

# 阿片类物质使用相关障碍诊断治疗指导原则

## （征求意见稿）

阿片类物质使用相关障碍是一种可以治疗，但难于治愈的慢性、复发性、复杂性的大脑疾病，治疗应是一个长期的过程。

为规范阿片类物质滥用的医疗服务行为，原卫生部于1993年发布了《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》，并于2009年9月进行了修订，修订后的名称为《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》（以下称《指导原则》）。随着《中华人民共和国禁毒法》和《戒毒条例》的实施，以及新的治疗方法的问世，《指导原则》已经不能满足不同滥用阶段患者的治疗需求，国家卫生计生委组织专家再次对《指导原则》进行了修订，修订后更名为《阿片类物质使用相关障碍诊断治疗指导原则》。修订后的《阿片类物质使用相关障碍诊断治疗指导原则》规范和统一了诊断标准和方法等内容，明确了治疗目的、治疗方法和有效治疗的基本要素，增加了药物

---

维持治疗和防复发治疗内容，并提出了门诊治疗模式和治疗方法。

阿片类药物包括从阿片中提取的生物碱吗啡及其人工半合成或合成衍生物，常见的阿片类药物有吗啡、海洛因、美沙酮、丁丙诺啡、哌替啶和芬太尼等。具有镇痛镇静、心境改变（如欣快）、呼吸抑制、镇咳等药理作用，反复使用可出现耐受性和物质使用相关障碍。

## 一、临床表现

### （一）阿片类药物使用相关精神障碍

参照 ICD-10，阿片类药物使用相关障碍主要包括：阿片类药物急性中毒、有害使用、依赖综合征、戒断状态，以及阿片类药物所致的其它精神和行为障碍。

1. 阿片类药物急性中毒： 过量使用阿片类药物所致的一种临床急性中毒症状症，主要表现为反应迟钝、意识丧失、呼吸抑制，甚至死亡。典型临床表现为“三联征”：昏迷、针尖样瞳孔和呼吸 2-4 次/分钟。其它表现有皮肤湿冷、体温降低、紫绀、肺水肿、心律减慢、休克、下颌松弛及舌后坠等。

2. 阿片类药物有害使用： 指因非治疗目的使用阿片类

物质导致使用者健康状况受到损害的使用状态，包括躯体、精神或行为等方面。如注射海洛因所致的肝炎和 HIV 感染，或使用和停止阿片类物质后认知及情绪改变，以及对工作和学业造成负面影响和导致婚姻、家庭和法律等方面的问题等。

3. 阿片类物质依赖综合征：为一组认知、行为和生理障碍症状群，具有以下表现及特点：①对阿片类物质具有强烈的渴求，明知其危害，但仍然不顾后果的、不可控制并强迫性的反复使用；②阿片类物质使用剂量越来越大，产生耐受性；③终止或减少使用阿片类物质时出现生理戒断状态（见戒断状态），使用同类物质可缓解；④生活以阿片类物质为中心，逐渐忽视其它快乐或兴趣，使用阿片类物质并从其作用中恢复过来所花费的时间逐渐增加。

4. 阿片类物质戒断状态：指停止或减少使用阿片类物质，或使用拮抗剂后所出现的特殊的、令人痛苦的心理和生理症状群。典型阿片类戒断状态包括主观症状和客观体征：①主观症状：可表现为恶心、肌肉疼痛、骨痛、腹痛、不安、食欲差、疲乏、喷嚏、发冷、发热、渴求药物等；②客观体征：可见血压升高、脉搏和呼吸加快、体温升高、多汗、鸡皮征、瞳孔扩大、流涕、淌泪、震颤、呕吐、腹泻、失眠、男性自发泄精、女性出现性兴奋等。

---

阿片类戒断症状的严重程度和持续时间依所使用的阿片类药物种类、剂量、半衰期、停药方式和使用拮抗剂的不同而不同。短效类药物（如吗啡、海洛因）戒断症状一般在停药后 8-12 小时出现，极期在 48-72 小时，持续 7-10 天；长效类药物（如美沙酮）戒断症状出现在 1-3 天，性质与极期在 3-8 天，症状可持续数周。使用拮抗剂（如纳洛酮或纳曲酮）后可即刻出现戒断症状，持续数小时到 1 天。精神障碍（例如焦虑、抑郁和睡眠障碍）也是戒断状态的常见特征。

许多阿片物质成瘾者在急性戒断状态消退数月甚至数年后，仍可存在稽延性戒断症状，如睡眠障碍、疼痛、情绪障碍、消化道症状、渴求、全身乏力等，称为稽延性戒断综合征，是导致复发的主要原因之一。

5. 其它精神和行为障碍 包括人格改变、抑郁障碍、焦虑障碍、睡眠障碍、性功能障碍，个别还可能出现精神病性障碍、记忆障碍和智能障碍。当出现上述临床相时，应结合上述相关障碍的临床表现予以确认，并注重分析阿片类药物使用与上述临床之间的因果关系。

## **（二）阿片类药物使用所致的躯体和社会功能损害**

阿片类药物可通过影响认知和行为，直接和/或间接的导致使用者的躯体健康和社会功能受到损害。

---

1. 躯体损害：街头滥用的阿片类药物成份复杂，常含有其它药物或各种杂质等，长期反复使用，可对用躯体各系统（如中枢神经系统、呼吸系统、消化系统、免疫及内分泌系统等）造成不同程度的损害，并出现相应的症状、体征、实验室及辅助检查阳性发现。此外，注射使用还可导致感染性疾病，如躯体感染和性传播疾病感染等。

2. 社会功能损害：主要表现为不同程度的人际交往能力和工作能力的损害。社会功能损害从高级到低级依次为人际交往能力、职业或学习能力、家务能力及生活自理能力等的降低。

