

一. 国际药物管制：过去、现在和未来

1. 当帕拉切尔苏斯（泰奥弗拉斯托斯·邦巴斯图斯·冯·霍亨海姆，1493—1541）说如果没有鸦片他就不愿作医生了的时候，他是在强调鸦片的重要性，当时鸦片被广泛用作止痛、镇咳、安眠、安定和镇静药以及治疗腹泄的药。鸦片本身用作普通药物的情况已经成为过去：现在鸦片已不再用于治疗，但仍被用作生产像吗啡和可待因这样的生物碱的原材料。现在，医生把天然和合成的阿片开处方用作止痛和镇咳以及治疗腹泄。许多不同种类的合成的治疗失眠的药、安定和抗焦虑药被用作治疗失眠症和许多不同的精神失常症。因此，现在麻醉药品和精神药物像过去的鸦片一样在医学领域是不可或缺的。

2. 当帕拉切尔苏斯尽力使他的欧洲同事们相信鸦片的治疗价值时，鸦片的非医疗用途（吸鸦片）开始在亚洲造成了许多大问题。这一发展情况的健康和社会后果是众所周知的：千百万人被夺去了生命，特别是在中国。

3. 鸦片和许多其他天然和合成的麻醉药品及精神药物的这种双重性质根源在于自 20 世纪初逐渐发展的国家和国际管制系统，自 20 世纪初，国际社会便决定采取行动解除由于千百万人无限制地把药品用作非医疗目的而遭受的巨大痛苦。

A. 国际药物管制系统建立以前的情况

中国吸食鸦片的情况

4. 英国和其他殖民大国迫使中国放弃遏制鸦片贸易的努力。鸦片战争¹导致鸦片进口合法化，打开了鸦片从英属印度自由流入中国的门户。吸食鸦片的情况到处泛滥，导致中国罂粟种植和鸦片生产大量增加。1906年，中国生产了鸦片 30,000 万吨；同年还向中国进口了 3,500 吨。因此，在 20 世纪初仅中国的消费量就估计超过 3,000 吨吗啡当量。而今天所有阿片类药物的全世界医疗消费量每年约 230 吨吗啡当量，阿片类药物的非法消费量估计每年约为 380 吨吗啡当量。这些数字显示，今天的阿片成瘾情况（主要涉及海洛因成瘾）虽然是严重的，但是与麻醉药品当时无限制地开放供医疗使用的时候普遍存在的成瘾现象是

无法相比的。

5. 在中国，在自 1907 年开始逐渐铲除鸦片生产（每年生产减少 10%）并同英国政府就类似的减少鸦片进口达成协议之后，国内产量大大减少。1914 年，尽管从印度的鸦片进口已经停止，但仍有大量的鸦片从其他亚洲国家偷运至中国以供应中国的鸦片成瘾者消费，当时中国的鸦片成瘾者有 1,000 多万²，中国当时的人口估计约为 4 亿 5 千万。

其他亚洲国家吸食鸦片情况

6. 在 20 世纪初，印度和其他一些亚洲国家鸦片的半医疗和非医疗用途的主要消费方法是吃鸦片。然而，在东南亚（主要是在缅甸）、印度的一些地区和西亚（主要是在属于今天阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦的一些地方）吸食鸦片的情况非常广泛。1914 年在一些波斯的城镇，10% 以上的人经常吸食鸦片。

欧洲鸦片非医疗使用情况

7. 19 世纪，在大部分的欧洲国家里，由于吃药必须开处方和对药店配药的限制，防止了鸦片大规模的非医疗用途。英国是一个例外，在英国在 1868 年之前食品杂货店出售廉价的鸦片，人们可以自由地使用鸦片，但在 1868 年，第一个药店方案成为法律。³在亚洲有殖民地的其他一些欧洲国家也出现了吸食鸦片的现象，把印度支那殖民地化以后，鸦片馆的数量大量增加就是明证。20 世纪初在巴黎和法国的一些海港（波尔多、马赛、土伦等）有大量的鸦片馆。1908 年，鸦片进口受到管制，鸦片馆被关闭，但是有证据显示，直到 1916 年巴黎仍有些黑鸦片馆。

