的趋势线呈缓慢上升的势头，正趋向于稳定。在大洋洲，似乎出现大幅减少，但必须指出，该区域的流行率仍然较高。发展中区域似乎正在赶上发达区域的较高流行率，如非洲和亚洲的趋势不断上升所表明的那样。

非洲

11．1998 至 2002 年期间，非洲各国报告大麻滥用大幅增加（见图一）。大麻仍是多数非洲国家滥用最多的药物。所用的大部分大麻是大麻药草，由当地生产。非洲许多地区的气候、大麻作为经济作物的价值、社会对使用大麻的认同程度和当地执法机构的资源限制，这一切都使该区域的大麻管制非常困难。

12．尽管没有精确的流行病学信息，但年度报告调查表中所报告的答复在很大程度上一致认为，多数非洲国家的大麻滥用持续增加。报告 1998 至 2002 年期间持续增加的国家有喀麦隆、科特迪瓦、加纳、摩洛哥、纳米比亚、赞比亚和津巴布韦。与其他区域的各国相比，总体流行率仍相对较低，但连续几年报告的大幅增加表明，大麻已越来越为人们所接受。[4]

13．对普通人口亚群体进行的研究进一步证实了这一点，如学校调查或青年调查，来自治疗部门和精神病收容的现有数据，警方关于因持有药物而被捕人员的数据，通过各种研究活动和药物形势快速评估所进行的调查。[5]

14．消费大麻的主要是年轻人。（科摩罗、埃塞俄比亚、塞舌尔、南非、斯威士兰和坦桑尼亚联合共和国的）各种学校和青年调查表明，虽然终生流行率有

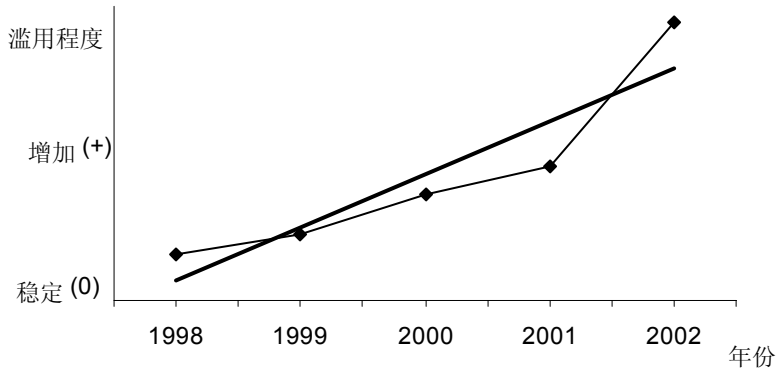
很大不同（埃塞俄比亚私立学校高达 30%），但最近使用的情况也较普遍（1998 年斯威士兰的男生上个月使用过的有 7.5%）。2000 年莱索托的男性开始使用的年龄在 12 至 15 岁之间。

15. 非洲大麻滥用的另一个特点是主要涉及男性人口。该区域部分国家的调查数据还表明，大麻滥用最主要是年轻男性中的问题。[6, 7]2001 年在博茨瓦纳进行了一次快速形势评估，作为此评估的一部分进行的普通人口药物使用调查发现，25%的男性（但只有 5%的女性）报告说曾经使用大麻，而被调查的 5%的男性每天使用这种药物。1998 年在斯威士兰学生中进行的药物滥用调查发现，7.5%的男生在过去一个月曾使用大麻，而女生只有 1.4%。这种情况的一个显著例外是，坦桑尼亚联合共和国的调查报告表明妇女参与药物滥用，考虑到长期以来药物滥用主要是一个男性问题，这点是令人吃惊的。

16. 在几个国家，大麻滥用在精神病收容数目中占很大比例。[8] 在南非，大麻是主要滥用药物，40%（开普敦）到 61%（高廷）的 20 岁以下病人是因为药物问题接受治疗。2000 年的数据表明，莱索托多数病人是因为与酒精相关的问题接受治疗，其余病人（24%）是因为与大麻有关的情况接受治疗。

图一

1998 至 2002 年非洲大麻滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

美洲

17. 在美洲，最常见的滥用药物是大麻，如世界多数其他区域一样。总体趋势为缓慢增加的趋势，这似乎趋于稳定（见图二）。并非所有国家都能提供最近的大麻滥用流行率估计值，但可得到的数据在该区域各国之间有很大差异。

18．在美利坚合众国，大麻是（在过去一个月内）最常用的非法药物，2002 年在普通人口中的比例达到 6.2%（或 1 460 万人）。其中大约三分之一（或 480 万人）在过去一个月内有 20 天或 20 天以上使用大麻。[9]

19．不过，尽管大麻滥用较为普遍，但几项研究表明美国的大麻消费如果没有下降的话，也已经稳定下来。最近几年，已有一些证据表明，在上次于 1990 至 1998 年期间出现高峰以来，美国某些地区的大麻使用已趋于稳定。中学生使用大麻的情况自 1999 年以来已经稳定下来，最近几年各个年级都出现了减少。[10] 尽管使用情况已经稳定，但大麻问题治疗需求仍然居高不下，这主要是因为大麻使用的传播范围较广。

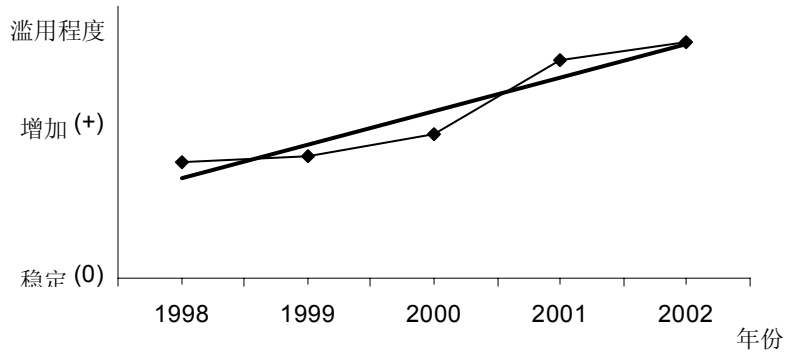
20．加拿大也报告说大麻滥用出现稳定趋势。来自安大略的加拿大学生调查数据表明，在 1990 年代大幅增加之后出现了稳定趋势，但仍然处于较高水平。

21．中南美洲国家报告说，1998 至 2002 年期间大麻滥用有所增加。美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会报告说，该分区域的大麻滥用有所增加。

22．大麻使用在加勒比也较普遍。该分区域的学校调查数据表明，学生中终生使用大麻的比例从 8%到 26.9%不等。与使用大麻有关的问题在加勒比海外国家和领土也很明显。

图二

1998 至 2002 年期间美洲大麻滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

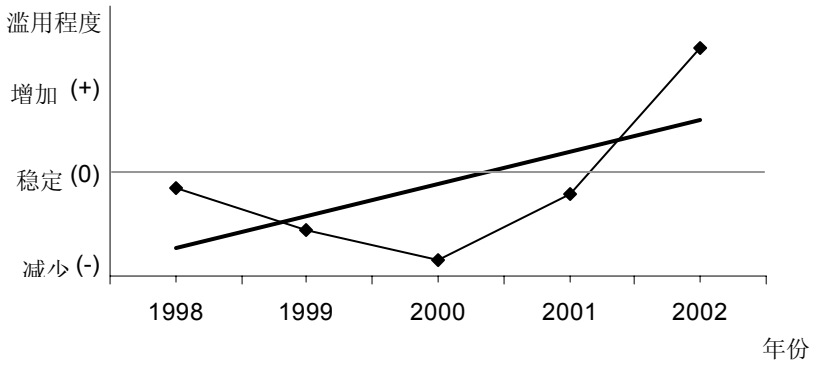
注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

亚洲

23．亚洲大麻滥用的总体趋势为缓慢增加。1998 和 1999 年报告的减少基本上被随后三年出现的增加所抵消（见图三）。该区域某些国家对总体趋势产生影响。在几年报告形势稳定之后，中国报告说出现了大幅增加。印度在 1990 年代末出现少许减少之后，报告说大麻滥用出现了增加。印度 2001 年在抽样基础上对 12 至 60 岁男性人口进行了首次全国家庭调查，发现终生使用大麻的流行率为 4.1%，当前使用（过去一个月使用）的流行率为 3.0%，从而表明在首次接触这种药物之后继续使用的概率较高。[11] 日本、沙特阿拉伯和斯里兰卡报告说整个 1998 至 2002 年期间呈增加趋势。缅甸、巴基斯坦和大韩民国也出现了大幅增加。中亚和高加索的情况好坏兼而有之。

