

甄別及評估
濫用多種藥物者
程序手冊

(第 II 部)

二零零三年九月

香港特別行政區政府擁有甄別及評估濫用多種藥物者
程序手冊及鐳射光碟之版權。



保安局禁毒處

《甄別及評估濫用多種藥物者程序手冊》(第 II 部)

目錄	頁		
附錄 1：精神疾病診斷和統計手冊第四版(DSM-IV)的物質濫用及物質依賴診斷標準	1		
附錄 2：青少年使用/濫用藥物的危機因素	3		
附錄 3：本港常被濫用藥物的資料	7		
(I) 各種藥物的分類	7		
(II) 本港各類常被濫用之藥物的影響	9		
鴉片類(OPIATES/OPIOIDS) ，如：			
海洛英(heroin)	9		
迷幻劑(HALLUCINOGENS) ，如：			
麥角酸二乙胺(LSD)	11		
大麻類藥物(CANNABINOIDS)	13		
興奮劑(STIMULANTS) ，如：			
甲基安非他明(methamphetamine)	15		
可卡因(cocaine)	17		
鎮靜催眠藥(SEDATIVES-HYPNOTICS) ，如：			
苯二氮草類(benzodiazepines)	20		
巴比士酸鹽(barbiturates)	22		
imidazopyridine/cyclopyrrolone	23		
甲喹酮(methaqualone)	24		
揮發性溶劑(VOLATILE SOLVENTS)	25		
一般成藥(OVER THE COUNTER “OTC” MEDICATION) ，如：			
咳藥水	27		
咳丸	28		
		其他(OTHERS) ，如：	
		亞甲二氧基甲基安非他明(MDMA)	31
		氯胺酮(ketamine)	34
		γ-羥丁酸(gamma hydroxybutyrate, GHB)	36
		(III) 本港較少被濫用藥物的影響	38
		魔菇 (magic mushroom)	38
		苯環已哌啶(phencyclidine, PCP)	40
		同化性-雄性類固醇激素(anabolic-androgenic steroids)	42
附錄 4：建議可供評估耐藥性、戒斷、以及藥物依賴嚴重程度的問題	43		
附錄 5：藥物引致/與藥物有關的身體障礙資料	45		
附錄 6：不同類型藥物(物質)與其引致的精神及行為障礙	50		
附錄 7：藥物引致的精神及行為障礙簡介	51		
附錄 8：常與藥物濫用共存的精神障礙(雙重診斷)簡介	54		
附錄 9：製作家系圖(Genogram)	60		
附錄 10：尿液藥物化驗資料	64		
附錄 11：參考資料	72		
附錄 12：常用網址	78		
附錄 13：《甄別及評估多藥濫用者程序手冊》工作小組成員名單	79		
附錄 14：鳴謝	80		

附錄 1

精神疾病診斷和統計手冊第四版(DSM-IV)的物質濫用及物質依賴診斷標準

(I) DSM-IV 的物質濫用診斷標準

A. 不恰當地應用某種藥物或物質以致臨床上出現明顯的痛苦煩惱或功能缺損，表現為下列一項以上，出現於 12 個月之內：

1. 由於多次應用某種藥物或物質而導致工作、學業或家庭的失責或失敗(例如，由於物質應用而多次曠職或工作表現差；由於物質使用/濫用而曠課、停學或被除名；忽視子女或家務)。
2. 在對軀體健康有危險可能的場合多次應用某種物質(例如，在使用/濫用物質而功能有缺損時駕駛汽車或開機器)。
3. 多次發生與使用某種物質導致有關的法律問題(例如，因使用/濫用某種物質後品行不端而被拘捕)。
4. 儘管由於某種物質的效應而導致或加重了一些持續的或多次發生的社交或人際關係問題，仍然繼續應用此物質(例如，與配偶為酗酒後果爭吵，甚至打架)。

B. 症狀不符合該物質的依賴性標準。

(II) DSM-IV 的物質依賴診斷標準

物質依賴指的是，難以制止地應用某種藥物以致臨床上產生明顯的痛苦與煩惱或功能缺損，且表現為下列

三項或以上的表現，出現於 12 個月時期內的任何時候：

1. 出現耐受性。指的是產生以下二種情況之一：
 - a. 需要明顯增加劑量才能達到所需效應。
 - b. 若繼續使用原有劑量，效應會明顯減低。
2. 表現為以下二者之一：
 - a. 有特徵性的該藥物戒斷症狀(參閱該種藥物的戒斷標準)。
 - b. 用同一(或近似)藥物，能緩解或避免戒斷症狀。
3. 該藥物往往被攝入較大劑量，或在應該使用的時期之外作更長時期的使用/濫用。
4. 長期來有戒掉或控制使用該藥的慾望，或曾有戒除失敗的經驗。
5. 需花費時間和努力才能獲得該藥物(例如，多次請醫生開處方)，或使用某種物質(例如吸煙)，並從其藥物效應中獲得滿足。
6. 由於使用/濫用該物質，放棄或減少了不少重要的社交、職業、或娛樂活動。
7. 儘管認識到不少持久或反覆發生的軀體或生理問題，都是該物質所引起或加重的後果，但仍繼續用它(例如，儘管認識到可卡因會誘發抑鬱，仍使用/濫用可卡因；儘管認識到飲酒會使胃潰瘍惡化，仍繼續飲酒)。

譯文參閱：

姜佐寧：《藥物成癮的臨床與治療》，人民衛生出版社，333-334 頁。

附錄 2

青少年使用/濫用藥物的危機因素

濫用藥物問題，通常是一系列相關的危機因素和青少年本身不適應的應對機制相互影響之下的表現或結果。此外，由於藥物使用/濫用者的社會經濟背景大多較為複雜，藥物使用/濫用只是青少年不良行為問題的徵象的其中一部分。因此，列出以下危機因素，並不表示它們與青少年使用/濫用藥物有著因果關係。不過，若能找出青少年使用/濫用藥物的危機因素，將有助社工及有關人士更深入了解所涉及的各项影響深遠的因素。更加重要的是應確定其他保護因素，使案主在治療過程中得到幫助。

(I) 供社工評估的危機因素：

(1) 個人因素

a. 行為模式：

- 缺乏社交聯繫
- 疏離
- 破壞性行為
- 衝動
- 社交技巧欠佳
- 解決問題能力欠佳
- 學業表現欠佳

- 上學興趣不大
- 吸煙和飲酒問題
- 過早開始使用藥物

b. 對事物的看法：

- 悲觀
- 自尊較低
- 有冒險傾向
- 對濫藥行為抱正面態度

c. 環境：

- 缺少角色榜樣
- 有濫藥、反社會的同伴
- 有藥物供應
- 居住在貧窮/環境較差的地區
- 有創傷經歷尚未適當地處理

(2) 家庭因素(註 1)

以下因素撮錄自 Kumpfer (1998)

- 行為問題曾在家庭出現，包括：
 - 父母或兄弟姐妹灌輸反社會價值觀和樹立濫藥行為榜樣
 - 對濫藥抱正面態度
 - 父母犯罪、患精神病、反社會人格障礙、或濫用藥物
- 社教化實踐的過程有不足情況，包括：
 - 未能助長子女發展，灌輸正面的道德價值觀
 - 疏忽教導子女生活、社交及學習技巧，或未能提供學習這些技巧的機會

- 未能灌輸符合社會道德標準的觀念和反對青少年使用藥物
- 沒有有效地監督子女，包括：
 - 未能監察子女的活動
 - 忽略
 - 掛鑰匙孩子現象
 - 由兄弟姊妹監督
 - 照顧子女的成人太少
- 沒有有效的管教方法，包括：
 - 管教鬆散、不一致、或過份嚴厲
 - 父母對子女行為的操控過分寬鬆或在心理上對子女過度控制
 - 對子女成長發展有不切實際的期望，形成失敗綜合徵象
 - 過多、不切實際的要求，或嚴厲體罰
- 親子關係欠佳，包括：
 - 與父母缺少聯繫和過早缺乏安全感
 - 多次失去（轉換）照顧者
 - 父母對子女抱負面或抗拒態度
(包括：母親冷淡或不支持的行為；花很少時間和子女相處且投入程度不高，導致子女對父母產生抗拒)
 - 父母與子女相處有不適應的情況
- 過多家庭衝突，或婚姻衝突，並帶有言語、身體、或性虐待
- 家庭分裂、混亂和壓力
 - 通常源於管理家庭技巧、生活技巧欠佳、或貧

- 窮
- 未成年母親、單親、大家庭、失去父親、父母長期失業、或其他不幸家庭的特徵
- 父母精神健康欠佳，包括抑鬱和暴躁
 - 引致父母對子女行為抱負面看法、對子女產生憎恨和施行嚴厲的管教
- 家庭孤立：
 - 缺乏姻親家庭/其他家庭網絡支持
 - 家庭在社交方面與外界隔絕
 - 缺乏社區支援
- 家庭成員在文化適應上有差異：
 - 家庭角色顛倒
 - 父母的文化適應不及子女般好，以致失去管教青少年的能力

(II) 供社工辨別的保護因素：(註 2)

- 家庭成員間有強而正面的聯繫
- 父母留意子女的活動和朋友
- 家庭有一套清楚並一貫實行的行為規則
- 父母在子女生活的參與
- 學業成績優秀；與學校或教會等團體密切聯繫
- 抱有傳統對藥物濫用的觀念

註 1：資料來源 - Kumpfer 1998, 56-57 頁

註 2：資料來源 - National Institute on Drug Abuse (2002). Risk and protective factors in drug abuse prevention. *NIDA Notes*, 16(6).

