

## 一、国际管制药物的过量消费

### A. 确保管制药物用于医疗和科研目的

1. 受 1961 年《麻醉品单一条约》<sup>1</sup>和 1971 年《精神药物公约》<sup>2</sup>管制的许多药物和精神药物现已作为药品使用，这表明药物治疗，特别是某几类神经精神病症的止痛和治疗方法已有发展。诸如可卡因、鸦片和海洛因一类的药物，一直为世界各地的医学界所推崇并大量使用，但这类药物在广泛应用的过程中被发现具有成瘾性且疗效有限。人们很快就一致认为，由于这类药物的无管制状态或过量使用及易于获取，它们给个人消费者和社会带来的健康和社会风险基本上超过了其医学用途所带来的好处。这类药物的生产和国际贸易开始受到国内和国际的管制。

2. 科学的创新和制药业的发展，为生产更加安全、具有更多选择性和同样药效且具有以下特点的药品逐步开辟了道路：能缓解疼痛和其他痛苦，并且能减少对产生高度依赖性的药物的依赖。随着全球管制制度得到广泛承认，许多可能产生高度依赖性的医用药物，例如鸦片和可卡因的生产和贸易迅速减少。许多医用精神药物，例如巴比土酸盐、几种非巴比土酸盐类安眠镇静剂和多种安非他明也出了同样的情况。然而，由于缺少可靠的替代药物，不少欠理想的麻醉药品和精神药物至今仍作为治疗疾病及缓解疼痛和其他痛苦的药物使用。这些药物的实际医用价值始终取决于能否找到同样用途的更加安全的替代品。在管制制度下确保医用麻醉药品的适当供应是各国政府的一项重要任务。此外，还必须确保具有科学用途的受管制药品的供应，以便对用于上述用途和其他有关用途的更加安全的药物进行研究。

3. 疼痛和其他痛苦可能是由疾病引起的，也可能是长期过量使用在其他方面有益的精神药物产生的依赖性所致。虽然无法获取药物可能会剥夺病人缓解疼痛的基本权利和机会，但是过量获取药物会导致这类药物被非法贩运和滥用，并使人药物滥用上瘾，从而造成不必要的痛苦。<sup>3</sup> 诸如安非他明和苯并二氮杂环庚类受管制药物的滥用在其不同销售阶段被转入非法渠道，这种现象在许多国家蔓延，需要引起充分的警惕，并应采取对策。

4. 有大量文件证明，容易获取的、受管制医用

药物的不当使用和药物非法消费的扩散已产生综合影响。过去，由于受管制药物的未加管制和医疗上的不当消费，药物滥用现象已达到十分严重的程度。这类事件在许多发达国家和发展中国家都发生过。自 1971 年以来，一些国家政府对日益增加的医用精神药物加强了管制，其主要原因就在于此。

5. 各国管制措施和国际管制制度在过去二十年中得到更加坚持不懈和普遍的实施，因而已变得更加有效。今后必须继续保持这些成就并做得更好。其他重要成就包括如下：使鸦片制剂和许多精神药物（巴比土酸盐、若干安非他明和苯并二氮杂环庚类草药物）的全球产量和贸易量更加符合法律规定；几乎所有大洲都大大减少了药物转用事件的发生，逐步改进了国家管制办法，包括实行处方方法。

6. 全球都存在非法使用麻醉药品的现象。麻醉药品滥用的新模式很容易因为过量获取和管制不当而进一步发展。因此，一些国家的政府必须与国际麻醉品管制局合作，密切监测这类药物的供需情况。在 1999 年的报告<sup>4</sup>中，麻管局根据其监测各国执行国际药物管制条约主要目标情况的任务，对用于缓解疼痛和痛苦的受管制药物的供应是否适当进行了审查。麻管局发现，国际药物管制条约目标尚未在世界各国一致实现。它关切地注意到，全球各个地区在重要的合法药物和精神药物实际获取量方面仍然存在差异，消费量也大相径庭。

7. 由于上述原因，受管制麻醉药品的无限制或过度获取和不当或非医学用途，就如供应不充分的问题一样，引起了麻管局的关注。基于前几次审查，麻管局认为有足够理由认为，某些国家的无管制、过量的药物供应和消费趋势可能还会继续发展，并有可能还产生新的问题。

