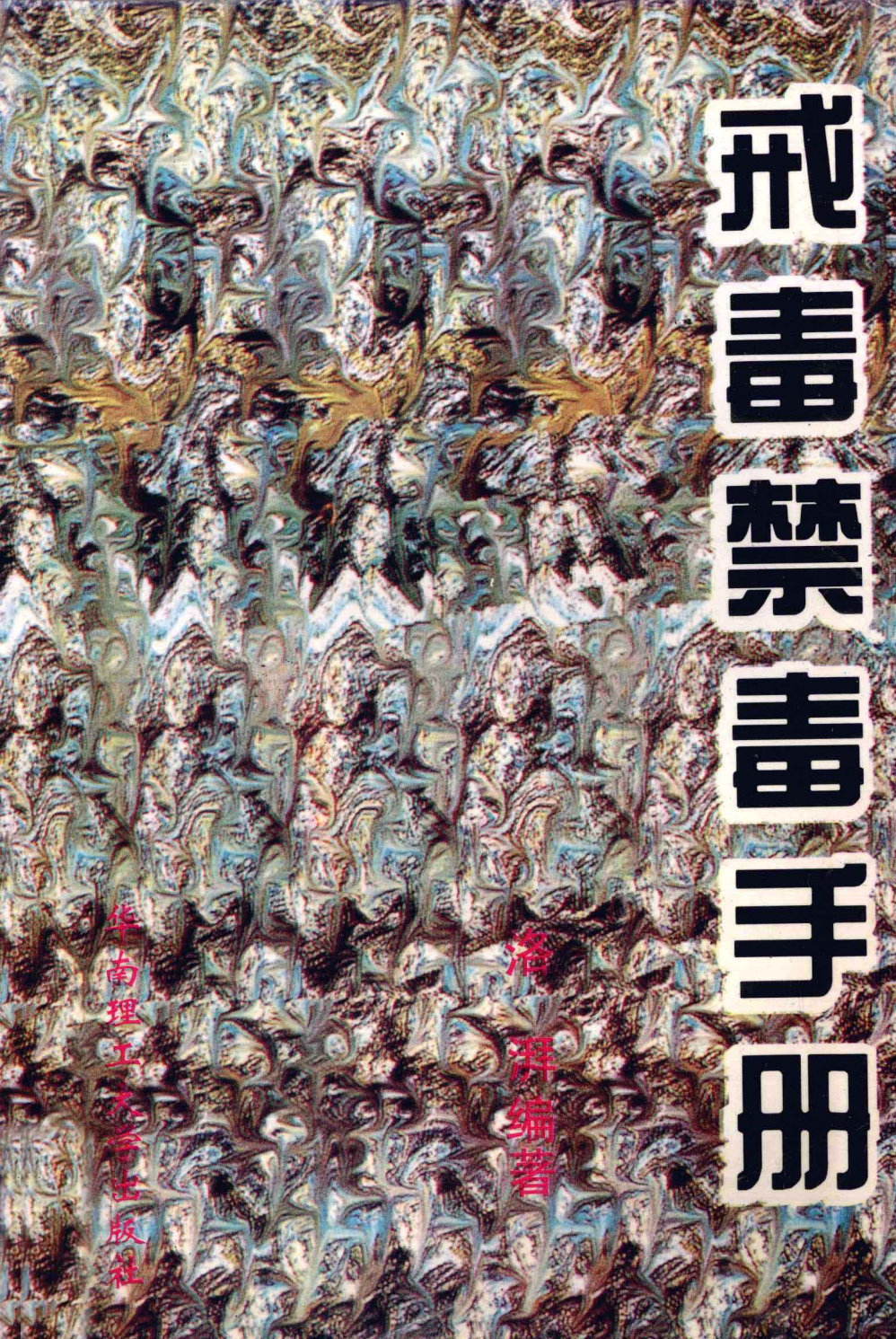




戒毒手册

洛
湃编著

华南理工大学出版社

戒毒禁毒手册

洛 湃 编著

华南理工大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

戒毒禁毒手册/洛湃编著. —广州: 华南理工大学出版社, 1995. 5
ISBN 7-5623-0861-6

I. 戒…

II. 洛…

III. 教育—戒毒—禁毒

IV. G7

华南理工大学出版社出版发行

(广州五山 邮码 510641)

