

藥癮者特質與國軍高雄總醫院醫療服務模式現況

蔡睿剛

(國軍高雄總醫院主治醫師)

毒品是一種具成癮性及危害性之物質，長期使用戕害個人身心，且對家庭、社會及國家造成公共衛生及社會安全的危害，藥癮個案常共病精神疾病及易罹患血液體液傳染性疾病，長期使用易衍生經濟困境、就業困難、居住及育兒等問題，故藥癮治療須涵蓋衛政社政勞政等面向的整合性醫療及轉銜服務，政府近 10 年來大力挹注經費投入藥癮治療迄今，使得醫療機構得以提供涵蓋生理心理社會層面的全人醫療模式，藥癮個案早期治療以及結合家庭及社會各資源介入可遠離毒害、邁向健康心生活。

壹、前言

毒品是一種具成癮性及危害性之有害物質，濫用後會造成個人生理及心理嚴重的傷害，故對毒品施用者應該採取治療、處遇¹的政策思維。94 年國內藥癮者因靜脈注射共用針具及共用稀釋液而爆發感染

愛滋病疫情，衛生福利部於 94 年 12 月 6 日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」後，並於 95 年 3 月公告及 10 月修訂的「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，96 年 2 月編譯「美沙冬替代療法治療指引」²，除在各地推動美沙冬替代治療，且經由衛教方式讓藥癮者提升相關知能而減少罹患愛

¹ 處遇：有治療的意思。在此指運用在監獄行刑專有領域中，對於受刑人所安排的各項矯正措施，藉由多樣化的矯正措施改正受刑人的犯罪價值觀，如宗教處遇、作業訓練處遇以及運動處遇等。

² 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院身心醫學科，2023，<https://taichung.tzuchi.com.tw/index.php/dan-wei-jian-jie-31/ren-shi-mei-sha-dong>。(2025/7/6 瀏覽)

滋病、B 型肝炎、C 型肝炎及梅毒等風險行爲。97 年法務部因應鴉片類藥癮者替代療法戒癮治療之需要，建立緩起訴處分附命完成戒癮治療之機制，開啓了藥癮者社區處遇的大門³。108 年衛生福利部心理健康司（下稱衛福部心健司）推動「藥癮者治療費用補助方案」迄今，讓藥癮者可接受涵蓋生理心理社會各方面完整性及全面性醫療服務，協助藥癮者走向戒除毒品、重建生活以及預防復發的人生。

103 年起衛福部心健司推動「矯正機關整合性藥癮治療服務暨品質提升計畫」，至 113 年已擴展至 17 家矯正機關⁴。醫療機構與監所及各縣市毒品危害防制中心合作建立出監前醫療評估等整合性成癮醫療服務，並於出監後持續穩定接受成癮治療及社政勞政協處，進而賦歸社會。女性藥癮者懷孕後若施用藥物，恐造成產前藥物暴露、感染愛滋病風險以及新生兒毒品戒斷症候群，而危害寶寶健康及生命安全⁵。產前施用藥物易發生流產、胎兒死亡、畸胎、早產或生長遲緩等情形，故各縣市毒品危害防制中心與醫療機構合作提供藥癮孕產婦照護計畫，提供女性藥癮者及新生兒醫療處置及費用補助方案等⁶，鼓勵藥癮孕產婦接受戒癮治療等醫療處

置，提升主動就醫意願以維護母嬰身心健康。

貳、藥癮者特質

藥癮個案大約 50% 合併精神疾病，雖然像海洛因、古柯鹼及酒精濫用個案共病精神疾病大部分會尋求醫療協助，而另一部分個案未尋求醫療協助並不是因爲他們無精神疾病，而是因爲他們有較好的社會支持系統，故否認藥物對他們造成的影響。藥癮個案約 35 至 60% 符合反社會人格障礙症，這些個案也有較高比率出現反社會行爲，如果藥癮個案合併反社會人格障礙症更易使用多種非法物質，更易不滿自己生活現況，更容易衝動、感到孤立及憂鬱。另一個要重視的是憂鬱及自殺的議題，鴉片類藥癮者一生約三分之一至一半比例罹患嚴重型憂鬱症，而藥癮者自殺身亡比率是一般民衆的 20 倍以上⁷，自殺有很大原因是個案共病嚴重型憂鬱症，故憂鬱疾病及自殺防治在藥癮個案是需要重視及介入的議題，積極協助藥癮個案接受藥癮治療及身心科專業醫療協助不僅可減少毒品的危害，亦可改善憂鬱症病情及大幅降低自殺風險。女性、青少年及性少數族群等個案在病因、共病生理心理疾病等層面略有不同，分述如下：

³ 立法院，2022，<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=45624&pid=220331>。（2025/7/6 瀏覽）

⁴ 衛生福利部，2024，<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-80759-1.html>。（2025/7/6 瀏覽）

⁵ 臺南市政府衛生局，2025，<https://health.tainan.gov.tw/page.asp?mainid=0FF5BC76-17FE-48CA-BA9F-68538A906E4E>。（2025/7/6 瀏覽）

⁶ 高雄市政府毒品防制局，2025，<https://dsacp.kcg.gov.tw/cp.aspx?n=8BC7C5E6E60F5BBD>。（2025/7/6 瀏覽）

⁷ Robert Boland, et al. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th edition. Wolters Kluwer, 2021 April:269-336.