### B. 医疗需求和可获量：有待评估和调整的两个变量

8. 各国的药物总供应量应当尽可能适应医疗（和科研）需求，同时还应尽可能精确地评估这两方面的需求量。对于药物和精神药物来说，鉴于其被滥用的可能性和被转入非法市场的危险，取得适当的平衡更为重要。过去几十年中，由于缺乏坚持不懈的管制，常常导致一些精神药物的产量大大超过全球的医疗需求，结果造成这种药物大量转入非法渠道的事件经

常发生。随着《1971年公约》的实施日益普遍，这种事件现在已经很少发生，从而大大提高了精神药物条约制度的有效性。然而，出于经济和文化原因，这种改进影响不大，未能缩小各区域和国家之间在受管制的医用药物的获取量上存在的差异。全球合法药物消费数据表明，消费大量药品的国家仍然只是少数，<sup>5</sup>而药物和精神药物的消费量更高一些。经济薄弱国家和社会较贫困阶层获取药物和治疗的机会依然极少，甚至没有，条约制度在这一方面几乎无能为力。

9. 将包括管制药物在内的各种药品用于医学用途的程度是由众多因素和变数决定的。一个国家的经济及社会状况，以及对卫生保健的重视程度，基本上决定了国民的卫生保健能力，并最终决定了药品的普及率。管理措施的有效运作也是一项重要条件。

10. 大多数发展中国家都缺乏确定医疗需求和调整药物供应以满足医疗需求所需的资源和专门知识。医疗实践证明，不受欢迎的巨大差别是由于工作人员长期短缺和培训及信息不当所引起的。此外，经验证明，在许多发达国家，药物的实际获取量往往超过需求量。在这些国家，影响消费的社会、文化和个人态度等因素导致了对实际医疗需求的认识和估量失真。

11. 因此，可取的做法是，不仅要了解这两个变数，而且要从成本效益上对其加以调整。全国需求量的评估可以有多种方法。根据发病率即具体疾病的流行率（发病率统计方法）或根据定期调查各国以往某些药物的消费量（消费统计方法）得出的数字，理论上可以作为估计全国需求量的一个依据。这两点虽然在某些条件下不失为有用的方法，但都存在局限性，特别是在进行国际性比较时。这里所说的局限性包括以下几个方面：

(a) 在各国间和国内所报告的某些精神病发病率数据偏差往往很大，这本身表明医疗诊断标准明显不一致；

(b) 治疗方法（药物疗法、互补或交替治疗方法、药物，剂量和用药时间的选择）也证明各国间和国内差异相当大；例如，据报告，尽管欧盟成员国为统一标准在不断做出努力，但是医疗方法都各有千秋；

(c) 一般受管制药物，尤其是个别药物的使用模式随着作为药物发展进度函数的时间变

化而变化，而且还受到管理和控制的影响；这种变化往往是不均衡的，增加了评估各国间差异的复杂性；

(d) 在许多国家，由于经济条件和基础设施的扭曲性影响，反映选定药品以往消费水平的数据只能大致表明实际需要情况。

12. 各国和各地区间消费数据的比较看来是最有用的指示数字，可用来识别消费不同的水平和需加注意的异常趋势的。麻管局曾在其近期报告中指出，北美一些国家与欧洲国家的消费水平一向悬殊很大。<sup>6</sup>所报告的年度数据表明，美国安非他明类兴奋剂的消费量大大高于欧洲和其他各国，而苯并二氮杂类安眠镇静剂和抗焦虑药的消费在欧洲国家一直较高。自1980年代后半期各国政府开始向麻管局报告苯并二氮杂环庚类药物的消费情况。这种药物的人均消费量在欧洲大大高于其他任何区域；欧洲国家平均高出美国三倍。同期，列入《1971年公约》附表二的安非他明消费量在美国比在欧洲任何一个国家都要高出大约10倍。在这方面，一些经济状况完全相似的欧洲国家始终存在很大的差异。例如，法国的苯并二氮杂环庚类药物消费水平多年来一直是欧洲最高的国家之一，平均高出德国或挪威两倍多。然而，近年来，通过艰苦的努力，法国当局已成功地大幅度减少苯并二氮杂环庚类药物消费量，促进了对这些物质更加合理的使用（见下文第177段）。

