联合国 E/CN.7/2015/3

经济及社会理事会

Distr.: General
15 December 2014
Chinese
Original: English

麻醉药品委员会
第五十八届会议
2015 年 3 月 9 日至 17 日，维也纳
临时议程*项目 5(a)
《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》的落实情况：鉴于将在 2016 年举行的世界毒品问题大会特别会议，就麻醉药品委员会高级别审议开展后续行动——减少需求和相关措施

世界药物滥用形势

秘书长的报告

摘要

本报告概要介绍联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）掌握的关于全球非法药物需求的最新资料。报告还根据会员国对年度报告调查表第二部分所作的答复，述及会员国在减少毒品需求和相关措施领域所采取的措施，其中涉及为执行《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》而采取的行动。2012 年，15-64 岁的人口中估计有 3.5%到 7.0%（1.62 亿到 3.24 亿人）在上一年至少有一次非法使用药物的经历。自 2009 年以来，非法使用药物的人数有所增加，表现为吸毒人数总体增加以及吸毒流行率略有上升，而问题吸毒者——即患有药物滥用疾病或毒瘾的人——数量保持稳定。毒品和犯罪问题办公室与世界卫生组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署和世界银行联合提交了注射吸毒者和携带艾滋病毒的注射吸毒者的新估计数：注射吸毒者估计数为 1,270 万人（范围在 890 万到 2,240 万人之间），携带艾滋病毒的注射吸毒者估计数为 170 万人（范围在 90 万到 480 万人之间）。除西欧和中

* E/CN.7/2015/1。

V.14-08342 (C) GH 240215 240215

请回收

欧以外，尤其是在注射吸毒者当中艾滋病毒感染率最高的国家，提供减少危害服务依然处于较低水平。全球吸毒情况越来越多面化，合成物质的使用和处方药（如类阿片、安定剂和处方兴奋剂）的非医疗使用日益增加。欧洲最近的吸毒趋势表明，大麻、可卡因、海洛因和苯丙胺类兴奋剂的使用情况有所减少或保持稳定，但使用新型精神活性物质的情况有所增加。在美利坚合众国和墨西哥，大麻吸毒情况有所增加。非洲以及亚洲部分地区的大麻吸毒情况似乎也在增多。海洛因吸毒情况似乎总体趋于稳定，但在多数区域，处方类阿片的非医疗使用继续增多。使用苯丙胺类兴奋剂的情况也继续增多，最明显的是在亚洲和非洲。从全球看，大麻仍然是最常用的毒品，也有越来越多的治疗需求和相关的精神疾病与大麻吸毒有关。在治疗需求、注射吸毒和艾滋病毒感染，以及与毒品有关的死亡方面，类阿片仍然是全球危害最大的毒品。全球可归因于非法药物使用的死亡人数估计为 183,000 人左右；其中多数死亡是类阿片吸毒过量所致并在类阿片吸毒者中发生，这原本是可以预防的。全球估计有近六分之一的问题吸毒者接受了药物滥用疾病治疗和戒毒治疗。但许多区域在循证戒毒治疗和护理服务提供方面仍然存在着差异。年度报告调查表答复率仍然总体偏低，许多国家在吸毒的多数流行病学指标方面也缺乏可靠的最新资料。由于缺乏可持续的毒品信息系统和毒品观察站，多数区域监测当前的和新出现的毒品趋势的工作仍然受到阻碍，对打击非法毒品需求的循证对策的执行和评价工作也举步维艰。

目录

页次

一. 导言 4

A. 吸毒情况认识水平和趋势方面的挑战 4

B. 对年度报告调查表第二部分的答复 5

二. 全球概况 7

A. 吸毒的范围 7

B. 吸毒的后果 10

三. 区域概述 14

A. 非洲 14

B. 美洲 15

C. 亚洲 17

D. 欧洲 19

E. 大洋洲 21

四. 预防和早期干预 22

五. 治疗 26

六. 预防疾病，包括传染病 32

七. 结论和建议 33

一. 导言

1. 本报告概述了联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）掌握的关于全世界非法药物使用范围、类型及趋势的最新资料。在过去一年里，所观察到的一些趋势包括：

(a) 欧洲和北美洲可卡因吸毒趋势下降或保持稳定，而南美洲部分地区则有上升的迹象；

(b) 2012 年，毒品和犯罪问题办公室与世界卫生组织（世卫组织）、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）和世界银行联合报告，全球 15-64 岁人口中注射吸毒的估计有 1,270 万人，而携带艾滋病毒的注射吸毒者估计有 170 万人；

(c) 在欧洲，大麻吸毒情况正在减少或稳定在较高水平。在美利坚合众国和墨西哥以及亚洲和非洲的部分地区，大麻吸毒情况有所增多；

(d) 在亚洲和非洲的多数地区，使用苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺的情况被认为日益增加；

(e) 在北美洲、大洋洲、欧洲以及拉丁美洲部分地区，处方类阿片和兴奋剂的非医疗使用仍然令人担忧，非洲和亚洲的部分地区也报告了处方类阿片和兴奋剂的非医疗使用情况；

(f) 在所有各区域，引进更新的精神活性物质，即不受国际管制的精神活性物质，继续增多，并引发对公共健康的担忧；

(g) 缺乏世界许多地区的客观资料仍然是一个重大难题，因而难以确定非法药物使用的范围、监测趋势及采用循证策略和干预措施充分应对世界毒品问题。

A. 吸毒情况认识水平和趋势方面的挑战

2. 每年报告全球吸毒趋势所采用的资料主要是基于各会员国对年度报告调查表所提交的答复。因此，本报告反映了会员国提供的资料范围和质量。截至 2014 年 11 月 30 日，总共 194 个会员国和 15 个地区中的 93 个会员国发回了关于吸毒范围、类型及趋势的年度报告调查表第三部分。这反映了会员国答复率为 45%。在会员国发回的调查表中，33%“部分”填写，而其余的则属“大体上”填写，即各国提供了一半以上的吸毒主要指标相关资料（见地图）。

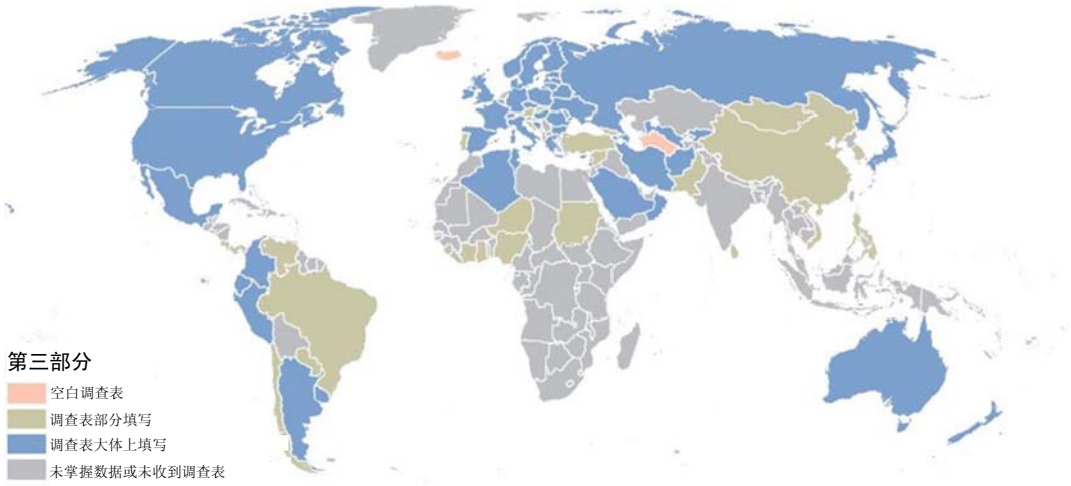
3. 交回年度报告调查表的 45%的会员国涵盖全球人口的 75%。但没有收到答复的次区域包括非洲大部分地区，其中只有 8 个会员国交回调查表。中东、南亚、东亚和东南亚以及加勒比和中美洲许多国家也没有提供有关吸毒范围的资料。

4. 与往年相同，由于答复率低以及缺乏来自非洲和亚洲等区域的客观或最新的吸毒相关信息，尤其是缺乏中国和印度等人口大国的综合资料，难以对世界吸毒形势进行有意义的分析并通报决策机构需要采取哪些行动。由于缺乏数

据，已做出努力从其他政府来源和所公布的吸毒形势报告中收集补充资料，对于未提供大部分资料的国家尤其如此。

地图

截至 2014 年 11 月 30 日对年度报告调查表第三部分的答复



注：本地图上所表示的边界并不意味着联合国的正式认可或接受。

短横虚线表示未确定的边界。圆点虚线表示印度和巴基斯坦约定的查谟和克什米尔地区大致的控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。

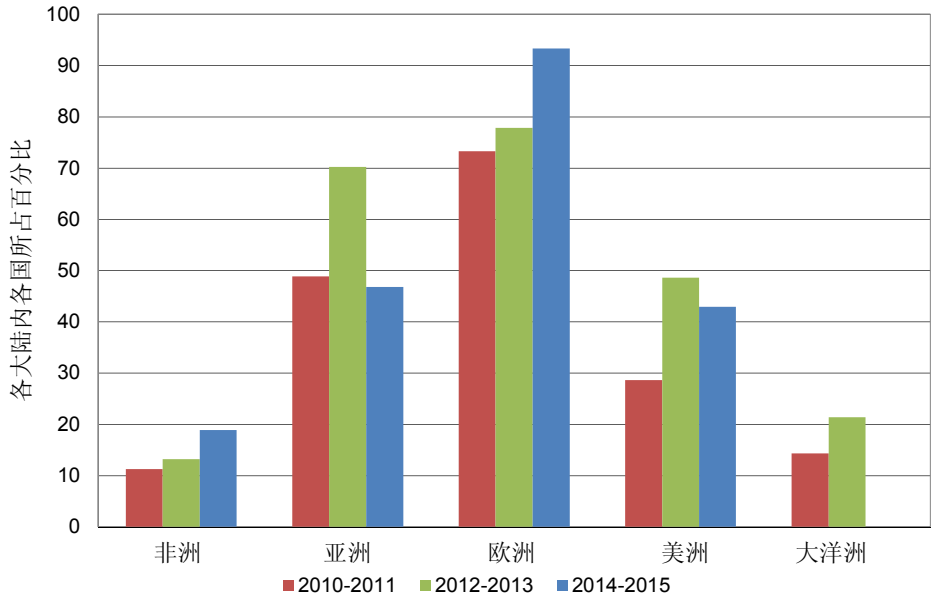
苏丹共和国和南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。

B. 对年度报告调查表第二部分的答复

5. 图一和图二是按大陆和次区域分类的会员国对年度报告调查表的总体答复。2014 年 11 月之前提供答复的国家数量（90 个）相对稳定，欧洲的答复率最高，亚洲和大洋洲的答复率有所减少，非洲的答复率略有下降。