责任编辑 闻 浩

广州荣兴印刷厂印装

各地新华书店经销

1995年5月第1版 1995年5月第1次印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 7.65 字数: 176千

印数: 1—5000

定价: 13.80元

内 容 简 介

吸毒、贩毒是当今世界头号社会问题，据 1990 年联合国国际卫生组织公布的资料；全球已有 1.76 亿人吸毒。毒品的年销售额每年 5000 亿美元，超过中国国民经济的总产值。是超过石油业、汽车业、仅次于军火业的世界第二大“产业”。

《戒毒禁毒手册》是一本全面、系统地论述吸毒、戒毒和禁毒的普及读物。此书深入浅出地介绍了各种常见毒品及它们的危害及鉴别方法。还针对中国的国情特别论述了吸食鸦片类毒品的原因、临床表现、诊断和治疗。本书最杰出的贡献是，在全世界还束手无策的鸦片类毒品戒毒领域中，很有见地地提出了一种可能是世纪发明的不使用麻醉药品的无痛苦脱瘾疗法。还首次在医学领域引进思维病的新概念，试图对反复吸毒病因进行阐释并提出了彻底戒毒的可行性方案。

本书收集了中国建国以来有关禁毒、戒毒的法规和国际禁毒法规，供从事禁毒、戒毒工作的人员和社会各界人士作禁毒宣传的准则。

目 录

第一章 各种常见的毒品	(1)
一、鸦片类毒品	(2)
(一) 鸦片	(2)
(二) 吗啡	(3)
(三) 海洛因	(4)
(四) 吗啡的药理作用	(5)
(五) 鸦片受体与内啡肽	(10)
二、其它毒品	(12)
(一) 可卡因	(12)
(二) 大麻	(16)
(三) 其它	(18)
第二章 吸毒的危害	(20)
一、吸毒对人生的危害	(20)
二、吸毒对家庭的危害	(22)
三、吸毒对社会、国家的危害	(28)
第三章 吸毒的病因	(31)
一、初次吸毒的原因	(31)
二、吸毒成瘾及反复吸毒的原因	(33)
第四章 鸦片类毒品成瘾的发病原理	(36)
第五章 鸦片类毒品成瘾及中毒的临床表现及诊断 ..	(41)
一、主诉	(41)
二、耐受性及精神依赖	(42)
三、戒断症状	(44)

四、吸毒对各系统的作用	(45)
五、并发症	(45)
六、急性中毒症状	(46)
七、吸毒与爱滋病的关系	(46)
八、诊断	(48)
第六章 治疗	(50)
一、鸦片类毒品中毒的治疗	(50)
二、鸦片类毒品成瘾的一般治疗	(51)
(一) 强制戒毒	(51)
(二) 美沙酮戒毒疗法	(52)
三、无痛苦戒毒疗法	(55)
四、吸毒与思维病	(60)
第七章 几种主要毒品的鉴定	(71)
一、鸦片的鉴定	(71)
二、吗啡的鉴定	(77)
三、海洛因的鉴定	(82)
附：国际刑警组织对海洛因的分号	(85)
四、大麻的鉴定	(86)
五、可卡因的鉴定	(92)
第八章 中国关于禁毒的法令	(95)
一、政务院关于严禁鸦片烟毒的 通令(1950年)	(95)
二、政务院关于严禁鸦片烟毒的 通令(1952年)	(96)
三、政务院关于推行戒烟、禁鸦片和收缴农村 存毒的工作指示(1952年)	(97)

四、中央关于严禁鸦片、吗啡毒害的通知（节录） （1963 年）	(100)
五、国务院关于颁发《麻醉药品管理条例》 的通知（1978）	(102)
六、中华人民共和国刑法（节录）（1979 年）	(102)
七、国务院关于重申严禁鸦片烟毒的通知（节 录）（1981 年）	(103)
八、中华人民共和国治安管理处罚条例（节录） （1986 年）	(105)
九、全国人民代表大会常务委员会关于惩治走私 罪的补充规定（节录）（1988 年）	(105)
十、公安部、卫生部关于严禁非法种植罂粟 的通知（1988 年）	(106)
十一、国务院关于麻醉药品管理办法（1988 年）	(107)
十二、卫生部关于贯彻执行《麻醉药品管理办法》 的通知（1987）	(114)
十三、国务院关于精神药品管理办法（1988 年）	(121)
十四、全国人民代表大会常务委员会关于禁毒 的决定（1990）	(126)
十五、国务院关于强制戒毒办法的规定（1995）	(131)
第九章 国际关于禁毒的法规	(135)

