联合国 E/CN.7/2021/4

经济及社会理事会

Distr.: General
26 January 2021
Chinese
Original: English

麻醉药品委员会
第六十四届会议
2021 年 4 月 12 日至 16 日，维也纳
临时议程*项目 6
在国家、区域和国际各级落实 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的后续行动

世界药物滥用状况

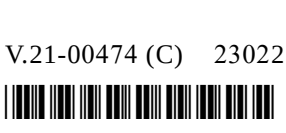
秘书处的报告

摘要

本报告载有联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）得到的关于毒品使用程度及其健康后果的信息摘要。2018 年，估计有 2.69 亿人在前一年使用过非法物质；估计其中约八分之一的人患有吸毒病症。毒品和犯罪问题办公室与世界卫生组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署和世界银行联合估计，有 1,130 万人注射毒品，大约八分之一的毒品注射者感染了艾滋病毒。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几种物质，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）。海洛因和药用类阿片等类阿片剂，继续对滥用这些物质者的健康产生有害影响。尤其令人担忧的是，特别是在北美洲，使用芬太尼及其类似物造成的死亡人数，以及在亚洲和非洲部分地区非医疗使用曲马多情况的范围迅速扩大。在全球范围，有近 50 万人死于吸毒。因为缺乏关于大多数吸毒流行病学指标的可靠信息，所以妨碍了对新兴趋势的监测以及实施和评估针对吸毒及其健康后果采取的循证对策。

* E/CN.7/2021/1。

V.21-00474 (C) 230221 240221



一. 导言

A. 新兴全球趋势

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）得到的信息，吸毒情况在全世界观察到的近期趋势包括：

(a) 类阿片使用，包括海洛因使用和药用类阿片及具有类阿片效用的新型精神活性物质（如 U-47700、AH-7921 和 MT-45）非医疗使用，是许多国家一个重大担忧的问题，因为这种使用对健康造成严重后果；

(b) 有迹象表明，西欧和中欧的可卡因使用增加，而北美的可卡因使用则稳定在高位；

(c) 大麻使用在欧洲稳定在高位，在美洲、非洲和亚洲被认为正在增加；

(d) 在亚洲许多地区和北美，苯丙胺特别是甲基苯丙胺的使用被认为正在增加，而在西欧和中欧，特别是在高流行率国家，正在下降或保持稳定；

(e) 关于预防或减缓冠状病毒病（COVID-19）在世界不同地区蔓延的措施，对一项调查作出答复的专家们指出，大麻、苯并二氮卓类和药用类阿片的使用增加，同时他们认为在他们本国阿片剂、苯丙胺和可卡因的使用则似乎有所下降。他们还指出，注射毒品现象增加或正在转向注射毒品，经常吸毒者中与毒品有关的发病率和死亡率也在增加。

B. 在了解吸毒程度、状况分布和趋势方面存在的挑战

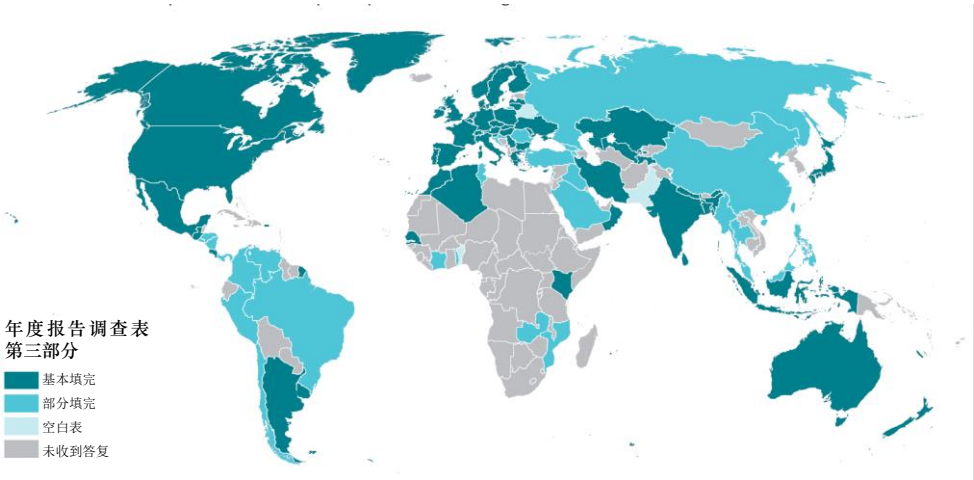
2. 会员国对年度报告调查表的答复构成每年报告全球吸毒程度和趋势的基础。截至 2020 年 12 月 1 日，200 个国家和地区中有 91 个国家和地区交回了关于 2019 年吸毒程度、状况分布和趋势的调查表第三部分。

3. 在会员国提交的调查表中，62%的调查表基本填完，即答复国提供了关于毒品使用及其健康后果一半以上指标的信息。就覆盖范围而言，交回调查表的 91 个会员国约占世界人口的 62%（见图一）。

图一

对年度报告调查表第三部分的答复

在 2019 年年度报告调查表中提供毒品需求数据的会员国*



注：本地图所示边界和名称以及所用指称并不意味着联合国的正式认可或接受。

断续线表示未决边界。虚线大致表示印度与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。

* 反映截至 2020 年 12 月 1 日的提交调查表情况。

二. 全球概览

A. 吸毒程度[1]

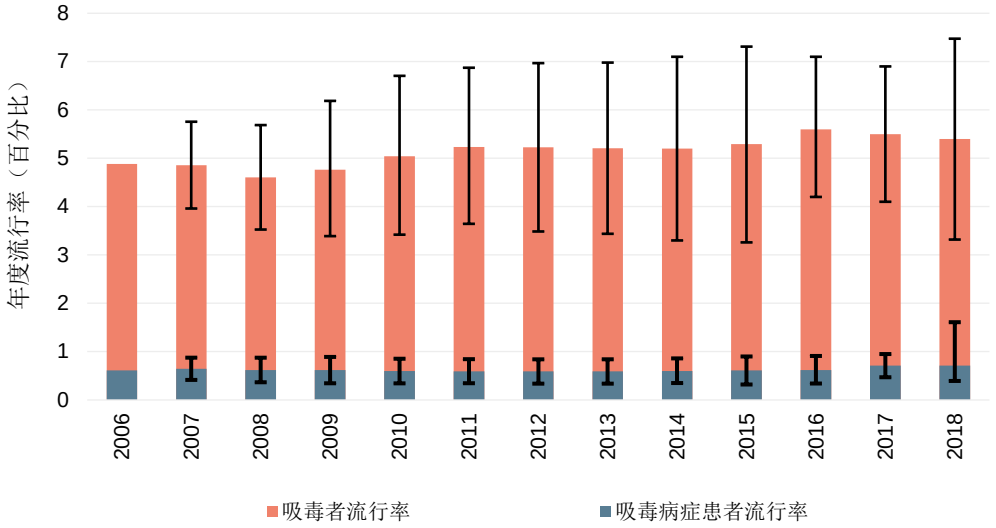
4. 2018 年，全球估计有 2.69 亿人在前一年至少使用过一次毒品。这相当于年龄在 15-64 岁之间全球人口的 5.4%。

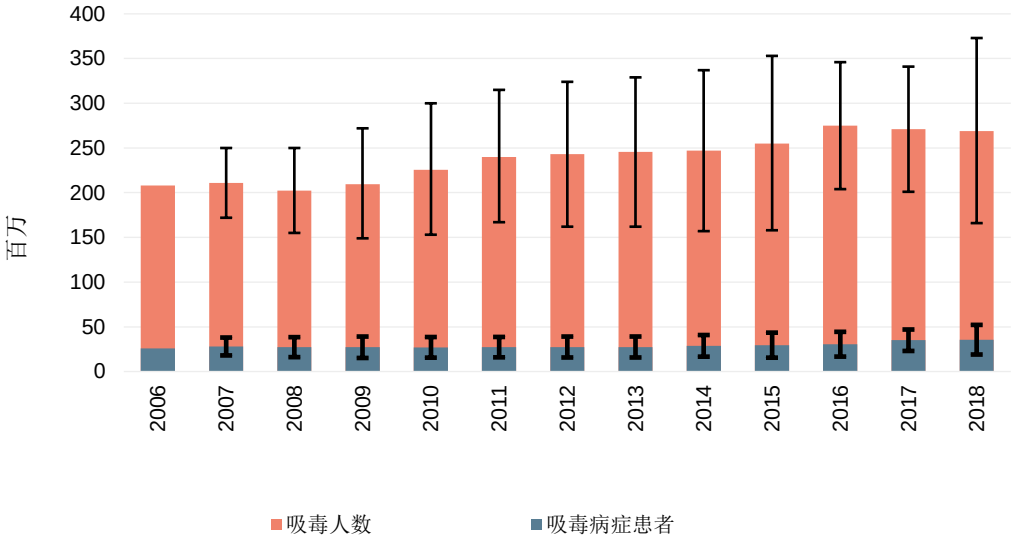
5. 在 2009-2018 年期间，全球过去一年使用过任何毒品的人数估计从 2.1 亿（人数区间：1.49-2.72 亿）增加到 2.69 亿（人数区间：1.66-3.73 亿），增加了四分之一以上（28% ），部分原因是全球人口的增长。因此，吸毒流行率增加了 12% 以上，从 2009 年占成年人口的 4.8%（人数区间：3.4-6.2%）增至 2018 年的 5.4%（人数区间：3.3-7.5%）。然而，考虑到这些估计数的不确定性区间很大，而且在任何一年，全球估计数都是可以得到的最近似数据，所以在时间上对估计数进行任何比较都应谨慎。

