

卫生部关于印发《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》 和《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步规范戒毒医疗服务行为，提高戒毒医疗服务质量，保证医疗安全，我部组织有关专家对 1993 年发布的《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》和 2002 年发布的《苯丙胺类兴奋剂滥用及相关障碍的诊断治疗指导原则》进行了修订。现将修订后的《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》和《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》印发给你们，请参照执行。

二〇〇九年十一月二十六日

（信息公开形式：主动公开）

阿片类药物依赖诊断治疗指导原则

阿片类药物依赖是全世界药物依赖的主要问题之一。为规范阿片类药物依赖的诊断治疗工作，卫生部于 1993 年发布《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》（以下简称《指导原则》），对规范阿片类药物依赖的治疗起到积极作用。随着戒毒医疗技术的不断发展，《指导原则》已不能满足戒毒医疗工作需要。为进一步规范阿片类药物依赖的诊断治疗工作，卫生部组织专家对原《指导原则》进行了修订。修订后的《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》侧重于生理脱毒阶段的诊断治疗，兼顾其他治疗措施，包括防复吸治疗和心理社会干预等。

阿片类药物包括天然类如鸦片、吗啡（阿片中的生物碱）、海洛因（吗啡的衍生物）以及人工合成类如美沙酮、度冷丁等。阿片类药物具有镇痛、止咳、止泻、麻醉等药理作用，同时也具有较强的成瘾性和耐受性，滥用后易产生依赖。

一、临床表现

（一）戒断症状。滥用阿片类药物的种类、剂量、时间、途径、停药速度不同，戒断症状的严重程度也不一致。短效药物如吗啡、海洛因一般在停药后 8-12 小时开始出现戒断症状，48-72 小时达到高峰，持续 7-10 天。长效药物如美沙酮一般在停药后 1-3 天出现戒断症状，可持续 2 周左右。

典型的戒断症状分为两大类：

1. 客观体征。如血压升高、脉搏加快、体温升高、立毛肌收缩、瞳孔扩大、流涕、震颤、腹泻、呕吐、失眠等。

2. 主观症状。如肌肉骨骼疼痛、腹痛、食欲差、无力、疲乏、不安、喷嚏、发冷、发热、渴求药物等。

（二）急性中毒症状。在大剂量滥用阿片类药物后，出现精神运动性抑制，言语不清、昏睡甚至昏迷；体征有针尖样瞳孔（深昏迷时也可能由于缺氧瞳孔扩大）、呼吸抑制、肺水肿、心率减慢、心律失常等。

（三）其他症状。可出现精神障碍如人格障碍、情绪障碍和精神病性症状等。存在不同程度的社会功能损害，表现为工作学习困难、逃学、不负责任和不履行家庭责任等。

二、诊断

诊断参照 ICD-10 阿片类药物依赖诊断标准：

- （一）对阿片类药物有强烈的渴求及强迫性觅药行为。
 - （二）对阿片类药物滥用行为的开始、结束及剂量难以控制。
 - （三）减少或停止滥用阿片类药物时出现生理戒断症状。
 - （四）耐受性增加，必须使用较高剂量药物才能获得原来较低剂量的感受。
 - （五）因滥用阿片类药物而逐渐丧失原有的兴趣爱好，并影响到家庭和社会关系。
 - （六）不顾身体损害及社会危害，固执地滥用阿片类药物。
- 在以往 12 个月内发生或存在 3 项以上即可诊断为阿片类药物依赖。

除参照以上诊断标准外，诊断时还应注意以下几点：

- （一）末次使用阿片类药物 72 小时内的尿毒品检测结果。

批注 [雨林木风1]:

（二）病史、滥用药物史及有无与之相关的躯体并发症如病毒性肝炎、结核等，还应注意有无精神障碍、人格障碍等心理社会功能的损害。

（三）患者的一般情况、生命体征、意识状况、注射痕迹、皮肤瘢痕和感染等。

（四）性病、艾滋病和病毒性肝炎等传染病的检测结果。

三、治疗

阿片类药物依赖是一种慢性、高复发性疾病，其治疗是一个长期过程。目前对阿片类药物依赖的治疗推荐采用医学、心理、社会等综合措施，包括停止滥用药物、针对戒断症状给予脱毒治疗、针对心理依赖及其它躯体、心理、社会功能损害进行康复和防复吸治疗，最终实现吸毒人员的康复和回归社会。

