



醫學新知

## 酒癮及戒斷症候群

黃力偉 董至剛



### 前言

隨著社會的進步，人們平日面對的壓力也日益增大，少數人為了緩解壓力，會選擇使用酒精來使自己忘卻煩惱。但有些人無法節制、越喝越多，到最後導致酒精依賴，甚至戒酒時還會引起戒斷症候群。身為基層的醫師，常常接觸到合併有酒癮的病人，如果能適時對他們提出有效的建議或協助，也許就能避免一些酒癮衍生的社會問題。

### 流行病學

經過世界衛生組織在2014年的統計，全球約有兩億零八百萬十五歲以上的人被歸類為酒癮患者，約佔全球十五歲以上人口數的4.1%。在美國，大約12%的人終其一生曾經符合酒癮的診斷，在西歐，10%到20%的男性在一生中曾符合酒癮診斷，女性則為5%到10%。這些數據都指出，已開發國家人們面臨的生活壓力較

大，相對地，酒精成癮的比例也較高。

在台灣，一份2009年的國民健康訪問調查了16,881人，其中青壯年人口的酒癮盛行率為1.82%，而中年人口的酒癮盛行率則為4.82%。

### 病理生理學

飲酒的人之所以會產生酒癮，主要是因為中腦邊緣系統通道(mesolimbic pathway)中的多巴胺神經元(dopamine neuron)受到影響，酒精會刺激腦中的Gamma-aminobutyric acid(GABA)神經元分泌大量GABA，而大量的GABA會刺激多巴胺神經元分泌過量的多巴胺，過量的多巴胺則引起飲酒者的欣快感。另外，酒精還會和腦中的麩胺酸(glutamate)一起競爭N-methyl-D-aspartate(NMDA)受器，而NMDA受器的活化程度和大腦活性有正相關。

酗酒者腦中GABA的濃度長期偏高，所以GABA受器會代償性地減少，以免被活化的GABA受器數量太多。同時因為酒精會占據部分NMDA受器，此時大腦為了維持正常的神經活性，NMDA受器會代償性地增加，以維持足夠濃度的麩胺

安泰醫療財團法人安泰醫院家庭醫學科

關鍵詞：alcoholism, alcohol withdrawal syndrome

通訊作者：董至剛



表一 DSM-5酒精使用障礙診斷標準

A. 酒精使用問題型態導致臨床上顯著苦惱或減損，至少在十二個月期間出現以下二項。
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 比預期的還大量或長時間攝取酒精</li> <li>2. 持續渴望或無法戒除或是控制使用酒精</li> <li>3. 很多時間花在買酒、喝酒或從其效應恢復</li> <li>4. 渴求、或有強烈慾望想要喝酒</li> <li>5. 反覆喝酒引起無法完成工作、學校或居家的重大義務</li> <li>6. 儘管喝酒導致持續或反覆社交或人際問題，仍持續喝酒</li> <li>7. 因為喝酒而放棄或是減少重要社交、職業或休閒活動</li> <li>8. 在會傷害身體的情境下反覆喝酒</li> <li>9. 儘管知道喝酒恐引起持續或反覆生理或心理問題，仍持續喝酒</li> <li>10. 耐受性(tolerance)的定義為以下二項之一 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 顯著增加喝酒量之需求而致中毒或想要的效果</li> <li>b. 持續喝等量的酒而效果顯著降低</li> </ol> </li> <li>11. 戒斷(withdrawal)的表現如下列二項之一 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 酒精戒斷特色(參照酒精戒斷準則A和B)</li> <li>b. 喝酒(或相近的物質，例如安眠藥Benzodiazepine)來解除或避免戒斷症狀</li> </ol> </li> </ol>
輕度：出現2到3項症狀。
中度：出現4到5項症狀。
重度：出現6項或以上的症狀。

資料來源：參考資料6

酸-NMDA受器複合物。

當酗酒者突然戒酒時，由於GABA受器的量比正常人少，後續引發的多巴胺分泌量也會比正常人少很多，如此一來便很難感到快樂。此外，由於過量的NMDA受器失去了酒精的拮抗，這時反而導致NMDA受器過度活化，此時大腦也會異常地興奮，於是常出現興奮、焦慮、失眠、易怒、噁心、冒冷汗、心搏過速、血壓上升等症狀，更甚者可能會出現震顫譫妄(delirium tremens)。

### 臨床診斷

依據精神疾病診斷準則第五版

(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5)，酒精成癮的病患可依嚴重度分為酒精使用障礙(alcohol use disorder，見表一)及酒精中毒(alcohol intoxication，見表二)，若突然停止飲酒，則可能發生酒精戒斷(alcohol withdrawal，見表三)。

