



经济及社会理事会

Distr.: General
30 December 2022
Chinese
Original: English

麻醉药品委员会

第六十六届会议

2023年3月13日至17日，维也纳

临时议程**项目6

在国家、区域和国际各级采取后续行动履行

2019年《部长级宣言》所反映的关于处理和
应对世界毒品问题的所有承诺

世界药物滥用情况

秘书处的报告

摘要

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）所掌握的有关毒品使用及其健康后果的最新信息。2020年，估计有2.84亿人在前一年使用过某种受管制物质；其中，估计有近14%患有吸毒病症。毒品和犯罪问题办公室与世界卫生组织、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署和世界银行联合估计，有1,120万人注射吸毒，注射吸毒者中大约八分之一感染了艾滋病毒。在全球范围内，毒品使用仍然涉及多个方面，其特点表现为同时和先后使用多种物质，包括常规植物类毒品、合成兴奋剂、类阿片、医疗药物和新型精神活性物质（包括具有类阿片效用的此类物质）。海洛因和医药类阿片等类阿片的非医疗使用继续对使用者的健康造成严重影响。类阿片非医疗使用泛滥，其中包括在北美的芬太尼及其类似物以及在北非、西非、中东和西南亚的曲马多，继续对健康构成重大风险。2019年，全球有近50万人死于吸毒。由于缺乏关于大多数吸毒流行病学指标的可靠信息，仍然难以监测新兴趋势，也难以实施和评估针对吸毒及其健康后果的循证对策。

* 因技术原因于2023年2月10日重新印发。

** E/CN.7/2023/1。



一. 引言

A. 新出现的和持续的全球趋势

1. 根据联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）获得的信息，观察到的世界各地毒品使用情况近期趋势如下：

(a) 类阿片使用，包括使用海洛因及滥用医药类阿片和具有类阿片效用的新型精神活性物质，因其健康后果严重，仍是许多国家的一个主要关切问题；

(b) 在西欧和中欧以及美利坚合众国，大麻产品中四氢大麻酚含量增加和大麻二酚含量减少的长期趋势明显；

(c) 虽然北美和欧洲仍然是可卡因的两个主要消费市场，但非洲和亚洲的需求在过去十年中有所增加，不过由于缺乏数据，无法清楚了解非洲和亚洲的使用程度；

(d) 在世界许多地区，苯丙胺、特别是甲基苯丙胺的使用正在增加。现有数据表明，甲基苯丙胺的使用呈上升趋势，特别是在南亚、西南亚和中东；

(e) 在全球毒品市场上发现了诸多不同的新型精神活性物质，其数量现已稳定在约 550 种。然而，具有类阿片效用的新型精神活性物质的数量不断增加，这是令人关切的问题；

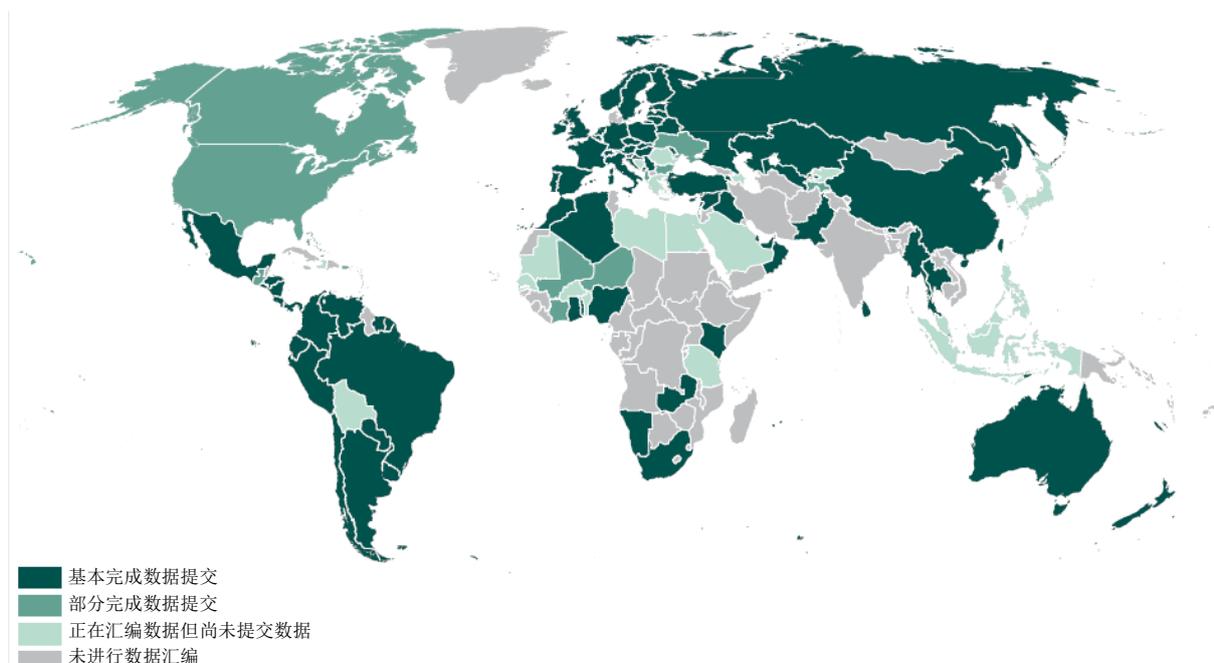
(f) 由于世界各地采取了居家或封锁的措施来预防或减缓冠状病毒病（COVID-19）传播，大麻使用的频率和数量有所增加，镇静剂和安定剂（特别是苯二氮䓬类）以及医药类阿片的非医疗使用也有所增加。3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”）、“摇头丸”类物质和可卡因的使用最初有所下降，但后来在 COVID-19 相关措施取消后恢复到了先前观察到的水平。一些经常吸毒的人在疫情期间减少了消费量，有些人则求助于替代品，海洛因使用者尤其采取了更有害的使用方式。疫情减少了所有区域获得毒品相关干预措施的机会。

B. 会员国关于吸毒规模、模式和趋势的报告

2. 会员国对年度报告调查表的答复构成了每年报告全球吸毒规模和趋势的基础。截至 2022 年 12 月 5 日，202 个国家和地区中有 95 个提交了对修订版在线年度报告调查表中关于 2021 年吸毒的规模、模式和趋势及相关健康后果的六个单元的答复。虽然会员国完成填写各个单元的比率各不相同，但总体而言，36% 的单元基本完成填写，这意味着各国在这些单元中提供了关于半数以上吸毒及其健康后果指标的信息（见图 1）。

图 1

对年度报告调查表的答复：提供了 2021 年毒品需求数据的会员国



注：地图所示边界和名称及所使用的标识并不意味着联合国的正式认可或接受。短横虚线表示未决边界。圆点虚线大致代表了印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。苏丹与南苏丹之间的最终边界尚未确定。反映的是截至 2022 年 12 月 5 日的提交情况。

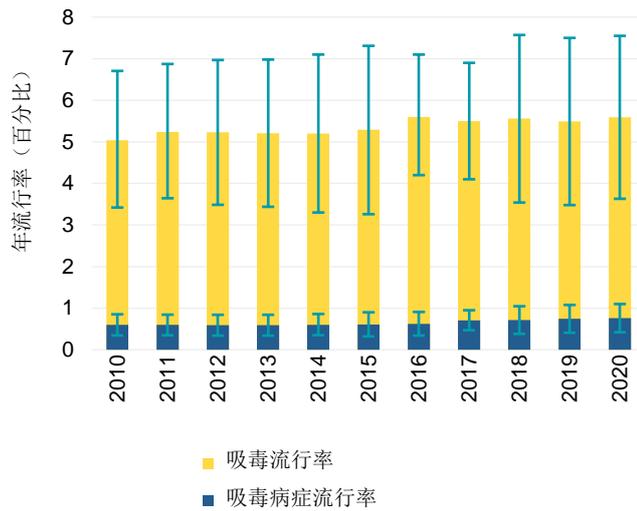
二. 全球概况

A. 吸毒规模

3. 2020 年，全球 15-64 岁人群中估计有 2.84 亿人在过去 12 个月内至少使用过一种毒品，其中大多数是男性。这相当于该年龄组每 18 人中约有 1 人在列，占该人群 5.6%，而且比 2010 年增加了 26%；2010 年吸毒人数估计为 2.26 亿，流行率为 5%（见图 2 和图 3）。绝对数字的百分比增长远远大于流行率的增长，部分原因是全球人口的增加。然而，由于不确定性区间很大，对这些全球估计数随时间推移的任何比较都应谨慎对待。

图 2

2010-2020 年全球吸毒和吸毒病症流行率



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：流行率估计数是基于过去一年中使用过毒品的成年人（15-64 岁）当中的流行率。吸毒和吸毒病症规模的全球估计数反映了 2020 年的最佳可用信息。与前几年相比发生的变化主要反映出各国信息进行了更新，提供了关于当年吸毒规模的新数据。因此，某一年提出的全球和区域估计数依据的是特定国家在参考年份的新估计数和其他国家的最近期估计数。2020 年全球吸毒流行率估计数是基于涵盖世界人口 60% 的 110 个国家的估计数。在这些估计数中，有 20 个国家在 2020 年报告了新的数据点。

图 3

2010-2020 年全球吸毒者和吸毒病症患者人数



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：过去一年使用毒品的估计人数（15-64 岁）。

4. 虽然女性的总体吸毒率仍然低于男性，但性别差异在各区域中有很大不同，在一定程度上也因毒品类型而异（见图 4 和图 5）。例如，根据 64 个国家的家庭调查所提供的最新数据，全世界使用大麻或可卡因的人当中只有不到三分之一是女性。不过，在医疗药物（特别是类阿片、镇静剂和安定剂）的非医疗使用方面，女性中的流行率与所报告的男性中的流行率水平相当。吸毒方面的

性别相关差异在各区域千差万别，这可能与女性使用毒品的机会、文化定义的角色以及其他社会因素有关。

图 4

按性别、区域/次区域和毒品分类的大麻使用者和按性别分类的某些毒品类别使用者

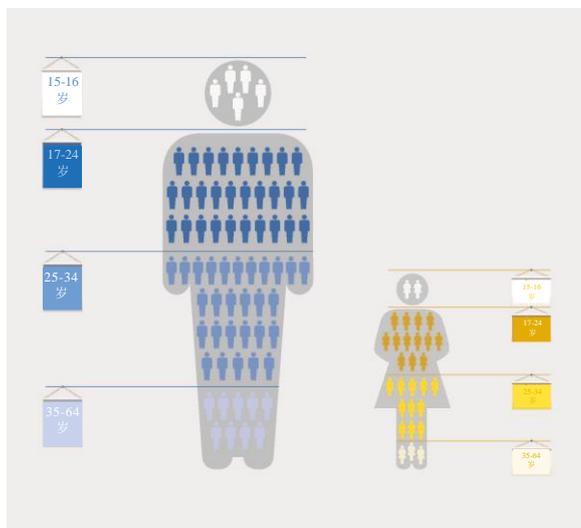


资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：估计数依据的是在 13 至 52 个国家进行的家庭或一般人口调查得出的年度使用流行率估计数，视所涉毒品而定。

图 5

按年龄和性别分类的全球大麻使用情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）；欧洲毒品和毒瘾监测中心、欧洲学校酒精和其他毒品调查项目、《2019 年欧洲学校酒精和其他毒品调查项目报告：欧洲学校酒精和其他毒品调查项目结果》，联合出版物系列（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2020 年）；以及研究报告。

