

105年度藥物濫用防制指引



105 年度藥物濫用防制指引

序

新興濫用藥物趨勢已不同於以往，濫用藥物來源由早期自植物萃取，逐漸發展為化學合成，且近來新興濫用藥物不斷推陳出新，以新穎的包裝型態偽裝，並同時混用多種濫用藥物成分，誘使青少年使用，毒害民眾身心健康，其衍生的健康危害及社會問題極受重視。

為此，國內藥物濫用防制策略亦隨國際策略及國內情況進行調整，近年來本署積極針對新興濫用藥物偽裝手法及危害，強化防制宣導作為。為將我國歷年及現今藥物濫用概況、防制策略、相關法令及各種濫用物質及危害等資料，完整提供予各界參考運用，本署每年定期更修此本「藥物濫用防制指引」一書，期能以精簡明瞭之方式，呈現當前藥物濫用防制資訊。

今年度除更新相關濫用數據及統計資料外，特增編「新興濫用藥物樣態、特點及防範」章節，並依照國內外文獻更新「新興影響精神物質」資料，希冀隨著本書的出版，加強國人對於現今藥物濫用趨勢之共識及認知，喚起民眾對於濫用藥物危害及防制之重視，共同加入藥物濫用防制宣導行列，致力守護健康家園。

衛生福利部食品藥物管理署署長



謹誌

中華民國 105 年 10 月

目 錄

壹、我國藥物濫用概況	1
貳、濫用藥物之危害性	22
參、正確用藥	23
肆、藥物濫用之預防	25
伍、藥物濫用者之可能成因	26
陸、藥物濫用者行為表徵	27
柒、藥物濫用防制策略	27
捌、我國反毒策略及分工	28
玖、學校藥物濫用防制體系	30
拾、如何發現與防制民宅旁的製毒工廠	31
拾壹、如何防範網路不明藥物濫用訊息	32
拾貳、新興濫用藥物	33
拾參、相關法令之修正	35
拾肆、各縣(市)政府毒品危害防制中心	40
附錄一、常見濫用物質及其毒害	41
附錄二、新興影響精神物質(New Psychoactive Substances,NPS)及其毒害	58
附錄三、常見濫用藥物及其行為之法律效果	67
附錄四、藥物名稱與俗稱對照表	69
附錄五、藥物濫用者常用之術語	71
附錄六、販毒手法	72
附錄七、辨識飲料是否被摻加毒品及避免受害方法	73
附錄八、檢驗疑似吸毒的尿液及毒品機構	75
附錄九、藥物濫用與愛滋病	79
附錄十、愷他命濫用之臨床評估與處置建議	81

附錄十一、毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準	106
附錄十二、正確使用鎮靜安眠藥五能力	109
附錄十三、反轉毒害四行動	112
附錄十四、藥物濫用諮詢、輔導及戒治機構	114
附錄十五、國內外藥物濫用防制相關資訊網站	115
附錄十六、藥物濫用防制試題	117

壹、我國藥物濫用概況

一、前言

物質濫用對人類的影響由來已久，在我國亦然。這些被濫用的物質因非全屬藥物，故有「物質濫用」一詞為稱呼者，惟國內仍較普遍使用「藥物濫用」一詞，因而本指引仍予延用。管制藥品與毒品係一體之兩面，極易流用、濫用，分述如下：

（一）定義

毒品：依「毒品危害防制條例」第2條所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。

管制藥品：依「管制藥品管理條例」第3條所稱管制藥品，係指下列限供醫藥及科學上之需用藥品：

1. 成癮性麻醉藥品。
2. 影響精神藥品。
3. 其他認為有加強管理必要之藥品。

（二）二者之區分

1. 「毒品」與「管制藥品」是一體之兩面，非醫療使用目的而濫用之藥物為「毒品」；由醫師診斷開立處方，供合法醫療使用，則為管制藥品。
2. 毒品與管制藥品之級別、品項差異如下表（統計至105年7月26日止），其餘級別、品項皆相同：

品項	管制藥品級數	毒品級數
美服培酮 (Mifepristone)	第四級	未列入
氯苳雷司 (Clobenzorex；體內代謝成 Amphetamine)	第四級	未列入
對-甲氧基甲基安非他命 (PMMA)	第二級	第三級
鹽酸羥亞胺 (Hydroxylamine HCl；愷他命前驅物)	未列入 (不具醫療用途)	第四級 (毒品先驅原料)

品項	管制藥品級數	毒品級數
硫美妥 (Thiamylal)	第四級	未列入
鄰-氯苯基環戊基酮 (o-Chlorophenyl cyclopentyl ketone、2-Chlorophenyl cyclopentyl ketone、o-Chlorobenzoylcyclopentane)	未列入	第四級 (毒品先驅原料)
氯安非他命 (Chloroamphetamine、CA) 包括 2-CA、3-CA、4-CA(PCA)	第三級	第三級 (3-CA、PCA)
2-苯基乙醯基乙腈 (2-Phenylacetoacetonitrile)	未列入	第四級 (毒品先驅原料)
苯基丙酮 (Phenylacetone)	未列入	第四級 (毒品先驅原料)
去甲羥嗎啡酮 (Noroxymorphone)	第三級	第四級 (毒品先驅原料)
氯麻黃鹼 (Chloroephedrine)	未列入	第四級 (毒品先驅原料)
氯假麻黃鹼 (Chloropseudoephedrine)	未列入	第四級 (毒品先驅原料)
離胺右旋安非他命 (Lisdexamphetamine)	第二級	第二級

(三) 法理

我國對毒品之管制，係以「毒品危害防制條例」來規範；「管制藥品管理條例」係依「毒品危害防制條例」第2條第4項：「醫藥及科學上需用之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品之管理，另以法律定之」之規定制定，兩者為相配套之法律。機構、業者或使用管制藥品人員須依照「管制藥品管理條例」及其施行細則之規定，取得相關證照後，始得合法從事管制藥品之輸入、輸出、製造、販賣、購買、使用等業務，否則將以「毒品危害防制條例」或其他相關法律論處。

(四) 管理

毒品管制之主政機關為法務部，毒品之分級及品項，由法務部會同衛生福利

部組成毒品審議委員會（93 年 1 月 9 日成立），每 3 個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減。

管制藥品之主政機關為衛生福利部（食品藥物管理署），管制藥品之分級及品項，由中央衛生主管機關設置管制藥品審議委員會（87 年 11 月 1 日成立）審議後，報請行政院核定公告。

（五）分級原則

毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級。其分級原則說明如下：

第一級：禁止醫療使用，高成癮性之麻醉藥品，惟古柯鹼、鴉片、嗎啡除外。

第二級：禁止醫療使用之影響精神藥品，或成癮性較第一級為低之麻醉藥品，惟大麻除外。

第三級：醫療上使用，且成癮性較第二級為低之麻醉藥品，或醫療上使用，國內有濫用之虞之影響精神藥品。

第四級：濫用性較第三級為低之影響精神藥品，或有管制必要之前驅化學物質。

管制藥品分級原則乃參採聯合國之分級精神，並依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，分四級管理。另依 88 年 8 月 18 日行政院衛生署管制藥品審議委員會第二次會議決議，分級原則如下：

第一級：成癮性較高，有高度濫用可能性之藥品或其他物質。

1. 國內未核准使用於醫療用途之藥品、物質（如海洛因），或雖核准使用於醫療用途而國內有造成濫用之虞者（如嗎啡、鴉片）。

第二級：

1. 有高度濫用可能性之藥品或其他物質，如搖頭丸(MDMA)、麥角二乙胺(LSD)、苯環利定(PCP)、古柯(Coca)等。
2. 國內未核准使用於醫療用途之藥品、物質（如安非他命、甲基安非他命、大麻等）或須嚴格監督控管方可使用於醫藥或科學上之藥品或其他物質（如可待因、吩坦尼、配西汀、美沙冬等）。

3. 濫用可能造成嚴重心理或生理依賴。

第三級：

1. 藥品或其他物質，其濫用可能性較第一級及第二級為低者。
2. 國內核准使用於醫療用途之藥品、物質。
3. 濫用可能導致中度至輕度心理或生理依賴，如愷他命、氟硝西洋(Flunitrazepam)、丁基原啡因、硝甲西洋(Nimetazepam)、戊巴比妥(Pentobarbital)等。

第四級：

1. 藥品或其他物質，其濫用可能性較第三級為低者。
2. 國內核准使用於醫療用途之藥品、物質或先驅化學品或有加強管理必要之藥品，如假麻黃鹼(Pseudoephedrine)、甲基麻黃鹼(Methylephedrine)等。
3. 濫用產生之心理或生理依賴性較第三級為低者，如阿普唑他(Alprazolam)、去甲羥安定(Oxazepam)、苯巴比妥(Phenobarbital)、佐沛眠(Zolpidem)、特拉嗎竇(Tramadol)等。

二、我國藥物濫用簡史

(一) 光復前：鴉片。

(二) 光復後

1. 民國50年代：強力膠。
2. 民國60年代：速賜康。
3. 民國70年代：紅中、青發、白板。
4. 民國79年以後：(甲基)安非他命、海洛因。
5. 目前：除(甲基)安非他命、海洛因傳統毒品外，搖頭丸(MDMA)、愷他命、類大麻活性物質(K2)、喵喵、合成卡西酮類等濫用之新興濫用藥物逐漸興起。

三、我國藥物濫用現況特徵

- (一) 新興毒品之產生、形式圖樣多樣化。
- (二) 不純且無均質毒品之吸食。
- (三) 多重毒品之混合使用。
- (四) 吸食方式之多元化。
- (五) 合法藥品之濫用。
- (六) 與聲稱或標示之名稱不符。
- (七) 多樣化偽裝，如毒咖啡包、毒奶茶包、毒果凍等。

四、我國藥物濫用現況

(一) 毒品犯罪人數與再累犯比率

依法務部統計資料顯示，104 年因涉及毒品犯罪被起訴人數 42,364 人，判決確定有罪人數 35,960 人（判決確定有罪率 84.9%），累犯人數 20,494 人（累犯率 57.0%）（如表一）。

104 年毒品案件裁判確定有罪人數 35,960 人中，第一級毒品罪者 10,907 人（30.3%），第二級毒品 23,043 人（64.1%），第三級毒品 1,973 人（5.5%），第四級毒品 25 人（0.07%），其他 12 人（0.03%）；觀察各級毒品有罪者變化趨勢，近 5 年來，僅第二級毒品呈增加趨勢。

另純施用者 29,484 人（82.0%），較去年同期增加 8.4%；純製造販賣運輸者 3,540 人（9.8%），較去年同期減少 19.9%。

104 年台灣各監獄在監 56,948 位受刑人中，以違反毒品危害防制條例者最多，共計 27,007 人（47.4%）；在監毒品犯中，第一級毒品者 15,521 人（57.5%），第二級毒品者 9,030 人（33.4%）（如表二）；就其犯罪行為區分，純施用者 9,628 人（35.7%），純製造販賣運輸者 16,238 人（60.1%）。

(二) 緝獲毒品案件統計資料

藥物濫用的嚴重程度可以仿照經濟學之供需定律進行評估，供給面之大小可

從緝獲毒品之多寡窺之，而毒品緝獲量排名亦得反應部分藥物濫用現況。依據法務部統計處資料顯示：93 年以前，國內毒品查獲以安非他命及海洛因毒品為大宗，然自 94 年以後，則以安非他命與愷他命為大宗。自 79 年至 94 年，安非他命之查緝量幾乎每年均超過 1,000 公斤，92 年高達 3,970 公斤，而 94 年製造安非他命之麻黃鹼類原料藥更高達 6,606 公斤；愷他命自 90 年查獲以來，緝獲量逐年增加，且自 95 年起至 104 年止，已連續 10 年於緝獲量排名居第一位。

依據104年台灣地區檢、警、憲、調等司法機關緝獲的毒品數量，排名前五位分別為：愷他命1,768.4公斤、麻黃鹼類原料藥1,767.2公斤、(甲基)安非他命506.5公斤、2-苯基乙醯基乙腈(安非他命原料藥) 497.2公斤及苯基丙酮(安非他命原料藥) 173.2公斤，其中自93年1月9日「毒品危害防制條例」修正增列第四級毒品先驅原料以來，麻黃鹼類原料藥從99年起，已高居緝獲毒品種類第二位，102年、103年分居第四位與第三位，而麻黃鹼類原料藥全年緝獲量於104年大量增加，回升至第二位（如表三、表四），較103年全年緝獲量增加1,538.3公斤；而由緝獲量前五名之毒品種類，亦可見安非他命之濫用情況，值得留意。

表一、毒品案件辦理情形統計表

年別	起訴人數	裁判確定有罪		累犯人數	
		人數	%	人數	%
	a	b	c=b/a	d	e=d/b
84	30,315	31,612	104.3	—	—
85	33,159	26,572	80.1	—	—
86	37,935	32,095	84.6	—	—
87	13,981	20,026	143.2	—	—
88	10,439	8,391	80.4	—	—
89	15,817	13,191	83.4	—	—
90	14,544	13,511	92.9	—	—
91	13,750	11,856	86.2	—	—
92	14,974	12,677	84.7	5,034	39.7
93	23,207	14,640	63.1	5,785	39.5
94	29,503	22,540	76.4	10,017	44.4
95	28,842	24,545	85.1	12,847	52.3
96	40,175	27,199	67.7	15,719	57.8
97	47,469	41,120	86.6	27,774	67.5
98	40,443	36,758	90.9	24,385	66.3
99	43,694	35,460	81.2	20,117	56.7
100	42,960	36,440	84.8	20,131	55.2
101	43,025	36,410	84.6	19,399	53.3
102	40,305	36,096	89.6	18,376	50.9
103	37,779	34,672	91.8	18,294	52.8
104	42,364	35,960	84.9	20,494	57.0

資料來源：法務部統計處，法務統計摘要，104 年。

表二、台灣各監獄毒品犯概況

年別	在監 受刑人		%	第一級		毒品犯 第二級		第三級		第四級	
	總數 a	人數 總計 b		人數 d	% e=d/b	人數 f	% g=f/b	人數 h	% i=h/b	人數 j	% k=j/b
84	39,917	24,793	62.1	17,988	72.6	6,805	27.4	—	—	—	—
85	41,613	23,455	56.4	15,928	67.9	7,527	32.1	—	—	—	—
86	45,537	25,004	54.9	15,979	63.9	9,025	36.1	—	—	—	—
87	40,815	20,961	51.4	14,249	68.0	6,709	32.0	—	—	—	—
88	38,278	16,869	44.1	11,659	69.1	5,193	30.8	—	—	—	—
89	37,611	15,478	41.2	10,210	66.0	5,183	33.5	2	0.01	—	—
90	39,253	16,436	41.9	10,275	62.5	6,122	37.2	4	0.02	—	—
91	39,825	16,321	41.0	10,602	65.0	5,594	34.3	4	0.02	—	—
92	41,245	16,013	38.8	11,192	69.9	4,758	29.7	13	0.08	—	—
93	45,955	18,599	40.5	13,479	72.5	5,016	27.0	31	0.17	—	—
94	48,779	19,775	40.5	14,487	73.3	5,133	26.0	94	0.48	3	0.02
95	51,381	20,671	40.2	15,990	77.4	4,340	21.0	173	0.84	21	0.10
96	40,461	14,162	35.0	10,484	74.0	3,283	23.2	261	1.84	27	0.19
97	52,708	20,933	39.7	16,040	76.6	4,189	20.0	439	2.10	31	0.15
98	55,225	23,636	42.8	18,529	78.4	4,233	17.9	584	2.47	34	0.14
99	57,088	24,480	42.9	17,899	73.1	5,316	21.7	919	3.75	41	0.17
100	57,479	25,257	43.9	17,244	68.3	6,365	25.2	1,273	5.04	49	0.19
101	58,674	26,326	44.9	16,958	64.4	7,272	27.6	1,069	4.06	67	0.25
102	58,565	26,779	45.7	16,491	61.6	7,951	29.7	1,871	6.99	62	0.23
103	57,633	26,683	46.3	15,689	58.8	8,537	32.0	1,962	7.35	52	0.19
104	56,948	27,007	47.4	15,521	57.5	9,030	33.4	1,981	7.34	42	0.16

資料來源：法務部統計處及矯正署，監獄在監受刑人罪名，104 年。

表三、查獲毒品種類及數量

單位：公斤

年別	第一級毒品	第二級毒品		第三級毒品			第四級毒品	
	海洛因	安非他命	大麻	MDMA	硝甲西洋	愷他命	特拉嗎竇	麻黃鹼類原料藥
84	256.1	1,434.9	1.7	—	—	—	—	—
85	135.4	1,889.7	4.8	—	—	—	—	—
86	190.8	2,556.4	3.7	—	—	—	—	—
87	133.4	886.7	16.4	—	—	—	—	—
88	107.8	1,215.1	47.9	3.3	—	—	—	—
89	277.0	835.3	74.0	4.9	—	—	—	—
90	362.5	1,421.0	107.0	44.7	—	9.5	—	—
91	599.1	1,298.1	11.1	132.7	—	63.2	147.2	—
92	532.6	3,970.5	121.2	405.6	—	600.5	8.3	—
93	644.5	3,165.5	38.7	303.3	137.6	613.4	3.9	363.6
94	341.1	1,728.6	45.4	141.0	432.9	441.2	0.5	6,606.5
95	203.5	181.4	28.0	2.6	216.7	827.9	1.6	338.0
96	137.7	124.3	22.3	17.9	205.7	598.7	8.3	420.3
97	130.5	28.4	13.2	0.9	1.2	799.5	—	556.9
98	62.4	107.0	61.1	2.0	15.3	1,186.4	0.04	150.1
99	83.6	242.7	21.0	5.9	24.1	2,594.3	—	378.4
100	17.8	140.6	1.6	23.9	12.0	1,371.9	2.3	421.5
101	157.9	119.3	14.4	5.7	116.0	2,111.1	0.05	48.3
102	288.3	775.8	35.7	20.4	10.7	2,393.3	0.18	106.7
103	86.7	462.9	10.7	2.3	0.9	3,303.2	0.05	228.9
104	55.7	506.5	39.9	1.0	3.8	1,768.4	—	1,767.2

註：

1. 資料來源：衛生福利部食品藥物管理署，105 年 1 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。
2. 毒品查獲量為與國際間之統計方式一致，自 95 年 1 月起改按當期鑑定之純質淨重統計；其中第一級毒品鴉片，第二級毒品罌粟、古柯及大麻等非合成毒品則以淨重統計。

表四、緝獲毒品種類排名

單位：公斤

年別	第一名	第二名	第三位	第四位	第五位
91	(甲基)安非他命 1,298.1	海洛因 599.1	特拉瑪竇 147.2	MDMA 132.7	愷他命 63.2
92	(甲基)安非他命 3,970.5	愷他命 600.5	海洛因 532.6	MDMA 405.6	大麻 121.2
93	(甲基)安非他命 3,165.5	海洛因 644.5	愷他命 613.4	麻黃鹼類原料藥 363.6	MDMA 303.3
94	麻黃鹼類原料藥 6,605.5	(甲基)安非他命 1,728.6	愷他命 441.2	硝甲西洋 432.9	海洛因 341.1
95	愷他命 827.9	麻黃鹼類原料藥 338.0	硝甲西洋 216.7	海洛因 203.5	(甲基)安非他命 181.4
96	愷他命 598.7	麻黃鹼類原料藥 420.3	硝甲西洋 205.7	(甲基)安非他命 124.3	海洛因 137.7
97	愷他命 799.5	麻黃鹼類原料藥 556.9	鹽酸羥亞胺 289.2	海洛因 130.5	古柯鹼 64.4
98	愷他命 1,186.4	鹽酸羥亞胺 305.8	麻黃鹼類原料藥 151.1	(甲基)安非他命 107.0	海洛因 62.4
99	愷他命 2,594.3	麻黃鹼類原料藥 378.4	(甲基)安非他命 251.9	鹽酸羥亞胺 123.2	海洛因 83.6
100	愷他命 1,371.9	麻黃鹼類原料藥 421.5	去甲麻黃鹼 291.5	(甲基)安非他命 140.6	對-氯安非他命 50.5
101	愷他命 2,111.1	海洛因 157.9	(甲基)安非他命 119.3	硝甲西洋(一粒眠) 116.1	麻黃鹼類原料藥 48.3
102	愷他命 2,393.3	(甲基)安非他命 775.8	海洛因 288.3	麻黃鹼類原料藥 106.7	大麻 35.7
103	愷他命 3,303.2	(甲基)安非他命 462.9	麻黃鹼類原料藥 228.9	海洛因 86.7	1-(5-氟戊基)-3-(1-四甲基環丙基甲 醯)吡啶 29.3
104	愷他命 1,768.4	麻黃鹼類原料藥 1,767.2	(甲基)安非他命 506.5	2-苯基乙醯基乙腈 (安非他命原料藥) 497.2	苯基丙酮 (安非他命原料藥) 173.2

註：

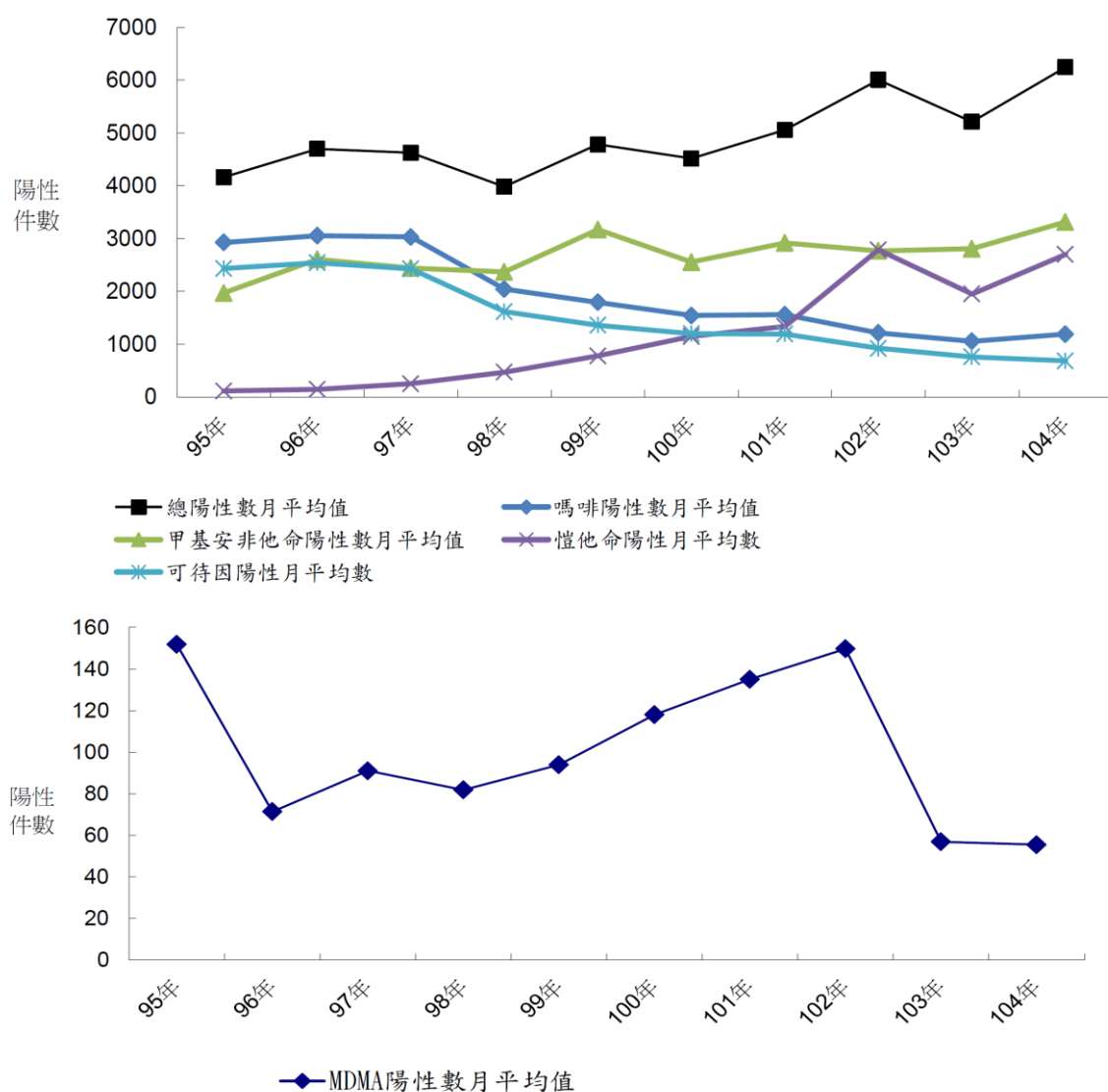
1. 資料來源：衛生福利部食品藥物管理署，藥物濫用案件暨檢驗統計資料 104 年報分析。
2. 「毒品危害防制條例」修正條文增列第四級毒品，並於 93 年 1 月 9 日施行。為與國際間之統計方式一致，自 95 年 1 月起，毒品緝獲重量改按當期鑑定之純質淨重計算；其中第一級毒品鴉片，第二級毒品罌粟、古柯及大麻等非合成毒品則以淨重統計。

(三) 尿液篩檢統計

依據衛生福利部「台灣地區濫用藥物尿液檢體統計表」(如圖一)顯示,104年度台灣地區濫用藥物尿液檢驗檢體總件數共計 261,314 件,檢體陽性數為 74,966 件(28.7%),其中送驗項目包含嗎啡者計 203,556 件,嗎啡之總陽性數為 14,260 件(7.0%);送驗項目包含(甲基)安非他命者計 146,867 件,(甲基)安非他命之總陽性數為 39,779 件(27.1%);送驗愷他命者計 95,362 件,愷他命之總陽性數為 32,406 件(34.0%);送驗 MDMA(搖頭丸)者計 151,830 件,MDMA 之總陽性數為 666 件(0.4%)。另同時檢出嗎啡及(甲基)安非他命均陽性數 3,034 件,同時檢出嗎啡及可待因均陽性數 2,362 件,同時檢出嗎啡、可待因及(甲基)安非他命均陽性數 4,906 件。

(四) 醫療院所藥物濫用個案通報統計

依據台灣地區醫療院所通報藥物濫用個案統計顯示,目前個案通報統計之排名,104 年排名前 5 位者,依序為海洛因、(甲基)安非他命、愷他命、佐沛眠及 MDMA 為主(如表五、表六),(甲基)安非他命通報數 103 年 4,869 件(27.2%),104 年上升至 5,672 件(30.8 %);104 年新興藥物之濫用,以氟甲基安非他命(FMA)最多(55.6 %)。而苯二氮平類安眠鎮靜劑之濫用,則以氟硝西泮(FM2)為主(如表七)。



圖一、台灣地區濫用藥物尿液檢驗統計圖

資料來源：衛生福利部認可之濫用藥物尿液檢驗機構、衛生福利部食品藥物管理署、各縣市(政府)衛生局、法務部調查局、警政署刑事警察局、國防部憲兵指揮部。

註 1：海洛因於人體會代謝成嗎啡。

註 2：一個檢體無論檢驗出一種或多種毒品成份，皆只算檢體陽性數一件；另「檢出○○陽性數」係指尿液檢體中僅檢出○○，而未檢出其他毒品成份者，同時檢出○○&其他毒品成份者不計算在內，但其中檢出 MDMA 者包括僅檢出 MDMA 及同時檢出 MDMA&MDA 者，檢出甲基安非他命者包括僅檢出甲基安非他命或安非他命者及同時檢出甲基安非他命&安非他命者。

