

SUBSTANCE USE DISORDERS
PRACTICAL GUIDES IN PSYCHIATRY

..... 第2版

物质使用障碍

——精神科临床指南

原著者 Stuart Gitlow

主 译 梁建辉 邓艳萍



Lippincott Williams & Wilkins
a Wolters Kluwer business



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中国精神科临床指南 第2版
中国临床指南网: <http://www.cnlg.cn> 中国临床指南网: <http://www.cnlg.cn>

·第2版·

物质使用障碍

——精神科临床指南

编 译 者: 陈建林 王世军

主 审: 陈建林 王世军



物质使用障碍

——精神科临床指南

(第2版)

Substance Use Disorders
—A Practical Guide in Psychiatry



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

物质使用障碍——精神科临床指南/(美)吉特洛著;梁建辉,邓艳萍译. —2版. —北京:人民军医出版社,2010.2

ISBN 978-7-5091-3494-8

I. ①物… II. ①吉…②梁…③邓… III. ①精神病—治疗—指南 IV. ①R749.05-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 010156 号

策划编辑:路弘 孟凡辉 文字编辑:邢学忠 黄维佳 责任审读:张之生
出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8061

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:10.375 字数:262千字

版、印次:2010年2月第2版第1次印刷

印数:0001~3500

定价:45.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书是由物质滥用领域的医生编写,详细论述了物质使用障碍的一般要素、物质使用障碍概述、物质使用障碍治疗。作者通过对大量物质使用障碍病例的总结,使读者对物质使用障碍及其受害者有所认识,指导如何处理物质依赖的患者,书后附录成瘾方面的文献以便进一步学习。适合临床医生尤其是精神科医生阅读参考。

阅读须知

本手册不是教科书,而是一本入门指南。该手册各章的设计风格和学习目标均有所不同,内容涵盖了你在面对物质使用障碍患者需具备的多种技能。在某些领域,没有对与错;许多章还列出了一些思考练习,这些练习将指导你如何处理物质依赖的患者。我所著的大多数内容,临床治疗小组的成员都听我讲过。这些内容,少数来自文献和我的职业培训,但绝大部分源自我对大量物质使用障碍病例的总结,在患者病情恶化或好转的过程中我得到了锻炼。我没有在文章中插入引文,而是将作者的名字放在文章的句中,读者可以在书后的“推荐读物和引文”中找到这些引文。引文中有很多好的文章介绍可卡因的药理学知识以及正确的海洛因脱毒治疗方案。通过这些文献,你将学到有关 γ -氨基丁酸(GABA)受体和酒精、可卡因滥用的流行病学,以及急性中毒的医学治疗知识。到目前为止,我还没获得这些信息的其他来源。Daniel Carlat 在《精神科访谈(The Psychiatric Interview)》(实践指南系列第1册)一书中专门介绍了访谈技巧,我对部分内容做了一些修改,这对治疗物质使用障碍患者十分关键。如果要学习基本的访谈技巧,我还是向读者推荐他的书。

毫无疑问,在职业生涯的早期,你对酒精或其他药物滥用的问题有了初步的了解,也就是说,当一个人使用某种药物超过你本人时,你可能认为此人存在药物滥用的问题。显然,这种判断过于简单,然而,又没有人教给你更好的方法。也许你没有任何使用精神活性物质的经历,以至于觉得似乎每个人都存在物质使用障碍。

可能还有一种情况，你多次因醉酒或精神恍惚驾车而受到处罚，甚至在当地的康复机构接受过短暂的治疗，你觉得这些都无所谓，这样你可能认为你周围的人都不存在任何物质滥用问题。即便存在问题，你也觉得与己无关。这样一来，你几乎找不到诊断疾病的依据。

滥用毒品的患者通常很棘手。你告知患者切勿滥用毒品，患者说“好”，但第二次却因吸毒而未能按照预约前来看病。第三次预约见面时，你很愤怒，患者也觉得羞愧和内疚，从而形成了这样一种医患关系。诊断物质使用障碍应该对疾病的病程进展、社会心理后遗效应，以及最终结局做出预测。年轻的糖尿病患者经常不按时监测血糖，新发现的高血压病患者未能按医嘱服药，所有的患者都在极力否认他们的病情。所以，现在你会想酗酒患者是不是也像其他患者这样呢？

