

衛生福利部食品藥物管理署



管制藥品簡訊

學術交流
焦點國際
國業務
業務
新交
交
流
題
知
流

發行日期：中華民國一百十一年十月

發行人：吳秀梅

總編輯：朱玉如

副總編輯：張志旭

編輯委員：簡希文、林美智、呂在綸、施惠娟、
戴忠凱、張晏禎、廖苑君、黃健和

執行編輯：何坤霖

執行單位：衛生福利部食品藥物管理署

地址：11561 台北市南港區昆陽街 161-2 號

台北雜字第 1613 號

電話：(02)2787-8000

網址：www.fda.gov.tw

美工設計：創義印務設計庇護工場

電話：(06)2150218

ISSN：02556162

統一編號 (GPN)：20088000986



鎮靜安眠藥分眾教育成效初探

輔仁大學 / 臺灣師範大學兼任教授 紀雪雲

雲林縣青創樂活推展協會執行長 吳靜盈

奇美醫療財團法人柳營奇美醫院藥劑部藥師 洪筱眉

國家衛生研究院論壇於民國 110 年針對臺灣鎮靜安眠藥不當使用之防治策略提出研討和建言。雖然該報告較偏於醫療體系的診斷和處置，但也顯示在民眾端正確使用鎮靜安眠藥也是一個重要的議題。衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）也了解到鎮靜安眠藥的教育是不可忽視的課題，乃委託本團隊進行分眾衛教。

本團隊於民國 110 年分別到職場、社區及校園進行正確使用鎮靜安眠藥教育宣導，茲將對象的選取和介入方式等說明如下：

一、分眾的選取

本計畫（110 年度「在地化藥物濫用防制教育新模式之研究計畫」）採因地制宜，以培力在地機構、人力，用地方語言、文化介入，因此不事先選擇教育對象，而是先遴選可就地推廣鎮靜安眠藥教育的機構，計 8 個機構：臺北市立聯合醫院松德院區、聯新國際醫院、社團法人台灣幸福園親子教育推廣學會、中國醫藥大學附設醫院、雲林縣青創樂活推展協會、嘉藥學校財團法人嘉南藥理大學、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、中華夢想推恩關懷協會（下稱藥物濫用防制教育據點）。由其過去在

地方服務的經驗，針對人口學特性和過去執行計畫的經驗分六類：高風險職場、新住民、原住民族、青少年、長者、社區，由其選擇優先介入的族群。110 年度因第一年，故以方便收案且數量達百人次以上方列為本次統計的對象。共收取高風險職場（製造業、用水供應及汙染整治業、營建工程業、運輸及倉儲業等）280 人、社區長者（60 歲及以上）166 人、青少年 116 人、原住民族 100 人。

二、教材、教具的發展和介入方式

以問題導向，針對過去在校園、社區及職場調查正確使用鎮靜安眠藥認知和效能較低之問題，發展單張、簡報、海報，各藥物濫用防制教育據點再依地方和族群特性發展教材和教具，職場因 COVID-19 疫情關係，以線上課程、QA、懶人包、闖關遊戲為主；青少年以機器人、VR、桌遊和解謎包遊戲為主；社區長者和原住民族則以融入地方活動、生活特色為主，手作有感受，如在口罩上畫圖、四句聯（地方方言詩）、精油手作隨身用品等。

三、師資培訓

分二階培訓，由各藥物濫用防制教育據點培訓能使用公版簡報講授的藥師、護理師、社工師和老師；再由這些專業人員去培訓分眾族群的陪伴者，包括社區志工、桌遊教練等。

四、介入模式及時間

- (一)、職場：配合各公司、工廠作息、活動、設施進行，每次時間最短30分鐘，最長2小時。
- (二)、社區長者和原住民族：配合社區活動通常先講述再手作，或唸四句聯、唱遊活動，每次時間最短20分鐘，最長1小時。
- (三)、青少年：本計畫之青少年大部分為大學生，配合其課程和社團，社團先熟悉遊戲再去帶高中職或課輔班同學，每次時間最短20分鐘，最長1小時。

