

禁毒学丛书 姚建龙 总主编

| 戒 毒 学

| 王 娜 主 编



中国人民公安大学出版社

禁毒学丛书 姚建龙 寇玉编

戒毒学

王娜 主编

中国人民公安大学出版社

·北京·

图书在版编目（CIP）数据

戒毒学/王娜主编. —北京：中国人民公安大学出版社，2014. 12
（禁毒学丛书）

ISBN 978-7-5653-2156-6

I. ①戒… II. ①王… III. ①戒毒—基本知识 IV. ①R163

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 051270 号

戒 毒 学

王 娜 主编

出版发行：中国人民公安大学出版社
地 址：北京市西城区木樨地南里
邮政编码：100038
经 销：新华书店
印 刷：北京市泰锐印刷有限责任公司

版 次：2014 年 12 月第 1 版
印 次：2014 年 12 月第 1 次
印 张：14
开 本：787 毫米×1092 毫米 1/16
字 数：310 千字

书 号：ISBN 978-7-5653-2156-6
定 价：45.00 元

网 址：www. cppsup. com. cn www. porclub. com. cn
电子邮箱：zbs@ cppsup. com zbs@ cppsu. edu. cn

营销中心电话：010-83903254
读者服务部电话（门市）：010-83903257
警官读者俱乐部电话（网购、邮购）：010-83903253
法律图书分社电话：010-83905745

本社图书出现印装质量问题，由本社负责退换
版权所有 侵权必究

总序

禁毒已经成为一个世界性难题。联合国 2012 年《世界毒品报告》显示，截至 2010 年（含 2010 年），全球非法毒品的滥用范围在成年人（15~64 岁）中占 3.4% 到 6.6%。然而，大约 10% 到 13% 的药物滥用者演变成了药物依赖者，通过注射方式滥用药物者中艾滋病（约 20%）、丙型肝炎（46.7%）和乙型肝炎（14.6%）的患病率不断增加。同样严重的是，每 100 名死亡的成年人中就有 1 人和药物滥用有关。

毒品也曾经给中国带来了无尽的屈辱与灾难，令人痛心的是，这段惨痛的历史并未能阻止它在中国沉寂近 30 年后的再次泛滥。据国家禁毒委最新公布的数据，截至 2012 年年底，全国累计登记吸毒人员 209.8 万名，其中滥用阿片类毒品人员 127.2 万名、滥用合成毒品人员 79.8 万名，分别占 60.6% 和 38%；2012 年全国新发现登记吸毒人员 30.5

万余名，依法查获有吸毒行为人员 54.9 万人次，依法处置强制隔离戒毒人员 20.2 万余名，依法责令接受社区戒毒、社区康复人员 13.6 万余名，3 年未发现复吸人员 75.9 万名。2012 年，全国共破获毒品刑事案件 12.2 万起，抓获毒品犯罪嫌疑人 13.3 万名，同比分别上升 19.8% 和 18.1%；缴获各类毒品 45.1 吨。其中，海洛因 7.3 吨、冰毒类毒品 16.2 吨、氯胺酮 4.7 吨、大麻 4.2 吨。^① 对于有着 13 亿人口的泱泱大国，这些数据似乎还不会令人坐立不安，真正可怕的是其迅速而持续上扬的趋势。

屈辱与灾难的历史容易让国人在面对毒品问题时变得激愤和情绪化，而对毒品仅就是鸦片、海洛因的过于深刻的认识又容易让国人对伪善的新型毒品丧失必要的警惕。弗洛伊德的精神分析理论认为，人有生的本能也有死的本能。毒品问题似乎可以被看作是作为个体的人和作为整体的人类死的本能的体现，若果真如此，那么禁毒则可以被看作是与人类本能之间的斗争，这正昭示了禁毒的艰难性和长期性。^② 也许我们还怀念新中国成立之初三年即消除毒患的惊人成就，甚至还寄希望于重复当时疾风骤雨和群众运动式的模式来解决当代中国的毒品问题，这是一种美好而又危险的幻想。历史不会重复，忘记特定时代背景的转变而强行重复历史，不但不能成功，而且还很可能付出惨重的代价。面对日趋复杂的当代中国毒品问题，我们需要耐心，更需要理性，任何急于求成的禁毒政策，都可能把禁毒工作引入歧途。

