



基督教香港信義會
社會服務部



可卡因醫社介入及 中醫治療研究計劃

(01/08/2023 - 01/07/2025)

BDF220035

計劃目的

- 可卡因吸食者對可卡因的渴求減低
- 可卡因吸食者減少吸食頻次
- 改善可卡因斷癮後遺症 (疲憊、日間嗜睡)
- 提升戒毒動機



合作夥伴



禁毒基金
贊助



香港中文大學
「中醫中藥研究所」
臨床研究中心
梁秉中教授



威爾斯醫院
精神科學系
副顧問醫生
鄧嘉林醫生

計劃內容

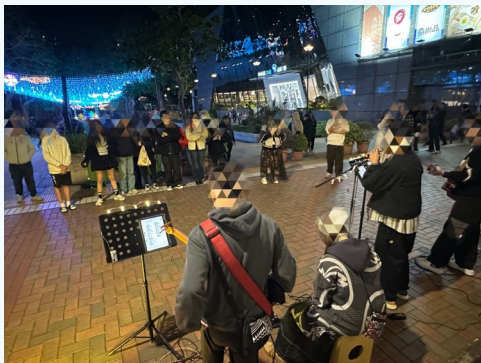
- 危機介入培訓
- 推廣可卡因禁毒訊息
- 外展到訪服務
- 中醫外展簡介及體驗
- 藝術/情緒小組
- 債務與減壓講座
- 債務/家事/法律相關的專業諮詢服務
- 中醫中藥治療(8週)
- 可卡因治療初步探索分享會

危機介入培訓



推廣可卡因禁毒訊息

街站



拍攝禁毒訊息短片(戒毒人士故事)



中醫外展體驗



藝術治療小組

藝術治療小組(個案)



藝術治療小組(家人)



債務講座



可卡因治療初步探索分享會



研究背景

長期使用不僅導致嚴重的生理與心理依賴，更伴隨睡眠障礙、情緒失調及社會功能退化等問題。

- 🔍 前瞻性單臂設計，評估中醫藥干預對(82位可卡因依賴者/70位男士及12位女士)的多維度症狀改善
- 🔍 年齡16-59歲（均值 34.2 ± 6.7 歲），過去30天內至少吸食一次可卡因。
- 🔍 排除標準：嚴重精神疾病、妊娠期或哺乳期婦女、對中藥成分過敏者。

中醫干預方式

- 中藥顆粒沖劑，連續服用八周
- 每周服藥五天，每周覆診一次
- 處方：雙花延力沖劑、按醫師每次診斷具體情況，在有具體需要時酌加其他中藥
- 針灸：有個別個案出現劇烈頭痛，或其他明顯的身體痛症，會同步施針(非常規治療)

多維干預方式

- 複方成分作多靶點干預，期望透過不同單味藥效果產生級聯應，以提高臨床效果
- 共治：可卡因的依賴包括生理以心理，社會性因素的兼顧亦構成戒毒成果的成敗關鍵
- 本研究亦有統計分析加以探究多維干預的優勢。

中藥處理的針對點

兩階段用藥調整

由於研究為前題，在可能情況下，盡量維持第一階段用藥，第一及第二階段無先設界線

- Ⓡ 處方：中醫藥方案（雙花延力沖劑為主方加減）
每日1劑，持續8周，每週複診調整處方

01

以雙花延力沖劑
為主方

02

按病人戒癮阻斷程度、
心腎不交帶出的身體後遺症的程度，
考慮續步加以「交通心腎」為主要目的
的用藥(預防復吸)



中藥與以往干預的分別



康復手段預防復吸

主要處理心神不交



直接阻斷吸食衝動

可卡因的斷癮症狀較少，
心神不夠不夠明顯
加入前期以雙花熱力沖劑為主的治療，
針對抗焦慮以及緩解倦怠



數據收集和分析



量表/指標

目標

30日吸食頻次	幹預前後吸食頻次的變化
失眠嚴重指數(ISI)	驗證睡眠質量隨時間的改善
倦怠評量表(FSS)	分析倦怠程度的動態變化及個體差異
日間嗜睡自評量表(ESS)	探討嗜睡與其他症狀的關聯
對可卡因的需求	預測復吸風險及中醫介入的保護效應
醫院焦慮與憂鬱量表(HADS)	評估情緒改善程度
思動階梯(BDF)	評估戒毒動機的階段性進展
社工及醫師觀察	提供治療效果的個體觀察



數據收集和分析

量表/指標

目標

30日吸食頻次	幹預前後吸食頻次的變化
失眠嚴重指數(ISI)	驗證睡眠質量隨時間的改善
倦怠評量表(FSS)	分析倦怠程度的動態變化及個體差異
日間嗜睡自評量表(ESS)	探討嗜睡與其他症狀的關聯
對可卡因的需求	預測復吸風險及中醫介入的保護效應
醫院焦慮與憂鬱量表(HADS)	評估情緒改善程度
思動階梯(BDF)	評估戒毒動機的階段性進展
社工及醫師觀察	提供治療效果的個體觀察

