



麻醉药品委员会

第四十八届会议

2005年3月7日至14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.....	1-3	3
二、1998至2003年期间药物滥用的发展趋势.....	4-13	4
A. 大麻.....	10	5
B. 阿片.....	11	6
C. 可卡因.....	12	8
D. 安非他明类兴奋剂.....	13	9
三、药物滥用的治疗.....	14-59	11
A. 治疗需求.....	21-30	12
B. 接受治疗的主要原因.....	31-46	15

\* E/CN.7/2005/1。



目录（续）

	段次	页次
C. 治疗人群的居中年龄和性别.....	47-58	18
四、改进全球药物滥用信息库.....	59-66	21

## 一、导言

1. 本报告根据各会员国对年度报告调查表第二部分（E/NR/2003/2）的答复，概述了 1998 至 2003 年期间药物滥用的趋势。报告还包括有关治疗需求世界形势的概览，以评价实现大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》（大会第 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》（大会第 54/132 号决议，附件）目标的进展情况。

2. 自 1998 年以来据报告全球药物滥用的发展趋势如下：

- (a) 多数亚洲、非洲和欧洲国家的大麻滥用有所增加，而世界上其他国家的滥用情况则保持稳定，甚至有所下降；
- (b) 欧洲和大洋州的阿片滥用有所减少，而多数亚洲国家却出现增长。北美洲趋势保持稳定；
- (c) 最近的趋势表明，美洲的可卡因滥用尽管依然普遍，但情况稳定。欧洲日益增加的可卡因滥用正成为问题；
- (d) 自 1998 年以来，亚洲和欧洲的安非他明类兴奋剂（ATS）滥用都有所增加。北美洲和大洋州的趋势保持稳定。

3. 关于治疗需求的主要问题有：

- (a) 就全球而言，阿片和可卡因滥用依然占了药物问题治疗病例的多数，但安非他明类兴奋剂和大麻的滥用正越来越经常地被视为寻求治疗的主要原因；
- (b) 要求治疗者的平均年龄在 27 至 29 岁之间。但是，许多地区 20 岁以下的青年大麻使用者的治疗需求正在增加；
- (c) 各区域药物滥用人口以及寻求药物滥用治疗的人中，男子占了多数。在许多区域，妇女寻求专门治疗服务时，都遭遇到困难；
- (d) 安非他明类兴奋剂使用的性别差异较小，而大麻和阿片滥用的性别差异较大；
- (e) 整体而言，缺乏标准化的治疗数据，即基于统一方法和概念的数据。

## 二、1998 至 2003 年期间药物滥用的发展趋势

4. 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。这种报告的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以相对连贯的方式提供的信息。

5. 对于不同年份，年度报告调查表所要求的其他信息（一般民众、学校师生中的流行率、治疗需求等）不一定总是可以利用，可能会难以用于比较。委员会需要认真考虑这一问题，并且在监测自 1998 年以来的进展情况时，也要考虑到这一点。

6. 在缺乏有关药物滥用流行率的综合数据系列的情况下，本报告量化了专家意见，以展示区域趋势。2004 年第一次提交给委员会的“药物滥用趋势加权分析”（WADAT）已用于区域趋势的加权评估，评估中考虑了提供报告各国不同的人口规模。<sup>1</sup>然而，在解读其评估结果时需要考虑其中的局限性：

- (a) 信息是作为专家意见提供的，可能不足以反应实际趋势；
- (b) 药物滥用趋势的程度差异（如“少许增加”与“大幅增加”之间），在不同国家甚至在相同国家的不同报告年度的解释方法可能不同；
- (c) 不同物质滥用趋势不同，可能影响滥用某类药物，如安非他明类兴奋剂的报告趋势（例如，安非他明滥用下降时，迷幻药滥用可能增加）。

7. 本报告只提供了会员国报告的有关主要药物类别总的发展趋向，不可避免地导致概括叙述。有时，各区域会有一两个国家的经历可能不同于区域整体趋势。因此，需要更多针对具体药物的趋势分析，以支持报告结论。但是，如果不考虑此类防止误解的说明，就会发现整体结果——无论在什么情况下与其他指数比较——依然与其他指数相吻合。

8. 由于大多数国家还没有能力根据人口调查或流行率的评估研究，提供有关非法药物滥用的数据，因此，对知识广博的国家专家意见进行分析可为此种形势下的趋势分析提供更广泛的基础。

9. 本报告以所收到的会员国对年度报告调查表第二部分的答复为基础，1998 至

2003 年期间药物滥用趋势概览基于每年的大量答复, 全球的答复率在 40%至 60% 之间。<sup>2</sup>表 1 按区域列出了 2003 年的答复率。

表 1

按区域分列的 2003 年年度报告调查表（第二部分）的答复

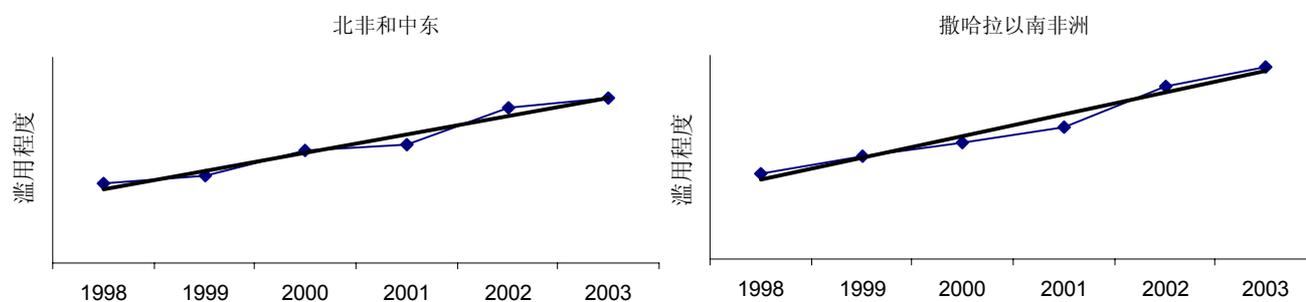
区域	发放调查	收回调查	各国和各地区的答复比例 (百分比)
	表数	表数	
中非、南部非洲和西南非	14	9	64
东亚和东南亚	16	13	81
欧洲	48	39	81
拉丁美洲和加勒比	32	16	50
北非和中东	18	9	50
北美洲	3	2	67
大洋州	14	3	21
撒哈拉以南非洲	47	18	38
<b>全球</b>	<b>192</b>	<b>109</b>	<b>57</b>