## 二、评估与诊断

### （一）评估

对患者进行全面评估是诊断的基础和前提，评估主要包括病史、体格检查、精神检查，以及辅助检查。

1. 病史：病史采集可通过询问患者、家属及知情人等获得，重点内容包括：药物滥用史、精神症状史、既往史、个人史、高危行为、成瘾物质使用导致的功能损害、患者社会心理功能及康复相关资源等。阿片类药物使用患者往往会顾虑和恐惧社会的歧视以及一些法律问题，因此病史采集需要相当的临床访谈技巧，综合运用精神科病史采集、精神检

查和成瘾疾病知识，并注意保护患者隐私，采用非歧视性和中性的态度。在病史采集过程中注意建立、提升医患关系，提高治疗动机，必要时应用问诊技巧，辨别、对质症状真伪。

2. 体格检查：包括常规检查和与阿片类物质使用相关项目的检查，并注意评估患者是否存在阿片类过量使用或者中毒的体征。体格检查的阳性结果可以指导临床医生对一些否认或者回答问题模棱两可的患者进行诊断。

3. 精神检查：通过对患者的沟通和观察，检查患者的一般精神状况、认知、情感和意志行为症状，以了解患者过去或当前有无精神问题存在，是单一的症状或者形成某种综合征，与使用阿片类物质的关系，以及能否诊断为精神疾病共病等。

4. 辅助检查 包括阿片类物质生物学检测、实验室检查和相关量表评估。

## **(二) 诊断**

通过全面评估，根据患者物质使用史及相关临床表现，结合体格检查与精神科检查，以及实验室等辅助检查等结果进行分析，最后参照 ICD-10 进行诊断。

### **1. 急性中毒**

(1) 病史可见于以下四种情况：①停止使用后躯体耐

---

受性下降，再使用与之前同剂量的阿片类药物导致中毒；②单独使用并未超过耐受量，但合并其他物质导致中毒；③因共患躯体疾病导致躯体耐受力下降，在未明显增加使用剂量时中毒；④停止使用后戒断症状出现并迅速达到高峰时补偿性超量使用。

(2) 临床表现欣快，随即淡漠、心境恶劣、精神激越或迟缓，判断力缺损、社交或职业观念缺损。瞳孔缩小（严重超量缺氧时可瞳孔扩大）；嗜睡或昏迷，言语含糊不清，注意或记忆缺损；呼吸减慢变浅等。

(3) 体格检查 意识障碍快速加重，呼吸抑制和瞳孔缩小。出现典型的阿片类药物急性中毒“三联症”的表现。

(4) 辅助检查吗啡检测阳性反应。

(5) 排除由其他原因所致的急性意识障碍，如外伤、感染等。

## 2. 有害性使用

(1) 病史 有非治疗目的及不规则使用阿片类药物史，并有过欣快感获得体验。

(2) 临床表现 出现与使用阿片类药物相关的躯体、精神或行为等方面的损害，如：肝炎和 HIV 感染，认知及情绪改变（欣快、抑郁和焦虑等），以及工作、学业、婚姻、家庭和法律等方面出现问题等。

---

(3) 体格检查 可见肝炎、HIV 感染等相关的体征。

(4) 精神检查 认知及情绪改变（如抑郁、焦虑等）。

(5) 辅助检查 表现出明显的与使用阿片类物质有关的工作能力降低和学习成绩下降，家庭及婚姻关系紧张和导致婚姻、家庭及法律等方面的负面结果。

### 3. 依赖综合征

(1) 病史反复的、强制性、非医疗目的使用阿片类物质至少 12 个月。

(2) 临床表现：① 对使用阿片类物质的渴望；② 耐受性增加；③ 试图减量或停用时出现戒断反应；④ 对阿片物质使用行为失控，难以控制使用成瘾物质的数量、速度、频率及使用时间；⑤ 花费大量时间来获得或者使用阿片物质，不能成功地减少使用或停止使用，难以控制使用阿片物质的心理渴求等。可继发和伴有身体损害如传染病和感染性疾病、精神障碍等。患者的家庭和社会功能受损，并常出现违法犯罪行为。

(3) 体格检查多有营养不良，浅表静脉注射痕迹甚至呈现条索状改变，皮肤感染体征，以及合并其它躯体疾病的相应体征。减量或者停用后可出现阿片戒断症状体征。

(4) 精神检查意识清楚，接触一般较差，态度多冷漠，情绪敌对或不稳定，一般无幻觉妄想等精神病性症状。日常

---

作息时间昼夜颠倒，常常合并睡眠障碍。渴求发作时索药行为明显，甚至夸大或伪装某种躯体不适。

(5) 辅助检查吗啡检测阳性。实验室检查可见贫血、白细胞升高或下降，肝功能异常，病毒性肝炎、梅毒、HIV等传染病检测阳性。心电图检查可见异常，胸部影像学可发现肺部感染征象。抑郁或者焦虑量表可发现抑郁或焦虑症状（综合征）。

#### 4. 戒断状态

(1) 病史：反复、长期和/或大剂量使用阿片物质，停止或减少用量时出现急性戒断症状史。戒断状态常常是依赖综合征的指征之一。

(2) 临床表现：出现与所使用阿片类物质的种类和剂量有关的戒断症状。

(3) 体格检查：意识清楚，一般呈卷曲姿势。可有血压升高、脉搏加快、体温升高、立毛肌收缩、瞳孔扩大、流泪、流涕、震颤、腹泻、呕吐、失眠等。男性可有自发泄精，女性出现性兴奋等。