一、经《修正一九六一年麻醉品单一公约的议定书》修正的一九六一年麻醉品单一公约	(135)
二、精神药物公约	(176)
三、联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约	(202)

第一章 各种常见的毒品

什么是毒品？通常，人们把鸦片、吗啡、海洛因、可卡因、大麻、迷幻剂等等一类的药物或化学品称为毒品。法学家常根据法律条文把毒品分为合法毒品和非法毒品，而医学家则根据毒品对人体的作用把毒品分为幻觉剂，兴奋剂和镇静剂等。如果综合起来，我们常说的毒品应指法令管理使用的幻觉剂、兴奋剂和镇静剂（或统称麻醉药品）等。

根据国务院1987年11月28日发布的《麻醉药品管理办法》的定义：麻醉药品是指连续使用后易产生身体依赖性，能成瘾癖的药品。麻醉药品包括鸦片类、可卡因类、大麻类、合成麻醉药类及卫生部指定的其他易成瘾癖的药品、药用原植物及其制剂。

在所有毒品中，危害最大的是鸦片类毒品，最易成瘾也最难戒除的也是鸦片类毒品。故本书将以讨论鸦片类毒品为主，鸦片类毒品属于镇静剂。

据《大英百科全书》称：“在古代，印度和中国没有鸦片，广泛种植罂粟对这些国家来说不过是较为晚近的事。

“中国在唐代已有少量鸦片流入，供药用。明代将鸦片列入药材项下征税。17世纪吸食鸦片方法从南洋传入中国，进口猛增。1729年清雍正帝下令禁止吸食鸦片。1796年嘉庆帝取缔鸦片进口与种植。葡萄牙人在18世纪初即发现从印度买进鸦片卖到中国可获厚利。1773年和1797年英国东印度公

司先后取得鸦片买卖和制造特权，此后便向中国人大量销售鸦片攫取暴利。美国也将印度和土耳其鸦片输入中国……”

目前，海洛因已经取代了鸦片，海洛因是鸦片经提炼合成的毒品，比鸦片的毒害更大。而可卡因对中国人来说还比较陌生，它是从南美一种树中提炼出来的，与鸦片类毒品不同，它是属于兴奋剂类，

还有各种各样的毒品，对读者来说都是很陌生的，因此，为了使读者更容易阅读本书，这里先对各种常见的毒品作一介绍。

一、鸦片类毒品

鸦片类毒品包括鸦片、吗啡和海洛因等等。鸦片是罂粟未成熟的蒴果割开后渗出的乳汁干燥物，黑色。吗啡是从鸦片中分离出的一种白色结晶体，可代表鸦片的作用。海洛因由吗啡与乙酰合成，也是白色晶体，又称二乙酰吗啡。海洛因的药理作用和毒性均比吗啡强。

（一）鸦片

鸦片为罂粟科植物罂粟果实中的液汁凝固而成。罂粟是一年或两年生草本植物，茎直立，高60—150厘米，叶互生，茎下部的叶具短柄，上部叶无柄；叶片长卵形或狭长椭圆形，长6—30厘米，先端急尖，茎部圆形或近心形而抱茎，边缘具不规则粗齿，或为羽状浅裂，两面均被白粉成灰绿色。花期4至6月，花顶生，具长梗，花茎长12—14厘米，萼片2，长椭圆形，花有红色，桔黄色，白色，紫色。十分鲜艳美丽，其中以红色和桔黄色最多见。花早落，花落后有一椭圆形的卵状蒴果。蒴果熟时黄褐色。果期6—8月。

鸦片的采集通常在果实充分成长而尚未成熟时，果皮仍为绿色或稍现黄色时。（此时乳汁中吗啡含量最高），用利刀或特制的锯齿切伤器于晴天傍晚，浅割果皮（直割或斜割），将散布于果皮部组织中的乳汁管切断，即有白色乳浆从切口渗出，于空气中渐由微红变棕色，并逐渐凝固成粘稠状物。第二天早晨用平钝的刮刀将鸦片从果实表面刮下，这就是生鸦片，每颗果实可刮取鸦片3—4次。

