序言

目前毒品和毒品市场规模不断扩大，其繁杂多样程度亦为前所未见。今年的《世界毒品问题报告》中列述的各项主要调研结果清晰表明，国际社会需要为应对这些挑战进一步加强其应对措施。

如今我们面对的毒品市场是潜在的供应侧驱动市场，其中鸦片和可卡因产量已到达创纪录水平。对可卡因和苯丙胺的市场需求也逐步从其传统区域蔓延扩张到其他新区域。尽管利用暗网进行的网上贩毒虽然仍仅占整个毒品贩运活动的一小部分，而且不少相关的热门交易平台已被成功查封，但其迅猛增长势头却至今不减。

在世界不少地区，非医疗用途使用处方药现象非常普遍。北美地区出现的类阿片滥用危机已引起各方应有的关注，国际社会也已对此采取了行动。2018年3月间，麻醉药品委员会把六种芬太尼类似物列入了管制清单，其中包括导致死亡人数增加的卡芬太尼。委员会此前已在其2017年的第六十届会议上决定把芬太尼和一种类似物的制作中使用的两种前体化学品置于国际管制之下。

然而，今年的《世界毒品问题报告》表明,目前披露出来的问题只是冰山一角。我们需要引起各方对曲马朵成瘾问题的警觉，因为非洲许多地区滥用这一药物的情况出现大幅增加。此种类阿片止痛药物的非医疗用途使用情况在亚洲也呈上升趋势，但目前却尚未被置于国际管制之下。那些高危人口由此而受到的影响正在引起严重关注，而且也对本已不堪负荷的各国卫生保健系统平添了新的压力。

与此同时，有更多的新型精神活性物质正在合成制作之中，而且也比以往任何时候都更容易获得。为此，与之相关的伤害和死亡报告也越来越多。

戒毒治疗及各类相关医疗服务仍然十分匮乏：目前正在接受治疗的毒疾患者人数依然很少，但每六名患者中只有一名能够得到治疗。2015年全世界吸毒致死人数约为450,000，其中167,750人为罹患吸毒疾患者，而后一类疾患者大都涉及类阿片。

所有这些都对人类健康和福祉、对安保和安全及可持续发展构成了威胁，因此亟需我们作出紧急应对。

2016年关于世界毒品问题的大会特别会议产生的成果文件中提出了100多项针对毒品供需两方面的、促进采用循证型预防、护理和其他措施的建议。

我们需要为推进这一共识采取更多的行动，向那些最需要的国家提供更多的支持，增进国际合作和执法能力，以捣毁有组织犯罪集团和取缔贩毒活动。

联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）继续与联合国各合作伙伴密切配合，协助各国依照各项国际毒品管制公约、人权文书以及《2030年可持续发展议程》，执行大会特别会议成果文件中所载列的各项建议。

我们正在与世界卫生组织密切合作，共同支持《关于预防吸毒的国际标准》、关于治疗吸毒疾患患者的国际标准、以及关于与刑事司法系统有交集的吸毒疾患患者的治疗和护理指南。

《2018年世界毒品问题报告》突出强调了对性别和年龄具有敏感性的毒品应对政策，探讨了妇女和青少年的特别需要和挑战。此外，报告中还审视了老年群体中吸毒行为有所增加的情况，并表明需要针对这一新状况提供特别的治疗和护理。

毒品和犯罪问题办公室目前正在实地作出努力，大力推进采用平衡的和全面的解决办法。毒罪办公室进一步增强了其对阿富汗及其周边区域的综合支持力度，以应对创纪录的大规模鸦片剂生产以及由此而引发的各种安保风险。如今我们正在设法提供替代古柯种植的合法生计发展途径，以此支持哥伦比亚政府与哥伦比亚革命武装力量之间的和平进程。

此外，毒罪办公室还继续支持努力增进用于医疗和科学用途的受控物质的供应，但同时需要防止其被滥用和挪用——我们只有成功应对这一重大挑战，才能帮助非洲及其他区

域切实应对曲马朵毒品危机。

明年麻醉药品委员会将主持召开《关于开展国际合作以综合和平衡战略应对世界毒品问题的2009年政治宣言和行动计划》的2019年目标日期的高级别部长级会议。与之相关的筹备工作目前正在进行之中。我谨此促请国际社会利用这一契机增强彼此之间的合作并共同商定有效的解决办法。

联合国毒品和犯罪问题办公室

执行主任

尤里 · 费多托夫

目录

BOOKLET 1 **EXECUTIVE SUMMARY — CONCLUSIONS AND POLICY IMPLICATIONS**

BOOKLET 2 **GLOBAL OVERVIEW OF DRUG DEMAND AND SUPPLY**
Latest trends, cross-cutting issues

BOOKLET 3 **ANALYSIS OF DRUG MARKETS**
Opioids, cocaine, cannabis, synthetic drugs

序言 1
CONTENTS 3
解释性说明 5
导言 11
A. 类阿片 12
2017年全球罂粟种植面积增加了三分之一以上，而全球鸦片产量却增加了近三分之二 12
2016年阿片剂缉获量上升至创纪录水平，而且持续集中在亚洲 13
全球阿片剂市场卷土重来 17
阿片类药物的非医疗用途市场正在逐步扩大 20
B. 可卡因 27
继之前的下降趋势后，目前古柯树种植面积正在急剧扩大 27
2016年全球可卡因产量达创纪录水平 28
2016年可卡因缉获量最多的是美洲和西欧，但其他地区的缉获量正急剧上升 28
可卡因继续主要从南美洲贩运到北美洲以及西欧和中欧，
但贩运路线正逐步扩散到其他次区域 29
可卡因的使用仍然主要集中于美洲和欧洲，且呈上升趋势 30
C. 大麻市场 35
大麻生产继续影响全球所有区域 35
2016年全球大麻药草缉获量有所下降，但大麻脂缉获量却继续上升 35
大麻非医疗用途管制措施方面的动态 40
D. 合成毒品 49
苯丙胺类兴奋剂 49
新型精神活性物质 54
词汇表 63
区域分组 64

BOOKLET 4 **DRUGS AND AGE**
Drugs and associated issues among young people and older people

BOOKLET 5 **WOMEN AND DRUGS**
Drug use, drug supply and their consequences

致谢

《2018年世界毒品问题报告》系由联合国毒品和犯罪问题办公室政策分析和公共事务司研究和趋势分析处在政策分析和公共事务司司长Jean-Luc Lemahieu及研究和趋势分析处处长Angela Me的督导下编制

总体协调与内容综述
Chloé Carpentier
Angela Me

分析与起草
Conor Crean
Natascha Eichinger
Susan Ifeagwu
Sabrina Levissianos
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann
Martin Raithelhuber
Justice Tettey

数据管理与估算数编制
Enrico Bisogno
Coen Bussink
Hernan Epstein
Tun Nay Soe
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Antoine Vella

编辑
Jonathan Gibbons

图片设计和制作
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

协调
Francesca Massanello

数据支持
Diana Camerini
Chung Kai Chan
Sarika Dewan
Smriti Ganapathi

行政支持
Anja Held
Iulia Lazar

审查与评论
《2018年世界毒品问题报告》的编撰工作从毒品和犯罪问题办公室各司处同仁的专门知识和珍贵文稿中获益匪浅。

研究和趋势分析处谨此对“世界毒品问题报告科学咨询委员会”下列各位成员所提供的珍贵文稿和宝贵建议表示谢忱：

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter

悼念
Brice de Ruyver

解释性说明

地图所示边界和名称及所用称号并不代表联合国对其正式认可或接受。虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线，但双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。那些有争议的边界（中国/印度）因难以明确界定而采用网状线标示。

《世界毒品问题报告》所用名称和材料的编排方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区及其当局法律地位，或者对其疆域或边界划分表示任何意见。

国家和地区的名称系按收到相关数据时正式使用的名称编列。

《世界毒品问题报告》中所有提及科索沃之处均应按照安全理事会第1244(1999年)号决议理解。

由于“毒品使用”、“毒品误用”和“毒品滥用”之间的区别在科学和法律上均有模糊不清之处，因此《世界毒品问题报告》中使用“吸毒”和“毒品消费”等词语，而“误用”一词则仅用来指处方药的非医疗用途。

《世界毒品问题报告》中所用“毒品”一词均指受各项国际毒品管制公约管制的药物。

除非另有说明，《世界毒品问题报告》中所载全部分析均系基于各会员国通过年度报告调查表向联合国毒品和犯罪问题办公室提交的官方数据。

《世界毒品问题报告》中所用人口数据来源：《世界人口展望：2017年订正本》（联合国经济和社会事务部人口司编撰）。

除非另有说明，报告中的“元”均指美元。

除非另有说明，报告中的“吨”均指公吨。

本分册中使用了下列缩略语：

苯丙胺兴奋剂 (ATS)	苯丙胺类兴奋剂
毒品毒瘾监测中心 (EMCDDA)	欧洲毒品和毒瘾监测中心
欧盟执法局 (Europol)	欧洲联盟执法合作局
4-氟苯丙胺 (4-FA)	4-氟苯丙胺
甲基苯丙胺 (MDMA)	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
卡西酮 (3-MMC)	3-甲基甲卡西酮
新精活 (NPS)	新型精神活性物质
注射吸毒者 (PWID)	注射吸毒者
毒罪问题办公室 (UNODC)	联合国毒品和犯罪问题办公室
世卫组织 (WHO)	世界卫生组织
药物健康服务局 (SAMHSA)	药物滥用与精神健康服务管理局

主要发现

阿富汗罂粟种植驱动阿片剂产量达到创记录水平

2016-2017年期间，全球鸦片总产量大幅增加65%，高达10,500吨。这是毒品和犯罪问题办公室自21世纪初开始估算全球鸦片产量以来所记录到的最高估计数。

阿富汗的罂粟种植显著增加，罂粟产量随之逐步增大，致使该国鸦片产量于2017年达到9,000吨，比之前一年增加了87%。导致这一增长的因素包括该国政治不稳定、政府缺乏控制、以及农村社区谋生机会减少，从而使农村人口易受那些参与毒品交易的群体的影响。

阿富汗罂粟种植激增的结果是，自2016至2017年，全世界罂粟种植总面积增加了37%，达到近420,000公顷，其中75%以上位于阿富汗境内。

2015至2016年期间，阿片剂的缉获总量增加了近50%。2016年间，全球海洛因缉获总量达到创纪录的91吨。大多数鸦片制剂均系在阿富汗制造业中心附近被缉获。

从多层面展现的全球类阿片危机正在逐步形成

非医疗用途使用阿片类药物的情况日益引起执法机构和公共卫生专业人员的关注。阿片类药物在不同地区滥用的情况彼此不尽相同。在北美，非法来源的芬太尼与海洛因或其他毒品混合在一起使用，导致了前所未有的使用过量死亡。在欧洲，引发主要关注的阿片类药物仍然是海洛因，但也有报告称，发现有美沙酮、丁丙诺啡和芬太尼被用于非医疗用途。在西非和北非以及近东和中东国家，不受国际管制的阿片类药物曲马朵被用于非医疗用途的情况正在引起人们的关注。

曲马朵的非医疗用途和贩运正逐步成为非洲部分地区的主要毒品威胁

目前全球阿片类药物缉获量的重点集中在西非、中非和北非国家——这些国家占2016年全球缉获总量的87%。此前占全球缉获量一半以上的亚洲国家所报告的2016年缉获量仅占全球总量的7%。

非洲阿片类药物缉获量的增加主要是由于曲马朵在世界范围内的流行。曲马朵是一种用于治疗中度和中度至重度疼痛的阿片类药物，被广泛贩运用于非洲区域的非医疗用途。曲马朵被走私到西非、中非和北非的各种市场，其中一些被贩运到近东和中东国家。这些次区域的国家报告说，曲马朵的非医疗用途迅速扩大，特别是在一些弱势人群中。目前此种药物尚未受到国际管制，一些娱乐业的客户认为它可用来增强能量和改善情绪。然而，曲马朵可产生身体依赖性——世卫组织的研究表明，如果每天服用超过几个星期，这种依赖性就会产生。

虽然有些曲马朵是从合法渠道被转用他途，但2012-2016年期间全球缉获的大部分曲马朵似乎都源自亚洲的秘密加工点。

阿片类药物在北美被广泛用于非医疗用途

2015-2016年期间，美国的预期寿命连续两年出现下降，这是半个世纪以来的第一次。一个关键促成因素是意外伤害的增加，其中包括吸毒过量死亡。

2016年美国有63,632人死于吸毒过量，这是有史以来的最高数字，比前一年增加了21%。这主要是由于与药物类阿片有关的死亡人数增加，包括芬太尼和芬太尼类似物。这类阿片类药物(不包括美沙酮)在该国造成19,413人死亡，是2015年死亡人数的两倍多。有证据表明，加拿大也受到影响。该国2016年发生了大量涉及芬太尼及其类似物的过量使用死亡事件。

有报告称，非法芬太尼及其类似物被混入海洛因和其他毒品之中，例如可卡因和“摇头丸”等，或作为处方类阿片仿冒品出售。使用者一般不了解他们所服用的物质的具体含量，因而不可避免地导致大量致命过量使用情况发生。

北美以外地区的芬太尼及其类似物的影响相对较小。例如，欧洲的海洛因和吗啡等鸦片剂继续占主导地位，尽管该区域已开始出现一些与芬太尼类似物有关的死亡。爱沙尼亚

的情况是一个值得注意的例外。长期以来，芬太尼在该国一直被认为是最常被滥用的阿片类药物。自1990年代末以来，西欧和中欧阿片剂使用量下降的趋势似乎已于2013年结束。在整个次区域，有12个国家报告说2016年海洛因使用情况趋于稳定。有两个国家报告了下降趋势；3个国家报告了增加趋势。

可卡因制造量显著增加

2016年全球可卡因制造量达到历史最高水平：估计为1,410吨。自2005-2013年期间出现下降之后，2013-2016年期间全球可卡因制造量增长了56%，2015至2016年期间增加了25%。

全球大部分可卡因均产自哥伦比亚。2015至2016年期间，该国的可卡因产量增加了三分之一以上，达到约866吨。2016年全球古柯种植总面积为213,000公顷，其中近69%位于哥伦比亚境内。

导致哥伦比亚古柯树种植出现大幅反弹的原因——2000年至2013年几乎减少了一半——是市场动态变化、贩运集团的战略、一些社区期望得到补偿以取代古柯树种植、以及替代发展干预措施和根除办法的减少。2006年有超过213,000公顷的古柯树种植土地被铲除，而10年之后，这一数字还不到18,000公顷。

其结果是古柯种植风险明显降低，制造规模急剧扩大。哥伦比亚被捣毁的可卡因非法制药厂数目和所缉获的可卡因数量都出现大幅增加。

非洲和亚洲已成为可卡因贩运和消费中心

北美洲的大多数指标都表明，2013至2016年期间可卡因的使用有所增加。2013年美国与可卡因有关的死亡人数不到5,000人，但到2016年，这一数字已超过10,000人。虽然这些死亡中有许多也涉及合成类阿片，不能完全归因于可卡因消费量的增加，但这一增加仍然有力地表明有害可卡因使用量出现了增加。

2016年可卡因缉获量的最大增长发生在亚洲和非洲，这表明可卡因贩运和消费正在向新兴市场扩张。尽管从比北美低得多的水平开始，亚洲的可卡因缉获量从2015至2016年期间增加了两倍；在南亚，这一数字增加了10倍。2016年非洲的可卡因缉获量翻了一番，北非国家的缉获量增加了六倍，占2016年该区域所有可卡因缉获量的69 %。这与前几年形成对比，当时可卡因的主要缉获地区是西非和中非。

大麻仍然是世界上最常被滥用的毒品

大麻是2016年最常被滥用的毒品，去年至少有1.92亿人使用过一次。全球大麻使用者人数持续增加，在截至2016年的十年中，大约增加了16 %左右，这与世界人口的增长幅度相契合。

2016年全球缉获的大麻药草数量下降了27%，降至4,386吨。下降幅度在北美尤为明显——北美许多管辖区的医用大麻供应情况以及美国几个州用于娱乐用途的大麻已合法化可能在其中发挥了作用。

娱乐用途大麻管制法规的最新动态

自2017年以来，除哥伦比亚特区外，美国有八个州都开始允许大麻用于非医疗用途。科罗拉多州是最早在美国采取措施允许非医疗使用大麻的州之一。自大麻合法化以来，科罗拉多州18至25岁或以上人口中使用大麻的人数显著增加，而17至18岁人群中大麻的使用则保持相对稳定。然而，科罗拉多州与大麻有关的急诊室就医、住院和交通死亡以及在大麻影响下驾车的人的情况也有了显著增加。

在乌拉圭，每人每年现在最多可通过药店、大麻俱乐部或个人种植获得480克大麻。该国的大麻管制法规允许拥有四氢大麻酚含量最高不超过9%、大麻二酚的最低含量不低于3%的大麻产品。2017年年中，开始对那些选择通过药店获取大麻用于非医疗用途的人进行登记，同时一个由16家药店构成的网络销售也开始销售此种药品。

甲基苯丙胺类兴奋剂的各类主要市场继续增长

东亚和东南亚以及北美洲仍然是全球甲基苯丙胺贩运的两个主要分区域。据报告，2013年至2016年期间，北美洲甲基苯丙胺供应有所增加，2016年此种毒品据报是美国仅次于海洛因的第二大威胁。根据质量评估结果，消费、制造能力和缉获量的增加表明东亚、东南亚和大洋洲甲基苯丙胺市场不断增长，尤其是晶体甲基苯丙胺的使用已成为一个主要关切问题。

苯丙胺贩运现已超出其传统市场范围

多年来，苯丙胺一直在近东和中东以及西欧和中欧的合成毒品市场占据着主导地位，但最近北非和北美缉获量的增加表明，其他次区域的活动也在增加。虽然北非地区缉获的苯丙胺数量大幅增加的原因并不完全知晓，但这可能与苯丙胺贩运流向邻近的近东和中东地区各大毒品市场有关。

合成毒品市场日趋复杂化和多样化

近年来，数以百计的新型精神活性物质问世，为苯丙胺类兴奋剂的传统合成毒品市场增添了新品种。按其主要药理作用分类，自毒品和犯罪问题办公室开始监测以来所报告的新型精神活性物质中，最大一部分是兴奋剂，其次是大麻素受体兴奋剂和传统的致幻剂。2009-2017年期间共报告了803种新型精神活性物质。全球新型精神活性物质市场仍然广泛多样化，但除少数物质外，新型精神活性物质似乎尚未在毒品市场上立足，亦未能大规模取代那些传统毒品。

新型精神活性物质的使用会加剧相关的危害

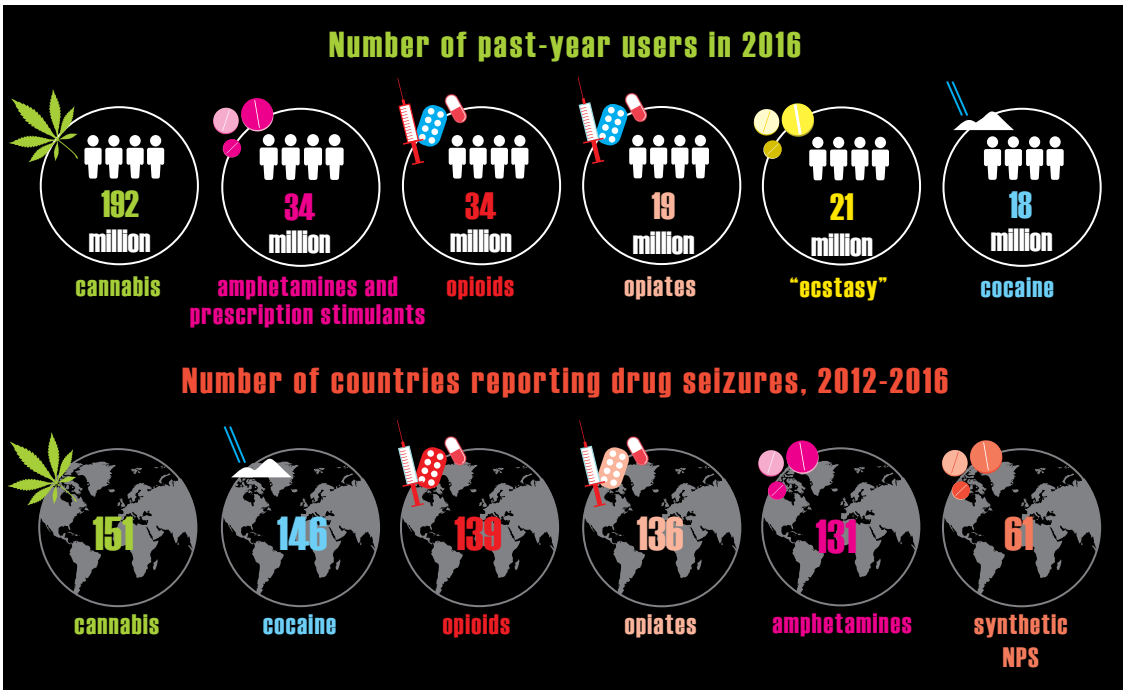
尽管2016年缉获的新型精神活性物质总量有所下降，但越来越多的国家报告说他们缉获了新型精神活性物质，而且也表示越来越关切新型精神活性物质所造成的危害。一些国家的市场上出现了具有类阿片效应的新型精神活性物质，而且越来越多地导致死亡情况发生。注射使用新型精神活性物质兴奋剂也继续是一个令人关切的问题，特别是据报告发现了高风险注射吸毒行为。在欧洲、北美和大洋洲的一些国家，监狱和缓刑人员中使用新型精神活性物质问题仍然令人关注。

卡痛叶是一种新兴的热门新型精神活性物质

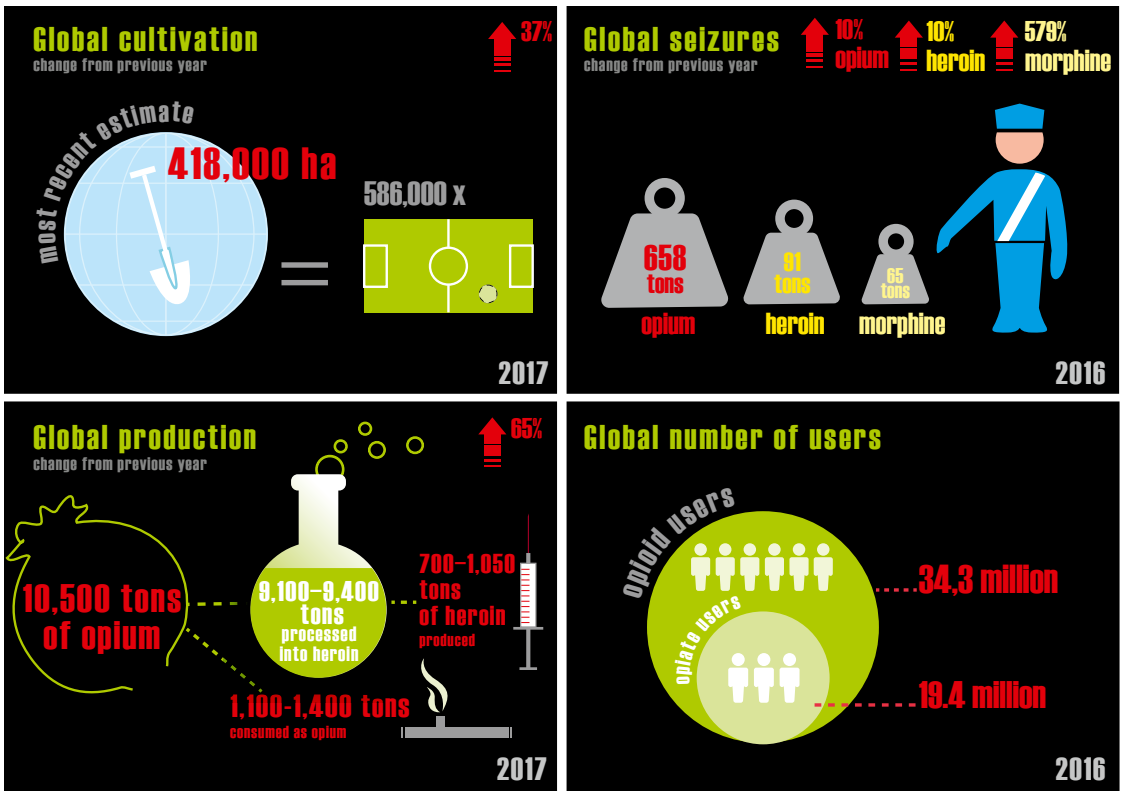
卡痛叶来源于苦原子树的叶子，在东南亚被用作治疗轻微疾病和非医疗用途的传统药物。很少有国家将卡痛叶置于国家法规控制之下，这使得此种物质相对容易购买。如今世界各地有许多产品在广告中被宣传为含有卡痛叶，实际上这些物质通常与其他物质混合在一起。美国的一些类阿片使用者报告说，他们使用卡痛叶产品进行戒断症状的自我管理。2016年查获了约500吨卡痛叶，是前一年的三倍，这意味着此种精神物质目前广受欢迎。

导言

本分册是《2018年世界毒品问题报告》的第三章。本章从全球综合视角对类阿片、可卡因、大麻和包括苯丙胺类兴奋剂和新兴精神活性物质在内的合成毒品市场进行了全方位的分析。其中有关毒品市场情况的部分审视了各条主要贩毒路线沿线和目的地国缉获量的最新动态，并介绍了所有区域植物类毒品和合成毒品消费方面的重要动态。关于大麻问题的部分则重点探讨了科罗拉多州目前已掌握的相关证据，因为该州是美国允许非医疗目的使用大麻的首批执行地区之一；继而简要介绍了乌拉圭大麻管理条例执行情况的最新动态。



A. 类阿片



Note: All data refer to 2016 except cultivation and production, which refer to 2017 (preliminary).

2017年全球罂粟种植面积增加了三分之一以上，而全球鸦片产量却增加了近三分之二

据估计，2016-2017年期间全世界罂粟种植总面积增加了约37%，达到近420,000公顷，这主要反映了阿富汗罂粟种植的增加。阿富汗罂粟种植面积为328,000公顷，占2017年全球非法罂粟种植估计面积的四分之三以上，创历史最高水平。

相比之下，缅甸是世界第二大罂粟种植地区(占2017年全球估计总面积的10%)，其罂粟种植面积在2015-2017年期间下降了约25%，降至41,000公顷，为2010年以来的最低水平。

全球鸦片产量于2017年增长了65%，高达10,500吨，这是自毒品和犯罪问题办公室于21世纪初开始对全球鸦片产量进行年度估算以来记录到的最高水平。[1] 全球鸦片产量大幅增加的主要原因是阿富汗鸦片产量增加了87%，达到创纪录的9,000吨，相当于2017年全球鸦片估计总产量的86%。阿富汗产量的增加不仅是由于罂粟种植面积的增加，而且也是由于鸦片产量的提高。阿富汗2017年罂粟种植大幅增加的原因并不是单一的，而是受到多方面的复杂驱动因素的影响，而且就地理位置而言也是多种多样的，其中许多因素继续影响着农民关于是否种植罂粟的决定。所发生的一系列事件可能加剧了法治方面的挑战，诸如政治不稳定、腐败盛行、缺乏政府控制和安全欠缺等。阿富汗政府战略目标的转变——集中力量打击人口稠密地区的反政府分子——可

1 自1909年上海鸦片委员会会议记录以来，便一直持续对鸦片产量进行估算。然而，这类估计数系基于不同的方法(如鸦片种植农户缴纳税款和其他税款等)得出，因此可能无法与毒品和犯罪问题办公室自2000年开始估计全球鸦片产量(主要是基于遥感和科学产量调查结果)以来提供的数据完全可比。先前的估计数包括根据国际联盟的正式报告(毒品和犯罪问题办公室，“国际药物管制的一个世纪”(2009年)计算的1934年鸦片16,600吨和根据国际鸦片委员会报告的数据(《1909年2月1日至2月26日中国上海国际鸦片委员会的报告》)计算的1906年/1907年期间的41,600吨鸦片。详情见本报告的在线方法论附件。

阿富汗罂粟种植达创纪录水平：未来的挑战

阿富汗2017年创纪录的罂粟种植可能给该国、其邻国以及阿富汗阿片剂的许多其他过境国和目的地国带来多重挑战。阿富汗是世界上最不发达国家之一，非法毒品种植和生产对该国的经济、环境和社会发展的影响仍然是多方面的。罂粟种植、鸦片生产和阿片剂非法贩运的增加将进一步加剧现有大规模阿片剂生产的有害影响，而且可能加剧阿富汗境内的不稳定和叛乱，并加大向各恐怖组织的供资。日益扩大的非法经济在许多省份已渗透到该国的农村社会，致使许多社区依赖于罂粟种植的收入，从而将进一步阻碍合法经济的发展，并可能助长腐败滋生。

此外，由于需要把鸦片转化为海洛因，因此可能会增加所涉前体物质的贩运，而前体物质有可能从合法的国际市场转移到阿富汗，走私给阿富汗供应海洛因的制造商。更高质量、更低成本的海洛因将进入世界各地的消费市场，其后果可能是消费增加和相关危害进一步加剧。在阿富汗阿片剂种植和贩运所产生的收入中，只有一小部分流入阿富汗贩毒集团，另外数以十亿计的大头收入则主要产生于把鸦片制剂贩运到各主要消费市场——这些市场大都在欧洲和亚洲。因此，解决阿富汗的阿片剂问题是各方的共同责任。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室和阿富汗禁毒部，《2017年阿富汗鸦片调查报告》(2017年，维也纳)，第7页。

能使得农村人口更易受到反政府分子的影响。国际援助界参与的减少也可能阻碍了农村地区的社会经济发展机会。[2]

由于2017年鸦片产量大幅增加，致使阿富汗的鸦片价格从2016年12月至2017年12月下降了47%。然而，高质量的阿富汗海洛因的价格在同一时期却仅下降了7%，这可能表明迄今为止海洛因制造量的增长远远低于鸦片生产量。[3]

2017年全球生产的10,500吨鸦片中，估计约有1,100至1,400吨未进行加工，即作为鸦片消费，其余的则被加工成海洛因，为此估计全球制造的海洛因在700至1,050吨之间(以出口纯度表示)，其中550至900吨是在阿富汗制造的。

缅甸的情况与阿富汗相反，该国2015-2017年期间鸦片产量减少了约14%，估计为550吨，相当于全球鸦片产量估算的5%。尽管如此，缅甸2017年的鸦片价格下降了近30%，降至每公斤153美元，[4] 而且所缉获的阿片剂数量也有所减少，这表明全球毒品市场对缅甸生产的阿片剂需求有所下降。这可能与2017年价格更低的阿富汗阿片剂的供应大幅增加有关。[5]

2 阿富汗禁毒部与毒品和犯罪问题办公室，《2017年阿富汗鸦片调查报告》(2017年，维也纳)。

3 高质量的海洛因价格在2018年2月仍仅比一年前低7%。(阿富汗禁毒部以及毒品和犯罪问题办公室，“阿富汗毒品价格监测月报”(2018年2月)。.

