ICS 11.020

CCS 07

T/CMEAS XXXX-XXXX

|  |
| --- |
|  |

特殊场所戒毒医疗康复管理规范

Specification for management of drug rehabilitation and recovery treatment in special places

点击此处添加与国际标准一致性程度的标识

|  |
| --- |
| （征求意见稿） |
|  |

xxxx - xx - xx发布

xxxx - xx - xx实施

中国医药教育协会发布

团体标准

目  次

[前言 III](#_Toc9460)

[1 范围 1](#_Toc5049)

[2 规范性引用文件 1](#_Toc12629)

[3 术语和定义 1](#_Toc14345)

[4 基本要求](#_Toc14297) 3

[4.1 机构资质认定与登记](#_Toc4678) 3

[4.2 执业人员资格](#_Toc10626) 3

[4.3 戒毒医疗机构场所人员数量配备要求](#_Toc8056) 4

[4.4 戒毒医疗机构场所医疗用房要求](#_Toc15623) 4

[4.5 戒毒医疗机构场所设备、药品配备要求](#_Toc3763) 4

[4.6 戒毒医疗机构场所功能分区要求](#_Toc24725) 5

[5 评估与诊断](#_Toc1134) 6

[5.1 病史采集](#_Toc16854) 6

[5.2 入院检查要求](#_Toc28274) 6

[5.3 常见毒品分类及临床表现](#_Toc23315) 8

[5.4 诊断与鉴别诊断](#_Toc6911) 12

[6 治疗](#_Toc29245) 13

[6.1 治疗原则](#_Toc28207) 13

[6.2 戒断症状的治疗](#_Toc24907) 13

[6.3 共病诊断与治疗](#_Toc20306) 17

6.4 疼痛问题 18

[6.5 孕产妇/胎儿物质使用障碍](#_Toc31386) 18

[6.6 急性中毒的处理](#_Toc12588) 19

[7 戒毒医疗相关制度及流程](#_Toc15987) 21

[7.1 戒毒医院住院管理制度](#_Toc25769) 21

[7.2 定期疗效评估流程](#_Toc13707) 21

[7.3 终止戒毒治疗流程](#_Toc12374) 22

[7.4 传染病上报流程](#_Toc5986) 22

[7.5 药物不良反应报告与处理流程](#_Toc21801) 23

[7.6 医疗安全（不良）事件报告与处理流程](#_Toc6019) 23

[7.7 麻醉药品管理和使用制度](#_Toc8209) 24

[7.8 戒毒医疗机构纠纷调解预案](#_Toc32284) 24

[附录A(资料性)入院相关表格](#_Toc11212) 25

A.1 入院戒毒记录 25

A.2 人体生物样本（尿液类）毒品检测报告单 31

A.3 自愿戒毒协议 32

A.4 脱毒观察体检表 34

A.5 稽延性戒断症状评定量表 35

[附录B(资料性)毒品成瘾性评估相关量表](#_Toc28128) 36

B.1 阿片成瘾严重程度量表 36

B.2 阿片戒断症状评价量表 38

B.3 海洛因渴求问卷 39

B.4 毒品渴求度量表 40

[附录C(资料性)个案化心理矫治相关表格](#_Toc28128) 41

C.1 个案化心理矫治方案 41

C.2 个案化心理矫治记录 42

[附录D(资料性) 定期疗效评估表格](#_Toc17824) 43

D.1 定期疗效评估报告 43

[参考文献 45](#_Toc15319)

前    言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国医药教育协会临床药物依赖性防治与评价分会、中国医药教育协会药品研究与临床评价工作委员会、中山市第二人民医院提出。

本文件由中国医药教育协会归口。

本文件起草单位：中国医药教育协会临床药物依赖性防治与评价分会、中国医药教育协会药品研究与临床评价工作委员会、中山市第二人民医院、深圳善康医药科技股份有限公司、云南省药物依赖防治研究所、中山市第三人民医院、兰州戒毒康复医院、广东省疾病预防控制中心、华北石油精神康复医院、西安新城华佑医院、广州华佑医院、天津河北安怡医院、中山大学肿瘤防治中心、中山市人民医院、中山大学附属第五医院、深圳市南山区人民医院、广州市疾病预防控制中心、首都医科大学附属北京佑安医院、山西省永济虞乡强制隔离戒毒所医院、江苏恒瑞医药股份有限公司、揭阳市揭东区人民医院、中山市第二人民医院南区分院、中山市第二人民医院南区分院市强制戒毒所门诊、宜昌人福药业有限责任公司、中山广药桂康医药有限公司。

本文件主要起草人：莫国栋、苑振亭、李晓东、张锐敏、杨瑾、谢仁谦、陆惠仪、潘丝媛、刘优招、张志超、上官遂军、付超、张磊、刘韬、刘锐锋、罗文基、谢利霞、钟兴龙、赵宇腾、孟文爽、张智远、郭善康、曾海雄、苏嘉华、汪利国。

特殊场所戒毒医疗康复管理规范

1 范围

本文件规定了特殊场所内的戒毒医疗机构的设置要求、技术标准和管理规范，以及专业技术指导和监督考核评估等内容。

本文件适用于特殊场所内的戒毒医疗机构管理。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

特殊场所 special places

强制性隔离戒毒场所内的戒毒医疗门诊、医疗科室，以及封闭式自愿戒毒医疗机构等，为吸毒成瘾者提供医学戒断干预治疗、心理康复和行为矫正治疗的机构或场所。

3.2

毒品 drugs

由法律规定的具有很强成瘾性，并在社会上禁止使用的精神活性物质。我国的毒品主要指阿片类、可卡因、大麻、苯丙胺类兴奋剂等物质。我国《刑法》第357条将毒品明确定义为：“本法所称的毒品，是指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品”。毒品也是国家规定管制的精神活性物质。

3.3

精神活性物质 psychoactive substances

又称物质，或成瘾物质、药物，来源于体外、能够影响人类精神活动（如思维、情绪、行为或改变意识状态），并能使用药者产生依赖的所有化学物质。使用者使用这些物质的目的在于获得或保持药物带来的某些特殊的心理和生理状态。

3.4

戒毒 drug rehabilitation

 一项涉及多方面、长期的系统性工作，其不仅包括医学治疗，还涉及广泛的社会学方法。戒毒有三种模式，即强制隔离戒毒、自愿戒毒和社区戒毒；戒毒有三个阶段，即脱毒治疗、康复治疗及社会再融合的后续照顾；脱毒有三个治疗的目的，即缓解减轻急性戒断症状，为社会心理康复、防止复吸打下基础，治疗相关的躯体和精神疾病。

3.5

戒断综合征 withdrawal syndrome

停止使用药物或减少使用剂量或使用拮抗剂占据受体后所出现的特殊的、令人痛苦的心理和生理症状群，是长期用药后突然停药所引起的适应性反跳现象。不同药物的戒断综合征表现不同，一般表现为与所使用药物药理作用相反的症状和体征。戒断综合征严重程度与所用物质品种、剂量、使用时间、使用途径以及停药速度等有关，再次使用所依赖物质或同类物质可迅速缓解戒断综合征。

3.6

依赖综合征 dependent syndrome

一组认知、行为和生理症状群，个体尽管明白使用成瘾物质会带来明显问题，但还在继续使用，自我用药的结果导致耐受性增加、戒断症状和强迫性觅药行为。依赖可分为躯体依赖（也称生理依赖）和精神依赖（也称心理依赖）。躯体依赖指反复用药所导致的一种适应状态，以致需要药物持续存在于体内才能维持其正常功能，若中断就会产生戒断综合征，躯体依赖常随耐受性的形成而产生。精神依赖指对药物的行为失控、强烈渴求，以期获得用药后的特殊快感，呈现强迫性觅药行为。精神依赖是依赖综合征的根本特征，诊断依赖综合征必须存在精神依赖，而躯体依赖可以不明显。

3.7

强迫性觅药行为 **compulsive substance-seeking behavior**

使用者不顾一切后果而使用药物，是自我失控的表现，并非意志薄弱和道德败坏。

3.8

稽延性戒断综合征 protracted withdrawal syndrome

阿片物质成瘾者在急性戒断后，仍存在睡眠障碍、慢性疼痛、情绪症状、消化道症状、心理渴求、全身乏力等不适，可持续数月甚至数年，也称慢性戒断症状。

3.9

渴求与敏化 craving and sensitization

渴求,是对精神活性物质效应的强烈期望，即使长期戒断后仍持续存在，是复发的重要因素。现认为，药物线索刺激的敏化机制与强迫性觅药行为和复发有关。敏化是指药物某些作用效果在反复使用中增加，方向与耐受性相反。因不同神经通路介导不同药物效果，反复用药后出现耐受、敏化或无明显变化。成瘾物质敏化现象包括行为反应增加和激励性动机增加，均通过中脑边缘系统，与奖赏机制交叉重叠，与复发关系密切。

3.10

脱毒治疗 detoxification

对物质依赖者进行药物替代或非替代性药物治疗，以减轻戒断综合征，消除躯体依赖，避免躯体并发症的方法。

3.11

戒毒药物维持治疗 drug rehabilitation maintenance treatment

戒毒药物维持治疗在医疗机构中至关重要。通过长时间药物维持，减轻对成瘾物质的依赖，减少药物滥用引发的疾病、死亡和犯罪，降低社会危害。目前，社区药物维持治疗主要指美沙酮维持治疗（MMT），用于治疗阿片类药物依赖。

注：美沙酮维持治疗（MMT）：①美沙酮是合成阿片类药物，口服给药，减少对其他阿片类药物的渴求，缓解戒断症状，减少物质滥用行为。MMT被证实能有效减少药物滥用、提高社会功能、降低犯罪行为。②MMT的主要目的包括：稳定患者生活，恢复正常生活和工作能力；减少药物相关危害，降低HIV、肝炎等传染病风险；提供综合治疗，结合心理支持和咨询服务，支持整体康复。③美沙酮使用需在医疗专业人员监督下进行，确保剂量适当并监控副作用。治疗通常长期，持续数月到数年，甚至更长时间，以防复发和完全康复。

3.12

复发/复吸 relapse（individuals with drug addiction）

在戒断一段时间后，重新使用精神活性物质，并且很快恢复到戒断前的依赖水平称之为复发，又称复吸。复发与应激刺激、再次使用精神活性物质、环境线索刺激有关，但复发并不意味一定是戒毒失败，戒毒者往往从复发中获得经验，这对于有戒毒动机的患者非常重要。

注：影响复发的三大因素：①处于物质依赖恢复期的患者，常常对应激刺激敏感，应激可以诱发强烈渴求，导致复发。②由于敏感化的原因，患者对所依赖的药物非常敏感，重新使用药物，即使是非常少量的药物，可以点燃渴求；③进入药物使用环境，出现条件反射性诱发渴求，同样导致复发。

4 基本要求

4.1 机构资质认定与登记

4.1.1 设置戒毒医疗机构必须符合戒毒医疗机构设置规划。

4.1.2 医疗机构申请开展戒毒医疗服务，应同时具备下列条件：

a）具有独立承担民事责任的能力。

b）符合戒毒医院基本标准或医疗机构戒毒治疗科基本标准和戒毒治疗管理办法规定。

c）申请设置戒毒医疗机构或医疗机构从事戒毒治疗业务的，应当按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》及本办法的有关规定报省级卫生健康行政部门批准，并报同级公安机关备案。

4.1.3 批准开展戒毒治疗的卫生健康行政部门，应当在《医疗机构执业许可证》副本备注栏中进行“戒毒治疗”项目登记。

4.1.4 医疗机构取得戒毒医疗资质后方可开展戒毒医疗服务。

4.2 执业人员资格

4.2.1 从事戒毒医疗服务的医师应符合下列条件：

a）具有执业医师资格并经注册取得《医师执业证书》，执业范围为精神卫生专业。

b）现阶段正在从事戒毒医疗服务，执业范围为精神卫生专业以外专业的医师，其从事戒毒医疗服务不应少于3年，并经省级以上卫生行政部门（含省级，下同）指定的机构脱产培训3个月以上，考核合格。

c）使用麻醉药品和第一类精神药品治疗的医师应当取得麻醉药品和第一类精神药品处方权。

d）省级卫生行政部门规定的其他条件。

4.2.2 从事戒毒医疗服务的护士应符合下列条件：

a）具有护士执业资格并经执业注册取得《护士执业证书》。

b）经过省级以上卫生行政部门指定的机构脱产培训3个月以上并考核合格。

c）省级卫生行政部门规定的其他条件。

4.2.3 从事戒毒医疗服务的药学人员要求如下：

a）至少应有1名药学人员具有主管药师以上专业技术职务任职资格，并经过省级以上卫生行政部门指定机构的培训并考核合格。

b）至少应有1名药学人员取得麻醉药品和第一类精神药品的调剂权。

c）应有专职的麻醉药品和第一类精神药品管理人员。

4.2.4 医疗机构开展戒毒医疗服务应配备具有合法上岗资质的保安人员，戒毒病区每个班次至少配备1名保安人员。

4.3 戒毒医疗机构场所人员数量配备要求

4.3.1 每床至少配备0.88名卫生技术人员。

4.3.2 至少有3名医师、5名护士和1名心理卫生专业人员。

4.3.3 封闭式管理的戒毒治疗机构至少应配备4名具有合法上岗资质的保安人员。

4.4 戒毒医疗机构场所医疗用房要求

4.4.1 戒毒治疗科医疗用房要求

4.4.1.1 每病房建筑面积不少于35㎡。

4.4.1.2 病房每床净使用面积不少于6㎡。

4.4.1.3 戒毒人员室外活动场地平均每床不少于2㎡。

4.4.1.4 通风、采光、安全等符合戒毒医疗机构管理和卫生要求。

4.4.2 戒毒医院医疗用房要求

4.4.2.1 每病房建筑面积不少于40㎡。

4.4.2.2 病房每床净使用面积不少于6㎡。

4.4.2.3 戒毒人员室外活动场地平均每床不少于3㎡。

4.4.2.4 通风、采光、安全等符合戒毒医院管理和卫生要求。

4.5 戒毒医疗机构场所设备、药品配备要求

4.5.1 戒毒治疗科设备、药品配备要求见表1。

表1 戒毒治疗科设备、药品配备要求

|  |  |
| --- | --- |
| 设备设施 | 供氧装备、人工呼吸急救复苏球、电动吸引器、必要的消毒设施、心电监护仪、洗胃机、必备的抢救药品和设施、器械柜、麻醉药品和第一类精神药品保险柜、计算机，并配有戒毒人员专用的卫生洗浴设施。有条件的可以安装监控、报警设施。 |
| 药品 | 美沙酮、丁丙诺啡、精神类药品、急救药品、戒毒中药等。 |