上述 110 年進行正確使用鎮靜安眠藥教育結果，發現青少年、職場員工、社區長者、原住民族四個分眾在鎮靜安眠藥的認知前測平均分別為：0.70（滿分平均 1.00）、0.75、0.77 及 0.71。以青少年得分平均最低；後測平均依序為：0.94、0.94、0.90 及 0.80、認知的學習以青少年進步最大。但各族群其分別在前後測都有顯著改善（ $P < 0.001$ ，詳見表一）。另在正確使用鎮靜安眠藥自我效能上，對於自己是否可以正確使用鎮靜安眠藥的信心程度上，青少年、職場員工、社區長者、原住民族四個族群在正確使用鎮靜安眠藥效能上，滿分 5 分，其前測依序為 3.24、3.58、4.00 及 3.73，也是青少年最低。後測效能得分依序為 3.87、4.13、4.50 及 4.21。以社區長者的前測為各族群最高者，後測亦同；而各族群的前後測檢定其差異均達顯著水準（ $P < 0.001$ ，詳見表二）。顯見在地化的分眾教育模式有其成效，值得推廣。

本計畫在職場、社區、校園場域介入正確使用鎮靜安眠藥教育，共計辦理 164 場，宣導人數 3,872 人。在既有經驗和歷年蒐集的資訊中，回溯找出高風險職場、社區長者、原住民族及青少年等不同族群，分析同樣的公版教學內容，因應不同族群文化、閱聽特性，調整在地化的介入方式；結果不論在正確使用鎮靜安眠藥的認知或效能上都有顯著的成效。然限於經費和時間，所蒐集樣本特性、方法和推論受到限制；若爾後能在族群的差異、多元方案的介入上投注較長時間之觀察，方能了解其擴散的成效或限制。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

表 1：正確使用鎮靜安眠藥使用認知分析(N=662)

族群/變項	前測	後測	後測減前測	p value
	平均數 ±標準差	平均數 ±標準差	平均數 ±標準差	
1.晚上沒睡好，白天要好好補眠睡多一點。				
青少年(n = 116)	0.44 ± 0.50	0.89 ± 0.32	0.45 ± 0.52	<0.001***
職場(n = 280)	0.43 ± 0.50	0.93 ± 0.25	0.50 ± 0.52	<0.001***
長者(n = 166)	0.57 ± 0.50	0.98 ± 0.15	0.41 ± 0.49	<0.001***
原住民族 (n = 100)	0.53 ± 0.50	1.00 ± 0.00	0.47 ± 0.50	<0.001***
2.我服用鎮靜安眠藥時還是睡不好，應該回診和醫師說清楚。				
青少年(n = 116)	0.87 ± 0.34	0.97 ± 0.18	0.09 ± 0.29	0.001***
職場(n = 280)	0.94 ± 0.24	0.99 ± 0.10	0.05 ± 0.23	<0.001***
長者(n = 166)	0.86 ± 0.35	1.00 ± 0.00	0.14 ± 0.35	<0.001***
原住民族 (n = 100)	0.70 ± 0.46	0.99 ± 0.10	0.29 ± 0.48	<0.001***
3.領鎮靜安眠藥時，應瞭解藥品使用後可能產生的副作用或重要警訊、發生頻率確認藥品名稱、外觀(如形狀、顏色)及是否符合自己的病症。				
青少年(n = 116)	0.89 ± 0.32	0.96 ± 0.20	0.07 ± 0.25	0.004**
職場(n = 280)	0.90 ± 0.30	0.99 ± 0.10	0.09 ± 0.31	<0.001***
長者(n = 166)	0.86 ± 0.35	0.99 ± 0.08	0.13 ± 0.36	<0.001***
原住民族 (n = 100)	0.78 ± 0.42	0.99 ± 0.10	0.21 ± 0.43	<0.001***
4.吃完鎮靜安眠藥以後，等有睡意才上床睡覺。				
青少年(n = 116)	0.33 ± 0.47	0.89 ± 0.32	0.56 ± 0.50	<0.001***
職場(n = 280)	0.48 ± 0.50	0.81 ± 0.39	0.34 ± 0.58	<0.001***
長者(n = 166)	0.60 ± 0.49	0.52 ± 0.50	-0.08 ± 0.62	0.107
原住民族 (n = 100)	0.52 ± 0.50	0.00 ± 0.00	-0.52 ± 0.50	<0.001***
5.我想知道鎮靜安眠藥的正確資訊可直接詢問醫師或藥師。				
青少年(n = 116)	0.96 ± 0.20	1.00 ± 0.00	0.04 ± 0.20	0.025*
職場(n = 280)	0.98 ± 0.16	1.00 ± 0.06	0.02 ± 0.17	0.034*
長者(n = 166)	0.99 ± 0.11	1.00 ± 0.00	0.01 ± 0.11	0.158
原住民族 (n = 100)	1.00 ± 0.00	1.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	NA
鎮靜安眠藥使用認知總平均 (5)				
青少年(n = 116)	0.70 ± 0.19	0.94 ± 0.15	0.24 ± 0.18	<0.001***
職場(n = 280)	0.75 ± 0.17	0.94 ± 0.11	0.20 ± 0.18	<0.001***
長者(n = 166)	0.77 ± 0.21	0.90 ± 0.10	0.12 ± 0.21	<0.001***
原住民族 (n = 100)	0.71 ± 0.21	0.80 ± 0.03	0.09 ± 0.22	<0.001***