中国滥用吗啡、海洛因和其他阿片类药物的情况

8. 在中国由吸食鸦片转向吗啡注射开始于 19 世纪末，但这一新习惯发展成为流行病规模的程度是在 20 世纪。1909 年以前，英国向中国每年出口平均 132 吨吗啡，直到 1909 年，这些吗啡的出口还被认为是合法的，而且无需通过第三个国家是直接出口到中国的。而经国际联盟 1931 年证实的全世界医疗用途的吗啡需求第一次估计数仅

10 吨，只为英国向中国出口的十分之一，今天整个世界吗啡的年消费量约为 16 吨。在国内和国际的压力下，英国政府实行了一种证书制度，使制造商必须从中国政府申请证书以证实所需要的药物是真正用于医疗和科研目的的。英国的直接出口当时被其他欧洲国家（比利时、法国、德国、荷兰、瑞士等）的制药公司和经济人的“合法”出口所取代，还有大量的吗啡通过日本进入中国。在 1920 年，日本把近 30 吨吗啡运往中国。根据国际联盟的资料，在从 1925 年至 1930 年的 5 年期间，至少又有 72 吨吗啡走私偷运至中国。

欧洲和美利坚合众国的专卖药可卡因和阿片类药物

9. 以往有若干世纪，欧洲的药品都是在药房由药剂师配制的，药剂师负责药品的质量和遵守发放药品的规定，而药物供应系统的管制是由医务官员对药房的监督检查来确保的。工业生产的特制药品（专卖药品）的营销在欧洲许多国家开始于 19 世纪末叶，这种营销产生了新的不受管制的情况。许多问题明朗化最初发生在英国，专卖药（黑药）在英国的营销和自由出售比在其他欧洲国家开始得早，其他欧洲国家的药剂师较愿意分发自己配制的配方药物，而不是没有处方的“现成”工业产品。在英国，可轻易地取得阿片类专卖药物，这导致了大规模的“家庭吸毒情况”，这一情况在通过 1908 年的《毒物和药房法案》之后才大大减少。

10. 在美利坚合众国，直到 1906 年才有法律管理和限制出售含有麻醉药品的药物制剂。根据美国政府的 1902 年的一项报告，在纽约、波士顿和其他大城市地区出售的可卡因中，只有 3—8% 用于医疗或牙科治疗。在 1905 年配制成份保密的专卖药品数量估计为 50,000 种，其中大部分含有可卡因、鸦片、吗啡或其他危险药物。同样，在 1914 年，有 1,000 多家制药商营销含有鸦片、吗啡、海洛因或可卡因的产品。根据政府的一项报告，约 90% 的麻醉药品用于非医疗用途。1914 年，美国年人均鸦片消费量比完全由管理严密的药店系统出售鸦片和其他药物产品的欧洲国家高许多倍。在美国，1906 年的纯粮食和药品法规定，专卖成药中的一切药物成份应在其标签中列明，但这一规定的执行在 1914 年通过《哈里森麻醉品法》才得到保证。根据政府的一项报告，1912 年，

美国的可卡因和海洛因致死总人数超过 5,000。无限制地可以获得上述麻醉品是造成这种死亡的一个主要因素。

可卡因非医疗使用情况

11. 在 19 世纪，欧洲和美国将可卡因用于医疗用途。然而应该指出，可卡因在医学方面的许多医疗用途（包括其治疗阿片成瘾的用途）是没有什么科学根据的。由于对可卡因毒性的认识不足，导致了大量有关可卡因的死亡和伤残。到 1890 年代，可卡因的医疗用途被其非医疗（或“娱乐”）用途所取代。鼻吸可卡因成为艺术圈子和上层社会的一种时髦。大约在同时，先是从欧洲，后来还从日本开始了向中国大规模出口可卡因；向中国出口的可卡因也不是用作医疗目的。根据国际麻醉品管制局的前身中央常设局的估计，从 1925 年至 1929 年，美国运往中国的可卡因至少有 30 吨。10 年后，（经国际联盟证实的）全世界医疗需求量每年共计 1 吨。1998 年的医疗需求量为 400 公斤。

B. 面对上述情况出现的国际合作

12. 在 20 世纪初，药物使用（或滥用），像中国、缅甸、波斯等国家的吸鸦片，印度和其他亚洲国家的吃鸦片，印度、埃及和摩洛哥的大麻消费，和南美洲的一些当地部落的咀嚼古柯现象被认为是“局部”现象。在当时，只有向中国合法和非法出口鸦片（从一些亚洲国家）、吗啡、海洛因和可卡因（从一些欧洲国家）和向埃及走私贩运大麻（从其他一些东地中海国家）被看作是国际范围的毒品问题。然而，100 年以前就很明显的是，像中国这样的“消费国”（或“受害国”）在没有生产和制造毒品国家的合作的情况下是无法应付其巨大的毒品成瘾问题的；“供应国”也不能否认其引起其他国家的毒品成瘾问题的责任，这一问题也可蔓延到自己的国家。由于对这些事实的承认，便在药物管制领域出现了国际合作的初步形式。