图三

1998 至 2002 年期间亚洲大麻滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

欧洲

24．在欧洲，在 1990 年代欧洲联盟国家的大麻流行率提高之后，大麻滥用呈持续增加的趋势（见图四）。如其他区域一样，这种总体趋势是多种过程作用的结果，虽然一些国家的大麻滥用情况已经稳定，但另一些国家，特别是流行率相对较低的国家却增加了。滥用格局似乎趋于相同，流行率较低国家的滥用程度在逐步接近流行率较高国家的滥用程度。

25．各国之间普通人口大麻滥用程度有所不同，但对年轻人口进行比较时，差异远没有这么明显。欧洲联盟多数成员国报告说普通人口终生体验大麻者比例

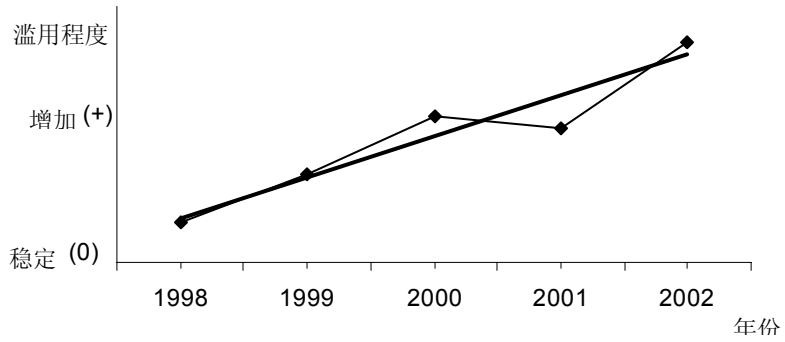
在 20%至 25%之间，只有少数例外（从葡萄牙和芬兰的 7%至 10%之间，到丹麦和大不列颠及北爱尔兰联合王国的 30%左右）。据指出，西欧使用大麻主要是偶尔为之，较经常使用这种物质的现象并不常见，特别是在 40 岁以上人口中间。

26. 在许多西欧国家，从因滥用药物问题寻求治疗的使用者数目来讲，大麻继海洛因之后位列第二；该数字正在上升，最主要的是首次因这类问题接受治疗的人（新收容总人数的 24.7%是大麻使用者）。[12]

27. 东欧国家的学校调查数据表明，16 岁学生终生使用大麻流行率平均为 16%，从罗马尼亚的 1%到捷克共和国的 34%不等。除了使用大麻呈增长趋势以外，还有迹象表明，在中东欧国家，社会越来越接受青年人试用大麻。[13]

图四

1998 至 2002 年欧洲大麻滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

大洋洲

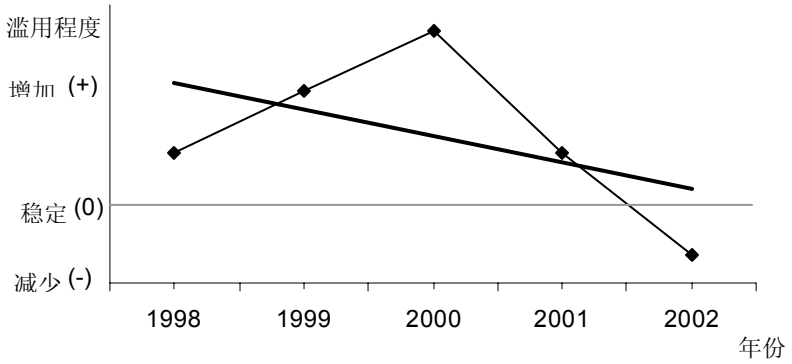
28. 世界各个区域大麻滥用都呈增加趋势，唯一例外是大洋洲。在 1998 至 2000 年大麻滥用首次出现增加之后，大洋洲报告说 2001 和 2002 年期间这种滥用出现大幅减少（见图五）。这种趋势明显受澳大利亚的发展状况影响，因为该国人口在整个区域的人口中占很大部分。

29. 澳大利亚现有最新的全国数据，即 2001 年的数据表明，在 14 岁以上的男性和女性中间，尝试非法使用药物的现象较为常见，大约 37%的男性和 29%的女性终生至少使用过一次大麻。[14] 非法药物报告系统指标表明，2002 年大麻类

药物使用呈相对稳定形势，但这类药物的使用仍较普遍，在所有管辖区这种物质仍然较容易得到。[15]2002 年，据报告普通人口中间的大麻使用继续呈减少的趋势。

图五

1998 至 2002 年大洋洲大麻滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

B. 阿片

30. 阿片，尤其是海洛因的滥用，给世界许多地区的个人和社区带来很大损害。海洛因滥用问题大多涉及药物注射，而共用注射器具带有很大的感染病毒风险。1990 年代末期，多数区域呈增加趋势，但据报告 2000 年所有区域的阿片滥用都有所减少。随后几年，大洋洲呈持续减少趋势，而美洲的趋势则稳定了下来。在欧洲，2001 和 2002 年滥用阿片的趋势可谓喜忧参半。据报告非洲在 2001 和 2002 年滥用这种药物的现象大幅增加。

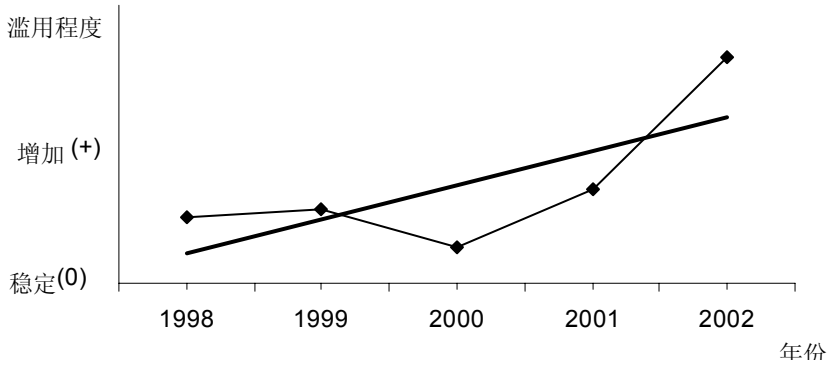
非洲

31. 提交答复的多数非洲国家报告说阿片滥用有所增加；这些答复来自该大陆所有地区的国家（见图六）。在实际上没有海洛因滥用历史的非洲各地区，如几个东非国家，据报告有了大幅增加；不过，这种增加的起点很低。据报告，过去五年下列国家滥用这类药物的现象有所增加：科特迪瓦、毛里求斯、摩洛哥、莫桑比克、纳米比亚、南非和坦桑尼亚联合共和国。尤其是南非，在过去 5 至 7 年内，因药物滥用而导致的治疗需求在开普敦和高廷省有了大幅增加，其中海洛因是主要的滥用药物，从所有治疗中病人的不到 1%到 6%以上；然而，

最近这种趋势已稳定下来。来自邻国的治疗需求指标也表明海洛因导致的治疗需求有所增加。[16] 即使海洛因多以吸食方式使用，但在因海洛因而治疗的病人中间，注射是主要的药物滥用方式。[17] 非洲其他一些国家报告有注射海洛因情况，最主要是肯尼亚和坦桑尼亚联合共和国，其次是布隆迪、纳米比亚和乌干达。保健和执法专业人员认为，当地海洛因滥用与海洛因过境贩运的溢出有关，其中涉及自亚洲经过非洲运往西欧的货物。