(4) 精神检查：烦躁不安，态度不合作，甚至敌对。焦虑明显，一般无幻觉妄想等精神病性症状，严重时行为冲动激越，索药行为突出。

(5) 辅助检查：吗啡生物学检测阳性。焦虑和抑郁量表

---

评分较高，渴求指数较高。实验室检查可见贫血、电解质紊乱等。

### 三、治疗

阿片类物质使用障碍是一种慢性、复发性的脑部疾病，其发生发展是生物、心理及社会因素综合作用的结果。因此，对物质使用障碍患者的治疗应该由具备或接受过专业训练的临床医师、心理治疗师、职业治疗师、社会工作者等共同协作，采用生物、心理及社会干预在内的综合治疗方法来进行。其理想的治疗目标是使患者维持物质戒断，促成心理和社会功能的全面康复。

#### （一）概述

1. 治疗方式：应根据患者的特征，选择对患者伤害最少、最合理的治疗方式。常见的治疗方式包括住院治疗、部分住院治疗及门诊强化治疗、门诊治疗、居住治疗和治疗社区居住治疗、社区康复治疗、强制隔离戒毒、个案管理以及持续服务等。治疗方式的选择一般基于以下因素：①患者的合作性及能否从治疗中获益；②患者对所使用物质的控制能力；③患者对回避高危行为的需求；④患者的病情特点以及对治疗机构、各种支持的需求。也应根据以上因素来决定患

---

者在不同治疗水平和治疗方式之间转换。

2. 治疗程序：治疗是一个连续、循环的过程，以个体化-结局为导向的治疗程序可用下图 1 概括。总体上，应遵循此治疗程序，直到患者全面康复。

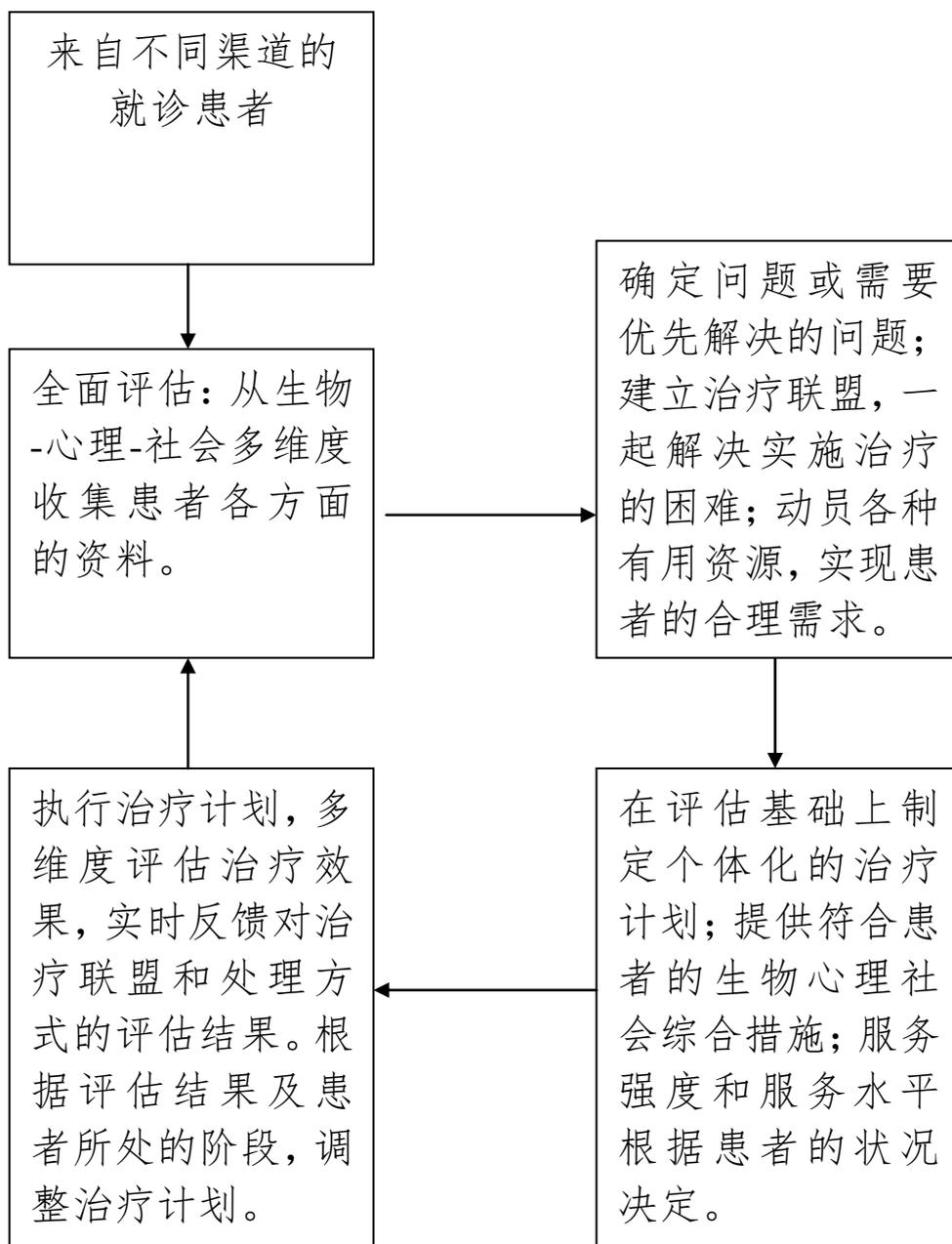


图 1：个体化—结局为导向的治疗程序（参考美国成瘾医学协会处置标准）

3. 治疗方法：具体包括药物治疗方法和非药物治疗方法。药物治疗包括阿片受体激动剂、阿片受体部分激动剂、阿片受体拮抗剂、精神药物和其它对症及支持治疗药物。非药物治疗方法临床常用的有简短干预（包括简易门诊干预）、行为治疗、认知-行为治疗、动机强化治疗、社区强化治疗、人际关系治疗、针对青少年药物依赖者的多维度家庭治疗及多系统治疗等。

