

第七十一章 精神活性物质所致精神障碍

与精神活性物质(简称物质)相关的精神障碍可以分为两类:一类是精神活性物质使用障碍(物质依赖障碍和物质滥用),另一类为精神活性物质所致的障碍,包括:精神活性物质中毒,精神活性物质戒断反应,精神活性物质所致谵妄,精神活性物质所致的持久性痴呆,精神活性物质所致的持久性遗忘障碍,精神活性物质所致的精神病性障碍,精神活性物质所致的心境障碍,精神活性物质所致的焦虑障碍,精神活性物质所致的性功能障碍和精神活性物质所致的睡眠障碍。

第一节 精神活性物质依赖、滥用、中毒和戒断反应

精神活性物质依赖

【 诊断标准 】

这是一种对精神活性物质适应不良的使用方式,在临床上产生了明显的身体损害和内心痛苦,表现为下列情况至少三条,发生在为期 12 个月中的任何时候:

1. 耐药性,可由下列任何一项确定:

- (1) 需要明显地增加物质的剂量以达到期盼的效应。
- (2) 继续使用相同剂量的物质明显地减少了这种效应。

2. 戒断反应,由下列任意一项表明:

- (1) 有某种物质的特征性戒断综合征(参见为特定的物质戒断而制定的诊断标准 A 和 B)。
- (2) 摄取同样的(或密切相似的)物质以缓解或避免戒断症状。

3. 摄取物质的剂量和时间远远超过先前的预想。

4. 一直希望减少或控制使用物质或进行一些无效的努力。

5. 为了获得物质(例如,多次求医看病或长距离驾车)、使用物质(例如,连续吸烟)或从物质的效应中恢复过来而耗费了大量的时间。

6. 由于物质的使用而不得不放弃或减少重要的社交、职业或娱乐活动。

7. 尽管了解到持续的或反复发生的生理或心理问题已经存在,并且这些问题可由物质引起或加重,仍然继续使用(例如,尽管认识到可卡因引起抑郁,还在使用可卡因,尽管认识到酒可以使胃溃疡恶化,还继续饮酒)。

如果有下列情况需标明:

- (1) 有生理依赖:有耐药性或戒断反应的证据(例如,存在第一项或第二项)。
- (2) 无生理依赖:无耐药性或戒断反应的证据(例如,不存在第一项或第二项)。

(3) 康复程度的记录程序:

(4) 早期完全缓解:在 1~12 个月的时间内,不再符合任何一项依赖和滥用的诊断标准。

(5) 早期部分缓解:在 1~12 个月的时间内,符合一项或几项依赖和滥用诊断标准,但不符合依赖和滥用的全部诊断标准。

(6) 持久的完全缓解:在为期 12 个月或更长的时间内,从未符合依赖和滥用的任何一项诊断标准。

(7) 持久的部分缓解:在为期 12 个月或更长的时间内,虽然不符合依赖和滥用的全部诊断标准,但确符合一项或几项诊断标准。

如果正在使用激动剂治疗或生活在严密控制的环境中,可使用下列记录方式:

(8) 处于激动剂治疗中:这适用于遵医嘱正在进行激动剂治疗,在过去的一个月这种治疗药不符合精神活性物质依赖和滥用诊断标准(对激动剂的耐药性或戒断症状除外),这一类别也适用于利用部分激动剂或激动剂兼拮抗剂治疗依赖的情况。

(9) 生活在严密控制的环境中:这适用于生活在酒和滥用物质都受到严格管理的环境下,至少在过去的一个月中不符合依赖和滥用诊断标准。例如受到严密监视和没有物质流入的监狱、治疗社区或封闭的医院病房。

精神活性物质滥用

【 诊断标准 】

1. 物质使用的非适应方式临床上导致了病人明显的损害和痛苦、且发生于为期 12 个月的时

间内，并至少具备下列标准中的一项：

(1) 反复的物质使用导致不能履行工作职责，不能完成学习任务或不能料理家务(例如，由于物质使用而出现有关的旷工或工作表现欠佳；与物质使用有关的旷课，停学或开除学籍；不能照料孩子和不做家务)。

(2) 在对自己构成身体危害的情况下反复地使用物质(例如，当物质使用已造成损害时驾驶汽车或操纵机器)。

(3) 反复出现的与物质有关的法律问题(例如，因与物质有关的妨害社会治安行为受到拘留)。

(4) 不顾因物质效应引起或加重的持久的或反复出现的社会或人际关系问题，(例如，因中毒的结果和打架斗殴而与配偶争吵)仍然继续使用物质。

2. 具有的症状不符合该种物质的依赖诊断标准。

精神活性物质中毒

【 诊断标准 】

1. 由于近期摄取(或暴露于)某种物质而产生一种可逆的该种物质所特有的综合征。

注：不同的物质可以产生相似或者完全相同的综合征。

2. 在使用物质之时或继续使用物质之后短期内，由于物质作用于中枢神经系统而在临床上产生了明显的非适应性行为或心理变化(例如，好斗性、心境不稳、认知损害、判断力损害、社交或职业功能损害)。