表五、台灣地區醫療院所通報藥物濫用者使用藥物種類排名

年別 \ 排名	第一位	第二位	第三位	第四位	第五位
95	海洛因 (93.8%)	(甲基)安非他命 (29.0%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (7.3%)	愷他命 (0.8%)	強力膠 (0.7%)
96	海洛因 (93.8%)	(甲基)安非他命 (34.1%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (3.1%)	愷他命 (0.8%)	佐沛眠 (0.7%)
97	海洛因 (93.0%)	(甲基)安非他命 (26.3%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (2.0%)	佐沛眠 (1.6%)	愷他命 (0.9%)
98	海洛因 (92.3%)	(甲基)安非他命 (28.2%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (2.2%)	佐沛眠 (1.8%)	愷他命 (1.1%)
99	海洛因 (91.4%)	(甲基)安非他命 (26.2%)	佐沛眠 (1.9%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (1.8%)	愷他命 (1.5%)
100	海洛因 (83.3%)	(甲基)安非他命 (27.3%)	苯二氮平類 安眠鎮靜劑 (2.5%)	愷他命 (2.4%)	佐沛眠 (2.3%)
101	海洛因 (67.0%)	(甲基)安非他命 (32.4%)	愷他命 (4.9%)	佐沛眠 (4.7%)	MDMA (3.4%)
102	海洛因 (68.9%)	(甲基)安非他命 (24.1%)	愷他命 (7.3%)	佐沛眠 (5.0%)	MDMA (4.3%)
103	海洛因 (63.1%)	(甲基)安非他命 (27.2%)	愷他命 (9.1%)	佐沛眠 (5.5%)	MDMA (4.2%)
104	海洛因 (63.6%)	(甲基)安非他命 (30.8%)	愷他命 (8.5%)	佐沛眠 (4.1%)	MDMA (3.4%)

註：

1. 資料來源：衛生福利部食品藥物管理署，105 年 1 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。
2. 同一個案可能濫用一種或一種以上之藥物。

表六、台灣地區醫療院所通報藥物濫用者使用藥物之種類分布統計表

單位：人次

年別 種類	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
海洛因、 嗎啡、鴉片	11,268	17,690	20,152	17,745	17,234	14,090	12,468	13,505	11,358	11,817
(甲基)安非他命	3,473	6,411	5,683	5,393	4,929	4,595	6,006	4,704	4,869	5,672
強力膠、 有機溶劑	85	84	102	79	--	--	--	--	--	--
苯二氮平類 安眠鎮靜劑	872	576	442	421	345	428	443	642	567	611
MDMA	77	125	147	56	148	279	623	848	746	624
可待因	13	10	9	6	5	12	5	3	2	4
大麻	25	38	55	28	59	87	110	89	87	114
配西汀	29	87	66	43	46	64	44	28	33	28
潘他唑新	0	3	3	6	1	1	2	0	0	2
特拉嗎竇	1	16	26	11	10	18	14	2	6	1
愷他命	99	150	200	201	274	403	910	1,421	1,627	1,556
古柯鹼	3	14	7	2	0	1	4	6	0	1
佐沛眠	55	135	335	349	366	394	869	977	992	750
通報個案數(件)	11,964	18,784	21,610	19,126	18,792	16,822	18,562	19,535	17,905	18,399

註：

1. 資料來源：衛生福利部食品藥物管理署，105 年 1 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。
2. 同一個案可能濫用一種或一種以上之藥物。

表七、醫療院所通報藥物濫用者使用苯二氮平類（Benzodiazepines）統計表

單位：人次

種類	年別									
	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
Alprazolam	99	25	42	38	32	41	34	12	14	16
Bromazepam	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1
Brotizolam	0	0	1	0	1	0	2	2	3	2
Clonazepam	1	1	3	1	1	4	2	1	3	6
Diazepam	51	48	61	30	25	25	11	159	8	9
Estazolam	5	5	14	33	3	11	11	10	15	20
Flunitrazepam	581	413	273	254	263	324	352	434	500	521
Lorazepam	3	9	12	30	10	14	13	17	19	14
Midazolam	5	3	1	9	1	2	4	0	3	0
Nimetazepam	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Oxazepam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triazolam	61	8	4	16	6	2	6	2	1	0
未明品項之 苯二氮平類 安眠鎮靜劑	55	60	23	8	2	0	0	0	0	11
合計	865	576	435	419	344	428	437	638	567	611

註：

- 1.資料來源：衛生福利部食品藥物管理署，105年1月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。
- 2.每一個案可能使用一種或一種以上之 Benzodiazepines 藥物。

（五）青少年藥物濫用調查及犯罪分析

91 至 104 年青少年藥物濫用流行病學調查之研究，分別有陳為堅教授、郭憲文教授、柯慧貞教授、李思賢教授、楊浩然助理教授、林瑞欽教授及張耀仁副教授等專家學者，研究結果摘要如表八。

從台灣地區少年犯罪資料顯示，81 至 92 年間，少年毒品相關犯罪占少年犯罪總件數之比例逐年下降。自 87 年「毒品危害防制條例」施行後，將吸毒者視為「病犯」，採先予以觀察勒戒之措施；以及犯罪未發覺前，自動向衛生福利部指定之醫療機構請求治療者，免送司法單位等法令變革，故少年因毒品被定罪者之比率顯著降低。

少年兒童毒品犯罪人數自 98 年起毒品犯罪人數、比例皆明顯增加，至 102 年已突破一成（11.40%），雖仍遠低於竊盜罪及傷害罪，但 102 年增幅達 15%，為所有類型之冠，103 年雖有較和緩趨勢，但仍達 10.0 %，104 年隨之上升，達 12.2 %，顯示兒童少年毒品問題仍相當值得關注（如表九）。

（六）國民健康訪問暨藥物濫用調查結果

前行政院衛生署管制藥品管理局（99 年 1 月 1 日整併改隸為行政院衛生署食品藥物管理局，並於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部食品藥物管理署）分別於 94 年、98 年與前行政院衛生署國民健康局（102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部國民健康署）、財團法人國家衛生研究院共同執行「國民健康訪問暨藥物濫用調查」，98 年調查結果發現台灣地區 12~64 歲族群中，使用非法藥物盛行率為 1.43%，另 103 年與國立台灣大學公共衛生學院共同合作執行「103 年全國物質使用調查」，調查結果顯示 12 至 64 歲的民眾中約有 23 萬人曾經藥物濫用，盛行率為 1.29%，其中最常被使用的非法藥物，依序為：安非他命(0.60%)、愷他命(0.39%)與大麻(0.30%)；另依聯合國毒品暨犯罪辦公室(UNODC)發布之 2016 年世界毒品報告(World Drug Report)統計，2014 年全球最常被使用非法藥物為大麻，其次為安非他命（如表十）。此外，依據「103 年全國物質使用調查」結果，首次

使用非法藥物的動機主要是「好奇」(66.7%)，其他依序是「放鬆自己/解除壓力」(14.2%)、「因為朋友有用」(13.0%)及「娛樂助興」(11.7%)，而取得非法藥物來源主要為娛樂場所(44.4%)。

表八、台灣地區歷年學者進行之青少年藥物濫用盛行率調查研究結果

研究期間	學者	研究名稱	結果 (非法藥物使用盛行率)
93~95 年	陳為堅教授	全國青少年非法藥物使用調查	1.依整體學制：國中、高中、高職非法藥物濫用盛行率分別為 0.77%、0.74%、2.3%。 2.男性：曾翹課 v.s.未翹課為 11.65% v.s. 2.16%。 3.女性：曾翹課 v.s.未翹課為 8.85% v.s. 1.08%。
93 年	郭憲文教授	台灣地區在學國中、高中生藥物濫用之調查	國、高中生非法藥物濫用盛行率約 1.6%。
93~95 年	柯慧貞教授	全國大專校院學生藥物使用盛行率與其相關心理社會因素之追蹤研究	至少使用 1 種毒品：2.1% 毒品種類：搖頭丸(MDMA)1.2%、大麻 0.8%。
96 年	李思賢副教授	青少年毒品戒治者之認知、態度、行為與因應方式之質性研究	研究結果發現，青少年毒品戒治者具下列特徵： 1.普遍缺乏俱樂部藥物會成癮的認知。 2.心情不好或同儕相聚時，易被藥頭所引誘。 3.對於俱樂部藥物具好奇心、將藥物做為解悶的工具。 4.青少年使用「笑氣」有逐漸成長之趨勢。
96 年	楊浩然助理教授	保護管束青少年之非法藥物使用類型、追蹤研究：用藥型態、疾病率、共病率及心理社會因子之探討	1.保護管束青少年的非法物質使用類別，以笑氣(1.3%)最為盛行，其次為 MDMA(1.2%)及安非他命(1.0%)。 2.曾經使用非法藥物之青少年，精神疾患之共病率較未曾使用者高。
97 年	陳為堅教授	年輕族群非法藥物使用之長期追蹤研究：採「回應者引介抽樣法」(一)	1.社區高危險年輕族群非法藥物使用：24.8%。使用之非法藥物：MDMA 及愷他命(15.5%)、大麻(14.1%)、安非他命(3.9%)、FM2(1.9%)及海洛因(1.0%)。 2.醫院戒毒種子非法藥物使用：22.4%。使用之非法藥物：大麻(16.5%)，愷他命、MDMA、海洛因及安非他命使用率皆相近(11%-13%)，FM2(6.2%)及強力膠(3.1%)。

研究期間	學者	研究名稱	結果 (非法藥物使用盛行率)
98 年	陳為堅教授	年輕族群非法藥物使用之長期追蹤研究：採「回應者引介抽樣法」(二)	1. 社區種子樣本或醫院種子樣本有 20.0%~23.2% 的人曾嘗試任何一種非法藥物，其終身盛行率為 16.4%~18.3%。 2. 最常見為大麻、MDMA、與愷他命，其平均盛行率依序為 13.3%、11.7%、10.8%。甲基安非他命 4% 與海洛因 1.7%。
99 年	陳為堅教授	年輕族群非法藥物使用之長期追蹤研究：採「回應者引介抽樣法」(三)	非經醫師處方箋取得之減肥藥與安眠藥在社區高危險年輕族群中的盛行率達到 10%。
100 年	林瑞欽教授	桃竹苗地區少年對非法藥物使用、態度、及保護因子之性別差異研究	1. 少年在「曾經使用」非法藥物的盛行率：一般國中生為 0.5%、矯治少年為 33.5%。 2. 非法藥物使用以俱樂部用藥為主，而以愷他命的比例最高(85.1%)，其次依序是安非他命(67.2%)、一粒眠(44.8%)、大麻(34.3%)、笑氣(32.8%)、MDMA(26.3%)、FM2(23.9%)、喵喵(20.9%)、海洛因(14.9%)。
101 年	張耀仁副教授	特定教育族群之尿液檢驗監測調查研究	1. 本研究共檢驗 450 件 100 年度呈藥物陽性反應之尿液檢體，檢出以愷他命占最多 417 件；其次為(甲基)安非他命 54 件；MDMA 23 件；MDA 11 件；鴉片類 4 件；新興藥物喵喵 1 件。 2. 多重藥物濫用情況：檢出一種藥物成分者 403 件居多，兩者藥物合併檢出者 47 件。
103 年	陳為堅教授	103 年全國物質使用調查	青少年非法藥物使用盛行率約 0.52%，首次使用動機主要為好奇(79.6%)，首次使用非法藥物的地點則以家裡比例最高(36.3%)。另濫用藥物種類盛行率以笑氣最高(0.24%)，其次為愷他命(0.17%)、安非他命(0.06%)。

表九、台灣地區少年兒童犯罪概況摘要表

單位：人數(%)

年別	總計	竊盜	毒品罪 (含麻藥)	傷害	恐嚇	殺人	盜匪	其他
85	26,965 (100.0)	14,508 (53.8)	3,982 (14.8)	1,435 (5.3)	603 (2.2)	508 (1.9)	1,091 (4.0)	4,838 (17.9)
86	23,129 (100.0)	11,539 (49.9)	4,105 (17.8)	1,526 (6.6)	730 (3.2)	409 (1.8)	784 (3.4)	4,036 (17.4)
87	19,508 (100.0)	11,720 (60.1)	896 (4.6)	1,642 (8.4)	649 (3.3)	388 (2.0)	723 (3.7)	3,490 (17.9)
88	17,908 (100.0)	11,222 (62.7)	244 (1.4)	1,651 (9.2)	547 (3.1)	306 (1.7)	846 (4.7)	3,092 (17.3)
89	15,865 (100.0)	9,367 (59.0)	292 (1.8)	1,318 (8.3)	450 (2.8)	327 (2.1)	729 (4.6)	3,379 (21.3)
90	14,935 (100.0)	6,877 (46.0)	256 (1.7)	1,411 (9.4)	363 (2.4)	283 (1.9)	666 (4.5)	5,079 (34.0)
91	13,826 (100.0)	6,127 (44.3)	244 (1.8)	1,442 (10.4)	252 (1.8)	219 (1.6)	570 (4.1)	4,972 (36.0)
92	11,635 (100.0)	5,104 (43.9)	181 (1.6)	1,524 (13.1)	251 (2.2)	181 (1.6)	405 (3.5)	3,989 (34.3)
93	9,593 (100.0)	4,175 (43.5)	292 (3.0)	1,332 (13.9)	235 (2.4)	148 (1.5)	338 (3.5)	3,073 (32.0)
94	9,079 (100.0)	3,683 (40.6)	255 (2.8)	1,657 (18.3)	199 (2.2)	212 (2.3)	312 (3.4)	2,761 (30.4)
95	9,067 (100.0)	3,594 (39.6)	177 (2.0)	1,807 (19.0)	204 (2.3)	196 (2.0)	302 (3.3)	2,787 (30.0)
96	9,072 (100.0)	3,389 (37.4)	228 (2.5)	1,796 (19.8)	208 (2.3)	181 (2.0)	302 (3.3)	2,968 (32.7)
97	9,441 (100.0)	3,338 (35.36)	416 (4.4)	1,955 (20.71)	209 (2.21)	188 (1.99)	302 (2.72)	3,078 (32.6)
98	9,316 (100.0)	3,114 (33.4)	624 (6.7)	1,967 (21.1)	198 (2.1)	121 (1.3)	224 (2.4)	3,068 (32.9)
99	9,947 (100.0)	3,227 (32.4)	906 (9.1)	2,047 (20.6)	274 (2.8)	109 (1.1)	147 (1.5)	3,237 (32.5)
100	11,394 (100.0)	3,005 (26.4)	1,061 (9.3)	2,948 (25.9)	348 (3.1)	83 (0.7)	135 (1.2)	3,814 (33.4)
101	12,041 (100.0)	3,183 (26.4)	1,090 (9.1)	3,377 (28.1)	317 (2.6)	133 (1.1)	96 (0.8)	3,845 (31.9)
102	11,041 (100.0)	2,769 (25.1)	1,260 (11.4)	2,676 (24.2)	223 (2.0)	107 (1.0)	103 (0.9)	3,903 (35.4)
103	10,037 (100.0)	2,431 (24.2)	1,004 (10.0)	2,408 (24.0)	195 (1.9)	97 (1.0)	77 (0.8)	3,825 (38.1)
104	9,061 (100.0)	2,023 (22.3)	1,102 (12.2)	2,101 (23.2)	187 (2.1)	97 (1.1)	65 (0.7)	3,486 (38.5)

註：

1.資料來源：司法院統計處。

2.以上統計包含少年刑案科刑人數及少年暨兒童保護事件(觸犯刑事法規範)。

表十、我國與全球藥物濫用盛行率之比較

	藥物濫用者	大麻	安非他命類		古柯鹼	鴉片類	愜他命
			安非他命	MDMA			
98 年全國調查 12-64 歲藥物濫用(%)	1.43	0.36	0.60	0.47	0.03	0.16	0.54
98 年全國 12-64 歲藥物濫用人口推估 (人)	252,054	62,569	104,774	83,009	5,036	27,593	94,101
103 年全國調查 12-64 歲藥物濫用(%)	1.29	0.30	0.60	0.19	0.01	0.23	0.39
103 年全國 12-64 歲藥物濫用人口推估 (人)	234,499	54,535	109,070	34,539	1,818	41,810	70,895
2009 全球 15-64 歲人口藥物濫用之比例 (%)	3.3-6.1	2.8-4.5	0.3-1.3	0.2-0.6	0.3-0.5	0.3-0.5	-
2009 全球藥物濫用人口(人) (單位：百萬)	149-272	125-203	14-57	11-28	14-21	12-21	-
2014 全球 15-64 歲人口藥物濫用之比例 (%)	5.2%	2.7-4.9	0.3-1.2	0.2-0.6	0.3-0.5	0.3-0.5	-
2014 全球藥物濫用人口(人) (單位：百萬)	247	128-234	15-56	10-29	15-22	14-22	-

資料來源：

1. 98 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」，推估我國濫用人數，係以台閩地區 97 年底全台 12-64 歲人口為基準，計 17,616,250 人。
2. 103 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」，推估我國濫用人數，係以台閩地區 102 年底全台 12-64 歲人口為基準，計 18,178,252 人。
3. 全球濫用人口數來源為聯合國毒品暨犯罪辦公室 (UNODC) World Drug Report 資料。

貳、濫用藥物之危害性

一、入門物質：菸、酒、檳榔。

二、常見濫用藥物種類

(一) 中樞神經抑制劑：愷他命、苯二氮平類、海洛因、液態搖頭丸(GHB)、佐沛眠、嗎啡、巴比妥酸鹽類、鴉片。

(二) 中樞神經興奮劑：4-甲基甲基卡西酮、古柯鹼、(甲基)安非他命、MDMA、PMA、PMMA。

(三) 中樞神經迷幻劑類：類大麻活性物質(K2)、5-MeO-DIPT、大麻、麥角二乙胺(LSD)、西洛西賓、PCP。

(四) 吸入性濫用物質：氧化亞氮、強力膠、亞硝酸酯類。

三、毒品危害之共同特徵

(一) 心理依賴性。

(二) 藥物耐受性：持續使用藥物後須增加劑量才能達到起初的效果，而迅速增加使用量，易造成急性中毒。

(三) 生理依賴性：突然停藥會產生戒斷症候群。

(四) 社會危害性：增加社會成本支出，包括生產力、醫療、監所管理、家庭、社會福利等。

四、各種常見濫用物質及其毒害，詳如附錄一。

參、正確用藥

一、藥物的功能

- (一) 藥是指使用後可達到生理或心理作用，而改變身體功能之化學物質。
- (二) 藥物使用之目的是為了診斷、治療、緩和人類或動物之疾病。
- (三) 「藥」與「毒」是一物之兩面，正當醫療使用可以治療疾病，但使用不當、誤用或濫用均會造成身心傷害。

二、正確用藥的態度與方法

- (一) 依照醫師處方、藥師指導下服藥，服藥時間、間隔及劑量均應正確。
- (二) 勿因症狀減輕而自行中斷服藥或依自己症狀變化擅自變更服藥時間或藥量。
- (三) 藥品應放置於小孩不易取得的地方。
- (四) 服藥期間發現任何不尋常反應、副作用、不慎服藥過量或意外誤食藥品等情形，均應立即諮詢醫藥專業人員。
- (五) 切勿將自己服用之藥品提供他人服用。
- (六) 藥品應避免存放於陽光直曬、高溫或潮濕環境。
- (七) 切勿服用過期或變質藥品。

三、拒絕毒品的的方法：

- (一) 拒絕不良嗜好。
- (二) 建立紓緩壓力、情緒的正當方法。
- (三) 建立正確用藥觀念。
- (四) 遠離是非場所。
- (五) 提高警覺，不隨便接受陌生人之飲料、香菸。
- (六) 培養健康正當休閒活動。
- (七) 建立自信及自尊心。

四、正確使用鎮靜安眠藥五能力-（詳見附錄十三）

（一）能力一 做身體的主人

養成良好作息與睡眠習慣、不要自行購買安眠藥、請勿重複就診

（二）能力二 清楚表達自己的身體狀況

失眠就醫時，向醫師清楚說明自身狀況：失眠狀況、特殊體質、過去病史、使用中藥物、工作特質、懷孕(或哺乳)、打呼情形、其他可能影響睡眠的生活習慣

（三）能力三 看清楚藥品標示

姓名、藥品用法、藥品適應症、藥品名稱和外觀、注意事項、副作用或警語、使用天數、藥品保存方法與期限。

（四）能力四 清楚用藥方法、時間

1. 服用安眠藥請在就寢前提早15~30分鐘服用，服藥完畢後立刻準備入睡。
2. 安眠藥可輔助治療失眠，但應搭配正常作息與運動等。
3. 常見副作用：鎮靜安眠藥常見的副作用包括：
 - (1)過量服用時可能出現頭暈、頭痛、嗜睡、恍惚，甚至夢遊。
 - (2)不當長期使用安眠藥，易出現藥物生理依賴性，或會造成記憶力減退、反應力下降等；突然停藥，也可能出現焦慮、厭食、抽搐等症狀。
4. 請勿自行混用多種安眠藥品，也應避免同時使用酒精。
5. 鎮靜安眠藥屬於第三、四級管制藥品，未服用完之安眠藥，不可任意轉售或轉讓。
6. 停藥需與醫師討論，以漸進式減量方式來停藥。不要自行停藥，否則容易產生戒斷症候群與反彈性失眠。

（五）能力五 與醫師、藥師作朋友。

紀錄諮詢電話、問專家

肆、藥物濫用之預防

- 一、避免與菸、酒、檳榔、藥物的接觸。
- 二、及早提供濫用物質對身體傷害的知識及相關的法令規章。
- 三、協助戒除吸菸、飲酒或吃檳榔的習慣。
- 四、反轉毒害四行動（詳見附錄十四）

行動一、珍愛生命—愛自己。

行動二、防毒拒毒—拒菸、酒、毒沾身。

行動三、知毒反毒—打擊毒害-毒品止步。

行動四、關懷協助—積極轉介。

五、拒絕毒品的五大招式：

- （一）直接拒絕法：堅定且大聲的說拒絕。
- （二）遠離現場法：找藉口逃離現場。
- （三）轉移話題法：將話題轉到別的地方。
- （四）自我解嘲法：藉由嘲笑自己拒絕使用。
- （五）友誼勸服法：委婉勸導朋友也不要使用。

伍、藥物濫用者之可能成因

因素類別	可能成因
一、個人因素	(一) 人格發展缺陷、偏差 (二) 好奇及尋求刺激、排解壓力
二、環境因素	(一) 家庭方面 1. 婚姻不完整 2. 管教不當 3. 冷漠 4. 衝突性家庭 5. 生活習慣之偏差 (二) 社經地位 (三) 社會風氣 (四) 醫源性
三、教育因素	(一) 缺乏正確人生觀及價值觀 (二) 自我表現及成就未受肯定 (三) 缺乏自我表現機會 (四) 錯誤行為未及時導正
四、社會因素	(一) 文化風氣 (二) 金錢習性 (三) 奢靡之風
五、較易染上毒癮之特徵	(一) 生活沉悶無目的 (二) 失業 (三) 自信心不足 (四) 家庭不和諧 (五) 居住地區吸毒率高 (六) 與濫用者為友 (七) 加入幫派 (八) 與家庭學校聯結性差 (九) 缺乏成就感

陸、藥物濫用者行為表徵

- 一、情緒方面：多話、躁動不安、沮喪、異常亢奮。
- 二、身體方面：嗜睡、食慾不振、目光呆滯、步履不穩。
- 三、感觀表達方面：視幻、聽幻、無方向感。
- 四、社會適應方面：多疑、誇大、好鬥、無理性行為、缺乏動機。

柒、藥物濫用防制策略

一、減少供應(Supply Reduction)

(一) 合法藥品：

- 1. 分級管理。
- 2. 避免流用。

(二) 非法藥品：

- 1. 撲滅生產。
- 2. 阻止走私。

二、減少需求(Demand Reduction)

- (一) 阻止新用者。
- (二) 減少非法藥品之濫用。
- (三) 防止合法藥品之誤用。
- (四) 成癮者之治療。

三、減少傷害(Harm Reduction)

- (一) 減少犯罪率。
- (二) 減少傳染病傳播。
- (三) 減少家庭及社會問題。

捌、我國反毒策略及分工

行政院於 95 年 6 月 2 日「行政院毒品防制會報」，決定反毒策略由過去「斷絕供給，降低需求」，調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」，連結「防毒」、「拒毒」、「戒毒」及「緝毒」等反毒四大區塊，並設置「防毒監控組」、「拒毒預防組」、「緝毒合作組」、「毒品戒治組」及「國際參與組」等反毒五大分組，藉以發揮反毒之整體統合力量。另考量現今毒品問題與趨勢，於 104 年 9 月 21 日修正「行政院毒品防制會報設置要點」，將反毒架構調整為「防毒監控」、「拒毒預防」、「緝毒合作」、「毒品戒治」及「綜合規劃」等 5 工作分組，各組工作重點如下：

一、防毒監控組：

1. 掌握藥物濫用流行病學資料。
2. 管制藥品施用管控。
3. 健全先驅化學品管制系統。
4. 強化新興濫用藥物監測體制。

二、拒毒預防組：

1. 整合各界資源提升預防宣導成效，營造健康無毒家園。
2. 運用在地化反毒網絡，強化預防介入機制。
3. 綿密跨機關橫向合作功能，完善關懷輔導效能。

三、毒品戒治組：

1. 透過橫向跨部會協調，整合中央毒品戒治相關政策。
2. 藉由地方政府毒品危害防制中心在地化毒品戒治策略之規劃與執行，以及結合在地民間資源與醫療戒治機構，提供藥癮者可近性治療、職業訓練、就業媒合等服務。

四、緝毒合作組：

1. 國際及兩岸緝毒合作之持續強化。
2. 邊境及關區毒品查緝之效能提升。

3. 緝毒合作團隊之緊密整合。
4. 以司法協助毒癮戒治方案之持續推動。

五、 綜合規劃組：

視毒品防制專案任務之需要，指定權責機關辦理。

（資料來源：105 年反毒報告書）

玖、學校藥物濫用防制體系

鑑於「預防勝於治療」理念，教育部於 101 年 6 月起推動象徵「健康、反毒、愛人愛己」意涵之「紫錐花運動」，並於 102 年 3 月訂頒「教育部深化推動紫錐花運動實施計畫」，落實三級預防機制，明訂各項具體防制措施，請學校及政府各機關共同推動，以強化全民反毒意識。

三級預防具體作為摘述如下：

(一)一級預防(教育宣導)：研編分齡教材，每學期於健康與體育、健康與護理領域施予一節防制藥物濫用教學，另持續加強教育人員、家長反毒知能及學生拒毒技巧。

(二)二級預防(清查篩檢)：落實特定人員尿液篩檢，另建置「教育單位協助檢、警緝毒通報模式」打擊中小盤毒販，協助查緝不良組織及上源毒販，避免藥頭入侵校園。

(三)三級預防(春暉輔導)：結合專業資源輔導個案，招募培訓春暉認輔志工，建置個案輔導管理系統，開發藥物濫用學生輔導課程，強化轉介醫療戒治輔導。

(資料來源：教育部)