附錄 3

本港常被濫用藥物的資料

前言

這份資料摘錄了各種常被濫用的藥物對身體及精神心理造成的重要影響。第一部分介紹各種藥物的分類。第二部分載歌載舞列各類常被濫用藥物的影響。第三部分則闡述一些本港較少被濫用的藥物。

(I) 各種藥物的分類

現時，大部分藥物都可歸納為以下分類：

1. **鴉片類(OPIATES/OPIOIDS)**，如：
海洛英(heroin,「白粉」)、鴉片(opium)、嗎啡(morphine)、美沙酮(methadone)
2. **迷幻劑(HALLUCINOGENS)**，如：
麥角酸二乙胺(LSD,「Fing 霸」,「黑芝麻」)、
魔菇(magic mushroom)、
苯環利定/苯環已哌啶(phencyclidine, PCP)
3. **大麻類藥物(CANNABINOIDS)**
4. **興奮劑(STIMULANTS)**，如：
安非他明/苯丙胺(amphetamine)、
可卡因(cocaine)
5. **鎮靜催眠藥(SEDATIVES-HYPNOTICS)**，如：
苯二氮草類(benzodiazepines)、
巴比士酸鹽(barbiturates)、

甲喹酮(methaqualone,“安眠酮”,「忽得」)、
佐匹克隆(zopiclone,“Imovane”,「白瓜子」)及唑吡坦
(zolpidem,“Stilnox”,“思諾施”)

6. **揮發性溶劑(VOLATILE SOLVENTS)**，如：
膠水、天拿水
7. **一般成藥(OVER THE COUNTER “OTC” MEDICATION)**，如：
咳藥水、咳丸
8. **其他(OTHERS)**，如：
亞甲二氧基甲基安非他明(MDMA,「ecstasy」,「Fing 頭丸」,「忘我」)、
氯胺酮(ketamine,「K 仔」,「茄」)、
γ-羥丁酸(gamma hydroxybutyrate, GHB,「迷姦水」)、
同化性-雄性類固醇激素(anabolic-androgenic steroids)

(II) 本港各類常被濫用藥物的影響

1. 鴉片類(OPIATES/OPIOIDS)藥物對身體及精神心理狀況的影響

這類藥物均源自海洛英(heroin、「白粉」)。這類藥物的禍害由藥物本身、內裡的雜質、以及其中一種吸食方法——靜脈注射引起。此類藥物的其他吸食方法包括追龍、用鼻吸及皮下注射。

中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 開始時有欣快感，隨後變得冷淡或煩躁不安
2. 心理及行為上變得焦躁或遲鈍
3. 判斷力失準

B. 身體

1. 瞳孔收縮或擴張(後者因嚴重過量服藥而缺氧所致)
2. 昏睡或昏迷
3. 說話含糊
4. 專注力或記憶力受損

戒斷反應包括：

1. 流鼻涕
2. 流淚
3. 毛髮豎起
4. 噁心及嘔吐
5. 肚瀉
6. 肌肉疼痛
7. 骨痛
8. 失眠

精神心理上的不良後果：
可能出現依賴性

身體上的不良後果包括：

1. 壓抑呼吸
2. 噁心及嘔吐
3. 便秘
4. 食慾不振
5. 體重下降

靜脈注射對身體造成的不良影響包括：

1. 蜂窩組織炎
2. 膿疱
3. 血管發炎
4. 血管淤塞
5. 肌炎
6. 肝炎
7. 心內膜炎
8. 愛滋病
9. 因血管栓塞或呼吸壓抑而導致突然死亡

2. 迷幻劑(HALLUCINOGENS)對身體及精神 心理狀況的影響

迷幻劑是指一些能令人產生幻覺的藥物。在本港可見的其中一種迷幻劑為俗稱「Fing 霸」或「黑芝麻」的麥角酸二乙胺(LSD)，通常是口服的。

LSD 的中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 欣快感、焦慮或抑鬱
2. 感覺被影射
3. 害怕自己會失常
4. 經常有被迫害的感覺
5. 判斷力失準
6. 知覺變得強烈
7. 性格解體
8. 喪失現實感
9. 錯覺
10. 幻覺
11. 共感 – 一種感官的刺激產生另一種感官的感覺(例如：聽到聲音同時產生視覺影像)

B. 身體

1. 瞳孔擴張
2. 心搏過速
3. 血壓上升
4. 體溫上升
5. 出汗
6. 心悸
7. 噁心及嘔吐
8. 視力模糊

9. 震顫
10. 動作不協調
11. 肌肉抽搐
12. 痙攣

LSD 對精神心理造成的不良後果包括：

1. 動力減少
2. 性格轉變
3. 長期處於焦慮及抑鬱狀態
4. 妄想
5. 幻覺
6. 精神紊亂
7. 自毀行爲
8. 回閃現象 (即在終止用藥超過一段時間後卻突然出現用藥時的類似症狀)
9. 長期濫用者有精神分裂的狀態
10. 形成耐藥性

LSD 對身體造成的不良後果：

曾有濫用 LSD 後導致半身不遂的病例，估計因藥物令血管收縮所致。

3. 大麻類藥物(CANNABINOIDS)對身體及精神心理狀況的影響

大麻(marijuana, cannabis,「草」,「牛牛」)是由一種學名為 *Cannabis sativa* 的植物的葉、莖和花混合製成的，可以多種不同形式使用。最常見的方法是以手捲煙、煙斗吸食，或以水煙筒抽吸。在西方國家稱為「hashish」或「hash」的大麻類藥物是從雌性大麻花中的樹脂提取而成的。

中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 欣快感覺
2. 焦慮
3. 對時間的感覺較慢
4. 判斷力失準
5. 不願與人有社交接觸

B. 身體

1. 運動神經協調受損
2. 眼紅
3. 食慾增加
4. 口乾
5. 心搏過速
6. 在抽大麻的首小時內，心肌梗塞的機會比平時高出四倍

精神心理上的不良後果包括：

1. 失憶
2. 集中力、記憶力及學習能力受損
3. 多疑及感到被迫害
4. 幻覺
5. 性格解體

6. 動機缺乏綜合症
7. 思緒混亂
8. 驚惶失措
9. 抑鬱
10. 精神分裂
11. 接近癡呆的狀態
12. 可能出現依賴性

身體上的不良後果包括：

1. 呼吸系統：久咳、支氣管炎、肺氣腫、氣胸
2. 免疫系統受損
3. 各部位的癌症，包括：唇、口腔、咽、喉、氣管、支氣管及肺
4. 心血管方面：右心臟病及肺動脈壓過高
5. 性方面：睪丸酮(男性荷爾蒙)、精子數量及其游動性減少；女性的生殖週期中斷、嬰兒出生體重較輕

大麻與其他藥物的相互作用：

大麻會抑制酗酒通常導致的嘔吐，能令人酒精中毒。此外，大麻與可卡因同時吸食，能減少可卡因引致的血管收縮效應，從而令可卡因更易吸收。(Lukas et al, 1994)

4. 興奮劑(STIMULANTS)對身體及精神心理狀況的影響

在本港最常被濫用的兩種興奮劑是甲基安非他明(methamphetamine、「冰」)及可卡因(cocaine、「coke」、「crack」、「克賴克」)。

I. 甲基安非他明(methamphetamine,「冰」)

「冰」呈粉狀或晶體狀，在本港通常以過濾方法吸食。

「冰」的中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 欣快感覺
2. 過度警剔
3. 焦慮
4. 緊張
5. 憤怒
6. 失眠
7. 判斷力失準
8. 驚惶
9. 處於被迫害妄想狀態
10. 精神病
11. 攻擊性行爲
12. 自毀行爲

B. 身體

1. 心搏過速
2. 瞳孔擴張
3. 血壓上升
4. 出汗

5. 噁心及嘔吐
6. 心理及行爲上變得焦躁
7. 胸口痛
8. 心肌梗塞
9. 心律不正常
10. 急進型高血壓
11. 心臟衰竭
12. 中風
13. 癲癇
14. 昏迷

「冰」的戒斷反應包括：

1. 抑鬱
2. 焦慮
3. 暴躁
4. 激動不安
5. 心癮
6. 疲勞
7. 睡眠過多
8. 食慾過盛
9. 缺乏精力
10. 對事物失去興趣
11. 有自殺念頭

「冰」在精神心理上的不良後果包括：

1. 可能出現依賴性
2. 處於被迫害妄想狀態
3. 精神病

「冰」在身體上的不良後果包括：

1. 體重下降及營養不良

2. 疲勞
3. 重覆而無意義的行爲
4. 運動障礙
5. 舞蹈病
6. 大腦血管炎
7. 心肌病

II. 可卡因(cocaine)

可卡因的主要吸食途徑爲鼻吸、注射、及抽吸可卡因游離鹼克賴克(crack) (俗稱“霹靂”)。

中毒後果包括：

A. 精神心理上

1. 興奮狀態
2. 欣快感
3. 精力增加
4. 失眠
5. 暴躁
6. 焦慮
7. 恐懼
8. 不安
9. 恐慌狀態
10. 攻擊性行爲
11. 譫妄 (喪失現實感、意識模糊和定向力障礙、幻聽和偏執行爲特徵，通常短期內迅速消失)
12. 急性精神病

B. 身體

1. 中樞神經系統：頭痛、中風、短暫性神經系統毛病、蜘蛛膜下出血、癲癇、中毒性腦病、昏迷
2. 呼吸系統：肺水腫、呼吸停頓、克賴克肺(發熱、肺浸潤、支氣管收縮、嗜伊紅血球過多)、氣胸、縱隔積氣
3. 心血管系統：高血壓、主動脈夾層分離、心律不正常、休克、猝死、心肌炎、心肌梗塞、其他器官缺血
4. 新陳代謝：體溫上升、橫紋肌溶解、腎衰竭、凝血異常、乳酸中毒

戒斷反應包括：

1. 心癮
2. 飢餓
3. 暴躁
4. 冷淡
5. 抑鬱
6. 多疑及被迫害感覺
7. 有自殺念頭
8. 失去性慾
9. 失眠或渴睡
10. 成癮

精神心理上的不良後果包括：

1. 不安
2. 焦慮
3. 過度興奮
4. 多疑及被迫害感覺
5. 暴躁
6. 失眠
7. 體重下降
8. 近似妄想型精神分裂症的精神病

身體上的不良後果包括：

1. 生殖/新生兒方面：自然流產、胎盤突然脫離、胎盤前置、子宮生長遲緩、克賴克新生兒綜合症(症狀包括過敏、震顫、營養不良、高或低肌張、反射作用過強)、大腦梗塞壞死
2. 感染：由注射引起的傳染病包括愛滋病毒感染或愛滋病、乙型肝炎、心內膜炎；因長期抽吸可卡因而引起的額竇炎及腦膿腫
3. 其他：鼻黏膜萎縮、鼻中隔壞死及穿孔

可卡因與其他藥物的相互作用：

濫用可卡因的人士會利用酒精來增強可卡因帶來的欣快感。有趣的是，有濫用者據稱會使用同樣的藥物組合，令酒精能抵銷可卡因帶來的急性副作用。

5. 鎮靜催眠藥(SEDATIVES-HYPNOTICS)對身體及精神心理狀況的影響

屬鎮靜催眠藥的藥物主要有四類，包括：苯二氮草類(benzodiazepines)、巴比士酸鹽(barbiturates)、imidazopyridines/cyclopyrrolone、及甲喹酮(methaqualone, “安眠酮”，「忽得」)。

I. 苯二氮草類(benzodiazepines)

在本港有不少常被濫用的苯二氮草類藥物，例如：安定(“Valium”、「羅氏五號」、「羅氏十號」)、氟硝西泮(“Rohypnol”、“氟硝安定”、「十字架」)、咪達唑侖(“Dormicum”、“速眠安”、「藍精靈」)、氯氮草(“Librium”、“利眠寧”、「綠豆仔」)、硝基安定(“Mogadon”、「睡覺幫」、「笑哈哈」)、三唑侖(“Halcion”、「白瓜子」、「藍精靈」)、硝甲西泮(「五仔」、「Give me five」)、舒樂安定、溴西泮(“Lexotan”)、氯硝西泮(“Rivotril”、“氯硝安定”)、氯甲西泮(“Loramet”)。