3. 上述症状不是由于一般医学情况所致，也不能用其它精神障碍更好地解释。

精神活性物质戒断反应

【 诊断标准 】

1. 由于停止(或减少)曾长期而大量使用的物质而产生某种物质所特有的综合征。

2. 该物质所特有的综合征引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它重要功能方面的损害。

3. 上述症状不是由于一般医学情况所致，也不能由其它精神障碍更好地解释。

第二节 阿片类物质依赖

【 病史采集 】

病史采集的内容包括吸毒史、吸食毒品种类、每日毒品剂量、每日吸毒次数、吸毒方式、有无耐药性、以往戒毒次数和戒毒方法、有无多种毒品滥用以及躯体疾病等。

【 躯体检查 】

对吸毒者的体检除常规检查外还必须注意皮肤有无注射毒品遗留的针迹，以前臂、下肢等静脉明显处为多；经常吸食毒品者可能会有鼻中隔粘膜充血和溃疡，甚至穿孔；长期吸食阿片者在没有及时使用毒品时会出现瞳孔散大，因为瞳孔不能因光线而自行调节，所以吸毒者畏光，而常常带墨镜。而刚刚吸食毒品者会有瞳孔缩小，如针尖样瞳孔是吸毒过量的特征。

【 实验室检查 】

除常规检查外必须包括心电图检查、肝功能检查、血、尿常规检查、拍胸片或透视。对不能确诊的病人要做纳洛酮催瘾实验或阿片类尿液试纸的定性实验。

【 精神检查 】

要做详细的精神检查，目的是排除其它精神障碍，有伴随疾病时要同时治疗。

【 诊断与鉴别诊断 】

1. 阿片类依赖的诊断标准

这是一种对阿片类物质不良的使用方式，在临床上明显地引起了病人的身体损害和内心痛苦，在为期 12 个月中的任何时候，表现为下列情况至少三条：

(1) 耐药性，可由下列任何一项确定：

1) 需要明显地增加阿片类物质的剂量以达到期盼的快感效应。

- 2) 继续使用相同剂量的阿片类药物明显地减少了这种效应。
- (2) 戒断反应, 由下列任意一项表明:
- 1) 有阿片类物质的特征性戒断综合征(参见下一条阿片类戒断反应)。
 - 2) 摄取同类的(或密切相似的)物质以缓解或避免戒断症状。
- (3) 摄取的阿片类药物剂量和时间远远超过先前的预想。
- (4) 一直希望减少或控制使用阿片类药物或进行一些无效的努力。
- (5) 为了获得阿片类药物(例如, 多次求医看病或长距离驾车) 使用阿片类药物(例如, 连续吸烟)或从阿片类药物的效应中恢复过来而耗费了大量的时间。
- (6) 由于阿片类药物的使用而不得不放弃或减少重要的社交、职业或娱乐活动。
- (7) 尽管了解到持续的或反复发生的生理或心理问题已经存在, 并且这些问题可由阿片类药物引起或加重, 仍然继续使用该类物质。

2. 阿片戒断反应。

【 诊断标准 】

1. 下列两项必具其一:

- (1) 停止(或减少)曾长期(大于数周)大量使用过的阿片。
- (2) 在使用一段时间阿片后, 给予阿片拮抗剂治疗。

2. 继标准 1 之后, 几分钟至几天内至少出现下列症状三条:

- (1) 心境不佳
- (2) 恶心或呕吐
- (3) 肌肉疼痛
- (4) 流泪或流鼻涕
- (5) 瞳孔扩大, 毛发竖起或出汗
- (6) 腹泻
- (7) 打哈欠
- (8) 发热
- (9) 失眠

3. 标准 2 中的症状临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它功能重要方面的损害。

4. 上述症状不是由于一般医学情况所致, 并且不能用其它精神障碍更好地解释。

【 治疗方案 】

美沙酮治疗方案, 丁丙诺啡治疗方案, 精神药物治疗方案等。

1. 美沙酮治疗方案

(1) 概况:

1993 年我国卫生部颁布《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》, 首选美沙酮进行戒毒(脱毒)治疗。

美沙酮是强效阿片类药物。与其它阿片类产生交叉依赖性和耐受性, 可替代任何一种阿片类药物。由于半衰期(药物在血液中的浓度降低 50% 所需要的时间)长, 本身戒断症状较轻, 这使美沙酮成为对阿片类成瘾进行替代、脱毒治疗的根据。与其他戒毒药比较, 美沙酮具有对戒断症状控制疗效显著, 脱毒治疗成功率高; 可以口服, 一次用药可产生 24 小时的临床效应; 用药安全, 无严重的副作用等优点。美沙酮已成为最常用的脱毒治疗药物。目前, 美沙酮替代递减法是阿片类成瘾的常规戒毒方法之一。本疗法的目标是消除阿片类毒品的非法使用, 使病人恢复正常人的工作、学习、生活方式, 减少犯罪和反社会行为。

美沙酮脱毒是足量替代后, 逐步递减, 直到无须服用美沙酮亦不会出现戒断症状。此时, 原吸毒者无需依赖毒品, 才算脱毒成功。

美沙酮在体内的过程:

1) 吸收: 口服, 皮下、肌肉注射均可, 并很快到达血液中。口服 30 分钟后可在血中测到, 4 小时浓度达峰值。

2) 分布: 在肝、肺、肾、脾等主要脏器, 脑内只有很小一部分。

3) 代谢：主要在肝内进行，小部分由肾原形排出。口服一剂美沙酮其半衰期为 10~18 小时，平均 15 小时。长期服用者半衰期 13~47 小时，平均 25 小时。

(2) 药理作用:

美沙酮的药理作用在性质上与吗啡相同。其特点是镇痛效力强，口服有效。对阿片类成瘾者的躯体戒断症状治疗效果显著，作用力持久，重复应用有效。适用于阿片类成瘾者的戒毒用药。它的镇静和呼吸抑制作用，以及对平滑肌和心血管系统的作用与吗啡相似，但弱于吗啡。

美沙酮使胃肠蠕动减慢，胃排空延长，增加肠道平滑肌静止时的张力，显著地降低直肠的推进性活动，可导致便秘。这在美沙酮戒毒中比较常见。

(3) 副反应和药物间的相互作用:

美沙酮的副反应与吗啡类似，常见有便秘、出汗过多、消化不良、镇静。偶见皮疹、周围性水肿等。

美沙酮为阿片受体激动剂，与所有麻醉性镇痛药有协同作用，与纳洛酮、纳屈酮等阿片受体拮抗剂呈拮抗作用。

(4) 剂量:

用于戒毒治疗的剂量，视不同情况按如下方法处理。

1) 按吸毒(海洛因)量的大小、时间的长短、吸毒方式的不同，以及躯体情况而定。

2) 适当的剂量是病人感觉舒服而又没有海洛因的戒断症状的最低剂量。此剂量因人而异，应个别处理。

3) 按药理学的换算，1 毫克美沙酮可替代 2 毫克海洛因、4 毫克吗啡、20 毫克杜冷丁。但是这种换算方法没有实际意义，因为临床上无法掌握海洛因从黑市购买时所含的纯度。

4) 常用的首剂量在 30~50 毫克范围，极少需要超过 50 毫克以上的，有的仅用 15~20 毫克也能解决问题。

5) 总的原则是足量替代后，次日即开始逐日递减，递减原则是“先快后慢、只减不加”，开始时可按每日递减 20% 左右，当减至每日 12~10 毫克时，递减速度要慢。

按照我国卫生部颁布的《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》的递减方案，应个别化进行处理。大多数在 15~20 天内完成，第 21 天停药。递减程序安排如下：

每日递减总药量的 20% 左右，减至 10 毫克左右时改为 1~3 日减 1 毫克，最后减完；

个别病人的情况稳定可以每天减 5 毫克，减至 10 毫克左右时，改为每天减 1~3 毫克，最后减完；

如果起始的剂量较小，可以每天减 1 毫克，最后逐渐减完；

2. 丁丙诺啡治疗方案

(1) 概况:

丁丙诺啡是 20 世纪 60 年代合成的阿片受体部分激动剂。它最初是被作为强效镇痛剂开发和研制的。80 年代后在美国将丁丙诺啡用于戒毒工作取得较好成效，以后广泛应用于戒毒工作中。

丁丙诺啡对阿片受体是部分拮抗和部分激动作用，镇痛作用强，可以缓解阿片类的戒断症状，药物依赖性较低，副作用小，与吗啡和美沙酮相比更为安全可靠，是一种比较好的戒毒治疗药物。

(2) 药理作用:

丁丙诺啡是蒂巴因的衍生物，其化学结构与吗啡相似，对阿片受体有激动作用；但它的某些部位又与纳洛酮相似，因此又有拮抗阿片受体的作用。因为丁丙诺啡具有拮抗剂和激动剂的特性，临床上称它为阿片受体半拮抗剂。

丁丙诺啡的镇痛作用强。其镇痛强度约为吗啡的 100 倍，实际镇痛作用为吗啡的 25 倍。丁丙诺啡与美沙酮一样，可以很好地抑制阿片戒断症状的出现。丁丙诺啡虽然是阿片受体的半拮抗剂，但它诱发戒断症状的作用轻微。随着剂量的增加戒断症状有增加的趋势，但在 4 毫克的丁丙诺啡剂量时，不会诱发戒断症状。

丁丙诺啡有较弱的呼吸抑制作用，其它作用还包括镇静、恶心、低血压和便秘。丁丙诺啡的成瘾性低于吗啡和杜冷丁，而精神依赖性潜力与吗啡相当。

(3) 不良反应:

呼吸抑制的不良反应并不常见。轻者呼吸减慢，重症者呼吸困难、紫绀等。过量中毒较少发生，因其治疗量与致死量相距甚远，超过 10 倍。发生中毒时表现为：从嗜睡到昏迷，出现针尖

瞳孔、呼吸抑制、出冷汗等。解救方法是输氧及大剂量纳洛酮静脉滴注。其它副作用，部分病人可有恶心、呕吐、头晕、困倦和血压降低等。丁丙诺啡有呼吸抑制作用，所以呼吸机能障碍、高龄和体弱者慎用。严重肝病、孕妇、及哺乳者亦需慎用。酒精及中枢神经抑制会加强丁丙诺啡的呼吸抑制、镇静和降血压作用，不宜合并使用。

(4) 剂量与用法:

丁丙诺啡用于海洛因成瘾的脱毒治疗，国外介绍的日剂量范围可在 0.5~16mg 之间。在我国的应用研究报告中，丁丙诺啡肌肉注射，通常首次剂量为 0.3~0.6mg。观察 30 分钟，视控制戒断症状情况而定，必要时再用 0.3~0.6mg，至控制症状为止。最大剂量定 0.9~1.2 毫克/次；以后每 6 小时肌注一次，同首次剂量。第一天剂量常需 1.2~3mg；第二天，因戒断症状严重，剂量可酌加；第三天开始逐日剂量递减。舌下含片的控制戒断症状不如注射剂好。

