

# 国家卫生健康委员会办公厅

---

国卫办医函〔2018〕1178 号

## 国家卫生健康委办公厅关于印发 苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍诊断治疗 指导原则的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委（卫生计生委）：

为进一步规范苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍的医疗服务行为，我委对 2009 年修订的《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》再次进行了修订，并更名为《苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍诊断治疗指导原则》。现印发给你们，请参照执行。



国家卫生健康委办公厅  
2018 年 12 月 26 日

（信息公开形式：主动公开）

---

## 苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍 诊断治疗指导原则

为规范和指导苯丙胺类兴奋剂（Amphetamine-type stimulants, ATS）使用相关障碍的诊断治疗工作，2002 年原卫生部与原国家食品药品监督管理局联合发布了《苯丙胺类兴奋剂滥用及相关障碍的诊断治疗指导原则》，并于 2009 年进行了修订，修订后改名为《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》，由原卫生部发布。随着基础与临床研究的发展与进步，《指导原则》有必要进行更新。为此，国家卫生健康委再次组织专家对《指导原则》进行了修订，形成《苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍诊断治疗指导原则》，对临床表现与诊断标准作了更详细的描述，并增加了治疗目标、原则、疗效评价和预防复吸等内容。

苯丙胺类兴奋剂是指苯丙胺及其同类化合物。常见的包括：苯丙胺、甲基苯丙胺（俗称冰毒）、3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（俗称摇头丸）、甲卡西酮（浴盐、丧尸剂、丧尸药、喵喵）、麻黄碱、伪麻黄碱和哌甲酯等，其中最常被非法使用的有甲基苯丙胺和 3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺等（见附录 1）。苯丙胺类兴奋剂具有兴奋中枢神经系统的药理作用，可引起短

暂精神异常，包括急性中毒、有害性使用、依赖和戒断综合征及各种精神障碍等。

## 一、临床表现

（一）急性中毒。通常是短期大量使用苯丙胺类兴奋剂后所出现的一种中毒状态，临床表现与所使用的苯丙胺类兴奋剂药理作用及其剂量密切相关。

1. 躯体症状：大量滥用苯丙胺类药物可引起恶心、呕吐、口渴、出汗、发热，头痛、瞳孔扩大，部分患者可出现咬牙、共济失调，血压升高、心率加快或减慢，严重者出现心律失常、循环衰竭，出血或凝血功能障碍，惊厥、昏迷甚至死亡。

2. 精神症状：临床特征以类躁狂状态多见，表现为明显的兴奋话多、欣快、激越、失眠、动作增多、性欲亢进、冲动甚至攻击行为。症状较严重者可出现谵妄状态，表现为意识模糊、幻觉、思维松散、逻辑性差、判断能力下降、妄想、注意力涣散、刻板动作或言语等。

（二）有害性使用。有害性使用是指因使用苯丙胺类兴奋剂造成了躯体或心理（精神）上有临床意义的损害，常由急性中毒、对身体的直接或间接损害所致，患者知道自己的使用模式会造成损害，仍然继续使用。

1. 躯体损害：包括因使用苯丙胺类兴奋剂直接导致的躯体问题，如头痛、高血压、上消化道溃疡甚至出血等；或导致既往疾病的加重；或间接导致的躯体问题，如牙齿损害、静脉使

用导致的皮肤损伤、脓肿、溃疡、蜂窝组织炎、坏死性血管炎等，以及因不恰当的注射或性行为导致的人类免疫缺陷性病毒感染（HIV）和丙型肝炎病毒（HCV）感染等。

2. 精神损害：包括失眠、情绪易激惹、焦虑、抑郁及原有的性格特征更加突出等；或者使原有的精神症状复发或加重等。

（三）依赖综合征。反复或持续使用苯丙胺类兴奋剂导致的一组异常生理、行为和认知综合征。患者对苯丙胺类兴奋剂使用极大优先于其他活动，出现对苯丙胺类兴奋剂使用失控及强烈的心理渴求。表现为精神依赖及躯体依赖，躯体依赖症状的严重程度与滥用苯丙胺类兴奋剂的种类和程度相关。

1. 躯体依赖：是指个体反复使用苯丙胺类兴奋剂所导致的一种机体病理性适应状态，机体需要一定血药浓度的成瘾物质才能维持其正常功能，包括耐受性增加和戒断综合征。耐受性增加主要表现为使用同样剂量的苯丙胺类兴奋剂时出现药效减弱。因此，需通过增加使用剂量与频率，或者改变使用方式，如由吸入改为注射，来达到想要的效果。戒断症状表现详见下述戒断综合征。

2. 精神（心理）依赖：表现为对苯丙胺类兴奋剂强烈的心理渴求和对苯丙胺类兴奋剂失控性使用，难以控制使用时间与剂量，可有强迫性觅药行为，精神依赖是依赖综合征的核心特征。

（四）戒断综合征。长期反复大剂量使用苯丙胺类兴奋剂会导致机体出现适应性改变，一旦停止或减少使用剂量后，个体通常在4h~24h内会出现一系列与苯丙胺类兴奋剂药理作用相反的心理、生理症状群。苯丙胺类兴奋剂戒断综合征以精神症状为主，躯体症状相对较轻。主要包括食欲增加、头晕、昏沉感、嗜睡、睡眠增多或失眠、生动而不愉快的梦、疲乏、注意力不集中、焦虑、抑郁、动力缺乏、精神运动性迟滞或激越、多疑等。苯丙胺类兴奋剂戒断症状一般持续1~2周。

（五）谵妄状态。苯丙胺类兴奋剂所致谵妄状态多与急性中毒有关，多在不良躯体状况基础上发生。主要表现为意识障碍，如意识模糊、清晰度下降，感知觉障碍及行为紊乱，如生动的幻觉、错觉、精神运动性兴奋、刻板动作等。自主神经功能亢进，如大汗、心动过速、震颤等。患者常有记忆障碍，恢复后对谵妄时的表现存在遗忘或部分遗忘。如患者无严重躯体疾病，停用苯丙胺类兴奋剂并及时处理，症状持续时间一般较短，预后良好。

（六）精神病性症状。长期或大量使用苯丙胺类兴奋剂可导致类似偏执型精神分裂症的症状。常见的症状包括幻听、幻视、关系妄想、被害妄想、嫉妒妄想、内心被揭露感、怪异或不寻常思维内容、思维中断、言语紊乱、行为紊乱或紧张症等，也有报道出现虚无妄想、冒充者综合征等罕见症状。患者在精神症状的影响下可出现明显的兴奋激越及冲动攻击行为。病程

一般较短暂，持续时间大多不超过1个月，最长不超过6个月。

### （七）苯丙胺类兴奋剂所致的其他精神障碍。

1. 心境障碍：在苯丙胺类兴奋剂使用的各阶段均可出现。急性较大剂量使用苯丙胺类兴奋剂可导致心境高涨，患者主观体验到头脑灵活、精力充沛和愉快感，兴奋、话多、活动增加、易激惹、性欲亢进，严重者类似躁狂发作。在急性戒断期可出现倦怠、乏力、沮丧、情绪低落、快感缺失等，类似抑郁发作，患者为摆脱抑郁情绪往往再次寻求使用苯丙胺类兴奋剂。多数患者在戒断后或慢性使用过程中会出现不同程度的抑郁，症状包括烦躁、易怒、悲观、少语少动、疲劳感、嗜睡等，严重者可出现自杀念头或企图。少数患者可表现双相障碍，并可合并精神病性症状。随着戒断时间的延长及给予相应治疗后，上述心境障碍的症状一般会逐渐缓解或康复。

