

衛生福利部食品藥物管理署



管制藥品簡訊



發行日期\中華民國一百零九年十月

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、王博譽、羅維新、施惠娟、
萬柏彥、鄧書芳、黃健和

執行編輯\陳威廷

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\財團法人伊甸社會福利基金會

附設數位資料處理庇護工場

電話\ (02)23093138

ISSN：02556162

統一編號 (GPN)：2008800098



職場反毒教育之紮根與推廣

輔仁大學 / 臺灣師範大學 紀雪雲兼任教授

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院藥劑科 林慧娟主任

天主教靈醫會羅東聖母醫院 林子舜主任

衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）為了解職場員工用藥風險，委託本團隊執行職場藥物濫用防制教育計畫，本團隊先蒐尋國內職場用藥風險篩檢工具，可惜未能尋到適合的，乃參考美國 NIDA 從 1982 年加拿大多倫多心理衛生及成癮防治中心 Harvey Skinner 所發展的 28 題藥物濫用風險篩檢工具簡化成 10 題，稱之為 DAST (The Drug Abuse Screening Test)-10，其用於青少年和成人的用藥風險檢測，其可由填答者自己填答，也可由行政人員訪談紀錄。

國內郭鐘隆教授團隊曾翻譯 DAST-20 為中

文版，張榮珍教授則把 DAST-10 和 DAST-20 做比較，但其均以青少年為使用對象。本團隊除邀請張榮珍教授外，也邀請臨床藥師一起討論以 DAST-10 為藍本，翻譯適合台灣成人口吻的用語，以為篩檢職場用藥風險之工具，其經過專家協助檢測效度，信度為 Cronbach's $\alpha=0.819$ ，具信效度。該量表的填答說明中載明，本量表所稱「藥物」包含所有合法的醫生處方藥物以及非法使用的管制藥品（毒品）。「藥物濫用」是指過量使用醫生處方或非處方的藥物，或者是非醫療性質的藥物使用，問卷詳見附錄。

為避免職場老闆和工作人員看到藥物濫用或毒品使用等敏感用詞，降低填答意願，乃增加壓力和身心健康二份具信、效度的問卷和本團隊翻譯整理之藥物使用量表合併成「壓力與健康行為問卷」一併進行 IRB 審查。

DAST-10 的分數計算方式，0 分屬現階段無用藥風險，1-2 分屬於輕度用藥風險，3-5 分屬於中度用藥風險，6-8 分屬於高度用藥風險，9-10 分屬於嚴重用藥，本量表之施測計分比照上述方式計分。

施測時間、地點、對象，由 108 年食藥署委託本團隊成立之八個反毒教育資源中心（臺北

市立聯合醫院松德院區、聯新國際醫院、中國醫藥大學附設醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、義大醫療財團法人醫院、天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院、花蓮縣信實公益協會）接洽有意願推廣反毒教育或願意接受反毒宣導的職場進行資料蒐集，資料蒐集方式以自填方式進行，職場別以方便非隨機方式取樣，因其需獲職場主管和員工同意方可進行。本計畫團隊 108 年度蒐集 7 個行業，共發出 1,358 份問卷，回收有效問卷共 1,358 份，其各題答題分布如下（詳見表 1）：