鸦片形状不一，有圆球形，饼形，或不规则形。棕色或黑色，带蜡质。新鲜时质软，贮藏日久则渐变坚硬，臭特质，带麻醉性，味极苦而特异。

鸦片中总生物碱含量10—25%，有二十多种。主要以迈康酸盐（Meconate）形式存在。各地产的鸦片生物碱的含量不等。由于土质、品种、收获时期、加工手段不同的缘故。一般鸦片中吗啡含量5—24%，那可汀4—7%，可待因0.4—1%，蒂巴因0.4—0.8%，罂粟碱0.4—0.7%。其他生物碱含量低微，作用不大。

鸦片中除主要含吗啡外，还含其他生物碱，但其作用以吗啡为主，成瘾性也以吗啡为主，可待因有一定的成瘾性，罂粟碱和那可汀没有成瘾性。

（二）吗啡

吗啡是1806年由德国化学家F. W. A. 泽尔蒂纳首先从鸦片中分离出来，他以希腊神话睡梦之神的名字Morphine命名，一般说10公斤鸦片可生产1公斤吗啡。

纯吗啡为无色结晶或白色斜方形针状结晶。具有旋光性。含1分子结晶水。加热至110—120℃失水变成无水吗啡，熔点为230℃并分解。味苦，在水、醇或醚中溶解度均小，在热

的醇、异丁醇、热氯仿及氯仿、醇混合液中溶解度较大，溶于稀酸及过量的苛性碱，但不溶于少量的氢氧化钠及氢氧化钾溶液而能溶于氢氧化钙。在酸性溶液中，常用氨水或碳酸氢钠溶液中使其析出。若吗啡含量极浓时，则在氨碱性溶液中加入乙醚，可使其结晶析出，医疗上常用其含3个水分子结晶水的盐酸盐，为白色结晶粉末，易溶于水。

吗啡分子结构中具有胺基（季胺氮原子）而呈碱性，又含有酚基而呈酸性，所以，吗啡为两性化合物，吗啡性质不稳定，纯品晶体或水溶液露置空气中能缓慢氧化（受光催化），由二分子聚合生成双吗啡，其毒性比吗啡大。

吗啡具有哌啶环与菲核相稠合的基本结构，其3位碳上有一酚羟基，6位碳上有一醇羟基，酚羟基若被取代则镇痛作用减弱（如可待因）哌啶环上有一甲基，若被丙烯基取代则不仅镇痛作用减弱而且成为吗啡的对抗剂，如纳洛酮及丙烯吗啡。因大多数鸦片碱类镇痛药（吗啡、可待因等）至少有两个光学异构体，只有左旋体有药效。

（三）海洛因

海洛因是1874年由英国化学家C. R. 赖特首先用吗啡和乙酐合成，为白色晶体。

当时，赖特用这种白色晶体对狗进行生物试验，发现狗服后立即出现虚脱，恐惧和困乏等症状，于是，赖特不敢再进行研究。

十多年后，德国人通过实验也取得了这种化合物，并且论证了它的镇痛，镇静效力竟是吗啡的3倍。

于是，德国拜耳化工股份有限公司认为有利可图，决定生产这种强力镇痛剂。并且给它起了一个很美丽的名字：海

洛因。

海洛因是吗啡分子中二羟基乙酰化而生成的衍生物。又称二乙酰吗啡。

海洛因是白色柱状结晶或结晶性粉末。微带苦味，熔点 171—178℃，不溶于水。在冷醇、醚中亦溶解甚少，易溶于氯仿、苯及热醇。水溶液呈弱酸性。其盐酸盐熔点 230℃，遇碱液即可以从盐中游离出来。（遇氢氧化钾、氢氧化钠、氢氧化铵、碳酸钠溶液即海洛因从盐中游离沉淀），但过量的碱液，则复行溶解。海洛因加水或稀酸类煮沸，则发生水解作用。分解为吗啡和醋酸。若加碱煮沸，则分解更易。

（四）吗啡的药理作用

吗啡的药理作用与鸦片，海洛因相似，它们之间强弱不同，（海洛因）吗啡（鸦片）。鸦片制剂可由胃肠道或鼻粘膜吸收，亦可由皮下、肌肉或静脉注射。吗啡和海洛因口服，止痛作用即大为削弱，可待因和度冷丁则仍极有效，美沙酮口服后，止痛作用仍可大部保持。海洛因在体内水解为吗啡，除作用较强，开始作用的时间较快外，药理性质都与吗啡相似。吗啡在实质性组织和横纹肌中浓缩，其次是脑。与葡萄糖醛酸结合后，主要由尿排出，其次粪便。90%以上皆在 24 小时内排出，但 48 小时尿中仍能检出微量。

