



老年人的酗酒問題

郭建宏¹ 顏啟華² 賴德仁³



前言

一般來說，老年人不論飲酒的情況，或是酗酒（alcoholism）的問題，都較年輕族群少見。台灣地區與歐美國家相較起來，酗酒的盛行率較低，可能是因為有些東方人缺乏乙醛去氫酶（acetaldehyde dehydrogenase），容易對酒精產生不良反應，也可能與社會文化的特性有關係。因此，老年人的酗酒問題目前在台灣並沒有受到太多的重視。事實上，隨著社會人口的老化，老年飲酒及酗酒的人口相對增加，因酗酒而造成的社會負擔也會越來越重。目前有越來越多的研究顯示，過量飲酒對於身心健康以及社會經濟功能都有不良影響，若能夠協助老年人節制飲酒，不但促進身心健康，更能有效減低社會成本。

流行病學

依照飲酒的情況，大致上可分為從未飲酒者（lifetime abstainer）、先前飲酒者（former drinker）、目前飲酒者（current drinker）以及酒精使用疾患（alcohol use disorder, AUD）四種程度，其中酒精使用疾患與許多社會問題息息相關，也最需要我們的介入評估及處置。根據美國精神醫學會之精神疾病診斷統計手冊第四版（DSM-IV）的診斷標準，將酒精使用疾患分為酒精濫用（alcohol abuse）及酒精依賴（alcohol dependence）兩種疾患，一般所說的酗酒（alcoholism）即指酒精使用疾患；其他與酒精相關的疾患尚包括酒精中毒（alcohol intoxication）、酒精戒斷（alcohol withdrawal）和一些酒精誘發的精神疾患（alcohol-induced psychosis）等。

NIAAA（National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism）針對2001-2002年美國國內酒精及相關狀況所作的流行病學調查（National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC）顯示，65

1 童綜合醫院家庭醫學科主治醫師

2 中山醫學大學附設醫院家庭暨社區醫學部主任

3 中山醫學大學醫學研究所所長

中山醫學大學附設醫院精神科教授

關鍵詞：alcohol abstinence, alcohol use disorder, alcoholism, elderly, prevalence



歲以上老人飲酒的盛行率在男性為55.4%，女性為37.6%；相較於25-44歲的盛行率分別為77.7%及68.3%。另外Rickards等人2004年在英國所作的研究，65歲以上男性每天皆飲酒的盛行率為21%，女性為11%；相較於16-24歲分別為4%及2%。至於在老年酒精使用疾患的盛行率方面，2001-2002年NESARC的調查顯示65歲以上酒精使用疾患的盛行率在男性為2.8%，女性為0.5%；相較於25-44歲的盛行率分別為14.7%及6.3%；其中酒精濫用盛行率在男性為2.4%，女性為0.4%；酒精依賴盛行率在男性為0.4%，女性為0.1%。其他相關研究亦顯示老人不論飲酒或酒精使用疾患的盛行率皆低於年輕族群，每次飲酒量也較少，但飲酒的頻率卻是略為增加的，這可能與老人較有時間可飲酒有關係。

關於老人飲酒的本土性資料則較不完整。台灣在2005年所作的「國民健康訪問暨藥物濫用調查」顯示65歲以上老人飲酒的盛行率為20.2%，相較於40-49歲為41.5%，男性高於女性，與歐美相較則較低。台灣地區目前並沒有65歲以上老年人酒精使用疾患的相關報告，僅有一篇針對人口老化社區之門診病人（55歲以上人口占60%）的研究顯示，1993-1994年的酒精使用疾患盛行率男性為16.5%，女性為1.7%；其中酒精濫用盛行率男性為13.9%，女性為1.7%；酒精依賴盛行率男性為2.5%，女性則無個案。由此可知不論年齡、飲酒及酒精使用

疾患的盛行率男性皆高於女性，而且隨著年齡的增加，不論男女皆有減少飲酒的趨勢。

酒精對老年人的影響

酒精是一種中樞神經抑制劑，會透過鈣離子通道、一些酵素如 $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ATPase}$ 、以及多種神經傳導受體（neurotransmitter receptors）—主要是 GABA_A （ γ -aminobutyric acid-A）受體和NMDA（N-methyl-D-aspartate）受體—的作用來影響中樞神經系統，隨著體內酒精濃度的增加，而有不同程度的影響：血中酒精濃度達0.05%時，思考判斷和行為會開始不受控制；隨著血中濃度的增加，開始有一些酒精中毒的症狀，影響到動作功能、情緒及行為，漸漸造成意識呆滯、昏迷，甚至抑制延腦的呼吸中樞與心肌的收縮功能而死亡。