4 此外，2017年缅甸鸦片实地调查小组只能收集到有限的鸦片价格数据——这可能对调查结果产生影响(缅甸药物滥用管制中央委员会和毒品和犯罪问题办公室，《2017年缅甸鸦片调查报告》，第16页)。

5 缅甸药物滥用管制中央委员会和毒品和犯罪问题办公室，《2017年缅甸鸦片调查报告》，第16页)。

如果这一推论能得到证实，那这将是一种新现象，因为之前并没有证据表明阿富汗鸦片生产的变化会影响到东南亚的鸦片价格，反之亦然，因为这两个市场彼此是相互独立的。导致海洛因价格下降的另一因素可能是由于该次区域吸毒者转向使用苯丙胺类兴奋剂和其他合成毒品，因此毒品市场对阿片剂需求出现下降。

虽然加拿大所需要的主要海洛因供应来自西南亚地区，[6] 但拉丁美洲国家(主要是墨西哥，哥伦比亚和危地马拉则相对少得多)占该国海洛因供应的大部分，同时也供应南美洲仍然很小的海洛因市场。然而，目前没有墨西哥2016年和2017年的鸦片产量的估计数，因为编制此类估计数的方法正在审查之中。

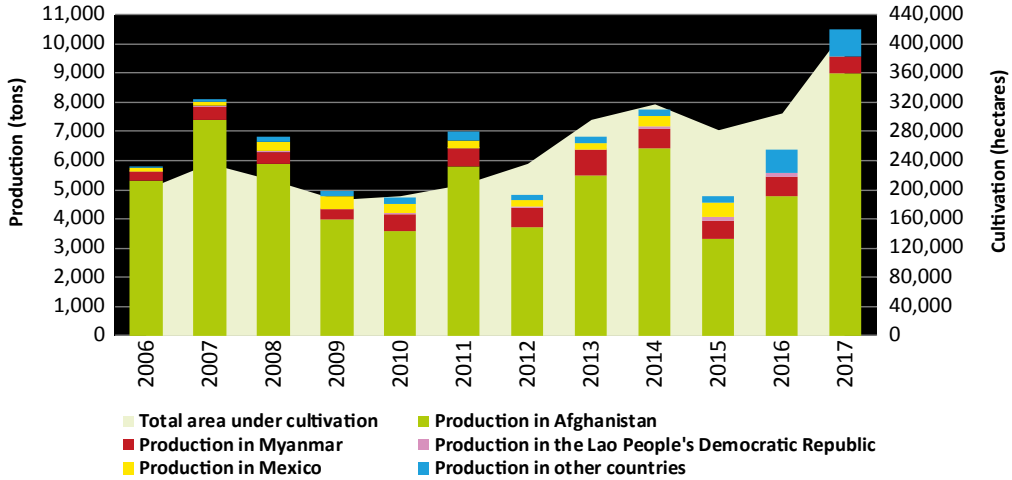
2016年阿片剂缉获量上升至创纪录水平，而且持续集中在亚洲

2016年全球海洛因缉获总量达到创纪录高点，而鸦片和吗啡缉获量也上升到了所报告的第二高水平。所缉获的阿片剂数量最多的是鸦片(658吨)，其次是海洛因(91吨)和吗啡(65吨)。2015-2016年期间，以海洛因等价物表示的阿片剂总体缉获量增加了近50%，其中海洛因缉获量超过了鸦片和吗啡。

由于鸦片制剂的大部分缉获量是在或接近主要鸦片产区，因此亚洲占全球非法鸦片生产的90%以上，占2016年缉获的海洛因和吗啡总量的86%。这主要反映了阿富汗鸦片生产日益

6 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的回复。

FIG. 1 Opium poppy cultivation and production of opium, 2006–2017[a]



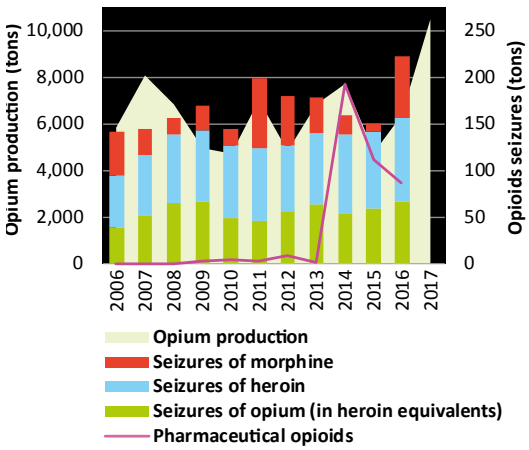
Source: UNODC, calculations are based on UNODC illicit crop monitoring surveys and the responses to the annual report questionnaire.

[a] Data for 2017 are still preliminary. Mexico is not included in 2016/2017 due to the lack of data.

集中，其邻国的缉获量也随之增加。

与海洛因和吗啡缉获量分布相类似的是，以海洛因当量表示的鸦片制剂(包括鸦片)总量的90%是在亚洲缉获的，其中绝大多数是在近东和中东/西南亚(83%)，6%在东亚和东南亚。

FIG. 2 Global opium production and quantities of opioids seized, 2006–2017



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and government sources.

Note: A ratio of 10:1 was used to convert opium into heroin equivalents.

海洛因和吗啡缉获量在西南亚有所增加，但在东南亚、欧洲和美洲则出现下降

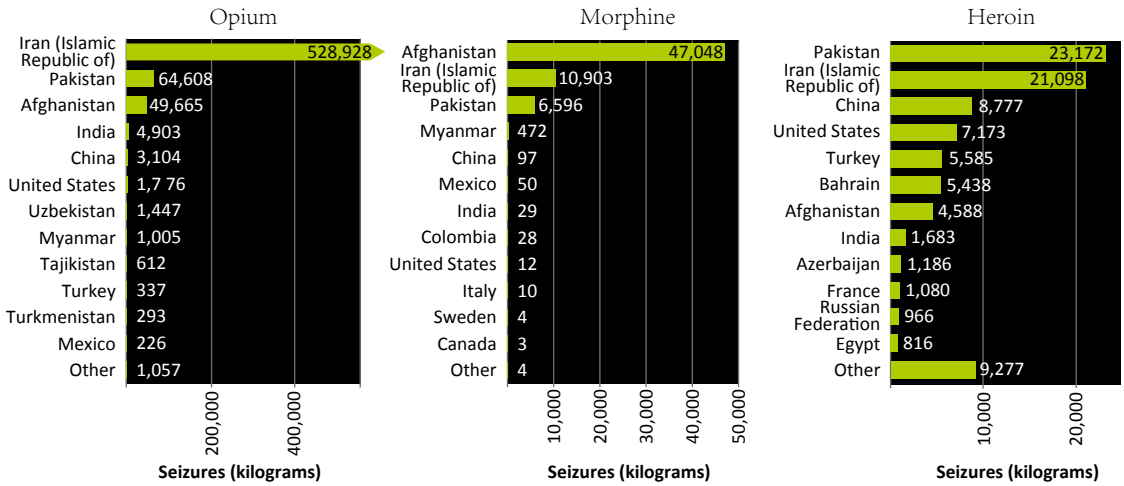
2015-2016年期间，亚洲截获的海洛因和吗啡数量增加了一倍多，达到135吨。这反映出近东和中东/西南亚的鸦片产量增加了150%以上(主要是在阿富汗的邻国)，这是阿富汗阿片剂产量显著增加的结果。相比之下，东亚和东南亚的海洛因和吗啡缉获量在此期间减少了6%，这可能与缅甸阿片剂产量下降和该次区域苯丙胺类兴奋剂贩运猖獗有关。

2015-2016年以来，欧洲海洛因和吗啡缉获量下降了32%，降至11吨，这是自1997年以来缉获量最少的一次，反映出西欧和中欧的缉获量减少了11%，东南欧的缉获量减少了31%，东欧的缉获量减少了67%。

2016年美洲缉获的海洛因和吗啡数量多年来首次下降22%，主要是在北美洲(-25%)。然而，在美洲截获的所有海洛因和吗啡中，几乎90%是在北美洲缉获的，北美既是美洲主要海洛因制造国(墨西哥)的所在地，也是主要消费国(美国)所在地。北美海洛因缉获量的下降是在合成类阿片市场迅速增长的背景下发生的，如偷运到美国的芬太尼及其类似物等，这反映出2016年在北美缉获的“阿片类药物”数量翻了一番。总的来说，2016年美国25%的芬太尼缉获量中也含有海洛因，而且也是作为海洛因贩卖的。[7]

7 美国司法部缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)。

FIG. 3 Countries reporting largest quantities of opiates seized, 2016



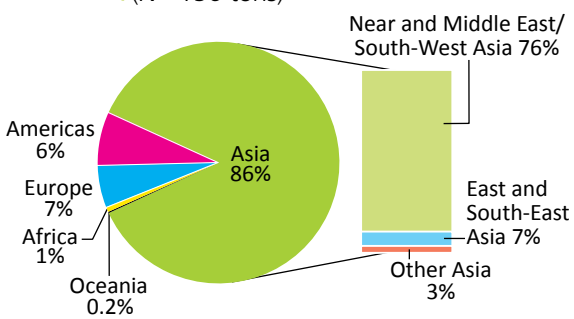
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and government sources.

2015-2016年期间非洲的海洛因缉获量增加了46%，但仍比2014年的峰值低85%。

巴尔干路线继续主导着原产于阿富汗的阿片剂贩运

世界主要的海洛因贩运路线仍然是所谓的巴尔干路线，阿片剂沿着这条路线从阿富汗贩运到伊朗伊斯兰共和国、土耳其、巴尔干诸国，然后再继续贩运到西欧和中欧的各个目的地国。巴尔干沿线国家占2016年全球海洛因和吗啡缉获总量的37%，其中不包括在阿富汗缉缉获的数量，在西欧和中欧国家缉获的海洛因和吗啡另占4%。在巴尔干路线沿线的大多数海洛因和吗啡是在伊朗伊斯兰共和国缉获的，高达32.0吨，而土耳其（5.6吨）、巴尔干诸国（0.8吨）、以及西欧和中欧国家（3.9吨）所缉获的数量则相对较少。阿片剂要么沿着巴尔干路线的东部分支从土耳其贩运到保加利亚，然后再贩运到罗马尼亚和匈牙利，要么沿着巴尔干路线的西部分支从保加利亚贩运到巴尔干西部各国，并从那里进一步贩运到西欧和中欧国家。

FIG. 4 Distribution of global quantities of heroin and morphine seized in 2016 (N= 156 tons)

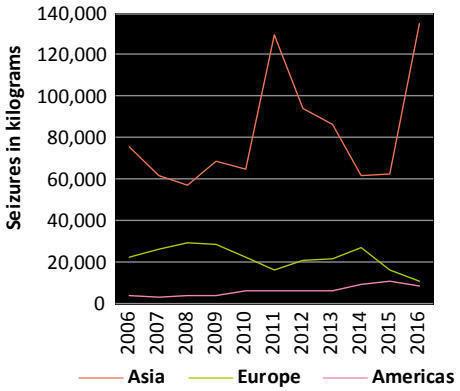


Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and government sources.

对西欧和中欧国家在其2012-2016年度报告调查表中报告了缉获海洛因和吗啡的所有来源国、离境国和过境国的情况。对这些情况进行的分析结果表明，所有涉及海洛因的缉获量有80%与巴尔干路线沿线的国家有关。另有6%与巴基斯坦有关。虽然有些海洛因是从巴基斯坦经空运或海运直接贩运到欧洲的，但也有大量阿片剂从巴基斯坦贩运到伊朗伊斯兰共和国，以便沿着巴尔干路线继续贩运。伊朗伊斯兰共和国报告说，该国在2016年缉获的吗啡和海洛因的80%和85%是通过巴基斯坦贩运到该国的，其余的则是直接从阿富汗走私过来的。不过，应当强调的是，该区域仍有大量阿富汗阿片剂供当地消费。

从伊朗伊斯兰共和国到南高加索各国(主要是阿塞拜疆和格鲁吉亚)，海洛因的贩运量要小得多，然后经黑海运往乌克兰，继而通过陆路，部分通过摩尔多瓦共和国运往罗马尼亚，然后沿巴尔干路线东段向西欧继续贩运。根据缉获数据，几年来沿巴尔干路线这一支线的阿片剂贩运大幅度增加，海洛因和吗啡缉获量从2006年的121公斤增至2016年的1.3吨。

FIG. 6 Quantities of heroin and morphine seized, in kilograms, for selected regions, 2006–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and other government sources.

然而，2016年这一路线的缉获数据显示出了不同的趋势：2016年阿塞拜疆和格鲁吉亚的海洛因和吗啡缉获量急剧增加，但乌克兰和罗马尼亚的缉获量则大幅下降，这可能表明高加索国家的阿片剂供应增加，但未被发现，同时也可能表明高加索国家执法行动的力度加大已阻止了向乌克兰和罗马尼亚的大量贩运活动。罗马尼亚2016年缉获的大部分海洛因是经土耳其和保加利亚转运的，而2015年报告的情况是，大多数海洛因是从乌克兰过境的。

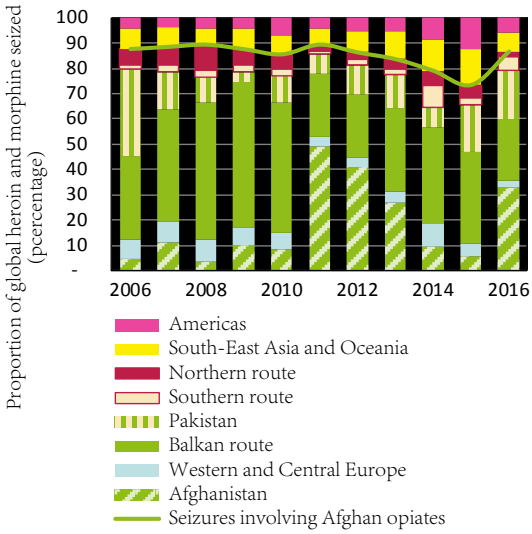
经由南部路线直接贩运到西欧和中欧的海洛因数量可能正在减少

一些阿富汗阿片剂通过所谓的南部路线贩运到欧洲：这条路线从阿富汗到巴基斯坦(部分到伊朗伊斯兰共和国)，继而再运往海湾国家和东非，然后再通过空运或经由南部或西部非洲空运或海运贩至欧洲。另外，毒品沿着南部路线贩运到印度和南亚其他国家，继而运往欧洲或北美(主要是加拿大)。从总体情况看，2012-2016年期间，欧洲报告国提及的阿片剂缉获量来源国、离境国和过境国中有9%与沿南线的阿片剂贩运有关。2016年，有两个欧洲国家报告了经由南部路线贩运海洛因的情况：比利时(10公斤，途经肯尼亚)和意大利(65公斤，途经阿拉伯联合酋长国和卡塔尔)。

向俄罗斯供应的海洛因供应继续在中亚和外高加索过境

向俄罗斯联邦的贩运活动主要沿北线进行，途经中亚国家或高加索国家，到达俄罗斯联邦的目的地市场，其中有很小一部分会进一步贩运到白俄罗斯和立陶宛。[8] 2016年俄罗斯联邦缉获的海洛因的主要过境国仍然是中亚和外高加索国家(特别是塔吉克斯坦、哈萨克斯坦和阿塞拜疆)，而2015年曾被认作过境国的巴基斯坦如今已不再是主要过境国。

FIG. 5 Percentage distribution of quantities of heroin and morphine seized, by main trafficking route[a]



Source : UNODC, responses to the annual report questionnaire.

[a] Balkan route: the Islamic Republic of Iran—South-Eastern Europe—Western and Central Europe; the southern route: South Asia—Gulf countries and other countries in the Near and Middle East—Africa; northern route: Central Asia and Transcaucasia—Eastern Europe.

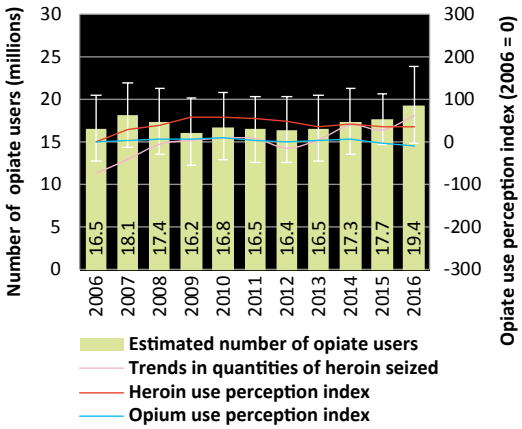
虽然目前有迹象表明东亚和东南亚海洛因贩运有所减少，但该次区域仍然是大洋洲海洛因的主要来源

东南亚(主要是缅甸)生产的阿片剂被贩运到该次区域的其他市场(主要是中国和泰国)和大洋洲(主要是澳大利亚)。2016年间，这些国家的缉获量下降了15%。2015年澳大利亚在其边境截获的几乎所有海洛因都来自东南亚(2015年1月至6月期间为98%)，但同时边境缉获量表明海洛因贩运可能正在下降，从数量和案件数目两方面看，从2014/2015年度到2015/2016年度均有所下降。[9]

8 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的回复。

9 澳大利亚刑事情报委员会，《2015-2016年非法药物数据报告》（2017年，堪培拉）。

FIG. 7 Estimated number of opiate users, trends in quantities of heroin seized and heroin and opium use perception indexes (2006=100)



Source: UNODC, elaboration based on annual report questionnaire data.

虽然美洲海洛因贩运趋于减少，但其合成类阿片的贩运则呈上升趋势

在美洲贩运的大多数海洛因(和吗啡)是从墨西哥走私到美国的，而从哥伦比亚和危地马拉走私的数量要少得多。过去十年对美国海洛因样本的分析表明，墨西哥(2015年分析的样本的90%)作为毒品来源国的优势日益增强，而南美洲国家的重要性(3%)则显著下降。在2015年分析的样本中，西南亚约占1%。[10]

按相关缉获量计算，美洲的海洛因贩运，特别是对北美次区域的贩运，于2015年之前呈明显上升趋势，到2016年显著下降。这似乎与该区域合成类阿片贩运的扩大同步，因为墨西哥和多米尼加共和国一些参与海洛因贩运的有组织犯罪集团将其贩运活动扩大到了合成类阿片，特别是芬太尼。[11]

全球阿片剂市场卷土重来

有关年度阿片剂使用者人数的最新数据表明，全球阿片剂市场有所扩大：2016年达到1,940万人，占15-64岁人口的0.4%。据估计，年度阿片剂使用者中有一半以上居住在亚洲(58%)，近五分之一在欧洲(17%)，七分之一在美洲(15%)。据报告，阿片剂流行率最高的是近东和中东/西南亚(1.6%)、北美(0.8%)和欧洲(0.6%)。虽然海洛因缉获量和阿片剂吸毒流行率在全球范围内都呈上升趋势，但根据各国专家的评估得出的海洛因使用感知指数在过去几年中相对保持不变

西欧和中欧阿片剂市场出现增长迹象

自1990年代末以来，西欧和中欧阿片剂使用量的下降趋势似乎已于2013年结束。自那时以来，阿片类药物的流行率一直不断上升，2016年的增幅尤为显著。2016年出现增长的主要原因是波兰报告的阿片使用估计数增加，这不仅反映出海洛因使用流行率不断上升(从2014年15至64岁人口的0.1%上升到2016年的1.1%)，而且还反映出较高的“康姆大麻”使用率(1.7%)。[12] “康姆大麻”又称作“波兰海洛因”，是一种液体制剂，由罂粟秸秆制成，用于注射。在整个西欧和中欧，有12个国家报告2016年海洛因的使用趋于稳定，2个国家报告了下降趋势，3个国家报告了增加趋势(2015年只有1个国家)。

与此同时，近年来有报道称，欧洲各国涉毒死亡人数不断上升，往往与阿片剂的使用有关，尽管吸毒人群的老龄化可能也在其中起到了一定作用。例如，在英格兰和威尔士，与阿片剂相关的死亡人数2012-2016年期间上升了58%以上，达到2,593例；与海洛因和吗啡有关的死亡人数在此期间翻了一番。[13] 在德国，阿片剂占所有涉毒死亡的大部分，这一数字已从2012年的944例上升到2016年的1,333例。[14] 相比之下，近年来西欧和中欧的海洛因缉获量未出现增加，反而在2016年有所下降。需求指标和缉获量之间相互矛盾的趋势可能是不同动态的结果。例如，高纯度阿片剂供应量的增加(阿富汗产量增加)可能未被发现，但却导致需求增加和相关的健康后果。

东欧阿片剂市场持续萎缩

2006-2016年期间，东欧海洛因的概念使用指数基本保持稳定，然而从阿富汗到东欧的主要贩运路线——即北部路线沿线的海洛因缉获量却一直在下降，这表明该次区域的阿片市场正在缩小。

10 美国司法部缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)，第48页。

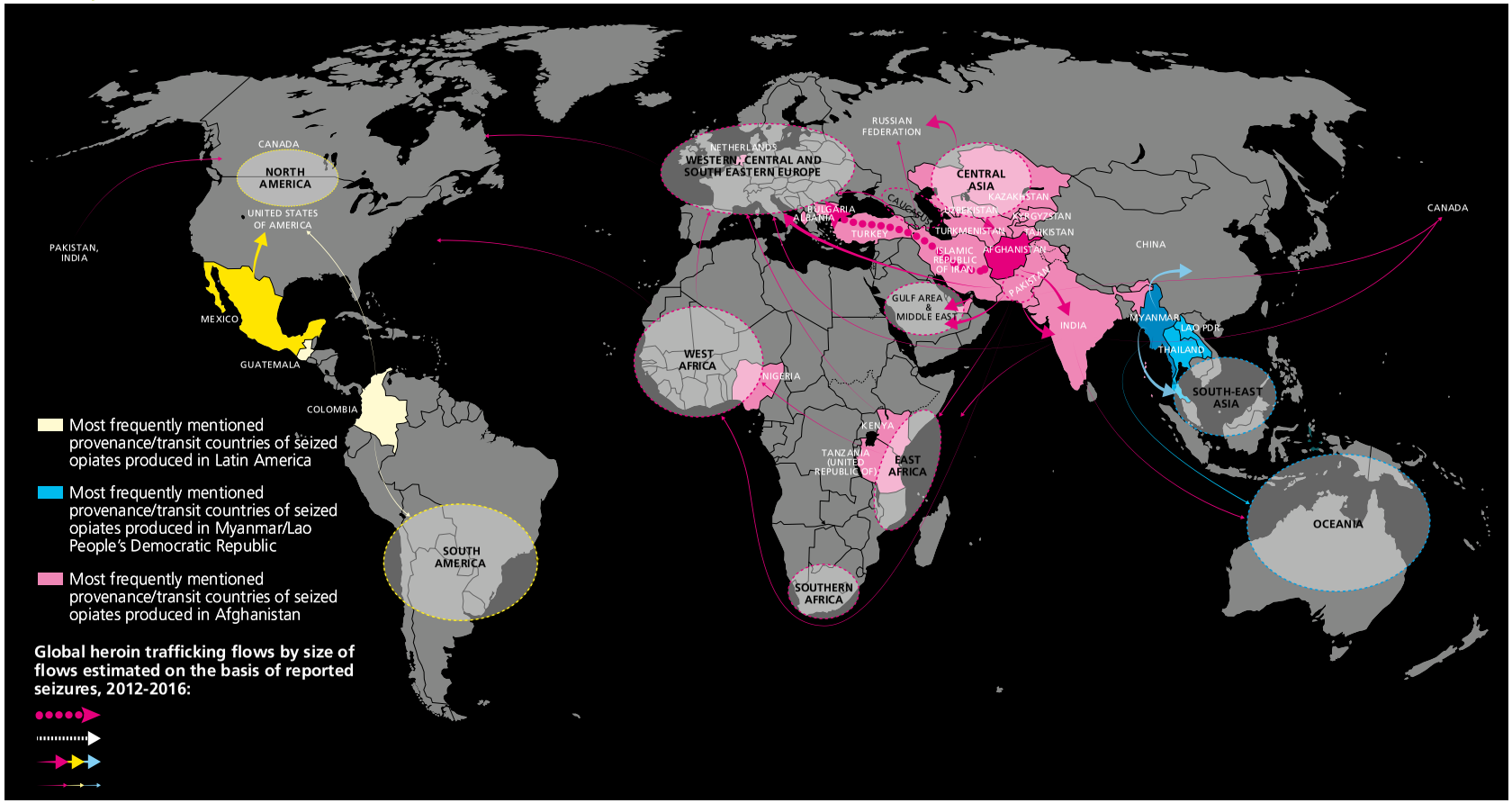
11 缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)，第48页。

12 毒品和犯罪问题办公室，相关数据来自会员国对毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表的回复。

13 大不列颠及北爱尔兰联合王国，国家统计局，“英格兰和威尔士与毒品中毒有关的死亡：2016年登记档案”，“统计公报”(2017年8月2日，新港)。

14 德国，联邦刑事犯罪事务厅，《毒品犯罪：2016年联邦形势概览》(以及之前几年的版本)。

MAP 1 | Main heroin trafficking flows, 2012–2016

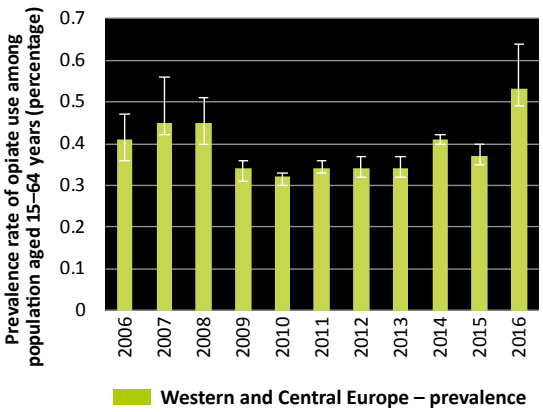


Sources: UNODC, responses to the annual report questionnaire and individual drug seizure database.

Notes: The size of the trafficking flow lines is based on the amount of heroin seized in a subregion and the number of mentions of countries from where the heroin has departed (including reports of "origin" and "transit") to a specific subregion over the period 2012 – 2016. A darker shade indicates that the country represents more than 50 per cent of heroin production in the region. The trafficking flows are determined on the basis of country of origin/departure, transit and destination of seized drugs as reported by Member States in the annual report questionnaire and individual drug seizure database: as such, they need to be considered as broadly indicative of existing trafficking routes while several secondary flows may not be reflected. Flow arrows represent the direction of trafficking: origins of the arrows indicate either the area of manufacture or the one of last provenance, end points of arrows indicate either the area of consumption or the one of next destination of trafficking.

The boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

FIG. 8 Prevalence of opiate use in Western and Central Europe, 2006–2016



Source: UNODC, elaboration based on annual report questionnaire data.

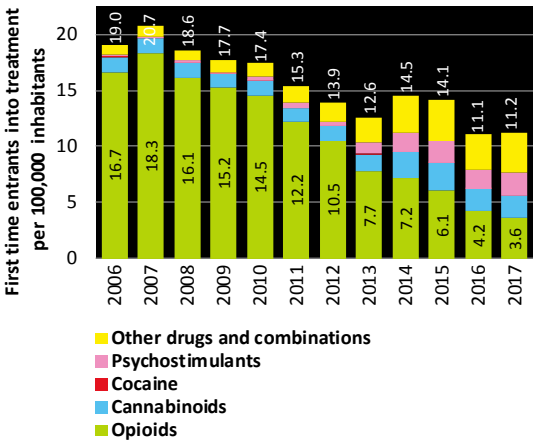
在东欧最重要的阿片剂市场——俄罗斯联邦，毒品市场已开始发生变化——其他毒品，特别是合成毒品已开始占据主导地位。2006-2017年期间，首次接受阿片类药物(主要是海洛因的使用)治疗的人数减少了四分之三以上，阿片类药物治疗的比例随着时间的推移而有所下降。俄罗斯联邦的涉毒死亡主要与阿片类药物的使用有关，但已从2006年的9,354例降至2016年的5,249例，为十年来最低水平。[15]

北美阿片市场发出的信号参差不一

在美洲，专家的看法是，近年来海洛因的使用有所增加。美洲最大的海洛因市场是美国，占该区域所有阿片剂使用者的近80%，占北美所有阿片剂使用者的86%。全国家庭调查和与海洛因有关的死亡情况表明，海洛因的使用在美国已经持续了一段时间。虽然2016年海洛因使用者的估计人数(与前一年相比)增加了14%，但2010年至2016年期间海洛因使用的年度流行率却翻了一番。海洛因相关死亡人数的增加主要与海洛因与芬太尼的混合使用有关。[16]

另一方面，对就业人员进行测试的结果显示，2016年海洛因使用情况略有下降，从2015年的0.28%降至接受测试的美国联邦雇员和普通雇员的0.25%。[17] 2016年青少年和成年人中海洛因使用的年度流行率保持相对稳定(2016年为0.4%，而2015年为0.5%)。[18] 2016年美国八年级、十年级和十二年级学生中海洛因滥用的年度流行率继续下降(从2010年的0.8%降至2016年的0.3%)，并在2017年保持在相对较低的水平。[19]

FIG. 9 First time entrants into drug-related treatment per 100,000 inhabitants in the Russian Federation, by drug type, 2006–2017*



Source: "Basic Functioning Indicators of the Narcological Service of the Russian Federation". Set of statistical handbooks for 2008 – 2017, released by NRC on Addictions – branch of V.Serbsky NMRCPN.

*Data for 2017 are still preliminary.

非洲海洛因使用规模似呈上升趋势

目前非洲和亚洲阿片剂使用流行率方面的资料仍然非常有限，因此很难确定可靠的走向和趋势。在向毒品和犯罪问题办公室报告的专家看来，2006-2016年期间，非洲的海洛因使用似乎比其他区域增幅更大，这很可能反映出南亚贩运海洛因沿南部路线的"溢出效应"日益加剧。据报告，2015年肯尼亚和坦桑尼亚联合共和国、2016年马达加斯加、2015年莫桑比克、2016年西非和中部非洲诸地区的海洛因使用量出现增加。2016年几个非洲大国报告海洛因使用情况稳定——主要是北非所有国家、西非和中非的尼日利亚、南部非洲的南非和赞比亚以及东非的肯尼亚。关于非洲其他地区，专家的看法是，在经过几年的持

15 "俄罗斯联邦麻醉药品服务的基本运作指标"，俄罗斯联邦公共卫生部，心理和麻醉药品医疗研究中心下属的国家成瘾研究中心发布的2008-2017年统计手册。

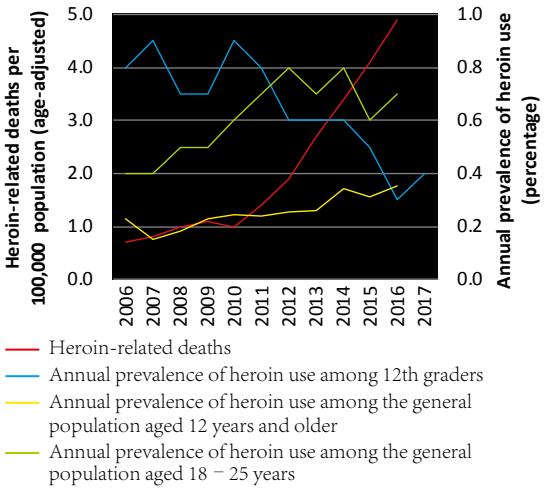
16 疾病控制和预防中心，海洛因使用过量数据，2018年。可查阅：www.cdc.gov/dorgoverdar/data/herin.html 。

17 系基于2015和2016年对美国联邦雇员和普通雇员进行的900万次毒品测试得出的结果（"寻求诊断毒品检测指数"，2016年全年表格(2017年5月)以及前一年的结果)。

18 John Schulenberg等人，"监测未来全国吸毒情况调查结果"，1975-2016年：2016年-大学生和成年人年龄19-55岁，第2卷(2017年，安娜堡，密歇根大学)，第49页。

19 国家药物滥用研究所，"监测未来调查，2017年学校对8、10和12年级在校学生的调查数据"。

FIG. 10 Heroin prevalence rate in student and household surveys, and heroin-related deaths in the United States, 2006–2016



Source: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, September 2017); and Centers for Disease Control and Prevention, Multiple cause of death database, December 2016; and "Drug overdose deaths in the United States, 1999 – 2016", NCHS Data Brief (December 2017).