		題項 1		題項 2		題項 3		題項 4		題項 5	
	總樣本數 (人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)
製造業	674/100.0	55/8.2	619/91.8	15/2.2	659/97.8	19/2.8	655/97.2	11/1.6	663/98.4	18/2.7	656/97.3
電力及燃氣供應業	109/100.0	6/5.5	104/94.5	1/0.9	109/99.1	1/0.9	109/99.1	0/0.0	110/100.0	1/0.9	108/99.1
營建工程業	91/100.0	17/18.7	74/81.3	8/8.8	83/91.2	9/9.9	82/90.1	4/4.4	87/95.6	9/9.9	82/90.1
運輸及倉儲業	112/100.0	9/8.0	104/92.0	4/3.5	109/96.5	8/7.1	105/92.9	5/4.4	108/95.6	4/3.6	108/96.4
支援服務業	104/100.0	7/6.7	97/93.3	6/5.8	98/94.2	4/3.8	100/96.2	3/2.9	101/97.1	0/0.0	104/100.0
公共行政及國防；強制性社會安全	164/100.0	20/12.2	144/87.8	9/5.5	155/94.5	10/6.1	154/93.9	4/2.4	160/97.6	7/4.3	157/95.7
藝術、娛樂及休閒服務業	102/100.0	8/7.8	94/92.2	4/3.9	98/96.1	1/1.0	101/99.0	4/3.9	98/96.1	0/0.0	102/100.0
小計	1,358/100.0	122/9.0	1,236/91.0	47/3.5	1,311/96.5	52/3.8	1,306/96.2	31/2.3	1,327/97.7	39/2.9	1,317/97.1
P 值		P=0.015		P=0.010		P=0.002		P=0.152		P=0.000	
		題項 6		題項 7		題項 8		題項 9		題項 10	
	總樣本數 (人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)	是 (樣本人數 / 占率 %)	否 (樣本人數 / 占率 %)
製造業	674/100.0	13/1.9	661/98.1	3/0.4	671/99.6	5/0.7	669/99.3	10/1.5	664/98.5	5/0.7	669/99.3
電力及燃氣供應業	109/100.0	1/0.9	109/99.1	0/0.0	110/100.0	0/0.0	110/100.0	1/0.9	109/99.1	1/0.9	109/99.1
營建工程業	91/100.0	8/8.8	83/91.2	2/2.2	89/97.8	1/1.1	90/98.9	4/4.4	87/95.6	2/2.2	89/97.8
運輸及倉儲業	112/100.0	5/4.4	108/95.6	5/4.4	108/95.6	2/1.8	111/98.2	7/6.2	106/93.8	7/6.2	106/93.8
支援服務業	104/100.0	0/0.0	104/100.0	0/0.0	104/100.0	1/1.0	103/99.0	0/0.0	104/100.0	0/0.0	104/100.0
公共行政及國防；強制性社會安全	164/100.0	6/3.7	158/96.3	3/1.8	161/98.2	2/1.2	162/98.8	4/2.4	160/97.6	0/0.0	164/100.0
藝術、娛樂及休閒服務業	102/100.0	1/1.0	101/99.0	0/0.0	102/100.0	1/1.0	101/99.0	0/0.0	102/100.0	0/0.0	102/100.0
小計	1,358/100.0	34/2.5	1,324/97.5	13/1.0	1,345/99.0	12/0.9	1,346/99.1	26/1.9	1,332/98.1	15/1.1	1,343/98.9
P 值		P=0.001		P=0.001		P=0.877		P=0.003		P=0.000	
註：題項 5 樣本人數為 1,356 人											

表 1、行業別藥物使用量表逐題填答之分布情形

職場員工使用管制藥品的危險因子

10 題中風險最高的是題項 1「除了醫療原因（例如由醫生開立處方治療）之外，您曾因其他原因而使用藥物」，佔 9.0%；其次為題項 3「您曾想要停止使用藥物卻不能停止」，佔 3.8%；最

低的是題項 8「您曾為了獲得藥物而從事非法活動」，佔 0.9%。

行業別在各題的填答情形大部分有差異性，但因取樣採非隨機取樣，無法推論到所有行業。故表 1 之結果僅供參考，不同行業別可能有差異。

	0 分 (現階段無用藥風險)		1~2 分 (輕度用藥風險)		3~5 分 (中度用藥風險)		6~8 分 (高度用藥風險)		9~10 分 (嚴重用藥風險)	
N=1,356	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
製造業 (n=674)	586	86.94	73	10.83	13	1.93	1	0.15	1	0.15
電力及燃氣供應業 (n=109)	102	93.58	6	5.50	1	0.92	0	0.00	0	0.00
營建工程業 (n=91)	64	70.33	19	20.88	7	7.69	1	1.10	0	0.00
運輸及倉儲業 (n=112)	97	86.61	6	5.36	6	5.36	2	1.79	1	0.89
支援服務業 (n=104)	88	84.62	15	14.42	1	0.96	0	0.00	0	0.00
公共行政及國防； 強制性社會安全 (n=164)	134	81.71	20	12.20	7	4.27	3	1.83	0	0.00
藝術、娛樂及休閒服務業 (n=102)	87	79.82	15	13.76	0	0.00	7	6.42	0	0.00
小計	1,158	84.96	154	11.30	35	2.57	14	1.03	2	0.15

表 2、不同行業別風險分布

填答 0 分者占 84.96%，亦即全部樣本中，近 85% 現階段無用藥風險，其次是輕度用藥風險占 11.30%，中度用藥風險占 2.57%，高度用藥風險占 1.03%，嚴重用藥風險占 0.15%（詳見表 2）。

