

世界卫生组织 酒精消费相关问题 专家委员会

第二次报告



世界卫生组织

世界卫生组织作为联合国的一个专门机构于1948年成立,充任国际卫生事务和公共卫生工作的指导和协调机构。世界卫生组织的法定职能之一是在人类健康领域内提供客观和可靠的信息与意见。世界卫生组织部分通过其范围广泛的出版规划完成这一责任。

通过其出版物,本组织努力支持国家卫生战略并处理世界各地人民关注的最紧迫的公共卫生问题。为了满足不同发展水平的会员国的需求,世界卫生组织出版针对特定类别卫生工作者的实用指南、手册和培训材料;国际通用的准则和标准;卫生政策、规划和研究的综述与分析;以及向决策者提供技术意见和建议的一流水平的共识报告。这些书与本组织的重点活动紧密结合,囊括了疾病预防和控制、在初级卫生保健基础上发展公平的卫生体系以及针对个人和社区的健康促进。为推动人人享有卫生保健的进程,需要利用世界卫生组织所有会员国的知识和经验并与世界上公共卫生和生物医学领域内的带头人合作,在全球开展信息传播和交流。

为了确保尽可能广泛地提供卫生方面的权威信息和指导,世界卫生组织保证在国际上广泛分发其出版物并鼓励进行翻译和改写。通过协助在世界范围内促进和保护健康并预防和控制疾病,世界卫生组织的图书有助于实现本组织的主要目标——求各民族企达卫生之最高可能水准。

«世界卫生组织技术报告丛书»介绍了各个国际专家小组的调查结果,就范围广泛的医疗和公共卫生问题,为世卫组织提供了最新的科学和技术建议。这些专家小组的成员们无偿地以个人而非政府或其他机构代表的身份参与工作。他们的看法不一定代表世卫组织的决定或颁布的政策。本丛书每年度包括大约六期报告,订阅费为168.00瑞郎/151.00美元(发展中国家的订阅价为128.40瑞郎/115.00美元)。如需了解进一步信息,请联系: WHO Press, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话:+41 22 791 3264;传真: +41 22 791 4857;电子邮件:bookorders@who.int;网上订阅:<http://www.who.int/bookorders>)。

本报告为了国际专家小组的集体意见，不一定代表世界卫生组织的决定或所声明的政策。

世界卫生组织技术报告丛书

944

世界卫生组织 酒精消费相关问题 专家委员会

第二次报告



世界卫生组织

世界卫生组织图书在版编目 (CIP) 数据

世界卫生组织酒精消费相关问题专家委员会

(第二次: 2006: 日内瓦, 瑞士)

第二次报告 / 世界卫生组织酒精消费相关问题专家委员会

(世界卫生组织技术报告系列; 944号)

“世界卫生组织酒精消费相关问题专家委员会, 日内瓦, 2006 年10月10-13日”

1. 饮酒 2. 酒精 - 药理学 3. 酒精中毒 - 预防和控制 4. 酒精相关疾病 - 预防和控制 I. 世界卫生组织 II. 标题 III. 标题: 世界卫生组织酒精消费相关问题专家委员会: 第二次报告 IV. 系列

ISBN 978 92 4 520944 7

(NLM 分类: WM 274)

ISSN 1810-6641

© 世界卫生组织 2007

版权所有。世界卫生组织出版物可从世界卫生组织出版办公室获取。地址: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 7914857; 电子邮件: bookorders@WHO.int)。欲获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可, 无论是用于出售或非商业性分发, 应向出版部提出申请, 地址同上(传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@WHO.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或有关边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致意见的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着他们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏漏外, 凡专利产品名称第一个字母均用大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取了一切合理的预防措施来核实本出版物中所含信息。但是, 对已出版发行的材料无任何明确或含蓄的保证。解释和使用这些材料的责任应由读者自行承担。世界卫生组织对因使用这些信息造成的任何损失概不负责。

本出版物为国际专家小组的集体意见, 不一定代表世界卫生组织的决定或所声明的政策。

在瑞士印刷

目录

1. 引言	1
1.1 背景	2
1.2 框架和术语	3
2. 酒精危害的相关机制: 中毒、依赖性和毒性	4
2.1 酒精相关危害的类型及生理学基础	5
2.2 酒精中毒	6
2.3 酒精依赖性	6
2.4 酒精的毒性效应	7
2.5 关于酒精危害机制的结论	8
3. 酒精在全世界的可获得性和消费情况	8
3.1 酒精的生产、销售和促销	9
3.2 酒精消费的水平、类型和趋势	10
3.3 酒精消费的决定因素和相关因素	14
3.4 关于酒精可获得性和消费的结论	17
4. 酒精消费导致的危害	17
4.1 对健康的影响: 酒精所致的全球疾病负担	18
4.2 社会危害	19
4.3 关于饮酒所致危害的结论	22
5. 降低酒精相关危害的有效策略和干预措施	23
5.1 减少酒精可获得性的措施	24
5.2 酒精的价格和税收	25
5.3 限制酒精销售	27
5.4 管理饮酒环境	27
5.5 限制酒精营销	28
5.6 酒后驾驶的控制对策	28
5.7 教育和劝导	29
5.8 早期干预和治疗服务	31
5.9 关于减少酒精相关危害的有效策略的结论	32
6. 制定酒精政策	33
6.1 建立酒精政策制定所需的知识基础	34
6.2 有关部门和酒精政策	34
6.3 不同管辖水平的酒精政策	36
6.4 关于制定酒精政策的结论	37

7. 国际行动的意义	37
7.1 酒精控制中的国际问题	37
7.2 WHO 的任务	40
7.3 国际机构间的协作	41
7.4 关于国际行动意义的结论	43
8. 建议	43
参考文献	46
附录	51
2002年 WHO 关于酒精所致疾病负担的资料概要	

WHO 酒精消费相关问题专家委员会

日内瓦, 2006年10月10~13日

成员

Professor D. Ofori-Adjei, Director, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Accra, Ghana

Professor S. Casswell, Director, Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation, Massey University, Auckland, New Zealand

Professor C. Drummond, Professor of Addiction Psychiatry and Head of Section of Addictive Behaviour, Division of Mental Health, St George's University of London, London, England

Professor Wei Hao, Professor of Psychiatry, Director of WHO Collaborating Centre for Psychosocial Factor, Drug Abuse and Health, Mental Health Institute, Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, China

Professor M.E. Medina-Mora, Epidemiological and Psychosocial Research, National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente, Mexico City, Mexico

Dr S. Ranganathan, Honorary Secretary, T.T. Ranganathan Clinical Research Foundation, Chennai, India

Dr E.M. Razaghi, Director, Iranian National Center for Addiction Studies, Faculty of Medical Sciences, University of Tehran, Tehran, Islamic Republic of Iran

Professor R. Room, University of Melbourne and Turning Point Alcohol and Drug Centre, Fitzroy, Australia (报告员)

Dr I. Rossow, Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo, Norway

Professor D.S. Samarasinghe, Associate Professor of Psychological Medicine, Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Colombo, Colombo, Sri Lanka (副主席)

Professor C. Weisner, Department of Psychiatry and Langley Porter Psychiatric Institute, University of California, San Francisco, CA, USA (主席)

其他组织代表¹

国际劳工组织

Ms M. Deluca, Specialist, Workplace Health Promotion, SafeWork, Geneva, Switzerland

联合国艾滋病规划署

Dr A. Chatterjee, Senior Adviser, Prevention and Public Policy, Geneva, Switzerland

¹ 未能与会的组织包括: 联合国粮农组织(意大利罗马); 世界银行(美国华盛顿特区); 世界精神病学协会(瑞士日内瓦)。

秘书处

Dr T. Agossou, Regional Adviser for Mental Health and Substance Abuse, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo

Dr P. Anderson, Public Health Consultant, Hellerup, Denmark (临时顾问)

Professor T. Babor, Department of Community Medicine and Health Care, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, CT, USA (临时顾问)

Dr A. Fleischmann, Scientist, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, Switzerland

Professor M.L.O. Souza Formigoni, Department of Psychobiology, Federal University of São Paulo, São Paulo, Brazil (临时顾问)

Dr S. Higuchi, Deputy Director, National Hospital Organization, Kurihama Alcoholism Center, Kanagawa, Japan (临时顾问)

Dr M. Monteiro, Regional Adviser on Alcohol and Substance Abuse, Pan American Health Organization, Washington, DC, USA

Dr I. Obot, Scientist, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, Switzerland

Dr V. Poznyak, Coordinator, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, Switzerland (秘书)

Professor J. Rehm, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada (临时顾问)

Mr D. Rekke, Technical Officer, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, Switzerland

Dr Benedetto Saraceno, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, Switzerland

Dr E. Streel, Avenida J. Nyerere, Maputo, Mozambique (临时顾问)

Dr T. Yasamy, Regional Adviser, Mental Health and Substance Abuse, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt

1. 引言

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）酒精消费相关问题专家委员会于2006年10月10～13日在日内瓦召开了会议。

会议由位于瑞士日内瓦 WHO 总部的精神卫生和物质滥用司司长 Dr. B. Saraceno 致开幕词。他指出, 自2005年第58届世界卫生大会通过第 WHA5826 号决议（即“酒精有害使用导致的公共卫生问题”）以来, WHO 在全球和各区域一级做了大量工作。在欧洲区, 2005年9月 WHO 欧洲区委员会批准和采纳了基于《欧洲酒精行动计划（2000～2005）》而制定的酒精政策框架; 在美洲区, 2005年11月在巴西利亚举行了首届“泛美酒精公共政策大会”; 在非洲区, 2006年5月举行了关于在该区酒精的有害使用所导致的公共卫生问题的 WHO 技术咨询会议; 在东南亚区, WHO 区域委员会于2006年8月通过了一项关于酒精消费控制政策的备选方案; 在东地中海区, WHO 区域委员会于2006年9月通过了一项关于酒精消费导致的公共卫生问题的决议; 在西太平洋区, 2006年9月通过了一项关于减少酒精相关危害的区域战略性决议。在全球水平, WHO 秘书处召开了数次技术专家会议, 并同主要的利益相关方进行了频繁的协商, 其中包括民间团体、科学家以及来自制酒业、商业和农业等领域的代表。Dr. Saraceno 强调, WHO 秘书处将采纳本次专家会议的建议, 且将其用于制定关于减少因酒精消费所导致的健康和社会问题的进一步的行动计划。

此外, 与会的 Dr. C. Le Galès-Camus, 作为 WHO 主管非传染病和精神卫生的助理总干事, 代表 WHO 总干事致欢迎词。她说, 2005年世界卫生大会的决议表明了 WHO 各成员国对有害使用酒精所导致的公共卫生问题的关注。近年来, 全球对酒精所致危害的关注度进一步加大, 特别是《2002年世界卫生报告: 减少风险, 延长健康寿命》的发表, 着重指出酒精消费是影响全球健康的一个重要的危险因素。现有的证据表明, 随着消费水平的提高或消费类型的改变, 在许多国家由于酒精的有害使用所导致的卫生和社会问题正在进一步加剧, 这在女性和年轻人中尤为突出。关于如何最佳地解决因酒精导致的公共卫生问题, 现已提出许多意见。WHO 秘书处也已采取了协调一致的工作, 并将这些意见纳入考虑范围, 藉以确定哪些方法能切实有效地减少酒精消费所导致的健康问题和社会危害。为了减少与酒精消

费相关的问题,有必要提出一套有效的政策,这是世界卫生大会的第 WHA5826 号决议对 WHO 的要求,也是为了支持各成员国实施和评估有关的策略和规划。

1.1 背景

2005年第58届世界卫生大会通过的第 WHA58.26号决议要求总干事“向第60届世界卫生大会报告可以采取哪些循证的策略和干预措施来减少酒精相关的危害,包括对因有害食用酒精所导致的公共卫生问题进行综合评估”,同时“就减少酒精相关危害的有效的政策和干预措施提出建议”。

目前,WHO 酒精消费相关问题专家委员会业已召开会议,其主要目的是审议一系列与酒精消费相关的公共卫生问题、以及评估不同政策效果的科学证据和经验证据,并就减少酒精危害的有效的政策和干预措施提出技术性建议。

自1979年 WHO 酒精消费相关问题专家委员会会议之后,酒精消费及其引起的健康和社会危害的情况已经发生了显著变化。1979年专家委员会在其提交的报告中指出:“鉴于消费含酒精饮料所致的医学、社会疾病以及人们由此所遭受的痛苦差别甚大,而对其中的绝大多数问题,现有的治疗和处理方法效果有限且花费昂贵,同时酒精消费问题在世界各地广泛流行,委员会建议:(1)应明确重在预防;(2)今后在治疗方面的投入应重点发展廉价和经济有效的服务[1]”。该报告指出,酒精消费所致损害与个体和人群的平均酒精消费量密切相关。因此,政府应该通过降低含酒精饮料的可获得性、采取教育或其它措施来减少人们对酒精的需求。应制定精心设计的教育措施,以期减少人们对于酒精的需求,同时也为酒精控制的立法做好准备。此外,应加强对酒精类广告的审核,以保证其与所开展的减少酒精需求的教育工作相一致。专家委员会建议,政府应启动和实施综合性的国家酒精政策,并使国家、区域和国际的主管部门注意到,在制定与酒精饮料相关的政策和贸易协定时,酒精消费的增加可带来严重的公共卫生后果以及高昂的社会和经济代价。WHO 应与其他国际组织协作,密切关注当前和未来可能影响含酒精饮料的可获得性的贸易政策和协定。

1992年, WHO 药物依赖专家委员会审议了针对精神活性物质有害使用的预防方法和治疗。该委员会在第28次报告中强调,有必要对精神活性物质的使用制定一整套的国家政策 [2]。四年之后, WHO 药物依赖专家委员会审议了针对精神活性物质的治疗问题以及与之相关的治疗体系的开发。该委员会在其第30次报告中建议 WHO “既要鼓励各国重视减少人们对精神活性物质的需求,同时也要注意减少这类物质的供应” [3]。

自最近一次 WHO 酒精消费相关问题专家委员会召开会议以来, WHO 已经开展了一系列的行动,为各成员国提供支持并进一步收集可证明措施有效的证据,建立全球性和区域性信息系统,同时推动有效政策在卫生保健部门的应用。这些行动为 WHO 继续支持各成员国减少酒精所致危害打下了基础。

1.2 框架和术语

WHO 委员会把世界卫生界于1998年通过的《世界卫生宣言》作为其考虑问题的框架基础。该《宣言》重申了 WHO 在其《组织法》中所阐明的原则,即“享受最高而能获致之健康标准,为人人基本权利之一”。此外《宣言》提出,促进人类健康和福祉是社会与经济可持续发展的终极目标。《宣言》强调了在提高人群整体健康水平的过程中减少社会和经济中的不公平性的重要性。因此,当前亟需高度关注那些有迫切需求、承受着疾病负担、接受着不良健康服务或备受贫困困扰的群体。

委员会认为“酒精相关危害”(alcohol-related harm)以及“酒精消费相关问题”(problems related to alcohol consumption)这两个词的意思是相同的,它们指的都是由于酒精对饮酒者和其他人在个体和集体层面,所导致的各种健康和社会问题。与之相关的另一个词是“酒精有害使用”(harmful use of alcohol),在精神和行为障碍ICD-10分类中该词指的是个体因饮酒而使得身体或心理受到危害的一种状况。从这个意义来说,“有害使用”(harmful use)包括由于饮酒所带来的危害或问题。但从公共卫生的角度应考虑到饮酒对他人所造成的危害,同时在 WHO 使用的术语中“健康”一词具有更加广泛的含义,所以“酒精相关危害”具有更广泛的涵义。同样从