[1] 除非另有规定，关于吸毒程度和趋势的信息以会员国对年度报告调查表的答复或《2020 年世界毒品问题报告》为基础。

图二

全球吸毒和吸毒病症年度流行率趋势，2006-2018 年





注：吸毒者估计数是过去一年吸毒的成年人（15-64 岁）。吸毒和吸毒病症程度全球估计数反映 2018 年可得到的最大限度信息。与前几年相比的变化在很大程度上反映了各国最新信息，2018 年提供了关于吸毒程度的新数据。因此，列出的年度全球和区域估计数是基于该年度某一特定国家的新估计数和可得到的其他国家最新估计数。

6. 在过去十年中，毒品市场上可获得的物质类型变得多样化。除了大麻、可卡因和海洛因等传统植物类物质外，还出现了一个蓬勃发展的合成毒品市场，药物的非医疗使用情况增加。更强效毒品的供应、物质数量的增加以及偶尔或经常吸毒者连续或先后使用这些毒品，对预防吸毒和吸毒病症治疗构成了比过去更大的挑战。

7. 近年来，已合成了数百种新型精神活性物质。这些物质大多数是兴奋剂，其次是合成大麻素受体激动剂，其中越来越多的是类阿片（芬太尼类似物或科研用类阿片）。同一效应类别的新型精神活性物质（例如，兴奋剂）包

括多种化学物质；因此，其影响仍然不可预测，有时会对健康产生严重的不利后果。大多数新型精神活性物质往往只流行短暂时间，没有在毒品市场上开辟出自己的特有市场。然而，观察到了这些物质的使用状况分布，特别是在被边缘化、弱势和社会弱势群体中，包括无家可归者和被监禁或缓刑人员中合成大麻素受体激动剂的使用现象。

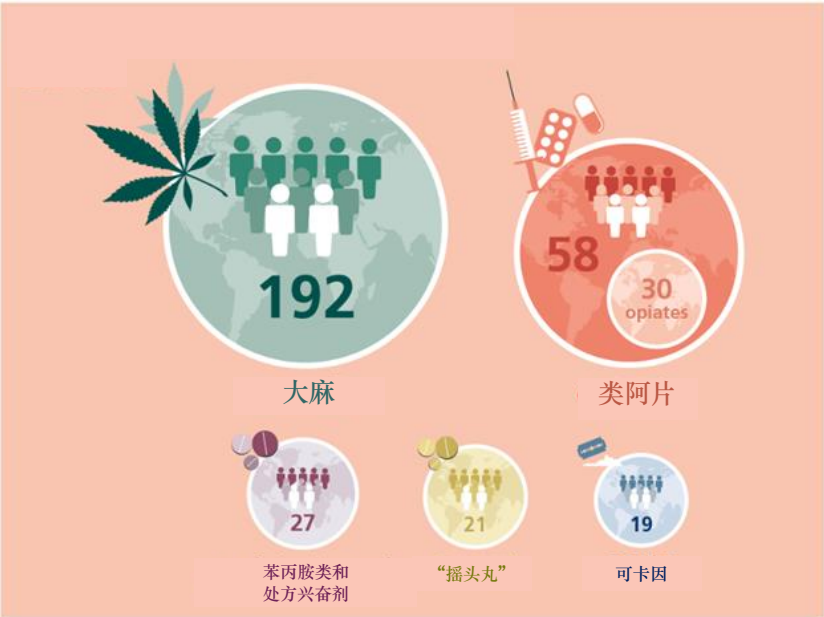
8. 许多偶尔或经常使用毒品者是多种毒品吸毒者（同时或先后使用一种以上的物质，目的是加强、强化或抵消其他毒品的影响），这一事实使全球吸毒情况进一步复杂化。这模糊了特定物质使用者之间的区别，呈现出相互关联的吸毒流行病及相关的健康后果。

9. 据估计，大约八分之一的吸毒者患有吸毒病症。在过去一年吸毒的估计 2.69 亿人中，估计约有 3,560 万人（人数区间：1,900-5,220 万）患有吸毒病症，即他们的吸毒程度状况是有害健康的，或者他们可能发生毒品依赖和（或）需要治疗。这相当于 15-64 岁人口中吸毒病症全球流行率为 0.7%（比例区间：0.3-0.9%）。

10. 2018 年，吸毒病症共计 1,780 万残疾调整生命年（因残疾或过早死亡而丧失的健康生命年数）。[2]总数 70%以上，即 1,270 万个残疾调整生命年，可归因于类阿片吸毒病症。特别令人担忧的是，在吸毒或注射吸毒的人当中，丙型肝炎（包括肝癌、肝硬化和丙型肝炎引起的其他慢性肝病）导致共计 800 万残疾调整生命年。

图三

过去一年吸毒人数，百万，2018 年

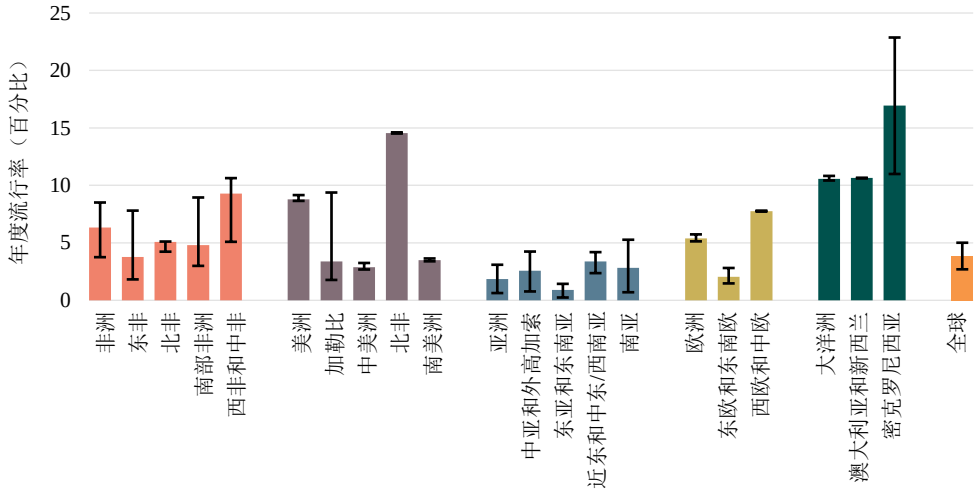


11. 在全世界，过去一年的大麻吸毒者估计 2018 年有 1.92 亿人，相当于全球 15-64 岁人口的 3.9%。北美洲（14.6%）、澳大利亚和新西兰（10.6%）以及西非和中非（9.3%）过去一年的大麻用量大大高于全球平均水平。

[2] 健康计量评估研究所，全球健康数据交换，全球疾病负担研究结果工具。可查阅 http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool。

图四

大麻吸毒，按区域分列，2018 年



12. 大麻是年轻人使用最广泛的毒品。在全球范围内，据估计，2018 年 15 岁和 16 岁的学生中过去一年有 1,300 万人吸食任何毒品，估计过去一年有 1,160 万人吸食大麻。这相当于该年龄组的大麻使用年流行率为 4.7%，高于一般人口的比率（3.9%）。大洋洲（17.8%）、美洲（12.1%）和欧洲（11.7%）15 岁和 16 岁青少年过去一年使用大麻的比例很高。

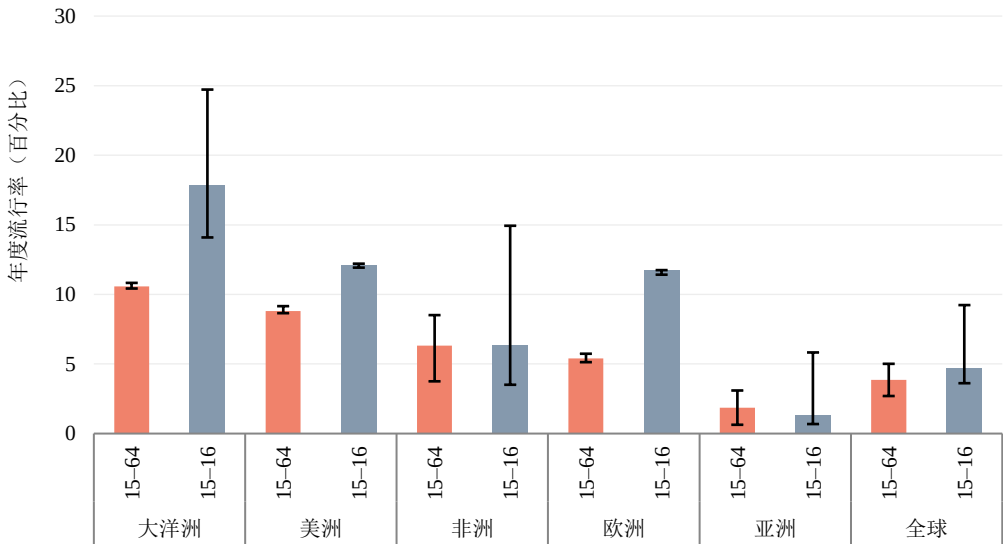
13. 据美利坚合众国的研究估计，曾经使用大麻的人对大麻产生依赖的风险为 9%。[3]其他研究表明，在报告终生使用并在青春期开始使用大麻的人中，产生依赖的风险为 17%。[4]

[3] Catalina Lopez-Quintero 等合著，“Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)”，*Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, Nos. 1-2（2011 年 5 月），第 120-130 页。