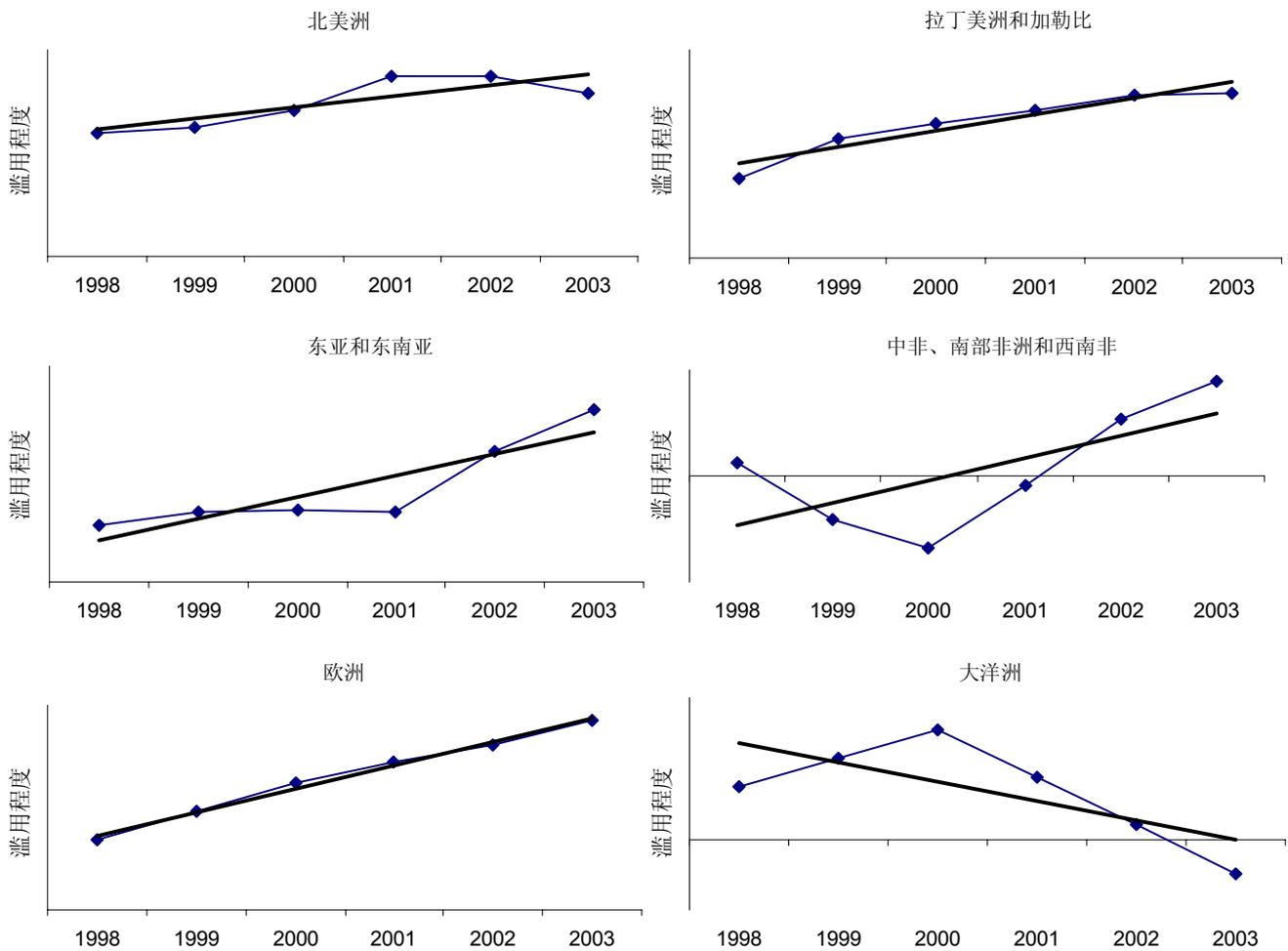
## A. 大麻

10. 大麻仍是全世界滥用最多的非法药物。自 1998 年以来, 多数区域的大麻滥用总体呈上升趋势。但是, 一般民众中流行率高的一些区域(如北美洲), 大麻滥用有所下降或保持稳定。亚洲、北非和中东地区、撒哈拉以南非洲地区和欧洲的大麻滥用呈攀升趋势(见图一)。

