



## 麻醉药品委员会

## 第六十五届会议

2022年3月14日至18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  
遏制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）获得的关于毒品使用程度及其健康后果的最新信息摘要。2019年，估计有2.75亿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，大约八分之一的注射吸毒者感染了艾滋病毒。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继续严重影响出于非医疗目的使用这些物质的人员的健康。特别令人担忧的是，使用芬太尼及其类似物造成的死亡人数很多，这一情况在北美尤甚，同时在亚洲和非洲部分地区，曲马多被用于非医疗用途的范围迅速扩大。在全球范围，2019年有近50万人死于吸毒。大多数吸毒流行病学指标的相关可靠信息缺失，这一点继续妨碍了对新兴趋势的监测以及对吸毒及其健康后果循证对策的执行与评价。

\* E/CN.7/2022/1。



## 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）获得的信息，观察到的世界各地毒品使用情况近期趋势包括：

(a) 使用类阿片，包括使用海洛因和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，是许多国家关切的一项重大问题；

(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，苯丙胺类物质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，苯丙胺类物质的使用正在下降或保持稳定；

(e) 由于世界不同地区采取各项措施预防 2019 冠状病毒病（COVID-19）或减缓其蔓延，对一项调查作出答复的专家们指出，大麻、镇静剂和安定剂（苯二氮草类药物）和医药类阿片的使用增加，同时认为各自国家阿片剂、苯丙胺类物质和可卡因的使用似乎有所下降。现有信息还显示，经常吸毒者注射吸毒行为增多或转向注射吸毒，而且该群体与毒品有关的发病率和死亡率也有所上升。

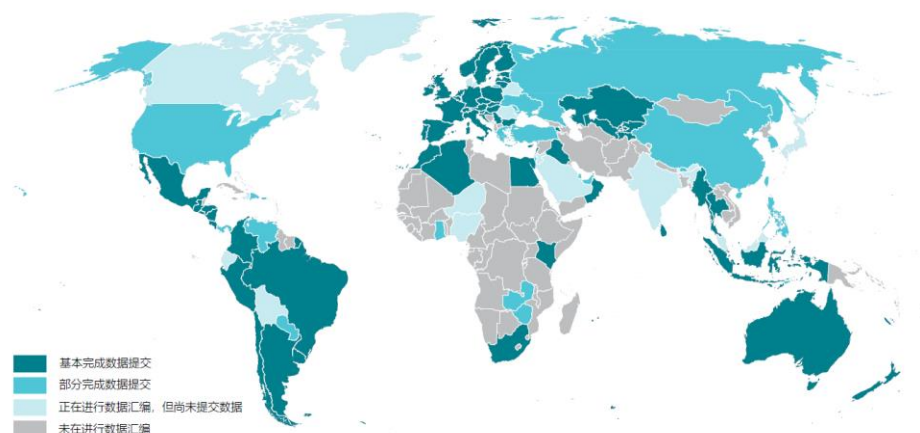
### B. 在了解吸毒程度、模式和趋势方面存在的挑战

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 2021 年 12 月 8 日，200 个国家和领土中有 86 个提交了对新在线年度报告调查表中关于 2020 年吸毒程度、模式和趋势的单元的答复。总体而言，会员国提交的单元中有 74% 基本完成，即答复国通过调查表的六个单元提供了关于吸毒及其健康后果半数以上指标的信息。

3. 按单元分列的细目显示，82 个国家提交了对单元 A01（吸毒流行率和程度）的答复，其中 55% 基本完成；77 个国家提交了对单元 A02（吸毒者登记处）的答复，全部基本完成；72 个国家提交了对单元 A03（注射吸毒者）的答复，其中 67% 基本完成；68 个国家提交了对单元 A04（吸毒病症患者）的答复，全部基本完成；67 个国家提交了对单元 A05（毒品相关死亡率）的答复，全部基本完成；58 个国家提交了对单元 A06（与毒品有关的治疗）的答复，其中 78% 基本完成。就覆盖范围而言，对各单元作出答复的 86 个会员国几乎占世界人口的 55%（见图一）。

图一  
对年度报告调查表的答复

提供 2020 年年度报告调查表毒品需求数据的会员国\*



注：本地图所示边界和名称以及所使用的标记并不意味着联合国正式认可或接受。  
短横虚线表示未确定的边界。圆点虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴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 2021 年 12 月 8 日的提交情况。

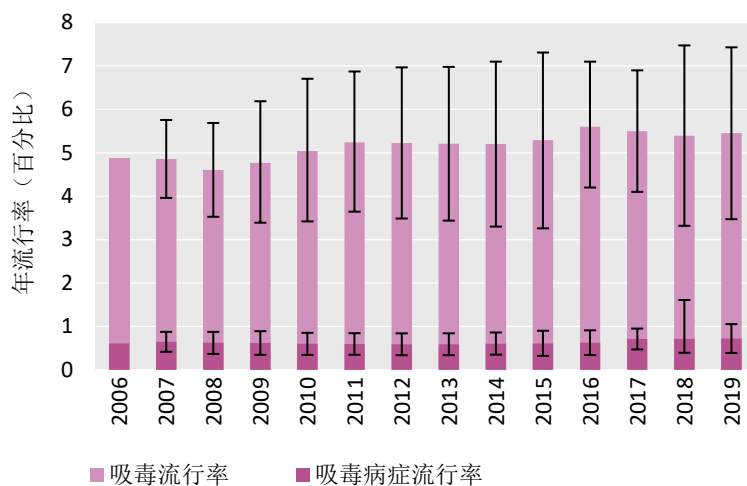
## 二. 全球概况

### A. 吸毒程度

- 2019 年，估计全世界 15-64 岁人口中有 2.75 亿人（即该年龄段每 18 人中有 1 人）在前一年至少使用过一次毒品（区间：1.75 亿至 3.74 亿）。这相当于全球 15-64 岁人口的 5.5%（区间：3.5%至 7.4%）。
- 在 2010 年至 2019 年期间，全球在前一年使用过任何一种毒品的估计人数从 2.26 亿增至 2.75 亿，增幅 22%；导致这一增幅的部分原因是全球人口的增长，全球 15-64 岁人口增长了 10%。但考虑到这些估计数字的不确定性区间很大，而且任一给定年份的最佳可用数据是全球估计数，因此，对不同时期的估计数字进行任何比较时应谨慎。

图二

## 2006-2019 年吸毒和吸毒病症年流行率

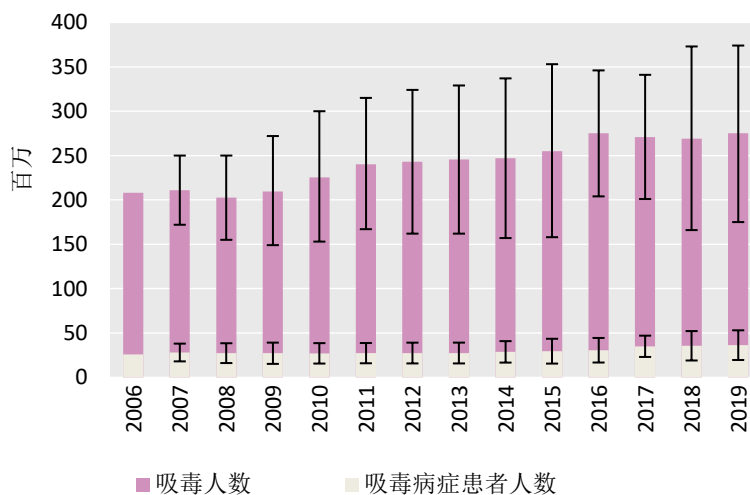


资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：年流行率估计数基于前一年有过吸毒行为的成年人（15-64 岁）占比。对吸毒和吸毒病症程度的全球估计数反映了 2019 年的最佳可用信息。与往年相比出现的变化主要反映了各国更新的资料，其中包括 2020 年提供了关于吸毒程度的新数据。因此，给定年份的全球和区域估计数的依据既包括该参考年份某一特定国家的可用新估计数，也包括可用的其他国家最新估计数。2019 年，全球吸毒流行率估计数基于 141 个国家的估计数，覆盖世界人口的 88%。在这 141 个国家中，有 13 个国家报告了新数据。

