



海洛因成癮與戒治

顏銘漢 薛文傑 林可寰

前言

早在五世紀甚至更早之前，西方國家就已經有毒品濫用與成癮的文獻紀錄，而中國歷史上著名的鴉片戰爭等，更顯示出毒品對個人、社會與國家的危害。隨著時代進步，社會求新、求快、求變的整體環境下，毒品濫用與成癮的問題也越來越嚴重，其中又以海洛因最嚴重。由於海洛因成癮性極強且易衍生出許多併發症，故也有「毒品之王」的稱號，可想而知，要將其戒除亦相當困難。國內目前針對毒品戒治，主要仍是由精神科專科醫師在精神醫療院所實施，但許多先進國家（如：英、美等）已將基層醫療院所納入毒品戒治的網絡之中，俾使更多毒癮患者能得到幫助，是故所有基層醫師也應對各類毒品有基本認識，以因應世界潮流，而本文主要針對海洛因部分進行探討。

物質濫用、物質依賴、物質中毒與物質戒斷的定義

國軍花蓮醫院 精神科

關鍵詞：Heroin. Maintenance treatment. Methadone.

當面對一位使用毒品的患者時，最重要的依然是病史的收集以及理學的檢查。因此，仔細詢問患者使用何種（或哪幾種）毒品、首次使用時間、使用頻率、劑量、使用方式、是否曾嘗試戒除、為何再使用以及最後一次使用的時間，並評估其身體症狀以及精神狀態，才能判斷究竟個案目前是處於何種狀態及其成癮程度。

依照美國精神疾病診斷統計手冊第四版（修正版）所提供之定義如下：

物質濫用(abuse)

一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，同一年期間內出現下列行為表現之一項（或一項以上）。

- 1.反覆使用物質，以致無法實踐工作、學業或家庭的主要角色。
- 2.對身體有害的狀況下仍繼續使用物質。
- 3.屢次捲入與物質使用有關的法律糾紛中。
- 4.即使使用藥物已產生個人、社會或人際問題，仍持續物質的使用。



物質依賴(dependence)

一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，同一期間內出現以下至少三項症狀或行為表現。

1. 耐受性。
2. 戒斷症狀。
3. 物質的攝取比個人意願為更大量或更長期。
4. 對戒除物質有多次不成功的努力。
5. 花費許多時間在尋找或取得藥物。
6. 因為對物質的渴望而放棄或減少重要的社會、職業或娛樂活動。
7. 因為物質使用，雖持續或重複發生身體或心理問題，但仍繼續使用物質。

物質中毒(intoxication)

由於最近攝取（或暴露於）某種物質而發展出可逆性此物質特定症候群。

由於此物質對中樞神經系統的作用，在物質使用當時或之後不久，發生臨床上明顯的適應不良行為或心理變化，或社會、職業其他重要領域的功能損害。

物質戒斷(withdrawal)

由於停止或減少原先規則使用的某種物質，而發展出此物質特定的症候群。

此物質特定的症候群導致臨床上重大損害或痛苦，或社會、職業其他重要領域的功能損害。

物質成癮(addiction)