一、女性

雖然相較於男性，女性使用毒品的起始年齡較男性晚，但這個差異正逐漸減少，原因是女性從開始使用毒品至產生毒品相關問題行為較快，而這個現象也使得女性較早就醫，因此女性從開始使用毒品至罹患藥癮疾患所需的時間是較男性為短。性別差異在精神疾病與物質使用之間的關係始於青少年時期，物質使用的青少年女性較易有憂鬱症狀，而青少年男性較易有行為規範障礙症（conduct disorder）及注意力不足過動症，成年女性較男性也有較高比率罹患憂鬱症及焦慮症，而尋求醫療協助的女性藥癮者也較男性有較高比率共病精神疾病。而創傷經驗以及創傷後壓力症在女性有較強的關聯，研究發現接受藥癮治療的女性超過 50% 在孩童時期曾遭受家庭暴力暨性侵害事件，使得她們易罹患創傷後壓力症，因而使用毒品致罹患藥癮疾患。而持續物質使用更可能導致個案再度成為性暴力受害者以及發生危險性行為。女性藥癮者也較一般族群女性容易罹患飲食障礙症（厭食症及暴食症），約三分之一的女性藥癮者有暴食行為⁸，總而言之，女性藥癮者共病精神疾病比率較高，在安排藥癮治療也須進一步評估是否

共病精神疾病，並視其病況安排身心科專業醫療。

二、青少年

有些藥癮個案常在青少年時期開始接觸毒品，在 2018 年的國外流行病學研究，酒精是青少年時期最容易濫用的物質，大麻則是最常見被濫用的非法藥物，而電子菸使用也在青少年族群中快速增加。青少年衍生出的毒品使用的因素可分為三個面向：家庭、社會及個人因素，比如物質濫用的家族病史、兒虐事件、同儕使用、有憂鬱症或注意力不足過動症病史等。青少年時期越早使用毒品越容易罹患藥癮疾患，比如使用大麻的個案約 9% 會成癮，而在青少年個案中會上升至 16.7%，雖然只有一部分的個案會罹患藥癮疾患，但因為青少年時期使用的成癮風險更高，且對於未來身心發展危害更大；早期毒品使用易增加意外傷害及自傷傷人風險，進而導致死亡，所以更需要加以重視及儘早介入。在共病精神疾病方面，1999 年 Kandel 等學者的研究指出 14-18 歲的藥癮個案約 76% 有符合精神疾病的診斷，而 2011 年 Wu 等學者指出 13-17 歲的藥癮個案約 64% 有符合精神疾病的診斷，最常共病的精神疾病是情感性疾患，另外常見的

⁸ Kathleen T. Brady, et al. Textbook of Substance Use Disorder Treatment, 6th Edition. American Psychiatric Association, 2021:541-608.

疾病還有行為規範障礙症和注意力不足過動症，而共病精神疾病的青少年族群更容易發生破壞行為及社會適應不佳等情形⁹，所以更需要接受藥癮及精神疾病的整合性醫療。

三、性少數族群（Sexual and Gender Minority）

在各個物質流行病學研究報告指出此族群較一般族群在物質使用的比率較高且罹患藥癮疾患的比率也較高，家庭方面，個案易面臨來自與家屬相處間的負面經驗（比如不能接受或支持個案性傾向）而增加情感疏離、家屬拒絕而致無家可歸，這些早期潛在壓力可能引發他們毒品的使用，所以藥癮治療納入家屬的部分是至為重要的。靜脈注射藥癮者的共用針頭、共用稀釋液及危險性行為是罹患愛滋病、B型肝炎、C型肝炎及梅毒的高風險行為，除了衛教及提供清潔針具使用、安全性行為的宣導，以及暴露前及暴露後的針對愛滋病的預防性抗病毒藥物使用等措施可減少或避免罹患上述疾病。此族群罹患憂鬱或焦慮症是一般族群的2~4倍，而罹患藥癮疾患的風險也較高。因為近十年來智慧型手機的交友軟體 App 讓個案可與網友交換文字、圖片及影像內容，這些行為可能

衍生出藥愛行為（chemsex）¹⁰，個案會使用毒品助性，增加未戴保險套等危險性行為而罹患愛滋病，因為在可能被歧視、污名及標籤化的情形，提供個案必要的心理支持，早期發現及安排藥癮治療，視病況安排身心科或感染科共病治療可幫助個案戒除毒品以及促進身心健康。

參、國軍高雄總醫院醫療服務模式現況

國軍高雄總醫院（下稱本院）於96年7月開辦愛滋防治藥癮替代治療，97年「緩起訴處分第一級毒品成癮者戒癮治療計畫」、103年「非鴉片類藥癮者戒癮治療補助計畫」及104年「緩起訴處分第二級毒品成癮者戒癮治療計畫」，106年加入美沙冬跨區給藥計畫，並積極辦理藥癮治療補助計畫，108年與高雄市立凱旋醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院及財團法人高雄長庚紀念醫院共同合作申請衛福部心健司「整合性藥癮醫療示範中心計畫」、109至112年執行「丁基原啡因治療品質提升計畫」、108年執行「矯正機關整合性藥癮治療服務暨品質提升計畫」迄今及112年執行「美沙冬治療品質提升試辦計畫」迄今。目前本院治療內容包括美沙冬及丁基原啡因藥物治療、C型肝炎