苯二氮草類的中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 情緒不穩定
2. 不恰當的性行爲或攻擊性行爲
3. 判斷力失準

B. 身體

1. 鎮靜神經
2. 定向障礙
3. 說話含糊
4. 協調缺失

5. 眼球震顫
6. 發生意外
7. 壓抑呼吸
8. 低血壓
9. 低溫
10. 窒息
11. 休克
12. 昏迷

苯二氮草類的戒斷反應包括：

1. 震顫
2. 疲勞
3. 食慾不振
4. 噁心及嘔吐
5. 不安
6. 焦慮
7. 頭痛及肌肉疼痛
8. 抑鬱
9. 耳鳴
10. 血壓上升
11. 心悸
12. 失眠
13. 記憶力衰退
14. 專注力受損
15. 多疑
16. 妄想
17. 痙攣
18. 失去知覺

苯二氮草類對精神心理造成的不良後果包括：

1. 可能出現依賴性
2. 失憶

苯二氮草類對身體造成的不良後果：
暫時未有發現。

II. 巴比士酸鹽(barbiturates)

在臨床應用上，巴比士酸鹽是早期使用的鎮靜催眠藥，其後才有較為安全的苯二氮草類出現。巴比士酸鹽亦用作治療癲癇症及作麻醉的藥引。根據藥物半衰期的長短，巴比士酸鹽可分為以下幾類：超短藥力的有硫噴妥及甲己炔巴比妥；短藥力的有戊巴比妥及速可巴比妥；中等藥力的有異戊巴比妥、aprobarbital 及仲丁巴比妥；而長藥力的則有苯巴比妥及甲苯比妥。最常被濫用的巴比士酸鹽屬於短藥力的一類(戊巴比妥及速可巴比妥)。「白粉」裏常摻雜有巴比士酸鹽，以致其戒斷過程更為困難。而長期使用巴比士酸鹽以作鎮靜催眠之用，很容易會越用越多，產生耐藥性。

巴比士酸鹽的中毒後果包括：

1. 輕微情況下：鎮靜、定向障礙、說話含糊、協調缺失、眼球震顫
2. 嚴重情況下：昏迷、反射作用消失、低溫、低血壓、壓抑呼吸、窒息、休克

巴比士酸鹽的戒斷反應：

戒斷反應跟苯二氮草類的相似，但出現痙攣的危險較大，尤其是短藥力的巴比士酸鹽。

精神心理上的不良後果包括：

1. 耐藥性
2. 藥物依賴
3. 解除抑制
4. 失憶
5. 抑鬱、自殺或有自殺行為但目標並非要了結生命

巴比士酸鹽與其他藥物的相互作用：

巴比士酸鹽會影響 γ -氨基丁酸(GABA)系統，形成對其他鎮靜藥物(包括酒精及苯二氮草類)的交叉耐藥性，並增加過量服藥引起致命反應的危險。

III. Imidazopyridine/cyclopyrrolone

這類藥物包括唑吡坦，又稱思諾施(“Stilnox”)及佐匹克隆(“Imovane”,「白瓜子」)，是除苯二氮草類以外，用於治療失眠的藥物。

唑吡坦(“Stilnox”)是一種迅速起作用、短藥力的imidazopyridine，在本港並沒有被列為危險藥物。它主要代替了苯二氮草類而被用作催眠劑。它的催眠作用能因酒精而加強，就像一些短藥力的苯二氮草類(如：三唑侖)，對酗酒及濫藥者所起的作用會增強。唑吡坦會損害記憶力及削弱進行複雜工作的能力。過往亦有在長期濫用者身上出現耐藥性、由藥物引致的精神病反應，以及急性服藥過量的例子。

佐匹克隆(“Imovane”)是cyclopyrrolone的一種。雖然它跟巴比士酸鹽及苯二氮草類的化學成分不同，但卻有相同的藥理作用。使用佐匹克隆的不良後果包括：口部感到苦澀、口乾、早上難以醒來、睏倦、噁心及噩夢。據報亦有服用

者可能出現幻覺、失憶及行為失常等較嚴重的反應。在本港及海外，過量服用此藥致死的案例均不斷上升。愈來愈多證據顯示，佐匹克隆會形成耐藥性、戒斷反應及藥物依賴。

IV. 甲喹酮(methaqualone)

甲喹酮是一種非巴比士酸鹽、非苯二氮草類的鎮靜催眠藥。在七十年代流行的「忽得」(“Mandrax”, “安眠酮”)，就含有甲喹酮和抗組織胺。現時，甲喹酮會被摻雜於「Fing頭丸」中。甲喹酮可以吞服或注射入體內。它的中毒後果包括欣快感、抑鬱、反射壓抑、說話含糊、協調缺失，嚴重的情況甚至會昏迷。由於這藥物有依賴性，戒斷反應又頗為嚴重，因此不被建議用作治療。甲喹酮被濫用是因為它帶來脫離現實的“興奮”感覺，以及據說有催情作用。

鎮靜催眠藥與其他藥物的相互作用：

鎮靜催眠藥是一種中樞神經的鎮抑劑，與其他鎮抑劑(如：酒精、鴉片類藥物及 GHB)一同使用時，會產生交叉耐藥性，令用藥者在駕駛及使用機械時容易失準。其他影響包括反應變慢、專注力及警剔性減低。而混合使用這些藥物，很可能引致交通意外、火警、失足等事故。關於對身體的影響，用藥者較容易出現呼吸受壓抑、窒息、昏迷及死亡的情況。另一方面，使用興奮劑(如：「冰」、可卡因)的人可能會使用鎮靜催眠藥來舒緩焦慮和失眠等徵狀。

6. 揮發性溶劑(VOLATILE SOLVENTS)對身體及精神心理狀況的影響

溶劑、膠水、電油、清潔劑、天拿水及丁烷，均屬這類被濫用的物質。吸入的方法視乎物質而定，可包括從樽口或罐口、以布料或膠袋蓋嘴、或以噴霧方式吸入或「嗦」。

中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 暴躁
2. 欣快感覺
3. 說話含糊
4. 猶豫不決
5. 解除抑制
6. 幻覺
7. 定向障礙

B. 身體

1. 動作不協調
2. 腹痛、噁心及嘔吐
3. 視力模糊
4. 胸口痛
5. 壓抑呼吸
6. 耳鳴
7. 容易發生意外
8. 昏迷
9. 心律不正常
10. 心臟停頓
11. 吸入從胃倒流的消化物
12. 窒息
13. 死亡

精神心理上的不良後果包括：

1. 可能出現依賴性
2. 精神緊張
3. 抑鬱

身體上的不良後果包括：

1. 頭痛
2. 食慾不振
3. 皮膚病
4. 噁心、嘔吐，甚致吐血
5. 神經中毒反應，如：末梢神經病、小腦功能受損、腦炎、癡呆
6. 肝臟、腎臟、心臟、肺、骨髓及腎上腺受損

7. 一般成藥(OVER THE COUNTER “OTC” MEDICATION)對身體及精神心理狀況的影響

咳藥水含有可待因(codeine, 屬於與鴉片類似的藥)、麻黃素或假麻黃素(興奮劑)及抗組織胺,是一種在本港常被濫用的成藥。可待因的止痛效力只有嗎啡的兩成,在臨床上被用來止咳及止瀉。麻黃素是一種天然的興奮劑,是一些中藥含的成分。它能直接在 α -及 β -腎上腺素受體上產生作用,並刺激去甲腎上腺素的釋放。相對於安非他明/苯丙胺,它對中樞神經系統的影響較少。假麻黃素是麻黃素的右旋同份異構物,對 α -腎上腺素受體有相似的作用,但對 β -腎上腺素受體的作用則較輕。

咳藥水的中毒後果包括：

- A. 精神心理
 1. 焦慮
 2. 暴躁
 3. 情緒不穩定
 4. 多疑
 5. 妄想
 6. 幻覺
 7. 衝動
 8. 精神紊亂
 9. 攻擊性行爲
- B. 身體
 1. 心搏過速
 2. 血壓上升
 3. 體溫上升

4. 出汗
5. 胸口痛
6. 暈眩
7. 頭痛
8. 癲癇
9. 中風
10. 心肌梗塞
11. 心律不正常
12. 死亡

咳藥水的戒斷反應包括：

1. 疲勞
2. 失眠
3. 抑鬱
4. 失去精力
5. 對事物失去興趣
6. 有自殺念頭

咳藥水對精神心理造成的不良後果包括：

1. 可能出現依賴性
2. 精神病

咳藥水對身體造成的不良後果包括：

1. 牙病
2. 便秘

另外,一些咳丸的主要成分為可待因、右甲嗎南(dextromethorphan、「黃豆仔」、「O仔」)、麻黃素/假麻黃素、撲爾敏及罌粟鹼。右甲嗎南是種與鴉片類似的藥物,服用劑量時,它的作用跟苯環利定(phencyclidine)和氯胺酮(ketamine)相似,因為它會阻塞 N-去甲基-D-天門冬氨酸

(NMDA)受體的活動。罌粟鹼則是種血管擴張劑，但並無臨床的應用。過往曾經有一種名為“Romilar”的純右甲嗎南藥丸，但現已被混合上述成分的藥丸所代替，例如：「花點」。

咳丸的中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 焦慮
2. 暴躁
3. 情緒不穩定
4. 多疑
5. 知覺的敏感度增加
6. 對時間的感覺異常
7. 飄飄然的感覺
8. 妄想
9. 幻覺
10. 衝動
11. 精神紊亂
12. 攻擊性行爲
13. 定向障礙

B. 身體

1. 暈眩
2. 噁心
3. 昏睡
4. 心搏過速
5. 血壓不穩定
6. 體溫上升
7. 出汗
8. 胸口痛

精神心理上的不良後果包括：

1. 依賴性
2. 精神緊張
3. 抑鬱

身體上的不良後果：

1. 便秘

8. 其他(OTHERS)

I. 亞甲二氧基甲基安非他明(MDMA)對身體及精神心理狀況的影響

「Fing 頭丸」、「忘我」、「狂喜」、「E 仔」等都是亞甲二氧基甲基安非他明的俗稱。在製作過程中經常會混入各種雜質，例如：「冰」、氯胺酮、苯二氮草類、巴比土酸鹽、咖啡因及對乙酸氨基酚(paracetamol)。這些雜質往往會對使用者造成無法估計的後果。

中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 感覺與其他人拉上關係
2. 增加同理心
3. 對時間的感覺異常
4. 性慾增加，但達致興奮及高潮的能力減少
5. 對於需要動腦筋的工作興趣漸失及能力下降
6. 焦慮
7. 不安
8. 欣快感
9. 防禦減少及攻擊性減低
10. 解除抑制及增加對情緒的敏感度
11. 知覺扭曲及有幻覺
12. 精神紊亂
13. 妄想型精神病