毒品问题是社会病态的综合征，也是慢性疾病。单纯地采取西医式外科手术、猛药治标的禁毒政策，容易在短期内赢得政绩、获取公众的支持，但绝非毒品问题治本之策，甚至还有可能加深毒品问题的严重程度。中国的毒品问题，似乎更适合于采取中医式疗法。中医理论认为，“治病必求于本”，只有在某些情况下，标病甚急，如不及时解决，可能危及患者生命或影响疾病的治疗时，应采取“急则治其标，缓则治其本”的原则，先治其标病，后治本病。对于综合征、慢性疾病，则应采取“缓则治其本”的原则，注重调理。^③ 这些原则，同样适于毒品问题的治理。

① 中国国家禁毒委员会办公室：《2013 年中国禁毒报告》。

② 从禁毒史的角度，美国毒品研究专家马斯托教授亦指出，美国麻醉品使用和管制的历史使人难以相信存在一种简单的办法解决这一长期存在的问题。

③ 印会河主编：《中医基础理论》，上海科学技术出版社 1998 年版，第 133 页。

与毒品和谐共处、与吸毒者和谐共处，或许会引起诸多的抨击，但这也可能是更为理性的禁毒政策。^①事实上，在人类社会诞生以来的大部分时间里，人类与毒品之间大都相安无事。毒品成为严重危害人类社会的顽疾，主要是近一百多年以来的事情，禁毒应当致力于回归与毒品和谐共处的状态。不管我们是否承认，吸毒人群已经发展演变成为一个庞大的群体。“正常人”——或许这些“正常人”同样具有吸烟或者酗酒的癖好，总习惯用道德化的和义愤填膺的目光审视和对待“吸毒者”。然而，戒毒高复吸率是我们不得不正视的现实，这一庞大且还在日益增长的吸毒群体还将长期存在。吸毒者鲜有危害社会的直接动机，即便是那些为获取毒资而实施违法犯罪的吸毒者，也大多是身不由己。让吸毒者也能快乐地生活，使吸毒者与社会和谐共处，应当成为我国禁毒政策的重要内容。

禁毒应当是一项公益性的事业——尽管并不能因此而完全排除市场手段的运用。但同时，禁毒也可能成为带来丰厚利益回报的“行业”。时刻警惕禁毒工作——尤其是戒毒工作的异化必须作为一个关键性的问题来对待。中国200多年的禁毒史时刻警示我们，毒品经济是禁毒成败的最关键因素。烟馆、鸦片税、毒品贸易、种毒农业、制毒工业、以毒养军……毒品经济的形成及其渗透程度，正是毒品问题严重程度的重要标志。尽管当代中国的毒品经济还没有重新形成，但是，从曾经一度混乱的强制戒毒所的设置与管理、罂粟种植的重现，到刚刚平息的“开颅术”风波，以及还在运行的戒毒收费等现象，应当引起我们深刻的反思。禁毒收益——尤其是戒毒收益，的确可能在一定程度上有利于禁毒工作的开展，但是它更可能把禁毒工作引入歧途。在公益与功利之间，绝不能仅仅依靠道德心来约束人类逐利性的本能。

禁毒工作常常会面临许多重大立场性的抉择，这种抉择常常并非“利”与“害”之间的抉择，而是不得不在“两害”之间进行抉择。“两害相权取其轻”，应当成为在面临这些抉择时的基本立场。

这是一个日新月异的时代，面对日益复杂的毒品问题，我国的禁毒理

^① 笔者见过这样一个癌症病人，医生祛除肿瘤的多方努力均告失败，断定其生命最多只有三个月。该病人无奈之中找到一名老中医，老中医采取的治疗原则一反传统治疗癌症的方法，并不谋求祛除肿瘤，而是让肿瘤在他体内继续存在甚至发展，同时以中药调理病人身心，使得病人与肿瘤之间保持相对的和谐。3年过去了，病人依然健在。此病例似能给我我国禁毒政策的完善以启迪。