2. 焦虑障碍：在苯丙胺类兴奋剂使用时或戒断期间均可出现惊恐障碍，表现为突然出现的心慌、胸闷、心悸、呼吸短促、出汗、紧张、恐惧、乏力等，严重者出现濒死感，持续时间多为数分钟到数十分钟不等，很少超过一小时。也可出现类似于广泛性焦虑障碍的症状，表现为过分紧张、坐立不安、心神不定等，害怕或担心日常生活事件或活动，明知无意义但无法摆脱，为此苦恼，常伴情绪低落与睡眠障碍。症状表现类似于原发性焦虑障碍，有使用苯丙胺类兴奋剂的客观证据。

3. 性功能障碍：性功能障碍与苯丙胺类兴奋剂使用密切相

关，可发生在使用苯丙胺类兴奋剂的不同时期。男性性功能障碍表现包括性欲障碍（性欲增强或降低）、勃起障碍（或持续障碍）和射精障碍（射精延迟）等；女性主要表现性欲障碍（性欲增强或降低），如性高潮障碍、性兴趣/唤起障碍等。一般来说，使用早期可导致性功能亢进，慢性使用常常导致性功能降低。

4. 睡眠障碍：睡眠障碍可发生在苯丙胺类兴奋剂使用不同时期，急性中毒时表现为失眠，对睡眠的需求减少，睡眠潜伏期和连续性紊乱，快眼动睡眠与慢波睡眠减少。戒断期睡眠障碍很常见，主要表现为困倦、入睡困难、睡眠效率低，夜间觉醒次数增加，睡眠时间减少，次日自觉精力不足等。抑郁焦虑情绪会加重睡眠障碍或互为因果。

5. 认知功能障碍：普通人偶尔使用苯丙胺类兴奋剂可增强某些方面认知，如注意力更加集中、警觉性增强、工作效率提高，这是部分患者最初使用苯丙胺类兴奋剂的原因。但随着使用剂量与频率增加，可导致认知功能障碍，如在急性中毒及谵妄时，患者意识清晰度下降、定向障碍，可出现幻觉、错觉、妄想等感知觉与思维障碍。长期滥用苯丙胺类兴奋剂可导致持久认知功能损害，主要表现为执行功能、注意力、控制力及学习记忆功能损害。苯丙胺类兴奋剂所致认知损害与高危行为、治疗依从性差和复吸密切相关。目前认为苯丙胺类兴奋剂所致认知功能在持续戒断及治疗后可部分改善或康复。

(八) 苯丙胺类兴奋剂所致的常见躯体并发症。长期使用苯丙胺类兴奋剂可导致许多躯体并发症，其中以心血管系统、神经系统、运动系统并发症较常见。

1. 心血管系统：苯丙胺类兴奋剂对外周交感神经产生拟交感兴奋作用，可导致心动过速、心律失常、心肌缺血及急性高血压、心力衰竭甚至猝死。血管的急剧收缩和血压的升高会引起缺血性和出血性脑卒中。

2. 神经系统：苯丙胺类兴奋剂有较强的神经毒性，长期使用会出现多巴胺功能缺陷相关的障碍，如肌张力障碍、肌阵挛、共济失调、不自主运动等各类运动障碍。

3. 消化系统：苯丙胺类兴奋剂可抑制摄食中枢，导致食欲下降、营养不良、代谢紊乱等。慢性苯丙胺类兴奋剂滥用者常出现口干、牙周疾病、龋齿、牙齿磨损等，俗称“冰毒口腔”。

4. 内分泌系统：苯丙胺类兴奋剂可直接或间接影响内分泌系统导致血糖升高，慢性患者可导致糖耐量异常或并发糖尿病、甲状腺功能亢进。

5. 运动系统：苯丙胺类兴奋剂的中枢兴奋作用可表现为头颈部肌肉紧张、磨牙、肢体活动增加。大剂量使用可导致刻板样动作、震颤、抽搐，肌肉过度收缩、高热等会损伤肌细胞膜，引起横纹肌溶解。

6. 其他：苯丙胺类兴奋剂急性中毒时可导致恶性高热。苯丙胺类兴奋剂的性兴奋作用增加 HIV、乙型肝炎和丙型肝炎、

梅毒等性传播疾病的风险。有研究发现苯丙胺类兴奋剂具有免疫损伤作用，直接或间接参与 HIV 感染及发病过程。

## 二、评估与诊断

（一）评估。全面评估及确定症状是诊断的基础。评估内容包括病史采集、体格检查、精神检查、以及相关辅助检查等。

1. 病史采集：病史采集对于诊断苯丙胺类兴奋剂相关障碍至关重要，需要通过对患者及其他知情者的访谈来获得详细的病史资料。访谈前，尽量了解关于患者所有相关可查阅到的资料。在访谈中，需要掌握良好的沟通技巧，首要任务是建立良好的医患关系以获得患者信任与配合，访谈过程中要充分尊重患者、表达共情，积极倾听并关注患者非言语行为，灵活运用开放性和封闭式提问等访谈策略，保证评估过程的安全性和隐私性，以增加患者的依从性。与其他知情人访谈或获取相应客观检测指标有助于核实信息的正确性。访谈重点内容如下：

（1）目前使用苯丙胺类兴奋剂情况，包括是否还使用其他成瘾性物质；若使用，是何种物质，使用的剂量和频度如何。特别要了解入院前一周所有的情况。

（2）目前有哪些临床症状，构成何种综合征。

（3）患者这些临床表现与苯丙胺类兴奋剂使用时间、剂量的关系如何。

（4）是否存在可能影响临床表现的其他因素，如躯体与精神疾病、应激源、其他成瘾物质使用等。

(5) 患者是否有苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍不能解释的精神症状。

(6) 风险评估，如有无自杀、冲动攻击等风险。

(7) 如果患者不合作，重要的是判断精神障碍与苯丙胺类兴奋剂使用的关系，以及对自杀、冲动、攻击行为进行风险评估。

2. 体格检查：详细的体格检查可以全面评估患者的躯体情况，尤其要注意意识状态、生命体征、感染相关的体征、急性中毒和慢性苯丙胺类兴奋剂使用相关躯体并发症等。

3. 精神检查：包括对一般情况、感知与思维异常、情感活动和意志行为、认知功能等的完整评估。特别要注意对患者进行包括冲动、攻击、自杀等方面的风险评估。评估时应进行相应的详细记录。

4. 辅助检查：包括苯丙胺类兴奋剂生物学检测、实验室检查、影像学检查和相关心理学量表评估等。

(二) 诊断。参照国际疾病分类第十版（ICD-10）中使用精神活性物质所致精神和行为障碍的诊断标准（见附件2），在全面检查评估基础上，根据患者苯丙胺类兴奋剂使用史及相关临床表现，结合体格检查和精神科检查，以及实验室检查结果进行诊断。诊断要点如下：

1. 苯丙胺类兴奋剂急性中毒：一般是急性大量使用苯丙胺类兴奋剂所致的生理、心理精神症状群，急性中毒往往和剂量

密切相关，是一种短暂现象，临床表现主要与其药理作用密切相关。生理方面表现有瞳孔散大、血压和心率增加，精神方面表现为精神运动性激越、兴奋、欣快、思维混乱、偏执，过分警觉、焦虑、紧张、刻板行为等。严重者可出现中毒性谵妄状态。

2. 苯丙胺类兴奋剂有害性使用：过去 12 个月或者至少 1 个月因使用苯丙胺类兴奋剂造成了临床上躯体或精神健康的显著损害，患者常知道这种使用模式造成健康伤害，常由急性中毒、对身体器官或系统的直接或间接损害所致。

3. 苯丙胺类兴奋剂依赖综合征：过去 12 个月或至少持续 1 个月的慢性、反复或持续的物质使用，典型特征为反复或失控性持续使用苯丙胺类兴奋剂。患者往往连续数天使用苯丙胺类兴奋剂以追求药物兴奋快感，直至药效减弱，此时出现情绪低落、极度疲劳的耗竭状态，患者不得不停止使用数天，如此重复循环，苯丙胺类兴奋剂使用处于失控状态，伴发系列躯体与精神健康问题，影响其家庭、职业和社会功能。