图一

1998 至 2003 年期间按区域分列的大麻滥用趋势





资料来源：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。

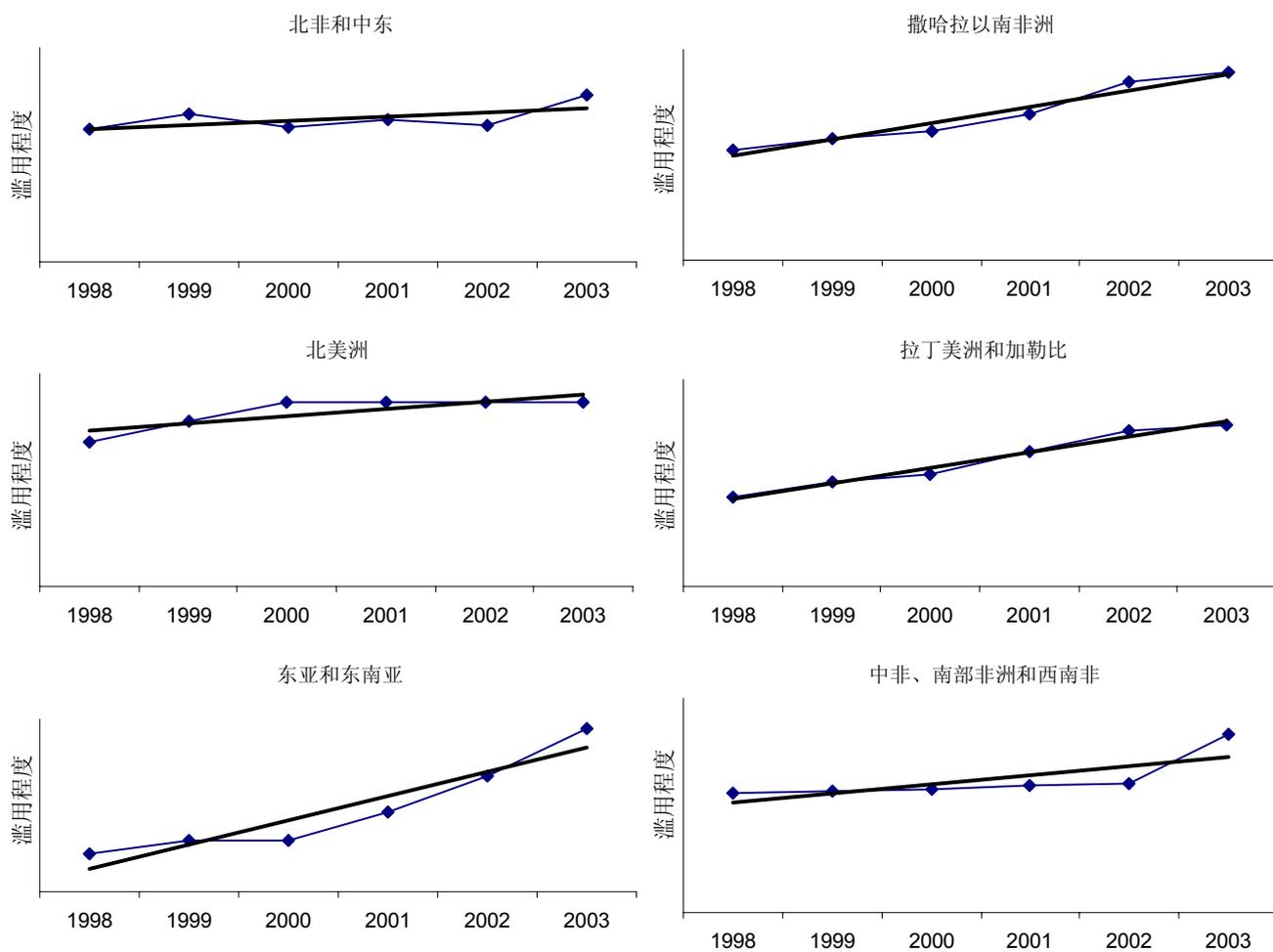
## B. 阿片

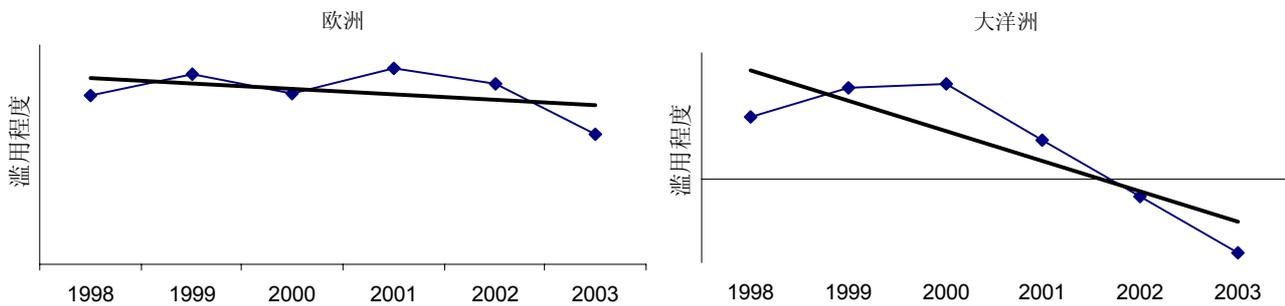
11. 来自欧洲和大洋州的报告显示阿片滥用程度在下降，而北美洲则呈现出稳定趋势。尽管海洛因依然是大多数东欧国家关心的主要药物，但该区域 2003 年报告阿片滥用趋势上升的国家少于报告趋势稳定或下降的国家。一些国家报告了上升趋势，但这些国家的阿片历来并未占到药物问题的多数，如撒哈拉以南非洲国家（见图二）。值得特别关注的是亚洲国家，尤其中亚国家。过去几年，这些国家的阿片注射一直在迅速蔓延。然而，应当提请注意的是，中国和印度的滥用增加可在一定程度上解释亚洲的趋势（因为用于计算趋势的系统与各国的人口规模

有关)。全球形势也可确认这一点：如果将中国和印度排除在分析之外，那么全球阿片滥用似乎呈下降趋势。

图二

1998 至 2003 年期间按区域分列的阿片滥用趋势





资料来源：年度报告调查表。

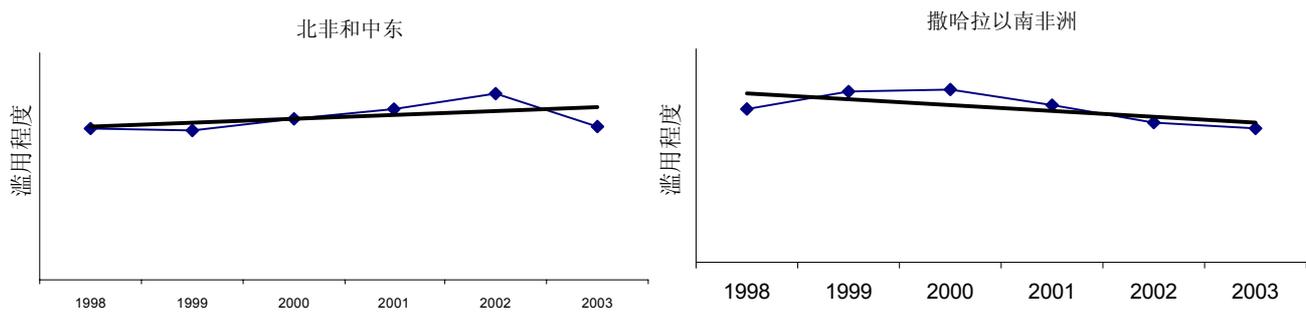
注：国家趋势估计值已按人口规模进行加权计算。

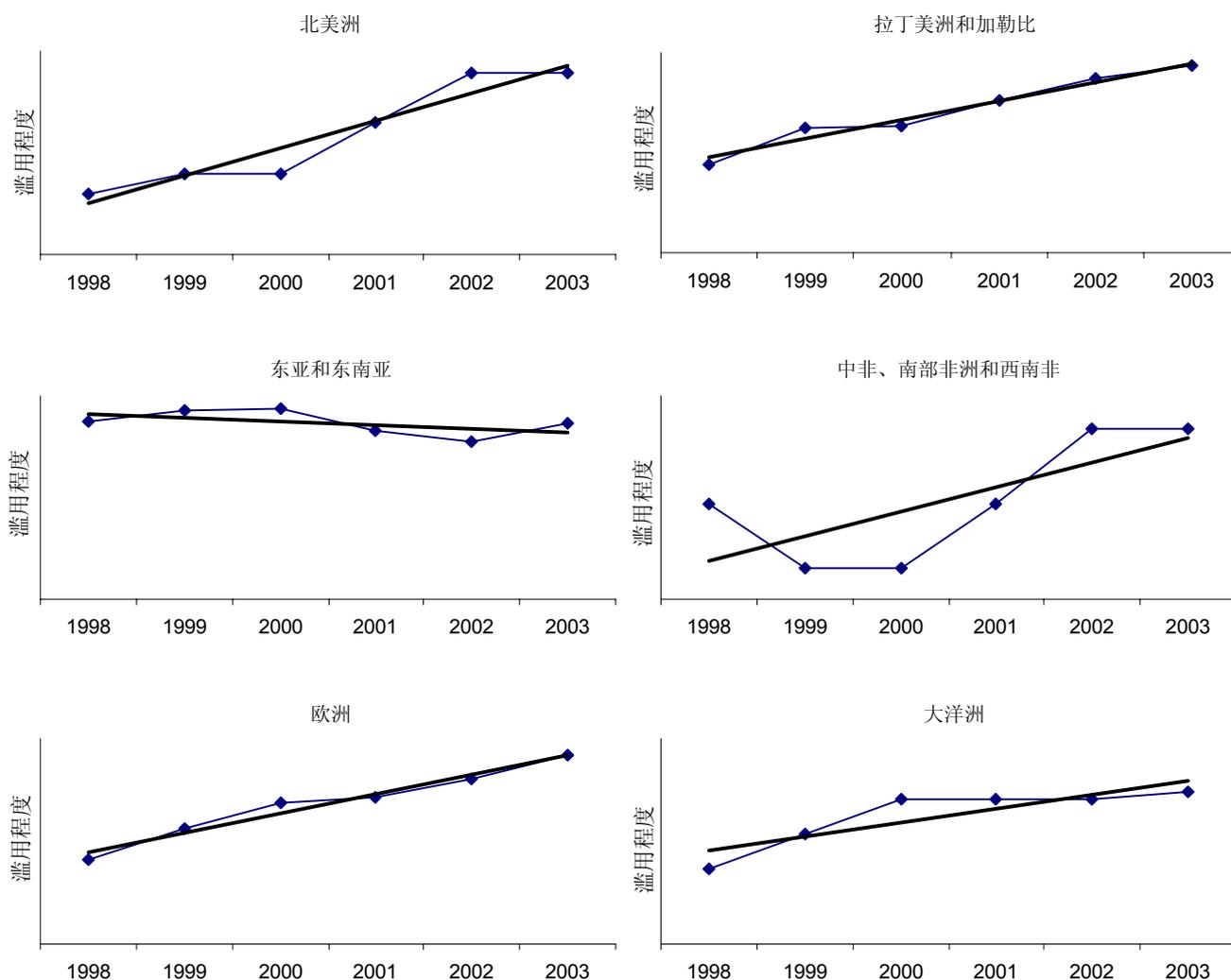
### C. 可卡因

12. 在可卡因消费的主要区域，北美洲和拉丁美洲，可卡因滥用趋势呈现稳定。在加勒比地区，快克可卡因仍然是关注的根源。欧洲几乎一半答复调查表的国家均报告可卡因滥用程度上升。非洲的可卡因滥用指数显示，自 1998 年以来整体水平有所下降；但过去两年趋势呈现出稳定。东亚和东南亚的可卡因滥用经历了—个时期下降之后，于 2003 年报告了增长。大洋州的可卡因滥用形势依然相当稳定（见图三）。