公共卫生的角度来看,我们的“框架”不应仅限于危害的发生,也必须考虑危害发生的风险,例如,与之相关的特定的饮酒量或饮酒类型。委员会采纳这些词义作为其参考框架,即包括所有与酒精消费有关的问题或危害,以及尽可能减少这些问题或危害的政策或其他措施。

在本文件中,“酒精政策”(alcohol policy)作为一个集合名词,指的是在某一行政辖区或社会内用以减少由于酒精消费所致的健康和社会危害的一整套措施。可以是在任何政府或部门实施的一套措施,包括那些并不直接针对酒精消费但能减少酒精相关危害的措施,例如推动替代饮用品的使用。国家的酒精政策由一系列政策、策略和实施行动构成。此外还有其他各种可以增加或减少酒精相关问题的政策。不过因为这些政策在其采用或实施过程中并没有把减少酒精问题作为其主要目标,所以一般既不被称为酒精政策,也不被纳入总的酒精政策之中。

对于违禁药品的管理政策通常分为减少供应、减少需求和减少危害三个方面。委员会审议了这种分类法,但为了避免混淆没有将其纳入本次报告。委员会将普遍开展的一些活动(如治疗或学校教育)都归入一个相对模糊的术语,即“减少需求”的范畴内。更为重要的是,酒精政策的最终目标就是预防或减少酒精所造成的危害,所以如果用“减少危害”来表达下一级的措施就有可能使人误解。

委员会认为多年来 WHO 已经在定义与酒精问题相关的概念和术语方面支持或承担了大量工作。然而,之前此项工作针对的主要都是与酒精问题相关的临床方面的术语和实践。委员会认为,WHO 的下一步工作应从公共卫生的角度出发,针对酒精相关问题的国际性概念和术语开展工作,尤其要注意多语种表达的概念和术语以及这些术语的可译性。

2. 酒精危害的相关机制: 中毒、依赖性和毒性

自从人类有记载的历史以来,含酒精饮料就以许多不同目的出现于多种社会场合。作为一种精神活性物质,含酒精饮料被用于人情绪的改变;作为一种有毒物质,它可被用来逃避现实;作为一种液体,它可被用于解渴;作为一种能量物质,它也可被用作食物。当然,无论使用

者最初寻求的是酒精的哪一种物理特性,他也必然会涉及酒精的其他特性。除了物理特性外,含酒精饮料及其使用还承载了许多正面或负面的象征性意义。在不同的文化背景下,饮用酒精饮料可以是表示加入或离开某个社会团体,可以是象征庆祝或礼仪性质的行为。另一方面,饮酒或醉酒也可能为社会所反对和谴责。WHO 曾调查过许多不同的社会,发现在关于健康情况列表中,“明显的醉酒”是最令人感到耻辱的行为之一[4]。

2.1 酒精相关危害的类型及生理学基础

无论社会和个人对饮用含酒精饮料持正面、负面还是两者兼有的评价,饮用含酒精饮料对饮酒者本人以及他人,都会造成潜在的社会和健康危害。有些危害是即时可见的,如常见的各种外伤以及其他与酒精中毒或血液中酒精含量升高相关的危害。另外一些危害则是长期性的,如给家庭、工作或社会地位所带来的累积性损害以及对健康的慢性损害。委员会将在本报告后面的内容中(第4部分)介绍由于饮用含酒精饮料给当今世界所带来的危害的性质和程度。此次报告的框架中拟定对酒精饮料的相关危害阐述三个主要机制:中毒、依赖性和毒性。

自1979年召开旨在探讨酒精药理学和神经科学问题的会议以来,相关工作已取得了很大进展,[5]乙醇(酒精)²分子的结构特征及小分子量使之在摄入后能轻易地实现跨细胞膜的扩散,从而进入所有细胞和组织。因此,酒精的摄入可以对全身都产生影响。即便只是适量地摄入酒精也可使血液中的酒精浓度上升到10~20 mmol/L。在此浓度下,酒精可通过与细胞蛋白质和细胞膜的相互作用而快速影响细胞功能。在酒精浓度更高或在反复饮酒的情况下,酒精的急性和慢性作用都会成倍增加。作为一种精神活性物质,酒精还会快速影响人的情绪、运动功能和思维过程。

酒精消费所带来的影响存在较大的个体差异。并非所有长期酗酒者都会发生肝硬化。由于受到多个因素,如性别和肝酶的遗传差异的影响,不同个体间酒精代谢率的差异可达3~4倍[6]。同样由于存在个体差异,不同个体的酒精药代动力学也可出现2~3倍的差异。这一

² 本报告中“乙醇”(ethanol)和“酒精”(alcohol)系同义词,可交替使用。

指标在很大程度上决定了在给定的剂量水平下不同个体受酒精影响的程度。此外,个体差异还影响酒精中毒效应和行为效应、饮酒行为、酒精依赖以及酒精诱发器官损害的风险。与应对其他潜在有害的食品一样,制定针对酒精的社会和卫生政策应充分考虑人们(包括那些脆弱的群体)在酒精效应方面的差异。而这对任何政策来说就意味着要设定酒精消费的限定值和指导方针。

2.2 酒精中毒

如在短期内摄入大量酒精饮料即可出现酒精中毒。多数酒精中毒的症状可归因于酒精对中枢神经系统结构和功能的广泛影响。一方面,酒精中毒是列入《国际疾病分类》的一种临床综合征(ICD-10之F10.0),为世界各地急诊医师和护士所熟悉。另一方面,因为存在诸多文化上的差异,所以对于引起中毒的饮酒量以及与中毒相关行为的认定还存在分歧[7]。其他人对酒精中毒的预期以及何种程度的酒精中毒被认为是可以接受的行为,这些也因人们文化和社会背景不同而存在不同看法[8]。中毒的发生也与其他许多因素有关,其中不仅包括酒精摄入量、饮酒速度和显著的个体差异,同时也包括不同社会文化对酒精中毒的预期和反应。

急性酒精中毒效应及其相关行为可导致一系列危险行为(包括无保护的性行为)、事故和伤害(如酒后驾车或操作机器)、暴力以及急性酒精中毒。部分由饮酒导致的急性危害可发展为慢性问题,如受伤后致残或在无保护的性交状态下感染人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV),这种情况尤其可能在HIV高流行地区发生。这些问题对医疗卫生保健和急诊服务造成巨大负担。它们也会给第三方带来巨大危害。

2.3 酒精依赖性

酒精是一种精神活性物质,可使人类和动物对其形成依赖性。如根据《1971年精神药物公约》制定的框架来看,酒精属于“具有形成依赖性,刺激或抑制中枢神经系统并导致幻觉和运动功能、思维、行为、认知能力或情绪紊乱”的一种物质,且“有充足的证据表明这种物质正在被……滥用,已构成了公共卫生问题和社会问题,有必要将其置于国际管制之下”[9]。

依赖性的产生具有几种相互关联的机制。酒精具有强化特性,可导致反复使用酒精。一般认为中脑腹侧被盖区到腹侧纹状体的伏隔核的中脑边缘多巴胺系统是这种强化作用的核心神经通路 [10]。也有人认为,酒精通过内源性阿片样系统实现其正向强化效应。酒精与其他精神活性物质具有相同的强化机制。

大脑接受酒精的直接作用以及持续暴露于酒精可导致大脑分子的长期改变,即所谓的“神经适应”。在许多病例中,神经适应可抵消或逆转酒精的急性作用。随着酒精的撤除,已调适的系统朝着兴奋的方向过度代偿,导致出现戒断症状,如过度兴奋、焦虑甚至癫痫。由于反复暴露于酒精所致的神经适应可进一步发展为酒精耐受或出现戒断综合征 [5]。

从经验和行为角度来看,可将渴求不断饮酒以及难于控制饮酒行为作为出现依赖性的标志,而依赖性的其它方面使得个体在健康状况不佳或社会影响不良的情况下继续酗酒。

2.4 酒精的毒性效应

酒精是一种毒性物质,与60多种疾病有关。对于某些可能与酒精有关的慢性病症(如女性的乳腺癌)来说,其发病风险可随酒精消费量的增加而升高,但目前尚无阈值方面的证据。对于另外一些病症(如肝硬化),其发病风险呈曲线形式,即发病率随着饮酒量的增加而呈几何级数上升。

酒精是一种强效致畸物。妊娠期饮酒可能导致的最严重的后果是出现胎儿酒精综合征,表现为颅面异常、生长迟滞以及神经系统损害,后者可包括精神残障。

脑的发育有严格的时间和空间限制,每个脑区都有特定的发育时间表,而酒精可影响脑的发育过程。研究表明,酒精可在细胞和分子水平选择性地影响这些发育过程。青少年尤其容易受到酒精有害效应的影响 [11]。在青春期,酒精可导致海马区(参与学习过程的脑区)的结构改变。

反复饮酒可使肝脏周围缺氧并出现酒精代谢产生的有害物质、活性氧类物质以及蛋白加合物。此外,酒精可增加循环血液中的脂多

糖水平, 其与上述有害物质一起可诱发肝损害。酒精还可加剧丙型肝炎。半数以上的丙型肝炎患者有饮酒史, 而如果习惯每日饮酒超过5杯, 则可增加出现肝纤维化、肝硬化、肝细胞癌以及死亡的危险 [12]。

酒精已被国际癌症研究机构 (International Agency for Research on Cancer, IARC) 认定为对人体具有致癌性 [13]。现已确认的酒精致癌机制包括乙醛的形成、诱导可致使活性氧类物质形成和前致癌剂活化的CYP2E1和调控细胞再生。由于反复饮酒可导致人体内乙醛上升, 所以对于ALDH2非活性型的人而言, 其发生上消化道癌的危险性增大。

长期饮用酒精可对免疫系统产生有害影响。大量研究证实, 急性和慢性的酒精使用可对先天性和获得性免疫力造成广泛破坏。已产生酒精依赖的人通常具有免疫缺陷, 且患感染性疾病的几率更高。例如, 对于这些人而言, 细菌性肺炎是患呼吸道感染的主要病因。

就心脏病而言, 酒精的作用可正可负。流行病学研究发现, 有规律的少量饮酒 (每两天喝一杯) 具有预防心脏病的作用, 不过对此观点尚有争议 [14, 15], 且似乎仅适用于45岁以上的男性和绝经期女性。然而, 经常过度饮酒可增加心脏病发作的几率。即便是在心脏病已成为主要死因的社会中, 因饮酒而减少的总生存年数也超过因其保护性功能所增加的生存年数。

2.5 关于酒精危害机制的结论

在审议了酒精的神经兴奋作用、毒性和导致依赖的特性后, 委员会得出结论认为: 酒精具有损害全身几乎所有系统或器官的毒性作用; 可加剧已有的精神、躯体疾病; 可与体内其他合法或不合法的药物相互作用, 进而产生不良影响; 作为一种有毒物质, 可造成一系列故意或非故意的伤害; 可产生依赖综合征, 与其他受国际管制的成瘾物质一样可出现滥用倾向。

3. 酒精在全世界的可获得性和消费情况

许多个世纪以来, 酒精饮料遍布全世界。从当地自制的传统饮料到受大量消费者青睐的著名品牌, 酒精饮料可谓多种多样。

3.1 酒精的生产、销售和促销

目前认为酒精饮料有四种生产和销售模式 [16]: 家庭或作坊式生产传统饮料; 工业化生产传统饮料; 地方性工业生产的全球性饮料以及全球化工业生产的全球性饮料。“全球性饮料”(cosmopolitan beverages) 一词是指欧洲风味的啤酒、果酒以及白兰地、威士忌、杜松子酒、伏特加和其他风靡全球的蒸馏酒精。所有的含酒精饮料开始都属于地方性饮料, 而商人总是尽力使之成为一种“全球性饮料”。目前可以算作“全球性饮料”的包括龙舌兰酒、日本酒、苹果酒和混有烈性酒的饮品, 都通过全球化的生产和销售渠道进行销售。

在许多低收入国家, 家庭和作坊式的生产方式仍是生产酒精饮料的重要模式之一。一般地方可生产许多经发酵和蒸馏获得的饮料, 例如在某些村庄和家庭就是如此。一方面, 以传统方式生产的发酵饮料含酒精量较低、给当地提供了就业机会同时保留了当地文化(可能会鼓励或反对饮酒)。另一方面, 这些传统方法生产的酒精通常在质量和浓度方面缺乏有效监控, 常因混有杂质和掺入杂物而损害健康, 其中蒸馏饮料尤其如此。在一些极端的例子中出现多人中毒死亡的情况。

通常国家无法对家庭和作坊式生产加以控制和征收赋税。这些产品价格低廉, 一般面向社会中较贫困的人群。从公共卫生和社会福利的角度来看, 国家必需有效监控非正规的酒精生产和销售。不管是乡村作坊、小型工厂还是大规模工业化工厂, 对其生产颁发执照和进行检查是淘汰劣质产品的有效手段, 也可以推动酒精税收这一最有效的预防措施的实施。然而, 在经济发展和国家建设过程中, 要实现这种监控还有很长的一段路要走。比如法国就花了一个世纪才实现了国家对农民家庭自制酒精饮料的控制 [17]。在全球很多地方, 通常以工业规模进行的不正规或非法的酒精生产占有相当大的市场。这种情况在非洲、亚洲和东欧尤其严重。根据对酒精总消费量的粗略估计, 全球酒精贸易总量的27%未被计入官方统计。

在酒精生产和销售链的另一端是品牌饮料的全球性生产和销售。随着低收入国家进入货币经济时代, 消费者们开始略有余钱, 而品牌商们也通过最新的市场营销技术来推动消费者购买品牌酒精产品。于是这些全球性酒精饮料的生产也逐渐集中于有限的几家跨国公司。

从公共卫生的角度来看,由大型企业生产和销售的品牌产品具有某些优点。一方面,他们要缴纳税金,而且产品的纯度也更有保障。另一方面,市场的集中化趋势也带来了一些问题。跨国公司会动用大量资源以减少对其获利的限制。在各级政府、国际组织和贸易协定上,这种代表性的行为常与公共利益相悖。

随着品牌酒在全球市场的占有率日益增长,一个不容忽视的问题是酒精饮料层出不穷,广告促销无孔不入。在许多高收入国家,酒精饮料是广告出镜率最高的商品之一。有6家酒精饮料生产商位列全球百家最大广告客户之中 [18]。这还只包括了在正规媒体上发布的广告,可谓是“冰山之一角”。此外,酒精饮料公司还通过赞助其他项目做宣传,包括资助运动队或体育活动、举办面向年轻人的音乐会和音乐节、时装秀、嘉年华、以及运用最新的技术(如因特网)。促销酒精饮料常常是通过媒体和某些活动(如吸引年轻人的体育活动和摇滚音乐节)来进行,因为这一人群可能是酒精饮料的最积极消费者。

3.2 酒精消费的水平、类型和趋势

委员会欣慰地注意到,近年来全球在酒精制品的数量和类型方面的信息已经日渐充实,这在很大程度上归功于WHO“全球酒精数据库”和“全球酒精状况报告”的建立,以及与酒精“比较风险分析”相关活动的开展(对此后面将有讨论)。应优先对“全球酒精数据库”进行更新和扩展,并确保联合国粮农组织(Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO)继续收集可用于该数据库的信息。委员会建议,WHO建立各成员国酒精状况年度报告制度,并责成各成员国向WHO报告其国内的酒精消费状况(有记录的或无记录的)、亚人群的饮酒或戒酒(不饮酒)的类型以及各种酒精相关问题的流行情况。