13. 主要由于经济方面的限制，发展中国家的药物消费水平明显较低。1997-1999年间，苯并二氮杂环庚类安眠镇静剂的平均消费水平（每1000个居民日剂量在欧洲为34，美洲为8，亚洲为6，非洲是1.3）。苯并二氮杂环庚类抗焦虑药的平均消费量更是不成比例；欧洲为41，美洲为24，亚洲是13，非洲是6。国家间的明显差异也是发展中国家的特征：一些国家的消费量大大高于大多数国家的人均消费量，而其他许多国家据称消费量几乎为零。<sup>7</sup>

14. 毫无医学根据的药物过量消费主要发生在发达国家。这个问题有许多一般原因，有时是由某个国家的特殊原因和压力造成的，而这些国家的商业、社会文化和教育环境则是最重要的原因。同样，生活开始富裕看来是一些经济增长迅速的国家（例如马来西亚、新加坡、泰国和中国香港特别行政区）药物消费量快速上升的根源，特别是当这类消费（食欲抑

制剂)被认为是新时尚的一部分时。

15. 在发达国家,失眠和焦虑症流行率及安眠镇静剂的消费量正在增长,老年人是主要消费群体。麻管局关切地注意到,有些人在没有诊断出有具体精神病的情况下,长期频繁使用精神药物(超过一年,有时甚至是无限期地)治疗对社会压力的心理反应。目前,存在着各种形式的失眠症、焦虑症、肥胖症和儿童多动症,以及各种疼痛,而在医疗中则广泛使用着受管制的麻醉药品,例如类鸦片活性肽、安非他明、巴比土酸盐和苯并二氮杂环庚类(按其易产生依赖心理程度排列);许多国家部分人口长期患有这些疾病。许多调查表明,不少国家高达15%的人口患有从临床上看严重的焦虑症;在一些发达国家,肥胖症流行率估计高达30%,由此产生的直接和间接保健与经济费用十分可观。据报告,许多国家的失眠症流行率数据与此相似。估计许多发达国家高达4%的人口长期固定服用苯并二氮杂类安眠镇静剂。据报告其中大部分病人(高达70%)服用这类药物是为了摆脱社会压力造成的痛苦,而不是真的患有精神或身体疾病。在一些国家,按照医嘱服用抗焦虑药或安眠镇静药的病人中,多达25-33%的病人在没有诊断出患有精神病的情况下接受了这种治疗。<sup>8</sup>使用受管制药物、服药行为和正在扩大的自我保健文化开始越来越为社会所接受。最近几次调查表明,在许多国家,有70-95%的疾病是通过自我护理处理的,这种趋势对医疗工作和临床医师与病人之间的正常关系产生了重要影响。<sup>9</sup>

16. 许多发展中国家和青年群体也存在类似趋势。利用受管制药物来调整情绪和行为变得越来越普遍。这影响到个人所处的实际环境,最终还会影响到社会,并给国家经济和基础结构带来相当大的负担。因此,对各国政府来说,按医学要求保持药物,尤其是受管制药物的供应和消费,这不仅是一个重要的公共卫生问题,而且也是一个经济问题。

17. 药物生产和贸易是全球经济的一个重要而活跃的部门,但必须有一个精心制定的保护消费者的管理机制。这一保护机制掌握在各国政府手中。生产商与消费者药物供应链中的各个环节都具有特殊的利害关系、机会和义务。最终受益人应当是病人和整个社会。当各个组成环节的相关影响失去平衡时,例如由于政府管制不力,或不道德地非法推销药物,就会发生可获量失控。