Yogi Berra 曾经说过“不相信即不存在”。如果你不相信存在物质使用障碍，即使经常遇到这种情况，你也会视而不见。如果你在门诊工作，你接触的患者中至少有 25% 的人存在物质滥用问题。如果你在住院部工作，你的患者中至少有 35% 的人因物质滥用而入院，但诊断为具有物质滥用症状的患者人数更多。我的目的不是提供这些问题的解决方案，而是使读者对物质使用障碍及其受害者有所认识。基于这些认识，你的诊断将变得有用且有价值，并且你会发现你和这些人在一起是一种享受。更重要的是，你的患者将会越来越好。

Stuart Gitlow 医学博士、公共卫生硕士、工商管理硕士
成瘾性疾病安南伯格内科训练项目，主任
纽约西奈山医学院精神科，临床助理教授
DrGitlow@aol.com

（刘 青译 梁建辉审校）

译者序

“物质使用障碍——精神科临床指南(第2版)”是一本小说式的专业书籍。作者以漫谈的笔调,讲述了一个又一个的临床案例。在讲解专业知识的同时,表达了作者浓浓的人文关怀和深刻的哲理思考。读这本书的感觉,与其说是在听一名科学家讲解物质使用障碍的病理生理机制及相关问题的科学原理,不如说是在听一位经验丰富的临床医师讲述他一生的临床经历。细细品来,颇有收获。此为本书的特点之一。

原著作者 Stuart Gitlow 博士是美国纽约西奈山医学院精神病学临床助理教授,成瘾性疾病安南伯格内科训练项目主任。书中所涉及的某些医疗程序,尤其是相关政策、法规及法律并不适合中国目前的医疗实践和临床工作,因此这些内容很难本土化,这多少会让人觉得有那么一点遗憾。然而,古人云:他山之石,可以攻玉。本临床指南就权当一块他山之石吧。

付梓之际,衷心感谢文睿婷、刘青、陈亦兰、崔容及李语玲对本书做出的贡献。通过对本书的翻译,吕宪祥、盛丽霞、翟伟、邓艳萍及梁建辉彼此间建立起了良好的合作关系。在此一并致谢。

梁建辉 医学博士

邓艳萍 医学博士

北京大学中国药物依赖性研究所

2009年11月18日

原著序

美国人饮酒的历史从欧洲殖民者涌入美国本土开始。当时,酒精市场上有进口酒、盛行的本地手工啤酒、烈性酒,其中又以朗姆酒、苹果酒和私酿烈酒等交易较为活跃,在这种社会环境下殖民者们经常过量饮酒。18世纪60年代,John Adams曾对这种不加节制的饮酒表示担忧。但是,明确提出酒精问题的人却是 Benjamin Rush 博士,他是忠诚的共和党人和革命者,曾签署过独立宣言,是宾夕法尼亚州代表,曾在大陆军中任卫生部长。Rush 博士著作颇丰,被誉为“精神病学之父”,他发表过一篇论述饮酒问题的文章——“调查(Inquiry)”,具有深远影响。在这篇较为激进的文章中,Rush 博士并没有要求完全戒酒,而是提出了节制性饮酒,并且进一步报告了酒精滥用(alcohol abuse)对健康的危害以及可能造成的死亡。同时,文中描述了成瘾行为(addiction)并将酒精定义为成瘾类物质。Rush 明确提出酒精作为人的一种嗜好,能产生持续的渴求感(craving),并使人精神涣散。在他看来,酒精成瘾与疾病无异,因为不能抗拒酒精的诱惑,嗜酒者往往无力控制饮酒行为。此外,Rush 指出了物质和成瘾之间的联系。他准确地描述并预言了第4版“精神疾病诊断与统计手册”(Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, DSM-IV-TR)中对酒精成瘾的定义。

目前,美国精神病学会和美国医学会确认酒精依赖是一种慢性、进行性疾病,若不加治疗会导致死亡。临床医生在相关的治疗中扮演重要角色,他们负责判断物质滥用(substance abuse)存在