委员会审议了现有的关于全球酒精消费数量和类型的资料概要(见表1)。酒精消费水平通常以人均年消费量计算,一般考虑15岁及以上居民并以升为单位,将所有酒精制品折算为100%的纯酒精。统计的源数据可来自三个方面:各国的官方数据、FAO数据和酒精业界的数据。可以获得的最可靠数据通常来自各国的官方数据,这些数据

一般源自酒精制品的销售量、税收或生产数据。然而,这种统计方法通常不包括各种形式但无记录的酒精制品(如通过旅行者携带入境、走私、地方未登记的生产)以及并非供人使用的含酒精制品的消费。统计未记录在册的酒精制品可能需要采用多方资源,但主要的信息还是来自于 FAO 关于酒精农作物的数据,以及专门针对无记录的酒精制品而进行的消费人群调查。无论是在不同国家之间还是在一国的不同时期,无记录的酒精制品的改变都可以提示人均消费量以及饮用类型的差异或变化,而这在有记录的酒精消费中是无法反映的。因此,统计未进入官方记录的酒精制品对于酒精政策的研究、特别是对于研究酒精政策、酒精消费和酒精相关问题三者之间的关系是极其重要的。

通过人群调查可评估戒酒(不饮酒)、分类别的平均酒精消费量以及不同的饮酒类型(如醉酒或酗酒)的流行程度。有了调查数据,就可获得分性别和年龄、以及亚人群的估计值。结合与关键专家的访谈,这些调查也是获得有关各国和各区域饮酒者中主要存在哪些有害的饮酒类型及其严重程度(饮酒类型平均分:表1最后1列)资料的主要来源。如上所述,酒精中毒可以引发某些类型的危害,如缺血性心脏病或外伤。而这种影响的程度与总饮酒量有关 [19]。

表1列举了酒精消费在全球范围的分布状况。委员会根据 WHO 亚区域把全世界分为5个类别 [20],其中某些划分是专门用于酒精分析的。为构成 WHO 亚区域,各 WHO 区域的国家根据人口健康状况分别划为5类,即A~E。其中A类国家具有最低的婴儿死亡率和最高的成人预期寿命,E类国家具有最高的婴儿死亡率和最低的成人预期寿命。这种基于健康的排序方法与经济发展水平大致相当。根据成人人均酒精消费水平,表中最上面的两行是较贫困的发展中国家的次级划分,第一行反映酒精消费水平最低的亚区域。第三行主要是中等收入国家,他们的经济发展状况尚佳。世界发达区域也分成亚区域,在第四行和第五行,东欧和中亚国家单列一个类别。

从全球来看,成年人中有不到一半的人(约20亿)饮酒。女性的戒酒(不饮酒)酒率(66%)要高于男性(45%)。如各国按饮酒者占全部人群的百分比进行排序,则通常很接近按人均购买力平价(per capita purchasing power parity, PPP,以美元计的可比较指数)进行的排序。

在表1中,属于低收入类别(第一行和第二行)的国家,与相邻行内属于较高收入类别的国家相比,其PPP不足后者的一半。而死亡率极低的发达国家(表1的第四行),其PPP是死亡率较低的发展中国家的4倍。居于两者之间的是中等收入国家和来自东欧和中亚的国家。表1显示,全球较富裕地区的饮酒者要多于较贫困的地区。不过,对于两类收入最低的国家来说,这一规律并不适用。这两类国家的戒酒(不饮酒)率各不相同:具有最高戒酒(不饮酒)率的亚区域国家其贫困状况要好过表内第二类别的国家。一般来说,与两个由发达国家组成的区域相比,戒酒(不饮酒)率的性别差异在三个由发展中国家组成的区域中要更加明显些。在两个由发达国家组成的区域中,男性和女性均有相对较高的饮酒率。从各国的情况来看(表中未显示),当由PPP调整的人均GDP不足7000美元时,经济水平和戒酒(不饮酒)率之间的联系相对密切。当PPP超过7000美元时,国家的富裕程度和成人戒酒(不饮酒)率之间基本没有关系。

表1倒数第2列“饮酒者平均酒精消费量”显示,各区域人均消费量的差异事实上都可由戒酒(不饮酒)率的差异来解释。这说明区域戒酒(不饮酒)率随着当地经济水平的提高以及全球酒精市场的开放而下降,也就是说饮酒量可出现大幅度上升。由此委员会认为,鼓励戒酒(不饮酒)和维护不饮酒者的权利具有重要的公共卫生意义。

据统计,全球平均每个成人年均饮用6.2L纯酒精,不过个体间存在很大的差异。总体酒精消耗水平最高的地区是东欧和中亚,而欧洲的其他地区总体酒精消耗水平也较高。有记录的酒精消费量在死亡率极低的发达亚区域的国家最高(表1的第四行),但这些国家中无记录的酒精消费量相对较低。在东欧和中亚的发达国家中,无记录的酒精消费量接近最高值。所以这两类经济发达区域估计的总的酒精消费水平不会相差太远。

美洲是总酒精消费量次高的区域。与较贫困的美洲国家相比,有记录的酒精消费量在一些较富裕的美洲国家较高。戒酒(不饮酒)率较低、较贫困的亚区域估计具有次高的总消费量,再其次是死亡率较低的发展中国家。多数拉美和加勒比国家属于以上两个类别。在戒酒(不饮酒)率较高、较贫困的亚区域,酒精的总消费量要远低于其他地

方,其中98%的女性和81%的男性自称戒酒(不饮酒),有记录的成年人年均酒精消费量仅为0.3 L。

表 1

经济发展状况和酒精消费, 2002 (根据182个国家加权人口数平均)

	死亡率水平和国家分类	平均 GDP PPP 美元 ^a	WHO 区域 ^b	有记录的成人酒精消费升/年 ^c	无记录的成人酒精消费升/年 ^c	总的成人酒精消费升/年 ^c	饮酒者 (%)		饮酒者平均酒精消费纯酒精克/日	饮酒类型平均分值 ^d
							男	女		
发展中国家	高死亡率	2 441	EMR-D, SEAR-D	0.3	1.4	1.7	19	2	33	2.9
	极高或高死亡率	2 249	AFR-D, AFR-E, AMR-D	4.4	2.6	7.1	47	32	41	3.0
	低死亡率	5 257	AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B	4.4	1.3	5.7	67	36	25	2.5
发达国家	极低死亡率	28 405	AMR-A, EUR-A, WPR-A	9.4	1.3	10.7	81	65	32	1.8
	低儿童死亡率和低或高成人死亡率	6 862	EUR-B, EUR-C	7.0	4.6	11.7	77	59	37	3.5
世界 (各区域加权人口数)				4.4	1.7	6.2	55	34	30	2.6

AFR-D, AFR-E: 非洲区低收入国家; AMR-A: 美洲区高收入国家; AMR-B: 美洲区中等收入国家; AMR-D: 美洲区低收入国家; EMR-B: 东地中海区中等收入国家; EMR-D: 东地中海区完全禁酒低收入国家; EUR-A: 欧洲区高收入国家; EUR-B, EUR-C: 欧洲区中等收入国家; SEAR-B: 东南亚区中等收入国家; SEAR-D: 东南亚区完全禁酒低收入国家; WPR-A: 西太区高收入国家; WPR-B: 西太区中等收入国家。

^a 国内生产总值(GDP), 一国经济的测量指标, 人均购买力平价 (PPP), 对相同物品的一人均购买力, 国际上以美元计算 (1\$)。

^b 区域亚人群的定义由 WHO 根据成人和婴儿死亡率水平的高、中、低来确定。A组: 极低儿童和成人死亡率; B组: 低儿童和成人死亡率; C: 低儿童死亡率高成人死亡率; D: 高儿童和成人死亡率; E: 极高儿童和成人死亡率。

^c 以每年15岁及以上居民平均消费的纯酒精升数计 (2001年至2003年数据平均)。

^d 消费一升酒精的危害指标, 以分值计 (1 = 危害性最低; 4 = 危害性最高), 由酗酒发生次数加上用餐饮酒频率 (反向打分) 和是否在公共场所发生等指标组成。

来源: 世界卫生组织和世界银行

将国家的饮酒类型分值分为1（危害性最低类型）到4（危害性最高类型）四个等级。死亡率极低的发达国家属于最低的类型，而东欧和中亚国家虽然经济属于发达国家但是酒精使用属于最高类型。在收入较低的发展中国家，无论其国内戒酒（不饮酒）者人数所占的比例有多高，也属于危害相对较高的饮酒类型。如果不包括东欧和中亚，可以说与较富裕的国家相比，较贫困的国家每升酒精消费的危害程度更高。这意味着，与较富裕的国家相比，在较贫困的国家中，人均酒精消费量的上升更可能导致伤害以及其他与酒精中毒相关的危害的发生。

委员会回顾了 WHO 各区域的酒精消费趋势后发现，欧洲区、非洲区和美洲区差不多在同一时期（20世纪80年代初期）达到了消费量的最高峰。而东地中海区的消费量稳定在较低水平。东南亚区和西太区这两个区域近年来酒精消费量剧增（从低水平起步）。不过，区域平均值也掩盖了区域内部不同国家之间存在的巨大差异。以欧洲为例，近年来相对稳定的平均消费量掩盖了其在南欧一些国家大幅度下降、而在另外一些国家急剧上升的事实。

近年来，许多中低收入国家的酒精消费量不断上升，尤其以 WHO 东南亚区和西太区表现突出。消费量的上升可能反映了经济发展和消费者购买力的上升，同时也反映了品牌酒促销力度的不断加大。

3.3 酒精消费的决定因素和相关因素

委员会重点审议了一些酒精消费的决定因素和相关因素。委员会注意到，许多文化和社会的因素，如宗教信仰可影响戒酒（不饮酒）率和饮酒人群的分布。一方面，在许多社会中，戒酒（不饮酒）和贫困之间存在很强的关联。另一方面，较贫困的饮酒者要比较富裕的饮酒者更易出现饮酒伤害。通常，与较富裕的饮酒者相比，较贫困的饮酒者在大量饮酒后更易导致危害。

在许多国家进行的研究表明，饮酒人群中饮酒量呈不均衡分布。在社会中，绝大部分的酒精是被相对数量较少的一部分饮酒者消费的。最典型的发现是10%的饮酒者消费了全球近一半的酒精。而正是由于酗酒人群饮用了酒精总量中的很大一部分，所以人群中饮酒量的变化和一些与重度饮酒相关的危害指标的变化之间常常存在密切联

系 [21]。可能也是出于同一原因, 人群的饮酒水平和酒精相关伤害率之间存在着较强的横断面相关性。

例如, 在调查了全球不同亚区域内酒精依赖的发生率后, 世界卫生组织发现, 该数据在很大程度上与该亚区域内的成人人均饮酒水平呈正相关 (图1)。本区域内平均酒精消费量可说明酒精依赖发生率中约75%的变异。然而, 美洲和以印度人为主的区域不符合这种相关性。在这两个区域中, 在给定的饮酒水平下可以普遍出现较高的酒精依赖发生率。

在不同社会中进行的研究发现, 通常与女性相比男性较少戒酒(不饮酒)、饮酒更频繁、饮酒总量更大、平均每次饮酒更多(即至中毒水平)。因此, 男性中重度酗酒者更多, 饮酒过量的次数也更多。其结果是有害饮酒者中男性占绝大多数。虽然现有的证据还比较分散, 但也可看出这一现象在一些低收入国家更为突出。例如, 在中国的调查数据表明, 男性饮用了约95%的酒精。与此同时, 在许多社会中出现的一个主要问题是女性饮酒者的数量正在上升, 尤其是在低收入国家和较年轻的女性中更为明显, 对于后者应给予特别关注。

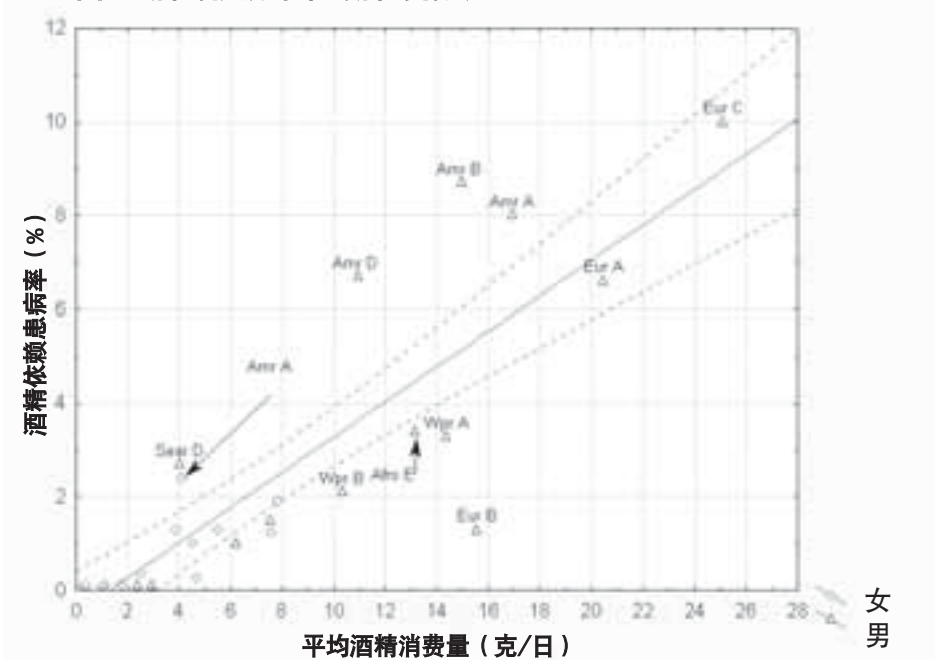
因为在调查中使用了不同的饮酒测量指标和年龄划分方法, 所以对各国不同年龄段人群的饮酒习惯很难进行比较。此外, 多数对各年龄段饮酒状况开展的比较性调查是在市场经济已经成熟的地区进行的, 如澳洲、欧洲和北美, 因此其调查结果未必适用于其他区域。不过, 这些研究中也存在着一些共同点: 年龄较大的人群普遍属于戒酒(不饮酒)或偶尔饮酒的类型; 青少年和年轻成人一般属于中毒或重度饮酒的类型。通过29个国家开展的“欧洲学校中酒精和毒品状况的调查”发现, 近年来欧洲青少年中属于风险性饮酒类型的人数正呈上升趋势 [23]。

委员会审议了有关在年轻人中酒精使用与烟草或其他毒品使用之间存在强关联性的证据。在不同行为之间存在多重联系水平, 包括心理和精神层面上有共同通路、协同或补充效应; 在社交时的象征意义和在供应和使用方面的亚文化的交叉重叠。酒精中毒通过影响人的判断和社会抑制改变其行为, 而不饮酒就不会有这些表现。委员会认为, 酒精使用与吸烟或非法使用毒品之间并不存在确定性的联系, 它们之间的联系更像是或然的或随机的, 在已经开始饮酒的人中更有可