此名詞目前已不存在於診斷統計手

冊中，因其英文涵義常帶有貶損之意，且不易與濫用及依賴做清楚區分，故未列入統計手冊中診斷之中，但此名詞仍多為一般大眾、媒體甚至非精神科之醫療專業人員所使用。

海洛因簡介

成分：源於鴉片，學名為二乙醯嗎啡，是由無水醋酸與嗎啡加熱反應而來，其鎮痛效力約為嗎啡之四到八倍，毒性約為嗎啡之十倍。

特性與形狀：主要為白色結晶粉末，依品種及純度之不同，可由淺棕色至白色（純白最純）。也依純度不同而以一號、二號、三號、四號海洛因區分（號碼依純度遞增，四號最純）。

濫用方式：口服、抽吸、鼻吸或注射。

生理作用：

初期：短時間內達到極高的欣快感，之後伴隨精神恍惚、平衡感與判斷力下降與言語發生輕微障礙的現象。

急性中毒：過量使用造成，會產生包括昏睡、急性肺水腫、呼吸抑制、低血壓、低體溫、瞳孔變小（pin-point pupil）等症狀。

高度生理依賴性：用藥量常隨時間增加以達相同效果（耐受）。

戒斷：停藥後約六到八小時會開始發生渴求藥物、坐立不安、失眠、流淚、流汗、流鼻水、易怒、發抖、打冷



顫、厭食、嘔吐、腹瀉、身體捲曲、抽筋、皮膚會呈現如冷且已拔毛的火雞形狀（cold turkey，即俗稱之雞皮疙瘩）等症狀。大多無生命危險。

長期使用：會產生體重減輕、憂鬱、易怒、食慾減退、便秘、性無能、精神不濟等症狀。

海洛因急性中毒的處置

首先應維持中毒者之呼吸道，Naloxone為鴉片類 μ 型受體拮抗劑，是治療海洛因中毒的第一優先選擇用藥。Naloxone以靜脈注射方式給藥，初始劑量約為每70公斤0.8mg，若2-3分鐘後仍未有反應，則再給予相同的劑量，如Naloxone注射總量已達到4-5mg而仍未有反應，則必須考慮是否真正為海洛因中毒。有兩點必須特別注意，第一，因Naloxone的作用時間較海洛因的作用時間短，必須小心監測患者生命跡象並適時補充Naloxone，否則可能有再次昏迷而致死的可能；第二，快速給予Naloxone雖可逆轉海洛因的毒性，卻也會造成立即生理戒斷，必須搭配戒斷時期之處理。

生理戒斷與心理戒斷、解毒 (detoxification)與戒毒(abstinence)

海洛因的戒斷可以分為生理上的戒斷與心理上的戒斷。當最後一次使用的海洛

因藥效逐漸退去時，生理戒斷便開始發生。沒有解毒藥物的幫助時，大約七到十天就會自然解毒（俗稱脫癮）；在醫院裡，即使有解毒藥物的幫助，解毒過程也需七到十天才能完成，差別就在病人戒斷時所體會的痛苦不同。目前所使用於生理戒斷時期的藥物大多為症狀治療藥物，如：交感神經抑制劑、止瀉劑、抗組織胺、鎮靜安眠藥物及止痛藥等，但有些較海洛因不易成癮的合成或半合成之長效鴉片類藥物或部分促效劑（partial agonist）也會於此時開始給予患者，並作為之後的維持治療（maintenance treatment）藥物。

當解毒完成時，許多病患與醫師皆認為已經戒毒完畢。其實，真正的考驗才剛剛開始。心理戒斷比生理戒斷更為困難。一般來說，長期使用海洛因的患者，在使用海洛因一段時間後，能在吸毒的過程之中得到的快感其實是有限的，反而是因為害怕生理戒斷症狀而繼續使用，這是絕大多數的海洛因患者面對的矛盾。然而，海洛因讓使用者所得到的快感也是無法讓患者在記憶中抹去的。所以，海洛因患者的復發率會如此之高，再度追求快感也是重要的因素。海洛因患者的心理戒斷是無止境的，當病人回到過去習慣的生活環境或是遭遇壓力時，常會讓患者制約或非制約的產生再使用的慾望，這些都是患者再次吸毒的主因。



藥癮治療模式

1. 完全戒絕 (abstinence)

結合司法矯正體系力量的治療計畫，有助於降低非法藥物的使用與相關犯罪問題。目前我國戒治所的運作方式，即採此一模式。對於在司法體系中之藥癮犯人治療計畫，須在出院後安排後續的照顧、治療、監督與督導。

2. 維持療法 (maintenance treatment)

也稱為替代療法，此模式中以「美沙冬維持治療計畫」使用最為廣泛，其他可用來作為維持療法的藥物還包含 Buprenorphine, Levomethadyl 等。此療法的主要精神為「減害」，因使用海洛因的患者常會為了追求快感或害怕生理戒斷而從事危險、投機甚至違法之行為。利用美沙冬等藥物可以透過其藥物機轉達到減少海洛因生理戒斷症狀、減少對海洛因的渴求與抑制再次使用海洛因帶來的欣快感，也可以口服取代注射方式以避免血液傳染疾病。雖然美沙冬也算是管制藥品（嚴格來說也算是毒品），但以兩害相權取其輕的角度思考與出發，仍有相當大的益處。