4. 苯丙胺类兴奋剂戒断综合征：停止或减少苯丙胺类兴奋剂使用后出现的一组症状或体征，可表现为极度的疲劳与情绪抑郁及食欲增加等，伴有快感缺失与渴求使用苯丙胺类兴奋剂，常需要数天的休息与恢复，严重者出现自杀观念与行为。

5. 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍：使用苯丙胺类兴奋剂期间或之后不久，出现的精神病性综合征（如幻觉、妄想、兴奋

或木僵、抑郁、躁狂等)。只要不再继续使用更多的药物，上述症状多数持续时间较短，大多数典型病例在1月内部分缓解。如果肯定患者没有继续使用苯丙胺类兴奋剂，但症状长期持续存在，则应考虑与其他精神疾病，如精神分裂症共病问题。

(三) 诊断步骤。在全面病史采集并明确患者有成瘾物质使用史的基础上，通过对精神症状进行分析，提出诊断假设，鉴别诊断与明确诊断及随访与验证诊断五个基本步骤来明确诊断。当患者同时存在苯丙胺类兴奋剂使用障碍与精神症状时，要注重苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍与原发的精神障碍的鉴别诊断，重点通过分析精神障碍是否“独立”于苯丙胺类兴奋剂使用，确定是否同时存在其他原发的精神障碍。

(四) 鉴别诊断。苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍临床表现复杂，在不同的发生、发展阶段具有不同的临床特征。苯丙胺类兴奋剂急性中毒与戒断过程中可出现各种精神症状，需要与精神疾病相鉴别；苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍的临床症状与精神分裂症、抑郁症、双相障碍等精神障碍类似，需要通过全面分析进行鉴别诊断。

1. 急性中毒与原发的精神障碍：在苯丙胺类兴奋剂急性中毒过程中，可出现兴奋、激越、抑郁、精神病性症状等类似于其他非药物所致精神障碍，如精神分裂症、双相障碍、焦虑抑郁障碍的症状。鉴别要点：后者缺乏苯丙胺类兴奋剂使用史；前者是在苯丙胺类兴奋剂使用过程中、使用后不久出现，并具

有苯丙胺类兴奋剂中毒的其他特征性症状，如鲜明、生动、且恐怖的视幻觉，关系妄想、被害妄想等，而且精神症状持续时间较短，随着药物代谢，症状缓解或痊愈。

2. 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍与原发的精神障碍鉴别要点：前者与苯丙胺类兴奋剂使用关系密切；而后者无苯丙胺类兴奋剂使用史，具有其相应精神障碍的临床与病程特点。部分患者可能存在共病的情况，鉴别诊断的重点在于精神障碍是否“独立”于苯丙胺类兴奋剂使用，即是否属于“共病”，详见下述共病的鉴别诊断。

3. 其他成瘾物质使用相关障碍：药物滥用者常伴有多种成瘾物质使用，虽然发展到依赖状态的患者具有类似的行为特征，但不同成瘾物质具有不同的药理特征，患者使用后的生理与心理体验不同，戒断后特征性症状也有所差异。可以通过患者的病史及尿或者血液毒品及代谢产物检测来进行鉴别诊断。临床上一般根据目前主要使用的成瘾物质来进行诊断，但如果患者目前同时满足多种成瘾物质依赖诊断标准，可同时诊断多种药物依赖。

4. 精神疾病共病：与其他物质依赖类似，苯丙胺类兴奋剂使用者共患其他精神疾病比例较高，当患者同时存在苯丙胺类兴奋剂使用与精神症状时，需要对二者的关系进行综合分析，与其他原发的精神障碍鉴别，区分二者是否是相互独立的疾病即共病。鉴别的关键是分析精神疾病是否独立于苯丙胺类兴奋

剂使用。

(1) 苯丙胺类兴奋剂使用的方式：苯丙胺类兴奋剂所致相关精神障碍一般发生在大量使用或者慢性使用者，因此患者除了存在精神症状外，还具有苯丙胺类兴奋剂依赖的临床特征。

(2) 苯丙胺类兴奋剂使用与精神障碍的关系：重点确定精神症状是否与苯丙胺类兴奋剂使用密切相关。如精神症状出现在急性中毒或戒断期，精神障碍与苯丙胺类兴奋剂使用存在消长关系，苯丙胺类兴奋剂使用所致精神障碍可能性大。从发生时间来看，苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍是在成瘾物质使用之时或者不久后发生，如果在成瘾物质使用之前就已经存在精神障碍，共病可能性大。从精神障碍持续时间来看，苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍持续时间一般较短，ICD-10 描述大多数患者在 1~6 月内缓解或痊愈，DSM-5 描述精神障碍一般在停止苯丙胺类兴奋剂使用后 1 月内缓解，但人格与认知功能损害可能持续存在，而其他非药物所致精神障碍具有其各自的病程特点。

### 三、治疗

苯丙胺类兴奋剂依赖（成瘾）与其他物质依赖类似，是一种慢性、复发性脑病，具有复杂的生物、心理和社会学因素。成瘾前可能就有社会、家庭、心理问题，成瘾后又导致患者躯体、心理、家庭、社会一系列不良后果。戒断后，许多医学、

心理社会因素都可导致复发。成瘾的治疗与康复是一个长期的过程，需采取生物、心理、社会综合干预模式，治疗不仅仅针对成瘾物质使用问题，应树立以患者为中心全病程治疗的理念。对治疗效果的评估也需要从成瘾物质滥用、躯体及精神健康、家庭社会功能、法律问题等方面全面评估，而不是仅采用复吸率来评估成瘾治疗效果。

### （一）治疗概述。

#### 1. 治疗目标与基本原则

对于苯丙胺类兴奋剂依赖的患者，应根据个体化评估结果及其自身与家庭社会资源确定治疗目标。成瘾治疗的主要目标包括以下几个方面：（1）控制或停止使用苯丙胺类兴奋剂；（2）防止、减少复发；（3）改善躯体与精神健康；（4）改善家庭及社会功能，促进回归社会；（5）减少相关危害。

治疗的基本原则包括：（1）个体化、综合性治疗措施；（2）足够的治疗时间，对大多数患者来说至少需要三个月的治疗时间；（3）重视心理行为治疗；（4）积极治疗共患的精神、躯体障碍。

#### 2. 治疗的核心内容

完整的治疗应当包括急性脱毒、康复、预防复发与回归社会三个阶段。研究发现，治疗并非需要自愿才有效，来自家庭、就业或司法系统的压力都能增加患者治疗参与率，提高治疗效果。定期监测成瘾物质使用可帮助患者保持戒断状态，并为调

整治疗方案提供依据。另外，需要对艾滋病（HIV/AIDS）和其他传染病进行评估与干预。需要强调的是，康复是一个长期的过程，与慢性精神障碍、躯体疾病一样，复发往往不可避免，应采用慢性疾病治疗理念对成瘾者进行长期治疗与康复。

不论患者处于何种治疗阶段及治疗环境，采用何种治疗模式，治疗均包括以下核心内容：治疗评估、治疗计划及包含三种基本干预方法即药物治疗、心理行为治疗和社会干预的综合治疗措施等。只有包括这些核心要素的治疗才能获得最佳治疗效果。

### 3. 疗效评价

成瘾治疗是一个长期、综合和系统的治疗，治疗几乎涉及到患者生活的所有方面，如躯体、心理、个人家庭和社会支持系统等。治疗过程是帮助患者恢复或重建多方面功能的过程，在治疗过程中患者每个方面改善和进步都是疗效的体现，而不是仅关注患者是否使用成瘾物质，即是否复发，而应该采取多方面综合评价方法，包括躯体健康状况、认知/行为改变、成瘾物质使用情况、法律相关问题、职业功能、家庭功能和社会功能状况。