前測、中測及後測吸食頻次變化分析報告

表9：可卡因使用頻次分佈（次/30天）^{*V1 vs V2 and V1 vs V3 p<0.001}

時間點*	平均值（次）	標準差（SD）	中位數（次）	最小值-最大值
前測（V1）	24.5	8.2	25	12 - 30
中測（V2）	16.3	7.5	15	5 - 28
後測（V3）	9.8	6.1	10	0 - 18

表9顯示幹預後吸食頻次顯著下降：
從V1到V3，平均吸食次數減少14.7次（降
幅59.7%），顯示幹預措施有效。

表12：各量表前後測得分變化（均值±標準差）

量表	V1（服藥前）	V2（四周後）	V3（八周後）	p值（V1 vs V3）
ISI總分	18.2±4.1	14.3±3.8	10.5±3.8	<0.001
FSS總分	45.3±9.7	39.2±8.4	37.1±7.9	0.015
ESS總分	12.5±3.2	10.1±2.9	8.4±2.7	0.002
HADS-A	9.2 (3.8)	7.1 (2.9)	5.6 (2.4)	<0.001
HADS-D	8.5 (3.2)	6.8 (2.7)	5.3 (2.1)	<0.001
可卡因需求	7.5±1.8	5.3±2.0	4.2±2.1	0.028

- **失眠改善**：ISI總分從18.2降至10.5（降幅42.3%， $p<0.001$ ）。潛在機制可能涉及中藥活性成分（如黃芩苷）對GABA能神經遞質系統的調節作用。
- **倦怠緩解**：FSS總分從45.3降至37.1（ $p=0.015$ ），分析顯示“倦怠影響身體功能”改善最顯著（ $p<0.01$ ），可能與中藥改善能量代謝有關。
- **日間嗜睡減少**：ESS總分從12.5降至8.4（ $p=0.002$ ），減少了日間疲勞感，支持睡眠品質提升的連鎖效應。
- **焦慮與抑鬱**：平均焦慮與憂鬱分數均接近輕度水準（9.2分、8.5分），幹預後第八週降至正常範圍（5.6分、5.3分）（圖1）。重度症狀比例從服藥前的8.3%（焦慮）、5%（憂鬱）降至0%，對重症患者效果顯著。

- **可卡因需求降低**：可卡因渴求視覺模擬量表（VAS），強度從7.5降至4.2（ $p=0.028$ ），服藥前近半數參與者需求評分為高（8-10分），後續訪視中高需求比例顯著下降。第八週時，50%參與者需求評分低於3分，顯示幹預效果明顯。表明中藥可能通過調節多巴胺系統減少渴求。

表10：吸食頻率分類變化

分類	V1 (%)	V2 (%)	V3 (%)	χ^2 (趨勢檢驗)	p值
每日吸食 (≥20次)	35.00%	15.00%	5.00%	24.3	<0.001
每週3-4次	40.00%	35.00%	20.00%	-	-
每週1-2次	20.00%	35.00%	45.00%	-	-
偶爾吸食 (<4次)	5.00%	15.00%	30.00%	-	-

表10顯示每日吸食者比例從35%降至5%，低頻次吸食比例從5%上升至30%。**有效轉為低吸服頻次**

失眠與倦怠：ISI總分18.2（總分≥15為臨床顯著失眠）和FSS總分45.3（總分≥36為顯著倦怠），表明參與者在干預前存在嚴重的睡眠障礙和倦怠症狀。**焦慮**（HADS-A）與抑鬱（HADS-D）分別為中度和輕度，焦慮症狀較**抑鬱突出**。

表11：吸食頻次與心理指標的相關性

指標	焦慮評分	憂鬱評分	倦怠總分
吸食頻次	0.42*	0.38*	0.55**

註：*p<0.05; **p<0.01

表11顯示吸食頻次與焦慮、憂鬱、倦怠顯著相關（p<0.05）。

思動階梯分為11個階段（0-10分）用於評估戒毒動機。

階段描述	V1 (前測)	V3 (後測)	χ^2	p值
已戒毒並維持 (階段8-10)	12%	35%	14.7	0.006
計畫戒毒 (階段4-7)	45%	50%	-	-
無戒毒意願 (階段0-3)	43%	15%	-	-

(0=無戒毒意願, 10=完全戒斷)

從表13可見，

- 完全戒毒（階段8-10）：比例從12%顯著提升至35%，絕對增長23%，表明中醫藥干預有效促進長期戒毒行為。
- 計畫戒毒（階段4-7）：比例從45%小幅上升至50%，增幅5%，反映部分個體從「無意願」轉向「計畫階段」，但變化未達統計顯著性。
- 無戒毒意願（階段0-3）：比例從43%大幅下降至15%，降幅28%，提示干預顯著減少消極態度及對早期動機的啟動作用。