治疗时应根据滥用药物的种类、剂量、时间、途径、既往戒毒治疗情况等首先确定药物依赖的严重程度，结合吸毒人员的个体情况选择戒毒药物和治疗方法。症状轻者可不使用戒毒药物，仅需对症处理即可。阿片类药物依赖多伴有多药滥用现象，其危害严重，在治疗过程中应多加注意。

（一）脱毒治疗。

是指通过治疗减轻由于突然停药导致的躯体戒断症状。由于吸毒人员的特殊性，阿片类药物依赖的脱毒治疗应在管理严格的封闭环境中进行。脱毒治疗可分为替代治疗与非替代治疗，两者可以结合使用。对于戒断症状较轻、合作较好的吸毒人员可单独使用非替代治疗。

1. 替代治疗。

是利用与阿片类药物有相似药理作用的其他药物替代原使用药物，在一定的时间内逐渐减少并停止使用替代药物，以减轻戒断症状的严重程度。

(1) 美沙酮替代治疗。

1) 适应证。

美沙酮替代治疗适用于阿片类药物的脱毒治疗。由于美沙酮本身也能产生依赖性，因此应在严格管理的戒毒医疗机构中进行。

2) 治疗原则。

美沙酮替代治疗的原则是：逐日递减、先快后慢、只减不加、停药坚决。在用药中和停药后对症处理各种症状。

3) 用法与剂量。

美沙酮替代治疗首次剂量一般为 20—40mg/日口服，原则上不超过 60 mg/日口服。首次给药后，戒断症状控制不理想者可酌情追加美沙酮 5-10mg 口服。如发现美沙酮剂量过大，应再次确认吸毒人员药物依赖的程度及近期药物滥用的剂量并于第 2 日减药，减幅为首日剂量的 30-50%。

递减程序根据个体情况制订，多数可在 10—20 日内停药。如每日递减前 1 日药量的 20%，减至 5—10mg/日时可改为每 1—3 日减 1mg。

4) 不良反应及处理。

在使用较大剂量时可出现相应的不良反应，常见如口干、恶心、呕吐、头昏、头痛、困倦、乏力等，个别出现直立性晕厥。如不良反应严重，可减少美沙酮的用量并密切观察。

5) 过量中毒及处理。

过量中毒常发生在治疗前3天。主要表现为冷汗、严重头昏、坐卧不安、针尖样瞳孔、无力、嗜睡、血压下降，呼吸、心率减慢甚至昏迷，严重时可出现呼吸困难、紫绀等。

一旦发现过量中毒应立即停用美沙酮，密切观察吸毒人员的意识、瞳孔和呼吸状况。若出现阿片类中毒三联征（呼吸抑制、昏迷和针尖样瞳孔）应立即抢救。抢救措施包括：①维持呼吸道通畅，吸氧，静脉输液维持水、电解质平衡及一般支持疗法；②首次快速给予阿片受体拮抗剂纳洛酮0.4mg静脉注射，必要时2-5分钟内重复使用2-3次。

6) 注意事项。

呼吸功能不全者和产妇分娩前后禁用；妊娠妇女、老年人、肝肾功能不全者慎用。

(2) 盐酸丁丙诺啡舌下含片替代治疗。

1) 适应证。

同美沙酮。

2) 用法与剂量。

根据吸毒人员戒断症状及药物引发不良反应的严重程度随时调整剂量。最初1-3日剂量应充分，轻度依赖为1-1.5mg/次舌下含服，q8h；中度依赖为2-2.5mg/次舌下含服，q8h；重度依赖为3-6mg/次舌下含服，q8h。首次用药2小时后根据戒断症状的控制情况决定是否追加剂量，追加剂量为上次使用剂量的30-50%。经最初1-3日充分用量后可酌情减量，每日减前1日剂量的20-30%。治疗周期为10-14天。

批注 [雨林木风2]:

药物须舌下含服不少于 5 分钟，含服期间不可吞咽以保证药物被口腔粘膜充分吸收。掌握适当给药时机是治疗的关键，一般应在末次滥用阿片类药物 8-2 小时后、出现早期戒断症状时开始治疗。

3) 不良反应。

常见嗜睡、恶心、呕吐、出汗和眩晕，可见口干、便秘、瞳孔缩小、心率减慢和低血压等。呼吸抑制约在给药 3 小时后发生，持续时间长，程度较吗啡所致呼吸抑制轻，不随用药剂量增加而加重。盐酸丁丙诺啡过量使用所致中毒较少发生。

4) 注意事项。

呼吸系统疾病、严重肝病者、孕妇及哺乳期妇女不宜使用。酒精和中枢神经系统抑制剂会加强盐酸丁丙诺啡的呼吸抑制作用。用药期间切忌再度滥用阿片类药物，否则可引发或加重戒断症状。用药期间慎用镇静催眠药，严禁酗酒。

(3) 替代治疗的护理与观察。

1) 根据吸毒人员的病情定时巡视。

2) 严密观察治疗药物的起效过程与不良反应，及时处理。

3) 治疗期间应严格病房管理，防止吸毒人员再次滥用阿片类药物。

4) 治疗期间应鼓励吸毒人员进食，不应过早安排体育锻炼以减少体力消耗。

2. 非替代治疗。

指应用中枢 α_2 受体激动剂来减轻阿片类药物依赖的戒断症状。该类物质以可乐宁和洛非西定为代表，其控制戒断症状的作用比美沙酮和盐酸丁丙诺啡弱。洛非西定不良反应较可乐宁轻。

（1）**适应证。**用于轻中度阿片类药物依赖的吸毒人员，也可在替代治疗结束后使用，以利于控制稽延性戒断症状。

（2）**用法与剂量。**根据吸毒人员年龄、体重、健康状况、药物滥用史、戒断症状的程度调整可乐宁和洛非西定的用法与剂量。常见治疗方案参考表 1、2。

（3）**不良反应。**常见口干、倦怠、眩晕、便秘和体位性低血压。过量症状包括体位性低血压、眩晕或晕厥、心率下降。长期使用后突然停药可出现反跳性血压升高、头痛、恶心、唾液增多、手指颤动等症状，故药物使用时间不应超过 2 周。

表 1 可乐宁脱毒治疗方案（以体重 60kg 为例）

治疗日数	剂量（片）		
	晨	午	晚
1	2	2	3
2	3	3	4
3	3	3	4
4	3	3	4
5	2	2	3
6	1	2	2
7	1	1	2
8	1	1	1
9	0	1	1
10	0	0	1

注：每片含可乐宁 0.1mg

表 2 洛非西定脱毒治疗方案（以体重 60kg 为例）

治疗天数	剂 量（片）		
	晨	午	晚
1	1~2	0	1~2
2	2~3	2~3	2~4
3	2~3	2~3	2~4
4	2~3	2~3	2~4
5	2~3	2~3	2~4
6	2~3	2~3	2~4
7	2~3	2~3	2~4
8	1~2	1~2	2~3

9	1	1	1~2
10	1	0~1	1
11	0~1	0	0~1
12	停药		

注：每片含洛非西定 0.2mg

(4) 注意事项。

1) 低血压、脑血管病后遗症、冠状动脉供血不足、近期心肌梗塞、慢性肾功能不全、窦房结功能低下和抑郁症者慎用。血压等于或低于 90/50mmHg 或心率低于 60 次/分以及对此类药物过敏者禁用。

2) 因本品有中枢抑制作用，服药期间不宜驾车或操纵机器以免发生意外。

(5) 非替代治疗的护理与观察。

应注意观察血压偏低及对药物敏感的吸毒人员，治疗期间每日测量血压。治疗前 4 日宜卧床，缓慢改变体位，如出现体位性低血压应使吸毒人员平卧，置头低足高位。如连续发生体位性低血压或血压持续等于或低于 90/50 mmHg，应适当减药，可减当日剂量的 1/4，必要时停药。鼓励吸毒人员进食，保证营养摄入量。

批注 [雨林木风3]:

3. 中药脱毒治疗。

目前经国家食品药品监督管理局批准的戒毒中药近 10 种，适用于轻、中度阿片类药物依赖的吸毒人员，对重度依赖的吸毒人员单纯使用中药疗效尚不够理想，需要与其他药物联合使用。

4. 其他脱毒治疗。

如针灸、电针等，疗效需进一步验证。

(二) 纳曲酮防复吸治疗。

1. 适应证。

适用于已解除阿片类药物依赖的康复期辅助治疗，以防止或减少复吸。用药前应做好以下准备：

（1）阿片类药物依赖者应停止使用阿片类药物 7-10 天以上，如使用美沙酮则停药时间应延长至 2 周以上。

（2）尿吗啡检测结果阴性。

（3）服药前纳洛酮激发试验阴性。

（4）肝功能检查基本正常。

2. 用法与剂量。

小剂量开始治疗，一般为 10-20mg/日口服，3-5 天达到维持剂量 50mg/日口服。服药时间一般为 3-6 个月。

3. 不良反应。

少数吸毒人员服药后出现恶心、呕吐、胃肠不适、食欲不振、口渴和头晕等症状，也可出现睡眠困难、焦虑、易激动、关节肌肉痛和头痛等。纳曲酮不良反应的症状与脱毒后稽延性戒断症状相似，应加以鉴别。

4. 注意事项。

（1）纳曲酮具有肝脏毒性，可引起转氨酶一过性升高，使用前和使用中需检查肝功能，肝功能不全者慎用。如治疗期间出现肝功能异常，应停止使用。

（2）未经过脱毒治疗的吸毒人员服用纳曲酮会引起严重的戒断综合征。

（3）纳曲酮治疗期间要进行尿吗啡检测，了解吸毒人员治疗依从性。告诫吸毒人员服用纳曲酮期间若滥用阿片类药物，小剂量不会产生欣快感，大剂量则会出现严重中毒症状，甚至昏迷、死亡。

(4) 纳曲酮治疗期间如需使用镇痛药，应避免使用阿片类镇痛药，以防止降低药效或产生戒断症状。

(三) 心理行为治疗。

心理行为治疗主要针对患者的心理依赖及其他心理行为问题，主要目的是预防复吸。心理行为治疗是阿片类药物依赖治疗的重要内容。

1. 动机强化治疗：帮助吸毒人员认识自己的问题，制订治疗计划并帮助吸毒人员坚持治疗，有助于提高戒毒治疗的成功率。

2. 认知治疗：改变吸毒人员的不良认知方式，帮助吸毒人员正确应对急、慢性药物渴求，强化吸毒人员的不吸毒行为，预防复吸。

3. 预防复吸治疗：帮助吸毒人员提高自我效能与应对复吸高危情景的能力，识别诱发药物渴求、复吸的心理及环境因素，找出有效应对的方法，降低复吸率。

4. 行为治疗：通过各种行为治疗技术强化不吸毒行为及其他健康行为，降低复吸的可能性。

5. 集体治疗：通过交流发现吸毒人员间的共同问题，增进吸毒人员间的交流和理解，制订出切实可行的治疗方案。也可使吸毒人员在治疗期间相互监督、相互支持，增进其与医师间的接触，有助于预防复吸、促进康复。

6. 家庭治疗：通过改善吸毒人员的人际关系，特别是与其家庭成员间的关系，促进家庭成员间的感情交流，提高治疗支持程度。

附件：阿片类药物依赖相关基本概念

附件

阿片类药物依赖相关基本概念

一、阿片类药物依赖

指长期和反复滥用阿片类药物后，机体对药物产生的适应现象。当体内有足够该药物存在的条件下，可保持正常生理和心理功能平衡，中断或骤减用药后，机体出现戒断症状。

药物依赖包括生理依赖（躯体依赖）和心理依赖（精神依赖）两部分。生理依赖是由反复用药造成的一种生理适应状态，主要表现为耐受性和戒断症状。心理依赖是吸毒人员对药品产生的强烈渴求感，需不断滥用来重复体验心理快感，是导致复吸的重要原因。

二、阿片类药物耐受性

指持续滥用阿片类药物后机体出现的药效下降或药物作用维持时间缩短的现象，必须增加使用剂量才能获得原来的效果，若立即停药多数会出现急性戒断症状。阿片类药物的耐受性可逆，停止滥用药物后耐受性可逐渐消失。