论研究与禁毒专业人才培养远远不能满足禁毒实践发展的需要。尽管目前国内已经有中国刑警学院、云南大学、云南警官学院、甘肃政法学院、广东政法学院五所高校开设了禁毒学专业，但总体来看，禁毒学专业设置与人才培养还具有较为浓厚的行业封闭式特点，禁毒学专业也远未成为高校的主流学科。

为了促进我国禁毒学研究的发展以及禁毒学专业建设，我们决定编辑出版这套禁毒学丛书。期待这套丛书是开放式的，也是学科整合式的，既能为禁毒学教学与人才培养提供教材与深度阅读的著作，也能为禁毒实务部门提供参考与借鉴。

姚建龙

于上海·野马浜

2014年4月25日

前 言

本书是上海政法学院十二五内涵建设之复合交叉专业公安学（禁毒学）的建设成果，是一本关于戒毒学基本知识的概论性著作，主要用于一般的教学科研工作。

毒品违法犯罪问题的形势日益严峻，禁毒工作已经提升至国家安全战略层面予以部署和考虑。毒品的本质特征是成瘾性，如何应对吸毒者实际上就是如何解决毒品成瘾带来的问题，这既是一个科学问题，又是一个社会问题，戒毒学就是融合医学、社会学、法学等领域知识为一体的综合知识体系。

本书在设计编写的时候，力求坚守这样的基本立场，因此，组建的编写团队包括医生、法律研习者和戒毒工作一线工作人员等。该团队成员搜集、整理大量既有的研究成果和戒毒工作成果，尽量全面呈现戒毒学的基本知识。但是，编写团队成员都比较年轻，在戒毒学方面的知识积累有限，另外，本书作为建设项目的一部分，时间紧迫，比较仓促，因此，本书难免存在一定的疏漏、缺陷。欢迎大家批评、指正。

本书参考使用了一些学者和研究者的成果，感谢他们为推动戒毒学知识的丰富和完善贡献了自己的智慧和精力，也为本书的形成提供了基本资料来源。感谢姚建龙教授主持的“禁毒学丛书”项目，为本书的孕育和诞生提供机会。感谢上海政法学院的支持。

王 娜

2015年3月17日

于上海野马浜

目 录

Contents

前 言	(1)
第一章 毒品概述	(1)
第一节 毒品的定义、特征和分类	(1)
第二节 常见的毒品	(5)
第三节 成瘾和药物滥用	(9)
第二章 吸毒成瘾的认定	(17)
第一节 吸毒成瘾概述及机制	(17)
第二节 吸毒成瘾的诊断与治疗	(22)
第三节 吸毒成瘾的法律认定	(30)
第三章 自愿戒毒	(41)
第一节 自愿戒毒概述	(41)
第二节 自愿戒毒模式与应用	(43)
第三节 自愿戒毒协议	(51)
第四节 我国自愿戒毒制度的实践与发展	(57)
第四章 社区戒毒与社区康复	(60)
第一节 社区戒毒与社区康复的必要性和可能性	(60)
第二节 社区戒毒与社区康复的指导思想、基本原则和目的与任务	(65)
第三节 社区戒毒与社区康复的适用对象与执行	(69)
第四节 社区戒毒与社区康复的基本措施	(75)
第五节 国外社区戒毒与社区康复的经验与启示	(86)
第五章 美沙酮及社区药物维持治疗	(90)
第一节 美沙酮维持治疗	(90)
第二节 社区药物维持治疗的工作方法	(97)
第三节 社区药物维持治疗门诊患者的心理特点与策略	(103)