B. 身體

1. 不安
2. 磨牙
3. 牙關緊鎖

4. 食慾不振
5. 出汗
6. 面紅耳熱
7. 震顫
8. 起「雞皮」
9. 體溫上升或下降
10. 血壓轉變
11. 心跳加速
12. 心律不正常
13. 凝血異常
14. 急性腎衰竭
15. 肝臟中毒
16. 神經中毒
17. 腦內出血
18. 橫紋肌溶解
19. 脫水
20. 瀰散性血管內凝血
21. 死亡

精神心理上的不良後果包括：

1. 抑鬱
2. 昏睡
3. 焦慮
4. 恐懼症
5. 突發攻擊性行爲
6. 精神病
7. 記憶力障礙
8. 回閃現象
9. 後遺症：抑鬱情緒、失去精力、睏倦、疲勞、缺乏動力

MDMA 與其他藥物的相互作用

同時使用 MDMA 與右甲嗎南可導致血清素綜合症，症狀包括：肌肉抽搐、腸胃問題、精神紊亂、激動不安、動作不協調、發抖、發熱及出汗。據報在 LSD 引致的幻覺消失後再服用 MDMA，幻覺會重新出現。MDMA 與魔菇一併使用時，亦產生類似的情況。現時，尚未有報告證實 MDMA 與 LSD 或魔菇混合使用會引致不良的身體或精神心理影響。不過，用者仍須小心，因為每個人的身體及精神心理狀態都不一樣，有些人可能在混合藥物後傾向於產生不良影響。例如，使用抗抑鬱藥 5-羥色胺再攝取抑制劑(SSRI)的人對 MDMA 的反應會減弱；而使用抗抑鬱藥單胺氧化酶抑制劑(MAOI)的人則應絕對避免服用 MDMA，因為會導致高血壓，甚致死亡。

II. 氯胺酮(ketamine)對身體及精神心理狀況的影響

氯胺酮俗稱「K 仔」、「K」或「茄」，主要是獸醫及兒科外科醫生使用的麻醉劑。「K 仔」呈粉末狀，通常是從鼻孔吸入。「K 丸」則是口服的。

中毒後果包括：

- A. 精神心理
 1. 有像靈魂出竅的分離幻覺
 2. 對身體、環境及時間的知覺扭曲
 3. 錯覺
 4. 感覺飄飄然
 5. 被迫害妄想
 6. 幻覺
 7. 專注力及學習能力受損
 8. 夢境非常逼真
 9. 譫妄
 10. 僵硬狀態(稱為「K-hole」)
 11. 瀕死體驗(NDE)
- B. 身體
 1. 心跳加速
 2. 高血壓
 3. 噁心及嘔吐
 4. 涎液過多
 5. 麻木、容易發生意外
 6. 動作不協調
 7. 說話含糊
 8. 顱內壓及眼內壓上升

精神心理上的不良後果包括：

1. 回閃現象
2. 依賴性

III. γ -羥丁酸(gamma hydroxybutyrate, GHB)對身體及精神心理狀況的影響

GHB 是種中樞神經系統的鎮抑劑，俗稱「迷姦水」或「G水」。有男士會將 GHB 偷偷混入他人的飲料，令飲用者更易受性侵犯（一種在約會時強姦他人的藥物）。GHB 是口服的。

中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 欣快感
2. 鬆弛
3. 解除抑制
4. 昏睡
5. 精神紊亂
6. 幻覺
7. 短暫失憶
8. 夢遊

B. 身體

1. 暈眩
2. 噁心及嘔吐
3. 虛弱
4. 失去周邊視力
5. 激動不安
6. 心跳減慢
7. 動作不協調
8. 步履不穩
9. 小便失禁
10. 癲癇
11. 壓抑呼吸

12. 昏迷

戒斷反應包括：

1. 激動不安
2. 出汗
3. 失眠
4. 震顫
5. 心搏過速
6. 焦慮
7. 譫妄

GHB 與其他藥物的相互作用：

GHB 與酒精混和可導致噁心、呼吸困難及失去知覺。GHB 與「冰」一同使用則會增加癲癇發作的危險。

(三) 本港較少被濫用藥物的影響**I. 魔菇(magic mushroom)**

魔菇是一種天然的迷幻劑，其影響精神心理狀態的成分為西洛西賓(psilocybin)。透過直接食用或飲用魔菇的湯汁都可達致迷幻效果。雖然魔菇在西方國家較為常見，但在本港的毒品市場也可找到。

魔菇的中毒後果包括：

A. 精神心理

1. 視覺轉變
2. 對時間的感覺扭曲
3. 有歸屬感、親密聯繫的感覺
4. 增加對情緒的敏感度
5. 對情緒問題或回憶的集中能力增強
6. 增加鑽牛角尖或沉醉在單一思想或感覺(通常是負面或痛苦)的機會
7. 對身邊的人有親密聯繫的感覺
8. 瀕死體驗(NDE)
9. 失去自我
10. 譫妄

B. 身體

1. 噁心及嘔吐
2. 瞳孔擴張
3. 震顫

魔菇對精神心理造成的不良後果包括：

1. 認知功能受損
2. 接近精神分裂的狀態

II. 苯環利定/苯環已哌啉(phencyclidine, PCP)

PCP 本身是一種具分離性的麻醉劑。由於時常(但非每次)引起怪異的精神徵狀，如譫妄及幻覺，所以 PCP 已被禁用。PCP 的濫用方式主要是吸入煙霧，有時也會口服、用鼻吸入，或進行靜脈注射。在美國，PCP 俗稱為「天使塵」。

中毒後果包括：

- A. 精神心理
 1. 欣快感
 2. 鬆弛
 3. 感覺麻木
 4. 對體型及各種感覺扭曲
 5. 激動不安
 6. 怪異行爲
 7. 精神病
 8. 僵硬狀態
 9. 因痛覺缺失而導致自我損傷
- B. 身體
 1. 眼球震顫
 2. 四肢麻木
 3. 高血壓
 4. 心搏過速
 5. 面紅
 6. 體溫上升
 7. 出汗
 8. 涎液過多
 9. 瞳孔縮小
 10. 張力障礙
 11. 協調缺失

12. 肌陣攣
13. 橫紋肌溶解
14. 急性腎衰竭
15. 癲癇
16. 昏迷
17. 呼吸停頓
18. 循環系統虛脫
19. 死亡

精神心理上的不良後果包括：

1. 記憶力受損
2. 性格轉變
3. 抑鬱

III. 同化性-雄性類固醇激素 (anabolic-androgenic steroids)

同化性類固醇激素是運動員或其他人用來提高表現及改善體型的藥物。「同化性」的意思是增強肌肉；而「雄性」則指能增加雄性特徵的物質。此藥物通常是口服或注射入體內的，需要週期性地使用。有時，為了達到最佳的效果，甚至要複合使用多種類固醇激素。

精神心理上的影響包括：

1. 自我膨脹
2. 服藥期間有狂躁表現，但停止服藥後則變得抑鬱
3. 暴力行爲
4. 多疑及被迫害感覺
5. 暴躁
6. 妄想
7. 因有無敵的感覺而導致判斷力失準
8. 為抵消失眠及暴躁等反應而增加濫用其他藥物的機會

身體上的影響包括：

1. 男性方面：睪丸萎縮、精子數量減少、不育、禿頭、乳房發育、患前列腺癌的機會提高
2. 女性方面：長出鬍鬚、出現男性的禿頭現象、經期轉變或停經、陰蒂脹大、聲線變得低沉
3. 青少年方面：因骨骼過早成熟及青春期提早而導致生長過早停止
4. 一般的副作用：黃疸病、肝臟腫瘤及肝癌、水腫、血壓上升、低密度膽固醇增加、高密度膽固醇減少、腎腫瘤、粉刺

附錄 4

建議可供評估耐藥性、戒斷、以及藥物依賴嚴重程度的問題

(I) 耐藥性：

- 你有沒有試過覺得自己需要更多藥物才能達致同樣的感覺/效果？

(II) 戒斷：

- 在你停用或減少用量之後，你有沒有經驗過一些戒斷徵狀(即覺得身體不舒服)？有幻覺？有癲癇發作？
- 你有沒有曾經爲了避免戒斷徵狀出現(或爲了避免身體不舒服)而使用藥物？

(III) 藥物依賴：

(1) 有持續的慾望、或有一次(或多次)不成功的嘗試藉以減少或控制自己使用藥物。

- 你有沒有曾經覺得自己有濫藥的問題？
- 你有沒有戒除用藥習慣的需要？
- 你有沒有曾經真正嘗試去戒藥？
- 你想戒藥已想了多久？

(2) 花大量時間爲了能夠獲取藥物、吸食、或從藥物的影響中恢復過來。

- 你有沒有曾經花很多時間想著使用藥物，或想著以藥物來令自己 High？
- 在過往有沒有一些時候因爲你需要使用藥物而導致你不能思考或不能集中工作？

- 你以往有沒有花很多時間去獲取藥物？
- 當你見到藥物、想到藥物、又或者有人提及藥物的時候，會不會引發你有吸食的衝動和渴求？

(3) 吸食了的藥物往往比使用者最初打算的用量更多或時間更長。

- 你有沒有試過發現一旦開始吸食藥物，你最終卻吸食了比你原本打算的份量更多？
- 你有沒有發現吸食藥物花了你比原本打算更多的時間？
- 當有人提供藥物給你時，你有沒有試過在拒絕該藥物時感到有困難？
- 你有沒有試過感到有一股無法抗拒吸食的衝動？

(4) 爲了使用藥物而放棄或減少重要的社交、工作、或娛樂消閒活動。

- 你有沒有曾經爲了吸食而少和朋友一起？
- 你有沒有曾經爲了吸食而少和家人一起？
- 你有沒有曾經爲了吸食而減少了返工/返學？

(5) 放棄一些以往重視而又喜愛的活動

- 你有沒有試過因爲在藥物上花了太多時間或金錢而錯失了一些重要東西和事情？

(6) 明知使用藥物會引致不斷或重複出現的社交、心理、或健康問題，卻仍然繼續使用藥物。

- 你有沒有曾經不顧健康問題，仍然繼續使用藥物？
- 你有沒有曾經不顧跟家人或朋友因你使用藥物引起的爭吵，仍然繼續使用藥物？
- 你有沒有曾經不顧那些不斷加劇、因使用藥物而起的焦慮及/或抑鬱感覺，仍然繼續使用藥物？