## （二）急性中毒的治疗。

### 1. 一般处理

（1）将患者置于安静环境中，严密监测生命体征变化，建立静脉通道，保持呼吸道通畅，维持水电解质平衡。

(2) 服药时间不超过 4 小时，可以催吐洗胃或使用活性炭，促进排泄。在没有严重并发症时可以酸化尿液加速排泄，口服氯化铵 0.5g，每 3~4 小时一次。但如果出现高热、横纹肌溶解、严重酸中毒等严重并发症时则不能酸化尿液。

(3) 应当尽量避免使用约束躯体的方法来控制激越，因使用约束增加高热与横纹肌溶解的危险，导致严重并发症的发生。

## 2. 躯体并发症

(1) 高热：高热后会出现一系列的并发症，导致代谢紊乱和脏器损害，高热所致的死亡率较高，因此要积极快速降温、严密心电监护，保护脑细胞，可适当使用镇静药物防止患者躁动不安而加重病情。补液维持机体的水、电解质平衡及纠正代谢性酸中毒和高钾低钠血症，预防器官功能衰竭。在早期可以碱化尿液，防止肌红蛋白对肾脏的损害，监测尿量。可以使用肌肉松弛剂丹曲林 (Dantrolene) 治疗高热。

(2) 横纹肌溶解：临床表现为肌肉疼痛、压痛和肿胀等。如果尿隐血实验阳性而镜检无明显红细胞，血清肌酶高于正常值 5 倍，则提示横纹肌溶解，确诊有赖于肌红蛋白测定 (血肌红蛋白  $> 80\text{ng/ml}$ ，尿肌红蛋白  $> 20\text{ng/ml}$ )。治疗上主要是保护肾功能，监测出入水量，大量补液，碱化尿液和使用抗氧化剂来保护肾小管细胞。如果发生急性肾衰，则需要透析治疗。

(3) 急性冠脉综合征：苯丙胺类兴奋剂使用可导致心率

增加、心动过速、心悸、血压升高，有时会导致心肌梗死或中风，因胸痛被诊断为急性冠脉综合征者常见，除了避免使用 $\beta$ 肾上腺素能阻滞剂与拉贝洛尔外，治疗与非药物所致的该综合征相似。治疗主要措施：①让患者绝对卧床休息 12~24h，禁食至胸痛消失。建立静脉通道，吸氧，持续心电监护及血氧监测，准备除颤仪。②解除疼痛，使用吗啡 2~4mg 静脉注射，注意低血压和呼吸抑制。③抗血小板治疗，无禁忌证者立即给予阿司匹林 300mg 口服，此后改为 100mg/d 维持。④心肌营养治疗：给予葡萄糖-胰岛素-钾溶液中加入 ATP 和辅酶 A 营养心肌。条件有限者，尽早转至心血管专科诊断、治疗。

（4）高血压：应监测患者血压，当出现血压升高时应对症处理，禁止使用 $\beta$ 肾上腺素能阻滞剂如普萘洛尔或艾司洛尔，因有加重血管收缩与血压升高的风险。常用的血压控制药物如钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂及血管紧张素受体拮抗剂等可以使用。根据患者的实际情况和不同类型降压药物的不良反应来选择合适的药物，原则上是从小剂量开始使用，逐渐增加至合适剂量，必要时两药联合使用降压。如果经过处理降压效果不理想，可以使用硝普钠等药。

（5）抽搐发作：立即让患者平卧，头偏向一侧，取下义齿，将压舌板置于患者一侧上、下臼齿之间；清除呼吸道分泌物，吸氧，建立有效静脉通道，进行心电、血压和血氧饱和度的监测。保持环境安静，避免声光刺激。缓慢静注地西泮 5~

20mg，每分钟注射量小于 2mg 或者劳拉西泮 2~8mg 静脉注射，或肌注苯巴比妥钠 0.1~0.2g 等。

### 3. 精神症状

(1) 激越或焦虑：首选口服苯二氮卓类药物。效果不佳可使用小剂量第二代抗精神病药如奥氮平、利培酮、齐拉西酮等，严重者可肌注氟哌啶醇或齐拉西酮。

(2) 精神病性症状：患者急性中毒出现幻觉或者被害妄想，关系妄想等精神病性症状时，可以使用奥氮平 5~20mg/d，或利培酮 2~4mg/d、帕利哌酮 3~6mg/d、阿立哌唑 5~20mg/d 口服。尽量使用最小有效剂量，幻觉或妄想消失后应逐渐停止使用。

(3) 谵妄状态：保持安静环境，密切监测生命体征，兴奋躁动明显者首选氯硝西泮或地西泮等苯二氮卓类药物，症状严重者可肌注氟哌啶醇或齐拉西酮。如果躁动不明显则可使用第二代抗精神病药口服，如奥氮平 5~10mg/d 或者利培酮 2~4mg/d、帕利哌酮 3mg/d 口服。一旦症状消失，可停止使用抗精神病药。

(三) 有害性使用和依赖综合征的治疗。治疗以心理、社会干预措施为主。目前尚无确切疗效的减轻苯丙胺类兴奋剂心理依赖的药物，亦无确切的抗复发治疗药物。

(四) 戒断综合征的治疗。

#### 1. 处理原则

一般来说，患者的躯体戒断反应较轻，一般无需特殊处理，也无须住院治疗，除非存在严重的躯体并发症或者严重的抑郁、焦虑情绪，需要积极处理。

## 2. 抑郁焦虑和睡眠障碍

在戒断期，患者出现较重的抑郁、焦虑时需要积极处理，可使用抗抑郁药物如 5-羟色胺再摄取抑制剂氟西汀 20 ~ 40mg/d、或帕罗西汀 20 ~ 40mg/d、或舍曲林 50 ~ 150mg/d 口服；也可使用去甲肾上腺素和 5-羟色胺再摄取抑制剂文拉法辛 75 ~ 150mg /d，或去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺再摄取抑制剂米氮平 15 ~ 30mg/日口服。三环类抗抑郁药如米帕明（丙咪嗪）则应从小剂量 25mg/d 开始，逐渐加量至 100 ~ 150mg/d 口服。失眠较严重患者可以使用苯二氮草类药物如地西泮 2.5 ~ 5mg 或者氯硝西泮 1 ~ 2mg，睡前口服，但使用时间不宜过长。也可以考虑使用曲唑酮、米氮平、喹硫平等，从小剂量开始，应注意不良反应。

## 3. 谵妄

对谵妄患者应进行详细的躯体状况检查和相应的辅助检查，排除其他原因如中枢神经系统感染、颅内出血、滥用其他成瘾物质或酒精等所致，如谵妄是其他躯体疾病所致，应以积极治疗原发疾病为主。将患者置于安静环境，密切监测生命体征，对于谵妄的兴奋躁动及精神症状的药物治与急性中毒时谵妄状态的处理类似，具体可参见前述相关内容。

### （五）精神病性障碍的治疗。

一般需使用抗精神病药物进行治疗。用药前必须排除禁忌证，进行常规体格和神经系统检查及血常规、血生化（包含肝、肾功能）和心电图检查。对于合作患者，给药方法以口服为主，对于幻觉、妄想等精神病性症状，优先考虑第二代抗精神病药物，如奥氮平 5~20 mg/d、喹硫平 400~600mg/d、利培酮 2~4mg/d 或帕利哌酮 3~12mg/d 等。通常采用逐渐加量法，从小剂量起始，1~2 周内逐步加至有效治疗剂量，药物剂量一般应小于治疗精神分裂症等原发的精神疾病所使用的剂量。对于兴奋躁动较严重、不合作或不肯服药的患者，常采用注射给药，注射给药应短期应用，并采用深部肌肉注射。通常使用氟哌啶醇 5mg~10mg 肌注，必要时 2~3 次/日或者齐拉西酮 10~20mg 肌注，每隔 2 小时可注射 10 mg 或每隔 4 小时可注射 20mg，最高 40mg/日。出现肌张力障碍等锥体外系反应可注射东莨菪碱 0.3mg。

