

ICS **.***.**

C **



团 体 标 准

T/CACM ****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 酒精中毒性精神障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for
Integrated Chinese and Western Medicine – Mental disorder caused by
alcohol intoxication

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断 1

5 治疗 7

6 疗效评价标准 14

7 预防与调护 15

8 预后 15

9 注意事项 16

参考文献 17

前 言

本指南根据GB/T 1.1—2020的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在 20**年**月**日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

引 言

目前国内外缺乏酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗的标准和指南，中医药治疗酒精中毒性精神障碍的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本指南在酒精中毒性精神障碍中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医药及中西医结合治疗酒精中毒性精神障碍的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对酒精中毒性精神障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治酒精中毒性精神障碍的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高酒精中毒性精神障碍的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—酒精中毒性精神障碍》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标，在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·首发酒精中毒性精神障碍》（标准号：T/CACM 1130-2018）基础上，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导意义的酒精中毒性精神障碍的中西医结合诊疗指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

本指南主要为酒精中毒性精神障碍提供以中西医结合为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见，推荐有循证医学证据的酒精中毒性精神障碍现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员，酒精中毒性精神障碍诊疗和管理相关专业人员。应用环境为具备开展中西医结合治疗酒精中毒性精神障碍的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—酒精中毒性精神障碍

1 范围

本指南规定了酒精中毒性精神障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于酒精中毒性精神障碍中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

酒精中毒性精神障碍 Mental disorder caused by alcohol intoxication

由于无节制地过度饮酒，使大脑功能失于协调，导致认识、情感、意志和行为活动出现不同程度的障碍，或个性方面的改变，称为酒精中毒性精神障碍^[1]。

4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断，属于中医的哪种疾病，并进行中医证候诊断^[2]。

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

4.1.1.1 酒精依赖

酒精依赖又称酒精依赖综合征（alcoholic dependence syndrome），是由于反复饮酒导致的对酒精渴求的一种特殊的心理状态，表现为强迫性、连续性或周期性使用，以体验饮酒的心理效应，有时也为了逃避断酒带来的不适感，这种渴望通常十分强烈。酒精依赖者常具有以下临床特征：

（1）强迫性饮酒

为了避免发生戒断症状而强迫性地饮酒，一经开始饮酒则不能停止，并伴有明显的寻酒行为。

（2）固定的饮酒模式

正常饮酒者的饮酒模式不固定，可因时因地而异，而酒精依赖者必须定时饮酒，以避免或解除戒断症状的出现。晨起饮酒为酒精依赖者的饮酒特点，因为经过夜间的代谢，晨起时血液内酒精浓度下降，必须立刻饮酒才能避免出现身体不适。因此晨起饮酒为酒精依赖者特征性的标志之一。

（3）以饮酒为中心的生活模式

饮酒对事业、家庭和社会产生影响，酒精依赖者常常放弃原来喜欢的娱乐活动，把饮酒当作一切活动的中心。

（4）耐受性增加

指饮用原有的酒量达不到期待的饮酒效果，为了得到期待的效果必须增加用量。但在晚期，由于肝功能受损，耐受性反而下降，表现为“一喝就醉”，只要少量饮酒就会导致精神和身体损害，但又“不喝不行”。酒精耐受性增加的同时，对其他药物（如巴比妥类、苯二氮卓类）也会出现交叉耐受。耐受性增加是依赖性加重的重要标志。

（5）躯体依赖性

每当血液酒精浓度下降，戒断症状即出现。最常见的早期症状是急性震颤，涉及手、上肢、腿和躯干，情绪激动、易激惹，常有恶心、呕吐和出汗。一经饮酒，症状即刻消失，否则持续数天。如进一步发展，则可有短暂的错觉、幻觉和视物变形，构声不清。严重者可导致癫痫发作或震颤谵妄。

（6）精神依赖性

指对酒的心理渴求，即为“心瘾”。早期多为一般程度的渴求，但出现躯体依赖时，常出现强烈的饮酒渴求。

（7）高复发性

酒精依赖者往往在断酒不久即复饮，在短时间内恢复到原来的状态。

4.1.1.2 酒精相关的精神神经障碍

酒精相关的精神神经障碍可分为急性酒精中毒、酒精戒断综合征和酒精所致的精神障碍三大类。

（1）急性酒精中毒

急性酒精中毒又分为普通醉酒和异常醉酒，后者又包括复杂性醉酒及病理性醉酒。

① 普通醉酒 (general intoxication) 又称生理性醉酒或单纯醉酒, 是指一次大量饮酒后对酒精的正常生理反应, 并具有共同临床特征的醉酒。临床过程通常分为兴奋期和麻痹期。兴奋期由饮酒开始逐渐发生, 表现欣快, 话多, 对陌生人无拘无束, 与熟人关系更加融洽, 精力异常充沛等。同时伴有心率加快, 面色潮红, 呼吸急促及各种反射亢进。典型普通醉酒是由麻痹期开始。麻痹期开始后意识逐渐进入混浊状态, 表现为情绪不稳, 易激惹, 无拘无束, 以自我为中心, 夸大体验, 大声说话, 态度傲慢。运动性兴奋时可不顾及周围人的感受而大声喊叫、敲打桌椅等。有时是把平时压抑的情绪和不满的事情发泄出来, 甚至出现攻击行为, 这些行为多在一定范围内, 多保持一定的礼仪。麻痹症状出现后, 如伴随着运动失调、发声不清、眼颤等症状的出现, 精神兴奋症状则随之消失, 情绪也变得温和, 活动欲望降低, 记忆多数正常。