与否,诊断并推动包括干预、小组治疗以及其他治疗方案的进行,实施预防复发的策略或者给予药物预防。医生的时间或者兴趣不足通常是导致误诊和临床治疗不当的原因。不过,最新数据表明,医生们对早期诊断的兴趣较大,而对酒精所导致的问题缺乏解决能力。美国哥伦比亚大学 CASA 调查报告也称,医生们往往连最简单的药物滥用(drug abuse)和药物依赖(drug dependence)也诊断不出。调查显示,在基层医疗中服务的医生有 98% 的概率漏诊患者的饮酒问题,他们通常直接治疗主诉和症状。对此,Gitlow 博士以医生所熟悉的语言编辑了这本实用指南。从儿童时期在餐桌上的交谈到当前的研究,Gitlow 博士凭借多年的研究经验,达到了以简单形式透彻理解物质滥用和成瘾的水平。当他向同行解释相关理论时已经可以使用通俗易懂的语言,并且使听者达到即学即用的效果。这本指南或者称为手册的书实在应该被广泛使用并且经常借鉴。本书的每个章节都可被用作独立的概要,总结当前的思考并具体指导疾病的评价、治疗以及管理。很显然,酒精中毒是成瘾性疾病的代表,本书将以主要篇幅对此进行讨论。同时,由于 Gitlow 博士已经熟练掌握了以下各种物质的文献知识及实际应用,他在本书中轻松地总结了镇静药脱毒、吸烟、兴奋药、阿片类物质、大麻、d-麦角酸二乙酰胺和俱乐部毒品的相关知识。酒精依赖和酒精成瘾与其他药物依赖一样,属于原发性、慢性疾病。现在这个版本将维持本书第 1 版的风格,绝不夸大药物在治疗酒精依赖和其他成瘾中的作用。酒精依赖并不是其他身体或者心理疾病的一种症状,它本身就是一种疾病。和癌症、心脏病等一样,酒精中毒的人群共有一系列明确的特征性症状,这些症状可以将酒精中毒者和患有其他疾病的人区分开来,并严重危害中毒者的日常生活。Gitlow 博士在描述成瘾性疾病的共同特征时重点关注于医疗、治疗设备、患者安排、复发、法律问题、精神问题等各个方面。他的解释重点突出,适用于所有成瘾者和试图帮助成瘾者的人。

成瘾精神病学家在辨别物质相关障碍或者独立的心境障碍上具有特殊作用。酒精中毒可能导致抑郁,抑郁可以加剧酒精中毒,但有时这两者也可能并不相关。同时,抑郁可以加剧酒精问题,而酒精则可以使抑郁症恶化并且使已经治愈的抑郁症患者复发。酒精中毒患者表现出的精神病症状可能在短期内或者从医学上看与急性中毒(acute intoxication)、活动性疾病(active disease)、戒断(withdrawal)、脱毒(detoxification)和康复有关。酒精中毒或者药物成瘾可以导致抑郁症状出现,也可以使之恶化。许多接受治疗的酗酒者会出现明显的抑郁症状。早已有人提出抑郁可能是导致酒精中毒的原发性因素。但是,并没有研究证实抑郁症一定会导致酒精中毒。临床调查提示,酒精中毒和抑郁症都属于很常见的精神疾病,而且经常在一位患者身上同时发现这两种疾病。在自杀的患者中,重型抑郁症和酒精中毒是最常被诊断出的精神疾病。

治疗能否成功与诊断的准确率直接相关。只要医生能够发现问题所在,他就可以采取最有效的治疗办法。错误的诊断往往导致错误的治疗。高比例的误诊率会导致低比例的治愈率。在医学上,如果实验室检验发现链球菌感染,那么医生就会给患者开抗生素治疗,通常是青霉素 V 钾。很多喉部疾病看起来很像链球菌感染,但是,在检验中不能发现乙型溶血性链球菌。这种情况下的病原通常是病毒,所以不需要使用抗生素。按照惯例,在查看咽喉、询问病史后医生会做出初步诊断,但是,如果实验室检验与诊断不符,那么初步诊断就不成立或者需要重新考虑。按照 Gitlow 博士的说法,“药物检测是医学检验……它可以辅助检测当前或者最近使用的物质……尽管这些检验十分重要……但是,检验结果不能确诊物质依赖。”

目前对成瘾的了解侧重于奖赏(reward)或者强化(reinforcement)机制,主要是因为成瘾的关键性特征显然与吸毒行为(drug experience)所产生的正性体验有关,它们促进了自身给药行为。病态依附于成瘾性物质后产生用药失控行为,此时药物已经不仅

仅只是树叶或者饮料，它更像是具有致命吸引力的恋爱关系。动物，无论是否具有药物依赖或者未经药物处理，无论是生长在意大利的佛罗伦萨还是在佛罗里达州的迈阿密，都会形成对成瘾类药物的自身给药行为。药物的强化成分可以被视作有力的动机性力量，与自然强化相比它更为用药者所喜爱。在自身给药范例中，动物或人需要完成许多困难的、有时甚至是限时的任务，以证明适合用药。动物经过药物处理所形成的自身给药和正性强化同样见于人。与戒断相关的情绪、动机以及动力三方面的改变伴随依赖出现并且要持续几个月或者几年，本书并没有降低这些改变的重要性。Gitlow 认为，药物所带来的改变或者成瘾倾向与大脑中不同的位点有关。