[4] James C. Anthony, “The epidemiology of cannabis dependence”, in *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Roger A. Roffman and Robert S. Stephens 合编（2006 年，剑桥，剑桥大学出版社），第 58-105 页。

图五

2018 年全球和区域 15-16 岁人群和 15-64 岁一般人群大麻使用估计数



14. 据报告，从 2010 年开始，在西欧和中欧、北美以及澳大利亚和新西兰等已有大麻市场的国家，大麻的使用，特别是年轻人的大麻使用趋于稳定或下降，但这一趋势被南美洲、非洲和亚洲许多国家消费量的增加所抵消。虽然据报告，西欧和中欧的大麻使用仍稳定在较高水平，但在过去十年，美洲、非洲和亚洲的大麻使用大幅增加。

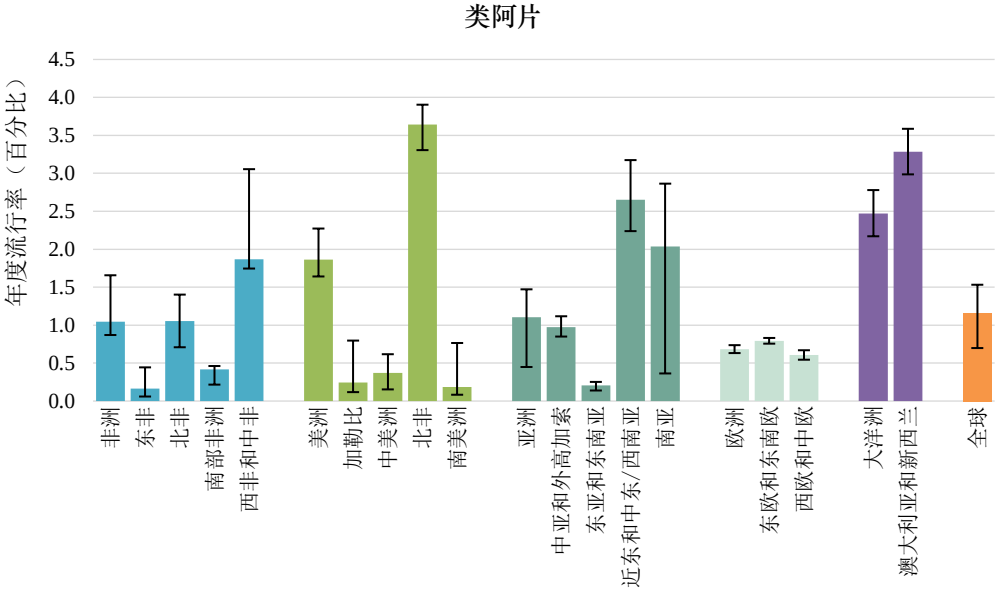
15. 2018 年，全球估计有 5,780 万人在过去一年使用过类阿片，其中包括使用过类阿片的人（3,040 万）和滥用医药类阿片的人。[5]这相当于过去一年全球 15-64 岁人口中的类阿片使用流行率 1.2%。

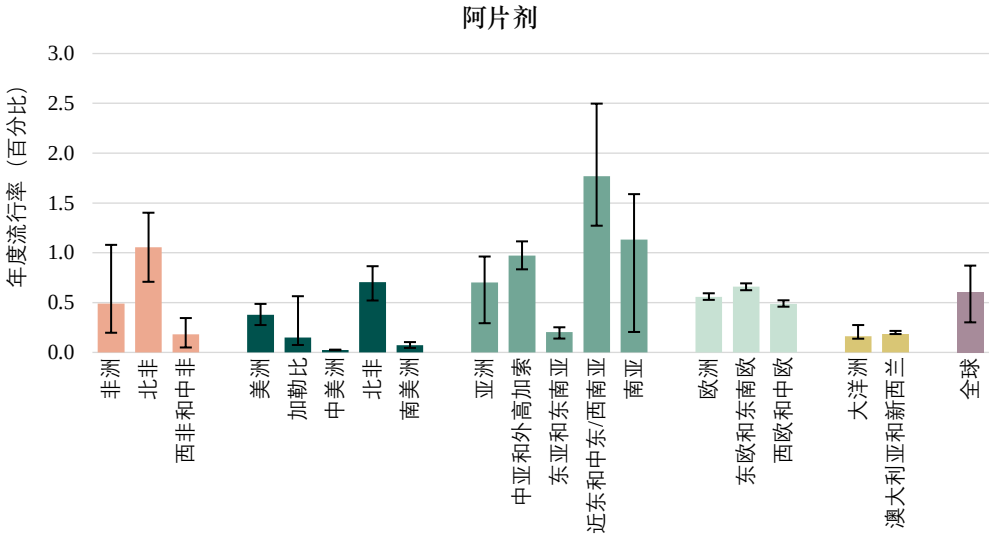
16. 北美洲（3.6%）、澳大利亚和新西兰（3.3%）、近东和中东及西南亚（2.6%）和南亚（2.0%）的类阿片使用高于全球平均水平。虽然南亚人口仅占全球 15-64 岁人口的约 20%，但全世界类阿片使用者估计人数的三分之一以上生活在该次区域。近东和中东以及西南亚（1.8%）和南亚（1.1%）过去一年的阿片剂使用流行率高于全球平均水平（0.6%），这两个次区域加起来几乎占全世界阿片剂使用者估计人数的 60%。

[5] “滥用”一词系指医药的非医疗使用。

图六

类阿片和阿片剂使用情况，按区域分列，2018 年

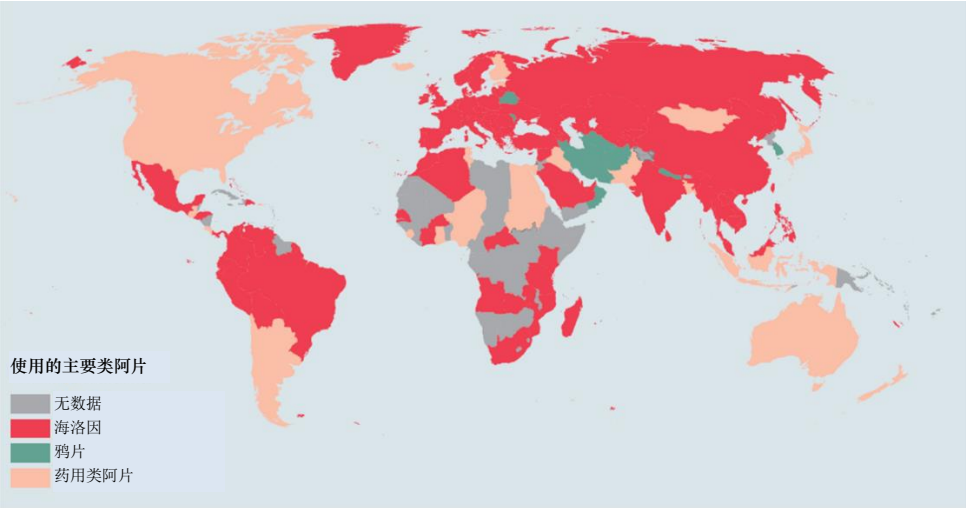




17. 类阿片危机在北美继续存在，类阿片过量死亡的增加主要归因于使用芬太尼。另一个类阿片危机涉及曲马多的非医疗使用，近年来，曲马多已成为许多次区域，特别是西非、中非和北非的一种造成公共卫生问题的类阿片。这反映在这些次区域一些国家报告的曲马多相关问题治疗人数和曲马多过量死亡人数上。西欧和中欧也有越来越多的非医疗使用医药类阿片的迹象，这反映在该次区域因这种使用而接受治疗服务的人数比例越来越高。

图七

最常用的类阿片，2018 年或现有最新数据



来源：毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表答复。

注：信息主要基于所报告的类阿片使用流行率，如果没有，则基于年度报告调查表中所报告的治疗类阿片使用情况的排名或数据。

本地图所示边界和名称以及所用指称并不意味着联合国的正式认可或接受。断续线表示未决边界。当事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。阿根廷政府和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权问题上存在争议。

18. 苯丙胺的使用也仍然普遍。过去一年，全世界估计有 2,700 万人，相当于成年人口的 0.5%，使用了苯丙胺，包括苯丙胺、甲基苯丙胺和药物兴奋剂在内。过去一年苯丙胺使用流行率特别高的是北美（占 15-64 岁人口的 2.3%）以及澳大利亚和新西兰（1.3%）。亚洲的相应数字与全球平均水平相似（0.4%）。过去一年全球苯丙胺使用者的估计人数（1,270 万人）中有近一半居住在亚洲。