② 病理性醉酒 (pathological drunkenness) 属于异常醉酒, 是指饮用一定量酒后突然醉酒, 并同时产生严重的意识障碍。常在摄入酒精后数分钟发生, 一般持续数十分钟到数小时, 最后多陷入酣睡, 事后完全性遗忘或遗留岛性记忆。病理性醉酒发生的同时往往定向力丧失, 行为盲目, 具有不现实性和幻想性特点, 或行为受幻觉、妄想支配。

③ 复杂性醉酒 (complex drunkenness) 即大量饮酒过程中迅速产生并急速加重的意识障碍。醉酒的全过程比普通醉酒更为剧烈, 特点是急速出现的持续时间更长的精神运动性兴奋。复杂性醉酒患者的记忆大多是概括记忆, 对环境保持部分定向力。

(2) 酒精戒断综合征

① 惊厥发作 是指重度酒精依赖患者在突然中断饮酒后或大量饮酒等情况下出现的痉挛, 也称酒精性癫痫。多发生在患者突然中断饮酒或断酒后 24 小时之内。

② 震颤谵妄 是指一种在酒精依赖基础上急性发作性精神障碍, 是酒精戒断综合征中最严重的阶段反应, 发生率不到 5%。震颤谵妄发生的危险因素为: 持续大量饮酒 10-15 年以上; 年龄偏大; 戒断反应重; 躯体状况差; 既往有过震颤谵妄及酒精戒断惊厥发作史。多在断酒或减量后 1-4 天发生。早期意识混浊不清, 患者对外界刺激可有反应, 可出现定向力障碍。幻觉以幻视为主, 内容丰富多彩, 多为小动物和各种各样的昆虫, 也可出现幻听、幻触, 内容鲜明、生动。有的患者还会出现恐怖性的梦境, 并可在幻觉的影响下, 对周围产生恐惧、敌意, 甚至会出现攻击行为。粗大震颤是震颤谵妄的另一特点, 可出现于躯干、手、舌及全身。除此之外还有自主神经症状, 如瞳孔扩大、血压上升、发热、出汗、恶心等, 也可出现痉挛伴有高热, 运动性兴奋剧烈的患者有导致心力衰竭的危险。对谵妄的体验大多遗忘。病程一般不超过 15 天, 如果未经治疗或治疗不当, 病死率可高达 35%。

(3) 酒精所致的精神障碍^[3]

① 酒精中毒性幻觉症 表现为视幻觉与听幻觉, 以幻听为主, 患者一般意识清晰。幻觉多为敌意的不愉快内容, 常在断酒 24h 以内出现, 在夜间加重。

② 酒精所致的嫉妒妄想 是酒精中毒性精神障碍常见的临床症状之一，指酒精依赖患者出现的坚信配偶有外遇、对自己不贞的妄想。患者在幻觉和妄想的支配下出现强烈情感、言行反应，如情绪不稳、紧张恐惧并出现伤人毁物等行为。

③ 酒精中毒性癫痫 表现为小发作和精神运动性发作，常在大量饮酒或断酒 24~48h 内发生，脑电图检查可呈现癫痫波。

④ 震颤谵妄 表现为短时间的幻觉、错觉和明显的震颤及植物神经功能障碍，常在戒酒或减酒 3~4 天后出现。震颤谵妄受暗示影响明显，且夜间加重。发作时多有意识障碍，并伴有幻觉、吐字不清、肢体震颤、共济失调、步态不稳、肢体感觉减退等。发作后患者对谵妄体验多遗忘。

⑤ 柯萨可夫综合征 主要表现为严重近记忆力障碍、遗忘、错构及虚构、定向力障碍等，可发生于震颤谵妄后。

⑥ Wernicke 脑病 表现为嗜睡、眼肌麻痹、共济失调、瞳孔反射障碍和癫痫发作等。常在震颤谵妄后出现，是严重的酒精中毒性精神病。影像学检查可显示高位出血性脑灰质炎、广泛皮质性脑萎缩、小脑变性、脑白质脱髓鞘等，头颅 CT 检查可显示不同程度的脑萎缩^[4]。

⑦ 酒精所致的痴呆 酒精依赖患者出现的急性或慢性进行性人格改变、智力低下、记忆力障碍的状态。

⑧ 酒精所致的心境障碍 反复大量饮酒，常可出现抑郁症状。抑郁的程度较轻，常无自责自罪及焦虑不安表现，一般表现为入睡困难，早醒少见，昼重夜轻的变化少见，病程短，停酒后在短期内可减轻或消失。

⑨ 酒精所致的人格改变 病人对饮酒的需要超过其他一切活动，自我为中心和自私日趋加重，为了得到酒而经常撒谎，甚至偷窃和诈骗、缺乏对家庭和社会的责任感。

4.1.2 诊断标准

参照《ICD-11 精神与行为障碍分类》和第 5 版《精神病学》酒精中毒所致精神障碍和行为障碍。将酒精中毒性精神障碍分为急性酒精中毒、酒依赖综合征、酒精戒断状态和酒精相关的精神神经障碍。