酒精少部分由胃吸收，其他大部分都由小腸吸收，空腹時飲酒可在30分鐘內達到最高血中酒精濃度，但若有進食則會使胃排空變慢，延緩酒精的吸收速度。大部分酒精在肝臟被氧化後排出，少部分則原型由肺部或尿液排出。酒精有多種不同的代謝路徑，其中最主要的有兩條：其一是由酒精去氫酶（alcohol dehydrogenase）將酒精轉換成乙醛（acetaldehyde）；其二則是在酒精濃度較高時，有部分會經微粒體乙醇氧化系統（microsomal ethanol-oxidizing system,



MEOS)，藉由cytochrome P450-2E1 (CYP2E1)的作用將酒精轉換成乙醛。接著再由乙醛去氫酶（acetaldehyde dehydrogenase）將乙醛轉換成乙酸（acetate），隨後進入檸檬酸循環（citric acid cycle）產生二氧化碳及水。酒精亦會影響數十種營養素的吸收，造成營養不良，其中以維生素A、維生素B群（維生素B1、維生素B6、葉酸）為主要。

此外，酒精可能造成老年人許多器官的慢性問題：神經系統方面會造成酒精依賴、腦萎縮、失智症、Wernicke-Korsakoff症候群、周邊神經病變，也會加重睡眠呼吸中止症候群的症狀；肌肉方面會因慢性的肌肉病變造成肌肉無力；肝臟方面會造成肝臟發炎及肝硬化，亦會加速C型肝炎進展成肝硬化或肝癌的病程；胰臟方面會造成急性與慢性胰臟炎；腸胃道方面會造成食道炎、胃炎，加重胃潰瘍的程度，也會減少維生素、胺基酸和脂肪的吸收；血液方面會造成大球性貧血及凝血功能異常；免疫方面會造成免疫力降低，而容易感染；心血管疾病方面，過量飲酒會增加冠狀動脈心臟病和缺血性腦中風的風險，也會使血糖及血壓的控制更為困難；生殖系統方面在男性可能造成睪丸萎縮，女性可能造成早發性停經；惡性腫瘤方面，目前發現會增加鼻咽癌、喉癌、食道癌及肝癌的發生率，亦可能和胃癌、大腸癌及女性乳癌有關；骨骼系統發現過量飲酒可能與骨質疏鬆有關，並增加跌倒與骨折的機率。

老年人也是使用藥物最多的族群。酒精主要在肝臟代謝，飲酒時會減少肝臟的血流，減少其他藥物的代謝；但長期飲酒反而會增進（induce）cytochrome P450 2E1的作用，造成一些藥物血中濃度的下降而減低藥效。因此若有飲酒的情形，必須特別留意酒精與藥物之間的交互作用，以減少藥物不良反應的發生。

評估與處置

研究指出每天飲用超過0.6 g/kg體重酒精含量之飲品，即會增加身體氧化壓力，對健康有害。因此建議國人每天酒精攝取量男性應少於2份酒精當量，女性或體重較輕者甚至應少於1份酒精當量。一份酒精當量（1 drink）約為15 cc的酒精，相當於啤酒360 cc、紅酒150 cc、紹興酒100 cc、威士忌或高粱酒30 cc。

對老年人酒癮的初步評估，只有4個問題的CAGE問卷（feeling the need to Cut down, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye opener to drink）最適合基層醫師用做常規篩檢。華人酗酒篩檢問卷（The Chinese CAGE, C-CAGE）源自於CAGE，修改為適合華人使用的版本，並經過效度的評估。C-CAGE與CAGE同樣有4個問題：(1)你曾經不想喝太多，後來卻無法控制而喝過量嗎？(2)有家人或朋友為了你好，而勸你少喝嗎？(3)對於你喝酒這件事，你會覺得不好或感到愧疚（不應該）嗎？(4)你曾經早上一起床尚



未進食前，就要喝一杯酒才覺得比較舒服穩定？這些問題若有任一項以上的回答為「是」，就需進一步評估。其他如AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, by WHO), MAST (The Michigan Alcoholism Screening Test), ARPS (The Alcohol-Related Problems Survey) 等亦是常用於評估酒癮的量表，皆比CAGE來源更深入、詳細而複雜。

初步篩檢出來的高危險群，仍須根據DSM-IV對酒精相關疾患的診斷標準作確定診斷，並藉由詳細的病史詢問、理學檢查、心智狀態檢查及實驗室檢查，評估目前酒精對身心的影響程度，作為臨床處置的參考。

我們在幫助病人戒菸時，常應用到跨越理論模式 (transtheoretical model)，而其除了應用在戒菸之外，亦可適用於戒酒。根據老年人對於戒酒的動機強度，可分為懵懂期（目前不想戒酒）、深思期（未來6個月內想戒酒）、準備期（未來1個月內準備戒酒）、行動期（已開始戒酒的6個月內）、維持期（已經戒酒6個月以上）五個階段，利用5A's (Ask, Assess, Advice, Assist, Arrange) 及5R's (Relevance, Risk, Reward, Roadblock, Repetition) 的諮商技巧介入，來改變其過量飲酒的行為。