4. 有效治疗的基本要素：①治疗方案要个体化；②治疗必须容易获得；③疗程必须足够长；④提供综合治疗措施；⑤积极治疗精神与躯体疾病共病；⑥重视脱毒治疗；⑦提供持续监测与评估；⑧确立正确的治疗理念，维持良好的医患关系与提高治疗动机。

## （二）急性中毒的治疗

### 1. 一般治疗措施

清理呼吸道，包括吸痰、清除口腔分泌物和异物，防止和处理舌后坠，以维持呼吸道通畅。可采用经鼻给氧、面罩

---

正压给氧，对呼吸极慢、肺水肿和使用纳洛酮后呼吸改善不明显患者，应及时进行气管插管或上呼吸机，确保有效供氧。

建立双路给药静脉通道，一路保证纳洛酮的及时使用及维持使用，另一路用于及时进行呼吸、循环衰竭的救治，酸化尿液并促进阿片类物质的排泄。

注意维持水、电解质和酸碱平衡、保持足够尿量，注意保暖，持续监护意识状态、生命体征、心肺功能。严重者应定期进行动脉血气和有关生化检查。对伴有低血压、心动过缓、非心源性肺水肿和颅内压升高患者，应及时对症处理，以防止病情加重。病情平稳以后，还应随时注意生命体征和心肺功能的变化，时间以 24 小时为宜，以防止发生意外。

2. 拮抗剂的使用：尽早、及时、足量和足疗程使用阿片受体特异性拮抗剂是抢救阿片类物质急性中毒的关键所在。

(1) 纳洛酮使用：用于抢救阿片类物质中毒并无固定的剂量范围，主要依据用药后的拮抗效果和个体中毒症状的缓解程度，并结合生命体征改善情况而确定：① 对无意识障碍的中毒者可行皮下、肌肉或静脉注射，首次剂量 0.4mg 或按 0.01mg/kg 计算，必要时 2-3 分钟重复一次。② 对有意志障碍，但无明显呼吸抑制者，可先用小剂量纳洛酮 0.4-0.8mg 静脉注射，以防止出现戒断反应。若无反应，可

---

间隔 2-3 分钟重复静脉注射，直到意识恢复；③ 对意识障碍、呼吸抑制较重者，开始即可静脉注射纳洛酮 2mg，若没有好转，再注射 2-4mg，必要时重复，总量可达到或超出 20mg。

(2) 纳洛酮使用注意事项：应该注意以下几点：① 如经反复注射纳洛酮，总量超过 20mg 无效时，应考虑诊断是否正确，或患者在急性中毒的同时还并有缺氧、缺血性脑损伤，或合并其它药品或毒品中毒，如合并大量巴比妥类中毒昏迷者对纳洛酮无效；② 长效阿片类药物（美沙酮）或强效阿片类药品（芬太尼）所致的过量中毒，须用较大剂量的纳洛酮，并持续反复用药直到中毒症状完全缓解。如纳洛酮 2-4mg 加入 1000ml 生理盐水静脉滴注维持 24 小时，或视情况每 2-3 小时肌注纳洛酮 0.4mg；③ 持续观察时间应不短于 24-48 小时，以防止一旦有效拮抗作用消失时，再度出现呼吸抑制；④ 纳洛酮可能诱发戒断症状，部分患者可出现谵妄、躁动，特别是在大剂量使用纳洛酮后表现更为明显，应给予重视和加强护理。

### **(三) 戒断症状的治疗**

按停药后出现的时间，阿片类物质的戒断症状分为急性戒断症状和稽延性戒断症状。戒断症状轻者可不使用药物，仅需对症处理。阿片类物质使用障碍者大多伴有多药滥用现

---

象，可影响临床诊断和治疗用药，治疗过程中应多加注意，防止意外的发生。

1. 急性戒断症状的治疗：多以同类药物替代治疗为主，旨在有效控制戒断症状，为进一步的后续治疗奠定基础。

(1) 替代治疗：主要包括美沙酮替代治疗和丁丙诺啡替代治疗。

美沙酮替代递减治疗：美沙酮属阿片类镇痛药，通过兴奋脑内  $\mu$ -受体产生控制戒断症状作用。该药口服吸收良好，用药后 30 分钟可在血中测到，达峰时间为 2-4 小时；峰浓度可维持 2-6 小时，单次用药可有效控制戒断症状 12-24 小时以上。美沙酮替代递减治疗的原则为“控制症状、逐日递减、先快后慢、只减不加、停药坚决”。具体用药方法为：

① 明确阿片类物质戒断状态诊断；② 首次剂量为 20-40mg/日（口服），4 小时后若症状控制不理想可酌情增加 5-10mg/日，原则上不超过 60mg/日；③ 稳定控制戒断症状后维持原剂量 1-2 天；④ 逐日递减前 1 日剂量的 20%，减至 5-10mg/日时，改为每 1-3 日减 1mg，直至停药。递减程序根据个体情况制订，多数可在 21 日内完成。

丁丙诺啡（复方丁丙诺啡/纳洛酮制剂）替代递减治疗：丁丙诺啡系阿片  $\mu$ -受体的部分激动剂，非肠道及舌下给药有效，常用其舌下含片。该药用于阿片类物质戒断状态时具

---

有以下特点：①可理想控制戒断症状，作用具“顶限效应”，用药安全；②有效控制戒断症状剂量时作用时间可达24小时以上；③递减停药过程中戒断症状较轻，停药容易。丁丙诺啡脱毒治疗包括诱导期与药物减量期两个阶段。诱导期首次给药一般于末次使用海洛因12-24小时以上，开始出现轻度戒断症状时。首次剂量为4mg，根据情况可在2-4小时后再增加4mg，随后2-3天应逐步增加剂量到12-16mg/日，然后至少稳定治疗2天后进入减量期。减量期应根据患者具体情况可采取不同的减量方案。较慢的减量速度比快速或中速减量的疗效更佳，只要患者无迫切要求，应尽量减缓减量速度。通常情况下，丁丙诺啡（复方丁丙诺啡/纳洛酮制剂）减量停药时间为10-14天，如从8-16mg/日的稳定剂量，按照每2-3天减少2mg的速度逐渐递减直至停药。