4.1.2.1 急性酒精中毒

急性酒精中毒的诊断标准如下：

(1) 最近饮酒。

(2) 在饮酒过程中或饮酒后不久发生具有临床意义的适应不良行为或心理改变（例如：不适当的性行为或攻击行为，情绪不稳、判断损害、社交或职业功能损害）。

(3) 饮酒过程中或饮酒后不久出现下列一项症状或体征。

- ① 言语含糊不清。
- ② 共济失调。
- ③ 步态不稳。
- ④ 眼球震颤。
- ⑤ 注意难以集中或记忆损害。
- ⑥ 木僵或昏迷。

4.1.2.2 酒精依赖综合征

酒精依赖综合征的诊断应具备下列症状两项或三项以上，病期超过 12 个月：

- (1) 对饮酒具有强烈意愿或带有强制性愿望。
- (2) 主观上控制饮酒及控制饮酒量的能力存在缺损。
- (3) 使用酒的意图是解除戒酒产生的症状。
- (4) 出现过生理戒断症状。出现了耐受状态，只有增大饮酒量才可达到先前少量饮酒产生的效应；
- (6) 个人饮酒方式的控制能力下降，不受社会约束地饮用；
- (7) 不顾饮酒引起的严重躯体疾病、对社会职业的严重影响及所引起的心理上的抑郁，仍继续使用；
- (8) 饮酒逐渐导致其他方面的兴趣与爱好的减少；
- (9) 中断饮酒产生戒断症状后又重新饮酒，使依赖特点反复出现，并且饮酒行为重于没有产生依赖特征的个体。

4.1.2.3 酒精戒断状态

酒精戒断状态的诊断标准如下：

- (1) 必须存在反复的、长时间或大量饮酒后，近期停用或减少饮酒量的明确证据。
- (2) 症状和体征不能用与酒精使用无关的躯体情况或其他精神障碍来解释。
- (3) 必须存在下列症状至少两项：
 - ① 自主神经活动亢进（如出汗或者心率超过 100 次）；
 - ② 舌、眼球或平伸双手时震颤；
 - ③ 失眠；
 - ④ 恶心或呕吐；
 - ⑤ 一过性幻觉（视、触、听）或错觉；
 - ⑥ 精神运动性激越；

- ⑦ 焦虑；
- ⑧ 惊厥发作。

4.1.2.4 酒精相关的精神神经障碍

饮酒期间或饮酒后（往往在 48 小时内）出现的精神病性障碍应予以诊断。

4.1.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病，同时符合世界卫生组织发布的国际疾病分类第十版（ICD-10）配套的复合性国际诊断检查问卷（CID1）对本病的评定。简明精神病性评定量表（BPRS）、酒依赖戒断综合征评定表（AWS）、密西根酒精依赖调查表（MAST）、家庭环境量表中文版（FES-CV）、家庭亲密度和适应性量表中文版（FACES II-CV）、韦氏智力量表（WAIS）、韦氏记忆量表（WMS）对酒精中毒性精神障碍的诊断有参考作用。

4.2 鉴别诊断

酒精中毒性精神障碍当与脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍、精神分裂症、妄想性障碍做出鉴别。

4.3 中医诊断

中医并没有明确提出酒精中毒性精神障碍的病名，但根据其特点可分属于中医“酒厥”“酒风”、“酒学”、“酒客”等范畴。酒精中毒性精神障碍的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

酒精中毒性精神障碍病人病位主要在脾、肾，与心、肝关系密切，病性为本虚标实之证。本病的病机及演变可分为三个阶段。早期，过量饮酒之初，以强制性饮酒，面部油垢，胸膈痞塞，肢体困重为主要表现；中期纵酒日久导致情绪低沉，两胁胀满，善太息，头晕无力，纳差消瘦，面色苍白，头晕乏力，心慌气短等主要表现；晚期依然纵酒导致神志不清，躁动不安，四肢颤抖，面色红赤、油垢，形体消瘦，眼球内陷，头部、肢体颤摇，妄见妄闻等表现。最后进一步发展可出现肝积、鼓胀、出血等危重症候^[5~6]。

4.4.2 中医证候分型

参考中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医结合诊断学》^[7]。

4.4.2.1 早期

(1) 湿热内蕴证

强制性饮酒，面部油垢，胸膈痞塞，肢体困重；呕吐痰涎，手足震颤，饮食减少，小便不利，或酒积，口舌生疮，牙疼，口臭、汗多黏腻，大便黏滞不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

(2) 瘀热互结证

急躁易怒，胡言乱语，言辞夸大，出汗口渴；心烦失眠，坐卧不宁，四肢麻木，大便秘结，面色晦暗，口唇紫暗，舌质紫暗有瘀斑，舌苔黄腻，脉滑数。

4.4.2.2 中期

(1) 肝郁脾虚证

情绪低沉，两胁胀满，善太息，头晕无力，纳差；面色晄白，少言少动，失眠，四肢麻木，舌质淡白，舌苔薄白或有齿痕，脉弦细。

(2) 心脾两虚证

身体消瘦，面色苍白，头晕乏力，心慌气短；失眠，纳差，走路不稳，自汗，四肢颤抖，舌质淡白或胖大边有齿痕，舌苔薄白或无苔，脉沉细无力。

4.4.2.3 晚期

(1) 痰热内盛，上扰清窍证

神志不清，躁动不安，四肢颤抖，面色红赤、油垢；有时紧张恐惧，如见鬼状，身体消瘦，纳差，便秘，心慌，失眠，舌体瘦小，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