能吸烟或使用毒品,但很多饮酒者并不吸烟或使用毒品,而一些吸烟或使用毒品的人也并不饮酒。此外,若通过实施有效的政策减少了酒精使用之后,会不会导致其他替代性药物的使用增多呢?研究结果也回答了这一问题。在美国,虽然一些研究提示,提高合法饮酒年龄后,年轻成人中大麻的使用率上升,但其他研究调查了酒精调价的影响,未发现其他精神活性药物(如大麻)的使用率上升,而只是改变了酒精的使用。无论这些影响所导致的后果是什么,委员会认为,在许多文化环境下酒精、烟草和非法使用药物之间存在明显的强关联。所以,在制定酒精以及烟草、药品和毒品政策时应全面考虑到它们之间的关联。

全世界针对原住民的研究显示,虽然不同地区的原住民之间存在较大差异,但是其酒精摄入量普遍高于一般人群。不过,原住民少数民族的戒酒(不饮酒)率通常也高于周边人群。除了消费量的问题以外,对不同原住民的研究也显示其饮酒类型有较大的危害性,属于酗酒型。目前,原住民人群中由酒精所致的患病率和死亡率较高,这与

图1: 酒精依赖与平均酒精消费量



来源: 参考文献22

以下因素相关: 原住民社区中购买市售酒类越来越方便、缺乏卫生和教育等方面的服务以预防和治疗酒精相关问题、加之贫穷的生活条件和差劣的工作环境。委员会高兴地注意到, 有些原住民社区通过努力成功地降低了酒精问题的发生率。这些努力包括: 引导相关社区取消自由的酒精市场、允许社区限制酒精饮料的促销活动和贩卖行为 [24, 25]。委员会建议 WHO 认真总结这些经验, 并将经验推广至其他原住民社区。

3.4 关于酒精可获得性和消费的结论

酒精饮料在全世界大多数地方都很容易获得, 酒精的生产和营销规模在全球日趋上升, 为扩大酒精饮料的市场而推出的广告和其他促销手段也日益增多, 这些已构成了一个困扰全世界的现象。委员会认为, 鉴于酒精消费对公共卫生的影响(下文将进一步讨论), WHO 应积极跟踪和分析这些趋势, 并在那些可影响酒精饮料的贸易和营销的国际性会议上代表公共卫生利益参与活动。

从全球来看, 仅有一半多的成人无饮酒习惯。此外, 较贫困的国家或各国较贫困的人群中戒酒(不饮酒)率较高。人均酒精消费量在各国之间、一国的不同地域、不同人群之间都存在差异, 这可以反映戒酒(不饮酒)率的差异。然而, 全世界各区域内饮酒者的平均酒精消费量并没有多大差别。此外, 戒酒(不饮酒)率在许多地方都有所下降, 并且存在进一步下降的可能。在这种情况下, WHO 应考虑推广那些支持戒酒(不饮酒)的措施。

委员会得出结论认为, 有害饮酒的情况在东欧和中亚最严重, 其次是美洲。在未来数年里, 东南亚区以及西太区的中低收入国家(占全球总人口的近一半)的酒精消费量可能继续大幅度上升。因此, 当前亟需在这些区域建立可做出区域性和全球性反应的公共卫生对策。

4. 酒精消费导致的危害

正如在2.2~2.4节中所述, 酒精可引发中毒和形成依赖性, 从而影响人体健康。而且, 这种毒性作用具有累积性、广泛性。近年来, 通过 WHO 开展的一系列研究, 人们已经获得有关酒精所致疾病负担的估计。

4.1 对健康的影响: 酒精所致的全球疾病负担

委员会审议了2002年酒精所造成的总的全球疾病负担,即不包括酒精的健康保护性效应(关于酒精所致疾病负担的数据参见附录)。委员会注意到,由酒精所致的死亡人数占全球死亡人数的3.7%,所致的疾病负担占全球疾病负担的4.4%。男性中由酒精所引发的疾病负担要远高于女性,前者大约是后者的4倍。就酒精所致死亡而言,意外伤害位居第一,其次是心血管疾病和癌症。如以损失的失能调整寿命年(disability-adjusted life years, DALYs)来计算疾病负担,则主要由于酒精使用所致的神经精神性障碍最多,意外伤害列居第二。根据死亡和DALYs两个标准得出了不同的排序结果,这反映出酒精使用所致疾患的高度致残性。但是,与其他疾病相比,其所导致的死亡率较低。

从2000年至2002年,酒精相关的死亡人数在男性和女性中均有上升。这一趋势主要归咎于酒精所致的慢性疾病,也部分反映了酒精流行病学的进展和对酒精所致疾病负担的估计,虽然酒精所致伤害的相对影响有所下降。低龄人群所受的酒精影响相对较大,且无性别差异。虽然在所有年龄段,酒精所致死亡人数占全部死亡人数的3.7%(男性为6.1%,女性为1.1%),但在60岁以下人群,这一比例达到了5%(男性为7.5%,女性为1.7%)。全球不同区域酒精所致疾病负担的类型也存在很大差异(见附录,表A1.3)。在低收入国家,故意伤害和意外伤害在酒精所致疾病负担中占较高的比例;在高收入国家,酒精使用和癌症在疾病负担方面占有较高比例;而在东欧和中亚以及饮酒率较低但非常贫困的国家,心血管疾病在疾病负担方面所占比例最高。

委员会认识到,由于缺乏相应的数据,目前尚不能将酒精所致影响全部纳入疾病负担的估计,特别是与传染病有关的估计。全世界各区域间的酒精问题在生物学方面的风险相关性(如,饮酒和乳腺癌之间的关系)并不相同(如,由于营养状况或卫生保健资源方面存在的差异)。然而,目前对于疾病负担的研究主要都是针对高收入国家所进行的荟萃分析,这样就有可能低估酒精的实际影响。同样,虽然一般认为风险相关性在各年龄段的人群中是固定不变的,但各种相关风险可随着年龄的增大而趋于一致,这就有可能导致高估高龄人群中

酒精所能产生的正面的或负面的影响。鉴于对酒精的保护性作用的评估一般针对的是老年人群,委员会认为可能高估了这种保护性作用。

社会的平均收入水平和平均预期寿命之间存在较强但并不是绝对的关联。酒精问题也存在类似的特点,对于特定的饮酒量或饮酒类型,贫困的社会阶层所受到的危害要远大于较富裕的社会阶层。以酗酒所致的慢性效应(如肝硬化)为例,委员会注意到如果同时存在其他的危险因素(如营养缺乏或肝脏感染),则结果会更糟。同样,对于贫困的社会阶层来说,他们也很难普遍获得可缓解酒精所致不良健康效应的医疗服务。对于酒后驾车者来说,由于街道不够安全和车辆问题,可能结果也很糟。

对于特定的饮酒量或饮酒类型,社会内部在社会经济方面的不平等等也可能产生许多不同的效应,这与已经提到过的不同社会之间的差异是一样的。此外,如果在治疗或获得资源方面存在不公平,那么对于特定的饮酒量或饮酒类型而言,资源较少的人群出现健康问题和伤害的可能性更大。因此,旨在减少酒精所致疾病负担的政策通常也会有助于减少卫生的不平等性。

4.2 社会危害

估计全球疾病负担(global burden of disease, GBD)时所考虑的危害仅仅限于国际疾病分类标准收录的躯体、精神疾病。酒精所致的急、慢性躯体、精神疾病和伤害都被计算在内,但也有许多其他不良影响并没有被包括在内。特别在估算GBD时并没有考虑饮酒者以外的人所承受的许多不良影响。虽然这些影响也可纳入WHO广义的“健康”概念之内,即“体格、精神与社会之完全健康状态”,但我们仍倾向于使用“社会危害”一词来概括这些影响。

饮酒可导致的重要社会问题包括:家庭问题、人际问题、工作问题、暴力和其他罪行以及社会边缘化。一个人不良的饮酒习惯可影响其生活、扰乱其婚姻和家庭生活、导致失业、触发犯罪而导致被捕或陷入无家可归等其他边缘化的、蒙受羞辱的境地。一个人的饮酒行为还可影响他人:其他家庭成员的生活质量可能由此受到损害[26];同事可能不得不因为饮酒者的旷工而需要替班和加班;酒

醉状态下的侵犯行为会伤害他人。除了这些人际方面的问题外, 饮酒还会对更大的社会团队或整个社会造成不良影响。例如, 饮酒者的工作表现不佳可影响一个车间的生产率; 年轻人酒后闹事可使市中心成为在周末令市长望而却步的“禁区”。从社区层面考虑, 饮酒产生的不良影响在小规模社区中更易认识。例如, 通过社交和宗教仪式将原住民社区联系在一起的社会活动和宗教仪式很可能因反复发生醉酒而中断或被破坏 [27]。关于地方流行的酒精中毒对原住民社区的破坏性影响已有过很多报道。在规模较大、较复杂的社区, 饮酒同样也可造成集体水平的不良影响。但是, 除非当地突然出现与酒精有关的强制性变化这样的罕见情况, 如某家酒店罢工 [28], 否则这种影响一般不易被察觉。

在研究和量化饮酒的社会危害时, 首先关注的是饮酒所带来的社会损失, 即传统上所谓的“疾病损失”。迄今为止, 仅在欧洲就开展了30多项此类研究 [29], 在其他地区也开展过同类研究。此外, 通过 WHO 的指导, 这类研究实现了方法学上的标准化 [30]。在这些研究中, 估测最大的单项损失是过早死亡所造成的“间接损失”, 即在指示 (索引) 年内死于饮酒的人原本在其未来的生命里可创造的经济价值。把该项间接损失计入健康损失内, 并将其与直接损失 (如旷工、失业、犯罪和交通事故所致损失、以及为处理酒精相关问题的卫生、法律和社会服务) 结合起来考虑, 可以发现“社会危害”所带来的损失通常要超过医疗卫生的花费 [29]。仅以发达国家的政府所提供的服务来计算, 因酒精所致的警务、消防和社会服务方面的损失通常远远超出卫生服务的花费。

委员会认识到, 计算社会损失时通常仅考虑有形损失, 而酒精消费所带来的损失还可以是无形的, 如酒精消费所致的躯体疼痛和给家庭带来的折磨、与酒精消费有关的犯罪行为或暴力给他人带来的恐惧和痛苦等。家庭成员所蒙受的这些损失未能很好进行估量。因此, 一项在英格兰和威尔士进行的成本研究指出, 由于缺乏合适的研究, “无法对这些 (酒精消费者的) 亲友所蒙受的无形损失 (痛苦和折磨) 进行定量分析” [31]。

越来越多的证据显示酒精与犯罪、特别是不同形式的暴力的发生有关 [32], 虽然这种相关性在不同国家、不同文化之间存在很大差

异。较大量的酒精使用与犯罪、家庭暴力以及儿童虐待之间都有关联。一般对于个人而言,酒精消费的量越大,个人的暴力倾向就越严重。

酒精消费也与其他多种犯罪行为有关,如酒后驾车等违法行为。此外,还与扰乱公共秩序的行为相关,不过这种关联的程度也取决于文化背景。

酒精的某些危害也与他人对酒精消费行为的反应有关。几乎在所有社会,饮酒行为或多或少都有道德的含义,有时某些饮酒类型或习惯被赋予正面的评价,而另外一些酒精消费类型则普遍受到反对。如果某个地区出于宗教或文化的原因而禁止饮酒,则任何的饮酒类型都会被彻底否定。

委员会由此发现,一个人的饮酒类型受到日常的社会评价(即赞成或反对)的影响。饮酒类型,尤其当其受到社会评价的影响时,就会导致社会不平等,而这种不平等与社会经济地位并没有直接的联系,它与边缘化、社会排斥和羞辱相关。如果饮酒者的社会经济地位较低,其饮酒类型就更易为人所见,进而使得饮酒者更易处于被边缘化和被羞辱的境地。如对饮酒行为采取较积极的评价也可对公共卫生造成负面影响。因为这会使坚持戒酒(不饮酒)或保护年轻人远离酒精的工作更加困难。

委员会认为,显然,在许多文化环境中,那些既贫困又经常醉酒的人特别容易被边缘化,并且贫困在很多方面促成或加剧了因醉酒而带来的羞辱。警方通常会在贫困社区加强对公共场合醉酒的巡查。贫困者因缺乏相关资源,常常不能避免饮酒后所致的负面社会影响。而较富裕的人在饮酒后则可通过金钱购买到社会性的或空间性的缓冲地带。社会对这种所谓的“越轨行为”的处理也可导致贫困:饮酒者可能丢失工作或被退学。其最终的结果是(尤其是在富裕社会中):社会最边缘化的人群通常也就是那些被认为有严重饮酒问题的人。

对酗酒行为边缘化和羞辱可以视为社会为控制乃至减少酒精所造成的客观社会危害所作的一种努力。然而,如前所述,这种控制手段本身常会引发进一步的危害;通过羞辱酗酒行为来达到社会控制往往可

导致酗酒者进一步边缘化。委员会建议 WHO 应鼓励在该领域开展深入研究,并特别注意不同酒精政策在影响羞辱发生的程度方面的差异,以及在制定酒精政策时考虑如何减少羞辱的发生。

4.3 关于饮酒所致危害的结论

在审议关于酒精所致危害的证据时,委员会得出结论认为,有害使用酒精具有即时的和远期的影响,这种影响可冲击生活的每一个方面,其中酗酒可引发暴力和其他伤害进而危及他人的人身安全,酒精依赖性可导致反复酗酒,而酒精的毒性作用则可能影响人体的各个器官和系统。酒精消费所致疾病负担在青少年和年轻成人中尤为严重,且男性严重于女性。委员会强调:酒精消费除了对饮酒者本人,也对其他人(即,第三方)造成显著而重要的社会和健康方面的危害。

全球范围内评估饮酒所致健康危害的工作已经取得了巨大进展。委员会明确了下一步工作中须优先处理的四个领域:(1)开发用于测量酒精所致社会危害的方法;(2)与之重叠的是,用于测量饮酒对第三方所致危害的方法;(3)开展流行病学研究,确定酒精对感染性疾病的发病率和死亡率的影响;(4)定期在医疗急诊服务系统对饮酒所致伤害进行评估。

委员会认为,有必要在 WHO 近期工作的坚实基础上建立监测系统,藉以跟踪酒精相关健康问题的比率、相互关系和发展趋势,同时要求 WHO 成员国提交年度报告。委员会认为,这样的监测系统将为成员国和全球制定酒精政策提供重要信息。

目前尚无测量饮酒所致社会危害的方法。由于许多社会危害都可带来疼痛和痛苦,所以这些危害被纳入了 WHO 所定义的“健康”的范畴。委员会确认,国际社会应该关注对酒精所致社会危害的测量和监测,并强调 WHO 在这方面可以发挥领导作用。

委员会得出结论认为,通常贫困人群在酒精所致危害方面承受的负担更为沉重,是不成比例的。因此,减少饮酒及其相关危害的公共卫生行动也将有助于减少贫富个体之间以及贫富人群之间在卫生方面的不平等现象。

5. 降低酒精相关危害的有效策略和干预措施

自从上一次专家委员会关于酒精消费相关问题的报告发表以来,国际上已经积累了大量关于评估不同酒精政策和措施的实施效果的文献资料。委员会注意到对不同策略的成本-效果研究工作已经取得了某些实质性的进展(如,参考文献33),然而,目前有关成本-效果研究工作的开展或重复性都还不十分好,难以作为可靠的指导依据。因此,委员会只是将与效果有关的证据作为其主要的指导依据。总的来说,委员会发现这些成本-效果的研究结果与他们根据研究有效性的文献资料所得出的结论非常一致。