5. 尽管女性的总体吸毒率相对较低，但吸毒女性面临着性别带来的特有脆弱性。例如，吸毒女性报告遭受性别暴力的频率是不吸毒女性的 2 至 5 倍¹，如果她们在怀孕或哺乳期间吸毒，还可能面临更多的社会和健康问题。²

6. 过去十年中，除了现有的一系列传统的植物性物质（即大麻、可卡因和海洛因）外，活跃的合成毒品市场有所扩大，医疗药物的非医疗使用也有所增加。偶尔或经常吸毒的人有一个共同特征，那就是连续或相继使用毒品。因此，多种毒品混用仍然构成挑战，特别是在治疗吸毒病症以及预防和管理用药过量方面。

7. 据估计，约 14% 的吸毒者（3,860 万人）患有吸毒病症。也就是说，全球 15-64 岁人口中吸毒病症的流行率为 0.76%。

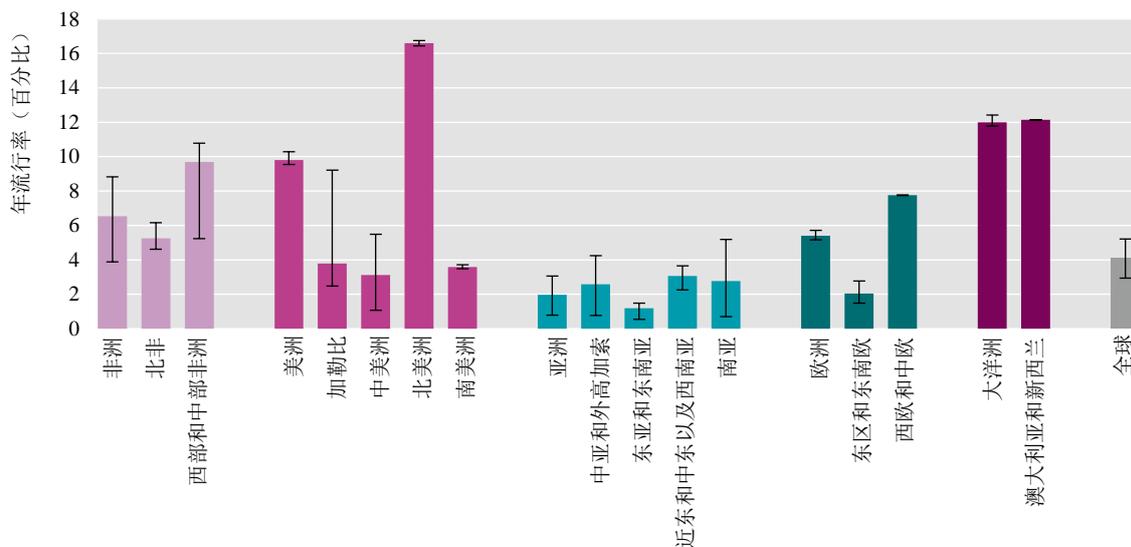
8. 在过去 15 年中，吸毒病症的流行率似乎保持相对稳定，而吸毒病症患者的估计人数从 2010 年的约 2,700 万人增加到 2020 年的约 3,860 万人。这在很大程度上是由于全球人口增长以及数据质量提高。

9. 大麻仍然是全世界使用最广泛的毒品。2020 年，全球 15-64 岁人口中超过 4%（2.09 亿人）在过去一年使用过大麻。过去一年使用大麻的流行率从 2010 年的 3.8% 增加了 8%，而过去一年使用过大麻的人数则从 2010 年的 1.7 亿增加了 23%，其部分原因是全球人口的增加。

10. 如图 6 所示，各区域的大麻使用流行率差异很大，最高的是北美（16.6%）、澳大利亚和新西兰（12.1%）以及西部和中部非洲（9.7%）。

图 6

2020 年按区域和次区域分列的大麻使用情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

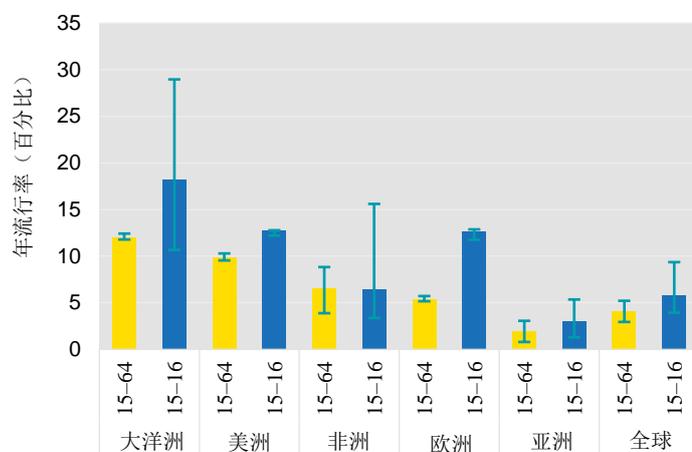
¹ Louisa Gilbert 等人，“针对妇女和女童中的物质滥用、暴力和艾滋病综合征：流行病学和综合干预措施全球审查”，《获得性免疫缺陷综合症杂志》，第 69 卷，第 2 期增刊（2015 年 6 月），第 S118-S127 页。

² 美国国家药物滥用问题研究所，“毒品真相之女性的物质使用情况”（2020 年 1 月）。

11. 大麻也是年轻人使用最广泛的毒品。2020 年在全球范围内，15–16 岁学生中估计约有 1,430 万人在过去一年使用过大麻。该年龄组的大麻使用年流行率为 5.8%，高于全球和大多数区域 15–64 岁一般人口的流行率（4%）（见图 7）。

图 7

全球和各区域 15-16 岁人群和 15-64 岁一般人口的大麻使用情况（2020 年或有数据可查的最近年份）



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复以及其他政府报告）。

12. 过去十年来，一些区域的大麻市场上出现了越来越多强效大麻产品。这些产品往往含有大量的四氢大麻酚和低量的大麻二酚，前者是大麻中的主要精神活性成分，后者是一种大麻素，与四氢大麻酚不同，没有麻醉作用。³在欧洲和美国，在缉获的大麻药草中已明显观察到四氢大麻酚含量增加的长期趋势。自 2009 年以来，欧洲缉获的大麻药草中四氢大麻酚的平均含量增加了近 40%，而大麻树脂的四氢大麻酚含量则增加了两倍。在同一时期，美国缉获的大麻药草的效力上升了近 50%（达到 14.35%）。⁴

13. 类阿片的使用会造成严重的健康后果，包括非致命性和致命性用药过量情形，因此仍是许多国家的一个主要关切问题。在 2019 年因吸毒病症导致的残疾和过早死亡而丧失的 1,800 万健康生命年数（即残疾调整生命年数）中，超过 70% 是因使用类阿片造成的，而在吸毒病症导致的死亡案例中 69% 归因于类阿片的使用（见图 8）。⁵

³ 世卫组织药物依赖问题专家委员会，《批判性审查：大麻和大麻树脂》（日内瓦，世界卫生组织，2018 年），第 1 节。

⁴ 《2022 年世界毒品问题报告》，第三分册，《毒品市场趋势：大麻、类阿片》（联合国出版物，2022 年）。

⁵ 卫生计量和评估研究所，“2019 年全球疾病负担研究的数据资源：全球疾病负担研究结果工具”。

图 8
类阿片使用病症所致全球伤害负担



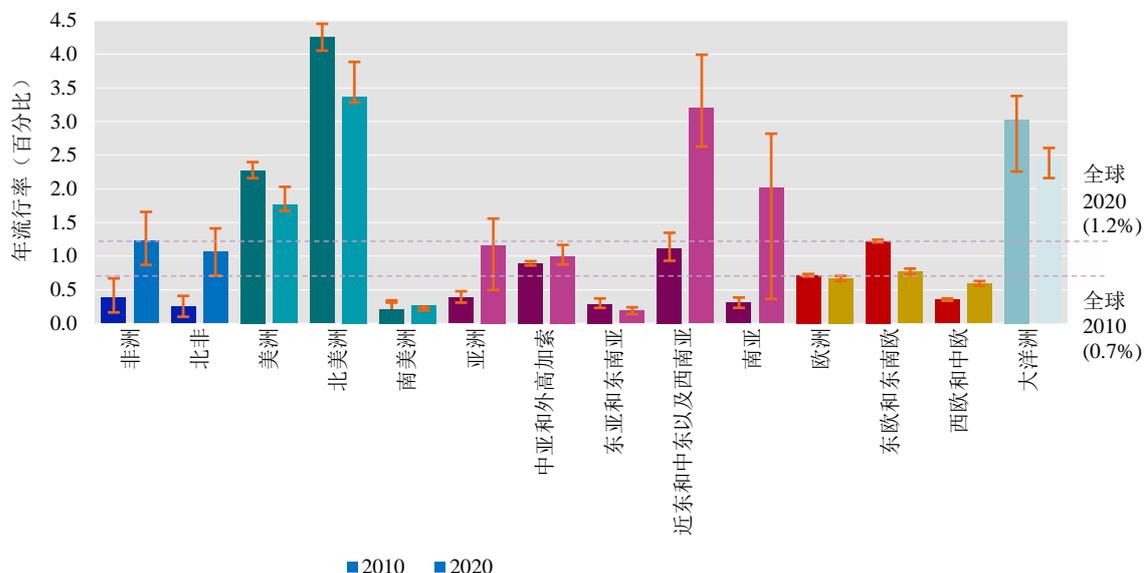
资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）；卫生计量和评估研究所，“2019 年全球疾病负担研究的数据资源：全球疾病负担研究结果工具”。

14. 2020 年，全球估计有 6,130 万人在过去一年中在非医疗情形下使用过类阿片（即阿片剂和医药类阿片）。这相当于全球 15-64 岁人口的 1.2%。

15. 过去一年类阿片非医疗使用流行率最高的区域和次区域是北美（3.4%）、近东和中东及西南亚（3.2%）和大洋洲（2.4%，特别是澳大利亚和新西兰）。亚洲过去一年类阿片非医疗使用流行率与全球平均水平相当（见图 9），占全球类阿片使用者估计人数的一半以上（58%）。

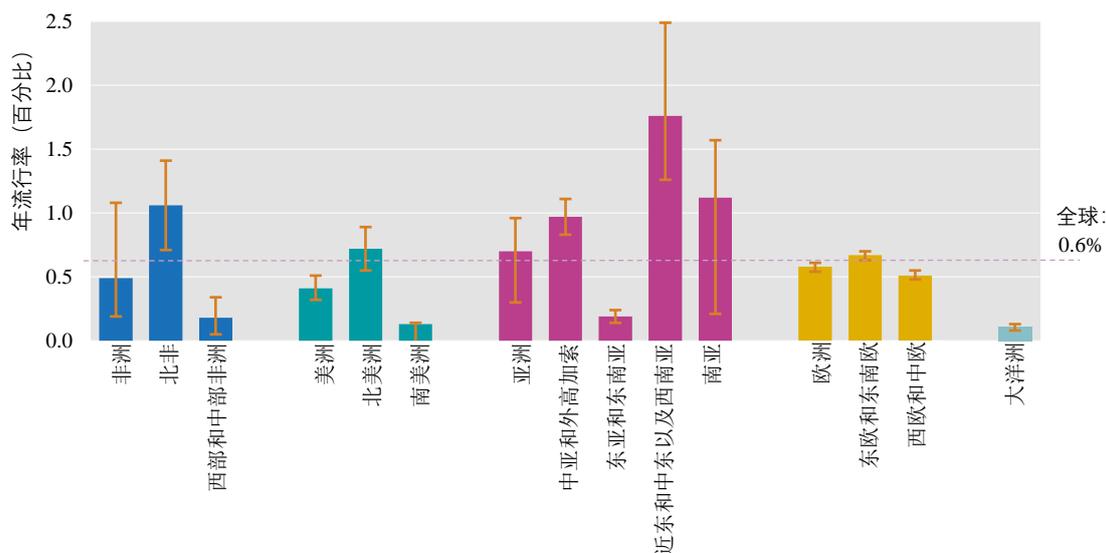
16. 2020 年，过去一年使用过类阿片的估计人数中约半数（近 3,100 万人）使用的是阿片剂（海洛因和鸦片），相当于全球 15-64 岁人口的 0.6%。过去一年阿片剂使用流行率最高的次区域是近东和中东及西南亚（1.8%）、南亚（1.1%）、北非（1.1%）以及中亚和外高加索（近 1%）。在全球阿片剂使用者估计人数中，近 70% 居住在亚洲（见图 10）。