第四节 美沙酮维持治疗门诊的药品管理	(110)
第六章 强制隔离戒毒	(115)
第一节 强制隔离戒毒的概述	(115)
第二节 中国的强制隔离戒毒制度	(120)
第三节 中国强制隔离戒毒的现状反思	(131)
第七章 戒毒社会工作	(134)
第一节 戒毒社会工作产生的背景	(134)
第二节 戒毒社会工作相关理论与实务模式	(138)
第三节 戒毒社会工作本土化实践及反思	(144)
第八章 戒毒领域同伴教育与同伴志愿服务	(154)
第一节 同伴教育	(154)
第二节 戒毒同伴教育模式	(158)
第三节 戒毒同伴教育的工作机制	(163)
第四节 戒毒同伴教育的实践流程与方法	(167)
第五节 戒毒康复领域的同伴禁毒志愿者团队	(170)
第六节 戒毒领域同伴教育与同伴志愿服务	(175)
第七节 探索与展望	(179)
第九章 吸毒人员的社会管控和戒毒人员的社会融入	(181)
第一节 吸毒人员的动态管控	(181)
第二节 动态管控的争议及完善建议	(188)
第三节 戒毒人员的社会融入现状	(193)
第四节 如何使戒毒人员更好地融入社会	(199)
参考文献	(207)
主编简介和章节分工	(212)

第一章 毒品概述

第一节 毒品的定义、特征和分类^①

一、毒品的定义

我国对于毒品的定义是依据 2008 年 6 月 1 日起施行的《中华人民共和国禁毒法》(以下简称《禁毒法》)第 2 条第 1 款的规定:所称毒品,是指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因,以及国家规定管制的其他能够使人形成毒癖的麻醉药品和精神药品。

西方并没有“毒品”一词,社会上习惯将毒品的使用称为药品滥用或药品娱乐性使用。其中药品的定义不包括像乙醚这样可导致人失去知觉的化学药品以及砒霜、敌敌畏、氰化物等可直接导致人死亡的剧毒物质,而是特指出于“非医疗目的”而反复连续使用、能够产生“依赖性”(即成瘾性)的精神药品或麻醉药品。华语国家立法限制视为毒品的药物,其实有许多并没有生理的成瘾性,如 LSD^②。西方医学、社会学等学术界也把尼古丁(烟草制品的有效成分)和酒精的使用称为药品娱乐性使用,因为烟酒同样有强烈成瘾性,并能给人体带来重大伤害。

二、毒品的特征

毒品的基本特征包括药物依赖性、非法性和危害性。这三个方面是某些物质之所以被称为“毒品”的不可或缺的属性。

(一) 依赖性或成瘾性

依赖性或成瘾性俗称“药瘾”,它是指反复或周期性地用药后所引起的人体对药品的心理上或生理上的或兼而有之的一种依赖状态,表现出一种强迫性的或非强迫性的要连续或定期地用药行为和其他反应。依赖性包括心理(精神)依赖性和生理(身

① 本节内容来源于 <http://www.gdljj.gov.cn/html/1/ArContent/20100427/20100427150907.htm>, 转引自施红辉、李荣文、蔡燕强:《毒品成瘾矫治概论》,科学出版社 2009 年版。

② 麦角酸二乙胺(Lysergic acid diethylamide)简称为“LSD”,是一种强烈的半人工致幻剂。

体) 依赖性, 是导致滥用的主要原因。

心理依赖性, 是指多次反复使用毒品后, 使人产生的愉快满足的欣快感觉, 这种心理上的欣快感觉, 导致吸毒者在心理上形成对所吸食毒品的强烈渴求和连续不断地吸食毒品的强烈欲望, 继而引发强迫用药行为, 以获得不断满足的心理。