註：1. 本表不含未填答者。

2. 答案正確得 1 分，答案錯誤得 0 分；第 2、4 題為反向題。

3. 鎮靜安眠藥使用認知總平均分數為加總得分除以題數，得分範圍 0-1 分，得分越高代表對正確使用鎮靜安眠藥認知越高。

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表 2：正確使用鎮靜安眠藥效能分析(N=662)

族群/變項	前測	後測	後測減前測	p value
	平均數±標準差	平均數±標準差	平均數±標準差	
1.有睡眠不良狀況時，我能改變生活作息（如午後少喝咖啡、茶等含咖啡因飲料）以減少睡眠障礙。				
青少年(n = 116)	3.41 ± 1.17	4.09 ± 1.04	0.68 ± 0.69	<0.001***
職場(n = 280)	3.57 ± 1.18	4.08 ± 1.13	0.51 ± 0.76	<0.001***
長者(n = 166)	3.52 ± 1.50	3.72 ± 1.52	0.19 ± 0.72	0.001***
原住民族 (n = 100)	2.60 ± 1.30	2.60 ± 1.30	0.00 ± 0.00	NA
2.因失眠而看醫師時，我能清楚告知醫師影響自己睡眠的原因。				
青少年(n = 116)	2.92 ± 1.12	3.61 ± 1.20	0.69 ± 0.68	<0.001***
職場(n = 280)	3.33 ± 1.19	3.83 ± 1.15	0.51 ± 0.82	<0.001***
長者(n = 166)	3.75 ± 1.11	4.02 ± 0.98	0.27 ± 0.78	<0.001***
原住民族 (n = 100)	3.45 ± 1.09	3.45 ± 1.09	0.00 ± 0.00	NA
3.領到鎮靜安眠藥時，我應瞭解藥品使用後可能產生的副作用或重要警訊、發生頻率、確認藥品名稱、外觀(如形狀、顏色)及是否符合自己的病症。				
青少年(n = 116)	2.97 ± 1.17	3.46 ± 1.25	0.49 ± 0.73	<0.001***
職場(n = 280)	3.42 ± 1.31	4.05 ± 1.28	0.63 ± 0.98	<0.001***
長者(n = 166)	4.05 ± 1.13	4.91 ± 0.35	0.86 ± 1.19	<0.001***
原住民族 (n = 100)	4.10 ± 1.02	5.00 ± 0.00	0.90 ± 1.02	<0.001***
4.使用鎮靜安眠藥時，我能避免同時飲酒或食用含酒精的食物，以免發生不良的反應。				
青少年(n = 116)	3.55 ± 1.14	4.13 ± 1.21	0.58 ± 0.62	<0.001***
職場(n = 280)	3.90 ± 1.18	4.36 ± 1.16	0.46 ± 0.68	<0.001***
長者(n = 166)	4.49 ± 0.60	4.92 ± 0.36	0.42 ± 0.57	<0.001***
原住民族 (n = 100)	4.30 ± 0.56	5.00 ± 0.00	0.70 ± 0.56	<0.001***
5.我平時能注意生活圈附近的藥局、診所或醫院的諮詢電話或聯絡方式，以方便有用藥問題時去請教。				
青少年(n = 116)	3.37 ± 1.08	4.07 ± 1.16	0.70 ± 0.65	<0.001***
職場(n = 280)	3.69 ± 1.22	4.34 ± 1.15	0.65 ± 0.96	<0.001***
長者(n = 166)	4.19 ± 0.96	4.93 ± 0.27	0.75 ± 0.99	<0.001***
原住民族 (n = 100)	4.20 ± 0.91	5.00 ± 0.00	0.80 ± 0.91	<0.001***
鎮靜安眠藥使用效能總平均 (5)				
青少年(n = 116)	3.24 ± 0.98	3.87 ± 1.04	0.63 ± 0.42	<0.001***
職場(n = 280)	3.58 ± 0.99	4.13 ± 1.03	0.55 ± 0.55	<0.001***
長者(n = 166)	4.00 ± 0.62	4.50 ± 0.42	0.50 ± 0.50	<0.001***
原住民族 (n = 100)	3.73 ± 0.48	4.21 ± 0.32	0.48 ± 0.30	<0.001***