图 9
2010 年和 2020 年按区域和某些次区域分列的类阿片使用情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

图 10
2020 年按区域和某些次区域分列的阿片剂使用流行率



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

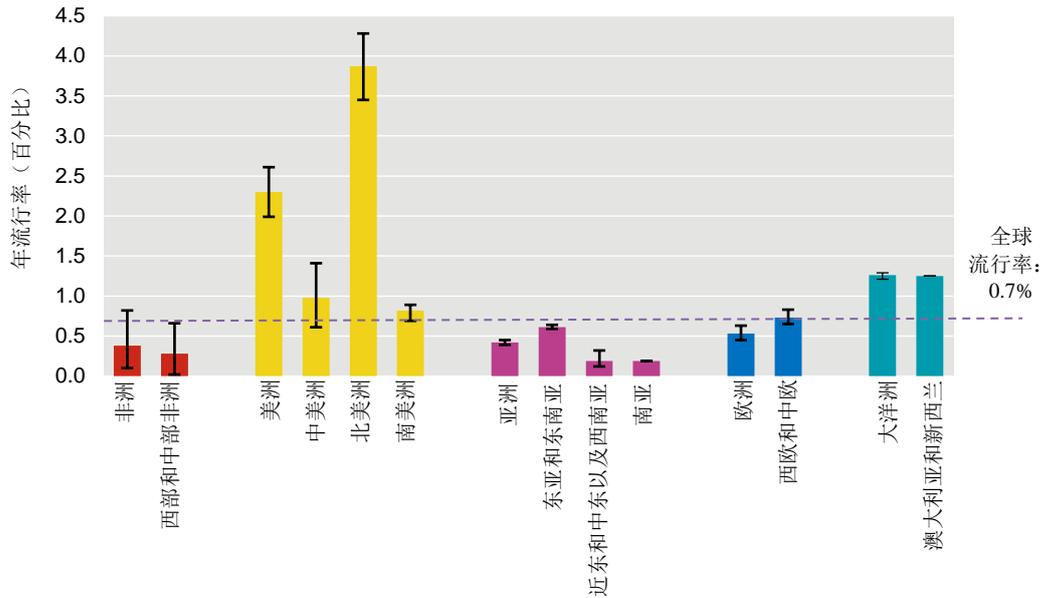
17. 北美的类阿片危机仍在继续，这突出反映在因使用合成类阿片、特别是芬太尼及其类似物而导致的用药过量死亡人数持续增加。另一个类阿片危机是曲马多的非医疗使用，近年来曲马多这种类阿片已在许多次区域引发公众健康关切，这一危机也在继续，特别是在西部、中部和北部非洲以及中东。这反映在这些次区域一些国家报告的因曲马多相关问题而接受治疗的人数和曲马多导致的用药过量死亡人数上。在西欧和中欧，医药类阿片非医疗使用的迹象也日益增加，这反映在该次区域因类阿片使用而接受治疗服务的人数比例越来越高。⁶

18. 2020 年，15-64 岁人群中估计共有 3,400 万人在过去一年使用过苯丙胺，占全球人口的 0.7%。据估计，过去一年苯丙胺使用流行率最高的是北美（3.9%）以及澳大利亚和新西兰（1.3%）（见图 11）。

19. 虽然东亚和东南亚的过去一年流行率稍低于全球平均值，但据报告该次区域使用苯丙胺的估计人数居第二位（近 1,000 万使用者），仅次于北美，原因是人口较多。非洲和亚洲其他地区报告的苯丙胺使用水平总体上仍然较低，不过这些区域的一些国家使用苯丙胺类兴奋剂的情况较多（见图 12）。

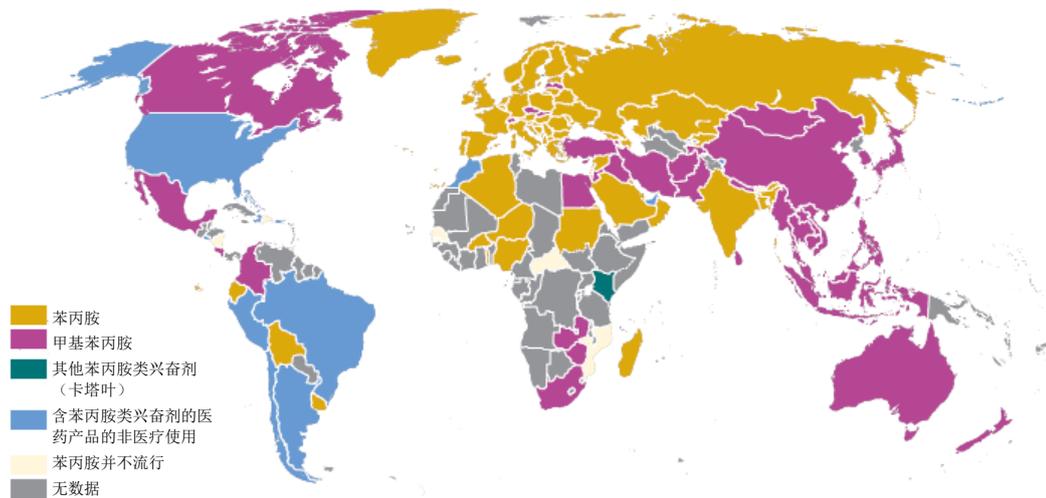
⁶ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2021 年欧洲毒品问题报告：趋势和动态》（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2021 年）。

图 11
2020 年按区域和某些次区域分列的苯丙胺使用情况



资料来源:《2022 年世界毒品问题报告》(数据基于对年度报告调查表的答复)。
注:虚线表示苯丙胺使用的全球年流行率。

图 12
按国家分列的苯丙胺或甲基苯丙胺产品主要使用情况 (2020 年或有数据可查的最近年份)



资料来源:《2022 年世界毒品问题报告》(数据基于对年度报告调查表的答复)。

20. 甲基苯丙胺的使用集中在北美、东亚和东南亚以及澳大利亚和新西兰。最近的废水分析表明, 西欧和中欧、南部非洲以及东南欧的一些城市的估计标准

化总消费量水平相当。不同的信息来源还表明，在包括南亚、西南亚和中东在内的其他区域，甲基苯丙胺的使用也在上升。⁷

21. 2020 年，估计约有 2,150 万人，即全球 15-64 岁人口的 0.4%，在过去一年中至少使用过一次可卡因（图 13）。与 2010 年相比，估计流行率略有上升，但使用可卡因的人数增加了 32%，部分原因是全球人口增长。然而，由于估计数的不确定性区间很大，必须谨慎解释这些趋势。

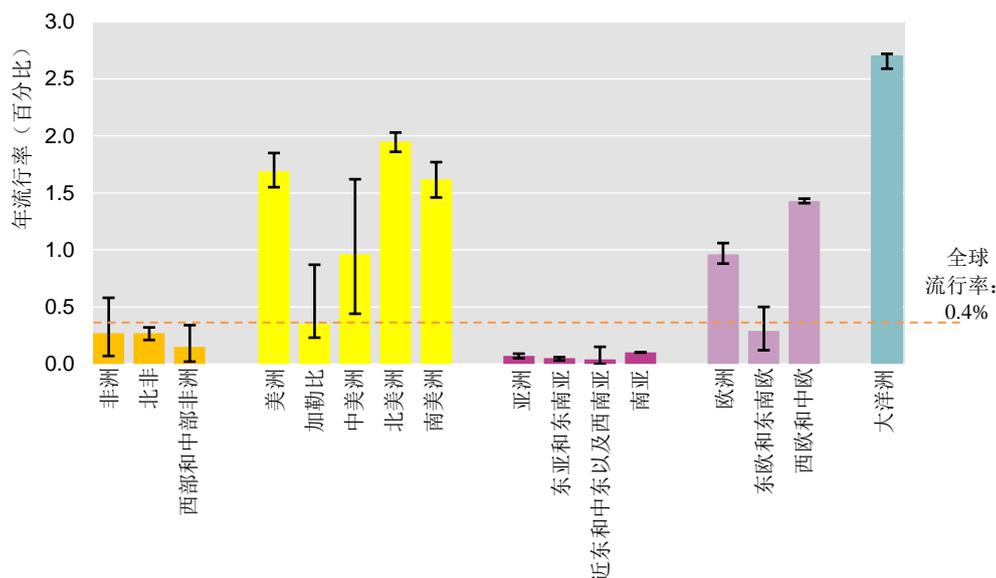
22. 全球可卡因使用流行率和人数分布不均，流行率最高的是大洋洲（2.7%）、北美（1.9%）、南美（1.6%）以及西欧和中欧（1.4%）。

23. 废水中检测到的苯甲酰芽子碱（可卡因代谢物）的数量在很大程度上证实了这一区域使用集中情况，但澳大利亚除外；该国废水中发现的这种代谢物水平较低，与该国较高的年度使用流行率形成对比，这表明与其他国家相比，该国大多数人消费少量的可卡因。废水分析还表明，南美的可卡因消费量可能高于根据家庭调查估计的消费量，而且东南欧一些城市的可卡因消费量也可能很高。⁸

24. 各国专家提供的关于可卡因趋势的定性报告，即使是在没有进行人口调查的国家，都表明过去十年可卡因使用呈上升趋势，2019 年至 2020 年这一趋势出现暂时中断。

图 13

2020 年按区域和某些次区域分列的可卡因使用情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：虚线表示可卡因使用的全球年流行率。