对抗精神病药物治疗的持续时间尚无一致意见，一般认为，精神症状持续短暂者不宜长期使用抗精神病药，幻觉妄想等精神症状消失后可逐渐停用药物。对于精神症状持续存在及反复出现者，可以适当延长抗精神病药物使用时间，如 3~6 个月。治疗过程中应注意药物不良反应如锥体外系反应、肝肾功能损害等。考虑患者的合作性与方便性，可考虑使用长效注射剂如帕利哌酮长效制剂，75mg~100mg/月治疗。具有严重的

心血管疾病、肝脏疾病、肾脏疾病以及有严重的全身感染时禁用，甲状腺功能减退和肾上腺皮质功能减退、重症肌无力、闭角型青光眼、既往同种药物过敏史也禁用。白细胞过低、老年人、孕妇和哺乳期妇女等应慎用抗精神病药物。

#### (六) 其他精神障碍的治疗。

1. 心境障碍：双相情感障碍需使用心境稳定剂治疗，心境稳定剂主要包括锂盐（碳酸锂）和某些抗癫痫药如丙戊酸盐、卡马西平等。碳酸锂是最常用的心境稳定剂。碳酸锂治疗窗小，临床使用中需要防止锂中毒。抑郁障碍时应使用抗抑郁药物治疗，抗抑郁药物可从如下四类中选择：①选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂；②去甲肾上腺素和 5-羟色胺再摄取抑制剂；③去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺再摄取抑制剂；④三环类抗抑郁药等。因不良反应较多，目前较少使用三环类抗抑郁药。

2. 焦虑障碍：焦虑障碍可使用抗焦虑药物治疗，苯二氮草类为应用最广的抗焦虑药物，其他还有 5-HT<sub>1A</sub> 受体部分激动剂丁螺环酮和坦度螺酮、β肾上腺素受体阻滞剂如普萘洛尔等。多数抗抑郁药以及部分抗精神病药（小剂量使用）均有抗焦虑作用。目前多首选具有抗焦虑作用的抗抑郁药，如帕罗西汀 20-40mg/d、艾司西酞普兰 10-20mg/d、舍曲林 50-200mg/d 等，早使用初期可以合并使用苯二氮草类药，在 2 周左右逐渐停止使用苯二氮草类药物，以防止苯二氮草类药物依赖。严重焦虑者可以合并使用小剂量抗精神病药物，如奥氮平 5-10mg/d 等。

3. 睡眠障碍:可使用镇静催眠药物治疗失眠, 常见镇静催眠药物包括如苯二氮草类药物、非苯二氮草类镇静催眠药如唑吡坦等, 具有镇静催眠作用的抗抑郁药物如曲唑酮和米氮平等, 以及褪黑素受体激动剂阿戈美拉汀等。苯二氮草类药物和唑吡坦等镇静催眠药均具有依赖性, 不宜长期使用。养成良好的睡眠卫生及心理治疗等非药物治疗也是治疗睡眠障碍的重要方法。

(七) 物理治疗。物理治疗手段包括经颅磁刺激, 经颅直流电刺激, 深部脑刺激以及针刺治疗等。目前有研究发现上述物理治疗对改善成瘾者情绪、睡眠障碍及降低心理渴求、改善认知功能等具有积极作用。

(八) 心理、社会干预。目前缺乏针对苯丙胺类兴奋剂依赖者的药物治疗, 心理、社会治疗是治疗苯丙胺类兴奋剂的最主要方法。心理、社会干预主要是针对影响患者苯丙胺类兴奋剂使用的心理社会因素, 包括对个体心理、行为及家庭、社会环境两个方面的干预。治疗早期主要以增加患者治疗动机、提高患者自信心与自我效能为主, 治疗中、后期主要目的是矫正患者苯丙胺类兴奋剂依赖导致的各种心理、社会问题, 帮助患者学习各种心理、社会技能、建立健康的生活方式及预防复发。

#### 1. 心理、社会干预的基本原则和治疗计划

心理、社会干预的基本原则包括: 治疗前应确定尊重、理解、关爱患者的基本态度; 注意治疗环境的安全及保密原则;

初始阶段建立良好的治疗关系，与患者共同制定治疗计划，包括评估问题及确定治疗需求，与患者讨论并确定具体治疗目标，为实现治疗目标可能采用的具体干预内容与措施等。治疗计划需要获得患者的认可，在实施过程中才会得到患者配合与支持。

## 2. 心理、社会干预的主要方法

(1) 动机强化治疗：采用一定的治疗策略帮助患者建立并增强治疗动机，动机强化应贯穿成瘾治疗的全过程。动机强化治疗以患者为中心，强调改变是患者自己的责任，激发患者的内在潜能。动机性交谈 (motivational interviewing, MI) 是动机强化治疗的主要技术，通过反馈、责任、建议、提供改变菜单、共情、增强自我效能感等步骤来帮助患者认识到问题，主要运用开放式问题、回映性倾听、引发关注点、支持肯定、总结等基本技术解决患者的矛盾心理，促使其改变药物滥用行为。

(2) 认知行为干预：是通过识别和改变患者的不合理认知，来减少或消除不良的情绪或药物滥用行为。认知行为干预主要包括行为的自我管理或自我控制、应对技能训练、线索暴露、行为列联管理及配偶行为治疗等。预防复发治疗是药物依赖治疗中最常用的认知行为干预手段，目的是帮助患者识别复发的高危情景，保持对复发的警惕性，加强自我控制及学习应对各种复发高危情景的技巧，以预防药物依赖复发。

(3) 正念防复吸治疗 (mindfulness-based relapse prevention, MBRP) 主要从以下三个心理层面干预以减少复吸行为: 通过提高觉知能力帮助患者识别渴求及对高危情境的不良反应而选择更合理反应方式; 提高患者注意控制能力, 改善患者执行控制力, 减少自动化的觅药行为。帮助患者接纳自己负性情绪与不舒服状况, 更好地管理自我情绪与行为, 从而达到降低渴求、预防复吸的目的。MBRP 主要以团体形式进行, 主要内容包括正式正念冥想练习及日常生活中的非正式的正念冥想, 还有家庭练习及每日记录追踪表等。

(4) 家庭治疗: 家庭治疗是以患者的家庭为治疗单位, 可包括对核心家庭成员、患者配偶 (婚姻治疗)、兄弟姐妹等所有家庭成员及主要社会支持人员, 家庭治疗的目标是帮助解决患者家庭问题及帮助患者康复。家庭治疗的包括结构式家庭治疗、行为主义家庭治疗、心理动力性家庭治疗、系统式家庭治疗等。

(5) 社会干预: 社会干预包括改变家庭、社会环境, 为患者的康复提供支持性环境, 主要针对家庭、社区或文化等方面的问题, 动员各种资源来影响与患者药物使用相关的认知、行为及社会环境, 帮助患者保持长期戒断, 建立健康的家庭、社会生活方式。社会干预主要包括后继服务、自助与互助组织等。

(九) 其他干预与康复措施。

包括预防苯丙胺类兴奋剂使用的健康宣教、对高危人群及早期依赖者的简要干预和对康复者及家庭成员的干预等。其他康复措施还包括运动治疗、认知康复训练等。随着科学技术的发展，一些新型干预方法，如网络远程咨询、手机 APP、基于虚拟现实技术的心理行为干预等正在兴起，但其疗效尚需进一步研究。

- 附件：1. 苯丙胺类兴奋剂的药理作用、分类及管制
2. ICD-10 关于使用精神活性物质所致精神和行为障碍的诊断标准

## 苯丙胺类兴奋剂的药理作用、分类及管制

### 一、药理作用

（一）对中枢神经系统作用。苯丙胺类兴奋剂（ATS）对中枢神经系统主要表现为警觉性增高、精力旺盛、欣快、情感高涨、冲动性增高以及短期内认知功能提高，如持续性注意力增强。