3. 精神药物治疗方案:

精神药物，如吩噻嗪类，适用于海洛因依赖戒断症状的控制，是因为这些药止吐、镇静、拟胆碱能等作用，可减轻腹部痉挛；抗抑郁剂可以改善情绪；抗焦虑剂可以对抗焦虑、改善睡眠。戒毒治疗中，在医生指导下使用这类药物有一定帮助，分述如下。

(1) 氯丙嗪 + 非那根：

此为亚冬眠疗法。供静脉滴注、肌肉注射，也可以口服。

静脉滴注法：每次用氯丙嗪 50~100mg + 非那根 50mg，稀释于 500 毫升 10% 葡萄糖溶液中，以每分钟 40~60 滴缓慢滴入。每日 1~2 次，连续 3 天。然后改为口服，每日氯丙嗪 200~300mg。维持 3~5 日，逐步减量后停药。

肌注法：氯丙嗪每次 25~50mg，极量每次 100mg，一般每日两次。宜深部注射，并应轮换注射部位，7 天为一疗程。

口服法：氯丙嗪每日总量为 300~400mg，分 3~4 次服，戒断症状控制后逐渐减量，至停药。7~10 天为一疗程。

禁忌证：肝肾功能严重损害，中枢神经系统明显受抑制，原发性癫痫，大脑器质性病变，心血管病患者忌用。

可能出现的副反应及处理办法如下：

1) 心血管功能改变：血压下降，轻者平卧，头低足高；重者采取升压措施。静脉滴注者治疗后平卧 2 小时以上，以防止体位性低血压。心率超过 120 次/分钟者，需用心得安处理，严重心率紊乱者停药。

2) 惊厥：减药或合并抗癫痫药物如苯妥英钠 0.1 克，每日三次。

3) 急性肌张力障碍：肌注海俄辛 0.3mg，或口服安坦 2mg，每日三次。

4) 肝细胞受损，如出现急性黄疸应立即停药。

5) 治疗期间作血常规检查，白细胞减少者（少于 2,500/mm³）应停药，并对症处理，预防感染。

(2) 甲硫达嗪：

本品的锥体外系副作用较少，故亦常选用来戒除阿片类依赖。甲硫达嗪的适宜剂量为：日间服两次，每次 25mg；晚上服一次，50~75mg。经 1~2 周后，剂量逐步减少，以至停用。

(3) 氯氮平：

是镇静作用很强的抗精神病药物，对控制阿片类依赖的戒断症状和兴奋、躁狂、激动、睡眠障碍，效果较好。剂量为 25~50mg，每日三次，连服 5 天。以后逐日减量，7~10 天为一疗程。副作用有嗜睡、流涎，可有轻度意识障碍，白细胞减少等。发现白细胞减少到 2,500/mm³ 以下时，应立即停药。并对症处理，服生血药，预防感染。

(4) 多虑平：

属三环类抗抑郁剂。对阿片类依赖者戒断时伴发的焦虑、抑郁症状，治疗效果较好。剂量 25mg，每日 2~3 次，7~10 天为一疗程。伴有青光眼、肝功能不全，严重心血管疾病，癫痫患者慎用。

(5) 苯二氮卓类：

有焦虑不安、睡眠障碍、肌肉疼痛、植物神经功能紊乱等戒断症状者，可选用安定、舒乐安定、罗拉、三唑仑等。此类药物宜短期内使用，防止滥用。近年不少戒毒机构应用氯硝西洋注射

液静脉滴注，治疗阿片类依赖戒断时的兴奋、躁动、焦虑症状群疗效满意。治疗方法是：

氯硝西洋注射液 0.05 ~ 0.1mg(公斤/日)，分 2 ~ 3 次加入 10% 葡萄糖 250 毫升或 5% 葡萄糖盐水 500 毫升内静脉滴注，持续 5 ~ 7 日。重症者，必要时可临时静脉注射 1 ~ 2mg，速度宜慢，掌握在 0.1 毫克/秒。

综上所述，抗精神病药戒毒，主要是通过影响患者的意识状态，其进入嗜睡状态。有人称之为意识剥夺疗法，使之渡过戒断反应的痛苦阶段。对本疗法具有争议，国外已经淘汰，由于其安全性小，危险性大，不宜提倡使用。

4. 毒麻药品与精神药物联合治疗海洛因依赖：

海洛因依赖者的脱毒治疗是十分棘手的问题。使用美沙酮虽然戒断症状出现的机会少，病人无痛苦感受，但是病人主观上对海洛美沙酮的依赖十分强烈，以后几乎不会同意使用其它戒毒方法，因为美沙酮半衰期长，个别病人回家后仍然会出现戒断症状，以至戒毒失败；丁丙诺啡虽然能够完成海洛因依赖者的临床脱毒治疗，但是病人失眠严重，也有腹痛、烦躁、易怒和毒品渴望等戒断症状出现，为了弥补美沙酮和丁丙诺啡的不足，临床研究人员将美沙酮和丁丙诺啡与抗精神病药物联合应用取得较为满意的结果。目前主要有以下几个方案：