图三

1998 至 2003 年期间按区域分列的可卡因滥用趋势





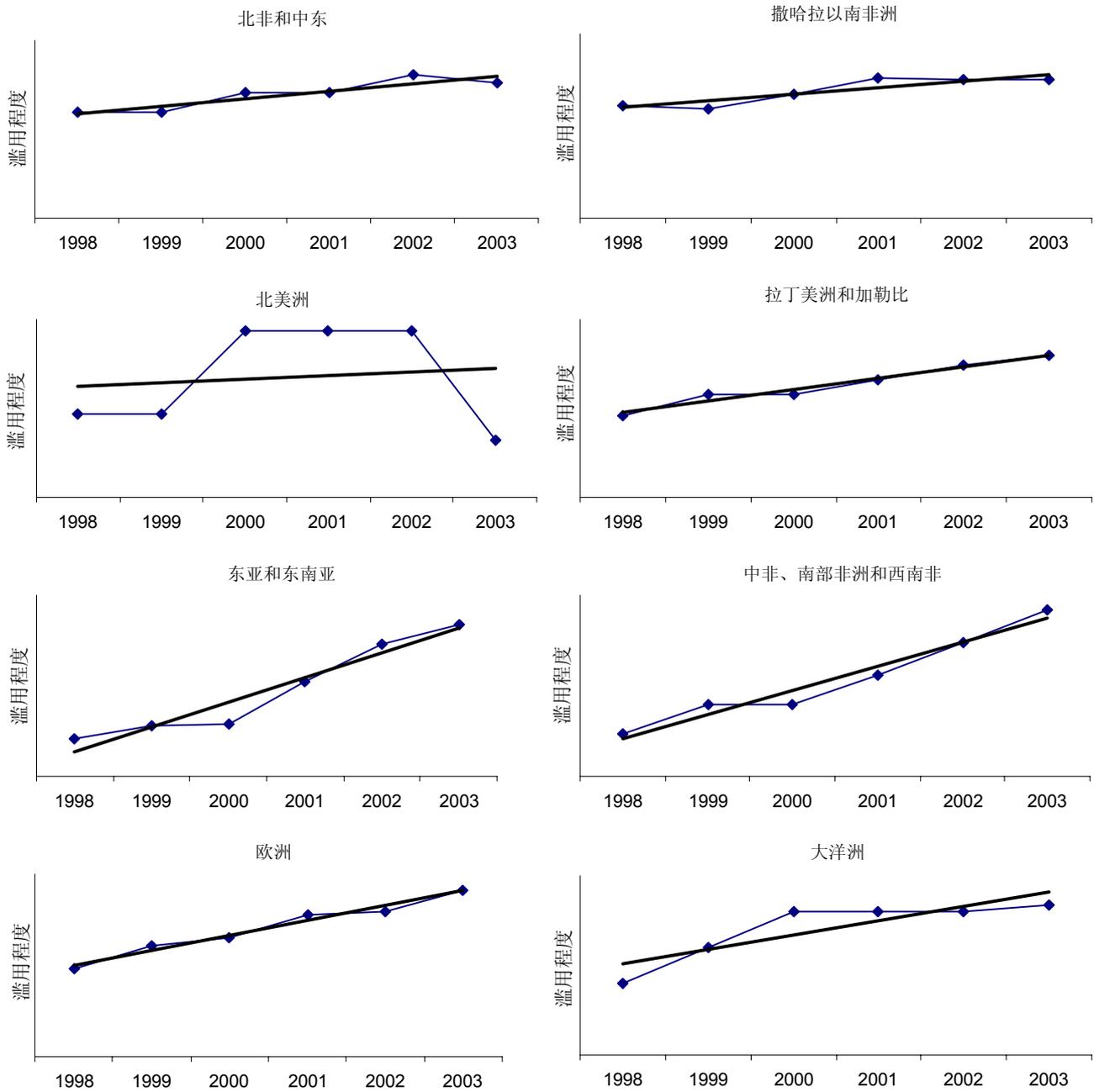
资料来源：年度报告调查表。

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

13. 在东亚和东南亚，尽管一般人口中安非他明使用的流行率依然相对较高，使用范围也很广泛，但如果排除人口庞大的中国日益上升趋势的影响，该地区的安非他明滥用区域趋势会呈现某种程度的稳定。其他主要安非他明滥用区域的趋势表明，欧洲有所上升，大洋洲趋于稳定（见图四）。据报告，北美洲呈下降趋势。非洲和中东答复调查表的一些国家表明，过去几年安非他明的滥用有所增加。

图四  
1998 至 2003 年期间按区域分列的安非他明类兴奋剂滥用趋势



资料来源：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、药物滥用的治疗

14. 为了能够全面评价实现大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》目标的进展情况，秘书处将就世界药物滥用形势提出报告，着重阐述 1998 至 2008 年期间的主要流行病学调查指标。本报告侧重治疗需求数据；2006 年的报告将侧重于青年中的流行率，而 2007 年的报告则侧重于一般民众。

15. 在评价非法药物滥用的程度和性质时，治疗需求数据非常重要，利用流行率评估技术，既可以直接衡量对治疗服务的需求，也可以作为评价药物滥用趋势的间接尺度。尽管各国的药物治疗概念和模式可能不同，但许多国家都收集了有关药物治疗服务活动、特点及服务对象的数据，以便在减少药物需求领域为规划工作提供信息，制定政策。就用于监测药物滥用形势和趋势的有效药物信息系统而言，对戒毒治疗服务的利用程度也被认为是有关药物需求的一个主要流行病学衡量指标。

16. 在考虑治疗需求数据的优点及其潜在用途时，认识到其固有的局限性也很重要。首先，由于第一次使用非法药物到第一次需要治疗之间的滞后时间往往长达数年，因此治疗需求数据不能作为衡量最近药物滥用发展趋势的指标。

17. 其次，治疗需求数据涵盖的药物滥用人口取决于不同国家治疗服务的提供情况和可得性。此类数据不包括治疗机构未报告的药物滥用者、治疗机构已接纳但未参加报告系统的药物滥用者、未收进任何治疗机构的药物滥用者以及尚未遇到药物滥用问题的人。由于药物滥用者一年之内往往可能到过多个不同治疗中心，因而存在重复计数，从而不免有过高估计寻求治疗的人口总数的风险。利用一些具体的技术，如采用无名氏资料等，便可避免这样的偏差。但这种解决办法也不一定可行或可接受。