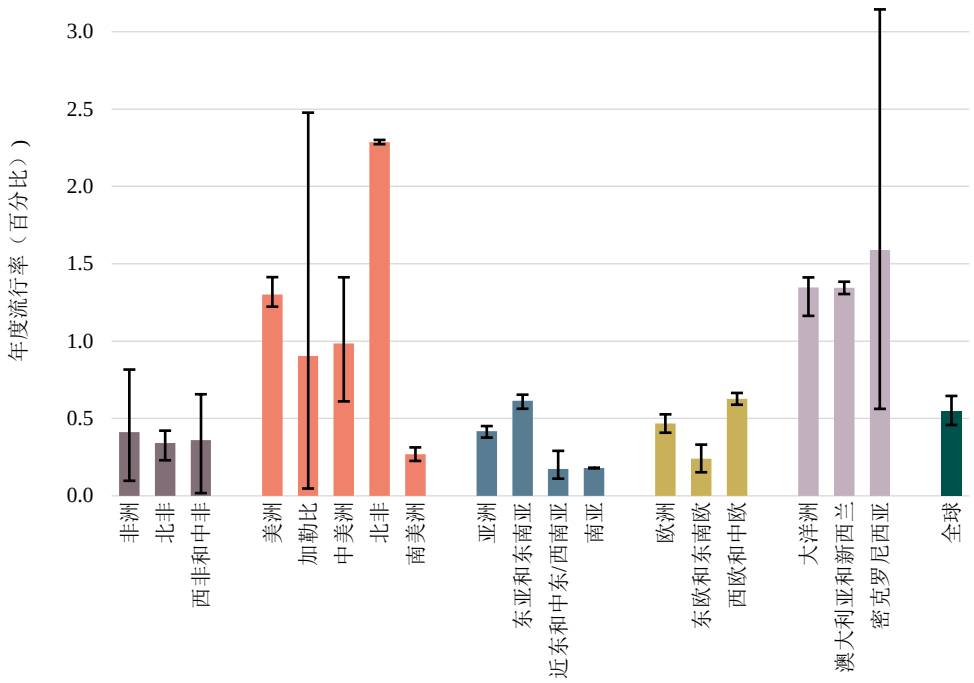
19. 所使用的苯丙胺类型和形式在不同区域和次区域之间差异很大。在北美洲，药物兴奋剂和甲基苯丙胺的非医疗使用最为普遍；在东亚和东南亚以及澳大利亚和新西兰，是甲基苯丙胺；在西欧和中欧以及近东和中东，是苯丙胺类物质。在后面的这个次区域，苯丙胺通常被称为“captagon”。在南美洲和中美洲的许多国家，特别是那些报告了最近调查数据的国家，药物兴奋剂的非医疗使用比其他苯丙胺类兴奋剂的使用更为普遍。据报告，减肥药的非医疗使用在妇女中比在男子中更为普遍，盐酸西布曲明一水合物和芬特明等物质以及哌醋甲酯和苯丙胺据报告是这些次区域最常被滥用的药物兴奋剂。[6,7]

[6] 阿根廷，阿根廷国家禁毒综合政策秘书处（SEDRONAR），*Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas: Argentina 2017 – Informe de Resultados No.1: Magnitud del Consumo de Sustancias a Nivel Nacional*（2017 年，布宜诺斯艾利斯）。

[7] Mario E. López and Alma C. Escobar de Mena, *Estudio Nacional Sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador 2014*（2014 年，圣萨尔瓦多，国家禁毒委员会执行局）。

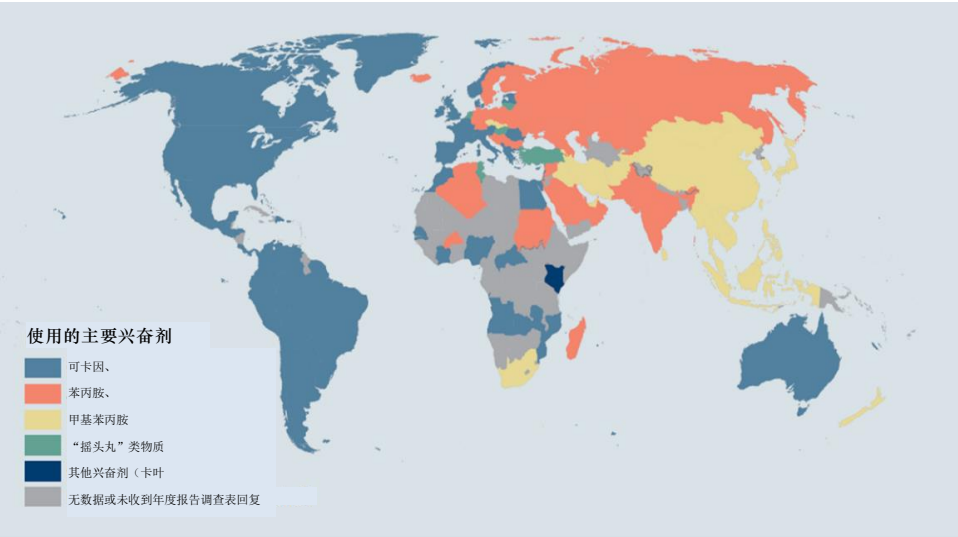
图八

苯丙胺使用情况，按区域分列，2018 年



图九

使用的主要兴奋剂药物，2018 年或最近一年



来源：毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表答复。

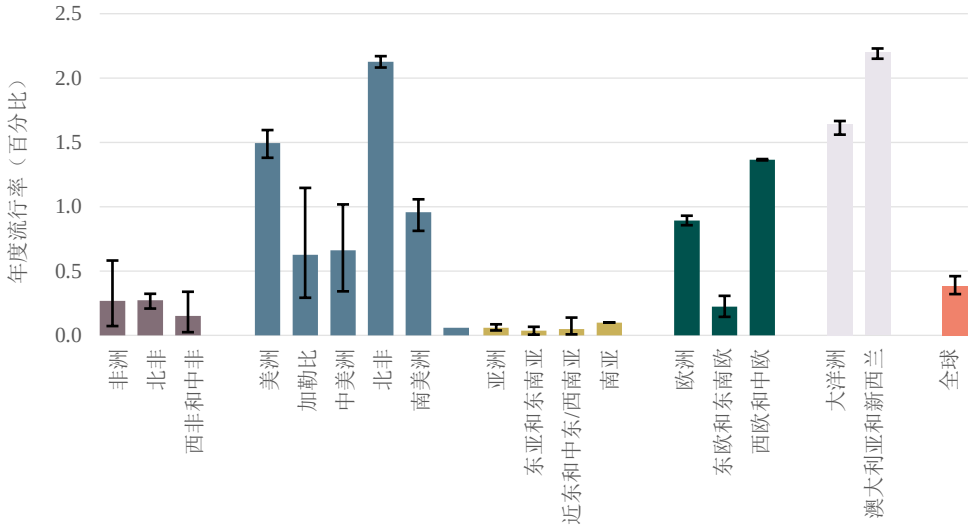
注：信息主要基于所报告的兴奋剂（可卡因、苯丙胺、甲基苯丙胺和“摇头丸”）使用流行率，如果没有，则基于年度报告调查表中所报告的治疗兴奋剂药物使用情况的排名或数据。

本地图所示边界和名称以及所用指称并不意味着联合国的正式认可或接受。断续线表示未决边界。当事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。阿根廷政府和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权问题上存在争议。

20. 在全球范围，2018 年估计有 1,900 万人是过去一年使用可卡因者，相当于全球 15-64 岁人口的 0.4%。可卡因的主要市场仍然是北美以及西欧和中欧，流行率分别为 2.1%和 1.4%，而过去一年可卡因流行率最高的是澳大利亚和新西兰，占 15-64 岁人口的 2.2%。中美洲（0.7%）和南美洲（1.0%）的可卡因使用也高于全球平均水平。其他次区域的可卡因使用仍远低于全球平均水平。

图十

可卡因使用情况，按区域分列，2018 年



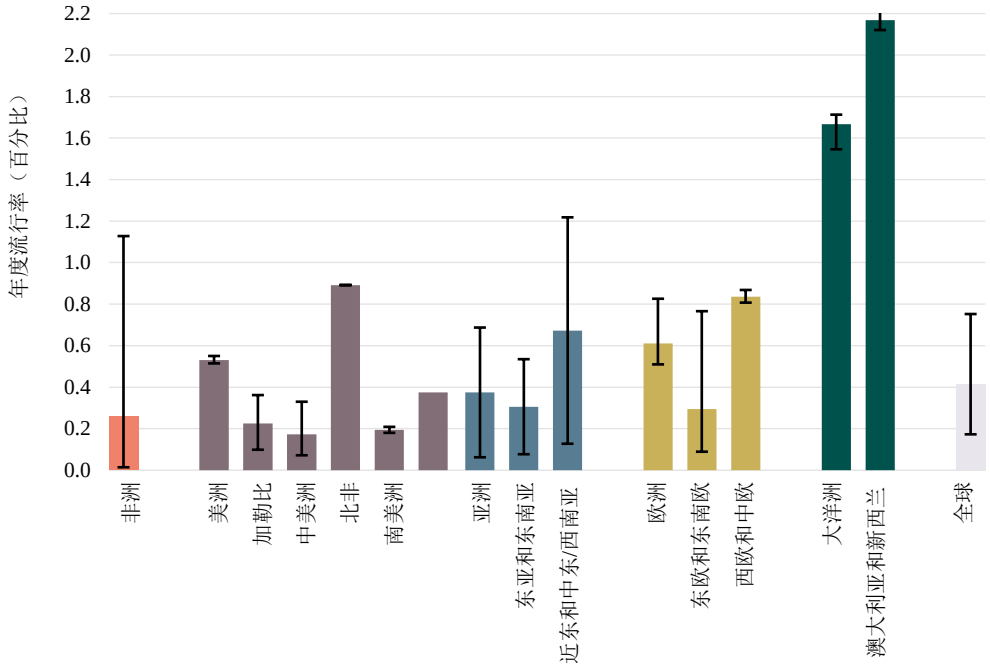
21. 可卡因的使用继续发生在社会主流的娱乐使用者当中，例如在夜生活环境中，也发生在社会边缘化的吸毒者中，他们也使用“快克”可卡因。在南美洲，以前仅限于可卡因生产国的可卡因碱糊剂的使用也蔓延到更南部的国家。在亚洲和西非部分地区，报告缉获的可卡因数量不断增加，这表明可卡因的使用可能会增加，特别是在富裕的城市人口阶层中。