续增长之后，该区域的海洛因使用有所减少。

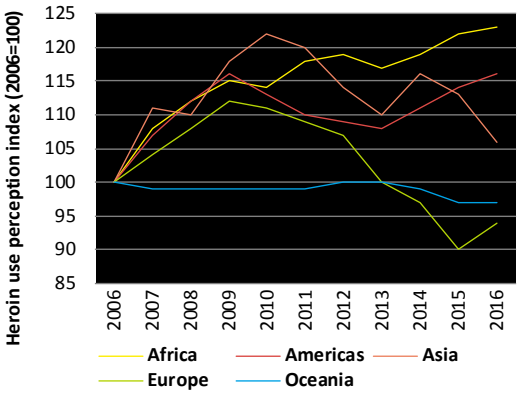
就亚洲而言，专家观点数据表明，自2011年以来、特别是自2014年以来，海洛因的使用有所减少。2016年海洛因使用减少的报告主要发生在东亚和东南亚国家，特别是中国(香港特别行政区)、印度尼西亚、大韩民国和泰国。与此形成对照的是，2016年近东和中东/西南亚的一些国家，特别是伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、卡塔尔和阿拉伯联合酋长国(以及2015年，巴基斯坦)所报告的海洛因贩运量有所增加，这可能与从阿富汗向这些国家贩运海洛因的数量增加有关。然而，对其他国家而言，包括以色列、约旦和沙特阿拉伯等，兴奋剂在其中发挥了更大的作用，致使其海洛因的使用趋于稳定。

中亚大多数国家似乎尚未受到阿富汗海洛因制造增加的影响。专家们认为，2016年乌兹别克斯坦、吉尔吉斯斯坦和哈萨克斯坦的海洛因使用有所下降。这与近年来中亚北部沿线海洛因缉获量减少的报告相契合。

大洋洲海洛因使用规模仍然有限

关于大洋洲，专家们的看法是，海洛因的使用规模在过去五年中略有下降。澳大利亚占大洋

FIG. 11 Trends in heroin use perception index, by region (2006 = 100)



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

洲海洛因使用者的大多数，澳大利亚的年度流行率数据显示，海洛因的使用从1998年占14岁及以上人口的0.8%的峰值下降到2001年的0.2%和2013年的0.1%，而2016年则又上升到0.2%。[20]一些其他指标证实了这一模式：2001年海洛因供应和使用规模大幅下降，此后没有明显恢复。[21] 2017年污水分析证实，澳大利亚海洛因总消费量较低，可能是海洛因价格相对较高(2017年为335澳元[22] 或每克263美元)所致。

在该区域的其他地方，据报告，新西兰的海洛因吸毒率较低且稳定，而且与大多数其他国家一样，其阿片类药物的流行率低于大麻、苯丙胺类兴奋剂和合成大麻素的吸毒流行率。在各种类阿片中，新西兰的海洛因吸毒流行率排在类阿片和鸦片之后，列第三位。

阿片类药物的非医疗用途市场正在逐步扩大

虽然许多次区域缺乏相关数据，但阿片类药

20 澳大利亚保健与福利研究所，《2016年国家毒品战略住户调查》(2017年，堪培拉)。

21 澳大利亚犯罪学研究所，"澳大利亚海洛因市场因海洛因干旱而受到影响"，"犯罪事实信息"，第12期(2001年11月20日)；Louisa Egenhardt，Carolyn Day和Wayne Hall，"澳大利亚海洛因短缺的原因、过程和后果"，专著系列，第3期(2004年，悉尼，新南威尔士大学，国家毒品和酒精研究中心)；Louisa Degenhardt等人，"评估导致澳大利亚'海洛因短缺'的原因"，《瘾癖》"，第100卷(2005年)，第459-469页；Anne Dray等人，"监管澳大利亚的'海洛因干旱'：使用基于代理人的模型模拟替代结果"，《实验犯罪学杂志》，第4卷，第3期(2008年)，第267-287页。

22 A.Karlsson和L.Burns，《2017年澳大利亚毒品趋势：非法药物报告制度的调查结果》，澳大利亚毒品趋势系列，第181期 (2018年，悉尼，新南威尔士大学，国家毒品和酒精研究中心)，第39页。

物的贩运及其非医疗用途似乎正在引起许多国家执法机构和公共卫生专业人员越来越多的关切，尽管用于非医疗目的阿片类药物的规模和类型可能彼此有所不同。例如，在北美，氢考酮、羟考酮、可待因和曲马朵是用于非医疗目的主要阿片类药物，而在欧洲报告的阿片类药物的滥用则主要是美沙酮、丁丙诺啡和芬太尼(根据戒毒治疗服务部门的相关数据)。[23] 在西非、北非以及近东和中东国家，曲马朵是所报告的阿片类药物非医疗用途的主要物质。

阿片类药物的缉获量已达到与海洛因相近的水平

2016年全球阿片类药物的缉获量为87吨，与当年缉获的海洛因数量大致相同。2016年缉获最多的阿片类药物是曲马朵(68吨)，其次是可待因(18吨)、羟考酮(1吨)和芬太尼(0.4吨)。除曲马朵、美沙酮和氢莫酮外，所缉获的阿片类药物数量在2016年有所增加。可待因和羟考酮的增加尤为明显，比前一年增加了30多倍，芬太尼及其类似物(卡芬太尼增加了10倍；芬太尼增加了4倍)和丁丙诺啡(增加了7倍)。

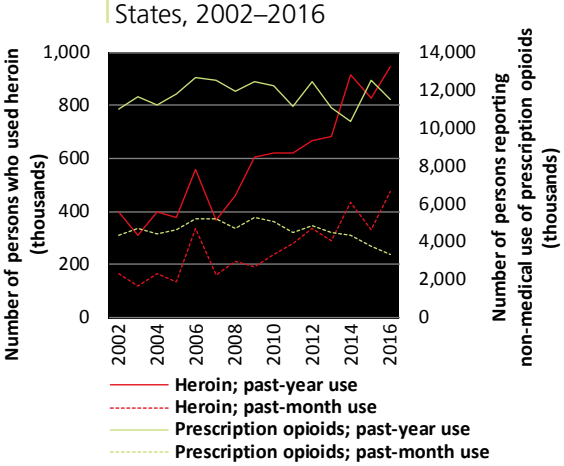
非洲继续是全球阿片类药物缉获量最多的区域

2016年非洲国家(主要是西非和中非以及北非)连续第二年缉获了最大量的阿片类药物，占全球总量的87 %。亚洲仅占2016年全球阿片类药物总缉获量的7 % (主要是东亚和东南亚)。

在非洲缉获的阿片类药物主要是曲马朵，其次是可待因。亚洲阿片类药物的缉获量以可待因为主，其次是曲马朵，而欧洲则以曲马朵为主，其次是美沙酮和可待因。欧洲缉获的大量曲马朵发生在马耳他和希腊，这些曲马朵发源于印度，被贩往北非市场。美洲阿片类药物的缉获量则以氧考酮为主，其次是可待因和芬太尼。

如果仅按所涉重量比较，则类阿片的缉获量会掩盖如下事实，即从1克不同的类阿片中可以获得非常不同的剂量。以所缉获的剂量而不是缉获的重量来计算，2016年美洲阿片类药物的缉获量明显以芬太尼及其类似物为主，其次是氧考酮。即使从全球范围看，根据首次遭受疼痛的用户所建议的医疗使用剂量[24] 计

FIG. 12 Trends in the use of heroin and prescription opioids in the United States, 2002–2016



Source: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, September 2017).

算，2016年缉获的大多数阿片类药物都是芬太尼，其次是可待因。[25]

芬太尼及其类似物仍然是美国目前主要关注的问题

2016年美国近4%的12岁及12岁以上的人口报告说其过去一年有非医疗性使用处方类阿片的情况。[26] 这种情况在18至25岁的人群中最为普遍。与自2007年以来每年都在增加的海洛因用量相比，处方类阿片的非医疗使用在过去五年中呈稳定趋势。2016年美国全国药物使用和健康调查报告的最常见的处方类阿片是氢考酮、羟考酮、可待因和曲马朵。虽然调查中自我报告的非医疗用途芬太尼很少(占12岁及以上人口的0.1%)，但非法芬太尼及其类似物越来越多地出现在对包括海洛因在内的毒品样本的分析中。[27] 据报告，非法芬太尼被混入海洛因以及诸如“摇头丸”等其他非法药物之中，或是作为仿冒处方药类阿片出售。由于使用者往往不知道其所服用的药物或片剂的构成成分及其含量，从而可能导致致命的过量服用事件。[28]

2016年美国有将近64,000例过量使用死亡，其

23 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2017年欧洲毒品问题报告：趋势和动态》。

24 《英国国家药物配方汇编》对以前从未服用过止痛药的疼痛患者建议的剂量为50毫克曲马朵、30毫克羟考酮、5毫克可待因或0.1毫克芬太尼 (《英国国家药物配方汇编》第74卷(2017年9月-2018年3月)。

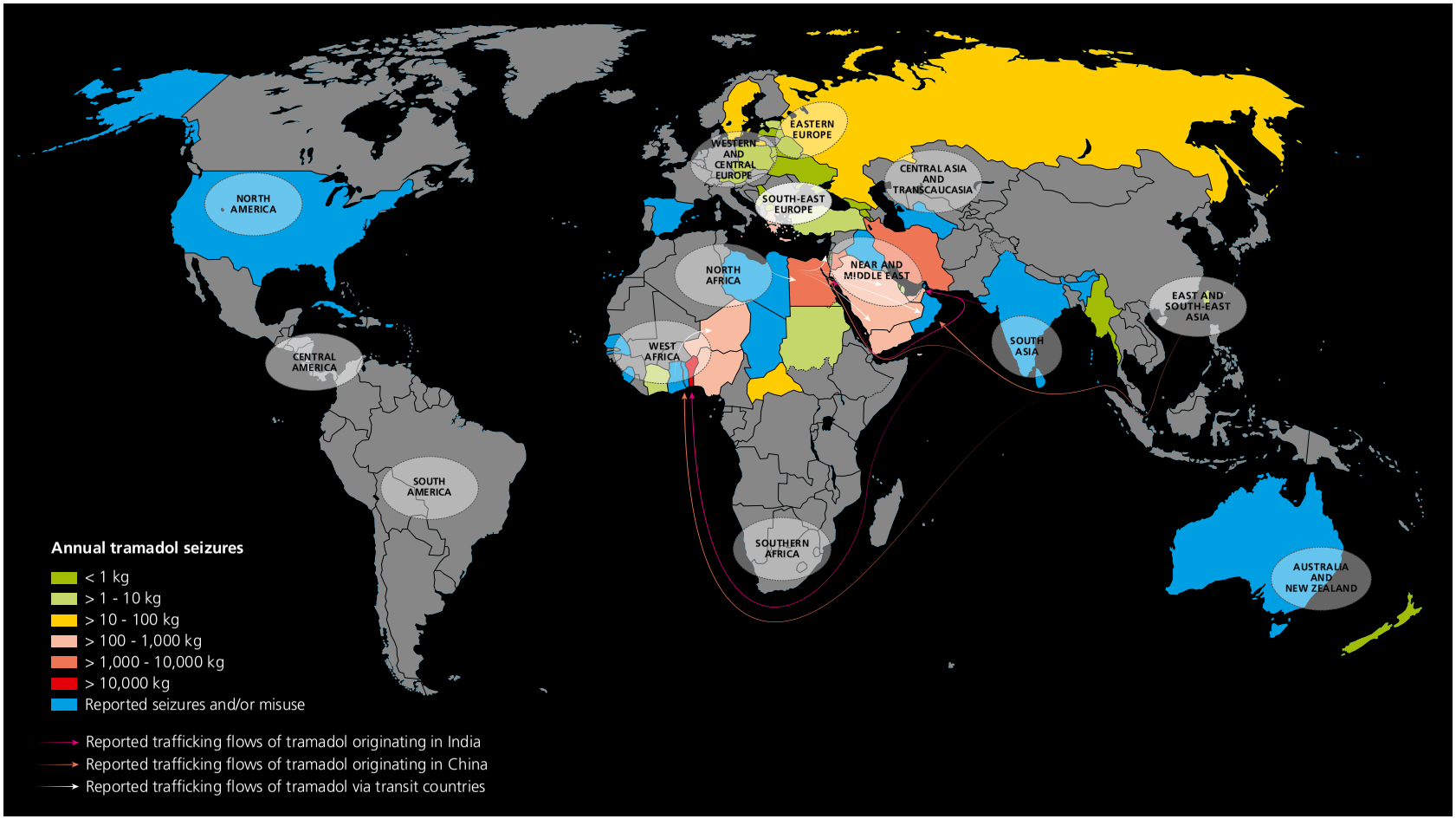
25 的详细计算载于本报告的在线方法学附件。

26 美国药物滥用与精神保健服务管理局，行为健康统计和质量中心，《2016年全国药物使用与健康调查结果：详细列表》(2017年9月，马里兰州，洛克维尔)。

27 美国司法部缉毒署，《报告新出现的威胁：2017年第四季度》。

28 缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)。

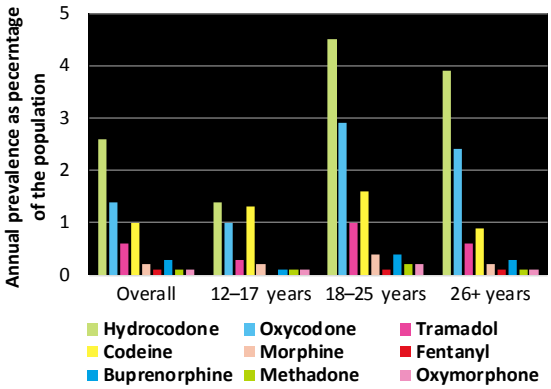
MAP 2 | Reported tramadol seizures (and/or misuse) and major tramadol trafficking/diversion flows, 2012–2016



Source: UNODC, annual report questionnaire data, Report of the International Narcotics Control Board for 2016 (and previous years); report of Heads of National Law Enforcement Agencies for 2016 (and previous years); WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-sixth Report, WHO Technical Report Series, No. 902 (Geneva, World Health Organization, 2002); United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, International Narcotics Control Strategy Report (2017) (and previous years).

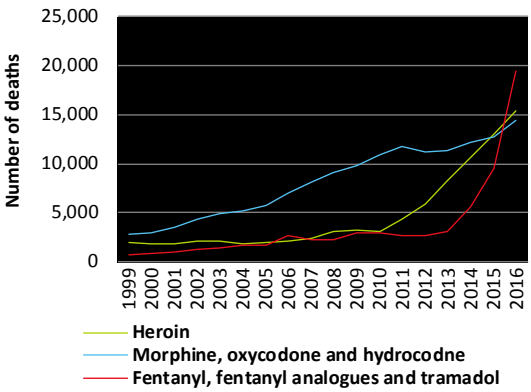
Notes: The boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

FIG. 13 Non-medical past-year use of different prescription opioids in the United States, by age group, 2016



Source: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville Maryland, September 2017).

FIG. 14 Opioid overdose deaths in the United States



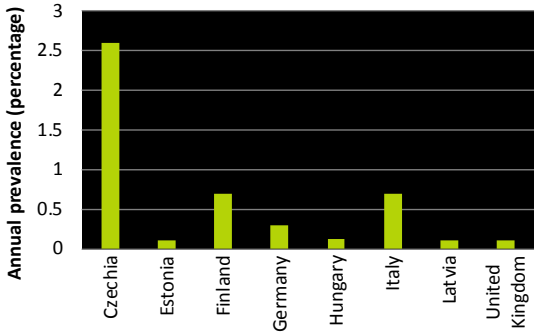
Source: United States, Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Health Statistics, CDC WONDER, 2017.

中类阿片使用过量死亡占总数的70%以上。虽然美国所有与类阿片有关的死亡人数都有所增加，但最令人担忧的趋势却是与合成类阿片有关的过量使用死亡人数，在过去一年中增加了一倍。合成阿片类药物包括芬太尼、芬太尼类似物和曲马朵。

西欧和中欧出现使用阿片类药物的迹象

西欧和中欧阿片类药物的非医疗用途与北美报告的水平不同，但新的合成类阿片(主要是芬太尼及其衍生物)的出现令人关切。[29] 虽然西

FIG. 15 Annual prevalence of non-medical use of pharmaceutical opioids in European countries, 2016 or the latest year



Source: UNODC, based on responses to the annual report questionnaire.

欧和中欧很少有国家在其国家药物使用调查中报告类阿片的非医疗使用情况，但在那些报告了此种情况的国家中，其成人人口中使用此类药物者所占比例为2.6%(捷克共和国)至0.1%(拉脱维亚、爱沙尼亚和联合王国)之间。

自2009年以来，该次区域报告了25种新的类阿片(主要是芬太尼及其类似物)。虽然新的类阿片目前只占西欧和中欧类阿片市场的一小部分，但新的芬太尼类似物属于高效药物，对个人和公共健康构成严重威胁。在该次区域，非法芬太尼在网上市场和当地非法市场上销售，并作为海洛因和仿冒类阿片出售或与之混用。[30]

海洛因仍然是西欧和中欧最常见的类阿片，但该次区域滥用阿片类药物的迹象日益增多。2015年有17个国家报告说，在接受治疗服务的所有类阿片使用者中，有10%以上是因为与使用海洛因以外的类阿片有关的疾病而接受治疗服务的。接受治疗者报告的类阿片包括美沙酮、丁丙诺啡、芬太尼、可待因、吗啡、曲马朵和羟考酮。[31] 在一些国家，阿片类药物，如芬太尼(爱沙尼亚)和丁丙诺啡(芬兰)等，一段时间以来一直是最经常被滥用的阿片类药物。虽然海洛因仍然是捷克最经常被滥用的类阿片，但其他类阿片占接受类阿片滥用疾患治疗的所有类阿片所占比例的一半以上。[32]

虽然与美国的情况不同，但西欧和中欧也报告了与芬太尼及其类似物有关的过量服用死亡。2015年11月至2017年2月期间，爱沙尼亚(4例)、芬兰(1例)、德国(4例)、瑞典(12例)、联合王国(1例)和挪威(1例)报告了23例与呋喃

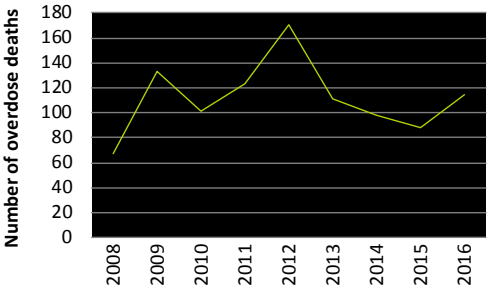
29 EMCDDA, European Drug Report 2017: Trends and Developments.

30 同上。

31 同上。

32 同上。

FIG. 16 Trends in fentanyl overdose deaths in Estonia, 2008–2016



Source: Estonian causes of death registry, 2017.

Note: In 2016, of 114 fentanyl overdose deaths in Estonia, 67 cases were attributed to 3-methylfentanyl, while the remaining were attributed to carfentanyl, furanylfentanyl and acrylfentanyl.

芬太尼有关的死亡。[33] 同样，2016年4月至12月期间，丹麦报告了47例死于丙烯芬太尼(1例)，爱沙尼亚(3例)和瑞典(43例)，其中许多人均属高风险类阿片使用者群体。[34]

曲马朵的非医疗用途和贩运正在成为几个区域的主要关注问题

2012-2016年期间，全世界缉获的曲马朵大多来自印度，其次是中国。[35] 曲马朵被走私到西非、中非和北非的各个市场，其中一些被贩运到近东和中东的一些国家。

大多数区域都有一系列阿片类药物被用于非医疗用途。然而，曲马朵的非医疗用途在西非和北非以及近东和中东许多国家尤其令人关切。虽然该次区域没有基于人口统计的药物使用估计数，但从相关治疗方面提供的数据看，这些次区域非医疗使用阿片类药物的程度相当高。虽然阿片类药物造成的服用致命过量死亡人数很少，但该次区域许多国家也的确报告说出现了这些死亡。在阿拉伯联合酋长国，虽然曲马朵目前在接受治疗者体内检测到的阿

33 欧洲毒品和毒瘾监测中心，呋喃芬太尼：在理事会关于新型精神活性物质和风险评估的决定框架内关于N-苯基-N-〔1（2-苯基乙基）哌啶-4-基〕呋喃-2-甲酰胺(呋喃基芬太尼)风险评估的报告(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

34 欧洲毒品和毒瘾监测中心，丙烯酰芬太尼：关于理事会关于新精神活性物质的决定框架内N-(1-苯乙基哌啶-4-基)-N-苯基丙烯酰胺(丙烯酰芬太尼)风险评估的报告(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

35 毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表数据；《国际麻醉品管制局2016年报告》(E/INCB/2016/1)(以及麻管局前几年的年度报告)；各国国家执法机构负责人2016年(及往年各期)报告；《世卫组织药物依赖问题专家委员会：第三十六次报告》，世卫组织技术报告系列，第902期(2002年，日内瓦，世界卫生组织)；国际麻醉品和执法事务局，“2017年国际麻醉品管制战略报告”(及往年各期报告)。

曲马朵

曲马朵是类阿片止痛药的通用名称，第一次由格林恩塔尔医药公司于1977年上市，用于中度至重度疼痛的治疗。镇痛作用是多模式的，涉及到μ-类阿片受体兴奋剂的活性以及肾上腺素能和5-羟色胺能的特性。曲马朵的代谢产物O-去甲基曲马朵主要负责μ-类阿片受体兴奋剂的活性，而母体化合物作为5-羟色胺释放剂，抑制去甲肾上腺素和5-羟色胺的再摄取，导致情绪增强。

曲马朵的通常口服剂量为每4至6小时50至100毫克，每日最大剂量不超过400毫克。[a] 曲马朵也可作为一种缓释或可变释放制剂，每日一次或两次。曲马朵的制剂也可用于肠外、直肠、舌下和鼻内给药。

曲马朵口服后在肝脏中广泛代谢。活性μ类阿片兴奋剂O-去甲基曲马朵的代谢反应取决于肝脏酶CYP2D6的活性，该酶在人体中表现出遗传多态性。缓慢代谢者的血浆O-去甲基曲马朵浓度相对较低，而快速代谢者的这种活性代谢物的血浆浓度相对较高。[b] 由此推论，曲马朵对心境的净效应与O-去甲基曲马朵对μ类阿片受体的净效应的表达不同。重要的是已知的一些药物和饮料，如葡萄柚汁等，可以抑制人体内CYP2D6的活性。事实上，若干网络吸毒者论坛报道了曲马朵与葡萄柚汁联合使用以维持或增强其增强情绪的特性，而同时忽略了O-去甲基曲马朵介导的镇痛作用的用户体验。

据世卫组织称，[c] 曲马朵可产生类阿片依赖性。研究结果表明，曲马朵每日使用超过几周，此种依赖可能产生。自2013年以来，会员国通过麻醉药品委员会[d, e] 及其区域附属机构的若干决议，[f] 特别是在非洲和中东，[g] 强调了曲马朵的非医疗使用问题。2017年，世卫组织药物依赖问题专家委员会报告说，[h] 越来越多的证据表明，许多国家都遇到了滥用曲马朵问题，而且发现有不良反应和与曲马朵有关的死亡，并建议对该物质进行严格审查——这是建议将滥用药物置于国际管制之下的进程中的初期步骤。毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询委员会收到了关于曲马朵和去甲基曲马朵缉获量的报告。

a Martindale：《药物参考大全》，第38版。(2014年，伦敦，医药出版社)。

b K. Miotto等人，“曲马朵的趋势：药理学、代谢和滥用”，麻醉和镇痛，第124卷，第1期(2017)，第44-51页。

c 世卫组织药物依赖问题专家委员会，“曲马朵：审查前报告”，第三十九次会议，2017年11月6日至10日，日内瓦。

d 麻醉药品委员会2014年关于会员国执行“关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划”情况的部长级联合声明(见《经济及社会理事会正式记录，2014年，补编第8号》(E/2014/28)，第一章，C节)。

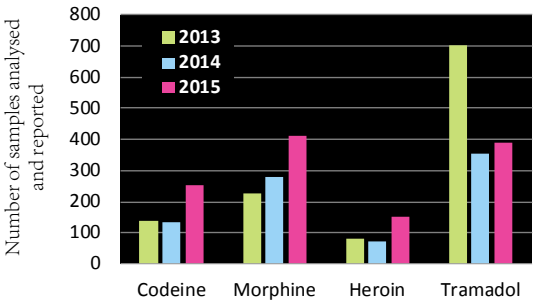
e 麻醉药品委员会关于加强国际合作解决曲马朵的非医疗用途和滥用、非法制造及国内和国际非法分销问题的第56/14号决议(2013年)。

f 麻醉药品委员会关于“阿克拉宣言”(2013年)的第56/2号决议。

g 麻醉药品委员会关于麻醉药品委员会附属机构会议成果、包括“阿布扎比宣言”(2016年)的第59/2号决议。

h 世卫组织药物依赖问题专家委员会：第三十九次报告，世卫组织技术报告系列，第1009期(2017年，日内瓦，世界卫生组织)。

FIG. 17 Trends in the non-medical use of pharmaceutical opioids and heroin among persons in treatment in the United Arab Emirates, 2013–2015



Source: Abuelgasim Elrasheed and others, "Changing patterns of substance abuse: analysis of lab test results of a patient cohort at the National Rehabilitation Center, Abu Dhabi, UAE", International Addiction Review, vol. 1, No. 1. (2017).

片类药物占主导地位，但2013-2015年期间情况发生了变化。[36] 根据对接受治疗者尿液的分析，尽管含有曲马朵的样本数量仍然很高，但迄今已减少了一半，而诸如吗啡和可待因等其他类阿片的数量则在2013-2015年期间增加了一倍。2015年间，阿拉伯联合酋长国报告了23例阿片类药物所造成的服用过量死亡。[37]

据2016年对巴勒斯坦问题药物使用情况进行的首次评估估计，该国15岁及15岁以上男性人口中有1.8%是高风险吸毒者。在加沙地区，曲马朵是最经常被滥用的物质，其次是苯二氮卓和甲基苯丙胺。在高风险使用者的研究样本中，加沙地区97%的受访者报告说他们涉及非医疗用途使用曲马朵，而在西岸地区，苯丙胺则是消耗最多的物质，其次是大麻、抗惊厥药(主要是普瑞巴林)和苯二氮卓。[38]

西非、中非和北非的许多国家(主要是埃及)报告缉获了大量曲马朵。然而，有关这些次区域非医疗用途的曲马朵和其他阿片类药物的信息有限。据报告，在非洲一些地区提供的曲马朵片剂是用于非法市场的，其剂量可能高于通常为医疗目的而开处的剂量。例如，在埃及，主管部门报告在非法市场上有225毫克的曲马朵药片出售，这比通常用于止痛的50毫克药片和从50毫克到200毫克的缓释片都要强得多。[39]

2016-2017年曲马朵在加纳被滥用情况

曲马朵在加纳被用于非医疗用途问题于2016年首次得到该国主管部门的确认，因此该国自当年开始在国家一级对阿片类药物实行管控。这些管控措施使得出于娱乐目的使用曲马朵的市场消失——至少暂时消失。尽管曲马朵的使用仅限于医疗用途，但2017年又出现了滥用非法进口曲马朵的新情况。

目前没有确凿的数据可帮助确定加纳非医疗用途使用和贩运曲马朵的规模，但官方的定性报告已确认这是一个快速形成的威胁。根据调查结果，越来越多的黑帮成员、商务车司机、那些需要长时间在市场从事交易的女性、以及那些在学习期间试图保持头脑清醒的学生都在使用曲马朵。曲马朵常与能量饮料、酒精饮料和大麻混合在一起使用；使用者报告说服用曲马朵是为了体验一种快感、额外能量或性欲。有关主管部门现已查明，在曲马朵的影响下，与驾驶有关的伤亡人数越来越多；招募幼童充当望风者和贩毒者；总体犯罪率上升，包括与其他犯罪活动有关的犯罪，诸如抢劫、强奸、绑架、谋杀和暴力行为等——在使用曲马朵的人和贩运曲马朵的团伙中，他们经常使用砍刀、碎瓶渣和其他武器进行对抗。

警方对阿克拉郊区市场的突击搜查结果、以及对加纳食品和药物管理局实验室查获的药物进行的分析结果表明，远高于成人通常剂量(每胶囊50-100毫克)的高曲马朵含量胶囊的销售越来越多。2017年在加纳缉获和分析的524,00个曲马朵胶囊中，大多数(40%)是含有120毫克曲马朵，18%含有200毫克，另有19%含有225毫克的胶囊。在所缉获的曲马朵中，只有一小部分(13%)的典型药物含量为每胶囊50-100毫克。2017年缉获的曲马朵约有87%来自印度，而其余缉获量则无法确定原产国。然而，目前尚不清楚被扣押的包裹是否是非法制造的，还是从合法制造中转移挪用的，而且具体的转移地点也不清楚。

资料来源：加纳食品和药品管理局。

在埃及，曲马朵据报告是用于非医疗用途的主要阿片类药物，2016年估计有3%的人口被诊断为曲马朵成瘾者。在药物治疗方面，曲马朵也是报告的主要药物，2017年近68%的药物治疗患者因曲马朵使用疾患而接受治疗。埃及也报告了因非医疗用途使用曲马朵而导致的高水平急诊室病例(致命和非致命)。[40]

尼日利亚阿片类药物的非医疗用途使用问题也令人关切。2016年大麻(45%)和类阿片(36%)是该国患者因吸毒疾患而寻求治疗的主要药物，但其中不包括酒精。大多数类阿片滥用疾患者误用曲马多、可待因和五氮嗪。[41]

36 Abuelgasim Elrasheed等人，"药物滥用模式的变化：阿联酋阿布扎比国家康复中心对一组病人实验室测试结果的分析"，《国际成瘾问题评论》，第1卷，第1期(2017年)。

37 对阿拉伯联合酋长国提交的年度报告调查表的回复，2015年。

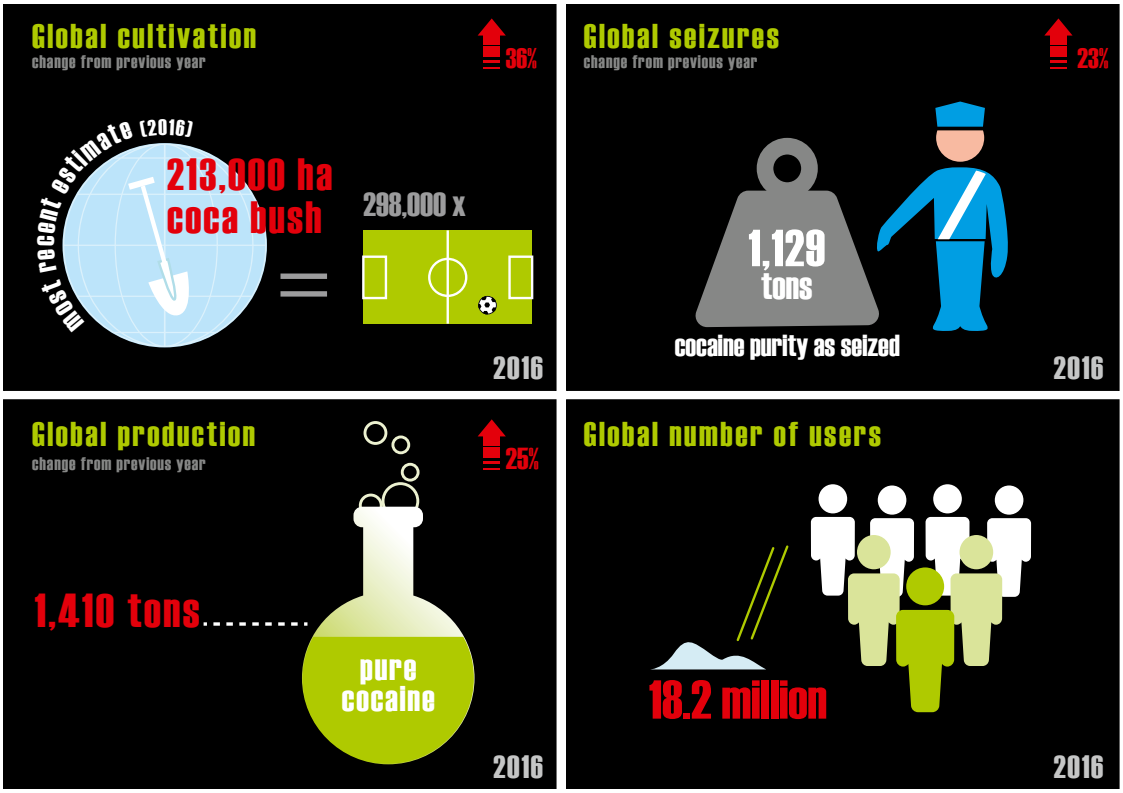
38 巴勒斯坦国家卫生研究所与毒品和犯罪问题办公室，《巴勒斯坦境内非法药物使用的规模估计》(2017年11月)。

39 埃及卫生部精神健康总秘书处，"总秘书处关于精神健康与曲马朵成瘾治疗的报告"（2017年）。

40 同上。

41 尼日利亚国家禁毒执法局，"尼日利亚毒品和酒精使用模式"（2016年）。

B. 可卡因



Note: All data refer to 2016.