表一為酗酒的評估與處置的流程，可提供基層醫師對於老年人飲酒之診

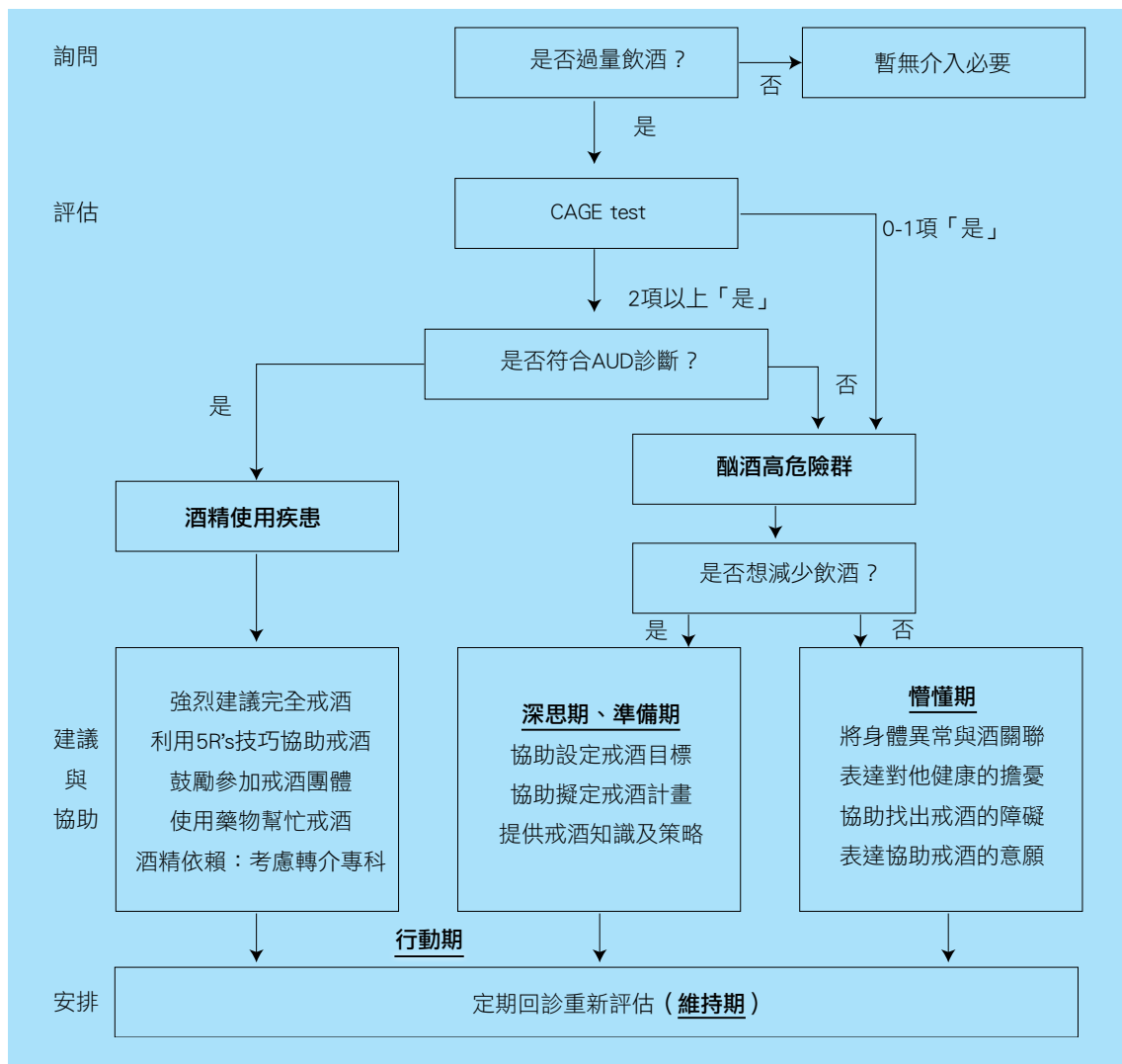
斷與治療的參考。

藥物治療方面，目前美國食品藥物管理局核准三種藥物用於戒酒：

1. Disulfiram (Antabuse®)：藉由抑制乙醛去氫酶造成體內乙醛堆積，加重乙醛所造成的頭痛、噁心、嘔吐、熱潮紅、心悸等不適症狀。建議劑量為每日250-500 mg。目前研究顯示Disulfiram效果不一，可能對老人及戒酒動機較強者比較有效，但有可能會增加老年人心臟血管疾病的風險，使用上須謹慎。
2. Naltrexone (ReVia®)：為一種類鴉片拮抗劑 (opioid antagonist)。目前確切的作用機轉不明，可能是藉由阻斷 μ 型類鴉片受體，抑制中腦腹側蓋區 (ventral tegmental area) 的多巴胺 (dopamine) 釋放，降低酒精所造成的精神運動性激動 (psychomotor stimulation) 及欣快感 (euphoria)，因而減少對酒精的渴求。研究顯示合併心理治療之短期使用Naltrexone可降低復發率，但長期使用療效並不明顯。建議劑量為每日50 mg。少數使用者會有噁心、頭痛、焦慮等副作用，高劑量使用會增加肝毒性，須避免使用在肝臟功能異常的病人。
3. Acamprosate (Campral®)：作用機轉為阻斷NMDA受體並活化GABA_A受體，減低對酒精的需求。研究顯示可減少戒酒者的短期和長期復發率，因此多用於預防復發，亦可與其他藥物合併治療。建議劑量為每日333 mg，可於維持



表一 酒癮的臨床評估與處置流程



資料來源：NIAAA: Helping Patients Who Drink Too Much, a clinician's guide

期使用1年。只有少於10%的病人會有暫時性腹瀉的副作用。可用於肝功能異常的病人，但嚴重肝、腎功能異常仍須避免使用。

此外，在評估老年人的酗酒問題時，也要同時注意是否同時有憂鬱的現象。這兩者常常同時發生，也可能會互相

影響，不僅增加疾病的嚴重度與複雜度，更會增加自殺的機率。如果同時有憂鬱症和酗酒兩種疾患狀況，雖然治療兩者其中之一都可能對另一疾病有部分效果，但還是建議兩者同時治療，最好合併藥物及心理治療，才能夠得到最好的療效。



結論

老年人酗酒的情形雖然不如年輕族群多見，但過量飲酒仍然會對身體造成傷害。若身體狀況容許，也沒有使用會與酒精發生交互作用的藥物，適量的飲酒（每日1-2份酒精當量）是可以被接受的，甚至有少許保護心臟血管的作用。戒酒的處置除了可使用藥物輔助之外，心理治療及社會環境評估及處置亦同等重要。若能藉由適當的處置，來改善老年人對酒精的依賴，不但能促進老年人的身心健康，更能夠讓他們享受有品質、有尊嚴的生活。

參考資料

1. Dufour MC: Alcohol Use and Abuse. In: M.S. John Pathy, Alan J. Sinclair, John E. Morley ed. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 4th ed. Wiley, 2006; 157-68.