22. 2018 年，估计全球约有 2,050 万人在过去一年中使用过“摇头丸”，相当于成年人口的 0.4%。澳大利亚和新西兰（2.2%）、北美（0.9%）以及西欧和中欧（0.8%）过去一年使用“摇头丸”的流行率相对较高。“摇头丸”的使用主要与娱乐夜生活环境有关，观察到在年轻人中使用率较高。[8]

[8] 例如，见《2018 年世界毒品问题报告》，第 4 册，《毒品与年龄：年轻人和年龄较大者中的毒品及相关问题》（联合国出版物，2018 年）和欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2019 年欧洲毒品报告：趋势和发展》（2019 年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室）。

图十一

“摇头丸”使用情况，按区域分列和若干次区域，2018 年



23. 2007-2012 年期间，西欧和中欧大多数国家报告“摇头丸”使用情况稳定或呈下降趋势；然而，在随后几年中，随着西欧和中欧以及其他次区域高纯度“摇头丸”供应的增加，有迹象表明其使用总体上有所恢复。“摇头丸”的形式也多种多样，高纯度粉末和结晶形式变得可以获得和被通常使用。

24. 虽然没有关于医药非医疗使用的全球估计数，但这种滥用仍然相当普遍，特别是在多种毒品吸毒者中。2010-2018 年期间，一些国家开始报告有非医疗使用医药类阿片、苯二氮卓类和医药兴奋剂的情况，成为一个日益严重的健康问题。苯二氮卓类药物的非医疗使用仍然是最常见的：2015-2018 年期间，约有 60 个国家将镇静安定药类——主要是苯二氮卓类——列为三种最常被滥用的物质，而一些国家报告说，其非医疗使用的流行率高于其他药物，包括大麻。在涉及类阿片过量致命案例中，也经常报告有使用苯二氮卓类的情况。

25. γ-羟丁酸（GHB）、γ-丁内酯（GBL）和例如氟西泮这类苯并二氮卓类药物的使用也涉及以药物作用帮助施暴强奸，当使用酒精或其他药物损害个人判断是否同意进行性活动的辨别能力时，就会发生这种施暴强奸。在过去二十年中，还报告了吸毒者某些分类（如参加舞蹈活动者）使用 GHB 和 GBL 的

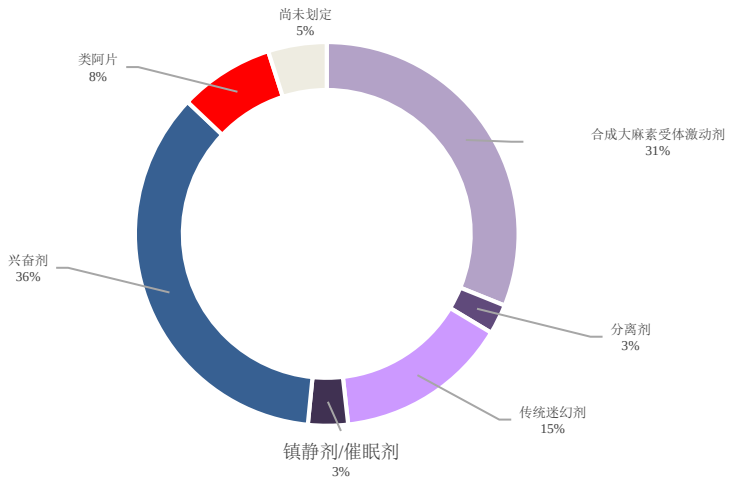
情况，[9,10]以及在澳大利亚，欧洲和北美的男女同性恋社区。[11]在进行“chemsex（药物性爱）”的人中，据报告也经常使用 GHB 以及甲基苯丙胺和甲氧麻黄酮。[12,13,14]

26. 新型精神活性物质全球市场的特点继续是出现属于不同化学类别的新物质。截至 2019 年 12 月，共计向毒品和犯罪问题办公室报告了 950 种新型精神活性物质。虽然此类物质的全球市场仍然广泛多样化，但除少数外，似乎大多数未在毒品市场上立足，也未在更大规模上取代传统药物。此外，注射兴奋剂新型精神活性物质仍然是一个令人关切的问题，特别是考虑到所报告的与此类使用有关的高风险注射做法。在欧洲一些国家、北美、澳大利亚和新西兰，监狱中使用新型精神活性物质也仍然是一个令人关切的问题。

27. 2009-2019 年期间发现的大多数新型精神活性物质，按其主要药理作用分类，首先是兴奋剂（主要是卡西酮和苯乙胺），其次是合成大麻素和致幻剂（主要是色胺类）。然而，一些国家当局的主要关切是近年来出现了合成类阿片受体激动剂，包括芬太尼类似物。虽然在数量上少于其他类别的新型精神活性物质，但已证明这些物质效力特强和特别有害，导致北美以及在较小程度上欧洲和其他区域的过量滥用后发生死亡人数增加。2009-2019 年，在已查明的所有新型精神活性物质中，大约 8%是类阿片受体激动剂。

图十二

首次报告的新型精神活性物质比例，按精神活性作用分列，2019 年



[9] Judith C. Barker, Shana L. Harris 和 Jo E. Dyer 合著，“Experiences of gamma hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study”，*Journal of Psychoactive Drugs,* vol. 39, No. 2（2007 年 6 月），第 115-129 页。

[10] Mark A. Bells 等合著，“The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs”，*Addiction,* vol. 98, No. 12（2003 年 12 月），第 1713-1721 页。

[11] Raffaele Giorgetti 等合著，“When ‘Chems’ meet sex: a rising phenomenon called ‘ChemSex’”，*Current Neuropharmacology,* vol. 15, No. 5（2017 年 7 月），第 762-770 页。

[12] “chemsex（药物性爱）”一词是指在性聚会和性交过程中自愿服用精神活性药物和其他药物，目的是促进或加强性接触感受，主要是在与其他男子发生性关系的男子中。

[13] Hannah McCall, Naomi Adams 和 Jamie Willis 合著，“What is chemsex and why does it matter?”，*British Medical Journal,* vol. 351（2015 年）。

[14] Claire Edmundson 等合著，“Sexualized drug use in the United Kingdom: a review of literature”，*International Journal of Drug Policy,* vol. 55（2018 年），第 131-148 页。

B. 使用毒品的后果

28. 使用毒品的健康后果可能包括一系列恶果，如吸毒病症、精神失常、艾滋病毒感染、肝炎相关肝癌和肝硬化、过量致死和早逝。使用类阿片和注射毒品对健康造成的危害最大，因为不安全的注射方法存在感染艾滋病毒或丙型肝炎的风险。

29. 近几十年来，越来越认识到患有吸毒病症者伴随发生精神疾病。虽然吸毒病症通常伴随其他精神健康疾病发生，但通常不清楚是否一个是造成另一个的原因，或者是否共同的基础风险因素促成了两者。吸毒病症和精神健康疾病伴随发生的相关性主要与这两种疾病管理困难有关，特别是考虑到大多数国家缺乏综合一体提供的戒毒治疗、精神健康和总体保健服务。还报告说，吸毒病症伴随还有精神疾病的患者与没有伴随精神健康疾病的人相比，治疗成功率较低，精神病住院率较高，自杀率较高。[15]

1. 治疗中反映的吸毒病症患者

30. 大量证据表明，为吸毒病症提供循证治疗的成本远低于不作治疗的毒瘾依赖性造成的代价。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，增加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。[16]然而，许多国家在国家能力方面和作为公共保健系统一部分提供循证戒毒治疗服务方面仍然存在重大不足。就吸毒病症患者而言，全球开设的治疗服务，特别是基于科学的服务及其获取机会，仍然有限，因为每年只有八分之一的吸毒病症患者接受戒毒治疗。此外，虽然妇女占吸毒者三分之一，但她们仍然只占接受治疗者的五分之一。

31. 戒毒治疗服务的覆盖面受到与开设和获得服务有关的一些因素影响，包括关于提供戒毒治疗的国家政策和戒毒治疗费用（医疗保险、政府提供治疗、自付费用）；戒毒治疗服务被纳入保健服务系统的程度，包括保健系统内和整个刑事司法系统各级转诊制度；现有戒毒治疗设施的数量、设置和地理覆盖范围；治疗设施在特定时期内的接收能力或可供戒毒治疗的名额数量；提供的干预措施性质和范围，例如相对于戒除毒瘾和其他心理社会干预措施的管理，提供对类阿片吸毒病症的长期类阿片激动剂治疗；以及是否存在国家治疗报告制度和关于吸毒病症患者人数（或需要戒毒治疗者人数）和接受戒毒治疗人数的可靠估计数。因此，在解释关于戒毒治疗服务覆盖面的数据时，理解这些背景因素至关重要。

32. 在提供治疗方面，类阿片病症仍然是西南亚和中亚以及东欧和东南欧主要关切的问题。在东南欧，几乎每五个接受戒毒治疗的人当中就有三个是在接受类阿片病症的戒毒治疗。与其他毒品使用者相比，入院接受类阿片病症戒毒治疗的人往往年龄较大，三十多岁，其中四分之一到三分之一是第一次

[15] 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲吸毒伴随精神疾病发生率》，欧洲毒品和毒瘾监测中心认知系列，第 19 期（2015 年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室）。

[16] Nicole Kravitz-Wirtz 等合著，“Association of Medicaid expansion with opioid overdose mortality in the United States”，*JAMA Network Open,* vol. 3, No. 1（2020 年 1 月）。