⁷ 《2022 年世界毒品问题报告》，第四分册，《毒品市场趋势：可卡因、苯丙胺类兴奋剂、新型精神活性物质》（联合国出版物，2022 年）。

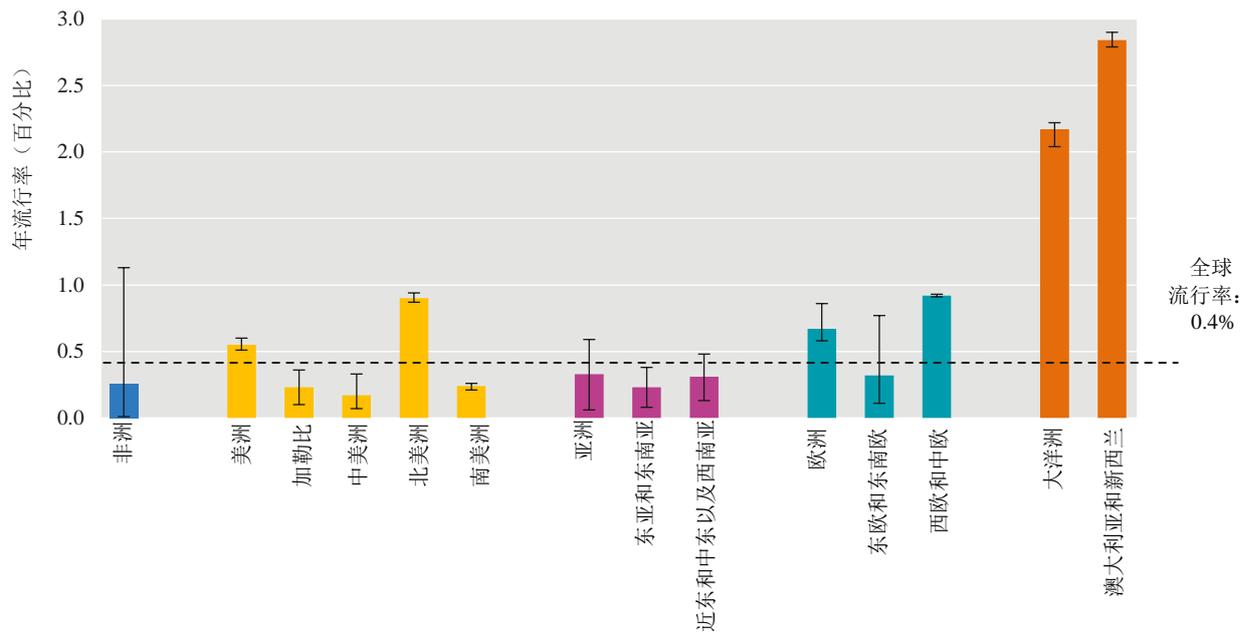
⁸ 同上。

25. 2020 年，全球 15-64 岁人口中估计有 0.4%，即 2,000 万人在过去一年使用过“摇头丸”（见图 14）。该物质的使用流行率相对较高的有澳大利亚和新西兰（2.8%）、西欧和中欧（0.9%）以及北美（0.9%）。然而，亚洲由于人口规模大可能是使用者绝对人数最多的区域（估计超过 1,000 万），尽管该区域一般人口中“摇头丸”使用流行率（0.3%）低于全球平均水平。

26. “摇头丸”的使用传统上集中在夜生活场所的年轻人中。很可能正是因为这种模式，所以为应对 COVID-19 大流行疫情而采取居家令、关闭娱乐场所和取消大型音乐活动等措施后，观察到这种物质的使用有所减少。

图 14

2020 年按区域和某些次区域分列的“摇头丸”使用情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：虚线表示“摇头丸”使用的全球年流行率。

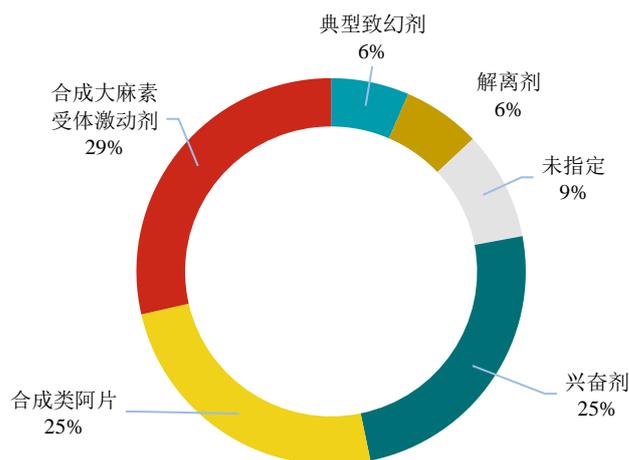
27. 在 2009 年至 2018 年快速扩增之后，全球毒品市场上发现的新型精神活性物质数量现已稳定在 550 种左右，即约为已查明的新型精神活性物质总数的一半（见图 15）。

图 15
新型精神活性物质全球市场快速发展



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于毒品和犯罪问题办公室的新型精神活性物质预警信息库）。

图 16
2020 年首次在全球范围内报告的新精神活性物质的分布情况，按效应组分列



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于毒品和犯罪问题办公室的新型精神活性物质预警信息库）。

28. 具有类阿片效用的新型精神活性物质是潜在危害最大的一类新型精神活性物质，而且已查明的具有类阿片效用的新型精神活性物质数量持续增长，与已查明的其他种类新型精神活性物质数量稳定或下降形成对比。全球市场上发现的此类物质从 2009 年的仅 1 种增加到 2015 年的 14 种、2019 年的 56 种和 2020 年的 87 种；就 2020 年会员国报告的不同物质的比例而言，合成类阿片成为总体上最大的一类新型精神活性物质（见图 16）。

29. 尚未分类的新型精神活性物质的比例也在增加。这类物质包括不属于某个确切类别的新型精神活性物质，特别是具有镇静和催眠作用的物质，其中大多

数是苯二氮草类新型精神活性物质。⁹这类物质往往以极低的价格出售，有些包装设计会模仿现有药品，其活性成分的剂量各不相同，而且含有污染物，包括强效合成类阿片。¹⁰

30. 关于新型精神活性物质使用情况的流行病学数据很少，现有数据的可比性有限，特别是在各国之间，原因是所使用的定义和数据收集方法不同。

31. 一般人口（主要是 15-64 岁的人）仍然很少使用新型精神活性物质。在有数据可查的 23 个国家中，有 21 个国家报告说，过去一年使用新型精神活性物质的人口比例为 1%或更低。合成大麻素的流行率最高，有五个国家报告其人口中的流行率超过 1%。

32. 共有 44 个国家提供了在校学生（通常是 15-16 岁的年轻人）使用新型精神活性物质情况的数据。与其他某些受管制药物一样，该年龄组过去一年使用新型精神活性物质的流行率高于一般人口，而流行率中位数为 2.2%。据记录，合成大麻素的流行率最高，根据 13 个国家的数据，合成大麻素过去一年使用流行率中位数为 1.1%。

33. 此外，具有兴奋剂效用的新型精神活性物质、合成大麻素受体激动剂、合成类阿片和镇静剂/催眠剂（主要是苯二氮草类新型精神活性物质）的使用在高风险吸毒者以及诸如注射吸毒者、无家可归者和监狱人口等边缘化群体中更为普遍。¹¹

B. 吸毒的后果

34. 吸毒会带来一系列不利健康后果，例如吸毒病症、精神障碍、艾滋病毒感染、肝炎相关肝癌和肝硬化、吸毒过量和过早死亡。不同的毒品对医疗保健系统提出不同的要求。类阿片使用病症和注射吸毒对健康造成的危害最大，因为存在非致命性和致命性用药过量的风险，以及通过不安全的注射做法感染艾滋病毒或丙型肝炎的风险。虽然大麻很少造成涉毒死亡，但使用大麻的人在接受吸毒病症治疗的人中占很大比例。¹²

35. 近几十年来，人们越来越认识到物质使用障碍患者会伴随出现精神障碍。虽然物质使用障碍通常与其他精神障碍伴随发生，但往往不清楚是两者存在因果关系，还是共同的基础风险因素导致了这两种病症。¹³物质使用障碍和精神障碍合并发生会为两种病症的管理带来额外的困难，特别是考虑到许多国家没有将戒毒治疗和精神健康服务结合起来。^{14,15}据报告，与未合并发生精神障碍的人

⁹ 毒品和犯罪问题办公室，“目前的新型精神活性物质威胁”，第 3 卷（维也纳，2020 年 10 月）。

¹⁰ 《2020 年全球合成毒品评估》（联合国出版物，2020 年）。

¹¹ 同上。

¹² 《2022 年世界毒品问题报告》，第二分册，《全球概况：毒品需求和供应》（联合国出版物，2022 年）。

¹³ 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《吸毒病症治疗国际标准：纳入实地检测结果的修订版》（日内瓦，2020 年）。

¹⁴ 同上。

¹⁵ A. Thomas McLellan 等人，“重新审议对脱瘾治疗的评估：从回顾性随访到同时进行的康复监测”，《成瘾》，第 100 卷，第 4 期（2005 年 3 月），第 447-458 页。

相比，精神障碍和物质使用障碍合并患者的治疗成功率较低、精神病住院率较高、自杀率也较高。^{16,17}

1. 接受戒毒治疗的吸毒病症患者

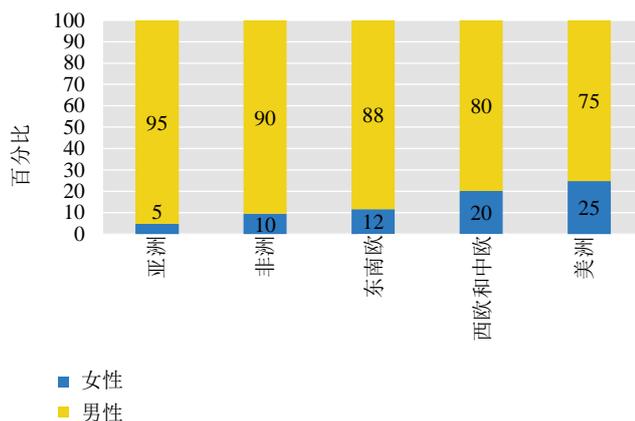
36. 大量证据表明，为吸毒病症提供循证治疗的成本远低于不予治疗的药物依赖造成的代价。¹⁸对吸毒病症进行科学循证治疗不仅有助于减少与毒品有关的伤害，而且还能改善吸毒病症患者的健康、福祉和康复，同时减少涉毒犯罪，增进公共安全和积极的社区成果，例如减少无家可归、社会福利需求和失业。¹⁹

37. 50个国家提供了2020年接受戒毒治疗者的汇总数据，其中包括60多万吸毒病症患者的治疗数据。2020年接受治疗的人中，女性不到20%。各区域的这一比例差异很大，这反映了若干因素，其中不仅包括男性和女性中物质使用障碍的流行率，还包括治疗的提供和获得情况、女性可能面临的污名化和其他治疗障碍（见图17）。

38. 由于接受戒毒治疗的人大多数是男性，戒毒治疗服务往往主要是为男性吸毒病症患者设计的，可能无法充分满足寻求戒毒治疗的女性的需要。治疗方面的性别差距仍然是一个全球性问题，对使用苯丙胺类兴奋剂的女性而言尤为严重；在过去一年中，近半数苯丙胺类兴奋剂使用者是女性，但接受苯丙胺类兴奋剂使用障碍治疗的人中只有五分之一是女性。²⁰

图 17

2020年按区域和某些次区域分列的所有接受戒毒治疗者中女性和男性分布情况



资料来源：《2022年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：基于46个国家的数据。

¹⁶ Michael Gossop 等人，“国家治疗结果研究：4至5年的随访结果”，《成瘾》，第98卷，第3期（2003年3月），第291-303页。

¹⁷ Marta Torrens、Joan-Ignasi Mestre-Pintó 和 Antònia Domingo-Salvany，《欧洲物质使用障碍和精神障碍共病》，欧洲毒品和毒瘾监测中心《洞见系列》第19期（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2015年）。