### 酒癮篩檢

酒癮的評估需要非常完整的問診才能確定，例如飲酒已經持續幾年、每天喝哪一種酒、喝的量是多少、喝酒的次數、喝酒的動機等等，另外也需要問問看過去是否曾經試著戒酒、戒酒成功或失敗的原



表二 DSM-5酒精中毒診斷標準

A. 最近喝酒。
B. 喝酒時或之後很快產生臨床上顯著問題行為或心理改變(例如：不宜的性或攻擊行為、情緒轉變陰晴不定、判斷力受損)。
C. 在喝酒時或之後很快出現以下一項(或更多)徵兆或症狀： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 言語不清(slurred speech)</li> <li>2. 不協調</li> <li>3. 步伐不穩</li> <li>4. 眼球震顫</li> <li>5. 注意力或記憶減損</li> <li>6. 呆滯或昏迷不醒</li> </ol>
D. 徵兆或症狀無法歸因於另一身體病況，且無法以另一精神疾病或另一種物質中毒做更好的解釋。

資料來源：參考資料6

因、是否曾經發生過戒斷症狀等情況，這些問題可以用來判斷該病患戒酒成功的可能性，也可以預先推測酒精戒斷會不會發生。但以上的病史詢問會花費許多時間，病患可能也不願意配合，為了能快速篩檢，簡便酒癮篩檢量表可以派上用場了。

CAGE Questionnaire為臨床上常用的簡易篩檢工具，一共包含四個問題，

第一個問題，你曾經覺得必須要減少(Cut down)喝酒的量嗎？第二個問題，你會因為別人批評你喝酒而感到生氣(Annoyed)嗎？第三個問題，你會因為喝酒而感到罪惡(Guilty)嗎？第四個問題，你會一大早醒來(Eye-opener)就需要喝酒嗎？如果這四個問題中有兩個答案是肯定的，那這個人就很可能有酒癮的問題。

Alcohol Dependence Data

表三 DSM-5酒精戒斷診斷標準

A. 大量和長期喝酒後停止(或減少)。
B. 準則A停止(或減少)喝酒後幾個小時至數天出現以下一項(或更多)症狀 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自律神經功能過度活躍(例如流汗或脈搏超過每分鐘100下)</li> <li>2. 手抖增加</li> <li>3. 失眠</li> <li>4. 噁心或嘔吐</li> <li>5. 短暫的視、觸、聽幻覺或錯覺</li> <li>6. 精神動作激動(psycho-motor agitation)</li> <li>7. 焦慮(anxiety)</li> <li>8. 泛發性強直、陣攣癲癇(generalized tonic-clonic seizure)發作</li> </ol>
C. 準則B的徵兆或症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。
D. 徵兆或症狀無法歸因於另一身體病況，且無法以另一精神疾病或另一種物質中毒或戒斷做更好的解釋。

資料來源：參考資料6



Questionnaire較CAGE Questionnaire有更高的敏感度及特異性，當然花費的時間也會比較久，該量表共有15個問題，每個題目分別得0分至3分，最高共計45分，見表四。

由於酒癮篩檢量表大多不是國際通用，世界衛生組織便開發了一種國際通用的酒癮量表，稱為Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT)，AUDIT主要目的是用來評估一個人的飲酒量是否會對健康造成危害，AUDIT共有十個題目，

其中1至3題是關於一天酒精的攝取量是否會對身體造成危害，4至6題則是測試是否已經有酒精依賴性，7至10題則是詢問飲酒是否已經有對生活造成不良影響，但AUDIT評估方式較複雜，需要專人去和酒癮者訪談，所以臨床上較少採用此種篩檢量表。

### 酒精戒斷症候群之評估

如果酒癮者符合戒斷症候群診斷

表四 Alcohol Dependence Data Questionnaire

以下每個問題都有四個答案可選，分別為：從未(0分)、有時(1分)、常常(2分)、總是(3分)，回答完所有問題後再把所有分數加總即可判定酒癮程度。
1. 你很難克服心中想喝酒的意念嗎?
2. 你覺得喝酒比正餐更重要嗎?
3. 你會計畫一天中何時或何地可以喝酒嗎?
4. 你早晨、下午、晚間都有喝酒嗎?
5. 喝酒時，你比較在乎的是喝酒後的效果而非酒的味道嗎?
6. 不論你明天有什麼事情要做，你總是盡可能喝到自己滿足的量為止?
7. 被告知喝酒的壞處後，你仍會想喝酒嗎?
8. 一但你開始喝酒，你很難停止繼續喝酒嗎?
9. 你是否曾經試著連續幾天或幾週不喝酒?
10. 昨天喝了大量酒精後，你今天早晨會需要喝酒來讓自己清醒嗎?
11. 昨天喝了大量酒精後，你今天早晨會明顯感受到手抖嗎?
12. 昨天喝了大量酒精後，你今天早晨會覺得噁心或嘔吐嗎?
13. 昨天喝了大量酒精後，你今天會想辦法避開人群而不與人接觸嗎?
14. 喝了大量酒精後，你會看到令你覺得可怕的幻覺嗎?
15. 你喝酒後會忘記前一天發生的事情嗎?
輕度依賴：1分至9分。
中度依賴：10分至19分。
重度依賴：20分以上。