(1) 美沙酮 3 天 + 丁丙诺啡 3 天 + 安定类 3 天

这一方案是少量美沙酮开始，以能够抑制戒断症状为标准，以后逐渐减量，共使用三天，然后用丁丙诺啡剂量以能够抑制戒断症状为原则，剂量递减，三天后改为服用安定类药物，主要是三唑仑和罗拉。以后可以逐渐减少安定类的剂量，直至停药。如果治疗时间长，可以延长丁丙诺啡的治疗时间。

(2) 丁丙诺啡 + 氯氮平 + 罗拉

这一方案是在起始时用全量的丁丙诺啡，以抑制戒断症状为目的，同时每天三次服用罗拉，每次 2 ~ 4 毫克，如果病人睡眠仍然不够理想，可以睡前一小时服用 25 ~ 50 毫克的氯氮平。丁丙诺啡的剂量根据需要调解。一般在丁丙诺啡与氯氮平和罗拉合用后，丁丙诺啡的剂量会节省 1/3 ~ 1/2。并且能够减少丁丙诺啡的成瘾性。由于安定类药物和抗精神病药物都有强烈的镇静和抑制呼吸作用，在使用时要密切注意病人的呼吸情况和其它生命体征。病人必须在有医护人员的监视下才能够使用上述治疗方案。有明显呼吸系统和心血管系统疾病的戒毒者禁用。

【 海洛因急性中毒的诊断与抢救 】

1. 引起中毒的原因：

(1) 吸毒者准备戒毒，因此将所剩余的海洛因一次吸入，造成中毒；

(2) 病人戒毒出来后，对毒品的耐受性明显下降，因此当他们再次吸毒时，与以前相同剂量的海洛因，实际上相当于增加了剂量；

(3) 由于走私海洛因的含量不稳定，如果以往使用的是含量低的海洛因，而这一次买到了纯品的海洛因，也能够造成中毒；

(4) 病人模仿他人使用海洛因而对实际剂量估计不足，或者与其它有呼吸抑制作用的精神药物或其它毒品合用而造成中毒。

2. 海洛因急性中毒的诊断：

海洛因急性中毒有三联症：昏迷、针尖样瞳孔和呼吸抑制。呼吸可以减少到 2 ~ 4 次/分的低节律，针尖样瞳孔在合并有巴比妥中毒时不会出现。其它症状还包括紫绀、脉弱和心率减慢、皮肤湿冷、血压下降、体温下降。一般根据病人的消瘦身体，前臂皮肤的毒品注射痕迹，身上携带的吸毒工具以及病人亲友的口头报告，结合海洛因急性中毒的三联症，确定诊断并不困难。

3. 海洛因急性中毒的抢救：

(1) 明确诊断后立即使用阿片受体拮抗剂纳洛酮 0.4 毫克静脉推注。如果小静脉不易寻找，可以直接从颈静脉注射，越快越好。根据病情，尤其是意识和呼吸情况，可以每 2 ~ 5 分钟重复静脉注射纳洛酮，直至呼吸完全恢复正常为止，并且要严密观察 24 小时才能够确定抢救成功，脱离危险。

(2) 保证呼吸道通畅和充足供氧。

(3) 保证有足够的液体输入和酸碱平衡。

(4) 对并发症的及时处理和预防，主要是肺炎和肺水肿。

【 疗效及出院标准 】

阿片类的临床脱毒治疗以病人不再吸食阿片类物质而且没有明显的戒断症状为标准,一般疗程要2周以上,病人在出院前要做尿液吗啡定性实验,阴性结果可以判定临床脱毒成功,病人可以出院。

第三节 与酒相关的障碍

【 病史采集 】

除一般病史外,重点采集饮酒的时间长短,酒的种类,每天饮酒还是间断饮酒,饮酒是否影响工作和日常生活,有无幻觉、妄想、记忆力损害等精神症状以及肝损害等躯体症状。

【 实验室检查 】

除常规检查外重点是肝功能检查。

【 躯体检查 】

除常规检查外重点在肝脏检查。

【 诊断标准 】

1. 符合酒精所致精神障碍的诊断标准。
2. 有长期或反复饮酒历史。
3. 对酒有强烈的渴求。
4. 至少有下列情况之一：
 - (1) 停止饮酒习惯后有肢体震颤、静坐不能、恶心、呕吐、大汗或易激惹等戒断症状；
 - (2) 继续饮酒可避免戒断症状出现,经常在清晨饮酒,或随身带酒频繁饮用；
 - (3) 多次试图戒酒失败；
 - (4) 对酒精产生耐受性,饮酒量增大；
 - (5) 为了饮酒而放弃其他娱乐活动或爱好。

酒 中 毒

【 诊断标准 】

1. 新近饮过酒。
2. 在饮酒期间或饮酒后短时间内临床上产生了明显的适应不良行为和心理变化(例如,不适当的性行为或攻击行为、心境不稳、判断力损害、社会或职业功能损害)。
3. 在饮酒时或刚饮完酒之后至少出现下列体征之一：
 - (1) 讲话吐词不清；
 - (2) 共济失调；
 - (3) 步态不稳；
 - (4) 眼球震颤；
 - (5) 注意力和记忆力损害；
 - (6) 木僵或昏迷。
4. 以上症状不是由于一般医学情况所致,并且不能以其它精神障碍更好地解释。