行業別風險，依據表 2 填答 0 分即稱無用藥風險（共 1,158 人），填答 1 分及以上即稱有用藥風險（共 198 人）。茲比較行業別間之差異達顯著水準（詳見表 3）。

	無用藥風險 (0 分)		有用藥風險 (1 分及以上)		
	n	%	n	%	顯著性
製造業 (n=674)	586	86.9	88	13.1	P<0.001
電力及燃氣供應業 (n=109)	102	93.6	7	6.4	
營建工程業 (n=91)	64	70.3	27	29.7	
運輸及倉儲業 (n=112)	97	86.6	15	13.4	
支援服務業 (n=104)	88	84.6	16	15.4	
公共行政及國防； 強制性社會安全 (n=164)	134	84.7	30	18.3	
藝術、娛樂及休閒服務業 (n=102)	87	85.3	15	14.7	

表 3、行業別間以有無用藥風險之比較

本次施測之取樣，雖然希望針對高風險之單位，但需老闆和主管的同意，所以難以推論到整體行業，但初步之施測結果可提供職場管理者和企業主參考，重視員工的反毒教育和關懷有其必要性；此外，政府也發展許多反毒教材、影片等，歡迎職場工作人員、老闆們多多利用。

職場員工使用管制藥品的保護因子

依據 105 至 108 年於企業推動反毒教育的經驗，發現「老闆的支持，能將反毒納入公司經營宗旨，讓每個員工都清楚知道公司的立場是反毒的」是重要的保護因子；其他的保護因子還包括：性別（女性）、教育程度高、年齡長、收入高、壓力較低者、自覺身體健康狀況好者、自覺心理健康狀況好者、家人朋友的情感支持高者、無吸菸習慣者、無飲酒習慣者、無嚼檳榔習慣者、無情緒困擾者、睡眠品質佳者及沒有使用鎮靜安眠藥者。

職場反毒有甚麼好處

聯合國毒品與犯罪辦公室 (United Nations

Office on Drugs and Crime, UNODC) 指出, 良好的職場反毒策略有下列好處: 1、減少 16% 之吸菸; 2、減少 12.5% 飲酒; 3、降低 28.7% 之藥物非法使用; 4、減少 10% 員工請假外出看病時間; 5、減少 30% 員工因遲到而降低生產力; 6、減少 34% 因物質濫用產生之意外事故。此外, 企業反毒能為企業帶來其他的好處, 包括: 強化工作場域負責人與員工對正確使用鎮靜安眠藥與防制藥物濫用之知能、維護各事業單位主管與員工們的身心健康、提升企業正面形象、增進員工良好的人際關係、減少產品不良率、提高產能; 在員工方面, 則可帶來增進自己在防毒和睡眠品質的知能、預防不慎用毒以及增進身、心、靈健康等好處。也就是說如果企業主能體認大環境的影響, 為了確保員工健康和產能, 能積極加入反毒

行列, 不但可增進員工健康, 也可提高產能和產值。

本團隊於 108 年反毒教育資源中心, 成果分享會議時, 曾請教現場積極在公司內部推動反毒教育的職場代表們, 反毒是否有贏財富, 與會者都持肯定答案。

職場反毒可以向哪些單位尋求協助

食藥署在全國設立八個反毒教育資源中心, 提供職場反毒教育和宣導, 也提供反毒教材和宣導品及諮詢服務。更多毒品濫用及危害防制的相關資訊, 請上食藥署「反毒資源專區」網站查詢(網址: <http://www.fda.gov.tw/TC/site.aspx?sid=10070>), 歡迎職場工作人員、老闆們多多利用。

109 年反毒教育資源中心聯絡資訊如下:

區域別	縣市別	單位名稱	聯絡人	電話
北區	臺北市	臺北市立聯合醫院松德院區	何芸	02-27263141*1159
	桃園市	聯新國際醫院	徐凱芳	03-494-1234*2191
中區	臺中市	中國醫藥大學附設醫院	蔡孟廷	04-22052121*2261
南區	雲林縣	雲林縣家園關懷協會	吳貞怡	05-7993717*22
	臺南市	嘉藥學校財團法人嘉南藥理大學	薛雅明	06-266-4911*5000
	臺南市	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	洪筱眉	06-6226999*77102
東區	宜蘭縣	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	蔡美琦	03-9544106*6013
	花蓮縣	中華夢想推恩關懷協會	陳育安	0914-013510

