楓城新聞與評論
Maple News and Commentary

社區發放毒品？
成癮問題的科學解決與社區實踐

衛生福利部桃園療養院院長、精神科醫師｜廖定烈
（臺大醫學院醫學系 M76 校友｜臺大公共衛生學院博士）

近年從新興物質「依托咪酯」（俗稱喪屍煙彈）引發的交通傷亡，到國際間娛樂性用藥除罪化的爭論，每當藥物濫用躍上新聞，社會常在「重判監禁」與「醫療介入是否形同放任」間擺盪。事實上，二十年前臺灣面臨靜脈注射海洛因與人類免疫缺乏病毒（HIV）感染雙重風暴時，政府推動減害計畫、開辦「美沙冬維持療法（MMT）」，讓成癮者每天到門診喝一杯藥水，外界也曾質疑：「怎麼會在醫院和社區發放毒品？」

對醫學校區的醫學生、研究生、非精神科醫師及行政同仁而言，成癮是無法忽視的健康議題。急診、感染科、肝膽腸胃科與公共衛生領域，都會遇見藥物使用相關的健康問題。回顧臺灣近二十年的腦科學研究與社區實踐，以下從四個面向釐清社會對成癮治療的常見迷思。

一、成癮的大腦科學：「只有油門、沒有煞車的車子」

過去社會常將吸毒（物質成癮）歸咎於道德敗壞，但神經影像、遺傳學與神經心理研究已證實，物質使用障礙具有慢性、容易復發的臨床特徵，與腦部獎賞及認知控制系統的變化有關。當成癮物質反覆刺激中腦腹

側被蓋區（VTA）與伏核（NAc）等獎賞迴路時，會重塑「預期獎賞、記憶學習、動機價值衡量、前額葉認知控制」相關神經功能。我們團隊運用巴氏衝動性量表（BIS-11）、停止訊號作業（stop-signal task；其指標為SSRT）與基因多型性研究分別探討特質衝動性與反應抑制能力，顯示認知控制功能是理解成癮的重要切入點〔1、2〕。海洛因造成的欣快感非常強，戒斷症狀也讓個案短時間內就感覺極端不適，因此具有高度成癮風險。患者的大腦就像「只有油門、沒有煞車的車子」，面對毒品線索(cue)時猛踩油門，負責理性煞車的前額葉卻失靈，加上劇烈戒斷症狀，使其陷入薛西弗斯式的強迫用藥迴圈。

二、破除「以毒治毒」迷思：美沙冬的臨床藥理定位

理解腦科學後，便能回答第一個迷思：「給海洛因成癮者喝美沙冬，難道不是『以毒治毒』嗎？」

美沙冬雖與海洛因同屬鴉片類受體 μ 型完全促效劑（μ-opioid receptor full agonist），但藥動學與藥效學截然不同。海洛因多採靜脈注射，濃度驟升驟降，數小時即引發強烈戒斷，迫使患者一天數次找藥；美沙冬則採口服吸收，不僅阻斷個案共用針具或共用注射水的傳染途徑，代謝半衰期較長，在臨床監測與個別化調整劑量下，通常可每日給藥一次，減輕戒斷症狀與渴求，降低反覆使用非法鴉片類物質的需求，且全合成價格低廉。這並非「以毒治毒」，而是如同以長效胰島素穩定慢性病，先替失控的大腦裝回「煞車」，開啟心理與社會重建的大門。相較於日治時期古老的「用管制鴉片來治療鴉片癮」或愈來愈少見的「用管制海

洛因注射來治療難治型海洛因成癮」策略，美沙冬在穩定個案腦功能狀態的治療角色顯而易見。

三、破除「無效治療」與「死馬當活馬醫」：本土二十年實證與全人照護

面對「毒癮戒不掉、美沙冬是『無效治療』或『死馬當活馬醫』」的質疑，臺灣二十年的本土數據給出了科學解答：

第一，逆轉公衛疫情。2005 年前後推動減害政策、逐步開展美沙冬治療後，靜脈藥癮佔新增 HIV 感染比例由 2005 年 72.4%的高峰，下降至 2012 年約 3.6%。有效的治療（減害計畫三核心）其實包括清潔針具交換（減少病毒傳染危害）、美沙冬藥物治療（減少個案高頻率戒斷崩潰）、以及衛教諮詢（行為改變遠離毒品），並不是讓個案永遠在毒品圈中打滾「賴活」而已。