继之前的下降趋势后，目前古柯树种植面积正在急剧扩大

继于2000年达到高峰之后，古柯树种植经历了长期下降趋势，但这种趋势于2013年结束。其后全球古柯树种植面积大幅增加了76%，2016年总面积达到213,000公顷。据报告，2016年多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁古柯树种植增加的同时，所有这三个安第斯国家的古柯铲除量都有所下降。

哥伦比亚古柯树种植的增加是导致古柯树全球扩展的主要推动力

全球古柯树种植面积的近期趋势在很大程度上受哥伦比亚古柯种植面积变化的推动：2000-2013年期间，哥伦比亚的古柯种植面积减少了70%，但2013年-2016年间，其种植面积增加了两倍。哥伦比亚2016年古柯种植面积为146,000公顷，占全球种植总面积的68.5%。古柯树种植在哥伦比亚很普遍，2016年在该国33个省中的21个省发现了古柯树种植，尽管种植总面积的三分之二以上位于该国南部地区。哥伦比亚2016年古柯树种植增加的原因与市场动态和贩运组织的战略有关。除其他因素外，它还与以下因素有关：在暂停空中喷洒之后，非法活动的风险明显减少；一些社区期望得到替代古柯树种植的补偿；替代发展干预措施减少，替代发展干预措施经历了从以铲除作物为基础的办法向以促进法治为基础的办法的过渡时期。[1]

哥伦比亚所捣毁的、用于制造古柯和可卡因产品的加工点总数目增加了一倍多，从2013年的2,334个增至2016年的4,842个(其中95%涉及制造古柯糊和可卡因碱，5%涉及制造盐酸可卡因)，[2] 这是迄今为止报告的最大数量。哥伦比亚的盐酸可卡因缉获量增加了一倍以上，从2013年的167吨增至2016年创纪录的378吨。此外，2016年还截获了43吨古柯糊和可卡因

1 毒品和犯罪问题办公室与哥伦比亚，哥伦比亚：监测受非法作物种植影响的地区(2017年7月)，第139页。

2 同上，第151页。

碱。[3] 铲除量(人工铲除和喷洒手段)已从2006年的213,000公顷以上降至2013年的69,000公顷，直到2016年不到18,000公顷，而空中喷洒办法则已于2015年10月停止。种植古柯树的农民可能感到铲除的威胁已经减少，因此他们中的一些人可能有胆量采取集体行动，阻止可能的人工铲除努力，从而倾向于增加他们的古柯树产量。[4]

秘鲁传统古柯树种植面积有增加迹象

自2011年开始减少之后，秘鲁古柯树种植面积于2016年又增至43,900公顷，相当于全球古柯树种植总面积的21%。

2016年秘鲁的古柯树生产主要位于在利马以东、安第斯山脉对面、阿普里马克河谷、艾琳和曼塔罗(70%)，以及更远的拉雷斯(14%)。相比之下，秘鲁1980年代和1990年代的古柯树生产大多位于秘鲁中部的阿尔托瓦利亚加。到2016年时，阿尔托瓦利亚加加仅占秘鲁古柯树种植总面积的4%。然而，这一长期下降趋势已于2016年结束，当时阿尔托瓦利亚加的种植面积从较低水平上升了45%。今天的两个主要古柯树种植区(阿普里马克河谷、艾琳和曼塔罗和康乃尔和拉尔斯)都曾是2016年应予铲除的对象。[5]

多民族玻利维亚国古柯树种植的下降趋势也已告一段落

多民族玻利维亚国占2016年全球古柯种植面积的10%，该国的古柯树种植面积增加了14%，达到23,100公顷，已恢复到2013年报告的水平。2016年的增长结束了始于2010年的下降趋势；[6]除其他因素外，这是该国政府基于“自愿”减少古柯种植区古柯树种植政策的结果；[7,8,9]该政策与铲除古柯树同时进行(如政府报告所述)，特别是在国家公园和接受种植地区以外的其他地区。从总体上看，多民族玻利维亚国铲除古柯树的面积几乎翻了一番，从2005-2009年期间每年约6,000公顷增加到2011-2015年期间每年约11,000公顷，其后于2016年减少到6,600公顷，与该年报告的种植面积增加幅度相吻合。[10]

2016年全球可卡因产量达创纪录水平

由于古柯树种植面积大幅增加，古柯主要产区的可卡因制造专门知识得到改善，因此全球可卡因生产估计在2016年度达到了有史以来最高的1,410吨，比上一年增加25%。大多数可卡因生产位于在哥伦比亚，而哥伦比亚仅根据古柯叶产量估计，可卡因产量于2016吨达到了866吨。这比上一年增加34%，在整个2013-2016期间增加了三倍。秘鲁和多民族玻利国基于古柯叶生产的可卡因于2016间也有所增加，但速度较慢。

2016年可卡因缉获量最多的是美洲和西欧，但其他地区的缉获量正急剧上升

全球2016年可卡因缉获量比上年增长23%，达到1,129吨，[11]创下有史以来最高水平。

2016年全球截获的可卡因中，美洲仍然占绝大多数(占缉获总量的90%以上)，其中南美洲占总量的60%(其中一半以上是在哥伦比亚缉获的)。以美国缉获量为首的北美洲(18%)占全球缉获总量的不到五分之一，中美洲占可卡因缉获量的11%，其中大部分是在巴拿马缉获的。据报告，2016年可卡因缉获量的第二大部分来自西欧和中欧(8%)，其中比利时成为了有史以来首次全国可卡因缉获总量最多的国家(占全球缉获总量的3%)，其次是西班牙(1%)和荷兰(1%)。

2016年可卡因缉获量的增加大多位于北美以及西欧和中欧的主要可卡因目的地市场之外的地区，这反映出可卡因贩运正在向新兴市场蔓延。例如，2015-2016年期间，亚洲的可卡因缉获量增加了两倍，据报告其中增长幅度最大的地区是南亚(缉获量增加了10倍)，东亚和东南亚也是如此。2016年近东和中东/西南亚的可卡因缉获量翻了一番。

非洲缉获的可卡因数量于2016间也增加了一倍，其中大部分是北非国家报告的，其中缉

3 同上，第154页。

4 同上，第14页。

5 毒品和犯罪问题办公室与秘鲁国家发展和无毒品生活委员会，《秘鲁：2016年古柯种植情况监测》(2017年11月)。

6 毒品和犯罪问题办公室与多民族玻利维亚国，《多民族玻利维亚国：2015年古柯种植情况监测》(2016年7月)。

7 同上。

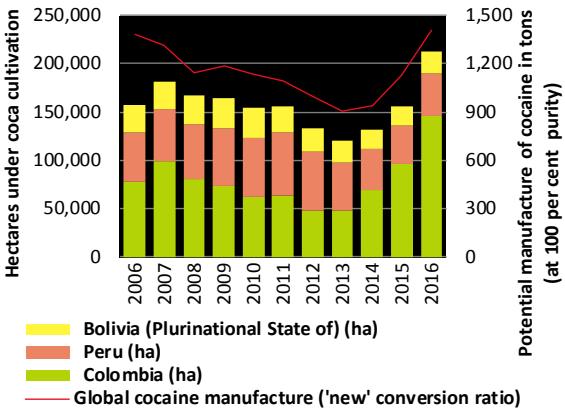
8 多民族玻利维亚国农业发展、农业、牲畜和环境部，国家政府与古柯种植者之间的协定(2008年9月14日)。

9 Robert Lessmann，“玻利维亚：在模式案例与不可治理之间”，《在玻利维亚，国家解体作为附带损害》，Thomas Jäger，编辑 (2009年，德国威斯巴登，社会科学出版社出版)，第54页。

10 毒品和犯罪问题办公室与玻利维亚多民族国，《玻利维亚多民族国：2015年古柯种植情况监测》，第52页。

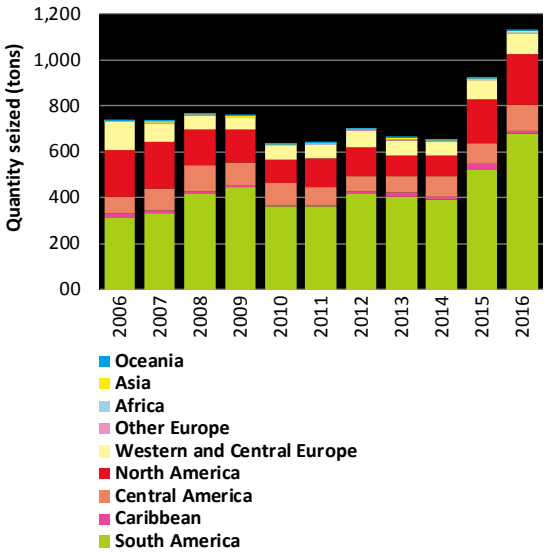
11 这一数量是可卡因缉获量不同程度的纯度。它与所制造的估算量不可比，这是专为纯度100%的可卡因提供的。

FIG. 1 Global coca cultivation and cocaine manufacture, 2006–2016



Source: UNODC, coca cultivation surveys in Bolivia (Plurinational State of), Colombia and Peru, 2014 and previous years.

FIG. 2 Global quantities of cocaine seized,[a] by region (and some subregions), 2006–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

[a] Includes cocaine hydrochloride, coca paste and base, and "crack" cocaine; not adjusted for purity.

获可卡因的数量比上一年增加了6倍，占该区域缉获总量的69%。这与往年的情形完全不同，那些年西非和中非一直是可卡因的主要缉获地区。

据报告，东南欧的可卡因缉获量显著增加，其中可卡因缉获量比上一年增加了两倍多。2016年欧洲缉获的可卡因数量上升了11%。

2015-2016年期间，大洋洲缉获的可卡因数量增加了75%以上，其中澳大利亚占大洋洲截获可卡因总量的98%。

可卡因继续主要从南美洲贩运到北美洲以及西欧和中欧，但贩运路线正逐步扩散到其他次区域

相关缉获数据表明，大多数可卡因系从安第斯国家贩运到北美以及西欧和中欧的主要消费市场。虽然贩运到其他次区域的可卡因缉获量相对较小，但这却表明，向这些次区域贩运可卡因的活动可能正在迅速增加，从而助长了全球贩运路线的扩散。在这些次区域的一些国家，执法机构可能仍然不熟悉可卡因贩运，因为它们更习惯于注重那些进入市场已久的其他毒品。在这种情况下，缉获模式可能掩盖了大量未予报告的可卡因贩运活动。

可卡因贩运的主要流向仍然是从安第斯国家流向北美，特别是从哥伦比亚到美国。据报告，美国仍然是南美洲截获可卡因贩运的主要目的地国。美国缉毒署的相关数据显示，2016年分析的可卡因缉获样本中，92%来自哥伦比亚，6%来自秘鲁，[12] 其中约80%经由太平洋贩运，其余部分则经大西洋贩运(包括过境加勒比走廊)。[13] 通过太平洋贩运的优势很可能是由于哥伦比亚南部古柯叶生产和可卡因制造的集中，哥伦比亚南部最靠近海洋的港口是哥伦比亚及其邻国厄瓜多尔的太平洋港口。可卡因通常是从哥伦比亚贩运到中美洲和墨西哥，通常使用船只和半潜水器，然后通过汽车或卡车从墨西哥过境进入美国，主要是由墨西哥有组织犯罪集团进行贩运。然而，美国执法部门报告说，2016年在海上缉获的可卡因(占总量的46%)多于陆地(41%)；[14] 相比之下，2013年缉获的可卡因中有81%是陆路贩运，12%是海上贩运。这表明，2016年经由墨西哥向美国贩运的可卡因有所减少。事实上，根据美国报告的数据，经墨西哥贩运到美国的可卡因所占比例已从2013年的70%下降到2016年的39%。[15]

12 美国司法部，缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)，第87页。

13 同上，第93页。

14 2016年，另有8%的可卡因是在邮寄时截获的，4%是通过空中贩运的(毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表数据)。

15 毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表数据。

2016年运往加拿大的可卡因大部分系经由加勒比贩运；其中大多数是经由牙买加和多米尼加共和国贩运的，而且可卡因还在到达加拿大市场之前过境美国。[16]

全球可卡因贩运的第二大流量系来自安第斯国家到西欧和中欧的可卡因贩运活动。2012-2016期间，哥伦比亚是运往欧洲市场的可卡因缉获量最多的国家(欧洲国家对欧洲以外国家的原产地、离境和过境问题年度报告调查表所作回复中提到的所有缉获量中的20%)，其次是巴西(16%)和厄瓜多尔和多米尼加共和国(每国9%)。在欧洲境内，西班牙和荷兰均为最经常报告为过境国的国家，其次是德国和比利时。

据报告，经由非洲过境国进入欧洲的可卡因缉获量较少：在欧洲国家对相关年度报告调查表的回复中，有6%提到非洲国家是2012-2016年期间可卡因的来源国、离境国或过境国。向非洲的可卡因贩运主要流向西非和中非国家(5%)，往往是运往欧洲，其次是南部非洲(1%)。巴西是2012-2017年期间非洲所有次区域最经常提及的可卡因截获国。从总体情况看，在美洲国家提及的所有报告中，有2%提到非洲国家是2012-2016年期间缉获的可卡因的目的地国。

2012-2016年期间，亚洲缉获的可卡因似乎也主要起源于或过境巴西。这适用于亚洲的两个主要可卡因目的地次区域，即近东和中东/西南亚及东亚和东南亚，以及中亚和外高加索。亚洲缉获的可卡因贩运往往经过阿拉伯联合酋长国，而亚洲最经常提及的最终目的地国则是中国(包括中国香港)，其次是以色列。

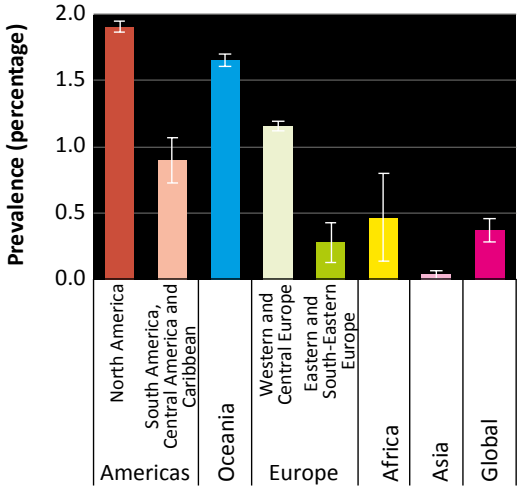
贩入大洋洲的可卡因主要流向澳大利亚。根据所报告的2012-2016年期间澳大利亚缉获的可卡因数量，运往澳大利亚的可卡因最重要的离境国是美国、智利、巴西、阿根廷和加拿大。[17] 可卡因正从美国和加拿大贩运到澳大利亚，这可能是因为澳大利亚的可卡因批发价格高于北美。2016年美国可卡因批发价格为每公斤4,000美元至50,000美元，加拿大为41,000美元至59,000美元，澳大利亚为每公斤137,000美元至222,000美元。[18]

16 毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表数据。

17 澳大利亚刑事情报委员会，《2015-2016非法药物数据报告》(2017年6月，堪培拉)，第98页；以及麻委会前几年的非法药物数据报告。

18 澳大利亚刑事情报委员会，《2015-2016非法药物数据报告》(2017年6月，堪培拉)，第102页。

FIG. 3 Estimated annual prevalence rates of cocaine use among the population aged 15–64 years, 2016



Source: UNODC estimates based on annual reports questionnaire data and other government reports.

鉴于现有的各条贩运路线，所截获的可卡因大多位于在海上或其邻近地带。2012-2016年期间，缉获的可卡因(会员国向毒品和犯罪问题办公室报告为重大的单起毒品缉获量)(盐酸可卡因和可卡因碱)中约有70%已经或打算通过海上贩运(在国际水域、领水、海港、海域、海滩、船只和海运集装箱中缉获)。所截获的可卡因总量中还有15%是在机场缉获的，其余15%则是在陆路(公路、车辆、街道、仓库、邮局、酒吧、住宅、办公室等)缉获的。[19]

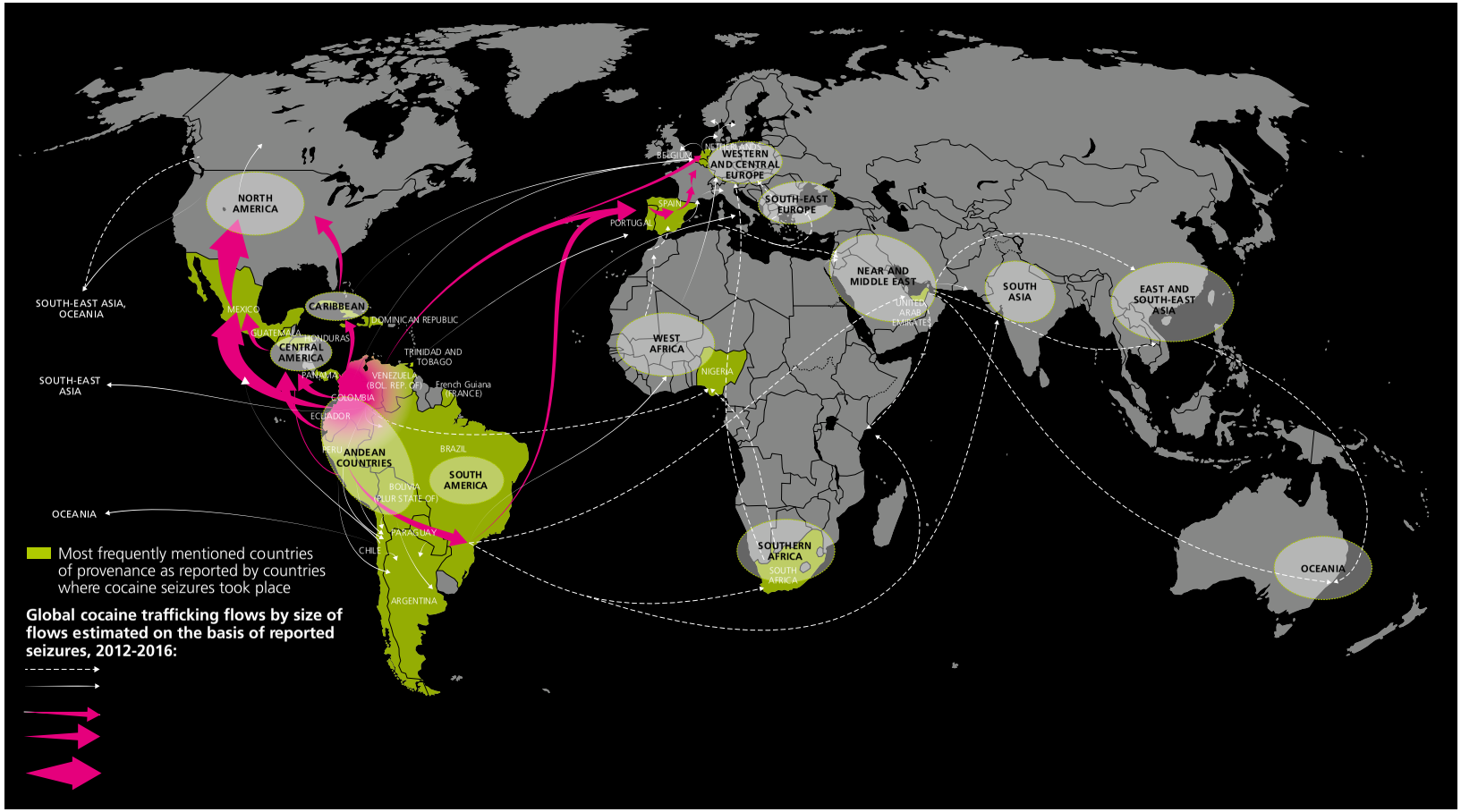
可卡因的使用仍然主要集中于美洲和欧洲，且呈上升趋势

2016年间，全球过去一年可卡因使用者人数估计比上一年增加了近7%，达到1,820万人(范围：1,390万至2,290万人)，而大多数区域据报都有所增加。所有可卡因使用者中有一半以上居住在美洲，大部分是北美(占全球总量的34%)，近四分之一居住在欧洲，主要是西欧和中欧(约占全球总量的五分之一)。非洲以及亚洲和大洋洲加在一起可能占所有可卡因使用者的其余四分之一，但由于非洲和亚洲许多国家缺乏数据，这些估计数会有很大的误差。

据估计，2016年全球年度可卡因吸毒流行率约为全球15-64岁人口的0.4%，尽管各区域之间

19 毒品和犯罪问题办公室，单起毒品缉获量数据库。

MAP 1 | Main cocaine trafficking flows, 2012–2016

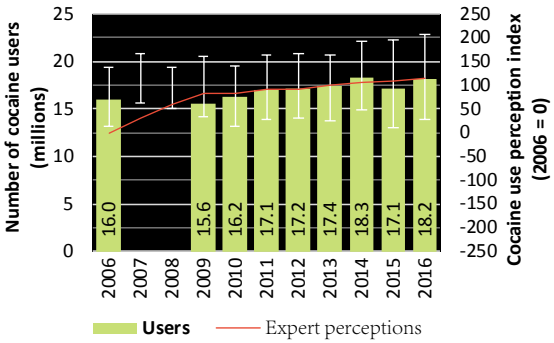


Sources: UNODC, responses to the annual report questionnaire and individual drug seizure database.

Notes: The size of the trafficking flow lines is based on the amount of cocaine seized in a subregion and the number of mentions of countries from where the cocaine has departed (including reports of "origin" and "transit") to a specific subregion over the period 2012 – 2016. The trafficking flows are determined on the basis of country of origin/departure, transit and destination of seized drugs as reported by Member States in the annual report questionnaire and individual drug seizure database: as such, they need to be considered as broadly indicative of existing trafficking routes while several secondary flows may not be reflected. Flow arrows represent the direction of trafficking: origins of the arrows indicate either the area of manufacture or the one of last provenance, end points of arrows indicate either the area of consumption or the one of next destination of trafficking.

The boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

FIG. 4 Trends in the number of annual cocaine users and cocaine use perception index, 2006–2016



Source: UNODC estimates based on annual report questionnaire data.

Note: For calculation methods and details, see the online methodology section of the present report.

存在很大差异。可卡因吸毒流行率最高的次区域仍然是北美洲，美国(占15-64岁人口的2.4%)和加拿大(1.5%)报告了其各自国家的高流行率。整个大洋洲的可卡因吸毒流行率也很高，澳大利亚14岁及以上人口的可卡因吸毒流行率为2.5%。在西欧和中欧，使用可卡因的流行率在联合王国(占16-59岁人口的2.3%)、西班牙(2015年占15-64岁人口的2.0%)和荷兰(2015年占15-64岁人口的1.9%)也很高。

由于每年只有少数国家提供新的估计数，[20]致使误差幅度过大，因此要就统计上的重大增长得出结论尚为时过早。然而，专家对可卡因使用变化的看法[21]表明，2006-2016年期间，全球可卡因使用呈上升趋势。虽然在所有区域都有报告，但特别是在2016年，这一增长在美洲、非洲和亚洲尤为显著。

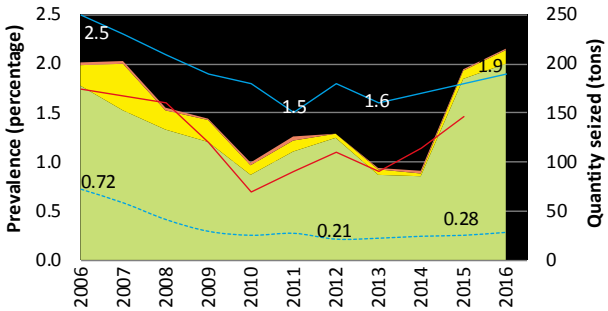
北美可卡因市场持续增长

作为全球最大的可卡因市场，北美的多数指标显示，自2013年始，可卡因市场开始扩张，这与哥伦比亚的变化如出一辙，当时可卡因生产的长期下降趋势被逆转。自2013年以来，加拿大和美国普通人口每年使用可卡因的比例一直在上升。此外，美国的相关数据还显示，自2013年以来，可卡因检测呈阳性的员工尿液样本数量有所增加，而2013年-2016年期间，开始使用可卡因的人数增加了80%，恢复

20 平均每年有20-25个国家向毒品和犯罪问题办公室报告新的吸毒方面的估计数。

21 见本报告在线方法学附件。.

FIG. 5 Seizures of cocaine in North America and annual prevalence of cocaine use in the United States and Canada, 2006–2016



Canada (cocaine seizures)
Mexico (cocaine seizures)
United States (cocaine seizures)
United States (annual prevalence among population aged 12 years and older)
United States (workforce testing results among the general workforce)
Canada (annual prevalence among population aged 15 years and older)

Source: UNODC, annual report questionnaire data; Substance Abuse and Mental Health Services Administration of the United States, National Household Survey on Drug Use and Health; Quest Diagnostics; Quest Diagnostics Drug Testing Index for 2016 and previous years; Health Canada, Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey; and Statistics Canada, Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey, 2015.

到了2002年的水平。[22]在同一时期(2013-2016年)，美国缉获的可卡因数量增加了40%以上，北美整体增加了近50%。

2013-2016年期间，美国与可卡因相关的死亡人数增加了一倍，从不足5,000人上升到超过10,000人。然而，由于这些死亡大多涉及可卡因与合成阿片类药物混合使用(2015年为66%，[23]2006年为45%)，[24]因此不能将其完全归因于可卡因使用。

欧洲可卡因市场可能出现进一步扩张

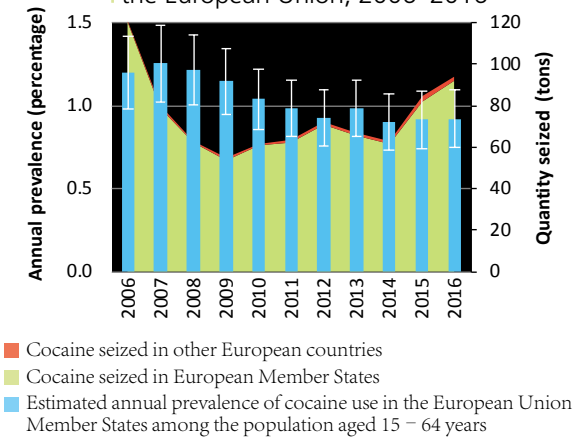
欧盟可卡因使用的总体流行率大约是美国的一半。基于目前有限的数据，据认为近年来在欧洲使用可卡因的情况一直保持相对稳定，

22 美国药物滥用与精神保健服务管理局，美国主要药物使用与精神健康指标，《2016年全国药物使用与健康调查结果》。

23 在撰写本报告时，尚未获得关于2016年可卡因相关死亡的详细数字。

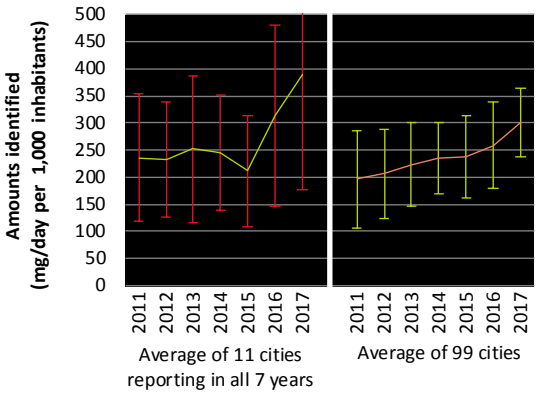
24 美国国家药物滥用研究所，国家卫生统计中心，疾控中心，在线情况调查，国家选择性处方和非法药物造成的服用过量死亡，2017年。

FIG. 6 Seizures of cocaine in Europe and annual prevalence of cocaine use in the European Union, 2006–2016



Source: UNODC calculations based on annual report questionnaire data; and EMCDDA.

FIG. 7 Benzoylecgonine found in wastewater per 1,000 inhabitants in Europe (based on data from 99 European cities), 2011–2017



Source: UNODC calculations based on information from Sewage Analysis CORe Group—Europe (SCORE).

Note: Data included are from the analysis of wastewater in 27 European countries over the period 2011 – 2017. For calculation methods and details, see the online methodology section of the present report.

但同时也有迹象表明，向欧洲供应可卡因的人数再次增加。例如，尽管欧洲查获的可卡因数量从2006年的峰值121吨降至2009年的55吨，但随后却几乎翻了一番，2016间年达到94吨，自2014年到2016年增加了50%。2016年欧盟国家所缉获的可卡因占欧洲缉获可卡因总量的98%，同时也占该区域可卡因消费总量的大部分。据毒品和犯罪问题办公室估计，大约70%的欧洲可卡因使用者居住在欧洲联盟国家，85%以上居住在西欧和中欧。

与流行率调查结果形成对照的是，过去一年的可卡因使用情况仍然相当稳定，而污水分析结果则表明，就近年来的消费量而言，欧洲可卡因市场可能会出现扩大。对西欧、中欧和东南欧城市污水中的苯甲酰儿茶素(一种可卡因代谢物)进行的分析结果表明，2011-2017年期间，特别是在该期间的最后两年，可卡因消费量出现了增长。

在增长到2016年之后，大洋洲可卡因市场可能正在稳定下来

2016年在澳大利亚进行的最新家庭调查结果证实了大洋洲可卡因使用的长期上升趋势，2016年14岁及以上人群中每年吸食可卡因的比例为2.5%；[25] 以全球标准衡量，这一比例相对较高。近年来，其他一些可卡因指标也显示出上升趋势，包括对被拘留者的毒品测试呈阳性，以及在澳大利亚“摇头丸”吸食者中使用可卡因等。[26] 与此同时，缉获的可卡因数量也有所增加，2016年大洋洲(尤其是澳大利亚)的可卡因缉获量和与可卡因有关的逮捕量均达到创纪录水平。

与此相对照，2016年澳大利亚主要可卡因市场新南威尔士州的可卡因纯度下降(尽管澳大利亚整体价格略有上涨)，而可卡因的可获得性(注射吸毒者和定期“摇头丸”吸食者)也有所下降。[27] 加之2016年批发价格的小幅上涨，这表明2016年[28] 澳大利亚的可卡因供应量可能会减少。此外，对澳大利亚污水数据的分析显示，其2017年可卡因消费量已稳定在接近2016年底报告的水平。[29]

尽管在澳大利亚有很高的流行率，但大洋洲对可卡因使用的治疗需求总体上似乎很低。[30] 这表明，与北美和欧洲市场相比，因可卡因使用而出现的吸毒疾患的人数可能有限。的确，虽然澳大利亚每年吸食可卡因的情况是

25 澳大利亚保健与福利研究所，《2016年国家毒品战略住户调查》。

26 澳大利亚刑事情报委员会，《2015-2016非法药物数据报告》(2017年6月，堪培拉)，第91-108页。

27 同上，第91-108页。.

28 同上，第102页。.

29 澳大利亚刑事情报委员会，《国家污水毒品监测方案》，第3期报告(2017年11月)，第40页。

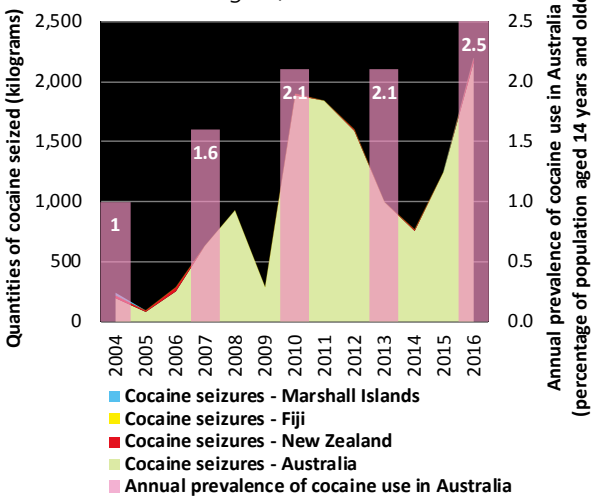
30 毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表数据。

欧盟报告的三倍，但污水分析结果表明，澳大利亚人均可卡因消费量(每1,000名居民的污水中苯甲酰精氨酸的平均含量)明显低于欧洲平均水平。[31] 与其他发达国家的市场相比，[32] 澳大利亚的可卡因价格已经很高，这可能是可卡因消费相对较低的一个因素，使得澳大利亚的可卡因毒品疾患比其他主要可卡因市场要少。

31 污水分析核心组-欧洲和澳大利亚刑事情报委员会，《国家污水药物监测方案》，第3期报告(2017年11月)。

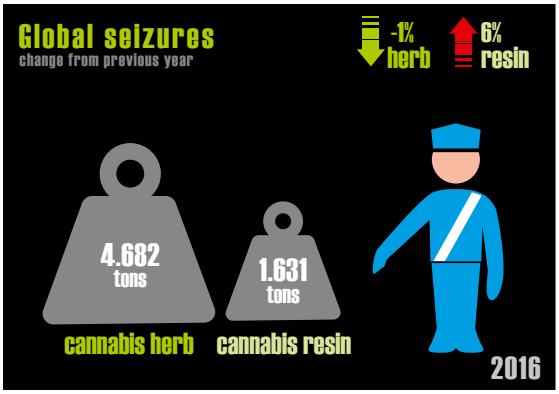
32 亚刑事情报委员会，《2015-2016非法药物数据报告》，第102页。

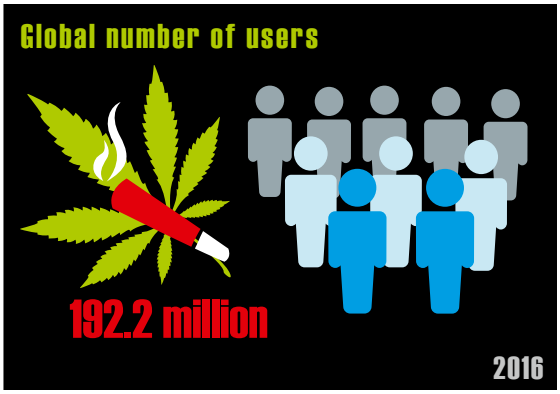
FIG. 8 Annual prevalence of cocaine use in Australia and cocaine seizures in the Oceania region, 2004–2016



Source: UNODC, annual report questionnaire data; and Australian Institute of Health and Welfare, 2016 National Drug Strategy Household Survey.