附錄 5

藥物引致/相關的身體障礙資料系列

身體障礙	牽涉的藥物
<p>• HIV 病毒感染 這肯定是使用針筒注射藥物最主要的併發症。HIV 病毒感染及肝炎均有可能因共用注射用具傳播。</p>	<p>常見的注射藥物為海洛英，亦可能是苯二氮草類、巴比士酸鹽、安非他明、可卡因及同性-雄性類固醇激素。</p>
<p>• 黃疸病、乙型及丙型肝炎 乙型及丙型肝炎在使用針筒注射藥物的人當中頗為常見。感染肝炎者可能全無症狀，亦可以劇烈發病，漸漸演變成長期帶菌者，發展成慢性活躍肝炎或肝癌。</p>	<p>同上</p>
<p>• 蜂窩組織炎、血栓性靜脈炎、膿腫、無痛的潰瘍 在使用針筒注射藥物的人中常見的皮膚問題。</p>	<p>同上</p>

<p>• 菌血症、敗血症、念珠菌病 原因是濫用藥物的抑制免疫力作用*所引發，局部感染區起膿腫。</p>	<p>同上 (*抑制免疫力的藥物包括:酒精、鴉片類、大麻及可卡因)</p>
<p>• 深靜脈栓塞、肺血栓栓塞(肺部有血塊) 常見於長期在鼠蹊位置注射、在經常注射的位置有靜脈竇的人。</p>	<p>同上</p>
<p>• 淋巴管炎、淋巴水腫 因不斷注射及四肢的表面受感染而導致淋巴管道閉塞。</p>	<p>同上</p>
<p>• 肝臟毛病 肝臟受損，甚至有肝臟衰竭的可能。</p>	<p>毒害肝臟的藥物包括揮發性溶劑、MDMA(搖頭丸)及同性-雄性類固醇激素。若同時濫用酒精，發生的可能性會更高。</p>
<p>• 呼吸系統毛病 - 用口吸入藥物煙霧有可能引致咽炎、支氣管炎、哮喘、肺炎及肺結核</p>	<p>- 海洛英、大麻、甲基安非他明(「冰」)、揮發性溶劑</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 鼻吸入藥物有可能引起鼻中隔穿孔 - 「克賴克肺」或鴉片類引致的哮喘而導致急性呼吸困難，可導致死亡 	<ul style="list-style-type: none"> - 可卡因、海洛英、氯胺酮(「K仔」) - 可卡因、海洛英
<ul style="list-style-type: none"> • 心血管系統毛病 - 藥物引致的高血壓 - 藥物引致的低血壓 - 受損的心瓣會因膿毒病而導致傳染性心內膜炎 - 藥物的毒性導致中毒性心肌病、心律不正常、心肌梗塞；全部都可致命 	<ul style="list-style-type: none"> - 安非他明、可卡因、大麻、MDMA(搖頭丸)、LSD、PCP、咳藥、氯胺酮(「K仔」)、同化性-雄性類固醇激素 - 巴比士類、苯二氮草類、GHB(「迷姦水」) - (用注射方法吸食)：海洛英、苯二氮草類、巴比士類、安非他明、可卡因 - 揮發性溶劑、安非他明、可卡因、MDMA(搖頭丸)、PCP、同化性-雄性類固醇激素
<ul style="list-style-type: none"> • 肌肉、骨、關節毛病 - 因關節直接受感染而引起關節毛病，以及因膿毒性血栓而導致骨感染(骨髓炎) 	<ul style="list-style-type: none"> - (用注射方法吸食)：海洛英、苯二氮草類、巴比士類、安非他明、可卡因

<ul style="list-style-type: none"> - 橫紋肌溶解 – 因骨骼肌壞死，肌肉組織被釋放於血液中，帶來腎衰竭及可能死亡 	<ul style="list-style-type: none"> - 所有被濫用的藥物，尤其是海洛英、安非他明、可卡因、MDMA(搖頭丸)
<ul style="list-style-type: none"> • 腎臟毛病 - 因濫用藥物而引致腎臟受感染(腎小球腎炎)及腎臟受損 - 腎衰竭 	<ul style="list-style-type: none"> - (用注射方法吸食)：海洛英、苯二氮草類、巴比士類、安非他明、可卡因 - MDMA(搖頭丸)、海洛英、可卡因、安非他明、揮發性溶劑、PCP
<ul style="list-style-type: none"> • 神經系統毛病 - 在藥物的影響下，呼吸抑壓、意識抑壓和咳嗽反射抑壓，導致呼吸道被唾液、黏液、或嘔吐物等阻塞，造成腦部缺氧和損害 - 血壓急劇上升引致腦出血中風(興奮劑)；如患有先天性變異無徵狀小動脈瘤的人，中風的危險性更高 - 癲癇(羊癇症)發作 	<ul style="list-style-type: none"> - 鴉片類、巴比士類、苯二氮草類、GHB(「迷姦水」)、揮發性溶劑、氯胺酮(「K仔」) - 安非他明、可卡因、LSD、MDMA(搖頭丸) - 可卡因、安非他明、鎮靜催眠藥(戒斷期間)、MDMA(搖頭丸)、

	GHB(「迷姦水」)
<ul style="list-style-type: none"> • 生殖/新生兒 - 流產、早產、死產 - 胎兒先天異常 - 新生兒戒斷綜合症 - 新生兒感染(HIV 病毒、肝炎) 	<ul style="list-style-type: none"> - 鴉片類(戒斷及中毒期間)、可卡因、鎮靜催眠藥、酒精、MDMA(搖頭丸)、安非他明 - LSD、MDMA(搖頭丸)、可卡因 - 鴉片類、巴比士類、苯二氮草類 - 可注射的藥物，尤其是海洛英

藥物引致/相關的身體障礙繁多，未能盡錄。個別被濫用的藥物亦可以引致其他疾病，其中包括血液、內分泌、維他命、電解質及代謝物、免疫系統、體溫調節、腸胃、牙齒口腔等方面的問題。各種濫用藥物無數的組合、非法藥物混合合法藥物、濫用藥物內的各種雜質/添加劑所導致的身體損害，則未能在此詳述。

不同類型藥物(物質)與其引致的精神及行為障礙

附錄 6

	中毒 狀態	戒斷 狀態	中毒性 譫妄	戒斷性 譫妄	持久性 痴呆	持久性 遺忘障礙	精神 障礙	情感 障礙	焦慮性 障礙	性功能 失調	睡眠 障礙
安非他明/ 苯丙胺	+	+	中毒	中毒			中毒	中毒 或戒斷	中毒	中毒	中毒 或戒斷
大麻	+		中毒				中毒	中毒	中毒		
可卡因	+	+	中毒	中毒			中毒	中毒 或戒斷	中毒 或戒斷	中毒	中毒 或戒斷
迷幻劑	+		中毒	中毒			中毒	中毒	中毒		
吸入劑 (揮發性溶劑)	+		中毒	中毒	持久性		中毒	中毒	中毒		
鴉片類	+	+	中毒	中毒			中毒	中毒	戒斷	中毒	中毒 戒斷
苯環利定/ 苯環己哌啶	+		中毒	中毒			中毒	中毒	中毒		
鎮靜催眠劑	+	+	中毒	戒斷	持久性	持久性	中毒 或戒斷	中毒 或戒斷	戒斷	中毒	中毒 或戒斷

+ 指存在有此項特點；表中列出的中毒或戒斷，指的是出現在中毒或戒斷的時節 (精神疾病診斷和統計手冊第四版, DSM-IV)

附錄 7

藥物引致的精神及行為障礙簡介

藥物(指定)中毒(Drug specific intoxication)：

急性中毒是使用精神藥物後的一個短暫情況，會引致個人的意識(知覺)程度、認知、感覺、情感或行為，又或者其他心理功能和反應失調。中毒通常與藥物使用的劑量有著密切的關係。不過，假如身體有某些特殊情況(例如：腎或肝功能衰退)，即使劑量很少的藥物亦有可能產生異常嚴重的中毒反應。中毒是一個短暫的現象，它的強度會隨時間慢慢減弱。在停止使用藥物的情況下，其效果應會逐漸消失，中毒是可以完全復原的。但若有細胞組織損壞或其他併發症出現則屬例外。

藥物(指定)戒斷(Drug specific withdrawal)：

戒斷是形容在重複及通常持久及/或大量地使用某種藥物之後，在完全停用或相對地減少劑量(戒斷)期間所出現的一些不同類型、不同嚴重程度的徵狀群組。戒斷狀態的開始及過程均有時間限制，並且與藥物的種類及在戒斷前所用的劑量有關。身體的徵狀因藥物而異。至於心理上的困擾，例如：焦慮、抑鬱、睡眠失調等，都是經常見到的。一般來說，病人都傾向表示繼續使用該藥物能緩和那些戒斷徵狀。

藥物引致譫妄(Drug-induced delirium)：

譫妄的三大特徵包括意識(知覺)模糊、感官受異常逼真的幻覺及錯覺影響、以及嚴重的震顫。其他特徵包括妄想、激

動不安、失眠及自主神經過度活躍。這現象可以在某些藥物中毒或戒斷期間出現。

藥物引致持久性痴呆(Drug-induced persistent dementia)：

痴呆是多種認知功能的衰退，記憶力明顯受損(失去吸收新訊息或回憶既存訊息的能力)，亦有可能有語言、活動能力、識別物件及執行功能等障礙。這些缺損不只限於譫妄期間出現。痴呆和使用藥物的持久性影響有關。

藥物引致持久性遺忘障礙(Drug-induced persisting amnesic disorder)：

這障礙與近事記憶受明顯的長期損害有關。有時候，遠事記憶可以受損害。即時回憶得以保存，時間觀念及事件的先後次序會受影響。學習新事物會變得困難。至於其他認知功能，通常都會完整無缺。

藥物引致精神障礙(Drug-induced psychotic disorder)：

這是在使用精神藥物期間或使用精神藥物後即時產生的一組精神病現象，特徵是非常逼真的幻覺(通常是幻聽)、錯認人或物、有覺得被影射的妄想及觀念、興奮或木僵、以及異常的情感(極度恐懼至狂喜)，知覺通常都是保持清晰的。此障礙在中毒或戒斷時期均有可能出現，一般在 1 個月內至少會局部復原，在 6 個月內會完全復原。

藥物引致情感障礙(Drug-induced mood disorder)：

使用精神藥物的人士在某些時間內出現抑鬱徵狀，是一種

頗為常見的情形。那些抑鬱徵狀可以是短暫性的，與使用藥物或停止使用有關。抑鬱徵狀亦可以是持續性的。可見的徵狀包括情緒低落、對所有/幾乎所有活動的興趣或樂趣大減。患者的情緒可能在情緒高漲、狂妄、暴躁或抑鬱之間反覆。

藥物引致焦慮性障礙(Drug-induced anxiety disorder)：

焦慮性徵狀可能隨著藥物使用或戒斷而出現。繼發性焦慮症患者**在病徵自然緩解之前**，可能會有持續至 6 個月的廣泛性焦慮、驚恐症發作、強迫症或廣場恐怖症。可是，使用興奮劑、迷幻劑、大麻及其他藥物，卻會引致不能自然緩解的持續焦慮性障礙。

