

## ICD-10 关于使用精神活性物质所致的精神和行为障碍的诊断标准

### 【引言】

本节包括范围很广的一类障碍，其严重程度不同（从无并发症的中毒和有害使用到明显的精神病性障碍和痴呆），但均可归因于一种或多种精神活性物质的使用（无论是否曾有过医嘱）。

所涉及的活性物质以第二和第三位编码指明（即字母 F 之后的前两位数字），第四和第五位编码指明临床状态。为节省篇幅，首先列出所有的精神活性物质，继之以四位编码。如果需要，每一种所指明的活性物质均应使用编码，但请注意并非所有的四位编码均可使用于一切活性物质。

### 【诊断要点】

可在自我报告，尿样、血样等的客观分析或其他依据（病人的物品中混有药物样品、临床体征和症状以及知情第三者的报告）的基础上辨明所使用的精神活性物质，最好从一种以上的来源去寻找使用活性物质的有关确证。

客观分析能提供当前或最近使用药物的最有力的依据，尽管这些资料对于辨明既往的使用情况及当前的使用水平有局限性。

许多药物使用者服用一种以上的药物，但只要可能就应根

据所使用的最重要的一种（或一类）活性物质对疾病的诊断进行归类，往往根据某种或某类引起当前障碍的特殊药物做出判断。如有疑问，将病人最常滥用的药物进行编码，尤其是连续使用或每日使用的药物。

只有当精神活性物质的使用方式十分混乱或各种不同药物的作用混合在一起无法区分时，方可采用编码 F19. -（多种药物使用引起的障碍）。

错用精神活性物质以外的药物，诸如轻泻药或阿斯匹林应采用编码 F55. -（非依赖性物质的滥用），并以第四位编码指明所涉及的物质类型）。精神活性物质所致精神障碍（尤其是发生在老年之谵妄），凡不伴本节中任何一种障碍（如有害使用或依赖综合症）者应在 F00 - F09 处编码，而谵妄附加于本节中某种障碍者应使用 FIX. 3 或 FIX. 4 进行编码。

嗜酒水平可采用 ICD - 10 第二十章中的补充编码：Y90. -（经检测血中酒含量证明嗜酒）或 Y91. -（根据中毒水平证明嗜酒）。

### **F1x. 0 急性中毒**

使用酒或其他精神活性物质后的短暂状况，导致意识水平、认知、知觉、情感或行为、或其他心理生理功能和反应的紊乱。

只有在出现中毒但不存在持续更久的酒或药物有关问题时才能以此为主要诊断。若出现这些问题，则应优先诊断为有害使用（F1x. 1）、依赖综合征（F1x. 2）或精神病性障碍（F1x. 5）。

### 【诊断要点】

急性中毒往往与剂量密切相关（见 ICD-10 第二十章）。伴有某种潜在器质性状况者（例如肾或肝功能不全）可能例外，少量的活性物质即可使其产生与剂量不相称的严重中毒反应。社交场合出现的行为失控（例如在聚会或狂欢节时出现的行为失控）也应考虑在内。急性中毒是一种短暂现象，中毒的程度随着时间的推移而减轻，如果不继续使用活性物质，中毒效应最终将消失。因此，只要不出现组织损害或另一种并发症，本状况均可完全缓解。

中毒的症状不一定总是反映出该物质的原有作用：例如抑制性药物可导致激越或活动过多的症状，兴奋性药物可导致社会性退缩和内向化行为，而大麻和致幻剂类物质的效应尤其难以预料。而且许多精神活性物质在不同剂量水平时能产生不同类型的效应。例如，低剂量时酒对行为有明显的兴奋作用，随着剂量的增加可产生激越和侵犯性，达到极高剂量时则产生显著的镇静作用。