<附錄> 藥物使用量表

填答說明: 在這部分的題目中, 「藥物」包含所有合法的醫生處方藥物以及非法使用的管制藥品(毒品)。「藥物濫用」是指過量使用醫生處方或非處方的藥物, 或者是非醫療性質的藥物使用。問卷不記名, 請您安心填答。

在過去 12 個月內, 您是否有出現以下情況?	是	否
1. 除了醫療原因(例如由醫生開立處方治療)之外, 您曾因其他原因而使用藥物嗎?		
2. 您曾在同一時間內濫用超過一種的藥物嗎?		
3. 您曾想要停止使用藥物卻不能停止嗎?		
4. 您曾在使用藥物後出現眼前昏黑或產生幻覺的現象嗎?		
5. 您曾對自己使用藥物覺得不安或有罪惡感嗎?		
6. 您的親友曾抱怨您使用藥物嗎?		
7. 您曾因使用藥物而忽略您的親友嗎?		
8. 您曾為了獲得藥物而從事非法活動嗎?		
9. 您曾因停止使用藥物而出現戒斷症狀(因停藥而導致的不適)嗎?		
10. 您曾因使用藥物而出現健康問題嗎(如失憶、肝炎、抽搐、或出血)?		

參考文獻: 限於篇幅, 若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



原鄉地區藥物濫用及正確使用藥物之概述

慈濟大學公共衛生學系 高慧娟副教授

藥物濫用 (drug misuse) 乃全球關注的共同問題，指使用非法藥物或使用未經醫囑藥物。2020 年聯合國「世界毒品報告 (World Drug Report)」顯示，全球在 2018 年有 2.69 億人使用過毒品，約佔 15-64 歲人口的 5.3%。另，根據該報告前年度資料，2017 年全球更有 585,000 人因吸毒而死亡，由此顯見成癮藥物濫用防制儼然是全球各國的重要工作。

原住民族因其特殊之傳統文化背景、生活環境及健康概念等因素，以及長期社會變遷、原鄉居住環境品質之差異性、交通便利性及醫療衛生條件等原因，使得原住民族在平均餘命或死因別標準化死亡比等健康指標，皆較都會型民眾表現不佳 (王亮毅、黃絢縵、吳芷螢、游麗惠，2018；洪麗玲、張麗春、陳敏麗、熊曉芳、陳真美，2011；趙善如、樊台聖、李一靜、范慧華，2007)。目前國內原鄉地區藥物濫用相關研究調查與探討雖不多，但偶有媒體報導顯示此問題之重要性。

如何在原鄉推廣藥物濫用防制及正確使用藥物觀念，除了透過司法警政體系及教育系統外，衛生福利體系亦由社區兩個面向著手：

一、社區整體面向

- (一) 整合原鄉既有衛生單位、部落健康營造中心、文化健康站、學術單位、社福機構等原鄉在地資源，協助推動藥物濫用防制及正確使用藥物宣導，提供原鄉居民藥物濫用防制之正確觀念，建立原鄉藥物濫用防制資源網絡。
- (二) 強化原鄉相關人才的培訓，使其具備了解原鄉族群文化脈絡的能力，建構原鄉在地

化專業衛教人員系統，透過對原鄉在地的瞭解，定期或不定期於部落中進行宣導，將正確觀念扎根於原鄉部落。

- (三) 發展原鄉在地化藥物濫用防制與正確用藥教材 (具)、手冊及宣導品，融入族群文化與母語，以部落族群容易理解之案例分享，傳達正確觀念。
- (四) 針對原鄉中脆弱家庭或高風險個案，建立轉介機制，同時營造部落正向的支持環境。對已成癮者，除現有個案通報與管理系統，並提供適當戒治環境與經濟支持，進行後續追蹤、預防復發。對於戒治成功者，給予實質上的獎勵，增加個案信心，作為日後更生的利基。
- (五) 結合原鄉既有之宗教文化或傳統祭典活動，搭配藥物濫用防制與正確用藥宣導，提升部落民眾對該議題重視程度及認同。
- (六) 邀請原鄉在地之相關團體或機構參與培訓，進行「融入文化敏感度」與「展現文化尊重」的藥物濫用防制宣導，並邀請績優部落舉辦觀摩示範學習，凝聚原鄉社區意識。