藥物引致性功能失調 (Drug-induced sexual dysfunction)：

全因使用藥物所致，並產生嚴重痛苦煩惱或人際相處困難的性功能失調包括：性慾減少、達致性興奮的能力受損(勃起困難、陰道分泌不足)，難以達致高潮及性交時感到痛楚。

藥物引致睡眠障礙(Drug-induced sleep disorder)：

濫藥者的睡眠問題非常普遍。其中包括失眠及睡眠過多，可以在某些藥物(指定)中毒或戒斷時期出現。

附錄 8

常與藥物濫用共存的精神障礙(雙重診斷)簡介

與藥物濫用共存的精神障礙(雙重診斷)是在處理濫藥者時的一個令人頭痛的問題。流行病學研究數據顯示，藥物依賴個案當中，接近一半同時患有其他精神障礙。

品行障礙(Conduct disorder) - 尤其是攻擊型

品行障礙是一種重複及持久的行為模式，在這模式中，他人的基本權利和主要社會規範或規則都會被違犯。患者可能會侵犯他人或動物、毀壞財物、欺騙或偷竊、或者嚴重違反規則。

大部份證據都顯示越軌行為和品行障礙都是在濫用藥物之前出現的。而種種引致兒童少年期操行問題及攻擊性行為的因素，均可能會提高日後出現反社會行為及濫用藥物的機會。

在成年人當中，反社會型人格障礙是最常與藥物濫用扯上關係的一種精神病態。研究數據顯示在濫藥者中，35-60%患上反社會型人格障礙。

注意缺陷/多動性障礙(Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)

注意缺陷/多動性障礙一般在幼童時期發病，由兒童期延續至青少年期，甚至在成年期以一個變更的徵狀複合形式繼續。診斷標準徵狀包括缺乏專注力(例如：難以在工作或遊

戲活動中持續專注)和多動性/衝動性(例如：經常停不下來，就像「上了鏈」一樣。繼發性的徵狀亦可能出現，例如：缺乏抵受挫折的耐力、朋輩關係不佳、攻擊性、及學業成績差等。

注意缺陷/多動性障礙患者中，估計有三成人同時有藥物濫用問題。

情感性精神障礙(Mood disorders) –

抑鬱症(Major depression)

惡劣心境障礙(Dysthymia)

雙相情感性障礙(Bipolar disorder)

環性心境障礙(Cyclothymia)

情感性(心境)障礙是一組主要特徵為情緒受困擾的疾病。這障礙非常普遍，大約每十個人當中，便會有一人在其有生之年最少一次被診斷患有抑鬱症。

抑鬱症患者會有一系列認知、情感、及心理功能紊亂的徵狀。其中最常見的徵狀是：情緒低落、覺得生活乏味和焦慮。嚴重抑鬱的情況下，內疚感和自殺念頭會隨著抑鬱情緒出現。其他徵狀包括難以入睡、早醒、食慾不振、及疲勞乏力。在較輕微的抑鬱情況下，患者可能申訴感覺麻木、或者完全失去感覺。惡劣心境障礙是一種相對於抑鬱症病況較輕微，但維持更長久的抑鬱狀態(可以維持兩年或以上)。

雙相情感性障礙相對於抑鬱症較為少見，大約只有百分之

一的人口會受這障礙的影響。在這些雙相情感性障礙患者中，同時患有藥物濫用障礙的機會是 56.1%。而環性心境障礙跟雙相情感性障礙相似的地方是，兩者都展現反覆兩極性的情緒(躁狂及抑鬱)，但環性心境障礙的臨床情況較為輕微。躁狂發作可分為輕微、中等、或嚴重，並且可以同時有重性精神病徵狀出現。患者可能會情緒高漲、自大、少睡、喋喋不休、以及在日常工作可能有更高生產力。有些患者會脾氣暴躁、欠缺專注力，興奮不寧，動作多而雜亂。患有這種障礙的病者會在躁狂、抑鬱、及間歇狀態之間循環不已。

已有許多證據指出成年濫藥者有很大機會患有抑鬱性障礙或出現抑鬱徵狀。此外，不少青少年臨床研究顯示，藥物濫用的青少年同時有情感障礙的機會率甚高。而無論成人或青少年的研究結果都發現藥物使用/濫用與自殺機會有顯著的關係。自殺是現時美國的第二號殺手。有越來越多的證據指出，青少年自殺個案增加的主因是藥物使用/濫用。

焦慮性障礙(Anxiety disorders) –

社交恐怖症(Social phobia)

廣泛性焦慮障礙(Generalized anxiety disorder, GAD)

創傷後應激障礙(Post-traumatic stress disorder, PTSD)

焦慮性障礙的主要徵狀是焦慮和迴避型行爲。大約百份之十五人口患有此障礙，屬於最常見的精神病。輕微焦慮狀

態的患者可能只會感到身體有點緊張、抱有擔心的想法、或隱約有擔憂不安的感覺。在極端焦慮的情況下，患者可能會申訴有前所未有的恐懼、感到有惡運降臨及絕望、以及身體極度不適。

社交恐怖症的主要特徵是面對一般社交或面對一群人的情況會有明顯而持續的恐懼，害怕自己會出醜於人前。每當處身這些環境，患者便會自然地產生焦慮反應；可能像恐慌症發作一樣。焦慮反應的徵狀可包括：出汗、面紅及口乾。患者會經常擔心在他人面前丟臉或尷尬。可能的話，患者會盡量避開那些場合和情況。由此導致孤立及喪失社交能力。

患有廣泛性焦慮障礙(GAD)的人士有長期性、無確定對象的焦慮，同時不斷擔憂通常是瑣屑的事項。他們會覺得肌肉嚴重繃緊而不能放鬆。他們亦會感頭痛、失眠、發抖、手心冒汗、面紅、尿頻等等。他們會感到容易分心，難以集中精神，令工作和學習都變得非常困難。

創傷後應激障礙(PTSD)可以在任何嚴重創傷之後形成。在經歷或目睹戰鬥、天災及暴力事件之後，均有可能出現這障礙。患者的反應可能屬急性、延遲、或延長(慢性)至創傷事件後的數個月或數年。這些反應包括對該創傷事件的強烈恐懼及無助感，並會透過重複強行闖入腦海的恐怖影像、想法和夢境，令當事人再三持續地經歷該創傷。雖然患者會一直迴避那些與該創傷相關的刺激，但仍然持續地感受：難以入睡、暴躁或發脾氣、難以集中、過度警覺、

以及誇張的驚嚇反應等徵狀。

患有焦慮性障礙的人士，同時患有藥物相關障礙的機會更高。有一個研究顯示，患有焦慮性障礙的年輕成年人發展出藥物使用障礙的機會，比沒有患焦慮性障礙的一組高 1.7 倍。有研究發現，36%的焦慮性障礙患者同時患有藥物濫用障礙。驚恐症患者在一生中患有藥物有關障礙的機會是 36%。社交恐怖症患者的藥物濫用患病率為 8-56%。創傷後應激障礙患者中，男性的藥物濫用患病率是 30-50%；女性的患病率則是 25-30%。

神經性貪食症(Bulimia nervosa)

貪食症屬於一種慢性障礙，特徵是患者在陣發期間會不能控制急速進食(通常是甜食或零食)，然後會立即用扣喉等方法將食物強行吐出，以避免體重增加。患者亦可能會禁食一段長時間，並利用輕瀉劑、利尿劑、及洗腸等方法以控制體重。他們都清楚知道自己對「瘦削」的強迫觀念及飲食習慣是不正常的，但卻感到完全無力去改變自己那些感覺或行爲。

進食障礙經常與藥物濫用有關。有研究指出，貪食症患者發展出藥物濫用的發病率相對於約束性神經性厭食症的較高。貪食行爲的作用是使負面情緒狀態控制和減少，而不是爲了達致“欣快”的感覺。

精神分裂症(Schizophrenia)

精神分裂症是各種精神障礙中最具破壞力的一種，大約有

百份之一的人口患有此障礙。它是一種神經生理障礙，特徵是思想、衝動及行爲之間的連續性及相互關係破裂及分解。患者無論在內、外都經歷嚴重的混亂，並與現實脫離。新發展的藥物治療及社區治療模式的應用，已讓患者變得更能照顧自己及從事生產，有能力在無監管或部份監管的情況下於社區環境生活。這提升了的自主能力卻同時令他們有機會濫用藥物。藥物使用/濫用會令他們易受傷害，並有可能導致舊病復發。因此，瞭解這類人士並提供適當的藥物依賴治療計劃和合標準的住院/門診服務、或嶄新的合併式治療計劃是很重要的。

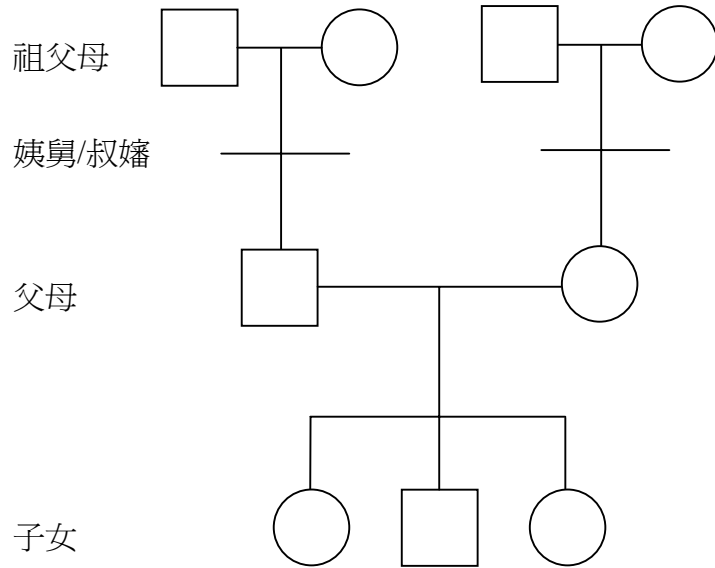
邊緣型人格障礙(Borderline personality disorder)

邊緣型人格障礙的主要特徵是在人際關係、自我形象、情感多方面都很不穩定，而且有顯著的衝動傾向，例如在性、濫用藥物、魯莽駕駛、暴食、花費等方面。患者的情感會顯得不穩定(例如：陣發性的極度煩躁不安、暴躁、焦慮)、重複出現自殺的行爲、恫嚇或姿勢動作，或自殘身體。患者會申訴經常覺得空虛。患者會因內心不能獲得平靜、安全感及穩定的感覺而轉求於外在媒介，例如：酒精、藥物、或他人，讓自己可以從中獲得那些追求的感覺。一旦這些外在媒介喪失其功能，患者會陷於極度因分離而產生的焦慮。