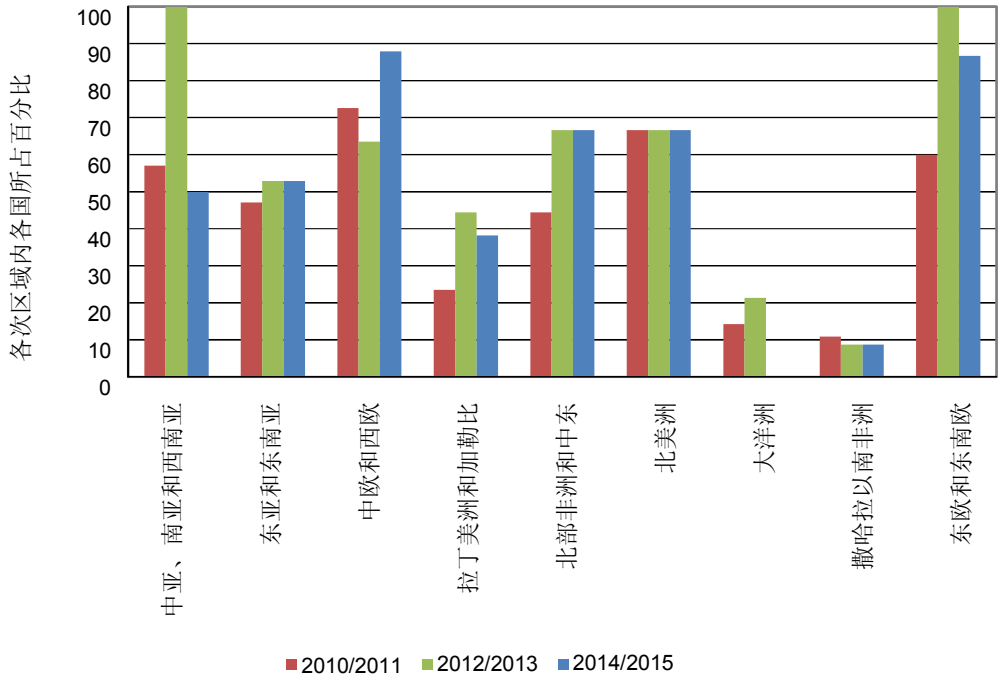
图一

按大陆分列的对年度报告调查表答复的会员国百分比



图二

按次区域分列的对年度报告调查表答复的会员国百分比



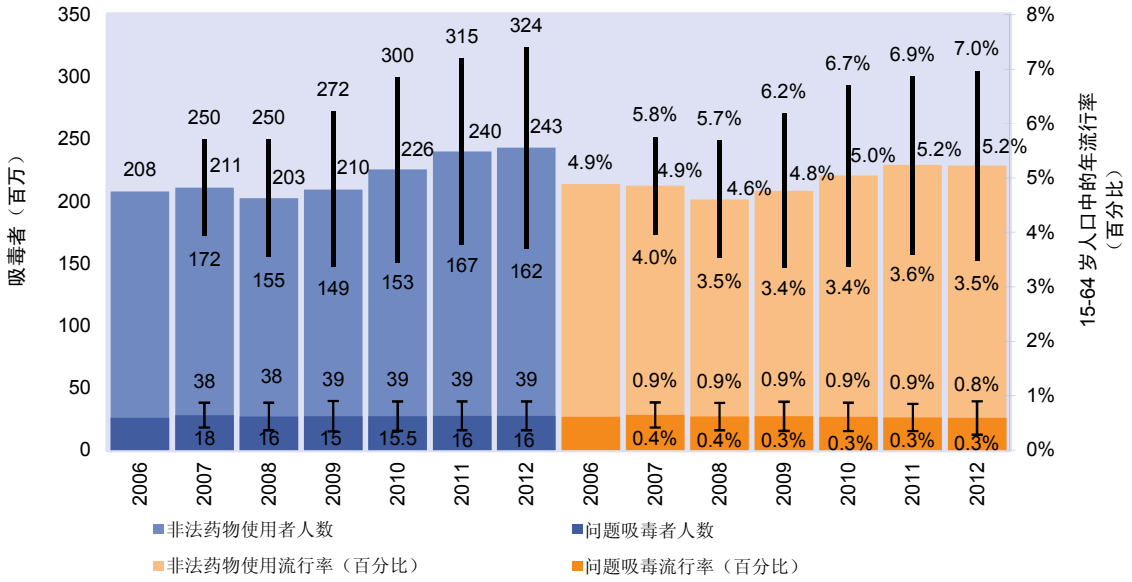
二. 全球概况

A. 吸毒的范围

6. 2012 年，毒品和犯罪问题办公室估计，上一年 15-64 岁人口中有非法使用物质经历的有 1.62 亿至 3.24 亿人，占成人人口的 3.5%至 7.0%（见图三）。尽管男子和妇女的吸毒范围以及所使用的物质因国家不同而各异，但总体上男子使用非法物质的人数可能是妇女的两至三倍。[1]吸毒流行率和问题吸毒者——即患有药物滥用疾病或毒瘾的人——数量保持稳定，[2]但在不同区域和国家可以观察到不同的吸毒趋势，而且可以看出吸毒情况的多面性。

图三

2006-2012 年全球 15-64 岁人口中非法药物使用年流行率



资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

注：条形表示最佳估计数，竖线表示估计数范围。

7. 关于不同的物质类别，自 2009 年以来类阿片和大麻吸毒有所增加，而阿片剂、可卡因和苯丙胺的使用要么保持稳定要么有所减少。[3]

---

[1] 其依据是会员国通过年度报告调查表向毒品和犯罪问题办公室报告的男性和女性使用任何毒品的流行率。

[2] 问题吸毒者人数主要取决于可卡因和阿片剂吸毒者的估计数，因此反映了这些毒品使用的总体稳定趋势。

[3] 在本报告中，“类阿片”用作通用术语，指被滥用的阿片剂和药用类阿片（止痛剂）；“阿片剂”是指海洛因、鸦片和罂粟杆提取物，如乙酰鸦片；“苯丙胺”用来指苯丙胺和甲基苯丙胺。

8. 一个国家吸毒范围的主要信息来源依然是人口普查。然而，以人口为基础进行吸毒情况调查的多数国家每三至五年调查一次。2012 年，33 个国家提供了最新流行率估计数，大多是西欧和中欧国家以及北美洲国家，占全球 15-64 岁人口的将近 12%。因此，关于吸毒范围的全球资料和区域资料不仅依然粗略，而且反映出这些国家和区域估计数的变化和修订情况。

9. 大麻依然是最广泛使用的非法物质：估计 1.25 亿至 2.27 亿 15-64 岁人口在过去一年中至少使用过一次大麻（见表 1）。大麻吸毒流行率高于全球平均数的区域仍然是：西非和中部非洲（12.4%）、北美洲（11.2%）、大洋洲（基本上是澳大利亚和新西兰，10.8%）、西欧和中欧，以及南美洲（均为 5.7%）。

表 1
2012 年大麻吸毒流行率高的次区域

	年流行率（百分比）	估计人数
全球	3.8	177 600 000
西非和中部非洲	12.4	28 510 000
北美洲	11.2	35 230 000
大洋洲	10.8	2 650 000
西欧和中欧	5.7	18 530 000
南美洲	5.7	15 220 000

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

10. 苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）吸毒在全球仍然很广泛，似乎正在增多。尽管没有掌握亚洲和非洲最近的流行率估计数，但这些区域的专家继续报告此类物质的使用明显增多。大洋洲（澳大利亚和新西兰，2.1%）、中美洲和北美洲（分别为 1.4%）以及非洲（0.9%）报告苯丙胺类兴奋剂吸毒量很大，而亚洲此类兴奋剂吸毒的估计年流行率（0.7%）与全球平均数相当（见表 2）。

表 2
2012 年苯丙胺类兴奋剂吸毒流行率高的次区域

	年流行率（百分比）	估计人数
全球	0.7	34 400 000
大洋洲	2.1	510 000
北美洲	1.4	4 410 000
中美洲	1.3	340 000
东南亚	0.6	8 980 000

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

11. 15-64 岁人口使用类阿片的流行率估计在 0.6%至 0.8%之间，而成人人口中使用阿片剂（海洛因和鸦片）的流行率估计在 0.3%至 0.4%之间（见表 3）。与全球平均水平相比，北美洲（4.3%）和大洋洲（3.0%）的类阿片吸毒流行率依

然较高，而西南亚（1.2%）、东欧和东南欧及中亚（分别为 0.8%）的阿片剂吸毒流行率均处于较高水平。

表 3
2012 年类阿片和阿片剂吸毒流行率高的次区域

	类阿片		阿片剂	
	年流行率（百分比）	估计人数	年流行率（百分比）	估计人数
全球	0.7	33 000 000	0.4	16 400 000
北美洲	4.3	13 460 000	0.5	1 420 000
大洋洲	3.0	740 000	0.2	40 000
近东和中东及西南亚	1.9	5 190 000	1.2	3 320 000
东欧和东南欧	1.2	2 800 000	0.8	1 890 000
中亚和外高加索	0.9	470 000	0.8	440 000

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

12. 全球有 1,400 万到 2,090 万人在过去 12 个月中使用过可卡因。可卡因吸毒年流行率在北美洲和南美洲（分别为 1.8%和 1.2%）、大洋洲（1.5%）及西欧和中欧（1%）仍然较高。可卡因吸毒似乎在主要的成熟市场稳定维持在较高水平。

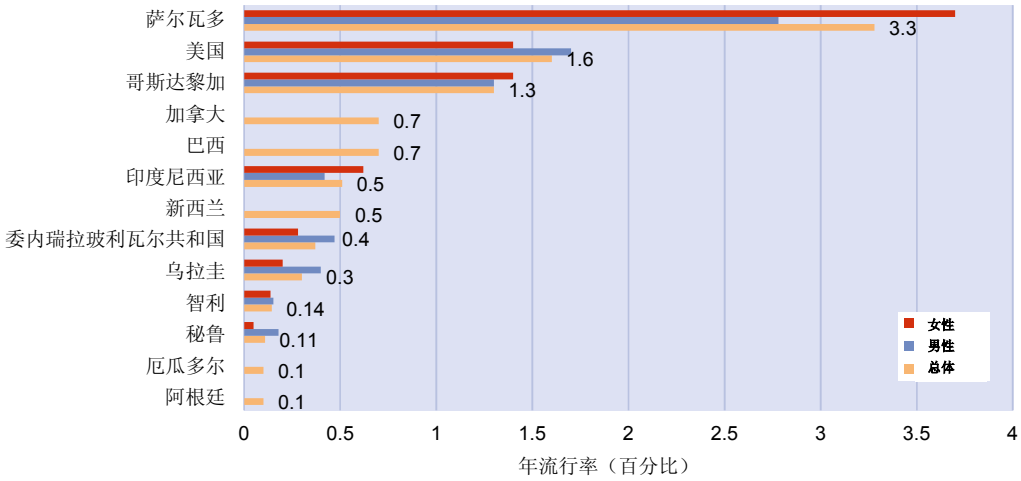
13. 据估计，在上一年使用过亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”）的人数在 940 万到 2,820 万之间。“摇头丸”吸毒流行率高的三个区域仍然是大洋洲（2.9%）、北美洲（0.9%）和欧洲（0.5%）。与“摇头丸”吸毒相关的仍然是青年人以及城市中心的休闲场所和夜生活场所。[4]

14. 虽然并未掌握处方药非医疗使用的全球估计数，但此类使用仍然是一个重要的公共健康问题。苯二氮卓类和巴比土酸盐等安定剂和镇静剂的滥用或非医疗使用仍然很普遍，有些国家报告其使用流行率高于许多非法物质。滥用处方类阿片也依然是令人关切的问题，不仅医疗用途的类阿片止痛剂人均消费量高的国家，如北美洲或澳大利亚，而且报告类阿片止痛剂人均消费量或供应量很低的国家，如尼日利亚和巴基斯坦，均报告了较高的滥用水平。仅有几个国家报告了一般人口和青年人滥用处方兴奋剂或治疗注意力缺失多动症（多动症）的药物的情况。除了印度尼西亚以外，报告滥用处方兴奋剂的多数国家是在北美洲和南美洲。然而，这并不排除滥用处方兴奋剂可能在其他国家或区域很常见的可能性（见图四）。[5]

[4] 毒品和犯罪问题办公室，《2013 年世界毒品报告》。

[5] 另见毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

图四
报告数据的国家一般人口中非医疗使用兴奋剂的年流行率



资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

15. 新型精神活性物质（即化学成份改变从而不在国际管制制度范畴内但药效类似于受管制物质的物质）已成为一个令人关切的重大问题，这不仅是因为其使用率日益上升，也因为缺乏对其不良作用的科学研究和认识。各区域的许多国家，包括非洲一些国家，都报告了新型精神活性物质出现的情况。截至 2013 年，有 97 个国家报告出现了 348 种新型精神活性物质，其中大多数是在 2008 至 2013 年期间查明的。所报告的最常见新型精神活性物质包括合成大麻素（28%）、合成卡西酮（25%）、哌嗪（9%）、色胺（4%）和以植物为基础的物质（7%），如卡塔叶、卡痛叶和墨西哥鼠尾草。[6]

