



麻醉药品委员会

第四十五届会议

2002年3月11日至15日，维也纳

临时议程项目 6(b)*

减少药物需求：药物滥用的世界形势，特别是
人体免疫功能丧失病毒/后天免疫功能丧失综
合症（艾滋病毒/艾滋病）通过注射用药的传播

药物滥用的世界形势，特别是人体免疫功能丧失病毒/后天免疫功能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病）通过注射用药的传播

秘书处的报告

目 录

	段 次	页 次
一、导言	1-6	2
二、有关药物滥用新趋势的世界药物形势	7-42	3
A. 海洛因	7-16	3
B. 安非他明类兴奋剂	17-26	6
C. 可卡因	27-33	8
D. 大麻	34-42	10
三、注射用药与血液携带病毒的传播	43-47	11
四、数据收集——行动信息库	48-49	12
五、在药物滥用者中人体免疫功能丧失病毒（艾滋病毒）的感染——拟订减少需求 更佳对策的关键问题	50-53	13
附件. 药物滥用趋势与国家报告情况		17

* E/CN.7/2002/1。

一、 导言

1. 在 2001 年 6 月 25 日至 27 日举行的大会第二十六届特别会议期间通过了《关于人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症（艾滋病病毒/艾滋病）问题的承诺宣言》，其中各国国家和政府首脑声明承诺应对艾滋病病毒/艾滋病危机，尤其是通过确保将艾滋病病毒/艾滋病问题列入联合国所有有关大会和会议的议程。鉴于注射用药对于艾滋病病毒/艾滋病传播的严重影响，麻醉药品委员会在 2001 年 11 月 16 日举行的闭会期间的会议上依照宣言的精神，决定将艾滋病病毒/艾滋病问题列入其议程。因此，关于世界药物形势的本报告也将涉及艾滋病病毒/艾滋病通过注射用药传播的问题。

2. 本报告对非法药物消费的格局与趋势进行了一次审查，是为 2000 年而编写，其中包括对各类药物消费格局的描述分析，对与毒品有关的病毒感染问题的审议，以及对全球监测非法药物滥用能力发展状况的讨论。这一问题特别重要，因为此时正是 2003 年中期审查的预备期，而中期审查要审查在实现大会第二十二届特别会议商定的目标方面所取得的进展。了解全球毒品问题的程度与性质显然是开展这一评估过程的一个必要先决条件。对于这些数据的可利用程度及为改进全球信息库而采取的措施，在第五节讨论。还特别注意了药物注射及相关的艾滋病病毒感染问题。如果要大幅度减轻药物滥用所造成的健康和社会代价，这个问题对减少药物需求工作依然是项重要挑战。

3. 有 80 个国家根据国际药物管制条约规定的义务，于 2001 年 12 月 13 日填写并交回了 2000 年年度报告调查表第二部分，此分析依据的就是这些

国家所做的答复。2000 年向 193 个国家发放了这一年度报告调查表，因此回应率为 41%。这就是说，与近几年相比，答复减少了，因为 1999 年有 117 个国家给予了答复，1998 年收到了 112 个国家的答复。在某些方面，这些数字本身就会令人误解，因为在交回的调查表中，未答复（未回答问题）的比率照例很高。所以，分析可用的实际数据比答复率所示的还少。例如，关于海洛因、可卡因和大麻等主要毒品消费趋势的简单问题，分别得到了 45、26 和 51 个国家的答复。这就是说，只有 13%至 27%的成员国提供了可供分析使用的资料。若要考虑更多的数量问题，如估计的流行率，情况就更糟。在这种情况下，答复率不足，无法对资料做出有意义的分析。

4. 并非所有未做答复的情况都是因为提供报告的国家缺乏信息。另有两个因素似乎也很重要。第一，信息缺乏反映了年度报告调查表（第二部分）存在不足。这一事实已得到麻委会的确认，年度报告调查表第二部分也已经修订，以便在自 2001 年始的报告周期中使用。第二，似乎存在着一个协调问题，因为有些报告并未利用据知会员国已经掌握的技术资料。例如，国家政府公布的或由区域组织代表国家政府公布的数据，在提交的年度报告调查表（第二部分）中并没有，但却可以在别处找到，这种情况很多。这一问题也得到了麻委会的确认，麻委会在第 44/3 号决议中“呼吁各国审查目前整理和提交年度报告调查表第二部分的数据的机制，并考虑指定一个负责协助整理数据的技术联络点。”希望第二部分采取的新格式以及提交程序更加协调能够提高答复率，使每年能做出答复的国家增加，也使对个别问题不作答复的现象减少。

5. 为了扩大本报告的覆盖范围，已用来自其他

参考来源的资料补充了年度报告问题调查表中的数据。这些资料包括一些成员国附于其年度报告调查表上的国家报告。列入这种补充资料是前些年采取的做法，得到了麻委会的同意。¹

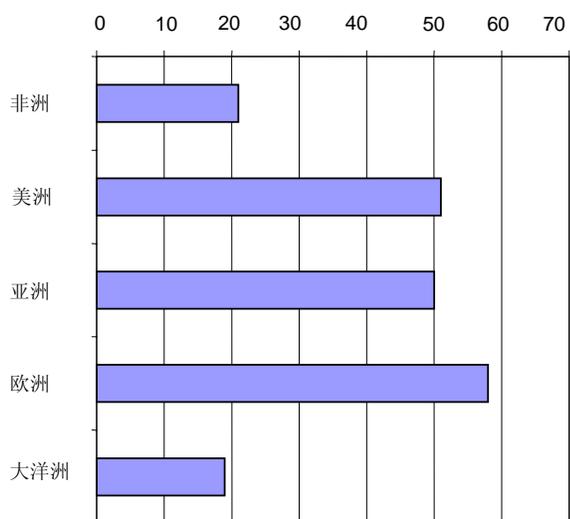
表

按区域列出的年度报告调查表（第二部分）的答复率分析

区域	所发年度报告调查表份数	所收到的年度报告调查表份数	在每个区域组中答复国所占的百分比
非洲	53(27%)	11(14%)	21
美洲	35(18%)	18(22%)	51
亚洲	44(23%)	22(28%)	50
欧洲	45(24%)	26(32%)	58
大洋洲	16(8%)	3(4%)	19
总计	193(100%)	80(100%)	

图

按区域列出的作出答复的国家和地区（百分比）



6. 用其他来源的资料补充年度报告调查表所得数据的一个原因，是要提供一个更加均衡的区域观点。各区域对年度报告调查表所作答复的详情见表，图中的数据列明了每个区域组中提出报告的国家相对数量。总的说来，没有一个区域得到很好的体现。甚至在履行报告义务最好的欧洲，也有近半数的成员国都没有作出答复。这一简单的分析表明，年度报告调查表的交回情况，尤其没有很好地反映非洲国家的情况，而且总体上有偏向发达国家的明显倾向。大洋洲在发放和收回的年度报告调查表之比中也没有得到适当反映；不过应当指出，这一区域的答复都来自该区域人口较多的国家。