二、社區家庭層面

根據衛生福利部食品藥物管理署「108 年藥物濫用案件暨檢驗統計資料」(衛生福利部食品藥物管理署，2019)，顯示通報個案藥物濫用之年齡層分布以 40-49 歲為最多，30-39 歲次之；首次用藥者則以 20-29 歲 (45.0%) 為最多，30-39 歲 (24.9%) 次之。進一步探討用藥濫用原因，以紓解壓力及藥物依賴為主，取得場所分

別以路邊和朋友住處為主，藥物來源則以藥頭/毒販為最多，其次是朋友。此外「107 年全國物質使用調查」結果，首次使用動機以「好奇」（70.5%）為主，初次使用地點大多位於同學或朋友家裡（29.9%），由此顯見藥物濫用會伴隨許多影響因素而有不同形態的問題，個人好奇與同儕影響是重要的影響因素（陳漢瑛，2008）。

行政院核定修正版「新世代反毒策略行動綱領」（行政院，2018），其中第二大主軸及第四大主軸，強調家庭與社區之區域性毒品防制機制的重要性，著重在整合社區、家庭、環境教育及警政資源，建構拒毒防制之社會安全網。透過強化親子間的溝通、信任、以及培養子女解決問題和解決衝突之技巧，維持和提升父母與子女之間親密關係、加強家庭監督效能、傳輸正確家庭價值觀，約可降低社區內 30% 青少年初次非法使用毒品行為（顧以謙、吳永達、蔡宜家，2019）。

原住民族青少年用藥行為中，具有最大影響效果的潛在變項為社會學習，也就是家庭與同儕間的影響（李景美等，2015）。影響藥物濫用危險因子可分為個人（如生理、心理、行為及人口

學等因素）與環境（社會、家庭、學校、社區與同儕等）兩大方面，整體而言是個體 - 藥物 - 環境的交互作用。美國物質濫用和心理健康服務局（The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）研究發現，要建立一個完善的藥物濫用防制網絡，應致力於培訓相關人員，提升藥物濫用之保護因子及降低可能性危險因子為主要基礎策略。

衛生福利部食品藥物管理署鑒於對原鄉藥物濫用防制與正確用藥的重視，推動「109 年藥物濫用防制人才培育計畫」，培訓具原住民族身分或自身在原鄉地區工作的相關人員，執行原鄉藥物濫用防制宣導，期望將藥物濫用防制及正確用藥概念帶入部落，未來亦可思考發展具原住民族思維之藥物濫用防制多元模式，並衡量其可行性，建構原鄉藥物濫用防制及正確用藥衛教支持網絡，強化原鄉對於此議題之重視。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



澳洲將低劑量可待因列為處方藥品後 對可待因誤用及販售之評估

食品藥物管理署管制藥品製藥工廠 張晏禎

可待因為弱效鴉片類止痛藥，傳統上被用於輕至中度疼痛的第一線口服麻醉止痛劑，另外，因其具有強效的止咳效果，亦常被使用在市售的咳嗽糖漿中，在全球廣泛使用，但也帶來濫用及誤用危機。2018 年 2 月，澳洲政府施行將低劑量（ ≤ 15 毫克）可待因列為處方藥品，且規定使用該類藥物須由醫師開立處方才可購買。

低劑量可待因常和止痛藥如乙醯胺酚（Acetaminophen）、阿斯匹靈（Aspirin）製成

複方成藥，2010 年以前，在澳洲非常容易購買到此類成藥，因其取得之方便性，澳洲人民之可待因攝取量較美國民眾來得高，其濫用情形亦嚴峻。2010 年 5 月起，澳洲政府將低劑量可待因列為 Schedule 3 藥品，僅可於藥局購買；後又在 2018 年 2 月，將低劑量可待因改列為 Schedule 4 藥品，僅能經由醫師處方取得。

自 2018 年變更可待因之管制分級後，其相關中毒事件發生率及其購買量皆有下降，且高劑

量可待因和其他鴉片類藥物之相關中毒事件及購買量亦無增加，顯見澳洲政府將低劑量可待因列為處方藥品後，有效地降低可待因誤用及濫用之風險，且民眾並未尋求高劑量可待因或其他鴉片類藥品作為低劑量可待因之替代藥品。