B. 吸毒的后果

1. 注射吸毒者

16. 《2014 年世界毒品报告》首次列报了毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署和世界银行联合对全球注射吸毒者数量所作的估计：1,270 万人（范围是 890 万至 2,240 万），相当于流行率占 15-64 岁人口的 0.27%（见表 4）。在区域一级，东欧和东南欧（1.26%）注射吸毒者的流行率最高，是全球平均水平的 4.6 倍，其次是中亚和外高加索（0.76%）。就注射吸毒者的实际人数而言，中国、俄罗斯联邦和美国的注射吸毒者加起来占全球总数的将近一半。

[6] 进一步信息另见毒品和犯罪问题办公室，《2014 年全球合成毒品评估：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质》。

表 4
2012 年注射吸毒者估计人数和流行率

区域	次区域	注射吸毒者					
		估计人数			流行率（百分比）		
		低	最佳	高	低	最佳	高
非洲		**300 000**	**1 020 000**	**6 240 000**	**0.05**	**0.17**	**1.05**
美洲		**2 470 000**	**3 130 000**	**3 910 000**	**0.39**	**0.49**	**0.61**
	北美洲	1 770 000	2 060 000	2 360 000	0.56	0.66	0.75
	拉丁美洲和加勒比	700 000	1 070 000	1 540 000	0.22	0.33	0.48
亚洲		**3 480 000**	**4 650 000**	**6 190 000**	**0.12**	**0.16**	**0.22**
	中亚和外高加索	360 000	410 000	470 000	0.67	0.76	0.87
	东亚和东南亚	2 450 000	3 260 000	4 420 000	0.16	0.21	0.28
	西南亚	390 000	650 000	920 000	0.22	0.37	0.51
	近东和中东	30 000	70 000	130 000	0.03	0.08	0.13
	南亚	250 000	250 000	260 000	0.03	0.03	0.03
欧洲		**2 530 000**	**3 760 000**	**5 850 000**	**0.46**	**0.68**	**1.06**
	东欧和东南欧	1 800 000	2 900 000	4 750 000	0.78	1.26	2.07
	西欧和中欧	740 000	870 000	1 100 000	0.23	0.27	0.34
大洋洲		**120 000**	**130 000**	**160 000**	**0.49**	**0.53**	**0.66**
全球		**8 910 000**	**12 690 000**	**22 350 000**	**0.19**	**0.27**	**0.48**

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

2. 注射吸毒者中的艾滋病毒

17. 在估计的 1,270 万注射吸毒者中，携带艾滋病毒的估计有 170 万人（见表 5）。也就是说，全球注射吸毒者中艾滋病毒流行率为 13.1%。携带艾滋病毒的注射吸毒者流行率最高的是西南亚，其次是东欧和东南欧。就绝对数目而言，中国、巴基斯坦、俄罗斯联邦和美国加起来占全球携带艾滋病毒的注射吸毒者数量的 62%。

表 5
2012 年携带艾滋病毒的注射吸毒者估计数

区域	次区域	注射吸毒者中的艾滋病毒			
		估计人数			流行率：最佳估计数（百分比）
		低	最佳	高	
非洲		**24 000**	**123 000**	**2 006 000**	**12.1**
美洲		**197 000**	**267 000**	**421 000**	**8.6**
	北美洲	148 000	189 000	254 000	9.2
	拉丁美洲和加勒比	49 000	79 000	167 000	7.4

区域	次区域	注射吸毒者中的艾滋病毒			
		估计人数			流行率：最佳估计数（百分比）
		低	最佳	高	
亚洲		**331 000**	**556 000**	**966 000**	**12.0**
	中亚和外高加索	26 000	31 000	41 000	7.7
	东亚和东南亚	196 000	312 000	596 000	9.6
	西南亚	88 000	188 000	298 000	28.8
	近东和中东	1 000	3 000	8 000	3.8
	南亚	20 000	21 000	22 000	8.4
欧洲		**364 000**	**719 000**	**1 434 000**	**19.1**
	东欧和东南欧	320 000	667 000	1 368 000	23.0
	西欧和中欧	44 000	52 000	66 000	6.0
大洋洲		**1 000**	**1 000**	**2 000**	**1.0**
全球		**917 000**	**1 667 000**	**4 828 000**	**13.1**

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

3. 注射吸毒者中的肝炎

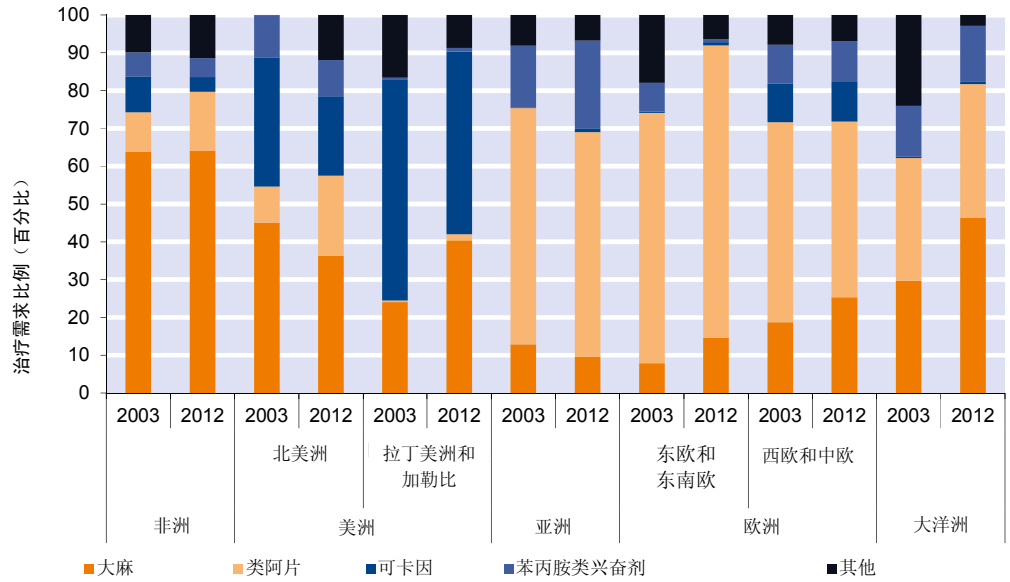
18. 在注射吸毒者中，丙型肝炎流行率似乎比所有其他感染都要高得多。据毒品和犯罪问题办公室估计，注射吸毒者中有半数即 660 万人感染了丙型肝炎。据估计全球注射吸毒者中乙型肝炎流行率为 6.7%，即 85 万 15-64 岁人口。这几种并存病——艾滋病毒、乙型肝炎和丙型肝炎——均在很大程度上对吸毒者的治疗和护理加重了疾病负担。

4. 问题吸毒者的治疗需求

19. 据估计，全球问题吸毒者中有六分之一因其问题吸毒而接受治疗。但各区域在提供戒毒服务和干预措施方面有很大的差异（见图五）。在非洲，接受治疗的问题吸毒者占十八分之一，在拉丁美洲和加勒比以及东欧和东南欧，得到治疗的问题吸毒者约有十一分之一。各区域在治疗需要方面的差别可能反映了不同的报告制度，但也表明不同区域在戒毒治疗服务的提供和普及方面有很大差别。除非洲以外，有关治疗需求的数据提供了与特定区域吸毒者和公共健康最为相关的物质的信息。在东欧和东南欧及亚洲多数地区，类阿片是治疗需求的主要原因。可卡因是拉丁美洲和加勒比收治情况中报告的主要毒品，而苯丙胺在很大程度上是东南亚和大洋洲报告的毒品。因大麻吸毒而治疗大多是非洲、美洲和大洋洲报告的。另外，2003 至 2012 年间，欧洲、拉丁美洲和加勒比及大洋洲因大麻吸毒疾病而收治的总数所占比例大幅度提高。

图五

2003-2012 年按区域分列的接受治疗人口中主要药物滥用的变化



资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

5. 与毒品相关的死亡

20. 与毒品相关的死亡显示了吸毒可能造成的极端危害。这类死亡无一例外都是过早死亡，多数是可以预防的。据毒品和犯罪问题办公室估计，2012 年与毒品相关的死亡人数有 95,000 至 226,000 人，死亡率相当于 15-64 岁人口每百万人中有 20.8 至 49.3 人死亡（见表 6）。全球和各区域内毒品相关死亡的范围基本保持不变。从全球看，所报告的毒品相关死亡近半数是因为超剂量致命，这种情形只要有经过适当训练的治疗吸毒者人员采取充分的预防超剂量干预措施（如提供纳洛酮）即可预防。除南美洲将可卡因列为造成毒品相关死亡的主要物质以外，所有其他区域都将类阿片列为造成毒品相关死亡的主要物质。但在多种毒品使用的情况下，即报告使用了不止一种物质的情况下，出现了很大比例的毒品相关死亡。

表 6
2012 年毒品相关死亡估计人数和 15-64 岁人口每百万人死亡率估计数

区域	毒品相关死亡人数			15-64岁人口每百万人死亡率			15-64岁人口覆盖率（百分比）
	最佳估计数	最低估计数	最高估计数	最佳估计数	最低估计数	最高估计数	
非洲	36 800	17 500	56 200	61.9	29.4	94.3	..
北美洲	44 600	44 600	44 600	142.1	142.1	142.1	100
拉丁美洲和加勒比	4 900	4 000	7 300	15.1	12.6	22.7	80
亚洲	78 600	11 400	99 600	27.7	4.0	35.0	9
西欧和中欧	7 500	7 500	7 500	23.2	23.2	23.2	100
东欧和东南欧	8 700	8 700	8 700	37.9	37.9	37.9	100
大洋洲	1 900	1 600	1 900	77.5	65.3	78.5	75
全球	183 100	95 500	225 900	40.0	20.8	49.3	..

资料来源：《2014 年世界毒品报告》。

注：由于非洲国家报告的数据非常有限，所使用的资料来源是 L. Degenhardt 等人，“Illicit drug use”，载于 *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*，第 1 卷，M. Ezzati 等编（日内瓦，世界卫生组织，2004 年）。

三. 区域概述

21. 下文所列的吸毒信息重点介绍主要趋势和新信息（如果特定区域国家已提供该信息）。每节所列的区域和次区域流行率估计数依据的是《2014 年世界毒品报告》中公布的毒品和犯罪问题办公室估计数。

A. 非洲

22. 关于非洲的吸毒情况，所掌握的信息有限，但认为该区域大麻吸毒流行率较高（占 15-64 岁人口的 7.5%），相比之下全球平均数为 3.8%。据估计，消费水平接近或低于全球平均数的有类阿片（0.3%）、阿片剂（0.3%）、可卡因（0.4%），以及除“摇头丸”以外的苯丙胺类兴奋剂（0.9%）。关于专家对最近吸毒情况变化的观点，所掌握的数据并不完整。在非洲 8 个会员国所提供的信息中，有限的证据显示该区域大麻和苯丙胺类兴奋剂吸毒情况有所增多。

23. 虽然非洲仍在使用传统毒品，但也报告了新型精神活性物质在该区域出现的情况。2008 至 2013 年间，53 个非洲国家中有 11 个国家报告新型精神活性物质的出现。[7]埃及报告的数量最多（20 种），其中包括合成大麻素、以植物为基础的物质和哌嗪。卡塔叶是传统上在该区域一些地区使用的一种新型精神活性物质，这种物质仍然是令人关切的问题。

[7] 同上。

24. 该区域许多国家还报告了处方药滥用的情况。例如，在阿尔及利亚，安定剂和镇静剂据报告是最常用的毒品，其次是大麻。同样，据报告，尼日利亚处方类阿片滥用率高于海洛因吸毒。合成类阿片镇痛药曲马多的滥用是该区域主要的关切问题；包括埃及、利比亚、毛里求斯和多哥在内的许多国家都报告了曲马多滥用情况。[8]

25. 由于没有开展全国吸毒范围调查，南非吸毒问题社区流行病学网络根据全国接收治疗情况定期报告趋势数据。根据该网络的最新报告，多数戒毒中心报告海洛因吸毒是日益严重的问题。报告注射海洛因而接受治疗的患者人数也有所增加。正在注射的其他物质包括可卡因、甲卡西酮、甲基苯丙胺和处方药（如苯二氮卓类）。该国与可卡因有关的治疗需求依然较低并保持稳定，而大麻仍然是最经常报告的治疗原因，尤其是青年人使用该物质。[9]