图三

## 2006-2019 年吸毒人数和吸毒病症患者人数



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：前一年使用过毒品的 15-64 岁人口的估计人数。

6. 女性使用毒品的总体水平仍然低于男性。在全球范围内，女性使用大麻、可卡因或苯丙胺类物质的可能性是男性的三分之一，而且注射吸毒者中仅有五分之一是女性。相比之下，女性比男性更易滥用医疗药品，特别是医药类阿片

和安定剂。这主要反映了社会或文化环境影响造成的在接触和使用药物的机会方面的差异，而不是某一性别的内在脆弱性。<sup>1</sup>

7. 过去十年里，毒品市场上流通的物质呈现多样化。除了传统的植物制成的物质（大麻、可卡因和海洛因）外，过去十年中，合成毒品市场活跃，不断壮大，出于非医用目的使用医疗药品的情况增多。如今，许多药物效力更强，在市场上的流通量越来越多，而且许多药物被偶尔吸毒或经常吸毒者持续或连续使用，这在预防吸毒、治疗吸毒病症和应对由此产生的不良健康后果方面构成了比过去更严峻的挑战。

8. 据估计，近八分之一的吸毒者（3,630 万人）患有吸毒病症，这意味着他们的吸毒模式有害，或者他们可能产生了毒品依赖和（或）需要治疗。这相当于全球 15-64 岁人口吸毒病症流行率为 0.7%（区间：0.4%至 1.1%）。

9. 2010 年至 2016 年期间，全球吸毒病症流行率持稳，在此期间，吸毒病症患者人数增加主要是人口增长的结果。但自 2017 年以来吸毒病症估计流行率上升；2019 年吸毒病症流行率（0.7%）高于过往水平（2016 年为 0.6%），在人口增长的共同作用下，导致吸毒病症患者估计人数从 2016 年的 3,050 万人增至 2019 年的 3,630 万人。

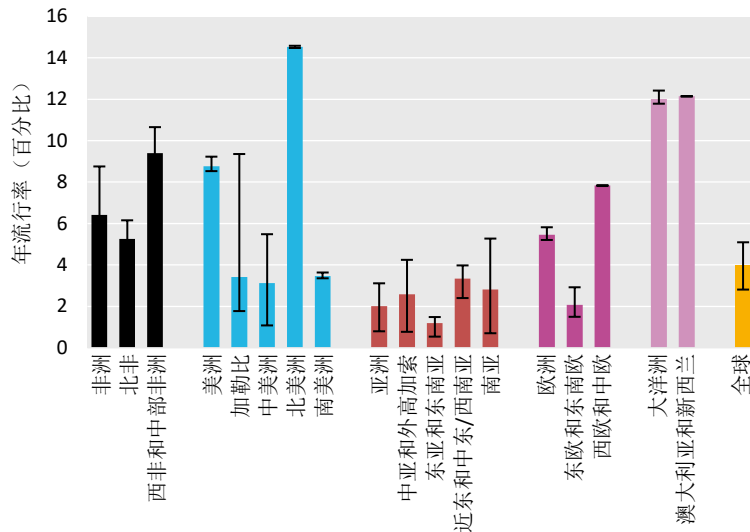
10. 在全球范围内，2019 年估计有 2 亿人在前一年使用过大麻，相当于全球 15-64 岁人口的 4.0%。大麻使用年流行率最高的仍然是北美（14.5%）、澳大利亚和新西兰（12.1%）以及西非和中部非洲（9.4%）。

11. 据报告，在十多年前的 2010 年，在有成熟大麻市场的国家，例如西欧和中欧、北美和大洋洲部分地区（澳大利亚和新西兰）等地的国家，大麻的使用水平特别是年轻人的使用水平趋于稳定或下降。但自那时以来，非洲和亚洲许多国家的使用增多，抵消了这一趋势。2010 年至 2019 年期间，全球前一年使用过大麻的人数增加了 18%。

---

<sup>1</sup> 《2018 年世界毒品问题报告》，第五分册《妇女与毒品：吸毒和毒品供应及其后果》（联合国出版物，2018 年）。

图四  
2019 年按区域分列的大麻使用情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

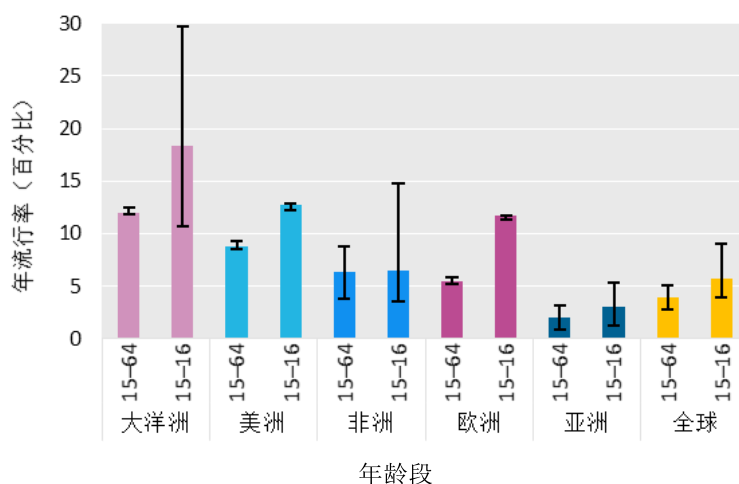
12. 大麻是年轻人使用最广泛的毒品。在全球范围内，据估计 2019 年 15 岁和 16 岁的学生中约有 1,400 万人在前一年使用过大麻。这相当于该年龄段的大麻使用年流行率为 5.7%，高于全球和大多数区域 15-64 岁普通人群的流行率 (4.0%)。

13. 过去十年来，一些区域的大麻市场上出现了越来越多的强效大麻产品。这些产品往往含有大量的  $\delta$ -9-四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  $\delta$ -9-四氢大麻酚不同，没有麻醉作用。<sup>2</sup>

14. 在美利坚合众国，大麻产品中  $\delta$ -9-四氢大麻酚的含量在 1995-2019 年期间从约 4% 上升至 16%，在欧洲，其含量在 2002-2019 年期间从约 6% 增至 11%。尽管有证据表明  $\delta$ -9-四氢大麻酚会使长期大量使用大麻者患上精神疾病，但同一时期认为经常使用大麻有害的青少年比例降幅高达 40%。对美国和欧洲的在校儿童和青年的调查证实了这一结论。从世界其他地方得出的有限证据也表现出类似模式。

<sup>2</sup> 世界卫生组织（世卫组织）药物依赖性专家委员会，《重点审议：大麻植物和大麻脂》（日内瓦，2018 年），第 1 节。

图五  
2019 年青年和普通人群的大麻使用情况估计数



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；以及其他政府报告。

15. 类阿片使用后会造严重的健康后果，包括非致命性和致命性过量使用情形，因此仍是许多国家关切的一大重要问题。例如，在 2019 年因吸毒病症导致的残疾和过早死亡而丧失的 1,800 万年健康生命年数（即残疾调整生命年数）中，逾 70%是因使用类阿片造成的，而吸毒病症造成的死亡病例均归因于类阿片。

16. 2019 年，全世界估计有 6,200 万人前一年在非医疗情形下使用过类阿片（即阿片剂与药用和（或）合成类阿片）。这相当于全球 15-64 岁人口的 1.2%（区间：0.7%至 1.6%）。

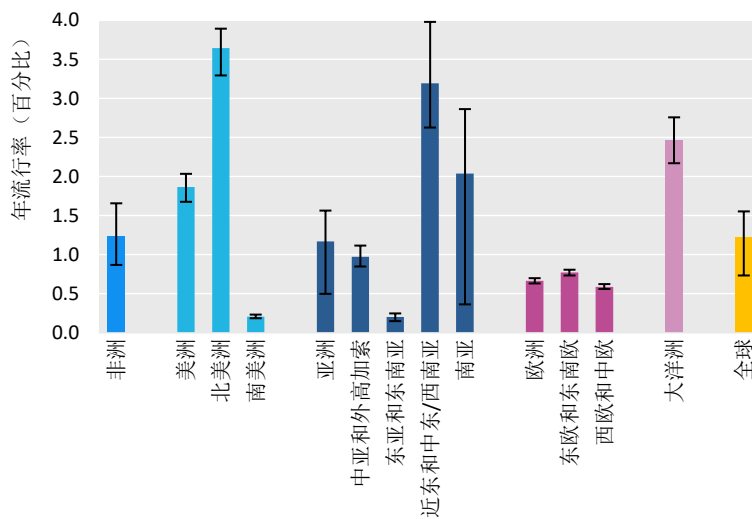
17. 前一年非医疗使用类阿片流行率最高的次区域是北美（3.6%）、近东和中东及东南亚（3.2%）和大洋洲（2.5%；基本上是澳大利亚和新西兰）。亚洲的前一年类阿片使用流行率与全球平均水平相当，占全球类阿片使用者估计人数的一半以上（58%）。