二、有关药物滥用新趋势的世界药物形势

A. 海洛因

7. 海洛因问题，对世界许多地方而言，依然是非法药物滥用议程上的首要问题；滥用这种药物给个人和社区造成了很大损害。海洛因一般是口吸和注射，有时也鼻嗅（即通过鼻子吸入）。注射海洛因，尤其是在使吸毒者面临感染病毒的危险时，特别有害。因此在滥用海洛因的人群中监测通常服用方法的转变，非常重要。吸毒者感染艾滋病毒及其他病毒问题，下文再详加讨论。在年度报告调查表中，有 27 个国家（答复国的 60%）报告说，2000 年海洛因滥用现象增多了。有 9 个国家（答复国的 20%）报告说滥用情况没有变化，还有 9 个国家（20%）报告说本报告所述期间滥用现象减少了。

8. 只要审视一下全球海洛因情况就可以看出，南美洲和加勒比海地区洛因消费并不普遍。非洲也觉得海洛因使用不是一个普遍问题；然而一些大城

市不断报告说海洛因使用增多了，令人担忧。这再次说明必须继续目前对非洲药物情况的监测，以发现药物使用方面出现的可疑趋势。在北美洲，问题都有记录，人们虽然特别担心在可能鼻嗅海洛因的青年会中使用会增多，但目前滥用情况基本稳定。海洛因依然是欧洲问题最大的毒品。据报道，欧盟国家的趋势基本稳定，而东欧的滥用则不断上升。在俄罗斯联邦及其邻国，存在着严重的滥用海洛因问题，人们对注射用药不断增多感到严重关切。滥用海洛因在中亚和东南亚的许多国家很成问题。不过，在东南亚部分地区，滥用海洛因的情况可能保持稳定，甚至在减少，因为甲基安非他明成了该区域许多国家的主要滥用药物。在澳大利亚，海洛因由于供应短缺，最近滥用有所减少。从某种程度讲，这已经造成使用可卡因、甲基安非他明及其他药物的现象增多。

9. 填写年度报告调查表的东欧所有国家都报告说，海洛因滥用增多了。具体而言，白俄罗斯、希腊、匈牙利、拉脱维亚、立陶宛、波兰和罗马尼亚都报告说，海洛因滥用大量增加；而捷克共和国和爱沙尼亚则报告说，滥用有所增加。来自西欧的多数报告，即丹麦、爱尔兰、列支敦士登、荷兰及瑞士的报告指明，海洛因使用情况稳定；而芬兰、瑞典和土耳其的报告却说海洛因使用增加了。西班牙和葡萄牙都报告说海洛因滥用有所减少。

10. 欧洲海洛因使用最值得注意的趋势是东欧国家的使用及相关问题增多，水平已接近海洛因使用问题后来一直保持稳定的西欧国家。东欧海洛因使用日趋增多，已经取代了使用自制鸦片剂的传统，注射用药者的人数和主要因为过量使用类鸦片活性肽而造成的药物致死率也相应增多。与海洛因注射

有关的问题在俄罗斯联邦特别明显，那里海洛因注射问题自 1990 年代中期以来显著加剧²。也有报告说东欧国家的在校学生吸海洛因。根据 1999 年在东欧 30 个国家的学生中开展的关于酒和其他药物的欧洲学校调查项目的调查，终生吸食海洛因的经历平均为 3%。可是应当指出，这一数字掩盖了各国之间的巨大差别，学生中终生吸食海洛因的流行率在拉脱维亚和罗马尼亚（7—8%）以及克罗地亚、意大利、立陶宛、波兰和俄罗斯联邦（4—5%）特别高。有关使用注射海洛因的报告则少得多³。

11. 美国报告说海洛因滥用水平保持稳定，虽然社区流行病学工作组提供的证据表明，海洛因滥用可能正向郊区和农村社区蔓延，正在年青人中扩散，美国有 15 座城市的海洛因滥用指数上升了。报告表明，目前海洛因和可卡因常常一块使用，或同时或先后⁴。在美国，全国公立和私立中学学生终生滥用海洛因的流行率一直保持稳定，1990 年代约为 0.9-2.4%，虽然 2000 年的数据表明高中生（12 年级的学生）近期服用海洛因在增多，而年幼些的学生（8 年级的学生）近期服用海洛因的现象则在减少⁵。加拿大在 2001 年年度报告调查表中报告说海洛因滥用有所增加，安大略省在校学生 1999 年终生服用海洛因的流行率为 2.8%，而前一年则为 1.9%⁶。

12. 拉丁美洲的几个国家，即哥伦比亚、墨西哥和巴拿马报告说海洛因滥用有所增多，而智利则报告说海洛因滥用水平保持不变。在加勒比地区，虽然知道存在着服用海洛因的现象，可并没有广泛地报告滥用海洛因。据报告说，苏里南接受治疗者中存在着海洛因问题，而海地上个月有少数学生（0.3%）报告说服用过海洛因⁷。

13. 一个已注意到的趋势是，过去一向没有滥用海洛因问题的发展中区域，服用海洛因的现象增多了。具体而言，有报告说，过去 10 年中，东非几个国家（肯尼亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国）出现了服用海洛因现象，只是起点很低，而南非青年服用海洛因的趋势仍然继续发展。东非一些国家也担心当地海洛因贩运将影响海洛因滥用程度⁸。另有几个非洲国家，即喀麦隆、纳米比亚、南非和赞比亚通过年度报告调查表报告说，海洛因使用有所增多。只有另外两个非洲国家报告了海洛因消费趋势：津巴布韦，海洛因使用情况稳定；尼日利亚，海洛因使用略有减少。注射海洛因在非洲国家并非常事，可是有越来越多的证据表明城市中心有海洛因注射窝点（如肯尼亚、尼日利亚和坦桑尼亚联合共和国）⁹。毛里求斯岛与非洲大陆上的多数国家不同，在 1980 年代末至 1990 年代初，逐渐形成了一批注射类鸦片活性肽的固定人口，而滥用程度几年来似乎也保持不变。

14. 在东南亚，尽管海洛因和其他类鸦片活性肽使用依然是一个大问题，可有些证据表明使用程度最近略有下降。东南亚的国家和地区，即中国香港特别行政区、印度尼西亚、日本、马来西亚、缅甸和新加坡报告说海洛因使用减少了，而文莱达鲁萨兰国则报告说海洛因使用情况基本未变。所报东南亚海洛因滥用减少，原因各不相同。例如，缅甸报告说，在实施大规模的执法行动之后，也由于海洛因吸食者改变了吸食规律，开始服用其他药物，海洛因生产急剧下降。恶劣的天气条件也可能对该地区鸦片生产下降产生了影响¹⁰。该地区的一些国家还提出证据证明，服用海洛因可能已经为服用甲基安非他明所取代。亚洲区域的一些国家报告说，海