戒酒反应

【 诊断标准 】

1. 长期大量饮酒后停止(或减少)饮酒。
2. 继1项之后,在几小时至几天之内至少出现下列症状中的二条：
 - (1) 植物神经活动亢进(例如,出汗或脉率大于100次/分)；
 - (2) 不断加重的双手震颤；
 - (3) 失眠；
 - (4) 恶心或呕吐；
 - (5) 短暂的幻视、幻触、幻听或错觉；

- (6) 精神运动性激越；
- (7) 焦虑；
- (8) 癫痫大发作。

3. 在 2 项诊断标准中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社会、职业以及其它重要功能方面的损害。

4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用精神障碍更好地解释。

如有下列情况需标明：

伴有知觉障碍：当伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉在没有谵妄的情况下出现时，这种特殊情况需要注明。完整现实检验能力是指个体了解幻觉是由于酒所引起的，并不代表客观现实。当幻觉发生在无现实检验能力的情况下，应考虑诊断为使用酒导致的精神障碍，伴有幻觉。

酒 依 赖

【 诊断标准 】

反复饮酒引起的一种特殊心理状态，表现为对酒的渴求和经常需要饮酒的强迫性体验。可连续或间断性出现。停止饮酒习惯后常感到心中难受、坐立不安，或出现肢体震颤、恶心、呕吐、出汗等戒断症状，恢复饮酒则这类症状迅速消失。对酒的耐受性可有可无。如果同时有酒中毒性精神障碍、其他药物依赖或躯体并发症，则应分别下诊断。

【 鉴别诊断 】

在掌握酒精所致精神障碍的诊断要点的基础上，一般不难与其他精神障碍进行鉴别。急性酒中毒应排除：

1. 某些脑器质性疾病急性发作，如癫痫、脑血管意外等；
2. 躯体疾病引起的谵妄状态；
3. 其他精神活性物质所致精神障碍；
4. 情感性精神障碍的躁狂发作。

慢性酒中毒引起的幻觉症与妄想症应注意与精神分裂症和偏执性精神障碍相区别。柯萨可夫综合征、酒中毒性痴呆应与其他原因引起的认知功能减退、痴呆状态以及人格改变等鉴别。

【 治疗原则 】

1. 戒酒：戒酒是治疗成功的关键，对年老体弱的病人要逐渐递减戒酒，严格观察生命体征。
2. 对症治疗：针对焦虑和失眠症状可以用安定、氯硝安定、三唑仑等苯二氮卓类药物，因为苯二氮卓类与酒有交叉耐药性，可以减少戒断症状。有精神症状者可以用抗精神病药，如奋乃静，氯丙嗪等。
3. 支持治疗：应该以促进神经营养治疗为主，补充大量维生素，以 B 族为主。
4. 心理治疗：行为疗法对戒酒有一定的作用。
5. 躯体并发症的治疗。

第四节 与安非他明 (或安非他明类物质) 相关的障碍

【 诊断标准 】

1. 新近使用安非他明或相关物质(例如，盐酸哌醋甲酯)。

2. 在使用安非他明或相关物质时或稍后不久，临床上产生了明显的非适应性行为或心理变化(例如，欣快或情感迟钝；社交能力改变；过度警觉；人际关系中过度敏感；焦虑，紧张或愤怒；刻板行为、判断力损害；社交或职业能力受损)。

3. 在使用安非他明或相关物质时或稍后不久，出现下述体征至少二项：

- (1) 心动过速；
- (2) 瞳孔扩大；
- (3) 血压升高或降低；
- (4) 出汗或畏寒；
- (5) 恶心或呕吐；
- (6) 体重下降；
- (7) 精神运动性激越或迟滞；

- (8) 肌肉软弱无力，呼吸抑制，胸痛或心律不齐；
 - (9) 意识模糊、癫痫发作、运动障碍、肌张力障碍或昏迷。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。

如果有下列情况需标明：

伴有感知觉障碍：在无谵妄的情况下，出现伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉时，这种特殊情况需注明。完整现实检验能力是指物质使用者知道幻觉是由使用安非他明引起，并不代表客观实际。在缺乏完整现实检验能力的情况下出现幻觉时，应该考虑诊断为物质所致的精神病性障碍，伴有幻觉。

戒断反应

【 诊断标准 】

1. 在长期大量使用安非他明(或相关物质)后停止(或减少)使用
2. 符合 1 项诊断标准后几小时至几天之内，出现心境不佳和下述生理变化至少二条：
 - (1) 疲倦；
 - (2) 生动的令人不愉快的梦境；
 - (3) 失眠或睡眠过多；
 - (4) 食欲增加；
 - (5) 精神运动性迟滞或激越。
3. 诊断标准 2 中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它重要功能方面的损害。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。与安非他明相关的精神障碍的治疗见姜佐宁主编的《药物滥用》第五章。

第五节 与咖啡因相关的障碍

咖啡因中毒

【 诊断标准 】

1. 新近使用了咖啡因，剂量通常超过 250 毫克(即 2 杯 ~ 3 杯以上调制咖啡)。
2. 在使用咖啡因期间或稍后不久，出现了下述体征至少五项：
 - (1) 坐立不安；
 - (2) 神经过敏；
 - (3) 兴奋；
 - (4) 失眠；
 - (5) 面红；
 - (6) 尿多；
 - (7) 胃肠功能紊乱；
 - (8) 肌肉抽动；
 - (9) 思维及言语散漫；
 - (10) 心动过速或心律不齐；
 - (11) 一段时间内精力充沛；
 - (12) 精神运动性激越。
3. 诊断标准 2 中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它重要功能方面的损害。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍(如，焦虑障碍)更好地解释。与咖啡因相关的精神障碍的治疗见姜佐宁主编的《药物滥用》第五章。