18. 2019 年，前一年使用过类阿片的估计人数中几乎有一半（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%。阿片剂使用年流行率最高的次区域是近东和中东及东南亚（1.8%）、南亚（1.1%）、北非（1.1%）以及中亚和外高加索（1%）。在全球阿片剂使用者估计人数中，近 70%居住在亚洲。

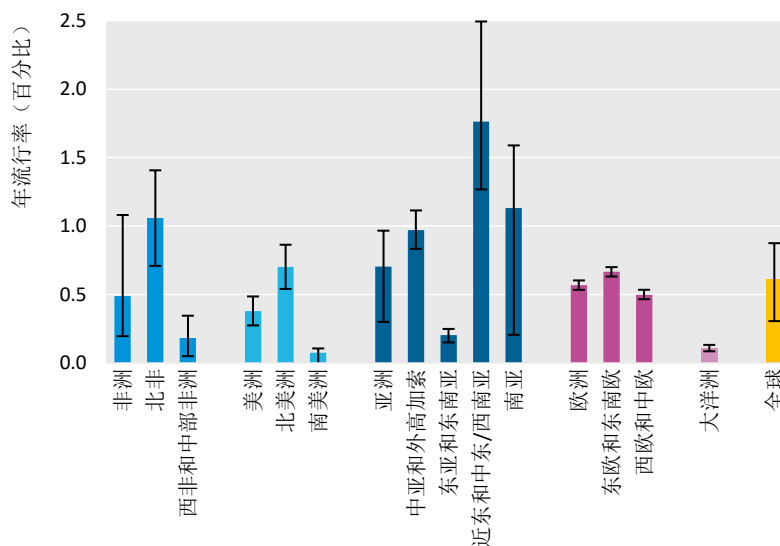
图六

## 2019 年按区域分列的类阿片和阿片剂使用情况

## 类阿片



## 阿片剂



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

19. 北美的类阿片危机仍在继续，突出反映这一点的是因使用芬太尼类物质导致的类阿片过量死亡人数持续增加。另一个类阿片危机涉及曲马多的非医疗使用，曲马多是一种不受国际管制的合成类阿片，近年来在许多次区域成为引发公共卫生关切的类阿片，这一危机也在持续，在西非、中部非洲和北非尤甚。这反映在这些次区域一些国家报告的因曲马多相关问题接受治疗的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之接受治疗服务的人数比例越来越高。

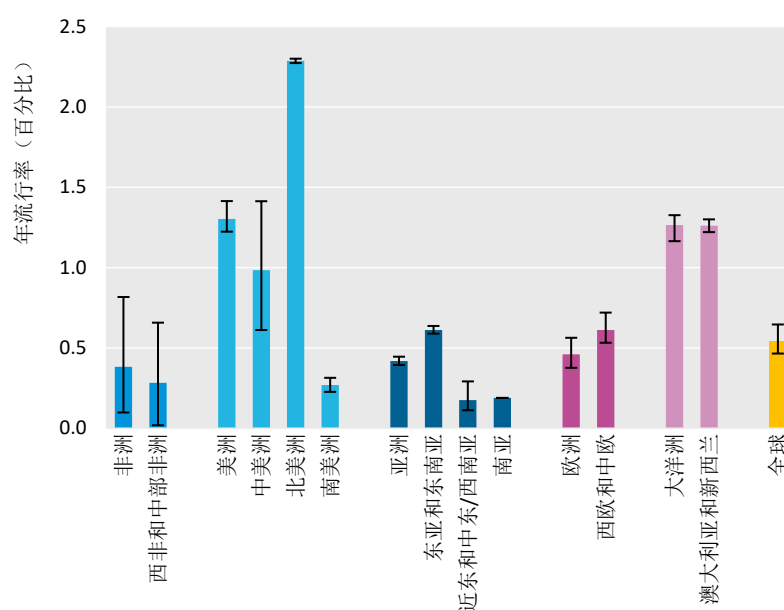


20. 2019 年，全球前一年使用过苯丙胺类物质的估计人数达 2,700 万，相当于全球 15-64 岁人口的 0.5%。据估计，15-64 岁人口前一年使用苯丙胺类物质流行率最高的地方是北美（2.3%）和澳大利亚与新西兰（1.3%）。

21. 自 2010 年以来，西欧和中欧大多数国家根据人口调查报告的苯丙胺类物质使用情况相对稳定；但基于污水分析的数据显示，2018 年和 2019 年该次区域有可用数据的城市中，近一半（41 座城市中有 21 座）的苯丙胺类物质消费量有所增加。有迹象表明，北美以及东亚和东南亚的甲基苯丙胺使用增多，来自后一个次区域国家的趋势定性信息和有限数据表明，晶体甲基苯丙胺使用的增长尤甚。在全球苯丙胺类物质使用者估计人数中，超过三分之一居住在东亚和东南亚。

图七

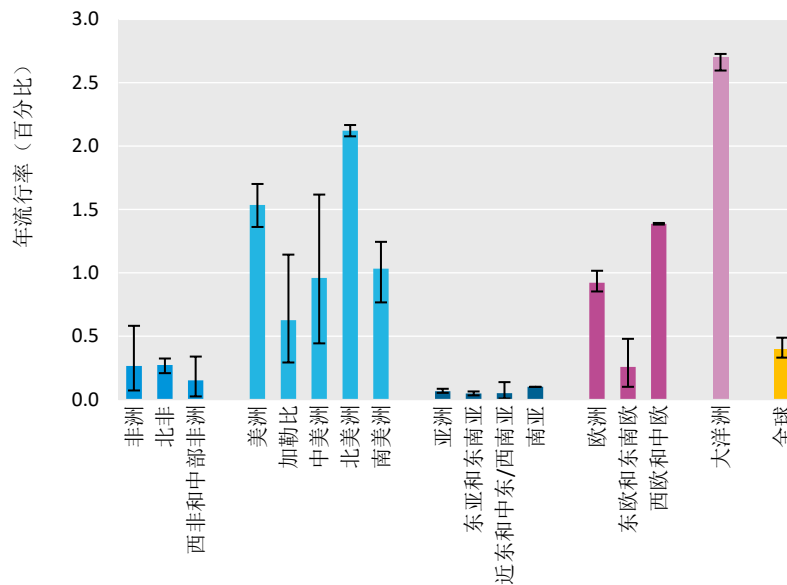
### 2019 年按区域分列的苯丙胺类物质使用情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

22. 在全球范围内，2019 年估计有 2,000 万人在前一年使用过可卡因，相当于全球 15-64 岁人口的 0.4%。前一年使用可卡因流行率相对较高的区域有大洋洲（2.7%，主要反映澳大利亚和新西兰的情况）、北美（2.1%）、西欧和中欧（1.4%）以及南美（1.0%）。

图八  
2019 年按区域分列的可卡因使用情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

23. 报告显示，2010 年之前，中美洲、南美洲和欧洲的可卡因使用情况呈稳定趋势，而北美洲的可卡因使用减少。最近，西欧和中欧一些国家的污水分析和人口调查结果表明，该次区域的可卡因消费和使用流行率都在上升。在北美洲，过去几年美国的可卡因使用情况一直在基本稳定的趋势线附近波动。虽然南美洲报告的调查数据有限，但该次区域的一些国家近年来报告的可卡因使用趋势不一。与此同时，在亚洲和西非的部分地区，报告缉获的可卡因数量不断增加，这表明在以前使用量低的次区域，可卡因的使用可能增多，在富裕的城市人口中情况尤甚。