洛因已经为甲基安非他明所取代，甲基安非他明成了滥用药物新手的首选药物。

15. 在中亚，虽然因为缺乏可靠数据，无法准确评估海洛因滥用的趋势，可海洛因滥用情况仍然很成问题。此外，要估计阿富汗当前局势对该区域海洛因消费格局的影响，还为时过早。鉴于受影响的人数、注射用药继续扩散及缺乏为吸毒者提供治疗和其他服务的资源，中亚的局势特别令人担忧。另据报道，哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦和土库曼斯坦等中亚国家的海洛因问题日趋增多。注射用药现象增多特别令人关切。再者，由于编写本报告时数据贫乏，做出估计很困难，不过联合国国际药物管制规划署（药物管制署）一直在与各国政府开展合作，在该区域进行了一系列评估研究，2002 年将提出研究报告。印度、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦吸食鸦片剂的人口众多。这些国家滥用海洛因的人口总数到底有多少，各种估计出入很大，有些数字表明在男性中流行程度极高。1996 年印度的一项调查估计，吸毒上瘾的人约有 50 万到 60 万，滥用药物的人口大约 300 万。最近在巴基斯坦开展的一项评估活动强调海洛因滥用问题很严重，估计长期吸毒的男人约有 50 万。这项研究还表明，注射用药目前在该国已经成了一个严重问题，约有 15% 的海洛因吸食者经常采用这种服用方式。这与 1990 年代中期的情况形成了鲜明对照，当时这种吸毒方式还微不足道。目前还没有掌握孟加拉国吸毒流行程度的可靠数据，不过 1996 年开展的快速评估研究表明，该国的海洛因滥用问题很大。

16. 澳大利亚的海洛因服用水平近来下降了，同时过量服用海洛因也减少了。这是 2001 年初以来澳大利亚海洛因的严重匮乏所致¹¹。海洛因严重匮乏

的标志是价格上涨，纯度下降，获得更加困难。尽管通常与海洛因服用有关的问题，特别是海洛因过量问题，继海洛因出现严重匮乏后已经减轻，可其他药物（如可卡因和安非他明）注射却随之增加，与兴奋剂注射有关的新问题也随之产生^{12、13}。澳大利亚开展的一项年度全国注射用药者调查发现，2001年只有36%的注射用药者报告说他们最经常注射的药物是海洛因，而2000年则有58%的人做出了这样的报告¹⁴。目前正在调查与澳大利亚海洛因严重匮乏相关的因素，看看与类鸦片活性肽相关的问题是否会持续减少也很有意思。澳大利亚吸食海洛因上瘾者的人数，最近估计1998年为74000人，即每1000个居民中有6.9人；与1980年代中期估计的海洛因服用者人数相比（约34000人，即每1000个居民中有3.7人），有了稳步而可观的增加¹⁵。

B. 安非他明类兴奋剂

17. “安非他明类兴奋剂”（ATS）这一术语用来指合成中枢神经系统兴奋药物，如安非他明、甲基安非他明及化学成份相关的迷魂药类（二亚甲基双氧安非他明（MDMA）及类似药物）。应当指出，这些药物的化学类似特点没有反映在同质药物滥用情况中。服用方式包括：处于社会边缘者长期上瘾滥用；青年人，往往是已完全走入社会的年青人在娱乐场所滥用；以及某些职业群体作为一种手段服用兴奋剂或在特殊工作场所服用兴奋剂。与滥用安非他明类兴奋剂有关的发病率和死亡率也受到了服用方式的影响。在安非他明类兴奋剂中，有可以注射、口吸、鼻嗅或口服的药物。

18. 20个提出甲基安非他明滥用趋势报告的国家中，有17个（86%）注意到此药消费水平增加了。

相比之下，安非他明滥用则较稳定，只有11个国家（占报告国的58%）报告说安非他明滥用增多了，其余国家中的多数都报告说服用情况稳定。报告说安非他明/甲基安非他明滥用减少的只有两个国家，即捷克共和国和匈牙利。除了这些报告安非他明和甲基安非他明滥用的国家外，还有9个国家和地区（澳大利亚、冰岛、印度尼西亚、立陶宛、中国澳门特别行政区、缅甸、新西兰、波兰和摩尔多瓦共和国）报告说，总体上看，安非他明类兴奋剂滥用增多了，另有6个国家（德国、希腊、拉脱维亚、荷兰、西班牙和美利坚合众国）报告说滥用水平保持稳定。然而，必须指出，关于安非他明类兴奋剂的报告要求，所分发的年度报告调查表中没有充分涵盖迷魂剂类药物。

19. 甲基安非他明滥用的增多，东南亚国家报告的最普遍。东南亚所有提出报告的国家（文莱达鲁萨兰国、香港特别行政区、印度、日本、马来西亚、菲律宾和新加坡）都注意到了滥用水平的增加。泰国提供的年度报告调查表最新数据表明，1999年青年滥用甲基安非他明的增多了，甲基安非他明似乎已经取代了海洛因，成了问题最大的药物。香港特别行政区中央药物滥用登记处提供的统计资料表明，自1999年至2000年，安非他明类兴奋剂增加了127%。来自该地区的报告也指出，许多消费者都服用晶状甲基安非他明，当地称作“shabu”，因为它易吸，又能产生更强烈的药效。口吸是一种极其有效的药物服用方式，从药物的生效速度和生物利用度看，与注射用药相似。因此，口吸甲基安非他明与其他效果较差的服用方式相比，可能与依赖程度提高及其他问题关系更密切。这一点特别令人关切，因为一些国家似乎也有口吸甲基安非他明的趋势。例如，在泰国，过去5年中已从吞服（口服）甲基

安非他明发展到口吸甲基安非他明，而且据报告说，1999 年服用甲基安非他明者绝大多数都是口吸。服用甲基安非他明在泰国学生和青年人中间极为流行，在长途卡车司机等部分群体中也发现了职业性服用现象。

20. 澳大利亚和新西兰也报告说安非他明类兴奋剂滥用增加了。澳大利亚非法药物报告系统注意到 2001 年纯度更高的甲基安非他明，包括“冰毒”和“碱”甲基安非他明的使用继续增多。也有证据表明，在澳大利亚的某些地区，近期海洛因严重匮乏也与甲基安非他明注射增多有关¹²。

21. 捷克共和国和匈牙利报告说安非他明和甲基安非他明滥用减少了，而欧洲其他国家的报告则表明滥用水平在稳步增加。应当指出，欧洲的安非他明多为硫酸安非他明。甲基安非他明问题基本限于捷克共和国。令人不安的是，目前出现的一些证据表明，甲基安非他明在欧盟一些国家中也开始有零星出售。鉴于这种药物滥用的可能性特别大及其与问题行为居高不下的联系，这种情况颇为令人关切。因此，有充分的理由认为，必需监测这种药物在欧洲境内可能出现的扩散，以便在必要时能够制订早期干预措施。

22. 1990 年代，安非他明类兴奋剂的滥用在东欧的许多城市都增多了。至于迷魂药的使用，在东欧和西欧的城市中都有明显的上升趋势²。然而来自欧盟地区的最新数据表明，许多国家普通大众终生服用安非他明的经历仍然远远低于 5%。在欧盟国家中，大不列颠及北爱尔兰联合王国（英格兰和威尔士的数据）报告说比率相当高，普通大众有 10% 终生服用安非他明¹⁶。根据关于酒和其他药物的欧洲学

校调查项目开展的青年调查，欧洲青年服用安非他明类兴奋剂（特别是安非他明）的水平，总的说来，比美利坚合众国同龄青年的水平低多了。在欧洲，十五、六岁的少年终生服用安非他明和迷魂药的经 历平均为 2%³。欧盟安非他明类兴奋剂服用趋势有点复杂，因此需要仔细监测，不过总的说来形势似乎趋于稳定。