在邊緣型人格障礙患者中，藥物濫用的患病率是 39-84%。

附錄 9
製作家系圖(Genogram)

(I) 家系圖的結構



(II) 常用的家系圖符號



關係或感情：



少許親密或疏遠 

有衝突或關係欠佳 

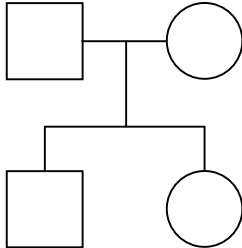
疏遠或斷絕來往 

單一家庭成員 

婚姻 

已去世  或 

收養 

子女 

(III) 製作家系圖

以下是 B. Thomlison (2002)提出製作家系圖之指引的撮要：

- (1) 繪畫家庭的三代，盡量蒐集多些家族成員的資料。
- (2) 在面談完結前，讓家庭再看一次他們的家系圖，以給予意見或加添資料。
- (3) 家庭成員本身就是最熟悉該家庭系統的人。
- (4) 家系圖亦可視為「家譜」(family tree)。
- (5) 家庭可自由提供任何他們覺得可以透露的資料，同時也可拒絕回答他們不知道或不想談及的問題。
- (6) 家庭成員可自由選擇敘述或繪畫其家庭成員的優先次序。
- (7) 可隨家庭成員的意願和想法，為家系圖添上顏色。
- (8) 應謹記由最不具威脅性的問題入手。
- (9) 假如家庭成員無法記起正確日期，可以嘗試發問相關的問題，例如：你當時是否正就讀中三？
- (10) 問一些有助家庭成員思考自己與家庭的關係的問題，例如：遇到問題時，你會找誰？

- (11) 應由直系家屬開始，然後輪到大家庭的成員。當問及夫婦各自的出身家庭時，讓他們輪流回答，使雙方都可參與其中。同時，應避免討論離題或資料過多。
- (12) 以圓圈框起現時一起居住的家庭成員，以作識別。

資料來源：

Thomlison. (2002), 59-63 頁

附錄 10**尿液藥物化驗資料****(I) 簡介**

尿液藥物化驗是一種化學測試，用來篩選案主有否濫用藥物以及識別所濫用的藥物，在處理濫藥個案方面扮演重要角色。

(II) 主要作用

- (1) 診斷：協助確定案主有否濫用藥物，以及所濫用的藥物種類
- (2) 治療：監察戒毒及康復計劃的進度

(III) 測試方式

- (1) 篩選測試：用來篩選樣本是否存有藥物，通常只能找出藥物的類別而不能識別出指定藥物。
 - a. 不需儀器的快速測試：可在任何服務單位即場進行，操作簡單，無需任何儀器，通常可在 20 分鐘內得出結果。因為這種測試通常沒有內置的質素監控，所以可靠性沒有保證。
 - b. 利用儀器進行的化驗所測試：在化驗所進行，所用的儀器有定時嚴格的質素監控；因此，測試結果較快速測試可靠。
- (2) 檢定測試：較篩選測試更敏感和具針對性，用

來跟進篩選測試結果以確定是否存有藥物及是那種藥物。若篩選測試的陽性結果被藥物檢定測試否定，藥物測試的最終結果便為陰性。

(IV) 收集尿液樣本

- (1) 提供一個有私隱的地方
- (2) 用清潔的樽盛載尿液
- (3) 為保證樣本的來源，尿液樣本必需在監管下收集
- (4) 檢查樣本的溫度(和暖)及顏色(一般為黃色)
- (5) 留意一些常用的詭計：
 - a. 在樣本加入漂白水或液
 - b. 提供非藥物濫用者的樣本代替
 - c. 在廁盆內舀出廁所水稀釋樣本
 - d. 把預先盛滿無藥尿液樣本的泵放在腋下(喉管引至盆腔近排尿地方)，把假樣本排放到收集樽裡
 - e. 把盛滿無藥的尿液樣本的塑膠樽藏在陰道裡，暗地把扭開樽蓋，把假樣本排放到收集樽內
 - f. 把樣本收集樽輕微刺穿，使樣本在運送途中慢慢流走

(V) 貯存尿液

- (1) 應盡快用作快速測檢樣本或把樣本送到化驗所
- (2) 若不能把樣本立刻送到化驗所，便須貯存在攝氏六度以下的雪櫃內，最多貯存兩天

(VI) 詮釋結果須知

- (1) 每種藥物可被檢測到的時限各有不同：
請參照尿液評估部份的附表
- (2) 濃度截止點：尿液中的藥物或其代謝物必須達到指定濃度或以上才會呈陽性反應，因此，陰性反應可代表沒有藥物存在或藥物濃度在截止點之下。藥物濃度截止點須視乎測試方法的敏感度而定，測試方法越敏感，驗出藥物所須的濃度越低。
- (3) 測試方法的專屬性：這是指分辨不同藥物的能力，測試方法越富針對性，可驗出藥物的確切程度越高。
- (4) 呈假陰性反應（有藥物存在但呈陰性反應）的常見原因：
 - a. 藥物濃度低於濃度截止點
 - b. 貯存樣本方法不正確
 - c. 樣本被稀釋
 - d. 樣本被加入漂白水或 液
 - e. 受助人在提供尿液樣本前飲用了大量水份
 - f. 假尿液樣本
- (5) 呈假陽性反應（不存在懷疑藥物但呈陽性反應）的常見原因：
 - a. 與其他藥物產生交叉反應，例如含有可待因的止痛藥或會導致鴉片類藥物測試呈陽性反應
 - b. 因其他食物產生錯亂結果，例如含有四氫大麻酚的火麻仁或會導致大麻測試呈陽性反應

(VII) 選擇尿液作測試的原因

- (1) 傷害性較少
- (2) 容易取得足夠樣本
- (3) 尿液所含的藥物及其代謝物濃度較血液的為高
- (4) 藥物及其代謝物停留在尿液中的時間較血液的長
- (5) 大多數藥物及其代謝物都是經尿液排泄

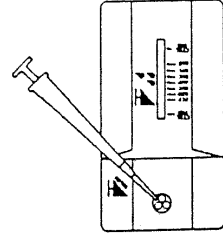
(VIII) 在選擇快速測試產品時要考慮的因素：

- (1) 感敏度
- (2) 專屬性
- (3) 可測試出的藥物數目
- (4) 若一套測試器具可同時測試多種藥物，便須考慮可供選擇的藥物組合
- (5) 操作是否複雜
- (6) 每套測試器具是否有內置質素監控
- (7) 成本

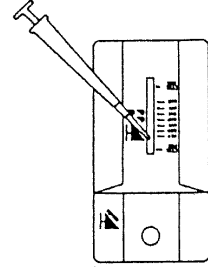
(IX) 快速測試的例子

測試步驟

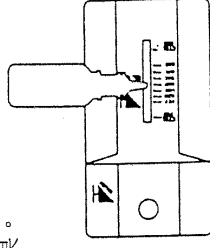
第一步：加入樣本
把反應杯上的蓋拉開，用提供的吸管把尿液樣本(140 微升)吸起放在反應杯裡，在室溫中醱釀 10 分鐘。



第二步：轉移液體
用吸管和新的吸咀，把反應杯裡的混合物轉移至測試區。讓混合物完全滲透。



第三步：清洗和閱讀
混合物滲透後，立即把三滴清洗液加入測試區中央，直至完全滲透。閱讀 CTRL NEG ZONE、CTRL POS ZONE 及藥物測試區的結果。五分鐘內便可得出結果。

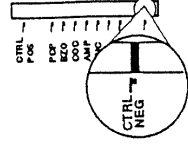


分析結果

第一步：閱讀 'CTRL NEG ZONE'

若顏色條在此處出現，表示此套器具無效，要用另一套器具再進行測試。

*若經多次分析後，結果仍然相同，便應以另一樣本進行測試。如新樣本的分析結果仍與上次測試結果相同，請聯絡 Bio-site Technical Services



第三步：閱讀測試區的藥物結果

陽性反應

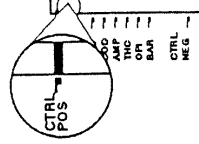
若某種藥物名稱旁的測試區出現顏色條，樣本便算對該種藥物呈陽性反應。若出現顏色條，便可假設樣本內的藥物含量相等或高於該種藥物的濃度截止點。



第二步：閱讀 'CTRL POS ZONE'

若顏色條在此處出現，結果便為有效。若此處沒有顏色條，表示此套器具無效，要用另一套器具進行測試。

*若經多次分析後，結果仍然相同，便應以另一樣本進行測試。如新樣本的分析結果仍與上次測試結果相同，請聯絡 Bio-site Technical Services



陰性反應

若藥物名稱旁的測試區沒有出現顏色條，樣本便算呈陰性反應。



(X) 如何解讀政府化驗所的報告

(1) 藥物篩選測試結果：只可測試出藥物的類別而不能識別指定藥物。在這報告中，雖然鴉片類藥物呈陽性反應，但沒有指明該種藥物是嗎啡（白粉的主要代謝物）還是可待因（某些咳水的成份）。

(2) 藥物檢定測試結果：可驗出指定藥物，在這報告中，嗎啡呈陽性，表示案主很可能濫用白粉（海洛英的代謝物為嗎啡）。



Lab No :
化驗所編號:

Source Ref :
送檢部門檔號:

Item for examination : Urine sample
化驗樣本: 尿液

Officer-in-charge:
負責人員:

Submitting office :
送檢部門:

Sampling date :
取樣日期:

Delivering date :
送檢日期:

Date : 17/2/2003
日期:

Result of Drug Screening
藥物篩選測試結果

OPIATES 鴉片類	: Positive : 陽性	METHADONE 美沙酮	: Negative : 陰性
BENZODIAZEPINES 苯二氮卓類	: Negative : 陰性	CANNABINOIDS 大麻脂類	: Negative : 陰性
AMPHETAMINES 安非他命類	: Negative : 陰性	KETAMINE 氯胺酮	: Negative : 陰性

政府化驗所



Government Laboratory

Date : 15/4/2003
日期:

Lab No :
化驗所編號:

Source Ref :
送檢部門檔號:

Item for examination : Urine sample
化驗樣本: 尿液

Officer-in-charge:
負責人員:

Submitting office :
送檢部門:

Sampling date :
取樣日期:

Delivering date :
送檢日期:

Result of Drug Confirmation
藥物檢定結果

MORPHINE 嗎啡	: Positive : 陽性	CODEINE 可待因	: Negative : 陰性
METHADONE 美沙酮	: Negative : 陰性	BENZODIAZEPINES 苯并二氮卓類	: Negative : 陰性
CANNABINOIDS 大麻脂類	: Negative : 陰性	METHAMPHETAMINE/ AMPHETAMINE 甲基安非他命/安非他命	: Negative : 陰性
MDMA 3,4 亞甲二氧基甲基 安非他命	: Negative : 陰性	KETAMINE 氯胺酮	: Negative : 陰性

(Chemist 化驗師)

(Chemist 化驗師)

附錄 11

參考資料

1. AACC Course on Emergency & Workplace Drug Testing (1997).
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
3. Baer, J. S., Marlatt, A., & McMahon, R. J. (Eds.) (1993). *Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment and policy issues*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
4. Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology, 10*, 360-365.
5. Branch, C. W. (1997). *Clinical interventions with gang adolescents and their families*. Colorado: Westview Press.
6. Buelow, G. D., & Buelow, S. A. (1988). Psychotherapy in chemical dependence treatment: A practical and integrative approach. Brooks/Cole.
7. Bukstein, Oscar Gary (1995). *Adolescent substance abuse: assessment, prevention, and treatment*, John Wiley & Sons, Inc.
8. Children's Bureau of South California (1997). *Family assessment form: A practice-based approach to assessing family functioning*. Washington, DC: CWLA Press.
9. Daley, D. C. (2000). Dual disorders recovery counseling. NIDA. Retrieved from <http://drugabuse.gov/ADAC/ADAC3.html>.
10. Department of Health, The Scottish Office Department of Health, Welsh Office; Department of Health and Social Services, North Ireland (1999). *Drug Misuse and*

Dependence - Guidelines on Clinical Management, Her Majesty's Stationery Office.