3. 治療性社區 (therapeutic community)

治療性社區以不靠藥物和正向生活為基本理念，並藉由與社會隔離的同儕團體 (peer community) 來達成治療目的。此模式透過團體的壓力和互相依

賴，來避免成員再次使用毒品並增加其社會與人際功能。例如國內的主愛之家及茄荖山莊等。

4. 自助性團體 (self-help groups)

藥癮者自助性團體有戒毒匿名會 (Narcotic Anonymous, NA)，為繼戒酒匿名會 (Alcoholics Anonymous, AA) 之後發起的戒毒團體。此團體抱持藥癮是一種疾病的觀點，藉由宗教力量與「老鳥（復原者）帶新兵（正陷於藥癮者）」的方式，透過成員相互支持、分享、告解與回饋，使患者面對問題並且找出的應付之道。

維持療法藥物之簡介

目前英美國家的基層醫療院所，在戒治海洛因網絡中所扮演的角色，大多仍以提供維持療法為主，而急性戒斷期則主要在毒癮專科醫院或是一般精神科病房處理。

美沙冬 (Methadone)：

為一合成之鴉片類製劑，型態為綠色液狀，口服使用，半衰期超過二十四小時，一天服用一次，作用機轉為利用其長時間佔據鴉片受器的特性來減輕戒斷作用並減少患者使用海洛因所帶來的欣快感。初始劑量不宜超過30mg，一般患者可在20mg-80mg的劑量下達到穩定狀態，但仍有部分患者需使用到120mg，劑量超過120mg則不建議，因超過此劑量易產生中毒情形。



Levomethadyl：

亦為一合成之鴉片類製劑，型態為液狀，口服使用，半衰期較美沙冬更長，可每週服用三次，每次30-80mg，使用上較美沙冬方便，但因其副作用過強，故目前已鮮少使用。

丁基原啡因（Buprenorphine）：

為一半合成之鴉片類部分促效劑（partial agonist），型態為錠劑，舌下使用（亦有針劑類型，但因注射方式易衍生其他問題故鮮少於維持療法使用）。其作用機轉類似美沙冬，但因其為部分促效劑而非完全促效劑，故較美沙冬更不易成癮。也因其脫離鴉片受器之速度緩慢，故可每週服用三次，每次約8-10mg。由於此法較前兩種方法操作上更為便利，雖藥價昂貴，但仍有逐漸取代美沙冬之趨勢。此外，目前亦有Buprenorphine HCl + Naloxone之複方製劑（Buprenorphine HCl 8mg + Naloxone 2mg），其用法與頻率與單純使用丁基原啡因相同，但因其添加了Naloxone，故患者對此複方更不易產生欣快感及成癮，且可抑制患者若再次使用海洛因所產生之欣快感，可謂一舉兩得。也因此藥物的低成癮性與較長的藥理作用，若患者的服藥順從性及配合度良好，醫師可讓病患將此藥帶回家使用，以換取更彈性的服藥時間，並當成對於患者的肯定與信任。

附錄

目前國內美沙冬及丁基原啡因維持治療計畫之簡介與流程

(一) 鴉片類物質成癮替代療法，係以有效且足夠的鴉片類藥物，取代非法鴉片類物質之使用，以下簡稱為替代療法。

(二) 替代療法應由符合下列條件之機構為之：

1. 行政院衛生署指定藥癮戒治機構、後天免疫缺乏症候群指定醫療機構或衛生局(所)。衛生局(所)得與可從事替代療法之醫療機構合作辦理。

2. 應訂定相關品質保證措施。

3. 應具有獨立性之替代療法治療實施空間及藥品安全儲存空間。

4. 應具有符合下列條件之人員：

(1) 應有受過藥癮治療相關訓練之成癮治療團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員，臨床心理、社會工作及職能治療人員至少各一名。