4.5.2 戒毒医院设备、药品配备要求见表2。

表2 戒毒医院设备、药品配备要求

|  |  |
| --- | --- |
| 基本设备 | 供氧装备、人工呼吸急救复苏球、心电监护仪、脑电图仪、B超、艾滋病筛查检测设备、电动吸引器、心电图机、高压蒸汽灭菌设备及其他必要消毒设施、器械柜、X光机及暗室成套设备、检验科需要的配套设备、必备的抢救药品和设备、麻醉药品和第一类精神药品的药库和保险柜、计算机等，并配有戒毒人员专用的卫生洗浴设施。有条件的可以安装监控、报警设施。 |
| 药品 | 美沙酮、丁丙诺啡、精神类药品、急救药品、戒毒中药等。 |

4.6 戒毒医疗机构场所功能分区要求

4.6.1 收治区

收治区功能包括：

1. 应与公安部门、社区卫生服务中心对接，核实、登记戒毒人员资料。
2. 应填写入院相关表格（见附录A），出具收治意见。
3. 应开展性病、艾滋病、肝病、肺结核病等传染病和心脏病、高血压、糖尿病等慢性病以及精神障碍的筛查。
4. 应进行收治前宣教。

4.6.2 健康体检区

健康体检区体检项目应包括：十二导联心电图、胸部X光、腹部B超，以及三大常规、肝肾功能检测、感染八项等指标。

4.6.3 门急诊区

门急诊区功能包括：

1. 应提供内、外、妇科常见病、多发病的诊疗服务。
2. 应提供24小时急诊救治，配备专业的急救团队及抢救设备。

4.6.4 戒毒治疗区

戒毒治疗区应实施病房式管理，实现住院式观察、脱毒性治疗、医护式戒治、营养性配餐，主要功能包括：

1. 应开展吸食史采集、吸食毒品检测、戒断症状筛查和相关病症筛查，填写脱毒观察体检表（见表A.4）。
2. 应对未完成生理脱毒的戒毒人员开展急性脱毒治疗。
3. 应对完成生理脱毒的戒毒人员开展针对失眠、记忆力减退等稽延性戒断症状的个性化治疗，并填写稽延性戒断症状评定量表（见表A.5）。
4. 应对戒毒人员提供心理咨询和治疗，全面筛查并规范诊治毒品相关精神症状。
5. 应对戒毒人员进行卫生常识和疾病防控知识的宣传教育。

4.6.5 康复巩固区(心理辅导矫治区)

康复巩固区(心理辅导矫治区)的功能概述：

1. **针对戒毒人员可能存在的焦虑、抑郁、强迫、敌对性心理、思维混乱、情绪不稳定等认知心理问题开展专业的辅导矫治工作，提供**及时有效的心理危机干预(见附录C)。
2. 实施心瘾戒除治疗，开展认知行为心理治疗（CBT）和动机性治疗技术（MI）等心理康复治疗措施，增强康复者的戒断康复动机，矫正不良行为，坚定戒毒信念。
3. 开展康复阶段的综合康复评估（见附录D），用科学的方法鼓励和督促戒毒者保持操守。

4.6.6 回归指导区

回归指导区主要工作任务包括：

a） 帮助戒毒人员重返社会，提升适应能力，进行防复发训练，增强风险管控能力。

b） 开展防复发生物医学干预，预防复发，保持操守。

c） 培养良好康复训练习惯，巩固成果，修复家庭关系，构建社会支持系统。

d） 开展阶段性诊断评估和综合性诊断评估（见附录D），确保顺利回归社会。

5 诊断与评估

5.1 病史采集

病史采集是物质使用相关障碍临床诊断的首要步骤，通过细致询问患者、家属及知情人，全面获取病史信息。重点内容包括：药物滥用史、精神疾病史、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（见表A.1）。

5.2 入院检查要求

5.2.1 体格检查

体格检查是物质使用相关障碍临床诊断的重要组成部分，旨在全面评估患者的身体健康状况，具体包括但不限于：一般情况、头面部、胸部、腹部、躯干、神经系统、生殖及内分泌功能（见表A.1）。

5.2.2 精神检查

通过沟通和观察，了解患者的一般精神状况、认知功能、情感反应及意志行为，判断患者当前或过去是否存在精神问题，症状与使用成瘾性物质之间的关系，以及是否存在与精神疾病共病的情况。

5.2.2.1 合作患者的精神检查

合作患者的精神检查内容包括：

1. 外表与行为：
2. 外表：包括体格、体质状况、发型、装束、衣饰等。
3. 面部表情：从面部的表情变化可以推测一个人目前所处的情绪状态。
4. 活动：注意活动的量和性质。
5. 社交行为：了解病人与周围环境的接触情况，是否关心周围的事物，是主动接触还是被动接触，合作程度如何。
6. 日常生活能力：病人能否照顾自己的生活，如自行进食、更衣、清洁等。
7. 言谈与思维：
8. 言谈的速度和量。

2） 言谈的形式与逻辑。

3） 言谈内容：是否存在妄想，是否存在强迫观念及与其相关的强迫行为。

c） 情绪状态：

1） 客观表现评估：根据病人的面部表情、姿态、动作、讲话语气、自主神经反应（如呼吸、脉搏、出汗等）来判定。

2） 主观的体验评估：通过交谈，根据患者情感反应的强度、持续性和性质，确定占优势的情感是什么，情感的诱发是否正常，情感是否易于起伏变动，有无与环境不适应的情感。如果发现病人存在抑郁情绪，一定要询问病人是否有自杀观念，以便进行紧急风险干预。

d） 感知：

1） 有无错觉，错觉的种类、内容、出现时间和频率，与其它精神症状的关系。

2） 是否存在幻觉，幻觉的种类、内容，是真性还是假性，出现的条件、时间与频率，与其它精神症状的关系及影响。

e） 认知功能：

1） 定向力：包括自我定向，以及对时间、地点、人物及周围环境的定向能力。

2） 注意力：评定是否存在注意减退或注意涣散，有无注意力集中方面的困难。

3） 意识状态：判断是否存在意识障碍及意识障碍的程度。

4） 记忆：评估瞬时记忆、近记忆和远记忆的完好程度，是否存在遗忘、错构、虚构等症状。

5） 智能：根据病人的文化教育水平适当提问。必要时可进行专门的智能测查。

f） 自知力：推断病人的自知力，并进而推断病人在今后诊疗过程中的合作程度。

5.2.2.2 不合作患者的精神检查

不合作患者的精神检查应注意：

1. 患者由于意识不清，缺乏自知力或其他精神症状的影响，不能主动配合，医务人员和患者无法进行有效交谈，此时精神检查只能通过观察进行，主要内容包括：一般情况、意识状态、言语和书写、表情和情感、行为。

b） 意识障碍的判断：应从言语功能、对言语的理解和反应、定向力、注意力、情感反应及日常活动等方面进行评估。要估计意识障碍的严重程度，并推测造成意识障碍的原因，以便紧急采取有可能挽救病人生命的措施。

5.2.2.3风险评估

风险评估的对象和目的：

1. 风险评估的对象：存在自伤或伤人行为的患者。
2. 风险评估的目的：①确定病人可能会出现的不良后果；②确定可能会诱发病人出现危险行为的因素；③确定可能会阻止病人出现危险行为的因素；④确定哪些措施可以立即采取。

5.2.3 辅助检查

5.2.3.1 毒品检测

毒品检测是临床诊断评估的重要方法之一，分为尿毒理检测和毛发毒理检测：

1. 尿毒理检测：
2. 检测原理：检测人体代谢产物，通常可测1-3天内的药物使用，部分药物如大麻可存留数天至数周。

2） 常见检测内容：冰毒（甲基苯丙胺）、吗啡（海洛因等阿片类物质）、美沙酮、丁丙诺啡、可卡因、大麻（THC代谢物）、苯二氮䓬类镇静剂等。

3） 检测方法：免疫分析法（初筛）、气相/液相色谱-质谱联用（确证性检测）。

4） 检测流程：①确定毒品检测的具体时间和受测人员名单；②采用具有药品监督管理部门批准文号的尿样测试试剂，当场提取尿液样本，滴在常见毒品检测测试板上，3min-5min观察试板，判定结果；③对可能因治疗发生的药物阳性，由医务人员和有关部门进行判断，必要时送司法鉴定中心。

5） 结果判断：检测结果分为“阴性”和“阳性”，阳性代表尿液中检测出疑似毒品代谢成分。

b） 毛发毒理检测：

1） 检测原理：毛发中的毒物及其代谢物随毛发生长被固定，可追溯数周至数月的药物使用史。

（具体取决于毛发长度）。

2） 常见检测内容：冰毒（甲基苯丙胺）、吗啡类（海洛因）、可卡因、大麻（THC代谢物）、苯二氮䓬类镇静剂等。

3） 检测方法：免疫分析法（初筛）、**气相/液相色谱-质谱联用**（确证性检测）。

4） 检测流程：①**采样**：通常剪取靠近头皮的3-5厘米段；②**清洗**：去除表面污染物（如汗液、灰尘）；③**处理**：溶解或研磨毛发，提取目标物质；④**分析**、判定结果。

5） 结果判断：检测结果分为“阴性”和“阳性”，阳性代表检测出疑似毒物及其代谢物成分。

5.2.3.2 实验室及相关检查

实验室及相关检查通常包括：

1. 血尿便三大常规、肝肾功能、血生化、胸部X线透视、腹部B超检查、心电图；
2. 乙肝、丙肝、HIV、梅毒等经血液及性传播疾病的筛查；
3. 有认知功能障碍者应进行头颅CT或者MRI检查；
4. 育龄期女性应进行孕检。

5.2.3.3 相关精神心理量表评估

可使用以下相关量表评估患者的精神状况：

1. 使用药物成瘾相关量表（如阿片成瘾严重程度量表（OASI）、阿片戒断症状评价量表（0wS）、 海洛因渴求问卷、毒品渴求度量表等）评估患者物质使用相关障碍。（见附录B）

b） 使用精神症状相关量表（包括90项症状清单SCL-90、阳性与阴性症状量表PANSS、汉密尔顿抑郁及焦虑量表、躁狂量表）评估患者的精神状态。

c） 使用认知功能评估量表（如韦氏智力量表、瑞文智力测试、社会功能缺陷筛选量表）评估患者认知功能。

d） 使用人格评估相关量表（如明尼苏达多向人格量表MMPI、艾森克个性测试、冲动人格评估等）评估患者的人格特征。

5.3 常见毒品分类及临床表现

5.3.1 阿片类物质

5.3.1.1 阿片类物质成瘾

阿片类物质成瘾的临床表现：

a） 长期和反复使用阿片类物质，由于使用的种类、剂量、方法及使用时间不同，所产生的临床症状程度也会有所差异。阿片类物质的常见使用方式包括烟吸、烫吸（追龙）、口服和注射等，最初使用时多为口鼻吸入。以海洛因为例，初次吸食海洛因后，大多数人会出现恶心、呕吐、头晕、乏力、思睡、思维混乱、反应迟钝、行为失控等一系列不适症状。然而，有少数人在初次吸食海洛因后便可以体验到强烈的快感。随着吸食次数的不断增多，最初的不适感逐渐消失，取而代之的是一种特有的快感。每个人首次获得快感而吸食的次数并不相同，存在个体差异。对于静脉注射海洛因者来说，其快感体验可以分为两个时期。第一个是强烈快感期，也是个体极度追求的快感体验，大约持续数十秒至数分钟时间。随后进入第二个时期，即松弛状态期，也被称为“麻醉高潮”。在生理方面的表现为组胺释放、毛细血管扩张、周身发红、皮肤发痒，抓搔时感觉极为舒适；在心理方面，个体则感受到一种平安宁静感、美妙舒适感、陶醉感、解脱感以及想入非非感，所有的不愉快感、焦虑感、罪恶感、自卑感、疲劳感、饥饿感、躯体不适感等仿佛都在这一时刻消失。快感体验的时间大约为3h-6h，在这段时间里，个体感觉良好，精神振作，能够投入到正常的生活状态中。然而，一旦这段时间过去，如果不再继续吸毒，就会出现戒断综合征。

b）多药滥用模式在阿片类物质成瘾者中是一个十分普遍的现象。最常合并滥用的药物是镇静 催眠药，近年来，合并滥用合成类毒品的现象也在不断增多，这已然成为阿片类物质成瘾者多药滥用的新现象和趋势。多药滥用的危害极其巨大，不仅对个体的身体健康造成严重的损害，同时也给诊断和治疗带来了许多困难。用药后的结果变得难以预测，使得治疗过程更加复杂和棘手。

c） 强烈心理渴求以及强制性的觅药行为是阿片类物质成瘾的重要特征之一。这种渴求和觅药行为是导致成瘾者复发的主要原因之一。因此，降低心理渴求在一定程度上可以减少复吸的风险。

5.3.1.2 阿片类物质戒断综合征

成瘾者一旦停止吸食阿片类物质，或者减少吸食剂量，或者使用阿片受体拮抗剂后，便会出现特征性的阿片戒断综合征。戒断症状包括主观症状和客观体征两个方面：

1. 主观症状方面：成瘾者会感受到恶心、肌肉疼痛、骨痛、腹痛、不安、食欲差、疲乏、喷 嚏、发冷、发热以及对药物的强烈渴求等一系列不适症状。这些症状会严重影响个体的日常生活和工作，使他们处于一种极度痛苦和不适的状态。
2. 客观体征方面：可以观察到成瘾者出现血压升高、脉搏和呼吸加快、体温升高、多汗、鸡皮疙瘩、瞳孔扩大、流涕、淌泪、震颤、呕吐、腹泻、失眠等现象。男性成瘾者会出现自发泄精的情况，而女性成瘾者则可能出现性兴奋。这些客观体征是戒断综合征的重要表现，也是临床诊断的重要依据。
3. 戒断综合征出现及持续的时间与所使用的药物的半衰期密切相关。对于短效药物，如吗啡、海洛因，一般在停药后8h-12h左右就会出现戒断症状，戒断症状的极期通常出现在48h-72h，持续时间约为7-10天。而对于长效药物，如美沙酮，戒断症状则出现在1-3天左右，性质与短效药物相似，极期在3-8天，症状可持续的时间更长，给成瘾者带来更长时间的痛苦和折磨。