图六

1998 至 2002 年非洲阿片滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

美洲

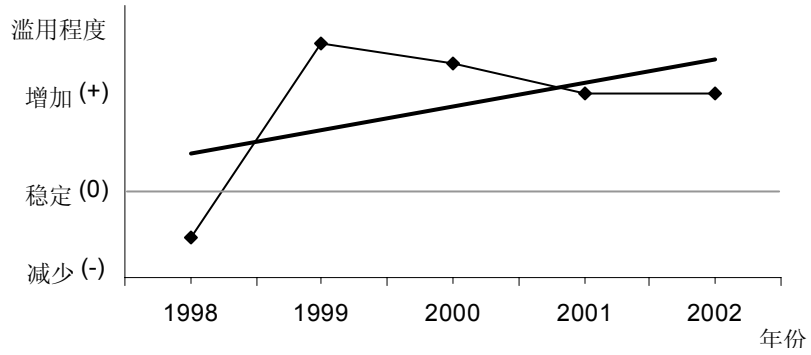
32．最近几年，美洲的阿片滥用形势出现稳定的迹象（见图七）。据报告美国阿片滥用呈稳定或减少的趋势。加拿大报告在 2001 和 2002 年出现稳定的趋势。阿根廷、哥伦比亚、厄瓜多尔和委内瑞拉报告说在相对低水平的基础上有少许增加。

33．在美国，因海洛因到急诊室就诊的长期趋势在 1998 至 2000 年有所增加，但在最近两年已稳定下来。[18] 根据美国国家卫生研究所社区流行病学工作组提供的信息，最近有关海洛因的指标表明，包括海洛因滥用在内的多种物质滥用较为常见。1999 至 2001 年间普通人口中的流行率呈稳定至减少的趋势，而从 1999 年起，学生中间呈不断减少的趋势。

34．在墨西哥，2001 年前形势都比较稳定；但最近墨西哥吸毒成瘾流行病学监测系统从 53 个城市收集的数据表明，2001 至 2002 年非政府治疗中心病人中间将海洛因报告为主要滥用药物者大幅增加。[19]

图七

1998 至 2002 年美洲阿片滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

亚洲

35．在亚洲，过去几年阿片滥用呈现增加趋势（见图八），而最近也报告说这类药物的滥用有某种减少的迹象。

36．中亚国家的药物问题一直在迅速增加，这基本上是滥用阿片，主要是海洛因的情况增加的结果。海洛因滥用者占该分区域所有登记在案的药物使用者的 70%至 90%。药物滥用者概况和药物滥用格局表明，注射阿片的主要是年轻人（25 至 30 岁），其中多数是男性。在哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦，曾经注射者在登记在案的药物滥用者中间所占比例依然很高，从 50%至 90%以上不等，共用注射器具现象比较普遍。最近，即 2001 年以来，多数中亚国家新登记的药物滥用者数目已稳定下来，甚至有所减少，如在哈萨克斯坦和塔吉克斯坦，但严重的海洛因滥用问题和药物注射比例较高的现象突出说明，必须从药物滥用者的治疗和康复方面处理这些问题。

37．在中国，目前海洛因是主要的滥用物质，83%登记在案的吸毒成瘾者使用这种物质。中国的全国药物滥用调查和统计数据表明，2001 年登记在案的药物滥

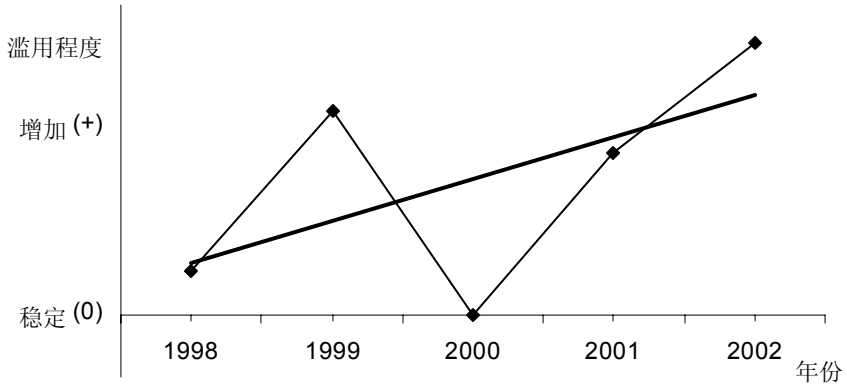
用者数目比 1990 年增加 12.9 倍，其中多数是 17 至 35 岁的年轻人，而药物滥用问题传播范围已超过该国三分之二地区。[20]

38．孟加拉国、印度和尼泊尔都报告说阿片滥用有所增加。2001 年印度在男性人口中间进行的全国家庭调查估计，有 204 万鸦片制剂（鸦片和海洛因）的当前滥用者，占普通人口的 0.7%。[21]

39．缅甸、巴基斯坦、卡塔尔和沙特阿拉伯以及高加索报告阿片滥用有所减少，但这些减少对该区域的总体趋势没有大的影响。

图八

1998 至 2002 年亚洲阿片滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

欧洲

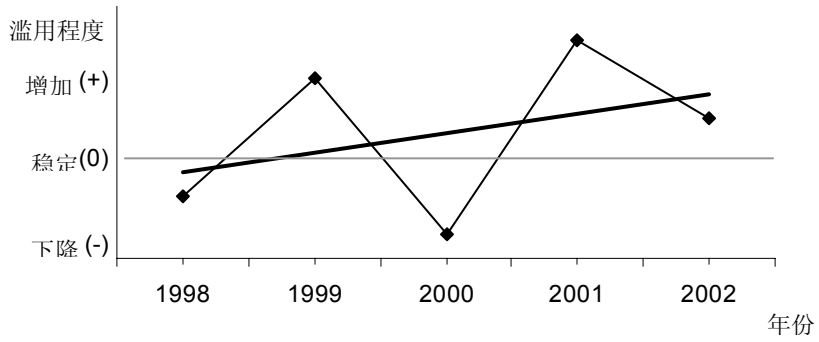
40．1998 至 2002 年期间欧洲的阿片滥用略有增加（见图九）。总体情况似乎有所不同，看来是反复不定的，这可能反映了各分区域药物滥用形势的巨大差异。

41．自 1998 年以来，欧洲多数国家药物（主要但不仅仅是海洛因）注射呈稳定或减少趋势。可得到的“问题药物使用”的估计数表明，西欧在 1990 年代中期之后阿片滥用有所增加，但 1998 至 2000 年之后趋势已稳定下来。多数西欧国家的“问题药物使用”，主要是阿片滥用的流行率估计值为每 1000 个 15 至 64 岁的普通人口中间有 2 到 10 例。[22]

42．在中东欧国家，1990 年代，特别是 1990 年代中期之后问题药物使用的增加在很大程度上归因于滥用海洛因，海洛因是目前每个国家都关心的主要药物。其中许多增加伴随着注射药物滥用的增加，但吸食海洛因在波兰较为普遍，而且据报告其他一些国家的年轻滥用者也有吸食海洛因的。分析当前趋势比较困难，因为往往得不到较新的数据。在捷克共和国、匈牙利、斯洛伐克和斯洛文尼亚，也许还有保加利亚，看来“问题药物使用”的总体水平可能会稳定下来，而在爱沙尼亚、拉脱维亚、立陶宛、波兰和罗马尼亚，这种总体水平似乎在上升（特别是与滥用海洛因有关）。[23]

图九

1998 至 2002 年欧洲阿片滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

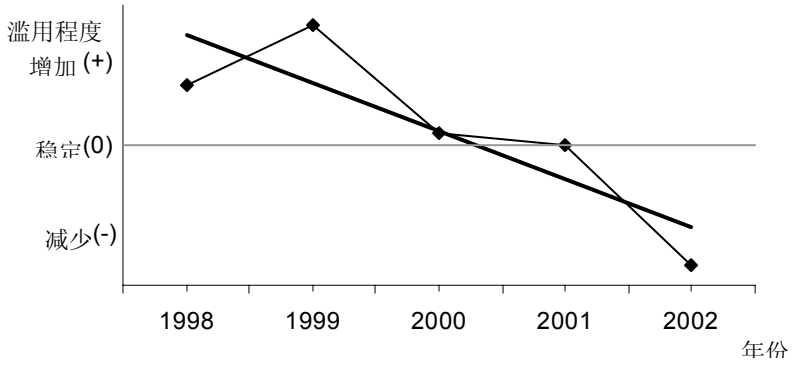
注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