C. 大麻市场





Note: Data refer to 2016.

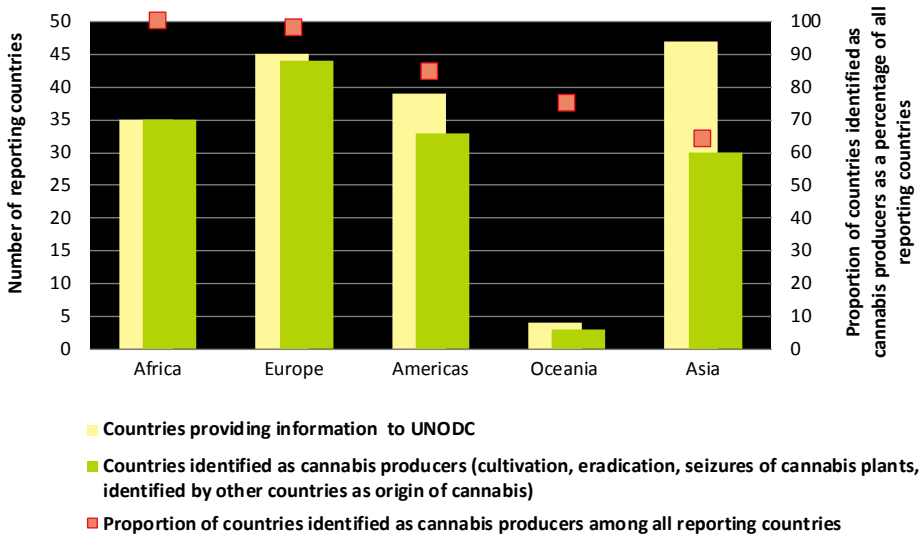
大麻生产继续影响全球所有区域

2010-2016年期间，占世界总人口94 %的145个国家(占向毒品和犯罪问题办公室报告的国家的85 %)，要么通过直接指标(种植或铲除大麻植物的情况)，要么通过间接指标(缉获大麻植物的情况、以及作为由其他会员国报告的大麻缉获来源地的情况)，报告说发现了大麻植物种植。

2016年全球大麻药草缉获量有所下降，但大麻脂缉获量却继续上升

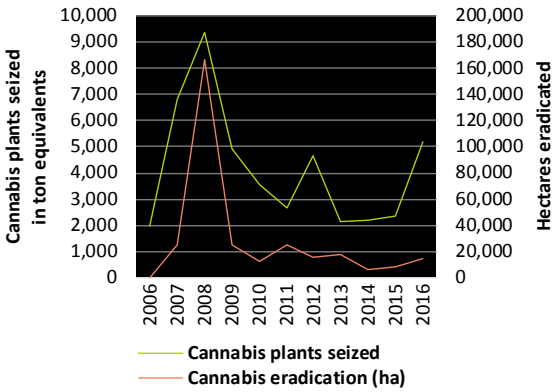
目前缺乏对大麻种植和生产的系统性的和直接的测量（只有很少几个国家能够进行此种测量），而且也没有定期进行。然而，一些国家报告了它们缉获大麻植物和铲除大麻种植的情况。现有数据表明，2008年根除活动达到高峰(反映出巴拉圭缉获了超量大麻植物；阿尔巴尼亚铲除了大面积的大麻种植)，2016年有所增加，主要原因是阿尔巴尼亚、危地马拉、菲律宾和塔吉克斯坦大麻植物缉获量的增加，以及因为印度铲除大麻种植面积的增加。

FIG. 1 Number of countries affected by cannabis production and number of countries reporting drug-related information to the United Nations Office on Drugs and Crime, 2010–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

FIG. 2 Global quantity of cannabis plants seized and eradication of cannabis plants, 2006–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

大麻药草

与往年一样，美洲报告的2016年大麻药草缉获量最大，几乎占全球总量的三分之二。北美占全球总量的39%，南美洲和中美洲及加勒比占23%。所报告的区域缉获量其次是非洲(17%)、亚洲(14%)、欧洲(6%)和大洋洲(0.2%)。虽然大麻植物缉获量和铲除面积有所增加，但自2015年至2016年，全球大麻药草缉获量下降了22%，降至4,682吨，是2000年以来的最低水平。2016年大麻药草缉获量减少的主要原因是，非洲报告的大麻药草缉获量减少了51%(部分地反映了报告工作本身的问题)，美洲大麻药草缉获量减少了25%，而欧洲(49%)、亚洲(135%)和大洋洲(6%)的大麻药草缉获量则有所增加。2016年全球大麻药草缉获案件总数略有增加(上升了2%)。2016年非洲(主要是北非)、亚洲和欧洲的大麻植物缉获量出现增加，美洲和大洋洲的大麻植物缉获量则有所下降。

虽然目前没有证据表明全球大麻市场正在萎缩(2016年全球大麻使用者人数继续增加)，但全球大麻药草缉获量的下降可能表明执法部门的优先关注事项发生了变化。北美的情况可能尤其如此：那里许多司法部门提供医用大麻、以及允许在美国一些州种植娱乐用途大麻的新法律规章可能在其中发挥了作用。

与此相对照，2015年至2016年期间，欧洲、大洋洲和亚洲的大麻药草缉获量有所增加。这一时期内，欧洲的大麻药草缉获量增加了一倍，亚洲几乎增加了两倍，大洋洲增加了三倍。

即使北美缉获的大麻药草有所减少，但美国仍然是2016年全世界大麻药草缉获量最大的国家(占缉获大麻药草总量的21%)，其次是墨西哥(18%)。然而，美国的大麻药草缉获量为978吨，为2000年以来的最低水平，墨西哥的大麻药草缉获量为841吨，为1995年以来的最低水平。报告全球大麻药草缉获量第二大的国家是巴拉圭(9%)——南美洲最大的大麻出口国之一，其次分别是印度(6%)、巴西(5%)和埃及(4%)。

大麻脂

大麻脂贩运活动仍然远比大麻药草的贩运更加集中。2016年全球缉获的大麻树脂总量中约有50%是在近东和中东/西南亚截获的，23%是在北非截获的，23%是在西欧和中欧截获的。因此，这三个次区域加在一起共占2016年全球大麻脂缉获量的97%。

2016年全球缉获的大麻脂数量是有记录以来报告的第二大数量。2015年-2016年期间，大麻脂缉获量增加了6%，达到1,631吨，其主要原因是近东和中东/西南亚缉获的大麻脂数量增加了41%，2006-2016年期间增加了两倍多。相比之下，北非缉获的大麻脂数量下降了3%，而西欧和中欧多年来一直是大麻脂的主要市场，其缉获量从2015年至2016年下降了30%以上。这似乎反映了从使用大麻脂转向使用欧洲种植的大麻药草的根本性转变。阿富汗(占全球缉获总量的22%)首次报告2016年大麻脂缉获量最大，其次才分别是西班牙(20%)、巴基斯坦(17%)和摩洛哥(15%)。

大麻脂大都继续从摩洛哥和阿富汗贩往各主要目的地市场

尽管大麻药草的贩运——与其他以植物为基础的毒品贩运相反——主要发生在所涉生产区域内(见方框)，但目前有大量的区域间大麻脂贩运活动，尤其是北非与西欧和中欧之间、中亚与东欧之间、以及近东与中东/南亚和欧洲之间的贩运活动。

然而，虽然大麻药草具有全球影响力，但大麻脂的市场较为有限，主要局限于近东和中东/西南亚、北非和欧洲。在这一相对较小的市场中消费的大麻脂主要来自阿富汗和摩洛哥，但也有一些源自黎巴嫩和巴基斯坦等其他国家。

2012-2016年期间，北非大部分国家(该次区域报告了缉获大麻脂来源的国家的80%)以及西欧和中欧(占该次区域41%的提及国)报告称摩洛哥是大麻脂的来源。据报告，摩洛哥原产

大麻药草贩运仍以区域内贩运为主

大多数大麻药草贩运均发生在生产大麻药草的区域，这一现象自室内大麻种植蔓延以来更加明显。[a] 2012-2016年期间报告最多的按区域和次区域分列的大麻药草原产地国家如下。

美洲

北美报告的大麻药草跨国贩运最频繁的来源国是墨西哥，其次是加拿大。大麻种植地区计有：墨西哥(特别是锡那罗亚州及其邻近各种州)、[b] 加拿大和美国所有50个州，主要在西海岸，特别是加利福尼亚。[c] 尽管据报道，2016年美国国内大麻种植正在增加，但墨西哥仍然是其大麻药草最重要的外国来源，[c] 同时也有少量大麻从加勒比海走私到其他地区。[c] 墨西哥作为美国大麻市场的来源国的重要性似乎正在下降，而这种下降似乎主要是由于人们认为大麻的质量存在差异。尽管有迹象表明，墨西哥的一些贩毒组织为了与美国生产的大麻相竞争，已开始生产效力更高的大麻，[c] 但据称其他有组织犯罪集团已促使墨西哥农民增加罂粟种植。[b] 在南美洲、加勒比和中美洲，所报告的大麻药草来源最频繁的国家是哥伦比亚和巴拉圭，其次是牙买加。在南美洲、加勒比和中美洲生产的绝大多数大麻是供美洲诸国国内消费的。

非洲

非洲只有17个国家报告了2012-2016年期间大麻药草的来源、过境和离境情况，这表明该区域的跨国贩运水平较低。该区域最经常提到的大麻药草原产国或过境国是加纳(5个国家有报告)，其次是尼日利亚(3个国家)、莫桑比克(3个国家)和斯威士兰(3个国家)。虽然非洲生产的大麻大部分用于本区域内的消费，但一些非洲国家(尼日利亚、加纳、南非和赞比亚)已确定欧洲国家是其最终目的地，特别是联合王国、荷兰和意大利。

亚洲

亚洲有26个国家报告了2012-2016年期间大麻药草的来源、过境和离境情况。该区域大多数大麻药草贩运似乎都是在国家一级进行的。只有少数几个国家被其他国家确定为大麻药草的来源国或过境国：印度(4个国家)、伊朗伊斯兰共和国(4个国家)和阿富汗(3个国家)。与其他区域一样，亚洲生产的大麻大多供本区域内消费。一个主要的例外情况是在中亚生产的大麻药草，其目的地国往往是东欧，特别是俄罗斯联邦。[b] 此外，还有一些大麻药草从北美(加拿大和美国)运往东亚，特别是日本、大韩民国和中国香港。[b]

欧洲

几乎所有欧洲国家都生产大麻药草。荷兰和阿尔巴尼亚是跨境贩运大麻药草最经常提及的来源国，捷克紧随其后。阿尔巴尼亚和荷兰报告说，近年来它们铲除了欧洲最大的大麻植物种植(阿尔巴尼亚报告说该国2016年铲除了5,205个户外场所，总共铲除了2,536,288株大麻植物；荷兰报告铲除了5,856个室内场所，共994,068种株大麻植物)。[b] 来自欧洲以外的大麻药草贩运似乎微不足道，仅限于中亚(主要是东欧)以及非洲、美洲、西南亚和东南亚的一些国家。生产或进口到欧洲的大麻绝大部分(占所有提及量的99%)旨在用于欧洲的最终消费。

大洋洲

在大洋洲所发现的大麻大多是在当地种植和贩运的。然而，在澳大利亚这个大洋洲最大的大麻市场，2015-2016年期间共发现了38个非法进口大麻的“禁运国”，大部分是空运走私。[d] 在整个大洋洲，从国外采购的大麻药草主要来自美国或转运美国，其次是加拿大、荷兰和南非，而新西兰则在其报告中将澳大利亚列为一个大麻来源国。[b]

a 《2017年欧洲毒品问题报告：趋势与动态》(欧洲毒品和毒瘾监测中心，2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)以及前几年。

b 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的回复。

c 美国司法部，缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)。

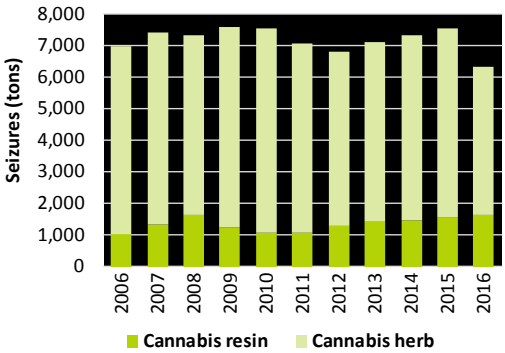
d 澳大利亚刑事情报委员会，“2015-2016年非法药物数据报告”(2017年，堪培拉)，第60-71页。

的一些大麻脂也被贩运到东欧(占该次区域所有提及的27%)和东南欧(11%的提及)。在北非缉获的大麻脂数量最多的国家仍然是摩洛哥和阿尔及利亚。[1] 多年来，其他欧洲国家一直将西班牙确定为该区域大麻脂的主要离境国和过境国，占2012-2016年期间提到的大麻脂总量的19%，其次是荷兰(占提及总数的14%)，欧洲另一个重要的大麻贩运枢纽。

阿富汗也是大麻脂的重要来源国，2012-2016年期间报告大麻脂来源的国家提到的大麻脂占所有提及次数的19%。源自阿富汗的大麻脂已在中亚和外高加索、东欧(最显著的是俄罗斯联邦)以及西欧和中欧(该次区域13%的所有提及国)得到确认。7%的报告国也提到黎巴嫩为来源国，5%的巴基斯坦称黎巴嫩为来源国。这两个国家向近东和中东/西南亚邻国提供大麻脂。

1 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的回复。

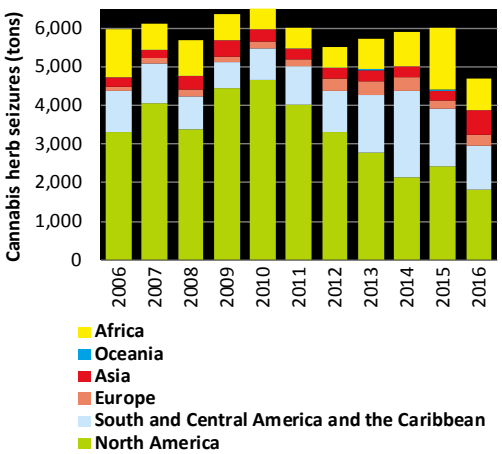
FIG. 3 Global quantities of main cannabis products seized, 2006–2016



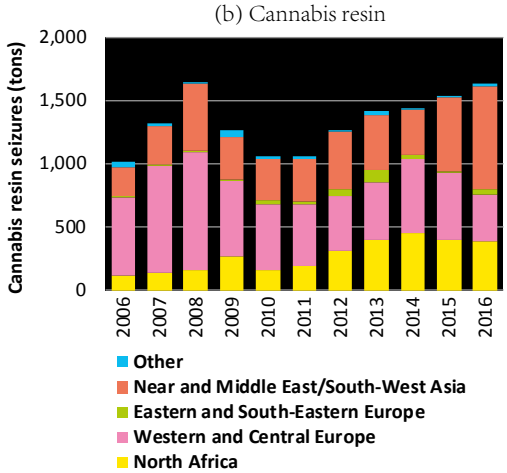
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

FIG. 4 Quantities of cannabis seized, by region, 2006-2016

(a) Cannabis herb



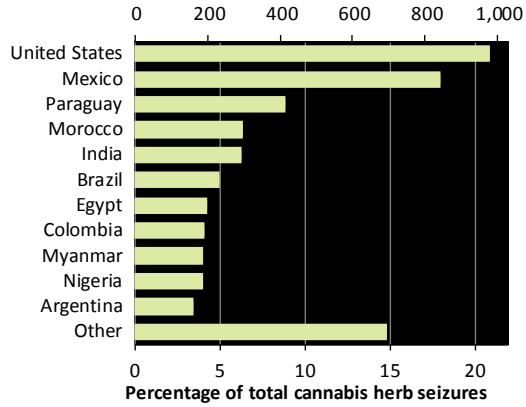
(b) Cannabis resin



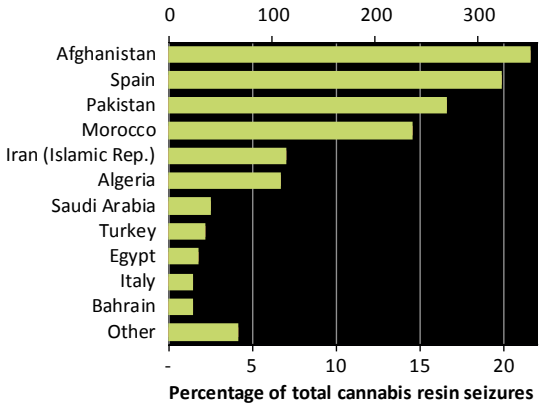
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

FIG. 5 Quantities of cannabis seized, by country, 2016

(a) Cannabis herb (tons)



(b) Cannabis resin (tons)



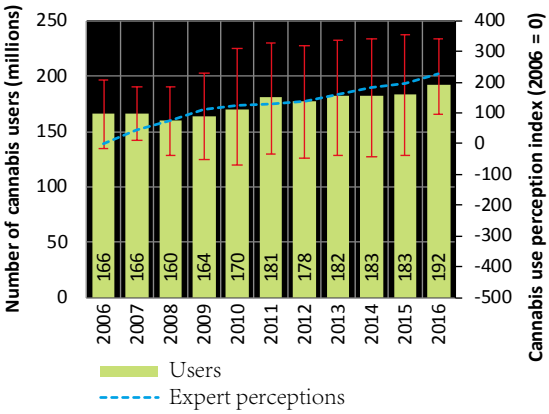
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

2016年全球大麻使用者估计人数有所增加

大麻仍然是全世界使用最广泛的毒品。据毒品和犯罪问题办公室估计，在15至64岁的全球人口中，大约3.9%(范围：3.4%-4.8%)在2016年至少使用过一次大麻：约1.922亿人(范围：1.658亿-2.341亿)。2016年大麻使用者估计数比2006年估计数高出16%。由于一些大国没有报告大麻使用情况的硬性数据，因此这一变化可能掩盖了那些未被发现的变化，但国家专家进行的质量评估，如对77个会员国平均每年所报告的数据进行的评估等，证实了2006-2016年期间大麻使用增加的趋势。

根据大麻使用认知指数，2010-2016年期间，亚洲和非洲国家大麻使用的增加幅度似乎最大，其次是美洲国家。

FIG. 6 Trends in the number of annual cannabis users and cannabis use perception index, 2006–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: For details on the perception index calculations, refer to the online methodological annex.

目前北美使用大麻的规模仍呈上升趋势

过去十年间，美洲使用大麻的人数从过去一年的4,050万人增至2016年的5,290万人，占15-64岁人口的6.9%，[2] 2016年为5,290万人，占15-64岁人口的8.0%。这一增长在美国最为明显，该国大麻使用的年流行率在21世纪初略有下降后，直到2007年，又出现大幅上升，到2015年时达到12岁及12岁以上人口的13.5%、2016年达到了13.9%。[3] 这些增长是在人们看淡大麻使用[4] 所涉风险[5] 的同时，也是在一些国家讨论大麻娱乐用途应否合法化的时候发生的。美国大麻使用的增长加剧了有问题的消费模式，因为2006-2016年期间，每日或几乎每天使用大麻的人数几乎增加了一倍，而

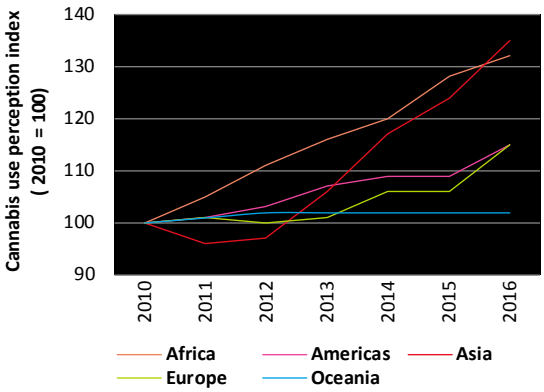
2 《2008年世界毒品问题报告》(联合国出版物，出售品编号：E.08.XI.11)，第112页。.

3 美国药物滥用与精神保健服务管理局，行为健康统计与质量中心，“美国主要药物使用和精神健康指标：2016年全国药物使用和健康调查结果”，HHS出版物编号:SMA 17-5044，NSDUH系列H-52，(2016年，马里兰州罗克维尔)。

4 Lloyd D.Johnston等人，《监测未来国家毒品使用情况调查结果：1975-2017年概览，青少年吸毒情况的主要调查结果”(2018年，安阿伯，密歇根大学社会研究所)。

5 Naji Salloum等人，“大麻使用的相互影响分析与对风险的认知”，《瘾癖》，第113卷，第6期(2018年)，第1077-1085页；Eldon Spackman等人，“大麻使用及对其风险和危害的认知：2016年对加拿大人的情况调查”，《保健政策》，第13卷，第1期(2017年)，第17-27页；Jason Kilmer等人，“吸食大麻、风险认知和后果：感知风险与现实相符吗？”，《成瘾行为》，第32卷，第12期(2007年)，第3026-3033页。

FIG. 7 Trends in cannabis use perception index, by region (2010 = 100)



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: For further information on the calculations of drug use perception indexes, see the online methodological annex.

过去一个月的吸毒者人数增加了60%，而过去一年的吸毒者人数则增加了近一半。[6]

在北美，加拿大也报告了较高水平的大麻使用情况：2015年15岁及15岁以上人口中有14.7%报告使用大麻，[7] 高于2013年的10.7%[8] 和2011年的9.1%。[9]

欧洲和大洋洲大麻使用情况仍然相当稳定

20世纪90年代，大洋洲、尤其是澳大利亚的大麻年流行率大大高于美国，但澳大利亚的大麻使用年流行率大幅下降，从1998年14岁及以上人口的近18%降至十年后的约10%，而且在过去十年中一直保持在这一较低的水平。

虽然欧洲联盟的大麻使用率高于全球平均水平，但其大麻使用率在过去十年中波动不定。在此期间，15-64岁人口中有6%至7%报告在过去一年中使用过大麻。西欧和中欧国家报告的大麻吸毒年流行率近年来最高，主要是法国(2015年为11.1%)、西班牙(2015年为9.5%)、捷克共和国(2015年为9.4%)、意大利(2013/14年度为9.2%)、瑞士(2015年为9.0%)和荷兰(2015年为8.7%)。[10]

6 美国药物滥用与精神保健服务管理局，行为健康统计和质量中心，《2016年全国药物使用和健康调查结果：详细列表》(2017年9月，马里兰州，罗克维尔)。

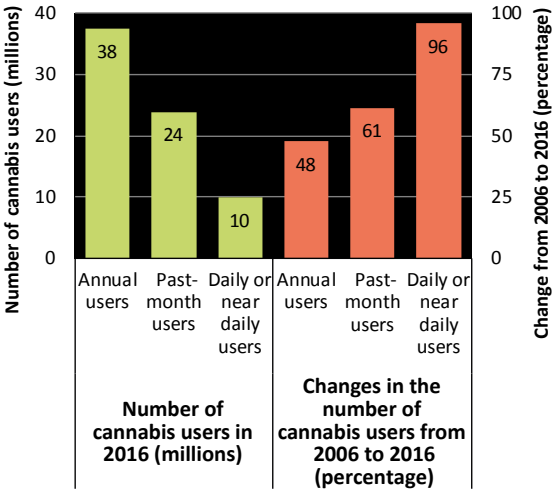
7 毒品和犯罪问题办公室，根据2015年加拿大烟草、酒精和毒品情况调查的数据，对年度报告调查表的回复。

8 加拿大，加拿大烟草、酒精和毒品情况调查：2015年调查结果摘要。

9 加拿大，加拿大酒精和毒品使用监测调查：2011年结果摘要。

10 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的回复。

FIG. 9 Cannabis users in the United States, 2006–2016



Source: United States, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, (Rockville, Maryland, September 2017).

在过去十年中，欧洲15-16岁学生中使用大麻的流行率基本保持稳定，[11] 为一般人口的两倍。

大麻非医疗用途管制措施方面的动态

自2017年以来，美国有8个州一级的司法管辖区以及哥伦比亚特区开始允许大麻用于非医疗用途。[12, 13, 14] 除哥伦比亚特区外，所有这些管辖区现在都在为营利公司发放许可证，准许它们生产、销售和销售广泛的大麻产品。所有那些使大麻生产和销售合法化的州都事先采取了允许在医疗方面使用大麻的措施。

《2017年世界毒品问题报告》审查了美国大麻立法的发展演变情况，特别是成人和青年人口接触大麻的程度，以及为娱乐目的使用大麻与大麻用于医疗目的之间的相互作用。本节重点介绍科罗拉多州目前已知的证据，因为它是美国率先采纳允许非医疗使用大麻措施的州之一。科罗拉多州在公共卫生和公共安全措施方面的立法成果已开始逐步为公众

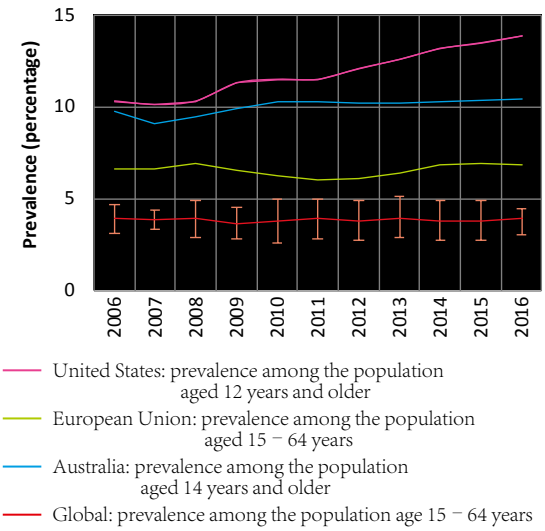
11 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲学校酒精及其他毒品调查项目，2015年酒精毒品情况报告：关于酒精和其他毒品的欧洲学校调查项目结果(2016年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

12 在本节中，大麻的“非医疗用途”和“娱乐用途”的用语在意思上可相互替代。

13 华盛顿州不允许家庭种植大麻；各州允许的大麻植物数量各不相同。

14 国家立法机构全国会议(www.ncsl.org)。

FIG. 8 Annual cannabis use in the United States, the European Union, Australia and at the global level, 2006–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, SAMHSA, EMCDDA and the Australian Institute of Health and Welfare.

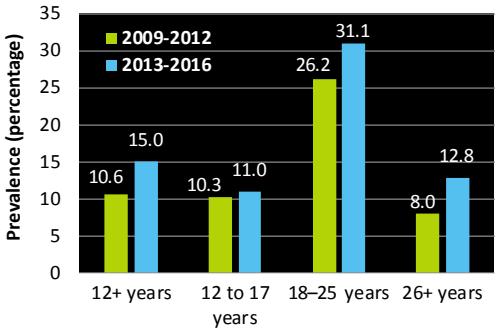
所知悉，并在下文加以列述，尽管它们参差不齐，且并不确定。应在此指出的是，科罗拉多州的大麻立法并没有在该州全境完全适用，因为该法规同时还允许各县和市选择退出。在科罗拉多州的64个县中，只有25个县选择在其管辖范围内允许娱乐大麻立法的某些内容。

本节还简要介绍了乌拉圭大麻监管条例执行情况的最新动态。该国目前正在逐步实施针对大麻的监管条例，但有关具体结果的信息十分有限。

科罗拉多州大麻使用规模

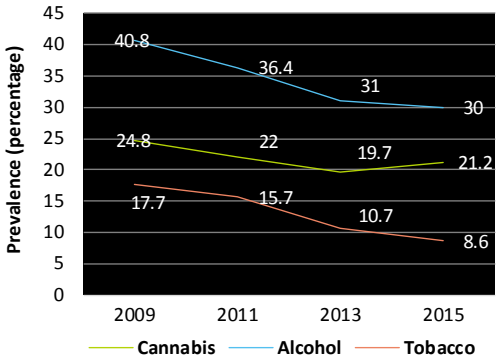
2016年科罗拉多州是美国年度以及过去一个月大麻使用流行率最高的州之一。2016年该国的全国大麻使用年流行率和上月流行率分别为13.7%和8.6%，而相比之下科罗拉多州则分别为23.1%和15.9%。鉴于过去一个月任何毒品的使用情况都会表明该毒品最近使用的程度，因此过去一个月使用大麻的数据被用来说明科罗拉多州使用大麻的最近趋势。根据全国毒品使用和健康调查结果，除2015-2016年时期外，自2009-2010年以来，科罗拉多州过去一个月大麻使用的流行率每年都在增加。虽然对合法化之前(2009-2012年)和合法化后(2013-2016年)时期的比较本身尚不足以评估新条例的影响，但过去一个月大麻使用流行率主要在18-25岁和26

FIG. 10 Past-month use of cannabis in Colorado prior to and following legalization of non-medical use of cannabis, by age group, 2009–2012 and 2013–2016



Source: UNODC elaboration based on results from the national survey on drug use and health: state-level estimates (SAMHSA) for 2009 – 2010 to 2011 – 2012 and from 2013 – 2014 to 2015 – 2016.

FIG. 11 Trends in alcohol, tobacco and cannabis use in the past month among high school students (grades 9 to 12) in Colorado



Source: Healthy Kids Colorado Survey, 2015.

岁及以上的人群中出现了增加。在26岁及以上的人口中，过去一个月的大麻吸食量增加了一半以上，而18-25岁的青年则从2009-2012年时期到2013-2016年时期增加了18%。

国家和州两级进行的不同调查提供了关于高中生酗酒和吸毒方面的信息。有三项主要的国家调查和州一级主管部门进行的调查。全国吸毒与健康情况调查报告了12-17岁人口在国家和州两级吸毒程度的数据。称作“未来监测”的情况调查则提供了八年级、十年级和十二年级学生的国家级调查结果，不过其样本规模仍然相对较小，难以获得有效的州一级结果。疾病控制和预防中心开展了青少年危险行为调查，其中还调查了高中生中的吸毒情况，尽管州一级参与调查的情况并不是每年都是一致的。2015年是最新公布青少年风险行为调查结果的年份，该年科罗拉多州的加权数据没有达到生成州一级代表性数据所需的60%的答复率。[15] 在具体州的调查中，科罗拉多州开展了“科罗拉多州健康儿童情况调查”，其最新结果即是所掌握的2015年结果。由于这些国家和州调查的样本大小和采用的方法不同，它们在科罗拉多州青年大麻使用是否有所增加方面产生了不同的结果。这已成为科罗拉多州和整个美国引起重大辩论的原因。

“全国吸毒与健康情况调查”和“科罗拉多健康儿童情况调查”结果都表明，自大麻使用合法化以来，高中生上个月的大麻使用情况一直相当稳定。平均而言，2009-2012年和2013-2016年期间，12-17岁青少年的上个月大麻吸毒比例保持相对稳定，在10%至11%之间。尽管应该对此作审慎解读，但科罗拉多州健康儿童情况调查报告的过去一个月大麻使用趋势与过去一个月的酒精和烟草使用情况大致相同，尽管在2013年和2015年调查年份中，高中生中的大麻使用情况略有上升。

公共卫生成果

用于审查吸食大麻可能产生的不良影响的一项公共卫生措施是与吸食大麻有关的急诊就诊和住院治疗情况，特别是急性中毒情况。因吸食大麻而急性中毒者可能会在急诊科出现焦虑、恐慌发作、公共场所酗酒、呕吐、以及可能因吸食大麻而引起的其他非特定症状。[16] 很难完全量化大麻使用在卫生保健方面的趋势，因为大麻的使用可能是一个因果因素或助长因素，但也可能是一个共存因素，这取决于值班医生作出何种诊断。[17]

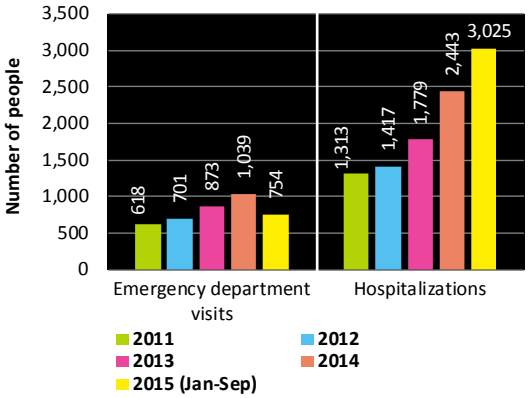
2013-2014年期间，与吸食大麻有关的急诊科就诊总数增加了20%。由于2015年只有部分医疗保健数据可资利用，因此很难确定2014年以后与吸食大麻有关的急诊科就诊的趋势。然而，据科罗拉多州公共卫生和环境部报告，截至2015年9月，因吸食大麻而住院的人数每

15 疾病控制和预防中心，“青少年危险行为追踪监测系统参与情况示意图及其历史”。可查阅：www.cdc.gov。

16 Andrew A. Monte，Richard D. Zane和Kennon J. Hell，“大麻合法化对科罗拉多产生的影响”，《美国医学会杂志》，第313卷，第3期(2015年1月20日)，第241-242页。

17 同上。

FIG. 12 Health-care utilization related to cannabis use in Colorado



Source: Colorado Department of Public Health and Environment, (Denver, United States, 2017).