◆發現學生吸毒應如何處理？

若發現學生神情怪異、舉止反常，應隨即配合輔導人員主動深入瞭解，並與家長保持密切連繫，於發生之初即加以輔導。若發現學生已有藥物濫用行為，應即主動與當地衛生醫療機構連繫，協助進行治療，並給予精神支持，同時通報警察機關追查毒品來源。衛生福利部指定藥癮戒治機構之名稱、地址及聯絡電話，可在衛生福利部及食品藥物管理署網站查詢，網址分別為 www.mohw.gov.tw 及 www.fda.gov.tw。

拾、如何發現與防制民宅旁的製毒工廠

麻黃素常為製毒集團用來製造第二級毒品(甲基)安非他命(簡稱安毒)的原料之一。當走私該些成分之管道受阻後，毒販會轉而利用含麻黃素類成分之感冒藥提煉麻黃素，繼而進行製造第二級毒品——(甲基)安非他命之違法行為。95 年間，新北市政府警察局首次破獲國內以「感冒藥丸製安毒工廠」，同類型安毒工廠快速增加，並常常會隱匿於人口聚集的社區或公寓大樓中，以躲避警方查緝。

「感冒藥丸製安毒工廠」可能透露出異常的訊息，包括：

1. 住宅散發化學性氣味：例如「紅磷」味道感覺像「大蒜味」；「氨」味道感覺像刺鼻「尿味」；「丙酮」味道感覺像「去指甲油味」；「乙醚」味道感覺像「醫院味」；「乙酸乙酯」味道感覺像「強力膠味」等。
2. 購買大量製毒用化學設備或化學藥品。
3. 大量或多次購買感冒藥物。
4. 身上有化學性氣味或化學性傷口。

倘發現周遭有疑似「感冒藥丸製安毒工廠」存在時，除可就近至派出所檢舉或撥打 110，請警方處理外，切忌因好奇心隨意進入，並應迅速遠離，以免遭受到化學物質或其他具高度危險所波及。(本文摘錄自藥物食品安全週報第 293 期之“多一分警覺 別讓毒窟藏民宅”一文)

拾壹、如何防範網路不明藥物濫用訊息

現代社會傳播訊息快速，且陌生人之間的溝通也常以網路為媒介搭起橋樑，有可能以推銷商品方式，甚至以揪團方式邀請，使青少年誤觸毒品的泥沼中，因此，應牢記以下原則：「網路、廣告或人與人之間傳播的訊息都不一定 100% 完整正確。」身為消費者，對聽或看到的資訊應審慎思量；而身為網路使用者，在面對多元傳播訊息時，可以利用拒絕不良傳播訊息三原則，來適當地選擇所接受到的訊息：

一、「想一想訊息來源是否可靠」：以「Who」與「Why」判斷

毒品及藥物資訊來源由「誰」提供是安全的？，通常政府機關提供的資訊較為正確，如法務部、衛生福利部、教育部等部門，另外，醫療院所、可信任之專家、學者、教師等也都是安全的資訊提供者。「Why」的原則為，要試著判讀資訊提供者的目的為何？提供資訊是為了讓閱讀者更健康？亦或資訊提供者只是以個人賺錢營利為目的。

二、「找出錯誤與缺漏」：以「Wrong」與「Missing」判斷

接受到某一訊息時，要發揮「大家來找碴」的精神，發揮批判力，找出資訊錯誤(Wrong)及不合邏輯的地方；此外，亦要思考這個訊息是否提供了完整的資訊，有沒有特意漏掉(Missing)了哪些可能的風險及傷害，三思而行，全面考慮後才不會僅聽片面之詞，就被網路訊息牽著鼻子走。

三、「堅決拒絕可疑訊息與誘惑」

當判斷出訊息是錯誤的或是內容偏頗不客觀，就應該堅決說不，不讓自己踏入任何可能的風險危機，而面對他人不明的邀約，絕對別因好奇而接受或嘗試，一次的疏忽，就可能拿生命開玩笑，葬送自己的未來。

（資料來源：食品藥物管理署 101 年委託科技研究計畫：網路媒體使用者之藥物濫用防制模式研究：以接觸經驗調查與預防教育介入為焦點）

拾貳、新興濫用藥物

一、特色

隨著科技的進步以及網路虛擬市場的發展，常見濫用物質已由早期傳統自天然植物萃取、精煉的鴉片、嗎啡、大麻、古柯鹼，逐漸發展為多元的全化學合成物質，國際間被通報已研發的化學合成物質，由 2012 年 7 月 251 種物質，逐年增加，至 2015 年已通報超過 600 種品項。近年常見新興濫用藥物包括愷他命(Ketamine)、類大麻活性物質如 K2，以及合成卡西酮類物質如喵喵(Mephedrone)、MDPV 等。

(一) 多樣化的偽裝

新興濫用物質外觀有別於傳統的結晶狀、粉末狀、膠囊或錠劑，已呈現多樣化型態，亦常以偽裝方式製作。目前常見的形式為摻入沖泡式飲品粉末，再以市售或自創品牌包裝的型態販售，或透過各式各樣流行的圖樣、受歡迎的照片或貼圖來進行設計；另外，具迷幻作用的類大麻活性物質，被噴灑在菸草或乾燥花草表面，以乾燥植物或花草茶包之包裝販售；也有將濫用物質溶於水後，以方形厚紙片浸泡製成「毒郵票」，或製成「毒果凍」，或以玻璃瓶裝成「神仙水」販售，顯見濫用物質逐漸偽裝變身，藉以鬆懈民眾的警覺性及逃避警方的查緝。

(二) 多種成分混用

依據 104 年「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」之非尿液檢體資料，同一檢體，最多曾檢出同時混用 12 種成分，包含中樞神經興奮劑、中樞神經抑制劑及咖啡因等物質，混用藥理作用相反或作用相似的物質，會對身體造成嚴重的傷害，若再與酒類併用，可能導致藥效加劇，發生無法預期之藥效，嚴重者甚至導致死亡。

(三) 組織性的行銷

現今毒品行銷朝產業鏈發展，常以首次免費供應的方式提供，不只透過幫

派或組織行銷，甚至發起「團購」販售，藉由同儕影響並引誘青少年開始濫用藥物。

二、如何查察新興濫用物質偽裝

1. 毒品可能被製造成外表討喜的糖果、巧克力等零食，或是偽裝為咖啡包、茶包、奶茶包，應留意封口是否有重複包裝的痕跡，保持警覺，堅定拒絕。
2. 朋友推薦效果好，但來路不明的「好東西」或桌上有不明的白色粉末，可能是毒品，請堅定拒絕。
3. 勿隨意接受別人請的飲料，更別讓已開封的飲料離開視線。
4. 當感覺到頭暈、噁心或嘔吐、視力模糊或影像扭曲、全身癱軟或無力、無法控制的過度活動、莫名焦慮、妄想、幻覺等，應採取下列處理方式：
 - (1)把握時間，快速離開現場。
 - (2)向可靠的人求助。
 - (3)報警。

拾參、相關法令之修正

我國原主管成癮性物質之配套法令為「肅清煙毒條例」及「麻醉藥品管理條例」，以煙毒及麻醉藥品為一體之兩面，故針對非法流、濫用及合法使用之麻醉藥品，分別進行防制與管理。為因應毒品問題日趨嚴重，新興的合成毒品層出不窮，已非舊有的藥物濫用防制相關法令所能規範，需隨著國際及社會物質濫用型態的改變，隨時進行修正，與時俱進。相關法令之沿革及修法重點說明如下：

一、法務部、衛生福利部依據聯合國 1961 年「麻醉藥品單一公約」、1971 年「影響精神物質公約」及 1988 年「禁止非法販運麻醉藥品和精神物質公約」的管理精神，將「肅清煙毒條例」及「麻醉藥品管理條例」分別修正為「毒品危害防制條例」與「管制藥品管理條例」，並分別於 87 年 5 月 20 日及 88 年 6 月 2 日經總統令公布施行。其修法的重點為：

- (一) 擴大管制範圍，除原管制之麻醉藥品（非法者稱為煙毒）外，亦將影響精神藥品（物質）及前驅性化學物質（即製造毒品之原料藥）列入管理，有效加強管制新興毒品。
- (二) 建立分級管制制度，將毒品及管制藥品分四級管理；其中合法使用之管制藥品，需向衛生福利部食品藥物管理署申請證照始得為之，亦即以證照制度，區隔一體兩面之管制藥品及毒品，並藉由證照制度追蹤管制藥品流向及醫事人員使用行為，以避免流、濫用。
- (三) 嚴懲運輸、製造、販賣毒品者，其屬海洛因、古柯鹼等第一級毒品者，可處死刑或無期徒刑；其屬安非他命、MDMA 等第二級毒品者，可處無期徒刑或七年以上有期徒刑。
- (四) 對於施用第一、二級毒品者之處遇，原則上，改施以觀察勒戒與強制戒治之處分。針對吸毒者所具「病患性犯人」之特質，雖設有刑事制裁規定，但在執行上改以觀察勒戒方式戒除其「身癮」，另以強制戒治方式戒除其「心癮」。

- (五) 配合藥癮治療體系之實施，增訂吸毒者於犯罪未發現前，自動向衛生福利部指定藥癮戒治機構請求治療者，醫療機構不必將其移送檢警調機關；且在治療情況下，第一次被查獲時，檢察官或法官應為不起訴之處分或為不付審理之裁定。
- (六) 對公共安全相關行業或其他高危險族群可強制進行尿液篩檢，防止吸毒者造成公共安全事故。

二、92年7月9日修正「毒品危害防制條例」，依據第36條規定，於93年1月9日施行。其中關於戒毒部分修正重點如下：

- (一) 簡化吸毒犯之刑事處遇程序：針對吸毒販簡化其刑事處遇程序，僅區分為初犯（含5年後再犯）及5年內再犯。初犯經觀察勒戒或強制勒戒後，應為不起訴之處分或不付審理之裁定；觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後5年內再犯，即依法追訴或裁定交付審理。
- (二) 修正勒戒處所設置之規定：施用毒品者具「病患性犯人」之特質，著重於醫療處置，惟因限於醫療人力、經費等相關問題，短期內無法全面於醫院內附設，爰修正為勒戒處所由法務部及國防部於（軍事）看守所、少年觀護所或所屬醫院附設，或委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、衛生福利部、直轄市或縣（市）政府於指定之醫院內附設之雙軌制規定。
- (三) 修正觀察勒戒期間之規定：為強化觀察勒戒功能，修正「毒品危害防制條例」第21條第1項觀察勒戒期間為不得逾2個月。
- (四) 修正強制戒治期間規定：為提升戒治處遇成效，「毒品危害防制條例」第20條第2項強制戒治期間，修正為6個月以上，至無繼續強制戒治必要之時為止，最長不得逾1年；另外亦取消延長戒治及停止戒治期間應付保護管束之規定。

三、97年4月30日修正「毒品危害防制條例」第24條條文，將減害計畫等醫療戒治方案之戒毒作為法制化，同時於97年10月30日經行政院訂定發布「毒

品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」。修法重點：使海洛因毒癮者得以緩起訴處分，令其至指定醫療機構接受替代治療。

四、98年5月20日公布修正「毒品危害防制條例」，於同年11月20日施行，其修法的重點為：

- (一) 提高製造、運輸、販賣毒品之罰金法定刑，對於持有毒品量，顯然超出醫學文獻、人體生理機能之個人用毒量者，加重其刑責。
- (二) 持有、施用第三、四級毒品者，處一萬元以上五萬元以下罰鍰，並須接受4至8小時講習，避免毒販以「拉K無罪」為藉口，引誘年輕人使用第三級(愷他命、Flunitrazepam、Nimetazepam)、第四級(Diazepam、Alprazolam)等毒品。
- (三) 完備窩裡反條款，增加法律減刑、免刑誘因，讓毒品犯願意供出上游來源及自白犯罪，讓案件及早確定，以利追緝毒品來源。
- (四) 賦予執法人員即時採尿送驗權，執法人員對毒品列管人口到場拒絕採尿時，可以直接用強制力採尿檢驗，避免列管人口拒絕驗尿，有效追蹤毒品人口之狀況。
- (五) 輔導戒除之毒癮者就業，期能透過就業更生方式，使有心戒除之毒癮者，順利回歸社會生活。

五、99年11月24日公布修正「毒品危害防制條例」，並自公布日施行，本次修法重點在於增訂第2條之1規定，有關毒品防制相關事項，直轄市及縣（市）政府應設立專責組織辦理及編列相關預算，理由詳述如下：

- (一) 毒品氾濫係全球性問題，毒品不僅戕害吸毒者之身心健康，造成家庭不幸，亦危害社會治安至鉅，故反毒為政府當前施政要項。依據目前反毒策略之執行架構，中央各機關及各直轄市、縣（市）政府均為反毒執行機關，反毒為跨機關共同配合之事務，為整體有效推動毒品防制工作，除中央各機關之橫向連結外，尚需與地方政府間進行縱向連結，直轄市、

縣（市）政府應有專責組織辦理毒品防制工作。

- （二）毒品防制工作與地方治安息息相關，直轄市、縣（市）政府應編列預算辦理毒品防制工作事項；必要時，各中央目的事業主管機關亦得視實際情形酌予補助。

六、104年2月4日修正公布「毒品危害防制條例」，並自公布日施行。其修法的重點為：

- （一）由於第三級毒品有日益氾濫之趨勢，為嚇阻製造、運輸、販賣第三級毒品之行為，爰修正第4條第3項之刑度，將五年以上有期徒刑提高為七年以上有期徒刑。
- （二）又第四級毒品亦有日益氾濫之趨勢，為嚇阻製造、運輸、販賣第四級毒品之行為，爰修正第4條第4項之刑度，將三年以上十年以下有期徒刑提高為五年以上十二年以下有期徒刑。
- （三）為防杜孕婦吸食毒品導致社會成本增加及嬰兒教輔困難，特針對以懷胎婦女為犯罪實行對象加重其刑之規定，以防杜孕婦受毒品摧殘之亂象，爰增訂第9條第2項之規定，行為人若明知對方為懷胎婦女而以強暴、脅迫、欺瞞或其他非法之方法使其施用毒品、引誘其施用毒品或轉讓毒品予懷胎婦女等，較針對一般人犯前述等罪者，增加其刑度至二分之一。

七、因應105年7月1日中華民國刑法總則編中「沒收」新制之施行，於105年6月22日修正公布「毒品危害防制條例」第18條、第19條，並自105年7月1日施行，修正重點如下：

- （一）依本條例第18條之規範，不問是否屬於犯罪行為人專供製造或施用第一、二級毒品之器具，以及無正當理由而擅自持有第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具，均應沒收銷毀。然為因應中華民國刑法沒收新制之施行，相關特別法將於中華民國刑法沒收新制施行之日（即105年7月1日）失效。本條例第18條所規範之沒收對象為不問屬於犯人與否，相較

於中華民國刑法之沒收制度，範圍較大；且犯罪工具為「應」沒收，為防制毒品之需要，故有於105年7月1日繼續適用之必要，爰修正本第1項文字，使相關毒品與器具不問是否屬於犯罪行為人所有，均應沒收銷燬，以杜毒品犯罪。

- (二) 依本條例第19條之規範，行為人觸犯為本條例第4條至第9條、第12條、第13條或第14條第1項、第2項等罪所用之物，應予以沒收。為因應中華民國刑法修正，沒收為獨立之法律效果，爰修正本條例第19條第1項之規定，擴大沒收範圍，行為人若觸犯上述等罪，其所用之物不問是否屬於犯罪行為人所有，均應沒收之，以遏止相關犯罪之發生。

拾肆、各縣(市)政府毒品危害防制中心

近年藥物濫用問題日益嚴重，政府為宣示強烈反毒決心，自 95 年 7 月起，由各縣(市)政府成立「毒品危害防制中心」，強化中央與地方的橫向聯繫與合作，以加強對藥物濫用的防制。99 年 11 月 24 日毒品危害防制條例增設第 2-1 條「直轄市、縣(市)政府為執行毒品防制工作，應由專責組織辦理」之規定，賦予地方政府設立毒品危害防制專責組織之法源依據。

「毒品危害防制中心」共包括「預防宣導組」、「保護扶助組」、「轉介服務組」及「綜合規劃組」等四大功能分組，結合了社政、教育、衛生與警政等單位，共同推動各項反毒工作。秉持「預防勝於治療」理念，加強民眾藥物濫用防制教育宣導，提供藥癮個案戒毒管道的相關資訊與轉介服務，並以「全人服務」理念，幫助需戒毒的個案。凡有任何藥癮方面問題的民眾，均可就近前往各縣(市)政府「毒品危害防制中心」尋求社工、心理、醫療與其他相關專業人員的幫助與諮詢。

另在各相關部會重視及督導之下，為使地方政府能常態性編列預算及人力推動毒品危害防制業務，衛生福利部、教育部、內政部警政署、勞動部及法務部共同訂定之「103 年度中央部會辦理地方毒品危害防制中心業務工作計畫」，將「鼓勵各縣市政府成立正式編制單位，深化在地毒品防制工作」納入計畫目標：各縣市政府應成立正式編制單位（直轄市應成立股以上，非直轄市應成立科以上編制單位），設置專責人員及編列相關經費預算、業務費等辦理毒品防制業務，以落實並深化毒品防制工作。截至目前計有臺北市、新北市、桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、臺中市、南投縣、嘉義縣、臺南市、高雄市等已成立正式編制單位辦理毒品危害防制業務。

地方毒品危害防制中心提供 24 小時全年無休之服務，免費諮詢電話 0800-770-885（請請您，幫幫我）。

附錄一、常見濫用物質及其毒害

一、 中樞神經抑制劑

(一) 鴉片、嗎啡及海洛因

1.緣起：

鴉片取自於罌粟(*Papaver somniferum*)未成熟之蒴果，用刀將蒴果之表皮劃開，採集流出之乳汁，使其凝固後所得，經抽提可得嗎啡；而海洛因之學名為二乙醯嗎啡，是由嗎啡與醋酸酐(*Acetic anhydride*)加熱反應而得。

2.管制級別：第一級毒品與第一級管制藥品。

3.俗稱：海洛因俗稱白粉、四號。

4.濫用方式：注射、煙吸、鼻吸及口服。

5.危害性：

均屬中樞神經抑制劑。吸食鴉片、嗎啡、海洛因後最典型之感覺為興奮及欣快感，之後陷入困倦狀態，長期使用會產生藥物耐受性、依賴性（包括生理及心理）及戒斷症狀。所謂藥物耐受性即需增加藥物施用劑量才可達到主觀相同的效果。一旦停止使用，除產生戒斷反應外，心理的渴藥性是吸毒者最難克服的問題。

使用鴉片、海洛因、嗎啡之副作用包括呼吸抑制、噁心、嘔吐、眩暈、精神恍惚、焦慮、搔癢、麻疹、便秘、膽管痙攣、尿液滯留、血壓降低等。部份病人會產生胡言亂語、失去方位感、運動不協調、失去性慾或性能力等現象。長期使用，一旦不使用時，產生之戒斷症狀，包括渴藥、不安、打呵欠、流淚、流鼻水、盜汗、失眠、厭食、腹瀉、噁心、嘔吐、發冷、腹痛、肌肉疼痛、『冷火雞』(身體發冷及起雞皮疙瘩)等症狀，約經7至10天症狀才會漸趨緩和。

海洛因之毒性為嗎啡之10倍，且成癮性較嗎啡、鴉片強，戒斷症狀

亦極為嚴重，為醫療上禁止使用之藥物。嗎啡於醫療上主要用於疼痛治療。濫用海洛因者常因共用針具(包括針頭、針筒、稀釋液)注射毒品、使用不潔針具，而感染愛滋病、病毒性肝炎（B 或 C 型肝炎）、心內膜炎、靜脈炎等疾病。

（二）伽瑪羥基丁酸（GHB）

1.緣起：

GHB 是一種澄清無嗅液體，有白色粉末、藥片和膠囊等劑型。1960 年首次由法國化學家 Dr. H. Laborit 合成，具鎮靜及麻醉效果。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：Liquid Ecstasy、Georgia Home Boy 或 G 水。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬中樞神經抑制劑，服用 GHB 後約 15 分鐘產生之不良反應，會依所使用之劑量而不同；產生之症狀包括昏睡、暈眩、噁心、暫時記憶性喪失、視幻覺、心搏減慢、痙攣、呼吸抑制、昏迷等。施用大劑量產生之中毒症狀則包括有心搏徐緩、痙攣性肌肉收縮、胡言亂語、妄想、知覺喪失、嘔吐、腹痛、高鈣症、代謝性鹼中毒、肝衰竭、震顫、痙攣、昏迷、嚴重呼吸抑制、暴力或自殘行為、輕躁症、尿失禁等不良反應。

（三）潘他唑新（Pentazocine）

1.緣起：

潘他唑新於 1967 年首度在美國上市，在民國六、七十年代曾在國內造成大流行。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：速賜康、孫悟空。

4.濫用方式：靜脈注射。

5. 危害性：

屬合成類麻醉性止痛劑，一般副作用有噁心、嘔吐、暈眩、呼吸困難與呼吸抑制等，使用過量會造成呼吸中樞抑制而致死，並且對肝、腎臟功能以及中樞神經系統有實質性的傷害，且具有幻想、妄想、癲癇發作、頭痛、孕婦流產或產下成癮兒、皮膚潰爛、發炎、血管栓塞、心跳過速、血壓增高、胸痛、瞳孔縮小、昏迷等。長期使用會造成耐受性，且突然停藥會產生戒斷症狀，頭暈嗜睡、焦慮不安、神情呆滯、無法思考等，由於以靜脈注射方式施用，若共用或使用不潔針具容易引起細菌感染、病毒性肝炎（如 B 型肝炎、C 型肝炎）、靜脈炎、心內膜炎等，甚至愛滋病。

（四） 巴比妥酸鹽類(Barbiturates)安眠鎮靜劑

1. 緣起：

巴比妥酸鹽類安眠鎮靜劑早期開發用於治療焦慮、失眠等，因安全性較低，易產生生理依賴性，臨床上已較少使用。

2. 管制級別：第三至四級毒品與第三至四級管制藥品。

3. 俗稱：

(1)紅中（因藥品膠囊外觀為紅色）。

(2)青發（因藥品膠囊為青色）。

4. 濫用方式：口服。

5. 危害性：

屬中樞神經抑制劑，因會抑制中樞神經，造成意識障礙，偶而有欣快感。長期使用會產生耐受性、依賴性及出現嗜睡、步履不穩、注意力不集中、記憶力和判斷力減退等症狀。服用過量會造成嗜睡、意識不清、昏迷、眼球顫動、運動失調、低血壓、呼吸抑制等嚴重症狀，甚至致死。

（五） 苯二氮平類（Benzodiazepines）安眠鎮靜劑

1. 緣起：

苯二氮平類藥物是目前常用的安眠鎮靜藥物，可分為短效、中效及長效製劑；臨床上常用於治療安眠、鎮靜、抗焦慮及癲癇等用途。

2. 管制級別：第三或四級毒品與第三或四級管制藥品。

3. 俗稱：

(1) 氟硝西泮(Flunitrazepam)：FM2、十字架、615、815。

(2) 三唑他(Triazolam)：小白板。

(3) 阿普唑他(Alprazolam)：蝴蝶片、藍色小精靈。

(4) 硝甲西泮(Nimetazepam)：一粒眠、K5、紅5、紅豆。

(5) 安定(Diazepam)：煩寧、凡林。

4. 濫用方式：口服。

5. 危害性：

屬中樞神經抑制劑，該類藥物具成癮性，施用後之副作用包括嗜睡、噁心、嘔吐、記憶力障礙、反彈性失眠(Rebound Insomnia)、精神恍惚、運動失調、呼吸抑制等。服用時動作反應可能較為遲緩，應避免使用危險性機器或駕駛汽車；也應避免飲用酒精性飲料或與其它中樞神經抑制劑併用，否則會增加副作用的產生。

該類藥品長期使用會產生耐受性、依賴性及出現嗜睡、步履不穩、注意力不集中、記憶力和判斷力減退等症狀；突然停藥可能產生的戒斷症狀，包括初期的表徵類似焦慮症狀，接著可能會出現焦慮增加、注意力無法集中、疲倦、不安、厭食、頭暈、出汗、嘔吐、失眠、暴躁、噁心、頭痛、肌肉緊張/抽搐、顫抖等症狀。

使用過量的患者，大多呈現肌肉過度鬆弛及深度睡眠狀態，較少造成死亡，但有許多濫用者同時併用酒精或其它中樞神經抑制劑，常導致精神恍惚，造成意外或因吸入嘔吐物而致死。

（六） 佐沛眠（Zolpidem）

1.緣起：

佐沛眠是一種短效、非苯二氮平類(Non-Benzodiazepines)安眠鎮定劑，臨床上用於失眠症的短期治療，屬苯二氮平類受體促進劑種類的藥物，但卻無苯二氮平類藥物的化學結構。主要具有鎮靜效果。

2.管制級別：第四級毒品與第四級管制藥品。

3.商品名稱：使蒂諾斯(Stilnox)、Ambien、Sublinox。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬中樞神經抑制劑，佐沛眠的副作用依個人之情況會有不同，可能會出現眩暈、頭暈、昏暈、幻覺（包括視覺、聽覺或幻覺）、跌倒、動作笨拙(Clumsiness)、不穩(Unsteadiness)、心智沮喪及昏亂(Confusion)等。

有些臨床案例顯示長期使用佐沛眠會導致藥物依賴與藥物耐受性，如停止使用會產生的輕微的戒斷症狀。但有些則會有腹部及肌肉痙攣、嘔吐、冒汗、顫抖等較嚴重症狀，同時也經常伴隨反彈性失眠(rebound insomnia)的症狀。藥物施用過量，會有動作笨拙或不穩、眩暈、複視或其他視覺問題、昏昏欲睡、嘔吐、呼吸混亂(Troubled breathing)、心跳減慢、噁心等較嚴重的症狀發生。

（七） 硫美妥（Thiamylal）

1.緣起：

Thiamylal Sodium 是一種超短效性的巴比妥酸鹽類安眠鎮靜劑，結構上與 Thiopental 類似，自 1950 年開始，被當成麻醉誘導劑，臨床上為一種靜脈麻醉劑，常用於短時間之手術。

2.管制級別：第四級管制藥品。

3.俗稱：玩大象（因施打該藥物時，需使用蝴蝶針注射，其外型看起來像大

象頭)。

4.濫用方式：靜脈注射。

5.危害性：

依據 Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man 一書記述，副作用包括噁心(Nausea)、嘔吐(Emesis)、呼吸抑制(Respiratory Depression)、呼吸停滯(Apnea)、支氣管痙攣(Bronchospasm)、喉頭痙攣(Laryngospasm)、分泌唾液(Salivation)、低血壓(Hypotension)、急性譫妄(Emergence Delirium)、頭痛(Headache)及注射位置疼痛及發疹等。

Thiamylal Sodium 具有鎮靜安眠作用，可減輕海洛因毒癮發作時的痛苦，偶有欣快感。因其價位低，容易在坊間不肖藥局取得，近年來，藥癮者濫用 Thiamylal Sodium 導致傷害事故發生。

二、中樞神經興奮劑

(一) 古柯鹼 (Cocaine)