大洋洲

43．自 1990 年代末期以来，大洋洲的阿片滥用出现稳步减少的趋势，这与该区域海洛因供应减少相吻合（见图十）。在澳大利亚，即使 2002 年海洛因供应再次增加，但滥用流行率和频率并没有回到 2000 年的水平。观察到的海洛因滥用减少趋势与药物滥用行为变化相吻合：海洛因滥用以非法消费医用鸦片制剂或巴比土酸盐作为补充。此外，2001 年 15 至 44 岁的人中间共有 306 人因阿片而死亡，这是 10 年来最低的数字，比前几年减少很多（1999 年有 958 人因使用过量阿片而死亡，2000 年有 725 人）。[24，25]

图十

1998 至 2002 年大洋洲阿片滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

C. 可卡因

44. 自 1998 年以来，可卡因药物滥用的总体趋势令人喜忧参半。在一些区域，专家意见认为过去五年有所增加，而在其他区域，总体趋势为稳定或急剧减少。需要将这类信息与各区域的可卡因滥用程度进行比较，才能理解所报告趋势的重要性。

45. 自 1998 年以来，拉丁美洲和加勒比的可卡因滥用有所增加。注意到美国这个主要可卡因市场有所减少，而澳大利亚和欧洲国家，甚至一些非洲国家有所增加（尽管非洲国家是在非常低水平的基础上增加的）。多数报告提到滥用可卡因粉而不是快克可卡因（可卡因碱），后者的滥用所受到的限制似乎更多。

46. 此外，由于各国的流行率有很大不同，受影响人数的增加或减少趋势的相对重要性也有不同。例如，一些国家的可卡因滥用者数量很少或者实质上没有。总体而言，可卡因滥用仍集中于美洲。

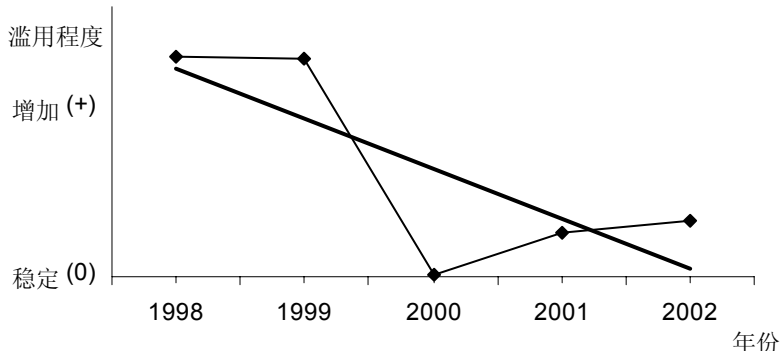
非洲

47. 在非洲，可卡因不是主要滥用药物，但过去五年一些非洲国家有滥用可卡因的报告。总体上，专家似乎一致认为，报告有可卡因滥用的几个国家在 1998 和 1999 年可卡因滥用增加之后，在 2000 至 2002 三年期间已经减少并保持相对稳定的趋势（见图十一）。据报告这类滥用减少幅度最大的是南非。根据南部非洲共同体药物使用流行病学网络 2002 年项目提供的信息，因与可卡因相关的问题导致的治疗需求的增加在开普敦、德班和高廷已经稳定下来。在开普敦和高廷，有 11%至 14%的治疗中病人的主要或次要滥用药物是可卡因。可卡因的

滥用似乎局限于南非，尽管该区域其他国家也报告过缉获可卡因的个别案件。南非所有主要的城市中心都曾报告过可卡因，特别是快克的滥用情况，这种滥用似乎主要在商业性工作者中间流行。

图十一

1998 至 2002 年非洲可卡因滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

美洲

48．可卡因仍是整个美洲和加勒比关心的主要药物。其他区域也有滥用可卡因的报告，但从受影响人数来说，美洲仍是可卡因问题最为明显的区域。

49．美洲的趋势线呈现缓慢上升的趋势，但这是不同年份不同趋势造成的结果：1999 年增加，2000 年减少，2001 年和 2002 年再次增加（见图十二）。

50．美洲主要的可卡因市场仍是美国。最新报告显示，美国估计有 200 万人（12 岁及以上人口的 0.9%）为可卡因当前滥用者（即在过去一个月内曾滥用可卡因），而快克可卡因占当前可卡因类滥用的四分之一强（12 岁及以上人口的 0.2%滥用）。在校生滥用可卡因（快克可卡因）情况从 1999 年到 2002 年稳定减少。[26] 不过，来自全国家庭调查的数据显示 2001 至 2002 年有少许增加。[27]

51．在 1998 年第一次减少，2000 年保持稳定形势之后，可卡因滥用在 2001 和 2002 年有所增加。尽管一些研究表明滥用快克可卡因的人口似乎在老化，但可卡因快克滥用程度仍然居高不下，与这种药物有关的发病率和死亡率也是如此，可卡因是美国国家卫生研究所社区流行病学工作组九个研究地点最主要的与药物有关的死亡原因。此外，1998 年以来急诊室提到可卡因的次数也增加了，尽管似乎正趋于稳定。

52．来自加拿大安大略的调查数据显示，1980 年代中期至 1998 年可卡因滥用有所减少；然而，随后滥用这种药物的现象出现上升，终生流行率从 1998 年的 4.6%上升到 2000 年的 6.4%。加拿大专家报告说 1998 和 1999 年可卡因滥用有少许增加，但在 2001 和 2002 年趋势已经稳定下来。

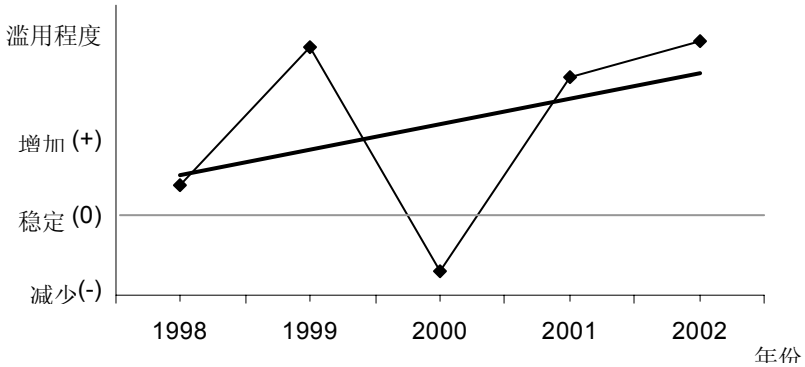
53．在墨西哥，趋势线表明 1990 年代末期有所增加，但最近形势已经稳定。每年滥用可卡因类药物的情况在 18 至 34 岁群体中间最为普遍（为 2.36%，而在普通人口中间为 0.35%）。一些中美洲国家，如哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉和巴拿马，也报告说人口中的这种滥用有所增加，尽管它们在整个区域的人口中所占比例不大。[28]

54．过去几年，南锥体国家的可卡因滥用似乎有所增加，特别是阿根廷、智利和乌拉圭。巴西报告说 1990 年代末这种滥用有所增加。据报告，玻利维亚在 1990 年代末出现增加之后，2001 年局势已稳定下来。委内瑞拉报告说，过去五年可卡因滥用多次增加。在智利，2002 年的数据显示，该年 19 至 25 岁的年轻人中间可卡因（盐酸盐）滥用流行率最高（4.39%），男性中间这种滥用的普遍程度比女性高五倍，大都市区的流行率远远高于农村地区。[29] 在秘鲁，20 岁以下年轻男性中间滥用可卡因类药物的现象甚至更加普遍，那里 17 至 19 岁男性的年度流行率（6.78%）至少比其他年龄群体高 3 至 5 倍。[30]

55. 在加勒比，据报告滥用可卡因，特别是快克可卡因的范围较广；这种滥用是该区域相当比例与药物有关的犯罪和其他社区问题的原因。参加加勒比药物信息网络的 15 个国家都报告说其领土内有滥用可卡因现象。[31]2002 年在加勒比进行的调查的初步结论显示，中学生中间可卡因和快克可卡因滥用程度仍相对较低，年度流行率从圭亚那和苏里南的 0.2%到安圭拉的 3.6%不等。危险亚群体中间的流行率有可能高得多。