虽然许多对于酒精政策效果的分析研究都是在高收入国家进行的,但是也有一些措施的评价是在低收入社会中开展的。考虑到在低收入国家开展的研究社会层面较窄,委员会审议了这些研究的可适用范围。

委员会强调对于不同的社会应采取符合其特殊情况的有效措施。对此,研究性文献往往没有大用处。委员会强调应该收集、比较及宣传那些已经采取了措施的地区所得到的实际经验。社区所采取的管理措施对于处理酒精问题十分重要,尤其是对于那些存在大量无记录的酒精消费的地方。仅仅通过一项法案而没有具体的实施方法是肯定不行的,所以当前亟需汇总在不同的社会情况下实行这些措施的实际经验。

委员会对各种酒精政策进行了分类,其主要依据是文献中的细分方法。这些分类部分反映了有关的政府部门、社会机构和专业组织,而且还涉及不同的政策干预行动的理论。例如,反对酒后驾驶的措施,像刑法和很多行政性管理法规一样,主要是以威慑作用为前提的。收取酒精饮料税作为一项公共卫生策略,其前提是提高酒精的费用(与其他替代的消费选择相比)可以影响消费者的需求。此外,进行酒精知识教育的前提是认为知识可以改变人们的行为。可见,每一套政策和策略都有其行动理论作为基础,而且这些行动理论被各种社会中有关的机构和职业所认同,因此在某个社会获得的结果可以适用于另一个社会,尽管这种适用性无疑会受到特定社会的特殊情况的影响。

5.1 减少酒精可获得性的措施

政府部门在控制酒精饮料的生产、销售和价格方面积累了丰富的经验。它可以通过专卖的方式来实现以上各种控制。在过去的150年里,无论是高收入国家还是低收入国家都有对酒精饮料的生产、批发和零售实行专卖的历史。至今在许多国家仍有部分酒精市场属公有、国营,尽管贸易协定和经济的结构性调整已经大大改变了这一体系。政府控制酒精市场的另一个常见的替代政府操作的办法是由政府监管私营酒类市场的运营。通常,政府通过私人业者的准入制度进行管理,可据此暂停或吊销营业执照。这意味着通过与这些工作内容有关的行政管理措施来控制,必要时可辅以刑事法律。对于政府来说,此类执行方式要比针对顾客或消费者进行强制管理效果更好、也更经济。

委员会认识到,虽然控制酒精饮料的生产或批发是最重要的,它可以最大限度地使酒精饮料进入合法的销售渠道,但是对酒精饮料零售的控制也特别重要,包括在酒吧和餐馆销售的现场消费以及以瓶装或罐装销售的非现场消费,它可以将饮酒所造成的健康问题和社会危害降至最低。

委员会回顾了有关通过酒精饮料的零售专卖可以有效降低酒精相关危害的证据 [34]。其中一个很重要的原因是在这样的体制下易致零售专卖商店数量减少,且与私营零售系统相比其营业时间更短。在这样的体制下政府替代私人利益经营酒精饮料,而后者本来会对政府形成压力,要求减少对酒精销售的控制。考虑到酒精饮料专卖在公共卫生方面的有效性,委员会认为应该继续努力维持这些体系的运行并不断扩大其范围。

一般情况下,酒精销售点的数量与酒精消费量相关;销售点增加,消费量就会随之上升。一旦销售点的数量或类型发生重大改变,这种相关关系就表现得更为明显。调查也发现,在销售点集中度较高的地区通常会出现特殊的问题,尤其是未成年人的饮酒问题与之具有强关联性(见参考文献29)。

与酒精销售点的数量一样,其销售时间和天数也需要管理。委员会注意到,延长酒精销售时间可以改变酒精相关事故的发生时间,但是这

种做法在总体上并不能降低暴力事件的发生率,相反地,只会导致酒精消费量和相关问题的增加。所以,减少酒精制品的销售时间和天数可以减少酒精相关事故,包括凶杀和攻击行为 [34]。

委员会认为政府对酒精销售的限制可以是合理而经济有效的,因为在大多数情况下,通过收取许可费来支持许可证体系和执行相应的监督管理。这种制度可能会导致不法市场的形成,例如出现走私者。但是,如果没有大量来源的家庭作坊或灰市(水货市场)的酒制品,在大部分情况下,通过适当的执法措施可以将这类负效应控制在一定的限度。当然,在有大量酒制品灰色或黑市交易的地方,限制特许经营可能会增加市场的竞争性,所有这些问题都必须在制定法律时予以考虑。

5.2 酒精的价格和税收

委员会回顾了这样的证据:一般说来,饮酒者对于酒精价格调整的反应与对其他消费品的反应是类似的。即当其他因素不变时,酒精价格的升高会导致酒精消费和与之相关危害的减少。在许多高收入国家,酒精的需求和价格之间的关系缺乏弹性,即虽然如其他消费品一样,酒精的价格升高会使得其消费量下降,但在这些国家需求的下降幅度远低于价格的变化程度。不过这也意味着大多数国家都可以通过提高酒精税来降低酒精的消费量和危害。可获得的中等和低收入国家的有限资料表明,在酒精价格与消费量之间的关系方面,他们与高收入国家的模式是相似的。特别是当这些国家的经济增长和个人收入增加时更是如此。此外,酒精黑市或灰市的存在增加了制定酒精税收政策的困难,所以有必要在调整酒精税收的同时尽量使黑市或灰市得到有效控制。

委员会发现,不同国家、不同时间、不同酒精饮料在酒精价格调整方面的弹性是不同的。对啤酒、烈性酒和葡萄酒的价格弹性的比较表明,在特定的文化背景和市场中,普遍受欢迎的饮料的价格弹性要比人们不太喜欢的含酒精饮料的低。由于存在各种替代性的酒精饮料 [35],饮酒者对于酒价调整的反应多种多样。当同类酒或所有酒的价格都相对降低时,消费者会倾向于选择比较贵的酒。当酒价上涨时,饮酒者则会在降低消费量的同时转喝相对便宜的酒。重度饮酒者

会转而选择他所喜好的一类酒中较便宜的那些酒。此外,关于价格弹性的研究还显示消费者对于价格调整的反应还可因时而异。酒价上涨所带来的远期影响要大于即时影响。就公共政策的角度而言,正是这种远期效果才是更为重要的。

有证据显示年轻人对于酒精价格调整的反应要敏感一些 [36]。提高酒价可以降低年轻饮酒者发展为重度饮酒者的比例,也可以减少未成年人饮酒和在每次饮酒时发生狂饮性饮酒的可能。此外,还可以推迟青少年饮酒的起始年龄和延长成为重度饮酒者所需的时间。

虽然有人认为酒价调整对于重度饮酒者的影响可能很小,但委员会发现现有证据并不支持这一观点。酒价提高也同样影响重度饮酒者的酒精消费量。大量证据正在说明酒价可以影响酒精相关危害的发生,且显示酗酒现象因此而减少 [34]。最近在欧洲,根据经济协定降低酒价和酒精税以后,酒精的销售和消费都有所增加 [37]。为了控制年轻人饮酒,欧洲一些地区开始对那些含有甜味预混饮料的烈性酒征收特别税 [38],从而减少了年轻人对这些饮料的消费。

委员会认为征收酒税作为一种很好的成本-效果策略可极大地降低饮酒相关危害的发生率、弥补酒精相关危害所带来的损失。特别是对于那些饮酒危害发生率较高的国家,征收酒税与其他政策相比更能有效地降低饮酒相关危害。对于那些饮酒危害发生率较低的国家,征收酒税即便仍然有效但却不是首选的政策,此时若针对特殊的亚人群采取干预措施可能更为经济有效。然而,即便在这些国家中,降低酒价或增加可支配收入都会削弱其他酒精政策的作用。

通过征收酒税获得的控制效果可能被非法制酒、偷漏税、非法买卖、走私以及边境买卖所削弱。如果邻国的酒精税收极低且边境管理松散,那么本国政府在制定税收政策时就需要考虑这些因素。在这种情况下,强有力的意见是采用国际礼让的惯例,各国之间互相承认和不逃避对方的酒精政策。

委员会因此得出结论:税收和价格机制对于降低酒精饮料的市场需求、减少其相关危害是非常重要的。

5.3 限制酒精销售

现在除了一些穆斯林国家实行全面禁酒的政策以外,部分国家的土著居民区也有同样的规定。其他国家根据本国特殊的地理、环境和经济情况实行不同的禁酒政策。例如,为了提高当地居民生活的舒适度,在公园或街道实施禁酒。此外,在某些特殊环境下(如工作场所)实行禁酒也很常见。

事实上,最为广泛使用的控制酒精的方式是限定最低购买或饮酒年龄。大量证据表明,确立法定最低饮酒年龄可以明显降低因酒后驾驶而导致的死亡以及其他各种事件的发生 [34]。虽然最低饮酒年龄的确立似乎对于初始饮酒的年龄影响不大,但是确实可以影响人们饮酒的次数和状况。

委员会强调,对于未成年人实施禁酒制度的有效性取决于执行力度的大小。最经济有效的方式是强制销售者执行,因为他们的既定利益是保持良好的记录和销售酒精的权利。

5.4 控制饮酒环境

饮酒对健康或社会危害的大小受饮酒者的身体状况或饮酒环境影响,这些环境不仅包括饮酒的场所,也包括饮酒者在喝酒以后所处的环境。所以,为降低饮酒相关危害而对饮酒环境进行管理也是一种很常见的政策措施。各种限制公共饮酒环境的措施或是正式或是非正式、在不同的时间均采取过,包括使用无杀伤力的玻璃饮酒器具,所有设计以安全为前提、雇佣保安防止潜在的暴力事件。重点是通过各种方式加强对酒吧服务员、门卫和保安人员的行为训练。初始时,以上方案的实施是通过自愿报名参加的方式进行的。但是,之后发现只有通过正规的强制力量来规范上述人员的行为才有效果,一般是通过警察或酒类销售许可检查员来执行 [34]。此外,有一些研究表明,在强制执行及政策的支持下,以拒绝为那些喝醉的人或未成年人提供酒精饮料为主要内容的“服务责任制”对于降低酒后驾驶或暴力危害是有效的。

委员会得出结论认为,通过改变饮酒环境可以避免一些潜在的问题,如酒后驾驶和暴力等本来可能伤害他人的事件。因此,在这方面采取措施十分重要且富于吸引力。但是,委员会也认识到如果没有足够的资源和强有力的行政力量,以上的措施并不能发挥作用。

5.5 限制酒精营销

委员会强调酒精营销作为公共卫生问题的重要性,特别是儿童和青少年接触到有关酒精饮料及其品牌的商业性信息,已成为一个在政策上越来越重要的领域。目前,酒精饮料开始通过主流媒体变相增加广告促销。此外,销售酒精饮料的厂家以赞助和插入产品形象的方式在体育和文化活动中增加酒类商标的知名度,并利用互联网、定制广播、移动电话等新技术直接进行销售。

尽管有关酒类广告和酒精消费之间关联性的早期经济学研究结果并不一致,但委员会由最近的研究结果中发现,变相的酒精饮料广告对饮酒者的行为确有影响 [39]。其中最显著的证据来自于几项关于各种酒类广告的纵向研究。这些广告方式包括:传统媒体的酒类广告、电影中插入的酒精促销内容以及品牌商品等。虽然它们所造成的影响并不大,但是都可以显著影响年轻人饮酒行为的有无和轻重 [40, 43]。此外,这种广告的宣传作用似乎具有累加的效果。在市场上,酒精广告出现的频率越高,年轻人就更有可能在24岁以后继续增加饮酒量;而那些较少接触广告的人则倾向于在24岁以后减少饮酒量。广告对年轻人行为的影响也可见于吸烟和儿童偏食这两种情况 [42, 43]。

某些国家和行政辖区较依赖于“自律”,即对于酒精市场(包括广告商、媒体和酒精生产厂家)实行产业内部的自愿形式的管理。目前,这种“自律”机制仍被当作最适宜的管理方法进行推广 [44]。委员会认为这种自律不能制约那些可能影响年轻人行为的营销方式,而且这种方法只有在政府规章制度的强制性作用下才能起作用 [45]。委员会认为酒类广告的标准必须规范于法律框架之内,并且由政府部门监督和评估。否则,行业内的“自律”只会使政府丧失对市场和产品的政策控制,进而严重影响公众健康。

5.6 酒后驾驶的控制对策

在饮酒相关问题的研究中,最受广泛关注的话题是如何减少酒后驾驶所致的伤亡。值得指出的是,一些强制性措施如最小年龄限制法律和强迫性服务培训计划等也可显著减少酒后驾驶所致的人员伤亡,因此也被认为是控制酒后驾驶的对策。相反地,在很多低收入社会中,醉

酒行人受到伤害比司机和乘客受到伤害更为常见。因此,在这种情况下即使是对于酒后驾驶最有效的控制措施也还不能解决为数不少的这部分饮酒所致的交通问题。

目前,已经制定了司机血液酒精浓度 (blood alcohol concentration, BAC) 的规定,并且广为采用。在过去几年中,许多国家降低了规定的阈值上限,低至零或0.02 g/100 ml,欧洲的大部分国家为0.05 g/100 ml或更低。有确凿的证据表明,至少在经济水平较高的社会中,通过制定BAC值并且降低其最大阈值可有效降低酒后驾驶的伤亡人数。此外,也有证据表明随机抽检司机的 BAC 水平 (警察常规要求司机停车受检) 以及设立 “ 饮酒测试 ” 检查站 (所有车辆均停车,检查可疑司机的 BAC 水平) 都可以减少饮酒所致的伤害和死亡。委员会还注意到别的有效措施:对于年轻的或新手驾驶者设立了更低的 BAC 水平 (包括零水平); 行政暂扣BAC阳性司机的驾驶执照 (特别是对于那些酒后驾驶案件的受理速度缓慢或辩护律师可能获胜的法律体系); 对反复饮酒的司机进行强制性治疗并应用点火互锁装置 (一种不允许 BAC 超标司机驾驶该汽车的装置) 。

在很多高收入社会中,通过一段时间的有效控制,酒后驾驶的伤亡率可出现明显下降 [46]。各种控制对策的执行都反映出要求采取彻底控制措施的强烈公众愿望和政治意愿。经验告诉我们,一项措施的采纳也会反过来加强公众的意愿。委员会审视了酒后驾驶控制对策的历史,认为可能从中得到某些经验教训,以进一步实施其他减少酒精相关问题的策略。

5.7 教育和劝导

很多教育和劝导的方法被用于预防饮酒相关危害的发生,包括对学校里的年轻人实行饮酒方面的教育;利用大众传媒 (包括互动性的网站) 和健康饮酒指南进行宣传;在酒类制品上标注饮用标准和警示标识;将以学校为基础的宣传作为学校与家庭的行为倡议和社区活动项目中的一部分;开展社区行为倡议,规范酒精消费和销售。

委员会认为虽然提供信息和进行劝说是可以减少饮酒相关危害的长期而有意义的活动,特别是在年轻人中更是如此。但是理论和证据表明,仅仅靠这种方式是无法实现持续的行为改变的,特别是在人们处

于酒精饮料营销资料信息丰富、社会规范支持饮酒和酒类产品易于购买这样的环境时。

委员会注意到许多已发表的综述,在这些文章中,研究者们系统地评估了以减少酒精相关危害为目的所进行的学校教育 [47]。委员会据此得出的结论认为,基于学校的宣传教育并不是减少饮酒相关危害的有效干预措施。虽然有证据显示学校教育可以增加对酒精危害的认识、改善酒精消费的态度,但是目前没有证据显示其具有改变饮酒行为的持久效果。