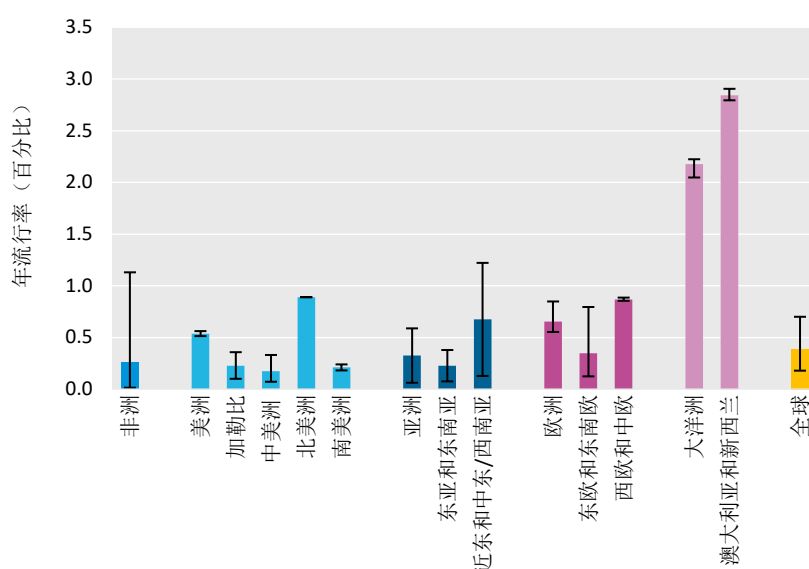
24. 据估计，2019 年全球近 2,000 万人在前一年使用过亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”），相当于全球 15-64 岁人口的 0.4%。前一年使用过该物质的流行率相对较高的地方有澳大利亚和新西兰（2.8%）、西欧和中欧（0.9%）以及北美（0.9%）。“摇头丸”主要在娱乐夜生活场合使用，较年轻人群的使用程度较高。<sup>3</sup>在 COVID-19 大流行期间，这些成熟市场上的“摇头丸”使用趋势可能已经逆转。

25. 虽然西欧和中欧国家最近的调查报告显示，“摇头丸”的使用总体趋势稳定，但市场上该物质的形态已变得多样化；高纯度粉末和晶体状的“摇头丸”已经越来越容易获得，目前在已有的“摇头丸”市场上很常见，高 MDMA 含量的片剂也是如此。

<sup>3</sup> 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《监测欧洲各地娱乐场所的毒品使用情况：概念上的挑战和方法上的创新》，技术报告（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2018 年）。

图九

## 2019 年按区域分列的和特定次区域的“摇头丸”使用情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

26. 新型精神活性物质的市场在 2009 年至 2015 年期间迅速扩大，此后每年在全球范围内查明的这类不同物质的数量持稳。2019 年会员国查明并报告了 541 种不同的新型精神活性物质，但实际上其中许多物质在前几年就已进入全球市场，2019 年全球层面首次查明的物质只有 71 种，低于 2013 年的峰值 163 种。

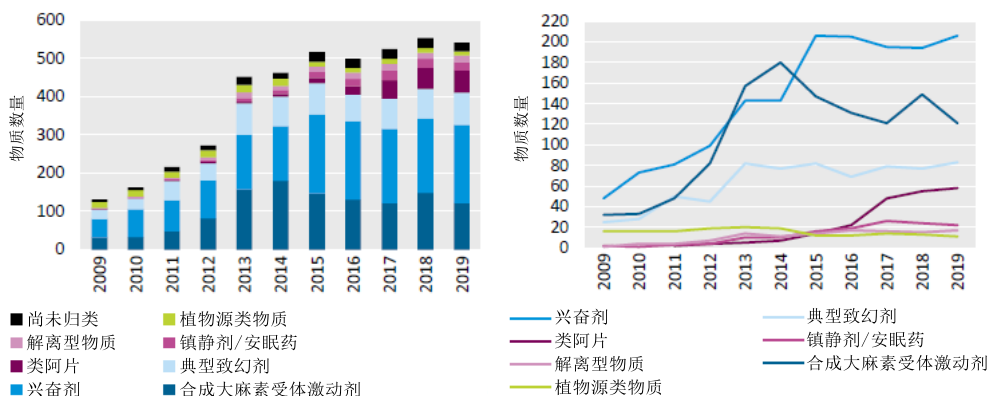
27. 查明和报告的大多数新型精神活性物质仍是兴奋剂，其次是合成大麻素受体激动剂，同时越来越多的新型精神活性物质属于类阿片（芬太尼类似物或研究用类阿片）。此类物质的市场变化迅速，应对此类物质出现和扩散的政策和方案继续受到挑战，使用新型精神活性物质造成的健康后果对个人和普通人群都有影响。

28. 使用不同的新型精神活性物质所致危害在强度和构成健康影响的后果上各有区别，具体取决于与物质的类别和组别、化学结构和使用者群体有关的不同因素。但在人群层面，除了一些具有类阿片效用的新型精神活性物质以外，大多数新型精神活性物质造成的急性效应或伤害程度似乎远低于受管制药物。此外，不同的新型精神活性物质似乎没有建立起可能对全球公共卫生构成威胁的大规模市场。但也观察到了新型精神活性物质的某些使用模式，特别是无家可归者、服刑人员或缓刑人员等边缘化、弱势和社会境遇不利群体使用合成大麻素受体激动剂的模式。<sup>4</sup>此外，注射使用具有兴奋作用的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行为。

<sup>4</sup> 《2021 年世界毒品问题报告》，第二分册《全球概况：毒品需求和毒品供应》（联合国出版物，2021 年）。

图十

## 2009-2019 年会员国查明的新型精神活性物质，按效应类别分列



资料来源：毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警信息库，2020 年。

## B. 吸毒的后果

29. 使用毒品的不利健康后果可能包括一系列恶果，例如吸毒病症、精神病症、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。类阿片使用病症和注射吸毒对健康造成的危害最大，因为会有过量使用的风险和不安全注射行为导致感染艾滋病毒或丙型肝炎的风险。

30. 近几十年来，对吸毒病症患者同时罹患精神病症的认识程度一直在提高。虽然吸毒病症通常与其他精神疾病一起发生，但往往不清楚是其一引发了另一种疾病，还是共同的潜在风险因素导致了这两种病症。<sup>5</sup>吸毒病症和精神病症的共生之所以具有相关性，不仅是因为共病的患病率很高，也是因为控制难度很大，特别是考虑到很多国家没有将戒毒治疗和精神卫生服务相结合，难度更大。<sup>6,7</sup>据报告，与没有共生精神病症的人员相比，同时患有吸毒病症和精神病症的人员治疗成功率较低，因精神病症住院治疗的比率较高，自杀率较高。<sup>8,9</sup>

### 1. 接受戒毒治疗的吸毒病症患者

31. 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药物依赖造成的代价。<sup>10</sup>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

<sup>5</sup> 世卫组织与联合国毒品和犯罪问题办公室（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；维也纳，2020 年）。

<sup>6</sup> 同上。

<sup>7</sup> A. Thomas McLellan 等著，“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 4 月），第 447-458 页。

<sup>8</sup> Michael Gossop 等著，“国家治疗结果研究（NTORS）：4-5 年的随访结果”，《成瘾》，第 98 卷，第 3 期（2003 年 4 月），第 291-303 页。

<sup>9</sup> Marta Torrens、Joan-Ignasi Mestre-Pintó 和 Antònia Domingo-Salvany，《欧洲吸毒和精神病症共病》，欧洲毒品和毒瘾监测中心《洞见丛书》第 19 期（卢森堡，欧洲联盟出版物办公室，2015 年）。

<sup>10</sup> 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》。

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。<sup>11</sup>然而，许多国家在国家能力方面和在公共保健系统内提供循证戒毒治疗服务方面仍然存在重大不足。对吸毒病症患者来说，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获得戒毒治疗。此外，虽然三分之一的吸毒者是女性，但她们仍然只占接受治疗者的五分之一。

32. 在欧洲（特别是东欧和东南欧）、北美和亚洲，接受治疗者的主要致病毒品类型仍是类阿片。在欧洲，2019 年接受戒毒专门治疗的主要原因是使用类阿片（主要是海洛因）；类阿片在西欧和中欧的收治病例中占 40%，在东欧和东南欧的收治病例中占 74%。在大多数区域，接受类阿片使用病症治疗的人群年龄（35 岁上下）往往大于接受大多数其他戒毒治疗的人群，其中四分之一到三分之一是首次接受治疗。<sup>12</sup>

33. 虽然 2010 年至 2014 年期间，在除非洲外的其他所有区域，因将大麻作为主要毒品使用而接受治疗的人员在收治总人数中的占比提高，但自 2014 年以来，各次区域的趋势存在区别。然而，2019 年在非洲、大洋洲（主要是澳大利亚和新西兰）和拉丁美洲因吸毒病症接受治疗的人员中，有近一半是因使用大麻作为主要毒品而接受治疗。