图十二

1998 至 2002 年美洲可卡因滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

亚洲

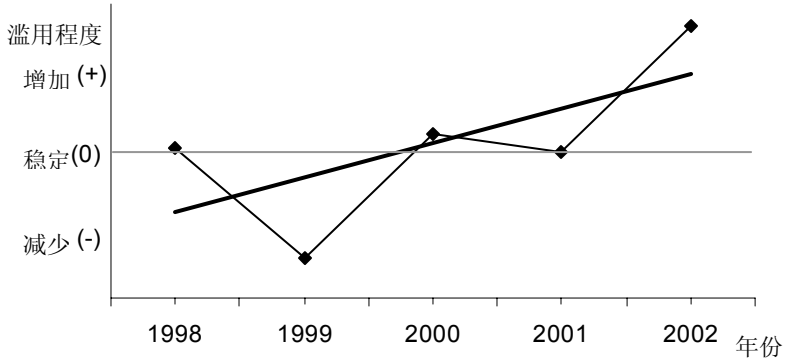
56．在可卡因消费历来不太广泛的亚洲，1998 至 2002 年期间有零星的滥用可卡因的报告。专家指出，不同年份的趋势不同，但总体趋势线是逐步稳定增长（见图十三）。

57．趋势线主要受孟加拉国、印度和沙特阿拉伯报告的增长以及日本、菲律宾和大韩民国报告的下降的影响。

58．几乎没有普通人口中间的可卡因滥用流行率估计值。可卡因滥用基本上限于某些城市地区；可卡因滥用对药物治疗需求的影响与其他物质如鸦片制剂和安非他明类兴奋剂滥用比较而言相对较小。

图十三

1998 至 2002 年亚洲可卡因滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

欧洲

59．欧洲的可卡因滥用趋势线表明自 1998 年以来持续增加，已趋向于稳定（见图十四）。这似乎与主要是西欧的可卡因消费增加有关，东欧也报告有少许增加。

60．在欧洲联盟成员国，尽管一些指标显示可卡因市场呈稳定增加之势，但也可以看到明显的地区差异。在一些成员国（丹麦、法国、德国、希腊、爱尔兰、荷兰、挪威和西班牙），在 1998 至 2002 年期间多次报告有所增加。在瑞典和联合王国，在该期间的头几年出现上升之后，趋势似乎已稳定下来。

61．可卡因似乎在较大城市和其他药物滥用者人数相对较多的地区最容易得到。然而，有针对性的药物滥用者调查显示，某些社交场所，特别是称为“舞迷”或“俱乐部会员”的群体中间消遣性地使用可卡因粉的人较多。此外，来自一些大都市区的报告显示，存在着可卡因滥用可能增加的死角。

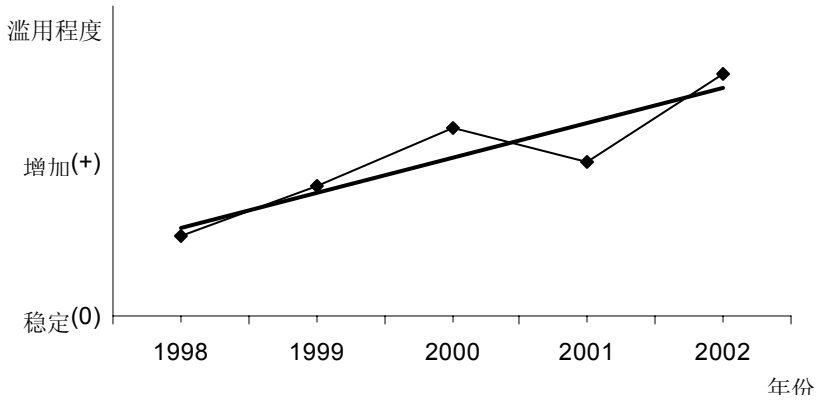
62．尽管普通人口中间可卡因滥用比例仍然较低，但欧洲与可卡因（包括快克可卡因）相关的问题，如治疗需求和因剂量过大导致死亡的指标显示，滥用可卡因产生的问题稳步增加。尤其是据报告荷兰（30%）和西班牙（19%）因滥用可卡因接受治疗的比例较高。滥用可卡因粉在西欧仍占因可卡因类药物滥用而接受治疗的病例的绝大多数。据报告，该分区域多数国家滥用快克可卡因的流行率相对较低。不过，在一些城市，滥用快克可卡因已达到开始带来问题的程度。[32]

63．在东欧，似乎有迹象表明可卡因滥用程度仍然低于西欧；即使因为缺乏可比较的国家估计数，情况还不是很清楚。下列国家报告可卡因滥用有所增加：阿尔巴尼亚、保加利亚、克罗地亚、立陶宛和波兰。在斯洛文尼亚，最近的报告显示可卡因滥用形势比较稳定。在匈牙利，形势稳定并且正在减少。

64．2001 年在保加利亚和捷克共和国进行的学校调查报告，终生使用可卡因现象趋于稳定。在立陶宛，2001 年在维尔纽斯的学生中间进行的调查结果显示，终生使用可卡因和快克可卡因的现象大幅增加，明显超过 1999 年进行的调查的结果（滥用可卡因的比例是：1999 年 1.1%，2001 年 3.0%；滥用快克可卡因的比例是：1999 年 0.3%，2001 年 0.6%）。[33]

图十四

1998 至 2002 年欧洲可卡因滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权。

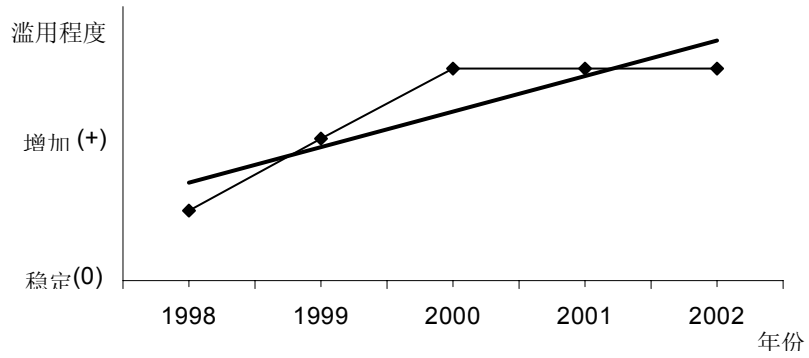
大洋洲

65．在大洋洲，可卡因滥用趋势类似于欧洲：自 1998 年以来缓慢但持续增加，最近几年有某种稳定的迹象。

66．图十五报告的信息主要是澳大利亚的。在整个 1998 至 2002 年期间，新西兰报告形势呈稳定状态。在澳大利亚，据报告 2002 年可卡因滥用程度处于稳定状态，年流行率仍处于相对低的水平，14 岁及以上人口中间为 1.3%(以最近于 2001 年进行的全国家庭调查收到的答复为依据)。新南威尔士注射药物使用者的可卡因滥用频率有所下降，在其他管辖区可卡因滥用仍然相对不太常见。据报告只有在悉尼较容易得到可卡因，几年来这里的可卡因滥用已很明显。有报告说，悉尼的可卡因注射最近有所增加，这可能是 2001 年可卡因不那么容易得到的缘故。

图十五

1998 至 2002 年大洋洲可卡因滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

D．安非他明类兴奋剂

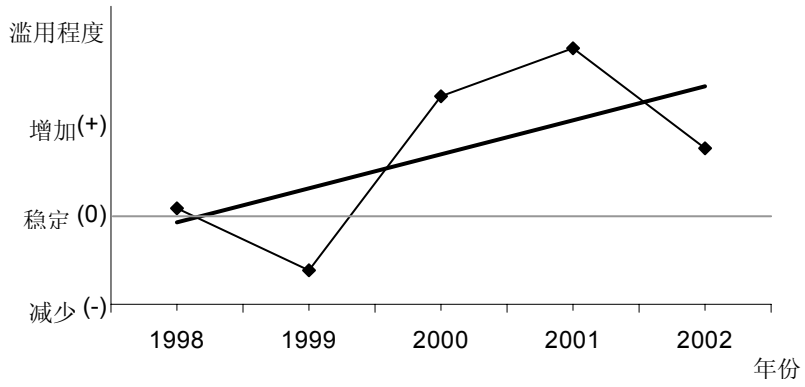
67．1998 至 2002 年期间，世界所有区域的安非他明类兴奋剂滥用都有增加。尽管最近主要消费地区有某种稳定的迹象，但向上的趋势在全球安非他明类兴奋剂滥用形势中占主导地位。安非他明类兴奋剂日益影响到滥用合成药物历史不长的国家，在滥用安非他明类兴奋剂流行率高的国家，这种滥用继续影响更广泛的人口群体和消费情况。