委员会发现,一般情况下,相对于那些在媒体上频繁出现的高质量的、肯定酒精的促销信息来说,公众宣教活动并不能起到“解毒剂”的效果。此外,为了减少酒精的吸引力及其使用,在各种抵制酒精广告的公众宣教活动中,提供了有关酒精产品、其对健康的影响以及宣传产品的厂商的信息,但这些活动并没有产生决定性的效果。然而委员会注意到有些证据表明,大众传媒宣传对减少酒后驾驶是有效果的,特别是在那些对酒后驾驶实行严格制裁政策的行政辖区效果尤佳 [48]。尽管许多国家都已发布了酒精政策指南,但目前尚未就这些指南能否减少酒精相关危害进行过评估。

评估调查发现,印在酒精饮料容器上的健康警示语对饮酒行为本身并不能产生影响 [34],但是可能会影响到一些干预变量,例如改变饮酒类型的意愿(和酒后驾驶等高危行为相关)、谈论饮酒问题以及对其他看上去有危害性的饮酒者进行干预的意愿。委员会注意到,这一发现与烟草商品上标示健康警示语的效果并不一致,后者有效果方面的证据,不过这可能反映了警示标语本身的特性。因为看上去,香烟上可旋转出现更多的图示和更醒目的健康警示语,从而对行为产生影响。

委员会认为,有证据支持开展学校和社区的联合干预措施,部分原因是目前有证据显示社区干预措施可以有效限制年轻人饮酒 [34]。媒体宣传是社区干预的重要组成部分,可以减少年轻人饮酒和饮酒相关危害(包括酒后车祸及暴力犯罪)的发生。媒体宣传可以教育社区的公众和主要的利益相关方,使他们在政策和公共议程方面提高对酒精的重视程度,进而通过各个相关机构(包括卫生部

门、执行部门、非政府组织和市级行政主管部门)的协调合作,重新制定针对酒精相关问题的解决办法 [49]。

委员会认为,在低收入国家中另一个有效的社区行动方法是鼓励社区成员和动员公众关注那些可能促使酒精消费及其相关问题增加的影响因素。例如,抵制有关酒制品和饮酒行为的诱惑性图像,减少酒精消费中的不公平特权,增加人们对健康的本质及其重要性的认识,提高人们对于饮酒可带来的社会危害的认识,识别和抵制那些可促进酒精消费的因素,鼓励戒酒(不饮酒)、减少饮酒或改变酒精消费类型,适当时,鼓励制定有效的地区性或全国性酒精政策 [50]。

5.8 早期干预和治疗服务

委员会认为对过度饮酒者实行早期干预和治疗需达到以下三个目标:从人道主义角度来减轻患者的痛苦、减少酒精消费和相关危害以及减少酒精相关性卫生保健费用。与轻度饮酒者或戒酒(不饮酒)者相比,过度饮酒者对医疗系统、社会保健和司法系统所造成的负担更大。此外,过度饮酒者还会对家人和工作单位造成许多无形的伤害。

委员会发现,大多数国家中那些寻求治疗或需要治疗的嗜酒者在酒精成瘾的严重程度、伴发的精神异常和躯体不适方面表现多种多样。因此,对这部分人群的干预措施必须是全面的,不仅应包括基本的简短干预措施,还应该包括专业医疗机构提供的加强治疗。

委员会根据不同国家的医疗卫生机构所提供的证据得出结论,对那些有危害性饮酒习惯而没有严重酒精依赖的饮酒者进行机会性筛选和简短干预是经济有效的 [51]。这种以实证为依据的调查方法已经在全球范围广泛应用。无论是在高收入国家,还是在低收入国家,这种办法都被用于执行和评估实证项目 [52]。委员会强调了多年来 WHO 在国际协作下试验和推行这些干预措施中所起的关键作用,即倡导开展了鉴别和管理饮酒相关危害的计划。委员会认为如果在全国性或地区性的医疗卫生体系中采取这些干预措施,那么必将对过量饮酒的群体产生显著影响。同时,委员会也认为广泛推行这种干预措施事关重大,还需要对有效的实施方法进一步开展示范工作 [54]。

委员会发现, 用于那些有严重酒精依赖及酒精相关问题者的各种专门的治疗方法已经接受了评估, 包括在社区和家庭水平上开展的行为干预治疗、心理干预治疗和不同强度的药物干预治疗。委员会还注意到这样的证据: 与未接受治疗的个体相比, 接受这些治疗的个体, 尤其是及时接受治疗的个体可获得更好的转归 [55]。而且, 对一般人来说, 这些治疗的有效性是相似的, 而不论其强度、形式或环境。然而, 委员会的结论是: 那些有更复杂的要求或社区支持有限的个体常常需要采用强度更高的治疗方法 [56]。委员会还强调了对有酒精使用问题的人采取适当的治疗政策、提供没有歧视和保护隐私的服务的重要性。

有证据表明, 在酒精相关问题较多的国家采取专业治疗可带来社会效益, 而在酒精相关问题较少的国家采取简短干预治疗则可能更为经济有效。目前互助性组织机构已遍布全球, 有为数不多的研究对这些组织进行了评估。结果表明, 如果互助组织提供的服务与正规治疗相结合可起到协同增效的作用, 而且这些组织可以对维持长期戒酒(不饮酒)提供支持 [57]。

5.9 关于减少酒精相关危害的有效策略的结论

目前已有说明各种减少酒精相关危害的策略相对有效的一些实质性证据。然而, 这些证据的绝大部分都来自于高收入国家。这些国家已充分认识到酒精危害属于健康和社会的问题, 而且他们有利用社会研究和评价研究为政策制定提供信息的传统。委员会注意到这两个方面都是非常重要的, 并且强调需广泛采用如下原则: 即在改变某些酒精政策前需要预留一定资源用以评估其有效性。

尽管不完善, 但是已经有了适当的证据基础, 人们可以按照相对有效性来选择控制策略。总的来说, 研究结果表明酒精供应环境(即何时和在何种情况下可获得酒精)可显著影响酒精相关问题的发生率。现已证明在各种社会文化环境, 专门的酒精控制立法和许可证制度对于处理酒精问题收效甚好。其中有效的措施包括限制销售点的密度和销售时间。此外, 禁止向未到法定购买酒精年龄者和醉酒者销售酒精饮料也是惯常采用的措施并且是有效的。有效执行条例和规定也十分重要。对酒精饮料实行高税率也已证明是一项控制酒精

相关问题的有效策略。对政府来说,无论酒精税还有什么其它的作用,其作为酒精政策的一部分,应该认为是一个公共卫生问题。

委员会认为专门针对酒后驾驶的对策措施的依据是强有力的。特别重要有:规定低血液酒精水平(作为驾驶要求),并通过随机呼气检测或类似测试计划主动地对驾驶员强制执行最高限值。

委员会的结论是:已证明初级卫生服务的评估和简短干预能有效减少不同社会文化环境中的严重饮酒或酒精相关问题。委员会建议,今后在这方面的工作重点可能需要开展示范项目,研究如何在不同的卫生体系下持续实施该项策略。最后,委员会强调,需要有适当的治疗政策,以确保为有酒精使用问题的人提供循证治疗干预和社区服务。

6. 制定酒精政策

委员会认为,实施酒精政策的一个主要目标是促进公共卫生和改善社会福利。此外,酒精政策也应通过阻止儿童饮用酒精、保护不饮酒者不受酒精危害以及向所有消费者提供有关酒精危害作用的信息,从而减少酒精的市场需求。随着各国政府日益注意卫生领域的不平等性,减少酒精相关疾病和健康问题上的不平等性成为一个新的政策目标。

酒精政策能否达到最佳水平取决于社会对于政策手段所持的具体目标和愿望。例如,确定酒精的最佳税率必须弄清由此转嫁给所有酒精消费者和非消费者的成本,以及对不同收入水平的消费者所带来的不同成本消耗。此外,酒精的最佳税率也取决于具体的社会价值(如儿童在何种程度上需要获得保护)和给酒精税收设定的特定目标(如征税是用于增加财政收入还是旨在降低酒精相关的疾病负担)。

成功的政策都具有某些共同的特征,其中之一是通过使政策制定者了解各项干预措施所依据的研究成果,并做到对这些干预措施“心中有数”。明确的目标、管理计划、充分的信息以及定期的审查都是必不可少的。政策和规划的制定应结合本国的文化价值以及历史经验。最后,项目规划的成功在于能够使所有与酒精管理及酒精危害相关的政府部门都参与其中。

6.1 建立酒精政策制定所需的知识基础

所有旨在改进公共卫生的政策和行动都需要坚实的知识基础,而对于一个社会来说这些研究和证据都是最宝贵的工具,因为它们为制定更好的公共卫生策略奠定了坚实的基础。随着研究的作用变得越来越重要,科研部门应进一步参与酒精政策的制定过程,使之成为具有可靠的科学性、社会现实性和可行性的酒精政策。

为了给政策讨论提供建设性意见,科研部门必须及时制定与政策相关的研究的框架,并在需要时提供相关资料。同时,研究部门所开展的研究必须是高质量的,并以与政策讨论密切相关的方式来解释和发布这些研究资料。此外,在适当时,政策议程中也可能需要重新提出一些已有的信息。只有那些由公共资金长期支持的研究才可能发挥这样持续性的作用。计划这种长期项目是为了使各自国家科学界的成员都来参与收集、评估和解释与某项国家酒精政策制定所需要的相关资料。

政府各部门和公共利益团体共同承担着将科研成果转化为有效政策的责任。同时,也需要建立系统性的机制以确保从研究中获得的新证据能切实纳入政策和规划实践中。此外,还需要建立相关机制明确证据本身所存在的缺陷,并通过在知识基础不足的领域开展新的研究来弥补这些缺陷,其中包括已经增加的对干预措施的成本-效果评估工作。应特别注意的是必须针对酒精政策未来可能出现的趋势、需求和挑战来制定研究计划。

6.2 有关部门和酒精政策

国家酒精政策的实施本质上来说是一项跨部门的任务。人们逐渐认识到,除了卫生部门外,其他许多政府部门的政策也会影响可能造成危害的酒精使用。

酒精税不仅能减少酒精所致危害,也能带来额外的财政收入。纳税标准可设定在这些国家所能达到的最高财政收入水平,不过事实上很少实行这样的税收计划。委员会指出,酒精税可成为财政收入的一个有效来源,有助于实施由公共部门提供的、较强调公平性的一些计划。但是在审核相关证据时,委员会也注意到,目前存在两种较普遍的现象可能会导致提高酒精税率并不增加财政收入:一是国家对酒精

供应缺乏有效控制,这可能会造成大量逃税;二是酒精消费对价格调整的敏感性异常地高(即酒价上涨后酒精消费显著降低),不过这种现象一般比较少见,即便是在高税收的国家中也是如此。

在推动酒精的生产、批发、定价和销售的过程中存在巨大的商业利益。参与其中的不仅有生产厂家和批发商(往往是规模相对较大的企业),也有零售商。这些零售商通过酒吧、餐厅以及其他销售点出售含酒精饮料。酒精业界在政治舞台上的参与力度也日益加大。它们部分通过资助国家、区域和全球性的“社会性”组织发挥其影响,并由后者发起有选择的预防行动倡议或就酒精问题和政策发表与酒精业界友好的观点,以及促进企业社会责任的概念[58]。委员会警告,私营企业不应试图参与本该由政府做的工作,因为政府才是公共利益的保护人。然而,委员会同样认为,在实施某些特定的酒精政策和计划时,酒精业界也可发挥其特殊作用。这里主要指的是向所有涉及酒精销售领域的个人和单位提供服务培训,确保其承担以下责任:遵守法律;减少有害饮酒;确保不向法定可饮酒年龄以下的青少年销售酒精饮料。

作为维护公共卫生的专业队伍中的一元,全球卫生保健工作者在减少酒精所致危害的斗争中发挥着领导作用,其中不仅包括评估和干预那些需要医疗支持的有危险的饮酒和有害饮酒,也包括积极宣传支持酒精政策。公共卫生利益方应以全面的“横向的”视角去看待全社会对酒精政策的需求,分析更广阔的策略,建立横跨多个不同部门的创新性合作网络,并成为变革的催化力量。在这方面,公共卫生利益方应认识到大众传媒在国家和地方层面上的政策讨论中所具有的重要意义。当媒体介入某个特定问题后,就能决定该问题的议程,即媒体可影响政策制定者们认识到某个问题以及该项问题看上去有多严重。媒体的宣传也可用于促成公众对某项政策变革的看法转变。

委员会高度肯定了非政府组织在酒精政策审议和实施过程中所发挥的作用。作为现代公民社会的重要组成部分,非政府组织可以促进人们对现有问题的关注程度,倡导变革和建立政策对话机制。一些资源匮乏的国家在处理酒精相关问题时高度依赖非政府组织和团体,如自助组织和妇女团体。委员会强调,使无利益冲突的民间社团组织参与酒精政策的制定过程是非常重要的。因为这些组织能有效制衡那些本可能主导政治决策过程的利益相关集团。

6.3 不同管辖水平的酒精政策

传统上,酒精政策由国家和亚国家区域制定和实施。但近几十年来,这种状况在很多方面都发生了变化。随着贸易和交通旅行的发展,跨境携带含酒精饮料的机会大幅度增加,其形式可包括携带免税品或以其他合法方式进口或者是通过走私等。跨国的酒精生产和销售也与日俱增,其中涉及的方式包括:进出口;快速整合多国制酒公司;发放国际性生产许可证和安排合作生产;通过多国广告代理公司推销含酒精产品等。另一个更为重要的因素是超国家水平的共同市场和国际贸易协定的不断扩张。

委员会认为,就国家一级而言,在明确和负责落实国家酒精政策方面,政府负有最终的责任。国家层面的政策制定很少由一个主管部门主导,更常见的是分权制,即由多个不同的、有时甚至是相互竞争的决策单位(如卫生部、交通部或税务总局)共同承担。因此,需要建立有效的、固定的协调机构(如,由相关部委和其他相关方派出的高级代表所组成的国家酒精委员会),以确保在酒精政策的制定和实施中协调一致。

国家酒精政策的实施可由行动计划支持,这些行动计划不但包括国家层面,也包括亚国家层面和市一级,具有明确的目标、策略和指标,并能充分利用法律以及行政、财政和管理工具。委员会认为,如欲切实有效地实施酒精政策,就需要社会各部门对各自政策和规划所产生的健康影响承担责任。委员会指出,在财政规划方面可用于减少酒精所致危害的方法之一便是推行酒精专项税。

委员会认为,在地方一级实施酒精政策具有很多优势。当地居民往往对酒精相关问题有切身体验。社区必须处理道路交通事故造成的伤亡,并提供医院和急诊医疗服务,为有酒精使用问题的人提供干预措施。对于许多社区成员来说,酒精问题是个人问题,而预防或减少未来与酒精相关的问题也属于个人事务。不过,通常可见地方性酒精政策的制定因为受到国家或区域主管部门对地方性行动的限制而受到阻碍。因此,十分重要的是地方当局应该有办法、有权力在其所在社区采取行动,尽量减少酒精相关危害。向委员会提交的证据表明,城市的酒精干预措施能有效减少暴力的发生并增强市民的安全感(如,参考文献59)。