34. 因大麻使用病症接受治疗的人数增加可能受到了一些因素的影响，包括切实需要治疗的人数的变化、治疗转介制度的变化、对大麻使用病症相关潜在问题的认识的变化以及此类病症治疗服务的提供和获取的变化。

35. 苯丙胺类物质戒断治疗在亚洲（主要是甲基苯丙胺戒断治疗）、大洋洲（根据澳大利亚和新西兰的数据，是甲基苯丙胺戒断治疗）和北美比其他地方更为普遍，在上述区域和次区域，接受治疗者中有超过四分之一的人因苯丙胺使用病症接受治疗。在东亚和东南亚的许多国家，因使用甲基苯丙胺而接受治疗的人数占接受戒毒治疗人数的四分之三以上。一般来说，接受戒毒治疗的苯丙胺使用病症患者往往比因使用类阿片或可卡因而接受治疗的人员更年轻，年龄在 25 岁上下，而且大部分是首次接受治疗。

36. 为可卡因使用病症患者提供治疗的情况多见于美洲，特别是拉丁美洲和加勒比。与其他次区域一样，在拉丁美洲，因可卡因使用病症接受治疗的人员往往在 35 岁左右，其中 30%至 40%是首次接受治疗。<sup>13</sup>

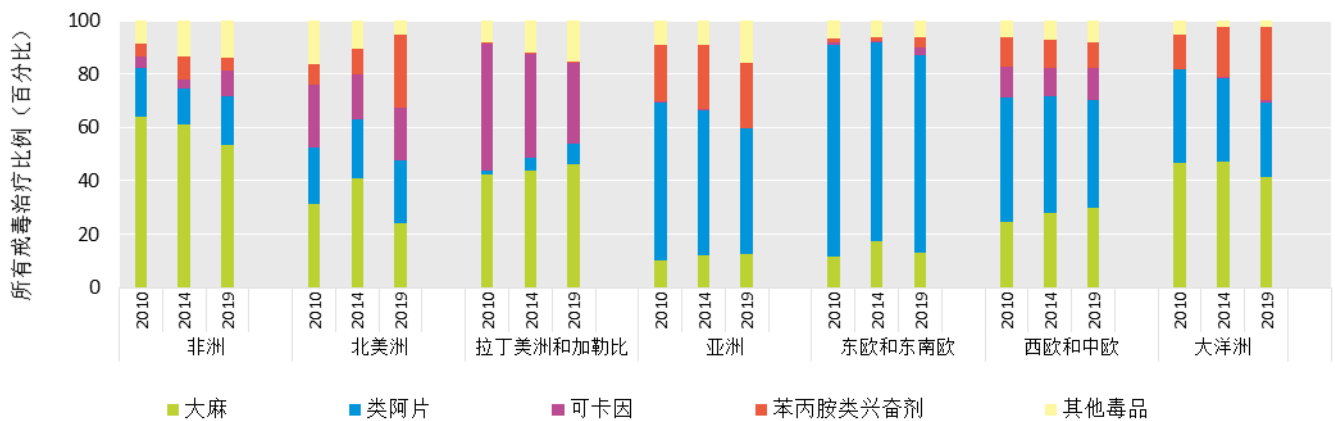
<sup>11</sup> 同上。

<sup>12</sup> 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。根据对各国报告的 2015-2019 年期间提供戒毒治疗相关数据的分析。

<sup>13</sup> 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。根据对各国报告的 2015-2019 年期间提供戒毒治疗相关数据的分析。

图十一

2010年、2014年和2019年戒毒收治病例中主要致病毒品的趋势，按区域分列



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

## 2. 注射吸毒者

37. 注射吸毒者构成了一个特别脆弱的群体，注射吸毒行为可能会给他们造成多种不良健康后果。这一群体通过共用受污染的针头和注射器而感染艾滋病毒和丙型肝炎等危及生命的传染病的风险增加，而且致命性和非致命性过量使用的风险也很高。<sup>14,15</sup>

38. 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（艾滋病署）和世界银行联合估计，2019年全世界注射吸毒人数为1,120万人（区间：890万至1,420万），相当于15-64岁人口的0.22%（区间：0.18%至0.28%）。这一估计数是基于122个国家报告的注射吸毒数据，涵盖了全球15-64岁人口的90%。

39. 注射吸毒在东欧、中亚和外高加索以及北美仍然非常普遍，比例分别是全球平均水平的5.7倍、2.8倍和2.5倍。

40. 注射吸毒者艾滋病毒感染率和丙型肝炎患病率特别高，注射吸毒是助长全球丙型肝炎流行的一项主要因素。世卫组织估计，2015年全球170万例新发丙型肝炎感染中，近四分之一（23%）是由注射吸毒造成。<sup>16</sup>此外，艾滋病署估计，2019年，在全球新增成年人艾滋病毒感染者中，注射吸毒者约占十分之一。

41. 据估计，2019年注射吸毒者感染艾滋病毒的风险是非注射吸毒者的29倍。此外，在东欧和中亚以及中东和北非，注射吸毒者几乎占新增成年人艾滋病毒

<sup>14</sup> Bradley M. Mathers 等著，“注射吸毒者死亡率：系统评价与整合分析”，《世界卫生组织月报》，第91卷，第2期（2013年2月），第102-123页。

<sup>15</sup> Samantha Colledge 等著，“注射吸毒者非致命性过量使用的流行率：多阶段系统评价与整合分析”，《国际禁毒政策期刊》，第73卷（2019年），第172-184页。

<sup>16</sup> 世卫组织，《2017年全球肝炎报告》（日内瓦，2017年）。

感染者的一半，分别为 48% 和 43%。<sup>17</sup>重要的一点是，在撒哈拉以南非洲以外的地区，注射吸毒者及其性伴侣估计约占所有新增艾滋病毒感染者的四分之一。<sup>18</sup>

42. 毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、艾滋病署和世界银行联合估计，2019 年全球注射吸毒者艾滋病毒感染率为 12.6%，相当于 140 万注射吸毒者感染艾滋病毒。这一估计数是基于 121 个国家报告的注射吸毒者艾滋病毒感染率数据，涵盖全球注射吸毒者估计人数的 96%。

43. 据估计，西南亚和东欧的注射吸毒者艾滋病毒感染率最高，比例分别是全球平均水平的 2.3 倍和 2.1 倍。就全世界感染艾滋病毒的注射吸毒者的实际人数而言，大多数居住在东欧（32%）、东亚和东南亚（20%）以及西南亚（15%）。在东亚和东南亚，注射吸毒者的注射吸毒行为流行率和艾滋病毒感染率均低于全球平均水平。

### 3. 注射吸毒者感染艾滋病毒和丙型肝炎情况

44. 如上所述，注射吸毒是造成全世界丙型肝炎流行的一个主要原因。基于数据模型的预测表明，如果消除通过注射吸毒传播的风险，全球多达五分之二（或大约 43%）的新发丙型肝炎感染可以预防。<sup>19</sup>

45. 注射吸毒者丙型肝炎患病率是普通人群丙型肝炎患病率的 37.2 倍。这种差异在东亚和东南亚、西欧和中欧以及加勒比地区更为显著。虽然在全球 7,100 万丙型肝炎患者中，当前有注射吸毒行为的人员估计占 5.5%（区间：2.7%至 12.1%），但在生命某个阶段有过注射吸毒史的丙型肝炎患者的比例要大得多。<sup>20</sup>

46. 据毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、艾滋病署和世界银行联合估计，2019 年全世界注射吸毒者丙型肝炎患病率为 50.2%，相当于估计有 560 万注射吸毒者患有丙型肝炎。这一估计数基于 108 个国家报告的注射吸毒者丙型肝炎患病率的信息，涵盖全球估计注射吸毒人数的 94%。

47. 全世界患有丙型肝炎的注射吸毒者超过三分之一（35%）居住在东亚和东南亚，该次区域的注射吸毒者人数最多，这一群体的丙型肝炎发病率也很高。

48. 在感染艾滋病毒的注射吸毒者中，估计有 82%（即 120 万人）同时患有丙型肝炎。相比之下，在感染艾滋病毒的普通人群中，估计有 2.4% 同时患有丙型肝炎。对感染艾滋病毒的人员而言，其丙型肝炎病情恶化的速度更快，而丙型肝炎合并感染可能会使艾滋病毒治疗变得更为复杂。<sup>21</sup>