非洲

68．1998 至 2002 年期间，非洲安非他明类兴奋剂滥用的总体趋势似乎不稳定（见图十六），有关于城市地区这种药物滥用增加的零星报告，主要以治疗需求数据为基础。总体而言，非洲的安非他明类兴奋剂滥用水平较低，安非他明类兴奋剂很少被视为主要滥用药物。在南非开普敦，2002 年有使用结晶甲基安非他明（俗称“冰毒”）现象和以迷幻药为主要滥用药物的病人增加的个别报道。在南非，有小而固定的安非他明类兴奋剂市场，特别是与狂欢晚会文化有关。

图十六

1998 至 2002 年非洲安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

美洲

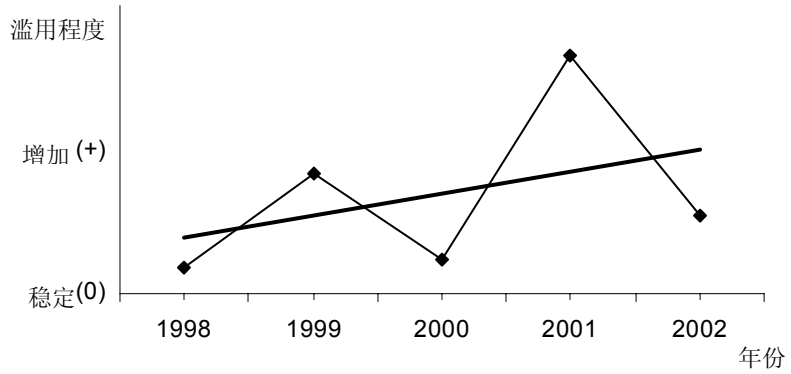
69．1998 至 2002 年期间美洲安非他明类兴奋剂滥用的趋势在很大程度上反映了甲基安非他明和迷幻药滥用方面的变化：逐步增加，但每年都有变化（见图十七）。安非他明类兴奋剂这一大类中不同药物的各种指标估计值可以解释这种现象的部分原因；为了理解这种随时间变化的根本原因，也许需要对安非他明、甲基安非他明和迷幻药的滥用趋势进行单独分析。在北美，趋势有好有坏：形势大体上保持稳定，但视所考虑物质而定，又多少会有所增加或减少。据报告某些拉丁美洲和加勒比国家在 1998 至 2002 年期间多次增加，它们是：阿根廷、智利、哥伦比亚、多米尼加共和国、危地马拉、墨西哥、巴拿马、苏里南和委内瑞拉。

70．2002 年对美国 8、10 和 12 年级学生进行的“监测未来”调查表明，几年来三个年级所有三个流行率期间（终生、年度和过去 30 天期间）的迷幻药滥用首次从相对高的水平有所下降。这种下降与学生对迷幻药越来越不认可以及 2002 年这种物质的供应量在几年增长之后稳定下来相吻合。[34] 根据对 24 小时营业的急诊医院的抽样调查，美国由滥用安非他明类兴奋剂引起或与此有关的总体就诊状况似乎较为稳定。

71．在加拿大，2001 年安大略学生药物使用情况调查结果表明，7 至 13 年级学生中间每年滥用安非他明类兴奋剂的现象都处于较高水平（甲基安非他明 3.8%；迷幻药 6.0%）。

图十七

1998 至 2002 年美洲安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

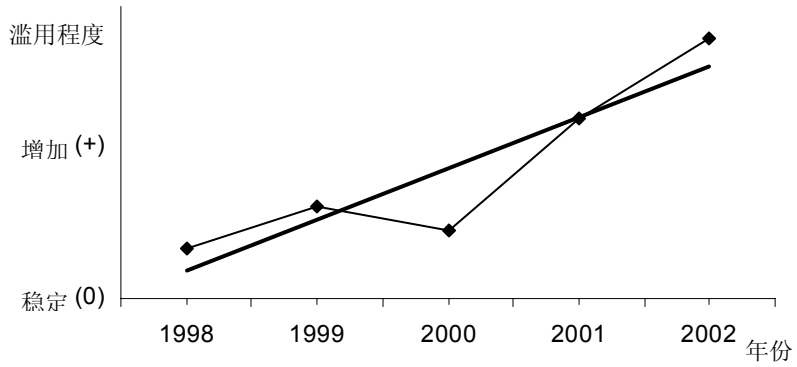
亚洲

72．在亚洲，整个区域在 1998 至 2002 年期间的安非他明类兴奋剂滥用呈不断增加的趋势（见图十八）。几个国家（孟加拉国、文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、印度、印度尼西亚、缅甸、尼泊尔、大韩民国和新加坡）报告说安非他明类兴奋剂滥用呈增加趋势。在东南亚，许多国家指出非法药物滥用总体趋势在很大程度上受安非他明类兴奋剂滥用的引导，一些国家报告说其他药物滥用者转而使用安非他明类兴奋剂。例如，在柬埔寨，溶剂滥用者已转而使用安非他明类兴奋剂；在老挝人民民主共和国，大麻和阿片滥用者转而使用安非他明类兴奋剂。虽然该区域多数国家的安非他明类兴奋剂滥用都采取抽吸方式，但口服也是一种常见的服用方式。该区域还有国家报告注射甲基安非他明类兴奋剂增加

的情况。安非他明类兴奋剂滥用者主要是 15 至 25 岁的年轻人，其中有各种人口群体，如街头儿童、大学生和已就业的年轻人。

图十八

1998 至 2002 年亚洲安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

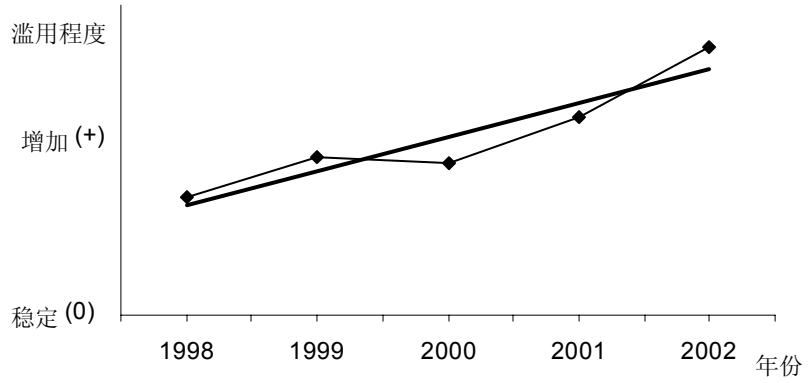
欧洲

73．在欧洲，根据国家专家通过年度报告调查表提交的报告，安非他明类兴奋剂滥用的总体增加趋势（见图十九）在很大程度上反映了该区域过去几年迷幻药滥用增加的情况，特别是在城市地区的年轻人中间。欧洲的甲基安非他明和迷幻药滥用情况为：成年人终生使用率为 0.5%至 5%，年轻人的比率最高。总体情况呈逐步汇合的趋势。在 1990 年代出现强劲增长的国家，特别是西欧国家，似乎已经稳定或正在减少，而流行率低的国家（包括东欧和西欧国家）正在出现增加。

74．最近的信息表明，中东欧国家试验性和消遣性地使用“俱乐部药物”，特别是迷幻药的现象有所增加，发现 16 岁人中间的终生流行率较高，例如，拉脱维亚为 6%，捷克共和国、立陶宛和斯洛伐克为 4%。[35] 在阿尔巴尼亚，过去几年青年中间安非他明和其他非法药物的滥用都增加了。在土耳其，迷幻药的滥用尽管仍处于较低水平，但似乎也在增加。中学生（10 年级）中间终生至少滥用一次迷幻药者的比例在 1998 年为 2.65%，2001 年这一数字达到 3.31%。[36]