第二，降低死亡風險。筆者等人分析臺灣 2006 至 2008 年美沙冬維持治療登錄資料，共 33,603 人登錄，其中 33,549 人有可供分析的治療細節。研究發現，較高美沙冬劑量與較低的全死因死亡風險相關，調整後風險比（adjusted HR）為 0.68，亦即相對風險約降低 32%，且達統計顯著（p＝0.016）〔3〕。這項觀察性研究支持適切劑量與持續治療的重要性，但不能單憑相關性推論因果；實際處方仍應依個別臨床狀況評估。

第三，跨科全人共病照護。美沙冬門診個案合併 C 肝（78.2%）、B 肝（26.4%）、HIV（10.8%）及精神共病（49%）比例極高；近年如桃園療養院成立「北部藥癮醫療示範中心」，整合感染科、肝膽腸胃科與精神科

共病照護，嘗試提升個案持續就醫及跨科整合照護的可近性。這樣的醫療服務並非消極的「死馬當活馬醫」。

四、破除「製造新問題」與「製造社會問題」：醫法結盟與社區連續處遇

至於「把毒癮者留在社區門診會不會衍生藥物外流而『製造新問題』、不關進監獄會不會『製造社會問題』」的擔憂，過去的刑事處遇經驗提醒我們：單靠勒戒與監禁，難以回應成癮者反覆使用物質及復歸社會的需求。反覆進出監所斬斷家庭與就業支持，讓個案穩定生活的能力愈來愈下降，也可能增加社會復歸的困難。相對地，透過治療與處遇來改善個案的健康、病前能力、健康行為、生活脈絡等，個案解除毒品桎梏以及家庭社會功能崩潰的重建機會愈來愈高，才是社會安全能持續促進的核心理念。

將成癮視為疾病，絕不等於免除法律責任。成癮治療也不僅是「一杯藥水救全家」。為了成癮治療能持續精進，並與法律、矯正、社工、教育等各界攜手合作解決問題，臺灣自 2008 年成立臺灣成癮科學學會、2011 年啟動成癮次專科認證與繼續教育審核，逐步建立專業訓練與品質機制〔4〕。近十年（2015 至 2025 年）在「新世代反毒策略」下，成癮醫療與法務的檢察/矯正/觀護結盟將觀護原則翻轉為「讓個案於社區醫療系統中循環，避免重複在獄政系統進出」，全國「附命完成戒癮治療之緩起訴」制度日益重視社區中的治療與追蹤；此外，醫療端更與財團法人基督教晨曦會等民間治療性社區合作，透過國科會研究建構標準化工作方法與離村追蹤，將醫院的「生理解毒與美沙冬維持」串聯至社區的「心理、生活與靈性重建」。

回首臺灣美沙冬治療走過的二十年，那杯曾引發疑慮的藥水，實則是結合腦科學、藥理學、公衛與司法改革的成癮治療具體實踐。唯有放下「以毒治毒」與「唯刑是問」的迷思，以實證醫療攜手社區處遇，才能真正為失速的大腦找回煞車，也為社會織就最堅實的安全網。

參考文獻

1. Liao, D. L., Huang, C. Y., Hu, S., Fang, S. C., Wu, C. S., Chen, W. T., Lee, T. S. H., Chen, P. C., & Li, C. S. R. (2014). Cognitive control in opioid dependence and methadone maintenance treatment. PLOS ONE, 9(4), e94589. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094589

2. Huang, C. Y., Li, C. S. R., Fang, S. C., Wu, C. S., & Liao, D. L. (2013). The reliability of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale version 11, in abstinent, opioid-dependent participants in Taiwan. Journal of the Chinese Medical Association, 76(5), 289–295. https://doi.org/10.1016/j.jcma.2013.01.005

3. Liao, D. L., Chen, P. C., Chen, C. H., Hsieh, C. J., Huang, Y. F., Shih, W. Y., & Cheng, J. J. S. (2013). Higher methadone doses are associated with lower mortality in patients of opioid dependence in Taiwan. Journal of Psychiatric Research, 47(10), 1530–1534. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.07.001

4. 廖定烈、鄭若瑟、吳文正、黃正誼、陳保中（2013）。〈物質成癮及治療：國內臨床服務的十年進展〉。《家庭醫學與基層醫療》，28(11)，299－304。

5. 廖定烈、李新民等（2026）：〈臺灣司法精神與成癮醫療的十年進展：非自願案主的介入與服務架構演進（2015－2025)〉，《臺灣精神醫學雜誌》(TJP)。