¹⁸ 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《吸毒病症治疗国际标准》。

¹⁹ 同上。

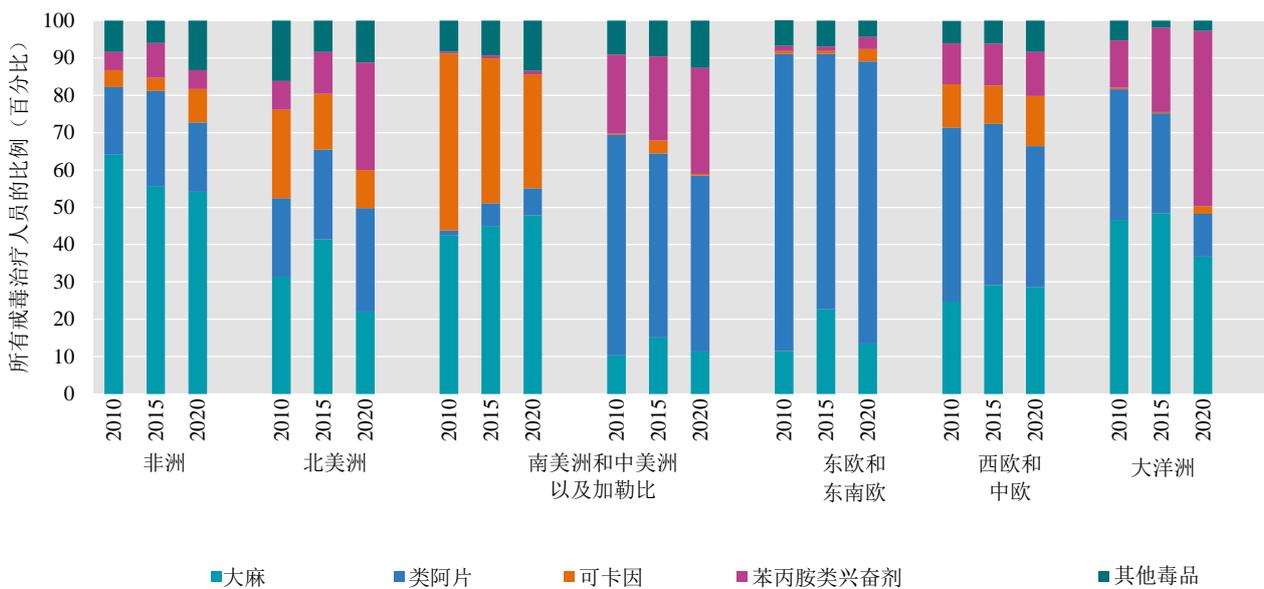
²⁰ 《2022年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2022年）。

39. 接受戒毒治疗者报告的最常用的主要毒品存在明显的区域差异。例如，在一些非洲国家，大麻占主导地位，而在东欧和东南欧以及亚洲，人们接受治疗主要是因为类阿片使用病症。南美洲和中美洲及加勒比因使用可卡因类物质而接受治疗的人数比例最高。东亚和东南亚以及澳大利亚和新西兰则报告说，在接受戒毒治疗的人中，苯丙胺类兴奋剂使用者所占比例最高，特别是使用甲基苯丙胺的人（见图 18）。

40. 视所使用物质的不同，接受治疗的个体的平均年龄也有所不同。在接受治疗的患者中，大麻使用病症患者平均年龄为 27 岁，使用苯丙胺类兴奋剂作为主要毒品的人平均年龄为 31 岁，使用可卡因的人平均年龄为 38 岁，使用类阿片的人年龄最大，为 42.5 岁。

图 18

2010 年、2015 年和 2020 年按区域分列的戒毒患者收治所涉主要毒品的趋势



来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

2. 注射吸毒者

41. 注射吸毒者是一个特别脆弱的群体，注射吸毒可能会给他们带来多种不良健康后果。他们更有可能通过共用受污染的针头和针筒而感染艾滋病毒和丙型肝炎等传染病，而且非致命性和致命性用药过量的风险也很高。^{21,22}

42. 2020 年，全球注射吸毒者估计有 1,120 万人，相当于 15-64 岁人口的 0.22%。这一估计数依据的是 125 个国家的注射吸毒数据，涵盖了全球 15-64 岁人口的 90%。

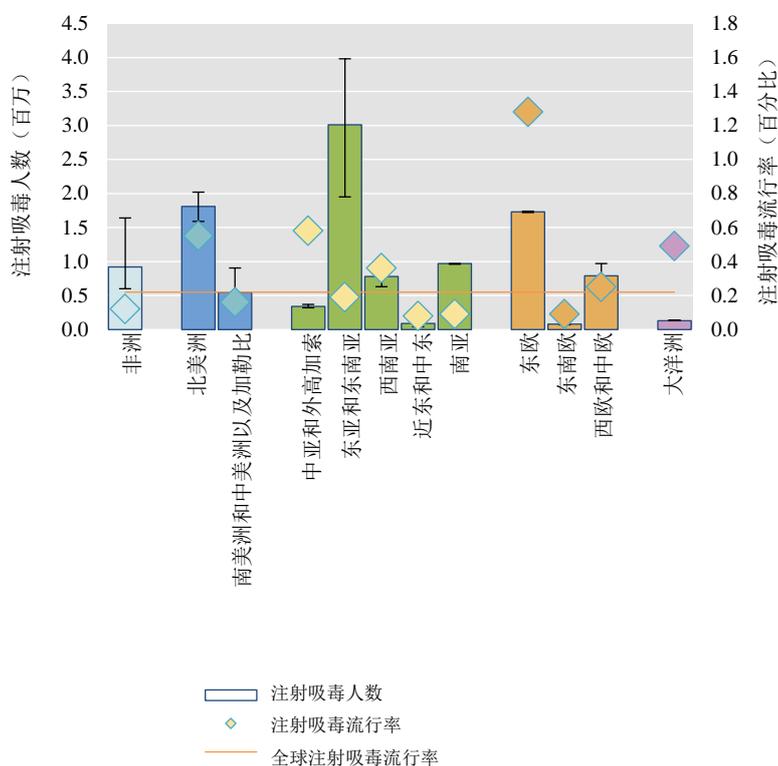
²¹ Bradley M. Mathers 等人，“注射吸毒者死亡率：系统综述和整合分析”，《世界卫生组织简报》，第 91 卷，第 2 期（2013 年 2 月），第 102-123 页。

²² Samantha Colledge 等人，“注射吸毒者非致命性用药过量的流行率：多阶段系统综述和整合分析”，《国际毒品政策杂志》，第 73 卷（2019 年），第 172-184 页。

43. 东欧注射吸毒流行率仍然高于全球平均数，中亚和外高加索以及北美的注射吸毒流行率也略高于全球平均数（见图 19）。

图 19

2020 年注射吸毒的区域模式



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）；联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）关于全球艾滋病应对措施的进展报告（多个年份）；前联合国艾滋病病毒和注射吸毒问题磋商小组；已发表的文章和政府报告。

注：注射吸毒流行率是指 15-64 岁人口中注射吸毒者所占百分比。

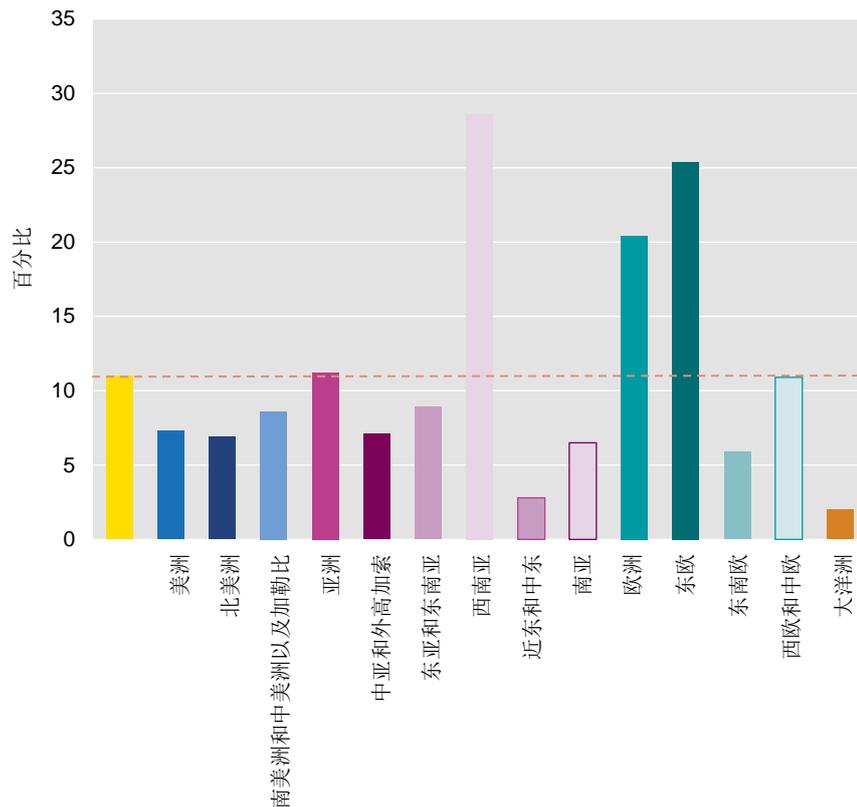
3. 注射吸毒者感染艾滋病病毒和丙型肝炎情况

44. 艾滋病病毒和丙型肝炎仍然对注射吸毒者造成尤其严重的影响。2020 年，注射吸毒者占全球成人艾滋病病毒新感染者的 9%，在撒哈拉以南非洲以外地区，这一比例高达 20%。²³

45. 2020 年，全世界注射吸毒者中约有八分之一（12.4%）感染艾滋病病毒，总数达 140 万人。

²³ 联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署），《直面不平等现象：将艾滋病 40 年经验教训用于应对大流行病》，2021 年艾滋病署全球艾滋病最新情况（日内瓦，2021 年）。

图 20
2020 年注射吸毒者中艾滋病毒流行率



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复；艾滋病署关于全球艾滋病应对措施进展报告（多个年份）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题磋商小组；已发表的文章和政府报告）。

46. 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）最新估计表明，2020 年，注射吸毒者感染艾滋病毒的风险是非注射吸毒者的 35 倍。这突出表明，注射吸毒者比其他重点人群更容易感染或传播艾滋病毒。^{24,25}

47. 如图 20 所示，东欧和西南亚仍然是注射吸毒者中艾滋病毒估计流行率最高的次区域，在这两个次区域每四个注射吸毒者中就有一个以上感染艾滋病毒。艾滋病署表示，东欧和中亚是世界上艾滋病毒流行情况增长最快的区域，2010 年至 2020 年期间，一般人口中每年新感染艾滋病毒的成人数量估计增加了 43%。相比之下，同一时期全球每年新感染艾滋病毒的成人数量下降了 31%。²⁶

48. 注射吸毒也是丙型肝炎在全球持续流行的重要原因；据世界卫生组织估计，全球 23% 的新增丙型肝炎感染可归因于注射吸毒。²⁷

49. 2020 年，估计 49% 的注射吸毒者（550 万人）是丙型肝炎感染者（见图 21）。

²⁴ 艾滋病署，《实现“零”目标：2011-2015 年艾滋病署战略》（日内瓦，2010 年）。

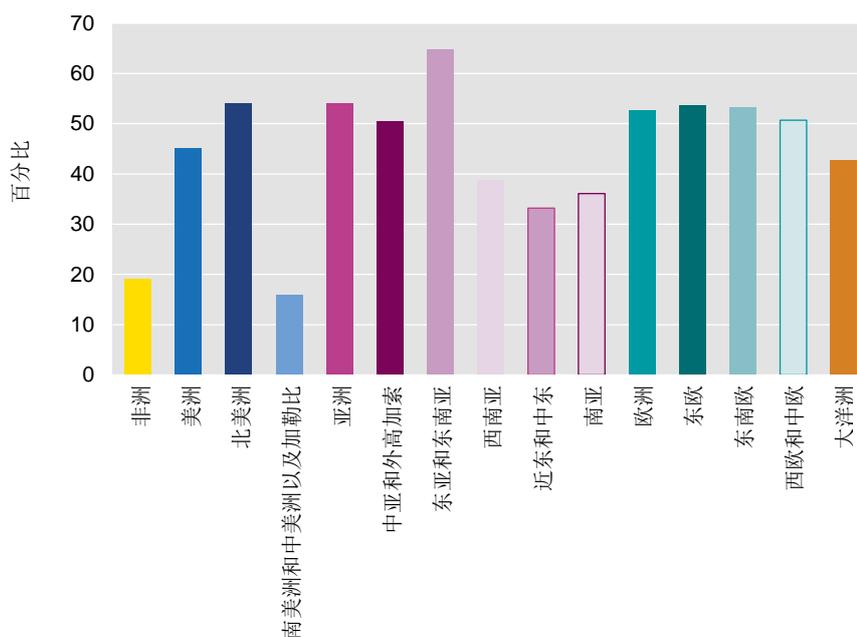
²⁵ 艾滋病署，《直面不平等现象》。

²⁶ 同上。

²⁷ 世卫组织，《2017 年全球肝炎报告》（日内瓦，2017 年）。

图 21

2020 年注射吸毒者中丙型肝炎病毒流行率



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复；艾滋病署关于全球艾滋病应对措施的进展报告（多个年份）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题磋商小组；已发表的文章和政府报告）。