註：1.本表不含未填答者。

2.鎮靜安眠藥使用效能總平均分數為加總得分除以題數，得分範圍 1~5 分，得分越高代表對正確使用鎮靜安眠藥效能越高。

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001



藥物濫用防制教材新媒體推廣及成效探討

國立雲林科技大學永續發展與社會實踐研究中心教授 周玟慧

根據我國衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）108年至110年「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」資料指出，近三年「首次用藥年齡層」占各機關（構）通報藥物濫用所有個案比例，以「20~29歲」年齡層最高（108年、109年、110年分別為46.7%、45.6%、43.5%）；又科技日新月異，新媒體與網路社群已逐漸取代傳統媒體，成為年輕族群獲取外界資訊的主要來源。因此，食藥署委託本團隊以「預防重於治療」觀念開發可運用於新媒體傳播之教材，並結多元媒體管道加強宣導。

本團隊110年針對我國20~29歲年輕族群，設計適合其閱讀之藥物濫用防制新媒體教材，並透過網路問卷來評估介入成效，再結合多元媒體管道加強推廣，以提升藥物濫用防制宣導成效，說明如下：

一、新媒體教材設計改編與發布

本團隊參考食藥署「108年度藥物濫用防制案例手冊」真實案例故事並融入正確藥物濫用防制知識點，亦根據社工師、醫師等專業人士執業經驗的意見改編成「與毒同行的青春」新媒體教材，並以短篇漫畫（7篇）（如圖一）及Instagram互動式遊戲（1款，如圖二）兩種形式呈現，以貼近青年群體的喜好。改編完成的教材則透過網路社群媒體（Facebook及Instagram）發送。

二、教材介入成效

本團隊以四個核心面向「認知」、「情感」、「朋友」、「環境」作為評價指標。問卷採前後測設計，透過網路發放予20~29歲年輕族群填寫，調查其閱讀教材後認知提升程度，共回收有效問卷550份，受試者整體平均年齡為24.9歲（「漫畫組」受試者平均年齡則為25.6歲、「遊戲組」為24.2歲），採用Hotelling's T-Squared方法進行檢定，結果顯示，兩種不同形式新媒體教材（閱讀漫畫「漫畫組」（n=275）與體驗Instagram「遊戲組」（n=275）），在藥物濫用防制影響成效相

近，均達統計上正向的顯著差異，且「認知」、「情感」、「朋友」、「環境」四大構面上均有顯著（ $p<0.05$ ）提升，可做為開發及推廣新媒體教材策略參考。

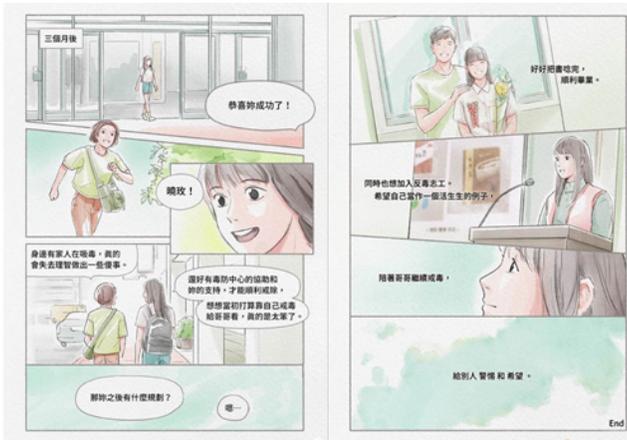
三、新媒體教材多元推廣

本團隊除透過FB及IG粉絲團分享教材，廣邀民眾追蹤及點讚外，亦結合多元管道（如校園與本中心網站、跑馬燈、軍訓課程講座、在地FB社團、Dcard、社等群平台、線上課程講座或是實體擺攤等）加強宣導，以推廣至更多年輕族群，110年於網路社群平台（FB及IG）共觸及人數約20.9萬人次。