《物质使用障碍》第 2 版风格独特，不同于那些关注于大脑机制、脱毒和医学条例的书。过去有关成瘾的观点中将成瘾等同于躯体依赖性疾病。之后较新的观点提出纳曲酮、阿坎酸、纳曲酮注射药以及其他药物可以治疗成瘾。Gitlow 博士认为，这些药物的发现证实了几十年前就已经形成的一种观点，即成瘾是一种脑部疾病。不过，他也关注用药者本人、用药者的家庭以及疾病和康复中的精神问题。医生们总是太频繁地将患者诊断为使用处方药就能够治疗的生理性依赖，认为患者对这些药物“成瘾”。而患者们往往也对成瘾存在着迷惑，很少有成瘾者得到除早期戒断以外的治疗。对于潜在有益的药物，美国人能使用治疗药物的剂量并不够。而与此同时，成瘾治疗的疗程又常常无故缩短。有数据显示，大脑中被成瘾破坏的部分通过长期治疗可以恢复正常。脱毒之后的治疗还需持续数月或者数年，因为要消除滥用药物对大脑、躯体以及精神的伤害需要足量的治疗药物和足够的时间。脱毒可能是成本-效益最低的成瘾治疗方案。Gitlow 强调说，将脱毒视为治疗重点的人通常认为苯二氮草类“治疗”酒精依赖，或者尼古丁可以“治疗”吸烟者。Gitlow 非常清楚成瘾的治疗难度大，而真正的治疗是从脱毒之后开始的。此外，类固醇类药物疗法并不是治疗成

瘾的最佳模式,这和阿片通过引发脑桥反跳性神经高反应(pon-tine rebound neuronal hyperactivity)来止痛一样,治标不治本。许多尼古丁依赖患者并不需要采取尼古丁替代疗法,同样地,许多酗酒者可以通过干预治疗得到康复,有些人只需要进行短期治疗,而有些人需要长期参与匿名戒酒者协会(alcoholics anonymous, A. A.)并且按需服用苯二氮革类药物。当然,这并不是说戒断不是成瘾中普遍存在的重要组成部分。事实上,戒断仍然是酒精和其他药物成瘾中的一项最具区分度的特征。但是,成功的戒断治疗与1个月、6个月或者1年内脱毒无关。在本书中,Gitlow侧重于12步治疗方案(12-step treatment),但同时也介绍了其他治疗选项。12步治疗方案通过单元性步骤治疗成瘾,并不仅仅针对具体某一种药物。不过,其中匿名戒酒者协会(alcoholics anonymous, AA)的治疗方案是个例外,该方案早期遵循“单一目的”(singleness of purpose)原则,重点用于治疗酒精成瘾。AA方案中清楚地提出,保持清醒不仅仅是“不饮酒”,还包括不使用其他大脑-奖赏性化学物质。此外,个人生活方式应该得到改善,减少自我中心的生活。Gitlow的12步治疗方案中开篇即写到“你不一定得通过信仰宗教获得精神支持”或者“你,作为医生,应该和患者一起决定是参与AA治疗,还是选择别的自助小组。患者的这个决定很重要,会影响到康复以及长期疗效。你的参与和对此的兴趣十分关键。”

Mark S. Gold, 医学博士

著名教授和主任

McKnight 脑研究所

精神病学系、神经科学系、麻醉学系、社区健康和家庭医学系

成瘾医学部

(刘 青译 梁建辉审校)

前言

我第一次到波士顿时还只是个刚刚完成精神科住院医师实习的年轻大夫,当时在马塞诸塞州总医院的西端小组治疗(Massachusetts General's West End Group Practice)中挂牌行医,直白地说就是成瘾专科小组。不久,我便遇见了 Renee。她曾是常青藤联盟学校的学生,后来成功考入一所极负盛名的法学院。然而,大学一年级时 Renee 被迫休学,部分原因是大量使用可卡因和酒精。事实上,在进入大学前的几年里她就已经成瘾。当我第一次见到 Renee 时,她是一个 25 岁左右、轻度躁狂的年轻女性,当时正接受锂盐治疗。她很快将自己的故事告诉了我,并且请求我的帮助。Renee 曾多次接受急症救助,血液酒精水平是法定水平的 4 倍。此外,她还有两次因为心脏停搏而必须进行心肺复苏的经历。本城绝大多数的医疗机构都为她提供过住院服务。当时,Renee 的最后一位精神科医生也放弃了对她的治疗,于是我接手了治疗她的任务。