第一阶段：通过双边协定的合作

13. 英国和中国就限制从印度出口鸦片和从英国进口阿片类药物（吗啡、海洛因等）和实行需经中国当局批准的制度达成的一些协议是致力于药物管制“国际化”的一些初步步骤。采取这些步骤

的出发点是认为，这些步骤将可保护中国免受鸦片和阿片类药物非法进口之害。

14. 然而，人们很快便看到，来自印度的鸦片供应正被亚洲其他地区向中国走私的大量鸦片所取代；来自英国的阿片类药物供应正被来自其他亚洲国家和日本的大量阿片类药物货运所取代。这种“双边做法”的失败促使人们制定了国际条约。

第二阶段：通过多边条约的合作

15. 1912 年通过《国际鸦片公约》是 1909 年在上海召开的人们称作国际鸦片委员会的第一次麻醉药品国际会议的结果。几乎 90 年前召开的该次会议被认为是为当前国际药物管制系统奠定了基础，这是理所当然的。

16. 第一个国际药物管制公约的规定旨在防止把大量非法的麻醉药品运往进口国家，但是不久人们便认识到，没有报告和监测制度，是不可能审查出口国是否遵守条约规定的。在这同时，某些出口国家的国家管制薄弱（和一些肆无忌惮的制造和贸易公司的活动）妨碍了阻止阿片类药物向有药物滥用问题的国家出口的努力。

第三阶段：在国际药物管制和报告系统框架下的合作

17. 上述经验使得国际社会发展了第三种形式的国际药物管制。1925 年，创建了一种强制性的报告制度，建立了一个独立的国际机构（中央常设局）以监测和监督各国政府遵守条约义务的情况。这一方法仍然是今天存在的国际管制体系的一个基石。

C. 成就

尽管存在着冲突，但各国政府间对在药物管制问题上开展合作的必要性存在着共识

18. 一般地说，各政府间的合作经常受到政治冲突和对抗的妨碍，但是有迹象显示，药物管制是少有的几个例外之一。例如，冷战并没有防止东方和西方合作制定和通过下列公约：1961 年《麻醉药品单一公约》⁴、1971 年《精神药物公约》⁵ 或 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》⁶。

对药物非法流动的管制

19. 麻管局及其前身同各国政府合作对国际管制系统（即估计和统计系统）的成功管理，对几乎全世界所有地方的麻醉药品的合法流动进行了有效的管制。这种管制包括所有阶段，从生产、制造和贸易直到经销和消费。今天将制造的麻醉药品从合法制造和国际贸易转向非法贩运的现象几乎不存在了，虽然在国际麻醉品管制制度下的药品数量已大大增加。

20. 就精神药物而言，迄今还没有取得同样程度的成功。主要是由于某些工业和商业的利益，1971 年公约在对该公约表二、三和四所列物质的国际贸易方面的管制规定不象 1961 年公约的管制规定那么严格。一些主要制造国和出口国不愿意加入 1971 年公约，甚至不愿意执行该公约最起码的要求，导致该公约的目标实现大大推迟。尽管有这些缺陷，1971 年公约还是促进了许多国家改进医生开处方的做法和药品的使用情况。（在许多国家自体中毒中最经常使用的药物）巴比土酸盐和其他安眠药和安非他明的处方量大大减少部分地是由于执行 1971 年公约规定的结果。大量的各种安非他明处方用于治疗各种症状（例如抑郁症、肥胖症），现在认为这种做法在医学上是不妥当的了。在许多国家，还有许多稀奇古怪的合成产品，其中包括各种致幻药物，其中包括含有巴比土酸盐的一种安非他明类兴奋剂。此种“提神”产品被用作医疗用途和非医疗用途；这种情况和在 20 世纪初使用含有可卡因或阿片类药物的专卖药品非常相似（见上文第 9 和第 10 段）。因此，1971 年公约在消除合法但不适当的药物利用和药物滥用中发挥了很大作用。