⁹ 同註7。

¹⁰ 同註7。

藥物治療（藥酒癮治療中心與肝膽腸胃科共同合作）、門診診療、藥癮及共病衛教、個案管理與追輔、自殺防治、心理治療、社工評估及家族治療、職能評估及治療、藥物諮詢等完整藥癮醫療服務，並配合政府「新世代反毒策略行動綱領」執行藥癮醫療服務內容分成下列 6 點說明：

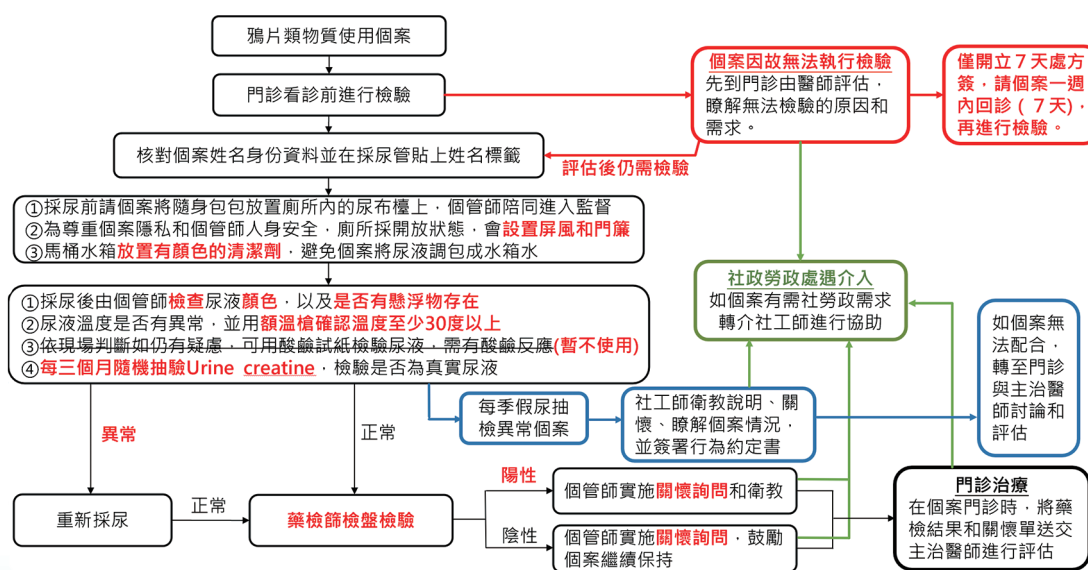
一、美沙冬治療品質提升試辦計畫

本院自 112 年 7 月起承接衛福部心健司委託國家衛生研究院「美沙冬治療品質提升試辦計畫」，由精神科醫師、護理師、臨床心理師、社工師及職能治療師等組成專業的戒癮治療團隊進行服務，計畫自 112 年 7 月迄今，此計畫內容可細分為 3 個方案：

（一）尿液藥物即時檢驗

尿液藥物檢驗可用於評估鴉片類藥癮者治療成效，但因為檢驗結果需要數日後才有報告，無法立即呈現藥癮者使用藥物的現況，此方案可藉由尿液藥物檢驗試片，即時呈現藥檢結果，讓醫療人員藉由藥檢結果瞭解藥癮者近日使用藥物現況及原因，對個案進行衛教、簡短介入及個案輔導，並作為調整美沙冬藥物劑量的依據，且藉由酬償機制提升個案治療動機以及減少藥物使用，本院目前每日美沙冬服藥人數約 110 位，即時尿檢每月可達 90 至 96%，流程如圖 1。114 年藥檢陰性酬償管理，酬償方案成果：方案 1：第一季陽性率低於 35% 領 100 元禮卷共 33 人，第一季全陰性

圖 1 尿液藥物即時檢驗流程



資料來源：國軍高雄總醫院。

領 200 元禮卷共 17 人，第二季陽性率低於 35% 領 100 元禮卷共 9 人；方案 2：陰性 1 個月領 100 元禮卷共 17 人，連續陰性 3 個月領禮卷 300 元共 10 人，連續陰性 6 個月領 500 元禮卷共 6 人，上述個案較去年大幅降低甚至停止毒品使用。