（二）对其他系统作用。短期和长期使用甲基苯丙胺（Methamphetamine, MA）后均可造成包括心率、呼吸加快、血压升高、食欲下降、瞳孔扩大、体温升高等。高剂量 MA 使用后会产生发热、大汗、头痛、头晕、视物不清、胃痉挛、恶性、呕吐、肌肉痉挛和乏力、胸痛、震颤和脱水等症状。

### 二、分类

根据苯丙胺类兴奋剂化学结构不同及药理、毒理学特性可分为以下四类：（1）兴奋型苯丙胺类：代表药有甲基苯丙胺、哌甲酯、甲卡西酮等。（2）致幻型苯丙胺类：代表药有二甲氧甲苯丙胺、溴基二甲氧苯丙胺和麦司卡林等。（3）食欲型苯丙胺类：包括苯甲吗啉、苯二甲吗啉，二乙胺苯丙酮等。（4）混合型苯丙胺类：包括亚甲二氧基甲基苯丙胺和亚甲二氧基乙基苯丙胺。常见苯丙胺类兴奋剂的名称及作用见下表。

常见苯丙胺类兴奋剂的名称及其药理作用

| 中文名      | 英文名                                     | 别名    | 俗名      | 主要作用          |
|----------|-----------------------------------------|-------|---------|---------------|
| 苯丙胺      | Amphetamine                             | 安非他明  | 提神丸、大力丸 | 中枢神经兴奋        |
| 右旋苯丙胺    | Dexamfetamine                           |       |         | 中枢神经兴奋        |
| 左旋苯丙胺    | Levaamfetamine                          |       |         | 中枢神经兴奋        |
| 甲基苯丙胺    | Methamphetamine                         | 去氧麻黄碱 | 冰毒      | 中枢神经兴奋作用较苯丙胺强 |
| 卡西酮      | Cathinone                               |       |         | 具有类似于苯丙胺的兴奋作用 |
| 哌甲酯      | Methylphenidate                         | 利他林   |         | 中枢神经兴奋        |
| 二甲氧甲基苯丙胺 | 2,5-dimethoxy-4-methyl-amphetamine, DOM |       |         | 致幻作用          |
| 溴基二甲氧苯丙胺 | 4-bromo-2,5-dimethoxy-amphetamine, DOB  |       |         | 致幻作用，作用慢，恢复慢  |
| 三甲氧苯     | Mescaline                               | 麦司卡林  | 坏种      | 致幻作用          |

|                |                                                    |                |                         |         |
|----------------|----------------------------------------------------|----------------|-------------------------|---------|
| 乙胺             |                                                    | 仙人球毒碱          |                         |         |
| 苯甲吗啉           | Phenmetrazine                                      | 芬美曲嗪           |                         | 抑制食欲    |
| 苯双甲吗啉          | Phendimetrazine                                    | 苯甲曲嗪           |                         | 抑制食欲    |
| 芬氟拉明           | Fenfluramine                                       | 氟苯丙胺           |                         | 抑制食欲    |
| 右旋芬氟拉明         | Dexfenfluramine                                    | 右苯丙胺           |                         |         |
| 3,4-亚甲二氧甲基苯丙胺  | 3,4-methylene-dioxymethyl-amphetamine, MDMA, Domex | 替甲基苯丙胺<br>都麦克斯 | 摇头丸<br>迷魂药<br>狂欢丸<br>爱芝 | 兴奋及致幻作用 |
| 3,4-亚甲二氧基乙基苯丙胺 | 3,4-methylene-dioxyethyl-amphetamine, MDEA         | 三乙氧苯乙胺         |                         | 兴奋及致幻作用 |

### 三、管制

在国际列管方面，联合国制定了三个国际公约分别对麻醉药品、精神药品的许可证资格，生产、制造的管制，国际贸易和销售，贩运以及预防滥用措施等进行管制、打击和政策指导，它们分别是 1961 年制定的“麻醉药品单一公约”（Single Convention on Narcotic Drugs，简称“61 公约”）、1971 年制定的“精神药品公约”（Convention on Psychotropic

Substances, 简称“71 公约”) 和 1988 年制定的“禁止麻醉品和精神物质贩运公约”(Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 简称“88 公约”)。根据联合国公约的规定, 苯丙胺类兴奋剂归“71 公约”管制。根据药物滥用形势的发展, 联合国公约所管制的物质种类也在不断变化之中。例如, “71 公约”已由刚制定时所管制的 8 个品种增加到了 1995 年的 38 个品种。

我国于 1985 年加入了上述两个公约。国务院分别于 1987 年和 1988 年制定了《麻醉药品管理办法》和《精神药品管理办法》, 规定对麻醉药品和精神药品采取严格审批、定点控制等多项管制措施。1996 年 1 月原卫生部发布的《麻醉药品品种目录》和《精神药品品种目录》共列出被管制的能使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品共计 237 种, 其中麻醉药品 118 种, 精神药品 119 种(一类 47 种、二类 72 种), 包含近 20 种苯丙胺类兴奋剂。国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》自 2005 年 11 月 1 日起施行。2013 年 11 月 11 日公布的《麻醉药品品种目录(2013 年版)》和《精神药品品种目录(2013 年版)》共列出麻醉药品 121 种, 精神药品 141 种(第一类 68 种, 第二类 73 种), 其中苯丙胺类兴奋剂为 27 种。2017 年 6 月 19 日, 根据《麻醉药品和精神药品管理条例》、《非药用类麻醉药品和精神药品列管办法》的有关规定, 公安部、国家食品药品监督管理总局和国家卫生和计划生育委员会公布将 N-甲基-N-(2-二甲氨基环己基)-3,4-二氯苯

甲酰胺 (U-47700)、1-环己基-4-(1,2-二苯基乙基)哌嗪 (MT-45)、4-甲氧基甲基苯丙胺 (PMMA) 和2-氨基-4-甲基-5-(4-甲基苯基)-4,5-二氢恶唑 (4,4'-DMAR) 4种物质列入非药用类麻醉药品和精神药品管制品种增补目录。至此我国列管的新精神活性物质已达138种。

## ICD-10 关于使用精神活性物质所致的精神和行为障碍的诊断标准

### 【引言】

本节包括范围很广的一类障碍，其严重程度不同（从无并发症的中毒和有害使用到明显的精神病性障碍和痴呆），但均可归因于一种或多种精神活性物质的使用（无论是否曾有过医嘱）。

所涉及的活性物质以第二和第三位编码指明（即字母 F 之后的前两位数字），第四和第五位编码指明临床状态。为节省篇幅，首先列出所有的精神活性物质，继之以四位编码。如果需要，每一种所指明的活性物质均应使用编码，但请注意并非所有的四位编码均可使用于一切活性物质。

### 【诊断要点】

可在自我报告，尿样、血样等的客观分析或其他依据（病人的物品中混有药物样品、临床体征和症状以及知情第三者的报告）的基础上辨明所使用的精神活性物质，最好从一种以上的来源去寻找使用活性物质的有关确证。

客观分析能提供当前或最近使用药物的最有力的依据，尽管这些资料对于辨明既往的使用情况及当前的使用水平有局限性。

许多药物使用者服用一种以上的药物，但只要可能就应根据所使用的最重要的一种（或一类）活性物质对疾病的诊断进行归类，往往根据某种或某类引起当前障碍的特殊药物做出判断。如有疑问，将病人最常滥用的药物进行编码，尤其是连续使用或每日使用的药物。

只有当精神活性物质的使用方式十分混乱或各种不同药物的作用混合在一起无法区分时，方可采用编码 F19. -（多种药物使用引起的障碍）。

错用精神活性物质以外的药物，诸如轻泻药或阿斯匹林应采用编码 F55. -（非依赖性物质的滥用），并以第四位编码指明所涉及的物质类型）。精神活性物质所致精神障碍（尤其是发生在老年之谵妄），凡不伴本节中任何一种障碍（如有害使用或依赖综合症）者应在 F00 - F09 处编码，而谵妄附加于本节中某种障碍者应使用 FIX. 3 或 FIX. 4 进行编码。