21. 此外，由于通过经济及社会理事会的一些决议而提出了更多的管制和报告要求，此情况也进一步好转。由于几乎所有国家都自愿遵守上述要求规定和各国政府同麻管局之间的合作使得大多数精神药物的大规模转移用途减少。⁷

减少非法药物供应的努力

22. 由于在管制麻醉药品和大多数精神药物的合法制造和贸易方面国际合作的成功迫使贩运者转向非法药物制造。

23. 虽然人们早就认识到开展打击非法毒品制造和贩运的国际合作的必要性，也将各政府合作的要求列入了各国际药物管制条约，但是国际社会到了 1988 年才制定和通过了具体的条约规定。⁸ 最近的国际药物管制条约 1988 年公约推动进一步执行了打击药物贩运和药物滥用的具体措施，其中包括司法合作、引渡贩运者、控制下交付和打击非法毒品贩运洗钱的行动。

24. 此外，各国政府和麻管局在管制和监测经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的某些前体、化学品和溶剂的过程中开展的合作已经取得某些积极的成果。

25. 一些可以加工成麻醉药品的物质已置于 1961 年公约管制制度下，但是通过 1971 年公约的全权代表会议排除了将精神药物置于管制制度之下的可能性。多亏通过 1988 年公约的 1988 年全权代表会议开创了管制某些前体的可能性，例如，对迷幻剂、安非他明类兴奋剂和甲喹酮的管制。由于将麦角胺、麦角新碱、麻黄碱和其他物质列入 1988 年公约表一和通过各国政府同麻管局合作，从 1990 年至 1997 年防止了数百万街头剂量的迷幻剂、甲安非他明和其他安非他明类兴奋剂的非法制造。对一些试剂和溶剂的管制和监测（1988 年公约表二的物质，如醋酸酐和高锰酸钾）促进侦察到若干从事非法制造可卡因和海洛因的秘密加工点。

26. 麻管局深信，1988 年公约管制范围的扩大和各国政府同麻管局合作的不断加强将会大大改进防止非法药物制造的工作。旨在消除古柯树和罂粟非法种植的国际社会的协调一致的联合行动是实现该预期目标的前提条件。

各项国际公约的遵守情况

27. 可将批准或加入三个主要国际药物管制条约看作是一国政府决心促进执行国际药物管制条例的初步表示。各项国际条约的生效取决于批准的速度。由于一些国家政府不愿意批准 1971 年公约，该公约通过后五年才开始生效；然而，1988 年公约 1990 年就已经生效了。这种相对短的“等待期”表明了各国政府的大力支持。最近加入所有三项国际药物管制条约的国家数目增加（见下文第 44、48 和 50 段）是令人鼓舞的，因为这显示，普遍加入这些条约的目标不久便可实现。

28. 在过去，条约规定的执行（以及打击药物滥用和非法贩运行动）往往受到国家机构间缺乏通信联系，有时也由于一些国家机构不愿意彼此沟通联系而受到妨碍。此外，在许多国家，有关麻醉品的问题几十年来只交由执法机构和/或管理机构来解决。对涉毒问题更好的理解促进了不同职业和国家当局之间的合作，这一点是非常重要的。今天，拥有具体专业知识和能力的国家机构的参与促进了具体条约规定的执行。然而，由于许多机构的参与，任务也变得更加复杂了。许多国家仍处在“学习”如何最好地协调所有活动的阶段。

29. 尽管有这些困难，根据麻管局的经验，各国国家当局遵守 1961 年公约、1971 年公约和 1988 年公约的各项规定的情况正在加强；这是大多数国家促进执行国家药物管制战略的基础。

D. 未来的挑战

医疗用麻醉药品和精神药物的供应和适当使用

30. 用于减轻人的痛苦的吗啡、可待因和其他阿片药物是一些基本药物。因此，这些基本药物的供应是有关公众健康的头等重要问题（根据各项国际药物管制条约的规定）。然而，目前在此种药物的医疗利用方面存在着很大的不同：在 1992 至 1996 年期间在消费量最高的 20 个国家中平均日消费量（日定剂量（DDD））为每百万居民 17,450DDD，而在消费量最低的 20 个国家中的则为每百万居民 184DDD。遗憾的是，刺激精神的药类中也存在着类似的不同。