5.3.1.3 稽延性戒断综合征

出现于急性戒断症状消退后，持续数周、数月或数年，可能加重。症状包括快感缺乏、烦躁不安、焦虑、睡眠障碍、精力不足、注意力不集中和易怒。持续性疼痛和功能受限是突出症状。

5.3.1.4 急性过量中毒

急性过量中毒表现为昏迷、针尖样瞳孔和呼吸抑制为特征性的“三联征”。需立即抢救，急性中毒的抢救原则为：① 保持呼吸道畅通；② 尽早和足量使用纳洛酮；③ 防止脑水肿发生；④ 对症处理和治疗并发症。保持呼吸道畅通，尽早足量使用纳洛酮等阿片受体拮抗剂。对症处理并发症，防止脑水肿。

注：纳洛酮使用方法，立即注射0.4-0.8mg，静脉注射观察1min，肌肉注射观察5min，无反应则重复使用，直至呼吸恢复正常和苏醒。长效阿片类物质过量中毒需连续使用纳洛酮12h以上，保持患者清醒和呼吸正常。

5.3.2 苯丙胺类兴奋剂

5.3.2.1 滥用方式

以娱乐性使用最为常见。使用者常常将苯丙胺类药物与酒精或其他药物混合使用，以此增强兴奋感，然而这种做法极大地增加了猝死的风险。重点人群包括那些为了提神或 “助性” 而滥用兴奋剂的人，连续高剂量地使用兴奋剂是诱发精神病症状的主要因素。

5.3.2.2 戒断症状

通常在停止使用后的数小时至数周内出现，表现为强烈的用药渴求、烦躁不安、易激惹、乏力、失眠或嗜睡、逼真的噩梦、食欲增加、精神运动性激越或迟滞。戒断症状的持续时间和严重程度，与停用前兴奋剂的类型、用量、频率以及使用时间密切相关，戒断症状可能持续 6-8周，甚至更长时间，个体间存在较大差异。主要症状包括易激惹、幻听幻觉以及对兴奋剂的极度渴求。

5.3.2.3 急性中毒

低剂量情况下会出现血压升高、心悸、出汗、发抖、热潮和冷潮交替、体温上升，在精神上表现为欣快、情绪高涨；而在高剂量中毒时，患者可能会出现 “中毒性精神病”、癫痫样发作、高热、大脑出血、横纹肌溶解和肾脏并发症，严重者甚至会死亡。

5.3.2.4 慢性中毒

症状包括焦虑、愤怒、注意力受损、过度警觉、敏感、多疑、精神运动性激越、偏执观念、被害妄想、短暂的幻听、一过性的意识模糊以及社交行为的改变。此外，还可能出现出汗、寒战、恶心或呕吐与心悸。使用MDMA或相关物质（包括MDA）中毒时，还可表现为性兴趣和性活动的增加或不适当，已知MDMA及相关物质的使用可能并发猝死（尽管较为罕见）。体征方面，表现为心动过速、血压升高、瞳孔扩大、运动与肌张力障碍以及皮肤溃疡。在罕见情况下，通常是在严重中毒时，苯丙胺类、甲基苯丙胺或甲卡西酮等兴奋剂会导致抽搐发作。

5.3.2.5 苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍

苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍,其临床表现包括，使用者在意识清楚的状态下会出现丰富鲜明且生动的错觉和幻觉，尤其是视幻觉和触幻觉。幻听的内容常常是侮辱性言语，容易使滥用者感到极度恐怖。妄想通常伴随着相应的情感反应，在妄想的支配下，使用者容易冲动，甚至会采取自伤或伤人的暴力行为。值得注意的是，滥用者往往对自身状况有一定的自知力。

5.3.3 大麻

5.3.3.1 大麻依赖

大麻依赖的诊断通常要求这种状态持续至少12个月，或者连续使用大麻超过1个月（每日或几乎每日）。此外，间断或连续使用大麻，且有证据表明个体对物质使用的控制力受损，并表现出以下两种或更多特征：例如，对大麻使用行为的控制能力明显受损，包括何时开始使用、使用频率、使用时间、持续强度以及何时结束使用等方面；还有，个体将大麻的使用置于生活其他重要方面之前，即便出现不良后果，依然坚持使用，例如忽视维持健康、日常活动和责任等；另外，个体对大麻产生神经适应性的生理特征，这可能包括耐受性的增加，出现戒断症状，以及通过重复使用大麻来避免或减轻这些戒断症状。

5.3.3.2 戒断状态

指在长时间或高剂量使用大麻后，突然停止使用所引发的一系列症状，这些症状的表现和程度各不相同，且其起病和病程与先前使用大麻的剂量密切相关。典型症状包括易激惹、愤怒或攻击性、焦虑敏感、睡眠困难（如失眠、多梦且令人不安）、食欲下降、体重减轻、情绪低落等，有时还会伴有躯体不适，如腹痛、颤抖/震颤、出汗、发烧、寒战或头痛等。值得注意的是，戒断状态是大麻依赖综合症的一个重要指征。

5.3.3.3 大麻所致精神障碍

指在个体使用大麻期间、中毒状态时、戒断期间或不久后，出现心理、认知和行为上的异常症状。这些症状持续时间较长或者严重程度超过了一般由大麻中毒或戒断引起的典型症状。其核心特征包括：在大麻中毒、戒断期间或之后出现的精神病性症状；在戒断期间出现的特定的知觉、认知和行为异常；并且这些症状无法通过其他疾病或状况来解释，它们显著损害了个体的正常功能。

5.3.4 致幻剂

5.3.4.1 戒断症状

由于致幻剂用药后药效能够维持较长时间，且耐受性的发展极为迅速，使用者往往需在下一次用药时加倍剂量才能获得相同效果。而一旦停药，这种耐受性便会迅速消失。因此，滥用者通常采用间断用药的方式，致幻剂更多地引发精神依赖性，而身体依赖性则较为罕见，戒断症状也大多并不明显。有报告指出，在苯环己哌啶撤药之后，可能会出现恐惧感、震颤以及面肌抽动等现象，但这些症状通常并不严重。

5.3.4.2 中毒症状

当使用剂量过大时，使用者会出现恐怖的幻境，进而导致“中毒性精神病”，产生被害妄想。患者会陷入极度紧张、恐惧、焦虑和抑郁的状态之中，甚至可能出现攻击性或自杀行为。病程有可能持续数日乃至数月之久，对于持续时间较长的病例，其症状与精神分裂症难以明确鉴别。麦角酰二乙胺（LSD）在大量使用后撤药，容易产生“回闪”症状，即幻境的重现，这多为瞬间体验，但也存在持续数日以上的情况，进而引发焦虑、恐惧，严重时甚至导致自杀。

5.3.5 氯胺酮

5.3.5.1 氯胺酮是一种苯环利定类新精神活性物质，具有代表性的药物。作为NMDA受体拮抗剂，它被用作手术麻醉剂或麻醉诱导剂。在麻醉状态下，患者的意识模糊，对周围环境反应迟钝，可能出现梦境、错觉、幻觉、定向障碍、认知障碍、易激惹行为、肌张力增加和颤抖等症状。

5.3.5.2 反复使用氯胺酮可能导致精神症状，如妄想、幻觉、精神极度兴奋、谵妄、狂躁、记忆缺失和认知损害，还会对泌尿系统造成损害。

5.3.5.3 氯胺酮相关障碍的临床表现包括：

a） 依赖综合征：

1） 耐受性增加：表现在剂量增加和频次增多上。

2） 戒断症状：多在停用48h内出现，包括焦虑、疲乏、嗜睡、易怒、思维与现实分离、心动过速、血压升高、眼球震颤、共济失调、癫痫发作、认知障碍、记忆力减退、睡眠障碍等。

3） 强迫性觅药行为。

b） 急性中毒：症状包括醉酒状态、嗜睡、易怒、心动过速、血压升高、眼球震颤、共济失调、癫痫发作、认知障碍、昏迷、高热、大汗、抽搐，甚至死亡。精神症状有错觉、幻觉、妄想、定向障碍、认知障碍、易激惹行为、肌张力增加和颤抖等。

5.3.6 镇静、催眠、抗焦虑药物

依托咪酯使用障碍的临床表现：

1. 吸食后表现：

1） 类似醉酒的反应：头晕、手抖、走路不稳、反应迟钝、口齿不清。

2） 精神病性症状：幻视、幻听、被害妄想等。

3） 长期、大剂量吸食依托咪酯会出现脾气暴躁，生活懒散等影响人的情绪思维和意志行为的精神障碍。过量吸食极易导致肾上腺素皮质抑制而死亡。

b） 戒断症状：

1） 躯体戒断反应：停吸后感觉心慌、烦躁、坐立不安、睡眠差等。长期吸食后伴有人格改变及认知功能下降。

2） 心理依赖：强迫性觅药行为。

5.4 诊断与鉴别诊断

5.4.1诊断依据

物质使用障碍的诊断依据其复杂的临床表现，不同的精神活性物质可能引发相似或不同的症状，导致多种类型的障碍。目前，全球主要依据《美国精神障碍诊断和统计手册第五版（DSM-Ⅴ）》和《国际疾病分类第11版》进行诊断。

5.4.2 诊断标准

5.4.2.1 DSM-Ⅴ中，“阿片类物质使用障碍”的诊断标准为：

阿片类物质的问题使用模式导致显著的具有临床意义的损害或痛苦，在12个月内表现为下列至少2项症状：

①阿片类物质的摄入常常比意图的量更大或时间更长；

②有持续的欲望或失败的努力试图减少或控制阿片类物质的使用；

③大量的时间花在那些获得阿片类物质、使用阿片类物质或从其作用中恢复的必要活动上；

④对使用阿片类物质有渴求或强烈的欲望或迫切的要求；

⑤反复的阿片类物质使用导致不能履行在工作、学校或家庭中的主要角色的义务；

⑥尽管有阿片类物质使用引起或加重持续的或反复的社会和人际交往问题，但仍然继续使用阿片类物质；

⑦由于阿片类物质使用而放弃或减少重要的社交、职业或娱乐活动；

⑧在对躯体有害的情况下，反复使用阿片类物质；

⑨尽管认识该物质可能会引起或加重持续的或反复的生理或心理问题，仍然继续使用阿片类物质；

⑩耐受，通过下列两项之一来定义：需要显著增加阿片类物质的量以达到过瘾或预期的效果；继续使用同量的阿片类物质会显著降低效果；

⑪戒断，表现为下列两项之一：特征性阿片类物质戒断综合征；阿片类物质（或密切相关物质）用于缓解或避免戒断症状。

轻度应存在2-3项症状，中度应存在4-5项症状，重度应存在6项或更多症状。

5.4.2.2 ICD-11中,“阿片类物质成瘾”的诊断标准为：

间断或连续地使用某种精神活性物质，并且有证据表明使用者对其物质使用的控制力受损，并具备下列2种或更多特征：

①对物质使用行为的控制能力受损（如何时开始使用物质、使用频率、使用强度、持续时间、何时结束使用、在何种情境下使用）；

②物质使用逐渐优先于生活中的其他方面（包括维持健康、日常活动和责任等方面），即使出现了损害或不良后果，如反复的人际关系恶化、工作或学业的不良后果、对健康的负面影响等，仍然继续或加剧使用；

③存在个体对该物质产生了神经适应性的生理学特征，包括：对物质效应的耐受，或需要增加物质使用量才能达到之前同等的效应；停止或减少物质使用后出现戒断症状；重复使用此物质或类似药理作用的物质可避免或减轻戒断症状。

5.4.2.3 物质依赖表现一般需要持续至少12个月或连续使用超过1个月（每日或几乎每日）。诊断需排除为了缓解疼痛而应用阿片类药物的外科病人，当不给药物时患者会表现出阿片戒断体征，但患者无继续服药的渴望。

5.4.3 鉴别诊断

5.4.3.1 阿片类物质使用所致其他精神障碍：在DSM-Ⅴ的诊断标准中，除了“阿片类物质使用障碍” 这一核心分类外，还涵盖了阿片类物质中毒、阿片类物质戒断反应、阿片类物质引发的抑郁障碍、焦虑障碍、睡眠障碍、性功能失调、阿片类物质中毒所致的谵妄状态以及戒断过程中的谵妄等症状；而在ICD-11的体系中，“使用精神活性物质所致精神和行为障碍”一项下也明确列出了急性中毒、有害使用以及戒断状态等多种临床状态。因此，在对阿片类物质成瘾进行诊断时，还应细致地评估和鉴别患者是否存在上述相关的精神障碍诊断，以全面了解其病情。

5.4.3.2多药滥用：阿片类物质成瘾者往往不仅仅依赖阿片类药物，他们常同时滥用其他具有精神活性的物质，例如酒精、镇静催眠类药物以及各种新型毒品等，这种现象在医学上被称为多药滥用。多药滥用在阿片类物质成瘾者中极为普遍。临床上，医生应根据患者使用的最重要的一种（或一类）精神活性物质进行归类诊断，从而根据某种或某类对当前障碍起主要作用的特定物质做出准确判断。

5.4.3.3躯体疾病：阿片类物质成瘾者可能同时合并多个躯体器官系统的疾病，这些疾病可能涉及神经系统、免疫系统、消化系统以及心血管系统等。它们的成因可能源于阿片类物质的使用，也可能与其他合并使用的精神活性物质相关，或者由物质滥用之外的其他因素导致。在诊断过程中，这些躯体疾病都应被充分关注，并给予及时且有效的治疗，以保障患者的整体健康状况得到改善。

5.4.3.4 共患其他精神障碍：当阿片类物质成瘾患者同时出现抑郁、焦虑、睡眠障碍、性功能失调，甚至双相障碍或精神病性障碍时，应仔细评估这些精神障碍与阿片类物质使用或其他精神活性物质使用之间的因果关系，或者判断这些精神障碍是否为独立存在的精神疾病，而非由物质使用所引起的。

