

本期摘要

- ◎ 矯正機關收容人酒精戒斷危機管理之探討
- ◎ 無菸監所、健康悠活(下)
- ◎ 監獄實用英文

# 矯心

呂有文

第219期

## 矯正機關收容人酒精戒斷危機管理之探討

臺東監獄戒護科長 易永誠

### 壹、緣起 — 從一則新收酒精戒斷案例談起

近年來台灣地區由於經濟發展、政治民主化、社會自由化，整體社會結構正處於急遽變遷的時代。在此轉型的過程中，一方面固使台灣迅速邁向現代化國家之林，漸與歐美日等先進國家並駕齊驅；然另一方面卻興起不同的犯罪型態，影響臺灣之矯正收容類別，此類別中為數日增的應屬服用酒精類物品引發公共危險之犯罪人。酒癮者發作易迷失本性，舉凡虐童、家暴、酒後駕車等現象，造成重大事件層出不窮，而往往有太多家暴個案，施暴者即為酒癮患者，家屬為顧其聲譽總是隱而未揭，然卻因此承擔更大的身心折磨。

處罰於現今民主時代裡，絕對有嚇阻之作用，但對於酒精成癮者，處罰並非可以完全解決問題。列舉本監收容人陳○○之案例說明，其因酒駕遭判刑，然無力繳納罰金於98年9月28日入監執行，接受新收調查時，自述右下腹曾動過疝氣手術，並罹患憂鬱症，夜間甚難入眠，需每日睡前飲用2瓶參茸酒方能入睡。入監執行3日，同年10月1日，即因酒精戒斷症狀戒送馬偕醫院就醫，經醫師診斷後評估，需住院治療，並於同年10月5日症狀減輕後出院返監。有鑑於此類酒癮戒斷收容人，時刻遊走於生死邊緣，倘矯正機構之醫療保健照顧

問題未獲良好之改善，無疑將此類收容人置於鬼門關，不斷試煉著管理人員搶救生命之能力。是以，如何有效提高醫療照護運作至為切要。

除此之外，矯正機關環境仍舊是處處風險，甚多收容人皆承受著潛在疾病之威脅，若未能有立即完善之治療，將增加對生命或健康的威脅。尤其我國在98年3月31日立法院三讀通過「經濟社會文化權利國際公約」及「公民與政治權利國際公約」，法務部正式啓動人權大步走計畫，規劃打造世界級的人權環境之際，希望亦能同步改善矯正機關醫療環境及品質，以符世界潮流之脈動。

### 貳、酒精戒斷症狀之研究

根據世界衛生組織對酒癮所下的定義為「超越傳統習慣及吃飯時飲酒，或社會上一般的飲酒習慣的任何飲酒形態即屬酒癮且不論個人的遺傳體質，後天的生理病理因素，新陳代謝與其他因素如何，凡是因為喝酒而導致個人健康和社會關係上的障礙者，都可稱之為酒癮。」對於一個長期飲酒者而言，驟然減少酒精用量或完全停止飲酒可能會發生酒精戒斷現象。因體內一直存有高濃度的酒精，中樞神經系統會對酒精造成的中樞抑制作用，發生自然的調適反應。因此，當酒精濃度突然

降低時，中樞系統仍然維持一種高度活化的狀態，造成酒癮戒斷現象。針對酒精戒斷的妥善處理，包含對症狀及任何可能的併發症所進行完整的評估及藥物、非藥物的治療模式，治療可以在門診或住院完成。

## 一、酒精戒斷症候群

在大量且長期喝酒後停止或減少喝酒的數小時後，開始會有戒斷症狀，且持續5至7天。最常見且最早發生的戒斷症狀是焦慮、厭食、失眠、顫抖、心跳加速、血壓升高，此外尚有過度機警及感覺內部搖晃感，輕微的定向感障礙，但通常只維持很短的時間。症狀大致依顫抖、焦慮、失眠、脈搏血壓明顯升高、交感神經亢奮、抽搐（停酒後24~48小時）、幻覺、譫妄的順序發展，但並非完全如此。此外，亦可能出現以下症狀：

(一)戒斷性抽搐：約有10%的酒癮患者於戒斷期出現過。

(二)酒精性幻覺症：意識清楚、幻覺（聽幻覺為主）及妄想。

(三)酒精戒斷譫妄：通常在停酒一週內發生，有意識混亂、定向感障礙（對時間、地點等產生錯亂）、激躁不安且常出現妄想及視幻覺。交感神經亢奮、意識不清、知覺障礙（視幻覺居多）、妄想及干擾行為，若不治療死亡率高達20%。