三、稽延性戒断症状

阿片类药物依赖者经脱毒治疗后，随着外源性阿片类药物的逐渐消除，内源性阿片肽的合成及阿片受体数量的增加难以在短期内达到正常水平，在相当长的时间内会出现躯体、精神的不适，称为稽延性戒断症状。主要表现为顽固性失眠、焦虑烦躁、周身疼痛、疲乏无力、心境恶劣等。

四、多药滥用

指非医疗目的滥用 2 种或 2 种以上药物的行为。其目的是：①加强原来滥用药物的作用，以保持或减少原用药物使用剂量；②克服原用药物引起的不良反应；③充当原用药物替代物；④作为自行戒毒的戒毒药物。多药滥用有 3 种形式，第一是在某种药物中混有其他药物；第二是同时滥用 2 种或 2 种以上药物；第三是在滥用某种药物后交替使用其他不同的药物。阿片类药物依赖多伴有多药滥用现象，其危害严重，应在治疗过程中多加注意。

五、强迫性觅药行为

指吸毒人员不由自主、不顾一切地寻求和滥用药物，是失去自我控制能力的表现，而非意志薄弱或道德问题。强迫性觅药行为是判断药物依赖的重要指征之一。

六、阿片类药物依赖急性戒断症状

指吸毒人员中断、骤然减少使用阿片类药物，或使用阿片类药物拮抗剂后出现的一系列躯体和精神症状，如流涕、流泪、打哈欠、瞳孔散大、立毛肌收缩、出汗、腹泻、全身酸痛、自发射精、血压升高、脉搏加快、发热、失眠及焦虑烦躁等，同时伴有对阿片类药物的强烈渴求感。急性戒断症状的范围十分广泛，几乎涉及到机体每一个系统，其持续时间与滥用阿片类药物的种类和脱毒治疗方法有关，一般在停药后 72 小时达到高峰，后逐渐减轻。急性戒断症状的轻重程度个体差异较大，是促使吸毒人员继续滥用阿片类药物的主要原因。

七、阿片类药物过量中毒

阿片类药物过量滥用导致的中毒比较常见，表现为中枢神经系统抑制、瞳孔缩小、呼吸抑制等特征性症状。还应注意多药滥用所致的混合中毒。

八、复吸

指吸毒人员经过脱毒治疗，基本摆脱药物依赖状态后重新滥用药物并形成新的药物依赖状态。偶尔的重新滥用行为不应视为复吸，只有形成新的药物依赖才可诊断为复吸。导致复吸的原因较多也较复杂，充分认识这些原因对采取有效的防复吸措施具有重要意义。预防复吸是治疗各种药物依赖的关键。

苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则

近年来，我国苯丙胺类药物滥用呈上升趋势，滥用人群分布广泛，诊断治疗难度较大。2002 年卫生部与原国家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》（以下简称《指导原则》），对苯丙胺类药物依赖的规范化治疗起

到积极作用。随着戒毒医疗技术的不断发展,《指导原则》已经不能满足戒毒医疗工作需要。为进一步规范苯丙胺类药物依赖的诊断治疗工作,卫生部组织专家对原《指导原则》进行了修订。修订后的《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》侧重于生理脱毒阶段的诊断治疗,兼顾其他治疗措施,包括心理社会干预、行为矫正、防止复吸等。

一、临床表现

(一)戒断症状。苯丙胺类药物依赖的躯体戒断症状、体征通常不明显,长期、大量滥用苯丙胺类药物后,停止使用数小时至数周可出现用药渴求、焦虑、抑郁、疲乏、失眠或睡眠增多、精神运动性迟滞、激越行为等症状。

(二)急性中毒。大量滥用苯丙胺类药物可引起血压升高、脉搏加快或减慢、头痛、恶心、呕吐、出汗、口渴、发热、瞳孔扩大、睡眠障碍等,部分滥用者可出现咬牙、共济失调。严重者出现心律失常、惊厥、循环衰竭、出血或凝血功能障碍、昏迷甚至死亡。