1.緣起：

古柯鹼於 1855 年從古柯植物葉中提取的一種生物鹼，經與鹼加熱反應去除鹽酸，可製得俗稱快克(Crack)之產物。古柯鹼在 1880 年代被引進美國，並於 1980 年代開始盛行，隨後逐漸蔓延至歐洲、印度等地，成為嚴重的藥物濫用問題。

2.管制級別：第一級毒品與第一級管制藥品。

3.俗稱：Coca、Coke、快克(Crack)、Flake、Snow 與 Soda Cot。

4.濫用方式：鼻吸食為常見之濫用方式，使用者亦常與菸草或大麻草混合，以香菸或煙斗吸抽。

5.危害性：

屬中樞神經興奮劑，亦具有局部麻醉及血管收縮作用，臨床上大多用於眼科及耳鼻喉科局部麻醉之用。吸食初期會產生欣快感、精力旺盛、注

意力敏銳、思路清晰等主觀感覺，使用劑量增加後則會產生視幻覺、觸幻覺、聽幻覺、感覺扭曲、多疑、猜忌、妄想等精神症狀。

濫用者以鼻吸方式施用，往往會使鼻粘膜血管收縮，造成鼻子輕微出血的現象。當反覆吸入使用則會造成慢性鼻炎，有些人則會因血管收縮出現鼻中隔穿孔症狀。使用過量會產生胡言亂語、呼吸衰竭、心臟麻痺等症狀，甚至導致死亡。懷孕婦女如長期使用古柯鹼會造成流產、早產、胎兒體重過輕與腦部發育受損等情況。

濫用古柯鹼會產生生理及心理上的依賴性，長期使用或僅藉古柯鹼狂歡幾天，突然停止使用即產生憂鬱、焦慮、渴求藥物而變為全身疲勞、嗜睡等現象，經喚醒後會發生過度攝食、繼續再睡、憂鬱及快感缺乏等現象之戒斷症狀。

（二）安非他命、甲基安非他命

1.緣起：

安非他命，於1887年由Edeleano合成。甲基安非他命是安非他命的一種衍生物，於1919年被合成，其脂溶性較安非他命高，藥效也較快產生。所以，一般市面上查獲安非命命的多屬甲基安非他命。在我國為醫療上禁止使用之藥物。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：安公子、安仔、冰糖、冰塊、鹽、Speed、糖果、冰毒。

4.濫用方式：口服、煙吸、鼻吸及注射。

5.危害性：

二者均屬中樞神經興奮劑。使用初期產生的效果，包括高度提神效果，使疲勞感消失、活動力增加、食慾減退、欣快感及衝動、心跳加快與體溫升高等。長期使用會造成依賴性（包括生理與心理）及成癮性，並且會出現妄想型精神分裂症，其症狀包括猜忌、多疑、妄想、情緒不穩、易

怒、視幻覺、聽幻覺、觸幻覺、強迫或重覆性的行為及睡眠障礙等，也常伴有自殘、暴力攻擊行為等。成癮後一旦停止吸食，便會產生戒斷症狀，包括疲倦、沮喪、焦慮、易怒、全身無力等。

因安非他命類藥物具抑制食慾的作用，常被不法人士摻入減肥藥中非法販賣，使用藥者在不知情的情況成癮，並造成精神分裂、妄想症等副作用。

(三) MDMA (搖頭丸)

1.緣起：

MDMA 學名亞甲基雙氧甲基安非他命 (3,4-Methylenedioxy-methamphetamine)，俗稱搖頭丸，化學結構類似安非他命，具有安非他命的興奮作用及三甲氧苯乙胺 (Mescaline)之迷幻作用。與MDA及MDEA皆為同類化合物。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：

(1) MDMA：Ecstasy、E、XTC、M、AKA、忘我、亞當、狂喜、搖頭丸、綠蝴蝶。

(2) MDA：Love Drug 或 Mellow Drug of America。

(3) MDEA：夏娃或 Eve。

4.濫用方式：常以各種不同顏色、圖案之錠劑、膠囊或粉末出現，很難從外觀來辨識，多以口服方式使用。

5.危害性：

使用 MDMA 會產生與安非他命、古柯鹼相似之副作用，會產生混淆不清、抑鬱、睡眠問題、渴求藥物、嚴重焦慮等症狀，並在使用期間或數週後會產生誇大妄想等；生理症狀包括食慾不振、心跳加快、精力旺盛、運動過度、肌肉緊張、不隨意牙關緊閉、噁心、嘔吐、視力模糊、眼球快

速轉動、軟弱無力、寒顫或流汗、疲倦及失眠等。當施用過量時會產生中毒症狀，包括體溫過高(可高達攝氏43度)、脫水、低血鈉、急性高血壓、心律不整、凝血障礙、橫紋肌溶解及急性腎衰竭等症狀，嚴重者可能導致死亡。

醫學研究證實，MDMA 濫用者在注意力（警覺力）、記憶力、學習能力、一般智力等認知功能方面，皆有明顯退化的現象。根據2000年德國學者提出之研究報告，針對28位年齡介於18~29歲之間的MDMA濫用者進行綜合性認知測驗。這些濫用者平均每次使用1.4顆藥，一個月平均使用2.4次。結果發現，這些MDMA濫用者在簡單的注意力（警覺力）測驗表現沒有顯著的影響；但是在比較複雜的注意力測驗，以及記憶力和學習能力測驗，與反映一般智力方面的測驗，皆明顯表現得比控制組來得差。這些認知上的異常可能與MDMA本身的神經毒性有關。另一方面，亦發現如果濫用者為同時使用MDMA與大麻者，其在認知方面的表現則又顯得更加退化。另2001年加拿大多倫多大學研究報告進一步證實了持續使用MDMA與進行性的記憶衰退有很大的關連。他們針對15名年齡介於17~31歲的MDMA濫用者進行了長達一年的研究。這些濫用者每次使用50~300 mg（約0.5~3顆）的MDMA，每個月平均使用2.4次。結果發現，這些MDMA濫用者的記憶力情況，無論是即刻性回憶(Immediate recall)或者是延遲性回憶(Delayed recall)，皆呈現出顯著退化的現象。由此可知，MDMA即使只是週末假日使用，就足以讓健康的青少年造成記憶力、智力等認知功能的退化。

由於MDMA無醫療用途，全由非法途徑取得，其所含純MDMA成分多半不高，有時甚至完全不含MDMA；另外也會摻加甲基安非他命、咖啡因、MDA、MDE、愷他命或混含其他有害雜質，藥效強弱不一，更增加藥物之毒性與副作用。又由於MDMA會減弱自我控制能力，加上易產

生不會受到傷害的錯覺，服用者可能會對自身行為安全掉以輕心，而造成意外傷害。

(四) 派醋甲酯 (Methylphenidate)

1.緣起：

Methylphenidate 為安非他命類的衍生物，施用後會使腦中的多巴胺(Dopamine)與正腎上腺素(Norepinephrine)分泌增加，臨床上常用於治療注意力不集中症候群(Attention deficit syndrome)、發作性嗜睡症(Narcolepsy)等，也可以用在治療過動兒症候群的孩童，或是患有無法控制睡慾問題的患者。

2.管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3.商品名稱：利他能(Ritalin)。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

Methylphenidate 在藥理分類上屬於中樞神經興奮劑。口服效果迅速且良好，半衰期約為 1~3 小時，其作用可維持 4~6 小時。副作用有失眠、食慾不振、頭暈、噁心嘔吐、便秘、口渴等症狀。

因常用於治療過動兒症候群的孩童，家長如果發現有上開症狀，建議應與專科醫師討論，是否需調整服藥劑量與時間來改善。此外，孩童長時間服用該藥品，家長或老師須隨時觀察有無異常運動現象，並告知醫師；另外還須注意不可任意停藥，若任意停藥或改變服藥時間，可能使相關症狀復發；即使無特別現象或問題，建議最好每年接受一次小兒科或精神科的整體性檢查。

臨床上很少發生濫用的情況，因為治療過動症的使用劑量為低劑量的口服藥量，產生成癮的狀況往往需在服用高劑量藥物的情況下才會發生。

(五) 4-甲氧基安非他命 (PMA)

1.緣起：

PMA 屬安非他命類似物，常以“Ecstasy”或“MDA”的名義販賣。PMA 之作用與 MDMA 相似，但 PMA 毒性較 MDMA 為大。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：Chicken Yellow、Chicken Powder。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬於中樞神經興奮劑及幻覺劑。施用後的不良作用包括中樞神經及交感神經興奮作用、體溫上升、心跳速率加快，產生異常亢奮、脫水、心律不整、血壓上升、抽搐痙攣、幻覺等現象，易造成中風或腦內出血，嚴重則會導致死亡。

三、中樞神經迷幻劑

(一) 大麻 (Marijuana)

1.緣起：

大麻為耐寒的一年生草本植物，生長在溫帶或熱帶氣候，植株高約 4 米至 5 米，掌狀複葉，雌雄異株，蒴果卵形有稜，成熟期約 4 至 5 月，種子深綠色。大麻纖維植物的化學組成極為複雜，其中 Cannabinoids 成分對中樞神經有明顯作用。已知的大麻酚約 60 幾種，如四氫大麻酚 (Tetrahydrocannabinol, THC)、大麻二酚 (Cannabidiol) 及大麻酚 (Cannabinol) 等，以四氫大麻酚之生理活性作用為最強。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：老鼠尾巴（捲成香菸狀的大麻）或飯。濫用大麻的行為濫用者稱為「呼麻」及「開飯」。

4.濫用方式：煙吸。

5.危害性：

屬於中樞神經迷幻劑。吸食後會有心跳加快、妄想、幻覺、口乾、眼睛發紅等現象。長期使用會產生藥物耐受性及心理依賴性，使得使用的劑量或次數增加。一旦產生依賴性，突然停用會產生厭食、焦慮、不安、躁動、憂鬱、睡眠障礙等戒斷症狀。急性中毒時會產生記憶及認知能力減退、焦慮、憂鬱、多疑、失去方向感等症狀，長期使用會造成記憶、學習及認知能力減退、體重增加、免疫力降低、不孕症、精子減少、精子活動減退及對周遭事務漠不關心之「動機缺乏症候群」。懷孕婦女吸食大麻常會造成早產、胎兒體重偏低。吸食大麻就像抽菸一樣，吸食者罹患癌症的機率較高；易導致多痰咳嗽、支氣管炎等呼吸道疾病；青少年時期使用大麻，會造成智力商數(IQ)下降，記憶及學習能力降低，且大麻帶來的幻覺作用，會造成知覺異常，常是導致交通事故等公共危險傷害的原因。

(二) LSD (Lysergic Acid Diethylamide)

1.緣起：

LSD 學名為麥角二乙胺，1938 年首次由麥角菌（一種生長在黑麥或其他穀物中的真菌）之成分麥角酸合成而來，目前多由麥角素半合成而得，為無嗅、稍帶苦味之白色結晶體。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：一粒沙、ELISA、搖腳丸、加州陽光、白色閃光、Acid、Broomer、方糖等。

4.濫用方式：其可與其他賦形劑混合作成錠劑、丸劑；或作成膠狀、液體滴在吸墨紙、方糖、郵票狀紙片等傳遞物上或溶於飲料中；也可作成注射劑或雪茄，以供口服、抽吸或注射。目前台灣查獲的 LSD 多作成深褐色、類似沙狀的藥丸，故俗稱一粒沙。

5.危害性：

為最強烈的中樞神經迷幻劑，使用後 30 到 90 分鐘會發揮效果，約在 12 小時後才會消失藥效。其效果因人而異，與所用劑量、濫用者的人格、心情及週遭環境皆有關係。生理上會有瞳孔放大，體溫、心跳及血壓上升、口乾、震顫、噁心、嘔吐、頭痛等現象；情緒及心理上產生欣快感、判斷力混淆、失去方向感及脫離現實感、錯覺及幻覺，感覺異常，嚴重者還會出現焦慮、恐慌、胡言亂語、精神分裂症、自殘、自殺等暴力行為。若施用過量會導致抽搐、昏迷，甚至死亡。長時間施用會產生耐受性、心理及生理依賴性，並產生「倒敘現象」—即使已經很久沒有使用 LSD，但精神症狀或幻覺仍會不預警地隨時發生。許多濫用者係因判斷力混淆、幻覺及脫離現實感，因而對自身行為安全掉以輕心，造成意外傷害甚至死亡。

（三） Phencyclidine (PCP)

1.緣起：

PCP 於 1926 年首次合成，1950 年代開發作為麻醉之用，但隨後發現其會引起幻覺、躁動、胡言亂語、喪失方向感、精神分裂等副作用而逐漸被廢棄，並因其副作用會產生幻覺、欣快感而遭濫用，為歐美常見之濫用藥物。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：天使塵(Angel Dust)。

4.濫用方式：煙吸、直接鼻吸、口服。

5.危害性：

吸食過量會產生意識模糊、失去方向感、知覺異常、躁動、好鬥、暴力傾向、產生幻覺（尤其是視幻及聽幻）、胡言亂語，過量時甚會導致死亡。

（四） 西洛西賓 (Psilocybine)

1.緣起：

西洛西賓(Psilocybine)係由引起幻覺的蕈類(Hallucinogenic-Mushrooms)

所萃取，具迷幻、擬交感神經作用及類似麥角二乙胺(LSD)之效果。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：Shrooms、Mushies、Mexican Magic Mushrooms，魔菇(Magic Mushrooms)、幻菇。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

施用後，不良反應包括噁心、嘔吐、肌肉無力、呵欠、嗜睡、流淚、面潮紅、瞳孔放大、出汗、缺乏協調性等。魔菇的劑量很難控制，作用時間也不大相同，端視其種類、大小及成熟度而定。濫用大劑量會導致嚴重的幻覺，無法區分現實環境和幻覺，可能會誘發潛在的精神失常，出現歇斯底里和精神分裂的症狀。服用後作用起始時間大約在使用後 10-30 分鐘，大約維持 6 小時，在使用過後 2 星期至 3 個月後，有可能出現迷幻症狀重現的現象。

四、吸入性濫用物質

(一) N₂O (Nitrous Oxide)

1.緣起：

學名為一氧化二氮或氧化亞氮，在常溫常壓下為無色、無味氣體，於醫療使用上須與 O₂ 併用，但因本身的效力無法達到深度的手術麻醉，故一般僅用於手術前的麻醉誘導或牙科手術，若與其他麻醉藥併用，有加乘作用。

2.管制級別：未列為毒品或管制藥品管理，但施用者可依違反社會秩序維護法第 66 條，處 3 日以下拘留或新臺幣 1 萬 8 仟元以下罰鍰。另衛生福利部已將醫療用之氧化亞氮納入「醫用氣體」藥品管理。自 99 年 4 月 1 日起，未經核准擅自製造或輸入醫用氣體藥品者，依違反藥事法第 82 條規定，處 10 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 1 仟萬元以下罰金；販賣未經核准醫用

氣體者，則依違反藥事法第 83 條規定，處 7 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 5 佰萬元以下罰金。

3.俗稱：笑氣、吹氣球。

4.濫用方式：將裝有氧化亞氮的氣球放在鼻子前放氣吸入肺中。

5.危害性：

為短效的吸入性全身麻醉劑，吸入約 15 到 30 秒即可產生欣快感，並可持續 2 到 3 分鐘。氧化亞氮會使維生素 B₁₂ 合成及代謝有關的酵素失去活性，影響需維生素 B₁₂ 參與的正常生理功能。長期使用會產生末梢神經及脊髓病變，出現手麻、腳麻、無力走路、立體感完全喪失等症狀，或產生巨大型紅血球貧血症、嗜中性白血球及血小板過少等，並可能產生精神異常，如嗜睡、抑鬱或精神錯亂等。因醫療使用氧化亞氮時，都會加入 70%～80%的氧氣。而時下青少年施用時，常與酒精或其他藥物併用，容易有中毒危險，並造成嚴重身心傷害。

（二）強力膠或有機溶劑

1.緣起：

吸食強力膠及其他有機溶劑是國內青少年最常見濫用物質之一。強力膠中主要溶劑為甲苯，另常見的有機溶劑如汽油、打火機油、修正液、油漆稀釋劑、噴霧劑、抗凍劑、油污清除劑等，其所含溶劑依化學成份可分為芳香族烴如苯、甲苯、二甲苯等；脂肪族烴如正丁烷；鹵化烴如三氯乙炔、氯仿、氟氯化碳等；醚類如乙醚；酯類如乙酸乙酯；酮類如丙酮；醇類如甲醇、乙二醇等。

2.管制級別：未列入管制藥品及毒品管理，惟濫用者可依社會秩序維護法第 66 條處理：吸食或施打煙毒或麻醉藥品以外之迷幻物品者，依法處 3 日以下拘留或新臺幣 1 萬 8 仟元以下罰鍰。

3.俗稱：煉丹。

4.濫用方式：吸入。

5.危害性：

吸食數次後，施用者會有興奮、幻覺及欣快感，覺得飄飄然可幻想許多影像及聲音，且對外界刺激極為敏感，容易衝動而產生偏差之行為；有時伴有噁心、嘔吐，而後隨之而來的是中樞神經抑制作用，症狀包括眩暈、運動失調、頭昏眼花、說話不清、失去方向感等，倘吸食量繼續增加，則會產生幻覺、妄想、時空扭曲等症狀。

吸食者常將強力膠或有機溶劑裝於塑膠袋，再掩住口鼻吸入揮發氣體。在迷幻、意識不清的情形下，常因未將塑膠袋移開而窒息死亡，此外，有「吸入性猝死」案例報導，一般認為可能與急性吸入高濃度有機溶劑，引發心律不整，進而導致心臟衰竭所致。另可能因缺氧、痙攣、吸入嘔吐物或意外傷害而導致死亡。

長期使用有機溶劑會產生器官的傷害，如苯會產生骨髓傷害、免疫功能受損及增加罹患白血病風險，甲苯會導致認知障礙及肝、腎功能傷害，己烷會造成周邊神經病變，三氯乙烯會產生肝臟傷害、生殖系統併發症等，且也可能產生心理依賴及耐受性。吸食強力膠較少產生生理依賴及戒斷症狀，但心理依賴卻很常見。吸食者之辨識方法，可由其類似酒醉行為、呼吸、身體、衣物及待過環境中發現溶劑的味道，與長期使用者因塑膠袋口與嘴接觸易造成口鼻周圍紅疹。

（三）亞硝酸酯類（Nitrites）

1.緣起：

Nitrites 原用於治療心絞痛、氰化物中毒的輔助治療劑以及空間芳香劑。烷基亞硝酸酯類屬 Nitrites 的一種，因會釋出 Nitric Oxide (NO)，具有平滑肌鬆弛劑之作用。

2.管制級別：未列為毒品或管制藥品管理。

3.俗稱：

(1) Amyl Nitrite：Poppers。

(2) Butyl Nitrite 與 Isobutyl Nitrite：Rush。

4.濫用方式：吸入。

5.危害性：

常見的不良作用，包括頭暈、心悸、視力模糊、頭痛、嘔吐、鼻子灼傷、變性血紅素貧血症、低血壓、反射性心搏過速等。皮膚接觸時可能引起過敏和起疹子，或是出現如灼傷般的傷口，過度使用可能損壞鼻子和肺。近年來，男同性戀者有濫用揮發性亞硝酸酯類物質的情況，且施用後因不安全性行為，常成為罹患愛滋病和卡波西氏肉瘤(Kaposi's Sarcoma)的高危險群。

附錄二、新興影響精神物質(New Psychoactive Substances, NPS)及其毒害

市面上常使用‘Designer Drugs’, ‘Legal Highs’, ‘Herbal Highs’, ‘Bath Salts’, ‘Research Chemicals’, ‘Laboratory Reagents’等術語，稱呼新興影響精神物質，為更清楚界定，聯合國毒品暨犯罪辦公室(UNODC)使用 “New Psychoactive Substances (NPS)” 一詞，其係指未被 1961 年「麻醉藥品單一公約」或 1971 年「影響精神物質公約」所列管的物質，其濫用會造成公眾健康危害。所謂的“新”不一定是新發明，有些 NPS 是在 40 年多年前被首先合成，只是到近幾年才造成濫用，因此沒有被上述聯合國公約所列管。

常見 NPS 種類及常見之濫用藥物：

一、類大麻活性物質

1. 緣起：

K2 或 Spice 是摻有類大麻活性物質(化學結構類似四氫大麻酚化合物)的草葉類混合物。這些化合物包含 JWH-122、AM-2201、HU-210、HU-211、CP47,497、JWH-018、JWH-073、JWH-250、XLR-11 等。

JWH-018 及 JWH-073 為 1995 年 Clemson University 研究人員，John W. Huffman 所研發，主要用於 THC (Tetrahydrocannabinol)受體的研究，之後又研發一系列之 JWH 藥物。CP47,497 為 1980 年輝瑞製藥工廠研發製造，為一種止痛藥。HU-210 由以色列 Hebrew University 於 1988 年首次合成。均屬類大麻活性物質，其活性均遠較大麻所含之四氫大麻酚之效用為強。

2. 管制級別：第二至三級毒品與第二至三級管制藥品。

3. 俗稱：Bilss、Black Mamba、Bombay Blue、Fake Weed、Genie、Spice、Zoha。

4. 濫用方式：通常用煙吸，少數摻入茶葉內。

5. 危害性：

服用一定劑量 JWH-122、AM-2201、HU-210、CP47,497、JWH-018、

JWH-073 或 JWH-250 物質後，產生如服用大麻之作用，會造成焦慮、噁心、幻覺、妄想、心跳過速、情緒加劇、短期失憶、記憶受損、無方向感、意識混亂、狂躁、中度興奮、腦部認知功能改變、逐漸喪失協調性與專注力或昏迷之副作用，甚至會傷害呼吸系統，持續使用並會產生如同大麻之成癮性與戒斷症狀，此類物質及其代謝產物相對於天然大麻活性物質，具有更強且持久的藥效作用，增加導致成癮的危害與風險

二、合成卡西酮 (Synthetic Cathinones)

天然的卡西酮(Cathinones)存在於阿拉伯茶樹(Khat)葉片中，具有興奮作用，而「合成卡西酮」即為以合成方式產生的類卡西酮結構之類似物，俗稱為浴鹽，常見品項包含 Mephedrone(喵喵)、Methylone、MDPV、Ethylone 等，屬中樞神經興奮劑，毒性反應類似甲基安非他命及搖頭丸，主要危害之處在於會使濫用者產生幻覺、攻擊性、甚至暴力及自殘行為。且合成卡西酮類具強烈成癮性，若停止使用會產生憂鬱、焦躁、顫抖、睡眠障礙、妄想等症狀，導致強烈的渴藥心理。

(一) 4-甲基甲基卡西酮 (Mephedrone)

1.緣起：

Mephedrone 之化學名為 4-Methylmethcathinone (簡稱 4-MMC)，屬於合成卡西酮類物質，具中樞神經興奮作用，施用後會產生類似甲基安非他命與 MDMA 的效果，1929 年首次被合成出，2007 年開始在以色列、澳洲、英國等國家被嚴重濫用，2010 年四月中旬，英國已將其列為 B 級管制，亦被多國列為管制藥物。在 2010 年，國內開始發現 Mephedrone 的蹤跡，同年 5 月造成 1 名 17 歲少女使用後暴斃的案例。我國亦於 2010 年將其列管。

2.管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3.俗稱：喵喵(Meow Meow)，因為施用者常與愷他命併用，用來緩和 Mephedrone 藥效消失後所產生的副作用。而愷他命被稱為 Ket，與 Cat 發

音相同。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

合成卡西酮類物質皆會產生類似安非他命之擬交感神經作用 (Sympathomimetic Effects)，包含心悸、血壓升高及精神症狀。

根據 Darlington Drug and Alcohol Action Team 的報告指出，Mephedrone 會出現下列副作用：

(1)呼吸系統：嚴重鼻出血、鼻灼熱感、呼吸困難。

(2)心臟血管問題：心臟病發作、嚴重的血管收縮、血壓上升、心悸、心律不整、潮紅、胸痛、多汗、四肢冰冷。

(3)精神症狀：幻覺、妄想、錯覺、焦慮、憂鬱、激動不安、興奮。

(4)神經系統問題：短期記憶喪失、記憶力不集中、瞳孔放大。

(5)肌肉骨骼系統問題：痙攣或抽蓄、牙關緊閉、磨牙。

依據國外資料顯示，Mephedrone 目前已造成多起死亡個案。有 1 名英國女孩吃了 1 顆混有愷他命與 Mephedrone 的藥物，數小時後不幸身亡；另有 1 名英國男性使用後 18 個小時，開始出現幻覺，認為有蟲在身上爬並且不斷啃咬，最後竟把睪丸扯下，導致大出血。

(二) Methylone

1. 緣起：

Methylone 屬於卡西酮(Cathinone)類之中樞神經興奮劑。為 1996 年 Nick Wald and Adam Fantoma 研發合成。

2. 管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3. 俗稱：bk-MDMA、M1。

4. 濫用方式：口服。

5. 危害性：

Methylone 作用與 MDMA 或甲基卡西酮(Methcathinone)類似，無醫療用途，服用一定劑量後，即會產生瞳孔放大、興奮、過度流汗、坐立不安、喋喋不休、牙關緊閉、磨牙、厭食、噁心及嘔吐等副作用，並且亦會造成焦慮、現實脫離感、短期記憶缺損、精神病、幻覺、自殺意念等心理副作用。

(三) MDPV (3,4-Methylenedioxypropylone)

1.緣起：

近來出現以「浴鹽」為名稱之非法藥物，此種「浴鹽」含有多種合成卡西酮類成分，而 MDPV，即為「浴鹽」之主要成分，在 1969 年合成出來，為選擇性多巴胺與正腎上腺素回收抑制劑，抑制多巴胺與正腎上腺素的回收來提高這兩種神經傳導物質的濃度，達到興奮與提神效果，其作用與 MDMA、甲基安非他命等中樞神經興奮劑相似，現以白色或褐色的結晶狀或粉末狀呈現，由於易溶於水，故也常被以注射方式使用。長期使用會有耐受性，極容易成癮，目前已被列管。

2.管制級別：第二級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：浴鹽。

4.濫用方式：吸食（鼻吸）、口服、注射。

5.危害性：

其濫用在生理方面影響內分泌及心血管的功能，如心跳加快、高血壓、血管收縮、心律不整、體溫上升、出汗、瞳孔擴張、痙攣、中風、腦水腫、呼吸困難、心肌梗塞甚至死亡，在精神方面則會產生恐慌症、焦慮、躁動、妄想、幻想、攻擊性行為、自殘、自殺、失眠、厭食等症狀，長期使用產生骨骼肌分解、腎衰竭、甚至致死。

(四) Ethylone (3,4-Methylenedioxy-N-ethylcathinone)

1.緣起：

Ethylone 係合成卡西酮類物質，為 Methylone 的乙基衍生物，美國於 2011 年開始接獲 Ethylone 濫用案例之通報，截至 2013 年通報 105 件 Ethylone 濫用案件，我國亦於 2015 年將其納入列管。

2.管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3.俗稱：bk-MDEA

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

Ethylone 藥理活性與 3,4-亞甲基雙氧-N-乙基安非他命(MDEA)相似，推測成癮風險應較 MDEA 為高，目前有關 Ethylone 相關毒性、副作用、成癮依賴性尚無完整資料，但如同其他合成卡西酮類物質，濫用危害包含精神、心血管及神經系統症狀，如躁動、精神疾病症狀、攻擊性、心率增加、心悸、血管收縮、胸痛、癲癇及頭痛等情形。