生理依赖性, 是指中枢神经系统对长期使用依赖性药物后所产生的一种身体适应状态。

(二) 非法性

“非法”是针对“合法”而言的, 依法合理使用就是药品, 非法滥用就是毒品。一切涉毒行为都是违法的。

(三) 危害性

吸毒是人类社会的一大公害。吸毒不仅影响人的身体和心理健康, 而且严重危害社会和家庭。吸毒是一种不良行为, 也是一种严重的疾病。

三、毒品的分类

(一) 国际禁毒公约的分类

毒品是全球性的公害, 能够被人们滥用的毒品都是具有药物依赖潜力的物质, 国际禁毒公约将具有依赖性的药物分为三个大类。

(1) 麻醉药品: 阿片类、可卡因类、大麻类。

(2) 精神药品: 镇静催眠药与抗焦虑药、中枢兴奋药、致幻剂。

(3) 其他: 烟草、酒精、挥发性有机溶剂。

(二) 联合国世界卫生组织的分类

世界卫生组织 (WHO) 把毒品分成八大类, 即阿片类、可卡因类、大麻类、中枢神经兴奋药、酒精及中枢神经抑制药、致幻剂、挥发性有机溶剂、烟草。

1. 阿片类。

阿片类以吗啡为典型药物, 包括从罂粟蒴果上提取的粗制树脂状天然渗出物, 及人工合成的麻醉性镇痛药, 如阿片、海洛因、芬太尼、哌替啶、美沙酮等。当前我国的吸毒问题主要是吸食此类毒品中的海洛因。阿片类药物具有镇痛、镇静、镇咳、止泻、致欣快作用。

阿片类药物依其化学结构可以分为五小类, 除阿片类生物碱外, 其余均为人工合成的化合物。

(1) 阿片类生物碱及其衍生物, 阿片类含有 25 种以上生物碱, 总称阿片生物碱。根据阿片生物碱化学结构的不同, 分为非类生物碱和苄基异喹啉类生物碱。非类生物碱包括吗啡 (衍生物海洛因)、可待因、蒂巴因 (其主要衍生物有丁丙诺啡、纳曲酮、盐酸二氢托啡) 等, 是临床上常用的中枢镇痛药; 苄基异喹啉类生物碱包括罂粟碱、那可汀、那碎因、劳丹诺等, 对中枢神经作用轻微, 但具有解除平滑肌痉挛的作用。

(2) 苯哌啶衍生物, 如氨苄哌替啶、吗乙苯哌酯、芬太尼、阿法罗定等。

(3) 二苯甲烷衍生物, 如美沙酮、消旋美沙酮、美沙醇、丙氧芬等。

(4) 吗啡喃衍生物, 如羟甲左吗啡、丁啡喃等。

(5) 苯丙吗啡烷衍生物, 如非那佐辛、镇痛新等。

2. 可卡因类。

可卡因类是由生长在南美洲安第斯山脉的灌木古柯树的叶加工提取的生物碱, 包括古柯碱、可卡因、克赖克等。具有中枢神经兴奋作用, 也用于局部麻醉。用药后易产生欣快、过度健谈、刻板行为、失眠、体重减轻等症状, 甚至引发中毒性精神病。此类毒品具有耐受性, 有很强的精神依赖性潜力, 反复使用可引起躯体依赖, 但不及阿片类严重, 我国目前此类药物滥用的报告很少。

3. 大麻类。

大麻类物质包括大麻属植物大麻和提炼而成的大麻脂、大麻烟、大麻油等。小剂量的大麻可使人产生欣快感以及“扬扬自得”的感觉; 大剂量的大麻可使人产生幻觉、妄想和类偏执狂感, 引起思维混乱和崩溃。

化学家从大麻的树脂中提取出 400 种以上的化合物, 目前已探明的约有 60 余种大麻酚类化合物, 其中 δ -四氢大麻酚 (δ -THC) 是具有精神活性作用的主要成分。另外 THC 的前体大麻二酚 (cannabidiol, CBD) 和 THC 的分解物大麻酚 (cannabinol, CBN) 也是重要的活性成分, 四氢大麻酚的含量越多, 毒品的作用就越大。用作毒品的大麻可吸食、饮用、吞服, 甚至加工后可注射。最常见的大麻制剂有三种: 大麻植物干品、大麻树脂和大麻油。