在台灣，可待因依其劑量不同而有不同分級，依據《管制藥品管理條例》之規範，若濃度在 5g/100mL(g) 以上者為第二級管制藥品，濃度介於 1g/100mL(g)~5g/100mL(g) 之間者為第三級管制藥品，而濃度為 1g/100mL 以下之可待因口服液則為第四級管制藥品。目前我國可待因單方製劑（磷酸可待因錠 15 毫克及磷酸可待因錠 30 毫克）屬第二級管制藥品，僅可由食品藥物管理署管制藥品製藥工廠製造，且為醫師處方用藥，須由醫師開立管制藥品專用處方箋，並由領受人簽名方可領取藥品。

此外，我國在 106 年 7 月 28 日發布公告「含

可待因成分藥品用於兒童之臨床效益與風險再評估結果」，經參考國內外相關資料後評估，含可待因成分之藥品因具有導致呼吸緩慢、呼吸困難等嚴重風險，且用於兒童之風險更高，故含可待因成分非處方藥品禁止使用於未滿 12 歲兒童及哺乳婦女；12 至 18 歲具呼吸功能不全之兒童，例如具有神經肌肉疾病、嚴重心臟或呼吸系統疾病、上呼吸道或肺部感染及多重創傷或大範圍外科手術等，應經醫師診治後處方使用。

雖然鴉片類藥物有濫用及中毒風險，但遇到醫師開立此類藥物時，民眾也不須特別緊張，若對自己所服用之藥物有所疑慮，可向醫師及藥師諮詢，尋求專業的意見，切勿自行停藥。

參考資料：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

我國笑氣管理現況

食品藥物管理署研究檢驗組 岳宗漢

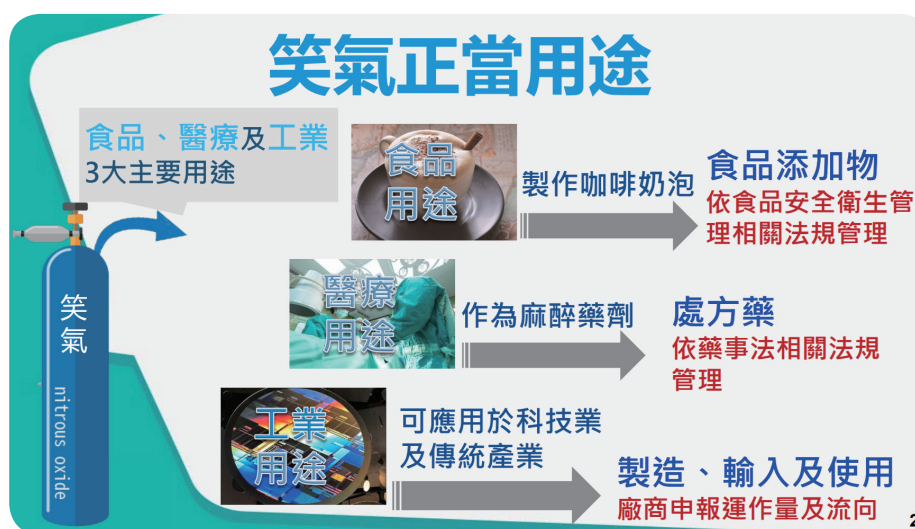


圖 1、笑氣正當用途

一氧化二氮，俗稱笑氣，其主要有三大用途，分別為工業上製造半導體、醫療業上作為吸入麻醉時的輔助性氣體麻醉劑及食品業上當

作發泡劑應用等。由於笑氣有麻醉止痛效果，且價格便宜又容易取得，近年發生不少青少年不當吸食笑氣的問題。非法吸食及濫用笑氣恐影響血液與精神系統及人體維生素 B12 生成，造成噁心、嘔吐、缺氧的情況發生，甚至引起心律不整、腦水腫、永久性精神不足及視覺系統和腦部受損，亦會造成嗜睡、精神混亂、歇斯底里、麻木及失去意識。

為防堵青少年濫用吸食行為，行政院環境保護署（下稱環保署）於 109 年 7 月 20 日宣布，

將依《毒性及關注化學物質管理法》（下稱毒管法）把「笑氣」列管為第一個「關注化學物質」，未來將跨部會與經濟部、衛生福利部（下稱衛福部）及警政機關等聯手管制，除要求製造、輸入及販賣業者應取得主管機關核可及定期申報交易資料外，並禁止於網購平臺交易。109 年 7 月 21 日預告後，經研商公聽，預計將於 109 年 10 月底前正式公告，公告後相關加嚴管制立即生效。茲分別就食品用、醫療用及工業用笑氣目前之管理情形說明如下：