(五) 4-氟甲基卡西酮 (4-Fluoromethcathinone)

1.緣起：

4-氟甲基卡西酮是卡西酮(Cathinone)類藥物，大多以白色粉末型態呈現，2008 年在部分歐洲國家開始合法販賣，主要販賣給研究單位做為實驗之用，但亦有流為個人濫用。

2.管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3.俗稱：4-FMC、Flephedrone。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬於中樞神經興奮劑，其藥理活性與第三級毒品 4-甲基甲基卡西酮相似，無任何醫療用途。目前有關 4-FMC 相關毒性、副作用、成癮依賴性尚無完整資料，一般預期會有體溫過高、抽搐等典型症狀。而少數使用者分享吸食經驗，認為施用 4-FMC 後身體有口乾舌燥、肌肉僵硬、四肢麻木、

心率增加、心悸、緊張等情形。

三、愷他命 (Ketamine)

1. 緣起：

愷他命為非巴比妥鹽類的麻醉、止痛劑，與 PCP (Phencycline)同屬芳基環己胺類結構，由 1962 年 Calvin Stevens 首度合成。用於人或動物麻醉之一種速效、全身性麻醉劑，會使病人產生與現實環境解離(dissociative)的麻醉作用。

因愷他命在美國逐漸嚴重被濫用，美國於 1999 年 8 月 12 日將之列入第三級管制物質管理。國內愷他命自 95 年起，即躍居緝獲毒品量之第一名。

2. 管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3. 俗稱：K 仔、Special K 或 K。

4. 濫用方式：口服、鼻吸、煙吸及注射。

5. 危害性：

使用愷他命較常見之副作用，包括心搏過速、血壓上升、震顫、肌肉緊張而呈強直性、陣攣性運動等。

愷他命藥效約可維持 1 小時，但影響吸食者感覺、協調及判斷力則可長達 16 至 24 小時，會使專注力、學習及記憶力受損，並可產生幻覺、錯亂、意識模糊、噁心、嘔吐、複視、視覺模糊、影像扭曲、暫發性失憶及身體失去平衡等症狀。長期使用會產生耐受性及心理依賴性，造成強迫性使用，且不易戒除。

最近研究顯示濫用愷他命，會罹患慢性間質性膀胱炎，使膀胱壁纖維化增厚，容量變小，產生頻尿、尿急、小便疼痛、血尿、下腹部疼痛等症狀，嚴重者甚至會出現尿量減少、水腫等腎功能不全的症狀，甚至須進行膀胱重建手術。

四、苯乙胺類 (Phenethylamines)

包含化學結構與安非他命、甲基安非他命類似的衍生物質亦包含化學結構類似搖頭丸(MDMA) 的 Methylenedioxyphenethylamines 衍生物質，有些經過結構修改的化合物，會產生強而有效的迷幻作用。

對-甲氧基甲基安非他命 (PMMA)

1.緣起：

對-甲氧基甲基安非他命 (Para-methoxymethamphetamine、PMMA)

於 1938 年首次被合成出來，常以「Ecstasy 替代品」的名義被販售。

2.管制級別：第三級毒品與第二級管制藥品。

3.俗稱：另類搖頭丸

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

PMMA 結構類似 MDMA，毒性卻更甚，於歐洲、亞洲、澳洲等地曾造成約 50 起濫用死亡案例的紀錄，故亦得到”Death”的俗名，目前有關 PMMA 的瞭解尚不完全，案例顯示常見不良反應包含躁動、幻覺、昏迷、抽搐、體溫過高、橫紋肌溶解、呼吸衰竭、心律不整等，甚至致死。

五、Piperazines (哌嗪類)

三氟甲苯哌嗪 (Trifluoromethylphenylpiperazine)

1.緣起：

三氟甲苯哌嗪為哌嗪類(PIPERAZINE)新興化學合成物，屬於中樞神經系統興奮劑，使用哌嗪類藥物會有中樞興奮及迷幻作用，TFMPP 興奮作用與 MDMA 相似，高劑量下亦會產生致幻效果，三氟甲苯哌嗪與 MDMA 相同濃度下，其強度約為 MDMA 的三分之一。若合併苺基哌嗪(BZP)及 TFMPP，則有加成作用效果與 MDMA 的作用相當。

2.管制級別：第三級毒品與第三級管制藥品。

3.俗稱：TFMPP、Molly。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬於中樞神經興奮劑，合併使用 BZP 與 TFMPP 會產生失眠、頭痛、噁心，而造成的心理方面不良反應包括暴躁、困惑、焦慮、憂鬱、偏執和幻聽。當合併 BZP、TFMPP 與酒精後，頭痛、噁心、暴躁等副作用常更明顯。

六、Plant-based substances (植物性成癮物質)

Khat

1.緣起：

Khat 為一種原產於非洲東部和阿拉伯半島的植物，咀嚼葉片會釋放出 Cathinone 和 Cathine 成分，13 世紀時即有醫師為士兵處方 Khat，用以降低其疲勞，至 14 世紀即開始有以休閒為目的而使用 Khat。

2.管制級別：成分為 Cathinone 和 Cathine，列為第二至三級毒品與第二至三級管制藥品。

3.俗稱：Abyssinian tea、Qat、Gat、Chat

4.濫用方式：咀嚼葉片。

5.危害性：

Khat 的主要成分 Cathinone 屬於中樞神經興奮劑，其藥物作用與副作用與安非他命類藥物非常類似，在精神方面會產生興奮、欣快感、幻覺、妄想及焦慮等症狀，在行為方面為有過度躁動的行為，生理影響尚有心跳加速、血壓上升、呼吸急促、多話、狂笑、便秘、食慾降低、散瞳、體溫上升等，且具有心理依賴性，醫學研究報告指出，長期使用 Khat 會導致精神疾病及腦部病變。

七、其他物質

5-甲氧基-N,N-二異丙基色胺（5-MeO-DIPT）

1.緣起：

5-MeO-DIPT 屬色胺類（Tryptamine）物質，合成類的色胺類物質約於 1990 年代非法出現於市場，具有幻覺效果。無醫療用途。

2.管制級別：第四級毒品與第四級管制藥品。

3.俗稱：火狐狸。

4.濫用方式：口服。

5.危害性：

屬中樞神經迷幻劑，其副作用包括使瞳孔放大、噁心、嘔吐、視覺及聽覺扭曲、腹瀉等症狀，使用過量具致命危險。文獻記載，一名 29 歲男子為尋找性樂趣而使用 5-MeO-DIPT，導致急性心臟衰竭死亡。驗屍結果顯示，該名男子的心臟和肝臟呈現動脈炎、心肌局部缺血、白血球增多及肺部充血等現象。另有多數案例亦證實 5-MeO-DIPT 具有顯著之毒性。5-MeO-DIPT 在國外常被當做俱樂部藥物，因其潛藏之致命危險性，德國、美國與新加坡等國家分別於 1999 年、2003 年及 2006 年將 5-MeO-DIPT 列為第一級管制物質；此外，希臘、丹麥、瑞典及日本亦陸續將其列為管制物質。

(資料來源： 2014 物質濫用：物質濫用之防制、危害、戒治一書及 National Institute on Drug Abuse 網站；另相關圖片檔，請至反毒資源館

<http://consumer.fda.gov.tw/AntiPoison/List.aspx?code=6010&nodeID=374> 查詢)



反毒資源館

附錄三、常見濫用藥物及其行為之法律效果

分級	第一級毒品	第二級毒品	第三級毒品	第四級毒品
常見濫用藥物	1.Heroin (海洛因) 2.Morphine (嗎啡) 3.Opium (鴉片) 4.Cocaine (古柯鹼)	1.Amphetamine (安非他命) 2.MDMA (搖頭丸) 3.Marijuana (大麻) 4.LSD (搖腳丸) 5.Psilocybine (西洛西賓) 6.MDPV (浴鹽)	1.Flunitrazepam (FM2) 2.Ketamine (愷他命) 3.Nimetazepam (一粒眠) 4.Mephedrone (喵喵) 5.PCA (對-氯安非他命) 6.類大麻活性物質 JWH-018、 JWH-073、 JWH-122、 JWH-250、 HU-210、 CP47,497、 AM-2201 等 7.Methylone 8.Ethylone	1.Alprazolam (蝴蝶片) 2.Diazepam (煩寧) 3.Lorazepam 4.5-Meo-DIPT (火狐狸) 5.Tramadol (特拉嗎竇) 6.Zolpidem (佐沛眠)
違法行為				
1.製造、運輸、販賣	死刑或無期徒刑 (2,000 萬元以下)	無期徒刑或 7 年以上有期徒刑 (1,000 萬元以下)	7 年以上有期徒刑 (700 萬元以下)	5 年以上 12 年以下有期徒刑 (300 萬元以下)
2.意圖販賣而持有	無期徒刑或 10 年以上有期徒刑 (700 萬元以下)	5 年以上有期徒刑 (500 萬元以下)	3 年以上 10 年以下有期徒刑 (300 萬元以下)	1 年以上 7 年以下有期徒刑 (100 萬元以下)

分級	第一級毒品	第二級毒品	第三級毒品	第四級毒品
3.強暴、脅迫、欺瞞或其他非法之方法使人施用	死刑、無期徒刑或 10 年以上有期徒刑（1,000 萬元以下）	無期徒刑或 7 年以上有期徒刑（700 萬元以下）	5 年以上有期徒刑（500 萬元以下）	3 年以上 10 年以下有期徒刑（300 萬元以下）
4.引誘他人施用	3 年以上 10 年以下有期徒刑（300 萬元以下）	1 年以上 7 年以下有期徒刑（100 萬元以下）	6 月以上 5 年以下有期徒刑（70 萬元以下）	3 年以下有期徒刑（50 萬元以下）
5.轉讓	1 年以上 7 年以下有期徒刑（100 萬元以下）	6 月以上 5 年以下有期徒刑（70 萬元以下）	3 年以下有期徒刑（30 萬元以下）	1 年以下有期徒刑（10 萬元以下）
6.施用	6 月以上 5 年以下有期徒刑	3 年以下有期徒刑	2 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並接受 6 小時以上 8 小時以下之毒品危害講習	1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並接受 4 小時以上 6 小時以下之毒品危害講習
7.持有	3 年以下有期徒刑、拘役或（5 萬元以下）	2 年以下有期徒刑、拘役或（3 萬元以下）	2 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並接受 6 小時以上 8 小時以下之毒品危害講習	1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並接受 4 小時以上 6 小時以下之毒品危害講習
	純質淨重達 10 公克以上 1 年以上 7 年以下有期徒刑（100 萬元以下）	純質淨重達 20 公克以上 6 月以上 5 年以下有期徒刑（70 萬元以下）	純質淨重達 20 公克以上 3 年以下有期徒刑（30 萬元以下）	純質淨重達 20 公克以上 1 年以下有期徒刑（10 萬元以下）

註：依據 104 年 2 月 4 日公布修正毒品危害防制條例修訂；另有關施用及持有第三、第四級毒品之裁罰基準及毒品危害講習之方式、內容、時機、時數、執行單位等事項，係依據 98 年 11 月 19 日公布之「毒品危害事件統一裁罰基準及講習辦法」。

附錄四、藥物名稱與俗稱對照表

英文品名	中文品名	俗稱	級數 [※]
Alprazolam	阿普唑他	蝴蝶片、藍色小精靈	第四級
Amobarbital	異戊巴比妥	青發	第三級
Cocaine	古柯鹼	Coca、Coke、快克(Crack)、Flake、Snow 與 Soda Cot	第一級
Cannabis、Marijuana、Marihuana	大麻	老鼠尾巴(捲成香菸狀的大麻)或飯	第二級
Diazepam	安定(二氮平)	煩寧、凡林	第四級
Flunitrazepam	氟硝西洋	FM2、十字架	第三級
Gamma Hydroxybutyric Acid、GHB	伽瑪羥基丁酸	液態搖頭丸、G 水、Liquid Ecstasy、Georgia Home Boy	第二級
Heroin	海洛因	白粉、四號	第一級
Ketamine	愷他命	K 仔、Special K、K	第三級
Lysergic acid diethylamide、LSD	麥角二乙胺	搖腳丸、一粒沙、ELISA、加州陽光、白色閃光、Acid、Broomer、方糖	第二級
Mephedrone、4-MMC	4-甲基甲基卡西酮	喵喵、Meow Meow	第三級
Methamphetamine	甲基安非他命	安公子、安仔、冰糖、冰塊、鹽、Speed、糖果、冰毒。	第二級
Methaqualone	甲喹酮	白板	第二級
4-Methoxyamphetamine、PMA	4-甲氧基安非他命	Chicken Yellow、Chicken Powder	第二級
5-MeO-DIPT	5-甲氧基-N,N-二異丙基色胺	Foxy、火狐狸	第四級

英文品名	中文品名	俗稱	級數※
3,4-Methylenedioxy-amphetamine、MDA	3,4-亞甲基雙氧安非他命	Love Drug、Mellow Drug of America	第二級
3,4-Methylenedioxy-methamphetamine、MDMA	3,4-亞甲基雙氧甲基安非他命	搖頭丸、Ecstasy、E、XTC、M、AKA、忘我、亞當、狂喜、綠蝴蝶	第二級
3,4-Methylenedioxy-N-ethylamphetamine、MDE、MDEA	3,4-亞甲基雙氧-N-乙基安非他命	夏娃、EVA	第二級
Methylphenidate	派醋甲酯	利他能	第三級
Mifepristone	美服培酮	RU486	第四級
Nimetazepam	硝甲西洋(硝甲氮平)	一粒眠、K5、紅5、紅豆	第三級
Phencyclidine、PCP	苯環利定	天使塵	第二級
Pentazocine	潘他唑新	速賜康、孫悟空	第二級
Secobarbital	西可巴比妥	紅中	第三級
Triazolam	三唑他(三唑倫)	小白板	第三級
3,4-Methylenedioxypyrovalerone、MDPV	3,4-亞甲基雙氧焦二異丁基酮	浴鹽	第二級

※指管制藥品之級數

附錄五、藥物濫用者常用之術語

術語（黑話）	意義
嗑藥、克藥	泛指藥物濫用
燕窩	FM2 與白板之混合物
螞蟻蛋	指純度高之毒品
打管、走水路	指從血管注射毒品
開桶	從鼠蹊部注射毒品
藥仔頭、雞仔（台語）	販毒者
茫（台語）	吸食毒品後恍惚、神智不清
摔（台語）	毒癮發作之痛苦症狀
熬生柴	戒斷時痙攣之痛苦
啼（台語）	指鴉片類之戒斷症狀，如流淚、打呵欠
拔筋（台語）	指吸食過量導致抽搐、休克或死亡
拉 K	以鼻吸食 K 他命
追龍	將白粉至於錫紙上，下面火燒，吸食散發的氣體

附錄六、販毒手法

術語（黑話）	涵義
面交	一面交錢一手交貨
運轉手	車手送貨
遊車河	藥腳上藥頭的車後，車在路上亂繞，於車上交易
門徒	車手到特定地點，換開放有毒品和手機的租用車，藥腳再打電話約地點交易
車靠車	藥頭、藥腳各自開車到約定地點，併排，搖下車窗交易
黃色小巴	由毒蟲司機開小黃偽裝攬客，載藥腳上車交易
路會拾遺	雙方不碰面，藥頭收錢後，把毒品棄置路旁，電告藥腳拾取
海角七號	雙方不碰面，把毒品放入信箱或置物櫃，電告藥腳取貨放錢
拈花惹草	雙方不碰面，把毒品在盆栽下，藥腳自行取貨
高鐵特快車	搭高鐵運毒，在高鐵站附近交易
辣妹陪搖	藥頭開傳播公司，派辣妹吸毒陪搖
黑色豪門企業	首腦不出面，企業化經營，車手分三班制全天送貨

資料來源：臺灣臺中地方法院檢察署

附錄七、辨識飲料是否被摻加毒品及避免受害方法

一、飲料是否被摻加毒品，極難從肉眼觀察或憑其味道或氣味來判斷：

近來被濫用之毒品如 MDMA、FM2、蝴蝶片等多為化學藥物，這些藥物僅需極少量即可產生作用，部分藥物如 FM2，因溶於水中無色、無味，故被摻加於飲料中極不易被察覺，而即使具有苦味或特殊味道之藥品，因其藥量極少，若被摻加於深色且具濃烈味道之飲料中（如咖啡、深色雞尾酒等），甚至以毒咖啡包、毒奶茶包等偽裝方式，掩飾藥品本身之味道或顏色而使飲用者掉以輕心，且目前這類毒品多濫用於 PUB、KTV 等燈光黯淡之特定場所，亦是導致從肉眼辨識困難之因素。

二、如何提高警覺避免受害？

(一)遠離是非場所：

「103 年全國物質使用調查」發現，取得濫用藥物來源主要集中在特定場所（網咖、PUB、MTV、KTV、舞廳、撞球場、電影院等），販毒者往往在這些場所設下陷阱誘人吸食或施打毒品。

(二)提高警覺，不隨意接受陌生人的飲料、香菸：

1. 毒品通常經由毒販設陷傳送，如將海洛因、愷他命摻入香菸、FM2 加入飲料等方式誘人使用，在不熟悉的場所中，特別要提高警覺。
2. 如去應徵工作、到陌生場合、到不熟的人家作客，不喝別人倒好的飲料。要喝，也只喝尚未開封且自己親手打開飲料。
3. 如在 PUB，不接受別人請你的、拿給你的，或幫你打開的飲料。如是向吧台買飲料，應全程看著工作人員打開、倒入杯中，並親自遞到你手中。此外，絕不能讓你的飲料離開視線，亦不要請別人幫你看飲料。
4. 儘可能點有蓋、密封的飲料：雞尾酒等廣口杯裝飲料是最容易被下手的飲料，亦最不易被察覺有異，宜選擇密封瓶裝之透明飲料（如礦泉

水、汽水)，且飲用前檢視整個外包裝是否完整、有無細縫、滲漏或漏氣。

5. 毒品變裝千奇百怪，換裝不換藥，毒販將內含 MDMA、K 他命粉末及咖啡顆粒混合物的即溶咖啡包，或是將 K 他命裝在飲品、茶包袋內魚目混珠販賣。年輕族群或經常出入特定場所之民眾，更要提高警覺，注意自身的安全，拒絕來路不明的藥物、咖啡包、茶包或試喝包，避免掉入新興毒品之陷阱，以免花錢傷身又受罰。

(三)特別小心朋友的朋友，即使是熟識的朋友或女孩亦不可掉以輕心：

利用 FM2 得逞的強暴案，最常發生在認識的人之間，許多案例中，加害者都是一群人下手，其中有熟悉的，也有不熟悉的人，熟悉的人容易使人放鬆戒心，而許多犯罪正是在被害人放鬆戒備的時候得逞。

(四)把握時間：

FM2 服用後約 20 到 30 分鐘後產生作用，若摻於酒類飲料，作用可能更快、更強。如發現有異，應把握時間儘快離開現場，並向可靠的人求助。

附錄八、檢驗疑似吸毒的尿液及毒品機構

一、依據「毒品危害防制條例」第 33-1 條規定，衛生福利部制定並公布「濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法」、「濫用藥物尿液檢驗作業準則」及「政府機關濫用藥物尿液檢驗實驗室設置標準」等相關規範，執行濫用藥物尿液檢驗機構認可業務之實地評鑑及舉辦績效測試。衛生福利部認可濫用藥物尿液檢驗機構、取得認證項目及認證現況，如下表。

此外，行政院於 95 年推動「行政院衛生署協助毒品檢驗實施計畫」，責由法務部與前行政院衛生署（102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）共同合作，規劃由公立醫療院所協助執行 1 公克以下之毒品定性案件之檢驗。目前協助毒品檢驗之機構包括高雄市立凱旋醫院、台北榮民總醫院、交通部民航局航空醫務中心、衛生福利部草屯療養院等機構。

衛生福利部認可濫用藥物尿液檢驗機構名單(1050630 版)

機構名稱	電話	機構地址	認可項目	認可字號
台灣檢驗科技股份有限公司濫用藥物台北實驗室	(02)229 93279 轉 7161	新北市五股區新北產業園區五工路 136 之 1 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0001 號
台灣尖端先進生技醫藥股份有限公司	(02)269 26222 轉 419	新北市汐止區康寧街 169 巷 25 號 4 樓	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0002 號
臺北榮民總醫院	(02)287 57525 轉 805	台北市石牌路二段 322 號 (致德樓 5 樓)	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0003 號
慈濟大學濫用藥物檢驗中心	(03)856 1635	花蓮市中央路三段 701 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0004 號

機構名稱	電話	機構地址	認可項目	認可字號
長榮大學毒物研究中心	(06)278 5123 轉 1665	台南市歸仁區長大路 1 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0005 號
詮昕科技股份有限公司	(04)263 38389	台中市龍井區遠東街 60 號 1 樓	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0006 號
台灣檢驗科技股份有限公司濫用藥物高雄實驗室	(07)301 2121 轉 3300	高雄市楠梓加工出口區開發路 61 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0008 號
中山醫學大學附設醫院	04-2473 9595 轉 32255	台中市南區建國北路一段 110 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0009 號
交通部民用航空局航空醫務中心	(02)254 56700 轉 266	台北市松山區敦化北路 340 號之 9 (3 樓)	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸	管藥認可字第 0010 號
三軍總醫院臨床病理科臨床毒藥物檢驗室（僅受理軍方檢體）	(02)879 23311 轉 17279	台北市內湖區成功路二段 325 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0011 號
高雄醫學大學附設中和紀念醫院（檢驗醫學部毒物室）	(07)312 1101 轉 7251	高雄市三民區十全一路 100 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0012 號
高雄市立凱旋醫院	(07)751 3171 轉 2218	高雄市苓雅區凱旋二路 130 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0013 號

機構名稱	電話	機構地址	認可項目	認可字號
正修科技大學	(07)731 0606 轉 2620	高雄市烏松區澄清路 840 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3.大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4.愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	管藥認可字第 0014 號
台灣檢驗科技股份有限公司濫用藥物台中實驗室	(04)235 91515 轉 1506	台中市西屯區工業區十四路 9 號	1.海洛因、鴉片代謝物：嗎啡及可待因 2.安非他命類藥物：安非他命、甲基安非他命、MDMA及MDA 3. 大麻代謝物：四氫大麻酚-9-甲酸 4. 愷他命代謝物：愷他命、去甲基愷他命	A0015

二、濫用藥物尿液檢驗使用何種方法？

濫用藥物尿液檢驗分初步檢驗及確認檢驗。初步檢驗為採用免疫學方法，以剔除呈陰性反應檢體之檢驗；確認檢驗則為用於確定經初步檢驗結果疑似含有某特定藥物或代謝物之檢驗。為保證檢驗之可信度及準確度，確認檢驗應採用與初步檢驗不同原理之氣相層析質譜分析(Gas Chromatography–Mass Spectrometry；GC-MS)。

三、毒品之辨識，需經科學檢驗方法才能做初步鑑定或確認：

目前國內警調機關會使用濫用藥物尿液檢驗快速檢驗試劑，初步篩檢安非他命類及鴉片類、苯二氮平類安眠鎮靜劑（如 FM2）及愷他命等毒品成分，惟確實成分仍須送濫用藥物檢測實驗室用更精密儀器分析作確認。

由於簡易檢測之濫用藥物尿液檢驗快速檢驗試劑，能檢測之毒品種類有限，而目前被濫用的毒品種類極為多樣化，故檢測結果僅能作為參考，而檢測結果若為陰性，並不代表沒有被摻加其他毒品之可能。

四、簡易檢測試劑之操作步驟及判讀結果的方法，請參考以下範例。

範例：

◆ 操作步驟

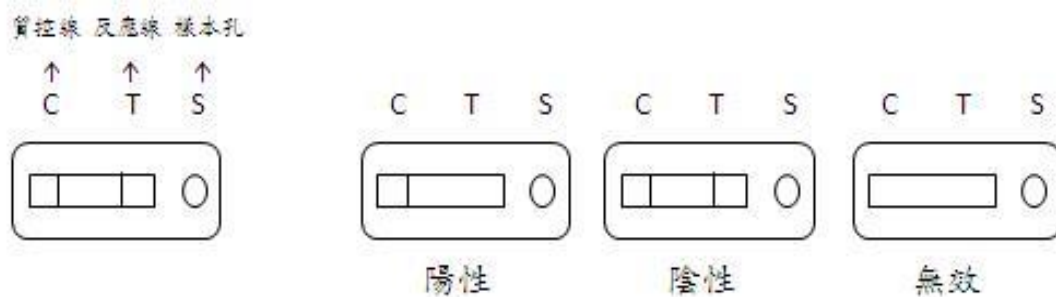
- (1). 將試劑卡從密封鋁箔袋取出，水平放置於實驗台上（如從冰箱取出的試劑卡，需平衡至

室溫才能從密封鋁箔袋取出使用，否則影響實驗結果)。

(2). 內附之吸管吸取 2-3 滴尿液樣本 (50-80 μL)，慢慢加入樣本孔中。

(3). 5 分鐘內觀察結果。

◆ 結果判讀



1. 陽性結果：試劑卡的反應區內只出現一條紅色質控線。

2. 陰性結果：試劑卡的反應區分別出現質控線和反應線兩條紅線。

3. 無效結果：試劑卡的反應區未出現任何紅線，需重新實驗。

◆ 注意事項

1. 採用人體尿液為樣本，定性檢測藥物或其代謝物。
2. 尿液樣本不能即時實驗可存放在攝氏 2-8 度冰箱中，保存 2 天。
3. 5 分鐘內判定結果，5 分鐘後結果無實驗意義。
4. 密封鋁箔袋受損或試劑卡受潮後不能使用。

附錄九、藥物濫用與愛滋病

我國自 73 年通報第 1 例愛滋病感染者，一直以來的愛滋病傳染途徑有 9 成是經由性行為傳染，毒品施用者因共用針具注射行為造成愛滋病的感染個案，長久以來皆為個位數，整體疫情實獲得一定的控制。自 77 年至 93 年總計毒癮者感染人數為 748 人（其中來自監所 502 人，約占 67.1%），到 94 年更突破百位數高達 2,269 人（其中來自監所 1,478 人，約占 65.1%），顯示毒品施用者感染愛滋病毒的疫情逐漸飆升，我國愛滋病疫情恐將面臨從毒品施用者快速擴散到一般大眾群體的爆炸性成長。殷鑑不遠，亞洲的泰國、印度、緬甸和越南的愛滋病疫情就是從毒品施用者快速擴散到一般大眾群體的例子。故為達到愛滋病防治及減少藥物濫用造成的傷害，積極推展藥物濫用防制已是刻不容緩的工作。

國內自 95 年開始辦理替代療法，注射藥癮者（不含搖頭族）感染愛滋人數由 94 年 2,420 例至 104 年間人數各均小於 100 例。另依健保署資料顯示，愛滋病毒感染者之健保支出，在住院治療（12%）部分，每人每年約為 33 萬 5,000 元，在門診治療（88%）部分，每人每年約為 15 萬元，合計接受規則醫療後所提升之平均餘命、降低之社會福利支出等，每名感染者所增加醫療及社會成本將逾 1 千萬元以上，相較於推動替代療法所減少之愛滋藥癮感染人數，其節省之醫療費用支出，顯而易見。