6 治疗

6.1 治疗原则

物质成瘾治疗原则：

①知情同意与自愿接受：确保患者充分知晓并自愿参与到治疗过程中。

②个体化治疗与合理用药：根据患者需求灵活调整治疗计划。

③综合性干预：结合生物医学、心理行为矫治等多种措施，确保足够的治疗时间（至少三个月），以防范复发。

④重视共患疾病的治疗：积极应对精神与躯体疾病，推动全面康复。

⑤防复发药物治疗：树立正确的康复理念，积极开展阿片受体拮抗剂的防复发治疗，融合认知行为心理干预措施，保持操守，预防复发。

6.2 戒断症状的治疗

6.2.1 阿片类物质成瘾的治疗

6.2.1.1 脱毒治疗

阿片类物质依赖的脱毒治疗是一个复杂且系统的过程，旨在帮助患者摆脱对阿片类药物的依赖，并恢复正常的生活状态。治疗主要包括替代治疗、部分非替代治疗和康复治疗，每一种治疗方法都有其独特的作用机制和适用情况。

1. 替代治疗:

1） 美沙酮替代递减治疗:

美沙酮是阿片μ-受体激动剂，口服、半衰期长、致欣快作用弱，用于阿片类物质成瘾脱毒治疗。首次剂量20-40mg/日，根据戒断症状调整。症状控制后，逐日递减前一日剂量的20%，至5-10mg/日时，每日减1-2mg，2-3周内完成递减，具体时间因人而异。递减中戒断症状反弹需对症处理。

1. 丁丙诺啡替代递减治疗:

丁丙诺啡是阿片μ-受体部分激动剂，镇痛效价高、作用时间长，用于脱毒治疗。首次剂量4-6mg，舌下含服，不吞咽、不立即饮水。若戒断症状未控，可分次补充4-6mg，总剂量不超14-16mg。次日以首日总剂量为起始，可追加2-8mg，总量不超18-20mg。症状控制后，稳定服用2-3天，梯度递减，每日减2-6mg，先快后慢。减至2mg/日时，50%幅度递减，0.5mg/日连用2天后停药。

1. 非替代治疗：

1） 盐酸可乐定：①可乐定是咪唑类衍生物，作用于中枢神经系统α2受体，减少中枢交感神经冲动传出，降低外周交感神经功能，还激动咪唑啉受体，释放内源性阿片肽，缓解阿片戒断症状。②可乐定口服吸收良好，生物利用度约75%，半小时起效，2h-4h达高峰，药效持续6h-8h，长期使用易产生耐药性。③常规应用剂量为每次0.075-0.1mg，每日2-4次，最大剂量每次0.6mg，每日不超过2.4mg。透皮贴剂从每片1mg、每日一次开始，最大剂量每日3片、每片2mg。④需注意体位性低血压，治疗前告知风险并预防。⑤使用禁忌包括，过敏者禁用，严重冠状动脉供血不足、心脏传导阻滞、心肌梗塞（近期）、脑血管病或慢性肾衰患者慎用。

2） 盐酸洛非西定：①洛非西定属于咪唑啉类衍生物，选择性激动中枢α2受体，降低外周交感神经活性，松弛血管平滑肌降压，抑制去甲肾上腺素神经原活性，缓解阿片类药物戒断症状及持续时间，治疗稽延性戒断症状。②临床常规应用方法，起始剂量每次0.2mg，每日两次口服，最高剂量每日2.4mg。③治疗7-10日病情控制后逐渐减量、缓慢停药，治疗中需注意体位性低血压等不良反应。④禁忌症包括，过敏者禁用，低血压、脑血管疾病、缺血性心脏病（除外近期心肌梗死）、心动过缓、肾功能不全及抑郁症患者慎用。

1. 中医中药的应用：

中医中药基于整体观念和辨证施治，调理阴阳气血，改善脏腑功能，减轻戒断症状，提升健康水平，关注心理状态，帮助全面康复。在戒毒治疗中，中医中药通过精心调理患者的阴阳气血，使之达到平衡的状态。同时，改善脏腑功能，促进其正常运行，从而有效减轻戒断症状，提升患者的整体健康水平。

6.2.1.2 纳曲酮防复发治疗

盐酸纳曲酮是阿片受体μ、δ、κ的长效拮抗剂，可拮抗和逆转阿片类物质的欣快效应，预防其对机体产生依赖，是《阿片类物质使用相关障碍诊断治疗指导原则》中防复发的首选药物，也是国际公认的防复发药物，通常持续治疗6-18个月。

a） 制剂与使用方法：

1） 口服片剂：常规剂量为每日50mg或双倍剂量隔日口服。优点是服药方便，可调节服药方法；但阿片成瘾者治疗依从性差，漏服或擅自停药现象明显，影响防复发治疗效果。

2） 微球注射剂：用于阿片类成瘾和酒精成瘾的防复发治疗，一次深部肌肉注射维持4周，单次剂量380mg。虽可减少服药次数，维持一个月治疗时间，但存在持续性注射部位疼痛和不适，影响长期维持治疗保持率。

3） 皮下植入剂：纳曲酮长效缓释制剂，一次植药剂量1.5g，可保持150天以上有效血药浓度，阻断阿片物质滥用产生的欣快效应，预防复发，克服口服片剂依从性差的缺点。植药操作简便、安全、可靠，微创手术时间平均5min。植药部位在小腹脐下中线2-6cm处的皮下脂肪层，局部麻醉下进行切口、分离皮下脂肪层建立植药隧道，送药器送药粒入隧道，缝合伤口并局部包扎。

b） 纳曲酮的不良反应:

1. 全身不良反应：一般较轻微，部分患者可能出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲下降、便 秘、口渴、头晕、睡眠困难、焦虑、易怒、关节肌肉痛等，极少数病例出现抑郁、幻觉、妄想、噩梦、失眠等症状，易与急性戒断症状混淆，可能是一过性戒断症状。
2. 局部不良反应：纳曲酮植入剂和深部注射剂治疗需注意局部不良反应，如局部疼痛、压痛、硬结、红肿、皮肤变色及瘙痒等，严重者出现脂肪液化及纤维包裹，严重局部排异反应需脱敏治疗，严重者可停止用药。
3. 潜在肝毒性风险：这是一个备受关注的不良反应，尤其对于有肝脏损害药物使用史的患者，但临床研究未发现更严重肝功能损害。有酗酒史或其他肝损伤原因（如乙肝、丙肝感染）的患者使用前需医学评估，严重肝硬化、急性肝损伤或急性肝炎患者禁用。

 c） 纳曲酮用药前准备：

1） 阿片类物质依赖者应停止使用阿片类物质7-10天以上，使用美沙酮则停药时间延长至2周以上。

2）尿吗啡等阿片类检测结果为阴性。

3）用药前纳洛酮催瘾试验结果为阴性。

4）肝功能检查基本正常范围。

d） 纳洛酮催瘾试验方法：其一，静脉注射纳洛酮0.2mg，观察30min，未出现戒断症状再注射0.6mg，继续观察20min，未出现戒断症状为阴性；其二，皮下或肌内注射0.4mg纳洛酮，观察40min，未出现戒断症状再注射0.8mg，未出现戒断症状为阴性。不能确认或阳性者择期再次试验，尿检吗啡阳性或稽延性戒断症状明显者不进行试验。

6.2.1.3 康复治疗

康复治疗是脱毒后重要阶段，持续6-18个月，通过药物和心理治疗帮助患者彻底戒除滥用物质。药物治疗针对共病障碍和稽延性戒断症状，如焦虑、药物渴求、躯体不适和睡眠障碍等。心理治疗包括认知行为治疗、动机强化治疗、厌恶治疗等，改变对阿片类物质滥用的认知，增强戒毒信心和决心。中医中药的戒毒康复治疗具有独特效果，通过多元靶向治疗、调整植物神经系统等方式缓解戒断反应，降低复吸风险，重塑身心健康，需辨证施治并专业指导。

6.2.2 中枢兴奋剂或致幻剂戒断症状的治疗

中枢兴奋剂或致幻剂戒断症状大部分较轻微且具有自限性，不经治疗在1-2周内消失。目前兴奋剂戒断需要住院治疗的不多，且也没有研究显示住院治疗可以改善兴奋剂成瘾的短期结局。但应注意以下内容：

a） 戒断的躯体影响：兴奋剂戒断一周可能会导致心肌缺血，这可能与冠状血管痉挛有关，需要严密观察，视病情的轻重进行心血管科的相关处理。

b） 精神病性症状的处理：

1） 将患者置于安静的环境，减少环境刺激，给予充分支持，减轻因幻觉、妄想所导致的紧张不安和行为紊乱，可适当予以苯二氮䓬类（地西泮5-10mg口服）镇静。

2） 抗精神病药物：如氟哌啶醇，口服2-10mg/日，或者第二代抗精神病药。兴奋躁动明显者亦可用氟哌啶醇5-10mg肌内注射。应注意，苯丙胺类兴奋剂滥用者可能有多巴胺受体敏感性改变，使用抗精神病药物更易出现锥体外系反应，必要时应使用抗胆碱类药物，如氢溴酸东茛营碱（海俄辛）0.3-0.5mg，肌内注射，或苯海索（安坦）2mg/次，2-3次/日。在幻觉、妄想消失后抗精神病药物应逐渐停止使用。

c） 心理社会治疗：在早期戒断过程中复发的风险较高，部分原因是因为对药物渴求很容易被药物相关刺激诱发。降低早期复发的风险，最好的办法是进行心理-社会治疗。

d） 物理治疗：目前对成瘾者的复吸没有较好的干预手段，而行为冲动的延续一直被认为是冰毒成瘾患者复吸率高的重要原因。物理治疗可能是一种潜在有效的治疗方法。研究表明采用多系列、重复性低频经颅磁刺激左侧前额叶的方法，对冰毒成瘾患者的冲动行为进行了干预，连续10天低频rTMS刺激左侧前额叶，可以降低其准确率至正常水平，提示神经调控方案降低了患者的冲动行为，恢复了他们的目标导向行为模式，从而减少复吸的发生。

6.2.3 镇静催眠药戒断症状的治疗

镇静催眠药戒断症状的治疗包括：

1. 药物治疗：镇静催眠药滥用的治疗要分辨药物滥用的原因和种类，可采用药物剂量递减法、替代疗法等治疗。目前尚无批准用于治疗苯二氮䓬类药物成瘾或戒断的药物。在苯二氮䓬类药物停药的过程中，一般采用长效期的替代短效期药物，以及逐渐递减停药方式，卡马西平和丙戊酸钠等抗惊厥药可起到辅助作用。对于继发性精神障碍，可考虑使用抗抑郁药、抗精神病药等药物进行对症治疗。
2. 非药物治疗：非药物治疗的目的是应用社会心理、物理治疗等方法，使患者摆脱对药物的渴求，防止复发。具体方式有：
3. 心理治疗：心理支持在药物滥用的治疗中非常重要，应贯穿于整个治疗过程，针对性地对不同用药动机采取必要的心理干预措施，预防复发。
4. 物理治疗：重复经颅磁刺激、经颅直流电刺激、深部脑刺激等神经调控技术作为近年来新兴的干预手段，在药物滥用的治疗中也具有良好的应用前景。
5. 康复和社会支持：药物治疗通常与康复计划和社会支持相结合，包括戒毒康复中心、支持小组、心理咨询和职业培训等，制定长期康复计划，定期追踪，以帮助患者恢复健康的生活方式和社会功能。

6.2.4 精神科药物对症治疗与社会心理治疗

6.2.4.1 精神科药物对症治疗

精神科药物对症治疗如下：

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/d口服、帕罗西汀20-40mg/d口服、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（如文拉法辛75-150mg/d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/d口服）。若使用三环类抗抑郁药，如丙米嗪（米帕明），则从小剂量（25mg/d）口服用起，逐渐增加到100-150mg/d口服。
2. 焦虑、失眠等症状，严重者可使用苯二氮䓬类药物，如焦虑症状可使用地西泮、劳拉西泮、阿普唑仑和奥沙西泮；失眠症状可使用地西泮、氯硝西泮、阿普唑仑和奥沙西泮。
3. 精神病性症状，可使用第二代抗精神病药物，如利培酮2-4mg/d、奥氮平5-20mg/d或喹硫平100-600mg/d口服，也可用氟哌啶醇2-10mg/d口服，待幻觉、妄想症状消失后逐渐停止使用。

d） 可酌情使用神经营养药物，如吡拉西坦等促进神经功能恢复。

6.2.4.2 社会心理治疗

常用的社会心理治疗方法如下：

a） 认知治疗：认知治疗的着重点：①改变导致适应不良行为的认知方式；②改变对吸毒的错误认知；③帮助病人应付急性或慢性渴求；④促进病人生活技能恢复，强化病人不吸毒行为；⑤基于认知治疗方法，帮助病人增加自控能力以避免复吸。常用疗法包括：

1. 正念治疗：侧重于教导患者如何有效地应对压力，而不是寻求依赖物质来缓解压力。研究发现正念疗法能更有效地降低甲基苯丙胺戒断者的复发率。
2. 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。

b） 行为治疗：通过正性、负性强化以及惩罚等行为技术，强化病人的不吸毒行为，减少复吸。

c） 集体治疗：集体治疗使病人有机会发现他们之间共同的问题、相互理解表达自己的情感、学习如何表达自己的意愿。集体治疗给病人提供讨论和修改他们的治疗方案的场所，也可以在治疗期间监测他们的行为，制订切实可行的治疗方案，促进他们与治疗者保持接触，有助于预防复吸、促进康复。

d） 家庭治疗：家庭治疗的目的包括鼓励家人支持病人戒除成瘾性物质依赖，使他们帮助病人调整社会适应能力和工作能力，促使病人远离吸毒朋友，维持良好的婚姻状态。

6.3 共病诊断与治疗

6.3.1 精神疾病共病

戒毒治疗中常见的精神疾病共病的诊断与治疗如下：

a） 常见的精神疾病共病类别：

1） 人格障碍（personality disorders）：药物滥用者中人格障碍的比例明显高于普通人群，主要类型有反社会型人格障碍、偏执型人格障碍、强迫型人格障碍和边缘型人格障碍等。