1. 食品用笑氣管理：衛福部食品藥物管理署（下稱食藥署）已於 109 年 7 月 1 日將笑氣改列為食品添加物，除依照《食品安全管理法》（下稱食安法）第 24 條規定之使用範圍、用量標準及使用限制外，產品的容器或外包裝，必須明顯標示「限於食品製造或加工必須時使用」等文字。業者若未依規定標示，依食安法處 3 萬元以上 3 百萬元以下罰鍰；標示不實者，處 4 萬元以上 4 百萬元以下罰鍰。
2. 醫療用笑氣管理：為避免流入非醫療用途，依據《藥事法》第 6 條之 1 第 1 項規定，食藥署於 109 年 9 月 3 日公告修正「藥事法第六條之一應建立追溯或追蹤系統之藥品類別」，將「醫療用笑氣」納入追溯或追蹤應申報品項，並於 109 年 10 月 1 日正式實施，以強化流向異常監測；我國目前核准醫療用笑氣共計 2 張許可證，核准適應症為「吸入性全身麻醉、鎮痛」，持有該等藥品許可證之藥商及從事該類製劑批發業務之販賣業藥商，應於每月 10 日前將上月份藥品追

溯或追蹤資訊，上傳至食藥署所建置之「藥品追溯或追蹤申報系統」，未依規定申報之業者可依《藥事法》第 92 條處新臺幣 3 萬元以上 2 百萬元以下罰鍰。

3. 工業用笑氣管理：環保署提出「4 要 2 禁止」管制措施——「要核可、要標示、要逐筆網路記錄、要按月申報、禁網路交易、禁無照運作」，將從記錄及申報方面加強管制，對製造、輸入、販賣、使用、貯存運作等流向進行勾稽，從上游到下游都要有核可文件才可運作，以管制笑氣流向。在毒管法公告前已經運作者，公告後須立即達到「逐筆記錄、網路傳輸、按月申報、禁止網購」等規定，公告日起半年，則必須取得核可文件、完成容器包裝標示。

依毒管法之罰則，吸食者以「無照運作」處理，將挨罰 3 到 30 萬元，若致人於死或危害人體健康等，則加處相關刑事責任，最高可處無期徒刑或 7 年以上有期徒刑，併科罰金最高 1 千萬元；另外，倘若違反規定進行網路販售，違者可處新臺幣 6 萬元至 30 萬元罰鍰。同時，未來除特定用途經政府同意者外，笑氣必須添加具有惡臭味的「二氧化硫」，藉此遏止目前不當流用吸食情形。

行政院已要求環保署毒物及化學物質局會同經濟部工業局、衛福部食藥署及內政部警政署等相關機關加強稽查，共同防堵不當笑氣濫用情事一再發生。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



2020 年管制藥品申報起跑請儘早喔！

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 2021 年 1 月 31 日前完成 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期間管制藥品收支結存情形申報，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，請儘量使用「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，於申報截止日前，可隨時上網申報管制藥品收支結存情形，倘申報資料有錯誤、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，申報最新公告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。

別讓大麻礙上你



嘗試大麻前，你應該先瞭解：

使用大麻可能引發的健康風險有哪些？

使用大麻會對生活品質造成什麼影響？

還是別讓大麻「礙」上你？

Learn before you use!

大麻之主要成分為大麻二酚(CBD)及四氫大麻酚(THC)，其中會引起幻覺的成分是THC，現今大麻中的THC含量相較於25年前，增加了3倍，成癮的風險也相對增加。

影響大腦發育、損害記憶

使用大麻會降低智力商數(IQ)，影響記憶力，學習力和注意力，包括思考問題、解決困難及處理人際關係的能力。

降低運動協調能力

使用大麻會扭曲時間感、降低運動協調性，導致運動表現不佳。

懷孕期間使用大麻

增加胎兒出生體重不足、早產及死產風險。影響胎兒腦部發展、導致胎兒認知功能低下。

危險駕駛

大麻會影響施用者的駕駛行為，包含反應速度變慢、偏離線道、協調性低、無法對路上的號誌或聲音及時應對。

大麻在我國列屬第二級毒品!!

依我國毒品危害防制條例規定，在我國境內任何製造、運輸、販賣、攜帶入境、持有及施用皆屬於刑事犯罪，最高可處無期徒刑!!