(2) 肝肾亏虚，风阳上扰证

强制性饮酒多年，形体消瘦，眼珠内陷，头部、肢体颤摇；走路不稳，言语紊乱，有时妄见妄闻，心烦失眠，心慌汗出，口干喜饮，舌质红，舌苔薄黄有剥苔或舌光红无苔，脉沉弦细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

酒精中毒性精神障碍的中医治疗以分期论治、补虚泻实为基本原则，根据不同分期、不同证型施以不同治法。早期以祛邪为主；中期以补益为主，兼祛湿热酒毒；晚期以滋补肝肾为主；若出现神志病变则实时予以祛邪。

5.1.2 西医治疗原则

酒精中毒性精神障碍的西医治疗应以综合治疗及对症治疗为主，根据临床综合征选择合适药物，从小剂量开始逐渐加到有效推荐量，注重个体化差异，严密观察药物副作用，并及时处理。与中医辨证治疗相配合可以起到减毒增效的作用。

西医对于酒精中毒性精神障碍的治疗原则主要有：

（1）针对患者的特殊问题及需要来整合各种治疗方法。治疗的设置、干预及服务对患者最终成功走向康复、恢复家庭和社会正常功能极为重要。

（2）必须随时能得到治疗。由于酒依赖者求治动机并不充分，让患者很容易接触到治疗非常重要，这样可以在患者有治疗动机时及时得到治疗，错过时机患者可能再次拒绝治疗。

（3）有效治疗是针对患者的各种需求而言的，而不是仅仅解决酒的使用，还应解决与酒使用所导致的医学、心理、社会、职业及法律问题。

（4）个体的治疗及服务方案必须随着患者的不断改变而进行持续的评估及调整。在治疗及康复过程中，需要多种服务和治疗方式的整合，在对依赖者的咨询及治疗中，经常需要药物治疗及其他医疗服务，如家庭治疗，父母帮助、职业的恢复、社会及法律的服务等。治疗方式应适合患者的年龄、性别、种族及文化背景。

（5）足够的治疗时间对治疗成功很重要。研究发现，对大多数患者来说，3个月的治疗时间是一个走向好转的门槛时间。经过这个门槛时间，依赖者会产生向着康复更进一步的改变。由于患者经常过早地脱离治疗，所以治疗计划必须考虑适当的策略来促使患者保持足够的治疗时间。

（6）咨询（小组治疗或个体咨询治疗）以及其他行为治疗对成功康复极为重要。在治疗中，强调激发患者的治疗动机，建立抵制酒使用的意识，应用建设性以及奖励性的非酒精使用行为来替代酒精使用行为，提高解决问题的能力。

（7）药物治疗是重要的治疗基础，对伴有精神障碍的患者，药物治疗极为重要。

（8）药物脱瘾是治疗的第一步，药物脱瘾治疗能够处理酒精依赖的戒断状态时出现的躯体症状，但脱瘾对患者保持长期的清醒状态很少起作用。对多数个体来说，保持长期的清醒状态才是有效治疗的标准。

（9）在治疗过程中常会发生复饮情况，因此必须对有无成瘾物质的使用进行持续监控。监测的目标是：有无酒的复用，对阳性监测结果的患者进行必要的反馈。通过监控能够帮助患者抵制对成瘾性物

质的渴求。这些监控还能够为个体治疗方案的调整提供早期依据。

(10) 康复是一个长期的过程，并且经常需要多种治疗方式的干预。由于复饮经常发生，并且有可能伴随其他慢性疾病，依赖者需要持续的治疗和多种治疗方式的干预才能彻底戒除并且恢复社会功能。在治疗中或治疗后参与自我支持小组对保持戒除状态很有帮助。

在以上原则的基础上，对酒精所致精神和行为障碍者，除轻症外，均应住院采用综合性治疗。主要包括：戒酒，药物，对症支持治疗及康复治疗。最重要的应该提倡文明饮酒，以预防为主^[8]。

5.2 中西医结合治疗策略^[9~10]

中西医结合治疗可以扬各自之长，避各自之短，提高各自疗效。中医自古以来对于酒精中毒所致疾病的治疗有较为丰富的经验和体会，中医药在解酒及治疗酒精中毒相关病证在临床上均取得了良好成效。在酒精中毒性精神障碍的治疗中中医强调整体观念，对全身进行系统调理以达到改善症状和治愈疾病的目的。在中西医结合的全程治疗中，中医药在缓解抗精神病药物治疗酒精中毒性精神障碍过程中发生的锥体外系反应、粒细胞减少等不良反应方面也取得了显著成效。因此，中医药治疗酒精中毒性精神障碍的方向在于维持治疗期和缓解抗精神病药物治疗酒精中毒性精神障碍过程中发生的不良反应。因此，在酒精中毒性精神障碍的急性治疗期，中西医结合治疗在改善急性临床症状方面所取得的效果比单纯用中医或西医治疗所取得的效果要更佳，减少了不良反应的发生。而在酒精中毒性精神障碍的维持治疗期，中西医结合治疗配合心理治疗也取得了良好的临床疗效。