## （2）非替代治疗

可用控制和缓解阿片类物质戒断症状的药物包括中枢 $\alpha_2$ -肾上腺素能受体激动剂（可乐定、洛非西定）和某些中药及成药等非阿片类药物。此类药物对缓解哈欠、流泪、出汗、呕吐、心慌、鸡皮征等症状有效，对焦虑不安、肌肉痛、骨痛效果略差，故临床上仅适用于轻中度阿片类物质使用障碍者。此类药物的特点为：用药时间短（一般不超过10天），用药剂量大（多用到极量），药物副作用大（如洋金花的中

---

毒作用)，目前临床上已极少使用。

2. 稽延性戒断症状的治疗多为对症治疗，以防止复发。具体方法为：① 睡眠障碍和情绪障碍，在医师指导下酌情使用小剂量的镇静催眠及抗抑郁药，避免大剂量苯二氮草类药物，以防成瘾；② 全身乏力、四肢关节和肌肉疼痛，使用具有缓解戒断症状的中成药。

#### **（四）药物维持治疗**

阿片类药物维持治疗是减少危害策略的主要构成部分，即长期应用作用相同的合法药物替代阿片类物质的有害使用，防止患者通过非法手段获取和使用非法物质。主要包括美沙酮维持治疗、丁丙诺啡维持治疗及丁丙诺啡/纳洛酮复方制剂维持治疗。药物维持治疗并非单纯服用替代药物，而是包括患者管理、医疗干预、心理/行为干预和社会支持等的综合干预与治疗的系统方法。

药物维持治疗是针对阿片类物质滥用的有效方法之一，在不同的国家/文化背景境下，均能达到以下效果：①可以减少/消除阿片类物质的使用；②可以减少 HIV/AIDS 的蔓延和传播；③可以减少阿片类物质相关的违法犯罪行为；④可以逐步恢复阿片类物质滥用者的社会职业功能；⑤可以降低阿片类物质滥用者的全死因死亡率。

---

## 1. 美沙酮维持治疗

(1) 引入期：一般为 5-7 天，以有效控制戒断反应和调整美沙酮到适宜剂量（如达到耐受水平和降低渴求感）为主要目的。用药原则是“低剂量开始，小剂量增加”。首剂量的确定应该考虑的因素包括：患者身体状况、对阿片类物质的耐受程度和共用的药物种类等。美沙酮的首次剂量为 20-40mg，首日剂量一般不超过 40mg；次日后若戒断症状不能控制可每日增加 5-10mg，直到戒断症状完全控制，渴求感明显降低。

(2) 维持期：从引入期完成后开始，在使用美沙酮稳定剂量的基础上，开展系统和综合性康复治疗，帮助患者恢复个人、家庭、职业和社会功能。美沙酮维持剂量推荐为 60-120mg/日。维持期长短因人而异，至少应该在 1 年以上，通常情况下需要长期甚至终生维持。

### (3) 注意事项：

1) 禁忌症：包括支气管哮喘、支气管肺炎、活动期肝炎及癫痫等；

2) 药物相互作用：可与 973 种药物产生相互作用，常见的有 202 种；

3) 特殊情况：少数患者为快速代谢型个体，应将一日剂量应分两次服用，以防止中毒风险增高和控制戒断症状不

---

足 24 小时。部分患者会要求维持剂量在 40mg/日左右，可能会同时使用海洛因，以达到既不出现戒断症状，又可获得欣快感的状态，对此类患者应提高剂量至足剂量。

4) 个体化用药与最佳剂量：美沙酮维持剂量的个体间差异极大，须遵循个体化原则。最佳剂量也同样差异极大，通常的判断标准包括：① 能理想控制戒断症状，充分抑制渴求感；② 尿液非法阿片类物质监测阴性，治疗依从性良好；③ 不影响患者正常生活和不出现在过量反应。

5) 漏服及其处理：美沙酮维持治疗是一个长期的过程，漏服现象较为常见，故须弄清原因，调整剂量。处理方法：① 漏服 1-2 天，可维持原剂量；② 连续漏服 3 天，美沙酮剂量低于 30mg/d 者，维持原剂量，高于 30mg/d 者，剂量减半，并可快速递增剂量（10mg/d），每 2-3 天评估病人一次，直至理想控制症状；③ 漏服 4 天以上，重新引入，观察反应后可快速递增剂量，每 2-3 天评估病人一次，直至理想控制症状。

## 2. 丁丙诺啡/复方丁丙诺啡维持治疗

(1) 诱导期：首次给药应在末次海洛因使用 12 小时后或末次使用美沙酮 24-48 小时后，较好的指征是海洛因使用者阿片戒断症状评价量表（COWS）评分在 8-10 分，美沙酮使用者 COWS 评分在 12-14 分。诱导的原则是等待，即无论

---

患者使用海洛因还是美沙酮，直到患者出现轻中度、可观察到的戒断症状时首次给药。推荐起始剂量为 2-4mg，观察 1 小时后依戒断症状控制情况可增加 2-4mg，第 1 天剂量一般不超过 12mg。诱导期开始后，应尽快调整丁丙诺啡到合适剂量。一旦开始丁丙诺啡治疗，应持续给药，直到患者感觉舒适。

(2) 稳定期：指患者已停止阿片类物质使用，渴求感降低，且没有明显副作用的时期。该期应根据患者对丁丙诺啡的反应调整到最佳维持剂量。第一周末时的最佳剂量应为 12-24mg/天。