另根據疾病管制署統計資料顯示，100 年發生的三起藥物濫用性派對參加成員愛滋病毒陽性率分別為 30.4%、55.6%及 60%、梅毒陽性率分別為 33.7%、33.3%及 40%，整體性病（愛滋病毒或梅毒）陽性率（分別為 50%、63%及 80%）及毒品使用陽性率（分別為 57.6%、48.1%及 100%）皆很高。由於此類派對常常結合了「性」與「藥物」，大部份人在藥物使用後會感到十分 High，在自制力及防衛力下降，加上情境作用，彼此容易發生性關係，且泰半未能有效採行安全性行為，如有集體性狂歡狀況，極易於性行為過程或共用針器施打毒品而感染愛滋病毒。根據美國 UCLA 大學教授（Dr. Gayle Baldwin）研究顯示：毒品中的古柯鹼會加

速愛滋病毒在細胞中的傳播速度，使病毒量大增，破壞免疫細胞，加速病程惡化，而且可能增加愛滋的傳播速率。因此參加藥物濫用性派對，也等於在分享傳播愛滋病毒，無疑是拿自己的健康開玩笑。

根據疾管署統計資料顯示，截至104年底止，本國籍愛滋感染者累計為31,036人，其中15-24歲感染者共7,213人（占全年齡層23.24 %），依危險因子統計分析，其中男男間性行為占76.91 %，而男男間性行為者濫用藥物之趨勢亦增，部分感染之傳染途徑與合併使用成癮藥物或網路交友導致不安全性行為有關。現今曾有發生藥頭為了販賣毒品而在網路上號召舉辦轟趴派對之案例，藉此大賺黑心錢，這種網路轟趴派對潛藏著許多危機。

此外，共用針頭、針筒或稀釋液注射毒品，極易經由血液直接傳播愛滋病、B、C 肝炎等多種傳染性疾病。為了減少藥物濫用造成的傷害，及保護自身的健康，應勇於拒絕毒品，避免共用注射針具與稀釋液及從事危險性行為。藥物濫用與愛滋防制議題，實為息息相關，有效宣導藥物濫用危害及安全性行為，並共同防制實為目前重要目標。

前言

愷他命在我國目前被列為第三級毒品及管制藥品。但在非醫療用途上，愷他命被濫用的情形有日益增加的趨勢，對心理、生理及社會等各層面可能造成的危害，不容忽視。本手冊的內容分成六個主題，分別為愷他命之介紹、濫用與危害、評估、急性中毒處理、藥物治療與社會心理治療，目的在針對愷他命濫用及成癮現象，提供臨床上評估與處置的建議，適合藥癮治療相關領域的工作人員參考。

本手冊是以實證醫學為基礎，匯集文獻回顧、專家建議與臨床經驗撰寫而成，然而愷他命屬於新興之濫用藥物，目前相關臨床證據仍十分缺乏，國外關於愷他命濫用的治療準則尚付之闕如；故本手冊旨在提供在一般性的治療建議，而非具有堅實證據的治療指引。臨床工作者宜時時更新相關知識，俾能於臨床工作上收最大之效益。

第一節、愷他命之介紹

一、化學性質

愷他命或稱氯胺酮(ketamine)，日常所見的愷他命的主要成份是鹽酸愷他命，為 $C_{13}H_{16}ClNO \cdot HCl$ ，分子量是 274.19。熔點為 262-263 度。結構式類似 phencyclidine(PCP)。基本型態為 $C_{13}H_{17}Cl_2NO$ 2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone，分子量是 237.73。鹽酸愷他命在常溫常壓之下呈白色結晶固體，pKa 為 7.5。脂溶性是是 thiopentone 的十倍。熔點為 92-93 度、不燃性。pH 值 3.5~5.5，水溶液呈酸性。市場上可以取得的注射用藥物愷他命的主要成分是鹽酸愷他命之消旋混合物的溶液。

二、藥理作用

對中樞神經系統的作用

藥理作用主要是解離性麻醉作用。在物質濫用的分類上則屬於中樞神經抑制

劑。愷他命結合到 N-methyl-D-aspartate (NMDA)受器的 PCP 結合位置，可以在離子通道阻斷離子進入細胞膜。因此愷他命是 NMDA 受器的非競爭性拮抗劑。NMDA 受器的作用劑則是興奮性的胺基酸麩氨酸(glutamic acid)、天門冬氨酸(aspartic acid)與甘胺酸(glycine)。NMDA 受器與脊椎、視丘與腦皮質的感覺輸入有關。愷他命因此預期會阻斷或干擾中樞神經系統的感覺輸入，相關的情緒反應、記憶與學習也有關係。

此外，透過競爭性與非競爭性的 NMDA 受體拮抗作用，NMDA 受體拮抗劑可以避免老鼠嗎啡依賴，且避免產生生理依賴。且愷他命在依核(nucleus accumbens)的作用可以壓抑嗎啡戒斷症狀，而不會影響運動功能。有些愷他命的作用可能會影響兒茶酚胺激素(catecholamine)系統，特別是促進多巴胺(dopamine)活性。此作用可能導致愷他命的溢樂、成癮與精神症狀之產生。此外，愷他命透過 α - and β -adrenergic receptors 受體的作用劑作用，可以產生對中樞神經的 muscarinic 受器的拮抗作用與 σ -受器的作用劑作用。

愷他命的主要代謝物，去甲基愷他命(norketamine)仍有藥理活性。大約是愷他命的三分之一作用，所以仍有顯著的止痛作用。市面上的愷他命是兩種鏡像異構物的消旋混合物。左旋異構物(S)的止痛效果強度是右旋異構物(R)的三到四倍。愷他命造成精神症狀，主要來自左旋異構物的效果，然而在低於麻醉劑量下，右旋異構物可以產生放鬆效果。

從愷他命的麻醉作用醒來時，血中藥物濃度約為 0.64-1.12 $\mu\text{g/ml}$ ，精神作用約在 50-300ng/ml，且局部腦內濃度可能高達 500ng/ml 以上。有些研究也顯示鴉片類受器也與愷他命作用有關，且與麻醉止痛作用有關。若肌肉注射，藥物濃度需達到 0.15 $\mu\text{g/ml}$ ，口服須達到 0.04 $\mu\text{g/ml}$ ，可以有麻醉止痛的作用。

對心血管系統的作用

愷他命與其他麻醉藥品最大的不同是，愷他命會刺激心血管系統，產生心律、心搏出量與血壓提高的變化。在娛樂性使用愷他命的個案，有可能因心搏過速而

須急診處理。

對於呼吸系統的影響

愷他命有輕微的呼吸抑制作用。呼吸系統對於二氧化碳濃度的反應可能會降低 15 到 22%，類似鴉片類藥物的作用。臨床上，通常是高劑量才會影響呼吸作用；娛樂性使用愷他命比較不會導致呼吸抑制，但仍有可能。愷他命有氣管擴張作用，且不影響咽喉反射作用。

愷他命的其他藥理作用

愷他命會提高肌肉張力。使用後血糖、皮質素與泌乳激素會提高。也可能導致眼壓降低。

三、藥物動力學

開始發生作用

靜脈注射：<30 秒。

肌肉注射或直腸給藥：3-4 分鐘。

血中達最高量時間

靜脈注射： 1 分鐘。

肌肉注射或直腸給藥：5-20 分鐘。

口服：30 分鐘。

作用持續期間

靜脈注射：5-15 分鐘。

肌肉注射或直腸給藥：12-25 分鐘。

脊髓腔注射：4 小時。

代謝

主要由肝臟代謝，藉由細胞色素 P450 系統產生去甲基化與羥化反應。經由腎臟排除。半衰期約 100-200 分鐘。

四、使用途徑

醫療用途上，通常是肌肉注射或靜脈注射，也有脊髓腔內注射、口服與直腸給藥。娛樂用途上，通常是鼻腔吸入粉末、摻入香菸吸食或霧化溶液使用。有些慢性使用者，可能會肌肉注射或靜脈注射。有些派對使用者，會口服使用錠劑。

第二節、愷他命的濫用與危害

一、濫用概況

早在 1960 年即有文獻指出愷他命在非醫療上的濫用，但直到 1990 年左右，歐洲的派對上才較普遍的流行把愷他命摻雜在搖頭丸中使用。低劑量的愷他命會有「時間和空間的扭曲」、「幻覺」、及「輕微的解離」症狀。使用者提到最舒服的感覺是「和周遭環境融在一起」、「視幻覺」、「脫離身體的經驗」、及「在咯咯笑的狀態中」。較高的劑量會讓使用者進入更明確的解離經驗，稱為進入「K 世界」或「K 洞」，即一種感官與現實完全脫離的情境。

愷他命多是粉末狀為主，使用方式以抽煙(俗稱抽 K 煙)或鼻直接吸入為主(俗稱拉 K)。也有少數會以液態方式直接注射至肌肉或血管中。愷他命屬於「俱樂部藥物」的一員，大多數的使用者都是在特定場合，如「銳舞」、或夜店、舞廳、KTV 等娛樂場所使用，因此大多數的使用者都是間歇性使用。與其他物質併用的情形是非常常見的，歐美及香港的研究皆顯示，最常合併使用的物質類別是搖頭丸 (MDMA)，台灣的調查研究也顯示類似的情形，惟單獨使用愷他命的情形似乎有增加的趨勢。文獻上也顯示，習慣性的使用者，甚至發展成依賴狀態的愷他命濫用，僅為愷他命使用族群中的少數。惟這些愷他命依賴的探討，目前散見於個案報告中，沒有較明確的數字可以推估出來。

聯合國在世界藥物報告中描述愷他命在東南亞、澳洲、北美洲、及歐洲散佈，並強調「愷他命在東南亞的增加主要與國際間未明確禁止此藥有關」。在英國，愷他命被列為 C 級的管制毒品，愷他命使用者從 2006/07 年 85,000 位增加至 2008/09 年的 113,000 位。2006/07 年到 2008/09 年比較，愷他命的盛行率在 16-24

歲的族群中增加兩倍(從 0.9%至 1.9%)。2009/10 年則持平為 1.7%。以英國俱樂部次文化的族群做為研究對象時，2001 年約有 25%的人使用過愷他命，到 2009 年，使用過的比例增加至 68%。

在美國，愷他命被列為第三級管制物質，在 10-12 年級的青少年中，盛行率約為 1-2%。在香港，自 2005 年開始，愷他命已成為 21 歲以下的族群最常使用的毒品。至 2008 年，21 歲以下濫用毒品的族群中，有 85%是愷他命使用者。

就台灣的現行濫用情形，陳為堅教授 2004 年到 2006 年的全國在學青少年藥物調查中顯示，非法藥物的盛行率和發生率中，愷他命為最常被青少年使用的非法藥物之一（盛行率：0.06%-0.08%, 2006 年），且其流行的趨勢已漸超越搖頭丸（MDMA）。「2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」也顯示愷他命為台灣第二常被使用的非法藥物（盛行率：0.54%）。

二、急性中毒的危害

使用愷他命會出現「解離症狀」，同時又有麻醉效果，因此使用者辨識周圍環境的危險及警覺性會降低。愷他命也因上述特性，在國外與液態搖頭丸（GHB）及氟硝西泮（FM2）並稱三大強姦藥物。文獻也指出愷他命在急性中毒時期容易發生各種意外事故及死亡事故，因此愷他命急性中毒的個案均應有未使用藥物的人陪伴，以避免意外傷害的發生。

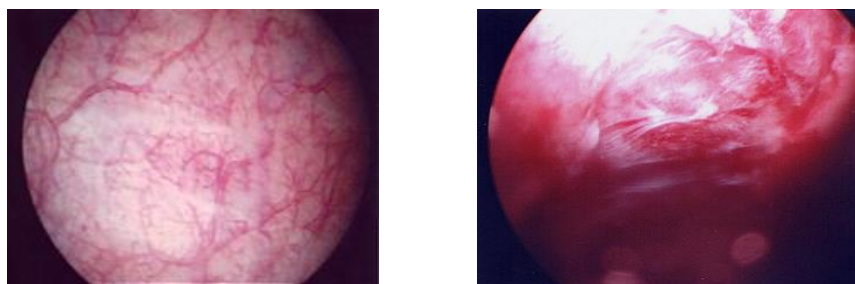
英國的研究顯示入急診的 116 位愷他命使用者中，只有 11%的個案單獨使用愷他命，其餘個案均同時使用其他物質，包含酒精(39%)、液態搖頭丸(47%)、古柯鹼(19%)、及搖頭丸(53%)。因此多種物質混合所造成的急性中毒症狀也需同時注意。

香港文獻指出因使用愷他命而入急診的常見症狀包含：失去意識(45%)、腹痛(21%)、下泌尿道症狀(12%)、及頭暈(12%)。發現愷他命急性中毒的最常見症狀為血壓升高(40%)、心搏增加(39%)、腹部壓痛(18%)、及在鼻孔處有白色粉末(17%)。

愼他命會造成心搏增加，心臟輸出率增加、及血壓升高。因此使用愼他命對有心臟疾患、高血壓、中風、及腦壓較高的個案，風險更高。若同時併用其他中樞神經興奮劑時，對心血管系統的負荷更高。

三、愼他命引發之潰瘍性膀胱炎

愼他命所引發的潰瘍性膀胱炎對使用者可能造成嚴重且長期的影響。其症狀包含頻尿、解尿困難及疼痛、憋不住尿、下腹部或會陰疼痛。電腦斷層檢查顯示此類個案的膀胱壁增厚及膀胱容量縮小。膀胱鏡顯示膀胱壁有多處潰瘍及嚴重的發炎反應。目前認為頻繁使用者及長期使用者較易出現潰瘍性膀胱炎(圖示如下)。英國文獻指出約有三分之一的個案會出現泌尿道症狀。而在有泌尿道症狀後才停用愼他命時，大約有三分之一的人膀胱炎症狀會好轉，三分之一症狀會持平，三分之一則症狀繼續惡化。



膀胱鏡下所見，左圖為正常之膀胱壁，右圖為愼他命引發之潰瘍性膀胱炎

愼他命引發之膀胱炎，可能與愼他命與其代謝物 norketamine 對膀胱上皮細胞造成毒性有關，可能引發黏膜的破壞與發炎。此推論於最近的動物實驗上初步被證實，但對於人類泌尿道系統影響的確切機轉，尚未有定論。

除了對於膀胱有影響外，對於輸尿管與腎臟也會造成影響，所以相當比例的個案會伴隨發生腎盂積水、水腎或腎衰竭，其確切機轉未明。

因愼他命引發之膀胱炎，於膀胱鏡檢視下可發現多處潰瘍與發炎，其表現具個別歧異性，但因整體來說比較接近間質性膀胱炎的表現，所以臨床上許多泌尿科醫師會依照處理間質性膀胱炎的原則來進行治療。治療方式有包括有抗生素、

類固醇、抗膽鹼藥物、Hyaluronic acid、Pentosan polysulphate、膀胱擴張，以及甚至尿路分流手術等等。但一般來說藥物治療的療效並不顯著。

除了泌尿道症狀的處理外，一般認為治療目標仍須放在讓個案完全戒除愷他命使用為主。

四、腎臟病變

另一個與高劑量及頻繁使用愷他命相關的身體傷害為水腎，此可能與膀胱容量變小造成腎臟產生尿液卻排不進膀胱有關。有文獻指出有愷他命引發之潰瘍性膀胱炎的個案中，有一半的個案會連帶引起腎盂擴大、積水（所謂的水腎），影響腎臟功能。有個案甚至發生腎臟衰竭。

五、愷他命引發之腹痛

有報告指出約三分之一的愷他命使用者會出現腹痛(K-cramps)情形，此可能與長期及大量使用愷他命相關。有研究顯示這類個案可能同時合併有不正常的肝臟功能，電腦斷層報告顯示此類個案有總膽管的擴大的現象，但造成腹部疼痛的原因仍不明。

六、精神及認知的影響

有臨床實驗指出，對抗憂鬱藥物改善有限的憂鬱症個案，若接受短期的愷他命注射，可快速且短期的改善憂鬱症狀，且復發率較高。在臨床老鼠實驗中，反覆給予愷他命可能造成精神分裂症般的腦部病變，包含海馬迴神經生成的影響，尤其是海馬迴處含小白蛋白(parvalbumin)之 GABA 中間神經元的減少、增加海馬迴處多巴胺的連結以及減少前額葉 glutamate 的連結。研究指出每日使用愷命命的個案可能有類似精神分裂者潛伏期的症狀。

愷他命主要作用在 NMDA 受器上，而 NMDA 受器與學習及記憶力有直接的關連，因此目前認定愷命命的使用對個案的認知功能會有直接的影響。單一劑量的愷他命會造成明顯與劑量相關的工作記憶及情節記憶的影響。頻繁的愷他命使用者均有明顯的短期及長期記憶缺損，然此研究多為橫斷性研究，因此無法做出

因果的推測。目前有長達一年追蹤的研究顯示，頻繁愷他命的使用者會造成視覺認知及空間概念的受損，此與愷他命的使用變化有關。研究也發現個案前額葉的計畫執行功能也發現有下降，但此與愷他命的使用變化較無相關。目前認為記憶缺損在停用愷他命後是可逆的。

七、依賴相關風險

在老鼠的研究中發現，愷他命會使前額葉及紋狀體的多巴胺量增加。正子造影發現人類在使用愷他命後，紋狀體的多巴胺分泌會增。愷他命會同時與多種鴉片類受體作用，此可能與腦內的報償系統相關。

愷他命易出現耐受性，使用者會不斷增加使用頻率及劑量。有研究指出四成的頻繁使用者會在停止使用愷他命時出現戒斷症狀，包含焦慮、煩躁、睡眠障礙、顫抖、冒汗、及心悸。然目前尚未有愷他命戒斷症狀的一致共識。近年來有多例愷他命依賴的個案報告，但仍未有大規模的研究，因此愷他命依賴的發生率仍屬未知。大部分較頻繁使用者均會持續使用直到將手頭上的愷他命用完，此強迫性的行為值得擔憂。因此愷他命依賴問題雖尚未有定論，但較頻繁的使用者會有難以克制使用愷他命的欲望，及多次戒除失敗的經驗。

八、社會層面的危害

意外傷害的風險

愷他命為中樞神經解離物質，使用者在解離狀態時會忽略周遭環境的訊息，因而增加意外傷害的風險。此風險不只是針對使用者個人，使用者也容易因忽略刺激而危險行為導致周遭其他人的意外傷害。因此駕駛者在使用愷他命時，手眼協調能力及平衡感均會下降，因而增加車禍發生的風險。

高風險行為

美國發現男同性戀的族群使用愷他命與不安全性行為間有相關性。然愷他命與暴力行為未有直接的關連。

使用愼他命對社會的危害

英國的研究顯示，愼他命的使用者中，有五分之一的人認為愼他命造成自己工作上的困難。因愼他命導致的犯罪行為目前尚未有相關資料。愼他命對懷孕的影響也尚未有資料。老鼠實驗發現懷孕期間合併使用古柯鹼及愼他命時會減少出生老鼠的頭圍。愼他命的使用對醫療成本花費，主要來自其所導致的慢性生理疾病。其中以愼他命引發之潰瘍性膀胱炎的成本較高，因其包含繁複的檢查及治療(膀胱鏡檢查、多次的膀胱切片檢查、導尿、甚至膀胱重建手術)。這類個案可能需要終生的追蹤及照顧，此項醫療花費將是很大的負擔。愼他命依賴者的治療未來也可能是另一部分的醫療成本支出。

第三節、愼他命濫用之評估與轉介

一、病史

當家人在場時，個案在病史上常有避重就輕的情形；或是個案在場，家人對個案有顧忌，不敢將個案實際情形實情說出。所以在會談評估個案時，個案與家屬分開會談常是有必要的。

(一) 使用史：

包括初次使用年齡、是否為持續使用、曾經中斷多久、復發過幾次、此次復發持續時間等。

(二) 使用原因：

使用的原因有很多，有人是因為好奇、好玩而使用、也有人是因為心情不佳或是想逃避壓力而使用，故大致上可區分為嘗試性使用、娛樂場合使用、偶爾使用、經常性使用以及每日使用等類型，相對應的是使用者在成癮病程或成癮嚴重度上的逐步發展。須了解使用的原因，對於未來預防再度使用及治療上，能提供重要的方向。

(三) 藥物使用量：每日使用重量或金額、或每次購買金額與購買頻率等。

(四) 藥物使用途徑：

目前最流行的使用途徑，是把愷他命粉末摻入香菸中，俗稱「抽 K 煙」。另外，經鼻腔吸入粉末也很常見，俗稱「拉 K」或「索 K」，方法為利用信用卡或類似物品將愷他命粉末刮成長條狀，再利用截短了的飲管或摺成管狀的鈔票從鼻孔吸食毒品，由鼻部微血管吸收。有些慢性使用者，可能會肌肉注射或靜脈注射；或有些派對使用者，會口服使用錠劑，但國內皆較為少見。

（五）藥物使用頻率：

每日使用頻率、每週或每月使用日數，特殊使用時機與場合等。

（六）物質使用影響：

物質所影響的範圍是很廣泛的，包含以下：身體影響、心理影響、經濟影響、家庭與人際關係影響、法律與社會影響等。

（七）戒癮史：

評估戒斷症狀表現、戒斷嚴重度、戒斷病程，是否接受過戒癮相關治療或是自行戒癮過、以及過去接受治療種類等。

（八）復發因子：

可能造成個案再度使用的原因，包含個案主觀認定的復發因子及評估者認為可能的原因。

二、其他的物質濫用

個案經常有多重藥物使用情形，因此需特別注意除了愷他命之外濫用藥物名稱，及是否合併其他物質濫用，尤其是部分個案的藥物濫用型態是在同一時段併用多種藥物或酒精，個案也可能同時有酒癮、鎮定劑成癮等問題。若有其他藥物濫用，評估細節如上述。在後續治療上，須評估個案是否可能併發多種藥物的戒斷反應。

三、藥物依賴程度

評估是否符合精神疾患診斷與統計手冊-第四版(DSM-IV-TR)物質使用疾患

的診斷準則中的物質依賴或是物質濫用，並依據診斷準則評估戒斷程度與時間，決定目前個案符合下列何種病程：

早期部分緩解(in early partial remission)

早期完全緩解(in early full remission)

持續性部分緩解(in sustained partial remission)

持續性完全緩解 (in sustained full remission)

四、精神科共病症評估

除了個案經常有多重藥物使用情形外，也常合併其他精神科疾病，可以經由診斷性會談評估個案是否有其他精神科共病，較常見的共病症為憂鬱疾患及焦慮疾患。

五、神經心理評估

長期或大量使用愷他命會對認知功能造成影響，但影響的範圍及程度尚待更多的研究確認。目前文獻顯示，長期愷他命可能會造成執行功能、長短期記憶功能、視覺認知及空間概念等認知功能領域的障礙或缺損。所以臨床評估上應就個案的認知功能做基礎評估，若懷疑有認知功能缺損，可以轉介給臨床心理師做進一步的心理衡鑑，以鑑別其他可能的原因。另外也有研究指出，濫用愷他命者可能會出現不正常的軟性神經學徵兆(soft neurological sign)及動作不協調(motor incoordination)。

六、生理狀態評估

愷他命使用與許多生理疾患相關，故應就個案的過去內外科病史與目前的身體不適之主訴做詳細的探詢，並實施理學檢查。泌尿道系統的問題尤其常見，愷他命可能會破壞膀胱粘膜，導致潰瘍性膀胱炎，常見的主訴包括尿頻，尿急，尿少與尿痛等，應立即將個案轉介給泌尿科醫師作進一步的診治。也可能引發腎臟病變，影響腎功能。腹痛的症狀可能與肝膽系統的病變有關。治療者可依評估結果建議或安排個案接受其他醫療專科的評估與治療。

七、家庭功能評估

(一) 關鍵人物：家庭中核心人物，能配合醫療並支持個案戒癮的成員。

(二) 家庭支持度：

需要評估家庭互動關係、家庭成員配合個案治療的意願及能力。家屬參與對於個案戒癮非常重要，除了能提供個案的生活功能與症狀等相關資訊外，家屬的情感支持也是鼓勵個案走下去的動力。除此之外，家屬能夠配合醫師針對個案戒癮狀態給予正增強，減少可能引起復發使用的高危險情境，對於治療會有相當助益。

(三) 物質濫用對家庭的影響：

長期物質濫用的個案有部分會合併家庭暴力，成為高風險家庭的機率極高，所以必須評估此家庭是否需要社會局的介入或是其他社會資源的協助。

八、社會功能評估

(一) 職業狀態：學生（學校及年級）、就業狀態（職業別）、或是無業狀態（失業時間、過去曾從事的工作、最長的一次工作時間及種類）。

(二) 壓力源：物質濫用的個案中，使用物質常是個案逃避壓力的方式，所以必須評估個案主要的壓力源，並教導個案壓力因應技巧。

(三) 適應能力：個案對於壓力適應的能力並評估其認知功能。

(四) 改變動機：評估個案本身是否有戒癮的動機，還是被家人要求來治療。增強其戒癮動機。

九、跨科別之轉介

愷他命濫用者常合併有生理與心理層面的問題，所以個案的評估與治療需要由不同領域的專業人員來進行。再者，許多愷他命濫用者，常否認其物質濫用問題而不願意尋求藥癮相關的治療，但反而較可能會因為生理疾患，特別是泌尿系統問題，而開始尋求醫療協助。而不論是從生理層面抑或從精神心理層面來著

手，協助個案完全停止使用愷他命都是共同的最終治療目標。

轉介流程的進行，包含以下部分：

（一）完整的臨床評估：

實務上，在個案的評估階段，治療者便需仔細考慮個案是否可能合併有生理疾患之共病症，並積極安排轉介，因為濫用愷他命所引發的生理疾患，如潰瘍性膀胱炎與腎水腫等問題，在缺乏積極的處置下，可能產生不可逆的嚴重後果。需要考慮轉介的科別，包括泌尿科、腎臟科、腸胃科與內科急診等等。

（二）完整的轉診資訊：

轉診單上應載明個案的主訴、病史與各種相關的臨床評估資訊，包括實驗室檢查等結果。轉診單位應該設有通暢的聯絡管道，以利被轉診單位必要時可以進一步聯繫溝通。

（三）治療計畫的整合：

治療者應整合來自受轉介之專科醫師所回覆的醫療訊息，納入治療計畫的擬定中。這些資訊一方面可以協助治療者掌握個案的生理狀態，一方面也是協助個案戒癮的重要材料，針對個案的生理併發症進行衛教，可以促進其停止濫用的動機。

（四）接受轉介：

鑑於多數愷他命濫用者第一次求診的對象往往是泌尿科或內科門診，而非精神科門診或藥癮治療單位，藥癮治療之醫師若能與其他領域之專科醫師建立通暢的轉介管道，不但可以提供個案更完整的醫療服務，也可以讓更多個案進入藥癮治療的軌道中。