B. 美洲

26. 大麻是美洲最经常使用的非法物质，在 15-64 岁人口中的年流行率为 8.1%。这一流行率比全球平均数高一倍，但大麻吸毒率高主要是北美洲大麻吸毒量高造成的。消费量第二的毒品是类阿片，年流行率为 2.3%，约为全球平均数的三倍。该区域可卡因吸毒的年流行率也位居前列，为 1.5%，几乎是全球平均数的四倍。苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）和“摇头丸”吸毒也超过各自的全球平均数。

1. 北美洲

27. 在北美洲，所有毒品类型的消费量均高于全球平均水平。大麻是消费最广泛的物质（上一年吸食过的人数占总人口的 11.2%），但类阿片（主要是处方类阿片和止痛剂）和可卡因的消费量与全球水平相比也很高。类阿片吸毒年流行率为 4.3%，而阿片剂吸毒年流行率为 0.5%，可卡因吸毒年流行率为 1.8%（比任何区域都高，是全球平均数的四倍）。苯丙胺类兴奋剂和“摇头丸”的使用也远远超过全球平均消费水平（年流行率分别为 1.4%和 0.9%）。

28. 在美国，2013 年，年满 12 岁或以上的人口中上一年使用非法药物的比率与 2012 年相比保持稳定，仍为 15.9%，接近于 2012 年报告的过去 10 年的历史最高值。大麻吸毒流行率不断上升，从 2012 年的 12.1%升至 2013 年的 12.6%。然而，除大麻以外的毒品非法使用量从 8.2%降至 7.6%，大多是因为“快克”可卡因的使用量下降（从 2012 年的 0.4%降至 2013 年的 0.2%）以及精神疗法的非医疗使用减少（从 2012 年的 6.4%减至 2013 年的 5.8%），尤其是处方类阿片

[8] 同上。

[9] 南部非洲共同体药物使用流行病学网络，Monitoring Alcohol and Drug Abuse Treatment Admissions in South Africa:January-June 2013 – Phase 34（2014 年 2 月）。

（从 2012 年的 4.8%减至 2013 年的 4.2%）和安定剂（从 2012 年的 2.3%减至 2013 年的 2.0%）的使用量减少。[10]

29. 在美国，类阿片市场出现向海洛因吸毒转变的迹象，海洛因供应量提高而价格下跌证明了这一点，同时部分因奥施康定配方改变为无法鼻吸或注射的控释配方所致，奥施康定是被滥用的主要处方类阿片之一。[11]

30. 在美国，处方止痛剂过量所致死亡人数也继续增加，特别是女性。[12]此外，2004-2011 年期间与药品的非医疗使用有关的急诊也显著增加（增加了 132%），同期与海洛因和类阿片吸毒有关的急诊室病例增加了 183%。[13]

31. 2013 年加拿大没有提供最新的吸毒调查数据。先前报告的 2012 年以来的数据以及 2013 年年度报告调查表提供的数据表明，年满 15 岁及以上的人口上年大麻吸毒流行率为 10.2%，仍然保持稳定。上年除大麻以外的最经常报告的毒品非法使用估计为 1%左右，据报告也保持稳定。[14]

32. 在墨西哥，非法药物使用仍然处于低水平，上年任何毒品的非法消费流行率均为 1.5%。上年大麻使用量估计为 1.2%，上年可卡因使用量估计为 0.5%。在青年人口中，上年任何非法物质的使用量也为 1.5%，主要是因为上年大麻和可卡因（上年使用量分别为 1.3%和 0.4%）消费所致，也因为上年溶剂和鼻吸剂的使用量约为 0.3%。然而，如年度报告调查表所报告，专家认为该国大麻、海洛因、“快克”可卡因和苯丙胺类兴奋剂的使用量均有所增加。[15]

2. 南美洲和中美洲及加勒比

33. 据报告，在南美洲和中美洲及加勒比，可卡因吸毒水平依然较高。在南美洲，可卡因吸毒年流行率据估计从 2010 年的 0.7%（184 万吸毒者）增至 2012 年的 1.2%（334 万吸毒者），是全球估计平均消费水平的三倍。该区域的可卡因吸毒量增加是巴西吸毒量增加所致。另外，如年度报告调查表所报告，来自巴西、智利和哥斯达黎加的专家也认为上年可卡因吸毒量有所增加。中美洲和加勒比的可卡因吸毒量仍然维持在较低水平（两个次区域均为 0.6%）。

34. 该次区域其他物质非法使用量维持在较低至中等水平，中美洲的苯丙胺使用除外，该区域苯丙胺吸毒的年流行率为 1.3%，而全球平均数为 0.7%。包括多

---

[10] 美国，卫生与公众服务部，物质滥用和精神健康服务管理局，*Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health*, NSDUH Series H-46, HHS Publication No.(SMA) 14-4863 （马里兰州洛克维尔，2014 年），表 7.2B 和表 7.3B。

[11] 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

[12] 疾病控制和预防中心，Vital Signs, “Prescription painkiller overdoses: a growing epidemic, especially among women”（2013 年 7 月）。

[13] 美国，卫生与公众服务部，物质滥用和精神健康服务管理局，*Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits*, HHS Publication No. (SMA) 13-4760, DAWN Series D-39（马里兰州洛克维尔，2013 年）。

[14] 加拿大卫生部，2012 Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey（渥太华，2013 年）。

[15] 墨西哥提交的对 2013 年年度报告调查表的答复。

民族玻利维亚国、哥斯达黎加、洪都拉斯和牙买加在内的一些国家也报告青年人中苯丙胺的使用率较高，有时甚至超过大麻和/或可卡因的使用量。[16]

35. 2008 至 2013 年间，阿根廷、巴西、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、巴拿马和乌拉圭报告了总共 54 种新型精神活性物质，其中大多数由哌嗪组成，其次是苯乙胺和合成大麻素，以及少量的氯胺酮。[17]

C. 亚洲

36. 虽然只掌握了亚洲少数几个国家不同毒品吸毒流行率的可靠估计数，但该区域整体非法物质消费量与全球水平相当或低于全球水平（见表 7）。大麻是最常用的非法物质，在 15-64 岁人口中的吸毒年流行率为 1.9%，其次是苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”，0.7%）和阿片剂（0.4%）。

37. 如年度报告调查表所报告，该区域专家认为大麻和苯丙胺类兴奋剂的使用量有所增加，各国可卡因吸毒的趋势保持稳定，而该区域类阿片吸毒量总体下降。

表 7
亚洲：2013 年吸毒趋势专家观点，按毒品类型分列

	提供专家观点数据的会员国		报告吸毒情况增多的会员国		报告吸毒情况稳定的会员国		报告吸毒情况减少的会员国	
毒品类别	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比
大麻	21	47	13	62	4	19	4	19
苯丙胺类兴奋剂	15	33	11	73	4	27	0	0
“摇头丸”	12	27	2	17	4	33	6	50
类阿片	17	38	4	24	3	18	10	59
可卡因	11	24	4	36	5	45	2	18

资料来源：对 2013 年年度报告调查表的答复。

注：吸毒情况变化（增加或减少）是指年度报告调查表的报告年份。

1. 东亚和东南亚

38. 除苯丙胺类兴奋剂以外，东亚和东南亚其他非法物质使用情况维持在较低水平。该次区域苯丙胺类兴奋剂吸毒年流行率为 0.7%，估计有 320 万吸毒者，仍为全球最高。

39. 虽然缺乏可靠的调查数据，但有迹象表明，苯丙胺类兴奋剂吸毒情况不仅有所增加，还变得多样化。专家将苯丙胺类兴奋剂列为自 2009 年以来在该次区域各国最常用的三种物质之一。据报告甲基苯丙胺吸毒情况在该次区域多数国家都有所增加，尤其是文莱达鲁萨兰国、中国、日本、大韩民国和新加坡的专

[16] 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年全球合成毒品评估》。

[17] 同上。

家报告甲基苯丙胺的吸毒情况增多。该次区域的新型精神活性物质市场也在迅速多元化，许多国家，尤其是中国、日本和新加坡，报告出现了新型精神活性物质。氯胺酮吸毒在该区域长期存在，且专家认为趋于稳定，而卡痛叶在马来西亚、缅甸和泰国继续被用作传统兴奋剂。2013 年，该次区域报告的主要新型精神活性物质是合成大麻素、氯胺酮、苯环利定类物质和合成卡西酮。

40. 中国专家关于吸毒趋势的观点表明苯丙胺和氯胺酮使用量有所增加，但认为大麻和类阿片（包括海洛因）的使用量有所减少。然而，中国的类阿片吸毒水平仍然很高，到 2013 年底，登记在案的类阿片吸毒者有 136 万人，占登记吸毒者人数的一半以上，而登记的苯丙胺吸毒者在该国登记在案的 247 万吸毒者中占 35%。[18]

41. 居住在该次区域的注射吸毒者人数（330 万人）占全球总数的四分之一以上。在该次区域的一些国家（柬埔寨、印度尼西亚和泰国），注射吸毒者中艾滋病毒流行率在 20%以上

2. 南亚

42. 关于南亚的毒品形势，特别是可卡因和苯丙胺类兴奋剂消费方面，所掌握的信息有限。大麻吸毒年流行率估计为 3.5%，阿片剂吸毒流行率为 0.3%，均略低于相应的全球平均数。尽管注射吸毒者的流行率低于全球平均水平，但注射吸毒者中的艾滋病毒流行率依然较高（8.5%）。

43. 斯里兰卡是该次区域唯一在 2013 年提交年度报告调查表的国家。除了大麻吸毒被认为有所增加以外，该国其他毒品的使用据认为保持稳定。

3. 西南亚和中亚

44. 西南亚和中亚多数地区没有最近的关于吸毒趋势的可靠信息；但该次区域阿片剂吸毒流行率很高。西南亚注射吸毒者中艾滋病毒流行率也最高（28.8%）。

45. 根据专家对伊朗伊斯兰共和国吸毒趋势的看法，该国包括大麻、阿片剂（海洛因和鸦片）、甲基苯丙胺和安定剂在内的多数物质的使用有所增加。

46. 在中亚，大麻吸毒年流行率与全球平均水平一致，但该次区域的阿片剂吸毒量（在成年人口中占 0.8%）仍然大大高于全球平均水平。该次区域注射吸毒者中艾滋病毒流行率也依然居高不下（7.7%）。

47. 在近东和中东范围内，几乎没有提供有关吸毒范围的可靠信息。然而，专家认为，大麻吸毒在以色列、科威特、黎巴嫩和阿曼有所增加，苯丙胺类兴奋剂的使用在以色列、科威特和阿拉伯叙利亚共和国有所增加。

[18] 中国提交的对 2013 年年度报告调查表的答复。

D. 欧洲

48. 与其他地方一样，大麻仍然是欧洲最常使用的非法物质（见表 8），上年大麻吸毒者估计有 2,400 万人（占 15-64 岁人口的 4.3%），其次是可卡因，上年吸毒者有 370 万人（占同一年龄组的 0.7%）。类阿片和阿片剂吸毒仍然与全球平均水平相当。苯丙胺消费水平略低于全球平均数，但“摇头丸”使用量（0.5%）高于全球平均水平（0.4%）。

49. 欧洲两个次区域之间非法药物使用的方式迥然不同。西欧和中欧大麻吸毒流行率高得多，而东欧和东南欧则是类阿片和阿片剂吸毒流行率高得多。

表 8
欧洲：2013 年吸毒趋势专家观点，按毒品类型分列

	提供专家观点数据的会员国		报告吸毒情况增多的会员国		报告吸毒情况稳定的会员国		报告吸毒情况减少的会员国	
毒品类别	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比
大麻	27	60	10	37	10	37	7	26
苯丙胺类兴奋剂	23	51	5	22	11	48	7	30
“摇头丸”	21	47	3	14	9	43	9	43
类阿片	25	56	5	20	13	52	7	28
可卡因	24	53	9	38	10	42	5	21

资料来源：对 2013 年年度报告调查表的答复。

注：吸毒情况变化（增加或减少）是指年度报告调查表的报告年份。

1. 西欧和中欧

50. 西欧和中欧大麻吸毒年流行率仍然很高（5.7%），但有证据表明这种趋势保持稳定或逐渐减少，特别是在长期有大麻吸毒惯例的国家。在最近开展全国调查的国家以及历来大麻吸毒估计数相对较低的国家，例如在丹麦、芬兰和瑞典青壮年中发现有大麻吸毒流行率上扬的趋势，而挪威的流行率相对稳定。因大麻吸毒而治疗的需求正在增多。大麻是最经常报告的首次接受治疗的患者使用的主要毒品，并且仍然是所有接受治疗的患者报告频次第二多的滥用物质。[19]