Note: The 2015 data on emergency department visits and hospitalizations that are publicly available are for the period January – September only.

年大幅增加。[18] 据报告，2016年因大麻作为主要滥用物质而接受治疗的人数为6,120人，这一数字自2012年以来总体上一直保持稳定。

继2010年引进医用大麻之后的几年里，科罗拉多州的毒物和毒品中心接到电话的次数以及2013年允许非医疗使用大麻的措施也大幅增加。2013-2014年期间，关于接触大麻问题的电话数目增加了75%，从2014年至2016年一直保持相对稳定。[19] 虽然相关的总体数字很小，但在急诊就医数据方面报告的一个重要健康成果是，由于无意中摄入可食用大麻产品而住院的儿童人数不断增加。2013-2016年期间，科罗拉多州毒物和毒品中心报告的5岁或5岁以下儿童中大麻接触病例平均为37例，而2009-2012年期间为13例。[20] 2014-2015年期间，9岁及以下儿童因大麻而住院的比例为每十万人中14人，与大麻有关的急诊就诊率为每10万人9次。2010-2013年期间的这一比率分别为每10万人6人和8人。[21]

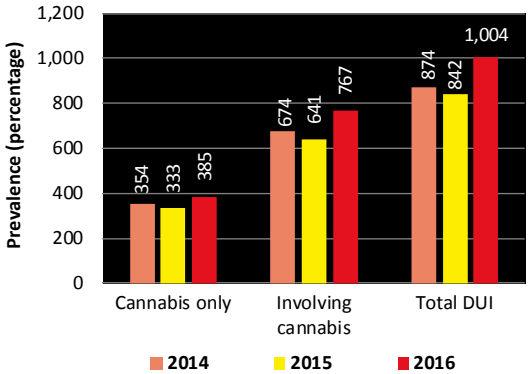
18 科罗拉多州公共卫生与环境部，《监测科罗拉多州与大麻有关的健康问题：2016年》(2017年，美国丹佛)。

19 根据交通死亡数据，科罗拉多州的交通死亡人数逐年稳步上升，其中一名司机的大麻使用检测呈阳性。2009-2012年期间，平均有53起交通死亡案件的司机大麻检测呈阳性，这一数字在2013-2016年期间上升到平均88起，尽管这一比例在这一期间实际上增加了一倍。

20 落基山高强度贩毒区，《科罗拉多州大麻合法化：所产生的影响》，第5卷(2017年10月)。

21 科罗拉多州公共卫生和环境部，“监测与科罗拉多州大麻有关的健康关注问题”：2016年。

FIG. 13 Driving under the influence of drugs in Colorado



Source: Data from the Colorado State Patrol, as reported through Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, vol. 5 (October 2017).

公共安全与刑事司法

在毒品的影响下驾驶，不仅会对司机本人构成威胁，同时还会对车辆或路边的其他人构成威胁。2014年之前，科罗拉多州没有跟踪在大麻影响下驾驶的情况。2014-2016年期间，数据显示，仅在大麻影响下驾驶的案件数量出现增加，而同时涉及大麻和其他毒品的案件数量也有增加。

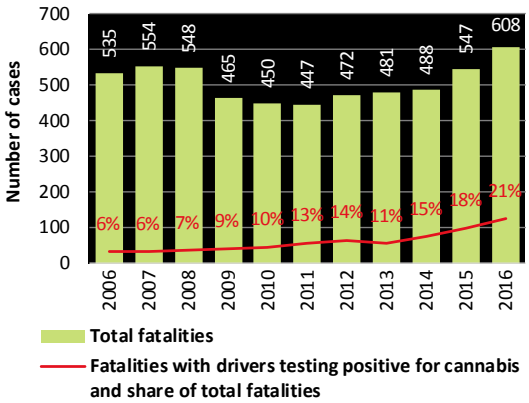
根据交通死亡数据，科罗拉多州的交通死亡人数逐年稳步上升，其中一名司机的大麻使用检测呈阳性。2009-2012年期间，平均有53起交通死亡案件的司机大麻检测呈阳性，这一数字在2013-2016年期间上升到平均88起，尽管这一比例在这一时期内实际上增加了一倍。

2016年科罗拉多调查局完成了对科罗拉多州内外参与非法销售大麻的个人和组织的163项调查，共收缴约3.5吨大麻。[22] 据认为，自2013年非医疗使用大麻在科罗拉多州合法化以来，此类缉获量增加了50%。从科罗拉多寄往其他州的含有大麻的包裹数量也增加了五倍。据科罗拉多调查局报告，自从大麻合法化以来，该州的财产犯罪和暴力犯罪都有所增加。从2009-2012年至2013-2016年期间，财产犯罪的平均数量增加了9%，而暴力犯罪的平均数量则增加了14%。

对自2014年大麻非医疗使用在科罗拉多州合法化以来的数据分析结果表明，在老年人口中大麻的使用大幅增加，而在较年轻的人口(12-17

22 落基山高强度贩毒区，《科罗拉多州大麻合法化：所产生的影响》，第5卷(2017年10月)。

FIG. 14 Traffic deaths with one driver testing positive for cannabis in Colorado, United States



Source: Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, vol. 5 (October 2017).

岁)中则保持相对稳定。另一方面，该州保健就诊、住院、交通死亡和在大麻影响下驾驶的人数也出现大幅增加。[23] 正如《2017年世界毒品问题报告》所指出的，评估允许大麻商业化生产、销售和娱乐使用的措施对健康、刑事司法和其他结果的影响需要一段时间的定期监测、甚至可能需要数年时间才能确定它们对大麻使用的长期影响及其对成年人的相关危害，以及它们对青少年使用大麻的影响。

乌拉圭的大麻管控：管制条例和最近动态

2013年乌拉圭政府批准了关于为娱乐目的的种植、生产、配发和使用大麻的立法(第19.172号法律)。[24] 根据乌拉圭的立法，可通过在国家大麻管制和控制研究所登记获得用于娱乐用途的大麻，有以下三种方案供选择：在授权药店购买大麻、加入大麻俱乐部或住家种植大麻。[25] 通过上述三种机制中的任何一种获得的每人允许的大麻数量每年不得超过480克。

住家种植

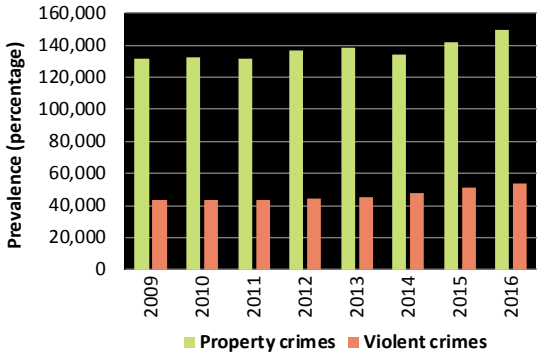
乌拉圭立法允许家庭中个人使用或者共同使用住家内种植的大麻，每个住家最多可种植六株供个人消费的大麻植物。2013年颁布该立法时，那些已经种植大麻的人最多有6个月的时间向大麻管制和管制研究所进行登记。截至2018年2月底，已有8,125人登记了此种住家

23 Chilukri，《娱乐大麻合法化对科罗拉多州第64修正案政策分析的影响》。.

24 附件表1列出了管制的主要内容。

25 本节所提供的资料取自大麻管制和控制研究所。

FIG. 15 Property and violent crimes in Colorado



Source: Colorado Bureau of Investigation as reported through Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, , vol. 5 (October 2017).

种植，其中2,178人获准在2017年3月至2018年2月期间种植大麻。据估计，这一时期住家种植的大麻产量达到3,900公斤。

大麻俱乐部

大麻俱乐部经教育和文化部认可为“民间协会”，并在大麻管制及控制研究所登记注册，其目的是在其成员中集体种植、生产和使用大麻。每个俱乐部至少有15名会员，最多有45名会员，允许99株植物处于开花状态。截至2018年2月底，已有78个俱乐部登记注册，其中20个俱乐部在2017年3月至2018年2月12个月期间进行了登记注册。2018年2月底，大麻俱乐部的成员总人数为2,049名成年人，表明2017年大麻的最大产量为984公斤；2016年向大麻管制及控制研究所申报了122公斤大麻。每间俱乐部及其设施均受大麻管制及控制研究所管控。

通过药店购买

在该系统登记注册的成年人可以选择从药店购买大麻数量，每人每周至多10克，或每月40克，但条件是他们须拥有乌拉圭公民身份或在乌拉圭有永久居留权。自2017年7月开始对药房进行登记以来，已有16家药房在大麻配药药店网络中登记注册。同时，由于与某些银行的交易问题，有6家药店已撤销注册，另有6家药房正在接受评估是否获准进入该网络。为了扩大在大麻管制及控制研究所控制下的大麻配药店的地理覆盖面，乌拉圭政府正在考虑对将向注册用户出售大麻的新商业机构进行评价并随后颁发相应的许可证。每六个月对大麻价格进行一次评估，2018年2月大麻

价格提高了6%，达到每5克/包200比索(约每克1.40美元)。2017年7月至2018年2月期间，已有20,900人登记通过药店获得大麻。迄今为止已进行了大约15万笔此种交易。

四氢大麻酚和大麻二醇的含量限制

大麻管制及控制研究所分发的大麻品种中大麻二醇的含量至少为3%，四氢大麻酚的含量最高为9%。

迄今有限的合法供应规模

截至2018年2月，乌拉圭共注册登记了8,125名个人和78家大麻俱乐部，其成员总数为2,049人；此外还有20,900人通过药店登记注册购买大麻。该系统可能为乌拉圭2014年估计的140,000大麻使用者中的30,000人提供大麻。然而，在今后几年中，随着公众更多地了解到有关公共卫生和公共安全的成果措施方面的信息，制约乌拉圭非医疗用途使用大麻的管控规定的影响将变得十分明显。

TABLE 1 | Regulations for legalizing the use of cannabis within jurisdictions in the United States of America

	Alaska	California	Colorado	District of Columbia	Maine
Legal Process	Voter initiative, state statute	Voter initiative	Voter initiative, amendment to state constitution	Voter initiative	Voter initiative
Title	Ballot Measure 2	Proposition 64	Amendment 64	Initiative 71	Question 1
Date passed	November 2014	November 2016	November 2012	November 2014	November 2016
Date implemented/ required date of rule adoption	February 2015: Personal possession, consumption, cultivation October 2016: Retail sales	Not stated, but licences to be issued by 11 January 2018	December 2012: Personal possession, consumption, cultivation January 2014: Retail sales	February 2015: Personal possession, consumption, cultivation	Take effect on 7 January 2017; regulation for business to be in place August 2017
Regulatory authority	Marijuana Control Board (Alcoholic Beverage Control Board)	Bureau of Marijuana Control	Marijuana Enforcement Division (Department of Revenue)	Not applicable; considering separate legislation to regulate commercial production and sale to adults	Department of Agriculture, Conservation and Forestry
Minimum age	21	21	21	21	21
Residency requirement	None	Not specified	None	None	Not specified
Personal possession quantity	28.5 g	1 oz flower 8 g concentrate	28.5 g	57 g	2.5 oz (70.8 g) 5g concentrate
Home cultivation	Six plants, three of which can be flowering; not subject to public views; within property with lawful possession or with consent of the person in lawful possession	Six plants, away from view	Six plants, three of which can be flowering	Six plants per person; Twelve plants per household, six of which can be flowering	Six mature plants, twelve immature plants, unlimited amount of seedlings away from view and tagged with personal identification number. Property owners can prohibit home cultivation. Cultivation for medical purposes not subject to same restrictions
Interpersonal sharing	28.5 g	Yes	28.5 g	28.5 g	Yes for home grow. Not permitted for retail marijuana
Retail transaction limit	28.5 g	Not specified, presumably same limits for personal possession	Residents: 28.5 g Non-residents: 7 g	Not applicable	2.5 oz. of marijuana Twelve seedlings
Retail pricing structure	Market	Market/commercial	Market	Market	Market/commercial
Average retail price per gram after tax	Average price $20	Low quality $10 High quality $14	Medium quality $15.5	Not applicable	Medium quality $14
Maximum THC content	Not set initially	Not set initially	Not set initially	Not set initially	Not set initially
Registration requirements	None	Not specified	None	None	Not specified

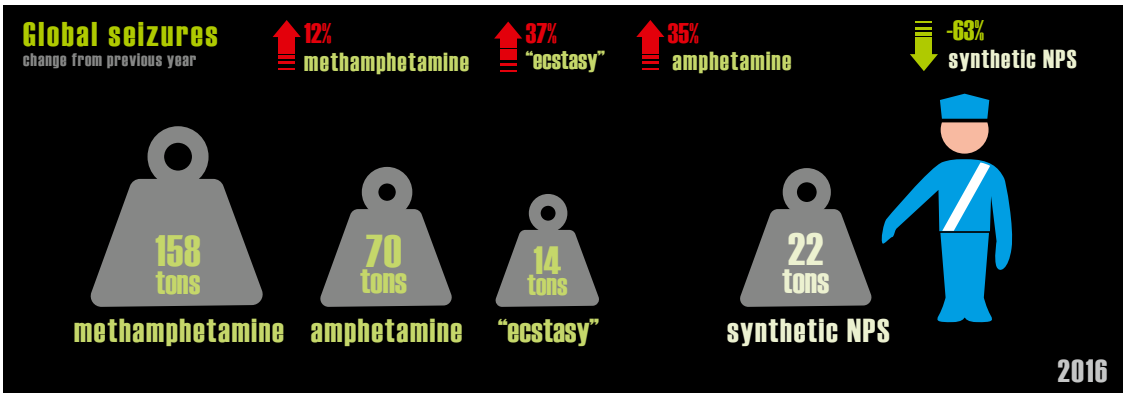
	Alaska	California	Colorado	District of Columbia	Maine
Commercial production	Licensed cannabis producers	Licensed cultivators and manufacturers, varying types	Licensed cannabis cultivation facilities	None	Licensed cultivators; two types based on size
Commercial distribution	Licensed retail cannabis stores	Limits on market concentration	Licensed retail cannabis stores	None	State authority may not limit total number of stores; localities may regulate number and location of establishments
Restrictions on edibles	5 mg of THC for single serving, no more than 50 mg of homogenous THC allowed per package. Child-resistant packaging required. Separate warnings on risks, not appealing to children	10 mg THC per serving. Warning and potency labels. List of ingredients and cannabinoid content	Maximum of 10 mg of THC in each individually packed serving; warning labels "keep out of reach of children"; THC symbol on labels and not attractive to children	Currently not allowed	Serving size and potency limits to be developed in regulations. List of ingredients packing and labels; products and edibles may not contain additives designed to make product more appealing to children
Advertising	Final advertising regulations to be determined by the Alaska Department of Health and Social Services Division of Public Health	Restricted to those over 21. Restrictions on false advertisement or claims of untrue health benefits. Products cannot appeal to children	Restricted to media with no more than 30 per cent of the audience under the age of 21	Not applicable, no commercial market	Restricted to those over 21. Restrictions on false advertisement or claims of untrue health benefits. Products cannot appeal to children
Taxation	$50 excise tax per ounce on sales or transfers from cultivation facility to retail store or product manufacturer; other parts of plant e.g., stems and leaves are taxed at $15 per ounce	15 per cent excise on retail, $9.25 per dry weight ounce on flower after harvest. $2.75 per drug weight ounces on leaves	15 per cent excise tax on cultivation; 10 per cent retail marijuana sales tax to be decreased to 8per cent in July 2017 2.9 per cent state sales tax Up to 3.5 per cent local sales taxes	Not applicable, no commercial market	10 per cent excise on retail
Cannabis clubs	Not explicitly allowed or prohibited Earlier ban on in-store consumption repealed in November 2015	Not specified though they may exists in the form of microbusiness that allow on site consumption	Not allowed	Not allowed; currently under investigation by city task force.	Allowed
Medical cannabis	1998: Patient registry, no dispensaries registration; out-of-state patients recognized for approved conditions but not for dispensary purchases; possession, home cultivation	1996 and 2003; Patient registry - voluntary registration; cooperatives and collectives; State-wide licensing of dispensaries will begin 2018	2000: Patient registry, dispensaries already existed; out-of-state patients not recognized; possession, consumption; 2010: commercial production and sales	1998/2010: Patient registry; dispensaries allowed	1999: Patient registry or identifaction card; dispensaries, recognizes patients from other states but not for dispensary purchases

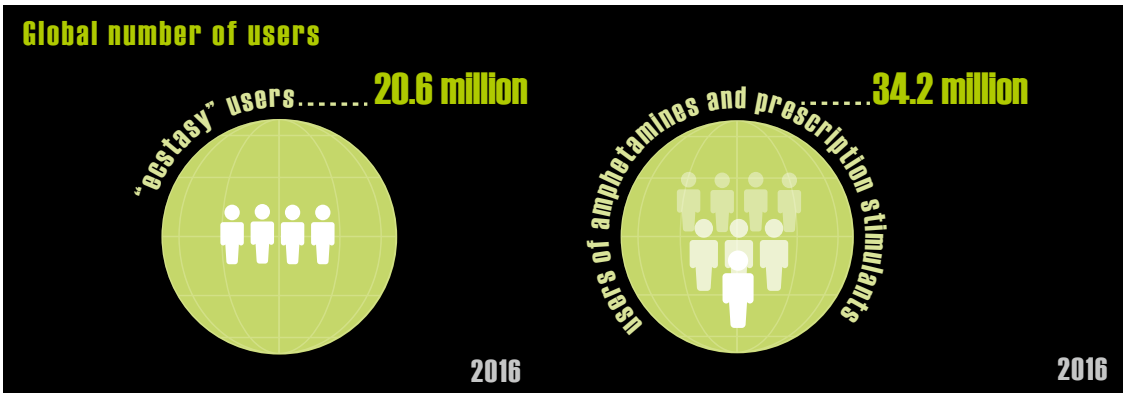
TABLE 2 | Regulations for legalizing the use of cannabis within jurisdictions in the United States of America and Uruguay (continued)

	Massachusetts	Nevada	Oregon	Washington	Uruguay
Legal Process	Voter initiative	Voter initiative	Voter initiative, state statute	Voter initiative, state statute	Government initiative, national law
Title	Question 4	Question 2	Measure 91	Initiative 502	Law No. 19.172
Date passed	November 2016	November 2016	November 2014	November 2012	December 2013
Date implemented/ required date of rule adoption	15 September 2017. Licences issued starting 1 October 2017	Takes effect on 1 January 2017 and regulations to be in place by 1 January 2018	July 2015: Personal possession, consumption, cultivation October 2015 up to December 2016: Retail sales through medical dispensaries January 2017: retail sales through licensed retailers	December 2012: Personal possession, consumption July 2014: Retail sales	August 2014: Personal cultivation October 2014: Grower clubs Mid-2017: pharmacy sales
Regulatory authority	1) Cannabis Control Commission, and 2) Cannabis Advisory Board	Department of Taxation	Oregon Liquor Control Commission	Liquor and Cannabis Board (formerly the Liquor Control Board)	Institute for the Regulation and Control of Cannabis (IRCCA)
Minimum age	21	21	21	21	18
Residency requirement	Not specified	Not specified	None	None	Uruguayan citizenship or permanent Uruguayan residency required
Personal possession quantity	1 oz. flower (28.5 g) 5g concentrate	1 oz. flower 3.5g concentrate	In public: 28.5 g At home: 228 g	28.5 g	40 g per month
Home cultivation	6 plants, 12 in a single residence away from view; 10 oz. of dried marijuana permitted at home	Six plants, no more than twelve on property in indoor or in enclosed with permission of landlord and must be 25 miles away from retail cannabis store	Four plants in flower	Not allowed	Six plants in flower
Interpersonal sharing	Yes	Yes	28.5 g	Not allowed	Allowed within the home
Retail transaction limit	Not specified, presumably same limits as for personal possession	Not specified, presumably same limits as for personal possession	7 g	28.5 g	40 g per month, 10 g per week (sale through pharmacies to registered users)
Retail pricing structure	Market/commercial	Market/commercial	Market	Market	Government price control
Average retail price per gram after tax	Medium quality $16	Medium quality $20	Medium quality $10	Medium quality $11.6	200 pesos per 5 grams (approx. $1.4 per gram)
Maximum THC content	Not set initially	Not set initially	Not set initially	Not set initially	15 per cent maximum THC content (suggested criterion not fixed by law)
Registration requirements	Personal data collection not required	Personal data collection not required	None	None	Yes, with IRCCA for any of the three modes of access

	Massachusetts	Nevada	Oregon	Washington	Uruguay
Commercial production	Licensed establishments	Licensed establishment	Licensed cannabis producers	Licensed cannabis producers	Licensed marijuana producers
Commercial distribution	Licensed establishments; localities can regulate, limit or prohibit the operation of businesses	Limits on market concentration by population	Licensed retail cannabis stores	Licensed retailers	Licensed pharmacies
Restrictions on edibles	Serving size and potency limits to be developed in regulations. List of ingredients	Not specified	Maximum of 10 mg of THC in each individually packed serving; edible products to undergo a preapproval process; not appealing to children	10 mg of THC in each individually packaged serving; child-proof packaging; THC labelling; marijuana-infused products, packages and labels be approved by the State Liquor Control Board before sale	
Advertising	Restrictions on marketing to children to be developed in regulations	Restrictions to be developed in regulations	Entry sign required on exterior of dispensaries; Oregon Liquor Control Commission has authority to further regulate or prohibit advertising	Limited to one sign for retailers at business location	Prohibited
Taxation	3.75 per cent excise on retail	15 per cent excise on retail	No tax on retail sales from October 2015 to December 2015 25 per cent sales tax after 5 January 2016 17 per cent sales tax 2017 with options for local communities to establish local tax up to 3 per cent	July 2014-June 2015: 25 per cent tax at each stage (production, processing, retail) July 2015: 37 per cent sales tax	No tax, although IRCCA can impose tax in the future.
Cannabis clubs	Not allowed although they may exist in establishments that allow on-site-consumption	Not specified	Not allowed	Not allowed	Clubs with 15-45 members allowed to cultivate up to 99 plants, maximum 480 g of dried product per member per year
Medical cannabis	2012/2013; patient registry or identification cards; dispensaries, out-of-state patients not recognized	2000: Patient registry or identification card, No dispensaries; recognize out of state patients if other state's programmes are substantially similar; patients must fill out Nevada paper work	1998: Patient registry, dispensaries already existed but not clearly authorized by law or regulated; possession, home cultivation	1999/2010/2011; no registration or identification card; dispensaries approved as of November 2012, first stores opened in July 2014: 1999 possession 2012: Home cultivation	2014: Passed, but not yet effective

D. 合成毒品





本章简要概述了近年来毒品市场的一个日趋复杂化的组成部分。这个组成部分既囊括诸如苯丙胺、甲基苯丙胺和“摇头丸”等苯丙胺类兴奋剂，同时也包括各种新型精神活性物质（新精活）。

苯丙胺类兴奋剂

全球苯丙胺类兴奋剂市场的特点是既有持续不断的趋势又有新出现的挑战。正如缉获、制造和使用方面的统计数据所反映的那样，甲基苯丙胺仍然持续存在，特别是在北美洲、东亚和东南亚，而晶体甲基苯丙胺正在日益成为令人关切的问题。“摇头丸”在澳大利亚和新西兰仍有很大市场，而西欧和中欧则依然是这种毒品的贩运枢纽。最近还出现了其他新的事态发展：南亚合成毒品市场已进一步发展，有迹象表明，苯丙胺的贩运和使用可能正在从近东和中东/西南亚的既定市场向北非国家扩张。

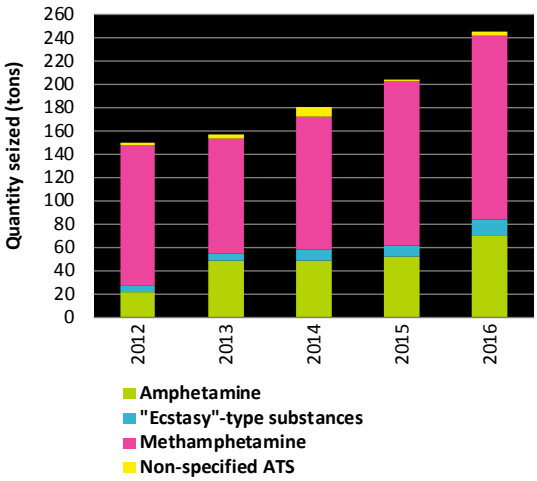
全球苯丙胺类兴奋剂缉获量大幅增加

2015年以来，各种苯丙胺类兴奋剂的缉获量有所增加。2016年全球缉获的苯丙胺类兴奋剂数量比上一年增加了五分之一，从205吨增至247吨。甲基苯丙胺在全球缉获的苯丙胺类兴奋剂数量中仍占最大份额。与过去几年全球甲基苯丙胺缉获量的上升趋势相契合，2016年缉获量继续增加，达到158多吨。2012年至2016年期间，全球缉获的“摇头丸”数量几乎增加了两倍，达到14吨，2016年全球苯丙胺缉获量也增加到70吨，而此前三年一直保持在50吨大关。

全球苯丙胺缉获量持续上升

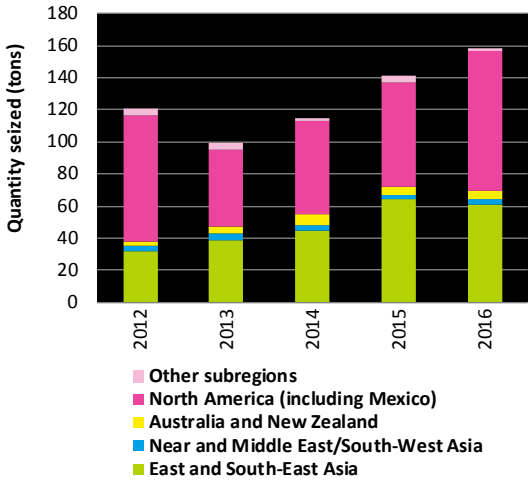
2016年全球甲基苯丙胺缉获量连续第四年持续增加。该年北美共缉获了87吨甲基苯丙胺，比2016年东亚和东南亚报告的甲基苯丙胺缉获量多了近26吨。澳大利亚和新西兰2016年的甲基苯丙胺缉获量继续保持稳定。为此，似乎有理由认为，近年来全球甲基苯丙胺缉获量的增加不仅是执法活动力度增大的结果，而且其他指标同时也反映了甲基苯丙胺市场动态的持续增长势头。

FIG. 1 Quantities of amphetamine-type stimulants seized worldwide, by type, 2012–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2012 – 2016.

FIG. 2 Quantities of methamphetamine seized worldwide, by subregion, 2012–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2011 – 2016.