6.4 关于制定酒精政策的结论

委员会的结论认为,在制定酒精政策时,有许多相互竞争的利益,涉及许多不同的部门,并且需要有不同的层面的政策。酒精政策在某种程度上也会受到强烈的象征性意义和价值驱动的各种观点的影响,这在不同的社会往往差异很大。委员会认为,虽然酒精政策是政府的责任,但这并不意味着政府需要资助和提供所有的干预措施。不过,委员会也认为,各国政府应承担起酒精政策中的主要责任,并通过本国卫生部确保集体采取行动以对酒精政策进行有效管理。这主要是通过执行有明确目标、策略和指标的行动计划来实现。此外,委员会认为,各国政府应注意何时在地方一级和市一级实施酒精政策的效果最佳,何时应考虑酒精政策的国家间的礼让,以及何时采取区域性或全球性的集体行动更为适宜。

委员会的结论认为,合理的酒精政策制定过程应考虑相关证据的性质、如何使用证据以及决定政策的实际方式(即,措施的多维属性及其动态互动)。政策的制定也应考虑经济社会状况、不同级别政府所拥有的权力和能力、饮酒类型以及在特定社会中酒精相关危害的性质和范围。

7. 国际行动的意义

传统意义上的酒精政策仅局限于国家和亚国家层面。而事实上目前多数含酒精饮料仍然在生产国国内消费。政府对酒精市场的控制或者在国家层面开展,或者更多的是在亚国家层面开展(后者在联邦制国家占主导地位)。控制酒精问题的卫生和社会体系属国家级或亚国家级,但在许多方面以地方一级运作为主。在最近的数十年间,含酒精饮料的进出口量剧增,跨国广告代理公司针对酒精饮料的促销力度也不断加大。此外,针对含酒精饮料的生产和销售的国际协定也迅速增加。

7.1 酒精控制中的国际问题

超国家共同市场和国际贸易协定的增长在某些国家导致了国家酒精政策独立地位的逐渐消失,在自由市场和自由贸易的逻辑下,公共卫生方面的考虑被置于次要地位。在这些协定的压力下,全世界

不同地方的国家逐渐削弱或取消了本国卫生政策中关于控制酒精的一些重要内容,而这类市场或协定将酒精与其他经济商品同等对待 [60]。酒精政策必须符合各国自第二次世界大战结束以来已经形成的全球性和区域性的国际条约所规定的法律义务。这些协议缩小了各国实行贸易保护政策的范围,但与此同时它给公共卫生政策所带来的影响却有两种解读。有些评论家(特别是那些具有卫生或社会科学背景的专家)担心,在商业目的高于卫生利益的贸易体系中,贸易规定(特别是全球性的)可能会限制卫生或社会方面的政策(如,参考文献61)。另一些评论家(主要来自商界、政府部门或经济学界的人士)则很有信心地回应:只要在操作时遵守这些贸易规定,政府是有把握达到公共卫生目标的(如,参考文献62)。

委员会忆及,2006年5月召开的世界卫生大会认识到国际贸易和贸易协定更普遍地损害了公共卫生利益,并敦促各成员国“应对贸易和贸易协定可能对卫生产生的潜在挑战”(WHA59.26)。世界贸易组织(WTO)是在其自身的超国家执行和争议解决框架下运作的。WTO规则具有法律约束力,亦即成员国必须使其规则与WTO的规则接轨,如果不这样做,就会面临贸易制裁。贸易条约从一开始就将酒精归为商品,与其他商品一样对待。最近,贸易条约(特别是以《服务贸易总协定》的形式)又进一步扩展,将与酒精相关服务和投资也纳入其中。这两个事例中酒精所覆盖的范围都非常广泛,而服务和投资规则的应用则可以给公共卫生带来更加严重的后果。此外,酒精相关服务包括:酒精酿造和蒸馏、酒精运输、酒精批发、酒精广告、酒精的餐厅供应、用于外卖消费的酒精销售、酒精所致问题的处理。现代的贸易条约,如《服务贸易总协定》(GATS)对“投资”一词的定义相当宽泛,包括了大多数类型的直接和间接所有权收益、知识产权以及合约、许可证、授权书、许可和其他所有权利,而所有这一切都可能影响基于卫生的酒精政策。

WTO协定的相关条款规定,只要不是“变相的贸易的限制措施”或“不公正的歧视”,该协议中的任何一项都不“应被用于阻挠缔约方采纳或实施维护公众健康的必要措施”[63]。这样就把负担转嫁给了那些有意为本国的健康政策作辩护的国家,迫使它们必须证明本国并无其他“对贸易限制性更小”的替代方案来达到相同的效果,且采取的政策是出于善意的。如果一项颇具争议的措施被

裁定为对于公共卫生这一目标非常重要,那么即便它对贸易会造成破坏,WTO仍会坚持施行该措施。但是这种“必要性的检查”的工作量有可能相当大且难以实现,这意味着这种防卫在实践中并不足以保护卫生政策。事实上,在GATT和WTO创立以来的半个世纪中,对于某一特定国家法律是否属于例外情况的辩护只有两次获得成功[64]。

委员会认为现有的某些贸易协定,如太平洋岛国贸易协定和独立国家联合体的经济条约,将酒精和烟草排除于贸易协定之外的机制具有潜在的益处。委员会也注意到,根据欧盟内部的一些条约也做出了与WHO一致的承诺,即出于卫生方面的考虑可以对自由贸易予以限制。不过同样的,这些限制措施必须被确定为比例适度的反应。也就是说,它们只能在恰好能够达到原定目标的范围之内。这对于广告管理来说尤其重要,因为通过广告管理可以降低外国公司进入一个新市场的能力(与现有企业相比),因此具有贸易保护的效果。然而,委员会注意到,欧洲法庭已在3个案例中一致支持实施广告禁令,包括支持法国禁止在“双国广播”(bi-national broadcasts)中播放酒精广告。

酒精是最主要的导致依赖性、引起严重的健康危害却又被全世界广泛使用的精神活性物质,而且目前还没有建立任何一项与之相关的国际条约。在委员会看来,公共卫生界有必要慎重考虑现有的关于在国际层面加强酒精政策的各种备选方案。委员会注意到,基于现有实例,以下方案可供建立全球管理框架选择:以公共卫生为出发点,参考《母乳替代品营销国际规则》,制定国际性的酒精营销规则;根据《1971年精神活性药物公约》中所规定的酒精使用办法,把酒精定义为可产生依赖性的、正处于滥用状态并已构成了公共卫生问题或社会问题的精神活性物质;以《烟草控制框架公约》为模式,建立新的国际条约[65]。就最后一个方案而言,委员会承认,尽管烟草和酒精同为具有公共卫生意义的国际商品且存在诸多共同点,但建立新的条约都必须考虑到酒精的具体特征和酒精问题的性质。在进一步审议这一问题后,委员会认为仍有可以找到其他推动酒精控制工作的备选方案。无论其形式是什么,都有必要建立相关机制,把酒精这种特殊商品所承载的公共卫生利益制度化,并为在全球范围内减少酒精相关问题的国际联合行动提供框架。

7.2 WHO 的任务

委员会注意到 WHO 是最积极参与酒精事务的国际机构。世界卫生大会作为 WHO 的管理机构,已经通过了10多项与酒精相关的决议。1979年,世界卫生大会的第 WHA32.40号决议指出,“酒精相关的问题,特别是与酒精过度消费相关的问题,已经成为全世界最重要的公共卫生问题之一”。

在25年后的2005年又再次发出相同的警告,世界卫生大会通过的第 WHA58.26号决议专门针对的是“因酒精的有害使用导致的公共卫生问题”。决议指出,“有害饮酒是引发疾病、伤害、暴力(尤其是发生在妇女儿童中的家庭暴力)、残疾、社会问题和过早死亡的最重要原因,其对人类福祉的严重影响遍及个人、家庭、社区乃至整个社会,并导致社会和卫生保健中的不平等性”。

自上一次 WHO 酒精消费问题专家委员会发布报告以来的25年间,WHO 针对与酒精相关的公共卫生问题做了大量重要的工作。这些工作为 WHO 在支持其成员国减少酒精相关危害中所发挥的持续作用奠定了基础。

完善的酒精政策需要有酒精消费和酒精相关危害方面的准确信息。而这这就要求对酒精相关的术语做出明确定义(尤其是酒精政策),衡量酒精消费的标准化方法以及关于不同年龄段和不同性别人群的酒精消费水平和消费类型(包括无记录的消费)的良好信息(特别是在低收入国家)。此外,也需要量化与酒精的危险使用和有害使用相关的卫生和经济风险。此类信息可用于监测酒精消费相关问题的发展趋势,同时监测旨在减少酒精相关危害的政策和规划所产生的影响。开展监测需要有全球酒精信息系统,该系统最好以现有的 WHO “全球酒精数据库”(Global Alcohol Database)为基础。委员会强调,继续根据全球疾病负担(GBD)估计值开展酒精风险的比较性评估十分重要,这些估计值提供了关于酒精所致危害的最新信息。

WHO 应继续承担协调全球应对全球性酒精问题的领导角色,最好能制定旨在减少酒精消费所致危害的全球行动计划,协助各国实施、评估和监督本国的酒精政策。此项工作应该有数据库的支持,数

据库的内容包括现有政策、法律、法规以及关于政策和规划的有效性的信息,应定期使用该数据库,藉以及时交流有关循证酒精政策措施及其在不同社会环境、不同管理层次实施的新情况。同 WHO 的 CHOICE 项目 [33]一样,WHO 还应发展和扩大在不同区域环境中各备选政策的成本效果的评估工作。

全球有数以千万计的全职卫生工作者,他们作为卫生保健的主要提供者,在减少酒精所致危害的工作中发挥着重要作用。在这方面,WHO 有其独特的作用,可以支持卫生工作者对有危险的和有危害的酒精使用实施和开展简短干预,并向那些已产生酒精依赖性的人群和其他出现与酒精相关的精神和行为障碍的人群提供治疗和建立治疗体系。

WHO 各区域办事处有责任在酒精相关问题的处理中承担公共卫生领导者的角色,并可在在这方面发挥重要作用。在创建酒精政策区域联盟方面,WHO 区域办事处已经做了大量工作。委员会认识到区域差异的重要性,也认识到区域内专项行动倡议和政策框架(如《欧洲酒精行动计划》、WHO 欧洲区酒精政策框架、西太区的减少酒精相关危害的区域战略、以及东南亚区酒精控制政策最低要求框架)所具有的价值。

7.3 国际机构间的协作

酒精政策的制定和实施远远超出了狭义上的卫生领域,包括了大行政区的事务,如农业、发展和财政政策、教育、就业和贸易等。于是,酒精相关问题牵涉到政府的许多其他机构和组织的利益,其中也包括联合国下设的许多专门机构。如何使这些政府间机构直面他们在酒精政策领域所应承担的责任是十分重要的。因此,需要建立一个可持续发挥作用的专门协调各机构酒精政策的工作组,其成员应包括来自世界银行、世界贸易组织、FAO、联合国教科文组织(UNESCO)、国际劳工组织(ILO)等机构的代表。制定减少酒精所致危害的全球性行动计划一方面可使之成为全球的一个重点工作,另一方面也有利于支持在国家 and 地方一级开展行动。

把酒精视为一种经济商品的国际政策可能对酒精相关的公共卫生政策产生重要影响。委员会认同世界银行的做法,2000年该

组织把在含酒精饮料领域所作的投资视为敏感案例,并责成其雇员应保持“高度选择性”,仅能为具备以下特征的酒精类投资项目提供支持:即“能对(本地的)发展产生强有力的影响,并与公共卫生问题和社会政策方面的考虑一致”[66]。委员会认识到世界银行在推动以公共卫生为出发点的烟草政策方面所发挥的重要作用,并且注意到与世界银行进行合作并在酒精政策中承担类似角色的价值。

在贸易谈判和争执中,对酒精控制的公共卫生利益的考量并不充分,委员会由此得出结论认为,WHO和其他利益相关方应寻找机会与国家国际贸易代表开展合作以弥补这种缺陷。此外,委员会也敦促各国政府确保在做出WTO贸易承诺时(如,在GATS谈判时),应充分考虑为后代留下“卫生政策空间”。

委员会高度评价FAO在收集和整理农作物信息以及其他用于估测含酒精饮料总消费量的信息方面所做的大量工作,敦促WHO鼓励FAO继续开展这方面的工作,并在条件允许时加强这一宝贵的信息资源。

委员会认识到加大对青少年的投入对于社会经济发展和减贫来说是十分重要的,同时高度评价了WHO与UNESCO联合开展的工作。针对青年人的可靠的政策应能处理某些引发年轻人有害饮酒的决定因素,而且有效的政策应能提高年轻人的人力资本。委员会明确指出,UNESCO行动领域内存在的一个具有公共卫生意义的国际性问题,即文化和艺术领域逐渐加大了对含酒精饮料的促销力度,尤其是在电影、电视、音乐和音乐视频的酒精产品插播方面更是进行了大量的投资。

ILO的《工资保障公约》(1949年)是最早涉及酒精问题的全球性议定书之一。该《公约》禁止“以高酒精含量的液体的形式”或在酒店内(除非领薪者本人是酒店雇员)支付工资[67]。自那以后,ILO积极尝试减少世界范围内工作场所中存在的有危害物质,包括发布了关于如何管理工作场所酒精和毒品相关问题的实践守则[68]。WHO和ILO在该领域的协作非常有价值,因为工作场所为实施针对成人的预防措施提供了若干机会。

7.4 关于国际行动意义的结论

委员会得出结论认为,在协调全球应对全球性酒精相关问题时,WHO 应承担起领导作用,包括克服在制定有效的酒精政策时所存在的国际性障碍。这应该包括:建立全球行动计划以减少酒精消费的危害;建立国际协作机制;协助各国从本国的需求、文化和社会经济状况出发,实施和监督酒精政策。WHO 应领导和推动针对贸易、走私、贸易协定和其他涉及酒精市场的国际性对话的开展,因为这些问题可极大地冲击各国在本国内部处理酒精相关问题的能力。

健康是社会经济发展的一个关键要素,而社会经济的发展所带动的酒精消费的增加又反过来威胁个人和社会的健康。有鉴于此,委员会得出结论认为,WHO 应推动将酒精政策纳入国际社会和经济发展议程。这意味着联合国开发署(UNDP)、世界银行、ILO、WTO 等机构之间需要开展国际性协作。

8. 建议

委员会的建议以酒精政策的证据基础为依据。该证据基础具有全球相关性,但不一定适应特定的社会状况。委员会认识到在制定和实施以证据为基础的酒精政策时必须考虑到特定的文化和法律环境,以及当地酒精问题的状况。

1. 委员会建议世界卫生组织:

- 在协调世界应对全球性的酒精问题方面继续发挥领导作用;
- 负责制定一项全球行动计划以减少酒精消费的危害影响;
- 根据各国的需要、文化及社会经济结构,协助它们实施、评价和监测酒精政策;
- 与联合国开发计划署、世界银行、国际劳工组织和世界贸易组织等政府间机构,以及区域级政府间机构取得联系,力求将酒精政策纳入相关的社会和发展议程。

2. 委员会结合针对酒精相关问题的公共卫生措施,建议世界卫生组织支持国家和次国家级的政府机构,特别是对低收入和中等收入国家,以便:

- 高度重视防止有害使用酒精,同时增加投资,实施有效的政策;