18. 第三，就定义而言，在数据系统内以及系统之间尚存在许多不一致的地方，需要弄清，以协调各个项目。对于国际比较，应当提请注意的是，并非所有国家都有个人治疗数据，而且即使存在标准文件，也不是所有国家都收集到了完整的数据系列。治疗系统的多样性以及组织和资助方法的不同也会影响治疗需求数据的可用性和质量，以及报告的频率。

19. 图五至图九基于 2001 至 2003 年报告期各成员国年度报告调查表提供的治疗

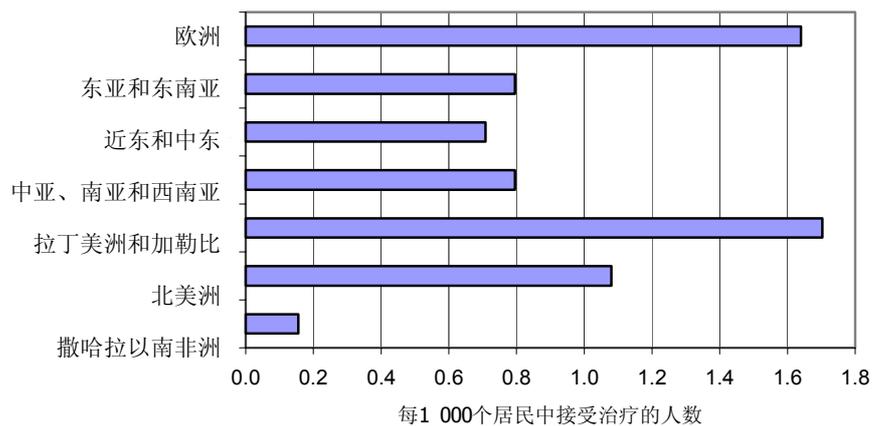
需求最新数据。这些图示仅涉及部分区域，因只有这些区域的可用数据可用作合理的区域列表。由于存在上述局限，进行区域比较时，应当慎重。

## A. 治疗需求

20. 在许多区域，药物滥用治疗需求的数据是经常获得的有关药物滥用的主要数据类别。不同国家专门治疗服务的提供情况和可得性很大程度上影响着每 1 000 个居民（15 至 64 岁者）中接受此类治疗的人数（见图五），即使一个区域存在对药物滥用治疗的实际需求，接受治疗的人数也可能会很少。

图五

每 1 000 个 15 至 64 岁的居民中按区域分列的接受药物滥用治疗的人数，最新得到的估计值



资料来源：年度报告调查表。

21. 拉丁美洲和加勒比地区的药物滥用治疗需求呈上升趋势。可卡因和大麻历来是引起多数住院治疗的药物。但是各国之间药物滥用专门治疗服务的提供情况存在重大差异。秘鲁接受各类治疗和康复服务的人数一直在稳步增加，2001 至 2002 年翻了一番。

22. 至于北美洲，美利坚合众国收容治疗总人数在过去十年相当稳定。墨西哥的可卡因滥用流行率呈上升趋势：可卡因引起的收容治疗占了多数，而且到治疗机构治疗可卡因滥用的人数也在增加。实际需要此类治疗的人数估计要比治疗数据

显示的高出七倍还多。<sup>3</sup>

23. 过去几年，西南亚和中亚地区的大多数国家均报告了药物滥用治疗需求的增长，尤其是阿片滥用治疗需求的增加。例如，哈萨克斯坦 2003 年接受治疗的药物滥用者总数反映了前几年治疗需求的增长。但塔吉克斯坦过去两年内接受药物滥用治疗的人数有所减少。

24. 撒哈拉以南非洲地区普遍缺乏治疗数据的收集和报告系统，而且，一般而言，那里的治疗和康复服务提供水平也较其他区域低下。在将该区域较少的接受治疗人数与其他区域比较时，需要考虑到这一点。通过南部非洲发展共同体（SADC）药物滥用流行病学网络（SENDU）报告的治疗数据最具代表性。在南部非洲发展共同体药物滥用流行病学网络覆盖的国家，2003 年非法药物滥用治疗需求整体上有所增加。特别是在毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚，需治疗所涉的药物似乎比该网络覆盖的其他国家更多。

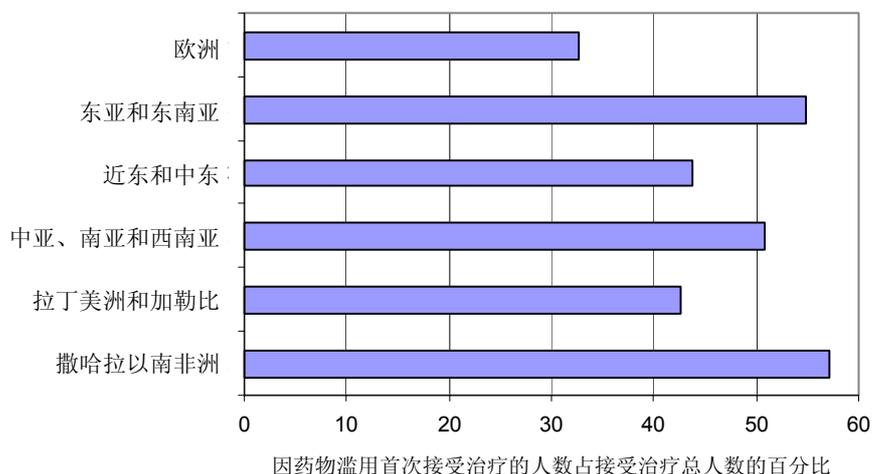
25. 近东和中东地区只有几个国家按照标准、系统化的方式收集并报告了治疗数据。一些国家的专家认为，该区域的治疗需求在增长。黎巴嫩寻求戒毒治疗的人数在 2001 至 2003 年期间翻了一番。另一方面，阿拉伯联合酋长国报告称，该国自 2001 年以来治疗病例数目有所减少。

26. 过去几年，澳大利亚因药物问题接受治疗的人数一直在增长。在新西兰，除海洛因外，大麻、甲基安非他明和阿片滥用治疗需求有所增加。2003 年，主要涉及海洛因、可卡因、安非他明和迷幻药滥用的治疗保持稳定。

27. 比较因药物滥用接受治疗的人数（见图五）和首次接受治疗的人数可以看出，药物滥用问题出现了新的趋势。例如，首次接受治疗的人数比例明显偏高，在撒哈拉以南非洲地区、东亚和东南亚高于 50%，而（每 1 000 个 15 至 64 岁的居民中）治疗人数保持在相对较低水平。这似乎表明，药物问题日益严重，而服务覆盖范围方面还可以改进。

图六

按区域分列的因药物滥用首次接受治疗的人数占接受治疗总人数的百分比，最新得到的估计值



资料来源：年度报告调查表。

28. 东亚和东南亚多数国家的报告均称，安非他明类兴奋剂（主要是甲基安非他明片剂）新的滥用者人数日益增多，而且，据报告，更多的其他物质滥用者将安非他明类兴奋剂加进了他们多种药物滥用方式。但由于滥用方式不同，国际趋势可能会不同于区域形势。例如，中国的阿片和大麻依然在药物问题中占据多数，可据报告，全国各治疗机构自 2001 年以来报告的新的药物滥用发生率，包括男性和女性，都在显著下降。