图十九

1998 至 2002 年欧洲安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

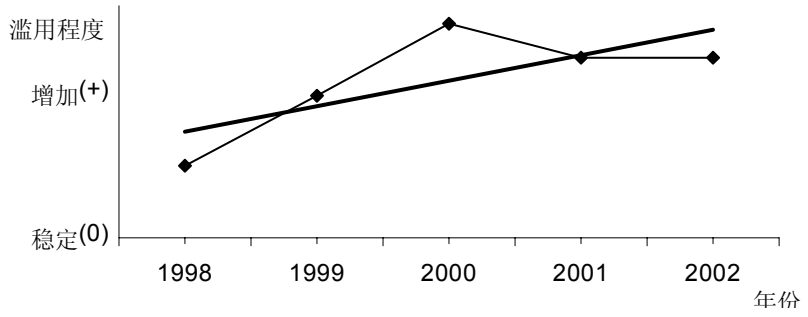
注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

大洋洲

75．尽管最近形势已稳定下来，但是自 1998 年以来大洋洲的总体趋势表明安非他明类兴奋剂的滥用有所增加（见图二十）。最令人担忧的是这种趋势在很大程度上涉及药物注射，特别是在滥用甲基安非他明方面。在澳大利亚，2002 年有相当比例的注射药物使用者继续滥用各种形式的甲基安非他明，同时注意到多数管辖区甲基安非他明粉的滥用有所下降。2001 年澳大利亚进行的全国家庭调查表明，14 岁及以上者过去 12 个月使用药物的数字为，安非他明 3.4%，迷幻药 2.9%。发现 20 至 29 岁者中间的年度流行率最高：每种物质均为大约 10%。[37]

图二十

1998 至 2002 年大洋洲安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：联合国毒品和犯罪问题办事处，年度报告调查表。

注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

三、进展情况衡量

76．正如上文第 3 段所述，报告的信息有些局限性。本报告概述主要趋势所基于的是信息灵通的专家的意见。这些意见往往得到流行病学数据的确认，它们的价值在于指出了主要物质的趋势。

77．本报告尽管有其局限性，但试图通过在区域范围内将估计值与每个国家的人口联系起来，改进关于药物滥用趋势的全球数据库。这有助于对所报告的增加和减少的相对重要性作出解释。为了更好地了解自 1998 年以来在减少非法药物需求方面的进展情况，需要更多和各种各样的信息。

78．下面介绍将来如何继续开展工作的几种选择。应当指出下面的讨论仅涉及有关药物滥用和减少药物需求方案和活动的信息。

A．两年期报告调查表：减少需求活动和方案的进展情况

79．麻委会在题为“报告大会第二十届特别会议后续行动的指导原则”的第 42/11 号决议中强调，需要建立一个审查实现 2003 年和 2008 年目标的进展情况的后续行动机制。

80．麻委会在 2001 年第四十四届会议续会上审议了执行主任关于大会第二十届特别会议成果执行情况的第一份两年期合并报告（E/CN.7/2001/16）。麻委会在 2003 年第四十六届会议上审议了执行主任关于该主题的第二份两年期报告（E/CN.7/2003/2 和 Add.1-6）。两份报告都以对两年期报告调查表的答复为基础。两年期报告调查表特别提供各种环境下减少需求活动和方案、其对目标群体的覆盖范围及方案执行是否对性别问题敏感和结果是否得到评估等信息。这种信息使我们有可能监测每个国家的进展情况如何，但因为执行方案所处背景不同，不能够利用结果进行国家间比较。掌握每个国家的进展情况（也可通过解释对两年期报告调查表的答复以数量方式表示），有助于界定区域和全球在该领域的进展情况。

B．年度报告调查表：药物滥用形势方面的进展情况

81．评价减少药物需求的另一个重要方面是监测药物滥用的格局和趋势。为此，对年度报告调查表进行了简化，以便利各国政府提供信息。自 2001 报告年以来，各国政府一直用修订版调查表报告情况。

82．本报告首次尝试利用各国政府提供的信息分析自 1998 年以来取得的进展。

83．经修订的年度报告调查表需要有关关键指标的信息，其中考虑到 2000 年 1 月在里斯本举行的药物信息系统原则、结构和指标专家会议达成的协商一致意见。关键指标用来更好地了解药物滥用格局和趋势。基本指标有：

(a) 普通人口中间的药物消费（流行率和发生率估计数）；

(b) 青年人口中间的药物消费（流行率和发生率估计数）；

(c) 高危险药物滥用（注射药物使用者估计数和实施高危险行为者的比例，每日使用药物者估计数）；

(d) 解决药物问题的服务的利用情况（为药物问题寻求帮助者数目）；

(e) 与药物有关的发病率（非法药物消费者中间的艾滋病毒、乙肝病毒和丙肝病毒流行率）；

(f) 与药物有关的死亡率（直接因药物消费导致的死亡）。

84．然而，并非所有国家都能够提供有关所有关键指标的数据。在某些情况下，因为定义上的差异，难以对指标进行比较。而且，并非所有国家都能够提供有关 1998 年形势的信息，而 1998 年被用作衡量进展情况的基准。

85．为解决这些问题，要求各国政府采取积极态度。各国正尽最大努力改进数据收集系统。联合国毒品和犯罪问题办事处正在全球药物滥用程度评估方案和其他方案的框架内提供这方面的建议。然而，这方面取得重大进展需要时间。

86．在监测进展情况方面，必须将注意力集中于可以比较的指标。例如，由于法庭的要求和标准存在差异，与药物相关的死亡率信息造成严重问题。

87．为了解决缺少信息（包括基准年 1998 年和随后各年的信息）问题，可能必须在可得到的有限信息基础上作出估计。因此，秘书处和各国政府可能需要利用透明的程序进行估计，估计时可能需要考虑其他信息来源。这将要求秘书处和药物滥用问题国家协调中心提供大量资源。

88．最后，如果已有关键指标，可单独考虑这些指标，以便突出说明药物滥用问题的不同方面：问题的规模，侧重于普通人口；潜在长期问题的迹象，关注青年；以及成本和后果方面的迹象，侧重于治疗需求和注射药物使用者中间的艾滋病毒流行率。

89．也有可能将这些因素汇总在一起，制订出一种药物滥用指数：药物滥用形势指数类似于人的发展指数，其中包括每项指标的不同层面，将其作为一个值提出，可用来比较各国的药物滥用形势。

90．在开始这项活动之前，秘书处需要麻委会就这件事提出指导意见。

注

1 《经济及社会理事会正式记录，1997 年，补编第 8 号》（E/1997/28/Rev.1），第一部分，第 80（a）段。

2 答复率分别为，2001 报告年 54%（收到 103 份答复）、2000 年 41%（收到 80 份答复）、1999 年 49%（收到 94 份答复）和 1998 年 58%（收到 112 份答复）。

3 为各种程度的趋势估计给出从-2 到 2 中间的一个数值（-2 代表大幅减少，-1 少许减少，0 无大变化，1 少许增加及 2 大幅增加）。每类药物的估计值乘以该国人口与该区域总人口的比值。把各国估计值相加，得出每类药物的年度区域趋势估计值，并计算出每个区域的五年累计趋势。这类分析的主要好处是，从最好的方面讲，通过考虑受估计趋势影响的人口规模，可大幅降低高估或低估区域趋势的程度。例如，如果一个人口较少的国家大麻滥用大幅增加，其重要性或影响要低于该区域人口较多国家的少许增加。

4 C. Parry: 南共体药物使用流行病学网络；协商会议的报告，2000 年 10 月 9 日至 12 日，南非比勒陀比亚（开普敦医学研究理事会，2000 年）。

5 B. Vel 和 D. Socrate, 南部非洲发展共同体药物使用流行病学网络，塞舌尔国家报告（2000 年）（可在www.sahealthinfo.org/admodule/seychelles.pdf查阅）。

6 D. A. Ptritchard 等人，《斯威士兰高中和中等教育机构学生中烟草、酒精和药物消费流行率》（斯威士兰曼齐尼，斯威士兰烟、酒和药物依赖问题全国委员会，1998 年）。

7 J. L. Strijdom 和 O. H. Angell,《纳米比亚青年中的药物滥用：研究项目的介绍性报告和调查研究结论报告》（温得和克，纳米比亚大学，1999 年）。

8 A. Pluddemann，《纳米比亚共和国的信息、需要和资源分析》（开普敦，医学研究理事会，2001 年）。

9 美国卫生和公众服务部药物滥用与精神保健服务局，《2002 年全国药物使用和健康状况调查结果：国家结论》，NHSDA 系列 H-22，DHHS 出版物编号：SMA03-3836（2003 年，马里兰州罗克维尔）。