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

5.3.1.1 早期

(1) 湿热内蕴证

治法：清热利湿。

方药：葛花解酒汤^[11~20]（《医方大成》）、三仁汤（《温病条辨》）合六一散（《黄帝素问宣明论方》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：葛花、干姜、青皮、泽泻、白术、茯苓、杏仁、薏苡仁、白豆蔻、厚朴、半夏、通草、滑石、竹叶、甘草。

加减：手足震颤明显者，加苍术，荷叶、天麻、钩藤；舌苔白厚腻、食欲差者，加藿香、佩兰、草果；夜晚神志不清，言语紊乱者，加远志、石菖蒲、白芥子。

(2) 瘀热互结证

治法：活血化瘀、清热安神。

方药：桃红四物汤^[7]（《医宗金鉴》）、甘露消毒丹（《医效秘传》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：桃仁、红花、生地、当归、川芎、赤芍、茵陈、滑石、茵陈、通草、黄芩、连翘、浙贝、射干、薄荷、丹参、生甘草。

加减：大便黏滞不畅，排便困难者，加黄连、木香；心烦失眠，小便黄赤或频数者，加车前草。

5.3.1.2 中期

（1）肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾。

方药：柴胡疏肝散^[7]（《景岳全书》）和四君子汤（《太平惠民和剂局方》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：柴胡、炒枳壳、白术、茯苓、当归、川芎、生白芍、炒山药、葛花、太子参、荷叶、远志、夜交藤、生甘草。

加减：气短乏力汗出明显者，加黄芪、麦冬、五味子；兼有情绪低落者，加香附、佛手、香橼、绿萼梅；舌苔白腻，食欲差者，加藿香、佩兰、白豆蔻。

（2）心脾两虚证

治法：补益心脾。

方药：归脾汤^[7]（《古今医鉴》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：党参、茯苓、白术、葛根、枳椇子、生地、当归、川芎、白芍、山药、麦冬、远志、炒枣仁、炙甘草。

加减：失眠明显，入睡困难者，加琥珀粉、百合；气短乏力明显者，加仙鹤草、大枣、淫羊藿、巴戟天；舌苔白腻，食欲差者，加藿香、佩兰、豆蔻；心烦失眠，小便黄赤或频数者，加车前草。

5.3.1.3 晚期

（1）痰热内盛，上扰清窍证

治法：清热化痰、开窍安神。

方药：礞石滚痰丸^[7]（《幼科金针》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：煅青礞石、生大黄、黄芩、瓜蒌、清半夏、茯苓、竹茹、生白芍、生龙骨、生代赭石、生甘草。

加减：大便干结不通者，加芒硝、芦荟；面色晦暗、舌苔黄厚腻明显者，加胆南星、竹茹、白芥子；舌有瘀点瘀斑、面色红赤者，加丹参、郁金、桃仁、红花。

(2) 肝肾亏虚，风阳上扰证

治法：滋补肝肾，平肝熄风。

方药：滋水清肝饮^[7]（《医宗己任编》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：柴胡、黄芩、清半夏、茯苓、代赭石、磁石、熟地黄、山茱萸、麦冬、玄参、泽泻、丹参、丹皮、龟板、生甘草。

加减：阴虚内热明显者，加知母、黄柏，熟地黄易生地黄；食欲差者，加白术、焦神曲、焦麦芽、焦山楂；情绪抑郁明显，不愿与人交流者，加佛手、香附、绿萼梅。

5.3.2 中医非药物治疗

(1) 毫针疗法

针灸治疗本病的基本原则是开窍醒神，宁心定志，要做到辨证论治、循经取穴、对症取穴。一般取头面部、督脉穴位为主，配以心经、肝经、胆经穴等远端四肢穴位。

主穴：神门（双侧）、内关（双侧）、足三里（双侧）、三阴交（双侧）^[21~23]。

配穴：湿热内蕴证：阴陵泉（双侧）、丰隆（双侧）、中都（双侧）、血海（双侧）；瘀热互结证：心俞（双侧）、百会、人中；肝郁脾虚证：期门（双侧）、太冲（双侧）、丰隆（双侧）、脾俞（双侧）、天突、上巨虚（双侧）、天枢（双侧）；心脾两虚证：心俞（双侧）、脾俞（双侧）、章门（双侧）、中脘；痰热内盛、上扰清窍证：水沟、太冲（双侧）、丰隆（双侧）、脾俞（双侧）；肝肾亏虚、风阳上扰证：太冲（双侧）、太溪（双侧）、合谷（双侧）、肝俞（双侧）、肾俞（双侧）。

施术方法：患者取舒适、便于医生操作的体位，调匀呼吸，充分暴露针刺部位。根据操作部位的不同选择适当的针具。对拟操作的穴位消毒后，一手持针刺入，另一只手按压，将针刺入所需深度，合理选择进针角度，及时调整针刺方向。躯干、手足、腹部穴位可选择直刺，背部可采用斜刺，面部可采用横刺，针用补泻兼施法，留针 30min。出针时，一手持消毒干棉球按压穴位（或夹持针体底部），另一手拇、食指持针柄，捻针退出皮肤，出针后，用棉球按压针孔，以防出血。