(3) 维持期：指患者用药剂量稳定，生活正常，治疗依从性良好和各项功能恢复正常的时期。维持剂量强调个体化用药，应足以维持到下一个预定服药期（如果是 24 小时，则开出维持 24 小时的量；如果是 48 小时，则开出维持 48 小时的剂量）。丁丙诺啡维持治疗剂量范围在 8-24mg/天，最大不超过 32mg/天，推荐日剂量为 4-16mg。可每日 1 次用药，也可间隔 1-3 日用药。

#### (4) 注意事项

1) 禁忌症：① 对丁丙诺啡或其复方过敏者；② 严重呼吸功能或肝功能损害者；③ 孕期及哺乳期患者。

2) 药物相互作用：丁丙诺啡与其它药物之间可能存在

---

有严重的相互作用，特别在与苯二氮草类药物、其它镇静药、阿片类拮抗剂和阿片类激动剂以及通过细胞色素 P450 3A4 酶系统代谢的药物等合用时必须慎重。

3) 漏服及其处理：① 隔天一次或每周三次服药方案的患者遗漏了某个“服药日”，而在第二天（非服药日）前来服药，应提供更低剂量的丁丙诺啡以求顺利过渡，直到另一个服药日。② 错过治疗不足一周的患者在经医生评估，并确定没有阿片类物质、酒精或苯二氮草类药物急性中毒迹象的，可以继续丁丙诺啡维持治疗。③ 连续错过一周以上治疗的患者应重新进行诱导。

4) 其它注意事项：颅脑损伤及呼吸抑制病人、老弱患者慎用。丁丙诺啡久用可产生依赖性，戒断症状于停药后 30 天后出现，持续 15 天以上。丁丙诺啡过量反应类似吗啡，在给药后约 3 小时发生，程度比吗啡轻，并不随剂量增加而加重，但持续时间长，需大剂量纳洛酮（10mg）才能逆转其呼吸抑制作用。

### 3. 维持治疗药物的互换与停药

#### (1) 美沙酮替换到丁丙诺啡/复方丁丙诺啡：

替换条件：① 患者不能耐受美沙酮的不良反应；② 患者不能很好地适应美沙酮的门诊服药方式，希望延长服药间隔；③ 患者希望将丁丙诺啡/复方丁丙诺啡作为一种过渡

---

性的脱毒药物。

替换方法：① 递减美沙酮剂量到 30mg/天以下；② 停止使用美沙酮 24 小时以上，患者出现轻中度戒断症状时；③ 首剂量丁丙诺啡 2mg，观察 2 小时，不出现戒断症状者；④ 重复给药至 24 小时达 8mg；⑤ 第一周末剂量达到 12-24mg/天；⑥ 调整剂量至最佳剂量并维持之。

(2) 丁丙诺啡替换到美沙酮：

1) 替换条件：① 丁丙诺啡不能有效遏制患者使用海洛因，可能更适合接受高剂量美沙酮的治疗者；② 更易接受或者习惯于使用美沙酮的患者。

2) 替换方法：① 停止使用丁丙诺啡/复方丁丙诺啡 24 小时以上，出现轻中度戒断症时；② 美沙酮首次剂量 20-40mg，首日剂量一般不超过 40mg；③ 次日后若戒断症状不能控制可每日增加 5-10mg，直到戒断症状完全控制，渴求感明显降低；④ 调整剂量至最佳剂量并维持之。

(3) 递减停药

美沙酮递减停药：① 逐日递减美沙酮剂量，1-10mg/天，先快后慢，直至停药；② 递减以不出现明显戒断症状为原则，必要时可辅助可乐定等药物控制戒断症状；③ 递减时间通常为 30 天左右。

丁丙诺啡/丁复方丙诺啡递减停药：① 逐日递减，以不

---

出现明显戒断症状为原则；② 递减时间通常为 2 周。

### （五）药物防复发治疗

复发指的是停止使用阿片类物质一段时间后又重新回到既往寻找和反复使用阿片类物质的状态。与患者相关的复发因素主要有：①物质触发，即再次用药获得奖赏而触发；②情景触发，即由既往使用物质形成的条件发射（海洛因、用具、场所等）所触发；③应激触发，即由负性或正性情绪改变触发。上述因素均可唤起患者对既往使用物质的记忆，诱发强烈的渴求感、觅药和用药行为，进而导致复发。药物防复发治疗的机制，一是通过阻断阿片类物质的正性强化作用，抑制患者因反复用药而复发；二是通过缓解应激反应和治疗精神障碍，避免患者再次使用成瘾性物质

#### 1. 纳曲酮防复发治疗

纳曲酮系阿片  $\mu$ -受体纯阻断剂，可逆性阻断阿片类药物的作用，防止机体对吗啡、海洛因和其它阿片类物质产生躯体依赖，无阿片样作用，无耐受性，停药后不产生戒断症状，无滥用潜能。

（1）适应症适用于已解除阿片类药物依赖的康复期辅助治疗，特别是治疗以防止或减少复发。使用纳曲酮前患者必须具备以下条件：①停止使用阿片类物质（海洛因、鸦片、吗啡等）7-10 天以上，美沙酮 2 周以上；②尿阿片类物质（吗

---

啡、美沙酮、丁丙诺啡、曲马多等)检测结果阴性;③肝肾功能检查基本正常;④纳洛酮激发试验阴性。

(2) 禁忌症 ①正在接受阿片类镇痛药治疗的患者;②正在接受维持治疗的患者;③阿片类物质急性戒断期的患者;④纳洛酮挑战试验失败患者或尿阿片类物质监测阳性患者;⑤有纳曲酮过敏史患者;⑥急性肝炎或肝功衰竭患者。