<sup>17</sup> 艾滋病署，《2020 年全球艾滋病最新情况报告：抓住时机——解决根深蒂固的不平等以终结流行疫情》（日内瓦，2020 年）。

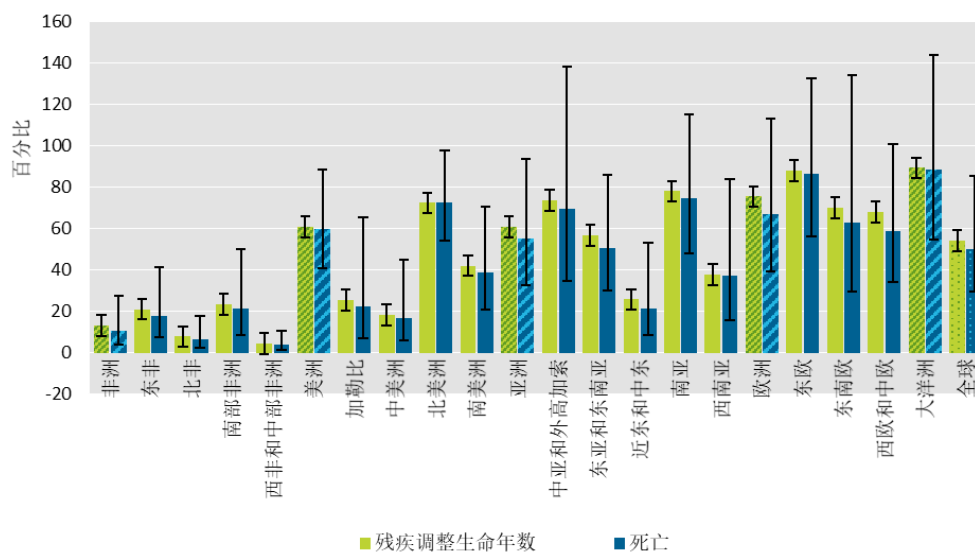
<sup>18</sup> 艾滋病署，《健康、权利和毒品：减少伤害、非刑事化和对吸毒者零歧视》（日内瓦，2019 年）。

<sup>19</sup> Adam Trickey 等著，“注射吸毒对全球、区域和国家层面丙型肝炎病毒传播的作用：模型研究”，《柳叶刀—胃肠病学和肝脏病学》，第 4 卷，第 6 期（2019 年 6 月），第 435-444 页。

<sup>20</sup> CDA 基金会，北极星观测倡议，2017 年病毒性丙型肝炎感染情况。可查阅 <https://cdfound.org/polaris/>。

<sup>21</sup> Lucy Platt 等著，“艾滋病毒感染者丙型肝炎病毒合并感染的患病率和负担：全球系统性评估和整合分析”，《柳叶刀传染病》，第 16 卷，第 7 期（2016 年 7 月），第 797-808 页。

图十二  
2019 年与吸毒所致丙型肝炎有关的死亡和残疾调整生命年数



资料来源：世卫组织全球艾滋病毒、肝炎和性传播疾病规划司，基于健康指标和评估研究所的数据，“2019 年全球疾病负担研究数据资源：全球疾病负担结果工具”。

注：图中估计数的上下限计算如下：下限=“吸毒所致残疾调整生命年数的低值”除以“总残疾调整生命年数的高值”；上限=“吸毒所致残疾调整生命年数的高值”除以“总残疾调整生命年数的低值”。

49. 毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、艾滋病署和世界银行对 2019 年全球注射吸毒者乙型肝炎患病率的联合估计数是 8.7%；换言之，估计全世界有 97 万注射吸毒者患有活跃性乙型肝炎。这一估计数字依据了 94 个国家报告的注射吸毒者乙型肝炎患病率信息，覆盖全球注射吸毒者估计人数的 71%。

#### 4. 残疾调整生命年数和与毒品有关的死亡

50. 与毒品有关的死亡包括直接由吸毒病症（主要是吸毒过量）造成的死亡，以及由其他风险因素造成的死亡，例如吸毒者感染艾滋病毒和罹患艾滋病、结核病、丙型肝炎和肝癌或肝硬化。

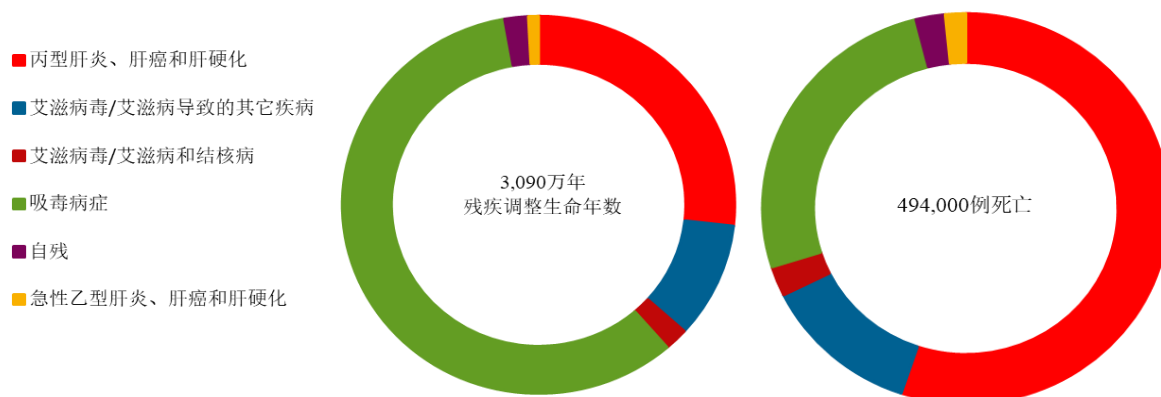
51. 全球疾病负担研究估计，2019 年因吸毒丧失了 3,090 万年的健康生命年数，其中超过半数是由吸毒病症造成。据估计，2019 年全球有 494,000 例死亡由吸毒导致；其中一半以上的死亡是因为吸毒者或注射吸毒者罹患肝癌、肝硬化或其他慢性肝病，而四分之一的死亡则直接由吸毒病症造成（128,000 例死亡），其中 69% 归因于类阿片使用病症（88,300 例死亡）。



图十三

## 2019年吸毒所致残疾调整生命年数和死亡的主要归因

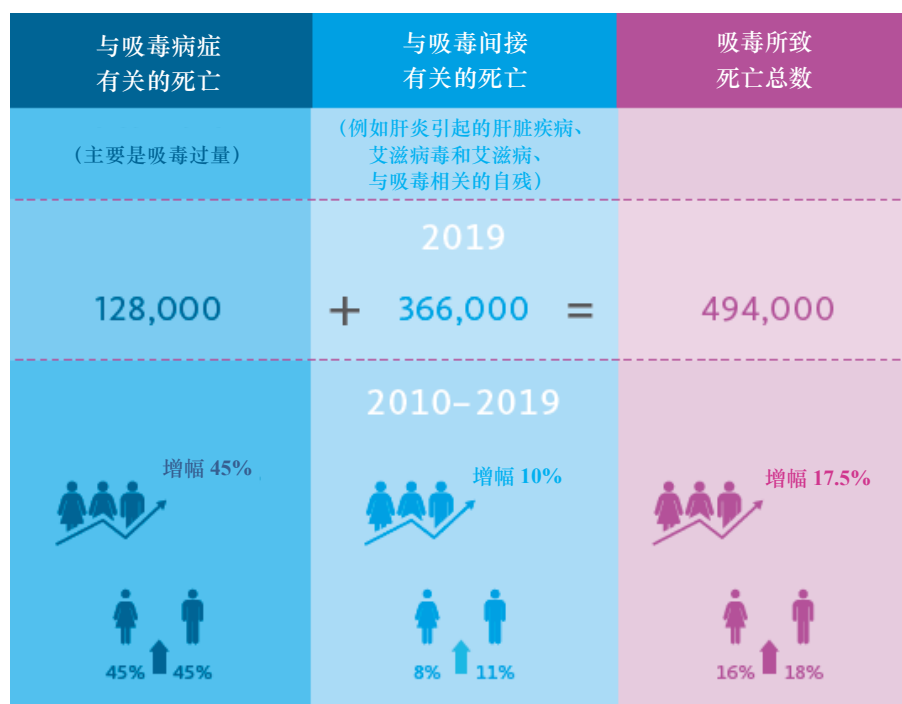
大多数吸毒所致过早死亡和残疾调整生命年数是由丙型肝炎和类阿片使用病症造成



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，基于《2019年全球疾病负担研究》的数据。

图十四

## 2010-2019年与毒品有关的死亡趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，基于《2019年全球疾病负担研究》的数据。

### 三. COVID-19 对吸毒的影响

52. 为遏制 COVID-19 蔓延实施的封锁和其他行动限制，加上随之而来的失业、压力、保持人身距离和相关的隔离与烦闷，以及某些物质的供应发生变化，促使世界各地的吸毒行为发生了一些变化，在这一大流行病的第一阶段尤其如此。但证据仍然不成体系，此类变化尚未转化为此次大流行病期间全球吸毒流行情况的可衡量变化。