大麻植物干品: 俗称大麻烟 (marihuana), 由大麻植株或植株部分晒干后压制而成, THC 含量约为 0.5%~5%。

大麻树脂: 又称大麻酯 (hashish), 是用大麻的果实和花顶部分经压、搓后渗出的树脂制成, 其中 THC 的含量约为 2%~10%。

大麻油 (hash oil): 是从大麻植物或大麻籽、大麻树脂中提纯出来的液态大麻物质, 其 THC 含量约为 10%~60%。

一般认为, 大麻只产生一定程度的耐受性和精神依赖性, 不产生或仅产生很轻微的躯体依赖性。

4. 中枢神经兴奋药。

对中枢神经系统呈现兴奋效应的, 并且具有很强的精神依赖潜力药物, 包括苯丙胺 (AA)、甲基苯丙胺 (MA、冰毒)、匹莫林、哌醋甲酯、3, 4-亚甲基二氧基甲基苯丙胺 (MDMA、“摇头丸”)、替苯丙胺 (MDA)、咖啡因等。用药后精神兴奋, 性欲亢进, 对食欲和睡眠的要求降低; 大剂量可引起暴力和中毒性精神病, 出现视、听、触幻觉。长期应用可产生躯体依赖性。

5. 酒精及中枢神经抑制药。

酒精即乙醇, 是一种镇定剂, 也是一种全身性、非特异性的中枢神经系统抑制剂。小剂量可引起轻度欣快, 但同时失去辨别力、记忆力、注意力、控制力和执行精细动作的能力, 并可能导致情绪不稳定和易于激动。随着剂量的增大, 大脑皮层抑制加深, 会出现嗜睡、昏迷甚至死亡。大量、长期饮酒, 可导致中枢神经系统损伤或致残。我国约有 4700 万酒精依赖者。

中枢神经抑制药物，是指用于镇静、催眠，治疗焦虑、解除肌肉痉挛、控制癫痫发作等的镇静催眠药物，品种众多，可以分为两大类：①巴比妥类：如苯巴比妥、异戊巴比妥、司可巴比妥等；②苯二氮草类：如地西泮、艾司唑仑、咪达唑仑等。此类药物是全身性抑制药物，能降低脑、神经、肌肉和心脏组织的活动性，减慢机体组织的新陈代谢。该类药物具有耐受和依赖特性，并且存在交叉依赖性。在我国，此类药物依赖者大部分是因治疗失眠而成瘾的，在吸毒人群中合并有镇静催眠药滥用和依赖的发生率远远高于一般人群。

6. 致幻剂。

这是一类能引起精神病症状的药物，用药后可改变正常情绪、感知和思维状态，但不会使用药者丧失自知力，亦称为“拟精神病药”。包括麦角酰二乙胺（LSD）、二甲基色胺（DMT）、裸盖菇素、苯环利啉（PCP）、麦司卡林（南美仙人球碱）、赛洛西宾等。服用此类药物达到一定剂量时情感反应强烈，会出现一种狂喜、神往的感觉，活动增多，可产生幻觉、错觉、空间定向障碍、记忆力减退、自我评价受损、被害妄想和冲动伤人行为。

7. 挥发性有机溶剂。

挥发性有机溶剂，是指来源于人们日常生活中使用的胶水、除垢剂、稀料、汽油、涂改液及多种有机溶剂，如苯、二甲苯、丙酮、四氯化碳等。具有神经抑制和致幻等药理效应，这些气体进入人体后，使人产生“醉”态，损伤判断力，使感知觉歪曲，高浓度可导致麻醉和死亡。长期滥用会导致严重的器官毒性和行为毒性。反复使用可引起耐受性，具有精神依赖性和躯体依赖性。

8. 烟草。

烟草中主要含有尼古丁、焦油、一氧化碳等多种有害成分，是当今社会使用最广泛的“精神药物”。尼古丁为主要的致依赖性物质，有剧毒，对中枢神经系统、周围神经系统、心血管系统以及身体器官都能产生强烈的作用。它可使吸烟者自觉喜悦、敏捷、脑力增强、减轻焦虑和抑制食欲。长期吸食后突然停用可出现躯体戒断症状，如哈欠、流泪、无力、情绪低，但程度较轻。焦油和其他有害成分可使吸烟者和被动吸烟者患咽喉炎、气管炎、肺气肿、高血压、心脏病、肺癌及乳腺癌，吸烟与脉管炎的发生也有一定关系。

（三）其他分类方法

除上述分类方法外，人们还习惯于以下几种分类方法：

1. 根据毒品的来源。

按毒品的来源可分为天然毒品、半合成毒品和合成毒品三大类。天然毒品是直接来自毒品原植物中提取的毒品，如阿片、可卡因、大麻等。半合成毒品是由天然毒品与化学物质反应后合成的一类新毒品，如二乙酰吗啡（海洛因）、二氢吗啡酮等。合成毒品是用化学方法合成所制得的毒品，如甲基苯丙胺、氯胺酮等。