2. 宋維村、蔡文哲：物質濫用疾患。李明濱主編，實用精神醫學。第2版。國立台灣大學醫學院，2001: 120-2。
3. Master SB: The Alcohols. In: Katzung BG ed. Basic & Clinical Pharmacology. 10th ed. McGraw-Hill 2007: 382-94.
4. Falk DE, Yi HY, Hiller-Sturmhöfel S: An Epidemiologic Analysis of Co-occurring Alcohol and Tobacco Use and Disorders, Finding from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Research and Health, 2006; 162-71.
5. Sorocco KH, Ferrell SW: Alcohol Use among Older Adults. The Journal of General Psychology 2006; 133: 453-67.
6. 行政院衛生署國民健康局、管制藥品管理局、國家衛生研究院：民國94年國民健康訪問暨藥物濫用調查。行政院衛生署國民健康局，2005。
7. 郭千哲：基層醫療診所的酒癮盛行率。臺灣精神醫學 2005; 19: 137-47。
8. 郭千哲、陳為堅、鄭泰安：CAGE酗酒篩檢問卷在台灣基層醫療院所的跨文化效度測試。中華衛誌 1999; 18: 87-94。
9. NIAAA: Helping Patients Who Drink Too Much, a clinician's guide, Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm, Updated in Jan 2007.
10. Williams SH: Medication for Treating Alcohol Dependence. Am Fam Physician 2005; 72: 1775-80.
11. Nunes EV, Levin FR: Treatment of Depression in Patient with Alcohol or Other Drug Dependence, a Meta-analysis. JAMA 2004; 291: 1887-96.

下 期 預 告

家庭醫學	橫紋肌溶解症	曾光毅、曾高智
醫學新知	特發性顏面神經麻痺－貝爾氏麻痺	許良豪、莊美幸
社區醫學	檳榔與健康	賴彥輝、郭冠良、賴建仲、林光洋、黃惠娟、吳岱穎、劉乃萱
家庭醫學	髕骨軟骨軟化症	許家禎
家庭醫學	職業駕駛之睡眠品質與鎮靜安眠藥物之使用	吳香錡、葉慶輝、郭玉柱、葉佳祐
家庭醫學	旅遊者腹瀉症	周宏叡、郭冠良、林光洋