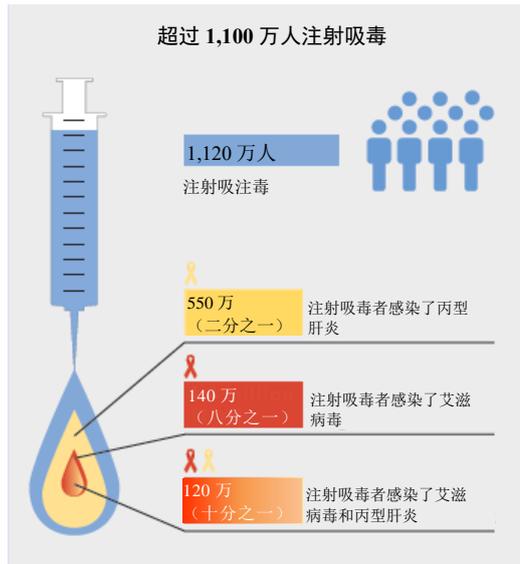
注：虚线代表全球平均值。

50. 对于同时感染艾滋病毒和丙型肝炎的注射吸毒者来说，感染丙型肝炎可能会使艾滋病毒的治疗复杂化，而且艾滋病毒感染者的丙型肝炎病情会发展得更快。注射吸毒者中的合并感染率很高，估计 82% 感染了艾滋病毒的注射吸毒者同时也感染了丙型肝炎。²⁸这相当于全世界注射吸毒者的大约 10%，即 120 万人（见图 22）。

51. 与丙型肝炎一样，乙型肝炎也是一种可能危及生命的感染。然而，与丙型肝炎不同，乙型肝炎可通过安全有效的疫苗进行预防。2020 年，注射吸毒者中乙型肝炎的流行率估计为 7.9%，这意味着全球估计有 90 万注射吸毒者为活动性乙肝感染者。

²⁸ Lucy Platt 等人，“艾滋病毒感染者丙型肝炎病毒合并感染的流行率和负担：全球系统综述和整合分析”，《柳叶刀—传染病》，第 16 卷，第 7 期（2016 年 7 月），第 797-808 页。

图 22
注射吸毒者感染丙型肝炎和艾滋病毒的情况



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》。

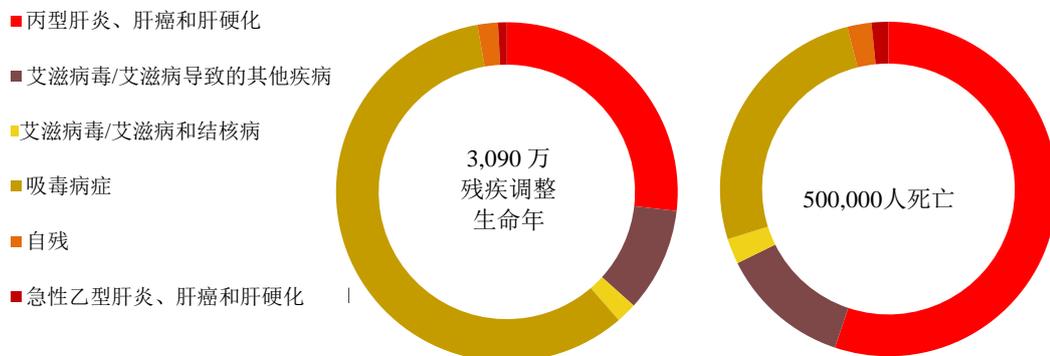
4. 残疾调整生命年和吸毒致死

52. 2019 年，全球疾病负担研究估计，因吸毒丧失了 3,090 万健康生命年，其中超过半数由吸毒病症造成。2019 年全球约有 500,000 例死亡由吸毒造成；其中一半以上的死亡可归因于吸毒或注射吸毒者所患的肝癌、肝硬化或其他慢性肝病，四分之一可归因于吸毒病症（128,000 例死亡），这其中 69% 由类阿片使用病症造成（88,300 例死亡）（见图 23）。²⁹

图 23

2019 年吸毒所致残疾调整生命年和死亡的主要原因

丙型肝炎和类阿片使用病症是造成大多数吸毒所致过早死亡和残疾调整生命年的原因



资料来源：《2021 年世界毒品问题报告》（毒品和犯罪问题办公室拟订，所依据数据来自：卫生计量和评价研究所，全球卫生数据交流所，卫生计量和评价研究所数据，“2019 年全球疾病负担研究数据资源：全球疾病负担研究结果”。可查阅 <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>）。

²⁹ 卫生计量和评价研究所，全球卫生数据交流所，卫生计量和评价研究所数据，“2019 年全球疾病负担研究数据资源：全球疾病负担研究结果”。可查阅 <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>。

三. COVID-19 大流行疫情对毒品使用和戒毒服务的影响

52. COVID-19 大流行疫情对吸毒模式的影响可能超过对吸毒人数的影响。又一年过后，与疫情有关的限制性措施继续影响着社会经济格局。新获得的数据大体上证实了毒品和犯罪问题办公室的初步调查结果³⁰，即毒品使用和毒品市场已证明可迅速从 COVID-19 带来的变化中恢复过来。封锁期间观察到的变化总体上是暂时的，随着限制措施的解除，这些变化大多已减弱（见图 24）。^{31,32}

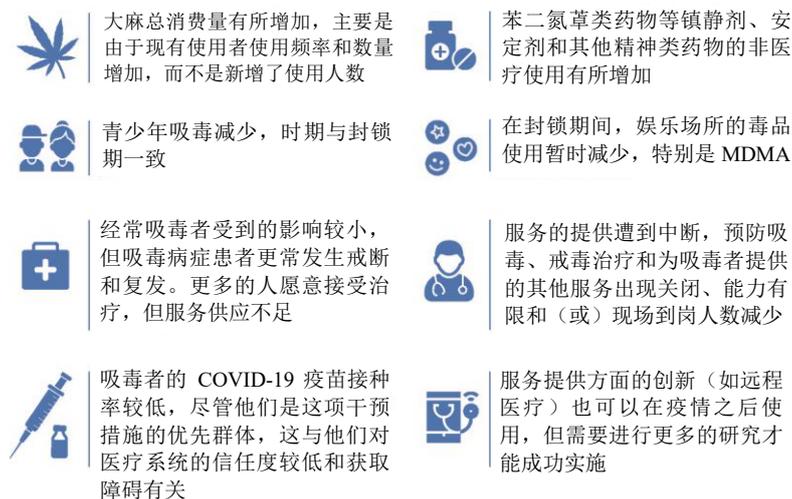
54. 研究证实，酒精、烟草和大麻的消费总体上有所增加，特别是在第一次封锁期间。虽然在有 2019 年和 2020 年数据的国家，使用大麻的人数保持稳定，但由于使用频率和数量增加，消费量有所增加。

55. 据观察，苯二氮草类药物等镇静剂、安定剂和其他医疗药品的非医疗使用也有所增加，表现为治疗需求有所增加，而且在致命性吸毒过量案例中发现有这些物质。镇静剂和安定剂的使用增加在女性中尤为普遍。

56. 据观察，在封锁期间，那些通常在娱乐场所消费的毒品总体上使用量暂时减少。MDMA 尤其如此，可卡因和其他物质也属于此种情形。³³来自 22 个国家的在线毒品调查答复者还报告称，与 2019 年疫情前的使用水平相比，2020 年大多数物质的过去一年使用流行率总体有所下降。³⁴

图 24

COVID-19 大流行疫情对毒品使用和戒毒服务的影响



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》。

³⁰ 《2021 年世界毒品问题报告》，第五分册，《COVID-19 与毒品：影响和展望》（联合国出版物，2021 年）。

³¹ Julian Strizek 等人，“具有成瘾潜力的消费和行为的代表性调查”（维也纳，联邦社会事务、卫生、保健和消费者保护部，2021 年）。

³² 详情见《2022 年世界毒品问题报告》第二分册。

³³ Antonia Bendau 等人，“没有派对就没有毒品？COVID-19 大流行疫情早期兴奋剂、解离性毒品和 γ -羟丁酸/ γ -丁内酯的使用”，《国际毒品政策杂志》，第 102 卷（2022 年）。

³⁴ A.R. Winstock 等人，“2021 年全球毒品情况调查：主要调查结果报告”（伦敦，全球毒品情况调查，2021 年）。

57. 在最初的封锁期间，一些国家出现了部分毒品供应短缺的情况，表现为价格上涨和供应减少，即使这种情况为时不长，但也导致吸毒模式发生了一些转变和调整。一些人只是减少了消费，而另一些人则转用危害性更大或易于形成更有害使用模式的替代品，就海洛因而言尤为如此，例如使用掺有芬太尼的海洛因，或开始注射吸毒。³⁵

58. 在某些情况下，在疫情期间吸毒者的健康风险加剧。例如，北美的致命性吸毒过量案例数量一直很高，在 2021 年还进一步增加。一些非洲国家的报告显示，在封锁期间，非致命性吸毒过量的案例有所增加，因为参加类阿片激动剂治疗的人在治疗中断或变得更难获得时改用了其他物质。³⁶

疫情减少了获得毒品相关干预措施的机会

59. 在提供了 2018 年、2019 年或 2020 年接受戒毒治疗人数数据的 28 个国家中，有 19 个国家报告 2020 年人数减少了 5% 以上。这可能意味着戒毒治疗需求与实际治疗供应之间差距越来越大，这可能对未得到治疗的人和整个社会造成严重的健康和社会后果。^{37,38}

60. 中东和北非国家的服务提供者报告说，由于一些与疫情有关的因素，患者正在放弃类阿片激动剂治疗和其他形式的戒毒治疗。这些因素包括无力支付费用、对吸毒者的污名化与歧视加剧（例如警方规定须经特别批准方可前往美沙酮配药中心，以及因违反宵禁而逮捕无家可归的吸毒者），以及治疗中心关闭或限制营业时间。³⁹

61. 许多国家注意到，疫情对无家可归者⁴⁰、移民和难民⁴¹、多种物质使用障碍患者和曾被监禁的吸毒者⁴²等弱势群体产生了显著影响。对于缺乏资源来提供戒毒治疗服务的国家来说尤其如此，因为吸毒者更难以获得这些服务。^{43,44}