(三)慢性中毒。长期大量滥用苯丙胺类药物可出现体重下降、磨牙动作、口腔粘膜损伤和溃疡、较多躯体不适主诉、肌腱反射亢进、运动困难和步态不稳等,伴有注意力和记忆力等认知功能障碍。

(四)精神障碍。可在长期滥用药物后逐渐出现,也可在一次滥用后发生,其症状表现与偏执型精神分裂症相似,应注意鉴别。表现为错觉及幻觉、敏感、多疑、偏执、被害妄想、自伤和伤人等,个别患者出现躁狂样表现。

二、诊断

诊断参照 ICD-10 苯丙胺类药物依赖诊断标准:

(一) 具有非医疗目的滥用苯丙胺类药物的强烈意愿。

(二) 对苯丙胺类药物滥用行为的开始、结束及剂量难以控制。

(三) 滥用苯丙胺类药物的目的是减轻或消除戒断症状。

(四) 减少或停止滥用苯丙胺类药物后出现戒断症状。

(五) 滥用苯丙胺类药物的过程中耐受性逐步增加。

(六) 不顾社会约束，选择滥用方式的(时间、地点、场合等)自控力下降。

(七) 由于滥用苯丙胺类药物逐步丧失原有的兴趣爱好，并影响到家庭、社会关系。

(八) 知道滥用苯丙胺类药物的危害仍坚持滥用。

(九) 减少或停止滥用苯丙胺类药物后出现戒断症状，重新滥用时剂量较前增加。

在以往12个月内发生或存在3项以上即可诊断为苯丙胺类药物依赖。

除参照以上诊断标准外，诊断时还应注意以下几点：

(一) 末次使用苯丙胺类药物48小时内的尿毒品检测结果。

(二) 病史、滥用药物史及有无与之相关的躯体并发症，如病毒性肝炎、结核等，还应注意有无精神障碍、人格障碍等心理社会功能的障碍。

(三) 患者的一般情况、生命体征、意识状况，有无注射痕迹、有无相关的精神症状。

(四) 性病、艾滋病和病毒性肝炎等传染病的检测结果等。

三、治疗

多为对症处理，需同时给予心理行为治疗。对于偶尔滥用苯丙胺类药物、尿检阳性，但无明显精神症状及功能损害的吸毒人员，无需特殊治疗措施，可视情况给予心理咨询或心理行为治疗。

（一）戒断症状。

目前尚无可推荐的替代药物。一般来说，如能保证充足的睡眠和营养，大部分症状可在几日后逐渐消失，不需要特殊处理。部分吸毒人员在停药后出现较为严重的抑郁，可持续数周或更长时间，需密切注意，防范自杀。

1. 抑郁、乏力、渴求等症状严重者可使用抗抑郁药物，如5-羟色胺再摄取抑制剂（如氟西汀 20-40mg/日口服、帕罗西汀 20-40mg/日口服、舍曲林 50-150mg/日口服）；也可使用去甲肾上腺素和5-羟色胺再摄取抑制剂，如文拉法辛 75-150mg /日口服；还可使用去甲肾上腺素和特异性5-羟色胺再摄取抑制剂，如米氮平 15- 30mg/日口服。若使用三环类抗抑郁药，如米帕明（丙咪嗪），则从小剂量 25mg/日口服用起，逐渐增加到 100- 150mg/日口服。

2. 若吸毒人员出现幻觉、妄想症状，建议使用非典型抗精神病药物，如利培酮 2-4mg/日口服或奥氮平 5-20 mg/日口服，也可用氟哌啶醇 2-10mg/日口服，待幻觉、妄想症状消失后逐渐停止使用。

3. 谵妄者应进行系统检查以排除其他原因，如中枢神经系统感染、颅内出血、滥用其他成瘾药物或酒精等。

（二）急性中毒。

急性中毒时需采取如下措施：

1. 将吸毒人员置于安静的环境，减少刺激。

2. 严密监测生命体征，维持呼吸、循环稳定，维持水电解质平衡，必要时给氧。

3. 鼓励多饮水，如口服滥用药物时间不超过 4 小时可行洗胃、催吐。

4. 酸化尿液以加快苯丙胺类药物的排泄，予氯化铵 0.5g 口服，每 3-4 小时重复 1 次，使尿液 pH 值控制在 6.6 以下。如果吸毒人员有高热、出汗、代谢性酸中毒，则不宜酸化尿液。