嗜酒水平可采用 ICD - 10 第二十章中的补充编码：Y90. -（经检测血中酒含量证明嗜酒）或 Y91. -（根据中毒水平证明嗜酒）。

### **F1x. 0 急性中毒**

使用酒或其他精神活性物质后的短暂状况，导致意识水平、认知、知觉、情感或行为、或其他心理生理功能和反应的紊乱。

只有在出现中毒但不存在持续更久的酒或药物有关问题

时才能以此为主要诊断。若出现这些问题，则应优先诊断为有害使用(F1x. 1)、依赖综合征(F1x. 2)或精神病性障碍(F1x. 5)。

### 【诊断要点】

急性中毒往往与剂量密切相关（见 ICD-10 第二十章）。伴有某种潜在器质性状况者（例如肾或肝功能不全）可能例外，少量的活性物质即可使其产生与剂量不相称的严重中毒反应。社交场合出现的行为失控（例如在聚会或狂欢节时出现的行为失控）也应考虑在内。急性中毒是一种短暂现象，中毒的程度随时间的推移而减轻，如果不继续使用活性物质，中毒效应最终将消失。因此，只要不出现组织损害或另一种并发症，本状况均可完全缓解。

中毒的症状不一定总是反映出该物质的原有作用：例如抑制性药物可导致激越或活动过多的症状，兴奋性药物可导致社会性退缩和内向化行为，而大麻和致幻剂类物质的效应尤其难以预料。而且许多精神活性物质在不同剂量水平时能产生不同类型的效应。例如，低剂量时酒对行为有明显的兴奋作用，随着剂量的增加可产生激越和侵犯性，达到极高剂量时则产生显著的镇静作用。

包含：急性醉酒

“不适感（Bad trips）”（致幻剂所致）

醉酒 NOS

【鉴别诊断】 应考虑急性头部外伤和低血糖，还应考虑

活性物质混合性使用所致中毒的可能性。

下列第五位编码可用于指明急性中毒是否伴有并发症：

F1x. 00 无并发症

不同严重程度的症状，往往为剂量依从性，尤其在高剂量时。

F1x. 01 伴有外伤或其他躯体损伤

F1x. 02 伴有其他内科合并症

如呕血，呕吐物吸入。

F1x. 03 伴有谵妄

F1x. 04 伴有知觉歪曲

F1x. 05 伴有昏迷

F1x. 06 伴有抽搐

F1x. 07 病理性中毒

仅适用于酒。病人饮酒后突然发生侵犯性、往往为暴力性行为，这种行为不是病人清醒时的典型行为，但病人所饮酒量在大多数人不会产生中毒。

#### **F1x. 1 有害性使用**

对健康引起损害的一种精神活性物质的使用类型，损害可能是躯体性的（如自我注射药物所致的肝炎）或精神性的（例如继发于大量饮酒的抑郁障碍发作）。

#### **【诊断要点】**

诊断要求急性损害已经影响到使用者的精神或躯体健康。

有害使用的方式经常受到他人的批评，并经常与各种类型的不良社会后果相关联；病人的某种使用方式或对某种特殊物质的使用遭到他人或文化处境的反对或导致负性社会后果，例如被捕或婚姻不和；以上事实本身不能作为有害使用的依据。

急性中毒（见 F1x. 0）或“遗留效应”本身不足以作为编码有害使用所要求的健康受到损害的依据。

如果存在依赖综合征（F1x. 2）、某种精神病性障碍、或另一种特殊的与药物或酒有关的障碍，则不应诊断为有害使用。

### **F1x. 2 依赖综合征**

这是一组生理、行为和认知现象，使用某种或某类活性物质对特定的个人来说极大优先于其他曾经比较重要的行为。可将依赖综合征的特点概括描述为一种对使用精神活性药物（无论是否曾有过医嘱）、酒或烟的渴望（往往是强烈的，有时是无法克制的）。也可存在证据表明依赖者经过一段时间的禁用后重新使用该物质时较非依赖者更为迅速地再现本综合征的其他特征。

#### **【诊断要点】**

确诊依赖综合征通常需要在过去一年的某些时间内体验过或表现出下列至少三条：

- （a）对该物质的强烈渴望或冲动感；
- （b）对活性物质使用行为的开始、结束及剂量难以控制；

(c) 当活性物质的使用被终止或减少时出现生理戒断状态 (见 F1x. 3 和 F1x. 4), 其依据为: 该物质的特征性戒断综合征; 或为了减轻或避免戒断症状而使用同一种 (或某种有密切关系的) 物质的意向;

(d) 耐受的依据, 例如必需使用较高剂量的精神活性物质才能获得过去较低剂量的效应 (典型的例子可见于酒和鸦片依赖者, 其日使用量足以导致非耐受者残疾或死亡);

(e) 因使用精神活性物质而逐渐忽视其他的快乐或兴趣, 在获取、使用该物质或从其作用中恢复过来所花费的时间逐渐增加;

(f) 固执地使用活性物质而不顾其明显的危害性后果, 如过度饮酒对肝的损害、周期性大量服药导致的抑郁心境或与药物有关的认知功能损害; 应着重调查使用者是否实际上已经了解或估计使用者已经了解损害的性质和严重程度。

个人对精神活性物质的使用方式逐渐局限也被描述为一种特征性表现 (例如倾向于在周日和周末以同样的方式饮用酒精类饮料, 而不顾饮酒行为是否恰当的社会制约)。

依赖综合征的一个基本特征是存在精神活性物质的使用或渴望使用; 病人使用药物的冲动感在试图停止或控制药物的使用时最为常见。诊断需除外, 为了缓解疼痛而应用阿片类药物的外科病人, 当不给药物时, 病人会表现出鸦片戒断状态的体征, 但病人无继续服药的渴望。

依赖综合征可针对一种特殊物质（如烟草或安定）、一类物质（如鸦片类）或范围较广的不同物质（某些人会规律性地出现服用可以得到的任何药物的冲动感，并在禁用时表现出不适、激越和／或戒断状态的躯体体征）。

包含：慢性酒中毒

发作性酒狂

药瘾

可用下列第五位编码进一步指明依赖综合征的诊断：

F1x. 20 目前禁用

F1x. 21 目前禁用，但处于被保护的环境中

（例如医院、社区治疗中心、监狱等）

F1x. 22 目前在临床监督下维持或替代性使用

[控制性依赖]

（例如用美散痛，烟硷胶或烟硷膏）

F1x. 23 目前禁用，但接受厌恶性或阻断性药物治疗

（例如纳屈酮或戒酒硫）

F1x. 24 目前使用活性物质 [活动性依赖]

F1x. 25 连续性使用

F1x. 26 发作性使用 [发作性酒狂]

**F1x. 3 戒断状态**

在反复地、往往长时间和／或高剂量地使用某种物质后绝对或相对戒断时出现的一组不同表现、不同程度的症状。其起

病和病程均有时间限制并与禁用前夕所使用物质的种类和剂量有关。戒断状态可伴有抽搐。

### 【诊断要点】

戒断状态是依赖综合征的指征之一（见 F1x. 2），而后一诊断也应予以考虑。

如果这些症状是就诊的原因或严重到足以引起医疗上的重视，则戒断状态应作为主要诊断编码。

躯体症状依所用药物而异。心理障碍（例如焦虑、抑郁和睡眠障碍）也是戒断状态的常见特征。病人往往报告戒断症状因继续用药而得以缓解。

应注意当最近未使用药物时戒断症状可由条件性 / 习得性刺激所诱发，对这类病例只有症状达到一定程度时才能诊断为戒断状态。

**【鉴别诊断】** 药物戒断状态时出现的许多症状也可由其他精神科情况（例如焦虑状态和抑郁障碍）引起。其他状况所致的单纯性“遗留效应”或震颤不应与戒断状态的症状相混淆。

可采用下列第五位编码进一步指明戒断状态的诊断：

F1x. 30 无并发症

F1x. 31 伴有抽搐

**F1x. 4 伴有谵妄的戒断状态**

这是一种戒断状态（见 F1x. 3）并发谵妄（见 F05. 一的标准）的精神状况。

酒引起的震颤谵妄应在此编码，震颤谵妄是一种时间短但偶尔可致命的伴有躯体症状的中毒性意识模糊状态。它通常是有长期饮酒历史的严重依赖者绝对或相对戒断的结果，往往在酒戒断后起病。有时可出现在某次暴饮过程中，这种情况也应在此编码。