53. 然而，不同国家似乎出现了一些共同的趋势：大麻消费增加，但尚不清楚这反映的是吸毒行为的流行率还是频率，还是两者兼而有之；医用药品的非医疗使用增加，如曲马多、苯二氮草类药物和巴比妥类药物；主要在社交或娱乐场所和环境下消费的毒品的使用减少，例如可卡因，或“摇头丸”等“聚会毒品”，主要原因是封锁措施广泛实施以及娱乐和夜生活场所关闭。对于使用其他毒品的人员来说，使用模式似乎没有实质性的变化，但现有信息仍然过于有限，无法得出明确的结论。<sup>22</sup>

54. 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，也导致吸毒模式出现了一些转变和调整。一些人减少了消费，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，在使用海洛因的人员中这种情况尤甚，例如使用掺有芬太尼或其他物质的海洛因，或开始注射吸毒。

55. 在某些情况下，在大流行病期间吸毒者的健康风险加剧。例如，北美的吸毒过量致死病例数量一直很高，而在 2021 年进一步增加。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病例有所增加，因为在类阿片替代治疗变得较少时，依靠这种治疗的人员转而使用了其他物质。<sup>23</sup>

56. 来自 77 个国家的专家（主要是成瘾医学专家）<sup>24</sup> 2020 年 4 月和 5 月参加的一项关于酒精和药物使用变化的全球调查<sup>25</sup>显示，在 COVID-19 大流行的早期阶段，药物使用总体情况发生了明显变化，尽管不同国家和不同物质的变化情况各不相同。例如，来自大多数接受调查的国家的专家报告说，酒精的使用和镇静剂（苯二氮草类药物和巴比妥类药物）及医药类阿片的非医疗使用有所增加。也经常报告大麻的使用增加，但成瘾医学专业人员报告的其他物质的使用趋势则更不一致。

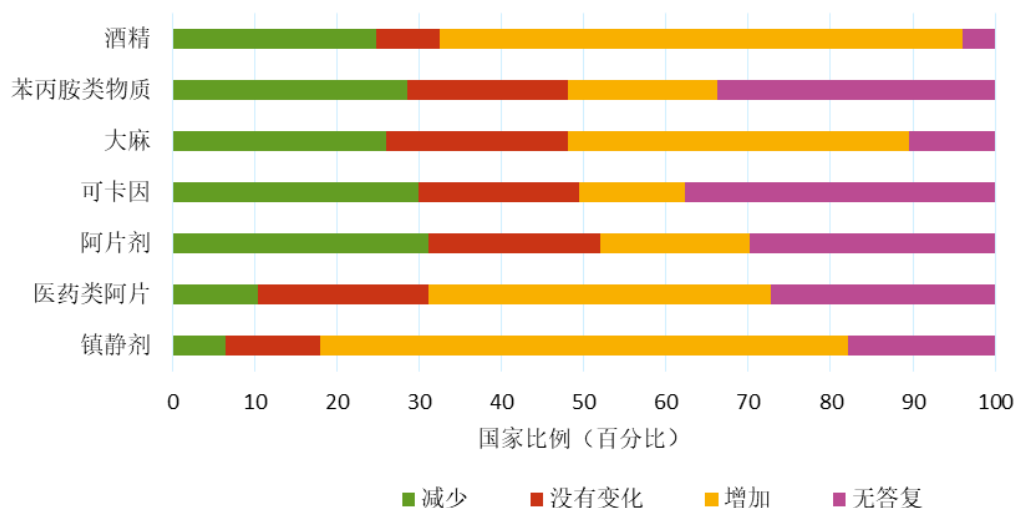
<sup>22</sup> 《2021 年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2021 年）。

<sup>23</sup> 毒品和犯罪问题办公室外地办事处根据在西非和中部非洲收集的定性和定量信息进行的评估。

<sup>24</sup> 参加调查的成瘾医学专业人员人数每个国家 1-13 人不等。

<sup>25</sup> Ali Farhoudian 等著，“关于 2020 年 COVID-19 大流行期间非法药物和酒精的供应、价格和使用以及相关并发症变化的全球调查”，《精神病学前沿》，第 12 卷（2021 年）。

图十五  
2020年4月和5月各国成瘾医学专业人员报告的 COVID-19 大流行早期阶段的  
药物使用趋势，按物质分列



资料来源：Ali Farhoudian 等著，“关于 2020 年 COVID-19 大流行期间非法药物和酒精的供应、价格和使用以及相关并发症变化的全球调查”，《精神病学前沿》，第 12 卷（2021 年）。

注：数据以所有区域 77 个国家的专家的答复为基础。调查要求受访者报告本国酒精、苯丙胺类物质、大麻、可卡因、阿片剂、医药类阿片和镇静催眠剂使用情况的变化，答复选项如下：“增加”、“减少”、“没有变化”、“我不知道”和“使用者人数非常少/没有”。国家数据趋势的计算方法是取每个国家所有受访者答复的平均数。“无答复”这一类别反映了以下答复：受访者表示缺少信息或不愿意回答相关问题。

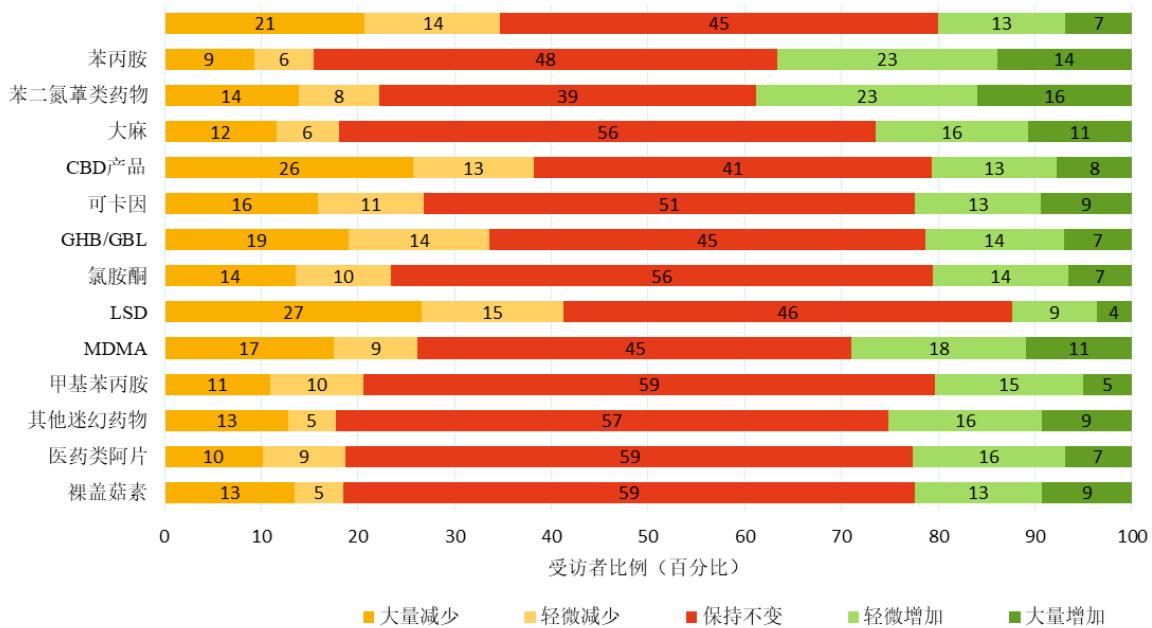
57. 全球毒品调查<sup>26</sup>报告了类似的结果，这是一项有 55,000 人参加的在线调查，参与者大部分来自西欧、美洲以及澳大利亚和新西兰。调查显示，在大流行病期间，大麻和苯二氮草类药物的使用频率增加，“摇头丸”和可卡因的使用频率减少；其他毒品的使用模式不太清楚。但是应当指出一点，与 COVID-19 大流行爆发之前的时期相比，许多受访者（根据物质种类的不同，比例在 39%至 59%之间）的使用频率没有变化。<sup>27</sup>

