

无意识成瘾更危险

遵医嘱用药远离依赖性危机

话题主持:本报记者 左妍

药品合理使用时是治病良药,一旦滥用可能就变成了毒品。

6月26日是禁止药物滥用和非法贩运国际日。药物滥用正以助眠药、镇痛药等处方药为载体,悄悄侵入日常生活。

那些因工作压力服用普瑞巴林的上班族、由于失眠依赖安定类药物的人群,可能在长期用药或过量服用后,无意中陷入强制性渴求药物的成瘾困境——这种并非追求“快感”的依赖,正成为现代生活的隐性健康威胁。



图 IC

按需用药治病,为啥却走向『依赖上瘾』

上海市精神卫生中心院长 赵敏 主任医师 物质依赖与成瘾科主任 杜江 主任医师

- 如果麻精药品(麻醉药品和精神药品)使用超出适应症范围或剂量,即构成非法使用,且极易导致成瘾
- 35岁以下青年群体已成为药物滥用的主要群体,其中“学习焦虑”“社交紧张”“助眠压力”等心理诉求成为重要诱因
- 物质依赖不是道德失败,而是一种可理解、可干预、可治疗的慢性病

李先生36岁,工作压力大,常有焦虑、失眠的困扰,在医生指导下开始服用普瑞巴林用于缓解心跳加速和焦虑。初期服药效果显著,后来,他自己加大剂量,以追求维持放松感——从一天8粒逐步增至32粒。李先生开始变得急躁易怒,与家人关系日趋紧张。当他尝试停药时,出现了严重的戒断反应:心慌、出汗、手抖、失眠和极度的焦虑感,令他倍感痛苦。最终,他在上海市精神卫生中心成瘾医学科就诊,被确诊为“处方药物成瘾”。

这正是许多患者滑入成瘾泥潭的缩影——从“按需用药”走向“依赖成瘾”,往往不过是数月之隔。

86%的药物滥用者不到35岁

根据刚刚发布的《2024年中国毒情形势报告》,我国现有吸毒人员约74.7万人,同比下降16.7%。虽然传统毒品如海洛因、冰毒的滥用人数在减少,但麻精药品以及未列管的新型成瘾物质的滥用却呈快速增长态势,且青少年滥用问题尤为突出。2024年,全国查处麻精药品滥用案件约8.8万人次,且35岁以下滥用者占比超过86%。

麻精药品兼具“药”和“毒”的双重属性,易使普通大众产生混淆误解。许多人固执地认为:“医生开的药怎么可能是‘毒品’呢?”但法律明确指出,毒品不仅包括传统的海洛因、冰毒等,还涵盖了国家管控的麻精药品与精神药品。若麻精药品使用超出适应症范围或剂量,即构成非法使用,且极易导致成瘾。公众对药物成瘾

麻醉药品和精神药品(简称“麻精药品”)依赖与传统毒品依赖一样,具有几大典型特征——

失控性使用 对药物使用的时间、剂量和方式无法自我控制,表现为不断增加剂量或频率;

依赖 包括心理依赖和身体依赖,前者指患者对药物产生强烈渴求,认为没有药物就难以应对生活压力,后者指停止或减少剂量后出现戒断症状,如心慌、出汗、失眠、焦虑等;

耐受性增加 原有剂量效果逐渐减弱,患者被迫增加药量以达到预期效果。



的核心特征理解不足,往往忽略了心理依赖、身体依赖、耐受性及失控性使用这些关键点。临床常用的抗焦虑、镇痛及镇静催眠药一旦脱离医嘱、滥用或“非治疗”使用,就会导致成瘾。

目前,35岁以下青年群体已成为药物滥用的主要群体,其中“学习焦虑”“社交紧张”“助眠压力”等心理诉求成为重要诱因。根据《2024年中国毒情形势报告》,以处方药物和“未列管新型物质”为主的滥用行为显著上升。这类新型药物滥用的成瘾隐蔽性强,起初以治疗为名,而家庭成员和社会容易忽视早期征兆。同时,它们也存在法律监管存在空档,滥用者常游走于“合法与非法”的边界。

多种创新疗法逐步应用于临床

物质依赖的治疗是复杂的医学与心理过程。成瘾作为一种慢性、易复发的脑疾病,不仅需要长期干预与支持系统,更因许多患者伴随抑郁、焦虑或创伤后压力障碍等共病问题,要求精神科、心理科等多学科合作。但社会污名化与家庭支持缺失,常导致患者治疗依从性与康复信心受挫。

目前,全球成瘾医学领域创新疗法不断落地临床:药物辅助治疗已成阿片与酒精依赖的主流策略;经颅磁刺激(TMS)、经颅直流刺激(tDCS)等非侵入性脑刺激疗法日益成熟,深部脑刺激(DBS)在难治性病例中展现潜力;美国FDA批准的reSET系列数字疗法,通过行为训练、复发预警与动机激发辅助治疗;创伤知情治疗模式将早期创伤事件纳入体系,配合系统性家庭治疗与功能性家庭治疗,强化青少年患者的家庭支持系统。

我国物质依赖防治正从“脱瘾治疗”向“综合康复”转型:建立医院—社区—家庭三位一体的闭环服务网络,推进成瘾治疗项目医保覆盖,加大戒毒专科资源投入,并通过学校与社区公众教育构建心理健康防线。

物质依赖不是道德失败,而是一种可理解、可干预、可治疗的慢性病。应对成瘾问题的复杂成因与干预需求,唯有社会给予成瘾者足够的理解、尊重与专业支持,他们才能真正摆脱阴影、重建生活。