(四)酒精性失憶症：以短期記憶障礙為主，因長期酒精濫用導致維他命B1缺乏，如不予大量維他命B1治療，則將造成持久性的記憶喪失。

(五)生命徵象也會隨著嚴重度而有所差異：

- 1.輕度：口溫 $<37.8^{\circ}\text{C}$ 、心跳速率 $<100\text{bpm}$ 或舒張壓 $<100\text{mmHg}$ 。
- 2.中度：口溫介於 $37.8\sim 38.3^{\circ}\text{C}$ 、心跳速率介於 $100\sim 120\text{bpm}$ 或舒張壓介於 $100\sim 110\text{mmHg}$ 。
- 3.嚴重：口溫 $>38.3^{\circ}\text{C}$ ，心跳速率 $>120\text{bpm}$ ，舒張壓 $>110\text{mmHg}$ 。

## 二、酒精戒斷的臨床特徵

在某些接受酒精解毒治療的臨床研究中，經歷明顯酒精戒斷症狀的患者比例從13%至71%（Victor and Adams 1953; Saitz et al. 1994）。究竟是什麼原因造成如此大的差距？可能與每個病患導致酒精戒斷症狀的危險性有所不同，例如不同的飲酒型態、不同的共存疾患、不同的基因影響與中樞神經系統（神經傳導物質）機轉。

雖然戒斷症狀的型式與嚴重度有個別差異，但酒精戒斷的所有臨床症狀已相當清楚。一般而言，在減少酒精用量（血中酒精濃度降低）或完全停止飲酒後幾小時內出現。最常見的症狀包括手抖、對酒精的渴飲感、失眠、鮮明的夢境、焦慮、過度警醒、易怒、激躁不安、食慾降低、噁心、嘔吐、盜汗。即使沒有接受治療，大部分的症狀會在出現後幾小時至幾天內消失。

幻覺則出現在1至2天內，有別於震顫譫妄（Delirium Tremens）。病患會在意識清晰且能覺察外界環境的情形下，看見、聽見或感覺到不存在的事物。而發生幻覺前，不一定伴隨著生理變化（自主神經徵象）。

酒精戒斷癲癇發作也可能在1至2天內出現，在此期間甚至完全沒有出現其他戒斷症狀。病患通常僅經歷1次大發作，以上、下肢體的抖動及意識的喪失來呈現。若發生第2次發作，則通常在第1次發作後6小時內出現（Victor and Brausch 1967）。雖然多發性癲癇發作並不常見，但在美國酒精戒斷是癲癇重積症（一種內科急症，臨床特徵為持續、無緩解的癲癇發作）最常見的原因之一。

震顫譫妄則出現在戒斷3至4天內，臨床可見無定向感，通常伴隨著自主神經徵象（身體遭遇壓力時，神經系統的興奮活化），包括嚴重的躁動、心律加速、血壓升高及發燒。由此可知，震顫譫妄比一般對它的俗稱「震顫」（Shake），要來得嚴重多了。約有5%發生震顫譫妄的患者死於代謝及心血管併發症、外傷以及感染（Victor and Adams 1953; Cutshall 1964）。

大部分對嚴重或併發的酒精戒斷症狀危險因子的研究，因為在方法學上的限制，尚未能提供臨床適當的運用。然而，針對有些嚴重的、較持續的及專屬戒斷的併發症（如震顫譫妄及癲癇發作）症狀，仍有些值得參考的指標。這些因子列舉如下：

- (一)較嚴重的酒精依賴，包括曾經發生過戒斷症狀
- (二)使用較高量的酒精，造成較高的血中酒精濃度
- (三)較長時期的酒精成癮
- (四)肝功能異常
- (五)曾經接受酒精解毒治療（Detoxification）
- (六)曾經發生過震顫譫妄或癲癇發作
- (七)具強烈的酒精渴飲感
- (八)同時併發急性內外科病症

(九)年長者

(十)同時併用其他成癮物質

(十一)在治療時呈現較嚴重的戒斷症狀(黃名琪, 2009)

### 參、酒精戒斷危機管理模式

#### 一、新收酒精戒斷症候群之觀察

##### (一)觀察酒癮方法

- 1.當收容人新收入監時，先查其罪名是否為酒駕公共危險。
- 2.多詢問、細心觀察了解其健康狀況，及平日是否有酗酒習慣，並觀察其入監前是否飲酒。
- 3.觀察其末梢神經是否顫抖，命其站立、閉上眼睛、平舉雙手、手指張開，觀察其手指是否有顫抖情形。
- 4.倘有上述第2項及第3項情形，可判斷該收容人已達酒癮之機率相當高。