29. 中亚、南亚和西南亚作为一个区域，是因药物滥用接受治疗的新患者比例最高的区域之一。例如，巴基斯坦 2003 年因药物问题接受治疗的所有人中，三分之二以上是首次接受治疗。吉尔吉斯斯坦 2003 年接近一半住院病人治疗收容属新病例。

30. 欧洲接受治疗服务总人数依然呈上升趋势，这部分是由于整个区域报告系统的改进和治疗服务提供情况的改善。但是，首次接受治疗的人数比例似乎保持稳定，在整体上低于其他区域。<sup>4</sup>

## B. 接受治疗的主要原因

31. 许多国家的部分数据来自治疗收容登记；一些国家有因药物滥用而接受治疗者的国家登记册。治疗需求数据可按药物类别分类，可对于因药物问题而寻求治疗而言，主要药物的概念使用存在差异。在实施更为有效的治疗干预时，界定给病人造成问题最多的非法药物的概念极为重要。就不同区域背景下不同药物类别对治疗的重要性而言，概念的标准化使用会增加可比性。

图七

按区域分列的据报告为接受治疗主要原因的药物，最新得到的估计值



资料来源：年度报告调查表。

32. 像许多其他区域一样，在撒哈拉以南非洲地区，缺乏日常收集的标准化治疗数据妨碍了非法药物使用趋势的监测工作。在答复调查表的 18 个撒哈拉以南国家中，有五个国家（埃塞俄比亚、毛里求斯、纳米比亚、塞舌尔和赞比亚）报告称主要因滥用大麻而接受治疗的人数有所增加，还有四个国家（毛里求斯、塞舌尔、南非和赞比亚）报告称主要因滥用海洛因而需要治疗的人数有所增加。各国 2003 年以大麻作为主要滥用药物的病人比例差别很大，从纳米比亚的 4% 到马拉

维的 85%不等。

33. 整个南部非洲的注射药物滥用流行率依然相对较低。该区域各国中，毛里求斯以海洛因为主要滥用药物而接受治疗的病人比例最高（超过 90%），其中半数以上采用的是注射方式。莫桑比克和南非以海洛因为主要滥用物质的病人人数在过去几年有所增加。在撒哈拉以南非洲地区，与可卡因使用有关的问题引起的治疗需求主要限于纳米比亚和南非，莫桑比克和赞比亚需求程度较低，但注意到这些国家的需求都有所增加。安非他明类兴奋剂滥用是该区域寻求治疗的主要原因，但病例数保持在较低水平。

34. 在北非和中东地区，海洛因和大麻是因药物问题接受治疗者最常见的主要原因。其他频繁报告的物质包括安非他明，但一些国家，如黎巴嫩、摩洛哥、突尼斯和阿拉伯联合酋长国也报告了对可卡因依赖的治疗。

35. 在北美洲，可卡因，尤其是快克可卡因，尽管近几年表现稳定，但依然是大多数地区的一个主要问题。虽然，美国自 1992 年以来主要因可卡因滥用而收容治疗的人数一直在减少，但近一半报告地区的此类收容病例依然在所有药物问题治疗收容病例中占据了最高比例，占收容总人数的 40%到 53%。自 1992 年以来，主要因阿片、大麻和兴奋剂问题而收容的人数有所增加。2003 年，尽管大西洋东北部和中部地区由于有来自南美洲的高纯度海洛因粉，使海洛因指数依然维持在较高水平，但还是保持了相对稳定。

36. 在美国的青少年人口中，因滥用大麻而接受治疗的收容人数长期的大幅增长。1992 至 2002 年期间，以大麻为主要滥用物质的青少年治疗收容比例从 23%上升到 64%，而同期报告以酒精为主要滥用物质的青少年收容病例则从占青少年所有物质滥用治疗收容的 56%下降到了 20%。

37. 在美国，甲基安非他明滥用继续快速渗入新的人群之中。据报告，其他药物滥用者已转向甲基安非他明。但迷幻药指数并没有上升。1992 至 2002 年期间，每 10 万个 12 岁及 12 岁以上的居民中，主要因甲基安非他明和安非他明滥用而收容治疗的比率从 10 人增加到了 52 人，2002 年，其中近四分之一的人（23%）据报告采用注射方式。<sup>5, 6</sup>

38. 拉丁美洲和加勒比地区有七个国家（智利、多米尼加共和国、萨尔瓦多、圭

亚那、海地、特立尼达和多巴哥以及委内瑞拉)报告可卡因是接受药物问题治疗的主要原因,有四个国家(阿根廷、巴哈马、厄瓜多尔和格林纳达)报告大麻是主要原因。巴西青少年中日益泛滥的可卡因滥用是一个越来越严重的问题,极大地增大了对治疗服务的需求。

39. 东亚和东南亚迫切需要专门治疗和康复服务,以满足该区域快速增长的安非他明类兴奋剂滥用人群的更大治疗需求。安非他明类兴奋剂是柬埔寨、日本、菲律宾、大韩民国和泰国滥用最多的一类药物。在中国、印度尼西亚、马来西亚、蒙古、缅甸和越南,安非他明类兴奋剂的滥用则不及阿片和/或大麻。在日本,2003年进入药物滥用治疗机构接受治疗的人中,51%以甲基安非他明为主要滥用药物。菲律宾过去五年的收容治疗人数呈缓慢而稳定的增长,其中大多数是因为使用甲基安非他明。在二十世纪九十年代中期以来,泰国的甲基安非他明滥用有所增加,成为多数寻求治疗者所滥用的药物。一些国家,如印度尼西亚、日本和缅甸。近年的治疗需求相当稳定。

40. 尽管安非他明类兴奋剂滥用流行率不断上升,但在东亚和东南亚许多国家,阿片滥用产生的治疗需求依然是最主要的。例如,在中国、马来西亚和缅甸,大多数病人都在寻求治疗海洛因或鸦片滥用。安非他明类兴奋剂只是最近才在中国成为多种药物滥用方式的一部分,而阿片,尤其是海洛因的滥用,则占了药物问题治疗病例的绝大多数(96.8%)。<sup>7, 8</sup>

41. 中亚、南亚和西南亚国家多数寻求治疗的人针对的是阿片,尤其是海洛因滥用问题。中亚寻求药物滥用治疗的人中,海洛因为主的滥用者比例通常在60%至95%之间。大多数为采用注射方式的药物使用者。印度寻求治疗者最常用的药物是大麻、海洛因和鸦片。该国大麻滥用者比例在1997至2000年期间翻了一番,但近年保持稳定。与之相反,治疗需求表明,二十世纪九十年代末一直减少的海洛因和鸦片滥用治疗最近出现了增长。从安非他明类兴奋剂和可卡因滥用治疗需求来看,这些物质滥用在印度的流行率依然保持较低水平。<sup>9</sup>

42. 作为因药物问题收容治疗的主要或次要原因,阿片、大麻和可卡因在欧洲的记录非常多,但各国之间又存在明显差异。在多数国家,鸦片制剂(主要是海洛因)依然是造成最多治疗需求的药物,在欧洲所有治疗收容病例中所占的比例在40%至90%之间。但欧洲联盟的新成员国明显例外,一些国家的海洛因使用者,