2） 心境障碍（mood disorder）：以显著而持久的情感或心境改变为主要特征，临床上表现为情感高涨或低落，伴有相应的认知和行为改变，可有精神病性症状，有反复发作的倾向，间歇期可完全缓解。

3） 焦虑障碍（anxiety disorders）：是一种以焦虑情绪为主要临床表现的障碍，分惊恐障碍和广泛性焦虑障碍两种。物质成瘾者中焦虑障碍的比例可高达60%以上。

4） 抑郁障碍（depression disorders）：指主要临床表现为显著和持久的情绪低落超过2周，表现为精力减退、持续疲劳、活动减少、睡眠障碍及兴趣感丧失等。药物成瘾者中抑郁障碍的比例也高达60%以上。

5） 双相情感障碍（bipolar disorder）：指目前发作符合某一型躁狂或抑郁标准，以前有相反的临床相或混合性发作。双相障碍在滥用兴奋性物质如可卡因和苯丙胺类毒品的患者中较为多见。

6） 睡眠障碍（sleep disorder）：指睡眠量的异常及质的异常，或在睡眠时发生某些临床症状，如睡眠减少或睡眠过多，梦行症等。阿片类物质使用障碍者的睡眠障碍以失眠为多见。

b） 精神疾病共病的诊断：按《美国精神障碍诊断和统计手册第五版（DSM-V）》诊断标准的相关条目进行。

c） 精神疾病共病治疗的基本原则：

1） 综合治疗：即结合药物治疗、心理行为治疗和社会支持服务。

2） 同时治疗：即同等关注和重视物质使用障碍和精神障碍，同时实施治疗，而不分先后。

3） 长期治疗：即针对物质使用障碍和精神障碍均为慢性复发性疾病的特点，长期使用药物和其他治疗方法控制症状，提高患者生活质量和恢复患者正常功能。

d） 精神疾病共病治疗方法:

1） 药物治疗：理想药物应同时控制戒断症状和精神症状，但目前此类药物较少，临床试验不足。阿片类物质成瘾合并抑郁或焦虑障碍者需联合用药，如美沙酮或丁丙诺啡控制戒断症状，纳曲酮抑制渴求，抗抑郁或抗焦虑药物治疗精神症状。

2） 行为治疗：单独或结合药物治疗是共病治疗成功的基础，常用方法包括认知行为治疗和综合小组治疗。

6.3.2 躯体疾病共病

阿片类物质成瘾者常因共用注射针具等行为感染HIV/AIDS、HCV等疾病：

a） 人类免疫缺陷病毒感染/艾滋病（HIV/AIDS）：

阿片类物质使用障碍者是人类免疫缺陷病毒（HIV）感染的高危人群和高发病人群。目前，艾滋病尚无有效的预防疫苗，在全世界范围内仍缺乏根治HIV感染的有效药物。治疗上应做到：

1. 治疗目标：①最大限度和持久地降低病毒载量；②获得免疫功能重建和维持免疫功能；③提高生活质量；④降低HIV相关的发病率和病死率。
2. 综合治疗措施包括：一般治疗、抗病毒治疗、恢复或改善免疫功能的治疗及机会性感染和恶性肿瘤的治疗。
3. 针对阿片类物质使用障碍患者中的HIV阳性和艾滋病患者，一是按要求转介到艾滋病专门治疗机构接受系统和规范治疗；二是要与专业治疗机构保持联系，督促患者服用抗病毒药物和协助观察患者病情。

b） 丙型病毒性肝炎（HCV）：

丙型病毒性肝炎常用干扰素联合利巴韦林治疗，疗程48周，也可使用直接抗病毒药物（DAAs）疗法，疗程短、可口服、不良反应小。目前尚无预防疫苗，但可通过规范治疗治愈。对于HCV阳性的阿片类物质使用障碍患者，应改变其错误认知，倡导其到专业机构治疗。

6.4 疼痛问题

接受药物维持治疗患者镇痛治疗的方法：评估疼痛级别和镇痛效果确定用药剂量；首选非阿片类药物，如非甾体抗炎药布洛芬、艾瑞昔布；效果不够时可选择短效阿片类药物如酒石酸布托菲诺；辅助镇痛药如加巴喷丁、普瑞巴林或抗抑郁药可能对神经性疼痛有效；局部麻醉药或物理治疗也是选择，多学科协作，多模式镇痛。

6.5 孕产妇/胎儿物质使用障碍

6.5.1 毒品对孕产妇/胎儿危害

怀孕前和孕期滥用阿片类物质危害包括：

1. 导致胎儿畸形、流产、早产、死胎和未成熟新生儿。
2. 导致胎儿对阿片类物质产生依赖，可在出生后6h到8天内出现新生儿戒断症状。

6.5.2 美沙酮和丁丙诺啡维持治疗

美沙酮和丁丙诺啡不会导致胎儿畸形，是目前美国食品药品监督管理局（FDA）批准可用于阿片类物质使用障碍孕产妇维持治疗的药物，其主要作用包括：

1. 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，挽救胎儿的生命。
2. 帮助孕妇停止注射毒品，减少血源性疾病（HIV、HCV 等）的感染和传播。
3. 减轻孕妇经济负担和有条件参加规范的围生期保健。
4. 帮助孕妇恢复正常和稳定的生活及提高生活质量。

6.6 急性中毒的处理

6.6.1 一般治疗措施

一般治疗措施如下：

1. 清理和保持呼吸道通畅，有效供氧：
2. 及时清理呼吸道内的痰液、口腔分泌物及异物，防止和处理舌后坠，调整患者的头部位置，如采用仰头抬颏法，确保气流能够顺畅通过。
3. 对于呼吸尚平稳的患者，可采用经鼻给氧或面罩正压给氧，对呼吸极慢、肺水肿等严重情况，应及时进行气管插管或机械通气，确保有效供氧。
4. 建立双路给药静脉通道，一路保证纳洛酮等呼吸拮抗剂及时及维持使用，另一路用于及时进行呼吸、循环衰竭的救治。

c) 监测生命体征变化，对症支持治疗。

6.6.2 阿片类物质中毒

阿片类物质中毒的治疗：

a） 尽早使用阿片受体拮抗剂--纳洛酮：

1） 对无意识障碍的中毒者可行皮下、肌内或静脉注射，纳洛酮首次剂量0.4mg或按0.01mg/kg计算，必要时2min-3min后重复一次。

2） 对有意识障碍，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2min-3min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。

b） 使用纳洛酮的注意事项：

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合并有缺氧、缺血性脑损伤，或合并其他药品或毒品中毒。

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，须使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24h，或视情况每2h-3h肌注纳洛酮0.4mg。

3） 持续观察时间应不短于24h-48h，防止有效拮抗作用降低后再度出现呼吸抑制的风险。

4） 如呼吸抑制改善不明显或再度出现，应及时进行气管插管或上呼吸机，以确保有效供氧。（可选用艾司氯胺酮0.5mg/kg与镇静麻醉药联合诱导和实施全身麻醉，其具有良好的镇痛效果，且能有效减少阿片类药物用量。）

5） 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，防止意外发生。

6.6.3 苯丙胺类兴奋剂中毒

无特殊解毒治疗方法，对症支持治疗要点如下：

a） 将患者置于安静的环境，减少刺激。

b）应尽量避免使用约束躯体的方法来控制激越，以免增加高热与横纹肌溶解的危险。

c） 严密监测生命体征，维持水电解质平衡，保持呼吸道通畅、循环稳定，必要时给氧。

d） 鼓励多饮水，如服药时间不超过4h，可行洗胃催吐。

e） 增加尿中药物的排泄：酸化尿液，以加快苯丙胺类兴奋剂的排泄，口服氯化胺0.5g，每3h-4h一次，使尿液pH值在6.6以下。如果病人有高热、出汗、代谢性酸中毒，则不宜酸化尿液。

f） 高热：监测体温，将患者置于凉爽的房间，可行物理降温。

g） 激越、焦虑或精神病性症状：可使用苯二氮䓬类药物来控制。严重者可以使用抗精神病药物来控制精神病性症状，如氟哌啶醇（5-10mg口服、肌内或静脉注射）、利培酮（2-4mg口服）。

h） 高血压：严重高血压如舒张压超过120mmHg，持续超过15min应予以治疗，以防中枢神经系统出血。可使用酚妥拉明2-5mg，静脉缓慢注射。如果α肾上腺能阻滞剂无效，可直接采用静脉注入硝普钠，0.25-10ug/（kg·min）或硝酸甘油（5-100ug静脉注射）扩张血管。禁止使用有加重血管收缩与血压升高的风险β肾上腺能阻滞剂，如普萘洛尔或艾司洛尔。

i） 抽搐发作：地西泮2-20mg静脉注射，每分钟注射量小于5mg或者劳拉西泮2-8mg静脉注射。对于癫痫持续状态，静脉注射地西泮或苯妥英钠（15-20mg/kg，每分钟小于150mg）等。

j） 急性冠脉综合征：避免使用β肾上腺能阻滞剂与拉贝洛尔，同时予吸氧、苯二氮䓬类镇静、吗啡止痛、舌下含化硝酸甘油扩血管、阿司匹林抗凝。约1/4 的甲基苯丙胺使用所致的胸痛患者可出现急性心肌梗死。心电图对兴奋剂所致的胸痛的帮助有限，对急性心肌梗死最好的实验室检查是监测血液中心肌肌钙蛋白浓度。

k） 横纹肌溶解：常不会出现肌肉疼痛、压痛与肿胀等症状，肌酸激酶超过正常值5倍以及尿隐血试验阳性而镜检无明显红细胞时，对诊断横纹肌溶解有诊断价值。应大量补液以维持尿排出量大于2ml/kg·h，避免肌红蛋白尿性肾衰竭。

l） 谵妄：可用氟哌啶醇（2-5mg口服或静注）或地西泮（10-15mg口服或5-10mg静注）控制兴奋激越、幻觉、妄想，剂量不宜太大，以免加重意识障碍。

m） 对于极重的病人可采用腹膜透析或血液透析。

6.6.4 大麻中毒

无特殊解毒治疗方法，对症治疗措施如下：

1. 中毒性谵妄：在安慰解释基础上给予安定10-15mg口服或5-10mg静注。
2. 中毒性精神病：设置单人房间，专人监护，并适当使用抗精神病药物，如氯丙嗪（50mg,静脉注射）或氟哌啶醇（10mg,肌内注射）。
3. 病情仍不缓解者转精神专科医院作鉴别诊断。

6.6.5 致幻剂中毒

无特殊解毒治疗方法，主要采用对症支持治疗：

1. 中毒或“回闪”症状引起的烦躁不安、激动、惊恐及精神异常状态可用苯二氮䓬类（如安定10-15mg口服或5-10mg静注）或氟哌啶醇（2-5mg口服或静注）治疗。
2. 急性期应避免使用氯丙嗪，因二者的抗胆碱能作用相加有诱发谵妄的危险。

6.6.6 氯胺酮中毒

无特效解毒剂，以对症支持为主：

1. 高血压：通常短暂，严重时可用降压药，如尼卡地平（起始量2.5-5 mg/h，每**5min-15min**递增2.5mg/h，直至目标血压，最大剂量≤30mg/h）治疗。
2. 躁动、幻觉可用苯二氮䓬类（如地西泮10-15mg口服或5-10mg静注）镇静，避免用抗精神病药。

6.6.7 镇静、催眠、抗焦虑药物中毒

无特殊解毒治疗药物，对症支持治疗要点如下：

1. 洗胃，留置适量活性炭。
2. 使用中枢兴奋剂：每小时静注尼可刹米3支（0.375g/支），或每隔3min-5min静注贝美格50mg，直至血压、呼吸、肌张力和反射恢复正常。
3. 低血压：静滴5％葡萄糖或盐水，如持续不升高，可在输液中加入适量的多巴胺或间羟胺。

d） 碱化尿液，利尿促排：1.87%乳酸钠加5%葡萄糖溶液500ml静滴，使尿液保持碱性；20%甘露醇250ml静滴，每6h一次，务必使尿量在第一小时维持180ml以上。

e） 如病情极严重，可考虑血液透析。

f） 合理选择抗生素，预防继发性肺炎。

7 戒毒医疗相关制度及流程

7.1 戒毒医院住院管理制度

7.1.1 入院前与自愿戒毒人员或者其监护人签订自愿戒毒协议（见附录A，表A.3），就戒毒方法、戒毒期限、戒毒人员个人信息保密、戒毒人员应当遵守的规章制度、可以终止戒毒治疗的情形等作出约定，并载明戒毒治疗的适应症、戒毒疗效、戒毒治疗风险。在戒毒期间应遵守病房管理制度，接受封闭式管理，遵医嘱服药，不私自服药，不藏药，住院期间随时允许工作人员进行安全检查，严禁携带、私藏毒品，对检查发现的毒品、吸毒用具以及其他违禁品等移交公安机关处理。戒毒期间不准探视接见，不准对外打电话及接电话，杜绝外来毒品的进入。

7.1.2 入院前的安全检查。检查由两名工作人员进行，仔细检查自愿戒毒者随身携带的物品，严把入院关，防止毒品的夹带。自愿戒毒者所带现金及贵重物品全部由工作人员代为保管，建立现金使用帐本，不允许相互转帐，杜绝自愿戒毒者之间的毒品交易。

7.1.3 严格病区管理制度。在日常工作中工作人员严格遵守病区管理制度，认真履行各自职责，定期对病区的环境、物品及病员进行安全检查，对病房内出现的可疑现象，立即组织工作人员进行检查，及时发现安全隐患。遵循“五不”规定，即不准私自打电话、不准外出、不准进入工作区、不准串病房、不准探视(特殊情况下直系亲属与戒毒者会晤，应有医务人员在场监督，不准携带现钱、贵重物品以及食品和日用品等一系列规定)。

7.1.4 坚持“以人为本”的服务理念。医务人员应当依法保护自愿戒毒人员的隐私，不得歧视自愿戒毒人员,应该以诚恳、宽容、克制的态度关心他们，不冷淡、不歧视，尊重他们的人格，理解他们的痛苦，从思想情感上接纳他们，为他们创造一个人性化浓厚的戒毒环境。