疗程：治疗间隔及疗程通常 1 次/日，每次留针 30min，10~12 次为一个疗程。

(2) 经皮穴位电刺激^[24]

取穴：劳宫、合谷（双侧）、内关（双侧）、外关（双侧）。

施术方法：采用“韩氏脱瘾治疗仪（6 导脱毒治疗型）”，规格：六导输出 0~50mA；波形频率：2~100Hz；脉冲宽度：0.2~0.6ms。该仪器使用两对皮肤纽扣式电极片，分别贴置于相应穴位皮肤表面。通电后可选择频率（2Hz、100Hz、2/100Hz），根据患者耐受程度调节电流强度 15~25mA。

疗程：每次治疗约 15min，2 次/日，7 次为一个疗程。

(3) 耳针^[25]

取穴：肺、胃、肝、肾、神门、内分泌、皮质下。

施术方法：耳穴常规消毒，用探针（圆头）探压上述各穴区，寻找压痛点，在最敏感的压痛点上按压不留行籽，重压之达到使病人难以忍受的程度，按压后用胶布固定。嘱患者每隔 0.5h 自行按穴位 1 次。每次选一侧耳穴，2~3 天后在另一侧耳部选穴按压，方法同上。

疗程：每 3 天治疗 1 次，7 次为一个疗程。

（4）放血疗法

放血疗法具有开窍泄热、通经活络、急救、解毒的作用，适用于酒精中毒性精神障碍中内热明显，烦躁不安者。

取穴：耳尖、内庭、十宣。

操作方法：针刺前在点刺穴位的上下用手指向点刺处推按，使血液集聚于点刺部位，常规消毒后，左手拇指、食指固定点刺部位，右手持针直刺 2~3mm，快进快出，点刺后采用反复交替挤压和舒张针孔的方法，出血 5~10 滴，或挤出液体少许，右手捏干棉球将血液或液体擦去。

疗程：通常每 3 天治疗 1 次。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[26~28]

（1）脱瘾治疗

苯二氮卓类药物的治疗酒精戒断综合征的一线药物，根据患者的年龄、既往有无癫痫发作、肝功能是否有影响代谢的因素而定。（高级证据，强推荐）

（2）纠正电解质紊乱

对于食欲缺乏、几乎不进食的患者至少应给予 1000ml 10%葡萄糖以预防低血糖的发生，适当补充镁、磷、钾和钠。

（3）补充维生素和叶酸

处理戒断时要考虑叶酸的补充，直至贫血纠正为止；同时给予足够的维生素 B1 治疗，以防维生素 B1 耗竭而诱发 Wernicke 脑病。

（4）震颤谵妄处理

纠正电解质紊乱，保持水和电解质平衡，给予较大剂量苯二氮卓类药物减轻自主神经的高度兴奋，减轻癫痫发作的可能和激越情况。可联合使用低剂量的抗精神病药物，如氟哌啶醇和一些非典型抗精神病药。患者在幻觉、妄想等精神症状的支配下可能出现伤人或自伤等行为，应予以保护性约束。

（5）癫痫发作的处理

单用足量苯二氮卓类药物可以预防癫痫发作。

5.4.2 非药物治疗

(1) 心理治疗

酒依赖患者多不能认识酒中毒的危害性，常不能主动求医及对抗治疗，因此，医生尽早帮助患者解除对抗治疗的心理，提高戒酒的信心。医生需要向患者说明形成酒中毒的原因、危害、以及所表现的戒断症状，使之意识到是一种疾病，并不存在过失问题，有接受治疗的责任。同时，使患者认识饮酒对自己生活质量、对家庭、对社会的影响。说明戒酒治疗的大体过程，以减轻或解除患者对戒酒治疗的顾虑甚至对立情绪，取得患者合作是治疗成功的关键。心理治疗可以帮助戒酒并巩固戒酒效果。

(2) 行为疗法

阿扑吗啡和催吐剂根碱厌恶疗法，可使近 70% 的患者戒酒取得明显效果。皮下注射阿扑吗啡后，让患者闻酒味，当恶心欲吐时立即让患者饮酒一杯，如此每天 1 次或隔天 1 次，连续 10~30 次后，即形成对酒的呕吐反射，通过对酒产生厌恶而戒断。戒酒硫可使乙醛脱氢酶活性下降，当患者用此药再饮酒会使乙醛在体内聚积产生恶心、呕吐、脸红、心悸、焦虑等症状，使之厌恶饮酒。一般 1 次戒酒后 5 天不能饮酒，若大量饮酒会产生乙醛综合征，每天口服 1 次，可连用 1~3 周。

5.5 中西医结合分期治疗^[29]

5.5.1 急性治疗期

酒精中毒性精神障碍的急性期治疗应包括抗精神病药物治疗、戒断反应治疗、对症支持治疗及高压氧治疗等综合措施。

(1) 抗精神病药物治疗与戒断反应治疗

主要是应用小剂量抗精神病药物、抗焦虑剂等，如予奋乃静、氯丙嗪、泰尔登或予地西泮、劳拉西泮等，其起效快、疗效好、致死率极低，但必须依据患者病情用药及调整剂量。配合中药治疗可增强临床疗效及降低药物不良反应。