51. 在大麻吸毒流行率高的国家，与大麻有关的急诊案例涉及焦虑、精神失常或其他精神病症状，这一问题似乎也越来越严重。[20]

52. 西欧和中欧可卡因吸毒仍居高不下（在成年人口中为 1%）。但据丹麦、意大利和西班牙等可卡因吸毒量高的国家报告，可卡因吸毒呈下降的趋势，而大不列颠及北爱尔兰联合王国报告可卡因吸毒的趋势稳定。[21]其余大多数国家也报

[19] 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲毒品报告：2014 年趋势与发展》（卢森堡，欧洲联盟出版办公室，2014 年）。

[20] 同上。

[21] 对 2013 年年度报告调查表的答复。

告可卡因吸毒趋势稳定或逐渐下降。此外，可卡因吸毒的治疗需求也呈下降趋势。

53. 据估计，西欧和中欧 15-64 岁人口中上年类阿片（主要是海洛因）吸毒率为 0.4%。但是，就吸毒和治疗需求而言，其他类阿片，如丁丙诺啡、芬太尼和美沙酮均可在非法市场上买到，据报告在一些国家芬太尼和丁丙诺啡取代了海洛因。在一些情况下，这些物质占服药过量致死的很大比例，爱沙尼亚使用芬太尼的情况也是如此。[22]

54. 总体来说，该次区域多数国家继续报告海洛因吸毒呈下降趋势，而其他类阿片吸毒却越来越令人关切。首次接受治疗的海洛因吸毒者人数也一直在减少；海洛因如今是仅次于大麻的报告最多的毒品。目前接受治疗的海洛因吸毒者是逐渐老龄化的人群。注射海洛因是一种常见做法，这种情况也一直在减少。[23]

55. 苯丙胺和“摇头丸”仍然是该次区域最经常使用的合成兴奋剂，其吸毒年流行率在成年人口中分别为 0.6%和 0.5%。在长期吸毒人群中，注射苯丙胺仍然很常见。苯丙胺吸毒在该次区域部分地区趋于稳定或逐渐减少，但令人担忧的是苯丙胺已为甲基苯丙胺所取代，特别是考虑到甲基苯丙胺在某些市场上的供应量正在增加。2007-2012 年期间，该次区域多数国家报告“摇头丸”吸毒趋势稳定或逐渐下降。[24]

56. 新型精神活性物质的出现和使用在西欧和中欧仍然是一项重大挑战。2013 年 7 月至 10 月间，欧洲国家向毒品和犯罪问题办公室报告了 225 种新型精神活性物质；其中 40%包含合成大麻素，20%是苯乙胺，17%为合成卡西酮。[25]注射卡西酮，包括甲氧麻黄酮、亚甲基二氧吡咯戊酮和 pentedrone，仍然是该区域的关切问题，据报告在各种人群中使用，包括类阿片注射吸毒者、戒毒患者、囚犯和少数男男性行为者。[26]

2. 东欧和东南欧

57. 东欧和东南欧的主要问题是类阿片（主要是阿片剂）消费量很高，年流行率分别为 1.2%和 0.8%。“摇头丸”使用量也大大高于全球平均水平，年流行率为 0.6%。与该次区域多数国家的趋势相反，保加利亚最近的全国调查（2012 年）显示，与 2008 年报告的水平（0.7%）相比，“摇头丸”吸毒年流行率呈上升趋势（1.2%）。

58. 2014 年，塞尔维亚公布了该国首次全国药物使用和赌博情况调查的结果。调查发现，处方类阿片滥用（年流行率占 18-64 岁人口的 5.1%）大大高于其他

[22] 同上。

[23] 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014 年欧洲毒品报告》。

[24] 同上。

[25] 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年全球合成毒品评估》。

[26] 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014 年欧洲毒品报告》。

物质的滥用水平。大麻吸毒年流行率为 1.6%，而苯丙胺类兴奋剂、可卡因和海洛因吸毒年流行率据报告约为 0.1%。据报告，青壮年（18-34 岁）的吸毒水平远远高于成人人口（18-64 岁）。[27]

59. 该次区域注射吸毒者流行率位居前列（1.26%），注射吸毒者中艾滋病毒的流行率也很高（23%）。

60. 在乌克兰，专家观点表明所有物质吸毒量呈稳定的趋势，而白俄罗斯的专家报告包括大麻、乙酰鸦片、药用类阿片、甲基苯丙胺和苯丙胺、安定剂、曲马多和非法美沙酮在内的多数物质使用大幅度增加。[28]

61. 俄罗斯联邦专家对不同物质吸毒趋势的看法表明，大麻和类阿片吸毒情况稳定，而可卡因吸毒据认为有所增加，该国苯丙胺类兴奋剂的吸毒情况大幅度增加。该国依然延续海洛因被从罂粟杆中提取的乙酰鸦片和二氢去氧吗啡等其他较廉价的替代品所取代的趋势。[29]

E. 大洋洲

62. 关于该区域吸毒情况的资料仅限于澳大利亚和新西兰，多数物质吸毒水平很高，包括大麻（10.8%）、类阿片（3.0%）、“摇头丸”（2.9%）、苯丙胺（2.1%）和可卡因（1.5%）。

63. 根据澳大利亚最近的吸毒情况调查，[30]2010-2013 年期间任何非法物质的使用量保持稳定。然而，药品[31]滥用流行率增至 1998 年以来的最高水平（从 2010 年的 4.2%增至 2013 年的 4.7%）。2010 年以来，“摇头丸”（从 3.0%降至 2.5%）、海洛因（从 0.2%降至 0.1%）和 γ-羟丁酸（从 0.1%降至不足 0.1%）吸毒水平大幅度下降。虽然苯丙胺吸毒水平极大地提高，但明显向晶状甲基苯丙胺吸毒转变。此次调查还考察了该国新型精神活性物质流行率，前 12 个月有 1.2%的人口使用过合成卡西酮，0.4%使用过甲氧麻黄酮等其他物质。绝大多数合成大麻吸毒者也非法使用过传统毒品，只有少量吸毒者（4.5%）在前 12 个月仅使用过合成大麻。

64. 在新西兰，上年包括甲基苯丙胺在内的多数物质使用情况基本上没有变化。市场上新毒品似乎呈多样化的态势，一系列合成毒品类别以“摇头丸”片剂这一通用产品名称出售，并带有流行时尚品牌的标识和流行文化图标。Blotter tabs（含有麦角酰二乙胺（致幻剂））因掺入更新、更廉价的化学品而越来越低

---

[27] 塞尔维亚公共卫生学会，National Survey on Lifestyles of Citizens in Serbia 2014: Key Findings on Substance Use and Gambling（贝尔格莱德，2014 年）。

[28] 白俄罗斯和乌克兰提交的对 2013 年年度报告调查表的答复。

[29] 俄罗斯联邦提交的对 2013 年年度报告调查表的答复。

[30] 澳大利亚卫生与福利研究院，*National Drug Strategy Household Survey:Detailed Report – 2013*, Drug Statistics Series No. 28, Cat.No. PHE 183 （堪培拉，2014 年）。

[31] 药品滥用除其他外包括非处方和处方止痛剂和安定剂。

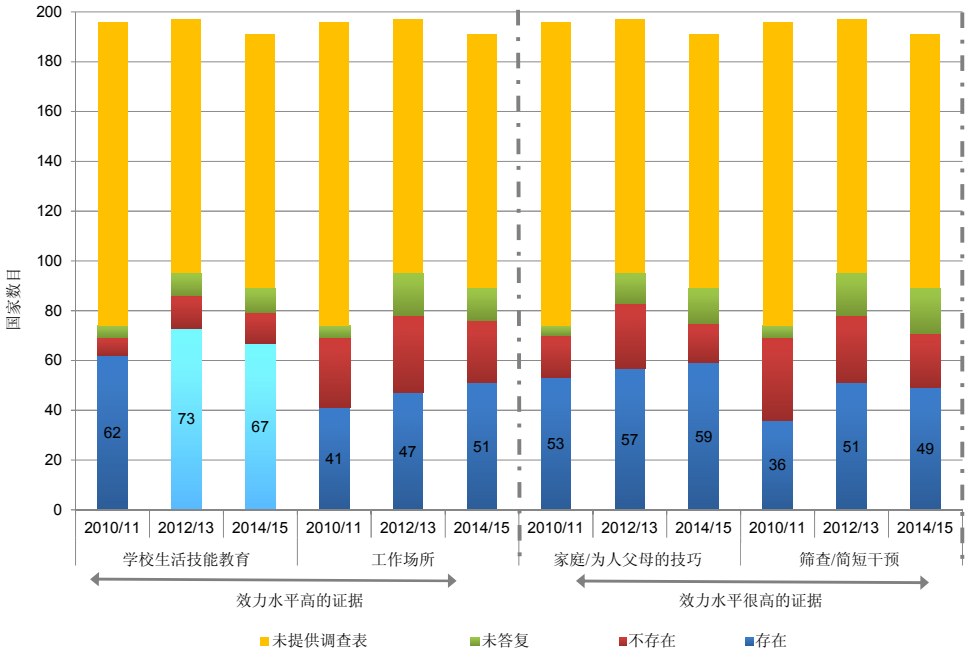
劣。同样，市场上不断出现大量新型合成大麻素以及现有受管制药物的新型类似物和“研究用化学品”。[32]

四. 预防和早期干预

65. 图六和图七列示会员国对于在一般人口和风险群体中执行各种预防活动情况的答复，这些预防活动（依照毒品和犯罪问题办公室《预防吸毒国际标准》）按证据的强度作进一步分类。

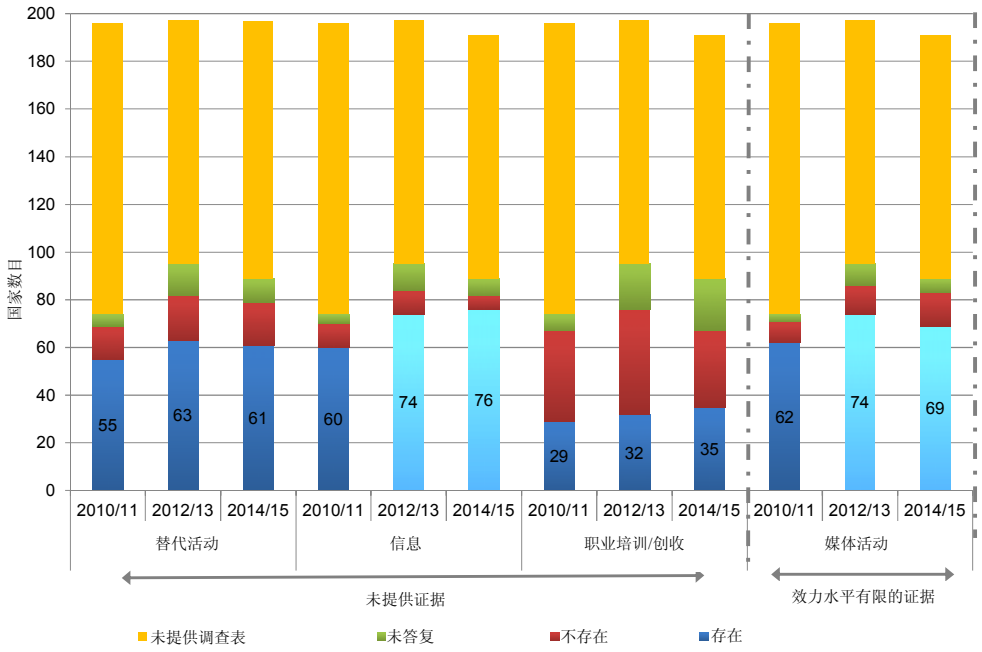
图六(a)