第四節、急性中毒的處理

一、急性中毒之危險性

在醫療用途上，愷他命的安全性頗高，過去文獻顯示，嬰孩在急診室被誤用

高劑量的愷他命，即使在使用到一般劑量的五倍甚至是百倍的狀況，也沒有致死的情況，這或許跟使用愷他命麻醉時，較少呼吸抑制副作用的藥理特性有關。但是在娛樂性使用的情況下，因為濫用者通常處於安全性被疏忽的狀況，也可能有併用酒精或其他藥物，因愷他命中毒致死的案例，儘管甚低（根據英國 2009 年的報告約 0.3%），但在最近幾年有增高的趨勢，所以其急性中毒的危險性仍應仔細看待。

二、急診室求診者之特徵

根據過去的調查研究顯示，因愷他命使用而前來急診室診者可能具有些特徵，但可能會因地區而異。香港的一項研究指出，大部分的求診者為單一使用愷他命，超過一半的求診者的年齡是落在 20 到 29 歲之間，意識障礙、腹痛、下泌尿道症狀、血壓升高與心搏過速為常見表現。233 人中僅 4 位嚴重個案需接受加護病房的處置，此 4 位皆有合併有其他物質濫用（搖頭丸、海洛因、古柯鹼等等）。在英國的一項調查則顯示，約九成的求診者有合併使用的其他物質，以搖頭丸及液態搖頭丸最多。但沒有個案需接受加護病房的照護。

三、處理原則

目前對於愷命命的急性中毒處理並沒有標準的處理流程，但從目前已知的調查研究，可以知道，因愷他命中毒前來尋求緊急處理的個案中，可能具有一些特徵及特定的臨床表現。因為求診者可能會不知道、無法報告或者隱瞞自己所使用的非法物質，所以在臨床上必須考慮這些個案過量濫用其他物質（特別是其他街頭藥物）的可能，而且所併用的其他物質所帶來的危險性可能會比單獨使用愷他命來的高。

個案於急性中毒時，可能會呈現心搏過速、血壓升高、認知與記憶障礙、知覺異常等狀況，也可能出現躁動行為與被害妄想等狀況。基本的處置包括監測心律、血壓等生命徵象、監測血氧等，進行完整的血液生化檢查，考慮其他疾病的影響，若個案出現幻覺等症狀，需注意防範可能出現自我傷害及逃跑的情形。

治療上以支持性治療為原則。若個案出現焦慮或激動行為，可考慮給予鎮靜藥物（benzodiazepine）或高效價的抗精神病藥物（high-potency antipsychotic agent）。高劑量的愷他命可能會引起嘔吐，所以對於意識狀態不佳的個案，應防範吸入性嗆傷。

在台灣地區，愷他命與搖頭丸（MDMA）併用的狀況十分普遍，所以應注意是否有脫水或電解質不平衡的情形，防範橫紋肌溶解的發生。另外，愷他命對中樞神經系統的藥理作用時間通常少於一個小時，若個案持續出現激動或精神病症狀，須考慮其他診斷。文獻指出，過去曾使用苯環利定(phencyclidine，俗稱天使塵，屬中樞迷幻劑)的個案，可能表現出持續的精神病症狀，此與藥物的腦皮質神經毒性（cortical neurotoxic effect）有關。

第五節、藥物治療

目前沒有明確證據顯示，特定的藥物對於愷他命濫用或依賴有所療效。臨床上，醫師仍可以考慮個案的個別狀況，依照特定的治療目的，短期使用藥物來協助個案。

一、急性中毒

個案於愷他命的急性中毒時期，可能會有焦躁情緒或激動行為，也可能會伴隨出現妄想狀態或類似幻覺的症狀，在這些狀況下，可以適時給予鎮靜藥物或者抗精神病藥物，可以幫忙個案恢復情緒穩定及控制激動行為。但必須注意這些藥物所可能造成的副作用，包括嗜睡、急性肌張力失調或其他錐體外症狀。

二、依賴與戒斷症狀

相較於酒精與鴉片類等其他物質，愷他命的成癮性顯然較低。但文獻上及臨床經驗皆顯示，仍有少部分個案在頻繁且長期使用後，會發展出依賴的狀況。這類個案常有強迫性使用的行為，而在試圖停止使用時，可能會表現出以焦慮為主的戒斷症狀，包括緊張不安、顫抖、發汗與心悸等等。適時的給予抗焦慮藥物或者抗憂鬱藥物，可以協助個案緩解停止使用愷他命後所伴隨發生的不適。

三、共病之精神疾患

對於個案在藥物濫用之外，另有共病性精神疾病時，應給予該精神疾病相關之藥物治療。適應障礙、憂鬱性疾患與焦慮疾患都是愷他命濫用者可能共病的精神疾患，臨床上醫師應該仔細評估這些共病疾患與愷他命使用的相互關係，並就藥物治療的必要性與個案及家屬作討論。

治療藥物的選擇方面，在排除個案身體狀況影響藥物代謝的情形下，對於藥癮個案應優先選擇半衰期較長、作用時間起始較和緩的藥物，以減少個案發生醫源性藥物依賴的可能性。

第六節、心理社會治療

愷他命濫用或成癮的治療上，目前尚缺乏有效的藥物。愷他命是屬於俱樂部藥物(club drug)或派對藥物的一員，其興起與流行與銳舞次文化等社會環境因子息息相關，所以臨床治療仍仰賴心理社會取向的介入為主。目前針對愷他命濫用或成癮治療模式探討的文獻仍十分有限。當今的醫療觀點普遍把物質濫用視為一種腦部疾患，因此儘管各種物質濫用的特性相異，但在治療概念上仍有相當的普同性存在。在目前的物質成癮的治療上，認知行為治療佔有舉足輕重的角色，在此我們以認知行為治療的概念為主軸，討論在愷他命濫用或依賴中，心理社會層面治療的相關議題。

一、物質濫用的認知模式

認知治療大師貝克(Aaron T. Beck)早在 1977 年已發表物質濫用的治療手冊，並在 1993 年建構起一個更完整的關於物質濫用的認知模式。貝克融合了他早期的認知治療技術與對於其他精神疾患的認知模式，強調信念(belief)在物質濫用的開始、維持與治療上的重要性。這個模式的核心概念，在於物質濫用的開始或復發，會在特定的情境中，透過一連串主動決策的過程(active decision-making process)而發生。這個模式最早是以中樞興奮劑為案例來說明，並可以推演到鴉片類或其他類別的物質濫用。貝克認為物質濫用牽涉到三種信念，分別為核心信

念 (core belief)、藥物相關信念(drug-related belief)與自動化思考(automatic thoughts)，說明如下：

核心信念：指個案對自己、對重要他人或者整個世界的基礎信念。核心信念會透過個案所經歷的各種新的經驗而形成，但同時這些信念也會影響個案對於自身經驗的詮釋。

藥物相關信念：指個案在使用藥物後，所形成對於物質使用的信念，這些信念可能是預期性的（預期使用後有好的結果，如「我用一下下，就會有很美妙的感受出現」），也有可能是為了要釋放或緩解當時的痛苦（認為使用後，事情就會由壞轉好，如「我快煩死了，再不用一點，真的會受不了」）。當然個案還可能出現各式各樣的信念，來促發或維持他們的成癮行為，例如個案可能會透過促發信念（facilitating belief，如「只用這麼一次又不會怎麼樣」等等），來逃避矛盾的情緒並允許自己再使用藥物。

自動化思考：是指一些短暫的、快速浮現在腦中的想法或畫面，個案會認為自動化思考是真實與合理的，內容是重複和最有力量的，就像是簡短版本的信念，會誘發個案產生渴求的反應與使用的衝動。

貝克認為藉由案例分析（case formulation）澄清個案的藥物相關信念，並協助個案瞭解自身的自動化信念，能夠使個案去知覺整個成癮行為背後的認知過程與決策過程，調整其認知基模（schema），重新獲得控制的力量。

二、動機增強治療與動機式晤談法

動機式晤談法（motivational interview）與動機增強治療（motivation enhancing treatment）是類似的治療方式。此治療模式的源起，是臨床上觀察到接受十二步驟諮商的酒癮個案，由於一開始有些個案可能還沒做好戒酒準備，再加上這些阻抗（resistance）會在治療過程中被質疑，形成個案害怕接受治療的壓力而不想再接受治療。因此，動機式晤談法的目標，就是希望能化解成癮個案心中的矛盾現象。臨床上，愷他命濫用者普遍乏病識感，認為使用此種藥物既不違法，也無法

察覺其危害，治療動機往往十分薄弱，許多個案都是在家人親友的要求下在十分被動的情況下前來醫療院所求診，返診追蹤的比例極低。因此在治療初期，增進個案的治療動機是首要之務，如此才能讓治療延續下去。

在動機式晤談法中，每個個案的狀態，依照行為改變的歷程，可以區分為六個階段，包括沉思前期、沉思期、準備期、行動期、維持期、及復發期。

作法上，則是針對個案的狀態，設法增強個案改變至下一階段的動機，並且能夠維持穩定而不再復發。治療上有五個主要原則，分別是：1)表達同理心，回映式傾聽。2)擴大矛盾，製造不一致。3)避免爭辯。4)與抗拒共同工作，化阻力為助力。5)支持自我有能感。由於個案在治療發生阻抗時，便傾向不願再改變，因此必須注意到個案阻抗的狀態；同時，治療者的風格也會影響到個案阻抗與改變的態度，因此應該避免用面質個案的方式來進行治療，也避免用可能引起爭執的方式來改變個案。即使是針對藥癮及合併共病性精神疾病的個案，動機式晤談法仍是具有良好效果的治療方式。

實務上，大部分的愷他命成癮的治療都是在門診進行。治療者可以考慮以短期諮商（brief intervention）的形式，在有限的時間條件下（每次 5 到 15 分鐘），給予尚在使用藥物的個案進行動機式的晤談，來促進個案參與治療的動機。

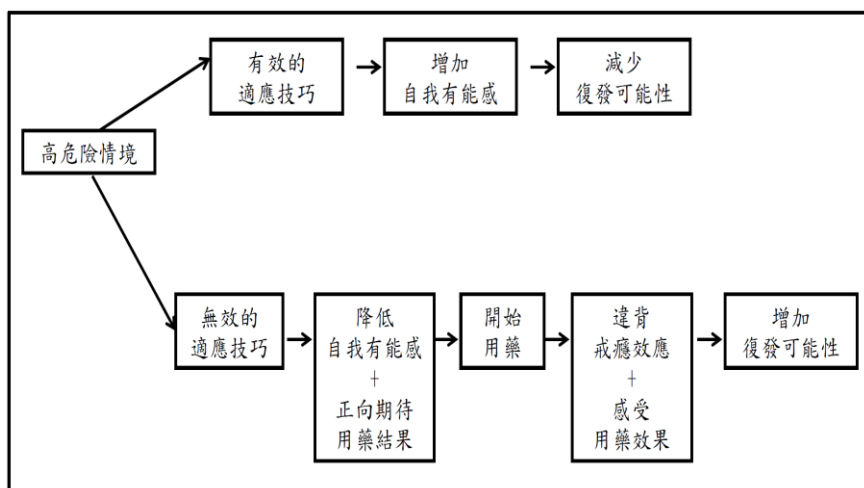
三、復發預防模式

復發預防(relapse prevention)的治療模式，是根植於社會學習理論所發展出來的藥癮治療模式，屬於認知行為治療的範疇。在許多整合性的藥癮治療模式中，復發預防模式被廣泛使用且被認同有相當的療效，臨床上常跟動機式晤談法合併運用。

復發預防模式原初的治療目標在於協助已經戒除藥物的個案，繼續保持在戒除的狀態，但這些技巧隨後也被廣泛運用在協助個案減少或停止使用藥物。其治療重點，是學得適應技巧來維持個案處於藥物戒除狀態，因此，從確認可能造成復發的高危險情境，到學習人際互動、自我管理技巧，或是整個改變生活型態

等，來對應這些高危險情境，並由實際克服高危險情境的經驗，增加個案對於戒癮的信心與自我有能感(self-efficacy)，以避免復發使用藥物。

復發預防的認知行為模式



四、家庭治療

藥癮現象的形成，牽涉到許多因素交互作用後的結果，包括遺傳、行為、家庭、環境、社會、文化、種族、經濟等，在藥癮的成因上，生物因素與環境因素同樣重要，因此提供了家庭治療（family therapy）運用於藥癮治療的立足點。臨床經驗也顯示，家庭支持度的高低，或者家庭功能的運作是否良好，對於個案是否能夠成功脫離成癮行為佔有重要角色。

常見應用於藥癮之家庭治療的做法之一是系統理論，也就是將整個家庭視為一個封閉系統，將個案所出現的用藥行為，視為所有家庭成員彼此交互作用後所得到的結果，在治療上必須將整個家庭一同進行評估與處理，因為家庭中每一個人的改變都會影響彼此，也會有另一股力量驅使家庭回復原本狀態。因此促進包含戒癮的家庭行為改變，並且鞏固改變後的狀態，便是成癮行為的家庭治療工作重點。

愷他命的濫用者，因依賴藥物的「扭曲現實」、「去現實化」的心理效果，來隔絕現實社會的壓力，長期下來，常有人際退縮與情感麻木的狀況，許多個案與

家人情感疏離、互動稀少，所以當家人想要積極協助個案治療時，面對個案薄弱的治療動機與消極態度，常感到深刻的無力與沮喪。透過家庭治療，可以改善家族成員的互動，並且激發家庭成員往共同目標邁進。另一方面，因為愷他命在我國並非第一、二級毒品，在取得上相對較容易，再加上同儕的影響與次文化的認同，個案很容易在治療過程中因為再度暴露到誘發因子而復發（如過去的藥癮朋友前來搭訕、藥頭主動推銷等等），家屬可以協助個案阻擋誘惑，提供一個受監控而且安全的環境，也是十分重要的。

五、短期介入與短期諮商

在物質濫用的治療方式上，短期介入與短期諮商（brief intervention and brief therapy）的治療方式越來越顯重要。這種治療模式具有花費較少的優點，且已被證實在數種物質濫用問題上有確實的療效。短期介入與短期諮商的適用對象廣泛，若把物質濫用的治療模式依成癮之嚴重度來區分，那麼在一般大眾的初步預防與嚴重成癮者的專一化治療之間的階段，短期介入與短期諮商都可以有其角色。此種治療模式也十分適用在愷他命成癮的個案，因為這個族群的個案通常處在還沒準備好要改變的階段，缺乏治療動機，返診比例低，治療者宜把握每次接觸個案的機會，就其當下的問題作立即性的處理，並視需要來開啟結構化的短期治療。以下分項介紹：

短期介入

短期介入(brief intervention)花費的時間少（1到4次的會談，每次5到15分鐘），可以增進個案接受治療的動機，促發行為改變的發生。可以在任何治療環境下實施，包括一般的門診、急診到專門的戒癮機構等。而且相關的工作人員，包括醫師、護理師、社工、心理師、健康工作者、教師等等，都可以運用。短期介入的基本目標在於減少因物質使用所帶來的傷害，根據個案在改變歷程中所處的階段，聚焦在單一的、特定的短期或中期問題上。治療上包含六個元素，分別為**回饋、責任、建議、選擇、同理與自我有能感**，簡稱**FRAMES**：Feedback（回

饋)-把物質濫用造成的危險與損害，回饋給個案。Responsibility (責任)-把改變的責任放在個案身上。Advice(建議)-由治療者提供改變的建議。Menu of alternative (選擇)-提供個案各種自助或治療的選擇。Empathic style(同理)-同理的態度是治療的基調。Self-efficacy (自我有能感)-賦予個案改變的能力與權力，賦權與使能。

短期治療

有別於長期的心理治療，短期治療(brief therapy)基本上是一種系統化的，以問題解決為取向的短期治療模式(通常 1 到 12 次會談)。它具有幾個基本特徵：聚焦在個案問題或解決方案上，針對個案的症狀作處理，而較不探討症狀背後的原因。治療的風格是高度主動性的、具同理心的，甚至時常是指導性的。在治療初期，治療者即與個案快速建立，致力於讓個案能有好的經驗，來促進其自我有能感，加強改變的信心。治療目標是關於特定行為的改變，具有明確定義，且治療結束的時間與方式，都在治療開始時便設定清楚。治療的效果被預期可以在短期內發生，且治療成果 (outcome) 是可以測量的。

六、長期之動力取向心理治療

心理動力取向心理治療 (psychodynamic psychotherapy) 過去曾被應用在藥癮治療上。曾有數個報告顯示，動力取向心理治療可以應用在部分成癮個案身上，但是整體來說，心理動力治療在目前藥癮治療的應用十分有限，這可能與過去部分治療師對於一些原則的應用方式有關。常見的例子，像是在治療過程中，治療師必須保持中性態度，也就是避免介入或不當干涉，但是當個案在治療時期仍持續濫用藥物，甚至越來越嚴重時，治療師對此不置可否的現象，這對個案來說是個不太適當的經驗，也可能會增強個案運用否認方式來作為心理防衛，也是此種治療方式後來沒有成為藥癮心理治療主流的原因。另一方面，心理動力取向的心理治療講求內在狀態的改變，療程較為漫長，若非是，很容易在治療初期即中斷。

如前所述，雖然在初期治療中，並不建議使用心理動力模式來從事治療，但

是當個案處在戒癮狀態時，運用此種心理治療方式來處理個案原有的其他心理狀態，例如以支持性及敘述性的方式增加藥癮個案對自我的體察，對於維持個案的戒癮狀態也可能有相當的幫助，因此在整合性的治療模式中，治療者可以評估個案的個別狀況，來決定是否採用動力取向心理治療的方式協助個案。

七、團體治療

團體治療（group therapy）經常被應用在藥癮或酒癮的治療上，除了單獨應用外，也常被當作整合治療模式的一環。在成癮個案的團體治療上，可簡易區分為自助團體與心理治療團體兩大類，最大的差別點當然是在團體的領導人層面，自助團體是由藥癮同儕或是戒癮成功的個案來擔任，心理治療團體主要是由精神醫療相關人員來負責。目前並沒有單獨針對愷他命等俱樂部藥物成癮個案的進行的團體治療研究，大多是以前面所述認知心理治療模式中，整合運用個人與團體治療等方式來進行。

八、從「減少傷害」的立場提供衛教

減少傷害（harm reduction）觀點之推動主要是源自於 1980 年代歐洲與澳洲各國為了因應愛滋病毒的擴散而推動；「減少傷害政策、方案或計畫之目的是減少因使用影響精神物質所帶來的個人、他們的家庭和社區的負面健康衝擊、社會犯罪成本與勞動流失、以及相關經濟損失結果」（International Harm Reduction Association, 2008）。我國過去幾年戮力推行「減害政策」，包括「美沙冬替代治療」與「針具交換」等，在公共衛生層面展現顯著的效益。減害的觀念在近一、二十年於國際蔚為風潮，除了傳統的「海洛因成癮」及「HIV 感染」的減害計畫外，這樣的概念也常被應用在其他類型的物質濫用上。青少年族群，因認同時下流行的次文化，或者在同儕壓力下開始接觸這些俱樂部藥物（或稱派對藥物），其中有很大的比例的使用者並非長期、頻繁且持續的使用，而是在特定的情境偶爾使用。因此治療者若能採取包容、不評斷的態度來面對愷他命使用者，才不會阻絕他們向醫療資源或教育機構求助的動機。從減害的思維出發，治療者與其耗盡精

力來勸說個案不要再碰毒品，不如花費心思來教育個案如何避免因使用這些藥物所帶來的更嚴重的傷害。以下就是從減害觀點，可以給個案的幾點重要建議：

- （一）在使用方式上，抽煙與鼻吸所帶來的危險會比注射少（國外不少愷他命濫用者是採靜脈注射途徑）。
- （二）記得隨時保持充足的水分補充，若有泌尿道方面的不適，趕快就醫。
- （三）藥物可能會降低警覺性或甚至使人喪失自我保護的能力，所以使用藥物後要避免一個人留在陌生環境；理想上應至少有一個沒有使用藥物且可信任的人陪伴。
- （四）使用時盡可能從最小的劑量開始嘗試，特別是藥物的來源不明時，服用後的效果可能無法預期。
- （五）避免同時使用多種藥物；也要避免與酒精同時使用。
- （六）若目前有服用治療性藥物，包括精神科藥物、神經科藥物、心臟相關藥物或者治療慢性疼痛的藥物，應避免同時嘗試使用娛樂性藥物。
- （七）事先安排好交通問題；使用藥物後不要駕駛。
- （八）注意安全性行為，如準備好保險套等等。

參考文獻

1. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behaviors* 1996 Nov-Dec;21(6):835-842.
2. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist* 1992 Sep;47(9):1102-1114.
3. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors* 2012 Jan;37(1):11-24.
4. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2011;6:17.
5. Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British journal of addiction* 1984 Sep;79(3):261-273.
6. Najavits LM, Weiss RD. The role of psychotherapy in the treatment of substance-use disorders. *Harvard review of psychiatry* 1994 Jul-Aug;2(2):84-96.
7. Graham K, Annis HM, Brett PJ, Venesoen P. A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction* 1996 Aug;91(8):1127-1139.
8. Morgan CJ, Curran HV. Ketamine use: a review. *Addiction* 2012 Jan;107(1):27-38.
9. Morgan CJ, Muetzelfeldt L, Curran HV. Ketamine use, cognition and psychological wellbeing: a comparison of frequent, infrequent and ex-users with polydrug and non-using controls. *Addiction* 2009 Jan;104(1):77-87.
10. Morgan CJ, Muetzelfeldt L, Curran HV. Consequences of chronic ketamine self-administration upon neurocognitive function and psychological wellbeing: a 1-year longitudinal study. *Addiction* 2010 Jan;105(1):121-133.
11. Muetzelfeldt L, Kamboj SK, Rees H, Taylor J, Morgan CJ, Curran HV. Journey through the K-hole: phenomenological aspects of ketamine use. *Drug Alcohol Depend* 2008 Jun 1;95(3):219-229.
12. Ng SH, Tse ML, Ng HW, Lau FL. Emergency department presentation of ketamine abusers in Hong Kong: a review of 233 cases. *Hong Kong Med J* 2010

Feb;16(1):6-11.

13. Weiner AL, Vieira L, McKay CA, Bayer MJ. Ketamine abusers presenting to the emergency department: a case series. *J Emerg Med* 2000 May;18(4):447-451.
14. Wolff K, Winstock AR. Ketamine : from medicine to misuse. *CNS Drugs* 2006;20(3):199-218.
15. Critchlow DG. A case of ketamine dependence with discontinuation symptoms. *Addiction* 2006 Aug;101(8):1212-1213.
16. Curran HV, Monaghan L. In and out of the K-hole: a comparison of the acute and residual effects of ketamine in frequent and infrequent ketamine users. *Addiction* 2001 May;96(5):749-760.
17. Chen WJ, Fu TC, Ting TT, et al. Use of ecstasy and other psychoactive substances among school-attending adolescents in Taiwan: national surveys 2004-2006. *BMC Public Health* 2009;9:27.
18. Chu PS, Ma WK, Wong SC, et al. The destruction of the lower urinary tract by ketamine abuse: a new syndrome? *BJU Int* 2008 Dec;102(11):1616-1622.
19. Gutkin E, Hussain SA, Kim SH. Ketamine-Induced Biliary Dilatation: From Hong Kong to New York. *J Addict Med* 2011 Nov 24.
20. Jansen KL. A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs* 2000 Oct-Dec;32(4):419-433.
21. Jansen KL, Darracot-Cankovic R. The nonmedical use of ketamine, part two: A review of problem use and dependence. *J Psychoactive Drugs* 2001 Apr-Jun;33(2):151-158.
22. Mason K, Cottrell AM, Corrigan AG, Gillatt DA, Mitchelmore AE. Ketamine-associated lower urinary tract destruction: a new radiological challenge. *Clin Radiol* 2010 Oct;65(10):795-800.