##### (二)觀察發作時生理上的不良反應症狀

- 1.失眠：無法入眠，睡夢中也會狂喊嘶吼、吵鬧等。
- 2.心悸：心跳快並伴隨噁心、嘔吐、頭痛、焦慮、身體不舒服等症狀。
- 3.盜汗：冷汗直流。
- 4.失憶：對過去部分時段生活記憶空白。
- 5.幻覺：精神上發生幻聽、幻視、幻觸等錯覺，失去定向感。
- 6.癲癇：突然倒地不起，全身抽搐，牙關緊閉，瞳孔上揚。
- 7.自殘：有時於精神焦慮恐慌或精神分裂狀態下做出自殘、自殺之行為，有時於自恨情況下發生。

##### (三)觀察症狀發作之表徵

- 1.輕微症狀：無法靜坐、拿穩杯子、甚至扣鈕扣，其他症狀包括焦慮，噁心、嘔吐等。
- 2.中度症狀：心跳快、多汗、頭痛、焦慮等，甚至失去定向感、幻聽幻覺，有發燒現象。
- 3.嚴重症狀：激動不安、幻覺、失去判斷能力及嚴重的自主神經過度反應，並有發燒現象，易發生震顫性抽搐與癲癇，心律不整等症狀，生命徵象也會隨著病程嚴重度而有所差異。

##### (四)觀察症狀發作的次數週期

- 1.酒癮者一旦停止飲酒，很快的在幾小時至第5天內就會出現第1次酒精戒斷症狀，症狀經處理改善後，酒癮較輕者也許就不會再發作，酒癮較重者會有第2次或第3次的戒斷發作，視其酒癮症狀輕重程度而有不同的發作次數。
- 2.第1次跟第2次的發作週期，5天至2個禮拜內可能再發作。
- 3.第2次到第3次的發作週期，2個禮拜至2個月內可能再次發作。
- 4.酒癮戒斷亦有於入監4個月後持續發作。

##### (五)觀察症狀發作之危險性

- 1.第1次發作症狀表徵：失眠、心悸、盜汗、焦慮，噁心、嘔吐等症狀較輕微，此時危險性較不高，除在監衛生科醫師看診治療外，並加強觀察令其多喝開水多休息，增加新陳代謝，而能改善其症狀。如第1次發作就出現嚴重症狀表徵，如激動不安、幻覺、失去判斷能力、嚴重的自主神經過度反應，有發燒現象，易發生震顫性抽搐與癲癇，心律不整等嚴重症狀，就應立即戒護送外醫治療。
- 2.第2次發作或而後的發作時，通常症狀表徵會較先前嚴重，如出現嚴重症狀表徵例如嚴重的自主神經過度反應、發燒現象、震顫性抽搐與癲癇、心律不整等症狀，此時的收容人較具急迫性的戒護外醫治療，若未能即時治療，將會增加致死率並延長治療時間。

#### 二、新收個案酒精戒斷之健康狀況

(一)收容人陳○○於98年9月28日新收入監，於中央台由中央台主任實施內外傷調查(新收收容人內外傷紀錄簿略)



●酒癮戒斷收容人戒送外醫情形以：血壓144/94mmHg、心跳74/分、體溫34.9℃)

(二)中央台主任對收容人陳○○實施入監談話，其自述：「右下腹曾動過疝氣手術、罹患憂鬱症，夜間不好入眠，需每日睡前喝2瓶麥茸酒方能入睡，無其他疾病及內外傷。」

(三)新收考核房，依夜勤值班管教人員於「場舍日夜勤值勤人員聯繫簿」登載：98年9月28日18：27新收受刑354陳○○(酒精戒斷)置30房，請值勤同仁多注意觀察。並加註：354陳○○整夜未睡眠。

### 三、新收個案發病、送醫及住院治療情形

(一)本案依日勤管教人員於98年9月29日「聯繫簿」登載：為防止戒護事故發生，將該名收容人列入24小時觀察紀錄。另外填寫「收容人重要行狀通報單」會請夜勤管教人員加強戒護，並將夜間行狀詳細記錄並列入交接。

(二)夜勤管教人員98年9月29日及30日於「聯繫簿」登載：陳○○徹夜未眠，或坐或臥，躁動不已。

(三)日勤管教人員98年10月1日於「聯繫簿」登載：陳○○因酒精戒斷已連續3日徹夜未眠，本日已至衛生科看精神科。

(四)夜勤管教人員98年10月1日於「聯繫簿」登載：20時08分時，陳○○坐著休息，突然全身抽搐，口吐白沫，經立即回報中央台，於20時09分由科員及管理人員協助戒護開出並實施CPR，外醫至馬偕醫院。