2010/2011-2014/2015 年按效力证据水平分列的报告社区开展各种预防活动的国家数目



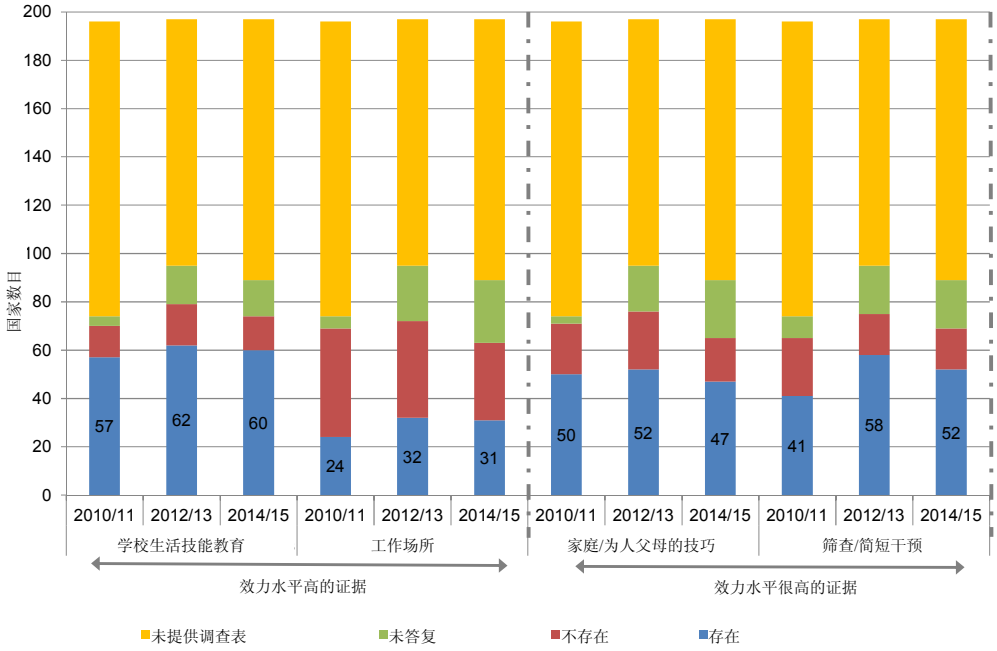
[32] 新西兰提交的对 2013 年年度报告调查表的答复。

图六(b)

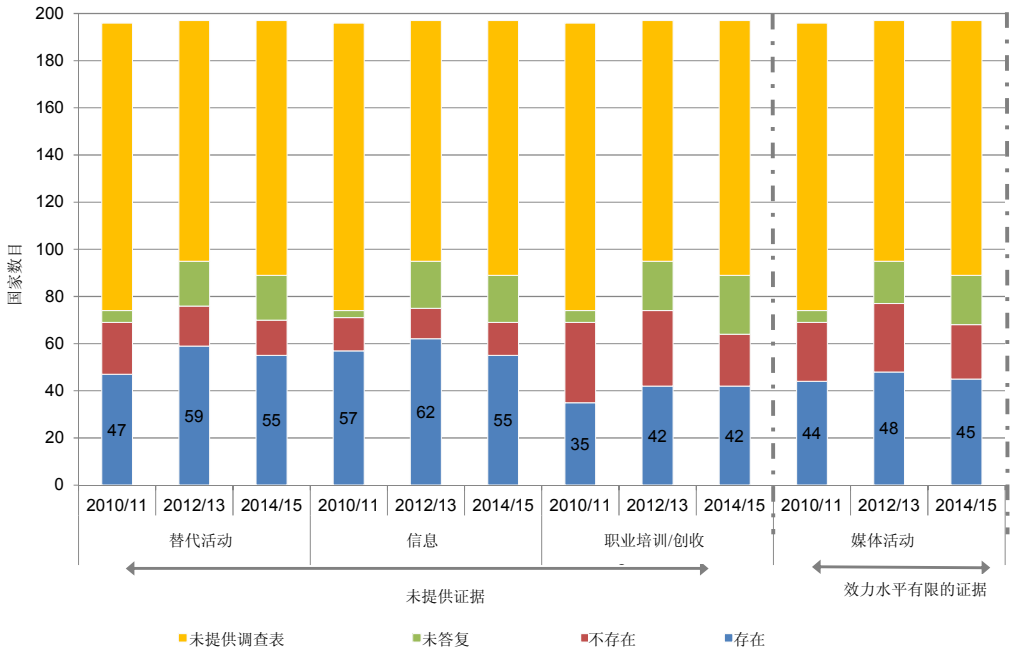


图七(a)

2010/2011-2014/2015 年按效力证据水平分列的报告风险群体中开展各种预防活动的国家数目



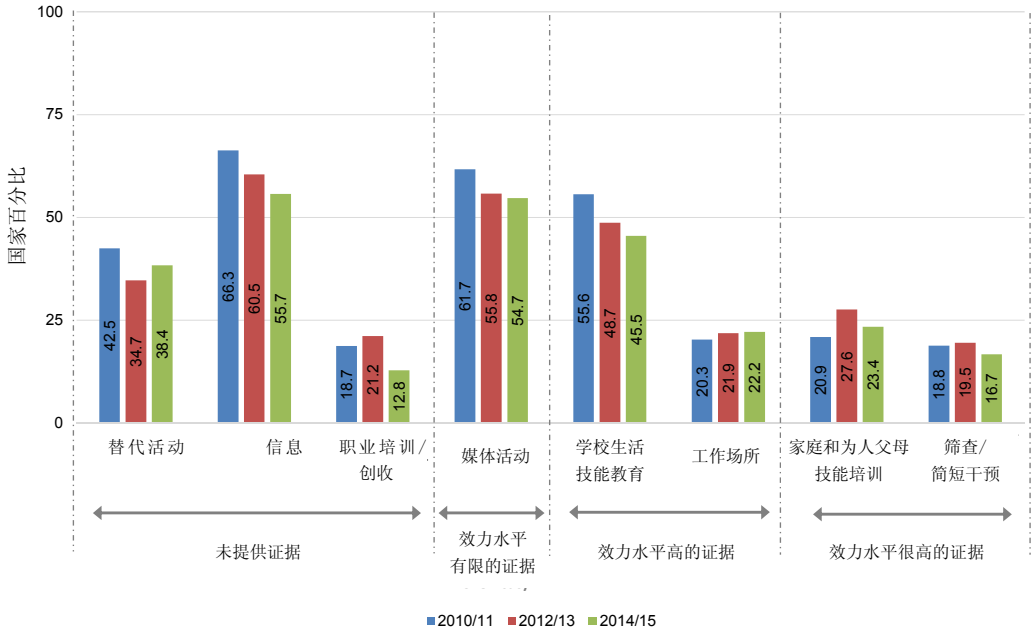
图七(b)



66. 如同以往的报告周期一样，针对风险群体的预防活动比针对一般人口的预防活动更少，但执行水平相对喜人且大多稳定。4 个最经常报告干预措施的国家中，有 3 个国家仍然没有掌握效力证据或证据有限。覆盖水平（见图八）依然令人关切：在具有效力证据的干预措施中，只有生活技能教育方面报告的覆盖率较高。

图八

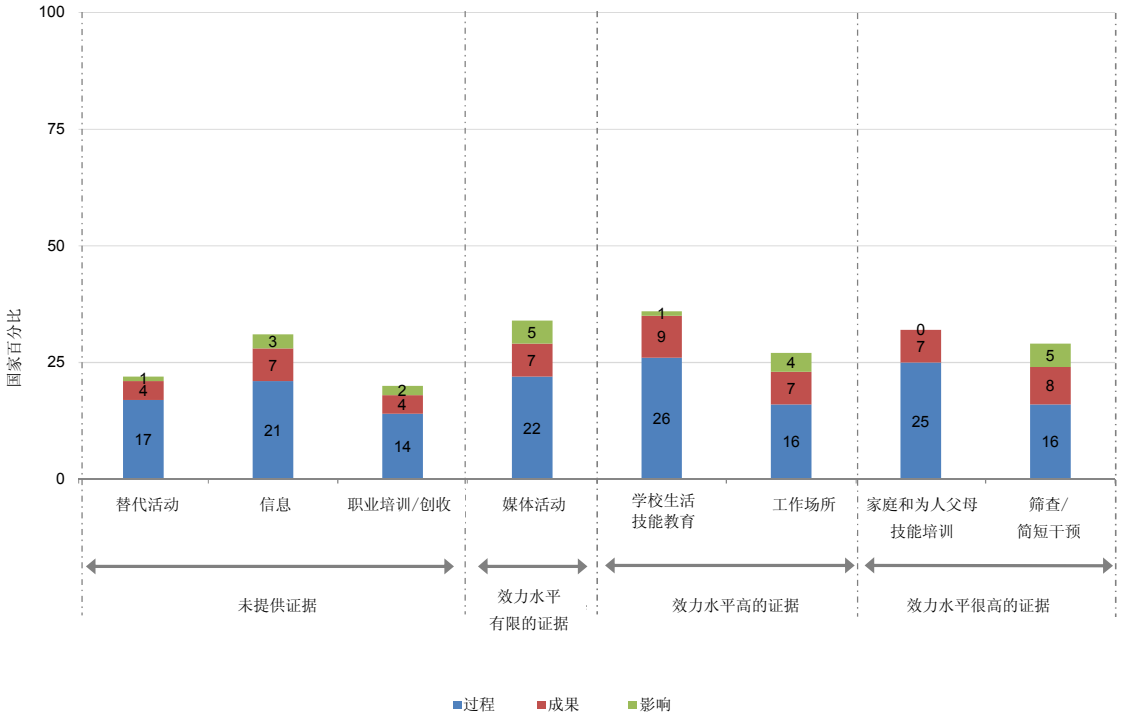
2010/2011-2014/2015 年报告各种预防活动高覆盖率的会员国比例



67. 最后，对干预措施的评价（见图九）依然不足，并且略有减少。大部分干预措施仍然没有进行评价，无论何时报告评价情况，评价的重点仍然是过程而不是影响或成果。

图九

2014-2015 年报告预防活动评价情况的会员国比例（90 个国家答复）

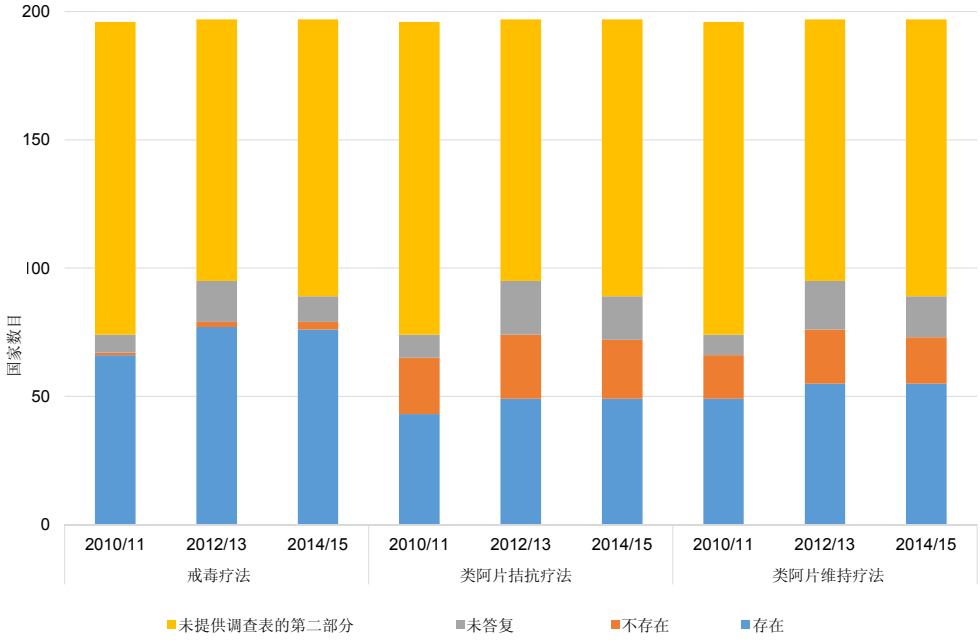


五. 治疗

68. 由于缺乏甚至已提交调查表的国家的答复，对戒毒治疗服务的分析尤其困难。监狱场所报告提供戒毒服务的频率低于社区。药物治疗仍然是报告最少的服务类型，尤其是在监狱场所（见图十和十一）。康复和重返社会服务的提供仍然相对稳定（见图十二和十三），而心理社会服务据报告在监狱场所有所增加（图十四和十五）。