18. 随着自由贸易的不断扩大,生产商在推销各种医疗产品时必须表现出责任心和道德心这一点更显重要。关于医疗用途的药物和精神药物的管制要求意味着生产商的责任更加繁重。许多生产商原则上相信,承担这些责任并遵守各国和国际管理要求符合他们的利益。不过,经验证明,公司的某些销售政策和推销做法可能与合理的卫生保健政策相抵触。<sup>5</sup>这方面的实例有:(a)虽然有更佳治疗办法或更加安全的替代药物可供选择,却仍继续生产,销售并推销某些受管制药品(例如继续推销用于控制体重的安非他明类药物);以及(b)中未对服用药物或制剂的目标消费群体;例如儿童、孕妇或老年人进行过充分的测试。出于职业道德的原因,对极少数精神药物的效用和对儿童安全的影响进行过适当的测试,但处方率仍很高。这种状况已成为严格审查的主题。<sup>10,11</sup>

19. 一直在从科学上探讨诸如肥胖症和注意力缺失症等某些健康状况的基本心理过程,但进展较慢。由于缺乏有效的治本疗法,疾病的治疗,基本上仍使用安非他明和安非他明类药物(安非他明类食欲抑制剂和呱醋甲酯(利他灵))。在认识到其有限的药效后,这类药物的治疗指数和利用率曾一度下降到适度的水平,此后被置于国内和国际严格的管制之下。麻管局在先前的报告中已经指出了这些药物重新流行所引起的、一些国家生产和消费空前增长所反映出来的潜在问题。在缺乏普遍认可及

## C. 药物分销链对使用的影响

### 对制造业的影响

具有法律效力的定义、诊断标准和实践指导的情况下,一些国家把这些药物越来越多地用于学龄(及学龄前)儿童病症治疗的现象日益增加,<sup>10,11</sup>这种做法最近已经引起人们的关注。

20. 在一些国家，公司推销不仅针对医生，而且往往还针对公众，以逃避对广告宣传的禁止。直接的广告宣传常常把药物描述为普通消费品，从而促进药物消费量的提高。通过公司代表和公司本身的经销人散发免费宣传品的办法不仅发达国家使用，发展中国家也同样使用。这种积极销售方法的持续存在可能是政府管理不当和/或现行规章执行不力的一种迹象。就拿这种推销办法来说，是正处于市场结构迅速化的中东欧国家的药品市场的特征。

21. 就可靠性和完整性而言，药品制造商提供给医生和病人的药物宣传资料往往差别很大。<sup>12, 13</sup> 这个问题至关重要，因为医生常常把公司的宣传和书面资料看作是介绍药物的原始资料。药物宣传有时包括支助活动，包括专门设计并直接委托各种协会和职业团体把药物宣传资料，进一步散发给消费者。另据报告，目前还存在向这种民间或专业协会和促销团体直接提供财政支助的单独情况。

22. 尽管制药业和世界卫生组织(卫生组织)<sup>14</sup>制定了医用药物推销道德规范，但是似乎没有被某些公司所遵守。有效但令人质疑的推销方法往往促进了精神药物消费量的增长。麻管局希望重申其 1996 年报告<sup>15</sup>中对各国政府提出的要求，即严格执行《1971 年公约》第 10 条规定，禁止向公众宣传推销精神药物。

23. 各种公司利用因特网为药物，包括处方药品做广告的现象越来越多。在许多国家，在因特网上营销受管制药物的经销商数目迅速增加。一些在没有许可证或质量控制的情况下从事经营活动的公司实际上在从事着非法的活动。药物滥用的可能性极大；在某些国家，尽管国家实行了管制，但是这种活动仍在继续，从而引起了国家和国际各级的严重关注。<sup>16</sup> 向这种公司供应受管制药物涉及制造商的职责问题。

24. 在许多国家，各种未加管制的称作“街头市场”的药物市场继续与注册药店并行经营，这些现象的产生往往是由于缺少注册药店。购买力低下，优质药品价格昂贵以及基础结构薄弱是促使这种市场存在的主要因素。许多发展中国家的这种并行“街头市场”的供应商不讲道德，大量出售转入非法渠道的药品以及未加注册、不合标准或假冒伪劣药品，显然触犯了法律。这种市场的存在证明了国家管理不当，必须采取一致的国际行动，守信用的制药商应