2. 根据毒品的成瘾性强度。

根据毒品的成瘾性强、弱，习惯上将其分为硬性毒品与软性毒品。硬性毒品，即烈性麻醉品，如阿片、吗啡、海洛因、可卡因等。软性毒品，即温和成瘾药品，如大

麻、甲丙胺酯、咖啡因等。

3. 根据毒品对中枢神经系统的作用。

根据毒品对中枢神经系统的作用特点, 可将毒品分为麻醉剂 (如海洛因、吗啡、哌替啶)、兴奋剂 (如可卡因、甲基苯丙胺)、镇静剂 (如地西洋、利眠宁)、致幻剂 (如麦角酰二乙胺、苯环利啶) 等。

4. 根据毒品是否为各国法律所管制。

根据毒品是否为各国法律所管制分为合法毒品与非法毒品。非法毒品, 是指海洛因、大麻、冰毒、“摇头丸”、可卡因等为世界各国严格管制、禁止的成瘾性物质。合法毒品, 是指烟草、酒精、咖啡因, 三者都具有一定的精神依赖性与躯体依赖潜力。但是因为这三种物质的产量、销售、消费规模都太大, 已经成为全世界各种文化的构成部分, 且危害相对较轻, 所以目前在大多数国家中, 它们都属于合法物质。各国的法律对于合法毒品的界定并不完全相同。

第二节 常见的毒品

一、传统毒品

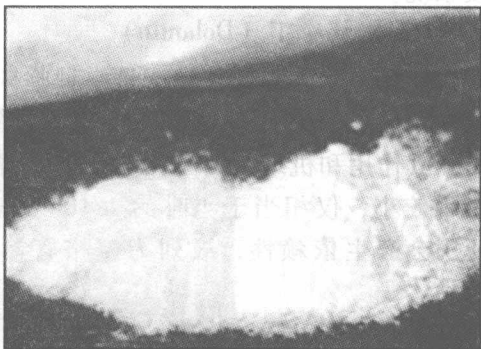
(一) 鸦片 (Opium)

鸦片又称阿片, 俗称大烟, 是罂粟果实中流出的乳液经干燥凝结而成。因产地不同而呈黑色或褐色, 味苦。生鸦片经过烧煮和发酵, 可制成精制鸦片, 吸食时有一种强烈的香甜气味。吸食者初吸时会感到头晕目眩、恶心或头痛, 多次吸食就会上瘾。

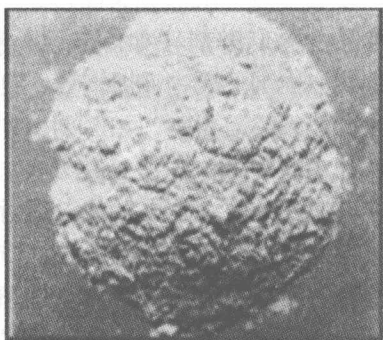


(二) 吗啡 (Morphine)

吗啡是从鸦片中分离出来的一种生物碱, 在鸦片中含量 10% 左右, 为无色或白色结晶粉末状, 具有镇痛、催眠、止咳、止泻等作用, 吸食后会产生欣快感, 比鸦片容易成瘾。长期使用会引起精神失常、谵妄和幻想, 过量使用会导致呼吸衰竭而死亡。历史上它曾被用作精神药品戒断鸦片, 但由于其副作用过大, 最终被定为毒品。



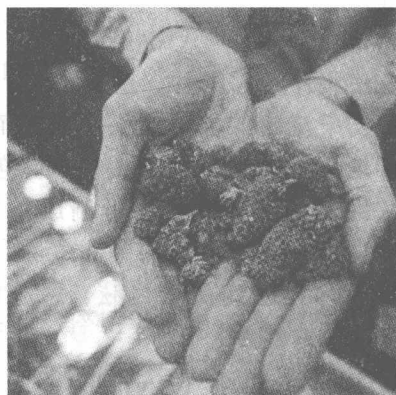
(三) 海洛因 (Heroin)