(2) 精神科專科醫師應具有管制藥品使用執照，且每年須定期接受替代療法繼續教育講習8小時。

5. 應備有管制藥品登記證。

(三) 試辦期間應以計畫形式，向行政院衛生署專案申請辦理。計畫內容應包括：預估收案人次、醫療團隊、設施、治療照護、流程管理、品質保證措施及經費項目。

(四) 替代療法收案原則



- 1.採替代療法個案須經精神科專科醫師診斷符合心理疾病診斷統計手冊第四版鴉片類成癮者，且無不適合使用、或對丁基原啡因鹽酸鹽及美沙冬鹽酸鹽有使用禁忌者。孕婦得優先治療。
- 2.採替代療法個案需簽署行為約定書。但未滿二十歲之限制行為能力人，且經精神科專科醫師證明以其他方式戒癮無效者，應與其法定代理人共同簽署。未滿二十歲已結婚者，由本人簽署，不須經法定代理人同意。
- 3.經精神科專科醫師評估可採替代療法治療者，應紀錄評估報告，其內容包括：病史、身心狀況、意願、動機，及相關治療評估事項。（性別：男、女不拘。婚姻狀態：不拘。教育程度：正常智能即可。願意配合治療計畫，同意接受登錄、追蹤者（須簽署治療計畫同意書）
- 4.個案如不配合醫囑，或連續兩週未依約接受替代療法，執行替代療法之機構應寄發通知書，必要時得終止治療。

(五)收費標準

毒品危害防制中心列管之個案，經由中心轉介至醫療院所接受美沙冬替代療法，享有法務部補助戒毒醫療費（含門診及住院）每名個案16,000元整之補助經費，限補助一次，之後則需要自費參與維持療法，費用依各醫療院所訂定而有所不同。愛滋感染者且符合「毒品病患愛滋減害計畫之鴉片類物質成癮替代療法作業基準」則可免費收案。

(六)替代療法機構，應每月定期通報個案人次、治療情形等相關資料，以利後續評估及管理。

(七)替代療法用藥及處置方式

- 1.替代療法藥物以丁基原啡因鹽酸鹽及美沙冬鹽酸鹽為主。
- 2.施行替代療法需有精神科專科醫師處方，並應在醫事人員監督下服用。
- 3.替代療法以三個月或六個月為一次療程，每次療程結束後須重新接受評估。
- 4.採替代療法個案應每週或隔週接受鴉片類及其他毒品尿液篩檢，並視需要接受人類免疫缺乏病毒（HIV）篩檢。
- 5.治療期間，醫師應定期安排個案接受心理治療、輔導及後天免疫缺乏症候群相關衛教，並將輔導情況及病患配合度，列為下次療程評估。
- 6.醫師及其他人員非依作業基準使用管制藥品執行替代療法，應依相關規定處罰。

(八)對象排除因素

- 1.合併嚴重精神病者。
- 2.嚴重反社會性人格違常者。
- 3.已經在其他醫療院所參與美沙冬療法者。

(九)結案條件

- 1.死亡。
- 2.因病住院超過一週者。
- 3.參與治療期間，有一次或一次以上無故未就診者，即終止資格。
- 4.治療期間，連續兩個月內有二次或二次以上檢驗尿液嗎啡呈陽性反應者，即終止資格。



5. 參與治療期間有暴力攻擊治療者及其他人之行為者，即終止資格。
6. 參與治療期間有搶奪美沙冬(Methadone)之行為者，即終止資格。
7. 參與治療期間在醫院製造騷亂、糾紛者，即終止資格。
8. 參與治療期間在本院院區有危害工作人員及民眾之行為者，即終止資格。
9. 因犯案再入獄服刑者，即終止資格。
10. 參與治療期間發現在其他醫療院所重複接受美沙冬替代療法者，即終止資格。

結語

海洛因戒治不論對患者本身或是醫師而言，都是極為艱難且長期的挑戰，唯有正確的診斷與建立完整的治療計畫，配合耐心與毅力，方能完成此艱鉅任務，為患者帶來重生的希望。

參考資料

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press. 2000.
2. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S: Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 8:CD005031.
3. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ali R, Ferri M: Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 20:CD003409. Review.
4. O'Loughlin P. So much for harm reduction techniques reducing drug deaths. BMJ. 2008; 16:337.
5. Hoffman RS. Is methadone a miracle cure or an alternative evil? West J Med. 2000; 172:15-6.