(五)依「戒護收容人住院值勤日誌簿」登載：98年10月1日22時55分由急診室轉至555病房，00時30分護士通知禁食(將於10月2日照胃鏡)，03時00分因酒精戒斷發作，拔掉注射點滴針頭，移至護理站旁診療室觀察，於07時34分移回病房。

(六)98年10月2日09：

43-10：25照X光及超音波，16時26分意識清醒，但仍嗜睡。98年10月3日至4日逐



● 酒癮戒斷收容人看診情形

漸恢復正常，意識清醒，血壓正常。於98年10月5日11時27分辦理出院返監。

### 肆、酒精戒斷危機復原工作之情形

#### 一、舍房主管之處理

日間舍房主管對於有酒癮曾發作住院之新收收容人，應詢問住院之時間及診治情形，儘速請監內醫師診療，並列入24小時特殊收容人觀察紀錄，其動、靜態，血壓、心跳、體溫應按時量測，並請同房收容人加以照護，若血壓不穩、意識模糊等症狀，應立即通知衛生科

及中央台處置。

夜間舍房主管對於新收入監之酒癮患者尤應列入24小時特殊收容人觀察紀錄，按時量測血壓、心跳、體溫，注意其動、靜態，有任何異常之行爲，例如自言自語、顫抖、盜汗、嘔吐等情形，應立即通知中央台儘速送醫治療。

日夜勤舍房主管對於酒癮戒斷之收容人應交接清楚，詳實記錄其動、靜態及用藥、看診情形，有意識不清、失眠、血壓不穩等情形，應立即通知衛生科及中央台處置。

#### 二、中央控制台之處理

中央台對於新收入監之收容人，應先調查其內外傷情形。收容人於新收時若呈現顫抖、嘔吐、心跳加速等症狀時，應先請衛生科護理人員處理；夜間、例假日時應先儘速送醫治療。

#### 三、衛生科之處理

衛生科基於專業之醫療資源，聘請監外醫師至監診治，對於新收入監之收容人實施健康檢查及詳細之分析診治，針對酒癮患者，必要時請精神科醫師予以



● 戒護科會同衛生科處理酒癮戒斷收容人情形

心理輔導並對症下藥；衛生科評估中央台之收容人內外傷紀錄，舍房主管之血壓、心跳及體溫記載，再對酒癮患者實施有效之治療，嚴重者應立即送醫治療。

#### 四、小結

酒癮患者新收入監時，中央台為接觸酒癮患者之首要單位，對於酒癮患者之病情應詳實填寫於內外傷紀錄表，並請舍房主管列入特殊收容人24小時之觀察紀錄，按時量測其血壓、心跳及體溫，最後衛生科特約醫師之診治，故中央台及舍房主管應掌握酒癮患者戒斷症狀發作時之黃金時間，夜間及假日應立即緊急送醫治療，以保障酒癮患者之寶貴生命，中央台、舍房主管及衛生科之聯繫，應隨時保持暢通，三者息息相關。

#### 伍、酒精戒斷之預防措施與策進作為

有酒精戒斷之收容人，會有心理及生理兩個層面的影響，心理上的依賴是對一種物質(酒精)有強烈的渴望，而難以由意志予以停止，在生理依賴方面是身體需要這種物質(酒精)以避免戒斷反應，戒斷反應是停

止使用該物質（酒精）後所產生的一系列不舒服的生理症狀，酒精戒斷的危險性比毒癮戒斷的危險性來的高，不可不謹慎之。

目前戒護管理人員，對於酒精戒斷之收容人症狀發作的了解，並無醫療方面的專業知識，收容人新收入監如在夜間或夜間收容人酒癮戒斷發作時，無值班醫師看診的機關完全靠資深的戒護管理人員的經驗法則去判斷處理因應，確實是戒護管理上的一大風險。戒護管理人員平時除了應注意收容人的生理狀況外，也因多注意收容人的心理（精神）狀況，作正確適當處置，才能多方面的達成戒護管理的目的。

