

# 酒厥（酒精中毒所致精神障碍和行为障碍） 中医诊疗方案（2018年版）

## 一、诊断

### （一）疾病诊断

#### 1. 中医诊断标准（目前尚无统一的中医诊断标准，根据文献拟订）：

“酒厥”，又称“酒风”、“酒疔”、“酒客”，是由于无节制地过度饮酒，导致不能自控，造成脏腑功能失调所引起的一类病证。主要表现为：一次性大量饮酒导致意识或行为障碍，或每日不间断地饮酒，一旦停饮则出现颤震、自汗、不寐，甚至昏不识人等，或见身体羸瘦、面色苍白等，存在上述表现即可诊断为酒厥。

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，身体消瘦，面色苍白，头晕乏力，心慌气等主要表现。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，眼珠内陷，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，此时可参照中医肝积、鼓胀、血证等病证诊疗方案进行治疗。

#### 2. 西医诊断标准

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》<sup>[1]</sup>和第5版《精神病学》<sup>[2]</sup>酒精中毒所致精神障碍和行为障碍。

酒精是一种麻醉剂，一次大量饮酒，可出现急性酒精中毒的症状，如精神症状和行为障碍，若长期饮酒可产生酒精依赖，酒精中毒性精神障碍，以及心理、社会等多方面的损害，以内脏系统和神经系统的损害最为明显。酒精中毒所致精神障碍和行为障碍，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。

#### （1）急性酒精中毒

##### 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

- a. 言语含糊或不清；
- b. 共济失调；
- c. 步态不稳；

- d. 眼球震颤；
- e. 注意或记忆损害；
- f. 木僵或昏迷。

#### (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 个月的，均可诊断

- ①对饮酒具有强烈意愿或带强制性愿望；
- ②主观上控制饮酒及控制饮酒的能力存在缺损；
- ③使用酒的意图是接触解酒产生的症状；
- ④出现过生理阶段症状；
- ⑤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。

#### (3) 酒精戒断状态

①必须存在反复地、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必须存在下列两项症状
  - a. 自主神经活动亢进（如出汗或者心率超过 100 次）；
  - b. 舌、眼球或平伸双手时震颤；
  - c. 失眠；
  - d. 恶心或呕吐；
  - e. 一过性幻觉（视、触、听）或错觉；
  - f. 精神运动性激越；
  - g. 焦虑；
  - h. 惊厥发作；

#### (二) 证候诊断

早期阶段

##### 1. 湿热内蕴证

主症：强制性饮酒，面部油垢，胸膈痞塞，肢体困重

次症：呕吐痰逆，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. 痰热互结证

主症：急躁易怒，胡言乱语，言辞夸大，出汗口渴

次症：心烦失眠，坐卧不宁，四肢麻木，大便秘结，面色晦暗，口唇紫暗，舌质紫暗瘀斑、舌苔黄腻，脉滑数。

## 中期阶段

### 1. 肝郁脾虚证

主症：情绪低沉，两胁胀满，善太息，头晕无力，纳差

次症：面色恍白，少言少动，失眠，四肢麻木，舌质淡白、舌苔薄白或有齿痕，脉象弦细。

### 2. 心脾两虚证

主症：身体消瘦，面色苍白，头晕乏力，心慌气短

次症：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。

## 晚期

### 1. 痰热内盛，上扰清窍证

主症：神志不清，躁动不安，四肢颤抖，面色红赤、油垢

次症：有时紧张恐惧，如见鬼状，身体消瘦，纳差，便秘，心慌，失眠，舌质瘦小尖红、舌苔黄腻，脉滑数。

### 2. 肝肾亏虚，风阳上扰证

主症：强制性饮酒多年，形体消瘦，眼珠内陷，头部、肢体颤摇

次症：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。

## 二、治疗方法

### （一）辨证论治

#### 1. 早期

##### （1）湿热内蕴证

治法：清热利湿

①推荐方药：以葛花解酒汤、三仁汤合六一散加减。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。或选用同等功效的中成药。

##### ②体针治疗：

取穴：阴陵泉、足三里、三阴交、丰隆、中都、血海

操作：足三里、三阴交采用补法，其余穴位采用泻法，每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

#### (2) 瘀热互结证

治法：活血化瘀、清热安神

①推荐方药：方药以桃红四物汤、甘露消毒丹加减。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。或选用同等功效的中成药。

#### ②体针治疗：

取穴：神门、心俞、三阴交、内关。

随证配穴：兴奋燥闹者，加百会、人中。

操作：针用泻法，每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

### 2. 中期

#### (1) 肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾

①推荐方药：方药以柴胡疏肝散和四君子汤加减。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、生甘草或选用同等功效的中成药。

#### ②体针治疗：

取穴：期门、太冲、丰隆、脾俞、足三里、天突。

随证配穴：胸胁痞闷者，加内关。腹胀、便溏者，加上巨虚、天枢。

操作：针用补泻兼施法，每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

#### (2) 心脾两虚证

治法：补益心脾

①推荐方药：方药以归脾汤加减。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。或选用同等功效的中成药。

#### ②体针治疗：

取穴：神门、心俞、脾俞、三阴交、足三里、中脘、章门。

操作：针用补法，加灸心俞、脾俞、足三里，每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

### 3. 晚期

#### (1) 痰热内盛，上扰清窍证

治法：清热化痰、开窍安神

①推荐方药：方药以礞石滚痰丸加减。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。或选用同等功效的中成药。