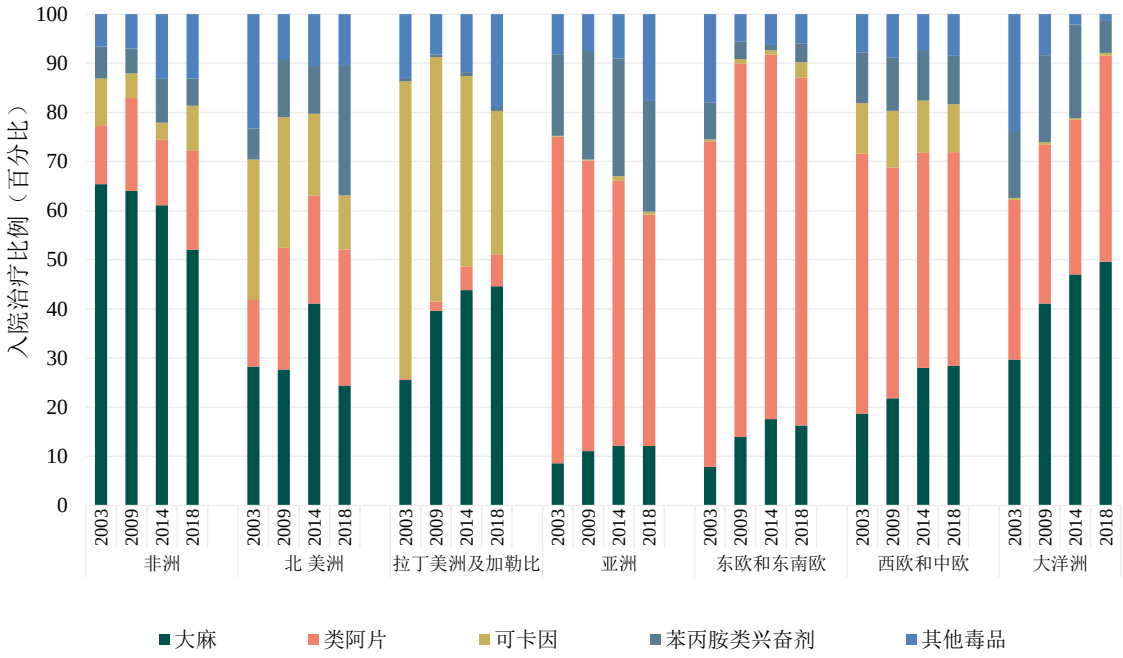
入院接受治疗。这与科学文献中发表的研究结果相一致，例如欧洲的研究表明，该区域存在众多老龄化类阿片吸毒者。[17]

33. 可卡因吸毒的戒毒治疗在北美、拉丁美洲和加勒比仍然十分突出，西欧和中欧的程度轻些，而苯丙胺在东亚和东南亚以及某种程度上在北美仍然是一个问题。在拉丁美洲，与其他次区域一样，入院接受可卡因病症戒毒治疗者往往年龄在三十五岁左右，30-40%是第一次入院戒毒者。在亚洲，接受吸毒病症的戒毒治疗者中有一半是正在接受对类阿片吸毒病症的戒毒治疗，接受甲基苯丙胺吸毒所致病症戒毒治疗的人数一直在增加。

34. 大麻是非洲寻求戒毒治疗原因的主要毒品，但该区域许多国家报告，因类阿片吸毒病症而接受戒毒治疗的人数不断增加。过去 15 年中，在非洲以外其他所有区域，为大麻吸毒病症者提供的戒毒治疗比例不断增加。在大多数区域，近一半因大麻吸毒病症而入院接受戒毒治疗的人是第一次入院戒毒者，平均年龄 26 岁。与大麻吸毒者一样，接受戒毒治疗的苯丙胺吸毒病症患者往往比接受戒毒治疗的类阿片吸毒者年轻，约为 20 多岁，其中大多数可能是第一次入院戒毒者。

图十三

入院戒毒治疗中主要关切毒品的趋势，按区域分列，2003、2009、2014 和 2018 年



[17] Anne Marie Carew 和 Catherine Comiskey，“Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review”，*Drug and Alcohol Dependence,* vol. 182（2018 年），第 48-57 页。

2. 注射吸毒者

35. 注射吸毒者往往处在边缘化和污名化状态中，这造成了社会和经济障碍，阻碍获得公共卫生服务和有关预防注射吸毒对健康造成不良后果的服务。[18]注射吸毒是一个重大的公共卫生问题，由于吸毒过量风险和通过共用受污染针头和注射器及其他吸毒用具发生血液传播感染（主要是艾滋病毒和乙型及丙型肝炎）[19]的风险或危险的性行为而在某些群体中导致疾病和死亡，[20, 21, 22, 23, 24, 25]还有随后的严重免疫抑制、肝硬化、肿瘤性疾病和炎症后遗症。社会和身体影响会进一步加重潜在的已有心理健康疾病。

36. 毒品和犯罪问题办公室/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（艾滋病规划署）/世界银行对 2018 年全世界注射吸毒人数的联合估计为 1,130 万人（人数区间：890-1,530 万），相当于 15-64 岁人口的 0.23%（比例区间：0.18-0.31%）。这一估计数是根据现有最新资料计算的。

37. 2018 年，东欧（1.26%）以及中亚和外高加索（0.63%）15-64 岁注射吸毒者普遍率仍然最高。这两个百分比分别是全球平均水平的 5.5 倍和 2.8 倍。注射吸毒者中有四分之一以上居住在东亚和东南亚，尽管该次区域的普遍率相对较低（0.19%）。注射吸毒人数最多的三个次区域（东亚和东南亚、北美和东欧）合计占全球注射吸毒总人数的一半以上（58%）。值得注意的是，与前几年一样，在全球 15-64 岁人口中，中国、俄罗斯联邦和美国这三个国家仅占 27%，但几乎一半（43%）的注射吸毒者都居住在这三国。

---

[18] D. Richardson 和 C. Bell 合著，“Public health interventions for reducing HIV, hepatitis B and hepatitis C infections in people who inject drugs”，*Public Health Action,* vol. 8, No. 4（2018 年 12 月）。

[19] 世卫组织，《预防注射吸毒者乙型和丙型病毒性肝炎指南》（2012 年，日内瓦）。

[20] 联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室），《兴奋剂吸毒者的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助：技术指南》（维也纳，2019 年）。

[21] Vic Arendt 等合著，“Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in people who inject drugs in Luxembourg”，*PLOS One*, vol.14, No. 5（2019 年）。

[22] Naomi Braine 等合著，“HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs”，*AIDS Education and Prevention,* vol. 17, No. 6（2005 年 12 月）。

[23] Catherine Mwangi 等合著，“Depression, injecting drug use, and risky sexual behavior syndemic among women who inject drugs in Kenya: a cross-sectional survey”，*Harm Reduction Journal,* vol. 16, No. 35（2019 年 5 月）。

[24] Bach Xuan Tran 等合著，“Factors associated with substance use and sexual behavior among drug users in three mountainous provinces of Vietnam”，*International Journal of Environmental Research and Public Health,* vol. 15, No. 9（2018 年 8 月）。

[25] Erica L. Pufall 等合著，“Sexualized drug use (‘chemsex’) and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men”，*HIV Medicine*, vol. 19, No. 4（2018 年 4 月）。

图十四

按次区域列出的注射吸毒者和其中艾滋病毒感染估计流行率，2018 年

来源：毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表答复，其他数据来源作为补充。

本地图所示边界和名称以及所用指称并不意味着联合国的正式认可或接受。阿根廷政府和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权问题上存在争议。

3. 注射吸毒者感染艾滋病毒和丙型肝炎情况

38. 注射吸毒估计约占全世界艾滋病毒感染的 10%，占非洲以外所有艾滋病毒病例的 30%。[26]在世卫组织欧洲区域的东部国家，[27]所有艾滋病毒感染病例 80%以上发生在注射吸毒者当中。[28]据估计，注射吸毒者感染艾滋病毒的可能性是普通人的 22 倍。[29]

39. 毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行 2018 年对全球注射吸毒者中艾滋病毒流行率的联合估计为 12.5%，即相当于 140 万注射吸毒者携带艾滋病毒。这个估计数基于 121 个国家关于注射吸毒者艾滋病毒流行率的报告，涵盖全球注射吸毒者估计总人数的 96%。2018 年，共有 40 个国家的注射吸毒者艾滋病毒流行率新估计数或更新的估计数。

40. 次区域范围注射吸毒者艾滋病毒流行率最高的仍然是西南亚（29.5%）和东欧（25.2%），其次是南部非洲（21.4%）。在非洲，15-64 岁注射吸毒者中的艾滋病毒流行率估计为 11.3%，相比之下，同年 15-49 岁一般人口中的艾滋病毒流行率为 3.9%。在欧洲，注射吸毒者中的艾滋病毒流行率为 20.1%，而

[26] 世界卫生组织（世卫组织），全球艾滋病毒、肝炎和性传播感染问题方案，“吸毒者”。详见 www.who.int/hiv/topics/idu/en/。

[27] 亚美尼亚、阿塞拜疆、白俄罗斯、爱沙尼亚、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯、拉脱维亚、立陶宛、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦、乌克兰和乌兹别克斯坦。

[28] 世卫组织，欧洲区域办事处，“注射吸毒者”。详见 www.euro.who.int/en/。

[29] 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署），“最新情况：全世界，一半以上的新艾滋病毒感染现在发生在关键人群及其性伴侣中”，2019 年 11 月 5 日。