10 L. D. Johnston、P. M. O'Malley 和 J. G. Bachman，《"监测未来"关于青少年药物使用的全国性成果：关键结论概览，2002 年》，NIH 出版物编号：03-5374（马里兰州贝塞斯达，国家药物滥用研究所，2003 年）。

11 联合国毒品和犯罪问题办事处，《印度药物滥用范围、格局和趋势全国性调查：国家报告》，即将出版。

12 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟和挪威的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

13 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟加入国和候选国药物问题状

况》（2003 年，里斯本）。

14 澳大利亚卫生与福利研究所，《2002 年澳大利亚药物使用统计数据》，药物统计丛书第 12 卷（2003 年，堪培拉）。

15 国家药品与酒精问题研究中心，《2002 年澳大利亚药物趋势：来自非法药物报告系统的结论》，国家毒品和酒精问题研究中心专著第 50 期（2003 年，悉尼）。

16 C. Parry 和 A. Pluddemann，《南共体药物使用流行病学调查》，最新版（开普敦），第 6 卷，2003 年。

17 Charles Parry 等人，《南部非洲共同体药物使用流行病学网络：酒精和药物滥用趋势》，2003 年 10 月（2003 年，开普敦）。

18 美利坚合众国卫生和公众服务部药物滥用与精神保健服务局，《来自药物滥用预警网络的急诊趋势：1995 至 2002 年间的最后估计数》，DHHS 出版物编号：SMA 03-3780（2003 年，马里兰州罗克维尔）。

19 美利坚合众国卫生和公众服务部国家卫生研究所，《药物滥用的流行病学趋势：事先发布的报告》（2003 年 6 月）。

20 《2002 年亚洲多城市流行病学工作组的报告》，国际专著系列第 16 号，（槟榔屿，Universiti Sains Malaysa，2002 年）。

21 联合国毒品与犯罪问题办事处，南亚区域办事处，《印度药物滥用范围、格局和趋势全国性调查：国家报告》（2002 年）。

22 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟和挪威的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

23 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟加入国和候选国的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

24 澳大利亚保健与福利研究所，《2002 年澳大利亚药物使用统计数字》，药物统计系列第 12 期（2003 年，堪培拉）。

25 国家药品与酒精问题研究中心，《2002 年澳大利亚药物趋势：来自非法药物报告系统的结论》，国家药物与酒精研究中心专著第 50 号（2003 年，悉尼）。

26 L. D. Johnston、P. M. O'Malley 和 J. G. Bachman. 《"监测未来"关于青少年药物使用的全国性成果：关键结论概览，2002 年》，NIH 出版物编号：03-5374（马里兰州贝塞斯达，国家药物滥用研究所，2003 年）。

27 美利坚合众国卫生和公众服务部药物滥用与精神保健服务局，《2002 年全国药物使用和健康状况调查结果：国家结论》，NHSDA 系列 H-22，DHHS 出版物编号：SMA03-3836（2003 年，马里兰州罗克维尔）。

28 Mexico, Consejo Nacional Contra las Adicciones, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002: Tabaco, Alcohol y Otras Drogas*(2003)。

29 Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, *Estudio Nacional de Drogas en la Poblacion General de Chile*(2002)。

30 Peru, Comisión Nacional para el Desarollo y Vida sin Drogas, *Encuesta Ncional de Prevención y Consumo de Drogas 2002*(2003) 。

[31] 《药物滥用流行病学和监测系统项目第一次利益相关者会议：会议摘要》，2001 年 7 月 23 日至 25 日，特立尼达。

[32] 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟和挪威的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

[33] 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟加入国和候选国的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

[34] L. D. Johnston、P. M. O'Malley 和 J. G. Bachman. 《"监测未来"关于青少年药物使用的全国性成果：关键结论概览，2002 年》，NIH 出版物编号：03-5374（马里兰州贝塞斯达，国家药物滥用研究所，2003 年）。

[35] 欧洲麻醉品和麻醉品致瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟加入国和候选国的药物问题状况》（2003 年，里斯本）。

[36] Aytul Corapcloglu 和 Kultegin Ogel，"与土耳其学生中使用迷幻药相关的因素"，《吸毒成瘾》，第 99 卷，第 1 期（2004 年），第 64 页。

[37] 澳大利亚卫生与福利研究所，《2001 年国家药物战略家庭调查：第一批结果》，药物统计丛书，第 9 卷（2002 年，堪培拉）。

附件一

大麻滥用：2002 年趋势与报告情况

趋势	报告份数	在报告中所占比例（百分比）	按区域分列的报告情况
滥用情况增加	16		非洲
			喀麦隆、科特迪瓦、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、马拉维、毛里求斯、摩洛哥、纳米比亚、塞舌尔、索马里、南非、多哥、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦
	13		美洲
			阿根廷、巴哈马、巴巴多斯、哥伦比亚、哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、海地、巴拉圭、苏里南、特立尼达和多巴哥、乌拉圭和委内瑞拉
	11		亚洲
			阿塞拜疆、中国、中国香港特别行政区、印度、以色列、日本、巴基斯坦、沙特阿拉伯、新加坡、斯里兰卡和乌兹别克斯坦
	15		欧洲
			阿尔巴尼亚、白俄罗斯、保加利亚、克罗地亚、捷克共和国、丹麦、德国、希腊、爱尔兰、拉脱维亚、卢森堡、波兰、斯洛伐克、西班牙和瑞士
小计	**55**	**59**	
滥用情况稳定	1		非洲
			马达加斯加
	3		美洲
			加拿大、多米尼加共和国和美国
	8		亚洲
			孟加拉国、文莱达鲁萨兰国、吉尔吉斯斯坦、黎巴嫩、尼泊尔、卡塔尔、大韩民国和塔吉克斯坦

趋势	报告份数	在报告中所占比例（百分比）	按区域分列的报告情况
	16		欧洲
			奥地利、比利时、芬兰、法国、匈牙利、意大利、列支敦士登、立陶宛、马耳他、荷兰、挪威、罗马尼亚、瑞典、土耳其、乌克兰和联合王国
小计	**28**	**30**	
滥用情况减少	1		非洲
			突尼斯
	1		美洲
			智利
	7		亚洲
			亚美尼亚、印度尼西亚、中国澳门特别行政区、缅甸、阿曼、菲律宾和也门
	1		大洋洲
			澳大利亚
小计	**10**	**11**	
共计	**93**	**100**	

附件二

阿片滥用：2002 年趋势与报告情况

趋势	报告份数	在报告总数中所占比例（百分比）	按区域分列的报告情况
滥用情况增加	12		非洲
			喀麦隆、科特迪瓦、肯尼亚、马拉维、毛里求斯、摩洛哥、纳米比亚、索马里、南非、多哥、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚
	5		美洲
			阿根廷、哥伦比亚、多米尼亚共和国、萨尔瓦多和委内瑞拉
	11		亚洲
			阿塞拜疆、孟加拉国、中国、中国香港特别行政区、日本、吉尔吉斯斯坦、黎巴嫩、尼泊尔、阿曼、斯里兰卡和乌兹别克斯坦
	5		欧洲
			阿尔巴尼亚、白俄罗斯、立陶宛、挪威和瑞典
小计	**33**	**39**	
滥用情况稳定	2		非洲
			加纳和津巴布韦
	9		美洲
			巴哈马、巴巴多斯、加拿大、哥斯达黎加、危地马拉、巴拉圭、苏里南、美国和乌拉圭
	4		亚洲
			文莱达鲁萨兰国、印度、菲律宾和大韩民国
	20		欧洲
			奥地利、保加利亚、捷克共和国、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、列支敦士登、卢森堡、马耳他、荷兰、罗马尼亚、土耳其、乌克兰和联合王国
小计	**35**	**41**	

趋势	报告份数	在报告总数中所占比例（百分比）	按区域分列的报告情况
滥用情况减少	1		非洲
			突尼斯
	10		亚洲
			亚美尼亚、中国澳门特别行政区、印度尼西亚、以色列、缅甸、巴基斯坦、卡塔尔、沙特阿拉伯、新加坡和塔吉克斯坦
	5		欧洲
			克罗地亚、波兰、斯洛文尼亚、西班牙和瑞士
	1		大洋洲
			澳大利亚
小计	**17**	**20**	
共计	**85**		