东亚和东南亚及北美：甲基苯丙胺的主要市场

在根据缉获信息对全球毒品贩运流动情况进行的分析中，确定了东亚和东南亚以及北美是甲基苯丙胺贩运的两个核心次区域。不仅甲基苯丙胺在这些次区域内的国家之间大量贩运，而且区域间贩运的大多数甲基苯丙胺也是运往这两个次区域的国家。此外，西欧和中欧的一些国家以及印度、伊朗伊斯兰共和国、尼日利亚和土耳其也经常被确定为全球缉获的甲基苯丙胺的来源国。其他次区域，如西非、中非和南部非洲等，则似乎是甲基苯丙胺贩运的中转地区

晶体性甲基苯丙胺：一个日益增长的市场

晶体甲基苯丙胺的消费和制造能力的提高及其缉获量的增加表明，北美、东亚和东南亚以及大洋洲的甲基苯丙胺晶体市场正在增长。在东亚、东南亚和大洋洲，甲基苯丙胺一直以晶体甲基苯丙胺和片剂甲基苯丙胺的形式存在，但晶体甲基苯丙胺的使用现在已成为一个重大关注问题。晶体甲基苯丙胺俗称“晶甲”或“冰毒”，其纯度通常比片剂的纯度高得多。甲基苯丙胺，在东亚和东南亚又俗称“亚巴”，是一种小药丸，通常纯度较低，除含有甲基苯丙胺之外，通常还含有大量咖啡因以及各种掺假成分。

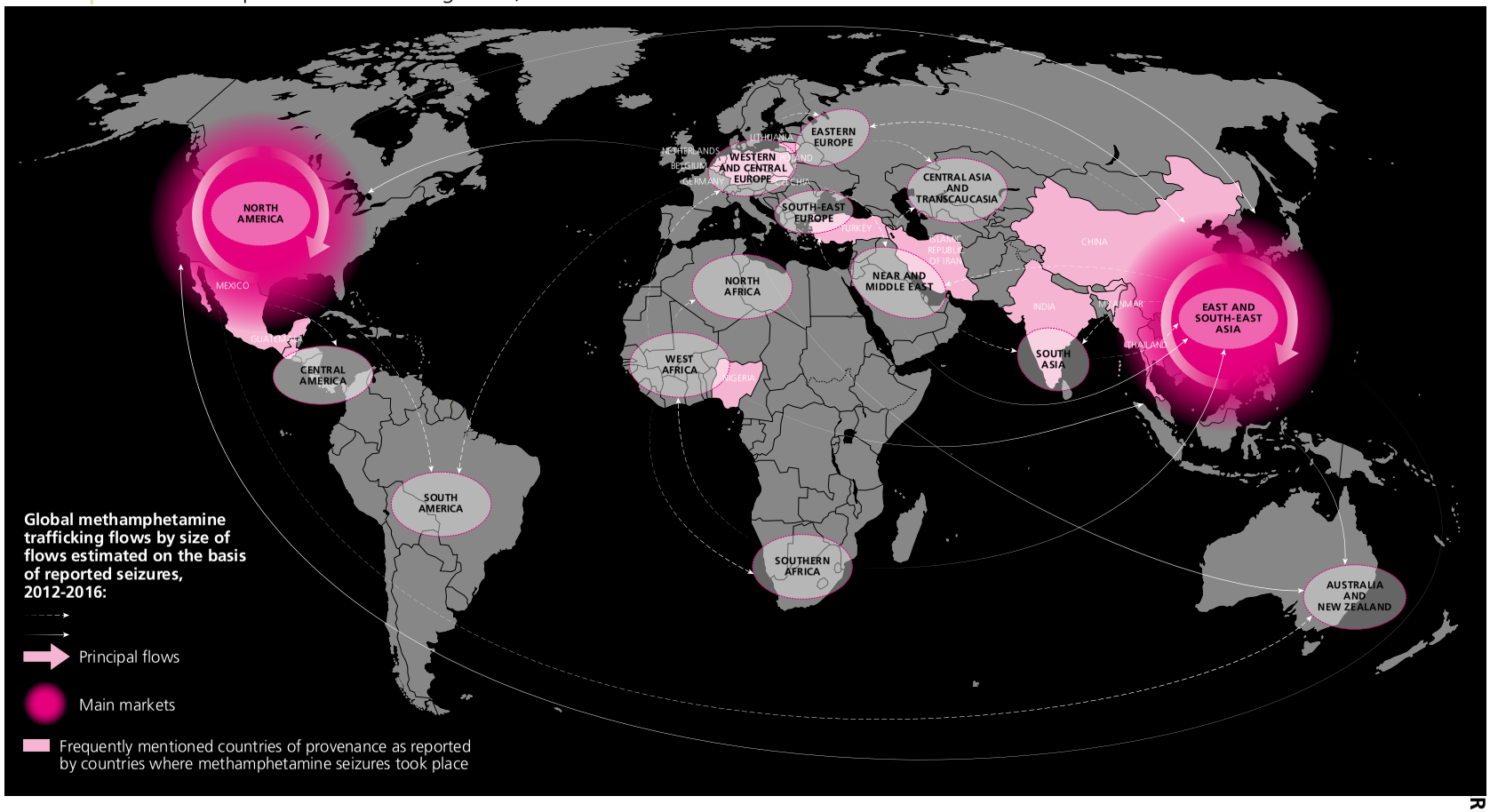
在东亚和东南亚的一些国家，与晶体甲基苯丙胺使用有关的健康问题得到了治疗方面统计数据的支持。例如，在马来西亚，甲基苯丙胺晶体吸毒者占接受戒毒治疗者的20%，而在文莱达鲁萨兰国，甲基苯丙胺晶体吸毒者占2015年药物滥用治疗的几乎所有人(94%)。[1]

直到最近，全世界报告的大多数甲基苯丙胺晶体都是在东亚和东南亚缉获的。东亚和东南亚的甲基苯丙胺晶体缉获量在保持数年稳定之后，从2013年至2016年期间几乎增加了两倍，达到30吨。[2] 从总体上看，美国的甲基苯丙胺缉获量也大幅增加，从2013年的30吨增至2016年的52吨。

北美的有组织犯罪网络经常采用的一种贩运战略是将甲基苯丙胺从墨西哥贩运到美国，然后在所谓的“转化实验室”中把这些物质转化为甲基苯丙胺晶体。尽管美国缉毒署报告称，2016年在该国缉获的大多数转化实验室位于加利福尼亚州和靠近墨西哥边境的其他西南各州，但在佐治亚州、堪萨斯州、内华达州、北卡罗来纳州和俄克拉何马州也查获了此种转化实验室。[3] 据报2013年间墨西哥缉获了3吨以上的液态甲基苯丙胺。

1 亚洲及太平洋药物滥用信息网。
2 亚洲及太平洋药物滥用信息网。
3 美国缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年10月)。

MAP 1 | Main methamphetamine trafficking flows, 2012–2016

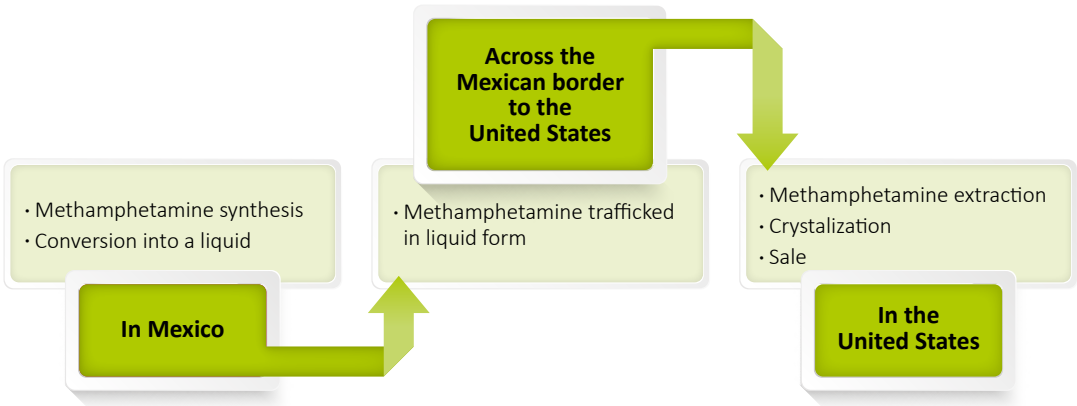


Sources: UNODC, responses to the annual report questionnaire and individual drug seizure database.

Notes: The size of the trafficking flow lines is based on the amount of methamphetamine seized in a subregion and the number of mentions of countries from where the methamphetamine has departed (including reports of "origin" and "transit") to a specific subregion over the period 2012 – 2016. The trafficking flows are determined on the basis of country of origin/departure, transit and destination of seized drugs as reported by Member States in the annual report questionnaire and individual drug seizure database: as such, they need to be considered as broadly indicative of existing trafficking routes while several secondary flows may not be reflected. Flow arrows represent the direction of trafficking: origins of the arrows indicate either the area of manufacture or the one of last provenance, end points of arrows indicate either the area of consumption or the one of next destination of trafficking.

The boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

FIG. 3 | A reported strategy for trafficking methamphetamine from Mexico to the United States



Source: Diagram based on information reported by United States Drug Enforcement Administration, 2017 National Drug Threat Assessment (October 2017).

据认为，甲基苯丙胺在2016年是美国仅次于海洛因的第二大毒品威胁。据该国执法机构报告，2013年-2016年期间，甲基苯丙胺的供应量有所增加。[4]

西欧和中欧：“摇头丸”国际贩运中心

“摇头丸”的既定市场传统上是欧洲、北美和大洋洲，多年来大量毒品在这些区域被缉获。有关查封“摇头丸”制作设施方面的数据以及相关缉获量统计数据表明，西欧和中欧仍然是制造和贩运"摇头丸"的国际中心。据欧洲毒品和毒瘾监测中心及欧洲联盟执法合作局称，比利时和荷兰是欧洲生产3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（“快乐丸”）的关键国家。[5] 美洲、东亚、东南亚和大洋洲国家经常报告缉获源自西欧和中欧的"摇头丸"。最近的调查结果还表明，欧洲“摇头丸”的使用总体上有所增加。[6]

2005年以后，全球“摇头丸”（其主要成分为MDMA，即3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺）经历了因其供应短缺而引发的变化。由于对“摇头丸”的需求继续保持不变（尽管存在短缺），贩运者便转向寻求以其他化学品来替代“摇头丸”，从而满足现有市场需求。[7] 然而，经过一段作为“摇头丸”销售的毒品中含有很少或完全没有MDMA的时期后，含有高浓度MDMA的“摇头丸”片剂再度出现在合成毒品市场上。虽然欧洲“摇头丸”主要以片剂形式供应，但一些欧洲国家中同时也出现了以粉末或水晶MDMA形式出现的“摇头丸”。[8]

大洋洲继续报告“摇头丸”的使用保持高水平，该区域“摇头丸”使用年流行率估计为世界上最高的。2016年间新西兰报告说“摇头丸”的使用情况明显增加，而澳大利亚报告说，在14岁和14岁以上人口中“摇头丸”的过去一年使用人数[9] 从2013年的2.5%下降到了2016年的2.2%。[10] 虽然新西兰的“摇头丸”缉获量每年仍低于50公斤，但澳大利亚缉获量却显著增加，从上一年不到1吨的情况下，于2016年缉获量达到约5吨。贩运和制造业方面的数据表明，该区域使用的“摇头丸”源自国内制作和国际供应网络的联合供应网。例如，2015-2016年期间，据报告在澳大利亚发现了17家制作“摇头丸”的实验室，另有18家在2014和2015年被捣毁。新西兰上次报告称，该国2013

4 同上，《2016年国家毒品威胁评估摘要》(2016年11月)。

5 欧洲毒品和毒瘾监测中心与欧洲联盟执法合作局(欧洲刑警组织)，《欧盟毒品市场报告：深入分析》，联合出版物系列(2016年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

6 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲毒品问题报告：2016年趋势和动态》(2016年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

7 联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)，“了解合成毒品市场：新型精神活性物质因素”，《毒品和犯罪问题办公室监测全球合成毒品：分析、报告和趋势方案》，第19卷(2018年3月)。

8 Claudio Vidal Giné 等人，“2000-2014年西班牙摇头丸市场上的晶体和片剂：它们在纯度和掺假方面彼此相同还是相互迥异？”《国际法医学杂志》，第263卷(2016年)，第164-168页。

9 在澳大利亚作为“摇头丸”销售的“MDMA”片剂可能含有“摇头丸丸”以外的其他物质。

10 澳大利亚保健和福利研究所，《2016年国家毒品战略住户调查：详细调查结果》，第5章，2017年9月28日。可查阅：www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/2016-ndshs-detailed/data 。

南亚：新出现的合成毒品威胁

目前强有力的迹象表明，合成毒品贩运正在向南亚地区扩大。例如，尽管印度的合成毒品缉获量多年来一直保持在较低水平，但2016年报告的缉获量却很大，总共缉获了24吨甲喹酮和2吨苯丙胺。2016年在印度缉获的大多数苯丙胺被认为源自该国本国，而其中较小的比例源自缅甸。据报告，大多数苯丙胺以及2016年在印度缉获的少量“摇头丸”和甲基苯丙胺已运往该国国内市场。据报告，该国所缉获的其余苯丙胺系运往马来西亚，另外更小一部分则是分别运往荷兰、大不列颠及北爱尔兰联合王国和赞比亚。

虽然目前尚未掌握关于2016年印度甲喹酮贩运情况的资料，但据报告，2015年在印度缉获的0.2吨甲喹酮系运往南亚以外的国家，如马来西亚、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚。据报告，印度于2011、2014和2015年还捣毁了若干甲基苯丙胺实验室。2016年该国报告捣毁了两个苯丙胺实验室，而且首次查封了一家甲基麻黄碱实验室。含有麻黄素或伪麻黄碱的药物制剂的转用表明目前存在着非法合成药物制造的危险。印度报告称2016年缉获了10吨以上的麻黄碱和8.5吨的伪麻黄碱。[a]

2015年孟加拉国报告缉获了近2吨甲基苯丙胺片剂。据报告这些片剂系从缅甸贩往孟加拉国国内市场。此前，该国报告说2013年缉获了3吨甲基苯丙胺片剂。

[a] “用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品：国际麻醉品管制局关于《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第12条执行情况的2016年报告”(E/INCB/2016/4)。

年发现了两个“摇头丸”制作实验室。

新动态：苯丙胺向北非和北美扩散

多年来，苯丙胺在近东和中东以及西欧和中欧的合成毒品市场一直占据主导地位，但最近关于北非和北美缉获量增加的报告表明，其他次区域的贩运活动也日益增多。虽然北非缉获的苯丙胺数量激增的原因目前尚不完全清楚，但这可能与苯丙胺向邻近的近东和中东次区域大市场贩运有关。北美所缉获的大量苯丙胺可能是由于国内制造向外扩张所致。

从各方面的综合情况看，会员国所报告的缉获数据、贩运信息和专家对使用趋势的看法表明，近东和中东苯丙胺市场日益增长。近东和中东的专家看法显示苯丙胺使用的趋势喜忧参半，因为一些国家报告苯丙胺使用数年来有所增加，而另一些国家则报告称苯丙胺使用趋于稳定或减少。专家看法一致表明苯丙胺使用增加的该次区域唯一国家是阿拉伯叙利亚共和国(2013-2015年)和约旦(2014-2016年)。虽然近东和中东国家没有涉及苯丙胺治疗方面的总数据，但约旦本国的相关治疗数据显示，2015年接受苯丙胺类兴奋剂治疗的人是该国仅次于大麻的第二大吸毒群体。

近东和中东/西南亚次区域的苯丙胺缉获量增加了一倍多，从2015年的20吨增至2016年的46吨，占2016年全球苯丙胺缉获量的65%。该次区域报告的苯丙胺缉获总量为18吨，其中约39%在沙特阿拉伯。该年在约旦又缉获了14吨苯丙胺，阿拉伯联合酋长国(6吨)、巴基斯坦(4吨)、黎巴嫩(2吨)和阿拉伯叙利亚共和国(1吨)也报告了高缉获量。贩运情况报告显示，在该次区域，苯丙胺主要是在次区域内各国之间贩运的，与前几年一样，该次区域缉获的苯丙胺大部分被认为源自黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国。沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国等国是2016年该次区域缉获的苯丙胺最常报告的目的地国。然而，最近的缉获情况报告表明，北非和亚洲国家也与近东和中东的贩运路线有关。这些关于从该次区域以外贩运苯丙胺的新报告是否表明出现了新的贩运路线，尚有待于进一步观察。[11]

最近北非报告了大量苯丙胺缉获量：埃及2015和2016年分别2吨和6吨多，苏丹2016年为0.5吨。目前尚没有关于这些国家内苯丙胺贩运情况的相关资料。然而，现有有关合成毒品贩运的有限数据，加之近中东与中东地理上十分接近，表明埃及和苏丹的缉获量有可能是北非与中东和中东国家之间日益增加的贩运联系的结果。例如，据报告，2016年埃及是约旦缉获的苯丙胺的目的地国，而且据报在阿拉伯叙利亚共和国缉获的苯丙胺已运往苏丹和埃及。迄今为止，北非国家苯丙胺缉获量是否为孤立事件的结果，抑或是它们代表了更广泛的趋势，尚不得而知。

包括墨西哥在内的北美所有国家都报告了苯丙胺缉获量。然而，美国缉获的苯丙胺占该次区域苯丙胺缉获量的大部分，占2016年全球苯丙胺缉获总量的6%。2016年间，包括中美洲、西欧和中欧、东亚和东南亚以及新西兰在内的各个次区域的国家向美国和从美国贩运苯丙胺。在北美，2016年加拿大和墨西哥缉

11 关于进出近东和中东各国的苯丙胺贩运的更为详尽的分析，见《2017年世界毒品问题报告》。

获的苯丙胺据报也已离开美国。使用美国的数据并不表明该国苯丙胺市场日益增长；然而，从2011年至2015年捣毁的大量苯丙胺实验室情况看，该国国内苯丙胺制造规模相当大。目前没有2016年苯丙胺制造方面的数据，但美国报告说，2015年捣毁了几个苯丙胺实验室：1个工业规模、7个中等规模、34个小规模或厨房规模。2014年该国报告捣毁了62个苯丙胺实验室，其中10个具有工业规模。

新型精神活性物质

随着数百种新型精神活性物质的出现，市场上所提供的精神活性物质的品种可能达到了前所未有的规模。新型精神活性物质的营销方式和形式各不相同，在不同群体中的使用情况彼此相异，其产生和持续的模式在国家和地区之间也表现出显著差异。某些新型精神活性物质对人体的影响尚未完全了解：有关其毒性的安全数据往往无法获得，其长期副作用也不得而知。这种局面给识别、预防、治疗和控制工作带来了更多的挑战。虽然全球新型精神活性物质市场极为多样化，但似乎只有少数几种物质建立了自己的市场或取代了传统毒品，但其使用所造成的危害仍然很大。一些单一精神物质已在利基市场中巩固了其既有地位，特别是在少数和脆弱的人口群体中，而另一些物质则逐步渗透到现有的受管制物质市场，从而加大了市场上毒品供应的复杂性。本章对新型精神活性物质进行了整体性分析，所涉及的物质包括氯胺酮。此种物质与其他精神物质不同之处是氯胺酮广泛应用于人体医学和兽医领域，而大多数新型精神活性物质没有或几乎没有任何医学应用历史。为确保与《世界毒品问题报告》前几版所列相关数字具有可比性，除另作说明者外，本章中所作分析还涵盖了自2015年以来受到国际管制的各种物质。

新型精神活性物质：事实和数字

目前全球新型精神活性物质市场的特点仍然是大量属于不同化学类别的新物质的出现。2009-2017年期间，111个国家和地区报告了累计803个国家和地区的新型精神活性物质情况。[12] 自2009年联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)开始对新型精神活性物质进行监测以来，截至2015年，每年报告的新型精神活性物质数量逐年增加，但此后似乎已趋于稳定。

截至2017年底向毒品和犯罪问题办公室报告的所有新型精神活性物质中，合成大麻素在所报告的不同物质(251种物质)数量中占最大类别，其次是“其他物质”(155种)、合成卡西酮(148种)和苯乙胺类(136种)诸种类别。每年报告的哌嗪类、氨基茚满和植物型新型精神活性物质数量相对较少。包括结构多样物质在内的“其他物质”类别已大幅增加，特别是自2014以来，到2017年底总共达到155种物质。这一类包括处方药的衍生物——包括芬太尼类似物和苯二氮衍生物。

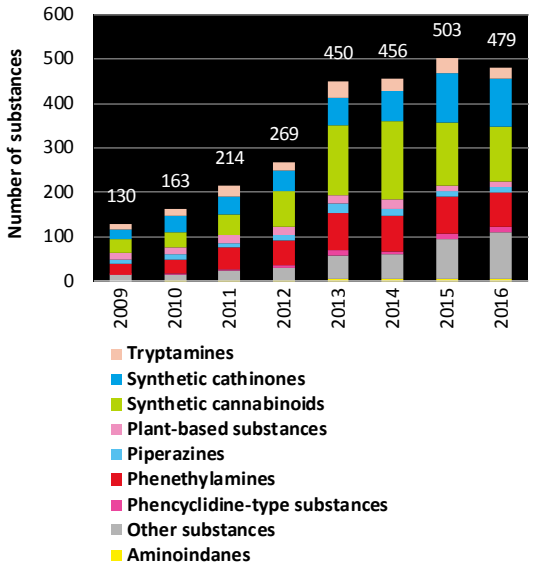
自毒品和犯罪问题办公室全球对新型精神活性物质进行监测以来，自2009年代始，有超过四分之一的国家和地区报告已查明新型精神活性物质的100多种不同类别物质。与此同时，只有四分之一的国家和地区报告新型精神活性物质报告只有一种物质，这可能是因为用以确定新型精神活性物质的技术能力有限。大多数国家和地区报告的物质包括氯胺酮、阿拉伯茶、JWH-018合成大麻素、甲基酮、4-甲基甲卡西酮、25I迷幻致幻剂(25I-NBOMe)、5F-阿皮纳卡和上午-2201（娱乐设计药物）——这些国家中至少有47个国家报告了所有这些物质。除了氯胺酮和阿拉伯茶之外，所有这些物质都已在2015-2017期间被置于国际管制之下。

新型精神活性物质的兴起：有些立足已稳，有些则已退场

新型精神活性物质市场继续保持活力，不断产生出各种新物质。一些物质在市场上站稳脚跟，另一些则在短期内即告退场。2016年共报告了72种首次出现的新型精神活性物质，远远低于2015年水平(该年报告了137种)。于2009年毒品和犯罪问题办公室全球监测工作开始时报告的130种新型精神活性物质中，迄今为止每年仍会报告的约有70种。虽然这种持续性并不一定表明所涉物质被广泛使用，但它表明一些新型精神活性物质似乎已在药物市场上站稳脚跟；其中一些持久性新型精神活性物质在2015年后被置于国际管制之下。另一方面，2009-2014年期间报告的约200种新型精神活性物质在2015-2016年期间不再报告，为此可能已从市场上消失，但鉴于世界许多地区在对新型精神活性物质进行识别时会涉及到各种复杂因素，因此目前很难确定这一点。

12 毒品和犯罪问题办公室，关于新型精神活性物质的预警咨询，2017年。毒品和犯罪问题办公室感谢欧洲毒品和毒瘾监测中心、国际麻醉品管制局和世界海关组织向其关于新型精神活性物质的预警咨询工作提供有关新型精神活性物质的信息。

FIG. 4 Number of new psychoactive substances reported annually, 2009–2016



Source: UNODC, early warning advisory on new psychoactive substances.

4-氟苯丙胺正在建立自己的利基市场

兴奋剂4-氟苯丙胺(4-FA)便是新型精神活性物质的一个实例，该物质似乎已在一些国家的毒品市场上确立了自己的地位。在荷兰，2007-2009年期间，当“摇头丸”片剂的主要成分MDMA（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺）的供应减少时，4-氟苯丙胺(4-FA)即主要作为“苯丙胺”或“摇头丸”出售。而当MDMA（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺）和苯丙胺市场出现反弹[13]和4-氟苯丙胺(4-FA)在荷兰建立了拥有自己的吸毒者群的利基市场之后，这种情况发生了变化。据报告，这些吸毒者更倾向于使用4-氟苯丙胺(4-FA)而不是MDMA（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺），因为它具有特定的精神活性效应。[14] 据报告，使用4-氟苯丙胺(4-FA)会产生所期待的致生效应——据称这种效应不像MDMA那样强烈，因此减少了造成混淆的倾向、知觉和头晕的变化。与MDMA相类似，4-FA通常用于与音乐有关的活动，如节日、舞会、俱乐部和晚会等。4-FA的使用会与一些不良事件有关联，包括死亡、脑出血、心肌梗死、急性心力衰竭、高血压和心率过速等。[15] 有迹象表明，在其他欧洲国家，比如丹麦、德国和西班牙等，使用4-FA的情况可能有所增加。[16]

大多数新型精神活性物质都是兴奋剂，但其他效应群组也在不断增长

按其主要药理效果分类，自毒品和犯罪问题办公室开始进行监测以来，所报告的最大部分新型精神活性物质都是兴奋剂，其次是合成大麻素受体兴奋剂和传统致幻剂。过去几年中，按其所占比例计算，效应较小的群组，诸如类阿片、游离剂和镇静剂/催眠药等，是以合成大麻素和传统致幻剂为代价取得增长的。每一群组中的新型精神活性物质数量及其增长并不一定表明其使用范围和（或）对公共健康的威胁程度。具有类阿片物质效应的新型精神活性物质便证明了这一点：尽管此类物质数量很少，但近年来却与越来越多的致命服用过量事件相关联。[17]

合成新型精神活性物质缉获量有所减少

例如，通过查看缉获总量来分析合成新型精神活性物质缉获量的趋势是一项艰巨的任务，因为它们会以许多不同的表现形式出现。5克新型精神活性物质可少于10剂或少于几万剂，这取决于所缉获的物质是喷洒在草药材料上的新型精神活性物质，还是高纯度粉末形式的新型精神活性物质，后者即使在微克水平上也有很强的效果。对新型精神活性物质缉获量的分析也受到以下事实的限制，即大多数物质尚未置于国家或国际管制之下，因此可能无法缉获和(或)系统性地向毒品和犯罪问题办公室报告。所缉获的新型精神活性物质数量也可能无法反映其可得性程度，因为侦查发现这些物质对执法部门而言是一项挑战，

13 《2017年世界毒品问题报告：合成毒品的市场分析-苯丙胺类兴奋剂，新型精神活性物质》(联合国出版物，出售品编号：E.17.XI.10)。

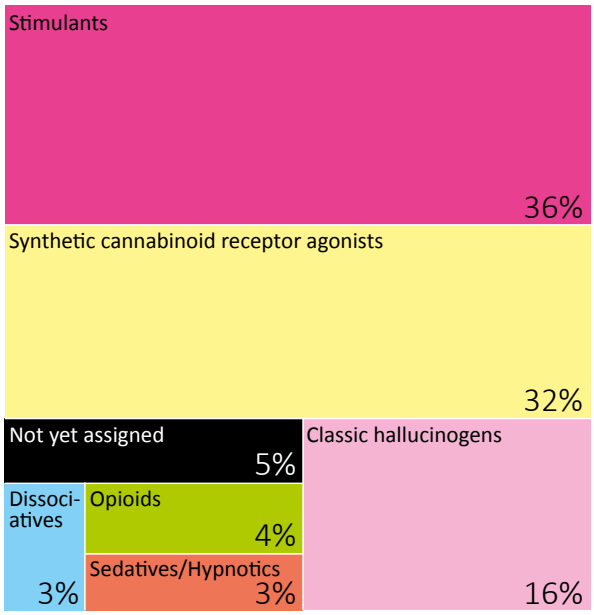
14 Felix Linsen等人，“荷兰的4-氟苯丙胺：不止一夜情缘”，《瘾癖》，第110卷，第7期(2015年)。

15 Laura Hondebrink等人，“接触新型精神活性物质4-氟苯丙胺后发生的死亡、脑出血和严重心血管中毒：前瞻性群组研究”，《急诊医学年鉴》，第71卷，第3期(2018年)。

16 Claudio Vidal Giné，IVán Fornís Espinosa和Mireia Ventura Vilamala，“新型精神活性物质作为受管制药物的掺假品。一个令人担忧的现象？《毒品测试与分析》，第6卷，第7和第8期(2014年)；Sys Stybe Johansen和Tina Maria Hansen，“丹麦法医案件中发现的氟苯丙胺异构体”，《国际法律医学杂志》，第126卷，第4期(2012年)；J.R hrich等人，“在血清和尿液中检测合成毒品4-氟苯丙胺(4-FA)”，《国际法医学杂志》，第215卷，第1-3期(2012年)。

17 关于这一主题的更多信息，见本报告第二分册。

FIG. 5 Proportion of new psychoactive substances, by psychoactive effect group, December 2017



Source: UNODC, early warning advisory on new psychoactive substances.

Note: The analysis of the pharmacological effects comprises NPS registered up to December 2017. Plant-based substances were excluded from the analysis as they usually contain a large number of different substances, some of which may not have been known and whose effects and interactions are not fully understood.

原因之一是国际贩运活动多数是通过邮政进行的小批量国际贩运。

本章将在后文讨论氯胺酮以及阿拉伯茶和卡痛叶的缉获情况；以下分析所侧重的是氯胺酮和植物基物质以外的合成新型精神活性物质。

自2012年以来，合成大麻素数量一直在全球合成新型精神活性物质缉获量中占据主要地位。报告缉获合成大麻素的国家数目一直相对稳定，但自2014年以来报告的数量却急剧下降。然而，2016年美国(5吨)、俄罗斯联邦(0.7吨)和土耳其(0.6吨)报告称缉获了大量合成大麻素。

就合成卡西酮而言，报告缉获和具体缉获量的国家和地区数量实际上有所增加，合成卡西酮占2016年全球合成新型精神活性物质(不包括氯胺酮)缉获量的30%，其中特别是俄罗斯联邦(2吨)、中国香港(0.2吨)和比利时(0.1吨)报告说，2016年缉获了大量合成卡西酮。

由于新型精神活性物质涉及大量不同的物质，而且此类物质产品种类繁多，往往含有一种以上的精神活性物质，因此要对各国新型精神活性物质缉获数据进行分析是一项非常复杂的任务。根据七个会员国向毒品和犯罪问题办公室提交的2014-2015年缉获数据，[18] 它们所缉获的新型精神活性物质类型因年份的不同而彼此迥异。在缉获的新型精神活性物质中，从分析工作所涉及的这两年(2014年和2015年)看，各国缉获的物质所占比例从12%到27%不等。此种类似物质在一年与其下一年之间的微小重叠凸显了高度活跃的市场，同时也突显了执法机构、边境管控和海关部门所面临的各种挑战。虽然在一些国家，2014-2015年期间有几乎一半的新型精神活性物质缉获案件涉及那些于2015年置于国际管制之下的物质，但在其他国家，这类物质所占比例低至6%。这反映了新型精神活性物质市场的异质性以及要确定一套国际普遍关注的新型精神活性物质需要面对的挑战。

新型精神活性物质的使用趋势

对不同国家使用新型精神活性物质的流行病学数据进行比较并非易事，因为不同国家对新型精神活性物质的定义可能各不相同，可能包括那些已置于国家或国际管制之下的物质。对长期使用新型精神活性物质的流行情况进行比较的数据有限，用于收集新型精神活性物质使用情况的调查工具有限，而且新型精神活性物质使用者对其使用的物质了解也有限。本章中介绍的关于新型精神活性物质使用情况的信息应理解为是对《2017年全球合成毒品评估报告》中所载更详细的分析的更新。[19]

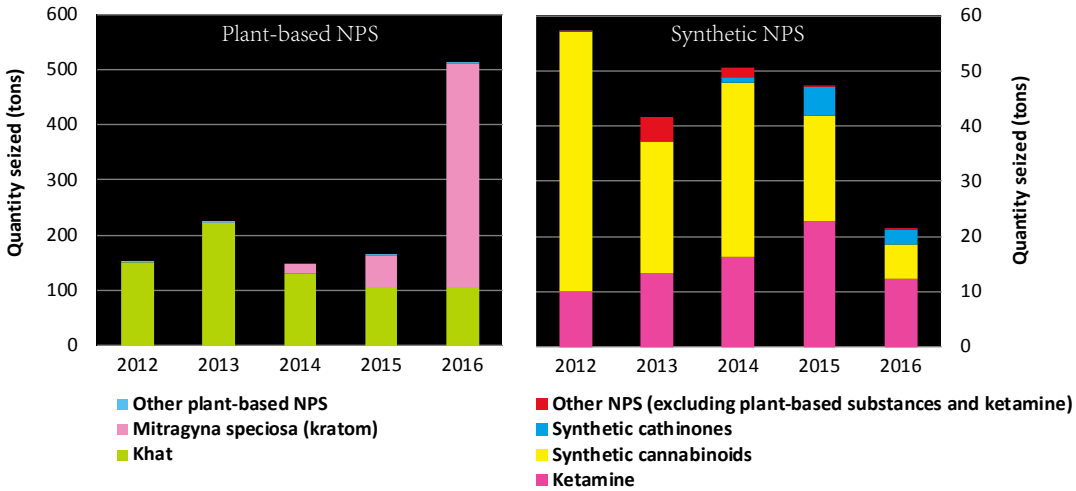
虽然关于新型精神活性物质使用趋势的数据仍然仅限于少数几个国家，但在过去三年中，似乎已从草本烟混合物转向使用新型精神活性物质片剂和液体形式。[20] 在针对新型精神活性物质的立法在联合王国实施之后，该国新型精神活性物质的包装随之也发生了变化。新型精神活性物质之前的营销重点是让人们觉得此类物质是传统药物的合法替代品，其外包装明亮、多彩和有吸引力；但自2016年以来，新型精神活性物质越来越多地采用塑料包装袋或口袋，而上面并不标示其内含物质

18 毒品和犯罪问题办公室，对澳大利亚、比利时、爱沙尼亚、芬兰、瑞典、土耳其和联合王国诸国提交的2016年新型精神活性物质调查表的回复。缉获报告的年份为2014年和2015年。

19 毒品和犯罪问题办公室，《全球合成毒品评估报告：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质》(2017年，维也纳)。

20 “2017年全球毒品情况调查：详细调查结果”。可查阅：www.globaldrugsurvey.com。

FIG. 6 | Annual quantities of new psychoactive substances seized globally, 2012 to 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2012 – 2016.

Note: Figures include ketamine and plant-based NPS.

的详细信息。[21]

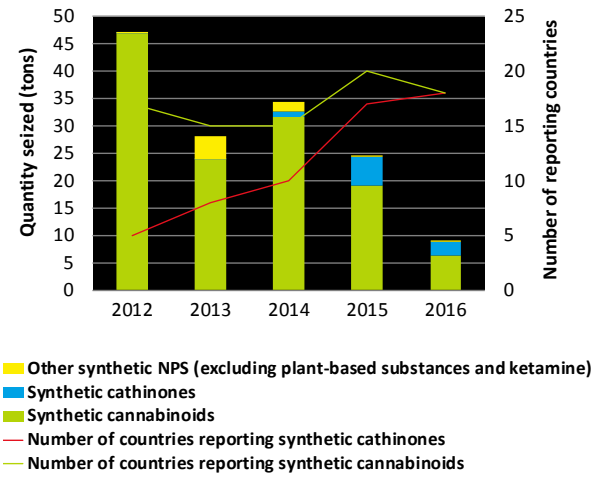
最近关于新型精神活性物质使用普遍程度的数据显示出不同的趋势。英格兰和威尔士的相关数据显示，16-59岁人群中去年使用新型精神活性物质程度大幅下降，从2015-2016年度的0.7%下降到2016-2017年度的0.4%。[22] 爱尔兰普通人口(15-64岁)去年使用新型精神活性物质的比例也从2010-2011年期间的3.5%下降到了2014-2015年期间的0.8%。与此相类似，澳大利亚的调查结果也显示，14岁及其以上人群去年使用合成大麻素的程度大幅下降，从2013年的1.2%降至2016年的0.3%。[23] 然而，收集了相关数据的其他国家的普通人口中使用新型精神活性物质的情况有所增加。例如，捷克共和国的新型精神活性物质使用从2014年的0.5%上升到了2015年的1.2%；罗马尼亚的新型精神活性物质使用从2013年的0.3%上升到了2016年的0.9%。全国住户情况调查很可能会低估吸毒流行率，因为这些调查可能会受到已知的一些人口亚群组代表性不足的影响，这些人口亚群组的毒品使用率远远高于平均水平，其中包括无家可归者和其他边缘化群体。

21 联合王国，苏格兰，“高地精神物质认知工具包”，“2016-2017年机组人员年度报告中的新型精神活性物质”。可查阅：www.Highlandsubstanceawareness.scot.nhs.uk/。

22 联合王国，内政部，《药物滥用：2016-2017年度英格兰和威尔士犯罪情况调查结果》，统计公报第11/17号(2017年7月)。

23 澳大利亚保健与福利研究所，《2016年国家毒品战略住户调查》。

FIG. 7 | Annual quantities of synthetic new psychoactive substances (excluding ketamine) seized globally and number of countries reporting seizures of synthetic cannabinoids or cathinones, 2012–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2012 – 2016.