(2) 对症支持治疗

主要是针对患者因长期饮酒致胃肠功能紊乱、营养代谢障碍、脑细胞代谢紊乱及电解质与酸碱平衡紊乱等而予以大剂量维生素 C 和 B 族维生素及叶酸、肌苷、ATP、辅酶 A 等营养神经细胞和保肝的药物与营养素，并纠正电解质与酸碱平衡紊乱。

(3) 高压氧治疗

是利用高压混合氧以增加中枢神经系统的血液循环及脑细胞氧含量，使大脑灰质中氧的弥散范围扩

大，减轻脑水肿，促进侧支循环形成，从而有利于大脑功能的恢复。

5.5.2 维持治疗期

酒精中毒性精神障碍的维持期治疗主要为递减戒酒治疗、心理支持及家庭治疗。

(1) 递减戒酒疗法

为强制性戒酒，戒酒应该是立即的、完全的，而逐渐减酒会增加戒酒的难度。苯二氮卓类药物能较好地缓解和改善戒酒过程中出现的颤抖、抽搐、焦虑不安，甚至震颤谵妄等症状。患者在住院期间戒酒并不困难，但远期效果不理想，故强制性戒酒的同时应配合厌恶疗法和心理治疗。

(2) 心理支持及家庭治疗

主要是给予患者及家属有关长期、大量饮酒危害健康的健康教育，再结合认知行为治疗和心理治疗使患者认识到长期、大量饮酒对自己的职业、工作与家庭的影响。同时消除借酒消愁的不利因素，鼓励患者参加各种社会活动及文体活动，激发持续戒酒的愿望和信心，提高其家庭功能，职业康复及社会适应，避免再滥用酒精。

5.6 疗程

建议对患者病情进行系统评估，若治疗效果明显，功能恢复达到病前水平，病情稳定且无复发倾向，则可在密切关注病情的前提下逐步撤减抗精神病药用量以缩短疗程。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准

参照国家中医药管理局《中医病证疗效诊断标准》^[30]：

- ①治愈：患者完全戒除酒精依赖，不饮酒时患者精神状态佳，情绪稳定；
 - ②显效：患者酒精依赖状态较前好转，精神状态良好，情绪大致保持稳定；
 - ③有效：患者酒精依赖状态有所减轻，精神状态及情绪比治疗之前有改善；
 - ④无效：治疗后患者酒精依赖状态无任何改善，甚则症状较前加重，精神状态及情绪较前无改善；
- 有效率=(治愈数+显效数+有效数)/总例数×100%

6.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后患者精神症状和认知功能进行临床疗效评估。生活质量采用(WHOQL-BREF)进行评定，精神症状采用阳性与阴性

症状量表(PANSS)进行评定, 认知功能采用威斯康星卡片分类测验(WCST)进行评定。^[31]

6.3 安全性指标

随时监测血压、心率等基础生命体征; 定期进行心电图、脑电图检查, 血常规、血糖、血脂、微量元素, 肝、肾功能等化验; 必要时进行血药浓度监测。

7 预防与调护

加强酒精对人体损害的宣传, 提倡文明饮酒和以饮料代酒。严禁未成年人饮酒。尽早戒酒, 防止酒依赖发生。^[7]

(1) 建立戒酒信念

明确嗜酒对身心的害处, 坚决戒酒。为了防止慢性酒中毒急性发作, 戒酒方法可采用逐量减酒法。

(2) 积极参加文娱体育活动

为了消除孤独感和寂寞感, 可多参加一些文娱体育活动, 使情绪保持愉悦状态, 其有助于解除酒精的束缚, 增进健康, 延年益寿。

(3) 常食清淡之物

经常食用薯蕷粥、莲子粥、粟米粥、玉米粥、黑芝麻粥、鸡子、龙眼、桑椹、核桃、煮花生、豆腐羹等清淡平补类食物, 可缓解对酒精的依赖心理。

(4) 宜食后饮酒, 忌饮烈性酒

空腹饮酒危害甚大, 酒精可在1小时内被胃肠吸收60%, 1.5小时吸收量达90%, 只有10%由尿液汗液和呼吸排出。所以即便必须饮酒, 也应在餐后酌饮, 徐徐饮之, 饮酒时尽量多吃些菜。

8 预后

酒精中毒所致精神和行为障碍是一个反复发作性迁延难愈性疾病, 如果不及时治疗, 或者反复发作日久不愈导致痰、湿、气、血郁积体内, 而见癥瘕积聚、呕血、便血等并发症, 预后较差。酒精中毒性精神障碍的发展大概经过三个时期: 早期: 过量饮酒之时, 酒毒湿热之邪蕴结中焦, 伤及脾胃, 运化失职, 湿浊内生, 蕴而化热。湿热蕴结, 或停于脘腹, 或阻于胁下, 而出现胃痞, 胁痛等伤酒之证。此时以邪盛为主, 若及时治疗, 预后较好; 中期: 纵酒日久致痰湿蕴结, 阻于中焦, 气机不畅, 脾虚不能化源, 脏腑失于濡养出现肝郁脾虚、心脾两虚的表现, 此时若及时治疗, 患者恢复相对较好; 晚期: 若失治误治, 则痰浊郁热上扰神明可出现神志异常。或机体亏虚日久, 加之酒毒内侵, 伤及肝肾, 导致肝肾