### (3) 用药方法

盐酸纳曲酮片首剂量给予 25mg,若无戒断症状出现则次日以后每天给予 50mg。为安全起见,也可采用逐渐增加剂量的诱导方案,即:第一天 2.5mg-5mg;第二天 5mg-15mg;第三天 15mg-30mg;第四天 30mg-40mg;第五天 40mg-50mg。3-5天完成诱导后转入维持剂量。维持期纳曲酮服药方法可分为每天服用 50mg 和每周服用 350mg(如周一 100mg,周三 100mg,周五 150mg)法,用药时间长短依患者具体情况确定,原则上只要存在复吸的可能,即应服用盐酸纳曲酮预防,建议服用盐酸纳曲酮至少半年以上。

纳曲酮缓释注射剂该药属长效制剂,仅需臀部深部交替注射每月一次。

纳曲酮缓释片埋植:埋置手术切口为 1.5cm,植入纳曲酮后缝合切口。纳曲酮埋置药物按作用时间长短可分为 2 个月、3 个月、6 个月和 12 个月 4 种,可依据患者要求和具体

---

情况确定。纳曲酮埋植存在手术部位感染的可能，应注意使用抗生素治疗。

#### （4）纳曲酮维持治疗的注意事项

大剂量的阿片类药物可以反转纳曲酮的作用，同时也会出现阿片类药物过量的风险，甚至死亡。

停用纳曲酮缓释注射剂治疗的患者对阿片类物质的耐受性会有所降低，故使用与既往同样剂量，甚至更低剂量的阿片类药物可导致过量中毒。

服用纳曲酮治疗患者镇痛可选用局部麻醉、苯二氮草类、非阿片类镇痛药和全身麻醉。若使用阿片类药物镇痛时，其用量较通常大得多，可能出现呼吸抑制。

纳曲酮及其代谢产物主要通过肾脏排除，肾功能损伤患者慎用。

## 2. 精神科对症治疗

抑郁、乏力、渴求等症状严重者可使用抗抑郁药物；焦虑、失眠等症状严重者可使用苯二氮草类药物。

### （五）心理社会干预

社会心理干预主要是针对影响成瘾物质滥用的心理社会因素，包括对个体心理行为及家庭社会环境两个方面的干预，是药物依赖治疗的重要环节。

---

1. 动机强化治疗：采用一定的治疗策略，以强化患者做出改变自己成瘾物质滥用行为的动机为目标的治疗方式，有助于提高治疗效果，可以单独使用或者与其他治疗联合使用。

2. 认知行为治疗：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如物质滥用等适应不良行为。主要包括预防复发、应对技能训练等，可以有效预防复发。

3. 行为疗法：应用行为医学的某些理论（如经典条件反射、学习理论、强化作用、操作条件反射等），帮助患者消除或建立某种行为，从而达到治疗目的的方法。包括行为强化治疗、线索暴露疗法、社区强化等。可以提高治疗依从性，增加治疗效果。

4. 正念防复吸治疗：将结合正念冥想和认知行为治疗相结合，通过提高患者对触发因素、习惯性思维模式及自动反应的自我意识，培养患者接纳目前体验，帮助患者摆脱习惯性思维模式及自动行为反应，主要用于康复期药物依赖者的预防复发，适合已经完成住院或者门诊治疗的患者，具有治疗动机的维持治疗患者。

5. 家庭干预：包括涉及家庭成员的干预和家庭治疗。涉及家庭成员的干预主要包括家庭教育、帮助解决家庭危机、改善家庭关系、促进家庭功能与家庭支持等。家庭治疗

---

指通过利用家庭的力量来治疗包括药物滥用在内的许多问题，如家庭成员如何面对依赖者以帮助他们康复，如何保持婚姻关系和相互交流，如何解决分歧，改善人际关系，如何与药物滥用的同伴接触等。

6. 社会干预政府或非政府组织在社会事务中的干预行为，通过动员社会资源来帮助药物依赖者适应社会，保持毒品戒断状态，是物质依赖康复过程中的重要环节。

## **（六）特殊情况的处理**

1. 精神障碍共病：指与物质使用障碍者共同发生于同一个体的精神障碍，常见的有人格障碍、心境障碍、焦虑障碍、抑郁障碍及睡眠障碍等。这些障碍可能与物质使用障碍的发生、进展、治疗和转归互为因果，且相互影响。治疗原则为综合治疗、同时治疗和长期治疗。治疗方法主要包括药物治疗和心理行为治疗。

2. 艾滋病毒感染/艾滋病与丙型肝炎：阿片类物质使用障碍者是艾滋病毒和丙型肝炎病毒感染的高危人群和高发病人群。阿片类物质使用障碍者合并感染 HIV 或艾滋病病人，要及时转介到艾滋病专门治疗机构接受系统和规范治疗，合并感染丙肝的病人，要倡导和支持他们积极到专业机构寻求治疗。

---

3. 疼痛问题：正在接受药物维持治疗患者，可能会因外伤、各种急慢性疾病或而外科手术而出现疼痛症状，需要及时和有效的进行治疗与处理。治疗方法：①继续服用原药物维持剂量的美沙酮（为安全起见可分次服用）；②评估疼痛级别和镇痛效果，以确定用药剂量；③最好选用其它阿片类药物（吗啡、羟考酮等）；④禁止使用激动-拮抗剂类药物；⑤可使用非阿片类镇痛药物作为补充。

4. 孕产妇/胎儿：孕前和孕期滥用阿片类物质，可导致胎儿畸形、流产、早产、死胎和未成熟新生儿；阿片类物质可导致胎儿对阿片类物质产生依赖，可出现新生儿戒断症状。美沙酮和丁丙诺啡维持治疗可有效降低阿片类物质对孕产妇、胎儿及新生儿的上述危害，可消除海洛因的戒断症状，避免子宫收缩引起的流产和早产。