第六节 与大麻相关的障碍

大麻中毒

【 诊断标准 】

1. 新近使用过大麻
2. 在使用大麻时或使用后不久，临床上出现了明显的非适应性行为和心理的变化(例如，运动协调受损、欣快、焦虑、时间变慢感、判断力受损和社交退缩)。
3. 使用大麻后 2 小时内出现下列体征至少 2 项。
 - (1) 结膜充血；
 - (2) 食欲增加；
 - (3) 口干；
 - (4) 心动过速；
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好的解释。

如果有下列情况需标明：

伴有感知觉障碍：在无谵妄的情况下，出现伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉时，这种特殊情况需注明。完整现实检验能力是指物质使用者知道幻觉是由使用大麻引起，并不代表客观实际。在缺乏完整现实检验力的情况下出现幻觉时，应该考虑诊断为物质所致的精神病性障碍，伴有幻觉。

与大麻相关的精神障碍的治疗见《药物滥用》第五章。

第七节 与可卡因相关的障碍

可卡因中毒

【 诊断标准 】

1. 新近使用过可卡因。
2. 在使用可卡因期间或稍后不久，临床上出现了明显的非适应性行为或心理的变化(例如，欣快或情感迟钝；社交能力改变；警觉过度；人际关系过于敏感；焦虑，紧张或愤怒；刻板行为；判断力受损；社交或职业能力受损)。%
3. 使用可卡因期间或稍后不久，出现下列体征至少两项：
 - (1) 心动过速；
 - (2) 瞳孔扩大；
 - (3) 血压上升或下降；
 - (4) 出汗或畏寒；
 - (5) 恶心或呕吐；
 - (6) 体重下降；
 - (7) 精神运动性激越或迟滞；
 - (8) 肌肉软弱无力、呼吸抑制、胸痛或心律不齐；
 - (9) 意识模糊、癫痫发作、肌张力障碍、运动障碍或昏迷。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释

如果有下列情况需标明：

伴有感知觉障碍：在无谵妄的情况下，出现伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉时，这种特殊情况需注明。完整现实检验能力是指物质使用者知道幻觉是由使用可卡因引起，并不代表客观实际。在缺乏完整现实检验能力的情况下出现幻觉时，应该考虑诊断为物质所致的精神病性障碍，伴有幻觉。

可卡因戒断反应

【 诊断标准 】

1. 停止(或减少)使用曾长期、大量使用过的可卡因。
2. 继标准 1 之后几小时至几天内，出现心境不佳和下列生理变化至少 2 条：
 - (1) 疲劳；
 - (2) 生动的、令人不愉快的梦境；
 - (3) 失眠或睡眠过多；

- (4) 食欲增加；
- (5) 精神运动性迟滞或激越。
- 3. 诊断标准 2 中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它重要功能方面的损害。
- 4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。与可卡因相关的精神障碍治疗见《药物滥用》第五章。

第八节 与致幻剂相关的障碍

致幻剂中毒

【 诊断标准 】

- 1. 新近使用过致幻剂。
- 2. 在使用致幻剂期间或稍后不久，临床上出现了明显的非适应性行为或心理的变化(例如，强烈的焦虑或抑郁，牵连观念，害怕失去理智，偏执观念，判断力受损；或社交、职业功能受损)。
- 3. 在使用致幻剂期间或稍后不久，在完全清醒和正常警觉的状态下，出现了知觉变化(例如，主观的知觉增强，人格解体，现实解体，错觉、幻觉、联觉)。
- 4. 在使用致幻剂期间或稍后不久，出现下列体征至少二项：
 - (1) 瞳孔扩大；
 - (2) 心动过速；
 - (3) 出汗；
 - (4) 心悸；
 - (5) 视力模糊；
 - (6) 震颤；
 - (7) 共济失调。
- 5. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。

致幻剂所致持续性知觉障碍 (闪回)

【 诊断标准 】

- 1. 继停止使用某种致幻剂之后，再次经历在致幻剂中毒时所经历过的一种或多种知觉症状(例如，几何图案样幻觉，出现在周边视野中的假性运动性知觉，颜色闪光，色彩加强，物体运动留下幻迹，正性后像，物质周边晕轮，视物显大或视物显小)。
- 2. 诊断标准 1 中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业以及其它重要功能方面的损害。
- 3. 标准 1 中的症状不是由于一般医学情况所致(例如，脑结构损伤和感染，视觉性癫痫)，并且不能用其它精神障碍(例如，谵妄，痴呆，精神分裂症)或入睡前的幻觉更好地解释。与致幻剂相关的精神障碍的治疗见《药物滥用》第五章。

第九节 与吸入剂相关的障碍

吸入剂中毒

【 诊断标准 】

- 1. 新近故意使用或在短时间内大剂量地暴露于挥发性吸入剂中(排除麻醉性气体或短效血管扩张剂)。
- 2. 在使用或暴露于挥发性吸入剂期间或稍后不久，临床上出现了明显的非适应性行为和心理的变化(例如，好斗，暴力行为，情感淡漠，判断力受损，社交或职业功能受损)。
- 3. 在使用或暴露于吸入剂期间或稍后不久，出现了下列体征至少 2 项：
 - (1) 头晕；
 - (2) 眼球震颤；
 - (3) 共济失调；
 - (4) 吐词不清；