本計畫新媒體改編教材主要以漫畫形式，描繪故事角色輕易嘗試毒品的悔意與嚴重後果，可讓閱讀者簡單快速理解故事全貌且深刻理解藥物濫用的危害並強化自我防範意識；而Instagram遊戲方式則強調趣味性及互動性，玩家可藉由探索遊戲場景來學習藥物濫用防制知識。另，新媒體具有隱蔽、互動性、快速傳播等特性，如運用於藥物濫用防制宣導工作上，相信可提高民眾閱讀藥物濫用防制知識動機與意願，利與年輕族群接軌，建立起良好的藥物濫用防制網絡。然受限於經費和研究時間，爾後若能在新媒體教材介入上投入較長觀察時間，更能全面瞭解計畫推廣的成效或其他限制。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

圖一、漫畫教材（第五篇）



圖二、Instagram互動式遊戲



美國允許美沙冬攜回使用政策實行後之藥物過量致死率趨勢分析

食品藥物管理署研究檢驗組 徐睿

一項由美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse，簡稱 NIDA）和國家傷害預防控制中心（National Center for Injury Prevention and Control）的研究人員共同合作發表於美國醫學會雜誌精神病學期刊（JAMA Psychiatry）的研究發現，與美沙冬（methadone）相關的過量致死人數占藥物過量總死亡人數的百分比於 2019 年 1 月至 2021 年 8 月間呈現下降趨勢。

美國於 COVID-19 大流行開始時，擴大了對美沙冬用於治療類鴉片藥品使用障礙（opioid use disorder，簡稱 OUD）的可及性，允許更多患者攜藥回家以取代每天至診所取藥。數據顯示，增加獲得美沙冬治療的機會與後續藥物過量等危害無關。雖然在 2020 年 3 月美沙冬和非美沙冬藥物過量致死人數增加，但在政策改變後的幾個月裡，非美沙冬相關的過量致死人數持續增加，而涉美沙冬的過量致死人數則呈現穩定。

美國疾病管制及預防中心（Centers for Disease Control and Prevention，簡稱 CDC）的初步數據顯示，2021 年有超過 107,000 人死於藥物過量，其中 75% 與類鴉片藥品有關，而藥物過量死亡人數的大幅增加主要歸因於非法吩坦尼（fentanyl）的濫用。美國聯邦政府因應藥物使用過

量的作法為擴大治療 OUD 個案的可及性，然只有 18% 的 OUD 患者接受藥品治療。雖然為 OUD 患者提供安全有效藥品的好處已眾所皆知，但長年來運用藥品治療物質使用障礙症（substance use disorder，簡稱 SUD）的污名，導致療程推廣的成效有限。NIDA 所長 Nora D. Volkow 博士表示：「治療是阻止用藥成癮和過量的重要工具，但卻未被廣泛使用。我們應該務實且可及性高地提供這種有效的治療方式，讓有需要的人能夠使用。本次的研究結果可做為此論點的重要佐證。」

在美國，只有通過聯邦核准的治療方案才能讓 OUD 患者使用美沙冬治療，其中大多數患者必須每天親自至診所取得藥品。幾十年來，這一要求被視為患者取得和持續這種治療難以逾越的障礙，特別是對於試圖在就業、兒童照護和其他生活需求之間取得平衡的人。雪上加霜的是，在 COVID-19 大流行期間，由於擔心感染該疾病，患者獲得面對面治療的機會受到限制。為了確保對已經接受美沙冬治療患者的持續性照護，美國藥物濫用暨心理健康服務局（Substance Abuse and Mental Health Service Administration）於 2020 年 3 月 16 日允許各州開放特例，同意分別對穩定和較不穩定（less stable）的患者提供長達 28 天及 14 天的美沙冬帶回家使用。