11. Donovan, D. M. (1999). Assessment strategies and measures in addictive behaviors. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (Ch.11). Oxford University Press.
12. DuPont, R. L. (1997). Drug testing. In S. M. Norman et al. (Eds.), *Manual of therapeutics for addictions* (Ch.6). New York: Wiley-Liss.
13. Ellenhorn, M. J. et al. (Eds.) (1997). *Ellenhorn's medical toxicology: Diagnosis and treatment of human poisoning* (2nd ed.). Baltimore: William & Wilkins.
14. Galanter, M., & Kleber, H. D. (1999). *Textbook of substance abuse treatment* (2nd ed.). The American Psychiatric Press.
15. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (3rd ed., pp.438-481). Oxford University Press.
16. Gelder, M.G., López-Ibor, Jr. J. J., & Andreasen, N. (2000). *New Oxford textbook of psychiatry, Vol.1, Part 4.2*. Oxford University Press.
17. Gerald, C. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
18. Ghodse, H. (1995). Assessment. *Drugs and addictive behavior: A guide to treatment* (2nd ed., Ch.4). Boston: Blackwell Science.
19. Ghodse, H. (2002). *Drugs and Addictive Behaviour: A guide to treatment, third edition*, University Press Cambridge.
20. Gowing, L., Proudfoot, H., Henry-Edwards, S., & Teesson, M. (2001). *Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use*. Woden, ACT: Australian National Council on Drugs.

21. Holland, J. (Ed.) (2001). *Ecstasy: The complete guide* (pp.35-37). Park Street Press.
22. Home Office (2000). *Reducing drug related deaths, a report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
23. Hong Kong Medical Association (2001). *Drug abuse in rave parties: Resource book for the seminar for doctors to help beat drugs*. Hong Kong: Hong Kong Medical Association.
24. Jessor, R. (Ed.) (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
25. Karch, S. B. (Ed.) (1997). *Drug abuse handbook* (pp.542-567). CRC press.
26. Kumpfer, K. L., Olds, D. L., & Alexander, J. F. (1998). Family etiology of youth problems. In R. S. Ashery, E. B. Robertson & K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions* (NIDA Research Monograph 177, pp.42-77). Rockville, MD: NIDA.
27. Liddle, H. A., & Rowe, C. (1998). Family measures in drug abuse prevention research. In *Drug abuse prevention through family interventions* (NIDA Research Monograph 177, pp.324-372). NIDA.
28. Lukas, S. E., Scholar, M., & Kouri, E. et al. (1994). Marijuana smoking increases plasma cocaine levels and subjective reported of euphoria in male volunteers. *Pharmacol Biochem Behav*, 48, 715-721.
29. McCoy, C. B., Metsch, L. R., & Inciardi, J. A. (Eds.) (1996). *Intervening with drug-involved youth*. CA: Sage Publications.
30. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
31. Nagai, N. et al. (1996). Pharmacokinetics & polymorphic

- oxidation of dextromethorphan in a Japanese population. *Biopharmaceutics & Drug Disposition*, 17(5), 421-33.
32. National Institute on Drug Abuse (2002). Risk and protective factors in drug abuse prevention. *NIDA Notes*, 16(6).
33. O'Connell (1998). *Dual Disorders: Essentials for assessment and treatment*, The Haworth Press New York.
34. Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (Eds.) (1988). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. Haworth Press.
35. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
36. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
37. Shaw, L. M. et al. (2001). *The clinical toxicology laboratory: Contemporary practice of poisoning evaluation* (pp.130-139). AACCC Press.
38. Shek, D. T. L. (2001). Psychometric properties of the Chinese version of the Self-Report Family Inventory: Findings based on a longitudinal study. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 485-502.
39. Shek, D. T. L. (2002). Assessment of family functioning in Chinese adolescents: The Chinese version of the Family Assessment Device, *Research on Social Work Practice*, 12(4), 502-524.
40. Shek, D. T. L. (2002). Psychometric properties of the Chinese version of the Family Awareness Scale. *The Journal of Social Psychology*, 142(1), 61-72.
41. Spooner, C., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). *Structural*

- determinants of youth drug use*. Australian National Council on Drugs.
42. Spooner, C., Mattick, R., & Howard, J. (1996). The nature and treatment of adolescent substance abuse, *NDARC Monograph No. 26*. National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
 43. Sullivan, E. J. (1995). Drug testing. In E. J. Sullivan (Ed.), *Nursing care of clients with substance abuse* (Ch.16). St. Louis: Mosby.
 44. Tarter, R. E. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision method. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16 (1 & 2), 1-46.
 45. Ted Noffs Foundation. Youth Substance Use Assessment Part D (TNFYSUAD) version 07.01.
 46. The Royal College of Psychiatrists (2000). *Drugs: Dilemmas and Choices*, Gaskell, London.
 47. Thomlison, B. (2002). *Family assessment handbook*. Brooks/Cole.
 48. Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S., & Hall, W. (2001). *Heroin overdose: Prevalence, correlates, consequences and interventions*. Australian National Council on Drugs.
 49. Whitten, L. (2001). Conference highlights increasing GHB abuse. *NIDA notes*, 16(2), 10-11.
 50. Narcotics Division, Security Bureau, HKSAR: "Guide to Drug Abuse Problem".
 51. Narcotics Division, Security Bureau, HKSAR: "Parent's Guide to Drug Abuse".
 52. 保安局禁毒處：《教導遠離毒品》。
 53. 保安局禁毒處：《藥物濫用問題指南》。

54. 姜佐寧(1997)：《藥物成癮的臨床與治療》，人民衛生出版社， 333-334 頁。
55. 香港中文大學藥物濫用研究中心(未發表)：《eCATOM 戒毒治療成效評估電腦系統使用手冊》。
56. 翁樹澍、王大維譯 (1999)：《家族治療：理論與技術》。臺北：揚智文化。

附錄 12
有用網址

Australian Drug Foundation: <http://www.adf.org.au>

Club Drugs: <http://clubdrugs.org>

DanceSafe: <http://www.dancesafe.org>

DrugScope: <http://www.drugscope.org.uk>

Ecstasy.org: <http://www.ecstasy.org>

Erowid's psychoactive vaults:

<http://www.erowid.org/psychoactives/psychoactives.shtml>

HIV/AIDS and drug abuse: <http://hiv.drugabuse.gov>

MEDLINEplus – drug abuse:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/drugabuse.html>

保安局禁毒處： <http://info.nd.gov.hk/>

National Institute on Drug Abuse: <http://www.drugabuse.gov>

Neuroscience for kids - drug effects:

<http://faculty.washington.edu/chudler/introb.html#drug>

附錄 13

**《甄別及評估多藥濫用者程序手冊》工作小組
成員名單**

主席：**梁崇斌醫生**
醫院管理局
青山醫院
顧問醫生

成員：**黃熾榮博士**
醫院管理局
葵涌醫院
高級臨床心理學家

李惠儀女士
香港戒毒會
東九龍社會服務中心區域服務總監(東九龍)

雷慧靈女士
香港路德會社會服務處
副執行總監

研究助理：**譚嫻英小姐**

附錄 14

鳴謝

承蒙下列單位協助進行本研究的訪問及試用有關手冊，研究小組謹此致謝：

(依筆劃序)

方舟行動

協青社

東華三院：

- 利東青少年綜合服務
- 越峰成長中心

信義會芬蘭差會靈愛青年中心

香港小童群益會：

- 屯門青少年綜合服務中心
- 秀茂坪青少年綜合服務中心

香港中華基督教青年會：青衣外展社會工作隊

香港戒毒會：

- 凹頭青少年中心
- 婦女社會服務中心

香港明愛：

- 屯門青少年綜合服務
- 明愛容圃中心
- 明愛黃耀南中心
- 學校社會工作服務

香港青少年服務處：學校社會工作服務

香港青年協會：黃大仙及西貢外展社會工作隊

香港家庭福利會：學校社會工作服務

香港基督教女青年會：

- 學校社會工作服務組
- 龍翔綜合社會服務處
- 賽馬會屯門綜合社會服務處

- 賽馬會沙田綜合社會服務處

香港基督教服務處：PS33

香港晨曦會

香港善導會

香港聖公會福利協會：馬鞍山(南)青少年綜合服務中心

香港路德會社會服務處：

- 路德會青怡中心
- 路德會青欣中心
- 學校社工組

香港遊樂場協會：

- 油尖旺區青少年外展社會工作隊
- 賽馬會上葵涌青少年綜合服務

基督教互愛中心

基督教巴拿巴愛心服務團有限公司

基督教正生會有限公司

基督教香港信義會社會服務部：太和青少年綜合服務中心

基督教得生團契有限公司

基督教新生協會

基督教豐盛職業訓練中心

得基輔康會有限公司

救世軍：

- 屯門東綜合服務
- 柴灣青少年綜合服務

醫院管理局：

- 青山醫院
- 葵涌醫院

八間參與的學校

承蒙下列人士參與撰寫本手冊的部份內容及提供資料，研究小組謹此致謝：

(依筆劃序)

林明醫生 (青山醫院精神科高級醫生)

- 評估指引：尿液評估；及
- 附錄 10：尿液藥物化驗資料

麥永禮醫生 (屯門醫院病理學部化學病理學顧問醫生)

黃藹賢醫生 (青山醫院精神科醫生)

- 附錄 3：本港常被濫用藥物的資料

黎寶珊小姐 (屯門醫院病理學部科學主任(醫務))