62. 在疫情期间，确保持续为注射吸毒者提供专门保健服务一直是一项挑战。据报告，针头和针筒方案、类阿片激动剂治疗、纳洛酮的供应以及艾滋病毒和

³⁵ 《2022 年世界毒品问题报告》，第二分册。

³⁶ 毒品和犯罪问题办公室外地办事处根据在西部和中部非洲收集的定性和定量信息进行的评估。

³⁷ 数据来自世卫组织全球卫生观察站。可查阅 www.who.int/data/gho/。

³⁸ Ronald Wall 等人，“未经治疗的类阿片依赖带来的社会代价”，《城市卫生杂志》，第 77 卷，第 4 期（2000 年 12 月），第 688-722 页。

³⁹ Marie Claire Van Hout、Patricia Haddad 和 Elie Aaraj，“COVID-19 对中东和北非区域毒品使用和减少伤害方案规划的影响：利益攸关方和吸毒者区域磋商”，《国际心理健康与成瘾杂志》，第 20 卷，第 4 期（2021 年 7 月）。

⁴⁰ Alison Munro 等人，“了解新型冠状病毒疫情对吸毒者的影响：为应对 COVID-19 的实践和毒品政策提供参考的系统综述”，《国际环境研究与公共卫生杂志》，第 18 卷，第 16 期，文章编号 8470（2021 年 8 月）。

⁴¹ Seyed Ramin Radfar 等人，“COVID-19 大流行期间物质使用治疗和减少伤害服务的重组：全球调查”，《精神病学前沿》，第 12 卷，文章编号 639393（2021 年 4 月）。

⁴² Tawandra L. Rowell-Cunsolo、Meghan Bellerose 和 Carl Hart，“COVID-19 时代曾监禁人员获得减少伤害治疗的途径”，《卫生安全》，第 19 卷，第 1 期增刊（2021 年 6 月），第 S-95-S-101 页。

⁴³ Van Hout、Haddad 和 Aaraj，“COVID-19 对毒品使用和减少伤害方案规划的影响”。

⁴⁴ Radfar 等，“COVID-19 大流行期间物质使用治疗和减少伤害服务的重组”。

丙型肝炎检测与治疗等服务都不同程度遭到中断，特别是在疫情初期。据指出，2020年下半年和2021年初逐步恢复较为正常的运作，尽管是在困难的情况下，而且总体能力有所下降。⁴⁵

63. 在疫情对社区健康促进工作造成的后果方面，欧洲预防研究学会等机构的毒品预防专家指出⁴⁶，获得预防服务和方案的机会减少了，接触学校体育教育和健康膳食等健康促进环境的机会也减少了。这两个后果预计将加剧健康和风险分布的社会不平等现象，因为那些需要更多支持以充分发挥学习潜力或实现健康生活方式的儿童更有可能因学校预防工作中断而遭受最大的伤害。⁴⁷

疫情给戒毒治疗服务带来了潜在的积极结果，但也存在一定的局限性

64. 在 COVID-19 大流行疫情期间，许多针对吸毒者的服务表现出高度灵活性，以规避各种出行限制带来的局限，并最大限度地让吸毒者获得挽救生命的干预措施。⁴⁸

65. 更广泛采用远程医疗的做法已成为在封锁期间保持服务运作的常用替代办法，而且经证明有利于通过扩大服务覆盖范围来接触新患者，包括偏远地区的患者。然而，多项研究也讨论了这种干预措施如何将某些可能难以获得此类技术的人群排除在外，如无家可归者或老年吸毒者等，从而可能导致他们更加边缘化。⁴⁹

66. 一些国家出台了措施，放宽对带回家使用的类阿片激动剂治疗药物剂量的监督和限制。在一些国家，这种灵活措施暂时允许患者领取最多 28 天的带回家使用的药物。⁵⁰

67. 还有证据表明，在疫情期间，更多的人开始寻求获得戒毒治疗，尽管也有更多的人间歇性面临治疗供应不足的问题。⁵¹

⁴⁵ Yesenia Aponte-Meléndez 等人，“COVID-19 对纽约市注射吸毒者的影响：风险增加和获得服务的机会减少”，《减少伤害杂志》，第 18 卷，文章编号 118（2021 年 12 月）。

⁴⁶ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《COVID-19 对社区和监狱中毒品市场、毒品使用、毒品危害和戒毒服务的影响：欧洲毒品和毒瘾监测中心趋势研究结果》（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2021 年）。

⁴⁷ 同上。

⁴⁸ 另见《2021 年世界毒品问题报告》第五分册。

⁴⁹ Rebecca Wilkinson 等人，“在大流行病事件中对注射毒品者的减害干预和信息传递的快速证据审查：对目前 COVID-19 应对的意义”，《减少伤害杂志》，第 17 卷，文章编号 95（2020 年 12 月）。

⁵⁰ Ofer Amram 等人，“COVID-19 时代放宽将美沙酮带回家使用的规程对治疗结果的影响”，《美国药物和酒精滥用杂志》，第 47 卷，第 6 期（2021 年 11 月），第 722-729 页。

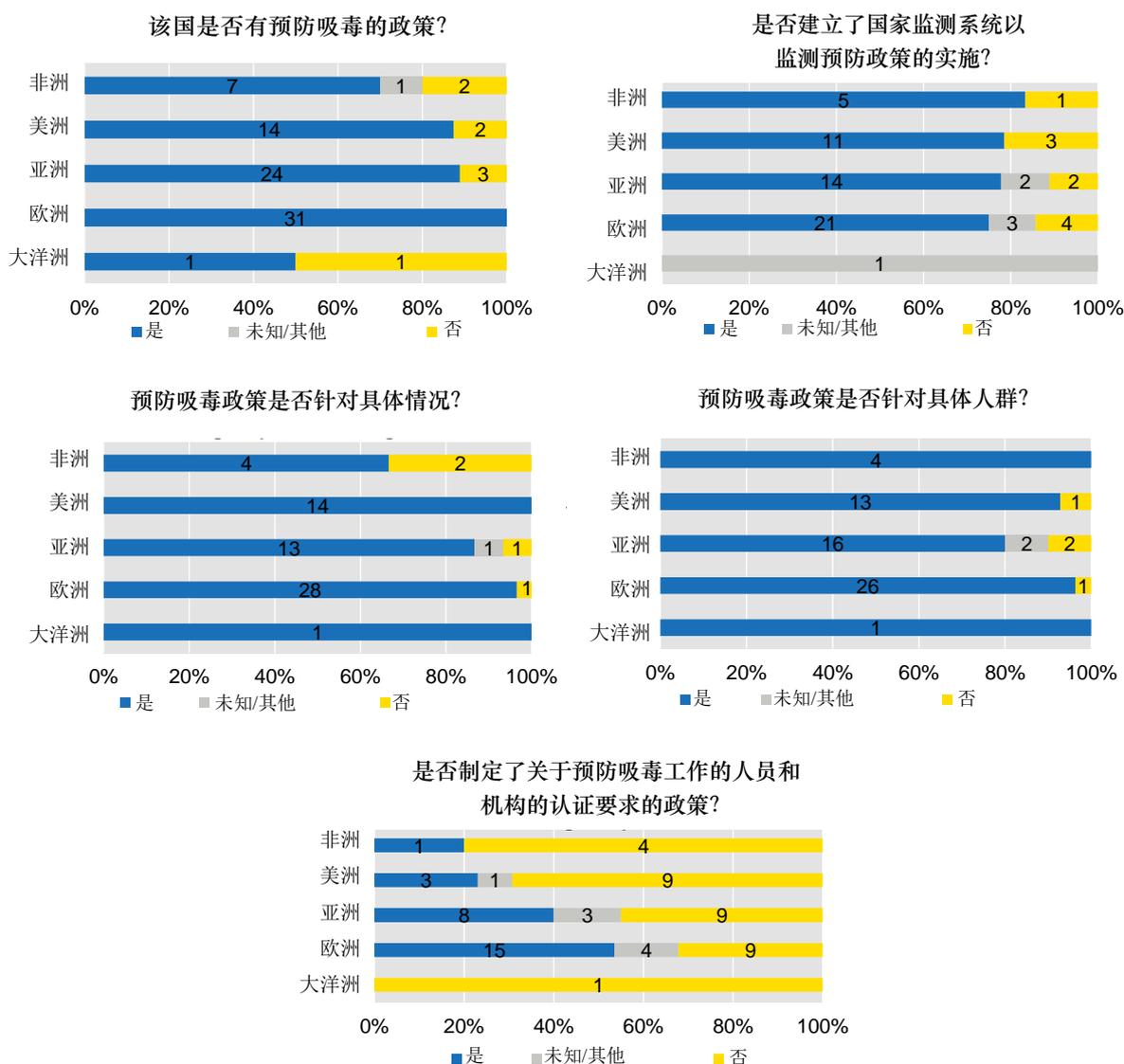
⁵¹ Van Hout、Haddad 和 Aaraj，“COVID-19 对毒品使用和减少伤害规划的影响”。

四. 对策：预防吸毒和吸毒对健康的不良后果以及治疗吸毒病症

预防政策在各国普遍存在，但往往缺少认证标准

68. 预防吸毒工作力求帮助人们避免吸毒或延迟开始吸毒的时间，如果已经开始吸毒，则避免吸毒病症的发展。⁵² 虽然有效的预防可以节省大量财政和社会资源⁵³，但研究表明，任何预防方案都无法孤立地成功实施。

图 25
2020 年各国预防吸毒政策说明



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。
注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。65 至 86 个国家对每个问题作出了答复。

⁵² 毒品和犯罪问题办公室及世卫组织，《关于预防吸毒的国际标准》第二次增订版（维也纳，2018 年）。
⁵³ Ted R. Miller 和 Delia Hendrie，《物质滥用预防的财务研究：成本效益分析》，卫生与公众服务部出版物第（SMA）07-4298 号（美国马里兰州罗克维尔，物质滥用和精神卫生服务管理局、物质滥用预防中心，2008 年）。

69. 2020 年，86 个作出答复的会员国中有 78 个报告已制定预防吸毒政策（见图 25）。大多数国家还报告了本国对预防政策实施工作的监测情况。但是，预防吸毒方案的认证制度不太常见。这一信息可能因未作答复的国家比例较高而出现偏差，因为这些国家不太可能已制定此类政策或其中某些组成部分。

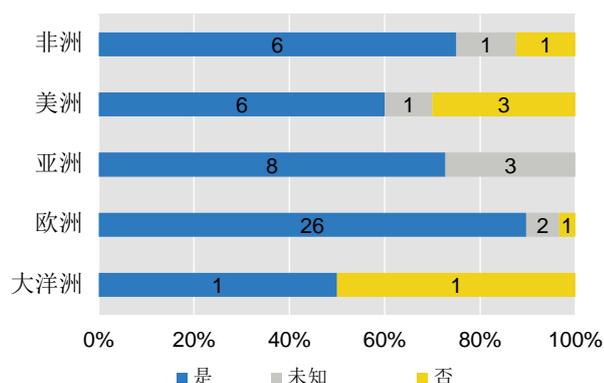
70. 关于预防吸毒政策和方案实际实施情况的全球数据仍然有限。例如，世界卫生组织在 194 个国家中开展的数据收集活动显示，近三分之二的国家报告称在 2014 年实施了至少一种预防吸毒方案。最常得到实施的方案类型是大众媒体宣传运动和依托学校的方案。