一般人口中为 0.4%。[30]东非和加勒比注射吸毒者中的艾滋病毒流行率也高于全球平均水平，分别为 17.4%和 14.0%。

41. 感染艾滋病毒的注射吸毒者人数最多的地区是东欧、东亚和东南亚以及西南亚，这些地区加起来占全球总数的 67%。虽然东亚和东南亚注射吸毒者中的艾滋病毒流行率（9.3%）低于全球平均水平，但全球感染艾滋病毒的注射吸毒者中有五分之一居住在该次区域。在全球感染艾滋病毒的注射吸毒者总人数中，少数国家继续占很大比例。例如，2018 年，中国、巴基斯坦和俄罗斯联邦的注射吸毒艾滋病毒感染者几乎占全球总数的一半（49%），而这三个国家的注射吸毒者仅占全球注射吸毒者总数的三分之一。

42. 2017 年对注射吸毒者中预防和管理艾滋病毒和丙型肝炎的干预措施覆盖范围进行了系统审查，结果显示，在报告有注射吸毒情况的国家中，只有 52%的国家实行针头和注射器方案，全世界 48%的国家确认实行了类阿片替代疗法。此外，只有 34 个国家被确定为注射吸毒者提供艾滋病毒检测方案。[31]除了提供机会进行预防宣传和使患者与保健及支助服务联系起来之外，艾滋病毒检测服务也是抗逆转录病毒疗法的一个关键切入点，因此是艾滋病毒预防方案的一个重要组成部分。关于抗逆转录病毒疗法覆盖率的全球数据很少。获得抗逆转录病毒治疗的机会差异很大，但据报告，覆盖率始终很低，在世卫组织欧洲区域，只有 8%的有需要者接受有效的抗逆转录病毒治疗，注射吸毒者只占接受这种治疗者的 20%。[32]

43. 注射吸毒是丙型肝炎感染的重点人群。全球估计数表明，2017 年全世界有 7,100 万人感染慢性丙型肝炎，23%的丙型肝炎新感染病例和三分之一的丙型肝炎相关死亡病例可归因于注射吸毒。[33]丙型肝炎相关发病率和死亡率继续上升，主要是肝硬化、肝细胞癌和未获治的丙型肝炎病例死亡结果。[34]

44. 毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、艾滋病规划署和世界银行联合估计，2018 年全世界注射吸毒的 15-64 岁人群中丙型肝炎流行率为 48.5%，即 550 万人（人数区间：400-780 万人）。这一估计数是基于 108 个国家的估计数，涵盖全球注射吸毒者估计总人数的 94%。

45. 虽然加勒比的数据覆盖率较低，但该次区域注射吸毒者中丙型肝炎流行率最高，达到 76%，其次是东亚和东南亚、西欧和中欧、北美、中亚和外高加索，流行率在 61-54%之间。

---

[30] 世卫组织，全球健康观察站数据，“15-49 岁成人艾滋病毒流行率（%）”。

[31] Sarah Larney 等合著，“Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review”，*Lancet Global Health,* vol. 5, No. 12（2017 年 12 月），第 1208-1220 页。

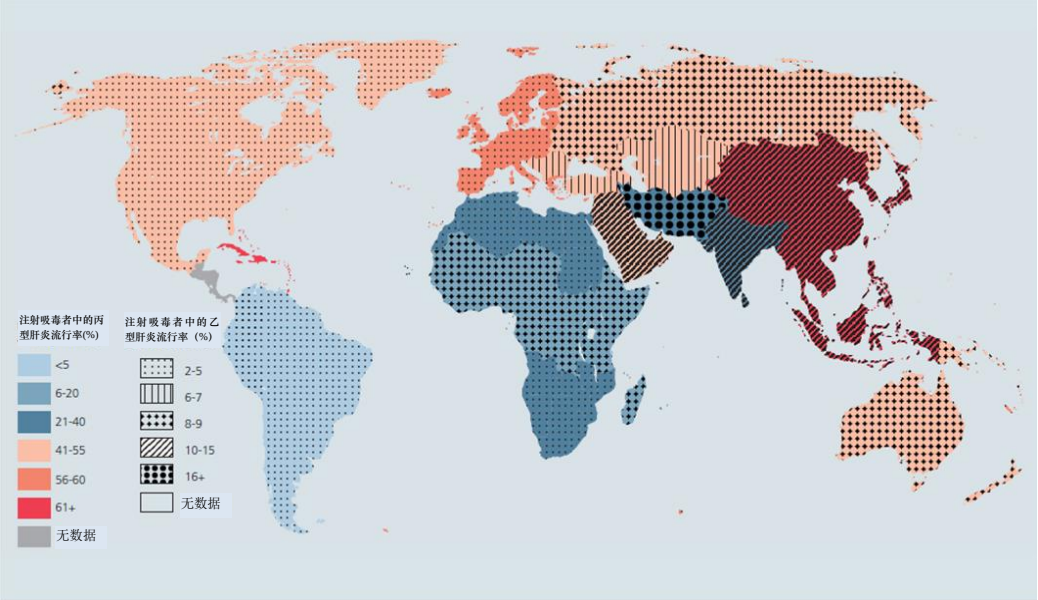
[32] 世卫组织，欧洲区域办事处，“注射吸毒者”。

[33] 世卫组织，“注射吸毒者和囚犯获得丙型肝炎检测和治疗：全球观察”，政策简报（WHO/CDS/HIV/19.6）。

[34] Jeffrey D. Stanaway 等合著，“The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013”，*Lancet,* vol. 388, No. 10049（2016 年 9 月），第 1081-1088 页。

图十五

按次区域列出的注射吸毒者丙型肝炎和乙型肝炎估计流行率，2018 年



来源：毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表答复，其他数据来源作为补充。

注：如果乙型肝炎/丙型肝炎丙型肝炎数据覆盖率低于 20%，或如果提供乙型肝炎/丙型肝炎数据的国家所代表的总人口不到次区域总人口的 10%，则不列出次区域估计数。

本地图所示边界和名称以及所用指称并不意味着联合国的正式认可或接受。阿根廷政府和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权问题上存在争议。

46. 毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行 2018 年联合对注射吸毒者乙型肝炎流行率的全球估计为 8.3%；换言之，估计有 94 万注射吸毒者目前患有乙型肝炎。[35]这一估计数基于 93 个国家的数据，涵盖全世界 15-64 岁注射吸毒者总人数的 71%。

4. 与毒品有关的死亡

47. 与毒品有关的死亡是指直接归因于吸毒病症（主要是过量）造成的死亡，以及其他风险因素造成的死亡，例如吸毒者中的艾滋病毒和艾滋病、结核病、丙型肝炎和肝癌或肝硬化。

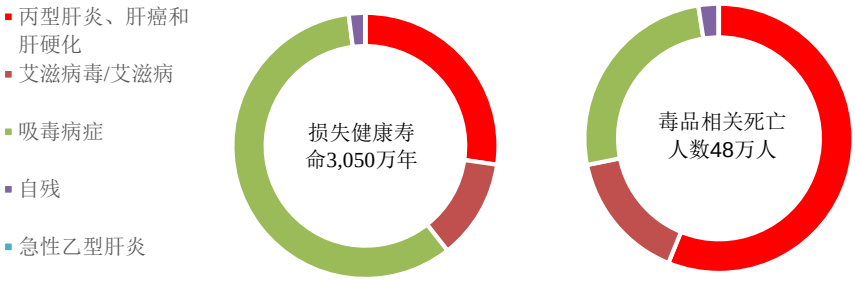
48. 在《全球疾病负担研究》中，估计 2018 年有 3,050 万残疾调整生命年和约 480,000 人死亡归因于吸毒。总体而言，吸毒者或注射吸毒者中一半以上的死亡可归因于肝癌、肝硬化或其他慢性肝病，四分之一可直接归因于吸毒病症（大多数是类阿片吸毒病症）。

[35] 乙型肝炎患病率估计数是指尚在感染指标（HBsAg），而不是用以表示以前有过接触感染的 HBc 抗体。然而，在向毒品和犯罪问题办公室报告的数据中并不总是能够区分这一点。

图十六

可归因于吸毒和吸毒病症的主要死亡原因，2018 年

丙型肝炎和类阿片吸毒病症造
成大多数因吸毒导致的死亡和残疾



来源：毒品和犯罪问题办公室，根据健康计量和评估研究所的数据，《2019 年全球疾病负担研究》结果（2020 年）。

三. COVID-19 对吸毒的影响

49. 在采取措施应对 COVID-19 大流行的大多数地方，对行动和集会的限制以及社交距离的要求导致了某些毒品使用的减少，但也导致了另一些毒品使用的增加。

50. 2020 年上半年，许多国家报告了零售层面的毒品短缺，特别是在欧洲、西南亚和北美的海洛因短缺。[36]

51. 来自 77 个国家的专家（主要是成瘾问题医学专家）[37]参加了 2020 年 4 月和 5 月在国际成瘾医学学会网络范围内进行的关于酒精和毒品使用情况变化的全球调查，[38]他们表示，大麻吸毒情况增加，因为 42%的国家报告了这种增加情况，只有 25%的国家出现下降。他们还报告说，在 COVID-19 大流行期间，酒精、镇静剂（苯二氮卓类）和药用类阿片的使用增加（参加调查的国家报告了这种情况的分别占 63%、64%和 41%）。