<sup>26</sup> 《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）。

<sup>27</sup> 《全球毒品调查》，“全球毒品调查 COVID-19 特别发行本”。

图十六

2020年5月和6月，报告最近使用过毒品的人员的吸毒频率全球趋势，与 COVID-19 大流行爆发前相比



资料来源：《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8月。

注：数据是基于对 55,000 名最近使用过酒精或毒品并且能够上网的受访者进行的调查。没有显示全球样本量少于 500 的毒品类型。

缩略语：CBD，大麻二酚；GHB， $\gamma$ -羟基丁酸；GBL， $\gamma$ -丁内酯；LSD，麦角乙二胺；MDMA，亚甲二氧基甲基苯丙胺。

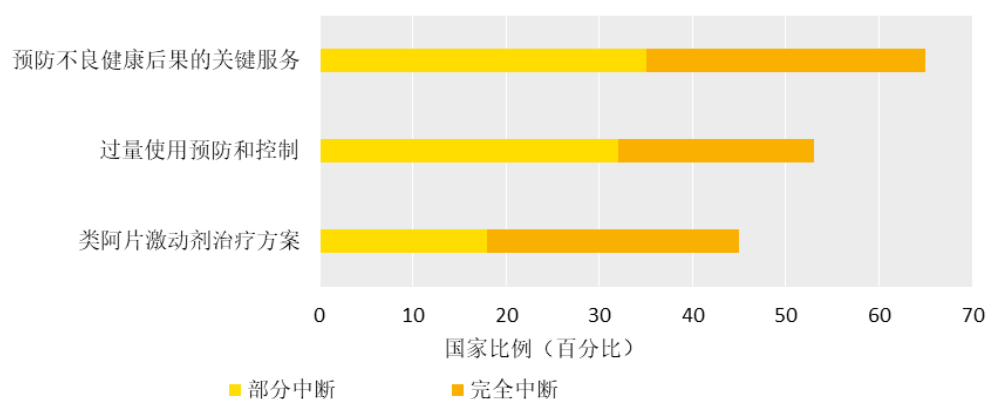
58. COVID-19 大流行和为遏制病毒传播而实行的流动限制措施对所有区域的吸毒者获得服务的机会造成了限制。相关限制措施干扰了（至少部分干扰了）吸毒病症治疗、吸毒不良健康后果预防以及艾滋病毒、丙型肝炎和结核病等共病治疗。

59. 无法获得戒毒治疗服务是接受类阿片激动剂维持治疗的病人特别关切的问题，他们需要每天获得药物治疗；中断用药会增加复发、过量使用或死亡的风险。在一些国家，获得戒毒治疗服务的机会一直有限，而在最初封锁期间，这一问题又受到阿片剂供应中断的影响。由于经常使用类阿片的人无法控制自身的药物使用依赖性，各区域多国的服务机构都观察到戒断症状增加并由此对类阿片使用病症治疗的需求增加的现象，包括类阿片激动剂治疗。

60. 2020年6月至8月期间，对 COVID-19 大流行早期阶段的精神健康和神经病症及物质使用病症的服务提供情况进行了一次快速全球评估，<sup>28</sup>结果显示，在 65% 的报告国中，预防吸毒病症患者不良健康后果的关键服务部分或完全中断；45% 的国家对类阿片使用病症提供的类阿片激动剂治疗服务，以及 53% 的国家提供的过量使用预防和控制方案均是同样的情况。

<sup>28</sup> 世界卫生组织，《COVID-19 对精神、神经和物质使用服务的影响：快速评估结果》（日内瓦，2020年）。

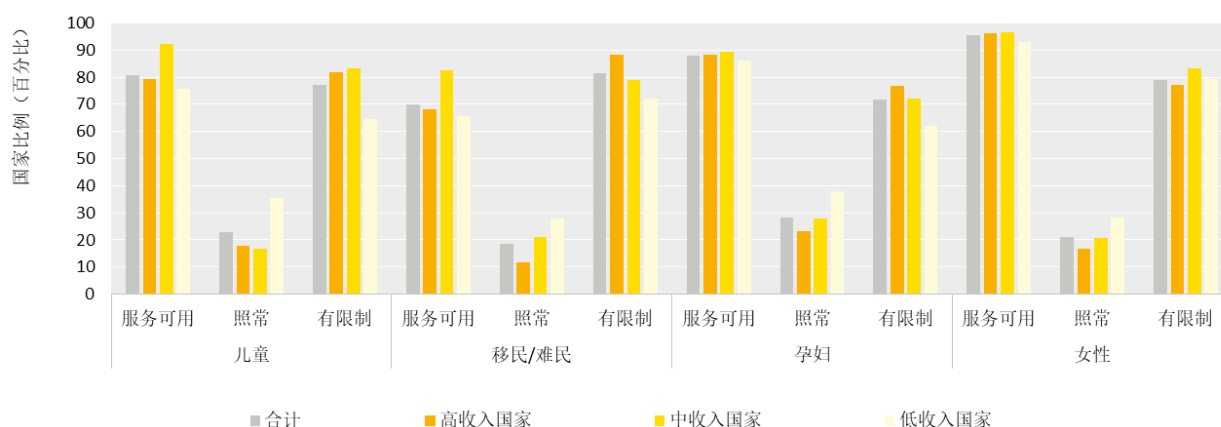
图十七  
物质使用病症服务在 COVID-19 大流行早期阶段的中断情况



资料来源：世卫组织，《COVID-19 对精神、神经和物质使用服务的影响：快速评估结果》（日内瓦，2020 年），第 14 页。

注：基于来自 130 个国家的数据。数据在 2020 年 6 月至 8 月期间收集完成。服务部分中断是指无法为 5% 至 50% 的患者提供正常服务；服务完全中断是指无法为 50% 以上的患者提供正常服务。

图十八  
2020 年 COVID-19 大流行初期面向特定人群的戒毒治疗服务的可用情况



资料来源：Seyed Ramin Radfar 等著，“COVID-19 大流行期间物质使用治疗和危害减少服务的重整：全球调查”，《精神病学前沿》，第 12 卷（2021 年）。

注：数据基于所有区域 77 个国家的专家提供的答复。在计算答复平均数时，没有考虑每个国家的答复人数。

61. 为了克服 COVID-19 危机对吸毒者可用服务及其获得服务的机会造成的限制，许多国家制定了创新办法，以便确保吸毒者持续得到治疗和护理，其中包括以下做法：(a)修改关于戒毒治疗的国家法规和准则；(b)增加远程医疗的使用，提高戒毒治疗计划的灵活性，例如在类阿片激动剂治疗药物的发放模式方面采取上述做法；以及(c)尽管行动受限和社交接触减少，但通过新方式提供针头和注射器以及供应纳洛酮。这些办法的有效性仍有待评估。

#### 四. 结论和建议

62. 在不同区域，都有越来越多的证据表明医药类阿片被用于非医疗用途，有鉴于此，必须分析其非医疗用途的出现及后果。为了在便利有需要的人获得止痛药的同时防止此类药物被转移和滥用，各国不妨考虑制定疼痛管理准则，建立预警体系，并加强循证预防系统，以便对于在发育适宜的年龄培养决策等技能加强传达始终如一的信息。
63. 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《吸毒病症治疗国际标准》，提高预防吸毒和治疗吸毒病症干预措施的便利性、可获性、覆盖面和质量。
64. 此外，为确保应对措施平衡公正，建议加强预防应对措施，其形式是对普通人群以外的高危人群采取的选择性干预措施，还建议在社区层面和面向特别弱势群体加强治疗应对措施，此类群体包括被刑事司法系统查办的人员、服刑人员和处于人道主义环境的人员。
65. 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，有必要支持根据吸毒情况流行病学指标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），了解吸毒模式和趋势以及与人们行为的关联，并预测健康结果。
66. 加强和扩大全球科学证据基础还需要投入资源监测和评估吸毒预防和治疗战略的过程、结果和影响，以便确保有效性，并将负面结果的风险降至最低。
67. 监测毒品形势需要特别注意的一些指标有：在资源有限的国家制定和实施创新和成本效益高的方法，用以估计普通人群和包括注射吸毒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范围；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。