31. 使用麻醉药品和精神药物应遵循正确的医疗程序。在一些工业化国家里许多此类药物的人均消费量很高，这说明可能存在着严重的药物滥用情况，尽管存在着旨在将药物使用限制在医疗和科研用途的法律。开刺激精神药物的处方应根据适当的医疗诊断和剂量，应避免使用此种药物进行自我治疗。同时，许多发展中国家遗憾地不能满足公众卫生的需要：获得医疗保健的机会有限可能使大量的人不能遵守开处方的规定，药品常在与正式市场“并存的市场上”出售，因为缺乏药房和其他保健机构（在有些国家，每 10 万居民才只有一个药房）。此外，在许多国家里，普通保健系统的费用在不断增加，政府在资助保健系统中遇到了很多困难。一些国家卫生保健机构，甚

至在富欲的社会里，已不再为病人支付一些类别的药物费用，其中包括一些麻醉止痛药和精神药物（安眠药、镇定剂、抗焦虑药）。存在着在世界的一些地区过度使用此种有效药物和其他一些地区此种药物肯定利用不足的不平衡现象。

32. 因此，麻管局呼吁各国政府确保将发展医疗服务和药物供应系统列为公共卫生保健的优先事项之一。重要的是，把非法药物使用同出售和消费药物不足的情况两者区分开来。国家卫生当局应采取药物管制措施，确保建立和遵循良好的处方和药物分配制度，确保向病人提供全面正确的信息。

含有麻醉药品或精神药物的产品的营销和出售

33. 在批准一新的药物制剂上市营销前评价该制剂的功效、安全性和质量已成为一个困难而复杂的科学过程。能够进行这一工作的国家数目是有限的。能够调查和评价新药物的滥用和/或成瘾潜力或监测这些药物的利用情况以查明涉及这些药物滥用和/或成瘾情况的国家数量甚至更有限。协调统一较发达国家的药物登记要求并同其他国家交流评价新药物的结果是开展国际合作的范例，可根据各项国际药物管制条约的规定，系统地将这些国际合作扩大到药物滥用领域。

34. 就药物使用政策开展政治辩论、社区参与和学术讨论是在民间社会值得提倡的活动，因此应予以鼓励和促进。然而，用于医疗目的的麻醉药品或精神药物的营销的合法性应同任何其他药物一样，以科学数据为依据，批准仍应是有关国家药物管制部门的责任。麻管局希望提请各国政府注意，有种种试图把含有麻醉药品或精神药物的制剂作为“食品”和“饮食补品”而出售的现象。某些试图还利用了国家药物立法系统的漏洞避开了对含有刺激精神药物的产品的管制措施。

大麻问题

35. 只在最近几十年中，滥用大麻的情况几乎便在全世界所有国家蔓延开来。鉴于在像埃及、印度和南非等国家传统利用大麻的有害健康和社会的后果，在通过 1961 年公约的时候，其目标就是消除大麻的大规模传统利用。在上述国家，通过执行 1961 年公约的各项规定，在很大程度上消除了大麻的传统使用和滥用情况。只是在最近几十

年中大麻滥用情况蔓延的一些国家里，需要加大执行 1961 年公约的力度，特别是通过更有效的预防宣传活动，使人们注意到大麻滥用的危害，从而纠正滥用大麻对许多青年人有好处的错误想法。麻管局呼吁各国政府赞助由合格的公平的科学家开展的关于大麻的进一步研究，并广泛传播此种研究的成果。

新技术的利用

36. 新技术对于开展药物研究和临床实践是不可缺少的。新技术的应用促进了犯罪调查，包括滥用药物的鉴定和有关管制机构之间的交流。然而，电子信息流通所提供的新的可能性看来也较快而较容易地被犯罪组织所利用：在计算机上可以“利用”受麻醉品管制制度管制的药物的分子而毫无困难地“特制出”新的滥用药物，在因特网上几分钟内便可获得用于非法药物生产或制造的方法。

37. 国际和国家的规范管制工作正越来越受到正在出现的技术如万维网的滥用的威胁。滥用的药物和有关器材公然在万维网址上兜售。各国政府，特别是那些允许这种网址在其国家范围内随意使用的国家，应同因特网业、社区组织、家庭和教育工作者密切合作建立一个框架，以确保此种正在出现的技术不为药物滥用的蔓延所误用。