典型的前驱症状包括失眠、震颤和恐惧。起病也可以戒断性抽搐为先导。经典的三联征包括意识混浊和精神错乱、涉及任一感官的生动幻觉和错觉以及明显的震颤；也常出现妄想、激越、失眠或睡眠周期颠倒以及自主神经功能亢进。

不含：谵妄，非药物和酒所致（F05. —）

可采用下列第五位编码进一步指明伴有谵妄的戒断状态之诊断：

F1x. 40 不伴抽搐

F1x. 41 伴有抽搐

### **F1x. 5 精神病性障碍**

这是在使用精神活性物质期间或之后立即出现的一类精神现象。其特点为生动的幻觉（典型者为听幻觉，但常涉及一种以上的感官）、人物定向障碍、妄想和/或援引观念（常具有偏执或被害色彩）、精神运动性障碍（兴奋或木僵）以及异常情感表现，后者可从极度恐惧到销魂状态。感觉往往清晰，有某种程度的意识混浊，但不存在严重的意识障碍。典型病例在1个月内至少部分缓解，而在6个月内痊愈。

### 【诊断要点】

用药期间或用药后立即（往往在 48 小时内）出现的精神病性障碍应在此编码，除非属于伴谵妄之药物戒断状态（见 F1x. 4）的表现或者为迟发性起病。迟发起病的精神病性障碍（用药两周以后起病）也可出现，但应编码为 F1x. 75。

精神活性物质所致的神精病性障碍可呈现不同形式的症状，症状的变异受药物种类及使用者人格的影响。可卡因、安非他明这类兴奋性药物所致的神精病性障碍通常与高剂量和/或长时间用密切相关。

当病人使用了具有原发性致幻效应的物质（例如麦角酸二乙基酰胺（LSD）、仙人球毒硷、高剂量的大麻）时，不应仅依据知觉歪曲或幻觉性体验而诊断为精神病性障碍。对这些情况以及意识模糊状态均应考虑诊断为急性中毒（F1x. 0）的可能性。

当适合于诊断为精神活性物质所致精神病时应特别注意避免误诊为更严重的状态（例如精神分裂症）。只要不再使用更多的药物，精神活性物质所致的神精病性状态多数持续较短（如安非他明和可卡因性精神病）。对这类病例的误诊会给病人及卫生机构带来痛苦和昂贵的代价。

包含：酒中毒性幻觉症

酒中毒性嫉妒症

酒中毒性偏执症

## 酒中毒性精神病 NOS

**【鉴别诊断】:** 应考虑精神活性物质加重或诱发另一种精神障碍的可能性(例如精神分裂症(F20. -);心境[情感]障碍(F30—F39);偏执性或分裂性人格障碍(F60. 0, F60. 1)。如遇上述情况,精神活性物质所致精神病性状态这一诊断则可能不恰当。

可采用下列第五位编码进一步指明精神病性状态的诊断:

F1x. 50 精神分裂症样

F1x. 51 以妄想为主

F1x. 52 以幻觉为主

(包括酒中毒性幻觉症)

F1x. 53 以多形性为主

F1x. 54 以抑郁症状为主

F1x. 55 以躁狂症状为主

F1x. 56 混合型

**F1x. 6 遗忘综合征**

这是一种以慢性近记忆损害为主的综合征,远记忆有时也可受累,而即刻回忆保留。往往有明显的时间观念和事件发生顺序的障碍以及学习新资料困难。虚构可为明显的症状,但也可缺如。其他认知功能常常相对保持完好,遗忘的程度与其他功能的障碍不成比例。

**【诊断要点】**

在此处编码的酒或其他精神活性物质所致的遗忘综合征应满足器质性遗忘综合征的一般性标准（见 F04），诊断的基本要求为：

(a) 表现为近记忆障碍（学习新材料）的记忆损害；时间感受障碍（对事件的发生时序进行重排、将重复出现的几件事压缩为一件等）；

(b) 无即刻回忆损害、意识损害及广泛的认知损害；

(c) 慢性（尤其是高剂量）使用酒精或药物的病史或客观依据。

伴有明显的淡漠、缺乏始动性和倾向于自我忽视的人格改变亦可存在，但不是诊断的必要条件。

尽管虚构可能十分明显，但不应作为诊断的必需条件。

包含：柯萨可夫氏精神病或综合征，酒或其他精神活性物质所致鉴别诊断；应考虑器质性遗忘综合征（非酒中毒性）（见 F04）；有明显记忆损害的其他器质性综合征（例如痴呆或谵妄）（F00—F03；F05. -）；某种抑郁性障碍（F31—F33）。

### **F1x. 7 残留性或迟发性精神病性障碍**

酒或精神活性物质所致的认知、情感、人格或行为改变，其持续时间超过了与精神活性物质有关的直接效应所能达到的合理期限。

#### **【诊断要点】**

起病与酒或某种精神活性物质有直接的联系。如初次起病

晚于活性物质使用的发作，则需有清楚和有利的依据证明本状态为药物的残留影响所致，方可在此编码。本症应表现出原有正常机能的改变或对其特点的显著夸张。

本症的持续时间应超出精神活性物质的直接作用所能达到的期限（见 F1x. 0 急性中毒）。酒和精神活性物质所致的痴呆并非总是不可逆转的，经过长时间的完全禁用，智能和记忆有可能得到改善。

应仔细地将本症与戒断有关的状况（见 F1x. 3 和 F1x. 4）相鉴别，应注意在某些情况下以及使用某些药物时，戒断状态的表现中断用药后许多天或许多星期依然存在。

精神活性药物所致的、停药后持续存在且符合精神病性障碍诊断标准的状况不应在此处归类（使用 F1x. 5，精神病性障碍）。表现出慢性柯萨可夫综合征后期症状的病人应在 F1x. 6 处编码。

**【鉴别诊断】：**应考虑被药物使用所遮盖，药物作用消退后又重新显露的原本就存在的精神障碍（例如惊恐焦虑，抑郁性障碍，精神分裂症或分裂型障碍）；对闪回的病例应考虑急性和短暂精神病性障碍（F23. -）；还应考虑器质性损伤或轻、中度精神发育迟滞（F70 - F71），后者可与精神药物的滥用共存。

可采用下列第五位编码对本诊断进一步区分：

F1x. 70 闪回

可部分地根据发作性、通常为短暂的病程（数秒或数分）以及既往与药物有关的体验的再现（有时完全相同）与精神病性障碍相鉴别。

**F1x. 71 人格或行为障碍**

符合器质性人格障碍的标准（F07. 0）。

**F1x. 72 残留性情感障碍**

符合器质性心境〔情感性〕障碍的标准（F06. 3）。

**F1x. 73 痴呆**

符合在 F00 - F09 之引言中所描述的痴呆之一般性标准。

**F1x. 74 其他持久的认知损害**

这是为不符合精神活性物质所致遗忘综合征（F1x. 6）或痴呆（F1x. 73）之标准而伴有持久性认知损害的障碍所保留的编码。

**F1x. 75 迟发的精神病性障碍**

**F1x. 8 其他精神和行为障碍**

能阐明药物的使用为其直接原因，但未满足上述任何一种障碍之诊断标准的任何其他障碍在此处编码。

**F1x. 9 未特定的精神和行为障碍**