23. 美洲有几个国家报告说甲基安非他明滥用增多了：阿根廷、加拿大、哥伦比亚、墨西哥和秘鲁。美洲的安非他明情况看来比较稳定，只有智利和哥伦比亚报告说有所增多，阿根廷、加拿大和萨尔瓦多报告说滥用水平保持稳定。在美利坚合众国，有证据表明，在通常滥用甲基安非他明程度很高的地区，尽管 1999 年前出现了下降趋势，可 1999 年末至 2000 年初甲基安非他明的服用又增加了。甲基安非他明仍然集中在美国西部各州及其他地方的一些农村地区。最近，在社区流行病学工作组监测的 6 个地点（亚特兰大、丹佛、菲尼克斯、圣路易斯、圣迭戈和西雅图）发现急诊病人大增。据报告看，在火奴鲁鲁和圣迭戈的入院治疗者中，甲基安非他明仍然是最常见的药物。美国在校学生服用甲基安非他明和晶状甲基安非他明（“冰毒”）的略有减少。终生服用甲基安非他明的流行率已经下降，1999 年（在 8 年级、10 年级和 12 年级的学生中）为 4.5-8.2%，2000 年为 4.2-7.9%。高中生终生服用“冰毒”的流行率也出现了类似的趋势，1999 年为 4.8%，2000 年下降到 4.0%。在 1990 年代，美国 8 年级、10 年级和 12 年级的青年终生服用安非他明的流行率都在增加。到了 1996 年，流行程度在两个较低的年级中达到高峰（8 年级为 13.5%，10 年级为 17.7%），到了 1997 年在 12 年级中达到高峰（16.5%）。2000 年的终生流行程度数据表明，纵使 8 年级仍为 9.9%，

10 年级为 15.7%，12 年级为 15.6%⁵，可是各年级的安非他明服用都呈现出了略有下降的趋势⁵。

24. 目前美国对滥用迷魂剂类药物表示关切。这种关切也反映在了现有数据中。现有数据表明，美国青年现在服用迷魂药的比服用可卡因的多。从最近一份监测未来的研究报告来看，迷魂药服用在各年龄分组中都增加了。在 8 年级学生中，去年的流行程度由 1.7% 上升到 1999 年至 2000 年的 3.1%。在 10 年级学生中，同时期则由 4.4% 增加到 5.4%；在 12 年级学生中，去年的服用率则由 5.6% 增加到 8.2%⁵。社区流行病学工作组监测网络报告说，迷魂药的滥用蔓延更广，据报告最近在全美的 13 个地区都增多了。迷魂药目前在各种场所，包括狂欢聚会、家庭聚会和单身酒吧中都在为人所服用。还有一些证据表明，所涉的年龄组似乎年龄也越来越小。报告滥用二甲氨基双氧安非他明的急诊就诊者人数也由 1994 年的 250 人增加到 1999 年的 2850 人⁴。迷魂药滥用 in 加拿大也是一个令人关切的事。安大略省提供的最新数据表明，服用迷魂药在青年中极为普遍，服用此药的男子可能比服用此药的女子多两倍。多数服用者年龄都在 18 至 29 岁之间⁶。

25. 虽然大麻和可卡因仍然是加勒比地区使用的主要药物，可是人们也关切安非他明类兴奋剂药物的出现、特别是迷魂药的更加容易得到。据报告说，服用迷魂药之事，在阿鲁巴、巴哈马、多米尼加共和国、圣文森特和格林纳丁斯以及苏里南都有发生。在最近召开的一次加勒比地区药物信息网络会议上，与会者对新出现的迷魂药服用现象表示关切¹⁷。2000 年在开曼群岛进行的一项调查表明，迷魂药终生流行率为 2.6%¹⁸。2000 年在太子港市区开展的一项学校调查也报告说，安非他明的服用水平

也成问题。上月，据报告讲，安非他明的服用率几乎为 12%（11.7%），而大麻和可卡因的流行率则低得多⁷。

26. 喀麦隆、纳米比亚、南非和津巴布韦报告说安非他明类兴奋剂的滥用增多了。尼日利亚报告说情况稳定。另一方面，由于缺乏翔实资料，全面报告非洲安非他明类兴奋剂滥用趋势很困难。不过，安非他明类兴奋剂药物的滥用，在南部和东部非洲似乎没有成为一个明确的问题，而非洲其他情况不太明朗的地区却感到关切。

C. 可卡因

27. 可卡因依然是美洲和加勒比地区令人关切的主要药物。但可卡因的滥用并不限于这一地区，有种种报告说其他地方也出现了可卡因。不过，就受影响的人数来讲，美洲仍然是可卡因问题最突出的区域。如其他药物一样，服用方式对了解滥用格局非常重要。可卡因在其盐碱形式之间转化可能比较容易。因此，鼻嗅、注射和口吸都成了最常见的服用方式。在这几种方式中，通常以可卡因注射最为罕见。吸可卡因产品，如快克可卡因，与种种严重问题特别有关。这种服用方式常常导致上瘾和长期吸食，而且人们已经观察到吸快克可卡因与社会不良行为，如刑事犯罪之间存在着密切联系。现在有证据表明，吸可卡因或通过增加很危险的性交次数，或因参与色情-金钱或色情-毒品交换，而具有感染艾滋病毒的高度危险。这在加勒比地区和南美洲许多注射用药并不流行的国家是件特别令人担忧的事。有 25 个国家在所填好的年度报告调查表中提供了有关可卡因趋势的数据。其中有 15 个国家报告说滥用增多，7 个说情况保持稳定，3 个说滥用已经减少。

28. 拉丁美洲的报告说，可卡因滥用现象稳步增加，人们已经注意到智利、哥伦比亚、萨尔瓦多、墨西哥和秘鲁都有增加。阿根廷、哥斯达黎加和巴拿马报告说滥用程度保持稳定，巴哈马是唯一报告可卡因滥用减少的国家。

29. 在美国的多数地区，可卡因和快克可卡因的服用都继续减少。这种下降趋势在过去滥用这些毒品非常集中的地区，如美国的西北部、大西洋沿岸和中西部地区的北部，特别显著。服用快克可卡因的人口似乎渐渐老去，虽然总体服用水平仍然很高，与此毒品相关的发病率和死亡率也仍然很高，在社区流行病学工作组监测的 9 个地点，可卡因却是造成多数吸毒死亡的罪魁祸首。可卡因常与其他药物同时或先后服用⁴。在校学生服用可卡因（包括快克可卡因）之事在 1999 年至 2000 年也减少了；虽然在 1990 年代 8—10 年级的孩子服用现象略有增加，但从 2000 年的最新调查来看，10 年级学生终生服用可卡因的流行率为 6.9%⁵。加拿大安大略省的数据也表明，自 1980 年代中期至 1998 年，可卡因服用减少了；不过，随后服用又增加了，终生流行率由 1998 年的 4.6% 增加到 2000 年的 6.4%⁶。

30. 在加勒比地区，可卡因滥用得到了广泛的报道。参加加勒比地区药物信息系统的 15 个国家都报告说本国境内存在着可卡因滥用现象¹⁹。学校调查数据显示，学生终生服用可卡因的大致在 1.3% 至 1.7% 之间^{19, 20}。对巴巴多斯药物服用者进行的研究发现，有 6% 的药物服用者报告说可卡因是他们的首选药物。在高危人口中流行率可能要高得多。该地区新设立的监测网络正在着手研究这一专题，并为该地区规划了来年重点明确的研究和学校调查。