特别是药物滥用治疗机构的新患者中，采用注射方式的人数有下降迹象。

43. 大麻在欧洲尤其是首次接受治疗者中第二频繁提及的药物。据报告，大麻是近三分之一此类新收容者的主要药物问题。可卡因是那些进入药物滥用治疗机构接受治疗者报告的第三普遍滥用的药物，占新收容人数的大约 25%。在欧洲联盟新成员国中，可卡因使用问题的治疗需求依然保持较低水平。大多数欧洲国家都较少将可卡因以外的兴奋剂药物使用作为接受治疗的原因。<sup>4</sup>

44. 在俄罗斯联邦，海洛因使用占了因非法药物使用而接受治疗的病例的大多数（88%）。以其他物质滥用作为寻求治疗主要原因的病例数目仍然很少。但是，主要因使用大麻而在专门药物滥用治疗中心和精神病机构接受治疗的人数不断增多。

45. 在澳大利亚，据报告，2003 年接受治疗的主要原因是海洛因、大麻和安非他明滥用。澳大利亚有许多人接受非寄宿治疗，根据接受治疗者造访治疗机构的频率，按门诊病人计的实际接受治疗人数可能是在专门寄宿环境接受治疗人数的 5 至 10 倍。

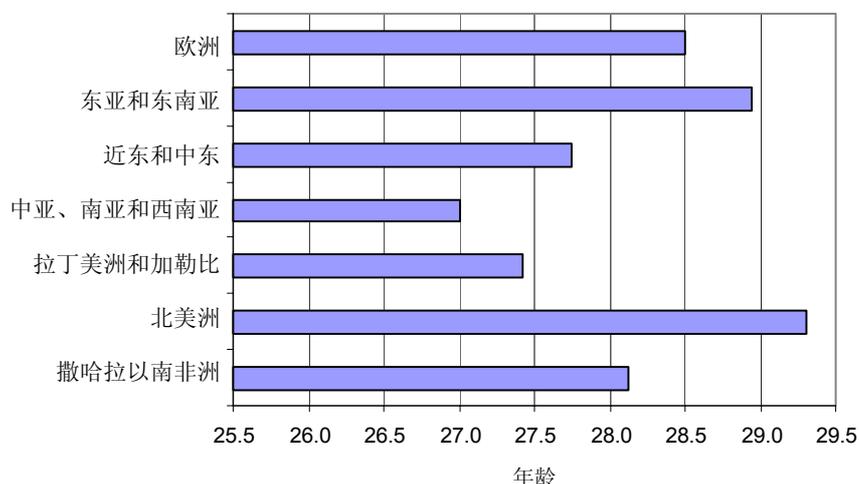
46. 在澳大利亚，大麻依然是主要的和滥用最为广泛的非法药物，而日益增多的合成毒品，如甲基安非他明和迷幻药的滥用可能会构成澳大利亚药物滥用治疗系统的重大挑战。<sup>10</sup> 在新西兰，大麻滥用治疗占了药物滥用治疗的大部分，而最近一项针对甲基安非他明使用的调查显示，因甲基安非他明而寻求治疗的人数有所增加。<sup>11</sup>

### C. 治疗人群的居中年龄和性别

47. 因药物问题接受治疗人群的居中年龄，各区域差异相对较小（见图八）。另外，所有区域对于不同药物类别的居中年龄非常相似。例如，大麻使用者的居中年龄通常低于其他物质使用者的居中年龄，而那些因使用阿片而接受治疗的人一般年龄较长。在许多区域，20 岁以下大麻使用者的治疗需求正在增加。

图八

按区域分列的因药物滥用而接受治疗人群的居中年龄，现有最新估计值



资料来源：年度报告调查表。

48. 在撒哈拉以南非洲地区，尽管南非近年趋势稳定，但博茨瓦纳、莫桑比克和南非 20 岁以下因药物滥用而接受治疗者的比例都有所增长。2003 年，在南非、斯威士兰和赞比亚，五个因药物问题而接受治疗的病人中，有超过一人的年龄在 20 岁以下。<sup>12, 13, 14</sup>

49. 北美洲接受治疗人群的平均年龄高于其他区域，部分反映出可卡因使用者比例较高。美国因吸食可卡因而收容的平均年龄为 37 岁，而非可卡因吸食者的平均年龄为 34 岁。与主要因使用大麻和甲基安非他明（或安非他明）而接受治疗的病人平均年龄（分别为 23 岁和 31 岁）相比，因海洛因而收容的平均年龄也很高，36 岁。

50. 在拉丁美洲和加勒比地区，2003 年因滥用任何非法药物而接受治疗者的平均年龄在 20 至 35 岁之间。主要因大麻问题而接受治疗的病人平均年龄（17 至 18 岁）普遍低于因其他物质尤其是可卡因而接受治疗者。该区域一些国家的青少年大麻使用者对专门治疗服务的需求日益增加。

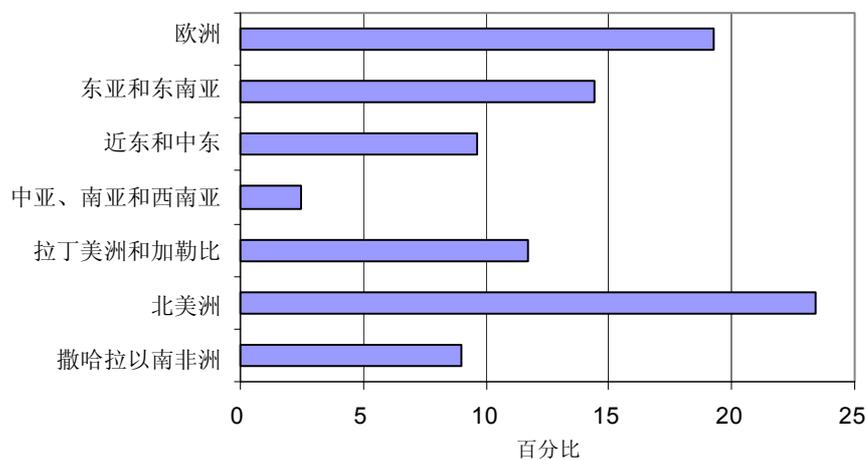
51. 印度接受治疗者的年龄分布因药物类别的不同而存在相当大的差别，在一定程度上不同于其他地方的普遍情况。大约三分之一（32.2%）的鸦片滥用者年龄

在 40 岁以上；海洛因滥用者特别年轻，其中近一半人（48.8%）在 21 至 30 岁之间，不同年龄组因大麻使用而需治疗的需求分布相对均匀。就所有药物类别而言，十个人中年齡在 20 岁以下者不到一人，尤其是滥用鸦片者（3.1%）。<sup>9</sup> 中亚国家接受治疗的药物使用者平均年龄一般在 30 岁左右。

52. 欧洲因使用大麻而接受治疗者（一般在 20 岁以下）通常比其他物质尤其是海洛因使用者年轻。<sup>4</sup>

图九

按区域分列的因药物问题而接受治疗者中女性的比例，现有最新估计值



资料来源：年度报告调查表。

53. 各区域因药物问题而接受治疗的人中，男性占多数（见图九）。女性的较低比例反映出男性药物使用的较高比例，以及女性在获得治疗服务时遇到的各种困难，或者女性从专门药物滥用治疗机构以外的其他地方寻求帮助。应当注意的是，全球仅三分之一的国家报告采用了针对不同性别群体的方法执行治疗和康复服务，区域差别很小。治疗需求的性别差异在使用安非他明类兴奋剂的人群中最小，而在使用大麻和阿片的人群中最大。