7.1.5 入院后对自愿戒毒人员进行各项常规化验检查及艾滋病等传染病的检测，开展艾滋病等传染病的预防、咨询教育。

7.1.6 戒毒人员在接受戒毒治疗期间,如果因精神症状出现冲动伤人或自伤自杀,工作人员可给予约束控制及必要的药物治疗。

7.2 定期疗效评估

7.2.1 时间要求

定期疗效评估于开始治疗前3个月每月进行一次，随后每季度复评一次。

7.2.2 内容要求

定期疗效评估内容包括：

a）生理脱毒评估应包括毒品复测，急性戒断症状、稽延性戒断症状和精神症状的控制情况。

b）身心康复评估应包括身体机能测试、心理康复知识的习得与训练。

c）社会环境与适应能力评估应包括主动参加戒毒帮教或宣传活动、主动与家庭成员沟通及家属支持、掌握一定的就业谋生技能。

具体要求参考附录D表D.1。

7.3 终止戒毒治疗流程

7.3.1 终止戒毒治疗条件

医疗机构对戒毒人员实施终止戒毒治疗条件：

a） 不遵守医疗机构的管理制度，严重影响医疗机构正常工作和诊疗秩序。

b） 无正当理由不接受规范治疗或者不服从医务人员合理的戒毒治疗安排。

c） 发现其他严重并发症或者疾病不适宜继续接受戒毒治疗，或戒毒医疗机构不具备救治能力的。

d） 拖欠医疗费或戒毒疗程结束后，不办理出院手续的。

e） 省级卫生行政部门规定的其他不适宜继续接受戒毒治疗的情形。

7.3.2 终止戒毒治疗程序

终止戒毒治疗的程序为：其一，戒毒医疗机构工作人员上报受治者上述终止戒毒治疗条件——二线医生审核——告知受治者及其家属——终止戒毒治疗；其二，强制隔离戒毒场所的戒毒人员符合终止戒毒治疗条件的按照所外就医程序办理终止戒毒治疗。

7.4 传染病上报流程

7.4.1 上报流程

传染病上报流程：

1. 发现病例。医疗机构在诊断和治疗过程中发现可疑传染病病例，包括但不限于梅毒、丙肝、HIV、肺结核等。
2. 确认诊断。医疗机构应及时对可疑病例进行实验室检测和临床诊断，确认是否为传染病病例。
3. 填写报告表。一旦确认为传染病病例，医疗机构应立即填写传染病报告表，详细记录患者的基本信息、病情情况、接触史等内容。
4. 报告上级部门。填写完传染病报告表后，医疗机构应立即向所在地的卫生健康部门或疾控中心报告病例情况。

e） 采取控制措施。医疗机构应根据病例情况和传染病防控要求，采取相应的隔离、治疗和防护措施，避免传染病的扩散。

f） 监测和跟踪。医疗机构应对病例进行监测和跟踪，及时报告病情变化和治疗效果，确保传染病的控制和治疗工作得到有效实施。

7.4.2 注意事项

传染病上报过程中应注意：

a）及时报告。医疗机构发现传染病病例后，应立即按照规定流程进行上报，不得隐瞒、拖延或私自处理。

b） 准确填写。医疗机构填写传染病报告表时，应保证信息的准确性和完整性，确保上报内容真实可靠。

c） 保密原则。医疗机构在上报传染病病例信息时，应严格遵守保密原则，防止泄露患者隐私信息。

d） 配合调查。医疗机构在上报传染病病例后，应积极配合卫生健康部门或疾控中心进行病例调查和流行病学调查工作。

e） 加强宣教。医疗机构应加强对患者和医护人员的传染病防控宣教，提高大众对传染病的认识和防范意识。

f） 持续监测。医疗机构应建立健全的传染病监测系统，对可疑传染病病例进行持续监测和跟踪，确保传染病的及时发现和报告。

7.5 药物不良反应报告与处理流程

药物不良反应报告与处理流程见表3。

表3 药物不良反应报告与处理流程

医护人员发现患者发生疑似药品不良反应

医师停止怀疑药品给药并采取相应对应处理

填写《药品不良反应报告表》，并将病人信息、用药信息、处理情况上报至药剂科

药品不良反应监测小组对其进行必要的调查分析和初步评价，若有新的、严重的药物不良反应

当班护士做好相关医疗记录，保存药品，必要时可暂停院内使用，24小时内上报

药品不良反应监测人员向国家药品不良反应监测系统上报

7.6 医疗安全（不良）事件报告与处理流程

医疗安全（不良）事件报告与处理流程：

1. 医务人员发现不良事件。
2. 采取有效措施的同时立即向科主任报告：
3. 48小时内以报表的形式及时上报医务处；
4. 如果安全（不良）事件可能迅速引发严重后果则需紧急电话报告，并随后履行书面补报；
5. 夜间及节假日应统一上报医院总值班人员。
6. 医务科进行初步审核。
7. 转发至相应的职能科室（护理部、院感科、药学部、物资材料供应处、医学工程处、总务处、党办及保卫处等）：
8. 如上报医疗安全（不良）事件涉及2个或2个以上部门，由医务处将不良事件转交相应的职能部门，并协调相应职能部门共同解决，必要时召开部门间联席会议，以及上报分管院领导。
9. 各职能部门在接到报告后应登记备案，及时调查核实，给出整改意见并督促相关科室限期整改、落实，消除隐患；必要时上报分管院领导。
10. 各职能科室每季度汇总并提交医院质量与安全管理委员会。

f） 医院质量与安全管理委员会每半年召开一次评估总结会议，分析结果及时反馈各职能部门，保证医疗质量持续改进。

7.7 麻醉药品管理和使用制度

根据《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定（暂行）》结合实施具体情况制定本制度：

1. 处方医生必须经有关麻醉药品、精神药品使用知识培训、考核，并考核合格，取得麻醉药品、精神药品处方权。
2. 处方必须使用麻醉药品专用处方，应按处方制度规范书写，字迹清晰，不得涂改，处方医师须签全名，麻醉药品处方每日处方量以病人每日用量为限，保存三年备查。
3. 禁止个人储存、转让或借用麻醉药品。
4. 不得为自己开具麻醉药品处方。
5. 麻醉药品每日进行交接班制，做到药品、处方、账物交接清楚。
6. 麻醉药品的保管要做到：有铁门、铁窗、铁柜及报警器、监视器，并做到专人、专柜、专处方、专用账册、专用登记册。
7. 麻醉药品应保持一定数量的基数，便于临床使用。定期对药品进行清查，发现问题及时上报解决。
8. 至少在两名工作人员的同时监督下方可给受治者服药。

7.8 戒毒医疗机构纠纷调解预案

为有效应对戒毒医疗机构纠纷，制定此预案：

1. 目的：维持治疗单位和接受治疗者的合法权益，最大程度地减少纠纷对医疗工作的影响，确保戒毒医疗工作的顺利实施。

b）启动条件：接受治疗者及其家属对整个治疗、管理活动质疑，引起医患双方的争议，需要及时调解时。

c）对策与措施：

1） 治疗单位工作人员对相关法律法规的培训。

2） 治疗单位工作人员在治疗前，对接受治疗者充分说明医疗、管理有关事宜，双方签署知情同意书或协议。

3） 发生医疗损害事件，按《医疗事故处理条例》有关内容进行调解。

4） 关于管理活动的纠纷，医患双方平等沟通，沟通未果，可诉诸当地工作组进行调解；当地调解未果，可诉诸省级工作组进行调解。

5） 省级工作组进行调解未果，可按《民法通则》等有关法律法规，通过司法程序解决。

6） 接受治疗者及其家属不接受正常沟通、调解和上诉，干扰治疗单位的工作，造成严重影响，按《治安管理处罚条例》等法律法规进行处理。

7） 治疗单位于事件发生后12小时内，上报当地工作组和省级工作组。

1.

（资料性）

入院相关表格

A.1 入院戒毒记录见表A.1。

表A.1 入院戒毒记录

ID:

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| 姓 名 |  | 性别 | □男 □女 | 年龄 | □□岁 | 民族 | □汉族□其他民族 |
| 婚姻状况 | □未婚 □未婚同居 □已婚/再婚 □离婚 □丧偶 □其他(请注明) |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 出生地 | 省(自治区/直辖市)市(地)县(市区) |
| 现居住地 | 省(自治区/直辖市)市(地)县(市区) |
| 文化 | □文盲 □小学 □初中 □高中/中专 □大学/大专 □大学以上 |
| 职业 | □无业 □个体经营 □娱乐场所 □演艺 □交通运输 □公务员 □自由职业 □农民□外出务工 □在校学生 □企事业职工/工人 □外企/合资 □其他(请注明) |
| 联系人姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 病史供述者 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 可靠程度 | □可靠 □一般 □不可靠 | 病史供述者签名 |  |
| 住院次数 | □首次 □再次 □3次或以上 | 入院日期 | □□□□年□□月□□日 |
| **主诉** |
| **现病史** |
| 初次滥用药物时间 | □□□□年□□月□□日 |
| 末次滥用药物时间 | □□□□年□□月□□日□□时□□分 |
| 戒断反应出现时间 | □□□□年□□月□□日□□时□□分 □未出现 |
| 末次滥用药物名称 |  | 末次滥用药物剂量 |  |
| 最长操守时间 |  | 实际吸毒时间 |  |
| **戒断反应症状：(多项选择，须回答)** |
| □畏寒 □恶心 □呕吐 □喷嚏 □流眼泪 □流鼻涕 □鸡皮疙瘩 □出汗 □打吹欠 □发热 □失眠□骨痛 □关节痛 □肌肉痛 □腹痛 □腹泻 □情绪恶劣 □心慌 □震颤 □抽搐□自伤自残□其他症状，请注明□无 |
| **过去1个月内曾经滥用药物：(多项选择，须回答)** |
| □海洛因 □阿片 □杜冷丁 □二氢埃托啡(口含片) □美沙酮 □大麻 □可卡因 □摇头丸 □冰毒□麻谷丸 □K粉(氯胺酮) □γ-羟丁酸(G毒) □麻黄素(小马) □安钠咖(烫片片) □底料+黄皮□曲马多 □丁丙诺啡片 □安定 □三唑仑 □联邦止咳露 □其他止咳药水，请写出名称□复方地芬诺酯(小白药) □复方甘草片 □右美沙芬(美沙芬) □其他药物，请注明 |
| 主要滥用药物名称或俗称，首次滥用年龄，获得主要途径，主要使用方式，滥用次数，通常每次用量，通常每次花费1. ，□□岁，，，每日/周/月约□□次，( )，元
2. ，□□岁，，，每日/周/月约□□次，( )，元
3. ，□□岁，，，每日/周/月约□□次，( )，元
4. ，□□岁，，，每日/周/月约□□次，( )，元