当参与加这一行动，以取缔这种非法药物供应渠道。<sup>17</sup>

### 医疗常规的影响

25. 医生对一般药物的调配、特别是对受管制麻醉药品的开方承担主要责任。决定选择哪一种药、剂量多少、用药时间多长、何时停止用药以及最终向某个病人提供某种精神活性药物的人正是开处方的人。在作出这种决定时，临床医师享有极大的职业自由和酌处权。有充分根据的治疗决定基于医生与病人之间良好的相互信任的关系、临床医师的准确估计和诊断以及对现有已治疗选择方案的认真考虑，包括预期的好处和危险。临床医师与病人的相互影响涉及到双方的责任，其程度取决于所述国家的文化。在一个获取健康信息的途径更加广泛，人们的关系更加“和谐”以及共同决策的时代，病人在“治疗同盟”中正在成为整个治疗过程的一个日益重要的促进者，<sup>18</sup> 只有这样才能改善报告中有关使用精神药物治疗各种精神和身体失调病人遵守疗法较差（60-75%）的状况。对公众继续展开药品使用方面的教育是必不可少的。

26. 正如上文第 8-16 段所述，在精神症发病率和药物使用数据上，各国之间和本国国内存在的明显差异尤其表明，在完全相似的国家之间，有时甚至在本国国内，医疗方法也仍然存在着相当大的差异（服务密度、医生与病人关系、业务质量以及诊断和治疗态度和做法）。各人对医生的选择和偏见，其他保健人员以及病人本身对用药的明显影响，继续造成很大的差异。尽管急需进行协调并实现标准化，但在这些方面达成一致的进展仍然相缓慢。因此，各国和国际在药物供应和使用管理上存在的各种问题可以归咎于医疗常规的不一致或不合理。<sup>18</sup>

27. 受管制精神药物的开方存在一些不适当做法，其中包括：随便开处方；处方前后不一或不严格；一贯故意为嗜用麻醉药品者滥开处方；自己开处方并自己配药。造成这种行为的主要原因是行医者未经过充分的培训；缺少信息；工作态度不严或马虎；缺乏职业责任感和职业道德；本身药物滥用成瘾；有犯罪行为或追求直接的经济利益。

28. 许多具体研究结果表明，精神失调和精神

病过分采用药理治疗法，偏重完全使用药物的快速治疗方案，这是促使一些国家过量消费的一个重要因素。长期的消极影响常常受到忽视、低估，或者服从于短期的成本节约。如今在用药物治疗精神失调和疼痛的同时，还采取各种辅助的或备选治疗方法（精神疗法、心理咨询、传统医学），这种备选方法从文化角度看可能往往更加重要和有效。<sup>19</sup> 然而，最近的几次研究证明，同时使用多种药物（复方用药）的现象仍然相当普遍，而且往往配制不合理、剂量不当，疗程过长。这种医疗常规违背了成本效益原则和对症下药的疗法，是一种浪费资源的行为。

29. 麻管局注意到，近年来各国和国际上都曾经提出过一些有用的倡议，目的是为了从专业角度加强合理的医疗处方常规。各国医学协会和其他专业机构已就以下一些方面达成了一致意见：综合症的定义，更合理的诊断标准、适当的治疗方法以及目前使用精神药物对以前颇有争议的一些健康问题进行治疗的正确处方常规。各区域在这些方面所做的努力，包括卫生保健人员的培训活动在日益加强。

30. 电子通讯不仅为制造商和商业也为医疗专业开创了全新的机会，同时也带来了新的道德和道义责任以及新的潜在风险。远程医学和因特网处方为社会广大阶层提供了极大的便利，使其能够以低廉的费用获得医疗和配药服务。与此同时，发生差错和有意滥用的可能性也相当之大。用电子通讯取代病人与医生直接联系的利弊还难以定论，尤其是在精神病诊断和受管制药物的开方方面。对这个正在迅速发展的技术领域实行管制的工作刚刚开始，需要各国和有关国际机构间的密切合作。<sup>20</sup>

31. 上述情况说明有些问题十分复杂，需要在努力改进药物开方惯例的过程中加以解决。专业知识、个人偏好、人际关系以及医生与病人相接触的环境，都会给上述行为带来影响。只有通过协调一致和持续不断的教育和培训，才可望长期取得持久的改进。<sup>9, 18, 21</sup>