本案雖因應變處置得宜，收容人得以挽回性命，惟審酌事件始末，仍有得以強化或改善之處，茲分就預防措施及策進作為提出改進方法，以供各界參考：

## 一、預防措施

- (一)收容人於日間新收入監時，應及時安排醫師進行健康檢查，評估時可使用生理監視器及血氧監視器，以監測心電圖、血氧濃度，心跳及呼吸等生命徵象，如有異常現象（血壓下降、呼吸急促等），立即戒送外醫處置，以避免憾事發生。
- (二)收容人於夜間新收時，應先量測血壓、心跳等生命徵象，於新收舍時應注意其呼吸及血壓狀況，如有異常現象，立即戒送外醫處置。
- (三)加強提升戒護同仁醫療急救知識和設備之教育訓練，能即時正確並適當的處理危機，即可減少事件發生及後續問題之衍生，並激勵同仁工作士氣。
- (四)每年定期CPR回複技術訓練1至2次，實際操練步驟及技巧和更新資訊，以便能快速、精準地完成及確保自身的安全。每個辦公室及各場舍備有「人工呼吸輔助器(Anbu)」急救配備，於急救時可減少呼吸道感染之顧慮，並針對不同需求設計課程，加強管教人員的急救訓練，辨識酒精戒斷之徵兆，並教導如何預防及處理。

## 二、策進作為

### (一)實務運作層面

#### 1.落實新收收容人病情監控措施

收容人入監健康檢查，其身體狀況往往單憑收容人自述，加上醫師所做的幾項簡單測試，因此，僅能做到初步的瞭解，故每位新收入監的收容人其潛藏的疾病無法確實掌握，甚至當事人完

全沒有就醫紀錄（因持續飲酒而無酒精戒斷產生、無力繳納健保費而無法就醫…），嚴重危害值勤同仁及收容人的健康與安全，為此，落實執行收容人入監健康檢查將成為監獄把關的首要任務。針對新收入監時間已逾醫師看診時段，致未能安排醫師進行健康檢查之個案，如有特殊之病徵或自述嚴重病史，除於中央台監視系統下密切觀察，應指派專人記錄其血壓、心跳、呼吸及體溫，如有異常現象，應緊急戒送外醫治療。

### 2.運用生理及血氧監視器有效評估病患病情

由多年的戒護經驗累積，對於酒精戒斷的高危險群，往往可以經由簡單的幾句對話（如收容人的飲酒習慣、種類、飲酒量、酒精戒斷症狀及癲癇的病史…）略知其酒癮程度。實務上，由於監內醫療設備及專業人力不足，面對上述高危險族群，管教人員多採鼓勵其喝開水（可添加少許食鹽）、多沖澡、以降低血中酒精濃度，減輕酒精戒斷症狀發生之不適。對於酒精戒斷症狀較輕微者，常見幾日內即可痊癒，恢復正常；但較嚴重者，仍須經由醫師專業評估後給藥或轉介至其他醫療機構。除入監健康檢查(由醫師專業評估)外，對於酒精戒斷的高危險群，可以使用生理監視器及血氧監視器，以監測心電圖、血氧濃度、心跳及呼吸等生命徵象，如有異常現象，立即戒送外醫處置以避免憾事發生。

### 3.強化緊急救護教育訓練工作

加強提升管教人員醫療急救知識和設備之教育訓練，以便提供即時正確的判斷，並做適當的危機處理，當可減少事件發生的機率及後續問題的衍生。尤其針對新進管教人員，定期施予常年教育，除可提高狀況判斷的精確度和設備操作的熟練度，並可降低事件發生時不必要的慌亂與無助，進而減少事故的發生率及事故發生的傷害和影響力。當然，應變演習亦是不可或缺的一環，逼真的臨場感更能激發出潛在的本能，由錯誤中學習，更由學習中成長。實務上，酒精戒斷症狀未見具攻擊性，但並不代表不會發生。因此站在第一線的管教人員，除全心妥善照顧酒精戒斷症狀發生者外，自身的安全保護和其他收容人的安全維護亦不可忽視。

## (二) 制度執行層面

### 1. 落實兩公約人權大步走計畫

憲法保障下之國民，無論其身分、地位為何，其生命權應得到全力的保障和完全的尊重。因此，收容人不應與一般社會大眾有差別待遇產生，均應獲得適當的醫療照護，以捍衛其生命權。然而，大多數因違背安全駕駛而入監執行的收容人，因長期的飲酒習慣而造成工作及收入的不穩定，除無力照顧家庭外，甚至成為家庭的負擔和累贅，於此情況下，更遑論繳納罰金和獲得家人親情的支持。戒送外醫之醫療費用及戒護人員之人事費用，都將加諸社會極大的成本，故對於違背安全駕駛且無力繳納罰金者，應以社區處遇為優先考量，並結合醫療體系協助酒癮治療方為上策。實務上，酒精戒斷症狀出現的時間點大多在入監後數小時至數日內，因此，矯正機關應結合醫療體系，經由醫師的專業評估，讓酒精戒斷的高危險群先進入醫療體系安置，俟酒精戒斷症狀減輕後再入監執行，勿讓矯正機關承擔不必要的風險與壓力。