31. 欧洲有几个国家报告说可卡因滥用增多了，它们是白俄罗斯、匈牙利、爱尔兰、葡萄牙和西班牙。提出可卡因情况报告的欧洲其他国家只有捷克共和国、列支敦士登和瑞士，它们表明可卡因滥用水平稳定。尽管对可卡因服用水平，尤其是一些较大城市服用水平的上升表示了关切，可目前有关这一问题的数据仍然复杂。在西欧，有不少报告都说，1990 年代自始至终可卡因服用流行情况都呈总体上升趋势，不过当前的趋势仍然不清楚²。欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心报告说，尚无明显的迹象表明欧洲普通大众或在校儿童服用可卡因的人数普遍增多¹⁶。十五、六岁青年的终生流行率仍然很低，平均为 1%。不过，对服用者所做的目标明确的调查表明，在某些社交场所，特别是在所谓的“舞会常客”和“俱乐部成员”中，为娱乐而服用可卡因粉的程度很高。此外，一些大都市地区的报告暗示，服用可卡因的窝点可能在增多。

32. 尽管在普通青年中，终生服用可卡因的流行率一般都在不足 1% 至 6.4% 之间，但是在同一年龄组中进行的明确的目标明确的调查显示，“俱乐部成员”中的服用率高达 42% 至 62%^{3, 16}。在联合王国，有越来越多的证据表明，一些城市地区青年服用可卡因的比例很高。《2000 年英国犯罪调查》注意到，生活在伦敦的 16—29 岁青少年，有 11% 以上报告说在过去一年里服用过可卡因。不过其他地区的数字则低得多。该项研究指出，人们非常担心，年青人可能放弃迷魂药，转而服用可卡因，这大概是因为媒体关注与迷魂药有关的伤害所致²¹。

33. 非洲有三个国家，即纳米比亚、尼日利亚和南非，报告说可卡因滥用增多；而津巴布韦则报告说滥用水平保持稳定。亚洲有四个国家和地区报

告了可卡因滥用情况，其中香港特别行政区、印度和黎巴嫩报告说滥用现象增多了，而日本则报告说滥用现象有所减少。一般说来，这一地区对可卡因滥用的报道很零散，对兴奋剂药物的关切主要集中在甲基安非他明上。澳大利亚报告说，目前只有悉尼能买到可卡因，几年来悉尼的可卡因服用现象很突出。有报道说，在悉尼，最近由于海洛因供应减少，可卡因注射增多了¹²。

D. 大麻

34. 总的说来，各种形式的大麻依然是全球最常滥用的非法药品。这也反映在年度报告调查表有关大麻的答复率中，比其他类毒品问题答复率都高。有 51 个国家对趋势问题做了回答，其中多数（38 个国家，即 75% 的国家）都指出大麻滥用增多了。有 9 个国家报告说大麻滥用水平稳定（占答复国总数的 17%），只有 4 个国家（8%）报告说此药的滥用减少了，它们都是亚洲国家。

35. 虽然有证据表明大麻是多数国家中最常服用的非法药物，可关于大麻滥用程度的估计数主要限于发达国家。尽管如此，来自发展中区域的现有资料表明，大麻滥用很普遍，而且在许多国家可能都在增多。即使大麻的作用不如与严重健康问题有关的药物，如海洛因、可卡因或安非他明类兴奋剂，可是大麻滥用程度比较高，因而也对许多国家构成了挑战。此外，在一些吸食大麻非常普遍的发展中国家里，对大麻滥用同严重的心理健康问题和精神病急症的联系忧虑重重。人们对这个问题的了解依然不多，而且必需更好地了解吸食大麻对加勒比地区、非洲及其他地区的国家的保健系统所生产的影响。在非洲尤其如此，因为在非洲的几个国家，大

麻滥用是造成大量精神病收容的原因²²，而且有若干报告表明大麻滥用正在增多²³。通过年度报告调查表报告大麻滥用趋势的所有五个非洲国家，即喀麦隆、纳米比亚、南非、赞比亚和津巴布韦，都注意到滥用水平增加了。尽管有关非洲大麻消费的资料仍然不足，可在南部非洲²³和东非药物信息系统的发展过程中所收集的证据，再加上在西非²⁴所开展的专门化调查研究，都表明，大麻是该区域最常服用的非法药物。该区域部分国家的调查数据也显示，大麻滥用主要是男性青年中的问题^{25, 26}。例如，1998 年对斯威士兰学生滥用药物所做的调查发现，有 7.5% 的男生上个月吸食过大麻，而女生只有 1.4%²⁵。

36. 有关西欧滥用大麻程度的最新估计表明，普通大众有 10—25% 的人平生吸过大麻，消费大麻最多的是青少年。联合王国的大麻消费水平最高，有 25% 的普通大众（16—59 岁）和 42% 的青少年（16—29 岁）平生吸过大麻¹⁶。澳大利亚的大麻消费比率更高，有 39% 的普通大众，几乎三分之二的 20 来岁的青年，以及 45% 的 14—19 岁的小青年，平生吸过大麻²⁷。在美国，2000 年终生吸食大麻的流行率，普通大众为 34.2%，18—25 岁的人为 46%²⁸。

37. 大麻消费也是青年滥用的最常见药物，欧洲在校学生终生流行率估计在 1% 至 35% 之间，许多国家都注意到了大麻消费在日益增多³。来自美国的可比数字为 41%，即使青年终生吸食大麻的趋势在 1990 年代末相当稳定，这个数字也比欧盟任何一个成员国的数字高⁵。加拿大安大略省 1999 年的学校调查数据表明，有 34.7% 的在校生吸过大麻，1999 年澳大利亚对全国在校生进行的调查也显示了同样高的吸食水平，有近三分之一的在校生（12—17 岁）和近一半（47%）的十六、七岁青少年吸过大麻²⁹。

38. 就大麻吸食趋势而言，人们注意到欧洲各地的消费都在增加，做出答复的 22 个国家中有 18 个注意到了大麻滥用的增加。欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心也报告说，1990 年代大麻吸食流行程度有增加趋势，1990 年代初终生流行率低的国家相应增加得更多¹⁶。澳大利亚和新西兰都报告说大麻滥用增多了。

39. 社区流行病学工作组提供的一些证据表明，继 1990 年至 1998 年大麻吸食猛增之后，美国特定地区的大麻吸食保持稳定。尽管如此，治疗对大麻的需求依然很大⁴。在校生吸食大麻的情况自 1999 年以来仍保持稳定。⁵

40. 美洲许多其他国家（阿根廷、巴哈马、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、墨西哥、巴拿马和秘鲁）也报告说大麻滥用在增多。这与美洲药物滥用管制委员会（美洲药管会）的研究结果是一致的，美洲药管会注意到该区域的药物滥用增多了²¹。加拿大安大略省提供的调查数据（2000 年）显示，吸食大麻的青年人数增加了，去年 18—29 岁的人有四分之一以上（28.2%）吸食过大麻，而 1996 年只有 18.3%⁶。