#### D. 各国和国际管制的影响

32. 在对医用受管制药物的供应与消费进行合理的协调，这是各国卫生保健当局在努力促进公共卫生方面必须努力实现的目标之一，尽管实现这一目标很困难。改进发展中国家获取药

品的机会超出了管制目标的范围，但是有效的管制有助于局面的改善。在一些基础结构薄弱和专业人才资源匮乏的国家，在正规卫生保健结构以外经常发生受管制药物使用不当的情况。这种未加管制的使用往往是一种健康风险或浪费。在这种情况下，各国政府的主要任务是提高整个药物供应和医疗系统的效率。

33. 虽然药物利用率低下的情况在发展中国家常常很普遍，但药物的过量获取则一般发生在基础设施和资源充分发达的国家。这类国家通常应当能够实行适当的管制，并能防止消费过量。然而在过去，这种目标并不总是易于实现。对某些原因和促进因素已经进行了讨论；其他对管制效率产生具体影响的原因和因素包括如下：

(a) 由于药物品种繁多，加上这方面的资料不完整，而且常常带有倾向性，因此各国政府及其卫生服务机构更加难以对药物使用情况进行管理。其危险是无法掌握管理和医疗概况，供应情况的透明度不够，并导致受管制领域以外的资源浪费；<sup>21</sup>

(b) 在一些国家，不遵守管理要求是导致过量使用受管制药物的事件频繁发生的一个重要因素；<sup>22</sup>

(c) 有迹象表明，不充分考虑职业道德规范和标准而一味把电子通讯过度用于医疗的现象正在扩大，这可能会加剧上述趋势；

(d) 经济全球化对各国政府监测制药业活动的的能力产生了重大影响。自由贸易和跨国经营的跨国公司日益加强和扩大，这种状况往往会削弱各国政府在药物交易和获取、药物价格及销售做法的管制方面实行公共管制的权力。麻管局认为，根据全球化和国家权力日益削弱的形势，在加强区域合作的基础上始终协调一致地执行国际药物管制条约比以往任何时候更加重要。

34. 由于各国普遍坚持不懈地执行了《1971年公约》，对许多精神药物的制造、贸易和医疗用途的监测已大大加强。令人遗憾的是，有迹象表明还存在某种不足，这主要反映在国家一级。这些不足有可能造成一些新的问题。在某些情况下，《1971年公约》表二（和表四）中少数几种被认为较安全的药物的日益流行及其越来越广泛的治疗用途已经引起人们的关注。麻管局希望提醒各国政府注意，半个世界以来麻

醉药品和精神药物的治疗用途已产生了许多值得注意的先例。过去，所有各类药物、有时是单独一类药物的消费模式基本相似：从越来越流行到普遍消费，然后是滥用率日益增长。各国政府加强管理的结果通常是，这类药物的合法生产、贸易和医疗用途迅速减少，与此同时，同类药物的非法生产和贩运往往迅速发展和兴旺起来。历来的记载证明，如果找不到更加有效和安全的、在同样条件下不会产生任何依赖性的药物，就有可能发生过量消费。所有这一切都强调了药物研究和发展工作的重要性 and 制药业的道德义务。

35. 在过去二十年中，一些国家对诸如安非他明和甲基安非他明类药物的消费明显减少，这证明改进是可行的。直到 1970 年初，安非他明和甲基安非他明的产量和贸易量一直很大，主要生产商是法国和美国。但是，一旦这种通用药物的副作用为人们所知，国家管制和随后于 1971 年编制的国际受管制药物表便导致此类药物大幅度减少；规定的管制措施不久就会成为世界各国的共同做法。这种变化并没有对治疗产生任何负面影响。相反，药物研究产生了一系列更加安全且具有同样用途的药物，最初是安非他明类药物，后来是完全不同的类型，这类药物逐步取代了安非他明和甲基安非他明，或与这两种药物的用途起到互补作用。巴比土酸盐的医疗用途在 1970 年代初经历了同样的变化；紧接着，由于一些国家政府不断努力的结果，某些长效苯并二氮杂环庚类药物的用途出现了同样的趋势。