包含：急性醉酒

“不适感（Bad trips）”（致幻剂所致）

醉酒 NOS

【鉴别诊断】 应考虑急性头部外伤和低血糖，还应考虑活性物质混合性使用所致中毒的可能性。

下列第五位编码可用于指明急性中毒是否伴有并发症：

## F1x. 00 无并发症

不同严重程度的症状，往往为剂量依从性，尤其在高剂量时。

F1x. 01 伴有外伤或其他躯体损伤

F1x. 02 伴有其他内科合并症

如呕血，呕吐物吸入。

F1x. 03 伴有谵妄

F1x. 04 伴有知觉歪曲

F1x. 05 伴有昏迷

F1x. 06 伴有抽搐

F1x. 07 病理性中毒

仅适用于酒。病人饮酒后突然发生侵犯性、往往为暴力性行为，这种行为不是病人清醒时的典型行为，但病人所饮酒量在大多数人不会产生中毒。

## F1x. 1 有害性使用

对健康引起损害的一种精神活性物质的使用类型，损害可能是躯体性的（如自我注射药物所致的肝炎）或精神性的（例如继发于大量饮酒的抑郁障碍发作）。

### 【诊断要点】

诊断要求急性损害已经影响到使用者的精神或躯体健康。

有害使用的方式经常受到他人的批评，并经常与各种类型的不良社会后果相关联；病人的某种使用方式或对某种特殊物

质的使用遭到他人或文化处境的反对或导致负性社会后果，例如被捕或婚姻不和；以上事实本身不能作为有害使用的依据。

急性中毒（见 F1x. 0）或“遗留效应”本身不足以作为编码有害使用所要求的健康受到损害的依据。

如果存在依赖综合征（F1x. 2）、某种精神病性障碍、或另一种特殊的与药物或酒有关的障碍，则不应诊断为有害使用。

## **F1x. 2 依赖综合征**

这是一组生理、行为和认知现象，使用某种或某类活性物质对特定的人来说极大优先于其他曾经比较重要的行为。可将依赖综合征的特点概括描述为一种对使用精神活性药物（无论是否曾有过医嘱）、酒或烟的渴望（往往是强烈的，有时是无法克制的）。也可存在证据表明依赖者经过一段时间的禁用后重新使用该物质时较非依赖者更为迅速地再现本综合征的其他特征。

### **【诊断要点】**

确诊依赖综合征通常需要在过去一年的某些时间内体验过或表现出下列至少三条：

- （a）对该物质的强烈渴望或冲动感；
- （b）对活性物质使用行为的开始、结束及剂量难以控制；
- （c）当活性物质的使用被终止或减少时出现生理戒断状态（见 F1x. 3 和 F1x. 4），其依据为：该物质的特征性戒断综合征；或为了减轻或避免戒断症状而使用同一种（或某种有密切

关系的)物质的意向;

(d)耐受的依据,例如必需使用较高剂量的精神活性物质才能获得过去较低剂量的效应(典型的例子可见于酒和鸦片依赖者,其日使用量足以导致非耐受者残疾或死亡);

(e)因使用精神活性物质而逐渐忽视其他的快乐或兴趣,在获取、使用该物质或从其作用中恢复过来所花费的时间逐渐增加;

(f)固执地使用活性物质而不顾其明显的危害性后果,如过度饮酒对肝的损害、周期性大量服药导致的抑郁心境或与药物有关的认知功能损害;应着重调查使用者是否实际上已经了解或估计使用者已经了解损害的性质和严重程度。

个人对精神活性物质的使用方式逐渐局限也被描述为一种特征性表现(例如倾向于在周日和周末以同样的方式饮用酒精类饮料,而不顾饮酒行为是否恰当的社会制约)。

依赖综合征的一个基本特征是存在精神活性物质的使用或渴望使用;病人使用药物的冲动感在试图停止或控制药物的使用时最为常见。诊断需除外,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,病人会表现出鸦片戒断状态的体征,但病人无继续服药的渴望。

依赖综合征可针对一种特殊物质(如烟草或安定)、一类物质(如鸦片类)或范围较广的不同物质(某些人会规律性地出现服用可以得到的任何药物的冲动感,并在禁用时表现出不适、

激越和 / 或戒断状态的躯体体征)。

包含：慢性酒中毒

发作性酒狂

药瘾

可用下列第五位编码进一步指明依赖综合征的诊断：

F1x. 20 目前禁用

F1x. 21 目前禁用，但处于被保护的环境中

(例如医院、社区治疗中心、监狱等)

F1x. 22 目前在临床监督下维持或替代性使用

[控制性依赖]

(例如用美散痛，烟硷胶或烟硷膏)

F1x. 23 目前禁用，但接受厌恶性或阻断性药物治疗

(例如纳屈酮或戒酒硫)

F1x. 24 目前使用活性物质 [活动性依赖]

F1x. 25 连续性使用

F1x. 26 发作性使用 [发作性酒狂]

### **F1x. 3 戒断状态**

在反复地、往往长时间和 / 或高剂量地使用某种物质后绝对或相对戒断时出现的一组不同表现、不同程度的症状。其起病和病程均有时间限制并与禁用前夕所使用物质的种类和剂量有关。戒断状态可伴有抽搐。