資料來源：參考資料11



標準，那麼大部分的醫院會採用酒精戒斷臨床學會評估(Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol，CIWA-Ar，見表五)來區分嚴重度，該量表最高分為67分，若總分小於等於15分歸類為輕度酒精戒斷，總分界於16分至20分之間歸類為中度酒精戒斷，總分21分以上則屬於嚴重酒精戒斷。經過

CIWA-Ar之評估，輕度或中度的酒精戒斷者可以在門診接受治療，而重度酒精戒斷者因為有發生震顫譫妄的風險，必須住院接受治療。

### 戒酒藥物的選用

由於酒癮者不一定會在戒酒後產生酒

表五 酒精戒斷臨床學會評估(CIWA-Ar)

症狀	分數	評分方式
噁心和嘔吐	0分至7分	0：無噁心且無嘔吐 1：輕微噁心但無嘔吐 4：陣發性噁心且伴隨乾嘔 7：持續性噁心並伴隨嘔吐
手抖	0分至7分	0：無手抖 1：看不見手抖，但指尖對指尖可感受到 4：前臂伸展時可看到手抖 7：前臂不需伸展即可看到手抖
陣發性出汗	0分至7分	0：無出汗 1：難以察覺的出汗，如手掌濕潤 4：額頭冒出汗珠 7：汗水濕透
焦慮	0分至7分	0：完全不焦慮 1：輕微焦慮 4：中度焦慮或出現防衛感 7：嚴重的恐慌
躁動	0分至7分	0：正常活動量 1：比正常活動量多一點點 4：手忙腳亂、難以休息 7：前後踱步，甚至起身捶打桌椅、牆壁
觸覺混亂	0分至7分	0：無特別感覺 1：非常輕微搔癢感、針刺感或麻木感 2：輕微搔癢感、針刺感或麻木感 3：中度搔癢感、針刺感或麻木感 4：中度觸幻覺 5：嚴重觸幻覺 6：非常嚴重觸幻覺 7：持續性的嚴重觸幻覺



症狀	分數	評分方式
聽覺混亂	0分至7分	0：無特別感覺 1：非常輕微的嚇唬聲 2：輕微的嚇唬聲 3：中度的嚇唬聲 4：中度聽幻覺 5：嚴重聽幻覺 6：非常嚴重聽幻覺 7：持續性的嚴重聽幻覺
視覺混亂	0分至7分	0：無特別感覺 1：非常輕微的光敏感 2：輕微的光敏感 3：中度的光敏感 4：中度視幻覺 5：嚴重視幻覺 6：非常嚴重視幻覺 7：持續性的嚴重視幻覺
頭痛或頭脹感	0分至7分	0：無頭痛 1：非常輕微的頭痛 2：輕微的頭痛 3：中度的頭痛 4：中度至嚴重的頭痛 5：嚴重的頭痛 6：非常嚴重的頭痛 7：持續且非常嚴重的頭痛
定向感或認知混亂	0分至4分	0：定向感良好且可以遵守指令 1：無法完全遵守指令或不確定當天日期 2：認知的日期與實際日期差兩天以內 3：認知的日期與實際日期差超過兩天 4：對人物或地點的認知有錯誤

資料來源：參考資料12

精戒斷，而且治療酒癮與預防酒精戒斷的藥物選用不盡相同，所以面對一位酒癮者，我們必須要先判斷他有沒有可能在戒酒之後產生酒精戒斷，判斷標準即依據DSM-5之酒精戒斷診斷標準，如表三。

最常用於預防酒精戒斷的藥物為benzodiazepine(BZD)，BZD可以強化腦中GABA受器的活性，使大腦呈現鎮

靜的效果，如此便可抑制酒精戒斷引起的焦慮或失眠狀態。對於急性發作的酒精戒斷症狀來說，BZD已經確定對預後有幫助，但若長期使用BZD來抑制酒精戒斷症狀反而會導致戒除酒癮的成功機率下降，門診常用來幫助戒除酒癮的BZD為chlordiazepoxide(Librium)及diazepam(Dupin)，這兩種均屬於長效型BZD，半衰期分別為10至30小時及20至