### **（七）门诊治疗**

目前，针对阿片类物质滥用者的治疗面临着治疗资源不足，不能满足物质滥用者治疗需求的现实，因此，探索和开展门诊治疗模式，可弥补现有戒毒治疗模式的不足，有利于我国药物滥用防治工作的全面开展。同时，阿片类物质滥用的干预/治疗越早，患者受到损害的可能性就越小，其恢复正常（康复）的机会就越大。门诊治疗可在患者“暴露”之

---

前实施早期干预和治疗，有效的阻断阿片类物质成瘾对使用者个人及其家庭和社会的进行性损害。

1. 治疗目标：总体目标包括实现操守和行为改变，建立新的生活模式；识别和处理各类社会心理问题，建立正常的社会关系；改善患者的问题解决技巧和应对策略。

2. 治疗对象：包括自愿接受治疗的处于阿片类物质滥用不同阶段的隐性患者、显性患者以及家庭成员、朋友和相关人员。

### 3. 门诊治疗程序及内容

治疗程序包括：① 为患者提供咨询、筛查服务，并对患者进行分级/分类；②按医院门诊的诊疗规范进行检查、诊断；③准备、干预与治疗：知情同意、签订治疗合同、建立治疗合作关系；④签订治疗协议，制定初步治疗计划。

治疗内容与方法：

(1) 早期简要干预：对性患者进行低强度的、短期的咨询。有效的简要干预时间为 5-10 分钟左右，内容包括 6 部分，可用缩写字母“FRAMES”表示：① 问题反馈：告知患者目前存在的风险及伤害；② 责任定位：改变的责任在于患者自己；③ 忠告提出：改变的忠告由医生提出；④ 选择清单：向患者提供自主选择或是治疗选择的清单；⑤ 共情方式：咨询者应使用共情方法；⑥ 自我效能：鼓励患者

---

自己的努力。简要干预的作用虽然有限，其主要目的是将相关信息告知患者，与患者初步建立起信任关系，以便进一步咨询、复诊和随访。

(2) 药物治疗：通常分为四个阶段。

第一阶段：完成诊断后，依据具体情况和患者要求制定切实可行的治疗方案。

第二阶段：药物控制戒断症状，稳定患者状态。

第三阶段：完成脱毒治疗，或转为维持治疗，为康复治疗做准备。常用方法有替代递减治疗或中药治疗。

第四阶段：转入维持治疗，逐渐恢复患者的职业、家庭和社会功能。

(3) 共患疾病治疗：包括对抑郁、焦虑和睡眠等精神疾病共病的治疗。

(4) 心理行为治疗：依据不同的病人、不同的病程阶段和不同的场合及情况，选择使用不同的治疗方法。常见的心理行为治疗方法主要有认知行为治疗、多维度家庭治疗、动机访谈、以及动机激励等。

#### 4. 门诊治疗的特殊考虑

治疗对象多种多样，他们对治疗的认知、理解、预期和需求等不尽相同，因此，在工作中应该考虑患者的愿望与需求，结合患者的具体情况和拥有的治疗资源，以循证治疗为

---

原则，采用个体化的治疗方案。

## 名词解释

1. 阿片类药物——指作用于阿片受体，产生相同作用的一类天然和人工合成的精神活性物质。可分为有医疗用途类（如吗啡、美沙酮、丁丙诺啡和度冷丁等）和无医疗用途类（如海洛因、鸦片等）。
  2. 毒品——系法律学概念，指能影响使用者的精神活动和行为，导致成瘾和造成个人、家庭和社会功能损害，以及社会危害的非法物质。
  3. 吸毒者——对使用毒品者的贬义称呼。
  4. 物质（药物）滥用——指非治疗目的使用有治疗用途或无治疗用途精神活性物质（药物），带有一定程度的贬义性。
  5. 物质成瘾——指长期使用某种精神活性物质后出现的，对所使用物质的耐受性、渴求感、戒断症状（可以没有），以及心理行为方面的负性改变。
  6. 物质依赖——与物质成瘾同义，可混用，属中性用词，无贬义。
  7. 生理依赖——也称躯体依赖，主要表现为停药后的戒断症状与耐受性增加。
-

8. 心理依赖——也称精神依赖，主要表现为停药后的渴求症状。
  9. 依赖综合征——ICD-10 定义的一组生理、行为和认知症状，主要表现为对所使用物质强烈渴求的、不顾后果的、不可控制的和强迫性的用药行为。
  10. 戒断状态——ICD-10 的诊断用语，指停止使用某种精神活性物质后出现的一组性质和程度不同的戒断症状，是依赖综合征的特征之一，基本意义同戒断综合征。
  11. 急性中毒——ICD-10 的诊断用语，指在使用精神活性物质后造成的意识水平、认知、知觉、判断、情感或行为，或其它生理学功能和反应紊乱状态。
  12. 有害使用——ICD-10 的诊断用语，指对健康引起损害的一种精神或物质使用类型。损害可能是躯体性的（如肝炎），或者是精神性的（如抑郁）。损害通常伴有不良的社会后果。
  13. 危险使用——非 ICD-10 的诊断用语，指加剧使用者有害后果的一种物质使用类型。
  14. 戒断症状——指停止使用所依赖物质后出现的一组躯体和精神方面的不适症状。使用的精神活性物质不同，其戒断症状也不同。
  15. 药物脱毒治疗——指使用替代或非替代药物消除或减
-

轻戒断症状的过程，作用是帮助患者安全脱离所使用的物质，是治疗的第一阶段。使用不同的治疗药物疗程可有不同。

16. 康复治疗——指对完成脱毒治疗后的患者开展的一系列恢复个人功能、家庭功能和社会功能的训练过程，旨在帮助患者回归社会，做正常人。

药物维持治疗——指针对难于完成脱毒治疗或反复复发的阿片类物质使用障碍患者，使用合法的治疗药物（如美沙酮、丁丙诺啡、复方丁丙诺啡等）长期服药、防止复发和帮助患者恢复患者各项功能，做正常人的治疗方法。