在接下来的 3 年里,我使尽全身解数,从正规治疗、用药到劝诱,最后甚至是请求她完成一些最简单的事情。我对她提的要求很朴素,“不要拿起药瓶;不要购买药物”。但是,有时候在午夜时分我还是会收到医院发来的病患通知,告诉我 Renee 又进医院了。与此同时,我的同事正在治疗的一名患者恰巧是对 Renee 而言很重要的一个人。我们使用各种可能的办法对他们进行了治疗。但是,Renee 不愿意住进中途宿舍(halfway house)接受治疗,她情愿选择部分治疗计划和频繁的门诊治疗,同时她也一直没有

达到强制性入院治疗的标准。在我为她治疗的第 4 年里, Renee 又一次因为过量用药而住进了马萨诸塞州总医院 (Massachusetts general hospital, MGH)。我和同事到附近的法院提交了请愿书, 请求拘留所将 Renee 收押 30 天。因为 Renee 自从多年前开始用药以来就没有保持过 30 天的清醒, 我们希望这次收押会对她有所帮助。法官受理了我们的申请, 并当面审查了我们所依据的法规。最后, 他批准了我们的申请。收押后的 3 年里, Renee 过得很好。她结了婚并且回到了工作岗位。很多年后, Renee 还会在她的“清醒周年纪念日”给我打电话。对她而言, 人生的转折点并不是她被收押, 而是她和她同伴的医生付出了关心, 并不厌其烦地提交和坚持完成了那个法律的申请。她知道这些努力都是必不可少的, 而且真的有人很关心她。这种关心本身就很很重要。

并不是所有患了物质使用障碍的患者都需要医生付出这么多的精力。很多人的治疗效果也并不那么理想。酒精中毒很像其他慢性疾病, 患者的情况有时能改善或者稳定下来, 有时候恶化或者出现死亡。与其他疾病相比, 在酒精中毒和其他物质依赖的治疗中, 医生的作为或者更确切地说是他们的不作为, 影响更为巨大。医生和患者间保持的关系是疾病康复中的关键因素之一。医患关系的发展和维持是反映医生人格的镜子。医生必须依靠专业知识, 消除患者对不利情况的担忧, 满足患者的医疗需求和处理医学伦理问题。从个人的角度上说, 医生是否能够随时为患者提供服务也是这个医生-患者团队能否战胜疾病的关键因素。

Stuart Gitlow 医学博士、公共卫生硕士、工商管理硕士
成瘾性疾病安南伯格内科训练项目, 主任
纽约西奈山医学院精神科, 临床助理教授
DrGitlow@aol.com

(刘 青译 梁建辉审校)

目 录

第一篇 物质使用障碍总论

第 1 章	开篇.....	(2)
第 2 章	使用方式	(11)
第 3 章	物质使用障碍	(20)
第 4 章	病例筛选方法	(44)
第 5 章	初诊	(51)
第 6 章	门诊诊断	(66)
第 7 章	实验室检查	(75)

第二篇 物质使用障碍各论

第 8 章	酒精	(90)
第 9 章	其他镇静药	(106)
第 10 章	镇静药的脱毒治疗	(120)
第 11 章	镇静药的康复治疗	(133)
第 12 章	尼古丁	(152)
第 13 章	兴奋药	(162)
第 14 章	鸦片/阿片类物质.....	(175)
第 15 章	阿片类物质的脱毒治疗	(184)

2 物质使用障碍——精神科临床指南

第 16 章	阿片类物质的维持治疗方案	(189)
第 17 章	大麻	(197)
第 18 章	d-麦角酸二乙酰胺	(206)
第 19 章	其他药物	(211)
第 20 章	物质使用相关障碍	(218)

第三篇 物质使用障碍治疗

第 21 章	医疗机构	(228)
第 22 章	十二步治疗方案	(235)
第 23 章	预防复发	(245)
第 24 章	治疗物质使用障碍的专业人员	(255)
第 25 章	治疗中的问题	(259)
第 26 章	入院治疗标准	(270)
第 27 章	职业精神和道德	(281)
后记		(289)
附录 A	标准化检查工具	(291)
附表 A-1	CAGE	(291)
附表 A-2	AUDIT	(291)
附表 A-3	MAST	(294)
附表 A-4	CIWA-Ar	(296)
附表 A-5	CIWA-B	(300)
附表 A-6	CINA	(302)
附表 A-7	CRAFFT	(304)
附表 A-8	尼古丁依赖的 Fagerstrom 检查	(304)
附表 A-9	CAST	(305)
附录 B	出版物资源	(307)
附录 C	药物管理条例	(309)
附录 D	参考网站	(312)