36. 麻管局的报告指出，在过去 25 年中，每当采取了有效的管制措施，许多精神药物的合法生产和国际贸易就会迅速大幅度下降。对治疗无任何严重副作用这一点已开始引起麻管局的注意。精神药物的减少在制止这类药物大量转用方面起到了十分重要的作用。实例包括如下：

(a) 1980 年代初，安眠酮的全球生产和贸易每年达 100 吨；其中大部分转入拉美和南部非洲的非法市场。一旦主要生产和贸易国开始采取有效的管制措施，每年的产量就会下降到只有几吨；

(b) 在司可巴比妥从《1971 年公约》表三转到表二以后，这种药物的合法生产从 1988 年的 11 吨下降到 1990 年的不到 3 吨，然后又进一步下降；

(c) 芬乃他林以前是一种常常转入大量生产的药物，由于 1980 年代坚持不懈地实行了管制，其合法生产已完全停止。其他食欲抑制剂和精神兴奋剂如安非泼松酮、芬普雷司、苯甲吗啉和匹吗啉的生产、贸易和转用也明显减少。

37. 如上所述，某些受管制药物用量的减少清楚地表明，只要各国坚持不懈的努力，辅之以国际管制，就能够取得显著的成效。各国政府必须对受管制药物的生产、贸易和消费进行认真监测。各国政府有权采取更为严格的管制措施或加强现行措施，解决当地普遍存在的问题（阿根廷、智利、中国、印度和尼日利亚的情况就是这样）。另外，通过对药物的副作用进行监测，以及对药物的消费趋势进行系统的评估，可以产生一些有益的建议，有助于防止不受欢迎的趋势，或对这种趋势及早作出反应。

## E. 结论和建议

38. 为减少麻醉药品和精神药物的过多获取和任意消费，各国政府作出了坚持不懈的努力，并取得了重大的有益成果。就许多受管制的药物而言，自从国际药物管制条约通过以来，麻醉药品的生产和贸易及其医疗用途的范围已缩小到合理的程度。麻管局的本次审查和前几次审查结果都证明，过滥和不适用于精神的物质，一旦受到严格管制，往往会被管制不太严格的药物所取代。例如在西部非洲，作为对严格控制措施的一种反应，最初被滥用的兴奋剂安非他明顺序被芬乙茶、匹吗啉、双苯斯酮胶和麻黄素所取代。

39. 上述趋势证明，各国政府及其卫生专业人员必须对发展情况的监测保持警惕。麻管局认为，早期的实例对各国政府是最好的参照，特别是当某种以前被认为医疗用途有限、安全性和效力较低并有证据证明存在滥用可能性的受管制药物开始迅速流行的时候。当新的精神药物用于治疗用途时也会出现同样情况。对各国政府来说，防止出现新问题的最安全办法是，及时作出反应，以免这种药品可能出现过量消费。

40. 各国政府应当努力使受管制药物的供应和消费始终置于其严密监督之下。经验证明，在这一方面需要引起特别重视的主要领域是：

(a) 适当的立法和正确的（非官僚的）行

政安排，必要时作出调整以适应新的趋势和发展；

(b) 不断对卫生人员和公众进行教育和培训并提供信息；

(c) 在医疗和配药方面，树立正确的职业道德观，公司要限制销售和推销，而消费者的了解程度要进一步加强。

41. 在一些资源匮乏的国家，药品的经销和使用常常处于一种完全没有管理的状态，而且常常超出正规的卫生保健机构的范围，因此在没有改善总体经济形势的情况下，很难扭转这种状况。所以，必须向愿意改进其本国麻醉药品经销办法的发展中国家政府提供有效的援助。尽管对近年来提出的有关改进某些国家麻醉药品管理的新政策和新方法进行验证的工作仍在继续，<sup>20</sup> 发展中国家政府还是应当作出各种努力：

(a) 充分加强政府当局和管理部门对本国麻醉药品供应的管制，包括对麻醉药品和精神药物的管制，并取缔麻醉药品经销的并行办法；

(b) 在国内麻醉药品供应管理方面积极寻求双边和多边援助，并保证有效利用这种援助；

(c) 促进优质通用替代药物的生产和/或进口，以便更好地利用现有资源；

(d) 取得当地制药业的援助，作为有关卫生保健和药物使用情况的主要（通常是唯一的）专业信息来源。<sup>22</sup>

42. 正如上文第 17-31 段所述，在全球药物贸易日益增长的时代，跨国药物经销的激增要求各国政府积极探索新的途径，以便更加密切地进行政府间合作，并采取一致行动限制或减少：