**注：获得主要途径：**(1)同伴，(2)亲友，(3)娱乐场所，(4)电话信息，(5)零售药店，(6)个体诊所，(7)医院，(8)便利店/小卖部，(9)其他(注明)**主要使用方式：**(1)静脉注射，(2)肌内/皮下注射，(3)烫吸，(4)鼻吸，(5)烟熏吸，(6)香烟吸，(7)口服，(8)溶入饮料，(9)其他(注明) |
| 如果“主要使用方式”选择“静脉/肌内/皮下/动脉注射”，请回答过去12个月是否与他人共有注射器 | □是 □否 |
| 过量中毒 | □无 □有请注明是否经过抢救 |
| **首次滥用药物主要原因：(多项选择，须回答)** |
| □家人或同伴影响/教唆 □追求欣快、刺激 □认为“时尚” □满足好奇 □空虚无聊，为消遗 □吸毒环境影响 □增加性功能 □缓解烦恼、抑郁情绪 □被诱骗、逼迫 □满足对药物渴求 □缓解戒断症状□代替其他毒品 □其他(注明) |
| **过去1个月滥用药物主要场所：(多项选择，须回答)** |
| □自家场所 □朋友处 □暂住地/出租屋 □宾馆/饭店 □夜总会/KTV歌厅 □网吧/游艺厅 □洗浴中心/美容院 □无固定地点 □其他场所(注明) |
| **滥用药物以来精神和躯体的变化：(多项选择，须回答)** |
| □自私 □不知羞耻 □爱说谎 □生活懒散 □不关心家人 □明显消瘦 □严重的皮肤损害 □腹痛 □腹泻 □其他躯体及精神症状，请注明 |
| **既往史** |
| 既往戒毒史 | □无 □有：强制戒毒次，劳教次，在本院戒毒次。 |
| 传染病史 | □无 □有(具体说明) |
| 精神病史 | □无 □有(具体说明) |
| 其他疾病史 | □无 □有(具体说明) |
| 药物过敏史 | □无 □有(具体说明) |
| **个人史** |
| 幼年时主要抚养人 | □父母 □单亲 □祖父母/外祖父母 □其他亲戚 |
| 家庭关系 | □和睦 □一般 □不知 □破裂 |
| 特殊生活事件 | □无 □有，请注明 |
| **性行为史** |
| 不洁性行为 | □无 □有，请注明 |
| 多个性伴侣：□无 □有  | 性取向：□异性 □同性 □双向 |
| 吸毒前性格 | □任性 □好胜 □怪僻 □冲动 □倔强 □固执 □暴躁 □自尊差 □多疑 □外向 □好交际□自信 □爱静 □少语 □孤僻 □随和 □其他 |
| **月经史** |
| 初潮 | □□岁 | 经期 | □规律□不规律，描述 |
| 孕□□产□□ | 流产：□无 □有(具体说明) | 末次月经时间：□□□□年□□月□□日 |
| **家庭史** |
| 物质滥用史 | □无 □有，请注明 |
| 精神病史 | □无 □有，请注明 |
| 遗传病史 | □无 □有，请注明 |
| **体 格 检 查** |
| T℃ | P次/分 | R次/分 | BP/mmHg |
| **一般情况** |
| 发育 | □良好 □一般 □差 | 营养 | □良好 □一般 □差 | 意识 | □清晰 □嗜睡 □昏迷 |
| 皮肤 | □无损害 □皮疹 □纹身 □伤疤 □溃疡 □脓肿 □坏死 □针痛 □水肿 □灼痕 □其他，具体部位及异常情况描述 |
| 淋巴结肿大 | □无 □有(如有，继续下列选项) |
| 颌下 | □无 □有，请注明 |
| 颈 | □无 □有，请注明 |
| 腋下 | □无 □有，请注明 |
| 腹股沟部 | □无 □有，请注明 |
| 其他部位 | □无 □有，请注明 |
| **头部** |
| 眼 | 眼睑：□正常 □异常； 结膜：□正常 □异常； 巩膜：□正常 □异常； 角膜：□正常 □异常；异常情况说明： |
| 瞳孔 | 大小：左mm 右mm | 形状：□圆形，对称 □不对称 □椭圆形□不规则形；对光反应：□灵敏 □迟钝 □消失 |
| 耳 | 外形：□正常 □异常，请注明 | 外耳道分泌物：□无 □有，请注明 |
| 乳突部压痛 | □无 □有，请注明 |
| 鼻 | □正常 □出血 □中隔穿孔，请注明 |
| 副鼻窦压痛 | □无 □有，请注明 |
| 口腔 | 唇颜色 | □红润 □苍白 □紫绀 □其他异常 |
| 牙齿 | □正常 □龋龄 □缺齿 □残根 □假牙，异常情况说明 |
| 咽部 | 充血：□无 □有 | 扁桃体：□正常 □肿大 □脓点 |
| **颈部** |
| 颈静脉 | □正常 □充盈 □怒张 |
| 气管位置 | □居中 □偏左 □偏右 |
| 甲状腺 | □正常 □肿大，请注明； 结节：□无 □有，请注明 |
| **胸部** |
| 视诊 | 外形：□正常 □扁平胸 □桶状胸 □鸡胸 □其他异常，请注明呼吸运动：□自如 □受限 □窘迫 心尖搏动：□正常 □异常，锁骨中线外厘米 |
| 触诊 | 肺 | 心 |
| 叩诊 | 肺：□清音 □浊音 □鼓音 □实音 □其他异常，请注明心界：□正常 □异常，请注明 |
| 听诊 | 肺：□正常 □粗糙 □啰音(干、湿) □哮鸣音 □摩擦音 □其他异常，请注明心率：□□□次/分，心律：□规则 □不规则，请注明心音：□适中 □增强 □减弱； 病理性杂音：□无 □有，请注明 |
| **腹部** |
| 视诊 | 外形：□平坦 □膨隆 □舟状腹  | 静脉曲张：□无 □有，请注明 |
| 触诊 | 压痛：□无 □有； 反跳痛：□无 □有； 包块：□无 □有肝：□未触及 □触及，肋下cm，剑突下cm；质地：□软 □硬脾：□未触及 □触及，肋下cm，剑突下cm；质地：□软 □硬 |
| 叩诊 | 移动性浊音：□无 □有 | 肾区叩痛：□无 □有 |
| 听诊 | 肠鸣音：□正常 □活跃/亢进 □减弱 □消失 |
| 外生殖器 | □正常 □溃 □湿疣 □炎症伴性分泌物 |
| 肛门 | □正常 □湿疣 □溃 □其他异常，请注明 |
| **脊柱** |
| 畸形：□无 □侧弯 □后凸 | 压痛：□无 □有，请注明 |
| 叩痛：□无 □有，请注明 | 活动度：□正常 □受限，请注明 |
| **四肢** |
| 活动：□自如 □异常，请注明 | 肌张力：□正常 □增高 □减低 |
| 血管走行：□正常 □异常，请注明 |
| 血管搏动：□无 □有，请注明 |
| **神 经 系 统 检 查** |
| 1、头颅大小：□正常 □异常，请注明；形状：□正常 □异常，请注明 压痛：□无 □有，请注明 |
| 2、颅神经：□正常 □异常，请注明 |
| 3、运动功能：□正常 □异常，请注明 |
| 4、感觉功能：□正常 □异常，请注明 |
| 5、生理反射：□正常 □异常，请注明 |
| 6、病理反射：□无 □有，请注明 |
| **精 神 检 查** |
| **一般情况** |
| 主动性：□主动 □一般 □被动 | 合作程度：□合作 □欠合作 □不合作 □抗拒 |
| 意识状况 |  |
| 意识障碍：□无异常 □嗜睡 □昏睡 □谵妄状态 □精神错乱状态 □昏迷 |
| 时间定向：□正常 □丧失 | 地点定向：□正常 □丧失 | 人物定向：□正常 □丧失 |
| **认知活动** |
| 感觉 | □无异常 □增强 □减弱 □内感性不适 |
| 知觉 | 幻听：□无 □言语性幻听 □非言语性幻听； 幻想：□无 □恐怖性 □非恐怖性其他幻觉：□无 □有，请注明 |
| 感知综合障碍 | □无 □有，请注明 |
| 思维 | 过程：□正常 □思维奔逸 □思维迟缓 □瓦解的言语 □言语贫乏 |
| 内容：□正常 □关系妄想 □被害妄想 □夸大妄想 □嫉妒妄想 □被控制妄想 □思维被插入 □思维被压取 □思维广播 □其他妄想，请注明 |
| 记忆 | □正常 □减退 □遗忘 □错构症 □虚构症 |
| 智能 | □正常 □异常，请注明 |
| 自知力 | □正常 □不全 □缺乏 |
| **情感活动** |
| □正常 □高涨 □低落 □焦虑 □情绪不稳 □情感平淡 □情感淡漠 □恐惧 □易激惹□明显不适切的情感 □自伤或自杀的念头 □其他异常，请注明 |
| **意志行为** |
| □正常 □意志减退 □自伤或自杀的行为 □其他异常，请注明 |
| **实 验 室 检 查 及 特 殊 检 查 结 果** |
| 尿液检查阳性：□甲基苯丙胺 □氯胺酮 □甲二氧基甲基苯丙胺 □吗啡 □大麻 □可卡因 □其他，请注明 |
| 艾滋病检测：□阴性 □阳性 |
| 其他检测：□阴性 □阳性，请注明 |
| **心理测查及结果** |
|  |
| 入院诊断： |
| 医师签名： |
| 记录日期：□□□□年□□月□□日 |

A.2 《人体生物样本（尿液类）毒品检测报告单》见表A.2。

表A.2 人体生物样本（尿液类）毒品检测报告单

ID: 检查日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 妊娠试验（女性必填） |  |
| 性别 |  | 年龄 |  |
|  |
| 序号 | 检查种类 | 检测结果 |
| 1 | 海洛因 |  |
| 2 | 吗啡 |  |
| 3 | 甲基苯丙胺 |  |
| 4 | 杜冷丁 |  |
| 5 | 大麻 |  |
| 6 | 可卡因 |  |
| 7 | 氯胺酮 |  |
| 8 |  |  |
| 请在需检测种类的对应序号栏中划“○”，检测结果填写“阳性”或“阴性”。 |
| 检测医师 |  | 报告时间 |  | 检测单位（盖章） |  |
| 本人对以上人体生物样本（尿液类）毒品检测结果无异议。被检测人确认：日期： |

A.3 自愿戒毒协议具体内容如下。

表A.3 自愿戒毒协议

甲方(医院)：

乙方(戒毒人员)：

根据《中华人民共和国禁毒法》和《戒毒条例》等法律法规，为规范戒毒医疗工作，提高戒毒诊疗水平，切实保障甲乙双方合法权益，双方签订本协议，共同遵守协议条款。

**一、甲方义务**

(一)符合卫生行政部门规定的条件，经所在地省级卫生行政部门批准，具备开展戒毒医疗服务的资质。

(二)戒毒治疗方法、措施符合卫生行政部门有关规定。

(三)按照卫生部制定的诊疗规范，采取药物治疗、心理干预、行为矫治等治疗措施，针对乙方具体情况制定戒毒治疗方案。根据诊疗科目、诊疗条件及临床需要兼顾对乙方其他疾病的治疗。

(四)戒毒医疗使用的药物、制剂、医疗器械等符合国家的关规定。

(五)依法告知戒毒人员治疗方案、效果、医疗风险和费用及其他戒毒医疗要求等。

(六)依法保护戒毒人员的隐私，对其个人信息保密，不侮辱、歧视戒毒人员。

(七)按照有关规定，对戒毒人员进行艾滋病、肺结核、肝炎、性病等传染病的检测，并进行传染病防治知识教育和咨询。

(八)按照戒毒医疗机构所在地政府价格主管部门及卫生行政部门有关规定收取医疗费用。

(九)戒毒医疗期间，乙方由于吸毒症状出现难以预料或防范的自伤、自残、自杀等行为，或突发严重躯体疾病，甲方应当立即告知家属，积极抢救治疗。

**二、甲方权利**

(十)根据戒毒医疗需要，为防止毒品等违禁物品进入医疗机构，可以检查乙方身体及其携带物品。经检查发现的可疑物品交由公安机关处理。

(十一)戒毒医疗期间，发现乙方有危及自身或他人安全的行为时，可以对其采取必要的临时保护性约束措施。

(十二)有下列情况之一的，可以终止对乙方的戒毒治疗：

1、不遵守管理制度，严重影响医疗机构诊疗秩序和正常工作的；

2、无正当理由不接受规范治疗或不服从合理治疗安排的；

3、发现其他严重并发症或者疾病不适宜继续接受治疗，或戒毒医疗机构不具备救治能力的；

4、拖欠医疗费或戒毒疗程结束后，不办理出院手续的。

**三、乙方义务**

(一)乙方不得将以下物品带进医疗机构，因私自携带导致不良后果的，责任自负：

1、麻醉药品、精神药品等违禁药品；

2、刀、剪、绳索以及电器等危险用品；

3、烟、酒、食品、饮料等日用生活用品。

(二)乙方携带的现金、银行卡、各种证件、贵重物品等，由甲方指定的工作人员登记造册，统一保管。未经登记保管丢失的，责任自负。

(三)配合接受体格检查及其他相关医疗检测，提供真实病史。因隐瞒、编造病情影响戒毒治疗的，或治疗期间私自使用违禁药品造成严重后果的，责任自负。

(四)遵守医疗机构规章制度，尊重工作人员，讲文明礼貌，服从管理。在医护人员的监督下服药，不得擅自索要药物。如需与外界联系，须经工作人员批准。

(五)爱护医疗场所设施、装备，损坏公物的要按价赔偿。

(六)戒毒治疗期间如出现危重病情，家属接到通知后应当立即配合甲方进行抢救和治疗。

(七)按照规定缴纳医疗费等各项费用。

**四、乙方权利**

(八)吸毒成瘾是慢性复发性脑病，乙方有权利接受科学合理的综合治疗和康复，防止复吸。

(九)乙方对以下事项享有知情权：

1、戒毒治疗方案及费用；

2、戒毒治疗过程可能会出现的药物不良反应；

3、戒毒治疗存在的潜在风险；

4、法律法规已有规定的。

(十)戒毒治疗期间生活必需品及部分食品，由戒毒医疗机构工作人员统一代购。

本协议有效日期从签订时生效至出院时终止。

甲方代表(医院负责人)： (签名)

年 月 日

乙方代表(戒毒人员/监护人/委托代理人)： (签名)

年 月 日

A.4 脱毒观察体检表见表A.4。

表A.4 脱毒观察体检表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 编号 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  |
| 药物滥用史 | 滥用药物种类 |  | 吸毒史 |  | 吸食方式 |  |
| 末次滥用时间 |  | 强戒次数 |  |
| 神经系统 | 头颅 |  | 感觉功能 |  |
| 病理反射 |  | 其他 |  |
| 精神检查 | 合作程度 |  | 意识状况 |  |
| 情感活动 |  | 意志行为 |  |
| 其他 |  |
| 辅助检查 | HIV抗体检测 |  | 梅毒螺旋体抗体检测 |  |
| 尿液毒品检测 |  | 尿道、阴道分泌物涂片检测 |  |
| 心电图检查 |  | 血生化 |  |
| B超 |  |
| 其他 |  |
| 脱毒观察结论 | 1.药物依赖医学诊断： |  |
| 2.是否生理脱毒： |  |
| 3.有无稽延性戒断症状： |  |
| 4.吸毒相关疾病： |  |
| 处理意见： |  |
| 医师签名： 日期： 年 月 日 |
| 备注 |  |

A.5稽延性戒断症状评定量表见表A.5。

表A.5 稽延性戒断症状评定量表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | ID |  | 身份证号 |  |
| 回答近一周的稽延性戒断症状。请仔细回答每一叙述句，并依照结果在该题后选择结果。 |
| 项目 | 结果 |
| 1.感到心慌 | □无 □轻 □中 □重 |
| 2.感到全身有说不出的难受 | □无 □轻 □中 □重 |
| 3.感到手和脚怎么放都不舒服 | □无 □轻 □中 □重 |
| 4.感到肌肉或关节酸痛 | □无 □轻 □中 □重 |
| 5.感到烦躁不安 | □无 □轻 □中 □重 |
| 6.早上醒得很早 | □无 □轻 □中 □重 |
| 7.晚上睡觉很容易醒 | □无 □轻 □中 □重 |
| 8.晚上入睡很困难 | □无 □轻 □中 □重 |
| 9.食欲差 | □无 □轻 □中 □重 |
| 10.全身无力 | □无 □轻 □中 □重 |
| 得分 |  |
| 评定结果 |  |
|  评定人： |
|  评定时间： |

1.

