

我們無法跳過 只能縮短這條路



楊寬弘 副院長
凱旋醫院

楊寬弘醫師，為高雄市立凱旋醫院煙毒勒戒科的前身——高雄市立煙毒勒戒所的所長，現任高雄市立凱旋醫院副院長。高雄為昔日速賜康犯濫的大本營，楊副院長以當時對於速賜康的觀察與經驗，對於成癮性藥物造成整個社會的問題及其解決之道，提出他的看法。在整個社會的「安非他命熱」正方興未艾的現在，當時楊副院長（此專訪的日期為79年11月2日）的深知卓見，今日看來更覺字字珠璣。

社會轉型

從台灣整個政治環境來說，突然解了嚴，沒有預作準備宣傳，使整個社會，包括政經文化一

夕間轉形，老百姓一時間調適不過來，感到社會很亂，人文價值發生改變，自我人文判斷受到重視。

在舊道德被打破，新道德尚未建立，人本思想提升後，對物質的追求亦提高，遇到挫折調適就不正常，很多失敗主義者趁此轉型過程突出，每一個人對失敗都有很多理由可以搪塞，另一方面，對於失敗挫折不用適當的方法調適，卻走向以一時逸樂，用酒或藥品等東西去迷惑自己，讓自己一時忘掉這種痛苦。

安非他命這種藥也不見得是台灣社會轉型所引進來的。

安非他命的特異性

安非他命的氾濫與速賜康有一些不一樣的地方：第一，速賜康是已經畢業的社會青年在用，而安非他命除了社會青年外，校園很多；第二，安非他命產生的症狀，在精神醫學來看，是屬於「正」性的症狀——本身充滿幻聽、幻覺、妄想，比較攻擊性的行為，而非所謂「負」性的症狀——指社會性的退縮、沮喪等；特稱安非他命精神病（Amphetamine psychosis）。其實在10年前已有陸續破獲製造安非他命的組織，只是說這些安非他命是銷

往日本，我們社會並沒有用。在74年11月，我接任高雄煙毒勒戒所所長時，我就已經接獲這種個案，當時我一再呼籲安非他命會變成台灣第二個速賜康，不幸卻被我言中了。

雖然速賜康產生的效果也是迷幻，神智不清，胡言亂語，有時也有幻覺，但安非他命本身造成的精神症狀很多，往往是以行為症狀為主。

第三個差異，速賜康是以血管注射為主，因此會有血管的併發症，就是他們所謂的「血桶」（台語），血桶嚴格講就是一種mycotic aneurysm，因為注射的不乾淨，使血管壁發生病變突出，當遭受外界一些壓力，就很容易破裂。以前速賜康注射的人，因為警察要抓他，他一跑，跳過水溝，這些動脈瘤破裂，送到急診，有的已經血流失太多呈休克狀，有的甚至死亡。而且血管一再注射下，後來也很難注射了，現在發現有一種藥居然可以用吃的、吸的、效果也很好、而且吃了安非他命，覺得天不怕地不怕，講話很大聲，過去那些令人害怕倫理道德規範現在都不見了，「覺得很有力的感覺」，這是病人自己的感覺。

這些理由導致病人使用群漸拋棄速賜康的使用而漸漸改採安非他命。

我接觸到的病人，他們時常有個觀念就是打速賜康是很沒水準的人，社會階層比較低在用的

成癮性藥物的濫用不僅是醫療的問題，而是整個社會的問題，所以要撲滅這些安非他命、嗎啡、速賜康的問題，不是單單靠我們醫療人員就可以做到的。單靠警察、檢察官有用嗎？也沒有用，他們抓來就是關而已，有罪關一關放出去還不是再回來，我這裡非正式的統計，被關了放出去一年之後，再使用的比率為85%，表示今天台灣成癮藥物勒戒根本失敗。

我個人不認為台灣有什麼煙毒勒戒的專家，記者也只會寫，寫的結果不過引起青少年對這種東西的好奇而已，更多人想去用。當年速賜康氾濫，很多人告訴我他之所以第一次去使用，是因為他看到一天到晚報紙上都在報，他很好奇而去用。

成癮性藥物的使用，很少是個別的，都是PEER GROUP很多是為了同年齡的認同，為了證明「我也敢」怕孤獨證明我也是同一group的情境下來使用。用了後就不可自拔。

我看今天社會上有處理安非他命的方法又步上以前處理速賜康的後塵，就是沒有整體性的交代，很熱衷去發掘新聞，那裡又有安非命的使用，炒新聞的成分居多，卻很少去靜下心來去尋訪一些真正對煙毒勒戒實務的經驗者來談。