為評估這些政策改變的影響和潛在危害，研究人員分析 CDC 國家生命統計系統 (National Vital Statistics System) 2019 年 1 月至 2021 年 8 月間的國家死亡率資料庫數據，計算未涉美沙冬的每月藥物過量死亡數、涉及美沙冬的每月藥物過量死亡數以及與美沙冬相關的藥物過量總死亡率，評估於 2020 年 3 月允許將美沙冬帶回家使用的政策實施前後的結果是否有變化。研究發現，在 2020 年 3 月之前，非美沙冬相關藥物過量死亡人數每月平均增加 78 例，2020 年 3 月期間死亡人數增加至 1,078 例，而 2020 年 3 月之後則平均每月增加 69 例。與美沙冬相關的過量死亡在 2020 年 3 月也出現了類似的增長 (死亡人數增加 94 例)，不過在此政策施行的前後期間，每月死亡人數的趨勢維持穩定，且在核准攜回治療方案後，美沙冬相關的藥物過量死亡百分比呈現下降，從 2019 年 1 月過量死亡率 4.5% 降至 2021 年 8 月的 3.2%。

綜上研究結果顯示，2020 年 3 月涉及美沙冬的過量死亡人數略有增加，此現象可能反映了非法製造的吩坦尼所導致的藥物過量死亡人數總體增加，而非核准在家中帶回美沙冬的政策造成的結果。在一些較小規模的研究也有類似結論數據證實，2020 年 3 月所制定「擴大類鴉片藥品治療計畫及允許美沙冬帶回家使用」的政策，與美沙冬相關藥物過量致死人數的增加無關。加上其他研究呈現出這些政策相關的益處，作者強調，這些發現可以作為推動永久擴大類鴉片藥品治療計畫中「允許美沙冬被帶回家使用」的決策佐證。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

恰特草不是茶，致上癮並傷身

食品藥物管理署管制藥品製藥工廠 郭昞辰

何謂恰特草

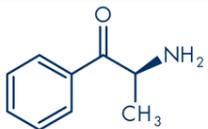
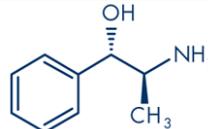
恰特草 (*Catha edulis* Forsk)，又名阿拉伯茶、衣索比亞茶、葉門茶、巧茶、布希曼茶 (Bushman's tea)、東非罌粟，屬於衛矛科巧茶屬灌木。原生於衣索比亞，現廣泛分布於熱帶非洲、衣索比亞、阿拉伯半島以及中國的海南、廣西等地。這種綠色植物外觀像莧菜，曬乾後形似茶葉，可以直接像吃生菜一樣嚼食，也可以曬乾成「茶葉」狀後嚼食或磨粉沖服，含興奮性化學物質卡西酮，會令人興奮上癮，甚至產生幻覺、攻擊及自殘等行為，因此很多國家將它列為管制藥品或毒品。



圖一、恰特草 (*出自維基百科)

恰特草的成癮成分

恰特草的莖和葉子含有豐富的卡西酮 (Cathinone, (-)-2-aminopropiophenone) 和去甲假麻黃鹼 (Cathine, (+)-norpseudoephedrine)，兩者之分子結構見表一。卡西酮與去甲假麻黃鹼的藥理作用與安非他命相似，是天然的生物鹼，屬中樞神經系統興奮劑，進入人體後，刺激中樞神經系統，分泌大量多巴胺、正腎上腺素及血清素，致產生類似施用古柯鹼、安非他命和搖頭丸等毒品的作用。

	卡西酮 (Cathinone)	去甲假麻黃鹼 (Cathine)
		
分子式	C ₉ H ₁₁ NO	C ₉ H ₁₃ NO
分子量	149.19 g/mol	151.21 g/mol

表一、卡西酮和去甲假麻黃鹼

恰特草對人體的作用

卡西酮的結構不穩定，在恰特草採摘後 72 小時內卡西酮會轉化為二聚體（3,6-dimethyl-2,5-diphenylpyrazine），失去其興奮特性，所以嚼食者一般喜歡使用清晨採摘新鮮恰特草的嫩葉和嫩芽，嚼碎後，其 90% 的活性成分釋放出來，60% 經口腔黏膜吸收，其餘部分經胃、腸黏膜吸收。在這些活性成分的刺激下，嚼食者短時間內會覺得精力充沛，同時還能緩解生理上的飢餓和疲勞感。隨著主要活性成分卡西酮在體內代謝，這種狀態持續 3 小時後就會緩慢退卻，此時嚼食者就有可能會出現沮喪、麻木、失眠、厭食、易怒、抑鬱等症狀，只有再次咀嚼才能恢復興奮感，然而多次咀嚼之後，就會上癮，因此被稱為「東非罌粟」。