### 2. 全面充實矯正機關醫事人力及資源

矯正機關醫療人力及資源嚴重不足，是矯正人員心中長期以來的痛，專任醫師



● 舍房主管緊急救護情形

難覓，加以醫護編制人力受限，目前矯正機關醫療業務多賴特約醫師及兼任醫師辦理收容人門診

醫療業務，成效實屬有限，且因矯正機關散布各地，部分偏遠及離島矯正機關遴聘特約及兼任醫師更為不易，難以有效針對收容人疾病進行完整的照護療程（包括監控、預防、診斷、治療與病況持續管理等），因此全面充實矯正機關醫事人力，解決醫療資源匱乏、改善治療品質欠佳的現象，已到刻不容緩的地步。所謂「工欲善其事，必先利其器」，為確實掌控收容人身體狀況，應增購生理監視器及血氧監視器，於辦理新收身體健康評估時，用以監測心電圖、血氧濃度、心跳及呼吸等生命跡象，如有異常現象，立即戒送外醫處置。使收容人在衛生醫療品質上得到更安全、更有效之照護，在人員配置上建議增設醫事檢驗人員，並添購檢驗設備，除可進行初步篩檢外，更可作為醫師診斷之依據。

### 陸、結語

憲法保障國民，生病時無論身分為何，均應獲得適當之醫療照護，故收容人不應與一般社會大眾有差別待遇。就矯正機關而言，對收容人提供更完善之醫療環境及高品質醫療保健，以確保其身體之健康，免受於疾病之痛苦，實為責無旁貸之事。然而矯正機關面臨最大的困擾即是醫療人力資源的匱乏，基於矯正機關收容人醫療需求，乃是身為一個人的最基本人權需求，時值政府宣示國內人權標準將與國際接軌之際，矯正機關收容人之醫療人權更不應該被漠視，透過此新收酒精戒斷案例，更突顯改善矯正機關醫療環境簡陋及人力資源缺乏之窘迫，亦正亟待政府有關單位予以正視解決。

## 無菸監所、健康悠活(下)

桃園少年輔育院藥師 鍾秀梅

### (接續上期)

#### 1. 口腔吸入劑(Inhaler)

口腔吸入劑是將藥品置入藥液匣中，因其具有類似拿菸的行為，故其優點具有Nicotine及行為之替代性、適合每日吸菸少於20支者，並能有效預

防已戒菸成功者菸癮再復發。吸入後有時會有口腔及咽喉刺激感，但多次使用後一般會消失。

#### 2. 鼻腔噴鼻劑(Nasal Spray)

其優點為吸收迅速緩解菸癮，故戒菸成功率高，使用方便。最適合依賴性高之吸菸者，相對濫用

的可能性也較大。對於有嚴重氣喘及慢性鼻病（例如：過敏性鼻炎）者，不建議使用。因噴霧劑會引起流淚或打噴嚏，可能影響視覺，所以使用後5分鐘內避免駕駛或操作重機械。

### 3. 口溶錠 (Lozenges)

口溶錠使用方法不可像硬糖般咬嚼，定時將藥錠由一邊移到另一邊，經口腔黏膜吸收，使用前15分鐘內應避免飲用酸性飲料（如果汁、咖啡、酒、soft drinks）。

## (一) 非尼古丁療法

### 1. Bupropion SR

屬於第一線用藥，本品為抗憂鬱症。治療尼古丁依賴症，做為戒菸之輔助。戒菸之機轉尚不明，只知其作用於中樞神經系統，可維持神經傳導素之水準，避免戒斷尼古丁時，因傳導素減少，而引起不適，另外，其可減輕吸菸者戒癮時的焦慮不安（蔡靖彥、蔡自榮等，2009）。此藥用於不願使用「尼古丁替代療法」的患者，或使用「尼古丁替代療法」失敗者、憂鬱病史及害怕肥胖的菸癮者。禁用於有癲癇病史、腦部創傷、腦中風、厭食症、暴食症及對酒精和Benzodiazepines（鎮靜安眠類）禁斷症狀。本品可與其他戒菸方式併用，如尼古丁替代療法。