②体针治疗：

取穴：水沟、太冲、丰隆、天突、脾俞、三阴交、足三里、内关、神门。

操作：针用补泻兼施法，偏阳虚者加灸志室、命门。每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

(2) 肝肾亏虚，风阳上扰证

治法：滋补肝肾，平肝熄风

推荐方药：以滋水清肝饮加减。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。或选用同等功效的中成药。

②体针治疗：

取穴：太冲、太溪、合谷、肝俞、肾俞、内关。

操作：太冲、合谷、内关针刺用泻法，太溪、肝俞、肾俞用补法，热象明显者加十宣、耳尖放血，每日1次，每次留针30min，7次为1个疗程。

(二) 其他中医特色治疗

1. 经皮穴位电刺激

取穴：双侧合谷、劳宫、内关、外关。

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。每次治疗约15min，每天治疗2次。

2. 耳针

取穴：肺、胃、肝、肾、神门、内分泌、皮质下。

方法：每次选2~3个穴(均双侧)，用磁珠或王不留行籽贴压。3天换贴一次。并嘱患者或其家属每天按压数次。

3. 放血疗法

对于内热明显，烦躁不安者可采用放血疗法，取耳尖、内庭、十宣。

操作方法：用75%的酒精常规消毒，将局部搓红，使其局部充血，然后用三棱针点刺，每次放血5~10滴，每周1~2次。

(三) 西药治疗

参照郝伟主编《酒精相关障碍的诊断与治疗指南》

1. 脱瘾治疗：利用苯二氮卓类药物进行酒精替代脱瘾治疗。

2. 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，对这



些患者应予以保护性约束，给与抗精神病注射针剂治疗，如氟哌啶醇注射液、地西洋注射液。后期给与抗精神病药物维持治疗。

3. 对于食欲缺乏、几乎不进食的患者至少应给予 1000ml10%葡萄糖以预防低血糖的发生；补充维生素 B，防治 Wernicke 脑病的发生；

4. 长期饮酒常引起营养不良，应加强营养支持治疗，给予高蛋白饮食；补充叶酸、维生素 B1、B6、B12 等。

5. 急性酒精中毒出现意识障碍可给与抗阿片类受体拮抗剂，如纳洛酮治疗。

#### （四）护理与调摄

##### 1. 护理<sup>[3]</sup>：

（1）一般护理：向病人及家属告知住院治疗的必要性，宣传酒精过量使用的相关知识，做好科普工作，熟悉病人的心身状况，认真观察生命体征的变化。

（2）震颤谵妄的护理：要保证病人的安全，防止病人摔倒，必要时保护于床上，并加床档，24 小时床旁陪护。密切观察记录病人的出入量，防止电解质紊乱，防止合并症的发生。

2. 调摄：饮食宜清淡，以软食或流食为主，多饮水，避免肥厚之品及辛辣刺激性食物；注意情志调摄，尤其是患者入院之初存在明显焦虑成分要多给予心理疏导。住院半个月后，病人的意识开始清晰，可能会出现抑郁的症状，要对其进行心理治疗和健康教育。

#### 三、疗效评价

1. 中医证候疗效评定：根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》中中医证候的疗效评价方法制订：不同证型判断为主症和次症分别记分，症状或体征为主症时，根据重、中、轻、无设定分值为 6 分、4 分、2 分、0 分；上述症状或体征为次症时，根据重、中、轻、无设定分值为 3 分、2 分、1 分、0 分。舌象、脉象重、中、轻、无的记分，按照很典型、比较典型、基本符合、不符合记分。并对治疗前后的积分进行统计。

中医疗效评定标准：采用尼莫地平法计算，公式为 $[(治疗前积分-治疗后积分) \div 治疗前积分] \times 100\%$ 。积分减少 $\geq 95\%$ 为临床痊愈，积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$ 为显效，积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 为有效，积分减少 $< 30\%$ 为无效。

##### 2. 戒断症状评价标准

采用《临床机构酒精戒断症状评定量表》(CIWA-Ar)中酒精戒断症状的疗效评价标准。该量表由 10 个问题组成，包括“恶心呕吐”“焦虑”“震颤”“激越”“出汗”“触觉异常”“视觉异常”“听觉异常”“头疼、头胀”“定向力”等十个方面，采用 0~7 分八级评分制。分值越高，戒断症状越严重，总分 7~9 分为轻度，总分 10~18 分为中度，总分 $> 18$ 分为重度。

3. 实验室指标：肝肾功能、电解质、血常规、心电图治疗前后的变化。
4. 汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表评分在治疗前后的变化。

**参考文献：**

- [1]世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类[S]. 北京: 人民卫生出版社, 1993.
- [2]沈渔邨. 精神病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [3]郝伟. 酒精相关障碍的诊断与治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.

牵头分会：中华中医药学会神志病分会

牵头人：贾竑晓（首都医科大学附属北京安定医院）

主要完成人：

贾竑晓（首都医科大学附属北京安定医院）

尹冬青（首都医科大学附属北京安定医院）

朱 虹（首都医科大学附属北京安定医院）

刘 杰（首都医科大学附属北京安定医院）

杜万君（首都医科大学附属北京安定医院）