美沙酮和吗啡皮下注射，止痛作用大致相同，海洛因约强 3 倍，度冷丁和可待因则只相当于 1/10。吗啡和海洛因静脉注射几可立即收效，持效时间则自 3—6 小时不等，一切鸦片制剂用于口服，作用时间皆可延长，美沙酮尤为明显：30 分钟内即可显效，未产生耐受性者，作用可延续 4—10 小时。

1. 镇痛作用

吗啡有显著的镇痛作用，并有高度选择性，镇痛时，不但病人的意识不受影响，其他感觉亦存在，在镇痛的同时，吗啡亦影响人的情绪，使之镇静，安定，对疼痛者给予5—10毫克吗啡后可使疼痛减轻或完全缓解，同时产生嗜睡，有些病人发生欣快感。如果此时外界环境适当则可入睡。一次给药可维持4—5个小时。但是对正常无痛的人给予上述剂量的吗啡，多数不仅不产生欣快感，有时反而出现不适感，表现为焦虑不安还发生恶心与呕吐反应，成瘾者可产生欣快感。

2. 欣快感

这是一种很舒适，很自由，很得意的快感，笔者曾冒险用药体验过这种感觉：在一种似睡非睡的状态中，当时我躺在床上，却感到身下的床不再存在了，我好象浮在空气中，我的身体可以随意地变形，当我伸手时，我的手可以伸到无穷的天边。当我张嘴时，我的嘴可以吃掉地球。最后，在一种极乐的快感中，我的肉体也不存在了，只剩下灵魂了……当然，各人对欣快感的体验是不尽相同的，一般说，想像力越强的人对欣快感的体验越强，静脉注射海洛因的人甚至能体会到“冲劲”（The rush）和“麻醉高潮”（the marcotic high）。所谓“冲劲”即是成瘾者在注射海洛因时感到的瞬间的冲动，亦即是海洛因对脑部的起始冲击作用。这种作用人们常用销魂和极乐感受来形容。它是遍及全身的巨大的快感高潮，对大多数吸毒者来说，这种感觉是畅快无比的，常常还伴有精力猛增，精神性运动行为增强，说话滔滔不绝等现象，上瘾者还常诉说皮肤有强烈的骚痒感以及发红现象，特别是在腹部，持续数分钟之久，随之而来的高潮快感，延续时间更长一些，这是一种似真似幻的体验，十分令人欣快。有

一种深深加强的安适感。

曾有一位天才的英国作家托马斯在他的著作《一位英国吸鸦片者的忏悔》中，描述了他吸鸦片的感受：人不仅仅能通过吸鸦片进入幻游，鸦片的主要优点就是能解除所有的焦虑，罪恶和自卑感，使吸鸦片者进入身心的宁静中，在这梦一般的境界里，他们有时会看到人类和物质世界的新面目。二者都体现出智慧、慈善、甜蜜和美好。当然，有时他也会看到凄凉的情景和唤起对苦难的回忆。但是，这些情景绝不会恐怖，从长远来看，吸鸦片上瘾者能保持他的思维能力，但只限于一种诗人的沉思和幻想，吸毒者不能做任何创造性的工作，对任何工作都失去了兴趣。

3. 其他中枢作用

(1) 催眠，吗啡的催眠作用浅而易醒，不能视为真正的催眠药，可待因没有催眠作用。

(2) 镇咳与呼吸抑制：吗啡的镇咳是直接对中枢作用抑制咳嗽反射，产生镇咳效应。目前认为可能与吗啡作用于延脑孤束核的鸦片受体有关，孤束核是舌咽神经与迷走神经的中枢核，此两神经与咳嗽反射有关，低于镇痛量的吗啡对呼吸已有抑制作用，这时，呼吸中枢对 CO_2 的敏感降低，呼吸频率减慢，潮气量减少，故肺通气量减少，浅度抑制时可通过深呼吸调节，对换气量尚无影响，随着剂量加大，其抑制作用亦加深，中毒时由于抑制太深，频率减少太甚，可降至每分钟 3—4 次，则呼吸的深度加大亦不能代偿，而出现严重的缺氧，尚可出现潮式呼吸，呼吸中枢麻痹是吗啡中毒的直接致死原因。吗啡抑制呼吸的作用点在脑干的呼吸中枢，它不但降低呼吸中枢对二氧化碳张力的反应性，抑制对电刺激