青少年中使用新型精神活性物质的不同趋势

对学生中药物使用率的监测提供了对当前青年危险行为和今后使用新型精神活性物质的潜在趋势的重要卓见。有几个国家提供了与青少年有关的最新趋势数据，从中可以看到

卡痛叶使用的新趋势

在东南亚发现的一种当地产植物卡痛树(Mitragyna Speciosa/大岩桐)的叶子中含有米氏碱——此种物质能产生一系列剂量依赖性精神活性效应：低剂量可能有刺激作用，而较高剂量则可能产生镇静、烦躁和欣快效应。[a] 在东南亚的传统环境中，卡痛叶被广泛使用：例如作为治疗腹泻、缓解疲劳和减缓疼痛的草药。然而，它也被用于非医疗用途。[b] 在最近几年中，卡痛叶作为一种以植物为基础的新型精神活性物质在北美和欧洲国家广泛使用。在全球范围内，有31个国家报告称2012-2007年期间发现卡痛叶使用情况。[c]

科学文献中越来越多的报告将使用高剂量卡痛叶与不良健康事件(包括心动过速、癫痫发作和肝脏损害等疾患)联系起来。此外，经常使用该物质还可能会导致依赖性，而停止使用则可能导致戒断症状的发展。[d] 特别是在北美，各种产品被作为卡痛叶推销，但实际上是含有卡痛叶与其他通常未知的物质结合在一起的混合物。与使用此类产品有关的严重不良健康事件可能与卡痛叶粉末的服用剂量差异有关，而不是与在东南亚和北美的传统使用形式不同有关。[e] 据报道，在美国的小规模研究中，卡痛叶产品是在阿片类药物戒断症状自我管理的背景下使用的。[d] 报道中所称的卡痛叶产品越来越受欢迎的现象也可能与其供应广泛有关：其销售在许多国家不受控制，可以很容易地通过网上商店获得，而且与类阿片替代疗法相比，其价格较低。[f] 在美国，44例死亡与在多种药物使用中服用含有卡痛叶的产品有关。美国食品和药物管理局针对使用卡痛叶产品发出警告，担心其有被滥用和产生成瘾性的潜在风险。[g] 目前卡痛叶产品在包括死亡在内的药物服用过量病例中的作用仍不完全清楚。

目前卡痛树及其叶子中所含的精神活性物质均不受国际管制。由于缺乏关于卡痛叶和卡痛叶产品的潜在药理、治疗和毒理学效应方面的数据，而且缺乏有控制的实验室研究，因此很难认知和了解与使用这些产品有关的健康风险和潜在益处。[d]

a Walter C. Prozialeck, Jateen K. Jivan和 Shridhar V. Andurkar，“卡痛叶的药理学：一种新兴的具有兴奋、镇痛和类阿片作用的植物制剂”，《美国骨科协会杂志》，第112卷，第12期(2012年)，第792-799页；Zurina Hassan等人，“从卡痛叶到大岩桐及其衍生物：与使用、滥用和成瘾有关的生理和行为影响”，《神经科学和生物行为评论》，第37卷，第2期(2013年)，第138-151页。

b 《2013年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.13.XI.6）。

c 毒品和犯罪问题办公室关于新型精神活性物质的预警咨询；欧洲毒品和毒瘾监测中心，“卡痛叶（Mitragyna speciose/大岩桐）毒品简介（www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/kratom）”。

d Walter C. Prozialeck，“关于卡痛叶的药理学和法律地位的最新情况”，《美国骨科协会杂志》，第116卷，第12期(2016年)，第802-809页。

e Darshan Singh, Suresh Narayanan 和 Balasingam Vicknasingam，“米氏碱（卡痛叶）的传统和非传统用途：相关文献综述”，《大脑研究公报》，第126卷，第1部分(2016年)，第41-46页。

f George C. Chang Chien, Charles A. Odonkor 和Prin Amorapanth，“卡痛叶是街道上新的合法兴奋药物吗？：一种新出现的具有有可能被滥用的类阿片受体兴奋剂案例”，《疼痛医师期刊》，第20卷，第1期(2017年)，第E195-E198页。

g 美国食品和药物管理局，公共卫生焦点，“食品和药物管理局与卡痛叶”。可查阅：www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm584952.htm 。

使用新型精神活性物质的情况有所下降。例如，美国十二年级学生去年合成大麻素的使用量大幅下降，从2012年的11.3%降至2017年的略低于3.7%。这一下降可能是由于以下几个因素造成的：美国在此期间实施的立法将大量合成大麻素置于国家管制之下，而且人们日益认识到与使用这些物质有关的健康风险。近年来，在美国青少年中使用合成卡西酮已成为一个令人关切的问题，但自2012年以来，十二年级学生对这些物质的使用水平也有所下降，从1.3%降至2017年的0.6%。[24] 在英格兰，2016-2017年期间在专业药物滥用服务部门登记的年轻人中，报告在使用新型精神活性物质方面遇到问题者所占比例(4%)低于“摇头丸”(11%)和可卡因(9%)的使用者。[25] 专家服务机构报告说，遇到问题的年轻人比例比2015-2016年期间下降了45%。

2016年间在多民族玻利维亚国、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁进行了大学生吸毒情况调查，其结果显示这些国家首次发现了使用合成大麻素问题。[26] 在报告了使用合成大麻素的国家中，只有一小部分报告说只使用了合成大麻素；更大的比例是将合成大麻素与草药大麻结合在一起使用。2012-2016年期间，南美洲国家报告的合成大麻素数量每年都在增加，

24 美国卫生和公共服务部，国家药物滥用研究所；“监测未来调查：高中学生和青年中的趋势”，2017年12月14日。可查阅：http://www.drgabuse.gov/ 。

25 联合王国卫生部，英格兰公共卫生局，《国家毒品治疗监测系统的青年统计数据：2016年4月1日至2017年3月31日》(2017年，伦敦)。

26 毒品和犯罪问题办公室，《关于大学人口中吸毒情况的安第斯流行病学研究：2016年区域报告》（2017年，利马）。

这表明此类物质在该次区域特定亚类人群中的重要性日益增加。

易受伤害和高危群体继续使用新型精神活性物质

一些国家继续记载了那些边缘化的、易受伤害的和社会处境不利的群体，包括无家可归者和精神疾病患者群体使用新型精神活性物质的模式。

无家可归者使用新型精神活性物质的情况

据记载，在捷克、芬兰、匈牙利、爱尔兰、联合王国和美国，无家可归者使用了新型精神活性物质。苏格兰社会贫困程度最高的地区最近报告称此类物质的使用有所增加。[27]英格兰曼彻斯特于2016年对无家可归者进行了一项研究。这项针对53名无家可归者的研究结果表明，粗睡眠者(28人)比非粗睡眠者(25人)更容易使用新型精神活性物质。在过去一年中，共有93%的粗睡者(26人)使用过这类物质，而非粗睡者的比例为64%(16人)。[28] 报告使用新型精神活性物质的大多数人(81%)也报告使用了其他毒品，包括可卡因和大麻。在过去一年中报告使用此类新型物质的国家中(42个)，64%的人每天使用这种物质，14%的人每周使用5或6天。合成大麻素是最常被报道使用的物质。在捷克，有关2013年和2014年针筒使用方案用户的相关数据表明，反复使用合成卡西酮与吸食多种毒品和无家可归有关联。[29]

新型精神活性物质的使用与精神健康疾患有关联

联合王国的相关研究先前记录了精神疾病患者使用新型精神活性物质的情况。2014年7月至12月期间，在苏格兰普通成人精神病病房住院的18-65岁患者中使用此类精神物质的人数相当于所分析的住院总人数(388人)的22%(86人)。[30] 在报告使用新型精神活性物质的住院病人中，诊断为药物引起的精神病的可能性明显较高，而诊断为抑郁症的可能性则明显较低。新型精神活性物质的使用在住院的年轻男性精神病患者中很普遍，尤其是在那些被诊断为药物引起的精神病患者中。非法药物的使用，特别是大麻的使用，在这一群体中很常见。从普通精神科病房出院的成人住院患者中，兴奋剂新型精神活性物质的使用是合成大麻类毒品使用的三倍以上。

英国最近进行的一项相关研究结果表明，目前病人在进入安全的精神康复场所之前使用新型精神活性物质的比率为12%(218名病人)。[31] 在过去12个月中，大约20%的精神保健单位需要紧急反应来协助使用新型精神活性物质者。这些反应与对新型精神活性物质的紧急治疗有关，因为新型精神活性物质的使用可引起身体和心理症状，如崩溃、心血管症状和现有精神健康状况的急性恶化等，而心理症状的报告频率要高于身体症状。一些数据表明，在联合王国急性住院病房接受新型精神活性物质治疗的男性使用者要求在精神科重症监护病房接受护理的可能性是不使用新型精神活性物质的住院病人的10倍。[32]

囚犯和缓刑人员报告的大量使用新精神活性物质的情况

在许多国家，包括联合王国和其他14个欧洲国家、[33] 新西兰和美国，囚犯和缓刑人员中使用新型精神活性物质仍然是一个令人关切的问题。监狱中大量使用新型精神活性物质的问题很可能与能否有效检测和识别这些物质有关。2017年在联合王国大多数成年男性监狱中，新型精神活性物质的使用仍然与暴力、债务、有组织犯罪和急诊情况有关。虽然在被逮捕前很少发现新型精神活性物质的使用情况，但在被拘留期间或处于缓刑期内就可识别新型精神活性物质。[34] 合成大麻素是使用最频繁的新型精神活性物质类型，多种毒

27 苏格兰国家记录，“2016年苏格兰与毒品有关的死亡”，2017年8月15日。可查阅：www.nrscotland.gov.uk/ 。

28 Rob Ralphs，Paul Gray和Anna Norton，《曼彻斯特新型精神活性物质使用：流行程度、自然、挑战和对策》(2016年，曼彻斯特，吸毒和成瘾行为研究小组，曼彻斯特大都会大学)。

29 Vendula Belackova等人，“对边缘化吸毒者而言‘这只是另一种药物而已：捷克共和国新型精神活性物质使用者使用合成卡西酮的风险“，《药物使用杂志》，第22卷，第6期(2017年)，第567-573页。

30 Jack L.Stanley等人，“普通成人精神病病房住院病人使用新型精神活性物质的情况”，《英国医学杂志》，第6卷，第5期(2016年)。

31 联合王国，英国公共卫生，“精神健康保障方面的新精神活性物质审查：简要文件”，(2017年，伦敦)。

32 Charlie Place等人，“香料男孩：关于在男性急性病房中使用新型精神活性物质的探索性研究”，“双重诊断的进展”，第10卷，第3期(2017年)，第97-104页。

33 报告监狱内吸毒情况的国家有：保加利亚、克罗地亚、捷克、爱尔兰、芬兰、法国、德国、匈牙利、拉脱维亚、波兰、葡萄牙、罗马尼亚、斯洛文尼亚和瑞典。欧洲毒品和毒瘾监测中心，《高风险吸毒与新型精神活性物质：欧洲毒品和毒瘾监测中心趋势观察者研究结果》，快速通讯系列报道(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

34 联合王国，英国女王缓刑和护理质量委员会检查局，《新型精神活性物质：英国社区缓刑和物质滥用服务的应对措施》(曼彻斯特，2017年)。

品混用现象很普遍。一些前被拘留者报告说，由于使用新型精神活性物质，他们在维持租住或被安置在无家可归者宿舍方面遇到了问题。持续使用新型精神活性物质与成瘾和无法应对戒断症状有关。据报告，持续使用新型精神活性物质的主要动机是与海洛因或可卡因等其他毒品相比较，新型精神活性物质更容易获得，而吸毒者也更希望避免被发现。据联合王国监狱工作人员和被拘留者称，由于使用新型精神活性物质的人中毒、以及与此种物质有关的债务和欺凌暴力行为，监狱正在变得越来越不安全。[35]

新西兰过去12个月因使用合成大麻素而被拘留者比例从2013年的47 %下降到了2016年的20%。[36] 然而，据报告，这些吸毒者的依赖程度已从2013年的17%增加到2016年的29%，这突出表明合成大麻素的健康风险和诱发成瘾性的潜力。在过去12个月中使用合成大麻素的新西兰被拘留者在2016年平均使用了97天。例如，美国伊利诺伊州29%的囚犯在被监禁前12个月使用了合成大麻素，其中一些与合成卡西酮混合使用。[37] 据报道，吸食这些毒品的最常见原因包括好奇心、避免毒品阳性测试结果的愿望、个人偏好和希望放松情绪等。

注射使用新型精神活性物质兴奋剂问题仍然令人关切

注射使用新型精神活性物质兴奋剂(通常是短效兴奋剂)仍然是一个令人关切的问题，特别是因为据报道与此相关的高风险注射吸毒方式。除了每日注射次数多外，注射器具的共用和重复使用率在注射兴奋剂的注射吸毒者中也很高。[38] 据报告，法国、希腊、匈牙利、爱尔兰、罗马尼亚、斯洛文尼亚、联合王国和美国都有注射使用新型精神活性物质的情况。[39]

35 联合王国，英国女王监狱督察，英格兰和威尔士监狱督察：2016-2017年度报告(2017年，伦敦)。

36 Chris Wilkins等人，新西兰被拘留者吸毒情况监测(新西兰被拘留者吸毒监测报告)：2016年报告，(2017年，新西兰，惠灵顿，新西兰警察和梅西大学)。可查阅：www.police.govt.nz/ 。

37 Lily Gleicher, Jessica Reichert 和 Dustin Cantrell，“伊利诺伊州囚犯样本中自我报告的合成毒品使用研究”，2017年2月17日。可查阅：www.icjia.state.il.us/ 。

38 Andrea Fischer等人，《使用苯丙胺类兴奋剂与东南亚地区艾滋病毒和其他血液传播病毒之间的联系》，澳大利亚国家毒品理事会研究论文第25号(2013年，墨尔本，国家毒品研究所，澳大利亚国家毒品理事会)。

39 《2017年世界毒品问题报告》(联合国出版物，出售品编号：E.17.XI.6)。

斯洛文尼亚报告了该国用新型精神活性物质兴奋剂替代受管制药物的情况：该国对249名新型精神活性物质使用者进行的一项研究发现，3-甲基甲卡西酮(3-MMC)正在被用作可卡因的替代品。[40] 虽然2011-2015年匈牙利参加针筒交换方案的残疾人国家数据显示，从注射使用苯丙胺和海洛因向注射使用新型精神活性物质兴奋剂过渡，[41] 但2016年被丢弃的注射器具中最常见的物质是处方阿片美沙酮，其次是几种新型精神活性物质兴奋剂。[42] 美沙酮大都单独使用，而新型精神活性物质兴奋剂则主要与其他物质混用。

联合王国针头交换方案的报告表明，许多曾转向注射新型精神活性物质兴奋剂的海洛因吸毒者在经历了新型精神活性物质使用的负面影响后，随后又恢复注射海洛因。在英格兰、威尔士和北爱尔兰，注射甲基麻黄醇的数量已有所减少，[43] 但那些之前一年注射过甲氧苄酮的人报告说，他们使用曾被其他人使用过的针头或针筒的可能性是以前的两倍。[44] 对苏格兰注射吸毒者进行的横断面调查涵盖了来自某些机构和药店的2,696名参与者，这些机构和药店提供了各种记录在案的注射器具，记载了新型精神活性物质的使用情况。在2015-2016年度首次对注射新型精神活性物质情况进行了监测：在这一调查期间，过去6个月中注射毒品的人中有10%注射了新型精神活性物质。[45]

40 Matej Sande，“斯洛文尼亚使用3-甲基甲卡西酮和其他新型精神活性药物的特点，以及使用者所感受到的问题”，《国际毒品政策杂志》，第27卷(2016年)，第65-73页。

41 Anna Tarj á n等人，“匈牙利危险环境中新型精神活性物质注射者丙肝病毒的流行率与危险行为：公共卫生负担的扩大”，《国际毒品政策杂志》，第41卷(2017年)，第1-7页。

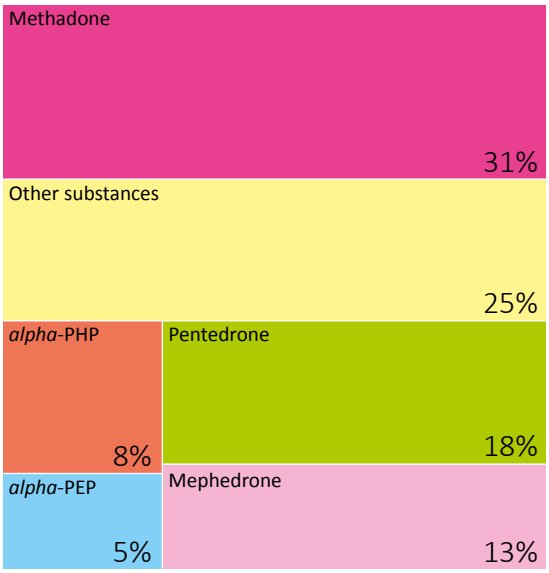
42 Val é ria Anna Gyarmathy等人，“被转用的药物与新型精神活性物质：匈牙利废弃针筒器具的化学网络分析”，《国际毒品政策杂志》，第46卷(2017年)，第61-65页。

43 联合王国，英格兰公共卫生局，“注射毒品：2016年英国注射吸毒者感染人数”(2017年11月)。

44 同上，“注射毒品：2015年英国注射吸毒者感染人数”(2016年11月)。

45 苏格兰卫生保健局、苏格兰西部大学、格拉斯哥加里东大学、苏格兰西部专家病毒学中心，“针头交换监测举措：2008-2009至2015-2016年期间，参加苏格兰针筒器具提供服务方案的注射吸毒者中血液传播病毒和危险注射行为的流行情况”(2017年3月，格拉斯哥，苏格兰卫生保健局)。

FIG. 8 Psychoactive substances found in discarded injecting paraphernalia in Hungary, 2016



Source: Val é ria Anna Gyarmathy and others, "Diverted medications and new psychoactive substances—a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary", 2017.

一些国家与新型精神活性物质有关的死亡人数呈上升趋势

一些国家对新型精神活性物质造成的危害日益关切，尽管新型精神活性物质所导致的死亡人数在所有与毒品有关的死亡中所占比例相对较小。[46] 并非所有国家都有系统地记录了与新型精神活性物质有关的死亡情况，而且不同国家的新型精神活性物质死亡趋势也不尽相同。在英格兰和威尔士，与新型精神活性物质有关的死亡人数在过去五年中有所增加，2016年共有2,593例药物滥用死亡，其中123例死亡涉及新型精神活性物质。[47, 48] 虽然与合成大麻素有关的死亡人数增加了两倍多，已从2015年的8人死亡增至2016年的27人，但与合成卡西酮甲麻黄醇有关的死亡人数则下降了一半以上，从2015年的44人下降到2016年的15人。[49] 同期，德国与新型精神活性物质相关的死亡人数增加了一倍多，从39人死亡增至98人。从总体情况看，2016年德国报告的与毒品有关的死亡人数为1,333人，比前一年增加了9%。[50] 在爱尔兰，与新型精神活性物质有关的死亡人数从2014年的14人减至2015年的7人。[51]

苯二氮卓类药物的使用有所增加

与苯二氮卓类新型精神活性物质（以"合法苯二氮卓类"或"设计型苯二氮卓类"等名称出售）相关的使用和死亡人数的增加，已日益成为一些国家严重的公共卫生问题。[52] 在苏格兰，据报告2016年867起与毒品有关的死亡事件中，286起死亡与使用新型精神活性物质有关。在其中大多数情况下，据发现苯二氮卓类新型精神活性物质与死亡原因有牵连，或可能直接导致死亡。大多数病案都涉及依替唑仑，少数与地西泮或非那西泮有关。[53] 在巴塞罗那，一家药物检查服务机构报告说，苯二氮卓类新型精神活性物质检测阳性的样本数量大幅激增，从2014年的2.3%增至2016年的48.8%，表明使用人数急剧增加。[54]

合成阿片类药物服用过量危机

过去五年中出现了许多具有类阿片效应的新型精神活性物质。2009-2017年期间，各大洲国家共向毒品和犯罪问题办公室报告了34种合成阿片类药物，包括26种芬太尼类似物，其中大多数合成类阿片自2016年以来就已报告过。大多数国家报告的芬太尼类似物包括呋喃伊芬太尼、乙酰芬太尼、八芬太尼和丁芬太尼。此外还报告了属于其他化学类别的合成类阿片，包括U-47700、AH-7921、MT-45和O-去甲基曲马朵。北美非医疗使用合成阿片类药物的情况已经升级，引发了服用过量死亡危机，特别是在美国和加拿大，而欧洲

46 关于毒品致死方面的更多信息，包括与具有类阿片效应的新型精神活性物质有关的死亡，见本报告第二分册。

47 在3,744例死亡病例中，有2,038例与阿片类药物有关、460例与抗抑郁药剂有关、219例与扑热息痛有关。

48 联合王国国家统计局，"统计公报：英格兰和威尔士与毒品中毒有关的死亡—2016年登记档案"，2017年8月2日。可查阅：www.ons.gov.uk/ 。

49 同上。

50 德国联邦刑事犯罪事务厅，"全球化和数字化有助于打击毒品犯罪"，2017年5月8日新闻稿。

51 Ena Lynn和Suzi Lyons等人，"2004-2015年国家毒品致死指数数据"，2017年12月12日。可查阅：www.hrb.ie/ 。

52 毒品和犯罪问题办公室，"苯二氮卓类药物的非医疗用途：对公共健康构成了日益严重的威胁？"《全球合成毒品监测评估报告增订》，第18卷(2017年9月)。

53 苏格兰国家记录，"苏格兰2016年与毒品有关的死亡人数"。

54 S. P é rez Gonz á lez等人，"巴塞罗那使用新设计苯二氮卓类药物的情况"，《欧洲精神病学》，第41卷，补编(2017年)，第874页。

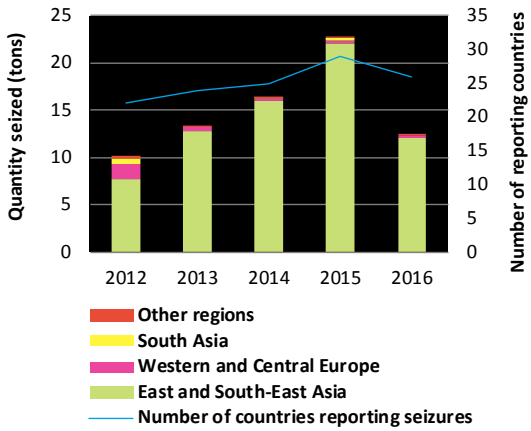
同时也报告了数十例此类死亡(见本报告第三分册中关于类阿片一节的内容)。

氯胺酮

氯胺酮是一种广泛使用的人类医疗和兽医麻醉剂，被世界卫生组织列为基本药物。由于氯胺酮有可能被滥用、可能造成与之相关的健康风险、有据可查的非法制造、以及在非法药物市场上出售，因此氯胺酮在许多国家都被置于国家管制之下。

2012-2015年期间全球氯胺酮缉获量大幅增加，主要是由于东亚和东南亚缉获量的增加，2015年全球缉获总量达到22吨。2016年全球缉获量出现下降，主要原因是包括中国香港在内的中国缉获量大幅下降。近年来，主要在东亚和东南亚捣毁了秘密氯胺酮制造厂。仅在2016年，中国主管部门就查封了93个非法氯胺酮制造设施。同年，马来西亚第一次捣毁了一个秘密氯胺酮制造工厂。

FIG. 9 Quantities of ketamine seized globally and number of countries reporting ketamine seizures, 2012–2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2012 – 2016.

阿拉伯茶：从各种新层面审视此种传统的植物性药物

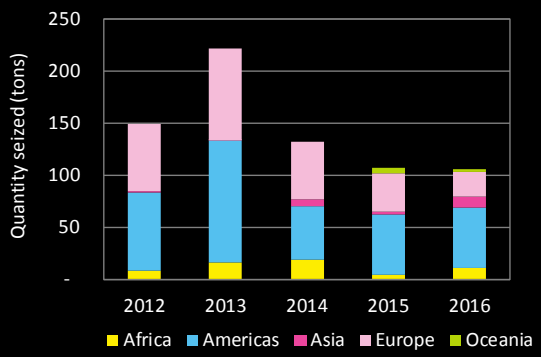
阿拉伯茶(卫矛科巧茶属植物)是一种灌木，主要种植在东非和阿拉伯半岛，其茶叶含有卡西酮。此种物质具有类似苯丙胺的兴奋剂作用，在这些地区使用这种物质是一种传统习惯。近来阿拉伯茶的使用已经蔓延到亚洲、欧洲和北美，首先是源自传统使用国的移民，然后再经过移民所在地进入其他社区。[a]

虽然阿拉伯茶不受国际管制，但许多国家的司法机关不允许进口阿拉伯茶叶。每年向毒品和犯罪问题办公室报告缉获大量阿拉伯茶，主要系由传统使用领域以外的国家主管部门报告。报告缉获量最大的不是来源国，而是目的地国，包括北美和欧洲。[b] 2012-2016年期间，共有35个国家报告说缉获了700多吨阿拉伯茶。[c]

按照传统习惯，阿拉伯茶叶通常在收获后48小时内以新鲜状态食用。其后，叶子的质量恶化，所含主要精神活性成分卡西酮的数量迅速下降。[d] 为了限制这些影响并减缓腐烂过程，阿茶叶在长途运输之前通常会作干燥处理。干燥处理还有一个额外好处，就是减少了叶子的体积和重量，使得运输更为容易。2012-2016年期间，报告缉获阿茶叶的国家数目有所增加，自2015年以来，报告缉获阿茶叶的其他区域，如大洋洲等，离传统来源地太远，无法保存新鲜度，因此无法保持阿茶叶的效力。尽管缉获报告中观察到阿拉伯茶装运的地理范围较前扩大，但所缉获的阿拉伯茶总量却在下降。为了更好地理解这一现象，需要对全球阿拉伯茶市场和目的地国阿拉伯茶的使用模式进行详细研究。

a Ling-Yi Feng 等人，“天然来源的新型精神活性物质：简评”，《食品与药物分析杂志》，第25卷，第3期(2017年)，第461-471页；Birhane A.Berihu等人，“阿拉伯茶对记忆的毒性影响：系统性审查和整合分析”，《农村实践中的神经科学杂志》，第8卷，第1期(2017年)，第30-37页。

Quantities of khat seized worldwide, 2012 – 2016 (tons)



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, 2012 – 2016.

b 毒品和犯罪问题办公室，“对2016年新型精神活性物质调查表的回复”。

c 毒品和犯罪问题办公室，“对2012-2016年年度新型精神活性物质调查表的回复”。

d 世界海关组织，西欧区域情报联络处；Ton Nabben和Dirk J.Korf，“入罪的后果：颁布禁令前后的荷兰阿拉伯茶市场”，《毒品：教育、预防和政策》，第24卷，第4期(2017年)，第332-339页。

词汇表

苯丙胺类兴奋剂——由1971年《精神药物公约》列入国际管制的合成兴奋剂组成的一类物质，属于所谓的苯丙胺类物质，包括苯丙胺、甲基苯丙胺、甲卡西酮和“摇头丸”类物质（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺及其类似物）。

苯丙胺——苯丙胺类兴奋剂，包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

年度流行率——特定年龄段人群在过去一年至少使用过一种特定毒品的总人数除以该特定年龄组总人数得出的百分比数。

古柯糊（或古柯碱）——古柯树叶的提取物。对古柯糊提纯，可获得可卡因（碱和盐酸）。

“快克”可卡因——通过转化过程从盐酸可卡因获得并使之适于吸食的可卡因碱。

可卡因盐——盐酸可卡因。

吸毒⊠——出于非医疗和非科学目的使用受控精神活性物质，另有说明者除外。

新型精神活性物质——纯药物或制剂形式的滥用物质，不受1961年《麻醉品单一公约》或《1971年公约》管制，但可能对公众健康构成威胁。此处的“新型”不一定是指新发明的物质，而是也指新近可以获得的物质。

阿片剂——类阿片的一个子类，由罂粟植物的各种衍生物组成，包括鸦片、吗啡和海洛因。

类阿片——对罂粟（鸦片剂）生物碱、其合成类似物（主要为处方类阿片或阿片类药物）以及在体内合成的各种化合物的通称。

问题吸毒者——高危毒品消费者，例如注射吸毒者、日常吸毒者和（或）按照美国精神病学会《精神障碍诊断和统计手册》（第五版）和世界卫生组织《国际疾病分类》（第十次修订本）所载临床标准被诊断为有吸毒疾患（有害使用物质或吸毒成瘾）的人。

患有吸毒疾患者——吸毒者的一个亚群体。患有吸毒疾患者需要得到治疗、保健和社会关怀以及康复护理。以有害方式使用物质和吸毒成瘾是吸毒疾患的两种特征。

有害使用物质——《疾病和有关健康问题国际统计分类》(第十次修订本)将其定义为有害于身心健康的使用模式。

依赖性——《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第十次修订本）将依赖性定义为如下一组生理、行为和认知现象：使用某种或某类活性物质对特定的个人来说极大优先于其他曾经对其更为重要的行为。可将依赖综合症的主要特征概括描述为是对服用精神药物的(通常是强烈的、有时是压倒一切的)渴望。

物质或药物使用疾患（吸毒疾患）——美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》(第五版)也将“物质或药物使用疾患”（吸毒疾患）列为因使用某种物质（吸毒）而导致的症状模式，尽管业已因使用该物质而遇到了问题。根据所确定的症状数量，物质使用（吸毒）疾患的程度可能从中度到严重不等。

预防吸毒和治疗吸毒疾患——“预防吸毒”的目的是防止或推迟开始吸毒和发展到罹患吸毒疾患。一旦罹患吸毒疾患，便需进行治疗、护理和康复。

区域分组

《世界毒品问题报告》采用了一系列区域和分区域名称。这些名称并非官方名称，具体界定如下：

- 东非：布隆迪、科摩罗、吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、毛里求斯、卢旺达、塞舌尔、索马里、乌干达、坦桑尼亚联合共和国
- 北非：阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥、南苏丹、苏丹、突尼斯
- 南部非洲：安哥拉、博茨瓦纳、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦
- 西非和中非：贝宁、布基纳法索、佛得角、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、多哥
- 加勒比：安提瓜和巴布达、巴哈马、巴巴多斯、百慕大、古巴、多米尼克、多米尼加共和国、格林纳达、海地、牙买加、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、特立尼达和多巴哥
- 中美洲：伯利兹、哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜、巴拿马
- 北美: 加拿大、墨西哥、美利坚合众国
- 南美洲：阿根廷、多民族玻利维亚国、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那、巴拉圭、秘鲁、苏里南、乌拉圭、委内瑞拉玻利瓦尔共和国
- 中亚和外高加索：亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦、乌兹别克斯坦
- 东亚和东南亚：文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、日本、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡、泰国、东帝汶、越南
- 西南亚：阿富汗、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦
- 近东和中东：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、巴勒斯坦国、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国、也门
- 南亚：孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫、尼泊尔、斯里兰卡
- 东欧：白俄罗斯、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、乌克兰
- 东南欧：阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、克罗地亚、黑山、罗马尼亚、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国、土耳其
- 西欧和中欧：安道尔、奥地利、比利时、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、列支敦士登、立陶宛、卢森堡、马耳他、摩纳哥、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、圣马力诺、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、大不列颠及北爱尔兰联合王国
- 大洋洲：澳大利亚、斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、新西兰、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、汤加、图瓦卢、瓦努阿图和小岛屿领土