(二) 自殺風險評估與追蹤

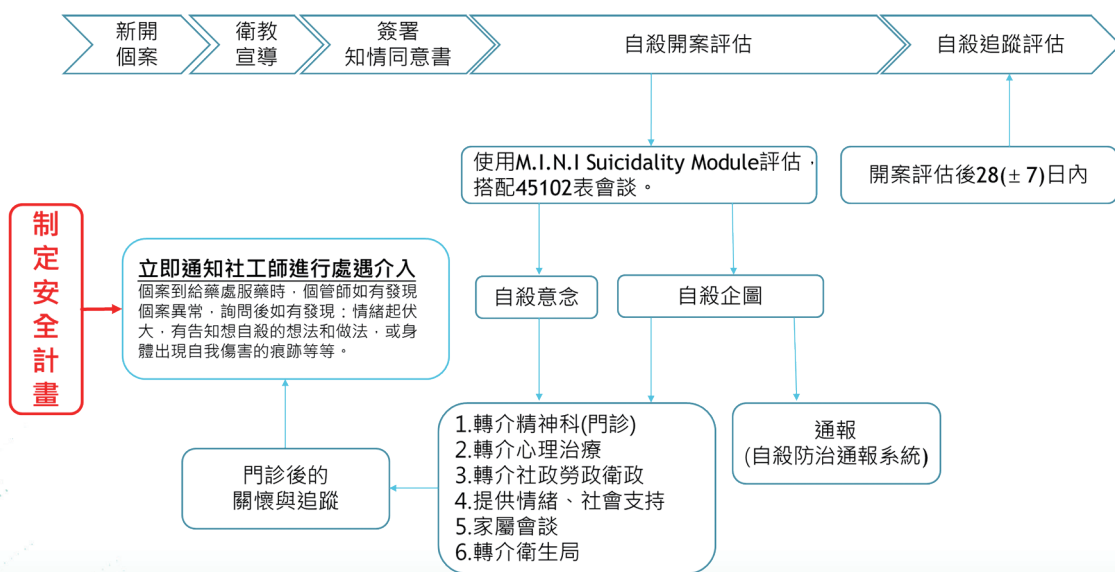
藥癮者有 15% 是自殺身亡，且自殺風險是一般族群 20 倍以上，個案管理師（下稱個管師）藉由標準化自殺評估工具中文版 Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Suicidality Module，以面談方式進行評估，並依個案自殺風險，評估為「無」、「低度」、「中度」或「高度」。個管

師對個案進行自殺防治衛教，內容包括藥物成癮與自殺風險之關聯、其他自殺風險因子介紹、自殺風險通報與求助途徑介紹等。且於 28 (±7) 日內新收美沙冬治療個案再次進行自殺風險追蹤評估，自 112 年迄今完成自殺防治評估共計 113 位，執行流程如圖 2 及圖 3，執行此自殺防治計畫迄今成效良好，無自殺身亡個案。

(三) C 型肝炎共病照護

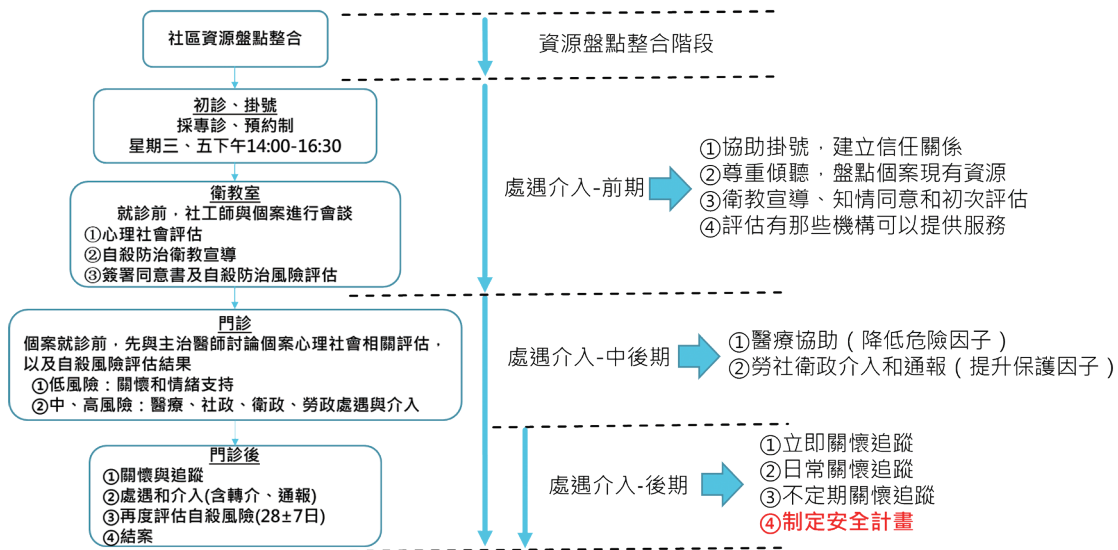
C 型肝炎是透過血液傳播感染的疾病，而藥癮靜脈注射者為感染高風險族群之一，藥癮者常因共用針具與稀釋液而間接得到 C 型肝炎感染。根據臺灣以往研究，在藥癮美沙冬替代療法族群或是監獄藥癮者族群其血清 Anti-HCV 陽

圖 2 自殺防治方案介入流程一



資料來源：國軍高雄總醫院。

圖 3 自殺防治方案介入流程二



資料來源：國軍高雄總醫院。

性率約為 78 至 90%，其中 C 型肝炎病毒血症 (HCV RNA) 陽性且需要治療者約為 80% 左右¹¹，如果這類群族病人能夠接受篩檢並得到治療，有助於達到政府 2025 年清零 C 型肝炎感染的目標。本院針對鴉片類藥癮者進行全面 C 型肝炎篩檢並由個管師提供肝炎衛教，門診時告知 C 型肝炎檢驗結果並調查治療狀況與意願，依據個案肝臟纖維化分期，精神科開立專診服務，由精神科醫師評估是否啟動 C 肝口服藥物治療，肝臟纖維化中重度、肝硬化或多重內外科疾病病史不適合精神科治療之個案，轉介肝膽腸胃科醫師評估及安排治療，並且由本方案個管師追蹤，提醒個案按時門診