- 继续审查有害使用酒精给其居民造成的问题的性质和程度, 目前可用于减少这些问题的发生、流行和影响的资源及基础设施, 以及制定新政策和规划方面可能存在的制约因素;
 - 设计、制定和实施具有明确目标、战略和指标并且经费充足的酒精行动计划;
 - 建立或加强机制和联络点, 以便协调公共卫生方面各利益相关方的工作;
 - 在可行的前提下, 利用现有组织体系实施并评价以证据为基础的政策和规划。
3. 有大量证据表明酒精政策和规划在减少有害使用酒精的不良后果方面不仅有效而且成本效益好, 有鉴于此, 委员会建议世界卫生组织在被要求时给政府予支持和协助:
- 监督管理酒精的获取, 包括限定购买酒精的最低年龄、销售时间和销售店的密度;
 - 根据强制执行的较低法定血液酒精浓度限量, 实施适当的饮酒驾驶政策;
 - 通过税收和价格机制减少对酒精的需求;
 - 提高认识并支持有效的政策。(在这方面, 应强调指出, 几乎没有证据表明许多常用的教育和劝导措施, 如学校教育计划、大众媒体宣传运动和警语标签等, 在减少与酒精有关的危害方面具有效力, 因此不应孤立地作为酒精政策来实施)。
4. 考虑到酒精营销措施对年轻人的有害影响, 委员会建议世界卫生组织支持并协助政府:
- 有效监督管理酒精饮料的销售, 包括有效地管制或禁止广告和赞助文化和体育活动, 特别是那些对年轻人有影响的活动;
 - 指定法定机构, 负责监督和执行营销法规;
 - 共同努力探索建立一个机制, 以监督管理对酒精饮料的销售, 包括在全球范围有效地管制或禁止广告和赞助活动。
5. 委员会建议世界卫生组织支持并协助政府:
- 确保所有有酒精相关问题需要治疗的人能够在不受侮辱和保密的情况下, 获得基于证据的治疗和社区服务;

- 增加投资, 在包括初级卫生保健机构、社会福利机构、事故和急救部门、工作场所以及教育机构等各类环境中, 针对危险和有害使用酒精广泛实施早期确认和简短干预规划;
 - 通过教育和培训卫生保健机构、社会服务机构和刑事司法机构的专业人员, 增强进行确认和实施干预规划的能力;
 - 在治疗政策中对地方、市级和国家级治疗服务的组织、整合及提供给予更大的关注。
6. 考虑到有必要提供一个可持续的系统来监督和监测减少酒精使用有害后果的进展, 委员会建议世界卫生组织:
- 在目前的世界卫生组织全球酒精数据库 (WHO Global Alcohol Database) 的基础上, 与设在各国的相应机构一起建立全球酒精信息系统, 以便根据可比较的数据和商定的定义汇总并分析酒精监督和监测信息;
 - 支持将来自诸如粮农组织和世界银行等国际机构的相关数据纳入该系统, 以便能够继续目前的监测工作, 并向尚未建立酒精监督和监测系统的国家提供信息;
 - 将政策、法律和条例以及关于政策和规划有效性的数据纳入该信息系统, 以以帮助明确最佳做法并支持会员国制定有效的规划;
 - 结合对全球疾病负担的估计, 继续全力开展对酒精所导致问题的比较性风险评估。
7. 为了利用不断增多的大量知识, 并支持和采取以证据为基础的措施来减少酒精相关问题, 委员会建议世界卫生组织:
- 考虑如何加强其秘书处的能力, 以便能够在制定、实施和监测酒精政策方面持续向会员国提供支持;
 - 尽最大努力与会员国定期交流以证据为基础的酒精政策措施及其实施方面的新信息;
 - 记录、比较和传播在不同社会环境以及在不同管理层面实施以证据为基础的酒精政策取得的实际经验。
8. 由于认识到非政府组织可以在支持酒精政策方面发挥作用, 委员会建议世界卫生组织加强与非政府组织的协商与合作, 这些组织应与公共卫生利益无潜在利益冲突。

9. 委员会建议世界卫生组织继续其一贯做法, 不与酒精工业各部门合作。任何交流应当只限于结合酒精工业作为酒精生产商、经销商和市场商人的角色, 而不从制定酒精政策或促进健康的角度来讨论酒精工业如何能为减少酒精相关危害做贡献。
10. 委员会认识到就有毒和导致依赖的特性而言, 酒精是一种特殊商品, 对公共卫生具有严重影响, 应当确立机制在贸易、工业和农业的各种决定中保护受酒精影响的公共卫生利益, 因此, 建议世界卫生组织:
 - 鼓励开展对话, 讨论酒精市场的哪些国际影响会削弱各国对付其境内酒精相关问题的能力, 同时分析国际机制, 包括国家间具有法律约束力的协定的可行性, 以便支持实施酒精政策和规划;
 - 寻找机会积极持续参与贸易谈判和争端裁决, 从而在酒精贸易事务中代表公共卫生利益。
 - 制定指南, 供政府各级决策者和顾问使用, 以监测和减少贸易自由化进程可能固有的不利于酒精政策的风险。

参考文献

1. *Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 1980 (WHO Technical Report Series, No. 650).
2. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eighth report.* Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 836).
3. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirtieth report.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 873).
4. Üstün TB et al., eds. *Disability and culture: universalism and diversity.* Seattle, Hogrefe and Huber, 2001.
5. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Crabb DW et al. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
7. Bennett LA et al. Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 1995, 17:190–195.
8. MacAndrew C, Edgerton R. *Drunken comportment: a social explanation.* Chicago, IL, Aldine, 1969.

9. *Convention on psychotropic substances, 1971*. New York, United Nations, 1977.
10. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, 5:483–494.
11. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28:125–132.
12. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. Alcohol and hepatitis C. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.
13. *Alcohol drinking*. International Agency for Research on Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/volume44.pdf>, accessed 18 October 2006).
14. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.
15. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006:1–31.
16. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies/Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Prestwich P. *Drink and the politics of social reform: antialcoholism in France since 1870*. Palo Alto, CA, Society for the Promotion of Science and Scholarship, 1988.
18. Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. *Advertising Age*, 2005, 100:1201.
19. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1* Geneva, World Health Organization, 2004:959–1109.
20. *The world health report 2004: changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
21. Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Public Health Institute, 2002.
22. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
23. Hibell B et al. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
24. Wright A. *Grog war*. Broome, Magabala Books Aboriginal Corporation, 1997.
25. Berman M, Hull T. Alcohol control by referendum in northern native communities: the Alaska Local Option Law. *Arctic*, 2001, 54:77–83 (<http://pubs.aina.ucalgary.ca/arctic/Arctic54-1-77.pdf>, accessed 18 October 2006).
26. Johansson P et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm

- University, 2006 (<http://www.sorad.su.se/doc/uploads/publications/ENG%20COA%2025%20oktober.pdf>, accessed 18 October 2006).
27. Sackett L. Liquor and the law: Wiluna, Western Australia. In: Berndt RM, ed. *Aborigines and change: Australia in the '70s*. Canberra, Institute of Aboriginal Studies, 1977:90–99.
 28. Mäkelä K. Differential effects of restricting the supply of alcohol: studies of a strike in Finnish liquor stores. *Journal of Drug Issues*, 1980, 10:131–144.
 29. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective: report to the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm, accessed 18 October 2006).
 30. Single E et al. *Guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
 31. *Alcohol misuse: how much does it cost?* London, Strategy Unit, Cabinet Office, 2003 (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/files/econ.pdf>, accessed 18 October 2006).
 32. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 2001, 6:218–228.
 33. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:782–793.
 34. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
 35. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96–105.
 36. Chaloupka FJ. The effects of price on alcohol use, abuse, and their consequences. In: Bonnie RJ, O'Connell ME, eds. *Reducing underage drinking: a collective responsibility*. Washington, DC, National Academy Press, 2004:541–564.
 37. Heeb JL et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98:1433–1446.
 38. Cnossen S. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. Munich, CESifo Group, 2006 (http://www.cesifo.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202006/CESifo%20Working%20Papers%20October%2006/cesifo1_wp1821.pdf, accessed 18 October 2006).
 39. Hastings G et al. Alcohol marketing and young peoples' drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26:296–311.
 40. Stacy A et al. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28:498–509.
 41. Snyder L et al. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:18–24.
 42. Lovato C et al. *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, (4):CD003439.

43. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency.* Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003.
44. Hemphill TA. Harmonizing alcohol ads: another case for industry self-regulation. *Regulation*, Spring 1998:55–62.
45. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate.* Oxford, Oxford University Press, 1992.
46. Delaney A, Diamantopolou K, Cameron M. *Strategic principles of drink-driving enforcement.* Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006 (<http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf>, accessed 18 October 2006).
47. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397–411.
48. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention.* Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
49. Miller W, Weisner C, eds. *Changing substance abuse through health and social systems.* New York, NY, Kluwer Academic and Plenum Press, 2002.
50. *Reducing harm from use of alcohol: community responses.* New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (Alcohol Control Series, No. 5).
51. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:557–568.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 2000, 95:677–686.
53. Heather N, ed. *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, accessed 18 October 2006).
54. Roche A, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:11–18.
55. Timko C et al. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:437–447.
56. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 1996, 91:1773–1796.
57. Humphreys K. *Circles of recovery: self-help organizations for addictions.* Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
58. Grant M, O'Connor J, eds. *Corporate social responsibility and alcohol: the need and potential for partnership.* New York, NY, Routledge, 2005.
59. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.

60. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95(Suppl. 4):S491–S504.
61. Bloom J. *Public health, international trade, and the Framework Convention on Tobacco Control*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2001 (<http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>, accessed 18 October 2006).
62. Priestley M. Is the GATS a threat to public services? Canberra, Parliamentary Library, Parliament of Australia, 2002 (<http://www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2001-02/02rn31.htm>, accessed 18 October 2006).
63. *General Agreement on Tariffs and Trade 1947*. Geneva, World Trade Organization, 1986 (http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/gatt47_e.pdf, accessed 18 October 2006).
64. Grieshaber-Otto J, Schacter N, Sinclair S. *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Agassiz, Cedar Isle Research, 2006.
65. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
66. World Bank Group. *World Bank Group note on alcoholic beverages: final note*. Washington, DC, World Bank Group, 2000 (R99-90/3, IFC/R99-77/3, MIGA/R99-28/3).
67. *Convention concerning the protection of wage*. Geneva, International Labour Organization, 1949 (<http://www.ilo.int/ilolex/english/recdisp1.htm>, accessed 18 October 2006).
68. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice*. Geneva, International Labour Organization, 1996 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>, accessed 18 October 2006).

附录

2002年 WHO 关于酒精所致疾病负担的资料概要

表 A1.1
2002年全球酒精消费导致的死亡人数

疾病分类	死亡人数 (千)			死亡人数百分比 (在所 列疾病分类中所占死亡 比例)		
	男	女	合计	男	女	合计
导致的死亡						
孕产期及围产期疾患 (低出生体重)	1	1	3	0.1	0.3	0.1
癌症	361	105	466	18.7	25.0	19.8
糖尿病	0	1	1	0.0	0.2	0.0
神经精神障碍	106	25	130	5.5	5.9	5.5
心血管疾病	452	77	528	23.3	18.2	22.4
肝硬化	293	77	370	15.2	18.2	15.7
非故意伤害	501	96	597	25.9	22.7	25.3
故意伤害	220	40	260	11.4	9.6	11.1
总的酒精所致“有害效应”	1 934	421	2 355	100.0	100.0	100.0
预防的死亡						
糖尿病	-8	-5	-12	7.7	3.5	5.3
心血管病	-90	-130	-220	92.3	96.5	94.7
总的酒精所致“有利效应”	-98	-135	-232	100.0	100.0	100.0
酒精所致总死亡	1 836	287	2 123	100.0	100.0	100.0
总死亡	29 891	27 138	57 029			
酒精所致死亡占总死亡的百分比	6.1%	1.1%	3.7%			

表 A1.2
2002年世界酒精消费所致失能调整寿命年 (DALYs)

疾病分类	DALYs (千)			DALYs百分比 (在所 列疾病分类中所占 DALYs比例)		
	男	女	合计	男	女	合计
导致的 DALYs						
孕产期及围产期疾患 (低出生体重)	52	42	94	0.1	0.4	0.1
癌症	4 593	1 460	6 054	8.2	12.9	9.0
糖尿病	0	20	20	0.0	0.2	0.0
神经精神障碍	19393	3 722	23 115	34.6	32.9	34.3
心血管疾病	5 711	887	6 598	10.2	7.8	9.8
肝硬化	5 415	1 468	6 883	9.7	13.0	10.2
非故意伤害	14 499	2 647	17 146	25.9	23.4	25.5
故意伤害	6 366	1 051	7 417	11.4	9.3	11.0
总的酒精所致“有害效应”	56 029	11 297	67 326	100.0	100.0	100.0
预防的 DALYs						
糖尿病	-225	-86	-312	21.3	6.7	13.3
心血管病	-834	-1 205	-2 039	78.7	93.3	86.7
总的酒精所致“有利效应”	-1 059	-1 291	-2 351	100.0	100.0	100.0
酒精所致总 DALYs	54 970	10 006	64 975	100.0	100.0	100.0
总 DALYs	772 912	717 213	1 490 126			
酒精所致 DALYs 占总 DALYs 的百分比	7.1%	1.4%	4.4%			

表 A1.3

2000年和2002年 WHO 各区域的酒精消费所致死亡占总死亡的百分比

WHO 区域	男 (%)		女 (%)		总计 (%)	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
非洲区	3.3	3.4	0.9	1.0	2.1	2.2
美洲区	8.3	8.7	0.8	1.7	4.8	5.4
东南亚区	2.6	3.7	0.4	0.4	1.6	2.1
欧洲区	10.2	10.8	0.6	1.7	5.5	6.4
东地中海区	0.6	0.8	0.1	0.1	0.4	0.5
西太平洋区	8.0	8.5	0.7	1.5	4.5	5.2
全球	5.6	6.1	0.6	1.1	3.2	3.7

来源: WHO

酒精消费导致的疾病负担是严重的,在许多国家,有害使用酒精引起的公共卫生问题表现为大量卫生、社会和经济负担。减少酒精所致疾病负担正在成为国际公共卫生的一个优先重点领域。通过实施行之有效的策略,可以在世界范围减少酒精相关危害。

世界卫生组织专家委员会的报告回顾了酒精消费对卫生和社会产生的后果、酒精相关危害中酒精所导致的疾病负担以及新近全球酒精消费的趋势。通过评审可获得的证据,包括有关酒精消费对全球疾病负担影响的最新资料,专家委员会提出了一些建议,强调在协调全球性回应行动中世界卫生组织应起的作用,以及需要通过有效的国际行动和国家支持机制,开展全球行动来减少酒精相关危害。

委员会推荐了一系列策略和政策选择,这些旨在减少酒精相关危害的策略和政策有坚实证据基础且适用于全球。同时,还强调了在国家 and 次国家层面采纳和实施这些策略和政策时,应考虑当地特殊的文化和法律背景以及有关酒精问题的具体情况。委员会还建议世界卫生组织应该在制定、实施和评估国家和次国家层面的循证政策、行动计划和各种规划方面支持各国政府,尤其是低收入和中等收入国家。委员会的结论和建议对这一领域今后的发展有深远的意义。

ISBN 9789245209447



9 789245 209447