脑起搏器治疗按下『戒断开关』

瑞金医院功能神经外科 刘伟 副主任医师 孙伯民 主任医师

■ 药物成瘾患者离开药物会出现生理戒断症状以及心理上的强烈渴求

■ 药物成瘾是复发率很高的一种疾病,“心瘾难除”是关键难题

当传统的药物和心理治疗对部分患者束手无策时,一项曾用于帕金森病的外科技术——脑深部电刺激(DBS)正展现出希望。上海瑞金医院功能神经外科团队通过精准调控大脑“奖赏中枢”,已为近10位“无药可救”的成瘾者按下“戒断开关”。

39岁的李先生(化名)曾深陷海洛因泥潭,强制戒毒3次均告失败。接受双侧伏隔核DBS手术后,他不仅彻底停用毒品,术后两年主动要求移除电极。影像检查显示,电极取出后脑部仅留微小痕迹,而他对于毒品的生理依赖已消失。“虽然偶尔还会闪过念头,但身体不再失控了。”李先生说。

33岁的王先生(化名)吸食冰毒五年,DBS术后一年,PET脑扫描揭开了戒断的关键变化:他大脑纹状体的多巴胺转运体浓度显著提升,其中壳核区域增加25.6%!这如同增强了大脑多巴胺的回收功能,缓解了毒品造成的神经失衡。

哪些成瘾患者可以用DBS治疗呢?需要指出的是,DBS治疗并非戒毒首选,而是难治性成瘾的替代治疗方案。瑞金医院的治疗标准包括海洛因、冰毒、美沙酮等多次复吸者,一般经历≥3次强制戒毒仍复吸,同时,还要排除那些伴严重精神疾病、自杀风险高或存在手术禁忌的患者。

从瑞金医院功能神经外科的数据来看,DBS治疗成瘾患者中,海洛因成瘾者效果最佳,1年以上戒断率超60%;冰毒成瘾者反应相对较弱,可能与药物对大脑更广泛的损伤有关。我们的研究提示,伏隔核脑深部电刺激治疗药物成瘾的机制可能是通过上调纹状体区域的多巴胺转运体的浓度产生的。在强迫症上的研究也发现了类似的现象,与在药物成瘾患者身上观察到的结果一致。但是,我们观察到的结果是脑深部电刺激直接导致的,还是由于长期戒断药物后发生的变化,尚无法证实。

此外,目前治疗的病例属于初步研究,样本量较小,无法明确多巴胺转运体的增加与药物成瘾症状缓解程度之间的相关性,有待今后的大样本研究进一步加以证实。

因此,尽管DBS被认为给成瘾性疾病治疗带来新希望,作为临床医生,我们仍然要强调,这种治疗方法并非万能解药,且需伦理严格把关。术后部分患者仍存在心理渴求,需联合认知行为治疗。此外,这种治疗个体化差异大,需要精准个体化调控。

当科技与神经机制深度交融,特别是脑机接口和人工智能的发展,新一代DBS设备或许可以让更多成瘾性疾病患者获益。届时,DBS治疗成瘾性疾病将更有效、更智能、更人性化。

酒依赖为何如此难戒

上海市精神卫生中心精神科 乔颖 主任医师

■ 在戒酒的治疗中,一方面需要递减酒量,另一方面会给予酒精替代的药物,让患者慢慢度过戒断期

成瘾物质不仅限于毒品,还包括我们日常生活中常见的烟草和酒精。酒依赖是全球范围内的高负担疾病,但治疗率不足。

销售员小王因工作应酬,从“酒桌小白”变成“酒精沙场”的老手。起初为工作喝酒,后来发展成日常习惯,虽多次尝试戒酒,但都因戒断反应(手抖、失眠、焦虑等)而复饮。三个月前因饮酒引发急性胃溃疡,促使他下定决心戒酒。在医生指导下,他通过逐步减量的方式,历时三个月戒酒,身体状况也好转了。

为什么酒精依赖如此难戒?酒精是一种强效成瘾物质。WHO数据显示,全球5.1%的15岁以上人群患有酒精使用障碍(男

7.7%,女2.6%)。中国情况同样严峻,《柳叶刀》研究显示,国人酒精依赖终生患病率达4.4%(男6.9%,女1.2%),人均酒精消费量15年间增长近一倍。

戒酒困难主要源于三方面:生理上,长期饮酒改变大脑神经递质,突然戒断会引发手抖、焦虑甚至癫痫;心理上,酒精成为应对压力的工具,戒断后易产生强烈渴求;社会上,酒桌文化盛行,亲友劝酒等社交压力让戒酒者难以拒绝。家庭环境影响同样重要,家人饮酒或家庭矛盾都可能诱发复饮。

酒精是造成多种疾病的重要因素,饮酒还与精神和行为障碍等息息相关。长期酗酒者往往很难控制自己的情绪和行为,脾气暴躁,是造成家庭不和、暴力冲突、交通事故的重要原因。

如何应对酒依赖?专家认为早期筛查(如AUDIT问卷)和短期干预可降低50%高风险人群的酒依赖发病率。拒绝第一杯酒,避免社交场合的劝酒。同时,鼓励改变错误认知,寻找不依赖酒精的快乐方式。比如,培养健康爱好(运动、阅读等),替代饮酒习惯;调整社交圈,远离酒友,结交健康生活方式的朋友。

在戒酒的治疗中,一方面需要递减酒量,另一方面会给予酒精替代的药物,让患者慢慢度过戒断期,不会出现戒断反应,造成躯体不适。另外,治疗期间可以短期内给予抗癫痫药物及抗抑郁药物,稳定情绪及改善情绪。科学戒酒不仅仅是生理上的调整,更重要的是心理上的转变。除了生理上的戒酒,还需要进行心理干预,克服对酒精的心理渴求,即“心瘾”。药物治疗配合心理干预,能提高戒酒成功率。