亏虚，虚而生风，出现阴虚风动之证。此时治疗有一定难度，预后较差。如若患者不能及时戒酒，酒毒内盛，伤正毁形，可出现肝积、鼓胀、昏迷、出血等危重症候，预后较差。

9 注意事项

本指南不适用于特殊群体（儿童、妊娠哺乳期妇女、老年人）酒精中毒性精神障碍的诊断与治疗。应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除酒精中毒性精神障碍外的其他疾病，如：脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍、精神分裂症、妄想性障碍，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了酒精中毒性精神障碍临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

参 考 文 献

- [1]沈渔邨.精神病学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2009.
- [2]郭雅明,汪金涛,李文芳.中西医结合治疗精神疾病发展和现状[A].第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第18次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学会论文集[C].中国中西医结合学会:中国中西医结合学会,2019:3.
- [3]赵新民,杨萍.80例慢性酒精中毒性精神障碍患者临床分析[J].检验医学与临床,2013,10(16):2135-2136.
- [4]荀福广.综合疗法治疗慢性酒精中毒性精神障碍效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2013,30(03):306-308.
- [5]宋一亭.“酒厥症”概述[J].实用中医杂志,1994,(01):41.
- [6]宋一亭,刘瑞祥.酒厥症的辨证论治[J].实用中医药杂志,1994,(01):32.
- [7]邹伟,苏建民.神志病中西医结合诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016:105-122.
- [8]张宏耕.中西医结合精神病学[M].北京:中国中医药出版社,2005.
- [9]于海亭.精神疾病中西医结合诊疗学[M].河南:郑州大学出版社,2006.
- [10]叶阳,黄燕东.中西医结合治疗急性酒精中毒45例临床观察[J].包头医学院学报,2012,28(04):79-80.
- [11]杨玮.自拟二花醒酒汤灌胃联合盐酸纳美芬治疗急性酒精中毒患者76例[J].中国中医药科技,2018,25(05):766-767.
- [12]高秀霞,朱立恩,王俊平.加味葛花解醒汤联合纳洛酮治疗重症急性酒精中毒疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(21):2328-2330.
- [13]梁富庭.加味葛花解醒汤辅助治疗重症酒精中毒50例[J].光明中医,2018,33(09)-1221-1223.
- [14]孙轶,王大芬,周海林,等.联用葛花醒酒汤和纳洛酮治疗重症急性酒精中毒的效果研[J].当代医药论丛,2019,17(01):210-212.
- [15]巩利娜.急性乙醇中毒采用葛花解醒汤治疗的效果观察[J].大家健康,2015,09(23):107-108.
- [16]王春华,杨志兰,段淑云,等.加味葛花解醒汤灌胃干预急性重症酒精中毒的临床研究[J].实用临床医学,2005(07):30-32.
- [17]陈永斌,贺杰,邓永宾.中药醒酒汤在急性重度酒精中毒救治中的应用[J].甘肃中医,2009,22(04):27-28.

- [18]张弛, 赵龙现, 徐梅. 葛花醒酒汤联合纳洛酮治疗急性重症酒精中毒[J]. 大家健康(学术版), 2014, 8(06): 41.
- [19]刘宇, 杨菲, 宋晶晶. 纳洛酮联合葛花解酒汤灌肠治疗急性酒精中毒疗效观察[J]. 人民军医, 2019, 62(10): 972-974.
- [20]黄云露, 余丹凤. 中药灌胃治疗急性酒精中毒患者 50 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(11): 803.
- [21]邓科生, 洗玲芸. 中医综合方案急诊治疗急性酒精中毒的临床效果研究[J]. 当代医学, 2020, 26(25): 43-45.
- [22]赵文, 王知兵, 杨庆, 等. 中医综合方案急诊治疗急性酒精中毒临床观察[J]. 四川中医, 2016, 34(11): 150-152.
- [23]郑霖勃, 陈群. 针刺防治酒客病初探[J]. 中国针灸, 2013, 33(3): 252.
- [24]张力. 电针加耳压戒酒 18 例[J]. 上海针灸杂志, 2001, 20(01): 30.
- [25]孙申田. 耳针戒酒 310 例临床报告[J]. 中医药信息, 1987, 5(01): 44-45.
- [26]陆沈艳. 90 例酒精所致精神障碍的临床分析及护理[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(19): 325.
- [27]李忠英. 64 例初发酒精所致精神障碍病人的护理干预体会[J]. 内蒙古中医药, 2006, (06): 70--71.
- [28]罗华, 谢育南. 酒精中毒所致精神障碍 63 例临床护理体会[J]. 承德医学院学报, 2013, 30(01): 44-46.
- [29]邹伟, 苏建民. 神志病中西医治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016
- [30]国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 北京: 南京大学出版社, 1994: 20-21.
- [31]赵长银, 王瑜, 王方昀. 慢性酒精中毒性精神障碍 56 例临床分析[J]. 中国社区医师, 2016, 32(23): 73-74.