延脑呼吸中枢的反应性，它还能抑制桥脑及延脑的呼吸调节中枢。

可待因对呼吸中枢的作用远比吗啡轻，但海洛因比吗啡强。在吗啡的作用下，颈动脉体的化学感受器反应性提高，这是呼吸抑制造成缺氧的结果。吗啡中毒时，呼吸的维持有赖于缺氧对化学感受器的刺激。此时若吸入纯氧或高浓度的氧，可使自动呼吸立即停止，故给氧时应行人工呼吸。

吗啡的镇咳作用很强，2—4毫克即可产生明显的止咳作用，可待因的镇咳不及吗啡，但成瘾性弱，少有便秘，呼吸抑制等，是最常用的镇咳药。那可汀具有可待因相等的镇咳作用，没有其他中枢抑制作用。不会有成瘾性，亦不抑制呼吸。对动物，大量使用时仅有兴奋呼吸的作用。

(3) 催吐：吗啡能兴奋延脑的催吐化学感受区而引起恶心，呕吐。吗啡对抗剂纳洛酮，氯丙嗪等能对抗吗啡的呕吐反应，临床上催吐一般用去水吗啡。

(4) 缩瞳作用：吗啡类毒品能使人瞳孔缩小、增强瞳孔的对光反应，阿托品类能对抗之。中毒量缩瞳作用非常明显，瞳孔呈针尖状。是吗啡中毒的特征，缩瞳的作用的原部位可能在中脑盖前核，使其受支配的缩瞳核兴奋而引起缩瞳。

4. 心血管系统的作用

治疗量的吗啡对卧位病人的血压，心率及节律无明显作用。对血管运动中枢也无明显影响，但可发生体位性低血压及头晕，吗啡有舒张外围小血管及释放组织胺的作用。血容量减少的病人应用吗啡易引起低血压，吗啡与吩噻类药物合用对呼吸抑制有协同作用，并有引起低血压的危险。肺心病患者应用吗啡，由于呼吸抑制，引起低血氧症而引起血压急

剧下降。如果此时用人工呼吸或给氧可使血压回升，治疗量的吗啡还可引起脑血管舒张及脑脊液压力增高，这是由于呼吸抑制，二氧化碳潴留的缘故。二氧化碳有很强的舒张脑血管的作用，必须注意：罂粟碱能松弛各种平滑肌，尤其是大动脉平滑肌，（包括冠状动脉、脑动脉、外周动脉和肺动脉）当存在痉挛时，松弛作用更加显著。可用于外周动脉或肺动脉栓塞。对狗有长时间舒张冠脉及增加冠脉流量的作用，但因其表现正性肌力及收缩压降低的作用，故并不足以防止心绞痛，大剂量可抑制心肌传导及延长不应期。治疗量对心电图无明显影响，高剂量可防止氯仿、肾上腺素引起的心脏颤动。那可汀也能抑制平滑肌及心肌，但在止咳剂量时，这些作用并不明显。

5. 消化系统的作用

吗啡有止泻作用和引起便秘，其原理尚不完全清楚，可能是吗啡对胃能提高胃窦部和十二指肠起始部的张力而抑制蠕动。使胃排空时间延长，胃酸分泌减少和便意迟钝，因而使胃肠道内容物向前推进的运动大大延缓。对小肠能抑制胆汁和胰液的分泌，使食物消化延缓。提高肌肉张力，引起周期性痉挛，使非推进型节律收缩增强，推进性的节律收缩明显减弱，对上部小肠。特别是十二指肠的作用比对回肠明显，在张力增高之后，可随以相对的无张力期，回盲瓣的张力亦提高，由于肠内容物通过变慢，因此食糜中的水分吸收增多。其粘稠度亦因而增高。对大肠可使结肠的推进性蠕动波减弱或完全消失，其张力可增高到痉挛程度。肠内容物通过缓慢可使粪便变干，这又阻碍了粪便沿结肠前进，同时肛门括约肌的张力明显增高。再加上吗啡对中枢的抑制。病人对排便