### 2. Varenicline

屬於第一線用藥，做為戒菸輔助劑。其以高度親和力及選擇性與 $\alpha 4\beta 2$ 尼古丁膽鹼受體結合，戒菸的療效機轉被認為是來自尼古丁受體某種亞型的結合，與受體的結合後會產生致效劑活性，同時也可避免尼古丁和受體結合，即Varenicline可阻擋尼古丁和受體結合，同時會刺激神經中樞邊緣多巴胺(Dopamine)系統，得到人體因為吸菸產生相同的快感，因此可用來戒菸（蔡靖彥、蔡自榮等，2009）。對於孕婦不可使用，而精神疾病病患應小心使用，美國FDA指出，若消費者使用後行為或思考有發生異常或有自殺念頭必須立刻停藥。

### 3. Nortriptyline

屬於第二線用藥，一種抗憂鬱劑，曾研究用為戒菸輔助劑，屬處方藥。不含尼古丁，曾有實驗可提高戒菸成功率。對於具有冠狀動脈心臟病患者應謹慎使用（蔡靖彥、蔡自榮等，2009）。

對於戒菸方式的最新發展，美國研發出戒菸疫苗，

這個疫苗進到人體後，會防止尼古丁進入腦部，尼古丁沒有跑到腦部，抽菸的人就不會感受到吸菸帶來的快樂感覺，所以比較好戒。監所因戒護安全考量，收容人使用各種器具、藥品、物品都需要透過管理，因此收容人如何使用這些藥品及方式戒菸是需要各個監所建立一套制度來管理，否則易因各種限制，流於剛初始的熱衷而不能持久，期盼戒菸疫苗能通過第三期臨床試驗，這應是一種最簡便的戒菸方式了。

## 柒、戒菸的健康效益

根據美國肺病醫學會統計，80%至90%癮君子有罹患慢性阻塞性肺病(COPD)的風險。世界衛生組織預估，隨著吸菸人口增加，到了2020年全世界COPD死亡率，會成為全球第三大死因。如果還在徘徊是否要戒菸，不仿試著做做看，體會戒菸對健康的改變。

停止吸菸時間	身體健康的改變
20分鐘後	血壓與心跳回復正常。
8小時後	血液內尼古丁與一氧化碳濃度減半，氧氣濃度回復正常。
24小時後	一氧化碳從體內完全排除，肺部開始清除痰液與其他的香菸殘渣。
48小時後	體內已無殘存的尼古丁味覺與嗅覺獲得明顯改善。
72小時後	呼吸會變得容易許多，呼吸道變暢通，體能獲得改善。
一週後	開始感受空氣的清新及食物的美味，身上不再有菸臭味，牙齒變得較白。
2至12週後	血液循環功能大幅改善，減低胃潰瘍發作機會，菸咳減少，皮膚彈性改善，三個月後肺功能逐漸恢復，不再迅速。
3至9個月後	咳嗽、哮喘與呼吸問題大幅減少，肺功能增加10%。
一年後	心臟病發作機會減少一半。
5年後	罹患口腔癌、食道癌、咽喉癌危險性降低一半。
10年後	肺癌發生危險減少一半。
15年後	心臟病發作機會與非吸菸者相同。

戒菸真的可以延長壽命嗎？英國一項研究從1950年代開始，針對3萬多名英國男醫師，追蹤了50年，結果發現60歲戒菸比持續吸菸者多活3年；50歲戒菸比持續吸菸者多活6年；40歲戒菸比持續吸菸者多活9年；30歲戒菸比持續吸菸者多活10年，而且死亡率和非吸菸者接近。

戒菸者經常詢問的問題就是戒菸會導致體重增加？戒菸的確是會讓體重平均上升約2-5公斤，原因是因為戒菸後，味覺、嗅覺恢復正常；吸菸的口慾，以其他食物替代(如：零食、口香糖)，增加了熱量的攝取。以及吸菸讓心率增快3%至10%，戒菸後讓基礎代謝率正常，所以會讓體重上升。戒菸者要想防止體重增加，就應適當減少飲食(一天約減少300至500kcal)或增加運動量。當然，因為體重增加而拒絕戒菸是不明智的，因為吸菸給人體健康帶來的危害遠比體重增加的危害大得多。運動及節食是減肥的不二法門，若一時無法減肥，稍胖一點對健康的影響也比吸菸來得少，建議應該等確實戒菸