药物成瘾治疗

38. 过去，在一些国家里把药物滥用者看作是罪犯。今天，在大多数国家里根据麻管局的意见把吸毒者和贩毒者作了区分。禁毒执法行动应主要针对非法贩毒者，对药物成瘾者的治疗和对由于药物滥用而造成身心后果的病人的医疗照顾是各项国际药物管制条约中特别提及的与禁毒执法不同其他补救措施。⁹ 遗憾的是，一些国家采取了从其根据各项国际药物管制条约所承担的义务角度看好说也是成问题的政策和做法。治疗吸毒成瘾者是一项困难的医疗和人道主义任务，执行这一任务应该遵循正确的医疗做法，而不应将之用作建立或保持社会控制的一种手段。

39. 作为应付常年吸毒者的一个不得以的办法，开展了药物替代方案活动，这些常年吸毒者出于种种原因无法采用其他的治疗办法来克服其毒瘾。不应一定要把此种方案看作是最后的目标，而应把其看作一个暂时的阶段，这一暂时的阶段

最终将会发展成为一种健康摆脱毒品的生活方式，此种方案应辅之以心理和社会照料。

E. 结论

40. 麻管局认识到，药物管制并非一付万应灵药，仅仅采取药物管制措施还不能消除非法毒品贩运和滥用。因此，麻管局欢迎大会第二十届特别会议通过《减少药物需求指导原则宣言》（大会 S-20/3 号决议），欢迎 1988 年公约各缔约国为执行公约各项规定和减少非法药物供应而作出的努力。然而，药物管制过去曾发挥了重要作用，并将继续发挥重要作用，特别是在自由市场经常情况下：把药物使用纳入并仅仅局限于医疗和科研用途，而同时维持整个社会的公众保健利益。在这方面，麻管局还回顾了《儿童权利公约》第 33 条（大会第 44/25 号决议，附件），该条说：“缔约国应采取一切适当措施，包括立法、行政、社会和教育措施，保护儿童不至非法使用有关国际条约中介定的麻醉药品和精神药物，并防止利用儿童从事非法生产和贩运此类药物。”

41. 国家和国际犯罪组织的非法药物种植和非法药物生产、制造和贩运已呈现出巨大的规模。人们经常提出把钱花在药物管制上是否还值得的问题，提出这种疑问是可以理解的。放弃所有药物管制和其他有关的努力，不花费任何社会代价地把管理这一情况的问题交由市场经济力量去解决不是会更经济一些吗？麻管局认为，这样提出问题是错误的；这与设问是预防车祸合算还是治疗传染病合算相类似。历史已经显示，国家和国际对药物的管制证明是减少对药物依赖发展的一个有效工具，因此应该作出这一选择。

42. 就麻醉药品而言，国际药物管制的初步目标已经实现：今天，只有个别少数孤立的案例涉及从合法渠道将麻醉药品转移用途的情况。在根据 1971 年公约管制精神药物方面也正取得类似的成果。如果没有这些管制，20 世纪头几十年在某些国家中发生的吸毒致瘾成风的状况便会继续下去，类似的情况也会在许多其他国家发生。可以这样认为，如果没有国际和国家的管制，麻醉药品非医疗使用的程度就会达到没有多少限制或根本没有任何限制地出售和使用的任何其他刺激精神药物的使用的程度。社会对烟草使用的认可接受，吸烟的高流行率（某些国家高达 65% 的成年人口）和与吸食烟酒有关的非常高的发病率导致

每年有成千上万的人过早死亡。此外，与酒有关的犯罪和烟酒产品的贩运已达到了引人注目的程度。

43. 药品，首先是处方药和特别是含有麻醉药品或精神药物的药物，是不能直接与消费品相比较的，因为就药物而言，“消费者”不一定有资格确定一种医疗诊断，为特定的疾病选择特定的药品，和确定适当的剂量，而同时考虑到可能的副作用，包括（就麻醉药品和精神药物而言）药物滥用和药物依赖性。无管制地出售药物产品的后果在美国有很好的记载，美国在 1906 年以前药物的使用只由市场力量来确定（见上文第 10 段）。在中国，麻醉药品的自由获得导致出现了空前规模的药品管制问题（见上文第 4 和 5 段）。1858 年，中国当局在一个世纪期间作出的所有国家管制努力（1729 年敕令、1799 年敕令、1808 年敕令、1809 年敕令和 1815 年敕令）都被殖民列强所强加的毒品贸易合法化所破坏。不应让此种情况再度发生。

二. 国际药物管制系统的运作

A. 国际药物管制条约的加入情况

1961 年麻醉品单一公约