41. 吸食大麻在加勒比地区也很流行。加勒比地区的学校调查数据表明，学生终生吸食大麻的在 8% 至 26.9% 之间¹⁹。牙买加对全国学校进行的调查发现，有 27% 的学生吸过大麻，上个月有 8% 的学生吸过。巴巴多斯的一项研究发现，接受采访的药物服用者有 75% 说大麻为首选药物¹⁹。根据参加最近举行的加勒比地区药物问题会议的各国代表提供的报告，与吸食大麻有关的问题在离岸国家和地区中也很明显¹⁹。

42. 在亚洲报告大麻吸食情况的 12 个国家中，只有 5 个国家指出吸食大麻现象增多了（阿塞拜疆、日本、马来西亚、缅甸和斯里兰卡），而文莱达鲁萨兰国、印度尼西亚和乌兹别克斯坦则报告说滥用水平稳定。印度、吉尔吉斯斯坦、菲律宾和新加坡报告说大麻滥用现象减少了。

三、注射用药与血液携带病毒的传播

43. 2001 年底，估计有 4000 万人感染了艾滋病毒/艾滋病。注射用药是驱动这一流行病的主要动力之一，1990 年代许多国家的注射用药者人数迅速增加。注射用药现在影响到 135 个国家，据估计全世界可能有近 300 万注射用药者感染了艾滋病毒。全球艾滋病毒感染的 5% 至 10% 都是由注射用药引起的，而在欧洲和亚洲一些国家有 50% 以上的艾滋病毒感染是因为注射用药³⁰。现在认为注射用药是艾滋病毒传染的一个重要方式，特别是在东欧一些国家，前苏维埃社会主义共和国联盟的各国，东南亚、太平洋地区、拉丁美洲、西欧和北美³¹。

44. 过去 10 年中，全球注射用药者的艾滋病毒感染趋势呈现稳步增加。报告注射用药者感染艾滋病毒国家和地区，1995 年为 72 个（E/CN.7/1997/3，第 19 段），1998 年为 93 个（E/CN.7/1997/4，第 23 段）。联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案（艾滋病方案）/世界卫生组织（卫生组织）关于全球艾滋病毒/艾滋病的最新数字显示，至 1999 年年中，共有 114 个国家和地区报告了在注射用药者中艾滋病毒的感染情况，为数猛增，1992 年只有 52 个国家提出了报告³²。

45. 现在前苏维埃社会主义共和国联盟的各国艾滋病毒/艾滋病感染增加速度之快，在全球也是屈

指可数的，许多新独立国家的感染速度估计每年增长一倍。预计到 2005 年，俄罗斯联邦的艾滋病病毒/艾滋病患者总数将增加到 500 多万。注射用药可能是导致这一增加的一个重要因素³³。在亚洲，由于注射这种服用方式越来越盛行，与毒品有关的艾滋病病毒正通过注射迅速传播。例如，1990 年代末，估计尼泊尔注射用药者至少有一半艾滋病病毒呈阳性，而在雅加达，注射用药者中的艾滋病病毒流行率由 1999 年的 15% 上升到 2000 年的 40%³⁴。中国有几个省也报告说，当地注射用药者的艾滋病病毒流行率超过了 70%。在西欧，各国注射用药者艾滋病病毒感染情况差别很大，少者联合王国约为 1%，多者西班牙高达 32%。虽然总的说来，在 1990 年代末，欧盟新感染水平保持稳定或有所下降，但最近已经注意到对奥地利、芬兰、爱尔兰、卢森堡、荷兰和葡萄牙感染率可能增加的关切¹⁶。

46. 尽管已经完全了解注射用药与艾滋病毒感染之间的关系，但这可能不是药物滥用与艾滋病毒感染率居高不下的唯一联系。有些证据表明，一些非注射性的药物滥用方式与艾滋病毒感染也有联系。具体而言，人们已经提出，长期服用可卡因可能导致性行为增加，从而增加了感染艾滋病毒的风险。对这一领域的认识还很不够，要确定各种行为可变因素之间的因果关系极为困难。然而，如果要全面解决滥用药物人群的艾滋病毒感染问题，这依然是个需要深入研究的重要领域。

47. 艾滋病毒不是唯一通过注射用药传播的血液传染病。丙肝病毒和乙肝病毒传染病在注射用药者中也很流行，因为它们也同样是在共同使用受污染的注射器中，通过血液接触传播。卫生组织估计，大约有 1.7 亿人，即全球人口的 3%，感染了丙肝病

毒。丙肝最流行的地区可以在非洲、地中海东部、东南亚和西太平洋找到³⁵。在欧洲，注射用药导致了多数丙肝病毒的新感染，现有数据显示，约有 40—90% 的注射用药者感染了丙肝病毒。在已感染乙肝病毒的人中，3.5 亿多为慢性（终生）病。在撒南非洲和亚洲及太平洋地区的大多数地方，多数人童年就感染了乙肝病毒，普通大众中有 8—10% 的人长期感染³⁶。欧洲注射用药者感染乙肝病毒的数据显示，流行率低则 20%，高则可达 60%¹⁶。在注射用药的人口为数相当多的国家里，要解决丙肝病毒感染所造成的健康问题，要花费的长期成本可能相当大。对于注射用药者艾滋病毒感染率很低的国家来说，从更长远的角度来看，丙肝病毒感染可能是导致这一群体发病和死亡的一大原因。

四、数据收集——行动信息库

48. 《减少毒品需求指导原则宣言》（大会第 S-20/3 号决议，附件）的一项主要建议是，各国应当采用类似的方法和程序，定期评估药物滥用情况。上述资料已经生动地说明了各成员国为了解药物滥用的格局与趋势以及目前仍然存在的挑战，做出了相当大的努力。药物管制署一直在努力协助各成员国更为全面深入地把握药物滥用局势。经修订的年度报告调查表第二部分包括了一些核心指数，它们是通过一个建立共识的过程制订的，体现了公认的良好做法。希望经过修订的这份文件会提高报告水平。为了进一步支持交回年度报告调查表，药物管制署根据大会第 44/3 号决议正在编写材料，以协助各成员国整理所需资料，并鼓励指定技术联络点。作为这一过程的一部分，药物滥用程度全球方案（GAP）一直在协助各国提高监测药物滥用能力，鼓励采取先进方法。目前还在编写信息网络建设技

术手册、学校调查技术手册和流行程度估计创新方法技术手册。2001年，药物滥用程度全球方案支持在东非和加勒比地区开办了两个新药物流行病学网络。

49. 提高数据的标准化和加强先进做法的推广，关键是建立国家、区域和全球伙伴关系。药物管制署与各区域组织，如欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心和美洲国家组织等密切合作，确保对数据收集采用赠送的方法。作为这一进程的一部分，2001年12月3日至5日在维也纳召开了药物流行病学问题技术会议。这次会议是2000年1月在里斯本举行的会议的一个后续行动，里斯本会议讨论了药物信息系统的技术要求。最近举行的维也纳技术会议提出的问题包括：必需继续交流方法创新的成功经验和进一步协调各种方法，新趋势预警数据的重要性，制订道德准则的必要性及估计流行率的新办法。与会者得出的一个明确结论是，虽然还需要做出很大努力，可是在增进人们对药物消费格局与趋势的理解方面已经取得了很大进展。此外，与几年前的情况相比，已经向采取类似方法与程序迈出巨大的一步。这种改进不是通过采取别处已经应用的解决办法取得的，而是通过一个发展过程取得的，它既承认要使数据收集方法与各国国情相适应，又承认采取协调的措施和成功经验的好处。