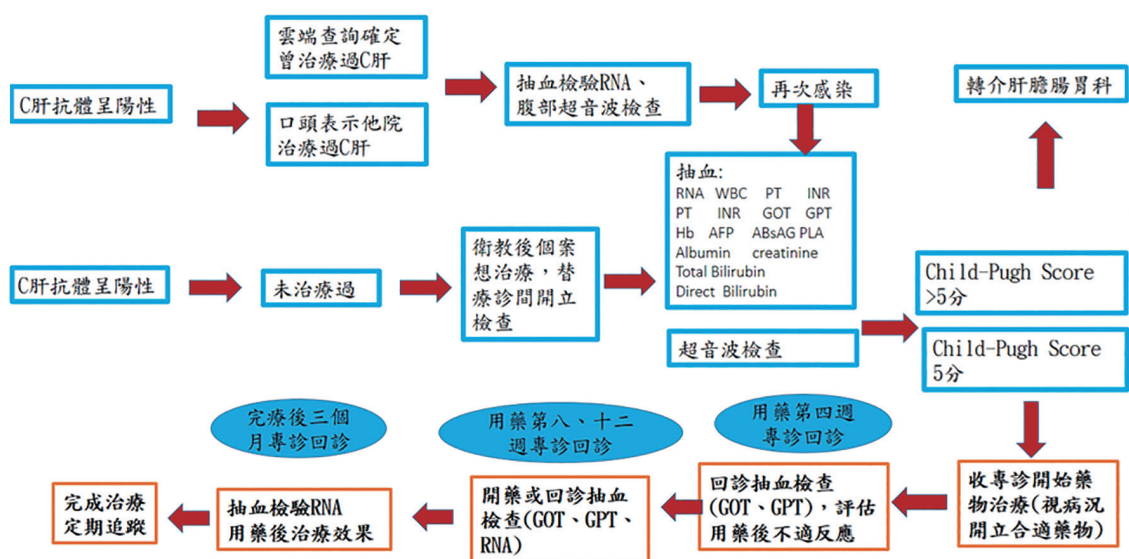
追蹤與服藥，並持續追蹤及評估其傳染風險行為。本院並訂定酬償方案提升個案接受 C 型肝炎病毒量檢查如下：

1. 完成 C 型肝炎病毒量篩檢補助掛號及部分負擔費用 300 元，當次篩檢無需付費。
2. 需要 C 肝治療者，成功轉介進行 C 肝治療，完成 1 個月藥物療程給予 100 元禮卷，完成 2 個月藥物治療給予 100 元禮卷，完成 SVR12 追蹤給予 100 元禮卷（完成療程共計領 300 元禮卷）。

執行成果每年 C 型肝炎篩檢率達 100%，且已完成約 30 例藥癮者 C 型肝炎治療療程。執行流程如圖 4。

¹¹ 長庚醫訊，2022，https://www.cgmh.org.tw/cgmn/category.asp?id_seq=2112012。（2025/7/6 瀏覽）

圖 4 C 型肝炎共病照護流程



資料來源：國軍高雄總醫院。

二、丁基原啡因舌下錠治療

丁基原啡因藥效時間較長，視醫師評估及患者情況可以延長 2 至 3 天服藥 1 次，因此藥屬三級管制藥品，可限量攜回家服用，導入期為 3 天，之後服藥狀況穩定最多可帶 2 週處方藥量，可改善每日至給藥點服藥所造成的不便。此外，和美沙冬不同的是，丁基原啡因較不易成癮，當使用

劑量高時，並不會增加呼吸抑制或過量致死的機率，因此安全性也較美沙冬好，但缺點則是藥價較高，對於個案經濟負擔較大¹²，但自衛福部心健司「丁基原啡因治療品質提升計畫」執行結束後於 113 年度「藥癮治療費用補助方案」修改藥品補助費用如表 1，大幅減輕藥癮者接受丁基原啡因舌下錠藥物治療費用負擔，本院目前有 12 位藥癮者接受此療程，成效良好，

表 1 「藥癮治療費用補助方案」丁基原啡因藥物補助費用

留置天數	留置天數 < 180 天	180 天 ≤ 留置天數 < 365 天	留置天數 ≥ 365 天
藥品名稱及劑量			
丁基原啡因 2mg 藥物	20 元	40 元	60 元
丁基原啡因 8mg 藥物	40 元	80 元	130 元

資料來源：衛福部心健司 114 年度「藥癮治療費用補助方案」說明書。

¹² 三軍總醫院北投分院，2025，<https://www.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/unit/30000/18676>。(2025/7/6 瀏覽)

個案大幅減少或停止鴉片類物質使用，近3年藥檢陽性率低於5%。

三、地檢署緩起訴附命戒癮治療

本院與臺灣高雄及橋頭地方檢察署（下稱地檢署）合作執行一級及二級毒品緩起訴附命戒癮治療，地檢署將個案轉介至本院接受評估，評估結果回傳至地檢署判定其處遇內容，處遇內容依據病況分級為醫療處遇或社區處遇，醫療處遇內容包括藥物治療、門診治療、心理治療、社工評估及家族治療、精神科戒癮或精神疾病住院治療等，社區處遇包括復健治療課程

及義務勞務。個案須完成半年至1年的戒癮治療，須接受毒品尿液檢驗且視檢驗結果調整處遇內容以協助個案戒除毒品。本院近3年成果如表2。

四、青少年藥癮治療

本院與高雄少年及家事法院合作辦理青少年藥癮醫療服務，青少年使用多為二、三級毒品，比如愷他命、卡西酮、咖啡包（混合性毒品）等新興毒品，醫療服務內容包括門診治療、心理治療、社工評估、家族治療及親職諮商等，本院近3年成果如表3。