5. 可采用物理降温方法降低体温。

6. 若吸毒人员出现惊厥，则缓慢静脉注射苯二氮卓类药物，如地西泮 10-20mg/次，必要时 15 分钟重复 1 次。静脉注射地西泮能导致喉痉挛或呼吸抑制，应做好气管插管准备。

7. 如出现严重高血压应警惕颅内出血，给予紧急处理，可使用酚妥拉明 2-5mg 静脉缓慢注射。

8. 兴奋激越、行为紊乱，可使用多巴胺受体阻滞剂如氟哌啶醇 2.5-10mg 肌肉注射，亦可用苯二氮卓类如地西泮 10-20mg 静脉缓慢注射。如出现锥体外系反应可使用抗胆碱类药物，如氢溴酸东莨菪碱（海俄辛）0.3-0.5mg 肌肉注射。必要时可采取保护性约束。

9. 谵妄：可用氟哌啶醇控制兴奋、激越、幻觉、妄想等症状，剂量不宜太大，以免加重意识障碍。

10. 中毒程度极重者可采用腹膜透析或血液透析。

（三）精神病性症状。

应首先将吸毒人员置于安静的环境中，减少刺激、给予充分安慰，减轻因幻觉、妄想所导致的紧张不安和冲动攻击行为。可使用抗精神病药物，如利培酮 2-4mg/日口服或奥氮平 5-20mg/日口服，也可使用氟哌啶醇 2-10 mg/日口服。兴奋躁动明显者可用氟哌啶醇 5-10 mg 肌肉注射。注意苯丙胺类药物依赖可能导致多巴胺受体敏感性的改变，使用抗精神病药物易出现锥体外系反应。在幻觉、妄

批注 [雨林木风4]:

想症状消失后应逐渐停止使用抗精神病药物。若在急性中毒期出现精神病性症状，处理时还应参阅急性中毒治疗的相关内容。

（四）情感症状。

如情感症状持续时间不长或症状轻微可不必用药，否则应予相应的对症治疗。

1. 抑郁：可使用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等新型抗抑郁药物或三环类抗抑郁药物。

2. 焦虑：建议使用苯二氮卓类药物，如阿普唑仑 0.4 mg 口服，2-3 次/日，应注意防止此类药物的滥用。如焦虑症状持续存在，可给予丁螺环酮、坦度螺酮等非苯二氮卓类药物。

（五）心理行为治疗。

主要针对患者的心理依赖及其他心理行为问题，主要目的是预防复发和复吸。药物治疗同时配合心理行为治疗可提高治疗效果，心理行为治疗应作为药物依赖治疗的重要环节。

1. 动机强化治疗：帮助吸毒人员认识自己的问题，制订治疗计划并帮助吸毒人员坚持治疗，有助于增加戒毒治疗的成功率。

2. 认知治疗：改变吸毒人员的不良认知方式，帮助吸毒人员应对急、慢性药物渴求，强化吸毒人员的不吸毒行为，预防复吸。

3. 行为治疗：通过各种行为治疗技术强化不吸毒行为及其他健康行为，降低复吸的可能性。

4. 集体治疗：通过交流发现吸毒人员间的共同问题，增进吸毒人员间的交流 and 理解，制订出切实可行的治疗方案。也可使吸毒人员在治疗期间相互监督、相互支持，增进其与医师间的接触，有助于预防复吸、促进康复。

5. 家庭治疗：通过改善吸毒人员与其家庭成员间的关系，促进家庭成员间的感情交流，提高治疗支持程度。

（六）预防复吸。

主要措施是帮助吸毒人员找出复吸的危险因素，如渴求、戒断症状、某些条件刺激、不良的社会环境及人际关系等，使他们掌握应对不良环境及心理应激的方法。结合药物、心理社会治疗，达到预防复吸的目的。

（七）治疗的环境与场所。

苯丙胺类药物依赖的吸毒人员与阿片类药物依赖的吸毒人员在行为方面存在诸多差异，不宜将两类吸毒人员置于同一病房内治疗，以免相互影响。