如何處理安非命 命的問題

要怎麼去做，我想要破除的觀念是不是醫學單一問題，有人說成癮性藥物是精神科醫師的問題，這是不對的。舉例來說，打

速賜康所造成的動脈瘤，這是精神科醫師來處理嗎？所以這是跨科際的問題。安非他命固然以精神症狀來表現，但並不意謂就完全是精神科醫師來處理，譬如學校問題——不能就學，家庭問題——家長很焦慮，社區問題——病人老是整天不回家，等等，都需要有社工人員來幫助。必須建檔追蹤。

以前使用嗎啡的人只建檔而追蹤，只定期去驗尿，若有，當成果犯再抓起關，這是很消極而且是趨人以入虎口。常言道噬人之虎固可恨，但趨人以入虎口者更可恨，麼說呢？以政府國家的立場，應加以列檔，定期要社工人員去追蹤，看這些人現在那裡？現在有沒有職業？因為沒有職業是最容易去沾染到那些藥品的，你一定要先讓他有一個職業，有了職業就意謂他們就不去沾惹這些藥品了嗎？這也未必，你要辦法動，定期把他們叫回醫院，像講習一樣，一再告訴他，你現在好不容易已經戒除了，不要再犯，而不是坐在這裡等他再犯再把他抓起來。你說這不是趨人以入虎口嗎？

講到這裡我們可以知道解決成癮藥物氾濫的問題要靠：第一醫學界，不是單單精神科醫師，包括藥師、護士、檢驗師等，來處理他已經用了，要怎麼樣去戒除，及其他身體上的問題；還要社會工作學家，要替他找在社區安身立命的地方，而且社工人員要替他處理家庭問題，在他回家前要把他的家再建立起來，讓他可以回去，第三是立法單位，從法去修改。勘亂時期肅清煙毒條例當時制定的目的與其說是要肅

清煙毒，倒不如說是要抓匪諜，與現在消滅成癮性藥物的宗旨不同，那是一種政治取向的法。有一個矛盾的地方是，若醫師發現吸食煙毒嫌疑者，不僅要報，而且要密報，這與我們醫師的立場完全不同，醫師除了要保護病人外，這些病人本來就是很怕別人知道，現在又要醫師去密報，那你叫醫師與病人的關係如何建立。

現在不是在對匪諜，而是要以整個醫學，社會學的觀點去處理成癮藥物的問題，這個法雖然經過修改，但是本質上還是沒什麼多大的改變。所以說修法很重要。

還有一項，就是教育界的問題，要從小就開始宣導，防患於未然。教材也要跟上時代的腳步，現在台灣已步入藥物濫用的時代，健康教育還停留在飯前便後要洗手的階段是跟不上時代了。

實際上必須成立跨科際部會的小組來負責。

老百姓是需要衛教，是需要宣導的，主政者如果不宣導，而只希望政策上一些改變來表示對社會民眾的交待，這是不負責任的。

安非他命若只是期望由法的制度就想撲滅，那是緣木求魚，若能撲滅那嗎啡速賜康早就撲滅了，速賜康現在還有嗎？南部還很多。

台灣既然已經走向資本主義，自由經濟的社會，青少年使用這些迷幻藥毒品是必經之路，我們無法跳過這條路，我們只能縮短這條路。我們一方面享受到資本主義帶給我們這些福，一定也會同樣去沾染到它的併發症。■

n)、妄想 (paranoid delusion)、迷惑 (confusion)、焦慮 (anxiety)、驚懼 (panic state)、自殺 (suicidal) 及殺人 (homicidal) 傾向，強迫性行為 (compulsive behavior)，重複行為 (stereotyped behavior)，精神分裂 (schizophrenia)。

幻覺與忘想在用藥時會起起落落，時有時無。在斷藥後2~3天幻覺會消失，而妄想可能要持續到數週或數個月。再用藥會馬上再生妄想 (paranoid syndrome)，而不必有一段慢性使用期。

慢性中毒身體上的反應為：微細血管 (microvascular) 的破壞，神經元的核質溶解 (chromatolysis)，尤其腦中adrenergic neuron；尾核 (caudate nucleus) 的多巴胺 (Dopamine) 耗盡。

2. 暴力 (violence)

暴力傾向與下列因素有關：突然增加劑量，持續疲勞，不適當地使用他種藥，如鎮靜安眠劑

VII 耐藥性

1. 定義 (Definition)

耐藥性可由二種定義：①重複施用固定劑量，效用降低，②必須增加劑量以期達到原來劑量所生的反應。

本藥對產生欣快感、厭食、高體溫、致死反應等效應具耐藥性。

2. 機制 (Mechanisms)

對於安非他命所產生的耐藥性有不少假說曾經被提出

(1) 偽神經傳遞物質 (false