表2 國軍高雄總醫院執行地檢署緩起訴附命戒癮治療（一、二級毒品）統計

單位：人、%

地檢署（一級毒品）								
期間	總治療人數	在案人數	未完療人數	期滿完療人數	完療率	驗尿人數	驗尿陽性人數	驗尿陽性率
112年1月至114年7月底止	46	20	5	21	81	21	1	4.76
地檢署（二級毒品）								
期間	總治療人數	在案人數	未完療人數	期滿完療人數	完療率	驗尿人數	驗尿陽性人數	驗尿陽性率
112年1月至114年7月底止	42	12	4	26	87	26	1	3.85

資料來源：國軍高雄總醫院。

表3 國軍高雄總醫院辦理青少年藥癮治療統計

單位：人、%

期間	總治療人數	在案人數	未完療人數	完療人數	完療率	驗尿人數	驗尿陽性人數	驗尿陽性率
112年1月至114年7月底止	10	3	1	6	85.7	6	0	0

資料來源：國軍高雄總醫院。

五、女性藥癮者孕產醫療服務

本院與高雄市政府毒品防制局（下稱高雄市毒防局）合作女性藥癮孕產服務，由藥酒癮治療中心與婦產科共同合作提供女性藥癮孕婦相關檢查、生產、終止妊娠、結紮手術及子宮內避孕器裝置等醫療服務，執行流程如圖 5，本院近 3 年成果：高雄市毒防局轉介需求個案 2 人，實際完成門診就醫 2 人，完成醫療處遇 2 人（終止妊娠），治療率 100%，完療率 100%。