五、在药物滥用者中人体免疫机能丧失病毒（艾滋病毒）的感染——拟订减少需求更佳对策的关键问题

50. 如上文所述，有确凿证据表明，与药物滥用有关的艾滋病毒/艾滋病正在全球几个地区蔓延。因此，药物管制署也相应增加了这一工作领域里的

方案活动。这一工作始终以三份政策文件为指导。第一，《减少毒品需求指导原则宣言》指出，活动应当涵盖减少需求的各个领域，从阻止初次吸食毒品到减少药物滥用对个人和整个社会造成的不良健康和社会后果。该宣言确认，艾滋病毒/艾滋病是药物滥用造成的最严重潜在损害之一。第二，行政协调委员会（行政协调会）药物管制小组委员会在2000年9月28日和29日在维也纳举行的第八届会议上核可了联合国系统关于预防艾滋病毒在药物滥用者中传播的立场文件（ACC/2000/17，第3段和附件四），其中要求对注射用药者采取防治并重的一览子综合办法，包括有关艾滋病毒/艾滋病的宣传和教育的，自愿保密的艾滋病毒检验和咨询，包括口服替代品疗法在内的多种治疗方案，使用清洁针头和注射器，一般生存服务和初级保健，以及酌情转诊接受特护。第三，《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》为各会员国确定了一般艾滋病毒预防和护理的目标，特别是在艾滋病毒感染率很高或不断增大的群体中，包括注射用药者中，开展艾滋病毒预防和护理的目标。

51. 药物管制署在艾滋病毒/艾滋病领域里开展的活动多种多样，其中大部分涉及把艾滋病毒/艾滋病因素纳入药物管制署减少毒品需求工作的主流。其他活动包括支持提供治疗与康复及获得治疗与康复的简易办法。根据联合国系统的立场文件（ACC/2000/17，附件四），本组织支持向注射用药者提供多样化服务，以预防艾滋病毒在注射用药者中间传播，预防注射用药者把艾滋病毒传给非注射用药的性伙伴和普通大众。此外，药物管制署还在制订政策与法规、训练和提高能力、拟订战略及确定和传播先进经验等领域提供技术支持。

52. 资金依然是限制艾滋病毒/艾滋病工作的一个主要因素。艾滋病方案统一预算和工作计划提供了一些核心资金，但还远远不够。这一供资不足情况已经大大限制了药物管制署在注射用药问题最大的中欧、东欧、新独立国家及东亚的活动范围。另一项重大挑战是，必需在世界注射并不普遍的地区确立艾滋病毒与药物滥用之间的联系。再者，药物管制署必需通过积极的机构间合作，在目前进行的说教与活动中发挥重要作用，因为这些说教与活动的目的在于确定与药物滥用有关的艾滋病毒/艾滋病防治的最佳做法。

53. 正像对待减少毒品需求的其他领域一样，也必须改善关于注射用药以及艾滋病毒感染风险极高的行为的数据收集工作。药物管制署一直在与卫生组织和艾滋病方案讨论如何改进这一领域里的评估技术，如何更好地测量危险行为。这项工作正通过一些联合活动继续进行，2002 年期间将提出有关报告。

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 R. Bless, U. Kemmesies and S. Diemel, *3rd Multi-City Study: Drug Use Trends in 42 European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000).
- ³ B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Modin Tryck AB, 2000).
- ⁴ “Epidemiologic trends in drug abuse; volume 1: proceedings of the community epidemiology work

group, highlights and executive summary”, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, June 2001.

- ⁵ L. D. Johnston, P. M. O’Malley, and J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Survey Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2000*, NIH Publication No. 01-4923 (National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, 2001).
- ⁶ E. M. Adlaf, and A. Ialomiteanu, *CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2000* (CAMH Research Doc. Series, No. 10) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2001).
- ⁷ Institut ha▶ tien de l’enfance et l’Association pour la Pr▶vention de l’alcoolisme et autres accoutumances chimiques, “Connaissances, attitudes et comportements des ▶lves de la r▶gion m▶ropolitaine vis-à-vis de la drogue”, juin-novembre 2000.
- ⁸ C. Parry and others, *SACENDU Research Brief*, vol. 4, No. 1 (2001).
- ⁹ M. L. Adelekan, “Injection drug use and associated health consequences in Lagos, Nigeria: findings from WHO phase II injection drug use study”, *2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations: Third Annual Meeting Report* (Durban, South Africa, 2000).
- ¹⁰ United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report, March 2000*, Publication 10605 (United States Department of State, 2000).
- ¹¹ D. Rouen and others, *Changes in Heroin Availability in Sydney Australia in Early 2001*, National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report No. 119

- (University of New South Wales, Sydney, 2001).
- 12 S. Darke, L. Topp and S. Kaye, "Findings from the Illicit Drug Reporting System", *Drug Trends Bulletin* (Sydney), December 2001.
- 13 D. Weatherburn, C. Jones, K. Freeman and T. Makkai, "The Australian heroin drought and its implications for drug policy", *Crime and Justice Bulletin* (Sydney), 2001.
- 14 L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monograph No. 47 (University of New South Wales, Sydney, 2001).
- 15 W. Hall and others, *How many dependent opioid users are there in Australia?*, NDARC Monograph No. 44 (University of New South Wales, Sydney, 2000).
- 16 2001 "annual report on the state of the drugs problem in the European Union", standard epidemiological tables: <http://annualreport.emcdda.org>.
- 17 Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., December 2000).
- 18 C. Delapenha and T. Gabor, "Nature, extent, and frequency of both licit and illicit drug use amongst the Cayman Islands population aged 15 years and older", Cayman Islands Drug and Alcohol Survey, George Town, 2000.
- 19 "First Stakeholders Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project (DAESSP): meeting highlights", Trinidad, 23-25 July 2001.
- 20 K-G. Douglas, *Patterns of Substance Use and Abuse among Post Primary Students in Jamaica: National Adolescent Students' Drug Survey 1997/1998* (Planning Institute of Jamaica, Kingston, 2000).
- 21 C. Sharp and others, *Drug Misuse Declared in 2000: Key Results from the British Crime Survey*, Home Office Research and Statistics Directorate Research Findings, No. 149 (Home Office, London, 2001).
- 22 A. Plüddemann, *Information, Needs and Resources Analysis for the Republic of Namibia* (Medical Research Council, Cape Town, 2001).
- 23 C. Parry, *SENDU: the SADC Epidemiology Network on Drug Use; Report on the Consultation Meeting, 9-12 October 2000, Pretoria, South Africa* (Medical Research Council, Cape Town, 2000).
- 24 I. S. Obot, *Assessment of Drug Use among Secondary Students and Attitudes of Parents in Jos, Nigeria* (Lagos, 2001).
- 25 D. A. Pritchard and others, *The Prevalence of Tobacco, Alcohol and Drug Consumption among Swaziland High School and Secondary Institution Students* (National Council on Smoking and Drug Dependence Swaziland, Manzini, 1998).
- 26 J. L. Strijdom and O-H. Angell, *Substance Abuse Among Youth in Namibia: Introductory Report on the Research Project and Report on Survey Study Findings* (University of Namibia, Windhoek, 1999).
- 27 Australian Institute of Health and Welfare, *1998 National Drug Strategy Household Survey: First Results* (Canberra, 1999).
- 28 Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse: <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA/highlights.htm>
- 29 E. M. Adlaf, A. Paglia and F. J. Ivis, *Drug Use among*