80小時，之所以選用長效型BZD是因為它們較能有效預防酒精戒斷所引起的癲癇，但對於肝功能不佳者或年長者，長效型BZD有可能因為代謝太慢而引起藥物累積，進而造成昏睡等危險，所以這時可以改用短效型BZD，如oxazepam(Serax)與lorazepam(Ativan)，其半衰期分別為5至10小時及10至20小時，但短效型BZD對於預防酒精戒斷所引起的癲癇是效果有限的，所以通常門診病人都用長效型BZD，而不用短效型BZD。

Acamprosate(Campral)主要作用機轉為減少酒精戒除後所引起的麩胺酸高峰，如此一來NMDA受器便不會被過度活化，大腦也就不會受到太大的刺激，另外acamprosate也有少許強化GABA受器的功能，這作用將會促進大腦鎮靜。

Disulfiram(Antabuse)的功能是抑制乙醛脫氫酶(acetaldehyde dehydrogenase)將乙醛氧化成乙酸，該酵素被抑制後，體內的乙醛代謝速率將會大幅減低，如此一來，飲酒者喝下的酒精被代謝成乙醛後會因為無法代謝成乙酸而開始在體內累積，乙醛在體內累積會引起宿醉，其常見症狀有暈眩、頭痛、注意力不集中、口乾舌燥、腸胃道不適、疲倦、噁心嘔吐等，且通常這些症狀會持續24小時以上，酒癮者在服用過disulfiram後若還飲酒，體內的乙醛濃度會累積的相當快，引起的宿醉症狀也會相當明顯，故此藥物可以帶給飲酒者不悅的飲酒經驗，進而減少酒精的攝取，但此種藥物通常必須搭配其他戒酒

藥物一起使用來減少酒精戒斷症狀，如BZD等。另外，disulfiram具有肝毒性，會使其他藉由肝臟代謝的藥物半衰期增長，平均增長20%到40%不等，且服用disulfiram後會在肝臟代謝產生tryptophan進而引起嗜睡感。

Calcium carbimide(Temposil)和disulfiram的作用機制十分相近，同樣都是阻止乙醛代謝成乙酸，進而導致嚴重的宿醉症狀，與disulfiram不同的是它沒有肝毒性，也不會產生tryptophan而引起嗜睡感，對於肝功能不佳或是無法忍受嗜睡感的disulfiram使用者來說，calcium carbimide是可行的替代藥物。

最後，naltrexone(Revia)也是一種可以用來協助戒酒的藥物，其作用機制尚未完全被了解，目前最為人接受的假說認為naltrexone可以拮抗腦中的鴉片受器(opioid receptor)，並阻止腦內啡(endorphin)的釋放，服用naltrexone後再喝酒較不會引起欣快感，酒癮者也就能降低對酒精的渴望與依賴。

## 結論

酒癮者在基層診所是相當常見的，尤其是因睡眠障礙而來就診的病患更應該評估是否有酒癮的問題。過量飲酒不僅僅會造成個人健康的危害，更可能造成家庭或社會上的問題，若能在看診的同時找出酒癮者，並詢問是否有戒酒的意願，也許我們就可以協助減少一些社會或家庭的潛



在風險。當然，酒癮者通常在生活、身心或經濟上可能本來就承受比較大的壓力，即使戒除酒精後應該也有很大的機會再次酒精上癮，所以戒酒不能單純使用藥物，要給酒癮者一些精神上的支持並增強戒酒的動機，例如介紹戒酒相關的社福團體給酒癮者認識，或是請戒酒成功的親友來鼓勵酒癮者。如果只靠口服藥物仍無法成功戒酒，應該將有意願戒酒的酒癮者轉介至精神科並評估是否有住院治療的必要性。

### 參考資料

1. World Health Organization: Global status report on alcohol and health 2014. 2014; s8,51.
2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF: Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64: 830–42.
3. 財團法人國家衛生研究院、衛生福利部國民健康署、衛生福利部食品藥物管理署：2009年國民健康訪問調查抽樣報告。苗栗：國家衛生研究院，2010：225。
4. Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE: *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical. 2009: 372.
5. Association, American Psychiatric: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5 ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 2013: 490–7.
6. 台灣精神醫學會：精神疾病診斷準則手冊。第五版。台北：合記圖書出版社，2014：233。
7. Ebell MH: Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *American Family Physician* 2006; 73: 1191.
8. De Witte P, Littleton J, Parot P, Koob G: Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action. *CNS Drugs* 2006; 19: 517–37.
9. Ogborne AC: Identifying and treating patients with alcohol-related problems. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 162: 1705–8.
10. Soyka M, Rosner S: Opioid antagonists for pharmacological treatment of alcohol dependence – a critical review. *Curr Drug Abuse Reviews* 2008; 1: 280–91.
11. Raistrick D, Dunbar G, Davidson R: Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of the Addiction* 1983; 78: 89–95.
12. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM: Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of the Addiction* 1989; 84: 1353–7.