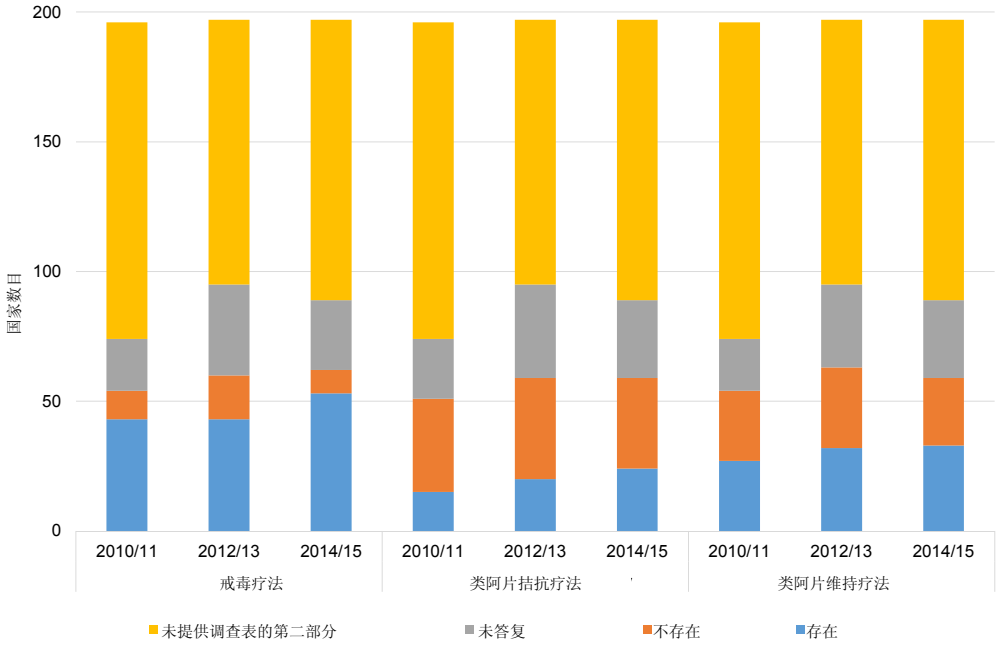
图十

2010/2011-2014/2015 年报告在社区提供药物治疗的国家数目趋势



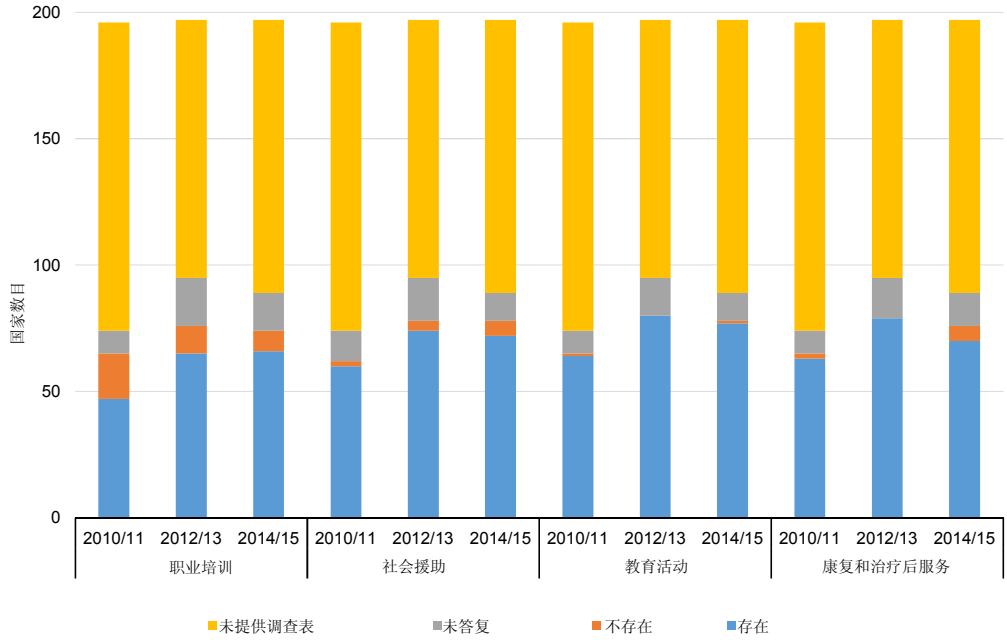
图十一

2010/2011-2014/2015 年报告在监狱场所提供药物治疗的国家数目趋势



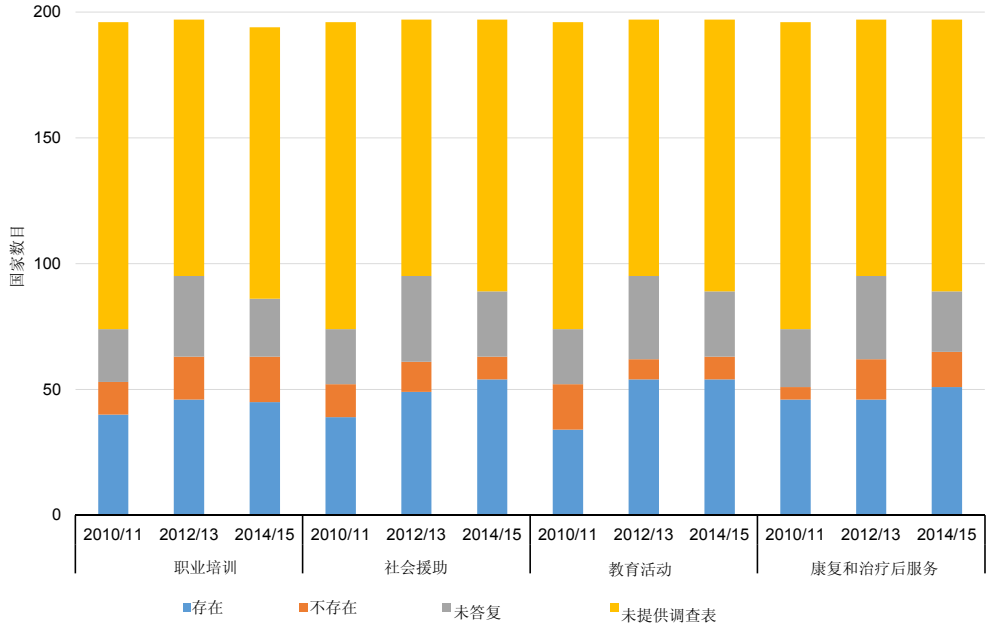
图十二

2010/2011-2014/2015 年报告在社区提供社会康复和治疗后服务的国家数目趋势



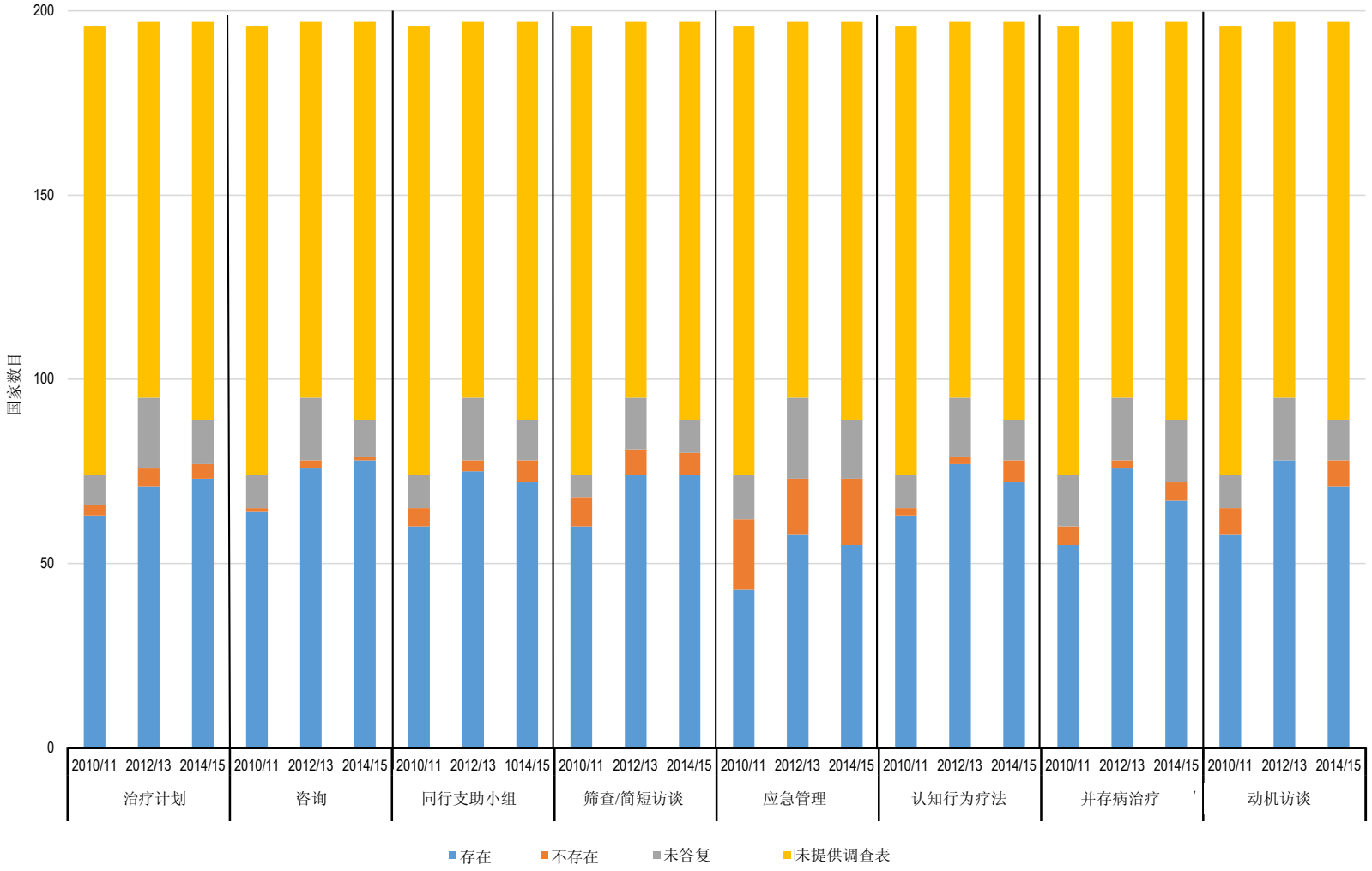
图十三

2010/2011-2014/2015 年报告在监狱场所提供社会康复和治疗后服务的国家数目趋势



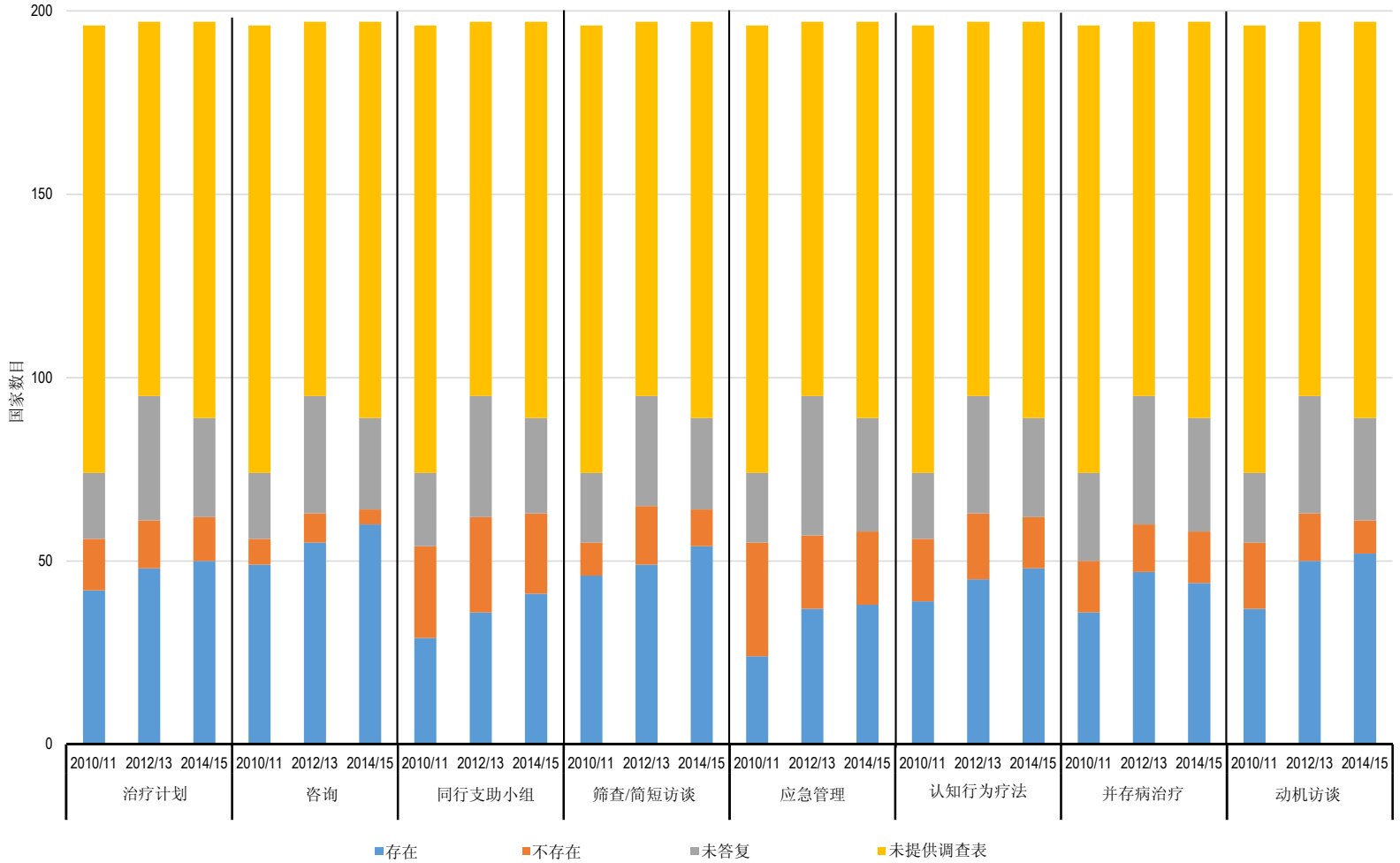
图十四

报告在社区提供心理社会治疗服务的国家数目趋势



图十五

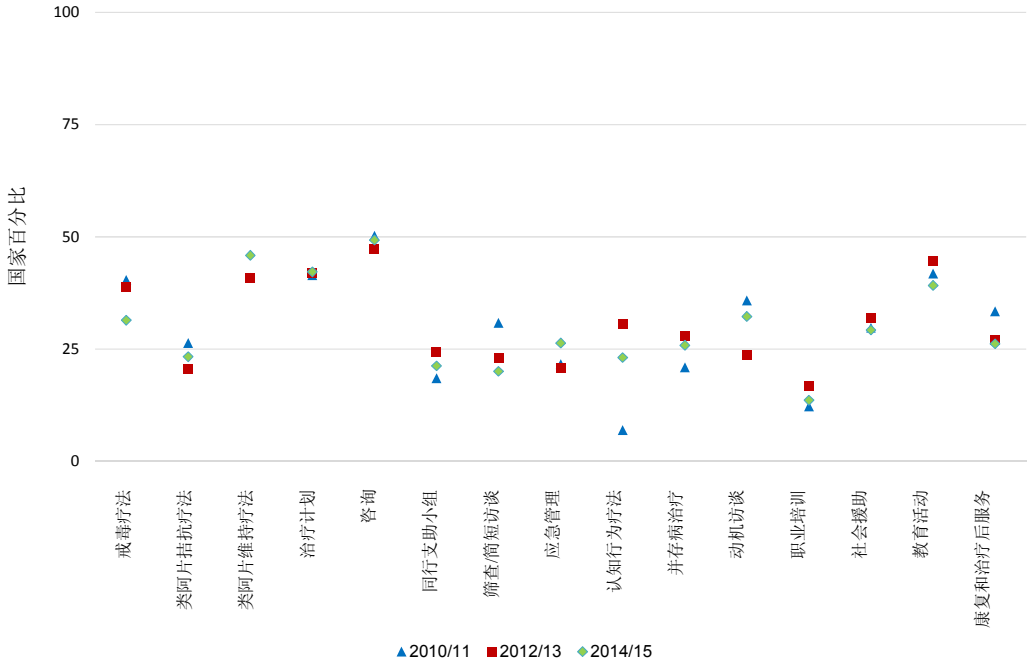
2010/2011-2014/2015 年报告在监狱场所提供心理社会治疗的国家数目趋势



69. 报告服务覆盖率高的国家百分比基本上保持稳定，但在两个场所均低于预期（见图十六和十七）。

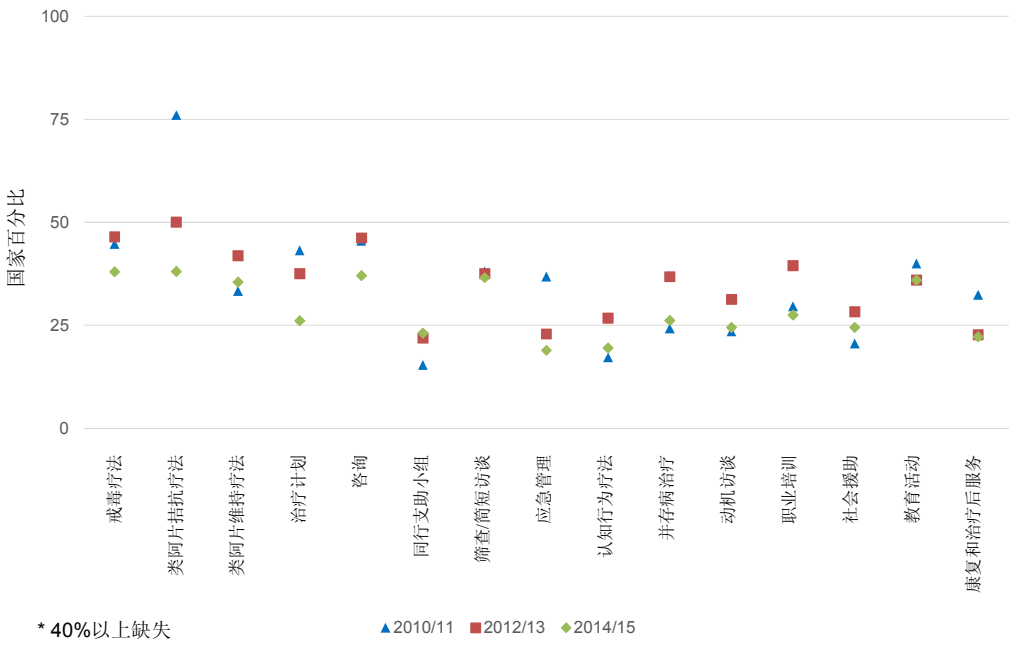
图十六

2010/2011-2014/2015 年报告社区治疗服务高覆盖率的国家所占百分比



图十七

2010/2011-2014/2015 年报告监狱场所治疗服务高覆盖率的国家所占百分比



* 40%以上缺失

六. 预防疾病，包括传染病

70. 令人担忧的是，报告世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署《技术指南》[33]中所规定的服务覆盖率高的国家所占百分比依然很低，尤其是针头和注射器方案方面（见图十八）。按比例增加《技术指南》[34]中规定的主要减少危害服务，是在 2030 年之前结束艾滋病流行的迫切需要。[35]

---

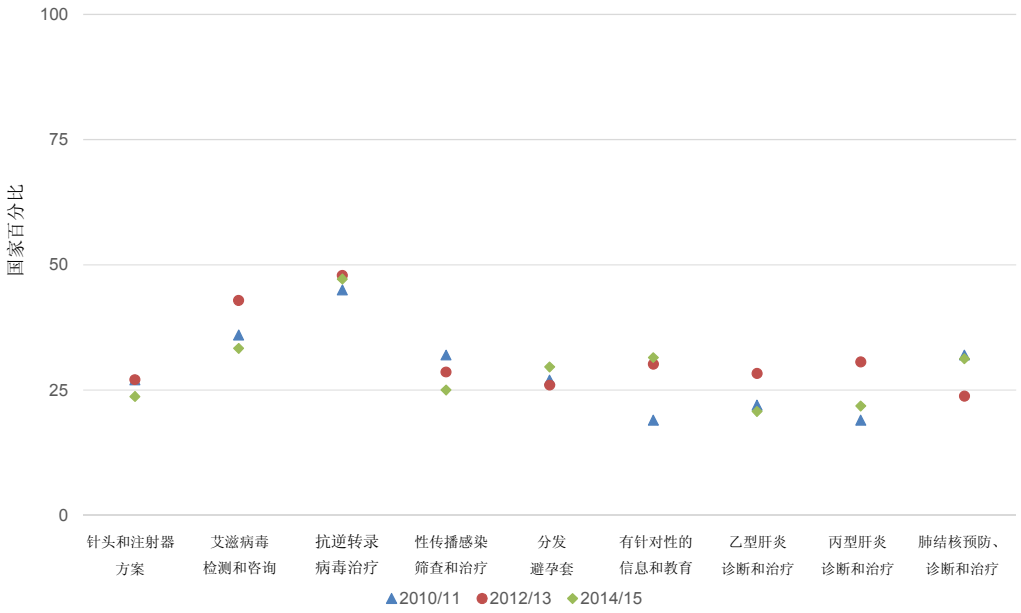
[33] 《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署关于各国订立指标向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的技术指南》（日内瓦，世界卫生组织，2009 年）。