海洛因的化学名称为“二乙酰吗啡”，俗称白粉，它是由吗啡和醋酸酐反应而制成的，镇痛作用是吗啡的4~8倍，医学上曾广泛用于麻醉镇痛，但成瘾快，极难戒断。长期使用会破坏人的免疫功能，并导致心、肝、肾等主要脏器的损害。注射吸食还能传播艾滋病等疾病。历史上它曾被用作精神药品戒断吗啡，但由于其副作用过大，最终被定为毒品。海洛因被称为世界毒品之王，是我国目前监控、查禁的最重要的毒品之一。

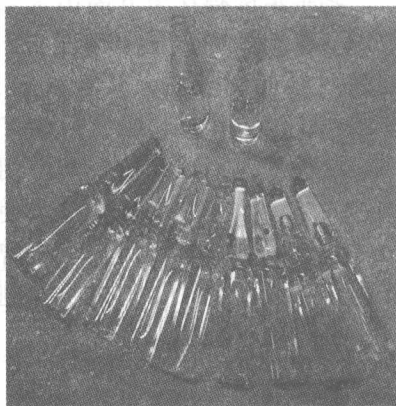
(四) 大麻 (Cannabis)

大麻是桑科一年生草本植物，分为有毒大麻和无毒大麻。无毒大麻的茎、秆可制成纤维，籽可榨油。有毒大麻主要指矮小、多分枝的印度大麻。大麻类毒品主要包括大麻烟、大麻脂和大麻油，主要活性成分是四氢大麻酚。大麻对中枢神经系统有抑制、麻醉作用，吸食后产生欣快感，有时会出现幻觉和妄想，长期吸食会引起精神障碍、思维迟钝，并破坏人体的免疫系统。



(五) 杜冷丁 (Dolantin)

杜冷丁即盐酸哌替啶，是一种临床应用的合成镇痛药，为白色结晶性粉末，味微苦，无臭，其作用和机理与吗啡相似，但镇静、麻醉作用较小，仅相当于吗啡的1/10~1/8。长期使用会产生依赖性，被列为严格管制的麻醉药品。



(六) 古柯 (Coca)

古柯是生长在美洲大陆、亚洲东南部及非洲等地的热带灌木，尤为南美洲的传统种植物。古柯树株高 1.5~3 米，生长周期为 30~40 年，每年可采摘古柯叶 3~4 次。古柯叶是提取古柯类毒品的重要物质，曾为古印第安人习惯性咀嚼，并被用于治疗某些慢性病，但其毒害作用很快就得到科学证实。从古柯叶中可分离出一种最主要的生物碱——可卡因。



(七) 可卡因 (Cocaine)

可卡因别名古柯碱，是人类发现的第一种具有局麻作用的天然生物碱 ($C_{17}H_{21}NO_4$)，为长效酯类局麻药，脂溶性高，穿透力强，对神经组织亲和性良好，产生良好的表面麻醉作用。其收缩血管的作用，可能与阻滞神经末梢对去甲肾上腺素的再摄取有关。毒性较大，小剂量时能兴奋大脑皮层，产生欣快感，随着剂量增大，使呼吸、血管运动和呕吐中枢兴奋，严重者可发生惊厥；大剂量可引起大脑皮层下行异化作用的抑制，出现中枢性呼吸抑制，并抑制心肌而引起心力衰竭。可卡因从所应用部位（黏膜和胃肠道）吸收，在肝和血浆经酯酶水解代谢，代谢物经肾脏排出，部分还可通过乳汁排泄。本品可通过血脑屏障，并在中枢神经系统蓄积，急性中毒时脑中的药物浓度高于血药浓度，本品还可通过胎盘屏障。因其毒性大并易于成瘾，近来已被其他局麻药所取代。临床上常用其盐酸盐制剂。



此外，传统毒品还有可待因、那可汀、盐酸二氢埃托啡等。

二、新型毒品

(一) 冰毒 (Methamphetamine)