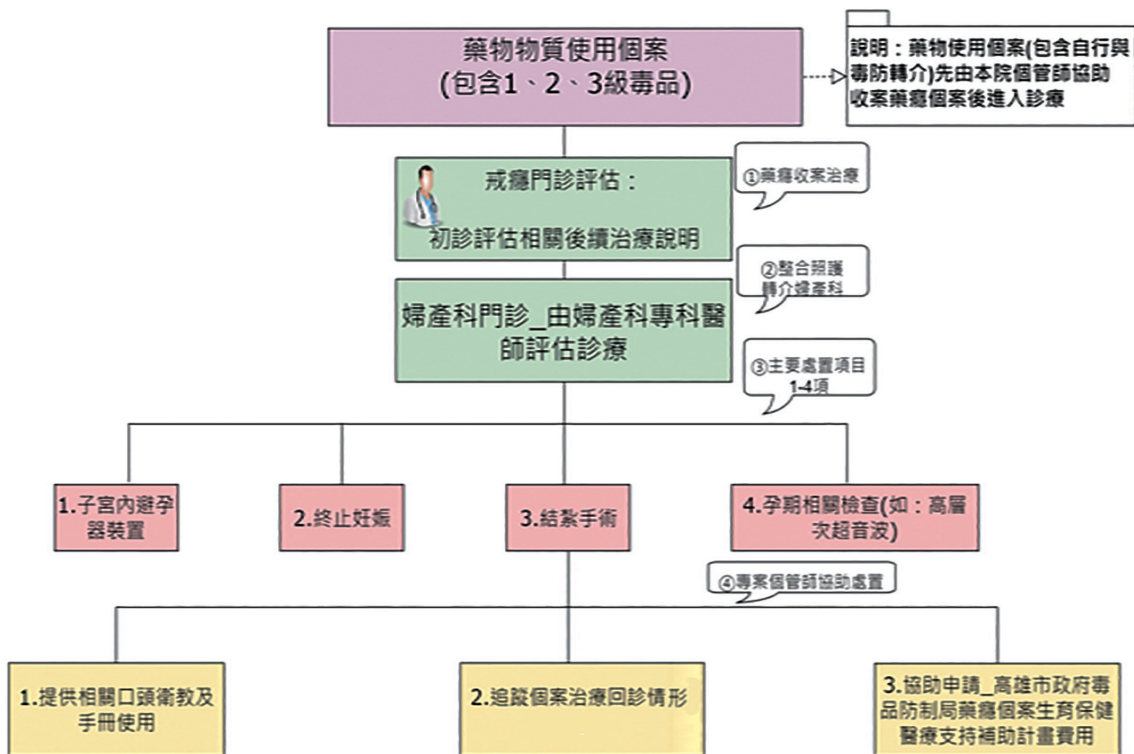
六、矯正機關整合性藥癮治療服務暨品質提升計畫

本院與高雄女子監獄合作提供監所藥癮個案醫療服務，與高雄市毒防局合作出監個案追輔及衛政社政勞政資源轉銜，其服務內容及流程如下：

（一）監內服務內容

1. 藥酒癮特別門診：初診評估及疾病衛教（病毒性肝炎、HIV、酒精性肝炎等）、複診（每月至少 1 次）、結案評估。

圖 5 女性藥癮孕婦服務流程



資料來源：國軍高雄總醫院。

2. 團體衛教：與監所共同合作執行。
3. 個別或團體心理治療：8 小時個別或 12 小時團體心理治療（包括親密關係）課程。
4. 創傷賦能團體心理治療（8 小時）：有家庭暴力暨性侵害或兒童虐待等創傷病史用創傷後壓力症 DSM-5 診斷評估表診斷符合創傷後壓力症個案。
5. 社會心理處遇及家族治療：社工師執行。
6. 職能評估：職能治療師執行。
7. 團體職能治療：職能治療師執行，分別開設職涯規劃、壓力調適團體治療課程。
8. 職能 / 技職教育訓練課程：監所與毒防局提供。
9. 特色藥癮醫療模式：
 - (1) 藥癮：育齡婦女衛教毒品對懷孕的危害，由監所提供產檢相關衛教與親子教育課程。
 - (2) 酒癮：育齡婦女衛教酒精對懷孕的危害，發現疑似精神疾患個案轉介精神科門診評估。
10. BMI 大於等於 24 的個案提供健康飲食與體重控制方式的衛教，BMI 大於或等於 28 之個案轉介至新陳代謝科評估。

(二) 出監轉銜轉介

1. 衛政：出監後仍罹患藥癮疾患個案轉

介至本院或安排戶籍所在地附近之醫療院所接受治療。

2. 社政勞政：

- (1) 監內與監所調查科社工師合作提供出監後社福資源協助或安置處所（藥癮中途之家），或轉介財團法人臺灣更生保護會（下稱更生保護會）提供租屋補助或其他資源協助。
- (2) 監外與高雄市毒防局及屏東縣政府衛生局心理衛生與毒品防制科合作提供出監個案追輔服務。

(三) 家族治療

協助個案及其家屬共同面對藥癮問題的一種治療方式。本院與監所合作讓有治療需求及動機的個案藉由社工師的協助來安排家族治療，觀察個案與家屬之間的互動，並從中協助個案及家屬理解個案使用毒品的原因，修復家庭互動模式，讓家屬協助個案遠離毒品及家庭功能恢復。

(四) 專家督導會議

藉由個案討論會的方式，醫療團隊服務困難個案的治療盲點及臨床困境提出來討論，專家給予建議後，將其建議的治療方式服務個案，進而解決個案困境，並提升醫療團隊整體服務流程及品質。

(五) 111 至 113 年統計分析及結論

111 至 113 年分年統計下發現高雄女子監獄收案個案平均年齡 42-44 歲之間，初次使用年齡 21-23 歲之間，至少一半以上是國中（含）以下學歷，婚姻狀態以 113 年較佳（已婚及同居 58.8%），其餘不到 50%，使用物質海洛因比率逐年提升（52.4%→57.3%→73.5%），成癮嚴重度逐年加重（69.1%→72%→91.2%），但 112 至 113 年介入後 BSR5-5（簡式健康量表）指數有顯著改善（平均 3.5 分降至 2 分，代表個案憂鬱、焦慮、失眠、低自尊及易怒等總分下降，分數越低代表心理健康指數越佳），故代表本院所處遇之個案雖然嚴重度加重，但在提升個案心理健康及自殺防治仍有顯著改善。

肆、社區資源連結

根據新世代反毒策略之戒毒策略第三期重點工作，本院醫療模式涵蓋社區、司法系統及監所藥癮個案，除提供個案完整性藥癮醫療服務、共病照護（病毒性肝炎、愛滋病及梅毒防治等）、女性藥癮孕產服務外，社政勞政資源也是至為重要，以監所個案為例，出監所後如果支持系統不足，立即面臨居住問題、就業問題等經濟困境，上述情況易使個案產生壓力與情緒

症狀，進而再度使用毒品紓壓或尋求及依附毒品圈友人協助而接觸藥物，為避免此情況發生而導致病情復發，連結社區資源共同協助個案應對困境以遠離毒害至關重要，本院連結資源如下：

一、高雄市毒防局

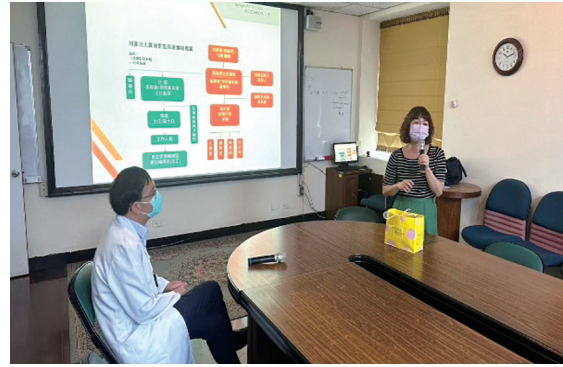
高雄市毒防局提供藥癮者多元處遇輔導、入監銜接輔導、家庭輔導、困難個案處理、螢火蟲家族培訓、24 小時毒防諮詢專線服務、緩起訴個案醫療社區分流處遇、施用毒品兒少關懷輔導、推動家庭及多元社會復歸方案、辦理各項心理諮商、醫療補助、弱勢餐食服務及專業提升等事項¹³。本院從 108 年與高雄市毒防局長期合作在社區及監所提供衛政社政勞政資源協助及雙向轉介合作機制，並協助執行毒品危害講座（藥癮個案及毒防局志工）。

二、更生保護會高雄分會（下稱更生保護會高雄分會）

更生保護可提供藥癮更生人參與技能檢定，協助收容人輔導就業、輔導就學、急難救助、資助旅費、膳宿費用、資助醫藥費用¹⁴。本院於 113 年 5 月 21 日邀請更生保護會高雄分會吳主任珮莘演講並建立合作機制。