#### **【诊断要点】**

戒断状态是依赖综合征的指征之一（见 F1x. 2），而后再一诊断也应予以考虑。

如果这些症状是就诊的原因或严重到足以引起医疗上的重视，则戒断状态应作为主要诊断编码。

躯体症状依所用药物而异。心理障碍（例如焦虑、抑郁和睡眠障碍）也是戒断状态的常见特征。病人往往报告戒断症状因继续用药而得以缓解。

应注意当最近未使用药物时戒断症状可由条件性 / 习得性刺激所诱发，对这类病例只有症状达到一定程度时才能诊断为戒断状态。

**【鉴别诊断】** 药物戒断状态时出现的许多症状也可由其他精神科情况（例如焦虑状态和抑郁障碍）引起。其他状况所致的单纯性“遗留效应”或震颤不应与戒断状态的症状相混淆。

可采用下列第五位编码进一步指明戒断状态的诊断：

F1x. 30 无并发症

F1x. 31 伴有抽搐

#### **F1x. 4 伴有谵妄的戒断状态**

这是一种戒断状态（见 F1x. 3）并发谵妄（见 F05. 一的标准）的精神状况。

酒引起的震颤谵妄应在此编码，震颤谵妄是一种时间短但偶尔可致命的伴有躯体症状的中毒性意识模糊状态。它通常是有长期饮酒历史的严重依赖者绝对或相对戒断的结果，往往在



酒戒断后起病。有时可出现在某次暴饮过程中，这种情况也应在此编码。

典型的前驱症状包括失眠、震颤和恐惧。起病也可以戒断性抽搐为先导。经典的三联征包括意识混浊和精神错乱、涉及任一感官的生动幻觉和错觉以及明显的震颤；也常出现妄想、激越、失眠或睡眠周期颠倒以及自主神经功能亢进。

不含：谵妄，非药物和酒所致（F05. 一）

可采用下列第五位编码进一步指明伴有谵妄的戒断状态之诊断：

F1x. 40 不伴抽搐

F1x. 41 伴有抽搐

### **F1x. 5 精神病性障碍**

这是在使用精神活性物质期间或之后立即出现的一类精神现象。其特点为生动的幻觉（典型者为听幻觉，但常涉及一种以上的感官）、人物定向障碍、妄想和/或援引观念（常具有偏执或被害色彩）、精神运动性障碍（兴奋或木僵）以及异常情感表现，后者可从极度恐惧到销魂状态。感觉往往清晰，有某种程度的意识混浊，但不存在严重的意识障碍。典型病例在1个月内至少部分缓解，而在6个月内痊愈。

#### **【诊断要点】**

用药期间或用药后立即（往往在48小时内）出现的精神病性障碍应在此编码，除非属于伴谵妄之药物戒断状态（见F1x. 4）

的表现或者为迟发性起病。迟发起病的精神病性障碍（用药两周以后起病）也可出现，但应编码为 F1x. 75。

精神活性物质所致的精神病性障碍可呈现不同形式的症状，症状的变异受药物种类及使用者人格的影响。可卡因、安非他明这类兴奋性药物所致的精神病性障碍通常与高剂量和 / 或长时间用密切相关。

当病人使用了具有原发性致幻效应的物质（例如麦角酸二乙基酰胺（LSD）、仙人球毒硷、高剂量的大麻）时，不应仅依据知觉歪曲或幻觉性体验而诊断为精神病性障碍。对这些情况以及意识模糊状态均应考虑诊断为急性中毒（ F1x. 0）的可能性。

当适合于诊断为精神活性物质所致精神病时应特别注意避免误诊为更严重的状态（例如精神分裂症）。只要不再使用更多的药物，精神活性物质所致的精神病性状态多数持续较短（如安非他明和可卡因性精神病）。对这类病例的误诊会给病人及卫生机构带来痛苦和昂贵的代价。

包含：酒中毒性幻觉症

酒中毒性嫉妒症

酒中毒性偏执症

酒中毒性精神病 NOS

**【鉴别诊断】**：应考虑精神活性物质加重或诱发另一种精神障碍的可能性（例如精神分裂症（F20. -）；心境 [情感] 障

碍 (F30—F39); 偏执性或分裂性人格障碍 (F60. 0, F60. 1)。如遇上述情况, 精神活性物质所致精神病性状态这一诊断则可能不恰当。

可采用下列第五位编码进一步指明精神病性状态的诊断:

F1x. 50 精神分裂症样

F1x. 51 以妄想为主

F1x. 52 以幻觉为主

(包括酒中毒性幻觉症)

F1x. 53 以多形性为主

F1x. 54 以抑郁症状为主

F1x. 55 以躁狂症状为主

F1x. 56 混合型

### **F1x. 6 遗忘综合征**

这是一种以慢性近记忆损害为主的综合征, 远记忆有时也可受累, 而即刻回忆保留。往往有明显的时间观念和事件发生顺序的障碍以及学习新资料困难。虚构可为明显的症状, 但也可缺如。其他认知功能常常相对保持完好, 遗忘的程度与其他功能的障碍不成比例。

#### **【诊断要点】**

在此处编码的酒或其他精神活性物质所致的遗忘综合征应满足器质性遗忘综合征的一般性标准 (见 F04), 诊断的基本要求为:

(a) 表现为近记忆障碍（学习新材料）的记忆损害；时间感受障碍（对事件的发生时序进行重排、将重复出现的几件事压缩为一件等）；

(b) 无即刻回忆损害、意识损害及广泛的认知损害；

(c) 慢性（尤其是高剂量）使用酒精或药物的病史或客观依据。

伴有明显的淡漠、缺乏始动性和倾向于自我忽视的人格改变亦可存在，但不是诊断的必要条件。

尽管虚构可能十分明显，但不应作为诊断的必需条件。

包含：柯萨可夫氏精神病或综合征，酒或其他精神活性物质所致鉴别诊断；应考虑器质性遗忘综合征（非酒中毒性）（见F04）；有明显记忆损害的其他器质性综合征（例如痴呆或谵妄）（F00—F03；F05. -）；某种抑郁性障碍（F31—F33）。

### **F1x. 7 残留性或迟发性精神病性障碍**

酒或精神活性物质所致的认知、情感、人格或行为改变，其持续时间超过了与精神活性物质有关的直接效应所能达到的合理期限。

#### **【诊断要点】**

起病与酒或某种精神活性物质有直接的联系。如初次起病晚于活性物质使用的发作，则需有清楚和有利的依据证明本状态为药物的残留影响所致，方可在此编码。本症应表现出原有正常机能的改变或对其特点的显著夸张。

本症的持续时间应超出精神活性物质的直接作用所能达到的期限（见 F1x. 0 急性中毒）。酒和精神活性物质所致的痴呆并非总是不可逆转的，经过长时间的完全禁用，智能和记忆有可能得到改善。

应仔细地将本症与戒断有关的状况（见 F1x. 3 和 F1x. 4）相鉴别，应注意在某些情况下以及使用某些药物时，戒断状态的表现中断用药后许多天或许多星期依然存在。

精神活性药物所致的、停药后持续存在且符合精神病性障碍诊断标准的状况不应在此处归类（使用 F1x. 5，精神病性障碍）。表现出慢性柯萨可夫综合征后期症状的病人应在 F1x. 6 处编码。

**【鉴别诊断】：**应考虑被药物使用所遮盖，药物作用消退后又重新显露的原本就存在的精神障碍（例如惊恐焦虑，抑郁性障碍，精神分裂症或分裂型障碍）；对闪回的病例应考虑急性和短暂精神病性障碍（F23. -）；还应考虑器质性损伤或轻、中度精神发育迟滞（F70 - F71），后者可与精神药物的滥用共存。

可采用下列第五位编码对本诊断进一步区分：

F1x. 70 闪回

可部分地根据发作性、通常为短暂的病程（数秒或数分）以及既往与药物有关的体验的再现（有时完全相同）与精神病性障碍相鉴别。

F1x. 71 人格或行为障碍

符合器质性人格障碍的标准（F07. 0）。

**F1x. 72 残留性情感障碍**

符合器质性心境〔情感性〕障碍的标准（F06. 3）。

**F1x. 73 痴呆**

符合在 F00 - F09 之引言中所描述的痴呆之一般性标准。

**F1x. 74 其他持久的认知损害**

这是为不符合精神活性物质所致遗忘综合征（F1x. 6）或痴呆（F1x. 73）之标准而伴有持久性认知损害的障碍所保留的编码。

**F1x. 75 迟发的精神病性障碍**

**F1x. 8 其他精神和行为障碍**

能查明药物的使用为其直接原因，但未满足上述任何一种障碍之诊断标准的任何其他障碍在此处编码。

**F1x. 9 未特定的精神和行为障碍**