52. 另一方面，阿片剂、苯丙胺和可卡因的使用在一些国家似乎有所下降，参加全球调查的国家保健专业人员报告了这种减少情况，这类国家在其中分别占 31%、29%和 29%。如上所述，这种使用情况的下降主要与保持社交距离、封禁条例和这些毒品价格上涨有关。

[36] 毒品和犯罪问题办公室，“COVID-19 与毒品供应链：从生产和贩运到使用”，研究简报（2020 年 5 月）。

[37] 参加调查的成瘾医学专业人员人数每个国家 1-13 人不等。

[38] Ali Farhoudian 等合著，“A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic”，预印本（2020 年）。

53. 《全球毒品调查》[39]报告了与国际成瘾医学学会的调查相类似的结果，这是一项近 6 万人参加的网上调查，其中大多数人来自西欧、美洲、澳大利亚和新西兰。《全球毒品调查》显示，与 COVID-19 大流行之前的时期相比，酒精、大麻、苯并二氮卓类和药用类阿片的使用频率在 2020 年 5 月和 6 月增加，而在娱乐场所的毒品使用频率下降，特别是“摇头丸”，但也包括苯丙胺、g-羟丁酸/g-丁内酯、氯胺酮和迷幻剂。可卡因情况也是如此。

54. 在报告供应短缺和类阿片等毒品价格上涨的地区，据推测，这种情况可能促使类阿片的经常使用者或成瘾者改用其他更容易获得的物质作为替代，如酒精、苯并二氮卓类或涉及合成毒品的多种毒品并用。一些欧洲国家警告说，海洛因使用者可能会改用芬太尼及其衍生物等物质。[40]

55. 毒品供应的减少也可能导致更有害的使用习惯，例如转为注射或更频繁注射，如苯丙胺的情况所示。对国际成瘾医学学会调查作出答复者指出，注射毒品情况有所增加或转为注射毒品情况（16%的参与国），而三分之一国家的专家认为，吸毒者的注射习惯没有变化。同样，约四分之一的专家报告说，共用注射用具的情况增加，另有四分之一的专家表示，共用情况没有变化。值得注意的是，在答复关于注射行为问题的专家中，约有一半选择了“其他”选项，这意味着要么是缺乏信息，要么是不愿回答这些关于注射习惯问题。

56. 类阿片供应短缺也被认为导致对吸毒病症寻求治疗的人数激增、[41]与注射或多种毒品并用有关的过量吸毒病例增加和其他危害增加，如艾滋病毒和丙型肝炎。在参加国际成瘾医学学会调查的专家中，三分之一以上认为吸毒障碍者的死亡率有所增加，三分之一认为吸毒者中致命和非致命过量率没有变化。

四. 减少需求和相关措施

57. 为努力继续支持会员国在人权和性别平等观念主流化基础上通过以健康为中心的平衡办法应对世界毒品形势的挑战，毒品和犯罪问题办公室出版了各种关于毒品预防、治疗、护理和康复的参考资料。

58. 最初的两份资料在麻醉药品委员会第六十三届会议间隙作了介绍，即毒品和犯罪问题办公室/世卫组织的《吸毒病症治疗国际标准：列入实地测试结果的修订版》（毒品和犯罪问题办公室/世卫组织治疗标准）和毒品和犯罪问题办公室“青年参与预防毒品工作手册”。

59. 毒品和犯罪问题办公室/世卫组织治疗标准适用于有关吸毒病症治疗服务和干预措施政策制定、规划、供资、提供、监测和评价工作的所有参与者。该文件以现有关于治疗吸毒病症的科学证据为基础，并根据公共卫生保健原则，制定了一个关于发展和扩大有效、循证及合乎道德的治疗吸毒病症框

[39] 《全球毒品调查》，“《全球毒品调查》COVID-19 特别发行本：主要结果报告”，2020 年 9 月。

[40] 毒品和犯罪问题办公室，“COVID-19 与毒品供应链”。

[41] Farhoudian 等合著，“A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol”。

架。治疗标准指明了关于治疗吸毒病症的有效系统主要组成部分和特征。其中描述了治疗方式和干预措施，按符合治疗任何慢性病或健康病况的方式，满足吸毒病症不同阶段和不同严重程度者的需要。

60. 毒品和犯罪问题办公室《青年参与预防毒品工作手册》的读者对象是在当地、地区、国家或国际各级负责预防吸毒和增进所在地健康状况的领导人。该手册提供了这种参与的理由，以及相关实例和具体建议，说明如何通过利用青年对他们同龄人这一最重要预防工作目标群体的认识来增加青年参与预防吸毒工作。手册旨在支持所有决策者利用青年参与的力量，充分发掘他们作为变革力量的潜力。手册概述了不同的参与模式和最佳做法，说明如何使青年的参与做到方便、安全和具有关联性，动员青年在各种环境下，即在学校和其他教育机构、家庭、社交媒体和在线环境中，在政治进程、政府结构和公共讨论中，以及在社区和整个预防工作系统中，预防吸毒和其他风险行为。

61. 为应对 COVID-19 疫情，毒品和犯罪问题办公室拟定并出版了一系列新的工具，以支持会员国确保其在这些挑战情形下有关吸毒和吸毒病症应对措施的连续性。

62. 以 15 种语文发行了题为“关于 COVID-19 疫情背景下吸毒病症者的治疗、护理和康复建议：对国家和社区健康安全的贡献”的小册子，涉及继续保持服务便利和这些服务设施工作人员及病人的安全，以及确保服务场所清洁卫生，并在一切可能情况下向人们提供有关自我保护的信息和手段。所涵盖的服务包括低门槛的药物治疗和心理社会治疗，特别侧重于支持无家可归者。

63. 第二批工具旨在支持父母和护理者应对疫情流行的压力，以加强儿童、青年和家庭的复原力，并保护儿童和青年抵御这一挑战情形造成的脆弱性。以 40 多种语文发行了题为“COVID-19 期间为人父母须知”的传单，还编印了题为“COVID-19 期间照顾你的孩子”的小册子，为父母和护理者提供简明具体的提示，说明他们和他们的孩子可能会经历什么，以及他们可以做些什么来帮助自己和孩子，例如确保安全，提供温暖和支持，给予表扬，花时间在一起和进行交谈，鼓励良好行为以及劝阻打架斗殴。这些主题在第二阶段的“首先倾听”运动中得到了呼应，其中包括在“护理科学”的主题下传播了 10 套视频和相关的育儿资源。截至目前，已使用三种语言发行了五套资料，涵盖亲情、家庭活动、主动倾听、游戏和耐心等主题，宣传覆盖面达 200 多万人。最后，开发了题为“COVID-19 疫情期间拥挤社区或难民环境中父母或其他护理者须知”的具体工具，并与联合国儿童基金会、国际移徙组织、约翰·霍普金斯传播方案中心、世卫组织和红十字会与红新月会国际联合会共同出版了一本指南，题为“难民、境内流离失所者、移民和特别易受 COVID-19 疫情影响的收容社区风险沟通和社区参与实用指南”。

五. 结论和建议

64. 随着 COVID-19 疫情的持续，其造成的社会、心理和经济负担可能使吸毒者进一步边缘化，预防吸毒、治疗吸毒病症和预防吸毒对健康的不良后

果，这方面的服务需求可能进一步增加。会员国可考虑投入资源，以确保可用于预防和治疗吸毒和吸毒病症的一系列服务保持连续性，并减轻 COVID-19 疫情和吸毒病症引起的风险。

65. 鉴于药用类阿片在不同区域的传播和非医疗使用，必须创建分析其非医疗使用的出现和后果的预警系统。为了便利有需要的人获得止痛药，同时防止此类药物的转移和滥用，各国可考虑制定疼痛管理准则，包括慢性非癌症疼痛的管理、处方监测方案和制定有针对性的预防信息，教育人们了解滥用药用类阿片的潜在危害和后果。

65. 鉴于药用类阿片在不同区域的扩散和非医疗用途，必须形成早期预警系统，对其非医疗用途的出现和后果进行分析。为了便利有需要的人获得止痛药，同时防止此类药物被转用和滥用，各国可考虑制定关于疼痛管理的指导方针，包括慢性非癌症疼痛的管理、处方监测方案和制定有针对性的预防信息，宣传滥用药用类阿片的潜在危害和后果。

66. 还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》和《治疗吸毒病症国际标准》，提高预防和治疗吸毒病症干预措施的便利性、可获性、覆盖面和质量。这种干预措施比以往任何时候都更加需要，特别是在 COVID-19 疫情流行期间和之后。

67. 此外，建议加强预防对策，对普通人群以外的高危人群采取选择性干预的形式，并在社区和封闭环境中加强治疗对策，确保应对措施平衡公正。

68. 国家、区域和国际各级政策和方案的证据基础需要关于毒品形势和对策的可靠和有效数据。因此，有必要根据吸毒情况流行病学指标，支持实施毒品监测系统来改善证据基础，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），了解吸毒状况分布和趋势以及与人们行为的关联，并预测健康结果。

69. 加强和扩大全球科学证据基础还需要投资于监测和评估吸毒预防和治疗战略的过程、结果和影响，以确保有效性，并将负面结果的风险降至最低。

70. 监测毒品形势需要特别注意的一些指标是：在资源有限的国家制定和实施创新和成本效益高的方法，用以估计普通人口和包括注射毒品者在内的高风险吸毒者的毒品使用程度；毒品相关死亡率；吸毒病症患者人数和程度；以及吸毒病症治疗干预措施的覆盖面。后两项是监测和报告可持续发展目标指标 3.5.1 的关键组成部分。