关键干预措施缺乏政策支持，削弱了预防毒品相关传染病的战略

71. 向毒品和犯罪问题办公室提供信息的大多数国家表示，其与预防毒品相关传染病有关的国家政策和战略包含符合《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署关于各国订立具体目标以针对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》的干预措施（见图 26）。然而，防止艾滋病毒和丙型肝炎在注射吸毒者中传播的核心干预措施的覆盖面仍然不足。此外，一些国家的立法没有对针头和针筒方案或其他核心干预措施作出规定（见图 27）。

图 26

2020 年将根据《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署技术指南》预防毒品相关传染病的干预措施纳入国家政策的情况

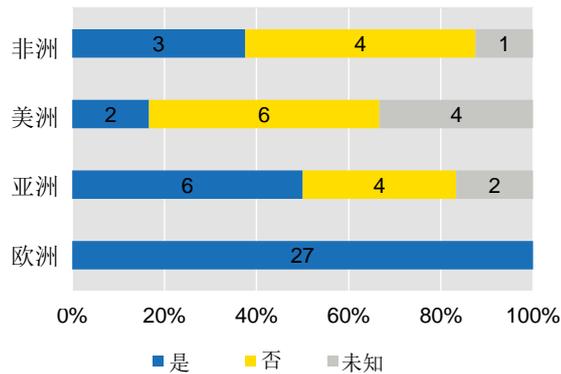


资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。数据是根据 60 个国家的答复得出的。

图 27

2020 年国家立法中关于针头和针筒方案的规定



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。数据是根据 59 个国家的答复得出的。

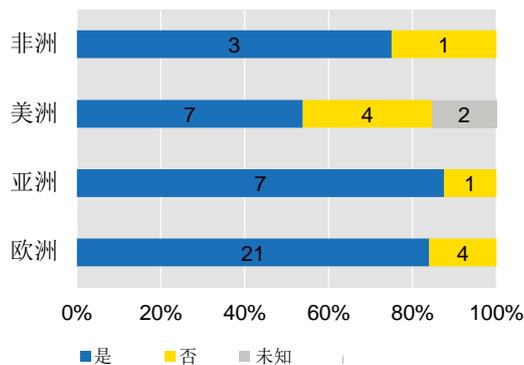
72. 在 46 个作出答复的国家中，共有 36 个国家报告说它们建立了监测毒品相关死亡的系统。然而，只有约半数答复国表示对非致命性吸毒过量情况进行监测。在 2020 年作出答复的国家中，只有约一半的国家制定了管理非致命性吸毒过量的标准操作程序和规程，包括获取纳洛酮等激动剂以防止吸毒过量的规定。很多国家未回应关于监测致命性和非致命性吸毒过量案例的问题，这可能表明各国此类监测系统的实际数量或预防和管理吸毒过量的服务提供率甚至更低。

治疗是国家毒品政策的一个关键支柱，但往往缺乏标准的操作程序

73. 可持续发展目标的具体目标 3.5 旨在加强物质滥用的预防和治疗。几乎所有作出答复的国家都制定了戒毒治疗政策，而且大多数国家认为这是其毒品战略和政策的关键支柱。虽然许多国家的这些政策包括药物和社会心理治疗、康复和后续照管以及恢复和重返社会，但并非所有国家都提供了这些干预措施。

图 28

2020 年治疗干预措施及其质量评估的标准操作程序



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

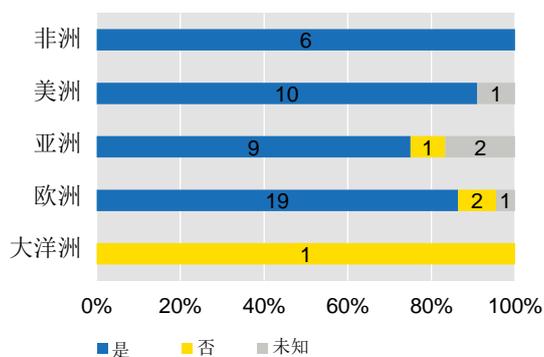
注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。数据是根据 50 个国家的答复得出的。

74. 大多数答复国通过公共保健部门提供关键的戒毒治疗服务，但在许多国家存在依赖非政府组织、私营部门甚至刑事司法系统的现象。⁵⁴

75. 吸毒病症治疗服务的可负担性也各不相同。在大多数答复国，公共保健系统涵盖戒毒治疗，但在许多国家，非政府组织、家庭和雇主也承担着戒毒治疗的相关费用。⁵⁵虽然大多数答复国对治疗干预措施的提供情况进行监测，但总体上缺乏相关的标准操作程序和质量保证机制（见图 28-30）。

图 29

2020 年已建立的了解现有干预措施和（或）监测治疗干预措施的机制

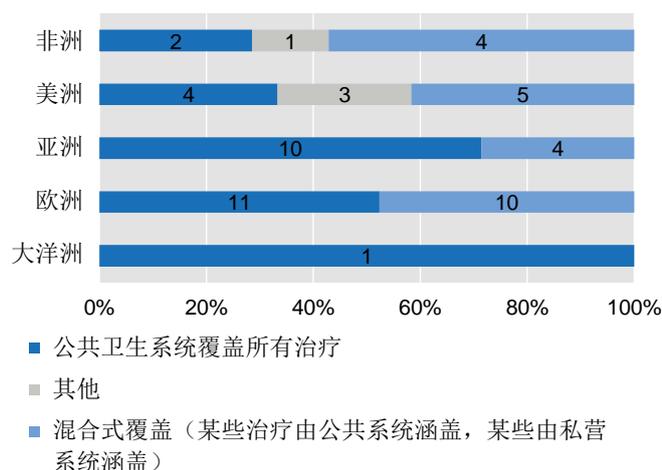


资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。数据是根据 52 个国家的答复得出的。

图 30

2020 年治疗服务供资覆盖面



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：在图表中，数字表示提供特定答复的国家数目，百分比表示该答复在特定区域的百分比份额。数据是根据 55 个国家的答复得出的。

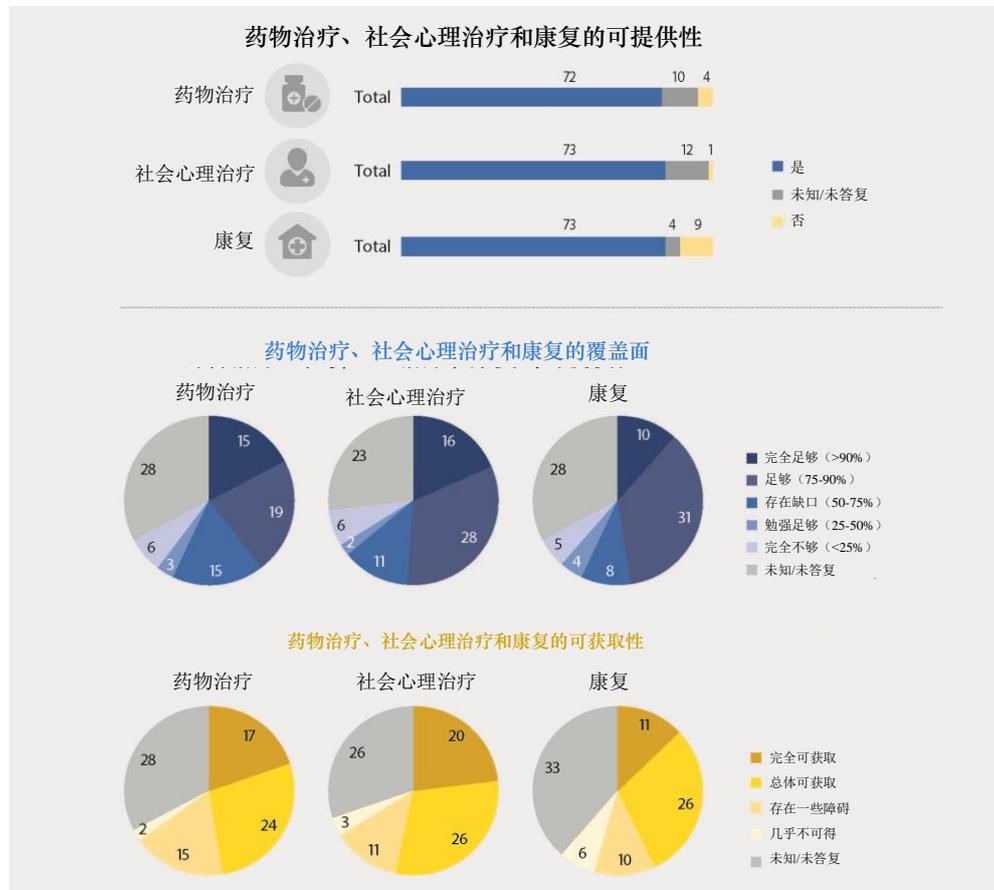
⁵⁴ 数据来自世卫组织全球卫生观察站。可查阅 www.who.int/data/gho/。

⁵⁵ 同上。

76. 大多数国家都有药物治疗、社会心理治疗和康复等主要的戒毒治疗方式，但在这些方式所涉服务的可提供性、可获取性和覆盖面方面存在差距（见图 31）。

图 31

2020 年关键戒毒治疗干预措施的可提供性、覆盖面和可获取性



资料来源：《2022 年世界毒品问题报告》（数据基于对年度报告调查表的答复）。

注：图表中的数字表示提供特定答复的国家数目。在覆盖面图表的图例中，百分比表示描述语（如“完全足够”）所体现的覆盖水平。

五. 建议

77. 必须根据毒品和犯罪问题办公室/世卫组织《关于预防吸毒的国际标准》第二次增订本以及《吸毒病症治疗国际标准》，提高预防吸毒和治疗吸毒病症的干预措施的可提供性、可获取性、覆盖面和质量。⁵⁶需要特别注意具有性别响应性的干预措施和服务的可提供性和可获取性。

78. 此外，建议除了针对一般人口的预防对策之外，还要加强针对高风险群体的选择性预防干预措施，并加强针对弱势群体的治疗干预措施，其中包括受刑事司法系统查办的、监狱中的和处于人道主义危机背景的人。

⁵⁶ 将实地测试结果纳入在内的修订版，2020 年在日内瓦出版。

79. 为了方便有需要的人获得止痛药，同时防止药物被转用和滥用，各国可考虑制定疼痛管理准则，包括非癌症相关慢性疼痛的管理和姑息治疗，以及监测和预防止痛药滥用的其他干预措施。
80. 为防止类阿片用药过量死亡，关键是推广类阿片激动剂疗法以及预防和管理用药过量的干预措施，包括以社区为基础提供纳洛酮，以便对类阿片用药过量情况进行安全的现场管理。
81. 国家、区域和国际各级政策和方案的证据基础依托于关于毒品形势和对策的可靠和有效数据。因此，有必要改善证据基础，方法是，根据吸毒情况流行病学指标支持实施毒品监测系统，包括在高度优先的国家和区域开展专家能力建设，开发创新方法和使用新技术，例如使用社交媒体和大数据（大数据集），以了解吸毒模式和趋势以及与人们行为的关联，并预测健康结果。
82. 要加强和扩大全球科学证据基础，就还需要投入资源以监测和评估毒品预防和戒毒治疗战略的过程、结果和影响，以确保战略的有效性，并将负面结果的风险降至最低。
83. 有些监测毒品形势的指标需要特别注意，最好能在资源有限的国家制定和实施创新的、成本效益高的方法，用来估计一般人口和包括注射吸毒者在内的高风险吸毒者的吸毒规模；毒品相关死亡率；吸毒病症患者人数；接受吸毒病症治疗的人数。后两者是监测和报告可持续发展目标指标 3.5.1（物质使用障碍治疗干预措施覆盖面）的关键组成部分。
-