（资料性）

毒品成瘾性评估相关量表

B.1 阿片成瘾严重程度量表见表B.1。

表B.1 阿片成瘾严重程度量表（OASI）

请按要求如实填写，不要空项。谢谢您的合作！

1. 一般情况
2. 年龄： 岁
3. 性别：①男 ②女
4. 民族：①汉 ②其他民族（请注明） ：
5. 文化程度：①文盲/半文盲 ②小学 ③初中 ④高中/职高/中专/技校 ⑤大专 ⑥本科/本科以上
6. 职业：①无业 ②个体经商 ③服务行业（请注明） ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ④工人 ⑤公司职员 ⑥学生 ⑦农民 ⑧科教文卫工作者 ⑨国家机关工作人员 ⑩其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. 婚姻状况：①未婚 ②未婚同居 ③已婚 ④分居 ⑤离婚 ⑥丧偶 ⑦再婚
8. 第一次吸毒的时间： 年 月； 成瘾时间： 年 月
9. 曾经使用的毒品种类（多选） ： （1）海洛因（黄皮/白粉） （2）鸦片 （3）杜冷丁 （4）吗啡 （5）美沙酮 （6）二氢埃托啡 （7）丁丙诺啡 （8）安定 （9）去痛片 （10）速可眠 （11）曲马多 （12）三唑仑 （13）摇头丸 （14）冰毒 （15）可卡因 （16）大麻 （17）安钠咖 （18）麻黄素 （19）强痛定 （20）氯胺酮（K 粉） （21）其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. 最近一年里最常使用的药物为：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二、每道题选择一项最符合你情况的答案，在所选答案上划“√”

1. 你在入戒毒所前使用毒品的次数：
2. 偶尔使用（如每周 1 次或更少） （1）不是每天必须使用（每周用 2-5 次）

（2）每天必须使用 1-2 次 （3）每天必须使用 3 次或 3 次以上

1. 你在入戒毒所前每天吸海洛因的量：
2. 不到 0.1 克 （1）0.1-0.3 克 （2）0.4-1.0 克 （3）1.0 克以上

表B.1 阿片成瘾严重程度量表（OASI）（续）

1. 你每天睡醒后第一次吸毒的时间：

（0）1 个小时以后 （1）半小时-1 小时 （2）10-30 分钟 （3）10 分钟之内

1. 下面这条横线从左到右表示对毒品渴求程度由轻到重， 横线最左端表示对毒品无任何渴求， 最右端表示对毒品强烈渴求。根据你入院前对毒品的渴求程度，在横线上的相应地方划“×”

无渴求 0 10 强烈渴求

1. 你到正规戒毒机构（戒毒所或劳教所）戒过几次毒？

（0）第一次 （1）2-3 次 （2）4-5 次 （3）6 次以上

1. 你在一天中花在毒品上的时间（包括找毒品、吸毒、想毒） ：

（0）没有特别考虑过 （1）少部分时间 （2）大部分时间 （3）整天找毒品、吸毒、想毒

1. 同吸毒前相比，吸毒后你的健康状况：

（0）无变化 （1）差一些 （2）差多了 （3）非常差

1. 同吸毒前相比，吸毒后你的性生活及性欲变化：
2. 无变化 （1）性欲减弱，性生活次数略有减少

（2）性欲明显减弱，性生活次数明显减少 （3）性欲消失，无性生活

女性月经变化： （0）无改变 （1）间隔延长或缩短 （2）无规律 （3）停经

1. 吸毒后你是否觉得生活没意思，高兴不起来，对工作、娱乐、生活兴趣下降？

（0）没有 （1）偶尔 （2）有时 （3）经常

1. 吸毒对你工作或学习（包括经商、做家务等）的影响：
2. 无影响 （1）受到很少影响

（2）受到一些影响，但尚能坚持工作或学习 （3）受到极大影响，不能工作或学习

1. 你是否因为吸毒同家人或朋友发生过矛盾？
2. 从未有过任何矛盾 （1）偶尔发生矛盾

（2）经常发生矛盾 （3）发生严重矛盾（如婚姻破裂、本人离家出走、与家庭断绝关系）

1. 是否因为吸毒影响了你参加重要的社交活动（如亲戚朋友的婚礼）？
2. 不影响，都参加 （1）大部分都参加

（2）大部分都不参加 （3）对任何活动都没兴趣参加

B.2 阿片戒断症状评价量表见表B.2。

表B.2 阿片戒断症状评价量表（OWS）

指导语：如停药或未按时使用药物，是否出现下列症状或体征?

说明：每项症状体征根据严重程度分为0〜Ⅲ级：0=无任何症状/体征；Ⅰ=轻微或偶尔出现的症状/体征,无须特殊治疗/处理；Ⅱ=中等程度的症状/体征，要求治疗；Ⅲ=严重的症状/体征,1天中大部分时间受此症状/体征困扰,有强烈要求治疗的欲望。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状/体征 | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 出汗增加 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 烦躁不安 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 骨、关节疼痛 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 鸡皮疙瘩 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 全身不适 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 哈欠 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 流泪 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 无食欲 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 全身软弱无力 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 流涕 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 疲惫 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 抑郁 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 冷热交替出现 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 头晕目眩 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 寒冷 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 口干 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 呕吐 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 心悸 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 不真实感 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 小便困难 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 肌肉张力增加 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 肌肉疼痛 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 头痛 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 胃肠绞痛 | 0*1* | I | II | Ⅲ |
| 腹泻 | 0*1* | I | II | Ⅲ |
| 手颤抖 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 肌肉痉挛 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 昏睡 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 畏光 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 皮肤“蚁走”感 | 0 | I | II | Ⅲ |
| 其他（请说明） | 0 | I | II | Ⅲ |
|  |

B.3 海洛因渴求问卷B.3。

表B.3 海洛因渴求问卷

填表日期：

姓名： 性别： 年龄： 职业： 受教育年限： 年

说明：下面是一些你现在的感觉或想法，请按照你的实际感受，在相应的数字内打“√”。

不是 总是

1. 如果现在使用海洛因，我的思路或头脑会更清晰。 1 2 3 4 5 6 7

2. 我对海洛因的渴望非常强烈，难以控制。 1 2 3 4 5 6 7

3. 我在想方设法得到海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

4. 如果送给我一些海洛因，我会立即使用。 1 2 3 4 5 6 7

5. 现在我非常需要海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

1. 现在使用海洛因的话，我会觉得自己很能干。 1 2 3 4 5 6 7
2. 如果海洛因就摆在我的面前，很难克制自己不用。 1 2 3 4 5 6 7

8. 为了得到海洛因，我可以做任何事。 1 2 3 4 5 6 7

9. 如果现在能用海洛因，我将更好地处理各种问题。 1 2 3 4 5 6 7

10.我现在有一种迫切要用海洛因的冲动。 1 2 3 4 5 6 7

1. 如果我有海洛因，我不能控制使用的量。 1 2 3 4 5 6 7

12\*.在今后很长一段时间内，没有海洛因我也过得去。 1 2 3 4 5 6 7

13. 如果能用海洛因，我的脾气就不会那么暴躁。 1 2 3 4 5 6 7

14. 如果能用海洛因，我将感到精力充沛。 1 2 3 4 5 6 7

15. 我现在心里只想着海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

16\*.目前我不需要海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

17. 此刻我抵挡不住海洛因的诱惑。 1 2 3 4 5 6 7

18. 目前最美好的事情就是用海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

19\*.拒绝使用海洛因是非常容易的。 1 2 3 4 5 6 7

1. 只要有可能，我就用海洛因。 1 2 3 4 5 6 7
2. 如果我自己有海洛因，我一定会用。 1 2 3 4 5 6 7

22. 此刻使用海洛因，我就不会那么疲劳。 1 2 3 4 5 6 7

23. 如果现在用一点海洛因，我将一发不可收拾地继续用。 1 2 3 4 5 6 7

24\*.现在我不再想用海洛因。 1 2 3 4 5 6 7

25\*.如果现在我有海洛因，我可能不用。 1 2 3 4 5 6 7

注：\*为反向计分题。

B.4毒品渴求度量表B.4。

表B.4 毒品渴求度量表

请根据您自己一个月来的真实情况填写，在题目后面选择一个恰当的数字打“√”。数字表示的含义为：1=完全不符合；2=比较不符合；3=有点不符合；4=一般；5=有点符合；6=比较符合；7=完全符合。

1. 我经常会想起吸“粉”的舒服感觉……………………1 2 3 4 5 6 7

2. 如果失眠，我会想到用药………………………………1 2 3 4 5 6 7

3. 一想到平时买药的地方，我就想吸……………………1 2 3 4 5 6 7

4. 假如出去后没有工作我可能会复吸……………………1 2 3 4 5 6 7

5. 回忆起吸“粉”的兴奋状态，我很想用药……………1 2 3 4 5 6 7

6. 如果头痛难受，我会想到用药…………………………1 2 3 4 5 6 7

7. 我经常会想起卖“粉”给我的人………………………1 2 3 4 5 6 7

8. 假如有人送毒品给我，我不会拒绝……………………1 2 3 4 5 6 7

9. 我经常想吸，控制不住…………………………………1 2 3 4 5 6 7

10.假如食欲不振，我会想到用药…………………………1 2 3 4 5 6 7

11.在我烦躁不安的时候，用药应该能解决问题…………1 2 3 4 5 6 7

12.会想起自己平常用药的地方……………………………1 2 3 4 5 6 7

13.如果我有很多钱，会想到去买“粉”…………………1 2 3 4 5 6 7

14.经常想起用药的欣快感…………………………………1 2 3 4 5 6 7

15.如果我特别冒火时，有药多好…………………………1 2 3 4 5 6 7

16.如果我特别压抑，用药就能解决………………………1 2 3 4 5 6 7

17.如果我全身乏力，用了药应该会好些…………………1 2 3 4 5 6 7

18.如果受到委屈，我会想到用药…………………………1 2 3 4 5 6 7

19.想到“粉”的形状时，我忍不住想吸…………………1 2 3 4 5 6 7

20.在谈论起吸毒的感受时，很想马上用药………………1 2 3 4 5 6 7

21.出去后毒友劝我用，可能会忍不住……………………1 2 3 4 5 6 7

22.感到很得意的时候，要是能来两口就更好……………1 2 3 4 5 6 7

23.在我忍受挫折时用了药就会没事了……………………1 2 3 4 5 6 7

24.假如看见别人正在吸“粉”我也会想要吸……………1 2 3 4 5 6 7

25.如果不対家庭负责，我会吸……………………………1 2 3 4 5 6 7

26.经常会想起吸“粉”时“醉”的感受…………………1 2 3 4 5 6 7

27.孤独无聊，自然会想起用药的情景……………………1 2 3 4 5 6 7

28.常常想起毒友的形象、住址、联系方式等……………1 2 3 4 5 6 7

29.假如亲属中还有人在吸，我可能也要吸………………1 2 3 4 5 6 7

30.经常想起吸后的满足感…………………………………1 2 3 4 5 6 7

31.如果我精神特别不好，就想用药………………………1 2 3 4 5 6 7

32.我婚恋失败的话，可能会复吸…………………………1 2 3 4 5 6 7

33.会想起吸后的轻松感……………………………………1 2 3 4 5 6 7

34.在我悲观失望的时候，很想用药………………………1 2 3 4 5 6 7

1.

（资料性）

个案化心理矫治相关表格

C.1 制定个案化心理矫治方案

个案化心理矫治方案表格见表C.1。

表C.1 个案化心理矫治方案

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | ID |  | 撰写者 |  | 撰写时间 |  |
| 主题 |  |
| 内容 | （包括个案背景、个案基本情况、矫治举措及思考等内容） |

C.2 填写个案化心理矫治记录

个案化心理矫治记录见表C.2。

表C.2 个案化心理矫治记录

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | ID |  | 操作者 |  | 时间 |  |
| 过程记录 |  |
| 评价、计划或实施等 |  |

1.

（资料性）

定期疗效评估表格

D.1定期疗效评估报告见表D.1。

表D.1 定期疗效评估报告

ID: 评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项　目 | 内　容 | 标　准 |
| 生理脱毒 | 毒品检测情况 | 阴性□阳性□ |
| 使用控制或缓解戒断症状的药物情况 | 停止使用或未使用控制或缓解戒断症状的药物□使用控制或缓解戒断症状的药物□ |
| 急性戒断症状 | 急性戒断症状完全消除□急性戒断症状未完全消除□ |
| 稽延性戒断症状评定 | 未出现明显稽延性戒断症状（量表评定均为“中度”及以下）□出现明显稽延性戒断症状（量表评定均为“中度”以上）□ |
| 精神症状 | 未出现因吸毒导致的明显精神症状或原有精神障碍得到有效控制□疑似出现精神异常或原有精神障碍未得到有效控制□ |
| 身体机能测试 | 身高和体重 | BMI： |
| 握力 | 合格□不合格□ |
| 坐位体前屈 | 合格□不合格□ |
| 俯卧撑 | 合格□不合格□ |
| 选择反应时间 | 合格□不合格□ |
| 闭眼单脚站立 | 合格□不合格□ |
| 肺活量 | 合格□不合格□ |
| 表D.1 定期疗效评估报告（续） |
| 心理康复训练 | 防复吸心理训练 | 参与次数：评价：优□良□合格□不合格□ |
| 改善家庭、社会关系心理训练 | 参与次数：评价：优□良□合格□不合格□ |
| 拒毒能力训练 | 参与次数：评价：优□良□合格□不合格□ |
| 身心康复知识理论考核 | 戒毒知识 | 合格□不合格□ |
| 法律知识和道德规范 | 合格□不合格□ |
| 职业道德与职业生涯 | 合格□不合格□ |
| 心理健康知识 | 合格□不合格□ |
| 社会环境与适应能力评估 | 参加戒毒帮教活动或戒毒宣传活动 | 有□无□ |
| 主动与家庭成员沟通及家属支持 | 有□无□ |
| 掌握一定的就业谋生技能 | 持有国家认定的职业资格证书□自愿书写“戒毒打算”和“就业规划”□ |
| 综合评价 |  |
|  医师签名： 日期： |
| 备注 |  |

 |

参 考 文 献

[1] 戒毒治疗管理办法(国卫医发〔2021〕5号)

[2] 医疗机构戒毒治疗科基本标准（试行）和戒毒医院基本标准（试行）(卫医政发〔2009〕109号)

[3] 建标170-2014.强制隔离戒毒所建设标准[S].北京：中国计划出版社，2014.

[4] DB31/T 1166.1-2019.司法行政机关戒毒诊断评估 第1部分：基本要求[S].上海市市场监督管理局，2019.

[5] DB31/T 1166.2-2019.司法行政机关戒毒诊断评估 第2部分：生理脱毒[S].上海市市场监督管理局，2019.

[6] DB31/T 1437-2023.社区戒毒社区康复工作指南[S].上海：中国标准出版社，2023.

[7] DB33/T 2420-2021.强制隔离戒毒管理规范[S].浙江省市场监督管理局，2021.

[8] DB33/T 2421-2021.强制隔离戒毒专业中心运行规范[S].浙江省市场监督管理局，2021.

[9]DB51/T 2555-2018.司法行政强制隔离戒毒场所戒毒工作基本模式规范[S].四川省市场监督管理局，2018.

[10] MICHAEL.牛津精神病学教科书.四川：四川大学出版社,2004.

[11] 陆林.沈渔邨精神病学.第6版.北京：人民卫生出版社,2018.

[12] 张锐敏.阿片类物质使用相关障碍临床诊疗指南[M].北京：人民卫生出版社,2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_