[34] 《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署关于各国订立指标向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的技术指南：2012 年修订本》（日内瓦，世界卫生组织，2013 年）。

[35] 见 www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf。

图十八

2010/2011-2014/2015 年报告社区艾滋病毒和其他传染病预防、治疗和护理各种服务高覆盖率的国家所占百分比



七. 结论和建议

71. 从全球来看，吸毒性质呈多样化、多面化和不断演变的趋势，出现了越来越多的不受国际管制的新型精神活性物质，以及滥用处方药。在世界许多地方，海洛因和可卡因等吸毒情况保持稳定或表现出不断减少的迹象。虽然报告了新型精神活性物质的出现，但有关这些物质使用的范围的信息非常有限。

72. 类阿片使用总体上在超剂量病例、与毒品相关的死亡、注射吸毒和传染病感染等方面继续构成一个令人关切的重大公共健康问题。所有这些新动态和新趋势都需要在各不同区域加以密切监测。

73. 关于吸毒的范围、类型和趋势，所掌握的客观资料有限，特别是在吸毒情况被认为日益增加和变化的区域。数据表明，已建立吸毒情况综合监测系统的国家更能有效地处理本国的吸毒形势。

74. 如《预防吸毒国际标准》及 2008 年 3 月毒品和犯罪问题办公室和世卫组织关于戒毒治疗原则的讨论文件所述，基于科学证据的预防吸毒、戒毒治疗和康复系统、干预措施和政策的提供率、覆盖率和质量在社区和监狱场所都应得到扩展，尤其要推动治疗服务的提供，用以替代刑事司法制裁。

75. 在因不安全注射吸毒导致艾滋病毒流行的国家，应当优先考虑执行针头和注射器方案及类阿片替代疗法，包括在监狱执行此类方案。这些干预措施应当在社区和监狱提供和大幅度增加，并提高服务质量；应当利用多种执行模式，

并与执法、公共健康和监狱官员以及民间社会组织密切合作，消除获得服务的障碍。

76. 作为拟于 2016 年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议筹备工作的一部分，会员国必须考虑到有关吸毒指标的数据的提供和质量方面存在差距，并考虑实施战略以加强各国收集、分析和传播与吸毒及其后果有关的资料的能力。这些战略可能包括通过专家能力建设活动，宣传和支持制定毒品监测系统，以及在仍然存在很大差距的国家和区域产生有关毒品指标的数据；制定增加毒品数据收集的具有成本效率的方法，提高不同区域中其他现有数据收集系统的协同增效作用；提供资源以建立或加强毒品监测系统，促进这些优先区域的能力建设。