附錄十一、毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準

行政院 97 年 10 月 30 日院臺法字第 0970092226 號令訂定發布施行

行政院 102 年 6 月 26 日院臺法字第 1020138361 號令修正發布施行

第 1 條 本標準依毒品危害防制條例第二十四條第三項規定訂定之。

第 2 條 戒癮治療之實施對象，為施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者。

被告有下列情事之一時，不適合為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。

但無礙其完成戒癮治療之期程者，不在此限：

一、緩起訴處分前，因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定。

二、緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑。

三、緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑。

第 3 條 戒癮治療之方式如下：

一、藥物治療。

二、心理治療。

三、社會復健治療。

前項各款之治療方式應符合醫學實證，具有相當療效或被普遍採行者。

第 4 條 醫療機構置有曾受藥癮治療相關訓練之精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員各一名以上，且其精神科專科醫師領有管制藥品使用執照者，得向中央衛生主管機關申請認定為戒癮治療機構（以下稱治療機構）。

前項人員每年應接受藥癮治療相關繼續教育八小時。

中央衛生主管機關得依戒癮治療需求，依第一項所定資格指定治療機構；其於醫療資源不足地區指定之治療機構，得不受第一項所定條件之限制。

- 第 5 條 檢察機關與前條治療機構間應置專責聯繫人員。
- 第 6 條 檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，指定其前往治療機構參加戒癮治療。
未滿二十歲之被告，並應得其法定代理人之同意。
- 第 7 條 戒癮治療之期程以連續一年為限。
- 第 8 條 接受戒癮治療者於治療前應由治療機構評估後，視需要進行下列檢驗、檢查：
- 一、尿液毒品及其代謝物檢驗。
 - 二、肝功能檢驗。
 - 三、B 型肝炎表面抗原及其抗體檢驗。
 - 四、C 型肝炎抗體檢驗。
 - 五、人類免疫缺乏病毒感染檢驗。
 - 六、梅毒血清檢驗。
 - 七、胸腔 X 光檢查。
 - 八、心電圖檢查。
- 第 9 條 治療機構於戒癮治療期程屆滿後七日內，應對接受戒癮治療者進行尿液毒品與其代謝物檢驗及毛髮毒品殘留檢驗；或於戒癮治療期程屆滿後十五日內，每隔三至五日，連續對接受戒癮治療者進行尿液毒品及其代謝物檢驗三次。其檢驗結果均呈陰性反應者，視為完成戒癮治療。
治療機構應將前項檢驗結果或診斷證明函送該管檢察機關。
- 第 10 條 治療機構停止治療時，應通知該管檢察機關。
- 第 11 條 被告經檢察官依毒品危害防制條例第二十四條第一項及刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，應遵行下列事項：
- 一、至指定之治療機構，接受戒癮治療，至完成戒癮治療為止。

二、遵守治療機構之指定日期，前往接受藥物治療、心理治療或社會復健治療。

三、其他經檢察官依刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項各款規定命其應遵守或履行之事項。

第 12 條 被告於緩起訴期間，有下列情形之一者，視為未完成戒癮治療，得撤銷緩起訴處分：

一、於治療期間，無故未依指定時間接受藥物治療逾七日。

二、於治療期間，無故未依指定時間接受心理治療或社會復健治療逾三次。

三、對治療機構人員有強暴、脅迫、恐嚇等行為。

四、於緩起訴期間，經檢察機關或司法警察機關採尿送驗，呈毒品陽性反應。

第 13 條 被告於戒癮治療期程屆滿後，依治療機構函送之檢驗結果或診斷證明，未完成戒癮治療者，得撤銷緩起訴處分。

檢察機關於撤銷緩起訴處分後，應即通知戒癮治療機構。

第 14 條 戒癮治療費用除經公私立機構補助減免外，由接受戒癮治療者自行負擔。

第 15 條 本標準自中華民國九十七年十月三十日施行。

本標準修正條文，自發布日施行。

附錄十二、正確使用鎮靜安眠藥五能力

102 年 6 月 5 日

能力一、做身體的主人

失眠原因多，建議從尋找失眠原因、改變生活習慣與主動就醫做起。

- (一) 養成良好作息與睡眠習慣：生活作息保持正常規律，按時起床與上床；避免使用含咖啡因飲品(咖啡或茶)；白天不要補眠、午睡不宜過久（不宜超過 1 小時）；睡前勿吃太飽，睡前避免激烈運動或從事過度興奮的活動，如網路遊戲、線上聊天等。
- (二) 不要自行購買安眠藥：遇到失眠的問題應先檢視自己的生活與睡眠習慣，有失眠問題應尋求專業醫師的診治，不要自行購買安眠藥服用，也不要拿親友正在使用的安眠藥自行服用。
- (三) 請勿重複就診：請勿重覆要求醫師開立安眠藥品，避免自己不當使用而容易成癮。

能力二、清楚表達自己的身體狀況

失眠就醫時，向醫師清楚說明自身狀況：

- (一) 失眠狀況:何時開始、持續多久、較易失眠的情境或內外在因素、生活型態如輪班或夜班工作、失眠型態是入睡困難、睡眠中斷、早醒、多夢、作惡夢等、白天精神與工作表現如何、白天睡眠狀況，如午睡、補眠、晚起等，是否有壓力或心事，有無其他身體不適等。
- (二) 特殊體質：有無藥品或食物過敏史，以及特殊飲食習慣。
- (三) 過去病史：曾經發生過的疾病，包含各種身體或心理疾病、家族性或遺傳性疾病。
- (四) 使用中藥物：目前正在使用的藥品，包含中(西)藥、其他精神或神經科用藥或保健食品。
- (五) 工作特質：是否需要開車或從事操作機械等需要專注力的工作，以及近期是否要考試等。

- (六) 懷孕（或哺乳）：女性需告知是否懷孕、正準備懷孕或正在哺餵母乳。
- (七) 打呼情形：是否會因打呼而中斷睡眠。
- (八) 其他可能影響睡眠的生活習慣：如喝茶或咖啡、喝酒、持續上網、聊天到凌晨等。

能力三、看清楚藥品標示

領安眠藥時，請看清楚藥袋標示、仿單（藥品使用說明書）及用藥指導單張並請攜帶健保卡(或身分證明文件)。

- (一) 姓名：領到藥品時，先核對藥袋上的姓名與年齡是否正確。
- (二) 藥品用法：請依藥袋上之劑量與時間服用，勿自行增減藥量。
- (三) 藥品適應症：檢核自己的疾病或症狀是否有出現在藥袋上藥品適應症的描述內。
- (四) 藥品名稱和外觀：藥品的形狀、顏色等是否與藥袋上的描述相符。
- (五) 注意事項、副作用或警語：看清楚藥袋上註明的注意事項，了解藥品使用後可能產生的副作用或重要警訊、發生頻率。服用安眠藥期間，避免開車、從事需要專注力的工作或操作危險的機械。
- (六) 使用天數：核對藥品應該服用多久，並當場核對藥品總量。
- (七) 藥品保存方法與期限。

能力四、清楚用藥方法、時間

吃安眠藥時，請了解藥品的特性與服用時間。

- (一) 服藥時間：服用安眠藥請在就寢前提早 15~30 分鐘服用，服藥完畢後就立刻到床上準備入睡，避免其他活動。
- (二) 服藥劑量：請依醫囑用藥，不要因藥效不夠而自行加量，或擔心副作用而自行減量。
- (三) 服用天數：安眠藥可輔助治療失眠，但應搭配正常作息與運動等，且應與專業醫師討論後，依醫囑用藥，不宜自行增減。

(四) 常見副作用：鎮靜安眠藥常見的副作用包括：

1. 過量服用時可能出現頭暈、頭痛、嗜睡、恍惚，甚至夢遊。
2. 不當長期使用安眠藥，易出現藥物生理依賴性，或會造成記憶力減退、反應力下降等；突然停藥，也可能出現焦慮、厭食、抽搐等症狀。
3. 孕婦使用可能有風險，某些藥品可能造成畸形胎、早產、新生兒體重過輕、昏睡、無力等。

(五) 交互作用：請勿自行混用多種安眠藥品，也應避免同時使用酒精，以免因藥理作用，增加使用的危險性。

(六) 勿轉售或轉讓：鎮靜安眠藥屬於第三、四級管制藥品，未服用完之安眠藥，不可任意轉售或轉讓，以免觸犯毒品危害防制條例。

(七) 避免突然停藥：停藥需與醫師討論，以漸進式減量方式來停藥。不要自行停藥，否則容易產生戒斷症候群與反彈性失眠。

(八) 配合良好習慣：使用安眠藥時需配合情緒調適及生活作息調整，並減低壓力，效果才會好。

(九) 告知同住親友正在服用安眠藥：服用安眠藥後可能會發生夢遊或淺睡現象，宜請家人及同住者應多留意，避免服用藥物者發生危險。

能力五、與醫師、藥師作朋友

失眠診治找醫師，用藥諮詢找藥師。

(一) 紀錄諮詢電話：將認識的醫師或藥師的聯絡電話記在緊急電話簿內，以作為健康諮詢之用。

(二) 問專家：用藥的任何問題，應請教醫師或藥師(或直接撥打藥袋上的藥師電話諮詢請教)，不要聽信非醫藥專業人員的建議。

行動一、珍愛生命—愛自己

每個生命都是珍貴的，但總會面臨各種壓力與誘惑，做正確的決定，結果將完全不同。

- (一) 做自己的主人：建立且維持健康的生活型態，不靠藥物提神與減重；選擇理性情緒紓解方法，正向思考增加自信；建立親密和諧的家庭關係。
- (二) 學習交友技巧：結交品行、行為正當的朋友；從事健康休閒活動，建立正確的人生目標與價值觀。
- (三) 增強自我的堅韌性：藉由學校社區及宗教活動，訓練社交技巧，增強面對挑戰的堅韌度。

行動二、防毒拒毒—拒菸、酒、毒沾身

委婉堅定的拒絕可遠離是非、傷害。一日用毒，終身戒毒。

- (一) 遠離是非場所：如網咖、Pub、夜店等；提高警覺，不輕易接受陌生人的飲料及菸品；特別小心朋友的朋友，即使是熟識或女性也不可掉以輕心；不幸被性侵或遭受其他傷害，應把握時間撥打 1996 等專線，或尋求親近親友的協助。
- (二) 拒絕成癮物質：使用健康方式交朋友，菸、酒、檳榔或任何毒品的使用均可能成癮，影響身心健康，應避免接觸。
- (三) 學會拒絕技巧：面對同儕的壓力要求使用菸、酒、檳榔及毒品時，可使用直接拒絕、找尋藉口、速離現場、轉移話題、自我解嘲、友誼勸服或以家教嚴厲為由，口氣委婉態度堅定的拒絕。
- (四) 要 High 不藥害：無須酒精、不靠藥物，尋求健康、正向的自我滿足及放鬆方式，可從事體能及知性的活動如球類競賽、極限運動、藝術欣賞等。

行動三、知毒反毒—打擊毒害-毒品止步

毒品沒有毒性輕重的區別，都會傷害使用者的身心健康，千萬不要踏出錯誤的第一步。

- (一) 認識毒品作用：毒品依其對人體的作用，可分為中樞神經抑制劑（如鴉片類、K他命），中樞神經興奮劑（如安非他命、搖頭丸）及迷幻劑（如大麻、強力膠、LSD〔搖腳丸、一粒沙〕）。
- (二) 了解新興毒品：又稱俱樂部藥物，包括大麻、搖頭丸、K他命、FM2等。這些藥物以新穎的名稱及外型吸引人，使用後容易成癮，且毒品本身性質，會迫使使用者尋求更強烈的毒品。
- (三) 打擊不法：毒品的製造、販賣、施用、非法使人施用或引誘人施用均觸犯法律，使用毒品者自動向合格醫療機構請求專業治療，可減免其法律責任。
- (四) 防範毒品危害：毒品對個人健康與危害至巨如造成神經損傷、膀胱萎縮、性功能障礙、呼吸抑制、心血管毒害、愛滋病或其他傳染病風險等，還有混用產生的交互作用，以及常見的因用毒衍生出來的犯罪如搶劫、自傷、傷人等。

行動四、關懷協助—積極轉介

除了自己避免毒害外，也應適時伸出友誼之手關懷協助周遭親友，避免他們為毒所害。

- (一) 發現吸毒者的徵兆：吸毒者常出現作息混亂、精神恍惚、皮膚經常紅疹，身上或房間有特殊氣味、金錢花費變大、偷竊說謊、暴躁易怒、注意力降低、食慾差或消瘦、攜帶吸毒相關器具等。
- (二) 提供專業協助與轉介：家庭、朋友及社會的支持，是協助吸毒者坦誠面對自我、積極面對現實、脫離毒品困境的最大助力。可以轉介或提供專業服務的管道有衛生福利部相關單位、醫療院所、毒品危害防制中心、戒毒輔導機構（如基督教晨曦會）等。

附錄十四、藥物濫用諮詢、輔導及戒治機構

一、諮詢輔導機構

機構名稱	電話
各縣(市)政府毒品危害防制中心(免費諮詢專線)	0800-770-885
衛生福利部	(02)8590-6666
衛生福利部食品藥物管理署(諮詢服務專線)	(02)2787-8200
台北榮民總醫院毒藥物諮詢中心	(02)2871-7121
台北市立聯合醫院松德院區成癮防治科	(02)2726-3141#1140
衛生福利部草屯療養院成癮治療中心	(049)255-0800#5112
高雄市立凱旋醫院成癮防治科	(07)751-3171#2135 或 2159
財團法人基督教晨曦會	(02)2231-7744
財團法人台灣基督教主愛之家輔導中心	(03)826-0360
財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家	(07)723-0595
宜蘭縣渡安居女性關懷協會	(03)933-2073
中華民國反毒運動促進會	(02)2381-5225
台灣更生保護總會	0800-7885-95
台北市少年輔導委員會	(02)2346-7601
社團法人中華民國更生少年關懷協會	(02)2769-3258

二、戒治機構

衛生福利部公告指定辦理藥癮治療業務醫療機構協助戒除毒癮。衛生福利部及食品藥物管理署反毒資源館網站亦提供物質濫用防制、戒治、輔導等資訊，網址為 www.mohw.gov.tw 及 www.fda.gov.tw，歡迎上網查詢，或電洽衛生福利部食品藥物管理署(02)2787-8200。

三、法務部無毒家園網及戒毒成功專線

歡迎上網查詢法務部無毒家園網，或直接撥打戒毒成功專線 0800-770-885（請請您，幫幫我）。

附錄十五、國內外藥物濫用防制相關資訊網站

(一) 國內

網站名稱	網址
衛生福利部	http://www.mohw.gov.tw/
衛生福利部食品藥物管理署 反毒資源館	http://consumer.fda.gov.tw/AntiPoison/List.aspx?code=6010&nodeID=374
教育部紫錐花運動	http://enc.moe.edu.tw/
法務部無毒家園	http://refrain.moj.gov.tw/

(二) 國外

機構全名	簡稱	網址
United Nations Offices on Drugs and Crime	UNODC	http://www.unodc.org/
International Narcotics Control Board	INCB	http://www.incb.org/
World Health Organization	WHO	http://www.who.int/substance_abuse/en/
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm
Office of National Drug Control Policy	ONDCP	http://www.whitehouse.gov/ondcp
Drug Enforcement Administration	DEA	http://www.justice.gov/dea/index.shtml
National Institute on Drug Abuse	NIDA	http://www.drugabuse.gov/
Substance Abuse and Mental Health Services Administration	SAMHSA	http://www.samhsa.gov/
National Institutes of Health	NIH	http://www.nih.gov/
International Harm Reduction Association	IHRA	http://www.ihra.net/
International Federation of Non-Government Organisations for the Prevention of Drug and Substance Abuse	IFNGO	http://www.ifngo.com/front/index.php

機構全名	簡稱	網址
National Council on Alcoholism and Drug Dependence	NCADD	http://www.ncadd.org/
The Partnership for a Drug-Free America	DrugFree Az.org	http://www.drugfreeaz.org/

附錄十六、藥物濫用防制試題

一、國小高年級部份

- () 1.濫用 K 他命後會造成頻尿、尿急、小便疼痛等症狀，讓你一輩子包尿布？
(1)對；(2)不對。
- () 2.濫用安非他命後會造成精神病(被害妄想、幻覺、多疑)。
(1)對；(2)不對。
- () 3.安非他命濫用後易造成意外傷亡及暴力事件。
(1)對；(2)不對。
- () 4.下列何者是紓解壓力的方法？
(1)喝杯酒或來根菸解悶。
(2)跟朋友到搖頭店狂歡。
(3)吃顆安眠藥好好睡一覺。
(4)到戶外踏青散散心。
- () 5.毒品對腦部的影響有哪些？
(1)出現幻覺、妄想症狀；(2)腦部永久傷害；(3)綁架大腦的思考；
(4)以上皆是。
- () 6.種植罌粟植物是違法的？
(1)是；(2)不是。
- () 7.安非他命被不正當濫用在哪一種藥物？
(1)減肥藥；(2)生髮水；(3)止痛藥。
- () 8.以下哪種藥物使用後會上癮？
(1)海洛因；(2)安非他命；(3)強力膠；(4)以上均是。
- () 9.下面哪一種是拒絕毒品的的方法？
(1)直接拒絕；(2)遠離現場；(3)轉移話題；(4)以上均是。

() 10.下列何者是遠離毒品的良好生活習慣？

- (1)遠離是非場所；(2)絕對不好奇試用毒品；(3)建立正確情緒抒解方式；
(4)以上均是。

() 11.「拉 K 一時 尿布一世」是指下列哪一項濫用危害物質？

- (1)K 他命；(2)搖頭丸；(3)大麻；(4)強力膠。

() 12.目前新興濫用藥物常偽裝為沖泡式飲品包裝、糖果或餅乾等型態？

- (1)是；(2)否。

二、國中部分

() 1.一旦染上毒癮，身癮易斷，心癮難除。

(1)對；(2)不對。

() 2.吸食大麻會導致舉止遲鈍，判斷力及記憶力減退。

(1)對；(2)不對。

() 3.吸食強力膠會造成下列何種結果？

(1)脾氣暴躁；(2)意識混亂；(3)暴力行為；(4)以上均是。

() 4.有心人士常在 PUB 的飲料裡偷偷加入 FM2 等毒品，無色無味不易察覺，

飲用後會讓你昏睡，如何提防飲料被動手腳？

(1)有人要請你喝一杯，欣然接受。

(2)因為要上化妝室，請朋友幫你看飲料。

(3)儘量點選密封飲料，小心檢視，並親自打開。

(4)已用試紙檢測，結果沒有毒品反應，當可安心飲用。

() 5.下列何者是拒絕毒品的的方法？

(1)拒絕不良的嗜好。

(2)不使用來歷不明的藥物。

(3)建立自信與自尊心。

(4)以上皆是。

() 6.下列何者是濫用藥物造成的危害？

(1)神情怪異、舉止反常，甚至導致精神病。

(2)上癮，不用藥會很難受。

(3)以靜脈注射毒品，容易罹患血液傳染病。

(4)以上均是。

() 7.以下哪種藥物非屬成癮藥品？

(1)安眠藥；(2)抗生素；(3)嗎啡；(4)可待因止咳糖漿。

- () 8.吸食 K 他命容易造成何種危害？
(1)頻尿；(2)間質性膀胱炎；(3)影像扭曲；(4)以上皆是。
- () 9.對於新興毒品的陳述，下列何者為非？
(1)搖頭丸（MDMA）等新興毒品不會對身體健康造成危害。
(2)毒品亦有以假亂真的情形，例如假的 FM2，假的搖頭丸。
(3)有許多毒販利用學生在校園直銷或網路非法販售。
(4)目前已有檢測毒品的簡易檢測試劑或試紙，其檢測結果可作為參考。
- () 10.防制毒品的工作是由哪些政府單位來負責執行？
(1)法務部；(2)教育部；(3)衛生福利部；(4)以上皆是。
- () 11.對毒品產生「耐受性」的人，在毒品的使用量上會如何改變？
(1)減少；(2)不變；(3)增加。
- () 12.嗎啡是從哪一種植物中取出來的？
(1)玫瑰；(2)罌粟；(3)菸草。
- () 13.海洛因和下面俗稱哪一個毒品是同一種東西？
(1)白粉；(2)MDMA；(3)安非他命。
- () 14.嗎啡的毒癮可以很容易戒除。
(1)是；(2)否。
- () 15.有心人士常以什麼話術，誘騙使用毒品？
(1)這不會上癮；(2)這個很便宜；(3)使用不犯法；(4)以上皆是。
- () 16.在台灣，通常大家都叫安非他命什麼？
(1)白粉；(2)安公子；(3)麻黃素。
- () 17.因為是白色結晶體，所以安非他命又被叫什麼？
(1)冰塊；(2)白粉；(3)結晶。
- () 18.平常我們聽到的「白粉」是什麼？
(1)安非他命；(2)搖頭丸；(3)海洛因。

- () 19.下列哪一種毒品有「鎮靜安眠」的效果？
(1)FM2；(2)安非他命；(3)搖頭丸。
- () 20.大麻是從哪裡獲得的？
(1)大麻植物；(2)化學合成；(3)黴菌。
- () 21.類大麻活性物質(K2)是從哪裡獲得的？
(1)大麻植物；(2)化學合成；(3)黴菌。
- () 22.吸食 K 他命會產生什麼現象？
(1)視幻覺；(2)不想睡覺；(3)顫抖。
- () 23.減肥藥曾非法加入哪一種毒品？
(1)嗎啡；(2)搖頭丸；(3)安非他命。
- () 24.服用安非他命之始，會讓人昏昏欲睡。
(1)是；(2)否。
- () 25.安非他命對社會造成最嚴重傷害是？
(1)精神異常等症狀；(2)高血壓；(3)體重降低。
- () 26.使用 FM2 容易產生生理及心理依賴。
(1)是；(2)否。
- () 27.常被壞人放入飲料中，迷昏他人做壞事的是哪一種毒品？
(1)FM2；(2)嗎啡；(3)MDMA。
- () 28.目前新興濫用藥物常偽裝為沖泡式飲品包裝、糖果或餅乾等型態？
(1)是；(2)否。
- () 29.嗎啡和何者都是由罌粟植物得到的？
(1)強力膠；(2)鴉片；(3)安非他命。
- () 30.「拉 K 一時 尿布一世」是指下列哪一項濫用危害物質？
(1)K 他命；(2)搖頭丸；(3)大麻；(4)強力膠。

三、高中以上部分

- () 1.當吸毒者無毒品繼續供應吸食時，身體上會出現一些不舒服的症狀，我們叫做？
- (1)戒斷現象；(2)習慣性；(3)抗藥性。
- () 2.什麼叫做毒品的「耐受性」呢？
- (1)對不吸毒品的忍耐力；(2)使用毒品的用量越變越多，以維持原本想要的效果；(3)毒品的效果。
- () 3.戒斷現象是在哪一種依賴出現？
- (1)心理依賴；(2)化學依賴；(3)生理依賴。
- () 4.對毒品產生心理性依賴及生理性依賴，我們說是
- (1)成癮；(2)耐受性；(3)習慣性。
- () 5.長期吸毒，若突然停藥，會產生什麼現象？
- (1)昏迷現象；(2)興奮現象；(3)戒斷現象。
- () 6.嗎啡中毒時，都會使服藥者的瞳孔縮小。
- (1)是；(2)否。
- () 7. FM2 的毒害是什麼？
- (1)吸毒者會有精神病變。
- (2)服用者被迷昏、造成搶劫、強暴等社會事件。
- (3)吸毒者自己以為是超人，自窗口飛出，結果壓壞汽車，壓死路人，造成社會嚴重傷害。
- () 8.哪一項不是吸食 MDMA 會產生的症狀？
- (1)體溫下降；(2)食慾不振；(3)運動失調。
- () 9.長期使用 MDMA，會出現視幻覺、記憶減退的症狀，這是類似哪一個毒品的毒性？
- (1)安非他命；(2)嗎啡；(3) FM2。

- () 10.目前新興濫用藥物常偽裝為沖泡式飲品包裝、糖果或餅乾等型態？
(1)是；(2)否。
- () 11.長期使用大麻後會產生什麼症狀？
(1)動機缺乏症；(2)失眠；(3)失聰。
- () 12.何項毒害不是大麻的危害？
(1)青少年時期使用大麻會造成智力商數(IQ)下降，記憶及學習能力降低。
(2)因吸食後方向感不佳，動作協調差，開車常會發生車禍。
(3)具安眠作用，可迷昏他人。
- () 13.濫用安非他命不會有哪種不舒服的狀況？
(1)血壓上升；(2)盜汗心悸；(3)食慾大增。
- () 14.哪一種毒品是由黴菌的代謝物合成的？
(1)嗎啡；(2)LSD；(3)MDMA。
- () 15.下列何項陳述為非？
(1)我國青少年濫用藥物種類以 K 他命等第三級毒品為主。
(2)我國毒品緝獲以 K 他命及安非他命類為最大宗。
(3)毒品危害防制條例之制定，將吸毒者視為病犯。
(4)一旦染上毒癮，心癮易斷，身癮難除。
- () 16.下列何者不屬於目前常見的新興濫用藥物？
(1)愷他命；(2)合成卡西酮類物質(如喵喵)；(3)類大麻活性物質；
(4)古柯鹼。
- () 17.我國的「毒品危害防制條例」，將毒品依那些特性分級列管？
(1)成癮性、濫用性、社會危害性；(2)毒性、成癮性、濫用性；
(3)毒性、濫用性、社會危害性。

() 18.下列有關搖頭丸 (MDMA) 的敘述，何者為真？

- (1) 搖頭丸是鴉片類毒品。
- (2) 可使人放鬆心情，安撫情緒。
- (3) 屬於第二級毒品。
- (4) 搖頭丸俗稱 K 仔。

() 19.下面哪一種是拒絕毒品的方法？

- (1)直接拒絕；(2)遠離現場；(3)轉移話題；(4)以上均是。

() 20.下列對「合成卡西酮類」物質的敘述，何者為非？

- (1)常聽到的「浴鹽」為「合成卡西酮類」物質；(2)毒性反應類似甲基安非他命及搖頭丸；(3)主要危害為幻覺、攻擊性、甚至暴力及自殘行為；(4)很少有單一毒品包裝混合多種「合成卡西酮類」成分的情形發生。

() 21.有關目前藥物濫用現況，下列敘述何者為非？

- (1)目前常見濫用形式為摻入沖泡式飲品粉末，再以市售或自創品牌包裝的型態販售；(2)近來常見單一包裝混用多種毒品成分；(3)將多種毒品混用後，因個別毒品含量較低，故較為安全；(4)甚至會以組織性行銷或團購的方式販售。

() 22.對於管制藥品的陳述，下列何者為真？

- (1)我國為防止合法成癮性麻醉藥品及影響精神藥品遭流用或濫用，對於前述藥品特制訂「毒品危害防制條例」嚴加管理。
- (2)管制藥品依習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性的程度，分為三級管理。
- (3)用於治療癌症疼痛的嗎啡是一級管制藥品。

() 23.下面哪一種毒品作用和安非他命相似，會使腦部興奮，久用造成精神疾病？

- (1)FM2；(2)合成卡西酮；(3)搖腳丸。

- () 24.「搖頭丸」和「搖腳丸」都是 MDMA 的名字？
(1)是；(2)否。
- () 25.PUB 常見的搖頭丸，是哪一種毒品？
(1)MDMA；(2)嗎啡；(3)安非他命。
- () 26.吸食 MDMA 可能會產生體溫過高、身體脫水的現象？
(1)是；(2)否。
- () 27.「魔菇」內含有什麼可怕的成分，會影響中樞神經，產生幻覺、知覺扭曲或急性精神病？
(1)西洛西賓(Psilocybine)；(2)嗎啡；(3)FM2。
- () 28.吸食 K 他命容易造成何種危害？
(1)頻尿；(2)間質性膀胱炎；(3)影像扭曲；(4)以上皆是。
- () 29.濫用 K 他命後會造成下列何種泌尿系統症狀，讓你一輩子包尿布？
(1)頻尿；(2)尿急；(3)小便疼痛；(4)以上皆是。
- () 30.濫用 K 他命會使膀胱功能受損，嚴重時會造成膀胱壁纖維化，必須用人工膀胱取代原有膀胱？
(1)是；(2)否。
- () 31.下列何者是遠離毒品的好生活習慣？
(1)遠離是非場所；(2)絕對不好奇試用毒品；(3)建立正確情緒抒解方式；(4)以上均是。
- () 32.「拉 K 一時 尿布一世」是指下列哪一項濫用危害物質？
(1)K 他命；(2)搖頭丸；(3)大麻；(4)強力膠。
- () 33.有關「類大麻活性物質」敘述，何者為非？
(1)又稱為 K2 或 Spice；(2)包含 JWH-122、AM-2201、HU-210、HU-211、CP47,497、XLR-11 等；(3)產生與大麻相似之危害，如幻覺、妄想、心跳過速等；(4)為化學合成產生，故與天然大麻相比，危害較小。

答案：

國小：

1. (1) 2. (1) 3. (1) 4. (4) 5. (4) 6. (1) 7. (1) 8. (4) 9. (4) 10. (4) 11. (1)
12. (1)

國中：

1. (1) 2. (1) 3. (4) 4. (3) 5. (4) 6. (4) 7. (2) 8. (4) 9. (1)
10. (4) 11. (3) 12. (2) 13. (1) 14. (2) 15. (4) 16. (2) 17. (1) 18. (3)
19. (1) 20. (1) 21. (2) 22. (1) 23. (3) 24. (2) 25. (1) 26. (1) 27. (1)
28. (1) 29. (2) 30. (1)

高中：

1. (1) 2. (2) 3. (3) 4. (1) 5. (3) 6. (1) 7. (2) 8. (1) 9. (1)
10. (1) 11. (1) 12. (3) 13. (3) 14. (2) 15. (4) 16. (4) 17. (1) 18. (3)
19. (4) 20. (4) 21. (3) 22. (3) 23. (2) 24. (2) 25. (1) 26. (1) 27. (1)
28. (4) 29. (4) 30. (1) 31. (4) 32. (1) 33. (4)

藥物濫用防制指引. 105 年度 / 衛生福利部食品藥物管理署編輯. -- 臺北市：食藥署，民 105.10 面；公分. -- (TFDA 指引規範系列；DG012)
ISBN 978-986-05-0388-3(平裝)

1. 藥物濫用防制

412.24 105019894

版權頁

105 年度藥物濫用防制指引

出版機關：衛生福利部食品藥物管理署

11561 臺北市南港區昆陽街 161-2 號

<http://www.fda.gov.tw>

(02)2787-8000

發行人：姜郁美

編輯者：衛生福利部食品藥物管理署

出版年月：民國 105 年 10 月

G P N：1010502228

I S B N：978-986-05-0388-3

著作財產權人：衛生福利部食品藥物管理署

本書保留所有權利，如有需要，請洽衛生福利部食品藥物管理署