- (5) 步态不稳；
 - (6) 嗜睡；
 - (7) 反射减弱；
 - (8) 精神运动性迟滞；
 - (9) 震颤；
 - (10) 全身性肌肉无力；
 - (11) 视物模糊或复视；
 - (12) 木僵或昏迷；
 - (13) 欣快。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。与吸入剂相关的精神障碍的治疗见《药物滥用》第五章。

第十节 与尼古丁相关的障碍

尼古丁戒断反应

【 诊断标准 】

1. 至少数周内每天使用尼古丁
2. 突然停止使用尼古丁或减少其用量，在 24 小时以内至少出现下列体征四项：
 - (1) 烦躁不安或抑郁心境；
 - (2) 失眠；
 - (3) 易激惹，挫折感，愤怒；
 - (4) 焦虑；
 - (5) 注意力不集中；
 - (6) 坐立不安；
 - (7) 心率减慢；
 - (8) 食欲增加或体重增加。
3. 论断标准 2 中的症状，在临床上引起了病人明显的痛苦或社交、职业或其它重要社会功能方面的损害。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。与尼古丁相关的精神障碍见《药物滥用》第五章。

第十一节 与苯环己哌啶 (或类似物质) 相关的障碍

苯环己哌啶中毒

【 诊断标准 】

1. 新近使用过苯环己哌啶(或某种相关物质)。
2. 在使用苯环己哌啶期间或稍后不久，临床上出现了明显的非适应性行为或心理的变化(例如，好斗，暴力攻击，行为具有冲动性、不可预料性，精神运动性激越，判断力损害，或社交以及职业功能损害)。
3. 一小时内(如果卷在香烟中吸入或经过鼻腔直接吸入或静脉注射则时间更短)出现下列体征至少二项：
 - (1) 垂直或水平眼球震颤；
 - (2) 血压上升或心动过速；
 - (3) 对痛觉刺激麻木或反应迟钝；
 - (4) 运动共济失调；
 - (5) 构音困难；
 - (6) 肌肉僵硬；
 - (7) 癫痫发作或昏迷；
 - (8) 听觉过敏。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。

如果有下列情况需标明：

伴有感知觉障碍：在无谵妄的情况下，出现伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉时，这种特殊情况需注明。完整现实检验能力是指物质使用者知道幻觉是由使用苯环已哌啶引起，并不代表客观实际。在缺乏完整现实检验能力的情况下出现幻觉时，应该考虑诊断为物质所致的精神性障碍，伴有幻觉。

与苯环已哌啶相关的精神障碍的治疗见《药物滥用》第五章。

第十二节 与镇静、催眠或抗焦虑药相关的障碍

镇静、催眠或抗焦虑药中毒

【 诊断标准 】

1. 新近使用过镇静、催眠或抗焦虑药。
2. 在使用镇静、催眠或抗焦虑药期间或稍后不久，临床上出现了明显的非适应性的行为或心理变化(例如，不适当的性行为或攻击行为、心境不稳、判断力受损、社交或职业功能损害)。
3. 在使用镇静、催眠或抗焦虑药期间或稍后不久，至少出现下列体征之一：
 - (1) 讲话吐词不清；
 - (2) 共济失调；
 - (3) 步态不稳；
 - (4) 眼球震颤；
 - (5) 注意力或记忆力损害；
 - (6) 木僵或昏迷。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。

镇静、催眠或抗焦虑药戒断反应

【 诊断标准 】

1. 停止(或减少)曾长期大量使用过的镇静、催眠或抗焦虑药。
2. 继标准 1 后几小时至几天内，至少出现下列症状两项：
 - (1) 植物神经活动亢进(例如，出汗或脉率大于 100 次/分)；
 - (2) 不断加重的手震颤；
 - (3) 失眠；
 - (4) 恶心或呕吐；
 - (5) 短暂性幻视、幻触、幻听或错觉；
 - (6) 精神运动性激越；
 - (7) 焦虑；
 - (8) 癫痫大发作。
3. 标准 2 中的症状在临床上引起了病人明显的痛苦或社交，职业以及其它重要功能方面的损害。
4. 上述症状不是由于一般医学情况所致，并且不能用其它精神障碍更好地解释。

如果有下列情况需标明：

伴有感知觉障碍：在无谵妄的情况下，出现伴有完整现实检验能力的幻觉或听、视或触错觉时，这种特殊情况需注明。完整现实检验能力是指物质使用者知道幻觉是由使用镇静、催眠和抗焦虑药引起，并不代表客观实际。在缺乏完整现实检验能力的情况下出现幻觉时，应该考虑诊断为物质所致的精神病性障碍，伴有幻觉。

与镇静、催眠和抗焦虑药相关的精神障碍的治疗见《药物滥用》第五章。

第十三节 与多种物质相关的障碍

多种物质依赖

【 诊断标准 】

这一诊断适用于下述行为：在相同的为期十二个月的时间内，至少同时使用三种物质(不包

括咖啡因和尼古丁),但并不是以哪一种物质为主。而且在这段时间内,没有任何一种物质单独符合物质依赖的诊断标准,但作为一组物质却符合物质依赖的诊断标准。

多种物质依赖的治疗见《药物滥用》第五章。

(陶 林)