- Ontario Students, 1977-1999: Findings from the OSDUS* (CAMH Research Doc. Series No. 5) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2000).
- ³⁰ “情况介绍：药物使用与艾滋病毒/艾滋病；联合国艾滋病毒/艾滋病问题特别会议，2001年6月25-27日，纽约”：http://www.unaids.org/fact_sheets/ungass/html/FSdruguse_en.htm。
- ³¹ 艾滋病最新资料，2001年12月（联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案 and 世界卫生组织，日内瓦，2001年）。
- ³² 《关于全球艾滋病毒/艾滋病流行病的报告》，2000年6月（联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案，日内瓦，2000年）。
- ³³ AIDS Foundation East-West, “Press release”, Moscow, 27 November 2001.
- ³⁴ 《亚洲及太平洋地区艾滋病毒/艾滋病/STI 流行病的现状与趋势：监测艾滋病的流行》（联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案和美国国际开发署，墨尔本，2001年10月4日）。
- ³⁵ 世界卫生组织，“第164号简报：丙型肝炎”（rev. 2000年10月）：<http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>。
- ³⁶ 世界卫生组织，“第204号简报：乙型肝炎”（rev. 2000年10月）：<http://www.who.int/inf-fs/en/fact204.html>。

附件

药物滥用趋势与国家报告情况

表 1
海洛因滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区列出的提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：27	非洲（4）：喀麦隆、纳米比亚、南非和赞比亚
占 2000 年报告国的百分比：60	美洲（4）：加拿大、哥伦比亚、墨西哥和巴拿马
	亚洲（6）：阿塞拜疆、印度、约旦、吉尔吉斯斯坦、斯里兰卡和乌兹别克斯坦
	欧洲（12）：白俄罗斯、捷克共和国、爱沙尼亚、芬兰、希腊、匈牙利、拉脱维亚、立陶宛、波兰、罗马尼亚、瑞典和土耳其
	大洋洲（1）：澳大利亚
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：9	非洲（1）：津巴布韦
占 2000 年报告国的百分比：20	美洲（2）：智利和美利坚合众国
	亚洲（1）：文莱达鲁萨兰国
	欧洲（5）：丹麦、爱尔兰、列支敦士登、荷兰和瑞士
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：9	非洲（1）：尼日利亚
占 2000 年报告国的百分比：20	亚洲（6）：中国香港特别行政区、印度尼西亚、日本、马来西亚、缅甸和新加坡
	欧洲（2）：葡萄牙和西班牙

^a 提交报告的国家数目：45。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。

表 2

甲基安非他明滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：17	非洲 (2)：纳米比亚、南非
占 2000 年报告国的百分比：85	美洲 (5)：阿根廷、加拿大、哥伦比亚、墨西哥和秘鲁 亚洲 (5)：文莱达鲁萨兰国、日本、马来西亚、菲律宾和新加坡 欧洲 (5)：白俄罗斯、爱沙尼亚、芬兰、爱尔兰和瑞士
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：1	欧洲 (1)：葡萄牙
占 2000 年报告国的百分比：5	
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：2	欧洲 (2)：捷克共和国和匈牙利
占 2000 年报告国的百分比：10	

^a 提交报告的国家数目：20。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。

表 3

安非他明滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：11	非洲 (3)：纳米比亚、南非和津巴布韦
占 2000 年报告国的百分比：58	美洲 (2)：智利和哥伦比亚 亚洲 (2)：中国香港特别行政区和印度 欧洲 (4)：白俄罗斯、爱沙尼亚、芬兰和瑞典
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：6	非洲 (1)：纳米比亚
占 2000 年报告国的百分比：32	美洲 (3)：阿根廷、加拿大和萨尔瓦多 欧洲 (2)：列支敦士登和瑞士
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：2	欧洲 (2)：捷克共和国和匈牙利
占 2000 年报告国的百分比：11	

^a 提交报告的国家数目：19。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。

表 4

安非他明类兴奋剂滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：19	非洲 (3)：喀麦隆、纳米比亚和南非
占 2000 年报告国的百分比：66	美洲 (2)：加拿大和墨西哥 亚洲 (4)：中国香港特别行政区、印度尼西亚、中国澳门特别行政区和缅甸 欧洲 (8)：白俄罗斯、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、冰岛、立陶宛、波兰和摩尔多瓦共和国 大洋洲 (2)：澳大利亚和新西兰
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：8	美洲 (2)：阿根廷和美利坚合众国
占 2000 年报告国的百分比：28	欧洲 (6)：捷克共和国、德国、希腊、拉脱维亚、荷兰和西班牙
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：2	亚洲 (1)：菲律宾
占 2000 年报告国的百分比：7	欧洲 (1)：匈牙利

^a 提交报告的国家数目：29。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。

表 5

可卡因滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：15	非洲 (3)：纳米比亚、尼日利亚和南非
占 2000 年报告国的百分比：60	美洲 (5)：智利、哥伦比亚、萨尔瓦多、墨西哥和秘鲁 亚洲 (2)：中国香港特别行政区和印度 欧洲 (5)：白俄罗斯、匈牙利、爱尔兰、葡萄牙和西班牙
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：7	非洲 (1)：津巴布韦
占 2000 年报告国的百分比：28	美洲 (3)：阿根廷、哥斯达黎加和巴拿马 欧洲 (3)：捷克共和国、列支敦士登和瑞士
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：3	美洲 (1)：巴哈马
占 2000 年报告国的百分比：12	亚洲 (2)：日本和黎巴嫩

^a 提交报告的国家数目：25。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。

表 6
大麻滥用趋势^a

趋势	2000 年区域 ^b 和国家/地区提交报告情况
滥用情况增多	
提交报告的国家数目：38	非洲（5）：喀麦隆、纳米比亚、南非、赞比亚和津巴布韦
占 2000 年报告国的百分比：75	美洲（8）：阿根廷、巴哈马、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、墨西哥、巴拿马和秘鲁
	亚洲（5）：阿塞拜疆、日本、马来西亚、缅甸和斯里兰卡
	欧洲（18）：白俄罗斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、德国、匈牙利、冰岛、爱尔兰、拉脱维亚、列支敦士登、立陶宛、波兰、葡萄牙、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、瑞士和土耳其
	大洋洲（2）：澳大利亚和新西兰
滥用情况稳定	
提交报告的国家数目：9	美洲（2）：萨尔瓦多和美利坚合众国
占 2000 年报告国的百分比：17	亚洲（3）：文莱达鲁萨兰国、印度尼西亚和乌兹别克斯坦
	欧洲（4）：希腊、荷兰、西班牙和瑞典
滥用情况减少	
提交报告的国家数目：4	亚洲（4）：印度、吉尔吉斯斯坦、菲律宾和新加坡
占 2000 年报告国的百分比：8	

^a 提交报告的国家数目：51。

^b 圆括号内说明的提交报告的国家数目。