(a) 政府当局对国家麻醉药品管理领域的干预；

(b) 制药业对麻醉药品处方和使用的日益影响；

(c) 麻醉药品经销和销售中心违背职业道德的行为和带倾向性的麻醉药品宣传资料的散发。

43. 为了协助各国在上述领域作出努力，各国

政府以及各区域和国际组织应当制定适合地区一级采用的政府间协议和标准。

44. 由于受管制药物具有双重属性，所以临床医师和药剂师在履行专业职责时务必高度谨慎。临床医师在对精神药物或麻醉药品开方之前，应小心评估病人的依赖倾向，认真搞清病人是否具有药物使用史和药物滥用和酗酒情况以及求药习惯。理想的做法是，按照对症下药的原则，每一份处方及因此带来的药物使用应该基于病人与临床医师的直接关系、正确的诊断及有关最佳治疗方式的明智决定。

45. 卫生当局应提倡使用适应文化习惯且经过验证的补充或替代治疗方法，牢记依靠这种治疗选择而不是药物治疗本身，获得的成本节约会是十分可观的。同时，各国政府应确保其干预措施绝不限制用于治疗目的的受管制药物的供应，而且最终决不剥夺病人的合法和有效治疗机会。各专业协会应促进医师在这些领域接受继续教育，以减少各国之间及各机构之间的诊断和疗法方面的差异，并对各种精神状况做出一致且充足的治疗反应，也确保降低用药水平同时又不影响疗效。

46. 电子通信在诊断和开方等医疗实践中的应用在迅速扩大：

(a) 各国政府应充分认识到电子通信网络在增强其管制功能，特别是向公民传播无偏见的、最新的卫生信息方面提供了巨大的潜力；

(b) 卫生专业人士切勿以不道德方式进行远距离医疗和电子开方；

(c) 在电子通信用于卫生信息、远距离医疗和“因特网开方”作法迅速普及的各国里，其政府应相互合作，建立有效的保障机制，包括国家法律、管制和执行措施。这个问题具有跨国界性质，需要订立政府间协定，以便迅速且有效地采取联合行动。

47. 麻管局在过去的几年一直对以下做法表示关注：新的全球电子信息系统被频繁地用于不道德的药物促销活动，以及用于支持非法药物制造和消费。这两个问题继续令许多国家政府和国际机构十分关注。因此，麻管局提出一项政府间和机构间倡议，通信技术领域里的杰出代表和代表因电信滥用而受到不利影响的卫生部门各专业的协会和机构将：

(a) 就新增电子药物和开方对现有的国家

和国际药物管制概念和做法的影响进行相互磋商；

(b) 回顾已经为相同或相似目的采取或提出管制措施的政府、国际组织和专业协会的经验。

48. 麻管局呼吁制药业显示其在以下方面的社会责任和自愿合作精神：

(a) 防止麻醉药品推销中的不道德行为，并赞同按道德标准，通过管理良好的医药渠道推销受管制的麻醉药品；

(b) 向医生和药剂师公布并散发全面而客观地介绍其产品，包括有管制药物的益处和潜在危险的资料；

(c) 支持单独研究对大量和/或长期使用某

些精神药物（安非他明，苯并二氮杂环庚类），特别是人口中高风险阶层使用这类药物的潜在危险进行的评估；

(d) 参与支助资源有限的国家，向它们捐赠麻醉药品，包括重要的受管制药品。

49. 影响麻醉药品消费趋势意味着改变习惯、陈规、文化和个人偏好。这通常是一个缓慢而艰巨的过程。一般说来，新的麻醉药品消费习惯从形成到流行需要若干年时间。一些人坚持要从新的发展趋势中获益，在他们的促动下，新的消费习惯会加快形成。扭转这种趋势比较困难，需要齐心协力，作出多年努力，并取得众多社会成员的支持。<sup>9, 23</sup> 经验证明，这种努力能够而且肯定会取得成功。