恰特草對人體的危害

食用恰特草在生理方面有可能引發高血壓、心血管疾病、厭食、心肌梗塞、精子數量減少、性能力障礙，以及出現肝功能衰竭、食道炎、胃炎、延遲性腸道吸收和口腔白色角化病等病症。長期大量濫用會對使用者的精神方面造成很大影響，出現精神喪失、幻覺、心跳加速、引發高體溫、與狂躁等症狀和暴力行為，並增加憂鬱症自殺和產生幻覺的風險。

恰特草的管制情況

國際間對於恰特草的管制有所不同，在非洲國家和葉門，不僅強烈反對將其列為毒品，人們更是視咀嚼恰特草為傳統文化中根深蒂固的一部分；聯合國及美國、歐洲等大多數國家已立法將恰特草列入毒品範圍，並進行嚴格管控。除此之外，恰特草衍生之成分亦多納入法規管制，例如 1971 年聯合國精神物質公約（Convention on Psychotropic Substances）將卡西酮及甲基卡西酮列為第 1 級精神管制藥物，美國則在 2011 年底，將許多合成卡西酮類列為一級毒品。我國則依毒品危害防制條例和管制藥品管理條例，將卡西酮及許多卡西酮衍生物列為二級及三級的毒品與管制藥品，而恰特草分別於 2019 年 2 月列為二級毒品、2019 年 4 月列為二級管制藥品。

結語

恰特草含有的卡西酮具興奮劑效果，不僅易上癮且會造成生理方面嚴重程度不一的危害，我國亦已將恰特草及卡西酮相關之衍生物納入法規管制，提醒民眾注意不要飲用來路不明的茶飲，以免傷身又觸法。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



重要提醒！2022 年管制藥品年度申報 「愛」注意

食品藥物管理署 管制藥品組

凡領有管制藥品登記證之「醫療機構」、「藥局」、「獸醫診療機構」、「畜牧獸醫機構」及「醫藥教育研究試驗機構」，均請於 2023 年 1 月 31 日前完成 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日期間管制藥品收支結存情形申報，且自去 (2021) 年起不再寄送紙本通知，請務必留意申報期限，以免受罰。申報方式可使用「網路申報」或「書面申報」。為響應環保，請盡量使用「網路申報」，網路申報系統為「管制藥品管理資訊系統」，網址為 <https://cdmis.fda.gov.tw>。

使用網路申報時，可於申報截止日 (2023 年 1 月 31 日) 前，隨時上網填寫管制藥品收支結存情形，倘資料有錯誤、疏漏，均可於申報截止日前自行上網修正。初次使用或不熟悉網路申報操作者，可至管制藥品管理資訊系統 / 下載專區 / 新版申報流程說明文件下載 / 「管制藥品管理資訊系統操作手冊 (機構)」下載手冊參考，申報相關之最新訊息亦會公布於該系統首頁之「公佈欄」。如有問題請電洽衛生福利部食品藥物管理署系統客服專線 02-2787-7665 或 02-2787-7666。

依據「管制藥品管理條例」第 28 條第 2 項及「管制藥品管理條例施行細則」第 27 條之規定，醫療機構、藥局、獸醫診療機構、畜牧獸醫機構及醫藥教育研究試驗機構，每年一月應向所在地衛生主管機關及衛生福利部食品藥物管理署辦理前一年管制藥品之申報；於該期間無任何管制藥品收入、支出或結存者，亦須辦理申報作業。違反規定者，將處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰，其管制藥品管理人亦處以相同之罰鍰。

藥物成癮 是大腦生病了!



藥物成癮是一種大腦功能失調的疾病，具慢性化及復發性
透過治療、復健及社會支持，可以恢復正常生活，復歸社會

陪伴，永遠是最溫暖又有力的支持!