¹³ 高雄市政府毒品防制局，2025，<https://dsacp.kcg.gov.tw/cp.aspx?n=792860A744420711>。（2025/7/6 瀏覽）

¹⁴ 反毒大本營，2016，<https://antidrug.moj.gov.tw/cp-40-136-1.html>。（2025/7/6 瀏覽）



113 年 5 月 21 日更生保會高雄分會蒞院講座

資料來源：國軍高雄總醫院。

三、高雄市政府勞工局（下稱勞工局）

本院有社工師專責藥癮個案轉介至勞工局接受就業諮詢及輔導，勞工局也提供本院美沙冬給藥處定期駐點提供個案就業諮詢與服務。

四、財團法人利伯他茲教育基金會（下稱利伯他茲基金會）

利伯他茲基金會提供釋前的教化、釋後的追蹤與輔導、藥癮收容人返家專案、就業服務、中途之家、自立宿舍、少年緊短安置家園等服務¹⁵，本院於 114 年 7 月 24 日獲邀至利伯他茲基金會演講並合作建

立雙向轉介機制，將有就業或安置需求的個案轉介利伯他茲基金會協助就業或安置女性藥癮中途之家。

國軍高雄總醫院近年社政勞政及相關資源轉銜統計如表 4。

伍、結語

毒品從早期海洛因、安非他命、甲基安非他命、愷他命等，增加新興毒品如啡包（混合型毒品）、卡西酮、GHB 神仙水、PMMA（對甲氧基甲基安非他命）、大麻等，其使用方式從早期鼻吸、吸菸、吸食器吸食、靜脈注射等方式增加直接口服，愈加不易防範，且個案在長期使用上

表 4 國軍高雄總醫院社政勞政及相關資源轉銜統計

單位：人數

年度	合計	高雄市政府社會局	高雄市毒防局	區公所社會課	勞工局	高雄市實物銀行
112 年	7	1	0	1	4	1
113 年	6	1	1	1	2	1

資料來源：國軍高雄總醫院。

¹⁵ 財團法人利伯他茲教育基金會，2021，<https://www.libertas.org.tw/index.php/service>。（2025/7/6 瀏覽）

述物質下，造成前額葉、海馬迴、杏仁核以及腦部酬賞系統「大腦中負責產生愉悅感、激勵行為和學習的迴路，多巴胺神經路徑，中腦腹側蓋區（ventral tegmental area）→伏隔核（nucleus accumbens）」損傷¹⁶，所以個案不僅有生理依賴，亦有心理依賴，生理依賴會讓個案有耐藥性及戒斷症狀，藥物劑量使用越來越大才能達到效果，但如果停止使用，鴉片類物質戒斷症狀會有無法忍受的全身不適症狀，比如焦躁不安、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，而安非他命或卡西酮類中樞神經興奮物質戒斷症狀會有疲倦無力、心情惡劣、焦躁不安及負面想法等症狀¹⁷，戒斷症狀持續約一至兩周，使得個案進而想復用以減少或避免戒斷症狀發生，心理依賴則是因為用藥後產生鬆弛、止痛或欣快感，長期使用將導致迷戀此藥效，以致為了追求這些效果而繼續依賴藥物，心理依賴可長達數年，只要碰到毒品圈朋友、壓力、心情低落、無聊想放鬆等情形就容易復發，再加上長期使用造成前述所提的前額葉、海馬迴、杏仁核以及腦部酬賞系統持續損傷，造成腦部酬賞系統、認知功能及衝動控制能力受損¹⁸，

無法控制自己不斷地使用而戕害身心，以致工作、家庭角色及社會功能失能，甚者衍生違法犯紀以及造成血液體液感染性疾病傳播而危及社會安全及公共衛生，因為藥癮與酒癮都會造成長期腦損傷，從醫學觀點已達慢性腦疾病，在 DSM-5-TR 精神疾病診斷準則手冊為物質使用障礙症，且藥癮個案易共病憂鬱症、焦慮症以及人格障礙症，自殺及暴力風險較高，且由於衛生知識不足而有共用針具、稀釋液及危險性行為等風險行為，易罹患血液體液感染性疾病，所以藥癮個案不僅須接受完整性評估與藥癮治療，且依據個案生理心理社會功能狀態，轉介個案接受精神科藥物治療、心理治療、家族治療、職能治療以及內外科治療，個案師除追蹤、輔導及支持個案，也輔導家屬協助個案戒毒，個案如面臨就業困難、居無定所、育兒及經濟困境，亦需要各縣市毒品危害防制中心、更生保護會、利伯他茲基金會、勞工局、社會局及民間各個戒癮輔導團體合作提供社政勞政資源，在政府「新世代反毒策略行動綱領」第3期所挹注的資源、人力、物力介入下，戒毒方面儘量接住藥癮個案及其家庭，使個案戒除毒品使用，提升生活品質及家庭功能，期早日實現健康臺灣，達到無毒家園願景。❖

¹⁶ Nora D. Volkow, et al. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med 2016;374:363-371.

¹⁷ 106 年藥物濫用防制指引，衛生福利部食品藥物管理署，41-66 頁。

¹⁸ 同註 13。