54. 中亚、南亚和西南亚因药物滥用而接受治疗的女性比例明显低于世界其他区域，在接受此类治疗的人群中，男性一般占大约 90% 至 95%。

55. 近东和中东地区只有极少的资料来源提供了有关因药物问题接受治疗者中的

性别比例情况。2003 年，黎巴嫩和以色列接受药物滥用治疗服务的女性比例分别为 12%和 15%。而科威特 2001 年接受此类治疗服务的女性比例仅为 2%。在北非，埃及的可用数据显示，2001 年仅有极小比例（2.8%）的接受治疗服务者为女性。<sup>15</sup>

56. 拉丁美洲和加勒比地区 2003 年因药物问题而接受治疗者中的女性比例为 12%，但该区域内只有不到一半国家提供包括此类治疗者性别分布情况的数据。

57. 在北美洲，美国主要因使用大麻、海洛因和（非吸食）可卡因而接受治疗者的性别差异尤其大，男性在因那些药物滥用而收容者中占了三分之二以上。对于主要因使用甲基安非他明或安非他明以及吸食可卡因而收容者，性别差异稍微较小。<sup>5</sup>

58. 欧洲各国因药物问题接受治疗者中男女比例差别很大，从 3:1 至 6:1 参差不齐，女性药物使用者比例最高的是北欧国家和欧洲联盟的新成员国。<sup>4</sup> 俄罗斯联邦因药物滥用而注册接受治疗的所有人中，男性占了 80%以上，因物质不同而存在一些差异。女性比例在因使用大麻而接受治疗的人群中最低（5.6%），而在因使用安非他明类兴奋剂而接受治疗的人群中最高（20.1%）。

#### 四、改进全球药物滥用信息库

59. 麻醉药品委员会在其题为“优化整合药物信息系统”的第 47/1 号决议中，要求执行主任向麻委会第四十八届会议报告该决议的执行情况。根据该要求，本节回顾了联合国毒品和犯罪问题办事处（UNODC）为了与其他国际机构和专家机构共同改进全球信息库而开展的活动。

60. 前面的数据显示，尽管各国有关其药物滥用形势的数据收集能力有了长足进步，但在信息方面还存在一些大的漏洞。除非成员国和国际组织能够填补此类漏洞，否则，将很难评价未来几年在减少非法药物需求方面的进展情况。

61. 主要通过涉及药物滥用状况和趋势的年度报告调查表，以及关于坚持《减少毒品需求指导原则宣言》（大会第 S-20/3 号决议，附件）的减少需求战略和计划实施的两年期报告调查表，监测各国实现减少需求目标的进展情况。2004 年有关药物滥用世界形势的报告（E/CN.7/2004/2）讨论了衡量实现目标进展方面的一些

挑战。

62. 为了提高物质滥用全球数据的涵盖率，促进现有文件和数据库的利用，毒品和犯罪问题办事处一直与世界卫生组织（卫生组织）合作，以确保成员国能够获得合法和非法物质的使用和滥用数据。特别就卫生组织管理的烟草使用数据库（毒品和犯罪问题办事处在全球青年吸烟调查中也提供了投入）和酒精使用数据库和毒品和犯罪问题办事处管理的非法药物滥用信息的协调，展开了讨论与合作。在卫生组织的心理保健资源研究和称作评估系统项目的专门收集治疗和预防资源信息的滥用趋势关联性警告系统的背景下，毒品和犯罪问题办事处与卫生组织还进行了信息交流。

63. 另外，卫生组织还为毒品和犯罪问题办事处与欧洲毒品和毒瘾监测中心（EMCDDA）的治疗数据收集工具包开发项目做出了贡献。作为《全球药物滥用评估方案》活动的一部分，正与欧洲毒品和毒瘾监测中心和其他国际机构和专家机构的专家联手开发有助于各成员国汇编可比治疗数据的工具包。

64. 自 1999 年以来，通过《全球药物滥用评估方案》，毒品和犯罪问题办事处通过培训、形势分析和网络设置的形式，向 51 个国家提供了援助。在 49 个国家就人口、学校、问题药物使用者、治疗需求和艾滋病毒展开了调查。由于流行率数据不足以引导政府决策，在 23 个国家进行了更为深入的研究，以协助政府制定政策和计划。毒品和犯罪问题办事处还在中亚、东非、南部非洲和加勒比地区直接支持了区域网络的建立。

65. 这样，便改进了报告标准，提高了数据质量和涵盖率，使毒品和犯罪问题办事处能够为成员国进行更好的全球分析。

66. 迄今为止，可用供资使得有可能在中亚和西南亚、加勒比地区、东非和南部非洲、北非及中东，进一步执行《全球药物滥用评估方案》的区域次级方案。2005 年，这些活动将进一步扩展到西非和中非。

## 注

<sup>1</sup> 针对不同程度的趋势估计给出从-2 到 2 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。《2004 年世界毒品问题报告》(联合国出版物，销售品编号：E.04.XI.16，第 2 卷)中也采用了这种“药物滥用趋势加权分析”，叫做“药物滥用趋势指数”。

- <sup>2</sup> 答复率分别为，2003 报告年 57% (收到 109 份答复)、2002 年 55% (收到 106 份答复)、2001 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)。
- <sup>3</sup> Consejo Nacional Contra las Adicciones, "Observatorio Epidemiológico en Drogas El Fenmeno de las Adicciones en Mexico 2001" (Mexico City, 2001)。
- <sup>4</sup> 欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心，《2004 年年度报告：欧洲联盟和挪威的药物问题状况》(2004 年，里斯本)。
- <sup>5</sup> 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，《治疗事件数据 (TEDS)：1992-2002 年全国接受物质滥用治疗服务的人数》，DASIS 系列 S-23，DHHS 出版物编号：SMA 04-3965 (2004 年，马里兰州罗克维尔)。
- <sup>6</sup> 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 12 月)。
- <sup>7</sup> 联合国毒品与犯罪问题办事处，《区域安非他明类兴奋剂更新资料和培训会议：最后报告》(2004 年，曼谷)。
- <sup>8</sup> 《2003 年药物滥用监测报告书》，国家药物滥用监测中心 (2004 年，北京)。
- <sup>9</sup> 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、状况和趋势全国性调查：国家报告》(2002 年)。
- <sup>10</sup> 澳大利亚卫生和福利研究所，《2001-2002 年澳大利亚的酗酒和其他药物治疗服务：全国最低数据库报告》，HSE 28，(2003 年，堪培拉)。
- <sup>11</sup> Wilkins 和其他人，“在新西兰使用甲基安非他明情况的近期变化：缉毒官员和药物治疗工作者的答卷调查的初步结论”；在社会和保健成果研究与评估中心 (SHORE) 讲习班上提交的论文，2004 年 1 月 16 日，新西兰奥克兰。
- <sup>12</sup> Charles Parry 和其他人，《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》，2004 年 5 月 (2004 年，开普敦)。
- <sup>13</sup> Charles D.A. Parry 和 Andreas Plüddemann，《南共体药物使用流行病学调查》，最新版 (开普敦)，第 7 卷，2004 年。

- <sup>14</sup> 联合国毒品和犯罪问题办事处，《东非药物信息系统（EADIS）：第三次年会记录》（2003年10月）。
- <sup>15</sup> 联合国毒品和犯罪问题办事处，《埃及当前的治疗和康复设施及服务评价》（2001年）。
-