成功再來處理體重的問題。

另外，戒菸對個人經濟效益，如以每包菸70元計，一天一包，抽10年要花掉255,500元；抽20年是511,000元；若以一天2包菸計，抽10年要花掉511,000元；抽20年是1,022,000元，這樣的數字很少人提到，但菸商確實是這樣賺進吸菸者的鈔票，而吸菸者買到了一輩子的壞習慣和留下不健康身體，這才叫人難過。黃雅慧研究國內門診戒菸服務10個月花費7千5百萬元台幣，但戒菸後15年內淨效益卻有6億5千2百萬元台幣（黃雅慧，2004），薛光傑則提出國民健康局門診戒菸服務每拯救一年生命數平均花費7,996元，研究顯示，國內戒菸成本遠低於國外報告，其中提高門診回診次數將可提高門診戒菸成功率（薛光傑，2007），因此協助菸癮者戒菸後整體經濟效益也能因民眾減少罹病率

及併發症進而節省醫療資源費用。

### 捌、結語

公共衛生學者認為吸菸、飲酒、毒品為三部曲，菸和酒都是使用毒品入門物質。為了防制犯罪率，各國都努力想辦法，據報導英國馬恩島監獄實施「禁菸令」，嚇跑準囚犯，因為在不肖之徒眼裏不怕坐牢卻怕沒菸抽，使得當地2008年4月至9月與2009年同期相比，2009年這一年犯罪率下降了14個百分點，個中理由分析與當地監獄全面禁菸有關。依據調查，我國矯正機關收容人吸菸率達88.1%，戒菸效益不管從身體健康或經濟成本，甚或是降低犯罪率都已有成果，期待收容人在各種戒菸措施及教育宣導下創造一個「無菸監所、健康悠活」的清新好環境。

### Cells Arrangement 配房

Sir : 123, you are assigned to cell 10.

主 管：123，你分配忠一舍10房。

Inmate : Yes, sir.

收容人：是的，主管。

Sir : Cell 10's duty leader is 789, he speaks English.

主 管：10房的房值星是789，他會說英文。

Inmate : O.K !

收容人：好的！

Sir : If there are any problems in the cell, talk to the duty leader first.

主 管：在舍房有問題先向房值星反應。

Inmate : What if he can not deal with it?

收容人：如果他不能處理時怎麼辦？

Sir : Talk to me when you come out to the factory.

Remember to be cooperative with other inmates.

主 管：到工場時你可以向我反應。記得要和其他人和睦相處。

Inmate : Yes, sir.

收容人：是的，主管。

本文出自本所「監獄實用英文」教材

### 法務部矯正人員訓練所 99年9月份預計辦理班次一覽表

訓練期間	訓練班次
99.01.14-99.09.13	司法特考三等監獄官班第15期
99.09.01-99.09.03	科員在職訓練班第6期
99.09.06-99.09.10	替代役管理幹部儲訓班第35期
99.09.06-99.09.07	管理員在職訓練班(四)第24期
99.09.08-99.09.10	主任管理員在職訓練班第6期
99.09.13-99.09.17	法警訓練班第3期
99.09.13-99.09.17	初任主任管理員職務研習班
99.09.13-99.09.14	管理員在職訓練班(四)第25期高雄分班
99.09.16-99.09.17	管理員在職訓練班(四)第25期
99.09.20-99.09.21	管理員在職訓練班(四)第26期
99.09.23-99.09.23	管理員研習班(三)第24期台中分班
99.09.24-99.09.24	初級救護技術員EMT1複訓班第18期
99.09.27-99.09.28	管理員在職訓練班(四)第27期
99.09.29-99.10.01	科員在職訓練班第7期
99.09.30-99.10.01	管理員在職訓練班(四)第26期高雄分班

歡迎來稿，並請附真實姓名、身分證字號、通訊地址及聯絡電話。新聞稿每篇請勿超過六百字，文章請勿超過一萬字，請勿一稿數投，違者自行負責，如已刊登則收回稿費。本刊對來稿有刪修權，請自留底稿，原則上不退稿。

投稿者請寄(333)桃園縣宏德新村180號本刊編輯部(附電子檔)

或傳真(03)3591855；或傳送至:jade303@mail.moj.gov.tw

出版者：法務部矯正人員訓練所  
地 址：桃園縣龜山鄉宏德新村180號  
電 話：03/3206361 轉312發行部  
03/3206361 轉303編輯部  
傳 真：03/3591855  
E-mail: jade303@mail.moj.gov.tw

印刷者：金得利彩色印刷股份有限公司  
電 話：03/3611772  
中華郵政北台字第四二九三號  
執照登記為(雜誌)交寄  
行政院新聞局出版事業登記證  
局版臺省誌第九三五號