希望改變病人在施動階梯中的級別，由低至中，中至高。

結果 三階段改變

吸服情況

- 干預8周後，參與者30天可卡因吸食頻次從基線 24.5 ± 8.2 次顯著降至 9.8 ± 6.1 次（降幅59.7%， $p < 0.001$ ），
- 每日吸食者比例從35%降至5%（ $\chi^2 = 24.3$, $p < 0.001$ ）。

心理症狀

- 失眠嚴重指數（Insomnia Severity Index, ISI）總分從 18.5 ± 4.2 降至 12.1 ± 3.8 （ $t = 6.32$, $p < 0.001$ ），
- 焦慮（HADS-A）與倦怠（FSS）評分分別下降3.6與3.2分（ $p < 0.001$ ）。-----尤其虛性焦慮

戒毒行為

- 思動階梯分析表明，完全戒毒並維持者（階段10-11）比例從12%提升至35%（ $\chi^2 = 14.7$, $p = 0.006$ ），

輸出成果指標

預期目標	實際成果
OP1：提供10次危機介入培訓 / 工作坊給予40名參加者，當中30名參加者完成7節活動，實際總參與人次達210	提供 18次 (180%) 危機介入培訓/工作坊予 57名 (142.5%) 參加者，當中 31名 (103.3%) 參加者完成7節活動，實際參與人次達 353 (168.1%)
OP2：提供1次可卡因治療初步探索分享會給予100名參加者，當中100名參加者完成該節活動	提供1次可卡因治療初步探索分享會給予 108名 參加者 (108%)， 90名 (90%) 參加者完成該節活動
OP3：提供6次*線上/線下的宣傳活動，實際總接觸達3,000人次 *包括2次到校宣傳活動，1-2次線上宣傳活動，1-2次街站宣傳活動及1-2次其他宣傳活動	提供 6次 (100%) 線上/線下的宣傳活動，接觸達 5,342 人次 (178.1%) *包括2次到校宣傳活動，2次線上宣傳活動，1次街站宣傳活動及1次其他宣傳活動
OP4：提供8次中醫外展簡介及體驗給予48名*參加者，實際總參與人次達96 * 48名參加者中，需包括24名吸毒人士	提供 16次 (200%) 中醫外展簡介及體驗給予 61名參加者 (127.1%) ，實際總參與人次達 100 (104.2%) * 61名參加者中，需包括47名吸毒人士

輸出成果指標

預期目標	實際成果
OP5A：提供外展到訪服務給予70名參加者，實際總接觸人次達448	提供外展到訪服務給予 122名 (174.3%) 參加者，實際總接觸人次 670 (149.6%)
OP5B：提供16節(每期4節)藝術/情緒小組給予32名參加者，實際總受惠人次達96	提供 19節(118.8%) 藝術/情緒小組給予 39名(121.9%) 參加者，實際總受惠人次達 102 (106.3%)
OP5C：提供4次債務與減壓講座給予32名參加者，實際總受惠人次達64	提供 6次(150%) 債務講座給予 65名(203.1%) 參加者，實際總受惠人次 65 (101.6%)
OP5D：為15名吸毒者及其家人提供15節債務/家事/法律相關的專業諮詢服務，實際吸毒者受惠人數達15 * 70名參加者中需包括40名吸毒者 ** 32名參加者中需包括20名吸毒者，吸毒者/家人比例約5:3	為 15名 吸毒者及其家人 (100%) 提供 15節(100%) 債務/家事/法律相關的專業諮詢服務，實際吸毒者受惠人數達 15人(100%) * 122名參加者中需包括114名吸毒者 ** 39名參加者中需包括23名吸毒者，吸毒者/家人比例約5:3
OP6A：提供(每人)8週(共400節)中醫中藥治療(可卡因)及研究服務給予50名參加者，實際總參與人次達320	提供 (每人) 8週 (共418節) (104.5%) 中醫中藥治療(可卡因)及研究服務予 89名(178%) 參加者，實際總參與人次達 418 (130.6%)
OP6B：提供75節中醫中藥治療服務給予25名參加者，實際總參與人次達75	提供 75節(100%) 中醫中藥治療服務給予 28名參加者(112%) ，實際總參與人次達 75 (100%)

輸出成果指標

成效指標	實際成果
OC1：70%吸毒者完成中醫療程後吸食頻次有減少	91.3% 吸毒者完成中醫療程後吸食頻次有減少
OC2：70%參加者的疲憊症狀有所改善	85.7% 吸毒者完成中醫療程後的疲憊症狀有所改善
OC3：70%參加者的日間嗜睡症狀有所改善	配對樣本t 檢定(paired t-test) 顯示吸毒者完成中醫療程後的日間嗜睡症狀 有顯著改善
OC4：70%參加者對可卡因的渴求有所減低	85.7% 吸毒者完成中醫療程後對可卡因的渴求有所減低
OC5：70%參加者完成中藥治療與藝術/情緒小組後，參加者的戒毒動機有所提升	89.3% 吸毒者完成中醫療程後戒毒動機有所提升

計劃總結

嘗試建立一套具持續性及互補性的中醫社協作介入模式



基督教香港信義會
社會服務部



謝謝

